

## 定量基準分析による病床機能報告の分析結果

2024年3月5日

株式会社日本経営

# 宇摩医療圏の必要病床数と報告病床数の状況

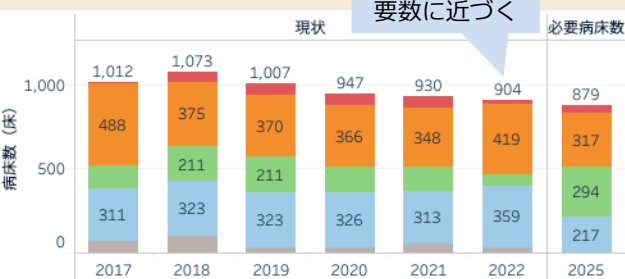
- 2025年の必要病床数に対して2022年度に報告された総病床数は上回っている。内訳では、高度急性期機能と回復期機能の病床が不足している。（※急性期病床の一部にて高度急性期に該当するような患者に対応している可能性がある。）
- 急性期はより濃淡のつけた機能分化を図り、高度急性期や回復期への機能転換の必要性がうかがえる。
- また、高度急性期は他医療圏の三次救急医療機関との連携強化についても並行して検討が必要である。

## 地域医療構想の状況（入院料別）

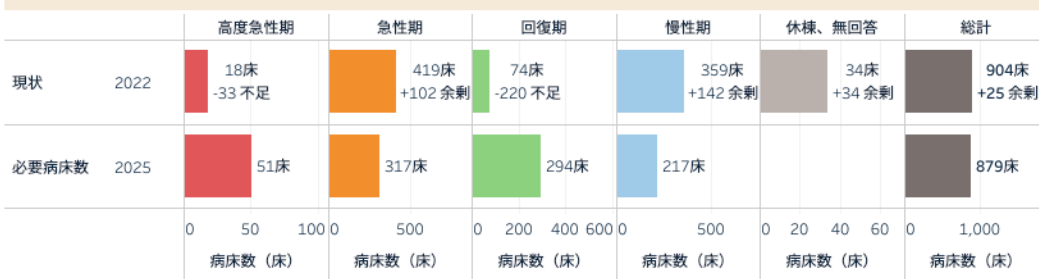
設定中の構想区域：3801\_愛媛県\_宇摩

設定中の市区町村：38213\_四国中央市

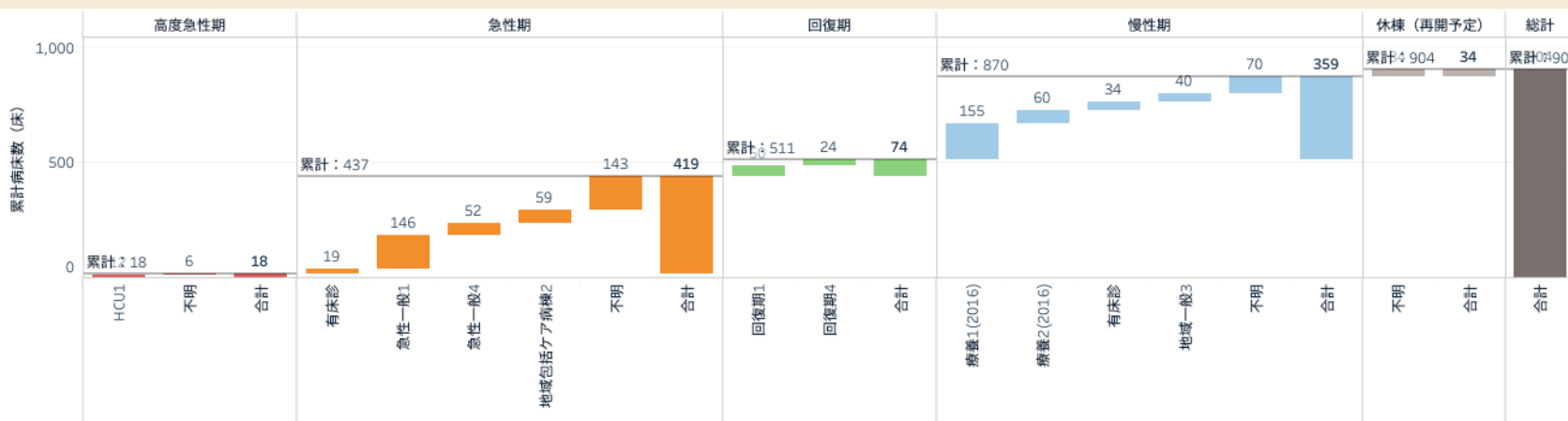
### 病床数の推移



### 地域医療構想における必要病床数と現状（2022年度）の比較



### 入院料別病床数の分布



# 宇摩医療圏の主な病棟指標

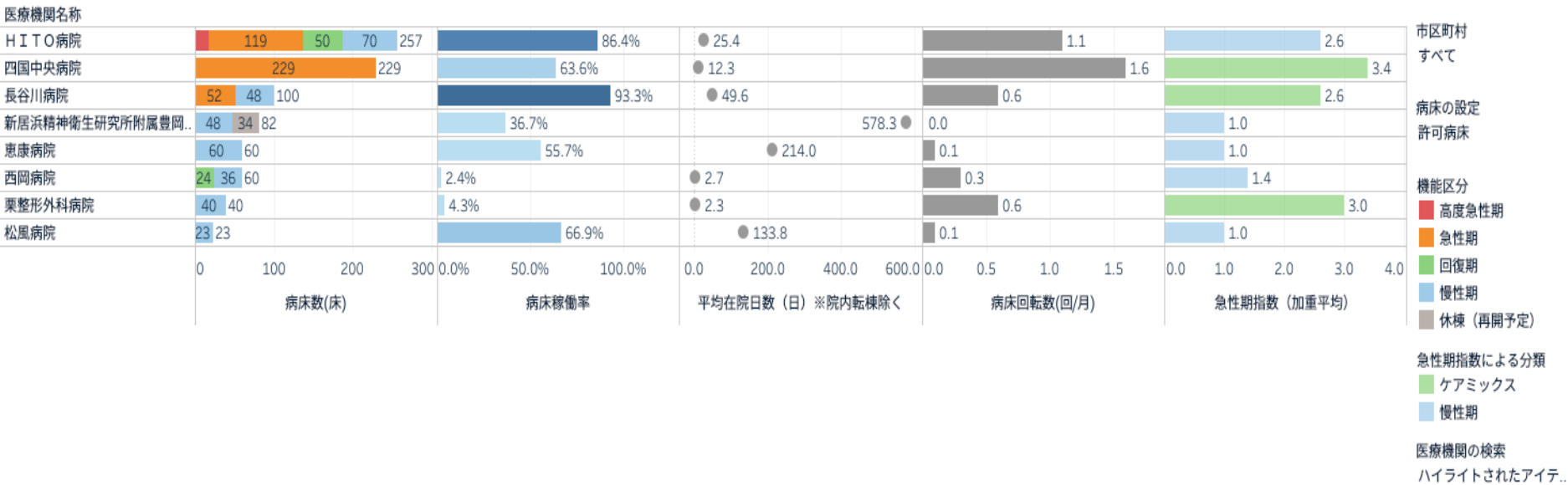
- コロナの影響や入力エラーの可能性があるが、稼働率が低い病院が散見される。
- 地域の需要は緩やかに増加している途中にあり、稼働率が低い要因については地域需要と供給内容においてずれが生じていないか確認が必要。

## 主要指標 (構想区域)

設定中の構想区域：3801\_愛媛県\_宇摩

設定中の市区町村：38213\_四国中央市

## 経営指標\_2022年度



- 当該医療圏の人口構造の見通しでは、総人口は減少するものの、2030年にかけて75歳以上人口は増加が予想されている（図1）。
- 当該医療圏の高齢者人口の増加による需要増加が予想されており、入院医療、入院医療（DPC）、介護需要のピークは全て2030年になる見込み。伸び率では、介護需要、入院需要、入院需要（DPC）の順で高い（図2）。

図1：人口構造の見通し

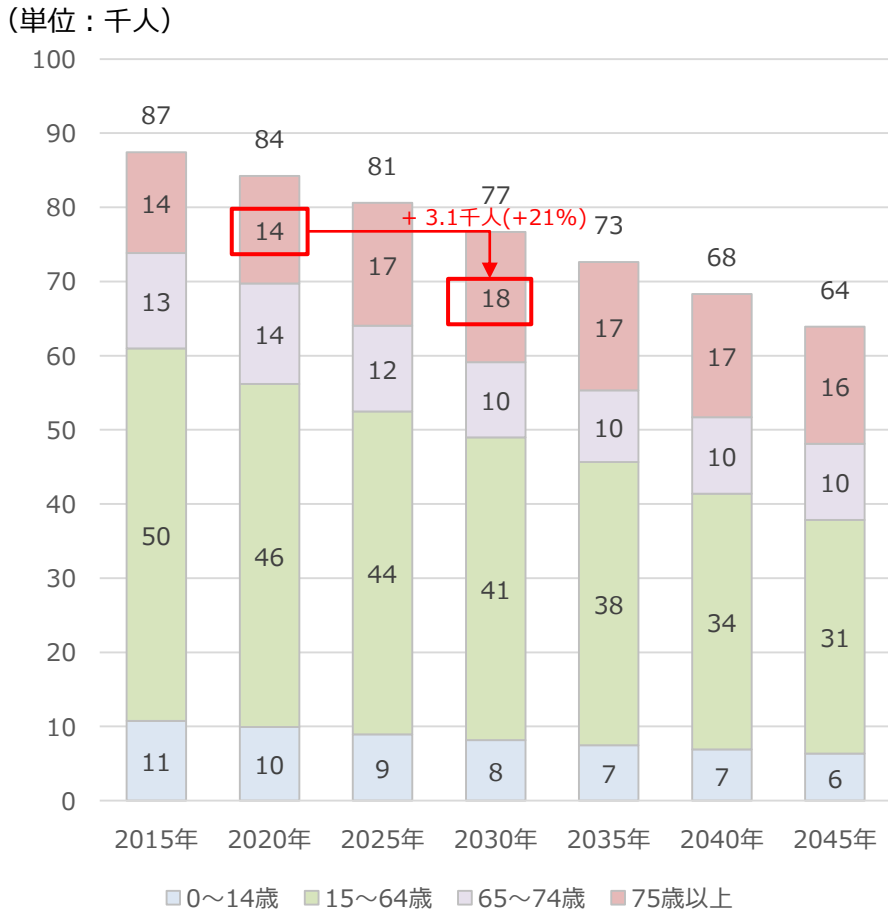
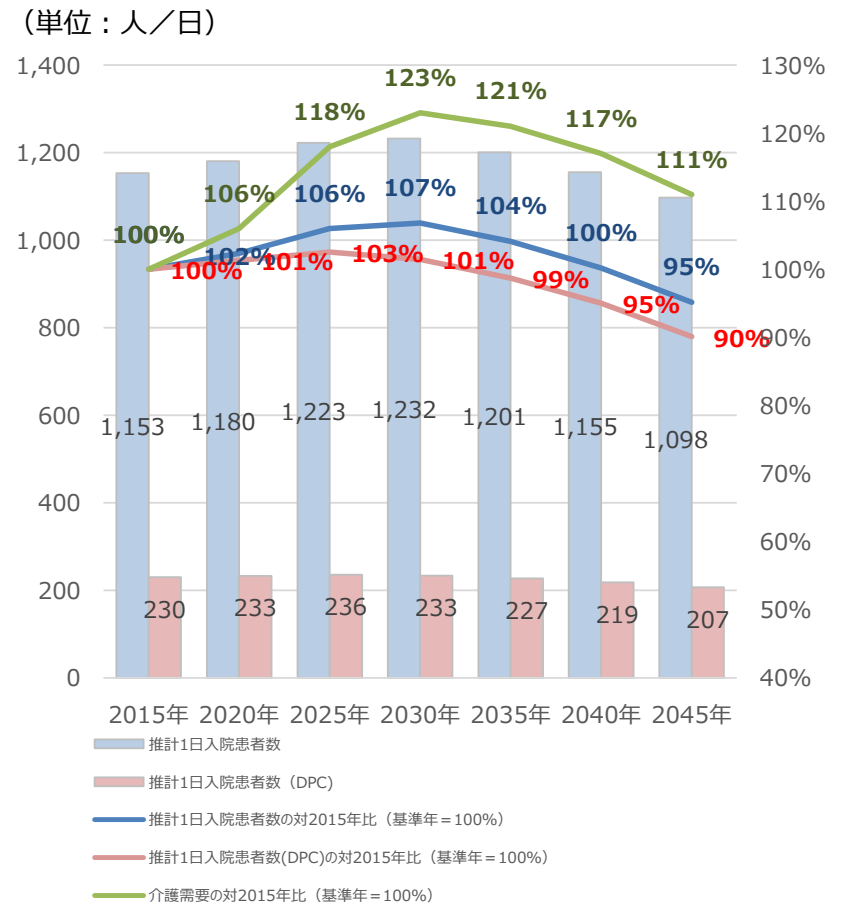


図2：入院医療需要の推計



引用：国立社会保障人口問題研究所 都道府県別推計人口  
 厚生労働省「患者調査」「DPC退院患者調査」  
 日本医師会「地域医療情報システム」より作成

# 報告病床数と必要病床数のギャップ

## <病床機能報告制度の現状と課題>

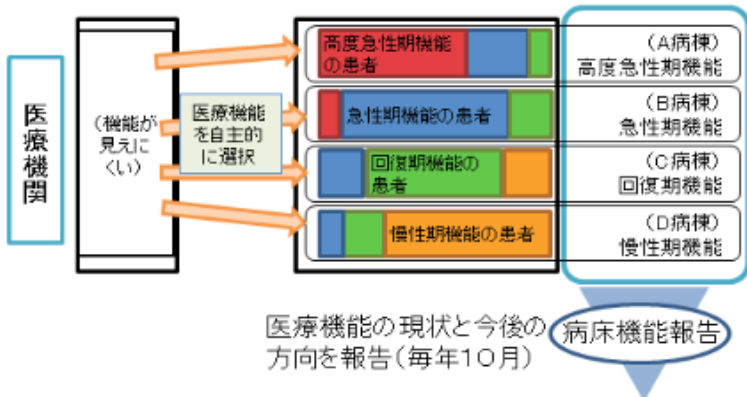
病床機能報告制度は、各医療機関が病床機能を自主的に選択して報告する仕組み。

**自主的な選択結果である病床機能報告結果と医療需要の推計により算出された地域医療構想上の必要病床数**において著しく過不足が生じることがある。

## 「病床機能報告制度」と「地域医療構想上の必要病床数の推計」の考え方によりギャップが生じる

### 病床機能報告制度上の病床数

どの「医療機能」に該当するか定性的な基準を踏まえて、各医療機関が病棟ごとに自主的に判断したもので、つまり、  
地域において医療機関が「表示したい機能」



### 地域医療構想上の必要病床数 = 医療需要の推計

2013年の個々の患者の受療状況をベースに、医療資源投入量に沿って機能ごとに区分したもので、つまり  
「各病期の患者発生量」を示す。

	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	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
回復期	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。



# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴と定量基準の考え方

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、**どの医療機能と見なすのかが明らかな入院料の病棟**は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない**一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）**を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した**区分線1・区分線2**によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

4 機能	大区分				
	主に成人	周産期	小児		緩和ケア
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU	MFICU NICU GCU	PICU	小児入院医療 管理料1	
急性期		産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の急性期一般入院料1 小児科の一般病棟7:1		緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病棟		小児入院医療管理料4,5 小児科の急性期一般入院料1 一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所		
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等				緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

具体的な機能に応じて区分線を引く

# 区分線 1 および 2

## 令和4年度愛媛県病床機能報告を用いた分析の場合

区分線 1 で高度急性期に分類される病棟の割合（令和 4 年度報告）

区分線1で高度急性期に分類する要件			しきい値		該当する病棟の割合				
			最大使用病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合	救命・ICU・SCU・HCU	急性期一般病棟1, 一般病棟7:1(※)	左記以外の病院一般病棟(※)	有床診の一般病床(※)	地域包括ケア病棟
手術	A	全身麻酔下手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上	61.9%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%
	B	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	52.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
がん	C	悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	47.6%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
脳卒中	D	超急性期脳卒中加算	あり	あり	71.4%	2.5%	1.2%	1.8%	算定不可
	E	脳血管内手術	あり	あり	81.0%	3.8%	2.3%	1.8%	0.0%
心血管疾患	F	経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
救急	G	救急搬送診療料	あり	あり	28.6%	16.3%	1.2%	0.0%	算定不可
	H	救急医療に係る諸項目（下記の合計） ・救命のための気管内挿管 ・カウンターショック ・体表面・食道パージング法 ・心膜穿刺 ・非開胸的心マッサージ ・食道圧止血チューブ挿入法	0.2回/月・床以上	8回/月以上	71.4%	0.0%	1.2%	1.8%	0.0%
	I	重症患者への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的肺動脈圧測定・頭蓋内圧持続測定(3時間超) ・持続緩徐式血液濾過 ・人工心肺 ・大動脈バルーンポンピング法 ・血漿交換療法 ・経皮的心臓補助法 ・吸着式血液浄化法 ・人工心臓・血球成分除去療法	0.2回/月・床以上	8回/月以上	66.7%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
全身管理	J	全身管理への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的動脈圧測定(1時間超) ・胸腔穿刺 ・ドレーン法 ・人工呼吸(5時間超)	8.0回/月・床以上	320回/月以上	42.9%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
上記A～Jのうち1つ以上を満たす					95.2%	21.3%	5.8%	5.5%	0.0%

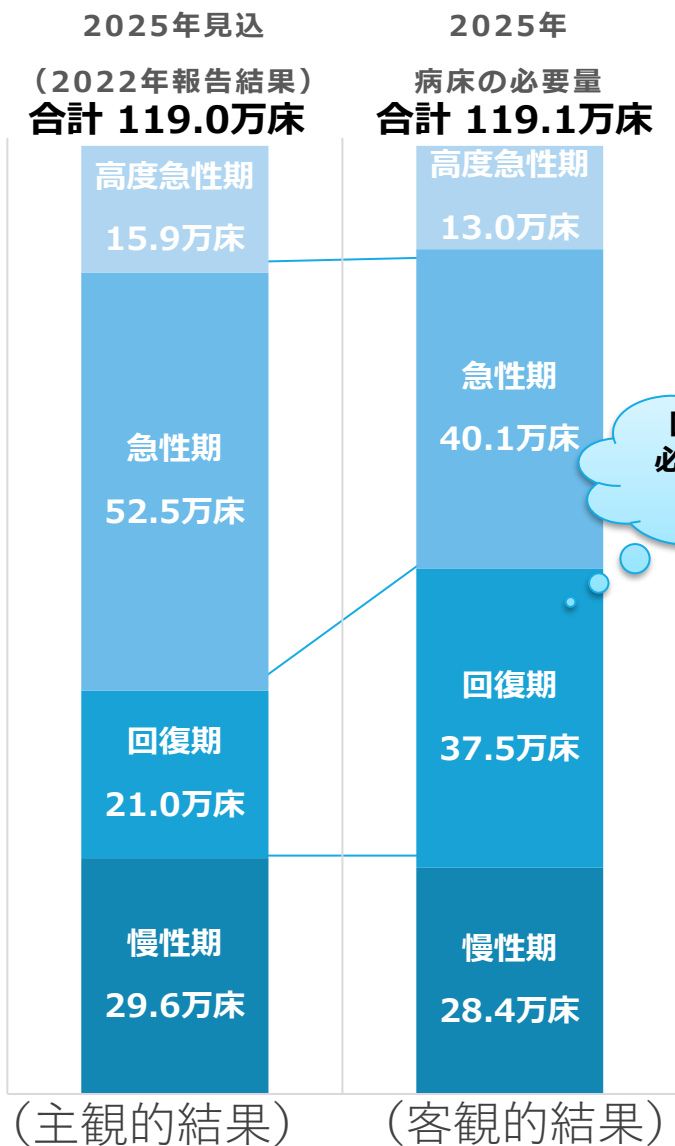
※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

区分線 2 で急性期に分類される病棟の割合（令和 4 年度報告）

区分線2で急性期に分類する要件			しきい値		該当する病棟の割合				
			最大使用病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合	救命・ICU・SCU・HCU	急性期一般病棟1, 一般病棟7:1(※)	左記以外の病院一般病棟(※)	有床診の一般病床(※)	地域包括ケア病棟
手術	K	手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上	71.4%	7.5%	3.5%	16.4%	0.0%
	L	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月・床以上	4回/月以上	66.7%	20.0%	2.3%	0.0%	0.0%
がん	M	放射線治療（レプト枚数）	0.1枚/月・床以上	4枚/月以上	0.0%	15.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	N	化学療法（日数）	1.0日/月・床以上	40日/月以上	0.0%	21.3%	3.5%	1.8%	0.0%
救急	O	予定外の救急医療入院の人数	10人/年・床以上	33.3人/月以上	66.7%	20.0%	20.9%	0.0%	0.0%
重症度等	P	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	I : 31%以上 / II : 29%以上		4.8%	61.3%	20.9%	0.0%	0.0%
上記K～Pのうち1つ以上を満たす					95.2%	86.3%	41.9%	18.2%	0.0%

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

# 客観基準と報告病床（自称・自認）の差がなぜ問題になるか



■ 主体が急性期の場合

- 救急や手術のために医師や看護師を集めなくては...
- 急性期医療に必要な設備投資をしなくては...
- 施設基準を維持するために症例数を集めなくては...
- その為には、医師や看護師を集めなくては...

回復期機能の  
必要な病床数が  
著しく不足

主観的な役割と、  
求められていることの  
ギャップ

■ 求められている機能が回復期の場合

- 早期退院に向けてリハビリセラピストが必要
- 早期退院に向けて在宅支援チームの充実が必要
- 在宅・介護との連携を強化するために、多職種連携の推進が必要
- 内外の連携を効率化するためにIT投資が必要

↓ ギャップを放置すると

- 地域医療の効率化が進まない。
  - 個別病院の経営悪化の原因になる。
  - 地域内で共倒れの可能性が出る。
- 上記は、避けるべきシナリオである



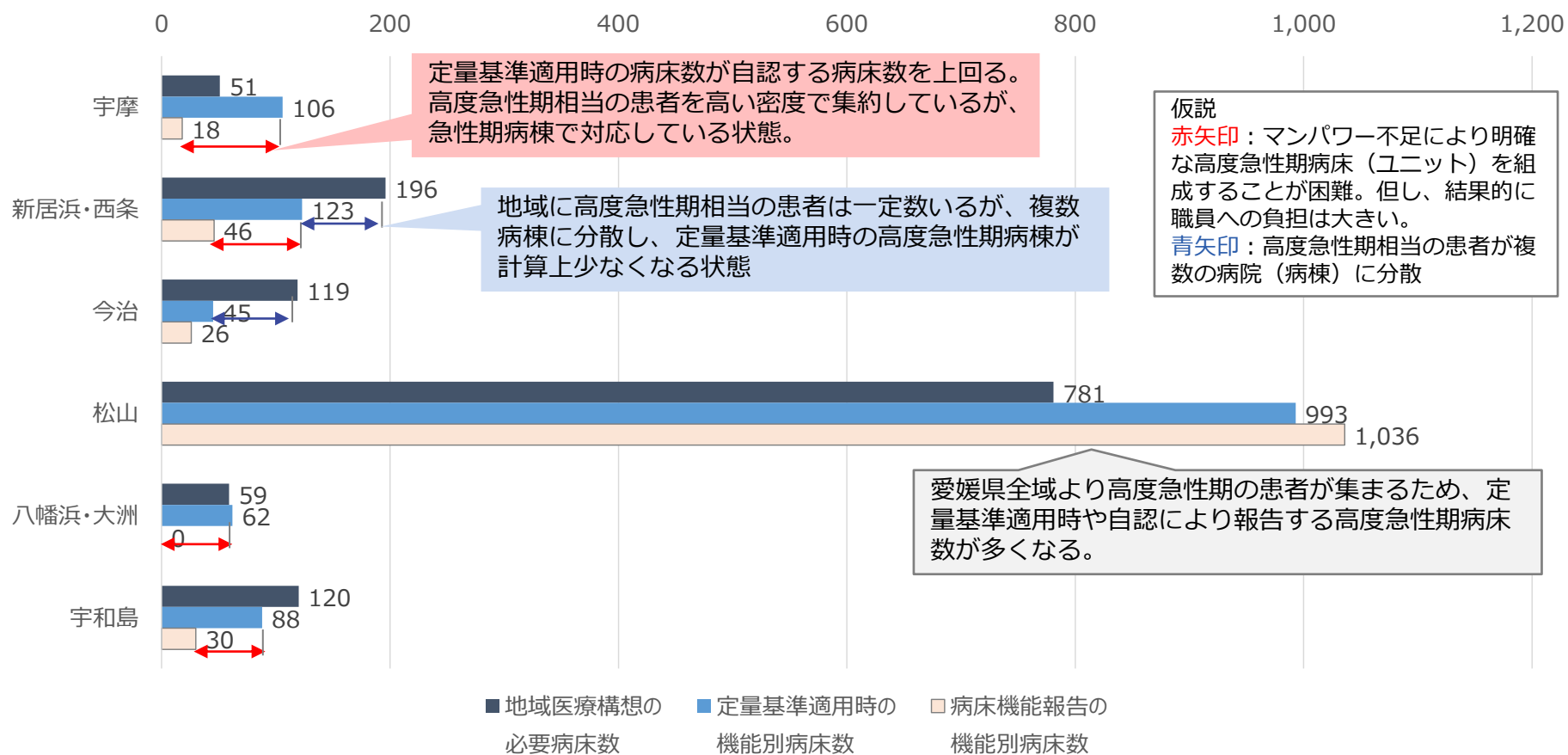
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴

## 高度急性期

【医療機能の名称及び内容：高度急性期】（出典）愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 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

■ 定量基準適用時の病床数との比較  
高度急性期病床



定量基準適用時の病床数が自認する病床数を上回る。高度急性期相当の患者を高い密度で集約しているが、急性期病棟で対応している状態。

地域に高度急性期相当の患者は一定数いるが、複数病棟に分散し、定量基準適用時の高度急性期病棟が計算上少なくなる状態

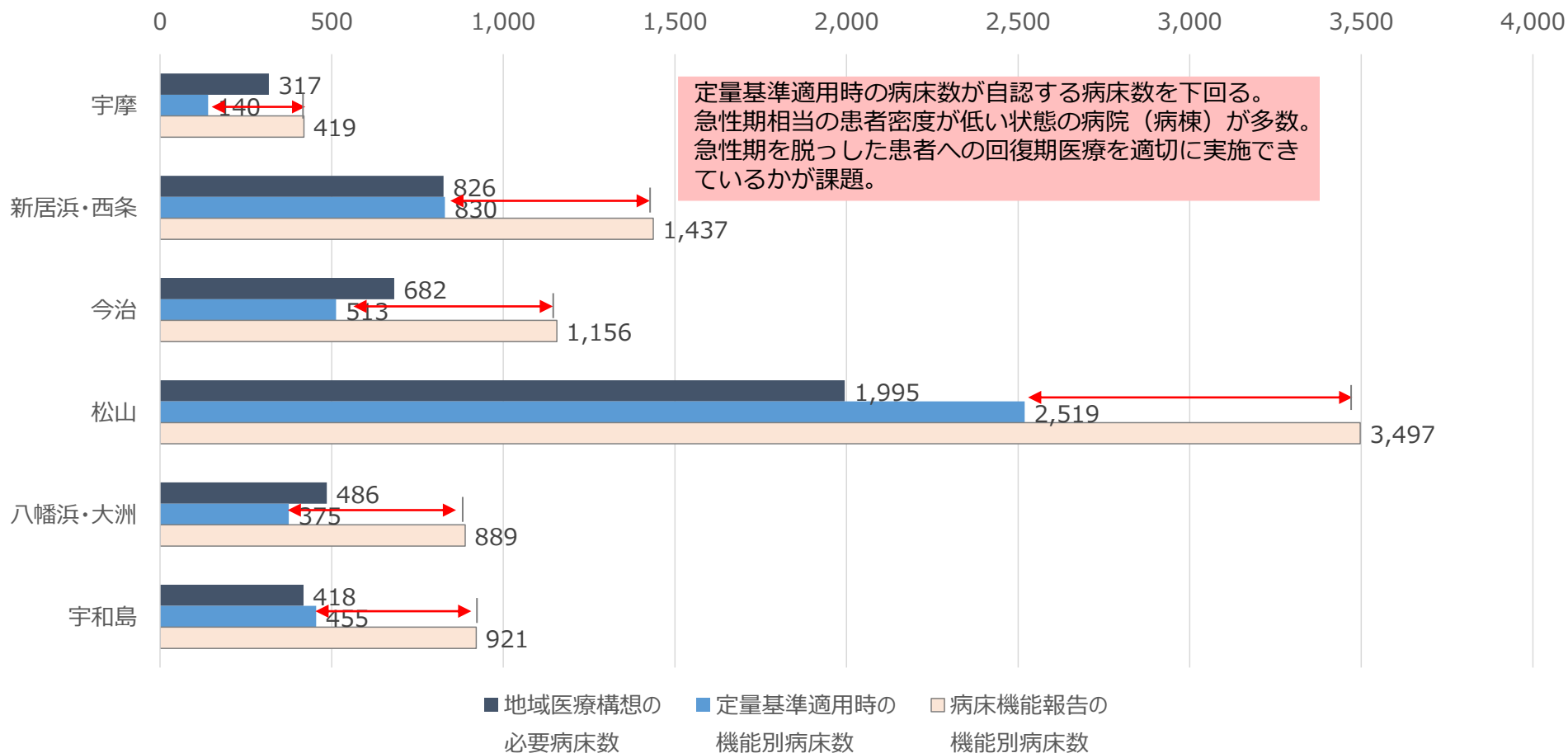
愛媛県全域より高度急性期の患者が集まるため、定量基準適用時や自認により報告する高度急性期病床数が多くなる。

# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 急性期

【医療機能の名称及び内容：急性期】（出典）愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 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

■ 定量基準適用時の病床数との比較  
急性期病床



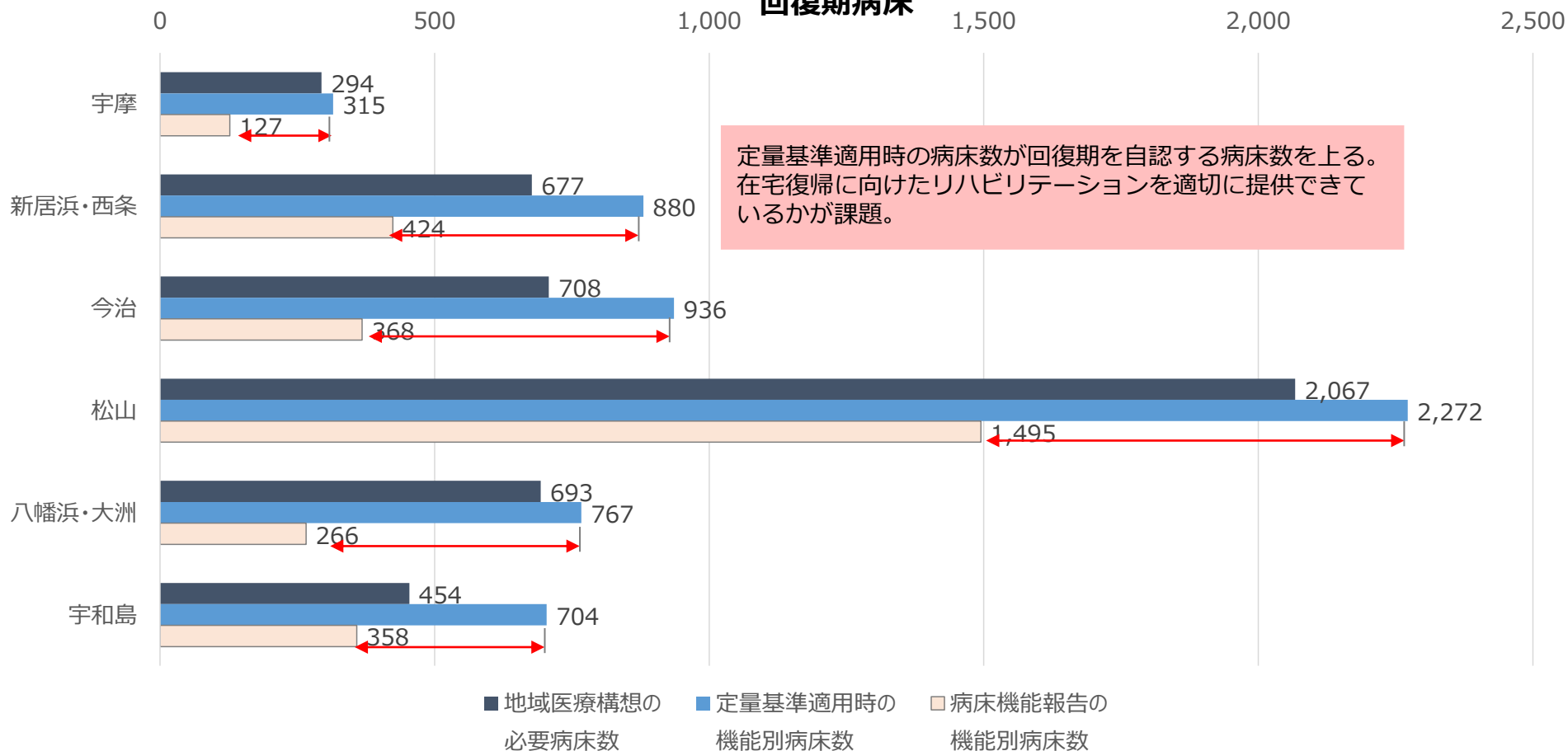
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 回復期

【医療機能の名称及び内容：回復期】 愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 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）

## ■ 定量基準適用時の病床数との比較

### 回復期病床



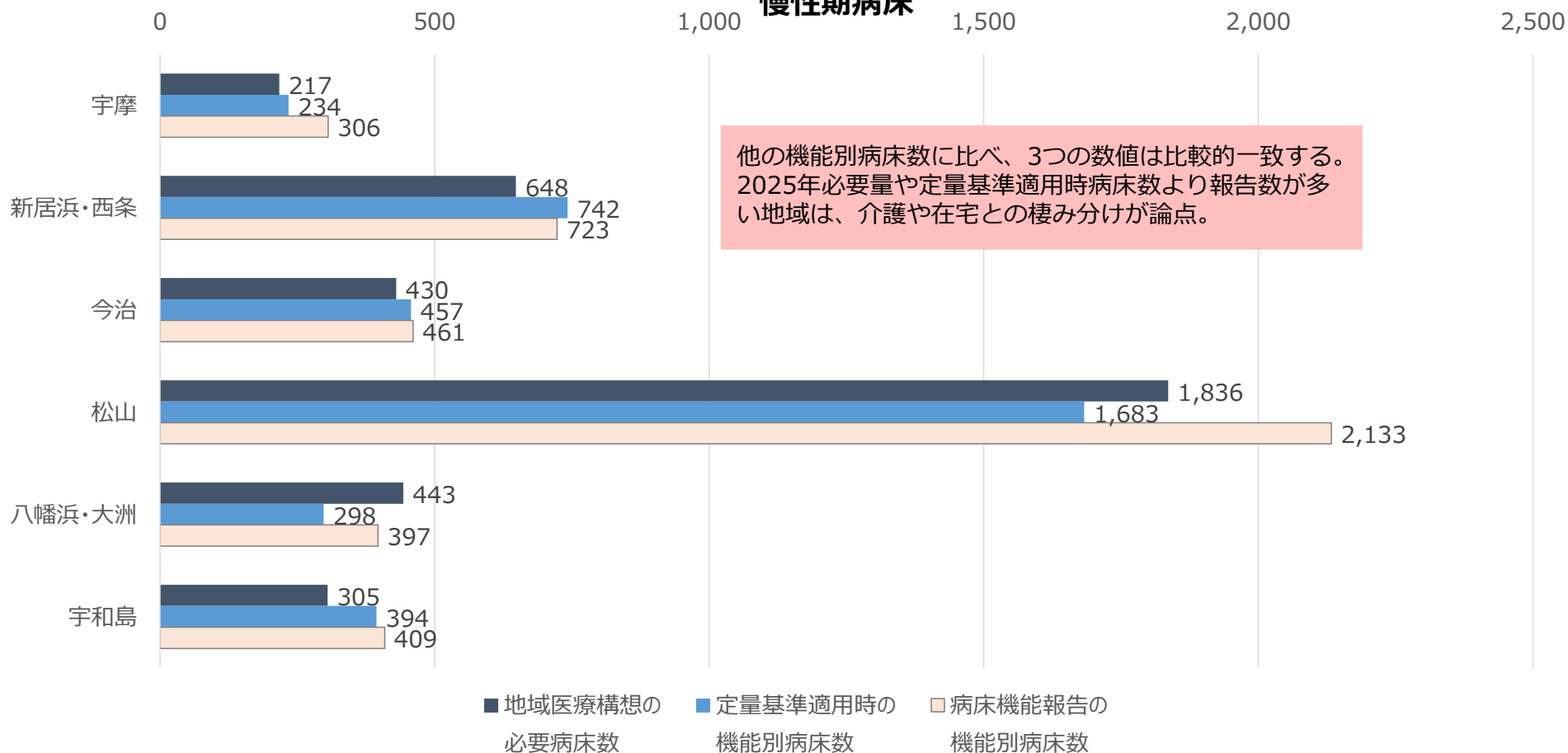
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 慢性期

【医療機能の名称及び内容：回復期】 愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 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がい者（重度の意識障がい者を含む）、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

■ 定量基準適用時の病床数との比較

慢性期病床



# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 全体の傾向

病床区分	概況
高度急性期	<p><b>定量基準適用時の病床数 &gt; 病床機能報告の病床数</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>松山を除く各圏域において、定量基準適用時の病床数が病床機能報告の病床数よりも多い。</li> <li>定量基準による分析結果では急性期一般病棟にて高度急性期相当の患者を多数受けている状況であり、<b>医療従事者に負担がかかっている可能性</b>がある。</li> </ul>
急性期	<p><b>定量基準適用時の病床数 &lt; 病床機能報告の病床数</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各圏域において、定量基準適用時の病床数が病床機能報告の病床数よりも少ない。</li> <li>定量基準による分析結果では急性期相当の患者密度が低い、自主報告の機能は急性期となる病院が多い。</li> <li><b>当該病棟に入院する患者の状態と医療職の配置にミスマッチが生じている可能性</b>がある。</li> </ul>
回復期	<p><b>定量基準適用時の病床数 &gt; 病床機能報告の病床数</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各圏域において、定量基準適用時の病床数が病床機能報告の病床数よりも多い。</li> <li>定量基準による分析結果では、手術や緊急入院による患者がほぼ入棟していない病棟という位置づけだが、それら病院（病棟）が多いものの、自主報告の機能は回復期となっていない。</li> <li><b>当該病棟に入院する患者の状態と医療職の配置にミスマッチが生じている可能性</b>がある。</li> </ul>
慢性期	<p><b>定量基準適用時の病床数 ≒ 病床機能報告の病床数</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>定量基準適用時の病床数と地域医療構想上の必要病床数がほぼ一致する。</li> <li>定量基準による分析結果や病床機能報告の必要病床数に比べて報告病床数が多い場合は、介護や在宅への転換や規模の見直しについての議論が必要になる。</li> </ul>

# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴

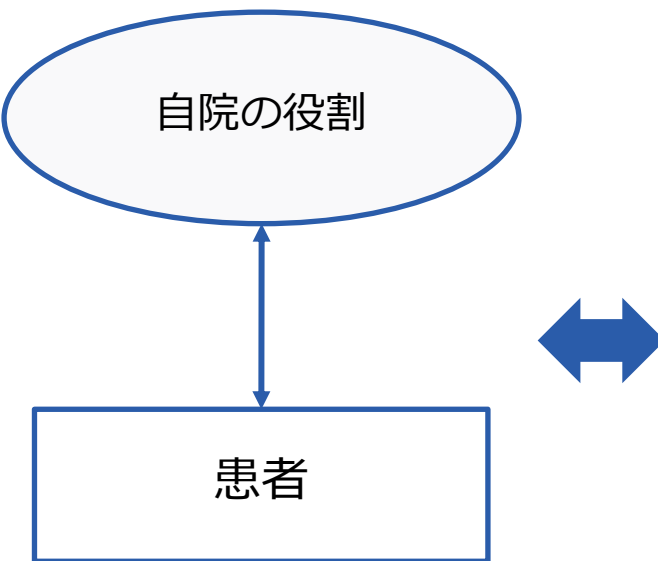
## 病床機能報告結果 | 宇摩圏域

病床区分	概況
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"><li>定量基準適用時に高度急性期相当となる病床数が地域医療構想上の必要病床数に比べて多くなる。</li><li>要因は、定量基準適用時に高度急性期相当となる患者（脳卒中や心筋梗塞の急性期患者や救急医療を目的として患者など）を一定以上受け入れている急性期病棟があるためと考える。</li></ul>
急性期	<ul style="list-style-type: none"><li>定量基準適用時に急性期相当となる病床数が地域医療構想上の必要病床数に比べて少なくなる。高度急性期と急性期の合計では、定量基準適用時が246床、地域医療構想の必要病床数が368床となり、122床の差。</li><li>地域医療構想の必要病床を積算した前提（時期）と現状において乖離が生じている可能性がある。</li><li>また、病床機能報告の機能別病床数は定量基準適用時や必要病床数に比べて非常に多いため、急性期機能の病床のあり方（病床数）についてはより中身に踏み込んだ議論が必要。</li></ul>
回復期	<ul style="list-style-type: none"><li>定量基準適用時の病床数と地域医療構想上の必要病床数がほぼ一致する。</li><li>なお、病床機能報告の機能別病床数は定量基準適用時や必要病床数に比べて非常に少なく、患者状態（診療実績）に応じた届け出の変更と病棟機能の変更を促す必要がある。</li></ul>
慢性期	<ul style="list-style-type: none"><li>定量基準適用時の病床数と地域医療構想上の必要病床数がほぼ一致する。</li><li>なお、病床機能報告の機能別病床数は定量基準適用時や必要病床数に比べて非常に多く、慢性期病床の集約についての議論が必要になる。</li></ul>
総論	<ul style="list-style-type: none"><li>急性期病床で高度急性期相当の患者に対応している病院があるため、マンパワー不足が生じないための配慮が必要。</li><li>回復期機能の病床が不足しており、圏域内での機能転換促進が必要。</li><li>不明／休棟を除くと100床程度が縮小についての検討対象となり、主に慢性期病床を中心に今後の需要や働き手の動向などを想定した機能転換の検討が必要。</li></ul>

# 客観基準と報告病床（自称・自認）の差がなぜ問題になるか 経営への影響 | 損益構造からみた影響

- 地域の需要とズレた診療体制は、経営悪化の要因となる。
- 自院と地域医療の持続性を考えれば、適切な方針転換が求められる。

## 【地域の需給状況】



**この整合性がなければ、来院患者増加への取り組みを行っても成果は得られない**

勘定科目	経営に与える影響
収益：患者数	地域の需要に自院の役割が適していなければ、 <b>患者は来院しない</b> 。医師や看護師がいなければ、患者を受けることができない。
収益：診療単価	診療報酬に定められる実績要件を満たさなければ、 <b>診療単価を高く維持することはできない</b> 。
給与費	病院の規模や届け出る施設基準により、最低限配置が必要な職種がある。つまり、患者がいなくても、人件費は病院の規模と機能に応じて固定的に発生する。
減価償却費 (設備投資)	患者や職員がいなくても、建てた病院の建設費や購入した高額機器の設備費は将来に亘り発生する（借入返済含む）。 収支を合わせるために、将来的に無謀な患者確保等に陥らないように高額な設備投資をするときは、地域事情を正確に把握し関係者の合意を得る必要がある。

# 客観基準と報告病床（自称・自認）の差がなぜ問題になるか 経営への影響 | 入院収益の構造からみた影響

- 入院収益を日数と単価に分解して考察を行うと下記の要素が挙げられる。
- 収益の各要素において改善余地を分析する必要がある。

## 延入院日数（病床稼働率）



## 1日平均単価

### 新規入院患者数

### 自院外来

- 入院率はおおよそ延患者数×1%
- 自院の役割では外来を強化すべきか、方向性の検討が必要。

### 外部機関からの紹介

- 入院率はおおよそ紹介数×30%~50%
- 外部機関との関係性を構築できるか

### 救急搬送

- 入院率はおおよそ搬送受入数×50%
- 医師確保と救急隊との関係性を構築できるか

地域需要と役割の整合性が必要

### 入院日数

### 治療計画

- 治療計画策定時に退院予定先やDPCコードなどの情報を整理し関係部署と共有を行う

### 環境要因

- 後方支援先との連携や社会的入院などの環境要因に属するものを整理し対応を行う

### 院内病床管理

- 診療報酬制度への適応を考慮し、極端な短期入院および長期入院についての是正対策を検討する

### 出来高診療

- コメディカルが実施する診療行為については効率および生産性の向上を図る

### DPC包括診療（DPC係数）

- 機能評価係数について、改善の余地はないか同規模同機能病院と比較分析を行う

### 診療報酬算定の適正化

### 施設基準届出

- 診療実態や同規模同機能病院が届出る施設基準と比較した適切な対応が必要。

### 算定率向上

- 算定条件の見直しと管理体制の強化
- 出来高診療報酬の算定率向上

政策動向と役割の整合性が必要

### 病床管理

### 入院日数

- 診療報酬制度への適応を考慮した入院日数管理の実施。

### 入棟先と患者状態の整合性

- 診療報酬が想定する患者状態と実際の患者状態の整合性は図れているかを分析する。

地域需要と政策動向に対する役割の整合性が必要



# 客観基準と報告病床（自称・自認）の差がなぜ問題になるか 経営への影響 | 病床稼働率ならびに平均在院日数の特徴（病院のみ）

- 愛媛県全域では、報告結果が急性期、定量基準結果が回復期の病棟が48あり、当医療圏には3の病棟が該当する。
- 愛媛県全域では、報告結果が急性期かつ定量基準結果が回復期となる場合に病床稼働率が低くなっている。
- 当医療圏では、報告基準と定量基準が異なるケースにおいて病床稼働率が低くなっている。

## 愛媛県

### ■ 病棟数

		定量基準				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	不明/休棟
報告	高度急性期	34	11	2		
	急性期	13	78	48	1	2
	回復期		1	47	3	2
	慢性期			1	72	2
	不明/休棟					1

### ■ 病床稼働率

		定量基準				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	不明/休棟
報告	高度急性期	71%	79%	82%		
	急性期	75%	78%	74%	90%	83%
	回復期		82%	79%	76%	74%
	慢性期			74%	85%	97%
	不明/休棟					67%

### ■ 平均在院日数

		定量基準				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	不明/休棟
報告	高度急性期	11	12	11		
	急性期	13	11	19	48	8
	回復期		20	45	119	44
	慢性期			65	1,048	439
	不明/休棟					10

## 宇摩医療圏

### ■ 病棟数

		定量基準				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	不明/休棟
報告	高度急性期	2				
	急性期	2	3	3		
	回復期			2		
	慢性期				4	
	不明/休棟					

### ■ 病床稼働率

		定量基準				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	不明/休棟
報告	高度急性期	81%				
	急性期	85%	80%	74%		
	回復期			98%		
	慢性期				70%	
	不明/休棟					

### ■ 平均在院日数

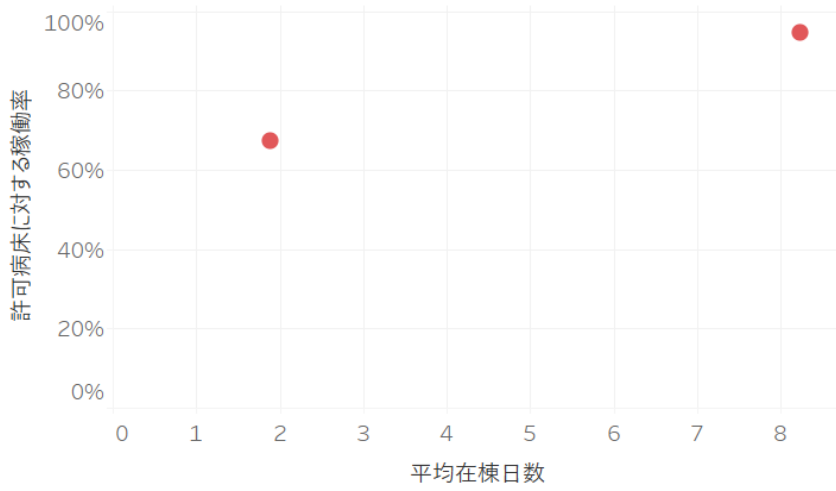
		定量基準				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	不明/休棟
報告	高度急性期	5				
	急性期	13	11	15		
	回復期			40		
	慢性期				279	
	不明/休棟					

- 高度急性期
- 急性期
- 回復期
- 慢性期
- 不明/休棟

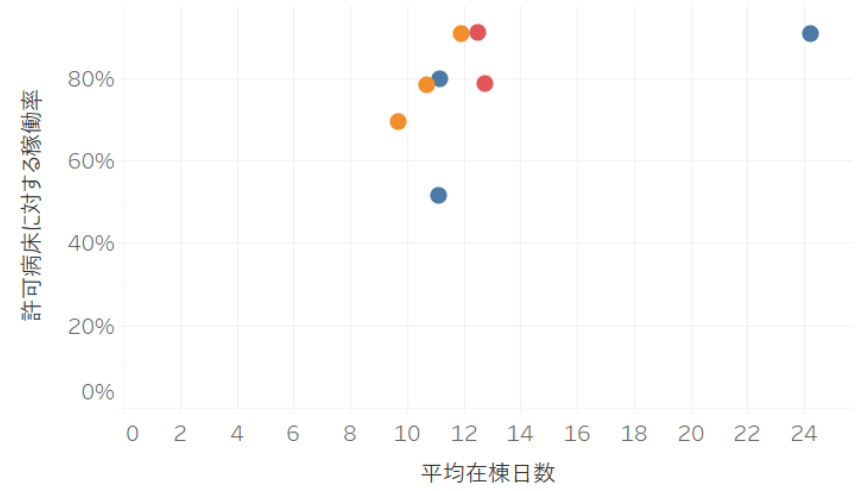
構想区域【名簿】  
宇摩

# 客観基準と報告病床（自称・自認）の差がなぜ問題になるか 経営への影響 | 病床稼働率ならびに平均在院日数の特徴（参考）

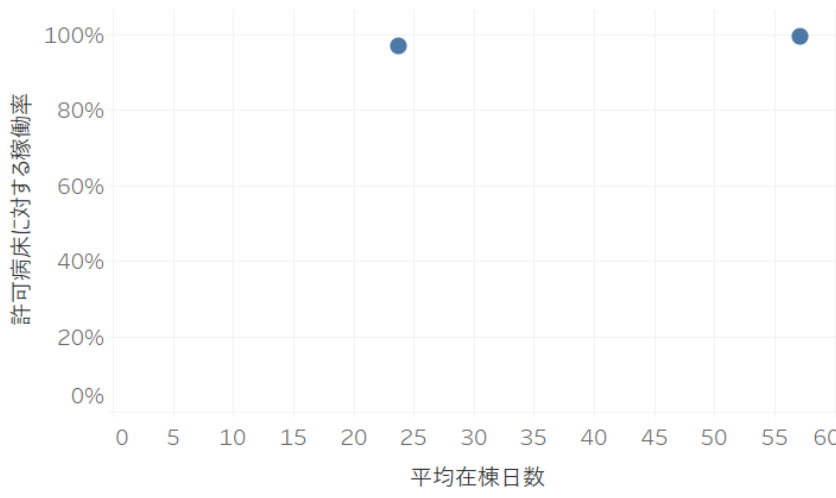
宇摩\_病床機能報告結果\_高度急性期



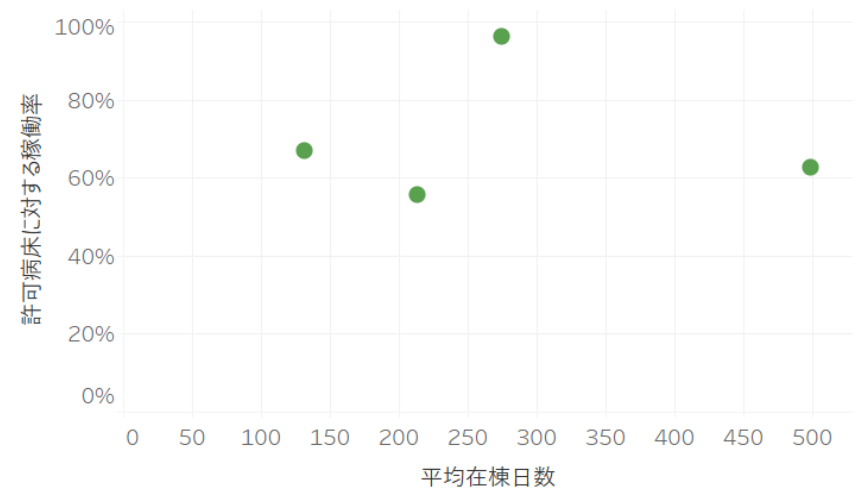
宇摩\_病床機能報告結果\_急性期



宇摩\_病床機能報告結果\_回復期



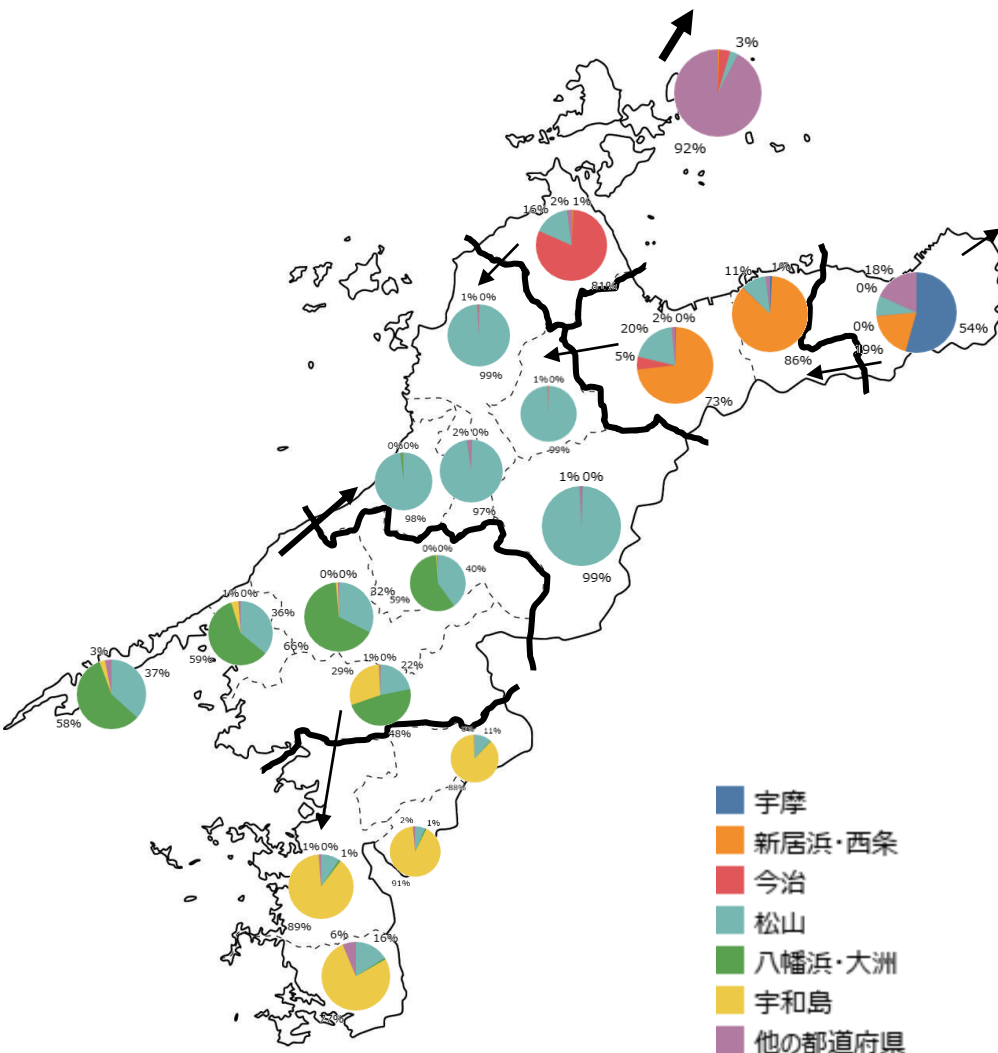
宇摩\_病床機能報告結果\_慢性期



※病床稼働率は許可病床基準により算出。なお、病床稼働率が40%未満もしくは110%超の場合、平均在院日数が1日未満など異常値が疑われる値は計算対象から除外した。

# 地域完結と広域連携の重要性 | 入院手術実施レセプトからみた患者移動

## ■ 保険者別：入院手術の実施先医療圏の状況

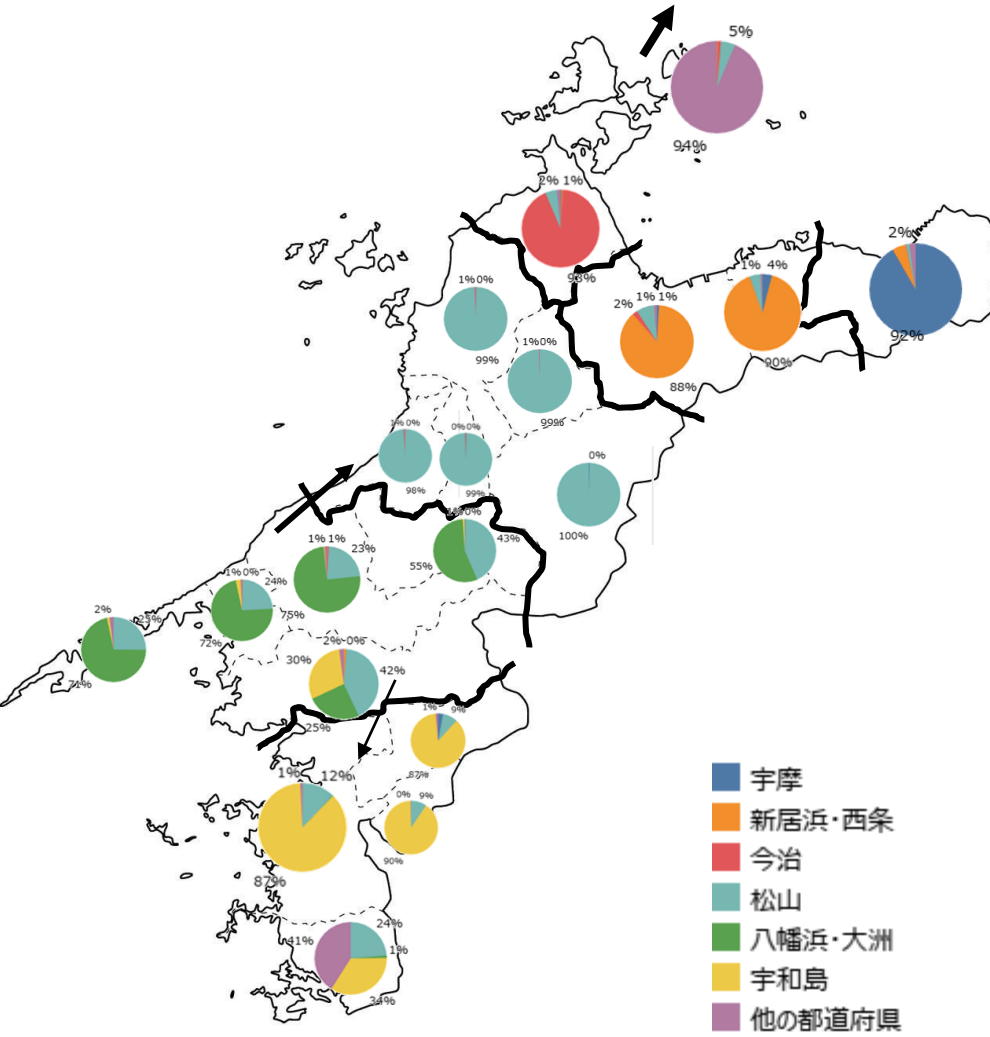


	主に広域連携を行う手術の状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳血管疾患はほぼ完結しているが、心疾患は圏域内で高度な症例に対応しているものの、近隣医療圏と分散。他の診療科も新居浜や他の都道府県に分散。</li> <li>がんの手術は松山圏域と広域連携。</li> </ul>
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> <li>新居浜市は肺がんの手術や顔面・口腔の手術は松山圏域との広域連携。その他はほぼ完結状態。</li> <li>西条市から松山圏域への受診割合は新居浜市のそれよりも高い値。手術により、圏域内もしくは松山圏域のいずれを受診するかが異なる。</li> </ul>
今治	<ul style="list-style-type: none"> <li>肺がん、乳がん、顔面・口腔の一部は松山圏域への受診が生じているがその他は全体的に完結している。</li> <li>上島町の患者は尾三区域（広島）への受診がほとんどとなる。</li> </ul>
松山	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳腫瘍やその他がんの手術、弁膜症など心臓血管外科症例等について広域からの患者に対応している。</li> <li>松山圏域の患者に対応する高度急性期と、愛媛県内全域に対応する高度急性期病院に二分している。</li> </ul>
八幡浜 大洲	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急性が高い分野では脳梗塞や心筋梗塞に対応する手術への完結率は高いが、くも膜下出血や狭心症などが松山圏域に流出。おそらく医師不足。</li> <li>がんの圏域外流出が非常に多い。</li> <li>西予市の流出先は宇和島が最多。</li> </ul>
宇和島	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的に宇和島圏域にて完結。肺がんの手術や心筋焼灼術を実施する場合は松山圏域への受診が高まる。</li> <li>愛南町は松山への受診率が他の市町より高い。</li> </ul>

# 地域完結と広域連携の重要性 | 回復期以降の入院料からみた患者移動

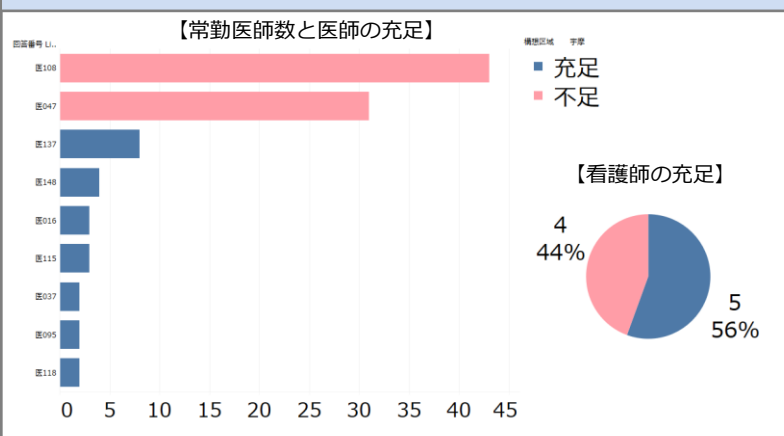
## ■ 保険者別：回り八棟の入院先医療圏の状況

※回復期以降の後方支援の概況について、回り八を参考に表示



	回復期以降の他圏域への入院状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域完結率は回復期リハだけでなく、地ケアや緩和ケア病棟など、急性期を脱したのちの入院料全般において高い。急性期の広域連携をしたのち、後方支援時の広域連携が円滑に行われている。</li> </ul>
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域完結率は回復期リハだけでなく、地ケアや緩和ケア病棟など、急性期を脱したのちの入院料全般において高い。急性期の広域連携をしたのち、後方支援時の広域連携が円滑に行われている。</li> </ul>
今治	<ul style="list-style-type: none"> <li>今治市においては、回復期リハだけでなく、急性期を脱したのちの入院料全般において高い。</li> <li>上島町では、回復期以降も尾三区域（広島）への入院が行われている。</li> </ul>
松山	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的には地域完結率は100%である。</li> <li>八幡浜・大洲圏域や宇和島圏域のうち愛南町の患者については、回復期以降も松山圏域に留まる傾向にあり、後方支援時の広域連携について課題が見える。</li> </ul>
八幡浜 大洲	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に内子町と西予市において、回復期以降も松山圏域に残る割合が高い。なお西予市においては市内に回り八病棟がないため、当入院料においては宇和島への割合も高い。</li> <li>なお、当圏域内には緩和ケア病棟がない。</li> </ul>
宇和島	<ul style="list-style-type: none"> <li>東予地区に比べると松山圏域にて回復期以降も留まる割合が高い。愛南町については、松山医療圏もしくは他の都道府県への入院割合が高い。</li> </ul>

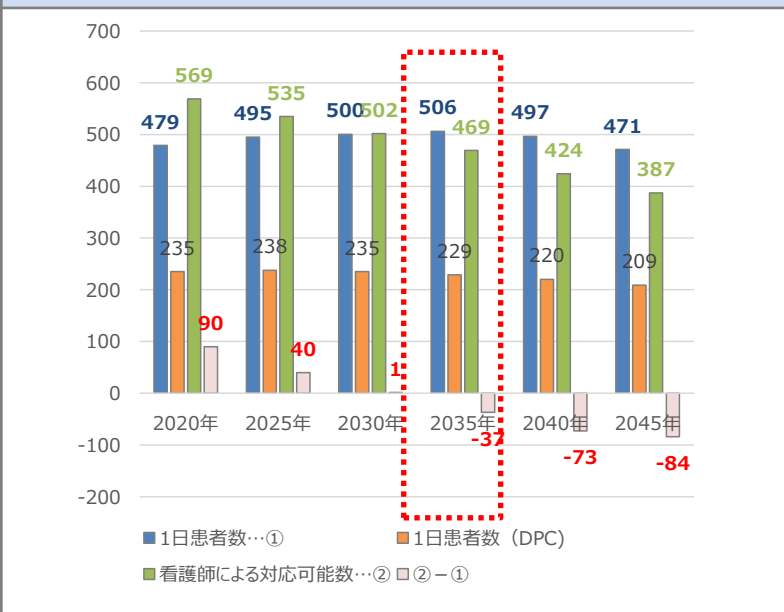
## 医師・看護師の充足状況



## KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は低いが、**脳神経系疾患や心血管系疾患など、緊急性が高い傷病についてはHITO病院を中心に圏域内対応を行い、一方で、症例によっては明確に広域連携を行っている様子**がうかがえた。
- なお、今回は入院および手術に関する流出入調査であったが、**圏域外への受診が予定入院か緊急入院（救急搬送）かを確認したうえで、地域完結に向けた課題と広域連携に向けた課題に分けて考える必要がある。**
- 急性期症例における圏域外受診は多いが、回復期以降は自圏域に患者が戻っており、後方支援の視点では円滑に広域連携が行われる体制が構築されている様子。

## 需要量と供給量の推計



## 今後の課題

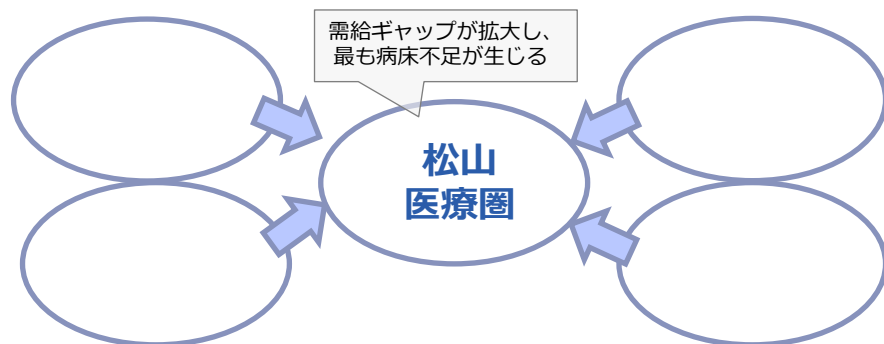
- 圏域の人口規模が小さく、大規模な総合急性期病院がないことが背景にあり、地域完結率は低い状態にある。但し、脳血管疾患や心疾患など、緊急性が高い症例への対応は地域完結率を高く保つ取り組みを行っており、また、急性期により圏域外流出を行った後の後方支援についての広域連携体制の構築も進んでいる様子。
- 今後、働き手の人口は減少していくため、**規模の拡大や機能の分散ではなく、集約と連携による効率性の向上という枠組みで考える必要性が高く、宇摩圏域においては隣接医療圏との広域連携体制の整備や自圏域における役割分担と役割への集中と連携が必要性が高まると考える。**
- 上記を進めるには、急性期を担う病院だけでなく、回復期や在宅医療の充実も必要になり、改めて宇摩圏域の認識を統一し、円滑に役割分担と持続可能な医療体制の構築に向けた議論をより具体的に行う必要がある。

# 地域完結と広域連携の重要性 | 愛媛県全域による概観と課題

- これまで、松山医療圏が他の医療圏からの流入に対応してきたが、これからは松山医療圏が相対的に最も人手不足（病床不足）に陥る可能性が高い。
- また、松山医療圏には少ない医師で多くの救急搬送に対応する病院（例：5名前後で搬送1500台／年）があるが、働き方改革や医師の高齢化などにより持続性には懸念がある。
- 広域による役割分担と連携を成立させる視点により、自医療圏のあり方について検討する必用に迫られる。

## これまでのイメージ

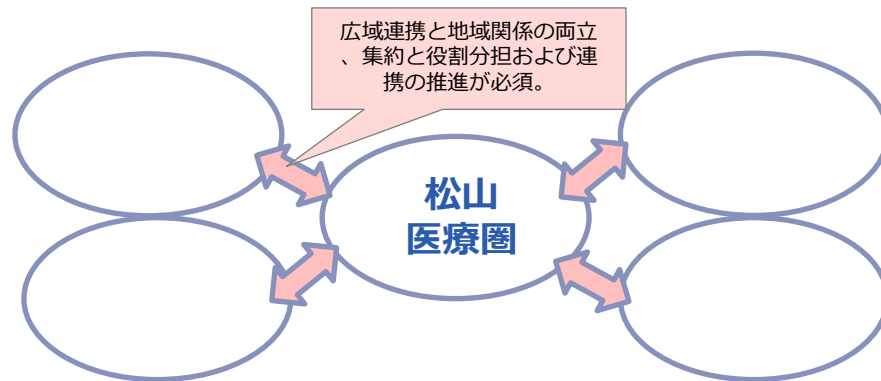
- 松山医療圏は人手が豊富。その他の地域は人手不足
- 松山医療圏の病院に頼った医療体制（流出過多）



- 高度な手術や重症患者の救急搬送だけでなく、一般的な病気であっても松山医療圏に患者が流出
- 流出した患者が回復期以降になっても、松山医療圏に入院し、自医療圏には戻ってこないケースがある
- 医療圏を跨いだ連携（連絡）体制が無く、急性期を脱した後の転院は積極的に行っていない など

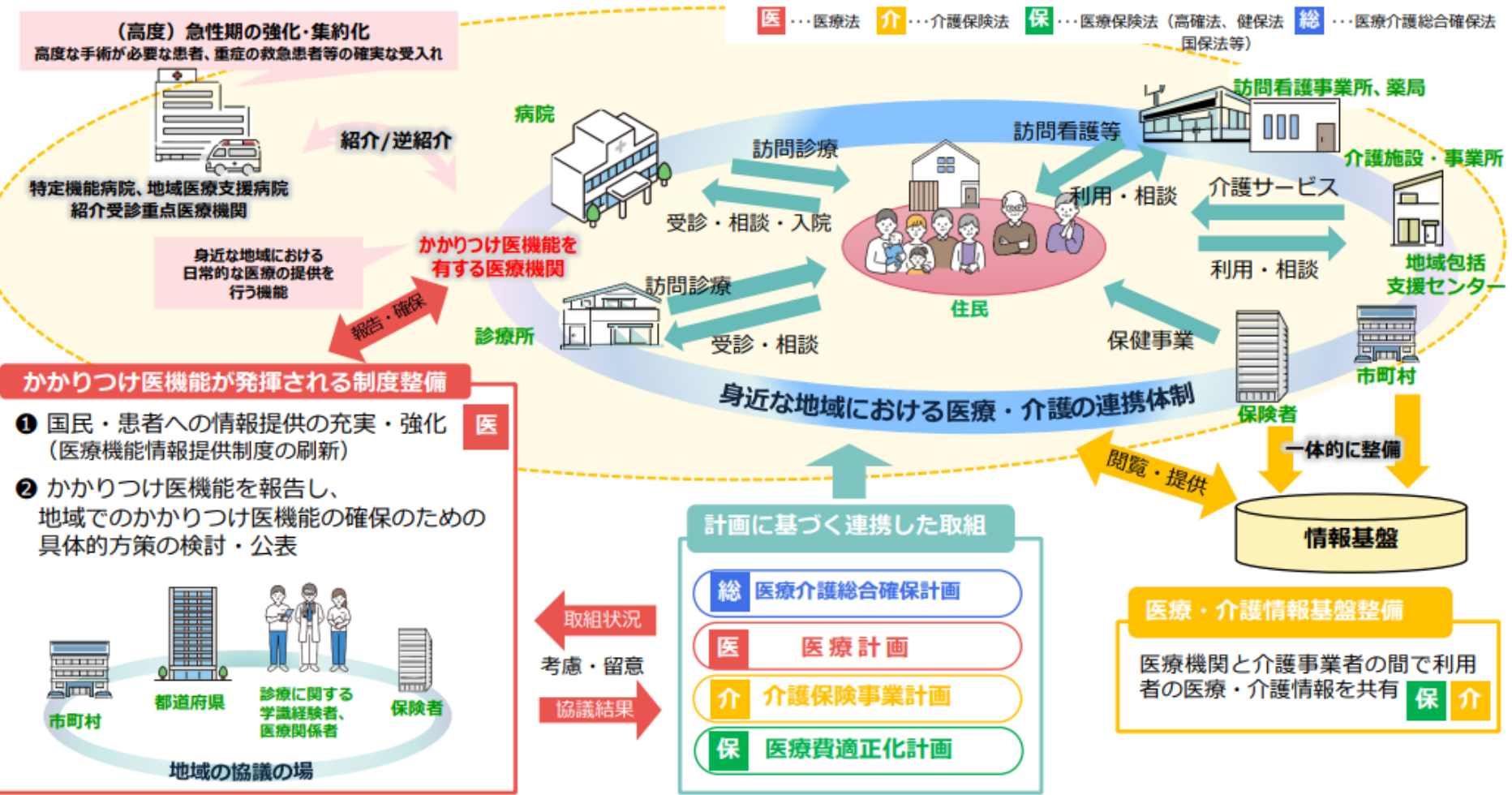
## これからのイメージ

- 松山医療圏が相対的に最も人手不足になる
- 松山医療圏を頼ったままでは、全域が危機になる



- 一般的な病気は地域で対応できるように体制強化
- 松山医療圏に入院した患者が急性期を脱した後は、自医療圏に円滑に戻れるように広域連携の体制整備
- 急性期以上と回復期以降の役割分担と連携をより積極的に推進し、医療従事者への負担軽減と地域の医療体制維持の両立をする必要がある など

# 地域完結と広域連携の重要性 | 地域完結型の医療・介護提供体制の構築



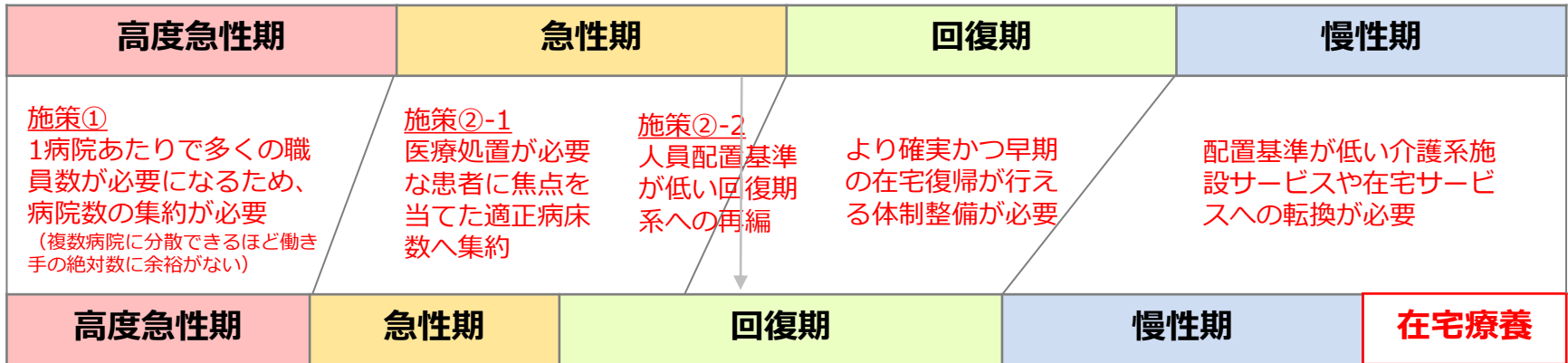
# 地域完結と広域連携の重要性 | 機能再編や解決の方向性について

## ■ 需要と供給力（経営資源）から見た集約の必要性について

✓ 病院の機能からみた職種別職員・設備の必要性（大まかな特徴）

職種別職員・設備	必要性
医師、看護師、技師等のコメディカル	医師・看護師については重症患者に対応する場合は手厚い配置が必要。救急体制（24時間体制）を行う場合や手術を行う場合は、外来や入院診療に加え、それらに対応する職員を確保する必要があり、急性期医療や救急医療に対応する医療機関ほど人員を必要とする。
セラピスト	在宅復帰の支援を行うにあたり、重要な役割を担う。濃密なリハビリを行うには、職員の集約が必要。
その他職員	各病院において必要な役割を担うが、事務員等の職員であっても既に採用難となっている病院がある。
施設設備	設備投資について、需要にあわせた視点だけでなく、職員数にあわせた視点を持たなければ過剰投資となる。

## ■ 解決の方向性



入院医療を支えるためには、在宅サービスを含めた地域包括ケアシステムの完成が必要





## ■ 情報照会先

---

株式会社日本経営

〒561-8510

大阪府豊中市寺内2-13-3

TEL:06-6865-1373

FAX:06-6865-2502

- 本資料に提供されている内容は万全を期しておりますが、入手し得る資料及び情報に基づいて作成したものであり、その内容の正確性や安全性を保障するものではありません。
- 本資料を弊社に何の断りなく用い、貴社、貴法人が損害等を被った場合において、弊社は一切の責任を負いかねます。
- 本資料は弊社独自のものでありますので、取り扱いには十分注意していただけますようお願い申し上げます。