

第1章 地域医療構想（総論）

第1節 策定の趣旨

全国的にも少子高齢化がさらに進展し、本県においても平成 37（2025）年には 65 歳以上の高齢者は総人口の約 40％に達すると推計され、医療及び介護に対する需要がこれまで以上に増大して行く中、利用者の視点に立ってサービスが切れ目なく提供されることが求められています。医療が必要な状態となった場合の入院医療についても、地域において創意工夫を生かし、限られた医療資源を有効活用しながら、効率的で質の高い医療提供体制を構築する必要があります。

そのためには、人口構造等の変化を見据えた中長期的な医療ニーズの動向に合わせ、将来にわたって必要な医療が安定的に、過不足なく提供される医療提供体制を確保するとともに、できる限り住み慣れた地域で安心して生活していくため、退院後の生活を支える地域包括ケアシステムの構築も含めた、医療・介護サービス全体の体制を充実させていくことが必要となります。

そこで、秋田県では各地域の実情を可能な限り反映させながら、平成 37（2025）年における構想区域ごとの将来の医療需要及びそれに対応した必要と考えられる病床数を含めた医療提供体制を見据え、地域にとってふさわしいバランスの取れた医療機能の分化及び連携を適切に推進するための地域医療構想を策定します。

なお、地域医療構想は、医療法第 30 条の 4 に基づき平成 25 年 3 月に策定した「秋田県医療保健福祉計画」の一部として位置付けられます。

「構想区域」とは

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（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号）。

現行の二次医療圏を基本として、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考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとされています。（厚生労働省令：医療法施行規則第 30 条の 28 の 2）

第2節 構想区域

1 地域の現状

（1）人口構造

平成22（2010）年の国勢調査時から平成27（2015）年の人口、地域医療構想が目指す平成37年（2025）年及びその先の平成52年（2040）年までの将来推計人口を比較すると、各地域における人口減少の進展により、県全体では平成22（2010）年の総人口1,085,997人が、平成37年には893,224人、平成52（2040）年には699,814人へ減少すると推計されています（図1）。

なお、65歳以上の人口割合は、2025年には県全体では39.5%、2040年には43.8%に達すると推計されています（図2）。

図1 人口及び高齢化率の推移

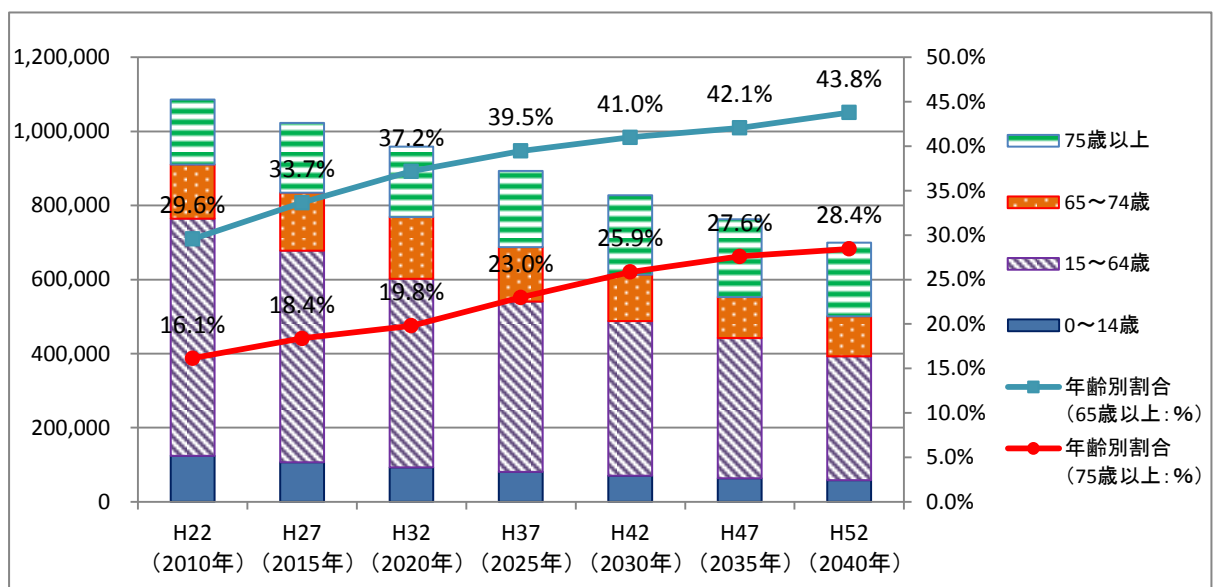
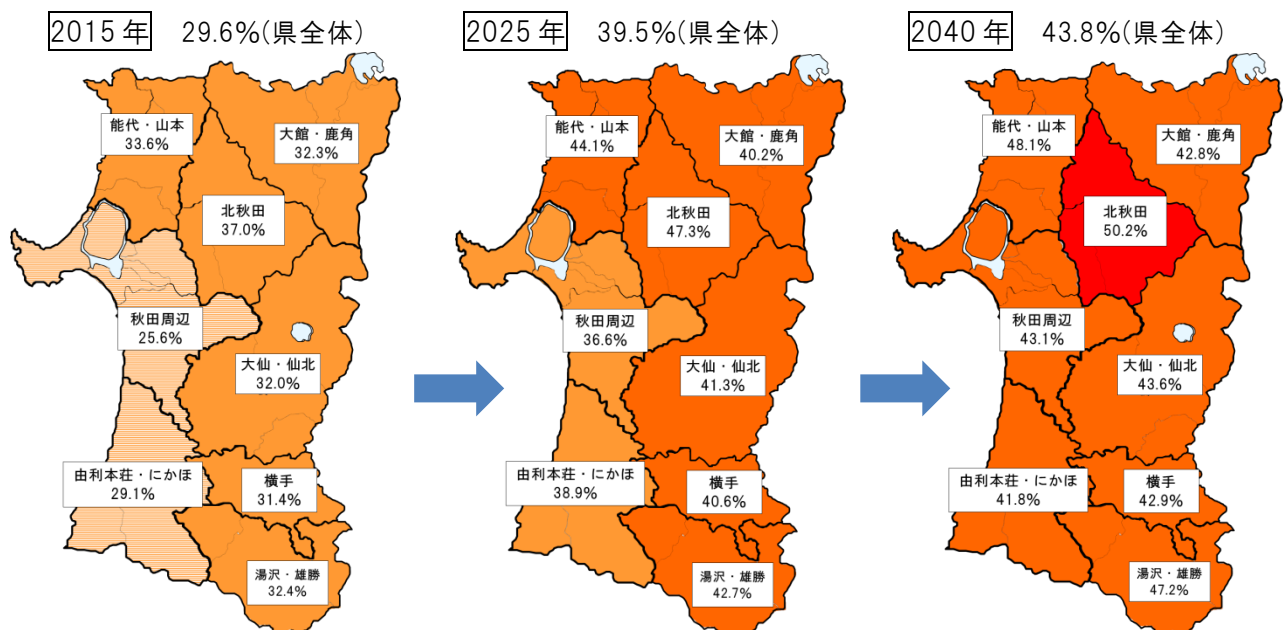


図2 65歳以上人口割合の推移



（２）医療機能

県内全域を対象とする救命救急や周産期医療等の三次医療をはじめ、各地域で必要な入院医療に係る機能が整備されています。地域によって不足している機能は、疾病ごとの連携等適切な体制整備を図っていくことが必要です。

表１ 主な医療機能の状況

二次医療圏	救命救急センター	周産期母子医療センター	救急告示病院	災害拠点病院	がん診療連携拠点病院等※
大館・鹿角	県北地域の整備が課題	○（地域周産期）	3 病院	2 病院	○ 1 病院
北秋田			1 病院	1 病院	
能代・山本			3 病院	1 病院	● 1 病院
秋田周辺	◎（救命救急）	◎（総合周産期）	8 病院	4 病院	◎ 1 病院、○ 2 病院、□ 2 病院
由利本荘・にかほ			3 病院	1 病院	● 1 病院
大仙・仙北			3 病院	2 病院	○ 1 病院
横手	○（地域救命救急）	○（地域周産期）	3 病院	1 病院	○ 1 病院
湯沢・雄勝			2 病院	1 病院	● 1 病院

出典：秋田県医務薬事課調べ

※がん診療連携拠点病院等について

◎：都道府県がん診療連携拠点病院

○：地域がん診療連携拠点病院

●：地域がん診療病院

□：がん診療連携推進病院

（３）患者受療動向

入院医療について患者の受療動向をナショナル・データベース（NDB）のレセプトデータ¹から見ると、患者が居住している地域で受療している割合は、「一般入院基本料」は北秋田地域及び湯沢・雄勝地域で低く、「療養病棟入院基本料」は北秋田地域、横手地域、湯沢・雄勝地域で低くなっています（表２・表３）。

また、「救命・救急」については、北秋田地域、湯沢・雄勝地域において約20%が他の地域へ流出していますが、それ以外の地域ではほぼ患者が居住する地域の医療機関で受診しています（表４）。

表２ 患者受療動向（「一般入院基本料」、全年齢、入院）

二次医療圏 【患者住所地】	二次医療圏【医療機関所在地】											総計(件数) 【患者住所地】
	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・ にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	青森県	岩手県	山形県	
大館・鹿角	93.56%	0.45%	0.51%	1.67%					2.69%	1.13%		13,612
北秋田	11.27%	63.07%	11.10%	13.83%					0.73%			4,533
能代・山本	0.41%	0.15%	92.98%	6.34%						0.12%		11,822
秋田周辺	0.05%		0.56%	98.92%	0.21%	0.06%	0.06%		0.06%	0.04%	0.04%	34,711
由利本荘・にかほ				4.63%	93.82%	0.19%	0.15%	0.36%			0.85%	14,799
大仙・仙北				9.96%	0.17%	80.58%	8.59%	0.10%		0.60%		15,021
横手				1.27%	0.09%	1.32%	94.35%	2.81%		0.17%		10,901
湯沢・雄勝				1.32%	0.24%	0.38%	25.57%	72.14%	0.14%		0.20%	8,395
総計(件数) 【医療機関所在地】	13,310	2,938	11,759	38,370	14,013	12,329	13,766	6,430	432	289	158	113,794

※表の見方

表２の大館・鹿角地域（患者住所値×医療機関所在地）の93.56%は、大館・鹿角地域を住所地とする患者の93.56%が大館・鹿角に所在する医療機関で入院していることを示しています。

表 3 患者受療動向（「療養病棟入院基本料」、全年齢、入院）

二次医療圏 【患者住所地】	二次医療圏【医療機関所在地】											総計(件数) 【患者住所地】
	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・ にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	青森県	岩手県	山形県	
大館・鹿角	94.91%	0.95%		2.11%					1.51%	0.52%		2,320
北秋田	20.58%	58.84%	4.20%	16.38%								690
能代・山本	2.67%		89.31%	8.02%								1,796
秋田周辺	0.15%		0.79%	96.13%		2.93%						8,080
由利本荘・にかほ			0.98%	3.60%	91.74%	2.62%					1.06%	1,223
大仙・仙北		0.83%		7.98%		89.54%	1.12%			0.54%		2,055
横手				3.85%		26.80%	66.75%	2.61%				806
湯沢・雄勝				7.44%		23.21%	4.76%	64.58%				336
総計(件数) 【医療機関所在地】	2,404	445	1,709	8,337	1,122	2,403	577	238	35	23	13	17,306

表 4 患者受療動向（「救命・救急」、全年齢、入院）

二次医療圏 【患者住所地】	二次医療圏【医療機関所在地】											総計(件数) 【患者住所地】
	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・ にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	青森県	岩手県	山形県	
大館・鹿角	93.62%	0.49%	0.62%	1.04%					2.40%	1.85%		3,088
北秋田	6.65%	78.69%	3.65%	11.02%								1,234
能代・山本			94.08%	5.92%								4,003
秋田周辺			0.48%	99.17%	0.15%	0.10%	0.09%					11,990
由利本荘・にかほ				4.29%	94.92%	0.20%		0.34%			0.24%	4,937
大仙・仙北				9.23%		83.61%	6.98%			0.19%		5,935
横手				0.89%		1.31%	95.35%	2.46%				4,519
湯沢・雄勝				0.82%		0.37%	19.57%	79.24%				3,541
総計(件数) 【医療機関所在地】	2,973	986	3,888	13,125	4,704	5,056	5,427	2,934	74	68	12	39,247

出典：受療動向可視化ツール（平成 25 年度ナショナルデータベース（NDB））²

2 構想区域の設定

地域医療構想を策定するに当たり、各地域の構想を検討するために二次医療圏単位で設置した、医療関係者や病院、医療保険者、介護関係者、市町村の委員で構成する地域医療構想策定調整会議において、病床の機能の分化及び連携を推進するための区域である構想区域の設定について検討を行いました。

二次医療圏ごとに、患者の受療動向や将来の人口規模・構成を想定した上で、医療施設や医療従事者の医療資源の配置など、医療提供体制の現状について課題の抽出等を行い、各地域でまとめた意見を踏まえた県医療審議会における審議の結果、現行の二次医療圏と同じ区域で設定することとしました。

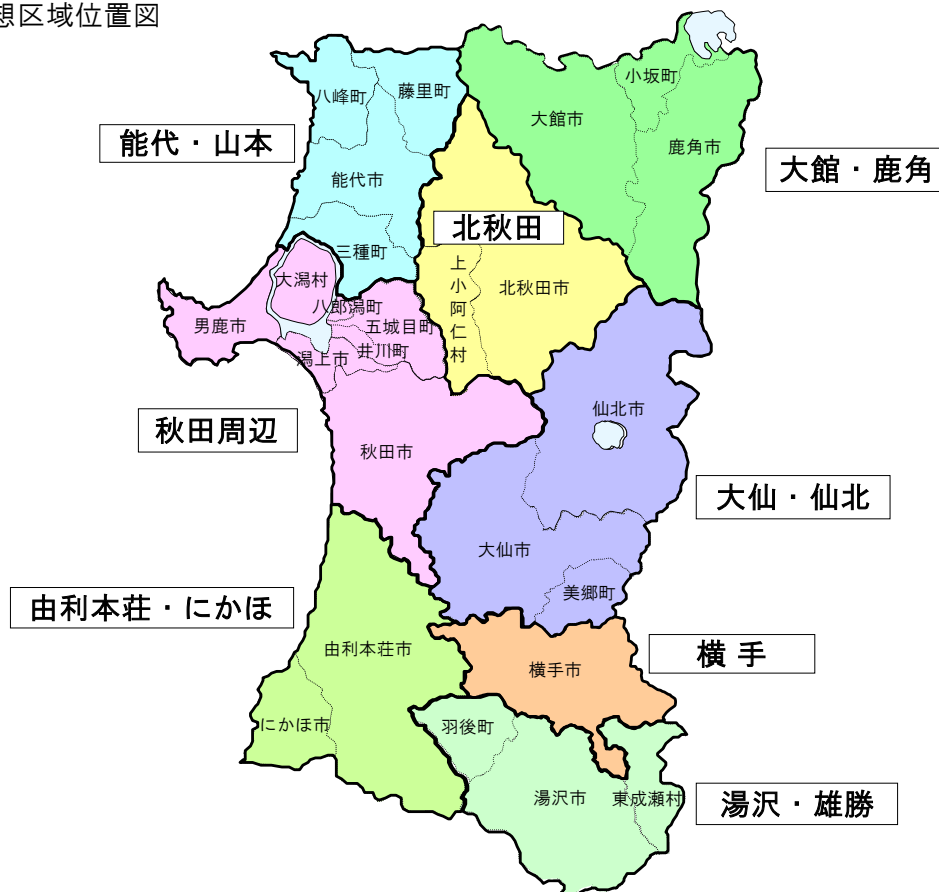
なお、次に掲げる事項を踏まえながら地域医療構想を策定し、策定後に関しても、医療提供体制の整備を進めていくこととしています。

◎地域医療構想を進めるに当たっての考え方

○他の地域への患者流出が多い北秋田地域及び湯沢・雄勝地域における今後の医療提供体制の整備に当たっては、基本的には秋田県医療保健福祉計画で掲げる方向性を目指すこととし、特に、がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の高度急性期で対応すべき医療機能が必要とされる疾病については、疾病ごとに医連携体制の構築に努めることとする。

○北秋田地域及び湯沢・雄勝地域における 2025 年の医療提供体制や施策を検討する際には、隣接する地域と合同で検討するなど、調整を図る。

図 3 構想区域位置図



3 構想区域の今後

厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」においては、「設定した構想区域が現行の医療計画における二次医療圏と異なっている場合は、(中略)次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である」とされているので、次期計画の改定に向けて、来年度以降、各地域の地域医療構想調整会議において、病床機能の分化・連携の具体的な協議と併せて、引き続き構想区域の設定も検討していくこととしています。

第3節 平成37年の医療需要及び病床数の必要量

1 平成37（2025）年における医療需要について

平成37年における医療需要は、病床の機能区分ごと、構想区域ごとに厚生労働省が示した基礎データに基づいて推計しています。

（1）高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能について

平成25年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ³に基づき、推計しています。（図4）

具体的には、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に換算した医療資源投入量（以下単に「医療資源投入量」という。）を分析しています。

図4 病床の機能区分の境界点の考え方

病床の機能	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	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	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
※	225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

出典：地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「地域医療構想策定ガイドライン（H27年3月）」一部改変

（2）慢性期機能について

慢性期機能については、主に慢性期機能を担っている療養病床に関して、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が難しい状況です。また、入院受療率についても、都道府県間で大きな差が生じています。

そのため、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考え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解消するための目標を設定し、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を解消するための目標については、構想区域ごとに次のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとなっています。

また、一定の要件に該当する場合には、特例として入院受療率の目標の達成年次を平成37年から平成42年にすることができます。

【パターンA】全ての二次医療圏が全国最小レベル（県単位）まで入院受療率を低下するものとして推計した値

【パターンB】全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下するものとして推計した値

【特例】入院受療率の目標の達成年次を平成37年から平成42年とし、その際、平成37年においては、平成42年から比例的に逆算し入院受療率を目標として定めるものとして推計した値（特例該当要件）以下の①かつ②に該当する構想区域

①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。

②当該構想区域の高齢者世帯割合が全国平均よりも大きい。

本県における入院受療率の地域差を解消するための目標は、入院受療率の低下が緩やかで、医療機関で対応する患者数が多い「パターンB」としています。

なお、「大館・鹿角地域」及び「能代・山本地域」の2つの構想区域は特例に該当することから「特例」としています。

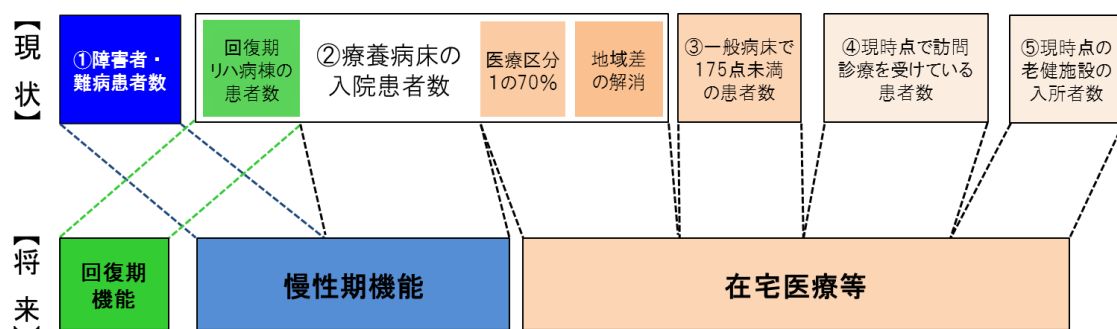
（3）在宅医療等について

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になることも想定しています。（図5）

将来の在宅医療等の医療需要の推計は、次の4つの合計となります。

- ①療養病床の入院患者のうち、医療区分1⁴の患者数の70%
- ②一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者は除く）のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数
- ③在宅患者訪問診療料を算定している患者数
- ④介護老人保健施設の入所者数

図5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



（注）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。

出典：地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「地域医療構想策定ガイドライン（H27年3月）」一部改変

（４）平成 37 年における医療需要について

平成 37 年における医療需要については、患者住所地ベース（患者の流出入がなく、入院が必要な全ての患者が住所地の二次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして推計した値）と医療機関所在地ベース（患者の流出入が現状のまま継続するものとして推計した値）で算出されます。

なお、本県においては、将来推計人口や医師等の人的資源をはじめとする医療資源の有効活用を踏まえると、平成 37 年の患者の流出入が大きく変わらないと考えられることから、病床機能の 4 区分全てにおいて「医療機関所在地ベース」に基づいて推計しています。（表 5）

また、都道府県間の患者流出入については、病床の 4 機能別かつ二次医療圏別に見て、流出又は流入している医療需要が 10 人／日以上の場合に調整の対象となります。本県の場合、「大館・鹿角地域」から青森県の「津軽地域」への流出（急性期：12.5 人／日、回復期 25.8 人／日）が対象となりますが、青森県との協議の結果、次の理由により「医療機関所在地」の医療需要として推計することとしています。

- 青森県との患者流出入は、地理的に生活圏が重なっており、患者が任意に医療機関を選択していると考えられること。
- 将来人口や医師等の人的資源をはじめとする医療資源の有効活用を踏まえると、平成 37 年までに患者の流出入が大きく変わらないと考えられること。

2 平成 37（2025）年における病床数の必要量、在宅医療等の医療需要

（１）平成 37 年における病床の機能区分ごとの病床数の必要量について

平成 37 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 0.75、急性期 0.78、回復期 0.90、慢性期 0.92）で割り戻して算出しています。（表 5）

なお、構想に記載している病床の必要量は、将来必要とされる医療機能を把握し、不足している機能を今後どのように解消していくかを判断するための目安であり、病床の削減を要請するものではありません。

（２）平成 37 年における在宅医療等の医療需要について

平成 37 年における在宅医療等の医療需要は、平成 25 年度と比較して、1,473 人／日（うち訪問診療分 470 人／日）増加すると推計されます。（表 6）

また、前述のとおり、当該推計値は、療養病床に入院している患者の一部を平成 37 年には在宅医療等で対応すること等を前提に推計されたものであることから、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組に先行して、地域の需要に円滑に対応できる在宅医療等の整備が必要となります。

表 5 平成 37 年における医療機能別の医療需要及び病床数の必要量

構想区域等	医 療 機 能	平成37（2025）年		
		医療需要 （人／日）	病床数の必要量	
			必要量（床）	構成比
大館・鹿角	高度急性期	50	67	7.1%
	急性期	234	300	31.8%
	回復期	266	296	31.4%
	慢性期	257	279	29.6%
	小計	807	942	100.0%
北 秋 田	高度急性期	10	13	9.6%
	急性期	39	50	37.0%
	回復期	51	57	42.2%
	慢性期	14	15	11.1%
	小計	114	135	100.0%
能代・山本	高度急性期	54	72	9.3%
	急性期	234	300	38.8%
	回復期	221	246	31.8%
	慢性期	143	155	20.1%
	小計	652	773	100.0%
秋田周辺	高度急性期	360	480	11.9%
	急性期	1,098	1,408	35.0%
	回復期	1,008	1,120	27.9%
	慢性期	932	1,013	25.2%
	小計	3,398	4,021	100.0%
由利本荘・にかほ	高度急性期	58	77	6.7%
	急性期	292	374	32.6%
	回復期	221	246	21.4%
	慢性期	416	452	39.3%
	小計	987	1,149	100.0%
大仙・仙北	高度急性期	49	65	7.7%
	急性期	240	308	36.4%
	回復期	225	250	29.5%
	慢性期	206	224	26.4%
	小計	720	847	100.0%
横 手	高度急性期	73	97	11.2%
	急性期	281	360	41.6%
	回復期	173	192	22.2%
	慢性期	199	216	25.0%
	小計	726	865	100.0%
湯沢・雄勝	高度急性期	23	31	7.5%
	急性期	121	155	37.7%
	回復期	123	137	33.3%
	慢性期	81	88	21.4%
	小計	348	411	100.0%
秋 田 県	高度急性期	677	902	9.9%
	急性期	2,539	3,255	35.6%
	回復期	2,288	2,544	27.8%
	慢性期	2,248	2,442	26.7%
	総計	7,752	9,143	100.0%

出典：厚生労働省「必要病床数等推計ツール」⁵

表 6 平成 25 年度及び平成 37 年における在宅医療等の医療需要

(人/日)

構想区域等	医療機能	平成25（2013）年度 医 療 需 要（A）	平成37（2025）年 医 療 需 要（B）	差引（B－A）
大館・鹿角	在宅医療等	1,094	1,276	182
	（再掲）うち訪問診療分	209	227	18
北 秋 田	在宅医療等	363	357	▲ 6
	（再掲）うち訪問診療分	80	80	0
能代・山本	在宅医療等	1,051	1,148	97
	（再掲）うち訪問診療分	306	319	13
秋田周辺	在宅医療等	3,679	4,828	1,149
	（再掲）うち訪問診療分	1,687	2,115	428
由利本荘・ にかほ	在宅医療等	1,118	1,217	99
	（再掲）うち訪問診療分	441	485	44
大仙・仙北	在宅医療等	1,577	1,584	7
	（再掲）うち訪問診療分	709	715	6
横 手	在宅医療等	1,152	1,141	▲ 11
	（再掲）うち訪問診療分	555	551	▲ 4
湯沢・雄勝	在宅医療等	795	751	▲ 44
	（再掲）うち訪問診療分	308	282	▲ 26
秋 田 県	在宅医療等	10,829	12,302	1,473
	（再掲）うち訪問診療分	4,295	4,774	479

出典：厚生労働省「必要病床数等推計ツール」⁵

(3) 病床の必要量と病床機能報告制度による集計数の比較について

① 病床機能報告制度について

病床機能報告制度は、各医療機関が担っている医療機能（現在、将来）、構造設備及び人員配置に関する項目、具体的な医療の内容に関する項目を毎年1回県に報告するもので、平成26年10月より開始されました。

医療機関は、各病棟の病床が担う医療機能を次の4つの機能の中から、任意に選択し、報告することになっています。（表7）

地域医療構想の策定にあたっては、病床数の必要量と病床機能報告制度による病床数を比較し、病床の機能分化及び連携における構想区域ごとの課題を分析するとともに、構想策定後も、病床機能報告制度で報告された情報を活用しながら、医療機関による自主的な取組などにより医療機能の分化・連携を推進していくこととなります。

表 7 病床機能報告制度における4つの医療機能

医療機能の名称	医 療 機 能 の 内 容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合産科集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

②病床数の必要量と病床機能報告制度による集計数の比較について

平成26年度の病床機能報告による集計数（許可病床）は、病床数の必要量と比較して、4機能全体で2,372床上回っています。

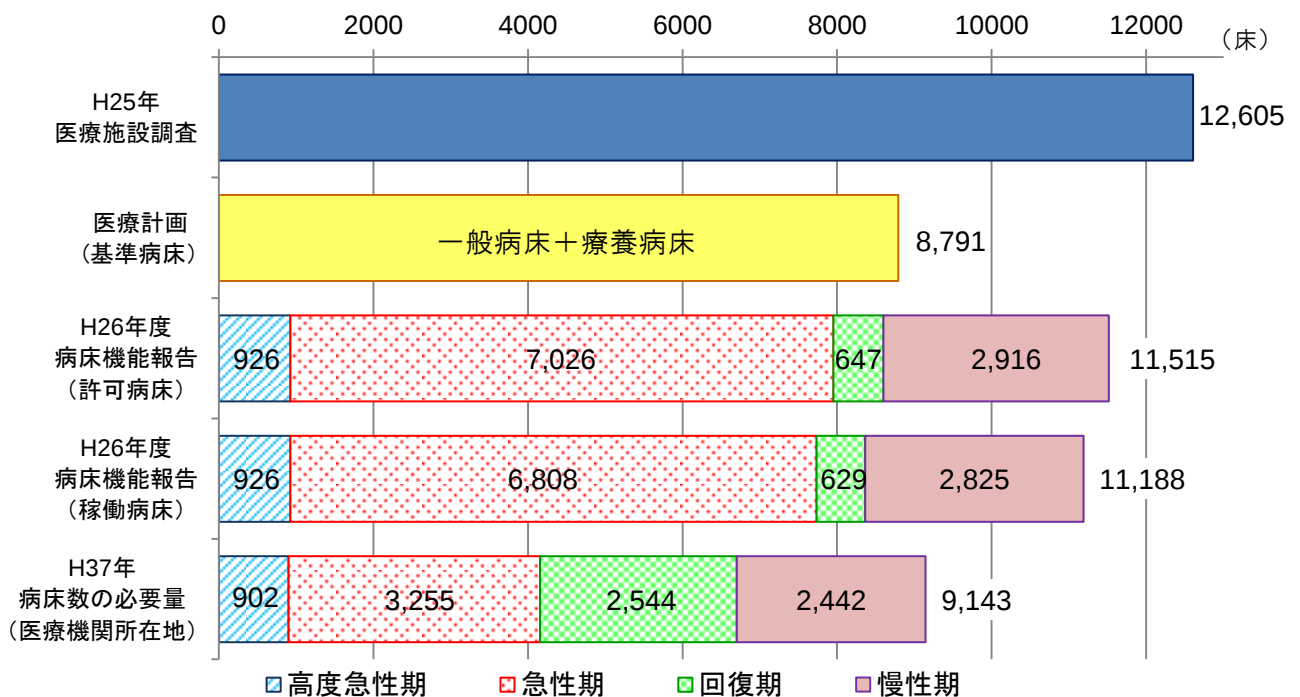
4機能別に見ると、特に急性期機能が多く、回復期機能が少なくなっています。（表8、図6）

ただし、病床機能報告については、現時点で機能の定量的な基準がなく、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づくものであり、また、病棟単位での報告となっているため、一つの病棟が複数の機能を有する場合、主に担っている機能一つを選択していることから、病床数の必要量と比較する場合は注意が必要です。

表8 病床数の必要量と病床機能報告制度の集計数の比較

	医療機能	平成37（2025）年 病床数の必要量		平成26年度 病床機能報告		差引（床） （B－A）
		必要量（床） A	構成比	病床数（床） B	構成比	
秋田県	高度急性期	902	9.9%	926	8.0%	24
	急性期	3,255	35.6%	7,026	61.0%	3,771
	回復期	2,544	27.8%	647	5.6%	▲1,897
	慢性期	2,442	26.7%	2,916	25.3%	474
	計	9,143	100.0%	11,515	100.0%	2,372

図6 （参考）病床数の必要量と各データとの比較



第４節 地域医療構想の実現に向けた取組

１ 平成 37（2025）年に目指すべき医療提供体制について

本県では、今後、少子高齢化が一層進み、人口構造及び疾病構造が変化していく中で、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用し、県民が等しく、医療から介護まで一連のサービスを受けられる体制を目指していく必要があります。

また、高齢化や過疎化の進行による医療機関での受診が困難な高齢者の増加や病床機能の分化・連携による在宅医療で対応する患者の増加が見込まれることから、在宅医療等の提供体制の更なる充実を図る必要があります。

医師に関しては、病院勤務医師の不足、地域及び診療科による偏在を解消するとともに、不足している医師以外の医療従事者についても、その確保・養成を図っていく必要があります。

（１）医療機能の分化・連携

- 医療機関が役割分担・連携のうえ、医療提供が効率的・効果的に機能する体制
- 入院患者の状態に応じた適切な医療を提供できる体制
- 疾病ごとの医療体制に基づく構想区域を越えた連携体制
- 県民が公平に高度専門医療や救急医療を受けられる体制

（２）在宅医療等

- 患者が住み慣れた地域で安心して在宅医療を受けられる体制
- 医療・介護・予防・生活支援等が一体的に提供される体制

（３）医療従事者

- 医師を含めた医療従事者の不足及び偏在が解消された医療提供体制

２ 地域医療構想の実現に向けた施策

【施策の方向性】

（１）医療機能の分化・連携の推進

- 急性期から回復期、在宅医療に至るまで、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病床機能の分化・連携の推進
- 地域の中核的な病院やがん・脳血管疾患・心疾患等の専門的な医療機能を有する病院の役割を明確化し、効果的・効率的な医療提供を行うための連携体制の構築
- 県北地域における救急医療体制の整備
- ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークの構築

（２）在宅医療等の充実

- 将来、増加が見込まれる医療需要に対応した在宅医療提供体制の整備
- 在宅医療等に関わる人材の確保及び養成
- 在宅医療に関する県民理解を深めるための普及啓発
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携
- 療養病床を退院する患者の受け皿確保
- 在宅医療・介護ＩＣＴ連携システム（ナラティブブック）の活用

（３）医療従事者の確保・養成

- 医師、看護師、その他の医療従事者への支援と県内定着の促進
- 医師の不足や地域・診療科の偏在の解消
- 研修医の確保と定着
- 女性医師が働きやすい環境づくり

■「医療機能の分化・連携の推進」、「在宅医療等の充実」については、各構想区域の実情に応じた施策や「平成 27 年度 秋田県在宅医療取組現況調査報告書」を踏まえ、各種取組を推進していきますが、「医療従事者の確保・養成」については、県全体で取り組むべき事項であることから、主要な施策を次のとおりとします。

【医師確保】

○若手医師の地域循環型キャリア形成システムの推進

県と秋田大学が共同運営する「あきた医師総合支援センター」が、医師・医学生等を対象に、大学と地域の医療機関を循環しながら研鑽を積むシステム（地域循環型キャリア形成システム）により、キャリア形成を支援します。

○県内外からの研修医の確保と研修体制の充実

県、秋田大学、医療機関が一体となって、様々なチャネルを活用し、県内外の医師・医学生等に対するアプローチを強化するとともに、研修体制の充実を図ります。

○女性医師への支援

県、秋田大学、医療機関、医師会等が連携し、男女共同参画意識の醸成、仕事と家庭の両立支援、様々な機会を活用した交流の場などを提供します。

○大学との連携による人材育成と医師派遣機能の強化

県と大学が共同し、地域医療を担う人材育成に取り組むとともに、地域の中核的な病院等の医師不足が深刻な診療科への医師派遣を行う体制を構築します。

【その他の医療従事者確保】

○地域において、安全で質の高い医療を持続的に提供できるよう、必要な医療機能を担う医療従事者の確保に対する取組を進めます。

2 地域医療構想の推進体制と評価について

（１）推進体制について

本県では、地域医療構想策定後、構想区域ごとに「地域医療構想調整会議（以下、「調整会議」という。）」を設置することとしています。

調整会議では、毎年報告される病床機能報告による現状と地域医療構想における病床数の必要量の比較や構想区域内の医療機関の状況などを把握・分析するとともに、関係者との連携を図りつつ、各医療機関の自主的な取組の推進や地域医療介護総合確保基金⁶の活用をしながら、地域医療構想の実現に向けた方策その他の必要な協議を行います。

（２）役割について

①各医療機関

- ・現状の医療提供体制や目指すべき姿の認識や課題を共有しながら、医療機能の分化・連携に自主的に取り組むことが求められます。

②行政

- ・県においては、調整会議を開催するとともに、将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策・事業を推進します。
- ・市町村は、地域医療構想実現に向けた課題を共有し、在宅医療等の充実や地域包括ケアシステム構築に向けた施策・事業の実施が求められます。

③関係団体

- ・地域医療構想実現に向けた課題を共有し、専門的な知見に基づいた施策提案や行政や関係機関と連携した事業の実施が求められます。

④医療保険者

- ・地域医療構想実現に向けた課題を共有し、レセプトデータ分析などを通じて、効果的な施策を提案することが求められます。

⑤受療者

- ・地域医療構想実現に向けた課題を共有し、適切な受療行動を行うための情報提供に関する意見の提案が求められます。

⑥介護事業者等

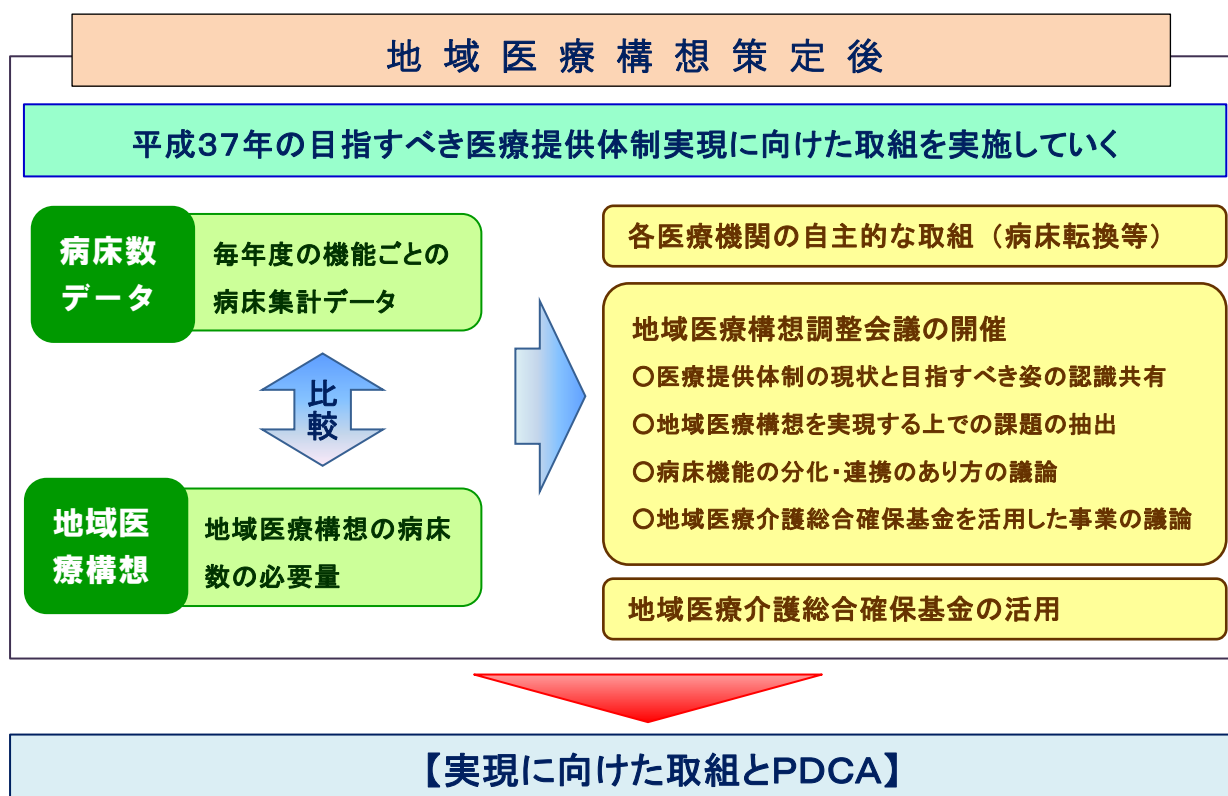
- ・地域医療構想実現に向けた課題を共有し、地域の実情に応じた在宅医療等の充実や地域包括ケアシステム構築に向けた施策提案が求められます。

（３）地域医療構想の評価及び見直しについて

地域医療構想については、PDCAサイクル⁷を効果的に機能させながら、その推進状況を秋田県医療審議会医療計画部会に報告するとともに、県ホームページなどを通じて広く県民等に周知を図ります。

また、次期医療計画（平成30～35年度）策定に伴う二次医療圏のあり方の検討や県内の医療提供体制の整備状況等を踏まえながら、必要に応じて見直しを行います。

図7 地域医療構想策定後の取組



【巻末注釈】

¹ NDBのレセプトデータ

「NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、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る。

² 受療動向可視化ツール（ナショナルデータベース（NDB））

地域性の明確な国民健康保険、後期高齢者保険の電子レセプトデータを使用し、診療ごとに、県内外の各二次医療圏間での流入及び流出数、割合について推計したもの

³ DPCデータ

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS（Per-Diem Payment System; 1日当たり包括支払い制度）という。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る。これを本構想では、DPCデータと呼ぶ。

⁴ 医療区分1

診療報酬上の療養病床にかかる入院基本料は、疾患や患者の状態により、医療区分1～3に分かれている。

医療区分1は医療区分2（中度）・3（重度）に該当しない比較的医療必要度の低い患者が多い病床に係る入院基本料である。

⁵ 必要病床数等推計ツール

地域医療構想の策定にあたって、都道府県が構想区域ごとに2025年の医療需要及び必要病床数を推計するためのツールであり、厚生労働省が都道府県に配布したもの。

平成25年度及び平成37（2025）年における各二次医療圏の機能区分ごとの医療需要及び必要病床数の推計値等が医療機関所在地ベース、患者所在地ベースで算出される。

なお、推計ツールでは、情報秘匿の観点から10人／日未満の医療需要については、非公表となっている。

⁶ 地域医療介護総合確保基金

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（病床の機能分化・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、消費税増収分を活用して、県に設置する基金。

⁷ PDC Aサイクル

事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法。計画：P l a n⇒実行：D o⇒評価：C h e c k⇒改善：A c t i o nの4つのサイクルで、実効性を高めていくもの。