

I 宇和島圏域の医療機能別必要病床数等の推計結果

高度急性期・急性期・回復期機能の医療需要の推計において、NDBレセプトデータ及びDPCデータに基づき、患者住所地別に配分した上で、構想区域ごとに集計することから、国には市町村別データがあるが、都道府県の推計ツール等には収載されておらず、二次医療圏をベースに構成されている。

1 医療需要と必要病床数（別紙1、資料1のP17）

【全疾患】

医療機能 \ 医療需要／必要病床数	2013年度の医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要(現行の流出入) (人/日)	2025年度の医療需要(調整後の流出入) (人/日)	2013年度の必要病床数 (床)	2025年度の必要病床数(現行の流出入) (床)	2025年度の必要病床数(調整後の流出入) (床)
高度急性期	97.0	89.8	86.3	129.4	119.7	115.1
急性期	354.9	338.8	326.3	455.0	434.4	418.3
回復期	412.6	404.5	408.5	458.4	449.4	453.9
慢性期(B)	364.4	275.4	282.3	396.1	299.4	306.9
在宅医療等(B)	1,714.0	1,826.0	1,861.7			
(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	794.1	817.1	861.5			
計(パターンB)	2,942.9	2,934.6	2,965.1	1,438.9	1,303.0	1,294.2

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の範囲内で入院受療率の目標を設定

特例：パターンCにより目標を設定（「当該二次医療圏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）

2 医療需要

患者住所地ベースは、宇和島圏域に居住する患者の医療需要であり、医療機関所在地ベースは、宇和島圏域の現在の医療提供体制による推計供給量。

(単位：人/日)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期 パターンB	在宅 医療等	訪問診療分
医療需要(患者 住所地ベース) ①	86.3	326.3	408.5	282.3	1,861.7	861.5
推計供給量(医 療機関所在地 ベース) ②	89.8	338.8	404.5	275.4	1,826.0	817.1
医療供給の過 不足 ②-①	3.5	12.6	▲ 4.0	▲ 6.9	▲ 35.6	▲ 44.4

3 必要病床数

(1) 患者住所地ベース

宇和島圏域に居住する患者の医療需要に対する必要病床数

(単位：床)

高度急性期	急性期	回復期	慢性期 パターンB	計
115.1	418.3	453.9	306.9	1,294.2

(2) 医療機関所在地ベース

宇和島圏域の現在の医療提供体制による推計供給量に対する病床数

(単位：床)

高度急性期	急性期	回復期	慢性期 パターンB	計
119.7	434.4	449.4	299.4	1,303.0

(3) 患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの比較

不足数：(2) - (1)

不足率：((2) - (1)) ÷ (1) × 100

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期 パターンB	計
不足数	4.6床	16.1床	▲ 4.5床	▲ 7.5床	8.8床
不足率	4.0%	3.9%	-1.0%	-2.4%	0.7%

▲ (マイナス) が必要病床数に達していない (不足)

(4) 医療機能別必要病床数

愛媛地域医療ビジョン推進戦略会議の調整方針 (別紙2) として、高度急性期は医療機関所在地の医療需要を、急性期・回復期及び慢性期は患者住所地の医療需要を基本として定める。

慢性期は、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。

なお、宇和島圏域は、特例が適用されずパターンBとなる。

(単位：床)

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
119.7	418.3	453.9	306.9	1,298.8

4 医療機関所在地ベースの医療需要の流出入（資料1のP46～59）

（1）二次医療圏別

宇和島圏域は、主に松山圏域に4機能とも流出し、八幡浜・大洲圏域から高度急性期を除き、流入している。

（単位：人／日）

病床機能	圏域 区分	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島	
		流出圏域	0.0	0.0	0.0	11.8	0.0	71.3
流入圏域	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—		
急性期	流出圏域	0.0	0.0	0.0	25.4	0.0	289.7	318.6
	流入圏域	0.0	0.0	0.0	0.0	28.9	28.9	
回復期	流出圏域	0.0	0.0	0.0	39.6	0.0	351.0	384.1
	流入圏域	0.0	0.0	0.0	0.0	33.1	33.1	
慢性期 (パターンB)	流出圏域	0.0	0.0	0.0	20.1	0.0	244.6	265.5
	流入圏域	0.0	0.0	0.0	0.0	20.9	20.9	

※背景色のある **0.0** は、10未満のため非公表。

（2）都道府県別（資料1のP60～65）

愛媛県は、主に高度急性期から回復期まで香川県、急性期は岡山・広島県、回復期は高知・広島県、慢性期は徳島・高知・広島県にそれぞれ流出している。

また、主に急性期と回復期は高知県・東京都、慢性期は徳島県からそれぞれ流入している。

（単位：人／日）

病床機能	県別 区分	香川	徳島	高知	岡山	広島	東京	愛媛県
		流出県	19.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
流入県	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
急性期	流出県	40.4	0.0	0.0	13.0	32.2	0.0	3587.5
	流入県	0.0	0.0	16.3	0.0	0.0	17.5	
回復期	流出県	25.9	0.0	15.8	0.0	49.8	0.0	4273.8
	流入県	0.0	0.0	16.4	0.0	0.0	31.3	
慢性期 (パターンB)	流出県	0.0	18.7	13.8	0.0	18.5	0.0	3360.8
	流入県	0.0	10.9	0.0	0.0	0.0	0.0	

※背景色のある **0.0** は、10未満のため非公表。

5 患者住所地ベースの二次医療圏別の流出入率（資料1のP37）

宇和島圏域は、主に松山圏域に5.0%が流出し、高知県高幡と幡多圏域からそれぞれ流入者の80.2%と78.2%が流入している。

【全疾患・パターンB】

流出圏域 \ 流入圏域	宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島	徳島・東部	香川・中讃	高知・幡多
宇摩	80.8%	8.0%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%			
新居浜・西条	0.4%	90.8%	1.2%	5.8%	0.0%	0.0%			
今治	0.0%	0.5%	87.7%	6.5%	0.0%	0.1%			
松山	0.0%	0.1%	0.1%	98.5%	0.5%	0.1%			
八幡浜・大洲	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	85.1%	2.8%			
宇和島	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.8%	92.0%	0.1%	0.1%	0.8%
東京・区中央部				70.6%		1.6%			
東京・区西部				48.5%		2.8%			
愛知・名古屋				80.5%		4.9%			
高知・高幡				19.8%		80.2%			
高知・幡多				21.6%		78.2%			

6 疾患別の医療需要と必要病床数（資料1のP22～36）

(1) がん

医療機能	2013年度の医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要(現行の流出入) (人/日)	2025年度の医療需要(調整後の流出入) (人/日)	2013年度の必要病床数 (床)	2025年度の必要病床数(現行の流出入) (床)	2025年度の必要病床数(調整後の流出入) (床)
高度急性期	17.4	15.9	19.0	23.2	21.2	25.3
急性期	40.4	37.6	42.0	51.7	48.2	53.8
回復期	39.3	37.0	39.0	43.7	41.1	43.3
慢性期(B)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等(B)	24.0	23.0	24.5			
(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0			
計(パターンB)	121.1	113.5	124.4	118.7	110.6	122.4

(2) 急性心筋梗塞+MDC循環器系

医療機能	2013年度の医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要(現行の流出入) (人/日)	2025年度の医療需要(調整後の流出入) (人/日)	2013年度の必要病床数 (床)	2025年度の必要病床数(現行の流出入) (床)	2025年度の必要病床数(調整後の流出入) (床)
高度急性期	12.0	11.7	11.5	16.0	15.5	15.3
急性期	30.0	29.9	29.2	38.5	38.4	37.4
回復期	22.0	22.2	21.5	24.4	24.6	23.9
慢性期(B)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等(B)	13.5	13.7	13.8			
(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0			
計(パターンB)	77.5	77.5	75.9	78.9	78.6	76.6

(3) 脳卒中

医療機能	2013年度の医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要(現行の流出入) (人/日)	2025年度の医療需要(調整後の流出入) (人/日)	2013年度の必要病床数 (床)	2025年度の必要病床数(現行の流出入) (床)	2025年度の必要病床数(調整後の流出入) (床)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	24.0	23.1	21.2	30.7	29.6	27.2
回復期	21.2	21.0	19.6	23.5	23.3	21.8
慢性期(B)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等(B)	0.0	0.0	0.0			
(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0			
計(パターンB)	45.1	44.0	40.8	54.3	52.9	49.0

7 患者住所地ベースの疾患別の流出入率 (資料1のP38~45)

(1) がん

宇和島圏域の自給率	: 高度急性期65.7%、急性期71.6%、回復期76.6%
松山圏域への流出率	: 高度急性期31.2%、急性期24.3%、回復期20.1%
八幡浜・大洲圏域からの流入率	: 高度急性期 8.3%、急性期 9.9%、回復期 9.2%

(2) 急性心筋梗塞+MDC循環器系

宇和島圏域の自給率	: 高度急性期86.4%、急性期90.5%、回復期91.4%
松山圏域への流出率	: 高度急性期10.8%、急性期 7.5%、回復期 6.3%
八幡浜・大洲圏域からの流入率	: 高度急性期10.7%、急性期 8.4%、回復期 6.5%

(3) 脳卒中

宇和島圏域の自給率	: 高度急性期93.7%、急性期95.3%、回復期96.4%
松山圏域への流出率	: 高度急性期 1.3%、急性期 1.1%、回復期 2.0%
八幡浜・大洲圏域からの流入率	: 高度急性期14.8%、急性期 9.4%、回復期 5.7%

8（参考値）宇和島圏域の構想区域変更（資料1のP9）

構想区域変更は、現在の構想区域における市町を組み換え、新たな構想区域による将来の医療需要及び必要病床数を参考値として集計している。

既存の二次医療圏毎の将来の医療需要及び必要病床数の推計値を市町別の性・年齢階級別推計人口で単純に按分している。

また、値が10未満の場合は非表示とし、非表示の市町の数値は、新たな構想区域毎の合計値には算入されていない。

【全疾患・パターンB】

患者住所地	高度急性期		急性期		回復期		慢性期		在宅医療等		(再掲) 在宅医療等 のうち訪問 診療分	
	医療 需要 (人 /日)	必要 病床 数 (床)	医療 需要 (人 /日)	必要 病床 数 (床)	医療 需要 (人 /日)	必要 病床 数 (床)	医療 需要 (人 /日)	必要 病床 数 (床)	医療 需要 (人 /日)	必要 病床 数 (床)	医療 需要 (人 /日)	必要 病床 数 (床)
宇和島市	57.6	76.8	216.5	277.6	268.6	298.5	186.9	203.2	1210.3		559.8	
松野町	0.0	0.0	12.2	15.6	15.5	17.3	10.6	11.5	72.3		33.5	
鬼北町	0.0	0.0	33.7	43.2	42.9	47.7	29.3	31.9	203.1		94.3	
愛南町	16.8	22.4	63.9	81.9	81.5	90.5	55.5	60.3	376.0		173.9	
宇和島圏域	86.3	115.1	326.3	418.3	408.5	453.9	282.3	306.9	1861.7		861.5	

9 構想区域間調整（案）

- (1) 県内における当圏域の医療機能別医療需要の流出は、主に松山圏域に4機能とも流出するとともに、八幡浜・大洲圏域から高度急性期を除き、流入している。

【流出：高度急性期 11.8、急性期 25.4、回復期 39.6、慢性期 20.1（人/日）】

【流入：急性期 28.9、回復期 33.1、慢性期 20.9（人/日）】

医療機関所在地ベースを基本とする高度急性期を除けば、流出入数はほぼ同数である。

- (2) 県外における医療機能別医療需要の流出は、高知県との関係では、急性期・回復期（16.3・16.4（人/日））が流入するとともに、回復期・慢性期（15.8・13.8（人/日））は流出している。

また、当圏域では、高知県高幡と幡多圏域からそれぞれ流入者の80.2%と78.2%が流入するとともに、当圏域の0.8%が幡多圏域に流出している。

なお、都道府県間調整方法（別紙3）において、二次医療圏別の医療需要が10人未満の場合は、都道府県間調整の対象外となる。

- (3) 当圏域の患者住所地ベースと医療機関所在地ベースを比較すると、全ての医療機能においてほぼ同数で、当圏域内で発生する医療需要に対する医療提供体制はほぼ整っている。

- (4) 当圏域が現在の医療提供体制を確保するとともに、患者の受療動向等が大きく変化しないという前提においては、特に構想区域間の調整を行わなくても患者への医療サービスの影響は少ないと考えられる。

(5) よって、当圏域は、構想区域間調整は行わず、必要病床数は、2ページ(4) 医療機能別必要病床数とする。

なお、今後、協議を持ち掛けられた場合は、別途、協議することとする。

II 電子データブック等による現状

1 数値一覧

- (1) 当圏域の病院数 13、人口10万人当たり 10.2 (県平均 9.9)
- (2) 当圏域の一般診療所数 127、人口10万人当たり 99.9 (県平均 86.6)
- (3) 当圏域の医師数 276人(愛媛県 3584人/松山 2108人)

2 がんの指標

- (1) 禁煙外来を行っている病院数 3、人口10万人当たり 2.4 (県平均 3.1)
禁煙外来を行っている診療所 8、人口10万人当たり 6.3 (県平均 9.3)
- (2) 敷地内禁煙をしている病院の割合 38.5 (県平均 38.2)
敷地内禁煙をしている診療所の割合 22.8 (県平均 26.6)
- (3) がん診療連携拠点病院 1 (市立宇和島病院)、人口10万人当たり 0.8
- (4) 放射線治療(体外照射)の実施病院数 1、放射線治療(IMRT)の実施病院数 1
- (5) 外来化学療法を実施している病院数 3、診療所数 1
- (6) 緩和ケアチームのある病院数 1、緩和ケア病棟を有する病院数 0
がんリハビリテーションを実施する医療機関数 0
- (7) 医療用麻薬の処方を行っている病院数 11
人口10万人当たり病院 8.6 (県平均 6.6/松山 5.1/今治 11.8)
医療用麻薬の処方を行っている診療所数 6
人口10万人当たり診療所 4.7 (県平均 7.2/松山 8.4/今治 7.9)
- (8) 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数 18
人口10万人当たり 14.7 (県平均 16.2)

3 脳卒中の指標

- (1) 救命救急センターを有する病院数 1 (市立宇和島病院)
- (2) 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 0
人口10万対病院数 0 (県平均 0.6/松山 0.6)
- (3) 脳血管疾患により救急搬送された患者数 13
人口10万人当たり 10.2 (県平均 7.5/松山 5.8)
- (4) くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 18
人口10万人当たり 14.7 (県平均 12.2/松山 16.2)
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料届出施設数 (I) 4 (II) 2 (III) 7
人口10万人当たりの届出施設数 (I) 3.3 (県平均 2.9) (II) 1.6 (県平均 2.6)、(III) 5.7 (県平均 3.0)
- (6) 脳血管疾患退院患者平均在院日数 46.4 (県平均 99.4/松山 66.4)
- (7) 早期リハビリテーション実施件数 14577
人口10万人当たり 11869.4 (県平均 11129.8/松山 11210.2)
- (8) 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数 96
人口10万人当たり 78.2 (県平均 65.6/松山 93.3)

- (9) 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数 39
人口10万人当たり 31.8 (県平均 54.2 / 松山 86.1)
- (10) 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 57.3 (県平均 57.9 / 松山 59.5 / 宇摩 63.3)

4 急性心筋梗塞の指標

- (1) 禁煙外来を行っている診療所数 8
人口10万人当たり 6.3 (県平均 9.3 / 松山 11.6)
- (2) 禁煙外来を行っている病院数 3
人口10万人当たり 2.4 (県平均 3.1 / 松山 2.1)
- (3) 心筋梗塞の専用病室 (CCU) を有する病院数 1
人口10万人当たり 0.8 (県平均 0.3 / 松山 0.2)
- (4) 心筋梗塞の専用病室 (CCU) を有する病院の病床数 2
人口10万人当たり 1.6 (県平均 0.8 / 松山 0.6)
- (5) 大動脈バルーンパンピング法が実施可能な病院数 4
人口10万人当たり 3.3 (県平均 2.0 / 松山 1.7)
- (6) 虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 8.6日 (県平均 13.3 / 松山 7.8)
- (7) 虚血性心疾患により救急搬送された患者数 3
人口10万人当たり 2.4 (県平均 1.4 / 松山 0.9)
- (8) 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合 98.0 (県平均 94.1 / 松山 94.7)

5 糖尿病の指標

- (1) 糖尿病内科 (代謝内科) を標榜する病院数 2
人口10万人当たり 1.6 (県平均 0.5 / 松山 0.2 / 今治 1.7)
- (2) 糖尿病退院患者平均在院日数 28.4日 (県平均 28.1 / 八幡浜・大洲 21.2 / 松山 23.5)
- (3) 糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数 4
人口10万人当たり 3.3 (県平均 2.2 / 松山 1.7 / 新居浜・西条 3.4)

6 精神疾患の指標

- (1) 精神科を標榜する病院数 2
人口10万人当たり 1.6 (県平均 2.4 / 新居浜・西条 3.3)
- (2) 精神科を標榜する一般診療所数 4
人口10万人当たり 3.1 (県平均 5.7 / 八幡浜・大洲 8.7)
- (3) 精神科訪問看護を提供する病院数 2
人口10万人当たり 1.6 (県平均 2.4 / 新居浜・西条 3.3)
- (4) 精神及び行動障害退院患者平均在院日数 220.0日
(県平均 377.0日 / 松山 326日)
- (5) 重度アルコール依存症入院治療管理加算届出医療機関数 1
人口10万人当たり 0.8 (県平均 0.5 / 松山 0.5)
- (6) 往診・訪問診療精神科病院 1
人口10万人当たり 0.8 (県平均 0.9 / 松山 0.6)
- (7) 往診・訪問診療一般診療所数 1
人口10万人当たり 0.8 (県平均 1 / 松山 1.4)

7 救急医療の指標

- (1) 救命救急センター1 (市立宇和島病院)
- (2) 特定集中治療室のある病院数1
人口10万人当たり0.8 (県平均1.2/松山1.1/新居浜・西条2.1)
- (3) 特定集中治療室のある病院の病床数6
人口10万人当たり4.7 (県平均8.1/松山8.3/新居浜・西条15.9)
- (4) 初期救急医療施設の数3、人口10万人当たり2.4 (県平均0.8)
一般診療所のうち初期救急医療に参画する機関の割合45.7 (県平均23.4)

[救急告示病院は、6 (市立宇和島病院・JCHO宇和島病院・宇和島市立吉田病院・宇和島市立津島病院・宇和島徳洲会病院・愛媛県立南宇和病院)]

8 災害医療の指標 (県単位)

- (1) 全ての施設が耐震化された災害拠点病院の割合75.0 (全国平均79.1)
- (2) 災害拠点病院のうち食料・飲料水・医薬品を3日分程度備蓄している病院の割合
食料87.5 (全国平均91.1)・飲料水75.0 (全国平均85.4)・
医薬品100.0 (全国平均94.1)
- (3) 災害拠点病院のうち、病院敷地内にヘリポートを有している病院の割合
37.5 (全国平均41.5)

[当圏域の災害拠点病院 (コーディネーター) は市立宇和島病院、公立病院
コーディネーターは、鬼北町立北宇和病院・愛媛県立南宇和病院。]

9 へき地の医療の指標 (県単位)

- (1) へき地診療所の数56 (全国平均22.1)
人口10万人当たり3.9 (全国平均0.8)
- (2) へき地診療所の医師数37.4 (全国平均19.6)
人口10万人当たり2.6 (全国平均0.7)
- (3) へき地医療拠点病院の数11 (全国平均6.3)
人口10万人当たり0.8 (全国平均0.2)
- (4) へき地医療拠点病院からへき地へ医師を派遣した回数251 (全国平均79)
へき地へ医師を派遣した延べ日数251 (全国平均70)
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数0 (全国平均120)

[当圏域のへき地医療拠点病院は、6 (市立宇和島病院・宇和島市立吉田病院
・宇和島市立津島病院・鬼北町立北宇和病院・愛媛県立南宇和病院・愛南町
国保一本松病院)、へき地診療所は、20 (宇和島市9・鬼北町4・松野町4
・愛南町3)]

10 周産期医療の指標

- (1) 分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数2 (現在1)
人口10万人当たり3.0 (県平均1.8/松山1.2)
- (2) 分娩を取扱う産科又は産婦人科一般診療所数3 (現在4)
人口10万人当たり4.4 (県平均3.3/松山3.2)
- (3) 病院の分娩数 (帝王切開件数を含む) 55
人口10万人当たり81.2 (県平均77.0/松山78.5)

- (4) 一般診療所の分娩数（帝王切開件数を含む）67
人口10万人当たり98.9（県平均94.5／松山105）

総合周産期母子医療センターとして愛媛県立中央病院、地域周産期母子医療センターとして愛媛大学医学部附属病院・松山赤十字病院・県立新居浜病院・県立今治病院・市立宇和島病院が協力・連携。

周産期緊急搬送体制は、医療従事者相互の緊密な連絡体制による迅速な情報交換で対応しており、受入状況は総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターが、それぞれ5割。

また、総合周産期母子医療センター配備の新生児搬送用救急車「あいあい号」によって、広域搬送に対応。

11 小児医療の指標

- (1) 一般小児医療を担う一般診療所数は、5
人口10万人当たり3.9（県平均5.0／松山4.6）
- (2) 一般小児医療を担う病院数は、7
人口10万人当たり5.5（県平均2.6／松山1.8）

愛媛大学医学部附属病院・愛媛県立中央病院が三次・専門医療を担うとともに、地域小児医療センターとして、県立新居浜病院・県立今治病院・松山赤十字病院・市立宇和島病院が一次・二次医療機能。

また、協力病院として、四国中央病院・住友別子病院・西条中央病院・済生会今治病院・松山市民病院・市立八幡浜総合病院・県立南宇和病院が主に一次医療機能。

12 在宅医療の指標

- (1) 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）（人口10万人当たり）7144（県平均8864.6／松山12226）
- (2) 在宅患者訪問看護・指導料算定件数（人口10万人当たり）271.1（県平均213.7／松山243.3）
- (3) 往診料算定件数（人口10万人当たり）2077（県平均2126.2／松山2587）
- (4) 在宅療養支援診療所の届出施設数（1）0、（2）5、（3）12
人口10万人当たり（1）0（市町平均0.3）、（2）4.1（市町平均3.7）、（3）9.8（市町平均10.0）
- (5) 在宅療養支援診療所の届出施設の病床数（1）0、（2）57、（3）75
人口10万人当たり（1）0（市町平均2.9）、（2）46.4（市町平均19.6）（3）61.1（市町平均43.3）
- (6) 在宅療養支援歯科診療所数14、人口10万人当たり11.4（市町平均7.4）
- (7) 在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数43
人口10万人当たり35.0（市町平均34.7）
- (8) 訪問看護ステーション従業者数46
人口10万人当たり37.5（市町平均36.4）
- (9) 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数41
人口10万人当たり33.4（市町平均29.4）

- (10) 退院支援担当者を配置している一般診療所 5、病院 8
人口10万人当たり一般診療所 4.1（市町平均 2.2）、病院 6.5（市町平均 3.7）
- (11) 短期入所サービス（ショートステイ）実施施設数 26
人口10万人当たり 21.2（市町平均 16.7）
- (12) 在宅看取りを実施している一般診療所 9、病院 1
人口10万人当たり一般診療所 7.3（市町平均 3.2）、病院 0.8（市町平均 0.2）
- (13) ターミナルケア対応訪問看護ステーション数 7
人口10万人当たり 5.7（市町平均 5.2）
- (14) 在宅死亡者の死亡の場所：病院 1,498（72.5%）・診療所 156（7.6%）・
介護老人保健施設 39（1.9%）・老人ホーム 74（3.6%）・自宅 258（12.5%）・
その他 40（1.9%）
なお、松野町は、診療所が 36.8%

Ⅲ 課題及び対策等

1 救急医療体制の充実

- (1) 宇和島地区においては、市立宇和島病院の負担が増大。
 - ①脳神経外科、小児科、産婦人科の常勤医は、市立宇和島病院のみ。
 - ②八幡浜・大洲圏域からの救急搬送。（別紙 5）
なお、高知県の高幡・幡多圏域からも救急搬送。
 - ③夜間の一次救急は、輪番制病院（二次救急）において対応。
なお、医師会による平日夜間の救急外来（19:30～22:30）で診療支援。
- (2) 愛南地区においては、愛媛県立南宇和病院の負担が過大。
 - ①外科・脳神経外科・麻酔科の常勤医がいないが、24時間・365日対応。
 - ②県立中央病院・愛媛大学医学部附属病院の小児科医・愛南町国保一本松病院及び医師会員が、救急の宿日直の診療支援。
また、医師会による毎週木曜日の平日夜間時間外急患コーナー（18:00～22:00）で診療支援。
- (3) 高齢者の終末期医療や救命期を脱した患者の受入体制の確保

2 在宅医療の推進

- (1) 在宅医療や在宅介護において、急変時や介護家族の負担が大きくなる体制を整備することが重要であり、かかりつけ医をはじめ多職種のネットワークで支え合う体制整備が必要。
- (2) 在宅医療を担う開業医の参加を促すには、在宅患者の容体急変時における後方支援病院等による入院体制やかかりつけ医が不在時に代替できる医師の確保等の支援体制が必要。
- (3) 糖尿病や誤嚥性肺炎の防止等における口腔ケアの重要性に伴い、医科と歯科の連携（医科歯科連携）の充実。
- (4) 在宅医療・介護を推進するためには、医療機関はもとより、介護職員、地域住民等に対する情報提供や普及啓発が必要。

3 医療提供体制の確保

- (1) 病院志向、専門医志向を背景に、症状の軽重にかかわらず、大病院等を受診する傾向があり、医療機関の役割分担による効率的な医療提供が十分に行われない状況。
上手な医療のかかり方や「かかりつけ医・歯科医・薬局」をもつことの意義等の情報提供により、住民も地域医療を支える役割があるという意識を高める啓発を効果的に推進する必要。
- (2) 地域における限られた医療資源を有効かつ効率的に活用し、患者の病態にあった適切な医療機関へ迅速に患者を紹介するため、医療連携室や在宅支援センターによる病院相互の連携（病病連携）、病院と診療所の連携（病診連携）、診療所と診療所の連携（診診連携）、看護師と介護職の連携（看介連携）の充実。
- (3) 地域のニーズに応じた効率的な診療提供体制の構築
医療連携のツールである地域連携クリティカルパスに基づく診療計画を用いた医療連携体制。
「きさいやネット」・「南予地域リハビリテーションシステム (Ukam.net)」等のICT利用による病院や診療所、介護福祉施設等の情報の共有化の推進。
- (4) 医療従事者の確保、医療機関の勤務環境改善、看護職員の離職防止等の方策。