

徳島県地域医療構想



(平成28年10月)

徳島県

【徳島県地域医療構想・目次】

第1章 地域医療構想の基本的事項

第1節 構想策定の趣旨	1
第2節 構想の基本理念	1
第3節 構想の性格	2
第4節 構想の期間	2

第2章 本県の概況

第1節 人口等の将来推計	3
(1) 人口	3
(2) 世帯構成	5
第2節 医療提供体制	6
(1) 医療施設数	6
(2) 病床数	6
第3節 医療従事者の状況	7
(1) 医療従事者数	7
(2) 医療施設従事医師数と年齢、性別構成	7

第3章 構想区域の設定

第1節 基本的な考え方	8
第2節 二次医療圏ごとのデータ	9
(1) 人口推計	9
(2) 患者の受療動向	11
(3) 疾患別医療需要推計	11
第3節 構想区域の設定	14

第4章 医療機能別の必要病床数推計

第1節 推計に用いる人口データ	15
第2節 医療需要（入院・在宅医療等）の推計	15
(1) 「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」の推計方法	15
(2) 「慢性期機能」の推計方法	16
(3) 2025年における圏域ごとの医療需要推計	17
第3節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討	18
(1) 他県の構想区域との供給数の調整	18
(2) 県内の構想区域間における供給数の調整	19
第4節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制） を踏まえた必要病床数の推計	19

第5章 必要病床数と病床機能報告による病床数の比較

第1節 病床機能報告とは	20
第2節 本県の病床機能報告の概況	21
第3節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較	22
第4節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較の際の留意点	22

第6章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

第1節 全県的な取組み	23
（1）病床機能の分化・連携	23
（2）在宅医療の充実	24
（3）医療従事者の確保・養成	30
（4）その他の特に検討すべき課題	31
第2節 構想区域ごとの状況と取組み	33
（1）東部構想区域	33
（2）南部構想区域	37
（3）西部構想区域	41

第7章 地域医療構想の実現に向けて

第1節 病床機能報告制度の活用	45
第2節 地域医療構想の実現に向けた取組み	45
（1）地域医療構想調整会議	45
（2）各医療機関における自主的な取組み	45
（3）県と地域医療構想調整会議の取組み	46

第8章 構想の推進体制・進行管理

第1節 推進体制と役割	47
（1）推進体制	47
（2）果たすべき役割	47
第2節 進行管理	49
（1）取組みの点検	49
（2）情報の公表と県民の理解	49

○徳島県地域医療構想の策定経過	50
○徳島県地域医療構想調整会議委員名簿	51

第1章 地域医療構想の基本的事項

第1節 構想策定の趣旨

人口の少子高齢化が急速に進む中、年金、医療、介護などの社会保障給付が急増し、社会保障制度自体の持続可能性が問われる状況となっています。このような中、内閣に設置された社会保障制度改革国民会議において、平成24年11月から20回にわたる議論がなされ、平成25年8月6日に報告書が取りまとめられました。報告書では、医療分野の課題として、日本は諸外国と比べて人口当たり病床数が多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担が不明確であり、さらには、病床当たりの医師・看護職員数も少ないことなどが挙げられています。限られた医療資源を有効活用するためには、患者のニーズに適合した効率的な利用を図る必要があり、改革の方向性として、

- ・病床機能の分化と連携を進め、患者の状態にふさわしい医療を受けられること
- ・入院期間を短くして早期の家庭復帰、社会復帰を実現するとともに、受け皿となる在宅医療等を充実させる必要があること
- ・高度急性期から在宅等での医療・介護まで継続的で包括的なネットワークである「地域包括ケアシステム」を構築すること

が求められています。

この社会保障制度改革国民会議での議論を踏まえ、平成26年には医療法が改正され、都道府県は「地域医療構想」を策定することとなりました。団塊の世代が後期高齢者となり、医療や介護の需要が大幅に増加すると見込まれる2025年（平成37年）を見据え、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進することにより、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を目指していきます。

第2節 構想の基本理念

急速な高齢化の進展により医療需要の急増が見込まれる中、患者にとって過不足のない医療サービスを提供するためには、病床機能の分化と連携とともに、居宅や施設で提供される医療への移行も促進し、限られた医療資源を有効に活用する必要があります。その際には、在宅医療提供体制の確保や入院から地域へ移行する患者の受け皿整備、あるいは医療従事者の確保・養成といった様々な課題を解決しなければ、地域全体として必要な医療提供体制を構築することはできません。

また、「地域包括ケアシステム」の構築による医療と介護の連携や地域で患者を支える体制づくりも同時に進め、県民の安全・安心を確保することも必要です。

「徳島県地域医療構想」ではこれらの課題や今後の解決の方向性を提示するとともに、構想策定後は、県民が一丸となって構想実現に向けて取り組むことにより、結果として「行き場のない患者を生み出さず、全ての患者の状態に適応した医療・介護サービスが提供されること」を目指していきます。

なお、地域医療構想策定においては、必要病床数等のデータの検討が行われますが、これらは、医療関係者、保険者、市町村、さらには地域住民が共通の認識を持ち、地域医療構想の立案やその実現に向けた取組みに資するためであって、これらの数値を機械的にあてはめて、病床の削減を目指すものではありません。

第3節 構想の性格

この構想は、次に掲げる性格を有するものとします。

- (1) 医療法第30条の4第1項の規定に基づく本県の医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）の一部
- (2) 医療法第30条の4第2項第7号の規定に基づく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（構想区域）における将来の医療提供体制に関する構想

第4節 構想の期間

2025年（平成37年）に向けての取組みとします。

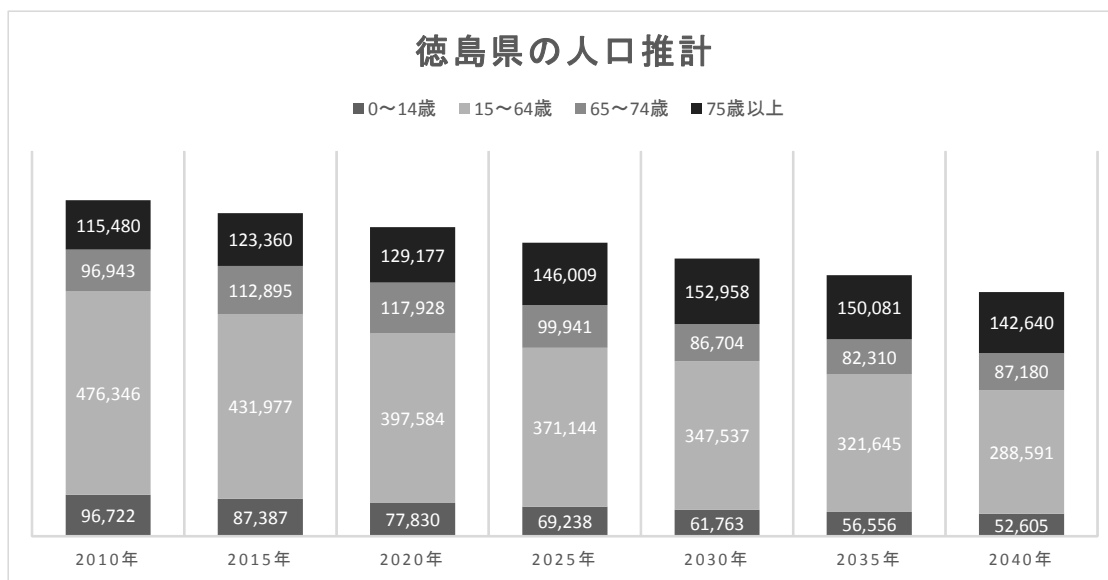
第2章 本県の概況

第1節 人口等の将来推計

(1) 人口

2010年（平成22年）時点で78万人を超えていた本県の人口は、2025年（平成37年）には68万人台の半ばに、2040年（平成52年）には約57万人に減少すると推計されています。

また、年齢区分別にみると、0～14歳、15～64歳は2010年（平成22年）以降一貫して減少する見込みですが、65～74歳は2020年（平成32年）頃まで、75歳以上は2030年（平成42年）頃まで増加する見通しとなっています。特に、生産年齢人口である15～64歳は、2025年（平成37年）には2010年（平成22年）の8割弱、2040年（平成52年）には6割程度にまで減少する見通しです。

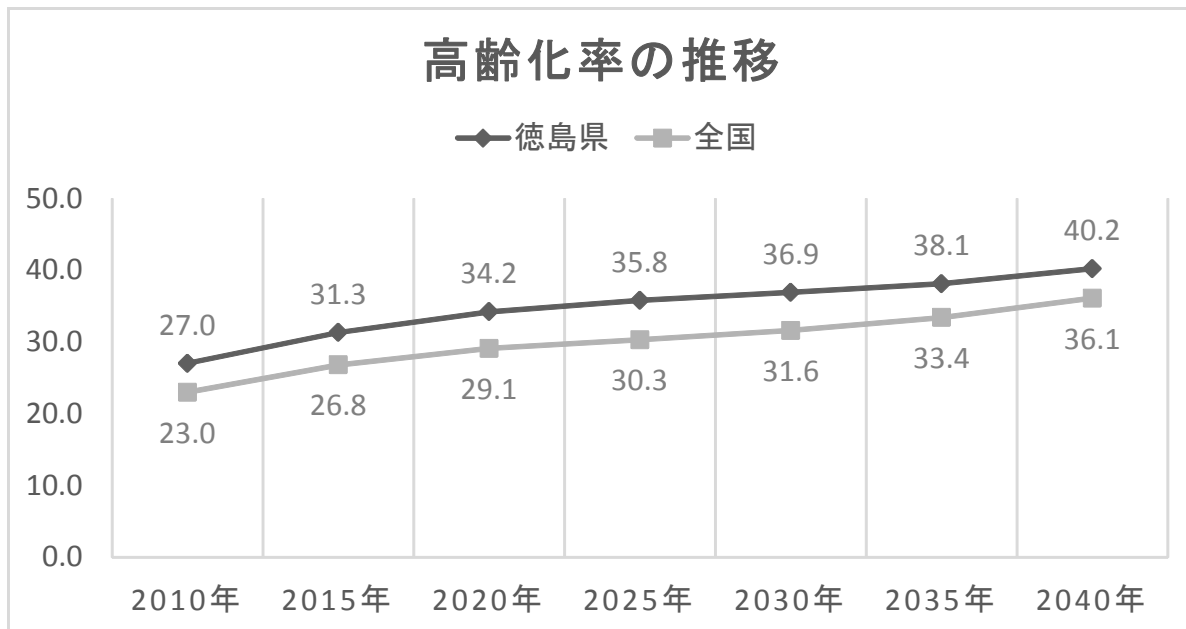


(単位：人)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	96,722	87,387	77,830	69,238	61,763	56,556	52,605
15～64歳	476,346	431,977	397,584	371,144	347,537	321,645	288,591
65～74歳	96,943	112,895	117,928	99,941	86,704	82,310	87,180
75歳以上	115,480	123,360	129,177	146,009	152,958	150,081	142,640
総数	785,491	755,619	722,519	686,332	648,962	610,592	571,016

* 出典：国立社会保障・人口問題研究所による「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)」

本県の高齢化率（総人口に対する65歳以上人口の占める割合）は全国平均を上回っており、速いペースで高齢化が進行しています。また、今後も高齢化率は上昇を続け、2040年（平成52年）には4割を超える見通しとなっています。



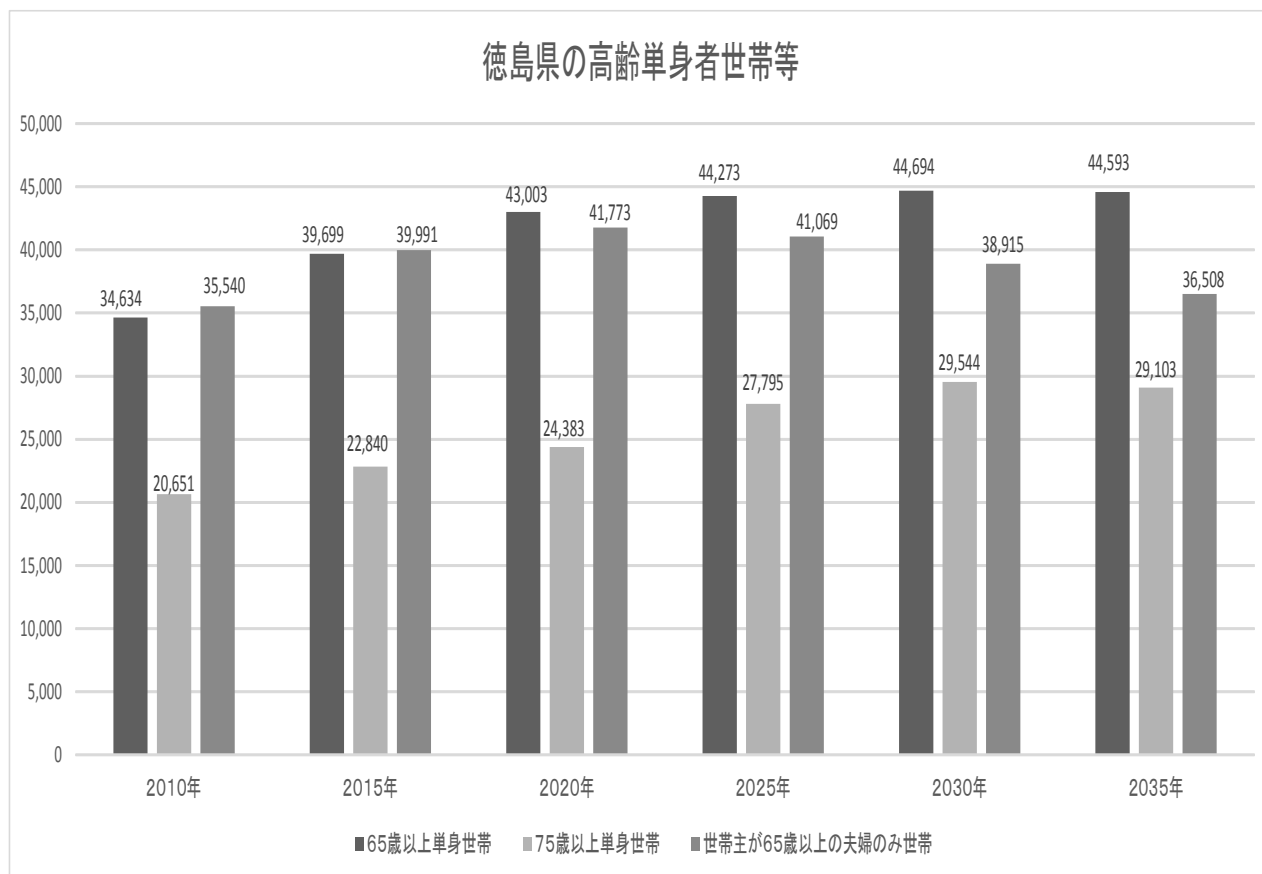
（単位：％）

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
徳島県	27.0	31.3	34.2	35.8	36.9	38.1	40.2
全国	23.0	26.8	29.1	30.3	31.6	33.4	36.1

* 国立社会保障・人口問題研究所による「日本の地域別将来推計人口」（平成25（2013）年3月推計）

(2) 世帯構成

本県の65歳以上の高齢単身世帯数は、2030年（平成42年）頃まで増加すると見込まれます。また、世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯についても2020年（平成32年）頃まで増加する見通しとなっています。



	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
65歳以上単身世帯	34,634	39,699	43,003	44,273	44,694	44,593
75歳以上単身世帯	20,651	22,840	24,383	27,795	29,544	29,103
世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯	35,540	39,991	41,773	41,069	38,915	36,508

* 出典：国立社会保障・人口問題研究所による「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2014年4月推計）

第2節 医療提供体制

(1) 医療施設数

病院数（人口10万対）は14.4で、全国の6.6を大幅に上回っています。

一般診療所数（人口10万対）は94.6で、全国の78.5を上回っていますが、特に、有床診療所数（人口10万対）は16.7で、全国の6.5を大幅に上回っています。

【医療施設数】

施設数	病院		一般診療所		歯科診療所
		(再掲)精神		(再掲)有床診療所	
徳島県	113	16	743	131	426
	(14.4)	(2.0)	(94.6)	(16.7)	(54.2)
全国	8,493	1,067	100,461	8,355	68,592
	(6.6)	(0.8)	(78.5)	(6.5)	(53.6)

*出典：「H26医療施設調査」等より

() は人口10万対（人口はH22国勢調査による）

設置主体別では、医療法人によるものの割合が73.5%であり、全国の67.4%を上回っています。

【設置主体別病院数】

設置主体	国	公的医療機関	社会保険関係団体	公益法人	医療法人	私立学校法人	社会福祉法人	医療生協	会社	その他の法人	個人	総数
徳島県	3	17	0	1	83	0	1	1	1	0	6	113
全国	329	1,231	57	240	5,721	109	198	84	53	182	289	8,493

*出典：「H26医療施設調査」より

(2) 病床数

病床数（人口10万対）については、どの区分においても全国を上回っていますが、特に一般診療所は272.1と、全国(87.7)の3倍以上になっています。

病床数	病院	内訳				一般診療所
		療養及び一般	精神	感染症	結核	
徳島県	14,845	10,869	3,916	23	37	2,137
	(1,889.9)	(1,383.7)	(498.5)	(2.9)	(4.7)	(272.1)
全国	1,568,261	1,222,360	338,174	1,778	5,949	112,364
	(1,224.7)	(954.5)	(264.1)	(1.4)	(4.6)	(87.7)

*出典：「H26医療施設調査」より

() は人口10万対（人口はH22国勢調査による）

第3節 医療従事者の状況

(1) 医療従事者数

医療従事者数（人口10万対）については、記載の職種のうち、栄養士以外の職種において全国を上回っています。

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	歯科衛生士
徳島県	2,463 (313.6)	826 (105.2)	2,598 (330.7)	390 (49.7)	224 (28.5)	8,436 (1,074.0)	3,909 (497.7)	1,135 (144.5)
全国	311,205 (243.0)	103,972 (81.2)	288,151 (225.0)	48,452 (37.8)	33,956 (26.5)	1,086,779 (848.7)	340,153 (265.6)	116,299 (90.8)

	管理栄養士	栄養士	理学療法士	作業療法士
徳島県	588 (74.9)	342 (43.5)	739 (94.1)	460 (58.6)
全国	57,295 (44.7)	58,410 (45.6)	66,151 (51.7)	39,786 (31.1)

* 出典：医師・歯科医師・薬剤師：「H26医師・歯科医師・薬剤師調査」より

* 出典：保健師・助産師・看護師・准看護師・歯科衛生士・管理栄養士・栄養士：「H26衛生行政報告例」より

* 出典：理学療法士・作業療法士：「H26病院報告」より

() は人口10万対（人口はH22国勢調査による）

(2) 医療施設従事医師数と年齢、性別構成

医療施設従事医師については、全国よりも女性医師の割合が高くなっています。65歳以上や70歳以上の高齢の医師の割合が全国よりも高く、平均年齢も51.7歳と全国の49.3歳よりも高くなっています。

	総数			うち65歳以上	うち70歳以上 (再掲)	平均年齢
		男	女			
徳島県	2,317	1,792 77.3%	525 22.7%	452 19.5%	243 10.5%	51.7
全国	296,845	236,350 79.6%	60,495 20.4%	44,730 15.1%	26,725 9.0%	49.3

* 出典：「H26医師・歯科医師・薬剤師調査」より

%は構成比

第3章 構想区域の設定

第1節 基本的な考え方

地域医療構想の検討を行うためには、まず構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化することとなります。

構想区域の設定にあたっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要があるとされています。

【徳島県の現行の二次医療圏】

H28. 3. 31時点

	圏域人口 (人)	圏域面積 (平方キロメートル)	主な中核病院	構成市町村名
東部	540,942	1,016.4	徳島大学病院 (一般643床、精神45床、感染症8床) 県立中央病院 (一般390床、精神60床、結核5床、 感染症5床) 吉野川医療センター(一般290床)	徳島市、鳴門市、佐那河内村、 石井町、神山町、松茂町、 北島町、藍住町、板野町、 上板町、吉野川市、阿波市
南部	156,580	1,724.1	徳島赤十字病院(一般405床) 阿南共栄病院(一般343床) 県立海部病院 (一般102床、結核4床、感染症4床)	小松島市、阿南市、勝浦町、 上勝町、那賀町、美波町、 牟岐町、海陽町
西部	87,969	1,406.2	県立三好病院 (一般206床、結核8床、感染症6床) つるぎ町立半田病院(一般120床)	美馬市、つるぎ町、三好市、 東みよし町
徳島県	785,491	4,146.7		

*人口はH22国勢調査による



第2節 二次医療圏ごとのデータ

(1) 人口推計

*出典：国立社会保障・人口問題研究所による「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)」

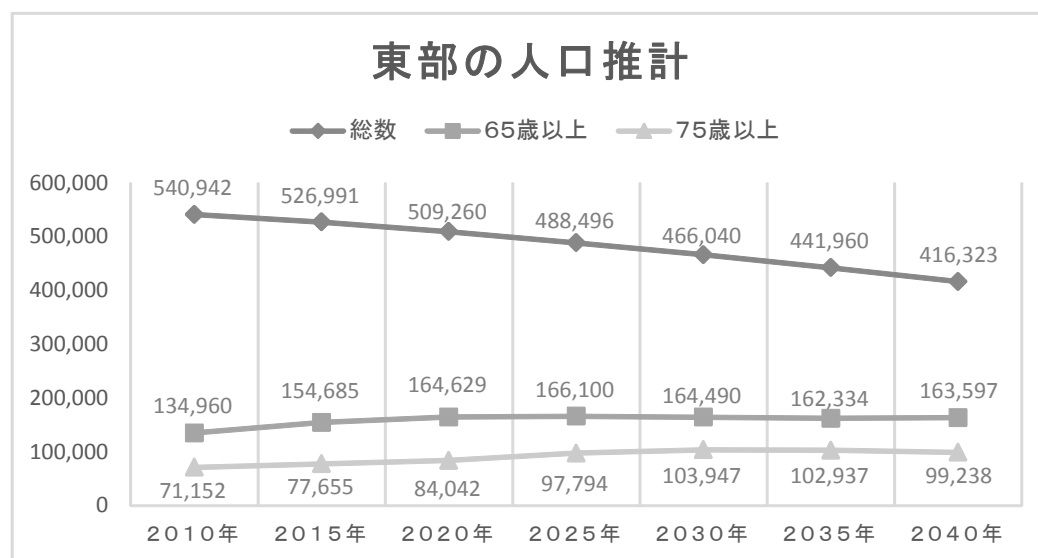
人口総数は、東部・南部・西部全ての二次医療圏において、2025年(平成37年)に向けて減少する見通しとなっています。

東部においては、65歳以上人口は2025年(平成37年)に向けて増加しますが、このうち75歳以上に限れば2040年(平成52年)に向けてもなお増加する見通しとなっています。

南部においては、65歳以上人口、75歳以上人口ともに2025年(平成37年)に向けて増加したのち、2040年(平成52年)に向けては減少する見通しとなっています。

西部においては、人口総数のみならず、65歳以上人口、75歳以上人口の全てが2025年(平成37年)に向けて減少する見通しとなっています。

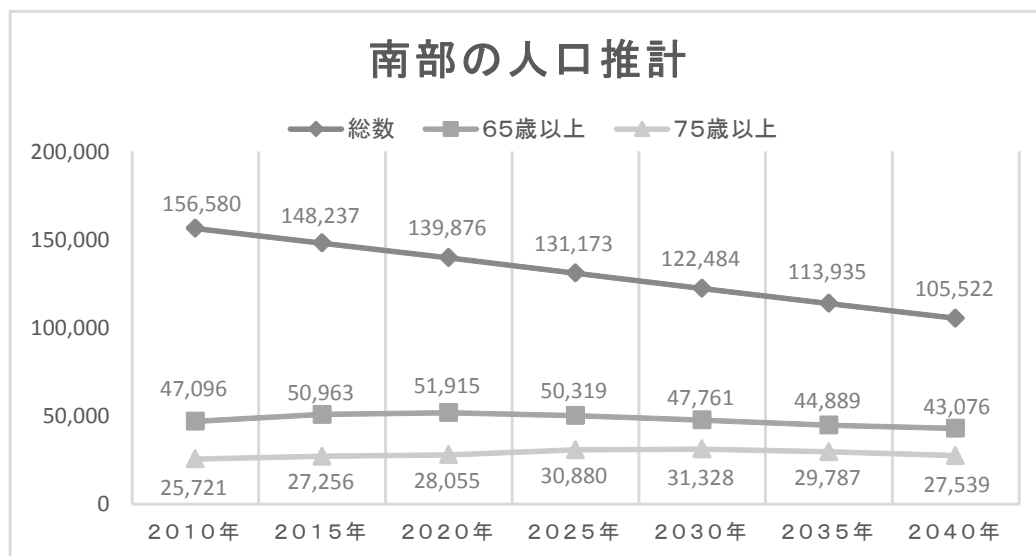
【東部】



(単位：人)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総数	540,942	526,991	509,260	488,496	466,040	441,960	416,323
65歳以上	134,960	154,685	164,629	166,100	164,490	162,334	163,597
75歳以上	71,152	77,655	84,042	97,794	103,947	102,937	99,238

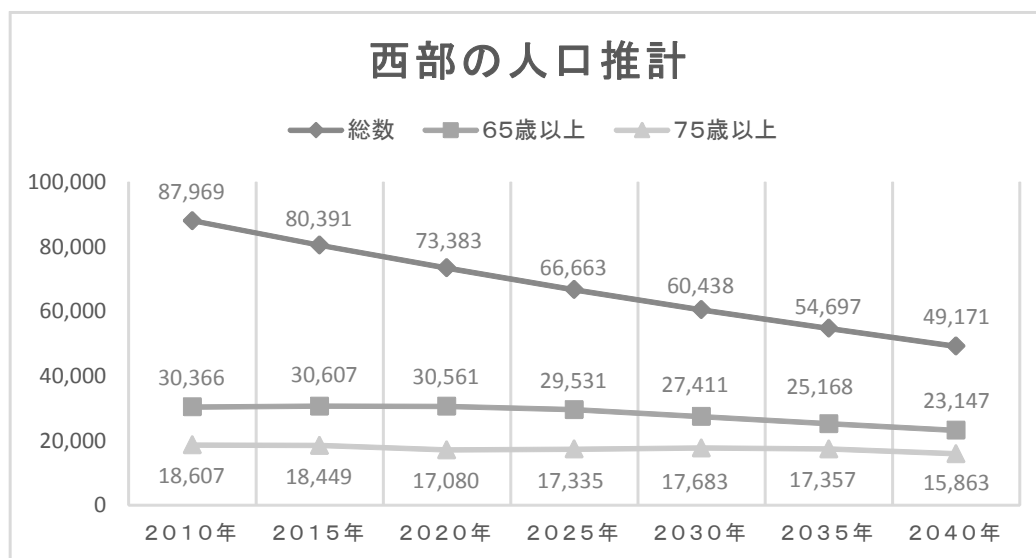
【南部】



(単位：人)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総数	156,580	148,237	139,876	131,173	122,484	113,935	105,522
65歳以上	47,096	50,963	51,915	50,319	47,761	44,889	43,076
75歳以上	25,721	27,256	28,055	30,880	31,328	29,787	27,539

【西部】



(単位：人)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総数	87,969	80,391	73,383	66,663	60,438	54,697	49,171
65歳以上	30,366	30,607	30,561	29,531	27,411	25,168	23,147
75歳以上	18,607	18,449	17,080	17,335	17,683	17,357	15,863

(2) 患者の受療動向

現行の二次医療圏ごとの入院患者の受療動向については、2025年（平成37年）においても現在と患者の受療動向が変わらないと仮定した場合、南部から東部へ、西部から東部への患者の流出が比較的多いものの、東部では約95%、南部と西部においても70%を超える患者は、住所地のある二次医療圏内で受療する見込みであることを示しています。

実数		医療機関所在地		
		東部	南部	西部
患者住所地	東部	4,807	266	
	南部	423	1,091	
	西部	189		660

割合		医療機関所在地		
		東部	南部	西部
患者住所地	東部	94.8%	5.2%	
	南部	27.9%	72.1%	
	西部	22.3%		77.7%

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による（実数の単位：人/日）。

*「実数」は、県内構想区域における10以上の数値について抽出し、小数第1位を四捨五入。

*「割合」は、患者住所地別にみた受診医療機関所在地の分布割合を示す。

*慢性期を「特例」とした場合。

(3) 疾病別医療需要推計

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、成人肺炎、大腿骨頸部骨折について、二次医療圏ごとの医療需要推計値を示します。（ただし、急性心筋梗塞は数値が10未満となる内訳のみのため、示されません。）

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による参考データ（単位：人/日）。

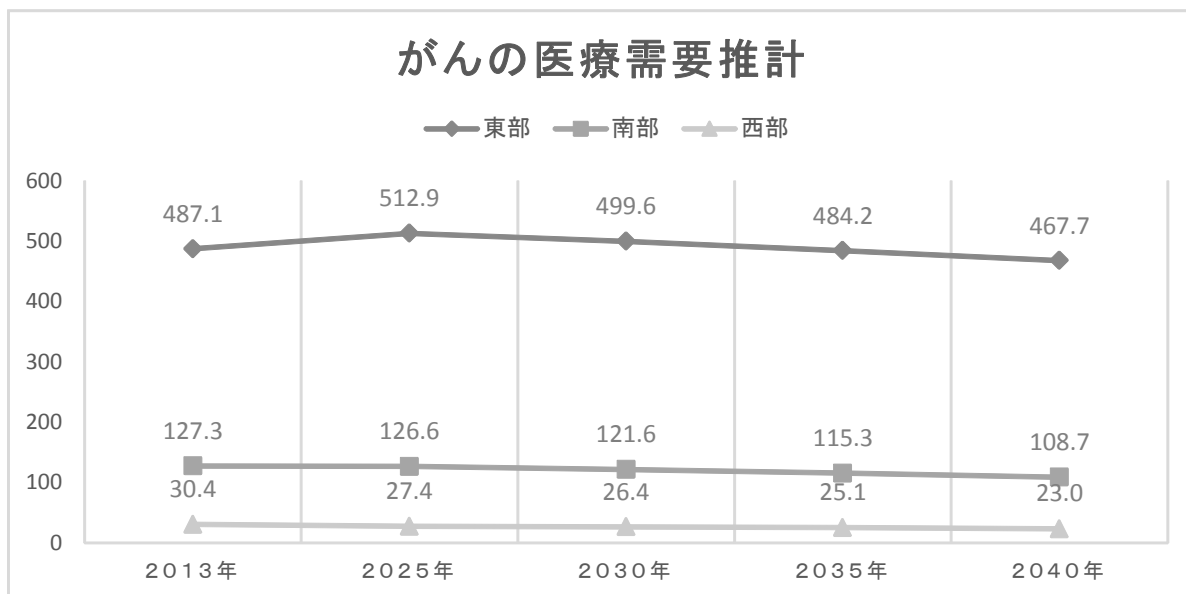
慢性期は推計されないため、含まれない。

*がん、脳卒中、成人肺炎、大腿骨頸部骨折についても10未満のため数値不明となり加算できない内訳がある。

*医療機関所在地ベース。

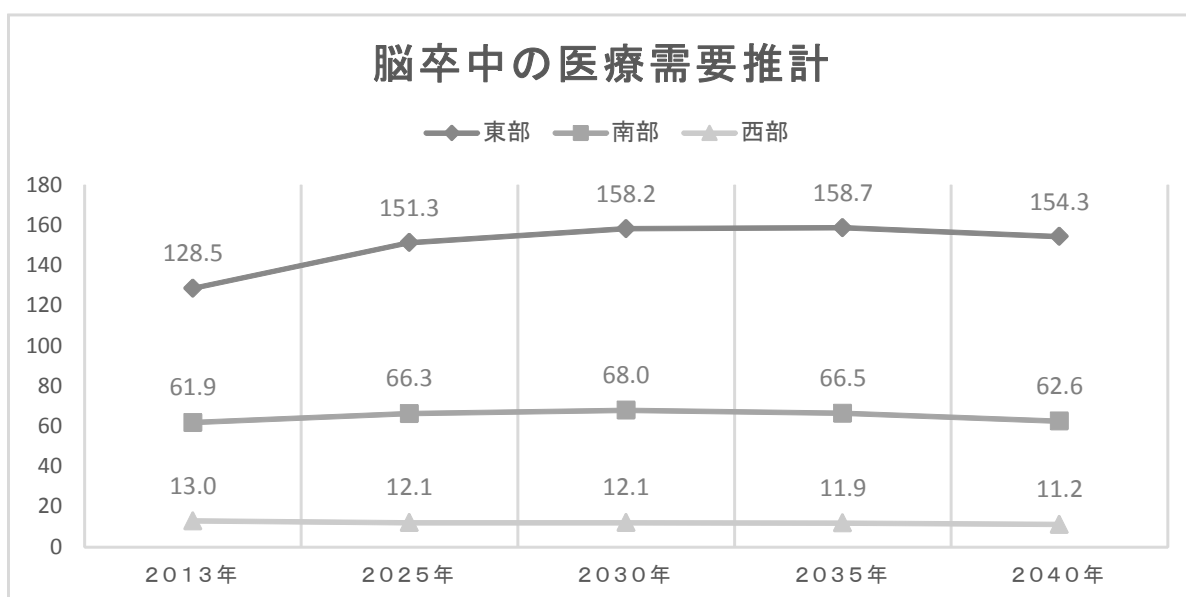
【がん】

がんについては、東部では2025年頃までは需要が増加しますが、南部・西部では2013年（平成25年）以降、緩やかに減少する見込みとなっています。



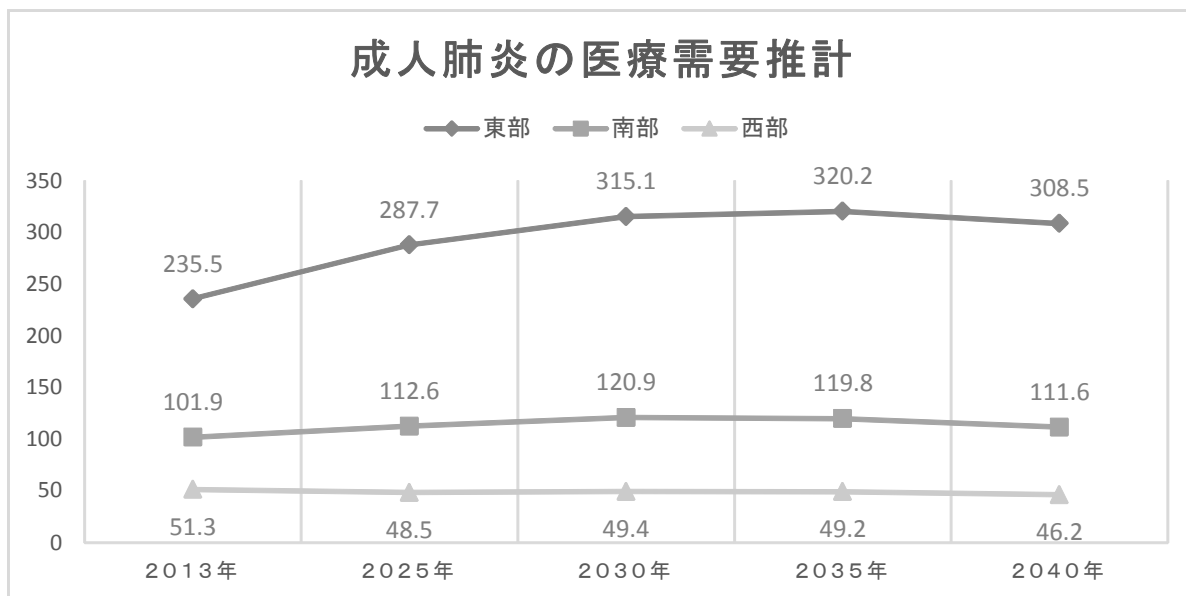
【脳卒中】

脳卒中については、東部は2035年頃まで、南部は2030年頃まで需要が増加しますが、西部では2013年（平成25年）以降、緩やかに減少する見通しとなっています。



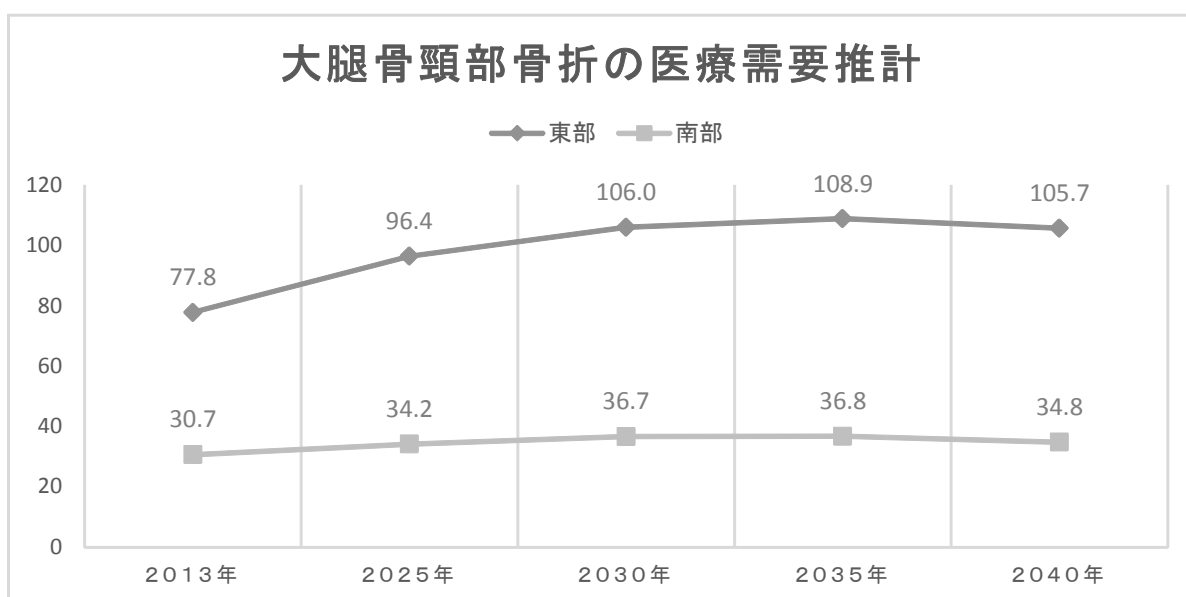
【成人肺炎】

成人肺炎については、東部は2035年（平成47年）頃まで、南部は2030年（平成42年）頃まで需要が増加します。一方、西部では2013年（平成25年）以降、緩やかな減少基調となる見通しです。



【大腿骨頸部骨折】

大腿骨頸部骨折については、東部・南部では2035年（平成47年）頃まで需要が増加する見通しとなっています。西部では数値が10未満となる内訳のみのため、示されません。



第3節 構想区域の設定

本県の二次医療圏は、平成25年4月の第6次徳島県保健医療計画策定にあたり、6圏域から3圏域に見直されたものであり、地域医療構想における構想区域については、現行の二次医療圏（東部・南部・西部）と同一とし、必要な医療提供体制について検討することとします。

地域医療構想における構想区域



第4章 医療機能別の必要病床数推計

第1節 推計に用いる人口データ

2025年（平成37年）の性・年齢階級別人口を用いて推計します。

*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（2013年）3月中位推計）」

第2節 医療需要（入院・在宅医療等）の推計

【2025年の医療需要の推計方法】

$$\begin{aligned} & \text{構想区域の2025年の医療需要} \\ & = \left[\text{当該構想区域の2013年の性・年齢階級別の入院受療率} \right. \\ & \quad \left. \times \text{当該圏域の2025年の性・年齢階級別推計人口} \right] \text{の総和} \end{aligned}$$

※「入院受療率」は、平成25年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータに基づき、当該構想区域の性・年齢階級別年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除した数を性・年齢階級別人口で除した数。

（1）「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」の推計方法

次の医療資源投入量区分に基づいて病床機能ごとの入院受療率を算出し、医療需要を推計します。

【医療資源投入量に基づく病床機能別分類の考え方】

	医療資源投入量	基本的な考え方
高度急性期	3,000点(C1)	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		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	600点(C2)	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。
-----	225点(C3)	ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。
-----	175点	
※		※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。

(2) 慢性期機能の推計方法

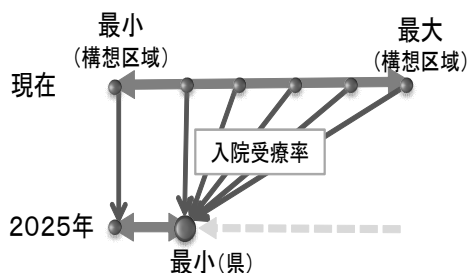
次の①、②の入院受療率を算定し、医療需要を推計します。

①平成25年度のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を除いた入院患者について、「パターンA」、「パターンB」、「特例」の中から選択し、推計。

【パターンA】

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

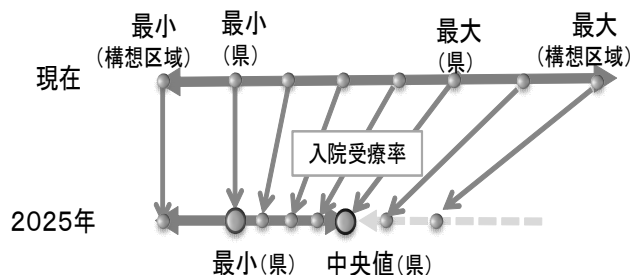
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



【パターンB】

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

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



【特例】

次の要件に該当する場合、【パターンB】の達成年次を2030年(平成42年)とすることができる。

- ア 【パターンB】により入院受療率の目標を定めた場合における
当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい かつ
- イ 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

②一般病床で、障がい者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者。

(3) 2025年における構想区域ごとの医療需要推計

【患者住所地ベース】(全ての患者が住所地のある構想区域内で受療したとした場合)

	高度急性期 (人/日)	急性期 (人/日)	回復期 (人/日)	慢性期 (人/日)			入院医療需要 (人/日)			在宅医療等計 (人/日)			(再掲) 訪問診療分
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	
東部	371.2	1,232.1	1,827.3	1,223.3	1,535.2	1,745.5	4,653.9	4,965.8	5,176.1	9,849.4	9,537.5	9,327.2	3,645.7
南部	104.7	394.3	540.2	352.1	421.6	495.9	1,391.3	1,460.8	1,535.1	2,686.6	2,617.1	2,542.8	990.1
西部	60.1	234.2	302.9	219.9	275.7	347.7	817.1	872.9	944.9	1,570.7	1,514.9	1,443.0	462.3
徳島県	536.0	1,860.6	2,670.4	1,795.3	2,232.5	2,589.1	6,862.3	7,299.5	7,656.1	14,106.7	13,669.5	13,313.0	5,098.1

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による。小数第2位を四捨五入。

【医療機関所在地ベース】(患者の受療動向が現在と変わらないとした場合)

	高度急性期 (人/日)	急性期 (人/日)	回復期 (人/日)	慢性期 (人/日)			入院医療需要 (人/日)			在宅医療等計 (人/日)			(再掲) 訪問診療分
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	
東部	371.4	1,263.1	1,977.7	1,476.5	1,825.5	2,072.6	5,088.7	5,437.7	5,684.8	10,347.1	9,998.2	9,751.1	3,855.6
南部	136.2	446.8	532.5	215.2	257.5	300.9	1,330.7	1,373.0	1,416.4	2,568.2	2,526.0	2,482.6	1,046.7
西部	30.4	170.5	207.2	177.2	228.7	293.7	585.3	636.8	701.8	1,508.1	1,456.6	1,391.6	455.4
徳島県	538.0	1,880.4	2,717.4	1,868.9	2,311.7	2,667.2	7,004.7	7,447.5	7,803.0	14,423.4	13,980.8	13,625.3	5,357.7

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による。小数第2位を四捨五入。

第3節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討

(1) 他県の構想区域との供給数の調整

～2025年における推計医療需要の流出入状況～

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による（単位：人/日）。抽出可能な10以上の数値がある構想区域について掲載。小数第1位を四捨五入。

【高度急性期】

		医療機関所在地		
		東部	南部	西部
患者住所地	東部	313	48	
	南部	21	82	
	西部	19		29

【急性期】

		医療機関所在地		
		東部	南部	西部
患者住所地	東部	1,109	98	
	南部	57	332	
	西部	47		161
	淡路	13		

【回復期】

		医療機関所在地		
		東部	南部	西部
患者住所地	東部	1,726	76	
	南部	101	432	
	西部	76		193
	淡路	14		

【慢性期（特例）】

		医療機関所在地			
		東部	南部	西部	中讃
患者住所地	東部	1,659	44		
	南部	244	244		
	西部	46		277	12
	大川	17			
	高松	13			

他県の構想区域との供給数の調整方法については、「地域医療構想策定における患者流出入を踏まえた必要病床数推計の都道府県間調整方法について」（平成27年9月18日医政地発0918第1号）により、必要病床数の推計においては、患者住所地の医療需要を基本として定めること、10人未満の医療需要については都道府県間調整の対象外とすること、現状（医療機関所在地ベース）の患者数を前提とした医療提供体制を維持したいと考える都道府県が、患者住所地の都道府県に対して協議を持ちかけることなどが示されています。

他県との調整対象となる二次医療圏（構想区域）は、急性期と回復期でそれぞれ1箇所、慢性期で3箇所ありますが、本県構想区域への流入患者数は1日当たり10人台と比較的少数にとどまる見通しとなっています。また、必ずしも構想区域内で完結しない医療提供体制が必要とされる高度急性期において調整対象となる流出入もないことから、本県から他県への協議は行わず、患者住所地ベースでの医療需要を基本として必要病床数を推計し、2025年のあるべき医療提供体制の構築を目指します。

(2) 県内の構想区域間における供給数の調整

「地域医療構想策定ガイドライン」においては、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも構想区域内で受療が完結することを求めるものではないが、急性期・回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい、との考え方が示されています。

本県においても、この考え方に従い、高度急性期は現状の機能分担・連携を踏まえた「医療機関所在地ベース」、急性期・回復期・慢性期は各構想区域内での受療完結を目指す「患者住所地ベース」での医療需要に基づいて、必要病床数を推計することとします。

なお、慢性期の医療需要推計に際しては、パターンA、パターンB、特例の中から選択可能とされているため、本県では、在宅医療等への移行が最も緩やかな設定である「特例」を選択することとします。特例の選択については、適応要件を充足することが求められておりますが、本県では、東部・南部・西部の全構想区域が要件を充足しています。(特例適応要件：当該構想区域におけるパターンBでの慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きく、かつ、高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合。)

第4節 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）を踏まえた必要病床数の推計

【2025年のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数】

	高度急性期 (人/日)	急性期 (人/日)	回復期 (人/日)	慢性期 (人/日)	入院医療需要 (人/日)
				特例	特例
東部	369	1,252	1,872	1,790	5,283
南部	134	401	552	512	1,600
西部	35	214	279	347	874
徳島県	538	1,867	2,703	2,649	7,757

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による。小数第1位を四捨五入。

【2025年のあるべき医療提供体制を踏まえた必要病床数推計】

	高度急性期 (床)	急性期 (床)	回復期 (床)	慢性期 (床)	必要病床数 (床)
				特例	特例
東部	492	1,605	2,080	1,946	6,123
南部	179	514	613	557	1,863
西部	47	274	310	377	1,008
徳島県	718	2,393	3,003	2,880	8,994

*病床利用率は、高度急性期：75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%。小数第1位を四捨五入。

第5章 必要病床数と 病床機能報告による病床数の比較

第1節 病床機能報告とは

地域医療構想の策定にあたり、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。そのために必要なデータを収集するため、医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組みが平成26年度から導入されました。

また、医療機能の報告に加えて、その病棟にどんな設備があるのか、どんな医療スタッフが配置されているのか、どんな医療行為が行われているのか、についても報告することとしています。

報告された情報を公表し、地域医療構想とともに示すことにより、地域の医療機関や住民等が、地域の医療提供体制の現状と将来の姿について共通認識を持つことができます。また、医療機関の自主的な取組み及び医療機関相互の協議によって、医療機能の分化・連携が進められるようになります。

なお、医療機関が報告し、都道府県が2025年の必要量を定めることとなる医療機能は、次の4つの区分です（平成26年度）。

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	○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がい者（重度の意識障がい者を含む）、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

第2節 本県の病床機能報告の概況

【現状】

2014年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況は次のとおりです。(単位：床)

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
		東部	8,780	1,099	2,426
南部	2,047	405	790	278	574
西部	1,329	10	451	184	684

(注) H27.4.1以降に提出された報告は反映されていない。

【6年後の予定】

2014年7月1日時点から6年経過した時点の機能の予定として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況は次のとおりです。(単位：床)

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
		東部	8,748	1,099	2,387
南部	2,039	405	722	338	574
西部	1,329	10	451	184	684

(注) 圏域の設定が現在と変わらないとした場合。H27.4.1以降に提出された報告は反映されていない。

第3節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較

構想区域ごとの、2025年（平成37年）の推計必要病床数と2014年（平成26年）病床機能報告の病床数との比較は、次のとおりです。ただし、第4節に記載の点に留意する必要があります。

	医療機能	2025 必要病床数 (床) (A)	2014 病床機能報告での 病床数(床) (B)	(A) - (B)	左の 増減率 (%)
東部	高度急性期	492	1,099	▲ 607	▲ 55.2
	急性期	1,605	2,426	▲ 821	▲ 33.8
	回復期	2,080	1,228	852	69.4
	慢性期	1,946	4,027	▲ 2,081	▲ 51.7
	合計	6,123	8,780	▲ 2,657	▲ 30.3
南部	高度急性期	179	405	▲ 226	▲ 55.8
	急性期	514	790	▲ 276	▲ 34.9
	回復期	613	278	335	120.5
	慢性期	557	574	▲ 17	▲ 3.0
	合計	1,863	2,047	▲ 184	▲ 9.0
西部	高度急性期	47	10	37	370.0
	急性期	274	451	▲ 177	▲ 39.2
	回復期	310	184	126	68.5
	慢性期	377	684	▲ 307	▲ 44.9
	合計	1,008	1,329	▲ 321	▲ 24.2
徳島県	総合計	8,994	12,156	▲ 3,162	▲ 26.0

第4節 必要病床数と病床機能報告の病床数の比較の際の留意点

病床機能報告は、「高度急性期、急性期、回復期及び慢性期がどのような機能か」を示す病床機能の客観的または定量的な基準がない状況で、医療機関が病棟単位で4つの医療機能のうちから1つを選択して報告したもので、特に2014年（平成26年）度の結果報告については、病床機能報告制度実施の初年度であり、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及びその必要数等の情報を踏まえておりません。

一方、2025年の必要病床数は、レセプトデータ等を医療資源投入量で区分して推計したものであり、両者は完全に一致する性質のものではないことに留意する必要があります。

第6章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

第1節 全県的な取組み

(1) 病床機能の分化・連携

①現状と課題

- ・ 2025年（平成37年）の必要病床数と現在の病床構成には、大きなかい離があります。具体的には、必要病床数と2014年（平成26年）の病床機能報告との比較においては、全県的に回復期の機能を担う病床が将来不足し、その他の機能については過剰となると見込まれています。
- ・ 将来あるべき医療提供体制の構築を進めるに当たっては、限られた医療資源を有効に活用するため、より効率的で効果的な体制の検討が求められます。
- ・ 病床の機能分化と連携を進めるためには、在宅医療等への移行が促進されることが前提となっていることから、退院後の受け皿となり、患者の療養生活を支える在宅医療等の提供体制整備を図る必要があります。
- ・ 病床の機能分化と連携を進めるためには、それぞれの機能を担う医療従事者等の確保と養成も必要となります。

②取組みの方向性

- ・ 将来の人口構造の推移や疾病構造の変化に適応し、過不足のない医療が提供されるようにするため、高度急性期・急性期・回復期・慢性期、さらには在宅等における医療と介護に至るまでの一連のサービスが切れ目なく提供される体制づくりを目指します。
- ・ 患者それぞれの状態に応じたサービスが提供できるよう、不足すると見込まれる病床機能及び在宅医療等への転換を促進する必要があります。まずは、医療機関の自主的な取組みが前提となりますが、構想区域における医療機関の役割分担の明確化に向けた「地域医療構想調整会議」での協議や、「地域医療介護総合確保基金」の活用についても十分な検討を行うことが求められます。
- ・ 病院完結型から地域完結型の医療提供体制を構築するためには、医療機関相互の連携を推進することが必要であることから、ICTを活用した患者情報の共

有化等の取組みについても検討します。

(2) 在宅医療の充実

①「在宅医療等」とは

- ・「地域医療構想策定ガイドライン」においては、「在宅医療等」として医療需要を推計することとしています。その中身は、「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」と定められています。したがって、居宅で提供される医療のみを対象としているのではないことに留意する必要があります。

②「在宅医療等」の医療需要に含まれるもの

- ・療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%
- ・上記以外の療養病床の入院患者で、入院受療率を低下させることで在宅医療等へ移行する患者
- ・一般病床の入院患者数(回復期リハビリ病棟入院料を算定した患者数を除く)のうち、医療資源投入量が175点未満の患者
- ・在宅患者訪問診療料を算定している患者
- ・介護老人保健施設施設サービス受給者

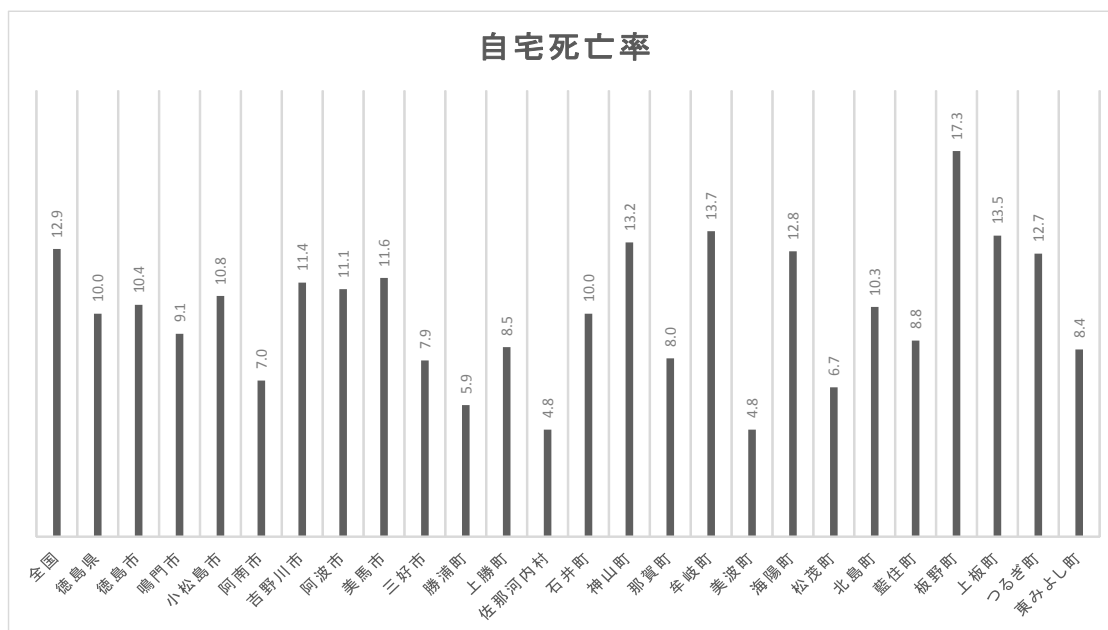
【在宅医療等の需要推計】

医療機関所在地	医療機能	2013年度の 医療需要 (医療機関所在地) (人/日)①	2025年度の 医療需要 (患者住所地) (人/日)②	【参考】 需要の伸び (%)①→②
東部	在宅医療等	6,828.1	9,327.2	36.6
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	3,020.4	3,645.7	20.7
南部	在宅医療等	2,129.1	2,542.8	19.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	929.3	990.1	6.5
西部	在宅医療等	1,355.6	1,443.0	6.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	486.7	462.3	▲ 5.0
徳島県	在宅医療等	10,312.8	13,312.9	29.1
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	4,436.4	5,098.1	14.9

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による
慢性期を「特例」とした場合

③現状と課題

- ・ H27 県民意識調査によれば、病気等で通院困難となった場合、「自宅での療養を希望」と回答した方が約 9 割を占める一方、そのうち約半数が、家族に負担がかかることや療養環境が整っていないこと、あるいは、訪問診療してくれる医師や看護職員が見つからないこと、などを理由に、「自宅で療養したいと思うのが困難」と回答しています。



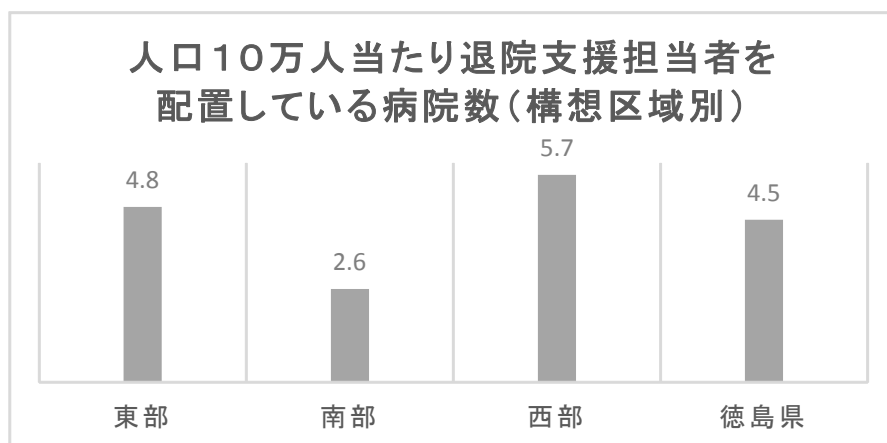
* 出典：厚生労働省データ（H25年）（単位：%）

- ・ 地域医療構想の策定においては、一部入院患者の在宅医療等への移行を前提に、病床機能の分化と連携を進めることとされています。したがって、在宅医療等への移行が可能となる環境整備がなされなければ、病床機能の分化と連携も進まず、地域医療構想の実現が困難となります。
- ・ 在宅医療等の提供体制を促進するには、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士等の医療従事者の確保と多職種との連携が課題となります。
- ・ 高齢単身者や高齢夫婦のみ世帯の増加、また居宅に療養環境としてふさわしい設備が整っていないなどの理由から、退院後、全ての方が居宅に帰還できるとは限りません。在宅医療等の大幅な需要増加に対応するためには、在宅医療の提供体制とあわせて、受け皿となる施設整備にも取り組む必要があります。
- ・ 入院患者が地域へ戻ったあと、介護サービスの提供が必要となるケースも多く予想されるため、医療と介護の緊密な連携を図り、患者や利用者の状態に応じたサービスが提供される必要があります。

- ・地域医療構想では、療養病床に入院中の比較的軽症の患者を中心に在宅医療等へ移行していくことが前提となっていますが、これらの患者の中には認知症を発症している方が一定数いると考えられるため、退院後のケアの体制についても十分検討する必要があります。

④取組みの方向性

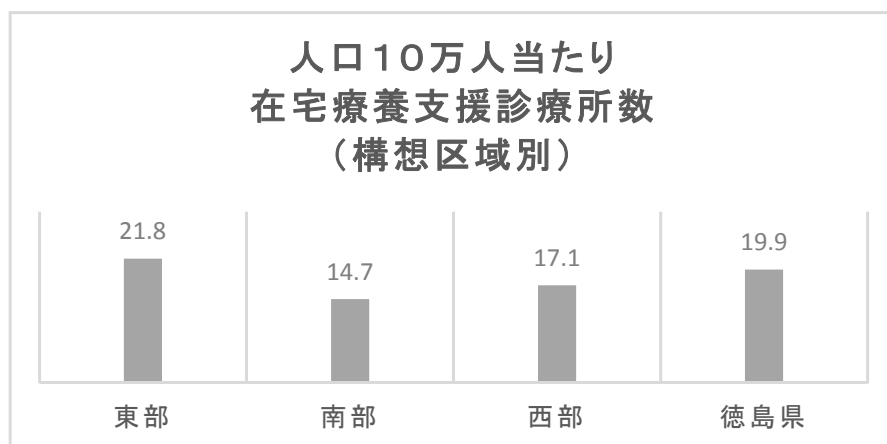
- ・退院後、患者の状態に応じた場所で療養できるようにするため、適切な退院支援を行うことが重要です。



* 出典：厚生労働省提供データ「医療施設調査（H23）」

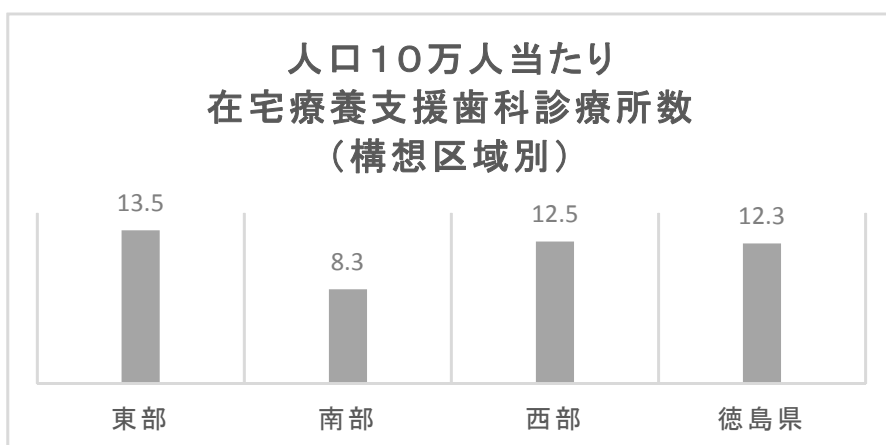
人口は H22国勢調査による

- ・在宅医療の充実については、第6次保健医療計画にもあるように、「退院支援」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「看取り」の各段階で対応できる体制の構築を目指します。

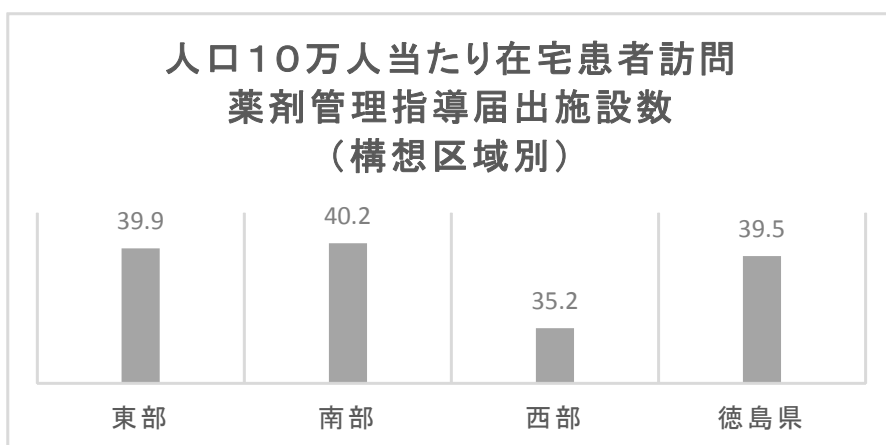


* 出典：厚生労働省提供データ「診療報酬施設基準（2014.3.31）」

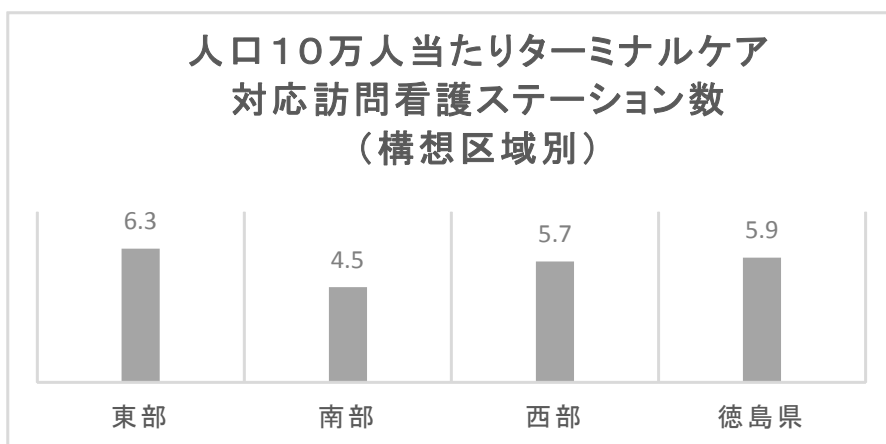
人口は H22国勢調査による



* 出典：厚生労働省提供データ「診療報酬施設基準（2014.3.31）」
人口はH22国勢調査による



* 出典：厚生労働省提供データ「診療報酬施設基準（2014.3.31）」
人口はH22国勢調査による



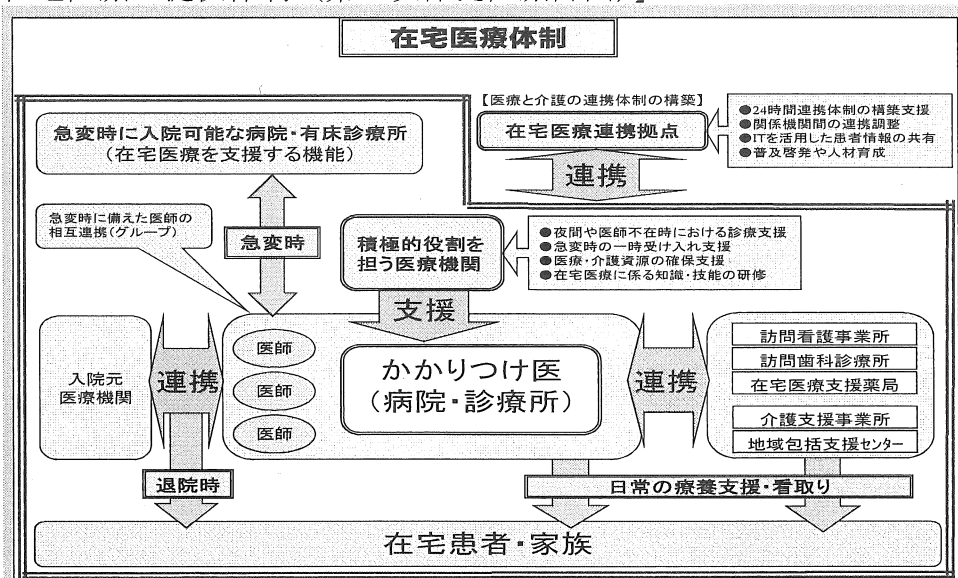
* 厚生労働省提供データ：介護サービス施設・事業所調査（H24）
人口はH22国勢調査による

- ・医療と介護の連携をはじめ、入院患者が地域に戻り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるようにするためには、「地域包括ケアシステム」の構築が重要です。地域医療構想の実現に向けては、市町村や地元医師会、介護部門との連携を図ることにより、抽出された地域の課題を十分に把握することが求められます。
- ・受け皿となる施設整備については、国が療養病床に代わる新たな施設類型を検討中であり、今後、社会保障審議会での議論を経て、必要な法改正がなされる見通しとなっています。在宅医療等への移行の取組みに十分活用できるよう、情報収集を行う必要があります。また、地域包括ケアシステムの構築に向けた各地域での議論などを通じて、利用者のニーズや課題などを十分に把握し、「地域医療構想調整会議」でも情報共有に努めます。
- ・訪問看護を安定的、円滑に提供するためには、訪問看護ステーション間の連携・調整、人材育成を行う教育機能、住民等への相談機能等の役割を果たす訪問看護の拠点の整備と充実・強化を図ることが重要です。
- ・在宅医療の担い手確保については、これまでの取組みに加え、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」（厚生労働省）における医療従事者の具体的な確保対策も踏まえ、職種ごとの対応策について十分に検討することが求められます。
- ・在宅における療養生活を最も身近に支える訪問看護職員の確保については、訪問看護を担う多様な人材の確保の促進とともに、チーム医療のキーパーソンとして高度な判断力を持つ専門性の高い看護職員の育成も重要です。
- ・認知症患者については、地域包括ケアシステムの構築による見守り体制とともに、国の新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）の内容も踏まえ、医療と介護の役割分担や連携を行い、患者の状態にふさわしい場所で適切なサービスが提供されるよう努める必要があります。
- ・認知症については、認知症疾患医療センターを各二次医療圏ごとに、配置し、認知症の早期発見や早期の治療開始に取り組んでいます。今後は、これらに加え、認知症疾患医療センターを活用した知識普及等を図るとともに、新オレンジプランに示されたように、適時適切な医療と介護の役割分担や連携を図っていきます。
- ・うつ病については、睡眠障害や食欲不振をはじめとする身体症状を訴えて、最初に一般医療機関を受診することが少なくありません。従来より、かかりつけ医と精神科医療との連携についての研修会を行っていますが、今後もこの取組

みを発展させ、うつ病の早期診断や治療開始に取り組む必要があります。

- ・痛みを伴うがん患者に係る在宅医療の質の向上を図るため、緩和ケアの推進に取り組むことが求められます。
- ・在宅医療の充実を図る施策については、地域医療介護総合確保基金の活用も十分に検討することとします。
- ・在宅医療を支えるためには、医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、リハビリ関係職種と介護関係職種が互いの専門性を生かしながらチームとなって、多職種による協働・連携の体制を整えることが重要です。

【在宅医療の提供体制（第6次保健医療計画）】



【求められる提供体制と目指すべき方向（第6次保健医療計画）】

・退院支援

求められる提供体制等	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼できる「かかりつけ医」の存在 ・退院支援担当者の配置 ・退院前カンファレンス実施体制の構築
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

・ 日常の療養生活の支援

求められる提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅診療支援診療所、在宅診療支援病院（訪問診療・往診の体制、レスパイトなど） ・ 訪問看護ステーション等の訪問看護事業所（訪問看護）（訪問看護ステーション従事者確保、24時間体制） ・ 在宅療養支援歯科診療所（訪問歯科診療） ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局（訪問薬剤管理指導）
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種の協働により、患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケア含む）ができる限り患者が住み慣れた地域で継続的かつ包括的に提供されること

・ 急変時の対応

求められる提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間体制の医療機関 ・ 「在宅医療連携拠点」等を中心とした医療機関同士の連携による24時間体制の構築 ・ 受入先病床確保（症状急変時に入院できる緊急一時ベッドの確保など）
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う医療機関、訪問看護事業所及び入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制を確保すること

・ 看取り

求められる提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の相互連携や在宅医療機関と訪問看護・介護事業所等との連携による（特になが患者に対する）終末期の在宅緩和ケアや、人生の最終段階における在宅での安らかな看取りを提供できる体制 ・ 訪問看護提供体制の充実強化と利用促進
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

(3) 医療従事者の確保・養成

①現状と課題

- ・ 「H26医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）によれば、本県の人口10万人あたり医療施設従事医師数は、京都府、東京都に次いで全国第3位となっていますが、東部への集中による「地域偏在」や特定の診療科で医師が不足する「診療科偏在」の問題、また、全国に比べ医師の平均年齢や女性医師の割合が高いといった事情があります。

- ・医療機関等の施設とあわせて、医療従事者も確保できなければ必要なサービスを提供することはできません。2025年（平成37年）に向けて医療需要は増加する一方、就業人口は減少することから、医療需要に対応できる医療従事者を確保することが大きな課題となります。
- ・地域医療構想の実現に向けては、在宅医療の需要が大きく増加すると見込まれるため、この担い手となる医療従事者の確保と養成が必要不可欠です。

②取組みの方向性

- ・地域医療支援センター、寄附講座、修学資金貸与制度等を活用した医師確保や県内定着策、地域偏在解消に向けたこれまでの取組みを継続するとともに、より効果的に取り組んでいくことが求められます。
- ・在宅医療の担い手となる医療従事者の確保と養成を図るため、例えば、在宅医療を担う医師の増加に向けた支援体制の充実、訪問看護職員の育成策、在宅訪問歯科診療に対応できる歯科衛生士の養成、在宅歯科診療の充実に向けた支援体制の構築、多職種が協働して在宅医療と介護を提供できるための人材育成などに取り組んでいく必要があります。
- ・病院内保育所の設置促進により働きやすい環境整備を行うことや、勤務環境改善支援センターの取組みによる勤務環境の改善や充実により、医療従事者の安定的な確保を図ります。
- ・厚生労働省では、「医療従事者の需給に関する検討会」において医療従事者の確保対策について検討中です。第7次保健医療計画策定に当たっては、この検討会の取りまとめも踏まえ、医療従事者の具体的な確保対策をしっかりと検討します。

(4) その他の特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・現在、東部・南部・西部の3圏域となっている二次医療圏の在り方については、第7次保健医療計画策定時には、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会（仮称）」のとりまとめ結果など国の策定指針を十分に踏まえるとともに、本県の人口動態や患者の流出入状況などを十分に勘案したうえで検討すべきである。

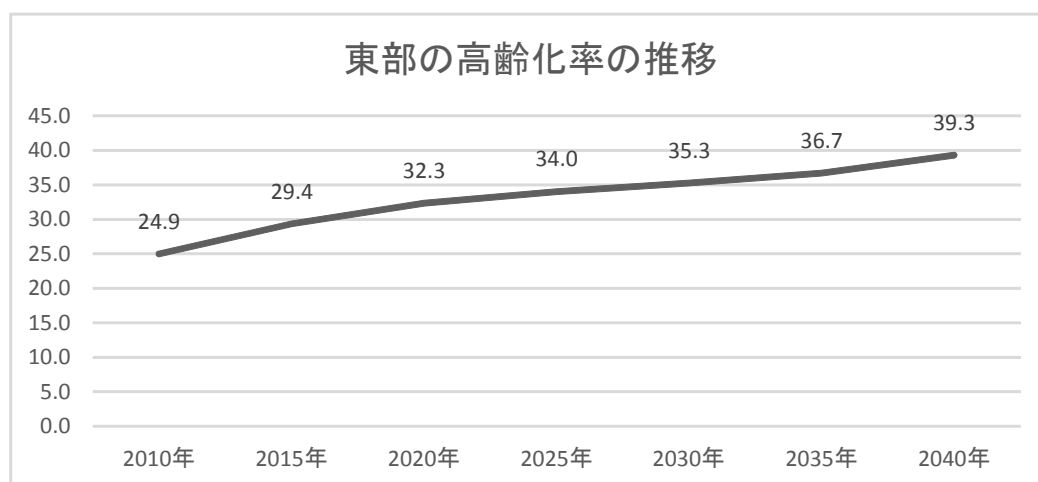
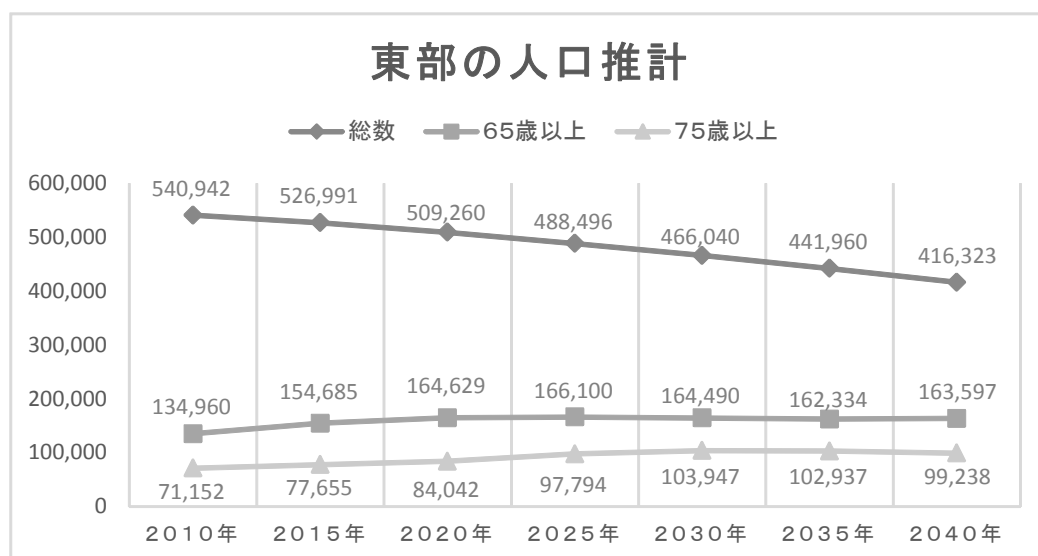
- ・ 歯科医師が、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までのそれぞれの段階で口腔ケアに介入できるようにするため、情報提供の在り方を検討することが求められる。
- ・ 人口減少が著しい地域こそ、社会基盤の維持・整備、及び、そのために必要な看護職員をはじめとする医療従事者等の確保・養成のあり方等について明らかにする必要がある。
- ・ 重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められる。
- ・ 限りある医療資源の効率的かつ効果的な活用に取り組むとともに、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態の軽減・悪化の防止を図るため、介護予防を積極的に推進していくことが、医療及び介護の提供体制を支える制度の持続可能性を高めていくために必要である。
- ・ 精神病床については、その地域的偏在が認められるが、今後急性期治療、いわゆる「重度かつ慢性」を含む長期療養、さらには認知症、ストレスケア、依存症といった疾病特性に基づく機能分化や一般医療との連携機能を高めることが求められます。
- ・ 障がい者（児）歯科医療の受け入れは東部に偏っており、西部・南部からは遠距離を治療に通っているため、障がい者（児）の歯科健診、事後処置の充実や障がい者（児）歯科医療を担う専門職等の確保、養成が必要になります。
このため、「2次医療圏ごとの、患者の現状の把握を行い、地域で歯科治療を受けられる体制」と「障がい者（児）の口腔内状況の把握を行い、生涯健康な口腔を維持できる体制」を整備すること、専門職等の確保、養成のため具体的な施策を検討することが求められています。

第2節 構想区域ごとの状況と取組

(1) 東部構想区域

①区域内の状況

県東部の徳島市、鳴門市、吉野川市、阿波市、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町の4市7町1村により構成され、面積は1,016.4km²と県全体のおよそ4分の1であり、県都徳島市を中心に産業、文化、行政などの機能の集積する都市部とその周辺の人口増加が進む都市型産業地域、農村・山村地域など、多様な地域特性を持っています。県内総人口のおよそ7割を占めるとともに、高齢化率が最も低い区域となっていますが、総人口の減少とともに高齢化は進行しています。2025年(平成37年)以降、2040年(平成52年)に向けてなお、高齢者人口が増加すると見込まれています。



②医療施設数と病床数

医療施設数（人口10万対）については、病院は県平均よりやや少ないですが、一般診療所と歯科診療所は県平均より多くなっています。

【医療施設数】

施設数	病院		一般診療所		歯科診療所
		(再掲)精神		(再掲)有床診療所	
東部	74 (13.7)	10 (1.8)	543 (100.4)	105 (19.4)	318 (58.8)
徳島県	113 (14.4)	16 (2.0)	743 (94.6)	131 (16.7)	426 (54.2)

*出典：「H26医療施設調査」等より

() は人口10万対（人口は H22国勢調査による）

病床数（人口10万対）については、病院、一般診療所とも県平均より大幅に多くなっています。特に、一般診療所の病床数が多いのが特徴です。

【病床数】

病床数	病院	内訳				一般診療所
		療養及び一般	精神	感染症	結核	
東部	10,484 (1938.1)	7,617 (1408.1)	2,829 (523.0)	13 (2.4)	25 (4.6)	1,714 (316.9)
徳島県	14,845 (1889.9)	10,869 (1383.7)	3,916 (498.5)	23 (2.9)	37 (4.7)	2,137 (272.1)

*出典：「H26医療施設調査」より

() は人口10万対（人口は H22国勢調査による）

③医療従事者数

医療従事者数（人口10万対）については、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員全てが、県平均を大幅に上回っています。

	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員
東部	1,902 (351.6)	675 (124.8)	2,092 (386.7)	9,080 (1,678.6)
徳島県	2,463 (313.6)	826 (105.2)	2,598 (330.7)	12,959 (1,649.8)

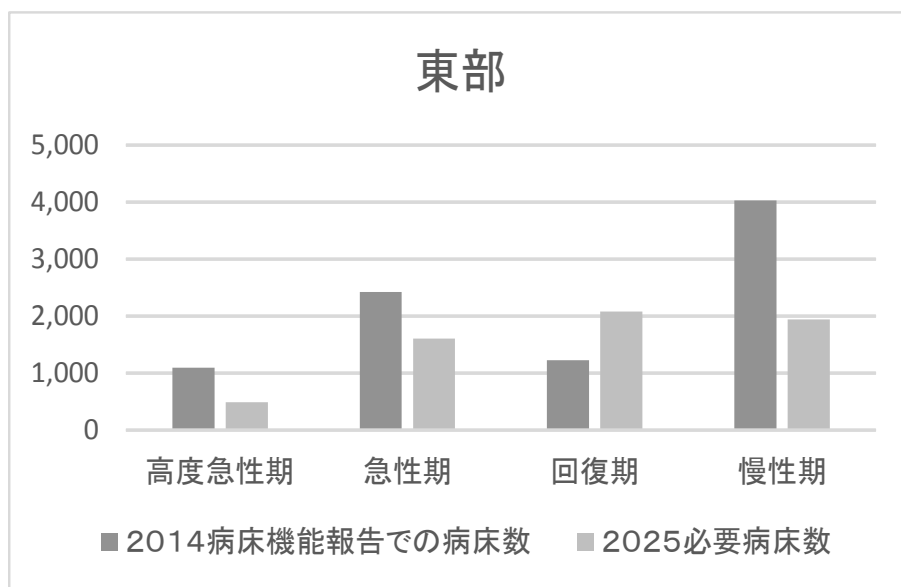
*出典：医師・歯科医師・薬剤師：「H26医師・歯科医師・薬剤師調査」より

*出典：看護職員：「H26衛生行政報告例」より

() は人口10万対（人口は H22国勢調査による）

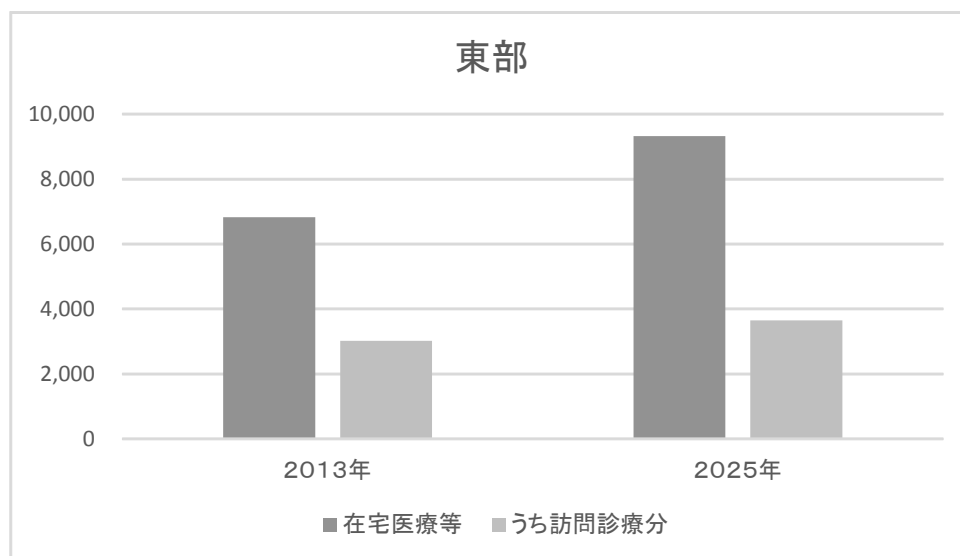
④必要病床数と病床機能報告の比較（2014年→2025年）

2014年（平成26年）の病床機能報告と比較する限りでは、2025年（平成37年）には回復期の機能を担う病床が不足する一方、高度急性期・急性期・慢性期は過剰となると見込まれます。



⑤在宅医療等の需要の比較（2013年→2025年）

2025年に向けて高齢者人口が増加することに伴い、在宅医療等の需要も3割以上増加する見込みです。



⑥東部構想区域として特に検討すべき課題

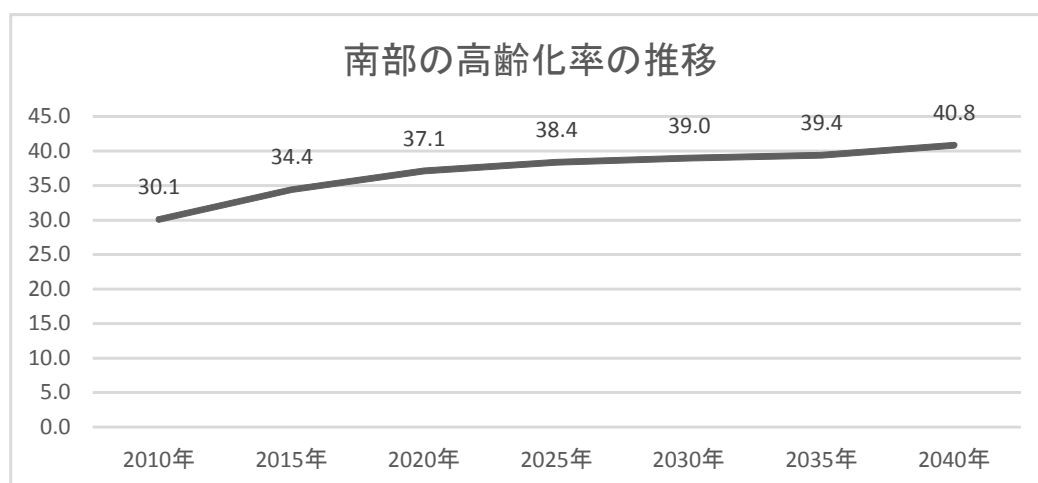
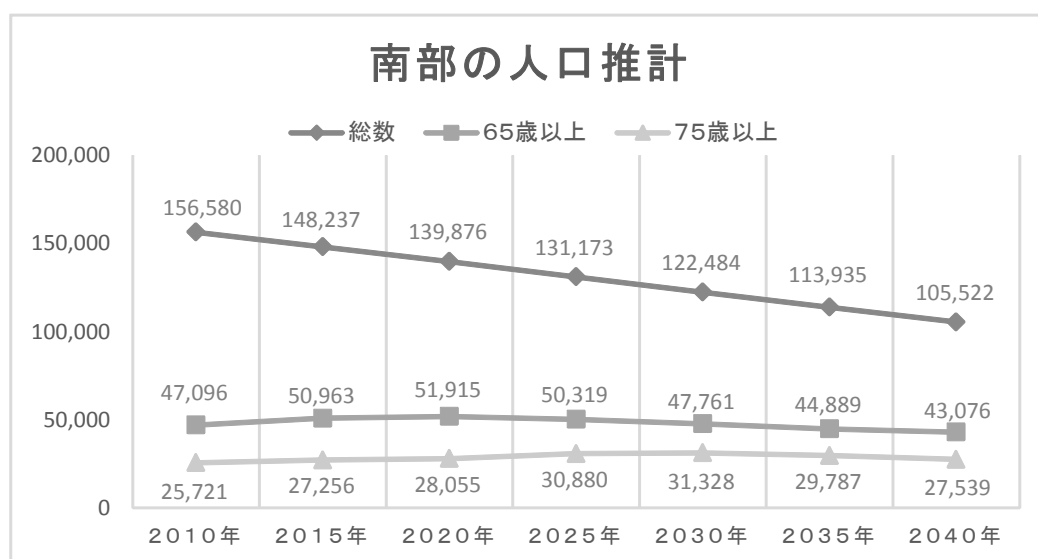
「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・ 地域包括ケアシステム、在宅医療については住民、患者の意識が変わらないとなかなか進まないの、行政からの情報提供を積極的に行うべきである。
- ・ 国は、療養病床の転換を2017年度（平成29年度）末までに実施する方針を出しているが、入院患者の行き先や医療機関が将来の方向性を検討するに当たり、転換先施設の要件が未定、人材確保がどうなるか分からないなど、情報不足である。
- ・ 在宅医療の推進については、医師の高齢化や取組みへの温度差が課題であり、24時間の緊急入院体制確保は難しい。
- ・ 地域包括ケアシステム構築や介護体制の確保については、患者家族代表も含めた議論が必要ではないか。
- ・ 在宅医療への移行には、看護職員をはじめ「ヒト」の資源も移行しないといけない。急性期病院での病床削減に伴い、医療スタッフも在宅医療へ移行できるような仕組みが必要である。
- ・ 在宅医療等の需要増加に対応するため、看護職員をはじめ、介護部門も含めたマンパワーの必要数を把握し議論されるべきである。
- ・ 訪問看護職員を確保するためには、後進の育成策、働き方や資質の向上が求められる。

(2) 南部構想区域

①区域内の状況

県南部の小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、牟岐町、美波町、海陽町の2市6町により構成され、面積は1,724.1km²と県全体の4割以上を占めていますが、山間部の割合が大きくなっています。人口は県全体の約2割、高齢者人口は2025年（平成37年）に向けて増加すると見込まれており、高齢化率は西部に次いで高くなっています。



②医療施設数と病床数

医療施設数（人口10万対）については、病院、一般診療所、歯科診療所の全てが県平均を下回っています。特に、有床診療所が大幅に少なくなっています。

【医療施設数】

施設数	病院		一般診療所		歯科診療所
		(再掲)精神		(再掲)有床診療所	
南部	21 (13.4)	2 (1.3)	124 (79.2)	10 (6.4)	67 (42.8)
徳島県	113 (14.4)	16 (2.0)	743 (94.6)	131 (16.7)	426 (54.2)

* 出典：「H26医療施設調査」等より

() は人口10万対（人口は H22国勢調査による）

病床数（人口10万対）については、病院、一般診療所ともに県平均を大幅に下回っています。特に、一般診療所の病床数が少ないことが特徴的です。

【病床数】

病床数	病院	内訳				一般診療所
		療養及び一般	精神	感染症	結核	
南部	2,390 (1526.4)	2,111 (1348.2)	271 (173.1)	4 (2.6)	4 (2.6)	157 (100.3)
徳島県	14,845 (1889.9)	10,869 (1383.7)	3,916 (498.5)	23 (2.9)	37 (4.7)	2,137 (272.1)

* 出典：「H26医療施設調査」より

() は人口10万対（人口は H22国勢調査による）

③医療従事者数

医療従事者数（人口10万対）については、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員の全てが県平均を大幅に下回っています。

	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員
南部	390 (249.1)	102 (65.1)	342 (218.4)	2,366 (1,511.0)
徳島県	2,463 (313.6)	826 (105.2)	2,598 (330.7)	12,959 (1,649.8)

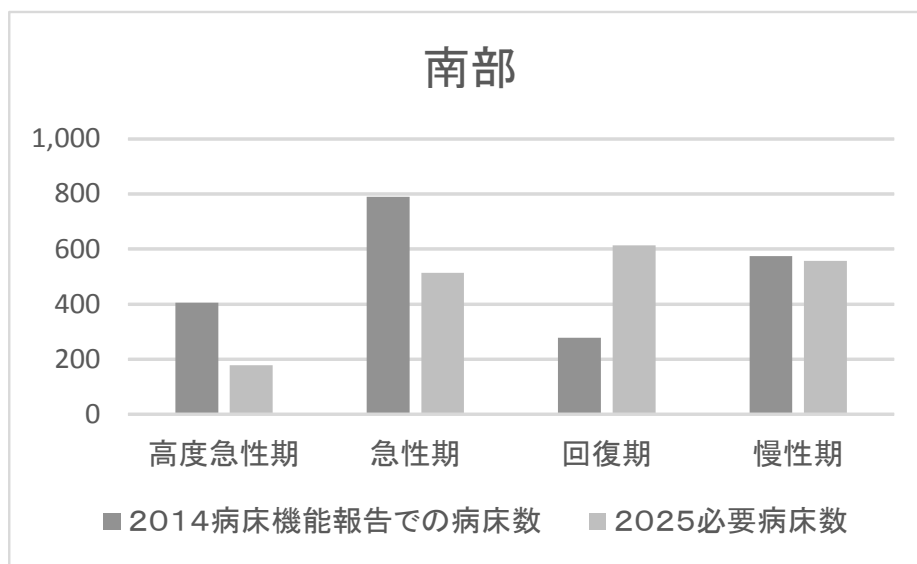
* 出典：医師・歯科医師・薬剤師：「H26医師・歯科医師・薬剤師調査」より

* 出典：看護職員：「H26衛生行政報告例」より

() は人口10万対（人口は H22国勢調査による）

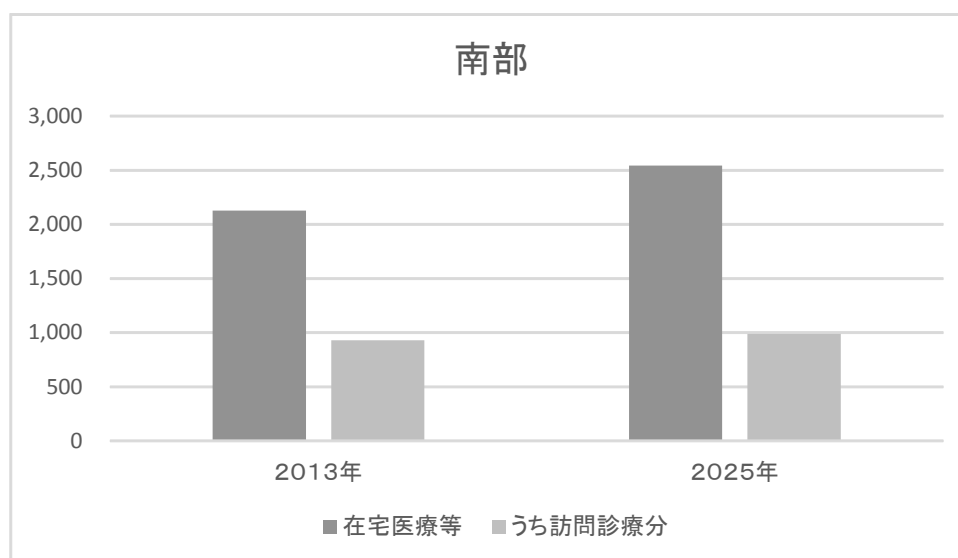
④必要病床数と病床機能報告の比較（2014年→2025年）

2014年（平成26年）の病床機能報告と比較する限りでは、2025年（平成37年）には回復期の機能を担う病床が不足し、高度急性期・急性期が過剰、慢性期はわずかに過剰となると見込まれます。



⑤在宅医療等の需要の比較（2013年→2025年）

在宅医療等の需要は、2割程度増加する見込みです。



⑥南部構想区域として特に検討すべき課題

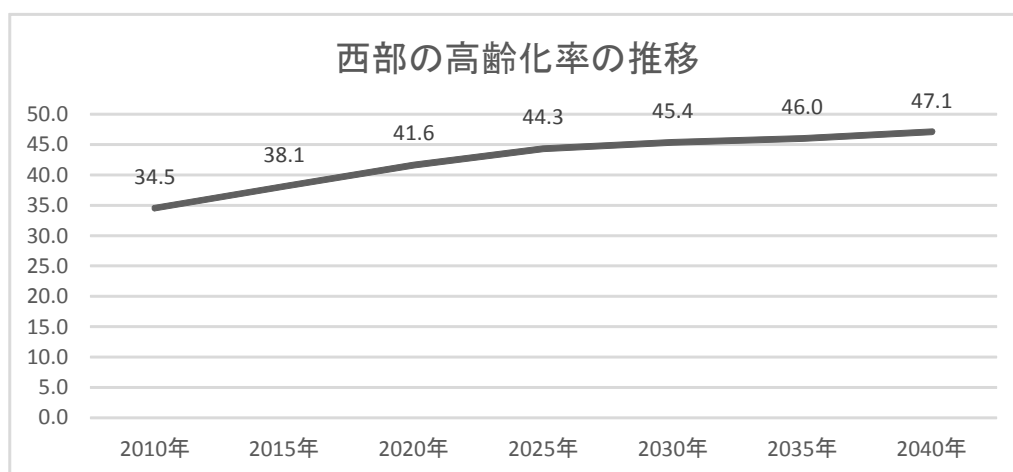
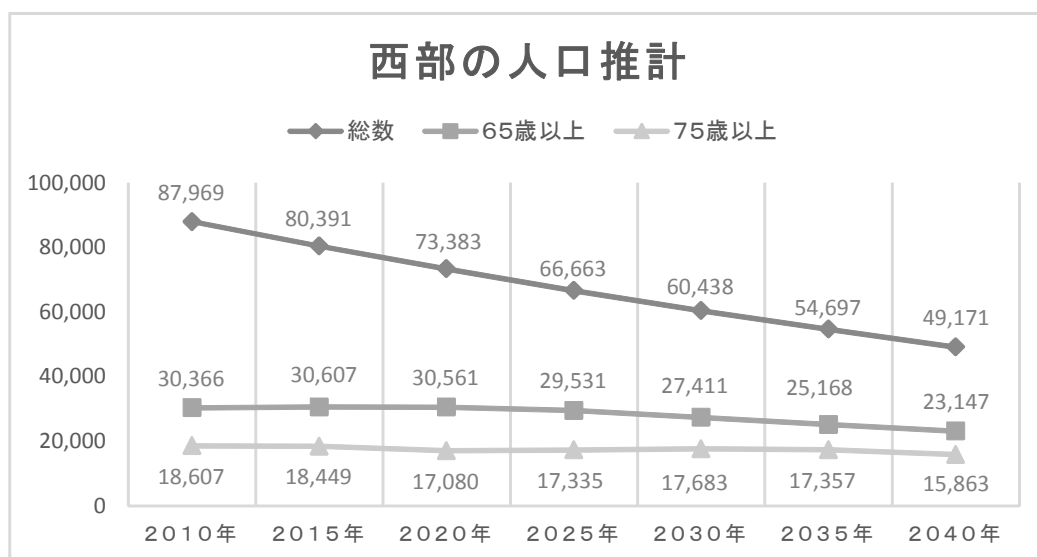
「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・ 公的病院の統廃合ですでに病床が削減されており、他にも削減や廃院があれば必要病床数を確保できなくなる可能性がある。どの医療機能をどれだけ守るのかという議論が必要である。
- ・ 在宅医療を進めるには、マンパワー不足である。
- ・ 在宅医療等への移行に際し、患者の自己負担額が増えるようでは限界がある。
- ・ 在宅医療等への移行については、少子高齢化により居宅での在宅医療は困難になっており、施設への住み替えでないとマンパワーが不足する印象がある。
- ・ 療養病床に代わる施設整備にあたっては、地域事情、患者の実態に合った対応、患者の費用負担の面への配慮をしつつ体制を検討すべきである。

(3) 西部構想区域

① 区域内の状況

県西部の美馬市、三好市、つるぎ町、東みよし町の2市2町により構成され、面積は1,406.2km²と県全体の3割以上を占めていますが、山間部が多く社会基盤の整備が遅れています。そのため若年労働者層を中心に人口流出が続いており、県内でも人口減少率の高い地域となっています。県内全体の人口に占める割合は約1割にとどまり、また、高齢化率も県内で最も高い区域となっており、県内で最も過疎化が進行した区域となっています。



②医療施設数と病床数

医療施設数（人口10万対）については、病院数が県平均より大幅に多く、特に、精神科病院が多いことが特徴的です。

【医療施設数】

施設数	病院		一般診療所		歯科診療所
		(再掲)精神		(再掲)有床診療所	
西部	18 (20.5)	4 (3.4)	76 (86.4)	16 (18.2)	41 (46.6)
徳島県	113 (14.4)	16 (2.0)	743 (94.6)	131 (16.7)	426 (54.2)

*出典：「H26医療施設調査」等による

() は人口10万対（人口はH22国勢調査による）

病床数（人口10万対）については、病院、一般診療所ともに県平均を大幅に上回っています。内訳で見ると、精神病床の多さが際立っています。

【病床数】

病床数	病院	内訳				一般診療所
		療養及び一般	精神	感染症	結核	
西部	1,971 (2240.6)	1,141 (1297.0)	816 (927.6)	6 (6.8)	8 (9.1)	266 (302.4)
徳島県	14,845 (1889.9)	10,869 (1383.7)	3,916 (498.5)	23 (2.9)	37 (4.7)	2,137 (272.1)

*出典：「H26医療施設調査」による

() は人口10万対（人口はH22国勢調査による）

③医療従事者数

医療従事者数（人口10万対）については、医師、歯科医師、薬剤師が県平均を大幅に下回っており、看護職員は県平均を上回っております。

	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員
西部	171 (194.4)	49 (55.7)	164 (186.4)	1,513 (1,719.9)
徳島県	2,463 (313.6)	826 (105.2)	2,598 (330.7)	12,959 (1,649.8)

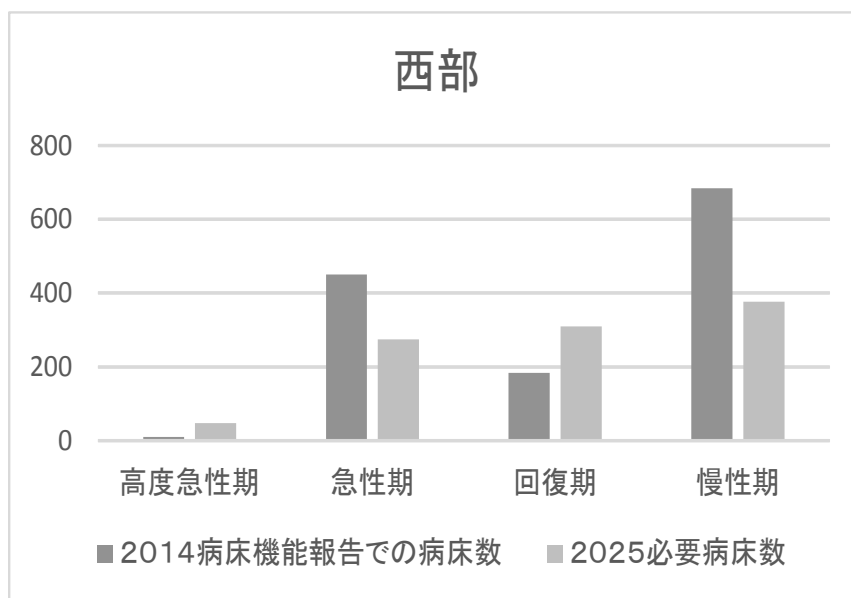
*出典：医師・歯科医師・薬剤師：「H26医師・歯科医師・薬剤師調査」より

*出典：看護職員：「H26衛生行政報告例」より

() は人口10万対（人口はH22国勢調査による）

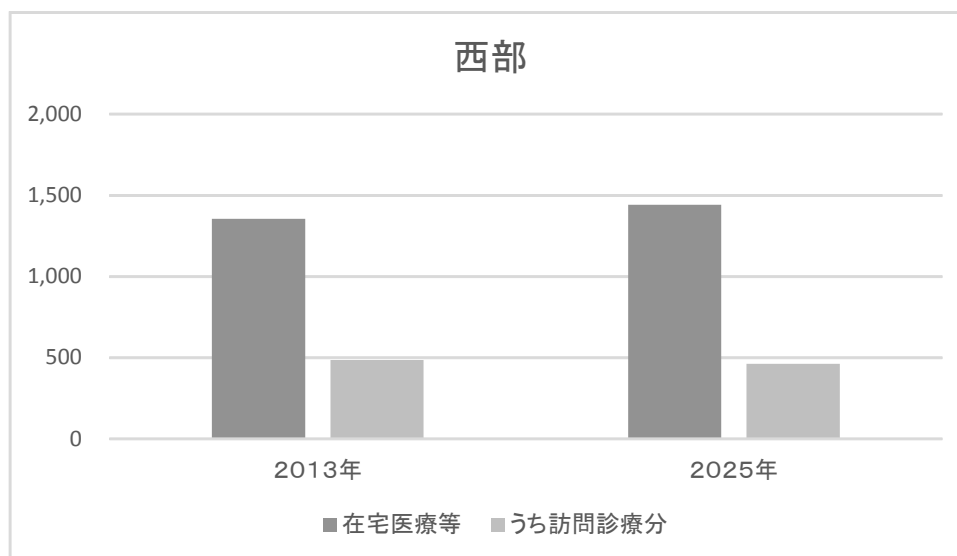
④必要病床数と病床機能報告の比較（2014年→2025年）

2014年（平成26年）の病床機能報告と比較する限りでは、2025年（平成37年）には高度急性期と回復期の機能を担う病床が不足し、急性期と慢性期は過剰となると見込まれます。



⑤在宅医療等の需要の比較（2013年→2025年）

高齢者の人口減少が既に始まっているため、在宅医療等の需要の伸びは、小幅にとどまる見込みです。



⑥西部構想区域で特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、構想策定後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

- ・ 県内の構想区域の中で人口減少が最も顕著であり、患者が医療資源の豊富な東部へ大きく流出している。廃業による病床の減少も多い。
- ・ 医療従事者も高齢化が進み、病床数だけではなく医療従事者の資源についての議論が必要であること。病床数に比例して医療従事者数が減少すると医療提供体制は維持できない。
- ・ 訪問診療に従事する医師が少ない。
- ・ 在宅医療等への移行について、居宅と施設のバランスを考慮すべきである。
- ・ 高齢者人口当たりの特別養護老人ホームと介護老人保健施設の数が、県内構想区域中最多であるが、どのように活用していくべきか。サービス付き高齢者向け住宅は費用が高く、西部では需要が少ないと見込まれる。
- ・ 医療と介護の連携のため、住民への啓発も含め市町村の取組みが重要である。
- ・ 西部の公立等の病院間及びかかりつけ医も含めたネットワーク化を考える必要がある。
- ・ 西部地域においては、今ある訪問看護サービスを提供する看護職員の質・量を維持できなければ、居宅を選択することが、今以上に難しくなる。
- ・ 西部地域においては、子どもが増えている地域があることから、現在の人口の下がり方と、将来の下がり方では減少率が異なることも踏まえた上で、将来の医療提供体制を検討する必要がある。
- ・ 西部地域においては、急性期の機能を持った病院におけるリハビリや地域包括ケアへの取組など、地域の実情を踏まえた機能分化やネットワーク化を検討することが重要である。

第7章 地域医療構想の実現に向けて

第1節 病床機能報告制度の活用

2014年（平成26年）に創設された病床機能報告制度により、療養病床と一般病床を有する医療機関は、一部の例外を除き、自院の病床の医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）について、毎年報告することとなりました。構想区域ごとにこの病床機能報告の内容と必要病床数を比較することにより、2025年に向けて、毎年の病床の収れん状況を確認することが可能となります。ただし、この病床機能報告制度における各医療機能の区分は、現在のところ定性的で曖昧なものとなっており、医療機関の自主的な判断に任されているのが実情です。このため、国が報告制度の精緻化に向けて検討を行っている途上であり、今後の制度変更等によっては医療機関からの報告内容が大きく変動する可能性もあるため、十分留意する必要があります。

また、平成28年の診療報酬改定により、地域包括ケア病棟の要件の見直しや在宅専門診療所の認可など、新たな動きがあるほか、とくに平成29年度末の療養病床廃止に向けて、「療養病床の在り方等に関する検討会」が開催されました。その後、病床機能の転換にあたっての具体的な選択肢の提示と検討が引き続き行われており、その方向性を注視しているところです。この検討を踏まえ、本県で不足する回復期機能の強化や、慢性期機能から在宅医療等への移行とともに、医療と介護の緊密な連携強化への取組みを推進していくことが期待されています。

第2節 地域医療構想の実現に向けた取組み

（1）地域医療構想調整会議

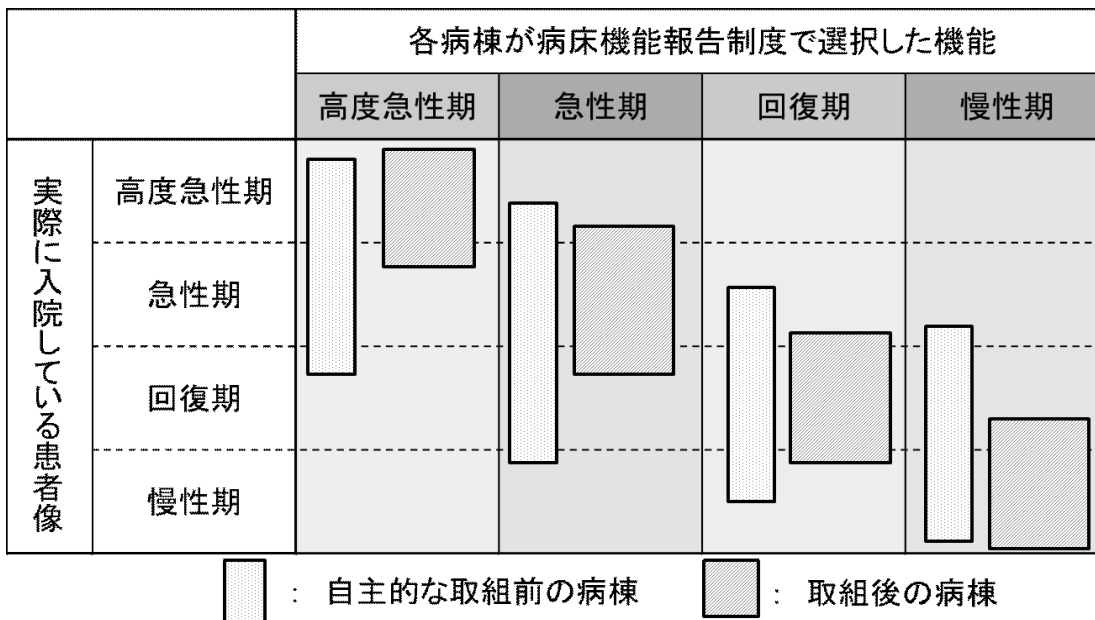
医療法により、都道府県は構想区域等ごとに「地域医療構想調整会議」を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています。本県では、地域医療構想の策定段階から、構想区域ごとに「徳島県地域医療構想調整会議」（東部・南部・西部）を設置し、構想に関係者の意見を反映できるように努めていますが、構想策定後もこの取組みを継続していくことが求められます。

（2）各医療機関における自主的な取組み

各医療機関が自らの将来のあり方を検討する際には、まず、病床機能報告制度で報告された他の医療機関の各機能の選択状況等と将来の必要病床数を比較するなどにより、地域における自院の病床機能の客観的な位置付けを把握します。併せて、「地域医療構想調整会議」を活用した医療機関相互の協議により、地域での病床機能の分化と連携に応じた自院の位置付けも確認することが可能となります。すなわ

ち、地域における自院の役割の明確化を図ったうえで、将来目指すべき方向への体制構築を進めていくことになります。

【患者の収れんのイメージ】

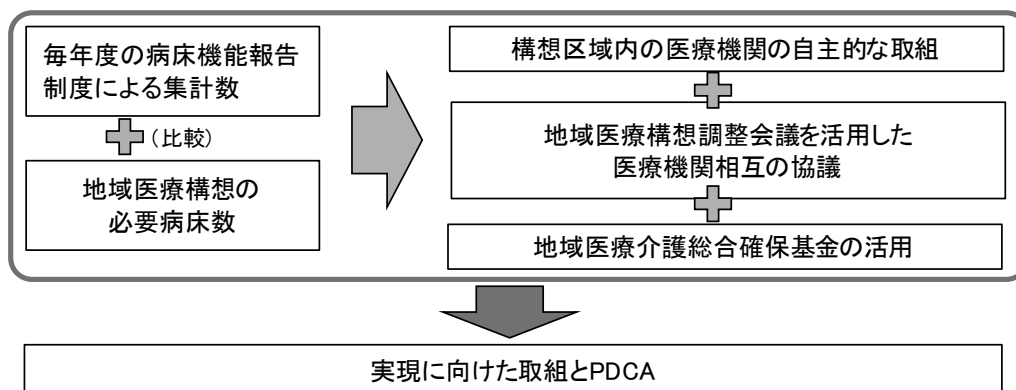


*出典：「地域医療構想策定ガイドライン」より

(3) 県と地域医療構想調整会議の取組み

県は、病床機能報告による現状と必要病床数を比較、分析することにより、構想区域ごとの状況を把握します。その上で、医療機関の自主的な取組みを促進するため、必要に応じて「地域医療構想調整会議」を開催し、関係者間の連携と情報共有を図るとともに、地域医療構想を実現するための具体的な対応策を検討することになります。その際には、県は、必要な資料の提示や地域医療介護総合確保基金の有効活用の検討を行うなど、医療機関の取組みを支援します。

【策定後の取組みの流れ】



*出典：厚生労働省作成資料より

第8章 構想の推進体制・進行管理

第1節 推進体制と役割

(1) 推進体制

本構想は、徳島県保健医療計画との整合性を図りつつ、将来のあるべき医療提供体制の構築に向けて一体的に取り組むとともに、徳島県医療審議会とも十分な連携を図ります。

構想実現に向けての協議の場として、構想区域ごとに設置された「徳島県地域医療構想調整会議（東部・南部・西部）」が中心的な役割を担いますが、地域における既存の会議等とも緊密に連携し、地域の実情を十分に踏まえた構想の実現を目指します。

また、将来のあるべき医療提供体制を構築するためには、何よりも、県民や関係機関それぞれが、主体的な取組みを進めることが求められます。

(2) 果たすべき役割

① 県民

必要な医療が提供されるためには、限りある医療資源を有効に活用することが求められますが、そのためには、患者としての県民一人ひとりの理解が不可欠となります。医療法第6条の2第3項においては、「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努めなければならない。」とされています。このような自覚に基づいた県民一人ひとりの行動が、将来も持続可能な社会保障制度を構築することに繋がります。

② 医療機関

病床機能報告や調整会議を通じて地域での自院の位置付けを把握するとともに、将来の在り方を十分に検討することが必要です。その上で、必要な体制の構築など地域で求められる医療機能を提供できるよう、自主的な取組みによる病床機能の分化及び連携を推進することが必要です。

また、地域における医療機関間だけでなく、介護サービス事業所など他の機関とも連携し、地域住民へのきめ細かい体制づくりに取り組むとともに、まさに「地域包括ケアシステム」の構築・実現に向けての重要な役割を担うことが期待されています。

③介護事業者

身近な地域のニーズに対応したサービスが提供されるとともに、医療と介護の緊密な連携による入院から在宅医療等への移行をはじめ、安心して地域で生活できる体制づくりが期待されています。

④医療従事者等の関係団体

調整会議等、地域での協議や調整の場に積極的に参画し、地域の課題や目指すべき方向性などについて会員等への周知を図るなど、目指すべき医療提供体制の実現に向けて積極的な役割が期待されます。

また、医療資源を有効に活用するため、患者やサービス利用者に対する情報発信や普及啓発活動にも取り組むことが期待されます。

⑤保険者

保有する受療データの分析などを行い、地域における予防や健康増進に活用することや適切な受療行動の促進など、目指すべき医療提供体制の構築に向けた役割が期待されます。

⑥市町村

「地域包括ケアシステム」の構築などにより把握した課題やニーズについて、調整会議とも十分な情報共有を図るなど、医療と介護の緊密な連携をはじめ、地域でのきめ細やかなサービスが提供できるよう取り組むことが求められます。

介護保険制度の改正により、在宅等における医療と介護の連携の推進が、地域支援事業に新たに規定され、国・県の支援のもとで、市町村が取り組むこととなりました。そこで、保健医療計画や地域医療構想と整合性を保つとともに、県特に管轄の保健所等とも緊密に連携することにより、円滑な介護保険事業の推進が期待されます。

⑦県

構想の実現に向けた取組みが、効率的・効果的に実施されるよう、関係機関等との調整に努めます。調整会議における積極的な情報提供により協議の促進を図るとともに、適切な進行管理や地域医療介護総合確保基金の活用も検討し、構想の効果的な実現を支援します。

また、構想の内容や実現に向けた状況などを積極的に公表し、県民への周知を

図ります。

第2節 進行管理

(1) 取組みの点検

地域医療構想の実現に向けては、課題解決のため効果的に事業を実施する必要があります。病床機能の分化・連携、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成といった課題を中心に、地域の実情を踏まえた課題解決や事業進捗の評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが求められます。そのため、定期的に「徳島県地域医療構想調整会議」（東部・南部・西部）を開催し、毎年の病床機能報告により現状を的確に把握するとともに、進捗管理や地域における課題の把握に努めます。

(2) 情報の公表と県民の理解

病床機能報告の結果や「地域医療構想調整会議」の開催状況については、ホームページによる公表等、積極的な情報提供に努め、県民のあるべき医療提供体制への理解や、それを踏まえた受療行動の促進を図ります。

○徳島県地域医療構想の策定経過

【平成27年度】

- 平成27年 4月17日 第1回徳島県地域医療構想調整会議（東部）
22日 第1回徳島県地域医療構想調整会議（南部）
23日 第1回徳島県地域医療構想調整会議（西部）
- 9月14日 第2回徳島県地域医療構想調整会議（合同）
- 11月 6日 第3回徳島県地域医療構想調整会議（東部）
9日 第3回徳島県地域医療構想調整会議（西部）
11日 第3回徳島県地域医療構想調整会議（南部）
- 平成28年 2月 1日 第4回徳島県地域医療構想調整会議（南部）
5日 第4回徳島県地域医療構想調整会議（東部）
8日 第4回徳島県地域医療構想調整会議（西部）

【平成28年度】

- 平成28年 5月23日 第1回徳島県地域医療構想調整会議（南部）
25日 第1回徳島県地域医療構想調整会議（西部）
27日 第1回徳島県地域医療構想調整会議（東部）
- 7月14日 第2回徳島県地域医療構想調整会議（西部）
21日 第2回徳島県地域医療構想調整会議（南部）
22日 第2回徳島県地域医療構想調整会議（東部）
- 7月29日 医療法第30条の4第13項、14項に基づく意見聴取
～9月1日
- 8月1日 オープンとくしま・パブリックコメントによる意見募集
～9月1日
- 9月9日 医療法第30条の4第14項に基づく医療審議会からの意見聴取

○徳島県地域医療構想調整会議委員名簿（H28.5.30現在）

【徳島県東部地域医療構想調整会議委員名簿】

氏名	職名等	備考
有住 基彦	板野郡医師会長	議長
大木元 繁	徳島保健所長	
大久保 卓	阿波市医師会長	全構想区域共通委員
大西 英治	徳島県保健福祉部副部長	
香川 征	徳島県病院事業管理者	全構想区域共通委員
河野 博喜	吉野川市副市長	全構想区域共通委員
木下 成三	徳島県医師会副会長	
齋賀 明彦	徳島市歯科医師会会長	全構想区域共通委員
鈴木 和人	徳島県精神科病院協会副会長	
祖父江定子	徳島県看護協会吉野川支部支部長	全構想区域共通委員
田中 治	名西郡医師会長	
田蒔 正治	徳島西医師会長，全日本病院協会徳島県支部長	全構想区域共通委員
戸村 義則	吉野川市医師会長	
豊崎 纏	徳島市医師会長	副議長
永井 雅巳	徳島県立中央病院長	全構想区域共通委員
永廣 信治	徳島大学病院院長	
平山 元	徳島市副市長	全構想区域共通委員
藤井 正助	阿波市副市長	
福田 徹夫	鳴門市医師会長	全構想区域共通委員
松本 侯	徳島県歯科医師会専務理事	
宮佐 俊昭	徳島県薬剤師会副会長	全構想区域共通委員
森 俊明	徳島県医師会常任理事	
保岡 正治	徳島県慢性期医療協会会長	全構想区域共通委員
山口 貴功	徳島県歯科医師会理事	
山中 俊和	徳島県保険者協議会長	全構想区域共通委員
湯浅 京子	吉野川保健所長	全構想区域共通委員
吉田 直人	松茂町副町長	
吉永 純子	徳島県看護協会第一副会長	

（五十音別・敬称略）

【徳島県南部地域医療構想調整会議委員名簿】

氏名	職名等	備考	
東 博之	全日本病院協会徳島県支部 阿南共栄病院	全構想区域共通委員	
井出 和茂	海部郡歯科医師会		
歌 邦夫	海陽町副町長		
大西 英治	徳島県保健福祉部副部長		
岡本 好史	阿南市那賀郡歯科医師会長		
折野 眞哉	海部郡医師会長		
香川 征	徳島県病院事業管理者		全構想区域共通委員
亀尾 貞男	阿南市副市長		副議長
岸 彰	阿南市医師会長		
木下 成三	徳島県医師会副会長		全構想区域共通委員
熊澤 勝	徳島県薬剤師会阿南・那賀支部長		議長
栗本 敬子	徳島県看護協会阿南・美波支部長		
斎藤 泰憲	阿南保健所長		H28. 7. 4就任
田岡 雅世	徳島県精神科病院協会理事		全構想区域共通委員
永廣 信治	徳島大学病院院長		全構想区域共通委員
坂東 弘康	徳島県立海部病院院長		
日浅 芳一	徳島赤十字病院院長		全構想区域共通委員
藤野 和也	小松島市医師会長		
町田 美香	徳島県看護協会		全構想区域共通委員
松本 侯	徳島県歯科医師会専務理事		
峯田 繁廣	那賀町副町長	全構想区域共通委員	
藪下 武史	勝浦町副町長		
山路 和秀	美波町副町長	全構想区域共通委員	
山中 俊和	徳島県保険者協議会長		
渡邊 美恵	美波保健所長		

(五十音別・敬称略)

【徳島県西部地域医療構想調整会議委員名簿】

氏 名	職 名 等	備 考
秋田 一郎	三好歯科医師会長	
秋田 清実	徳島県精神科病院協会理事	
宇山 弓子	徳島県看護協会元西部地区就業アドバイザー	
大垣 浩志	つるぎ町副町長	
大西 英治	徳島県保健福祉部副部長	全構想区域共通委員
緒方 静子	徳島県看護協会専務理事	
香川 征	徳島県病院事業管理者	全構想区域共通委員
笠原 信治	徳島県歯科医師会常務理事	
木下 成三	徳島県医師会副会長	全構想区域共通委員
栗栖 昭雄	美馬市副市長	
佐藤 純子	美馬保健所長	
住友 正幸	徳島県立三好病院長	
田岡 清三郎	三好市医師会長	
田岡 孝義	東みよし町副町長	
谷口 博美	美馬市医師会長	副議長
近泉 裕久	三好市副市長	
中川 洋一	三好保健所長	議長
永廣 信治	徳島大学病院長	全構想区域共通委員
林 秀樹	全日本病院協会徳島県支部幹事	
藤川 真吾	徳島県薬剤師会三好支部長	
松本 侯	徳島県歯科医師会専務理事	全構想区域共通委員
山中 俊和	徳島県保険者協議会長	全構想区域共通委員

(五十音別・敬称略)

用語の解説

あ 行

一般病床

病院の病床種別の1つ。病院の精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床のこと。主に急性期から回復期の一部の患者に対する入院治療を行う病床。

医療機能

医療法施行規則に規定する病床の機能区分であり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分に分かれる。

医療資源投入量

患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数。(入院基本料相当分及びリハビリテーション料の一部を除く)

医療審議会

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審議会。

か 行

介護老人保健施設

病状安定期にあり入院治療の必要はないが、リハビリテーション、看護、介護を中心とした医療を必要とする要介護高齢者に、看護及び医学的な管理下において介護、機能訓練、必要な医療及び生活サービスを提供する施設。

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(日常生活における基本的な動作を行う能力)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。

かかりつけ医・かかりつけ歯科医

日頃から自身や家族の健康に関するあらゆる事について相談できる医師・歯科医師であり、専門外の病気や高度医療が必要な場合は、適切な医療機関を紹介するなど、地域における医療の重要な役割を担う医師・歯科医師。

緩和ケア

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題等に関して評価を行い、それが障がいとならないように予防したり対処したりすることで、QOLを改善するための医療のあり方。

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。

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。

さ 行

在宅患者訪問薬剤管理指導

医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、在宅医療を受けている患者宅を訪問し、薬剤の服用状況、保管状況、副作用等確認、服薬支援、服薬指導等、薬学的管理指導を行うこと。

在宅療養支援歯科診療所

後期高齢者へ訪問歯科診療を行う歯科診療所で、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師の配置、歯科衛生士の配置、在宅療養を担う保険医療機関の保険医等との連携により、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保していること等の要件を満たした歯科診療所。

受療率

推計患者数を人口10万人当たりで割ったもの。[※]

※推計患者数…3年に1回実施される患者調査の調査日に受療した患者の推計数。

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。

精神病床

精神疾患を有する者を入院させるための病床。

た 行

退院前カンファレンス

円滑な在宅療養への移行のために、退院調整が必要な入院患者の退院後の在宅療養について必要な事柄に関し、病院と在宅医師、訪問看護職員、ケアマネージャー等が話し合うこと。患者や患者家族が入ることもある。

地域医療介護総合確保基金

都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・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。

地域医療構想調整会議

都道府県が、構想区域その他当該都道府県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。

地域医療支援センター

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。平成27年（2015年）1月末現在、43都道府県で設置されている。

地域包括ケアシステム

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。

特別養護老人ホーム

常時介護が必要で在宅での生活が困難な要介護者に対して、入浴・排せつ・食事等の介護、日常生活上の世話などのサービスを提供する施設。

な 行

二次医療圏

地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的な考え方として、厚生労働省が関係府省庁と共同して平成27年（2015年）1月に策定したもの。

は 行

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、患者20人以上の入院施設を有するもの。

病床機能報告制度

医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度。

訪問看護ステーション

看護職員等が家庭を訪問して、主治医と連絡をとりながら病状を観察したり、診療の補助、療養上の世話、あるいは家族への介護指導などの訪問看護サービスを提供する拠点。

訪問診療

通院が困難で、継続的な在宅医療を受ける必要がある患者に対して、医師が計画的に患者宅で診療すること。

ま 行

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。または、長期にわたり療養が必要な重度の障がい者（重度の意識障がい者を含む）、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。

看取り

死を目前にしながらも生きている人を死が訪れるまでケアすること。肉体的な苦痛のケアに加え、社会的、精神的な苦痛に対するケアも含む。

や 行

薬局

薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所。調剤は、薬剤師以外の者が販売又は授与の目的で行うことは、原則的に禁止されている。

ら 行

療養病床

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。

レスパイト

レスパイト（respite）は「息抜き」の意。在宅で介護を受けている患者や要介護者が一時的に一定期間、医療機関等へ入院（入所）することによって、介護者が日頃の心身の疲れを回復し、一息つくことができるよう援助する入院（入所）の形態。

アルファベット

DPCデータ

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

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。