

# 宇和島圏域

## 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	14,576	12,228	10,322	8,884	7,717	6,947	6,416
15～64歳	69,219	59,554	52,168	46,509	41,950	37,723	32,934
65歳以上	40,486	43,316	43,893	42,254	39,524	36,379	33,765
<b>圏域人口</b>	<b>124,281</b>	<b>115,098</b>	<b>106,383</b>	<b>97,647</b>	<b>89,191</b>	<b>81,049</b>	<b>73,115</b>
(参考)75歳以上	22,937	23,396	23,317	25,575	25,964	24,575	22,144

圏域人口 26,634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	86.3	326.3	408.5	264.5 282.3	1,879.4 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	258.0 275.4	1,843.4 1,826.0	817.1
医療供給の過不足 ②-①	3.5	12.6	△ 4.0	△ 6.5 △ 6.9	△ 36.0 △ 35.6	△ 44.4
2025年の目指す医療供給量(調整後)	①と②に基づいて流入出を調整⇒資料2調整方針(案)					

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	115.1	418.3	453.9	287.5 306.9	1,274.8 1,294.2
医療機関所在地ベース	119.7	434.4	449.4	280.5 299.4	1,284.0 1,303.0
2025年の目指す医療提供体制(調整後)	流入調整後の医療需要 ÷ 病床稼働率				

比較

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、適用不可。

## 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	20	1,219	198	591	2,028
6年後	20	1,115	302	591	2,028

注) 無回答(2014.7.1時点:82床、6年後:82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

# 八幡浜・大洲圏域

## 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	18,480	15,846	13,513	11,663	10,203	9,233	8,514
15～64歳	85,230	74,361	65,834	58,919	53,208	48,012	42,382
65歳以上	52,823	54,689	54,606	52,502	49,261	45,622	42,599
<b>圏域人口</b>	<b>156,534</b>	<b>144,896</b>	<b>133,953</b>	<b>123,084</b>	<b>112,672</b>	<b>102,867</b>	<b>93,495</b>
(参考)75歳以上	30,635	31,152	30,551	32,095	32,149	30,695	28,251

圏域人口 33,450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	95.1	379.1	624.0	342.3 382.4 409.1	2,747.1 2,707.1 2,680.4	1,433.1
推計供給量(医療機関所在地ベース) ②	44.0	264.5	491.6	264.9 300.5 323.8	2,625.3 2,589.6 2,566.3	1,393.7
医療供給の過不足 ②-①	△ 51.1	△ 114.6	△ 132.3	△ 77.5 △ 81.9 △ 85.3	△ 121.8 △ 117.5 △ 114.0	△ 39.4
2025年の目指す医療供給量(調整後)	①と②に基づいて流入出を調整⇒資料2調整方針(案)					

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	126.8	486.0	693.3	372.1 415.7 444.7	1,678.2 1,721.8 1,750.8
医療機関所在地ベース	58.6	339.1	546.2	287.9 326.7 352.0	1,231.9 1,270.7 1,296.0
2025年の目指す医療提供体制(調整後)	流出調整後の医療需要 ÷ 病床稼働率				

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	0	927	203	602	1,732
6年後	0	959	226	634	1,819

注) 無回答(2014.7.1時点：97床、6年後：10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

# 松山圏域

## 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	87,067	81,803	74,938	67,987	61,792	57,759	54,491
15～64歳	414,586	387,581	367,468	351,279	334,860	314,865	287,531
65歳以上	150,832	174,065	186,595	191,374	192,900	193,444	198,150
<b>圏域人口</b>	<b>652,485</b>	<b>643,449</b>	<b>629,001</b>	<b>610,640</b>	<b>589,552</b>	<b>566,068</b>	<b>540,172</b>
(参考)75歳以上	76,429	86,097	96,103	112,126	119,403	120,235	118,606

圏域人口 41,845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	461.7	1,553.7	1,852.0	1,516.5 1,696.3	12,165.8 11,986.0	7,254.0
推計供給量(医療機関所在地ベース) ②	584.9	1,815.5	2,153.5	1,708.6 1,895.5	12,488.0 12,301.1	7,419.4
医療供給の過不足 ②-①	123.2	261.8	301.5	192.2 199.2	322.3 315.2	165.3
2025年の目指す医療供給量(調整後)	①と②に基づいて流入出を調整⇒資料2調整方針(案)					

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	615.6	1,991.9	2,057.8	1,648.4 1,843.8	6,313.6 6,509.1
医療機関所在地ベース	779.9	2,327.6	2,392.8	1,857.2 2,060.3	7,357.4 7,560.6
2025年の目指す医療提供体制(調整後)	流出調整後の医療需要 ÷ 病床稼働率				

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、適用不可。

## 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	2,136	2,859	895	3,034	8,924
6年後	2,163	2,596	1,364	2,801	8,924

注) 無回答(2014.7.1時点：136床、6年後：136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

# 今治圏域

## 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	21,446	19,042	16,799	14,668	12,856	11,629	10,790
15～64歳	101,996	90,366	82,834	77,570	72,554	66,751	59,163
65歳以上	50,738	55,942	56,848	54,689	51,670	48,789	47,520
<b>圏域人口</b>	<b>174,180</b>	<b>165,350</b>	<b>156,481</b>	<b>146,927</b>	<b>137,080</b>	<b>127,169</b>	<b>117,473</b>
(参考)75歳以上	26,222	27,882	30,273	34,197	34,209	31,798	29,058

圏域人口 27,253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	118.8	532.2	636.7	268.1 339.9 398.2	2,393.2 2,321.4 2,263.1	683.5
推計供給量(医療機関所在地ベース) ②	89.3	456.1	547.1	207.4 275.6 330.0	2,268.4 2,200.2 2,145.8	616.8
医療供給の過不足 ②-①	△ 29.5	△ 76.1	△ 89.6	△ 60.7 △ 64.3 △ 68.2	△ 124.8 △ 121.2 △ 117.3	△ 66.7
2025年の目指す医療供給量(調整後)	①と②に基づいて流入出を調整⇒資料2調整方針(案)					

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	158.4	682.3	707.5	291.5 369.5 432.8	1,839.7 1,917.7 1,981.1
医療機関所在地ベース	119.1	584.8	607.9	225.5 299.6 358.7	1,537.3 1,611.4 1,670.5
2025年の目指す医療提供体制(調整後)	流出調整後の医療需要 ÷ 病床稼働率				

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	17	1,432	255	674	2,378
6年後	17	1,432	236	693	2,378

注) 無回答なし。  
 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

# 新居浜・西条圏域

## 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	31,853	29,809	27,482	24,864	22,635	21,200	20,285
15～64歳	138,915	127,990	120,625	115,703	110,397	104,575	95,653
65歳以上	63,059	69,984	72,225	71,154	69,575	67,447	67,738
<b>圏域人口</b>	<b>233,826</b>	<b>227,783</b>	<b>220,332</b>	<b>211,721</b>	<b>202,607</b>	<b>193,222</b>	<b>183,676</b>
(参考)75歳以上	33,547	36,046	38,543	43,523	44,532	42,978	41,187

圏域人口 22,105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	178.0	642.9	610.1	494.5 570.6 598.3	3,528.6 3,452.5 3,424.8	1,651.6
推計供給量(医療機関所在地ベース) ②	147.2	586.2	540.9	455.9 532.2 561.7	3,439.5 3,363.2 3,333.7	1,571.5
医療供給の過不足 ②-①	△ 30.7	△ 56.7	△ 69.3	△ 38.5 △ 38.3 △ 36.6	△ 89.1 △ 89.3 △ 91.1	△ 80.1
2025年の目指す医療供給量(調整後)	①と②に基づいて流入出を調整⇒資料2調整方針(案)					

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	237.3	824.2	677.9	537.5 620.2 650.3	2,276.8 2,359.5 2,389.7
医療機関所在地ベース	196.3	751.5	600.9	495.6 578.5 610.6	2,044.4 2,127.3 2,159.4
2025年の目指す医療提供体制(調整後)	流出調整後の医療需要 ÷ 病床稼働率				

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	1,821	146	947	2,924
6年後	10	1,883	296	902	3,091

注) 無回答(2014.7.1時点：202床、6年後：35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

# 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
<b>圏域人口</b>	<b>90,187</b>	<b>86,886</b>	<b>83,349</b>	<b>79,432</b>	<b>75,301</b>	<b>71,088</b>	<b>66,687</b>
(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)	①と②に基づいて流入出を調整⇒資料2調整方針(案)					

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)	流出調整後の医療需要 ÷ 病床稼働率				

比較

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

## 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、回復期及び慢性期は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。

各都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
(公印省略)

地域医療構想策定における患者流出入を踏まえた  
必要病床数推計の都道府県間調整方法について

各都道府県における地域医療構想の策定については、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)、「地域における医療及び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の一部施行について」(平成27年3月31日付医政発第0331第9号)及び「地域医療構想策定ガイドラン等について」(平成27年3月31日付医政発0331第53号)の別添1「地域医療構想策定ガイドラン」に基づき行うこととなっている。地域医療構想において都道府県が定める、構想区域における厚生労働省令で定めるところより算出された病床の機能区分ごとの将来の必要病床数等について、算定の基礎となるデータは、厚生労働省が示し、これを基に都道府県が算定することとしている。

その際、都道府県間の供給数の調整について、8月20日に行われた都道府県との意見交換会及びその後いただいた意見を踏まえ、具体的な調整方法を下記のとおり定めたので、貴職におかれては、この調整方法を踏まえ、将来のあるべき医療提供体制について、関係する都道府県と協議を進めるようお願いする。

なお、これは今年度中に地域医療構想を策定することを念頭において定めており、各都道府県の実情を踏まえて、適宜、都道府県間調整を行われたい。また、当該都道府県間の合意により、下記によらず調整を行うことも差し支えない。

記

1. 必要病床数の推計においては、患者住所地の医療需要を基本として定めることとする。  
ただし、4機能別かつ二次医療圏別の2025年の流出入表において、流出又は流入している医療需要が10人未満の場合は都道府県間調整の対象外とし、医療機関所在地における10人未満の医療需要については、自都道府県の医療需要として算出し、患者住所地における10人未満の医療需要については、自都道府県の医療需要として算出しない。  
なお、医療需要の算出にあたっては、地域医療構想策定支援ツールの2025年度4機能別医療需要流出入表(二次医療圏別及び都道府県別)において小数点以下第1位を四捨五入する。  
(必要病床数の算出にあっても同様とする。)
2. 現状(医療機関所在地)の他都道府県の患者数を前提とした医療提供体制を維持(又は、一部維持)したいと考える都道府県が、流入の相手都道府県に対して、協議を持ちかけることとする。(一方、必要に応じて、流出都道府県から流入都道府県に協議を持ちかけてもよい。)
3. 協議においては、両都道府県は、例えば、患者・住民へのヒアリングの結果、患者の受療動向等のデータ、それぞれの案を実行した場合の患者・住民への医療サービスや財政的な影響等について検討した結果を、お互いに示すこととする。  
また、両都道府県は、病床の整備に関する計画等の進捗状況を必要に応じて示すこととする。  
こうした協議を行うことにより、いずれの都道府県の計画が、より実効性が高いかを両都道府県で判断し、調整を行うこととする。  
なお、地域医療構想策定支援ツールで用いたデータと同等かつより詳細なデータを用いて協議を行っても良い。
4. 平成27年12月を期限に協議を行うこととし、期限までに調整できない場合には、調整の対象となっていた医療需要は、医療機関所在地の医療需要として算出する。



「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、次の対応を図っていくことが必要。

1 回復期の充実（急性期からの病床転換）について

- (1) 急性期中心の病棟から回復期（リハビリや在宅復帰に向けた医療）の病棟への転換など不足している医療機能を充足していくための自主的な取組を進める必要。
- (2) 必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、病床転換を誘導。

※「地域医療介護総合確保基金」（H27年度は、1628億円（医療分904億円、介護分724億円）は、次の事業が対象。  
医療分は、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。  
1 病床の機能分化・連携に関する事業      2 在宅医療の推進に関する事業  
3 介護施設等の整備に関する事業          4 医療従事者の確保に関する事業  
5 介護従事者の確保に関する事業対象

- (3) 各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

- (1) 病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について、見直していく。  
回復期の病床の充実のためには、リハビリ関係職種の確保を進めていく必要があるなど病床の機能分化・連携に対応して医療従事者の需給の見直しを検討。
- (2) 医師の養成数についても、医学部入学定員等の検討会を設置して、検討する予定。

2025年頃には、人口10万人あたりの医師数はOECD加重平均※を超える見込み。  
※OECD加盟国の全医師数を全人口で割ったもの。（人口10万人あたりの医師数は、OECD単純平均は324名、OECD加重平均で272名）  
一方、18歳人口の減少により、医学部に進学する者の割合は、132人に1人（2014年）から92人に1人（2050年）になる見込み。

3 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

【基本的考え方】

病床の機能分化・連携の推進と同時に、今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。

- (1) 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備  
特に、平成30年度からの第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し  
有識者による検討会を設置し、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について、年内を目途に、制度改正に向けた選択肢を整理し、来年以降、厚生労働省社会保障審議会において、制度改正に向けて議論。

【検討内容】 ①介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方  
②①以外の慢性期の医療・介護サービス提供体制のあり方  
(介護療養病床は、現行法では、平成29年度末をもって廃止)

【第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

資料3「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について（厚生労働省提出資料）の抜粋】

(別紙5)

南予地方局管内の医療機関別救急搬送状況 (H26.1.1~H26.12.31)

		消 防 圏 域					計	合 計	
搬送先病院名		宇和島	愛 南	西 予	八幡浜	大 洲			
消 防 圏 域	宇 和 島	市立宇和島病院 * (救命センター含)	3,123	184	364	65	19	3,755	5,383
		宇和島徳洲会病院 *	588		10	88		686	
		JCHO宇和島病院 *	349	4	13	3		369	
		宇和島市立津島病院 *	207	1				208	
		宇和島市立吉田病院 *	69		2			71	
		鬼北町立北宇和病院	111					111	
		その他	180		3			183	
	愛 南	県立南宇和病院 *	2	800				802	828
		愛南町国保一本松病院		2				2	
		その他		24				24	
	西 予	市立西予市民病院 *	3		693	15		711	1,425
		市立野村病院 *			691	1	1	693	
		その他			20	1		21	
	八 幡 浜	市立八幡浜総合病院 *	2			1,309	153	1,464	1,866
		広瀬病院				76		76	
		その他			5	321		326	
	大 洲	大洲中央病院 *				19	1,131	1,150	2,794
		市立大洲病院 *	1		6	137	726	870	
		加戸病院 *					308	308	
		喜多医師会病院 *			16	16	228	260	
		大洲記念病院 *			1	1	132	134	
その他				11	6	55	72		
南 予 圏 外	県立中央病院 * (救命センター、周産期センター含)	31	9	12	43	151	246	540	
	松山赤十字病院 *	3	1	9	14	48	75		
	松山市民病院 *	2			2	9	13		
	済生会松山病院 *			1	6	3	10		
	愛媛大学医学部附属病院 *	5		3	15	30	53		
	その他	16	50	8	20	49	143		
合 計		4,692	1,075	1,868	2,158	3,043	12,836	12,836	

\* 救急告示病院

## I 平成26年度病床機能報告の課題等と平成27年度病床機能報告の対応について(案)

### 1 平成26年度病床機能報告の課題

#### (1) 未報告の医療機関

報告率は、病院98.6%、有床診療所91.0%(平成26年度末時点)

#### (2) 医療機能の選択間違い・捉え違い

①救命救急入院料やICU・HCU等を算定している病棟で回復期・慢性期機能を選択。

②療養病棟入院基本料を算定している病棟で、高度急性期機能を選択。

③回復期機能は、「回復期リハビリテーション病棟」だけが該当するという捉え違い。

※「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」も含まれる。

④特定機能病院において、病院として高度医療を提供していることで、全ての病棟を高度急性期機能として報告。(85病院中75病院)

#### (3) 報告内容の不整合

医療機関での入力ミス等による報告内容の不整合。

(届出病床数が許可病床数よりも多い。入院患者がいるが、病棟の看護配置が0人。)

#### (4) 医師数の報告時点の問題

医師数については、「医療機能情報提供制度」で把握できているため、報告項目にしなかったが、都道府県のデータの更新時点が異なる。

### 2 平成27年度病床機能報告の対応

#### (1) 未報告の医療機関(医療法第30条13第5項)

知事は、報告するよう命令することができることから、報告を督促し、それでも未報告の医療機関に対しては、医療法上の権限(公表)を適切に実施する。

#### (2) 医療機能の選択間違い・捉え違い

①明確に選択間違いと考えられるものは、医療機関に修正を求める。

②医療機能を適切に選択する必要があるため、医療機能の内容等を周知徹底する。

③特定機能病院は、個々の病棟の機能の選択に当たっては、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

#### (3) 報告内容の不整合

①医療機関の単純ミスをなくすために、不整合事例を情報提供し、周知する。

②医療機関が入力の際、エラーが表示されるようにシステム面での対応を図る。

#### (4) 医師数の報告時点の問題

同一時点の医師数を把握するため、報告項目(病院全体・診療科別等)に追加。

## II 病床機能報告制度の精緻化に向けた今後の検討について(案)

1 平成26年度病床機能報告は、「医療機能の内容」に照らして、病棟の医療機能を選択して報告することから、同じ医療機能を選択している病棟でも、医療内容等は必ずしも同等ではなかったり、同程度の医療内容でも異なる医療機能を選択している。

2 今後、報告された医療機能と提供されている医療内容、構造設備・人員配置等との関係を詳細に分析し、病床機能報告制度の精緻化に向けて検討していく。

## 平成26年度病床機能報告制度報告内容の主な不整合等の事例

### <「病院」>

報告項目	病院数	割合	不整合の内容（全項目に「未報告」を含む）
医療機能	122	1.7%	・未報告（医療機能の判断基準がわからない、病院再編のため6年後の機能の予定は回答できない等）
許可病床数・稼働病床数	345	4.8%	・稼働病床数が許可病床数より多い ・過去1年間の入院患者数の記載があるものの稼働病床数が0床になっている ・一つの病棟に一般病床と療養病床が混在している
算定する入院基本料・特定入院料および届出病床数	194	2.7%	・届出病床数が許可病床数より多い
病棟部門の職員数（職種別、常勤、非常勤）	79	1.1%	・診療報酬の入院基本料の届出を行っているものの、看護職員配置が0人になっている
主とする診療科	166	2.3%	・未報告「当てはまる診療科がない」
入院患者の状況（新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数）	83	1.1%	・新規入院患者数全体と、内訳の合計数が一致しない ・在棟患者延べ数が稼働病床数と比較して明らかに多い
入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況	89	1.2%	・新規入棟患者数全体と、内訳の合計数が一致しない ・退棟患者数全体と内訳の合計数が一致しない
退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	839	11.6%	・退院患者数全体と内訳の合計数が一致しない
分娩件数	150	2.1%	・未報告

※ 報告期日までに報告があった病院のうち、ファイル破損、該当する報告様式以外のファイルの提出があった施設等を除いた7,260施設で集計。

報告項目	病院数	割合	不整合の内容（全項目に「未報告」を含む）
職員数（部門別、職種別、常勤、非常勤）	148	2.0%	・施設全体の職員数と内訳の各部門の職員数が一致しない
DPC群の種類	35	0.5%	・未報告
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院の届出の有無	30	0.4%	・未報告
看取りを行った患者数（届出をしている場合のみ）	6	0.5% 注）	・未報告
二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無	32	0.4%	・未報告
救急医療の実施状況	64	0.9%	・「診療後直ちに入院となった患者延べ数」が全体の数を上回っている ・「休日あるいは夜間の定義と自院の休診日、診療時間が異なり、休日加算や夜間・深夜加算等とも定義が異なるために患者延べ数のカウントが困難」との問い合わせ多数あり
医療機器の台数	37	0.5%	・未報告
退院調整部門の設置状況	33	0.5%	・未報告

※ 報告期日までに報告があった病院のうち、ファイル破損、該当する報告様式以外のファイルの提出があった施設等を除いた7,260施設で集計。

注） 「看取りを行った患者数」のデータ不備率は、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院の届出をしている1,199施設を分母として算出。

< 「有床診療所」 >

報告項目	病院数	割合	不整合の内容（全項目に「未報告」を含む）
医療機能	480	7.1%	・未報告 （理由としては、「医療機能の判断基準がわからない」「病院再編のため、6年後の機能の予定は回答できない」など）
有床診療所の病床の役割	194	2.9%	・未報告
許可病床数・稼働病床数	1071	15.8%	・稼働病床数が許可病床数より大きい ・過去1年間の入院患者数の記載があるものの稼働病床数が0床になっている ・ひとつの病棟に一般病床と療養病床が混在している
算定する入院基本料・特定入院料および届出病床数	1421	21.0%	・届出病床数が許可病床数より多い
病棟部門の職員数（職種別、常勤、非常勤）	201	3.0%	・入院料の届出を行っているものの、看護職員配置が0人になっている
主とする診療科	79	1.2%	・「当てはまる診療科がない」とのことで未報告
入院患者の状況（新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数）	184	2.7%	・新規入院患者数全体と、内訳の合計数が一致しない ・在棟患者延べ数が稼働病床数と比較して明らかに大きい

※ 報告期日までに報告があった有床診療所のうち、ファイル破損、該当する報告様式以外のファイルの提出があった施設等を除いた6,777施設で集計。

「Ⅱ②具体的な医療の内容に関する項目」については、データ誤報告率が1%未満。

主な誤報告内容は以下のとおり

- ・レセプト件数が算定日数を上回っている
- ・算定日数が算定回数を上回っている
- ・合計が内数を上回っている
- ・手術・全身麻酔の手術の項目において、Kコードの区分番号・枝番・項番の記載の不備がある