

秋田県地域医療構想

（「第1章 総論」及び「第2章 該当地域部分」抜粋）

平成28年10月

秋 田 県

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いく中、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と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。（医療法施行規則第 30 条の 28 の 2）

第2節 構想区域

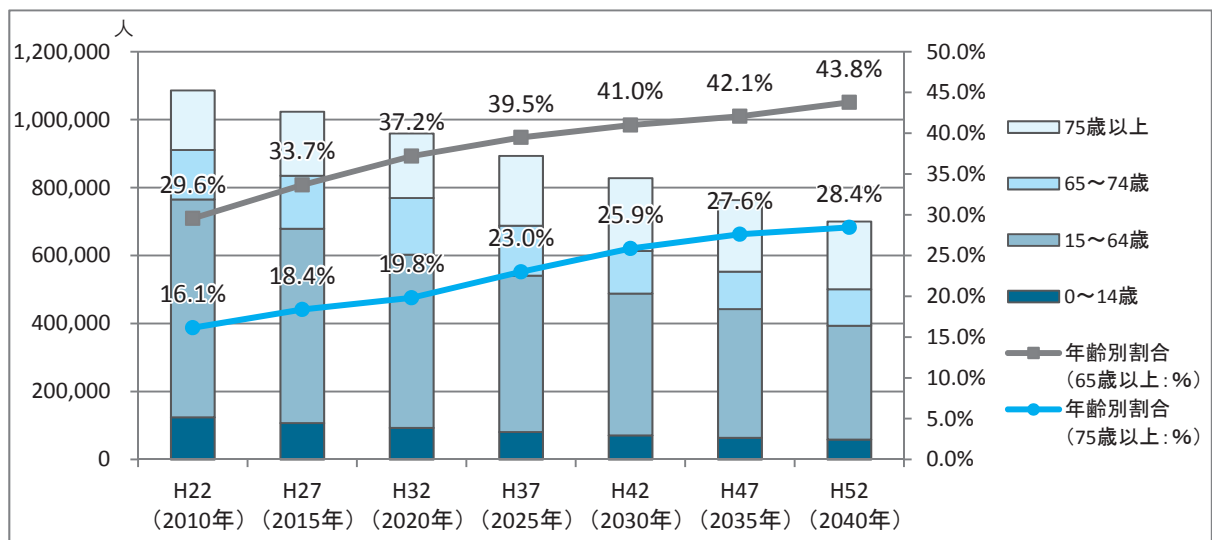
1 地域の現状

（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（2025）年及びその先の平成 52（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）。

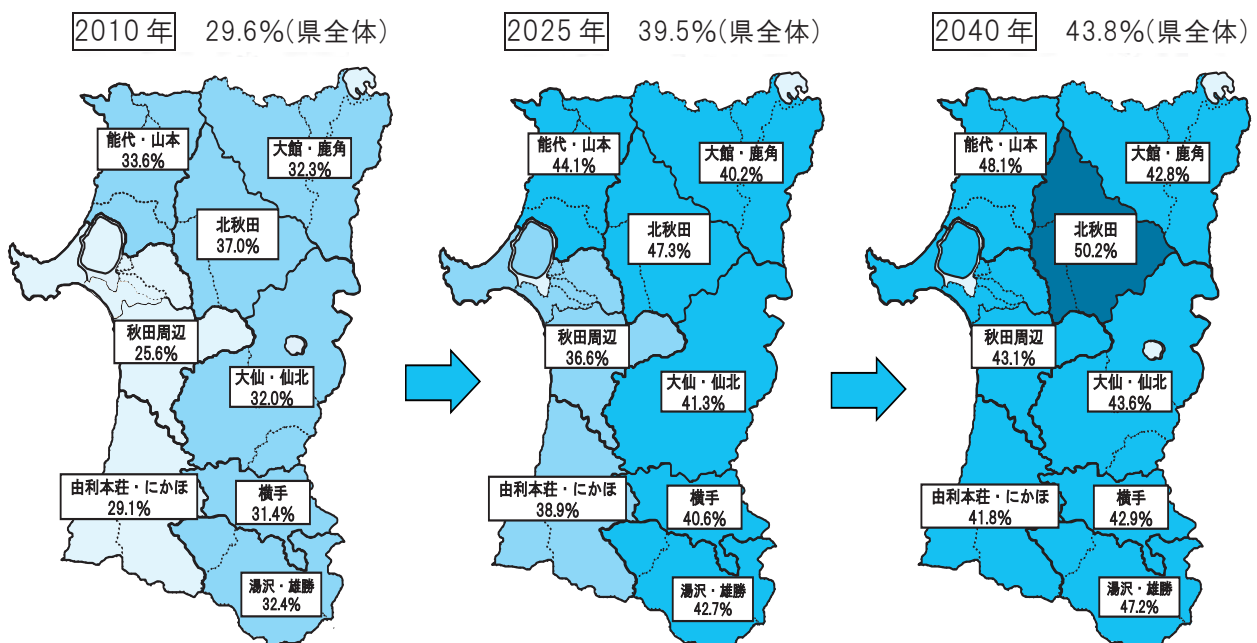
なお、65 歳以上の人口割合は、2025 年には県全体では 39.5%、2040 年には 43.8%に達すると推計されています（図 2）。

図 1 人口及び高齢化率の推移



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 年 3 月）」

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必要があります。

表１ 主な医療機能の状況

二次医療圏	救命救急センター ¹	周産期母子医療センター ²	救急告示病院	災害拠点病院 ³	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） ○（地域周産期）	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⁴について

◎：都道府県がん診療連携拠点病院

●：地域がん診療病院

○：地域がん診療連携拠点病院

□：がん診療連携推進病院⁵

（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）⁶のレセプトデータから見ると、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、「療養病床入院基本料」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	県外	
大館・鹿角	93.33%	0.45%	0.51%	1.66%					4.05%	13,645
北秋田	11.27%	63.07%	11.10%	13.83%					0.73%	4,533
能代・山本	0.41%	0.15%	92.81%	6.33%					0.30%	11,843
秋田周辺	0.05%		0.56%	98.80%	0.21%	0.06%	0.06%		0.26%	34,752
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				9.93%	0.17%	80.38%	8.57%	0.10%	0.84%	15,058
横手				1.26%	0.09%	1.32%	94.16%	2.80%	0.37%	10,923
湯沢・雄勝				1.32%	0.24%	0.38%	25.45%	71.78%	0.84%	8,437
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	1,075	113,990

※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93.33%は、大館・鹿角地域を住所地とする患者の93.33%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（「療養病床入院基本料」、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	県 外	
大館・鹿角	94.91%	0.95%		2.11%					2.03%	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	71	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	県 外	
大館・鹿角	94.20%	0.51%	0.64%	1.08%					3.57%	3,088
北秋田	6.85%	78.03%	3.76%	11.36%						1,234
能代・山本			94.45%	5.55%						4,003
秋田周辺			0.52%	98.99%	0.16%	0.11%	0.10%		0.12%	12,003
由利本荘・にかほ				4.06%	95.12%	0.21%		0.36%	0.25%	4,937
大仙・仙北				7.83%		84.77%	7.20%		0.20%	5,935
横 手				0.91%		1.35%	95.20%	2.54%		4,519
湯沢・雄勝				0.86%		0.38%	19.60%	79.16%		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	167	39,260

出典：受療動向可視化ツール⁷（平成 25 年度ナショナルデータベース（NDB））

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。

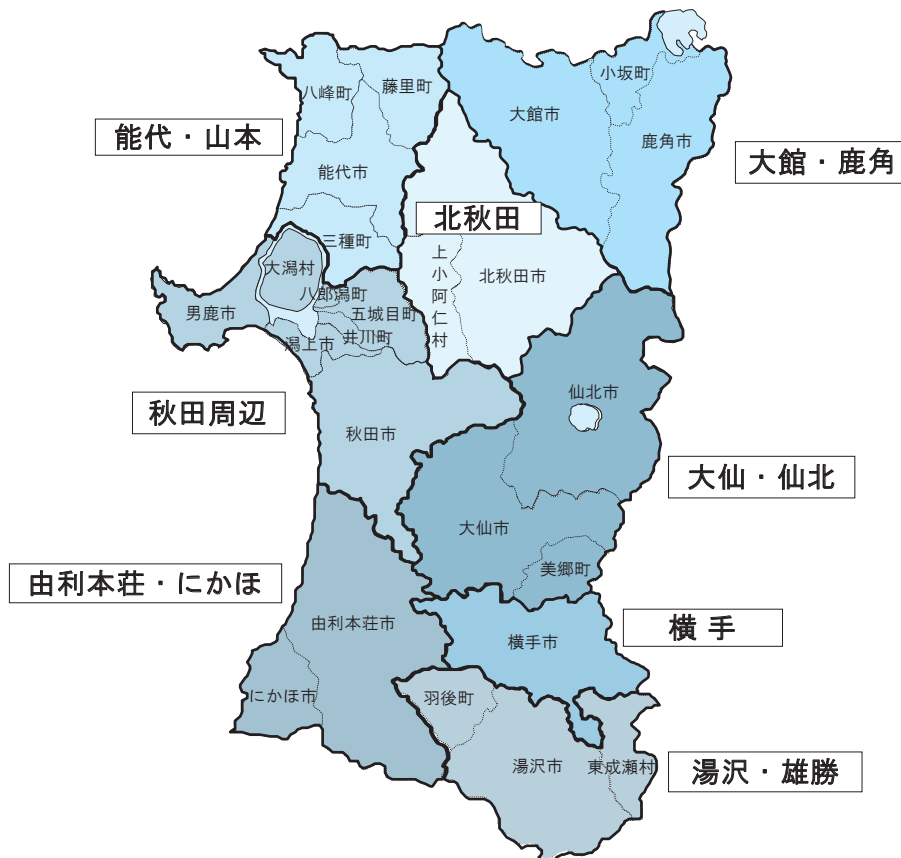
なお、次に掲げる事項を踏まえながら地域医療構想を策定し、策定後にしても、医療提供体制の整備を進めていくこととしています。

◎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、疾病ごとに整備または医療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・雄勝地域における平成 37（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⁸に基づき、推計しています。

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）

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。

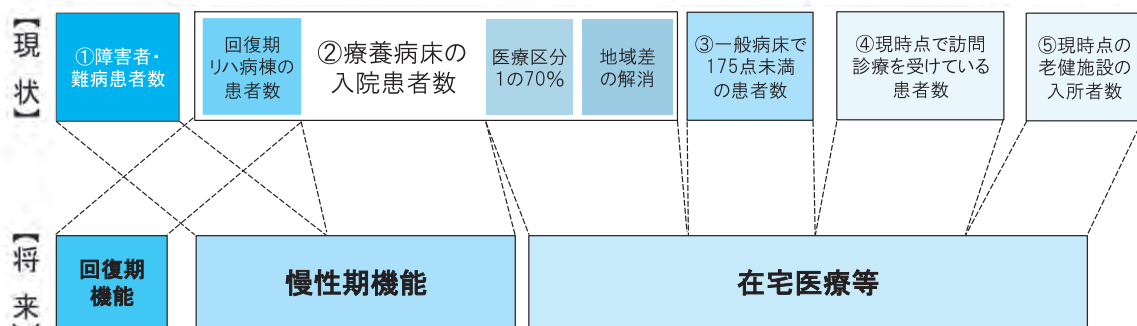
（3）在宅医療等について

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）

将来における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。

- 療養病床の入院患者のうち、医療区分1⁹の患者数の70%
- 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
- 在宅患者訪問診療料を算定している患者数
- 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数の必要量は、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 479 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、慢性期機能の病床数の必要量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」¹⁰ 一部改変

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	平成37（2025）年 医 療 需 要
大館・鹿角	在宅医療等	1,094	1,276
	（再掲）うち訪問診療分	209	227
北 秋 田	在宅医療等	363	357
	（再掲）うち訪問診療分	80	80
能代・山本	在宅医療等	1,051	1,148
	（再掲）うち訪問診療分	306	319
秋田周辺	在宅医療等	3,679	4,828
	（再掲）うち訪問診療分	1,687	2,115
由利本荘・にかほ	在宅医療等	1,118	1,217
	（再掲）うち訪問診療分	441	485
大仙・仙北	在宅医療等	1,577	1,584
	（再掲）うち訪問診療分	709	715
横 手	在宅医療等	1,152	1,141
	（再掲）うち訪問診療分	555	551
湯沢・雄勝	在宅医療等	795	751
	（再掲）うち訪問診療分	308	292
秋 田 県	在宅医療等	10,829	12,302
	（再掲）うち訪問診療分	4,295	4,784

出典：厚生労働省「必要病床数等推計ツール」¹⁰

(3) 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

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27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2,134床上回っています。

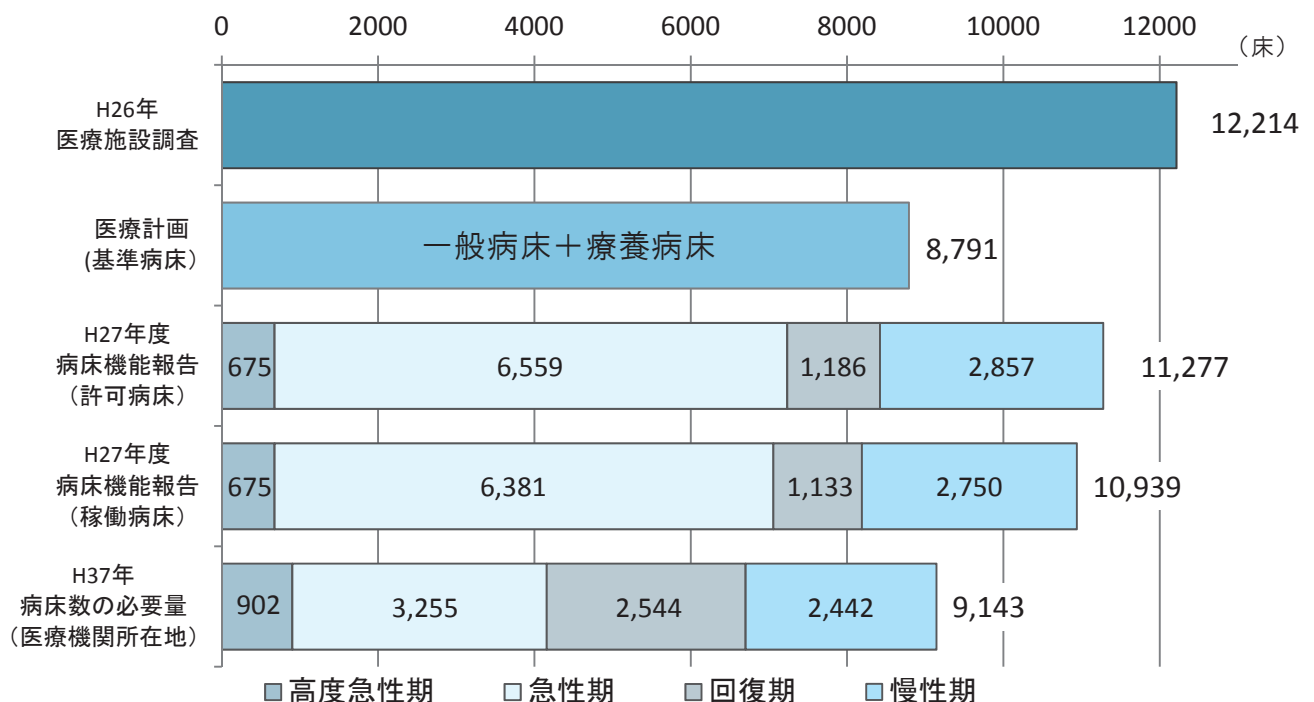
4機能別に見ると、特に急性期機能が多く、回復期機能が少なくなっています。（表8、図6）

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27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%	675	6.0%	▲227
	急性期	3,255	35.6%	6,559	58.2%	3,304
	回復期	2,544	27.8%	1,186	10.5%	▲1,358
	慢性期	2,442	26.7%	2,857	25.3%	415
	計	9,143	100.0%	11,277	100.0%	2,134

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、本県の地理的条件、交通事情及び医療資源の状況を考慮しながら、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。

特に診療所については、在宅医療等の体制構築の中心的な役割を担っていくことが望まれます。

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

- 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
- 各構想区域で不足する医療機能における秋田大学医学部附属病院をはじめとする３次医療機関との連携体制の強化
- 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
- 有床診療所等で患者を受け入れる体制の整備
- 患者が望む場所での看取りが可能な体制づくり
- 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¹¹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、県全体で次のとおり取り組むこととします。

【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¹²」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。

○新専門医制度への対応

今後開始される新専門医制度について、国の動向を注視するとともに、関係者との協議を重ねながら、医師の地域偏在が更に拡大する事態を招かぬよう対応します。

【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。

3 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¹³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。（図 7）

（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

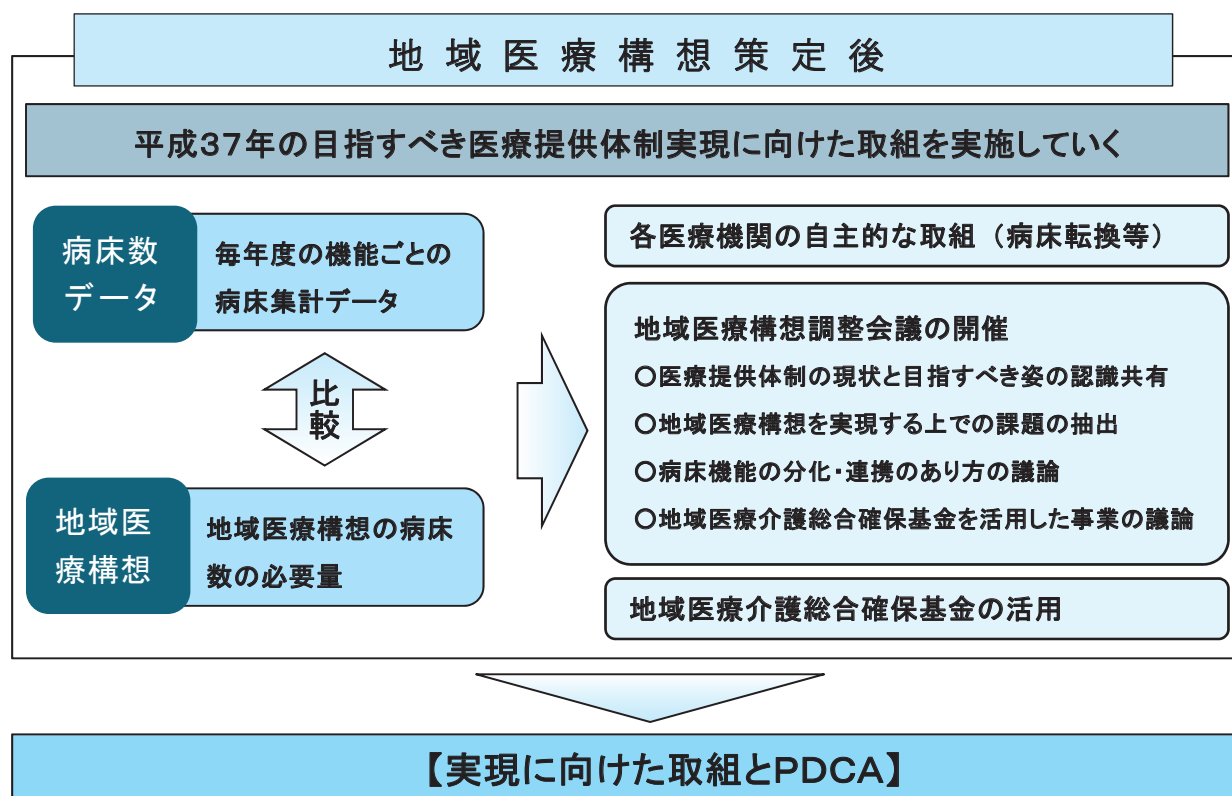
- ・地域医療構想実現に向けた課題を共有し、地域の実情に応じた在宅医療等の充実や地域包括ケアシステム構築に向けた施策提案が求められます。

（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¹⁴を効果的に機能させながら、その推進状況を県医療審議会医療計画部会に報告するとともに、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



第2章 各地域医療構想

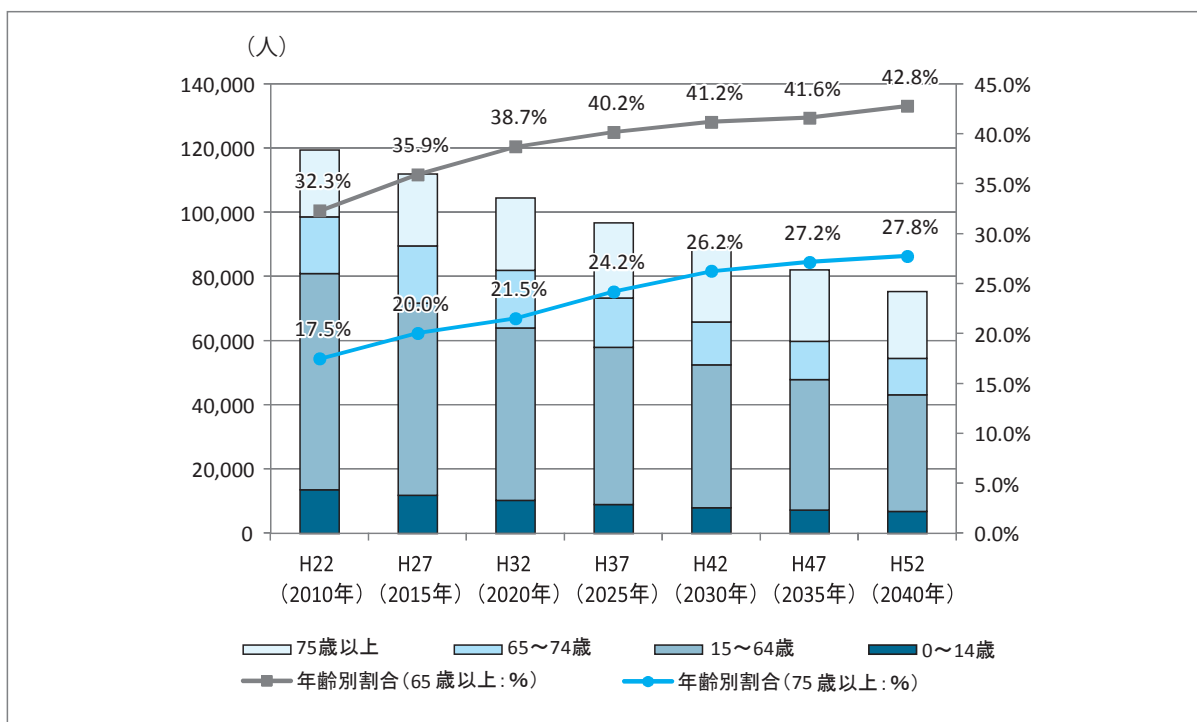
第1節 大館・鹿角地域医療構想

1 人口及び人口動態の状況

(1) 人口及び人口構造

- 平成22(2010)年国勢調査によると大館・鹿角地域の総人口は、119,473人であり、将来、少子高齢化の進展に伴い、今後人口は減少を続け、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年3月)の推計によると平成37(2025)年には96,716人、平成52(2040)年には75,337人になることが見込まれています。(図1、表1)
- 平成22(2010)年の65歳以上の人口は38,596人で、今後も急速に増加していき平成32(2020)年にはピークを迎え、その後減少に転じます。
- 一方で65歳以上の総人口に占める割合は平成32(2020)年以降も増加を続け、平成37(2025)年には40%を超え、平成52(2040)年には42.8%になることが見込まれています。
- 65～74歳の人口は平成32(2020)年にピークを迎え、その後減少しますが75歳以上の人口は平成37(2025)年まで増加しその後減少します。
- 一方、75歳以上の総人口に占める割合は平成37(2025)年以降も上昇を続け、平成52(2040)年には27.8%となると見込まれています。

図1 大館・鹿角地域における人口及び高齢化率の推移



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年3月)

表 1 大館・鹿角地域における人口の推移

(単位：人)

	平成 22 年 (2010)	平成 27 年 (2015)	平成 32 年 (2020)	平成 37 年 (2025)	平成 42 年 (2030)	平成 47 年 (2035)	平成 52 年 (2040)
総人口	119,473	111,966	104,418	96,716	89,179	82,078	75,337
0～14 歳	13,633	11,792	10,278	9,016	7,983	7,278	6,744
割合	11.4%	10.5%	9.8%	9.3%	9.0%	8.9%	9.0%
15～64 歳	67,244	59,945	53,702	48,856	44,457	40,663	36,370
割合	56.3%	53.5%	51.4%	50.5%	49.9%	49.5%	48.3%
65～74 歳	17,695	17,785	17,969	15,431	13,332	11,843	11,314
65 歳以上	38,596	40,229	40,438	38,844	36,739	34,137	32,223
割合	32.3%	35.9%	38.7%	40.2%	41.2%	41.6%	42.8%
75 歳以上	20,899	22,444	22,469	23,413	23,407	22,294	20,909
割合	17.5%	20.0%	21.5%	24.2%	26.2%	27.2%	27.8%

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 年 3 月）」

(2) 人口動態

- 大館・鹿角地域の平成 25(2013)年の出生数は 647 人であり、出生率は 5.6 と秋田県の 5.9 に比べ低くなっています。(表 2)
- 一方、平成 25(2013)年の死亡数は 1,797 人であり、死亡率は 15.7 と秋田県の 14.2 に比べて高くなっています。(表 2)
- 出生数・出生率が減少傾向、死亡数・死亡率が増加傾向にあるため、自然増加数・自然増減率のマイナス幅は平成 23(2011)年を除き拡大しています。(表 2)

表 2 大館・鹿角地域の人口動態（数は人、率は人口千人対）

	平成 21 年 (2009)	平成 22 年 (2010)	平成 23 年 (2011)	平成 24 年 (2012)	平成 25 年 (2013)	秋田県 平成 25 年
出生数	796	708	761	691	647	6,177
出生率	6.6	5.9	6.4	5.9	5.6	5.9
死亡数	1,617	1,714	1,693	1,778	1,797	14,824
死亡率	13.5	14.3	14.3	15.3	15.7	14.2
自然増減数	▲ 821	▲ 1,006	▲ 932	▲ 1,087	▲ 1,150	▲ 8,647
自然増減率	▲ 6.8	▲ 8.4	▲ 7.9	▲ 9.3	▲ 10.0	▲ 8.3

出典：秋田県衛生統計年鑑

- 大館・鹿角地域における平成 25(2013)年の死亡状況を死因別に見ると、最も多いのは「悪性新生物」で死亡数 497 人、死亡率 432.9、次いで多いのは「心疾患」で死亡数 336 人、死亡率 292.6、次いで「脳血管疾患」で死亡数 240 人、死亡率 209.0 となっています。(表 3)
- 秋田県における平成 25(2013)年の「悪性新生物」の死亡率は 392.8、「心疾患」の死亡率は 207.4、「脳血管疾患」の死亡率は 162.8 であり、大館・鹿角地域はすべて県平均を上回っています。

表 3 大館・鹿角地域の死因別の死亡数及び死亡率（数は実数、率は人口 10 万対）

死因	平成 22 年 (2010)		平成 23 年 (2011)		平成 24 年 (2012)		平成 25 年 (2013)		秋田県 平成 25 年	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
悪性新生物	470	393.4	477	403.6	524	456.4	497	432.9	4,113	392.8
心疾患	319	267.0	274	231.9	333	290.0	336	292.6	2,172	207.4
脳血管疾患	245	205.1	228	192.9	247	215.1	240	209.0	1,704	162.8

出典：秋田県衛生統計年鑑

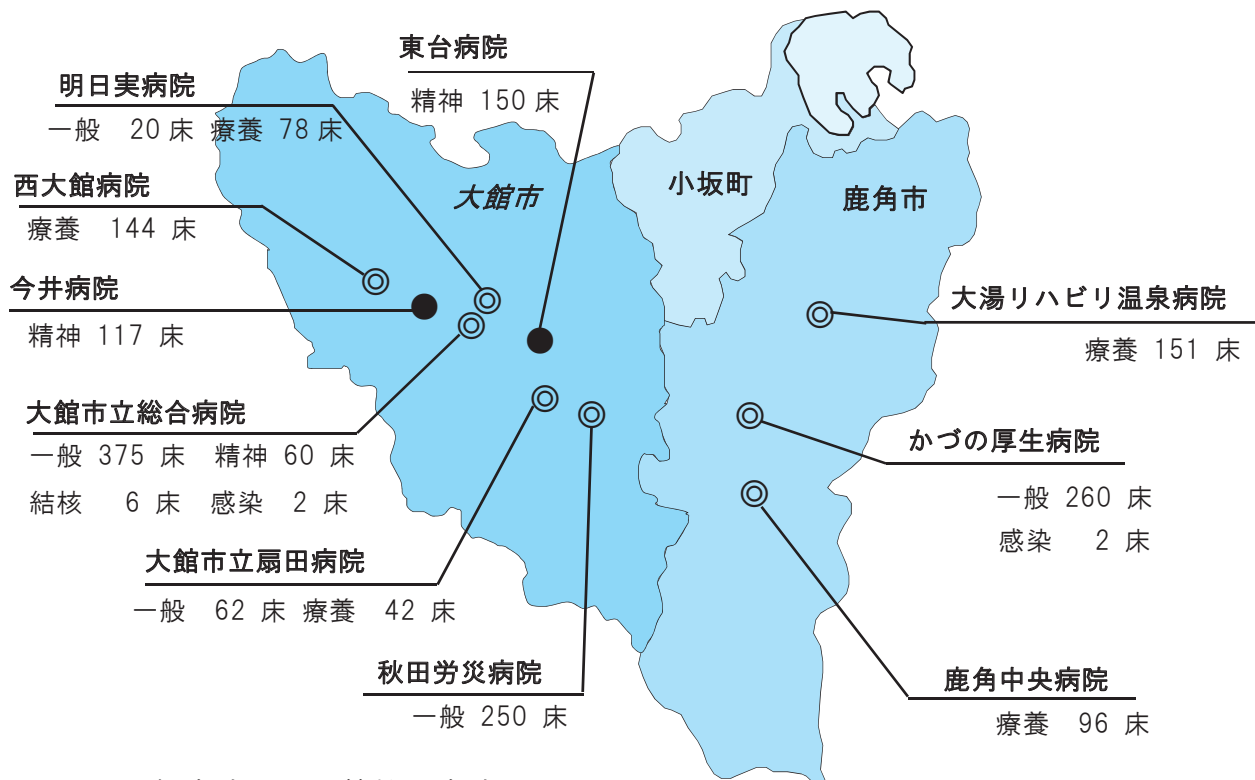
2 医療提供体制の現状と課題

(1) 医療施設等の現状と課題

【現状】

- 平成 28 年 4 月 1 日現在、大館・鹿角地域内の病院数は 10 施設あり、病床数は 1,815 床となっています。（図 2、表 4）
- 病院の種別では、一般病院が 8 施設、精神科病院が 2 施設あります。
- 病床の種別では、一般病床が 967 床、療養病床が 511 床、精神病床が 327 床、感染症病床が 4 床、結核病床が 6 床です。
- 平成 26 年の病床利用率は一般病床が 64.1%（県平均 75.1%）、療養病床が 97.4%（県平均 93.4%）となっており、一般病床は県平均を下回っていますが、療養病床は県平均を超えています。
- 大館・鹿角地域における病院の機能については表 5 のとおりです。

図 2 大館・鹿角地域における病院の設置状況



※○は一般病院、●は精神科病院

出典：大館保健所調べ（平成 28 年 4 月 1 日現在）

表 4 大館・鹿角地域の病院数及び病床数

	病院数				病床の種別ごとの数						病床利用率	
	総 数	一般 病院	療養 病床を 有する 病院	精神 科病院	合 計	精神 病床	感染 症病 床	結核 病床	療養 病床	一般 病床	一般 病床 (%)	療養 病床 (%)
大館市	7	5	3	2	1,306	327	2	6	264	707		
鹿角市	3	3	2	-	509	-	2	-	247	260		
小坂町	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
計	10	8	5	2	1,815	327	4	6	511	967	64.1	97.4

出典：病院数及び病床の種別ごとの数は「大館保健所調べ」（平成 28 年 4 月 1 日現在）
 病床利用率は「平成 26 年病院報告」

注）「病床の種別」とは医療法第 7 条第 2 項に定められている病床の種別

注）「一般病院」及び「療養病床を有する病院」には「介護療養型医療施設数」（表 7）を含む。

注）「療養病床」には「介護療養型医療施設定員数」（表 7）を含む。

表 5 大館・鹿角地域の病院機能

	救急 告示	災害 拠点	臨床 研修 指定	エイズ 治療 拠点	地域 がん診療 連携拠点	地域周産期 母子医療 センター	へき地 医療 拠点
秋田労災病院	○						
大館市立総合病院	○	○	○	○	○	○	
かづの厚生病院	○	○					○

出典：病院名簿（平成 28 年 4 月 1 日現在）

- 平成 28 年 4 月 1 日現在、一般診療所は 70 施設あります。有床診療所が 5 施設、そのうち療養病床を持つ一般診療所は 1 施設です。（表 6）
- 一般診療所 70 施設のうち、一般的な外来診療を行っているのは 51 施設です。それ以外は特別養護老人ホームの医務室等が 17 施設、休日又は夜間の診療のみを行う診療所が 1 施設、保健所が 1 施設となります。
- 平成 28 年 4 月 1 日現在、歯科診療所は 48 施設あり、市町別に見ると、大館市は 31 施設、鹿角市は 15 施設、小坂町は 2 施設あります。
有床歯科診療所はありません。（表 6）
- 平成 28 年 4 月 1 日現在、調剤を行う薬局は 56 施設あり、市町別に見ると、大館市は 39 施設、鹿角市は 16 施設、小坂町は 1 施設あります。（表 6）

表 6 大館・鹿角地域における診療所等の状況

	診療所								薬局
	一般診療所数（※）	有床診療所	療養病床を有する診療所	病床数	無床診療所	歯科診療所総数	有床歯科診療所	無床歯科診療所	薬局
大館市	37	3	-	37	47	31	-	31	39
鹿角市	12	2	1	21	13	15	-	15	16
小坂町	2	-	-	-	5	2	-	2	1
計	51	5	1	58	65	48	-	48	56

出典：大館保健所調べ（平成 28 年 4 月 1 日現在）

※一般的な外来診療を行う診療所数（特別養護老人ホームの医務室等を除く）

【課題】

- 三次救急機能が不足しており、より高度な医療が必要な患者が他県に流出している状況です。
- 病院の機能分化・連携を推進していくためには、経営主体の枠組みを超えた調整が必要になります。
- 開業医の高齢化や後継者不足により、今後、診療所数が減少することが予想されます。
- 人口減少が公共交通機関に大きく影響を与え、通院が困難になることが懸念されます。

（２）在宅医療等に関する施設等の現状と課題

【現状】

- 大館・鹿角地域内には、在宅療養支援病院が 1 施設、在宅支援診療所が 5 施設、在宅療養支援歯科診療所が 2 施設あります。（平成 28 年 4 月現在）
- 「地域包括ケア病棟」を持つ病院が大館市に 1 施設(59 床)、鹿角市に 1 施設(55 床) あります。
- 「回復期リハビリテーション病棟」を持つ病院が大館市に 1 施設（46 床）、鹿角市に 1 施設（45 床）あります。
- 「認知症疾患医療センター¹⁵」が大館市に 1 施設設置される予定です。（平成 28 年 10 月設置予定）
- 大館・鹿角地域における介護保険施設等の施設（事業所）数及び定員数については表 7 のとおりです。
- 大館・鹿角地域における介護事業所数等は表 8 のとおりです。

表 7 大館・鹿角地域における介護保険施設等の施設（事業所）数及び定員数

		大館市	鹿角市	小坂町	合計
介護療養型医療施設	施設数	2	2	0	4
	定員	180	118	0	298
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	施設数	7	2	2	11
	定員	465	146	80	691
介護老人保健施設	施設数	4	5	0	9
	定員	375	262	0	637
軽費老人ホーム （ケアハウス）	施設数	2	1	1	4
	定員	100	30	22	152
養護老人ホーム	施設数	1	1	0	2
	定員	80	80	0	160
認知症対応型共同生活介護 事業所（グループホーム）	事業所数	12	7	1	20
	定員	189	108	9	306
小規模多機能型 居宅介護事業所	事業所数	1	1	-	2
	定員	9	7	-	16
短期入所生活介護事業所 （ショートステイ）	事業所数	15	5	2	22
	定員	317	110	30	457

出典：施設数及び事業所数は「北秋田地域振興局大館福祉環境部業務概要」（平成 27 年 4 月 1 日現在）、定員は「大館保健所調べ」（平成 27 年 4 月 1 日現在）

注）「介護療養型医療施設」は介護療養病床を有する施設。

注）「介護療養病床」は療養病床のうち、介護保険が適用される療養病床を言う。

注）「介護療養病床」は平成 18 年の医療制度改正により平成 23 年度末に廃止が予定されていたが、平成 23 年度末においても介護老人保健施設への移行が進んでいない等の理由により平成 24 年度より 6 年間その期限が延長されている。

表 8 大館・鹿角地域における介護事業所数等

	大館市	鹿角市	小坂町	合計
訪問看護事業所（訪問看護ステーション）	4	1	0	5
居宅介護支援事業所	26	12	3	41
通所介護（デイサービスセンター）	30	7	3	40

出典：北秋田地域振興局大館福祉環境部業務概要（平成 27 年 4 月 1 日現在）

【課題】

- 大館・鹿角地域では医師が少なく高齢化も進展しており、在宅医療を行う医師一人ひとりの負担が大きくなっています。
- 在宅医療を実施している医療機関やそれを支援している病院が少なく、偏在しています。
- 在宅療養患者に対する、口腔ケアや薬剤管理を行う体制が不十分です。

- 医療・介護従事者の在宅医療に関する知識・技術が不足しています。
- 在宅医療を推進するための人的資源が不足しています。
- 在宅医療を担う医療・介護従事者等の多職種間の連携が不十分です。
- 将来、単身・高齢者のみの世帯が増えることが予想される中、家庭での医療・介護を支える機能の低下が懸念されます。
- 認知症患者が今後さらに増加することが予想されます。

(3) 医療従事者の現状と課題

【現状】

- 大館・鹿角地域内の医師数（総数）は、平成 26 年 12 月末現在で 165 人、人口 10 万人あたりでは 145.9 人と秋田県の 227.1 人を下回っています。（表 9）
- また、医師が集中する秋田周辺を除いた人口 10 万人あたりの人数（165.6 人）と比べても下回っています。（表 9）
- 就業看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）をみると、人口 10 万人あたりの看護師は 881.6 人と秋田県の 1,006.2 人を下回っていますが、准看護師は 474.9 人と秋田県の 325.8 人を上回っています。（表 10）
- 保健師は人口 10 万人あたり 51.3 人と秋田県の 54.5 人を下回っており、助産師は 32.7 人と秋田県の 31.6 人を上回っています。（表 10）
- 歯科医師は人口 10 万人あたりでは 53.9 人であり、秋田県の 59.9 人を下回っています。（表 11）
- 薬剤師は人口 10 万人あたりでは 176.9 人であり、秋田県の 189.1 人を下回っていますが、秋田周辺を除いた 164.3 人を上回っています。（表 11）
- 歯科衛生士は人口 10 万人あたりでは 69.9 人であり、秋田県の 89.4 人を下回っています。（表 11）
- 回復期を担う病院に従事する理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士の人口 10 万人あたりの人数は視能訓練士を除いて秋田県の数値を越えています。（表 11）

表 9 医師数 ※人口 10 万対

	総数	医療施設従事者数	医療施設	
			病院	診療所
大館・鹿角	145.9	139.7	92.8	46.9
秋田周辺を除く	165.6	158.6	101.4	57.2
秋田県	227.1	216.3	149.9	66.3

出典：平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 26 年 12 月 31 日現在）

表 10 看護職員数（保健師、助産師、看護師、准看護師）※人口 10 万対（単位:人）

	保健師	助産師	看護師	准看護師
大館・鹿角	51.3	32.7	881.6	474.9
秋田周辺を除く	58.5	27.7	895.1	362.3
秋田県	54.5	31.6	1,006.2	325.8

出典：平成 26 年保健師・助産師・看護師・准看護師調べ（平成 26 年 12 月 31 日現在）

表 11 その他の医療従事者数 ※人口 10 万対（単位:人）

	歯科医師	薬剤師	歯科 衛生士	理学療 法士	作業療 法士	視能 訓練士	言語 聴覚士
大館・鹿角	53.9	176.9	71.6	41.6	32.7	2.7	8.0
秋田周辺を除く	55.6	164.3	79.4	32.0	26.5	2.8	5.5
秋田県	59.9	189.1	89.6	34.4	32.0	3.2	6.6

出典：歯科医師、薬剤師については「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年 12 月 31 日現在）、歯科衛生士については「平成 26 年就業歯科衛生士調査」（平成 26 年 12 月 31 日現在）、理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士については「平成 26 年病院報告」（平成 26 年 10 月 1 日現在）

【課題】

- 人口 10 万人あたりの医師、歯科医師、薬剤師、看護師の数は、秋田県全体と比べて少ない状況にあります。
- 医師の診療科偏在により、対応困難な診療科目があります。
- 看護職員が離職等により潜在化している現状があります。
- 高度化する医療や在宅医療の推進に対応できる専門的な医療・介護従事者が不足しています。

3 将来の医療需要と病床数の推計

(1) 各病床機能の医療需要と推計される病床数

- 大館・鹿角地域における平成 37(2025)年に必要と推計される病床数は、高度急性期 67 床、急性期 300 床、回復期 296 床、慢性期 279 床、合計で 942 床となります。(表 12)
- 平成 37(2025)年に必要と推計される病床数と平成 27(2015)年度病床機能報告による病床数を比較すると、高度急性期が 67 床、回復期が 132 床不足することが見込まれます。(表 12)
- 急性期は 461 床、慢性期は 183 床過剰となることが見込まれます。(表 12)

- なお、地域医療構想では平成 37(2025)年に必要と推計される病床数と平成 27(2015)年度に各医療機関により報告された病床数（平成 27(2015)年度病床機能報告（平成 27 年 7 月 1 日時点））とを比較しておりますが、今後の医療・介護政策の動向や地域医療構想調整会議の協議による各医療機関の自主的な機能分化・連携などにより、次第に収れんされていくことが予想されます。

表 12 大館・鹿角地域の平成 37 年に必要と推計される病床数

医療機能	平成 37 (2025)年			【参考】平成 27 年度 病床機能報告	
	医療需要 (人／日)	必要と推計される病床数		病床数(床)	構成比
		病床数(床)	構成比		
高度急性期	50	67	7.1%	0	0.0%
急性期	234	300	31.8%	761	54.9%
回復期	266	296	31.4%	164	11.8%
慢性期	257	279	29.6%	462	33.3%
計	807	942	100.0%	1,387	100.0%

出典：厚生労働省「必要病床数等推計ツール」、「病床機能報告」

（２）在宅医療等の医療需要

- 地域医療構想においては、将来、比較的医療ニーズの低い慢性期の患者については、在宅医療等に対応可能なものと推計されるため、平成 25(2013)年度の医療需要と推計された平成 37(2025)年の医療需要を比較すると、入院医療が必要な慢性期の医療需要については一日あたり 93 人（約 27%）減少します。（表 13）
- 一方、在宅医療等の医療需要については一日あたり 182 人（約 17%）の増加が見込まれます。（表 13）

表 13 大館・鹿角地域の慢性期及び在宅医療等の医療需要

医療機能	平成 25 年度の医療需要 (人／日)	平成 37 年の医療需要 (人／日)
慢性期	350	257
在宅医療等	1,094	1,276
（再掲）うち訪問診療分	209	227

出典：厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

※在宅医療等とは、居宅のほか、特別養護老人ホーム、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ます。

4 目指すべき方向性及び実現のための施策

(1) 医療機能の分化・連携

- 現在の医療機能を基本としつつ、不足する医療機能については、隣県を含めた他圏域との連携体制の強化を図り、将来の医療需要に対応したバランスの取れた医療機能を持つ体制を目指します。
- 回復期病床が不足することが見込まれるため、急性期からの転換を含めた回復期病床の整備を進めます。
- 急性心筋梗塞については、約5割の患者が県外に流出しているため、アクセス時間も考慮し、患者の速やかな搬送と在宅復帰へつなげる連携体制の維持・強化に取り組みます。
- 救急医療については、隣県を含めた他医療圏との広域的な連携体制の維持・強化を図りつつ、地域救命救急センターの設置を目指します。
- 特に緊急性の高い疾患については患者を速やかに搬送するため、ドクターヘリの広域連携のあり方について、関係県と検討していきます。

(2) 在宅医療の推進と関係機関との連携

- 切れ目のない医療・介護サービスの提供体制の構築を目指すため、在宅医療を支える地域資源の充実を図るとともに、病診連携を含めた医療と介護における各職域や市町、地域包括支援センターなどの連携を強化します。
- 在宅療養患者の急変時や緊急時に、入院による支援が可能となるように、後方支援病院の確保及び関係機関の連携強化に取り組みます。
- 入院から円滑に在宅医療等へつなげるため関係機関の連携強化に努めます。
- 在宅医療等に関する病床や、在宅医療等を行う医療機関及び介護施設の整備に取り組みます。
- 「地域包括ケアシステム」の構築のため、患者とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるように市町や関係機関との連携を進めていきます。
- 住民が地域医療を理解し、その中で自分に合った医療・介護サービスを自ら選択できるよう、医療機関の役割、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、在宅医療、看取り、介護サービス、医療・介護相談窓口等について啓発に努めます。

(3) 医療従事者の確保

- 医師の確保については、地域医療構想（総論）部分において、秋田県として取り組むべき施策が策定されておりますが、大館・鹿角地域は隣県から医師が派遣されている現状があるため、隣県との医師派遣に係る連携推進に努めます。
- 地域で必要な医療機能を担う人的資源の充実を目指します。
- 高度化する医療や高まる在宅医療ニーズに対応するため、専門的な知識を持つ医療・介護従事者の確保や育成に取り組みます。
- 看護職員の復帰支援のため、離職者の届出制度及び秋田県ナースセンター¹⁶について、広報等の啓発に努めます。