

## 定量基準分析による病床機能報告の分析結果

2024年2月29日  
株式会社日本経営

# 今治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、高度急性期および回復期機能の病床が大幅に不足している。（※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。

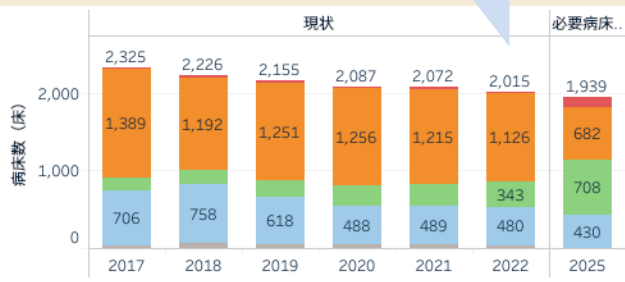
## 地域医療構想の状況（入院料別）

設定中の構想区域：3803\_愛媛県\_今治

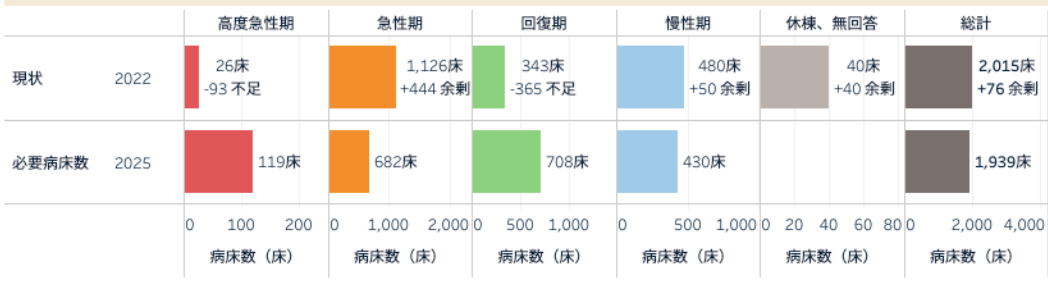
設定中の市区町村：38202\_今治市

総病床数は必要数に近く

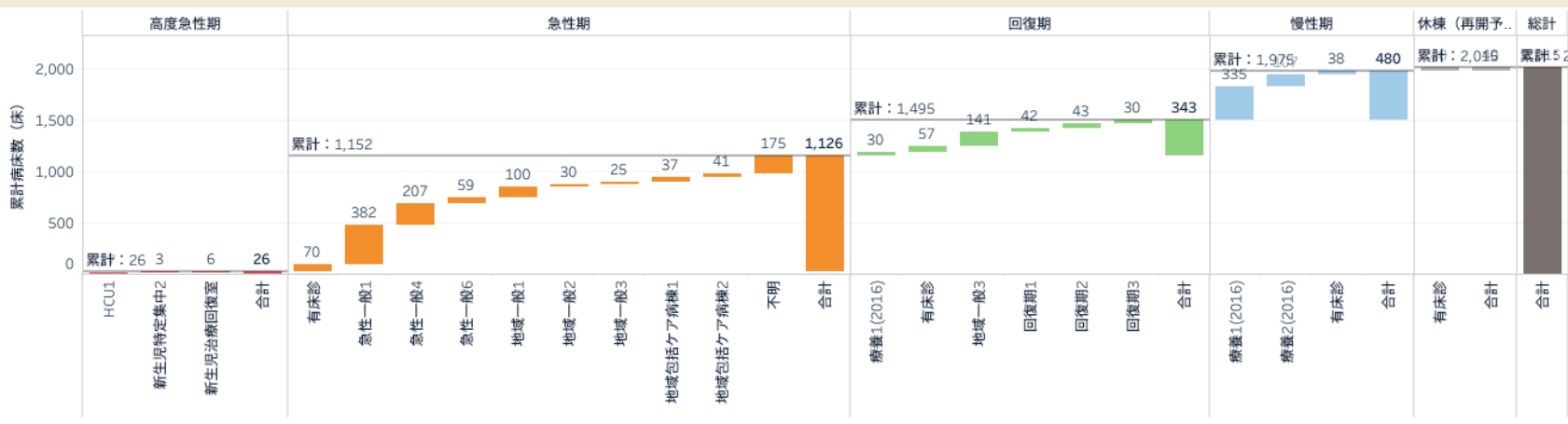
### 病床数の推移



### 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



# 今治医療圏の主な病棟指標

- コロナの影響が生じている可能性はあるが、急性期病棟を持つ医療機関において低い稼働率が散見される。
- 急性期需要はピークアウトした可能性があり（次頁参照）、病床の機能を転換する必要性がうかがえる。

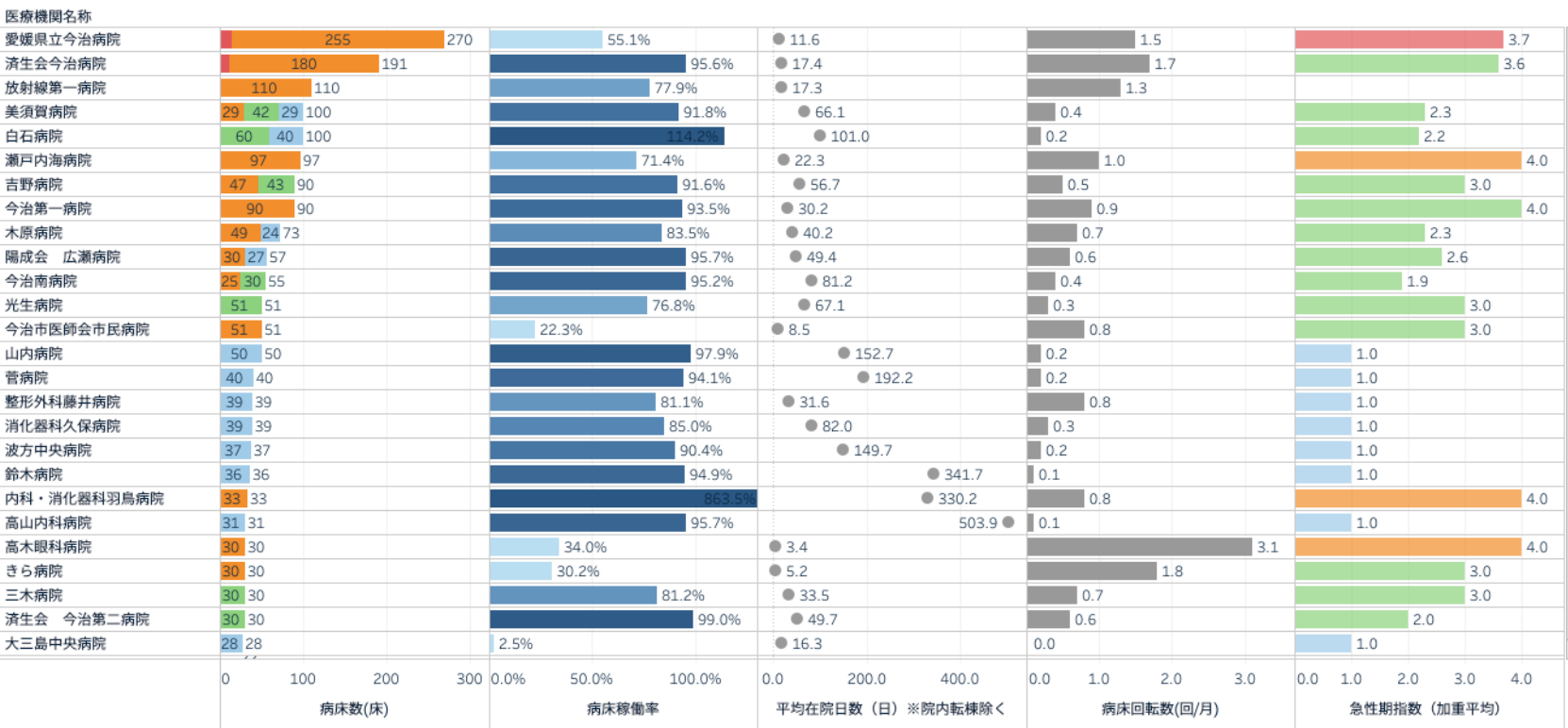
## 主要指標（構想区域）

設定中の構想区域：3803\_愛媛県\_今治

設定中の市区町村：38202\_今治市

## 経営指標\_2022年度

年度  
2022年度



- 市区町村  
すべて
- 病床の設定  
許可病床
- 機能区分
  - 高度急性期
  - 急性期
  - 回復期
  - 慢性期
- 急性期指数による分類
  - 高度急性期
  - 単科専門病院
  - ケアミックス
  - 慢性期
- 医療機関の検索  
ハイライトされたアイテム

# 今治医療圏の主な救急指標

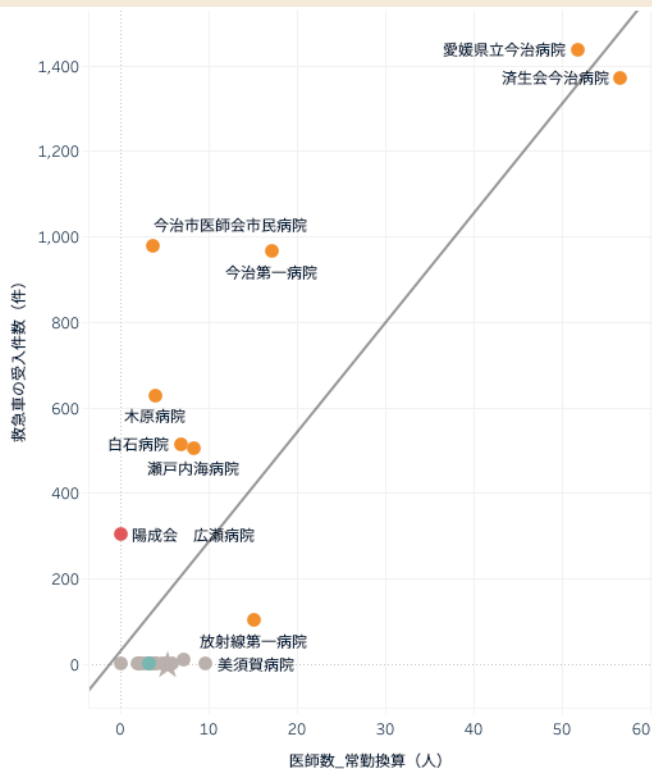
- 県立今治病院および済生会今治病院が救急受け入れの主となっているが、搬送受入が多く、の病院に分散している。中には少ない医師で数百台の救急搬送に対応している医療機関があり、医師の働き方改革や医師の高齢化などの諸条件に対応し、将来にわたり救急体制を維持できるか確認が必要。

## 救急指標（医師数と受入）

設定中の構想区域：3803\_愛媛県\_今治

設定中の市区町村：38202\_今治市

### 医師数×救急受入件数



### 救急医療

医療機関名称	医師数_常勤換算 (人)	救急車の受入件数 (件)	夜間休日の受入件数 (件)	夜間休日の入院件数 (件)	夜間休日の入院率 (%)
愛媛県立今治病院	51.80	1,438	3,194	623	19.5%
済生会今治病院	56.70	1,371	2,484	546	22.0%
今治市医師会市民病院	3.70	979	6,300	254	4.0%
今治第一病院	17.20	966	2,265	0	0.0%
木原病院	4.00	629	1,520	303	19.9%
白石病院	6.90	515	1,371	154	11.2%
瀬戸内海病院	8.40	506	2,635	218	8.3%
陽成会 広瀬病院	0.00	303	1,138	0	0.0%
放射線第一病院	15.20	104	0	0	0.0%
吉野病院	7.10	11	10	0	0.0%
今治南病院	3.20	0	0	0	0.0%
内科・消化器科羽島病院	0.00	0	0	0	0.0%
高山内科病院	4.00	0	0	0	0.0%
菅病院	2.00	0	0	0	0.0%
済生会 今治第二病院	3.00	0	0	0	0.0%
鈴木病院	2.20	0	0	0	0.0%
消化器科久保病院	3.70	0	0	0	0.0%
光生病院	4.70	0	47	0	0.0%
村上病院	5.10	0	0	0	0.0%
美須賀病院	9.70	0	0	0	0.0%
三木病院	3.20	0	0	0	0.0%
きら病院	2.10	0	69	0	0.0%
整形外科藤井病院	2.60	0	63	0	0.0%
高木眼科病院	4.00	0	97	0	0.0%
山内病院	5.90	0	353	0	0.0%

年度  
2022年度

市区町村  
すべて

救急指定

- 三次救急
- 二次救急
- 救急告示
- 指定なし

医療機関の検索

ハイライトされたアイテム

- 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、2025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、介護需要のピークは2025年になる見込み。入院医療（DPC）は既にピークアウトしている可能性がある（図2）。

図1：人口構造の見通し

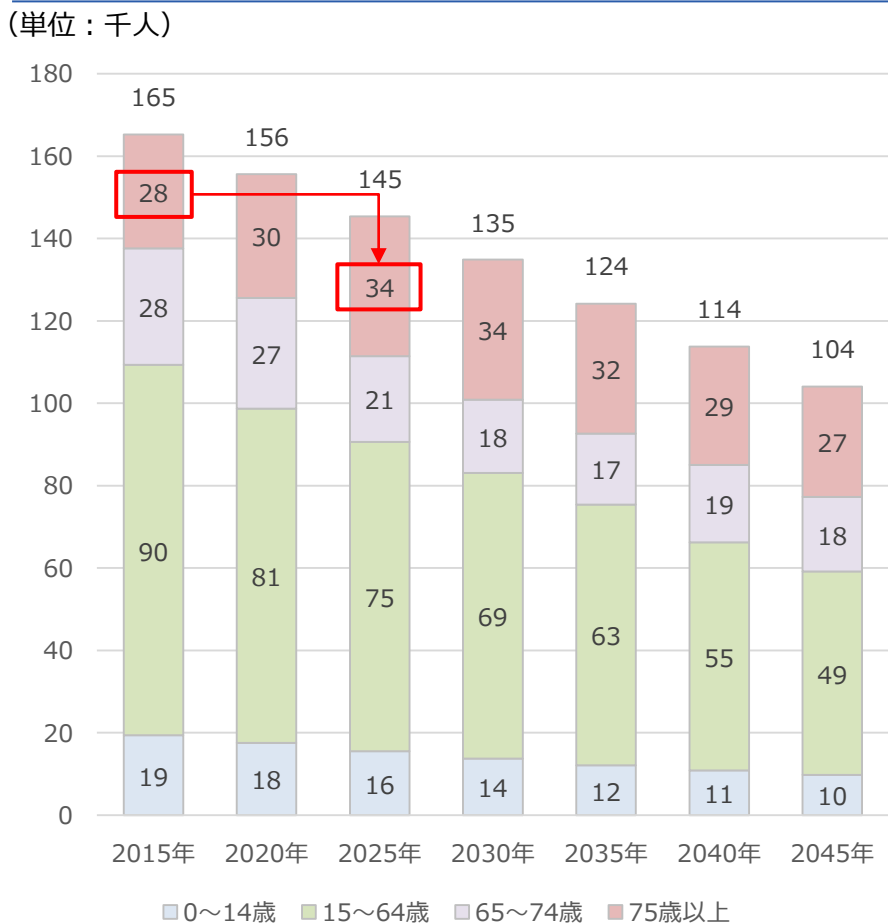
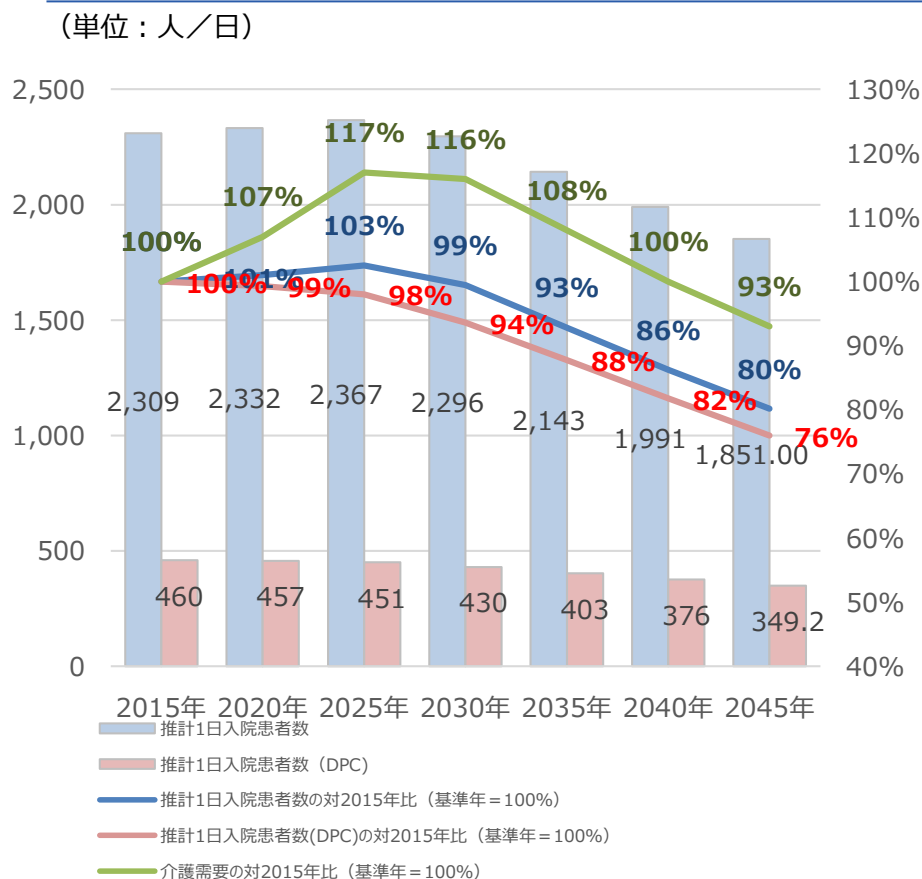


図2：入院医療需要の推計



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>

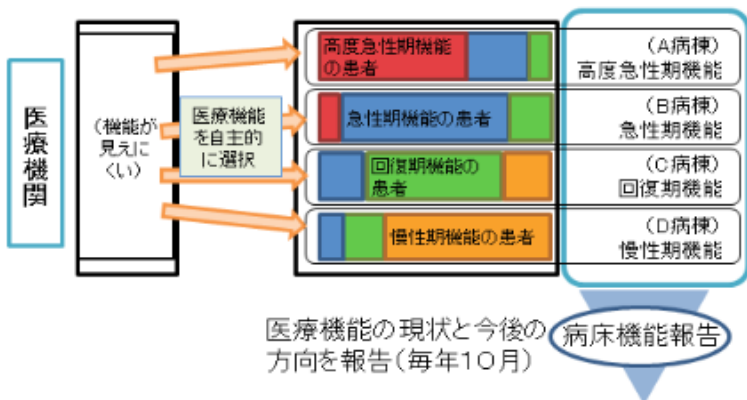
病床機能報告制度は、各医療機関が病床機能を自主的に選択して報告する仕組み。

**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。

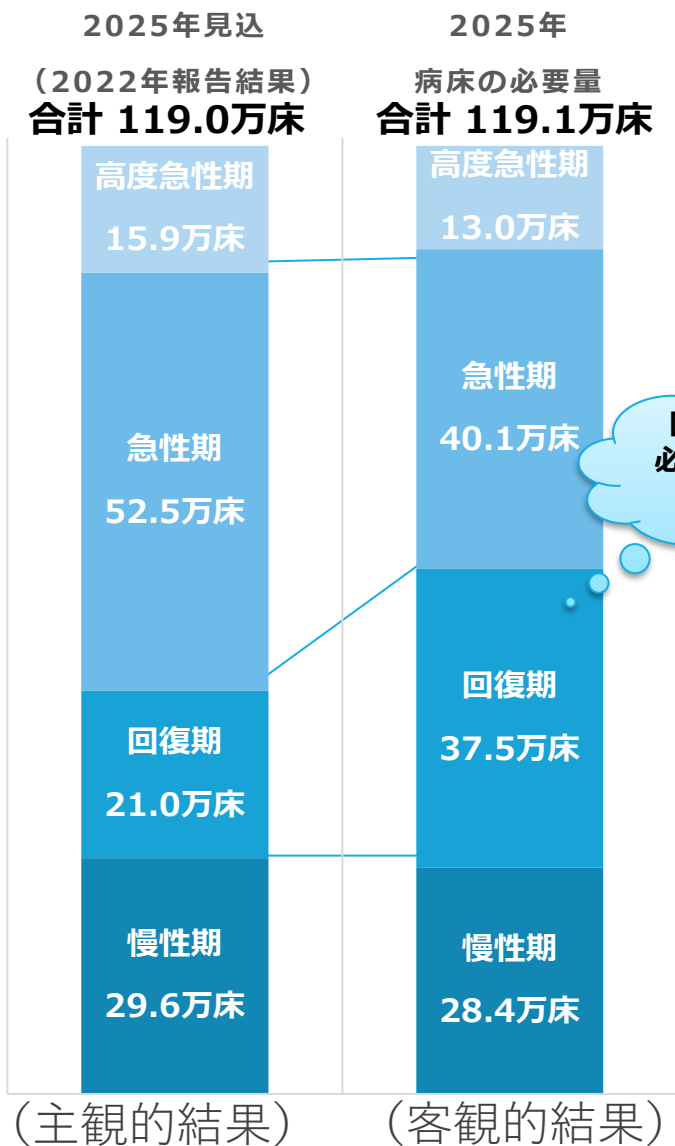
区分線 2 で急性期に分類される病棟の割合（令和 4 年度報告）

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

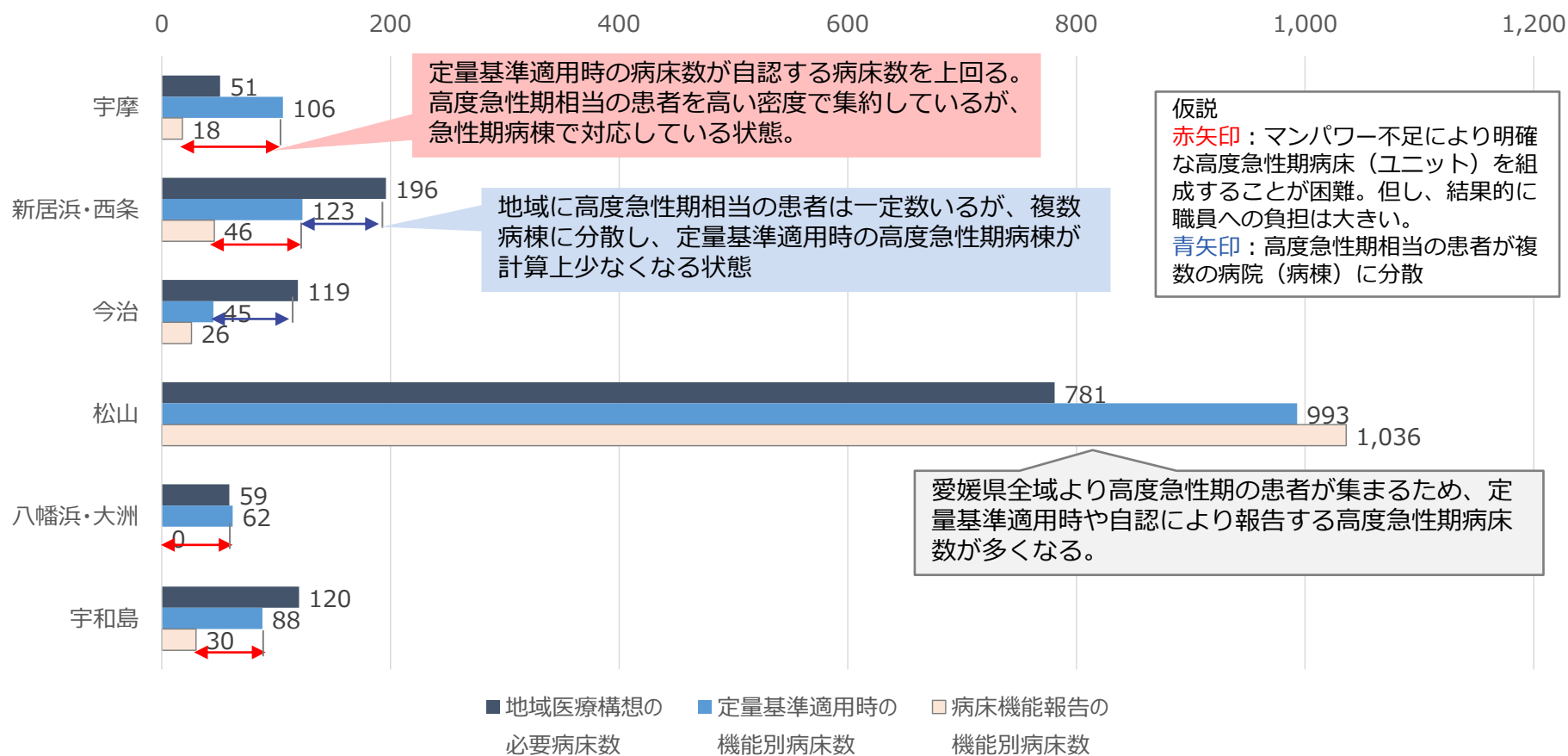
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴

## 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

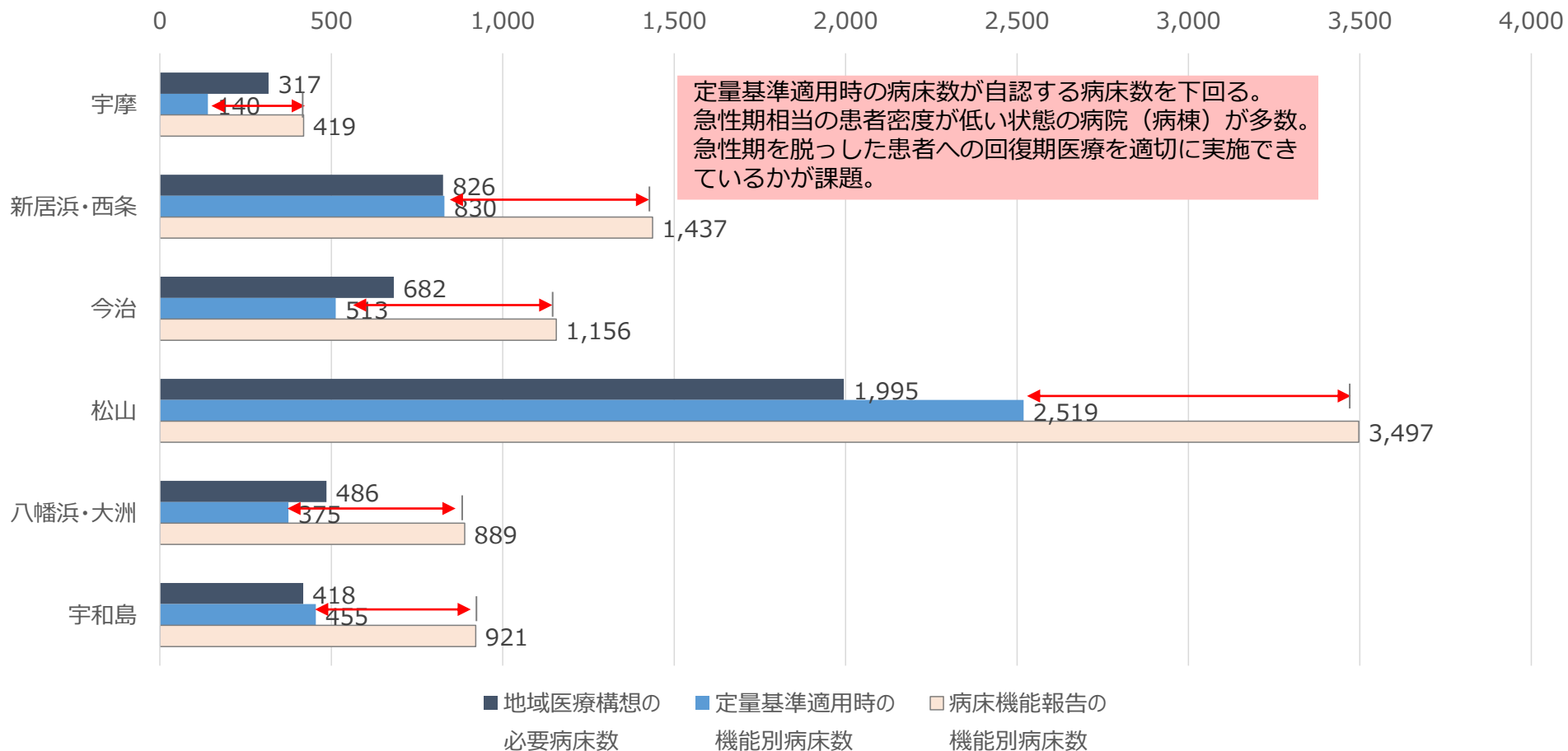


# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 急性期

【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



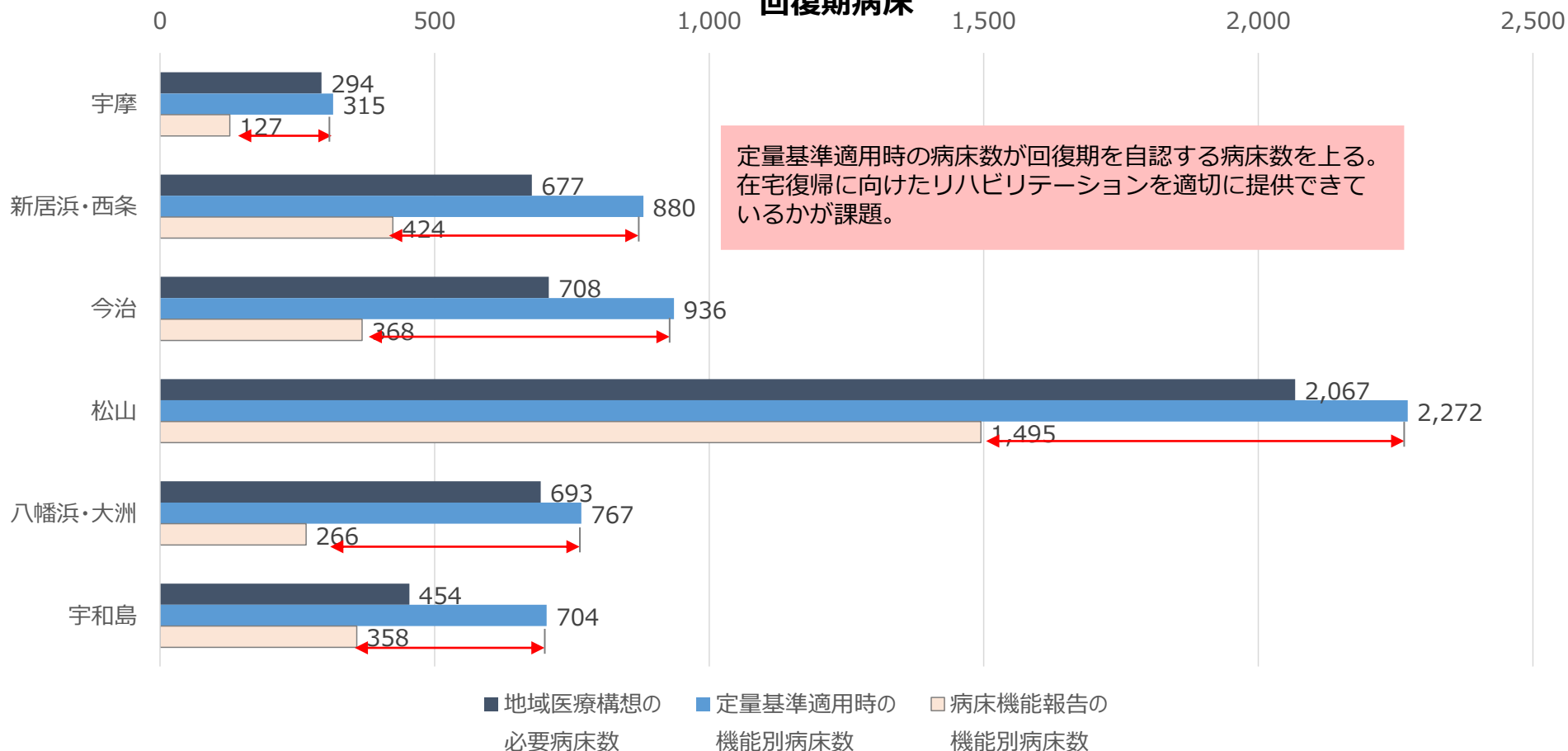
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 回復期

【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、**A D L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



定量基準適用時の病床数が回復期を自認する病床数を上る。在宅復帰に向けたリハビリテーションを適切に提供できているかが課題。

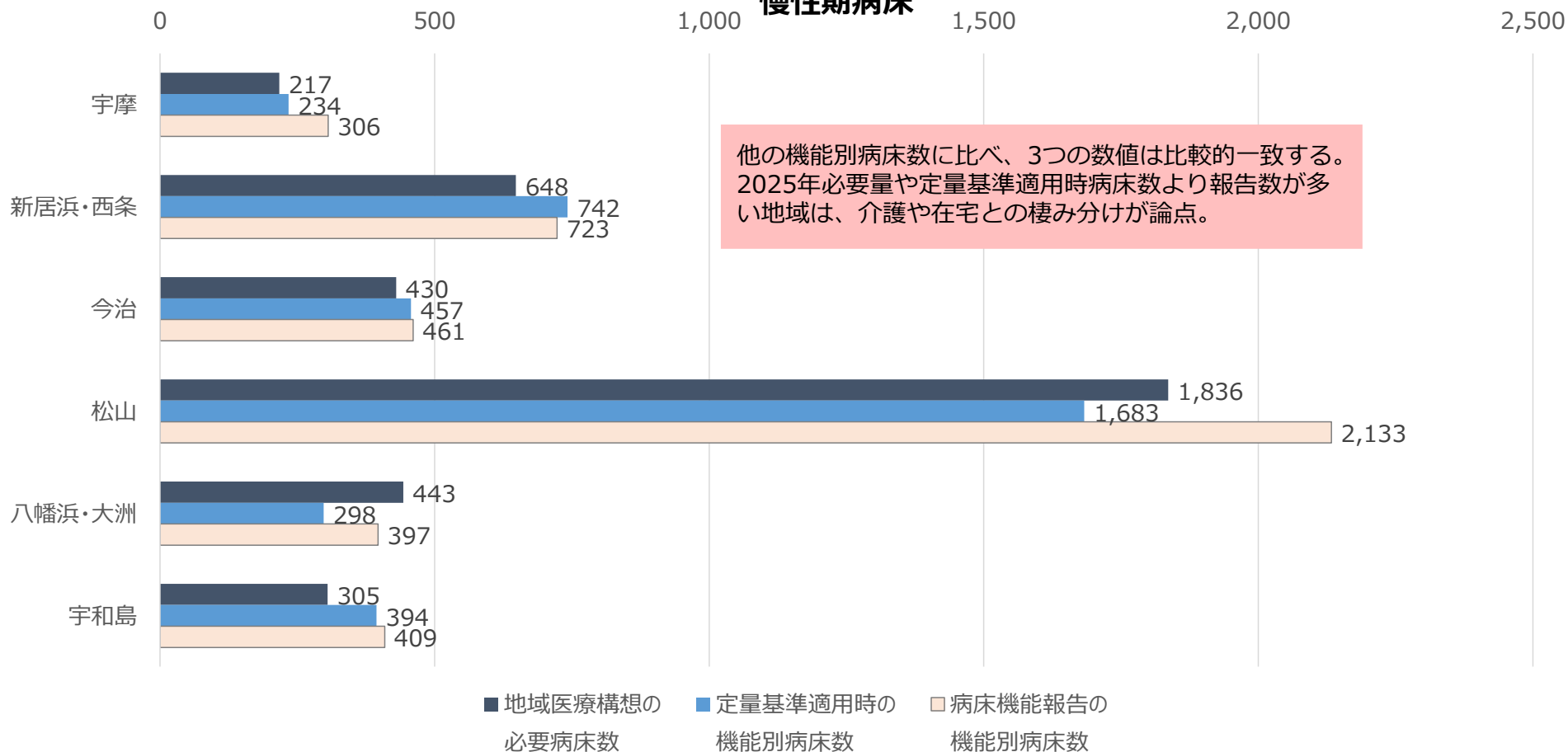
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 慢性期

【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

## 今治圏域の傾向

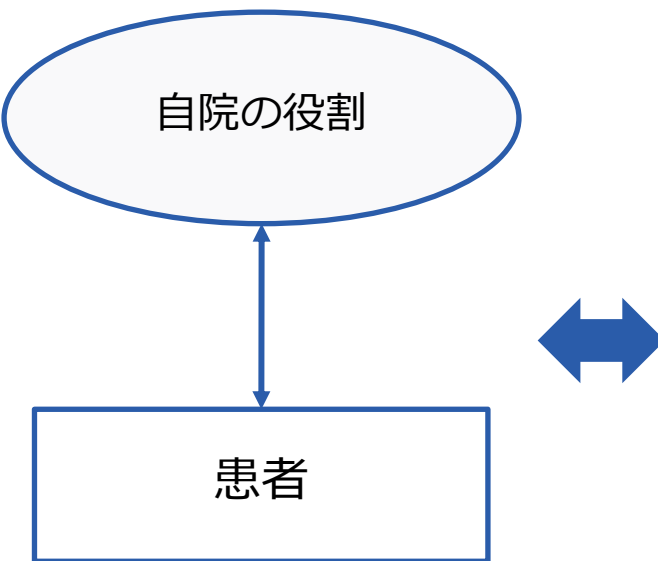
病床区分	概況
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"><li>定量基準適用時に高度急性期相当となる病床数が地域医療構想上の必要病床数に比べて少なくなる。</li><li>背景への考察は、定量基準適用時に<b>高度急性期相当となる患者が複数病院に分散しており、高度急性期相当となる患者を受け入れている病棟において、それら患者の割合が低くなる</b>と考える（高度急性期相当の患者は受け入れているが、<b>地域内の複数病棟に分散することで1病棟当たりの定量基準のしきい値を超えない</b>）。</li></ul>
急性期	<ul style="list-style-type: none"><li>定量基準適用時に急性期相当となる病床数は地域医療構想上の必要病床数と比べて少ない。高度急性期と急性期の合計では、定量基準適用時が558床、地域医療構想の必要病床数が801床となり、243床の差。<b>高度急性期と急性期の合計で見た場合も地域医療構想上の必要数より定量基準時の病床数は少ない</b>。</li><li>また、<b>病床機能報告上の急性期病床数は1,156床あり定量基準時や地域医療構想の必要病床数に対して2倍近い病床数</b>になる。</li></ul>
回復期	<ul style="list-style-type: none"><li>定量基準適用時の病床数が地域医療構想上の必要病床数を上回る。</li><li>なお、<b>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</b>。</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>また、<b>病床機能報告の機能別病床数もほぼ一致しており、この尺度では各病棟の自己認識する機能と定量基準による評価数は一致する</b>。</li></ul>
総論	<ul style="list-style-type: none"><li><b>高度急性期相当の患者が複数病棟に分散し、定量基準上の高度急性期病床が少なく出ている可能性がある</b>。</li><li>これについて、<b>役割分担が進まないことによる医療職への負担、重症患者比率で考えた場合それらを基準とする診療報酬の施設基準への適応と経営への影響についてが懸念点となる</b>。この点は急性期の入院料を届け出る病棟も同様である。</li><li><b>急性期機能を報告する病床数がその他の基準を大幅に上回り、回復期機能を報告する病床が大幅に不足している</b>。圏域内での機能転換促進が必要。</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12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

## 今治医療圏

### ■ 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	4				
	急性期		9	12		
	回復期			5		1
	慢性期				10	
	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	68%				
	急性期		85%	79%		
	回復期			91%	52%	
	慢性期				92%	
	不明/休棟					

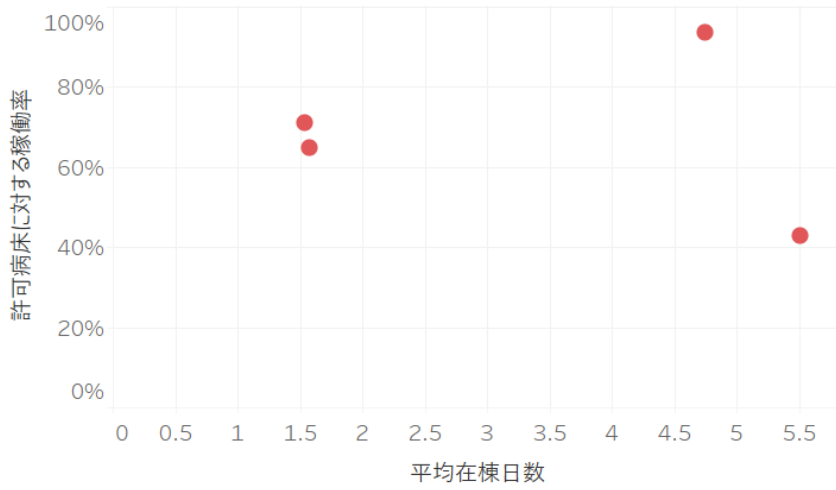
### ■ 平均在院日数

		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	3				
	急性期		9	23		
	回復期			53	225	
	慢性期				246	
	不明/休棟					

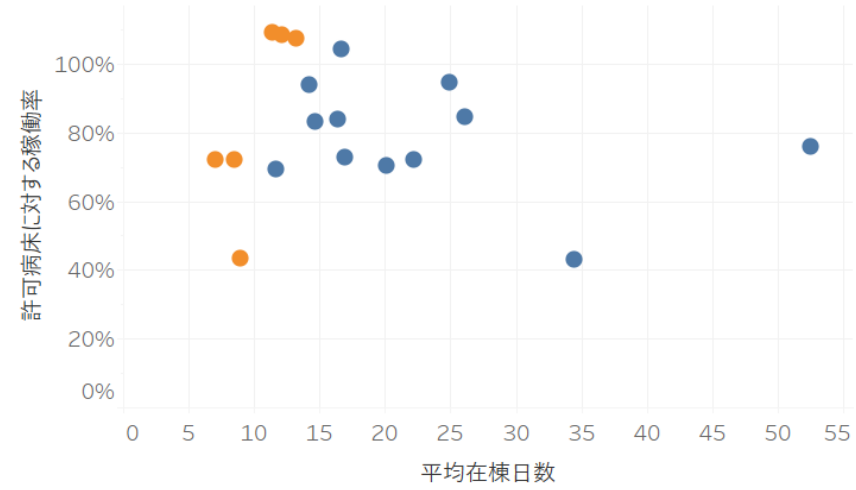
- 高度急性期
  - 急性期
  - 回復期
  - 慢性期
  - 不明/休棟
- 構想区域【名簿】  
今治

# 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）

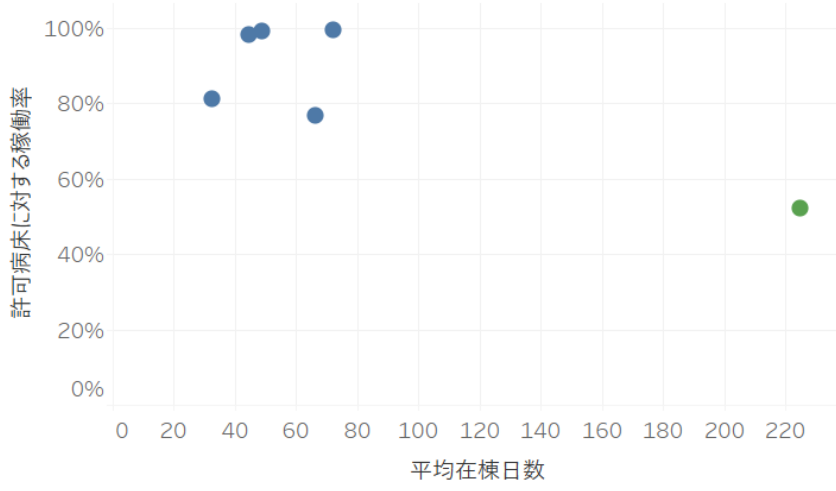
今治\_病床機能報告結果\_高度急性期



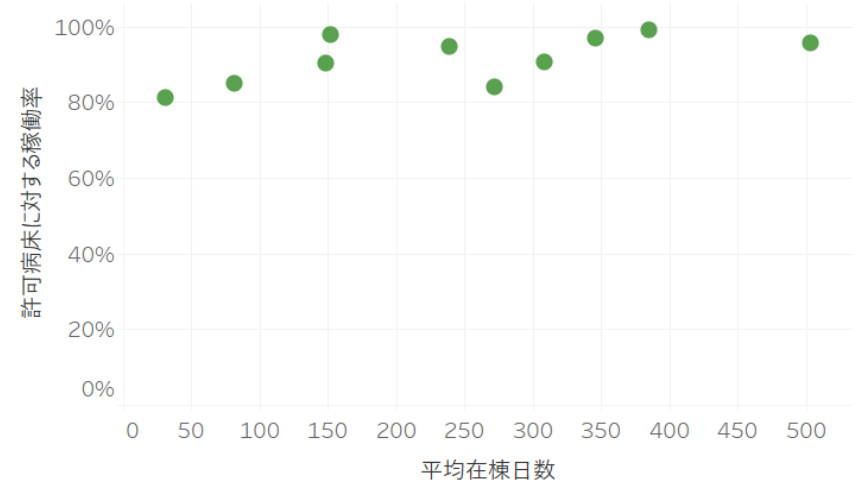
今治\_病床機能報告結果\_急性期



今治\_病床機能報告結果\_回復期



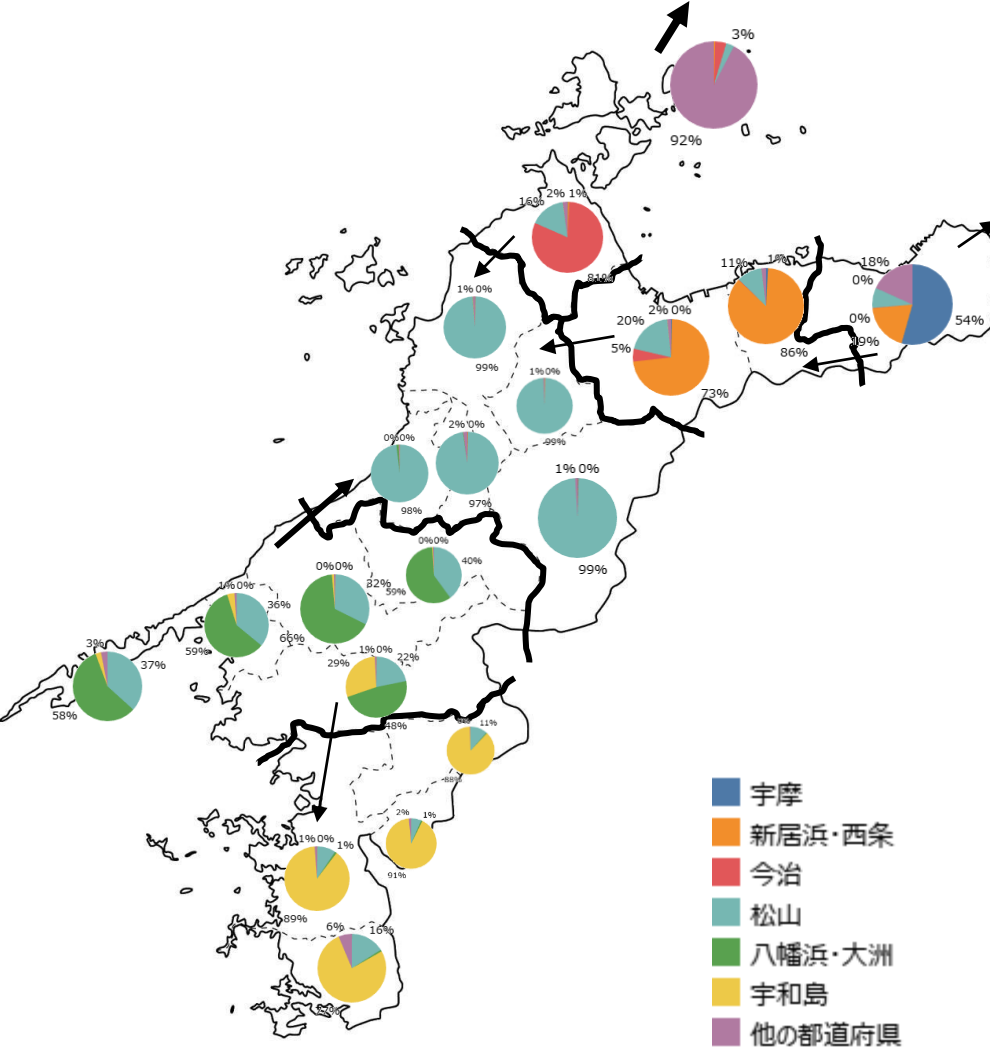
今治\_病床機能報告結果\_慢性期



※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

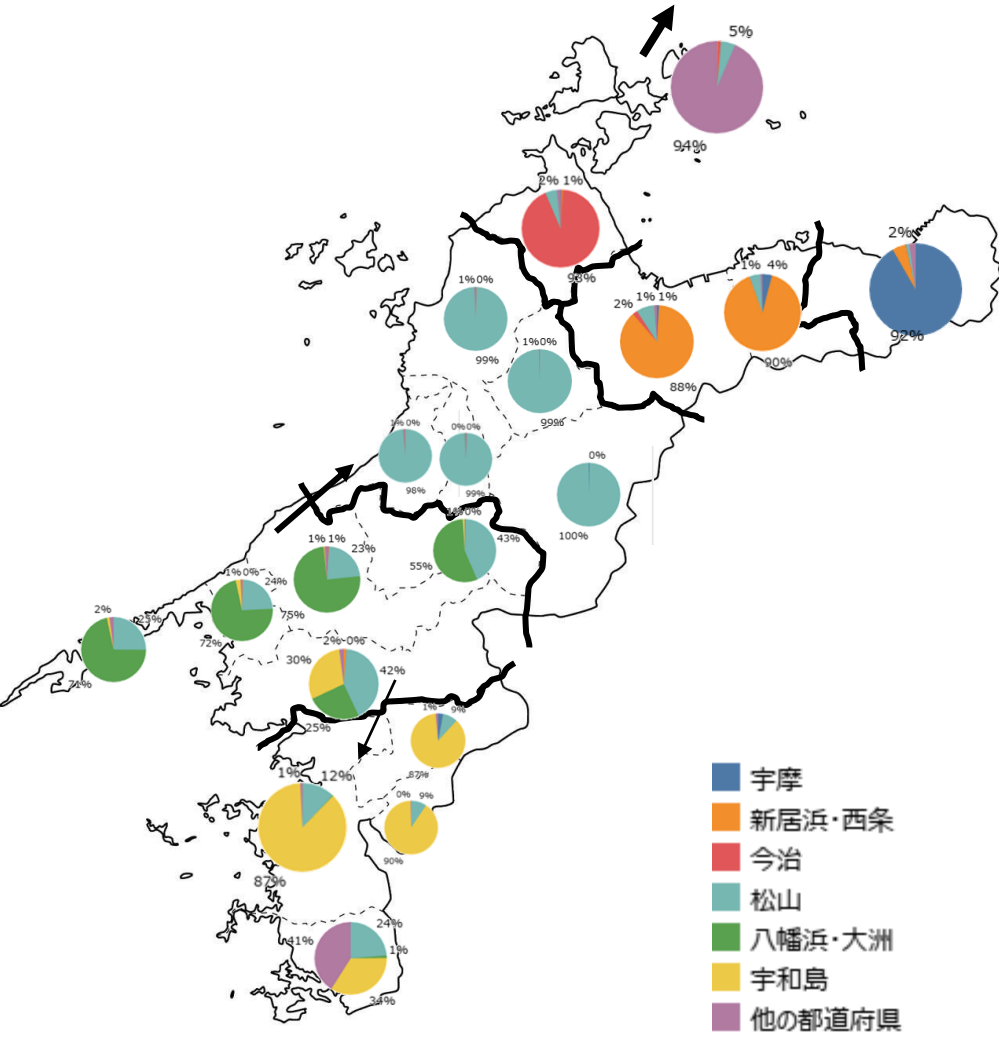


	主に広域連携を行う手術の状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳血管疾患はほぼ完結しているが、心疾患は圏域内で高度な症例に対応しているものの、近隣医療圏と分散。他の診療科も新居浜や他の都道府県に分散。</li> <li>がんの手術は松山圏域と広域連携。</li> </ul>
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> <li>新居浜市は肺がんの手術や顔面・口腔の手術は松山圏域との広域連携。その他はほぼ完結状態。</li> <li>西条市から松山圏域への受診割合は新居浜市のそれよりも高い値。手術により、圏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

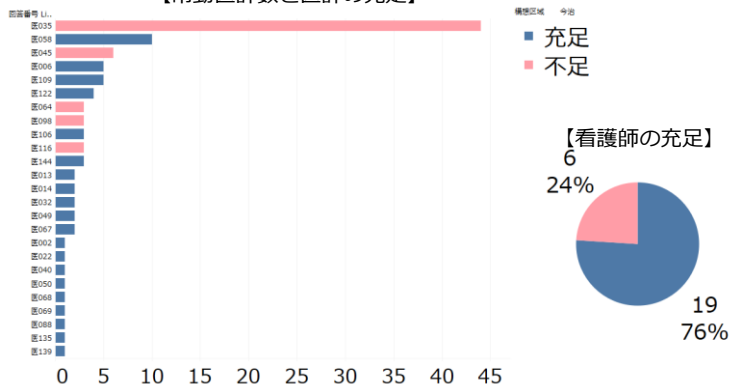


	回復期以降の他圏域への入院状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域完結率は回復期リハだけでなく、地ケアや緩和ケア病棟など、急性期を脱したのちの入院料全般において高い。急性期の広域連携をしたのち、後方支援時の広域連携が円滑に行われている。</li> </ul>
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域完結率は回復期リハだけでなく、地ケアや緩和ケア病棟など、急性期を脱したのちの入院料全般において高い。急性期の広域連携をしたのち、後方支援時の広域連携が円滑に行われている。</li> </ul>
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

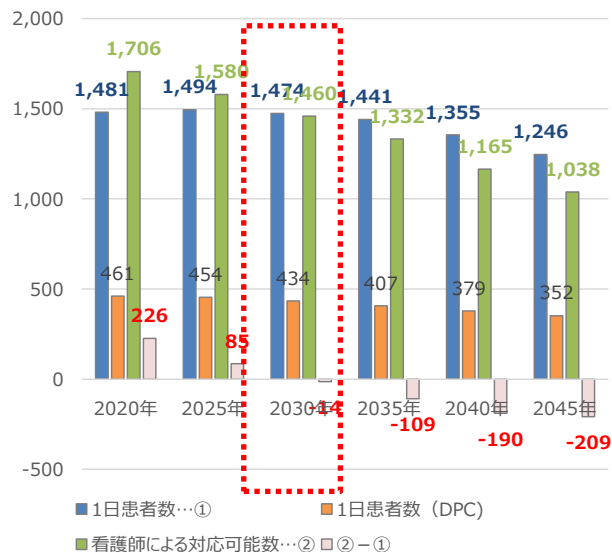
【常勤医師数と医師の充足】



## 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人で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。

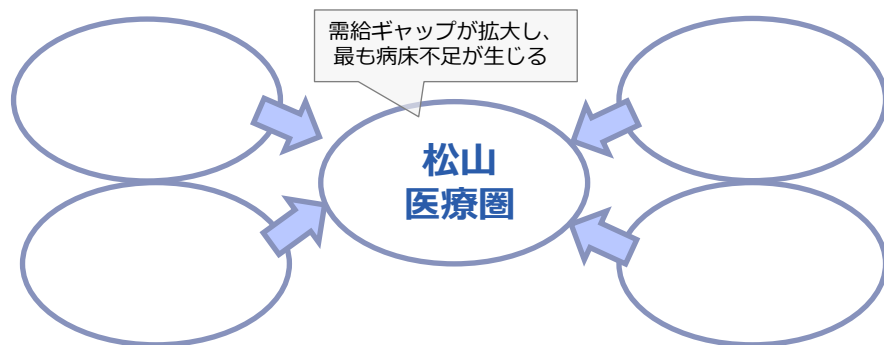


# 地域完結と広域連携の重要性 | 愛媛県全域による概観と課題

- 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

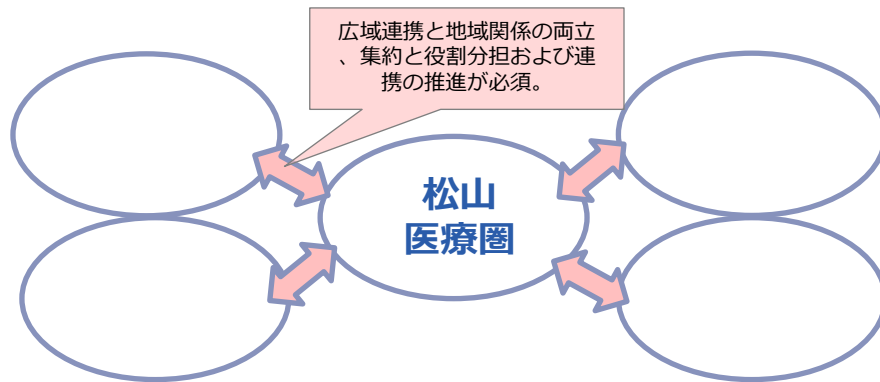
- 松山医療圏は人手が豊富。その他の地域は人手不足
- 松山医療圏の病院に頼った医療体制（流出過多）



- 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

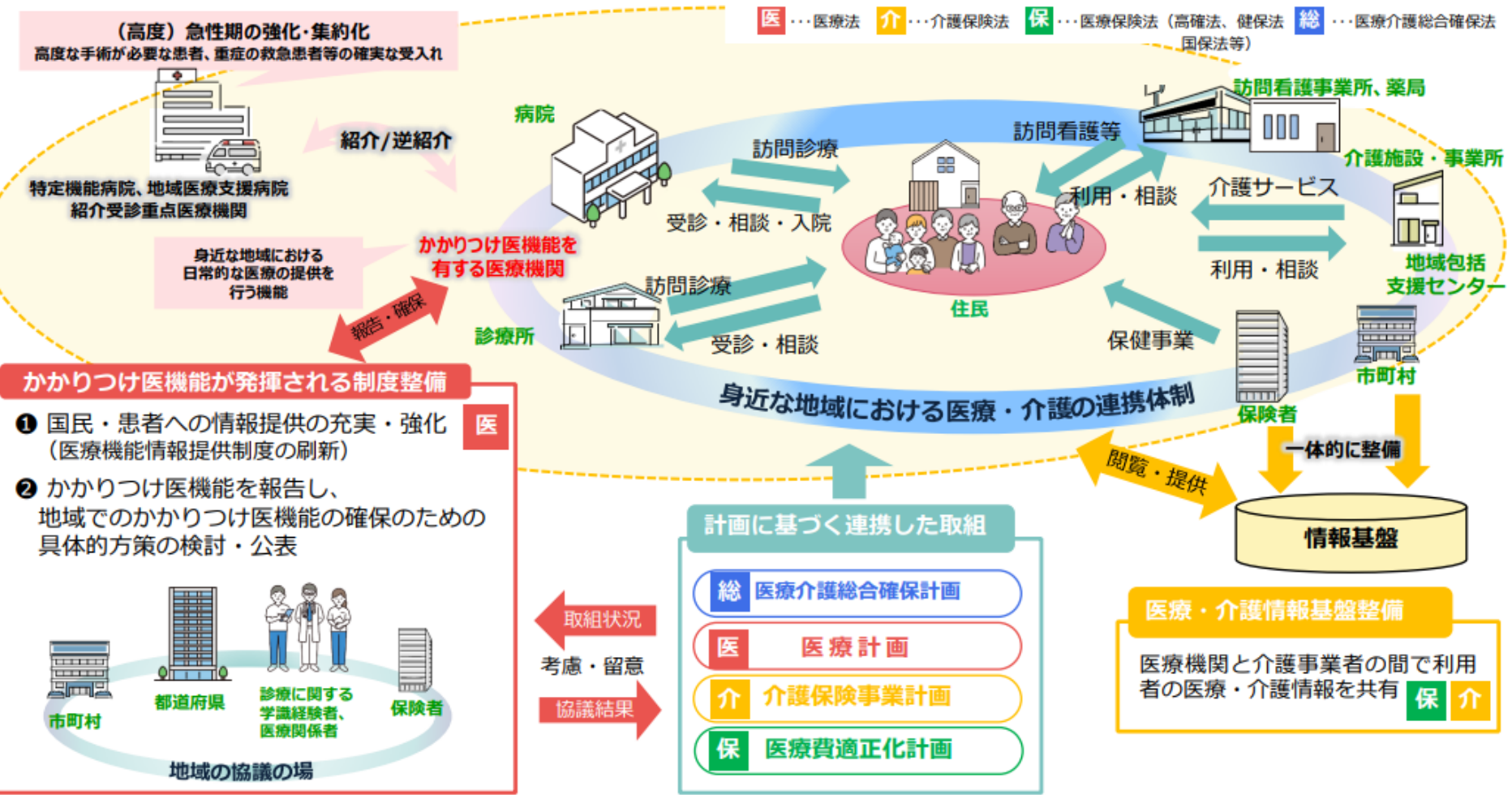
## これからのイメージ

- 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



出典：第19回医療介護総合確保促進会議

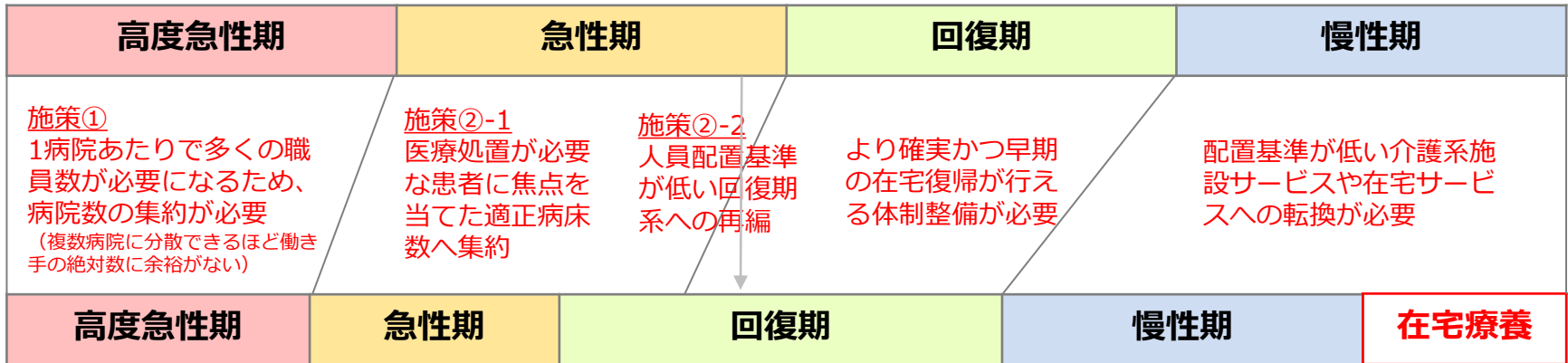
# 地域完結と広域連携の重要性 | 機能再編や解決の方向性について

## ■ 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。