

別 冊

福祉生活病院常任委員会資料

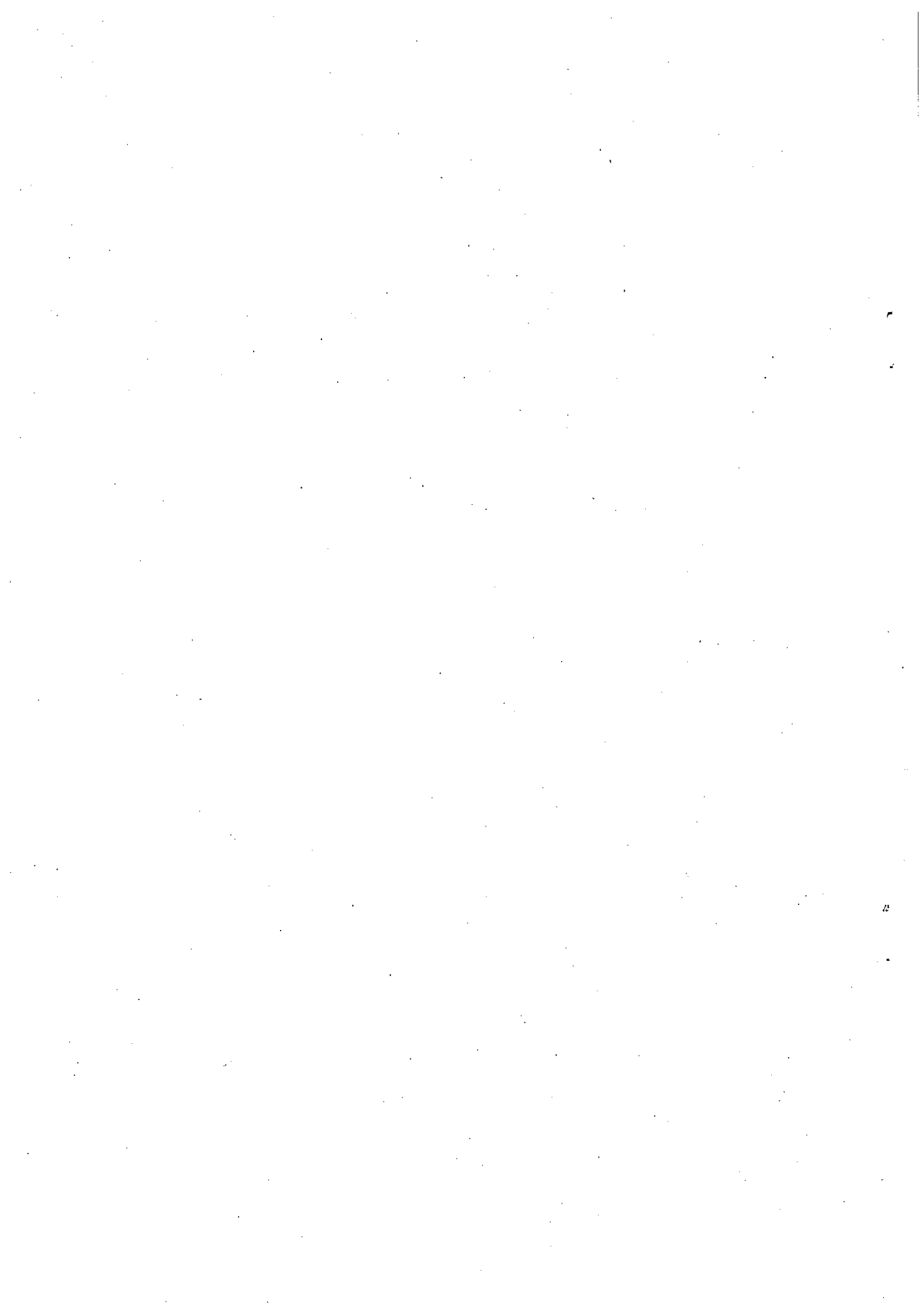
(平成28年12月15日)

【 件 名 】

1 鳥取県地域医療構想の策定について

(医療政策課)・・・1

福 祉 保 健 部



厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」により平成27年度から策定作業を進めてきた「鳥取県地域医療構想」がまとまりましたので、報告します。

1 構想の目指す方向

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し、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。

本県でも65歳以上の高齢者人口が3割近くに達していることから、地域の実情や患者のニーズに応じ、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至る一連のサービスが切れ目なく提供される体制の確保を進めることで、「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」を目指します。

2 構想の概要

構成	概要
第1章 基本的事項（「鳥取県地域医療構想」とは？）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想策定の趣旨 ・医療法及び保健医療計画上の地域医療構想の位置付け ・将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた取組（概要版） ・地域医療構想の推進体制 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・鳥取県の少子高齢化の状況、将来人口の推計 ・入院患者等の受療動向・介護サービスの受給者の状況 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推計 ・「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 ※2016年4月：7,152床⇒2025年の国の推計値：5,896床（参考値として位置づけ） ※少なくとも約1,000人/日から最大約2,300人/日程度までの自宅での療養患者の増加に備えた体制整備は必要と見込まれる。 ・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（平成24年にとりまとめた参考資料）
第4章 2025年のあるべき医療提供体制の実現に向けて	<ul style="list-style-type: none"> ・目指すべき医療提供体制の方向性、実現のための施策 ※病床の機能の分化及び連携の推進、在宅医療・介護の推進、医療従事者等の養成・確保を柱とした取組（回復期・地域包括ケア病棟への転換等に伴う施設設備整備、訪問看護師の養成・確保等）を推進
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	<ul style="list-style-type: none"> ・東部、中部、西部毎の現状・課題、施策 ※共通の施策 訪問看護（ステーション）の充実、住民への周知 かかりつけ医、専門医、医療機関等の連携、役割分担、相互支援の推進 等
第6章 病床機能報告の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・病床機能報告制度の説明、平成26年度及び平成27年度の報告結果

3 構想策定の経緯

- 平成26年6月 地域医療構想の策定に係る医療法改正を含めた医療介護総合確保推進法の成立・公布
- 平成27年3月 厚生労働省が地域医療構想策定ガイドラインを作成し、各都道府県へ発出
- 平成27年5月～ 医療審議会、地域医療対策協議会、東・中・西部の地域医療構想調整会議で地域医療構想案について協議（審議）
 ※県議会でも、平成27年6月議会以降、毎回地域医療構想関係の質問があった。
- 平成28年7月～8月 地域医療構想案のパブリックコメントの実施（約1か月間）
 ※並行して、構想案に関する説明会、電子アンケートも実施。
- 平成28年9月 医療審議会、地域医療対策協議会での地域医療構想の最終案の協議（⇒承認）
- 平成28年11月 医療審議会、地域医療対策協議会での地域医療構想案の一部修正の報告
 ※地域医療構想を取り上げた医療審議会、地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議は延べ30回開催。
- 平成28年12月 本県の地域医療構想の策定

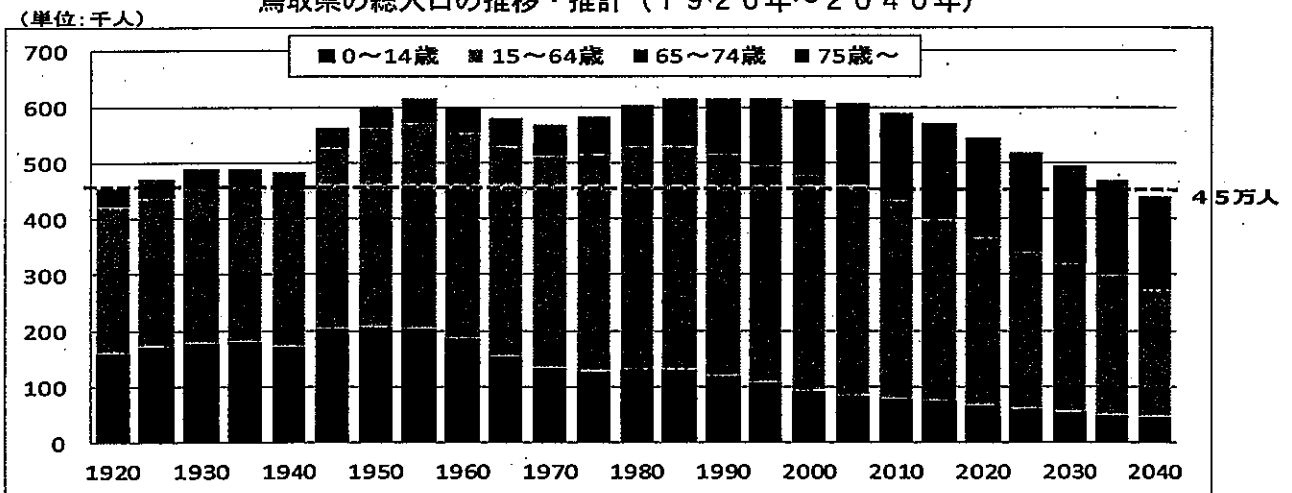
鳥取県地域医療構想（概要版）

～「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」～

「鳥取県地域医療構想」とは？

- 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割近くに達しており、全国平均よりも早く高齢化が進行しています。また、平成52年（2040年）には人口が45万人を下回り、高齢者人口も4割近くとなる推計もあり、その対策は非常に重要となっています。このことから、本県では、地域の実情や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。

鳥取県の総人口の推移・推計（1920年～2040年）



- 「鳥取県地域医療構想」は医療法に基づき策定したものであり、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られています。
- また、医療需要の推計や分析、将来の医療提供体制のあり方などを検討する地域の単位となる「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。

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

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、医薬品等の適正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）

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
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------



将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて

1 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「医療従事者等の養成・確保」を柱として以下の取組を進めます。

全県的な取組(主なもの)

病床の機能の分化及び連携の推進

- 医療機関の機能分担、患者の地域移行
 - 回復期、地域包括ケア病棟への転換等に伴う施設設備の整備
 - 地域医療構想調整会議等における医療機関の機能分担、連携の検討・調整
 - 救急医療体制の充実・機能分化のためのドクターヘリの導入 など
- ICTを活用した医療連携
 - 医療機関同士の患者情報の共有のためのネットワークシステムの整備・充実
 - 訪問看護等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の構築・整備 など

在宅医療・介護の推進

- 在宅医療、在宅歯科医療の連携拠点活動
 - 医師会、歯科医師会を拠点とした在宅医療、在宅歯科医療の提供のための連携活動の実施
- 訪問看護の充実
 - 新卒看護師の訪問看護師育成のプログラムの作成、訪問看護師養成研修の参加支援、訪問看護の同行訪問への支援などによる訪問看護師の養成・確保
 - 中山間地の訪問看護ステーションのサテライト設置
 - 訪問看護等の相談のコールセンターの運営 など
- 多職種連携、在宅医療の人材育成
 - 通院が困難な在宅患者を訪問して薬学的管理指導を行う薬局を対象とした研修の実施
 - リハビリスタッフ等在宅医療の人材育成基盤整備のための研修の実施 など
- 医療・介護連携の推進
 - 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などを通じた居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの連携の推進
 - 退院支援ルールの策定、運用等を通じた高齢者の入退院時の円滑な情報伝達
 - 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を提供するための体制整備 など

医療従事者等の養成・確保

- 医師、看護職員等の養成・確保
 - 鳥取県地域医療支援センターの運営
 - 奨学金、修学資金の貸付け
 - 新人看護職員研修、看護職員実習指導者養成講習会の開催
 - 介護の仕事のイメージアップを含めた総合的な介護人材確保対策の推進
 - 病院内保育所の運営 など
- 医療従事者の勤務環境の改善
 - 勤務環境改善支援センターの運営
 - 医師事務作業補助者、看護師事務作業代行職員の配置 など

構想区域での取組(主なもの)

<東部>

- 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能分化の推進
- 1市4町と東部医師会による「東部医師会在宅医療介護連携室」を中心とした医療・介護連携の推進 など

<中部>

- 五大がんについて身近な場所で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
- 市町の地域ケア会議や多職種が一堂に会する場(「地域づくりしよいやの会」など)を活用した顔の見える関係づくり など

<西部>

- 難病等医療必要度の高い慢性期患者の療養体制の充実
- 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

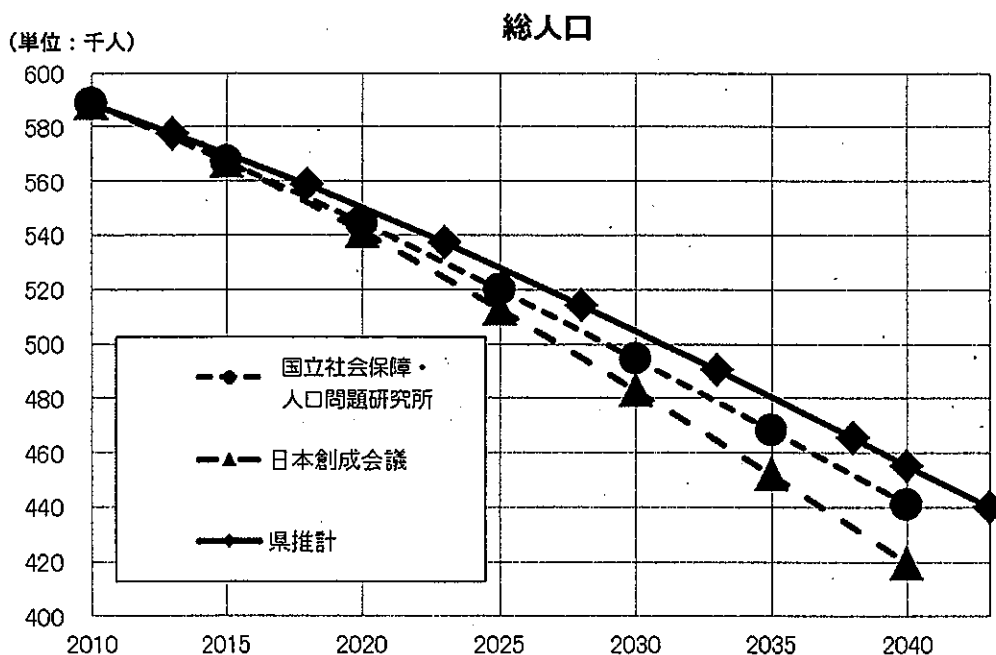
2 地域医療構想の推進体制

- 「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。
- 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。

本県の人口・医療需要と将来の病床数の推計

1 鳥取県の将来人口の推計

- 国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、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が、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。

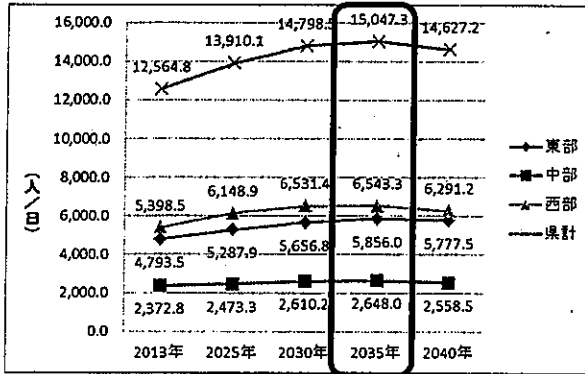


- さらに、本県では、「鳥取元気づくり総合戦略」を策定し、「移り住みたい」鳥取県を目指してアクティブシニア（元気な高齢者）移住の受け皿となるCCRC（生涯活躍のまち）の実現に向けた施策を進めており、将来の医療提供体制の構築には、こういった取組の効果も考慮していく必要があります。

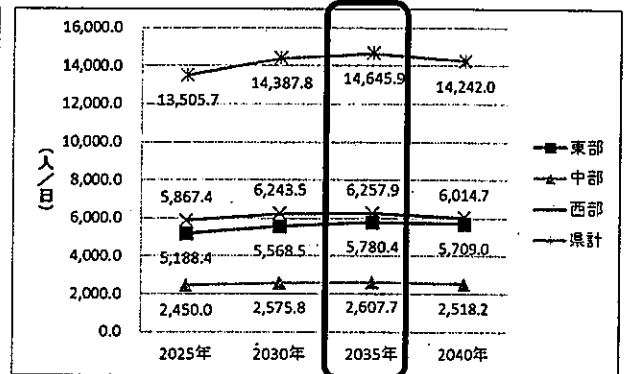
2 県内の医療需要の将来推計

○将来の医療需要及び病床数を推計するために厚生労働省から提供された「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（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）を必要とする患者の1日当たりの数）は増加する傾向にあります。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。

〔医療機関所在地ベース〕



〔患者住所地ベース〕



（注）上記の「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。）の数の推移の推計であり、「患者住所地ベース」の推計は、県内に住所地のある患者数の推移の推計です。

3 「必要病床数等推計ツール」による本県の2025年の医療需要及び病床数の推計

○本県の医療需要のピークは平成47年（2035年）頃と推計されるものの、地域医療構想では、平成37年（2025年）の医療需要を推計し、それに基づく将来の病床数を算出することとなっています。「必要病床数等推計ツール」により推計される本県の平成37年（2025年）の医療需要と病床数は以下のとおりで、次ページの理由により参考値として扱います。

構想区域	医療機能	医療需要の推計値 (単位: 人/日)	
		平成25年 (2013年)	平成37年 (2025年)
東部	高度急性期	158.2	163.1
	急性期	547.3	577.0
	回復期	582.3	629.1
	慢性期	705.2	539.0
	小計	1,993.0	1,908.1
	在宅医療等	2,800.5	3,379.8
計(小計+在宅医療等)		4,793.5	5,287.9
中部	高度急性期	62.1	61.8
	急性期	308.9	313.5
	回復期	392.9	403.5
	慢性期	231.4	205.5
	小計	995.3	984.3
	在宅医療等	1,377.5	1,489.0
計(小計+在宅医療等)		2,372.8	2,473.3
西部	高度急性期	214.9	211.1
	急性期	645.7	684.0
	回復期	812.2	890.0
	慢性期	326.2	319.1
	小計	1,999.1	2,104.2
	在宅医療等	3,399.4	4,044.6
計(小計+在宅医療等)		5,398.5	6,148.9
県計	高度急性期	435.2	436.1
	急性期	1,501.9	1,574.4
	回復期	1,787.5	1,922.6
	慢性期	1,262.9	1,063.6
	小計	4,987.4	4,996.7
	在宅医療等	7,577.4	8,913.4
計(小計+在宅医療等)		12,564.8	13,910.1

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

（注）上記の推計では、医療機能は患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）により区分されています。例えば、高度急性期の患者は、1日当たりの医療資源投入量が3,000点以上の患者です。

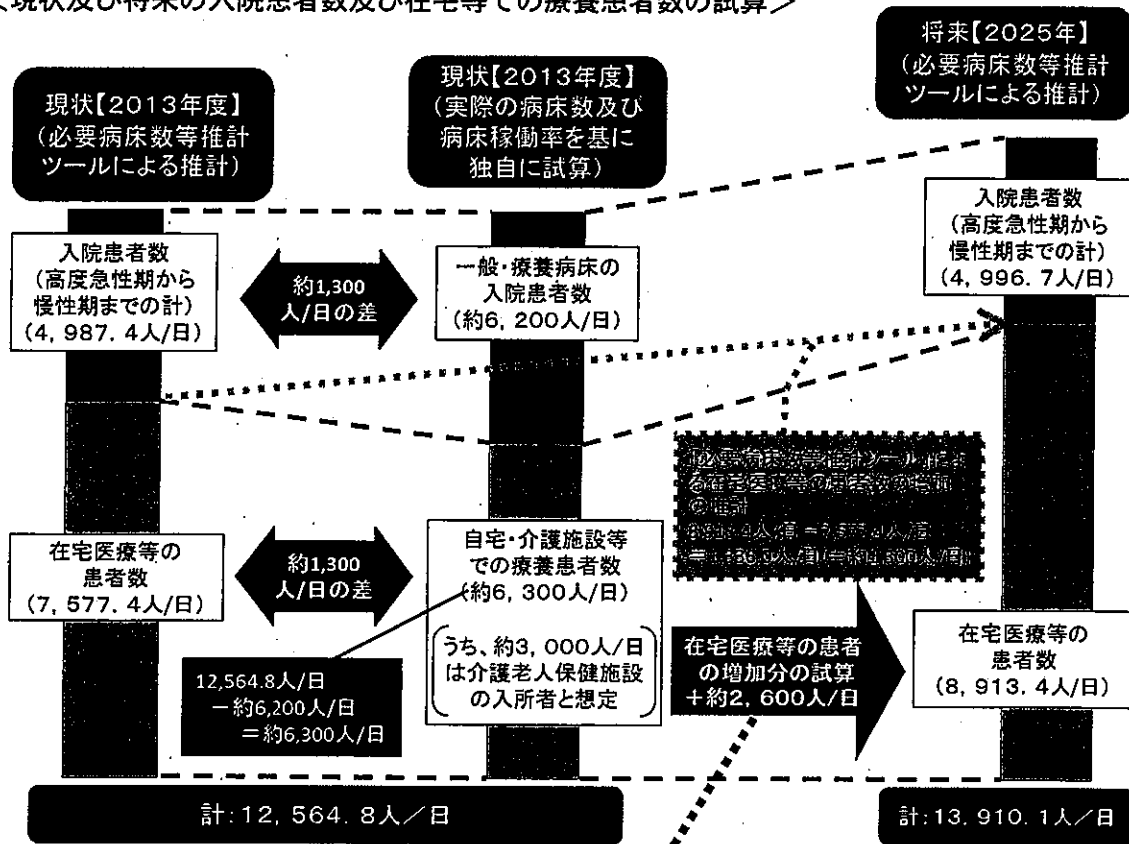
将来の病床数の推計値の取扱いについて

- 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て医療需要、将来の病床数を推計しています。
- 「必要病床数等推計ツール」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、全国で統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おらず、さらに、推計に用いる将来推計人口も各県の裁量が認められず、「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を反映することはできません。
- このため、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、医療機関の病床の機能の分化及び連携に向けた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ることから、本県の地域医療構想では、同ツールにより算出される将来の病床数の推計値を「国が示す参考値」として扱うこととしています。
- 一方で、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「病床の機能の分化及び連携」、「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国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。

【参考①】「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

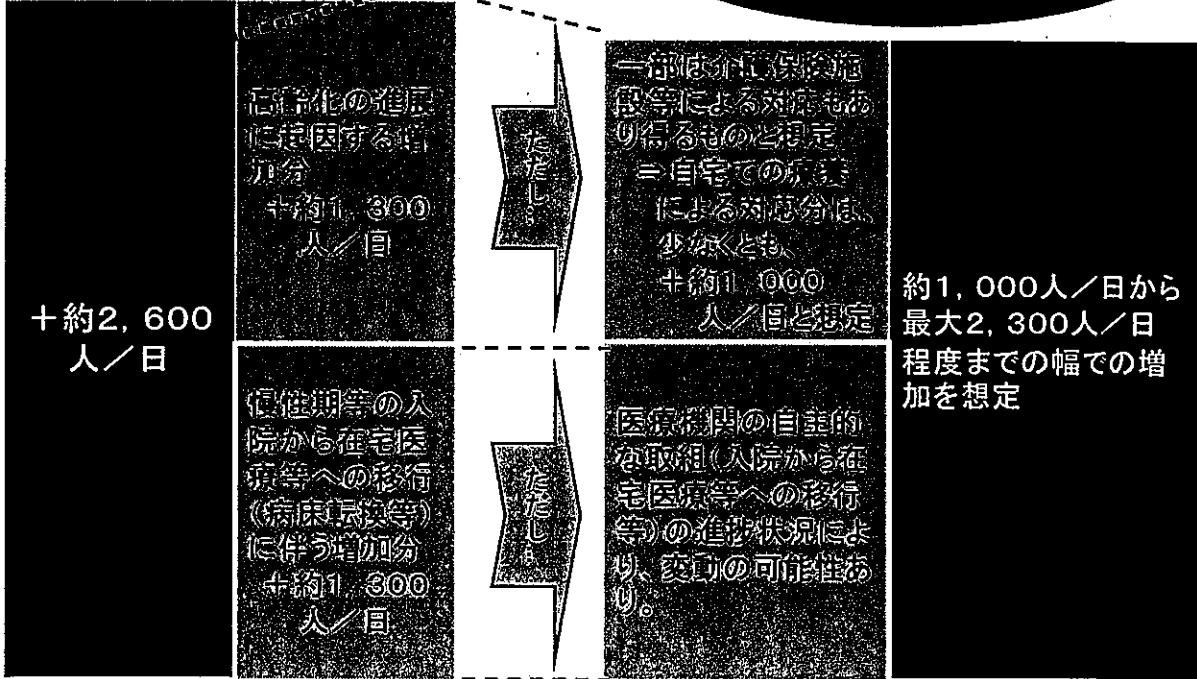
- 「必要病床数等推計ツール」による推計では、前述のとおり、入院患者の一部が在宅医療等の患者と見込まれていることもあり、仮に同ツールによる病床数の推計値を将来（2025年）の病床数の目標値とするのであれば、約2,600人/日の在宅医療等の患者の増加に対応しなければならなくなるものと想定されます。
- 約2,600人/日の増加分のうち、約1,300人/日は高齢化の進展に起因するものと推測され、また、当該増加分の一部は介護保険施設等での対応もあり得るものと想定されることから、自宅での療養については、高齢化に伴い少なくとも約1,000人/日程度の増加に対応できる体制を作ることが必要と考えられます。
- 残りの約1,300人/日が、国の推計どおりに病床数が推移した場合に、当該推移に起因して生じる在宅医療等の患者の増加分ですが、この分については、医療機関の自主的な取組の推進状況により変動する可能性がありますので、将来この分の在宅医療等の患者が発生するか不明です。仮に、現行の病床数が維持されるのであれば、この分の在宅医療等の患者数の増加は発生しません。
- こういった状況を踏まえると、将来（2025年）に向けて、少なくとも約1,000人/日の自宅での療養患者の増加に対応した医療提供体制の整備が必要ですが、更に約1,300人/日程度の増加幅を加えて最大2,300人/日程度までの自宅での療養患者の増加に備えた体制の整備にも配慮が必要と考えられます。
- いずれにせよ、在宅医療等の充実は不可欠であり、本県の将来の医療提供体制の構築は、「必要病床数等推計ツール」で推計される将来の病床数に捉わられるものではありませんが、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、今後増加する在宅医療等の医療需要へ対応していくことが重要と考えられます。

＜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＞



「必要病床数等推計ツール」で推計される将来の病床数が実現する場合の在宅医療等の患者数の増加

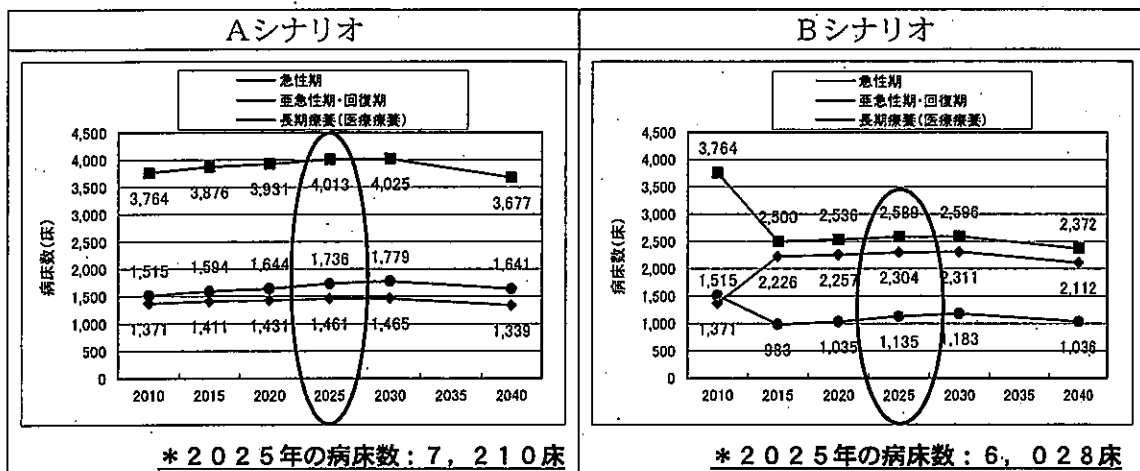
自宅での療養患者数の増加見込み



【参考②】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

- 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。将来予測は以下の2パターンで行っており、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）の病床数は7,210床であり、現在の実際の病床数（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）の病床数は6,028床となっており、国が示す参考値（5,896床）に近いものとなっています。
- 従来の医療提供体制が継続した場合は現在とほぼ同じレベルの病床が必要となりますが（Aシナリオ）、診療報酬の改定などで病床の機能の分化及び連携や在宅療養の整備が進められており、Bシナリオにどの程度近づくのか不透明ですが、Aシナリオの病床数は下回っていくことは想定されます。

①現状投影シナリオ (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



■なお、これらの予測は、本県の医療提供体制の実態を踏まえたものですが、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。

■さらに、地域医療構想に掲載することとされている「将来の病床数の必要量」は、医療法等に基づく算式により算出するものとされていることから、本予測による将来の病床数の推計値は、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。

病床機能報告

1 病床機能報告制度について

- 病床機能報告制度とは、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ものであり、報告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。
- 報告された事項は県のホームページで公表します。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、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年の将来の病床の予定値も報告されます（ただし、2025年の予定値の報告は任意です。）。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>

病床の機能の区分	機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（高度急性期機能に該当するものを除く。）
回復期機能	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADLの向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者（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、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの

（注）上記はあくまで病床機能報告における定義であり、医療需要や必要病床数の推計の際に使用する医療資源投入量を基に分類されている医療機能の区分とは異なりますので、取扱いには注意が必要です。

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日現在の病床の機能別病床数（医療機関の自主選択）

構想区域		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
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	335	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日現在の機能別病床数(医療機関の自主選択)

構想区域		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
東部	鳥取市、 岩美郡、 八頭郡	2,773	405	1,199	229	927	13
中部	倉吉市、 東伯郡	1,331	106	601	330	275	19
西部	米子市、 境港市、 西伯郡、 日野郡	3,048	665	1,395	353	617	18
合計		7,152	1,176	3,195	912	1,819	50

②平成33年7月1日時点の機能別病床数(医療機関の自主選択)

構想区域		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
東部	鳥取市、 岩美郡、 八頭郡	2,773	489	1,058	277	927	22
中部	倉吉市、 東伯郡	1,331	106	557	374	275	19
西部	米子市、 境港市、 西伯郡、 日野郡	3,048	665	1,238	497	589	59
合計		7,152	1,260	2,853	1,148	1,791	100

鳥取県地域医療構想

～「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12月

鳥 取 県

目次

第1章 基本的事項（「鳥取県地域医療構想」とは？）	P. 1
1 地域医療構想策定の趣旨	P. 1
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	P. 2
3 将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた取組	P. 4
4 地域医療構想の推進体制	P. 5
5 地域医療構想の点検及び見直し	P. 5
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	P. 6
1 鳥取県の少子高齢化の状況	P. 6
2 鳥取県の将来人口の推計	P. 11
3 入院患者等の受療動向・介護サービスの受給者の状況	P. 14
4 医療・介護サービスの提供状況	P. 28
第3章 将来の医療需要・病床数の推計	P. 33
1 「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推計	P. 33
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	P. 40
〔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	P. 46
第4章 2025年のあるべき医療提供体制の実現に向けて	P. 50
1 目指すべき医療提供体制の方向性	P. 50
2 実現のための施策	P. 50
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	P. 55
1 東部構想区域	P. 55
2 中部構想区域	P. 61
3 西部構想区域	P. 68
第6章 病床機能報告の結果	P. 75
1 病床機能報告制度について	P. 75
2 病床機能報告の結果	P. 76
資料編	P. 78
1 「必要病床数等推計ツール」による医療需要及び将来の病床数の推計について	P. 79
2 地域医療構想策定に係る各種会議	P. 85
3 鳥取県地域医療構想に関する県民からの意見募集（パブリックコメント）等の状況	P. 92
4 用語解説	P. 93

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、地域の実情や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無く、また過不足無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13第1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

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、医薬品等の適正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、将来における要素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「医療従事者等の養成・確保」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(主なもの)

◎**医療機関の機能分化、患者の地域移行**

- 回復期、重症包括ケア施設への転送等に併う療養設備の整備
- 急性期医療と回復期医療における役割分担の明確化、連携の強化、医療
- 急性期医療の充実、機能分化のためのドクターヘリの導入 など

◎**ICTを活用した医療連携**

- 医療機関間の患者情報の共有のためのネットワークシステムの整備・充実
- 患者ごと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の構築、普及 など

◎**在宅医療、在宅療養医療の拠り所を創出**

- 医師会、薬剤師会を拠点として在宅医療、在宅療養医療の提供のための拠り所を創出

◎**情報利便の充実**

- 高齢者向けの簡易看聴器のプログラムの充実、簡易看聴器の普及の促進
- 高齢者の簡易看聴器の普及促進による高齢者の生活の質の向上
- 高齢者向けの簡易看聴器の普及促進の推進 など

◎**在宅医療、在宅療養の人的確保**

- 在宅医療、在宅療養の提供に必要となる人材の確保に向けた取組
- 在宅医療、在宅療養の提供に必要となる人材の確保に向けた取組

◎**医療・介護連携の推進**

- 医療機関、介護施設の連携、在宅医療、在宅療養に必要となる連携の強化
- 連携を促進するための取組、連携を促進するための取組
- 在宅医療、在宅療養の提供に必要となる人材の確保に向けた取組

◎**医療・介護人材の養成・確保**

- 医療・介護人材養成センターの設置
- 奨学金、修業資金の貸付制
- 新人看護師育成、看護職員実習指導者養成協会の開催
- 介護の仕方のイターンアップを含めた総合的な介護人材確保施策の推進
- 病院内研修所の設置 など

◎**医療従事者の働き環境の改善**

- 病院内研修センターの設置
- 医師・看護師補助者、看護職員等に対する研修の充実 など

東部

◎**東部**

- ◎ 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能分化の推進
- ◎ 1市4町と東部医師会による「東部医師会在宅医療介護連携室」を中心とした医療・介護連携の推進 など

◎**中部**

- ◎ 五大がんについて身近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
- ◎ 市町の地域ケア会議や多職種が一堂に会する場(「地域づくりしよいの会」など)を活用した顔の見える関係づくり など

◎**西部**

- ◎ 難病等医療必要度の高い慢性期患者の療養体制の充実
- ◎ 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、病床の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等の養成・確保に努めることとし、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章を参照。）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、精査を行った結果、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。

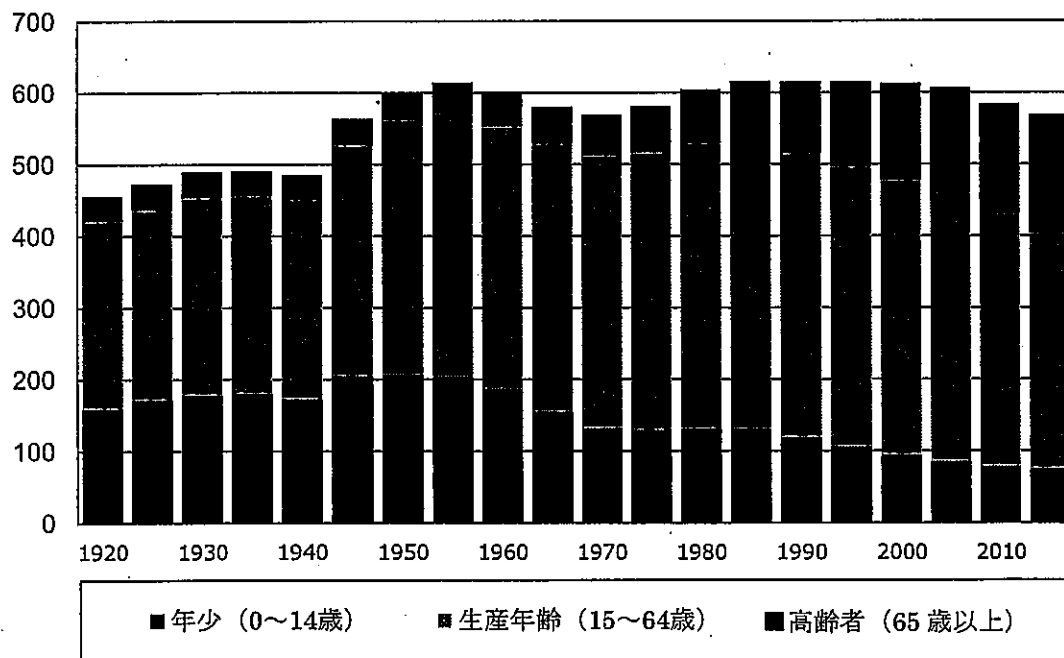
○その後は人口減少局面となり、平成14年（2002年）年以降は、自然動態・社会動態ともにマイナスの状態が続き、平成26年（2014年）の総人口はピーク時に比べ約93%まで減少しました。

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）>

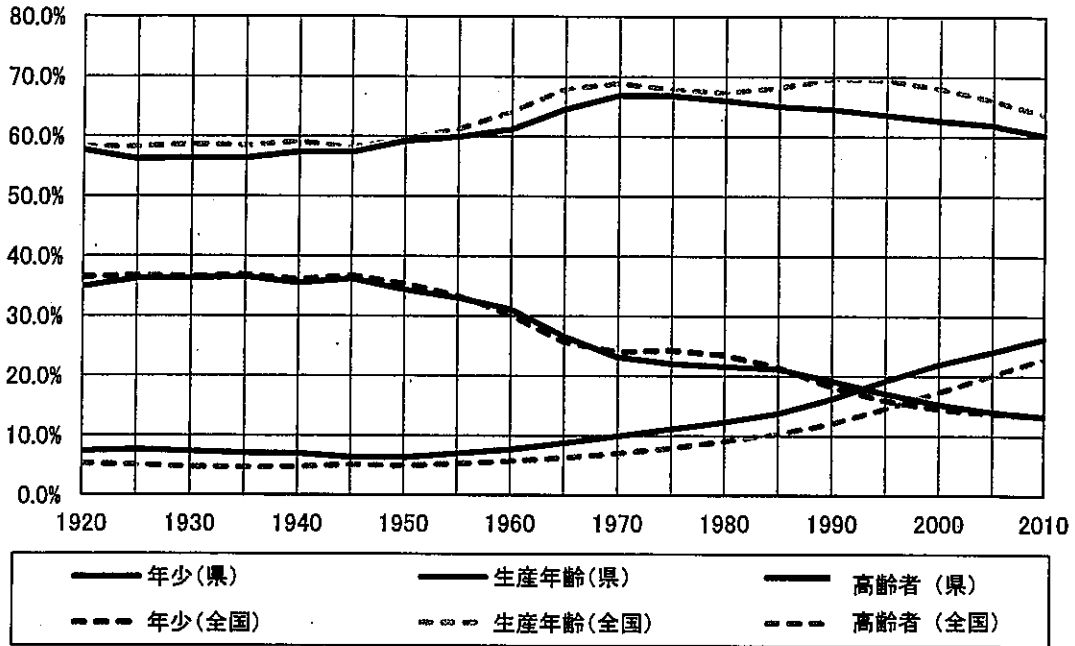
（単位：千人）



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>



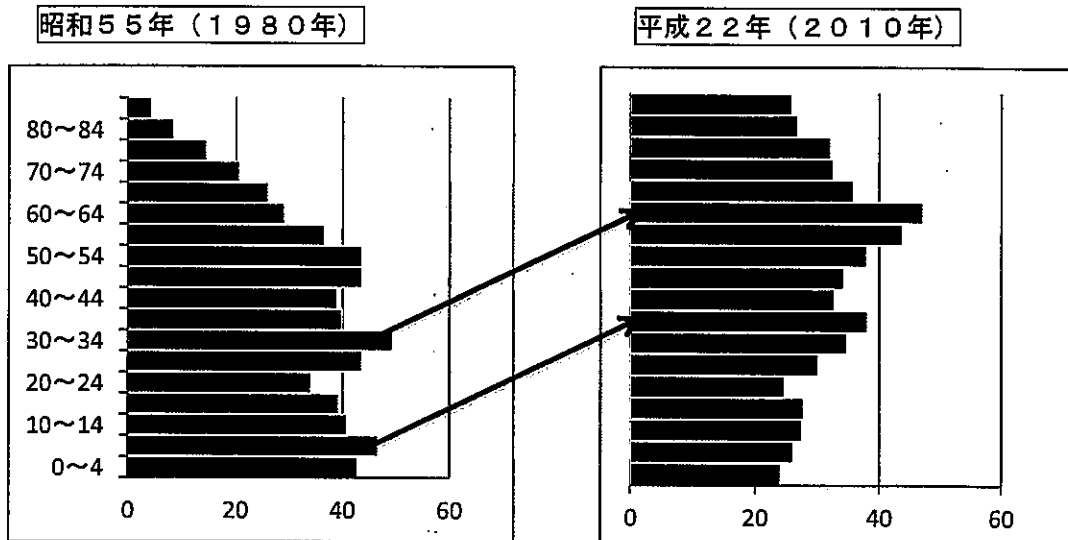
出典：総務省「国勢調査」

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、団塊世代が出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

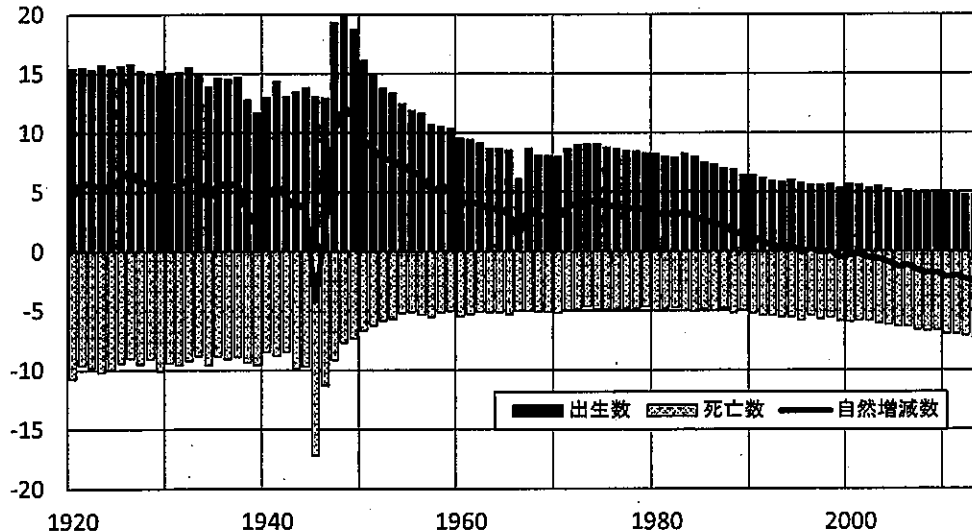
○出生数は、第2次ベビーブーム期(昭和46年(1971年)～昭和49年(1974年))の後は減少傾向が続き、平成7年(1995年)からは5,000人台、平成20年(2008年)年からは4,000人台まで減少し、現在は横ばいの状況にあります。

○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。

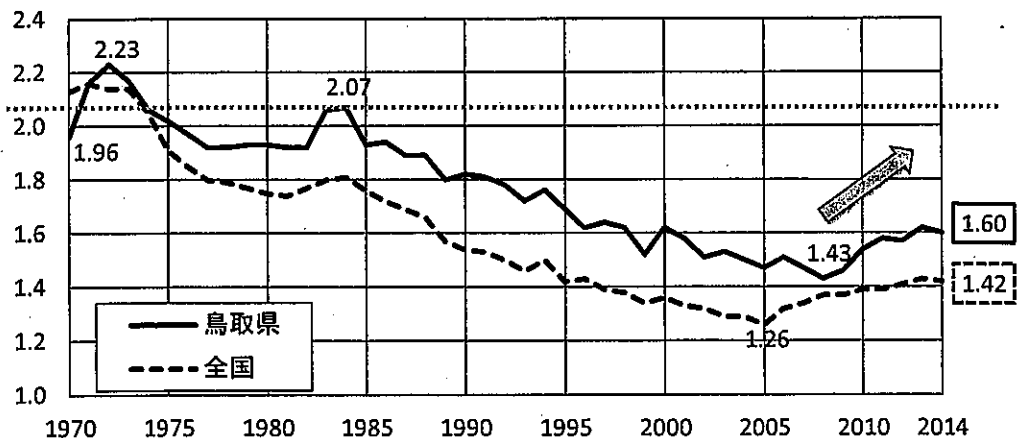
<鳥取県の出生数・死亡数及び自然増減数の推移>

(単位:千人)



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>



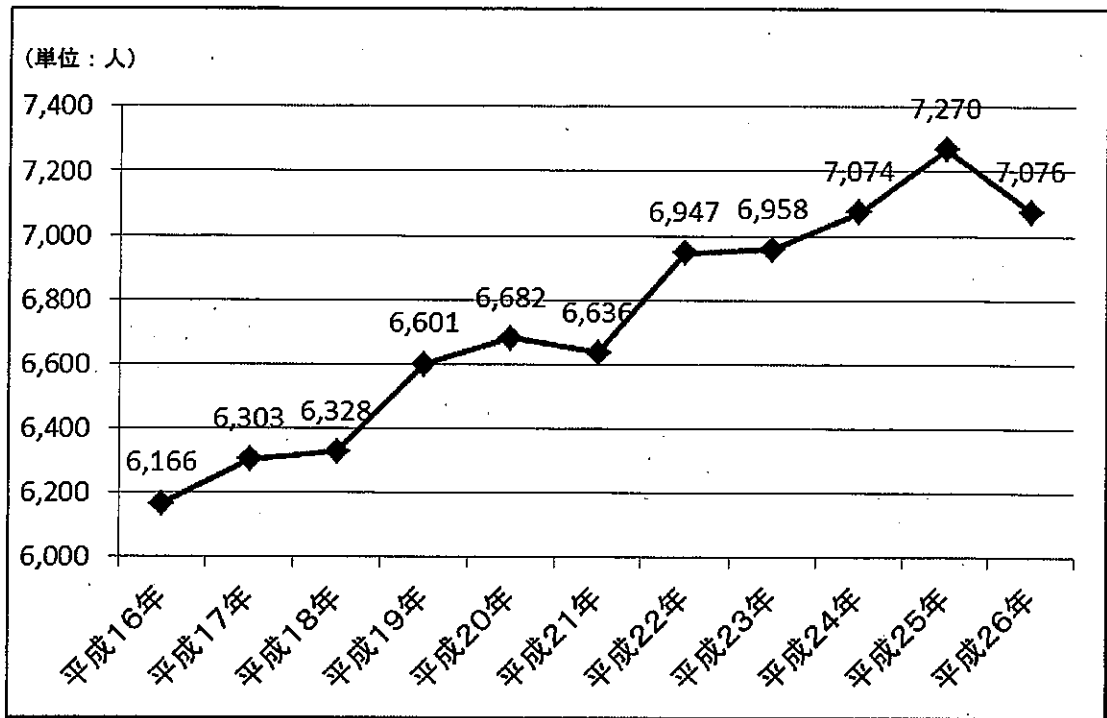
出典：厚生労働省「人口動態調査」

(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年間で千人近く増加しています。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	267	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

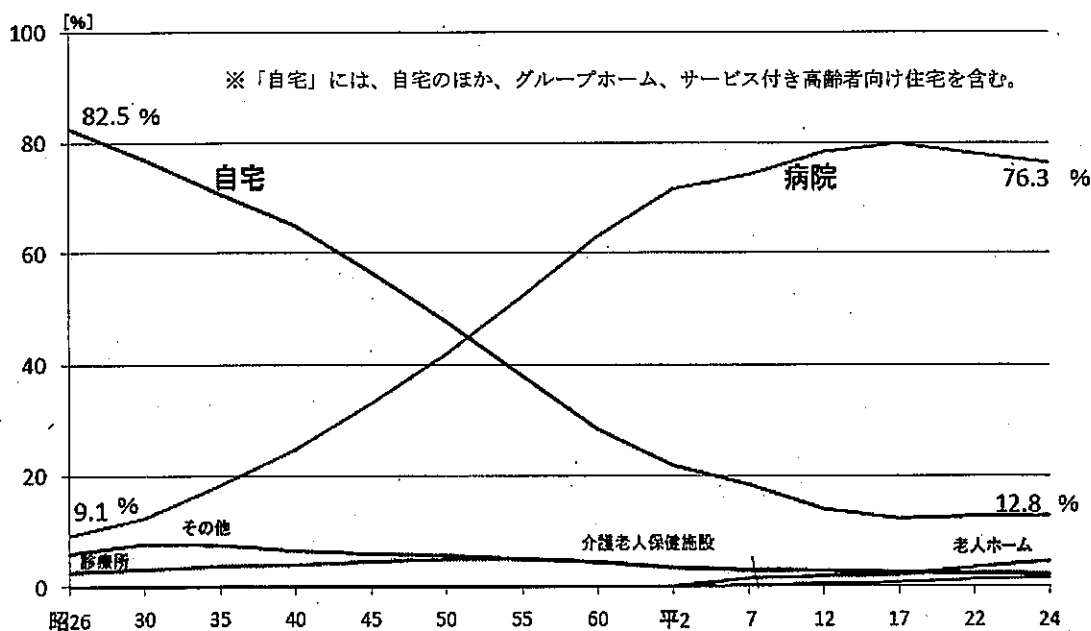
死亡別場所死亡数の割合の推移

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	68.3%	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%	5.6%	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

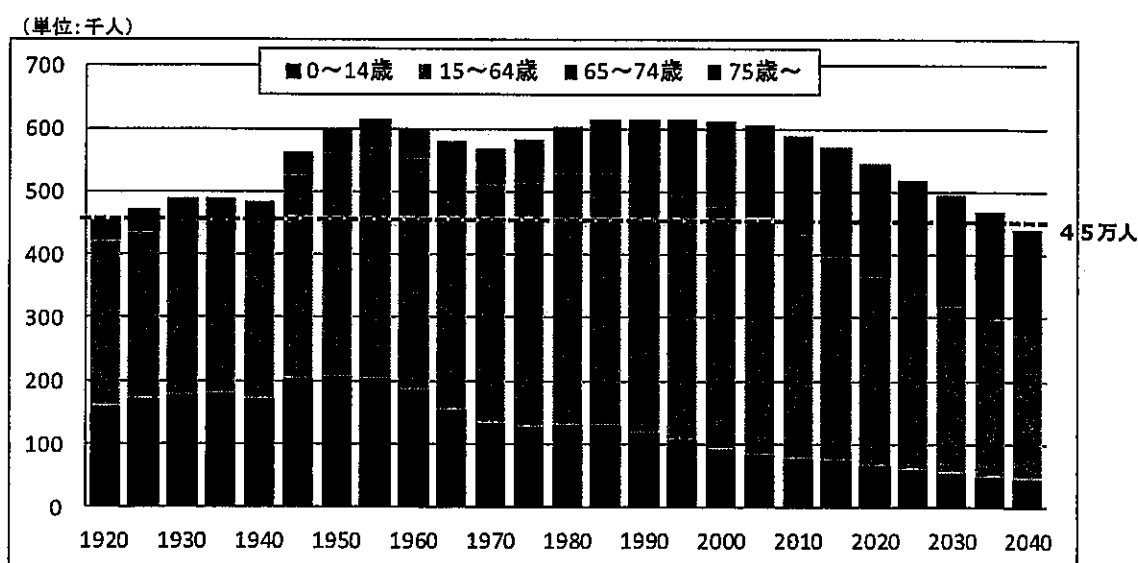
(1) 国立社会保障・人口問題研究所による推計

○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 高齢者人口のうち65～74歳 11.9 高齢者人口のうち75歳以上 11.1	
	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 高齢者人口のうち65～74歳 15.3 高齢者人口のうち75歳以上 20.7	
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 高齢者人口のうち65～74歳 11.7 高齢者人口のうち75歳以上 14.6	
	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 高齢者人口のうち65～74歳 14.3 高齢者人口のうち75歳以上 23.9	

<鳥取県の総人口の推移・推計(1920年～2040年)>



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、出生率及び国立社会保障・人口問題研究所の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。

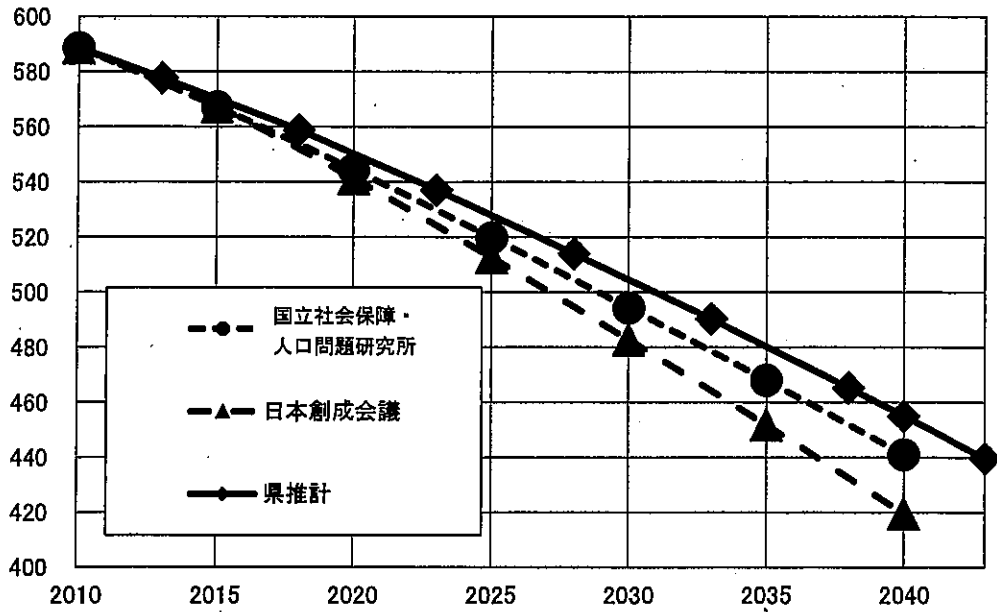
○今後、現在の取組を引き続き進め、さらに発展させることにより、将来に向けて人口減少への更なる歯止め効果を期待しています。

<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並びに入院外での療養（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/日未満の数値は、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」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・診療所以外の場所で提供される医療を示します。

◎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。

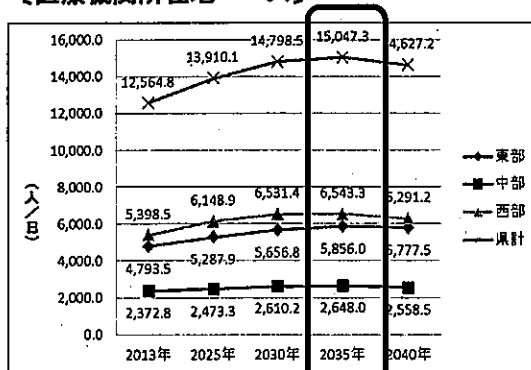
◎さらに、他県との患者の流出入の分析において、本県のいずれの構想区域（東・中・西部）に対しても患者の流出入が10.0人/日未満である他県の構想区域は、本分析の対象外としています。

（1）県内の医療需要の将来推計

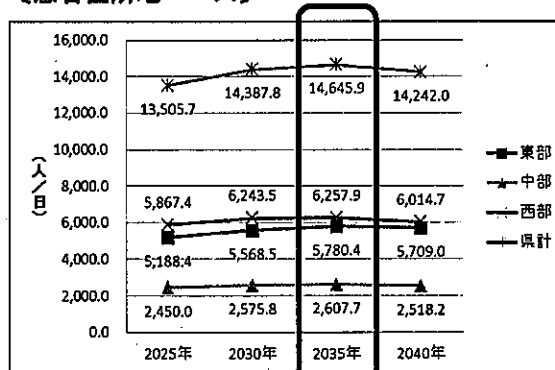
○厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」によれば、今後、全県的に医療需要は増加する傾向にあり、本県の高齢化の進展を反映して、東部、中部、西部のいずれの構想区域においても、平成47年（2035年）頃まで医療需要は伸び続け、その後、減少する傾向にあります。

＜「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推移の推計＞

〔医療機関所在地ベース〕



〔患者住所地ベース〕



（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おり、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。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（41.3人/日）のそれぞれを上回っていますが、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主な要因です。

○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)		
自 県	東部	4,542.1	39.2	30.3		10.7	4,622.3	
	中部	42.8	2,224.0	82.2			2,349.0	
	西部	32.2	41.3	4,982.0	43.0		5,098.6	
患者 住所 地	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	99.3%	0.8%	0.7%		0.2%
		中部	1.8%	94.7%	3.5%		
		西部	0.6%	0.8%	97.7%	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
	自県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)	
自県	東部	158.5				158.5
	中部		36.6	15.8		52.4
	西部			14.9		14.9
他県	但馬 (兵庫県)	12.3	0.0			12.3
	松江 (島根県)			21.3		21.3
	隠岐 (島根県)	0.0	0.0			0.0
	高梁・新見 (岡山県)	0.0				0.0
	真庭 (岡山県)					0.0
計	150.6	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					
	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	160.0%				
	中部		79.0%	21.4%		
	西部			100.0%		

<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
	自県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)	
自県	東部	500.2				500.2
	中部		35.3	26.3		61.6
	西部			54.9		54.9
他県	但馬 (兵庫県)	34.3				34.3
	松江 (島根県)			48.0		48.0
	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				0.0
計	534.5	287.9	619.3			

〔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			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	100.0%				
	中部		74.0%	8.4%		
	西部			100.0%		

<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
	自県			他県		
	東部	中部	西部	松江 (島根県)	県南東部 (岡山県)	
自県	東部	554.9				554.9
	中部		34.0	25.0		59.0
	西部			70.4		70.4
他県	但馬 (兵庫県)	35.4				35.4
	松江 (島根県)			55.3		55.3
	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				0.0
計	570.2	380.0	780.8			

〔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			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	100.0%				
	中部		89.5%	6.5%		
	西部			100.0%		

○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	患者住所地	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)	
自県	東部	807.2	10.2				615.0
	中部	22.2	20.2			0.0	226.6
	西部	30.5			25.0		351.5
他県	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		682.2	214.6	315.3			

【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分	患者住所地	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)
自県	東部	9.5%	1.7%			
	中部	9.8%	9.2%			0.0%
	西部	9.7%			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	患者住所地	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)	
自県	東部	2777.2	13.2				2,777.2
	中部		13.0				1,326.5
	西部		28.5				3,305.6
他県	但馬 (兵庫県)	26.5					
	松江 (島根県)			51.4			
	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	16.1				
計		2,780.5	1,371.3	3,353.2			

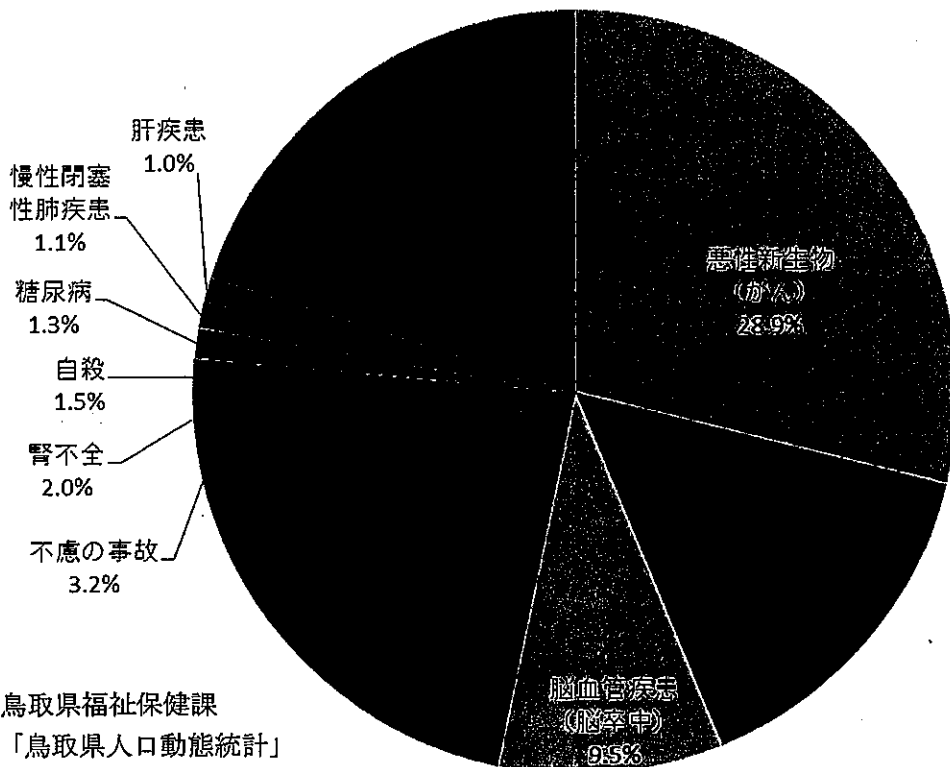
【県内に住所地のある患者の受療動向】

区分	患者住所地	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)
自県	東部	9.6%	0.5%			
	中部		9.5%		1.0%	
	西部		9.8%			

(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			
	自県			計
	東部	中部	西部	
患者住所地 自県	東部	228.4		228.4
	中部	11.0	93.4	136.8
	西部			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	322.6

〔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	8.0%	92.0%
	西部		100.0%

○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、島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
		東部	中部	西部	
患者住所地 自県	東部	37.4			37.4
	中部		12.7		12.7
	西部			40.4	40.4
他県	但馬 （兵庫県）		0.0		
	松江 （島根県）		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		
		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%

<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
		東部	中部	西部	
患者住所地 自県	東部	90.9			90.9
	中部		39.6	12.0	51.6
	西部			90.8	90.8
他県	但馬 （兵庫県）		0.0		
	松江 （島根県）		0.0	12.5	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		
		東部	中部	西部
患者住所地 自県	東部	100.0%		
	中部		77.3%	23.2%
	西部			100.0%

<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			74.0
	中部		29.5	10.1	39.6
	西部			85.1	85.1
他県	但馬 (兵庫県)		0.0		
	松江 (島根県)		0.0	11.3	11.3
計	74.0	29.5	106.5		

〔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	100.0%		
	中部		74.7%	25.5%
	西部			100.0%

<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	0.0
	中部	0.0	0.0	0.0	0.0
	西部	0.0	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%	0.0%
	中部	0.0%	0.0%	0.0%
	西部	0.0%	0.0%	0.0%

<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			26.1
	中部		11.6		11.6
	西部	0.0		40.3	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	100.0%		
	中部		100.0%	
	西部	0.0%		100.0%

○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	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	100.0%	
		中部	0.0%	100.0%
		西部		

<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		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%	
		中部		100.0%
		西部	0.0%	

○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於いて、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		112.1
		中部		54.7	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	100.0%		
		中部		100.0%	
		西部			100.0%
		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		13.6
		中部		0.0	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	100.0%		
		中部		0.0%	
		西部			100.0%
		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		46.1
		中部		21.6	21.6
		西部			39.8
		松江 （島根県）		0.0	
	計		46.1	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	100.0%		
		中部		100.0%	
		西部			100.0%
		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			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部	0.0	0.0	38.4
		中部	0.0	17.1	17.1
		西部	0.0	0.0	32.6
		松江 (島根県)	0.0	0.0	0.0
	計	38.4	17.1	32.6	

〔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%	0.0%
		中部	0.0%	100.0%
		西部	0.0%	100.0%
		計	100.0%	100.0%

< 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			
		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	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			
		東部	中部	西部	
患者住所地	自県	東部	14.0	0.0	14.0
		中部	0.0	0.0	0.0
		西部	0.0	0.0	21.8
		松江 (島根県)	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		
		東部	中部	西部
患者住所地	自県	東部	100.0%	0.0%
		中部	0.0%	0.0%
		西部	0.0%	100.0%
		計	100.0%	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		
		松江 (島根県)		

<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		0.0
		中部		0.0	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	0.0%	
		中部		0.0%
		西部		
		松江 (島根県)		

<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		
		松江 (島根県)		

<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		22.8
		中部		14.7	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	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（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	0.0%	0.0%

<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		100.0%
		計	0.0%	100.0%

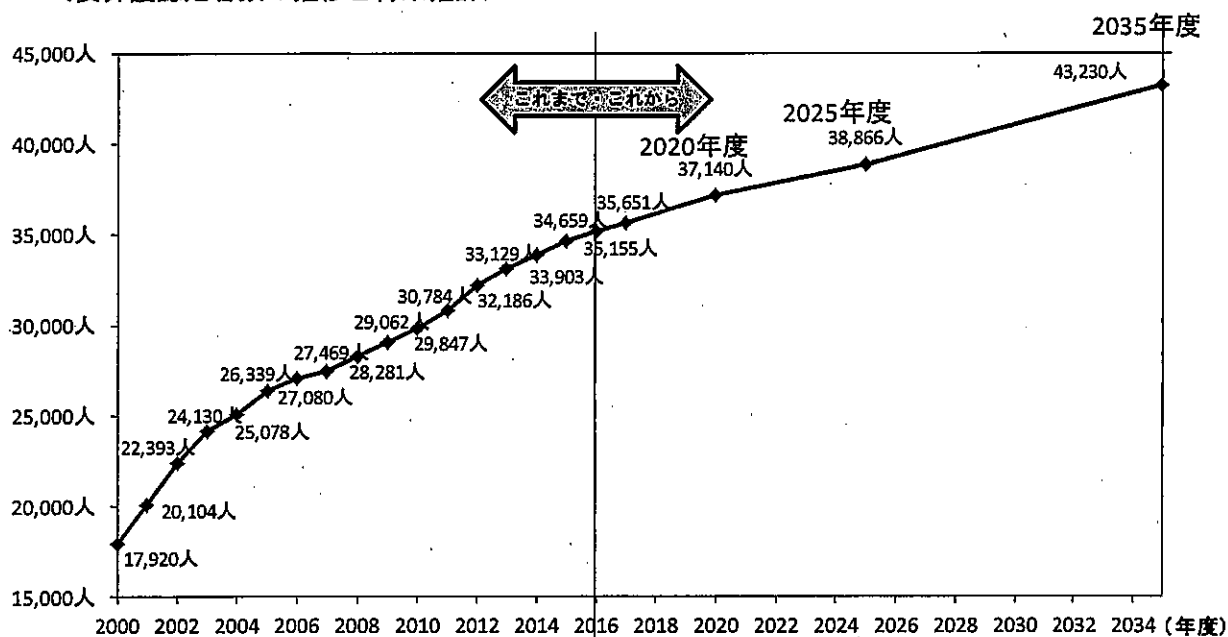
(4) 介護サービスの受給者の状況

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。

<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	15,486	18,497	1,068	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以上の者の割合を全国と比較すると、平成26年度（2014年度）は全国平均21.9%に対して、鳥取県は25.2%であり、3.3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・5 の割合の計	
		1	2	1	2	3	4	5		鳥取県	(参考) 全国
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	28,281	-	-
	構成比	12.5%	12.6%	14.0%	18.4%	16.2%	13.6%	12.6%	-	26.2%	23.5%
平成21年度 (2009年度)	要介護(要支援) 認定者数	3,387	3,760	4,394	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%	24.5%
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	4,236	29,847	-	-
	構成比	12.1%	13.5%	14.9%	17.7%	14.0%	13.5%	14.2%	-	27.7%	24.3%
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	4,266	30,784	-	-
	構成比	11.5%	14.2%	15.4%	17.4%	13.8%	13.8%	13.9%	-	27.7%	24.0%
平成24年度 (2012年度)	要介護(要支援) 認定者数	3,818	4,800	5,004	5,543	4,381	4,383	4,257	32,186	-	-
	構成比	11.9%	14.9%	15.5%	17.2%	13.6%	13.6%	13.2%	-	26.8%	23.2%
平成25年度 (2013年度)	要介護(要支援) 認定者数	3,992	4,986	5,250	5,974	4,469	4,349	4,109	33,129	-	-
	構成比	12.0%	15.1%	15.8%	18.0%	13.5%	13.1%	12.4%	-	25.5%	22.5%
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	11.9%	15.5%	15.8%	18.1%	13.5%	13.4%	11.8%	-	25.2%	21.9%

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10万人対の病院数（一般病床又は療養病床を有するものに限る。）は、東部は全国平均以下ですが、中部及び西部は全国平均を上回っています。病院の一般病床数及び療養病床数については、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構想区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（一般病床又は療養病床を有するもの）	39	12	9	18	
	（人口10万人対）	6.8	5.2	8.7	7.6	5.8
	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	83	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」によるものであり、また、病院数の全国平均は、一般病院（精神病床のみの病院又は結核病床のみの病院を除く病院）に関する数値。）

(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近年増加傾向にあり、また、人口10万人対の数は、現在、全ての構想区域で全国平均を上回っています。

<県内の訪問看護ステーション数の推移>

区分	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
箇所数	36	34	35	37	40	46	49	42	56

※出典：鳥取県長寿社会課調べ（各年10月1日現在。ただし、平成28年は4月1日現在。）

<県内の訪問看護ステーション数（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
訪問看護ステーション数	56	17	11	28	
（人口10万人対）	9.8	7.3	10.6	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。）

(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	在宅療養支援診療所
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	1,785	
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)

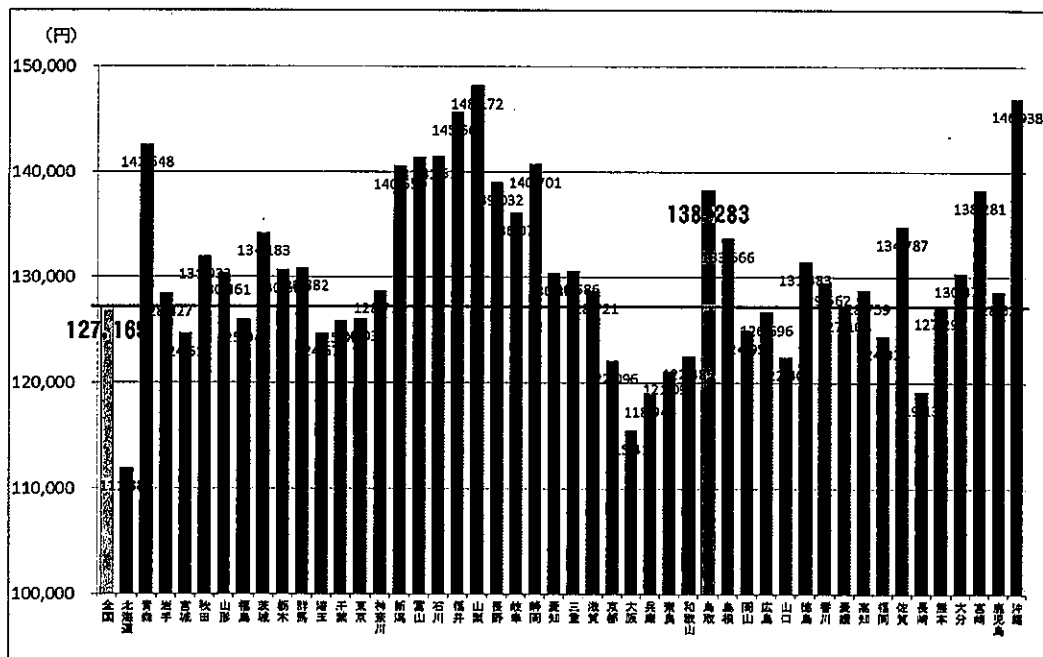
区分	平成25年	平成26年	平成27年	全国平均 (平成26年)
理学療法士	599	614	646	
人口10万人対	104.7	107.3	112.9	60.7
作業療法士	413	446	459	
人口10万人対	72.2	78.0	80.2	33.2
言語聴覚士	150	160	163	
人口10万人対	26.2	28.0	28.5	11.2

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、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護施設、介護老人保健施設などは全国平均を上回っていますが、一方で、訪問介護、短期入所生活介護などは、全国平均以下となっています。

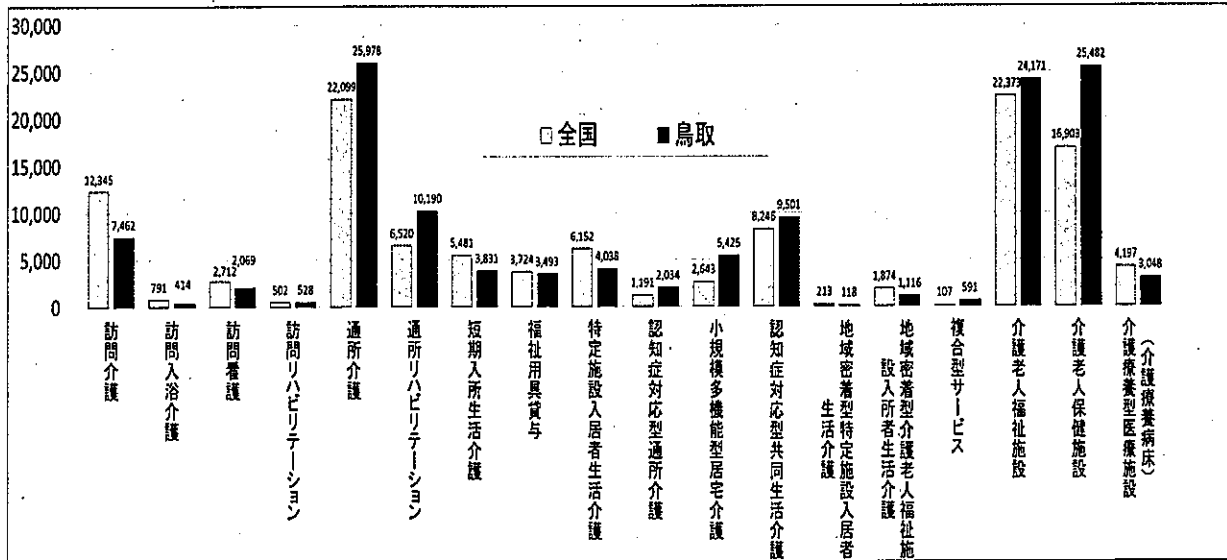
<要介護認定者一人当たりの介護保険費用月額/都道府県別>



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26年度)>

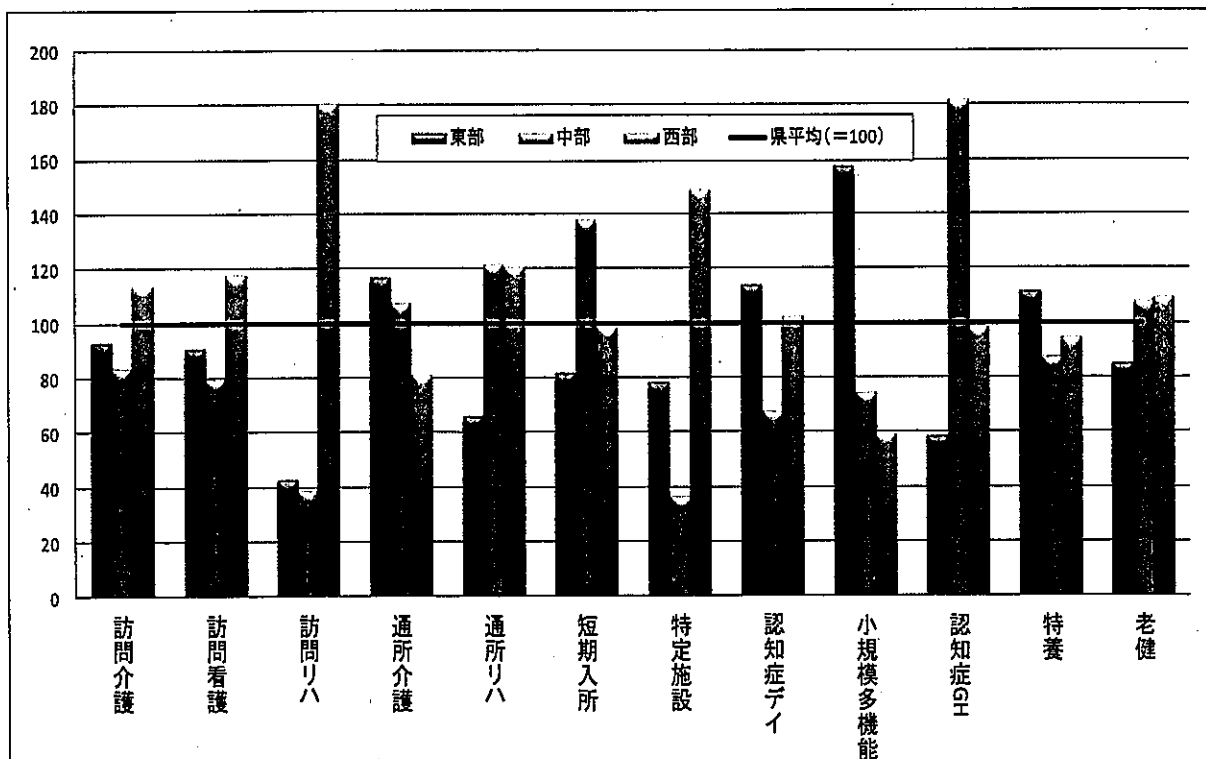
(単位:円/月・人)



出典:厚生労働省「平成26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、小規模多機能サービスが充実し、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、訪問看護や訪問リハビリテーション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26年度)[県平均を100とした指標]>



出典:厚生労働省「平成26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「国が示す参考値」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「病床の機能の分化及び連携」、「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国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（一般病床及び療養病床の入院患者並びに在宅医療等を必要とする患者の1日当たりの数）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>

構想区域の平成37年(2025年)の医療需要 = 〔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 × 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

ア 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要の推計の考え方

- 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、一般病床の患者のNDBのレセプトデータやDPCデータを分析することとされています。

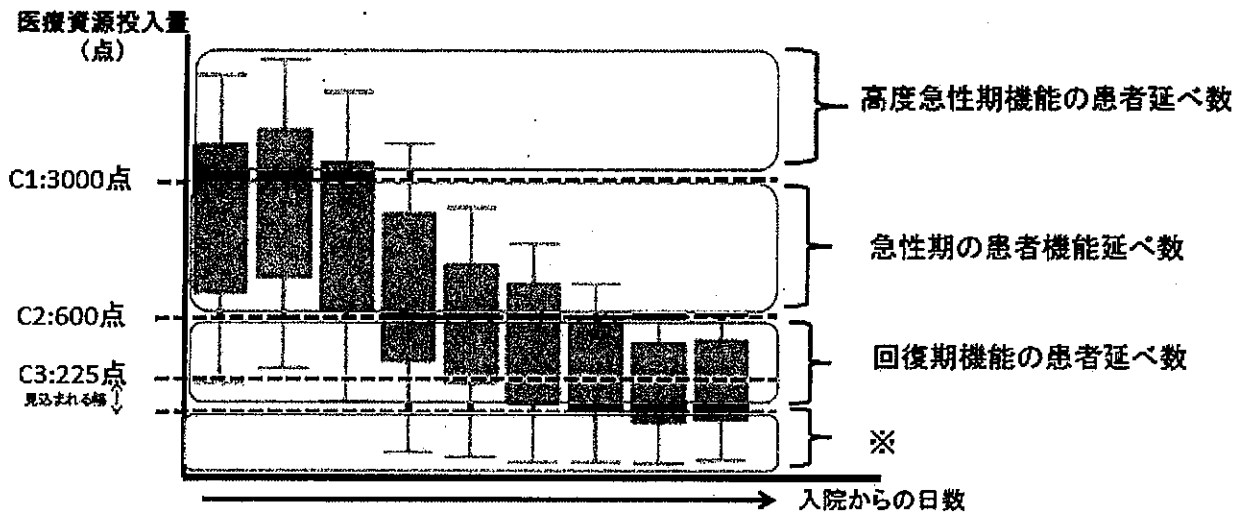
- 具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考え、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値(以下「医療資源投入量」といいます。)で分析しています。その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、推計における医療資源投入量に入院基本料相当分は含みません。したがって、推計における医療資源投入量は、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたものとなっています。

- 高度急性期機能及び急性期機能については、まず、DPCデータの分析による医療資源投入量と入院日数との関係を見てみると、入院日数の経過につれて、医療資源投入量が逡減していく傾向があります。この医療資源投入量の逡減の傾向を踏まえ、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数を高度急性期機能及び急性期機能で対応する患者数とし、急性期機能と回復期機能とを区分する境界点(C2)を600点として推計しています。

- 高度急性期機能では、医療資源投入量が特に高い段階の患者を対応することとしており、高度急性期機能と急性期機能とを区分する境界点(C1)を3,000点としています。

- 回復期機能については、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点(C3)とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み175点で区分して推計するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数(一般病床だけでなく療養病床の患者も含みます。)を加えた数を、回復期機能で対応する患者数としています。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しています。

<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。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。

<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。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。

イ 慢性期機能の医療需要の推計の考え方

○療養病床については、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で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ています。

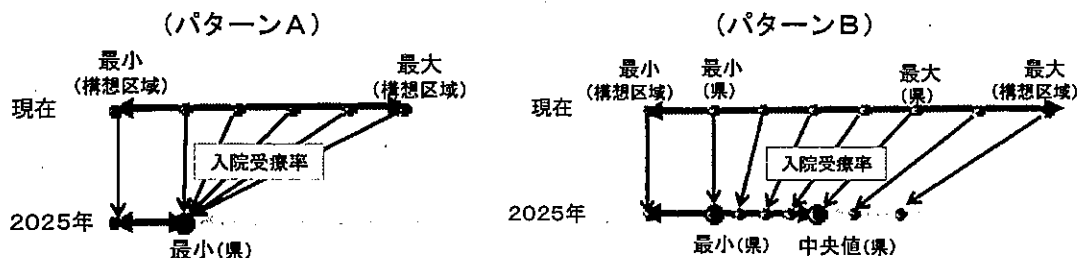
○具体的には、平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込んでいます。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくこととしながら、入院受療率を平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口に乗じて慢性期機能の医療需要を推計しています。

○療養病床の入院受療率の地域差の解消については、ガイドラインによれば、構想区域ごとに、以下のパターン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(県単位で比較した場合の値(以下「県単位」といいます。))にまで低下させます。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なっています。

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

<入院受療率の地域差の解消のイメージ(ガイドラインより)>



<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、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。

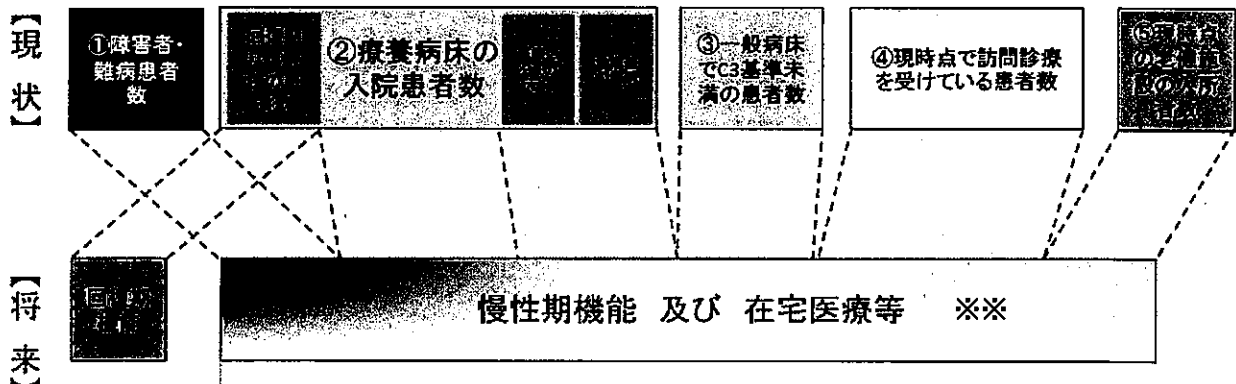
○なお、一般病床の患者であっても、障害者・難病患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者)については、慢性期機能の医療需要とみなしています。

ウ 在宅医療等の医療需要の推計の考え方

○ガイドラインでは、医療資源投入量が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などとされていますが、在宅医療等の医療需要については、次に掲げる数を合計して推計しています。

- ①慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者であって、医療区分1である患者の数の70%に相当する数。
- ②慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者であって、入院受療率の地域差を解消していくことで在宅医療等の医療需要として推計する患者の数（①に掲げる数を除きます。）。
- ③医療資源投入量が225点未満の医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の数から、当該数のうち以下の数を控除して得た数。
 - 在宅復帰に向けて調整を要する者（医療資源投入量175点以上225点未満）
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者
 - リハビリテーションを受ける入院患者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける者
- ④当該構想区域の平成37年（2025年）における性別及び年齢階級別人口に当該構想区域の訪問診療患者に係る性別及び年齢階級別受療率（在宅患者訪問診療料を算定する患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数）を乗じて得た数の合計数。
- ⑤当該構想区域の平成37年（2025年）における性別及び年齢階級別人口に当該構想区域の介護老人保健施設入所者に係る性別及び年齢階級別入所需要率（介護老人保健施設の施設サービス利用者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数）を乗じて得た数の合計数。

<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、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将来の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、各構想区域の将来の病床数は、患者住所地ベースの医療需要を基本とする一方で、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将来の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、以下のとおりです。

- ・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未満であるため非表示とされている。 ⇒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			60.7	松江
	慢性期			22.7	松江
				15.8	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）と見なす。

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	

(注) 上記表中「【参考】現在の病床数(平成28年4月1日現在)」欄の病床数は、開設許可ベースによるもの。

○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」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%の患者が除かれることなどから、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^(注2)されます。その結果、現状(2013年度)の自宅・介護施設等で療養している患者数は、約6,300人/日^(注3)と試算されます。

○将来(2025年)の在宅医療等の医療需要について、「必要病床数等推計ツール」では、県全体の推計値は8,913.4人/日となっており、現状(2013年度)から10年余りで約1,300人/日^(注4)増加するものと推計されています。…(ア)

しかし、同ツールによる推計では、前述のとおり、入院患者の一部が在宅医療等の患者とみなされているので、仮に同ツールによる病床数の推計値を将来(2025年)の病床数の目標値とするのであれば、実際には、約2,600人/日^(注5)もの在宅医療等の患者の増加に対応しなければならなくなるものと想定されます。…(イ)

○なお、(ア)の約1,300人/日の増加分は、高齢化の進展に起因するものと推測され^(注6)、また、当該増加分の一部は介護保険施設等での対応もあり得るものと想定される^(注7)ことから、自宅での療養については、高齢化に伴い少なくとも約1,000人/日程度の増加に対応できる体制を作ることが必要と考えられます。…(ウ)

○(イ)の約2,600人/日の増加分と(ア)の高齢化の進展に起因すると推測される増加分との差である約1,300人/日^(注8)が、国の推計どおりに病床数が推移した場合に、当該推移に起因して生じる在宅医療等の患者の増加分です。…(エ)

この分については、医療機関の自主的な取組の推進状況により変動する可能性がありますので、将来この分の在宅医療等の患者が発生するか不明です。仮に、現行の病床数が維持されるのであれば、この分の在宅医療等の患者数の増加は発生しません。

○こういった状況を踏まえると、将来(2025年)に向けて、少なくとも約1,000人/日の自宅での療養患者の増加に対応した医療提供体制の整備が必要((ウ)を参照。)ですが、更に約1,300人/日程度の増加幅((エ)を参照。)を加えて最大2,300人/日程度までの自宅での療養患者の増加に備えた体制の整備にも配慮が必要と考えられます。

○近年、県内では、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ある程度進んできています。

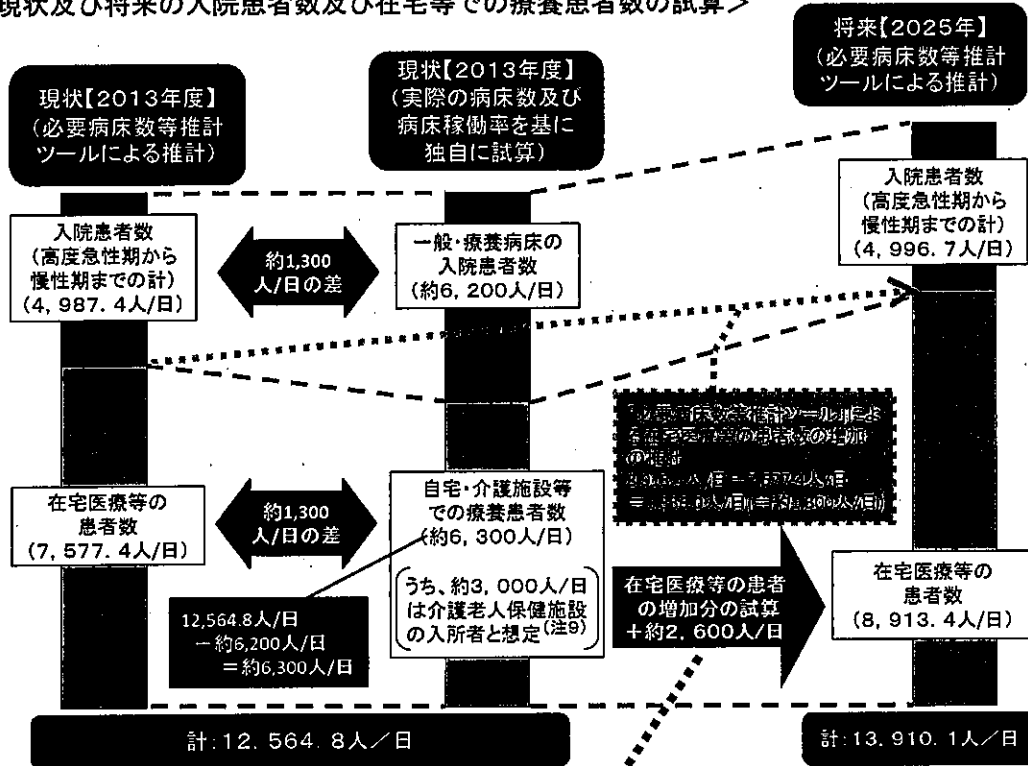
○一人の訪問看護師が担当できる患者数は10人程度とされていますので、今後1,000人から2,300人程度増える自宅での療養患者の増加を訪問看護師の増員でカバーしようとする場合は、将来(2025年)に向けて、毎年10人から20人程度訪問看護師を増やしていく必要があります。現在も既に、入院中から在宅生活を意識した新卒看護師等の育成や病院勤務の看護師が訪問看護に参入しやすくするため育成プログラムの実施など、訪問看護師の養成・確保、病院勤務からの転換促進の取組を進めています。

○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は、全国状況を勘案すると、1箇所当たりで数十人程度と見込まれることから、今後の在宅医療等の医療需要の増加を在

在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院で対応しようとするれば、これらの医療機関を毎年数箇所程度増やし続けていく必要があります。

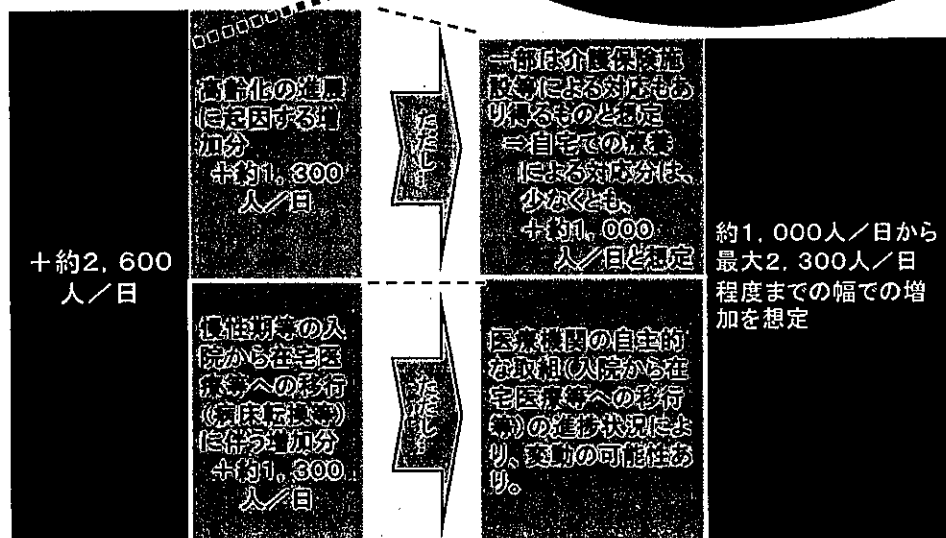
○いずれにせよ、在宅医療等の充実は不可欠であり、本県の将来の医療提供体制の構築は、「必要病床数等推計ツール」で推計される将来の病床数に捉わられるのではありませんが、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、今後増加する在宅医療等の医療需要へ対応していくことが重要と考えられます。

<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>



「必要病床数等推計ツール」で推計される将来の病床数が実現する場合の在宅医療等の患者数の増加

自宅での療養患者数の増加見込み



- (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。
 $5,642$ 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)
 $\times 83.3\%$ (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)
 $+ 1,800$ 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)
 $\times 85.6\%$ (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)
 $= 6,242.1$ 人/日 \approx 約6,200人/日
- (注2) 現状(2013年度)の一般・療養病床の1日当たり入院患者数に関する独自の試算値と「必要病床数等推計ツール」による推計値の差は、以下のとおり算出。
 $6,242.1$ 人/日(\approx 約6,200人/日。(注1)の試算値。)
 $- 4,987.4$ 人/日(「必要病床数等推計ツール」による現状(2013年度)の本県の一般病床及び療養病床の入院に係る医療需要の計)
 $= 1,254.7$ 人/日(\approx 約1,300人/日)
- (注3) 現状(2013年度)の自宅・介護施設等で療養している患者数の試算値は、以下のとおり算出。
 $12,564.8$ 人/日(「必要病床数等推計ツール」による現状(2013年度)の本県の医療需要の計)
 $- 6,242.1$ 人/日(\approx 約6,200人/日。(注1)の試算値。)
 $= 6,322.7$ 人/日(\approx 約6,300人/日)
- (注4) 「必要病床数等推計ツール」による在宅医療等の医療需要の増加の推計値は、以下のとおり算出。
 $8,913.4$ 人/日(2025年) $- 7,577.4$ 人/日(2013年度)
 $= 1,336.0$ 人/日(\approx 約1,300人/日)
- (注5) 在宅医療等の1日当たり患者数の実際の増加数の試算値は、以下のとおり算出。
 $8,913.4$ 人/日(「必要病床数等推計ツール」による2025年の在宅医療等の医療需要)
 $- 6,322.7$ 人/日(\approx 約6,300人/日。(注3)の試算値。)
 $= 2,590.7$ 人/日(\approx 約2,600人/日)
- (注6) 「必要病床数等推計ツール」では、1日当たりの入院患者数は2013年度の4,987.4人/日に対して2025年は4,996.7人/日とほとんど変動していないことから、同ツールの推計上での入院に係る医療需要の変動はほぼ無いものと考えられるため、(注4)の在宅医療等の1日当たりの患者数の増加は、高齢化の進展に起因するものと推測。
- (注7) 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人となっている(計270人分)。また、平成29年度末で廃止される介護療養病床についても、それに替わる新たな施設類型(医療機能を内包した施設系サービスや居住スペースと医療機関の併設)を現在国の方で検討中。
- (注8) 「必要病床数等推計ツール」での推計どおりに病床数が推移した場合に、当該推移に起因して生じる在宅医療等の1日当たり患者数の増加の試算値は、以下のとおり算出。
 $2,590.7$ 人/日(\approx 約2,600人/日。(注5)の試算値)
 $- 1,336.0$ 人/日(\approx 約1,300人/日。(注4)の推計値。)
 $= 1,254.7$ 人/日(\approx 約1,300人/日。(注2)の推計値に同じ。)
- (注9) 厚生労働省「平成25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り者数は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)における整備量(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約3,000人/日と想定。

＜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
介護老人保健施設	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 (介護療養病床)	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あつては、関係市町村とも協議した上で柔軟に対応していく予定。

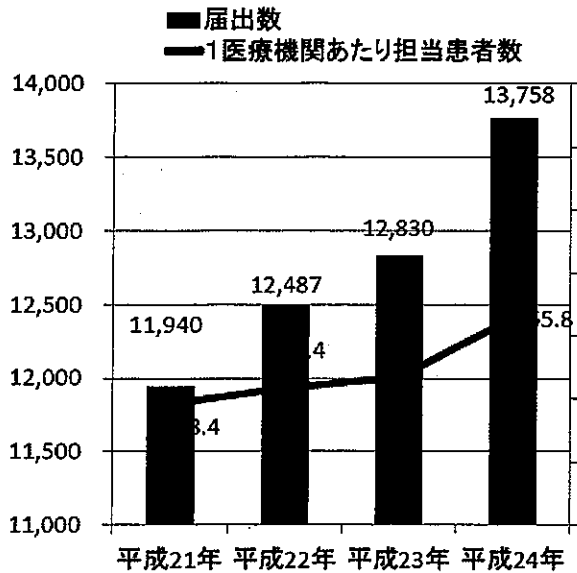
＜近年の県内の主な在宅医療等の提供施設等の充実状況＞

- ・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：40箇所（H24.10.1現在）
→56箇所（H28.4.1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）

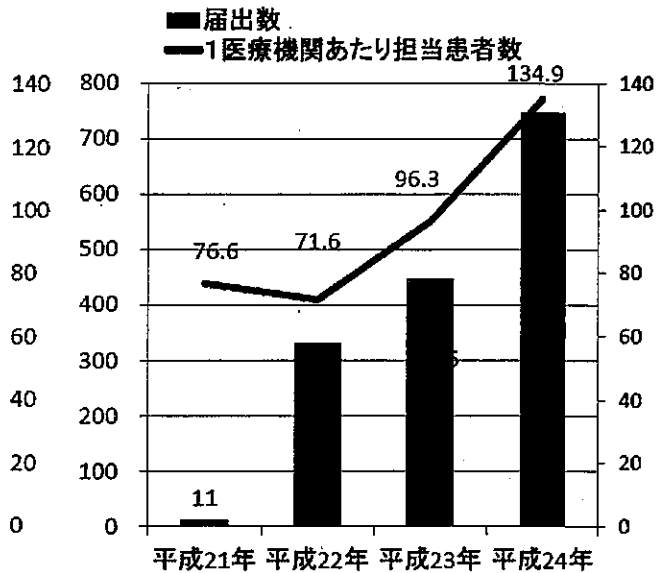
(注) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院及び在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局の箇所数は中国四国厚生局への施設基準の届出受理状況、訪問看護事業所、訪問看護ステーション及び訪問リハビリテーションの箇所数は鳥取県長寿社会課調べ、訪問看護ステーションに勤務する看護師数は鳥取県医療政策課調べによる。

＜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

○以下の2パターンにより推計しています。

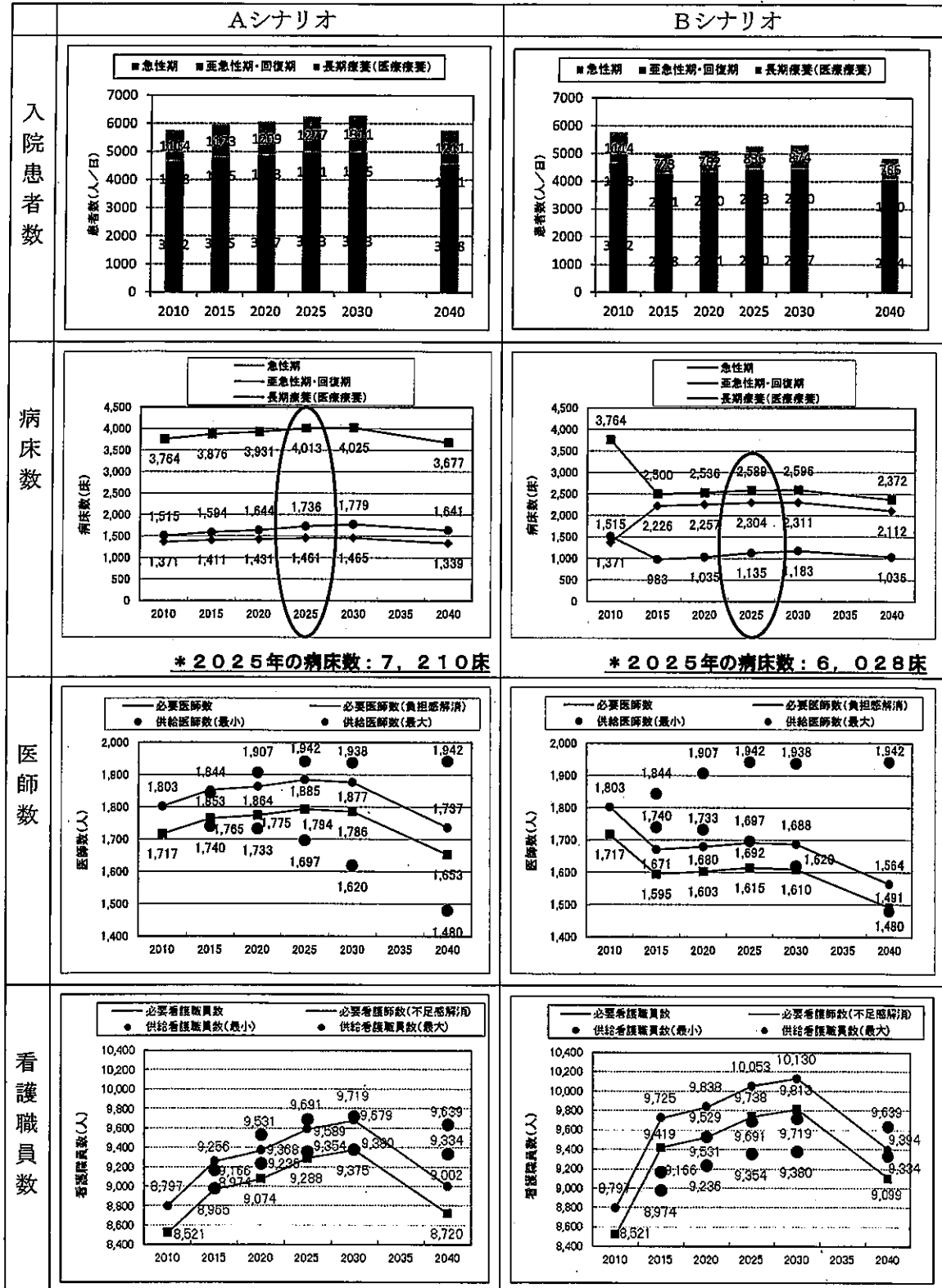
①現状投影シナリオ (Aシナリオ)	医療提供体制が現状のまま推移し、平均在院日数等が現状と変わらないという仮定による推計
②改革シナリオ (Bシナリオ)	現在進みつつある平均在院日数短縮のトレンドを考慮したもので、急性期医療への医療資源の重点投入による医療資源の最適配分化と効率化が相当程度進むという仮定による推計

○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、50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、いずれの時期も急性期・長期療養の必要な病床数は起点（平成22年（2010年））を下回りますが、亜急性期・回復期の病床数は起点を上回ります。また、いずれの時期も、必要な医師数は起点を下回りますが、必要な看護職員数は起点を大幅に上回ります。



(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、以下の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、以下の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以下のとおりであり、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「医療従事者等の養成・確保」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、人材を育成・確保
- 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病床の機能の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の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の機能の分化（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て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育成・確保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の協働のための取組も進めます。

○なお、在宅医療の充実、病床の機能の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の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地域歯科医療連携室を設置し、在宅歯科医療希望者への歯科診療所の紹介、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	新卒訪問看護師育成のモデル的な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進めます。
訪問看護師養成研修参加支援事業	訪問看護の人材の育成・確保のため、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を確保する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看護職員に対し、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、多職種事業所、訪問看護ステーションなどからの在宅療養・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や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（薬科）研修事業	通院が困難な在宅患者を訪問して薬歴管理、服薬指導等の薬学的管理指導を行った経験の無い薬局に対して、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の整備を支援します。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に必要な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、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

- 病床の機能の分化及び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、理学療法士、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を貸し付けます。
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を支援します。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無くすため、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、効果的な実習指導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を支援します。
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、所要の施設設備を整備します。

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の病院群輪番制（複数の病院による当番体制）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進めることで、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、小児を抱えた保護者等の安心感の確保等を図るため、＃８０００（小児救急電話相談業務）を実施するとともに、＃８０００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、内科医等を対象とした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、分娩を扱う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	N I C U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。