

地域医療構想

公益法人 愛知県医師会理事

伊 藤 健 一

平成28年3月19日

日本の80歳以上、初の1千万人超え 高齢者26.7%

2015年9月20日19時25分

21日の「敬老の日」に合わせ、総務省は20日、65歳以上の高齢者の人口推計（15日現在）を公表した。3384万人で総人口に占める割合は26・7%と、いずれも過去最高になった。80歳以上は1002万人（総人口の7・9%）と初めて1千万人を超えた。女性は10人に1人が80歳以上になる。

年齢別では、70歳以上は2415万人（総人口の19・0%）、75歳以上は1637万人（同12・9%）。85歳以上は501万人（同3・9%）で、女性が70%の351万人を占める。

男性高齢者は1462万人（男性人口の23・7%）、女性は1921万人（女性人口の29・5%）。10年前に比べて総人口は94万人減っているが、高齢者は808万人増えている。

一方、労働力調査によると、働く高齢者は昨年681万人に上り、11年連続の増加で過去最多になった。65～69歳の男性50・5%、女性30・5%が働いている。

日本の高齢化は急速に進んでいる。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、第2次ベビーブーム（1971～74年生まれ）の世代が65歳以上になる2040年には、総人口の36・1%が高齢者になる。

高齢者数

100歳以上

H25年9月1日現在 54,000人超

男性 6,791人 女性 47,606人

S56年 1,000人 → H10年 10,000人超

H27年 6万人を超える

今後の高齢者人口の見通し

○全国の高齢者人口

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,657万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

○75歳以上人口の増加(都道府県別)

★5番目

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都
2010年 (割合)	58.9万人 (8.2%)	56.3万人 (9.1%)	79.4万人 (8.8%)	84.3万人 (9.5%)	66.0万人 (8.9%)	123.4万人 (9.4%)
2025年 (割合)	117.7万人 (16.8%)	108.2万人 (18.1%)	148.5万人 (16.5%)	152.8万人 (18.2%)	116.6万人 (15.9%)	197.7万人 (15.0%)
<倍率>	<2.00倍>	<1.92倍>	<1.87倍>	<1.81倍>	<1.77倍>	<1.60倍>

～

鹿児島県	島根県	山形県	全国
25.4万人 (14.9%)	11.9万人 (16.6%)	18.1万人 (15.5%)	1419.4万人 (11.1%)
29.5万人 (19.4%) <1.16倍>	13.7万人 (22.1%) <1.15倍>	20.7万人 (20.6%) <1.15倍>	2178.6万人 (18.1%) <1.53倍>

25年度国民医療費 40兆610億円 伸び率は2.2%に

—初めて40兆円を突破—



厚生省が入る中央合同庁舎第5号館（霞ヶ関）

厚生労働省は10月7日、平成25年度の国民医療費を発表した。国民医療費は40兆610億円で、過去最高を更新して初めて40兆円を突破した。前年度比の伸び率は2.2%となった。

医療費の約3割を占める後期高齢者医療給付分は3.7%の伸びとなった。財源別の医療費をみると公費の伸びが2.5%と比較的大きく、患者負担が1.1%増加した。

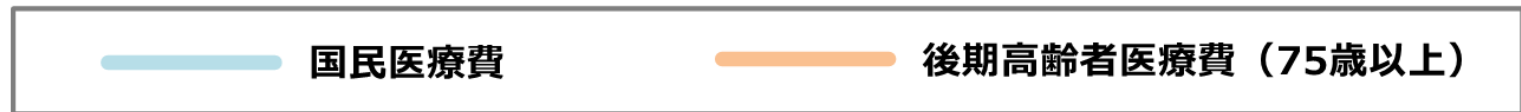
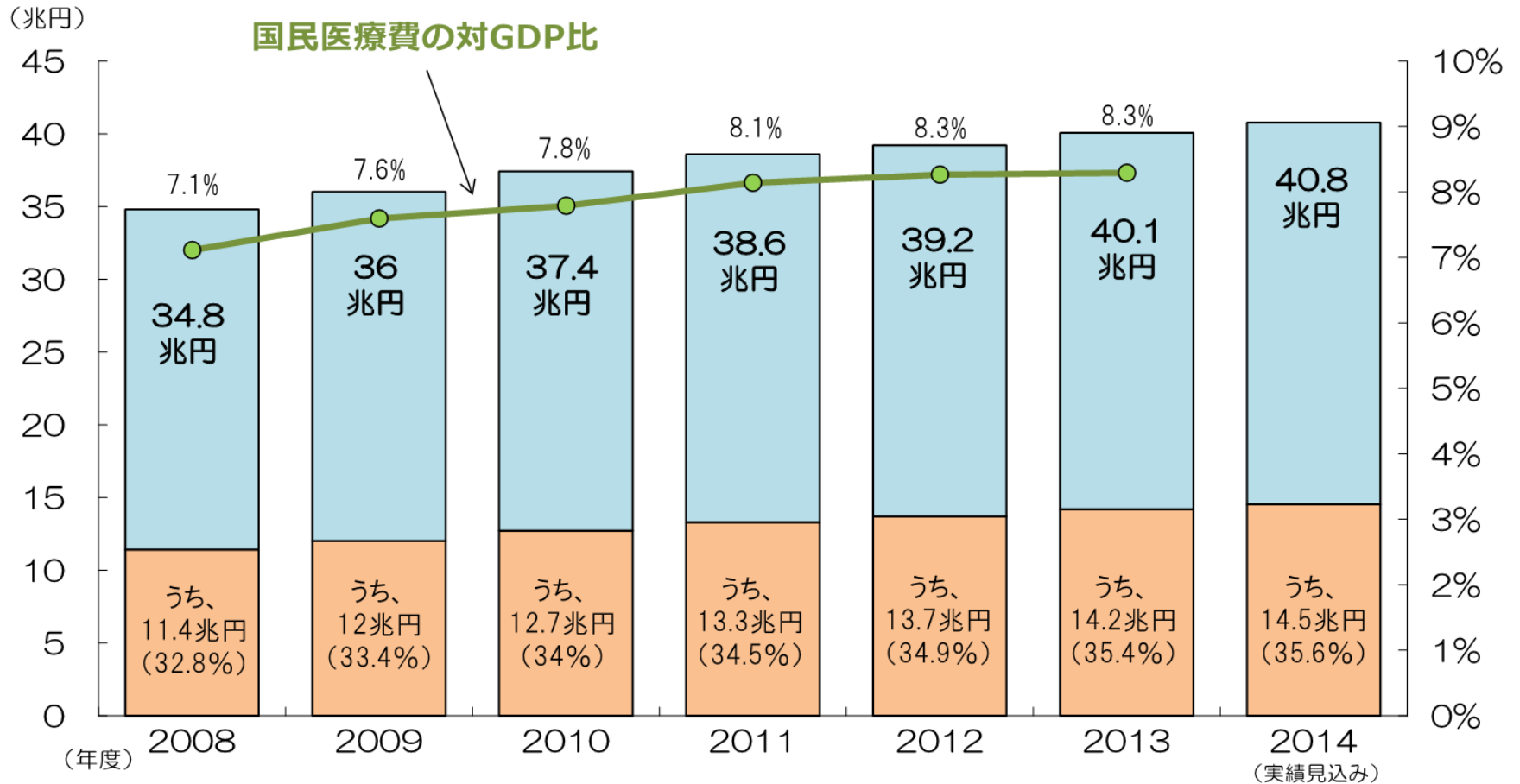
診療種類別にみると内科の医療費は1.5%増、歯科は0.9%増加した。薬局調剤医療費は6.0%増となり、増加率が大きかった。

国民医療費とは、医療機関や薬局における保険診療の対象となりうる傷病の治療に要した費用を推計したもの。医科診療や歯科診療の診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費などが含まれる。

評価療養や選定療養、不妊治療における生殖補助医療、正常な妊娠・分娩に関する費用、健康診断、予防接種に要する費用、固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含まない。

なお、厚生省保険局が別に発表する「医療費の動向（概算医療費）」とは、審査支払機関の審査後の概算値をもとにした医療費統計で、国民医療費は保険者決算後の確定値に基づいている。労災医療費・自賠責といった全額自費のケースと、柔道整復などの療養費や移送費は、国民医療費には含まれるが、概算医療費には含まれない。

医療費の動向



(出典) 平成25年度国民医療費の概況、後期高齢者医療事業状況報告(平成25年度(年報))、GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

(注) 2014年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014年度の概算医療費の伸び率を乗じることによって推計。

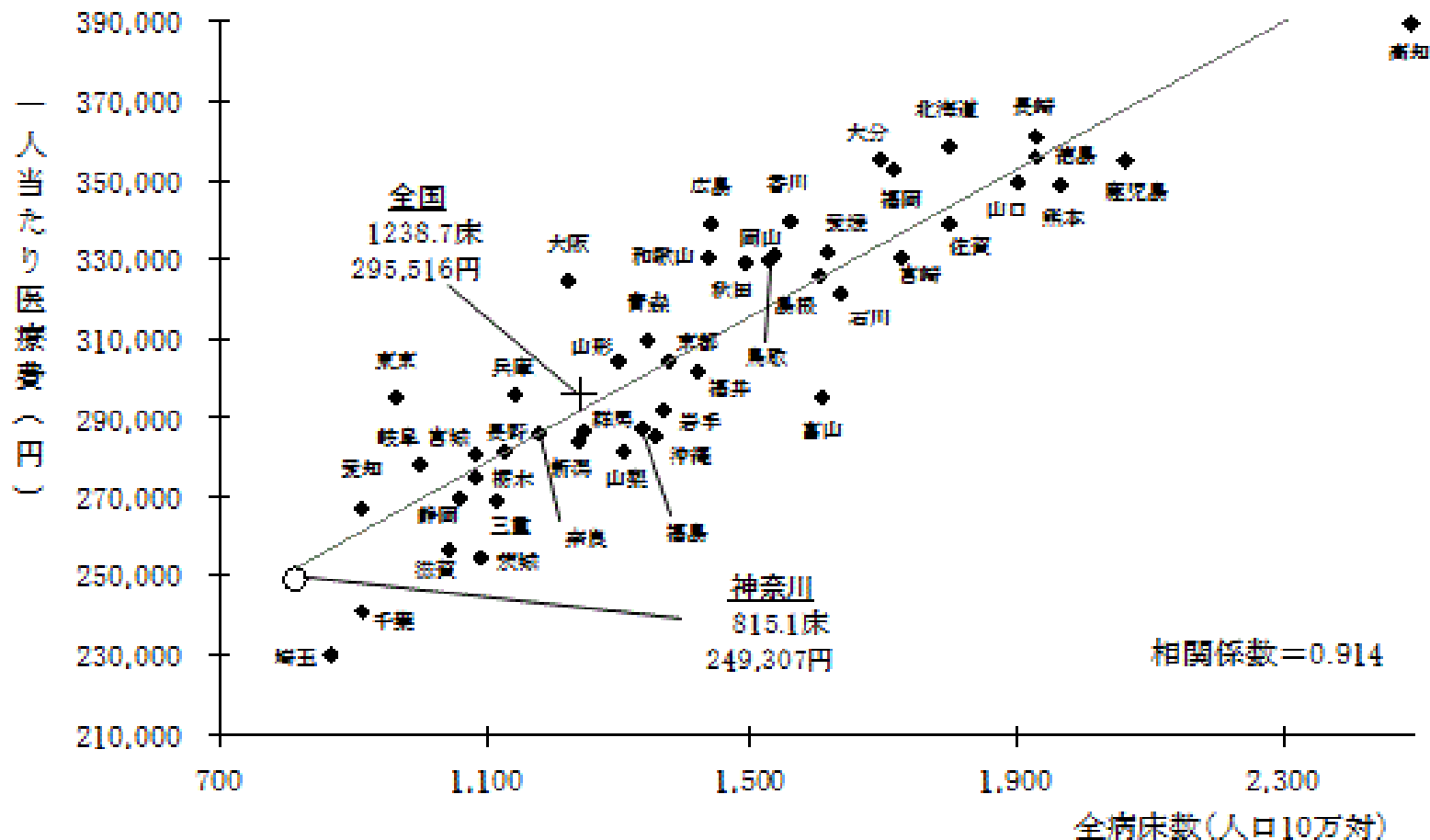
医療費とは

一年間に日本で医療の為に支出される費用の
総額のこと。

公費負担を含んだ保険給付費、生活保護などの
公費負担医療費、窓口の自己負担を足したものである。

健康診断、正常な出産の費用、市販薬の購入などは含まない。

一人当たりの医療費と病床数



国の目論見

医療費を削減するにはどうすればいいか？

- 医師を減らせればいいのではないか

- 医療費亡国論に基づく医師数削減

- 結果としての医療崩壊

- (医療技術、知識は進化し続けていることを無視した結果)

前のスライドから、当然のことながら医療費を削減するには病床数を減らすことが必要であると判断している。

病床数を減らすにはどうすれば効果的かつ合理的か

- 全国で制御可能な病床数コントロールのための手法

- 地域医療構想

図 1.1.1 病院・有床診療所数の長期推移

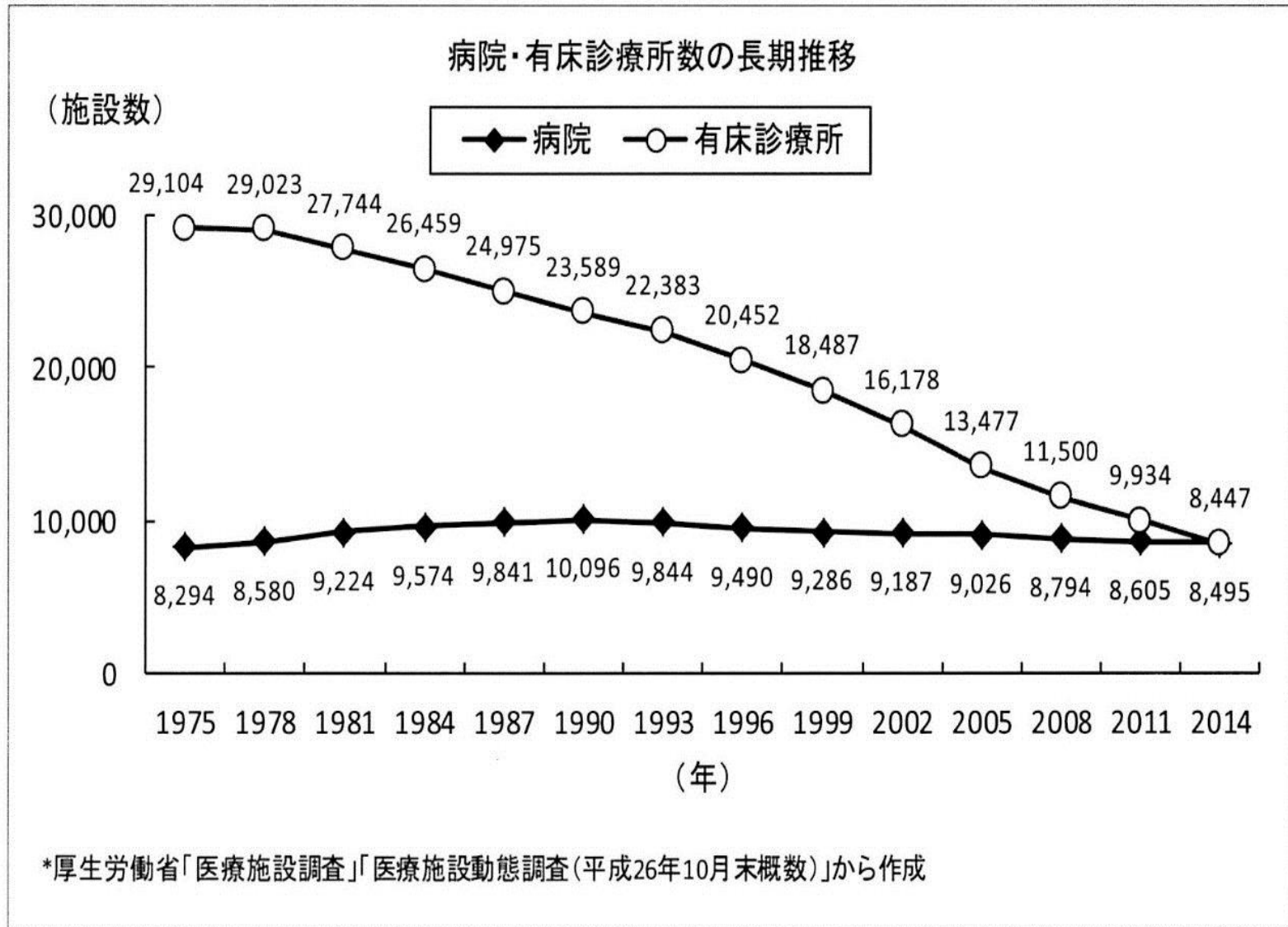


表 1.3.1 平均在院日数の地域差（都道府県間）

一般病床

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
最大(日)	24.9	24.1	23.3	22.7	23.6	23.7	23.7	23.6	23.4	23.0	22.6
平均(日)	20.7	20.2	19.8	19.2	19.0	18.8	18.5	18.2	17.9	17.5	17.2
最小(日)	17.4	17.5	17.4	16.9	16.6	16.3	15.8	15.5	15.3	14.8	14.5
差(倍)	1.43	1.38	1.34	1.34	1.42	1.45	1.50	1.52	1.53	1.55	1.56
差(日)	7.5	6.6	5.9	5.8	7.0	7.4	7.9	8.1	8.1	8.2	8.1
最大	佐賀県	和歌山県		佐賀県	高知県						
最小	長野県		静岡県		神奈川県						

療養病床

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
最大(日)	317.1	320.7	325.4	282.6	272.5	269.5	259.7	277.2	284.4	266.1	250.6
平均(日)	172.3	172.6	172.8	171.4	177.1	176.6	179.5	176.4	175.1	171.8	168.3
最小(日)	87.3	95.3	98.0	95.5	99.5	99.4	105.9	106.9	102.1	101.5	101.9
差(倍)	3.63	3.37	3.32	2.96	2.74	2.71	2.45	2.59	2.79	2.62	2.46
差(日)	229.8	225.4	227.4	187.1	173.0	170.1	153.8	170.3	182.3	164.6	148.7
最大	富山県										
最小	宮城県							長野県	宮城県	鳥取県	

(参考)介護療養病床を除く全病床

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
最大(日)					47.1	47.5	46.6	46.0	45.6	44.5	49.7
平均(日)					31.7	31.6	31.3	30.7	30.4	29.7	30.6
最小(日)					24.6	24.3	23.9	23.5	23.3	22.8	23.5
差(倍)					1.91	1.95	1.95	1.96	1.96	1.95	2.11
差(日)					22.5	23.2	22.7	22.5	22.3	21.7	26.2
最大					佐賀県		佐賀県	鹿児島県	高知県	鹿児島県	高知県
最小					東京都						※

*厚生労働省「病院報告」から作成

※東京都・神奈川県同日数

病院における年齢階級別にみた
退院患者の平均在院日数
(平成23年患者調査／厚生労働省)

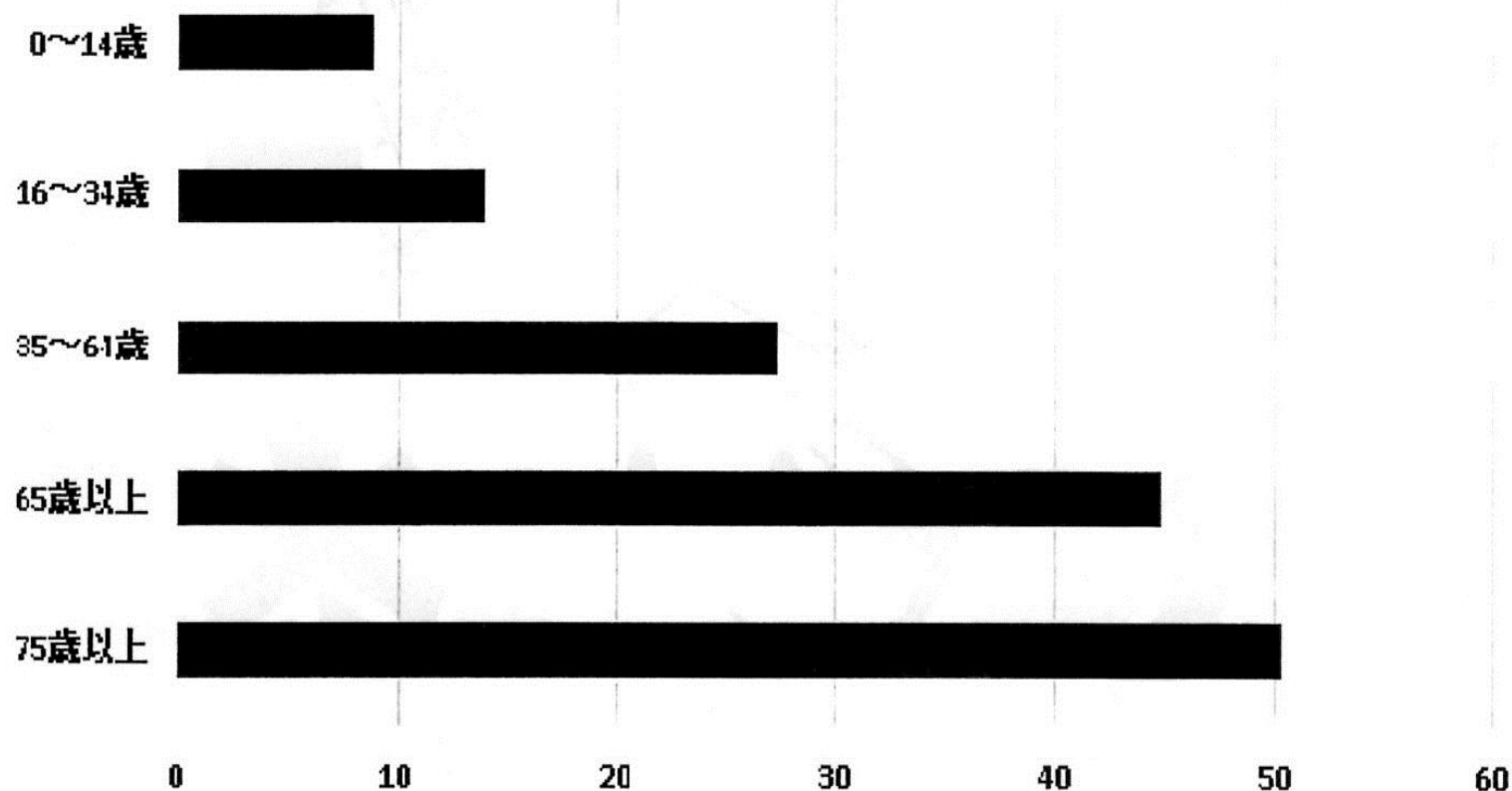
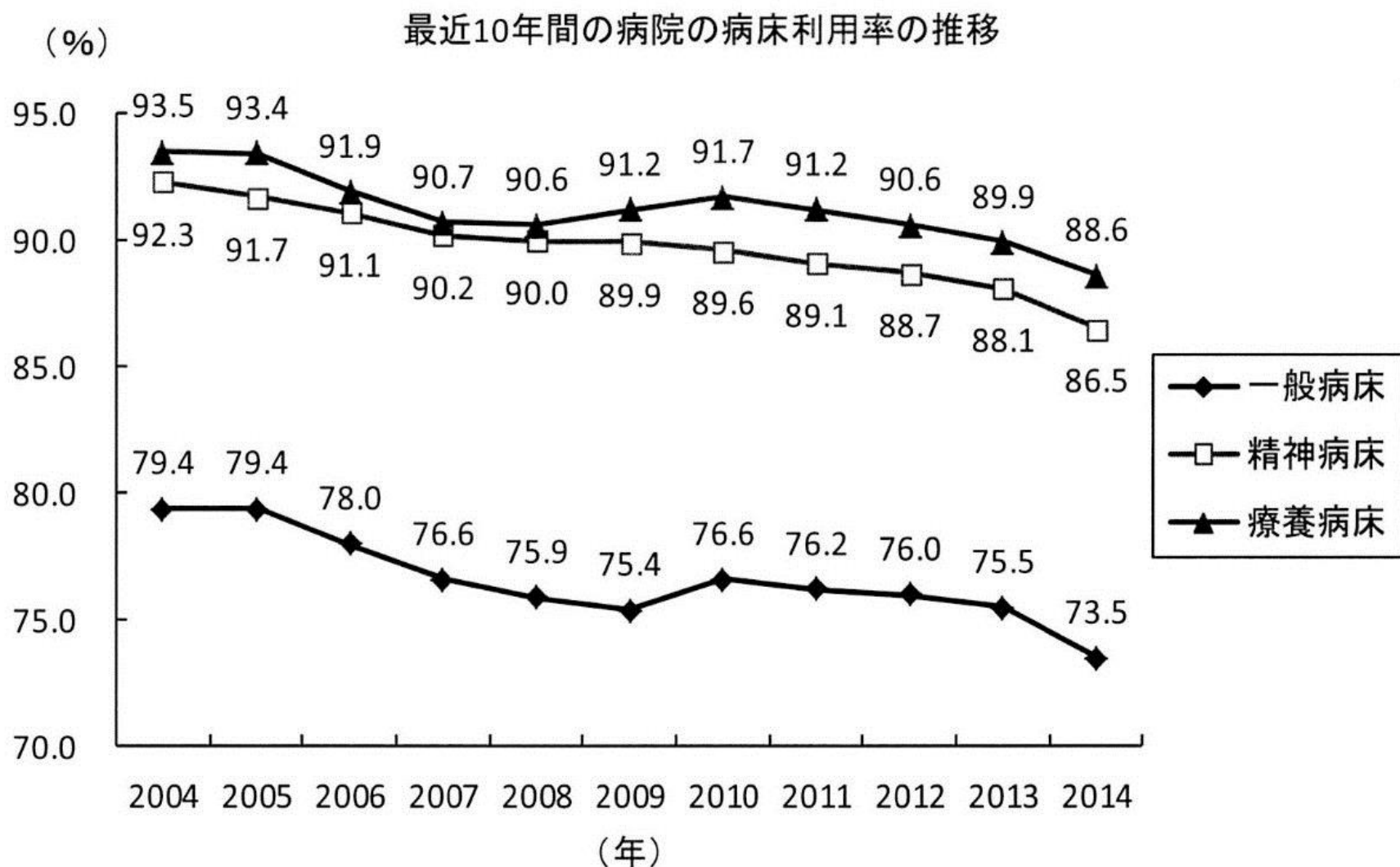
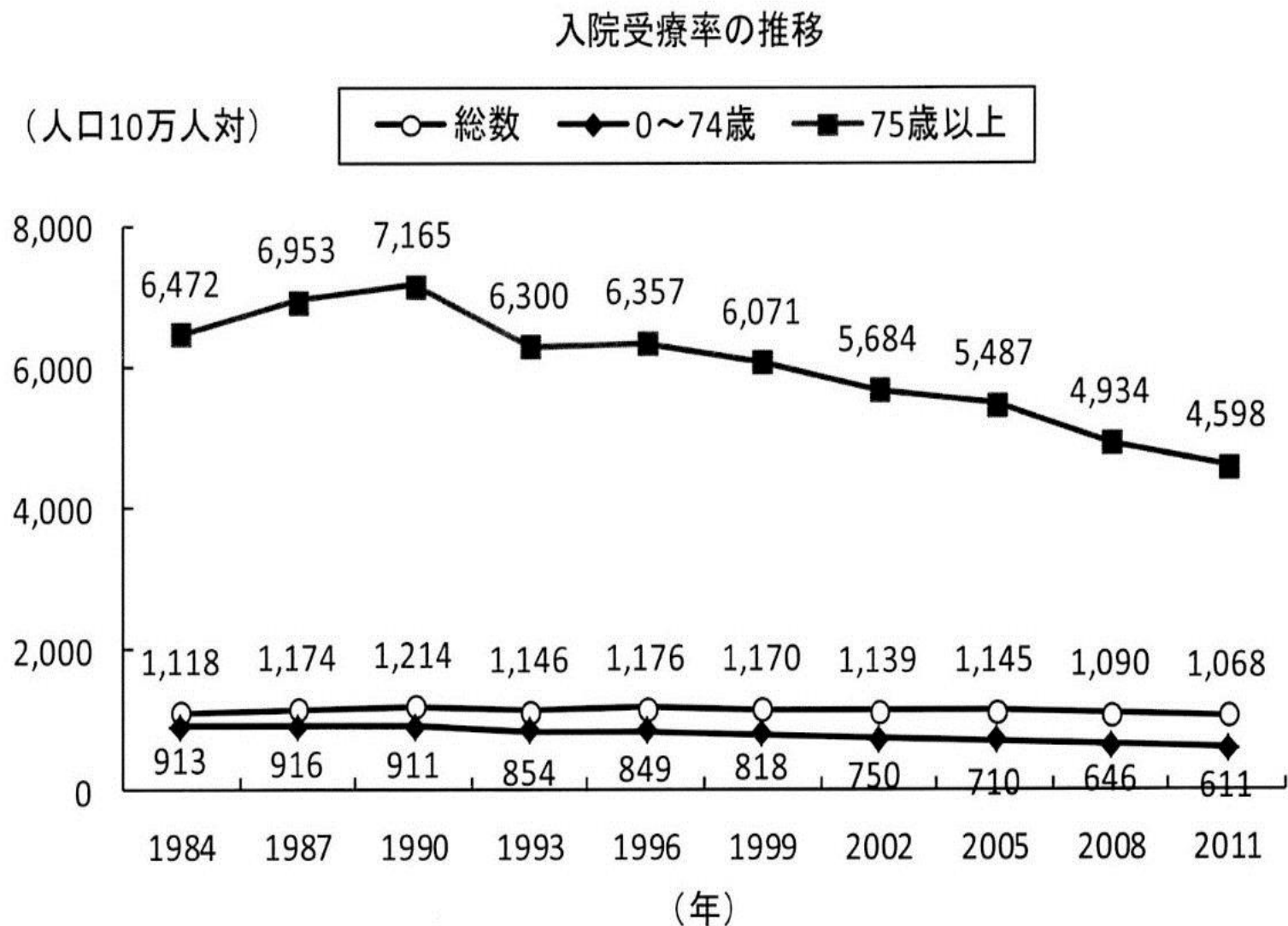


図 1.3.5 最近 10 年間の病院の病床利用率の推移



*厚生労働省「病院報告」「病院報告(平成26年10月分概数)」から作成

図 1.4.1 入院受療率の推移

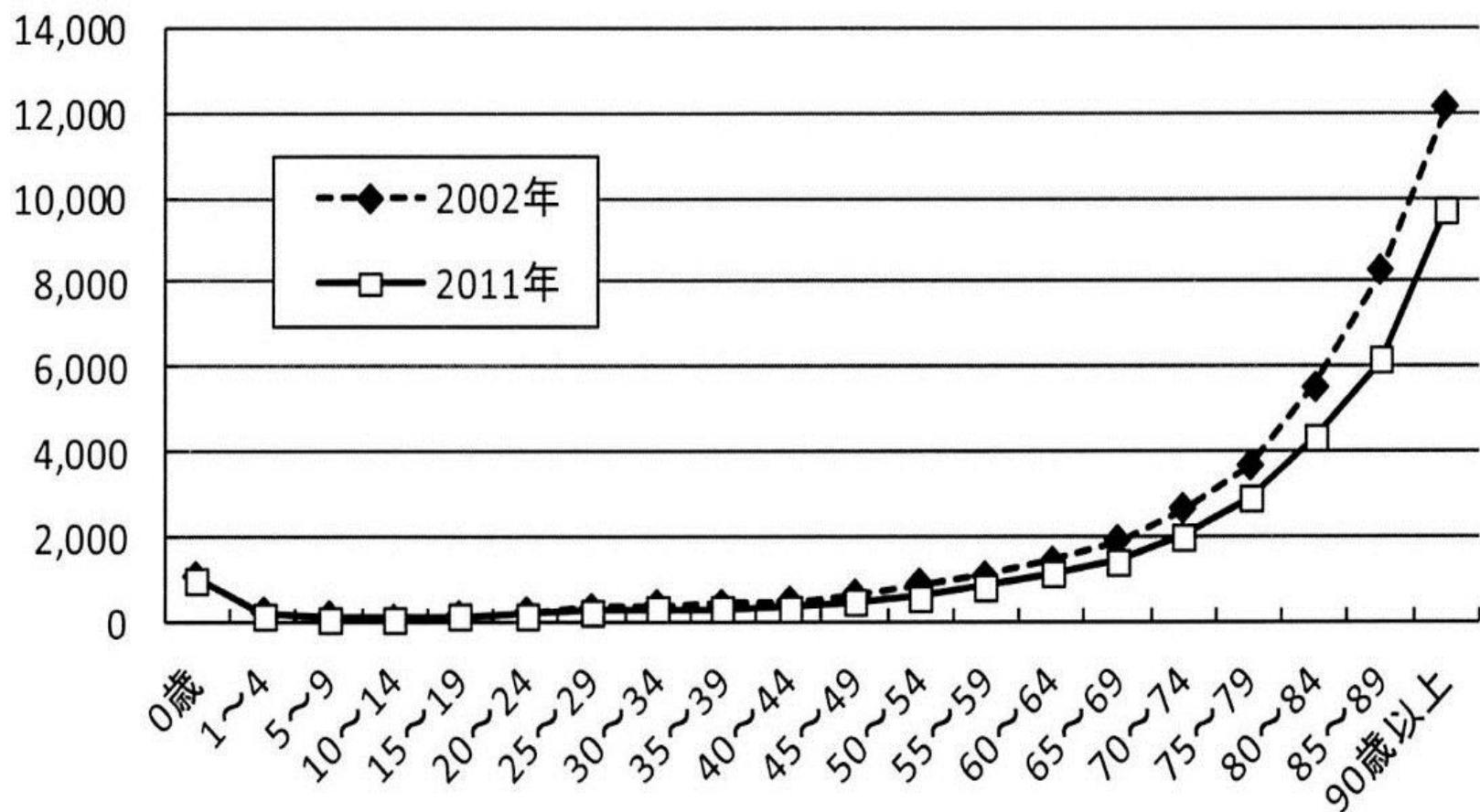


*厚生労働省「患者調査」から作成。2011年は宮城県石巻医療圏・気仙沼医療圏および福島県を除いた数値。調査当日の入院患者数にもとづく。総数に年齢不詳を含む。

図 1.4.2 最近の入院受療率の変化

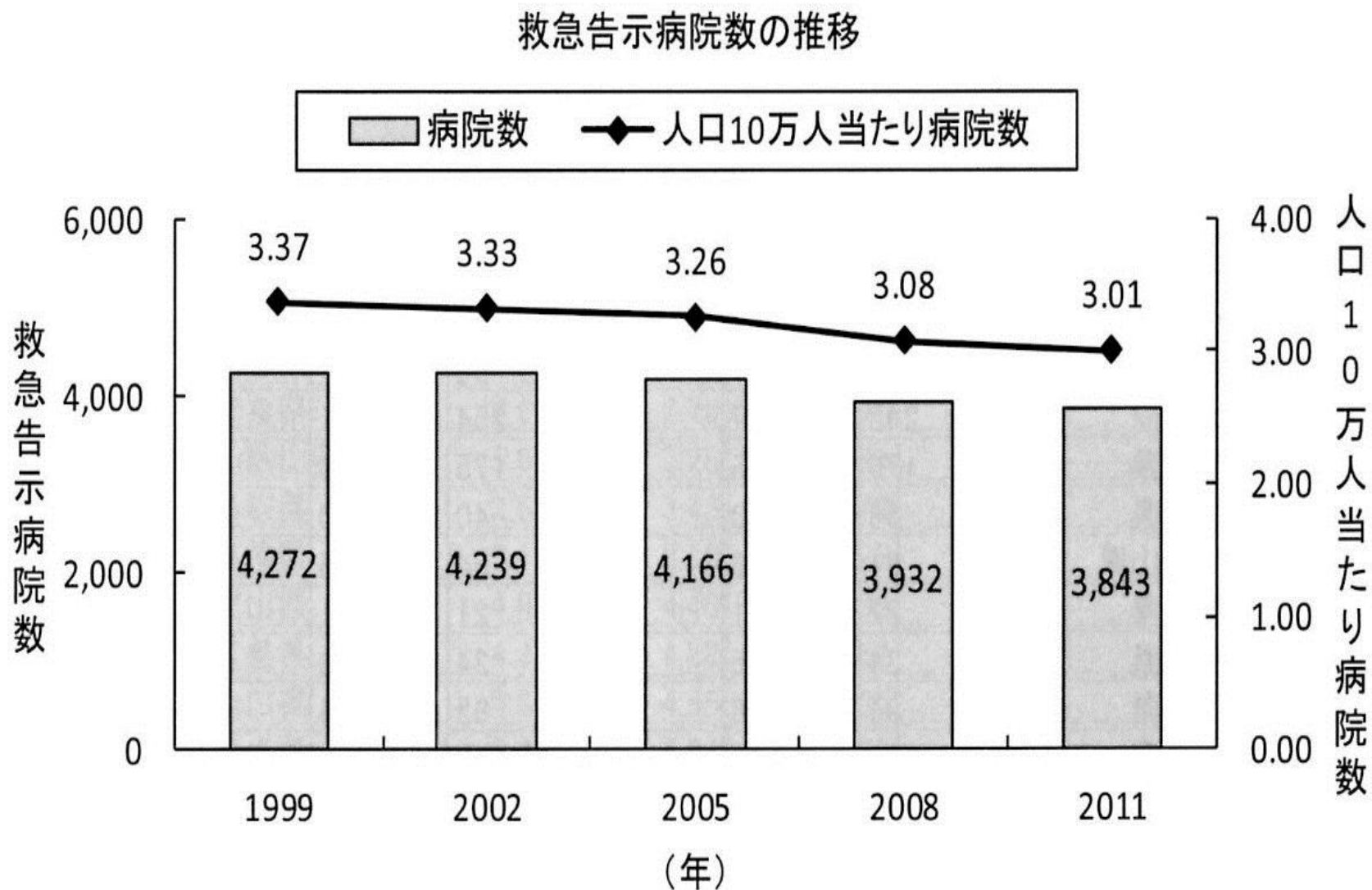
最近の入院受療率の変化

(人口10万人対)



*厚生労働省「患者調査」から作成。2011年は宮城県石巻医療圏・気仙沼医療圏および福島県を除いた数値。

図 2.1.1 救急告示病院数の推移



*厚生労働省「医療施設(静態)調査」から作成。2011年は宮城県石巻医療圏・気仙沼医療圏、福島県を除いた数値。

医療体制改革の流れ

社会保障国民会議「中間とりまとめ」(2008年)

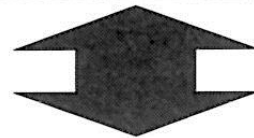
2008年6月19日

社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会「中間とりまとめ」

「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、(中略)資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備とメリハリをつけた資源配分(投入)を行うことが必要。

病院機能の効率化と高度化

専門的な医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心に、診断・治療技術の進展に対応し、国際標準から見ても遜色のない水準の医療サービス提供を確保するための人的配置の思い切った拡充と病院・病床機能に対応した機器装備の充実を図る。



2008年6月25日

日本医師会定例記者会見「社会保障国民会議 中間報告に対する意見」

地域医療は、病院、診療所など、さまざまな施設の連携によって支えられている。そして医療は、急性期から慢性期まで切れ目なく提供されなければならない。

地域医療の連続性と国民のフリーアクセスを担保するためにも、急性期病院だけでなく、身近な施設を含めた地域の医療機関全体の問題としてとらえるべきである。

医療介護総合確保推進法と医療法

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(2014年6月18日成立)

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。



改正医療法(抄)

第30条の四

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

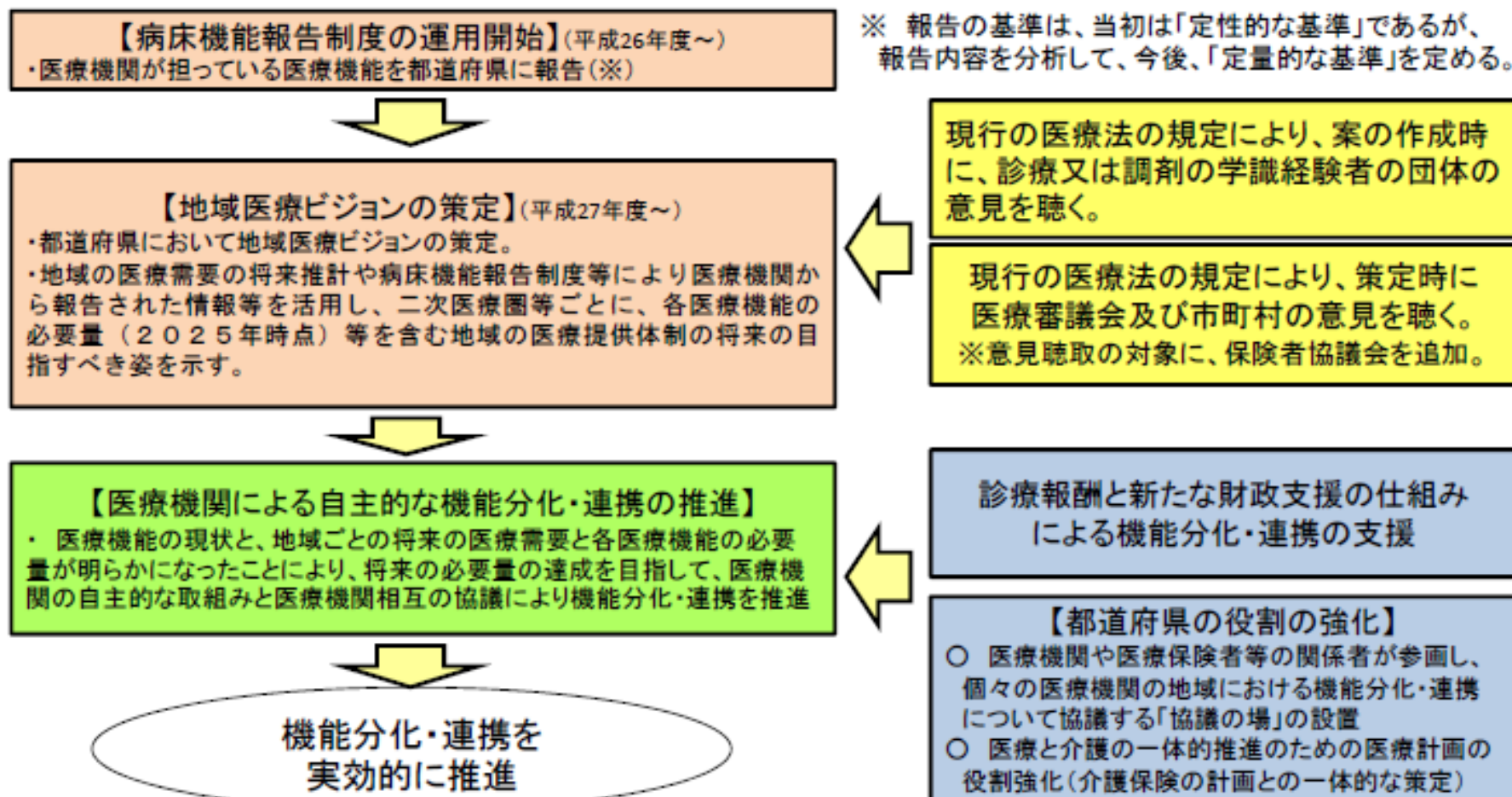
七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域(構想区域)における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想(地域医療構想)に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて (法案提出に向けて調整中の内容)

- 病床機能報告制度の運用開始、地域医療ビジョンの策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると思われる。



医療費適正化計画の概要について

国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
作成主体 : 国、都道府県
計画期間 : 5年（第1期：平成20～24年度、第2期：平成25～29年度）
主な記載事項：
・医療費の見通し
・健康の保持の推進に関する目標・具体的な取組
・医療の効率的な提供の推進に関する目標・具体的な取組

＜都道府県医療費適正化計画において定める目標＞

・住民の健康の保持の推進に関する目標

- (1) 特定健康診査の実施率に関する目標(数値)
- (2) 特定保健指導の実施率に関する目標(数値)
- (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標(数値)
- (4) たばこ対策に関する目標

・医療の効率的な提供の推進に関する目標

- (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
- (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標

1人当たり医療費の地域差半減目指す

【経済・再生アクション・プログラム】

政府の経済財政諮問会議は7日の会合で、年内に取りまとめを行う「経済・財政再生アクション・プログラム」の原案を巡り議論した。同プログラムは、政府が目指す2020年度の基礎的財政収支の黒字化に向けた歳出改革工程表。会合では、原案について大きな異論は出なかった。

原案は改革の着実な推進に向け、関係主体や地域間で比較ができる「見える化」とメリハリの効いた歳出配分（ワイズ・スペンディング）の重要性を強調。改革の時間軸を明確化することに加え、進捗管理や測定に必要な主な指標としてKPI（重要業績評価指標）を策定する。

16年度末までに高額療養費見直し

歳出改革の柱とされる社会保障分野のKPIでは、地域医療構想を前倒しして2016年度末までに策定することを明記。また、主要疾病の受療率、一件当

時間軸が示された社会保障分野の主な項目

▶ 高額療養費制度の見直し	2016年度末
▶ 医療等分野における番号の段階的運用の実施に向けた準備	2017年度末
▶ 生活習慣病治療薬の処方の方	2017年度末
▶ 後期高齢者の窓口負担見直し	2018年度末
▶ 後発医薬品の使用割合80%以上	2018年度～20年度末のなるべく早い時期

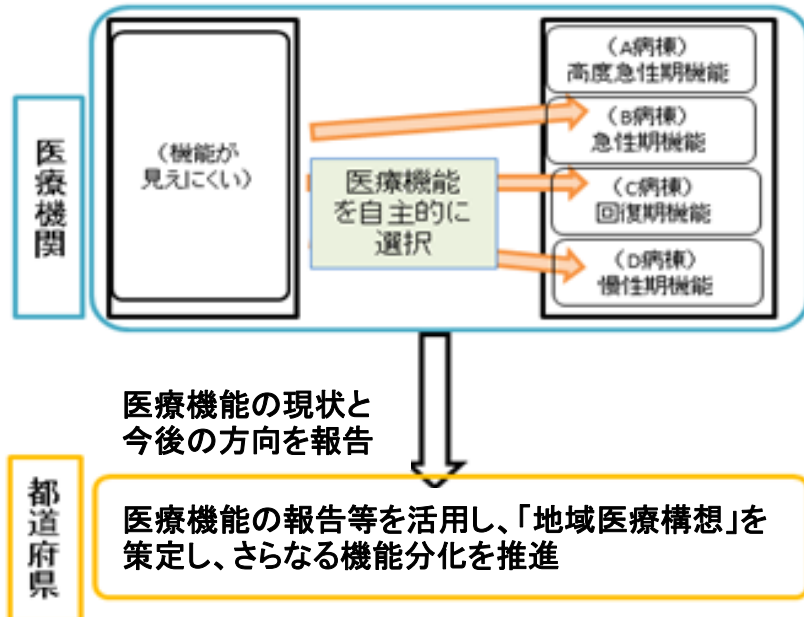
たり日数・診療報酬点数などの地域差を「見える化」した上で、1人当たり医療費の地域差半減を目指すことなども盛り込まれる。

このほか負担の公平化の観点から、高額療養費制度については16年度末まで、後期高齢者の窓口負担のあり方については、改革の集中期間である18年度末までに結論を得るとした。

病 床 機 能 報 告 制 度

地域医療構想について

- 平成26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月以降、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」を作成。平成27年3月に発出。



（「地域医療構想の内容」）

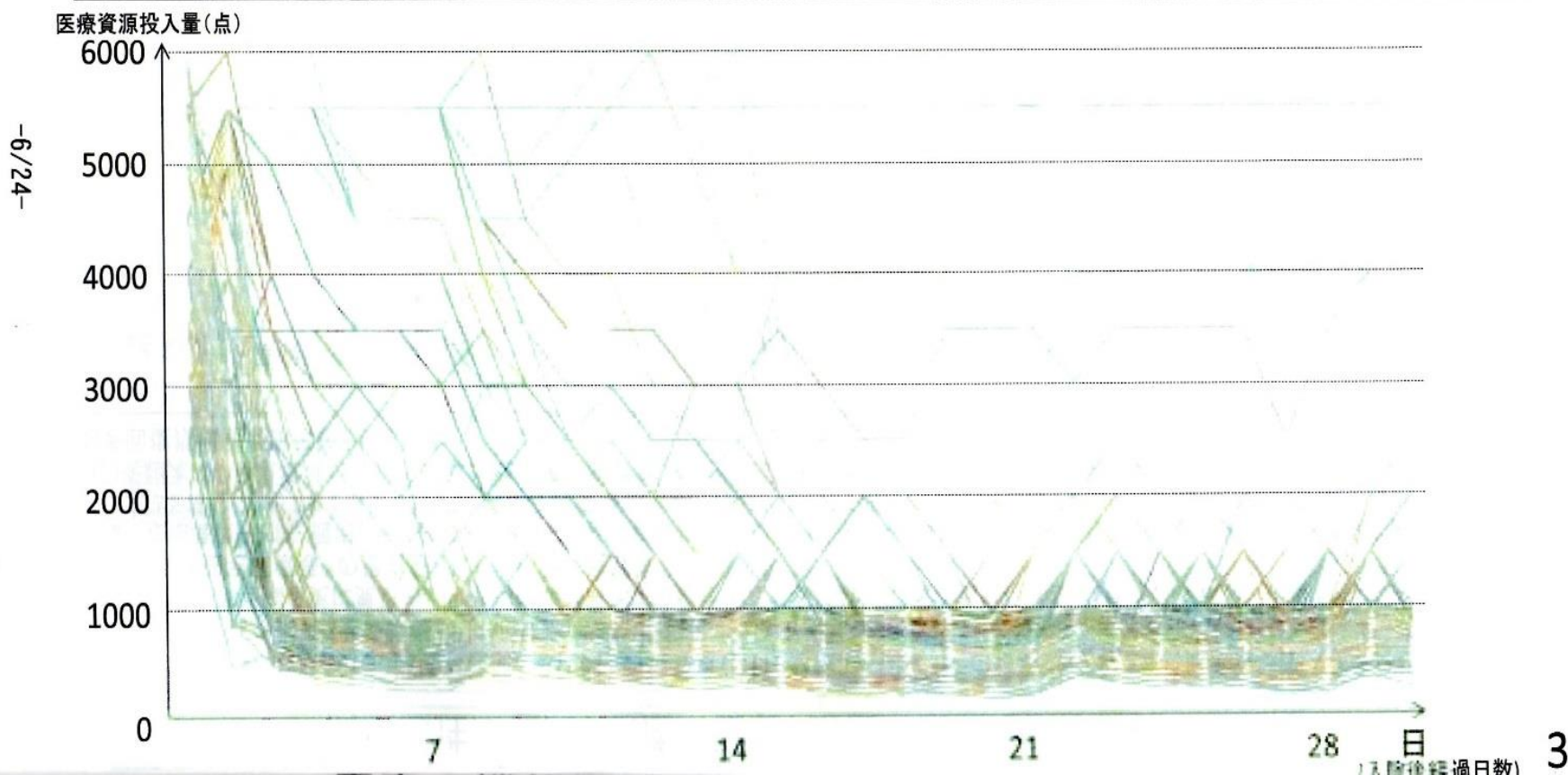
- 1 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計
- 2 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保・養成等

○機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整

医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255の疾患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データにおける各疾患の医療資源投入量※を入院後経過日数ごとに分析し、中央値を示した。(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。)
- 255の疾患の医療資源投入量の推移を1つのグラフにプロットした下図を見ると、異なる動きをする疾患がいくつかあるものの、以下のことが分かる。
 - ・ 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。

※患者に対して行われた1日あたりの診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値。ただし、入院基本料相当分は除く。



病床の機能別分類の境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点 C2 600点 C3 225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		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
回復期		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在宅復帰に向けた調整を要する幅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。

3. 報告項目の概要

3-1. 報告様式1における報告項目の概要

(1)「Ⅰ 各病棟の病床が担う医療機能」について

病棟ごとに、以下の各時点につき、病棟単位の医療機能を下記の表の4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／回復期機能／慢性期機能）の中から、各医療機関のご判断で必ず1つを選び、ご回答ください（回答必須）。

○4つの医療機能

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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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

急性期と慢性期の区別は？

No.2595 (2015. 2. 21)

社会保険旬報

32

News 医療提供

改正医療法テーマに講演 厚労省の佐々木室長

厚労省医政局の佐々木昌弘・医師確保等地域医療対策室長は1月24日、都内で改正医療法をテーマに講演した。病床機能報告制度や地域医療構想などを盛り込んだ医療計画について説明した。

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ(MMPG)の定例研修会で行われた。

改正医療法の中心は、医療計画の実効性を高めることだと指摘。医療計画の見直しは、①病床機



能報告制度の創設②地域医療構想の策定③協議の場の設置④新たな基金(財政支援制度)の創設⑤知事の権限強化の導入―が柱であるとした。

今回の医療計画について佐々木室長は、「病床数等を正確に推計するために、各病院・有床診療所ごとに報告を求め、それをもとに中長期将来推計である地域医療構想を定める。その実効性を高

めるため、二次医療圏ごとに医療現場の人などによる協議の場を設けて議論してもらう。必要な手段には基金を使いつつ、非合理的な判断をした場合には知事が権限を行使するものだ」と解説した。

病床機能報告制度については昨年12月に公表した速報値に触れ、「圧倒的に『急性期』の報告が多かったが、回復期リハビリ病棟を算定している医療機関以外は自分のところが『回復期』だとは意識

しない。医学部で習った観点からすると、ある程度病状が固定してしまつたのが『慢性期』で、それに至るまでは『急性期』の二元論が基本であり、急性期のなかで高度な医療に取り組んでいるのが『高度急性期』だ」と回復期を選択した医療機関が少なかった理由を説明した。速報値では急性期が47%に対し、回復期は9%だった。

その上で、「リハビリがあろうとなかろうと退院調整を家族とする段階では『回復期』といえる。医療行為が落ち着き、そろそろ退院という人の病棟は回復期だとすると、圧倒的に急性期が多くはならない。今後はそのような数字が出てくる」と述べた。

協議の場「民間代表を」

地域医療構想策定のために二次医療圏ごとに設ける協議の場については、

地 域 医 療 構 想

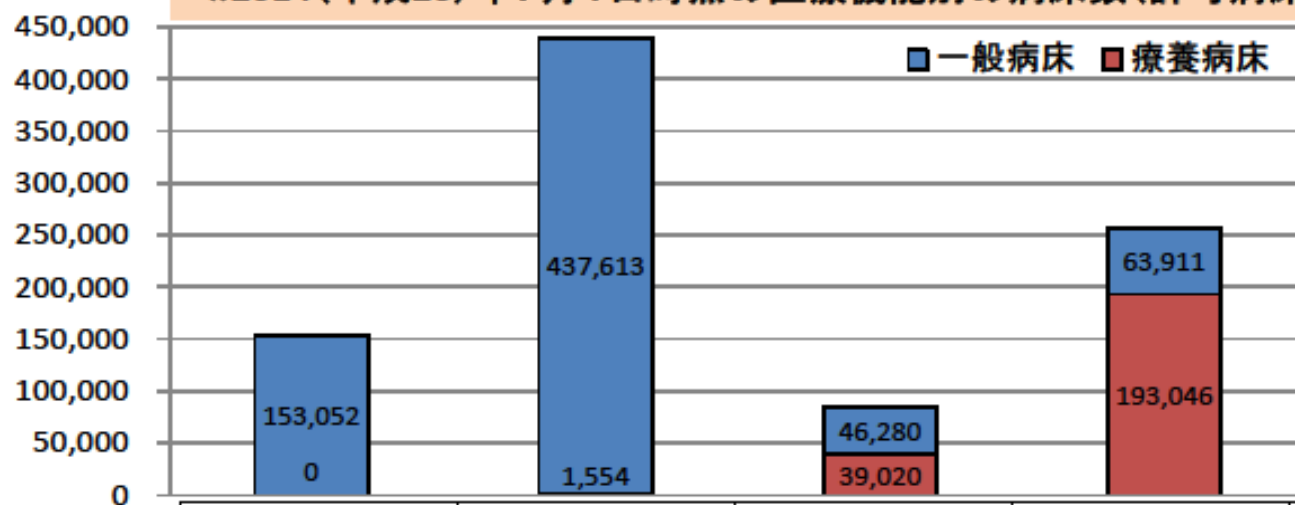
そ の 前 に

病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値】

○ 以下の集計は、12月19日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,432施設、有床診療所8,117施設のうち、11月30日までに病院6,808施設(91.6%)、有床診療所5,395施設(66.5%)が報告済み
- ・このうち12月19日時点でデータクリーニングが完了した病院5,181施設(69.7%)、有床診療所3,774施設(46.5%)のデータを集計した。
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、939,462床
(cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,339,640床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。

《2014(平成26)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床)》

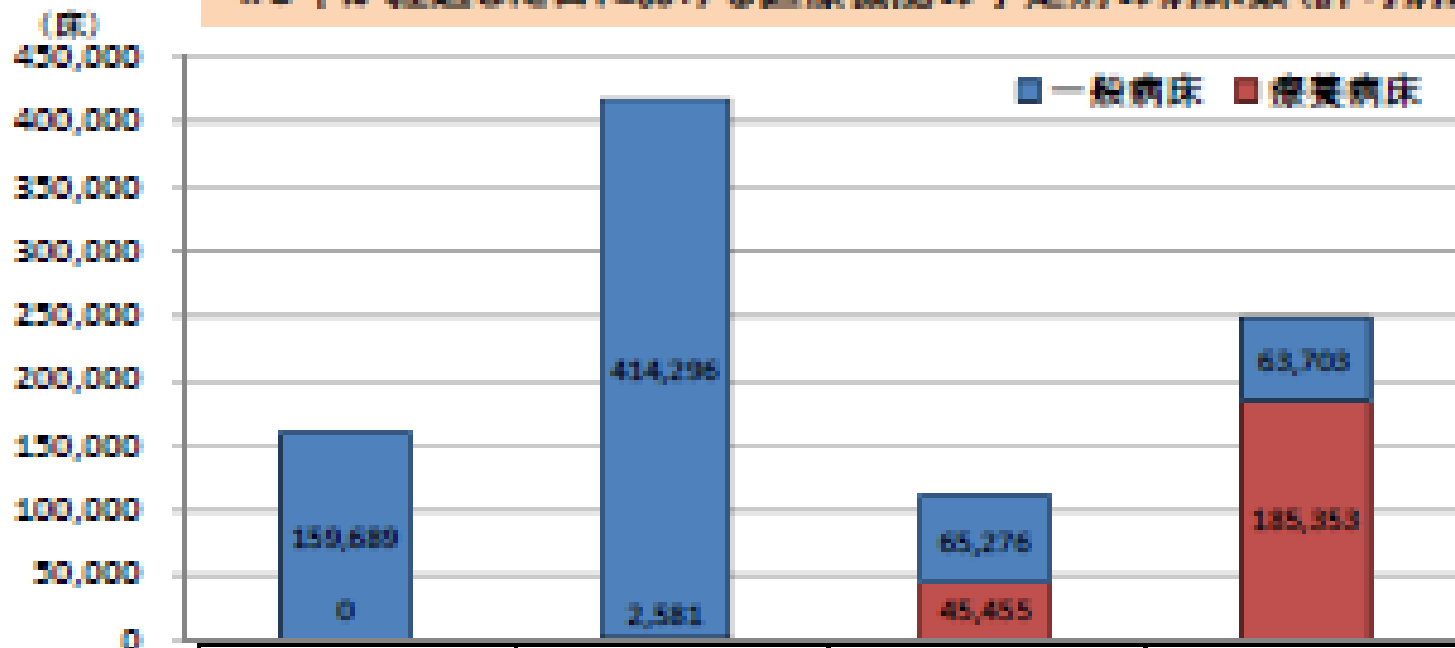


	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	153,052	437,613	46,280	63,911	700,856
療養病床	0	1,554	39,020	193,046	233,620
合計	153,052	439,167	85,300	256,957	934,476
構成比	16.4%	47.0%	9.1%	27.5%	100.0%

(注) 集計対象施設のうち、2014年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が4,986床分あり、上表には含めていない。

6年後の自院の病床予想数

《6年が経過した日における医療機能の予定別の病床数(許可病床)》



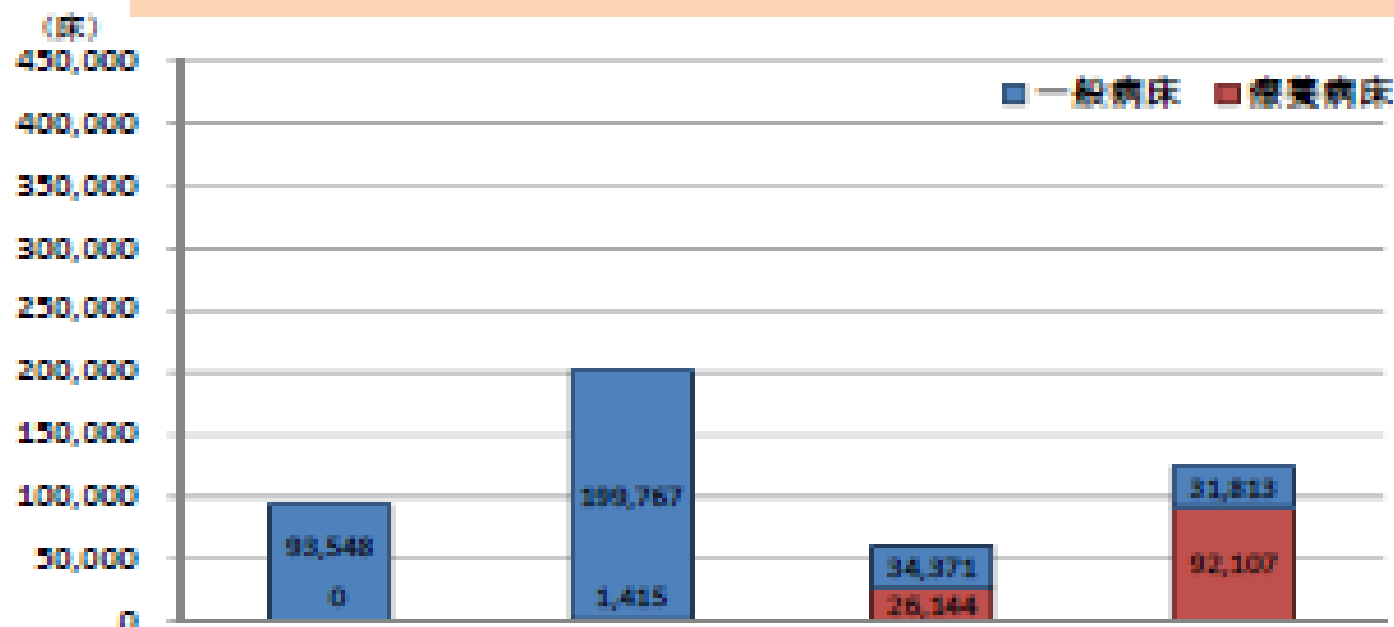
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	159,689	414,296	65,276	63,703	702,964
療養病床	0	2,581	45,455	185,353	233,389
合計	159,689	416,877	110,731	249,056	936,353
構成比	17.1%	44.5%	11.8%	26.6%	100.0%

(注)集計対象施設のうち、6年が経過した日における病床の機能について未回答の病床が3,100床分あり、上表には含めていない。

2025年の自院の病床予想数

《2025(平成37)年7月1日時点の医療機能の予定別の病床数(許可病床)》

(注)本項目は、任意の報告項目であり、報告のあった病床分のみ、下表に記載している。

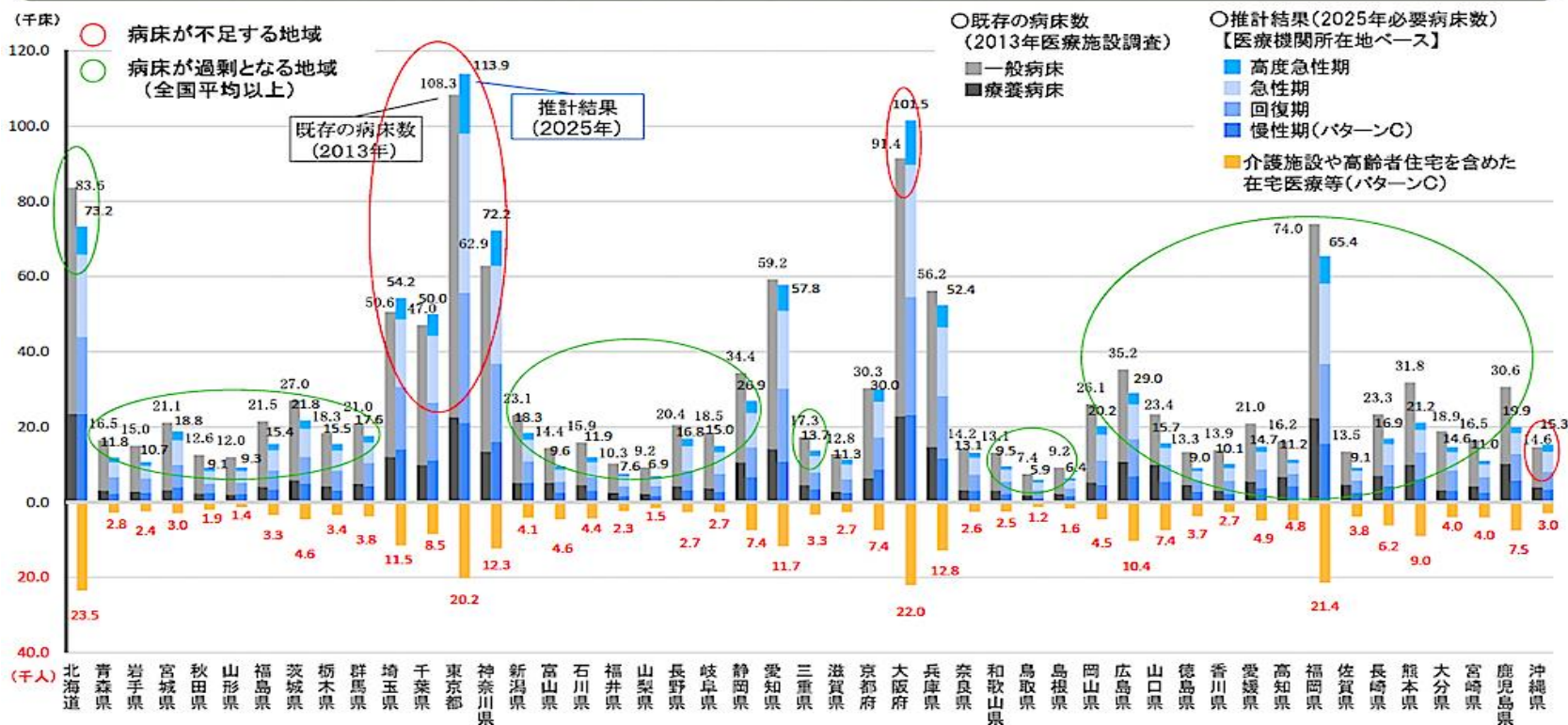


	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	93,548	199,767	34,371	31,813	359,499
療養病床	0	1,415	26,144	92,107	119,666
合計	93,548	201,182	60,515	123,920	479,165
構成比	19.5%	42.0%	12.6%	25.9%	100.0%

25年の必要病床数推計

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)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 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数も、大都市部を中心に多くなっている。



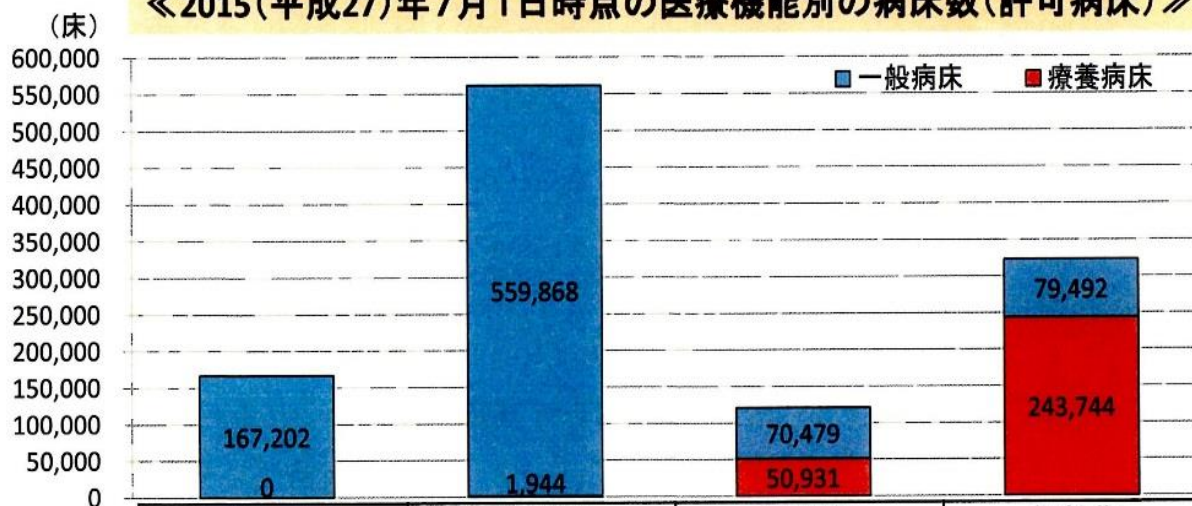
役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値】

○ 以下の集計は、12月2日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,371施設、有床診療所7,239施設のうち、12月13日までに病院7,004施設(95.0%)、有床診療所5,815施設(80.3%)が報告済み
- ・12月2日時点でデータクリーニングが完了した病院6,644施設(90.1%)、有床診療所4,355施設(60.2%)のデータを集計した。
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,195,762床
(cf. 医療施設調査(動態)における平成27年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,331,374床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。

《2015(平成27)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	167,202	559,868	70,479	79,492	877,041
療養病床	0	1,944	50,931	243,744	296,619
合計	167,202	561,812	121,410	323,236	1,173,660
構成比	14.2%	47.9%	10.3%	27.5%	100.0%
構成比(26年度)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

(注) 集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が22,092床分あり、上表には含めていない。

病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

- 各医療機関の病棟と電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、以下の対応が必要。
- 各医療機関は、次の対応表を病床機能報告の際に報告。
- 病棟毎に4つの機能を9桁のコードで入力。

例) 高度急性期 19061 * * * * 急性期 19062 * * * *
回復期 19063 * * * * 慢性期 19064 * * * *

(注) 下4桁は各病院において病棟毎に『0001~0050』の範囲で任意に設定。

(対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。
(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

各医療機関が有する
病棟名を記載

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

6月診療・7月請求分の
電子レセプトに記録した
病棟コードを活用

地域医療構想とは

地域医療構想とは(医療法では第30条の四第二項)

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

地域医療構想の基本コンセプト(地域医療構想策定ガイドラインの要約)

- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- 各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる

地域医療構想の位置づけ(医療法)

地域医療構想は、医療計画の一部であり、医療計画は医療審議会の意見を聴いた上で策定される。さらに地域医療構想では協議の場(地域医療構想調整会議)を設置。

医療計画

地域医療構想

- 構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
- 病床の機能分化・連携の推進のために必要なこと

- 医療計画の案を策定するときには、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く
- 医療計画を策定・変更する際には、都道府県医療審議会及び市町村の意見を聴く。
(改正医療法で保険者協議会を追加)

協議の場

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

医療圏について

概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

三次医療圏

52医療圏（平成25年4月現在）

※都道府県ごとに1つ
北海道のみ6医療圏

【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓
特殊な医療を提供

二次医療圏

344医療圏（平成25年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

↓
一般の入院に係る医療を提供

特殊な医療とは…

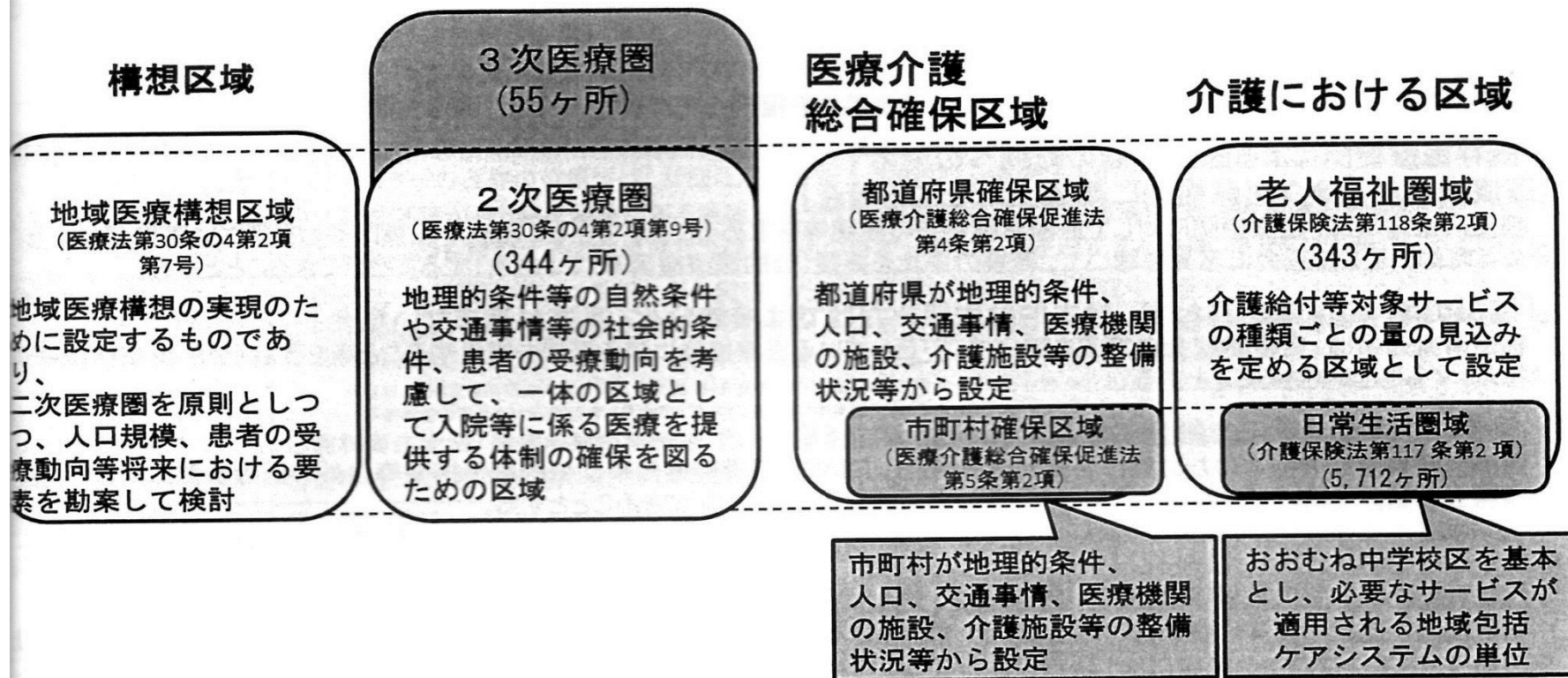
（例）

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療 等

医療における区域とは

地域医療における区域の概念

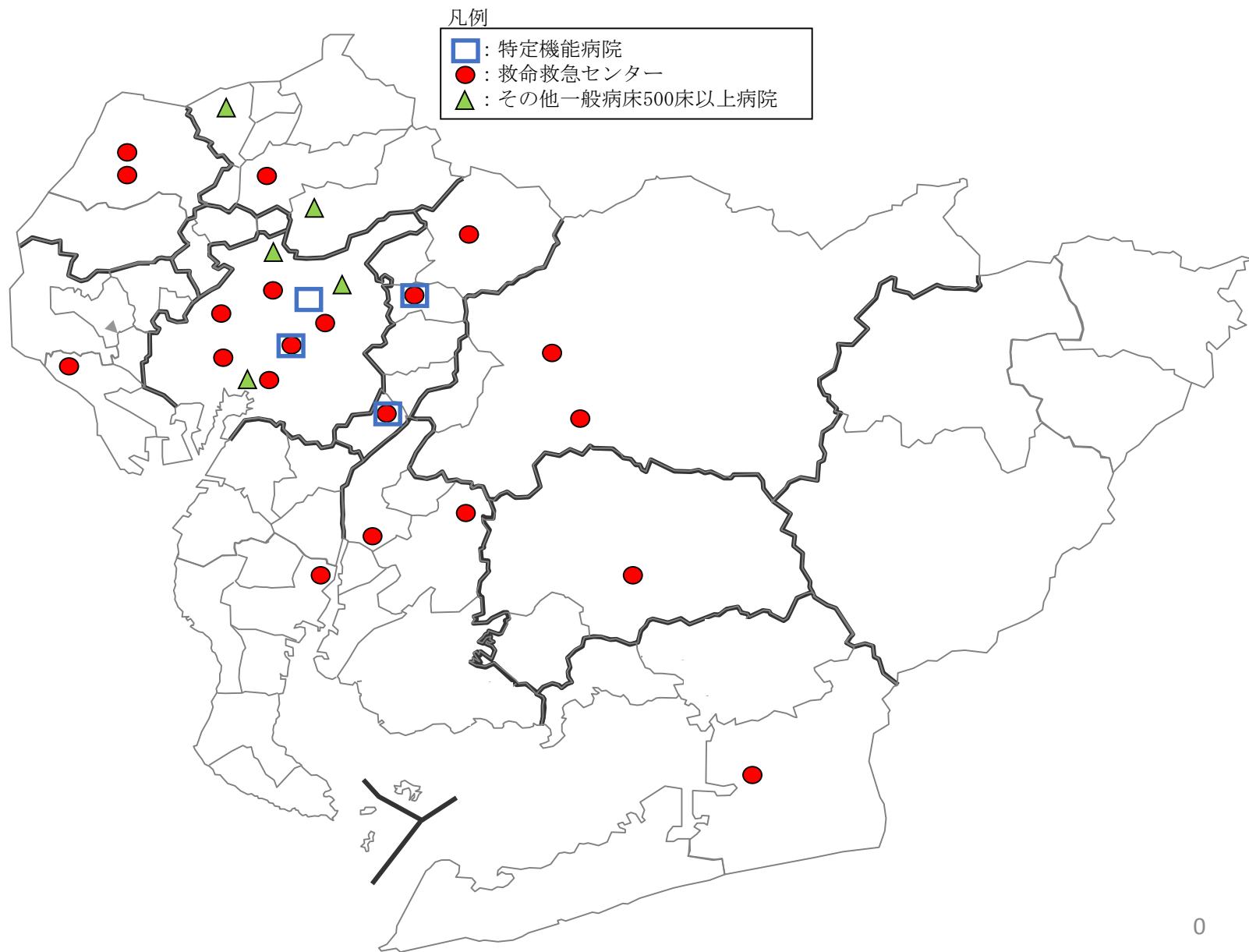
医療における区域



※ 2次医療圏と老人福祉圏域が完全に一致している区域は、41都道府県(平成25年12月現在)。

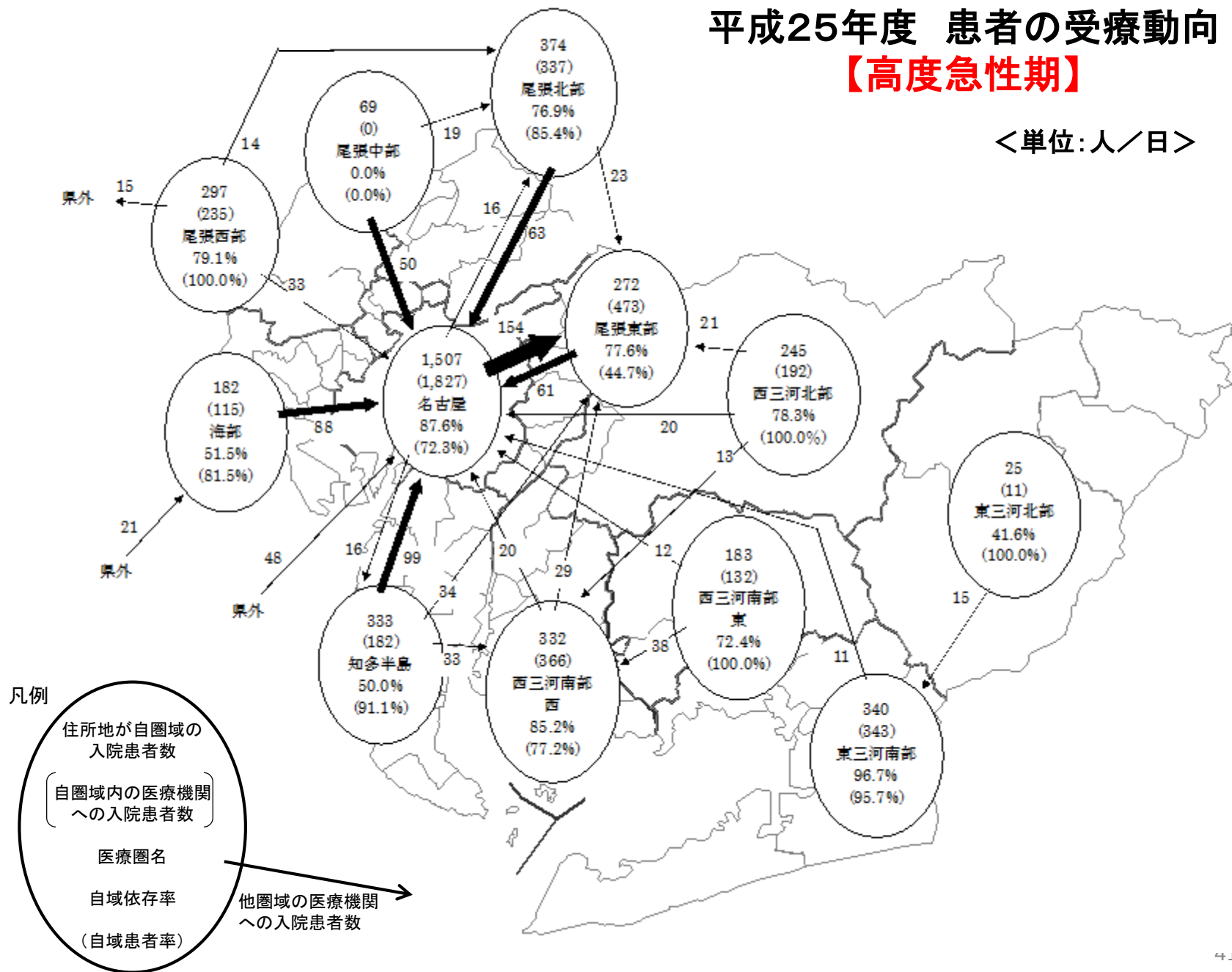
※ 2次医療圏及び老人福祉圏域数については、平成25年12月現在、日常生活圏域数については、平成24年4月1日現在。

県内の特定機能病院、救命救急センター等



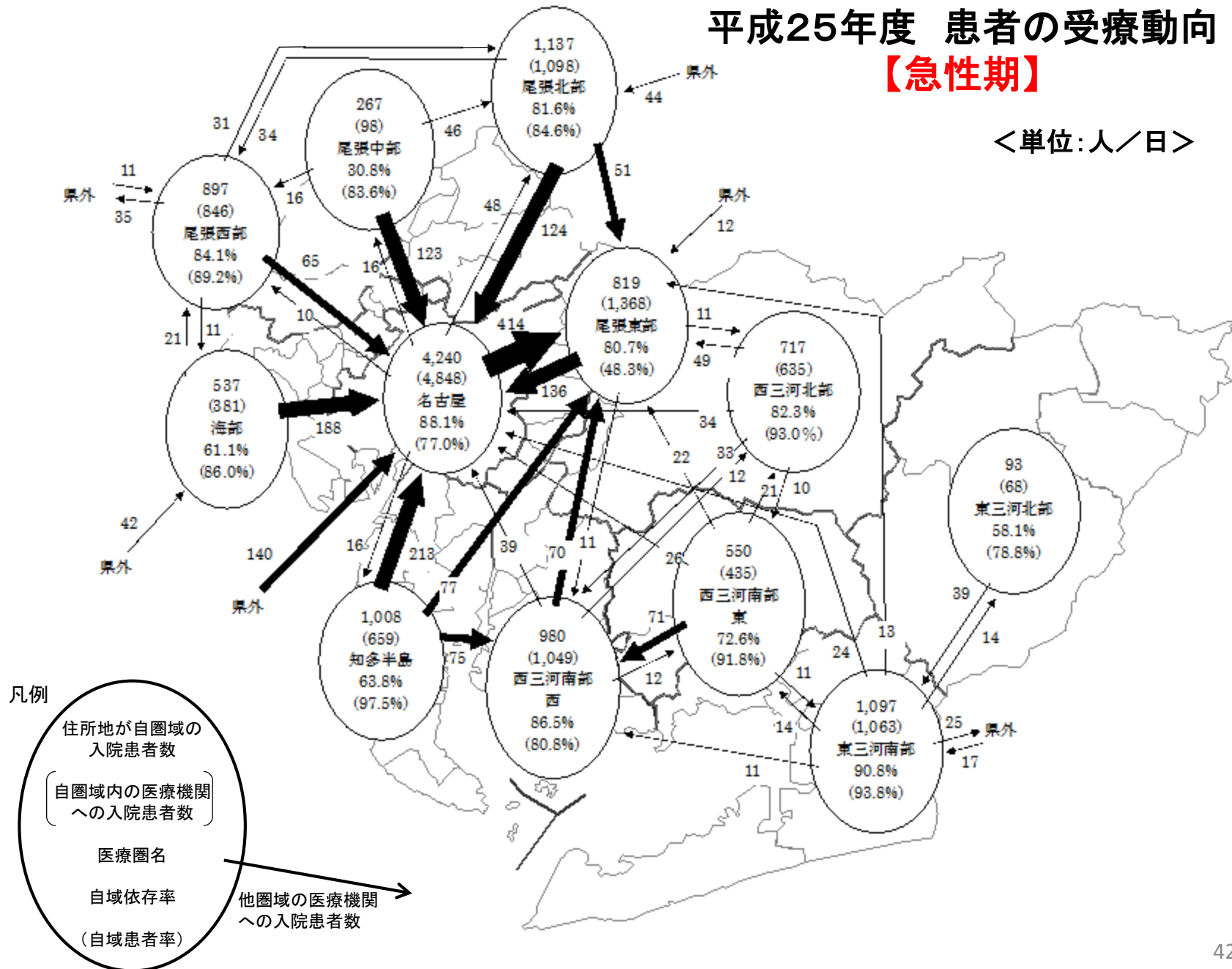
平成25年度 患者の受療動向 【高度急性期】

<単位:人/日>



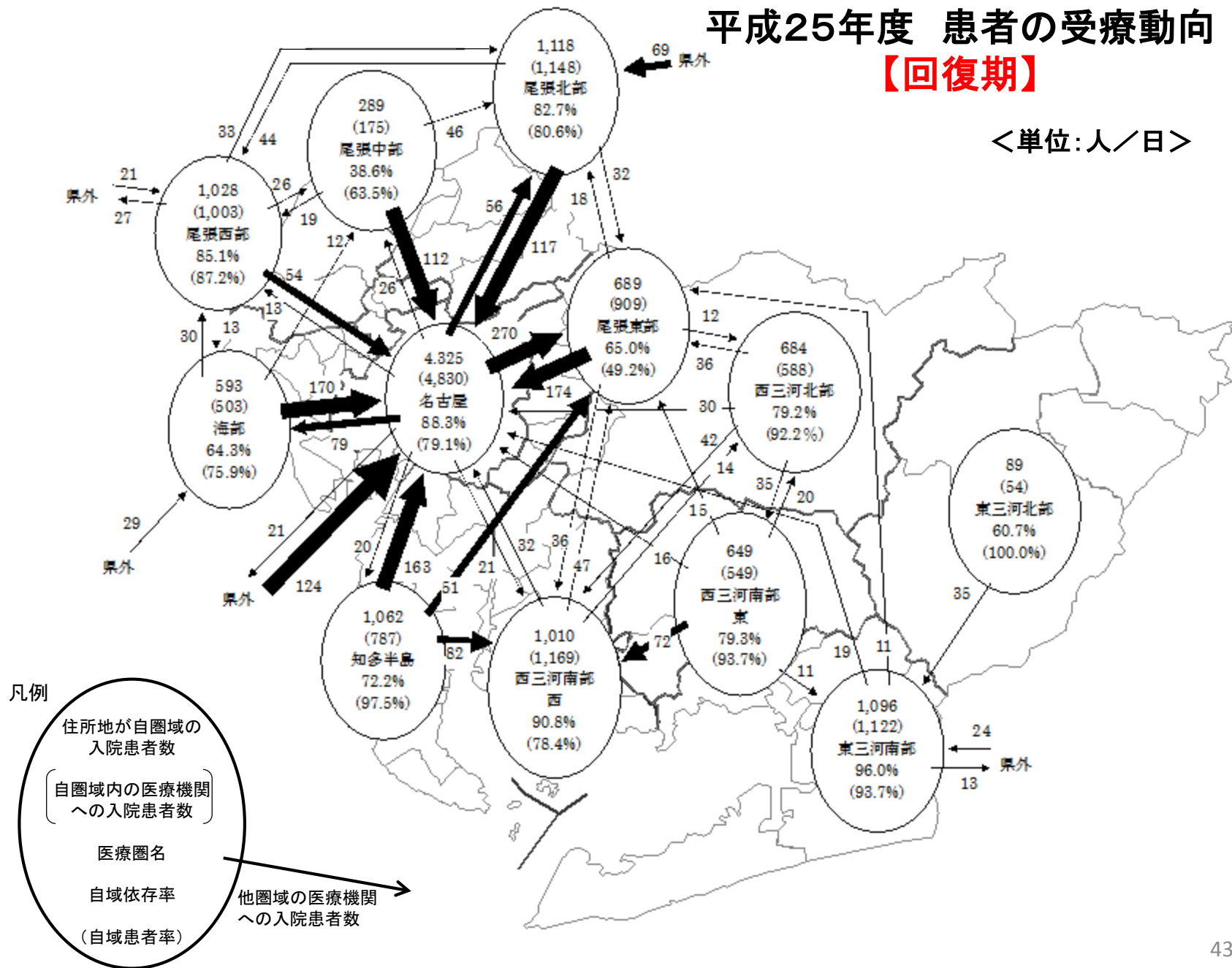
平成25年度 患者の受療動向 【急性期】

<単位:人/日>



平成25年度 患者の受療動向 【回復期】

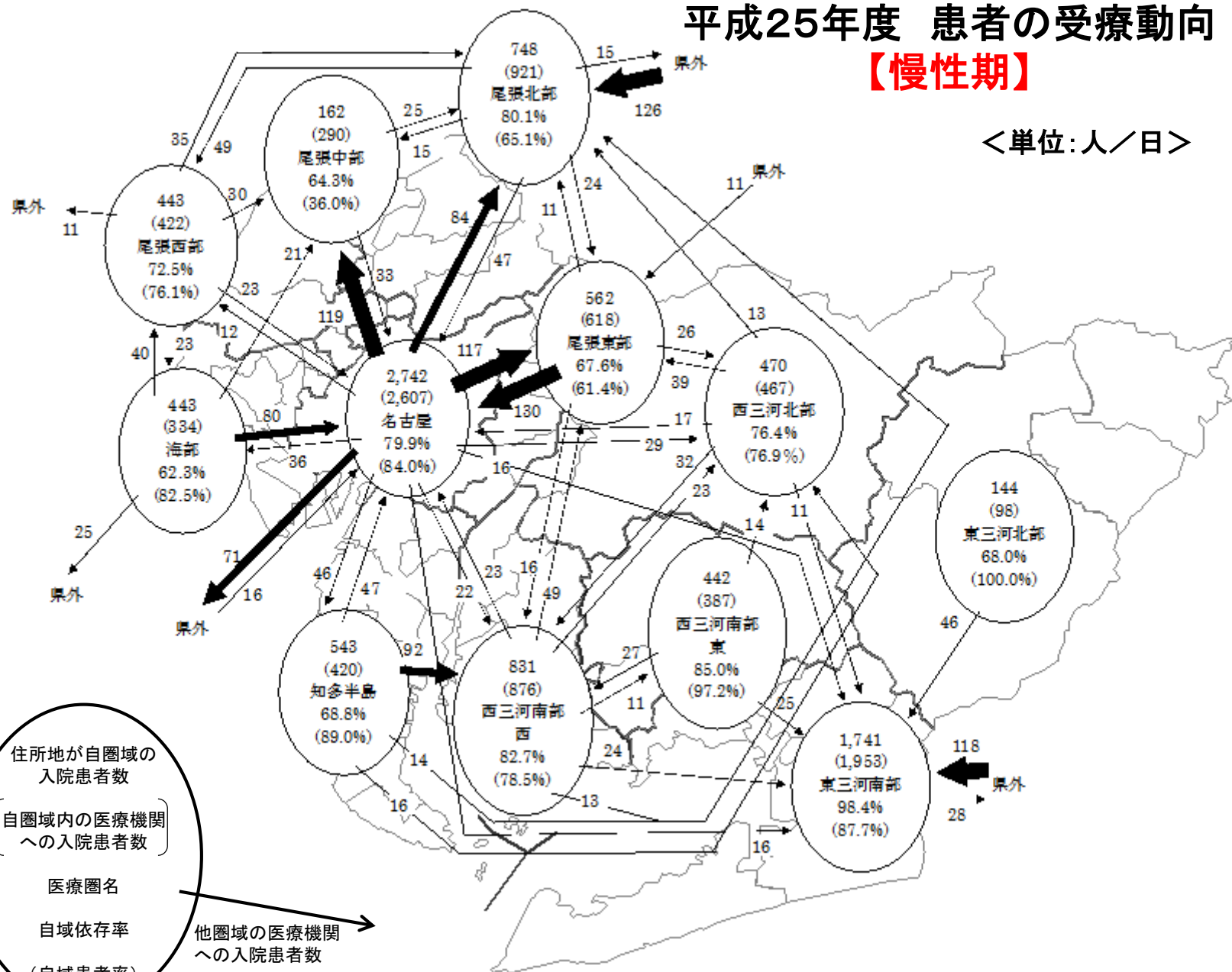
<単位:人/日>



平成25年度 患者の受療動向 【慢性期】

＜単位：人／日＞

凡例



構想区域の設定について

1 「地域医療構想策定ガイドライン」における構想区域の考え方について

- 「地域医療構想策定ガイドライン」において、構想区域の設定に当たっては、現行の 2 次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要があるとされている。
- また、病床の機能区分との関係について、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではないとされている。一方、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされている。
- 地域医療構想は、平成 37 年のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画における 2 次医療圏と異なっている場合は、平成 30 年度からの次期医療計画の策定において、最終的には 2 次医療圏を構想区域と一致させることが適当であるとされている。

2 本県における構想区域について（たたき台）

- 原則として、2 次医療圏を構想区域とする。
- ただし、尾張中部医療圏については、面積も著しく小さく患者の多くが名古屋医療圏へ流出していることから、名古屋医療圏と統合して構想区域を設定してはどうか。
- また、東三河北部医療圏については、人口の減少見込みが著しいこと、患者が東三河南部医療圏へ多く流出していることから、東三河南部医療圏と統合した構想区域の設定を検討すべきと思われるが、一方、面積が非常に広大になることや東三河北部医療圏にへき地が多いという状況もあり、今後の地元の意向確認を注視することとしてはどうか。

考えておくべき重要事項

- 高齢者施設で発生する肺炎・心不全にどのように対応すべきなのか？
 - 以上のような傷病の患者を急性期病院の救急部門に搬送することは妥当なのか？
 - 介護保険施設であっても、ある程度の医療は、そこで行えるようにすべきではないのか？
 - その場合、医療サービスについては医療保険で給付されることが適切ではないのか？
- 地域包括ケア病棟と老人保健施設に求められる3つの機能
 - 急性期からの受け皿機能
 - 在宅復帰
 - 在宅ケアの支援機能・レスパイト

領域別医療計画・実行計画の立案(例)

- 胃・肺については圏域内での自己完結率を全体で80%、手術症例で60%程度まで高めることを目標とし、他のがんについては隣接する△△医療圏の施設との連携を図ることで、手術も含めて90%以上の自己完結率をめざす。
- また、化学療法と放射線治療については、圏域内での自己完結率を前者については80%、後者については60%以上を目標とする。

医療需要推計の考え方と各医療機関での取り組み

地域医療構想策定ガイドライン

- 医療需要は病床機能報告制度の定義を踏まえ、医療資源投入量にもとづいて推計。
- 高度急性期および急性期の患者数は、入院から医療資源投入量が落ち着くまで。
- 回復期の患者数は、在宅等でも実施できる医療やリハビリの医療資源投入量に退院調整等の期間を見込んだ数に、回復期リハビリテーション入院料算定患者数を加えて推計
- 慢性期機能の医療需要は、在宅医療の充実等により療養病床の入院受療率が一定程度低下するとして推計。

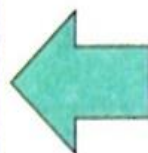


構想区域における医療需要の推計のための計算方法であり、この考え方が、各医療機関が病床機能を選択する基準にただちになるわけではない。



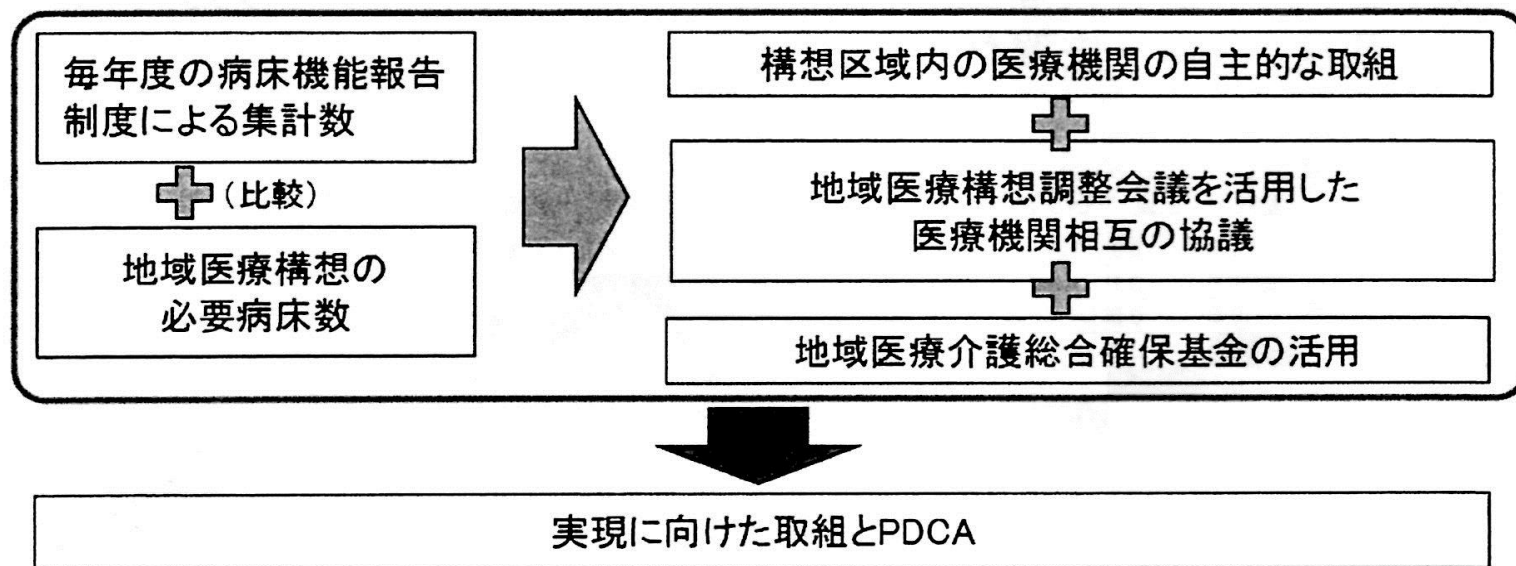
各医療機関

病棟単位で当該医療機能に即した患者の収れんさせ方や、それに応じた必要な体制の構築や人員配置を検討。



都道府県が厚生労働省のデータ提供を受けて、病床利用率等により病床の必要量を推計

策定後の取組→今回はここがポイント！



(参考) 地域医療構想策定後の年間スケジュールのイメージ

3月 病床機能報告制度の集計結果の提示

3月～ 医療機関の自主的な取組

医療機関同士の協議(調整会議における協議を含む)

※可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うように、10月までに上記の対応を行

う。

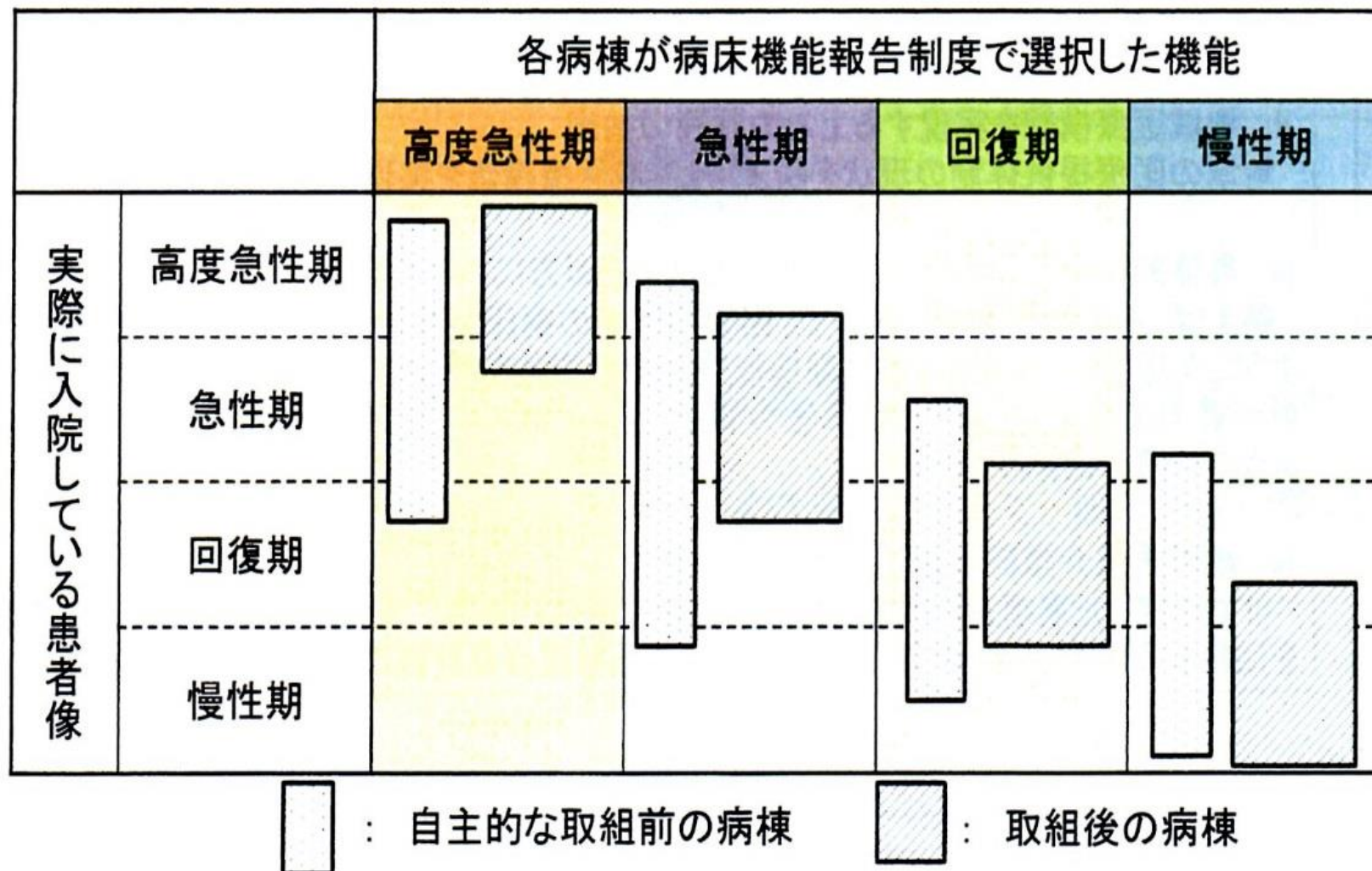
10月 病床機能報告制度における報告

年内 各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画(案)の取りまとめ

2月 都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

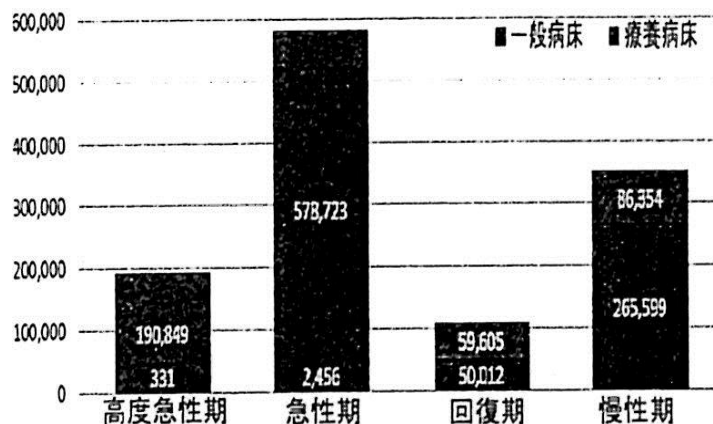
患者の収れんのイメージ

- 急性期病棟のをすべて急性期患者に収れんさせるということではない。



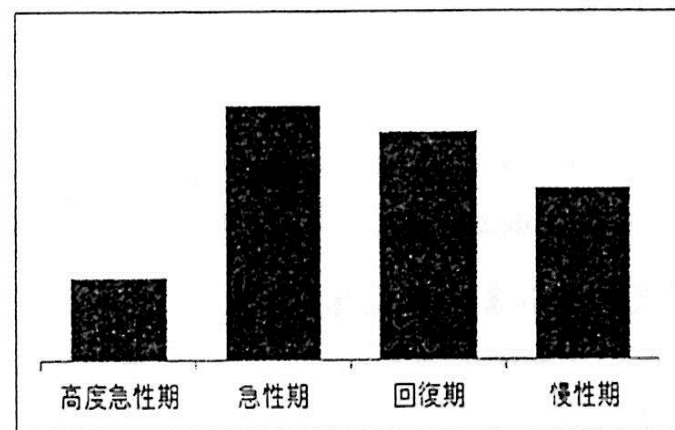
2025年問題に対応できる医療提供体制の構築 ＝地域医療構想

【現状の医療提供体制】



急性期病床が多く、
「急性期中心の医療提供体制」

【将来の医療提供体制】



「高度急性期から回復期・慢性期・
在宅医療までバランスのとれた
医療提供体制」に

病床の機能
分化・連携

25年の機能別必要病床数推計

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】

134.7万床（医療施設調査）

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【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

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合：152万床程度

2025年の必要病床数（目指すべき姿）
115～119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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数

29.7～33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、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：118万床程度、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

① NDBデータ

- ・ 医療行為別の患者の流出入の把握

【分析例】二次救急を、患者住所地の医療圏で受けることができるかの確認

② 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)

- ・ 地域ごとの疾患毎レセプトの出現状況を全国平均と比較

【分析例】さまざまなレセプトの出現頻度を他地域と比較することで不足する診療行為を確認

③ DPCデータ

- ・ 当該医療圏で欠けている医療機能はないかを確認(特に、5疾病5事業に関わる主要疾患)
- ・ 各病院の機能が年度間で安定しているかを確認
- ・ 圏域内の各病院の機能分化の状況を把握

【分析例】圏域内の各病院の診療パターンより、機能分化の度合いを確認

④ アクセスマップと人口カバー率

- ・ DPCの疾病分類ごとの治療を行う医療機関までの移動時間による解析

【分析例】DPCの疾患分類ごとに、患者の医療機関へのアクセスに係る課題を分析

* その他にも、医療計画策定支援ツールなどを利用して、現状の医療提供体制とその課題について分析する。

地域医療構想の実現に向けた取り組みについての留意事項(案)

- 将来における必要病床数(病床の必要量)の推計
- 地域における各医療機関の機能と人員体制等を踏まえた課題の抽出
- あるべき医療提供体制の実現に向けた施策について、住民を含めた幅広い関係者で検討し合意形成を行うことが重要
- 構想策定後は地域医療全体を俯瞰することが必要

調整会議での構想実現に向けた 具体的な取り組み

- 地域_{共有}の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識
- 地域医療構想を実現するうえでの課題抽出
- 具体的な病床の機能の分化および連携の在り方について
議論
- 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議
論

平成28年2月4日

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

平成30年度から市町村が保険者ではなく、都道府県が保険者となる。

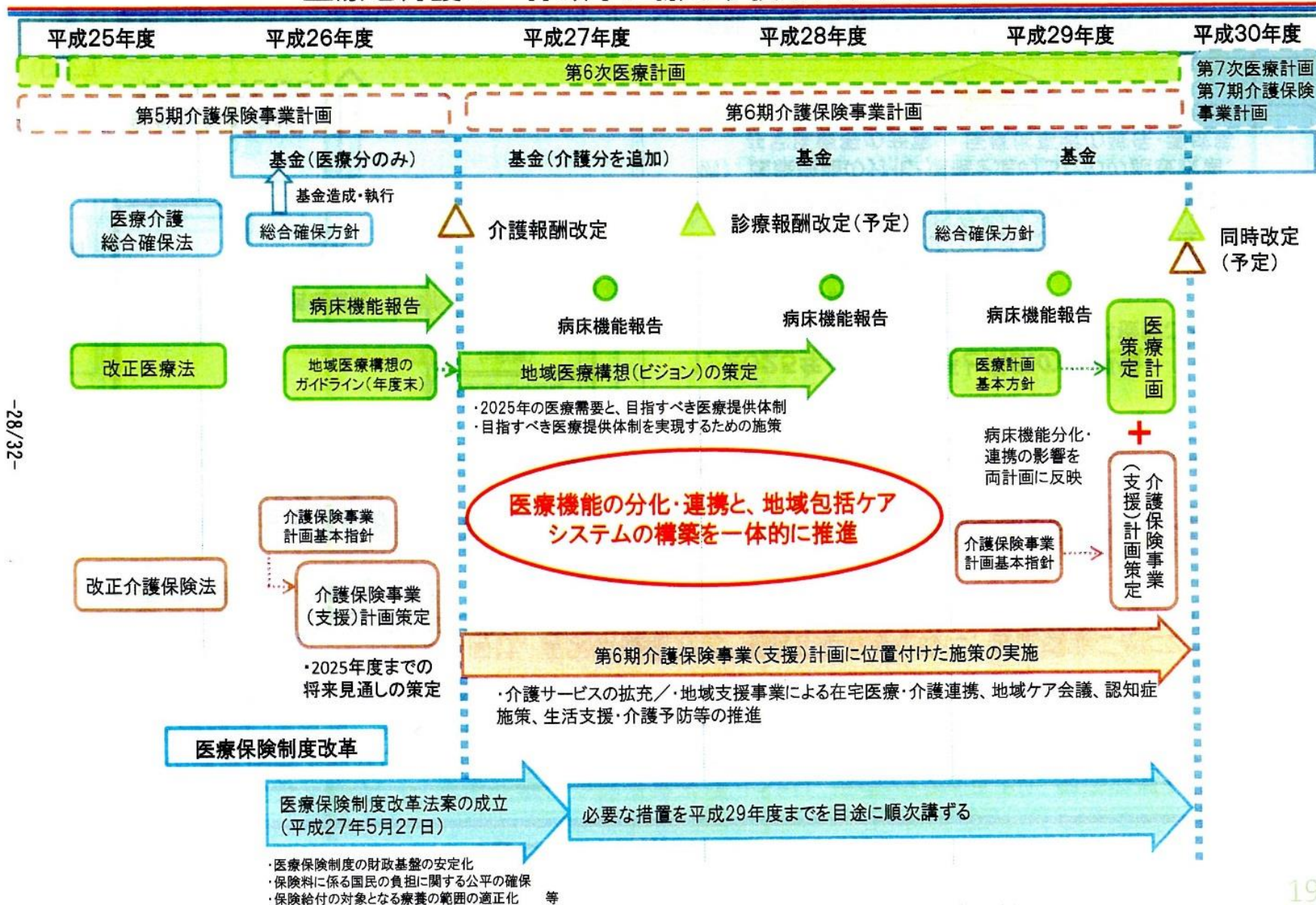
→ 地方交付金の削減、権限移譲という名の国の医療確保の責任の放棄

→ 県内の地域差を解消しなければ――

→ 県単位での格差は県の責任となる

→ 医療費はどこの県レベルを想定しているか？

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



25年の機能別必要病床数推計

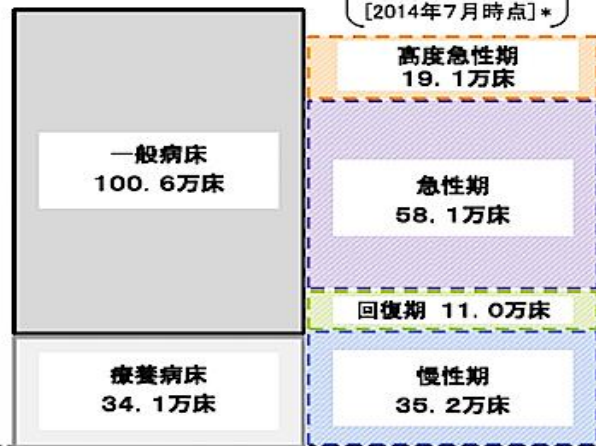
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【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

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、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:118万床程度、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

地域医療構想のおさらい

- ・国が入院基本料相当を除いた出来高相当の診療報酬高でもって(1日当たり)四つの病床機能に区分けした。
- ・その区分の患者数に対して将来の二次医療圏毎の人口推計と、機能別の(疾病ではなく病態別に近い)病床稼働率を仮定として置いた数字で算出した数字を将来の必要な四分類の二次医療圏の病床数とした。(まだ医療構想区域ではない。あくまでの二次医療圏の数字)
- ・H29年度基準病床は医療圏か構想区域か？



- 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、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、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してください。
- 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、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、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してください。



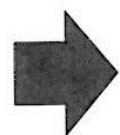
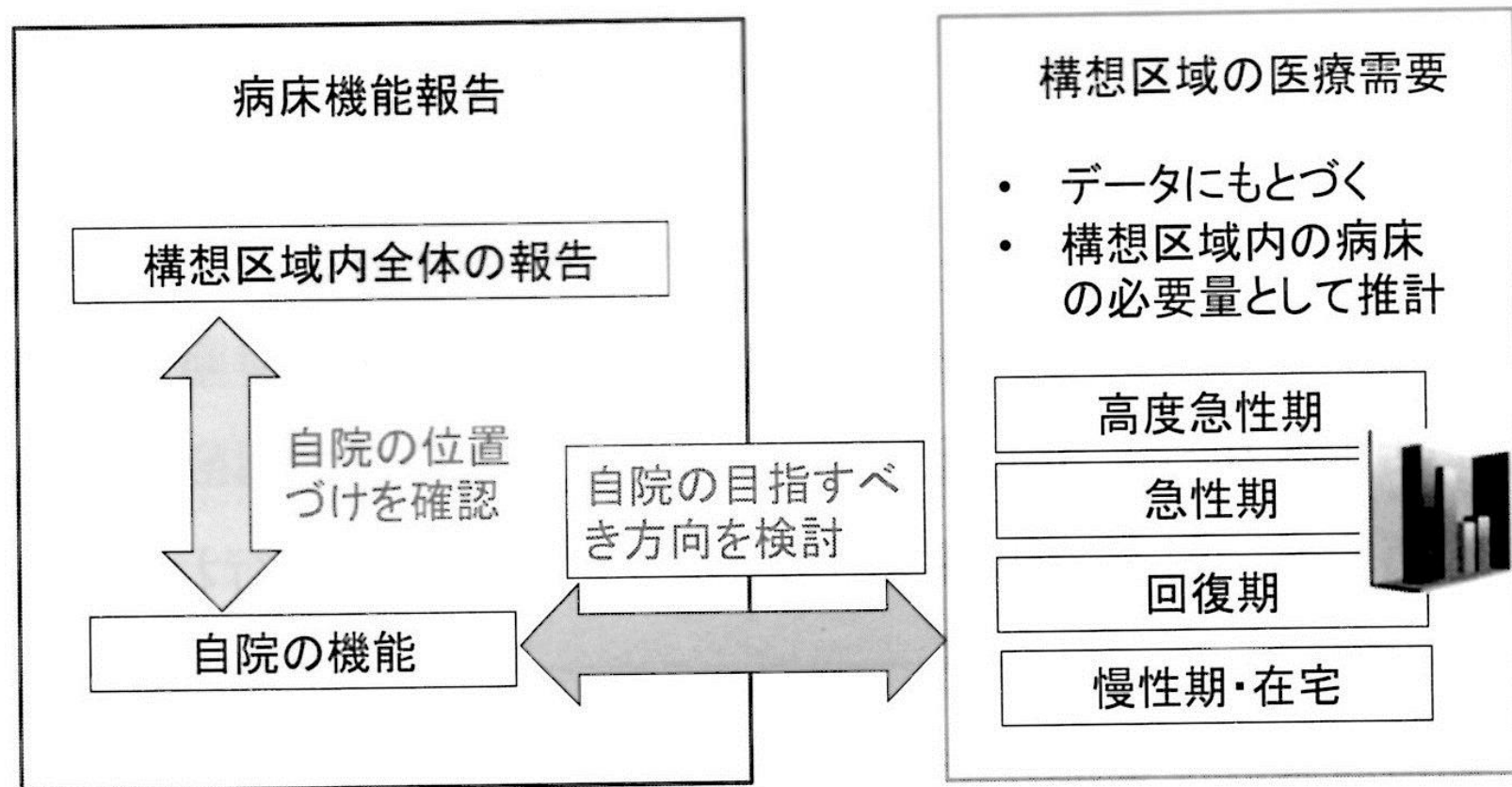
病床の必要量(必要病床数の推計)

高度急性期	急性期	回復期	慢性期
1. 以下の①と②を比較 ① 推計した機能ごとの医療需要(患者住所地で推計) ② 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した供給数(他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの) 2. 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合には、都道府県との間で調整。自都道府県内の構想区域間の調整も同様 3. 将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数(③)を確定 4. 病床の必要量(必要病床数) = 推定供給数 ÷ 病床稼働率			
病床稼働率			
高度急性期 75%	急性期 78%	回復期 90%	慢性期 92%



構想区域全体における医療需要の推計のための方法。この推計方法の考え方が、個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準に、直ちになるものではない。

地域医療構想の意義(各医療機関にとって)



地域医療構想のデータ・枠組みを活用し、自院の強みをいかした機能を選択できるようになる。

- 自院の強みを生かした機能の選択とは

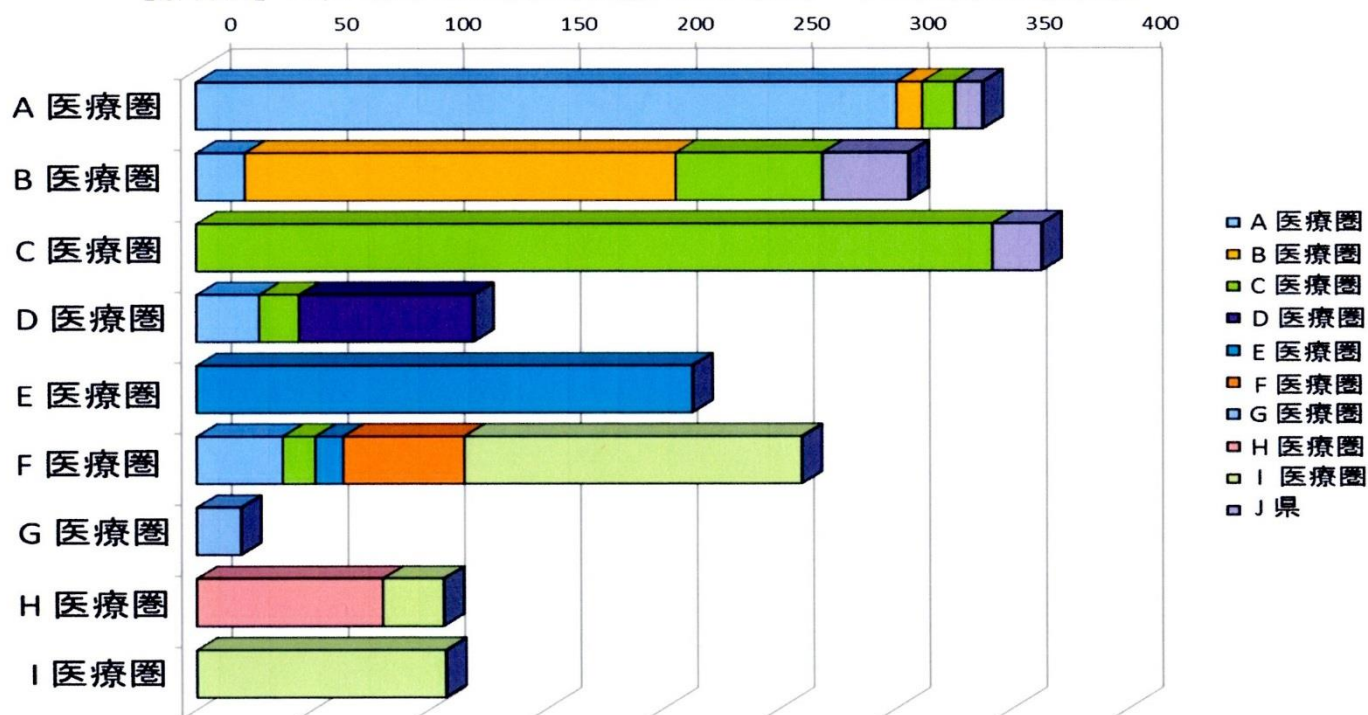
- 選択しない病院の退場を促すのか

(事例1)NDBデータを利用した患者の流出入について

NDBデータを基に、患者住所地と医療機関所在地の2つのデータから分析することにより、医療圏別にみた患者の流出入の状況を把握し、医療圏における自己完結度を検討する。

次のグラフは、A県における虚血性心疾患のカテーテル実施件数を示している。例えば、E医療圏では、自医療圏でほとんどの当該医療行為を行っている。一方で、F医療圏では、自医療圏のみでなく、他のA医療圏やI医療圏で当該医療行為を行っており、患者が流出していることがわかる。

【解析例】 A県における虚血性心疾患に対するカテーテル治療の実施件数

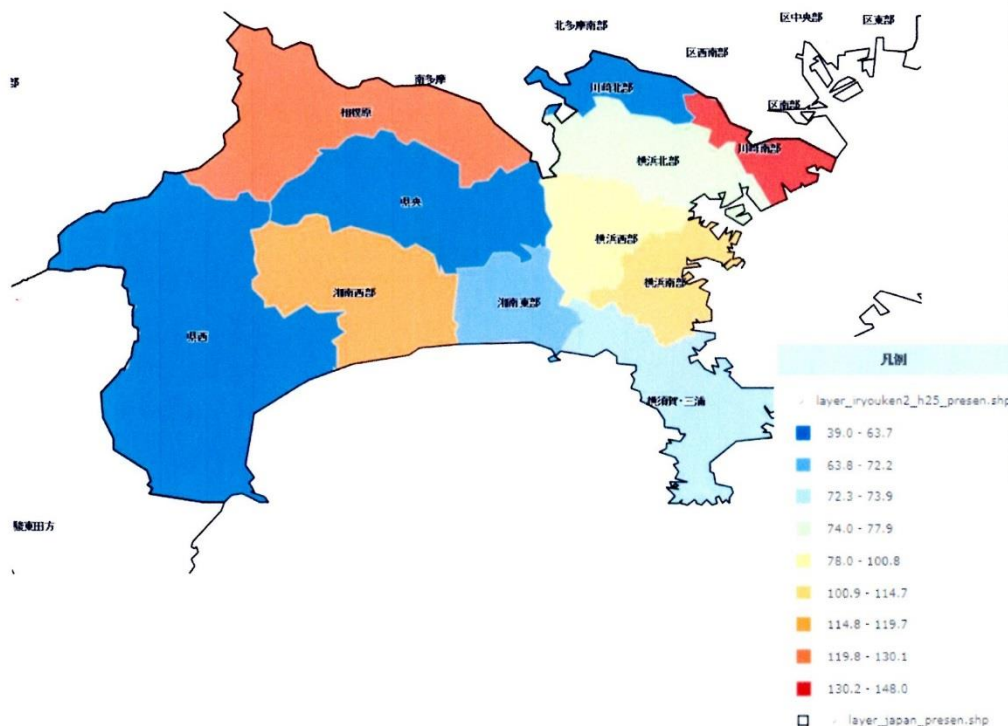


(事例2)レセプトを利用した医療提供体制の評価について

ある診療行為に係るレセプト数を地域の年齢・人口構成で補正した値(略称SCR)を算出し、地図上で可視化する。当該医療行為を全国平均と比較することで、各2次医療圏の医療提供体制を相対評価する。

次の地図は、胃癌に対する内視鏡的手術件数のSCRを2次医療圏ごとに塗り分けた。

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)を用いた医療提供体制の評価(胃癌・内視鏡的手術)



年齢調整標準化レセプト出現比

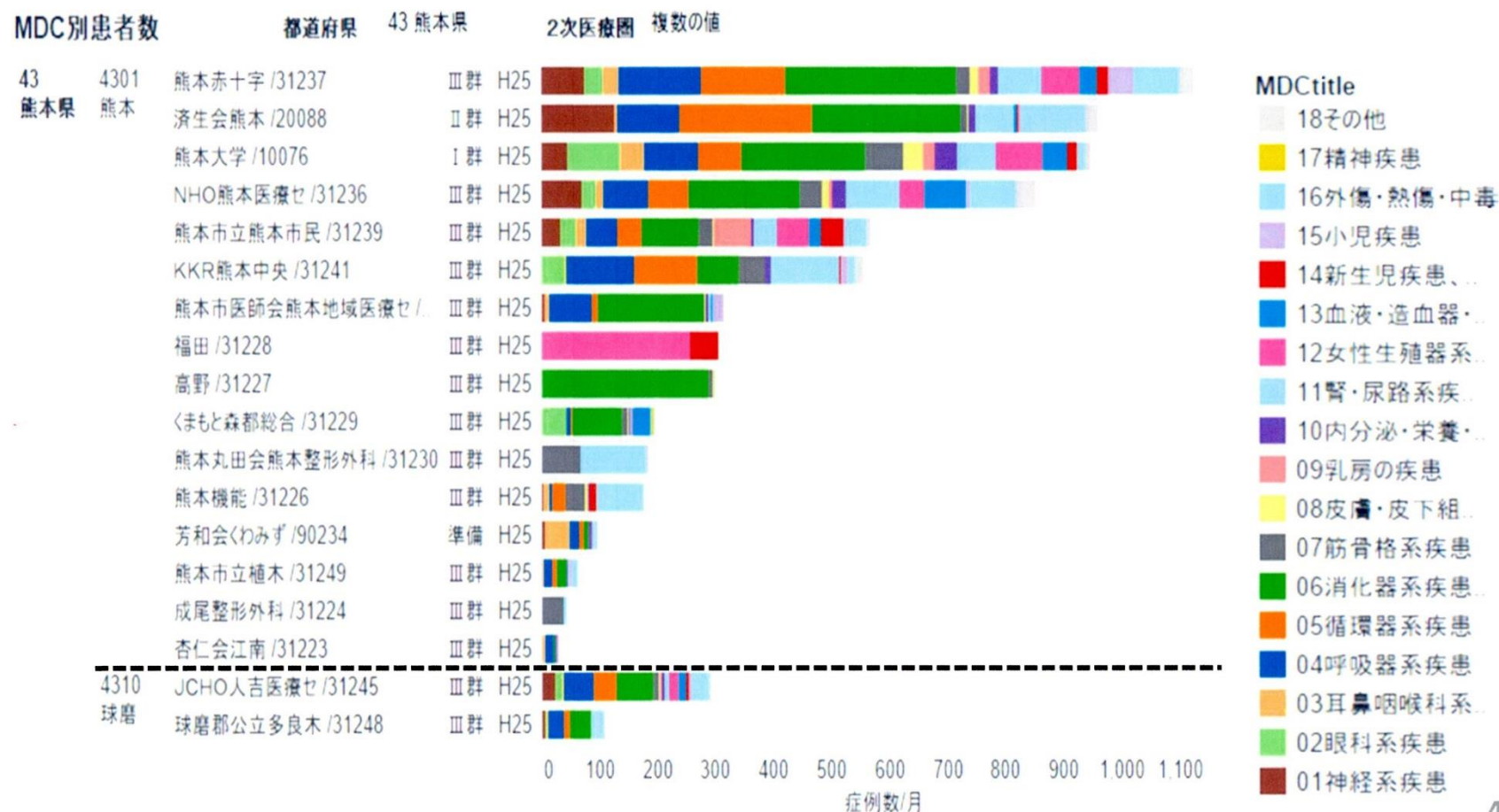
$$SCR = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100$$

$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

(事例3)DPCデータを利用した地域における医療提供体制の評価

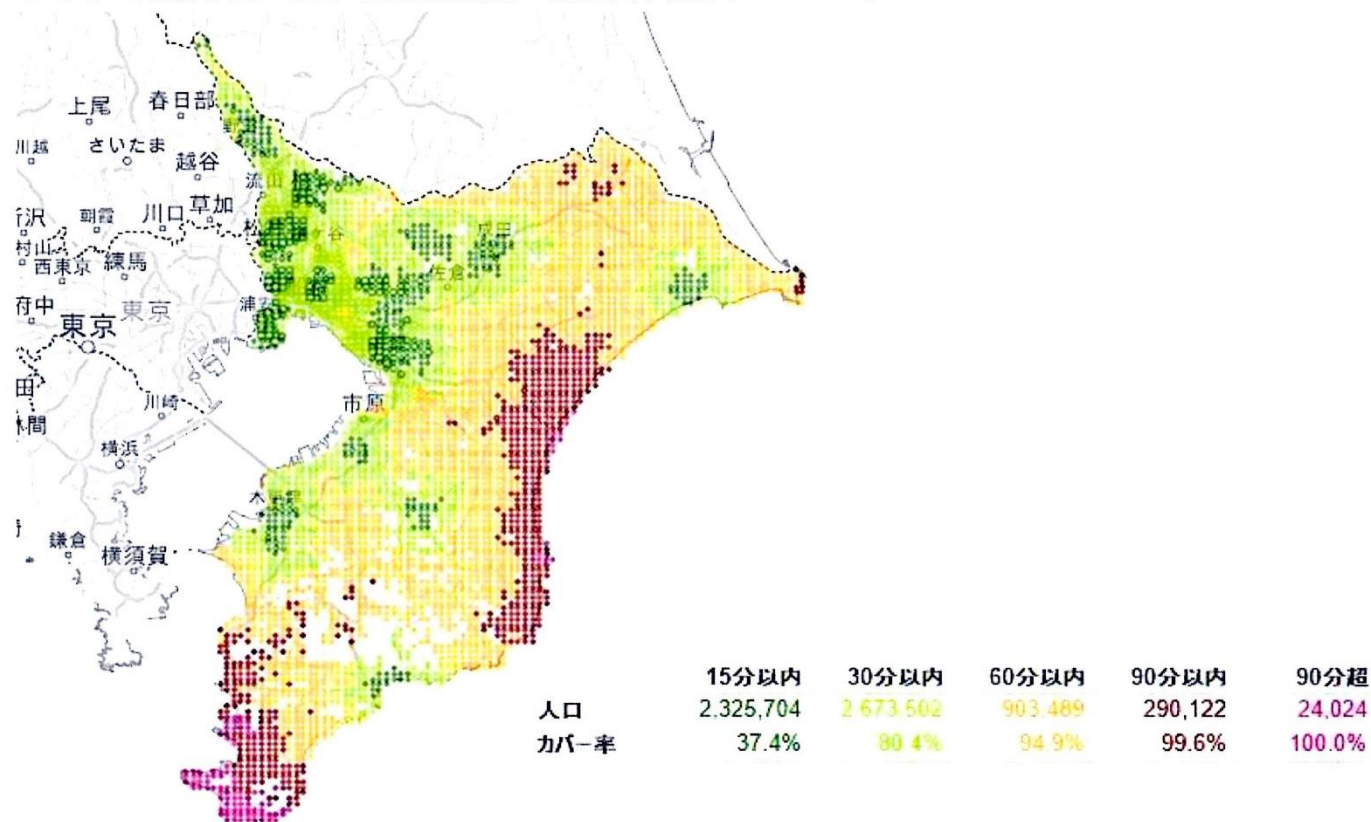
DPCデータを用いて、医療機関ごとの患者数をMDC(臓器別の分類)別に集計したもの。
 ほぼ診療科に対応しているMDC別に集計することによって、各医療機関の有する医療機能を把握したり、地域で欠けている医療機能がないかを確認したりすることが可能。



(事例4-1) 疾病別のアクセスマップと人口カバー率について

DPCの疾病分類ごとに、患者の医療機関へのアクセスについて、分析・評価することが可能。
次の地図は、くも膜下出血及び破裂動脈瘤について、搬送時間別の人口について、地図上にマッピングして、人口カバー率を可視化したもの。

千葉県における「くも膜下出血及び破裂動脈瘤」の搬送時間別人口カバー率

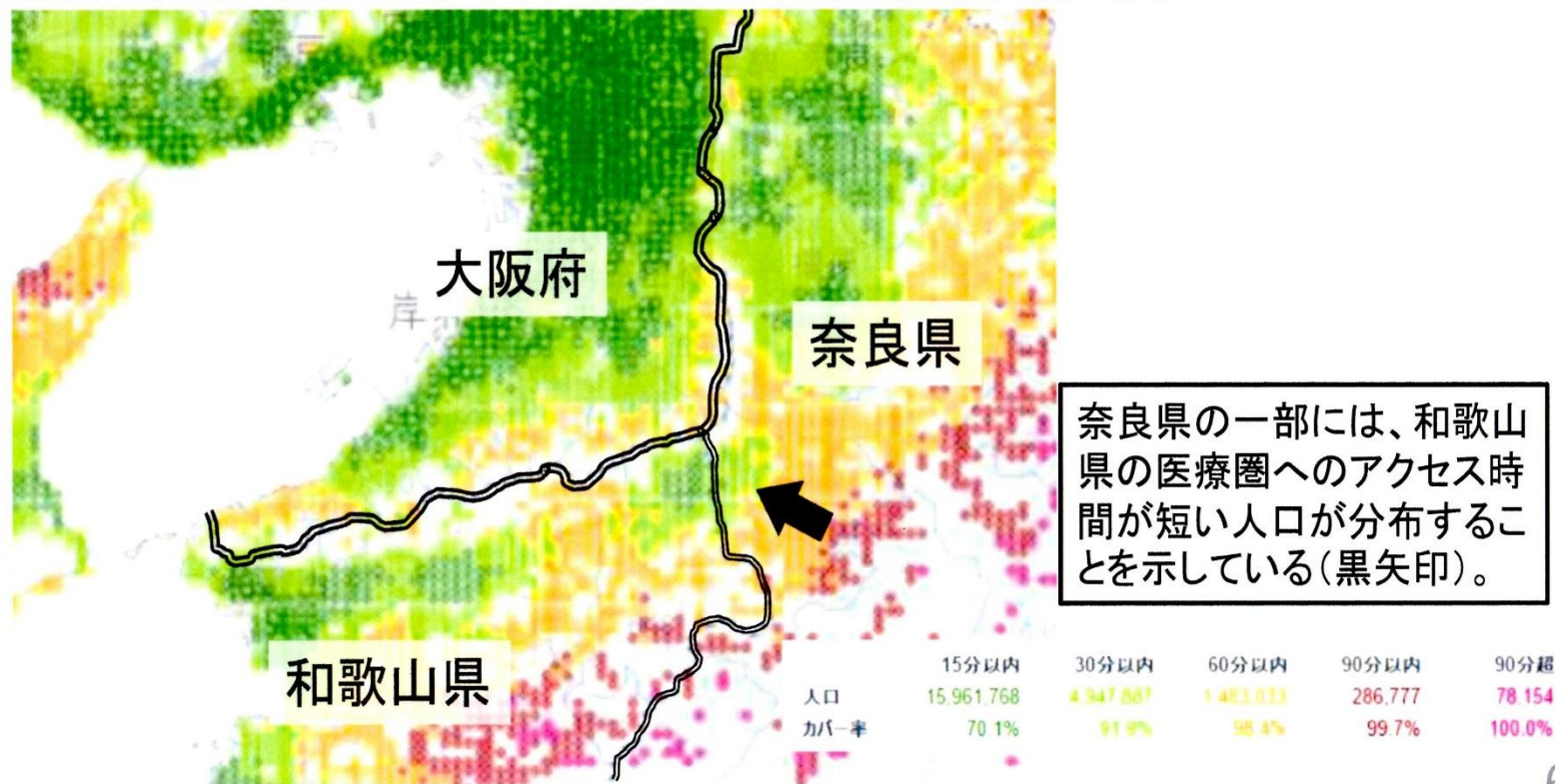


(事例4-2) 県境を超えた患者の医療機関へのアクセス

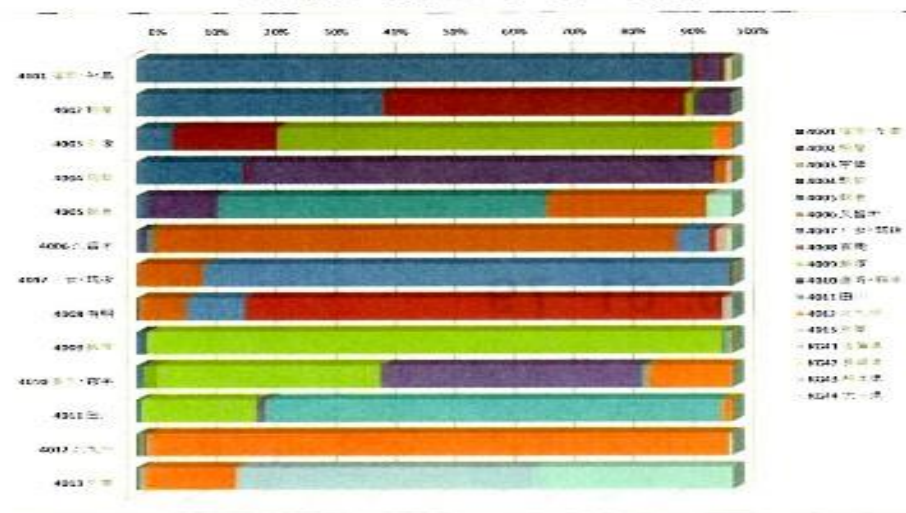
医療機関へのアクセスに関しては、自県内の医療圏別の分析だけでなく、県境については、他県の医療機関へのアクセスも含めて検討する。

次の地図は、奈良県・和歌山県・大阪府の県間を含めた、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞の医療機関へのアクセスマップ。

奈良県・和歌山県・大阪府・兵庫県における「急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞」の搬送時間別人口カバー率

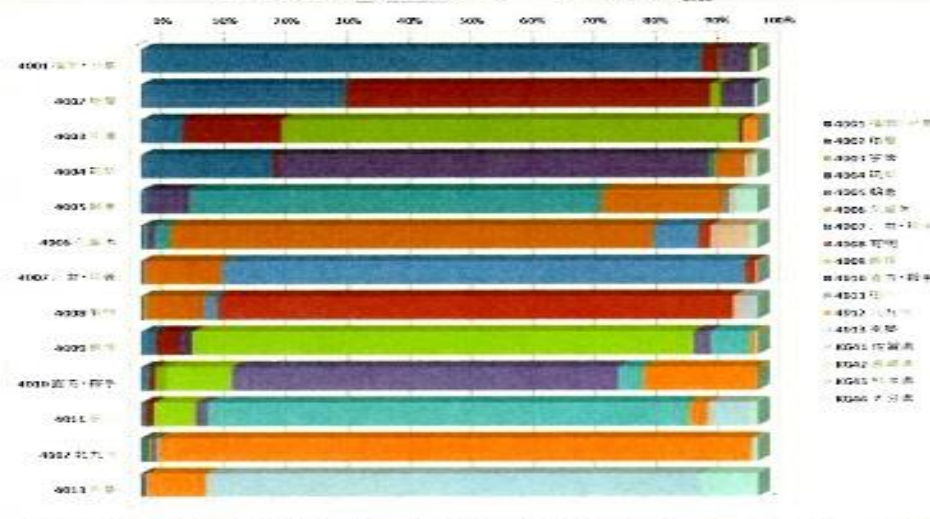


図表21 福岡県における救急医療の自己完結率・二次救急
(平成25年度NDBデータ：入院)



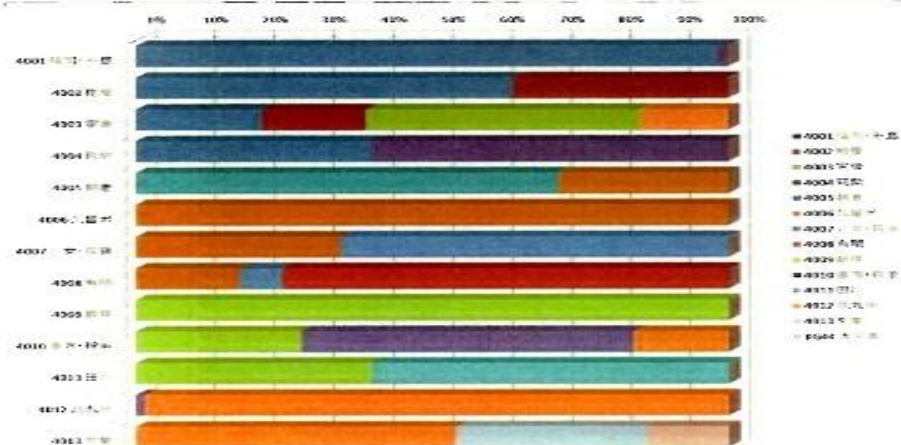
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

図表22 福岡県における脳梗塞・TIAの自己完結率
(平成25年度NDBデータ：入院)



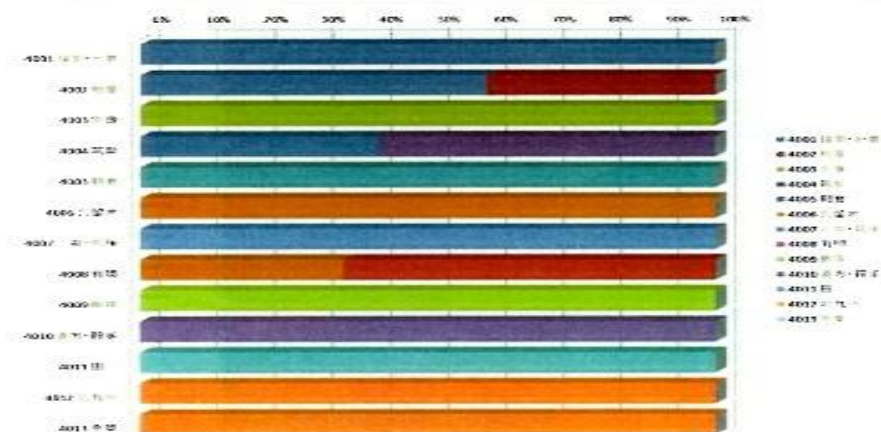
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

図表28 福岡県におけるがん医療の自己完結率
(平成25年度NDBデータ:大腸がん結腸切除術・入院)



出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

図表30 福岡県におけるがん医療の自己完結率
(平成25年度NDBデータ:直腸がん骨盤内臓器全摘術等・入院)



出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

图表 58 (1) - (12)

図表58 福岡県におけるSCRの状況(1)

	4001	4002	4003	4004	4005	4006	4007	4008	4009	4010	4011	4012	4013
区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別	区別
国公立大学	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
私立大学	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
短期大学	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
専門学校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
職業訓練校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
専修学校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
通信制大学	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
外国語学校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
音楽学校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
美術学校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
体育学校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
看護学校	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
歯科大学	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
獣医学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
医学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
農学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
工学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
理学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
経済学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
法学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
文学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122.9	75.7	76.9	138.5	52.7
教育学部	141.9	23.2	54.2	100.5	13.5	159.1	129.4	17.4	122				

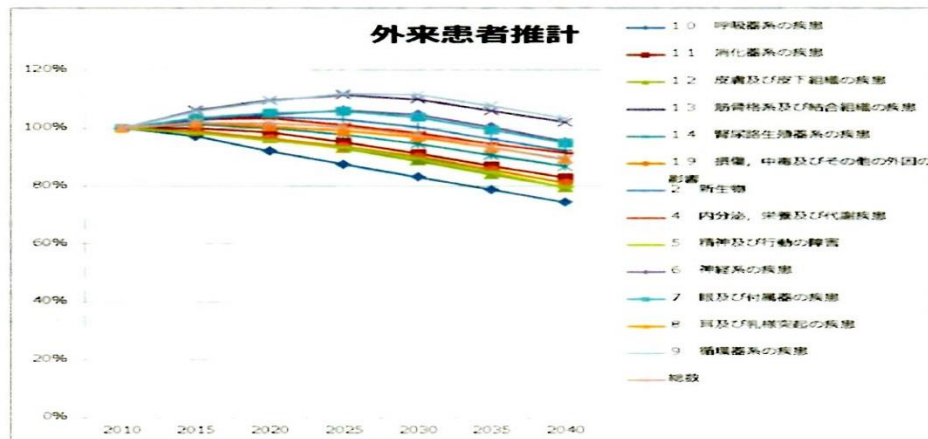
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

図表58 福岡県におけるSCRの状況(2)

[illegible]

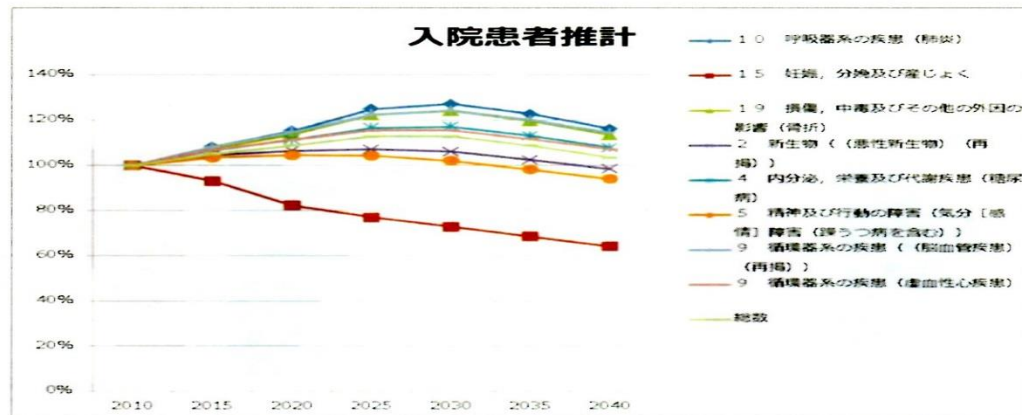
出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

図表62 京築医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



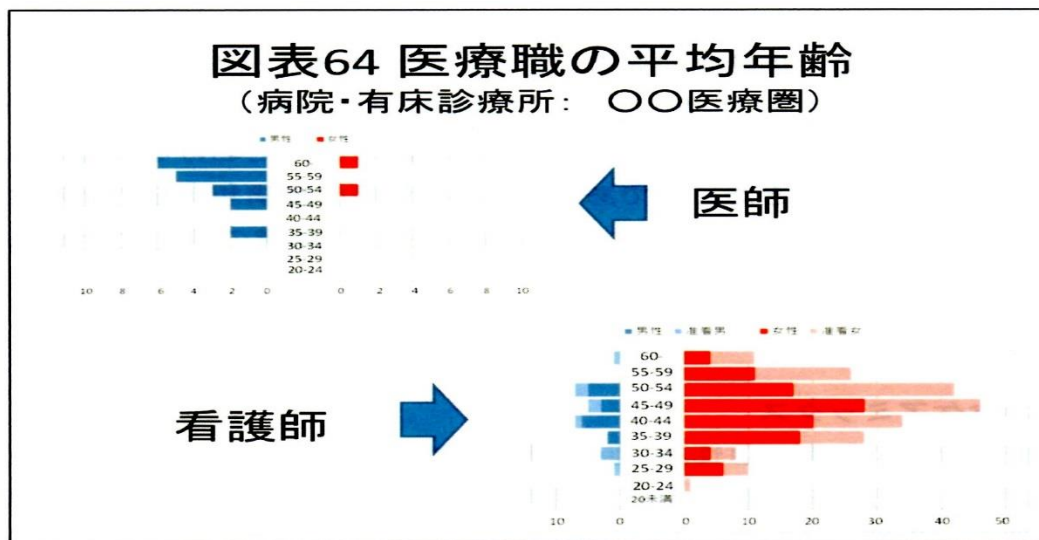
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

図表63 京築医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

- 1 ムがある地域は注意が必要である。各都道府県において医師会と大学病院との話し合
2 いが必要である。
3

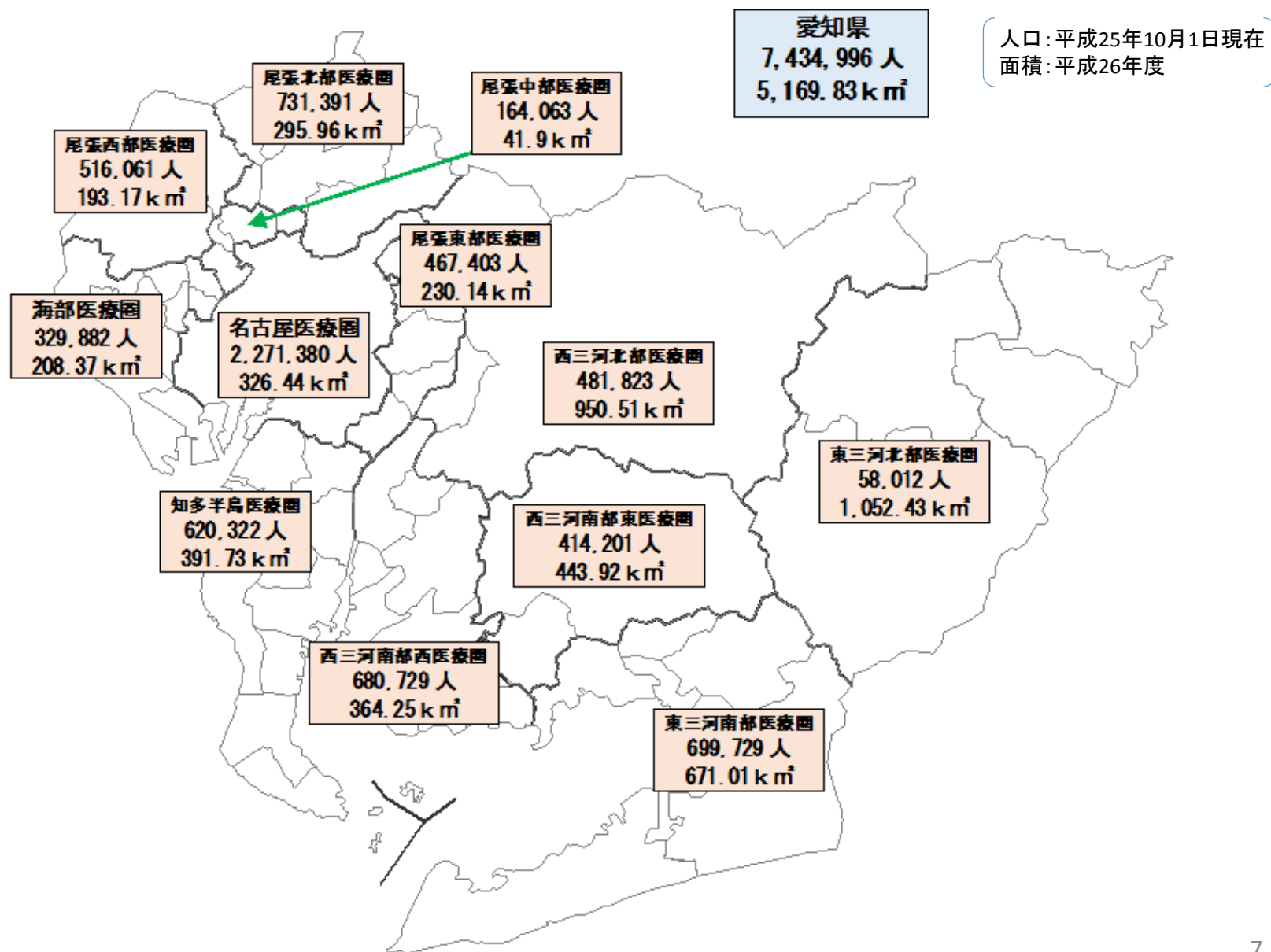


- 4
5
6
7

8 ④ 医療の質評価との連動

- 9 国民が医療に求める重要な要素の一つが医療の質評価である。医療の質は臨床の質、
10 経営の質、制度の質から構成される。臨床の質は構造 (Structure)、過程 (Process)、
11 結果 (Outcome) から評価されることが一般的であり、制度の質は例えば公平性 (ア
12 クセス、負担と受益)、効率性、持続可能性から検討できる。今回の地域医療構想、
13 そして地域医療計画の検討作業においては、以上のような医療の質への影響という視
14 点が不可欠である。例えば、病床機能の変更がある地域の住民の急性期医療や慢性期
15 医療へのアクセスを著しく阻害することは負担と受益の公平性という点から許容さ
16 れるものではない。また、現時点でアクセスに問題のある地域では、それを解消する
17 ための対策が検討されなければならない。地域医療構想の策定に関しては、各地域内
18 部の機能別病床数の配分の適正化に加えて、地域間の配分の適正化についても検討さ

二次医療圏ごとの人口と面積



名古屋医療圏

2次医療圏毎の医療需要推計等

【名古屋医療圏】

(構成市町村：名古屋市)

1 患者数

(1) 医療機関所在地ベース (名古屋圏域の医療機関への入院患者数)

(単位：人／日)

医療機能	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期		在宅医療等		(再掲)在 宅医療等 のうち訪 問診療分	計
				パターンA	パターンB	パターンA	パターンB		
2013年度	1,904	4,952	4,926	2,684		25,889		18,433	40,355
2025年度	2,146	6,128	6,477	2,736	2,981	42,672	42,427	29,868	60,159
2040年度	2,207	6,484	6,955	2,996	3,270	48,157	47,883	33,765	66,800

(注) パターンA・Bについては、[参考資料1](#) 参照

(2) 患者住所地ベース (名古屋圏域に住所地がある入院患者数)

(単位：人／日)

医療機能	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期		在宅医療等		(再掲)在 宅医療等 のうち訪 問診療分	計
				パターンA	パターンB	パターンA	パターンB		
2013年度	—	—	—	—		—		—	—
2025年度	1,845	5,619	6,021	2,894	3,141	40,613	40,366	27,917	56,991
2040年度	1,921	6,016	6,521	3,169	3,446	45,935	45,658	31,649	63,562

2 患者受療動向（2013 年度における入院患者の機能区分別の流出入）

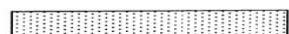
（1）流出の状況

（単位：人／日）

項 目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
住所地が自圏域の入院患者数	1,507	4,240	4,325	2,742	12,814
うち自圏域医療機関への入院患者数	1,321 (87.6%)	3,735 (88.1%)	3,819 (88.3%)	2,191 (79.9%)	11,066 (86.4%)
うち他圏域医療機関への入院患者数	186 (12.4%)	504 (11.9%)	506 (11.7%)	551 (20.1%)	1,748 (13.6%)
県内医療圏	186 (12.4%)	504 (11.9%)	485 (11.2%)	480 (17.5%)	1,656 (12.9%)
名古屋	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)
海部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	79 (1.8%)	36 (1.3%)	114 (0.9%)
尾張中部	0 (0.0%)	16 (0.4%)	26 (0.6%)	119 (4.4%)	162 (1.3%)
尾張東部	154 (10.2%)	414 (9.8%)	270 (6.2%)	117 (4.3%)	955 (7.5%)
尾張西部	0 (0.0%)	10 (0.2%)	13 (0.3%)	12 (0.4%)	35 (0.3%)
尾張北部	16 (1.1%)	48 (1.1%)	56 (1.3%)	84 (3.1%)	204 (1.6%)
知多半島	16 (1.1%)	16 (0.4%)	20 (0.5%)	46 (1.7%)	98 (0.8%)
西三河北部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	29 (1.1%)	29 (0.2%)
西三河南部西	0 (0.0%)	0 (0.0%)	21 (0.5%)	22 (0.8%)	42 (0.3%)
西三河南部東	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
東三河北部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
東三河南部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (0.6%)	16 (0.1%)
県 外	0 (0.0%)	0 (0.0%)	21 (0.5%)	71 (2.6%)	92 (0.7%)

※ レセプト情報等活用の際の制約から、集計結果が 10（人／日）未満となる数値は公表しないことされており、10（人／日）未満の流出は「0」となる。

【凡例】

：上位 3 圏域

(単位：人／日)

(2) 流入の状況

項 目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
自圏域所在医療機関 への入院患者数	1,827	4,848	4,830	2,607	14,112
うち住所地が自圏域の 入院患者数	1,321 (72.3%)	3,735 (77.0%)	3,819 (79.1%)	2,191 (84.0%)	11,066 (78.4%)
うち住所地が他圏域 の入院患者数	506 (27.7%)	1,113 (23.0%)	1,011 (20.9%)	416 (16.0%)	3,046 (21.6%)
県内医療圏	458 (25.1%)	973 (20.1%)	887 (18.4%)	400 (15.4%)	2,718 (19.3%)
名古屋	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)
海部	88 (4.8%)	188 (3.9%)	170 (3.5%)	80 (3.1%)	527 (3.7%)
尾張中部	50 (2.7%)	123 (2.5%)	112 (2.3%)	33 (1.3%)	317 (2.2%)
尾張東部	61 (3.3%)	136 (2.8%)	174 (3.6%)	130 (5.0%)	502 (3.6%)
尾張西部	33 (1.8%)	65 (1.4%)	54 (1.1%)	23 (0.9%)	176 (1.2%)
尾張北部	63 (3.5%)	124 (2.6%)	117 (2.4%)	47 (1.8%)	350 (2.5%)
知多半島	99 (5.4%)	213 (4.4%)	163 (3.4%)	47 (1.8%)	522 (3.7%)
西三河北部	20 (1.1%)	34 (0.7%)	30 (0.6%)	17 (0.6%)	100 (0.7%)
西三河南部西	20 (1.1%)	39 (0.8%)	32 (0.7%)	23 (0.9%)	115 (0.8%)
西三河南部東	12 (0.7%)	26 (0.5%)	16 (0.3%)	0 (0.0%)	55 (0.4%)
東三河北部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
東三河南部	11 (0.6%)	24 (0.5%)	19 (0.4%)	0 (0.0%)	55 (0.4%)
県 外	48 (2.6%)	140 (2.9%)	124 (2.6%)	16 (0.6%)	328 (2.3%)

病床数

1) 医療機関所在地ベース（名古屋圏域の医療機関への入院患者数を基に算出した病床数）

（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		計	
				パターンA	パターンB	パターンA	パターンB
2013年度	2,539	6,349	5,473	2,917		17,278	
2025年度	2,862	7,856	7,197	2,974	3,241	20,889	21,155
2040年度	2,943	8,313	7,728	3,257	3,554	22,241	22,538

2) 患者住所地ベース（名古屋圏域に住所地がある入院患者数を基に算出した病床数）

（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		計	
				パターンA	パターンB	パターンA	パターンB
2013年度	—	—	—	—		—	
2025年度	2,460	7,203	6,690	3,146	3,414	19,498	19,767
2040年度	2,561	7,713	7,246	3,445	3,745	20,964	21,265

（参考）基準病床数等

（単位：床）

基準病床数 （平成23～27年度）	既存病床数 （H27.3.31現在）	差引数
15,388	20,092 (20,113)	△4,704 (△4,725)

※（ ）で掲げた数値は、既に承認された病床整備計画を反映した場合の病床数。

基準病床数は、現在の病床の整備の基準であり、病床の機能分化・連携を推進する上での将来の目標である地域医療構想調整とは異なるものである。なお、基準病床数は、原則として平成18年12月31日以前に開設された有床診療所の病床数等は対象とされていない。

東 三 河 北 部 医 療 圈

【東三河北部医療圏】

(構成市町村：新城市、設楽町、東栄町、豊根村)

1 患者数

(1) 医療機関所在地ベース (東三河北部圏域の医療機関への入院患者数)

(単位：人／日)

医療機能	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期			在宅医療等			(再掲)在 宅医療等 のうち訪 問診療分	計
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例		
2013年度	13	73	59	99			728			325	973
2025年度	14	80	63	52	63	69	893	883	877	419	1,103
2040年度	13	78	61	54	65	79	937	926	912	446	1,143

(2) 患者住所地ベース (東三河北部圏域に住所地がある入院患者数)

(単位：人／日)

医療機能	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期			在宅医療等			(再掲)在 宅医療等 のうち訪 問診療分	計
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例		
2013年度	—	—	—	—			—			—	—
2025年度	31	107	106	82	98	107	775	759	750	274	1,100
2040年度	27	96	97	80	96	116	785	770	750	275	1,085

患者受療動向（2013 年度における入院患者の機能区分別の流出入）

1) 流出の状況

（単位：人／日）

項 目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
住所地が自圏域の入院患者数	25	93	89	144	352
うち自圏域医療機関への入院患者数	11 (41.6%)	54 (58.1%)	54 (60.7%)	98 (68.0%)	217 (61.6%)
うち他圏域医療機関への入院患者数	15 (58.4%)	39 (41.9%)	35 (39.3%)	46 (32.0%)	135 (38.4%)
県内医療圏	15 (58.4%)	39 (41.9%)	35 (39.3%)	46 (32.0%)	135 (38.4%)
名古屋	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
海部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張中部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張東部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張西部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張北部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
知多半島	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
西三河北部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
西三河南部西	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
西三河南部東	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
東三河北部	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)
東三河南部	15 (58.4%)	39 (41.9%)	35 (39.3%)	46 (32.0%)	135 (38.4%)
県 外	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(2) 流入の状況

(単位:人/日)

項 目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
自圏域所在医療機関 への入院患者数	11	68	54	98	231
うち住所地が自圏域の 入院患者数	11 (100.0%)	54 (78.8%)	54 (100.0%)	98 (100.0%)	217 (93.7%)
うち住所地が他圏域 の入院患者数	0 (0.0%)	14 (21.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (6.3%)
県内医療圏	0 (0.0%)	14 (21.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (6.3%)
名古屋	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
海部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張中部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張東部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張西部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
尾張北部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
知多半島	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
西三河北部	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
西三河南部西	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
西三河南部東	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
東三河北部	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)	－ (－)
東三河南部	0 (0.0%)	14 (21.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (6.3%)
県 外	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

病床数

- 1) 医療機関所在地ベース（東三河北部圏域の医療機関への入院患者数を基に算出した病床数）
（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期			計		
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例
2013年度	17	94	66	108			285		
2025年度	19	103	70	57	68	75	248	260	266
2040年度	17	100	68	59	71	86	244	256	271

- 2) 患者住所地ベース（東三河北部圏域に住所地がある入院患者数を基に算出した病床数）
（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期			計		
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例
2013年度	-	-	-	-			-		
2025年度	41	137	118	89	106	116	385	402	412
2040年度	35	123	108	87	104	126	353	370	392

（参考）基準病床数等

（単位：床）

基準病床数 （平成23～27年度）	既存病床数 （H27.3.31現在）	差引数
630	506	124