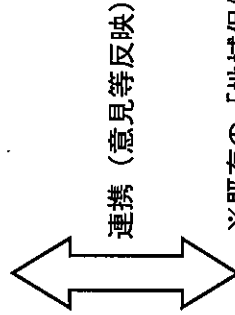
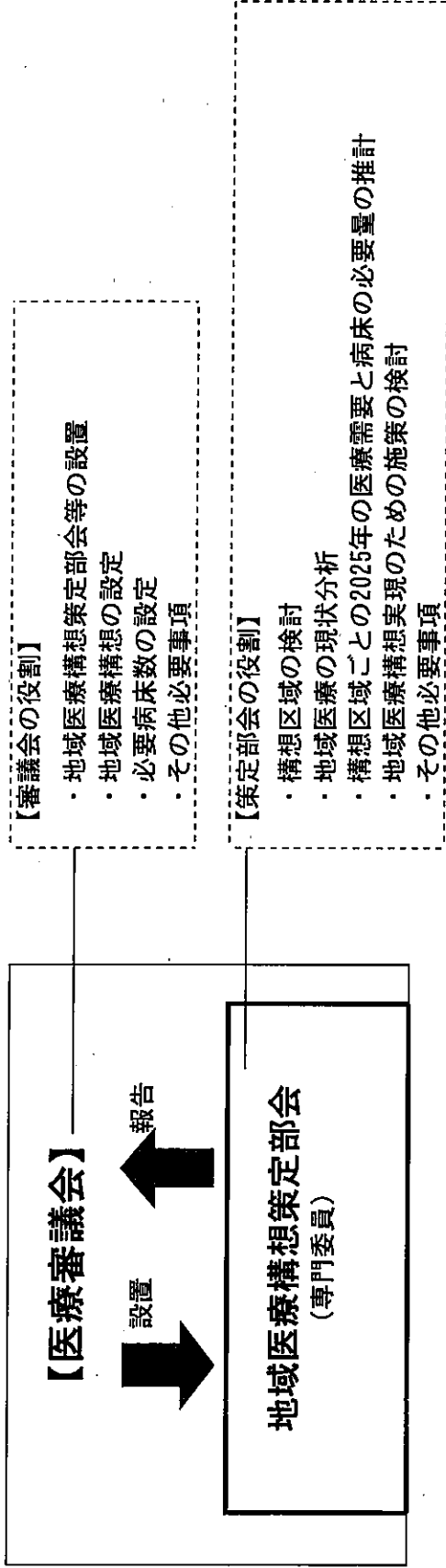


地域医療構想調整会議の概要

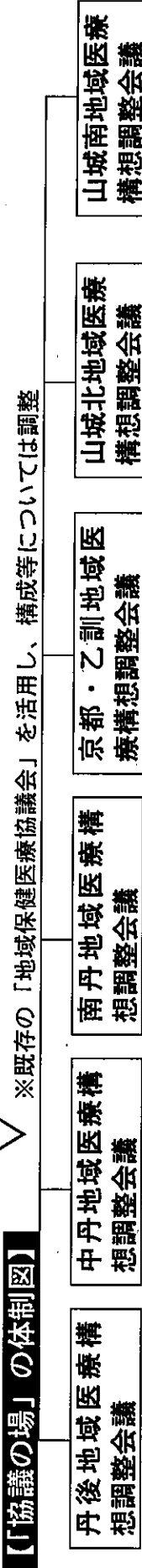
設置趣旨	<p>高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中、将来、その地域にふさわしい医療機能の分化と連携のとれた効率的でかつ質の高い医療提供体制の構築を達成するための方策を協議することを目的として、原則として2次医療圏ごとに地域医療構想調整会議を設置する。</p>
設置根拠	<p><u>医療法（第30条の14）</u></p> <p>都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第30条の16第1項において「<u>構想区域等</u>」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この条において「関係者」という。）との協議の場（第3条の23第1項を除き、以下「協議の場」という。）を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。</p>
協議議題	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の病院、有床診療所が担うべき病床機能の分化・連携に関すること ○ 病床機能報告制度による情報等の共有 ○ その他目的達成のため必要な事項
設置	<p>二次医療圏（乙訓地域・京都市地域については、別途の設置）</p>
構成員	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関等の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることが重要であることから、参加人数、団体等は柔軟に対応する。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 医師会 (2) 歯科医師会 (3) 薬剤師会 (4) 看護協会 (5) 病院団体（公的・民間病院を含む） (6) 医療保険者協議会 (7) 介護福祉施設 (8) 行政関係者 (9) その他目的達成のため必要な団体等 ○ 特定の議題等に関する事項を聴取する場合には、専門部会やワーキンググループを設置

地域医療構想策定のための体制図

【医療審議会の体制図】



【「協議の場」の体制図】



<議論等の事項>

- ・現状と将来の目指すべき姿の認識共有 (医療機能の必要量など)
- ・ビジョンを実現するための課題
- ・具体的な機能分化、連携のあり方の議論 (不足している機能等)

地域医療構想調整会議設置要綱

(目的)

第1条 高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中、将来、その地域にふさわしい医療機能の分化と連携のとれた効率的でかつ質の高い医療提供体制の構築を達成するための方策を協議することを目的として、原則として2次医療圏ごとに地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

(役割)

第2条 調整会議は、前条の目的を達成するため、次に掲げる事項について医療関係者等への意見を聴取する。

- (1) 地域の病院、有床診療所が担うべき病床機能の分化・連携に関すること。
- (2) 病床機能報告制度による情報等の共有に関すること。
- (3) その他目的達成のため必要な事項に関すること。

(組織)

第3条 調整会議は、医療機関等の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることが重要であることから、参加人数、団体等については柔軟に対応する。

2 参加者は、次に掲げる団体等に属する者で構成する。

- (1) 医師会
- (2) 歯科医師会
- (3) 薬剤師会
- (4) 看護協会
- (5) 病院団体（公的・民間病院を含む）
- (6) 医療保険者協議会
- (7) 介護福祉施設
- (8) 行政関係者
- (9) その他目的達成のため必要な団体等

(議長)

第4条 調整会議に議長を置く。

- 2 議長は、参加者の互選により選出する。
- 3 議長は、調整会議を招集する。
- 4 議長に事故があるときは、議長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。

(会議)

第5条 議長が必要と認める場合は、会議の参加者以外の者の出席を求めて意見を聞くことができる。

2 広域的な病床の機能分化・連携が求められる場合には、他の調整会議との合同開催

など柔軟に対応する。

3 特定の議題等に関する事項を聴取する場合には、専門部会やワーキンググループを設置することができる。

4 調整会議は、原則公開とする。ただし、患者情報や医療機関の経営等に関する情報を扱う場合等は非公開とすることができる。

(事務局)

第6条 調整会議の事務局は、別表の保健所等（地方振興局健康福祉部）に置く。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は、議長が調整会議に諮って定める。

附 則

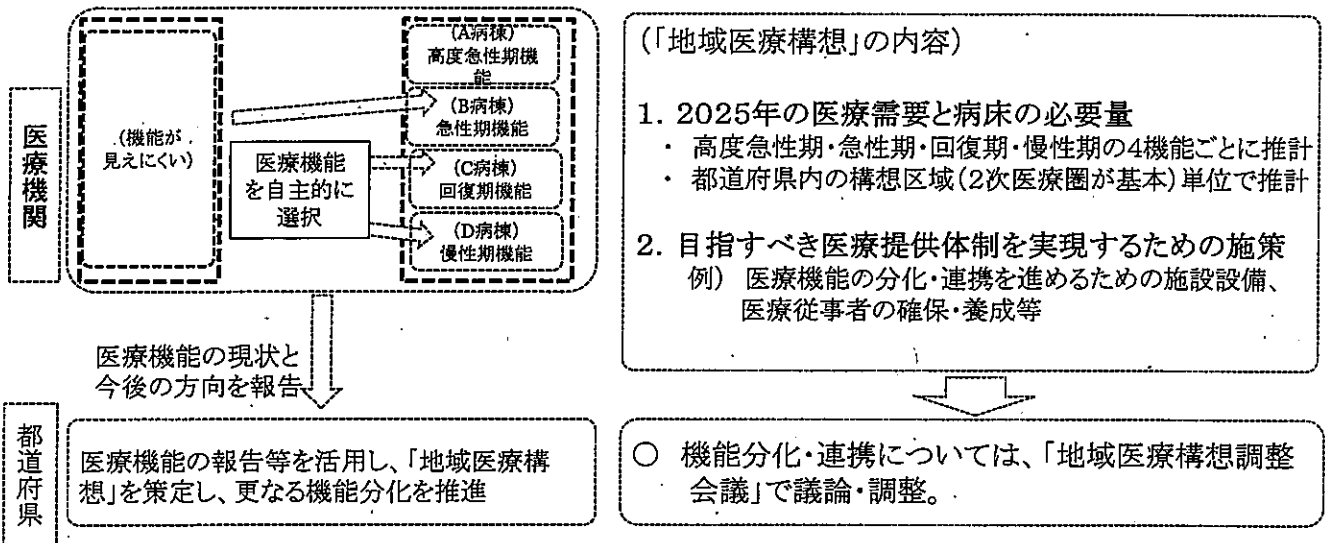
この要綱は、平成27年9月3日から施行する。

別表（第6条関係）

名 称	事務局設置保健所等（地方振興局健康福祉部）
丹後地域医療構想調整会議	丹後保健所（丹後広域振興局健康福祉部）
中丹地域医療構想調整会議	中丹東保健所（中丹広域振興局健康福祉部） 中丹西保健所（中丹広域振興局健康福祉部）
南丹地域医療構想調整会議	南丹保健所（南丹広域振興局健康福祉部）
京都・乙訓地域医療構想調整会議	
京都市域地域医療構想調整会議	健康福祉部医療課
乙訓地域医療構想調整会議	乙訓保健所（山城広域振興局健康福祉部）
山城北地域医療構想調整会議	山城北保健所（山城広域振興局健康福祉部）
山城南地域医療構想調整会議	山城南保健所（山城広域振興局健康福祉部）

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を策定。



医療機関が報告する医療機能

- ◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。
※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本」とされている
- ◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

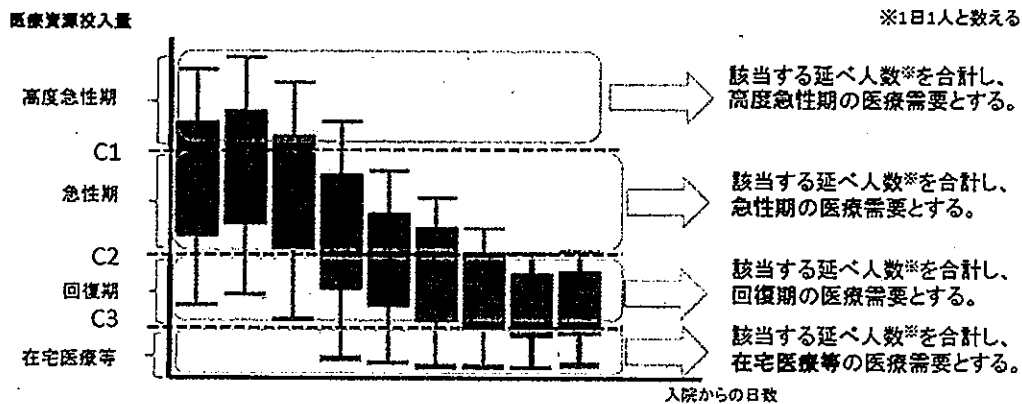
- ◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。
- ◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床の機能別分類の境界点(C1~C3)について

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療(一般病棟等で実施する診療を含む。)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。
急性期			<ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗生薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗生薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。
回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<p>【参考】</p> <p>NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。</p> <p>※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
在宅等	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗生薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。
		○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	<p>【例】</p> <p>補液+点滴管理+ドレーン</p>

推計方法 (高度急性期、急性期、回復期の医療需要について①)

○ DPCデータについて、疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、C1~C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。



↓

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

推計方法（高度急性期、急性期、回復期の医療需要について②）

○ NDBのデータについては、以下の作業を実施。

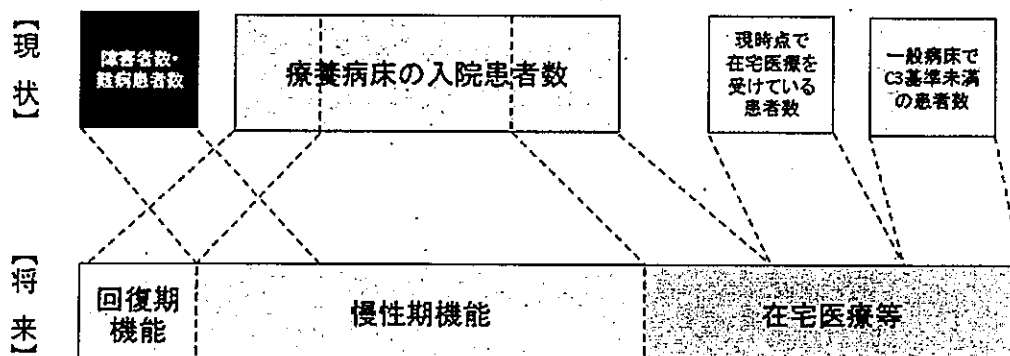
- ① 対象は、非DPC病院または有床診療所に入院した患者とし、結核病床、感染症病床、精神病床の入院分は除外。
- ② レセプトには、日計表があり、その日に行われた診療行為が記録されていることから、各患者の1日毎の入院基本料・リハビリテーション料の一部を除いた出来高点数(医療資源投入量)を計算。
DPCデータと同様に、C1、C2、C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。
- ③ なお、リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分。

推計方法（慢性期及び在宅医療等の医療需要について）

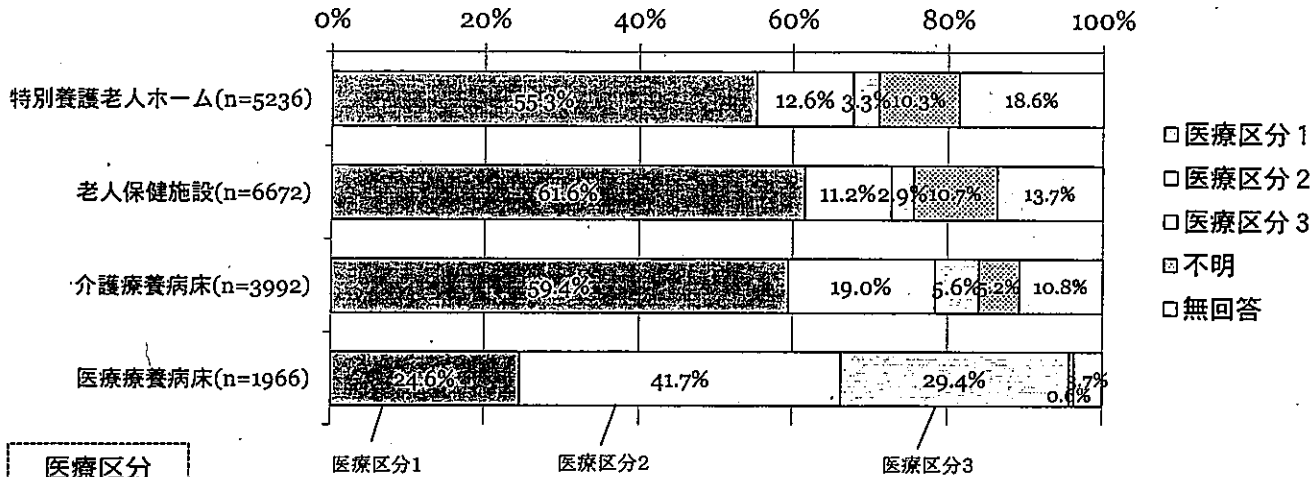
○ 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等(※)の患者数の推計は、以下の考え方にに基づき実施する。

- ① 一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)は、慢性期機能の医療需要とする。
- ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者の70%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
 - ・ その他の入院患者数について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を推計する。(次頁参照)
- ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅医療等の医療需要とする。

※ 居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、老人保健施設、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所における医療等を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。



医療区分



- 医療区分1
- 医療区分2
- 医療区分3
- 不明
- 無回答

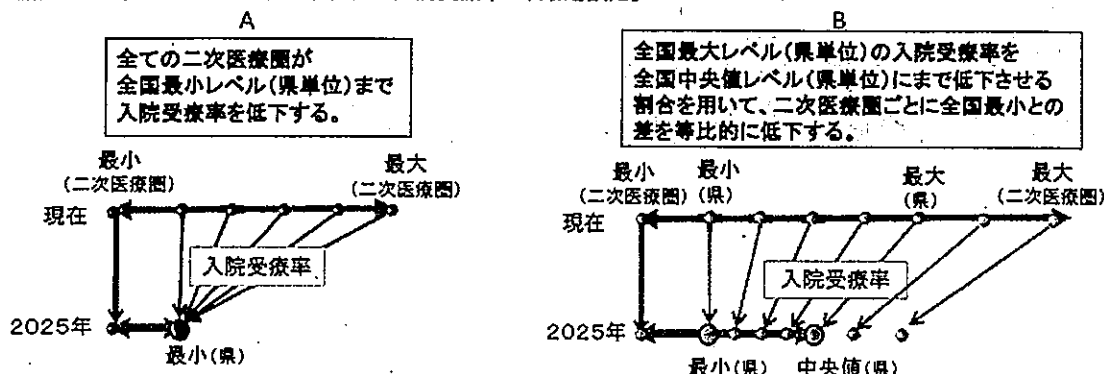
医療区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3
医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)		
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)		
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者		

(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

療養病床の入院受療率の地域差への対応 (基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
 パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル(県単位)まで入院受療率を低下する。
 パターンB：全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。(次頁参照)

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】

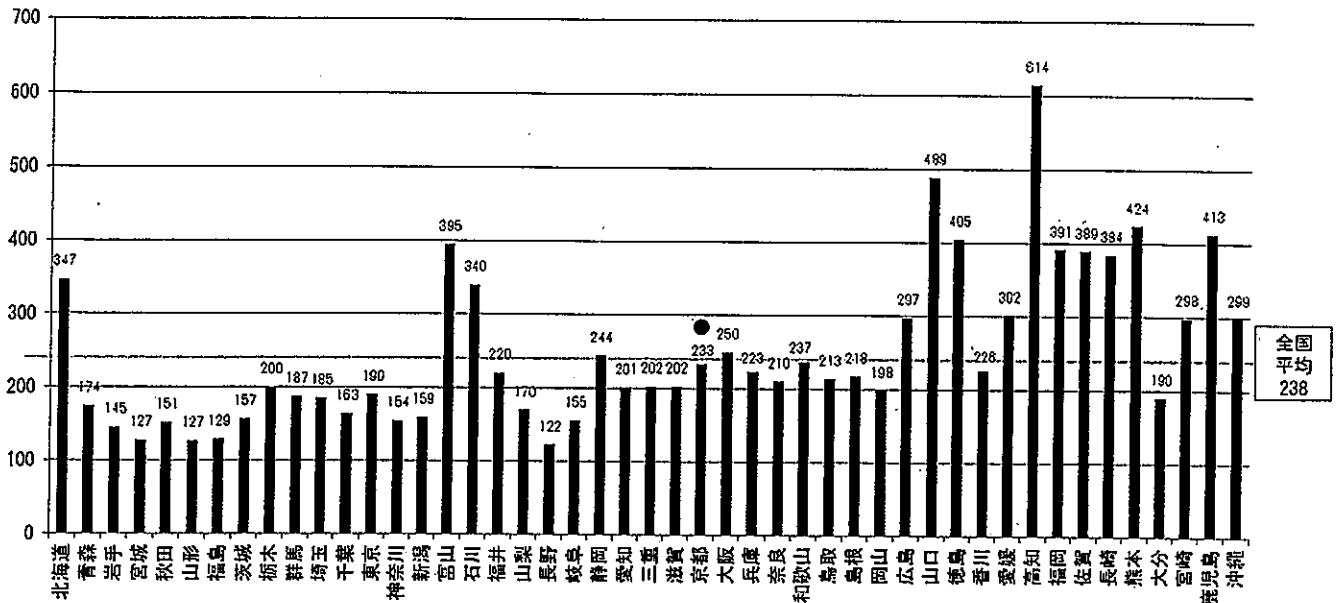


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（Σ [全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口]）× 全国の入院受療率

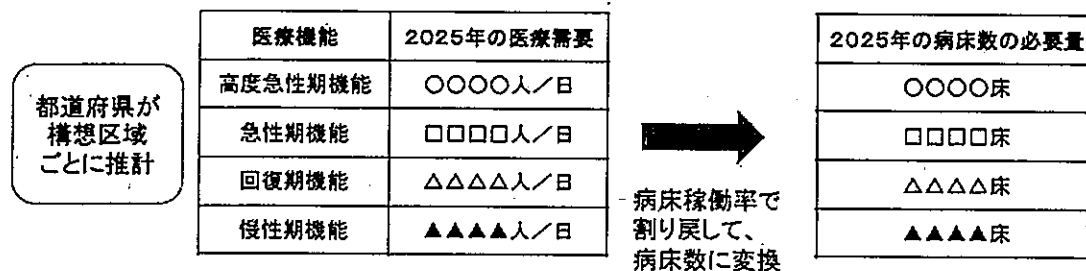


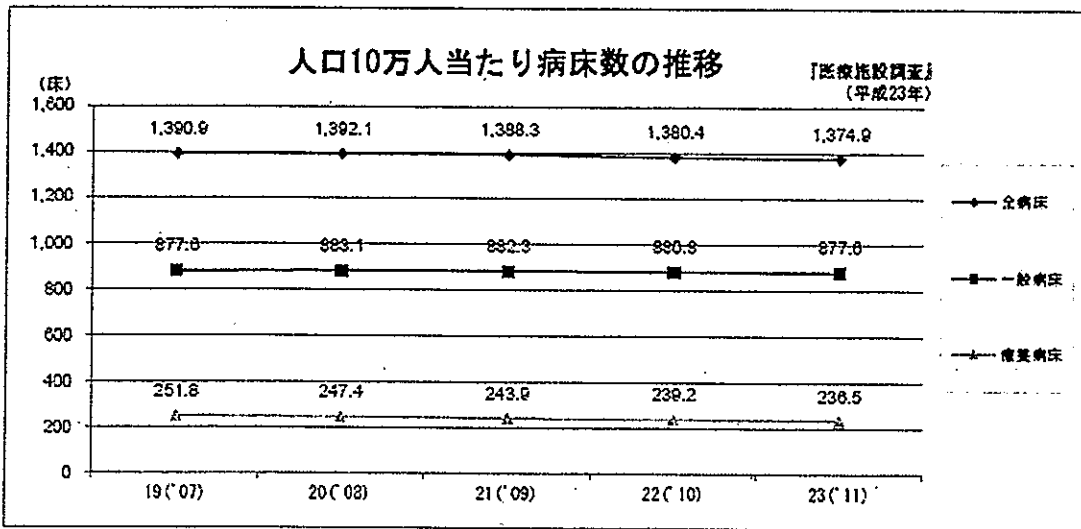
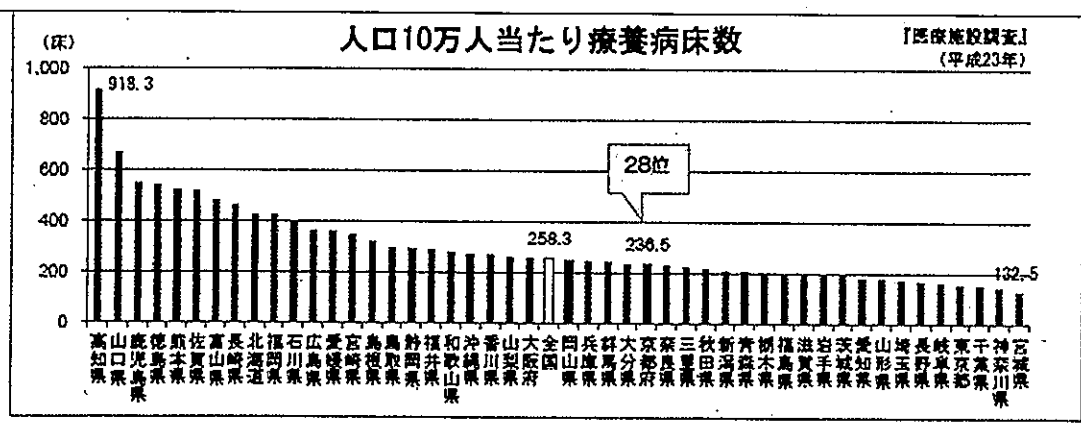
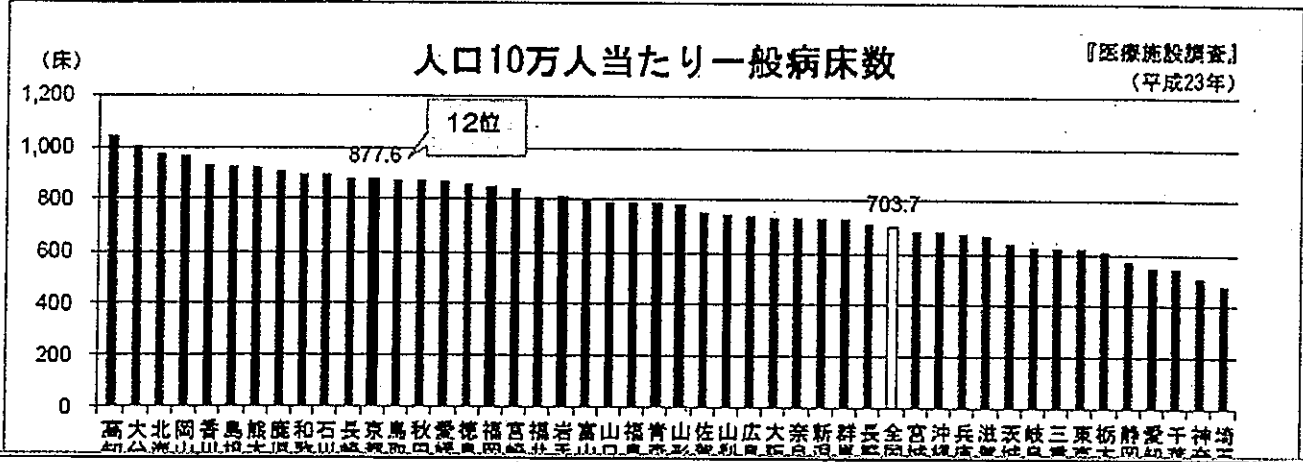
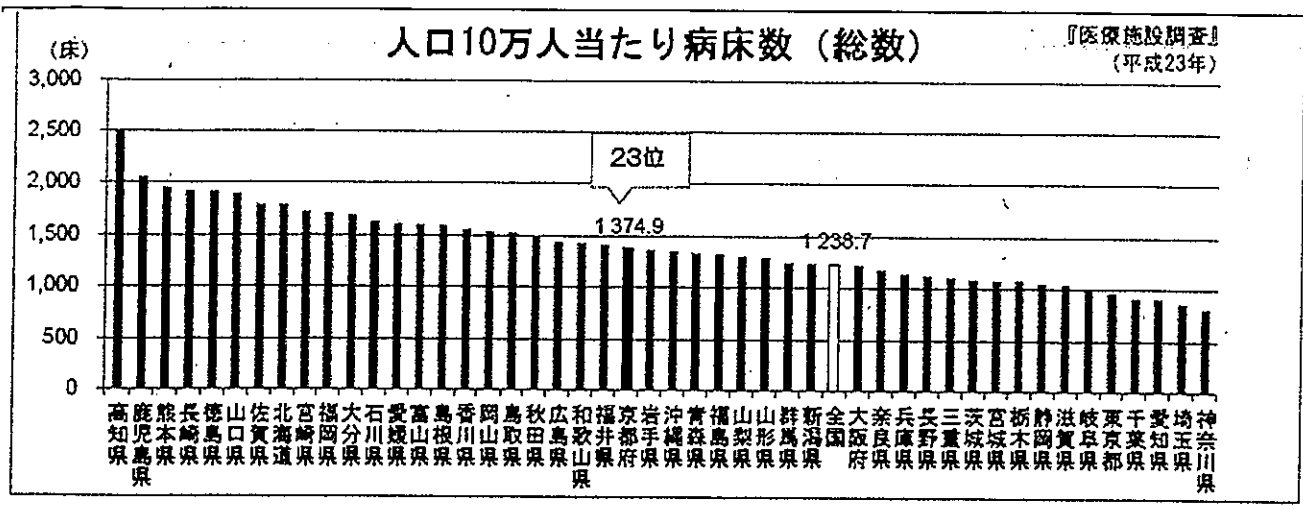
- 1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
- 2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
- 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

推計方法（病床数の必要量の推計について）

○ 上記により算出した医療機能ごと（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の医療需要（1日当たりの入院患者延数）を病床稼働率で割り戻して、医療機能別の病床数の必要量を推計。

○ なお、病床稼働率については、現状を踏まえ、高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%と設定。

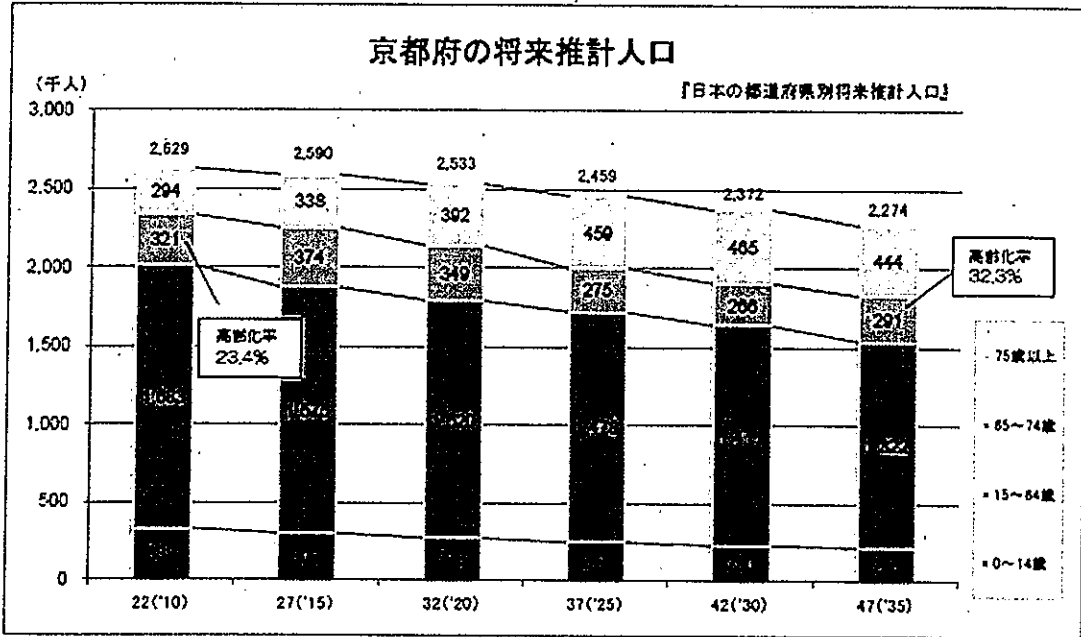




京都府の将来推計人口

	H22	H27	H32	H37	H42	H47
総人口	2,629千人	2,590千人	2,533千人	2,459千人	2,372千人	2,274千人
65歳以上	614千人	712千人	740千人	734千人	731千人	735千人
65歳以上の割合	23.4%	27.5%	29.2%	29.9%	30.8%	32.3%

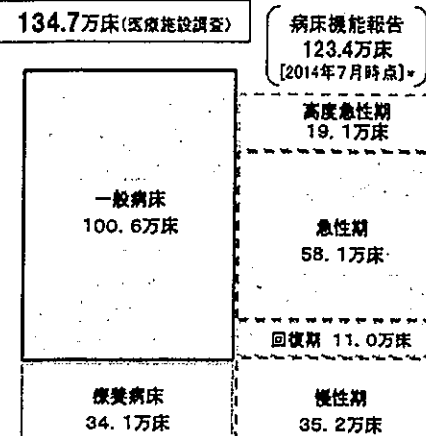
『日本の都道府県別将来推計人口』(平成19年5月推計)
 国立社会保障・人口問題研究所



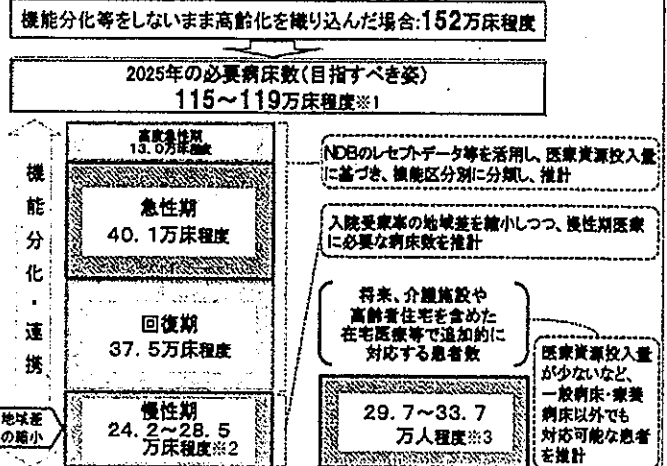
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果 (全国ベースの積上げ)

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ



※ 未報告・未算入病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能割合は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:116万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

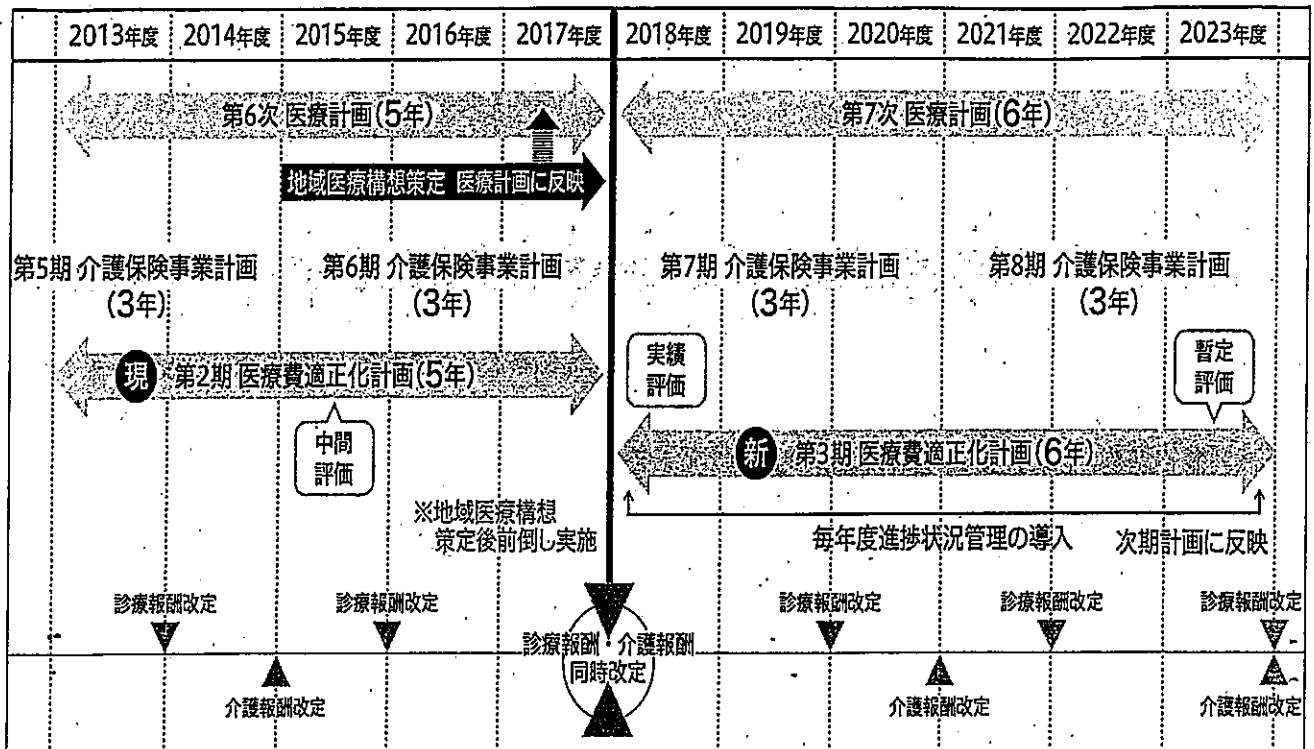
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)									【医療機関所在地ベース】			(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での追加的に対応する患者数(2025)(千人)		
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期			パターン A	パターン B	パターン C
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C			
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
北海道	83.6	60.1	23.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5
青森県	16.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.3	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.5	10.7	-	▲4.5	▲4.4	-	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	-	2.6	2.4	-
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.7	18.8	-	▲2.4	▲2.4	-	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	-	3.0	3.0	-
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9
山形県	12.0	9.9	2.1	9.2	9.3	-	▲2.8	▲2.7	-	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	-	1.4	1.4	-
福島県	21.5	17.3	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	-	▲5.5	▲5.2	-	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	-	4.8	4.6	-
栃木県	18.3	14.1	4.2	15.2	15.5	-	▲3.2	▲2.9	-	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	-	3.7	3.4	-
群馬県	21.0	16.1	4.9	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8
埼玉県	50.6	38.4	12.1	53.1	54.2	-	+2.5	+3.6	-	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	-	12.5	11.5	-
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5
東京都	108.3	85.7	22.6	111.8	113.9	-	+3.5	+5.5	-	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	-	22.1	20.2	-
神奈川県	62.9	49.3	13.5	71.0	72.2	-	+8.1	+9.4	-	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	-	13.4	12.3	-
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	-	▲5.1	▲4.9	-	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	-	4.3	4.1	-
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.5	9.6	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.6
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	-	▲2.9	▲2.7	-	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	-	2.5	2.3	-
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	-	▲3.7	▲3.6	-	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	-	2.7	2.7	-
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	-	▲3.6	▲3.5	-	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	-	2.8	2.7	-
静岡県	34.4	23.8	10.6	26.0	26.9	-	▲8.3	▲7.5	-	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	-	8.2	7.4	-
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)									【医療機関所在地ベース】			(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での追加的に対応する患者数(2025)(千人)		
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期			パターン A	パターン B	パターン C
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C			
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
三重県	17.3	12.8	4.5	13.3	13.6	13.7	▲3.9	▲3.7	▲3.6	1.4	4.3	4.4	3.3	3.5	3.6	3.6	3.3	3.3
滋賀県	12.8	10.0	2.8	11.1	11.3	-	▲1.7	▲1.5	-	1.3	3.9	3.6	2.3	2.6	-	2.9	2.7	-
京都府	30.3	23.9	6.4	29.4	29.9	-	▲0.9	▲0.3	-	3.2	9.5	8.5	8.1	8.7	-	7.9	7.4	-
大阪府	91.4	68.5	22.9	97.7	101.1	101.5	+6.3	+9.7	+10.1	11.8	35.0	31.4	18.5	22.9	23.3	25.5	22.4	22.0
兵庫県	56.2	41.4	14.8	50.5	52.2	52.4	▲5.7	▲4.0	▲3.8	5.9	18.2	16.5	9.9	11.5	11.8	14.6	13.0	12.8
奈良県	14.2	10.9	3.3	12.8	13.0	13.1	▲1.4	▲1.2	▲1.2	1.3	4.4	4.3	2.9	3.1	3.1	2.8	2.6	2.6
和歌山県	13.1	10.2	3.0	9.3	9.5	9.5	▲3.8	▲3.7	▲3.6	0.9	3.1	3.3	1.9	2.1	2.2	2.8	2.6	2.5
鳥取県	7.4	5.6	1.8	5.8	5.9	-	▲1.6	▲1.6	-	0.6	2.0	2.1	1.1	1.2	-	1.3	1.2	-
島根県	9.2	6.9	2.3	6.2	6.3	6.4	▲3.0	▲2.8	▲2.8	0.6	2.2	1.9	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6
岡山県	26.1	20.8	5.3	19.6	20.0	20.2	▲6.5	▲6.0	▲5.9	2.2	6.8	6.5	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.5
広島県	35.2	24.4	10.8	27.5	28.7	29.0	▲7.8	▲6.5	▲6.2	3.0	9.2	9.9	5.3	6.6	6.9	11.8	10.6	10.4
山口県	23.4	13.4	9.9	13.2	14.4	15.7	▲10.2	▲9.0	▲7.6	1.3	4.4	4.6	2.8	4.1	5.4	9.7	8.6	7.4
徳島県	13.3	8.7	4.6	8.2	8.7	9.0	▲5.1	▲4.6	▲4.2	0.7	2.4	3.0	2.0	2.5	2.9	4.5	4.1	3.7
香川県	13.9	10.8	3.0	9.9	10.1	10.1	▲4.0	▲3.8	▲3.7	1.1	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.7
愛媛県	21.0	15.4	5.6	14.1	14.6	14.7	▲6.8	▲6.4	▲6.2	1.3	4.7	4.8	3.3	3.7	3.9	5.5	5.0	4.9
高知県	16.2	9.5	6.8	9.3	10.2	11.2	▲6.9	▲6.1	▲5.0	0.8	2.8	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.8
福岡県	74.0	51.5	22.5	61.6	64.7	65.4	▲12.3	▲9.3	▲8.5	7.3	21.3	21.1	11.9	14.9	15.7	24.9	22.1	21.4
佐賀県	13.5	8.7	4.8	8.3	8.8	9.1	▲5.2	▲4.7	▲4.4	0.7	2.6	3.1	1.8	2.3	2.7	4.6	4.1	3.8
長崎県	23.3	16.3	7.1	15.4	16.3	16.9	▲7.9	▲7.1	▲6.5	1.5	5.4	5.7	2.9	3.7	4.3	7.5	6.7	6.2
熊本県	31.8	21.8	10.1	19.3	20.4	21.2	▲12.5	▲11.4	▲10.6	1.9	6.0	7.0	4.4	5.4	6.2	10.7	9.7	9.0
大分県	18.9	15.6	3.3	14.4	14.6	14.6	▲4.4	▲4.3	▲4.2	1.3	4.9	5.4	2.8	3.0	3.1	4.2	4.1	4.0
宮崎県	18.5	12.2	4.3	10.5	10.9	11.0	▲5.9	▲5.6	▲5.4	1.0	3.4	4.0	2.2	2.5	2.7	4.5	4.1	4.0
鹿児島県	30.6	20.4	10.3	17.8	18.8	19.9	▲12.9	▲11.8	▲10.7	1.5	5.5	7.0	3.7	4.7	5.8	9.5	8.6	7.5
沖縄県	14.6	10.6	4.0	14.8	15.2	15.3	+0.2	+0.6	+0.7	1.8	5.4	4.7	2.8	3.3	3.4	3.4	3.0	3.0

※1:平成25年医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)。

医療・介護制度をめぐる当面の主要なスケジュール



(原労省資料を基に作成)

出典元の「地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ
(平成27年7月 厚生労働省提供)」について

○構想区域ごとの医療需要の推計方法

医療需要（日／人）の算出式

$$\text{医療需要 (人/日)} = \left(\begin{array}{l} \text{NDBレセプトデータ} \\ \text{DPCデータ} \\ \text{公費医療データ} \\ \text{分娩のデータ} \\ \text{介護老人保健施設サービス受給者データ} \\ \text{労災保険医療データ} \\ \text{自賠責保険医療データ} \end{array} \right) \div 365 \text{日}$$

推計に当たっての課題

○流入・流出の推計について

患者住所地が明らかでない被用者保険利用者の医療需要を患者住所地構想区域ごとに推計する方法については、まず被用者保険利用者の医療需要を医療機関所在地構想区域ごとに推計した上で、当該都道府県の国民健康保険・後期高齢者医療制度のレセプトデータを用いて各医療機関所在地構想区域における患者住所地構想区域ごとの患者数の分布割合を算出し、被用者保険利用者の医療需要をこの分布割合に従って按分している。

○2025年の医療需要の推計方法

構想区域の2025年の医療需要＝（当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率×当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口）を総和したもの。

なお、平成37年(2025年)の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年)3月中位推計)』を用いている。

○対象データ

2013年のデータに基づくため、2014年度診療報酬改定により導入された地域包括ケア病棟等については、本推計には含まれていない。

○一部データの補正

将来の医療需要を推計する際、NDBのレセプトデータ及びDPCデータに含まれない正常分娩、生活保護、労災保険、自動車損害賠償責任保険等のデータの補正を行っている。

※NDBのレセプトデータ

NDB (National Database) とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

※DPCデータ

DPC (Diagnosis Procedure Combination) とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS (Per-Diem Payment System; 1日当たり包括支払い制度) という。DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。

地域医療構想策定のためのスケジュールについて(案)

時期	全体スケジュール	医療審議会	地域医療構想策定部会	各圏域の調整会議	備考
平成27年 6～8月		○地域医療構想策定(諮問) ①地域医療構想策定部会設置 ●部会報告	【①、②】 ・地域医療構想について ・病床機能報告(H26)まとめ ・構想策定の進め方 ・構想区域の考え方		
9～10月	①策定のための体制整備 ②データの収集、分析、共有			【①、②】 ・地域医療構想調整会議の設置について ・病床機能報告(H26)まとめ ・将来の医療需要と医療提供体制の検討	
11～12月	③構想区域の設定 ④構想区域ごとに医療需要の推計 ⑤医療需要に対する医療供給体制の検討 ⑥必要病床数の推計		【③④⑤⑥】 調整会議、病院との意見交換を踏まえ、 ・構想区域の設定 ・医療提供体制の検討 ・必要病床数の検討	●病床機能報告を基に、各病院との意見交換	○平成27年度病床機能報告 (10/1～10/31)
平成28年 1～3月	⑦構想区域の確認 ⑧施策の検討	●部会報告	【⑦、⑧】 ・病床機能報告(H27)まとめ ・施策の検討	【⑦、⑧】 ・病床機能報告(H27)まとめ ・施策の検討	
4～5月					
6～7月					■議会報告(概要)
8～9月		●地域医療構想(中間案)審議	●地域医療構想(中間案)検討		■議会報告(中間案)、パブコメ
10～12月		●地域医療構想(最終案)審議、答申	●地域医療構想(最終案)検討		■議会報告(最終)



病床機能報告を活用した、「地域医療構想」による機能分化・連携の推進

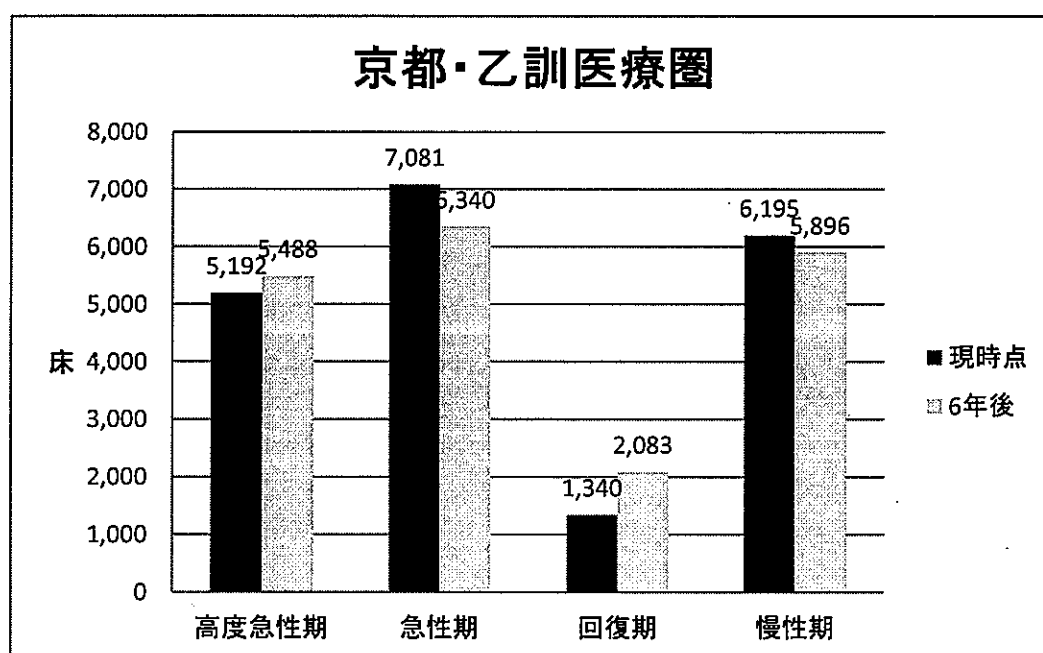
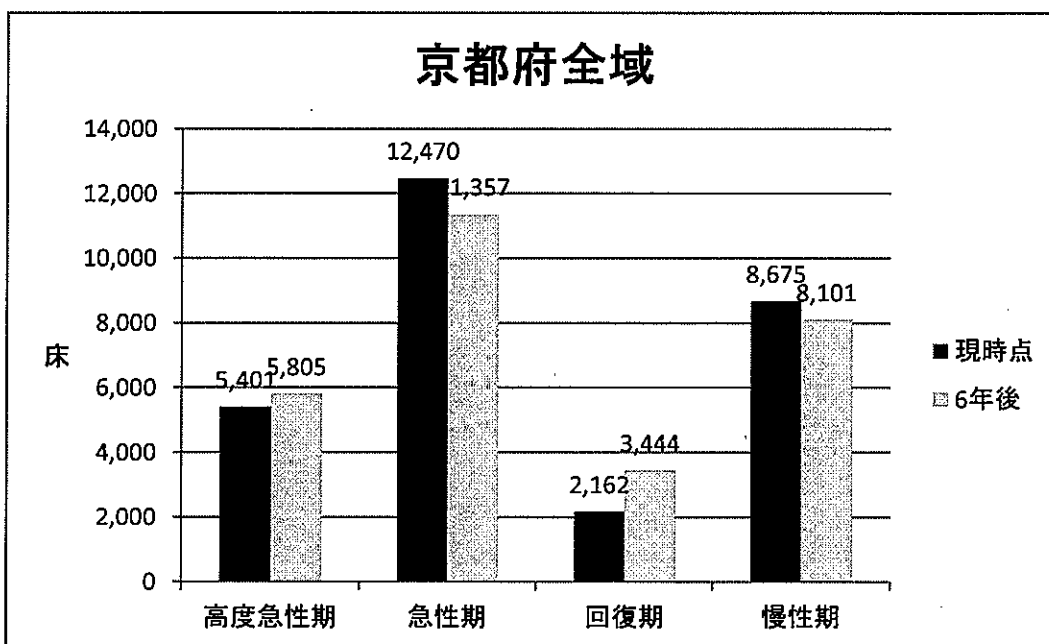
平成26年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況(平成26年度末まとめ)

以下の集計は、平成27年3月31日時点で、厚生労働省において、データクリーニングが完了し、京都府にデータの提供があったものを取りまとめた値です。

○対象施設数:268(病院162、有床診療所106)

○報告施設数:232(病院160、有床診療所72)

○公表施設数:214(病院155、有床診療所59)



病床機能報告制度における主な報告項目

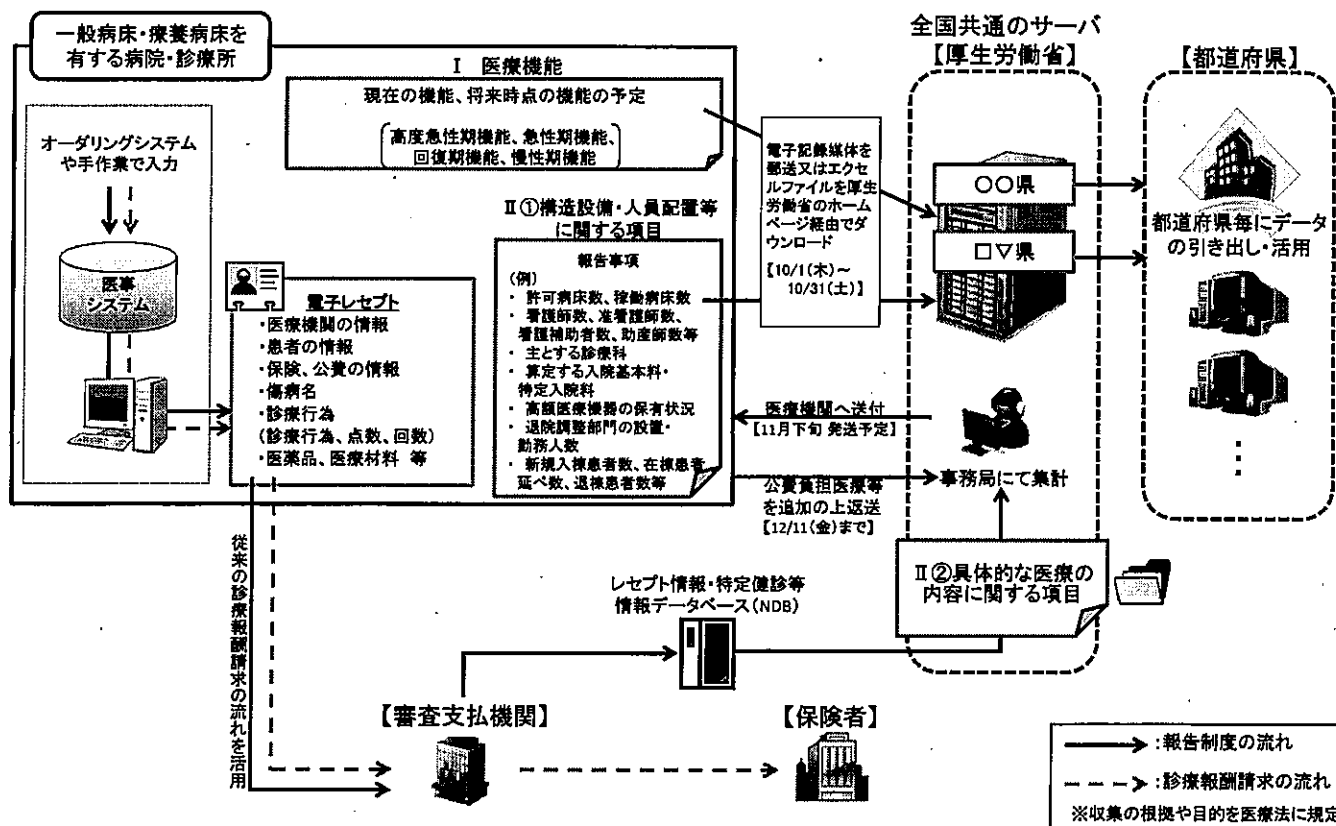
別添1

具体的な医療の内容に関する項目

病床数・人員配置・機器等 医療機能(現在/今後の方向) ※ 任意で2025年時点の医療機能の予定 許可病床数、稼働病床数 一般病床、療養病床の別 医療上の経過措置に該当する病床数 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数 理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数 主とする診療科 算定する入院基本料・特定入院料 DPC群 在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病棟の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での取り扱い数) 二次救急医療施設/救急告示病院の有無 高額医療機器の保有状況 (CT、MRI、血管造影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置等) 退院調整部門の設置・勤務人数	幅広い手等への治療 (全身麻酔の)手術件数(臓器別) 胸腔鏡下手術件数/腹腔鏡下手術件数 内視鏡手術用支援機器加算 悪性腫瘍手術件数 病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製 放射線治療件数、化学療法件数 がん患者指導管理料 抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 分娩件数 超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術 入院精神療法、精神科リエンチーム加算 ハイリスク分娩管理加算/妊産婦共同管理料 救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定 持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンポンピング法 経皮的肺補助法、補助人工心臓・楕円型補助人工心臓 頭蓋内圧測定1日につき、人工心肺 血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合 重症患者への対応 院内トリアージ実施料 夜間休日救急搬送医学管理料 精神科疾患患者等受入加算 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算 救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携診療計画管理料 救命のための気管内挿管 体表面/食道ベージング法 非開胸的心マッサージ、カウンターショック 心臓穿刺、食道圧追止チューブ挿入法 休日又は夜間に受診した患者の数(うち診察後、直ちに入院となった患者数) 救急車の受入件数	急性期後在宅復帰への支援 退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算 救急搬送患者地域連携受入加算 地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料 介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料 退院前訪問指導料 中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入 観血的動脈圧測定 1日につき ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養カテーテル交換法 疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算 入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合 平均リハ単位数/患者・日、1年間の総退院患者数 1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数 療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算 重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算		
			入院患者の状況 新規入棟患者数 在棟患者延べ数 退棟患者数 入棟前の場所別患者数 予定入院・緊急入院の患者数 退棟先の場所別患者数 退院後に在宅医療を必要とする患者数	有床診療所の多様な機能 往診患者数、訪問診療数、在宅/院内着取り件数 有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料 急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合 有床診療所の多様な役割 ①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能、②専門医療を担って病院を役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能

病床機能報告制度における報告・集計等の仕組み (レセプト電子申請の医療機関の場合)

別添2





[ホーム](#) > [健康・福祉・人権](#) > [健康・医療](#) > [京都府の医療施策について](#) > 京都府における医療機能ごとの病床の現状

[ツイート](#)

[いいね](#)

京都府における医療機能ごとの病床の現状

地域医療構想について

今後高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築することが求められています。

そのためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図ると同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要です。

こうしたことから、都道府県は、2025年における医療機能ごとの需要と必要量を含めその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療構想を策定します。

病床機能報告制度について

地域医療構想の策定にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析を行う必要があります。

そのために必要なデータを収集するため、医療機関がその有する病床(一般病床及び療養病床)において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組みが導入されました。

また、医療機能の報告に加えて、その病棟にどんな設備があるのか、どんな医療スタッフが配置されているのか、どんな医療行為が行われているのか、についても報告することとしています。

報告された情報の公表

報告された情報を公表し、地域医療構想とともに示すことにより、地域の医療機関や住民等が、地域の医療提供体制の現状と将来の姿について共通認識を持つことができます。また、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議によって、医療機能の分化・連携が進められるようになります。

医療機能について

医療機関が報告し、都道府県が2025年の必要量を定めることとなる医療機能は、次の4つの区分です。

高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

京都府における医療機能ごとの病床の状況

現状

2014年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況です。

三次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
丹後圏域	1,199	16	851	99	233
中丹圏域	2,219	89	1,437	149	544
南丹圏域	1,272	0	786	47	439
京都・乙訓圏域	19,808	5,192	7,081	1,340	6,195
山城北圏域	3,615	104	1,835	477	1,199
山城南圏域	595	0	480	50	65
京都府計	28,708	5,401	12,470	2,162	8,675

単位:床

回答のない医療機関があるため、合計数は実際の許可病床数と一致しません。

二次医療圏名をクリックすると、圏域内の医療機関ごとの病床の状況をご覧いただけます。

6年後の予定

2014年7月1日時点から6年経過した時点の機能の予定として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況です。

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
丹後圏域	1,199	16	851	99	233
中丹圏域	2,219	197	1,284	251	487
南丹圏域	1,272	0	734	157	381
京都・乙訓圏域	19,807	5,488	6,340	2,083	5,896
山城北圏域	3,615	104	1,725	747	1,039
山城南圏域	595	0	423	107	65
京都府計	28,707	5,805	11,357	3,444	8,101

単位: 床

圏域の設定が現在と変わらないとした場合

お問い合わせ

健康福祉部医療課
 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
 電話番号: 075-414-4743
 ファックス: 075-414-4752
iryo@pref.kyoto.lg.jp

京都府 〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

Copyright © Kyoto Prefecture. All Rights Reserved.

前回検討会の指摘事項を踏まえた平成 27 年度病床機能報告の対応について (案)

- 前回の検討会において、平成 26 年度病床機能報告の課題を踏まえて、平成 27 年度病床機能報告の対応について提案し、検討いただいたところである。
ご議論いただいた点を踏まえ、本年度の報告においては、以下のように対応することとする。

前回検討会での提案事項	平成 27 年度病床機能報告の対応
<p>(1) 未報告の医療機関に対する対応</p> <p>○ 未報告の医療機関に対しては、都道府県において、まずは報告を督促し、それでもなお未報告の医療機関に対しては、医療法に基づき適切に対応する。</p> <p>※ 医療法上、都道府県知事は、未報告の医療機関に対し、報告するよう命令することができることとなっている。(医療法第 30 条 13 第 5 項)</p> <p>※ 医療機関が都道府県知事の命令に従わない場合は、都道府県知事は当該医療機関を公表することができることとなっている。</p> <p>また、地域医療支援病院・特定機能病院の開設者が都道府県知事の命令に違反した時は、都道府県・国は、それぞれの承認を取り消すことができることとなっている。都道府県知事の命令に違反した者は、三十万円以下の過料に処することとなっている。</p>	<p>(1) 未報告の医療機関に対する対応</p> <p>○ 原案どおり</p>

1

<p>(2) 「間違い」と考えられる報告への対応</p> <p>○ 救命救急入院料や ICU、HCU 等を算定している病棟で、回復期機能や慢性期機能を選択するなどの、明確に選択間違いと考えられるものは、平成 27 年度病床機能報告では、「間違い」として取り扱い、医療機関に修正を求める。</p>	<p>(2) 「間違い」と考えられる報告への対応</p> <p>○ 原案どおり</p>
<p>(3) 回復期機能の誤解釈への対応</p> <p>○ 「回復期機能」については、「回復期リハビリテーション病棟だけが該当すると考えていた」という事例があったので、医療機関には、医療機能の内容を適切に理解し、医療機能を選択していただく必要があるため、医療機能の内容等を周知徹底する。</p>	<p>(3) 回復期機能の誤解釈への対応</p> <p>○ 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」も含まれることを平成 27 年度病床機能報告マニュアルに明記する。</p>

<p>(4) 特定機能病院の選択への対応</p> <p>○ 特定機能病院個々の病棟については、必ずしも全て高度急性期とは限らないと考えられる。そのため、病棟の機能の選択に当たっては、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択することを求める。</p>	<p>(4) 特定機能病院の選択への対応</p> <p>○ 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択することを平成 27 年度病床機能報告マニュアルに明記する。</p>
<p>(5) 報告の単純ミスへの対応</p> <p>○ 「届出病床数が許可病床数よりも多い」というような単純ミスをなくすため、医療機関における入力の際、エラーが表示されるようにするなどのシステム面での対応を図る。</p>	<p>(5) 報告の単純ミスへの対応</p> <p>○ 以下の場合、報告様式（電子媒体）に、「未記入の欄があります。」等の注意文が表示されるようにするとともに、その状態のままでは送信できないようにする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 報告事項に記載が無く、記載漏れなのか、報告対象となる患者数等が存在しないのか判断がつかないもの ・ 届出病床数が許可病床数よりも多い場合 ・ 許可病床数が 0 床の場合 ・ 過去 1 年間の在棟患者延べ数が 1 人以上であるものの、稼働病床が 0 床の場合 ・ 施設全体の職員数と、内訳の各部門の職員数の合計が一致しない場合 ・ 在棟患者延べ数が稼働病床数と比較して明らかに多い場合等

<p>(6) 項目の追加</p> <p>○ 他項目と同一時点の医師数を把握するため、医師数を報告項目に追加する。</p>	<p>(6) 項目の追加</p> <p>○ 医師数等の項目の追加については、他制度と整理を行いつつ、今後検討する。</p> <p>○ なお、医師の需給見直しや地域定着対策の推進とそれに関連する把握方法は、別途、検討を行うこととする。</p>
--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

適切な病床機能報告に向けた今後の検討について

- 平成 26 年度病床機能報告では、医療機関が、「医療機能の内容」に照らして、病棟の医療機能を選択して都道府県に報告することとなっていた。このため、同じ医療機能を選択している病棟でも、そこで行われている医療の内容等は必ずしも同等ではなかったり、同程度の医療内容と思われる医療機関でも、異なる医療機能を選択して報告している例もあったと考えられる。

(参考) 病床機能報告制度 報告する医療機能とその内容

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 例えば、診療報酬の地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟の場合、報告している医療機能は、主に急性期機能又は回復期機能となっている。
- 今後、報告された医療機能と、行われている医療内容、構造設備・人員配置等との関係を詳細に分析し、適切な病床機能報告に向けて検討していく。

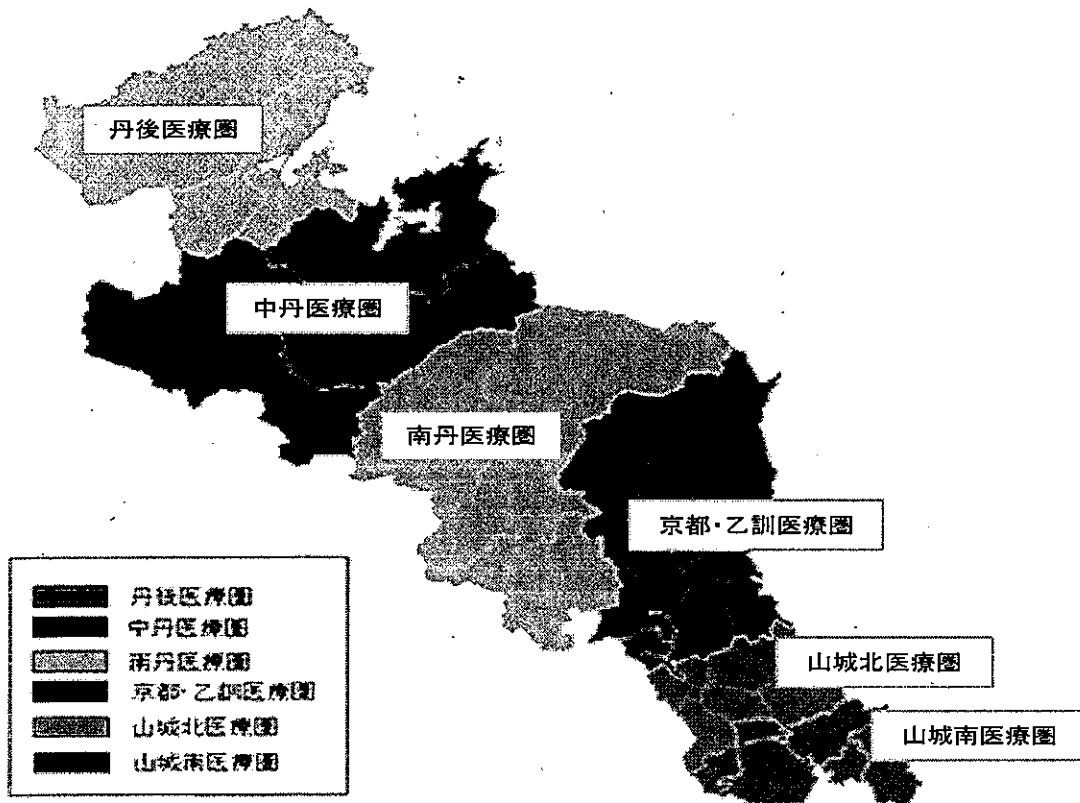
※ 平成 26 年度病床機能報告では、具体的な医療の内容に関する項目は、病院単位でしか把握できていないので、上記の分析を行う際には、この点に留意する必要がある。

将来の医療需要と医療提供体制について

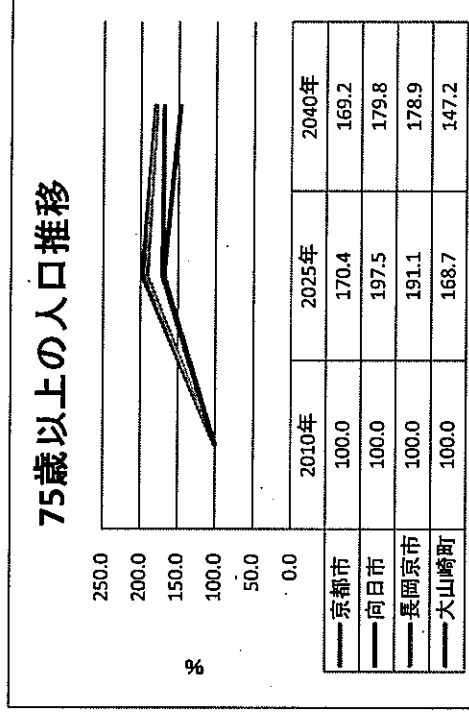
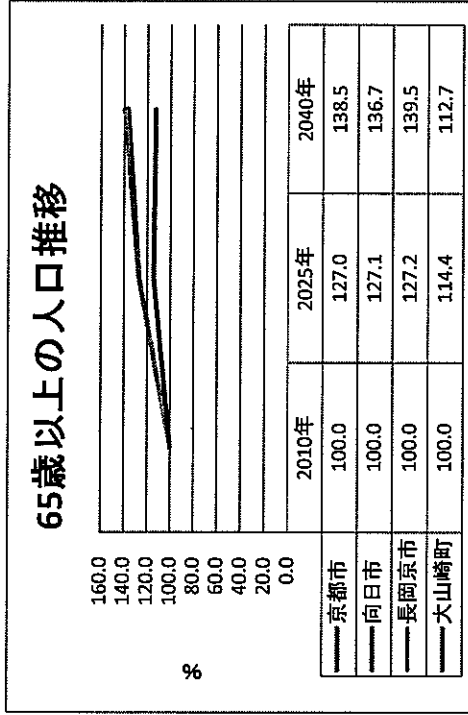
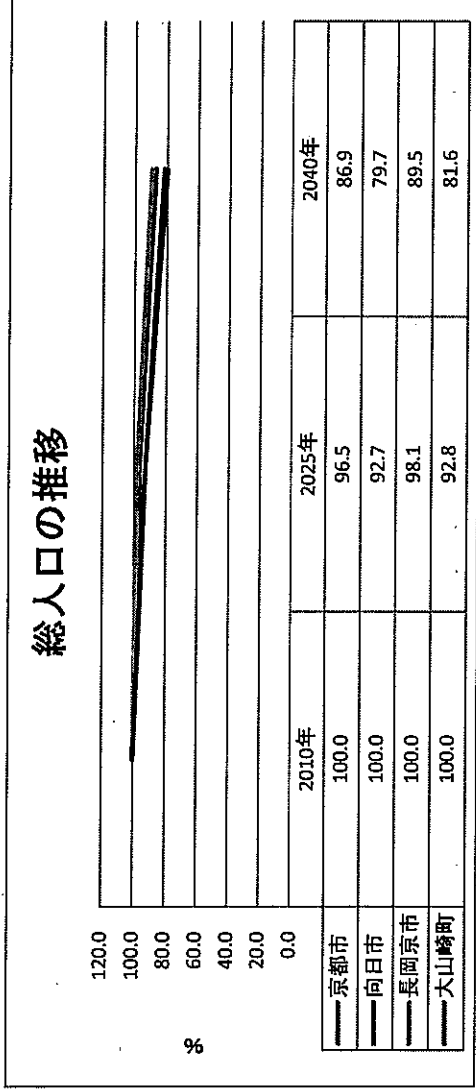
京都府における二次医療圏（京都府保健医療計画 H25年3月）

医療圏	構成		構成市町村名	圏域の人口 (H22.10.1)	圏域の面積 (H24.4.1)	所轄保健所 (H27.4.1)
	市町村数					
二次医療圏	丹後医療圏	4 (2市2町)	宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町	104,850	840.19	丹後
	中丹医療圏	3 (3市)	福知山市、舞鶴市、綾部市	204,157	1,241.83	中丹西 中丹東
	南丹医療圏	3 (2市1町)	亀岡市、南丹市、京丹波町	143,345	1,144.28	南丹
	京都・乙訓医療圏	4 (3市1町)	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町	1,623,308	860.72	京都市保健所 乙訓
	山城北医療圏	7 (4市3町)	宇治市、城陽市、八幡市、京田辺市、久御山町、井手町、宇治田原町	445,855	257.74	山城北 (綴基分室)
	山城南医療圏	5 (1市3町1村)	木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村	114,577	263.43	山城南
三次医療圏	府 全 域			2,636,092	4,608.19	—

【二次医療圏図】



京都・乙訓医療圏別の人口推移



※人口の下の数字は2010年を100とした場合の各年の指数
 出典: 国立社会保障・人口問題研究所による『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月中位推計)』

	総数(単位:人)				人口			
	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	75歳以上(単位:人)	2040年
京都・乙訓	1,623,308	1,564,641	1,408,489	372,976	473,155	515,517	175,321	301,475
京都市	1,474,015	1,421,963	1,281,381	340,171	431,899	471,067	161,678	275,458
向日市	54,328	50,345	43,315	11,786	14,984	16,110	4,798	9,474
長岡京市	79,844	78,297	71,455	17,356	22,081	24,212	7,252	13,856
大山崎町	15,121	14,036	12,338	3,663	4,191	4,128	1,593	2,687
	100	92.8	81.6	100	114.4	112.7	100	168.7

医療需要の推移(全疾患・医療機関所在地ベース)

(人/日)

医療機関所在地	医療機能	2013年	2025年	増減
京都・乙訓	高度急性期	1,609	1,865	256
	急性期	4,281	5,355	1,074
	回復期	4,087	5,404	1,317
	慢性期	4,667	5,452	785
	在宅医療等	16,515	27,498	10,983
	小計	31,159	45,574	14,415

出典: 地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ(平成27年7月 厚生労働省提供)

2025年の圏域別・医療機能別の病床需要数(国の推計値)

医療圏名	医療機能	許可病床数(一般+療養) (2013年10月現在)			病床機能報告制度による 病床機能② (H26.7.1)	患者住所地 ベース③ (注1)	医療機関所在地 ベース④ (注2)	③-①	④-①	④-②	将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者 (2025)
		病院	有床 診療所	計 ①							
京都・乙訓	高度急性期				5,192	2,102.1	2,486.9			▲ 2,705	
	急性期				7,081	6,147.3	6,865.3			▲ 216	
	回復期				1,340	5,516.5	6,004.3			4,664	
	慢性期				6,195	5,795.3	5,925.9			▲ 269	
	小計	19,966	643	20,609	19,808	19,561.2	21,282.4	▲ 1,047.8	673.4	1474	5,307.1

(注1) 患者住所地ベース：すべての患者が住所地の二次医療圏で受療すると仮定した場合の数値
 (注2) 医療機関所在地ベース：現在の患者の流出割合がそのまま維持されると仮定した場合の数値

出典：地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ(平成27年7月 厚生労働省提供)

2025年 4機能別の患者流出・流入の状況(医療需要)

(単位:人/日)

高度急性期	医療機関所在地											合計	
	府内 (2,193)						福井県 (0)	滋賀県 (15)	大阪府 (65)	兵庫県 (15)	奈良県 (28)		5府県計 (123)
	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南							
丹後	50	11	*	*	*	61	*	*	*	*	*	0	61
中丹	*	111	*	14	*	125	*	*	*	*	*	0	125
南丹	*	*	56	44	*	100	*	*	*	*	*	0	100
府内	*	*	*	1,493	24	1,517	*	*	11	*	*	11	1,528
山城北	*	*	*	137	181	318	*	*	20	*	*	20	338
山城南	-	*	*	13	*	48	*	35	*	*	*	0	48
府計	50	122	56	1,701	205	2,169	0	35	31	0	0	31	2,200
患者住所地													
福井県(10)	*												
滋賀県(57)	*												
大阪府(64)	*												
兵庫県(20)	*												
奈良県(12)	*												
5府県計(163)	0												
合計	50	122	56	1,763	217	35	2,243	0	0	0	0	31	2,200

●「*」印は、医療需要が10人/日未満の数値であるため非公開
●非公開数値があるため合計数が合わない

出典:地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ(平成27年7月 厚生労働省提供)

【京都・乙訓圏域の状況】

- 患者流出状況
ほとんどの患者が京都・乙訓圏域内で受診しているが、一部は大阪府(茨木市、高槻市等)で受診している。
- 患者流入の状況
医療提供体制が整っていることから、滋賀県や大阪府などから患者の流入が多い(流入>流出)。

2025年 4機能別の患者流出・流入の状況(医療需要)

(単位:人/日)

急性期	医療機関所在地											合計	
	府内 (6,979)						福井県 (0)	滋賀県 (39)	大阪府 (164)	兵庫県 (34)	奈良県 (83)		5府県計 (320)
	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南							
丹後	196	24	*	13	*	*	233	*	*	*	*	0	233
中丹	*	422	*	23	*	*	445	*	*	*	*	0	445
南丹	*	*	263	101	*	*	364	*	*	*	*	0	364
府内	*	*	11	4,564	88	*	4,663	*	37	*	*	53	4,716
山城北	*	*	*	307	742	15	1,064	*	75	*	*	75	1,139
山城南		*	*	23	31	137	191	*	*	*	*	61	252
府計	196	446	274	5,031	861	152	6,960	0	112	0	61	189	7,149
福井県(23)	*	15	*	*	*	*	15						
滋賀県(124)	*	*	*	93	*	*	93						
大阪府(169)	*	*	*	79	55	*	134						
兵庫県(54)	*	15	*	*	*	*	15						
奈良県(29)	*	*	*	*	*	*	0						
5府県計(399)	0	30	0	172	55	0	257						
合計	196	476	274	5,203	916	152	7,217						

●「*」印は、医療需要が10人/日未満の数値であるため非公開
●非公開数値があるため合計数が合わない

出典:地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ(平成27年7月 厚生労働省提供)

【京都・乙訓圏域の状況】

- 患者流出状況
ほとんどの患者が京都・乙訓圏域内で受診しているが、一部は滋賀県(大津市)、大阪府(茨木市、高槻市等)で受診している。
- 患者流入の状況
医療提供体制が整っていることから、滋賀県や大阪府などから患者の流入が多い(流入>流出)。

2025年 4機能別の患者流出・流入の状況(医療需要)

(単位:人/日)

回復期	医療機関所在地											合計	
	府内 (7,167)						福井県 (0)	滋賀県 (47)	大阪府 (188)	兵庫県 (29)	奈良県 (102)		5府県計 (366)
	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南							
丹後	299	21	*	12	*	*	332	*	*	*	*	0	332
中丹	*	430	*	22	*	*	452	*	*	*	*	0	452
南丹	*	*	234	111	*	*	345	*	*	*	*	0	345
府内	*	*	11	4,673	124	*	4,808	*	20	61	*	81	4,889
山城北	*	*	*	254	784	16	1,054	*	*	74	*	74	1,128
山城南	-	*	*	21	33	100	154	*	*	*	*	72	226
府計	299	451	245	5,093	941	116	7,145	0	20	135	0	227	7,372
福井県(23)	*	14	*	*	*	*	14						
滋賀県(125)	*	*	*	92	*	*	92						
大阪府(202)	*	*	*	65	101	*	166						
兵庫県(66)	*	20	*	*	*	*	20						
奈良県(32)	*	*	*	*	*	10	10						
5府県計(448)	0	34	0	157	101	10	302						
合計	299	485	245	5,250	1,042	126	7,447						

● * J印は、医療需要が10人/日未満の数値であるため非公開
● 非公開数値があるため合計数が合わない

出典:地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ(平成27年7月 厚生労働省提供)

【京都・乙訓圏域の状況】

- 患者流出状況
ほとんどの患者が京都・乙訓圏域内で受診しているが、一部は滋賀県(大津市)、大阪府(茨木市、高槻市等)で受診している。
- 患者流入の状況
医療提供体制が整っていることから、滋賀県や大阪府などから患者の流入が多い(流入>流出)。

2025年 4機能別の患者流出・流入の状況(医療需要)

(単位:人/日)

慢性期 (パターンB)	医療機関所在地											合計		
	府内 (7,543)						府外							
	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南	府計	福井県 (18)	滋賀県 (53)	大阪府 (151)	兵庫県 (142)		奈良県 (102)	5府県計 (466)
丹後	154	*	16	*	*	*	170	*	*	*	23	-	23	193
中丹	*	222	25	15	*	*	262	*	*	*	67	-	67	329
南丹	*	*	*	318	*	*	373	-	*	*	*	*	0	373
府内				4,808	217	*	5,114	*	29	53	*	10	92	5,206
山城北	*	*	17	238	1,109	16	1,380	*	*	35	*	13	48	1,428
山城南	-	-	*	18	89	81	188	-	*	*	*	60	60	248
府計	154	238	449	5,134	1,415	97	7,487	0	29	88	90	83	290	7,777
福井県(0)	*	*	*	*	*	-	0							
滋賀県(140)	-	-	*	114	*	*	114							
大阪府(158)	*	*	*	76	47	*	123							
兵庫県(49)	*	*	*	11	*	*	11							
奈良県(39)	-	-	-	*	*	10	10							
5府県計(386)	0	0	0	201	47	10	258							
合計	154	238	449	5,335	1,462	107	7,745							

●「*」印は、医療需要が10人/日未満の数値であるため非公開
 ●非公開数値があるため合計数値が合わない
 ●「パターンB」とは、療養病床の入院受療率の地域差を解消するため、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小値との差を等比的に低下するとして推計

出典:地域医療構想策定のための将来の医療需要推計予ータ(平成27年7月 厚生労働省提供)

【京都・乙訓圏域の状況】
 ○患者流出状況
 ほとんどの患者が京都・乙訓圏域内で受診しているが、一部は滋賀県(大津市等)、大阪府(茨木市、高槻市等)で受診している。
 ○患者流入の状況
 医療提供体制が整っていることから、滋賀県や大阪府などから患者の流入が多い(流入>流出)。

京都・乙訓医療圏の医療提供体制

【人口規模】

■年齢階級別人口(平成22年10月)

0~14歳	15~64歳	65~74歳	75歳~	計
171,000	935,000	350,000	167,000	1,623,000
10.5%	57.6%	21.6%	10.3%	100.0%

■人口密度

1,885.6人/km²(面積:860.72km²)

■構成市町村

京都市、向日市、長岡京市、大山崎町

【医療施設】

■医療機関の状況(平成27年4月1日現在)

	施設数	人口10万対
病院	112	6.9
診療所	1,776	110.0
歯科診療所	911	56.4

■病床利用率(平成25年)

	京都乙訓	京都府	全国
一般病床	77.5%	76.2%	75.5%
療養病床	95.5%	94.7%	89.9%
平均在院日数(療養)	248.7日	202.0日	168.3日

出典:病院報告

■機能(指定)の状況(平成27年4月1日現在)

区分	施設数	
救急医療機関	救命救急センター(三次)	4
	救急告示(二次)、輪番病院	66
	市町休日夜間患者センター	2
周産期医療	総合周産期母子医療センター	1
	周産期サブセンター	1
	周産期二次病院	8
小児救急医療機関(輪番を含む)	1	
災害拠点	基幹災害拠点病院	1
	地域災害拠点病院	6
	DMAT指定病院	8
へき地	へき地拠点病院	1
	へき地診療所	2
地域医療支援病院	7	
がん診療医療機関	府がん診療連携拠点病院	2
	地域がん診療連携拠点病院	5
	府がん診療病院	
	府がん診療連携病院	
	府がん診療推進病院	6
脳卒中对応医療機関	急性期	15
	回復期	27
	維持期	48
急性心筋梗塞対応医療機関	急性期	17
	回復期	13
リハビリテーション	回復期病棟を有する病院	14
	地域リハ支援センター	2
	リハ施設基準届出病院	80

■病院における特殊機器等設置状況

	施設数
集中治療室	21
放射線治療装置(リニアック等)	11
PET装置	7
CTスキャン装置	90
血管連続撮影装置	39
MRI装置	51

出所:医療監視結果(平成26年度)

【医療従事者】

■医師(平成24年12月31日現在)

	全体	内科	外科	産婦人科・産科	小児科	整形外科	麻酔科	精神科	脳神経外科	心臓血管外科
従事医師数(実数)	6,066	1,058	302	192	310	379	167	249	103	67
(人口10万対)	374.1	65.3	18.6	11.8	19.1	23.4	10.3	15.4	6.4	4.1
府(人口10万対)	296.4	56.7	16.5	9.5	16.2	20.0	7.8	13.1	5.5	2.8
全国(人口10万対)	226.5	48.0	12.6	8.5	12.8	16.1	6.4	11.6	5.5	2.3

■看護師(平成26年12月31日現在)

	看護師	准看護師
従事看護師数(実数)	17,087	3,464
(人口10万対)	1,056.1	214.1
府(人口10万対)	943.9 (全国27位)	216.8 (全国37位)
全国(人口10万対)	855.2	267.7

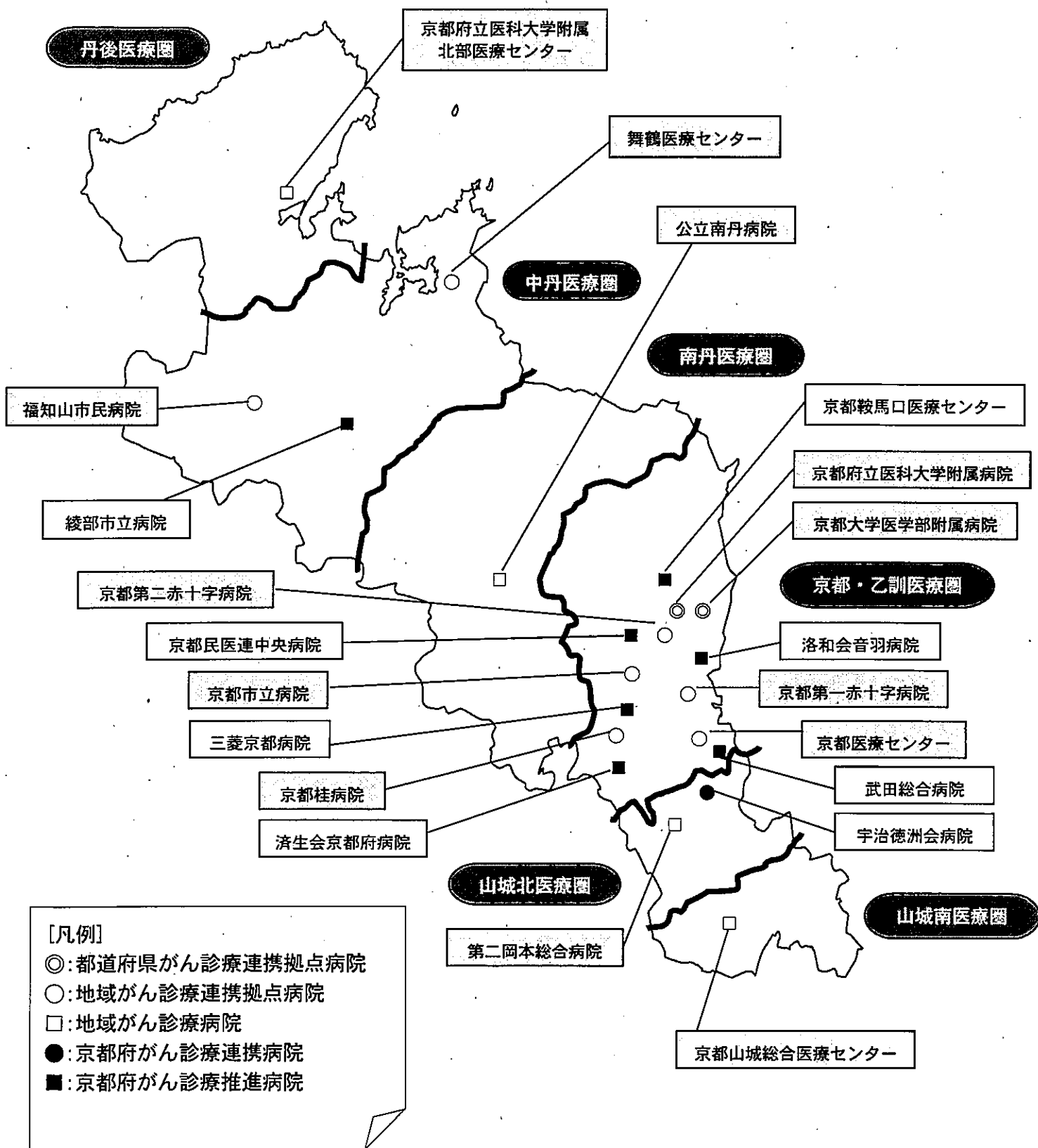
○医師の確保状況では、人口10万対で374.1人は、府内の二次医療圏で一番高い。また、看護師の確保状況では、人口10万対で1,056.1人で、府内の二次医療圏で一番高い。

○5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神)、5事業(救急、災害、へき地、周産期、小児)については、5疾病の医療体制及び5事業は全て整備されている。

京都府内のがん診療連携拠点病院・地域がん診療病院

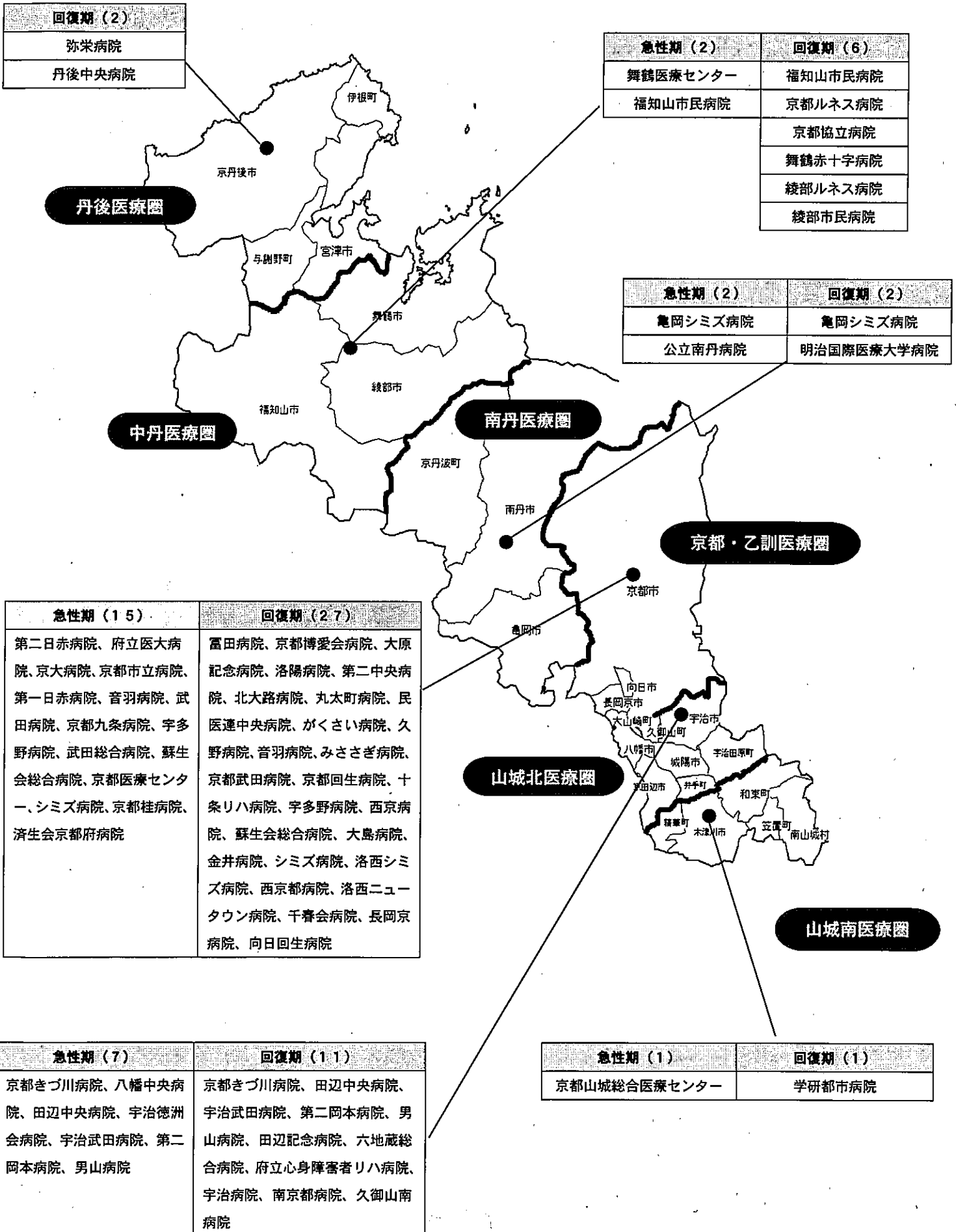
京都府がん診療連携病院・推進病院

(平成 27 年 4 月 1 日現在)



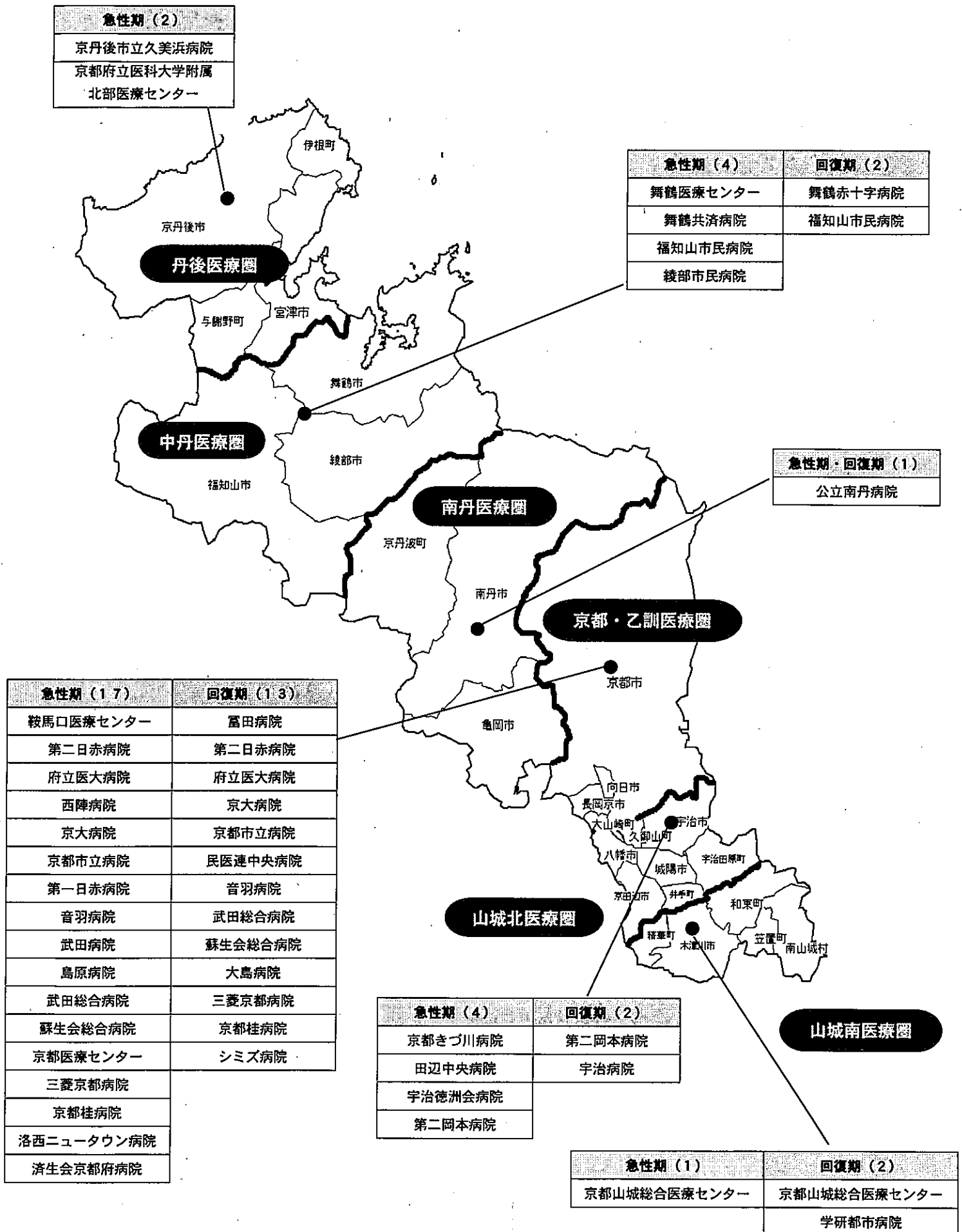
「脳卒中」の急性期、回復期医療を担う医療機関一覧

(平成 27 年 7 月 31 日現在)



「心筋梗塞」の急性期、回復期医療を担う医療機関一覧

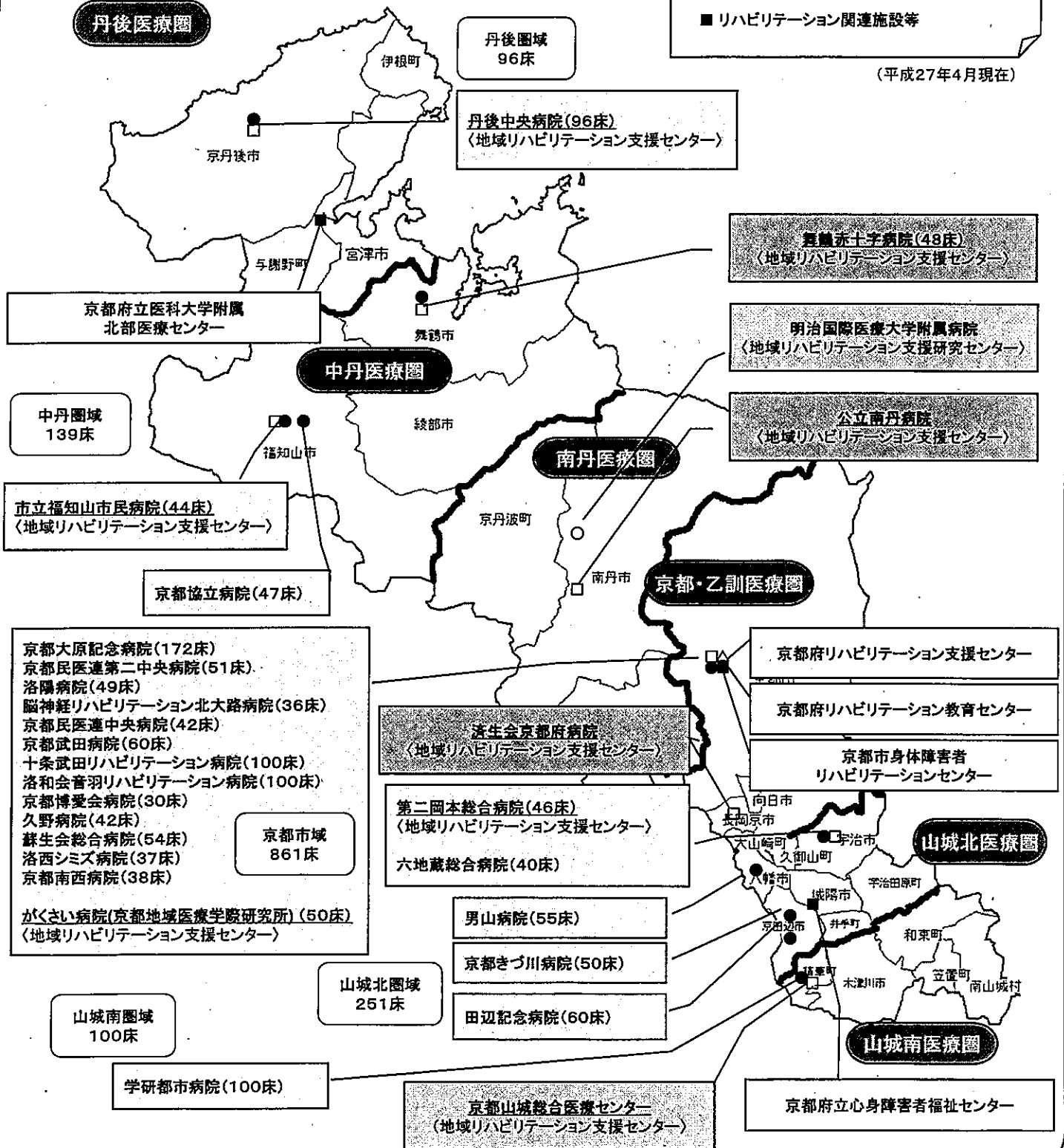
(平成 27 年 7 月 31 日現在)



リハビリテーション支援センター及び回復期病床の状況

- 地域リハビリテーション支援センター
- 地域リハビリテーション支援研究センター
- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関(24医療機関 1,447床)
- リハビリテーション関連施設等

(平成27年4月現在)



表の見方

資料4 P. 9

2025年の圏域別・医療機能別の病床需要数(国の推計値)

医療圏名	医療機能	許可病床数(一般+療養) (2013年10月現在)			病床機能報告 制度による病 床機能② (H26. 7. 1)	患者住所地 ベース③ (注1) 2025年の 必要病床数 (床)	医療機関所在 地ベース④ (注2) 2025年の 必要病床数 (床)	③-①	④-①	④-②	将来、介護施設 や高齢者 住宅を含めた 在宅医療等 で追加的に対 応する患者 (2025)
		病院	有床 診療所	計 ①							
京都・乙訓	高度急性期				5,192	2,102.1	2,486.9			▲ 2,705	
	急性期				7,081	6,147.3	6,865.3			▲ 216	
	回復期				1,340	5,516.5	6,004.1			4,664	
	慢性期				6,195	5,795.3	5,925.9			▲ 269	
	小計	19,966	643	20,609	19,808	19,561.2	21,282.4	▲ 1,047.8	673.4	1474	5,307.1

下記※①を法令で定められた係数で割り戻して算出した必要病床数「*」があるため、合計は一致しない

下記※②を法令で定められた係数で割り戻して算出した必要病床数「*」があるため、合計は一致しない

- 法令で定める係数
- ・高度急性期: 0. 75
 - ・急性期: 0. 78
 - ・回復期: 0. 9
 - ・慢性期: 0. 92

資料4 P. 10

2025年 4機能別の患者流出・流入の状況(医療需要)

(単位: 人/日)

高度急性期	医療機関所在地														合計		
	府内 (2,193)								福井県 (0)	滋賀県 (15)	大阪府 (65)	兵庫県 (15)	奈良県 (28)	5府県計 (123)			
	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南	府計										
患者住所地	府内	丹後	50	11	*	*	*	*	61	*	*	*	*	*	*	0	61
	中丹	*	111	*	14	*	*	125	*	*	*	*	*	*	0	125	
	南丹	*	*	56	44	*	*	100	*	*	*	*	*	*	0	100	
	京都・乙訓	*	*	*	1,493	24	*	1,517	*	*	11	*	*	11	1,528		
	山城北	*	*	*	137	181	*	318	*	*	20	*	*	20	338		
	山城南	-	*	*	13	*	35	48	*	*	*	*	*	0	48		
	府計	50	122	56	1,701	205	35	2,169	0	0	31	0	0	31	2,200		
	福井県(10)	*	*	*	*	*	*	0									
滋賀県(57)	*	*	*	32	*	*	32										
大阪府(64)	*	*	*	30	12	*	42										
兵庫県(20)	*	*	*	*	*	*	0										
奈良県(12)	*	*	*	*	*	*	0										
5府県計(163)	0	0	0	62	12	0	74										
合計	50	122	56	1,763	217	35	2,243										

※②

現在の患者の流出割合が将来もそのまま続くと仮定した場合の将来の医療需要(流入を含み、流出を含まない)

※①

すべての患者が患者住所地の二次医療圏で受療すると仮定した場合の将来の医療需要(流出を含み、流入を含まない)

「*」について:
計算結果が10(人)未満となる場合は「*」が表示される。この値は合計値にも反映されない。