

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

(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地域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。 <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る介護を受けたい」、「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。 <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"> ○ 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ことが必要です。 <p>○ 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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>○ 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>
---	---

<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みると、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

【病床の機能の分化及び連携】

課題	対策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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です。特に、入院病床の無い地域もあるため、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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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、地域ケア会議の開催をさらに推進します。 ○ 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。 ○ 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

<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。 ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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 	<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、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みると、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の受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、県外の構想区域との医療需要の調整は不要です。
- 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

- 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、住み慣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。

備予定があります。(第6期鳥取県介護保険事業支援計画)

- 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年度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。

3) 住民意識の状況について

- 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。

- 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みると、全県では平成27年度から28年度までの2年間で239

- 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>人です。うち、中部区域は理学療法士24人、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

【病床の機能の分化及び連携】

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。 ○ 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。 	<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。

【医療従事者等の養成・確保】

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。 	<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

<p>○ 平成27年度から鳥取看護大学が開学し、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>	<p>とも連携して、専門性の向上のために研鑽し、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37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の受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25:1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無く、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。
- 在宅医療・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

<p>ネジャー等)は3,523人と見込まれています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p>3) 住民意識の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p>ウ 医療従事者の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。西部地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 	<p>さ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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、理学療養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。 ○ 新たな専門医制度も検討されており、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になるため、検討状況を確認し対応が必要です。 ○ 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あたる効果的なリハビリ、療養患者の身体機能の維持向上・介護予防のための口腔運動機能向上など地域ケア
---	---

<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>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を送れるよう地域づくりを進めます。

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・介護の連携の充実、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

【病床の機能の分化及び連携】

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入れのための技術研修等、

医療提供施設が必要です。	受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。

【医療従事者等の養成・確保】

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リハビリ、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リハビリ、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つ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^(注1)（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2)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^(注3)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4)

(注1) 厚生労働省令で定める区分等については、下表を参照。

<病床機能報告における病床の機能の区分及び定義>

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2) 基準日は、毎年度の7月1日。

(注3) 基準日から厚生労働省令で定める期間は、6年間。

(注4) 厚生労働省令で定める事項は、医療機関の構造設備、人員の配置等。

○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、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。

○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

資 料 編

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

(1) 「必要病床数等推計ツール」の搭載データ

- 都道府県の地域医療構想策定の支援を目的として、国がNDB等のデータに基づき開発した「地域医療構想策定支援ツール」が各都道府県に配布されています。
- 「地域医療構想策定支援ツール」は、医療需要及び病床数を推計、分析するための「必要病床数等推計ツール」と構想区域のエリアの決定のための検討用の「構想区域設定検討支援ツール」で構成されていますが、本県においては、構想区域を鳥取県保健医療計画の二次保健医療圏と同じエリアに設定することが「構想区域設定検討支援ツール」を使用することなく決定され、本県の地域医療構想の策定では、専ら「必要病床数等推計ツール」を使用しています。
- 「必要病床数等推計ツール」では、平成25年度（2013年度）の下記データを用いて推計処理を行っています。なお、特定の個人が第三者に識別されること防ぐため、医療需要及び病床数等の数が二次医療圏にあつては10未満、市区町村にあつては100未満となる数値は、非表示となるよう設定されています。

搭載データの種別			病名の有無
医療需要	①	NDB (National Database) のレセプトデータ	有り
		上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	無し
	②	DPCデータ	有り
	③	公費負担医療分医療需要（医療費の動向）	※
	④	医療扶助受給者数（被保護者調査）	※
	⑤	訪問診療受療者数（生活保護患者訪問診療レセプト数）	無し
	⑥	分娩数（人口動態調査）	有り
	⑦	介護老人保健施設の施設サービス受給者数（介護給付費実態調査）	無し
	⑧	労働災害入院患者数（労働災害入院レセプト数）	無し
	⑨	自賠責保険入院患者数（自賠責保険請求データ）	無し
人口	住民基本台帳年齢階級別人口		—
将来人口推計	国立社会保障・人口問題研究所性・年齢階級別将来推計人口		—

(注) ③④については、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて按分。

(2) 「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の結果

- 「必要病床数等推計ツール」により推計した医療需要及び将来の病床数の推計結果を次ページ以降に掲載しています。
- 次ページの表中の「現在の病床数（開設許可病床数）(H28.4.1現在)」欄の全県の数が7,152床であるのに対し、次々ページ及びその次ページの表中の「平成25年度(2013年度)の病床数」欄の全県の数が5,864.5床と1千床以上の開きがありますが、これは、「必要病床数等推計ツール」により病床数を算出する際には、医療療養病床の入院患者のうち医療区分1の70%を在宅医療等の医療需要とみなしたり、療養病床の入院受療率の地域差を解消するための補正処理が行われていることなどから、実際の病床数とは乖離が生じていることによるものです。
- また、「必要病床数等推計ツール」で算出したパターンBかつ医療機関所在地ベースでの平成37年(2025年)の病床数は5,892.2床ですが、第3章の2の(1)では、区域別、医療機能別に端数処理を行い、5,896床としています。

＜「必要病床数等推計ツール」による平成37年(2025年)の病床数の推計値＞

区分	医療機能	現在の病床数 (開設許可病床数) (H28.4.1現在)	パターンA		パターンB	
			平成37年(2025年) の病床数 (医療機関所在地ベース) (床)	平成37年(2025年) の病床数 (患者住所地ベース) (床)	平成37年(2025年) の病床数 (医療機関所在地ベース) (床)	平成37年(2025年) の病床数 (患者住所地ベース) (床)
東部	高度急性期		217.5	208.1	217.5	208.1
	急性期		739.7	711.8	739.7	711.8
	回復期		699.0	678.5	699.0	678.5
	慢性期		525.9	463.0	525.9	522.4
	小計	2,783	2,182.1	2,061.4	2,242.0	2,120.8
中部	高度急性期		82.5	106.6	82.5	106.6
	急性期		402.0	418.3	402.0	418.3
	回復期		448.3	448.8	448.3	448.8
	慢性期		211.9	214.2	223.3	223.8
	小計	1,331	1,144.7	1,187.8	1,156.1	1,197.5
西部	高度急性期		281.5	224.9	281.5	224.9
	急性期		876.9	767.9	876.9	767.9
	回復期		988.9	877.7	988.9	877.7
	慢性期		333.5	370.1	346.9	381.9
	小計	3,038	2,480.7	2,240.6	2,494.2	2,252.4
全県	高度急性期		581.5	539.6	581.5	539.6
	急性期		2,018.5	1,898.1	2,018.5	1,898.1
	回復期		2,136.2	2,004.9	2,136.2	2,004.9
	慢性期		1,071.3	1,047.2	1,156.1	1,128.1
	小計	7,152	5,807.5	5,489.9	5,892.2	5,570.8

※パターンA

※パターンB

全ての構想区域の療養病床の入院受療率を全国最小値(県単位)にまで低下するとして、推計。

全ての構想区域において療養病床の入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合(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)解消するとして、推計。

患者の流入が現状のまま継続するものとして、推計。

患者の流入が無く、入院が必要な全ての患者は住所地の医療機関の病床に入院するものとして、推計。

＜「必要病床数等推計ツール」による平成37年(2025年)の医療需要と病床数の推計(パターンA)＞

凡例

- 平成25年度(2013年度)の医療需要
- 平成37年(2025年)の医療需要(現行の流出)
- 平成37年(2025年)の医療需要(調整後の流出)
- 平成25年度(2013年度)の病床数
- 平成37年(2025年)の病床数(現行の流出)
- 平成37年(2025年)の病床数(調整後の流出)

- 平成25年度(2013年度)の医療需要実績
- 平成37年(2025年)の推計人口で算出した医療需要
- 平成37年(2025年)の推計人口で算出した医療需要を<平成37年(2025年)の医療需要(流出)>で指定した割合で調整した場合の医療需要

- 平成25年度(2013年度)の医療需要実績から病床稼働率を算出した病床数
- 平成37年(2025年)の医療需要(現行の流出)から病床稼働率を算出した病床数
- 平成37年(2025年)の医療需要(調整後の流出)から病床稼働率を算出した病床数

区分	医療機能	平成25年度 (2013年度) の医療需要 (人/日)	平成37年 (2025年) の医療需要 (現行の流出) (人/日) 医療機関所在地ベース	平成37年 (2025年) の医療需要 (調整後の流出) (人/日) 患者所在地ベース	平成25年度 (2013年度) の病床数 (床)	平成37年 (2025年) の病床数 (現行の流出) (床) 医療機関所在地ベース	平成37年 (2025年) の病床数 (調整後の流出) (床) 患者所在地ベース
東部	高度急性期	158.2	163.1	156.1	210.9	217.5	208.1
	急性期	547.3	577.0	555.2	701.7	739.7	711.8
	回復期	582.3	629.1	610.6	647.0	699.0	678.5
	慢性期パターンA	705.2	483.8	425.9	766.5	525.9	463.0
	在宅医療等パターンA	2,800.5	3,435.0	3,440.5			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,291.4	1,465.3	1,480.2			
	小計	4,793.5	5,287.9	5,188.4	2,326.1	2,182.1	2,061.4
中部	高度急性期	62.1	61.8	79.9	82.8	82.5	106.6
	急性期	308.9	313.5	326.3	396.0	402.0	418.3
	回復期	392.9	403.5	403.9	436.6	448.3	448.8
	慢性期パターンA	231.4	195.0	197.0	251.6	211.9	214.2
	在宅医療等パターンA	1,377.5	1,499.5	1,442.8			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	609.5	642.1	596.8			
	小計	2,372.8	2,473.3	2,450.0	1,166.9	1,144.7	1,187.8
西部	高度急性期	214.9	211.1	168.7	286.5	281.5	224.9
	急性期	645.7	684.0	599.0	827.8	876.9	767.9
	回復期	812.2	890.0	789.9	902.5	988.9	877.7
	慢性期パターンA	326.2	306.8	340.5	354.6	333.5	370.1
	在宅医療等パターンA	3,399.4	4,057.0	3,969.3			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,838.4	2,174.0	2,129.6			
	小計	5,398.5	6,148.9	5,867.4	2,371.5	2,480.7	2,240.6
	総計	12,564.8	13,910.1	13,505.7	5,864.5	5,807.5	5,489.9
全県	高度急性期	435.2	436.1	404.7	580.2	581.5	539.6
	急性期	1,501.9	1,574.4	1,480.5	1,925.5	2,018.5	1,898.1
	回復期	1,787.5	1,922.6	1,804.5	1,986.1	2,136.2	2,004.9
	慢性期パターンA	1,262.9	985.6	963.4	1,372.7	1,071.3	1,047.2
	在宅医療等パターンA	7,577.4	8,991.4	8,852.6			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	3,739.3	4,281.4	4,206.6			
	小計	12,564.8	13,910.1	13,505.7	5,864.5	5,807.5	5,489.9

<「必要病床数等推計ツール」による平成37年(2025年)の医療需要と病床数の推計(パターンB)>

凡例

- 平成25年度(2013年度)の医療需要
- 平成37年(2025年)の医療需要(現行の流出入)
- 平成37年(2025年)の医療需要(調整後の流出入)

- 平成25年度(2013年度)の医療需要実績
- 平成37年(2025年)の推計人口で算出した医療需要
- 平成37年(2025年)の推計人口で算出した医療需要を<平成37年(2025年)の医療需要(流出入)>で指定した割合で調整した場合の医療需要

- 平成25年度(2013年度)の病床数
- 平成37年(2025年)の病床数(現行の流出入)
- 平成37年(2025年)の病床数(調整後の流出入)

- 平成25年度(2013年度)の医療需要実績から病床稼働率を基に算出した病床数
- 平成37年(2025年)の医療需要(現行の流出入)から病床稼働率を基に算出した病床数
- 平成37年(2025年)の医療需要(調整後の流出入)から病床稼働率を基に算出した病床数

区分	医療機能	平成25年度 (2013年度) の医療需要 (人/日)	平成37年 (2025年) の医療需要 (現行の流出入) (人/日) 医療機関所在地ベース	平成37年 (2025年) の医療需要 (調整後の流出入) (人/日) 患者所在地ベース	平成25年度 (2013年度) の病床数 (床)	平成37年 (2025年) の病床数 (現行の流出入) (床) 医療機関所在地ベース	平成37年 (2025年) の病床数 (調整後の流出入) (床) 患者所在地ベース
東部	高度急性期	158.2	163.1	156.1	210.9	217.5	208.1
	急性期	547.3	577.0	555.2	701.7	739.7	711.8
	回復期	582.3	629.1	610.6	647.0	699.0	678.5
	慢性期パターンB	705.2	539.0	480.6	766.5	585.8	522.4
	在宅医療等パターンB (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,800.5	3,379.8	3,385.8			
	小計	1,291.4	1,465.3	1,480.2	2,326.1	2,242.0	2,120.8
中部	高度急性期	62.1	61.8	79.9	82.8	82.5	106.6
	急性期	308.9	313.5	326.3	396.0	402.0	418.3
	回復期	392.9	403.5	403.9	436.6	448.3	448.8
	慢性期パターンB	231.4	205.5	205.9	251.6	223.3	223.8
	在宅医療等パターンB (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,377.5	1,489.0	1,433.9			
	小計	609.5	642.1	596.8	1,166.9	1,156.1	1,197.5
西部	高度急性期	214.9	211.1	168.7	286.5	281.5	224.9
	急性期	645.7	684.0	599.0	827.8	876.9	767.9
	回復期	812.2	890.0	789.9	902.5	988.9	877.7
	慢性期パターンB	326.2	319.1	351.3	354.6	346.9	381.9
	在宅医療等パターンB (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	3,399.4	4,044.6	3,958.4			
	小計	1,838.4	2,174.0	2,129.6	2,371.5	2,494.2	2,252.4
	総計	12,564.8	13,910.1	13,505.7	5,864.5	5,892.2	5,570.8
全県	高度急性期	435.2	436.1	404.7	580.2	581.5	539.6
	急性期	1,501.9	1,574.4	1,480.5	1,925.5	2,018.5	1,898.1
	回復期	1,787.5	1,922.6	1,804.5	1,986.1	2,136.2	2,004.9
	慢性期パターンB	1,262.9	1,063.6	1,037.8	1,372.7	1,156.1	1,128.1
	在宅医療等パターンB (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	7,577.4	8,913.4	8,778.2			
	小計	3,739.3	4,281.4	4,206.6	5,864.5	5,892.2	5,570.8

<「必要病床数等推計ツール」による医療需要の推計値の推移（パターンBによる推計）>

(1) 医療機関所在地ベース

(単位：人/日)

区分	医療機能	平成25年度 (2013年度)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
東部	高度急性期	158.2	163.1	162.2	158.6	153.3
	急性期	547.3	577.0	590.6	591.0	576.2
	回復期	582.3	629.1	650.4	655.4	640.3
	慢性期	705.2	539.0	553.7	555.3	539.6
	在宅医療等	2,800.5	3,379.8	3,699.9	3,895.7	3,868.2
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,291.4	1,465.3	1,607.1	1,692.0	1,678.6
	小計	4,793.5	5,287.9	5,656.8	5,856.0	5,777.5
中部	高度急性期	62.1	61.8	61.6	60.0	57.1
	急性期	308.9	313.5	319.3	315.9	302.5
	回復期	392.9	403.5	414.5	412.2	395.1
	慢性期	231.4	205.5	217.2	219.0	210.9
	在宅医療等	1,377.5	1,489.0	1,597.6	1,640.9	1,592.9
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	609.5	642.1	690.6	710.0	689.3
	小計	2,372.8	2,473.3	2,610.2	2,648.0	2,558.5
西部	高度急性期	214.9	211.1	206.6	199.6	191.4
	急性期	645.7	684.0	689.6	675.9	650.9
	回復期	812.2	890.0	910.2	897.9	863.9
	慢性期	326.2	319.1	336.1	335.4	321.5
	在宅医療等	3,399.4	4,044.6	4,388.9	4,434.5	4,263.5
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,838.4	2,174.0	2,371.2	2,399.9	2,306.1
	小計	5,398.5	6,148.9	6,531.4	6,543.3	6,291.2
	総計	12,564.8	13,910.1	14,798.5	15,047.3	14,627.2

(2) 患者住所地ベース

(単位：人/日)

区分	医療機能	平成25年度 (2013年度)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
東部	高度急性期	158.2	156.1	155.6	152.4	147.3
	急性期	547.3	555.2	569.3	570.9	557.4
	回復期	582.3	610.6	633.7	640.8	626.9
	慢性期	705.2	480.6	500.7	507.7	494.8
	在宅医療等	2,800.5	3,385.8	3,709.2	3,908.5	3,882.6
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,291.4	1,480.2	1,624.5	1,711.8	1,699.1
	小計	4,793.5	5,188.4	5,568.5	5,780.4	5,709.0
中部	高度急性期	62.1	79.9	78.1	75.0	71.1
	急性期	308.9	326.3	329.8	324.7	310.7
	回復期	392.9	403.9	412.6	409.3	392.0
	慢性期	231.4	205.9	215.9	216.5	208.3
	在宅医療等	1,377.5	1,433.9	1,539.3	1,582.1	1,536.0
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	609.5	596.8	643.6	663.1	643.9
	小計	2,372.8	2,450.0	2,575.8	2,607.7	2,518.2
西部	高度急性期	214.9	168.7	165.9	160.8	154.4
	急性期	645.7	599.0	607.3	596.5	574.6
	回復期	812.2	789.9	811.0	800.9	770.2
	慢性期	326.2	351.3	364.2	360.8	345.4
	在宅医療等	3,399.4	3,958.4	4,295.1	4,338.9	4,170.2
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,838.4	2,129.6	2,319.7	2,346.1	2,253.5
	小計	5,398.5	5,867.4	6,243.5	6,257.9	6,014.7
	総計	12,564.8	13,505.7	14,387.8	14,645.9	14,242.0

<「必要病床数等推計ツール」による将来の病床数の推計値の推移（パターンBによる推計）>

(1) 医療機関所在地ベース

(単位：床)

区分	医療機能	平成25年度 (2013年度)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
東部	高度急性期	210.9	217.5	216.3	211.5	204.4
	急性期	701.7	739.7	757.2	757.6	738.7
	回復期	647.0	699.0	722.7	728.3	711.5
	慢性期	766.5	585.8	601.8	603.6	586.5
	在宅医療等					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分					
	小計	2,326.1	2,242.0	2,298.0	2,301.0	2,241.0
中部	高度急性期	82.8	82.5	82.1	80.0	76.1
	急性期	396.0	402.0	409.4	405.0	387.8
	回復期	436.6	448.3	460.5	458.0	439.0
	慢性期	251.6	223.3	236.1	238.0	229.3
	在宅医療等					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分					
	小計	1,166.9	1,156.1	1,188.2	1,181.0	1,132.2
西部	高度急性期	286.5	281.5	275.5	266.2	255.2
	急性期	827.8	876.9	884.1	866.5	834.5
	回復期	902.5	988.9	1,011.4	997.7	959.9
	慢性期	354.6	346.9	365.3	364.6	349.5
	在宅医療等					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分					
	小計	2,371.5	2,494.2	2,536.2	2,494.9	2,399.0
総計	5,864.5	5,892.2	6,022.4	5,976.9	5,772.2	

(2) 患者住所地ベース

(単位：床)

区分	医療機能	平成25年度 (2013年度)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
東部	高度急性期	210.9	208.1	207.4	203.2	196.4
	急性期	701.7	711.8	729.9	732.0	714.7
	回復期	647.0	678.5	704.2	712.0	696.6
	慢性期	766.5	522.4	544.2	551.9	537.8
	在宅医療等					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分					
	小計	2,326.1	2,120.8	2,185.7	2,199.1	2,145.5
中部	高度急性期	82.8	106.6	104.1	100.0	94.8
	急性期	396.0	418.3	422.9	416.3	398.3
	回復期	436.6	448.8	458.5	454.8	435.6
	慢性期	251.6	223.8	234.7	235.3	226.5
	在宅医療等					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分					
	小計	1,166.9	1,197.5	1,220.2	1,206.5	1,155.2
西部	高度急性期	286.5	224.9	221.2	214.4	205.8
	急性期	827.8	767.9	778.6	764.8	736.6
	回復期	902.5	877.7	901.1	889.9	855.8
	慢性期	354.6	381.9	395.8	392.2	375.4
	在宅医療等					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分					
	小計	2,371.5	2,252.4	2,296.7	2,261.2	2,173.6
総計	5,864.5	5,570.8	5,702.6	5,666.7	5,474.4	

2 地域医療構想策定に係る各種会議

地域医療構想の策定に当たり、県内の医療・介護の関係者、医療・介護のサービスを受ける側の立場の方々、行政機関などで構成される会議を構想区域毎及び全県的に開催し、構想の内容について協議してきました。

構想区域毎の会議である地域医療構想調整会議には、地域保健医療計画の策定・推進を目的とする各構想区域の既存の会議である地域保健医療協議会が当てられています。協議会委員ではなくても、地域医療構想の策定・推進に係る検討に加わっていただく必要があると考えられる方々には、オブザーバーとして参加していただいています。また、西部構想区域では、調整会議の参加者の一部をメンバーとするワーキンググループを立ち上げ、そこでも地域医療構想に関する協議・検討を行っています。

全県的な会議としては、鳥取県保健医療計画の策定・推進を含めた県の医療政策の重要事項について審議する鳥取県医療審議会や地域医療対策協議会において、この度の地域医療構想の策定に向けた協議・検討を行っています。

(1) 構想区域毎の会議（地域医療構想調整会議（地域保健医療協議会））のメンバー

ア 東部構想区域

役職	氏名	備考
鳥取県東部医師会長	松浦 喜房	協議会委員 【調整会議会長】
鳥取県東部歯科医師会長	笈 哲郎	協議会委員
鳥取県薬剤師会東部支部長	中野 厚	協議会委員
鳥取県看護協会常任理事	尾崎 裕子	協議会委員
鳥取県病院協会東部支部長	木村 章彦	協議会委員
鳥取県精神科病院協議会会員	山下 陽三	協議会委員
鳥取県東部医師会副会長	森 英俊	協議会委員
鳥取県東部歯科医師会理事	大森 智弘	協議会委員
鳥取県薬剤師会東部支部理事	中尾 佐代子	協議会委員
鳥取県立中央病院副院長	皆川 幸久	協議会委員
鳥取赤十字病院副院長	小坂 博基	協議会委員
鳥取市立病院病院事業管理者	清水 健治	協議会委員
鳥取生協病院病院部長	竹内 勤	協議会委員
岩美病院長	神谷 剛	協議会委員
智頭病院長	濱崎 尚文	協議会委員
鳥取医療センター統括診療部長	井上 一彦	協議会委員
鳥取大学医学部医学科地域医療学講座教授	谷口 晋一	協議会委員
鳥取市福祉保健部保険年金課健診推進室室長	大谷 保子	協議会委員
鳥取市福祉保健部地域包括ケア推進課参事	橋本 涉	協議会委員
鳥取市健康・子育て推進局総括保健師	牧 美恵子	協議会委員
岩美町健康長寿課長	岡島 久美子	協議会委員
八頭町副町長	岩見 一郎	協議会委員
若桜町町民福祉課主幹	山根 葉子	協議会委員
智頭町福祉課参事	江口 礼子	協議会委員
鳥取県東部広域行政管理組合消防局長	村上 義弘	協議会委員
鳥取県東部広域行政管理組合消防局次長兼警防課長	藤原 博志	協議会委員
全国健康保険協会鳥取支部企画総務部長（平成28年6月1日から）	深松 保次	協議会委員
全国健康保険協会鳥取支部企画総務部長（平成28年5月31日まで）	吉長 誠	協議会委員

鳥取県国民健康保険団体連合会保険者支援課保険事業係長	山脇 達矢	協議会委員
鳥取県国民健康保険団体連合会事務局長	金湧 文男	協議会委員
鳥取市老人クラブ連合会副会長	森田 秀雄	協議会委員
ゆうゆうとっとり子育てネットワーク役員	細田 明希	協議会委員
県栄養士会会員	林 幸子	協議会委員
岩美病院副院長	尾崎 隆之	協議会委員(岩美病院長)代理
鳥取産院長	村江 正始	オブザーバー
鳥取産院副院長	岡野 一廣	オブザーバー
ウェルフェア北園渡辺病院長	日笠 親績	オブザーバー
尾崎病院長(平成28年4月1日から)	鱸 俊朗	オブザーバー
尾崎病院長(平成28年3月31日まで)	植木 寿一	オブザーバー
幡病院長	幡 碩之	オブザーバー
医療法人緑会(上田病院)理事長	上田 武郎	オブザーバー
訪問看護ステーション協議会会員	国岡 潤子	オブザーバー
鳥取県理学療法士会監事	大寺 弥	オブザーバー
鳥取県作業療法士会副会長	長田 貴徳	オブザーバー
鳥取県作業療法士会東部理事	佐野 和代	オブザーバー
県言語聴覚士会例会部長	赤峰 孝宏	オブザーバー
鳥取県老人保健施設協会副会長	田中 彰	オブザーバー

イ 中部構想区域

役職	氏名	備考
鳥取県中部医師会長	松田 隆	協議会委員 【調整会議会長】
鳥取県中部歯科医師会長	桑名 富雄	協議会委員
鳥取県薬剤師会中部支部副支部長	李 賢司	協議会委員
鳥取県看護協会理事	小原 佐智子	協議会委員
鳥取県病院協会中部支部幹事	森尾 泰夫	協議会委員
鳥取中部ふるさと広域連合消防局長	三浦 貴志	協議会委員
鳥取県中部教育局長	中田 朱美	協議会委員
北栄町女性団体連絡協議会長	永田 洋子	協議会委員
鳥取県中部医師会副会長	安梅 正則	協議会委員
鳥取県中部歯科医師会副会長	石亀 裕通	協議会委員
鳥取県薬剤師会中部支部理事	牧田 眞知子	協議会委員
鳥取県立厚生病院長	井藤 久雄	協議会委員
倉吉病院副院長	永見 剛房	協議会委員
あけぼの会鳥取県支部中部リーダー	伊藤 芳穂	協議会委員
鳥取県訪問看護ステーション連絡協議会中部支部長	松本 由美子	協議会委員
鳥取県介護支援専門員連絡協議会中部支部理事	藤井 太陽	協議会委員
藤井政雄記念病院長	池田 正仁	協議会委員
全国健康保険協会鳥取支部グループリーダー	船橋 正則	協議会委員
鳥取県後期高齢者医療広域連合業務課長	橋井 雅巳	協議会委員
垣田病院長	坂本 雅彦	オブザーバー
北岡病院事務部長	長 正剛	オブザーバー
清水病院長	提嶋 正	オブザーバー
信生病院長	石原 孝之	オブザーバー

信生病院副院長	辻本 実	オブザーバー
谷口病院事務長	山崎 信吾	オブザーバー
谷口病院総務課長	徳丸 理彦	オブザーバー
野島病院総院長	野島 丈夫	オブザーバー
野島病院法人事務課長	松島 竜伸	オブザーバー
森本外科・脳神経外科医院長	森本 益雄	オブザーバー
鳥取県理学療法士会代表	山根 隆治	オブザーバー
鳥取県作業療法士会中部地区選出理事	福井 由香里	オブザーバー
山陰言語聴覚士協会理事	荒尾 かず子	オブザーバー
老人保健施設協会代表	生原 加奈江	オブザーバー
鳥取県医療社会事業協会理事	藤井 かおり	オブザーバー
倉吉市保健センター所長	大西 康浩	オブザーバー
三朝町福祉課副主幹	松原 康宏	オブザーバー
三朝町子育て健康課副主幹	岩山 美由紀	オブザーバー
湯梨浜町健康推進課長	瀬戸 隆行	オブザーバー
湯梨浜町長寿福祉課長	竹本 恵子	オブザーバー
琴浦町福祉あんしん課長	藤原 静香	オブザーバー
琴浦町子育て健康課長	永見 弥生	オブザーバー
北栄町福祉課地域包括支援センター主任介護支援専門員	池田 伸夫	オブザーバー
北栄町健康推進課健康づくり推進室長	山口 和子	オブザーバー

ウ 西部構想区域

所属機関・団体	氏名	備考
鳥取県西部医師会長	野坂 美仁	協議会委員 【調整会議会長】 ・ワーキングメン バー
鳥取県西部歯科医師会長	田本 寛光	協議会委員
鳥取県薬剤師会西部支部長	都田 修史	協議会委員
鳥取県看護協会会員	仁田 照子	協議会委員
鳥取県病院協会西部支部長	森本 兼人	協議会委員・ワー キングメンバー
鳥取大学医学部附属病院副院長	井上 幸次	協議会委員
男女共同参画推進会議米子副会長	門脇 邦子	協議会委員
西部民生児童委員協議会会員	北村 公子	協議会委員
鳥取県身体障害者福祉協会理事	黒田 正勝	協議会委員
境港市福祉保健部長	濱田 壮	協議会委員
鳥取県西部町村会会員	竹内 敏朗	協議会委員
鳥取県西部広域行政管理組合消防局長	木山 文也	協議会委員
全国健康保険協会鳥取支部業務部長	村上 浩	協議会委員・ワー キングメンバー
日野町健康福祉課長	渡部 裕之	協議会委員
鳥取県西部医師会常任理事	安達 敏明	協議会委員・ワー キングメンバー
鳥取県西部医師会理事	藤瀬 雅史	協議会委員・ワー キングメンバー
鳥取県西部歯科医師会理事	佐々木 晃一	協議会委員

鳥取県薬剤師会西部支部副支部長	金田 賢司	協議会委員
鳥取県病院協会西部支部会員	頼田 孝男	協議会委員
鳥取県病院協会西部支部会員	篠原 一郎	協議会委員
鳥取県精神科病院協議会会員	浜崎 豊	協議会委員
鳥取大学医学部附属病院精神科助教	長田 泉美	協議会委員
米子医療センター社会福祉士	田中 聡子	協議会委員
全国パーキンソン病友の会鳥取県支部長	岡田 昭博	協議会委員
特定非営利活動法人精神障害者家族会すけっとと会員	藪中 彰子	協議会委員
認知症の人と家族の会鳥取県支部認知症相談員	吉野 靖子	協議会委員
鳥取大学医学部附属病院長	清水 英治	オブザーバー・ワーキングメンバー
米子医療センター院長	濱副 隆一	オブザーバー・ワーキングメンバー
山陰労災病院長	大野 耕策	オブザーバー
鳥取県立総合療育センター副院長	吉田 一成	オブザーバー
博愛病院院長	石部 裕一	オブザーバー・ワーキングメンバー
高島病院事務長	小澤 尚之	オブザーバー
皆生病院事務長	近藤 健	オブザーバー
錦海リハビリテーション病院長	井後 英紀	オブザーバー
錦海リハビリテーション病院副院長	山崎 昭子	オブザーバー
米子東病院事務部長	山崎 徹	オブザーバー
米子東病院副看護部長	松尾 和子	オブザーバー
済生会境港総合病院事務部長	森脇 寿穂	オブザーバー
元町病院事務長	西田 哲明	オブザーバー
西伯病院長	木村 修	オブザーバー・ワーキングメンバー
西伯病院事務部長	中前 三紀夫	オブザーバー
日南病院事業管理者	中曾 森政	オブザーバー
日野病院医事課長	川上 靖	オブザーバー
鳥取県理学療法士会副会長	土中 伸樹	オブザーバー
鳥取県作業療法士会西部地区理事	永見 忠志	オブザーバー
山陰言語聴覚士会理事	清水 洋子	オブザーバー
鳥取県老人保健施設協会理事	廣江 智	オブザーバー・ワーキングメンバー
境港市福祉保健部長寿社会課長	沼倉 加奈子	オブザーバー
南部町健康福祉課長	山口 俊司	オブザーバー
伯耆町健康対策課副室長	住田 浩平	オブザーバー
日吉津村福祉保健課長	小原 義人	オブザーバー
大山町健康対策課長	後藤 英紀	オブザーバー
大山町福祉介護課長	松田 博明	オブザーバー
日南町福祉保健課長	梅林 千恵	オブザーバー
江府町福祉保健課長	川上 良文	オブザーバー

(2) 全県的な会議のメンバー

ア 鳥取県医療審議会

区分	役職	氏名	備考
医師・ 歯科医等	鳥取県医師会長	魚谷 純	審議会会長
	垣田病院長	坂本 雅彦	
	鳥取県医師会常任理事	瀬川 謙一	
	鳥取市立病院診療局長	谷水 将邦	
	西伯病院副院長	陶山 和子	
	米子病院長	加藤 明孝	
	鳥取県歯科医師会副会長	廣田 吉明	
	鳥取県薬剤師会長	徳吉 公司	
医療を受ける立場	日南町長	増原 聡	
	NPO法人とっとり母カリンクぼこりっと代表理事	土山 博子	
	元鳥取市立病院看護部長・元ウェルフェア北園渡辺病院課長	松田 由美	
	鳥取県連合婦人会常任委員	遠藤 幸子	
	家族介護者の集い“スマイル・スマイル”代表	谷口 和子	
	全国膠原病友の会鳥取県支部長	三嶋 智子	
	全国健康保険協会鳥取支部長	石本 健一	
	鳥取県国民健康保険連合会事務局長	村上 真弓	
学識 経験者	鳥取大学医学部附属病院副院長	山本 一博	
	鳥取市青谷町すくすく保育園長	田邊 まさ江	
	鳥取市子ども発達・家庭支援センター所長	山中 八寿子	
	鳥取県介護福祉士会副会長	松村 絹子	
	伯耆町地域包括支援センター主幹保健師	有富 千帆	
	鳥取赤十字病院看護部長	小山 和子	

イ 鳥取県地域医療対策協議会

区分	役職	氏名	備考
特定機能病院	鳥取大学医学部附属病院長	清水 英治	
地域医療支援病院	鳥取赤十字病院長	西土井 英昭	
公的医療機関	鳥取県立厚生病院長	井藤 久雄	協議会会長
臨床研修指定病院	鳥取県立中央病院長	池口 正英	
診療に関する学識経験者の団体	鳥取県医師会常任理事	明穂 政裕	
	博愛病院長（鳥取県病院協会）	石部 裕一	
大学その他の医療従事者の養成に係る機関	鳥取大学医学部長	河合 康明	
社会医療法人	社会医療法人明和会医療福祉センター副理事長（ウェルフェア北園渡辺病院長）	日笠 親績	
独立行政法人国立病院機構	米子医療センター院長	濱副 隆一	
地域の医療関係団体	鳥取県東部医師会長	松浦 喜房	
	鳥取県中部医師会長	松田 隆	
	鳥取県西部医師会長	野坂 美仁	
	鳥取県看護協会会長	虎井 佐恵子	
関係市町村	岩美町長	榎本 武利	
地域住民を代表する団体	鳥取県連合婦人会会員	山崎 恵美代	
	鳥取県社会福祉協議会長	青木 茂	
大規模病院（特定機能病院）	鳥取大学医学部附属病院看護部長	中村 真由美	

中規模病院	藤井政雄記念病院看護部長	椋田 尚子	
小規模病院(公的医療機関)	智頭病院看護部長	谷口 祐子	
介護老人保健施設 (地域の医療関係団体)	鳥取県老人保健施設協会委員	杉山 長毅	
介護老人福祉施設 (地域の医療関係団体)	鳥取県老人福祉施設協議会理事	石川 裕子	
地域の医療関係団体	鳥取県訪問看護ステーション連絡協議会会員	中原 裕子	
大学(医療従事者養成機関)	鳥取大学医学部保健学科教授	南前 恵子	
専門学校(医療従事者養成機関)	鳥取県立倉吉総合看護専門学校副校長	中田 映子	
准看学校(医療従事者養成機関)	鳥取看護高等専修学校教務主任	山脇 富美子	
市町村保健師(関係市町村)	琴浦町健康対策課長	永見 弥生	

(3) 各種会議の開催状況

ア 地域医療構想調整会議(地域保健医療協議会)

(ア) 東部構想区域

開催日	協議内容
平成27年7月16日 [第1回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 鳥取県地域医療構想策定の概要について ● 東部保健医療圏地域医療構想作成スケジュールについて ● 地域医療構想策定ガイドラインに基づく医療需要・必要病床数の将来推計について ほか
平成27年9月14日 [第2回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療構想策定スケジュールの変更について ● 第1回協議会委員等の質疑・意見に対する回答について ● 医療提供状況、医療従事者数、介護保険サービス提供状況について ● 平成27年度地域医療介護総合確保基金事業について ほか
平成28年1月20日 [第3回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療構想策定に係る必要病床数の県の考え方について ● 第2回協議会の質疑・意見に対する回答について ● 地域医療構想の構成と必要病床数について ● 将来の医療提供体制に向けた具体的な取組について ほか
平成28年3月18日 [第4回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療構想の基本的考え方・取り組み方について ● 鳥取県地域医療構想の構成について ● 東部圏域の地域医療構想素案について ほか
平成28年6月9日 [第5回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 東部圏域の地域医療構想修正案について ● 鳥取県地域医療構想(案)について ほか

(イ) 中部構想区域

開催日	協議内容
平成27年7月30日 [第1回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 鳥取県地域医療構想策定の概要について ● 中部保健医療圏地域医療構想作成スケジュールについて ● 地域医療構想策定ガイドラインに基づく病床数の将来推計について ほか
平成27年9月15日 [第2回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 中部圏域における医療提供の状況と将来の医療需要について ● 中部圏域の将来の必要病床数について ほか
平成28年2月16日 [第3回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療構想策定に係る必要病床数の県の考え方について ● 地域医療構想と医療供給体制を実現するための施策について ほか

(ウ) 西部構想区域

開催日	協議内容
平成27年7月30日 [第1回調整会議]	<ul style="list-style-type: none"> ● 鳥取県地域医療構想策定の概要について ● 西部保健医療圏地域医療構想策定スケジュールについて ● 地域医療構想策定ガイドラインに基づく医療需要・必要病床数の将来推計について ● 鳥取県西部圏域における将来の医療需要と医療提供体制について ほか

平成27年11月6日 〔第2回調整会議〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 第1回西部圏域地域医療構想調整会議報告及び構想策定スケジュールについて ● 西部圏域の医療・介護の提供体制の現状と将来推計について ● ワーキングチームの設置について ● 圏域内の病床、医療、介護提供体制の将来推計の課題検討について ほか
平成27年12月8日 〔第1回ワーキング〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 第2回調整会議報告について ● 地域医療構想の骨子案及び施策について ほか
平成28年1月26日 〔第2回ワーキング〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 第1回ワーキングの議事報告について ● 地域医療構想の骨子案及び施策について ほか
平成28年3月2日 〔第3回調整会議〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 第2回西部圏域地域医療構想調整会議報告について ● 第1・2回ワーキング開催報告について ● 地域医療構想の策定方針及び骨子案について ● 西部圏域の課題と施策について ● 今後のスケジュールについて ほか
平成28年3月22日 〔第3回ワーキング〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 第3回調整会議議事報告について ● 地域医療構想の策定について ほか
平成28年4月25日 〔第4回ワーキング〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 第3回ワーキング議事報告について ● 地域医療構想（案）西部圏域版について ほか
平成28年5月16日 〔第4回調整会議〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 第3回西部圏域地域医療構想調整会議報告について ● 第3・4回ワーキング開催報告について ● 必要病床数推計について ● 鳥取県地域医療構想（案）について ● 鳥取県地域医療構想（案）西部圏域の課題と施策について ● 今後のスケジュール等について ほか

イ 医療審議会及び地域医療対策協議会

開催日	会議	協議内容
平成27年5月12日	医療審議会	● 地域医療構想策定のスケジュール、鳥取県の構想区域について ほか
平成27年5月15日	地域医療対策協議会	
平成27年7月6日	地域医療対策協議会	● 地域医療構想の構成について ほか
平成27年7月7日	医療審議会	
平成27年10月27日	地域医療対策協議会	● 地域医療構想の概要案について ほか
平成27年10月29日	医療審議会	
平成28年2月22日	地域医療対策協議会	● 地域医療構想に掲載する将来の病床数の推計値の取扱いについて ほか
平成28年2月23日	医療審議会	
平成28年7月5日	地域医療対策協議会	● パブリックコメント前の地域医療構想案について ほか
平成28年7月7日	医療審議会	
平成28年9月9日	地域医療対策協議会	● パブリックコメント意見への対応方針、地域医療構想の最終案について ほか
平成28年9月13日	医療審議会	
平成28年11月21日	地域医療対策協議会	● 地域医療構想の最終案の一部修正の報告
平成28年11月22日	医療審議会	

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

地域医療構想の策定に当たり、県民の皆様からご意見をいただくとともに、地域医療構想の内容、策定の趣旨について説明するため、以下のとおりパブリックコメント等を実施しました。

(1) パブリックコメント

ア 実施期間：平成28年7月25日～8月24日

イ 募集方法：郵送、ファクシミリ、電子メール、意見箱（県庁県民課、各総合事務所地域振興局、日野振興センター日野振興局、東部・八頭庁舎、県立図書館に設置）、市町村窓口、病院窓口

ウ 応募件数：20件（人）

<主な内容>

- ・医療機関の機能分担、運営体制の推進について経営的な問題からも医療機関の「自主的な取組み」には、限界がある。県の強力な調整（財政支援も含む）も必要。
- ・働きながら老人・病人を見るためには、訪問看護の強化が大いに必要。 など

(2) 住民への説明会等

パブリックコメントの実施期間中に、東・中・西部で住民等を対象とした地域医療構想（案）等の説明会等を実施しました。

ア 東部 【開催日】 平成28年7月30日（土）

【参加者】 市民医療講座の参加者 約30名（東部の市町村に在住）

イ 中部 【開催日】 平成28年7月20日（水）、平成28年7月23日（土）、平成28年8月18日（木）

【参加者】 7月20日 中部の病院の事務部長、看護部長等 17名

7月23日 中部圏域の訪問看護ステーション職員、ALS難病患者の看護・介護に関わる関係者（厚生病院地域包括ケア病棟看護師長、ケアマネ、ヘルパー等） 44名

8月18日 北栄町民生児童委員 41名、北栄町福祉課職員 4名

計 45名

ウ 西部 【開催日】 平成28年8月17日（水）

【出席者】 保健推進員、自治連合会、老人クラブ、行政等 38名

4 用語解説

【あ行】

【医師事務作業補助者（医療クラーク）・看護師事務作業代行職員】

医師事務作業補助者は、医師・歯科医師の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための事務作業等）などに対応する職員のことです。「医療クラーク」とも呼ばれています。

看護師事務作業代行職員は、診療報酬請求書の作成や伝票類の整理などを行っている看護師の負担軽減のため、これらの事務作業を看護師に代わって行う職員です。

【医療審議会】

都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項（医療計画の策定及び変更、医療法人の設立・解散・合併の認可及び認可の取り消し、医療機関の増床等への勧告 など）を調査審議するため都道府県に置かれている会議です。委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命します。

【医療ソーシャルワーカー】

保健医療分野におけるソーシャルワーカーであり、主に病院において患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職です。

MSW（「Medical Social Worker」の略。）と呼ばれることもあります。

【医療保険者】

医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村（特別区を含む。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団のことをいいます。

【オレンジカフェ】

「認知症カフェ」のことであり、「認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場」として地域での日常生活・家族支援の強化を図る取組の一つです。

【か行】

【介護保険】

被保険者が納める保険料と国、県、市町村が負担する公費（税金）を財源として介護や支援が必要となった被保険者に介護サービスを提供することで、被保険者自身とその家族を支援する仕組みです。

【介護予防】

高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものです。

介護予防サービスとして、要支援者を対象にホームヘルパーが利用者を訪問し、本人が自分で行うのが困難な掃除・買い物などを手伝う「介護予防訪問介護」や、デイサービスセンター（介護施設に入所しなくても昼間に日帰りで利用できる通所介護サービスを提供する施設）等の施設で入浴、排泄、食事等の介護等の日常生活の支援等を利用できる「介護予防通所介護」などがあります。

また、筋力アップや転倒防止などを目的とした介護予防のための運動を行う「介護予防教室」といった取組もあります。

【介護老人保健施設】

病状が安定期にある利用者に対して、看護・医学管理下での介護、機能訓練等の必要な医療、日常生活上の世話をを行い、在宅生活への復帰を目指す施設です。

【回復期リハビリテーション】

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ことです。

【かかりつけ医】

住民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師です。かかりつけ医には、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って重要な役割を担い、また、診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにするなど適切に対応することが期待されています。

【緩和ケア】

患者・家族の療養生活の質の向上のため、がん患者の身体的苦痛（疼（とう）痛）、精神的苦痛（恐怖、不安）、社会的な不安（仕事や経済面での不安）などを和らげる医療です。

【寄附講座】

地域に貢献する人材育成や地域の発展などのために大学などが開設する実践、研究のための講座に対して人件費や教育・研究費などを寄附するものです。本県の場合、これまでも地域医療を志す医師の支援を養成する鳥取大学医学部の地域医療学講座に対して寄附をしています。

【救急医療機関】

疾患や外傷等に対して緊急の対応の必要がある場合に医療を提供する機関のことを示します。救急医療は、患者の傷病の程度に応じて三段階に分かれます。

- ・初期（一次）救急医療：主に軽症の傷病者に提供する医療
- ・二次救急医療：主に中等症の傷病者、入院治療を要する中等患者に提供する医療
- ・三次救急医療：主に生命の危機に関わるような重篤な救急患者に提供する医療

【居宅サービス事業所】

自宅に居ながら利用できる介護サービスのことです。

介護福祉士等の訪問介護員が居宅を訪問して自立した生活を送れるよう排泄・食事の介護、調理・洗濯等の家事援助等を行う「訪問介護」、理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問して理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行い身体機能の維持回復を図る「訪問リハビリテーション」、デイサービスセンターに通って日常生活の世話と機能訓練を行うことで利用者の社会的孤立感の解消と心身の機能維持、家族の身体的・精神的負担の軽減を図る「通所介護」などのほか、福祉用具の貸与・販売といったサービスもあります。

【勤務環境改善支援センター】

各医療機関が勤務環境改善マネジメントシステムに基づき策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価等をワンストップで、かつ、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて総合的にサポートする施設として都道府県に設置されるセンターです。本県の場合、鳥取県医師会に委託して設置しています。

【グループホーム（認知症対応型共同生活介護）】

認知症のある高齢者が9人以下の少人数で共同生活をしながら、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話、機能訓練をしてもらえる施設で、形態としては民家型、アパート型、ミニ施設型など様々です。利用者は、原則として、施設の所在地の市町村に住んでいる認知症要介護高齢者です。

【軽費老人ホーム】

無料または低額な料金で、家庭環境・住宅事情・経済状況などの理由により、居宅において生活することが困難な高齢者を入所させ、食事その他生活上必要な便宜を提供する施設です。

生活障害に応じた生活支援サービスや介護サービスを利用すれば自立した生活が維持できる低所得者向けの「A型」、A型から食事サービスを抜き、介護職員も配置されていない「B型」、A型やB型のような所得や家庭環境よりも住宅面に重点を置く「ケアハウス」の3種類があります。

【言語聴覚士】

音声機能、言語機能又は聴覚に障がいのある者についてその機能の維持向上を図るため、医師又は歯科医師の指示の下に、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする国家資格の専門職です。

ST（「Speech Therapist」の略。）と呼ばれることもあります。

【合計特殊出生率】

15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性が一生の間に生む子どもの数の概念上の値です。

【コーホート要因法】

年齢別人口の加齢に伴って生ずる年々の変化をその要因（死亡、出生及び人口移動）毎に計算して将来の人口を求める方法です。

【国立社会保障・人口問題研究所】

平成8年（1996年）に厚生省人口問題研究所と特殊法人社会保障研究所との統合によって誕生した組織で、厚生労働省に所属する国立の研究機関であり、人口や世帯の動向を捉えるとともに、国内外の社会保障政策や制度についての研究を行っています。

【さ行】

【サービス付き高齢者向け住宅】

介護・医療と連携して高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅です。

【在宅医療・介護連携推進事業】

介護保険を財源とし、市町村が主体となって以下の8つの柱の事業に取り組むものです。

- ・地域の医療・介護の資源の把握
- ・在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ・切れ目の無い在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- ・医療・介護関係者の情報共有の支援
- ・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
- ・地域住民への普及啓発
- ・在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

【在宅医療等】

本構想の本文中でも説明していますが、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。

なお、「外来」、「通院」が、病院や診療所に通って診察・治療を受けることであるのに対し、「在宅医療等」は、入院していないことは同じですが、居宅等療養生活を営むことができる場所で医療を受ける点が異なります。

【在宅医療連携拠点事業】

地区医師会が事業主体、地域の拠点となり、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築する事業です。平成27年度以前は、医療機関が事業主体となることもありました。

【在宅患者訪問診療料】

在宅で療養している患者であって、疾病、負傷のため通院による療養が困難である者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の診療報酬です。

【在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局】

在宅で療養している患者であって通院が困難である者に対して、医師の指示に基づいて薬学的管理指導計画を策定し、患者宅を訪問して薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服薬状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行う薬局として、地方厚生（支）局へ届け出ている保険薬局です。

【在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所】

往診や訪問看護が24時間可能な体制を確保している病院又は診療所のことをいいます。主に在宅での慢性疾患の療養等を行い、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制（無床の診療所の場合にあつては、有床の医療機関との連携によるものでも可。）も確保しています。

【作業療法士】

身体又は精神に障がいのある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることを作業療法といいますが、医師の指示の下にこの療法を行うことを業とする国家資格の専門職です。

OT（「Occupational Therapist」の略。）と呼ばれることもあります。

【市町村介護保険事業計画】

市町村が定める、3年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画です。

【周産期医療】

周産期とは妊娠満22週以降から産後1週未満までの期間を示し、この期間に妊婦や新生児に提供される医療です。

【小規模多機能型居宅介護】

「通い（デイサービス）」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて随時「訪問（訪問介護）」や「泊まり（ショートステイ）」を組み合わせるサービスを提供するもので、中重度となっても在宅での生活が継続できるように支援するものです。

【西部医師会在宅医療推進委員会】

鳥取県西部医師会が事務局となり、西部地区の開業医、勤務医のほか、行政関係者も参加して、在宅医療の推進方策等について検討している委員会です。平成23年度からスタートし、かかりつけ医支援、勤務医支援、多職種連携、住民への啓発、病診連携（病院と診療所との連携）などに関するプロジェクトチームを設け、取組を進めています。

【た行】

【退院支援ルール】

病院から退院する患者をケアマネージャー（介護支援専門員）が引き継ぐ際の情報共有の方法です。

退院後の患者が必要なサービスを円滑に受けられるようケアマネージャーに患者情報を十分伝えるとともに、病院毎に対応が異なることの無いようにするための統一的なルールです。

【多職種】

医療・介護に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーションのスタッフ、介護事業の従事者、行政関係者などの様々な職種のことを示し、これらの職種が連携、協働しながら、地域に必要な医療・介護の提供に取り組んでいきます。

【短期入所】

「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所療養介護（ショートステイ）」があります。

前者は、特別養護老人ホーム等に短期間入所して、介護予防を目的として、要支援者の心身の特性を踏まえて、その居宅において有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練が提供され、これによって、利用者の心身機能の維持・改善や利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るサービスです。

後者は、要介護者を介護している方が、たまたま病気になったり、事故にあったり、出産したり、結婚式または法事などの理由により一時的に介護を続けることができなくなった場合等に、介護老人保健施設、療養病床のある病院や診療所等に短期間入院し、看護、医学的管理の下での介護、機能訓練、医療、日常生活上の世話を提供するサービスです。

【地域医療介護総合確保基金】

都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能の分化及び連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を財源として都道府県に設置している基金です。

【地域医療構想策定ガイドライン】

各都道府県が地域医療構想を策定する際などの参考とするため、厚生労働省が有識者による検討会での検討結果を踏まえてとりまとめたガイドラインです。構想区域の設定、将来の医療需要やそれに基づく必要病床数の推計、構想策定後の取組の考え方などがとりまとめられています。

【地域医療構想調整会議】

都道府県が構想区域ごとに設ける、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との「協議の場」の名称です。地域医療構想の策定や推進の方策等について協議します。本県の場合、各構想区域に設置されている「地域保健医療協議会」を調整会議に充てています。

【地域医療支援センター】

都道府県が医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、都道府県庁や大学病院等に設置されるセンターです。

【地域医療支援病院】

紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備える病院です。

【地域医療対策協議会】

都道府県が、救急医療、小児医療（小児救急を含む。）、周産期医療、災害医療、へき地医療等に係る医療従事者の確保などの事項に関し、必要な施策を定めるために設けられる関係者との協議の場です。委員として、公的な医療機関、地域医療支援病院、国立病院機構の医療機関、医療従事者養成機関などの管理者・長や、診療に関する学識経験者、市町村の代表者、地域住民を代表する団体のメンバーなどが加わっています。

【地域ケア会議】

市町村・センター職員、ケアマネージャー、介護事業者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科医師、管理栄養士など多職種が参画し、個別ケースを支援することを通じて、ケアの質の向上とともにケアマネージャーのケアマネジメントの実践力を高めることを目的として市町村が設置する会議です。個別ケースの検討の積み重ねにより、地域課題の把握、地域資源の開発、施策形成への効果も期待されています。

【地域サロン】

住民が主体となり、高齢者、障がい児・者、児童など対象者を限定せず、誰もが集い支え合うことができる拠点です。公民館など、地域の高齢者等がいつでも集える場所に設けられています。

【地域歯科医療連携室】

鳥取県歯科医師会及び各地区歯科医師会に設けられている室であり、担当職員（歯科衛生士）を配置し、在宅歯科医療希望者等からの相談対応、在宅歯科医療や口腔ケア指導等を実施する歯科診療所の紹介、在宅歯科医療に関する広報活動などに取り組んでいます。

【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】

地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講ずるため、平成26年度から施行されている法律です。

【地域包括ケアシステム】

地域の実情に応じて、高齢者等が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいいます。

【地域包括ケア病棟（病床）】

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養している患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟（病床）です。

【地域包括支援センター】

包括的支援事業（地域のケアマネジメントを総合的に行うための介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護事業、ケアマネジメント支援など）を一体的に実施し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする拠点施設です。

【地域保健医療協議会】

各保健医療圏（構想区域）で策定している地域保健医療計画（鳥取県保健医療計画の圏域版）の推進やその検証を行っていくために設けられている協議会です。各保健所が事務局を運営し、圏域の保健医療の全般について協議する全体会のほか、医療提供部会、健康づくり部会、へき地・救急医療部会といった部会も設けられています。いずれの圏域においても、地区医師会などの医療関係団体、医療機関、市町村、サービスを受ける立場の者などから委員を選出しています。

【地域連携クリティカルパス】

地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画です。近年では、「地域連携クリニカルパス」と呼ばれることが多くなっています。

【通所介護（デイサービス）】

デイサービスセンターに通い、日常生活の世話と機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立感の解消と心身の機能維持、家族の身体的・精神的負担の軽減を図る介護サービスです。

【通所リハビリテーション（デイケア）】

介護老人保健施設や病院などに通って理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復等を図る介護サービスです。

【東部医師会在宅医療介護連携室】

東部地区における在宅医療の推進と医療・介護における多職種の各関係機関が円滑に連携できるよう支援することを目的として、鳥取県東部医師会と行政（鳥取市・岩美町・智頭町・八頭町・若桜町）の協働事業として東部医師会館内に設けられている連携室です。

【ドクターヘリ】

救急医療に必要な医療機器を備え救急医と看護師を乗せ、救急患者のもとへ緊急出動する専用のヘリコプターです。単に迅速な傷病者搬送のツールではなく、救急現場へ医師・看護師を派遣し重症患者に対する治療開始時間の短縮をするための医師等の搬送システムです。

【特定施設】

自立した生活を送れるよう排泄・食事の介護、調理・洗濯等の家事援助を行う、いわゆる「特定施設入居者生活介護」の介護サービスを提供する有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅（入居定員が30名以上のものに限る。）が該当します。

特定施設には、特定施設の従業者がサービスを提供する「一般型」と施設以外の事業者がサービスを提供する「外部サービス利用型」があり、また、入居者が要介護（要支援）者と配偶者に限られている「介護専用型」とそれ以外の「混合型」の2種類に分類されます。

【特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）】

入所している要介護者に対して入浴、排せつ、食事等の介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、看護を行う介護施設です。

【鳥取元気づくり総合戦略】

地方創生を実現する鳥取県の目指す姿を県民の方々と共有し、共に取組を進めるための指針となるものとして、鳥取県がとりまとめたものです。地元で活躍する産業界や様々な知識を有する高等教育機関、地域をよく知る金融機関、労働団体、NPO法人、報道機関、地方創生の取組の主役となる市町村の方々と共に創り上げたものであり、お互いに役割を分担して、「観光・交流」、「出会い・子育て」、「移住・定住」などの分野の取組を進めていきます。

【都道府県介護保険事業支援計画】

介護保険法に基づき、各都道府県が介護サービス見込量や介護保険の円滑な実施を支援するために必要な事項などを定めた計画です。

本県の場合、老人福祉法に基づく老人福祉事業の実施に必要な事項などを定める「老人福祉計画」と一体のものとして策定し、「鳥取県・高齢者の元気と福祉のプラン」として実行するものであり、また、団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を見据えた「鳥取県地域包括ケア推進計画」と位置付けて策定しています。

市町村介護保険事業計画が、その地域の実情や課題に応じサービス利用見込量や介護予防、認知症の早期発見等各地域における課題に関する方針を定めるものであるのに対し、県の計画は、広域的な観点から、県内における介護サービス基盤の整備方針や福祉人材対策などを定め、市町村計画を支援するものとなっています。

【な行】

【日本創成会議】

日本が抱える課題について長期的な視点から考えて提言する民間組織であり、元総務相の増田寛也氏が座長を務め、産業界の労使や学識者、元官僚等で平成23年5月に立ち上げられました。人口減少問題検討分科会が「消滅可能性都市」を提言し、地方で加速する人口減少への関心を高めました。

【認知症疾患医療センター】

都道府県及び指定都市が設置する、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制を有する医療機関です。判断が難しい事例や重篤患者を扱う「基幹型」と、かかりつけ医等と連携し、地域に密着した「地域拠点型」があります。

【認知症地域支援推進員】

認知症の疑いのある人を把握・訪問して、状態に応じた適切な医療・介護サービスに結び付けるなどの取組を行う専門員で、市町村が設置します。

【は行】

【ハイケアユニット】

HCU（「High Care Unit」の略。）とも呼ばれ、ICU（集中治療室）と一般病棟の間を受け持つ役割を持ち、ICUの後方病床としてバックアップする病棟です。

【必要病床数等推計ツール】

「必要病床数等推計ツール」は、地域医療構想策定ガイドライン及び関係法令に基づき、「構想区域設定検討支援ツール」と併せて「地域医療構想策定支援ツール」として開発され、厚生労働省から各都道府県へ配布されたソフトです。

NDBのレセプトデータ等の情報を含んでおり、構想区域毎の医療需要及び必要病床数を推計するために提供されたツールです。

【病院、診療所】

病院は、入院のための病床が20床以上ある医療施設であり、診療所は、病床が19床以下（無床を含む。）の医療施設で、一般的に「〇〇医院」「〇〇クリニック」などの名称が付けられています。

【病院内保育所】

看護師等が育児と仕事を両立させるために自分の子どもを預けられるよう勤務先の病院内に設けられている保育施設です。

【病児・病後児保育】

子どもが病気になったり、あるいは子どもの病気が治りかけでまだ安静にしておく必要があり、保育園等に通うことができず、仕事の都合などで保護者が家庭で保育できない場合にその子どもを預かるサービスです。

【病床】

入院用のベッドのことで、医療法では以下のとおりの区分が設けられています。なお、地域医療構想で対象となっている病床は一般病床と療養病床であり、また、療養病床には、医療保険対象の医療療養病床と介護保険対象の介護療養病床があります（ただし、介護療養病床は、平成29年度末で廃止予定。）。

- ・精神病床：精神疾患を有する者を入院させるための病床
- ・感染症病床：法令に定める感染症の患者又は感染症の所見がある者を入院させるための病床
- ・結核病床：結核の患者を入院させるための病床
- ・療養病床：上記の3病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする者を入院させるための病床
- ・一般病床：上記の4病床以外の病床

【病床稼働率】

病院、病棟などの1日当たりの在院患者数と退院患者数の合計を、当該病院、病棟などが有する病床数で除した割合です。

【訪問看護】

疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいいます。

【訪問看護ステーション】

かかりつけの医の指示の下に看護師が訪問し、住み慣れた家でお年寄りや身体の不自由な方などに療養していただきやすいように看護サービスを提供する事業所のことです。

【訪問診療】

定期的・計画的に患者を訪問して診療を行うことです。なお、通院できない患者の要請を受けて、医師がその都度、当該患者を訪れて診療を行うことは「往診」になります。

【保健医療圏】

保健医療資源（医療機関そのものや病床）の適正な配置や、資源相互の機能分担と連携など保健医療提供体制のシステム化を図っていくための地域的単位として設定されているエリアであり、以下の3区分があります。

- ・一次保健医療圏：日常的な保健医療活動が行われる圏域であり、本県の場合、最も身近で基礎的な行政区域である市町村を圏域の単位として設定しています。
- ・二次保健医療圏：極めて高度・特殊な医療を除いた比較的専門性の高い保健医療活動が完結できる区域とし、総合的な保健医療体制の整備を図る最も基本的な圏域であり、古くから地理的、経済的、文化的に東部、中部、西部の3地域に区分されている本県においては、この3地域に区分して圏域の単位を設定しています。
- ・三次保健医療圏：高度・特殊な保健医療需要に対応する区域であり、本県の場合、おのずと対応する保健医療機関も限定されることから、全県的に対応を図ることが必要であり、県全域を単位として設定しています。

【ま行】

【まの保健室】

市町村の健康課題解決に向けて、地区単位の健康づくりに関する活動を地区住民と市町村、大学・専門学校、看護協会等といった専門的知識・技術を持つ機関と一緒に取り組むことで、健康寿命の延伸を目指す事業です。

【もしものときの安心手帳】

病気や認知症、事故、加齢などで自らの意思を伝えることができなくなる場合に備えて、医療や介護についての希望や、大切な人に伝えておきたいこと等を元気なときにあらかじめ書いておくためのものとして、鳥取県西部医師会が作成した手帳（小冊子）です。

【や行】

【有料老人ホーム】

高齢者を入居させ、入浴、排泄、食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事又は健康管理のサービスを提供する介護施設で、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設以外のものであります。

【要介護（要支援）認定】

介護保険制度では、被保険者が介護や支援を必要とする状態になった場合に介護サービスを受けることができますが、介護サービスを利用する（＝保険給付を受ける）ための前提として、被保険者は市町村から要介護認定又は要支援認定を受ける必要があります。

要介護認定又は要支援認定は、介護度（要介護状態等区分ともいいます。）で判定される介護の必要性の程度等を表します。なお、要介護は5段階、要支援は2段階に分かれています。

【養護老人ホーム】

環境上の理由や経済的な理由により、居宅において生活することが困難な高齢者が利用する施設です。

【ら行】

【理学療法士】

身体に障がいのある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることを理学療法といいますが、医師の指示の下にこの療法を行うことを業とする国家資格の専門職です。

PT (「Physical Therapist」の略。) と呼ばれることもあります。

【アルファベット等】

【ADL (日常生活動作)】

「Activities of Daily Living」の略で、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなど、日常の生活を送るために必要な基本動作です。

【CCRC】

「Continuing Care Retirement Community」の略で、高齢者が自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療・介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくりを目指すものです。

【DPCデータ】

DPCとは「Diagnosis Procedure Combination」の略で、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のことをいいます。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS (「Per-Diem Payment System」の略：1日当たり包括支払い制度) といいます。DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しています。これを本構想では、DPCデータと呼んでいます。

【NDBのレセプトデータ】

NDBとは「National Database」の略であり、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称です。「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理しています。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれています。

【NICU (新生児集中治療管理室)】

「Neonatal Intensive Care Unit」の略で、24時間体制でハイリスク児の治療と看護が行われる高度医療施設です。

【#8000 (シャープ8000番 (小児救急電話相談業務))】

夜間の小児の急な病気、ケガ等について、すぐ受診すべきか様子を見るべきかなど、保護者が判断に迷った場合、電話機で「#」「8」「0」「0」「0」を順に押すと小児科医師、看護師につながり、症状を聴取してその対処方法等の助言を行うサービスです。相談者からの照会又は依頼に基づき、県内の小児救急対応医療機関を案内することもあります。

