

鳥取県地域医療構想（案）

～「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」と

「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」～

平成28年7月

鳥 取 県

目次

第1章 基本的事項

- 1 地域医療構想策定の趣旨（「鳥取県地域医療構想」とは？）
- 2 医療法及び保健医療計画上の地域医療構想の位置付け
- 3 将来のあるべき医療提供体制に向けた取組
- 4 地域医療構想の推進体制
- 5 地域医療構想の点検及び見直し

第2章 鳥取県の人口、患者、医療・介護サービスの提供状況等の現状と課題

- 1 鳥取県の少子高齢化の状況
- 2 鳥取県の将来人口の推計
- 3 入院患者の受療動向・介護サービスの受給者の状況
- 4 医療・介護サービスの提供状況

第3章 将来の医療需要・病床数の推計

- 1 「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推計
 - 2 「必要病床数等推計ツール」による本県の将来の病床数の推計
- 〔参 考〕鳥取県で独自に実施した医療需要、病床数の将来推計について

第4章 2025年のあるべき医療提供体制の実現に向けて

- 1 目指すべき医療提供体制の方向性
- 2 実現のための施策

第5章 各構想区域の2025年のあるべき医療提供体制の実現に向けて

- 1 東部構想区域
- 2 中部構想区域
- 3 西部構想区域

第6章 病床機能報告の結果

- 1 病床機能報告制度について
- 2 病床機能報告の結果

資料編

- 1 （整理中）
- 2 用語解説・・・別途作成中

第1章 基本的事項（「鳥取県地域医療構想」とは？）

1 地域医療構想策定の趣旨

- 我が国では、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、複数の疾患を抱えて慢性疾患の有病率が高い後期高齢者が大きく増加することから、医療や介護が必要になる場合が多くなり、病床の機能の分化及び連携、在宅医療・介護の推進、地域包括ケアシステムの構築といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が求められています。本県では、65歳以上のいわゆる高齢者人口が3割近くに達し、全国平均よりも早く高齢化が進行していることから、その対策は喫緊の課題となっています。
- また、医師や看護師の不足、地域や診療科の偏在といった問題も抱えており、限りある医療資源を効率的かつ有効に活用する医療提供体制の構築を早急に進めていく必要があります。（「継続した医療提供体制の確保に向けた取組」）
- 一方で、県民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことも求められています。（「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」）
- こういった課題に対応し、一人一人の状況に応じて適切なサービスを将来にわたって持続的に受けられるようにするためには、病床の機能の分化及び連携の推進により地域における役割分担を進め、限られた医療資源の有効活用を図る取組を進めていくことが重要です。（「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」）
- このことから、本県では、地域の実情に応じた患者のニーズに応じて、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制を確保するための取組などをまとめた「鳥取県地域医療構想」を策定しました。

2 医療法及び保健医療計画上の地域医療構想の位置付け

- 「鳥取県地域医療構想」は、医療法第30条の4第2項第7号及び第8号の規定により、同条第1項に基づく「医療計画」において掲げる事項に係るものとして策定し、本県の保健医療対策の基本方針を定めた「鳥取県保健医療計画」の一部として位置付けます。

【医療法（抜粋）】

第30条の4 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

(7) 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第30条の1第3項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項^(注)

(8) 地域医療構想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

(注) 厚生労働省令で定める事項とは、構想区域における将来の居宅等における医療の必要量（訪問診療の患者数、介護老人保健施設の入居者数などの将来の見込み）などを示す。

- なお、「将来の病床数の必要量」や「構想区域における将来の居宅等における医療の必要量」については、推計の基となる医療需要と併せて、第3章で説明します。

鳥取県保健医療計画と鳥取県地域医療構想の関係

鳥取県保健医療計画

5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）及び6事業（小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療、在宅医療）の対策など

医療従事者（医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、リハビリスタッフなど）の確保と資質向上に関する取組など

医療安全、結核・感染症、臓器移植、歯科保健、医薬品等の適性使用などの課題別対策

鳥取県地域医療構想

- 将来の医療需要を推計、分析
- 将来のあるべき医療提供体制の構築に向けた取組を掲載
- 鳥取県保健医療計画の一部として推進
- 期間は平成37年（2025年）まで

現在の計画の期間 平成25年4月～平成30年3月

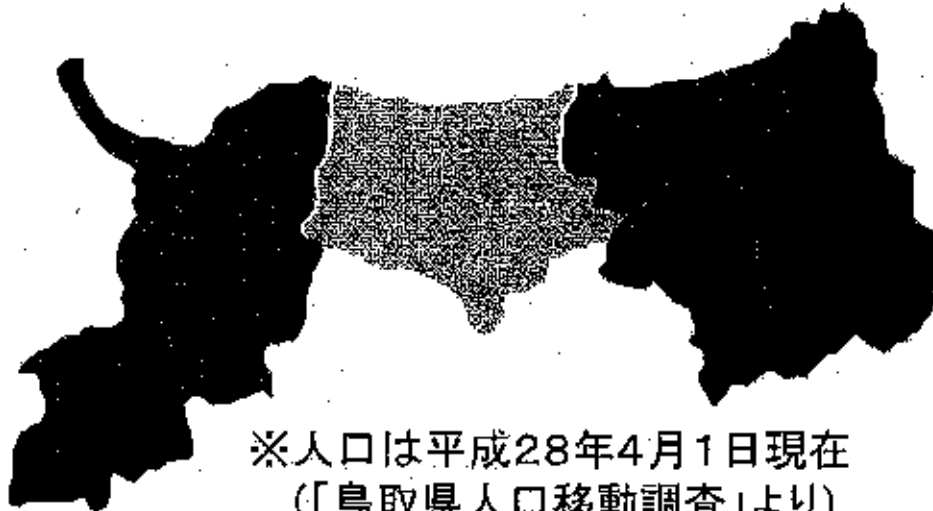
（平成30年4月以降に次期計画がスタート予定）

○「構想区域」については、厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」（以下「ガイドライン」といいます。）などにより、医療計画上の二次保健医療圏を基本として、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の変化など、将来における要案を勘案して検討することとなっています。

○本県における構想区域は、本県の地理的、歴史的、経済的、文化的な背景や、鳥取県保健医療計画との均衡を踏まえ、同計画上の二次保健医療圏と同様、東部、中部及び西部の3区域に設定しています。

地域医療構想の構想区域（保健医療計画の二次保健医療圏）

西部構想区域 （西部保健医療圏） 23.5万人	中部構想区域 （中部保健医療圏） 10.4万人	東部構想区域 （東部保健医療圏） 23.1万人
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------



※人口は平成28年4月1日現在
（「鳥取県人口移動調査」より）

3 将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた取組

○平成37年(2025年)に向けて、「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」と「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」を目指した本県にふさわしい医療提供体制の実現に向け、「病床の機能の分化及び連携の推進」、「在宅医療・介護の推進」及び「医療従事者の確保・養成」を柱として以下の取組を進めます。なお、取組の詳細(施策・対策)については、第4章及び第5章で説明します。

全県的な取組

◎医療機関の連携・共生の推進

①県立中央病院、市立病院等の連携・共生の推進
 県立中央病院、市立病院等の連携・共生の推進を図る。また、地域医療連携協議会等による連携・共生の推進を図る。

◎ICU(集中治療室)の整備

①ICU(集中治療室)の整備
 重症患者の集中治療を行うICU(集中治療室)の整備を図る。また、ICU(集中治療室)の連携・共生の推進を図る。

◎在宅医療・介護連携の推進

①在宅医療・介護連携の推進
 在宅医療・介護連携の推進を図る。また、在宅医療・介護連携の推進を図る。

◎人材の確保

①人材の確保
 人材の確保を図る。また、人材の確保を図る。

◎地域医療・在宅医療の推進

①地域医療・在宅医療の推進
 地域医療・在宅医療の推進を図る。また、地域医療・在宅医療の推進を図る。

◎医療・介護連携の推進

①医療・介護連携の推進
 医療・介護連携の推進を図る。また、医療・介護連携の推進を図る。

◎医師・看護師の確保・養成

①医師・看護師の確保・養成
 医師・看護師の確保・養成を図る。また、医師・看護師の確保・養成を図る。

◎医療従事者の確保・養成

①医療従事者の確保・養成
 医療従事者の確保・養成を図る。また、医療従事者の確保・養成を図る。

＜東部＞

①県立中央病院を中心とする高圧悪性期の医療提供体制の整備と清見地区内の医療機能分化の推進
 ②北前川と東部医師会による「東部医師会在宅医療介護連携推進」を中心とした医療・介護連携の推進
 など

＜中部＞

①市立病院等において適切な場所での対応可能とするための医療機関・薬局・訪問看護ステーション等の整備
 ②市町の地域ケア会議や全職種が一堂に会する「地域づくりしごと会」(など)を活用した顔の見える関係づくり
 など

＜西部＞

①難病等医療必要度の高い慢性期患者の療養体制の充実
 ②在宅療養の住民理解の促進等のための「もしもの時のあんしん手帳」の活用推進
 など

4 地域医療構想の推進体制

- 「鳥取県地域医療構想」に基づき本県にふさわしい将来の医療提供体制の構築を目指していくのに当たり、医療機関等による協議や医療機関の自主的な取組により、病床機能の分化と連携を進めていくことを基本とします。
- その上で、地域における病床の機能の分化及び連携の推進、地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療等の充実並びに医療従事者の確保・養成に努めることとし、その取組のため、地域医療介護総合確保基金を活用します。
- また、各構想区域の地域医療構想調整会議（東部・中部・西部保健医療圏地域保健医療協議会）において、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者により、地域医療構想の推進のために必要な調整、協議等を行います。
- 地域医療構想調整会議における協議が調わない場合などにおいては、必要に応じて医療審議会において関係者等から意見を聴取の上、調整を図ります。
- 市町村が中心となって進める地域包括ケアシステムの構築に資するよう、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に定める総合確保方針を踏まえ、同法に基づく地域医療介護総合確保基金の事業計画並びに介護保険法に定める都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性にも留意します。
- 病床機能報告制度（第6章を御覧ください。）を活用し、病床の機能の分化及び連携における地域の現状、課題を分析し、今後のあるべき医療提供体制について協議していきます。

5 地域医療構想の点検及び見直し

- 「鳥取県地域医療構想」の期間は平成37年度（2025年度）までとします。
- 構想推進の取組を効果的に実施するためには各施策の実施状況を適宜把握することが必要であることから、毎年度、各構想区域の地域医療構想調整会議、鳥取県医療審議会、鳥取県地域医療対策協議会において、それぞれの構想区域の取組状況を報告し、点検、進捗の確認、公表に努めるとともに、点検を行った結果、必要があると認めるときは構想の内容を変更します。
- また、鳥取県保健医療計画の一部であることから、同計画と併せて見直しを行います。

第2章 鳥取県の人口、患者、医療・介護サービスの提供状況等の現状と課題

1 鳥取県の少子高齢化の状況

(1) 人口の動向

ア 総人口

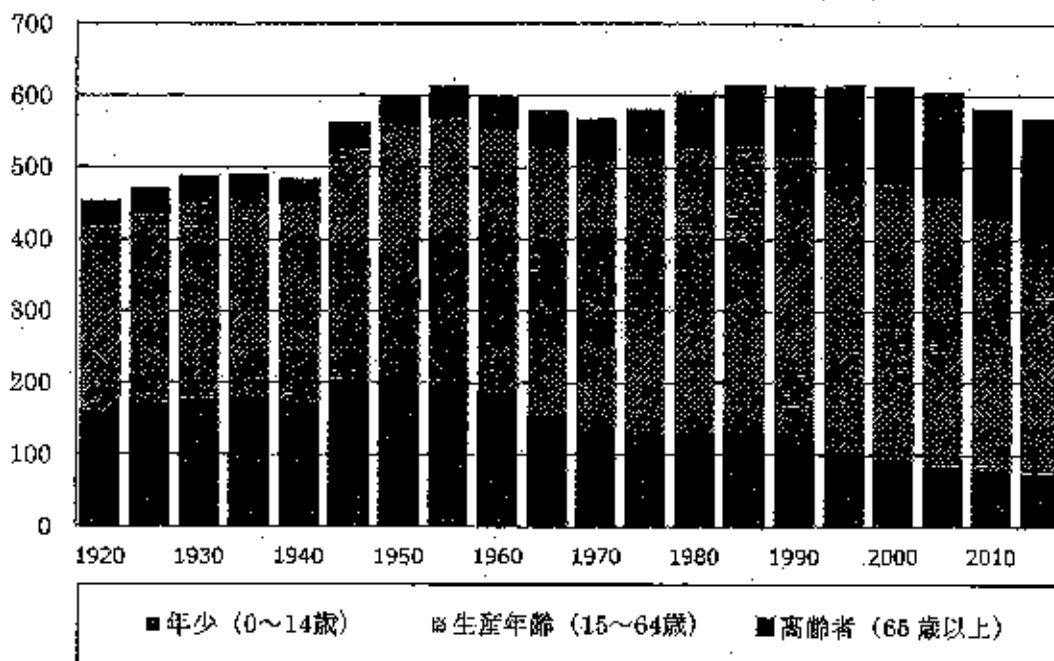
- 本県の総人口は戦後急増しましたが、高度経済成長期の昭和30年（1955年）から昭和45年（1970年）にかけて減少しました。これは、出生による自然増を上回る人口が、集団就職などのため都市圏に流出したことによります。
- 昭和46年（1971年）年以降は、社会減が縮小したことや第2次ベビーブームによる出生の増加などもあり人口増加に転じ、昭和63年（1988年）に過去最高（616,371人）を記録しました。
- その後は人口減少局面となり、平成14年（2002年）年以降は、自然動態・社会動態ともにマイナスの状態が続き、平成26年（2014年）の総人口はピーク時に比べ約93%まで減少しました。

イ 年齢3区分別人口

- 人口ピーク時の昭和63年（1988年）に比べて平成26年（2014年）年には、年少人口（0～14歳）は約57%、生産年齢人口（15～64歳）は約82%前後まで減少しました。一方、高齢者人口（65歳以上）は、昭和60年（1985年）と比較すると約2倍まで増加しており、高齢化が急速に進行しています。

<鳥取県の人口の推移（1920年～2014年）>

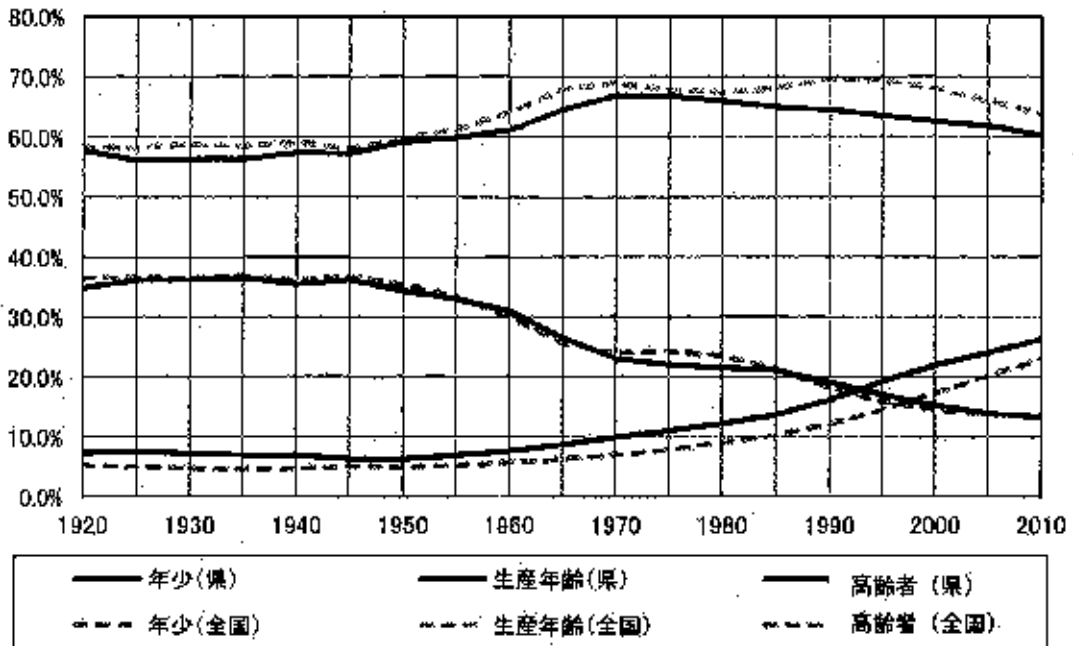
（単位：千人）



出典：総務省「国勢調査」、鳥取県統計課「鳥取県年齢別推計人口」

- 全国、鳥取県ともに年少人口割合は減少し、高齢者人口割合は上昇傾向が継続しており、県の高齢者人口割合は平成26年（2014年）には約29%となり、全国（約26%）に比べて高い水準で推移しています

<鳥取県の年齢3区分別人口の構成比>

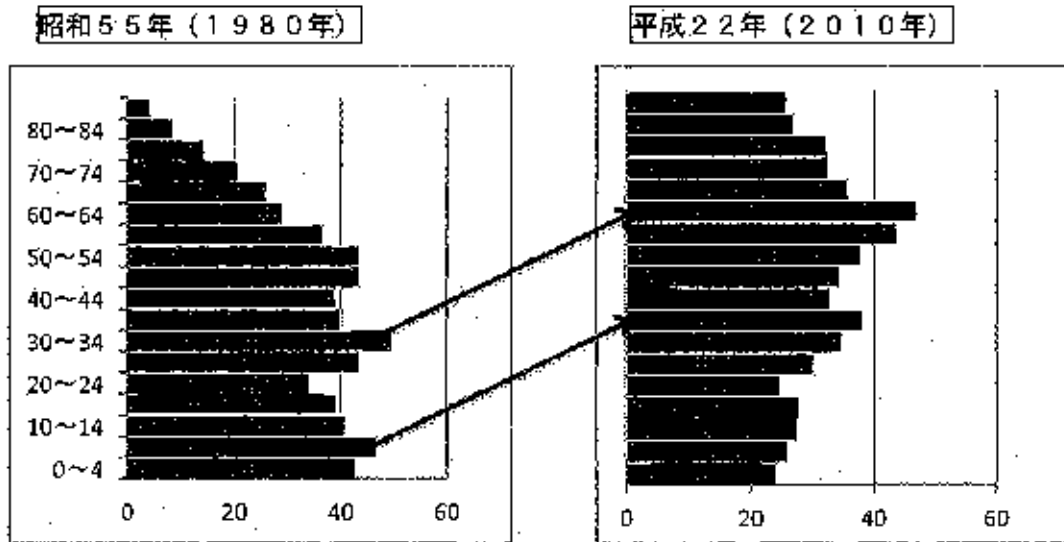


出典：総務省「国勢調査」

ウ 人口構造（人口ピラミッド）の比較

- 昭和55年（1980年）の人口構造は、30歳代となった団塊世代のふくらみの下に、団塊世代が産適齢期に達したことによる第二次ベビーブームにより団塊ジュニア世代が出現した2つの山を持つややゆがんだ「釣鐘型」を示しています。主な労働力となる生産年齢人口（15～64歳）の層が厚くなっていますが、年少人口の減少の兆しが見えます。
- 平成22年（2010年）には、団塊世代と団塊ジュニアの山がせり上がり、全体としては中高年層が厚く若年層が少ない「つぼ型」に移行しています。団塊ジュニア世代以降では若いほど人口が減少しています。

<鳥取県の人口構造>

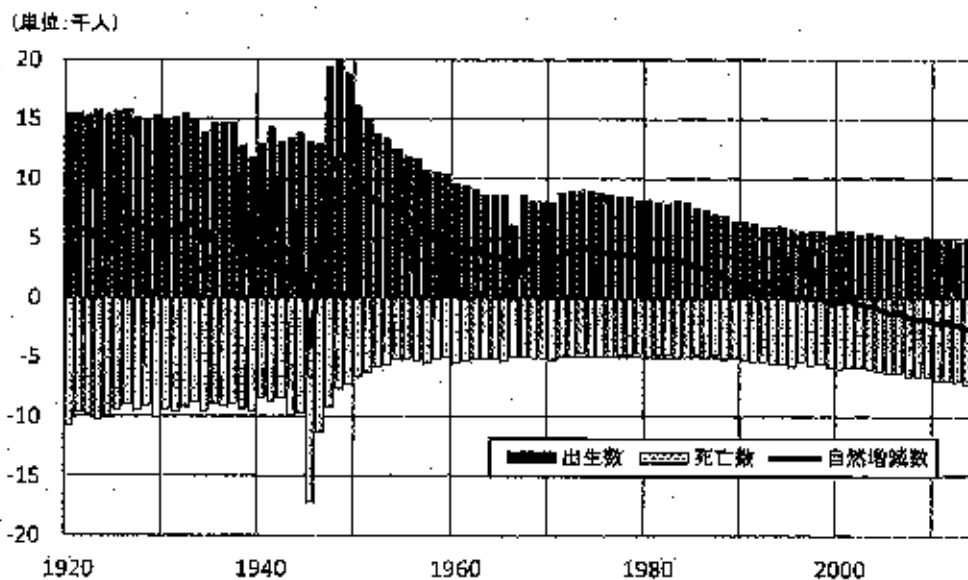


出典：総務省「国勢調査」

エ 自然増減の傾向

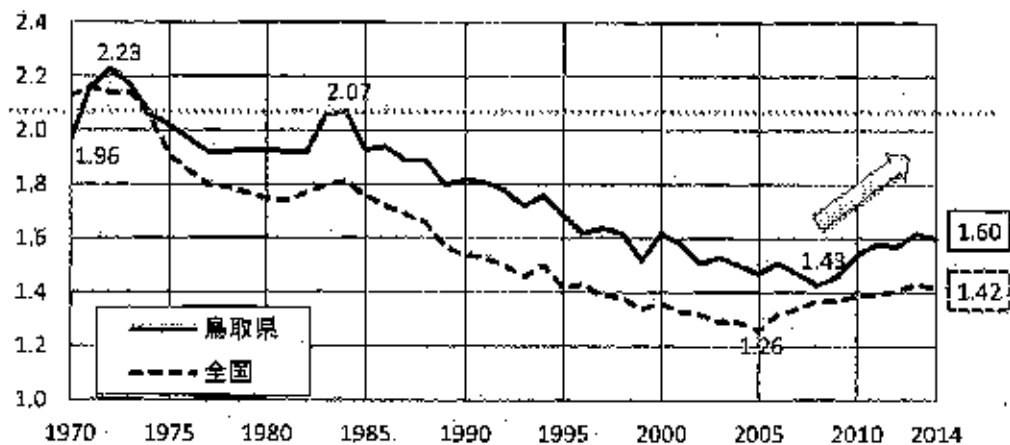
- 出生数は、第2次ベビーブーム期（昭和46年（1971年）～昭和49年（1974年））の後は減少傾向が続き、平成7年（1995年）からは5,000人台、平成20年（2008年）年からは4,000人台まで減少し、現在は横ばいの状況にあります。
- 合計特殊出生率は全国平均を上回る状態で推移していますが、人口の維持に必要な水準である2.07を下回り続けており、平成20年（2008年）には1.43まで下落しました。その後上昇に転じ、平成25年（2013年）年には1.62（全国7位）まで回復しました。平成26年（2014年）は1.60（全国8位）とやや低下しましたが、引き続き全国より高い水準を保っています。
- 高齢者数の増加に伴い、死亡する高齢者が年々増加する傾向にあります。平成11年（1999年）以降、死亡数が出生数を上回る自然減が継続しており、今後もこの傾向が続くと考えられます。「少産多死」による自然減の継続が人口減少の主要因と言えます。

<鳥取県の出生数・死亡数及び自然増減数の推移>



出典：厚生労働省「人口動態調査」

<鳥取県の合計特殊出生率の推移>



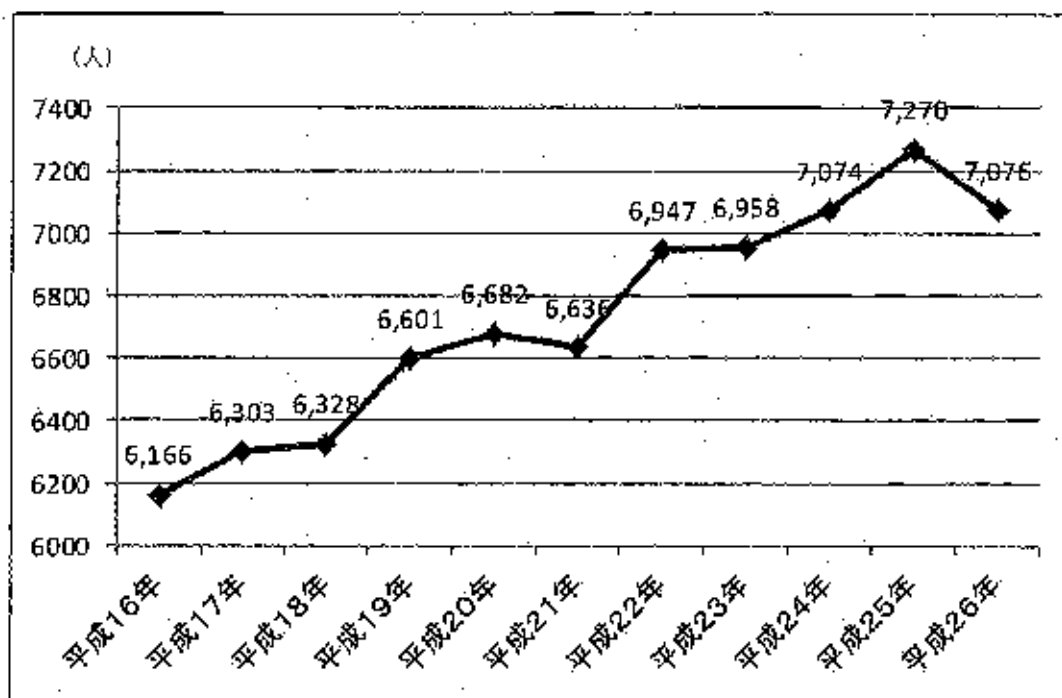
出典：厚生労働省「人口動態調査」

(2) 亡くなる場所、看取り

ア 死亡者数

○県内における死亡者数は、高齢化の進展に伴い、平成16年(2004年)の6,166人に対し、平成26(2014年)は7,076人となっており、10年間で約1,000人増加しています。平成26年は前年に対して若干減少したものの基本的には今後増加していく見込みであり、高齢者が安心して終末期を迎えられる体制を整えていく必要があります。

<鳥取県の死亡数の推移>



出典：厚生労働省「人口動態調査」

イ 看取りの場所

- 亡くなった方の「死亡場所」は、全国的には昭和20年代は約8割が自宅でしたが、現在は8割弱が病院となっています。
- 本県においても、全国と同様に病院が最も多くほとんどを占めており、平成26年(2014年)では68.3%となっています。病院での死亡数は最近では毎年5千人弱で推移していますが、全体に占める割合で見ると、平成20年(2008年)前後の頃は7割を超えていたものの、近年は7割を下回っています。
- 自宅での死亡数は近年では毎年800人台から900人台で推移しており、全体に占める割合もこの10年は1割強程度で推移しています。
- 介護老人保健施設と老人ホームについては、死亡数だけでなく全体に占める割合も近年増加傾向にあり、介護系の施設での看取りが増えている状況が伺われます。

<鳥取県の死亡場所別の死亡数・割合の推移>

死亡場所別死亡数の推移

(単位:人)

区分	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人 ホーム	自宅	その他	計
平成26年	4,835	177	428	581	836	219	7,076
平成25年	4,904	180	425	633	909	219	7,270
平成24年	4,758	287	398	505	964	182	7,074
平成23年	4,860	265	306	450	911	166	6,958
平成22年	4,943	306	279	406	855	158	6,947
平成21年	4,825	280	193	337	829	172	6,636
平成20年	4,707	342	206	317	916	194	6,682
平成19年	4,815	347	144	252	878	165	6,601
平成18年	4,625	281	153	235	866	168	6,328
平成17年	4,613	274	134	232	850	200	6,303
平成16年	4,526	286	144	207	807	196	6,166

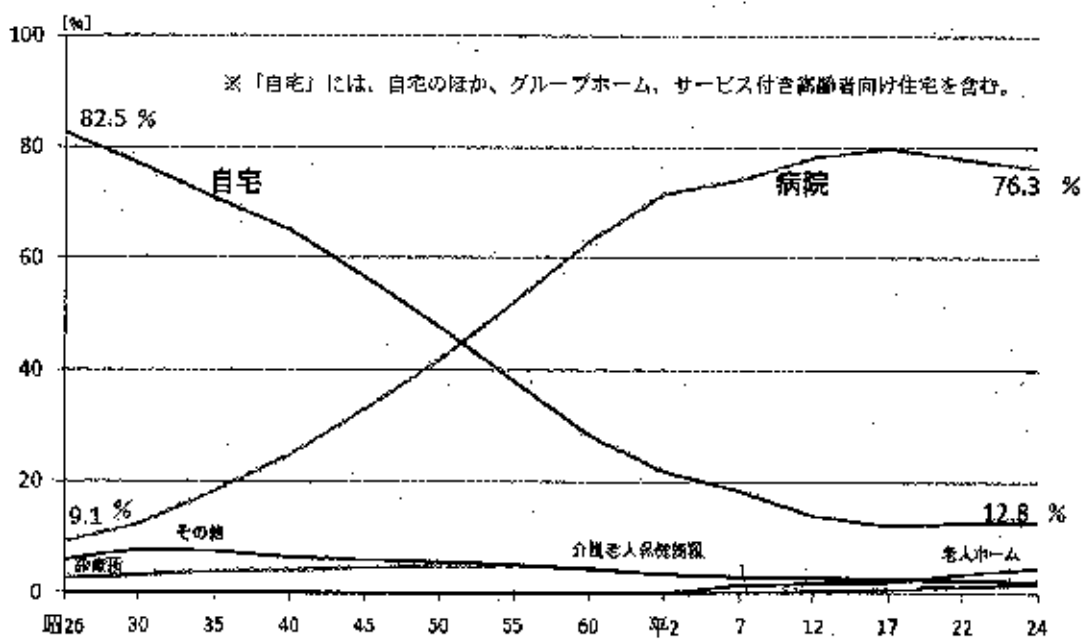
死亡別場所死亡数の割合の推移

区分	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人 ホーム	自宅	その他	計
平成26年	88.3%	2.5%	6.0%	8.2%	11.8%	3.1%	100.0%
平成25年	67.5%	2.5%	5.8%	8.7%	12.5%	3.0%	100.0%
平成24年	67.3%	3.8%	5.8%	7.1%	13.6%	2.6%	100.0%
平成23年	69.8%	3.8%	4.4%	6.5%	13.1%	2.4%	100.0%
平成22年	71.2%	4.4%	4.0%	5.8%	12.3%	2.3%	100.0%
平成21年	72.7%	4.2%	2.9%	5.1%	12.5%	2.6%	100.0%
平成20年	70.4%	5.1%	3.1%	4.7%	13.7%	2.9%	100.0%
平成19年	72.9%	5.3%	2.2%	3.8%	13.3%	2.5%	100.0%
平成18年	73.1%	4.4%	2.4%	3.7%	13.7%	2.7%	100.0%
平成17年	73.2%	4.3%	2.1%	3.7%	13.5%	3.2%	100.0%
平成16年	73.4%	4.6%	2.3%	3.4%	13.1%	3.2%	100.0%

出典：厚生労働省「人口動態調査」

(注) 表中の「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームを示す。

<全国の死亡場所の割合の推移>



出典：厚生労働省「人口動態調査」

2 鳥取県の将来人口の推計

(1) 国立社会保障・人口問題研究所による推計

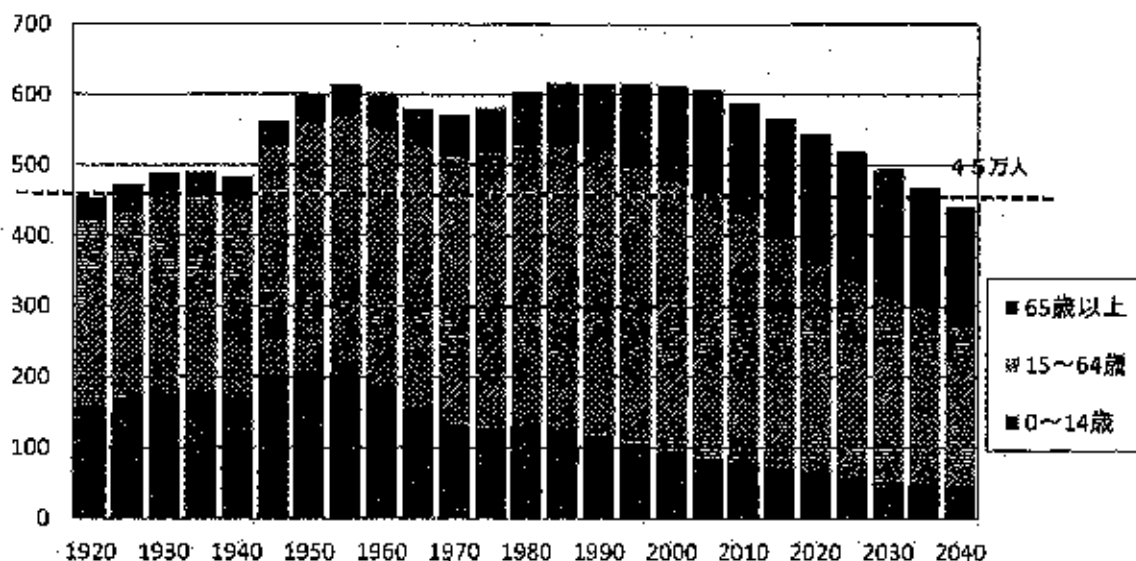
○国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、日本の総人口は長期にわたって減少が続き、平成32年(2020年)～平成37年(2025年)以降はすべての都道府県で減少し、平成52年(2040年)には平成22年(2010年)を下回り、65歳以上人口、75歳以上人口は、大都市圏と沖縄県で大幅に増加します。

○鳥取県では、平成52年(2040年)の総人口は、44.1万人(平成22年(2010年)比74.9%)まで減少し、大正時代(1920年頃)と同程度の人口規模となるものと推計されています。

区分	年	総人口	年齢別人口(%)
全国	平成22年 (2010年)	128,057千人 (指数100)	年少人口(0-14歳)13.1、生産年齢人口(15-64歳)63.8、 高齢者人口(65歳以上)23.0
	平成52年 (2040年)	107,276千人 (指数83.8)	年少人口(0-14歳)10.0、生産年齢人口(15-64歳)53.9、 高齢者人口(65歳以上)36.1
鳥取県	平成22年 (2010年)	589千人 (指数100)	年少人口(0-14歳)13.3、生産年齢人口(15-64歳)60.4、 高齢者人口(65歳以上)26.4
	平成52年 (2040年)	441千人 (指数74.9)	年少人口(0-14歳)10.5、生産年齢人口(15-64歳)51.3、 高齢者人口(65歳以上)38.2

<鳥取県の総人口の推移・推計(1920年～2040年)>

(単位:千人)



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(平成25(2013)年3月推計)」

(2) 鳥取県独自の将来人口推計

- 鳥取県では、人口減少問題に立ち向かうべく、早くから移住・定住対策や少子化対策など様々な取組を進めています。その結果、近年、合計特殊出生率の上昇や移住定住者数の急増など、人口減少に歯止めがかかる動きが現れ始めています。
- これら近年のトレンドを反映した将来人口を推計するため、国立社会保障・人口問題研究所と同様にコーホート要因法を用いて、平成25年(2013年)を基準とした仮定値の設定により男女・5歳階級別に推計しています。

推計条件	現状推計	国立社会保障・人口問題研究所	日本創成会議
基準人口	平成25年(2013年)10月1日現在 (鳥取県年齢別推計人口)	平成22年(2010年)10月1日現在 (総務省「平成22年国勢調査」の人口)	
合計特殊出生率	1.62(平成25年(2013年)値)が今後も続く	平成22年(2010年): 1.57 →平成37年(2025)年: 1.48(その後は一定)	
移動率	平成20年(2008年)～平成25年(2013年)の社会移動(県外への転出入)が今後10年かけて半減	平成17年(2005年)～平成22年(2010年)の社会移動(県外への転出入)が今後10年かけて半減	平成17年(2005年)～平成22年(2010年)の社会移動(県外への転出入)が今後も同じ規模で続く

(注) 5歳未満については、出生率及び社人研推計と同率の出生性比の仮定値を設定して推計。

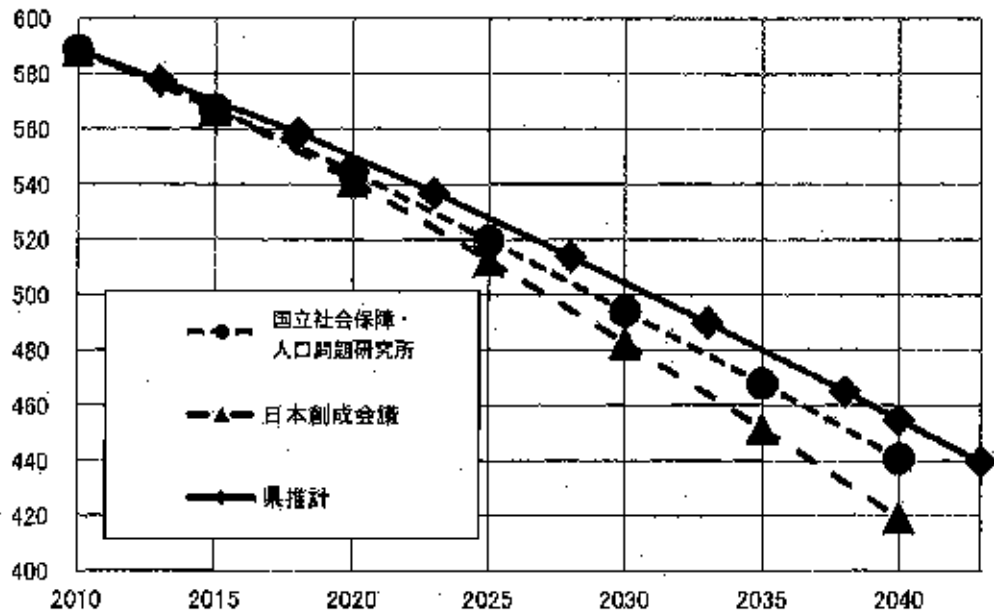
- 推計の結果、平成52年(2040年)の本県の総人口は455千人となり、国立社会保障・人口問題研究所の推計に比べて14千人増、「消滅可能性都市」を提唱し、国立社会保障・人口問題研究所よりも厳しい人口推計を行っている日本創成会議推計に比べ36千人増となっており、移住・定住対策や少子化対策などこれまでの取組により、推計人口の規模が上昇し、人口減少の歯止めにより一定の成果が表れるものと考えています。
- 今後、現在の取組を引き続き進め、さらに発展させることにより、将来に向けて人口減少への更なる歯止め効果を期待しています。

<鳥取県の推計人口の推移>

区分	平成22年(2010年)	平成25年(2013年)	平成52年(2040年)			
			国立社会保障・人口問題研究所(A)	日本創成会議(B)	現状推計(C)	C-A
総人口	588,667	577,642	441,038	419,543	455,120	+14,082
年少人口(0～14歳)	78,063	75,764	46,180	42,498	50,285	+4,105
生産年齢人口(15～64歳)	355,471	338,742	226,391	210,272	233,063	+6,672
高齢者人口(65歳以上)	155,133	163,136	168,467	166,773	171,772	+3,305

(単位:千人)

総人口



○さらに、本県では、「鳥取元気づくり総合戦略」を策定し、「移り住みたい」鳥取県を目指してアクティブシニア（元気な高齢者）移住の受け皿となるCCRC（生涯活躍のまち）の実現に向けた施策を進めており、将来の医療提供体制の構築には、こういった取組の効果も考慮していく必要があります。

3 入院患者等の受療動向・介護サービスの受給者の状況

◎本項における医療需要（一般病床及び療養病床の入院患者及び入院外での療養（在宅医療等^(注)）を必要とする患者の1日当たりの数）の分析に当たっては、厚生労働省が提供した「必要病床数等推計ツール」によるデータを用いていますが、同ツールから算出されるデータのうち、0.1人/日以上10.0人/日未満の値は、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐ観点から、非公表となっています。

(注) 本構想において、「在宅医療等」には、自宅で受ける医療（訪問診療、訪問看護など）だけでなく、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、介護老人保健施設などの療養生活を営むことができる場所であって病院・診療所以外の場所において提供される医療も含まれます。

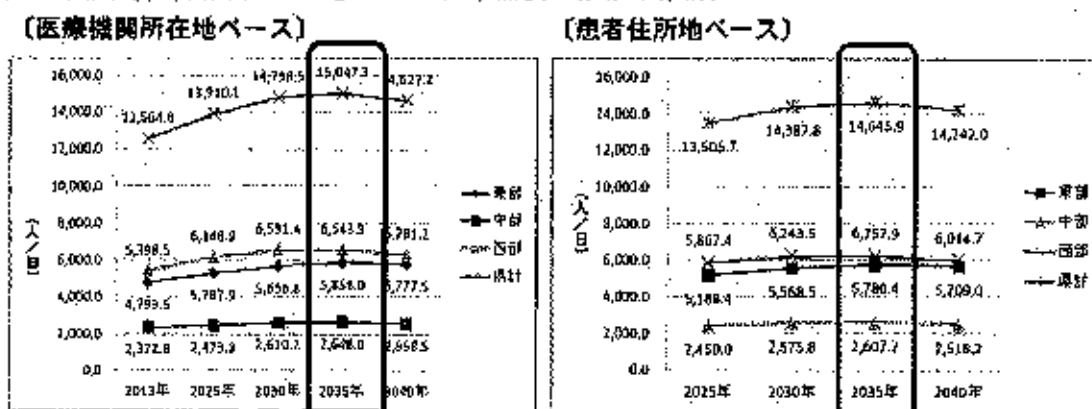
◎このため、本項の各表において、医療需要が0.1人/日以上10.0人/日未満の場合は「*」で表示し、表中の「計」欄は、表中に表示されている数値の合計（「*」で表示されている非公表のデータ分は含まない。）としており、また、受療動向に関する各表中に示されている割合（%）も、これらの合計値を分母として算出したものとしています。

◎さらに、他県との患者の流出入の分析において、本県のいずれの構想区域（東・中・西部）に対しても患者の流出入が10.0人/日未満である他県の構想区域は、本分析の対象外としています。

(1) 県内の医療需要の将来推計

○厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」によれば、今後、全県的に医療需要は増加する傾向にあり、本県の高齢化の進展を反映して、東部、中部、西部のいずれの構想区域においても、平成47年（2035年）頃まで医療需要は伸び続け、その後、減少する傾向にあります。

<「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推移の推計>



(注) 「医療機関所在地ベース」の推計は、県内の医療機関が受け入れる患者（住所地が県内外であることを問わない。）の数の推計であり、「患者住所地ベース」の推計は、県内に住所地のある患者の数の推計。

(2) 構想区域間の患者の流出入の状況

○「必要病床数等推計ツール」によれば、平成25年度の本県在住の入院患者及び在宅医療等の患者のほとんどが、住所地のある構想区域に所在する医療機関で医療を受けることができ、県内のいずれの構想区域でも、医療の自己完結率は高いといえます。

○構想区域外への患者の流出状況を見ても、東部に住所地のある患者の一部に岡山県の県南東部区域への流出が見られますが、10.7人/日程度であり、基本的には東部に住所地のある患者のほとんどは、県内で医療を受けることができます。中部に住所地のある患者も、そのほとんどが県内で医療を受けることができますが、西部に住所地のある患者については、島根県の松江区域への流出（43.0人/日）が東部への流出（32.2人/日）及び中部への流出（4

1. 3人/日)のそれぞれを上回っており、後でも傾けますが、慢性期の患者が西部から松江区域へ多く流出していることがその要因です。

○県外との患者の流出入を全体的に見ると、本県は、県外への流出よりも県外からの流入が多く、県外からの流入の主なものとしては、兵庫県の但馬区域から東部への流入(133.2人/日)、岡山県の真庭区域から中部への流入(37.6人/日)、島根県の松江区域及び隠岐区域並びに岡山県の高梁・新見区域から西部への流入(それぞれ、195.2人/日、15.2人/日、20.3人/日)があります。

<構想区域別の医療需要の状況(全疾病・全医療機能)(平成25年度)>

(単位:人/日)

区 分		医療機関所在地					計	
		自 県			他 県			
		東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)		
患者 住所 地	自 県	東部	454.1	39.2	30.3		10.7	4,622.3
		中部	42.8	224.0	82.2			2,349.0
		西部	32.2	41.3	195.2	43.0		5,098.6
	他 県	但馬 (兵庫県)	133.2					
		松江 (島根県)			195.2			
		隠岐 (島根県)			15.2			
高梁・新見 (岡山県)		0.0		20.3				
	真庭 (岡山県)		37.6					
	計	4,750.3	2,342.2	5,325.2				

<県内に住所地のある患者の受療動向(全疾病・全医療機能)(平成25年度)>

区 分		医療機関所在地					
		自 県			他 県		
		東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)	
患者 住所 地	自 県	東部	0.8%	0.8%	0.7%		0.2%
		中部	1.8%	9.2%	3.5%		
		西部	0.6%	0.8%	9.7%	0.8%	

○医療機能別に見た場合、高度急性期、急性期及び回復期については、東部及び西部に住所地のある患者は、ほぼ住所地のある構想区域内で医療を受けることができていますが、中部に住所地のある患者は、ある程度の西部への流出が見られます。また、兵庫県の但馬区域からは東部へ、島根県の松江区域からは西部への患者の流入が流出に比べて超過しています。

<構想区域別の医療需要の状況(全疾病・高度急性期)(平成25年度)>

〔医療需要の状況〕

(単位:人/日)

区分	医療機関所在地					計
	白県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (鳥取県)	県南東部 (岡山県)	
白県	東部					128.3
	中部			15.8		72.9
	西部					163.4
他県	但馬 (兵庫県)	12.8	0.0			
	松江 (鳥取県)			21.3		
	隠岐 (島根県)	0.0	0.0			
	高梁・新見 (岡山県)	0.0				
	真庭 (岡山県)					
計	160.6	58.1	200.4			

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分	医療機関所在地					
	白県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (鳥取県)	県南東部 (岡山県)	
患者住所地 白県	東部					
	中部			21.4%		
	西部					

<構想区域別の医療需要の状況(全疾病・急性期)(平成25年度)>

〔医療需要の状況〕

(単位:人/日)

区分	医療機関所在地					計
	白県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (鳥取県)	県南東部 (岡山県)	
白県	東部					500.2
	中部			26.8		314.2
	西部					546.3
他県	但馬 (兵庫県)	34.3				
	松江 (鳥取県)			48.0		
	隠岐 (島根県)	0.0				
	高梁・新見 (岡山県)	0.0				
	真庭 (岡山県)	0.0				
計	534.5	287.9	618.3			

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分	医療機関所在地					
	白県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (鳥取県)	県南東部 (岡山県)	
患者住所地 白県	東部					
	中部			8.4%		
	西部					

<構想区域別の医療需要の状況(全疾病・回復期)(平成25年度)>

〔医療需要の状況〕

(単位:人/日)

区分	医療機関所在地					計
	白県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (鳥取県)	県南東部 (岡山県)	
白県	東部					534.0
	中部			25.0		385.1
	西部					700.4
他県	但馬 (兵庫県)	35.4				
	松江 (鳥取県)			58.8		
	隠岐 (島根県)	0.0				
	高梁・新見 (岡山県)	0.0				
	真庭 (岡山県)	0.0				
計	570.2	260.0	760.8			

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分	医療機関所在地					
	白県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (鳥取県)	県南東部 (岡山県)	
患者住所地 白県	東部					
	中部			8.8%		
	西部					

○慢性期については、県内では、中部及び西部から東部へ患者の流出が流入に比べて超過しています。また、県外からは、兵庫県の但馬区域から東部へ流入しています。西部と島根県の松江区域ではお互いに患者の流出入の状況がありますが、西部から松江区域への流出が超過しています。

<構想区域別の医療需要の状況（全疾病・慢性期）（平成25年度）>

【医療需要の状況】

(単位：人/日)

区分	医療機関所在地	医療機関所在地					計
		白根			他県		
		東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)	
白根	東部	20.2	10.2				613.0
	中部	22.2				0.0	225.6
	西部	30.5			25.0		251.5
島根住所 地	但馬 (兵庫県)	24.7	0.0				
	松江 (島根県)		0.0	19.3			
	隠岐 (島根県)		0.0	0.0			
	高梁・新見 (岡山県)	0.0	0.0				
	真庭 (岡山県)	0.0					
	計	692.2	234.5	315.3			

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分	医療機関所在地	医療機関所在地				
		白根			他県	
		東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)
白根	東部	4.7%				
	中部	0.8%				0.0%
	西部	0.7%		1.0%	7.1%	

○在宅医療等については、県内では、東部及び西部から中部への患者の流出が流入に比べて超過していますが、県外への流出超過はありません。県外から流入については、兵庫県の但馬区域からは東部へ、岡山県の真庭区域からは中部へ、島根県の松江区域及び岡山県の高梁・新見区域からは西部へ患者が流入しています。

<構想区域別の医療需要の状況（全疾病・在宅医療等）（平成25年度）>

【医療需要の状況】

(単位：人/日)

区分	医療機関所在地	医療機関所在地					計
		白根			他県		
		東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)	
白根	東部	13.2					2,777.2
	中部		59.0				1,320.0
	西部	29.5					3,305.4
島根住所 地	但馬 (兵庫県)	28.5					
	松江 (島根県)			31.4			
	隠岐 (島根県)	0.0					
	高梁・新見 (岡山県)	0.0		11.7			
	真庭 (岡山県)	0.0	18.1				
	計	2,790.5	1,871.8	3,553.2			

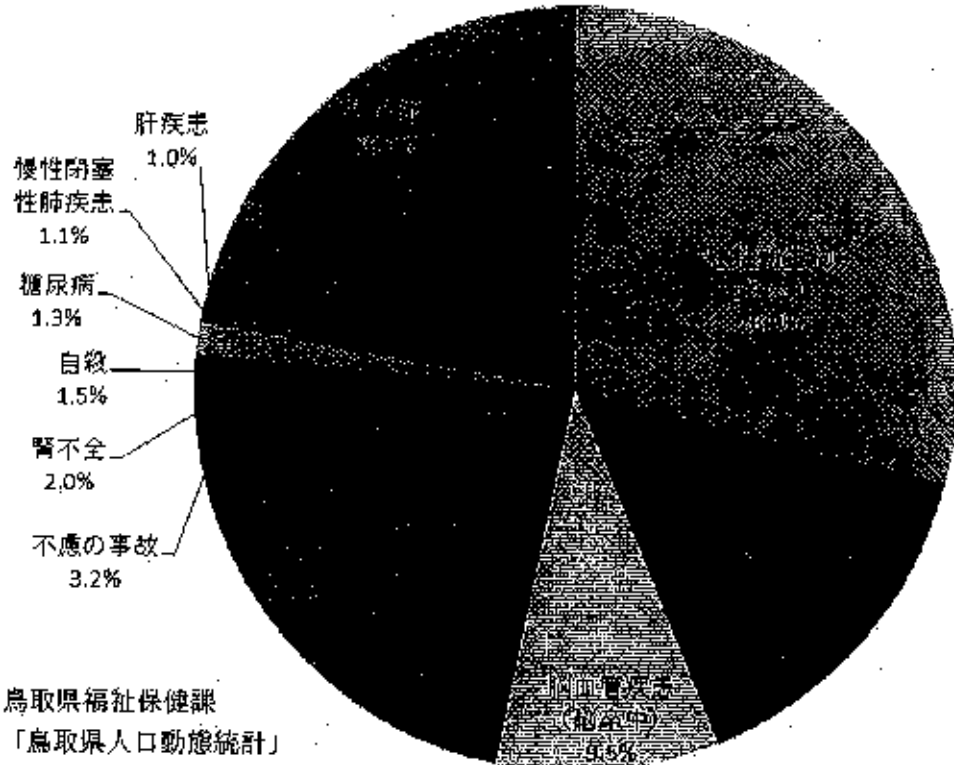
【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分	医療機関所在地	医療機関所在地				
		白根			他県	
		東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)
白根	東部	0.6%				
	中部		1.0%			
	西部	0.5%		0.0%		

(3) 疾病別の受療状況

○本県の主な死亡原因は、悪性新生物（がん）、心疾患（高血圧性を除く。急性心筋梗塞など）、脳血管疾患（脳卒中）、肺炎の順となっており、これらの4疾患だけで、6割以上を占めています。

<本県の主な死亡原因（平成26年）>



出典：鳥取県福祉保健課
「鳥取県人口動態統計」

○死亡原因の第一位であるがんは、全体としては、東部及び西部に住所地のある患者は、ほぼ住所地のある構想区域内で医療を受けることができますが、中部については、東部及び西部への患者の流出が流入に比べて超過しています。また、兵庫県の但馬区域からは東部へ、鳥根県の松江区域からは西部へ患者が流入しています。

<がんの医療需要（全医療機能）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分	医療機関所在地			計
	東部	中部	西部	
自県	東部			228.4
	中部	11.0	32.4	136.8
	西部		15.6	256.6
他県	但馬 （兵庫県）	22.3	0.0	
	松江 （鳥根県）		0.0	33.6
計	261.7	93.4	322.5	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分	医療機関所在地			
	東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部	100.0%	
		中部	8.0%	23.7%
		西部		100.0%
	他県			

○がんの受療動向を医療機能別に見た場合、高度急性期及び在宅医療等については、東部及び西部は構想区域でほぼ完結しているデータとなっています。中部については、一見構想区域内でほぼ完結しているように見えますが、構想区域内に住所地のある患者数はどちらの医療機能も1日当たり10人余りでしかないことから、他の構想区域に流出しても把握できない患者数があることへの留意（10人/日未満の流出がある構想区域への留意）が必要です。

○がんの急性期及び回復期については、中部から西部への患者の流出が流入に比べて超過しており、また、鳥根県の松江区域からも西部への患者の流入が超過しています。

○がんの慢性期については、「必要病床数等推計ツール」では、本県のいずれの構想区域においても医療需要は無いもの（0.0人/日）となっています。

<がんの医療需要（高度急性期）（平成25年度）>

【医療需要の状況】

（単位：人/日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			37.4
		中部			12.7
		西部			40.4
他県	担属 (兵庫県)		0.0		
	松江 (鳥根県)		0.0		
計		37.4	12.7	40.4	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		
		西部		

<がんの医療需要（急性期）（平成25年度）>

【医療需要の状況】

（単位：人/日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			90.9
		中部		12.0	51.9
		西部			90.8
他県	担属 (兵庫県)		0.0		
	松江 (鳥根県)		0.0	12.5	
計		90.9	39.6	115.3	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		23.2%
		西部		

<がんの医療需要（回復期）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			74.0
		中部		10.1	39.8
		西部			85.1
	他県	但馬 （兵庫県）		0.0	
		松江 （島根県）		0.0	11.3
計		74.0	29.5	108.5	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		25.5%
		西部		
		計		

<がんの医療需要（慢性期）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部	0.0	0.0	0.0
		中部	0.0	0.0	0.0
		西部	0.0	0.0	0.0
	他県	但馬 （兵庫県）	0.0	0.0	0.0
		松江 （島根県）	0.0	0.0	0.0
計		0.0	0.0	0.0	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部	0.0%	0.0%
		中部	0.0%	0.0%
		西部	0.0%	0.0%
		計		

<がんの医療需要（在宅医療等）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			26.1
		中部		11.6	11.6
		西部	0.0		40.3
	他県	但馬 （兵庫県）		0.0	
		松江 （島根県）		0.0	
計		26.1	11.6	40.3	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		
		西部	0.0%	
		計		

○その他の4大死因のうち、脳卒中と肺炎（特に成人肺炎）については、県内のいずれの構想区域においても、基本的には、患者は住所地のある構想区域内の医療機関で医療を受けることができます。

<脳卒中の医療需要（全医療機能）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区 分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部	0.0%	74.0%	74.0
		中部	0.0	53.2%	53.2
		西部			84.3
	計	74.0	53.2	84.3	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区 分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部	0.0%	74.0%
		中部	0.0%	53.2%
		西部		84.3%

<成人肺炎の医療需要（全医療機能）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区 分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部	110.9%	70.1%	110.9
		中部		70.1%	70.1
		西部	0.0		112.2
	計	110.9	70.1	112.2	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区 分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部	100.0%	70.1%
		中部		100.0%
		西部	0.0%	100.0%

○心疾患（高血圧性を除く。）は死因としては上位にあります。その中の主要な疾患である急性心筋梗塞については、「必要病床数等推計ツール」では、当該疾患の全ての医療機能に関していずれの構想区域においても医療需要の数値は10.0人／日未満（非公表又は医療需要無し）となっています。

○4大死因に係る疾患以外で県外からの患者の流出入の状況が確認できるものとして、消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患と筋骨格系疾患がありますが、いずれも、全医療機能で見た場合は島根県の松江区域から西部への流入があります。ただし、これらの内訳を医療機能別に見た場合は、いずれの機能についても医療需要が少なく、10.0人／日未満となっています。

< 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患の医療需要（全医療機能）（平成25年度） >

【医療需要の状況】

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			112.1
		中部			54.7
		西部			109.1
		松江 (島根県)		0.0	10.2
	計	112.1	54.7	119.3	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		
		西部		
		計		

< 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患の医療需要（高度急性期）（平成25年度） >

【医療需要の状況】

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			13.6
		中部			0.0
		西部			14.9
		松江 (島根県)		0.0	
	計	13.6	0.0	14.9	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		
		西部		
		計		

< 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患の医療需要（急性期）（平成25年度） >

【医療需要の状況】

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			46.1
		中部			21.6
		西部			39.8
		松江 (島根県)		0.0	
	計	46.7	21.6	39.8	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		
		西部		
		計		

<消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患の医療需要（回復期）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分	医療機関所在地				計
	自県			計	
	東部	中部	西部		
患者住所地 自県	東部	38.4	0.0	0.0	38.4
	中部	0.0	17.1	0.0	17.1
	西部	0.0	0.0	32.8	32.8
	松江 (島根県)	0.0	0.0	0.0	0.0
	計	38.4	17.1	32.8	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分	医療機関所在地			
	自県			計
	東部	中部	西部	
患者住所地 自県	東部	100.0%	0.0%	0.0%
	中部	0.0%	100.0%	0.0%
	西部	0.0%	0.0%	100.0%
	計	100.0%	0.0%	0.0%

<消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患の医療需要（慢性期）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分	医療機関所在地				計
	自県			計	
	東部	中部	西部		
患者住所地 自県	東部	0.0	0.0	0.0	0.0
	中部	0.0	0.0	0.0	0.0
	西部	0.0	0.0	0.0	0.0
	松江 (島根県)	0.0	0.0	0.0	0.0
	計	0.0	0.0	0.0	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分	医療機関所在地			
	自県			計
	東部	中部	西部	
患者住所地 自県	東部	0.0%	0.0%	0.0%
	中部	0.0%	0.0%	0.0%
	西部	0.0%	0.0%	0.0%
	計	0.0%	0.0%	0.0%

<消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患の医療需要（在宅医療等）（平成25年度）>

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分	医療機関所在地				計
	自県			計	
	東部	中部	西部		
患者住所地 自県	東部	14.0	0.0	0.0	14.0
	中部	0.0	0.0	0.0	0.0
	西部	0.0	0.0	21.8	21.8
	松江 (島根県)	0.0	0.0	0.0	0.0
	計	14.0	0.0	21.8	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分	医療機関所在地			
	自県			計
	東部	中部	西部	
患者住所地 自県	東部	100.0%	0.0%	0.0%
	中部	0.0%	0.0%	0.0%
	西部	0.0%	0.0%	100.0%
	計	100.0%	0.0%	0.0%

< 筋骨格系疾患の医療需要（全医療機能）（平成25年度） >

【医療需要の状況】

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者 住所地	自県	東部	56.0		56.0
		中部		39.5	39.5
		西部			102.0
		松江 (島根県)	0.0		10.8
	計	56.0	39.5	112.8	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者 住所地	自県	東部	100.0	
		中部		100.0
		西部		100.0
		計	100.0	100.0

< 筋骨格系疾患の医療需要（高度急性期）（平成25年度） >

【医療需要の状況】

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者 住所地	自県	東部			0.0
		中部			0.0
		西部			0.0
		松江 (島根県)	0.0		
	計	0.0	0.0	0.0	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者 住所地	自県	東部		
		中部		
		西部		
		計		

< 筋骨格系疾患の医療需要（急性期）（平成25年度） >

【医療需要の状況】

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者 住所地	自県	東部	20.7		20.7
		中部		16.7	16.7
		西部			38.9
		松江 (島根県)	0.0		
	計	20.7	16.7	38.9	

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者 住所地	自県	東部	100.0	
		中部		100.0
		西部		100.0
		計	100.0	100.0

< 筋骨格系疾患の医療需要（回復期）（平成25年度） >

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			22.8
		中部			14.7
		西部			39.2
		松江 (島根県)	0.0		
	計	22.8	14.7	39.2	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部		
		西部		
		計		

< 筋骨格系疾患の医療需要（慢性期）（平成25年度） >

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部	0.0	0.0	0.0
		中部	0.0	0.0	0.0
		西部	0.0	0.0	0.0
		松江 (島根県)	0.0	0.0	0.0
	計	0.0	0.0	0.0	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部	0.0%	0.0%
		中部	0.0%	0.0%
		西部	0.0%	0.0%
		計		

< 筋骨格系疾患の医療需要（在宅医療等）（平成25年度） >

〔医療需要の状況〕

（単位：人／日）

区分		医療機関所在地			計
		自県			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部			0.0
		中部	0.0		0.0
		西部			18.0
		松江 (島根県)	0.0	0.0	
	計	0.0	0.0	18.0	

〔県内に住所地のある患者の受療動向〕

区分		医療機関所在地		
		自県		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部		
		中部	0.0%	
		西部		18.0%
		計		

(4) 介護サービスの受給者の状況

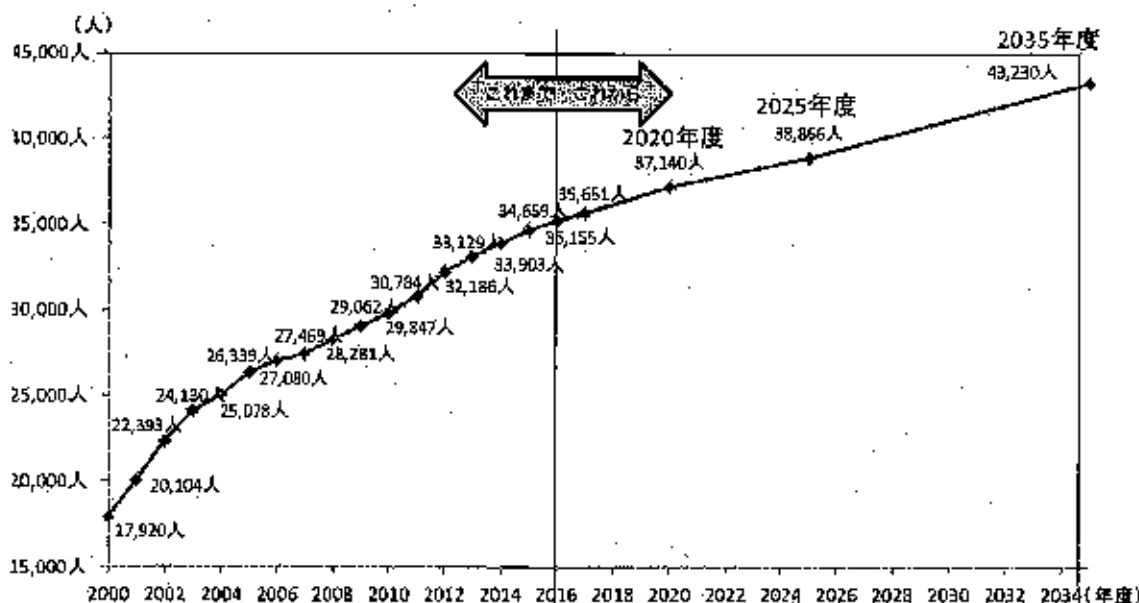
ア 要介護認定者数

○本県の要介護認定者数は、介護保険が創設された平成12年度(2000年度)は17,920人でしたが、平成17年度(2005年度)に26,339人、平成22年度(2010年度)に29,847人となり、平成26年度(2014年度)は33,903人(いずれも2号被保険者を含む。)と、ほぼ倍増しました。

○国立社会保障・人口問題研究所の公表した5歳階級別の将来推計人口に当該階級ごとの要介護認定率割合(全国)を乗じて機械的に計算すると、将来の要介護認定者数は平成37年度(2025年度)に約3.9万人、平成47年度(2035年度)に約4.3万人となる見込みです。

○なお、要支援者に対する介護予防訪問介護、介護予防通所介護が今後市町村事業に移行されることに伴い、従来、要支援認定を受けた上で介護予防訪問介護や介護予防通所介護のみを利用していただような方は、今後は要支援認定を経ずに介護予防教室や地域サロン等を利用できることにより、新たな要支援認定者数が減少すると見込まれることから、数値の上では上記見込数を下回ると考えられます。

<要介護認定者数の推移と将来推計>



(注) 第6期鳥取県介護保険事業支援計画より抜粋。2014年度以前は実績値であり、2015年度以降は推計値。

<5歳階級別の要介護認定者割合>

年齢	人口(人)		要介護認定者数(人)		要介護認定者割合	
	男	女	男	女	男	女
40-64歳	92,553	95,124	392	301	0.4%	0.3%
65-69歳	20,767	21,725	797	587	3.8%	2.7%
70-74歳	15,488	18,497	1,088	1,101	6.9%	6.0%
75-79歳	12,559	17,743	1,514	2,494	12.1%	14.1%
80-84歳	10,366	16,903	2,317	5,120	22.4%	30.3%
85歳以上	8,867	23,171	3,859	14,353	43.5%	61.9%
計	160,598	193,163	9,947	23,956	6.2%	12.4%

出典 人口：鳥取県統計課「鳥取県年齢別推計人口(平成26年10月1日現在)」

要介護認定者：厚生労働省「平成26年度介護保険事業状況報告(年報)(平成26年度末現在)」

イ 要介護度

○介護度別に見ると、要介護（要支援）認定者に占める要介護4以上の者の割合は、平成20年度（2008年度）の26.2%から平成23年度（2011年度）の27.7%までは増加傾向でしたが、平成24年度（2012年度）の26.8%から減少傾向にあります。

○ただし、これには団塊世代が65歳以上となった影響、及び平成24年度（2012年度）の介護保険法制度改正で要介護（要支援）認定更新の有効期間上限が12ヶ月から24ヶ月に延長された影響も少なくないと思われます。

○一方、要介護（要支援）認定者に占める要介護4以上の者の割合（平成26（2014年度）を全国と比較すると、全国平均19.2%に対し、鳥取県は25.2%であり、6.0ポイントもの開きがあり、本県は重度化が進んでいます。これは、高齢化の進展による部分が大きいと思われ、心身機能を維持・改善し、重度化を予防するケアの取組がより一層必要です。

<鳥取県の要介護（要支援）認定者数/介護度別の推移>

(単位:人)

年度	区分	要支援		要介護					計	※要介護4・6の割合の計
		1	2	1	2	3	4	5		
平成20年度 (2008年度)	要介護(要支援)認定者数	3,536	3,554	3,967	5,200	4,594	3,853	3,577	28,781	-
	構成比	12.5%	12.6%	14.0%	18.4%	16.2%	13.8%	12.6%	-	26.2%
平成21年度 (2009年度)	要介護(要支援)認定者数	3,387	3,760	4,304	5,277	4,309	4,095	3,840	29,062	-
	構成比	11.7%	12.9%	15.1%	18.2%	14.8%	14.1%	13.2%	-	27.3%
平成22年度 (2010年度)	要介護(要支援)認定者数	3,614	4,033	4,458	5,286	4,185	4,035	4,235	29,847	-
	構成比	12.1%	13.5%	14.9%	17.7%	14.0%	13.5%	14.2%	-	27.7%
平成23年度 (2011年度)	要介護(要支援)認定者数	3,555	4,383	4,732	5,354	4,243	4,251	4,265	30,784	-
	構成比	11.5%	14.2%	15.4%	17.4%	13.8%	13.2%	13.9%	-	27.7%
平成24年度 (2012年度)	要介護(要支援)認定者数	3,018	4,000	5,004	5,543	4,381	4,383	4,257	32,186	-
	構成比	11.9%	14.9%	15.6%	17.2%	13.6%	13.6%	13.2%	-	26.8%
平成25年度 (2013年度)	要介護(要支援)認定者数	3,992	4,886	5,250	5,974	4,460	4,349	4,100	33,120	-
	構成比	12.0%	16.1%	15.8%	18.0%	13.5%	13.1%	12.4%	-	25.5%
平成26年度 (2014年度)	要介護(要支援)認定者数	4,027	5,259	5,370	6,137	4,578	4,535	3,997	33,903	-
	構成比	11.8%	15.5%	15.8%	18.1%	13.5%	13.4%	11.8%	-	25.2%

出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」による各年度末の数値。

要介護（要支援）認定者数には2号被保険者を含む。

4 医療・介護サービスの提供状況

(1) 病院、診療所数の施設数、病床数

- 人口10万にあたる病院数、一般病床数、療養病床数は、どの構想区域においても全国平均を上回っています。
- 診療所については、一般診療所数はいずれの圏域も全国平均を上回っていますが、有床診療所に限った場合、東部が全国平均を下回り、有床診療所の病床数では、西部を除いた圏域で全国平均を下回っています。また、歯科診療所数は全ての構想区域で全国平均を下回っています。

<鳥取県内の病院数及び診療所数(平成28年4月1日現在)>

区 分		県全体	うち東部	うち中部	うち西部	全国平均
病 院	病院数	44	14	10	20	
	(人口10万人対)	7.7	6.0	9.6	8.5	6.7
	一般病床数	4,868	1,913	936	2,019	
	(人口10万人対)	851.0	824.6	900.0	855.5	703.6
	療養病床数	1,791	706	315	770	
	(人口10万人対)	313.1	304.3	302.9	326.3	258.2
診 療 所	一般診療所数	510	192	88	235	
	(人口10万人対)	89.2	82.8	79.8	99.6	79.1
	うち有床診療所数	44	15	8	21	
	(人口10万人対)	7.7	6.5	7.7	8.9	6.6
	有床診療所の病床数	493	164	80	249	
	(人口10万人対)	86.2	70.7	76.9	105.5	88.4
	歯科診療所数	259	110	44	105	
(人口10万人対)	45.3	47.4	42.3	44.5	54.0	

出典：鳥取県医療政策課調べ(ただし、全国平均は厚生労働省「平成26年医療施設調査」による。)

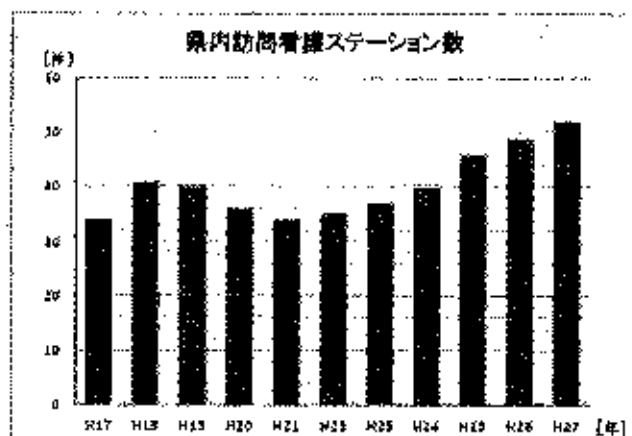
(2) 訪問看護の実施状況

- 県内の訪問看護ステーション数は平成22年以降増加傾向にあり、全ての構想区域で全国平均を上回っています。

<訪問看護ステーション数(平成27年10月1日現在)>

区 分	県全体	うち東部	うち中部	うち西部	全国平均
訪問看護ステーション数	52	15	9	28	
(人口10万人対)	9.1	6.5	8.7	11.9	6.1

※出典：鳥取県長寿社会課調べ(ただし、全国平均は厚生労働省「平成26年介護サービス施設・事業所調」(平成26年10月1日現在)による。)



※出典：公益社団法人鳥取県看護協会調べ

(3) 地域包括ケア病床、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の状況

- 地域包括ケア病床を有する病院数、地域包括ケア病床数ともに、実数で中部が県内の構想区域で最も多くなっています。
- 在宅療養支援病院は各圏域に1病院以上あり、在宅療養支援診療所については、特に西部において多くなっています。

<地域包括ケア病床を有する病院数・地域包括ケア病床数（平成28年5月1日現在）>

構想区域	地域包括ケア病床を有する病院数	地域包括ケア病床数
東 部	3	61
中 部	7	192
西 部	4	149
計	14	402

出典：中国四国厚生局施設基準届出受理状況

(注) 域包括ケア病棟入院料・入院管理料1、2の届出医療機関を対象。

<在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院・在宅療法支援診療所の数

(平成28年5月1日現在)>

構想区域	在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	在宅療法支援診療所
東 部	1	1	25
中 部	2	-	13
西 部	1	-	39
計	4	1	77

出典：中国四国厚生局施設基準届出受理状況

(4) 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士等の従事者数

- 本県の医師数は増加傾向にあり、総数、医療施設の従事者ともに人口10万人対では全国平均を上回っています。
- 歯科医師数はほぼ横ばいの状況にあり、総数、医療施設の従事者ともに人口10万人対で全国平均を大きく下回っています。
- 薬剤師数はわずかに増加しているものの、人口10万人対で全国平均よりも低い水準にあります。
- 看護師数は年平均で約200人ずつ増加しており、人口10万人対では全国平均と比較しても大きく上回っている状況です。
また、助産師は増加傾向、保健師及び准看護師は減少傾向にありますが、いずれも人口10万人対では全国平均を上回っています。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、いずれも増加傾向にあり、人口10万人対では全国平均を大きく上回っています。

<医師数の推移>

(単位：人)

区 分	平成22年	平成24年	平成26年	全国平均 (平成26年)
総 数	1,693	1,745	1,786	
医療施設の従事者	1,565	1,627	1,662	
人口10万人対	287.6	299.8	311.0	244.9
医療施設の従事者	265.9	279.6	289.5	233.6

出典：厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」

<歯科医師数の推移>

(単位:人)

区分	平成22年	平成24年	平成26年	全国平均 (平成26年)
総数	377	367	368	
医療施設の従事者	356	344	350	
人口10万人対	64.0	63.1	64.1	81.8
医療施設の従事者	60.5	59.1	61.0	79.4

出典:厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」

<薬剤師数の推移>

(単位:人)

区分	平成22年	平成24年	平成26年	全国平均 (平成26年)
総数	1,071	1,082	1,091	
薬局・医療施設の従事者	872	887	917	
人口10万人対	189.1	185.9	190.1	226.7
薬局・医療施設の従事者	148.1	152.4	159.8	170.7

出典:厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」

<看護師数の推移>

(単位:人)

区分	平成22年	平成24年	平成26年	全国平均 (平成26年)
総数	5,588	5,914	6,340	
人口10万人対	949.3	1,016.2	1,104.5	855.2

出典:厚生労働省「衛生行政報告例」

<准看護師数の推移>

(単位:人)

区分	平成22年	平成24年	平成26年	全国平均 (平成26年)
総数	2,433	2,373	2,317	
人口10万人対	413.3	407.7	403.7	267.7

出典:厚生労働省「衛生行政報告例」

<保健師数の推移>

(単位:人)

区分	平成22年	平成24年	平成26年	全国平均 (平成26年)
総数	311	304	300	
人口10万人対	52.8	52.2	52.3	38.1

出典:厚生労働省「衛生行政報告例」

<助産師数の推移>

(単位：人)

区分	平成22年	平成24年	平成26年	全国平均 (平成26年)
総数	189	197	229	
人口10万人対	32.1	33.8	39.9	26.7

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

<理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数の推移>

(単位：人)

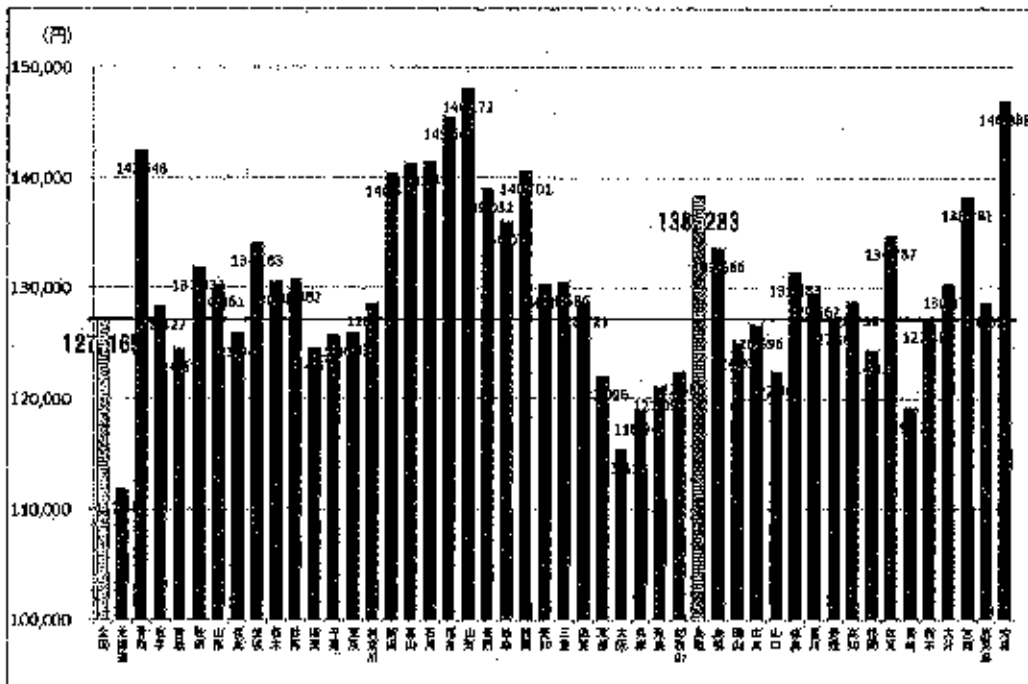
区分	平成25年	平成26年	平成27年	全国平均 (平成26年)
理学療法士	599	614	646	
人口10万人対	104.7	107.3	112.9	60.7
作業療法士	413	446	459	
人口10万人対	72.2	78.0	80.2	33.2
言語聴覚士	150	160	163	
人口10万人対	26.2	28.0	28.5	11.2

出典：鳥取県医療政策課調べ（ただし、全国平均は厚生労働省「医療施設調査」による。）

(5) 介護サービスの提供状況

○本県の平成26年度の要介護者一人当たりの介護保険費用月額額は138,283円であり、全国平均の127,165円を上回り、全国順位も第17位となっています。介護サービス別に見ると、通所介護、小規模多機能特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などで全国との差が顕著です。

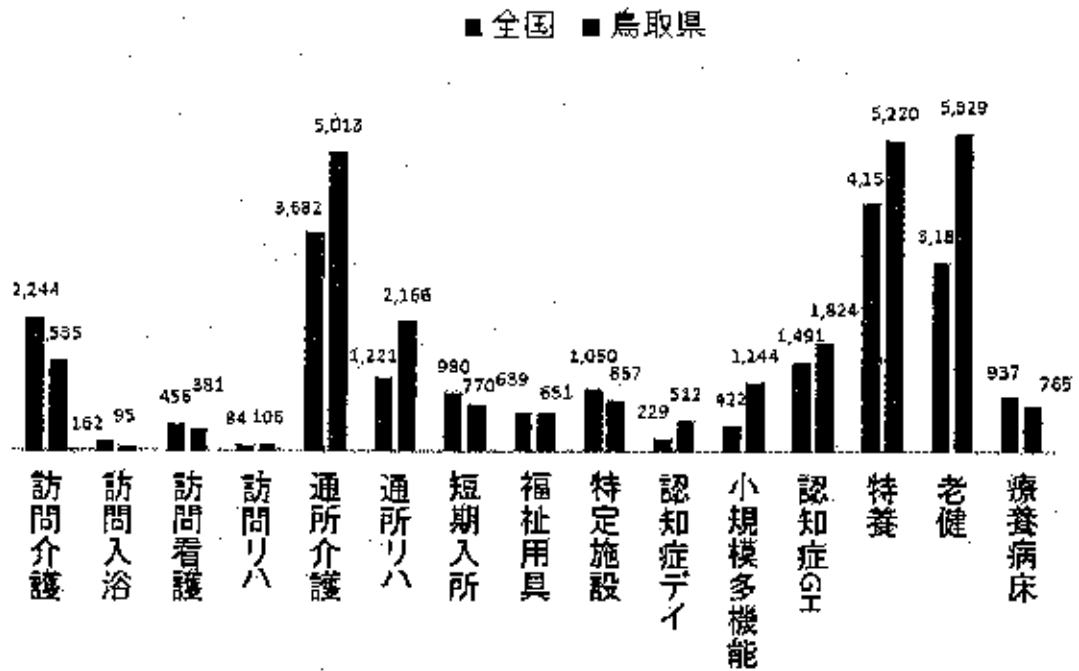
<要介護認定者一人当たりの介護保険費用月額/都道府県別>



出典：厚生労働省「平成26年度介護保険事業状況報告（年報）」

<鳥取県の高齢者1人あたり介護保険サービス利用状況（平成25年度）>

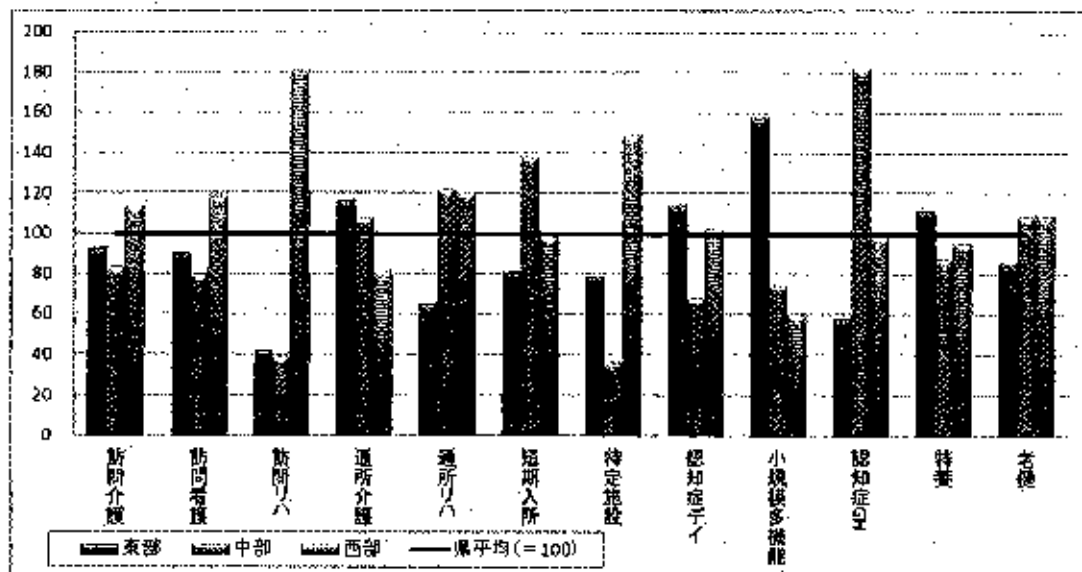
（単位：円/月・人）



出典：厚生労働省「平成25年度介護保険事業状況報告（年報）」

○介護サービスの状況を構想区域別に見ると、県東部は、小規模多機能が充実し、中部は、短期入所、認知症グループホームが充実しており、西部は、訪問看護、リハビリ、介護老人保健施設などの医療系サービス、特定施設等の居住系サービスが充実しています。

<主なサービス費用の圏域別の状況（平成25年度）（県平均を100とした指標）>



出典：厚生労働省「平成25年度介護保険事業状況報告（年報）」

第3章 将来の医療需要・病床数の推計

◎この章では、将来（平成37年（2025年））の医療需要及びそれに基づく必要病床数を推計します。

◎国が地域医療構想に盛り込むことを求めている将来の必要病床数は、厚生労働省令等で示されている計算式で算出されたものとされています。厚生労働省が提供した「必要病床数等推計ツール」により将来の必要病床数の推計値を算出すると約5,900床（医療機関所在地ベース）となりますが、これは、機械的、画一的に算出されたもので、本県の実情を反映しているかの検証が困難であるほか、鳥取県の人口減対策やCCRCの取組などを反映することが出来ていません。従って、鳥取県地域医療構想では、当該推計値を「図が示す参考値」として扱うこととします。

◎本県では、平成24年に独自で医療需要、必要病床数の将来推計を行い、「地域医療資源将来予測」として公表しています。同予測によれば、平均在院日数が変わらないなど現状（平成22年（2010年）の時点）の医療提供体制が将来も継続することを前提とした現状投影シナリオ（Aシナリオ）においては、平成37年（2025年）の必要病床数（7,210床）は現在の病床数（7,152床（平成28年4月1日現在の開設許可ベース））とほぼ同じ結果となっています。一方で、平均在院日数の短縮により、急性期から回復期等へ、また、回復期等から介護施設・居宅等へ移行していくと仮定した改革シナリオ（Bシナリオ）では、平成37年（2025年）の必要病床数は約6,000床となっており、国が示す参考値に近いものとなっています。

◎本県では将来の医療提供体制として、「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」、「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」を目指しており、そのためにも「病床の機能分化・連携」、「在宅医療等の提供体制の整備」を進めることは重要で、国が示す参考値は、その方向性を指し示すものとして捉えることもできます。これらの方向性に沿った、各医療機関の自主的で様々な取組によって、将来の病床数が結果として図が示す参考値に近づいていく可能性はあるものと考えられます。

1 「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推計

(1) 将来の医療需要の推計について

○地域医療構想の策定に当たっては、医療法第30条の4第5項の規定により、医療需要（1日当たりの推計入院患者数）の動向見通しを勘案することとなっています。

【医療法（抜粋）】

第30条の4 略

5 都道府県は、地域医療構想に関する事項を定めるに当たっては、第30条の13第1項の規定による報告^(注)の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

(注) 病床機能報告（第6章を参照。）を示す。

○ガイドラインによれば、平成37年（2025年）における病床の機能区分ごとの医療需要は、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計することとなっています。

○高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25年度（2013年度）のNDBの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、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日当た

り入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率としています。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計することとなっています。

なお、平成37年(2025年)の性・年齢階級別人口については、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(平成25(2013)年3月中位推計)」を用いることとなっています。

<平成37年(2025年)の病床の機能区分ごとの医療需要の推計方法>

$$\text{構想区域の平成37年(2025年)の医療需要} = \text{〔当該構想区域の平成25年度(2013年度)の性・年齢階級別の入院受療率} \times \text{当該構想区域の平成37年(2025年)の性・年齢階級別推計人口〕を総和したもの}$$

○慢性期機能の医療需要については、全国の入院受療率に地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させることとなっています。

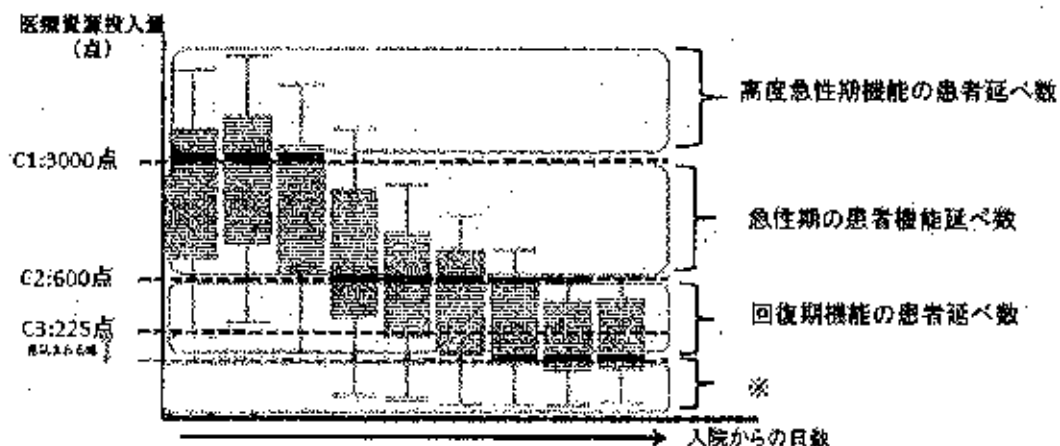
(2) 各医療機能、在宅医療等の医療需要の推計の考え方

①高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要推計の考え方

○高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、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(以下「医療資源投入量」といいます)で分析します。その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、推計における医療資源投入量に入院基本料相当分は含みません。したがって、推計における医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたものとしています。

○これらを踏まえ、図1のとおり、高度急性期と急性期とを区分する境界線(C1)を3,000点、急性期と回復期とを区分する境界線(C2)を600点、回復期と慢性期及び在宅医療等とを区分する境界線(C3)を225点(在宅復帰に向けた調整を行っている患者については、175点まで境界線を下げます。)とし、175点未満の患者数については、慢性期及び在宅医療等の患者数として一体的に推計します。

<高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ(ガイドラインより)>



※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。

<病床の機能別分類の境界点の考え方（ガイドラインより）>

	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。

②慢性期機能の医療需要推計の考え方

○慢性期機能の医療需要の推計については、療養病床が、主に慢性期機能を担っていますが、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した値（医療資源投入量）に基づく分析を行うことは難しく、また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差があります。このため、慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計します。

○具体的には、平成25年度（2013年度）のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として見込みます。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくこととしながら、入院受療率を平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口に乗じて慢性期機能の医療需要を推計します。

○地域差を解消するための入院受療率については、ガイドラインによれば、構想区域ごとに、図3のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。

パターンA：全ての構想区域の入院受療率を全国最小値にまで低下させる。

パターンB：構想区域ごとの入院受療率と全国最小値との差を一定割合解消する。

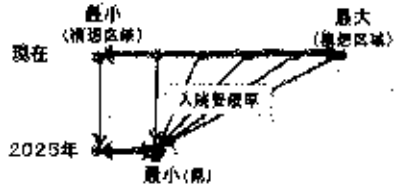
<地域の実情に応じた慢性期機能の医療需要推計の考え方（ガイドラインより）>

〔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。

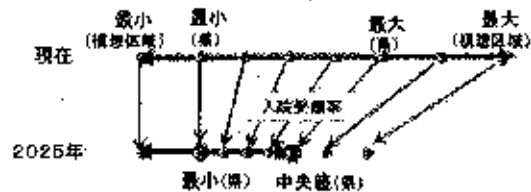
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域について、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



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)との差を一定割合削減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様に用いる。

※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。



<備考>入院受療率の目標に関する特例について

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よう、「パターンBにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい。」かつ「当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい。」の要件に該当する構想区域については、特例として、入院受療率の目標の達成年次を平成37年(2025年)から平成42年(2030年)とすることができますが、本県では、いずれの構想区域も要件を満たさないことから特例の対象とならないため、適用できません。

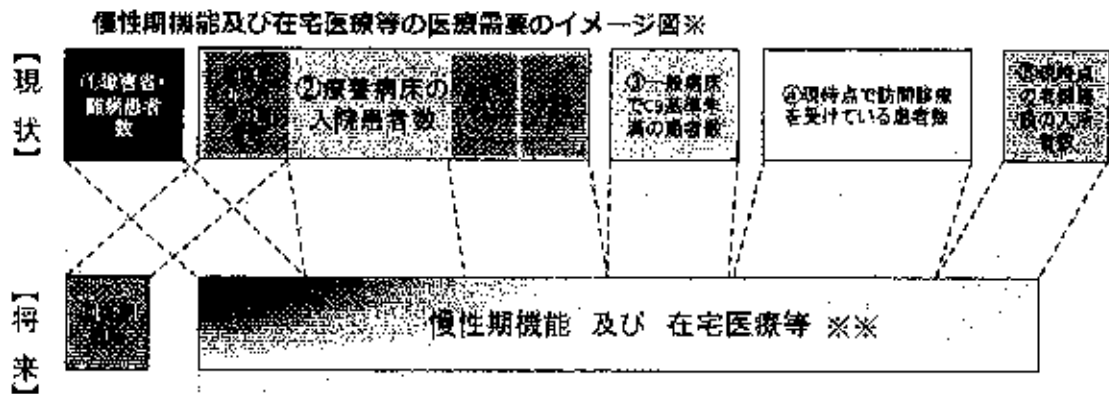
③在宅医療等の医療需要推計の考え方

○在宅医療等の医療需要については、次の4つを合計することで推計します。

- ・慢性期の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%及び入院受療率の地域差を解消していくことで、将来的に在宅医療等に対応する患者数
- ・一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数
- ・平成25年(2013年)に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
- ・平成25年(2013年)の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数

○なお、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しており、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

<慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ（ガイドラインより）>



※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。

※※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、軽養老人ホーム、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し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

(3) 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を使った鳥取県の将来の医療需要の推計値

○ガイドラインによれば、「限られた医療資源の中で住民が安心して地域医療を受けるためには、在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠である。」とあり、また、本県のいずれの構想区域においても将来の在宅医療等の必要量の確保が懸念されていることから、本県の慢性期機能の医療需要は、東部、中部及び西部の全ての構想区域においても、厚生労働省が示す計算式上では、在宅医療等への移行が最も緩やかなパターンB（(2)の②の図「地域の実情に応じた慢性期機能の医療需要推計の考え方(ガイドラインより)」のパターンBの図を参照。）により将来の医療需要を推計することが適当と考えられます。

＜「必要病床数等推計ツール」による鳥取県の医療需要の推計＞

(単位：人/日)

構想区域	医療機能	医療需要の推計値		
		平成25年 (2013年)	平成37年(2025年)	
			医療機関所在地 ベース	患者住所地 ベース
東部	高度急性期	158.2	163.1	156.1
	急性期	547.3	577.0	555.2
	回復期	582.3	629.1	610.6
	慢性期	705.2	539.0	480.6
	小計	1,993.0	1,908.1	1,802.5
	在宅医療等	2,800.5	3,379.8	3,385.8
	計(小計+在宅医療等)	4,793.5	5,287.9	5,188.4
中部	高度急性期	62.1	61.8	79.9
	急性期	308.9	313.5	326.3
	回復期	392.9	403.5	403.9
	慢性期	231.4	205.5	205.9
	小計	995.3	984.3	1,016.0
	在宅医療等	1,377.5	1,489.0	1,433.9
	計(小計+在宅医療等)	2,372.8	2,473.3	2,450.0
西部	高度急性期	214.9	211.1	168.7
	急性期	645.7	684.0	599.0
	回復期	812.2	890.0	789.9
	慢性期	326.2	319.1	351.3
	小計	1,999.1	2,104.2	1,908.9
	在宅医療等	3,399.4	4,044.6	3,958.4
	計(小計+在宅医療等)	5,398.5	6,148.9	5,867.4
県計	高度急性期	435.2	436.1	404.7
	急性期	1,501.9	1,574.4	1,480.5
	回復期	1,787.5	1,922.6	1,804.5
	慢性期	1,262.9	1,063.6	1,037.8
	小計	4,987.4	4,996.7	4,727.5
	在宅医療等	7,577.4	8,913.4	8,778.2
	計(小計+在宅医療等)	12,564.8	13,910.1	13,505.7

(注)「医療機関所在地ベース」の推計は、県内の医療機関が受け入れる患者(住所地が県内外であることを問わない。)の数の推計であり、「患者住所地ベース」の推計は、県内に住所地のある患者の数の推計。【再掲】

○将来のあるべき医療提供体制は、地域完結型の医療提供体制を目指せば、患者住所地ベースの医療需要に基づき確保することが適当と考えられますが、現実には、構想区域間、又は他県からの患者の流出入が存在し、将来も続くことが想定されます。このため、本県では、いずれの構想区

域、医療機能についても医療機関所在地ベースを基にした医療需要の推計を採用し、将来の病床数の推計も、これによることが適当と判断しています。

<備 考>医療需要の都道府県間調整について

(1) 都道府県間調整の趣旨

地域医療構想では構想区域毎の医療機能別の医療需要を基に必要な病床数を推計しますが、都道府県間を含む構想区域間の入院患者の流出入の状況を踏まえ、病床数の増減を見込む必要があります。

その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、構想区域間の入院患者の流出入の数ができる限り双方で一致することを原則に、病床数の増減を調整することが求められています。

(2) 都道府県間調整のルール

厚生労働省の通知により、各構想区域の必要病床数は、患者住所地ベースの医療需要を基本としますが、医療機関所在地ベースの医療提供体制（現行体制）を維持したいと考える都道府県は、流入元の都道府県に対して、協議を持ちかけることができ、合意に至らない場合は、双方、医療機関所在地ベースで必要病床数を推計することとなっています（ただし、1日当たりの入院患者数が10人未満の流出入（厚生労働省から提供されたデータでは非公表となっている部分）については、協議の対象外とし、流出先の医療需要として算定することとなっています。）。

(3) 本県の対応

協議が必要な都道府県（構想区域）（鳥取県の構想区域からの入院患者の流出入が1日当たり10人以上の区域）は、次のとおりです。

- ・兵庫県・但馬区域……いずれの医療機能においても、本県東部区域への流入が超過。
- ・島根県・松江区域……高度急性期、急性期及び回復期機能において、本県西部区域への流入が超過。慢性期機能については、西部からの流出が超過。

兵庫県及び島根県との協議の結果、いずれの構想区域、医療機能についても、医療機関所在地ベースの医療需要で将来の病床数を推計することとなりました。

(単位：人/日)

二次医療圏	医療機能	流出入調整の対象			
		他都道府県への流出 (調整対象となる医療需要)		他都道府県からの流入 (調整の対象となる医療需要)	
		流出数	流出先	流入数	流入元
3101: 東部	高度急性期	いずれの区分も、流出数が10未満であるため非公表とされている。 ⇒流出先の医療需要としてみなす。	松江	11.9	但馬
	急性期			33.3	但馬
	回復期			34.5	但馬
	慢性期			21.7	但馬
3103: 西部	高度急性期			21.2	松江
	急性期			51.1	松江
	回復期			60	松江
	慢性期			22.7	松江

島根県との協議の結果、それぞれ、流出先の医療需要（医療機関所在地ベースの医療需要）とみなす。

兵庫県、島根県との協議の結果、鳥取県の医療需要（医療機関所在地ベースの医療需要）とみなす。

2 「必要病床数等推計ツール」による本県の将来の病床数の推計

(1) 本県の将来の病床数の推計

○ガイドラインによれば、平成37年(2025年)における病床数の必要量(必要病床数)は、医療需要を病床稼働率(高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%)で割り戻して求めることとなっており、その結果は、以下の表のとおりです。

<「必要病床数等推計ツール」による鳥取県の将来の病床数の推計

(医療機関所在地ベース) >

(単位:床)

区域	医療機能	将来の病床数(参考値) (平成37年(2025年))	【参考】現在の病床数 (平成28年4月1日現在)
東部	高度急性期	218	/
	急性期	740	
	回復期	699	
	慢性期	586	
	計	2,243	
中部	高度急性期	83	/
	急性期	402	
	回復期	449	
	慢性期	224	
	計	1,158	
西部	高度急性期	282	/
	急性期	877	
	回復期	989	
	慢性期	347	
	計	2,495	
県計	高度急性期	583	/
	急性期	2,019	
	回復期	2,137	
	慢性期	1,157	
	計	5,896	
			2,783
			1,331
			3,038
			7,152

○上記の表によれば、本県の平成37年(2025年)の病床数は、5,896床と推計されますが、この推計値は、

- 厚生労働省令等で示されている計算式により算出される数値であり、いずれの構想区域でも同一の病床稼働率を用い、また、療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%を全国一律で在宅医療等に対応する患者として見込むなど、個々の地域の実情に応じた推計になっていないこと。
 - 推計に用いる入院受療率が平成25年度(2013年度)の単年度のNDBのレセプトデータやDPCデータに基づくもので、過去の推移が勘案されておらず、また、将来も変動の見込みがあること。
 - 推計に用いる将来推計人口(平成37年(2025年)の性・年齢階級別人口)が、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(2013年)3月中位推計)」となっており、各県の裁量が認められない(「鳥取県元気づくり総合戦略」で進める人口減対策やCCRCの実現に向けた施策などによる成果が反映できない)こと。
- などから、前述のとおり、「国が示す参考値(必要病床数)」として扱います。

(2) 「必要病床数等推計ツール」で示される将来の医療提供体制を実現しようとする場合の課題

- 「必要病床数等推計ツール」では、一般病床の入院患者のうち医療資源投入量が175点未満の患者が在宅医療等の患者とみなされたり、慢性期の医療需要については、医療療養病床の患者のうちの医療区分1の70%や平成29年度末で廃止予定の介護療養病床の患者が除かれることから、同ツールで現状(2013年度)の医療需要として推計される1日当たりの入院患者数と在宅医療等の患者数は、それぞれ、実際の患者数とは乖離していることが想定されます。
- このため、現状(2013年度)の一般病床及び療養病床の実際の稼働状況を参考にして県全体の両病床の入院患者数を改めて試算したところ約6,200人/日^(注1)となり、「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推計値よりも実際は約1,300人/日も入院患者は多いものと試算されます。その結果、現状(2013年度)の自宅・介護施設等入院外で療養している患者数は、約6,300人/日と試算されます。なお、この中の約半分程度(3,000人/日程度)を介護老人保健施設の入所者が占めるものと想定^(注2)しており、残り半分程度が訪問看護や訪問診療などの患者と考えられます。
- 「必要病床数等推計ツール」で算出する将来(2025年)の医療需要については、さらに、療養病床の入院受療率における地域差の解消による影響^(注3)も勘案して推計するため、同ツールで算出される県全体の在宅医療等の医療需要の推計値は8,913.4人/日となっており、同ツールでの推計結果においても在宅医療等の医療需要は現状(2013年度)から10年余りで1,396.0人/日(2025年:8,913.4人/日-2013年度:7,577.4人/日)も増加することとなっていますが、実際には、それよりさらに約1,300人/日も多い約2,600人/日もの患者数の増加に在宅医療等で対応しなければならなくなることが見込まれます。
- 現在の鳥取県介護保険事業支援計画(第6期)では、平成29年度末までの計画期間中に整備する介護施設の定員数の目標値は、認知症高齢者グループホームが136人、特別養護老人ホーム(地域密着型)が29人及び有料老人ホーム(介護型・地域密着型)が105人となっており、老人保健施設の整備予定はありません。また、介護療養型医療施設も平成29年度末で廃止され、現在それに替わる施設のあり方が国の方で検討されていますが結論はまだ出ていないことから、今後を増え続ける在宅医療等の患者を介護施設でどれだけ支えることができるかについては非常に不透明な状態です。
- こういった状況を踏まえて、仮に必要病床数等推計ツールによる推計値を将来(2025年)の必要病床数の目標値とみなすのであれば、単純計算でも毎年200人以上も増え続ける在宅医療等の患者に対応する医療提供体制の構築が必要と考えられます。

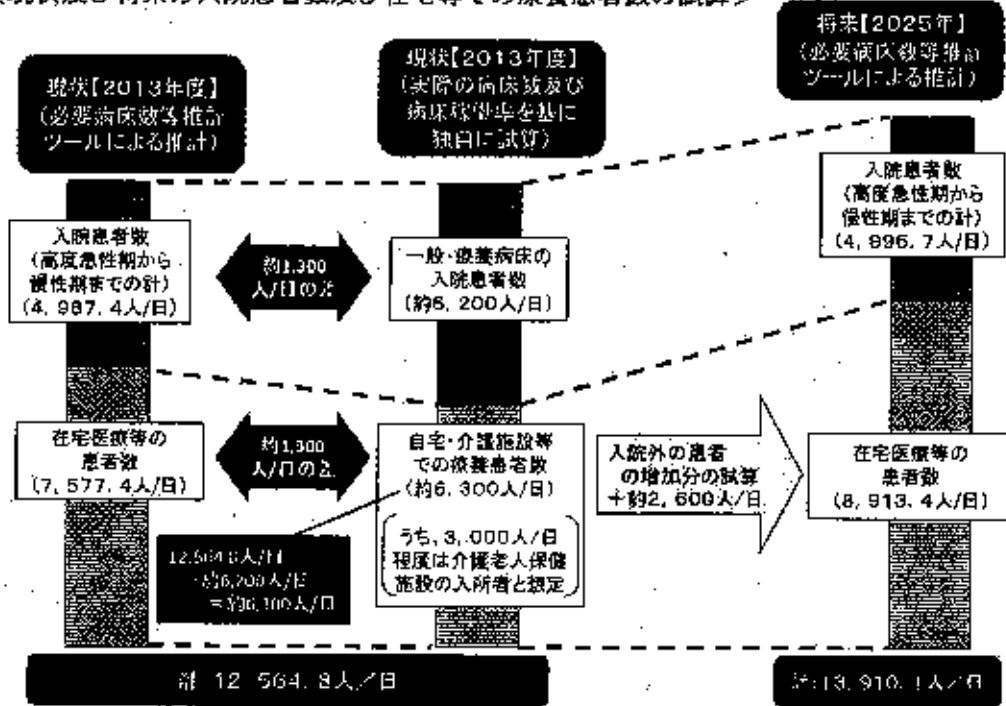
(注1) 現状(2013年度)の一般・療養病床の1日当たり入院患者数の独自の試算値は、以下のとおり算出。

$$\begin{aligned} & 5,642 \text{ 床 (厚生労働省「医療施設調査(平成25年)」による県内の一般病床数)} \\ & \times 83.3\% \text{ (厚生労働省「病院報告(平成25年)」による鳥取県の一般病床の稼働率)} \\ & + 1,800 \text{ 床 (厚生労働省「医療施設調査(平成25年)」による県内の療養病床数)} \\ & \times 85.6\% \text{ (厚生労働省「病院報告(平成25年)」による鳥取県の療養病床の稼働率)} \\ & = 6,242.1 \text{ 人/日} \approx \text{約} 6,200 \text{ 人/日} \end{aligned}$$

(注2) 厚生労働省「平成26年介護サービス施設・事業所調査」によれば、平成25年9月末現在の本県の介護老人保健施設の在患者数は2,704人となっており、第5期の「鳥取県介護保険事業支援計画」(平成24年度～平成26年度)の期末(平成26年度末)における整備数(定員数)が3,117人であることも勘案し、現状(2013年度)の介護老人保健施設の入所者数を3,000人/日程度と想定したものの。

(注3) 第3章の1の(2)の②「慢性期機能の医療需要推計の考え方」を参照。

＜現状及び将来の入院患者数及び在宅等での療養患者数の試算＞



＜鳥取県介護保険事業支援計画の第5期末の整備量及び第6期中の整備計画(目標数)＞

(単位:定員数・人)

区 分	H26年度末 (第5期末)	第6期			第6期中 整備数
		H27年度末	H28年度末	H29年度末	
特別養護老人ホーム(広域型)	3,027	3,027	3,027	3,027	0
東部圏域	1,344	1,344	1,344	1,344	0
中部圏域	554	554	554	554	0
西部圏域	1,129	1,129	1,129	1,129	0
老人保健施設	3,117	3,117	3,117	3,117	0
東部圏域	961	961	961	961	0
中部圏域	677	677	677	677	0
西部圏域	1,479	1,479	1,479	1,479	0
介護療養型医療施設	269	269	269	269	0
東部圏域	205	205	205	205	0
中部圏域	7	7	7	7	0
西部圏域	57	57	57	57	0
有料老人ホーム(介護型・広域型)	490	490	490	490	0
東部圏域	80	80	80	80	0
中部圏域	0	0	0	0	0
西部圏域	410	410	410	410	0
認知症高齢者グループホーム	1,239	1,239	1,357	1,375	136
東部圏域	279	279	315	315	36
中部圏域	437	437	455	473	36
西部圏域	523	523	587	587	64
特別養護老人ホーム(地域密着型)	165	165	194	194	29
東部圏域	68	68	68	68	0
中部圏域	0	0	0	0	0
西部圏域	97	97	126	126	29
有料老人ホーム(介護型・地域密着型)	20	125	125	125	105
東部圏域	20	125	125	125	105
中部圏域	0	0	0	0	0
西部圏域	0	0	0	0	0

(注) 状況等の変化により、上記以外に第6期計画期間中に施設整備が必要になる場合については、関係市町村とも協議した上で柔軟に対応していく予定。

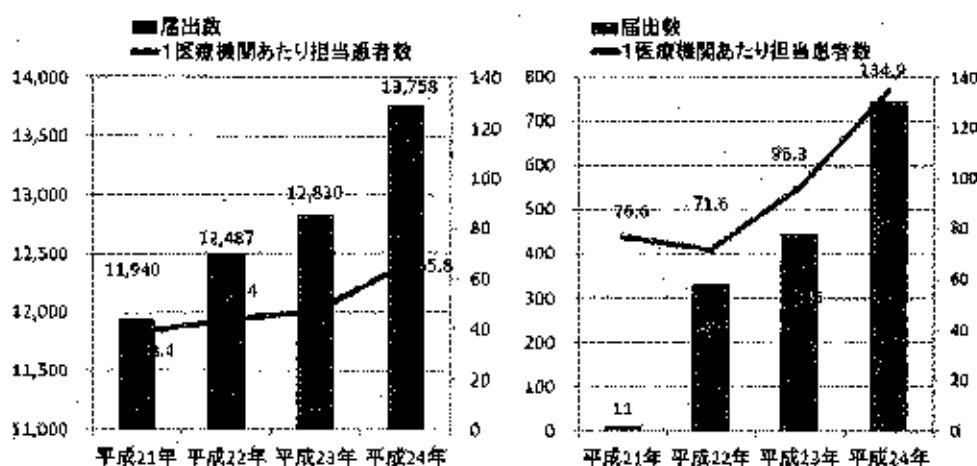
- 一方で、県内では、近年、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局などが増え、県内の在宅医療等を提供する体制は一定程度充実してきているものと言えます。
- ただし、一人の訪問看護師が担当できる患者数は10人程度と言われ、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院が受け持つことが可能な患者数も、全国状況を勘案すると1箇所当たり数十人程度と見込まれることから、必要病床数等推計ツールにより推計される将来の必要病床数を実現しようとする、毎年度恒常的に訪問看護師を20人以上、あるいは在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院を数箇所程度増やし続けていく必要があります。
- しかし、県内では、医師や看護師の不足は未だ解消されておらず、高齢化による医療現場からの引退も進んでいます。さらに、訪問看護師は現場を一人又は少人数で任される責任の重圧が大きい上に処遇面でも問題があり、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院も24時間対応を維持するための体制確保は容易ではないことから、必要病床数等推計ツールによる医療提供体制の構築を無理に推し進めようとする、将来的に必要な医療を受けられない患者が多数生じる恐れがあります。
- 本県の将来の医療提供体制は、必要病床数等推計ツールによる数値に捉わられるのではなく、医療機関の自主的な取組により、本県にふさわしいものを構築していくことが重要と考えられます。

(参考) 近年の県内の主な在宅医療等の提供施設等の充実状況

- ・在宅療養支援診療所：62箇所(H24.8.1現在) → 77箇所(H28.5.1現在)
- ・在宅療養支援病院：2箇所(H24.8.1現在) → 4箇所(H28.5.1現在)
- ・訪問看護事業所：172箇所(H24.6.1現在) → 170箇所(H28.6.1現在)
(上記のうち訪問看護ステーション：42箇所(H24.7.6現在) → 52箇所(H27.10.1現在))
- ・訪問看護ステーションに勤務する看護師：148人(H24.12末現在) → 201人(H26.12末現在)
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局：236箇所(H24.8.1現在) → 248箇所(H28.5.1現在)

(注) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院及び在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局の箇所数は中国四国厚生局への施設基準の届出受理状況、訪問看護事業所、訪問看護ステーション及び訪問リハビリテーションの箇所数は鳥取県長寿社会課調べ、訪問看護ステーションに勤務する看護数は鳥取県医療政策課調べによる。

<全国の在宅療養支援診療所・病院の担当患者数の推移(平成24年7月1日時点)>
在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院



出典：厚生労働省保険局医療課調べ(「平成26年10月15日第82回社会保障審議会医療保険部会」資料より抜粋したものであり、平成25年6月12日中央社会保険医療協議会提出資料を基に作成されたもの。)

〔参 考〕鳥取県で独自に実施した医療需要、病床数の将来推計について

(1) 「地域医療資源将来予測」について

- 鳥取県の将来の人口減や高齢化による疾病構造の変化、医師・看護師の不足など医療を取り巻く環境は急速に変化しつつあることから、本県の医療の現状を分析するとともに、将来の患者の動向、医師数等の地域医療資源の将来予測をし、持続可能な医療提供体制の構築に向けての検討・立案を行う際の参考とすることを目的として、平成24年2月に本県独自に「地域医療資源将来予測」をとりまとめています。

(2) 「地域医療資源将来予測」の内容

ア 調査の検討経過

- 基礎的資料収集・加工等は外部委託により行い、医師会、県内医療機関の代表等で構成され本県の医療提供体制等について検討する鳥取県地域医療対策協議会及び関係者の皆様からご意見をいただきながら取りまとめを行いました。

(鳥取県地域医療対策協議会)

平成22年10月 5日	検討開始
平成23年 2月 1日	中間報告
平成23年 3月 1日	中間報告での意見等について報告
平成23年 8月 2日	最終案について協議
平成24年 1月31日	最終調査結果の取りまとめ

イ 将来予測の項目

- 平成22年(2010年)を起点として、5年後の平成27年(2015年)、10年後の平成32年(2020年)、20年後の平成42年(2030年)、30年後の平成52年(2040年)の医療資源の需要(必要病床数、必要医師数、必要看護職員数)と供給(医師数、看護職員数)を推計しています。

ウ 将来推計

- 次の2パターンにより推計しています。

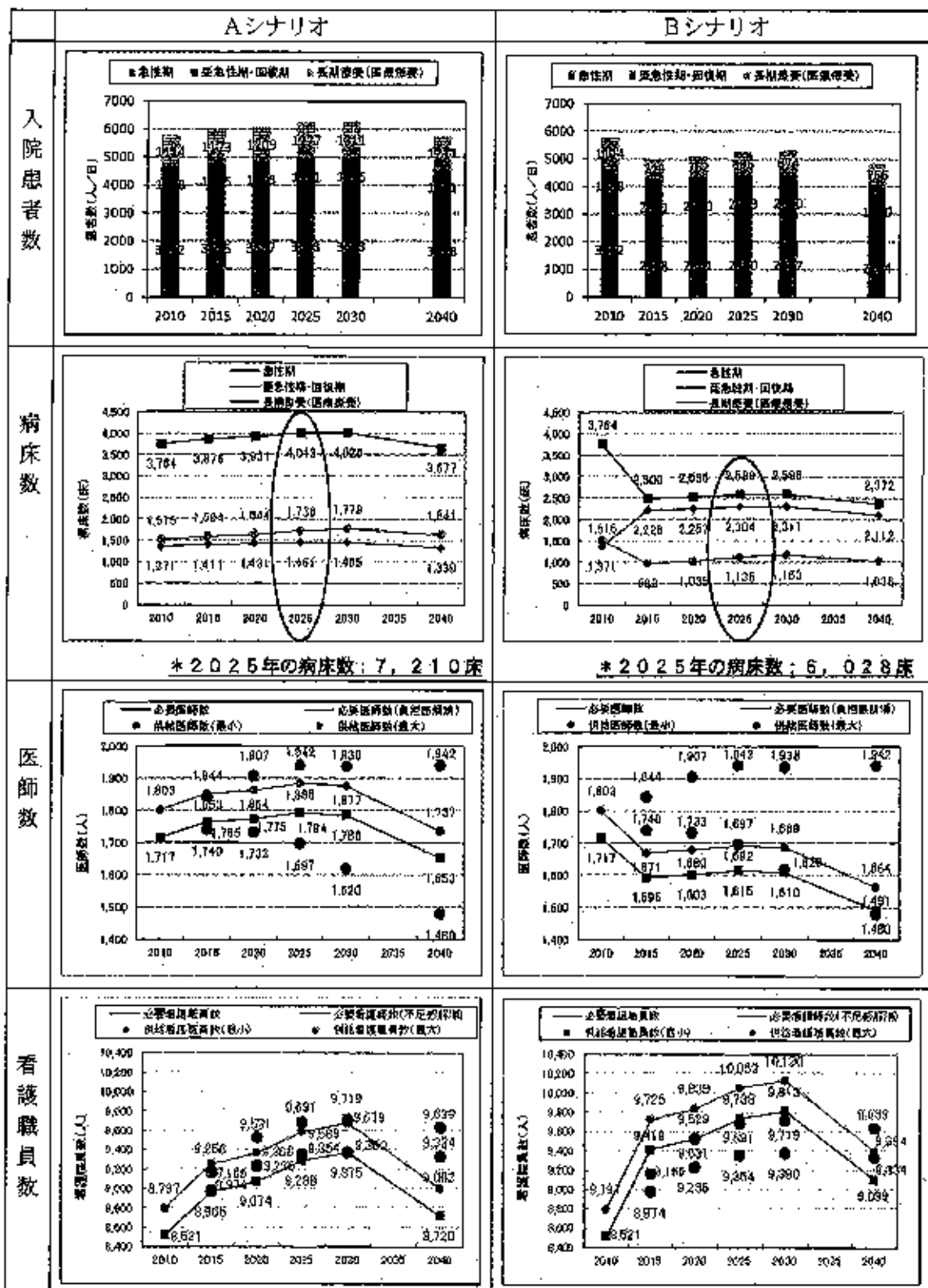
①現状投彫シナリオ (Aシナリオ)	医療提供体制が現状のまま推移し、平均在院日数等が現状と変わらないという仮定による推計
②改革シナリオ (Bシナリオ)	現在進みつつある平均在院日数短縮のトレンドを考慮したもので、急性期医療への医療資源の重点投入による医療資源の最適配分化と効率化が相当程度進むという仮定による推計

- 将来の医療需要、医療資源の推計に当たって必要な人口の将来推計は、国立社会保障人口問題研究所による推計を用いています。

エ 推計結果

- Aシナリオでは、人口減少が続くものが高齢化の進展(高齢者は医療機関を受診する割合が高い)により平成32年(2030年)頃までは医療需要が伸び、病床数、医師数、看護職員数は現状よりも多く必要とされます。供給面をみると、医師数については低位推計では必要数を将来にわたって大幅に下回るとともに、30歳未満の医師も減少することが予測されます。

○Bシナリオでは、全ての時期において必要とされる急性期・長期療養の病床数、医師数は現状を下回りますが、必要とされる看護職員数は現状よりも大幅に上回ることが予測されます。



(注) 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」では、本県の医療需要のピークは平成47年(2035年)頃となっていますが、本予測では同年の入院患者数の予測を行っておらず、Aシナリオにおける入院患者数のピークは平成32年(2030年)頃となっています。

<参考：算出方法>

(ア) 医療需要及び必要医療資源の推計

①現状投影シナリオ (Aシナリオ)

項目	推 計 方 法
入院患者数	一般病床及び医療保険適用の療養病床の入院患者を対象としており、推計人口に受療率（医療機関を受診する割合）を乗じた数に、医療圏別の流出入の割合を乗じて、1日当たり入院患者数を推計
病床数	推計入院患者数の増減に比例して病床数が変動するとして推計
医師数	推計入院患者数の増減に比例して必要医師数が変動等するとして推計 ※労働負担解消を考慮（時間外労働の縮減）した医師数も合わせて推計
看護職員数	看護師のほか、准看護師、助産師及び保健師も該当し、推計入院患者数の増減に比例して必要看護職員数が変動等するとして推計 ※不足感解消を考慮（現在の不足数の解消）した看護職員数も併せて推計

②改革シナリオ (Bシナリオ)

項目	推 計 方 法
入院患者数	Aシナリオの1日当たり入院患者数が、平均在院日数の短縮により急性期から回復期等、回復期から介護施設、在宅等へ移行していくと仮定して算出した数に、医療圏別の流出入の割合を乗じて、1日当たり入院患者数を推計
病床数	推計入院患者数の増減に比例して病床数が変動するとして推計
医師数	医療資源の集中投入が行われた結果として、急性期、亜急性期、回復期の入院患者100人当たりの医師数が増加するとして推計 ※労働負担解消を考慮（時間外労働の縮減）した医師数も併せて推計
看護職員数	医療資源の集中投入が行われた結果として、急性期、亜急性期、回復期の入院患者100人当たりの看護職員数が増加するとして推計 ※不足感解消を考慮（現在の不足数の解消）した看護職員数も併せて推計

(イ) 医療従事者供給推計

①供給医師数の推計

今後見込まれる「新卒医師数」を増加要因とし、その後の就業率及び定年で退職する数を減少要因として推計。

<新卒医師数は、次の2パターンで推計>

推計パターン① (低位推計)	過去5年間（平成17年～平成21年）の実績を参考に、毎年28人とする。
推計パターン② (高位推計)	マッチング率が向上した平成22年の実績を参考に、毎年44人とする。

②供給看護職員の推計

今後見込まれる「新卒看護職員数」と「再就業者数」を増加要因とし、一定割合で発生する退職者数を減少要因として推計。

※新卒看護職員数は県内看護学校卒業者の県内就業者及び県外看護学校卒業者の県内就業者の合計数。

<県外看護学校卒業者の県内就業者は、次の2パターンで推計>

推計パターン① (低位推計)	過去4年間（平成18年～平成21年）の実績を参考に、基準を92人とし、18歳人口の推移により変動する。
推計パターン② (高位推計)	平成21年の県外看護学校進学者に対する貸付増加割合を参考に、基準を138人とし、18歳人口の推移により変動する。

〔取り扱い上の注意〕

これらの推計は一定の前提条件を仮定したものであり、例えば平均在院日数の短縮や医療資源の重点投入などは医療費や医療制度の仕組みといった国政レベルでの議論が必要な事柄で必ずこうなるというものではありません。現実の事象においては少しの前提条件の変化が結果に大きな変化をもたらすことも大いにあり得るため、本予測を使用するにあたってはその点に十分な配慮が必要です。

なお、本予測を作成してから数年が経過していますが、予測内容の現在の進行状況を最近の公表データで検証してみると次のとおりであり、いずれの区分もAシナリオの予測と大きな乖離は無く、現状は一定程度このシナリオに沿って進行しているものと判断されます。

区分	2015年の予測 (Aシナリオ)	現在の進行状況	備考(左の数値の時点及び出典)
入院患者数	5,963人/日	5,436人/日	平成26年(厚生労働省「病院報告」)
病床数	6,881床	7,152床	平成28年4月1日現在(鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課調べ)
医師数	最大の供給数:1,844人 最小の供給数:1,740人	1,785人	平成26年12月31日現在(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)
看護職員数	最大の供給数:9,166人 最小の供給数:8,974人	9,186人	平成26年12月31日現在(厚生労働省「衛生行政報告例」)

ただし、医師数については、現在の人数が予測のAシナリオの最小の供給数に近い上、病院勤務医の不足数も近年増加傾向にあります^(注1)。看護職員についても、現在の人数が予測の最大供給数を既に上回っているものの未だ不足感は解消できず^(注2)、引き続き、医師、看護職員の確保に努めていく必要があります。

(注1) 県内病院の勤務医師数(常勤換算後)の不足状況の推移(鳥取県医療政策課調べ)

平成26年:161.7人、平成27年:208.5人、平成28年:221.7人(各年1月1日現在)

(注2) 県内病院の看護職員の不足数:197人(平成27年6月1日現在)(鳥取県医療政策課調べ)

(3) 地域医療構想との関係

○地域医療構想に掲載する「将来の病床数の必要量」は医療法等に基づき算出することから、本予測による将来の医療資源の数値は、本県の地域医療構想の「病床数の必要量」(目標値)となるものではありません。

○ただし、本予測のAシナリオでは、推計時点(平成22年(2010年))の医療提供状況をベースとして将来の人口構成を基に推計すると平成42年(2030年)頃まで医療需要(入院患者数)は増加し続け、必要病床数も医療法等に基づく医療機能の区分とは異なるものの、一般・療養病床数は平成37年(2025年)には7,000床余りが必要と予測しています。

○一方、医療法等に基づき「必要病床数等推計ツール」で推計された平成37年(2025年)の「将来の病床数の必要量(5,896床)」は、前述したとおり、慢性期の入院患者等の一定割合を在宅等で対応することとして算定されており、本予測では平成37年(2025年)の病床数を6,000床余りとするBシナリオに近いものと考えられますが、将来本当に必要となる病床数を正確に推計することは困難です。

○以上のことを踏まえ、本県の地域医療構想の推進のための取組は、構想に掲載する将来の病床数の達成を絶対視するのではなく、「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」と「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」を目指し、本県の実情に合った効率的かつ質の高い医療提供体制の構築に向けて進めていきます。

第4章 2025年のあるべき医療提供体制の実現に向けて

1 目指すべき医療提供体制の方向性

○ガイドラインでは、将来のあるべき医療提供体制を実現するため、都道府県、医療機関等は、「病床の機能の分化及び連携の推進」、「在宅医療の充実」及び「医療従事者の確保・養成」に努めることとされていますが、本県にふさわしい医療提供体制の構築に向け、介護との連携も含めて以下の方向性で取組を進めていきます。

①病床の機能の分化及び連携の推進

「高齢化が進む中で医療機関が機能分担し、連携して必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」

- ア 急性期医療だけでなく、回復期・慢性期の医療を提供
- イ 精神科医療をはじめ、入院医療から地域生活への移行を推進
- ウ 医療機関（医科、歯科）、訪問看護ステーション、薬局、福祉サービスを行う機関の相互の連携を深め、災害時の連携にも対応

②在宅医療・介護の推進

「希望すれば、在宅で療養できる地域づくり」

- ア 在宅医療を調整する拠点を整備し、在宅医療を提供する機関の連携や多職種連携を強化
- イ 在宅医療を担う機関を整備・充実するとともに、人材を確保・育成
- ウ かかりつけ医を持つこと、医療機関の機能分担、在宅医療などを住民へ啓発
- エ 住み慣れた地域での療養生活を支えるための在宅医療・介護の連携等を推進

③医療従事者等の養成・確保

「継続した医療提供体制の確保に向け、質の高い医療・介護人材を育成・定着」

- ア 質の高い医療・介護人材を養成・確保
- イ 高度・多様化する医療に対応できる医療人材のキャリア形成を支援
- ウ 就労環境の整備・改善などにより医療従事者等の負担軽減や定着を促進

2 実現のための施策

(1) 取組方針

○将来のあるべき医療提供体制の実現を目指し、本県の実情に応じたバランスのとれた医療・介護サービスの提供体制を構築するため、医療機関等の関係者の意見を聞き、上記の方向性を踏まえながら、地域医療介護総合確保基金等を活用して具体的な取組を進めていきます。

(2) 具体的な取組

①病床の機能分化及び連携のための事業

○高度急性期から慢性期、在宅医療・介護に至るまでの一連のサービスを地域において総合的に確保するための施設設備整備や体制整備のための検討を行います。また、病院間及び病院と診療所間の連携体制を強化するためのICTを活用した地域医療ネットワークの整備などに取り組んでいきます。

【主な取組】

事業名	事業内容
■医療機関の役割分担・連携、患者の地域移行に関する事業	
病床の機能分化連携推進基盤整備事業	高度急性期から慢性期、在宅医療に至るまでの一連のサービスを地域において総合的に確保することを目的として、病床転換及びそれに伴う施設・設備を整備します。

地域医療構想の実現に向けた体制整備事業	各構想区域（二次保健医療圏）に設置されている地域医療構想調整会議（地域保健医療協議会）において、医療機関の役割分担・連携やそれに向けた調整の検討など、地域医療構想の推進のための関係者との協議を行います。
鳥取県ドクターヘリ導入事業	県内での過疎化、高齢化が進む中で限られた医療資源を有効に活用しつつより適切な救急医療体制の確保を図るとともに、これまで分散して急性期患者の受け入れを担ってきた他の救急医療機関の病床機能分化（急性期から回復期等への転換）を進めるため、鳥取県単独のドクターヘリを導入します。
精神科医療機関機能分化推進事業	長期にわたる社会的入院の患者が社会へ復帰するための意欲喚起及び退院するための支援を行う病棟や精神科救急の外来機能などの整備・充実を図ります。
■ ICTを活用した医療連携に関する事業	
医療情報ネットワーク整備事業	電子カルテ情報など各医療機関が扱う患者情報を共有するための地域医療連携ネットワークシステムの整備・充実を図ります。
訪問看護等在宅医療推進ネットワーク基盤整備事業	モバイル端末等を活用し、訪問看護等の在宅医療の現場でも患者情報の入力・確認等を可能とするための医療ネットワークを構築・整備します。

②在宅医療・介護の推進のための事業

- 在宅医療・介護の推進のための連携拠点を各構想区域に整備し、拠点を中心として、構想区域内での在宅医療・介護の連携体制を構築し、住民の窓口を設けるとともに、在宅医療・介護の現場で重要な役割を果たすスタッフの確保・育成に取り組んでいきます。また、在宅医療・介護の提供に係る連携に必要な多職種協働のための取組も進めます。
- なお、在宅医療の充実、病床の機能分化及び連携と一体的に進められる取組であり、退院後の患者の受け入れ体制の整備することで、希望すれば在宅で療養できる地域づくりを目指していきます。

【主な取組】

事業名	事業内容
■在宅医療の連携拠点の整備に関する事業	
在宅医療連携拠点事業	地区医師会等が、在宅医療を提供する機関が連携するための圏域内での調整、支援を行い、在宅医療を提供する機関の連携拠点となって、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築します。
在宅歯科医療拠点・支援体制整備事業	在宅歯科医療を推進するため、鳥取県歯科医師会等に在宅歯科医療連携室を設置し、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の照会、在宅歯科医療等に関する相談、在宅歯科医療を実施しようとする医療機関に対する歯科医療機器等の貸出等を行います。
■訪問看護の充実に関する事業	
新卒訪問看護師育成モデル・プログラム作成支援事業	新卒看護師を対象にモデル的な新卒訪問看護師育成プログラムの作成を支援し、その成果物を広く県内のステーションに周知・活用を図ることで、新卒訪問看護師の育成及び確保を目指します。
訪問看護師養成研修参加支援事業	訪問看護の人材育成及び人材確保を推進するため、訪問看護師の養成研修に看護師を参加させる機関が派遣期間中の代替職員の確保のために要する経費を支援します。
新任訪問看護師同行訪問事業	ベテランの訪問看護師が未経験の新任訪問看護師に同行することにより訪問看護師を育成するための取組を支援します。

訪問看護職員専門分野研修事業	訪問看護ステーション管理者及び管理者を目指す種職職員に対し、訪問看護事業運営に必要な知識を提供します。
中山間地訪問看護ステーションサテライト設置支援事業	中山間地にサテライトを設置する訪問看護ステーションを支援します。
訪問看護コールセンター運営事業	県民・他職種事業所・訪問看護ステーションからの在宅療養・訪問看護についての相談を受け付けるコールセンターを運営します。
訪問看護ステーション支援事業	鳥取県全域の訪問看護ステーションを対象とした就労環境の整備・改善のための相談業務・コンサルテーションを実施する体制整備を支援します。
訪問看護師待機手当支援事業	訪問看護師の処遇改善を行い、訪問看護ステーションで勤務する看護師の確保を図るため、訪問看護の際の救急呼出（オンコール）に備えて、看護師が自宅等において待機した場合に手当を支給します。
■多職種連携、在宅医療の人材育成に関する事業	
在宅医療（薬料）研修事業	通院が困難な在宅患者を訪問して薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行う訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対する、在宅医療への導入研修を実施します。
在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修事業	在宅医療関係者の多職種連携研修や各専門職の質の向上に資する研修、在宅医療・介護の連携を担うコーディネーターを育成するための研修を実施します。
■在宅医療の提供体制の整備に関する事業	
在宅医療推進事業・在宅歯科診療設備整備事業	訪問看護・在宅医療の充実、精神科在宅復帰等を推進するため、訪問診療、訪問看護、リハビリテーション等に必要な施設・設備整備を行います。また、在宅歯科医療を実施する医療機関に対して在宅歯科医療の実施に必要となる在宅歯科医療機器等の整備を支援します。
■在宅医療・介護の連携等に関する事業	
在宅医療・介護連携推進事業	在宅医療と介護を一体的に提供するため、地域の医療・介護の資源の把握、在宅医療・介護連携に関する相談支援、医療・介護関係者の研修や地域住民への普及啓発などを通じて居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進します。
医療・介護情報の連携体制構築事業	退院支援ルールの策定、運用等を通じた高齢者の入院時・退院時の円滑な情報伝達により、社会的入院の減又は入院期間の短縮を図り、入院長期化に伴う高齢者の心身機能の低下を防ぎます。
鳥取県地域医療介護総合確保基金（介護）（施設整備）補助金	「鳥取県地域医療介護確保基金（介護）」を活用し、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行います。
介護予防従事者研修事業	市町村や地域包括支援センター職員、介護サービス事業者等を対象に、制度の概要・介護予防の取組の実施等について研修を行います。
地域包括支援体制強化事業	地域包括支援センターの職員をはじめ、関連機関の多職種（民生委員、介護職員、生活支援コーディネーター等）の機能強化・連携強化を図るため、基礎的な対人支援の研修を行います。
生活支援コーディネーター養成研修事業	高齢者の多様な生活支援を充実させるため、「生活支援コーディネーター」の配置等に向けた研修を行います。

認知症サポートプロジェクト事業	認知症サポーターの拡大や認知症医療体制の充実、相談支援の強化等の認知症に関する様々な取組・支援等を総合的に進めます。
-----------------	--

③医療従事者等の養成・確保のための事業

- 病床の機能分化・連携による効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けては、医療従事者等の養成・確保が不可欠であることから、奨学金の貸付け等による人材確保だけでなく、新人看護職員や看護職員の指導を行う職員向けの研修、介護職員の確保・資質向上のための研修等を充実させるとともに、院内保育所の運営や医師事務作業補助者の配置を支援し、働きやすい職場環境作りに取り組んでいきます。
- また、救急医療や周産期医療といった地域のために必要な医療であるにもかかわらず人材不足が問題となっている分野についての取組も進めていきます。

【主な取組】

事業名	事業内容
■医師の養成・確保に関する事業	
鳥取県地域医療支援センター運営事業	地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に医師不足病院への医師の配置等を行うため、地域医療支援センターを運営します。
医師確保奨学金等貸付事業	全国的に医師不足が問題となる中で、本県の医療を担う人材を養成・確保するため、将来、鳥取県の医療に貢献する意思がある県内外の大学医学生等に対して、修学資金等を貸与します。
寄附講座（鳥取大学医学部地域医療学講座）開設事業	地域医療に貢献する人材育成と地域医療の発展のため地域医療の実践と研究、教育を行うとともに、地域医療を志す医師を支援することを目的に鳥取大学が設置する地域医療学講座に寄附を行います。
■看護職員の養成・確保に関する事業	
看護職員修学資金等貸付事業	県内に就業する看護職員、理学・作業療法士、言語聴覚士の確保のため、各養成施設等に在学している学生に対して修学上必要な資金の貸付を行います。
新人看護職員研修事業	新人看護職員の早期離職防止、質の向上を図るため、国の示した「新人看護職員研修ガイドライン」に基づき、基本的な臨床実践能力を獲得するための研修を実施する病院等に補助します。また、全ての新人が必要な研修を受けることができるよう、新人看護職員研修を自施設で完結できない医療機関の新人看護職員を受け入れた病院に対し補助します。さらに、病院等が行う研修の充実を図るとともに、新人育成における施設間の格差をなくすため、新人看護職員の研修を行う研修責任者・実地指導者に対する研修を実施します。
看護職員実習指導者養成講習会開催事業	実習指導を担当する者等に対し、看護教育における実習指導の意義及び実習指導者としての役割を理解させ、効果的な実習始動ができるよう必要な知識・技術を習得させ、看護実習の強化を図り、もって看護職員及び看護学生の資質向上を図ります。
病院内保育所運営事業	子育て中の看護職員や女性医師等の医療従事者が安心して働くことができるようにするとともに、県内の看護職員等の離職防止及び再就業を促進するための病院内保育所の運営に対し補助します。
病児・病後児等保育施設設備整備・運営事業	院内で雇用している医療従事者の働きやすさの確保や離職防止を推し進めるため、24時間保育及び病児・病後児保育を実施するとともに、所要の施設・設備整備を行います。

看護師等養成所運営事業	地区医師会が運営する准看護師養成所における教育内容の向上を図るため、養成所の運営に対する支援を行います。
■介護職員の養成・確保に関する事業	
介護人材確保対策事業	介護の仕事のイメージアップに関する取組や、事業者団体・職能団体・行政等の連携・協働のための協議会の設置など、介護人材を確保するため、「参入促進」「資質向上」「基盤整備」の観点から総合的な人材確保対策を講じます。
介護職員等の喀痰吸引等研修事業	安全に喀痰吸引等の医療的ケアを行うことができる介護職員等を養成するための研修事業等を実施します。
■医療従事者の勤務環境の改善に関する事業	
勤務環境改善支援センター運営事業	医師・看護師等の医療従事者の離職防止・定着促進を図ることを目指し、勤務環境改善に取り組む各医療機関に対して総合的・専門的な支援を行うことを目的とした勤務環境改善支援センターを運営します。
医師等環境改善事業	医師事務作業補助者、看護師事務作業代行職員を配置して医師、看護師の負担を軽減し、勤務環境の改善を図ります。
■救急医療、周産期医療に関する事業	
救急勤務医支援事業	二次救急医療機関に勤務する救急医の処遇改善を図るため、休日・夜間において救急勤務医手当（宿日直手当・超過勤務手当は対象外）を支給します。
小児救急医療支援事業	小児救急医療体制の整備を図るため、平日夜間及び休日の小児救急病院群輪番制を運営します。
小児救急電話相談事業	小児初期救急患者の適切な医療機関への受診を図り、二次救急、三次救急医療機関等への過度の集中の緩和や小児科医等の負担軽減、及び小児を抱えた保護者等の安心感の確保等を図るため、小児救急電話相談業務（#8000）実施するとともに、小児救急電話相談に関する啓発用のポスター、マグネットの作成等を行います。
小児救急地域医師研修事業	小児科医、内科医師等を対象として、小児救急医療に関する研修を実施することにより、地域の小児救急医療体制の補強及び質の向上を図ります。
産科医等確保支援事業	産科医等の処遇を改善し、その確保を図るため、分娩取扱い機関において分娩手当等を支給します。
助産師等待機手当支援事業	助産師及び分娩に係る業務に従事する看護師の処遇改善を行い、分娩を取り扱う医療機関の助産師及び看護師の確保を図るため、分娩の際の救急呼出（オンコール）に備えて、助産師又は看護師が自宅等において待機した場合に手当を支給します。
新生児医療担当医確保支援事業	NICUにおいて新生児を担当する医師の処遇改善、確保のため、新生児医療担当医手当を支給します。

第5章 各構想区域の2025のあるべき医療提供体制の実現に向けて

1 東部構想区域

(1) 構想区域の医療・介護の現状と課題

現状	課題
<p>ア 医療提供の状況</p> <p>1) 病床の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 区域内には14病院と15有床診療所があり、許可病床数は平成28年4月1日現在、一般病床2,061床、療養病床722床計2,783床です。(精神・結核・感染症病床を除く。) ○ 二次救急5病院、三次救急1病院、精神病床のみが2病院、緩和ケア病棟・病室のある病院2カ所、地域医療支援病院3カ所、回復期リハビリテーション病棟のある病院は4病院あり、区域内で入院医療はほぼカバーしています。 <p>2) 病床機能について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成25年(2013年)の医療需要を基にした必要病床数の将来推計(国が示す参考値)をみると、高度急性期、急性期、回復期機能については、平成37年(2025年)は若干の増加を必要としており、一方、慢性期については約180床の在宅療養への移行と推計されています。 ○ 区域内で急性期医療を担う主要な4病院において、機能分化と連携のあり方が必ずしも明確になっていない状況です。 <p>3) 療養病床入院患者の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成27年10月療養病床状況調査によると区域内7病院の医療療養病床は479床で、入院患者は449人で、そのうち医療区分1(軽度)に該当する入院患者は、118人です。 ○ 医療区分1のうち69人は退院困難でした。その理由は、「医療区分1だが病状が不安定」、「胃瘻・経鼻栄養等のため施設の受入困難」、「介護者が不在、自宅での介護が困難」等とされていました。 <p>4) 流入・流出の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高度急性期、急性期、回復期、慢性期のすべての病床機能について、兵庫県但馬地域からの流入があります。 ○ 人工呼吸器装着等医療必要度が高く、長期療 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院数及び有床診療所数は、全国平均よりやや少ないものの、病床数は、一般病床・療養病床共に全国平均より多く、現状では、入院医療は区域内でカバーできていますが、今後の医療需要の変化に対応していく必要があります。 ○ 今後の病床転換の動向も含め、区域内の病床の機能分化と連携のあり方について、引き続き検討していく必要があります。 ○ 介護型療養病床及び看護体制2.5対1の医療型療養病床は、平成29年度末までに、長期療養対応型医療提供施設または病院併設居住スペースへの転換が検討されています。今後、医療依存度の低い療養病床入院患者で退院困難な者について、療養先の検討が必要です。

養が必要な進行性疾患患者及び慢性期患者について、全県からの流入があります。

5) 中山間地の状況について

- 鳥取市中心部に医療機関が集中していますが、町立病院など中山間地の病院が医療提供や包括ケアの拠点となっている地域もあり、一方で病床のある医療機関が無い地域もあります。
- 中山間地の住民は、身近な病院で急性期から在宅医療までの継続した医療を希望しています。

イ 在宅療養の状況

1) 在宅医療と医療連携の状況について

- 内科診療所は、平成28年6月現在195カ所、うち在宅療養支援診療所は23カ所、在宅訪問診療が可能な診療所が105カ所あります。
- 歯科診療所は、平成28年6月現在109カ所、うち在宅療養支援診療所は2カ所、在宅訪問診療が可能な歯科診療所が49カ所あります。
- 訪問看護ステーションは、平成27年8月現在16カ所、うち24時間電話対応又は病変時訪問対応をしている訪問看護ステーションはそれぞれ10カ所、定時巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は2カ所です。
- 死亡場所として、病院の割合が平成16年74.7%から平成26年66.4%に減少していますが、西部区域に比して高い状況です。一方、老人保健施設及び老人ホームの割合が増加しており、自宅で亡くなられる割合は14~15%で推移しています。
- 東部医師会と鳥取県東部認知症疾患医療センターが、かかりつけ医と認知症専門医の病診連携の普及を推進しています。

2) 医療介護連携と地域包括ケアの状況について

- 吸引のできる介護職の登録事業所は、平成28年6月現在84カ所、うち訪問介護事業所は2カ所で、ほとんどが施設介護事業所です。
- 介護保険サービスを県内で比較すると、区域内は訪問・通所リハビリテーションサービスが少なく、小規模多機能サービスが充実しています。
- 鳥取県内特別養護老人ホーム入所待機者は、平成27年8月1日現在全県で2,754人、

- 中山間地でも急性期から在宅医療への円滑な移行や在宅療養の継続をするために、中山間地にも一定の急性期機能が必要です。

特に、入院病床のない地域もあるため、区域全体で、季節変動も含む地域の実情に応じた医療機能を提供する体制を整備する必要があります。

- 経管栄養や吸引などの医療を提供できる在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、介護施設や居宅サービス事業所が不足しているため、入院医療からの在宅療養への移行が困難な状況があります。
- 訪問看護ステーションがない地域や、24時間365日対応可能な訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所が不足していると共に、急変時にすぐに入院できる医療機関との連携が不足しています。
- 人生の最終段階における医療や看取りのあり方について、住民と医療・介護関係者が共に考え、共有する環境が必要です。
- 今後、増加が見込まれる認知症について、早期発見や適切な医療に向け、認知症地域連携クリティカルパス（脳と心の健康手帳）の普及の推進などによる専門医とかかりつけ医の一層の連携、介護や生活支援との連携による重症化予防などが必要です。

- 在宅療養を安心して継続するために、状態に応じて医療や介護、生活支援がタイムリーに切れ目無く提供できるための入院中からを含めた多職種連携が不足しています。
- 在宅療養への移行を促進するために必要な回復期リハビリテーション病床やリハビリテーション専門職の数、在宅療養を継続するために必要な在宅リハビリテーションサービスの量が不足しています。

<p>うち区域内は1,141人です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 区域内では、居宅サービスが極端に少ない一方、施設サービスが多い地域もあり、サービス提供体制に地域格差があります。 ○ 介護予防や要介護状態の改善には栄養管理と合わせて口腔ケアが重要ですが、訪問歯科診療や介護施設での口腔ケア・歯科診療の活用が不足しています。 ○ リハビリテーションが「運動機能向上」との認識がまだまだあり、生活の場を重視した「その人らしく生きる支援」との理解が不足しています。 ○ 要介護状態でなくても日中独居や老々介護などで体調管理ができないため、夏期の熱中症や冬期の低体温症などのために入院が必要となる高齢者が少なくない状況です。 ○ 在宅医療介護連携を推進するため、平成27年2月に東部地区在宅医療介護連携推進協議会が設置され、平成27年4月から1市4町と東部医師会で、「東部医師会在宅医療介護推進室」が共同設置され、連携した体制づくりの取組みが始まりました。 ○ 平成37年(2025年)に向け、要介護認定者数は約1.2倍と推測されており、必要な介護職員等(介護職員、看護職員、ケアマネジャー等)は、県全体で3,523人とされています。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康づくりや介護予防、要介護状態の重症化予防のために必要な口腔ケアや栄養管理の知識の普及やサービスが不足しています。 ○ 口腔ケアや栄養管理の重要性や利用できるサービスの情報の普及と専門職の連携による指導の推進が必要です。 ○ 今後更に増加する単身者、高齢世帯、日中独居など、家族支援力が乏しい世帯の在宅療養を支える日常生活の支援と介護サービスが不足しています。 ○ 在宅医療と介護を一体的に提供するため、「東部地区医師会在宅医療介護推進室」と連携した体制づくり等、より一層取組んでいくことが必要です。 ○ 介護人材の確保は喫緊の課題であり、県、労働関係機関、福祉関係団体、介護福祉士養成施設など多くの関係者が一体となって取組みを進める必要があります。
<p>3) 住民意識の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関の従事者からの意見として、退院が可能な状況であっても入院継続したいという希望があり、地域包括ケアについて十分に理解が浸透していない現状があります。 ○ 国の調査によると、自分が介護が必要になった場合の希望について、「自宅で家族中心に介護を受けたい」、「自宅で家族の介護と外部の介護を組み合わせて介護を受けたい」、「家族に依存せず生活できる介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」を合わせると、74%の人が自宅で介護を受けたいと回答しています。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 住民自身が、区域内の医療提供状況や将来人口推計の実態を知り、将来の医療のあり方について住民、医療・介護関係者で意見交換し、目指す方向を共有することが必要です。 ○ 医療や介護に限らず、独居となっても安心して暮らし続けることのできる地域づくりには、住民同士で支え合う文化の醸成が必要です。 ○ 住民自身が健やかな高齢期を迎えるための健康づくりや介護予防の取組みや、住み慣れた地域で安心して生活しつづけるための住民同士の生活支援や見守りの仕組みが不足しています。
<p>ウ 医療従事者の状況について</p> <p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県全体の医師充足率87.1%に対し区域内は77.7%で、1病院当たりの不足数は前年の5.5人から6.6人に増加しています。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 将来、生産年齢人口の減少が推計される中で、医療・介護を支える人材を確保する短期・長期の対策を、関係機関が連携・協働して取組

<p>(平成27年1月1日現在鳥取県医療政策課調べ)</p> <p>【看護師】</p> <p>○ 看護師の需給見通しをみると、全県で8,832人の需要に対し、8,594人の供給で238人の不足でした。病院看護職の不足数は全県で197人で、このうち101人が区域内の不足でした。(平成27年6月1日現在鳥取県医療政策課調べ)</p> <p>【薬剤師】</p> <p>○ 薬剤師の需要状況を全県で見ると、病院・薬局合わせて早急な必要数107人、将来的な不足数は123人です。(平成26年10月1日現在鳥取県医療政策課調べ)</p> <p>【理学療法士等】</p> <p>○ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置人数は全県で1,268人、うち区域内は383人で、不足数は全県で89人(充足率93.4%)、区域内は48人(充足率88.9%)でした。東部区域の充足率を職種別にみると、理学療法士92.5%、作業療法士88.0%、言語聴覚士78.7%でした。(平成27年9月1日現在鳥取県医療政策課調べ)</p>	<p>む必要があります。</p> <p>○ 各種専門分野だけでなく、高齢者の看取りを含めた人生の最終段階における医療について、知識や技術(多職種連携の実際等を含む)を普及し、対応できる医療従事者を育成していく必要があります。</p>
---	--

(2) 目指すべき方向性(ビジョン)

①限られた医療資源の効率的な活用

区域内の65歳以上人口がピークとなる平成42年(2030年)及びその後緩やかな減少という人口の将来推計を踏まえ、区域内のどの地域でも必要な医療を提供できるよう、地域医療構想調整会議(地域保健医療協議会)で地域の実情に応じた医療提供体制を協議し、限られた医療資源を効率的に活用できるよう保健・医療・介護の関係機関の連携、協働を推進します。

②各医療機関の自主的な取組みの推進

区域内では、入院から在宅療養への円滑な移行や在宅療養の継続に必要な回復期リハビリテーション病床や在宅の医療・介護サービスが不足しており、これらを改善することが喫緊の課題です。このため、医療介護総合確保基金を活用し、各医療機関の自主的な取組みを支援すると共に、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業と連携した取組みを推進します。

③住民相互の支援の仕組みづくり

人口の高齢化や核家族化が進行した地域では、在宅療養の継続のために、医療や介護と併せて生活支援体制が必要となっています。医療や介護関係者だけでなく、地域づくりやまちづくりの活動とも連携し、先進事例を参考としながら住民が相互に生活を支援する仕組みづくりを推進します。

④住民主体の健康づくりと介護予防

高齢になっても要介護状態になりにくい健康づくりや介護予防が生活に根付くよう、市街地、中山間地など、それぞれの地域に適した住民主体の活動を住民の方々と一緒に考え、取組みを推進します。

⑤住民と医療・介護関係者の協働

住民や医療・介護関係者が地域の実情を知り、住まいや暮らしと併せ、将来の医療のあり方を一緒に考える機会を持つことにより、医療や介護を地域の資源として地域全体で支え、

質を高める取組みや、人材育成の基礎づくりを、市町と連携して推進します。

併せて、人生の最終段階における医療や看取りのあり方についても住民と医療・介護関係者が一緒に考え、その人らしい人生の最終段階を選択できるような環境整備を推進します。

(3) 目指すべき医療提供体制及び実現のための施策

【病床の機能分化・連携】

課題	対策
○ 今後の病床転換の動向も含め、区域内の病床の機能分化と連携のあり方について、引き続き検討していくことが必要です。	○ 地域医療構想調整会議等において、区域内の病院機能の情報共有を図り、検討していきます。
○ 中山間地での在宅医療への円滑な移行や在宅療養の継続には、中山間地にも一定の急性期機能が必要。特に、入院病床のない地域もあるため、区域内全体で、季節変動も含む地域の実情に応じた医療機能を提供する体制の整備が必要です。	○ 県立中央病院を中核とする高度急性期の医療提供体制の整備と構想区域内の医療機関の機能分化を進めます。
○ 在宅療養への移行を促進するために必要な回復期リハビリテーション病床が不足しています。	○ 地域連携クリティカルパスやITの活用により、専門医とかかりつけ医の連携を一層推進します。
○ 在宅療養を安心して継続するために、状態に応じて医療や介護、生活支援がタイムリーに切れ目無く提供できるための入院中からを含めた多職種連携が不足しています。	○ 入院した時から、在宅医療や介護との連携を図り、在宅医療への移行を推進します。
○ 認知症について、早期発見や適切な医療、介護や生活支援との連携による重症化予防のため、専門医とかかりつけ医の一層の連携が必要です。	○ 医療や介護の相互理解を図る研修機会を増やし、連携を推進します。
	○ 認知症疾患医療センターの活用により、専門医とかかりつけ医の連携を一層推進します。
	○ 医療・介護・行政が協働し、かかりつけ医を持つことの大切さについて、住民へ普及を図ります。

【在宅医療・介護の推進】

課題	対策
○ 経管栄養や吸引などの医療を提供できる在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、介護施設や居宅サービス事業所が不足しているため、入院医療からの在宅療養への移行が困難です。	○ 病院や診療所間の連携により、24時間365日対応可能な訪問看護や在宅医療の提供体制を推進します。
○ 在宅療養を継続するために必要な在宅リハビリテーションサービスの量が不足しています。	○ 医療・介護・生活支援機関の連携による切れ目の無い支援のため、ケア会議の開催をさらに推進します。
○ 24時間365日対応可能な訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所が不足していると共に、急変時にすぐに入院できる医療機関の連携が不足しています。	○ 医療機関と介護事業所が協力して、痰の吸引のできる介護職を育成し、介護施設や居宅サービス事業所への配置を推進します。
○ 口腔ケアや栄養管理の重要性や利用できるサービスの情報の普及と専門職の連携による指導の推進が必要です。	○ 受診移送サービスなど、地域の実情に応じたサービスの提供を、医療・介護分野だけでなく、まちづくり関係者と協力して推進します。
○ 住民自身が、区域内の医療提供状況や将来人口推計の実態を知り、将来の医療のあり方について住民、医療・介護関係者で意見交換し、	○ 住民相互の生活支援や健康づくり・介護予防活動を行う人材育成、組織育成を推進します。
	○ 口腔ケアや栄養管理の重要性や利用できるサービスの情報を住民や医療・介護職員に

<p>目指す方向を共有することが必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人生の最終段階における医療や看取りのあり方について、住民と医療・介護関係者が共に考え、共有する環境が必要です。 ○ 医療や介護に限らず、安心して暮らし続けることのできる地域づくりには、住民同士で支え合う文化の醸成が必要です。 	<p>発信するとともに、歯科医師会の地域医療連携室などとも連携して口腔ケアの指導を進めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人口の将来推計や医療提供の現状について、住民と医療・介護者が共に学ぶ機会を作ります。 ○ 身近な訪問看護ステーションや施設で実践されているさまざまな看取りの実例を医療・介護関係者で情報共有したり、住民に情報提供し、考える機会を増やします。 ○ 人生の最終段階における医療や看取りのあり方について、医療・介護関係者が学ぶ機会を作ります。
---	--

【医療従事者等の養成・確保】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 将来、生産年齢人口の減少が推計される中で、医療・介護を支える人材を確保する短期・長期の対策を、全県や区域内、各関係機関が連携・協働して取り組むことが必要です。 ○ 各種専門分野だけでなく、高齢者の看取りを含めた人生の最終段階における医療あり方についての、知識や技術を普及、住民の視点も踏まえて対応できる医療従事者の育成が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 子育てや介護をしながらの就労を含め、医療・介護の職場で安定した就労を続けることができる環境の整備に努めます。 ○ 夜間や休日の開催、身近な研修会場の確保、出前形式での開催や、事業管理者が率先して職員に研修を受けさせる仕組みなど、医療・介護職員が研修に参加しやすい環境の整備に努めます。 ○ 子どもの時から、在宅医療や介護に従事する人々のやりがいや地域の大切な職業であることを伝える取組みを関係機関が連携して行います。 ○ 医学、看護、リハビリテーション等を学ぶ学生に対し、在宅医療や介護の実際を知り、その魅力を体験できる機会を持てるよう、関係機関が連携して取り組みます。 ○ また、新人等の現任教育においても在宅医療・介護の体験ができる仕組みを関係機関が連携して取り組みます。 ○ 子どもの時から、人の死が身近なことであり、看取りが暮らしの出来事の一つであることを伝える取組みを関係機関が連携して行います。

2 中部構想区域

(1) 構想区域の医療・介護の現状と課題

現状	課題
<p>ア 医療提供の状況</p> <p>1) 病床の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中部区域には病院が10カ所、有床診療所が8カ所あります。これらの内、許可病床は一般病床1,010床、療養病床321床、計1,331床です。(精神科及び感染症病床を除く。平成28年4月現在) ○ 二次救急が8病院、三次救急は無く、療養病床のみが1病院、精神科病床のみが1病院、緩和ケア病床がある病院が1病院と機能分化され、地域医療支援病院は指定されていませんが、病々連携と病診連携が進められています。 <p>2) 病床機能について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成37年(2025年)の医療需要をみると、高度急性期・急性期・回復期・慢性期機能のうち、急性期・回復期は増加が推計されています。 ○ 中部区域でできない高度な医療(例、心臓手術や周産期医療)は全県一区の対応(三次医療圏として、東部西部で対応)となっています。 ○ がんの医療では、中部区域の充足率が56.5%~74.4%と低く、東部西部へ一部(放射線治療、外来化学療法、がんリハビリテーション)が流出しています。 ○ がん治療を含む在宅医療に対応可能な医療機関、薬局、訪問看護ステーション等が不足しています。 ○ 心筋梗塞・脳卒中については、中部区域で充足しています。 ○ 地域療養移行の役割を担う回復期リハビリテーション病床は、中部区域は人口割で見ると、県内東部・西部区域に比べ、比較的多い状況です。 <p>3) 療養病床入院患者の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療サービスが必要な入院療養患者が、在宅医療へ移行するために必要な訪問系医療サービスや介護サービスが不足しています。 ○ また、生活困窮、単身、高齢者世帯などで療養するための生活機能が乏しい世帯が増え、在宅療養への移行が困難となっている状況があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中部区域の医療需要に対する医療の提供は、ほぼ区域内で充足しています。今後、後期高齢人口がさらに増加することが推計されている平成37年(2025年)までの医療需要を踏まえた患者受け入れに支障を生じない医療提供体制の構築が必要です。 ○ 高度急性期機能やがんの専門医療については、三次医療圏として東部・西部区域の医療機能に委ねており、今後も全県での機能分担による医療供給を必要としています。 ○ がん治療を含む在宅医療に対応可能な医療機関、薬局、訪問看護ステーション等を増やすことが必要です。 ○ リハビリテーションは、急性期リハビリの強化に加え、高齢者の地域療養移行に向けた効果的な慢性期リハビリも、今後ますます重要性が増します。 ○ 入院医療から在宅医療等への円滑な移行のためには、必要な訪問系医療サービスや介護サービスを増やすことが必要です。 ○ 生活困窮、単身、高齢者世帯などの在宅療養への移行のため、在宅医療や在宅介護だけでなく生活支援体制が必要です。

4) 流入・流出の状況について

- 構想区域での2025年度流出入状況において、中部区域の他県間の流入又は流出している医療需要は10人未満であり、県外の構想区域と必要病床数推計の調整は不要です。
- 高度医療の関係で、一部東部・西部区域への流出があります。

5) 中山間地の状況について

- 救急搬送にかかる時間は県平均並みですが、大山山麓で時間のかかる地域があります。
- 救急搬送分析では、他区域より新生児の搬送に時間がかかっています。

イ 在宅療養の状況

1) 在宅医療と医療連携の状況について

- 診療所が87カ所、うち在宅療養支援診療所が11カ所、在宅訪問診療が可能な診療所が35カ所あり、市町及び中部医師会と連携して在宅医療が推進されています。
- 歯科診療所が41カ所、うち在宅訪問診療が可能な歯科診療所が25カ所あり、市町及び中部歯科医師会（地域歯科医療連携室）と連携して在宅医療が推進されています。

2) 医療介護連携と地域包括ケアの状況について

- 要介護（支援）認定者数の見込みでは平成26年度に比べて37年度（2014～2025年度）に1,255人（20.4%）増加する見込みです。
- ただし、要支援者に対するサービスは平成29年度末（2018年3月末）までに市町村事業に移行されるため、見込み数は変わってくると考えられます。平成37年度（2025年度）の見込数のうち要介護4・5は平成26年度と比べてそれぞれ350人（39.3%）、136人（21.5%）増加する見込みです。
- 特別養護老人ホーム（広域型）や老人保健施設等の施設系サービスの整備予定はなく、認知症高齢者グループホームが36人分の整備予定があります。（第6期鳥取県介護保険

- また、住民が区域の医療提供情報や在宅療養の可能性について知る機会を増やす必要があります。

- 救急搬送に時間がかかる地域では、ドクターヘリを含めた搬送時間の短縮に向けた対策が必要です。
- 新生児にかかる救急搬送体制の整備促進のため、関係医療機関と救急搬送機関の連携強化が必要です。

- 医療が必要な方の在宅生活を支援するために、在宅医療と訪問看護等において24時間のケアが対応可能な医療と看護等の増加が必要です。

- 区域の医療と介護の連携を進めるために、多職種が意見交換し課題を共有し、議論するなど目的に向かって協働を促進する機会を増やし連携強化が必要です。
- 住民は介護が必要になっても、住みなれた地域で健康状態を保ちながら暮らすために、公助ばかりでなく、住民自らが助け合う互助を進める必要があります。
- 今後「地域づくりしよいやの会」のような多職種連携を行う機会を作ることが必要です。
- 住み慣れた地域で療養を希望する時の社会資源の充実と、住民へ情報提供することが必要です。

<p>事業支援計画)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入所施設及び住居系施設等の要介護認定者1人当たりの定員・室数をみると中部区域(0.42)は、県全体(0.37)に比べて多いです。 ○ 平成26年8月現在鳥取県が入所施設の「待機者」としているのは、中部区域では52人(全県では480人)です。(平成26年8月1日鳥取県長寿社会課調べ) ○ 中部医師会では、在宅医療連携拠点事業、認知症かかりつけ医研修会、介護保険主治医研修会、地域包括ケアシステム研修会等を実施しています。 ○ 鳥取県介護支援専門員連絡協議会中部支部では、様々な研修会や他職種との意見交換会、ドクター&ケアマネタイムの作成等に取り組み努力してきました。 ○ 中部区域の市町では、平成30年までに生活支援体制整備事業の開始を予定しています。また、1市4町は中部医師会と協働して在宅医療・介護連携を推進するために準備を進めています。 ○ 訪問看護ステーションは、中部地域に平成27年度末現在7箇所設置、24時間対応の訪問看護ステーションは7箇所であります。 ○ 地域包括支援センターは9カ所、うち倉吉市に5カ所、各町に1カ所ずつ設置されています。 ○ 多職種連携で構成され、地域の医療介護連携を進める上で重要な役割を果たしていた「地域づくりしよいやの会」で、入院時の情報提供ルールを作成しましたが、現在は休止状態です。 ○ 住み慣れた地域で療養を希望する時の社会資源が十分でない、またはあっても十分知られていないために、住民はそれを選択できない現状があります。 <p>3) 住民意識の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 住民が安心して住みなれた地域でいつまでも元気に暮らすために、住民主体で行う健康づくり・介護予防を進める意識や仕組みが不足しています。 ○ 死亡場所は、病院が8割弱、自宅が1割弱、その他老人保健施設等が1割で推移しています。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 住民が主体的に日々の健康づくり・介護予防を進め、健康寿命の延伸を図る必要があります。 ○ 終末期医療のあり方について、住民や医療・介護従事者等の情報共有や支援のあり方の検討が必要です。 ○ 在宅での看取りができる体制づくりが必要です。
---	---

ウ 医療従事者の状況について

【医師】

- 病院の医師数に関する調査結果をみると中部管内の充足率は他区域と比較すると最も低い値を示しています。区域内の動きをみると医師数は前年より減少(143.2人→140.6人)しており必要数は179.3人から193.3人に増え、充足率は79.9%から72.7%に低下しています。(平成27年1月1日現在鳥取県医療政策課調べ)

【看護師】

- 各区域で年々従事者数が増加し、特に病院、介護保険施設等の増加率が高くなっていますが、需要数と供給数の差をみると全県で238人の不足がみられます。(鳥取県第7次看護職員需要見通し)
- 訪問看護ステーションに勤務する看護師数の需要は181人で年々増加しています。中部区域の看護師数をみると平成24年は34人、平成26年は42人で東部西部と比較すると西部に次いで高い増加率です。(看護職員業務従事者届)
- 看護師不足数については、病院では全県で197人、中部区域では52人、不足している病院は9病院です。(平成26年度看護職員異動状況調査結果概要)
- 看護師・准看護師の養成は、鳥取県立倉吉総合看護専門学校、鳥取県中部医師会附属倉吉看護高等専修学校でされており、平成27年度から鳥取看護大学が開学し、養成を開始しました。

【薬剤師】

- 薬剤師の需要状況を全県で見ると、病院・薬局合わせて早急な必要数107人、将来的な不足数は123人です。中部区域では44人が不足しており県下でも35%を占める状況です。そのうち病院の不足数は14人、薬局の不足数は30人となっており、特に薬局の不足数が多いです。(平成26年10月1日現在鳥取県医療指導課調べ)

【理学療法士等】

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置数は全県で1,268人、中部区域は248人で充足率は3職種とも85%を超え、平均94.3%です。
- 今後の採用予定数を見ると、全県では平成27年度から28年度までの2年間で239人です。うち、中部区域は理学療法士24人、

- 医師をはじめ、各医療職の人材確保のための対策が必要です。また、在宅医療を支え、介護サービスを充実させるためにも、介護職の人材確保も同時に必要です。
- 医療の最新知識や技術の習得と合わせて、在宅医療の知識や技術を備えた人材育成が必要です。
- 鳥取看護大学には、看護師の養成と共に、現職者に対する専門知識・技術の向上を図る専門機関として、看護師不足への改善の一翼を担うことが期待されます。

<p>作業療法士16人、言語聴覚士9人、計49人の採用予定で退職補充26人、増員23人の予定です。(平成27年9月1日現在鳥取県医療政策課調べ)</p>	
--	--

(2) 目指すべき方向性(ビジョン)

中部区域の住民が必要な時に適切な医療を受け、高度急性期、急性期を脱した後は関係医療機関の密接な連携のもと適切な医療を受け、希望に応じて早期に住み慣れた地域での療養生活に移行できるよう在宅医療と医療・介護連携の充実を進めます。

これを実現するためには、県・市町・医師会・薬剤師会及び関係機関^(注)の連携、協力が重要であり医療機関の機能分化と連携、在宅医療のさらなる推進、医療・介護を支える人材の確保と育成を進めます。

また、住民自身による健康づくりと介護予防、住民相互の支え合い等在宅医療と地域支援に関する理解の促進を進めます。

(注) 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院、診療所、介護支援専門員連絡協議会、訪問看護ステーション連絡協議会、保険者協議会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士協会、老人保健施設協会、医療社会事業協会、消防局、市町、県

(3) 目指すべき医療提供体制及び実現のための施策

【病床の機能分化・連携】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ がん医療については、三次医療で対応する一部の医療を除いては区域内で充実させることが望ましいですが、在宅医療に対応可能な医療機関、薬局、訪問看護ステーション等を増やすことが必要です。 ○ リハビリテーションは、急性期リハビリの強化に加え、高齢者の地域療養移行に向けた効果的な慢性期リハビリも、今後ますます重要性が増します。 ○ 入院医療から在宅医療等への円滑な移行のためには、必要な訪問系医療サービスや介護サービスを増やすことが必要です。 ○ 医療が必要な方の在宅生活を支援するために、在宅医療と訪問看護等において24時間のケアが対応可能な医療と看護等の増加が必要です。 ○ 生活困窮、単身、高齢者世帯などの在宅療養への移行のため、生活支援体制が必要です。 ○ 救急搬送に時間がかかる地域では、ドクターヘリを含めた搬送時間の短縮に向けた対策が必要です。 ○ 新生児にかかる救急搬送体制の整備促進のため、関係医療機関と救急搬送機関の連携強化が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 三次医療で対応する一部の医療は、東部西部で実施するものの、五大がんについて住民の身近な場所で治療ができるよう、対応可能な医療機関、薬局、訪問看護ステーション等の整備に取り組みます。 ○ 病々連携、病診連携を推進し、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション等の役割分担と機能について明確にしていきます。 ○ 住み慣れた地域での療養を希望する住民が、できるだけ円滑に在宅生活へ移行できるよう、回復期病床や地域医療を担う診療所が増加するなど対応する医療機関の整備について検討します。 ○ 入院中から各部門が連携してリハビリテーションを推進し、自立支援を図ります。 ○ 医療・介護の整備を行い、これらの対策が効果的に活用できるよう住民へ周知し適正な利用の推進を図ります。 ○ 大山山麓など中山間地などの救急搬送体制の整備促進のため、ドクターヘリの整備が検討されており、併せて、関係医療機関と救急搬送機関の連携強化を図ります。

【在宅医療・介護の推進】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 区域の医療と介護の連携を進めるために、多職種が意見交換し課題を共有し、議論するなど目的に向かって協働を促進する機会を増やし連携強化が必要です。 ○ 住民は介護が必要になっても、住みなれた地域で健康状態を保ちながら暮らすために、公助ばかりでなく、住民自らが助け合う互助を進める必要があります。 ○ 住み慣れた地域で療養を希望する時の社会資源について、住民に情報提供が必要です。 ○ 住民が区域の医療提供状況及び在宅療養の可能性について知る機会を増やす必要があります。 ○ 住民が主体的に日々の健康づくり・介護予防を進め、健康寿命の延伸を図る必要があります。 ○ 終末期医療のあり方について、住民や医療・介護従事者等の情報共有や支援のあり方の検討が必要です。 ○ 在宅での看取りができる体制づくりが必要です。 ○ 今後「地域づくりしよいやの会」のような多職種連携を行う機会を作ることが必要です。 ○ 区域の医療と介護の連携を進めるためには、多職種が意見交換し課題を共有し、議論するなど目的に向かって協働を促進する機会を増やし連携強化が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療のニーズが増加する中、地域で在宅療養患者を支える体制について、地域医療構想調整会議等の場を活用して議論を進めます。 ○ 医療・介護・福祉・行政・住民等による意見交換をもとに、医療・介護連携を進め、地域包括ケアシステムの構築を推進することにより在宅療養の充実を図ると共に、住民への適切な情報提供を行います。 ○ 地域連携バスの効果的な運用を図ります。 ○ 24時間のケアが対応可能な在宅医療や訪問看護の提供や緊急時の後方支援の体制整備を進めます。 ○ 通所及び訪問によるリハビリテーションを推進し自立支援を図ります。 ○ 鳥取看護大学等が実施される「まちの保健室」などと連携して、住民の主体的な健康づくり・介護予防を進めます。 ○ 様々な機会をとらえて、歯と口腔のケアや栄養管理の重要性について理解を図ります。歯と口腔のケアについては、中部歯科医師会の地域歯科医療連携室が行っている訪問歯科診療サービスの活用を推進します。 ○ 市町で行われる地域ケア会議や医療・介護・福祉・行政等の意見交換会など多職種が一堂に会する「地域づくりしよいやの会」のような場を活用して顔の見える関係づくりを築き、研鑽の機会を増やします。 ○ 終末期医療や在宅の看取りについての住民への情報提供と共に、意識啓発を図ります。

【医療従事者等の確保・養成】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師をはじめ、各医療職の人材確保のための対策が必要です。また、在宅医療を支え、介護サービスを充実させるためにも、介護職の人材確保も同時に必要です。 ○ 医療の最新知識や技術の習得と合わせて、在宅医療の知識や技術の習得ができる人材育成が必要です。 ○ 平成27年度から鳥取看護大学が開学し、看 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリテーション関係職種や医療ソーシャルワーカー等を対象とした研修等を推進し、在宅医療への新たな参入や、在宅医療と介護の連携に係る幅広い人材の確保・育成を図ります。 ○ 医療・介護関係者及び鳥取看護大学などとも連携して、専門性の向上のために研

<p>護師の養成と共に、現職者に対する専門知識・技術の向上を図る専門機関として、看護師不足への改善の一翼を担うことが期待されます。</p>	<p>○ 継続し、関係機関は所在する人的資源の質の向上に努力します。</p> <p>○ また、各医療介護関連団体は会員がそれぞれの能力の向上と機能を発揮できるよう研修体制を構築します。</p>
---	--

3 西部構想区域

(1) 構想区域の医療・介護の現状と課題

現状	課題
<p>ア 医療提供の状況</p> <p>1) 病床の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 区域内には20病院と20有床診療所があり、精神科・結核・感染症病床を除く一般・療養病床数は平成28年4月1日現在3,038床である。現在の病床数は、厚生労働省による医療需要に基づく平成25年病床推計値2,372床より666床(28%)多くなっています。 ○ 平成27年の平均病床稼働率は、高度急性期と急性期は厚生労働省の推計値より高く、回復期と慢性期はやや低い状況です。病床稼働率は医療機関によって差があり、郡部の方が低くなっています。 ○ 区域内の人口は年々減少すると推計されますが、65歳以上人口は平成32年(2020年)がピークとなっています。 <p>2) 病床機能について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 区域内は高度急性期と急性期の医療機能が充実しており、区域外から多くの患者が流入しています。 平成27年度病床機能報告では、高度急性期機能病床が658床、急性期機能病床が1341床、回復期機能病床は333床、慢性期機能病床は521床と報告されており、厚生労働省推計値に比べて高度急性期・急性期・慢性期機能病床が多く、回復期機能病床が少ない状況です。 ただし、一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会公表のホームページによれば、鳥取県の人口10万対回復期リハビリテーション病床数は全国3位で、特に西部区域で多い状況です ○ したがって、幅広い回復期機能のうち急性期を脱した後の亜急性期病床が少ないと考えられます。 <p>3) 療養病床入院患者の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 区域内療養病床の介護老人保健施設への転換は早くから進み、平成27年7月現在、療養病床は770床、うち介護型療養病床は51床です。 ○ 平成27年10月の療養病床状況調査(西部 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者調査に基づく簡易的患者推計では、平成27年(2025年)頃に入院患者数がピークを迎えます。入院患者は全体で8%増加。65歳以上の高齢者が20%増加、中でも75歳以上の入院患者が急増し、以降は減少すると推計されています。 ○ 2013年国立社会保障・人口問題研究所の推計2015年人口と実人口の差を検証すると、西部地域の実人口は推計人口より1.2%多い状況でした。今後、地方創生総合戦略の取組み結果で実人口がさらに上回ることも想定し、患者推計、人口推計、病床稼働率等を勘案して将来の患者受け入れに支障を生じない医療体制の確保が必要です。 ○ 区域内外から期待の大きい高度急性期・急性期医療機能病床が、必要な時に必要な患者を受け入れるためには、高度急性期、急性期を脱した患者の受け入れ先となる回復期機能病床のうち、亜急性期機能を有する病床の充実が必要です。 ○ 介護型療養病床および看護体制2.5:1の医療型療養病床は、平成29年度末までに、長期療養対応医療提供施設又は病院併設居住スペースへの転換が検討されています。今後、医療必要度の低い療

<p>総合事務所福祉保健局調べ)によれば、療養病床入院患者344人のうち医療区分1該当の入院患者数は52人、うち23人(44%)は退院困難でした。困難の理由として、「年齢が若くて介護保険対象外」、「高齢独居等で在宅復帰困難」、「医療必要度が不安定」等があげられています。</p> <p>○ また、経済的な理由から特定施設等の利用が困難な者もいます。</p> <p>4) 流入・流出の状況について</p> <p>○ 区域内は高度急性期、急性期、回復期の患者については区域外からの流入が多いですが、人工呼吸器の装着等、医療必要度が高く長期療養が必要な慢性期患者の療養先が不足しており、区域外(松江市や鳥取市)に流出しています。</p> <p>5) 中山間地の状況について</p> <p>○ 中山間地の高齢化が進行しており、平成27年の高齢化率は日野郡47.4%、西伯郡35.7%となっています。80代以上の独居高齢者世帯や老々介護世帯が増加し、在宅療養の困難な患者が増えています。</p> <p>○ 日南病院では訪問診療を行い、空床を確保して病状悪化に備えています。日野病院では2カ所の診療所を設置運営し、集落へ出向いて訪問診療や健康相談を実施しています。西伯病院では、精神科救急病院、認知症疾患センターとして機能しつつ、訪問診療も実施し、町内診療所との連携を図っています。江府町、大山町では町営診療所、伯耆町では町内の病院・診療所と連携しています。</p> <p>○ 中山間地では在宅医療・介護の連携が特に重要で、地域包括支援センターと医療機関が一体となって地域包括ケア体制を構築しています。</p> <p>イ 在宅療養の状況</p> <p>1) 在宅医療と医療連携の状況について</p> <p>○ 区域内では脳卒中・がん・糖尿病・急性冠症候群、大腿骨頸部骨折の地域連携パスを運用中であり、2地域医療支援病院や西部地区医療連携協議会等で病々・病診連携が進められています。</p> <p>○ 平成23～27年度に西部医師会在宅医療推</p>	<p>養病床入院患者で退院困難な者について、療養先の検討が必要となります。また、経済的に困窮している患者の療養先の検討も必要です。</p> <p>○ 医療必要度の高い長期療養患者の療養先の検討が必要です。</p> <p>○ また、医療必要度の高い長期療養患者の在宅療養に当たっては、在宅看護・介護サービスとの連携が特に重要であり、病院の連携室とケアマネジャー、専門医とかかりつけ医、市町村・地域包括支援センターの連携が重要です。</p> <p>○ 中山間地の病院における病床稼働率は低いものの、季節的な差が大きいです。また、高齢化の進んだ地域では、空床を確保して在宅療養患者を支えることが特に重要であり、市部以上にきめ細かい在宅医療・介護の連携が必要です。</p> <p>○ 医療・介護の人材募集に応じる者が多くないため、郡部の医療と介護を支える人材の確保が大きな課題です。</p> <p>○ 更なる高齢化の進行に備え、医療機関、介護サービス事業所、地域包括支援センター、市町村、県等の一層の連携が必要です。</p> <p>○ 在宅医療・介護の連携を域内で推進、調</p>
--	--

進委員会では在宅医療が推進され、平成23年度の同医師会の調査によれば、内科・外科を標榜している開業医の76%が訪問診療を実施していました。在宅療養支援診療所は、平成27年度には29カ所となっています。

- 平成24～27年度、4医療機関で在宅医療連携拠点事業が実施され、連携が推進されました。
- 区域内の5病院で地域包括ケア病床を整備し、在宅医療の後方支援を行っています。
- 区域内には2病院に認知症疾患センター、1病院に基幹型認知症疾患センターが設置され、連携して病診連携・医療介護連携に対応しています。
- 平成27年度に「西部医師会在宅主治医・連携医調整室」と「西部歯科医師会地域歯科医療連携室」が設置され、連携が強化されました。
- 訪問看護ステーションは、平成27年4月現在で区域内に22箇所設置されています。平成27年度から鳥取大学医学部附属病院において「在宅医療推進のための看護師育成支援事業」が実施され、在宅志向看護師教育と訪問看護能力の強化が図られています。
- 平成26年に10大死因で亡くなった域内の住民2,237人の死亡場所は、病院と診療所で66%、施設で17%、自宅で13%でした。病院は減少傾向、自宅は横ばいで、施設で亡くなる方が増加しています。

2) 医療介護連携と地域包括ケアの状況について

- 平成26～37(2014～2025)年度に要介護認定数は19.2%(2,761人)増加し、要介護4・5は各7.7%、4.2%(148人、74人)増加する見込みです。
- 介護保険サービスでは、東部・中部に比べて訪問看護、訪問リハ、老人保健施設等の医療系サービス、特定施設(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等)の居住系サービスが充実しています。
- 区域内市町村の第6期介護保険事業計画(平成27～29年度)では、特別養護老人ホーム(広域型)や介護老人保健施設等の整備予定はなく、認知症高齢者グループホーム64人分、特別養護老人ホーム(地域密着型)29人分が整備予定となっています。
- 平成37年(2025年)に向け県全体で必要な介護職員(介護職員・看護職員・ケアマ

整する在宅医療・介護連携拠点が必要です。

- 訪問看護ステーションの多くは小規模で経営が大変であり、訪問看護を必要とする者に適切にサービスを提供できるような経営基盤のしっかりした規模の大きな看護ステーションの設置や、中山間地における訪問看護の充実が課題となっています。

- 医療必要度の高い患者への対応のため、在宅医療・介護のマンパワーの充実、技術の向上による看取り体制の充実に加え、施設における看取り体制の充実も必要となっています。
- 平成37年(2025年)に向けて要介護認定者の増加が見込まれています。このため、今後は入院患者の退院に伴う療養先の確保も視野に入れ、受け皿となる介護保険施設等の充実や、在宅における医療・介護サービスの充実と連携が一層重要となっています。
- 病院の連携室と地域包括支援センター・居宅介護支援事業所ケアマネジャーとの連携の充実も重要である。
- 医療在宅介護連携推進事業は、今後市町村において平成30年度までに実施さ

ネジャー等)は3,523人と見込まれています。

- 区域内では、平成12年から継続開催されている「西部在宅ケア研究会」等により多職種連携が推進されています。平成27年度は「医療介護連携調整実証事業」により、入退院時におけるケアマネジャーと医療機関との連携の推進を図りました。
- 区域内の市町村では、高齢者の介護予防・日常生活支援総合事業を平成27年度から2町で、平成28年度から6市町村で、平成29年度から1町で開始されます。

3) 住民意識の状況について

- 高齢者世帯や独居や日中独居の世帯が増加し、家族の介護力が低下しています。
- 在宅医療出前講座に参加した住民には、在宅療養を希望する者が多いです。
- 平成22年厚生労働省調査によれば、介護が必要になった場合、本人の希望する療養場所は、3割が自宅、5割は家族に依存せず生活できるサービスがあれば自宅でした。
- 西部地域における住民の介護場所等の意向調査が平成20年度に南部町、伯耆町、日吉津村と大山町で行われました。

ウ 医療従事者の状況について

- 地域医療を支える医療従事者が年々増加しているものの、医療需要の増加に対する十分な配置は得られていないのが現状である。

【医師】

- 病院の医師数に関する調査結果をみると、西部管内の充足率は他区域と比較して高く、鳥取大学医学部附属病院94.9%、鳥取大学医学部附属病院を除く19病院86.5%(東部77.9%、中部72.7%)となっています。しかし、前年より医師数は増加しているものの、必要数が増えたため、充足率としては低下しています。

【看護師】

- 各区域で年々従事者数が増加し、特に病院、介護保険施設等の増加率が高くなっていますが、需要と供給の差をみると全県で238人の不足がみられます。
- 訪問看護ステーションに勤務する看護師数の不足数は全県181人で年々増加しています。西部区域の訪問看護師数は、平成24年は77人、平成26年は121人で、東部中

れることとなっており、医療機関等でこれまでモデル実施された状況を踏まえ、地域に応じた対策の検討推進が必要です。

- 後期高齢者の増加に伴い、認知症のある者とその家族が安心してくらせる地域づくりがますます重要となっています。
- 高齢化の進展に伴って介護必要量も増加することが見込まれており、介護従事者の確保と育成も大きな課題です。

- 人生の最終段階も含めて在宅療養の推進に当たっては、住民と家族が在宅療養を理解して希望意向を示すことが必要ですが、西部地区における住民の意向は平成20年度以降把握されていません。
- 住民と家族が将来の医療・介護のあり方を考え、人生の最終段階における療養を考えるためには、受けられる支援等の情報提供が必要であり、今後十分な周知が必要です。

- 人口の高齢化に伴い、地域医療を支える医療従事者の確保は喫緊の課題となっています。医療の高度化や在宅医療の進展に伴い、新しい技術の取得も必要となっており、医師、看護師、薬剤師、理学療法士等全ての職種において研修等の人材育成も重要な課題です。

- 医療従事者が疲弊しないよう、医療クラークや看護助手等、支援者の確保養成も必要です。

- 平成29年4月からは新たな専門医制度が始まる予定であり、専門医の取得を目指す医師は、基幹病院である鳥取大学医学部附属病院を中心として地域の医療機関を回ることとなります。総合診療専門医と臓器別専門医の比率をどうするかが課題となっています。

- リハビリテーションは、急性期リハビリの強化に加え、高齢者の地域療養移行にあたる効果的なりハビリ、療養患者の身体機能の維持向上・介護予防のための口

<p>部と比較すると増加率は高い状況です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成27年6月1日現在で不足している病院の看護職員数は、全県で197人であり、西部区域の不足数は44人、不足している病院は13病院でした。 <p>【薬剤師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 薬剤師の需要状況調査では、平成26年10月1日現在で全県で230人不足しています（病院・薬局合わせて早急な必要数107人、将来的不足数123人）。うち西部区域では93人が不足しています。 ○ 特に病院での不足数が前年調査時より増加しています。（全県55人⇒81人） <p>【理学療法士等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理学療法士等配置数は全県で1,220人であり、うち西部区域は625人です。西部の充足率は3職種とも90%を超え、平均93%の充足率です。 ○ 今後の採用予定数は平成27年度から30年度までの4年間で173人であり、うち、西部区域は理学療法士27人、作業療法士24人、言語聴覚士14人となっており、退職補充必要数より増員予定数が多くなっています。 	<p>腔運動機能向上など地域ケアに従事する理学療法士等の重要性が一層増加するため、今後、在宅で活躍する視点を持った理学療法士等の確保・育成が必要です。</p>
--	---

(2) 目指すべき方向性（ビジョン）

西部区域の住民が必要な時に適切な医療を受けることができ、急性期を脱した後は医療機関同士の密接な連携の下、回復期、慢性期の医療を受け、希望に応じて早期に住み慣れた地域での療養生活に移行できるよう在宅医療と医療介護の連携の充実を進めます。

これを実現するためには、医療の機能分化と連携、在宅医療の更なる推進、医療・介護を支える人材の確保と育成、及び住民の健康づくりと介護予防、在宅医療と地域支援に関する住民の理解の促進が必要です。

(3) 目指すべき医療提供体制及び実現のための施策

【病床の機能分化・連携】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度急性期、急性期の病床に対する区域内外からの住民の期待に答えるべく、機能の維持向上が必要です。 ○ 参考推計値に比べて高度急性期、急性期の病床数が多いため、必要な機能は残しつつ、住み慣れた地域での療養を希望する住民が円滑に地域へ移行できるよう、回復期機能病床のうち亜急性期に対応できる病床の増加が必要です。 ○ 慢性期のうち、難病等で医療必要度の高い患者が区域外へ流出しているため、区域内にも医療必要度の高い患者の長期療養に対応した 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 先端医療に係る機器整備と病々連携の継続を進めます。 ○ 各医療機関における将来構想検討に当たり、区域全体の病床の状況把握と意見交換できるよう、地域医療構想調整会議等を継続的に開催します。 ○ 療養病床の長期療養に対応した医療提供施設への転換に当たっては、難病等医療必要度の高い患者の療養機能も含めて検討します。 ○ 施設及び在宅における医療必要度の高い患者の受け入れのための技術研修

医療提供施設が必要です。	等、受け入れ体制の整備を進めます。 ○ 西部区域の限りある慢性期等の病床が効果的に活用できるよう住民への啓発を進めます。
--------------	---

【在宅医療・介護の推進】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢化の進行が予測される中、医療機関、介護サービス事業所、地域包括支援センター、市町村、県等の一層の連携が必要です。 ○ 在宅医療と医療介護連携を区域内で推進、調整する在宅医療連携拠点が必要です。 ○ 在宅療養を希望する者が安心して療養を続けるため、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの強化により、24時間支援を受けられる体制が必要ですが、住民への周知不足や小規模であることも影響し、活用が不十分な状況です。 ○ 在宅療養の推進に当たって住民の理解と家族への支援が欠かせませんが、周知や住民意向の把握が不十分な状況であることから、在宅療養に当たって各事業所で使えるサービスについても今後十分な周知が必要です。 ○ 医療必要度の高い患者について、在宅療養体制の充実が必要です。また、家庭介護力が低い場合、特定施設等における療養や看取り体制の充実も必要です。 ○ 後期高齢者の増加に伴い、認知症のある者とその家族が安心して暮らせる地域づくりが重要です。 ○ 介護保険サービスだけでなく介護予防と地域で支える体制づくりが必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 西部医師会が中心となり、平成27年度まで在宅医療連携拠点事業を行ってきた4医療機関、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村、県等の関係機関が協力して在宅医療のための連携を推進します。 ○ 診療所医師も高齢化し、在宅療養支援診療所数増加も困難ですが、かかりつけ患者の訪問診療を行っている医師は多く、患者や家族が在宅療養希望を申し出ることができるよう支援が必要であることから、必要に応じて診療所同士の相互支援体制を活用します。 ○ 訪問看護についての住民への周知や、連携強化による夜間訪問、規模拡大、も含めて訪問看護ステーション間の意見交換の場の設定を検討します。 ○ 住民が在宅療養をイメージできるよう周知し、住民意識の把握も必要であることから、在宅医療連携拠点事業で作成されたコズミックリンク「医療連携ガイド」や西部医師会作成「もしもの時のあんしん手帳」等の活用を推進します。 ○ 医療必要度の高い高齢者に対する特定施設等における対応状況の把握を検討します。 ○ 認知症地域支援推進員の充実、オレンジカフェ等による介護者の支援と居場所づくりを推進します。 ○ 医療・介護に伴う負担軽減のため、住民の生涯を通じた健康づくりと自助・互助の推進、市町村による高齢者の介護予防・日常生活支援総合事業の活用による介護予防と地域づくりを推進します。

【医療従事者の確保・養成】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療所医師の高齢化と勤務医の多忙な状況を踏まえ、高度急性期、急性期、回復期・慢性期の医療を今後も継続的に提供するためには、各科専門医やかかりつけ医等医師の確保と負担の軽減が必要です。 ○ 看護師が不足しており、増加する高齢患者に対応できるよう、病院や施設の勤務看護師及び訪問看護師の確保、育成が必要です。 ○ 急性期リハビリテーションの強化に加え、高齢者の地域療養移行にあたる効果的なりハビリ、療養患者の身体機能の維持向上・介護予防のための口腔機能向上など地域ケアに従事する理学療法士等の重要性が一層増加するため、今後、在宅で活躍する視点を持った理学療法士等の確保・育成が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 鳥取大学医学部在学中における地域医療現場の体験、魅力ある卒後研修等の提供により、区域内での卒後研修医の増加を図ります。 ○ 病院医師や看護師の業務を支援する医療クラークや看護助手の継続確保を進めます。また、人材確保に当たり、キャリアアップによるモチベーションの向上策を検討します。 ○ 退職後の再雇用等、多様な働き方のできる仕組みを検討します。 ○ 看護学生時代から地域の医療・介護の現状を伝えることにより、医療・介護連携の重要性を理解した看護師を育成します。 ○ 慢性期機能を有する病院に勤務する看護師のモチベーションが維持できる施策やスキルアップ、勤務状況の改善について検討します。 ○ 急性期リハビリテーションの強化、高齢者の地域療養移行にあたる効果的なりハビリ、地域療養患者の機能維持向上、住民の介護予防強化等に十分対応できるよう、理学療法士等の継続確保を図ります。

第6章 病床機能報告の結果

1 病床機能報告制度について

(1) 病床機能報告制度の目的

○病床機能報告制度とは、医療法第30条の13に基づき、平成26年度から始まった制度であり、医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で都道府県に毎年度報告することにより、医療機関の自主的な取組を進めることを目的としています。

【医療法（抜粋）】

第30条の13 病院又は診療所であって一般病床又は療養病床を有するもの（以下「病床機能報告対象病院等」という。）の管理者は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病床機能報告対象病院等の病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（以下「病床の機能区分」という。）に従い、次に掲げる事項を当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

- (1) 厚生労働省令で定める日（次号において「基準日」^(注)という。）における病床の機能（以下「基準日病床機能」という。）
- (2) 基準日から厚生労働省令で定める期間が経過した日における病床の機能の予定（以下「基準日後病床機能」という。）
- (3) 当該病床機能報告対象病院等に入院する患者に提供する医療の内容
- (4) その他厚生労働省令で定める事項

(注) 基準日は、毎年度の7月1日。

○都道府県は、報告された事項を公表しなければならないこととされており、報告された情報を広く公表することで、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の推進に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むよう促すとともに、患者や住民が自身に合った適切な医療機関を受診し、地域の医師が患者を適切な医療機関へ紹介できるような環境の整備を進めていきます。

(2) 病床機能報告制度の公表の仕方

○病床機能報告制度においては、医療機関が、その有する病床について、

- ・担っている病床の機能（現在、将来）
- ・構造設備、人員配置等に関する項目
- ・具体的な医療の内容に関する項目

を報告することとなっています。

また、報告内容のうち、「担っている病床の機能（現在、将来）」については、医療機能別に現在の病床数を報告するだけでなく、6年後及び2025年の将来の病床の推計値も報告されます。

なお、報告される病床数は、医療機関の自主選択によります。

＜病床機能報告における医療機能の定義＞

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p style="margin-left: 20px;">※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例</p> <p style="margin-left: 40px;">救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</p>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 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
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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たリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ● 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、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

○医療機関からの報告内容は、鳥取県のホームページの「とりネット」に掲載し、公表していきます。

（3）地域医療構想調整会議での情報活用

○地域医療構想調整会議では、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、構想区域単位での必要な調整を行うこととなりますが、そのために必要な情報として、病床機能報告制度で報告された情報を活用する予定です。

2 病床機能報告の結果

(1) 平成26年度報告の結果

①平成26年7月1日現在の医療機能別病床数（医療機関の自主選択）

二次保健医療圏		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等
東部	鳥取市、岩美郡、八頭郡	2,681	775	813	235	858	0
中部	倉吉市、東伯郡	1,294	301	411	228	355	19
西部	米子市、境港市、西伯郡、日野郡	3,034	678	1,438	312	606	0
合 計		7,009	1,754	2,662	775	1,799	19

(2) 平成27年度報告の結果

①平成27年7月1日現在の医療機能別病床数（医療機関の自主選択）

二次保健医療圏		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等
東部	鳥取市、岩美郡、八頭郡	2,708	405	1,147	229	927	0
中部	倉吉市、東伯郡	1,312	106	601	330	275	0
西部	米子市、境港市、西伯郡、日野郡	2,944	665	1,347	333	581	18
合 計		6,964	1,176	3,095	892	1,783	18

②平成33年7月1日時点の医療機能別病床数（医療機関の自主選択）

二次保健医療圏		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等
東部	鳥取市、岩美郡、八頭郡	2,708	489	999	293	927	0
中部	倉吉市、東伯郡	1,312	106	557	374	275	0
西部	米子市、境港市、西伯郡、日野郡	2,944	665	1,210	462	553	54
合 計		6,964	1,260	2,766	1,129	1,755	54

