

宇摩圏域

1. 推計人口 (2010年実績、2015年～2040年の推計)

表1 (単位：人)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	11,826	10,777	9,804	8,768	7,883	7,326	6,898
15～64歳	54,763	49,838	45,889	43,055	40,380	37,484	33,719
65歳以上	23,597	26,271	27,656	27,609	27,038	26,278	26,070
圏域人口	90,187	86,886	83,349	79,432	75,301	71,088	66,687
(参考)75歳以上	12,522	13,470	14,207	16,166	17,015	16,685	15,920

圏域人口 10,754人減

出典：国立社会保障人口問題研究所
日本の地域別将来推計人口(H25.3推計)

2. 2025年の医療機能別医療需要 (構想区域ごとの[2013年度性年齢階級別入院受療率 × 2025年性年齢階級別推計人口]の総和)

表2 (単位：人/日)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等	在宅医療等のうち訪問診療分
医療需要(患者住所地ベース) ①	74.1	277.6	283.0	132.3 171.6 201.2	1,001.7 962.3 932.8	222.5
推計供給量(医療機関所在地ベース) ②	38.5	196.7	227.7	102.0 138.3 165.3	926.4 890.1 863.1	195.5
医療供給の過不足 ②-①	△ 35.6	△ 81.0	△ 55.3	△ 30.2 △ 33.4 △ 35.9	△ 75.3 △ 72.2 △ 69.7	△ 27.1
2025年の目指す医療供給量(調整後)	(資料2) 参照					

注1) 慢性期及び在宅医療等の3段は、次の区分を表す。

上段：パターンA⇒入院受療率を全国最小値レベルにまで低下させる場合

中段：パターンB⇒入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる場合

下段：特例 ⇒パターンBの目標達成年次を2030年に延長した場合の2025年時点の値

注2) 慢性期については、パターンA・パターンB・特例のいずれかを選択。

3. 2025年の医療機能別必要病床数 (2025年の医療需要 ÷ 病床稼働率)

表3 (単位：床)

	高度急性期 (75%)	急性期 (78%)	回復期 (90%)	慢性期 (92%)	合計
患者住所地ベース	98.8	355.9	314.4	143.8 186.6 218.7	912.9 955.7 987.8
医療機関所在地ベース	51.3	252.1	253.0	110.9 150.3 179.6	667.4 706.7 736.1
2025年の目指す医療提供体制(調整後)	(資料2) 参照				

原則：二次医療圏ごとにパターンAからパターンBの範囲内で病床数を設定

特例：「慢性期病床の減少率が全国中央値より大」かつ「高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大」に該当する場合に、適用可能 ←当圏域は、適用可能。

4. 病床機能報告制度における報告結果 <<許可病床>>

表4 (単位：床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
2014.7.1時点	10	586	86	526	1,208
6年後	10	551	121	526	1,208

注) 無回答(2014.7.1時点：36床、6年後：36床)を除く。

網掛け部分が、「必要病床に達していない」＝「不足している」機能を表示。

5. 必要病床数と病床機能報告制度の比較による施策の検討 (地域医療介護総合確保基金の活用)

- I. 病床の機能分化・連携に係る取組み
- II. 在宅医療の充実に係る取組み
- III. 医療従事者の確保・養成に係る取組み

医療需要等の推計結果（2014年病床機能報告制度との比較）

① 2025年の医療機能別必要病床数の推計（医療機関所在地ベース）

コード	圏域	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期(床)			在宅医療等(人/日)			(再掲)在宅医療等のうち 訪問診療分(人/日)
					パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	
3801	宇摩	51.3	252.1	253.0	110.9	150.3	179.6	926.4	890.1	863.1	195.5
3802	新居浜・西条	196.3	751.5	600.9	495.6	578.5	610.6	3,439.5	3,363.2	3,333.7	1,571.5
3803	今治	119.1	584.8	607.9	225.5	299.6	358.7	2,268.4	2,200.2	2,145.8	616.8
3804	松山	779.9	2,327.6	2,392.8	1,857.2	2,060.3	—	12,488.0	12,301.1	—	7,419.4
3805	八幡浜・大洲	58.6	339.1	546.2	287.9	326.7	352.0	2,625.3	2,589.6	2,566.3	1,393.7
3806	宇和島	119.7	434.4	449.4	280.5	299.4	—	1,843.4	1,826.0	—	817.1
	総計	1,325.0	4,689.5	4,850.3	3,257.5	3,714.8	1,500.9	23,591.0	23,170.3	8,909.0	12,014.0

①' 2025年の医療機能別必要病床数の推計（患者住所地ベース）

コード	圏域	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期(床)			在宅医療等(人/日)			(再掲)在宅医療等のうち 訪問診療分(人/日)
					パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	
3801	宇摩	98.8	355.9	314.4	143.8	186.6	218.7	1,001.7	962.3	932.8	222.5
3802	新居浜・西条	237.3	824.2	677.9	537.5	620.2	650.3	3,528.6	3,452.5	3,424.8	1,651.6
3803	今治	158.4	682.3	707.5	291.5	369.5	432.8	2,393.2	2,321.4	2,263.1	683.5
3804	松山	615.6	1,991.9	2,057.8	1,648.4	1,843.8	—	12,165.8	11,986.0	—	7,254.0
3805	八幡浜・大洲	126.8	486.0	693.3	372.1	415.7	444.7	2,747.1	2,707.1	2,680.4	1,433.1
3806	宇和島	115.1	418.3	453.9	287.5	306.9	—	1,879.4	1,861.7	—	861.5
	総計	1,351.9	4,758.7	4,904.8	3,280.7	3,742.5	1,746.5	23,715.8	23,290.9	9,301.1	12,106.2

② 病床機能報告制度における報告結果（2014.7.1時点） 《許可病床数》

コード	圏域	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期 (床)	無回答 (床)
3801	宇摩	10	586	86	526	36
3802	新居浜・西条	10	1,821	146	947	202
3803	今治	17	1,432	255	674	0
3804	松山	2,136	2,859	895	3,034	136
3805	八幡浜・大洲	0	927	203	602	97
3806	宇和島	20	1,219	198	591	82
	総計	2,193	8,844	1,783	6,374	553

③ 不足数（医療機関所在地ベース）②-①

コード	圏域	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期(床)		
					パターンA	パターンB	特例
3801	宇摩	▲41.3	333.9	▲167.0	415.1	375.7	346.4
3802	新居浜・西条	▲186.3	1,069.5	▲454.9	451.4	368.5	336.4
3803	今治	▲102.1	847.2	▲352.9	448.5	374.4	315.3
3804	松山	▲1,356.1	531.4	▲1,497.8	1,176.8	973.7	—
3805	八幡浜・大洲	▲58.6	587.9	▲343.2	314.1	275.3	250.0
3806	宇和島	▲99.7	784.6	▲251.4	310.5	291.6	—
	総計	868.0	4,154.5	▲3,067.3	3,116.5	2,659.2	1,248.1

▲（マイナス）が、必要病床数に達していない→不足している。（プラスは、必要病床数に達している。）

③' 不足数（患者住所地ベース）②-①'

コード	圏域	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期(床)		
					パターンA	パターンB	特例
3801	宇摩	▲88.8	230.1	▲228.4	382.2	339.4	307.3
3802	新居浜・西条	▲227.3	996.8	▲531.9	409.5	326.8	296.7
3803	今治	▲141.4	749.7	▲452.5	382.5	304.5	241.2
3804	松山	1,520.4	867.1	▲1,162.8	1,385.6	1,190.2	—
3805	八幡浜・大洲	▲126.8	441.0	▲490.3	229.9	186.3	157.3
3806	宇和島	▲95.1	800.7	▲255.9	303.5	284.1	—
	総計	841.1	4,085.3	▲3,121.8	3,093.3	2,631.5	1,002.5

▲（マイナス）が、必要病床数に達していない→不足している。（プラスは、必要病床数に達している。）

④ 不足率（医療機関所在地ベース）③/①

コード	圏域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		
					パターンA	パターンB	特例
3801	宇摩	▲80.5%	132.4%	▲66.0%	374.3%	250.0%	192.8%
3802	新居浜・西条	▲94.9%	142.3%	▲75.7%	91.1%	63.7%	55.1%
3803	今治	▲85.7%	144.9%	▲58.1%	198.9%	125.0%	87.9%
3804	松山	173.9%	22.8%	▲62.6%	63.4%	47.3%	—
3805	八幡浜・大洲	▲100.0%	173.4%	▲62.8%	109.1%	84.3%	71.0%
3806	宇和島	▲83.3%	180.6%	▲55.9%	110.7%	97.4%	—
	総計	65.5%	88.6%	▲63.2%	95.7%	71.6%	83.2%

▲（マイナス）が、必要病床数に達していない→不足している。（プラスは、必要病床数に達している。）

④' 不足率（患者住所地ベース）③'/①'

コード	圏域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		
					パターンA	パターンB	特例
3801	宇摩	▲89.9%	64.6%	▲72.6%	265.9%	181.9%	140.6%
3802	新居浜・西条	▲95.8%	120.9%	▲78.5%	76.2%	52.7%	45.6%
3803	今治	▲89.3%	109.9%	▲64.0%	131.3%	82.4%	55.7%
3804	松山	247.0%	43.5%	▲56.5%	84.1%	64.6%	—
3805	八幡浜・大洲	▲100.0%	90.7%	▲70.7%	61.8%	44.8%	35.4%
3806	宇和島	▲82.6%	191.4%	▲56.4%	105.5%	92.6%	—
	総計	62.2%	85.8%	▲63.6%	94.3%	70.3%	57.4%

▲（マイナス）が、必要病床数に達していない→不足している。（プラスは、必要病床数に達している。）

パターンA：入院受療率を全国最少値レベルにまで低下させる場合
 パターンB：入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる場合
 特 例：パターンBの目標達成年次を2030年に延長した場合の2025年時点の値

原則 二次医療圏ごとにパターンAからパターンBの範囲内で必要病床数を設定
 特例 「当該二次医療圏の慢性期病床の減少率が全国中央値より大」かつ「高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大」に該当する場合に適用可。
 松山圏域及び宇和島圏域以外に適用可。

地域医療構想における患者流出入を踏まえた 必要病床数推計の構想区域間調整方針

【ポイント】

- 高度急性期は、医療機関所在地の医療需要を採用する。
- 急性期・回復期・慢性期は、患者住所地の医療需要を採用する。
- 慢性期は、パターンB及び特例を採用する。

【調整方針】

- 地域医療構想策定ガイドラインにおいて、高度急性期の病床は、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が、急性期、回復期及び慢性期の病床については、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ことから、必要病床数の推計においては、高度急性期は医療機関所在地の医療需要を、急性期、回復期及び慢性期患者住所地の医療需要を基本として定めることとする。
- 慢性期の病床は、急激な変化を避けるためパターンBを基本として定め、特例が適用可能な区域においては、特例により算出された必要病床数を適用することとする。
- 自区域に他区域の患者が入院（流入）している状況にある区域では、現状（医療機関所在地）で計算した医療需要が多くなるが、この状況を維持したいと考える区域は、患者の住所地の区域に対して、医療対策課を通じて協議を持ちかけること。（一方、必要に応じて、流出元の区域から流入先の区域に協議を持ちかけてもよい。）
- 医療対策課は、相手区域に対して協議を依頼し、協議に必要な場を設定する。
- 自区域の患者が他区域に入院している区域は、その他区域から、その状況を維持したい（または、一部は引き受ける）旨の協議を持ち掛けられた際には、自区域の医療提供体制の方向性を踏まえて、協議に応じること。
- 協議においては、両区域は、患者の受療動向等のデータや両区域の案を実行した場合の患者・住民への医療サービスへの影響などについて検討した結果をお互いに示し、いずれの案が、より実効性が高いかを判断し、調整を行うこととする。
- 調整では、両区域間の将来における医療提供体制に見合った医療需要となるよう、

推計された医療需要から将来見込まれる流出入量を差し引きし、両区域の合意のもと医療需要を決定するものとする。

- なお、必要病床数の推計（医療需要の決定）は、構想実現のために取り組む施策の効果を踏まえて検討すること。
- 協議の結果、両区域の合意に達しない場合は、愛媛地域医療ビジョン推進戦略会議において、両区域の意見を踏まえつつ決定する。
- 医療需要及び必要病床数の算出にあたっては、小数点以下第1位を四捨五入する。

地域医療構想策定ガイドライン抜粋（P. 11）

3. 構想区域の設定

- 以上のことを踏まえ、構想区域の設定に当たっては、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。なお、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者で、同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ない。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。