

地域医療構想の策定について

1. 地域医療構想について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための 関係法律の整備等に関する法律（抜粋）

趣 旨

効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築すること

概 要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、

消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、**都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. その他

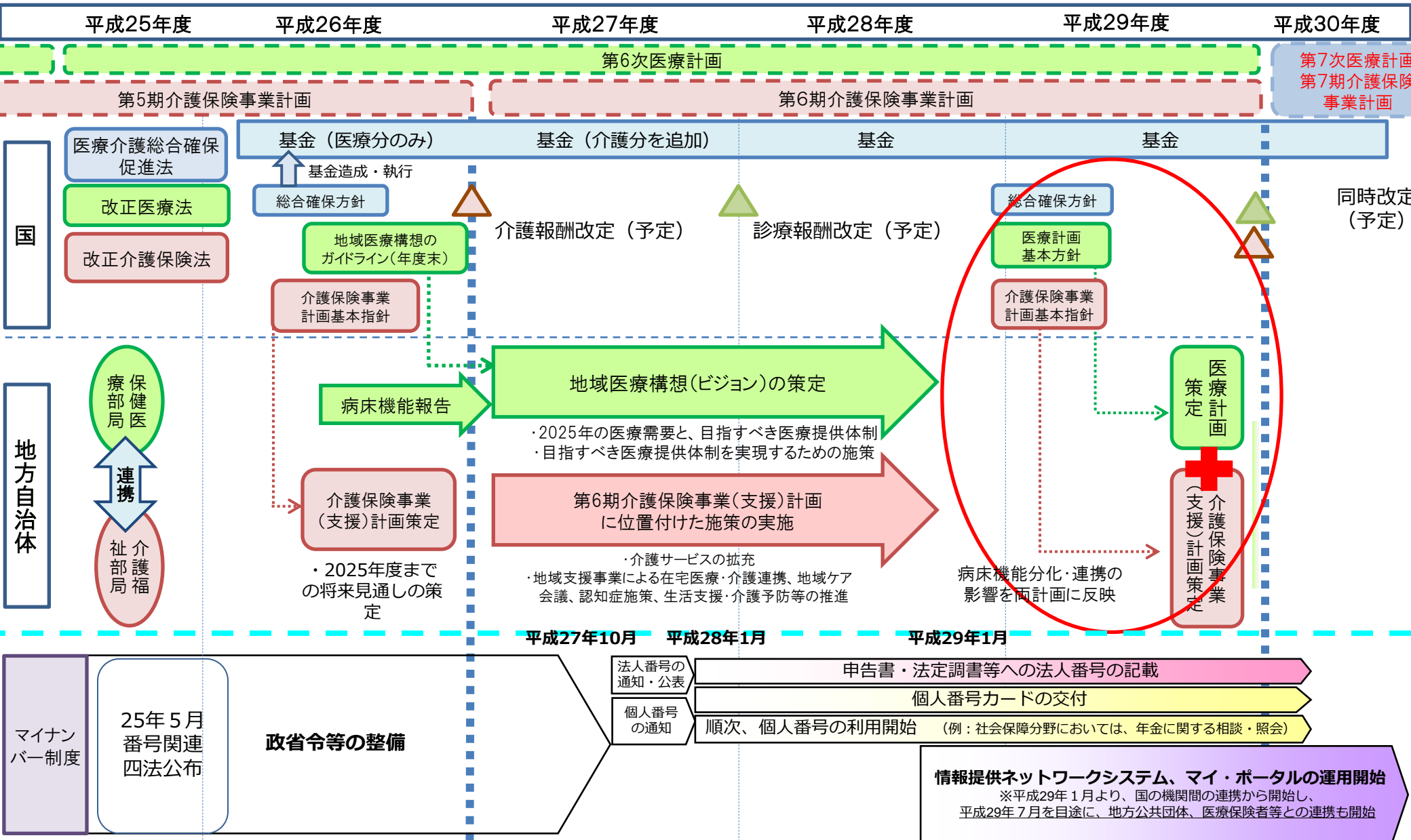
①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものの。	○医療計画制度の導入 ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○医療計画制度の充実 ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○医療計画制度の見直し ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○医療計画制度の見直し ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け
平成26年 第六次改正	医療安全確保を狙いとした医療事故調査・支援センターの新設、病床機能の分化と連携の推進を狙いとした病床機能報告制度の新設等が行われます。	○病床の機能分化・連携の推進 ・病床機能報告制度と地域医療構想の策定 ○在宅医療の推進 ○医師・看護職員確保対策 ○医療機関における勤務環境の改善 ○医療事故に係る調査の仕組み等の整備 ○医療法人制度の見直

医療・介護提供体制の見直し等に係る今後予想されるスケジュール



地域医療構想の概要

概要

医療法改正により、医療機関からの「病床機能報告制度」の創設とともに、県による「地域医療構想」の策定が義務付けられた。

目的

- ・高齢化等に伴う医療ニーズの増大や、医療技術の高度化等に対応するため、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていく。
- ・患者が状態に見合った病床で、その状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- ・それぞれの医療機関が担っている機能が分かりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

内容

<病床機能報告制度> H26.10月～

医療機関が、「一般病床及び療養病床」について、担っている医療機能の「現状」と「今後（6年後）の方向性」を選択し、「病棟単位」で県へ報告する。

・医療機関が報告する機能

高度急性期	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	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	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
慢性期	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）、難病患者等を入院させる機能

・併せて地域医療構想を策定する上で必要な「提供している医療の具体的内容に関する情報」を報告

H27.3.31 地域医療構想策定ガイドライン（局長通知）の制定
H27.4.1 医療法改正の施行

<地域医療構想の策定> H27～H28

1. 構想区域の設定（原則として、二次医療圏）
2. 構想区域ごとに2025年の医療需要の推計
高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要を推計
3. 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討
主な疾病（がん、脳卒中及び心筋梗塞）ごとに確認・検討（他疾患等についても、適宜、地域の実情に応じて検討）
4. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 3.で検討された推定供給数を病床稼働率で除した数値を必要量（必要病床数）と推計
5. 2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策
 - ・病床の機能の分化及び連携を推進するための複合的な取組及び人材の確保・育成、在宅医療の充実
 - ・医療従事者の確保・養成等

策定後

<協議の場（地域医療構想調整会議）の設置>

- ・都道府県は、構想区域等ごとに、地域医療構想の達成を推進するため、医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議を行う地域医療構想調整会議を設置。
- ・医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議での医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進。

新たな財政支援制度（基金）による支援

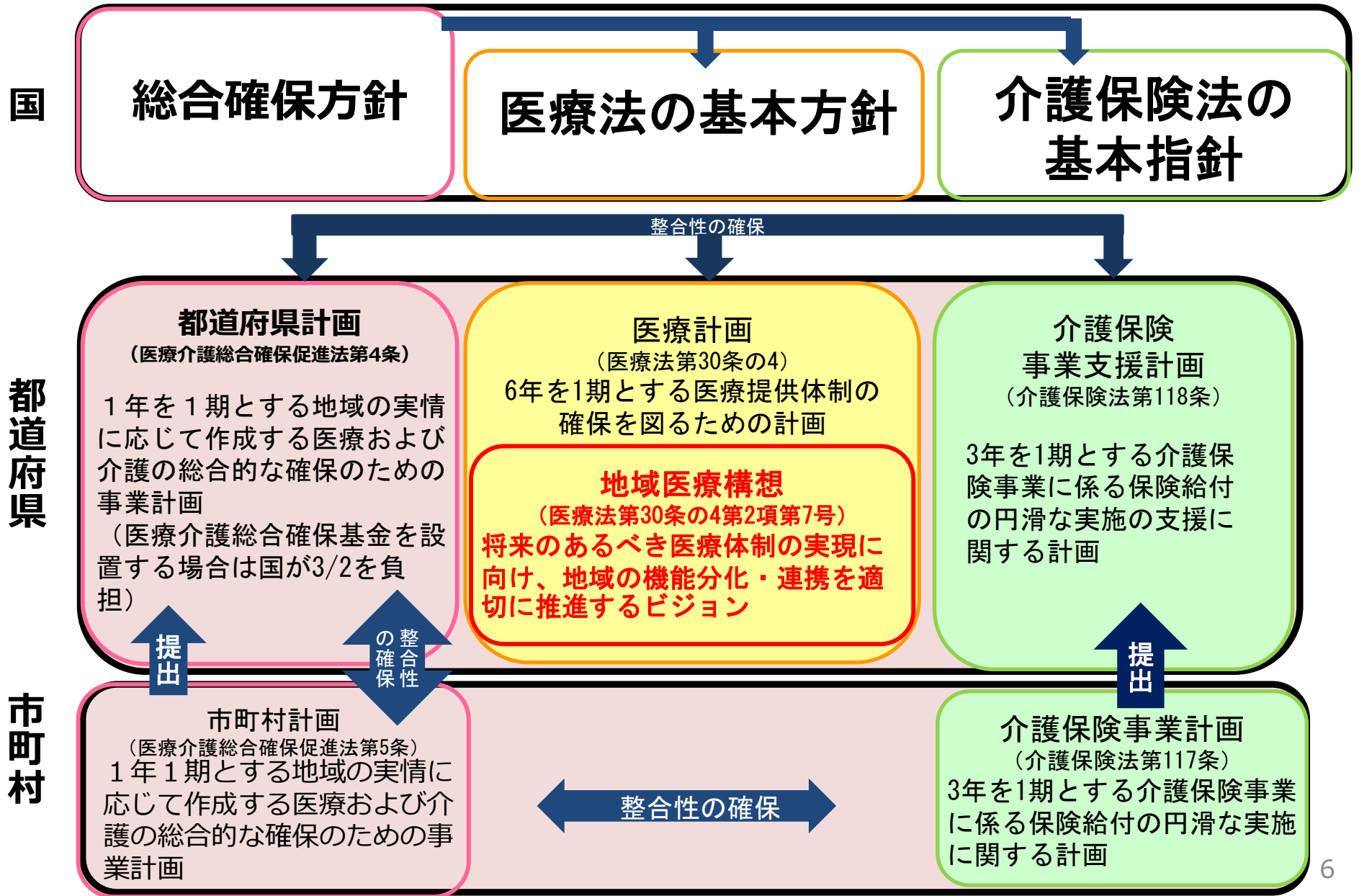
<都道府県知事の権限の強化>

- ・不足機能への転換を医療機能へ要請（公的医療機関には指示）
- ・稼働していない病床の削減の要請（公的医療機関には命令）

上記の要請に従わない場合は、勧告
上記の勧告や指示・命令に従わない場合の措置

- ・医療機関名の公表
- ・地域医療支援病院（特定機能病院）の承認の取消
- ・補助金の交付対象からの除外

地域医療における計画



地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

地域医療における会議

都道府県

医療計画

地域医療構想

地域医療対策協議会

(医療法第30条の17)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

二次医療圏

圏域連携会議

(医療計画作成指針

平成24年3月30日付)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

構想区域

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 医療機関が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報の共有
- ・ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ・ 地域医療構想の達成の推進

- ※ 地域医療構想の策定段階から設置し、策定に関与することが望ましい
- ※ 協議が調わない場合は都道府県が必要に応じ措置を講じる

地域医療
構想調整
会議

地域医療
構想調整
会議

地域医療
構想調整
会議

下部組織

特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合に
専門部会等を設置

地域医療構想調整会議の議事、開催時期、参加者について

議事		開催時期	参加する関係者
通常 の 開催 (法30 の14 ②)	病床 の 機能 分化 ・ 連携 の 推進	①各病院・有床診療所が担うべき 病床機能及びその病床数に 関する協議	地域の实情に応じて、都道府県が 随時開催
		②病床機能報告制度による情報等 の共有	病床機能報告制度や地域医療介護 総合確保基金のスケジュールを念頭 に定期的に開催
		③都道府県計画（地域医療介護 総合確保基金）に関する協議	
	その他	④その他の地域医療構想の達成 の推進（地域包括ケア、人材の 確保、診療科ごとの連携など） に関する協議	地域の实情に応じて、都道府県が 随時開催
病院の開設・増床、 医療機能の転換 への対応	⑤開設・増床等の許可申請の内容 に関する協議 （法30の14③）	医療機関が開設・増床等の許可申請 をした場合に開催	許可申請をした医療機関及び当該申請に係る 利害関係者 等 を都道府県が選定
	⑥過剰な医療機能への転換 に関する協議 （法30の15②）	医療機関が過剰な医療機能に転換 しようとする場合に開催	転換をしようとする医療機関及び当該転換に 係る利害関係者 等 を都道府県が選定

医師会、歯科医師会、病院団体、病院・有床
診療所の開設者・管理者、医療保険者を基本
とし、

都道府県が選定

議事等に応じ、都道府県が選定

1. 「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

2. 都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。
※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
 - ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

地域医療構想策定ガイドラインと本県の体制

<ガイドラインの概要とイメージ図>

<Ⅰ 地域医療構想の策定>

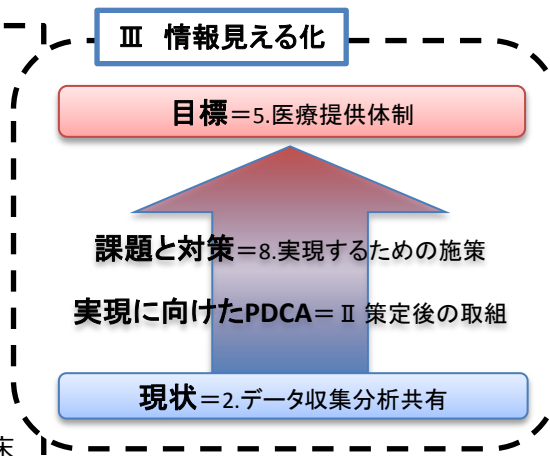
1. 策定を行う体制の整備
2. 策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとに2025年の医療需要の推計
高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要を推計
5. 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討
主な疾病（5疾病5事業及び高齢者肺炎や大腿骨頸部骨折等）ごとに確認・検討
（他疾患等についても、適宜、地域の実情に応じて検討）
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
5.で検討された推定供給数を病床稼働率で除した数値を必要量（必要病床数）と推計
病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%
7. 構想区域の確認
8. 2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討
 - 基本的な考え方
医療関係者のみでなく、介護、福祉（児童、障害等）、教育、就労等、関係者は多岐にわたる
→県は幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討
（特に、精神疾患や認知症対策）
 - 施策の検討
 - ・ 病床の機能の分化及び連携を推進
 - ・ 在宅医療の充実
 - ・ 医療従事者の確保・養成

<Ⅱ 策定後の取組>

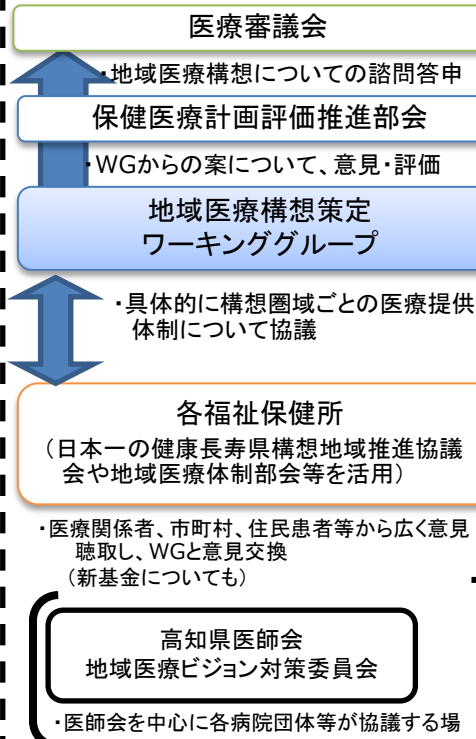
- ・ 構想区域等ごとに、地域医療構想の達成を推進するため、医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議を行う地域医療構想調整会議を設置
- ・ 医療機関の自主的な取組と、地域医療構想調整会議での医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進

<Ⅲ 病床機能報告制度の公表の仕方>

- ・ 患者や住民に対する公表、調整会議での情報活用



<本県の策定体制>



地域医療構想策定

1. 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
2. 病床機能報告制度による情報の共有
3. 地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画に関する協議
4. その他（地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など）

地域医療構想調整会議

役割:

地域医療構想の実現に向けた取組を協議すること（医療法第30条の14）
都道府県は、構想区域等ごとに、地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数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協議を行うもの

構成員:

医療法上、「協議の場」の参加者については、「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」とされており、医療法の当該規定に沿って、医師会、歯科医師会、病院団体、病院・有床診療所の開設者・管理者、医療保険者を基本とし、議事に応じて県が選定

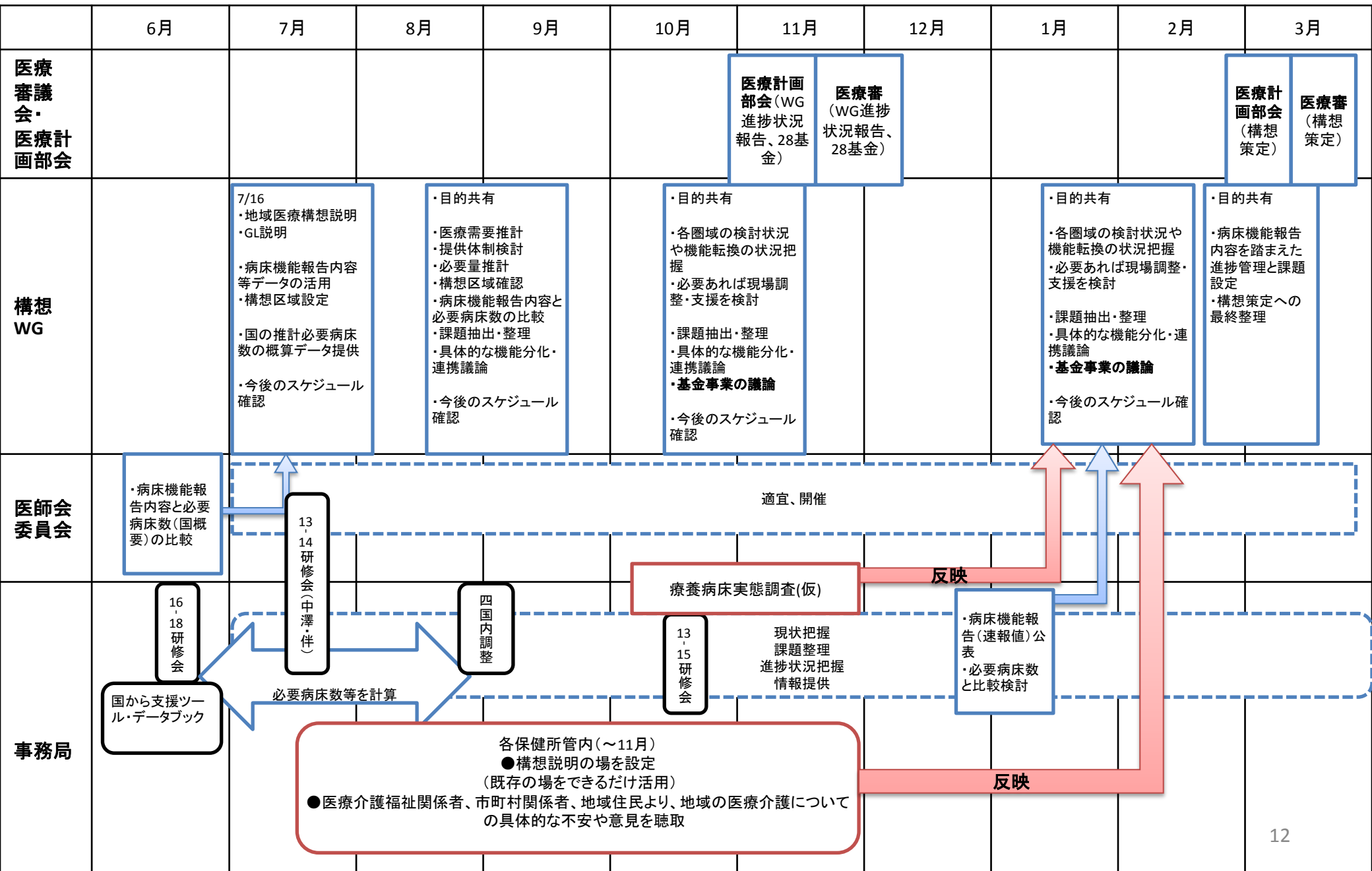
その他調整会議に関する事項:

専門部会やワーキンググループの設置も考えられる

地域医療構想策定スケジュール(案)

医療政策課

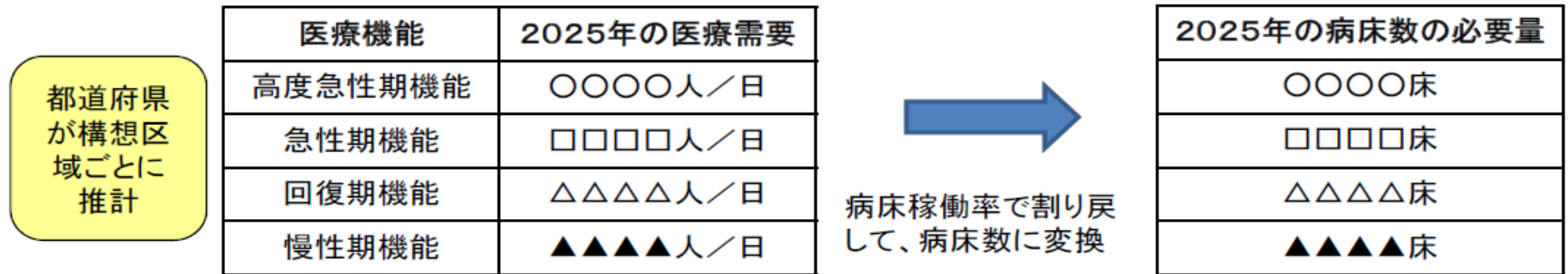
平成27年7月16日現在



2. 医療需要の推計について

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

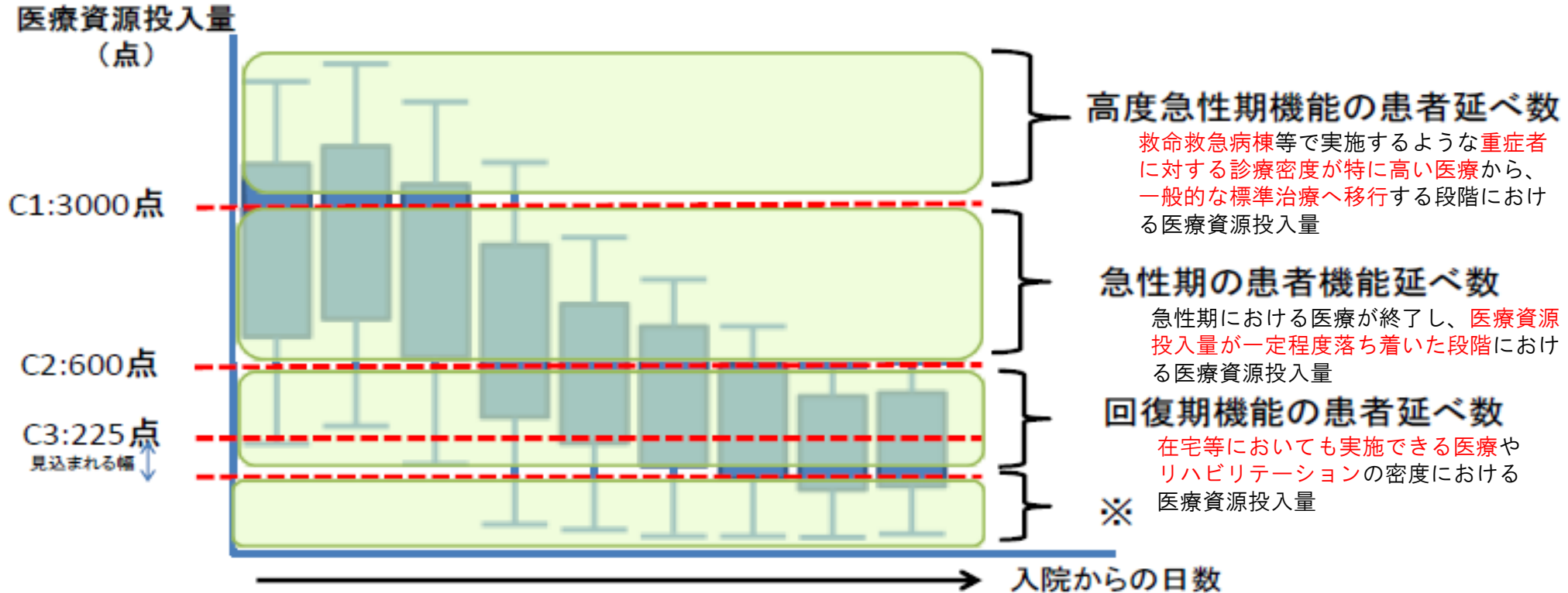
- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 高度急性期と急性期との境界点（C1）、急性期と回復期との境界点（C2）となる医療資源投入量を分析。
- 在宅医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点（C3）を分析。
- C1超の患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の患者延べ数を回復期機能の患者数として計算



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

（「第9回地域医療策定ガイドライン等に関する検討会」資料を一部改変）

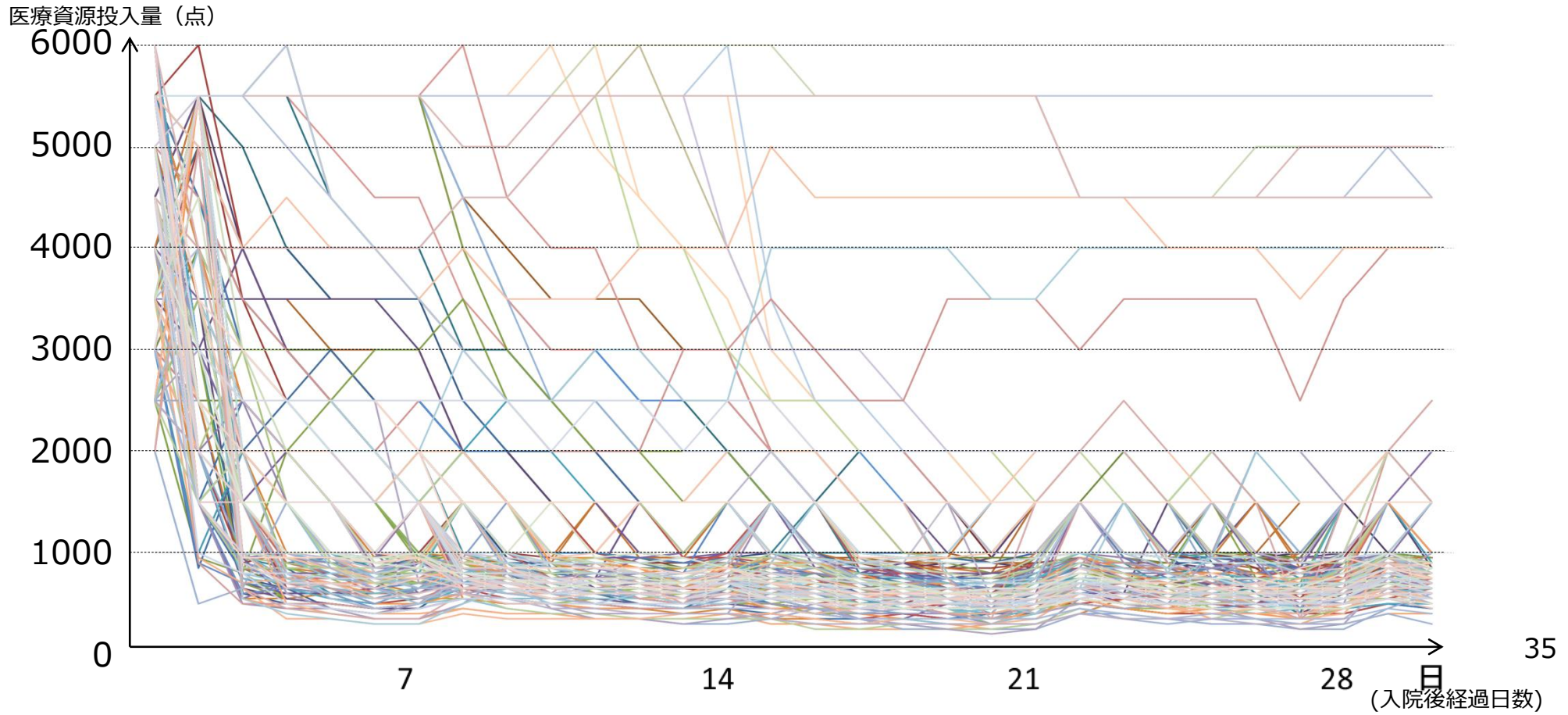
全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療資源投入量（中央値）の推移

（入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの）

○ 推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255の疾患について入院後桂花実施。（当該255疾患の入院患者の合計入院数（人・日）が、全疾患の入院患者の合計入院数（人・日）に対して占める割合は63.1%であった。）

○ 入院初日から2～3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある。その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している。



病床の機能別分類の境界点（C1～C3）の考え方【案】

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やI C U、H C Uで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）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
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、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
※	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 ただし、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点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

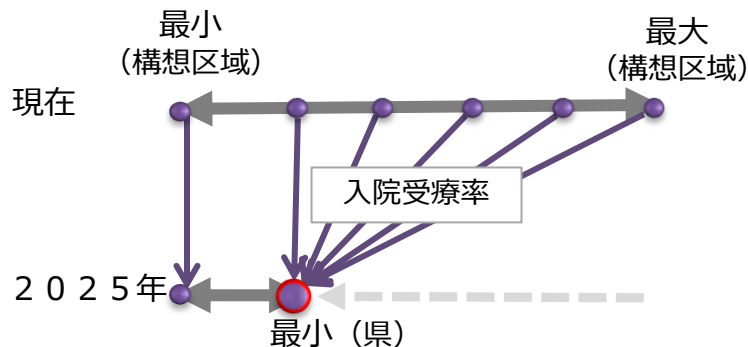
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等*で対応するものとして推計する。
 ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 その際、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、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値（県単位）まで入院受療率を低下する。

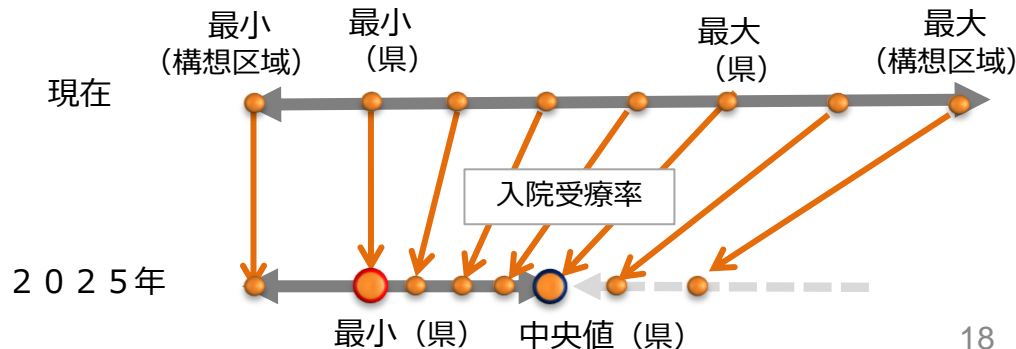
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

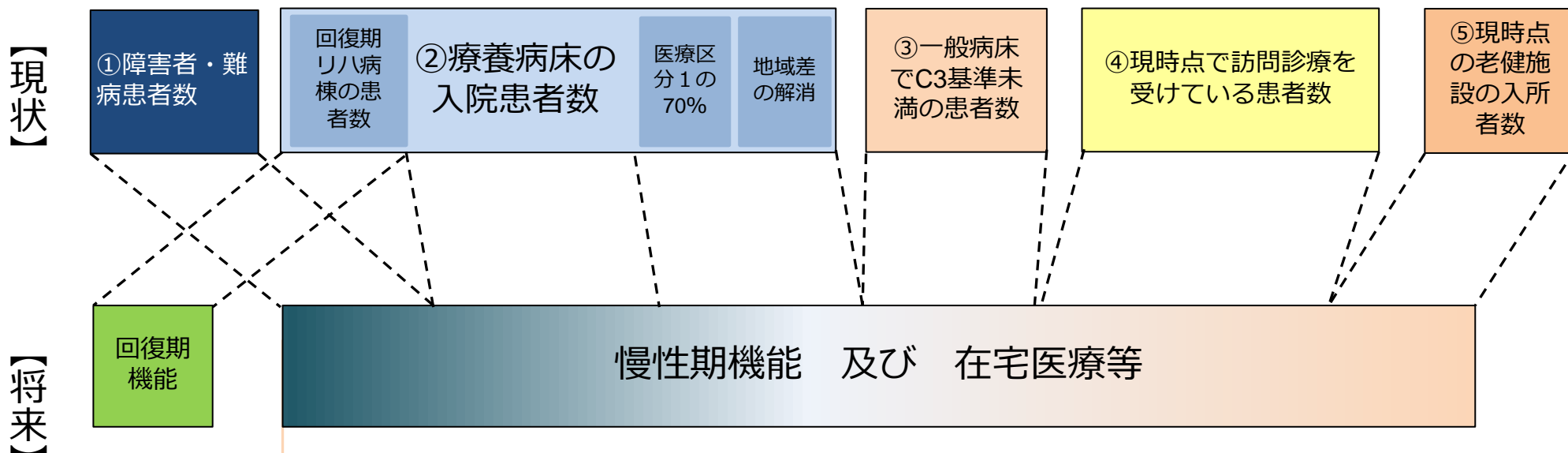
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。



4-3.慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について

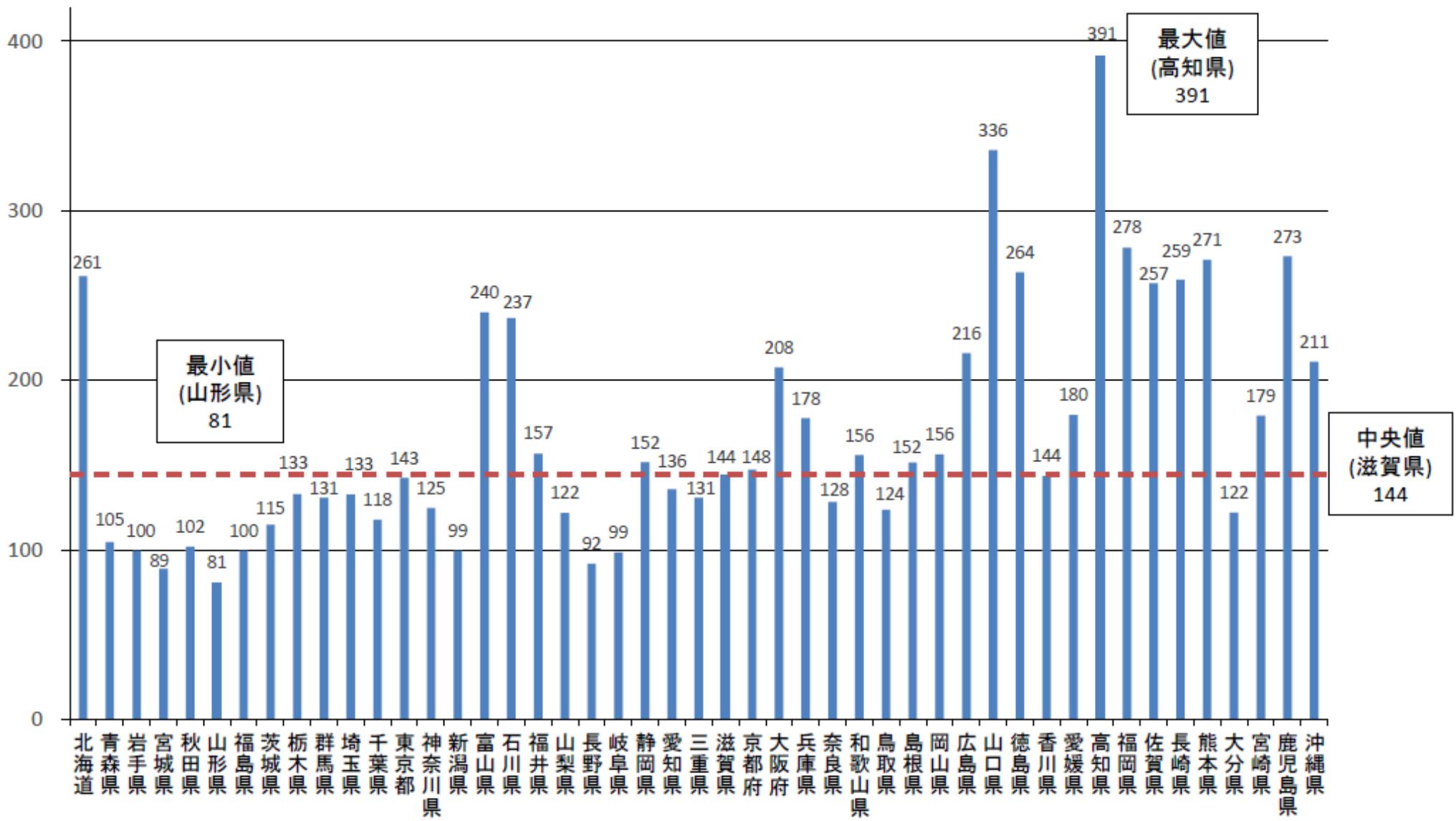
慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

- 都道府県は、原則、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が、以下の要件に該当する2次医療圏は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。

その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

【要件案】 以下の①かつ②に該当する2次医療圏

- ① 当該2次医療圏の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)よりも大きい
- ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい
 - ※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。
 - ※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

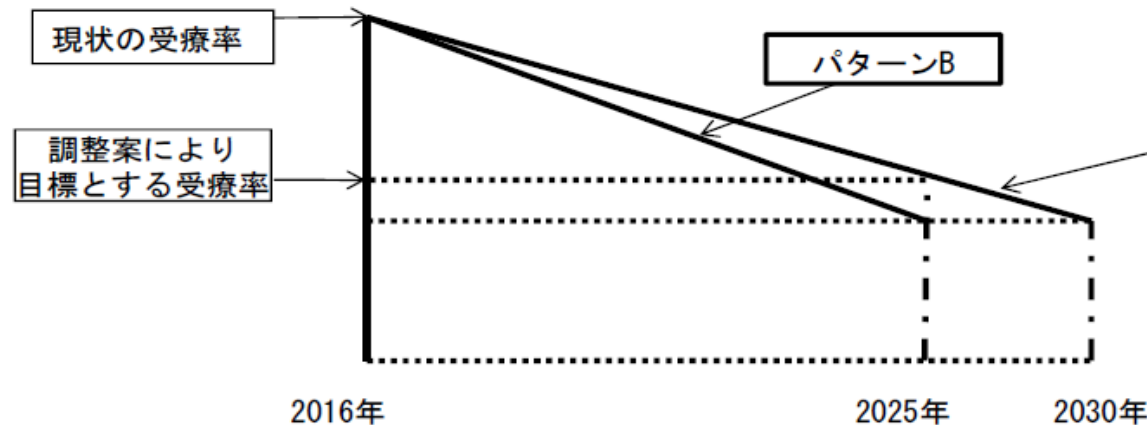
(地域医療構想策定後の目標修正について)

- 一定の要件に該当する2次医療圏において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

一定の要件→ 全国中央値を超える減少率の都道府県の2次医療圏(中央値を超える減少率の2次医療圏に限る。)その他これに類する2次医療圏

特別な事情→ やむを得ない事情に限定

厚生労働大臣が認める方法→ 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法



上記要件に該当する地域は、目標達成年次を2030年とすることができる。その場合、2030年から比例的に逆算した2025年の入院受療率の目標も地域医療構想に定める。

3. 本県の状況について

本県の医療資源

二次医療圏	病院数	人口 10万対	救命救急 センター	中小病院割合 (200床未満)	大病院割合 (500床以上)	公的病院 割合	民間病院 割合	診療所数	有床 診療所数	有床診療所数 (人口10万対)	医師数 (人口 10万対)
中央	97	18.0	3	81.4%	4.1%	12.4%	87.6%	416	74	13.7	32.9
高幡	8	14.1	0	87.5%	0.0%	12.5%	87.5%	45	3	5.3	15.5
幡多	19	21.6	0	89.5%	0.0%	21.1%	78.9%	70	11	12.5	20.5
県計	131	17.9	3	82.4%	3.1%	13.7%	86.3%	571	93	12.7	29.1

二次 医療圏	病院 病床数	人口 10万 対	病院 一般 病床数	人口 10万 対	公的病院 病床数 割合	民間病院 病床数 割合	病院 療養 病床数	人口 10万 対	公的病院 病床数 割合	民間病院 病床数 割合	精神 病床 数	人口 10万対	有床 診療所 病床数	一般 病床数	療養 病床数
中央	14,526	2,694.3	6269	1162.8	45.4%	54.6%	5482	1016.8	4.1%	95.9%	2693	499.5	1225	1225	0
高幡	986	1,739.3	326	575.0	9.2%	90.8%	442	779.7	0.0%	100%	218	384.5	63	57	6
幡多	1,923	2,183.1	855	970.7	62.0%	38.0%	688	781.1	0.0%	100%	349	396.2	165	159	6
県計	18,376	2,507.6	7,799	1,064.2	45.9%	54.1%	6,788	926.3	3.3%	96.7%	3,671	500.9	1,504	1,492	12

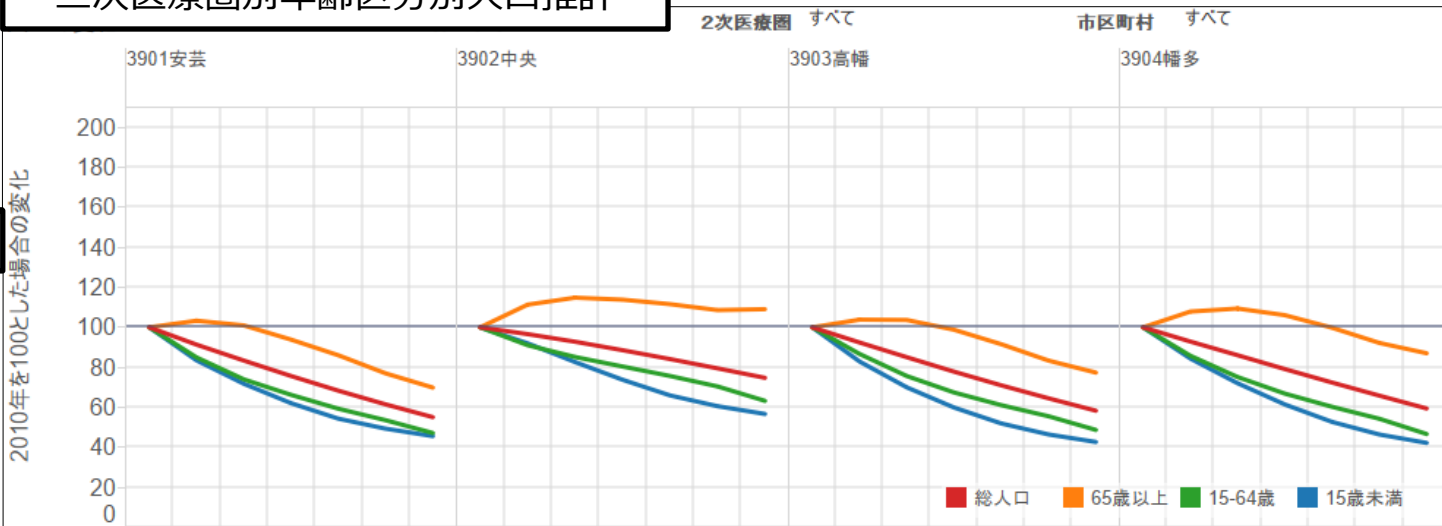
病院数・病床数： 平成27年4月30日現在の病院診療所について（医事業務課調べ）
 医師数： 平成24年12月31日現在の二次医療圏ごと医師数（医師・歯科医師・薬剤師調査）
 人口： 平成27年5月1日現在高知県推計人口調査
 公的病院： 自治体、社会福祉法人、赤十字、大学、JA、生協、国立病院機構、JCHO

人口・医療需要推計(1)

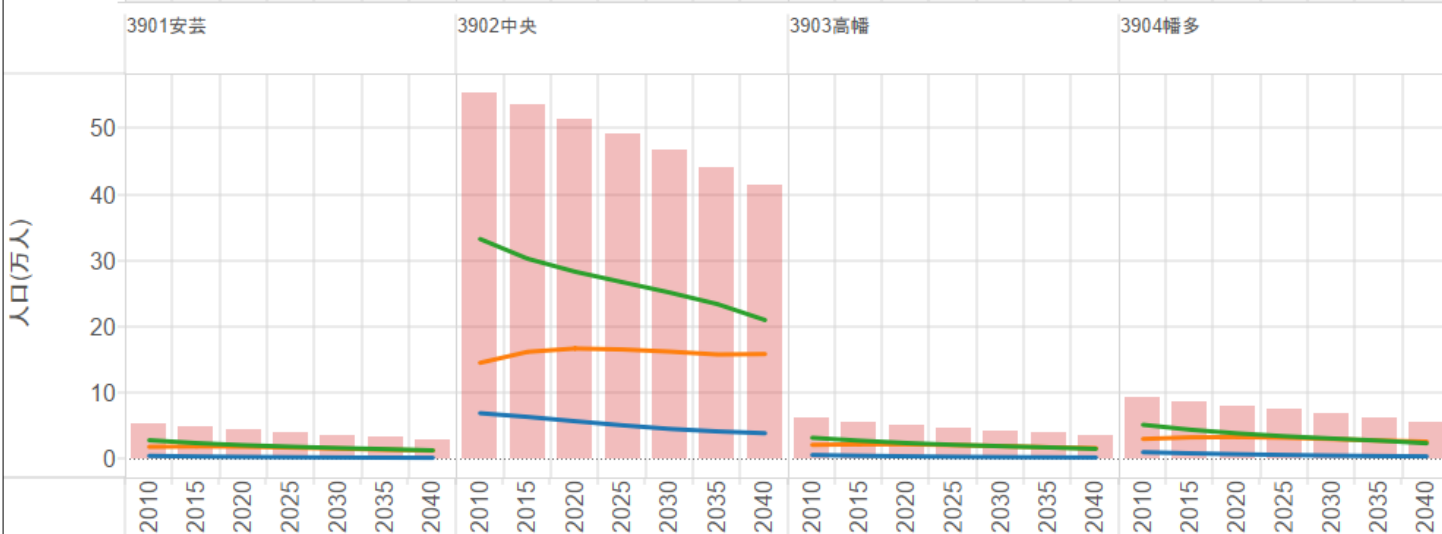
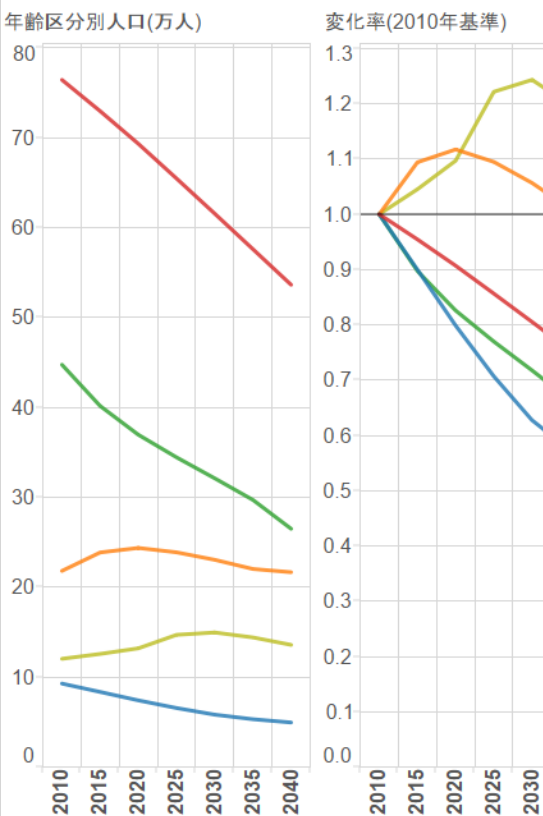
二次医療圏



二次医療圏別年齢区分別人口推計



高知県年齢区分別人口推計



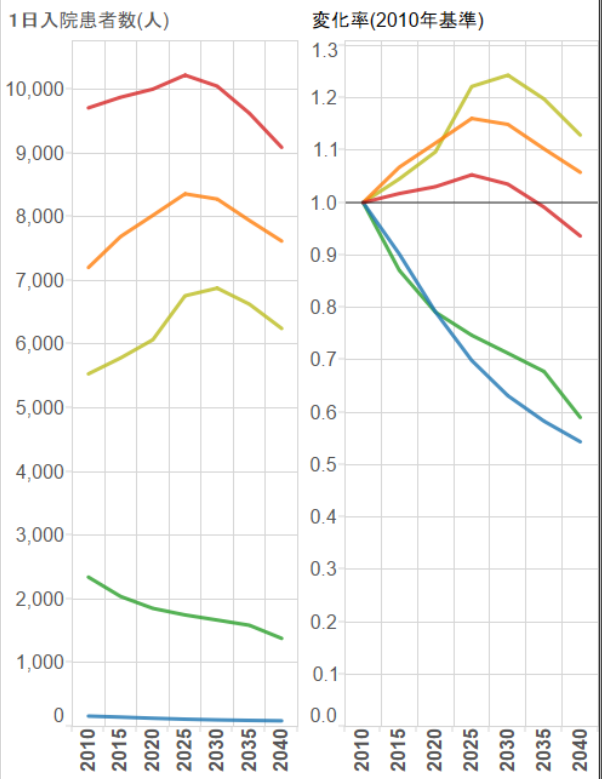
人口・医療需要推計(2)

<二次医療圏と患者調査に基づく簡易的な患者推計（入院）>

二次医療圏別 年齢区分別入院患者数推計



高知県年齢区分別入院患者数推計



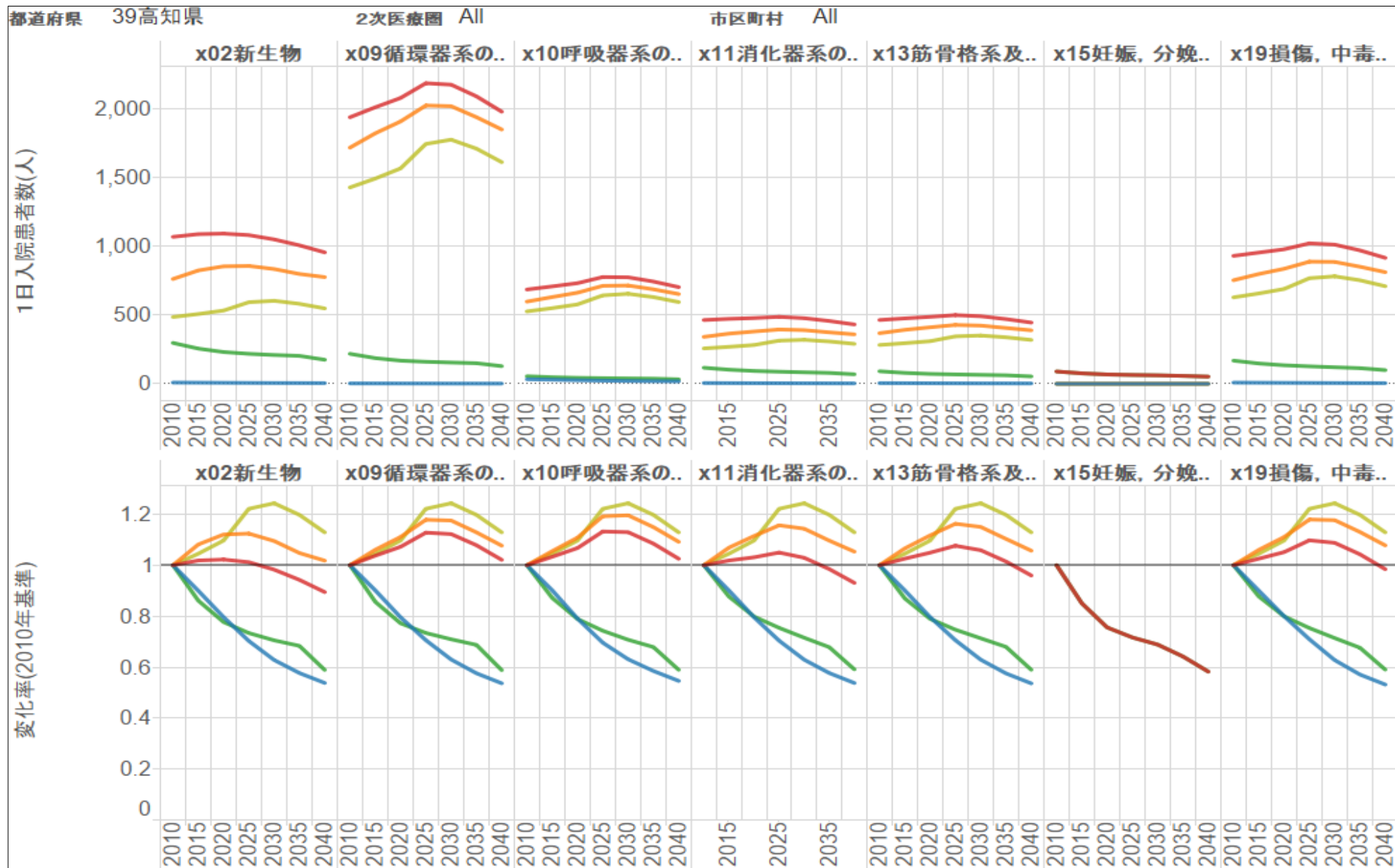
©ncc.go.jp 総数/15歳未満/15-64歳/65歳以上/75歳以上(再掲)

H23患者調査-入院受療率(全国)/社人研人口推計に基づく簡易版入院患者推計 - kishikaw@ncc.go.jp 総数/15歳未満/15-64歳/65歳以上/75歳以上(再掲)

人口・医療需要推計(3)

＜二次医療圏と患者調査に基づく簡易的な患者推計（疾患別）＞

https://public.tableau.com/views/EstPat2013/-_3



人口・医療需要推計(4)

＜2025年の医療需要推計と現状の供給報告内容＞ (必要病床数等推計ツールより)

医療機関所在地	医療機能	2025年度の医療需要（医療機関住所地別）（人/日）	2025年度の医療需要（患者住所地別）（人/日）	2025年度の必要病床数（医療機関住所地別）（床）	2025年度の必要病床数（患者住所地別）（床）	病床機能報告制度における報告結果（2014.7.1現在）	2025年度と現状の推計需給差
3901: 安芸	高度急性期	0.0（10未満）	42.2	0.0（10未満）	56.3	0	56.3
	急性期	69.1	155.2	88.6	199.0	284	▲ 85.0
	回復期	127.7	241.2	141.9	268.0	44	224.0
	慢性期*	108.7	206.2	118.1	224.1	235	▲ 10.9
	小計	964.5	1,437.8	348.6	747.4	563	184.4
3902: 中央	高度急性期	550.2	471.2	733.5	628.3	1,525	▲ 896.7
	急性期	1,815.2	1,610.1	2,327.2	2,064.2	3,740	▲ 1675.8
	回復期	2,401.9	2,135.4	2,668.7	2,372.7	1,262	1110.7
	慢性期*	3,304.5	3,100.3	3,591.8	3,369.9	5,500	▲ 2130.1
	小計	16,903.4	15,906.7	9,321.2	8,435.1	12,027	▲ 3591.9
3903: 高幡	高度急性期	15.3	49.1	20.4	65.5	0	65.5
	急性期	122.7	206.1	157.2	264.3	247	17.3
	回復期	152.7	255.4	169.7	283.8	130	153.8
	慢性期*	170.8	246.6	185.7	268.1	429	▲ 160.9
	小計	1,366.3	1,759.6	533.0	881.7	806	75.7
3904: 幡多	高度急性期	42.4	65.9	56.6	87.9	6	81.9
	急性期	212.3	257.5	272.2	330.2	667	▲ 336.8
	回復期	280.3	324.1	311.4	360.1	135	225.1
	慢性期*	355.4	369.2	386.3	401.3	728	▲ 326.7
	小計	2,381.0	2,541.3	1,026.5	1,179.5	1,536	▲ 356.5
県計	高度急性期	607.9	628.4	810.5	838.0	1,531	▲ 693
	急性期	2,219.3	2,228.9	2,845.2	2,857.7	4,938	▲ 2080
	回復期	2,962.6	2,956.1	3,291.7	3,284.6	1,571	1714
	慢性期*	3,939.4	3,922.3	4,281.9	4,263.4	6,892	▲ 2629
	小計	21,615.2	21,645.4	11,229.3	11,243.7	14,932	▲ 3688

第6期高知県保健医療計画（H25年度～H29年度）における基準病床数

- 一般病床及び療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床についてそれぞれ定め、病床数は省令・告示に規定する算定式に基づき（一般+療養、精神）、または国の算定式を参考に（結核・感染症）定める。
- 一般病床は医療圏間の入院患者の（流入－流出）に1/3を乗じた数を加え、療養病床はこれを加算しない。

【一般病床の計算式】

$$\frac{\sum (\text{年齢階級別人口} \times \text{退院率}) \times \text{平均在院日数} + (\text{流入} - \text{流出}) \times 1/3}{\text{病床利用率}}$$

【療養病床の計算式】

$$\frac{\sum (\text{年齢階級別人口} \times \text{需要率}) - (\text{介護施設で対応可能な数}) + 0}{\text{病床利用率}}$$

一般病床
+
療養病床

保健医療圏	第6期計画	既存病床数	第5期計画	既存病床数 －基準病床数
高知県計	8,403	14,687	9,547	▲6,284
安芸	436	512	509	▲76
中央	6,370	11,723	7,145	▲5,353
高幡	589	770	707	▲181
幡多	1,008	1,682	1,186	▲674

精神病床

	第6期計画	既存病床数	第5期計画	既存病床数 －基準病床数
高知県計	2,493	3,894	2,745	▲1,401

結核病床

	第6期計画	既存病床数	第5期計画	既存病床数 －基準病床数
高知県計	60	107	60	▲47

感染症病床

	第6期計画	既存病床数	第5期計画	既存病床数 －基準病床数
高知県計	11	11	11	0

(既存病床数は平成27年2月28日現在)

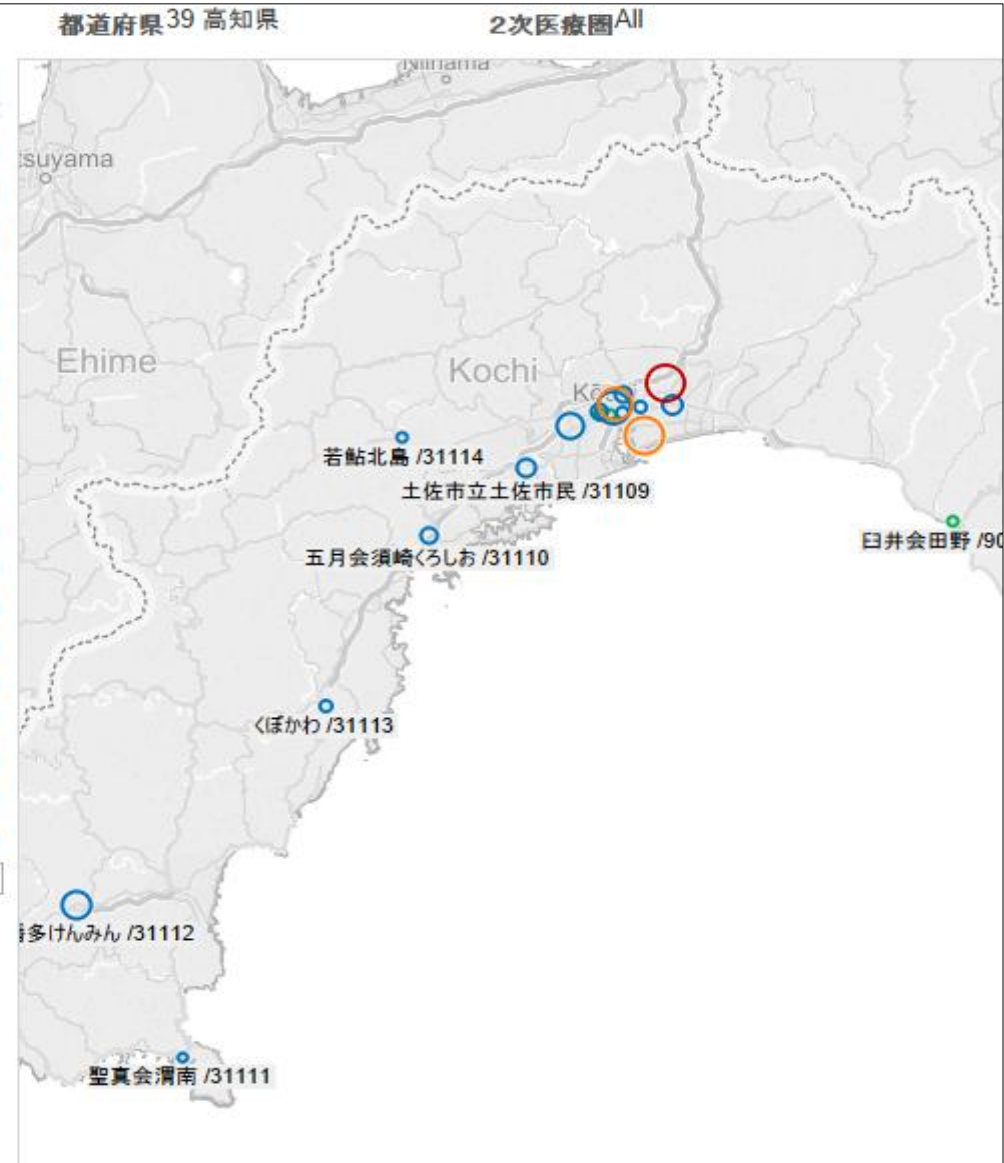
DPCデータからみた現在の急性期医療提供体制(1)

<DPC調査参加施設(H25)の地理的配置>

<https://public.tableau.com/views/DPCH25-24/sheet0>

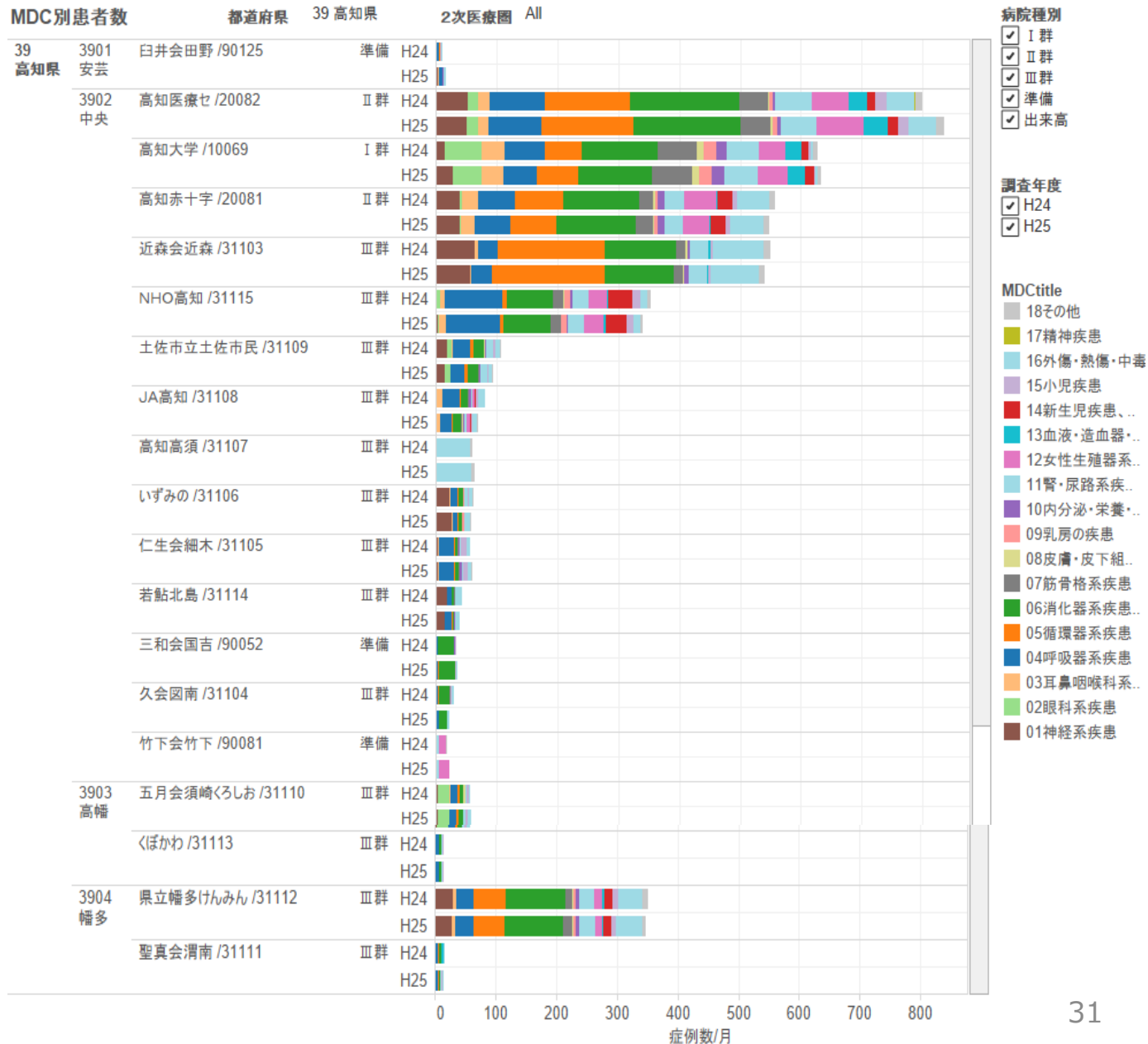
厚労省DPC調査参加施設(H25)

PREF	MED2	CITY	HOSPtitle	DPC6 分類数	症例数 /月	病床数	病床(%)	DPC 病床数		
39 高知県	3901 安芸	39303 ..	臼井会田野 /9..	8.0	16.3	10.6	25.3%	42		
			高知医療セ /2..	148.0	835.3	323.0	55.2%	585		
	3902 中央 高知市		高知赤十字 /2..	115.0	548.6	244.8	53.7%	456		
			近森会近森 /3..	101.0	540.4	233.6	51.7%	452		
			NHO高知 /31..	88.0	339.8	162.2	57.5%	282		
			高知高須 /311..	8.0	64.3	28.8	45.8%	63		
			仁生会細木 /3..	22.0	59.8	22.7	21.0%	108		
			いずみの /31106	25.0	59.3	31.3	29.8%	105		
			久会園南 /311..	13.0	22.5	10.8	15.7%	69		
			三和会国吉 /9..	15.0	34.8	13.3	23.3%	57		
			竹下会竹下 /9..	8.0	22.3	13.3	30.2%	44		
			39204 南国市		高知大学 /100..	124.0	633.3	299.9	52.6%	570
					JA高知 /31108	32.0	68.9	40.7	26.6%	153
			39205 ..		土佐市立土佐..	30.0	95.3	54.3	39.3%	138
39403 ..		若帖北島 /311..	14.0	39.3	28.4	56.8%	50			
3903 高幡		五月会須崎く..	21.0	57.8	22.3	23.0%	97			
		くぼかわ /31113	9.0	14.6	5.1	8.8%	58			
3904 幡多		県立幡多けん..	93.0	348.3	149.0	45.6%	327			
		聖真会瀬南 /3..	9.0	14.3	5.5	16.1%	34			



DPCデータからみた現在の急性期医療提供体制(2)

<DPC調査参加施設(H25)の診療実績>



DPCデータからみた現在の急性期医療提供体制(3)

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

<https://public.tableau.com/views/-MDC00/sheet0>

凡例

	15分以..	30分以..	60分以..	90分以..	90分超
人口	286,513	161,618	162,284	105,001	48,901
カバー率	37.5%	58.6%	79.9%	93.6%	100.0%

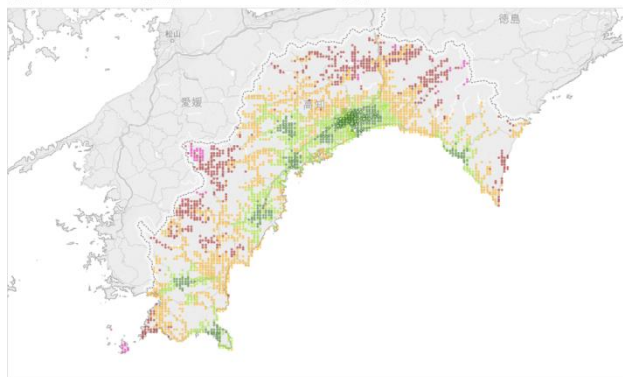
有料道路を使用しない運転時間による集計
その他の傷病については隣にあるタブ:「その他の傷病について」を参照

kishikaw@ncc.go.jp

<脳梗塞>

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度
都道府県 39高知県 2次医療圏 すべて

傷病分類01000脳梗塞
市区町村 複数の値



	15分以..	30分以..	60分以..	90分以..	90分超
人口	386,838	217,808	138,882	23,894	914
カバー率	51.8%	88.2%	96.6%	99.9%	100.0%

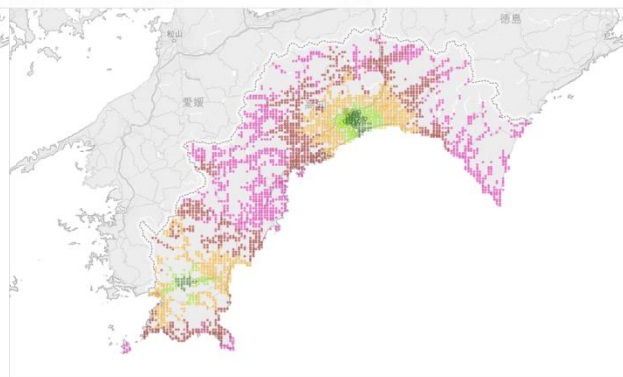
有料道路を使用しない運転時間による集計
その他の傷病については隣にあるタブ:「その他の傷病について」を参照

kishikaw@ncc.go.jp

<クモ膜下出血、脳動脈瘤>

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度
都道府県 39高知県 2次医療圏 すべて

傷病分類010020くも膜下出血、脳動脈瘤
市区町村 複数の値



	15分以..	30分以..	60分以..	90分以..	90分超
人口	156,511	206,344	177,849	107,008	77,814
カバー率	25.7%	62.7%	75.9%	89.9%	100.0%

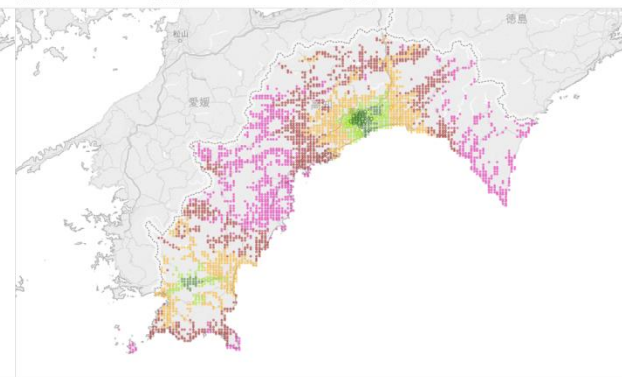
有料道路を使用しない運転時間による集計
その他の傷病については隣にあるタブ:「その他の傷病について」を参照

kishikaw@ncc.go.jp

<急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞>

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度
都道府県 39高知県 2次医療圏 すべて

傷病分類050030急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞
市区町村 複数の値



	15分以..	30分以..	60分以..	90分以..	90分超
人口	207,696	205,087	174,441	107,310	69,789
カバー率	27.2%	54.8%	76.8%	90.9%	100.0%

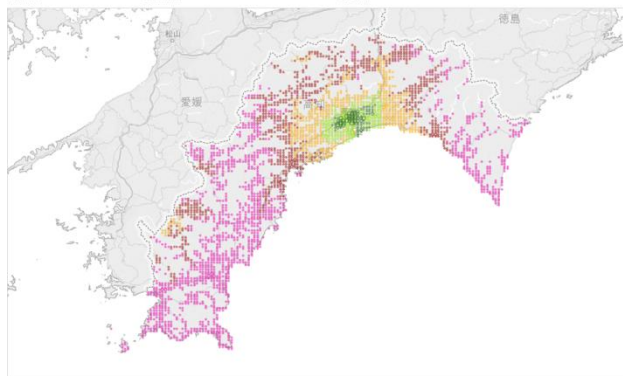
有料道路を使用しない運転時間による集計
その他の傷病については隣にあるタブ:「その他の傷病について」を参照

kishikaw@ncc.go.jp

<早産、切迫早産>

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度
都道府県 39高知県 2次医療圏 すべて

傷病分類120170早産、切迫早産
市区町村 複数の値



	15分以..	30分以..	60分以..	90分以..	90分超
人口	234,556	155,118	116,329	82,499	145,214
カバー率	30.7%	54.8%	70.2%	81.0%	100.0%

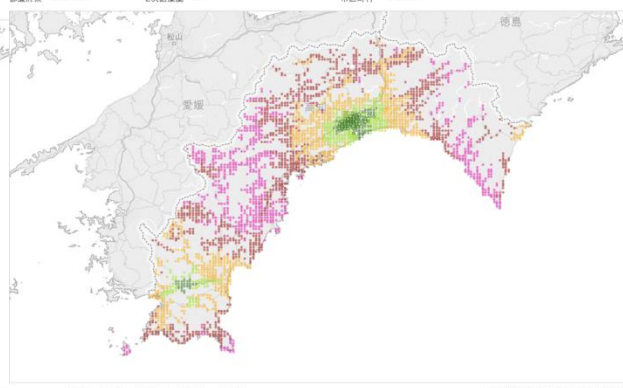
有料道路を使用しない運転時間による集計
その他の傷病については隣にあるタブ:「その他の傷病について」を参照

kishikaw@ncc.go.jp

<胃の悪性腫瘍>

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度
都道府県 39高知県 2次医療圏 すべて

傷病分類060020胃の悪性腫瘍
市区町村 複数の値



	15分以..	30分以..	60分以..	90分以..	90分超
人口	286,513	161,618	162,284	105,001	48,901
カバー率	37.5%	58.6%	79.9%	93.6%	100.0%

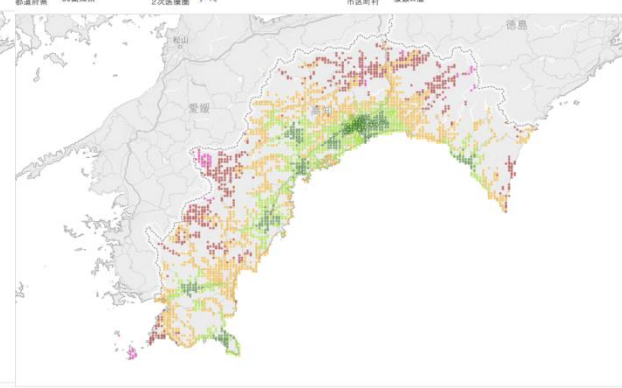
有料道路を使用しない運転時間による集計
その他の傷病については隣にあるタブ:「その他の傷病について」を参照

kishikaw@ncc.go.jp

<(参考) 誤嚥性肺炎>

運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度
都道府県 39高知県 2次医療圏 すべて

傷病分類040081誤嚥性肺炎
市区町村 複数の値



	15分以..	30分以..	60分以..	90分以..	90分超
人口	386,836	226,887	126,786	23,894	914
カバー率	50.5%	88.2%	96.8%	99.9%	100.0%

有料道路を使用しない運転時間による集計
その他の傷病については隣にあるタブ:「その他の傷病について」を参照

kishikaw@ncc.go.jp