

香川県地域医療構想 (素案)

素案中、医療需要及び必要病床数の推計値については、二次保健医療圏を統合して構想区域を設定する場合の正確な推計値を国に提供依頼中であり、現時点では、既存の二次保健医療圏ごとの推計値を単純に合計した参考値を示していること等により、数値が変動する場合があります。

香川県地域医療構想目次

第1章 地域医療構想の基本的な考え方

- 第1節 構想策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 第2節 構想の位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2章 構想区域の設定

- 第1節 構想区域の設定に当たって考慮すべき香川県の状況・・・・・・・・ 3
 - 1 基本的な考え方
 - 2 人口推計
 - 3 患者の受療動向
 - 4 傷病別の入院患者数推計
- 第2節 構想区域の設定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- 第3節 構想区域ごとの状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
 - 1 人口推計
 - 2 患者の受療動向
 - 3 傷病別の入院患者数推計

第3章 平成37年（2025年）における医療需要及び必要病床数等の推計

- 第1節 医療需要及び必要病床数の推計方法・・・・・・・・・・・・ 18
 - 1 医療需要の推計
 - 2 構想区域間の供給数の調整
 - 3 必要病床数の推計
- 第2節 医療需要及び必要病床数の推計結果・・・・・・・・・・・・ 20
 - 1 香川県における平成37年（2025年）の医療需要及び必要病床数
- 第3節 必要病床数と病床機能報告による病床数の比較・・・・・・・・ 21
 - 1 病床機能報告制度の概要
 - 2 平成26年度の報告結果と平成37年（2025年）の必要病床数推計結果の比較

第4章 地域医療構想を実現するための施策

- 第1節 医療機関の自主的な取組みと相互の協議の推進・・・・・・・・ 23
 - 1 現状と課題
 - 2 施策の方向性
- 第2節 病床の機能の分化及び連携の推進・・・・・・・・・・・・ 25
 - 1 現状と課題
 - 2 施策の方向性

第3節 在宅医療等の充実	27
1 現状と課題	
2 施策の方向性	
第4節 医療従事者の確保・養成	29
1 現状と課題	
2 施策の方向性	

第1章 地域医療構想の基本的な考え方

第1節 構想策定の趣旨

平成37年(2025年)には、団塊の世代が75歳以上となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となることを見込まれています。このような高齢化の進展に伴い、医療に対するニーズも変化し、慢性疾患、複数の疾患を抱える方や、手術だけでなくその後のリハビリが必要となる方が増加することなどが考えられます。

このような医療ニーズの変化に、限られた医療資源で対応するためには、医療機能の分化と連携を進め、高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた医療を提供する体制を整備することが不可欠です。

こうした中、平成26年6月の「地域における医療と介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)の成立により、各都道府県において、医療需要の将来推計等を活用して、医療機能の分化と連携を適切に推進するために、保健医療計画の一部として、地域医療構想(以下「構想」という。)を策定することとされました。

そこで、本県においても、医療法(昭和23年法律第205号)をはじめとする関係法令及び「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号。以下「ガイドライン」という。)等を踏まえ、「香川県地域医療構想」を策定するものです。

構想は、平成37年(2025年)に向け、病床の機能分化・連携を進めるため、4つの医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとに平成37年(2025年)の医療需要と病床の必要量と、その実現のための施策を定めるものです。

構想における平成37年(2025年)の医療需要と病床の必要量の算定に当たっては、平成25年(2013年)のレセプトデータ等を用いて、平成37年(2025年)の推計人口に置きなおして算出した医療需要を基にした推計方法が国から示されており、一定程度機械的に算定する必要があります。

ただし、以下の事項については、地域の実情に応じて、一定の範囲内で各都道府県において設定することとなっています。

- ① 構想区域の設定
- ② 4機能ごとの構想区域間の患者の流出入の見込み
- ③ 慢性期機能の医療需要推計に当たっての入院受療率の地域差の縮小目標の設定

構想の策定後は、その実現に向けて、平成37年(2025年)まで継続して、関係者が自主的な取組みを行うとともに、地域医療構想調整会議において、毎年度の病床機能報告制度の報告内容と構想における必要病床数を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討するとともに、機能分化・連携について議論していくこととなります。

県民に対しては、医療機関の機能分化・連携の重要性について理解を深めることや、医療機関の選択に当たり、医療機関の機能に応じて、適切に受診することを期待するものです。

医療機関や患者をはじめ、関係者が、相互の信頼関係に基づき、構想の実現に向けた取り組みを進めることにより、今後、医療ニーズが変化し、かつ、医療資源が限られている中で、患者の状態に応じた良質かつ適切な医療を持続可能な形で提供できる体制が構築されるものと考えられます。

第2節 構想の位置付け

構想は、医療法第30条の4第2項第7号及び第8号の規定に基づき、平成25年度から平成29年度までを計画期間とする第6次香川県保健医療計画の一部として、将来の医療提供体制に関する構想及びその達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項を定めるものです。

第2章 構想区域の設定

第1節 構想区域の設定に当たって考慮すべき香川県の状況

1 基本的な考え方

構想の策定に当たり、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を「構想区域」として設定することとされています。

構想区域の設定に当たっては、二次保健医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の変化など将来における要素を勘案して検討することとされています。

2 人口推計

香川県では、「かがわ人口ビジョン」及び「かがわ創生総合戦略」を策定し、人口の社会増と自然減の抑制に努め、長期的には人口増への転換を目指し、人口減少・活力向上対策に取り組んでいるところです。一方、国においては、構想の必要病床数は、都道府県間で整合性が確保されている必要があるため、その推計に用いる推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月中位推計）」（以下「社人研推計」という。）を用いることとしています。

香川県としても、構想の策定において、医療需要の流出入に応じて、他県との医療供給数の調整を行うに当たり、共通の人口推計を用いる必要があることから、現時点では、社人研推計を用いることとします。

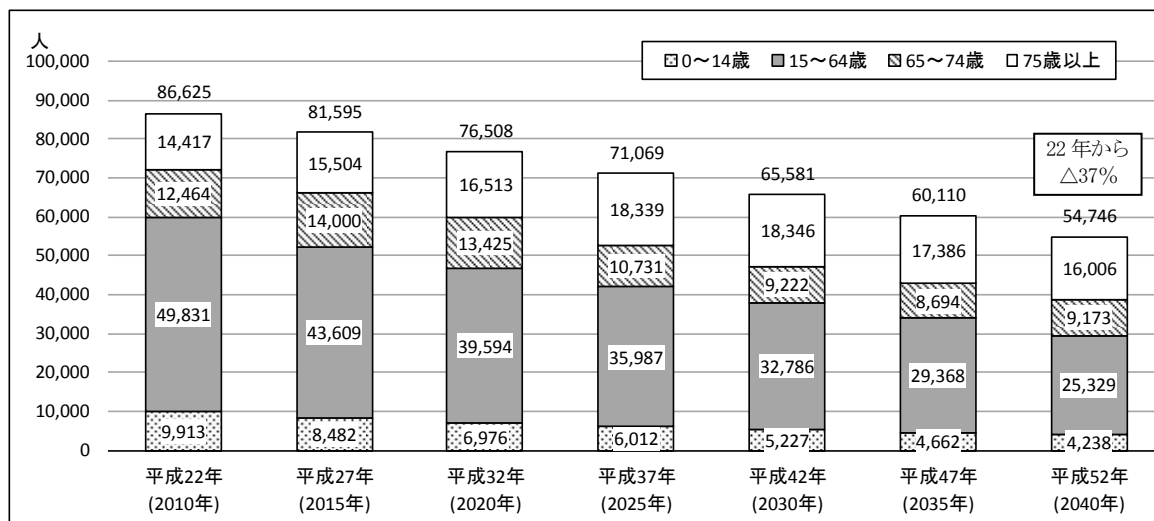
社人研推計によると、香川県の人口が平成12年（2000年）から減少に転じている中、生産年齢人口（15歳～64歳）や年少人口（0～14歳）は今後も減少し、高齢者人口は増加すると予測されています。特に平成32年（2020年）から平成37年（2025年）には、後期高齢者（75歳以上）が大幅に増加すると見込まれています。

香川県の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）については、全国平均より高い状況にあり、上昇を続けています。

また、平成22年（2010年）と平成52年（2040年）を比較すると、二次保健医療圏別で見た場合、特に大川保健医療圏では37%減、小豆保健医療圏では43%減、三豊保健医療圏では29%減と大幅な人口の減少が見込まれています。

平成37年（2025年）の推計人口は、大川保健医療圏約7万7千人、小豆保健医療圏約2万4千人、高松保健医療圏約42万3千人、中讃保健医療圏26万9千人、三豊保健医療圏11万3千人と見込まれています。

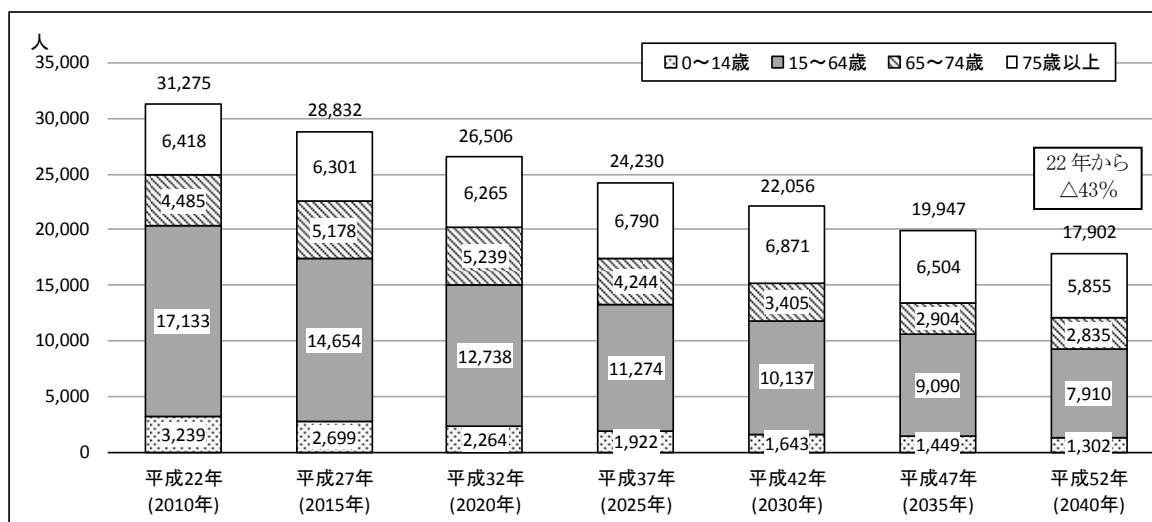
<大川保健医療圏>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	9,913	8,482	6,976	6,012	5,227	4,662	4,238
15～64歳	49,831	43,609	39,594	35,987	32,786	29,368	25,329
65～74歳	12,464	14,000	13,425	10,731	9,222	8,694	9,173
75歳以上	14,417	15,504	16,513	18,339	18,346	17,386	16,006
総数	86,625	81,595	76,508	71,069	65,581	60,110	54,746

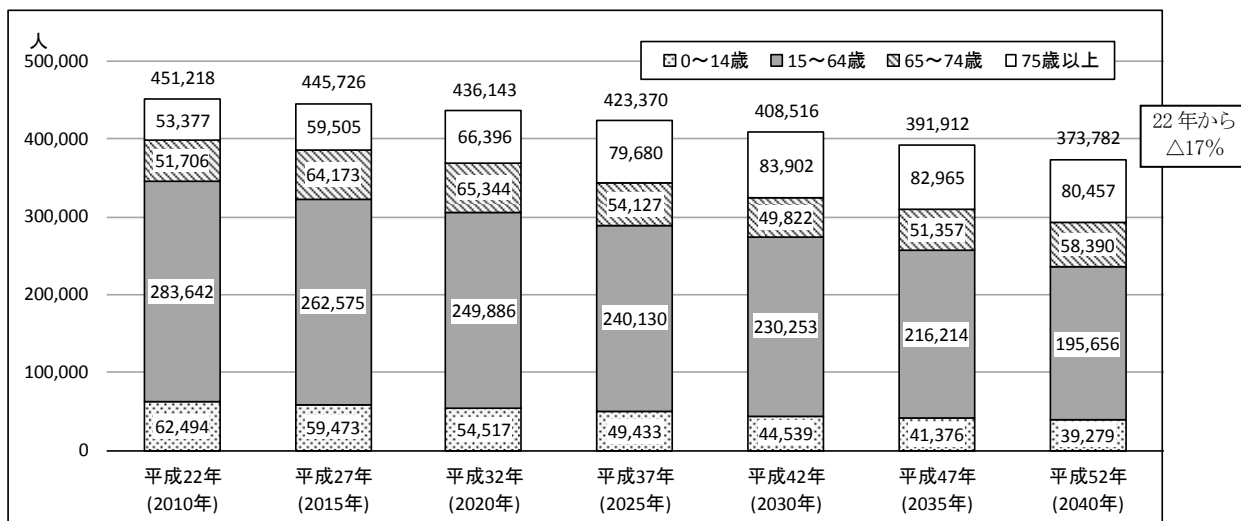
<小豆保健医療圏>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	3,239	2,699	2,264	1,922	1,643	1,449	1,302
15～64歳	17,133	14,654	12,738	11,274	10,137	9,090	7,910
65～74歳	4,485	5,178	5,239	4,244	3,405	2,904	2,835
75歳以上	6,418	6,301	6,265	6,790	6,871	6,504	5,855
総数	31,275	28,832	26,506	24,230	22,056	19,947	17,902

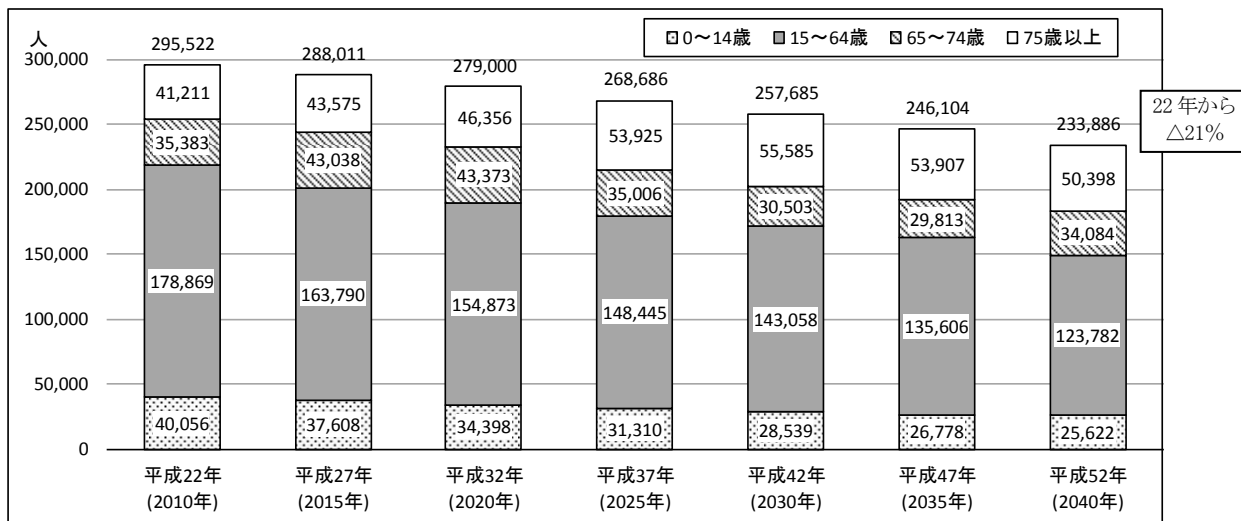
<高松保健医療圏>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0~14歳	62,494	59,473	54,517	49,433	44,539	41,376	39,279
15~64歳	283,642	262,575	249,886	240,130	230,253	216,214	195,656
65~74歳	51,706	64,173	65,344	54,127	49,822	51,357	58,390
75歳以上	53,377	59,505	66,396	79,680	83,902	82,965	80,457
総数	451,218	445,726	436,143	423,370	408,516	391,912	373,782

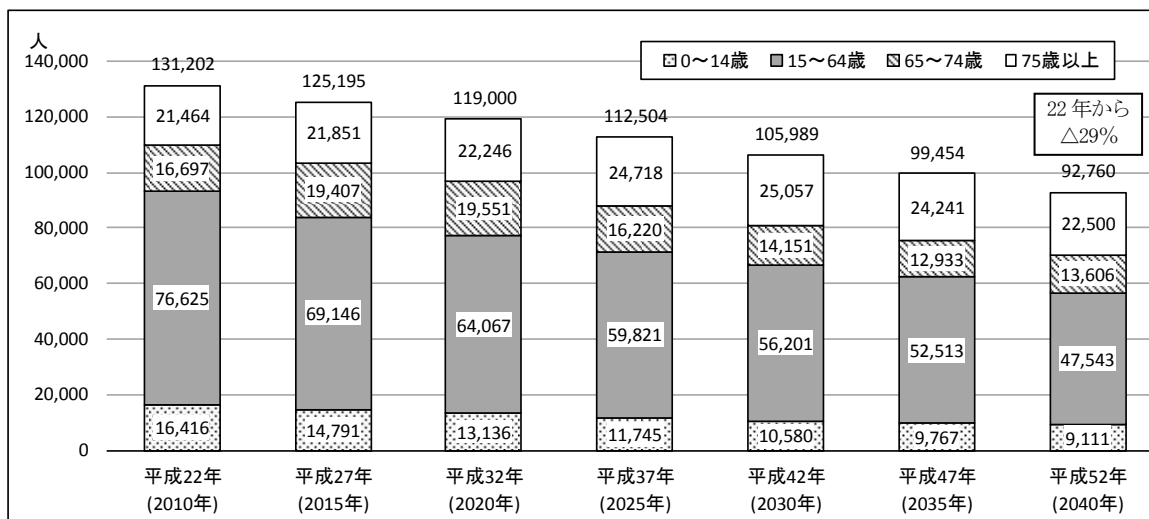
<中讃保健医療圏>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0~14歳	40,056	37,608	34,398	31,310	28,539	26,778	25,622
15~64歳	178,869	163,790	154,873	148,445	143,058	135,606	123,782
65~74歳	35,383	43,038	43,373	35,006	30,503	29,813	34,084
75歳以上	41,211	43,575	46,356	53,925	55,585	53,907	50,398
総数	295,522	288,011	279,000	268,686	257,685	246,104	233,886

<三豊保健医療圏>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0~14歳	16,416	14,791	13,136	11,745	10,580	9,767	9,111
15~64歳	76,625	69,146	64,067	59,821	56,201	52,513	47,543
65~74歳	16,697	19,407	19,551	16,220	14,151	12,933	13,606
75歳以上	21,464	21,851	22,246	24,718	25,057	24,241	22,500
総数	131,202	125,195	119,000	112,504	105,989	99,454	92,760

3 患者の受療動向

現在の患者の受療動向が今後も変わらないと仮定した場合、平成 37 年（2025 年）において、大川保健医療圏、小豆保健医療圏、三豊保健医療圏では、患者が居住する二次保健医療圏での受診率が低く、隣接する保健医療圏への医療需要の流出が多く見られます。

< 4 医療機能合計 >

(単位：人/日)

		医療機関所在地					
		大川	小豆	高松	中讃	三豊	県外
患者 住 所 地	大川	420.0	0.0	253.6	※	※	16.8
	小豆	※	138.9	67.4	※	※	—
	高松	69.6	※	3,354.3	183.5	※	36.3
	中讃	※	※	257.0	2,224.8	56.3	—
	三豊	※	0.0	34.0	154.7	943.6	—
	県外	—	—	—	—	59.5	—

注 厚生労働省から提供を受けた必要病床数推計ツールにより作成。同ツールでは、医療機能別かつ医療圏別で 10 未満 0.1 以上の数値は非公表とされているため、「※」と表示するとともに、県外の数値についても医療機能別かつ医療圏別で 10 以上の数値のみを集計している。(以下の 4 機能別の表においても同じ)。

また、4 医療機能合計の集計に当たっても、医療機能別かつ医療圏別で 10 未満の数値は含めていない。

< 高度急性期 >

(単位：人/日)

		医療機関所在地					
		大川	小豆	高松	中讃	三豊	県外
患者 住 所 地	大川	24.2	0.0	35.5	※	※	—
	小豆	※	※	10.5	※	※	—
	高松	※	※	328.0	16.9	※	—
	中讃	※	※	34.4	191.9	※	—
	三豊	※	0.0	※	22.2	62.9	—
	県外	—	—	—	—	10.5	—

<急性期>

(単位：人/日)

		医療機関所在地					
		大川	小豆	高松	中讃	三豊	県外
患者 住所 地	大川	142.6	0.0	98.9	※	※	—
	小豆	※	34.2	28.6	※	※	—
	高松	11.1	※	1,126.6	31.9	※	11.2
	中讃	※	※	84.7	647.9	※	—
	三豊	※	0.0	16.7	48.3	271.0	—
	県外	—	—	—	—	31.3	—

<回復期>

(単位：人/日)

		医療機関所在地					
		大川	小豆	高松	中讃	三豊	県外
患者 住所 地	大川	129.7	0.0	93.8	※	※	—
	小豆	※	60.8	28.3	※	※	—
	高松	※	※	1,228.6	38.7	※	12.2
	中讃	※	0.0	85.2	788.4	56.3	—
	三豊	※	0.0	17.3	49.2	381.4	—
	県外	—	—	—	—	17.7	—

<慢性期>

(単位：人/日)

		医療機関所在地					
		大川	小豆	高松	中讃	三豊	県外
患者 住所 地	大川	123.5	0.0	25.4	※	0.0	16.8
	小豆	0.0	43.9	※	※	※	—
	高松	58.5	※	671.1	96.0	※	12.9
	中讃	※	※	52.7	596.6	※	—
	三豊	※	0.0	※	35.0	228.3	—
	県外	—	—	—	11.3	—	—

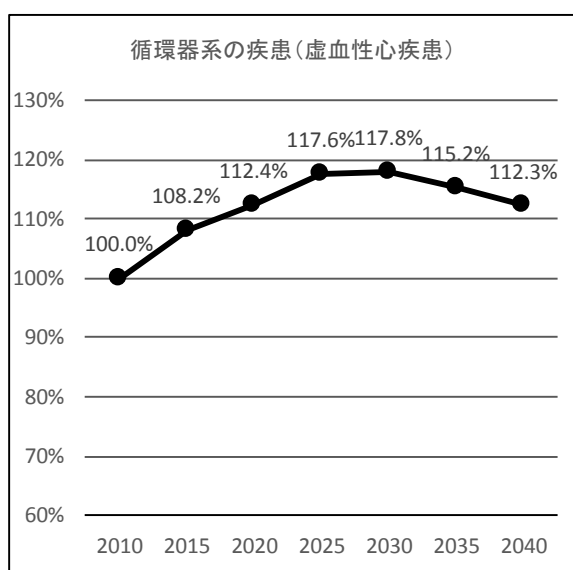
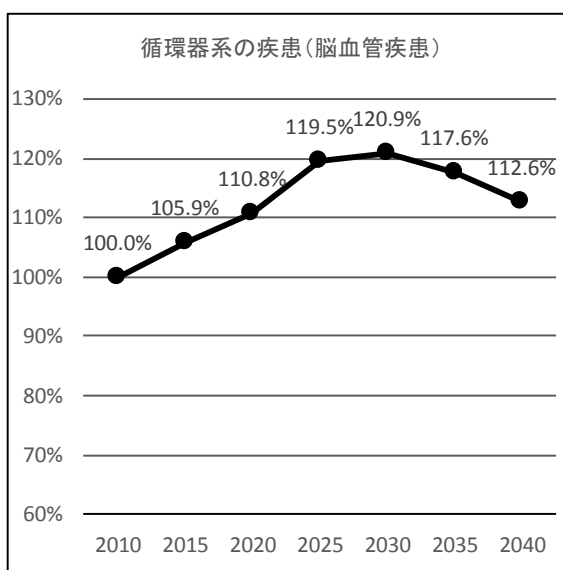
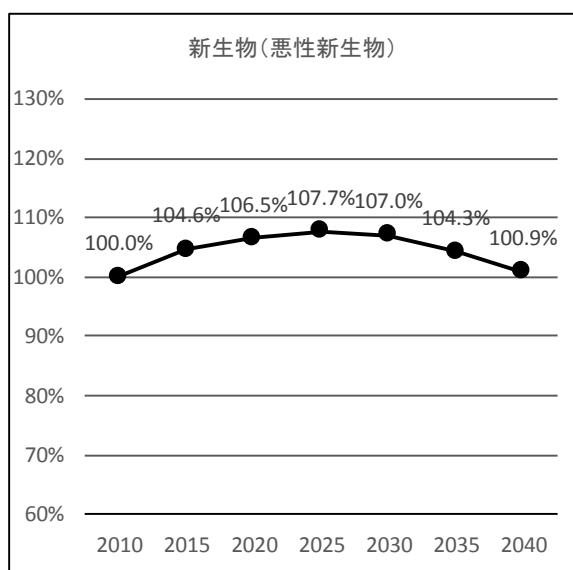
※ 入院受療率の地域差の解消目標をパターンBとして推計した場合である。

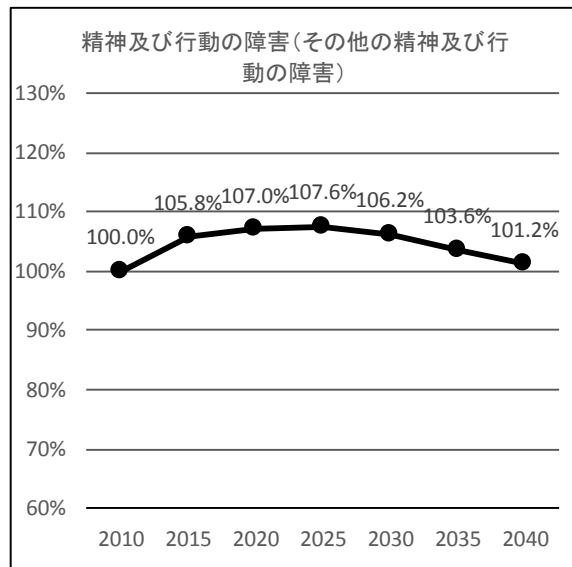
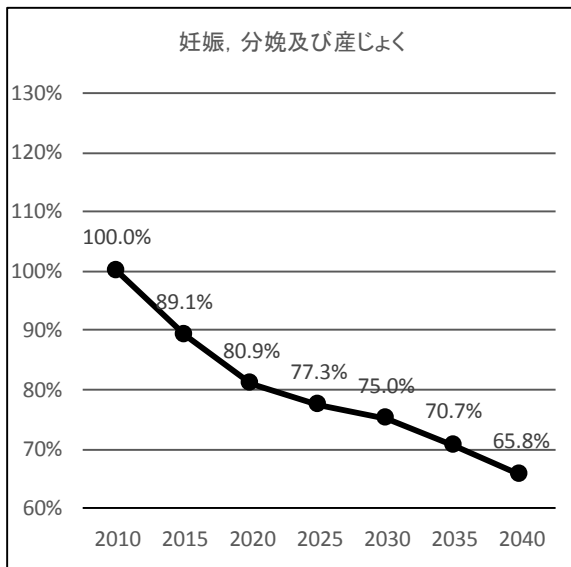
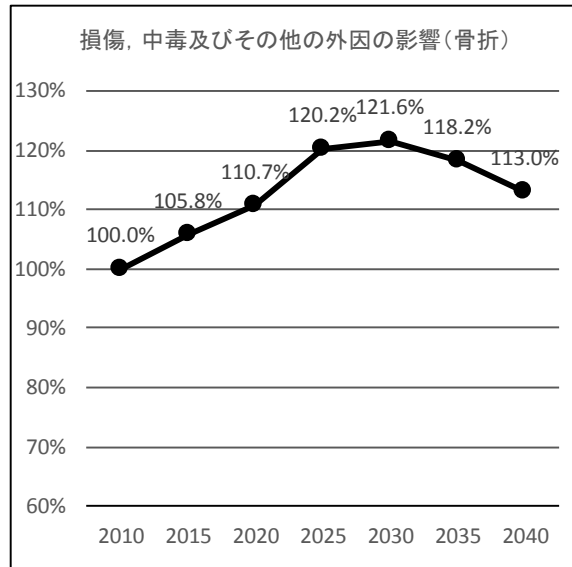
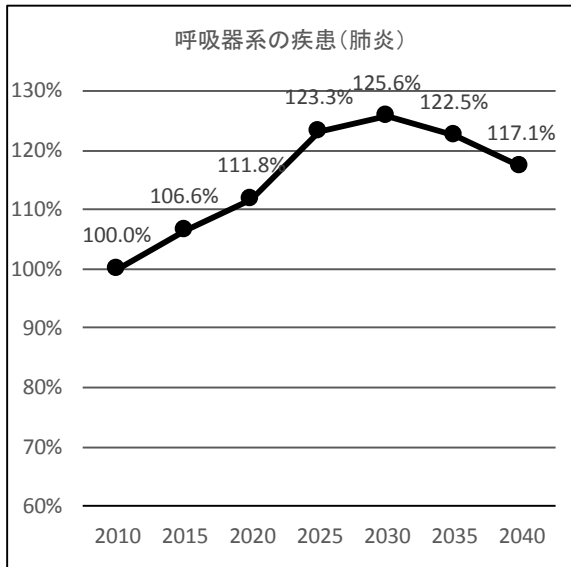
4 傷病別の入院患者数推計

患者調査の傷病分類別受療率と社人研推計を用いた傷病別の入院患者数推計によると、香川県の主な傷病別の入院患者数の変化率は、平成 22 年（2010 年）を 100%とした場合に、妊娠、分娩及び産じょくを除いては、いずれの傷病においても、程度は異なっても平成 32 年（2025 年）から平成 37 年（2030 年）にかけて入院患者数のピークを迎え、その後はしだいに減少に転じることが見込まれています。高齢化の進展に伴い、特に、脳血管疾患、肺炎、骨折の入院患者数は 2 割を超えて増加することが見込まれています。

一方、妊娠、分娩及び産じょくの入院患者数は、今後、減少することが見込まれています。

<香川県における傷病別の入院患者の増加率>





※1 産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツール AJAPA」を用いて作成。

2 患者調査(厚生労働省)の傷病分類別受療率及び社人研推計のデータを基に推計しているものであり、必要病床数推計ツールの推計値とは一致しない。

第2節 構想区域の設定

香川県においては、第1節の分析結果を踏まえた上で、以下の理由から、現行の二次保健医療圏のうち、大川保健医療圏と高松保健医療圏を合わせて東部構想区域、中讃保健医療圏と三豊保健医療圏を合わせて西部構想区域、小豆保健医療圏を小豆構想区域とし、3つの構想区域を設定することとします。

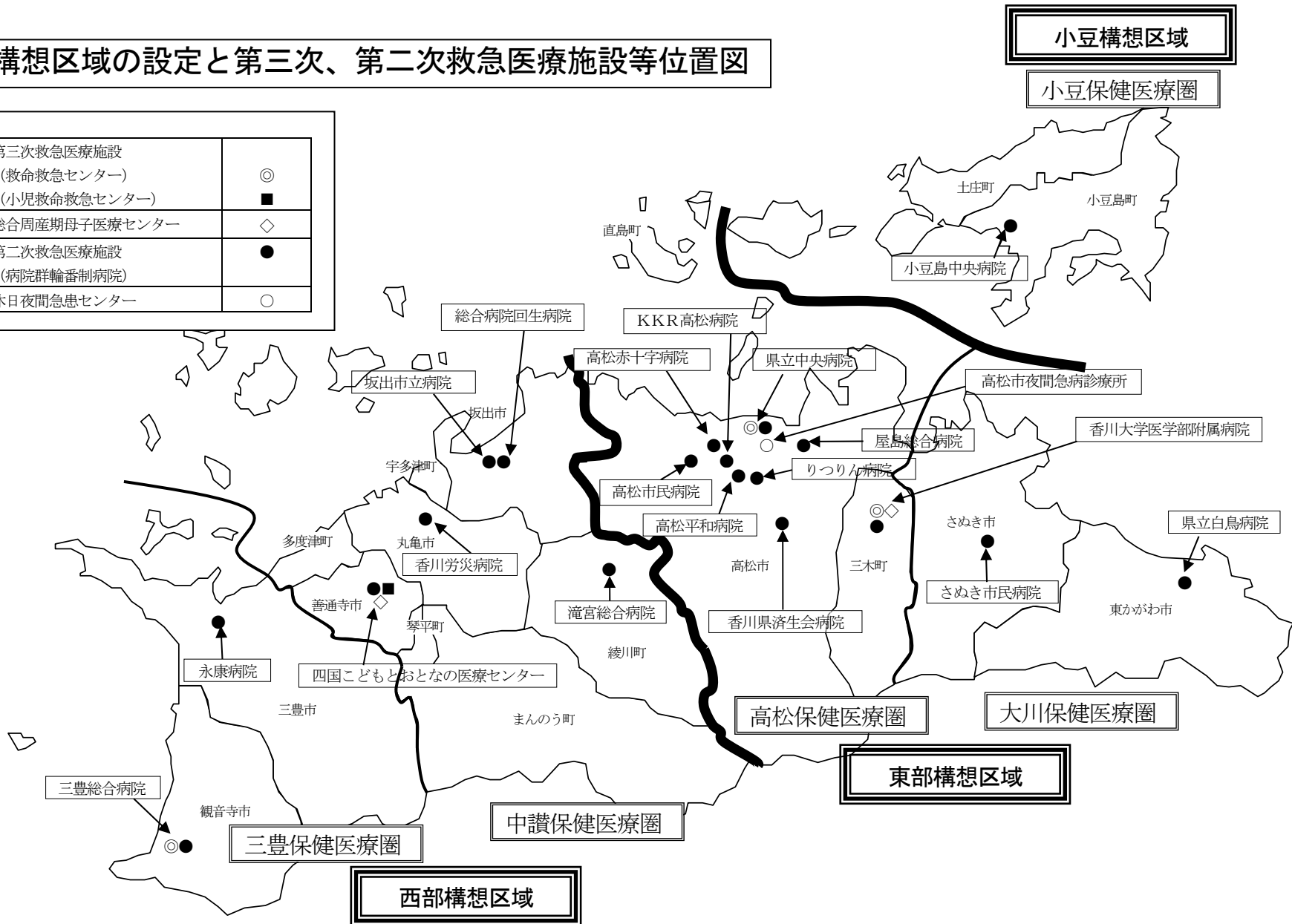
- 患者の受療動向を見ると、大川保健医療圏及び小豆保健医療圏から高松保健医療圏へ、また、三豊保健医療圏から中讃保健医療圏への医療需要の流出が相当の割合で生じていること。
- 大川保健医療圏、小豆保健医療圏及び三豊保健医療圏は、人口規模が小さく、さらに今後も減少が見込まれていること。
- 広域で医療機能の分化・連携を図ることにより、患者の受けられる医療の選択肢が多様化し、患者の状態に応じたより適切な医療の提供につながると考えられること。また、このような医療機能の分化・連携により、限られた医療資源の有効活用が図られ、医療提供体制の持続可能性が高まると考えられること。
- ただし、小豆保健医療圏については、離島であり、かつ、一定の人口規模を有することから、島内で確保すべき医療提供体制について、他の圏域とは別に検討する必要があること。

<構想区域>

構想区域	二次保健医療圏	市 町	面積 (k m ²)	2025年 推計人口 (人)
東部構想区域	大川保健医療圏	さぬき市 東かがわ市	312.25	71,069
	高松保健医療圏	高松市 三木町 直島町	465.15	423,370
	小計	—	777.40	494,439
小豆構想区域	小豆保健医療圏	土庄町 小豆島町	170.02	24,230
西部構想区域	中讃保健医療圏	丸亀市 坂出市 善通寺市 宇多津町 綾川町 琴平町 多度津町 まんのう町	589.00	268,686
	三豊保健医療圏	観音寺市 三豊市	340.13	112,504
	小計	—	929.13	381,190
	計	—	1,876.55	899,859

構想区域の設定と第三次、第二次救急医療施設等位置図

凡	第三次救急医療施設 (救命救急センター) (小児救命救急センター)	◎ ■
例	総合周産期母子医療センター	◇
	第二次救急医療施設 (病院群輪番制病院)	●
	休日夜間急患センター	○

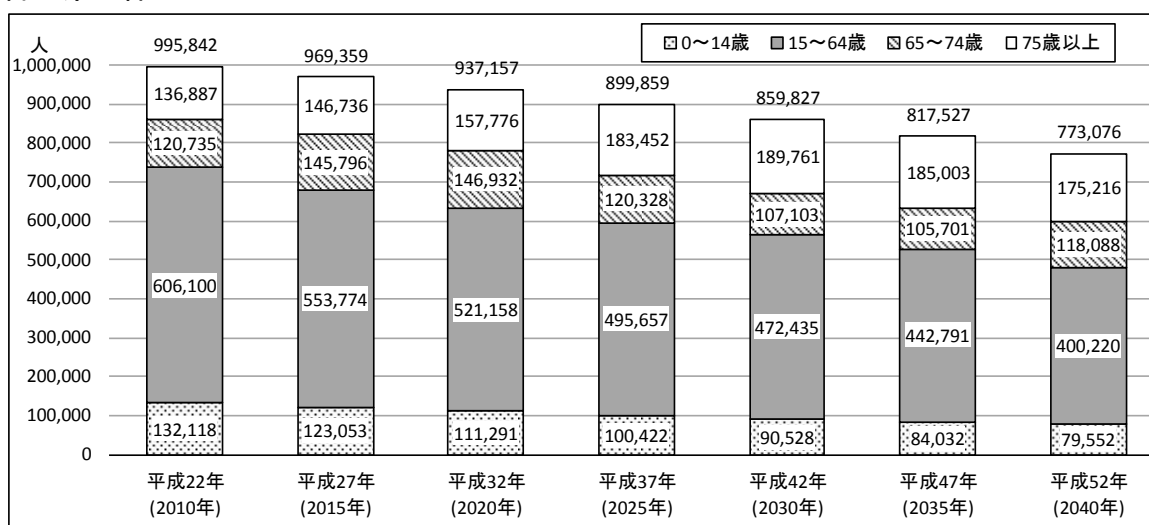


第3節 構想区域ごとの状況

1 人口推計

香川県全体及び東部、小豆、西部の3つの構想区域ごとの人口推計は、以下のとおりであり、平成37年（2025年）における推計人口は、香川県全体約90万人、東部構想区域49万4千人余、小豆構想区域2万4千人余、西部構想区域38万1千人余と見込まれています。

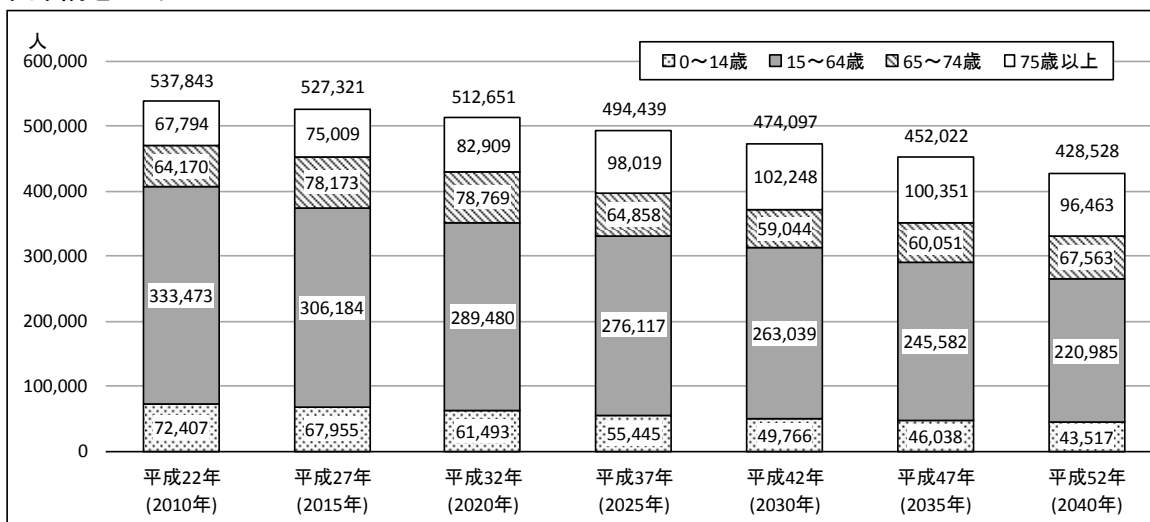
<香川県全体>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	132,118	123,053	111,291	100,422	90,528	84,032	79,552
15～64歳	606,100	553,774	521,158	495,657	472,435	442,791	400,220
65～74歳	120,735	145,796	146,932	120,328	107,103	105,701	118,088
75歳以上	136,887	146,736	157,776	183,452	189,761	185,003	175,216
総数	995,842	969,359	937,157	899,859	859,827	817,527	773,076

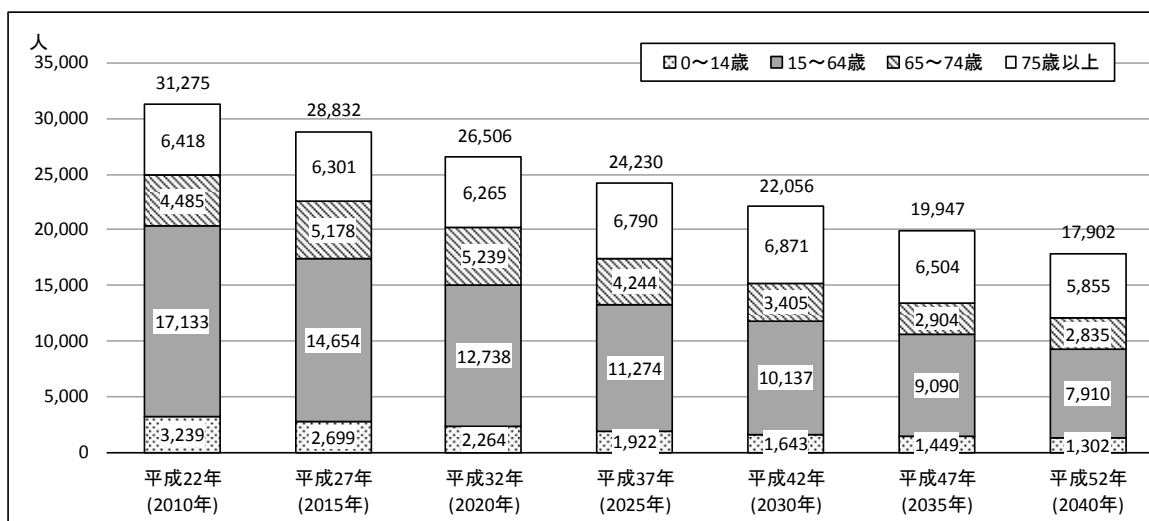
<東部構想区域>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0~14歳	72,407	67,955	61,493	55,445	49,766	46,038	43,517
15~64歳	333,473	306,184	289,480	276,117	263,039	245,582	220,985
65~74歳	64,170	78,173	78,769	64,858	59,044	60,051	67,563
75歳以上	67,794	75,009	82,909	98,019	102,248	100,351	96,463
総数	537,843	527,321	512,651	494,439	474,097	452,022	428,528

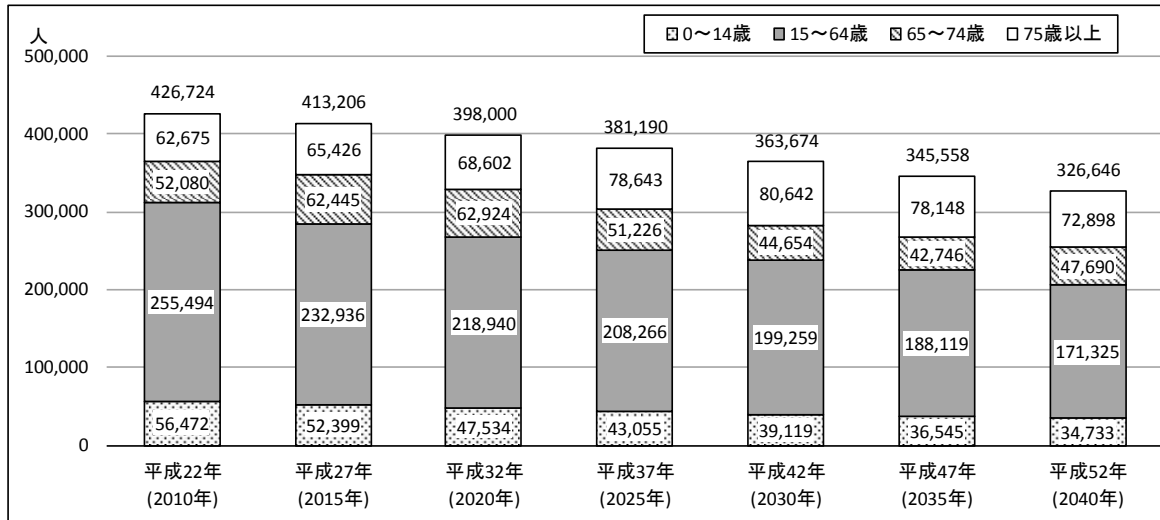
<小豆構想区域>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0~14歳	3,239	2,699	2,264	1,922	1,643	1,449	1,302
15~64歳	17,133	14,654	12,738	11,274	10,137	9,090	7,910
65~74歳	4,485	5,178	5,239	4,244	3,405	2,904	2,835
75歳以上	6,418	6,301	6,265	6,790	6,871	6,504	5,855
総数	31,275	28,832	26,506	24,230	22,056	19,947	17,902

<西部構想区域>



(単位：人)

	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
0～14歳	56,472	52,399	47,534	43,055	39,119	36,545	34,733
15～64歳	255,494	232,936	218,940	208,266	199,259	188,119	171,325
65～74歳	52,080	62,445	62,924	51,226	44,654	42,746	47,690
75歳以上	62,675	65,426	68,602	78,643	80,642	78,148	72,898
総数	426,724	413,206	398,000	381,190	363,674	345,558	326,646

2 患者の受療動向

現在の患者の受療動向が今後も変わらないと仮定した場合、平成 37 年（2025 年）における構想区域間の患者の受療動向の推計は以下のとおりです。

二次保健医療圏を統合して構想区域を設定したことにより、構想区域間の流出の度合いは、保健医療圏間の流出の度合いと比較すると、少なくなっています。

P3 構想区域とした場合の推計ツールを国に提供依頼中

< 4 医療機能合計 >

(単位：人/日)

		医療機関所在地			
		東部	小豆	西部	県外
患者 住 所 地	東部				
	小豆				
	西部				
	県外				

※ 厚生労働省から提供を受けた必要病床数推計ツールにより作成。同ツールでは、医療機能別かつ医療圏別で 10 未満 0 以上の数値は非公表とされているため、「※」と表示するとともに、県外の数値についても医療機能別かつ医療圏別で 10 以上の数値のみを集計している。(以下の 4 機能別の表においても同じ)。

また、4 医療機能合計の集計に当たっても、医療機能別かつ医療圏別で 10 未満の数値は含めていない。

< 高度急性期 >

(単位：人/日)

		医療機関所在地			
		東部	小豆	西部	県外
患者 住 所 地	東部				
	小豆				
	西部				
	県外				

< 急性期 >

(単位：人/日)

		医療機関所在地			
		東部	小豆	西部	県外
患者 住 所 地	東部				
	小豆				
	西部				
	県外				

<回復期>

(単位：人/日)

		医療機関所在地			
		東部	小豆	西部	県外
患者 住 所 地	東部				
	小豆				
	西部				
	県外				

<慢性期>

(単位：人/日)

		医療機関所在地			
		東部	小豆	西部	県外
患者 住 所 地	東部				
	小豆				
	西部				
	県外				

※ 入院受療率の地域差の解消目標をパターンBとして推計した場合である。

3 傷病別の入院患者数推計

平成22年(2010年)を100%とした場合に、構想区域別に主な傷病別の入院患者数の変化率を見ると、東部構想区域では、平成37年(2025年)から平成42年(2030年)にかけて、入院患者数の増加割合が3区域で最も大きくなる見込みです。特に、脳血管疾患、虚血性心疾患、肺炎、骨折の入院患者数は3割程度の増加が見込まれています。

小豆構想区域では、多くの傷病において、平成37年(2025年)から平成42年(2030年)にかけては、入院患者数が横ばいか微減となり、その後はしだいに減少していくことが見込まれています。

西部構想区域では、平成37年(2025年)から平成42年(2030年)にかけて、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病、骨折の入院患者数が約1割、肺炎の入院患者数は約2割増加することが見込まれています。

いずれの区域においても、妊娠、分娩及び産じょくの入院患者数は、今後、減少することが見込まれています。

第3章 平成37年（2025年）における医療需要及び必要病床数等の推計

第1節 医療需要及び必要病床数の推計方法

1 医療需要の推計

医療需要の推計に当たっては、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第30条の28の3により定められた算定方法により、平成25年（2013年）のレセプトデータ及び平成37年（2025年）の推計人口等を用いて算定することとされています。

また、慢性期機能の医療需要推計に当たっては、高齢化により増大する医療需要に対応するために、入院医療で対応している慢性期患者のうち、入院医療以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を推進することとし、療養病床の入院受療率の地域差を解消する目標を一定の範囲内で定めることとされています（P19参照）。

香川県の慢性期機能の医療需要推計については、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に進められるまで、慢性期病床の減少をできる限り緩やかなものとするため、東部構想区域においてはパターンBにより、特例が適用可能である小豆構想区域及び西部構想区域においては特例により、それぞれ算出された医療需要を用いて推計することとします。

2 構想区域間の供給数の調整

（1）県内の構想区域間における供給数の調整

構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計する際は、構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、構想区域間の医療需要の流出入を考慮した上で、医療需要に対する医療供給数の増減を見込む必要があります。

ガイドラインを踏まえて、高度急性期の医療需要の流出入については、医療機関所在地の医療需要として県内の構想区域間の医療供給数を調整することとします。また、急性期、回復期及び慢性期の医療需要の流出入については、患者住所地の医療需要として県内の構想区域間の医療供給数を調整することとします。

（2）他県の構想区域との供給数の調整

都道府県間の医療供給数の調整に当たっては、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。）に基づき、二次保健医療圏単位の10人/日以上以上の医療需要の流出入（4機能別）について、以下のとおり他県との調整を行いました。

- ・高松保健医療圏から岡山県南東部保健医療圏への流出

急性期11人/日、回復期12人/日の医療需要の流出があり、岡山県との協議の結果、当該医療需要については、岡山県において供給を行うものとして調整することと

なりました。

- ・愛媛県宇摩保健医療圏から三豊保健医療圏への流入

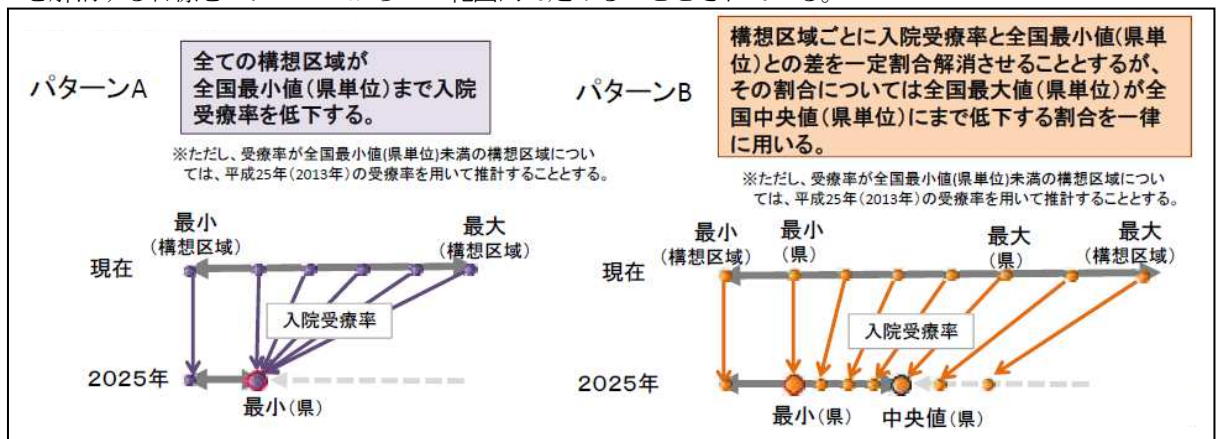
高度急性期10人/日、急性期31人/日、回復期18人/日の医療需要の流入があり、愛媛県との協議を行いました。が、国通知で定める期限までに協議が整わなかったため、当該医療需要については、国通知に基づき、香川県において供給を行うものとして調整することとなりました。

3 必要病床数の推計

必要病床数は、医療法施行規則第30条の28の3により定められた算定方法により、2において構想区域間の供給数を調整した推定供給数数を病床稼働率（高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%）で割り戻して算定します。

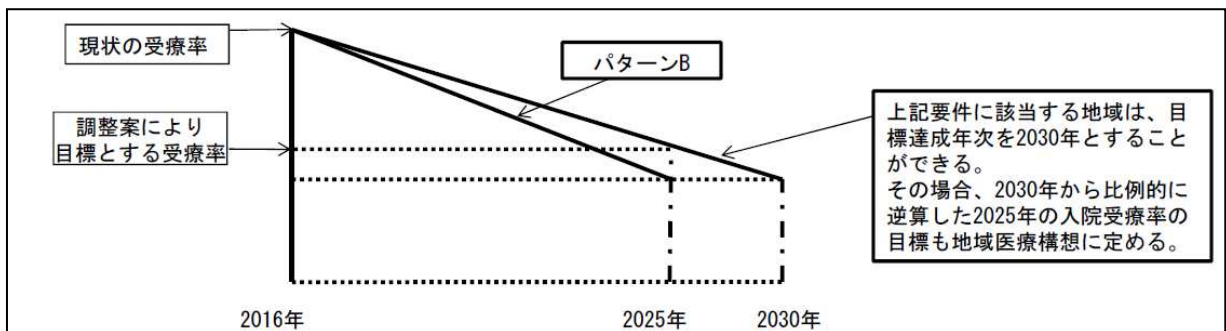
※ 慢性期機能の医療需要推計について

- 慢性期機能の医療需要推計に当たり、高齢化により増大する医療需要に対応するために、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を推進することとし、療養病床の入院受療率の地域差を解消する目標をパターンAからBの範囲内で定めることとされている。



- また、以下の2つの要件を満たす構想区域では、目標の達成年次を2025年から2030年とする特例を適用することができる。

- 要件 ① パターンBによる慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい。
② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい。



地域の実情に応じて、この慢性期機能の医療需要推計をどのように設定すべきか検討する必要がある。

第2節 医療需要及び必要病床数の推計結果

1 香川県における平成37年（2025年）の医療需要及び必要病床数

第1節の推計方法に基づき、香川県における平成37年（2025年）の医療需要及び必要病床数を算出した結果は、以下の表のとおりです。

構想における必要病床数の推計結果は、病床機能報告制度から得られる情報などの様々なデータとともに、各地域における将来の医療需要の変化を関係者で共有し、今後、患者の状態に応じた医療を提供できる体制の実現に向けて議論を行う基礎となるものであり、この推計に基づき、病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

また、慢性期機能の医療需要推計に当たっては、高齢化により増大する医療需要に対応するため、入院医療で対応している慢性期患者のうち、入院医療以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を推進することとしています。これは、慢性期の患者が医療を受けられなくなるということではなく、それぞれの状態に応じて、居宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等の場所において医療が提供されることを想定しているものであり、地域で支える医療に転換していくことを目指すものです。

なお、現在、国において、平成29年度末で介護療養病床が廃止されること等を受けて、慢性期医療の受け皿となる新たな施設類型について検討されています。これは、将来的には、入院医療以外で対応可能な患者の対応の一部を担うものと考えられます。

<香川県における平成37年（2025年）の医療需要> (人/日)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
東部構想区域	456	1,449	1,544	1,039	7,167
小豆構想区域	10未満	69	98	69	483
西部構想区域	330	1,114	1,408	1,008	5,687
計	786	2,632	3,050	2,116	13,337

※ 計においては、小豆構想区域の高度急性期に係る医療需要「10未満」を0として計算している。

<香川県における平成37年（2025年）の必要病床数> (床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
東部構想区域	608	1,858	1,715	1,129
小豆構想区域	10未満	88	109	75
西部構想区域	440	1,429	1,564	1,095
計	1,048	3,375	3,388	2,299

※1 計においては、小豆構想区域の高度急性期に係る必要病床数「10未満」を0として計算している。

2 小豆構想区域及び西部構想区域の慢性期に係る必要病床数は、目標の達成年次を平成42年に延長する特例を用い、平成42年の推計値を比例的に逆算して推計している。なお、平成42年の慢性期の必要病床数は、小豆構想区域74床、西部構想区域1,034床である。

第3節 必要病床数と病床機能報告による病床数の比較

1 病床機能報告制度の概要

病床機能報告制度とは、病床（一般病床及び療養病床）を有する病院・診療所が、その病床において担っている現在の医療機能と今後の方向について、病棟ごとに4つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）から自ら選択し、毎年度都道府県に報告する仕組みで、平成26年度から実施されています。また、医療機能に加えて、病棟の設備や人員配置、具体的な医療内容も報告することとされています。

毎年度の報告結果と構想で定める必要病床数を比較していくことにより、平成37年（2025年）に向けて、構想区域でどの機能の病床が不足しているか等を検討し、関係者が自主的な取組みを行うとともに、医療機関相互の協議により、機能分化・連携について調整していくこととなります。

2 平成26年度の報告結果と平成37年（2025年）の必要病床数推計結果の比較

平成26年度の病床機能報告制度の報告結果と、平成37年（2025年）の必要病床数推計結果を比較すると、以下の表のとおりです。

両者の比較・分析に当たっては、両者の病床機能の考え方や決定方法には、次のような違いがあることに留意する必要があります。

- ・ 病床機能報告は、様々な状態の患者が入院している個々の病棟について、4つの病床機能の内容に照らして、各医療機関がいずれか1つを選択して報告したものであること。
- ・ また、現時点では、病床機能報告において、病床機能の選択に際して、4つの病床機能を区分する定量的な基準はなく、医療機関の自主的な判断に基づく報告であること。
- ・ 一方で、構想で推計する必要病床数は、平成25年（2013年）のレセプトデータと平成37年（2025年）の推計人口を用いて、診療報酬点数等で区分して算出したものであること。

<香川県全体>

(床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
平成37年（2025年）の 必要病床数	1,048	3,375	3,388	2,299
平成26年度（2014年度） 病床機能報告における報告数	1,196	6,367	1,096	3,611

<東部構想区域>

(床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
平成 37 年 (2025 年) の 必要病床数	608	1,858	1,715	1,129
平成 26 年度 (2014 年度) 病床機能報告における報告数	1,084	3,239	560	1,485

<小豆構想区域>

(床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
平成 37 年 (2025 年) の 必要病床数	10 未満	88	109	75
平成 26 年度 (2014 年度) 病床機能報告における報告数	0	209	0	185

<西部構想区域>

(床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
平成 37 年 (2025 年) の 必要病床数	440	1,429	1,564	1,095
平成 26 年度 (2014 年度) 病床機能報告における報告数	112	2,919	536	1,941

第4章 地域医療構想を実現するための施策

第1節 医療機関の自主的な取組みと相互の協議の推進

1 現状と課題

(1) 地域医療構想調整会議

都道府県は、構想区域等ごとに、地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています（医療法第30条の14）。

地域医療構想策定ガイドラインでは、地域医療構想調整会議は、構想の実現に向けた取組を協議することが設置目的であることから、構想に反映させるべく構想の策定段階から設置し、構想区域における関係者の意見をまとめることが適当であるとされています。そこで、香川県においても、構想の策定段階から、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置し、構想の策定に当たって、地域の関係者の意見を聴いたところです。

地域医療構想調整会議では、構想の策定後も、平成37年（2025年）に向けて、毎年度の病床機能報告制度の報告内容と構想における必要病床数を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討し、医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整していくこととなります。

(2) 地域における医療機能の確保

二次医療圏別の患者の受療動向を見た場合、大川保健医療圏及び小豆保健医療圏から高松保健医療圏へ、また、三豊保健医療圏から中讃保健医療圏への流出が、それぞれ相当の割合で生じています。このことを踏まえて、構想区域の設定に当たっては、大川保健医療圏と高松保健医療圏を合わせて東部構想区域と、中讃保健医療圏と三豊保健医療圏を合わせて西部構想区域と、それぞれ設定することとしました。

しかしながら、脳卒中や急性心筋梗塞等に対する緊急性の高い救急医療体制については、医療機関へのアクセス時間等を考慮した上で、構想区域の枠組みとは別に検討することが必要です。

また、周産期医療については、今後、少子化により医療需要の減少が見込まれているものの、地域において不可欠な医療機能であり、地域ごとに医療機能の集約を図ることにより、地域の周産期医療体制を維持・確保していくことが必要です。

一方、例えば、がんの治療において、高度で専門的な医療については、がん診療連携拠点病院をはじめとする医療機関が区域を越えて提供するとしても、その後の化学療法やリハビリテーション等については患者が住み慣れた地域において提供できる体制を整備するなど、高度急性期以外の医療については、基本的に構想区域内で完結できるよう検討していく必要があります。

(3) 病床機能報告制度

現状の病床機能報告制度については、病床の機能を区分する定量的な基準がないこと、病棟単位の報告となっていること等の課題があり、医療機関がもつ医療機能の実情をより反映した報告がなされる制度となるよう、国において検討がなされている状況にあります。

2 施策の方向性

(1) 地域医療構想調整会議の開催

地域医療構想調整会議において、毎年度の病床機能報告制度の報告内容と構想における必要病床数を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討するとともに、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認することが可能となります。

各医療機関は、これらの情報を踏まえ、自らが行う医療内容やその体制について、将来目指していく方向性の検討を行うことが必要となります。

(2) 地域医療構想の進捗状況の整理・報告

県は、毎年度の病床機能報告制度の報告内容をはじめ、医療機関の自主的な取組みと相互の協議に資する情報を提供します。

また、医療機関が病床の機能分化・連携に向けた取組を行う際には、患者・住民の理解が不可欠であり、自らの状態に応じた医療機能や医療機関を選択することが重要であるため、患者・住民への情報提供と啓発に取り組みます。

(3) 病床機能報告制度の改善

病床機能報告制度については、医療機関の有する医療機能の実情をより反映できる制度となるよう、また、将来的には、定量的な基準に基づく客観的な報告制度とすべく検討を進めるよう、国に要望を行います。

第2節 病床の機能の分化及び連携の推進

1 現状と課題

(1) 病床の機能の分化

今後、高齢化の進展に伴う医療ニーズの変化に、限られた医療資源で対応するためには、医療機能の分化と連携を進め、高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた医療を提供する体制を整備することが不可欠です。

平成37年(2025年)に向けて、地域医療構想調整会議を中心として、毎年度の病床機能報告制度の報告内容と構想における必要病床数を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討し、医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整していくこととなります。

ただし、両者の数値の比較に当たっては、現状を把握するために毎年実施される病床機能報告制度について、医療機関の有する医療機能の実情をより反映できる制度となるよう改善の必要があります。

不足する病床機能への転換を検討するに当たっては、生産年齢人口が減少する以上、医療従事者についても大幅な増加は見込みにくい中で、多くの医療従事者が必要な施設類型から、高齢化に伴う医療ニーズの変化に対応して、患者の状態に応じた医療をより少ない医療従事者で提供できる施設類型に移行することも検討していく必要があります。

また、平成37年(2025年)頃から平成42年(2030年)頃にかけて、高齢化に伴い、脳血管疾患、肺炎、骨折等の大幅な増加が見込まれているので、これらの疾病に対応できる医療体制の充実を図るとともに、その後のリハビリテーションや在宅等への復帰が円滑になされるよう、関係機関の役割分担と連携体制の構築が不可欠です。

(2) 病床の機能の連携

病床の機能の分化が進めば、医療機関相互の連携の必要性が一層高まります。患者に負担をかけることなく、病状に応じた転院や在宅等への移行が円滑になされるよう、急性期、回復期、慢性期、さらには介護施設等の連携体制の構築が不可欠です。

香川県には地域医療支援病院が6病院あり、これらの病院の逆紹介率はいずれも70%を超えていることから、基幹病院から中規模、小規模の医療機関への連携については、ある程度進んでいると考えられます。

しかしながら、香川県の平均在院日数は、一般病床、療養病床ともに全国平均を上回っており、在宅医療等への移行が円滑に進んでいないことが推測されます。

二次保健医療圏別で平均在院日数をみると、一般病床については、大川保健医療圏、中讃保健医療圏、三豊保健医療圏が全国平均を上回っています。また、療養病床については、大川保健医療圏、中讃保健医療圏が全国平均を上回っています。これらの地域では、特に病状に応じた転院や在宅等への移行が円滑に進んでいないものと考えられます。

傷病別でみると、骨折患者の平均在院日数が全国平均を大きく上回っています。また、脳血管疾患患者の平均在院日数については、全国平均を下回っているものの、他の傷病

に比べると相当長くなっています。これらの傷病は、高齢化により今後も増加が見込まれているため、リハビリテーション体制の一層の充実等を図る必要があります。

(3) 小豆構想区域における医療提供体制

小豆構想区域は離島であるため、他の区域への搬送は防災ヘリや高速艇等によらなければならないことから搬送に時間を要するほか、天候条件等によっては搬送が困難となる場合もあります。このため、島内で確保すべき医療提供体制について、他の圏域とは別に検討する必要があります。

平成 28 年（2016 年）4 月に開院した小豆島中央病院を中心として、急性期から慢性期、在宅医療等まで、基本的な医療については、島内で安定的に提供できる体制を構築する一方で、島内では提供が困難な高度で専門的な医療については、圏域を越えた救急搬送・連携体制を構築する必要があります。

2 施策の方向性

(1) 不足する医療機能を提供する病床への転換の促進

各医療機関が構想の達成に向けて取り組む施設・設備整備等に対して、地域医療介護総合確保基金等を活用することにより支援し、医療機能の分化を促進します。

特に、高齢化に伴い需要の増加が見込まれているリハビリテーションを担う回復期の病床への転換を促進します。

(2) 病院、診療所、介護施設等の連携体制の構築

在宅等での療養者の急変時における病院・診療所の受入態勢を確保するとともに、病院・診療所からの円滑な退院を促進することなどにより、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 機能を分担する医療機関間の連携だけでなく、介護施設等も含めた連携体制の構築に努めます。

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病等の疾患においては、地域連携クリティカルパスの構築、普及を進めることにより、患者の状態に応じた医療の提供を支援します。

また、かがわ遠隔医療ネットワーク（K-MIX）の機能充実や参加医療機関の拡大など、IT を活用した医療情報連携の推進などにより、医療資源の効率的な活用と医療連携体制の強化を図ります。

小豆構想区域については、高度急性期医療や専門的な医療について、圏域を越えた連携体制の構築を支援します。

第3節 在宅医療等の充実

1 現状と課題

(1) 在宅医療の状況

構想の推計では、高齢化により増大する医療需要に対応するため、入院医療で対応している慢性期患者のうち、入院医療以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を推進することとされており、平成37年（2025年）において、在宅医療等に係る医療需要は香川県全体で約13,300人/日との推計結果となっています。

県内における在宅医療に関する施設の整備状況をみると、人口10万人当たりの在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数は全国平均を上回っている一方、訪問看護ステーション数は全国平均を下回っているなど、施設によって整備状況に差があります。また、地域によっても整備状況に差が見られます。

また、県内における在宅医療や訪問看護の実施状況をみると、人口10万人当たりの訪問診療数、在宅看取り数は全国平均を上回っていますが、地域別や病院、診療所別でみると、実施状況に差が見られます。また、人口10万人当たりの訪問看護ステーションの利用者数は、全国平均を大きく下回っています。

県政世論調査によると、自分の最期を迎えたい場所として、約6割の方が「自宅」と回答しており、最期まで可能な限り住み慣れた地域や自宅等で自分らしく満足度の高い生活を送ることは多くの県民の願いです。しかしながら、現状では、病院等の医療機関で亡くなる方がほとんどであり、自宅で亡くなる方は約1割に過ぎません。このことから、香川県における在宅医療に関する施設の整備状況や、在宅医療の実施状況は、全国平均を上回っている点もありますが、県民の在宅医療へのニーズを満たすのに十分といえる水準にはないと考えられます。

さらに、今後、高齢化が一層進展することから、医療や介護が必要な状態となっても住み慣れた地域や自宅等で生活を送ることができるよう、受け皿となる在宅医療等の充実を図る一方で、高齢者本人や家族に対して、希望すれば居宅や施設等で医療を利用するという選択肢があることを普及啓発する必要があります。人生の最終段階に受けたい医療について、家族や医療従事者と共有しておくことも重要です。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

75歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療が多いこと、複数の疾病にかかりやすいこと、要介護の発生率が高いこと、認知症の発生率が高いこと等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多いことから、こうした高齢者ができる限り住み慣れた地域や自宅で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療、介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。

2 施策の方向性

(1) 在宅医療の基盤整備

香川県では、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の在宅医療を提供する施設の整備状況や、在宅医療等の実施状況には、地域によって差が見られることから、県下一律ではなく、地域の実情に応じて、在宅医療を行う医療機関の確保や、在宅療養を支える施設間の連携体制の支援に取り組みます。

その際には、国における慢性期医療の受け皿となる新たな施設類型の検討結果も踏まえて、適切に対応します。

また、在宅医療を担う人材については、市町と役割分担しつつ、多職種が連携することにより、看取りを含めた在宅療養に必要なサービスが提供されるよう、その育成を進めます。

(2) 在宅医療に関する住民に対する普及啓発

在宅医療・地域包括ケアなど住み慣れた地域での生活を支える仕組みの整備が進んでいることが理解されるとともに、医療機関間の役割分担やかかりつけ医を持つことの重要性の認識が高まるよう、市町・医師会等と連携して、地域住民に対する周知・啓発等に努めます。

あわせて、人生の最終段階において、患者の意思を尊重した医療が提供されるよう、患者が自らの意思を表明できるうちに、自分がどのような最期を迎えたいか考え、その結果を家族や医療従事者と共有することが重要であることについて、住民の理解を促進します。

(3) 市町における在宅医療・介護連携体制の構築の支援

在宅医療を提供する病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所等の在宅医療関係機関と介護サービス事業所等の介護関係機関の連携や広域的な調整、普及啓発に係る取組み、助言や情報提供を行うなど、平成27年4月施行の改正介護保険法において地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業を市町が円滑に実施できるよう支援します。

第4節 医療従事者の確保・養成

1 現状と課題

(1) 医療従事者の状況

地域における医療提供体制の構築に向けては、それを支える医療従事者の確保・養成が不可欠です。

県内の医師数は、人口10万人当たりでは全国平均を上回っていますが、高松保健医療圏に集中するなど地域的な偏在のほか、産科、救急などの診療科による偏在がみられ、偏在の緩和が求められています。特に、小豆構想区域における人口10万人当たり医師数は全国平均を大きく下回っており、小豆構想区域の医師確保は喫緊の課題です。また、人口10万人当たりの病床数は全国平均を大きく上回っていることから、病床当たりでみた医師数は、全国平均を下回っています。さらに、45歳未満の若手医師の割合は、全国平均を下回っていることから、若手医師の確保と県内定着に向けた取り組みが必要です。

県内の看護職員数についても、人口10万人当たりや病床当たりでは全国平均を上回っていますが、高松・中讃保健医療圏には多く、大川、小豆保健医療圏は少ない傾向にあり、地域偏在があります。また、医療の高度化・専門化や高齢化の進展に伴う在宅医療等への対応など、多様化する看護業務に対応するためには、看護職員の確保と資質の向上を図ることが、引き続き重要な課題となっています。

(2) 医療従事者の勤務環境

医療職場においては、医師、看護職員をはじめとする医療従事者の離職、人員不足が課題となっています。特に、香川県においては、新卒看護職員の離職率が全国平均を上回っています。

人口の減少、若い世代の職業意識の変化、医療ニーズの多様化に加え、医療機関における医療従事者の確保が困難な中、質の高い医療提供体制を構築するためには、勤務環境の改善を通じ、医療従事者が健康で安心して働くことができる環境整備を促進することが重要です。

2 施策の方向性

(1) 若手医師の定着の促進

若手医師のより一層の県内定着及び医師のキャリア形成支援・総合医の養成等に向けて、香川県医師育成キャリア支援プログラムを効果的に実施することにより、魅力ある若手医師の育成環境づくりに努めます。

(2) 診療科・地域における人材の偏在の緩和

医療従事者の地域偏在や診療科偏在の緩和等を目指して、総合的かつ効果的な医療人材確保対策を行うとともに、香川県地域医療支援センターにおいて、医師の各キャリアステージにおける適切なタイミングでの情報発信や県内外の医師の就業相談など、きめ細かな対応を行います。

小豆構想区域における医師不足に対応するため、県外勤務医のU J I ターンの促進など、医療人材確保の取組みを支援します。

(3) 看護職員の養成、離職防止、再就業支援

香川県立保健医療大学や看護師等養成所等において、質の高い看護師等を養成するとともに、関係機関と連携して、卒業生の県内就業の促進に努めるほか、看護職員の資質の向上に取り組めます。また、新人看護職員研修を実施して早期離職を防止するほか、病院内保育所への支援を行うなど働きやすい環境づくりを支援します。さらに、ナースセンターとハローワークとの連携を促進するなど機能強化を図り、看護職員の再就業支援に取り組めます。

(4) 医療従事者の働きやすい環境の整備

香川県医療勤務環境改善支援センターにおいて、地域の関係団体との連携により、勤務環境の改善に自主的に取り組む医療機関に対し、社会保険労務士など専門的知識を有する外部のアドバイザーを派遣するなど効果的な支援を行うほか、医療勤務環境改善についての普及啓発等に取り組めます。