

# 定量基準分析による病床機能報告の分析結果

2024年2月19日  
株式会社日本経営

# 八幡浜・大洲医療圏の必要病床数と報告病床数の状況

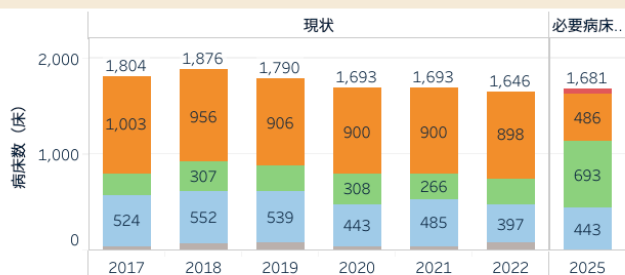
- 2025年の必要病床数に対して2022年度に報告された総病床数は下回っている。内訳では、高度急性期および回復期機能の病床が大幅に不足している。（※急性期病床の一部にて高度急性期に該当するような患者に対応している可能性がある。）
- 急性期はより濃淡のつけた機能分化を図り、高度急性期や回復期への機能転換の必要性がうかがえる。
- また、高度急性期は他医療圏の三次救急医療機関との連携強化についても並行して検討が必要である。

## 地域医療構想の状況（入院料別）

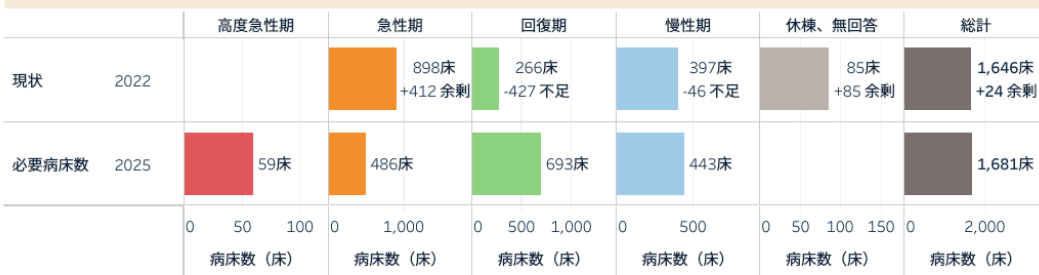
設定中の構想区域：3805\_愛媛県\_八幡浜・大洲

設定中の市区町村：すべて

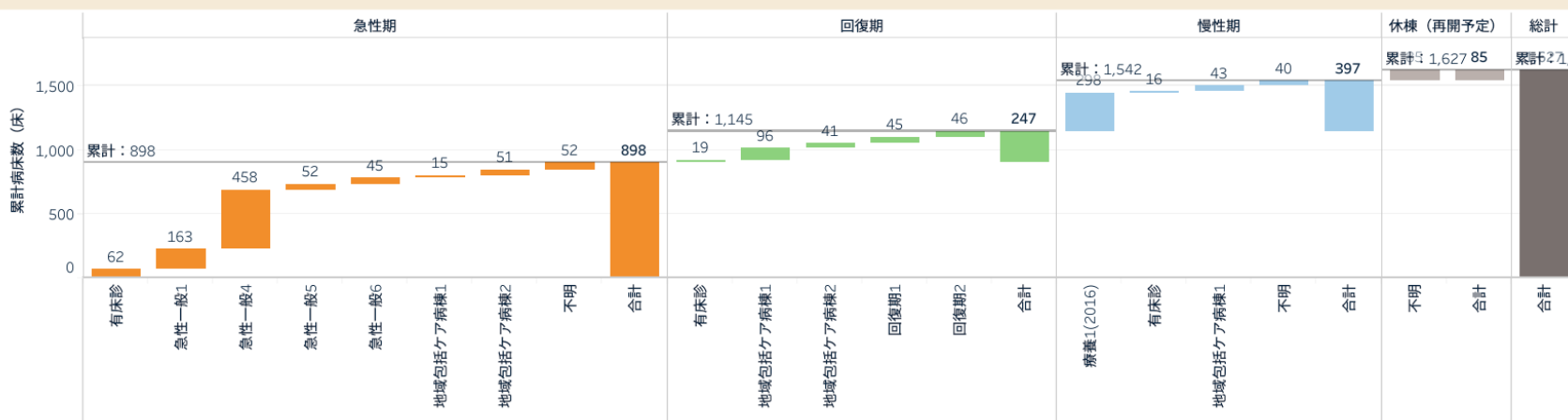
### 病床数の推移



### 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



# 八幡浜・大洲医療圏の主な病棟指標

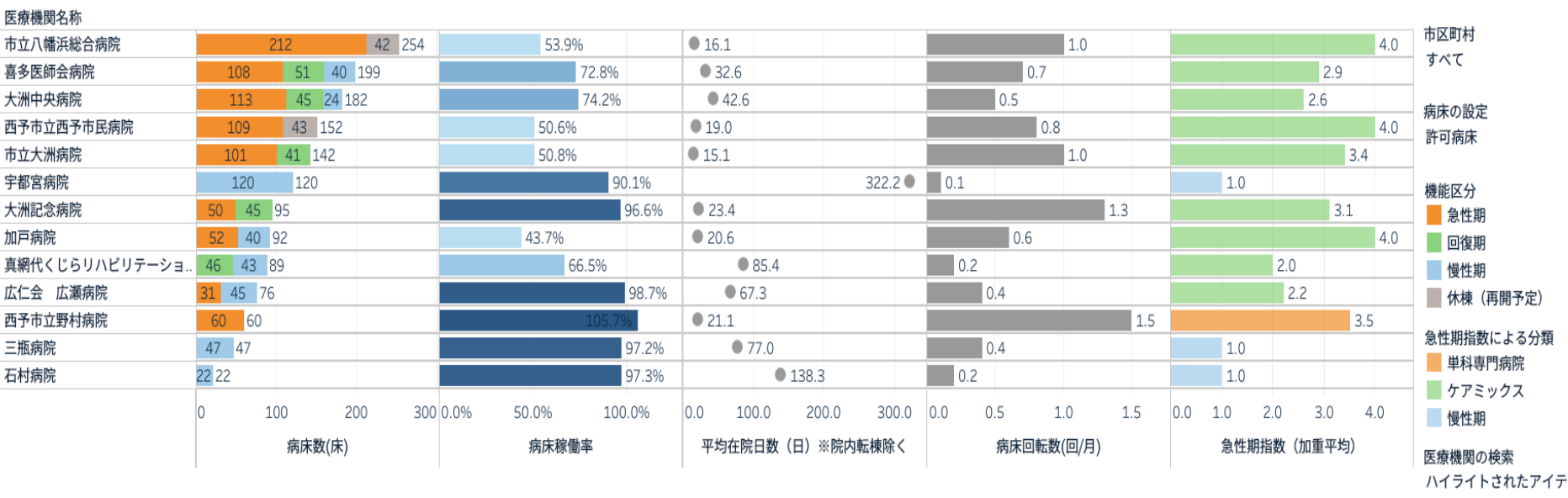
- コロナ病床の影響している可能性はあるが、市立八幡浜総合病院、西予市立西予市民病院、市立大洲病院など急性期機能を届け出る病院において、許可病床数に対する病床稼働率が50%程の病院が複数ある。
- 需要との不整合もしくはマンパワー不足による受け入れ困難など、病床稼働率が低い要因についての確認と対策が必要。

## 主要指標 (構想区域)

設定中の構想区域：3805\_愛媛県\_八幡浜・大洲

設定中の市区町村：すべて

## 経営指標\_2022年度



# 八幡浜・大洲医療圏の主な救急指標

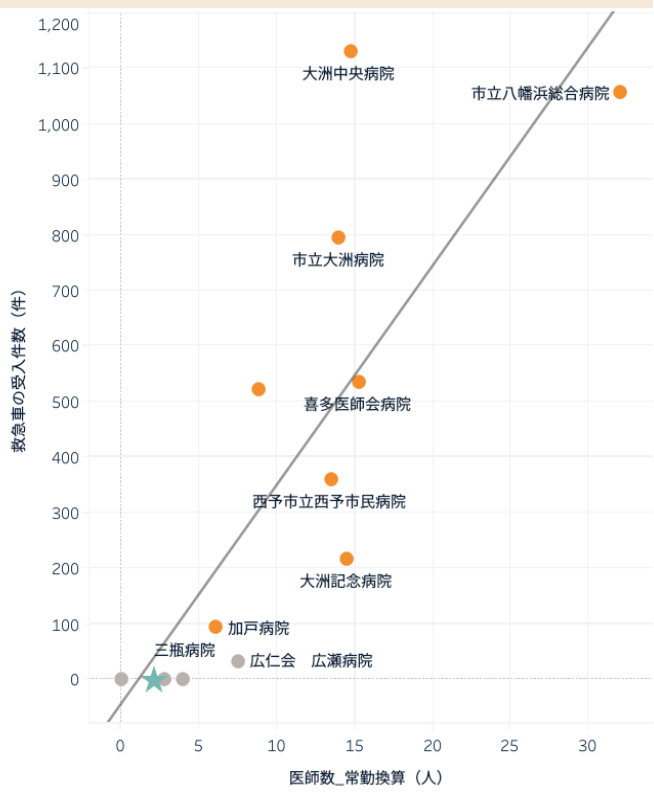
- 医療圏内において救急搬送受入数の最多は大洲中央病院となる。
- 但し、少ない医師にて多くの搬送を受け入れており、医師確保や医師の負担軽減において課題が生じている可能性がある。

## 救急指標（医師数と受入）

設定中の構想区域：3805\_愛媛県\_八幡浜・大洲

設定中の市区町村：すべて

### 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
大洲中央病院	14.70	1,131	11,732	748	6.4%
市立八幡浜総合病院	32.10	1,057	2,177	751	34.5%
市立大洲病院	14.00	795	1,240	245	19.8%
喜多医師会病院	15.30	534	816	292	35.8%
西予市立野村病院	8.80	522	1,524	294	19.3%
西予市立西予市民病院	13.50	360	1,324	325	24.5%
大洲記念病院	14.50	215	741	0	0.0%
加戸病院	6.10	93	115	0	0.0%
広仁会 広瀬病院	7.50	33	0	0	0.0%
真網代くじらリハビリテーション..	0.00	0	0	0	0.0%
宇都宮病院	4.00	0	0	0	0.0%
石村病院	2.80	0	22	0	0.0%
三瓶病院	2.10	0	0	0	0.0%

年度  
2022年度

市区町村  
すべて

救急指定  
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..

- 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）。その影響を受け、介護需要は2020年から2025年がピークとなる見込み。
- 2015年を起点とする場合、当医療圏の医療需要は既にピークアウトをしている（図2）。

図1：人口構造の見通し

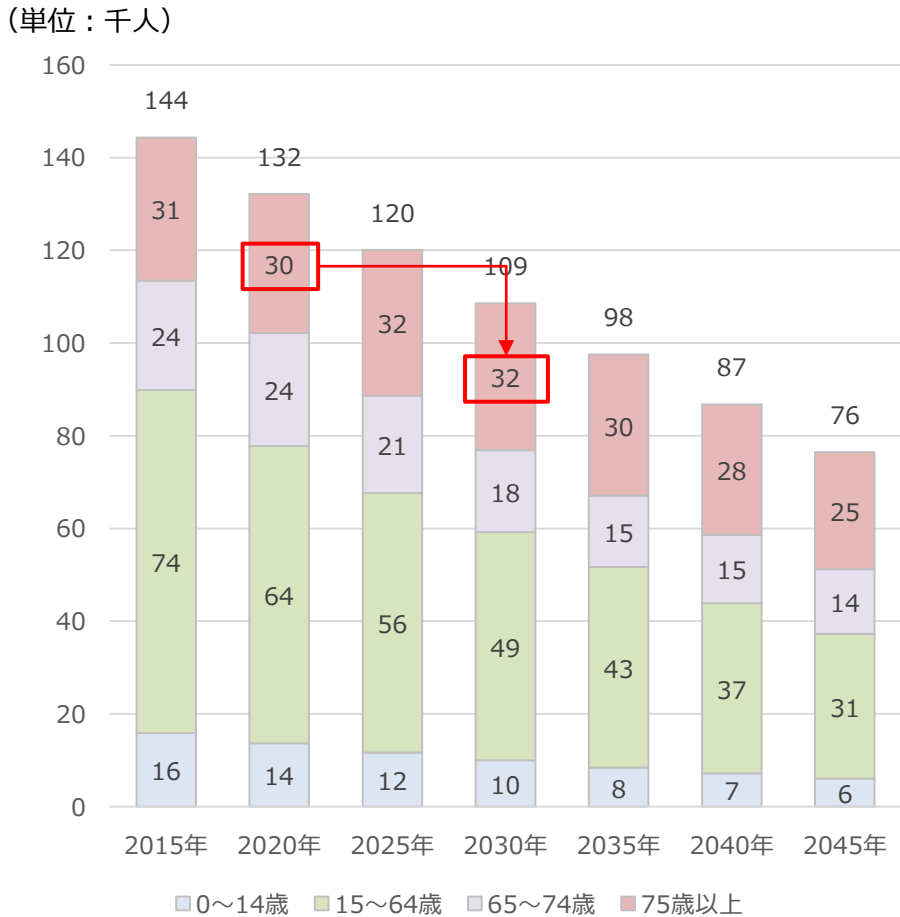
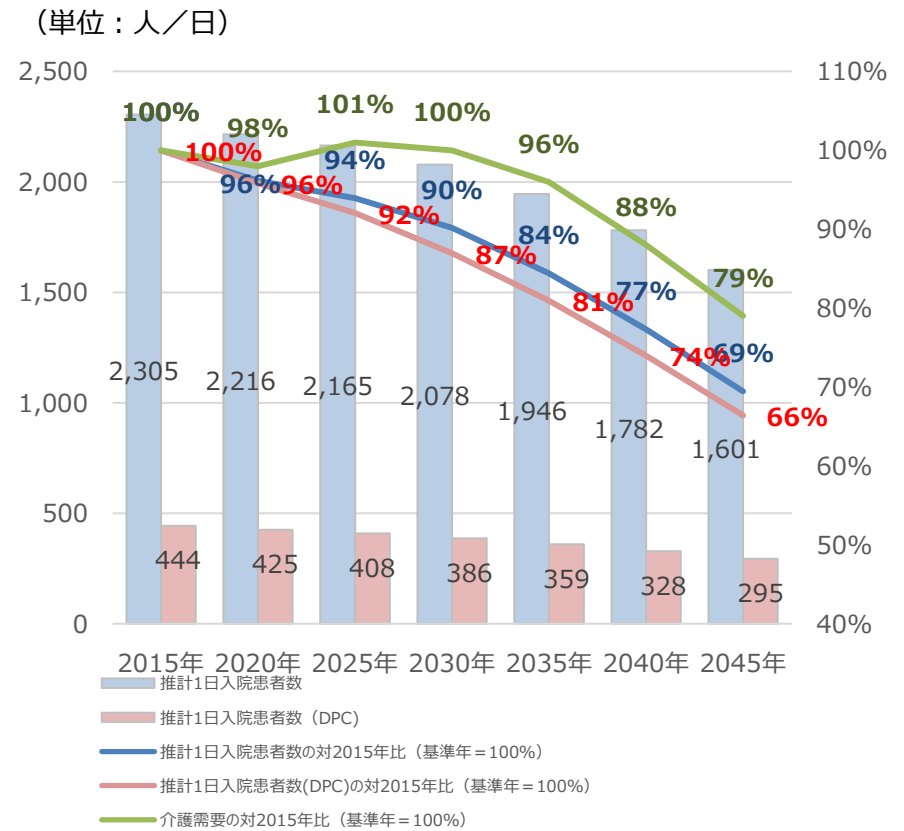


図2：入院医療需要の推計



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

### 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  
つまり  
「各病期の患者発生量」を示す。

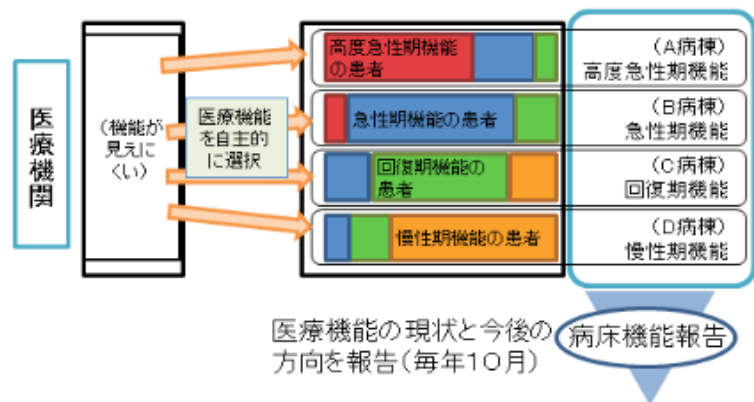
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。



### 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」



# 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。

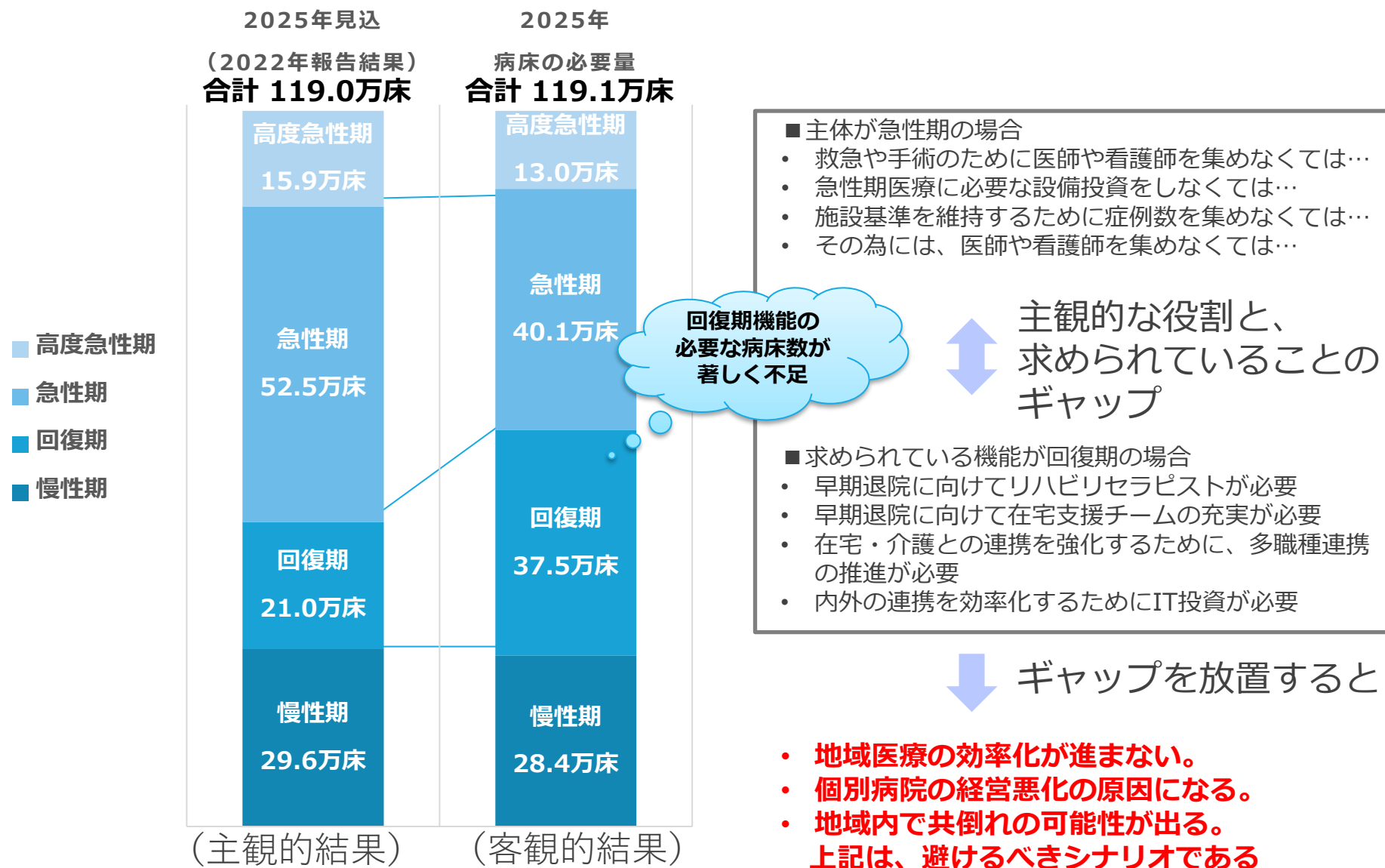
区分線 2 で急性期に分類される病棟の割合（令和 4 年度報告）

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



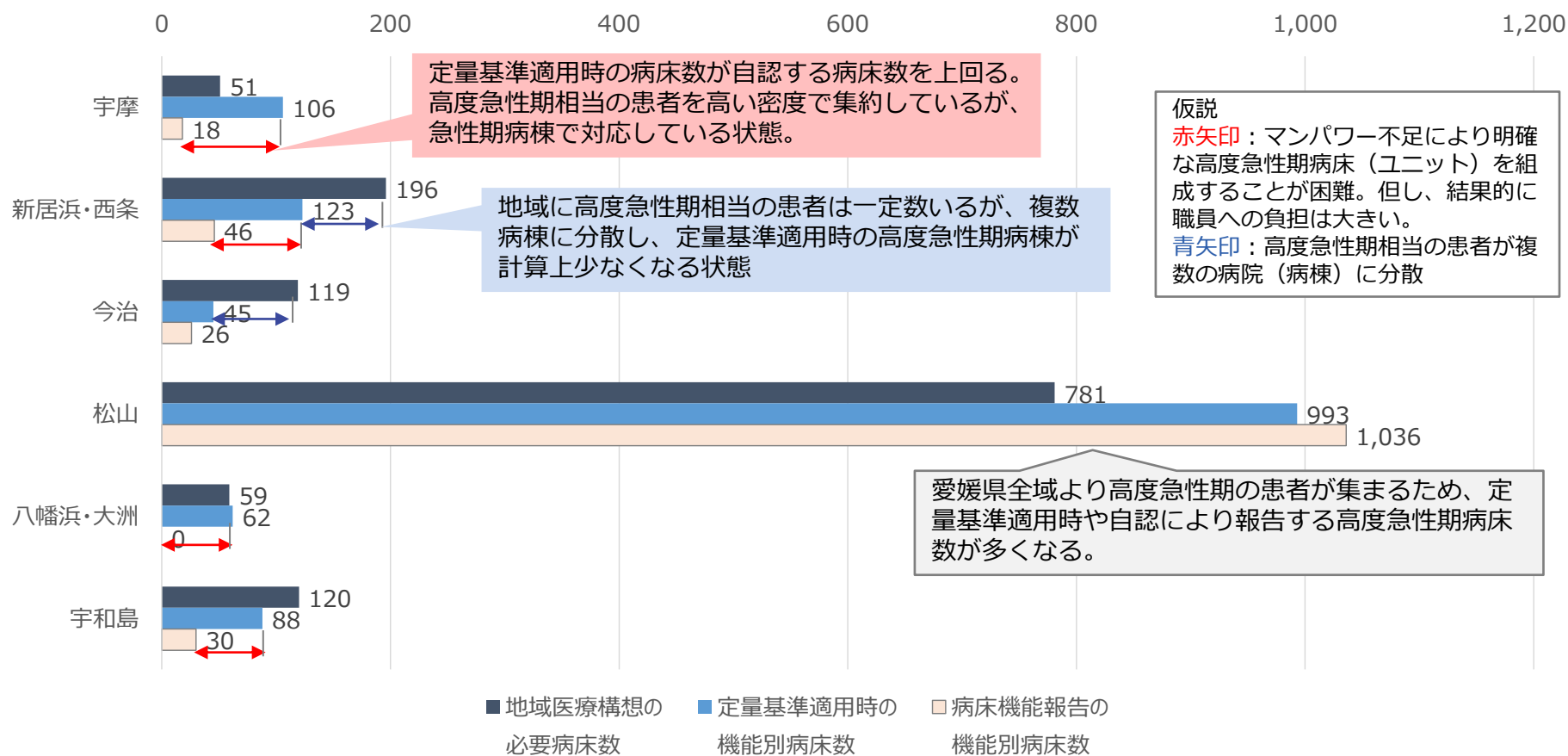
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴

## 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

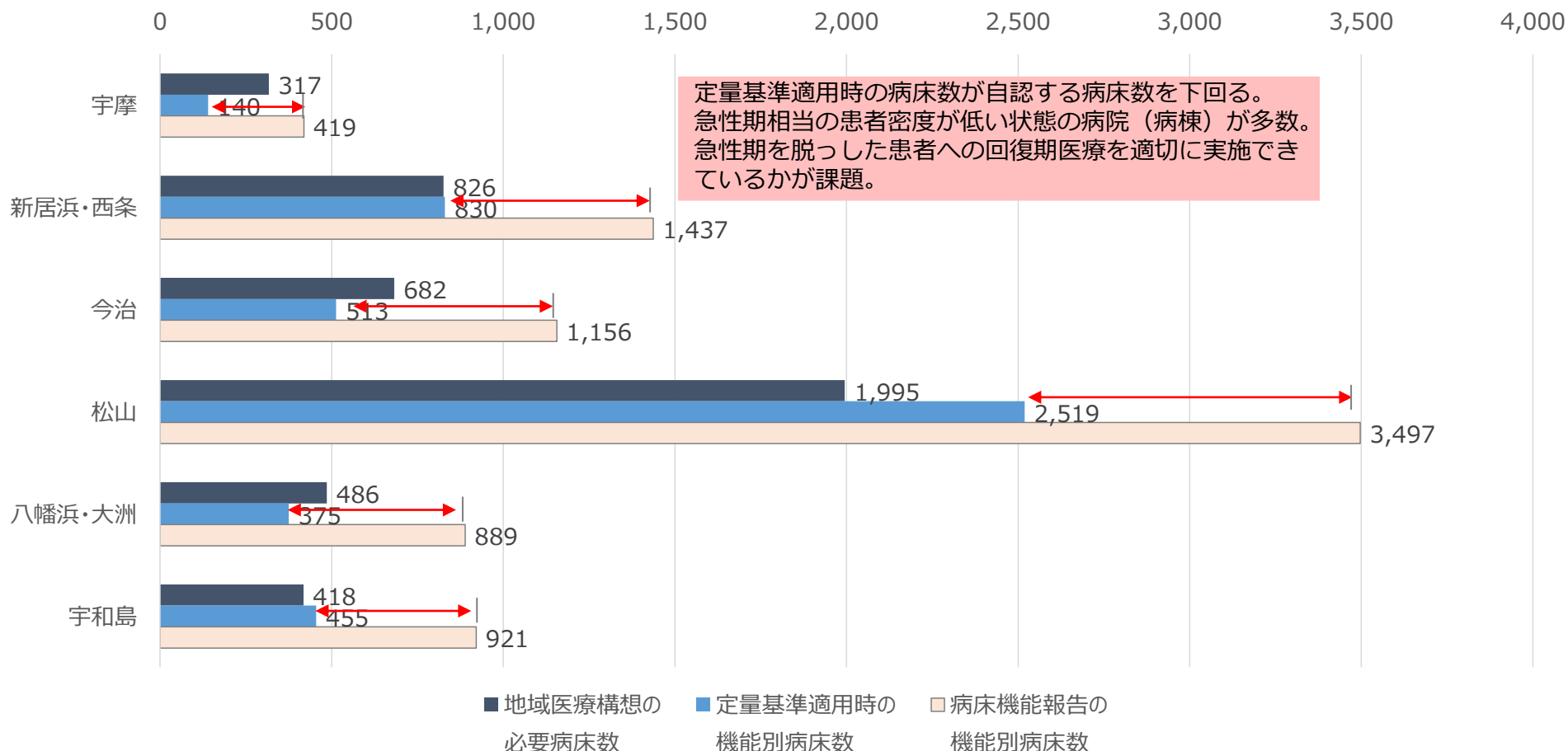


# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 急性期

【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



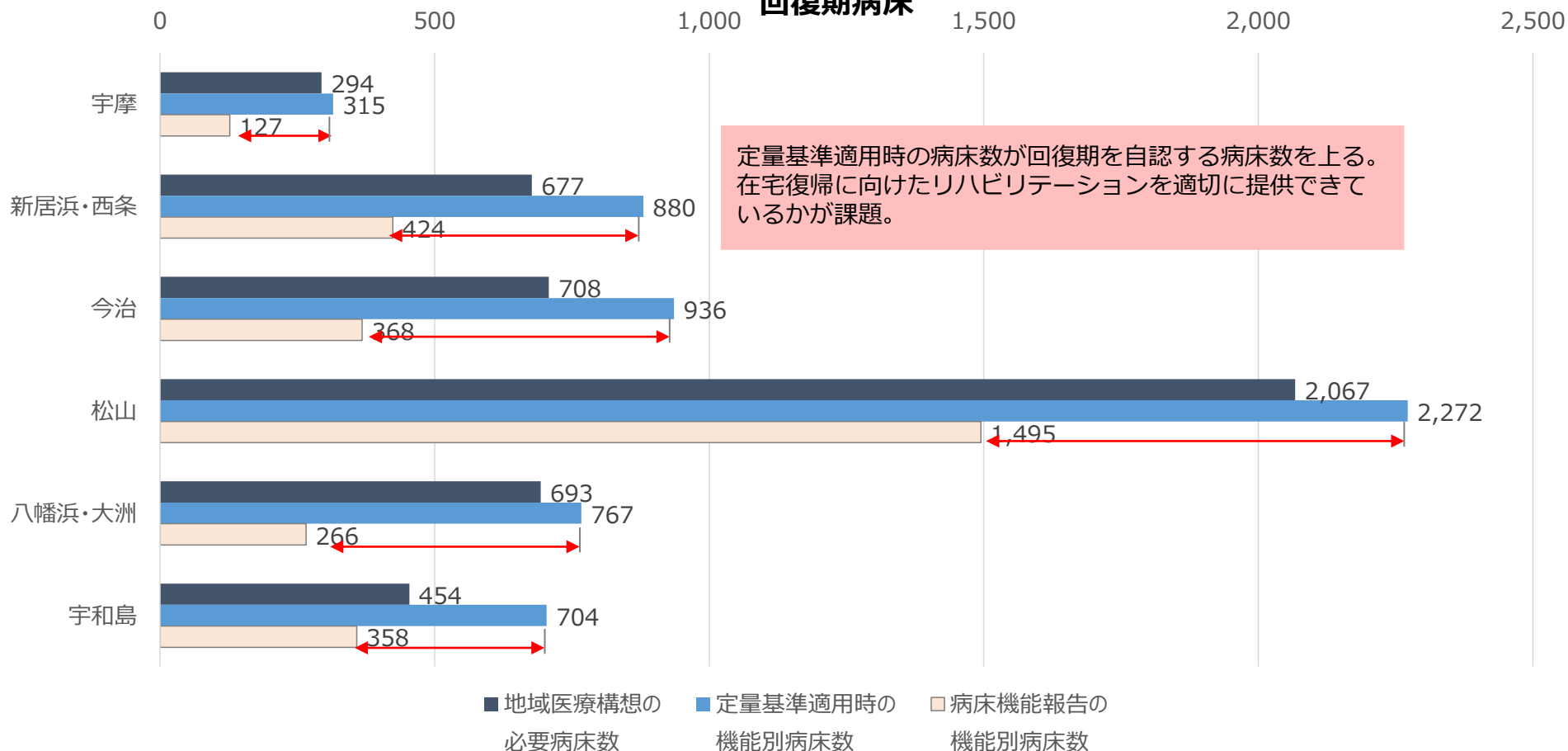
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 回復期

【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。

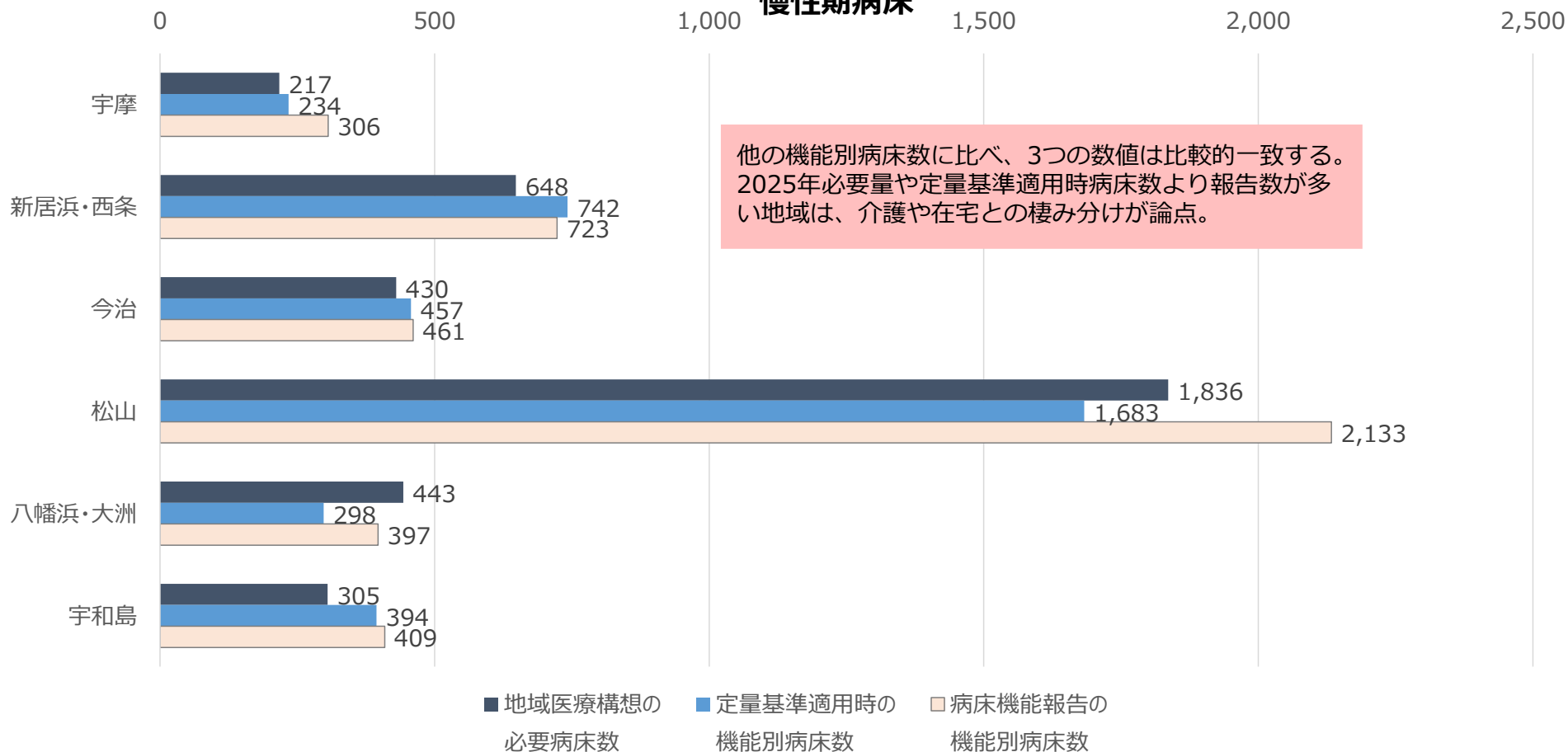
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 慢性期

【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



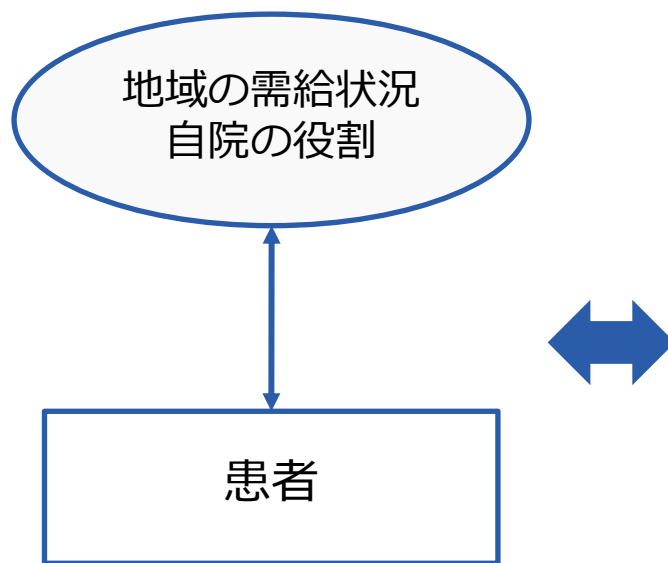
# 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴

## 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>

# 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。



**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。患者がいなければ、医師を確保することはできない。
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

### 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

### 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。

地域需要と役割の整合性が必要

政策動向と役割の整合性が必要

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、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8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：急性期、定量基準：急性期の病棟にて稼働率が低く、地域需要とのズレが生じている可能性がある。

### 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

### 八幡浜・大洲医療圏

#### ■ 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					
	急性期	1	7	8		
	回復期			5		
	慢性期			1	8	1
	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					
	急性期	80%	67%	72%		
	回復期			74%		
	慢性期			74%	90%	-
	不明/休棟	80%	67%	73%	90%	-

#### ■ 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					
	急性期	15	13	21		
	回復期			45		
	慢性期			65	176	49
	不明/休棟	15	13	33	176	49

# 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 | 八幡浜・大洲圏域①

令和4年度病床機能報告定量基準分析結果

八幡浜・大洲 圏域

大区分	入院料・診療科	4機能区分	該当病棟数	1日当たり入院患者数	定量基準適用時の機能別病床数	病床稼働率(*)	平均在棟日数(*)	備考	
成人の医療等	救命救急・ICU等	高度急性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日	区分線1・区分線2によって高度急性期・急性期・回復期に区分	
	一般病棟・地域包括ケア病床等	高度急性期	1病棟	50人/日	62床	91.0%	16.5日		
		急性期	7病棟	236人/日	351床	78.4%	13.7日		
		回復期	16病棟	427人/日	616床	74.8%	35.0日		
	回復期リハビリ病棟	回復期	2病棟	62人/日	91床	77.6%	80.9日		
	特殊疾患病棟・障害者施設等	慢性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日		
	医療療養病床	慢性期	8病棟	268人/日	298床	93.6%	176.7日		
介護療養病床	慢性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日			
周産期	MFICU・NICU・GCU	高度急性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日		
	産科の一般病床	急性期	2病棟	9人/日	24床	61.0%	3.6日		
小児	小児入院管理料・小児科の一般病棟等	高度急性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日	医師・看護師の配置要件等を勘案し、入院料の種類に応じて高度急性期・急性期・回復期に区分	
		急性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日		
		回復期	1病棟	41人/日	60床	76.9%	21.7日		
緩和ケア	緩和ケア病棟	急性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日	放射線治療の実施がある病棟を急性期、ない病棟を慢性期とする	
		慢性期	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日		
その他	不明	不明/休棟	1病棟	2人/日	10床	24.9%	18.1日		
	コロナによる不明	不明/休棟	0病棟	0人/日	0床	0.0%	0.0日		
	休棟・休床中	不明/休棟	4病棟	14人/日	125床	42.8%	44.7日		

### 4機能ごとに集計

4機能区分	該当病棟数	1日当たり入院患者数	定量基準適用時の機能別病床数	病床機能報告の機能別病床数	地域医療構想の必要病床数	病床稼働率(*)	平均在棟日数(*)
高度急性期 計	1病棟	50人/日	62床	0床	59床	91.0%	16.5日
急性期 計	9病棟	245人/日	375床	889床	486床	74.0%	11.2日
回復期 計	19病棟	530人/日	767床	266床	693床	75.4%	41.0日
慢性期 計	8病棟	268人/日	298床	397床	443床	93.6%	176.7日
不明/休棟 計	5病棟	16人/日	135床	85床☆		36.9%	35.8日
全体	42病棟	1,108人/日	1,637床	1,637床	1,681床	76.4%	65.5日

※「機能区分不明」とは、入院料の届出なし・不明、様式2不提出等により判定ができないもの。

☆…病床機能報告中、「当年7/1時点の医療機能」が「休棟・休床中」または無回答のもの

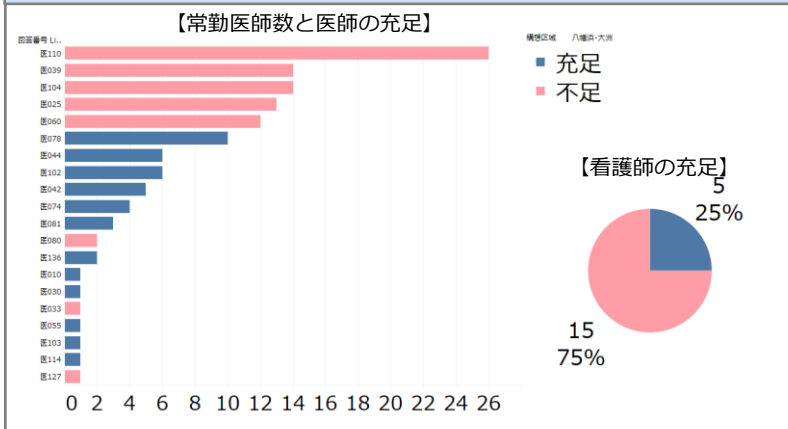
\*「病床稼働率」「平均在棟日数」は、「年間新規入院患者数と退棟患者数とが大きく乖離」「救命救急・ICU等」以外で平均在棟日数が2日間未満「産科以外で病床稼働率が100%超」の病棟を除いて算出。

# 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 | 八幡浜・大洲圏域②

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はほぼ一致する。</li><li>但し、病床機能報告において高度急性期を届け出る病床はなく、急性期病棟にてそれら患者に対応を行っている様子。</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437床、地域医療構想の必要病床数が545床となり、108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>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が地域医療構想上の必要病床数を上回る。</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、2倍以上の開きが生じる。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が地域医療構想上の必要病床数を下回る。</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より多く、必要病床数に比べて少ない。実態として慢性期相当の病床が少ないことについて、在宅や介護施設にて対応しているものか、他圏域への流出かなど背景について踏み込んだ確認が必要。（地域医療構想の必要数 &gt; 報告数 &gt; 定量基準時の病床数）</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>急性期や回復期と自認している病床と定量的基準や地域医療構想の必要病床数による算出結果の病床数に大幅な乖離が生じている。届け出上の急性期病床は大幅に過剰であり、回復期病床は大幅に不足している。</li><li>客観的尺度を用いるほか、詳細に分析のうえ需要や働き手の動向に応じた機能転換の促進が必要。</li></ul>

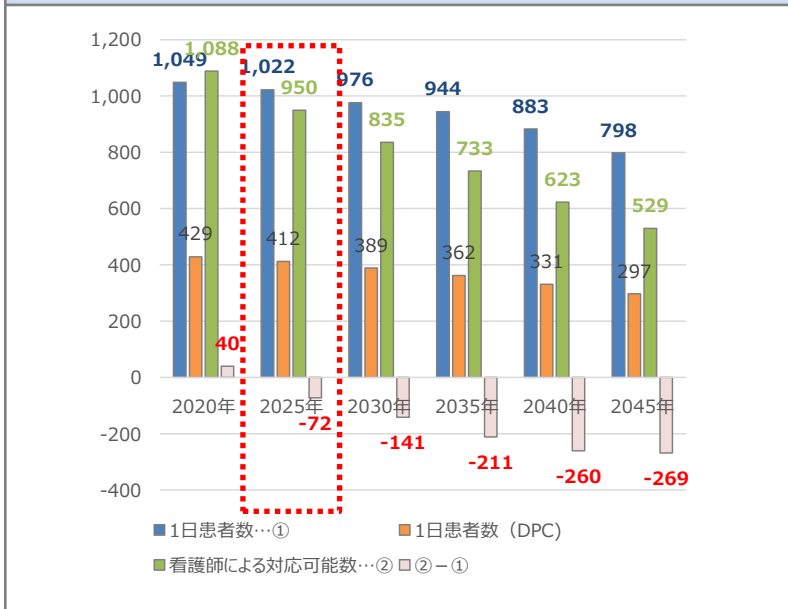
## 医師・看護師の充足状況



## 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

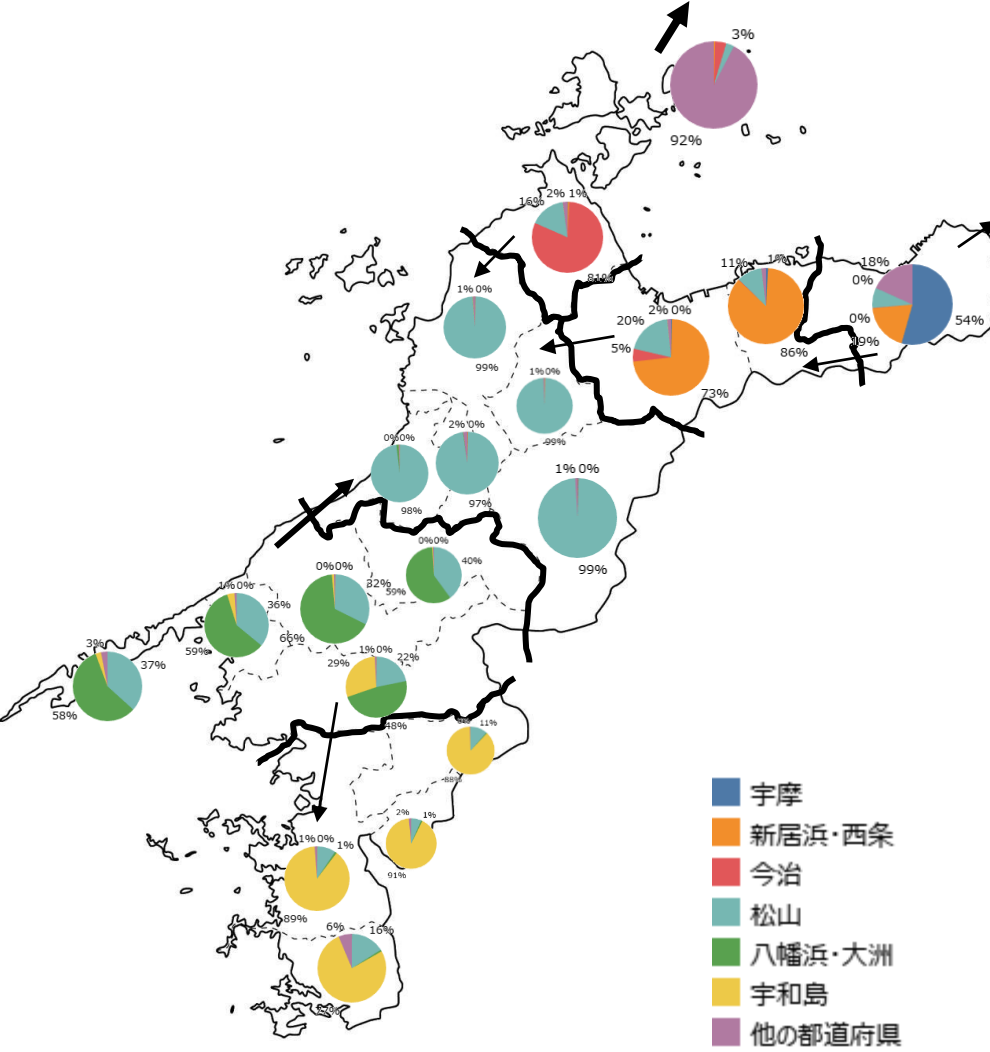


## 今後の課題

- 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。

# 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



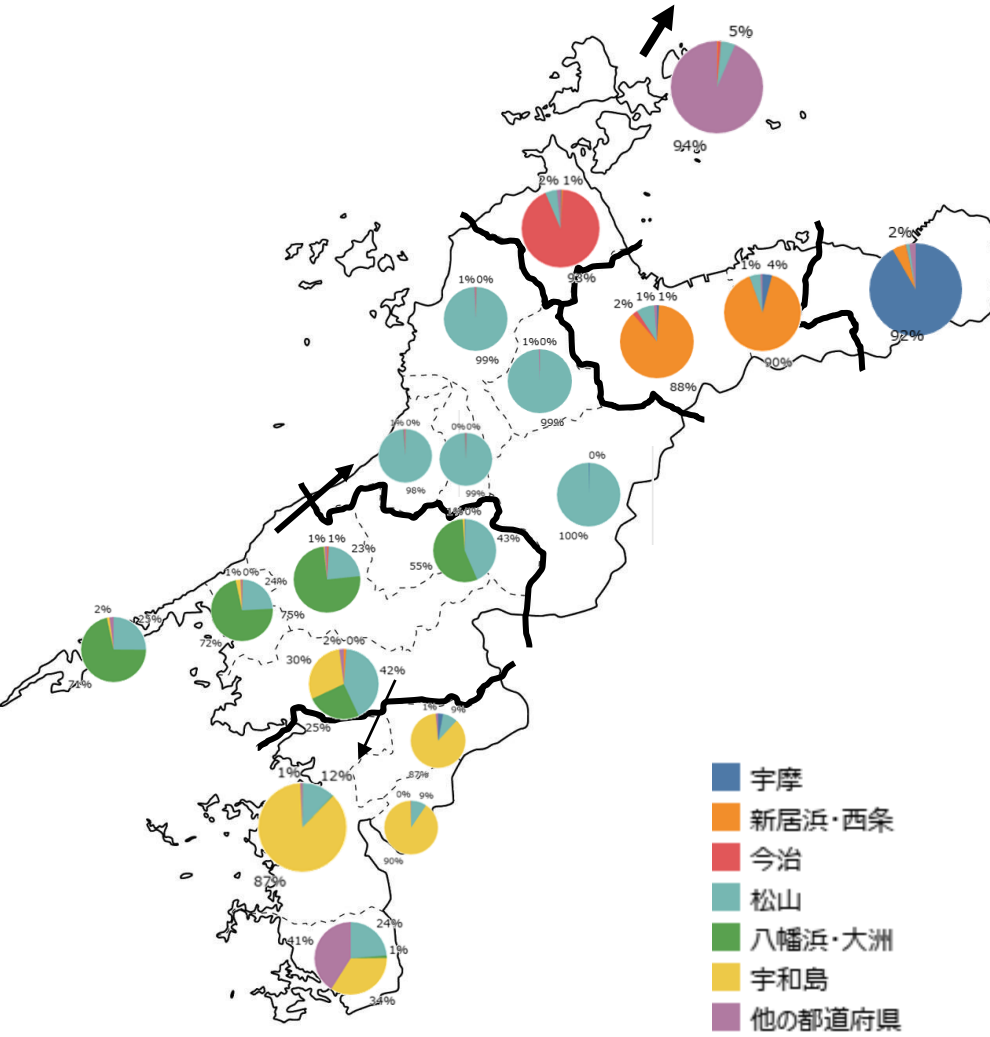
	主に広域連携を行う手術の状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳血管疾患はほぼ完結しているが、心疾患は圏域内で高度な症例に対応しているものの、近隣医療圏と分散。他の診療科も新居浜や他の都道府県に分散。</li> <li>がんの手術は松山圏域と広域連携。</li> </ul>
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> <li>新居浜市は肺がんの手術や顔面・口腔の手術は松山圏域との広域連携。その他はほぼ完結状態。</li> <li>西条市から松山圏域への受診割合は新居浜市のそれよりも高い値。手術により、圏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

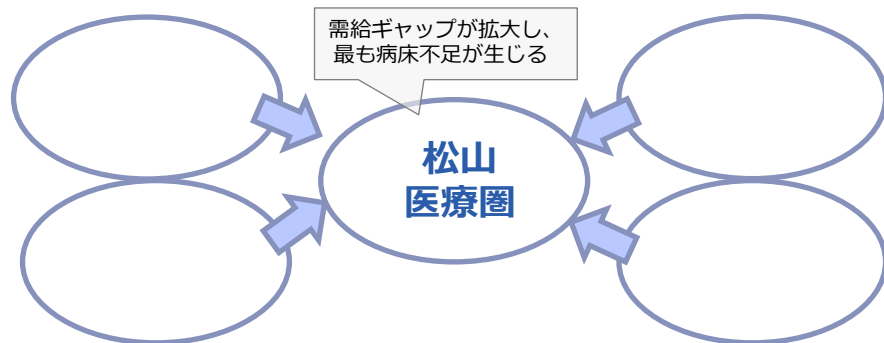


# 地域完結と広域連携の重要性 | 愛媛県全域による概観と課題

- 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

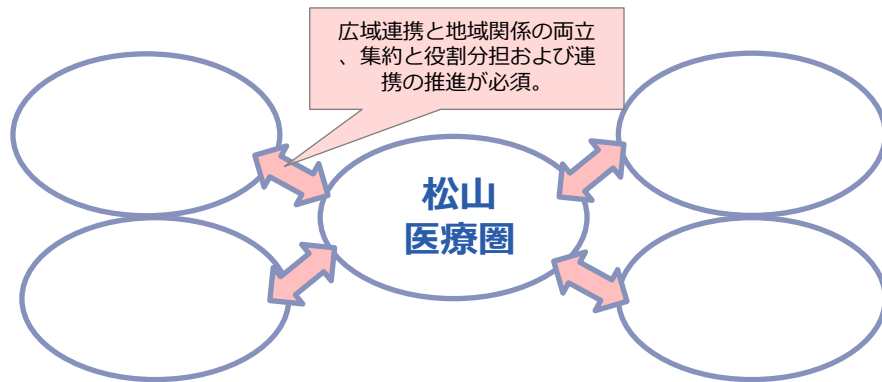
- 松山医療圏は人手が豊富。その他の地域は人手不足
- 松山医療圏の病院に頼った医療体制（流出過多）



- 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

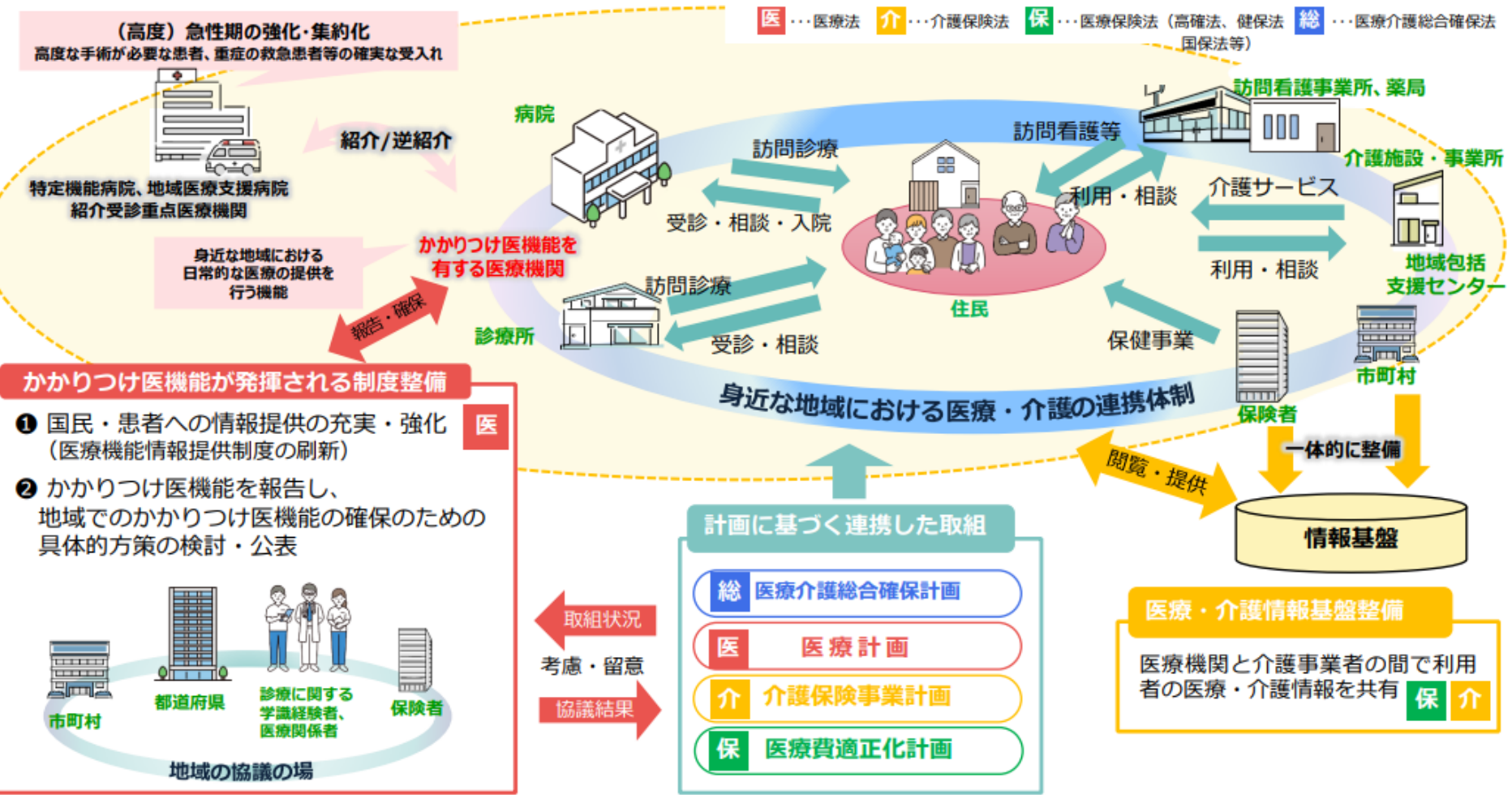
## これからのイメージ

- 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

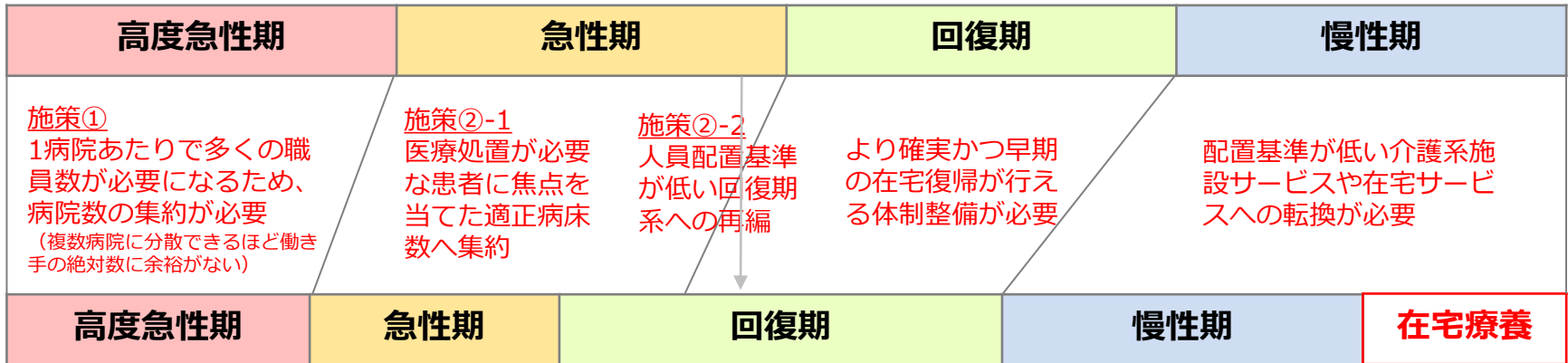
# 地域完結と広域連携の重要性 | 機能再編や解決の方向性について

## ■ 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。