

大分県地域医療構想 (素案)

大 分 県

目次

第1章 大分県地域医療構想の策定にあたって

第1節	構想策定の趣旨	1
第2節	構想の位置付け・役割	
1	医療計画との関係	1
2	地域医療構想の役割	2
3	地域医療構想の策定体制	2
4	他計画との関係	4

第2章 地域医療構想策定の背景

第1節	人口・高齢化等の状況	
1	人口の推移	5
2	高齢者人口及び高齢化率の推移	6
3	年齢3区分別人口の推移	7
4	高齢者のいる世帯の推移	8
第2節	医療費、医療施設等の状況	
1	医療費等の推移	9
2	医療施設数の推移	10
3	病床数の推移	11
第3節	地域医療構想に関する制度化の経緯	11
第4節	病床機能報告制度	12

第3章 構想区域の設定

1	構想区域の趣旨	14
2	本県の二次医療圏	14
3	構想区域の設定	14

第4章 将来における医療需要及び必要病床数

第1節	推計方法の概要	
1	医療需要の推計	16
2	必要病床数の推計	19
3	推計方法についての考え方	19
第2節	県全域の概況	
1	医療需要の推計結果	20
2	医療需要の推計の考え方	21
3	必要病床数の推計	22
第3節	東部医療圏	
1	東部医療圏の概況	24
2	医療需要の推計	28
3	必要病床数の推計	29
第4節	中部医療圏	
1	中部医療圏の概況	30
2	医療需要の推計	34
3	必要病床数の推計	35

第5節	南部医療圏		
1	南部医療圏の概況	・ ・ ・ ・ ・	3 6
2	医療需要の推計	・ ・ ・ ・ ・	4 0
3	必要病床数の推計	・ ・ ・ ・ ・	4 1
第6節	豊肥医療圏		
1	豊肥医療圏の概況	・ ・ ・ ・ ・	4 2
2	医療需要の推計	・ ・ ・ ・ ・	4 6
3	必要病床数の推計	・ ・ ・ ・ ・	4 7
第7節	西部医療圏		
1	西部医療圏の概況	・ ・ ・ ・ ・	4 8
2	医療需要の推計	・ ・ ・ ・ ・	5 2
3	必要病床数の推計	・ ・ ・ ・ ・	5 3
第8節	北部医療圏		
1	北部医療圏の概況	・ ・ ・ ・ ・	5 4
2	医療需要の推計	・ ・ ・ ・ ・	5 8
3	必要病床数の推計	・ ・ ・ ・ ・	5 9

第5章 地域医療構想の基本的考え方

1	基本理念	・ ・ ・ ・ ・	6 0
2	基本的考え方	・ ・ ・ ・ ・	6 0
3	施策の基本方向	・ ・ ・ ・ ・	6 0

第6章 地域医療構想の実現に向けた今後の施策の方向

第1節	病床機能の分化・連携	・ ・ ・ ・ ・	6 1
第2節	在宅医療等の推進		
1	在宅医療の充実と医療・介護連携の推進	・ ・ ・ ・ ・	6 3
2	介護サービスの充実	・ ・ ・ ・ ・	6 5
第3節	医療従事者等の確保・養成		
1	医師	・ ・ ・ ・ ・	6 6
2	看護職員	・ ・ ・ ・ ・	6 8
3	その他の医療従事者	・ ・ ・ ・ ・	7 2
4	介護従事者	・ ・ ・ ・ ・	7 3
第4節	健康寿命の延伸	・ ・ ・ ・ ・	7 4
第5節	地域包括ケアシステムの構築	・ ・ ・ ・ ・	7 7
第6節	その他の施策	・ ・ ・ ・ ・	8 0

第7章 地域医療構想の実現に向けた取組

第1節	基本的な取組方向	・ ・ ・ ・ ・	8 1
第2節	各医療機関の取組	・ ・ ・ ・ ・	8 1
第3節	県の取組	・ ・ ・ ・ ・	8 2
1	医療機関の自主的な取組の支援等	・ ・ ・ ・ ・	8 2
2	医療法に基づく対応	・ ・ ・ ・ ・	8 3
第4節	その他関係者の取組	・ ・ ・ ・ ・	8 4
第5節	県民の理解	・ ・ ・ ・ ・	8 5
第6節	国との連携等	・ ・ ・ ・ ・	8 5

第8章 地域医療構想に関する国における動向

第1節	病床機能報告制度の改善について	・ ・ ・ ・ ・	8 6
-----	-----------------	-----------	-----

第2節	療養病床のあり方等について	86
第3節	医療従事者の需給見通しや確保策について	87
第4節	基準病床数と必要病床数の整合性について	88
第5節	医療費適正化計画との関係について	89
第6節	医療計画と介護保険事業(支援)計画との関係について	89
第7節	地域医療介護総合確保基金について	90

資料

大分県医療審議会要綱	94
大分県医療審議会委員名簿	95
大分県医療計画策定協議会設置要綱	96
大分県医療計画策定協議会委員名簿	97
大分県地域医療構想調整会議設置要綱	98
東部地域医療構想調整会議委員名簿	99
中部地域医療構想調整会議委員名簿	100
南部地域医療構想調整会議委員名簿	101
豊肥地域医療構想調整会議委員名簿	102
西部地域医療構想調整会議委員名簿	103
北部地域医療構想調整会議委員名簿	104

第1章 大分県地域医療構想の策定にあたって

第1節 構想策定の趣旨

- 我が国では、世界に類を見ない少子高齢・人口減少社会を迎えていますが、平成37(2025)年には、いわゆる「団塊の世代^{*1}」が75歳以上となり、医療や介護を必要とする方がますます増加します。
- 医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質で適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築することが喫緊の課題となっています。
- 一方、少子高齢化、人口減少が急速に進む中、世代間の負担の公平性を高めながら、子どもや孫の世代まで、安心して医療・介護サービスを受けられる国民皆保険制度を将来にわたって維持できるよう、その持続可能性を高めていかなければなりません。
- こうした中、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。)の施行に伴い改正された医療法の規定により、県は、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿(地域医療構想)を医療計画の一部として策定することとなりました。
- 地域医療構想は、地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえたうえで、将来におけるその地域にふさわしいバランスのとれた医療提供体制を示すものです。
- 具体的には、入院医療を提供する病床の有する医療機能に着目し、平成37(2025)年における病床の機能区分^{*2}ごとの病床数の必要量や居宅等における医療の必要量等について定めるとともに、その達成に向けた施策の方向性について盛り込みます。

第2節 構想の位置付け・役割

1 医療計画との関係

- 地域医療構想は、医療法第30条の4第2項に規定される構想区域(二次医療圏・第3章参照)ごとの将来における医療提供体制のあるべき姿、方向性を示す構想(ビジョン)であり、現行の大分県医療計画(第6次計画。計画期間は平成25年度～29

*1 団塊の世代…昭和22(1947)年～24(1949)年生まれ。第一次ベビーブーム世代とも呼ばれる。大分県の当該人口は約6万6,000人(平成22年国勢調査)。

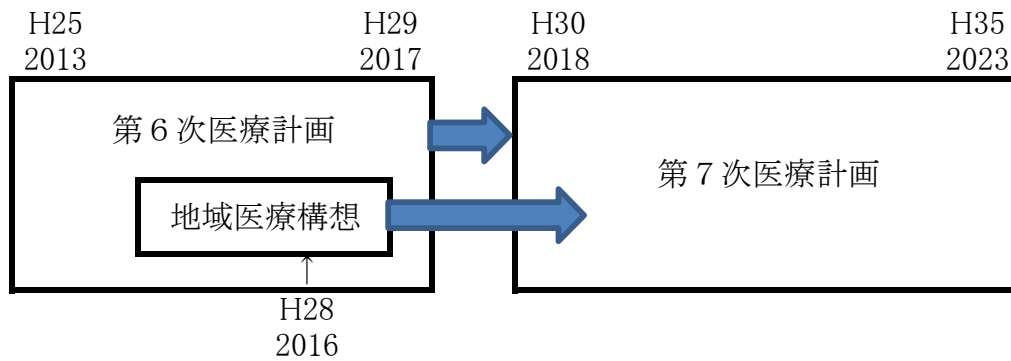
*2 病床の機能区分…医療法施行規則第30条の33の2で定める区分及びその定義は以下のとおり。

- 1 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
- 2 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(前号に該当するものを除く。)
- 3 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、大腿骨骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL(日常生活における基本的動作を行う能力をいう。)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。)
- 4 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

年度)の一部として位置付けられます*1。

- また、平成29年度以降に策定開始予定の次期医療計画（第7次。平成30年度～35年度）の一部としても位置付けられることとなります。
- 医療計画は5年後を目標年次として策定しているのに対し、地域医療構想は、およそ10年後である平成37（2025）年時点を中心に見据えて推計し策定する長期の構想であるといえます。

[図1-1 医療計画と地域医療構想]



【参考】地域医療構想の策定時期

- 医療法上、地域医療構想は平成30年3月末までに策定することとなっています。一方、次期医療計画は平成30年度から6年間の計画になるので、策定は平成29年度から始まる見込みです。地域医療構想は次期医療計画にも盛り込む必要がありますので、国は、次期医療計画の策定開始までに地域医療構想が策定されていることが望ましいという考え方から、平成28年度半ばまでの策定が望ましいとしています。
- このため、本県においても、平成28年度半ば頃まで、遅くとも平成28年度末までの策定を目指して進めてきました。

2 地域医療構想の役割

- 地域医療構想は、これからの約10年、さらにはその先まで見据えた医療提供体制の目指すべき方向性について、医療関係者、行政、県民が広く共有し、実現に向けて取り組むための指針となるものです。

3 地域医療構想の策定体制

- 地域医療構想を策定するにあたっては、構想区域（二次医療圏）ごとに、医療関係者、医療保険者その他の関係者からなる協議の場として「地域医療構想調整会議²⁾」を開催するとともに、県全体の協議の場として、大分県医療計画策定協議会を位置

*1 現行の医療計画との関係…地域医療構想は現行の大分県医療計画を一部変更するものですが、体裁上は医療計画に追加する別冊としての位置付けとします。

*2 地域医療構想調整会議…医療法第30条の14に基づき、都道府県が、構想区域その他当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、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間に設ける「協議の場」の名称。医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策等について協議する。各会議の構成員は巻末資料を参照。

付けました。

- また、大分県医療審議会*1 に対して適宜報告するとともに、最終案の諮問を行いました。(予定)
- こうした協議の場のほかに、県民に対する意見聴取（パブリックコメント）や関係団体等への意見照会を行いました。(予定)
- 主な策定経過*2 は以下のとおりです。

平成27年

8月 7日

平成27年度第1回大分県医療計画策定協議会

- 議事 ○地域医療構想について
- 今後の進め方について
- 将来の必要病床数の推計値について
- 構想区域間（県外・県内）の調整について

8月17日

第1回豊肥地域医療構想調整会議

8月24日

第1回南部地域医療構想調整会議

8月26日

第1回中部地域医療構想調整会議

8月28日

第1回東部地域医療構想調整会議

9月 3日

第1回西部地域医療構想調整会議

9月 8日

第1回北部地域医療構想調整会議

- 議事 ○地域医療構想について
- 今後の進め方について
- 将来の必要病床数の推計値について
- 構想区域間（県外・県内）の調整について

10月 8日

医療審議会

- 議事 ○地域医療構想について（報告）
（これまでの経過、主な意見など）

10月13日

第2回東部地域医療構想調整会議

10月16日

第2回中部地域医療構想調整会議

10月19日

第2回西部地域医療構想調整会議

10月21日

第2回豊肥地域医療構想調整会議

10月27日

第2回南部地域医療構想調整会議

11月 4日

第2回北部地域医療構想調整会議

- 議事 ○将来の医療需要及び必要病床数の推計値について
- 地域医療構想の骨子（案）について

12月 1日

平成27年度第2回大分県医療計画策定協議会

- 議事 ○地域医療構想策定に係るこれまでの経過について
- 将来の医療需要及び必要病床数の推計値について
- 地域医療構想の骨子（案）について

平成28年

1月19日

第3回東部地域医療構想調整会議

1月27日

第3回南部地域医療構想調整会議

*1 医療審議会…医療法第71条の2に基づき、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を調査審議するため置かれる。

*2 各会議において使用した資料については、大分県ホームページ(<http://www.pref.oita.jp/soshiki/12620/>)にて公開しています。

1月29日 第3回中部地域医療構想調整会議
2月 3日 第3回西部地域医療構想調整会議
2月 5日 第3回豊肥地域医療構想調整会議
2月 9日 第3回北部地域医療構想調整会議
2月24日 平成27年度第3回大分県医療計画策定協議会
3月29日 医療審議会

4月～5月頃 県民意見募集（パブリックコメント）、関係団体への意見聴取

6月頃 医療審議会（諮問・答申）
公表

（注：28年1月以降は予定を含む）

4 他計画との関係

- 地域医療構想は医療計画の一部であり、大分県長期総合計画「安心・活力・発展プラン2015」、「おおいた高齢者いきいきプラン^{*1}」、「生涯健康県おおいた21^{*2}」、「大分県医療費適正化計画^{*3}」など関連する諸計画との整合性を図っています。

*1 おおいた高齢者いきいきプラン…老人福祉法第20条の9及び介護保険法第118条に基づく、大分県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画（第6期）。計画期間は平成27～29年度。

*2 生涯健康県おおいた21…健康増進法第8条第1項に基づく、大分県健康増進計画（第2次）。計画期間は平成25～34年度。

*3 大分県医療費適正化計画…高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づく計画（第2期）。計画期間は平成25～29年度。

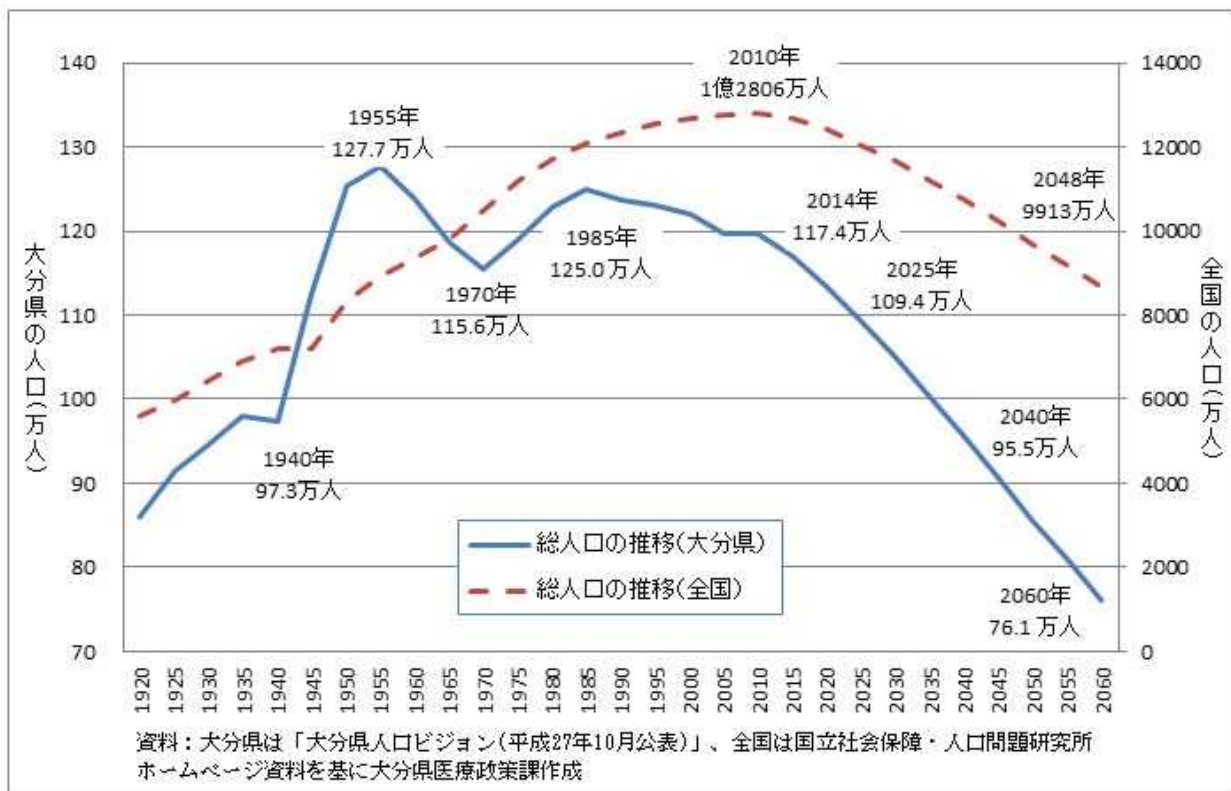
第2章 地域医療構想策定の背景

第1節 人口・高齢化等の状況

1 人口の推移

- 我が国の人口は、1億2,800万人前後をピークに平成23（2011）年以降、人口減少局面に入っています。
- 国立社会保障・人口問題研究所（社人研）が平成25（2013）年に公表した推計によると、日本の総人口は減少を続け、平成60（2048）年には1億人を切り、今世紀末には5千万人を下回るとされています。
- 一方、本県の人口は今から約30年前の昭和60（1985）年に約125万人となった後、減少傾向に入っており、平成26（2014）年10月現在の人口は約117万4千人となっています。
- 社人研の推計では、本県の人口は、平成37（2025）年には109万4千人、平成52（2040）年には95万5千人に減少するとされています。

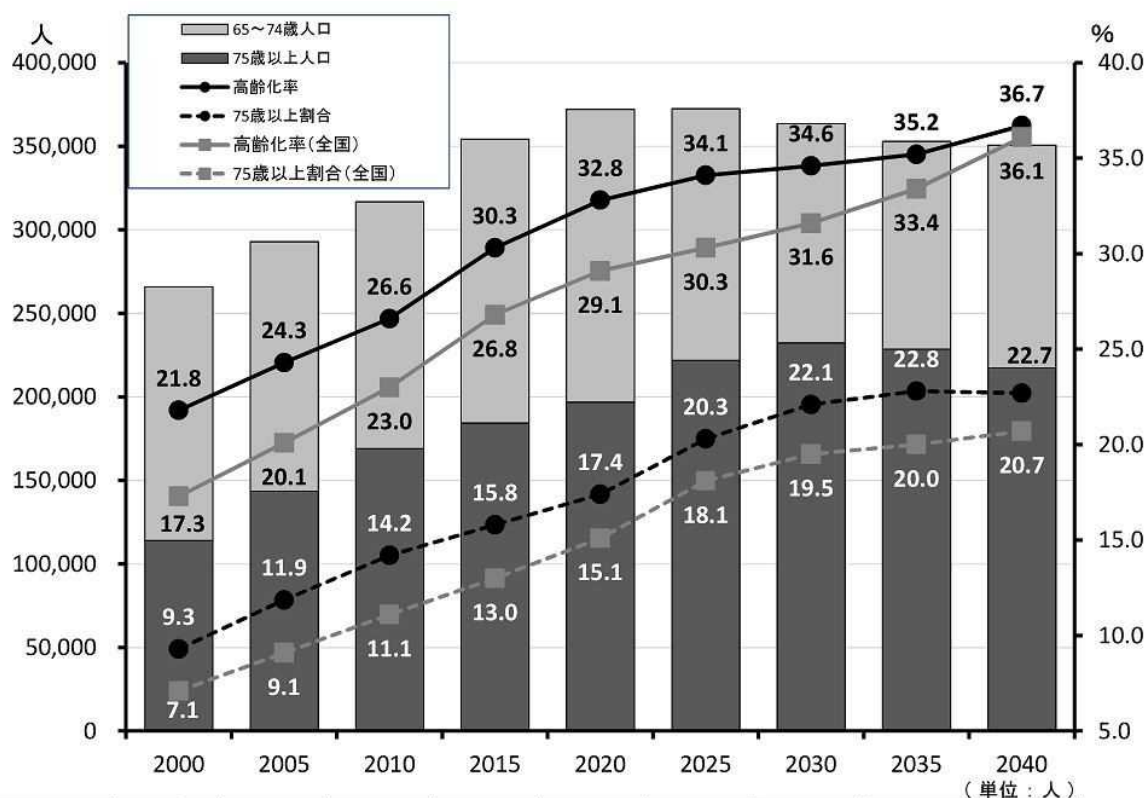
[図2-1 総人口の推移（全国、大分県）]



2 高齢者人口及び高齢化率の推移

- 本県の高齢者についてみると、65歳以上の人口は平成37（2025）年頃までにピークを迎え、その後減少に転じますが、75歳以上の人口は平成42（2030）年頃まで増加を続ける見込みです。
- また、高齢化率(65歳以上人口の割合)は平成27(2015)年時点で3割を超えており、全国に先行して高齢化が進んでいます。今後も急速に上昇を続け、平成37(2025)年には3人に1人が高齢者となる見込みです。
- 75歳以上人口の割合も今後急速に上昇し、平成37(2025)年には2割を超え、その後も上昇する見込みです。

[図2-2 高齢者人口及び高齢化率の推移]



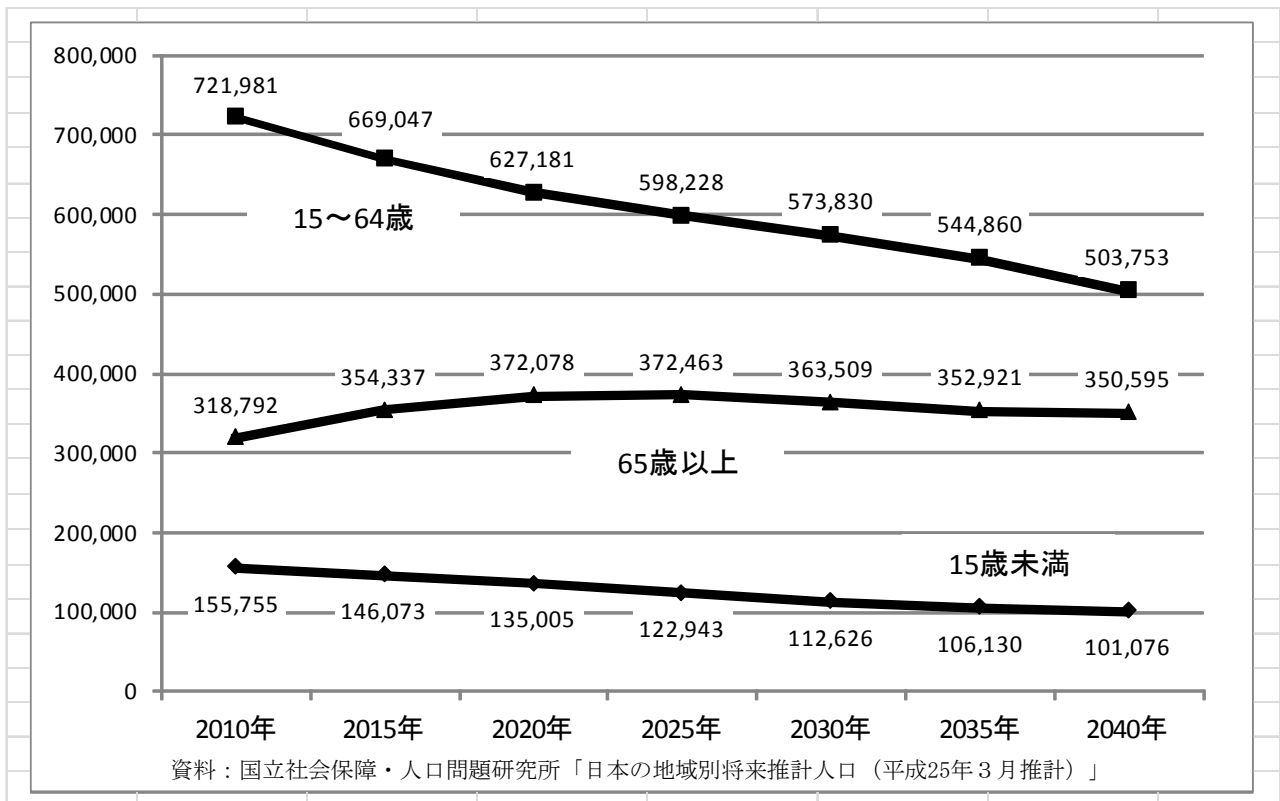
	2000年	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	H12	H17	H22	H27	H32	H37	H42	H47	H52
総人口	1,221,140	1,209,571	1,196,529	1,169,457	1,134,264	1,093,634	1,049,965	1,003,911	955,424
65歳以上人口	265,901	292,805	316,750	354,337	372,078	372,463	363,509	352,921	350,595
うち65～74歳人口	151,880	149,225	147,780	170,018	175,257	150,681	131,266	124,311	133,253
うち75歳以上人口	114,021	143,580	168,970	184,319	196,821	221,782	232,243	228,610	217,342

資料：平成12(2000)年～平成22(2010)年は総務省「国勢調査」、平成27(2015)年～平成52(2040)年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)
 ※高齢化率等の算出には分母から年齢不詳を除いている。

3 年齢3区分別人口の推移

- 本県の人口について、年齢を3区分に分けた推移を見ると、平成22（2010）年から平成52（2040）年までに、高齢者の支え手である生産年齢人口（15～64歳）が約30%減少する見込みです。
- 1人の高齢者を平成22（2010）年は約2.3人で支えていましたが、平成52（2040）年には約1.4人で支えなければなりません。

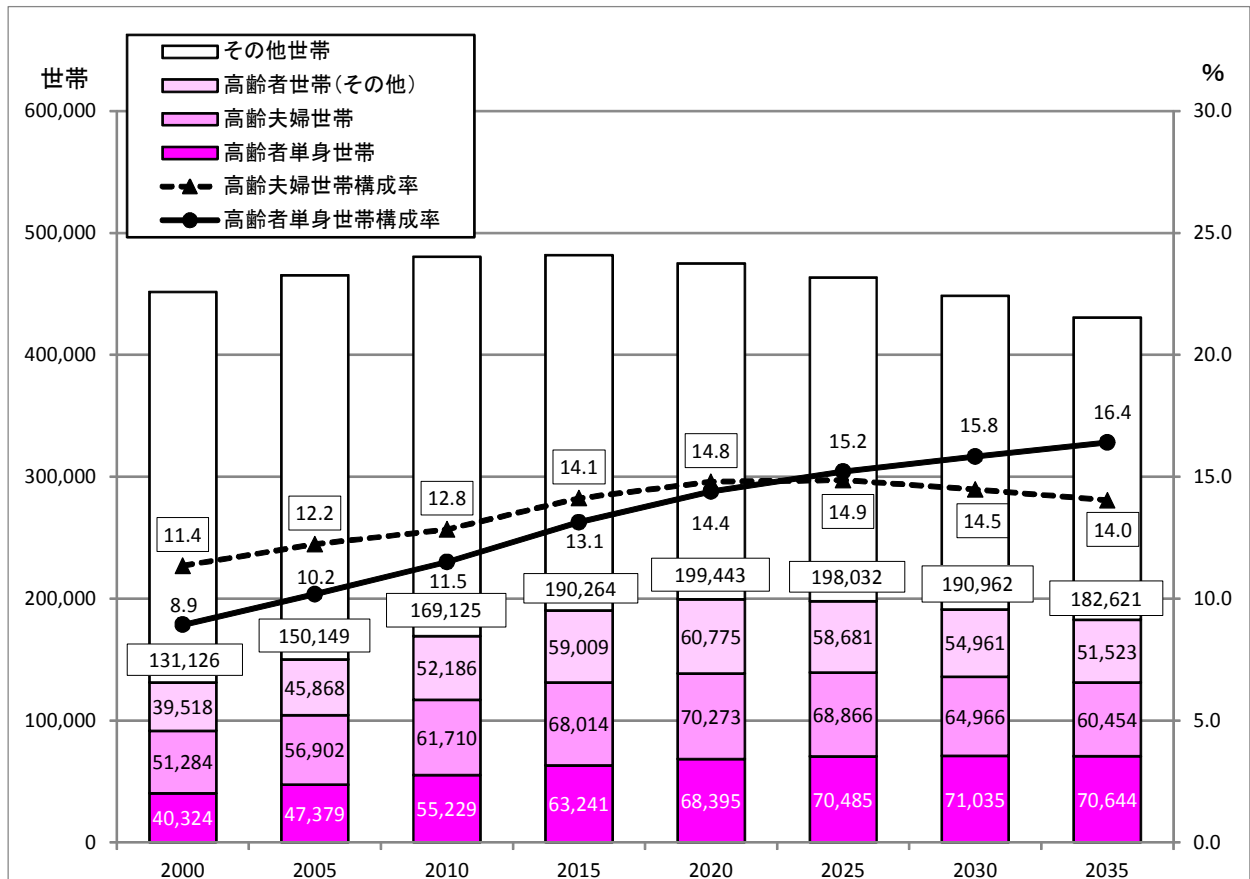
[図2-3 年齢3区分別人口の推移（大分県）]



4 高齢者のいる世帯の推移

- 平成22（2010）年の本県の高齢者のいる世帯数は、16万9千世帯でしたが、平成32（2020）年頃は約2割増加し、19万8千世帯となる見込みです。
- このうち、世帯主が65歳以上である高齢者夫婦のみの世帯は、平成32（2020）年頃に7万世帯まで増加する見込みです。
- 高齢者単身世帯は平成42（2030）年頃にピークとなり7万1千世帯となる見込みです。また全世帯に占める割合は15.2%となり、その後も上昇すると見込まれています。

[図2-4 高齢者のいる世帯の推移]



	2000年	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	H12	H17	H22	H27	H32	H37	H42	H47
総世帯数	451,697	465,195	480,450	481,699	475,037	463,423	448,596	430,579
高齢者世帯	131,126	150,149	169,125	190,264	199,443	198,032	190,962	182,621
高齢者世帯(その他)	39,518	45,868	52,186	59,009	60,775	58,681	54,961	51,523
高齢夫婦世帯	51,284	56,902	61,710	68,014	70,273	68,866	64,966	60,454
高齢者単身世帯	40,324	47,379	55,229	63,241	68,395	70,485	71,035	70,644
(うち75歳以上)	19,771	26,443	33,387	37,571	40,760	45,863	48,351	47,579

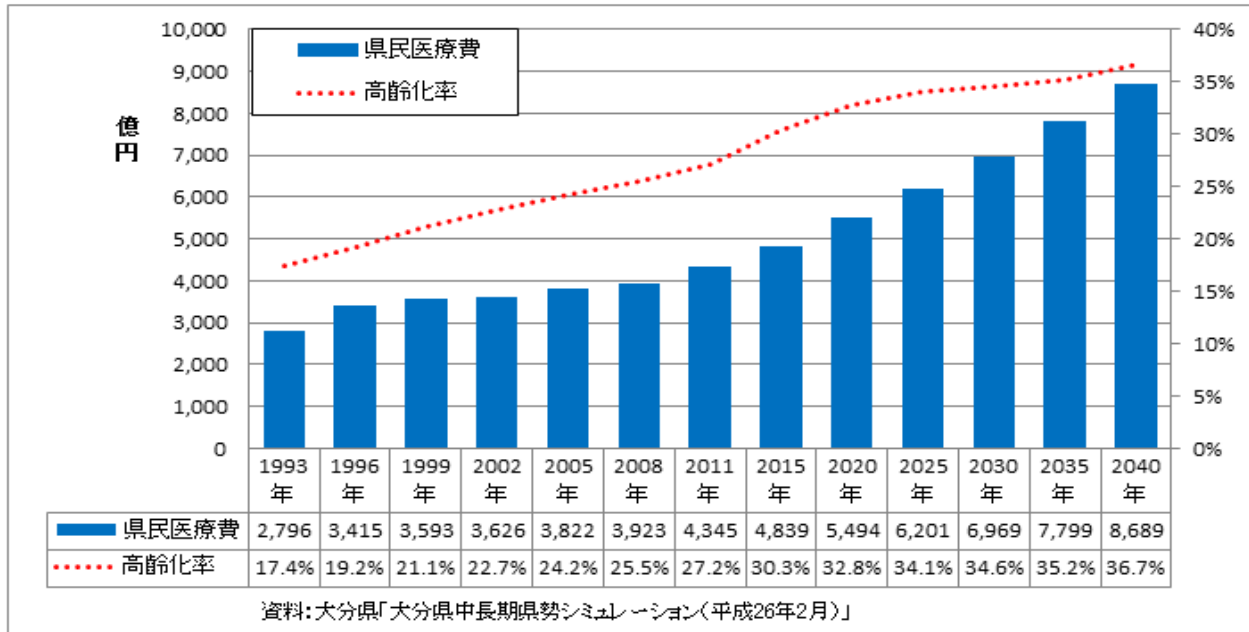
資料: 大分県「おおいた高齢者いきいきプラン(第6期)」

第2節 医療費、医療施設等の状況

1 医療費等の推移

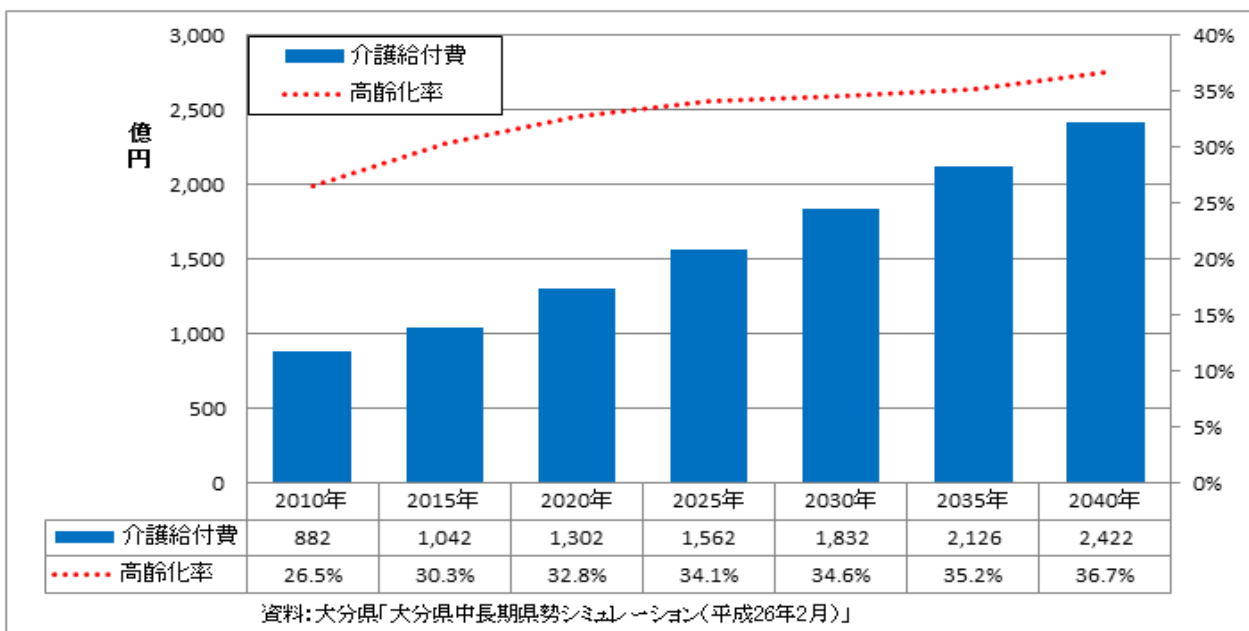
- 本県の県民医療費は、平成23（2011）年で4,345億円となっています。
- 今後は、人口が減少するものの高齢化率の上昇により、平成37（2025）年には、平成23（2011）年の約1.4倍に、平成52（2040）年には約2倍にまで増加することが見込まれています。

[図2-5 県民医療費の推移]



- また、県民の介護給付費は、平成22（2010）年で882億円となっていますが、平成37（2025）年には約1.8倍に、平成52（2040）年には約2.7倍にまで増加することが見込まれています。

[図2-6 介護給付費の推移]

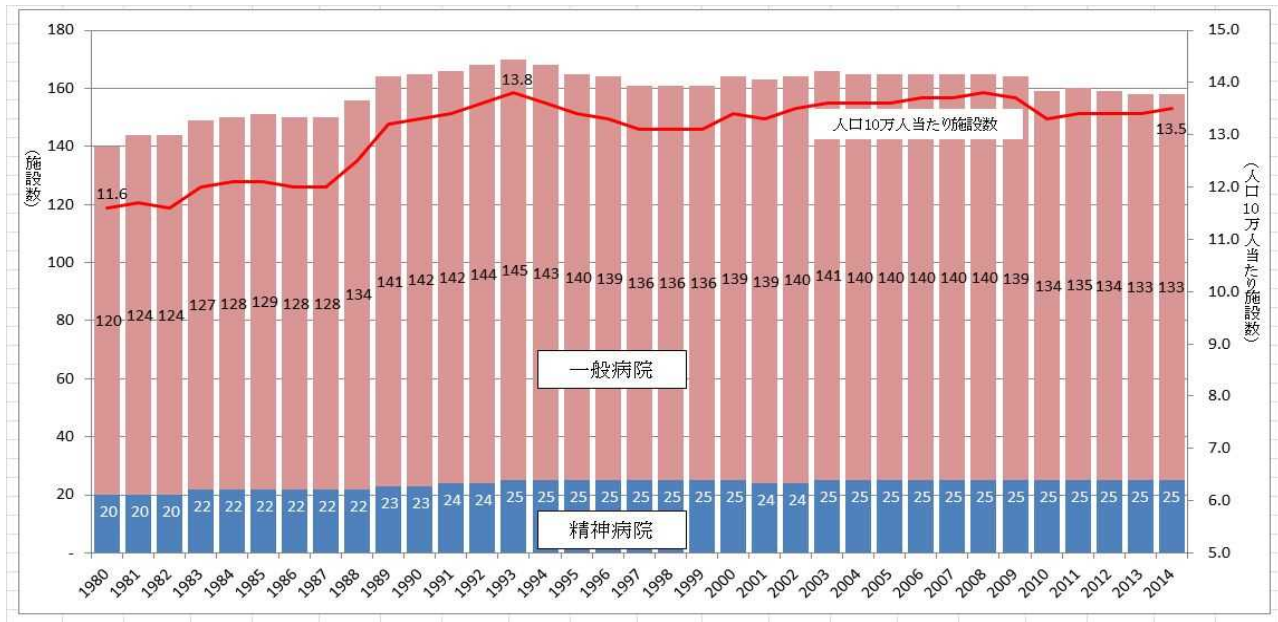


2 医療施設数の推移

- 本県の平成26（2014）年の病院^{*1}数は158施設、うち一般病院は133施設です。
- 人口10万人当たりの病院数は13.5であり、全国平均（6.7）を大きく上回り、全国4位となっています。

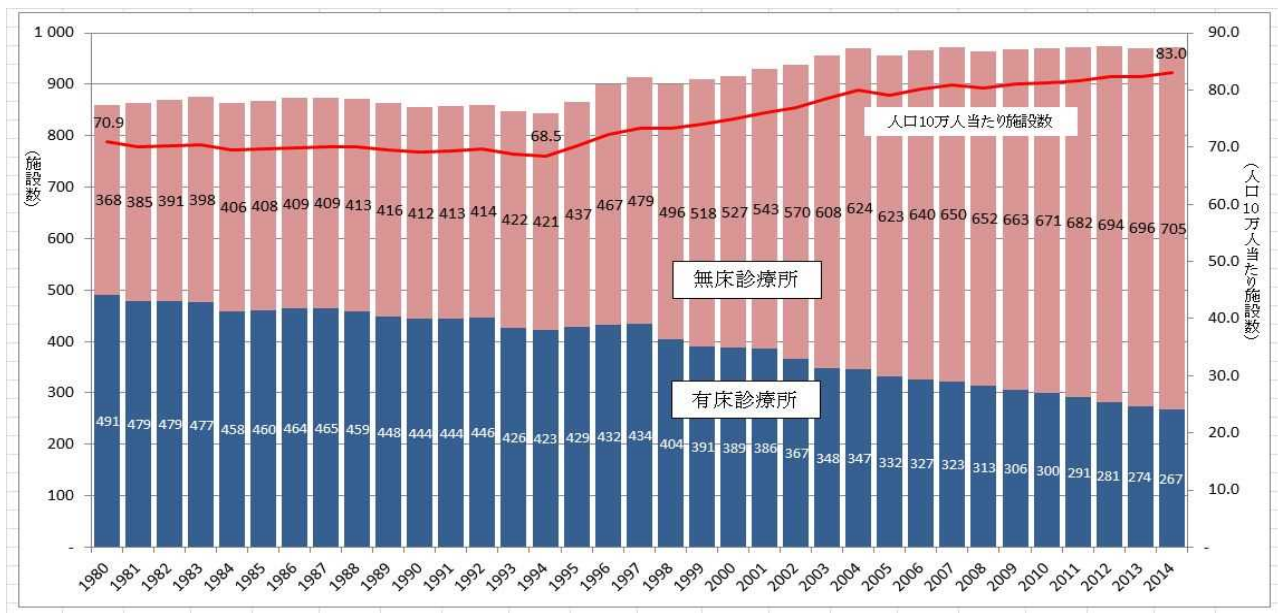
[図2-7 病院数の推移（大分県）]

資料：大分県「公衆衛生年鑑」、厚生労働省「医療施設調査」



- 本県の平成26（2014）年の一般診療所^{*2}数は972施設、うち有床診療所は267施設です。人口10万人当たりの診療所数は83.0であり、全国平均（79.1）をやや上回っています。

[図2-8 一般診療所数の推移（大分県）]



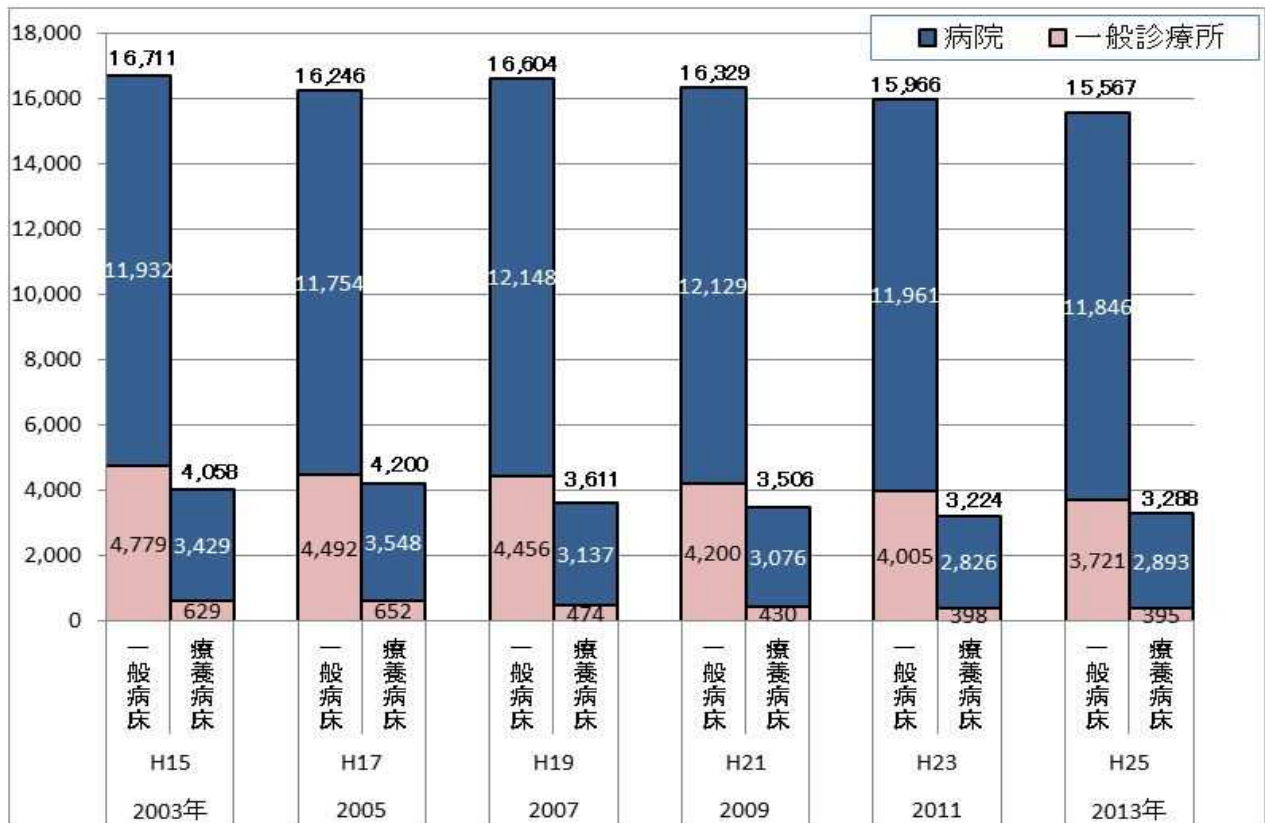
*1 病院…医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するもの。

*2 一般診療所…医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く）であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの。

3 病床数の推移

- 県内の平成25（2013）年の一般病床^{*1}の許可病床数は15,567床で、平成15（2003）年からの10年間で6.8%減少しています。
- また、療養病床^{*2}は3,288床でこの10年間で19.0%減少しています。
- 一般病床と療養病床を併せた合計で見ると、この10年間で、病院で4.0%減少、一般診療所で23.9%減少、全体で9.2%減少しています。

[図2-9 病床数の推移]



資料：厚生労働省「医療施設調査」

第3節 地域医療構想に関する制度化の経緯

地域医療構想を策定することとなった主な経緯は以下のとおりです。

- 平成22年12月「社会保障改革に関する有識者検討会報告 ～安心と活力への社会保障ビジョン～」
 - ・「都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現する」ことを提言

*1 一般病床…精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床

*2 療養病床…病院の病床（精神病床、感染症病床、結核病床を除く）又は一般診療所の病床のうち主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床

- 平成25年8月「社会保障制度改革国民会議報告書」
 - ・「地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す『地域医療ビジョン』を都道府県が策定することが求められる」とした。
- 平成26年6月「医療介護総合確保推進法^{*1}」成立・公布
 - ・新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金^{*2}）創設と医療介護総合確保方針^{*3}策定（医療介護総合確保促進法）
 - ・医療機関の機能分化と連携：病床機能報告制度の創設と都道府県の地域医療構想の策定（医療法）
 - ・地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化：地域支援事業の見直し（介護保険法）

第4節 病床機能報告制度

- 地域医療構想の策定及び策定後の取組の推進にあたっては、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握・分析を行う必要があります。
- そのため、平成26年10月から導入された「病床機能報告制度」では、一般病床・療養病床を有する病院・診療所が、当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向について、病棟単位で、以下の4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）から1つを選択し、その他の具体的な報告事項とあわせて、県に報告することとなりました。

[表2-1 病床の医療機能区分]

機能区分	内 容
高度急性期	○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
急性期	○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	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた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	○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

- 報告は7月1日現在の機能、6年後の機能、平成37（2025）年度の機能の3つの時点について毎年10月末までに報告しますが、平成37（2025）年度については任意

*1 医療介護総合確保推進法…正式名称は「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」。医療法や介護保険法などの改正を含む一括法。

*2 地域医療介護総合確保基金…医療介護総合確保促進法第6条に基づき、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、都道府県に設置する基金。

*3 医療介護総合確保方針…医療介護総合確保促進法第3条に基づき、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を総合的に確保するための基本的な方針。

となっています。

- また、医療機能の4区分の選択以外の報告項目として、人員配置、医療機器の状況、入院患者の状況、手術や治療内容などについても報告することとなっています。
- なお、県では報告された結果について県のホームページで全て閲覧できるように公開しています。

第3章 構想区域の設定

1 構想区域の趣旨

- 構想区域は、将来の医療需要や病床の必要量などを推計するにあたって、一体的な地域単位として設定するものであり、その設定にあたっては、二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通し、患者の受療動向、医療機関や医療従事者の配置の状況などを見通しを考慮して設定することとされています。

2 本県の二次医療圏

- 二次医療圏は、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づき設定する区域であり、医療法施行規則第20条の29第1項では、「地理的条件等の自然条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定する」と規定されています。
- 本県では、平成20年3月に策定した第5次大分県医療計画において、広域交通網の整備や市町村合併等による日常生活圏の拡大等を踏まえ、10の区域であった二次医療圏を6つの二次医療圏に再編し、その後、平成25年3月策定の第6次大分県医療計画においても引き続き6つの二次医療圏を維持することとして現在に至っています。
- なお、本県では、高齢者福祉圏域^{*1}や障がい福祉圏域^{*2}、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の規定に基づき設定した医療介護総合確保区域^{*3}についても二次医療圏の区域と一致しています。

3 構想区域の設定

- 本県の構想区域の設定については、現行の二次医療圏と同一の区域とします。
- なお、今後、疾病構造や患者の受療動向、医療機関や医療従事者の配置の変化等により、ここで設定する構想区域では不合理となる状況が生じた場合には、適宜見直すこととします。

*1 高齢者福祉圏域…介護保険法第118条第2項及び老人福祉法第20条の9第2項の規定により都道府県が定めることとされている「区域」。

*2 障がい福祉圏域…障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第89条第2項第2号の規定により都道府県が定めることとされている「区域」。

*3 医療介護総合確保区域…医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律第4条第1項の規定に基づいて定める「区域」。

[図3-1 大分県の構想区域（二次医療圏）]



[表3-1 構想区域（二次医療圏）別人口、面積]

構想区域	構成市町村	人口（人）		面積（km ² ）
		2010年	2025年	
東部	別府市、杵築市、国東市、姫島村、日出町	219,880	194,977	803.19
中部	大分市、臼杵市、津久見市、由布市	570,182	552,631	1,191.07
南部	佐伯市	76,951	63,713	903.52
豊肥	竹田市、豊後大野市	63,875	50,512	1,080.95
西部	日田市、九重町、玖珠町	98,415	82,278	1,224.04
北部	中津市、豊後高田市、宇佐市	167,226	149,523	1,136.94
計		1,196,529	1,093,634	6,339.71

資料：人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）、面積は国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（平成22年10月1日現在）

第4章 将来における医療需要及び必要病床数

第1節 推計方法の概要

1 医療需要の推計

- 地域医療構想では、各医療圏ごとの「病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの将来^{*1}の病床数の必要量（必要病床数）」を定めることとなっています（医療法第30条の4第2項第7号）が、そのためには、まず、将来（平成37（2025）年）の医療需要（推計入院患者数）を推計する必要があります。
- 高度急性期、急性期及び回復期の医療需要については、平成25（2013）年度1年間のNDBのレセプトデータ^{*2}及びDPCデータ^{*3}等に基づいて、性・年齢階級別に入院受療率を計算し、この受療率が変動しないものとして、平成37（2025）年の性・年齢階級別の推計人口に当てはめて計算されます。
- 具体的には、医療資源投入量（患者に対して行われた診療行為について1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたもの）により図4-1に基づき各機能別に計算します。

[図4-1 病床の機能別分類の境界点の考え方]

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

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

資料：厚生労働省「地域医療構想ガイドライン」

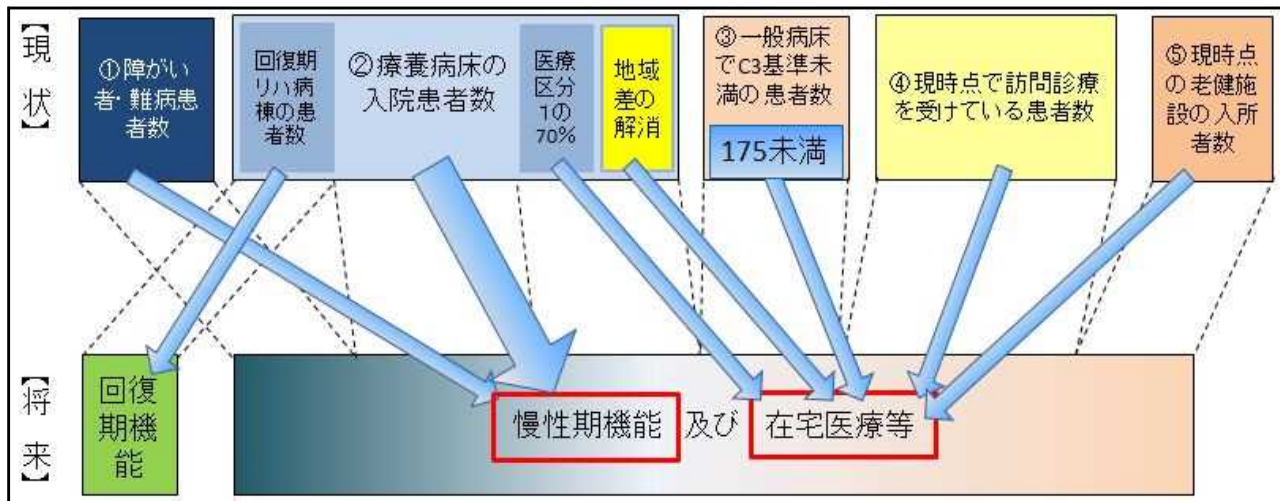
*1 将来…地域医療構想として定める「将来」とは、医療法施行規則第30条の28の3に規定する別表第6の1により「平成37（2025）年」とされている。

*2 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。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る。

*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、DPCデータと呼んでいる。

- また、慢性期については、①現在、入院により慢性期の医療を受けている患者のうち、医療依存度が比較的低い患者の一定数を、在宅医療や介護施設等、入院以外の医療で対応することが可能であると想定すること、また、②現在、地域によって療養病床の入院受療率の差が大きいことから、この地域差を一定の範囲内で縮小させる（後述）という2つの考え方が推計方法に採り入れられています。
- そのため、慢性期の医療需要については「在宅医療等」*1 と一体的に推計し、一部を在宅医療等の医療需要として推計します（図4-2参照。）。

【図4-2 慢性期及び在宅医療等の医療需要のイメージ】



資料：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」を一部加工。

- 療養病床の入院受療率の地域差については、以下のパターンAからCまでの範囲内でその縮小幅を選択しますが、将来の医療需要は、パターンAの場合に最も少なくなり、パターンCの場合に最も多くなります（Cは一定の要件*2 に該当する医療圏のみ選択可能。）。

- ・パターンA…全ての医療圏の入院受療率を全国最小県の値にまで低下させる。
- ・パターンB…医療圏ごとに入院受療率と全国最小県の値との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大県の値が全国中央県の値にまで低下する割合を一律に用いる。
- ・パターンC…パターンBの特例。入院受療率の目標の達成年次を平成37（2025）年から平成42（2030）年とし、比例的に逆算して定める。

*1 在宅医療等…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、サービス付き高齢者向け住宅、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

*2 パターンCを選択できる医療圏の要件…①Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該医療圏の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい、かつ、②当該医療圏の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合。本県では西部及び北部医療圏が該当。

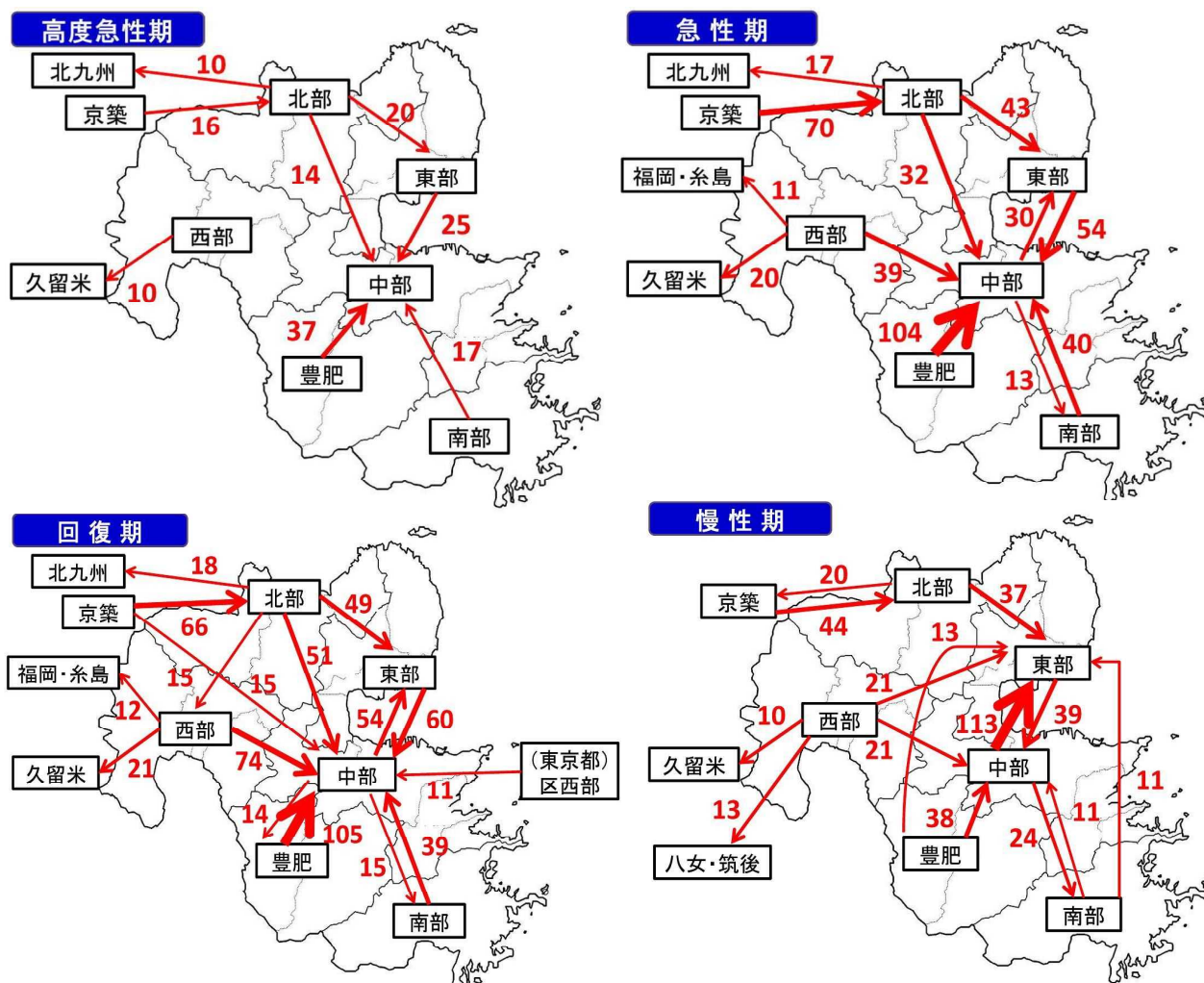
- なお、医療圏ごとの医療需要を推計する場合には、以下の2つの考え方があり、都道府県間、医療圏域間の患者の流出入については、両者の推計値の範囲内で調整することとなります。

- ・ 患者住所地ベース…すべての患者がその居住する医療圏の医療機関で受診すると想定した場合のその医療圏における医療需要。
- ・ 医療機関所在地ベース…現在の患者の流出入がそのまま継続すると想定した場合のその医療圏の医療機関が提供する医療需要。現状維持・是認の考え方。

- 本県と他の都道府県との間では、主に福岡県との間で患者の流出入があります（主に西部医療圏から福岡県へ患者の流出が超過、北部医療圏へ福岡県側から患者の流入が超過）が、それぞれの患者をどちらの医療需要とするか定めなければなりません（図4-3参照）。

[図4-3 患者の流出入の状況（大分県）]

（単位：人/日）



資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。

2 必要病床数の推計

- 必要病床数については、医療圏ごとに病床の機能区分別に推計した医療需要に基づき、都道府県間、医療圏域間それぞれの患者の流出入による増減分を調整したうえで、機能区分ごとに設定された病床稼働率で割り戻すことにより推計されます。

【病床稼働率】（医療法施行規則第30条の28の3及び別表第6）

…高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%

3 推計方法についての考え方

- 推計上の制約として、医療法施行規則等により医療需要や必要病床数の推計方法については詳細に定められているため、それ以外の推計方法により算定することは認められていません。また、推計の際は、必要なデータを含んだ厚生労働省の「必要病床数推計ツール」により計算することとなっています。
- 地域医療構想の推計方法では、高度急性期、急性期及び回復期の各機能については現在の各構想区域の受療率をそのまま将来に投影していることから、各構想区域の患者の実際の受療動向や医療の提供状況等、地域の実情をそのまま反映した精度の高い客観的データになっていると言えます。
- なお、これらの推計方法は、各二次医療圏における医療需要の推計のためのものであるため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではありません。

第2節 県全体の概況

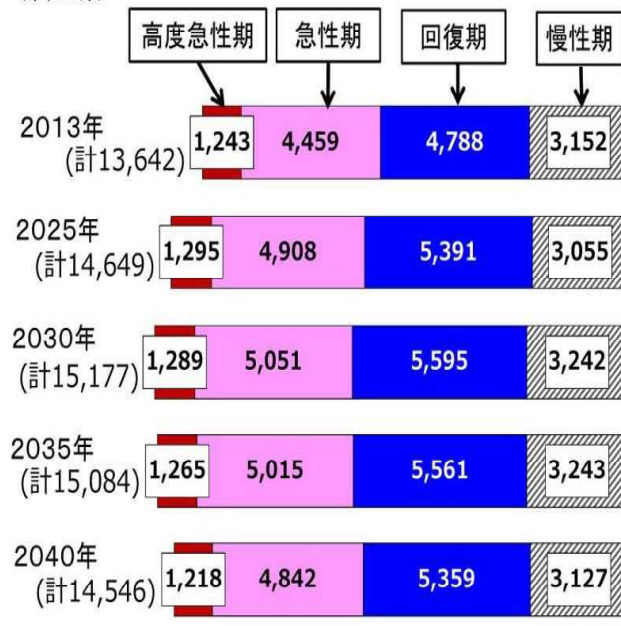
[図4-4 医療需要の推移（大分県）]

（単位：人/日）



[図4-5 必要病床数の推移（大分県）]

（単位：床）



【参考】必要病床数の算出方法

※必要病床数

$$= \text{医療需要} \div \text{病床稼働率}$$

（例：2025年）

○高度急性期

$$971 \text{人/日} \div 75\% = 1,295 \text{床}$$

○急性期

$$3,828 \text{人/日} \div 78\% = 4,908 \text{床}$$

○回復期

$$4,852 \text{人/日} \div 90\% = 5,391 \text{床}$$

○慢性期

$$2,812 \text{人/日} \div 92\% = 3,055 \text{床}$$

$$\text{4機能合計} \quad 14,649 \text{床}$$

1 医療需要の推計結果

- 推計の結果、本県では、全体の人口が減少するものの、高齢者数は今後も増加を続ける見込みであることから、医療需要も増えていく見込みとなっています（図4-4参照）。
- 医療需要について、入院医療と在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、1日当たり約4,700人(約17%)の需要増となっています。

- 地域医療構想では、平成37(2025)年の医療需要や必要病床数を推計することとなっていますが、平成37(2025)年以降も医療需要は増加し、入院医療は平成42(2030)年、在宅医療等は平成47(2035)年頃がピークであると推計されています*1。
- また、訪問診療を含む在宅医療等の需要についても今後、著しく増加する推計結果となっていますが、これは、高齢者の増加に比例して需要が増加することに加え、現在は入院医療で対応している患者の一部について、将来は入院医療以外でも対応が可能という考え方から、一定数を「在宅医療等」の医療需要として見込み、その分の増加が「慢性期（移行分）」として推計されているためです*2。

2 医療需要の推計の考え方

- 図4-4の推計結果は、厚生労働省の必要病床数推計ツールによる推計結果を基に以下の考え方で整理したものです。
- 「在宅医療等」のうち、「慢性期(移行分)」及び「介護老人保健施設」については、必要病床数推計ツールで具体的な数値が示されないため、以下により数値を便宜的に設定しています。
 - ・「介護老人保健施設」…平成25(2013)年については同年における県内の介護老人保健施設の定員数、平成37(2025)年以降については、「おおいた高齢者いきいきプラン<第6期>」における平成29(2017)年の定員数（計画値）。
 - ・「慢性期(移行分)」…必要病床数推計ツールで算出された「在宅医療等」の合計値から、「訪問診療*3」及び「介護老人保健施設」の数値を控除したもの。具体的には、
 - ①一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満の患者数
 - ②療養病床の入院患者のうち医療区分Ⅰ*4の患者の70%
 - ③療養病床の入院受療率の地域差解消分（平成25(2013)年を除く。）
 の合計であり「現在は入院しているが、地域医療構想の推計の考え方では将来は在宅医療等(入院以外の医療)で対応可能なものとして推計される患者数。」を表す。

<慢性期病床の地域差解消のパターン>

- 上記③の地域差解消分について、本県では、必要病床数が最大となるように定めるという視点に立って、パターンCを適用する要件を満たしている西部及び北部の各医療圏についてはパターンC、東部、中部、南部、豊肥の各医療圏ではパターンBにより推計します。

<患者の流出入を踏まえた区域間調整>

- 医療圏相互の患者の流出入については、どちらの医療需要とするかを調整し、定める必要があります。

*1 なお、入院医療のうち高度急性期、急性期、回復期の医療需要については、高齢者のうち、75歳以上人口の推移にほぼ比例して増加する推計となっている。これは、高齢者の中でも、より医療サービスを必要とするのは75歳以上の後期高齢者であるためと考えられる。

*2 慢性期（移行分）…①一般病床に入院している患者のうち医療資源投入量が175点未満の者、②療養病床の入院患者のうち医療区分Ⅰの70%、③療養病床の入院受療率の地域差縮小分が含まれる。

*3 訪問診療…平成25（2013）年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに推計人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。1か月の間に1回以上、医師が居宅等を訪問して診療を行っている患者数の合計。

*4 医療区分…療養病床の入院患者の病気や医療処置の必要度による分類。「医療区分3」は医師及び看護師により常時監視・管理を実施している状態、「医療区分2」は難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者、「医療区分1」は医療区分2，3に該当しない、より軽度な者となる。医療区分とADL区分（3段階）と合わせて入院基本料を決定する。

- 他の都道府県間については図4-3(18ページ)のとおり流出入がありますが、現時点では、平成37(2025)年までにこの受療行動が大きく変動するかどうか見通すことは困難であると思われることから、現状の患者の流出入が今後も継続するものと想定し、現在の医療提供体制を維持・確保していくため、「医療機関所在地ベース」により医療需要を推計しています。
- また、同じく県内の各医療圏域間でも患者の流出入がありますが、同様に、「医療機関所在地ベース」により医療需要を推計します。

3 必要病床数の推計

- 本県の平成37(2025)年の必要病床数は14,649床になります(図4-5参照)。
- 必要病床数はその後も増加し、平成42(2030)年頃に15,177床でピークとなります。
- なお、地域医療構想は、二次医療圏(構想区域)単位で定めることとなっており、各医療圏によって人口構造や疾病構造、医療施設や介護関係施設の整備状況等は異なっているため、将来の医療提供体制を検討するにあたっては、各医療圏ごとにみていく必要があります。

【参考】患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの必要病床数の比較

「患者住所地ベース」及び「医療機関所在地ベース」のそれぞれの場合における必要病床数について、慢性期病床をパターン別に推計した結果は以下のとおりです。

なお、本県では、21から22ページの考え方にに基づき、表4-2の太枠部分の数値を必要病床数の推計値としています。

[表4-1 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（患者住所地ベース）]

（単位：床）

二 次 医療圏	必要病床数が最小となる場合（パターンA）					必要病床数が最大となる場合（パターンBまたはC）				
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期
東 部	2,930	253	945	1,139	593	2,985	253	945	1,139	648
中 部	6,596	637	2,238	2,237	1,484	6,596	637	2,238	2,237	1,484
南 部	1,037	80	350	484	123	1,037	80	350	484	123
豊 肥	935	83	304	328	220	936	83	304	328	221
西 部	1,082	88	342	477	175	1,134	88	342	477	227
北 部	1,745	168	676	637	264	1,859	168	676	637	378
計	14,325	1,309	4,855	5,302	2,859	14,547	1,309	4,855	5,302	3,081

資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」

[表4-2 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（医療機関所在地ベース）]

（単位：床）

二 次 医療圏	必要病床数が最小となる場合（パターンA）					必要病床数が最大となる場合（パターンBまたはC）				
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期
東 部	3,214	265	996	1,223	730	3,277	265	996	1,223	793
中 部	7,334	759	2,545	2,571	1,459	7,338	759	2,545	2,571	1,463
南 部	940	60	305	447	128	940	60	305	447	128
豊 肥	607	33	177	223	174	608	33	177	223	175
西 部	770	55	245	369	101	810	55	245	369	141
北 部	1,559	123	640	558	238	1,676	123	640	558	355
計	14,424	1,295	4,908	5,391	2,830	14,649	1,295	4,908	5,391	3,055

資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」

第3節 東部医療圏

[図4-6 一般病床又は療養病床を有する病院の設置状況(東部医療圏)]

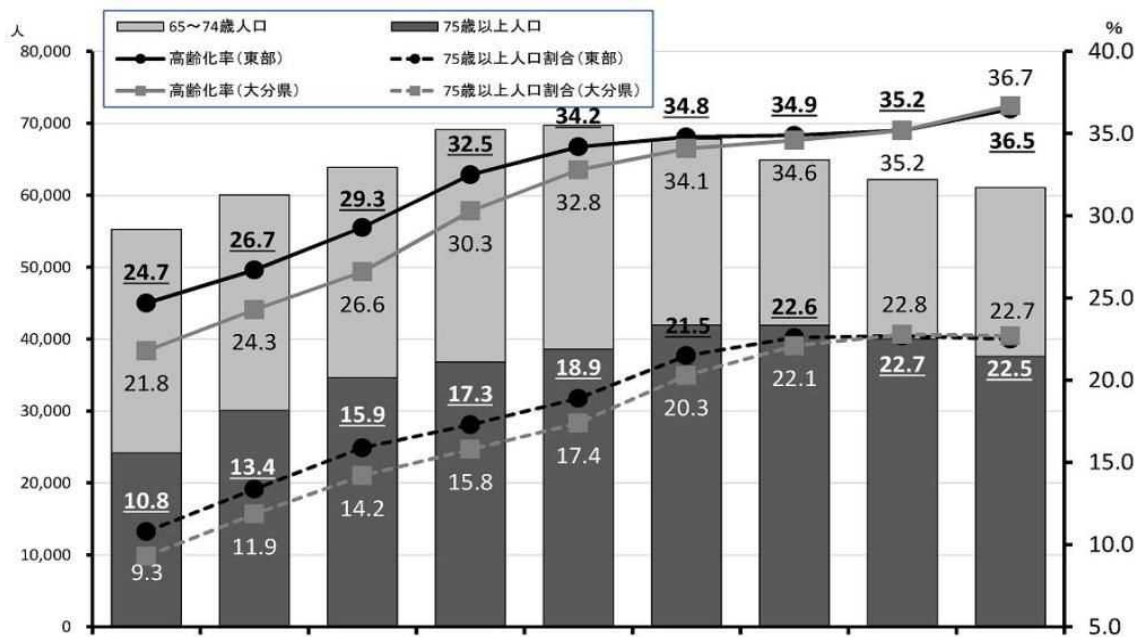


1 東部医療圏の概況

(1) 人口推計

平成27(2015)年現在の人口は約21万2千人ですが、人口減少が進み、平成37(2025)年には約19万5千人(対2015年で8.2%減)、平成47(2040)年には約16万7千人(同21.3%減)となる見込みです。また、65歳以上の高齢者は2020年頃をピークにやや減少に転じる見込みですが、75歳以上の人口は平成37(2025)年から平成42(2030)年頃まで増加し、平成27(2015)年現在の約3万7千人から平成37(2025)年には約4万2千人と、約5千人(14.0%)増加する見込みとなっています。

[図4-7 高齢者人口及び高齢化率の推移（東部医療圏）]



	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
	H12	H17	H22	H27	H32	H37	H42	H47	H52
総人口	224,214	224,841	219,880	212,477	204,018	194,977	185,772	176,563	167,271
65歳以上人口	55,289	60,066	63,898	69,136	69,770	67,826	64,906	62,203	61,090
うち65～74歳人口	31,118	29,970	29,265	32,291	31,146	25,839	22,981	22,196	23,509
うち75歳以上人口	24,171	30,096	34,633	36,845	38,624	41,987	41,925	40,007	37,581

資料：平成12(2000)年～平成22(2010年)は総務省「国勢調査」、平成27(2015)年～平成52(2040年)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)
 ※高齢化率等の算出には分母から年齢不詳を除いている。

(2) 病床数の推移

- 東部医療圏の病床(一般病床及び療養病床)は平成25(2013)年10月現在、一般病床3,522床、療養病床1,139床、合計で4,661床となっており、人口10万対で見ると、全国や県全体に比べて、いずれも多くなっています。
- 病床数の推移を見ると、平成15(2003)年から平成25(2013)年にかけて、病院では260床(6.4%)の減、診療所では398床(31.5%)の減となっており、合計でも10年間で12.4%の減となっています。

[表4-3 病床数の推移（東部医療圏）]

(単位：床、%)

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	増減数	増減割合	人口10万対(H25)		
		(H15)	(H17)	(H19)	(H21)	(H23)	(H25)			東部医療圏	大分県	全国
病院	一般病床	2,815	2,765	2,860	2,926	2,789	2,767	△ 48	△ 1.7	1,298.0	1,004.9	704.9
	療養病床	1,241	1,233	1,138	1,072	1,029	1,029	△ 212	△ 17.1	482.7	245.4	257.8
	計	4,056	3,998	3,998	3,998	3,818	3,796	△ 260	△ 6.4	1,780.7	1,250.4	962.8
一般診療所	一般病床	1,095	1,018	932	867	856	755	△ 340	△ 31.1	354.2	315.7	85.5
	療養病床	168	185	144	127	116	110	△ 58	△ 34.5	51.6	33.5	9.8
	計	1,263	1,203	1,076	994	972	865	△ 398	△ 31.5	405.8	349.2	95.3
計	一般病床	3,910	3,783	3,792	3,793	3,645	3,522	△ 388	△ 9.9	1,652.2	1,320.6	790.5
	療養病床	1,409	1,418	1,282	1,199	1,145	1,139	△ 270	△ 19.2	534.3	278.9	267.6
	計	5,319	5,201	5,074	4,992	4,790	4,661	△ 658	△ 12.4	2,186.5	1,599.5	1,058.1

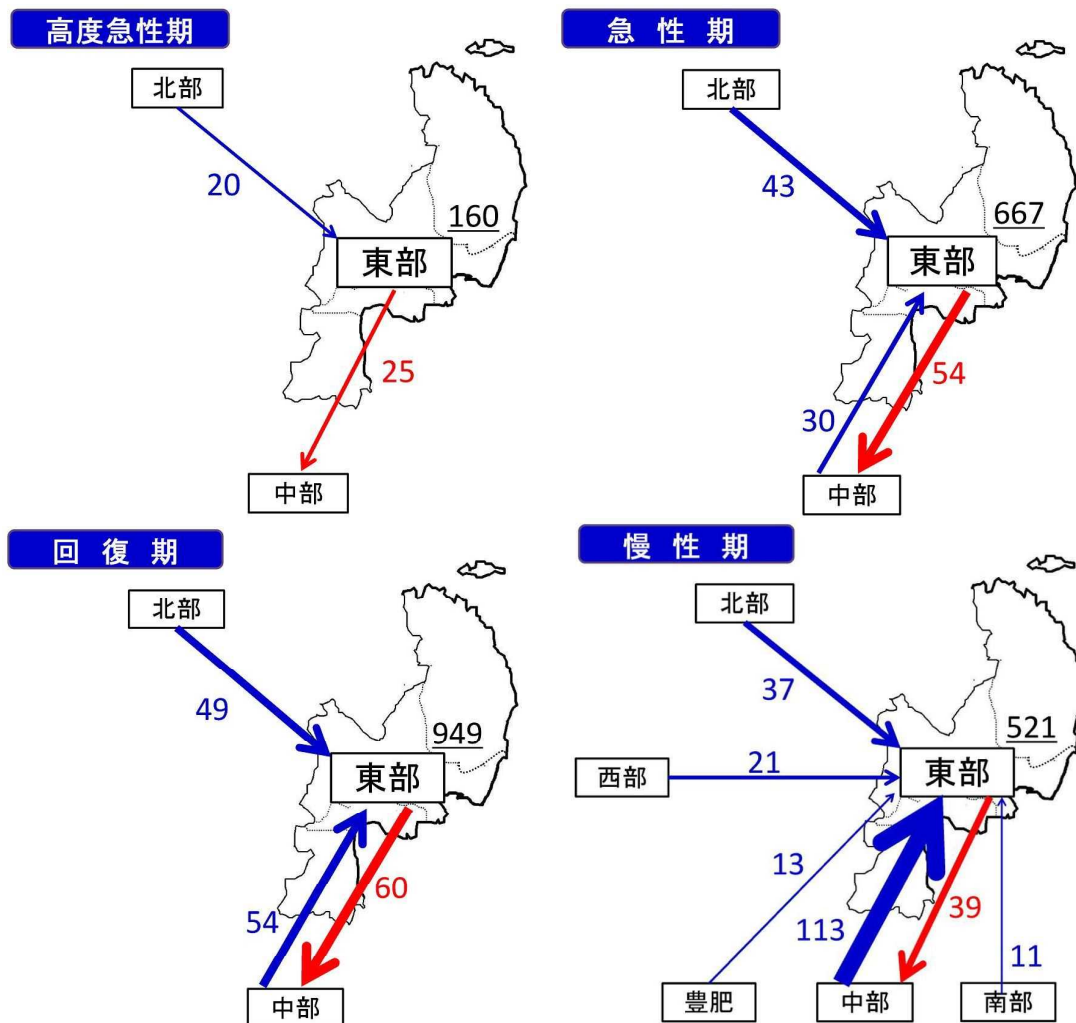
資料：厚生労働省「医療施設調査」

(3) 患者の流出入の状況

- 東部医療圏では、医療機関が充実していることから、周辺の他の圏域からの患者の流入が多くなっており、高度急性期以外の3つの医療機能では、流入が流出を上回っています。
- また、各医療機能とも一定数は隣接する中部医療圏への流出が見られますが、慢性期では、中部医療圏からの流入が流出を大きく上回っているのが特徴となっています。

[図4-8 患者の流出入の状況（東部医療圏）]

(単位：人/日)

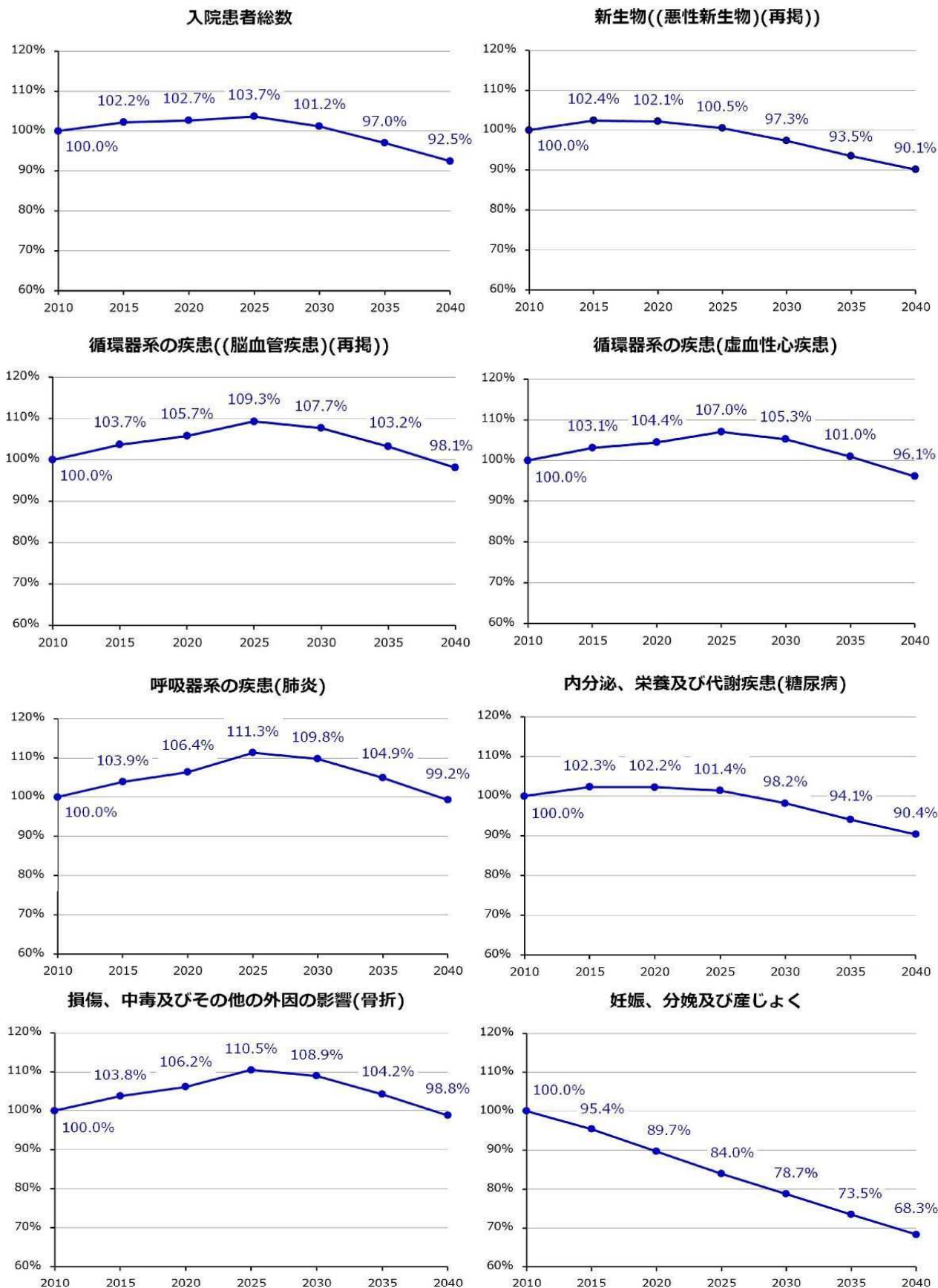


資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。なお、下線のついた数値は自圏域内で完結している医療需要。

(4) 疾患別の入院患者数の推計

- 主な疾患別の今後の入院患者数の推計は図4-9のようになります。
- 平成22(2010)年を100とした場合に、入院患者総数では平成37(2025)年は103.7%の微増にとどまっていますが、一方、高齢者に多く見られる疾患である脳血管疾患(109.3%)、虚血性心疾患(107.0%)、肺炎(111.3%)や骨折(110.5%)についてはいずれも高い伸びが見込まれる推計となっています。
- 入院患者数のピークは、脳血管疾患、虚血性心疾患、肺炎や骨折は平成37(2025)年頃が最大となっていますが、悪性新生物(がん)や糖尿病では平成27(2015)年から平成32(2020)年頃がピークとなっています。

[図4-9 疾患別の入院患者数の推計（東部医療圏）]



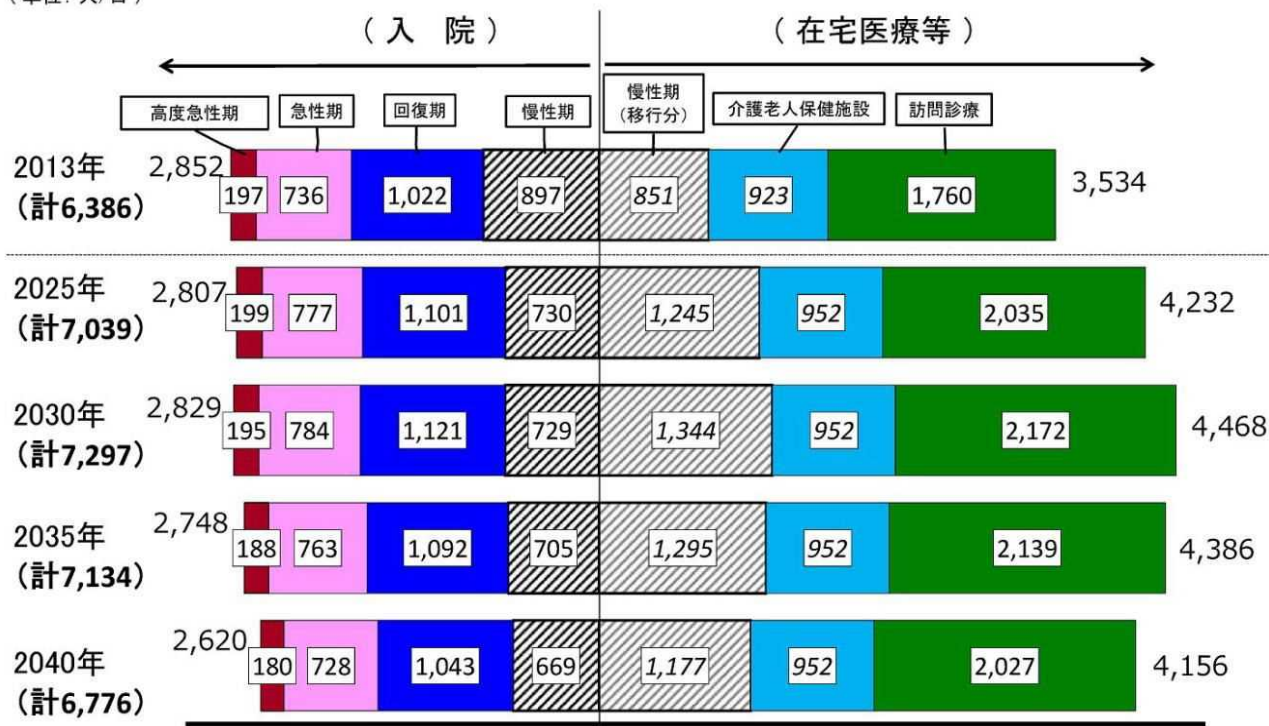
資料：産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA 4.1」。

注：同分析ツールは国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）及び厚生労働省「患者調査」のデータを基に推計しているものであり、推計結果は厚生労働省の「必要病床数推計ツール」の推計結果とは必ずしも一致しない。

2 医療需要の推計

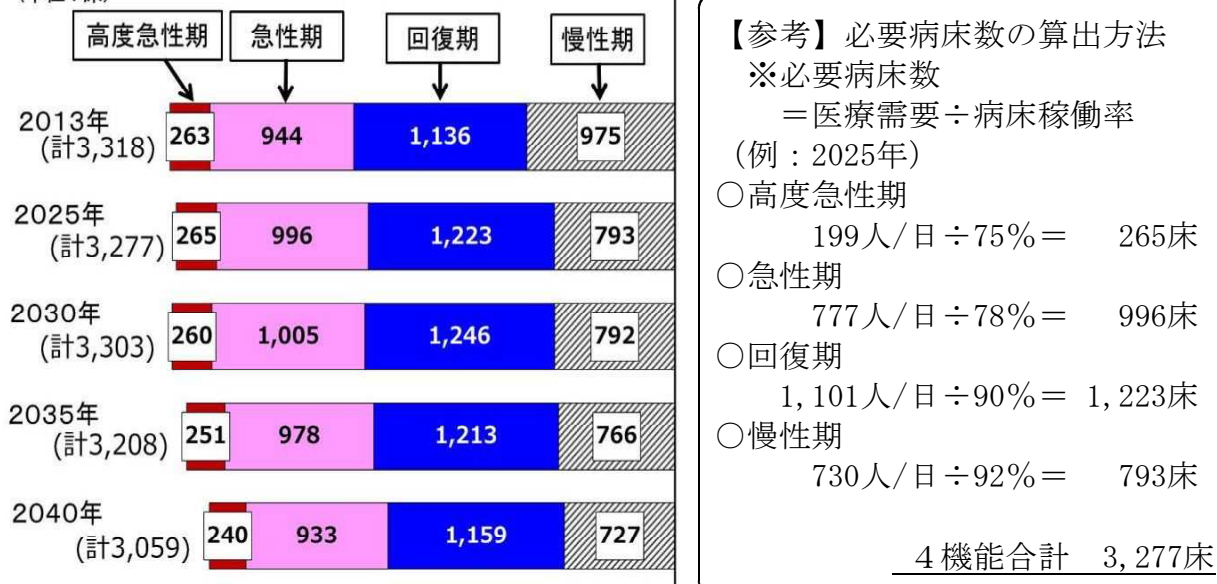
[図4-10 医療需要の推移（東部医療圏）]

（単位：人/日）



[図4-11 必要病床数の推移（東部医療圏）]

（単位：床）



- 東部医療圏における将来の医療需要の推計については、図4-10のようになっています*1。
- 東部医療圏では、人口が減少するものの、高齢者数は今後も増加を続ける見込みであることから、それに伴って医療需要も増える見込みとなっています。入院医療

*1 医療需要及び必要病床数の推計方法については第4章第1節を参照。

- ・在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、1日当たり約650人(約10%)の需要増が見込まれます。
- また、東部医療圏では医療需要が平成37(2025)年以降も増加し、平成42(2030)年頃(約7,300人、対平成25(2013)年で14%増)まで増え続け、その後減少に転じますが、平成52(2040)年でも約6,800人(対平成25(2013)年で6%増)となる見込みです。
- 入院医療の需要については、急性期や回復期において、高齢者の増加に伴って増加する見込みです。
- 慢性期については、入院分と移行分を合わせてみると、1日当たり1,748人から1,975人と約13%増加する見込みですが、そのうち移行分は在宅医療等として推計されるため、入院分は増加しない推計となっています。
- また、在宅医療等のうち訪問診療は、平成25(2013)年の1,760人が平成37(2025)年には2,035人となり、約300人(15.6%)増加する推計となっており、入院医療を上回る増加が見込まれています。

3 必要病床数の推計

- 地域医療構想で定める将来(平成37(2025)年)の病床の必要量(必要病床数)については、4つの医療機能別に推計された医療需要(1日当たりの推計入院患者数)を各医療機能別に設定された病床稼働率(高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%)で割り戻すことによって図4-11のように算定され、高度急性期265床、急性期996床、回復期1,223床、慢性期793床、合計で3,277床となります。
- なお、必要病床数のピークは平成42(2030)年頃で3,303床、その後減少に転じますが、平成52(2040)年の時点でも3,059床程度必要になると推計されます。

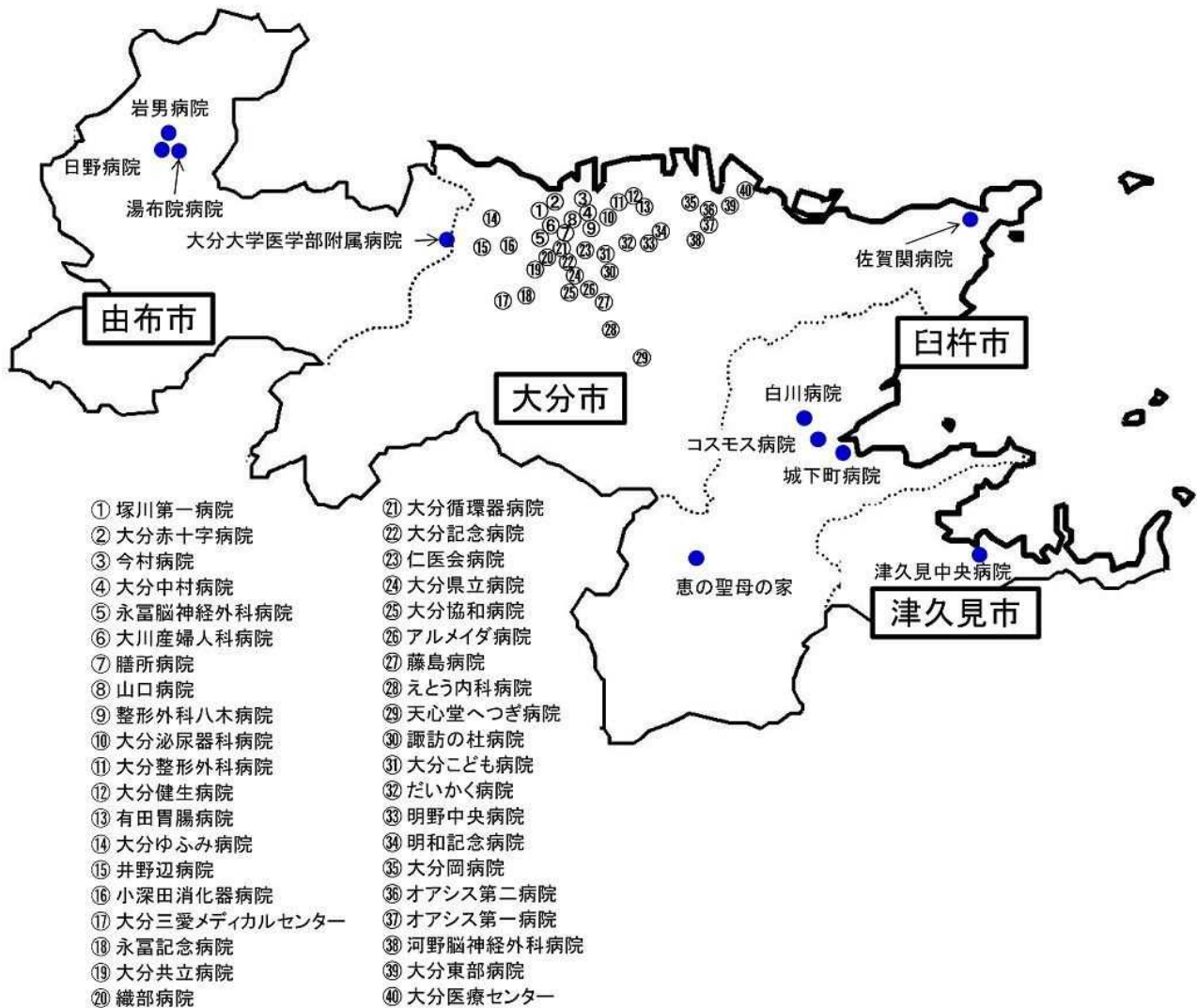
以上を踏まえ、東部医療圏における将来(2025年)の医療需要及び必要病床数については、表4-4のとおりとします。

[表4-4 2025年の病床の必要量(東部医療圏)]

	2025年における医療需要		病 床 稼働率 C	病床の必要量 (必要病床数) B/C
	東部医療圏に居住 する患者の医療需要 (患者住所地ベース) A	東部医療圏に所在 する医療機関で対応 する医療需要 (医療機関所在地ベース) B		
	(人/日)	(人/日)		(床)
高度急性期	190	199	75%	265
急性期	737	777	78%	996
回復期	1,025	1,101	90%	1,223
慢性期	596	730	92%	793
小計 a	2,548	2,807		3,277
居宅等における 医療の必要量 (在宅医療等) b	4,043	4,232		
合計(a+b)	6,591	7,039		

第4節 中部医療圏

[図4-12 一般病床又は療養病床を有する病院の設置状況(中部医療圏)]

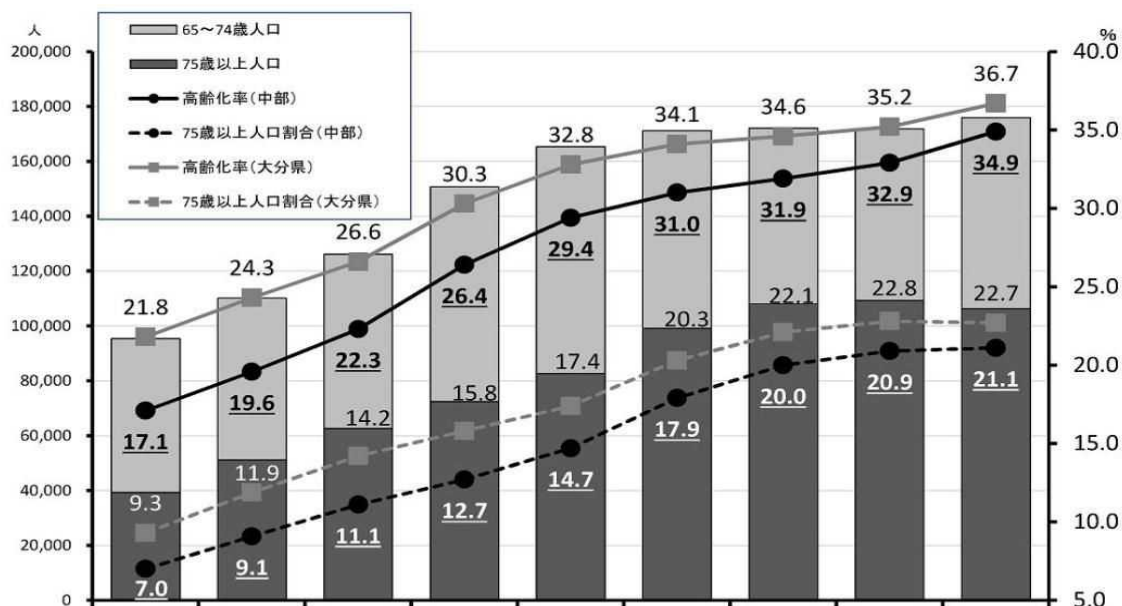


1 中部医療圏の概況

(1) 人口推計

平成27(2015)年現在の人口は約57万人ですが、人口減少が進み、平成37(2025)年には約55万3千人(対平成27(2015)年で3.0%減)、平成52(2040)年には約50万4千人(同11.6%減)となる見込みです。また、65歳以上の高齢者は今後も増え続け、平成37(2025)年には約17万1千人(対平成27(2015)年で13.6%増)、平成52(2040)年には約17万5千人(同16.7%増)、75歳以上の人口は平成47(2035)頃の約10万9千人にまで増加する見込みであり、平成52(2040)年でも約10万6千人と高止まりする見込みとなっています。

[図4-13 高齢者人口及び高齢化率の推移（中部医療圏）]



	2000年	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	H12	H17	H22	H27	H32	H37	H42	H47	H52
総人口	558,322	562,511	570,182	569,663	563,145	552,631	539,123	522,731	503,706
65歳以上人口	95,379	110,122	126,075	150,663	165,326	171,160	172,106	171,830	175,855
うち65～74歳人口	56,082	59,039	63,431	78,186	82,696	72,030	64,015	62,587	69,579
うち75歳以上人口	39,297	51,083	62,644	72,477	82,630	99,130	108,091	109,243	106,276

資料：平成12(2000)年～平成22(2010年)は総務省「国勢調査」、平成27(2015)年～平成52(2040年)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)
 ※高齢化率等の算出には分母から年齢不詳を除いている。

(2) 病床数の推移

- 中部医療圏の病床(一般病床及び療養病床)は平成25(2013)年10月現在で、一般病床7,333床、療養病床809床、合計で8,142床となっており、人口10万対では、全国に比べると多くなっていますが、県全体に比べるとやや少なく、療養病床が全国や県全体に比べて少ないのが特徴です。
- 病床数の推移を見ると、平成15(2003)年から平成25(2013)年にかけて、病院では239床(3.7%)の減、診療所では434床(18.5%)の減となっており、合計でも10年間で673床(7.6%)の減となっています。

[表4-5 病床数の推移（中部医療圏）]

(単位：床、%)

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	増減数	増減割合	人口10万対(H25)		
		(H15)	(H17)	(H19)	(H21)	(H23)	(H25)			中部医療圏	大分県	全国
病院	一般病床	5,453	5,387	5,627	5,539	5,642	5,573	120	2.2	976.8	1,004.9	704.9
	療養病床	1,019	1,055	772	779	600	660	△ 359	△ 35.2	115.7	245.4	257.8
	計	6,472	6,442	6,399	6,318	6,242	6,233	△ 239	△ 3.7	1,092.5	1,250.4	962.8
一般診療所	一般病床	2,107	2,051	2,092	1,976	1,904	1,760	△ 347	△ 16.5	308.5	315.7	85.5
	療養病床	236	245	165	153	149	149	△ 87	△ 36.9	26.1	33.5	9.8
	計	2,343	2,296	2,257	2,129	2,053	1,909	△ 434	△ 18.5	334.6	349.2	95.3
計	一般病床	7,560	7,438	7,719	7,515	7,546	7,333	△ 227	△ 3.0	1,285.3	1,320.6	790.5
	療養病床	1,255	1,300	937	932	749	809	△ 446	△ 35.5	141.8	278.9	267.6
	計	8,815	8,738	8,656	8,447	8,295	8,142	△ 673	△ 7.6	1,427.1	1,599.5	1,058.1

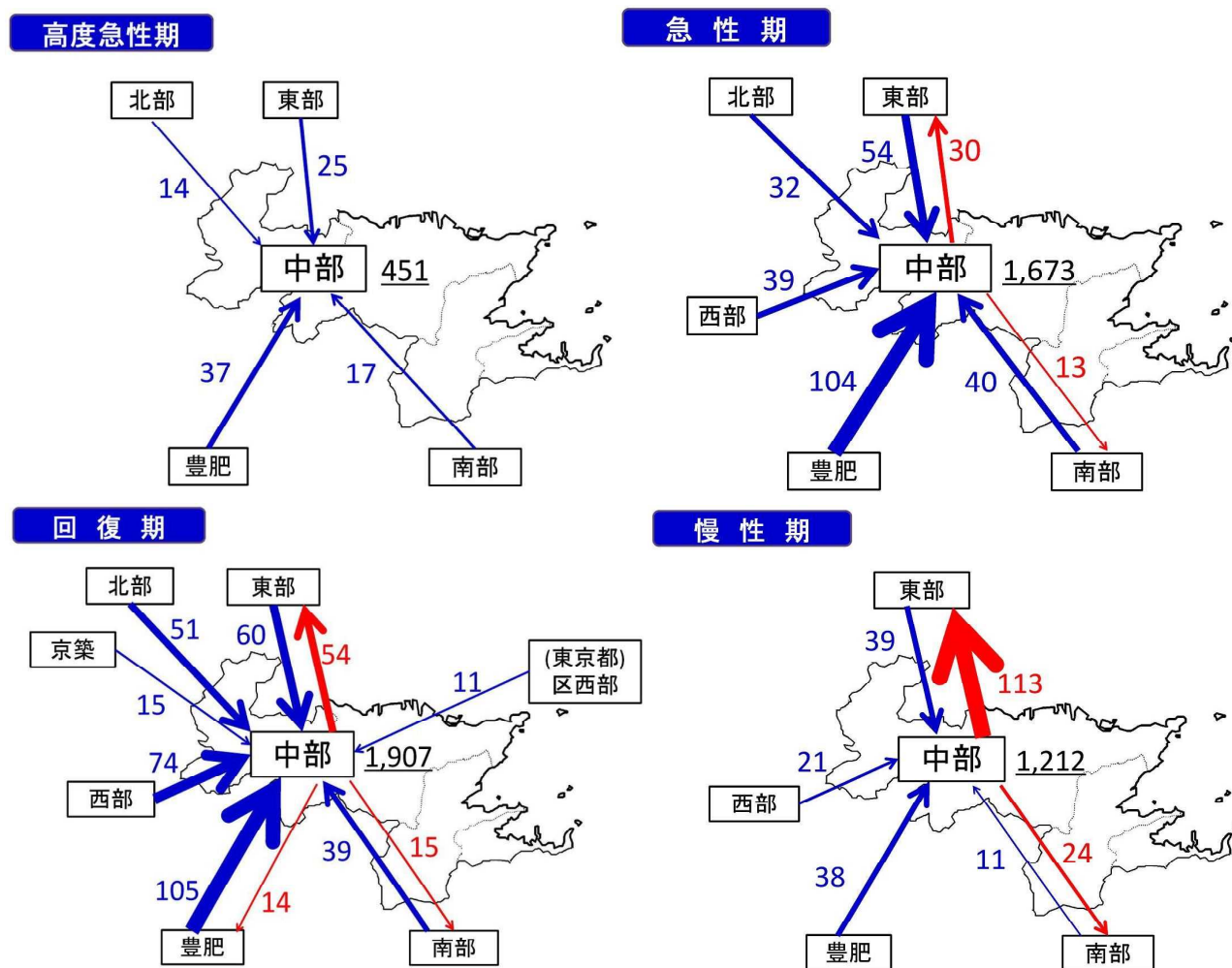
資料：厚生労働省「医療施設調査」

(3) 患者の流出入の状況

- 中部医療圏では、高度急性期や急性期を中心に医療機関が充実していることから、県内の他の圏域からの患者の流入が多くなっており、慢性期以外の3つの医療機能では、流入が流出を上回っており、回復期では福岡県や東京都からの流入も見られます。
- また、慢性期では隣接する4つの医療圏からの流入がありますが、東部医療圏及び南部医療圏へは流出が流入を上回っており、特に慢性期機能の充実している東部医療圏への流出が多くなっています。

[図4-14 患者の流出入の状況（中部医療圏）]

(単位：人/日)

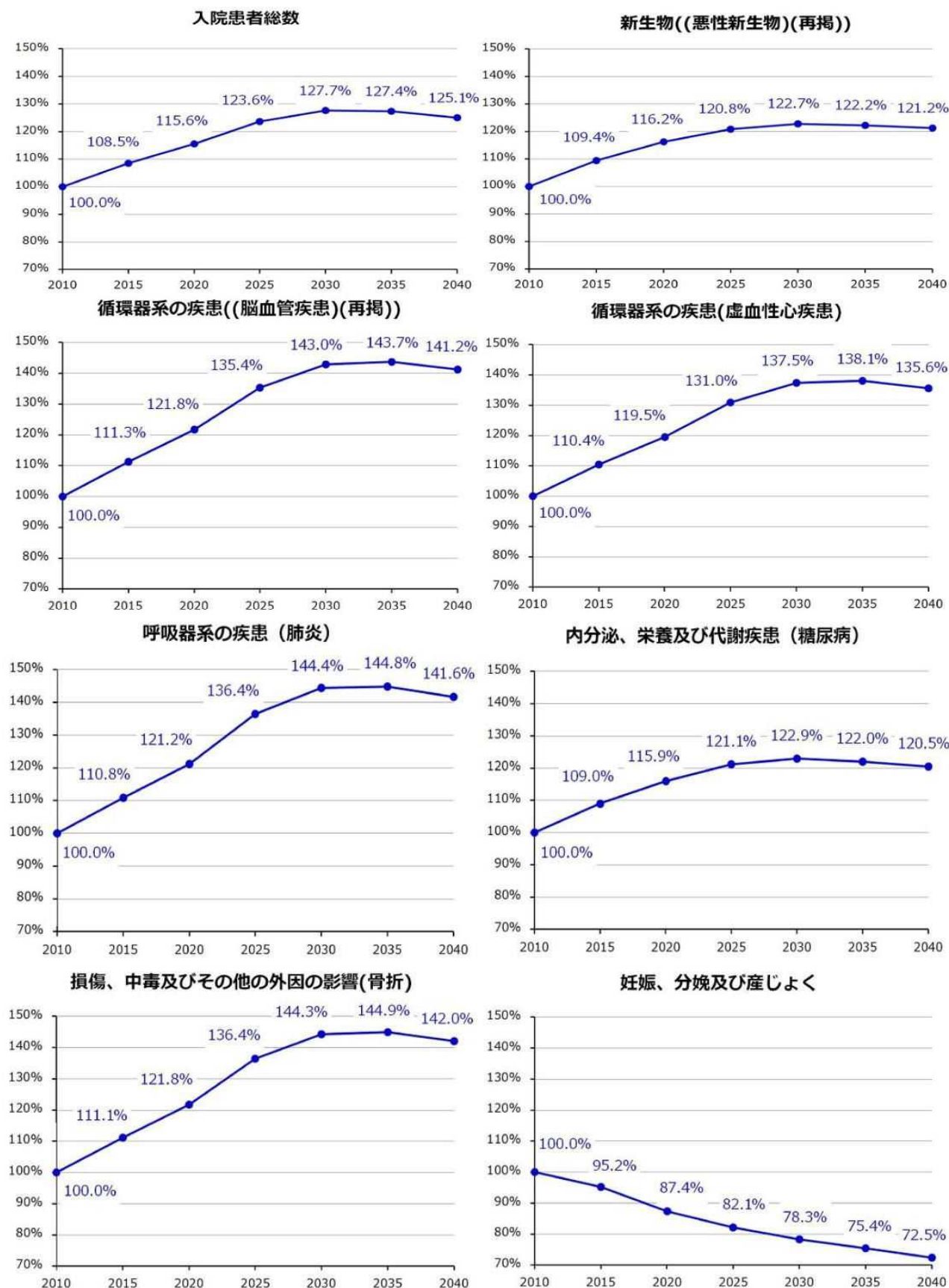


資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。なお、下線のついた数値は自圏域内で完結している医療需要。

(4) 疾患別の入院患者数の推計

- 主な疾患別の今後の入院患者数の推計は図4-15のようになります。
- 平成22(2010)年を100とした場合に、入院患者総数では平成37(2025)年には123.6%、その後も増加し、平成42(2030)年～平成47(2035)年頃をピークに高止まりする見込みとなっています。
- 特に、高齢者に多く見られる疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、肺炎や骨折についてはいずれも著しく高い伸びが見込まれる推計となっています。

[図4-15 疾患別の入院患者数の推計（中部医療圏）]



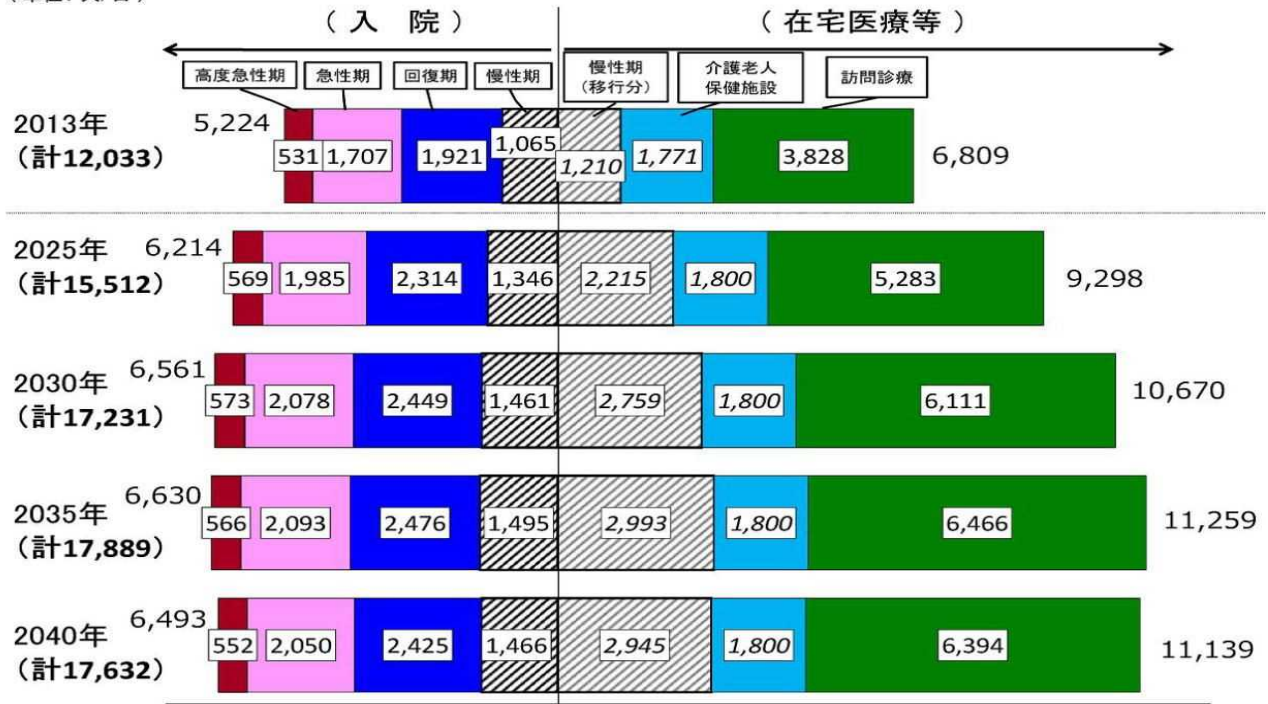
資料：産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA 4.1」。

注：同分析ツールは国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）及び厚生労働省「患者調査」のデータを基に推計しているものであり、推計結果は厚生労働省の「必要病床数推計ツール」とは必ずしも一致しない。

2 医療需要の推計

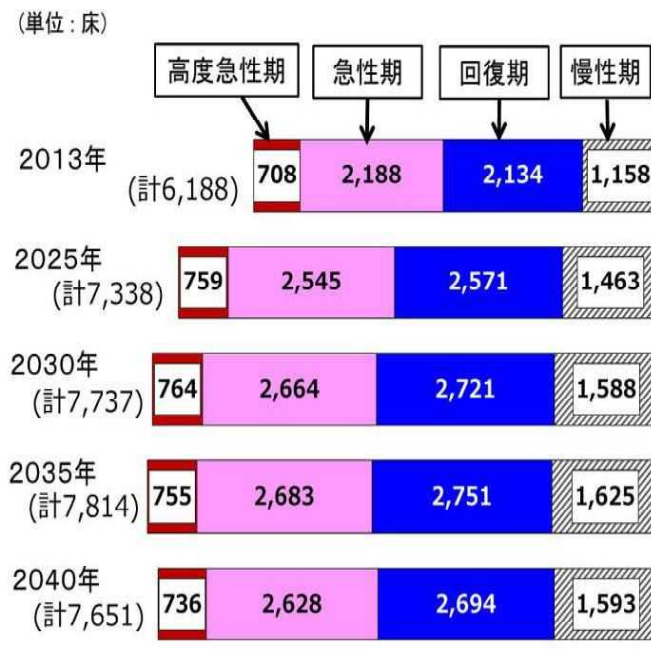
[図4-16 医療需要の推移（中部医療圏）]

（単位：人/日）



[図4-17 必要病床数の推移（中部医療圏）]

（単位：床）



【参考】必要病床数の算出方法

※必要病床数

= 医療需要 ÷ 病床稼働率

（例：2025年）

○高度急性期

569人/日 ÷ 75% = 759床

○急性期

1,985人/日 ÷ 78% = 2,545床

○回復期

2,314人/日 ÷ 90% = 2,571床

○慢性期

1,346人/日 ÷ 92% = 1,463床

4機能合計 7,338床

○ 中部医療圏における将来の医療需要の推計については、図4-16のようになっています*1。

○ 中部医療圏では、全体の人口が減少するものの、高齢者数は今後も増加を続ける見込みであることから、それに伴って医療需要も増えていく見込みとなっています。入院医療・在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にか

*1 医療需要及び必要病床数の推計方法については第4章第1節を参照。

けて、1日あたり約3,500人(約29%)の需要増が見込まれます。

- また、中部医療圏では医療需要が平成37(2025)年以降も増加し、平成47(2035)年頃(約17,900人、対平成27(2015)年で49%増)まで増え続け、その後減少に転じますが、平成52(2040)年でも約17,600人(対平成25(2013)年で47%増)と高止まりとなっています。
- 入院医療の需要については、急性期や回復期において、高齢者の増加に伴って医療需要も増加する見込みです。
- 慢性期については、入院分と移行分を合わせてみると、2,275人/日から3,561人/日と約57%増加する見込みですが、そのうち移行分は在宅医療等として推計されるため、入院分は281人/日(26%)の増にとどまる推計となっています。
- また、在宅医療等のうち訪問診療は、平成25(2013)年の3,828人が平成37(2025)年には5,283人となり、約1,500人(38.0%)増加する推計となっており、入院医療を上回る増加が見込まれています。

3 必要病床数の推計

- 地域医療構想で定める将来(平成37(2025)年)の病床の必要量(必要病床数)については、4つの医療機能別に推計された医療需要(1日当たりの推計入院患者数)を各医療機能別に設定された病床稼働率(高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%)で割り戻すことによって図4-8のように算定され、高度急性期759床、急性期2,545床、回復期2,571床、慢性期1,463床、合計で7,338床となります。
- なお、必要病床数のピークは平成47(2035)年頃で7,814床、その後減少に転じますが、平成52(2040)年の時点でも7,651床程度必要になると推計されます。

以上を踏まえ、中部医療圏における将来(平成37(2025)年)の医療需要及び必要病床数については、表4-6のとおりとします。

[表4-6 2025年の病床の必要量(中部医療圏)]

	2025年における医療需要		病床稼働率 C	病床の必要量 (必要病床数) B/C
	中部医療圏に居住する患者の医療需要 (患者住所地ベース) A	中部医療圏に所在する医療機関で対応する医療需要 (医療機関所在地ベース) B		
	(人/日)	(人/日)		(床)
高度急性期	478	569	75%	759
急性期	1,746	1,985	78%	2,545
回復期	2,013	2,314	90%	2,571
慢性期	1,365	1,346	92%	1,463
小計 a	5,602	6,214		7,338
居宅等における医療の必要量 (在宅医療等)b	9,114	9,298		
合計(a+b)	14,716	15,512		

第5節 南部医療圏

[図4-18 一般病床又は療養病床を有する病院の設置状況(南部医療圏)]

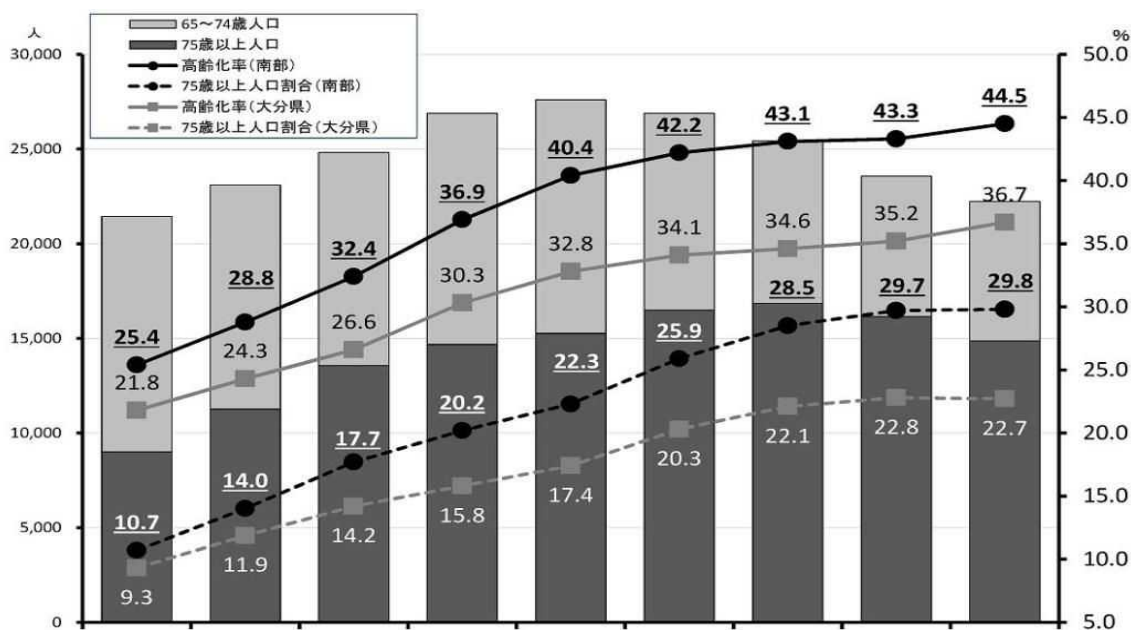


1 南部医療圏の概況

(1) 人口推計

平成27(2015)年現在の人口は約7万3千人ですが、人口減少が進み、平成37(2025)年には約6万4千人(対平成27(2015)年で12.5%減)、平成52(2040)年には5万人を割り込む(同31.4%減)となる見込みです。また、65歳以上の高齢者は今後も増え続け、平成32(2020)年の約2万7千6百人(対平成27(2015)年で2.6%増)をピークに減少に転じる見込みですが、75歳以上の人口は平成42(2030)年頃まで増加する見込みとなっています。

[図4-19 高齢者人口及び高齢化率の推移（南部医療圏）]



	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
	H12	H17	H22	H27	H32	H37	H42	H47	H52
総人口	84,449	80,297	76,951	72,802	68,380	63,713	59,032	54,434	49,942
65歳以上人口	21,440	23,106	24,825	26,888	27,600	26,894	25,429	23,571	22,232
うち65～74歳人口	12,431	11,850	11,261	12,211	12,338	10,399	8,579	7,425	7,366
うち75歳以上人口	9,009	11,256	13,564	14,677	15,262	16,495	16,850	16,146	14,866

資料：平成12(2000)年～平成22(2010年)は総務省「国勢調査」、平成27(2015)年～平成52(2040年)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)
 ※高齢化率等の算出には分母から年齢不詳を除いている。

(2) 病床数の推移

- 南部医療圏の病床(一般病床及び療養病床)は平成25(2013)年10月現在で、一般病床971床、療養病床252床、合計で1,223床となっており、人口10万対では、全国や県全体に比べると多くなっていますが、県全体に比べると一般病床はやや少なく、療養病床は県全体に比べてやや多くなっています。
- 病床数の推移を見ると、平成15(2003)年から平成25(2013)年にかけて、病院では5床(0.5%)の増、診療所では66床(29.6%)の減となっており、合計では10年間で61床(4.8%)の減となっています。

[表4-7 病床数の推移（南部医療圏）]

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	増減数	増減割合	人口10万対(H25)		
		(H15)	(H17)	(H19)	(H21)	(H23)	(H25)	H15→25	(%)	南部医療圏	大分県	全国
病院	一般病床	844	818	829	870	870	814	△ 30	△ 3.6	1,096.4	1,004.9	704.9
	療養病床	217	265	254	211	211	252	35	16.1	339.4	245.4	257.8
	計	1,061	1,083	1,083	1,081	1,081	1,066	5	0.5	1,435.8	1,250.4	962.8
一般診療所	一般病床	215	173	173	162	164	157	△ 58	△ 27.0	211.5	315.7	85.5
	療養病床	8	12	0	0	0	0	△ 8	△ 100.0	0.0	33.5	9.8
	計	223	185	173	162	164	157	△ 66	△ 29.6	211.5	349.2	95.3
計	一般病床	1,059	991	1,002	1,032	1,034	971	△ 88	△ 8.3	1,307.9	1,320.6	790.5
	療養病床	225	277	254	211	211	252	27	12.0	339.4	278.9	267.6
	計	1,284	1,268	1,256	1,243	1,245	1,223	△ 61	△ 4.8	1,647.3	1,599.5	1,058.1

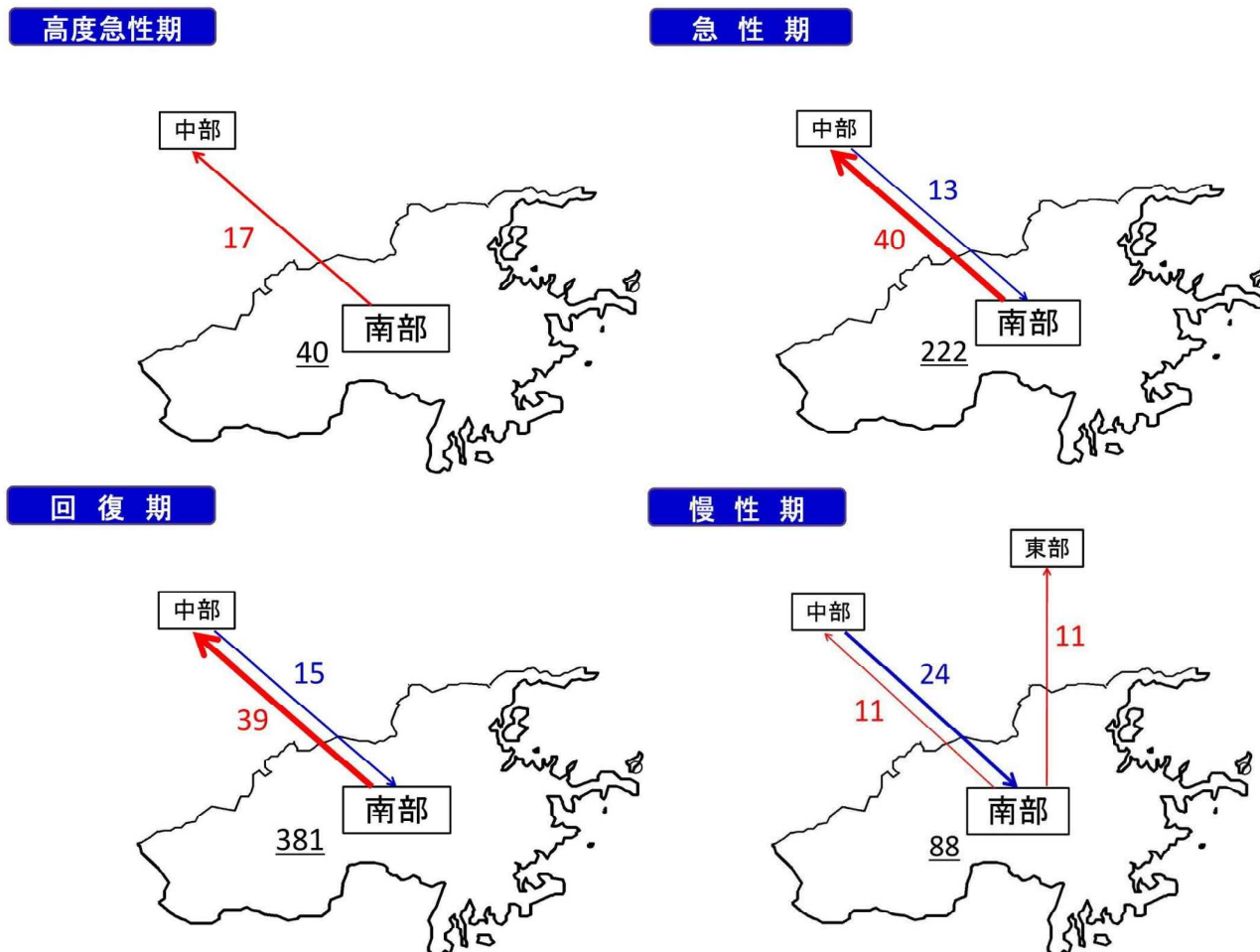
資料：厚生労働省「医療施設調査」

(3) 患者の流出入の状況

- 南部医療圏では、高度急性期、急性期、回復期の各医療機能において、中部医療圏への流出が見られます。
- 慢性期では中部医療圏からの流入が流出を上回っており、また、東部医療圏への流出も見られます。

[図4-20 患者の流出入の状況（南部医療圏）]

(単位：人/日)



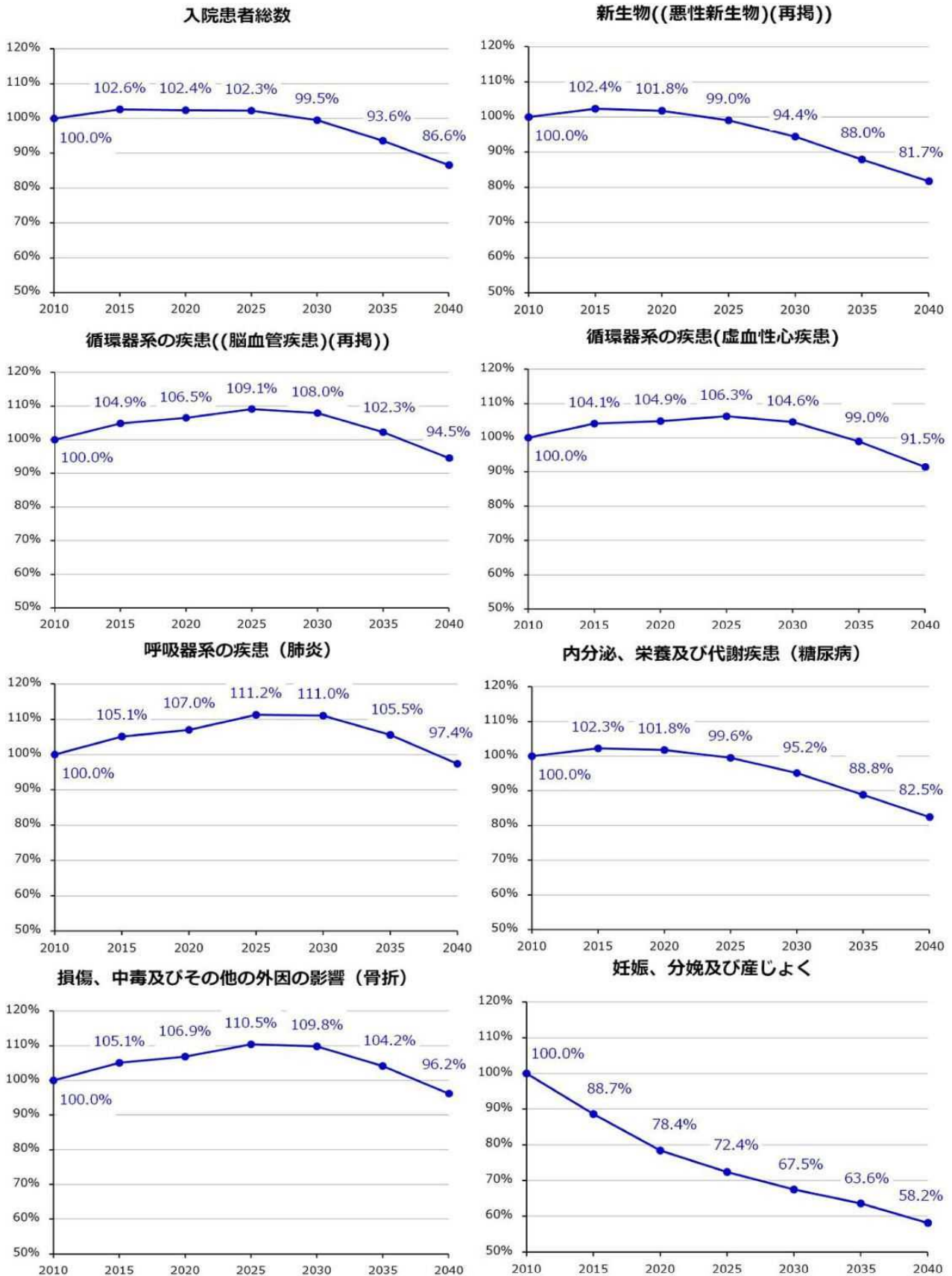
資

料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。なお、下線のついた数値は自圏域内で完結している医療需要。

(4) 疾患別の入院患者数の推計

- 主な疾患別の今後の入院患者数の推計は図4-21のようになります。
- 平成22(2010)年を100とした場合に、入院患者総数では平成27(2015)年の102.6%から平成37(2025)年(102.3%)まで横這いで推移した後に減少に転じ、平成52(2040)年には86.6%程度の水準まで減少する見こみです。
- 一方、高齢者特有の疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、肺炎や骨折についてはいずれも平成42(2030)年頃までは10%前後の高い伸びが見込まれる推計となっています。

[図4-21 疾患別の入院患者数の推計（南部医療圏）]



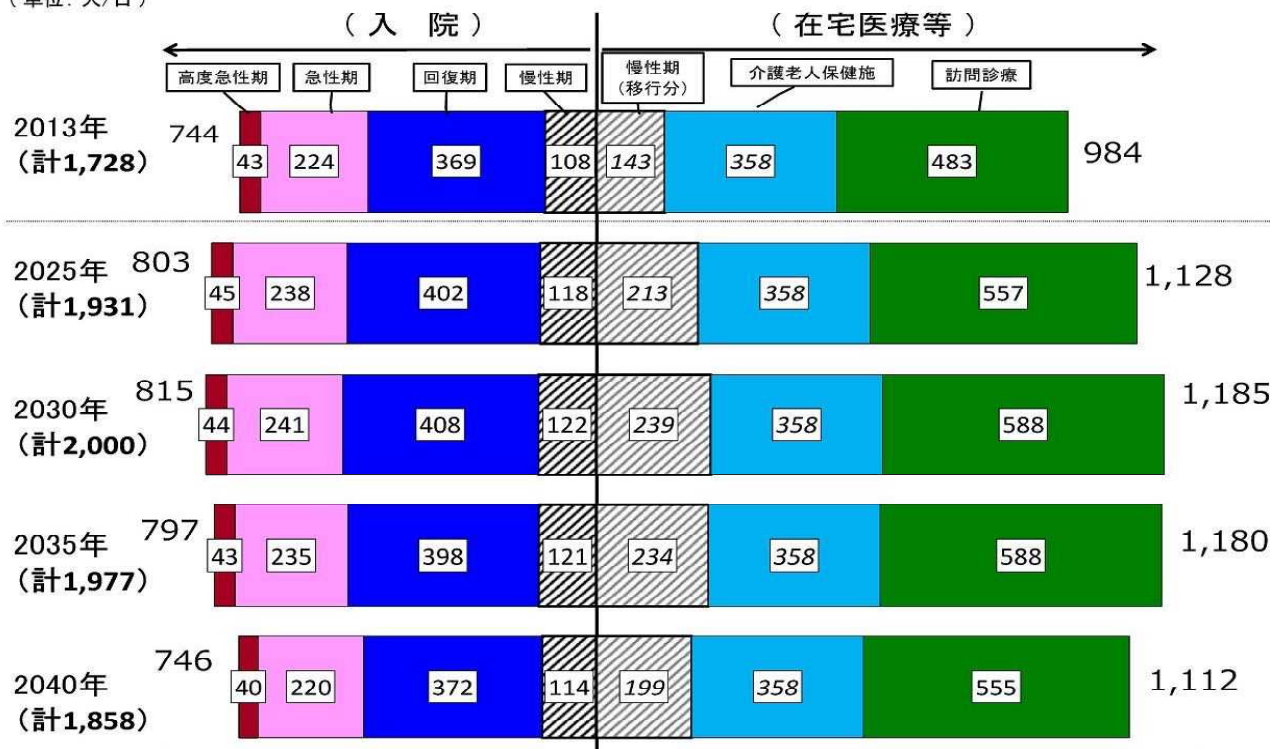
資料：産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA 4.1」。

注：同分析ツールは国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）及び厚生労働省「患者調査」のデータを基に推計しているものであり、推計結果は厚生労働省の「必要病床数推計ツール」とは必ずしも一致しない。

2 医療需要の推計

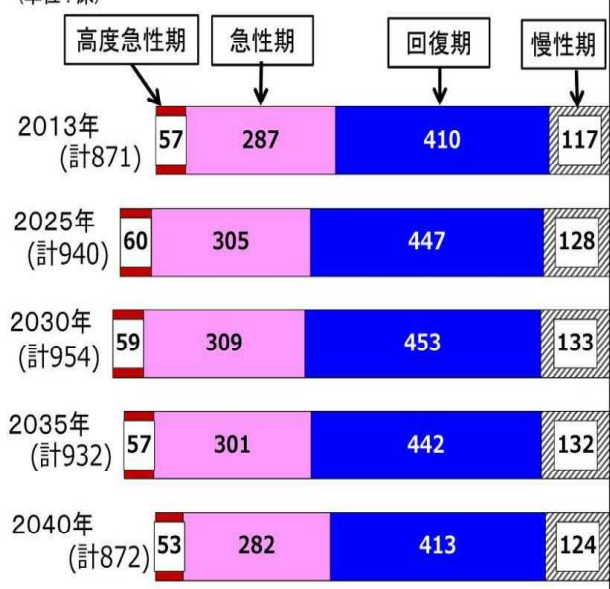
[図4-22 医療需要の推移（南部医療圏）]

（単位：人/日）



[図4-23 必要病床数の推移（南部医療圏）]

（単位：床）



【参考】必要病床数の算出方法

※必要病床数

= 医療需要 ÷ 病床稼働率

(例：2025年)

○高度急性期

45人/日 ÷ 75% = 60床

○急性期

238人/日 ÷ 78% = 305床

○回復期

402人/日 ÷ 90% = 447床

○慢性期

118人/日 ÷ 92% = 128床

4機能合計 940床

○ 南部医療圏における将来の医療需要の推計については、図4-22のようになっています*1。

○ 南部医療圏では、全体の人口が減少するものの、高齢者数は今後も増加を続ける見込みであることから、それに伴って医療需要も増えていく見込みとなっています。

*1 医療需要及び必要病床数の推計方法については第4章第1節を参照。

入院医療・在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、1日あたり約200人(約12%)の需要増が見込まれます。

- また、南部医療圏では医療需要が平成37(2025)年以降も増加し、平成42(2030)年頃(約2,000人、対平成25(2013)年で16%増)まで増え続け、その後減少に転じますが、平成52(2040)年でも約1,900人(対平成25(2013)年で7.5%増)と、平成25(2013)年現在よりも多くなっています。
- 入院医療の需要については、急性期や回復期において、高齢者の増加に伴って医療需要も増加する見込みです。
- 慢性期については、入院分と移行分を合わせてみると、251人/日から331人/日と約32%増加する見込みですが、そのうち移行分は在宅医療等として推計されるため、入院分は10人/日(9%)の増にとどまる推計となっています。
- また、在宅医療等のうち訪問診療は、平成25(2013)年の483人が平成37(2025)年には557人となり、約70人(15.3%)増加する推計となっており、入院医療を上回る増加が見込まれています。

3 必要病床数の推計

- 地域医療構想で定める将来(2025年)の病床の必要量(必要病床数)については、4つの医療機能別に推計された医療需要(1日当たりの推計入院患者数)を各医療機能別に設定された病床稼働率(高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%)で割り戻すことによって図4-23のように算定され、高度急性期60床、急性期305床、回復期447床、慢性期128床、合計で940床となります。
- なお、必要病床数のピークは平成42(2030)年頃で954床、その後減少に転じ、平成52(2040)年の時点では872床程度と、平成25(2013)年現在の必要病床数と同じレベルの病床数が必要になると推計されています。

以上を踏まえ、南部医療圏における将来(平成37(2025)年)の医療需要及び必要病床数については、表4-8のとおりとします。

[表4-8 2025年の病床の必要量(南部医療圏)]

	2025年における医療需要		病床稼働率 C	病床の必要量 (必要病床数) B/C
	南部医療圏に居住する患者の医療需要 (患者住所地ベース) A	南部医療圏に所在する医療機関で対応する医療需要 (医療機関所在地ベース) B		
	(人/日)	(人/日)		(床)
高度急性期	60	45	75%	60
急性期	273	238	78%	305
回復期	436	402	90%	447
慢性期	113	118	92%	128
小計 a	882	803		940
居宅等における医療の必要量 (在宅医療等)b	1,153	1,128		
合計(a+b)	2,035	1,931		

第6節 豊肥医療圏

[図4-24 一般病床又は療養病床を有する病院の設置状況(豊肥医療圏)]

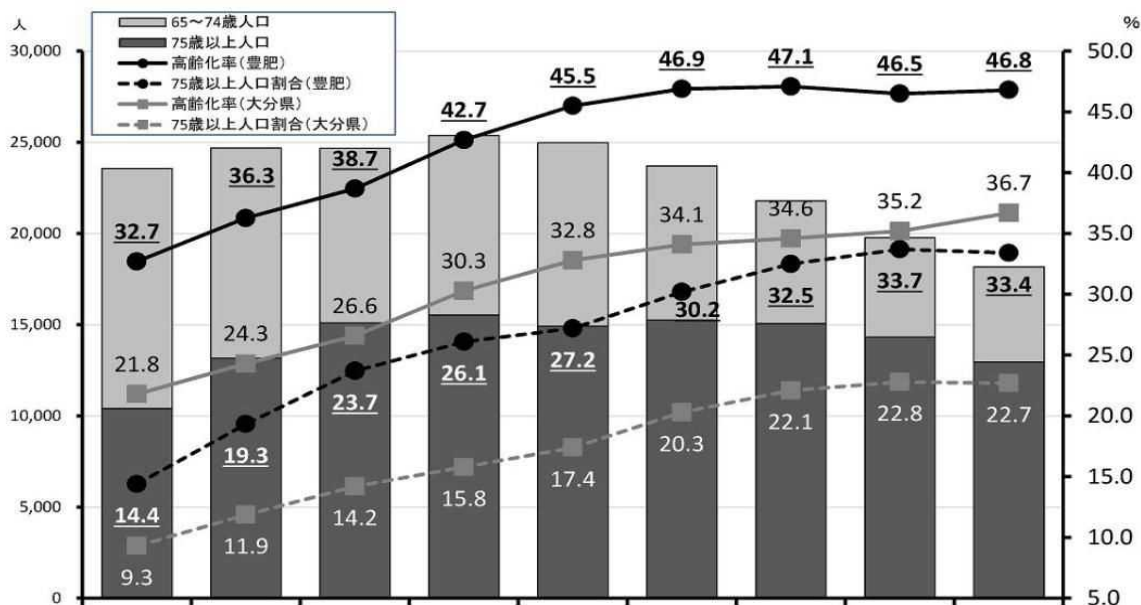


1 豊肥医療圏の概況

(1) 人口推計

平成27(2015)年現在の人口は約5万9千人ですが、今後も人口減少が進み、平成37(2025)年には約5万人(対平成27(2015)年で15.1%減)、平成52(2040)年には4万人を割り込む(同34.7%減)となる見込みです。また、65歳以上の高齢者も平成27(2015)年頃をピークに減少に転じる見込みであり、平成37(2025)年には約2万3千7百人(対平成27(2015)年で6.6%減)、平成52(2040)年には約1万8千1百人(同28.4%減)まで減少する見込みです。75歳以上の人口は平成42(2030)年頃まで1万5千人前後で推移し、その後減少に転じる見込みとなっています。

[図4-25 高齢者人口及び高齢化率の推移（豊肥医療圏）]



	2000年 H12	2005 H17	2010 H22	2015 H27	2020 H32	2025 H37	2030 H42	2035 H47	2040 H52
総人口	72,060	68,082	63,875	59,467	54,966	50,512	46,325	42,486	38,819
65歳以上人口	23,575	24,697	24,674	25,370	24,985	23,708	21,796	19,767	18,173
うち65～74歳人口	13,168	11,531	9,578	9,840	10,052	8,448	6,737	5,447	5,214
うち75歳以上人口	10,407	13,166	15,096	15,530	14,933	15,260	15,059	14,320	12,959

資料：平成12(2000)年～平成22(2010年)は総務省「国勢調査」、平成27(2015)年～平成52(2040年)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)
 ※高齢化率等の算出には分母から年齢不詳を除いている。

(2) 病床数の推移

- 豊肥医療圏の病床(一般病床及び療養病床)は平成25(2013)年10月現在で、一般病床751床、療養病床163床、合計で914床となっており、人口10万対では、全国に比べると多くなっていますが、県全体に比べると一般病床、療養病床ともにやや少なくなっています。
- 病床数の推移を見ると、平成15(2003)年から平成25(2013)年にかけて、病院では116床(15.0%)の減、診療所では14床(5.2%)の減となっており、合計では10年間で130床(12.5%)の減となっています。

[表4-9 病床数の推移（豊肥医療圏）]

(単位：床、%)

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	増減数 H15→25	増減割合 (%)	人口10万対(H25)		
		(H15)	(H17)	(H19)	(H21)	(H23)	(H25)			豊肥医療圏	大分県	全国
病院	一般病床	583	590	630	633	500	500	△ 83	△ 14.2	818.7	1,004.9	704.9
	療養病床	190	190	186	186	157	157	△ 33	△ 17.4	257.1	245.4	257.8
	計	773	780	816	819	657	657	△ 116	△ 15.0	1,075.7	1,250.4	962.8
一般診療所	一般病床	231	216	251	254	273	251	20	8.7	411.0	315.7	85.5
	療養病床	40	28	6	3	3	6	△ 34	△ 85.0	9.8	33.5	9.8
	計	271	244	257	257	276	257	△ 14	△ 5.2	420.8	349.2	95.3
計	一般病床	814	806	881	887	773	751	△ 63	△ 7.7	1,229.6	1,320.6	790.5
	療養病床	230	218	192	189	160	163	△ 67	△ 29.1	266.9	278.9	267.6
	計	1,044	1,024	1,073	1,076	933	914	△ 130	△ 12.5	1,496.5	1,599.5	1,058.1

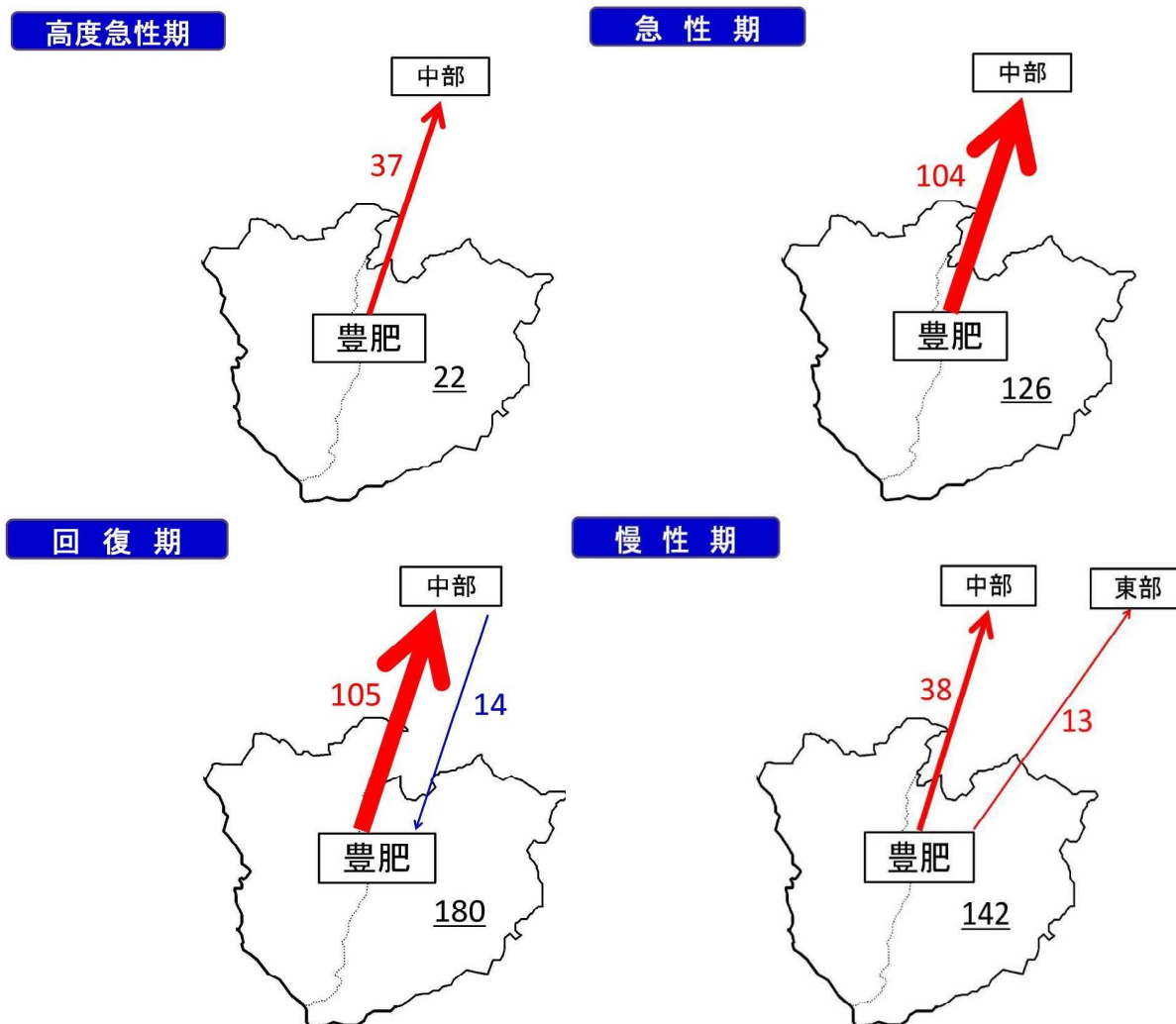
資料：厚生労働省「医療施設調査」

(3) 患者の流出入の状況

- 豊肥医療圏では、各医療機能において中部医療圏への流出が多く見られ、特に高度急性期や急性期、また、回復期においても中部医療圏への依存度が高い状況といえます。
- 慢性期では中部医療圏への流出に加え、東部医療圏への流出も見られます。

[図4-26 患者の流出入の状況（豊肥医療圏）]

(単位：人/日)

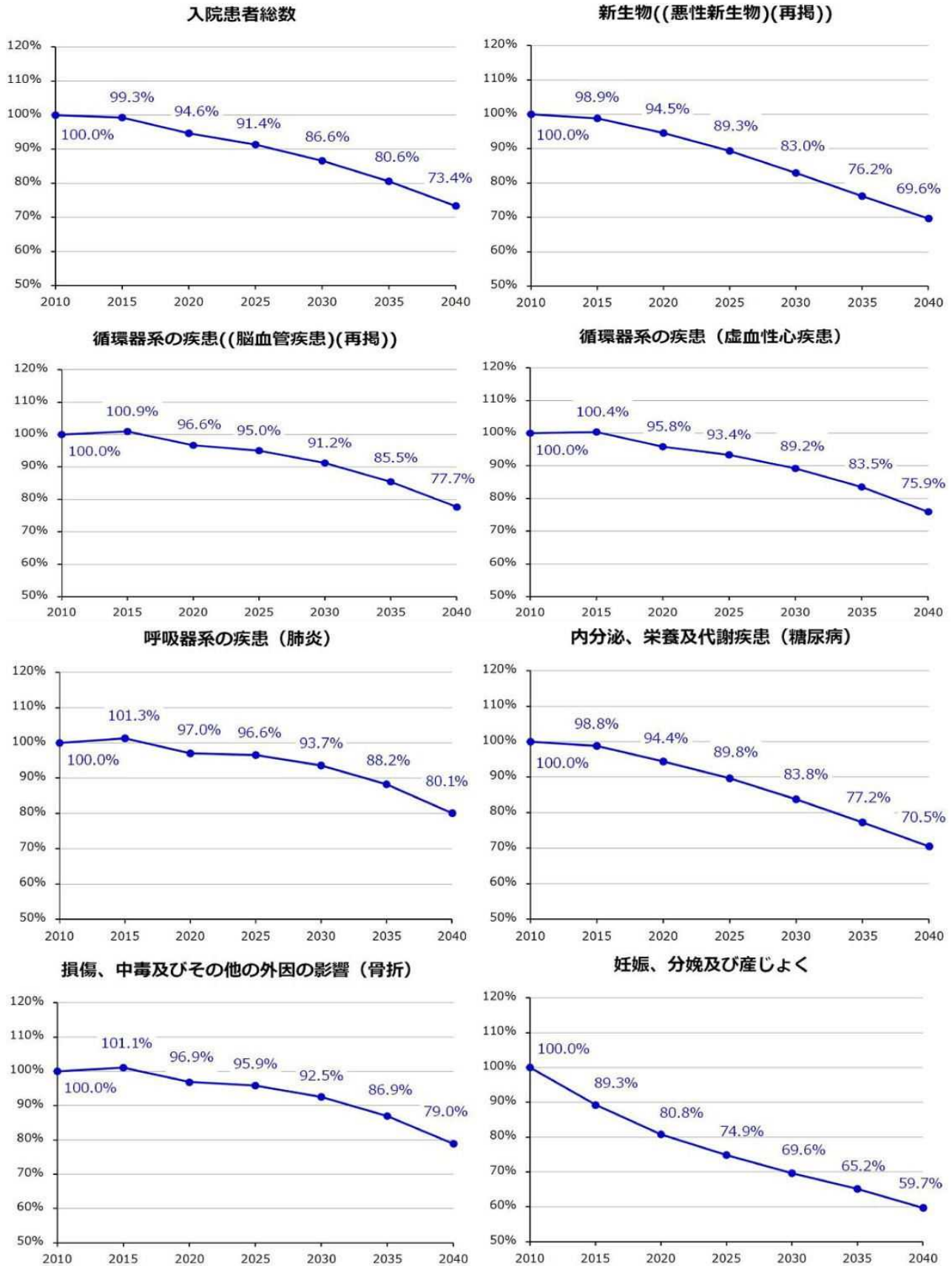


資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。なお、下線のついた数値は自圏域内で完結している医療需要。

(4) 疾患別の入院患者数の推計

- 主な疾患別の今後の入院患者数の推計は図4-27のようになります。
- 平成22(2010)年を100とした場合に、入院患者総数では既に減少局面に入っており、平成37(2025)年には91.4%、平成52(2040)年には73.4%程度の水準まで減少する見込みです。
- また、高齢者に多く見られる疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、肺炎や骨折については減少の割合が緩やかになってはいますが、いずれも今後減少して行く推計となっています。

[図4-27 疾患別の入院患者数の推計（豊肥医療圏）]



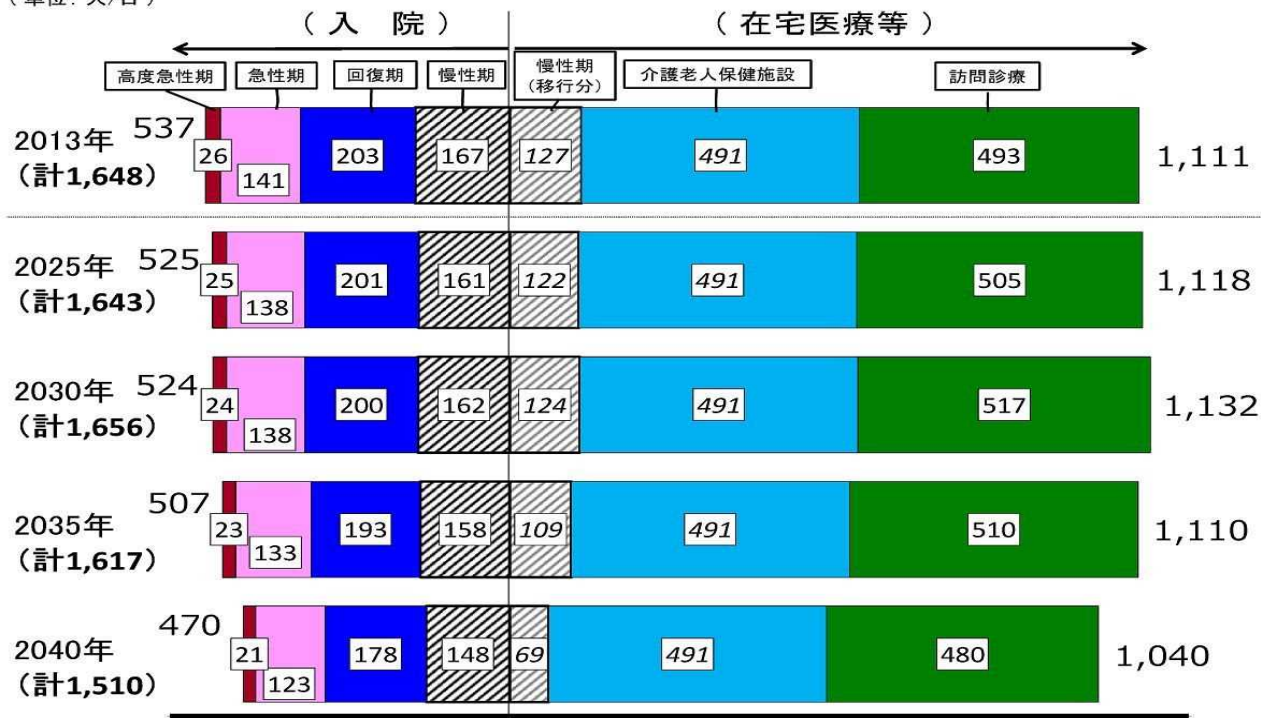
資料：産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA 4.1」。

注：同分析ツールは国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）及び厚生労働省「患者調査」のデータを基に推計しているものであり、推計結果は厚生労働省の「必要病床数推計ツール」とは必ずしも一致しない。

2 医療需要の推計

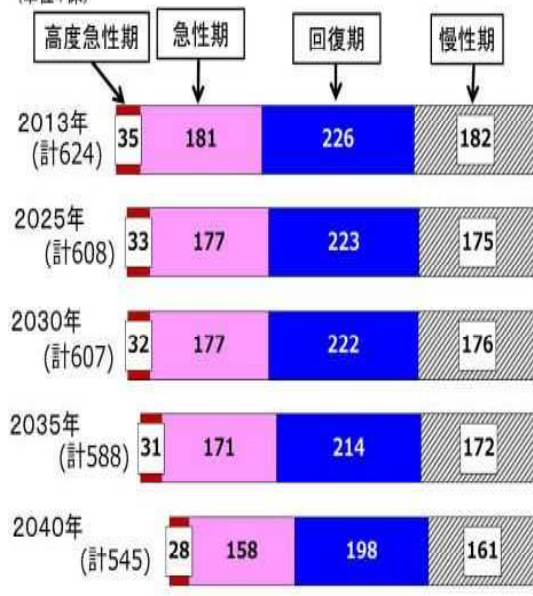
[図4-28 医療需要の推移（豊肥医療圏）]

（単位：人/日）



[図4-29 必要病床数の推移（豊肥医療圏）]

（単位：床）



【参考】必要病床数の算出方法

※必要病床数

= 医療需要 ÷ 病床稼働率

（例：2025年）

○高度急性期

25人/日 ÷ 75% = 33床

○急性期

138人/日 ÷ 78% = 177床

○回復期

201人/日 ÷ 90% = 223床

○慢性期

161人/日 ÷ 92% = 175床

4機能合計 608床

○ 豊肥医療圏における将来の医療需要の推計については、図4-28のようになっています*1。

○ 豊肥医療圏では、全体の人口が減少し、また、高齢者数も既に減少局面に入っていることから、医療需要は今後大きく増加しない見込みです。ただし、75歳以上の

*1 医療需要及び必要病床数の推計方法については第4章第1節を参照。

人口は増加することから、入院医療・在宅医療等を合わせてみると、平成15(2013)年から平成37(2025)年にかけて、ほぼ横這いという推計結果になっています。

- 推計では、豊肥医療圏の医療需要のピークは平成42(2030)年頃となっていますが、平成25(2013)年現在と同程度の水準であり、その後は減少に転じ、平成52(2040)年には約1,500人(対平成25(2013)年で8.4%減)の水準となる見込みです。
- 入院医療の需要については、急性期や回復期、いずれの医療機能もほぼ横這いで推移する見込みです。
- 慢性期についても、入院分と移行分を合わせてみると、294人/日から283人/日とほぼ横這いで推移する見込みです。
- また、在宅医療等のうち訪問診療についても、平成25(2013)年の493人が平成37(2025)年には505人となり、約10人(2.4%)の微増にとどまるという見込みです。

3 必要病床数の推計

- 地域医療構想で定める将来(平成37(2025)年)の病床の必要量(必要病床数)については、4つの医療機能別に推計された医療需要(1日当たりの推計入院患者数)を各医療機能別に設定された病床稼働率(高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%)で割り戻すことによって図4-29のように算定され、高度急性期33床、急性期177床、回復期223床、慢性期175床、合計で608床となります。
- なお、必要病床数は既に減少する一方であり、平成52(2040)年の時点では545床程度と、平成25(2013)年現在の必要病床数に比べ12.7%少なくなる推計となっています。

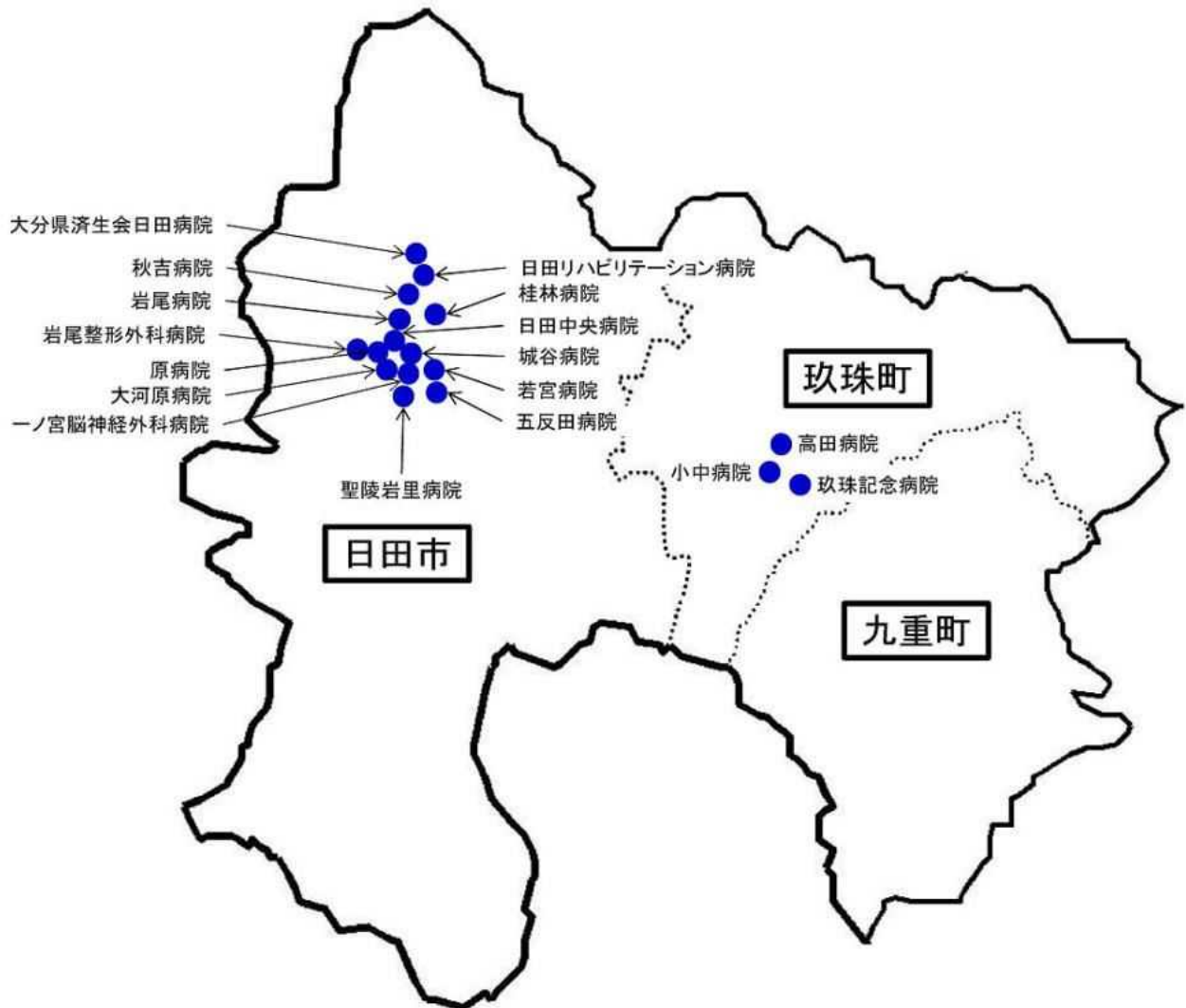
以上を踏まえ、豊肥医療圏における将来(平成27(2025)年)の医療需要及び必要病床数については、表4-10のとおりとします。

[表4-10 2025年の病床の必要量(豊肥医療圏)]

	2025年における医療需要		病床稼働率 C	病床の必要量 (必要病床数) B/C
	豊肥医療圏に居住する患者の医療需要 (患者住所地ベース) A	豊肥医療圏に所在する医療機関で対応する医療需要 (医療機関所在地ベース) B		
	(人/日)	(人/日)		(床)
高度急性期	62	25	75%	33
急性期	237	138	78%	177
回復期	295	201	90%	223
慢性期	203	161	92%	175
小計 a	797	525		608
居宅等における医療の必要量 (在宅医療等)b	1,188	1,118		
合計(a+b)	1,985	1,643		

第7節 西部医療圏

[図4-30 一般病床又は療養病床を有する病院の設置状況(西部医療圏)]

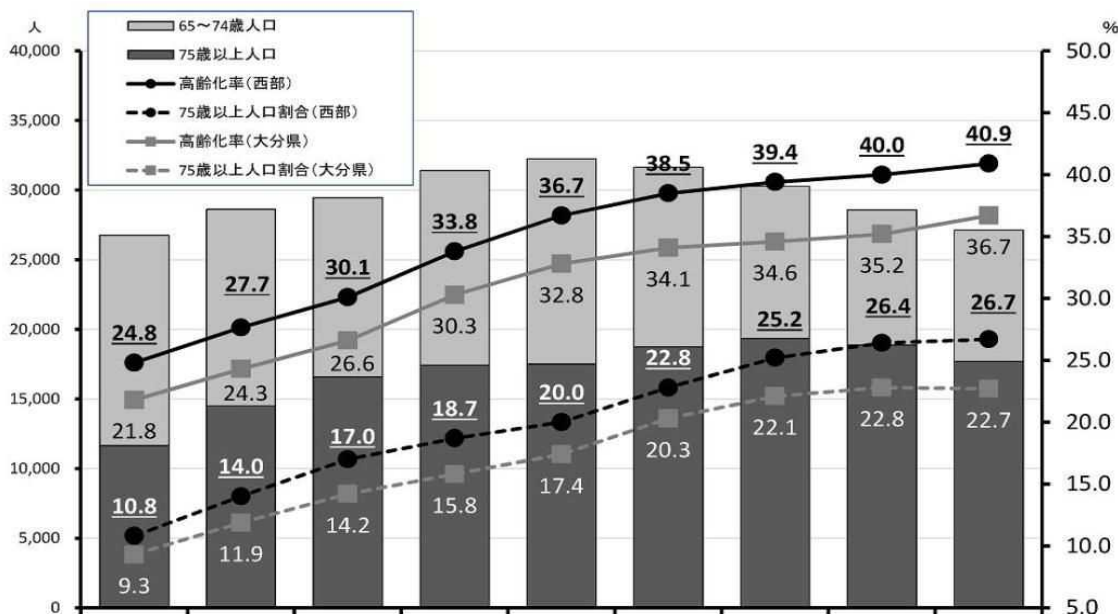


1 西部医療圏の概況

(1) 人口推計

平成27(2015)年現在の人口は約9万3千人ですが、今後も人口減少が進み、平成37(2025)年には約8万2千人(対平成27(2015)年で11.6%減)、平成52(2040)年には約6万6千人(同28.8%減)となる見込みです。また、65歳以上の高齢者も平成32(2020)年頃をピークに減少に転じる見込みであり、平成37(2025)年には約3万2千人と、平成27(2015)年現在と同程度、平成52(2040)年には約2万7千人(対平成27(2015)年で13.6%減)まで減少する見込みです。一方、75歳以上の人口は平成42(2030)年頃の約1万9千人まで増加し、その後は減少する見込みとなっています。

[図4-31 高齢者人口及び高齢化率の推移（西部医療圏）]



	2000年 H12	2005 H17	2010 H22	2015 H27	2020 H32	2025 H37	2030 H42	2035 H47	2040 H52
総人口	107,923	103,549	98,415	93,032	87,746	82,278	76,826	71,515	66,276
65歳以上人口	26,774	28,635	29,473	31,424	32,245	31,643	30,283	28,592	27,135
うち65～74歳人口	15,113	14,126	12,885	13,987	14,727	12,880	10,927	9,720	9,458
うち75歳以上人口	11,661	14,509	16,588	17,437	17,518	18,763	19,356	18,872	17,677

資料：平成12(2000)年～平成22(2010年)は総務省「国勢調査」、平成27(2015)年～平成52(2040年)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)
 ※高齢化率等の算出には分母から年齢不詳を除いている。

(2) 病床数の推移

- 西部医療圏の病床(一般病床及び療養病床)は平成25(2013)年10月現在で、一般病床1,095床、療養病床327床、合計で1,422床となっており、人口10万対では、全国に比べると多くなっていますが、県全体に比べると合計及び一般病床ではやや少なく、療養病床は多い状況です。
- 病床数の推移を見ると、平成15(2003)年から平成25(2013)年にかけて、病院では2床(0.2%)の減とほぼ同数ですが、診療所では76床(16.7%)の減となっており、合計では10年間で78床(5.2%)の減となっています。

[表4-11 病床数の推移（西部医療圏）]

		2003 (H15)	2005 (H17)	2007 (H19)	2009 (H21)	2011 (H23)	2013 (H25)	増減数 H15→25	増減割合 (%)	人口10万対(H25)			
											西部医療圏	大分県	全国
病院	一般病床	829	786	801	760	759	757	△ 72	△ 8.7	796.9	1,004.9	704.9	
	療養病床	216	259	244	285	286	286	70	32.4	301.1	245.4	257.8	
	計	1,045	1,045	1,045	1,045	1,045	1,043	△ 2	△ 0.2	1,098.0	1,250.4	962.8	
一般診療所	一般病床	408	412	357	357	338	338	△ 70	△ 17.2	355.8	315.7	85.5	
	療養病床	47	47	41	41	41	41	△ 6	△ 12.8	43.2	33.5	9.8	
	計	455	459	398	398	379	379	△ 76	△ 16.7	399.0	349.2	95.3	
計	一般病床	1,237	1,198	1,158	1,117	1,097	1,095	△ 142	△ 11.5	1,152.7	1,320.6	790.5	
	療養病床	263	306	285	326	327	327	64	24.3	344.2	278.9	267.6	
	計	1,500	1,504	1,443	1,443	1,424	1,422	△ 78	△ 5.2	1,496.9	1,599.5	1,058.1	

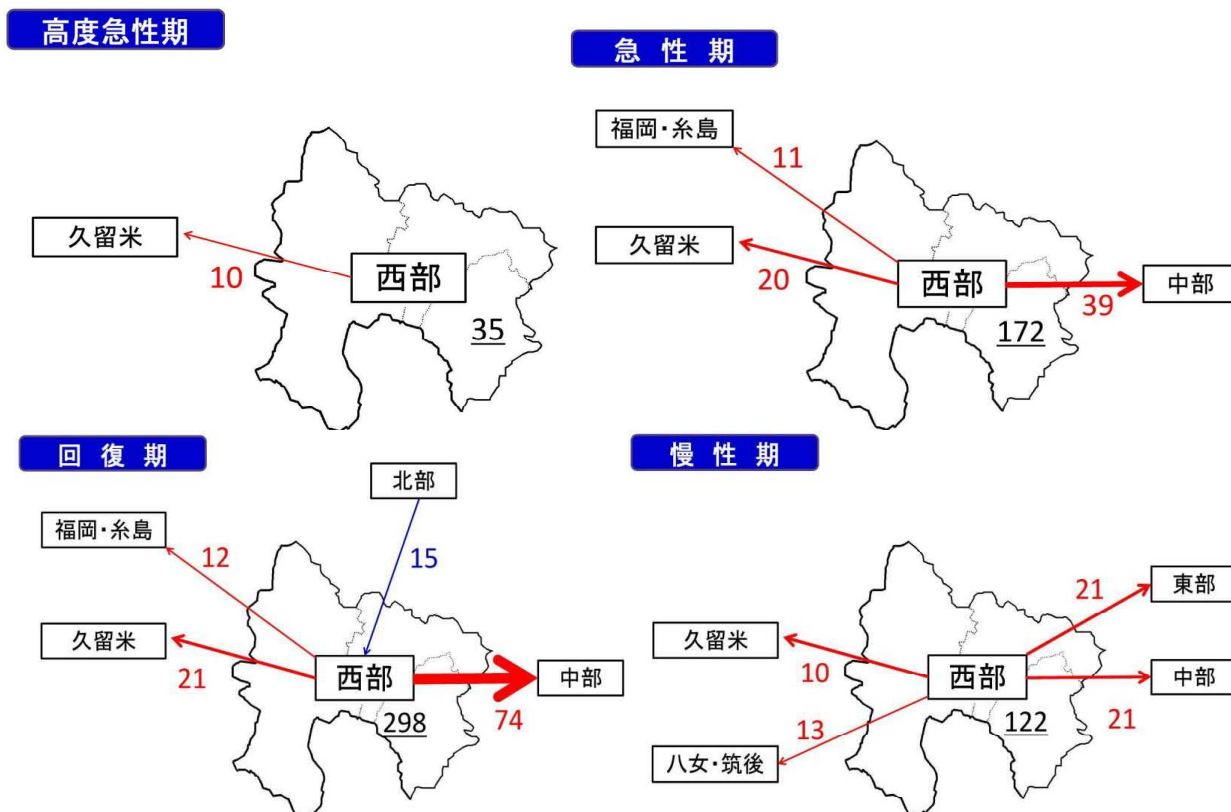
資料：厚生労働省「医療施設調査」

(3) 患者の流出入の状況

- 西部医療圏では、各医療機能において他の圏域への患者の流出が見られます。急性期、回復期、慢性期では中部医療圏への流出が最も多くなっていますが、4機能すべてにおいて福岡県への流出も多く、高度急性期では久留米医療圏への流出が最も多くなっています。
- 各医療機能とも流出超過となっていますが、回復期では北部医療圏からの流入も見られ、で慢性期は中部医療圏や福岡県への流出に加え、東部医療圏への流出も見られます。

[図4-32 患者の流出入の状況（西部医療圏）]

(単位：人/日)

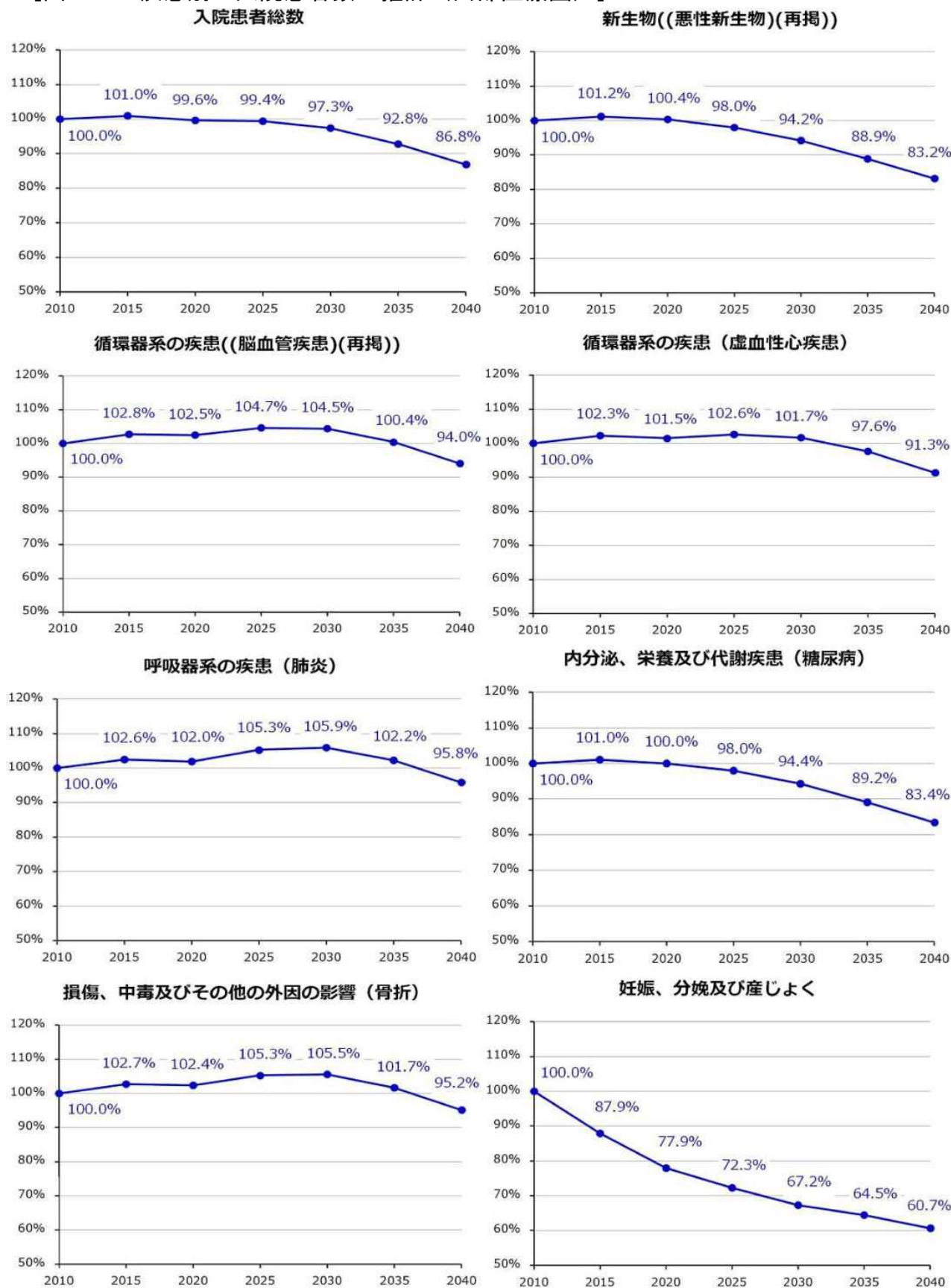


資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。なお、下線のついた数値は自圏域内で完結している医療需要。

(4) 疾患別の入院患者数の推計

- 主な疾患別の今後の入院患者数の推計は図4-33のようになります。
- 平成22(2010)年を100とした場合に、入院患者総数では2015年頃をピークに少しずつ減少していく見込みとなっており、平成37(2025)年には99.4%、平成52(2040)年には86.8%程度の水準まで減少する見込みです。
- また、高齢者に多く見られる脳血管疾患、虚血性心疾患、肺炎や骨折については減少の割合が緩やかになっていますが、いずれも平成37(2025)年から平成42(2030)年までは5%前後の微増、その後は減少して行く推計となっています。

[図4-33 疾患別の入院患者数の推計（西部医療圏）]



資料：産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA 4.1」。

注：同分析ツールは国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）及び厚生労働省「患者調査」のデータを基に推計しているものであり、推計結果は厚生労働省の「必要病床数推計ツール」とは必ずしも一致しない。

2 医療需要の推計

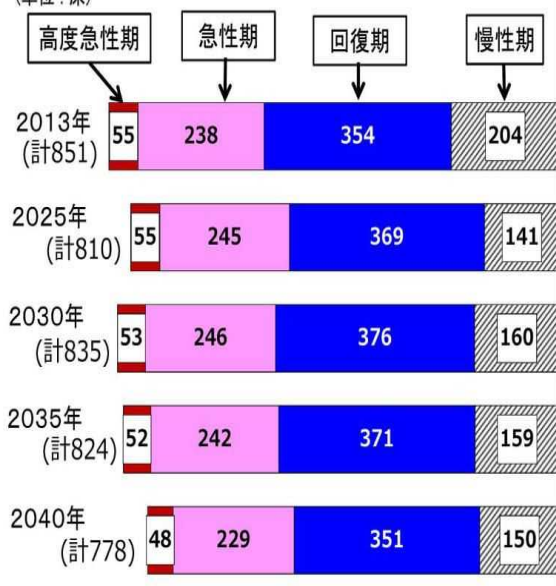
[図4-34 医療需要の推移（西部医療圏）]

（単位：人/日）



[図4-35 必要病床数の推移（西部医療圏）]

（単位：床）



【参考】必要病床数の算出方法

※必要病床数

= 医療需要 ÷ 病床稼働率

（例：2025年）

○高度急性期

41人/日 ÷ 75% = 55床

○急性期

191人/日 ÷ 78% = 245床

○回復期

332人/日 ÷ 90% = 369床

○慢性期

130人/日 ÷ 92% = 141床

4機能合計 810床

- 西部医療圏における将来の医療需要の推計については、図4-34のようになっています*1。
- 西部医療圏では、全体の人口が減少し、また、高齢者数も今後それ程増加しないことから、医療需要は今後大きく増加しない見込みです。ただし、75歳以上の人口は増加することから、入院医療・在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、約120人/日(6.5%)増加する見込みとなっています。

*1 医療需要及び必要病床数の推計方法については第4章第1節を参照。

- 西部医療圏では医療需要が平成37(2025)年以降も増加し、平成47(2035)年頃(約2,060人、対平成25(2013)年で10.9%増)をピークに、その後は減少に転じますが、平成52(2040)年でも約1,960人(対平成25(2013)年で5.4%増)と、平成25(2013)年現在よりも多くなる見込みです。
- 入院医療の需要については、急性期や回復期、いずれの医療機能もほぼ横這いで推移する見込みです。
- 慢性期についても、入院分と移行分を合わせてみると、485人/日から546人/日と約60人/日(12.3%)増加する見込みですが、そのうち移行分、特に療養病床の地域差解消分が在宅医療等として推計されるため、入院で対応する慢性期の医療需要は減少する推計となっています。
- また、在宅医療等のうち訪問診療についても、平成25(2013)年の418人が平成37(2025)年には458人となり、40人(約10%)増加する推計となっており、入院医療を上回る需要の伸びが見込まれています。

3 必要病床数の推計

- 地域医療構想で定める将来(平成37(2025)年)の病床の必要量(必要病床数)については、4つの医療機能別に推計された医療需要(1日当たりの推計入院患者数)を各医療機能別に設定された病床稼働率(高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%)で割り戻すことによって図4-8のように算定され、高度急性期55床、急性期245床、回復期369床、慢性期141床、合計で810床となります。
- なお、必要病床数のピークは平成42(2030)年頃で835床、その後は減少に転じて、平成52(2040)年の時点では778床程度と、平成25(2013)年現在の必要病床数に比べて73床(8.6%)少なくなると推計されています。

以上を踏まえ、西部医療圏における将来(平成37(2025)年)の医療需要及び必要病床数については、表4-12のとおりとします。

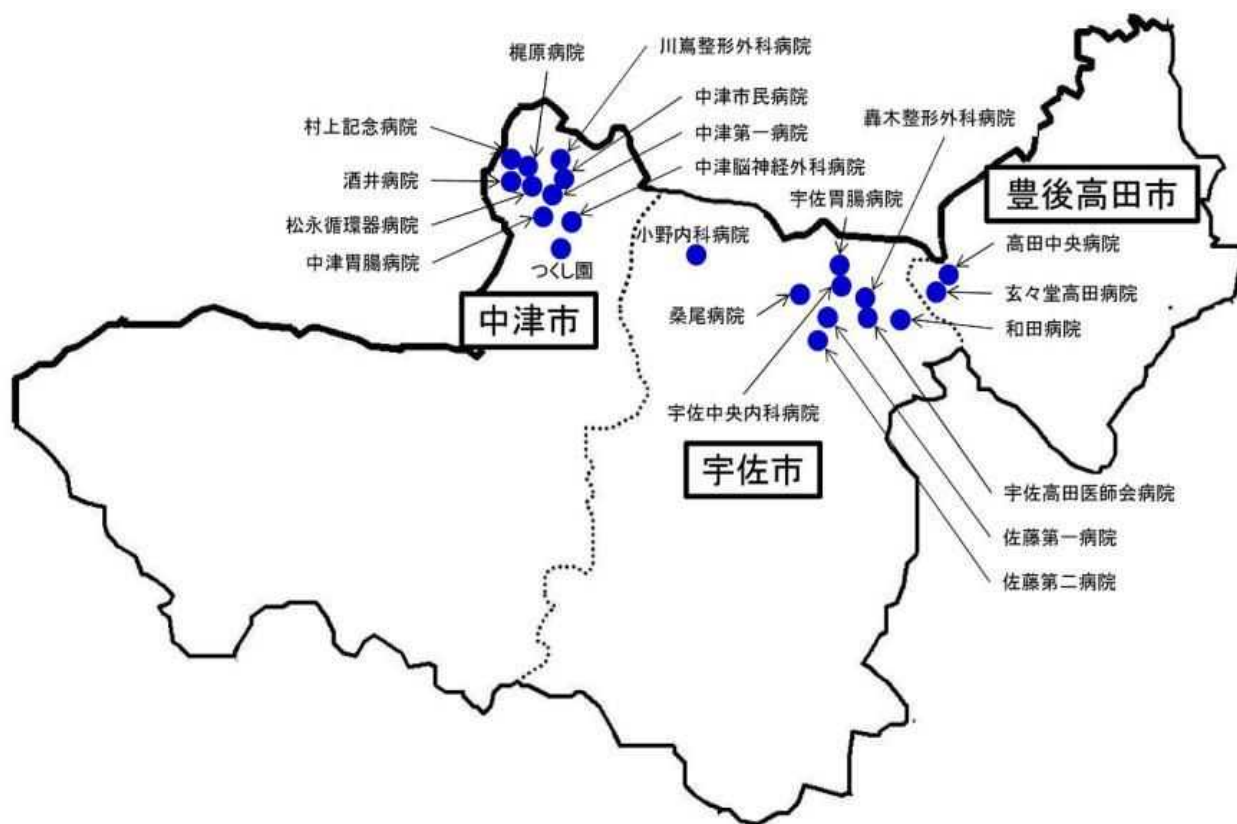
[表4-12 2025年の病床の必要量(西部医療圏)]

	2025年における医療需要		病 床 稼働率 C	病床の必要量 (必要病床数) B/C (床)
	西部医療圏に居住 する患者の医療需要 (患者住所地ベース) A (人/日)	西部医療圏に所在 する医療機関で対応 する医療需要 (医療機関所在地ベース) B (人/日)		
高度急性期	66	41	75%	55
急性期	267	191	78%	245
回復期	429	332	90%	369
慢性期	209	130	92%	※ 141
小計 a	971	694		810
居宅等における 医療の必要量 (在宅医療等)b	1,337	1,285		
合計(a+b)	2,308	1,979		

※ 2030年の病床の必要量: 125床

第8節 北部医療圏

[図4-36 一般病床又は療養病床を有する病院の設置状況(北部医療圏)]

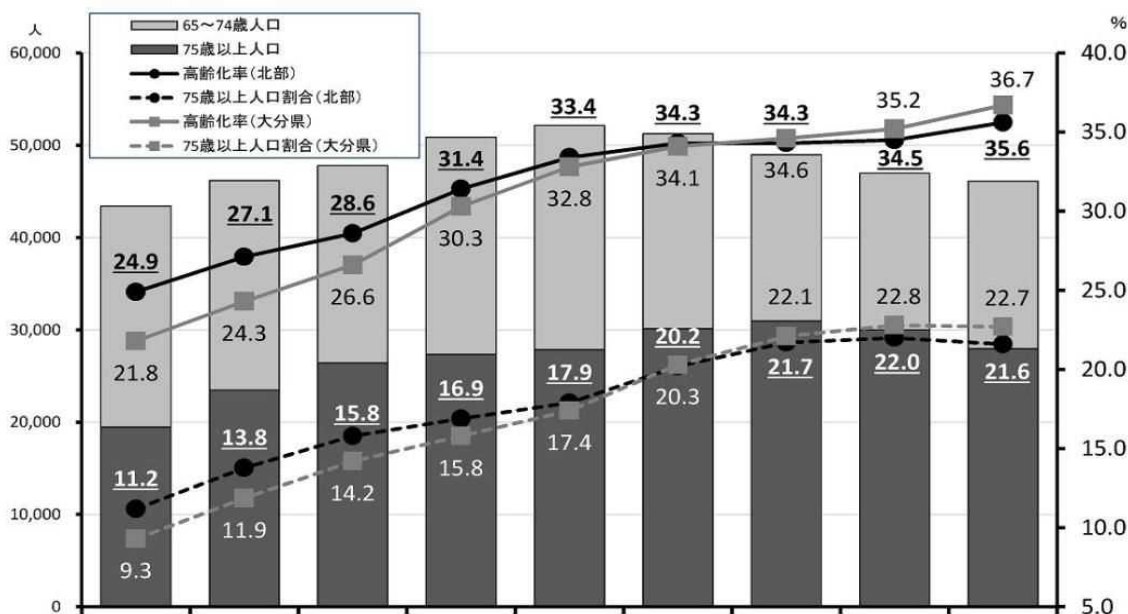


1 北部医療圏の概況

(1) 人口推計

平成27(2015)年現在の人口は約16万2千人ですが、今後も人口減少が進み、平成37(2025)年には約15万人(対2015年で7.7%減)、平成52(2040)年には13万人を割り込む(同20.1%減)となる見込みです。また、65歳以上の高齢者も平成32(2020)年頃をピークに減少に転じる見込みであり、平成37(2025)年には約5万1千人と、平成25(2013)年現在と同程度で、平成52(2040)年には約4万6百人(対2015年で9.3%減)まで減少する見込みです。一方、75歳以上の人口は平成42(2030)年頃の約3万1千人まで増加し、その後は減少する見込みとなっています。

[図4-37 高齢者人口及び高齢化率の推移（北部医療圏）]



	2000年	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	H12	H17	H22	H27	H32	H37	H42	H47	H52
総人口	174,172	170,291	167,226	162,016	156,009	149,523	142,887	136,182	129,410
65歳以上人口	43,444	46,179	47,805	50,856	52,152	51,232	48,989	46,958	46,110
うち65～74歳人口	23,968	22,709	21,360	23,503	24,298	21,085	18,027	16,936	18,127
うち75歳以上人口	19,476	23,470	26,445	27,353	27,854	30,147	30,962	30,022	27,983

資料：平成12(2000)年～平成22(2010)年は総務省「国勢調査」、平成27(2015)年～平成52(2040)年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）
 ※高齢化率等の算出には分母から年齢不詳を除いている。

(2) 病床数の推移

- 北部医療圏の病床（一般病床及び療養病床）は平成25年10月現在で、一般病床1,895床、療養病床598床、合計で2,493床となっており、人口10万対では、全国に比べると多くなっていますが、県全体に比べると合計及び一般病床ではやや少なく、療養病床は多くなっています。
- 病床数の推移を見ると、平成15(2003)年から平成25(2013)年にかけて、病院では10床(0.5%)の減とほぼ同数ですが、診療所では304床(35.6%)と大幅な減となっており、合計では10年間で314床(11.2%)の減となっています。

[表4-13 病床数の推移（北部医療圏）]

		2003	2005	2007	2009	2011	2013	増減数	増減割合	人口10万対(H25)		
		(H15)	(H17)	(H19)	(H21)	(H23)	(H25)	H15→25	(%)	北部医療圏	大分県	全国
病院	一般病床	1,408	1,408	1,401	1,401	1,401	1,435	27	1.9	870.8	1,004.9	704.9
	療養病床	546	546	543	543	543	509	△ 37	△ 6.8	308.9	245.4	257.8
	計	1,954	1,954	1,944	1,944	1,944	1,944	△ 10	△ 0.5	1,179.7	1,250.4	962.8
一般診療所	一般病床	723	622	651	584	470	460	△ 263	△ 36.4	279.2	315.7	85.5
	療養病床	130	135	118	106	89	89	△ 41	△ 31.5	54.0	33.5	9.8
	計	853	757	769	690	559	549	△ 304	△ 35.6	333.2	349.2	95.3
計	一般病床	2,131	2,030	2,052	1,985	1,871	1,895	△ 236	△ 11.1	1,150.0	1,320.6	790.5
	療養病床	676	681	661	649	632	598	△ 78	△ 11.5	362.9	278.9	267.6
	計	2,807	2,711	2,713	2,634	2,503	2,493	△ 314	△ 11.2	1,512.9	1,599.5	1,058.1

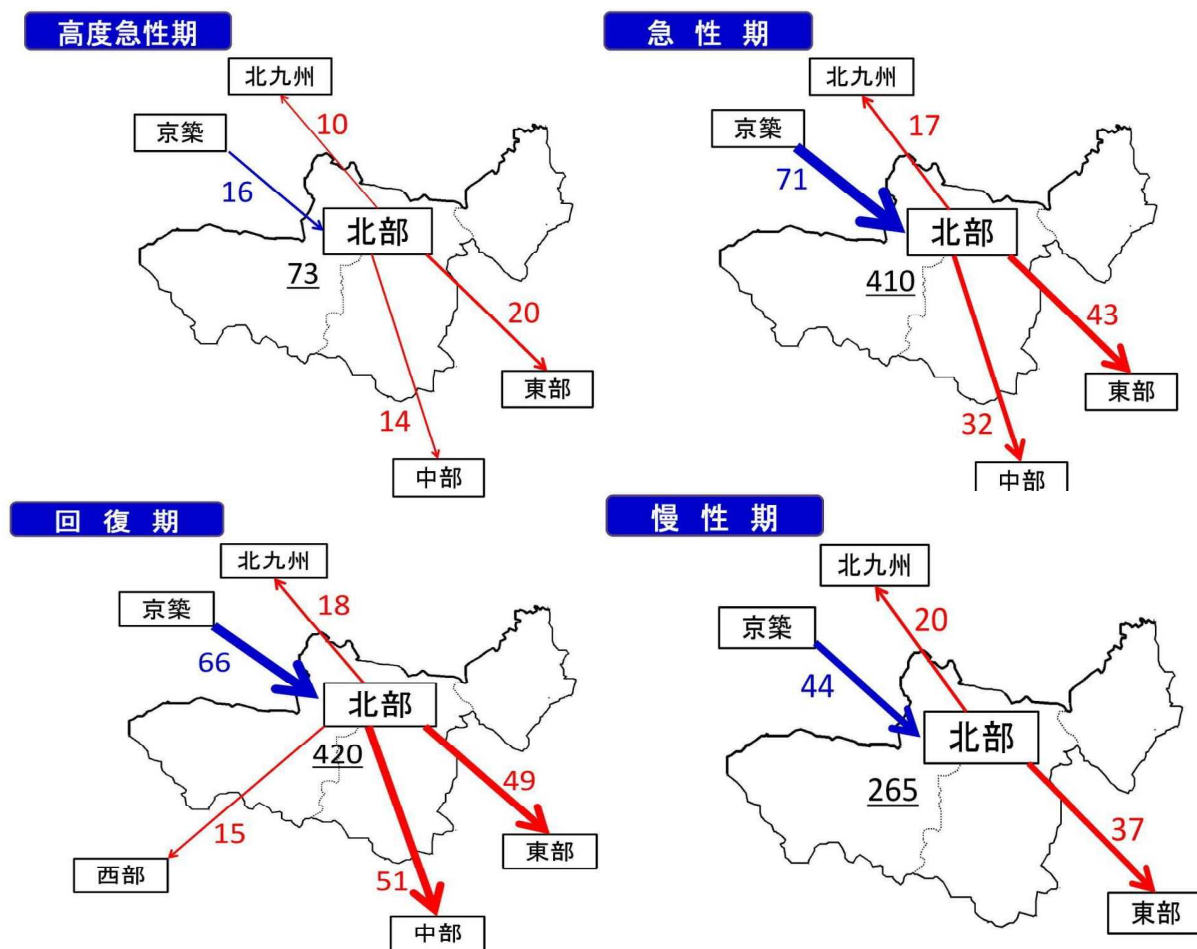
資料：厚生労働省「医療施設調査」

(3) 患者の流出入の状況

- 北部医療圏では、各医療機能において他の圏域への患者の流出が見られます。高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の各医療機能において中部及び東部医療圏への流出が多くなっていますが、4機能すべてにおいて福岡県の北九州医療圏への流出も見られます。
- 一方、隣接する福岡県の京築医療圏からはすべての医療機能において流入超過となっており、特に急性期と回復期の流入が多い状況です。

[図4-38 患者の流出入の状況（北部医療圏）]

(単位：人/日)

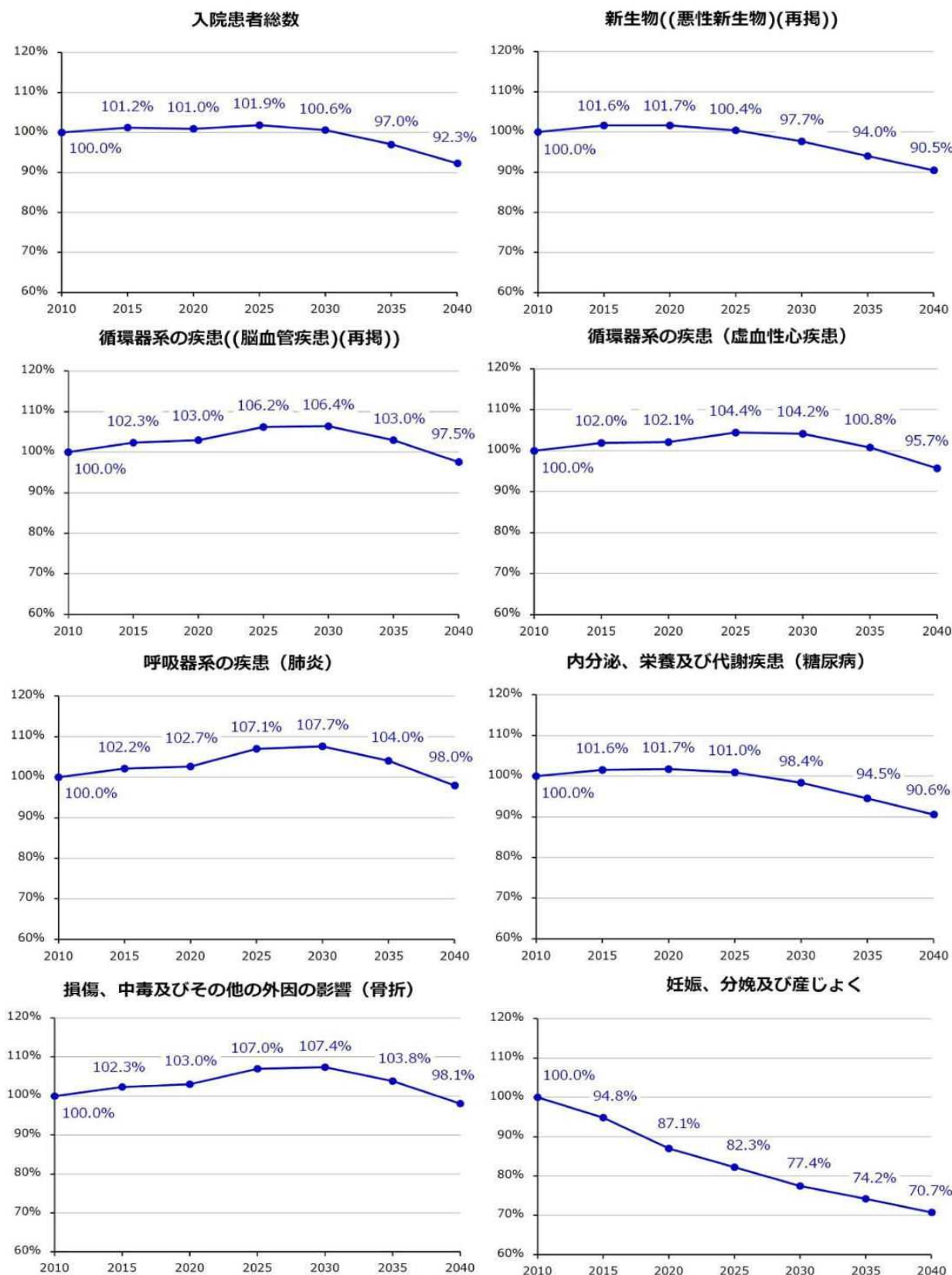


資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。なお、下線のついた数値は自圏域内で完結している医療需要。

(4) 疾患別の入院患者数の推計

- 主な疾患別の今後の入院患者数の推計は図4-39のようになります。
- 平成22(2010)年を100とした場合に、入院患者総数では、今後平成37(2025)年頃まで微増し(101.9%)、その後は少しずつ減少していく見込みとなっており、平成52(2040)年には92.3%程度の水準まで減少する見込みです。
- また、高齢者に多く見られる脳血管疾患、肺炎や骨折については平成42(2030)年頃までそれぞれ約7%の増加が見込まれますが、その後は減少し、平成52(2040)年には各疾患とも平成22(2010)年よりも患者数が少なくなる推計となっています。

[図4-39 疾患別の入院患者数の推計（北部医療圏）]



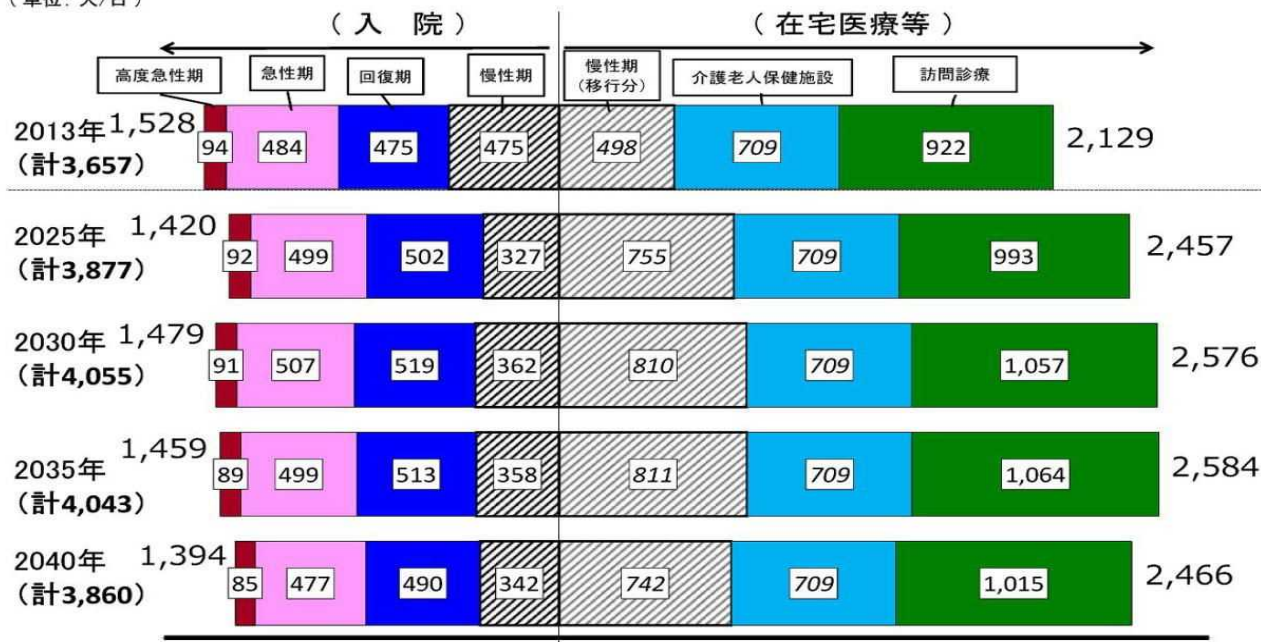
資料：産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA 4.1」。

注：同分析ツールは国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）及び厚生労働省「患者調査」のデータを基に推計しているものであり、推計結果は厚生労働省の「必要病床数推計ツール」とは必ずしも一致しない。

2 医療需要の推計

[図4-40 医療需要の推移（北部医療圏）]

（単位：人/日）



[図4-41 必要病床数の推移（北部医療圏）]

（単位：床）



【参考】必要病床数の算出方法

※必要病床数

= 医療需要 ÷ 病床稼働率

（例：2025年）

○高度急性期

92人/日 ÷ 75% = 123床

○急性期

499人/日 ÷ 78% = 640床

○回復期

502人/日 ÷ 90% = 558床

○慢性期

327人/日 ÷ 92% = 355床

4機能合計 1,676床

- 北部医療圏における将来の医療需要の推計については、図4-40のようになっています*1。
- 北部医療圏では、全体の人口が減少し、また、高齢者数も今後それ程増加しないことから、医療需要は今後大きく増加しない見込みです。ただし、75歳以上の人口は増加することから、入院医療・在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、220人/日(6.0%)増加する見込みとなっています。

*1 医療需要及び必要病床数の推計方法については第4章第1節を参照。

- 北部医療圏では医療需要が平成37(2025)年以降も増加し、平成42(2030)年頃(約4,060人、対平成25(2013)年で10.9%増)をピークにその後は減少に転じますが、平成52(2040)年でも約3,860人(対平成25(2013)年で5.6%増)と、平成25(2013)年現在よりも多くなる見込みです。
- 入院医療の需要については、急性期や回復期、いずれの医療機能もほぼ横這いで推移する見込みです。
- 慢性期については、入院分と移行分を合わせてみると、973人/日から1,082人/日と約110人/日(11.2%)増加する見込みですが、そのうち移行分、特に療養病床の地域差解消分が在宅医療等として推計されるため、入院医療で対応する慢性期の医療需要は減少する推計となっています。
- また、在宅医療等のうち訪問診療についても、平成25(2013)年の922人が平成37(2025)年には993人となり、約70人(約8%)増加する推計となっており、入院医療を上回る需要増が見込まれています。

3 必要病床数の推計

- 地域医療構想で定める将来(平成37(2025)年)の病床の必要量(必要病床数)については、4つの医療機能別に推計された医療需要(1日当たりの推計入院患者数)を各医療機能別に設定された病床稼働率(高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%)で割り戻すことによって図4-41のように算定され、高度急性期123床、急性期640床、回復期558床、慢性期355床、合計で1,676床となります。
- なお、必要病床数のピークは平成42(2030)年頃で1,741床程度、その後は減少に転じ、平成52(2040)年の時点では1,641床程度と、平成25(2013)年現在の必要病床数に比べて149床(8.3%)少なくなると推計されています。

以上を踏まえ、北部医療圏における将来(平成37(2025)年)の医療需要及び必要病床数については、表4-14のとおりとします。

[表4-14 2025年の病床の必要量(北部医療圏)]

	2025年における医療需要		病 床 稼働率 C	病床の必要量 (必要病床数) B/C (床)
	北部医療圏に居住 する患者の医療需要 (患者住所地ベース) A (人/日)	北部医療圏に所在 する医療機関で対応 する医療需要 (医療機関所在地ベース) B (人/日)		
高度急性期	126	92	75%	123
急性期	527	499	78%	640
回復期	573	502	90%	558
慢性期	348	327	92%	※ 355
小計 a	1,574	1,420		1,676
居宅等における 医療の必要量 (在宅医療等)b	2,545	2,457		
合計(a+b)	4,119	3,877		

※ 2030年の病床の必要量: 300床

第5章 地域医療構想の基本的考え方

1 基本理念

◎ 安心で質の高い医療提供体制の構築

2 基本的考え方

- 地域医療構想は、これからの約10年、さらにはその先まで見据えた医療提供体制の目指すべき方向性について、医療関係者、行政、県民が広く共有し、実現に向けて取り組むための指針となるものです（第1章第2節「2 地域医療構想の役割」）。
- これを踏まえた、地域医療構想の基本的な考え方は、以下のとおりです。

- 地域医療構想は将来の医療ニーズを客観的データにより見通したものであり、**進むべき一定の方向性を示した指針**です。
- 地域医療構想は、「**病床削減ありき**」の構想ではなく、高度急性期から回復期、慢性期、在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するため、**不足する医療機能をいかに充実させていくか**という視点が重要です。
- 社会保障を巡る厳しい環境下において、**限られた医療資源を効率的に活用し**、子どもや孫の世代まで安心で質の高い医療を提供できる地域にしていかなければなりません。
- そのため、今後とも、医療関係者、行政、県民がそれぞれの立場で、**将来の地域医療について考え、構想の実現に向け行動**することが求められます。

3 施策の基本方向

地域医療構想の実現に向けて取り組むべき施策の基本的な方向は以下のとおりです。

- 病床機能の分化・連携
- 在宅医療等の推進
- 医療従事者の確保・養成
- 健康寿命の延伸
- 地域包括ケアシステムの構築

第6章 地域医療構想の実現に向けた今後の施策の方向

第1節 病床機能の分化・連携

【現状と課題】

- 今後、高齢化の進展等により医療・介護ニーズが増加する一方、多くの地域で生産年齢人口の減少が見込まれており、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分に対応できない可能性が指摘されています。
- 医療・介護人材等の限られた医療資源で増大するニーズに対応するためには、急性期から回復期、慢性期の入院医療だけでなく、在宅医療や介護施設等までを含めた機能分化・連携による効率的な医療提供体制を構築することが必要です。

【施策の方向】

- 病床機能の分化・連携を進めるにあたっては、各医療機関の自主的な取組を基本とし、地域医療構想調整会議での協議等により、医療・介護の幅広い関係者間で医療圏域内、また、医療圏域内の個別の地域のニーズも踏まえたきめ細かな議論を行い、医療や介護を必要とする人に必要なサービスが行き渡るよう、地域に最適な医療提供体制を構築することが必要です。
- 県としては、医療機能別に以下の点に留意しつつ、各医療圏での取組や議論が進むよう、必要な情報提供を行うとともに、地域医療介護総合確保基金等を活用した財政的な支援を行います。

<高度急性期・急性期>

- ・高齢者人口の増加により、今後、脳血管疾患や虚血性心疾患、大腿骨頸部骨折や肺炎等の患者の増加が見込まれており、急性期の医療については、想定される疾病構造の変化を踏まえた機能分化や連携を進め、より効率的な医療提供体制を構築することが必要になります。
- ・高度急性期医療のうち、一つの医療圏で完結できない疾患については医療圏を越えた連携がとれていますが、脳血管疾患や虚血性心疾患等、特に緊急性の高い疾患については、対応可能な医療機関へのアクセス等も考慮したうえで、効果的な連携が求められます。
- ・また、急性期医療のうち、高齢者の肺炎や大腿骨頸部骨折など、回復期の病床や在宅復帰につなげることが多い疾患については、円滑な転院・退院支援につながるような機能分化、連携体制を構築することが必要です。

<回復期>

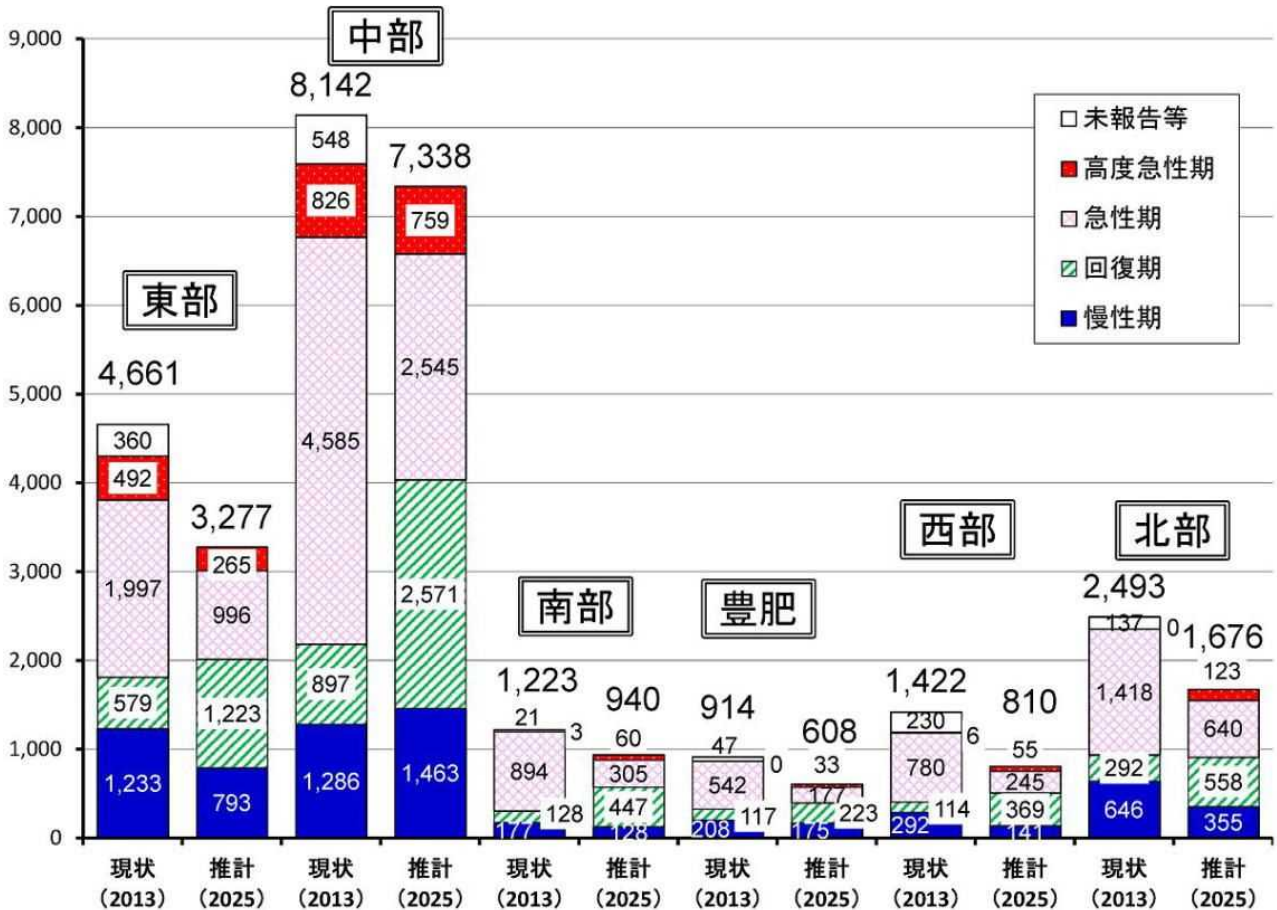
- ・平成26年度の病床機能報告をみると、すべての医療圏において、特に回復期の病床が不足しているという結果になっていることから、今後、地域医療介護総合確保基金等を活用して、急性期からの転換を含めた回復期病床の整備に対する重点的な支援を行います。

<慢性期>

- ・慢性期の病床については、現在、国において、療養病床のあり方等について制度改革に向けた議論が進められているところであり、今後の制度改革の動向をにらみながら、在宅医療・介護サービスの提供体制との一体的な整備が必要となります。

- 地域医療構想では、各医療機関の自主的な取組や、地域医療構想調整会議での協議を通じて、現在の医療機能別の病床と、地域医療構想で将来の必要量として推計された機能別の病床数が次第に収れんされていき、不足する医療機能の解消が図られることを目指しています。

[図6-1 現状の病床数と将来（2025年）の必要病床数]



資料：平成26年度病床機能報告結果及び厚生労働省「必要病床数推計ツール」により大分県医療政策課作成。

注：病床機能報告について、平成26年度は初年度であり、また、各医療機関が定性的な基準に従って主観的に病棟の医療機能を選択しているため、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量等の情報を踏まえていないことから、個別の医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分注意することが必要。

- 広域的な地域医療情報のネットワーク構築などICTを活用した医療情報の効果的な活用については、病床機能の分化・連携や医療・介護連携に資することから、その基盤整備を推進します。

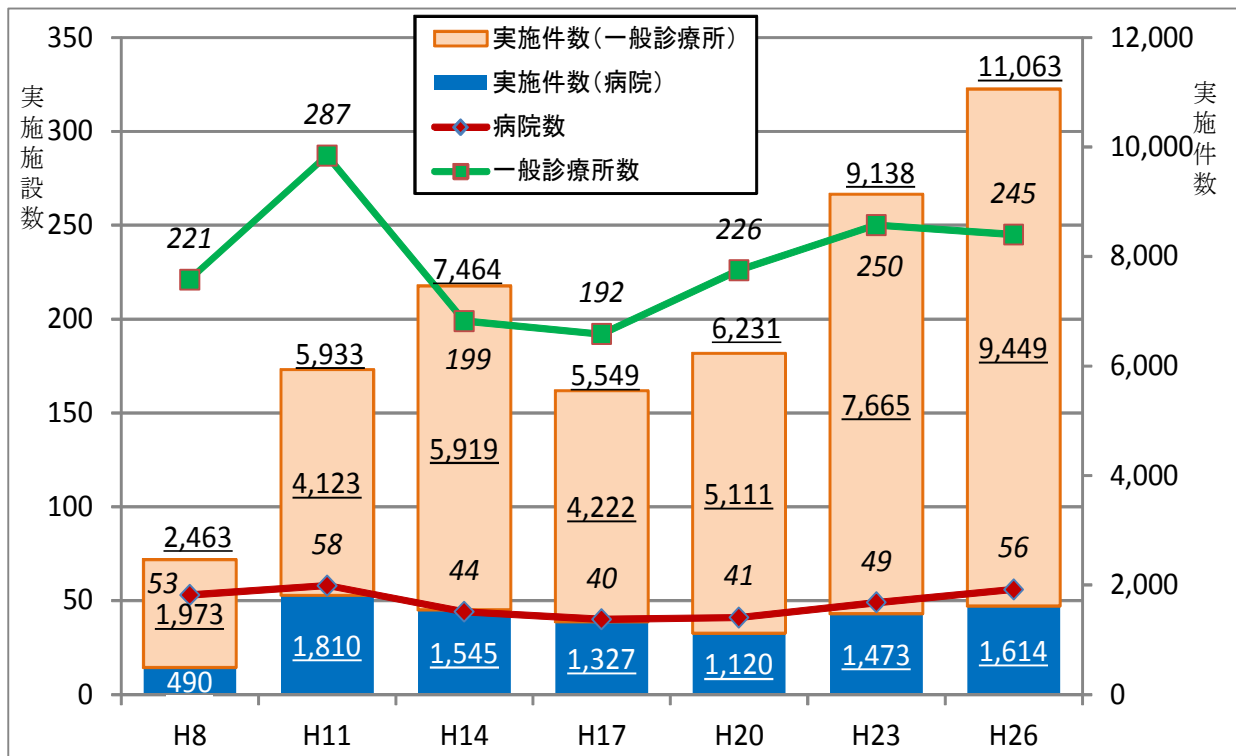
第2節 在宅医療等の推進

1 在宅医療の充実と医療・介護連携の推進

【現状と課題】

- 県内では、平成26年10月時点で、在宅患者への訪問診療を行っている病院は56施設、一般診療所は245施設あります。
- また、1か月間の訪問件数は病院と一般診療所を合わせて11,063件となっており、平成17年と比較すると約2倍と近年増加傾向にあります。

【図6-2 在宅患者訪問診療実施施設数、実施件数の推移】



資料：厚生労働省「医療施設調査」。各年10月1日時点で調査。実施件数は9月中の件数。

- 地域医療構想の推計では、「在宅医療等」の医療需要のうち訪問診療を受けている在宅療養患者は平成25（2013）年現在、県内で約7,900人と推計されますが、現在の受療動向が将来にわたって継続すると想定した場合、平成37（2025）年には約9,800人まで増加すると推計されます。
- さらに、現在入院医療で対応している慢性期患者の中には、将来、在宅医療等で対応可能なものとして推計されている患者もおり、在宅医療のニーズは今後ますます増加することが見込まれます。
- また、小規模集落の増加など、過疎化の進行により、地理的条件、医療資源の状況等によっては訪問診療等の在宅医療が困難な地域もあり、地域の実情に応じて、在宅医療、さらには介護サービスを含めた提供体制を構築していくことが求められています。
- 県では、在宅医療の充実に欠かせない医療と介護の連携について、これまで、在

宅医療連携拠点体制整備事業^{*1}により、各地域での郡市医師会等を中心とした取組を支援してきました。

- この事業では、①医療・介護連携のための関係者による顔の見える関係づくりを推進するための会議の開催や、②訪問看護師やケアマネジャー等、在宅医療を支える人材を育成するための研修会や先進地視察、③地域住民への普及・啓発を図るための市民向け公開講座等の開催、④地域の医療・介護資源の把握や情報提供などに取組み、成果が出ているところです。
- 平成27年度からは在宅医療・介護連携推進事業が介護保険制度の地域支援事業に位置づけられ、平成30年度までには全市町村で実施することになるなど、今後は地域包括ケアシステム構築の推進に向けて、市町村が主体となって在宅医療と介護の連携体制をさらに充実させる必要があります。

[表6-1 在宅医療連携拠点体制整備事業の主な取組]

二次医療圏	実施主体			主な取組(H25～26)
	H25	H26	H27	
東部	別府市医師会			Drネットワーク検討会の開催、災害時の連携マニュアル活用・訓練、市民フォーラム開催、シンポジストとして他県行事へ参加、「ゆけむり医療ネット」の活用 など
	日出町			推進会議、研修会、在宅医療連携ガイドの作成 など
	杵築市			地域連携会議、在宅医療連携ガイドの作成、医療連携フォーラム、出前講座 など
	国東市			多職種による事例検討会、連携マニュアル作成、市民公開講座開催 など
中部	大分市			多職種連携会議、作業部会医療資源マップ・ハンドブック作成、市民講演会 など
	大分市連合医師会			
	臼杵市医師会			プロジェクトZ会議、IT班など事業別ワーキング、「うすき石仏ねっと」による情報共有システム構築・拡充、市民公開講座、ケーブルテレビ番組制作 など
	津久見市医師会			推進会議、勉強会、つくみし共通連絡ノートの普及(入退院時情報共有ツール)
	湯布院病院		由布市	プロジェクト会議、認知症コーディネーター養成研修、市民意識調査 など
南部	南部保健所	佐伯市		在宅医療対策小委員会、多職種向け講演会・研修会、市民向け啓発講座 など
豊肥	竹田市医師会			推進協議会、研修会、在宅医療介護コーディネーターの雇用・育成 など
	豊肥保健所			在宅医療連携ガイド作成、訪問看護とケアマネの連携による訪問等支援 など
西部	日田市(日田市医師会に委託)			ブルーカードシステム(入院時情報提供票)の活用、在宅医療・介護ニーズ調査、リーフレット全戸配布、市民公開講座、多職種合同研修会 など
	玖珠郡医師会			入院時情報提供書の作成、地域資源情報収集・ファイル化、住民向け講演会 など
北部	北部保健所			推進会議、研修会、市民意識調査、リーフレット作成、市民講演会 など
	宇佐市			
—	県立看護科学大学			地域診断ツール開発に係る企画会議 など

資料：大分県医療政策課作成。

【施策の方向】

- 県では、在宅医療と介護の連携体制の整備を進めるため、先行事例や好事例の整理、共有、データ分析・提供、広域的な調整などを行うとともに、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施に向け、支援します。

*1 在宅医療連携拠点体制整備事業…地域医療再生基金を活用し、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すことを目的に平成27年度まで実施。

[表6-2 在宅医療・介護連携推進事業により市町村が実施する事業]

事業項目	取組の例
ア 地域の医療・介護の資源の把握	・地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化、必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査 ・結果を関係者間で共有
イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討
ウ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
エ 医療・介護関係者の情報共有の支援	・情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ・在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用
オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援	・医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援
カ 医療・介護関係者の研修	・地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ・介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等
キ 地域住民への普及啓発	・地域住民を対象としたシンポジウム等の開催 ・パンフレット、チラシ、市町村報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ・在宅での看取りについての講演会の開催 等
ク 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	・同一の二次医療圏内にある市町村や隣接する市町村が連携して、広域連携が必要な事項について検討

- 今後、在宅医療のニーズが増加する中、各地域で在宅療養患者をどのように支えていくのかが喫緊の課題であるため、県としては地域医療構想調整会議等の場を活用した情報提供等を行い、地域での議論を促します。また、保健所の持つ広域調整機能を活用し、地域における多職種間の連携促進とともに在宅療養支援のマネジメント機能の強化に向けた支援を行います。
- 医療機関から在宅等への円滑な移行により、急性期や回復期などの病床の効率的な活用と高齢者の介護予防を効果的に進めるため、入退院時における医療機関とケアマネジャーの情報共有ルールの実用、定着に努めます。
- 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・育成を図るため、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啓発、研修等を推進します。
- また、在宅療養患者が住み慣れた地域で最期まで過ごせるような体制の実現には、患者や家族、地域での考え方も重要であり、今後は、看取りを含めた在宅医療が患者にとって当たり前の選択肢のひとつとなるよう、人生の最終段階における医療のあり方について各地域での議論を促すなど、県民への普及啓発を推進します。

2 介護サービスの充実

【現状と課題】

- 地域医療構想では、現在は入院医療で対応している患者のうち比較的医療ニーズの低い慢性期の患者については、将来は在宅医療等で対応可能なものとして推計されています。これら、療養病床等の入院医療、介護老人保健施設を中心とした介護施設、訪問診療等による在宅医療、それぞれをどのように整備、連携して診ていくのかを検討することが必要となっています。

【施策の方向】

- 平成30年度から始まる次期介護保険事業(支援)計画の策定にあたっては、地域医療構想によって入院医療から在宅(地域)へ移行すると想定される患者をどのような体制で支えていくのかについて、次期医療計画と整合性を図りつつ、各地域の実情に応じ、効果的な介護サービスの提供体制や介護施設の整備計画を検討します。

第3節 医療従事者等の確保・養成

1 医師

【現状と課題】

- 県内の医師数(医療施設従事者数)は平成26年12月末現在で、3,054人と増加傾向にあり、人口10万人当たりでも260.8人と全国平均の233.6人を上回っています。

【表6-3 医師数の推移】

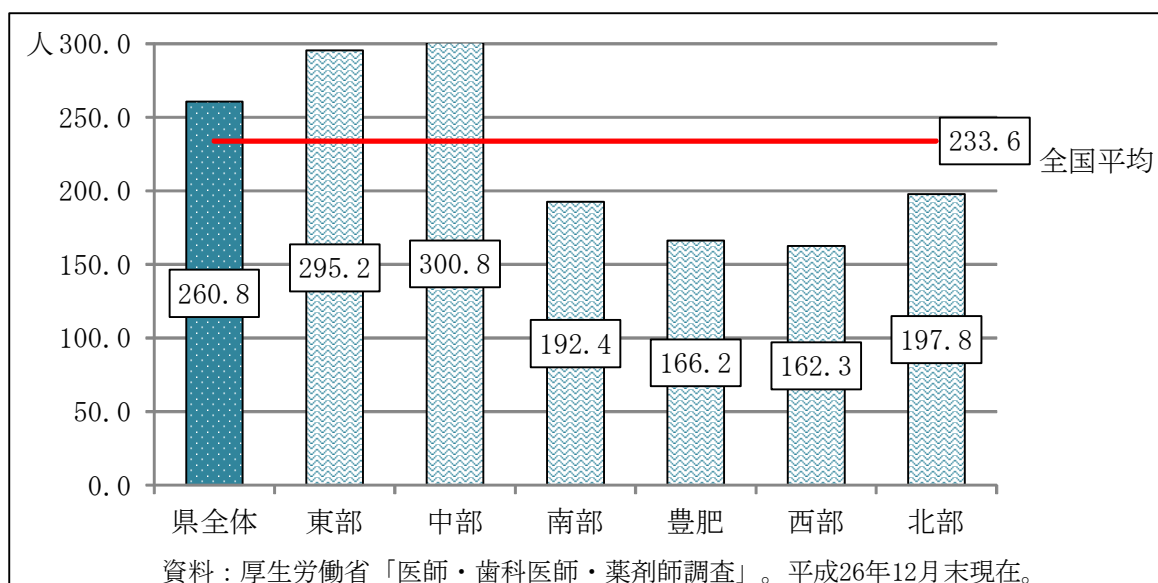
(単位：人、各年12月末現在)

	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年
医師数	2,757	2,769	2,839	2,931	3,040	3,054
人口10万対	226.9	229.6	236.6	245.0	256.5	260.8
全国10万対	201.0	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による医療施設従事者数。

- しかし、二次医療圏ごとにみると、中部及び東部医療圏を除き全国平均を下回っており、地域的な偏在がみられます。また、中部及び東部医療圏においても大分市、別府市、由布市以外の市町村では全国平均を下回っている状況です。

【図6-4 二次医療圏別医師数(人口10万人当たり)】



- 平成16年度の新医師臨床研修制度^{*1}の導入を契機とした大学の医師供給力の低下などにより、地域中核病院の医師不足が深刻化しており、地域での医師確保は県政の重要課題となっています。
- 特に、若い世代が地域で安心して子どもを産み育てるためには、小児科医・産婦人科医の確保が大きな課題となっています。

【施策の方向】

- 自治医科大学及び大分大学医学部地域枠制度^{*2}により、将来の地域医療を担う医師を養成します。
- 大分大学医学部に地域医療支援センター^{*3}を設置し、地域医療を担う医師のキャリア形成支援や医師及び医学生への情報発信・相談支援等を行い、医師の育成・県内定着を進めていきます。
- 自治医科大学卒業医師及び地域枠卒業医師については、県と地域医療支援センターが一体となって、キャリア形成を支援しながら、医師の不足している地域中核病院やへき地診療所に派遣していきます。
 - ＜地域医療支援センターにおける具体的な取組＞
 - ・地域中核病院等の医療提供体制の把握・分析
 - ・医学生に対する地域医療セミナーの開催
 - ・臨床研修医合同研修会の開催
 - ・医師のキャリア形成支援 など
- 医学生を対象とした臨床研修病院合同説明会の開催や、無料職業紹介所「ドクターバンクおおいた」の運営などにより、臨床研修医や県外在住医師の確保に努めます。
- 小児科・産婦人科については、県内で後期研修を実施する医師に対する研修資金の貸与や、診療技術修得のための研修支援制度に加え、病床過剰地域であっても小児科医・産婦人科医の少ない地域では、有床診療所の開設等を可能とする本県独自の審査基準の適用などにより、医師確保対策を推進します。
- また、女性医師の出産・育児等のワーク・ライフ・バランスの確保を図るため、短時間正規雇用制度を導入する医療機関に対して助成を行うほか、医療従事者の離職防止・定着促進を図るため、医療勤務環境改善支援センター^{*4}を設置し、勤務環境の改善に取り組む医療機関に対して必要な支援を行います。

*1 新医師臨床研修制度…大学医学部を卒業して医師国家試験に合格した医師が、将来専門とする分野にかかわらず基本的な診療能力を身につけることができるよう、平成16年度から大学病院や臨床研修病院で2年間の臨床研修が必修化されたもの。研修先を自由に選べるようになったことから、地域における医師不足問題を顕在化させたとの指摘がある。

*2 大分大学医学部地域枠制度…大分大学医学部に県内出身者を対象とする1学年13名の「地域枠」を設置し、本県が在学中に修学資金を貸与する制度。大学卒業後、貸与を受けた期間の1.5倍の期間を医師として県の指定する医療機関で勤務した場合、貸与金の返還が全額免除となる。平成28(2016)年1月現在の地域枠の人数は、医学生77名、卒業医師12名（大分大学医学部附属病院で研修中）となっている。

*3 地域医療支援センター…医療法第30条の25に基づき、都道府県が責任を持って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もの。本県では平成23(2011)年4月から大分大学医学部に委託して運営している。

*4 医療勤務環境改善支援センター…医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、医療法第30条の21に基づき、医療機関のニーズに応じた専門的・総合的な支援を行う施設として都道府県に設置されるもの。本県では平成27(2015)年11月から大分県医師会に委託して運営している。

2 看護職員

【現状と課題】

- 本県の看護職員数（保健師・助産師・看護師・准看護師）は、20,584人（平成26年末現在）と増加傾向にあり、人口10万人当たりでみてもいずれの職種も全国平均を上回っています。
- しかし、5年ごとに策定している「大分県看護職員需給見通し^{*1}」からみると、846人（常勤換算）が不足しており、二次医療圏ごとにみると、地域偏在も見られるため、今後も離職防止対策や未就業者の再就業促進対策を推進する必要があります。

[表6-4 看護職員従事者数の推移]

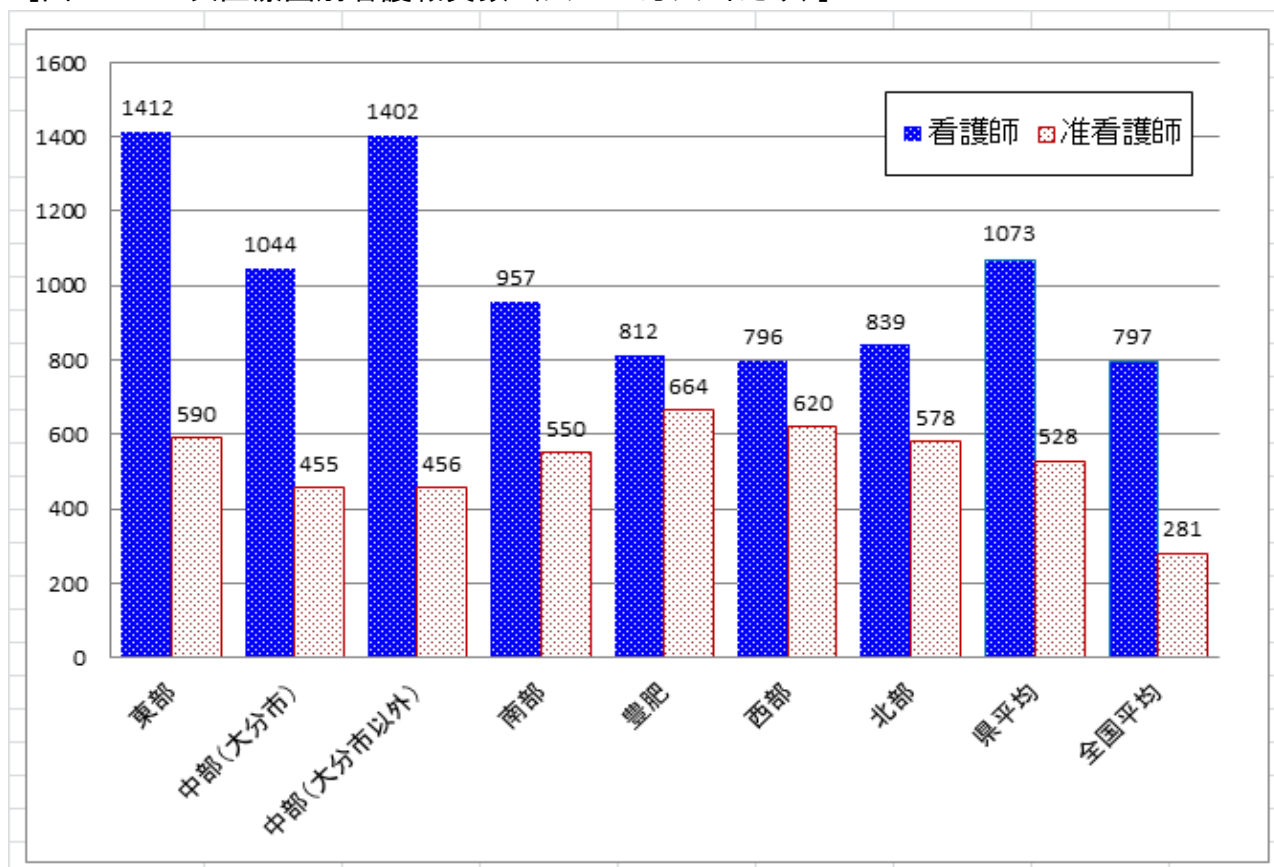
(単位:人)

		H18年	20年	22年	24年	26年	
保健師	就業者数	539	562	567	642	672	
	人口10万人当たり	大分県	44.7	46.8	44.7	54.2	57.4
		全国	31.5	34.0	35.2	37.1	38.1
助産師	就業者数	247	252	253	313	338	
	人口10万人当たり	大分県	20.5	21.0	21.1	26.4	28.9
		全国	20.2	21.8	23.2	25.0	26.7
看護師	就業者数	10,014	10,665	11,743	12,720	13,482	
	人口10万人当たり	大分県	830.3	888.8	981.4	1,073.4	1,151.3
		全国	635.5	687.0	744.0	796.6	855.2
准看護師	就業者数	6,415	6,074	6,182	6,252	6,092	
	人口10万人当たり	大分県	531.9	506.2	516.7	527.6	520.2
		全国	299.1	293.7	287.5	280.6	267.7
従事者数(実人員)計		17,215	17,553	18,745	19,927	20,584	
増加数		589	338	1,192	1,182	657	
増加率		3.54%	1.96%	6.80%	6.30%	3.30%	
需給見通し	需要数(A)	17,450	18,263	19,013	19,307	19,716	
	供給数	16,827	17,690	18,842	19,027	19,484	
	需給見通し期間	H18年～22年			H23年～27年		
従事者数(常勤換算)計(B)				17,693	18,641	18,870	
不足数 (A)-(B)				1,320	666	846	

資料:厚生労働省「保健師助産師看護師の従事者届」。各年12月末現在。需給見通しは常勤換算。

*1 看護職員需給見通し…各都道府県が実施する実態調査等を基礎データとして、厚生労働省が概ね5年ごとに策定するもの。平成23年から平成27年までを期間とする第七次看護職員需給見通しが最新。なお、第八次看護職員需給見通しについては、平成28年、29年は策定せず、次期医療計画に合わせ平成30年からの期間で策定予定の見込み。

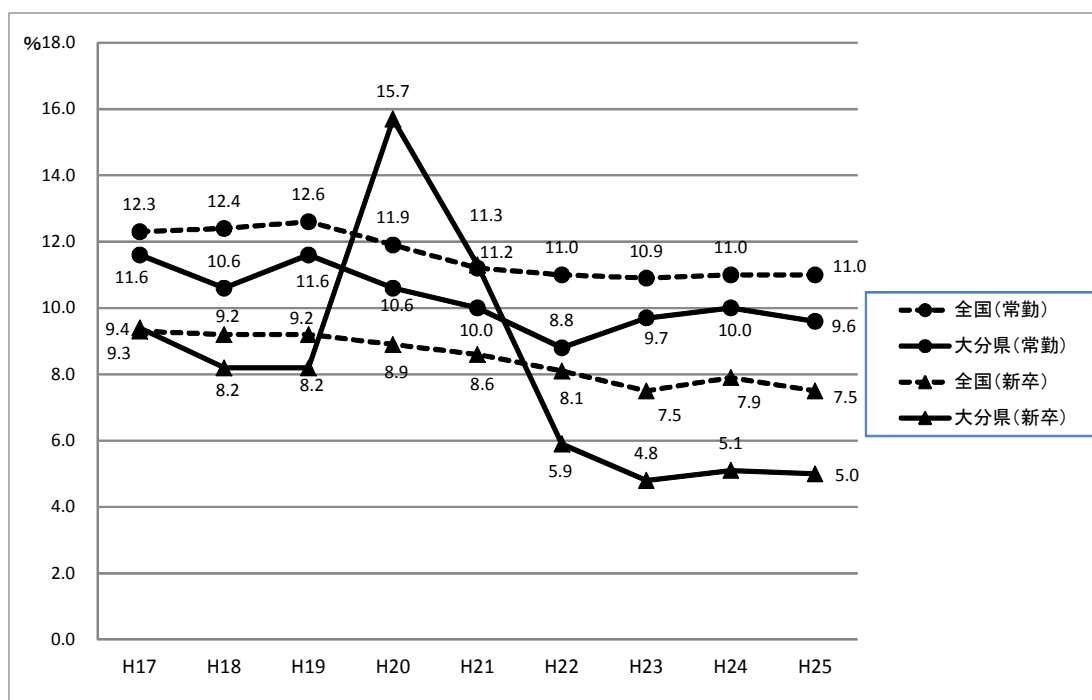
[図6-4 二次医療圏別看護職員数（人口10万人当たり）]



資料：厚生労働省「保健師助産師看護師の従事者届」。平成24年12月末現在。

○ 常勤看護職員の離職率（平成25年度）は9.5%、うち新卒看護職員は5.0%と減少傾向にあり、全国（常勤11.0%、新卒7.9%）と比較して低い状況にあります。

[図6-5 看護職員の離職率の推移]



資料：日本看護協会「病院における看護職員需給状況調査」

- 県内の看護師等の養成は、看護系大学2施設（定員590人）、助産師養成所1施設（定員20人）、看護師学校・養成所12施設（定員2,340人）、准看護師学校・養成所7施設（定員650人）で行っており、平成27年3月末現在の総定員数は、3,600人となっています。また、大分県立看護科学大学や大分大学医学部看護学科における大学院教育も充実してきています。
- 平成27年3月の看護師等養成施設の卒業生953人のうち、就業者は766人（80.4%）で、進学者159人（16.7%）、その他28人（2.9%）となっており、就業者のうち491人（64.1%）が県内で就業しています。
- 今後も質の高い看護職員を育成するため、看護基礎教育の充実（養成施設の育成力向上）を図るとともに、卒業生の県内就業を推進していく必要があります。さらに、保健医療の高度化、専門化に対応できる質の高い看護職員を養成するため、県内看護系大学における大学院教育等の充実を図ることが重要です。
- さらに、地域包括ケアシステムの構築を柱として、在宅医療、チーム医療のキーパーソンとなることが求められており、それらに対応できるための研修体制を充実させる必要があります。

【施策の方向】

○人材確保と資質の向上

- ・看護学生に充実した教育環境を提供するため、看護師等養成所に対する運営費を助成します。
- ・看護師等養成所の卒業生の県内就職を促進するため、引き続き修学資金の貸与事業を実施するとともに、中高生や看護学生の職場体験、職場環境改善による魅力ある病院づくりの推進します。
- ・看護教育が充実するよう実習指導者の養成を引き続き推進するとともに、看護師等養成所教員の質の向上を図るため専任教員養成講習会等を開催します。
- ・高度化、専門化する医療及び在宅医療に対応できるよう、地域の専門・認定看護師、NP^{*1}養成コース修了者を活用した実地指導研修等により、地域全体の看護の質向上に向けた取組を強化します。
- ・特定行為に係る看護師の研修^{*2}制度開始に向け、養成機関である県立看護科学大学と連携し、適切な教育体制の整備と県内輩出を推進します。
- ・看護職員の地域偏在に対応するため、保健所（保健部）を単位とする地域の看護管理者等で組織される看護のネットワーク推進事業による確保・定着対策の充実を図ります。

○離職防止の体制整備と魅力ある職場づくりの支援

- ・訪問看護ステーションや介護施設等の看護職員に対する教育体制の整備を図ります。
- ・看護管理者研修や訪問看護関連研修、保健師研修等体系的な研修により、卒後教育や現任教育の充実を図ります。
- ・看護師等の働きやすい勤務環境の整備を促進するため、病院内保育に対する助成や各種支援制度の周知を図ります。

*1 NP…Nurse Practitioner（ナースプラクティショナー）。診療看護師のこと。医師との連携のもとに、病院や診療所などで、患者に対する診察や検査を医師から独立して実施し、薬剤の処方を含めた治療を行う看護師。

*2 特定行為研修…医師等の個別の判断を待たずにあらかじめ示された手順書により、一定の診療の補助（より高度な専門知識及び技能等を持って行う必要のある行為のうち、厚生労働省が定める特定の行為）を行う看護師を養成・確保するための研修。

○再就業促進

- ・平成27年10月から運用開始された離職者の届出制度*1 について、広報等の啓発を推進します。
- ・大分県ナースセンター*2 の機能強化を図り効率的、効果的な再就業支援に取り組むとともに、ハローワークとの連携強化等により再就業の促進を図ります。
- ・看護力再開発研修の充実や、プラチナナース（定年退職者（退職予備軍を含む））の再就業支援等により、在宅医療分野の人材確保を促進します。

*1 離職者の届出制度…「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正により、平成27年10月1日から施行された看護師等の離職時の届出制度。これにより保健師・助産師・看護師・准看護師の免許保持者は、現在の職場を離職した場合などに、都道府県ナースセンターへ氏名や連絡先などを届け出ることが努力義務となった。

*2 ナースセンター…看護師等の人材確保の促進に関する法律第14条の1に基づき、都道府県の看護職員確保対策の拠点として無料職業紹介などの事業を行う機関として都道府県知事が指定するもの。

3 その他の医療従事者

【現状と課題】

- 効率的で質の高い医療提供体制を構築するためには、歯科医師、薬剤師を始め、さまざまな職種の人材に、専門的な見地からその能力を発揮していただくことが重要です。
- 本県の医師、看護職員を除く主な職種の従事者について平成14年度から24年度までの増減をみると、理学療法士が2.8倍、作業療法士は3.6倍、言語聴覚士が4.5倍などリハビリテーション職種が大きく増加しているほか、社会福祉士が6.2倍、精神保健福祉士が2.1倍と、医療ソーシャルワークに関連する職種の増加が著しくなっています。

[表6-5 その他の医療従事者（1）]

(単位：人、%)

	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H14→
	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	H24
歯科医師	696	715	759	741	756	776	762	9.5
薬剤師	1,382	1,460	1,519	1,640	1,718	1,797	1,855	34.2
歯科衛生士	1,110	1,124	1,232	1,289	1,343	1,402	1,411	27.1
歯科技工士	599	591	610	589	587	619	638	6.5

資料：歯科医師、薬剤師は厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（各年12月末現在。薬剤師は薬局・医療施設の従事者数。）。歯科衛生士、歯科技工士は厚生労働省「衛生行政報告例」による就業者数（各年12月末現在）。

[表6-6 その他の医療従事者（2）]（※病院に従事している者のみ）

(単位：人、%)

	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H14→
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	H24
管理栄養士	208.5	214.7	209.0	222.0	240.0	259.4	272.0	272.3	274.1	283.5	305.0	46.3
栄養士	156.5	151.5	151.5	140.8	136.5	115.5	108.0	105.5	103.0	108.6	93.0	△ 40.6
臨床検査技師	554.0	557.0	557.9	568.8	550.3	561.7	579.4	612.6	611.1	628.1	651.0	17.5
診療放射線技師	367.9	380.3	389.5	401.5	402.9	414.2	427.8	436.0	445.7	465.7	470.0	27.8
理学療法士	312.4	342.9	380.2	419.3	468.7	528.9	579.7	645.5	718.8	779.6	881.0	182.0
作業療法士	169.0	188.4	234.5	254.6	304.3	357.1	405.0	459.4	523.2	544.9	610.0	260.9
言語聴覚士	46.2	51.2	64.2	77.0	99.1	115.6	138.8	160.0	183.9	199.5	209.0	352.4
視能訓練士	9.8	9.8	10.8	10.6	10.6	10.6	14.4	14.2	16.8	15.1	14.0	42.9
臨床工学技士	135.1	142.8	155.9	174.1	182.7	197.2	216.6	224.0	240.7	261.3	280.0	107.3
精神保健福祉士	51.8	63.8	75.0	83.8	87.0	91.4	99.2	105.8	109.0	109.0	110.0	112.4
社会福祉士	26.0	40.0	54.0	75.6	72.6	99.6	103.5	115.5	133.7	142.4	160.0	515.4

管理栄養士、栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、精神保健福祉士、社会福祉士は厚生労働省「病院報告」による県内の病院で従事している従事者数（常勤換算。各年10月1日現在）。

【施策の方向】

- これらの医療関係従事者について、各職種の養成機関や職種別の団体等の協力を得ながら必要な人材の確保や研修の充実に努めます。

4 介護従事者

【現状と課題】

- 今後、高齢者が一層増加し、医療ニーズだけでなく介護ニーズの増加も見込まれる中、高齢者を支える生産年齢人口はますます減少する見込みであり、介護従事者の確保が大きな課題となっています。
- 質の高い介護サービスを確保するためには、専門的な知識や優れたケア技術を有する介護人材の育成が必要です。

【表6-7 介護人材の需要推計】

(単位：人)

区 分		2012年	2017年	2020年	2025年
介護職員	合計	19,578	22,275	23,359	24,627
	訪問介護員以外	13,709	16,580	17,620	18,467
	うち介護福祉士	6,006	7,055	7,495	7,824
	訪問介護員	5,869	6,495	6,688	7,237
	うち介護福祉士	1,907	2,217	2,297	2,490
介護保険施設・事業所の看護職員 ※1		3,632	4,293	4,524	4,761
介護その他職員 ※2	合計	9,229	11,130	11,989	12,753
	うち相談員(支援相談員、生活相談員)	1,351	1,589	1,691	1,806
	うち介護支援専門員・計画作成担当	2,096	2,425	2,648	2,820
	うちPT/OT/ST ※3	574	670	706	738

資料：大分県「おおいた高齢者いきいきプラン（第6期）」各サービスの利用見込み数×各サービスの介護職員等配置率により推計。

※1 介護保険施設・事業所の看護職員：介護保険施設・事業所に勤務する保健師、助産師、看護師、准看護師

※2 介護その他職員：介護保険施設・事業所の職員のうち、介護職員、看護職員、医師を除く職員（歯科医師、薬剤師が常勤専従の場合に限る。）

※3 PTは理学療法士、OTは作業療法士、STは言語聴覚士。

【施策の方向】

- 介護人材の確保に向け、福祉人材センター等と連携した学生や他分野からの離職者への職業紹介、職員の給与改善や勤務環境の整備・改善を図ります。
- 階層別研修やキャリアパス制度の導入促進、自立支援型ケアマネジメントの提供に向けたケアマネジャーを対象とした研修などを通じた介護従事者の資質の向上を図ります。

第4節 健康寿命の延伸

【現状と課題】

- 本県の「平均寿命」は、全国トップクラスとなっており、今後も延伸する見込みです。これに合わせ、健康で活力あふれる暮らしを送ることができる「健康寿命」を平均寿命の延び以上に延伸することが、生活の質の向上及び持続可能な社会の構築のために重要な課題となっています。^{*1}。
- 健康寿命の延伸のためには、県民自らが生活習慣病の発症予防と重症化予防のための行動を実行に移すとともに、社会全体で県民の健康を守り、支えるための環境づくりを進めることが必要であり、多様な主体による取組の拡充が求められています。
- また、高齢者が健康で自立した日常生活を営むためには、要介護状態になることをできる限り防ぐとともに、要介護状態になってもその悪化を防止し、改善させる取組が必要です。

[表6-8 平均寿命・健康寿命の現状]

(単位：年)

		平均寿命 (H22)		健康寿命 (H25)		
		値	順位	値	順位	目標値 (※)
男 性	全 国	79.59	—	71.19	—	
	大分県	80.06	8位	71.56	16位	73.75
女 性	全 国	86.35	—	74.21	—	
	大分県	86.91	9位	75.01	10位	77.03

資料：平均寿命：厚生労働省「平成22年都道府県別生命表の概況」

健康寿命：平成27年度厚生労働科学研究補助金健康日本21（第2次）の推進に関する研究

※ 目標値は「安心・活力・発展プラン2015」の最終年度（H36）の目標値

【施策の方向】

○健康づくりのための県民運動の展開

県民が、健康を育む生活を送ることで幸福を感じ、生涯にわたり活力ある生活を送ることができる社会の実現のため、「健康寿命日本一の実現」^{*2}をスローガンに掲げ、県民参加型の健康づくり運動を展開します。

- ・ ライフステージに応じた県民総ぐるみの健康づくりの推進
- ・ 総合型地域スポーツクラブ^{*3}の活用による日常的な運動・スポーツ活動の推進
- ・ 医療保険者、保健医療、教育、報道、企業等の関係機関が連携し健康づくりを推進

*1 健康寿命の算出方法…3年ごとに実施される国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という設問に対して「ない」と回答した人を「健康」として算出。

*2 平成27年9月に策定した大分県長期総合計画「安心・活力・発展プラン2015」において、健康寿命日本一の実現を目指すことを目標に掲げています。

*3 総合型地域スポーツクラブ…学校や公民館など身近な施設を拠点として、子どもから高齢者まで、それぞれの興味・関心に応じてスポーツを中心に様々な活動を行うクラブのこと。

- ・愛育班^{*1}、食生活改善推進員^{*2}、健康づくり推進員等による、県民主体の組織活動の促進
- ・生活習慣の改善のため、「減塩マイナス3g・野菜摂取350g・歩数プラス1500歩」を推進
- ・健康増進・予防への取組を促すためのインセンティブ付与制度の導入

○対象を明確にした生活習慣病対策の推進と健康を支える社会環境の整備

予防可能である生活習慣病の対策とその管理を行うとともに、民間活力を含めた地域、職域、学校、家庭等が社会全体で相互に連携する体制づくりを推進し、誰もが健康になる環境の構築を目指します。

- ・レセプトや特定健診情報等のデータ分析に基づく効果的・効率的な対策の実施
- ・年代や職域に応じた食事・運動など生活習慣改善の働きかけと定着の支援
- ・むし歯予防対策・歯周病対策・口腔機能向上対策の推進
- ・がん検診の受診率向上や治療と就労の両立支援などがん対策の推進
- ・高血圧、糖尿病等の重症化予防対策の推進
- ・おいしい減塩食を普及する「うま塩プロジェクト^{*3}」の推進等による健康応援団^{*4}店舗や事業所の増加
- ・公共施設や職場における受動喫煙防止対策の推進
- ・市町村、住民組織等の健康づくり事業実施情報を統合・発信するシステムの構築
- ・積極的に健康づくりに取り組む事業所の支援・認定による健康経営^{*5}事業所の拡大

【参考】大分県における健康経営事業の取組

- 平成26年4月から、協会けんぽと連携し各保健所が中小企業に対する健康経営を促進。
→平成27年7月、先駆的取組として「ヘルスケア産業づくり貢献大賞特別賞」を受賞。
→平成27年10月、経済団体など民間組織が連携した全国組織「日本健康会議」が優良事例として紹介。
- 平成27年10月末現在、健康経営認定事業所は45事業所。認定を目指す登録事業所は444事業所。

○介護予防の推進

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと自立した生活が送れるよう、医療・保健・福祉関係機関や団体等と連携して、県民が主体となって取り組む介護予防の推進を図ります。

*1 愛育班…健康で住みよいまちづくりを目指し、各家庭への声かけ訪問、近隣の妊産婦や乳幼児の見守りなどを行う住民組織。

*2 食生活改善推進員…健康生活について正しい知識と技術を学習し、自らが健康生活の実践者となり「私達の健康は私達の手で」をスローガンに、食を通じた地域の健康づくり活動をしているボランティア。

*3 うま塩プロジェクト…高血圧予防やがんリスク低減のため、「うま味を上手く使った美味しい減塩料理」を「うま塩」として外食・中食・家庭に普及させる「減塩」の取組。

*4 健康応援団…栄養成分表示やヘルシーメニュー提供などに取り組む「生涯健康県おおいた21」推進協力事業所（店舗）。

*5 健康経営…従業員の健康づくりを通じて、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化により会社の益を生もうとする経営方針。

- ・サロン^{*1}での介護予防体操の普及など、県民主体の介護予防活動の支援と参加促進
- ・生活機能を維持し、自立を支援する取組を実践する事業所の育成
- ・リハビリ専門職等と連携した心身・生活機能の改善に向けた取組の推進

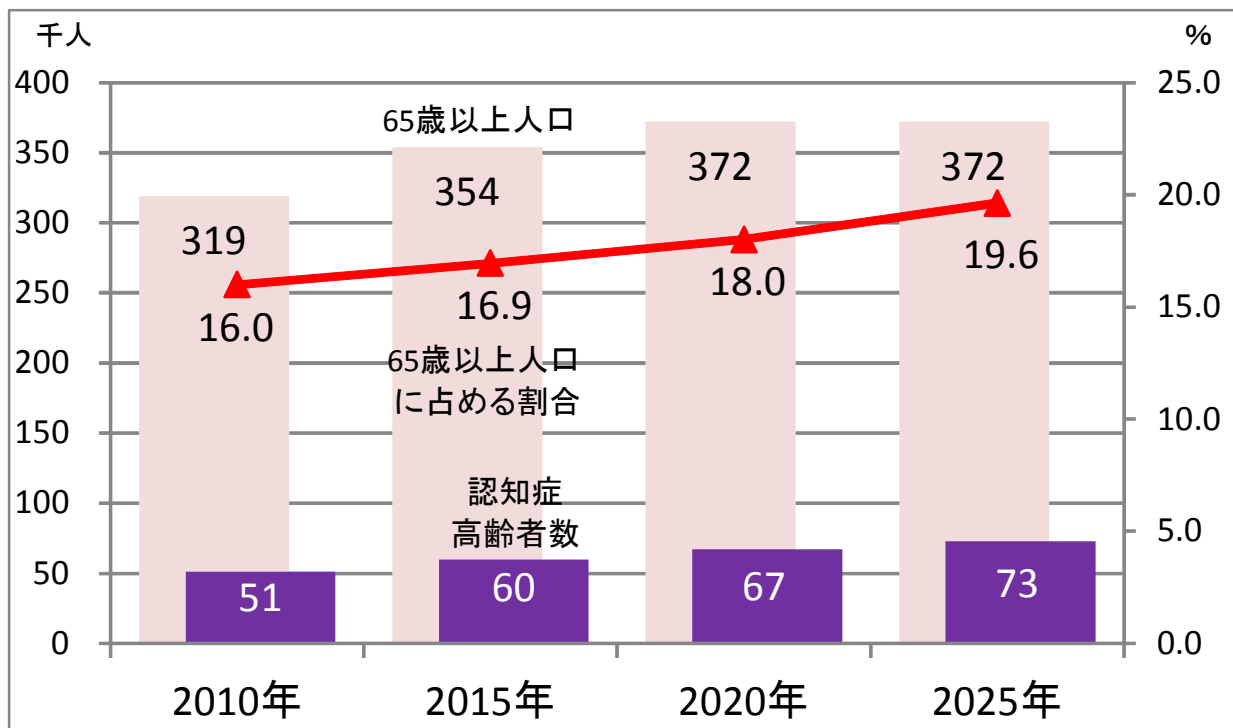
*1 サロン…地域住民が担い手となって自主的に運営する、高齢者や障がい者、子育て中の母親などが身近な場所で気軽に集えるような交流の場。

第5節 地域包括ケアシステムの構築

【現状と課題】

- 少子高齢化の進展や世帯構造の変化等により、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加し、家庭や地域の支え合い機能の低下が懸念される一方、今後も増加が見込まれる医療・介護を必要とする高齢者を社会全体で支える仕組みづくりが必要です。
- 今後さらに増加することが見込まれる認知症の方とその家族が、住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるよう、支援の強化がより一層求められています。

[図6-6 認知症高齢者の推移]



資料：大分県「おおいた高齢者いきいきプラン（第6期）」

【施策の方向】

○安心して暮らせる基盤づくりの推進

高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいの5つのサービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を市町村や関係機関と連携して推進します。

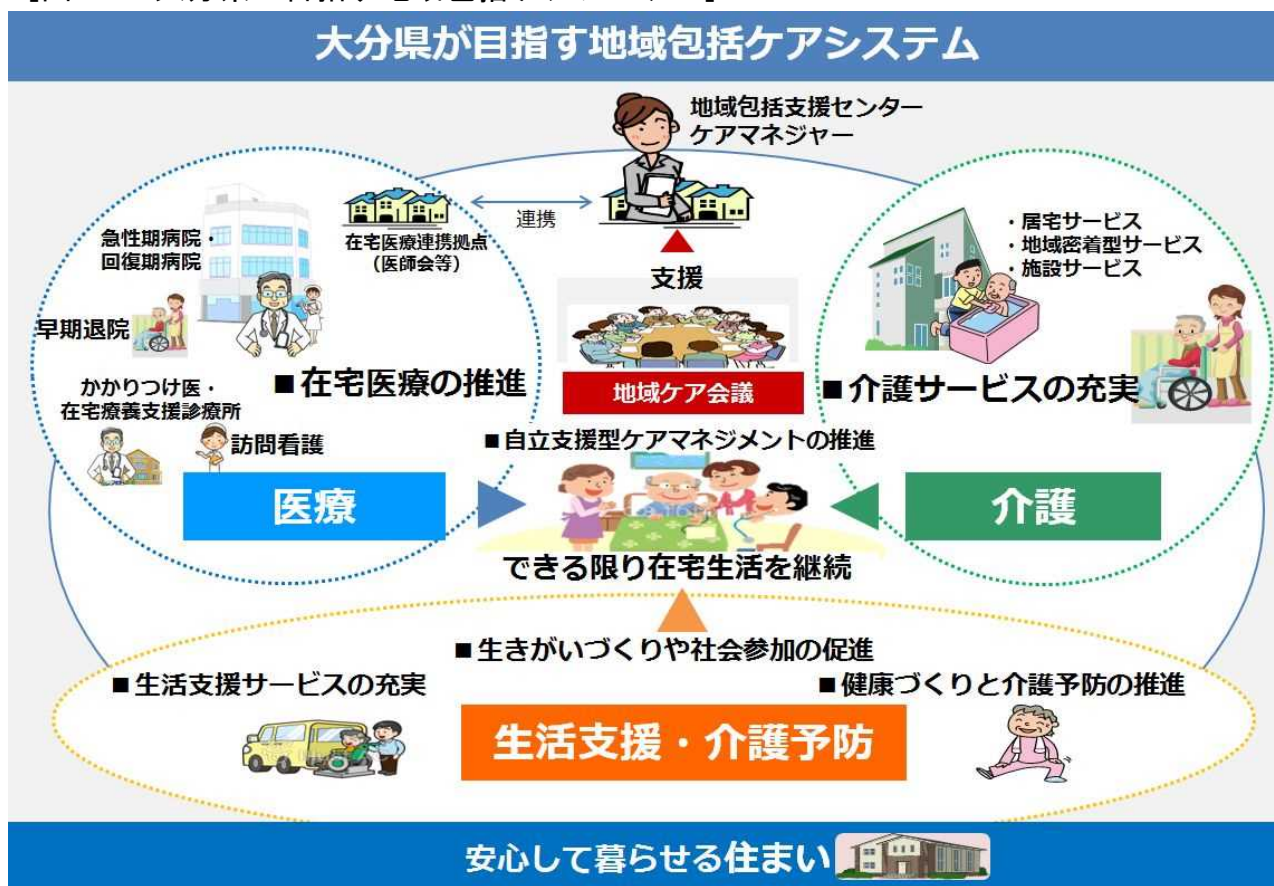
- ・高齢者の生活支援ニーズに応えるための多様な主体によるサービス提供体制の充実
- ・要介護高齢者等を支える介護サービス基盤の整備と大分大学等関係機関と連携した介護人材の確保・育成
- ・介護福祉機器、介護ロボット^{*1}等の導入やICT^{*2}を活用した業務の効率化などに

*1 介護ロボット…ロボット技術を利用した介護機器。厚生労働省及び経済産業省では、①移乗支援、②移動支援、③排泄支援、④認知症の方の見守り、⑤入浴支援の5分野について、重点的に開発・実用化を進めることとしている。

*2 ICT…情報・通信に関する技術。Information and Communication Technology。

- よる介護職の負担軽減や雇用環境の改善
- ・要介護高齢者等を在宅で支えるための医療・介護連携の推進
- ・地域ケア会議の充実と事業所や県民の理解促進などによる自立支援型ケアマネジメントの推進
- ・自立支援型サービスを実践する介護サービス事業所の育成
- ・高齢者が安心・安全に暮らせる良質な住まいの確保

[図6-7 大分県が目指す地域包括ケアシステム]



資料：大分県「おおいた高齢者いきいきプラン（第6期）」

○認知症施策の推進

県民が認知症について正しく理解するための普及啓発や地域で見守り支援する体制づくり、認知症を早期に発見し状況に応じた適切なケアが行える医療提供体制の整備など、認知症施策の充実を図ります。

- ・学校や企業、地域住民などに対する認知症についての正しい理解の普及啓発
- ・認知症サポーター^{*1}の養成と見守り支援ネットワークの構築及び社会参加の支援
- ・医療・介護従事者向けの研修実施や大分オレンジドクター^{*2}の養成による医療・介護連携体制の強化
- ・認知症予防に向けた調査・研究と、その成果を踏まえた対策の推進

*1 認知症サポーター…認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を見守り、支援するため市町村等の実施する研修を受講した人。

*2 大分オレンジドクター…地域のかかりつけ医のうち、認知症についての知識を持ち、認知症の人や家族から相談を受ける「もの忘れ・認知症相談医」として、大分県が登録した医師のこと。

【参考】第6期介護保険料

平成27年度から29年度を期間とする第6期の第1号（65歳以上）介護保険料（基準月額）については、介護基盤サービスの充実等により、前期（第5期：平成24～26年度）と比べ、248円、率にして4.6%引き上げることとなりましたが、金額、伸び率ともに、全国でいちばん低いものとなりました。

これは、県として、市町村と連携しながら、地域の実情に応じて介護サービス基盤の充実に努める一方、①「地域ケア会議」の開催等を通じた自立支援型ケアマネジメントの推進とともに、②介護予防体操の普及など介護予防の取組強化等を図ってきたことから、その効果が現れているものと考えています。

介護保険料（基準月額、第1号被保険者：65歳以上）

（単位：円、%）

区 分	第5期 (H24～26)①	第6期 (H27～29)②	差 引 (②-①)	
			金 額	伸 び 率
全 国	4,972	5,514	542	10.9
大分県	5,351	5,599	248	4.6

「第6期計画期間・平成37年度等における介護保険の第1号保険料及びサービス見込量等について」～平成27年4月28日厚生労働省公表資料より

第5期から保険料を引き下げ、据え置いた市町村

- (1) 引き下げ：3市町村(豊後高田市、由布市、日出町) (全国27市町村)
- (2) 据え置き：6市町村(佐伯市、臼杵市、竹田市、杵築市、豊後大野市、国東市) (全国64市町村)

第6節 その他の施策

- 地域医療構想は、一般病床及び療養病床の必要量を定め、その機能分化・連携の推進を図ることが求められています。
- 一方、地域医療・介護の総合的な確保の観点からは、精神病床等の他の入院医療機能や外来医療機能、在宅医療との連携により、精神科医療、自殺対策、難病、感染症、歯科疾患等、さまざまな医療ニーズへ適切に対応する必要があります。
- このため、5疾病^{*1}・5事業^{*2}をはじめ、必要な諸施策について、大分県医療計画や関連する計画に基づき、推進します。

*1 5疾病…がん医療、脳卒中医療、急性心筋梗塞医療、糖尿病医療、精神疾患医療。

*2 5事業…小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療。

第7章 地域医療構想の実現に向けた取組

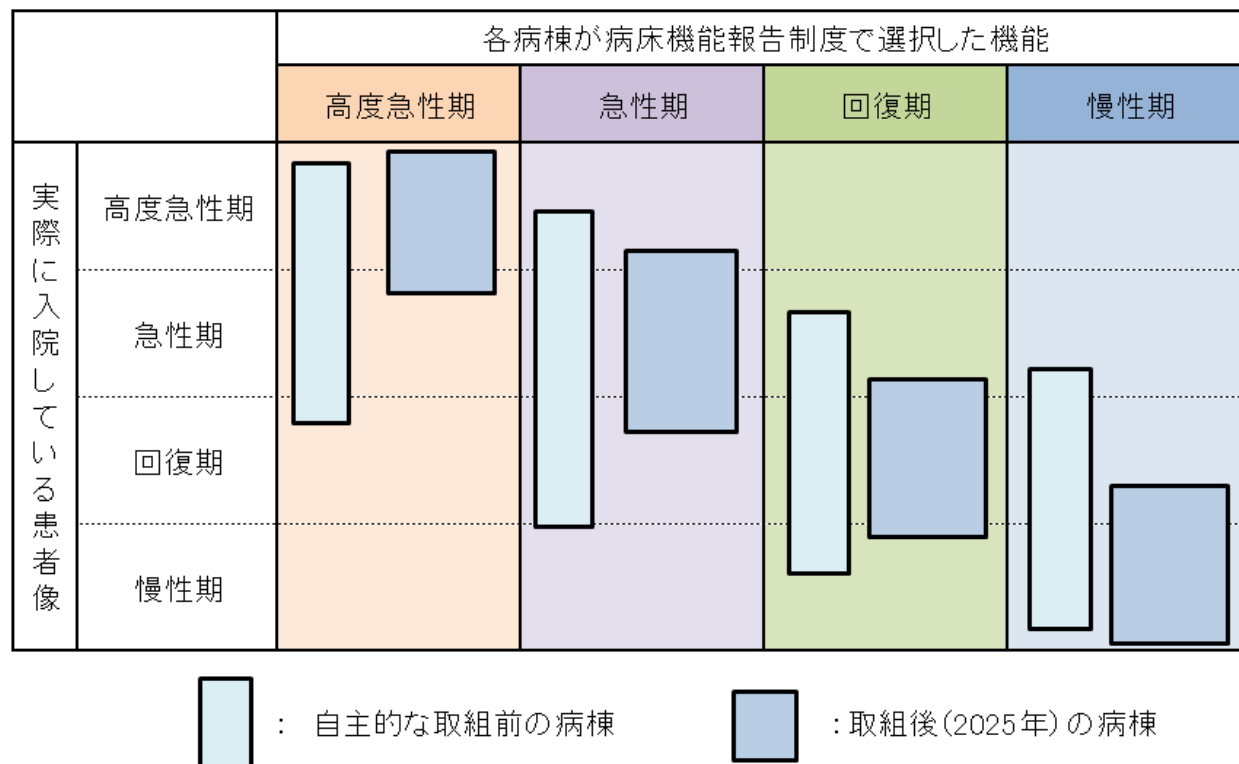
第1節 基本的な取組方向

- 県は、各医療圏ごとに、地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う場としての地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携により、地域医療構想の実現を図るとともに、医療機関の自主的な取組を推進するための支援等を行います。
- 地域医療構想調整会議では、将来の必要病床数の確保のための方策等、地域医療構想の実現に向けて必要な協議を行います。具体的には、会議において、各医療機関の自主的な取組の進捗状況等を把握・共有し、医療圏単位での必要な調整等を行います。
- 各医療機関は、現状で自らが担っている医療機能や、地域全体の病床機能の分化・連携の方向性等を踏まえた自らの位置付け等を勘案し、自らが将来目指していく医療機能について検討・選択を行い、必要な体制の構築等に向けて自主的な取組を行います。
- 地域医療構想の実現に向けては、医療を受ける当事者である患者・住民の理解が不可欠であり、日頃から自らの状態に応じた医療機関を選択する等の意識を持って適切な受療行動をとることが重要であることから、行政や医療機関、保険者や関係者が協働して、患者・住民への啓発に取り組みます。

第2節 各医療機関の取組

- 地域医療構想の策定のために国から提供されている推計データは、現在の医療提供の実績を基に、将来の推計人口により医療の需要を見込んでいるものであり、今後の医療ニーズ、傾向を把握できる貴重なデータといえます。
- 各医療機関においては、こうした推計データ等を踏まえて、どのような医療機能を担うのかをそれぞれが見極め、自主的に取り組むことが求められます。
- これらの取組や地域医療構想調整会議などによる関係者の協議を通じて、その地域にふさわしい医療提供体制に向け、平成37（2025）年までの間に次第に近づき、収れんされていくべきものと考えます（図7-1参照）。
- なお、医療機関がこうした取組を行う際には、患者・県民の理解が不可欠であり、自らの状態に応じた医療機能や医療機関を選択することが重要であるため、医療機関だけでなく、保険者や関係者を巻き込んで、患者・県民への啓発に取り組む必要があります。

[図7-1 患者の収れんのイメージ図]

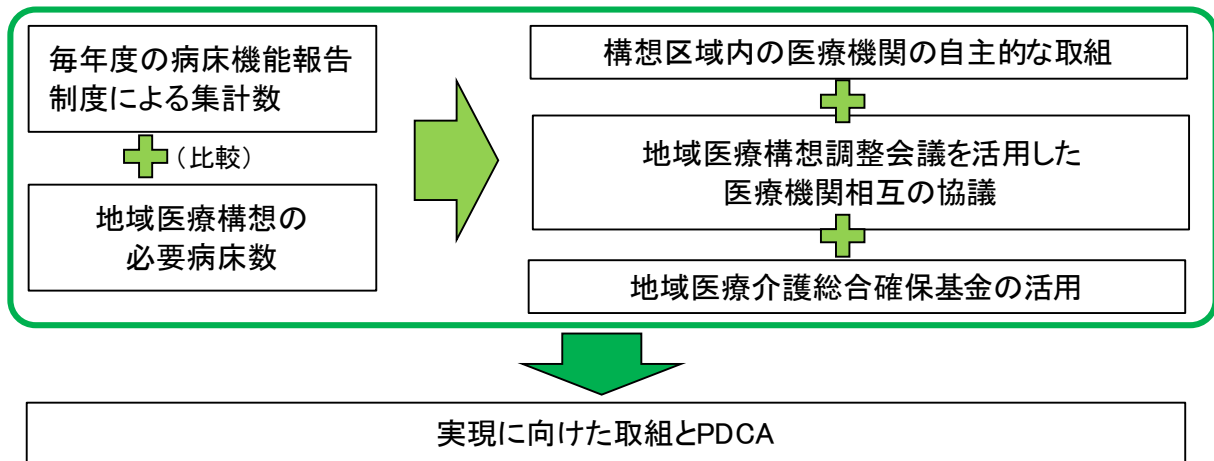


第3節 県の取組

1 医療機関の自主的な取組の支援等

- 医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議を促進し、病床の機能分化・連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するために、県においては、以下の取組を行います。
 - (1) 各医療機関の自主的な取組や地域医療構想調整会議等における検討に資するよう、病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数とを比較した資料を作成し提供します。
 - (2) 各医療機関の自主的な取組を促進するため、必要に応じて不足している病床機能への対応について、地域医療介護総合確保基金の活用により支援します。
 - (3) 大分県医療審議会や大分県医療計画策定協議会を適宜開催し、各地域における進捗状況を報告し比較するほか、広域的観点からの意見を求めます。
 - (4) 平成37(2025)年まで毎年、進捗状況のフォローアップを行います。

[図7-2 地域医療構想実現に向けた取組]



- また、県では、関係団体等とも連携し、構想の内容、毎年度の病床機能報告の結果、地域医療構想調整会議等の会議の情報（構想の実現に向けた進捗状況等）などについて、県庁ホームページや県の広報媒体の活用などにより、県民へのわかりやすい情報提供に努めます。

2 医療法に基づく対応

- 今回の医療法改正等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて以下の対応が可能とされました。
- こうした措置については、地域医療構想を巡る国の制度の動向や地域医療や介護サービスの提供体制等の実情などを踏まえ、真にやむを得ないと認められる場合において、医療審議会や地域医療構想調整会議などにおいて関係者の意見を聴きながら、適切かつ慎重に対応すべきものと認識しています。

【都道府県知事が講ずることができる措置】

(1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応

- 病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している病床の機能区分に係る医療の提供という条件を付することができる（指定都市にあっては、指定都市の市長に当該条件を付するよう求めることができる（医療法第7条第5項））。

(2) 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応

- 過剰な病床の機能区分に転換しようとする理由等を記載した書面の提出を求めることができる（医療法第30条の15第1項）。
- 当該書面に記載された理由等が十分でないとき等は、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができる（同条第2項）。
- 地域医療構想調整会議における協議が調わないとき等は、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる（同条第4項）。
- 地域医療構想調整会議における協議の内容及び都道府県医療審議会の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、過剰な病床機能に転

換しないことを公的医療機関等^{*1}に命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、要請することができる（同条第6項及び第7項）。

(3) 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応

- 都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、要請することができる。

(4) 稼働していない病床への対応

- 病床過剰地域において、公的医療機関等が正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を命令することができる（医療法第7条の2第3項）。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、病床過剰地域において、かつ医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を要請することができる（同法第30条の12第1項）。

また、実際には、病床の稼働状況は病床機能報告制度において病棟単位で把握することが可能であることから、病棟単位で病床が稼働していないことについて正当な理由がない場合に、当該対応を検討することが適当である。

※ 要請又は命令・指示に従わない場合の対応について（医療法第27条の2、第28条、第29条第3項等）

公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認又は承認取消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関が、正当な理由がなく、要請に従わない場合には勧告を、許可に付された条件に係る勧告に従わない場合には命令をそれぞれすることができ、当該勧告等にも従わない場合には医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認又は承認取消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる。

- なお、上記のとおり、知事には、現在稼働している病床の削減を命令・指示・要請できるような規定はありません。

第4節 その他関係者の取組

- 将来のあるべき医療提供体制の実現に向けては、医療関係者のみならず、さまざまな職種や団体の取組が求められます。
- 医療保険者には、データ分析に基づく保健事業の実施など行政や企業等と連携した被保険者・従事者の健康支援の取組の充実が求められます。
- 市町村には、住み慣れた地域で安心して生活できる地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療と介護の連携推進などについて、主体的に取り組むことが求められます。
- 介護サービス提供事業者にあつては、在宅療養生活を支える医療・介護サービスの一層の質、量の充実が望まれます。
- 地域医療構想調整会議をはじめとしたさまざまな機会を通して、医療だけにとらわれない幅広い関係者が、今後の方向性を理解・共有し、相互に連携しながら構想の推進に向け、その役割を發揮していただくことが重要です。

*1 公的医療機関等…医療法第7条の2で規定されており、例えば、開設者が国家公務員共済組合連合会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構である医療機関は「公的医療機関等」に該当する。

第5節 県民の理解

- 平成26年に改正された医療法では、初めて国民の責務に関する規定が明示されました。

医療法第6条の2第3項（H26.10.1施行）

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるように努めなければならない。

- 地域医療構想の実現に向けては、医療を受ける当事者である患者・県民が、医療提供体制を理解し、日頃から以下のような意識を持って行動することが必要であると考えます。
 - ・ 日頃から相談できるかかりつけ医を持つ。大病院への受診が必要な場合はかかりつけ医に紹介してもらう。
 - ・ 医療機関は通常の診療時間内のほうがスタッフもそろい機能が充実しているので、できるだけ時間内に受診し、不要不急の受診は行わない。
 - ・ 急性期、回復期、慢性期などの機能別の医療提供体制について理解し、適切な医療機関で受診するよう努める。
 - ・ 人生の最後の時期をどこでどう過ごすか、どのような医療を受けたいかなどについて、家族と話し合う。
 - ・ 生活習慣病の予防など、健康で自立した生活を送るための主体的な健康づくりに努める。

第6節 国との連携等

- 地域医療構想の実現に向けては、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護サービスの推進、医療・介護従事者の確保・養成などの施策を総合的かつ重点的に推進することが不可欠です。
- 国においては、医療・介護の総合的な確保のため、必要な制度の見直しや、地域医療介護総合確保基金及び医療提供体制に係る補助金等の安定的な財源措置と更なる拡充が求められます。
- 県は、国に対して、地域の実情等について適宜情報発信を行うとともに、全国知事会等あらゆる機会を通じて、必要な提言や要望等を行います。

第8章 地域医療構想に関する国における動向

- 地域医療構想は県内各医療圏ごとに策定し、その実現に向けて取り組むものですが、取り組むにあたっては、医療法等の法令の改正や医療保険制度、介護保険制度に関する見直しなど、地域医療構想の実現可能性に多大な影響を及ぼす国レベルでの動向について留意し、適宜、適切に情報を把握することが欠かせません。
- 以下に策定時点の国の動向を整理し、今後の取組の参考に供します。

第1節 病床機能報告制度の改善について

- 平成26年10月より開始した病床機能報告制度は、地域の医療機能を把握し、地域医療構想の策定後、地域における医療機能の分化・連携のための取組状況を把握する役割があり、各医療機関は現状において担っている機能（病棟単位の医療機能及び医療機関単位での構造設備・人員配置等）を、毎年1回、県に報告することとなっています。
- しかし、平成26年度の報告では、同じ機能を選択している病棟でも、そこで提供している医療の内容等は必ずしも同等でなかったり、同程度の医療を提供していると思われる医療機関でも、異なる医療機能を選択して報告している例もあったと考えられます。
- そこで、国では、平成27年11月以降、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において、より適切な病床機能報告が可能となるような見直しや、報告項目の追加・見直しを視野に入れた改善に向けた議論を行っているところです。

第2節 療養病床のあり方等について

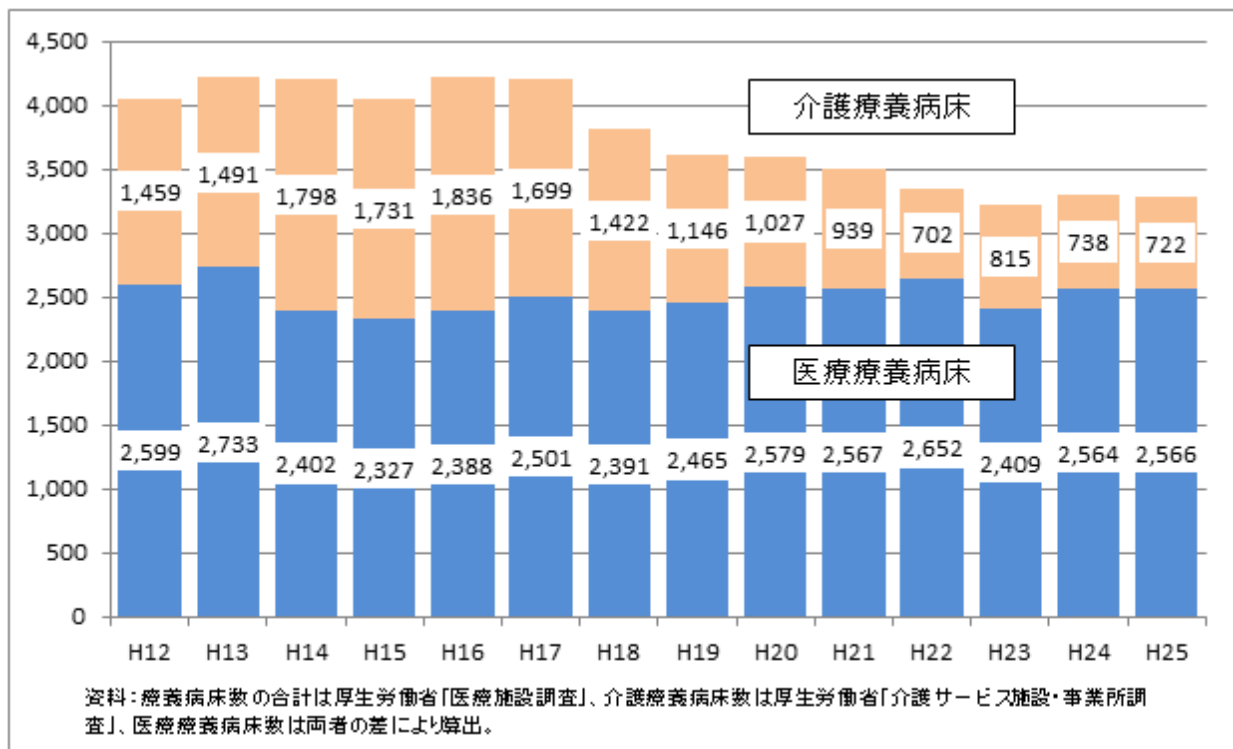
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する方について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められています。
- また、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されていますが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっています。
- こうした中、国においては、平成27年7月以降、「療養病床の在り方等に関する検討会」を設置し、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床のあり方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、議論しています。

[表8-1 提供体制の概要]

		定義	根拠条文	設置の根拠	財源	備考
一般病床		病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のもの	医療法第7条第2項	医療法（病院・診療所） 医療法（医療提供施設）	医療保険	
療養病床	医療療養病床	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核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患者を入院させるためのもの	医療法第7条第2項			
	介護療養型医療施設（介護療養病床）	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	旧・介護保険法第8条第26項		介護保険	平成29年度末廃止
介護老人保健施設		要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	介護保険法第8条第27項			
介護老人福祉施設		要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	介護保険法第8条第26項	老人福祉法（老人福祉施設）		

資料：「第1回療養病床の在り方等に関する検討会」資料4-2の23ページを基に作成

[図8-1 療養病床数の推移（大分県、医療療養病床・介護療養病床別）]



第3節 医療従事者の需給見通しや確保策について

- これまで、医療従事者の需給については、経済社会の変化や医療提供体制の在り方を踏まえつつ、医師、看護職員等の職種ごとに検討を行い、それぞれに必要な対策が行われてきました。
- 特に医師については、平成18年の医師需給検討会の結論を踏まえて暫定的な医学部定員増の措置がされましたが、この一部が平成29年度で終了することから、今後数年間の医学部定員のあり方について早急な検討が求められています。
- また、病床の機能分化・連携に対応していくためには、医師・看護職のみならず、

リハビリ関係職種も含めた医療従事者の需給を念頭に置く必要があります。

- こうしたことから、国においては、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であるとの認識を踏まえ、平成27年12月から「医療従事者の需給に関する検討会」を開催し、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討しています。

第4節 基準病床数と必要病床数の整合性について

- 基準病床数は、圏域内の病床の適正配置の促進を目的とした、「現時点における各圏域の病床の整備目標」です。
- 基準病床を上回る病床がある地域（本県の場合、各医療圏で基準病床数を大きく超過）においては、特例を除き、病床の増床を許可することができないこととなっています。
- 一方、地域医療構想の必要病床数は、「将来の医療機能別の病床数の必要量」です。
- 両者はその趣旨・目的や算定の時点が異なり、病床の整備は、あくまで基準病床数の範囲内で行うこととなります。
- 本県では、必要病床数が最大となる時点が医療圏によって異なり、最大となる時点は、豊肥が平成37（2025）年、東部、南部、西部、北部が平成42（2030）年、中部が平成47（2035）年となっています。

[表8-2 許可病床数、基準病床数、必要病床数]

(単位：床)

二次医療圏	許可病床数	基準病床数	必要病床数			
			2025年	2030年	2035年	2040年
東部	4,661	2,923	3,277	3,303	3,208	3,059
中部	8,142	6,369	7,338	7,737	7,814	7,651
南部	1,223	564	940	954	932	872
豊肥	914	272	608	607	588	545
西部	1,422	525	810	835	824	778
北部	2,493	1,067	1,676	1,741	1,718	1,641
計	18,855	11,720	14,649	15,177	15,084	14,546

資料：許可病床数は平成25年10月医療施設調査。基準病床数は平成25年3月策定の大分県医療計画から一般病床と療養病床の合計数。

- したがって、仮に、平成37（2025）年の必要病床数を達成させた場合、推計値が最大値でない5つの医療圏では、その後の必要病床数の確保に向け、基準病床数を超えて病床を増加させることができなくなるという事態が起こりうるようになります。
- こうしたことから、今後、国において基準病床数制度と地域医療構想における必要病床数の整合性を図る必要があると思われます。
- 国は、平成27年1月に閣議決定された「平成26年の地方からの提案等に関する対応方針」において、「医療計画に定める基準病床数制度（医療法第30条の4第2項12号）については、都道府県における地域医療構想の策定・運用状況を共有しつつ、今後の医療需要の増大や地域ごとに異なる実情を踏まえた医療提供体制の在り方について検討を進める。」としています。

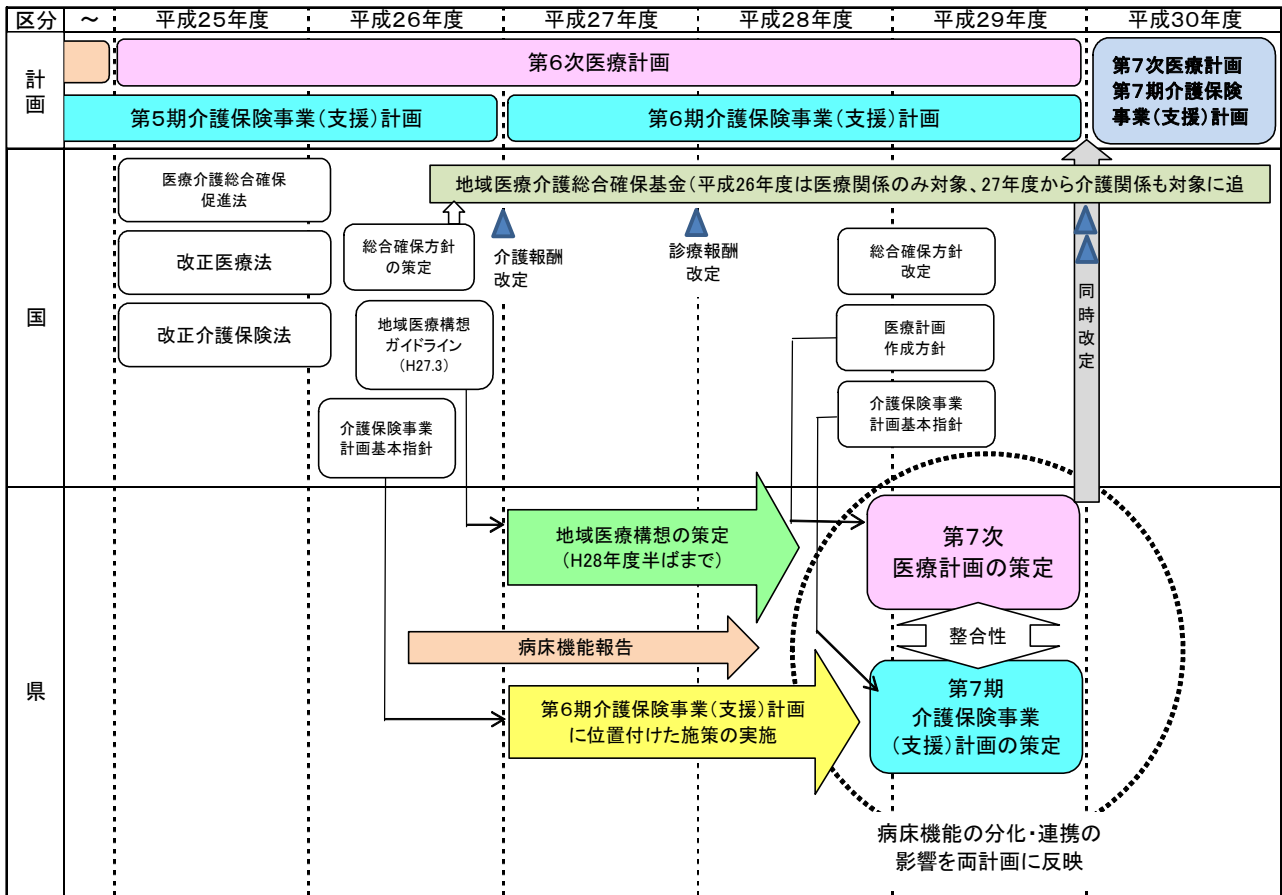
第5節 医療費適正化計画との関係について

- 国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国は医療費適正化基本方針を策定するとともに、6年を1期として全国医療費適正化計画を定めることとなっています。
- また、県は、医療費適正化基本方針に即して、県医療費適正化計画を定めることとなっています。
- 現在、第3期医療費適正化計画の策定に向けて、国において医療費適正化基本方針の検討がされています。(27年度中策定見込み)
- 第3期医療費適正化計画においては、地域医療構想と統合的な「医療に要する費用の見込み(医療費目標)」を定めることとなっており、医療費の推計式などが検討されているところです。
- 第3期医療費適正化計画の計画期間は、平成30(2018)年度からですが、地域医療構想が策定された後、前倒しで策定するように求められています。

第6節 医療計画と介護保険事業(支援)計画との関係について

- 医療計画については、医療法の改正により、平成30年度からの次期計画から計画期間を6年とすることとなり、3年ごとに在宅医療等の確保に関して見直しを行うこととなりました。
- これにより、医療計画及び介護保険事業(支援)計画は、平成30年度以降、計画のサイクルが一致することとなります。
- 国においては、平成30年度までに「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)」の改定を予定しています。
- この方針を踏まえ、県では、急性期、回復期、慢性期から在宅医療、介護に至るまで切れ目ないサービス提供体制を構築する観点から、両計画の整合性を確保し、緊密な連携体制を整備する必要があります。

[図8-2 医療計画と介護保険事業（支援）計画の関係]



資料：厚生労働省作成資料を基に大分県医療政策課作成

第7節 地域医療介護総合確保基金について

- 地域医療介護総合確保基金は、平成26年6月に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療構想の実現を含む効率的で質の高い医療提供体制の構築や地域包括ケアシステムの構築のための新たな財政支援制度として、平成26年度から消費税増収分を財源として県が設置している基金です*1。
- また、この基金は、国における診療報酬や介護報酬とは異なる、地域の実情に応じた対応ができるよう制度化されたものです。
- 県は、以下の事業について毎年度計画を作成し、医療機関等の自主的な取組等を推進します。

【対象事業】

(医療分)

①病床の機能分化・連携に関する事業

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備整備等に対する助成を行う事業。

*1 地域医療介護総合確保基金の財源は国からの交付金が3分の2であり、3分の1は県の一般財源を充当して積み立てます。

②在宅医療の推進

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う事業。

③医療従事者の確保に関する事業

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する事業。

(介護分)

④介護施設等の整備に関する事業

地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービスの施設整備に必要な経費や、介護施設（広域型を含む）の開設準備等に必要な経費、特養多床室のプライバシー保護のための改修など介護サービスの改善を図るための改修等に必要な経費の助成を行う事業。

⑤介護従事者の確保に関する事業

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する事業。

- 医療分について、国においては、①の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分するとしていますが、地域医療構想の実現には②や③も大変重要であり、必要な施策が安定的かつ継続的に実施できるよう、国における十分な財源の確保が求められます。

資 料

大分県医療審議会要綱

(目的)

第1条 この要綱は、医療法施行令（昭和23年政令第326号。以下「令」という。）第5条の16の規定により設置される大分県医療審議会（以下「審議会」という。）に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(組織)

第2条 審議会は、委員21人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、知事が委嘱し、又は任命する。

- (1) 医師
- (2) 歯科医師
- (3) 薬剤師
- (4) 医療を受ける立場にある者
- (5) 学識経験のある者

(副会長)

第3条 審議会に、会長のほか、副会長1名を置く。

2 副会長は、委員の互選により定める。

3 会長に事故があるときは、副会長が、その職務を行う。

(会議)

第4条 審議会は、会長が議長となる。

(部会)

第5条 令第5条の21第1項の規定により、以下の部会を置く。

(1) 医療法人の設立、解散等を審議するため、医療法人部会を置く。

(2) 医療法施行規則第1条の14第7項の規定に基づき、診療所の一般病床の設置等を審議するため、有床診療所部会を置く。

2 部会は、委員及び専門委員8人以内で組織する。

3 部会は、部会長が招集し、部会長が議長となる。

4 部会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。

5 議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

6 第5条の21第4項の規定により、部会において審議した事項については、部会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

(庶務)

第6条 審議会の庶務は、大分県福祉保健部医療政策課において処理する。

附 則

この要綱は、昭和62年3月10日から施行する。

附 則

この変更要綱は、昭和62年12月2日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成2年4月23日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成5年4月1日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成9年4月1日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成12年4月1日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成19年9月14日から施行する。

附 則

この変更要綱は、平成22年4月1日から施行する。

大分県医療審議会委員名簿

任期：平成27年2月1日～平成29年1月31日

委員数：20名

区分	職名	氏名	備考
医療提供者	県医師会長	近藤 稔	(会長)
	県歯科医師会長	長尾 博通	
	県薬剤師会長	安東 哲也	
	大分大学医学部附属病院長	津村 弘	(副会長)
	郡市医師会代表	河野 幸治	
	国立病院代表	酒井 浩徳	
	自治体病院代表	井上 敏郎	
	医師会病院代表	杉村 忠彦	
	民間病院代表	川 篤 眞人	
	精神科病院代表	山本 紘世	
受療関係者	県市長会代表	橋本 祐輔	
	大分県国民健康保険団体連合会理事長	中野 五郎	
	健康保険組合連合会大分連合会長	三浦 洋一	
	地域婦人団体連合会副会長	奥城 朝恵子	
	日本労働組合総連合会大分県連合会長	村田 正利	
学識経験者	県議会福祉保健生活環境委員長	古手川 正治	
	元大分大学福祉科学研究センター教授	椋野 美智子	
	大分大学医学部教授	寺尾 岳	
	大分県立看護科学大学長	村嶋 幸代	
	県看護協会会長	松原 啓子	

大分県医療計画策定協議会設置要綱

(設置)

第1条 医療資源の地域的偏在や人口の高齢化などの医療をとりまく環境の変化に対応して、体系的に医療供給体制を整備し、県民の医療の充実を図ることを目的とした医療計画の策定に関し研究協議するため、大分県医療計画策定協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(組織)

第2条 協議会は、委員20人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから知事が委嘱する。

(1) 医療関係者

(2) 福祉関係者及び受療関係者

(3) 学識経験者及び行政関係者

3 委員の任期は2年とする。ただし、欠員が生じた場合における後任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第3条 協議会に会長1人、副会長1人を置き、委員の互選とする。

2 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代行する。

(会議)

第4条 協議会の会議は、会長が招集し、議長となる。

(専門部会)

第5条 協議会に必要な応じて専門部会を置くことができる。

2 専門部会の委員は、知事が委嘱する者をもって構成する。

3 専門部会は、協議会で決定した事項に基づいて、必要な専門的事項について調査検討を行う。

(庶務)

第6条 協議会の庶務は、福祉保健部医療政策課において行う。

(雑則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営等に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附 則

この要綱は、昭和62年2月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年8月10日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月26日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年8月16日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年6月1日から施行する。

大分県医療計画策定協議会 委員名簿

任期：平成27年7月1日～平成29年6月30日

委員数：20名

区分	所属等	委員氏名	備考
医療関係者	大分県医師会 副会長	新森 義信	(会長)
	大分県医師会 常任理事	三倉 剛	
	大分県歯科医師会 常務理事	藤本 洋士	
	大分県薬剤師会 副会長	副 千秋	
	大分県看護協会 専務理事	神品 實子	
	大分大学医学部附属病院 院長	津村 弘	
	国立病院機構代表	室 豊吉	大分医療センター 院長
	全国自治体病院協議会大分県支部 代表	横田 昌樹	中津市民病院 院長
	大分県病院協会 副会長	松本 文六	
	大分県精神科病院協会 会長	山本 紘世	
	大分県医療ソーシャルワーカー協会 会長	井元 哲也	
福祉関係者及び	大分県老人福祉施設協議会 会長	大木 隆	
	大分県保険者協議会 会長	北川 晴雄	(副会長)
	大分県地域婦人団体連合会 副会長	安部 志津子	
	大分県老人クラブ連合会 会長	杉崎 良春	
有識者及び行政関係者	大分大学 医学部長	守山 正胤	
	大分県立看護科学大学 看護学部長	藤内 美保	
	杵築市長	永松 悟	
	大分県消防長会 会長	奈良 浩二	大分市消防局長
	大分県保健所長会 会長	内田 勝彦	中部保健所長

大分県地域医療構想調整会議設置要綱

(設置)

第1条 大分県は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14の規定に基づき、構想区域（同法第30条の4第2項第7号に規定する「構想区域」をいう。）ごとに、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想（同号に規定する「地域医療構想」をいう。以下同じ。）の達成を推進するために必要な協議を行うため、地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 調整会議は、次の事項について所掌する。

- (1) 地域医療構想の策定に関する協議
- (2) 地域の病院及び有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- (3) 病床機能報告制度による情報等の共有
- (4) 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（平成元年法律第64号）第4条の規定に基づく都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- (5) その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

(委員)

第3条 調整会議は、次に掲げる者のうちから大分県知事が委嘱する者を委員として組織する。

- (1) 診療に関する学識経験者の団体
- (2) その他の医療関係者
- (3) 医療保険者
- (4) その他の関係者

(任期)

第4条 委員の任期は2年とし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(議長及び副議長)

第5条 調整会議に議長及び副議長を置く。

- 2 議長及び副議長は、委員の互選によって定める。
- 3 議長は、会務を総理し、調整会議を代表する。
- 4 副議長は、議長を補佐し、議長に事故があるときは、その職務を代理する。
- 5 副議長は、議長が議事に関し直接の利害関係者となる場合には、当該議事に関し、その職務を代理する。

(設置期間)

第6条 調整会議の設置期間は、この要綱の施行の日から地域医療構想の達成までとする。

(会議)

第7条 調整会議は議長が招集する。

- 2 調整会議は、委員の過半数が出席しなければならない。
- 3 議長は委員の代理を認めることができる。
- 4 議長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

(部会)

第8条 調整会議に、専門の事項を調査審議させるため、議長が必要と認めるときは、部会を置くことができる。

(庶務)

第9条 調整会議の庶務は、福祉保健部医療政策課及び大分県が設置する各保健所において行う。

(雑則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は、議長が調整会議に諮って定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年6月25日から施行する。
- 2 地域医療構想が策定されるまでの間、第1条に規定する「構想区域」を「二次医療圏」と読み替える。

東部地域医療構想調整会議 委員名簿

任期：平成27年8月1日～平成29年7月31日

委員数：27名

区分	所属等	委員氏名	備考
医療関係者	別府市医師会 会長	河野 幸治	(議長)
	速見郡杵築市医師会 副会長	田原 亨	
	国東市医師会 会長	裙本 定秀	
	別府市歯科医師会 会長	城下 功	
	別府市薬剤師会 会長	友成 朗	
	大分県看護協会 別府・杵築・日出地区理事	藤川 桂子	
	別府医療センター 院長	酒井 浩徳	
	西別府病院 院長	後藤 一也	
	九州大学病院別府病院 院長	三森 功士	
	新別府病院 院長	中村 夏樹	
	大分県厚生連鶴見病院 院長	藤 富 豊	
	国東市民病院 院長	靱井 眞二	
	杵築市立山香病院 院長	小野 隆司	
	別府リハビリテーションセンター長	長岡 博志	
	中村病院 院長	中村 英助	
	畑病院 院長	畑 洋一	
	鶴見台病院 理事長	山本 紘世	
	馬場医院 院長	馬場 欽也	
福祉関係者 及び 受療関係者	大分県後期高齢者医療広域連合 事務局長	安部 亨	
	国東市地域包括支援センター所長	柳井 孝則	
行政関係者	別府市福祉保健部長	大野 光章	
	杵築市市民課長	河野 雄二郎	
	国東市医療保健課長	徳地 裕一	
	日出町健康増進課長	高倉 伸介	
	姫島村健康推進課長	三浦 源太	
	別府市消防長	河原 靖繁	
	大分県東部保健所長	安達 国良	(副議長)

中部地域医療構想調整会議 委員名簿

任期：平成27年8月1日～平成29年7月31日

委員数：30名

区分	所 属 等	委 員 氏 名	備 考
医 療 関 係 者	大分市医師会 会長	杉 村 忠 彦	(議長)
	大分東医師会 会長	三 宅 勝	
	大分郡市医師会 会長	釘 宮 誠 司	
	臼杵市医師会 会長	植 田 明 徳	
	津久見市医師会 会長	深 江 俊 三	
	大鶴歯科医師会 会長	小 野 利 行	
	大分県薬剤師会 中部ブロック長	荘 司 一 茂	
	大分県看護協会 大分地区理事	甲 斐 仁 美	
	大分大学医学部附属病院 院長	津 村 弘	
	大分医療センター 院長	室 豊 吉	
	大分赤十字病院 院長	若 杉 健 三	
	大分県立病院 院長	井 上 敏 郎	
	湯布院病院 院長	根 橋 良 雄	
	臼杵市医師会立コスモス病院 院長	下 田 勝 広	
	津久見市医師会立津久見中央病院 院長	桑 原 亮 彦	
	大分循環器病院 理事長	秋 満 忠 郁	
	井野辺病院 理事長	井野邊 純 一	
	諏訪の杜病院 院長	武 居 光 雄	
	大分記念病院 名誉理事長	豊 田 貫 雄	
	社会医療法人関愛会 佐賀関病院 会長	長 松 宜 哉	
大分丘の上病院 理事長	帆 秋 善 生		
岩男病院 院長	岩 男 裕 二 郎		
市ヶ谷整形外科 院長	市 ヶ 谷 学		
福祉関係者 及び 受療関係者	全国健康保険協会大分支部 企画総務部長	川 崎 修	
	健康保険組合連合会大分連合会 事務局長	得 能 正 造	
行 政 関 係 者	大分市保健所長	嶋 津 宗 典	
	臼杵市保険健康課長	吉 賀 正 彦	
	津久見市健康推進課長	増 田 浩 太	
	由布市健康増進課長	麻 生 清 美	
	大分県中部保健所長	内 田 勝 彦	(副議長)

南部地域医療構想調整会議 委員名簿

任期：平成27年8月1日～平成29年7月31日

委員数：18名

区分	所属等	委員氏名	備考
医療関係者	佐伯市医師会 会長	小寺 隆	(議長)
	佐伯市医師会 副会長	島村 康一郎	
	佐伯市歯科医師会 会長	戸高 勝之	
	佐伯市薬剤師会 会長	脇田 佳幸	
	大分県看護協会 佐伯地区理事	北谷 玲子	
	南海医療センター 院長	亀川 隆久	
	長門記念病院 院長	後藤 陽一郎	
	西田病院 院長	西田 尚史	
	佐伯中央病院 副院長	小寺 隆元	
	渡町台外科病院 院長	吉川 健一郎	
	曾根病院 院長	曾根 勝	
	御手洗病院 院長	御手洗 義信	
	佐伯保養院 院長	廣瀬 就信	
福祉関係者 及び 受療関係者	全国健康保険協会大分支部 企画総務部 保健グループリーダー	石丸 航也	
	佐伯市地域包括支援センター長	平山 和也	
行政関係者	佐伯市福祉保健部長	飛高 彌一郎	
	佐伯市消防本部 消防長	加藤 新吾	
	大分県南部保健所長	前田 泰久	(副議長)

豊肥地域医療構想調整会議 委員名簿

任期：平成27年8月1日～平成29年7月31日

委員数：20名

区分	所属等	委員氏名	備考
医療関係者	竹田市医師会 会長	加藤 一郎	(議長)
	豊後大野市医師会 副会長	筑波 貴与根	
	豊後大野市歯科医師会 会長	武藤 秀典	
	豊後大野市薬剤師会 会長	矢野 ことみ	
	大分県看護協会 豊後大野・竹田地区理事	菅原 紀代	
	豊後大野市民病院 院長	木下 忠彦	
	竹田医師会病院 副院長	石井 一誠	
	大久保病院 理事長	大久保 健作	
	婦巖会みえ病院 院長	松山 幸弘	
	福島病院 院長	福島 克彦	
	みえ記念病院 院長	島袋 隆	
	伊藤医院 院長	伊藤 恭	
受療関係者 福祉関係者 及び	警察共済組合大分県支部	中城 有湖	
	竹田市地域包括支援センター長	木部 眞里子	
	豊後大野市地域包括支援センター長	原尻 京子	
行政関係者	竹田市保険健康課長	後藤 新一	
	豊後大野市市民生活課長	野仲 郁美	
	竹田市消防本部 消防長	大塚 義徳	
	豊後大野市消防本部 消防長	麻生 純二	
	大分県豊肥保健所長	山下 剛	(副議長)

西部地域医療構想調整会議 委員名簿

任期：平成27年8月1日～平成29年7月31日

委員数：24名

区分	所属等	委員氏名	備考
医療関係者	日田市医師会 会長	渡 邊 俊 治	(議長)
	玖珠郡医師会 会長	武 田 大 威	
	日田歯科医師会 会長	小 野 隆	
	玖珠郡歯科医師会 会長	倉 成 一 宏	
	日田薬剤師会 会長	小 堅 一 行	
	玖珠郡薬剤師会 会長	小 野 哲 郎	
	大分県看護協会 日田・玖珠・九重地区理事	古 賀 ゆ かり	
	大分県済生会日田病院 副院長	林 田 良 三	
	大分友愛病院 理事長	山 本 亨	
	大河原病院 院長	大 河 原 建 也	
	日田リハビリテーション病院 院長	石 田 漂 太	
	玖珠記念病院 院長	後 藤 憲 文	
	膳所医院 院長	膳 所 和 彦	
	友成医院 院長	友 成 一 英	
隈診療所 理事長	宮 崎 秀 人		
受療関係者 及び 福祉関係者	全国健康保険協会大分支部 企画総務部 企画総務グループ長	荒 木 直 彦	
	老人保健施設六和会センテナリアン 施設長	荒 川 佳 奈	
	日田市介護支援専門員協議会 代表理事	赤 坂 由 美 子	
	玖珠郡介護支援専門員協議会 代表理事	藤 野 裕 史	
行政関係者	日田市健康保険課長	相 良 信 哉	
	日田市長寿福祉課長	梅 野 俊 哉	
	九重町健康福祉課長	江 藤 清 子	
	玖珠町福祉保健課長	江 藤 幸 徳	
	大分県西部保健所長	池 邊 淑 子	(副議長)

北部地域医療構想調整会議 委員名簿

任期：平成27年8月1日～平成29年7月31日

委員数：19名

区分	所属等	委員氏名	備考
医療関係者	中津市医師会 会長	末 廣 朋 未	(議長)
	宇佐市医師会 会長	徳 光 伸 一	(副議長)
	豊後高田市医師会 会長	野 中 良 仁	
	中津歯科医師会 会長	伊 東 右 人	
	宇佐市薬剤師会 会長	友 松 茂 喜	
	大分県看護協会 中津・宇佐・豊後高田地区理事	工 藤 美 代	
	中津市民病院 院長	横 田 昌 樹	
	宇佐高田医師会病院 院長	柏 木 孝 仁	
	川鳶整形外科病院 理事長	川 鳶 眞 人	
	佐藤第一病院 理事長	佐 藤 仁 一	
	高田中央病院 理事長	瀧 上 茂	
	大貞病院 理事長	向 笠 浩 貴	
	渡辺医院 院長	帆 足 茂 久	
福祉関係者 及び 受療関係者	全国健康保険協会大分支部 企画総務部 保健グループ統括リーダー	吉 野 泰 介	
	大分県地域包括・総合相談・在宅介護 支援センター協議会 県北ブロック幹事	伊 藤 保 幸	
行政関係者	中津市生活保健部長	高 倉 博 文	
	宇佐市福祉保健部長	土 居 秀 徳	
	豊後高田市ウェルネス推進課長	伊 南 富 士 子	
	大分県北部保健所長	大 神 貴 史	

大分県地域医療構想

発行 平成28年 月
発行者 大分県福祉保健部医療政策課
〒870-8501 大分市大手町3丁目1番1号
電話 097-506-2652
FAX 097-506-1734
E-mail a12620@pref.oita.lg.jp