

香川県地域医療構想（案）参考資料集

○ 地域医療構想とは	1
○ 二次保健医療圏ごとの医療需要の流出入推計	8
○ 傷病別の入院患者数推計	13
○ 二次保健医療圏別にみた平均搬送時間	17
○ 施策 1 医療機関の自主的な取組みと相互の協議	
・ 2025 年の必要病床数と病床機能報告の比較	18
・ 平成 27 年度（2015 年度）の病床機能報告結果	21
・ 地域医療構想の必要病床数と病床機能報告における医療機能の考え方の違い	22
○ 施策 2 病床の機能分化及び連携の推進	
・ 香川県における一般病院の病床数（人口 10 万人対比）	23
・ 香川県における地域医療支援病院の地域連携の実績	24
・ 香川県における平均在院日数の推移（一般病床）	25
・ 疾患別の退院患者の平均在院日数（患者住所地）	26
・ 香川県における病床利用率	27
○ 施策 3 在宅医療等の充実	
・ 香川県における在宅医療に関する施設の現状	28
・ 香川県における在宅医療の実施状況	29
・ 香川県における自分が最期を迎える場所についての住民の意識	30
・ 香川県における死亡の場所の推移	31
・ 香川県における介護保健施設及び介護専用型の居住系サービスの整備目標	32
○ 施策 4 医療従事者の確保・養成	
・ 香川県の医療従事者数（医師）	35
・ 香川県の医療従事医師数（主な診療科）	36
・ 香川県の医療従事者数（看護師、准看護師）	39
・ 香川県の勤務場所別看護師・准看護師数	40
・ 病院における常勤看護職員の離職率	41
・ 香川県の医療従事者の求人倍率	42
・ 香川県の医療従事者数（医師及び看護職員・病床当たり）	43

2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年：団塊の世代が75歳以上《国民の3人に1人が65歳以上・5人に1人が75歳以上》

〔高齢化の進展に伴う変化〕

- ・ 慢性疾患、複数の疾病を抱える患者が増える
- ・ 手術だけでなく、その後のリハビリも必要となる患者が増える
- ・ 自宅で暮らしながら医療を受ける患者が増える



医療介護総合確保推進法による改革の主な内容

〔地域における質の高い医療の確保、質の高い医療を確保するための基盤の整備〕

- ・ 医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実
- ・ 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、チーム医療の推進
- ・ 医療事故調査の仕組みの創設 等



改革の方向性

- ① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、
- ② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする

医療機関の医療機能の分化・連携の推進

「病床機能報告制度」によって医療機関から報告される情報と、都道府県による「地域医療構想」の策定を通じ、地域の医療提供体制の現状と医療機能ごとの将来の病床数の必要量を明らかにします。これらを地域の医療機関等で共有した上で、将来の必要量の達成を目指し、「協議の場」において協議を行い、自主的に医療機関の分化・連携を推進します。

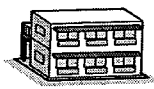
高度急性期病院



急性期病院



回復期病院



慢性期病院



高度で質の高い医療と手厚い看護

病状に応じた集中的なリハビリ

長期の療養

医療機関による自主的な取り組みと相互の協議により、医療機能の分化・連携を推進

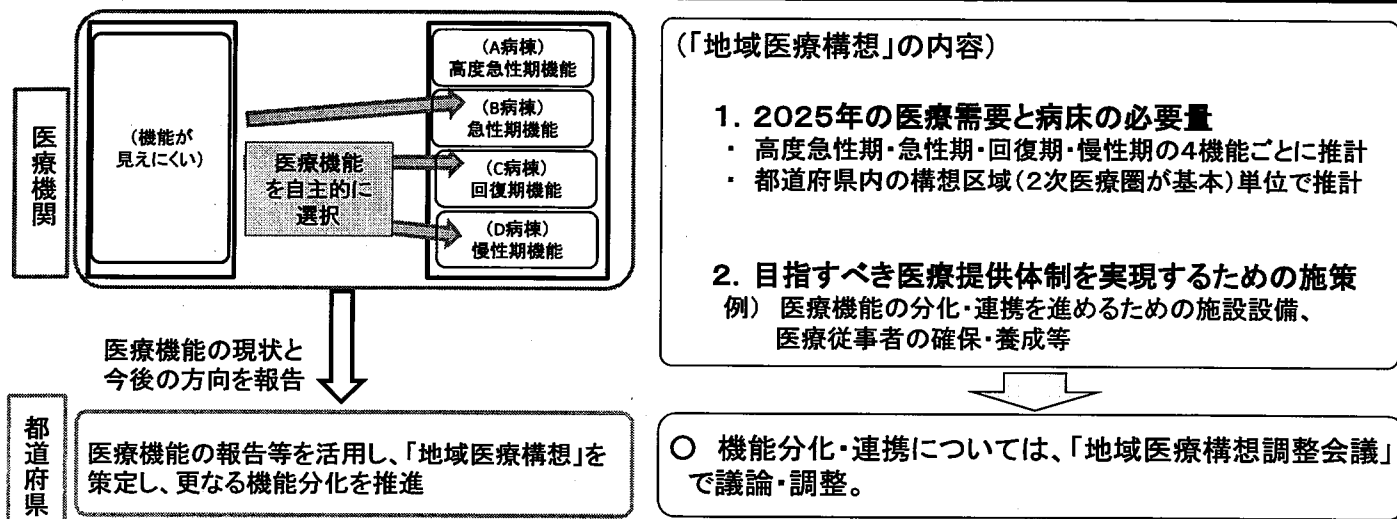


医療機能の分化・連携を推進するための仕組み

- ・ 消費税増収分を活用した新たな財政支援制度により、医療機関の施設・設備の整備を推進
- ・ 医療機関相互の協議だけで医療機能の分化・連携が進まない場合には、都道府県知事が、一定の措置を講ずることができる

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月中に発出予定。



地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

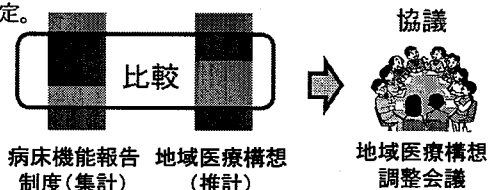
- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

- ① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。
※「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

- ② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。

- ③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。
※「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等から幅広く参加。設置区域や参加者の範囲・選定は、地域の事情や議事等に応じて、柔軟に都道府県が設定。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 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。

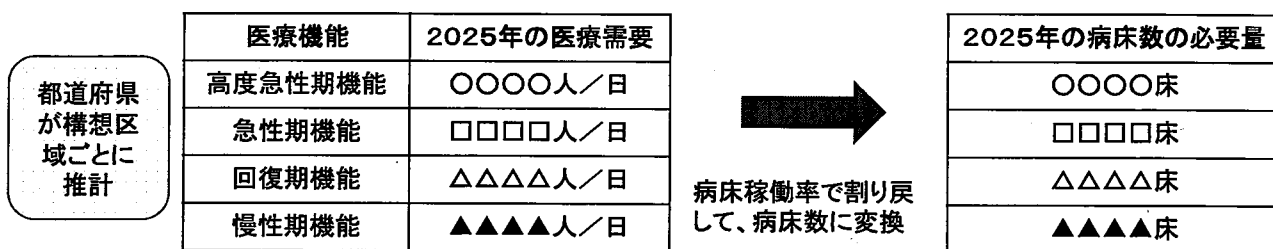


- ④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法(案)

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

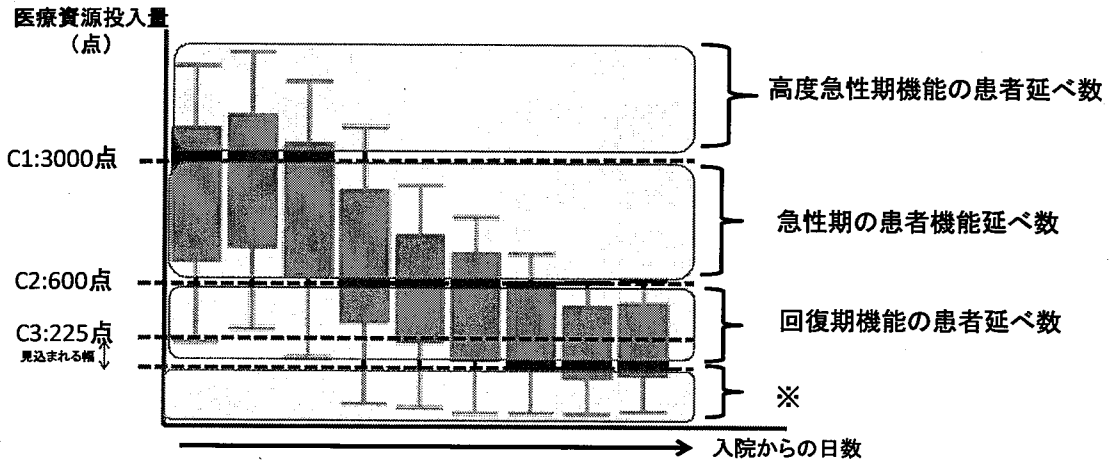
- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、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)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ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こととする。
※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。

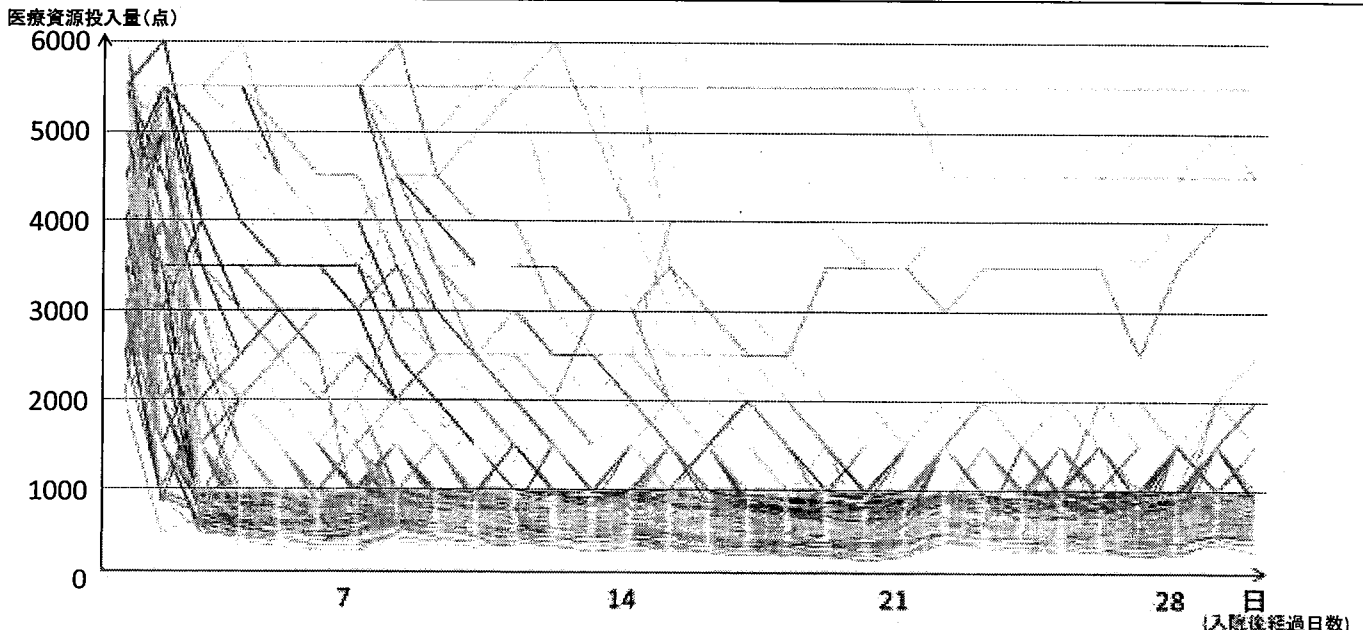


※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255の疾患の推移を重ね合わせたもの)

- 推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCデータにおける各疾患の医療資源投入量※を入院後経過日数ごとに分析し、中央値を示した。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)
 - 255の疾患の医療資源投入量の推移を1つのグラフにプロットした下図を見ると、異なる動きをする疾患がいくつかあるものの、以下のことが分かる。
 - ・ 入院初日から2～3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある。
 - ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している。
- ※患者に対して行われた1日あたりの診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値。ただし、入院基本料相当分は除く。



病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

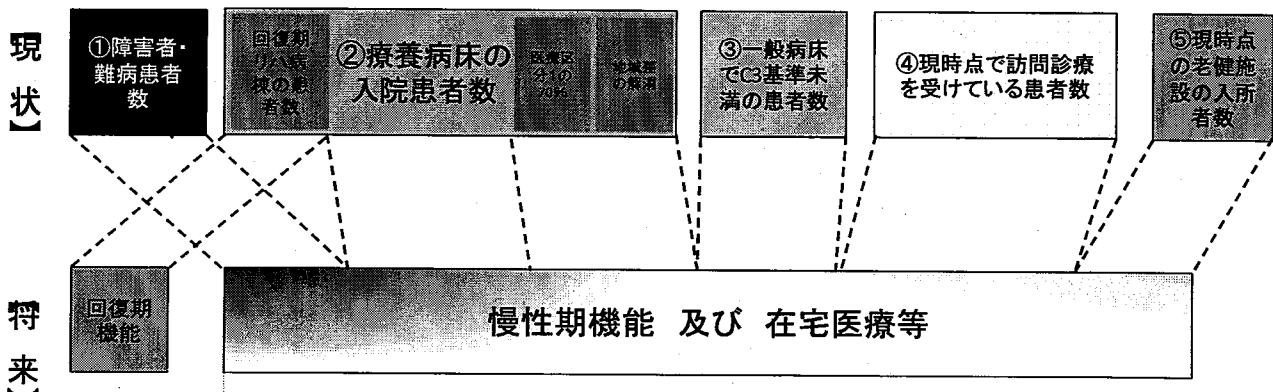
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。

慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
 - ① 一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。(療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。)
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ④ 訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ⑤ 老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

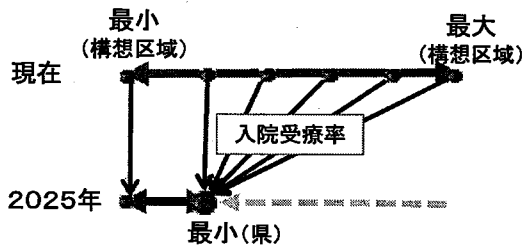
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等*で対応するものとして推計する。
 ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

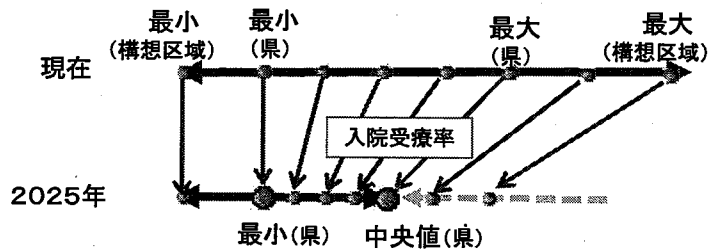
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

- 都道府県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する2次医療圏は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。
 その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

【要件案】以下の①かつ②に該当する2次医療圏

- ① 当該2次医療圏の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)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
 ※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。
 ※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

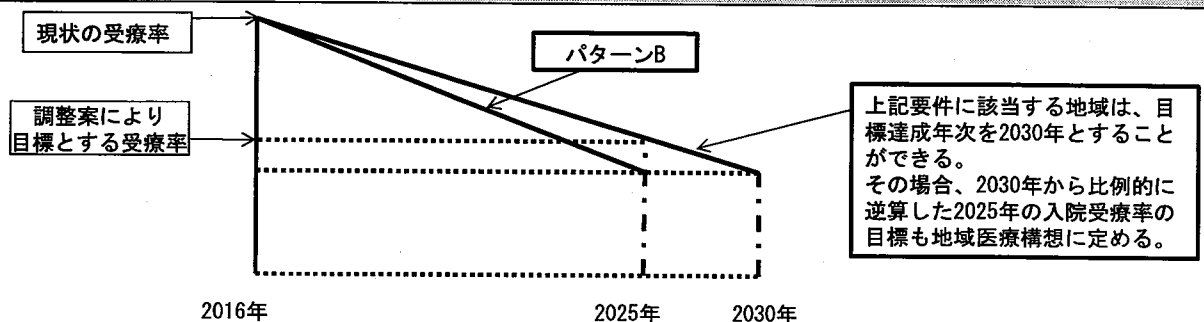
(地域医療構想策定後の目標修正について)

- 一定の要件に該当する2次医療圏において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

一定の要件 → 全国中央値を超える減少率の都道府県の2次医療圏(中央値を超える減少率の2次医療圏に限る。)その他これに類する2次医療圏

特別な事情 → やむを得ない事情に限定

厚生労働大臣が認める方法 → 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法

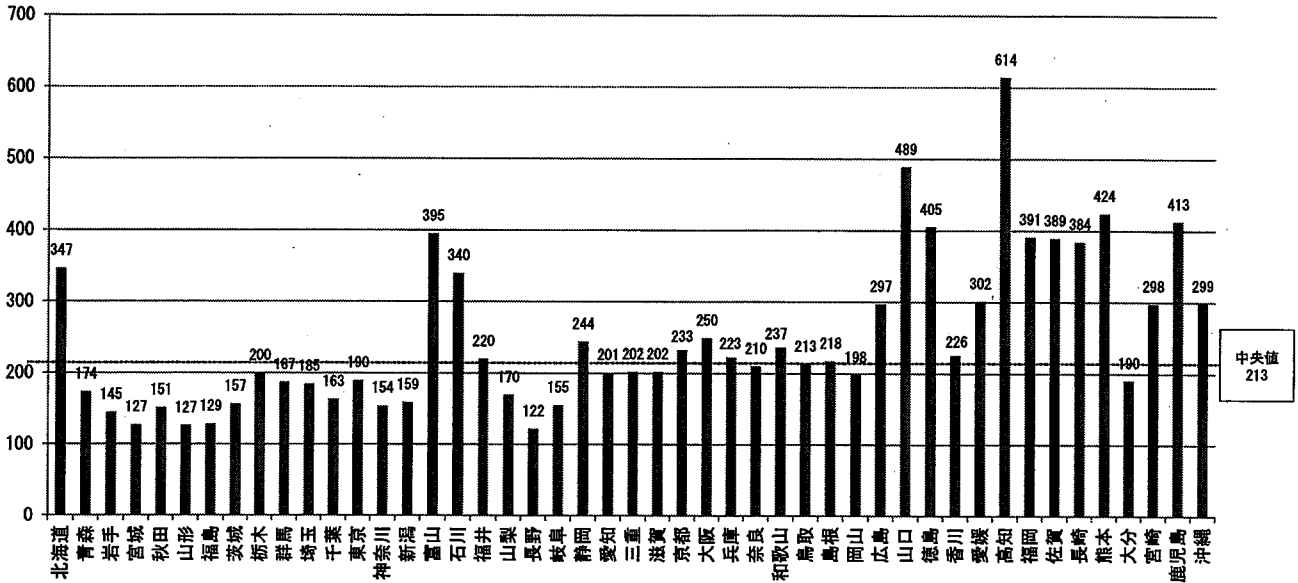


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】

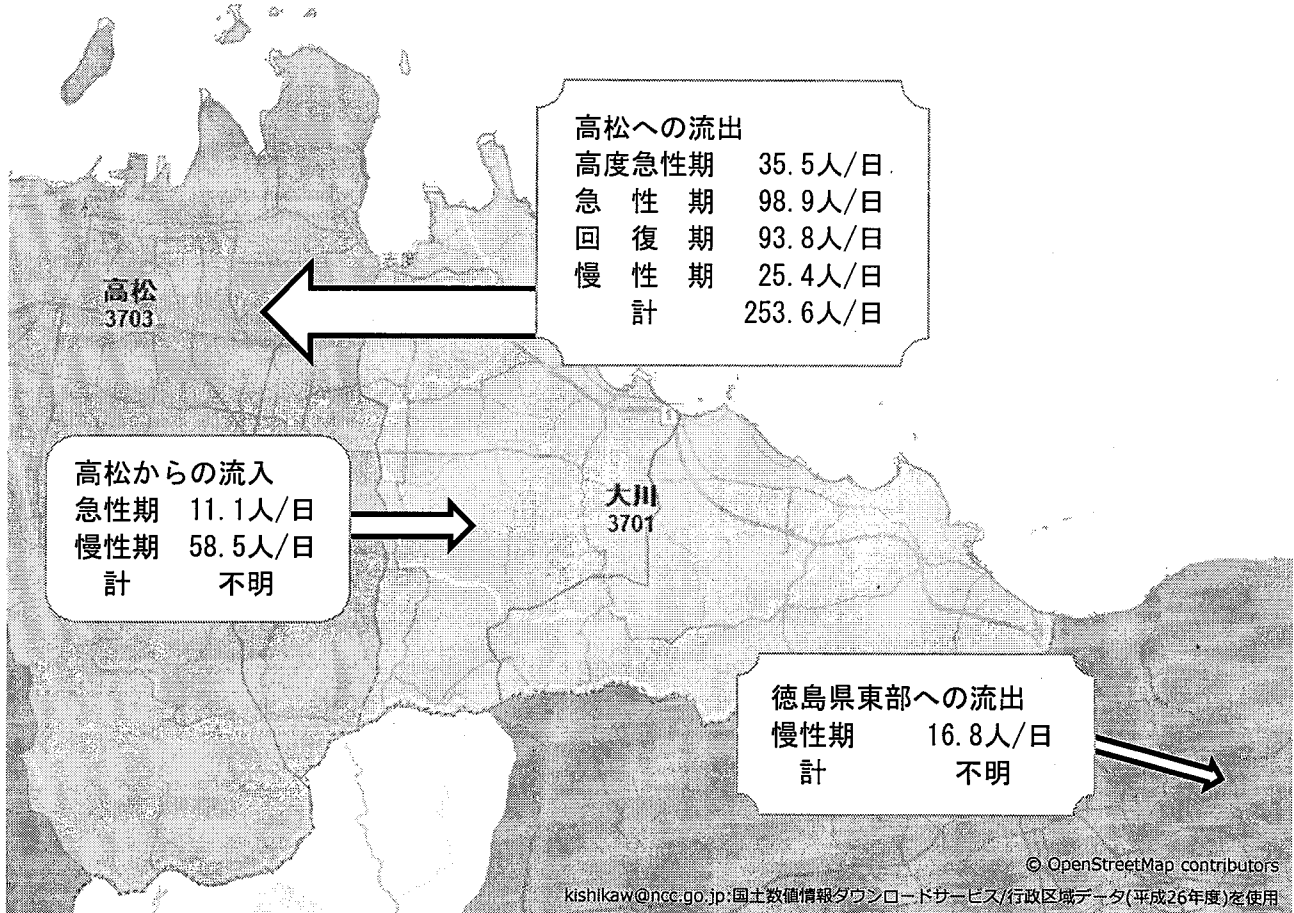
各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率



- 注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
- 2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
- 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

大川保健医療圏の医療需要の流出入推計(2025年)

- ・医療需要(4機能の計)718.1人/日のうち、253.6人/日(35.3%)が高松へ流出
- ・特に高度急性期機能については、63.8人のうち、35.5人(55.6%)が高松へ流出



<表1> 大川保健医療圏に住所を置く患者が入院する医療機関の所在地の状況 (人/日)

	大川の医療需要 (患者住所地ベース)		医療機関の所在地							
			大川		高松		徳島県東部		10未満につき 所在地不明	
高度急性期	63.8	8.9%	24.2	3.4%	35.5	4.9%	不明	不明	4.1	0.6%
急性期	249.5	34.7%	142.6	19.9%	98.9	13.8%	不明	不明	8.0	1.1%
回復期	232.7	32.4%	129.7	18.1%	93.8	13.1%	不明	不明	9.2	1.3%
慢性期(パターンB)	172.1	24.0%	123.5	17.2%	25.4	3.5%	16.8	2.3%	6.4	0.9%
計	718.1	100.0%	420.0	58.5%	253.6	35.3%	不明	不明	27.7	3.9%

<表2> 大川保健医療圏に所在する医療機関に入院する患者の住所地の状況 (人/日)

	大川の医療需要 (医療機関所在地ベース)		患者の住所地					
			大川		高松		10未満につき 住所地不明	
高度急性期	27.1	5.3%	24.2	4.7%	不明	不明	2.9	0.6%
急性期	155.1	30.4%	142.6	28.0%	11.1	2.2%	1.4	0.3%
回復期	139.4	27.3%	129.7	25.4%	不明	不明	9.7	1.9%
慢性期(パターンB)	188.1	36.9%	123.5	24.2%	58.5	11.5%	6.1	1.2%
計	509.7	100.0%	420.0	82.4%	不明	不明	20.1	3.9%

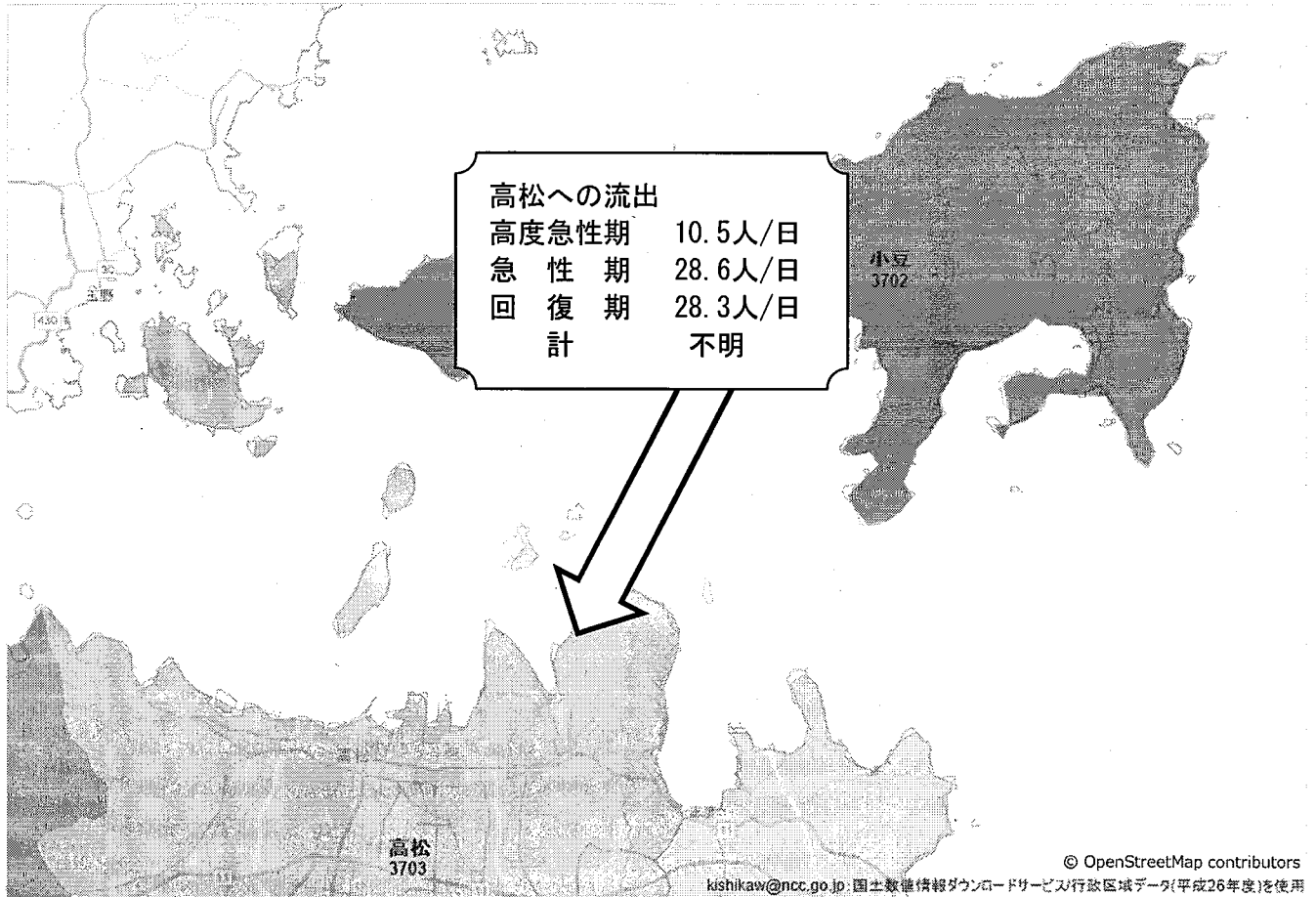
小豆保健医療圏の医療需要の流出入推計(2025年)

- ・医療需要(4機能の計)254.1人/日のうち、少なくとも67.4人/日(26.5%)が高松へ流出
- ・特に高度急性期機能については、19.7人のうち、10.5人(53.3%)が高松へ流出

市区町村地図(2014年)

都道府県 37番川県

2次医療圏 複数の値



<表1> 小豆保健医療圏に住所を置く患者が入院する医療機関の所在地の状況

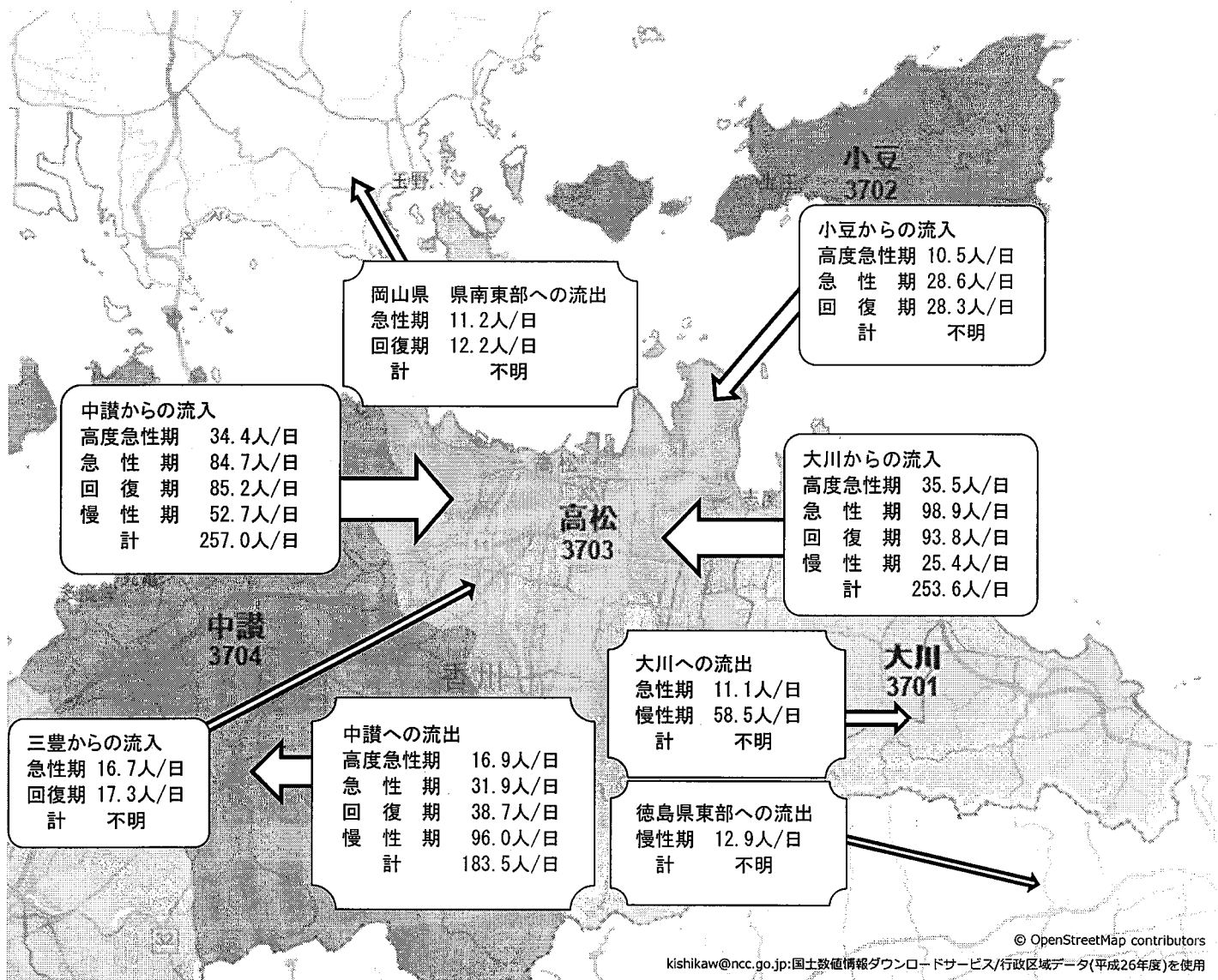
	小豆の医療需要 (患者住所地 ベース)		医療機関の所在地					
			小豆		高松		10未満につき 所在地不明	
高度急性期	19.7	7.8%	6.2	2.4%	10.5	4.1%	3.0	1.2%
急性期	68.9	27.1%	34.2	13.5%	28.6	11.3%	6.1	2.4%
回復期	97.8	38.5%	60.8	23.9%	28.3	11.1%	8.7	3.4%
慢性期(パターンB)	67.7	26.6%	43.8	17.2%	不明	不明	23.9	9.4%
計	254.1	100.0%	145.0	57.1%	不明	不明	41.7	16.4%

<表2> 小豆保健医療圏に所在する医療機関に入院する患者の住所地の状況

(人/日)

	小豆の医療需要 (医療機関所在 地ベース)		患者の住所地			
			小豆		10未満につき 住所地不明	
高度急性期	不明	不明	6.2	不明	不明	不明
急性期	35.4	不明	34.2	不明	1.2	不明
回復期	62.1	不明	60.8	不明	1.3	不明
慢性期(パターンB)	47.5	不明	43.8	不明	3.7	不明
計	不明	不明	145.0	不明	不明	不明

高松保健医療圏の医療需要の流出入推計(2025年)



＜表1＞高松保健医療圏に住所を置く患者が入院する医療機関の所在地の状況 (人/日)

	高松の医療需要 (患者住所地ベース)		医療機関の所在地											
			高松		大川		中讃		岡山県 県南東部		徳島県 東部		10未満につき 所在地不明	
高度急性期	362.6	9.7%	327.9	8.8%	不明	不明	16.9	0.5%	不明	不明	不明	不明	17.8	0.5%
急性期	1,199.7	32.1%	1,126.6	30.1%	11.1	0.3%	31.9	0.9%	11.2	0.3%	不明	不明	18.9	0.5%
回復期	1,311.0	35.1%	1,228.6	32.8%	不明	不明	38.7	1.0%	12.2	0.3%	不明	不明	31.5	0.8%
慢性期(パターンB)	866.9	23.2%	671.1	17.9%	58.5	1.6%	96.0	2.6%	不明	不明	12.9	0.3%	28.4	0.8%
計	3,740.2	100.0%	3,354.2	89.7%	不明	不明	183.5	4.9%	不明	不明	不明	不明	96.6	2.6%

＜表2＞高松保健医療圏に所在する医療機関に入院する患者の住所地の状況 (人/日)

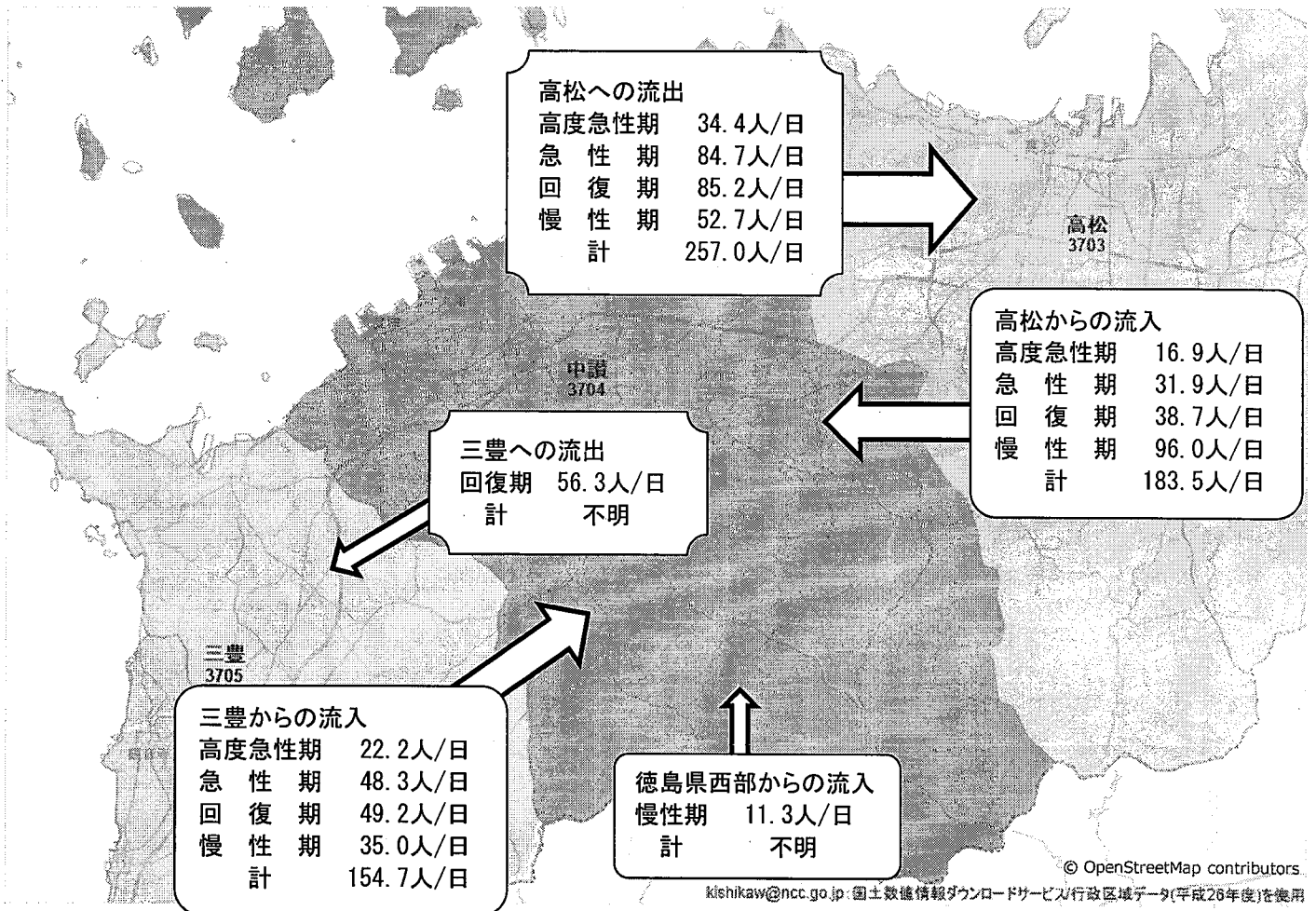
	高松の医療需要 (医療機関所在地ベース)		患者の住所地											
			高松		大川		小豆		中讃		三豊		10未満につき 住所地不明	
高度急性期	429.1	10.6%	327.9	8.1%	35.5	0.9%	10.5	0.3%	34.4	0.8%	不明	不明	20.8	0.5%
急性期	1,384.7	34.1%	1,126.6	27.7%	98.9	2.4%	28.6	0.7%	84.7	2.1%	16.7	0.4%	29.2	0.7%
回復期	1,481.0	36.4%	1,228.6	30.2%	93.8	2.3%	28.3	0.7%	85.2	2.1%	17.3	0.4%	27.8	0.7%
慢性期(パターンB)	770.5	19.0%	671.1	16.5%	25.4	0.6%	不明	不明	52.7	1.3%	不明	不明	21.3	0.5%
計	4,065.3	100.0%	3,354.2	82.5%	253.6	6.2%	不明	不明	257.0	6.3%	不明	不明	99.1	2.4%

中讃保健医療圏の医療需要の流出入推計(2025年)

市区町村地図(2014年)

都道府県 37番 香川県

2次医療圏すべて



<表1> 中讃保健医療圏に住所を置く患者が入院する医療機関の所在地の状況 (人/日)

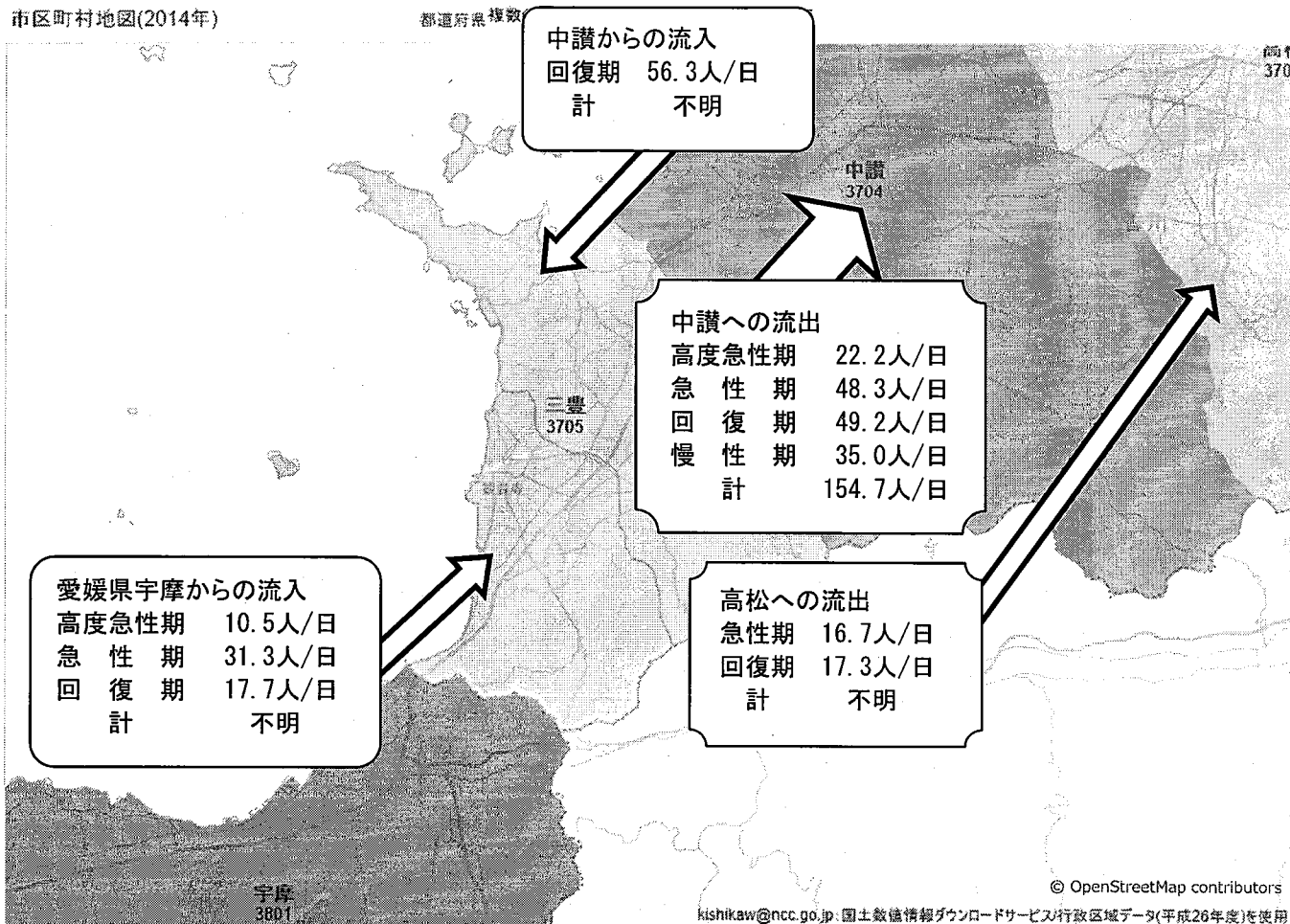
	中讃の医療需要 (患者住所地ベース)		患者が受診する医療機関の所在地							
			中讃		高松		三豊		10未満につき 所在地不明	
高度急性期	242.6	9.2%	191.9	7.3%	34.4	1.3%	不明	不明	16.3	0.6%
急性期	766.8	29.1%	647.9	24.6%	84.7	3.2%	不明	不明	34.2	1.3%
回復期	948.7	36.0%	788.5	29.9%	85.2	3.2%	56.3	2.1%	18.7	0.7%
慢性期(パターンB)	677.0	25.7%	596.6	22.6%	52.7	2.0%	不明	不明	27.7	1.1%
計	2,635.1	100.0%	2,224.9	84.4%	257.0	9.8%	不明	不明	96.9	3.7%

<表2> 中讃保健医療圏に所在する医療機関に入院する患者の住所地の状況 (人/日)

	中讃の医療需要 (医療機関所在地ベース)		患者住所地									
			中讃		高松		三豊		徳島県西部		10未満につき 流入元不明	
高度急性期	251.0	9.4%	191.9	7.2%	16.9	0.6%	22.2	0.8%	不明	不明	20.0	0.7%
急性期	744.9	27.9%	647.9	24.3%	31.9	1.2%	48.3	1.8%	不明	不明	16.8	0.6%
回復期	896.7	33.6%	788.5	29.5%	38.7	1.4%	49.2	1.8%	不明	不明	20.3	0.8%
慢性期(パターンB)	776.5	29.1%	596.6	22.4%	96.0	3.6%	35.0	1.3%	11.3	0.4%	37.6	1.4%
計	2,669.1	100.0%	2,224.9	83.4%	183.5	6.9%	154.7	5.8%	不明	不明	94.7	3.5%

三豊保健医療圏の医療需要の流出入推計(2025年)

- ・医療需要(4機能の計)1,179.9人/日のうち、154.7人/日(13.1%)が中讃へ流出
- ・特に高度急性期機能については、99.4のうち、約22.2人(22.3%)が中讃へ流出



<表1> 三豊保健医療圏に住所を置く患者が入院する医療機関の所在地の状況 (人/日)

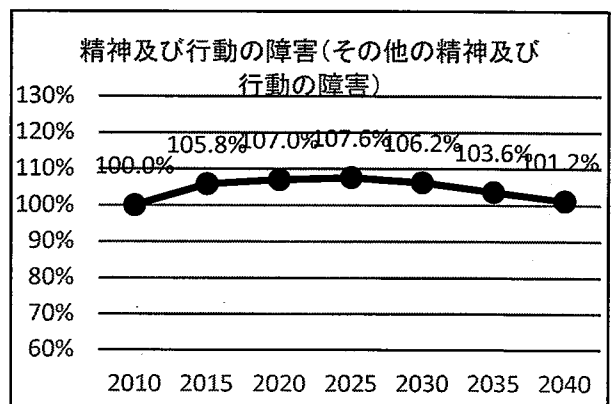
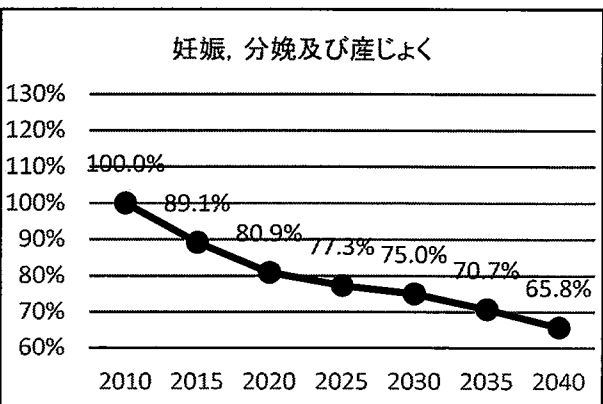
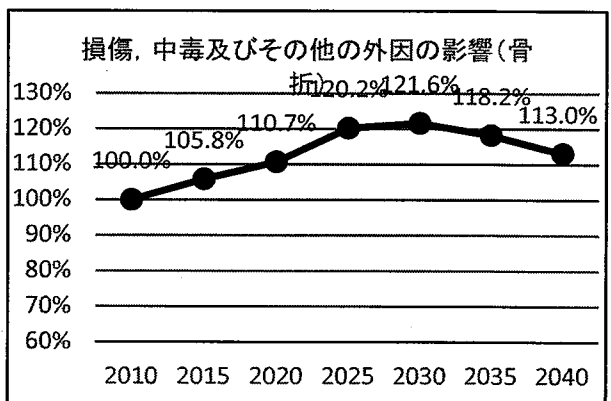
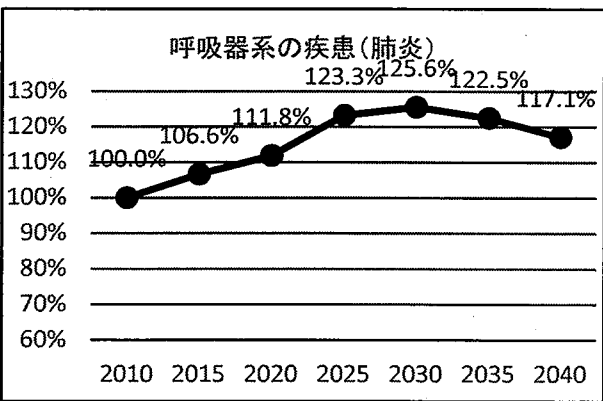
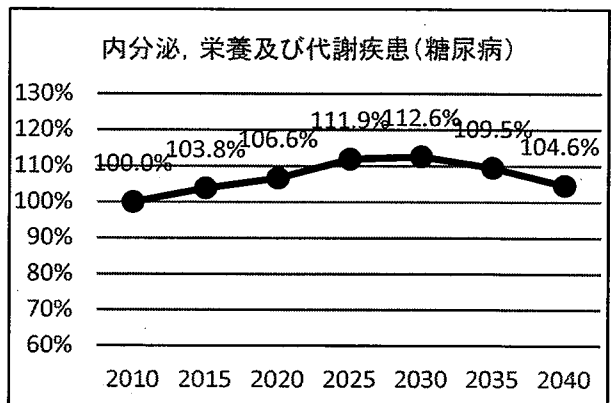
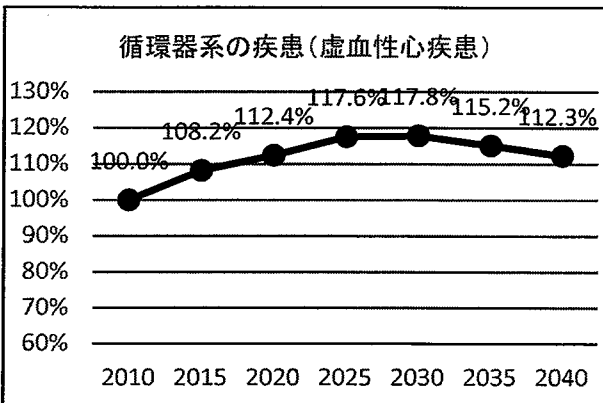
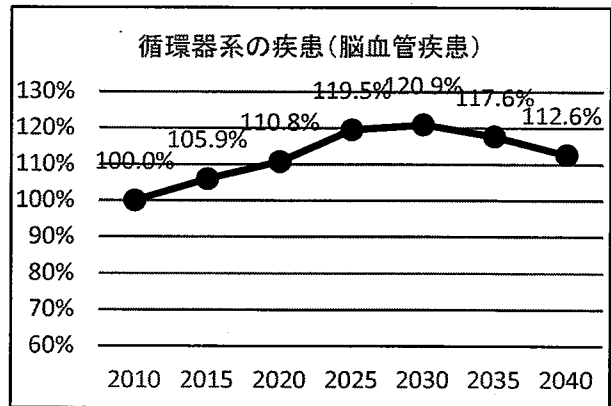
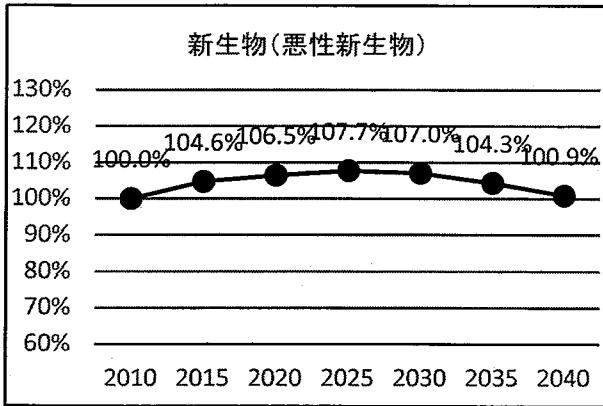
	三豊の医療需要 (患者住所地 ベース)		患者が受診する医療機関の所在地							
			三豊		高松		中讃		10未満につき 所在地不明	
高度急性期	99.4	8.4%	62.9	5.3%	不明	不明	22.2	1.9%	14.3	1.2%
急性期	347.6	29.5%	271.0	23.0%	16.7	1.4%	48.3	4.1%	11.6	1.0%
回復期	458.9	38.9%	381.4	32.3%	17.3	1.5%	49.2	4.2%	11.0	0.9%
慢性期(パターンB)	274.0	23.2%	228.3	19.3%	不明	不明	35.0	3.0%	10.7	0.9%
計	1,179.9	100.0%	943.6	80.0%	不明	不明	154.7	13.1%	47.6	4.0%

<表2> 三豊保健医療圏に所在する医療機関に入院する患者の住所地の状況 (人/日)

	三豊の医療需要 (医療機関所在 地ベース)		患者住所地							
			三豊		中讃		愛媛県宇摩		10未満につき 流入元不明	
高度急性期	78.8	7.0%	62.9	5.6%	不明	不明	10.5	0.9%	5.4	0.5%
急性期	319.0	28.2%	271.0	23.9%	不明	不明	31.3	2.8%	16.7	1.5%
回復期	476.9	42.1%	381.4	33.7%	56.3	5.0%	17.7	1.6%	21.5	1.9%
慢性期(パターンB)	258.4	22.8%	228.3	20.1%	不明	不明	不明	不明	30.1	2.7%
計	1,133.1	100.0%	943.6	83.3%	不明	不明	不明	不明	73.7	6.5%

傷病別の入院患者数推計

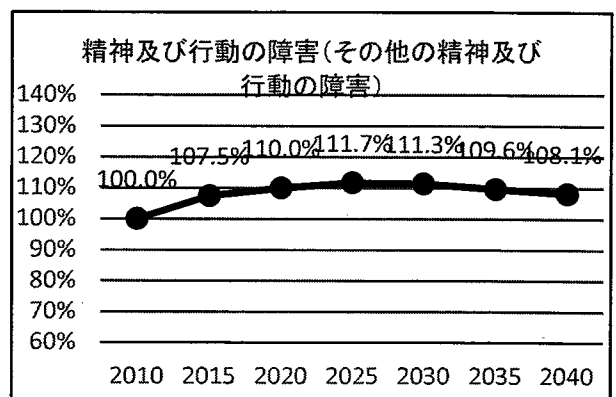
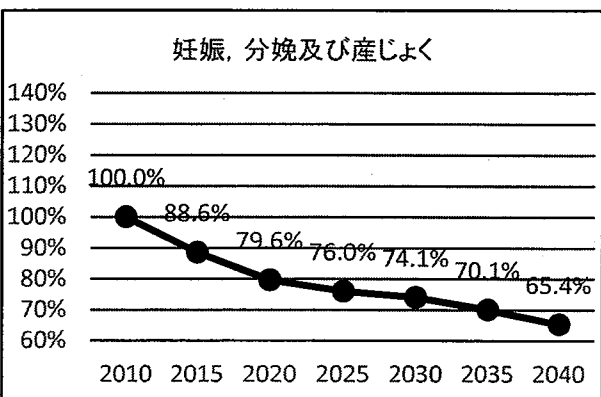
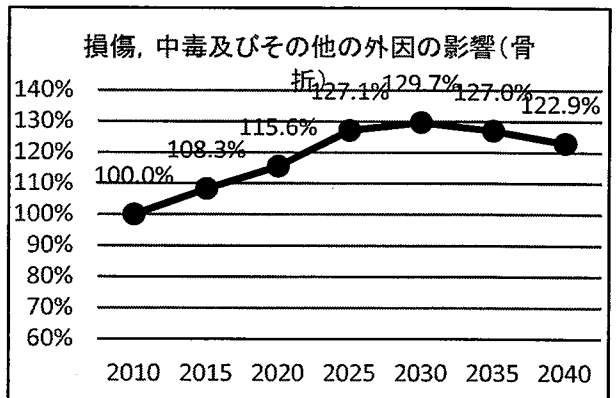
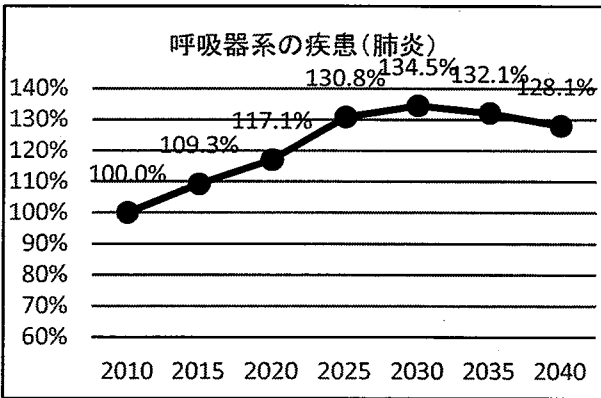
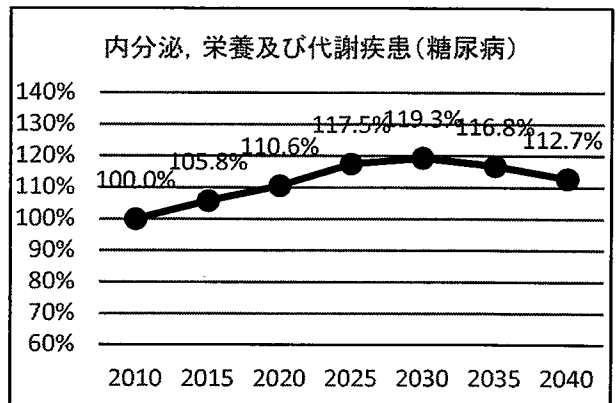
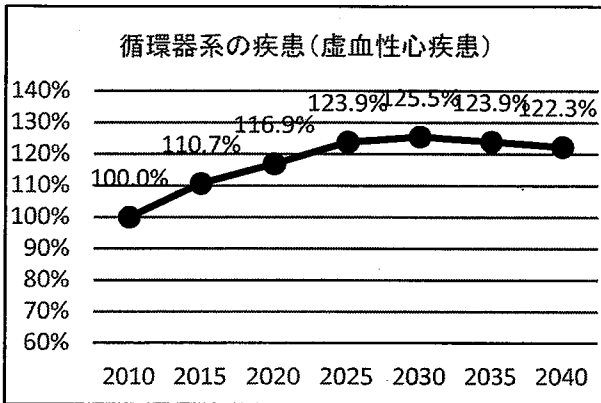
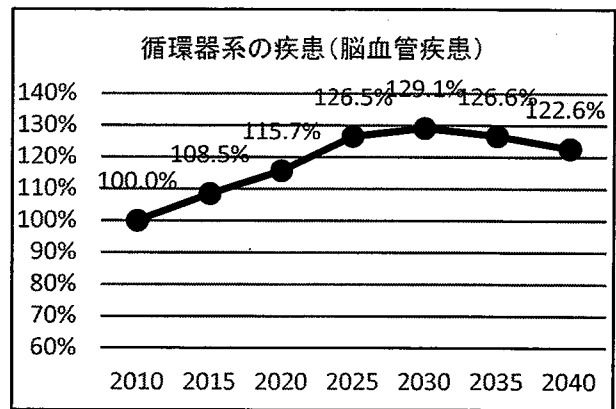
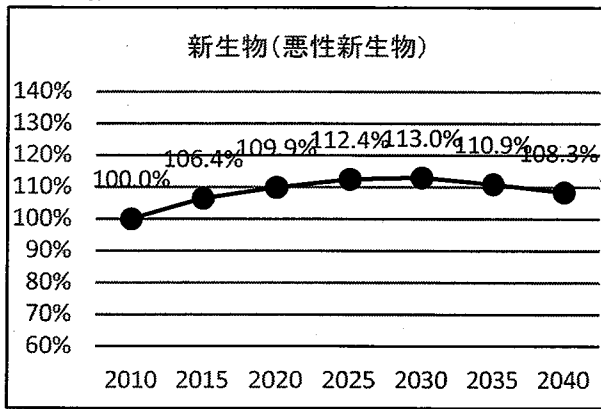
<香川県全体>



※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 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月推計)及び患者調査(厚生労働省)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。

傷病別の入院患者数推計

<東部構想区域>

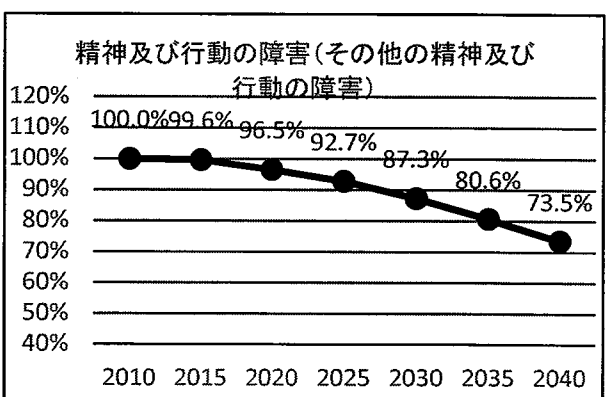
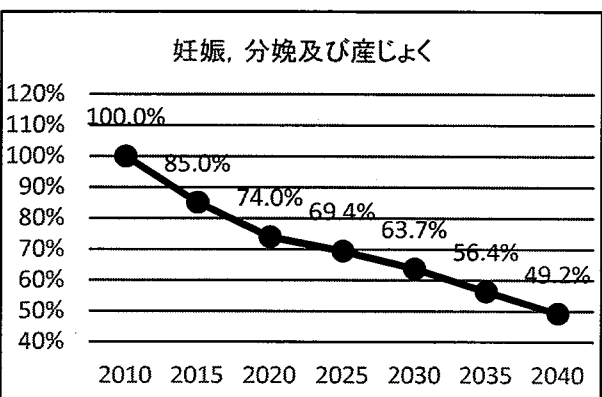
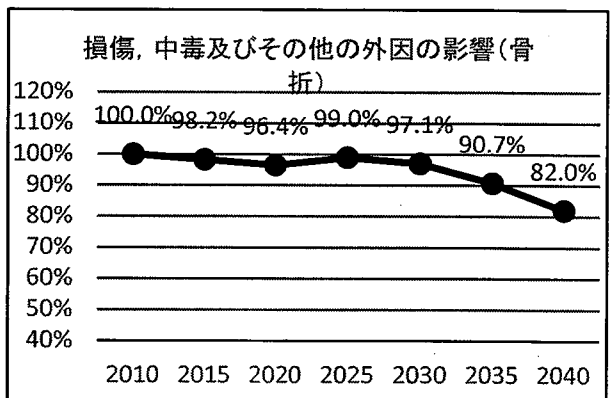
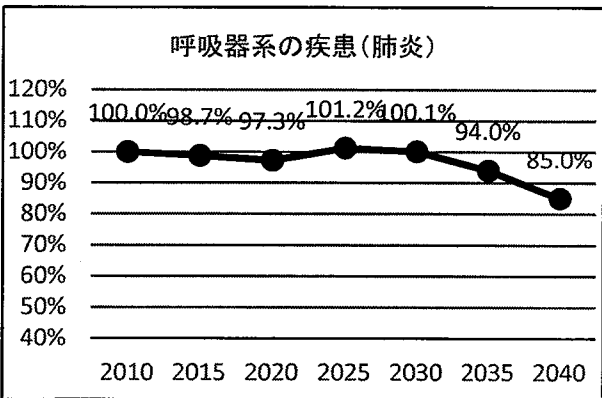
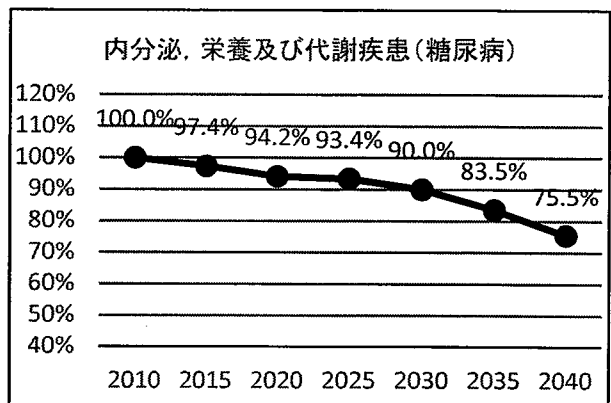
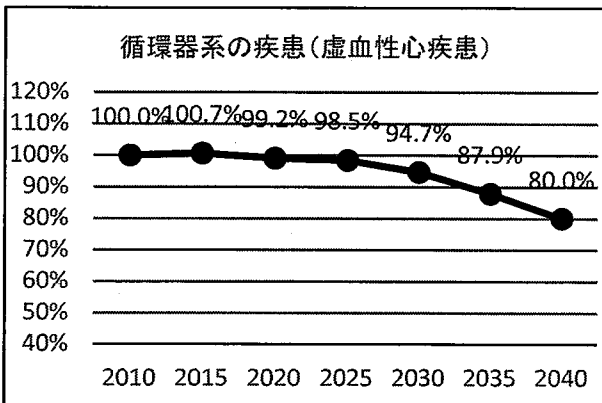
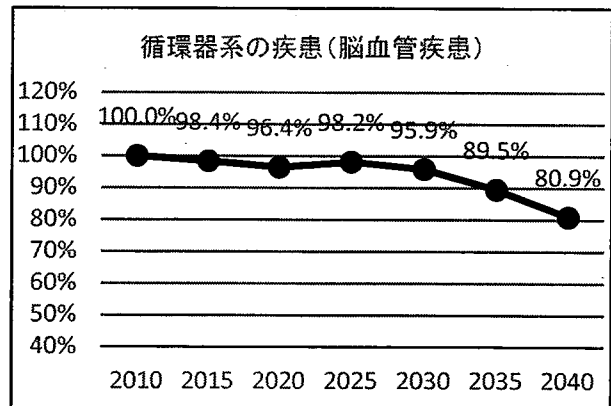
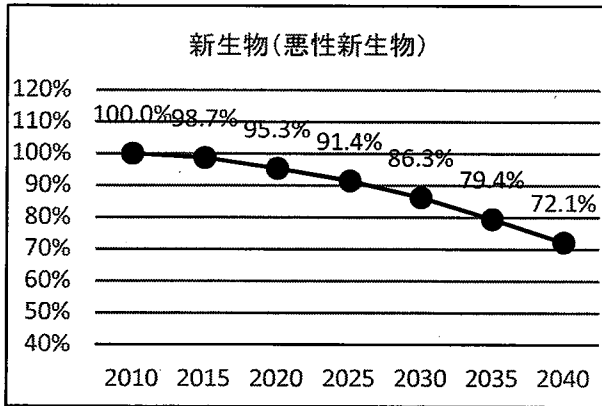


※1 産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツール AJAPA」を用いて作成。

※2 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月推計)及び患者調査(厚生労働省)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。

傷病別の入院患者数推計

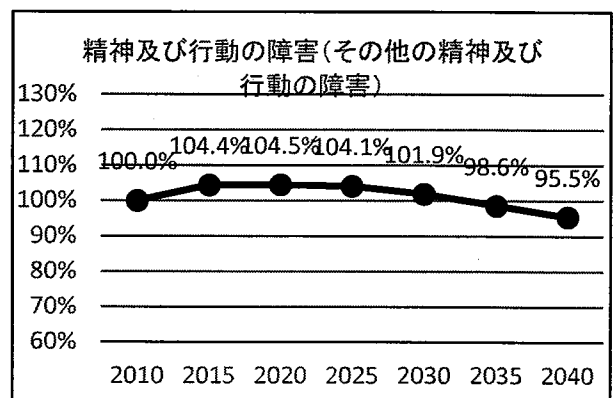
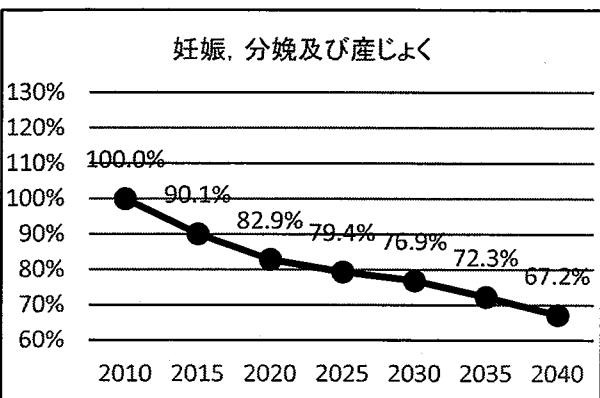
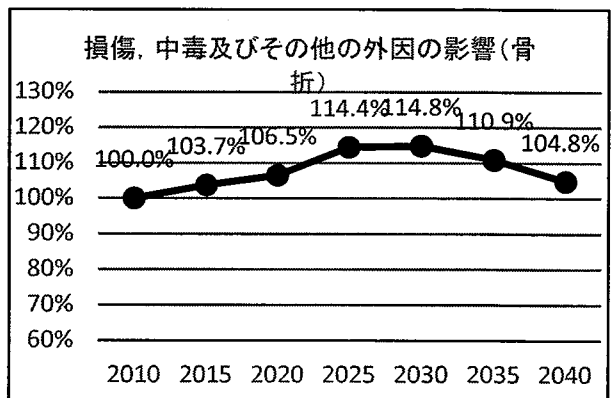
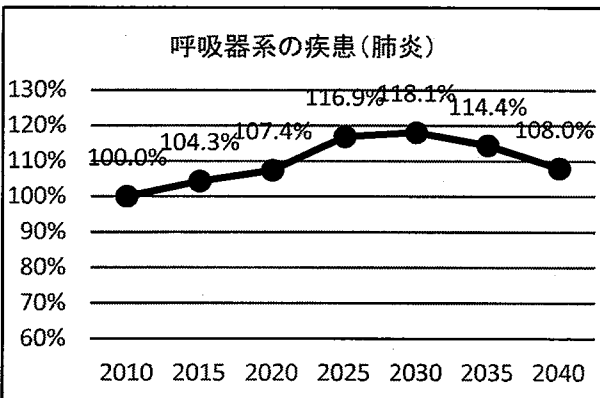
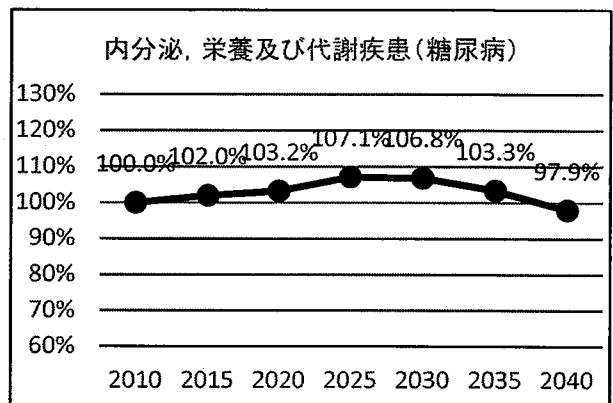
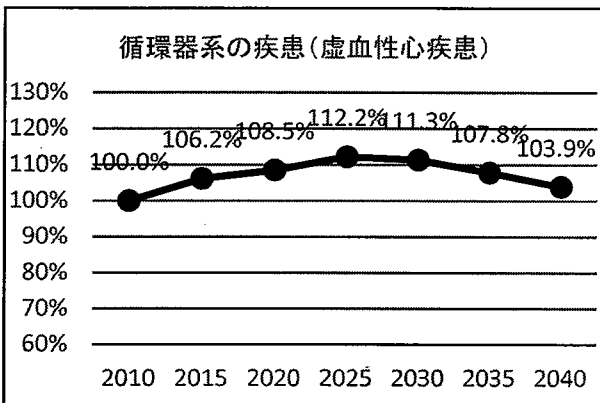
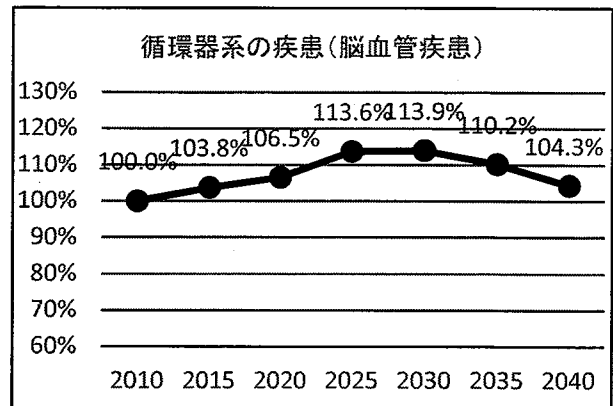
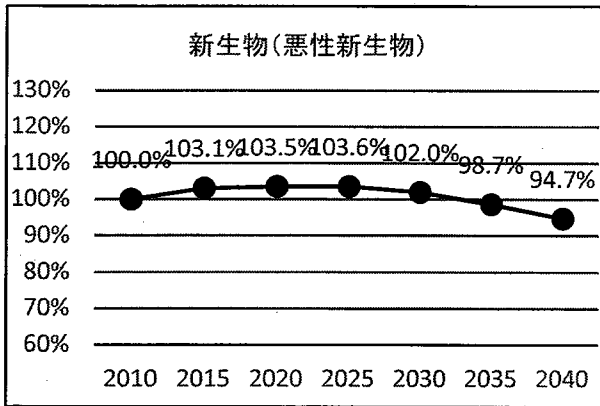
<小豆構想区域>



※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 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月推計)及び患者調査(厚生労働省)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。

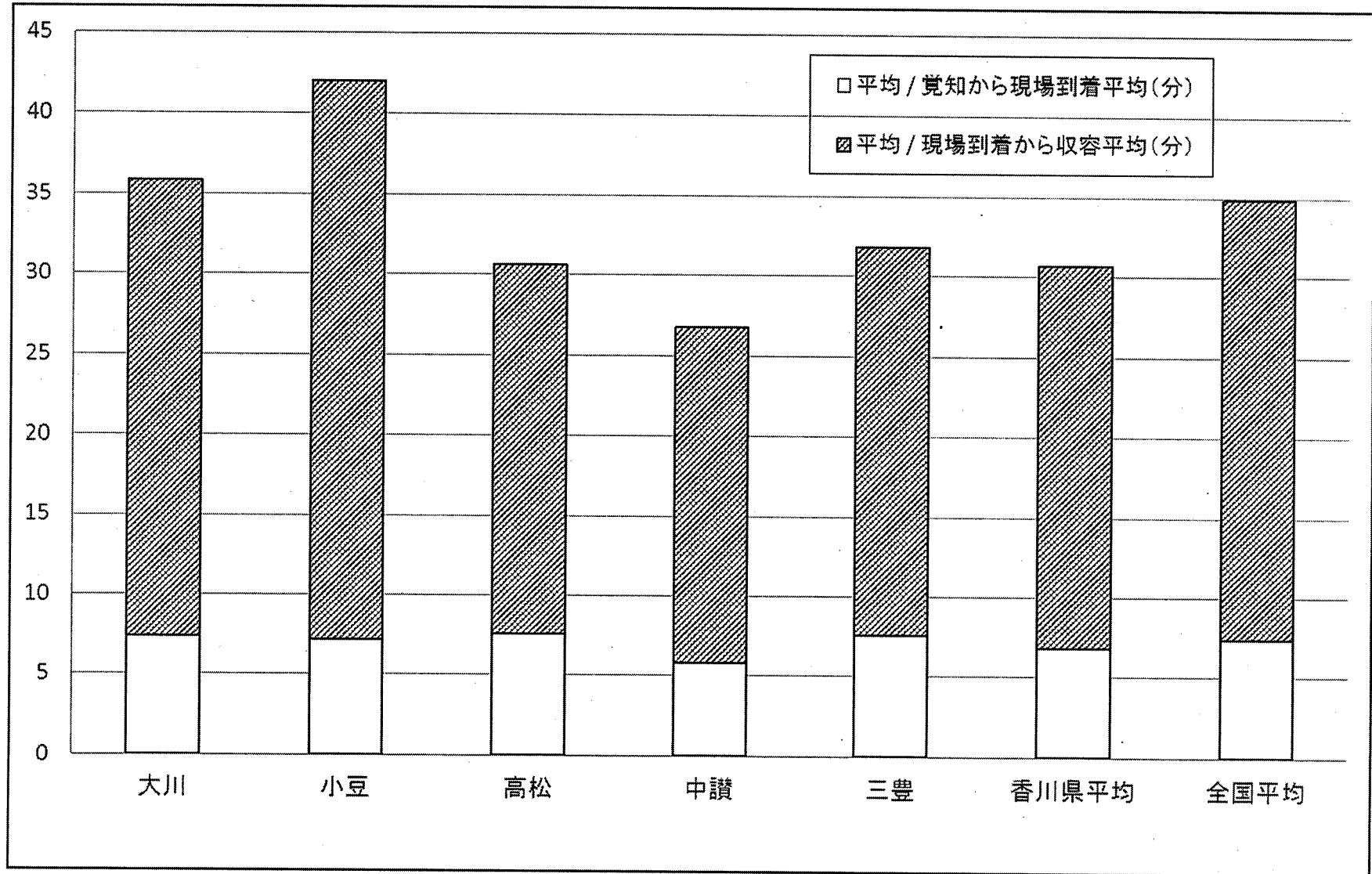
傷病別の入院患者数推計

<西部構想区域>



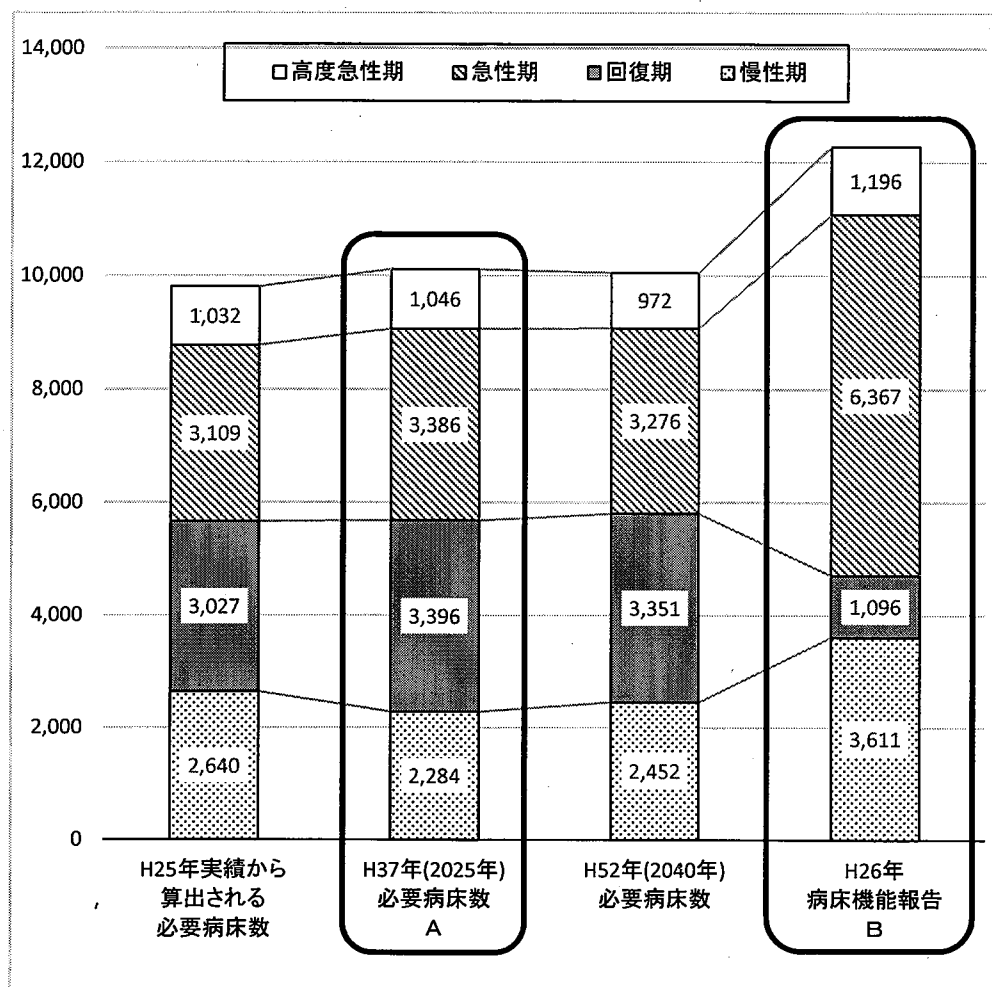
※1 産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツール AJAPA」を用いて作成。
 ※2 国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)及び患者調査(厚生労働省)のデータを基に推計しているものであり、必要病床数推計ツールの推計値とは一致しない。

二次保健医療圏別に見た平均搬送時間 (平成24年度消防庁データ)



2025年の必要病床数と病床機能報告の比較

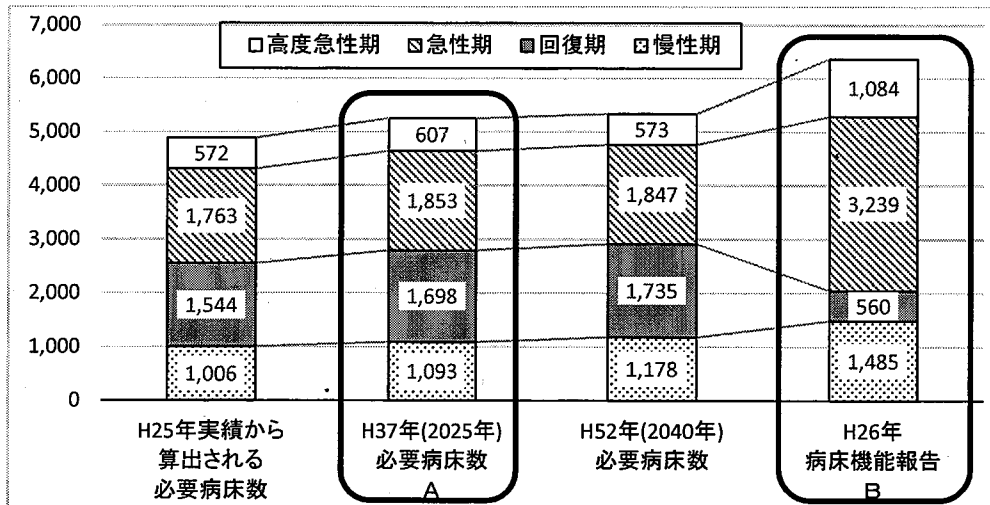
1 香川県全体



医療機能	H25年実績から算出される必要病床数	H37年(2025年)必要病床数 A	H52年(2040年)必要病床数	H26年病床機能報告 B	差引き A-B
高度急性期	1,032	1,046	972	1,196	▲ 150
急性期	3,109	3,386	3,276	6,367	▲ 2,981
回復期	3,027	3,396	3,351	1,096	2,300
慢性期	2,640	2,284	2,452	3,611	▲ 1,327
合計	9,808	10,112	10,051	12,270	▲ 2,158

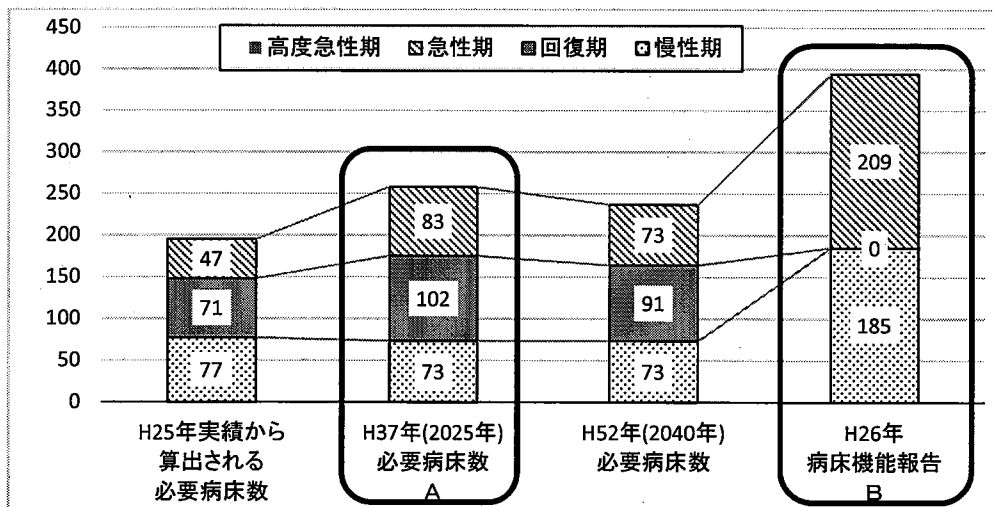
- ※1 必要病床数等推計ツール及び平成26年度の病床機能報告結果を基に作成。
- 2 H25年実績から算出される必要病床数は、医療機関所在地ベースで算出した数値である。
- 3 H37年の必要病床数は、高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースで算出した数値である。なお、都道府県間の医療需要の流出入に応じた必要病床数の調整については、他県との協議を踏まえて補正を行っている。
- 4 H52年の必要病床数は、高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベースで算出した数値である。
- 5 慢性期の推計における療養病床の入院受療率の地域差解消のための目標設定については、東部構想区域(仮称)はパターンB、小豆構想区域(仮称)及び西部構想区域(仮称)は特例により設定して算出している。
- 6 各区域における10未満の数値を0として計算している。

2 構想区域別 (1) 東部構想区域 (仮称)



医療機能	H25年実績から算出される必要病床数	H37年(2025年)必要病床数 A	H52年(2040年)必要病床数	H26年病床機能報告 B	差引き A-B
高度急性期	572	607	573	1,084	▲ 477
急性期	1,763	1,853	1,847	3,239	▲ 1,386
回復期	1,544	1,698	1,735	560	1,138
慢性期	1,006	1,093	1,178	1,485	▲ 392
合計	4,885	5,251	5,333	6,368	▲ 1,117

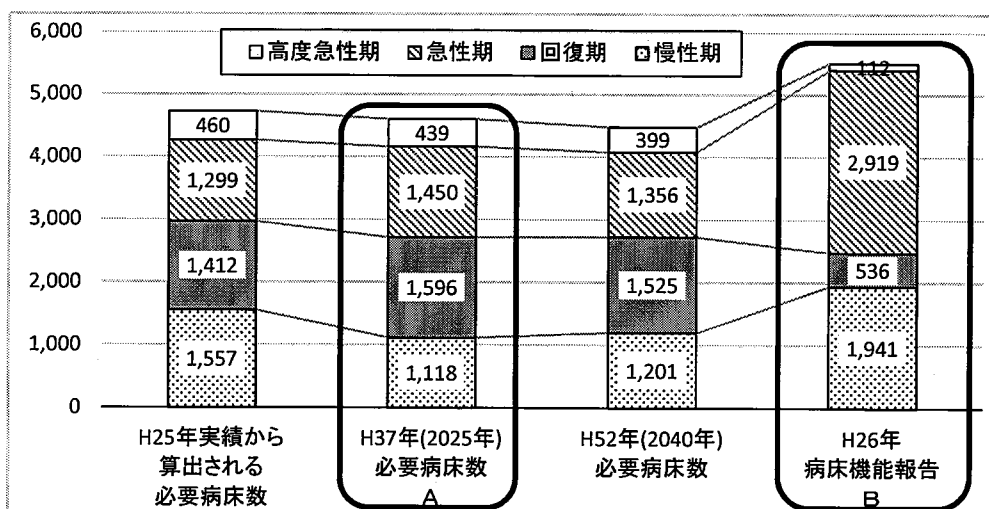
(2) 小豆構想区域 (仮称)



医療機能	H25年実績から算出される必要病床数	H37年(2025年)必要病床数 A	H52年(2040年)必要病床数	H26年病床機能報告 B	差引き A-B
高度急性期	10未満	10未満	10未満	0	—
急性期	47	83	73	209	▲ 126
回復期	71	102	91	0	102
慢性期	77	73	73	185	▲ 112
合計	195	258	237	394	▲ 136

※合計においては、高度急性期の10未満の数値を0として計算している。

(3) 西部構想区域 (仮称)



医療機能	H25年実績から算出される必要病床数	H37年(2025年)必要病床数 A	H52年(2040年)必要病床数	H26年病床機能報告 B	差引き A-B
高度急性期	460	439	399	112	327
急性期	1,299	1,450	1,356	2,919	▲ 1,469
回復期	1,412	1,596	1,525	536	1,060
慢性期	1,557	1,118	1,201	1,941	▲ 823
合計	4,728	4,603	4,481	5,508	▲ 905

平成 27 年度（2015 年度）の病床機能報告結果

(床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
東部構想区域	717	3,583	582	1,314
小豆構想区域 (※)	0	0	0	87
西部構想区域	147	2,810	826	1,823
計	864	6,393	1,408	3,224

※ 土庄中央病院及び内海病院は、小豆島中央病院の統合に向けて 27 年度末で閉院する予定であったことから、報告対象外である。

地域医療構想の必要病床数と病床機能報告における医療機能の考え方の違い

- 地域医療構想の必要病床数と病床機能報告は、異なる基準により、医療機能ごとの病床数を導出。両者の比較に当たっては、この点に留意が必要。
- 地域医療構想の実現に向けた協議においては、4つの医療機能以外の情報も考慮する必要。
- なお、病床機能報告については、今後の改善に向け、国において分析・検討を進めている。

	地域医療構想の必要病床数	病床機能報告
決定方法	病床の機能区分ごとの医療需要について、NDBのレセプトデータやDPCデータから推計。一定の病床稼働率で除して必要病床数を算出。	各医療機関の判断により、以下の基準に基づき、病棟単位の医療機能を選択。
高度急性期	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)における医療資源投入量が必要な患者数に応じた病床数。【3000点<医療資源投入量】	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を担う病棟の病床数。
急性期	一般的な標準治療における医療資源投入量が必要な患者数に応じた病床数。【600点<医療資源投入量<3000点】	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を担う病棟の病床数。
回復期	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が必要な患者数に応じた病床数。【175点<医療資源投入量<600点】	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を担う病棟の病床数。 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、ADLの向上や在宅復帰を目的としてリハビリテーションを集中的に提供する機能を担う病棟の病床数。
慢性期	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が必要な患者数に応じた病床数。【医療資源投入量<175点】	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能を担う病棟の病床数。 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害を含む)、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を担う病床数。