

- ・ **地域医療構想における病床の必要量との乖離について**
- ・ **今後の詳細分析地域について**

2024年6月10日
(初回提出6月7日 修正6月10日)

株式会社日本経営

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

全体の概要

- 2025年の病床の必要量は、2013年時点の受療率および2015年国勢調査結果による推計人口など、地域医療構想策定時点の統計数値により推計された。
- 当時と比べ、愛媛県の入院受療率は低下している。要因は主に平均在院日数の短縮（詳細は次頁）
- 患者の流出入は、当時と現在では状況が異なっていると推察する（詳細は別途調査）
- 病床の必要量を算出した設定稼働率と実態の稼働率が大きく異なっており、2025年の病床の必要量と現在の病床数の乖離について最大の要因となる。

	2025年の必要量算出	直近の動向（差異の要因）
推計患者数	2013年時点の受療率を使用	<ul style="list-style-type: none">愛媛県の入院受療率（人口10万人当たり患者数）は低下2015年対2022年において、一般病床▲6.0% 療養病床▲17.4%要因は平均在院日数の短縮
	2013年時点の受療率×2015年国勢調査結果による2025年の推計人口	<ul style="list-style-type: none">各地域において当時の推計と差異がある
	2015年の通知発出時点の流出入の影響	<ul style="list-style-type: none">各圏域にある病院の活動結果により、流出入に変化が生じていると考えることが妥当。
病床の必要量	以下の稼働率を想定し、推計患者数を割り戻し 高度急性期：75% 急性期：78% 回復期：90% 慢性期：92%	<ul style="list-style-type: none">病院が報告した機能別の病床稼働率（2023年）は以下の通り。当初の設定稼働率と比べ、低い値となる。高度急性期：74%（-1%）急性期：66%（-12%）回復期：72%（-18%）慢性期：81%（-11%） <p>また、病床機能別の必要量の推計は1日点数により国が区分しているが、実態の病床は病院の自主報告であることも乖離要因となっている。</p>

地域医療構想における病床の必要量との乖離について 愛媛県の患者数、平均在院日数の指標動向

(愛媛県の人口10万人あたりの患者数について)

- 2015年と2022年の比較では、1日患者数は減少しており一般病床において▲6.0%、療養病床において▲17.4%
- なお、一般病床の新規入院患者数に大きな変化はなく、療養病床においては+12.5%となり新規入院患者数は増加している。
- 平均在院日数は一般病床において▲5.9%、療養病床において▲25.1%となっている。
- 上記より、一般病床、療養病床の両方において、1日患者数の減少（受療率の低下）は、平均在院日数短縮化の影響となる。
- 平均在院日数短縮の背景は、医療技術の進歩、医療提供体制の向上、診療報酬改定などの影響と思われる。

人口10万人当たりの1日患者数（愛媛県）		2015年	2022年	差異	増減率
患者数／日…a	一般病床	637.9	599.4	-38.5	-6.0%
	療養病床	325.5	268.8	-56.7	-17.4%
	計	963.4	868.2	-95.2	-9.9%
新規入院／日…b	一般病床	35.9	35.8	-0.1	-0.3%
	療養病床	1.6	1.8	0.2	12.5%
	計	37.5	37.6	0.1	0.3%
退院／日…c	一般病床	35.3	35.3	0.0	0.0%
	療養病床	2.3	2.5	0.2	8.7%
	計	37.6	37.8	0.2	0.5%
推計平均在院日数 …a/((b+c)/2))	一般病床	17.9	16.9	-1.1	-5.9%
	療養病床	166.9	125.0	-41.9	-25.1%
	計	184.8	141.9	-43.0	-23.2%

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

医療圏別の1日患者数・病床数・病床稼働率の乖離状況一覧

		推計1日患者数				病床数				稼働率		
		2023年 報告	2025年 推計	差異	乖離率	2023年 報告	2025年 推計	差異	乖離率	2023年 報告	2025年 推計	差異
宇摩構想区域	高度急性期	14	38	-24	-62.0%	18	51	-33	-64.7%	80%	75%	5.8%
	急性期	287	247	40	16.2%	396	317	79	24.9%	73%	78%	-5.4%
	回復期	129	265	-136	-51.4%	161	294	-133	-45.2%	80%	90%	-10.1%
	慢性期	166	200	-34	-16.8%	272	217	55	25.3%	61%	92%	-31.0%
	計	597	750	-153	-20.4%	847	879	-32	-3.6%	70%	85%	-14.9%
新居浜・西条構想区域	高度急性期	25	147	-122	-83.1%	49	196	-147	-75.0%	51%	75%	-24.2%
	急性期	806	644	162	25.2%	1,355	826	529	64.0%	60%	78%	-18.5%
	回復期	320	609	-289	-47.5%	516	677	-161	-23.8%	62%	90%	-28.0%
	慢性期	547	596	-49	-8.2%	702	648	54	8.3%	78%	92%	-14.1%
	計	1,698	1,996	-298	-14.9%	2,622	2,347	275	11.7%	65%	85%	-20.3%
今治構想区域	高度急性期	18	89	-71	-80.2%	26	119	-93	-78.2%	68%	75%	-7.0%
	急性期	790	532	258	48.4%	1,146	682	464	68.0%	69%	78%	-9.1%
	回復期	255	637	-382	-59.9%	313	708	-395	-55.8%	82%	90%	-8.4%
	慢性期	431	396	35	8.8%	559	430	129	30.0%	77%	92%	-15.0%
	計	1,494	1,654	-160	-9.7%	2,044	1,939	105	5.4%	73%	85%	-12.2%
松山構想区域	高度急性期	788	586	202	34.5%	1,036	781	255	32.7%	76%	75%	1.1%
	急性期	2,347	1,556	791	50.8%	3,431	1,995	1,436	72.0%	68%	78%	-9.6%
	回復期	1,143	1,860	-717	-38.5%	1,504	2,067	-563	-27.2%	76%	90%	-14.0%
	慢性期	1,733	1,689	44	2.6%	2,078	1,836	242	13.2%	83%	92%	-8.6%
	計	6,011	5,691	320	5.6%	8,049	6,679	1,370	20.5%	75%	85%	-10.5%
八幡浜・大洲構想区域	高度急性期	0	44	-44	-100.0%	0	59	-59	-100.0%		75%	-74.6%
	急性期	506	379	127	33.4%	825	486	339	69.8%	61%	78%	-16.7%
	回復期	237	624	-387	-62.0%	354	693	-339	-48.9%	67%	90%	-23.0%
	慢性期	292	408	-116	-28.4%	333	443	-110	-24.8%	88%	92%	-4.4%
	計	1,035	1,455	-420	-28.9%	1,512	1,681	-169	-10.1%	68%	87%	-18.1%
宇和島構想区域	高度急性期	16	90	-74	-82.0%	30	120	-90	-75.0%	54%	75%	-21.1%
	急性期	577	326	251	76.9%	874	418	456	109.1%	66%	78%	-12.0%
	回復期	211	409	-198	-48.4%	331	454	-123	-27.1%	64%	90%	-26.4%
	慢性期	344	281	63	22.3%	409	305	104	34.1%	84%	92%	-8.1%
	計	1,147	1,106	41	3.7%	1,644	1,297	347	26.8%	70%	85%	-15.5%
計	高度急性期	862	994	-132	-13.3%	1,159	1,326	-167	-12.6%	74%	75%	-0.6%
	急性期	5,312	3,684	1,628	44.2%	8,027	4,724	3,303	69.9%	66%	78%	-11.8%
	回復期	2,295	4,404	-2,109	-47.9%	3,179	4,893	-1,714	-35.0%	72%	90%	-17.8%
	慢性期	3,513	3,570	-57	-1.6%	4,353	3,879	474	12.2%	81%	92%	-11.3%
	計	11,982	12,652	-670	-5.3%	16,718	14,822	1,896	12.8%	72%	85%	-13.7%

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

医療圏別の1日患者数・病床数・病床稼働率の乖離状況について

(2023年度病床機能報告結果 ※病床機能の自主報告結果)

■推計1日患者数で見た場合

- ・ 愛媛県合計では、2025年の推計値を▲5.3%下回る。
- ・ 松山区域と宇和島区域を除き、2025年の推計値を下回る。
- ・ 全区域において急性期機能と報告した病床の推計1日患者数は2025年の推計値を上回る。
- ・ 松山区域については、高度急性期機能と報告した病床の推計1日患者数も2025年の推計値を上回る。

■病床数で見た場合

- ・ 愛媛県合計では、2025年の推計値を12.8%上回る。
- ・ 宇摩区域と八幡浜大洲区域を除き、2025年の推計値を上回る。
- ・ 全区域において急性期機能と報告した病床数は2025年の推計値を上回る。
- ・ 全区域において回復期機能と報告した病床数は2025年の推計値を下回る。

■地域医療構想策定時の設定稼働率と実際の稼働率の差異

- ・ 宇摩区域と松山区域の高度急性期を除き、2023年報告の稼働率が設定稼働率より低い。

■全体的な傾向への考察

- ・ 1日患者数では2025年推計を下回っているため、2025年の病床必要量と2023年報告病床数の乖離要因は、病床稼働率（患者が入院していない病床量）である。

地域医療構想における病床の必要量との乖離について（定量基準適用時）

医療圏別の1日患者数・病床数・病床稼働率の乖離状況一覧

		推計1日患者数				病床数				稼働率		
		2022年定量基準	2025年推計	差異	乖離率	2022年定量基準	2025年推計	差異	乖離率	2022年定量基準	2025年推計	差異
宇摩構想区域	高度急性期	88	38	50	131.7%	106	51	55	107.8%	83%	75%	8.6%
	急性期	36	247	-211	-85.4%	52	317	-265	-83.6%	69%	78%	-8.6%
	回復期	284	265	19	7.3%	418	294	124	42.2%	68%	90%	-22.1%
	慢性期	138	200	-62	-31.2%	251	217	34	15.7%	55%	92%	-37.3%
	計	546	750	-204	-27.2%	827	879	-52	-5.9%	66%	85%	-19.3%
新居浜・西条構想区域	高度急性期	77	147	-70	-47.9%	123	196	-73	-37.2%	62%	75%	-12.7%
	急性期	418	644	-226	-35.1%	766	826	-60	-7.3%	55%	78%	-23.4%
	回復期	577	609	-32	-5.3%	960	677	283	41.8%	60%	90%	-29.9%
	慢性期	534	596	-62	-10.4%	692	648	44	6.8%	77%	92%	-14.8%
	計	1,605	1,996	-391	-19.6%	2,541	2,347	194	8.3%	63%	85%	-21.9%
今治構想区域	高度急性期	38	89	-51	-57.4%	45	119	-74	-62.2%	84%	75%	9.4%
	急性期	273	532	-259	-48.7%	423	682	-259	-38.0%	64%	78%	-13.5%
	回復期	775	637	138	21.7%	1,026	708	318	44.9%	76%	90%	-14.4%
	慢性期	425	396	29	7.3%	517	430	87	20.2%	82%	92%	-9.9%
	計	1,511	1,654	-143	-8.7%	2,011	1,939	72	3.7%	75%	85%	-10.2%
松山構想区域	高度急性期	734	586	148	25.2%	1,012	781	231	29.6%	73%	75%	-2.5%
	急性期	1,665	1,556	109	7.0%	2,329	1,995	334	16.7%	72%	78%	-6.5%
	回復期	1,878	1,860	18	1.0%	2,628	2,067	561	27.1%	71%	90%	-18.5%
	慢性期	1,652	1,689	-37	-2.2%	1,958	1,836	122	6.6%	84%	92%	-7.6%
	計	5,929	5,691	238	4.2%	7,927	6,679	1,248	18.7%	75%	85%	-10.4%
八幡浜・大洲構想区域	高度急性期	50	44	6	13.1%	62	59	3	5.1%	80%	75%	5.7%
	急性期	212	379	-167	-44.1%	330	486	-156	-32.1%	64%	78%	-13.8%
	回復期	568	624	-56	-9.0%	812	693	119	17.2%	70%	90%	-20.1%
	慢性期	268	408	-140	-34.4%	298	443	-145	-32.7%	90%	92%	-2.2%
	計	1,097	1,455	-358	-24.6%	1,502	1,681	-179	-10.6%	73%	87%	-13.5%
宇和島構想区域	高度急性期	57	90	-33	-36.8%	88	120	-32	-26.7%	65%	75%	-10.4%
	急性期	307	326	-19	-5.9%	472	418	54	12.9%	65%	78%	-13.0%
	回復期	455	409	46	11.1%	704	454	250	55.1%	65%	90%	-25.5%
	慢性期	330	281	49	17.4%	413	305	108	35.4%	80%	92%	-12.2%
	計	1,148	1,106	42	3.8%	1,677	1,297	380	29.3%	68%	85%	-16.8%
計	高度急性期	1,043	994	49	4.9%	1,436	1,326	110	8.3%	73%	75%	-2.3%
	急性期	2,910	3,684	-774	-21.0%	4,372	4,724	-352	-7.5%	67%	78%	-11.4%
	回復期	4,537	4,404	133	3.0%	6,548	4,893	1,655	33.8%	69%	90%	-20.7%
	慢性期	3,346	3,570	-224	-6.3%	4,129	3,879	250	6.4%	81%	92%	-11.0%
	計	11,837	12,652	-815	-6.4%	16,485	14,822	1,663	11.2%	72%	85%	-13.6%

地域医療構想における病床の必要量との乖離について（定量基準適用時）

医療圏別の1日患者数・病床数・病床稼働率の乖離状況について

（2022年度病床機能報告結果に基づく定量基準適用時 ※病床機能の客観的評価結果）

※ 各病棟の実績評価による割り振りだが、休床やエラーにより評価が行えなかった病棟の患者数と病床は計算対象から除く。

■推計1日患者数で見た場合

- ・ 愛媛県合計では、2025年の推計値を▲6.4%下回る。
- ・ 宇摩区域、松山区域、八幡浜大洲区域では、高度急性期の2025年推計を上回る。
- ・ 報告数では急性期が多かったが、定量基準時は松山のみ急性期が2025年の推計値を上回る。
- ・ 松山区域では慢性期を除く区分の患者が推計値を上回る。流入の影響が考えられる。
- ・ 宇和島区域では回復期と慢性期の患者が推計値を上回る。在宅復帰等の困難性が考えられる。

■病床数で見た場合

- ・ 愛媛県合計では、2025年の推計値を11.2%上回る。
- ・ 自主報告結果では、急性期が全体的に過剰であったが、定量基準時の場合は急性期病床は2025年推計を下回り、回復期病床が推計を上回る。

■全体的な傾向への考察

- ・ 自主報告結果と定量基準時の結果の違いから、実質的に回復期相当の病床において病床稼働率が低いものの病床数を維持する状態が2025年の病床必要量との乖離要因の可能性がある。

病床数の乖離に関する今後の検討について（案）

■ 病床数乖離の是正だけを目的とする場合

- 全病院の全病棟において、地域医療構想策定時の設定稼働率になるように、1日患者数に合わせた病床数にダウンサイズ（病床返還）を行う。

例：回復期病床なら 35人／50床（70%） → 35人／40床（約90%）

→ **非現実的**であり、かつ検討すべきことの本筋ではない。

→ 対応すべき課題は病床数ではなく、将来に亘り安定的な医療提供体制の構築。

■ 愛媛県において、将来に亘り安定的な医療提供体制の構築をするために

- 医療提供体制の効率化による受療率の低下（1日患者数の減少）は、人手不足が予想される今後においてはむしろ歓迎すべきことであり、更に当数値が健全に低下するように努めるべき。
- 但し、患者数は病院経営に直結する指標であるため、安定的な経営を継続できるような役割分担や機能の転換が必要になる。
- 様々な視点から考えた場合、医師・看護師等の職員、病院の機能、病院の機能に整合する患者層などを適切に集約（役割分担）することと、各病院の連携を促進すること（医療体制の効率化）が必要であり、それにより経営の視点を含めた安定的な医療提供体制の構築が行える。
- その為に、現状の機能（診療実績）、救急などの受入状況、病院間連携の状況、各病院のマンパワー等について現状の整理と詳細の展望についての可視化を行い、今後の役割分担について議論を行うことが必要。
- 上記の結果、医療の質と経営の安定性を維持した状態で全体的に病床数をスリムにすることが、地域医療構想における本質的な議論であると考えられる。

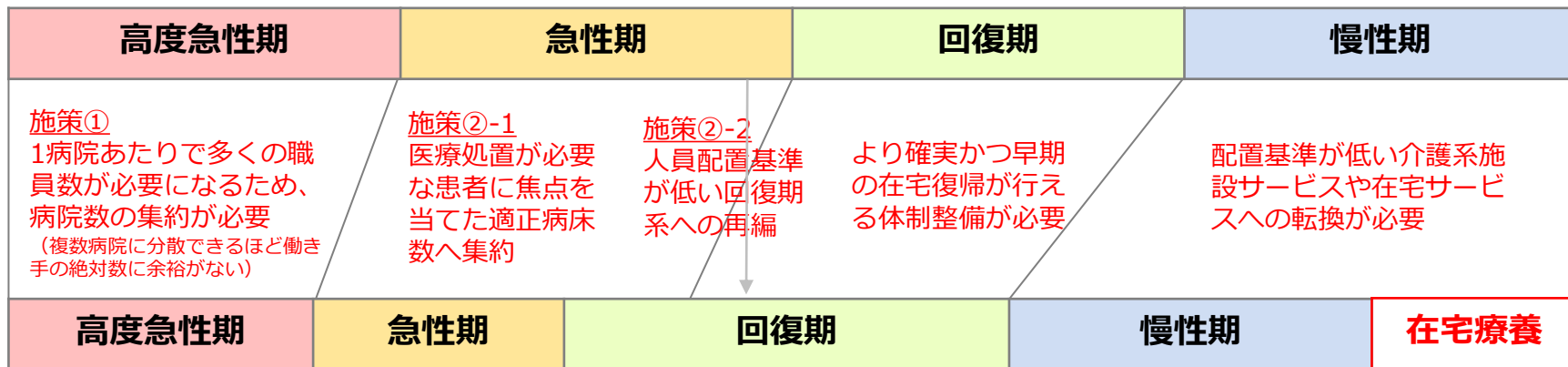
役割分担や機能転換により病床数を減少させるイメージ

■ 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



- ・ 今後の詳細分析地域について

詳細分析実施地域の選定基準

- 国の推進区域・モデル推進区域

2025年の病床の必要量より現状の病床数が多い地域が選定されているが、当県の場合は松山構想区域を除き、必要量算出時の病床稼働率と実態の病床稼働率の乖離によりほぼ説明がつく。

なお、推計1日患者数で見た場合、宇摩区域▲20.4%、新居浜・西条区域▲14.9%、八幡浜・大洲区域▲28.9%の3区域が2025年の推計に対して2023年の実績が少ない。医療体制の効率化によるものか、患者の流出によるものか詳細の調査が必要。

- DPC症例の地域完結率／大規模総合急性期病院の有無

地域完結率は、大規模総合急性期病院が存在しない宇摩医療圏と八幡浜・大洲医療圏の値が際立って低い。中小病院間の役割分担による地域完結と他の医療圏に所在する病院との広域連携について、他の圏域よりも詳細かつ実現可能な体制についての検討が急務である。

- 中小規模病院間における役割分担の必要性

宇摩医療圏と八幡浜・大洲医療圏に限らず、いずれの医療圏においても中小規模病院間における役割分担の必要性は高く、今後の需要や労働人口の変化を考慮すれば避けて通ることは出来ない。

上記2圏域を除く医療圏では、医療圏内の大規模総合急性期病院と中小病院の役割分担と連携、中小規模病院間の役割分担と連携の2層によるテーマとなり、宇摩医療圏と八幡浜・大洲医療圏では中小規模病院間のみでどこまで地域完結が行えるか、圏域をまたいだ広域連携がどれだけ円滑に行えるかの2層によるテーマとなる。

DPC症例から見た地域完結率と各医療圏の高度急性期病院

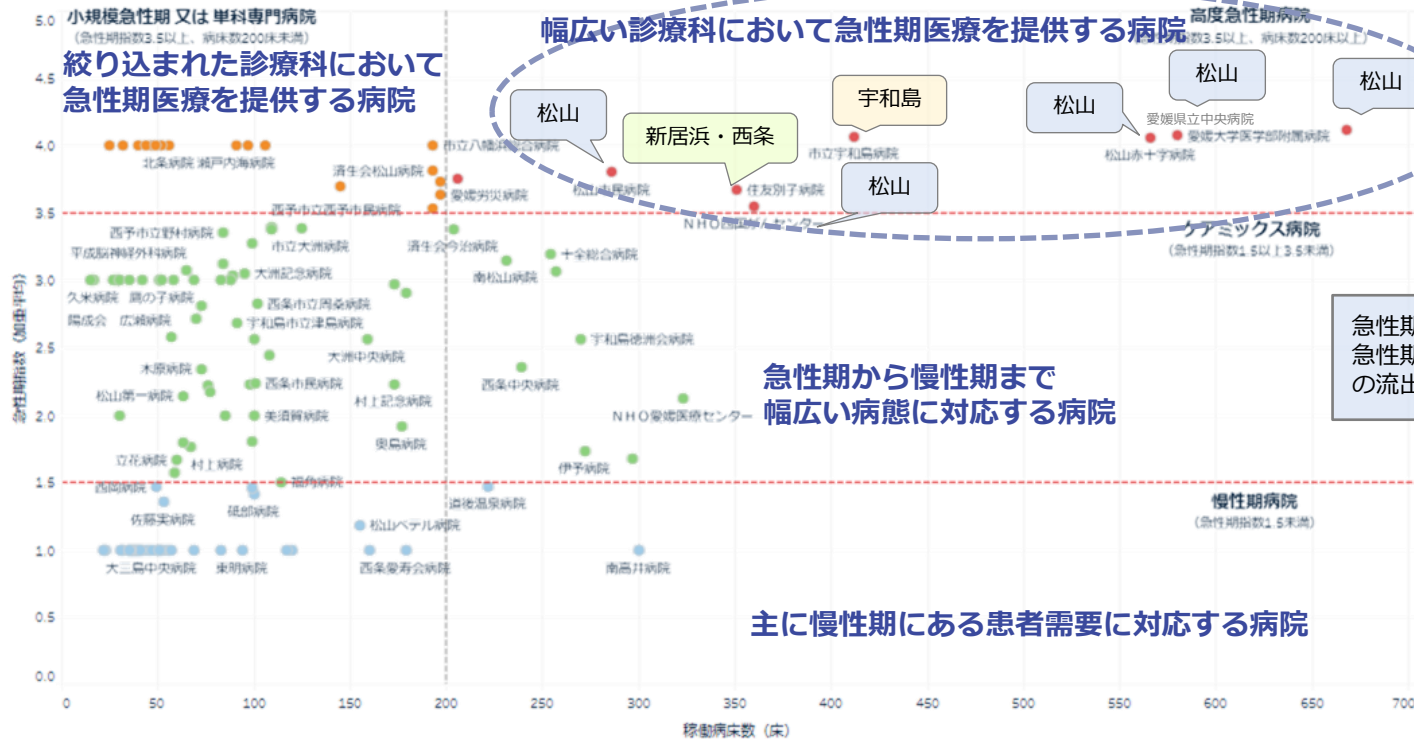
- DPC症例による地域完結率では、松山圏域が突出して高く、八幡浜・大洲圏域と宇摩圏域が突出して低い。
- 松山圏域では愛大附属病院をはじめ、大規模な総合急性期病院があるために愛媛県下より急性期症例が集まり、逆に宇摩圏域と八幡浜・大洲圏域には大規模急性期病院がなく松山圏域等との広域連携を行う必要があるため。

地域完結率
= 医療機関所在地患者数
÷ 患者住所地患者数

図1：医療圏別の患者流入出状況

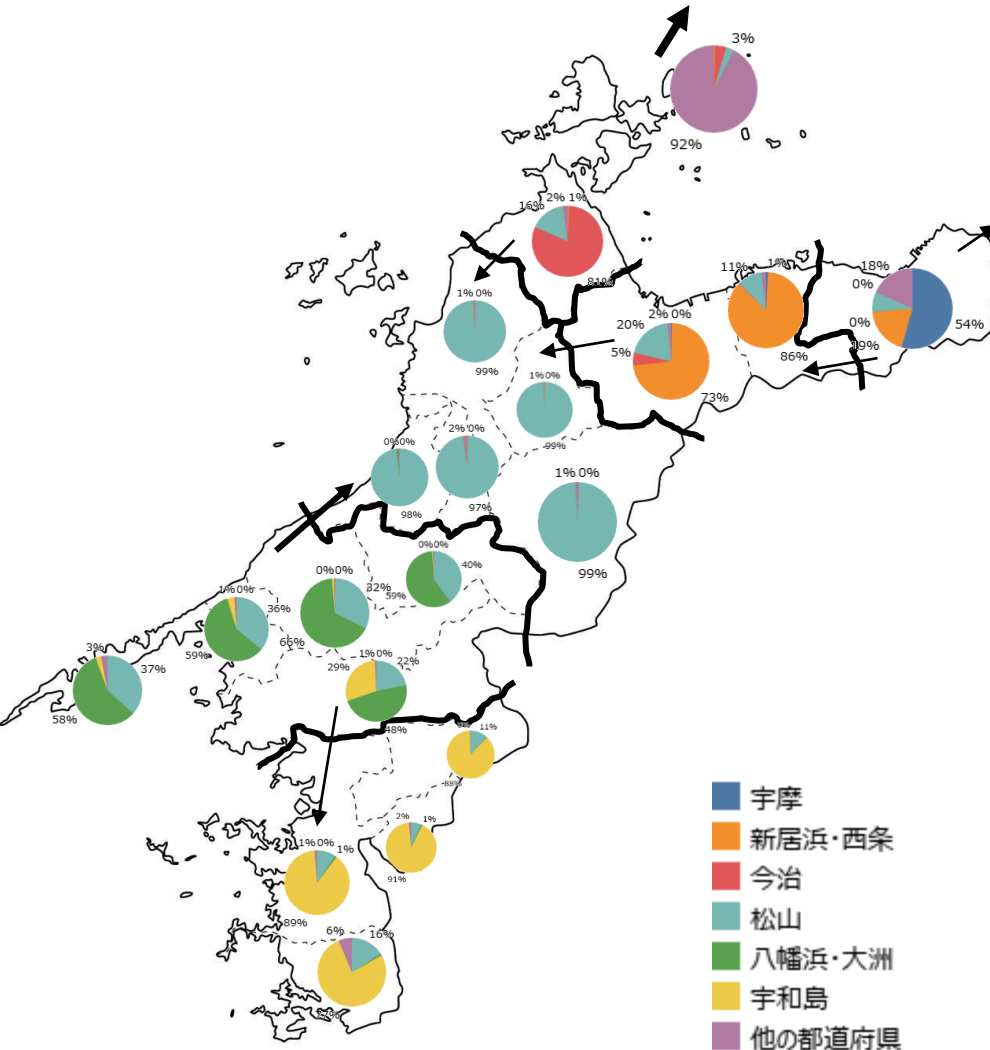


図2：(愛媛県全体) ポジショニングマップ



KDBデータで見る流出入 | 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

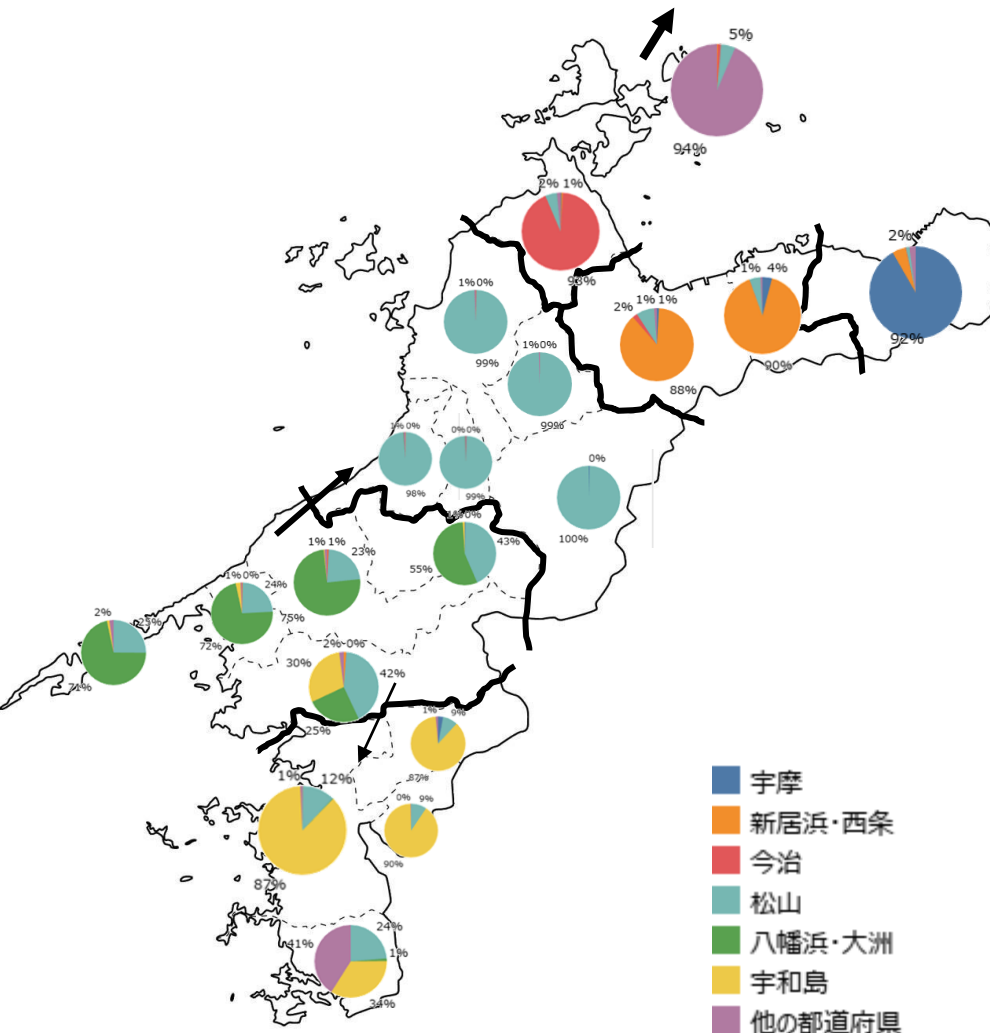


	主に広域連携を行う手術の状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患はほぼ完結しているが、心疾患は圏域内で高度な症例に対応しているものの、近隣医療圏と分散。他の診療科も新居浜や他の都道府県に分散。 がんの手術は松山圏域と広域連携。
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> 新居浜市は肺がんの手術や顔面・口腔の手術は松山圏域との広域連携。その他はほぼ完結状態。 西条市から松山圏域への受診割合は新居浜市のそれよりも高い値。手術により、圏域内もしくは松山圏域のいずれを受診するかが異なる。
今治	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
松山	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
八幡浜 大洲	<ul style="list-style-type: none"> 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。 がんの圏域外流出が非常に多い。 西予市の流出先は宇和島が最多。
宇和島	<ul style="list-style-type: none"> 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。 愛南町は松山への受診率が他の市町より高い。

KDBデータで見る流出入 | 回復期以降の入院料からみた患者移動

■ 保険者別：回リ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、回リ八を参考に表示



	回復期以降の他圏域への入院状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> 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。
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> 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。
今治	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
松山	<ul style="list-style-type: none"> 基本的には地域完結率は100%である。 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。
八幡浜 大洲	<ul style="list-style-type: none"> 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リ八病棟がないため、当入院料においては宇和島への割合も高い。 なお、当圏域内には緩和ケア病棟がない。
宇和島	<ul style="list-style-type: none"> 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。

構想区域別の医療機関の病床数、診療実績等

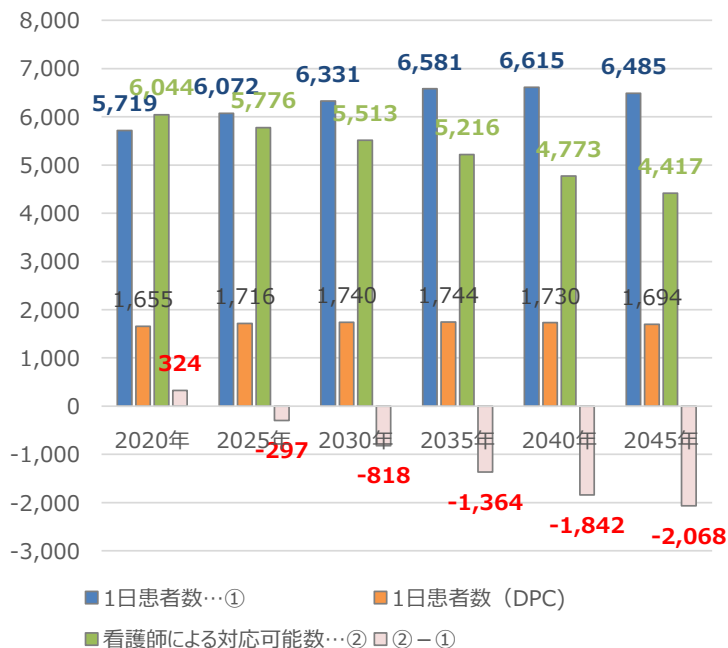
- ・ 宇摩区域と八幡浜・大洲区域は、人口、人口密度、人口当たり医師数において県内6医療圏中の下位3区域に入り、また、3次救急病院（≒大規模な総合急性期病院）が区域内ない。
- ・ 上記の2医療圏は、地域医療の充実や医師や医療職の負担軽減を考えた場合、区域内における役割分担と連携による地域完結率の向上や、松山区域との前方連携と後方連携の広域連携のあり方について議論を行い、より良い医療体制の構築に努める必要がある。

(1)構想区域の状況																
都道府県	構想区域	①人口(万人)	②面積(km ²)	人口密度	③対象医療機関数		⑥医師数(常勤換算)				⑦医療機関機能					
					一般病院	有床診療所	常勤	非常勤	100床当たり	人口1万人当たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	
愛媛県	宇摩	8.3	421	196	8	3	103	50	16.9	12.4	—	—	—	4	1	
愛媛県	新居浜・西条	22.1	744	296	18	10	265	43	11.1	12.0	—	—	1	12	4	
愛媛県	今治	15.8	450	352	27	14	214	45	12.0	13.5	—	—	—	9	9	
愛媛県	松山	63.8	1,541	414	44	69	1,299	242	17.9	20.4	1	2	2	18	34	
愛媛県	八幡浜・大洲	13.2	1,473	89	13	7	119	26	8.8	9.0	—	1	—	8	5	
愛媛県	宇和島	10.4	1,048	99	11	10	158	43	10.8	15.2	—	1	1	6	4	

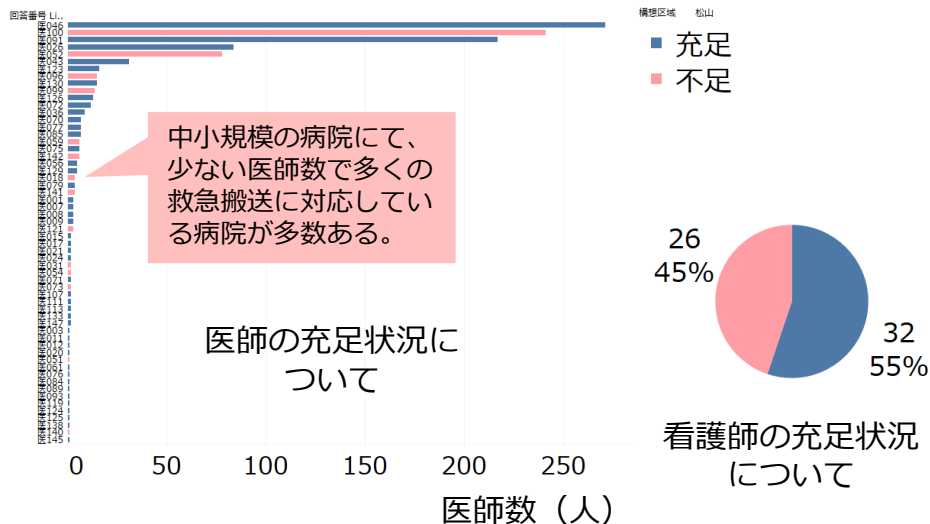
松山区域特有の課題

- 松山区域では愛大附属病院をはじめ、大規模な総合急性期病院があるために愛媛県下より急性期症例が集まる愛媛県の急性期医療の中心地である。
- なお、松山区域には以下の特徴があり、今後の需要と供給体制を見据えた体制の整備急務である。
- 松山区域は今後も医療需要が増加し、ピークは2040年頃になる見込み。
- 需要は増加する一方で、生産年齢人口の減少に伴い成り行きでは供給体制は弱化する可能性がある。
- 2023年のアンケート調査時点において、既に医師不足・看護師不足を訴える病院数が多い。
- 将来に亘り、愛媛県ならびに松山区域の医療を支えるには、医療提供体制の改善に向けた検討が急務である。

需要量と供給量の推計



医師・看護師の充足状況



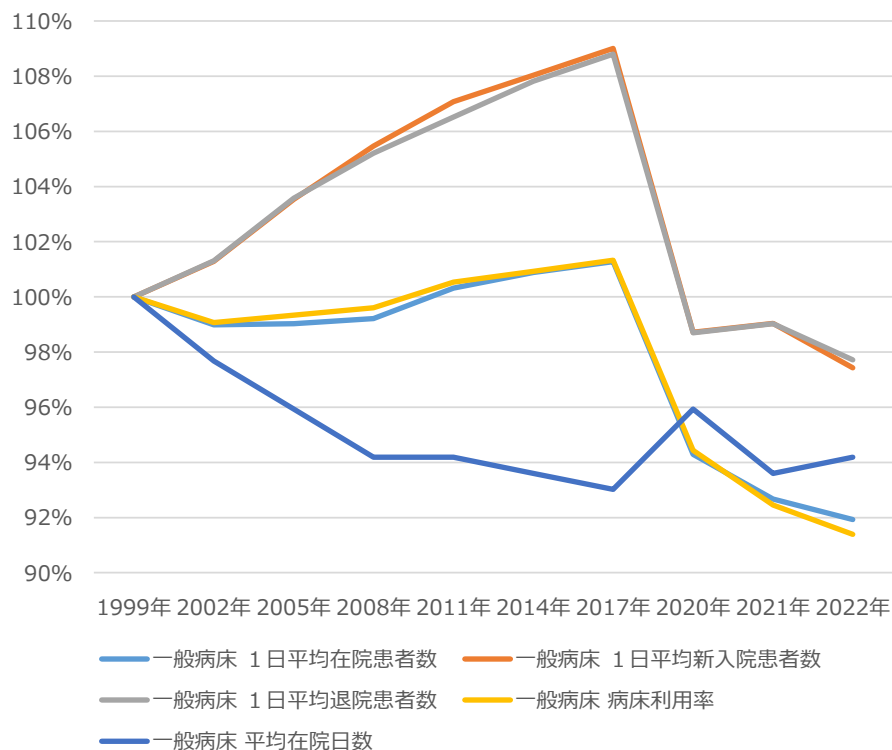
参考資料

地域医療構想における病床の必要量との乖離について (参考) 全国の新規患者数、平均在院日数の長期指標推移

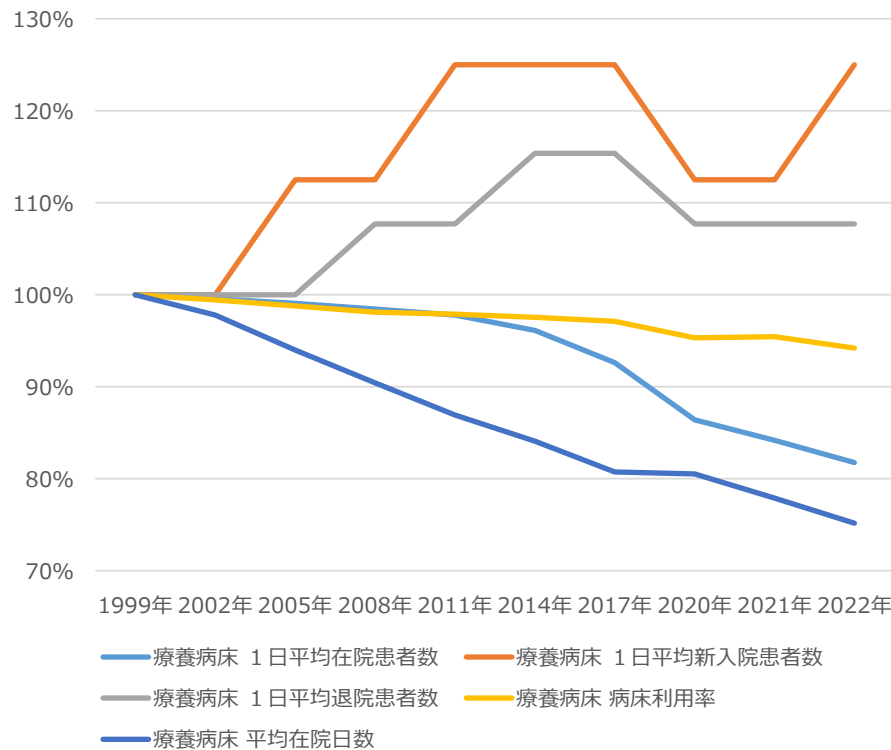
(全国の人口10万人あたりの患者数について：1999年を1とする場合の比較値推移)

- 全国的な傾向では、一般病床と療養病床ともに平均在院日数の短縮が続いている（青線）。なお、一般病床においては、コロナが流行した初年度の2020年に長期化をしているが、これまでの傾向から見て短縮化の傾向にある。
- 一般病床の新規入院患者数は2017年まで増加していたが、2020年に急減し2022年時においても2017年以前の水準には戻っていない（橙線）。
- 一般病床の病床利用率の低下は、期的には平均在院日数の短縮によるもの、2020年以降は新規入院患者の減少によるもの。
- 療養病床の病床利用率の低下は、平均在院日数の短縮によるもの。

一般病床



療養病床



2025年の病床の必要量について | 必要量を算出した計算式について

2025年における医療需要の推計（将来のあるべき医療提供体制を踏まえ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）

- 地域医療構想では、病床機能報告制度で定められている医療機能別に、医療需要を推計した上で、医療供給量を定めることとなっています。
- また、医療機能別の医療供給量のほか、構想区域ごとに在宅医療等の必要量も定めることとなっています。
- 病床機能報告制度で定められている医療機能は、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能です。（詳細は、病床機能報告制度の項を参照）。
- 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、**2013年度におけるNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等に基づき、性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって推計します。**

（算出式）

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

受療率の増減や実際の人口動態により、当初の予測とは異なる結果になりえる。
受療率は低下傾向にあるため、当初より必要量は低下している可能性がある。

- 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の区分については、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、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」で分析することとされています。

〔医療資源投入量〕

医療機能	医療資源投入量
高度急性期	3,000 点以上
急性期	600 点以上 3,000 点未満
回復期	175 点以上 600 点未満
慢性期及び在宅医療等	175 点未満

2025年の病床の必要量について | 流出入の影響

- 厚生労働省令に基づき、厚生労働省が整備したデータを活用して推計した医療需要に対して、各構想区域における医療提供体制の役割分担や体制整備を踏まえて定めた各構想区域内の医療機関が提供する入院医療の供給量を定めます。
- 上記の推計結果を基に、県外との流出入や県内構想区域間の流出入を、将来目指すべき医療提供体制を踏まえながら調整しました。
- 調整のポイントは次のとおりです。

【県外との流出入】

- 都道府県間の調整方法は、平成 27 年 9 月 18 日付け医政地発 0918 第 1 号厚生労働省 医政局地域医療計画課長通知（以下「国通知」という。）により規定されているため、これに基づき二次医療圏単位で 10 人/日以上 の流出入について調整しました。
- 東京都区西部圏域⇒松山圏域 回復期で10人/日の流入があり、東京都との協議の結果、**本県の医療需要として**算出することとなりました。
- 宇摩圏域⇒香川県三豊圏域高度急性期で10人/日、急性期で31人/日、回復期で18人/日の流出があり、香川県との協議の結果、国通知で定める期限までに協議が整わなかったため、国通知に基づき**香川県の医療需要として**算出することとなりました。→仮に当初より流出が低下した場合、また、逆に香川県から流入がある場合、**2024年時点の宇摩圏域の高度急性期や急性期、回復期の患者数（病床数は）当初推計の必要量より多くなる。**
- 今治圏域⇒広島県尾三圏域 急性期で26人/日、回復期で39人/日、慢性期で 12 人/日の流出があり、広島県との協議の結果、**本県の医療需要として**算出することとなりました。→R3年度のKDB調査の結果では、**上島の患者はほぼ全て尾三圏域に受診をしていた。**上島の住民が上記流出数の内訳とした場合、現在においても尾三区域の流出が生じているため、今治圏域の**急性期・回復期・慢性期の必要量は実際の患者数に対して多く設定されたままの可能性**がある。

【構想区域間の流出入】

- 愛媛地域医療構想推進戦略会議（以下、「推進戦略会議」という。）において、県全体の調整方針を定めました。

高度急性期：医療機関所在地ベース（流出入を見込んだもの）	}	患者住所地ベース（流出入は見込まず、地域完結型を目指すもの）
急性期：		
回復期：		
慢性期：		

2025年の病床の必要量について | 病床の必要量について

2025年における必要病床数推計値

- 必要病床数は、前項で推定した医療需要を、地域医療構想策定ガイドラインや平成27年3月31日付け医政発0331第9号厚生労働省医政局長で定められた病床稼働率で割り戻すことにより、算出します。

〔2025年における各構想区域の医療需要〕

(単位：人/日)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅等
宇摩	38	247	265	200	933
新居浜・西条	147	644	609	596	3,425
今治	89	532	637	396	2,263
松山	586	1,556	1,860	1,689	11,986
八幡浜・大洲	44	379	624	408	2,680
宇和島	90	326	409	281	1,862

病床機能区別の推計1日患者数をベースに



病床機能区別に設定した稼働率を用いて割り戻し

〔算出式〕

$$\text{必要病床数} = \text{医療需要} \div \text{病床稼働率}$$

〔病床稼働率〕

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
病床稼働率	75%	78%	90%	92%

〔2025年における必要病床数推計値〕

(単位：床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
宇摩	51	317	294	217
新居浜・西条	196	826	677	648
今治	119	682	708	430
松山	781	1,995	2,067	1,836
八幡浜・大洲	59	486	693	443
宇和島	120	418	454	305



病床機能区別の必要量を算出

松山構想区域

- 差異①：R5年度の報告病床数とR7の必要量の差異は1,370床
- 差異②：必要病床数算出時の設定稼働率を用いた場合、R5年度とR7年必要数の差異は535床。特に高度急性期を除く、特に急性期と報告した病床において実態の稼働率が低い。
- 差異③：定量基準適用時の1日患者数を設定稼働率で割り戻した場合、R7年必要数との差異は317床。高度急性期並びに急性期の病床がR7年度必要量より多いが、松山圏域は他圏域からの患者を受けていることの影響と推察できる。

■報告数と必要量

	H27		R1		R5		R7 (必要量)			
	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	病床数	差異①	設定稼働率 割り戻し	差異②
	a	b	c	d	e	f	g	e-g…h	i	J
高度急性期	2,110	84.9%	1,024	80.5%	1,036	76.1%	781	255	1,051	270
急性期	3,056	68.7%	3,716	73.2%	3,431	68.4%	1,995	1,436	3,009	1,014
回復期	988	73.8%	1,449	80.4%	1,504	76.0%	2,067	-563	1,270	-797
慢性期	3,140	86.9%	2,410	87.2%	2,078	83.4%	1,836	242	1,884	48
計	9,294		8,599		8,049		6,679	1,370	7,214	535
不明/休棟	-	-	-	-	-	-	-		-	
合計	9,294	-	8,599	-	8,049	-	6,679	1,370	7,214	535

■定量基準適用時の1日患者数から推計した病床数と必要量

	R4						R7 (必要量)	
	1日患者数	報告病床数	定量基準時	稼働率	設定稼働率	設定稼働率	病床数	差異③
	a	b	c	a/c…d	e	a/e…f	g	f-g…h
高度急性期	734	1,036	1,012	73%	75%	979	781	198
急性期	1,665	3,428	2,329	72%	78%	2,135	1,995	140
回復期	1,878	1,495	2,628	71%	90%	2,087	2,067	20
慢性期	1,652	2,133	1,958	84%	92%	1,795	1,836	-41
計	5,929	8,092	7,927	75%	-	6,996	6,679	317
不明/休棟	96	332	497	19%	-	-	-	
合計	6,025	8,424	8,424	72%	-	6,996	6,679	317

宇摩構想区域

- 差異①：R5年度の報告病床数とR7の必要量の差異は▲32床
- 差異②：必要病床数算出時の設定稼働率を用いた場合、R5年度とR7年必要数の差異は▲168床。特に回復期や慢性期と報告した病床において実態の稼働率が低い。
- 差異③：定量基準適用時の1日患者数を設定稼働率で割り戻した場合、R7年必要数との差異は▲250床。急性期機能の病床が少ないが、一部が高度急性期に含まれていることや、他圏域への流出があることが要因と推察する。

■報告数と必要量

	H27		R1		R5		R7 (必要量)			
	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	病床数	差異①	設定稼働率 割り戻し	差異②
	a	b	c	d	e	f	g	e-g…h	i	J
高度急性期	10	77.7%	69	68.4%	18	80.3%	51	-33	19	-32
急性期	471	65.8%	370	74.1%	396	72.5%	317	79	368	51
回復期	184	68.8%	211	71.3%	161	80.0%	294	-133	143	-151
慢性期	473	83.1%	323	73.4%	272	61.2%	217	55	181	-36
計	1,138		973		847		879	-32	711	-168
不明/休棟	-	-	-	-	-	-	-		-	
合計	1,138	-	973	-	847	-	879	-32	711	-168

■定量基準適用時の1日患者数から推計した病床数と必要量

	R4						R7 (必要量)	
	1日患者数	報告病床数	定量基準時	稼働率	設定稼働率	設定稼働率	病床数	差異③
	a	b	c	a/c…d	e	a/e…f	g	f-g…h
高度急性期	88	18	106	83%	75%	117	51	66
急性期	36	419	52	69%	78%	46	317	-271
回復期	284	127	418	68%	90%	316	294	22
慢性期	138	306	251	55%	92%	150	217	-67
計	546	870	827	66%	-	629	879	-250
不明/休棟	6	34	77	7%	-	-	-	
合計	552	904	904	61%	-	629	879	-250

新居浜・西条構想区域

- 差異①：R5年度の報告病床数とR7の必要量の差異は275床
- 差異②：必要病床数算出時の設定稼働率を用いた場合、R5年度とR7年必要数の差異は▲330床。特に高度急性期や回復期と報告した病床において実態の稼働率が低い。
- 差異③：定量基準適用時の1日患者数を設定稼働率で割り戻した場合、R7年必要数との差異は▲488床。すべての機能においてR7必要量の値を下回る。圏域外流出の影響により、当域内の入院患者数が減少している影響について確認が必要。

■報告数と必要量

	H27		R1		R5		R7 (必要量)			
	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	病床数	差異①	設定稼働率 割り戻し	差異②
	a	b	c	d	e	f	g	e-g…h	i	J
高度急性期	44	73.8%	40	40.2%	49	50.8%	196	-147	33	-163
急性期	1,626	73.8%	1,522	70.7%	1,355	59.5%	826	529	1,034	208
回復期	224	64.4%	457	65.2%	516	62.0%	677	-161	355	-322
慢性期	959	74.2%	785	73.5%	702	77.9%	648	54	594	-54
計	2,853		2,804		2,622		2,347	275	2,017	-330
不明/休棟	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
合計	2,853		2,804		2,622		2,347	275	2,017	-330

■定量基準適用時の1日患者数から推計した病床数と必要量

	R4						R7 (必要量)	
	1日患者数	報告病床数	定量基準時	稼働率	設定稼働率	設定稼働率	病床数	差異③
	a	b	c	a/c…d	e	a/e…f	g	f-g…h
高度急性期	77	46	123	62%	75%	102	196	-94
急性期	418	1,402	766	55%	78%	536	826	-290
回復期	577	424	960	60%	90%	641	677	-36
慢性期	534	723	692	77%	92%	581	648	-67
計	1,605	2,595	2,541	63%	-	1,859	2,347	-488
不明/休棟	113	190	244	46%	-	-	-	
合計	1,718	2,785	2,785	62%	-	1,859	2,347	-488

今治構想区域

- 差異①：R5年度の報告病床数とR7の必要量の差異は105床
- 差異②：必要病床数算出時の設定稼働率を用いた場合、R5年度とR7年必要数の差異は▲151床。特に高度急性期や回復期と報告した病床において実態の稼働率が低い。
- 差異③：定量基準適用時の1日患者数を設定稼働率で割り戻した場合、R7年必要数との差異は▲216床。R7必要量に対して高度急性期と急性期の値が下回る。圏域外流出の影響により、当域内の入院患者数が減少している影響について確認が必要。

■報告数と必要量

	H27		R1		R5		R7 (必要量)			
	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	病床数	差異①	設定稼働率 割り戻し	差異②
	a	b	c	d	e	f	g	e-g…h	i	J
高度急性期	30	45.1%	26	68.0%	26	67.8%	119	-93	24	-95
急性期	1,383	78.1%	1,251	69.5%	1,146	68.9%	682	464	1,012	330
回復期	275	70.9%	213	91.8%	313	81.6%	708	-395	284	-424
慢性期	687	88.3%	618	83.9%	559	77.1%	430	129	468	38
計	2,375		2,108		2,044		1,939	105	1,788	-151
不明/休棟	-	-	-	-	-	-	-		-	
合計	2,375		2,108		2,044		1,939	105	1,788	-151

■定量基準適用時の1日患者数から推計した病床数と必要量

	R4						R7 (必要量)	
	1日患者数	報告病床数	定量基準時	稼働率	設定稼働率	設定稼働率	病床数	差異③
	a	b	c	a/c…d	e	a/e…f	g	f-g…h
高度急性期	38	26	45	84%	75%	51	119	-68
急性期	273	1,156	423	64%	78%	350	682	-332
回復期	775	368	1,026	76%	90%	861	708	153
慢性期	425	461	517	82%	92%	462	430	32
計	1,511	2,011	2,011	75%	-	1,723	1,939	-216
不明/休棟	6	59	59	10%	-	-	-	
合計	1,517	2,070	2,070	73%	-	1,723	1,939	-216

八幡浜・大洲構想区域

- 差異①：R5年度の報告病床数とR7の必要量の差異は▲169床
- 差異②：必要病床数算出時の設定稼働率を用いた場合、R5年度とR7年必要数の差異は▲452床。
- 差異③：定量基準適用時の1日患者数を設定稼働率で割り戻した場合、R7年必要数との差異は▲421床。R7必要量に対して急性期や慢性期の値が下回る。圏域外流出の影響により、当域内の入院患者数が減少している影響について確認が必要。

■報告数と必要量

	H27		R1		R5		R7 (必要量)			
	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	病床数	差異①	設定稼働率 割り戻し	差異②
	a	b	c	d	e	f	g	e-g…h	i	J
高度急性期	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	59	-59	0	-59
急性期	1,052	68.6%	906	72.6%	825	61.3%	486	339	648	162
回復期	198	72.9%	265	63.2%	354	67.0%	693	-339	264	-429
慢性期	717	67.8%	539	78.8%	333	87.7%	443	-110	317	-126
計	1,967		1,710		1,512		1,681	-169	1,229	-452
不明/休棟	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計	1,967	-	1,710	-	1,512	-	1,681	-169	1,229	-452

■定量基準適用時の1日患者数から推計した病床数と必要量

	R4						R7 (必要量)		
	1日患者数	報告病床数	定量基準時	稼働率	設定稼働率	設定稼働率	病床数	差異③	
	a	b	c	a/c…d	e	a/e…f	g	f-g…h	
高度急性期	50	0	62	80%	75%	66	59	7	
急性期	212	889	330	64%	78%	271	486	-215	
回復期	568	266	812	70%	90%	631	693	-62	
慢性期	268	357	298	90%	92%	291	443	-152	
計	1,097	1,512	1,502	73%	-	1,260	1,681	-421	
不明/休棟	16	125	135	12%	-	-	-		
合計	1,113	1,637	1,637	68%	-	1,260	1,681	-421	

宇和島構想区域

- 差異①：R5年度の報告病床数とR7の必要量の差異は347床
- 差異②：必要病床数算出時の設定稼働率を用いた場合、R5年度とR7年必要数の差異は72床。
- 差異③：定量基準適用時の1日患者数を設定稼働率で割り戻した場合、R7年必要数との差異は36床。

■報告数と必要量

	H27		R1		R5		R7 (必要量)			
	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	報告病床数	稼働率	病床数	差異①	設定稼働率 割り戻し	差異②
	a	b	c	d	e	f	g	e-g…h	i	j
高度急性期	20	64.2%	30	56.1%	30	53.9%	120	-90	22	-98
急性期	1,059	67.5%	1,012	77.6%	874	66.0%	418	456	740	322
回復期	279	67.9%	258	70.3%	331	63.7%	454	-123	234	-220
慢性期	586	86.4%	467	68.4%	409	84.0%	305	104	373	68
計	1,944		1,767		1,644		1,297	347	1,369	72
不明/休棟	-	-	-	-	-	-	-		-	
合計	1,944		1,767		1,644		1,297	347	1,369	72

■定量基準適用時の1日患者数から推計した病床数と必要量

	R4						R7 (必要量)	
	1日患者数	報告病床数	定量基準時	稼働率	設定稼働率	設定稼働率	病床数	差異③
	a	b	c	a/c…d	e	a/e…f	g	f-g…h
高度急性期	57	30	88	65%	75%	76	120	-44
急性期	307	863	472	65%	78%	393	418	-25
回復期	455	358	704	65%	90%	505	454	51
慢性期	330	409	413	80%	92%	359	305	54
計	1,148	1,660	1,677	68%	-	1,333	1,297	36
不明/休棟	0	194	177	0%	-	-	-	
合計	1,148	1,854	1,854	62%	-	1,333	1,297	36

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>

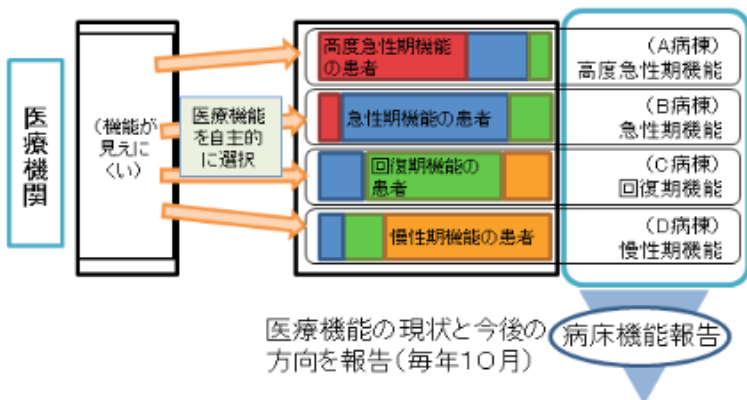
病床機能報告制度は、各医療機関が病床機能を自主的に選択して報告する仕組み。

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あり、
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あり、
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	超急性期脳卒中加入	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・食道ペーシング法 ・心膜穿刺 ・非開胸的心マッサージ ・食道圧迫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。

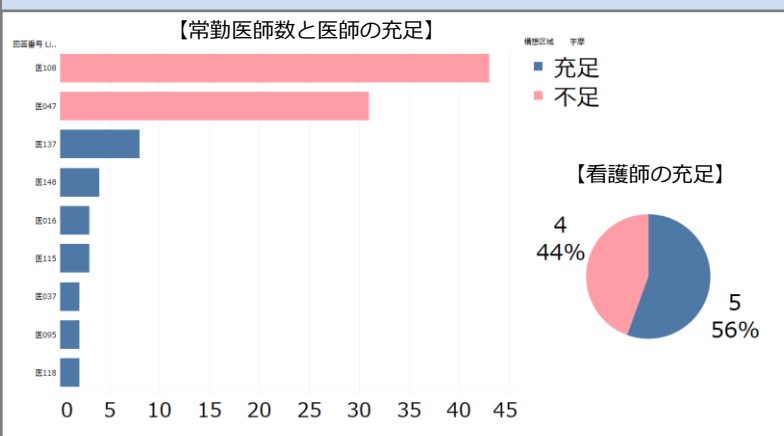
区分線 2 で急性期に分類される病棟の割合（令和 4 年度報告）

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。

医療圏別の概観と課題 | 宇摩

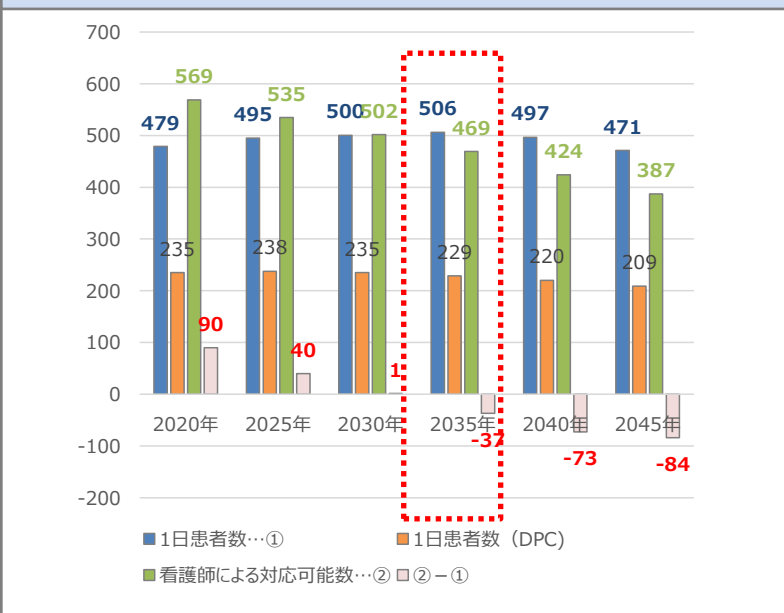
医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は低いですが、**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。

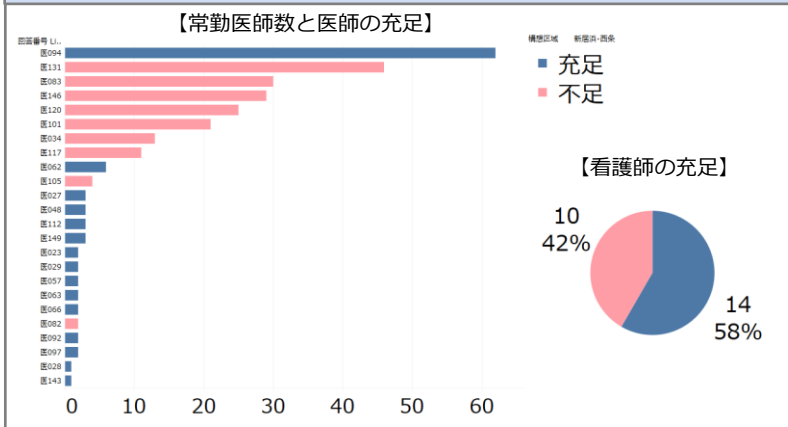
需要量と供給量の推計



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。

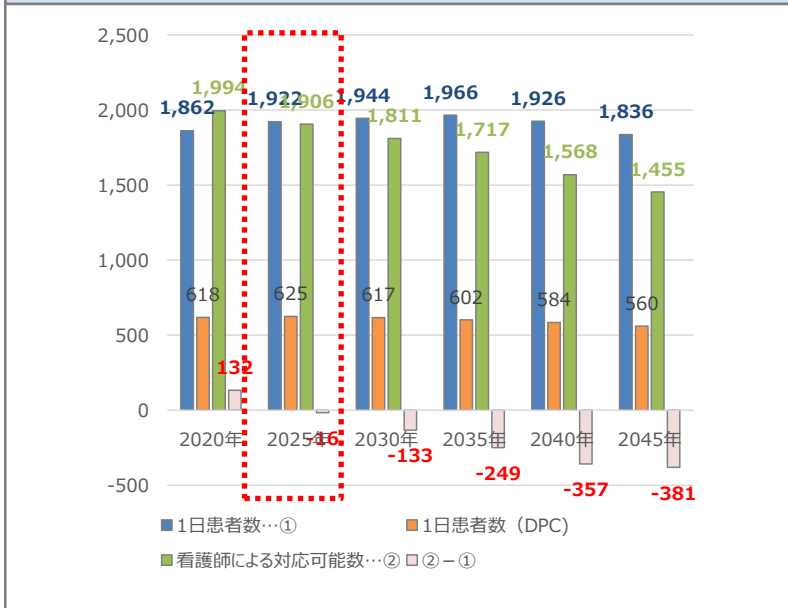
医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は高い。他圏域による手術や入院が行われる一部ケースは傾向が明確であった。
- なお、西条から松山への流出は多く、**医療圏内の西側は体制や連携のあり方に確認が必要。**
- **愛媛県の共通課題を踏まえると、手術による広域連携、回復期以降の広域連携など、病態に応じた連携体制について強化する余地の確認が必要。**

需要量と供給量の推計

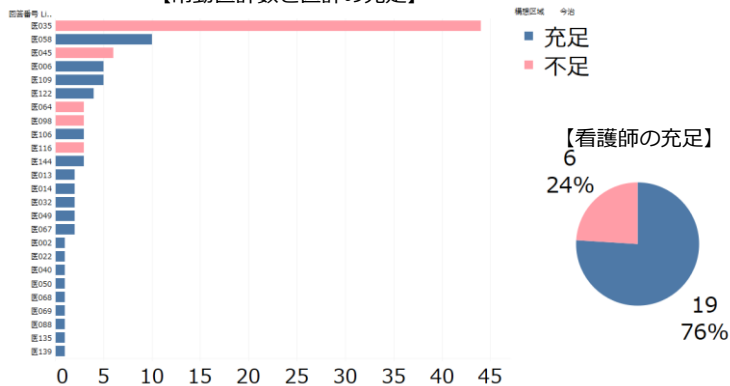


今後の課題

- 現状において、**地域の約半数の病院が医師不足を訴えている。** なお、それら病院は地域内では医師数が多い病院であり、背景には救急や手術を担うには医師が不足してもものと推察する。**500台/年以上の救急搬送を受け入れる病院は8/18施設ある。**
- 新居浜・西条圏域では、**高度急性期が不足**（届出る病院が少ない）しており、背景には機能や役割が重複しつつ分散していることが一因の可能性はある。
- **ケアミックス型の病院は多いが、地域内では回復期機能の病床が不足。** 在宅への連携機能の強化が必要。
- 手術症例は、項目によって松山圏域の医療機関と連携、脳卒中に関しては宇摩圏域や今治圏域への受診も確認できる。
- 地域内完結をすべき範囲、広域連携により対応する範囲を検討し、**地域の実情にあわせた医療体制の構築により、地域医療ならびに個別病院の持続性を高める議論が必要。**

医師・看護師の充足状況

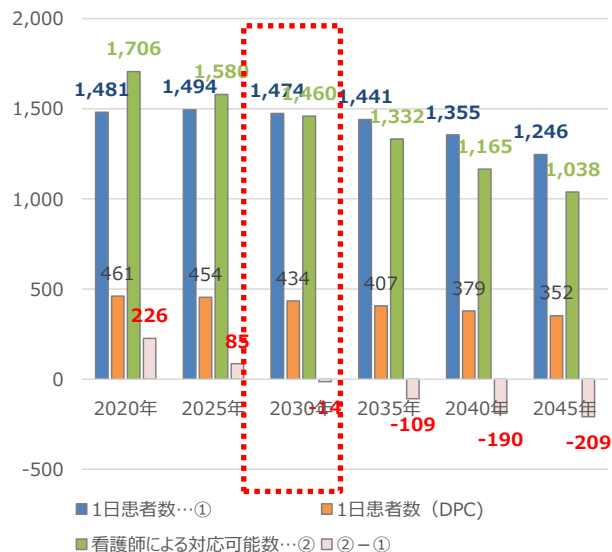
【常勤医師数と医師の充足】



KDB分析結果

- がんの手術を始め難易度が高い症例であっても圏域内で対応が行われている。
- 全体的に主要な手術は圏域内にて対応がされている。なお、上島町の被保険者の多くが他の都道府県（主に広島県）にて受診するため、完結率は全体的に下がってしまう傾向にある。
- 手術症例は主に済生会今治病院、県立今治病院、今治第一病院に集まっており、圏域外では愛大附属病院と四国がんセンターの症例が多い。

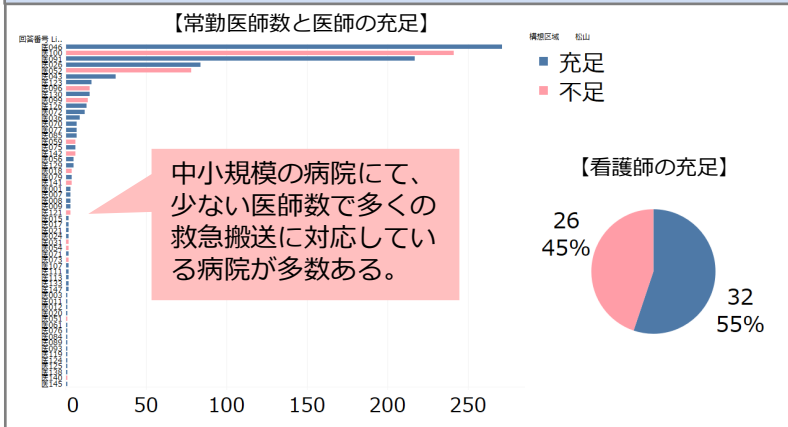
需要量と供給量の推計



今後の課題

- 高度急性期病床は必要数に対して不足。
- 急性期需要は既に縮小しており、需要の縮小（症例の減少）と働き手の減少を見据えた場合に、役割分担のあり方を見直す必要性が高まることを予想する。
- 中小病院のみで対応を行っているため、1病院当たりの医師数は少なく、救急と手術にも対応することについて医師への負担がかかっている様子。
- 手術を実施する病院は概ね決まっているが、一方で必要病床数では急性期が多く回復期が不足。少ない病床数にて高度急性期や急性期に集中して取り組むには、回復期病院への円滑な後方支援連携が欠かせない。それぞれの役割を再確認のうえ、連携体制の強化が必要と思われる。
- 島しょ地区等、医師1人に対応している医療機関において、どのように医師確保や医療体制を維持できるか。

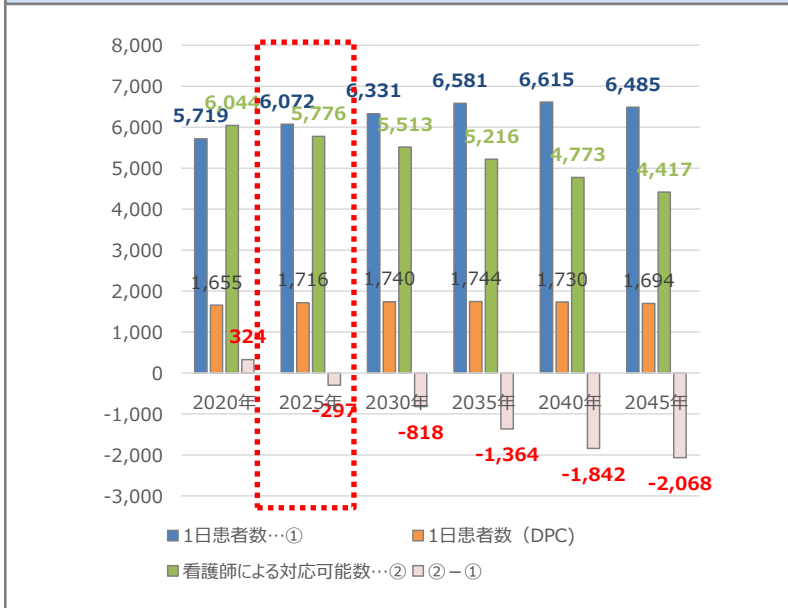
医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 松山圏域の患者はほぼ全件松山圏域にて対応がされている。
- 一方で、他圏域からの患者受け入れが非常に多くあり、急性期のみではなく回復期以降においても松山圏域で対応しているケースも多い様子。
- 松山圏域は愛媛県最大の医療圏であるため、自圏域患者への対応と他圏域患者の対応の2層対応となっており、各病院における役割分担、広域連携のあり方など、将来にわたって準備をすべきことが多い。

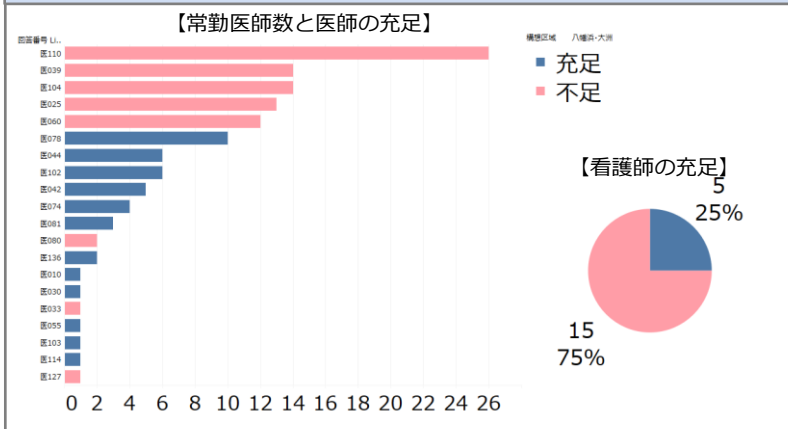
需要量と供給量の推計



今後の課題

- 現状は愛媛県内において最も医療体制が充実している医療圏となる。
- しかし、近い将来は需要の変化や働き手の不足により、医療提供体制を変化させる必要性が最も高い医療圏となる可能性がある。
- 少ない医師数で多くの救急搬送を受けている病院が多数あり、今後の働き方改革や医師の高齢化に対応して永続的に救急体制を維持できるかに懸念がある。
- 現在は、自圏域と他圏域の患者対応の両方を行っているが、将来に亘りこの体制を維持できるかに焦点をあて、役割分担や広域連携のあり方について、松山圏域内の話と他圏域との調整の話を同時並行で進めなければならない。

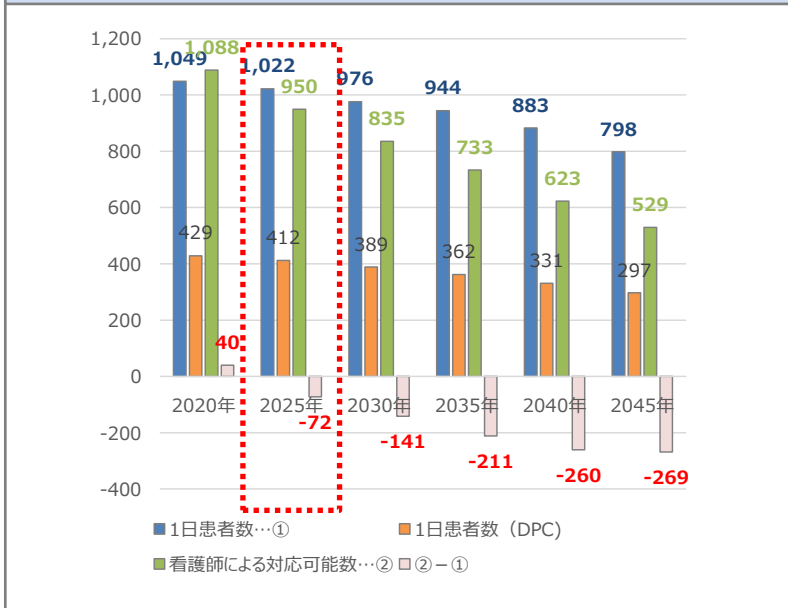
医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は低く、他圏域による手術や入院が行われる症例には明確な傾向があった。
- 広域連携（もしくは流出症例）傾向は明確であり、脳腫瘍、心臓血管外科、消化器系で内科外科の連携が必要なケースは松山医療圏にある病院を受診している。その他、自圏域に診療科（専門医）が不在の場合は当然ながら他圏域への受診となる。
- 愛媛県の共通課題を踏まえると、手術による広域連携、回復期以降の広域連携など、病態に応じた連携体制について強化する余地の確認が必要。

需要量と供給量の推計

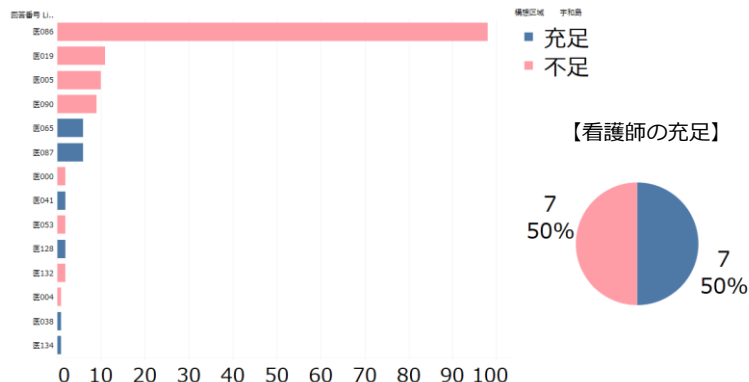


今後の課題

- 圏域内にて高度急性期を設けるか、それら疾患は広域連携を主にするのかの判断が必要。人員が分散している状況では重症症例を集めることが困難になる可能性がある。
- 重症な症例について広域連携する場合、下り搬送やUターン・Jターン連携のあり方をどうするか（回復期も他圏域との連携を行うか）。
- 外部に流出している手術は緊急入院もしくは予定入院のいずれかを引き続き分析。
- 地域完結を行うために、症例を具体的に絞り地域の医療機関及び関係者にて協議することが必要。
- 広域連携を行う場合、救急隊や隣接医療圏に負担がかからない方法について、関係者にて協議が必要。あわせて、高齢化により自走が困難な患者が増えた場合の他圏域医療機関の受診方法についても念頭におく必要がある。

医師・看護師の充足状況

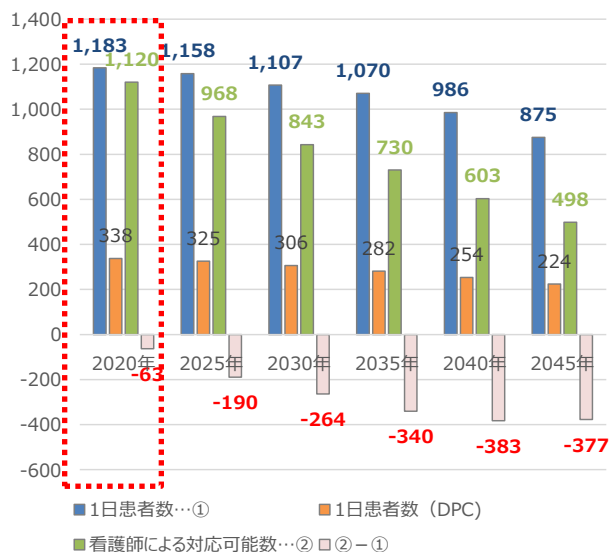
【常勤医師数と医師の充足】



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率が高い。他圏域による手術や入院が行われる一部ケースは傾向が明確であった。
- 患者移動では、八幡浜・大洲圏域（西予市）からの流入が多く、実診療圏としての広域連携のあり方についての議論と体制作りが必要。
- 愛媛県の共通課題を踏まえると、手術による広域連携、回復期以降の広域連携など、病態に応じた連携体制について強化する余地の確認が必要。

需要量と供給量の推計



今後の課題

- 現に多くの病院で病床稼働率が低く、需要縮小への対応が必要である。2025年必要病床数は全国値から推計した必要病床数だが、2021年時点は2025年時点必要数の約1.4倍の病床数がある。
- 医師・看護師をはじめとした働き手不足が深刻であり、成り行きでは働き手不足により医療需要に対応出来なくなる恐れも考える。
- 需要と供給の両方の視点から、機能の再編や集約に関する議論は不可避のように見え、地域において守るべき医療とその為の方法論について早い時期からの議論が必要。
- 地域事情により、急性期機能の集約・強化と回復期から在宅まで円滑な連携体制の構築を行う必要性が高まっている。

■ 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。