

第2章 福岡県の地域医療構想

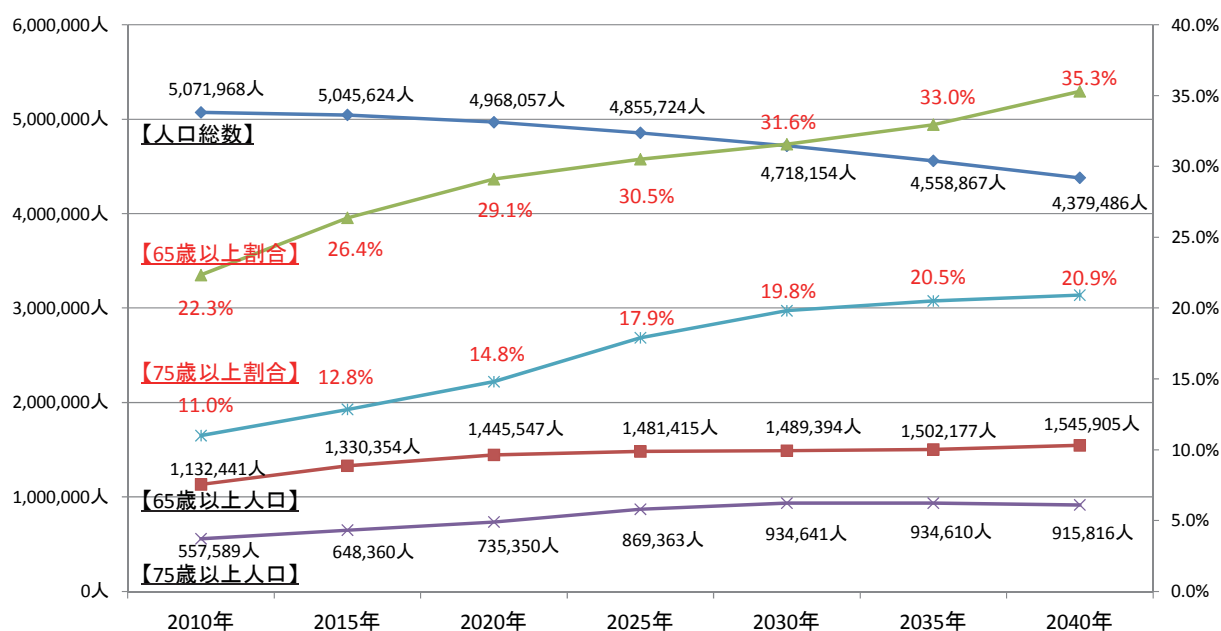
第1節 福岡県の医療提供の現状と平成37（2025）年の必要病床数等

1 福岡県の医療提供の現状等

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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（2013）年3月中位推計）によると、平成22（2010）年の本県の総人口は5,071,968人で、平成37（2025）年には4,855,724人（対平成22年▲4.3%）、平成52（2040）年には4,379,486人（同▲13.7%）になると予想されています。
- 一方、65歳以上の高齢者人口は増加を続け、総人口に占める割合も平成22（2010）年の22.3%が、平成37（2025）年には30.5%となり、平成52（2040）年には35.3%に増加すると予想されています。
- また、75歳以上の後期高齢者人口も増加を続け、総人口に占める割合も平成22（2010）年の11.0%が、平成37（2025）年には17.9%となり、平成52（2040）年には20.9%に増加すると予想されています。

福岡県の人口推移(県全体)



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 県内の病院数は平成26（2014）年10月1日現在で460施設であり、このうち一般病院は

400 施設、精神科（単科のみ）病院は 60 施設となっています。

- 一般診療所は、4,587 施設であり、そのうち有床診療所は 602 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 50,305 床（病院 42,914 床、有床診療所 7,391 床）、療養病床が 22,364 床（病院 21,340 床、有床診療所 1,024 床）となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 982.8 床で、全国平均（783.1 床）を上回っています。構想区域別では宗像（676.1 床）、筑紫（588.3 床）、直方・鞍手（684.7 床）、京築（516.9 床）の 4 区域は全国平均を下回っています。
- 療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 436.9 床で、全国平均（267.2 床）を上回っています。また全ての構想区域で全国平均を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間（平成 26（2014）年－平成 21（2009）年）で 2,906 床減少しており、一般病床が 1,656 床（▲3.2%）、療養病床が 1,250 床（▲5.3%）減少しています。

本県の許可病床数の状況

（単位：床）

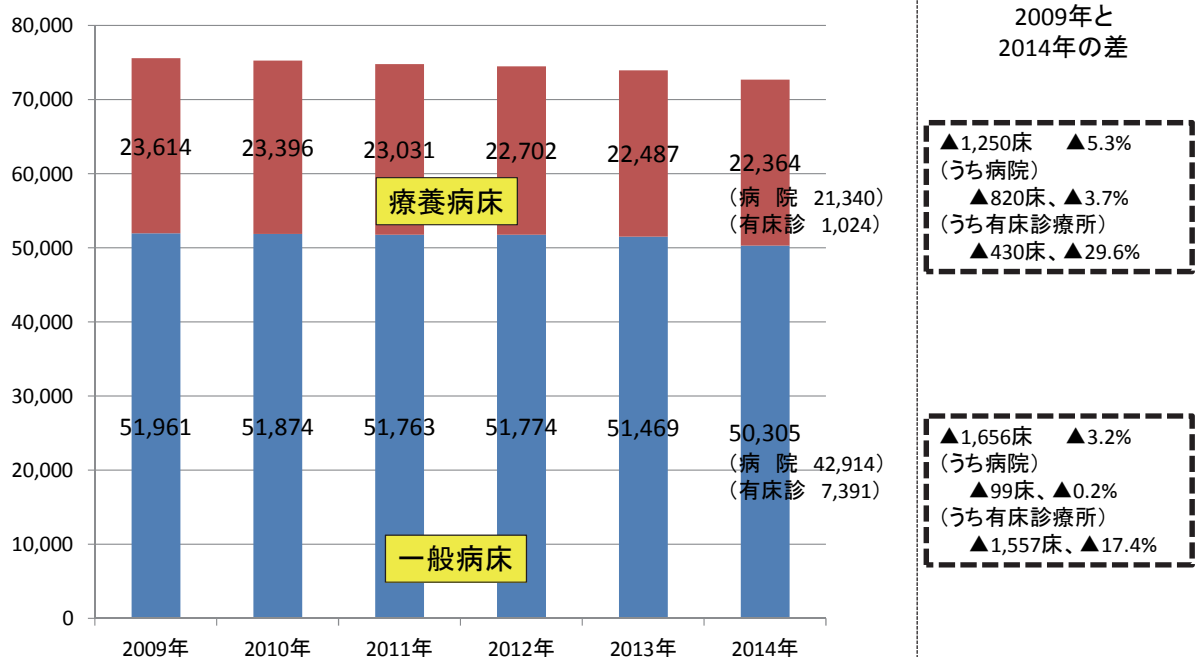
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|----------|-----------|---------|---------|----------------|---------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 01 福岡・糸島 | 20,328 | 14,942 | 5,386 | 1,283.5 | 943.4 | 340.1 |
| 02 粕屋 | 3,852 | 2,432 | 1,420 | 1,358.5 | 857.7 | 500.8 |
| 03 宗像 | 1,821 | 1,052 | 769 | 1,170.3 | 676.1 | 494.2 |
| 04 筑紫 | 4,175 | 2,561 | 1,614 | 959.0 | 588.3 | 370.7 |
| 05 朝倉 | 1,177 | 722 | 455 | 1,334.4 | 818.6 | 515.9 |
| 06 久留米 | 8,290 | 5,761 | 2,529 | 1,788.3 | 1242.7 | 545.5 |
| 07 八女・筑後 | 2,042 | 1,205 | 837 | 1,498.6 | 884.3 | 614.3 |
| 08 有明 | 4,713 | 3,360 | 1,353 | 2,044.6 | 1,457.6 | 587.0 |
| 09 飯塚 | 3,466 | 2,812 | 654 | 1,856.4 | 1,506.2 | 350.3 |
| 10 直方・鞍手 | 1,312 | 771 | 541 | 1,165.1 | 684.7 | 480.4 |
| 11 田川 | 1,660 | 1,270 | 390 | 1,244.3 | 952.0 | 292.3 |
| 12 北九州 | 17,850 | 12,427 | 5,423 | 1,597.4 | 1,112.1 | 485.3 |
| 13 京築 | 1,983 | 990 | 993 | 1,035.3 | 516.9 | 518.4 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在（医療施設調査）

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 県全体

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療 支援病院 | 特定機能 病院 | 救命救急 センター (小児含む) | 災害拠点 病院 | へき地 医療拠点 病院 |
|----------|-----|--------------|------------|------------------------|-------------|-------------------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 01 福岡・糸島 | 123 | 11 | 2 | 4 1 (小児) | 6 1 (基幹) | 2 |
| 02 粕屋 | 26 | 1 | - | 1 (地域) | 2 | - |
| 03 宗像 | 14 | 1 | - | - | - | - |
| 04 筑紫 | 26 | 3 | - | - | 2 | - |
| 05 朝倉 | 8 | 1 | - | - | 1 | 1 |
| 06 久留米 | 49 | 4 | 1 | 1 1 (高度) | 2 | 1 |
| 07 八女・筑後 | 14 | 1 | - | - | 1 | - |
| 08 有明 | 33 | 1 | - | - | 2 | - |
| 09 飯塚 | 22 | 1 | - | 1 | 1 | 1 |
| 10 直方・鞍手 | 12 | - | - | - | - | - |
| 11 田川 | 16 | 1 | - | - | 1 | - |
| 12 北九州 | 102 | 10 | 1 | 2 | 8 | 2 |
| 13 京築 | 15 | 1 | - | - | 2 | 1 |

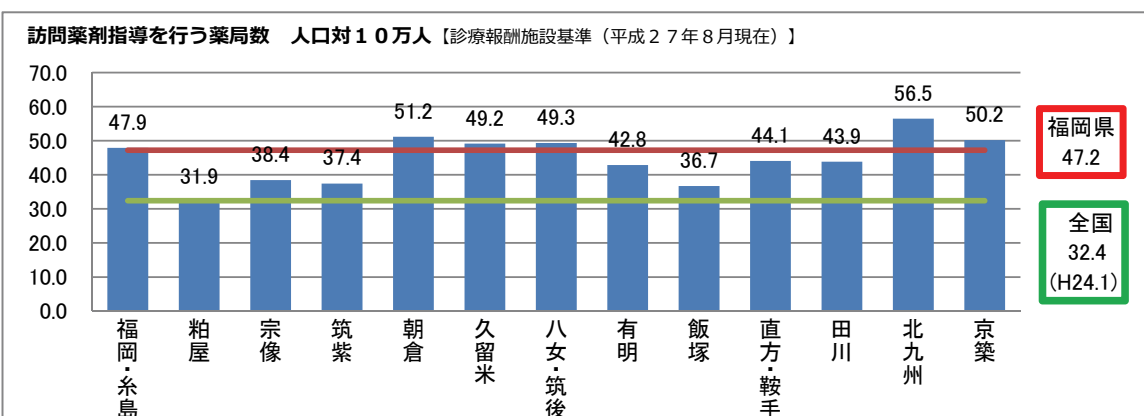
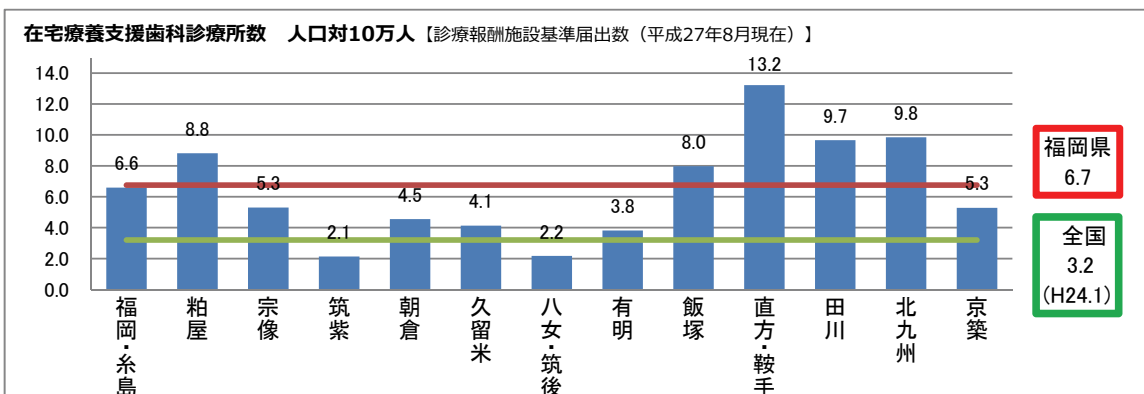
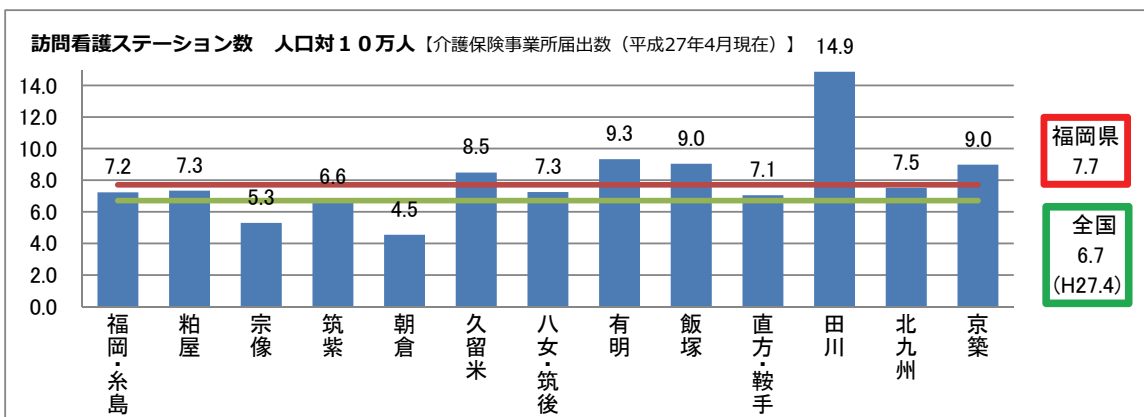
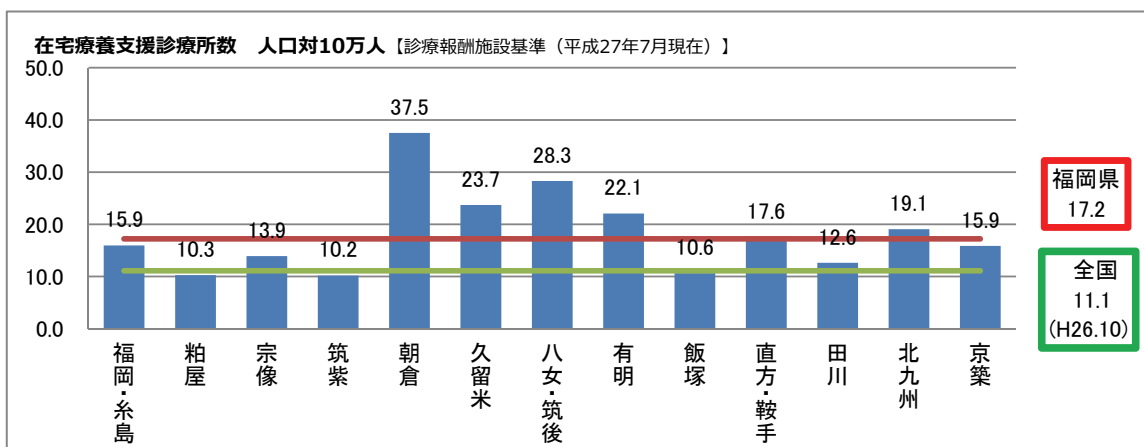
| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院(基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|----------|--------------------------------|-----------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 01 福岡・糸島 | 2(総合) 2(地域) 1(高度周産期医療機関) | 2(県拠点) 3(地域拠点) 1(県指定) | 3(二種) | 12 | 1 | 2 |
| 02 粕屋 | - | 1(地域拠点) | 1(一種) | 2 | - | 1 |
| 03 宗像 | - | - | - | 1 | - | 1 |
| 04 筑紫 | 1(地域) | 1(地域がん) | 2(二種) | 3 | - | 1 |
| 05 朝倉 | - | 1(地域がん) | - | - | - | 1 |
| 06 久留米 | 2(総合) | 2(地域拠点) | 2(二種) | 5 | 1 | 1 |
| 07 八女・筑後 | - | 1(地域拠点) | 1(二種) | 2 | - | 1 |
| 08 有明 | - | 1(地域拠点) | 1(二種) | 2 | - | 1 |
| 09 飯塚 | 1(総合) | 1(地域拠点) | - | 1 | 1 | 1 |
| 10 直方・鞍手 | - | - | - | - | - | 1 |
| 11 田川 | - | 1(地域拠点) | 1(二種) | 2 | - | 1 |
| 12 北九州 | 2(総合) 2(地域) 1(高度周産期医療機関) | 3(地域拠点) 1(県指定) | 1(二種) | 14 | 1 | 3 |
| 13 京築 | - | - | - | 1 | - | 1 |

※病院数は、平成26年10月1日現在の数値(厚生労働省:医療施設調査)

※その他は、平成28年4月1日現在の指定状況

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は874施設(平成27年7月1日現在)で、人口10万人当たり17.2施設となっており、全国平均(11.1施設)を上回っています。構想区域別では粕屋(10.3)、筑紫(10.2)、飯塚(10.6)の3区域が全国平均を下回っています。
- 訪問看護ステーション数は390施設(平成27年4月1日現在)で、人口10万人当たり7.7施設となっており、全国平均(6.7施設)を上回っています。構想区域別では宗像(5.3施設)、筑紫(6.6施設)、朝倉(4.5施設)の3区域が全国平均を下回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は342施設(平成27年8月1日現在)で、人口10万人当たり6.7施設となっており、全国平均(3.2施設)を上回っています。構想区域別では筑紫(2.1施設)、八女・筑後(2.2施設)の2区域が全国平均を下回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は2,395施設(平成27年8月1日現在)で、人口10万人当たり47.2施設となっており、全国平均(32.4施設)を上回っています。構想区域別では粕屋(31.9施設)区域のみ全国平均を下回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は14,912人で、人口10万人当たり291.2人となっており、全国平均（231.5人）を上回っています。

- 構想区域別では、人口 10 万人当たりの医師数が全国平均を上回る構想区域は、福岡・糸島 (357.4 人)、久留米 (434.0 人)、有明 (248.2 人)、飯塚 (308.8 人)、北九州 (302.0 人) の 5 区域で、この他の 8 区域は全国平均を下回っています。
- 診療科 (小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急) 別にみると、県全体では全ての診療科で全国平均を上回っていますが、全体の医師数と同様に地域偏在が見受けられます。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26 (2014) 年 12 月 31 日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は 5,299 人で、人口 10 万人当たり 103.5 人となっており、全国平均 (78.7 人) を上回っています。
- 構想区域別では、人口 10 万人当たりの歯科医師数が全国平均を上回る構想区域は、福岡・糸島 (133.3 人)、久留米 (93.7 人)、有明 (80.9 人)、飯塚 (88.5 人)、直方・鞍手 (95.2 人)、北九州 (110.2 人) の 6 区域で、この他の 7 区域は全国平均を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26 (2014) 年 12 月 31 日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は 9,304 人で、人口 10 万人当たり 181.7 人となっており、全国平均 (168.5 人) を上回っています。
- 構想区域別では、人口 10 万人当たりの薬剤師数が全国平均を上回る構想区域は、福岡・糸島 (209.6 人)、久留米 (196.2 人)、飯塚 (178.0 人)、北九州 (187.7 人) の 4 区域で、この他の 9 区域は全国平均を下回っています。
- 看護職員従事者届による平成 26 (2014) 年 12 月 31 日現在の看護職員 (看護師及び准看護師) の数は 76,446 人 (保健師 1,679 人、助産師 1,323 人、看護師 54,653 人、准看護師 18,791 人) で、人口 10 万人当たり 1,493.0 人となっており、全国平均 (1,177.1 人) を上回っています。
- 構想区域別では、筑紫区域のみ人口 10 万人当たりの看護職員数が全国平均を下回っており、この他の 12 区域は全国平均を上回っています。

本県の医師数の状況

(単位：人)

| | 医師 総数 | 人口 10 万人対医師数 | | | | | |
|----------|----------|--------------|-------|-------------|------|------|-----|
| | | 総 数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外 科 | 麻酔科 | 救 急 |
| 全 国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 01 福岡・糸島 | 5,670 | 357.4 | 127.4 | 47.8 | 36.9 | 11.6 | 4.6 |
| 02 粕屋 | 480 | 169.0 | 63.5 | 22.3 | 12.0 | 2.2 | 0.7 |
| 03 宗像 | 260 | 166.8 | 55.9 | 19.0 | 12.8 | 2.0 | 0.0 |
| 04 筑紫 | 813 | 186.5 | 77.5 | 19.1 | 12.6 | 3.7 | 1.9 |
| 05 朝倉 | 160 | 181.6 | 90.6 | 12.4 | 18.2 | 3.4 | 0.0 |
| 06 久留米 | 2,011 | 434.0 | 212.7 | 78.5 | 52.9 | 11.7 | 4.1 |
| 07 八女・筑後 | 277 | 203.4 | 61.1 | 34.4 | 20.6 | 3.6 | 0.0 |
| 08 有明 | 571 | 248.2 | 100.6 | 39.0 | 27.4 | 5.9 | 0.0 |
| 09 飯塚 | 576 | 308.8 | 101.9 | 46.5 | 29.5 | 3.7 | 5.9 |
| 10 直方・鞍手 | 202 | 179.7 | 58.0 | 10.0 | 24.0 | 3.5 | 0.0 |
| 11 田川 | 250 | 187.7 | 99.2 | 53.5 | 21.8 | 3.7 | 0.0 |

| | | | | | | | |
|--------|-------|-------|-------|------|------|------|-----|
| 12 北九州 | 3,372 | 302.0 | 126.3 | 54.5 | 30.2 | 10.5 | 2.7 |
| 13 京築 | 270 | 141.1 | 34.3 | 6.0 | 11.0 | 2.1 | 1.0 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

本県の歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況 （単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|----------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全 国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 01 福岡・糸島 | 2,114 | 133.3 | 3,325 | 209.6 | 21,865 | 1,378.2 |
| 02 粕屋 | 205 | 72.2 | 356 | 125.4 | 3,454 | 1,216.2 |
| 03 宗像 | 116 | 74.4 | 217 | 139.2 | 1,918 | 1,230.8 |
| 04 筑紫 | 329 | 75.5 | 683 | 156.7 | 4,419 | 1,013.7 |
| 05 朝倉 | 68 | 77.2 | 142 | 161.2 | 1,150 | 1,304.6 |
| 06 久留米 | 434 | 93.7 | 909 | 196.2 | 8,517 | 1,837.9 |
| 07 八女・筑後 | 101 | 74.1 | 211 | 154.9 | 2,109 | 1,547.9 |
| 08 有明 | 186 | 80.9 | 380 | 165.2 | 4,825 | 2,097.9 |
| 09 飯塚 | 165 | 88.5 | 332 | 178.0 | 3,218 | 1,725.9 |
| 10 直方・鞍手 | 107 | 95.2 | 175 | 155.7 | 1,941 | 1,725.9 |
| 11 田川 | 94 | 70.6 | 204 | 153.1 | 2,255 | 1,692.9 |
| 12 北九州 | 1,230 | 110.2 | 2,096 | 187.7 | 18,378 | 1,645.8 |
| 13 京築 | 150 | 78.4 | 274 | 143.1 | 2,397 | 1,252.3 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

2 福岡県の平成 37（2025）年の病床の機能区分ごとの必要病床数等

（1）平成37（2025）年の病床の機能区分ごとの必要病床数等

- 平成37（2025）年の構想区域ごと、病床の機能区分ごとの医療需要及び必要病床数並びに在宅医療等の医療需要について、厚生労働省令に基づき算定した推計値は以下のとおりとなっています。
- 構想区域を超える患者流出入の取扱いについては、高度急性期・急性期については、医療資源が限られることや構想区域を超えた医療連携体制が現に構築されていることを踏まえ、「医療機関所在地ベース」を採用しています。
- 回復期、慢性期については、急性期を経過した患者が住み慣れた地域で必要な医療が受けられるよう地域完結型の医療提供体制の構築や地域包括ケアシステムとの連携を図っていく観点から、「患者住所地ベース」を採用しています。
- なお、県間の患者流出入の取扱いについては、関係県との協議により、すべて「医療機関所在地ベース」で調整を行っています。
- 福岡・糸島、粕屋、宗像、筑紫区域については、医療資源の有効活用の観点から、回復期における患者流出入について各区域の「地域医療構想調整会議」の合意に基づき、一部調整を行ったうえで、必要病床数を算定しています。
- 慢性期の必要病床数の推計における療養病床入院受療率の地域差解消については、原則としてパターンBの推計方法を選定しています。ただし、パターンCの要件に該当する有明、飯塚、直方・鞍手、北九州、京築の5区域については、パターンCの推計方法を選定しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数（医療需要は1日当たりの患者数）

| | | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 合計 |
|----------|-------|---------|----------|----------|----------|----------|
| 福岡県 | 医療需要 | 5,493 人 | 16,631 人 | 19,015 人 | 14,385 人 | 55,524 人 |
| | 必要病床数 | 7,317 床 | 21,314 床 | 21,123 床 | 15,629 床 | 65,383 床 |
| 01 福岡・糸島 | 医療需要 | 2,219 人 | 6,046 人 | 5,611 人 | 3,710 人 | 17,586 人 |
| | 必要病床数 | 2,958 床 | 7,751 床 | 6,235 床 | 4,032 床 | 20,976 床 |
| 02 粕屋 | 医療需要 | 165 人 | 607 人 | 1,200 人 | 991 人 | 2,963 人 |
| | 必要病床数 | 219 床 | 777 床 | 1,333 床 | 1,077 床 | 3,406 床 |
| 03 宗像 | 医療需要 | 62 人 | 358 人 | 611 人 | 424 人 | 1,455 人 |
| | 必要病床数 | 82 床 | 458 床 | 679 床 | 460 床 | 1,679 床 |
| 04 筑紫 | 医療需要 | 307 人 | 994 人 | 1,350 人 | 848 人 | 3,499 人 |
| | 必要病床数 | 409 床 | 1,274 床 | 1,499 床 | 922 床 | 4,104 床 |
| 05 朝倉 | 医療需要 | 47 人 | 284 人 | 416 人 | 278 人 | 1,025 人 |
| | 必要病床数 | 62 床 | 364 床 | 462 床 | 302 床 | 1,190 床 |
| 06 久留米 | 医療需要 | 637 人 | 1,635 人 | 1,745 人 | 1,107 人 | 5,124 人 |
| | 必要病床数 | 849 床 | 2,095 床 | 1,939 床 | 1,203 床 | 6,086 床 |
| 07 八女・筑後 | 医療需要 | 111 人 | 522 人 | 564 人 | 336 人 | 1,533 人 |
| | 必要病床数 | 148 床 | 668 床 | 627 床 | 365 床 | 1,808 床 |
| 08 有明 | 医療需要 | 129 人 | 634 人 | 1,095 人 | 1,162 人 | 3,020 人 |
| | 必要病床数 | 172 床 | 812 床 | 1,216 床 | 1,263 床 | 3,463 床 |

| | | | | | | |
|----------|-------|---------|---------|---------|---------|----------|
| 09 飯塚 | 医療需要 | 229 人 | 673 人 | 595 人 | 601 人 | 2,098 人 |
| | 必要病床数 | 304 床 | 862 床 | 661 床 | 653 床 | 2,480 床 |
| 10 直方・鞍手 | 医療需要 | 38 人 | 230 人 | 424 人 | 348 人 | 1,040 人 |
| | 必要病床数 | 51 床 | 294 床 | 471 床 | 378 床 | 1,194 床 |
| 11 田川 | 医療需要 | 46 人 | 227 人 | 426 人 | 278 人 | 977 人 |
| | 必要病床数 | 61 床 | 290 床 | 473 床 | 302 床 | 1,126 床 |
| 12 北九州 | 医療需要 | 1,413 人 | 4,132 人 | 4,343 人 | 3,738 人 | 13,626 人 |
| | 必要病床数 | 1,883 床 | 5,296 床 | 4,825 床 | 4,062 床 | 16,066 床 |
| 13 京築 | 医療需要 | 90 人 | 292 人 | 633 人 | 562 人 | 1,577 人 |
| | 必要病床数 | 119 床 | 373 床 | 703 床 | 610 床 | 1,805 床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要（1日当たりの患者数）

| | 在宅医療等の医療需要 |
|----------|------------|
| 福岡県 | 83,404人 |
| 01 福岡・糸島 | 26,113人 |
| 02 粕屋 | 4,190人 |
| 03 宗像 | 2,565人 |
| 04 筑紫 | 6,885人 |
| 05 朝倉 | 1,399人 |
| 06 久留米 | 7,390人 |
| 07 八女・筑後 | 1,835人 |
| 08 有明 | 3,600人 |
| 09 飯塚 | 2,938人 |
| 10 直方・鞍手 | 2,194人 |
| 11 田川 | 1,702人 |
| 12 北九州 | 19,267人 |
| 13 京築 | 3,326人 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なるものです。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27（2015）年度の医療機関の病床機能報告では、県全体の病床数は 68,291 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 8,128 床（11.9%）、急性期 27,967 床（41.0%）、回復期 8,856 床（12.9%）、慢性期 23,340 床（34.2%）となっています。

平成 27（2015）年度病床機能報告

| | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 合計 |
|----------|---------|----------|---------|----------|----------|
| 福岡県 | 8,128 床 | 27,967 床 | 8,856 床 | 23,340 床 | 68,291 床 |
| 01 福岡・糸島 | 4,476 床 | 7,081 床 | 2,581 床 | 5,158 床 | 19,296 床 |

| | | | | | |
|----------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 02 粕屋 | 76床 | 1,395床 | 184床 | 2,044床 | 3,699床 |
| 03 宗像 | 14床 | 692床 | 228床 | 798床 | 1,732床 |
| 04 筑紫 | 391床 | 1,600床 | 414床 | 1,432床 | 3,837床 |
| 05 朝倉 | 6床 | 477床 | 128床 | 524床 | 1,135床 |
| 06 久留米 | 1,184床 | 2,897床 | 765床 | 2,601床 | 7,447床 |
| 07 八女・筑後 | 4床 | 916床 | 386床 | 571床 | 1,877床 |
| 08 有明 | 78床 | 1,833床 | 593床 | 2,049床 | 4,553床 |
| 09 飯塚 | 128床 | 1,723床 | 557床 | 814床 | 3,222床 |
| 10 直方・鞍手 | 0床 | 565床 | 210床 | 475床 | 1,250床 |
| 11 田川 | 24床 | 799床 | 165床 | 386床 | 1,374床 |
| 12 北九州 | 1,669床 | 7,357床 | 2,414床 | 5,569床 | 17,009床 |
| 13 京築 | 78床 | 632床 | 231床 | 919床 | 1,860床 |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床1,149床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

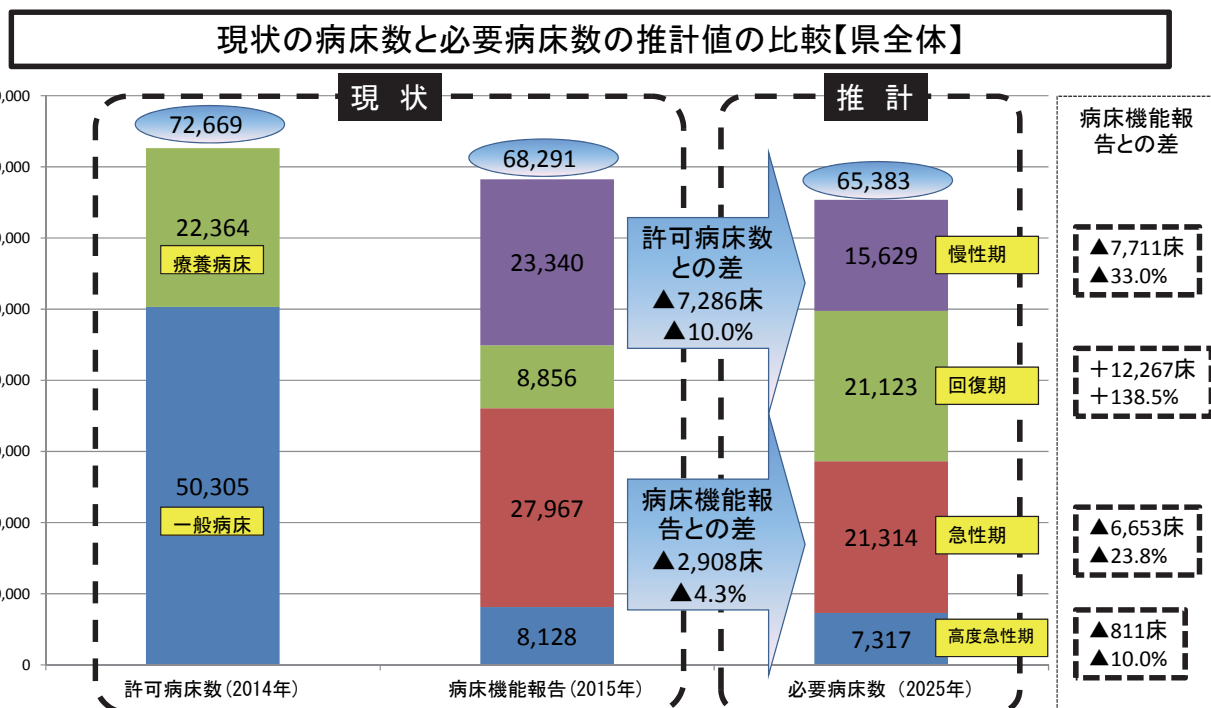
- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の県全体の許可病床数は72,669床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を7,286床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を12,267床下回っています。

《必要病床数と病床機能報告の比較：県全体》

(単位：床)

| | 平成37(2025)年 必要病床数(A) | 平成27(2015)年度 病床機能報告(B) | 差引 A-B |
|-------|-------------------------|---------------------------|-----------|
| 高度急性期 | 7,317 | 8,128 | ▲811 |
| 急性期 | 21,314 | 27,967 | ▲6,653 |
| 回復期 | 21,123 | 8,856 | +12,267 |
| 慢性期 | 15,629 | 23,340 | ▲7,711 |
| 合計 | 65,383 | 68,291 | ▲2,908 |

※この他に休棟等による機能未選択の病床が1,149床ある。



《必要病床数と病床機能報告の比較：各区域》

(単位：床)

| 構想区域 | 病床の機能 | 必要病床数 (2025) (A) | 病床機能報告 (2015) (B) | 差引 A-B | 構想区域 | 病床の機能 | 必要病床数 (2025) (A) | 病床機能報告 (2015) (B) | 差引 A-B |
|-------------|-------|------------------|-------------------|--------|-----------|-------|------------------|-------------------|--------|
| 01 福岡・糸島 | 高度急性期 | 2,958 | 4,476 | ▲1,518 | 02 粕屋 | 高度急性期 | 219 | 76 | +143 |
| | 急性期 | 7,751 | 7,081 | +670 | | 急性期 | 777 | 1,395 | ▲618 |
| | 回復期 | 6,235 | 2,581 | +3,654 | | 回復期 | 1,333 | 184 | +1,149 |
| | 慢性期 | 4,032 | 5,158 | ▲1,126 | | 慢性期 | 1,077 | 2,044 | ▲967 |
| | 合計 | 20,976 | 19,296 | +1,680 | | 合計 | 3,406 | 3,699 | ▲293 |
| 03 宗像 | 高度急性期 | 82 | 14 | +68 | 04 筑紫 | 高度急性期 | 409 | 391 | +18 |
| | 急性期 | 458 | 692 | ▲234 | | 急性期 | 1,274 | 1,600 | ▲326 |
| | 回復期 | 679 | 228 | +451 | | 回復期 | 1,499 | 414 | +1,085 |
| | 慢性期 | 460 | 798 | ▲338 | | 慢性期 | 922 | 1,432 | ▲510 |
| | 合計 | 1,679 | 1,732 | ▲53 | | 合計 | 4,104 | 3,837 | +267 |
| 05 朝倉 | 高度急性期 | 62 | 6 | +56 | 06 久留米 | 高度急性期 | 849 | 1,184 | ▲335 |
| | 急性期 | 364 | 477 | ▲113 | | 急性期 | 2,095 | 2,897 | ▲802 |
| | 回復期 | 462 | 128 | +334 | | 回復期 | 1,939 | 765 | +1,174 |

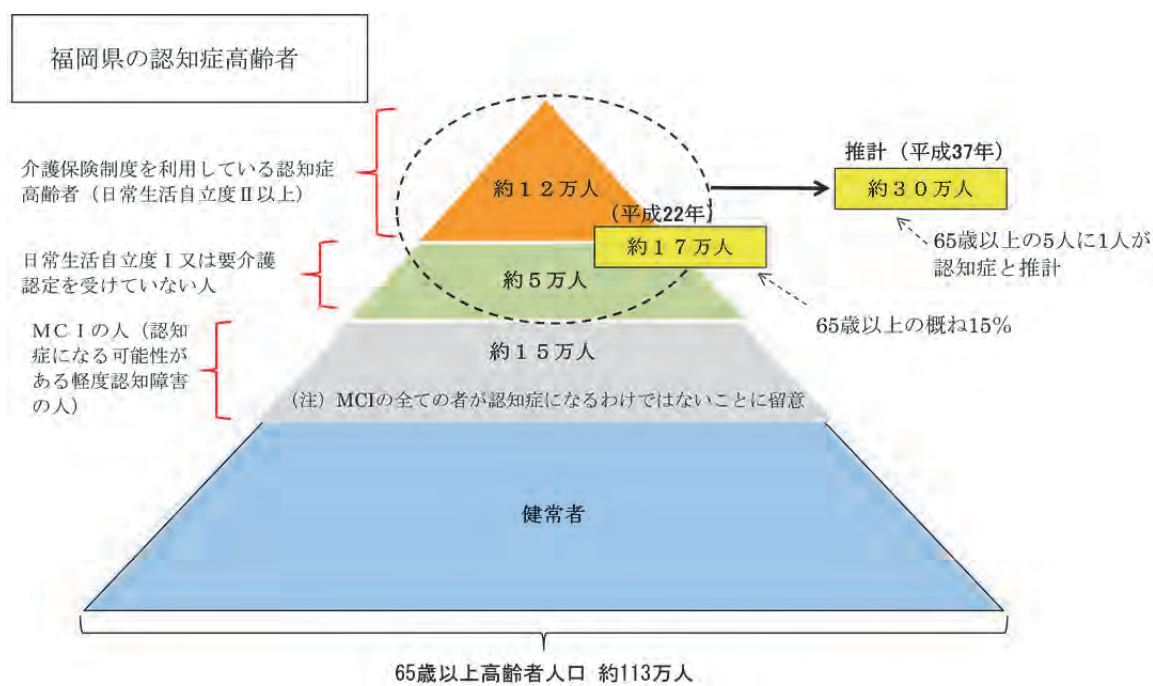
| | | | | | | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|------|-------------|-------|--------|--------|--------|
| | 慢性期 | 302 | 524 | ▲222 | | 慢性期 | 1,203 | 2,601 | ▲1,398 |
| | 合計 | 1,190 | 1,135 | +55 | | 合計 | 6,086 | 7,447 | ▲1,361 |
| 07 八女・筑後 | 高度急性期 | 148 | 4 | +144 | 08 有明 | 高度急性期 | 172 | 78 | +94 |
| | 急性期 | 668 | 916 | ▲248 | | 急性期 | 812 | 1,833 | ▲1,021 |
| | 回復期 | 627 | 386 | +241 | | 回復期 | 1,216 | 593 | +623 |
| | 慢性期 | 365 | 571 | ▲206 | | 慢性期 | 1,263 | 2,049 | ▲786 |
| | 合計 | 1,808 | 1,877 | ▲69 | | 合計 | 3,463 | 4,553 | ▲1,090 |
| 09 飯塚 | 高度急性期 | 304 | 128 | +176 | 10 直方・鞍手 | 高度急性期 | 51 | 0 | +51 |
| | 急性期 | 862 | 1,723 | ▲861 | | 急性期 | 294 | 565 | ▲271 |
| | 回復期 | 661 | 557 | +104 | | 回復期 | 471 | 210 | +261 |
| | 慢性期 | 653 | 814 | ▲161 | | 慢性期 | 378 | 475 | ▲97 |
| | 合計 | 2,480 | 3,222 | ▲742 | | 合計 | 1,194 | 1,250 | ▲56 |
| 11 田川 | 高度急性期 | 61 | 24 | +37 | 12 北九州 | 高度急性期 | 1,883 | 1,669 | +214 |
| | 急性期 | 290 | 799 | ▲509 | | 急性期 | 5,296 | 7,357 | ▲2,061 |
| | 回復期 | 473 | 165 | +308 | | 回復期 | 4,825 | 2,414 | +2,411 |
| | 慢性期 | 302 | 386 | ▲84 | | 慢性期 | 4,062 | 5,569 | ▲1,507 |
| | 合計 | 1,126 | 1,374 | ▲248 | | 合計 | 16,066 | 17,009 | ▲943 |
| 13 京築 | 高度急性期 | 119 | 78 | +41 | | | | | |
| | 急性期 | 373 | 632 | ▲259 | | | | | |
| | 回復期 | 703 | 231 | +472 | | | | | |
| | 慢性期 | 610 | 919 | ▲309 | | | | | |
| | 合計 | 1,805 | 1,860 | ▲55 | | | | | |

※ 地域医療構想調整会議等における病床の機能分化・連携の推進の議論は、必要病床数の推計値及び病床機能報告の数値を参考として進められるものである。

(4) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に75歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成22(2010)年の全国の認知症高齢者は、65歳以上の高齢者の約15%、約439万人と推計されています。これについて、平成27(2015)年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」によると、平成37(2025)年には高齢者の約5人に1人が認知症高齢者と推計され、約700万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成22(2010)年の認知症高齢者数を算出すると、約17万人となります。平成37(2025)年には、約30万人に増加すると見込まれています。

認知症高齢者数の推計



- ※ 平成 22（2010）年の本県の認知症高齢者約 17 万人及びMCI の人約 15 万人については、全国の認知症高齢者の推計（認知症有病率約 15%、MCI の推定値約 13%）を基に推定。ただし、介護保険制度を利用している認知症高齢者については、要介護認定データから算出。
- ※ 平成 37（2025）年の本県の認知症高齢者については、高齢者のおよそ 5 人に 1 人が認知症有病者として推計

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 基本的な考え方

- 地域医療構想の策定の目的は、地域ごとに異なる人口構造の変化、すなわち医療需要の将来の変化に対して、地域の実情に応じて、それに見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期、在宅医療等まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築することであり、将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策については、この目的に沿って考えていくことが必要です。
- 具体的には、構想区域ごとの医療提供の現状、将来の医療需要等の見通しなどを踏まえ、病床の機能分化・連携を進め医療提供体制の効率化を図っていくとともに、地域包括ケアシステムの構築に向け在宅医療等の充実を図っていくこと、そして、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成及び質の向上を図っていくことが必要です。
- また、あるべき医療提供体制を実現し、将来に渡って維持していくためには、地域の医療を支える医療関係機関や市町村、医療保険者等のもとより、県民の方々が病床の機能分化・連携の重要性について理解を深めていくことも必要です。
- 県としては、5疾病・5事業及び在宅医療など地域医療を幅広い視点で捉えながら、地域の医療関係者、市町村等の意見を踏まえつつ、地域医療介護総合確保基金の活用等により、取組を推進していきます。
- なお、基金を活用した施策については、県の予算、国の配分等を踏まえ、毎年度の基金計画策定の中で実施事業を決定していくこととなります。

(2) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が県全体で12,267床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や介護サービスの確保に取り組んでいくとともに、在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 毎年度、病床機能報告による病床の機能区分ごとの病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較し、達成状況について構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村、医療保険者等で構成する「地域医療構想調整会議」において関係者間で情報を共有します。
- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期

又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。

- また、構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」において、回復期病床への機能転換や構想区域内での医療提供に関する役割分担、ICT（福岡県診療情報ネットワーク「とびうめネット」）の活用等について協議を行い、病床の機能分化・連携を推進していきます。
- 病床の機能転換に要する費用をはじめ、病床の機能分化・連携を推進する取組について、地域医療介護総合確保基金を活用して支援を行っていきます。

《主な取組み例》

- ・ 病床機能分化・連携促進事業
- ・ 診療情報ネットワーク活用拡大事業
- ・ がん患者等医科歯科連携整備事業
- ・ 周術期口腔ケア連携支援事業
- ・ 慢性期機能分化・連携推進事業
- ・ 小児医療高度急性期病床確保支援事業
- ・ 小児医療機能分化・連携推進事業
- ・ がん診療施設設備整備事業 など

(3) 在宅医療等の充実

① 課題

- 平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は県全体で83,404人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する必要があることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくことが不可欠です。
- 一方で、在宅医療等に係る医療資源や介護資源の状況には地域差があり、中山間地域などでは訪問診療を行う医師や訪問看護師など在宅医療等に関わる人材の確保も容易ではないといった意見もあります。
- このため、地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、介護施設等の整備状況など在宅医療等に関わる資源の状況や、訪問診療などのレセプト情報により在宅医療の提供状況を把握するとともに、現在の療養病床入院患者の一部について、将来在宅医療等に対応する必要があることから、慢性期病床から新類型（※）を含む介護施設等への転換の意向などを把握し、これらの情報を「地域医療構想調整会議」において関係者間で共有します。
- 今後必要となる訪問診療や訪問看護の確保を図るための対応策、とびうめネットを活用した多職種連携の推進等について、「地域医療構想調整会議」において関係者間で十分協議を行い、それぞれの地域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。

- 市町村は、地域支援事業において在宅医療・介護連携に取り組むこととなっています。このため、県の保健福祉環境事務所に設置した「地域在宅医療支援センター」が中心となり、市町村と医師会など関係団体との連携を促進するとともに、市町村職員に対する研修会の開催など人材育成に取り組むことにより、市町村を支援していきます。
- また、福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していきます。

※「新類型」

療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けて医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

《主な取組み例》

- ・ 在宅医療連携拠点整備事業
- ・ 診療情報ネットワーク活用拡大事業（再掲）
- ・ 慢性期機能分化・連携推進事業（再掲）
- ・ 小児医療機能分化・連携推進事業（再掲）
- ・ デイホスピス定着促進事業
- ・ 訪問看護ステーション連携・看取り促進事業
- ・ 訪問看護ステーション支援事業
- ・ 訪問看護ステーションスキルアップ研修事業
- ・ 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成研修事業
- ・ 病院関係職員在宅医療推進研修事業
- ・ 在宅患者救急時電話相談事業
- ・ 精神科病院における医療保護入院者退院支援員会推進事業
- ・ 訪問歯科診療推進整備事業
- ・ 薬局薬剤師の在宅医療参加促進事業 など

(4) 医療従事者の確保・養成

① 全般的な事項

【課題】

- 将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、これを支える医療従事者の確保は重要な課題です。
- また、効率的で質の高い医療提供体制を構築するためには、質の高い人材を継続して確保していくことが必要です。

【施策の方向性】

- 現在、医師、看護職員等の需給見通しのあり方について、国において検討が進められており、その動向や厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「看護職員業務従事者届」による医療従事者数を踏まえながら、構想を実現していく上で必要となる医師、看護職員等の需給見通しを明らかにします。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、医療従事者の確保・養成に関する事業を実施していくとともに、在宅医療をはじめ将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

② 医療従事者別

イ 医師

【課題】

- 医師については、県全体では、人口10万人当たりの医師数は全国平均を上回っている状況ですが、地域偏在や救急、小児、産科・産婦人科など診療科による偏在が大きな課題となっています。
- また、今後は、在宅医療のニーズも高まることから、訪問診療を行う医師など在宅医療に関わる医師の確保・養成も必要です。

【施策の方向性】

- 県では、地域医療支援センター（※）における医師確保対策をはじめ、地域偏在や診療科偏在の緩和、解消等に引き続き取り組んでいきます。
- また、訪問診療を行う医師の数を増やす取組や小児在宅医療を支える医師の確保を図っていきます。

※「地域医療支援センター」

地域医療に従事する医師のキャリア形成支援と一体的に医師確保が困難な地域の医療機関における医師確保の支援等を行い、医師の地域偏在の緩和、解消等を図るために設置（平成26年）された組織（事務局：福岡県医療指導課医師・看護職員確保対策室）。

《主な取組み例》

- ・ 地域医療支援センター事業
- ・ 勤務環境改善支援センター事業
- ・ 寄附講座設置事業
- ・ 緊急医師確保対策奨学金
- ・ 産科医等確保支援事業
- ・ 新生児医療担当医確保支援事業
- ・ 小児救急医療支援事業
- ・ 小児救急医療電話相談事業
- ・ 女性医師確保支援事業
- ・ 救急医療確保対策事業

ロ 歯科医師・歯科衛生士

【課題】

- 歯科医師・歯科衛生士については、高齢化の進展により、摂食・嚥下機能の低下に伴う誤嚥性肺炎の増加などが見込まれており、口腔機能の維持・向上や口腔ケアの重要性が認識されています。
- 今後は、入院医療や在宅医療の場面において、医療や介護と連携できる歯科医師や歯科衛生士の確保・養成が求められています。

【施策の方向性】

- 県では、県歯科医師会等医療関係団体と連携して、在宅医療をはじめ将来のあるべき医療提供体制を支える歯科医師・歯科衛生士の確保・養成を図っていきます。

《主な取組み例》

- ・ 歯科医・歯科衛生士研修事業
- ・ 歯科衛生士養成校巡回実習教育事業
- ・ 歯科衛生士復職支援事業
- ・ 高齢者歯科口腔機能向上事業
- ・ 訪問歯科診療推進整備事業（再掲）
- ・ かかりつけ歯科医定着促進モデル事業

ハ 薬剤師

【課題】

- 薬剤師については、在宅医療のニーズの高まりにより、在宅における服薬や残薬管理、各種衛生材料の提供・適正使用など薬学的な管理及び指導を行うことの重要性が認識されています。
- 今後は、在宅医療に対応できる薬局薬剤師の確保、多職種との連携を前提とした薬剤師の育成が求められています。

【施策の方向性】

- 県では、県薬剤師会と連携して、在宅医療をはじめ将来のあるべき医療提供体制を支える薬剤師の確保・養成を図っていきます。

《主な取組み例》

- ・ 薬剤師在宅医療研修事業
- ・ 在宅薬物療法支援事業
- ・ 女性薬剤師復職支援事業

ニ 看護職員

【課題】

- 看護職員については、人口10万人当たりの数は全国平均を上回っていますが、第7次需給見通しでは平成26（2014）年時点で充足はできていない状況です。
- 今後は、在宅医療の中心となる訪問看護師の確保が重要な課題となるとともに、専門性を確保するための育成支援が求められています。

【施策の方向性】

- 県では、ナースセンター（※）の機能強化により復職支援に努めるとともに、看護職員の質の向上や離職対策として研修の充実、質の高い看護教育の確保のため看護師等養成所の運営費支援、看護職員等の勤務環境の改善等に取り組むことで、総合的な看護職員の確保を図っていきます。
- 在宅医療を支える質の高い訪問看護師の確保を図る観点から、訪問看護ステーションの支援等に取り組んでいきます。

※「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」に基づき、看護職員に対する無料の職業紹介や研修等を行うために設置された組織で、本県では「公益社団法人福岡県看護協会」を「福岡県ナースセンター」に指定（平成5年）。

《主な取組み例》

- ・ ナースセンターサテライト事業
- ・ 看護職員復職研修事業支援事業
- ・ 新人看護職員研修事業
- ・ 新人看護職員多施設集合研修事業

- ・ 新人看護職員研修アドバイザー派遣事業
- ・ 新人看護職員教育担当者研修事業
- ・ 新人看護職員教育担当者研修事業
- ・ 新人看護職員実地指導者研修事業
- ・ 看護職員専門分野研修事業
- ・ 看護職員フォローアップ研修事業
- ・ 看護師等養成所運営費補助事業
- ・ 看護教員養成講習会参加促進事業
- ・ 看護教員養成講習会事業
- ・ 看護教員継続研修事業
- ・ 看護実習指導者講習会事業
- ・ 病院内保育所運営事業
- ・ 看護職員就労環境改善事業
- ・ 看護補助者確保支援事業
- ・ 外国人看護師候補者資格取得支援事業
- ・ 訪問看護ステーション支援事業（再掲）
- ・ 訪問看護ステーションスキルアップ研修事業（再掲）

（5）認知症

① 課題

- 今後増加が見込まれる認知症高齢者について適切に対応していく必要があります。

② 施策の方向性

- 県では、認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- また、認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

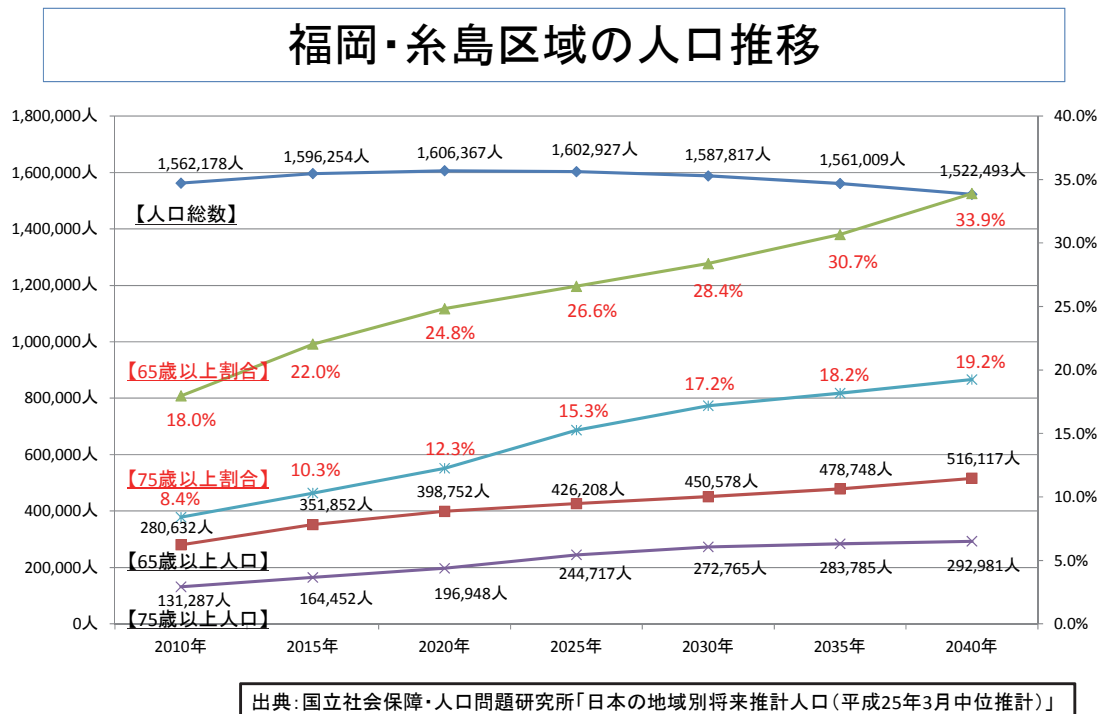
第2節 構想区域別

01 福岡・糸島区域 (福岡市、糸島市)

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、平成 22 (2010) 年の福岡・糸島区域の総人口は 1,562,178 人で、平成 32 (2020) 年ごろをピークに減少に転じ、平成 37 (2025) 年には 1,602,927 人(対平成 22 年+2.6%)、平成 52 (2040) 年には 1,522,493 人(同▲2.5%)になると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は増加を続け、総人口に占める割合も平成 22 (2010) 年の 18.0%が、平成 37 (2025) 年には 26.6%となり、平成 52 (2040) 年には 33.9%に増加すると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口も増加を続け、総人口に占める割合も平成 22 (2010) 年の 8.4%が、平成 37 (2025) 年には 15.3%となり、平成 52 (2040) 年には 19.2%に増加すると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、平成 12 (2000) 年頃まで 0 歳から 15 歳にかけて流入による人口増加が見られる区域ですが、20 歳以上では外からの人口流入はみられません。一方で、高齢者の数は増加するため、今後、速いスピードで高齢化が進展するとともに、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-01 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-01)



(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 福岡・糸島区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 123 施設であり、このうち一般病院は 108 施設となっています。
- 一般診療所は、1,551 施設であり、そのうち有床診療所は 166 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 14,942 床 (病院 13,019 床、有床診療所 1,923 床)、療養病床が 5,386 床 (病院 5,169 床、有床診療所 217 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 943.4 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 340.1 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 663 床減少しており、一般病床が 76 床 (▲0.5%)、療養病床が 587 床 (▲9.8%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

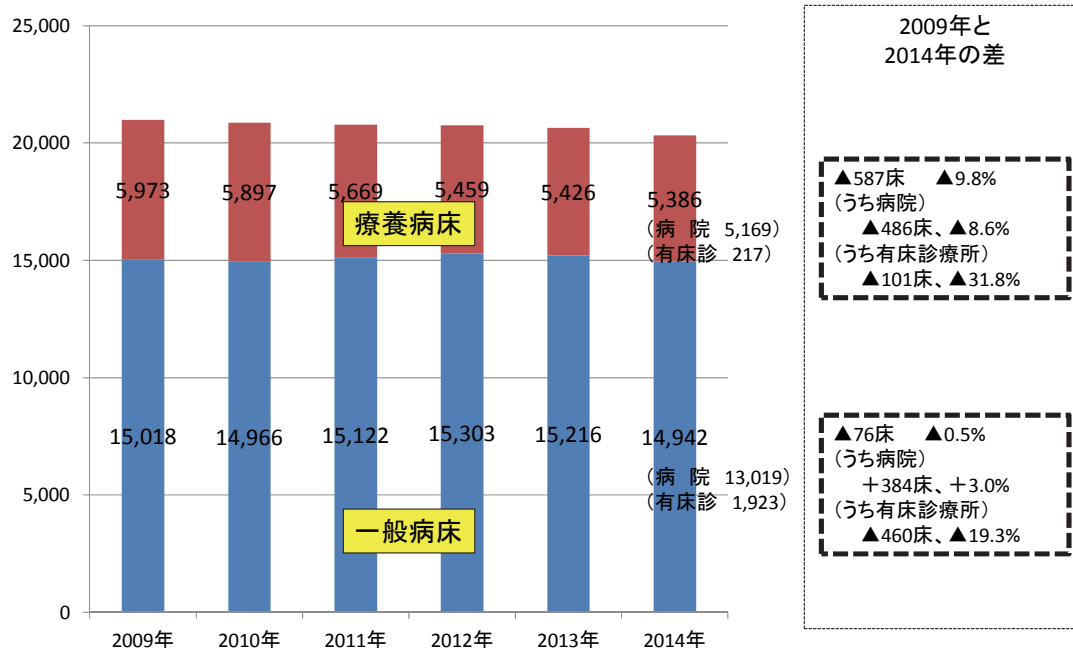
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|----------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 01 福岡・糸島 | 20,328 | 14,942 | 5,386 | 1,283.5 | 943.4 | 340.1 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 福岡・糸島

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|----------|-----|----------|--------|--------------------|-------------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 01 福岡・糸島 | 123 | 11 | 2 | 4 1 (小児) | 6 1 (基幹) | 2 |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|----------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 01 福岡・糸島 | 2 (総合) 2 (地域) 1 (高度周産期医療機関) | 2 (県拠点) 3 (地域拠点) 1 (県指定) | 3 (二種) | 12 | 1 | 2 |

※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

○ 地域医療支援病院（11）

糸島医師会病院、独立行政法人国立病院機構九州医療センター、公立学校共済組合九州中央病院、福岡市立こども病院、国家公務員共済組合連合会浜の町病院、福岡県済生会福岡総合病院、福岡市民病院、福岡赤十字病院、社会医療法人財団白十字会白十字病院、福岡記念病院、福岡和白病院

○ 特定機能病院（2）

九州大学病院、福岡大学病院

○ 救命救急センター（4）

福岡県済生会福岡総合病院、福岡大学病院、九州大学病院、独立行政法人国立病院機構九州医療センター

○ 小児救命救急センター（1）

九州大学病院

○ 災害拠点病院（7）

独立行政法人国立病院機構九州医療センター（基幹）、福岡県済生会福岡総合病院、福岡大学病院、九州大学病院、福岡赤十字病院、福岡和白病院、福岡記念病院

○ へき地医療拠点病院（2）

福岡記念病院、社会医療法人原土井病院

○ 周産期母子医療センター等（5）

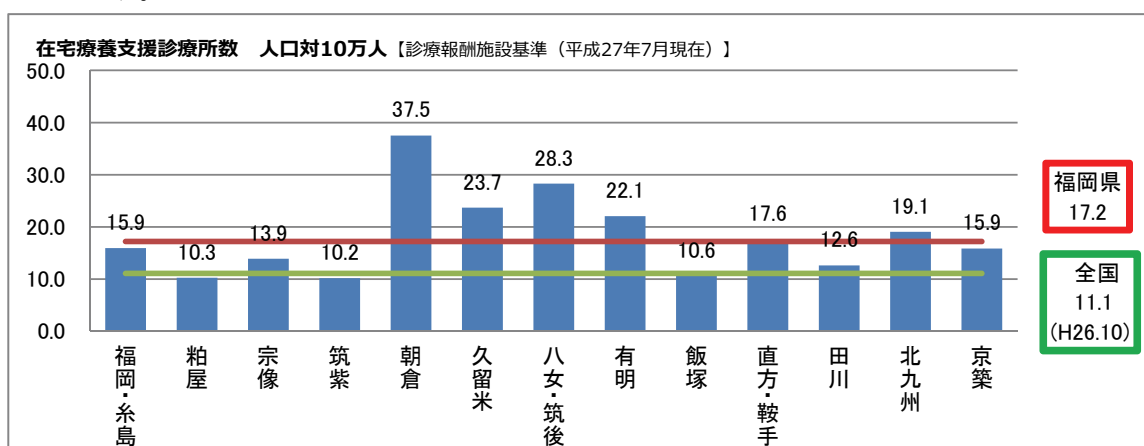
総合周産期母子医療センター：福岡大学病院、九州大学病院

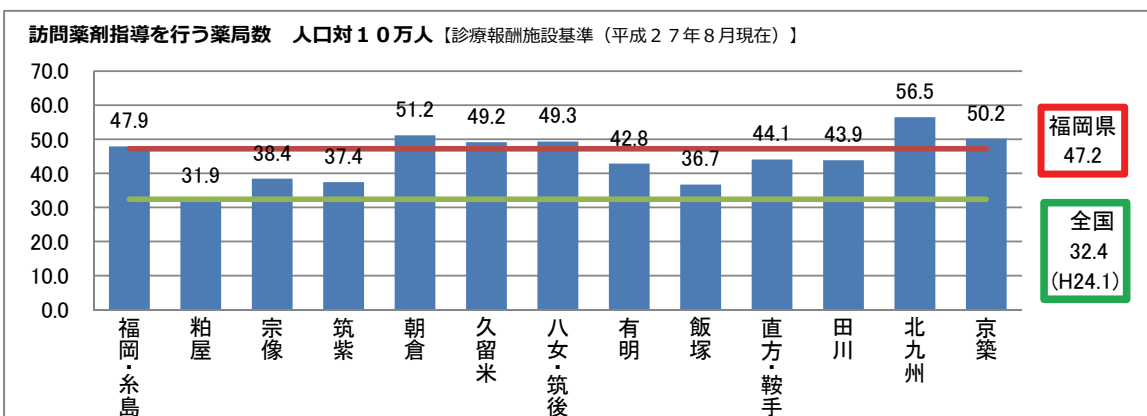
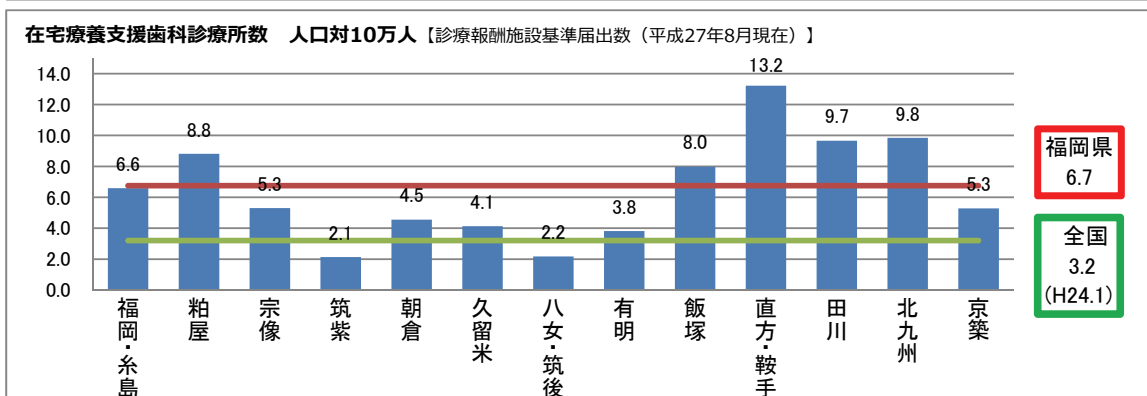
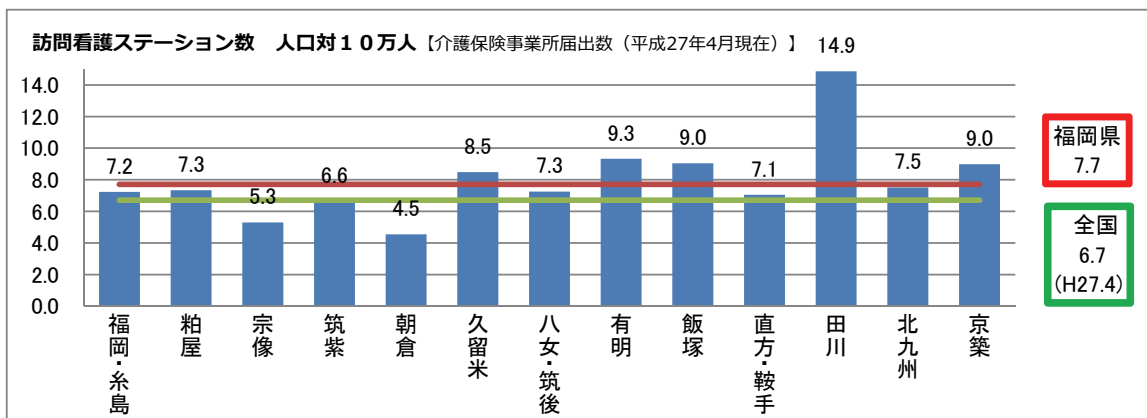
地域周産期母子医療センター：独立行政法人国立病院機構九州医療センター、福岡市立こども病院

- 高度周産期医療機関：福岡山王病院
- がん診療連携拠点病院等（6）
 - 県拠点病院：独立行政法人国立病院機構九州がんセンター、九州大学病院
 - 地域拠点病院：独立行政法人国立病院機構九州医療センター、福岡県済生会福岡総合病院、福岡大学病院
 - 県指定拠点病院：国家公務員共済組合連合会浜の町病院
 - 感染症指定医療機関（3）
 - 第二種感染症指定医療機関：独立行政法人国立病院機構九州医療センター、福岡赤十字病院、福岡市民病院
 - 医師臨床研修病院（基幹型）（12）
 - 九州大学病院、福岡和白病院、福岡市民病院、千鳥橋病院、独立行政法人国立病院機構九州医療センター、国家公務員共済組合連合会浜の町病院、福岡県済生会福岡総合病院、福岡赤十字病院、公立学校共済組合九州中央病院、福岡大学病院、福岡記念病院、社会医療法人財団白十字会白十字病院
 - 介護予防支援センター（1）
 - 福岡リハビリテーション病院
 - 認知症（疾患）医療センター（2）
 - 九州大学病院、福岡大学病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 249 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 15.9 施設となっており、県平均（17.2 施設）を下回っていますが、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 113 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 7.2 施設となっており、県平均（7.7 施設）を下回っていますが、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 103 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 6.6 施設となっており、県平均（6.7 施設）並みで、全国平均（3.2 施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 748 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 47.9 施設となっており、県平均（47.2 施設）並みで、全国平均（32.4 施設）を上回っています。





④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に就いている医師の数は5,670人で、人口10万人当たり357.4人となっており、全国平均（231.5人）を上回っています。
- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を上回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は40歳から45歳が最も多くなっているものの、20歳代から50歳代にかけて安定した分布となっています。（図表1-3-01）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に就いている歯科医師の数は2,114人で、人口10万人当たり133.3人となっており、全国平均（78.7人）を上回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬

局及び医療施設に従事している薬剤師の数は3,325人で、人口10万人当たり209.6人となっており、全国平均(168.5人)を上回っています。

- 看護職員業務従事者届による平成26(2014)年12月31日現在の看護職員数は21,865人(保健師466人、助産師444人、看護師17,235人、准看護師3,720人)で、人口10万人当たり1,378.2人となっており、全国平均(1,177.1人)を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、20歳から34歳にかけて最も高い割合を示しています。(図表1-3-01)

医師数の状況

(単位：人)

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|---------|----------|------------|-------|-------------|------|------|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 01福岡・糸島 | 5,670 | 357.4 | 127.4 | 47.8 | 36.9 | 11.6 | 4.6 |

※平成26年12月31日現在(厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査)医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

(単位：人)

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|---------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 01福岡・糸島 | 2,114 | 133.3 | 3,325 | 209.6 | 21,865 | 1,378.2 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(H26.12.31現在)

※看護職員数は看護職員業務従事者届(H26.12.31現在)(従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出)

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ(以下「NDBデータ」という。)を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率(当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合)を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では93.9%が自己完結しており、粕屋区域の患者の39.7%、宗像区域の患者の12.8%、筑紫区域の患者の30.4%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表2-1)

- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では 84.8%が自己完結しています。回復期リハビリテーション病床では 96.5%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 35.2%、宗像区域の患者の 34.0%、筑紫区域の患者の 37.4%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 2-2・2-3)
- 主に慢性期に対応する療養病床では 88.7%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 25.1%、筑紫区域の患者の 17.7%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 2-4)
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37 (2025) 年患者流出入の状況では、福岡・糸島区域の自己完結率は、高度急性期で 93.1%、急性期で 93.6%、回復期で 93.7%、慢性期で 81.7%と推計されています。(図表 3-1-1~図表 3-5)
- S C R (年齢調整標準化レセプト出現比) では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比 (以下、「レセプト出現比」という。) は全国平均を上回っています。看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。また、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。(図表 4-1)
- D P C 参加病院 (急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院) の診療実績では、全ての M D C (主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類) に対応した入院医療が提供されており、提供量 (件数) も年度間で安定しています。(図表 5-01)

② 救急医療

- D P C 参加病院の診療実績では、救急での対応が必要と考えられる全ての M D C について、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量 (件数) についても年度間で安定しています。(図表 6-01)
- N D B データでは 93.2%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 41.4%、筑紫区域の患者の 18.1%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-1)
- S C R では、「救急医療の体制」について、二次救急ではレセプト出現比が全国平均を下回り、三次救急では全国平均を上回っています。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比が全国平均を下回っており、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均並みとなっています。「夜間休日の救急搬送」についてはレセプト出現比が全国平均を上回っており、「集中治療室等の体制」のレセプト出現比も全国平均を大きく上回るなど、全般的に充実した診療が行われています。(図表 4-2)
- 消防庁データ (平均搬送時間) では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児、乳幼児、小児、成人、高齢者の全てで 30 分未満となっています。(図表 7-1~図表 7-5)

③ 脳血管疾患 (脳卒中)

- 「脳梗塞・T I A (一過性脳虚血発作)」の N D B データでは 91.1%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 32.9%、筑紫区域の患者の 21.3%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」の N D B データでは 89.9%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 43.2

％、筑紫区域の患者の16.8％が福岡・糸島区域に流入しています。(図表10-2-2)

- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理（かかりつけ医によるプライマリ・ケア）」「薬物療法」「手術」「リハビリ」「連携パス」の全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。(図表4-3)
 - DPC参加病院へのアクセシビリティ（アクセスのしやすさ）は、脳梗塞では30分以内にアクセス可能な住民の割合は99.1％、60分以内は99.9％となっています。くも膜下出血では30分以内は91.1％となっており、糸島市の西部でやや時間を要しています。60分以内は99.4％となっています。(図表11-1-1～図表11-1-2)
- ④ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）
- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは91.7％が自己完結しており、粕屋区域の患者の38.1％、筑紫区域の患者の10.3％が福岡・糸島区域に流入しています。(図表10-3-1)
 - 「狭心症」のNDBデータでは91.8％が自己完結しており、粕屋区域の患者の36.1％、宗像区域の患者の11.4％、筑紫区域の患者の24.2％が福岡・糸島区域に流入しています。(図表10-3-2)
 - SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」「治療・手術」「画像診断」「リハビリ」のほぼ全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。(図表4-4)
 - 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30分以内にアクセス可能な住民の割合は95.1％、60分以内は99.8％となっています。(図表11-2)
- ⑤ 悪性腫瘍（がん）
- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。(図表8-01、図表9-01)
 - 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、94.2％が自己完結しており、粕屋区域の患者の52.3％、宗像区域の患者の20.0％、筑紫区域の患者の52.3％が福岡・糸島区域に流入しています。(図表10-4-1)
 - 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ（60分以内人口カバー率）は以下のとおりです。(図表10-4-1～図表10-4-13、図表11-3-1～図表11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 94.6% | 97.2% | 99.9% |
| 大腸がん | 95.8% | 98.0% | 99.9% |
| 直腸がん | 94.8% | 100.0% | 99.9% |
| 肺がん | 92.8% | 100.0% | 99.9% |
| 乳がん | 95.2% | 100.0% | 99.9% |
| 肝臓がん | 94.8% | 100.0% | 99.8% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では95.9％が自己完結しており、粕屋区域の

患者の 61.7%、宗像区域の患者の 19.6%、筑紫区域の患者の 62.2%、朝倉、飯塚、直方・鞍手及び田川区域の患者のそれぞれ約 10%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-4-14)

- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では約 95.5%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 71.6%、宗像区域の患者の 21.8%、筑紫区域の患者の 39.3%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では 96.4%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 80.6%、宗像区域の患者の 35.5%、筑紫区域の患者の 90.6%、朝倉区域の患者の 13.2%、飯塚区域の患者の 24.7%、直方・鞍手、田川区域の患者のそれぞれ約 15%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータの内「外来」では約 95.8%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 78.9%、宗像区域の患者の 19.3%、筑紫区域の患者の 72.3%、朝倉区域の患者の 13.9%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-4-17)
- SCRでは、「療養管理」「手術」について全てのがんでレセプト出現比が全国平均を上回っています。「治療」についても「がんの化学療法」「放射線治療」ともレセプト出現比が全国平均を上回っています。「緩和ケア」「リハビリ」についても全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。「がん診療連携体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では 89.1%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 19.6%、筑紫区域の患者の 21.3%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では 96.0%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 22.7%、筑紫区域の患者の 22.8%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」「手術」「治療」の全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、81.4%が自己完結しており、粕屋区域の患者の 20.4%、筑紫区域の患者の 24.1%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、76.8%が自己完結しており、筑紫区域に 12.2%流出している一方、粕屋区域の患者の 49.8%、宗像区域の患者の 19.0%、筑紫区域の患者の 26.2%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表 10-6-2)
- SCRでは、多くの項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。また、「認知症治療病棟入院料」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、94.4%が自己完結しており、粕屋区域の患者の

62.0%、宗像区域の患者の30.8%、筑紫区域の患者の43.4%、飯塚及び田川区域の患者のそれぞれ約10%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表10-7-1)

- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、87.8%が自己完結しており、粕屋区域の患者の29.8%、筑紫区域の患者の25.9%が福岡・糸島区域に流入しています。(図表10-7-2)
- SCRでは、多くの項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。(図表4-8)

⑨ 在宅医療 (図表4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「往診」「緊急往診」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物・特定施設では全国平均を上回っていますが、居宅では全国平均並みとなっています。
- 「訪問看護」「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」「在宅患者訪問点滴注射管理指導」「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」のレセプト出現比は全国平均並みか全国平均を上回っています。
- 「退院支援・調整」「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「各種指導管理」「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を上回っており、「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

(1) 平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数等

- 福岡・糸島区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- なお、福岡・糸島、粕屋、宗像、筑紫区域については、医療資源の有効活用の観点から、回復期における患者流出入について各区域の「地域医療構想調整会議」の合意に基づき、一部調整を行ったうえで、必要病床数を算定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|------------|----------|
| 高度急性期 | 2, 219人・日 | 2, 958床 |
| 急性期 | 6, 046人・日 | 7, 751床 |
| 回復期 | 5, 611人・日 | 6, 235床 |
| 慢性期 | 3, 710人・日 | 4, 032床 |
| 合計 | 17, 586人・日 | 20, 976床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|------------|
| 在宅医療等 | 26, 113人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

(2) 病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27（2015）年度の福岡・糸島区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 19,296 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 4,476 床（23.2%）、急性期 7,081 床（36.7%）、回復期 2,581 床（13.4%）、慢性期 5,158 床（26.7%）となっています。

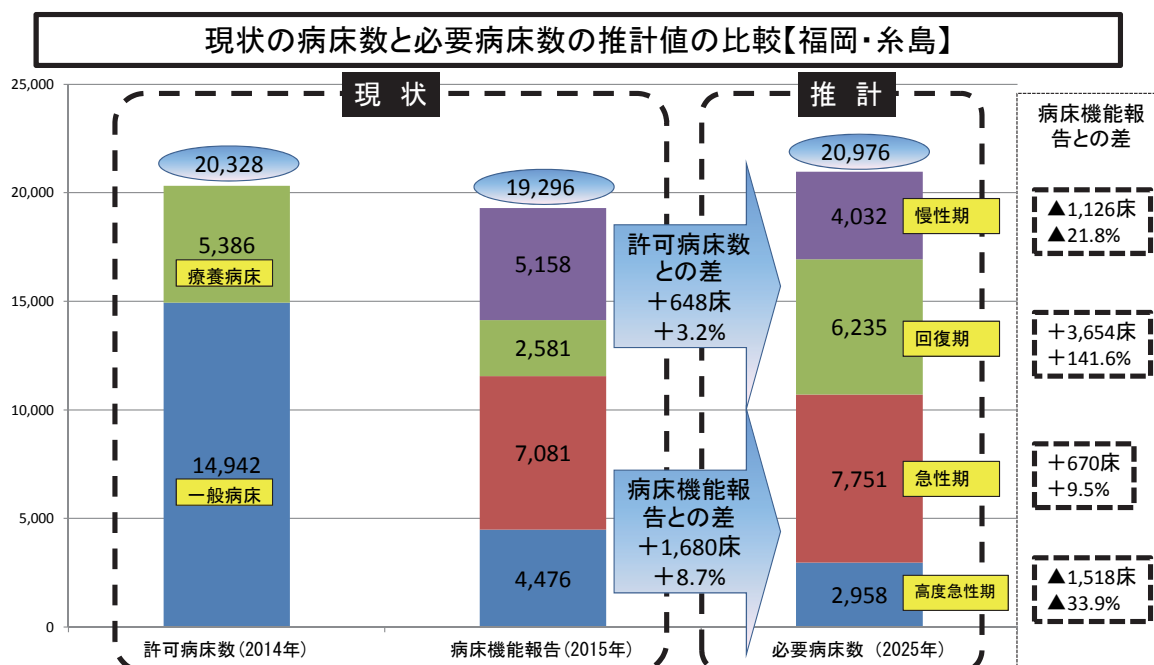
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|---------|-------|
| 高度急性期 | 4, 476床 | 23.2% |
| 急性期 | 7, 081床 | 36.7% |

| | | |
|-----|---------|--------|
| 回復期 | 2,581床 | 13.4% |
| 慢性期 | 5,158床 | 26.7% |
| 合計 | 19,296床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床184床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は20,328床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を648床上回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を3,654床下回っています。また、急性期も670床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は848床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-01)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数で20%程度増加すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者が40%~44%程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成37(2025)年にかけて、総数で40%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が55%~60%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については22%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に 75 歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、福岡・糸島区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 42 千人、平成 37 (2025) 年では約 85 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が3,654床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅医療等をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていく必要があります。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいく必要があります。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期について現状の医療提供体制を維持しつつ、回復期機能の充実を図っていく必要があり、一般病床の地域包括ケア病床など回復期病床への転換とともに、療養病床から回復期機能への転換についても検討していく必要がある。
- ・ 回復期病床の転換を進めていくにあたっては、退院先・連携先となる在宅医療・介護サービスの充実が必要である。
- ・ 療養病床については、受け皿となる在宅医療・介護サービスの充足の状況などをよく見極めていく必要があるとともに、現在、国において議論がなされている「新類型（※）」への転換について検討していく必要がある。

※「新類型」…療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・ 必要病床数は、一定の仮定の下に推計された値であり、過剰だから削減する、不足するから増床するというものではなく、現状との比較において不足する不足しないをよく見極めつつ、医師会等を通じ医療現場の意見をよく吸い上げながら、調整会議において議論していくものであると考えている。
- ・ 急性期、回復期、慢性期医療機関の区域内における偏在の解消と適正配置が重要な課題であり、区域内西部から人口が密な東南部への医療資源の流出抑制などについて、調整会議において関係者間で情報を共有していくことが必要である。
- ・ 福岡市中心部においても回復期病床が適正に配置・確保されるよう医療機関のこれまでの経緯や現状を踏まえた役割分担や連携に取り組んでいくことが必要である。
- ・ 医師会等医療団体における議論を踏まえつつ、公的・民間病院の役割分担等について協議を行っていくことが必要である。
- ・ 病床の機能分化・連携の推進について検討していくにあたっては、CT、MRIといった高額医療機器の適正配置や共同利用などについても考慮していく必要がある。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 福岡・糸島区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は26,113人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 福岡・糸島区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介

護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 在宅医療を提供する体制はあると考えられ、今後は更に充実させるために後方病院の整備や介護関係者等の連携の強化が必要である。
- ・ また、高齢化に伴い死亡者数の増加がデータで示されているが、入院・入所を繰り返しながら、できるだけ在宅にいて、最後は病院や施設で亡くなるといったケースが一般的になると考えられる。在宅と入院・入所の柔軟なサービス提供体制を構築することが必要である。
- ・ 終末期の尊厳あるケアをどのように提供するのか、サービスの質の観点からも関係者の協力体制の構築が必要であり、入院医療機関におけるケアカンファレンス等ケアマネジメントの充実を図るとともに、療養病床における緊急時の受入、緊急往診といった、まさかの時の安心を保障する仕組みづくりが必要である
- ・ 医療ニーズを的確に評価するための研修会等の実施などケアマネジメントの質の向上や医療と介護の連携の充実（医療介護連携関連のSCRの値100以上を目標）に取り組んでいくことが必要である。
- ・ 在宅医療の推進のためには、医師の確保、その他医療職の確保、在宅医療を担う医療機関の確保が重要であり、終末期のあり方については住民側のコンセンサスも重要である。
- ・ また、すまいに関する問題も在宅医療等の中に含まれるものであり、総合的に検討していくとともに、そもそも在宅医療にかからないよう、市町村主体で健康維持活動等の予防活動を進めていくことが重要である。
- ・ 在宅医療においては、看護職員や介護職員などその担い手の不足が深刻な課題であり、職員の養成・確保に特段の努力をしていく必要がある。
- ・ かかりつけ医が在宅医療に関わっていく環境づくり、基盤整備についてしっかり取り組んでいくことが必要である。
- ・ 在宅医療を進めていくにあたっては、その後方支援としての有床診療所の果たす役割は大きく、有床診療所の持つ医療機能を最大限活用していくことが重要。
- ・ 既存の在宅医療実施医療機関を有効活用しつつ、複数の医療機関が関わってグループで診療を行うネットワーク体制を構築していくことが必要である。
- ・ 在宅における軽度の認知症患者も増加するものと思われ、通常であれば入院まで必要ない程度の外傷や病気であっても、認知症を伴う場合には入院が必要なケースも想定されることから、このような点も踏まえつつ医療提供体制を考えていくことが必要。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 救急医療について提供体制が充実していることは間違いないが、各救急医療機関の機能をいかに維持していくか、メディカルコントロールの充実、小児周産期疾患、精神疾患等に係る救急体制など、課題があることについて認識が必要である。
- ・ 現状の救急診療体制、特に二次救急体制維持のため、メディカルコントロールのあり方について、医療機関、消防、行政とともに協議していく必要がある。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 脳血管疾患に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。
- ・ アクセシビリティも概ね良好であるものの、くも膜下出血に関しては糸島市の西部でやや時間を要しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 救急医療と同様に、提供体制が充実していることは間違いないが、医療の質についてもしっかりコントロールできているか評価をしていくことが必要である。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性疾患に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 救急医療、脳血管疾患と同様に、提供体制が充実していることは間違いないが、医療の質についてもしっかりコントロールできているか評価をしていくことが必要である。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 悪性腫瘍（がん）に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。
- ・ 連携パスの利用が全国平均を下回っており、がん診療の連携体制の一層の充実を図っていく必要がある。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神疾患に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。
- ・ 福岡県精神科救急医療システム連絡調整委員会で協議を行っていくとともに、かかりつけ医と精神科救急医療システムの当番病院で適切な情報提供を行い、連携強化を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 精神科救急の搬送で一般の救急が圧迫されているのではないかといった懸念があり、現状の更なる確認・分析と対応策等を考えていくことが必要。
- ・ 精神科救急に関しては、中々搬送先が決まらず搬送時間が長くなる傾向が見受けられる。「精神科救急システム連絡協議会」で議論がなされ取組が進められているが、まだ改善を考えていく必要がある。
- ・ 身体疾患と認知症を併せ持つ患者の治療を行うための精神科以外の医療機関と精神科病院との連携を強化していく必要がある。
- ・ 精神科における一次救急（ソフト救急）の体制整備・充実が望まれる。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。
- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児・周産期については、提供される医療の内容が一般の大人や高齢者と大きく違うこと、周産期母子医療センターといった拠点が、構想区域を越えて広域に診療を行っていることなどを踏まえ、一区域に捉われず、広域的な観点から医療提供体制のあり方を考えていくことが重要である。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 介護現場における誤嚥性を含む肺炎の予防及び治療体制の強化や介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）、介護施設における確実な予防接種の実施、要介護高齢者の栄養改善、介護現場における転倒予防プログラムの強化及び急性期以後のリハビリ等の対応の強化などに取り組む必要がある。
- ・ 在宅医療、誤嚥性肺炎、認知症に関しては、「口腔ケア」をしっかりと推進していくことが重要である。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

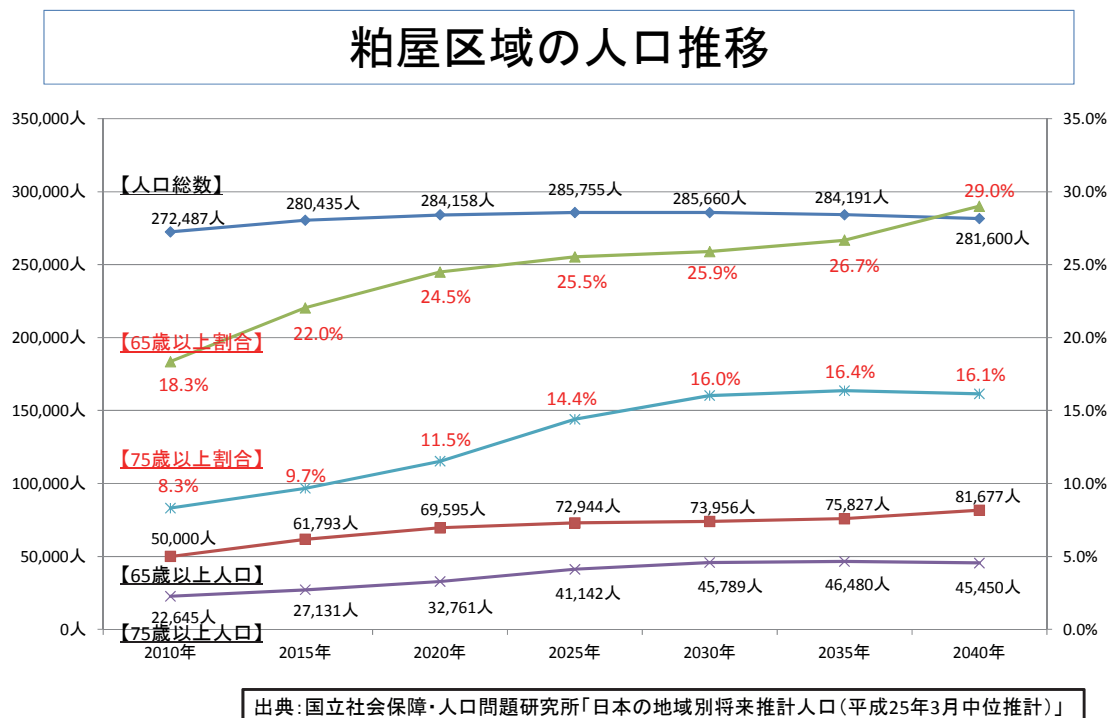
- ・ 今後、認知症患者の大幅な増加が見込まれており、これに適切に対応できる体制を構築していくことが重要。
- ・ 重要なことは、早期に認知症の進行を予防することであり、認知症疾患医療センターやデイケアの更なる活用等を考えていくことが必要。
- ・ 認知症患者の行動心理症状について、入院治療に対応できる体制の充実について検討していくことが必要である。
- ・ 在宅医療、誤嚥性肺炎、認知症に関しては、「口腔ケア」をしっかりと推進していくことが重要である。（再掲）

02 粕屋区域 (古賀市、粕屋郡 (宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町、粕屋町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、平成 22 (2010) 年の粕屋区域の総人口は 272,487 人で、平成 37 (2025) 年の 285,755 人(対平成 22 年+4.7%)をピークに減少に転じますが、人口減少のスピードは緩やかで、平成 52 (2040) 年には 281,600 人(同+3.3%)となり、平成 22 年の人口を上回っています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は増加を続け、総人口に占める割合も平成 22 (2010) 年の 18.3%が、平成 37 (2025) 年には 25.5%となり、平成 52 (2040) 年には 29.0%に増加すると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 47 (2035) 年の 46,480 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 8.3%が、平成 37 (2025) 年には 14.4%となり、平成 52 (2040) 年には 16.1%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、平成 12 (2000) 年頃まで 0 歳から 50 歳代にかけて流入による人口増加が見られた区域で、現在も 20 代を中心に人口が流入しています。また、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-02 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- 人口ピラミッドから県内で唯一子供の数が増加傾向を示しています。また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-02)



(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 粕屋区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 26 施設であり、このうち一般病院は 24 施設となっています。
- 一般診療所は、167 施設であり、そのうち有床診療所は 19 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 2,432 床 (病院 2,154 床、有床診療所 278 床)、療養病床が 1,420 床 (病院 1,415 床、有床診療所 5 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人に当たりの病床数は 857.7 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 500.8 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 74 床減少しており、一般病床が 61 床 (+2.6%) 増加し、療養病床が 135 床 (▲8.7%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

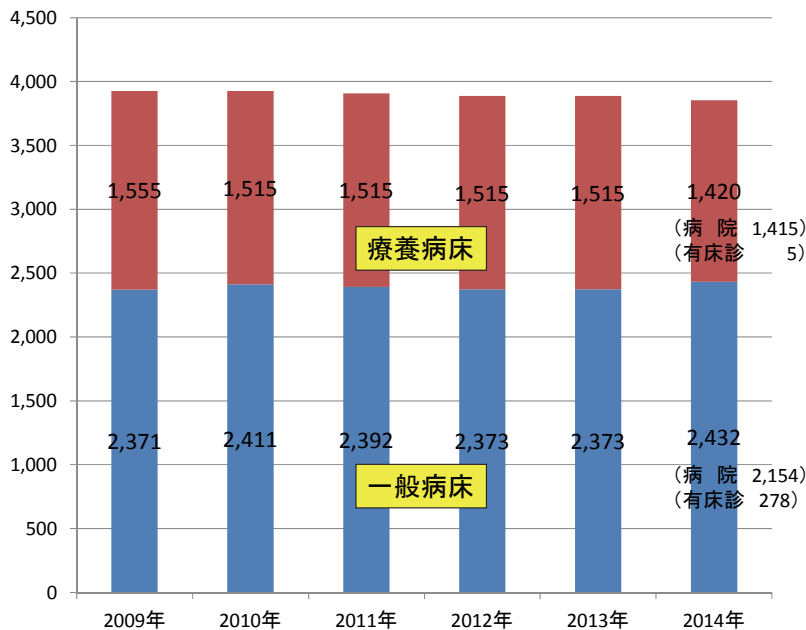
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 02 粕屋 | 3,852 | 2,432 | 1,420 | 1,358.5 | 857.7 | 500.8 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 粕屋

【医療施設調査(各年10月1日現在)】

2009年と
2014年の差

▲135床 ▲8.7%
(うち病院)
▲70床、▲4.7%
(うち有床診療所)
▲65床、▲92.9%

+61床 +2.6%
(うち病院)
+52床、+2.5%
(うち有床診療所)
+9床、+3.3%

② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 02 粕屋 | 26 | 1 | - | 1 (地域) | 2 | - |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 02 粕屋 | - | 1 (地域拠点) | 1 (一種) | 2 | - | 1 |

※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

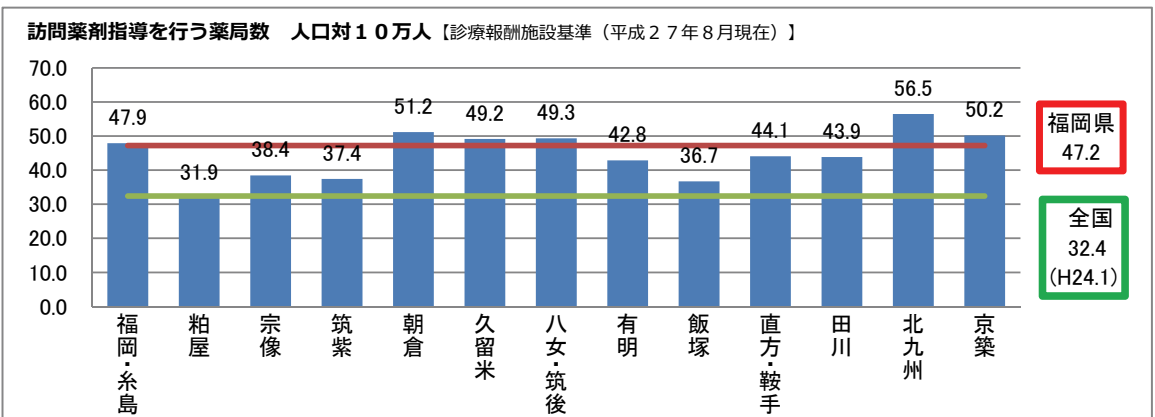
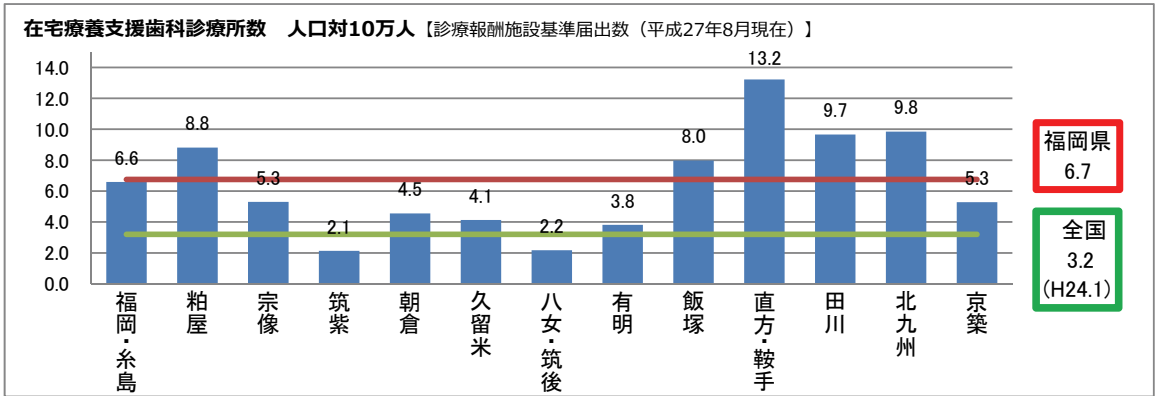
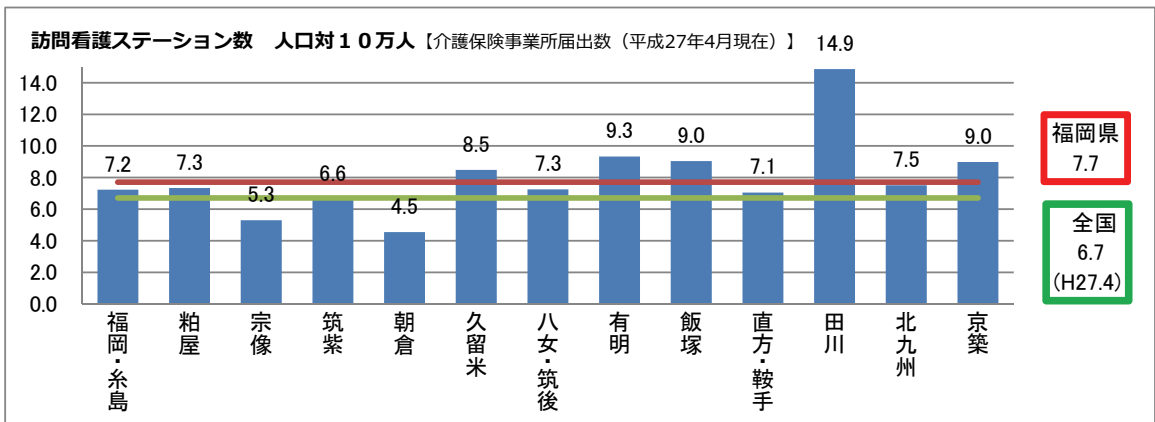
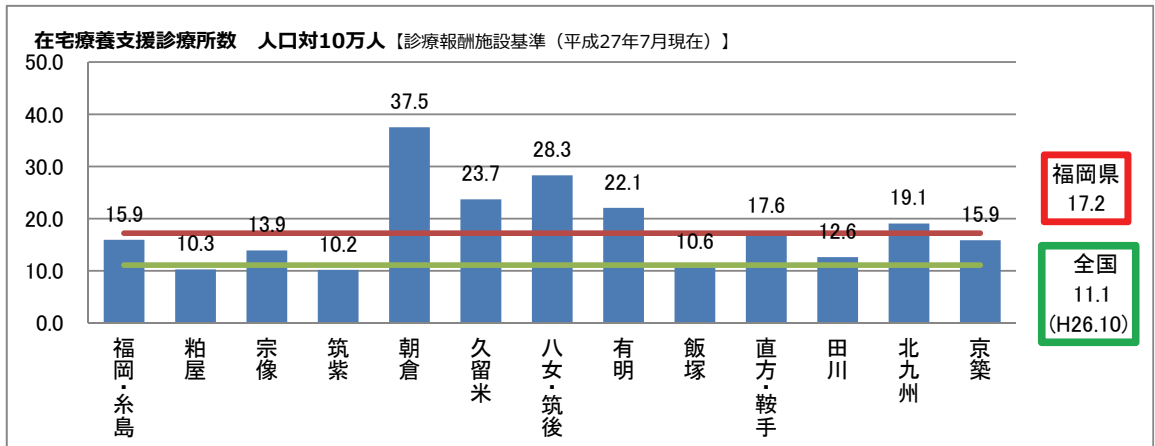
※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター
- 救命救急センター（1）
独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター（地域）
- 災害拠点病院（2）
福岡青洲会病院、独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター
- がん診療連携拠点病院等（1）
地域拠点病院：独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター
- 感染症指定医療機関（1）
第一・第二種感染症指定医療機関：独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター
- 医師臨床研修病院（基幹型）（2）
独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター、福岡青洲会病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人社団緑風会水戸病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 28 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 10.3 施設となっており、県平均（17.2 施設）、全国平均（11.1 施設）を下回っています。
- 訪問看護ステーション数は 20 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 7.3 施設となっており、県平均（7.7 施設）を下回っていますが、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 23 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 8.8 施設となっており、県平均（6.7 施設）、全国平均（3.2 施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 87 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 31.9 施設となっており、県平均（47.2 施設）、全国平均（32.4 施設）を下回っています。

す。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で医療施設に従事している医師の数は 480 人で、人口 10 万人当たり 169.0 人となっており、全国平均（231.5 人）を下回っています。
- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は 60 歳以上が最も多くなっており、25 歳から 34 歳の医師数が比較的少なくなっています。（図表 1-3-02）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は 205 人で、人口 10 万人当たり 72.2 人となっており、全国平均（78.7 人）を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は 356 人で、人口 10 万人当たり 125.4 人となっており、全国平均（168.5 人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在の看護職員数は 3,454 人（保健師 129 人、助産師 47 人、看護師 2,491 人、准看護師 787 人）で、人口 10 万人当たり 1,216.2 人となっており、全国平均（1,177.1 人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、20 歳から 34 歳にかけて最も高い割合を示しています。（図表 1-3-02）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口 10 万人対医師数 | | | | | |
|-------|----------|--------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総 数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外 科 | 麻酔科 | 救 急 |
| 全 国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 02 粕屋 | 480 | 169.0 | 63.5 | 22.3 | 12.0 | 2.2 | 0.7 |

※平成 26 年 12 月 31 日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口 10 万人対の数値は平成 27 年 1 月 1 日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は 15 歳未満人口を、産科・産婦人科は 15～49 歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|-------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 |
| 全 国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 02 粕屋 | 205 | 72.2 | 356 | 125.4 | 3,454 | 1,216.2 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31 現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31 現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの

人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出)
※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では53.7%が自己完結しており、39.7%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の23.4%が粕屋区域に流入しています。（図表2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準13対1及び15対1の病床では78.7%が自己完結しており、11.2%が宗像区域に流出しています。回復期リハビリテーション病床では62.2%が自己完結しており、35.2%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の17.9%が粕屋区域に流入しています。（図表2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では68.6%が自己完結しており25.2%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の13.6%が粕屋区域に流入しています。（図表2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成37（2025）年患者流出入の状況では、粕屋区域の自己完結率は、高度急性期で31.7%、急性期で50.3%、回復期で56.0%、慢性期で74.8%と推計されています。（図表3-1-1～図表3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準7対1及び10対1を算定しているレセプトの出現比（以下、「レセプト出現比」という。）は全国平均並みとなっています。看護配置基準13対1及び15対1のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。（図表4-1）
- DPC参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度を採用している病院）の診療実績では、MDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全18分類）のうち「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」に係る医療提供が確認できませんが、これ以外のMDCに対応した入院医療は提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表5-02）

② 救急医療

- DPC参加病院の診療実績では、救急での対応が必要と考えられるMDCのうち、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」及び「新生児疾患・先天性奇形」に係る医療提供が確認できませんが、これ以外のMDCに対応した救急に関する入院医療は、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表6-02）
- NDBデータでは50.7%が自己完結しており、41.4%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の17.4%が粕屋区域に流入しています。（図表10-1）

- SCRでは、「救急医療の体制」について、二次救急でレセプト出現比が全国平均を下回っています。(H25 時点では三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない)。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関、患者を受け入れる受入医療機関の双方で全国平均並みとなっています。「夜間休日の救急搬送」については、入院では全国平均並み、外来では全国平均を下回っています。「集中治療室等の体制」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。(図表 4-2)
- 消防庁データ(平均搬送時間)では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児が 41 分と時間を要していますが、乳幼児、小児、成人、高齢者は概ね 30 分程度となっています。(図表 7-1～図表 7-5)

③ 脳血管疾患(脳卒中)

- 「脳梗塞・T I A(一過性脳虚血発作)」のNDBデータでは 59.0%が自己完結しており、32.9%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の 15.8%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは 51.3%が自己完結しており、43.2%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の 23.2%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」に関連するレセプト出現比は概ね全国平均並みとなっている項目が多くなっています。「薬物療法」では、「脳卒中の tPA(血栓溶解療法)」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「tPA 以外の薬物療法」については全国平均を下回っています。「手術」に関連するレセプト出現比は全国平均を下回る項目が多くなっています。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「廃用症候群(安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等)に対するリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「連携パス」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ(アクセスのしやすさ)は、脳梗塞では 30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 98.7%、60 分以内は 99.9%となっています。くも膜下出血では 30 分以内は 87.4%、60 分以内は 99.9%となっています。(図表 11-1-1～図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患(急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは 61.9%が自己完結しており、38.1%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の 34.2%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは 59.2%が自己完結しており、36.1%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の 21.7%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、レセプト出現比は概ね全国平均並みとなっています。「治療・手術」については「カテーテル治療」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「手術」については出現しないか、全国平均を下回っています。「画像診断」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。「リハビリ」についてはレセプト出現比が全国平均を上回っています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 97.9%、60 分以内は 99.9%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍（がん）

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCのうち、手術を含め婦人科領域の診療実績が確認できませんが、これ以外のMDCに対応したがんについては、区域内のいずれかの医療機関で診療が行われており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 8-02、図表 9-02）
- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、45.5%が自己完結しており、52.3%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の37.4%が粕屋区域に流入しています。（図表 10-4-1）
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ（60分以内人口カバー率）は以下のとおりです。（図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6）

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|-------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 62.6% | 40.0% | 99.9% |
| 大腸がん | 61.8% | 36.6% | 99.9% |
| 直腸がん | 51.4% | 40.0% | 99.9% |
| 肺がん | 53.0% | 42.0% | 99.9% |
| 乳がん | 44.8% | 18.1% | 99.9% |
| 肝臓がん | 43.4% | 0.0% | 99.9% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では36.4%が自己完結しており、61.7%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の44.2%が粕屋区域に流入しています。（図表 10-4-14）
- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では20.8%が自己完結しており、71.6%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の18.6%が粕屋区域に流入しています。（図表 10-4-15）
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では19.4%が自己完結しており、80.6%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の43.0%が粕屋区域に流入しています。（図表 10-4-16）
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では21.1%が自己完結しており、78.9%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の67.6%が粕屋区域に流入しています。（図表 10-4-17）
- SCRでは、「療養管理」については、入院では全てのがんでレセプト出現比が全国平均並みとなっており、外来では全国平均を下回る項目が多くなっています。「手術」については、肺でレセプト出現比が全国平均並みとなっているほかは、全国平均を下回るかレセプトが出現していません。「治療」については、「がんの化学療法」では、入院でレセプト出現比が全国平均並みとなっていますが、外来では全国平均を下回っています。「放射線治療」では、レセプト出現比が全国平均を下回っているかレセプトが出現していません。「緩和ケア」では、「緩和ケア病棟」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っていますが、「緩和ケアチーム」のレセプトは出現していません。「がん患者のリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っていますが、「がん診療連携の体制」についてはレセプトが出現していま

せん。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では76.1%が自己完結しており、19.6%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の18.7%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では73.8%が自己完結しており、22.7%が福岡・糸島区域に流出している一方、宗像区域の患者の11.4%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「人工透析の導入」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、56.6%が自己完結しており、20.4%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、49.8%が福岡・糸島区域に、28.1%が宗像区域に、22.0%が筑紫区域に流出しています。(図表 10-6-2)
- SCRでは、「認知症治療病棟入院料」「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比が全国平均を大きく上回っていますが、これ以外はレセプト出現比が全国平均を下回る項目が多くなっています。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、22.7%が自己完結しており、62.0%が福岡・糸島区域に、15.3%が筑紫区域に流出している一方、宗像区域の患者の38.5%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、33.9%が自己完結しており、29.8%が福岡・糸島区域に、23.4%が宗像区域に、12.9%が筑紫区域に流出している一方、宗像区域の患者の23.5%が粕屋区域に流入しています。(図表 10-7-2)
- SCRでは、「重症児の入院医療体制」「乳幼児に対する手術体制」のレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、これ以外はレセプト出現比が全国平均を下回る項目が多くなっています。(図表 4-8)

⑨ 在宅医療 (図表 4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「往診」「緊急往診」「在宅支援」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物で全国平均を上回っていますが、特定施設、居宅では全国平均並みとなっています。
- 「訪問看護提供」「ターミナルケア」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、

「看取り」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。

- 「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っていますが、「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」は全国平均を下回っています。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「多職種カンファレンス」のレセプトは出現していません。
- 「各指導管理」「ケアマネジャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプトは出現していません。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「がん連携パス」のレセプトは出現していません。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 粕屋区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- なお、福岡・糸島、粕屋、宗像、筑紫区域については、医療資源の有効活用の観点から、回復期における患者流出入について各区域の「地域医療構想調整会議」の合意に基づき、一部調整を行ったうえで、必要病床数を算定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|--------------|------------|
| 高度急性期 | 1 6 5 人・日 | 2 1 9 床 |
| 急性期 | 6 0 7 人・日 | 7 7 7 床 |
| 回復期 | 1, 2 0 0 人・日 | 1, 3 3 3 床 |
| 慢性期 | 9 9 1 人・日 | 1, 0 7 7 床 |
| 合計 | 2, 9 6 3 人・日 | 3, 4 0 6 床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|--------------|
| 在宅医療等 | 4, 1 9 0 人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27 年度の粕屋区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 3,699 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 76 床（2.1%）、急性期 1,395 床（37.7%）、回復期 184 床（5.0%）、慢性期 2,044 床（55.2%）となっています。

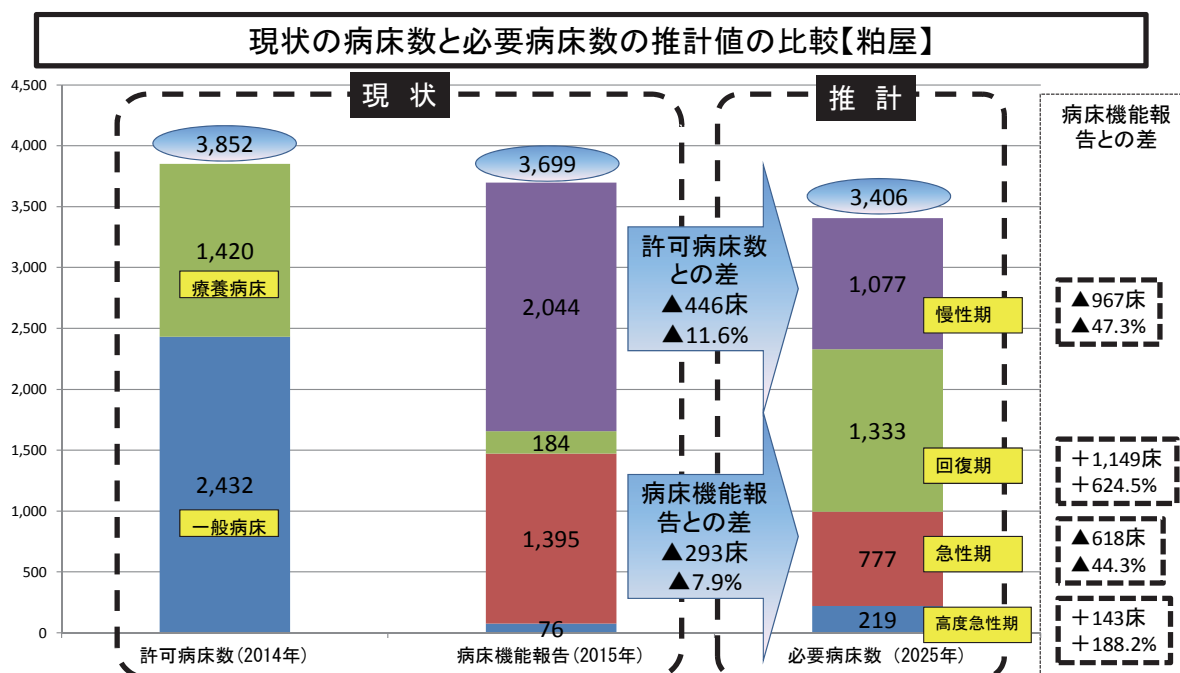
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|------------|----------|
| 高度急性期 | 7 6 床 | 2. 1 % |
| 急性期 | 1, 3 9 5 床 | 3 7. 7 % |

| | | |
|-----|--------|--------|
| 回復期 | 184床 | 5.0% |
| 慢性期 | 2,044床 | 55.2% |
| 合計 | 3,699床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床52床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は3,852床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を446床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を1,149床下回っています。また、高度急性期も143床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は475床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-02)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数で17%程度増加すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者が35%程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成37(2025)年にかけて、総数で35%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が51%~55%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については20%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に75歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成22(2010)年の全国の認知症高齢者は、65歳以上の高齢者の約15%、約439万人と推計されています。これについて、平成27(2015)年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」によると、平成37(2025)年には高齢者の約5人に1人が認知症高齢者と推計され、約700万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成22(2010)年の認知症高齢者数を算出すると、約17万人となります。平成37(2025)年には、約30万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、粕屋区域の認知症高齢者数を推計すると、平成22(2010)年では約8千人、平成37(2025)年では約15千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が1,149床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や内科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期については、現状の医療提供体制を維持する方向で、福岡区域と連携を強化し、住民の高度急性期・急性期医療への住民のアクセスを維持することが必要。
- ・ 回復期機能については、看護配置基準 13 対 1、15 対 1 の一般病床の回復期機能の強化と合わせ、地域包括ケア病床への転換が必要。
- ・ 療養病床の代替となる在宅医療、介護サービスを確保することが必要。
- ・ 療養病床を一定程度維持する場合は、平成 29 年度の療養病床の看護配置基準の経過措置の廃止に伴う 20 対 1 の義務化に対応するため、看護師、看護補助者の確保が必要。
- ・ 療養病床については、病床の一部を「新類型」に転換することが国において検討されて

おり、看護師、介護職の確保可能性を踏まえつつ「新類型」への転換について検討することが必要。

※「新類型」…療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・ とびうめネット（福岡県医師会診療情報ネットワーク）の拡大・充実を目指す。

（２）在宅医療等の充実

① 課題

- 粕屋区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は4,190人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 粕屋区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 在宅医療は現状のままでは不十分であると推測されるため、とびうめネット（福岡県医師会診療情報ネットワーク）を基盤として、病院と診療所の連携を充実していくことが必要。
- ・ 今後、増加が見込まれる訪問診療に係る人材の確保が必要。

- ・ 後方病院の整備、ケアマネジメントの質の向上、多職種連携の深化が必要。
- ・ 医療と介護の連携の充実を図る（指標としてSCRの医療介護連携関連の数値について100以上を目指す）。

（3）その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療に関しては、かなりの割合を福岡・糸島区域に依存している状況であり、特に新生児の搬送に時間を要しています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、粕屋区域における救急医療の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 福岡市において救急医療を担っている病院との連携体制を維持していくことが必要。
- ・ 粕屋中南部は自己完結率を上昇させる取組が必要。
- ・ とびうめネット（福岡県医師会診療情報ネットワーク）の拡大・充実を目指す。

※小児救急については、⑦小児医療・周産期医療に記載。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 福岡・糸島区域への流出が見受けられるものの、アクセシビリティは概ね良好となっています。
- ・ 急性期経過後のリハビリテーション、脳卒中連携パスによる医療連携も一定実施されています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き粕屋区域における脳血管疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 福岡・糸島区域への流出が見受けられるものの、アクセシビリティは概ね良好となっています。

- ・ 急性期経過後のリハビリテーションも一定実施されています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、粕屋区域における虚血性心疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性期経過後の在宅復帰支援に対応できる回復期機能の充実が必要。
- ・ 特に、高齢化の進展とともに重要となる心疾患対策の充実が必要。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 急性期経過後の診療体制については、外来化学療法の自己完結率やがん診療連携パスの利用が低くなっており、区域内でこれらの診療体制を確保することが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、外来化学療法の自己完結率向上に向けた提供体制のあり方について、調整会議等において協議を行います。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性期経過後の在宅復帰支援に対応できる回復期機能の充実が必要。
- ・ がんの在宅医療に係る体制の強化が必要であり、特に外来化学療法のSCRについて100以上を目指す。
- ・ 地域連携クリティカルパスを用いる等、福岡東医療センターや福岡・糸島区域内のがん診療連携拠点病院等と地域の医療機関との連携体制を構築する。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に係る医療提供体制については概ね確保されているものの、糖尿病に係る在宅関連の指標が低くなっており、指標の改善等の必要性について引き続き検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、糖尿病に係る在宅治療体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 今後も、かかりつけ医、専門医、歯科医師、薬剤師等によるネットワークの整備を目指す。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神疾患に係る医療提供体制は概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き粕屋区域における精神科医療の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 認知症に関して、かかりつけ医と専門医の連携についても他区域に先駆けて取り組みが行われている。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については、区域内の提供体制は脆弱となっています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児・周産期に関し、粕屋区域のうち中南部には入院施設がなく、小児の夜間救急体制や周産期体制について課題である。
- ・ 小児の入院体制の自己完結率を高めていくことを検討する必要がある。
(福岡東医療センターの小児科の強化や中南部地域に小児の入院ができる体制の整備 等)

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 介護現場における誤嚥性肺炎の予防及び治療体制の強化、転倒予防プログラムの強化、介護職の予防的ケア技術の強化（介護従事者のスキルアップセミナー等の研修会開催）などが必要。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

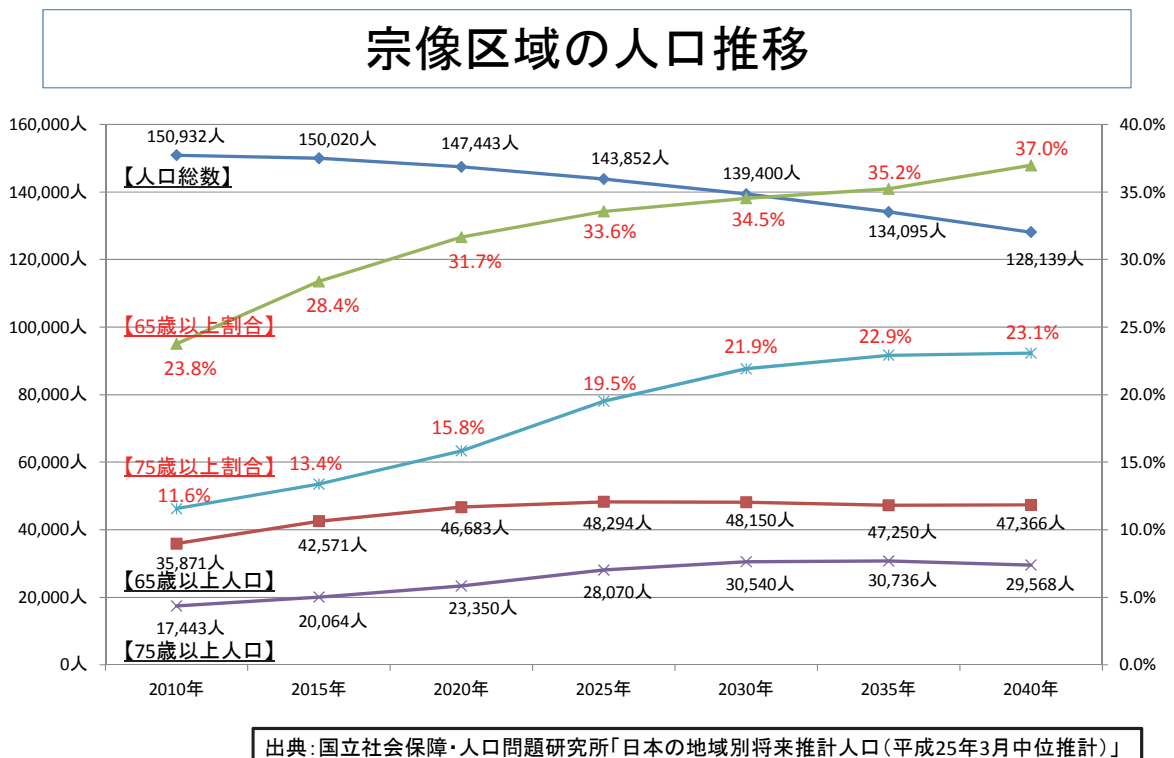
- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

03 宗像区域 (宗像市、福津市)

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、宗像区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 150,932 人が、平成 37 (2025) 年には 143,852 人(対平成 22 年▲4.7%)となり、平成 52 (2040) 年には 128,139 人(同▲15.1%)となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 37 (2025) 年の 48,294 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 23.8%が、平成 37 (2025) 年には 33.6%となり、平成 52 (2040) 年には 37.0%となると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 47 (2035) 年の 30,736 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 11.6%が、平成 37 (2025) 年には 19.5%となり、平成 52 (2040) 年には 23.1%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、平成 12 (2000) 年頃まで 20 歳から 50 歳代にかけて流入による人口増加が見られた区域ですが、近年、外からの人口流入はなくなっています。75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-03 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-03)



(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 宗像区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 14 施設であり、このうち一般病院は 11 施設となっています。
- 一般診療所は、113 施設であり、そのうち有床診療所は 20 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 1,052 床 (病院 814 床、有床診療所 238 床)、療養病床が 769 床 (病院 731 床、有床診療所 38 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 676.1 床で、全国平均 (783.1 床) を下回っています。一方、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 494.2 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 19 床減少しており、一般病床が 4 床 (▲0.4%)、療養病床が 15 床 (▲1.9%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

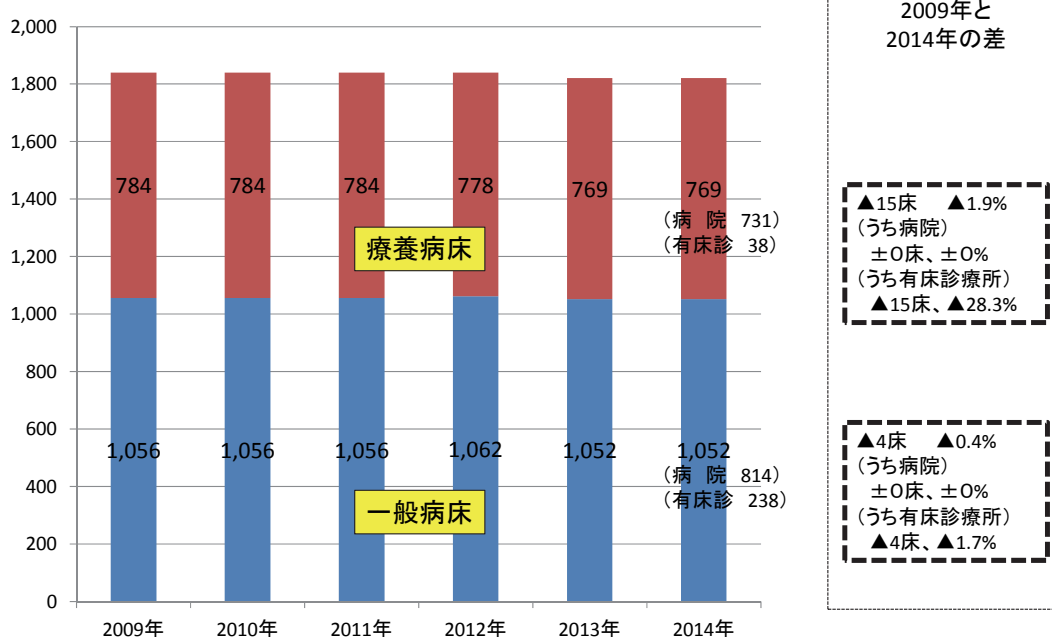
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 03 宗像 | 1,821 | 1,052 | 769 | 1,170.3 | 676.1 | 494.2 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移 (過去 5 年間) 宗像

【医療施設調査 (各年 10 月 1 日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 03 宗像 | 14 | 1 | - | - | - | - |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 03 宗像 | - | - | - | 1 | - | 1 |

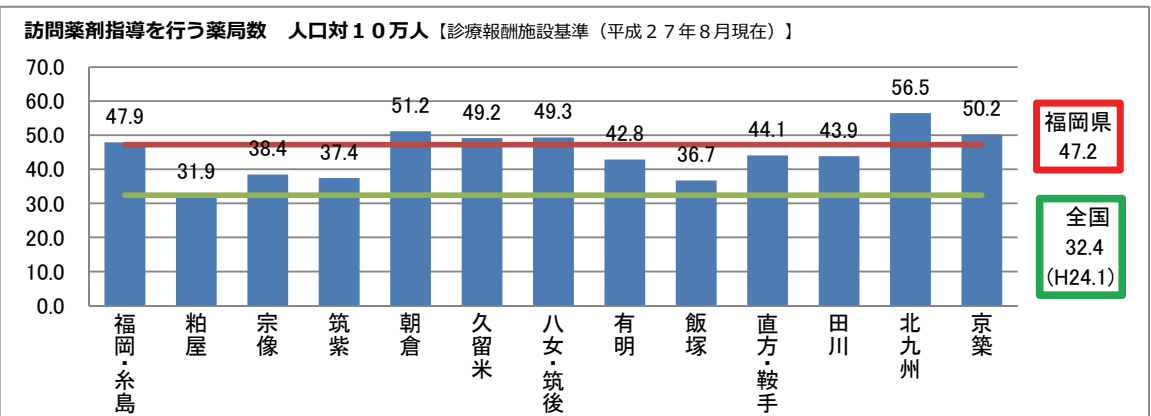
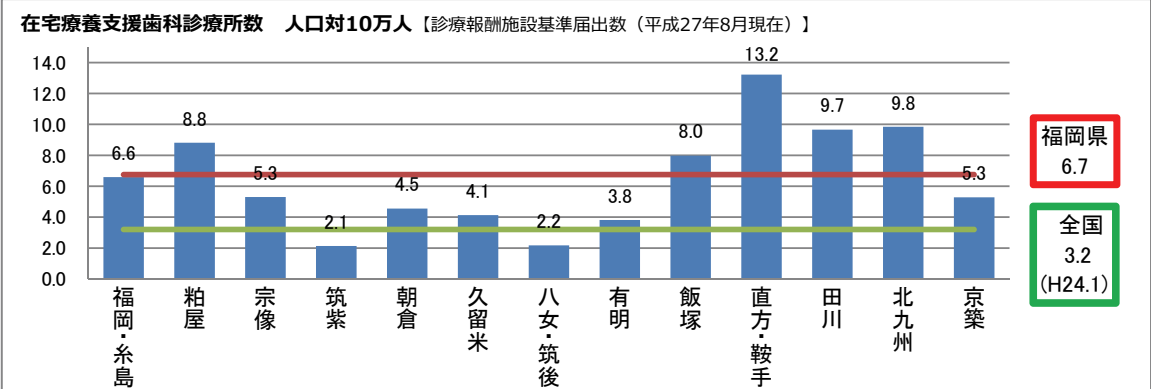
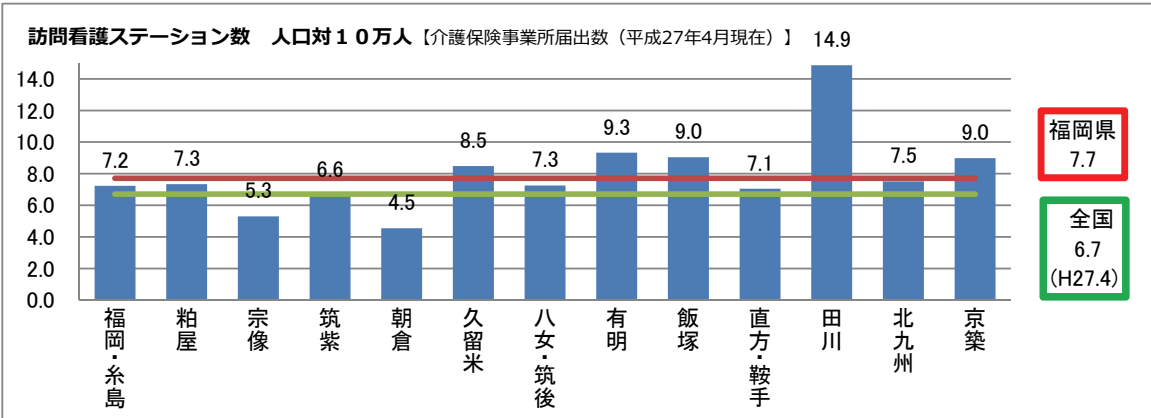
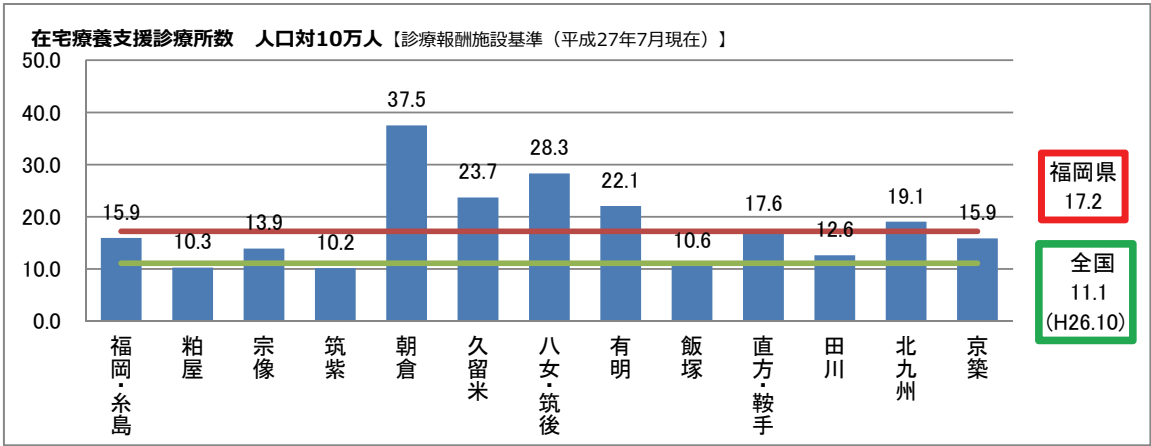
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
宗像医師会病院
- 医師臨床研修病院（基幹型）（1）
宗像水光会総合病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人光風会宗像病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 21 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 13.9 施設となっており、県平均（17.2 施設）を下回っていますが、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 8 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 5.3 施設となっており、県平均（7.7 施設）、全国平均（6.7 施設）を下回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 8 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 5.3 施設となっており、県平均（6.7 施設）を下回っていますが、全国平均（3.2 施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 58 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 38.4 施設となっており、県平均（47.2 施設）下回っていますが、全国平均（32.4 施設）を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は260人で、人口10万人当たり166.8人となっており、全国

平均（231.5人）を下回っています。

- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は60歳以上が最も多くなっており、25歳から34歳の医師数が比較的少なくなっています。（図表1-3-03）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は116人で、人口10万人当たり74.4人となっており、全国平均（78.7人）を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は217人で、人口10万人当たり139.2人となっており、全国平均（168.5人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成26（2014）年12月31日現在の看護職員数は1,918人（保健師62人、助産師47人、看護師1,332人、准看護師477人）で、人口10万人当たり1,230.8人となっており、全国平均（1,177.1人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、35歳から39歳にかけて最も高い割合となっています。（図表1-3-03）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|------|----------|------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 03宗像 | 260 | 166.8 | 55.9 | 19.0 | 12.8 | 2.0 | 0.0 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 03宗像 | 116 | 74.4 | 217 | 139.2 | 1,918 | 1,230.8 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成 25 年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 の病床では、57.9%が自己完結しており、23.4%が粕屋区域に、12.8%が福岡・糸島区域に流出しています。（図表 2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では、87.7%が自己完結しています。回復期リハビリテーション病床では 42.8%が自己完結しており、34.0%が福岡・糸島区域に、17.9%が粕屋区域に流出しています。（図表 2-2・2-3）
- 慢性期に対応する療養病床では、79.3%が自己完結しており、13.6%が粕屋区域に流出しています。（図表 2-1～図表 2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37（2025）年患者流出入の状況では、宗像区域の自己完結率は、高度急性期で 38.2%、急性期で 63.3%、回復期で 59.1%、慢性期で 64.1%と推計されています。（図表 3-1-1～図表 3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比（以下、「レセプト出現比」という。）は全国平均を下回っています。看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 並びに回復期リハビリテーション病棟のレセプト出現比についても全国平均を下回っています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を下回っています。（図表 4-1）
- DPC 参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院）の診療実績では、全ての MDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類）に対応した入院医療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 5-03）

② 救急医療

- DPC 参加病院の診療実績では、救急での対応が必要と考えられる MDC のうち、「新生児疾患・先天性奇形」に係る医療提供が確認されませんが、これ以外の MDC に対応した救急に関する入院医療は、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 6-03）
- NDB データでは、73.3%が自己完結しており、17.4%が粕屋区域に流出しています。（図表 10-1）
- SCR では、「救急医療の体制」について、二次救急でレセプト出現比が全国平均を下回っています。（三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない）。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比が全国平均並みですが、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均を下回っています。「夜間休日の救急搬送」については、入院では全国平均を上回っており、外来でも全国平均並みとなっています。「集中治療室等の体制」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。（図表 4-2）
- 消防庁データ（平均搬送時間）では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児が 45 分、小児が 34 分と時間を要しています。乳幼児、成人、高齢者は概ね 30

分程度となっています。(図表 7-1～図表 7-5)

③ 脳血管疾患 (脳卒中)

- 「脳梗塞・T I A (一過性脳虚血発作)」のNDBデータでは 74.3%が自己完結しており、15.8%が粕屋区域に流出しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは 76.8%が自己完結しており、23.2%が粕屋区域に流出しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理 (かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」に関連するレセプト出現比は全国平均並みか全国平均を下回る項目が多くなっています。「薬物療法」では、「脳卒中の tPA (血栓溶解療法)」「tPA 以外の薬物療法」双方について全国平均を上回っています。「手術」に関連するレセプト出現比は全国平均を下回る項目が多くなっています。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」「廃用症候群 (安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等) に対するリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ (アクセスのしやすさ) は、脳梗塞では 30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 97.9%、60 分以内は 99.9%となっています。くも膜下出血では 30 分以内は 78.0%、60 分以内は 99.4%となっています。(図表 11-1-1～図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患 (急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは、65.8%が自己完結しており、34.2%が粕屋医区域に流出しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは、57.8%が自己完結しており、11.4%が福岡・糸島区域に、21.7%が粕屋区域に流出しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、レセプト出現比は概ね全国平均並みとなっています。「治療・手術」については「カテーテル治療」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「手術」については、「心臓血管手術」は全国平均並みに提供されています。「画像診断」については「冠動脈CT撮影」のレセプト出現比は全国平均並みですが、「冠動脈造影」は全国平均を下回っています。「リハビリ」についてはレセプト出現比が全国平均並みですが、外来は全国平均を下回っています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 92.7%、60 分以内は 99.4%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍 (がん)

- DPC参加病院の診療実績では、消化器系、乳房・泌尿器系のがん診療 (手術を含む) が行われています。(図表 8-03、図表 9-03)
- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、30.5%が自己完結しており、20.0%が福岡・糸島区域に、37.4%が粕屋区域に、10.3%が北九州区域に流出しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ (60 分以内人口カバー率) は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 45.9% | 53.6% | 99.9% |
| 大腸がん | 52.2% | 46.3% | 99.9% |
| 直腸がん | 40.8% | 100.0% | 99.9% |
| 肺がん | 17.2% | 0.0% | 99.5% |
| 乳がん | 20.8% | 27.5% | 99.9% |
| 肝臓がん | 26.5% | 0.0% | 99.9% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では18.8%が自己完結しており、19.6%が福岡・糸島区域に、44.2%が粕屋区域に、14.3%が北九州区域に流出しています。

(図表 10-4-14)

- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では51.0%が自己完結しており、21.8%が福岡・糸島区域に、18.6%が粕屋区域に流出しています。(図表 10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では、35.5%が福岡・糸島区域に、43.0%が粕屋区域に、21.5%が北九州区域に流出しています。(図表 10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では、19.3%が福岡・糸島区域に、67.6%が粕屋区域に、13.1%が北九州区域に流出しています。(図表 10-4-17)
- SCRでは、「療養管理」「手術」について全てのがんでレセプト出現比が全国平均を下回っています。「治療」については「がんの化学療法」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「放射線治療」のレセプトは出現しません。「緩和ケア」「リハビリ」「がん診療連携体制」についてもレセプトがほぼ出現していません。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では64.9%が自己完結しており、18.7%が粕屋区域に流出しています。(図表 10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では77.9%が自己完結しており、11.4%が粕屋区域に流出しています。(図表 10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、73.5%が自己完結しています。(図表 10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、77.9%が自己完結しており、19.0%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-6-2)
- SCRでは、レセプト出現比が全国平均を大きく上回る項目多く、提供体制が充実していることが伺われます。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、30.8%が福岡・糸島区域に、38.5%が粕屋区域に、30.8%が北九州区域に流出しています。(図表 10-7-1)
 - 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、76.5%が自己完結しており、23.5%が粕屋区域に流出しています。(図表 10-7-2)
 - SCRでは、「小児夜間・休日診療体制」「乳幼児の入院医療体制」「乳幼児に対する手術体制」のレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、これ以外はレセプト出現比が全国平均を下回る項目が多くなっています。(図表 4-8)
- ⑨ 在宅医療 (図表 4-9)
- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
 - 「往診」「緊急往診」「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
 - 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物で全国平均並みとなっていますが、特定施設、居宅では全国平均を下回っています。
 - 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っており、「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比も全国平均を上回っています。
 - 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」は全国平均を下回っています。
 - 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
 - 「各指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。
 - 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」「在宅療養中の患者の緊急受入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプトは出現していません。
 - 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 宗像区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- なお、福岡・糸島、粕屋、宗像、筑紫区域については、医療資源の有効活用の観点から、回復期における患者流出入について各区域の「地域医療構想調整会議」の合意に基づき、一部調整を行ったうえで、必要病床数を算定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|----------|--------|
| 高度急性期 | 62人・日 | 82床 |
| 急性期 | 358人・日 | 458床 |
| 回復期 | 611人・日 | 679床 |
| 慢性期 | 424人・日 | 460床 |
| 合計 | 1,455人・日 | 1,679床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|----------|
| 在宅医療等 | 2,565人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27（2015）年度の宗像区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 1,732 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 14 床（0.8%）、急性期 692 床（40.0%）、回復期 228 床（13.2%）、慢性期 798 床（46.1%）となっています。

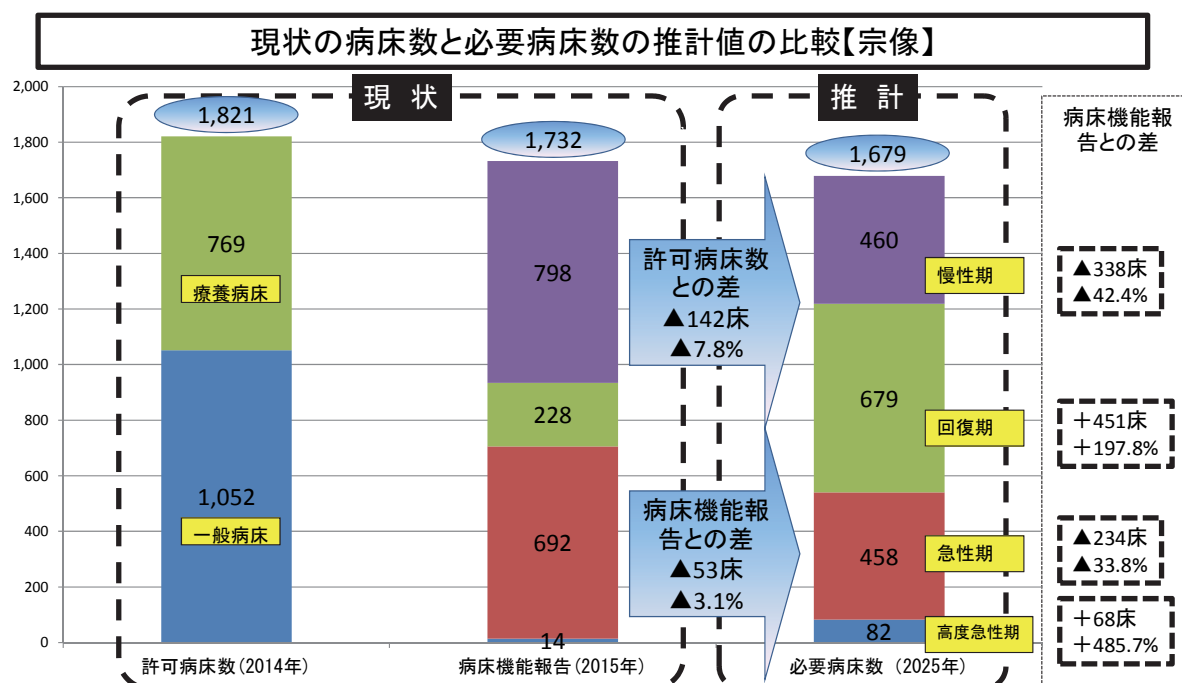
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|------|-------|
| 高度急性期 | 14床 | 0.8% |
| 急性期 | 692床 | 40.0% |

| | | |
|-----|--------|--------|
| 回復期 | 228床 | 13.2% |
| 慢性期 | 798床 | 46.1% |
| 合計 | 1,732床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床16床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は1,821床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を142床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を451床下回っています。また、高度急性期も68床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は166床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-03)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数で9%程度増加すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者が25%程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成37(2025)年にかけて、総数で26%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が39%~43%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については19%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に75歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成22(2010)年の全国の認知症高齢者は、65歳以上の高齢者の約15%、約439万人と推計されています。これについて、平成27(2015)年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」によると、平成37(2025)年には高齢者の約5人に1人が認知症高齢者と推計され、約700万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成22(2010)年の認知症高齢者数を算出すると、約17万人となります。平成37(2025)年には、約30万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、宗像区域の認知症高齢者数を推計すると、平成22(2010)年では約5千人、平成37(2025)年では約10千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が451床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や内科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 病床の自己完結率は 87.7%と高く、一方同様に回復期である回復期リハビリテーション病床の自己完結率は 42.8%と低い状況となっているが、地域包括ケア病床を中心に 1～2 ヶ月の療養期間を要する病床で回復期の機能を受け持っており、回復期の機能が不足しているものではない。
- ・ 宗像区域において高度急性期の病床を増やすというのは現実的ではなく、高度急性期と急性期は一体のものとして検討していく方が現実的である。
- ・ 慢性期病床からの移行分を補う在宅医療等の確保を、すぐに行うことは困難であり、現実的な対応を考えていくことが必要である。
- ・ 病床の機能分化・連携の推進に当たり、医療従事者の確保は重要な課題である。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 宗像区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は2,565人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 宗像区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現在、宗像区域で対応できている訪問診療の件数からすると、2025年時点の訪問診療の医療需要の推計値とは大きな開きがあるのが実情、こうした需要に対して供給量が追いつくかが課題と考えられる。
- ・ 訪問診療を行う医師の不足の解消や負担の軽減、訪問看護ステーションの整備、慢性期病床・介護施設の提供体制の整合性、医療と介護における多職種連携の充実などを図っていくことが必要。
- ・ 強化型在宅療養支援診療所の取得を含めた在宅医・医療機関の連携体制の充実を図る必要がある。また、在宅療養支援病院の増加が望まれる。
- ・ 在宅医療と介護の連携システムである「むーみんネット」が機能しているのは、県や市町村の支援があっているからであり、今後も継続的な支援が必要である。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急搬送に時間を要している部分もありますが、区域内で行うべき救急医療の提供体制については概ね確保されています。
- ・ 新生児搬送は、区域内で対応できる医療機関がなく、福岡・糸島、北九州区域へ搬送していることから時間を要していますが、連携体制は構築されています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、宗像区域における救急医療の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 脳血管疾患に対する医療の提供体制は概ね確保されていますが、脳卒中連携パスの活用が図られていない面があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、宗像区域における脳血管疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 脳卒中連携パスの利用については、一つの医療機関で急性期経過後から回復期リハビリテーションまで対応しているケースもあることを考慮する必要がある。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性心疾患に対する医療の提供体制は概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 急性期経過後の診療体制については、外来化学療法の自己完結率やがん緩和ケア、がん診療連携パスの利用が低くなっており、区域内でこれらの診療体制を確保することが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、外来化学療法 of 自己完結率向上に向けた提供体制やがん緩和ケアの推進について、調整会議等において協議を行います。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に係る医療提供体制については概ね確保されているものの、糖尿病に係る在宅関連の指標が低くなっており、指標の改善等の必要性について引き続き検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、糖尿病に係る在宅治療体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 精神疾患の関係では、将来的な課題として、在宅医療を行う精神科の医師、医療機関がないことが挙げられる。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については、区域内の提供体制は脆弱となっています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児の入院医療に関しては、データ上自己完結率は低いですが、区域内の医療機関においてH27年度から入院医療に対応するようになったほか、区域外の医療機関との連携体制が構築されている。
- ・ 小児科医を増やすなどし、区域内で対応できるようにすることが望ましい。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

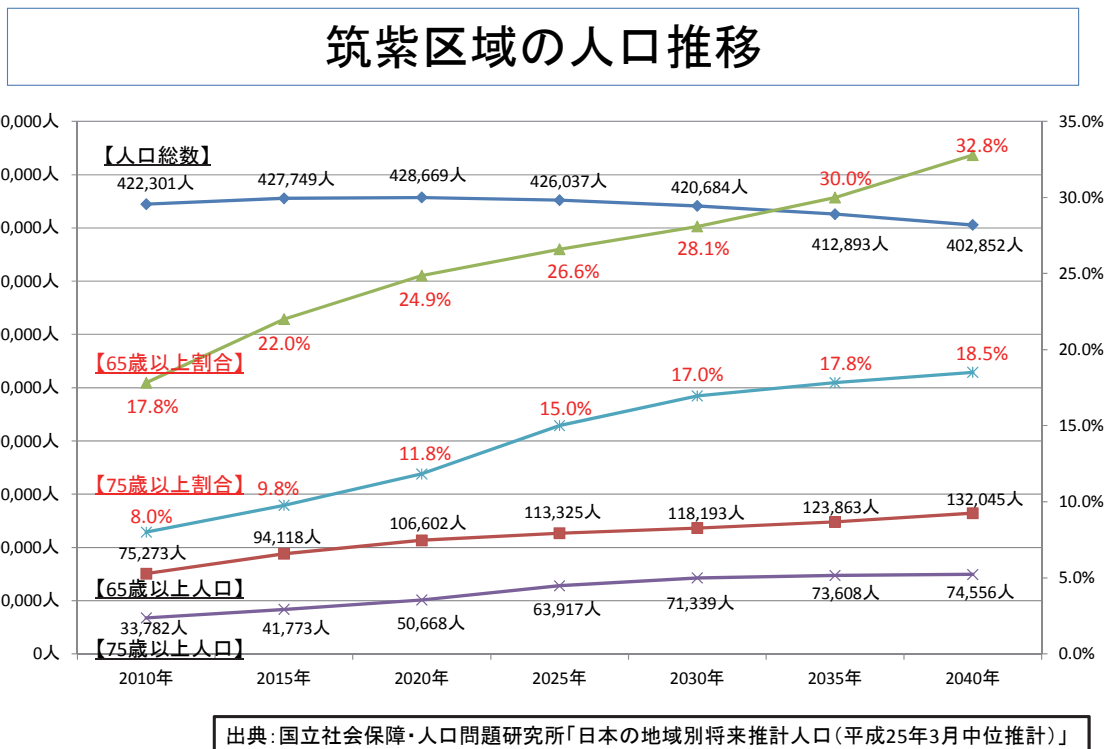
- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

04 筑紫区域 (筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、筑紫郡(那珂川町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、平成 22 (2010) 年の筑紫区域の総人口は 422,301 人で、平成 32 (2020) 年ごろをピークに減少に転じ、平成 37 (2025) 年には 426,037 人(対平成 22 年+0.9%)、平成 52 (2040) 年には 402,852 人(同▲4.6%)になると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は増加を続け、総人口に占める割合も平成 22 (2010) 年の 17.8%が、平成 37 (2025) 年には 26.6%となり、平成 52 (2040) 年には 32.8%に増加すると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口も増加を続け、総人口に占める割合も平成 22 (2010) 年の 8.0%が、平成 37 (2025) 年には 15.0%となり、平成 52 (2040) 年には 18.5%に増加すると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、平成 12 (2000) 年頃まで 0 歳から 50 歳代にかけて流入による人口増加が見られた区域ですが、近年、外からの人口流入はなくなっています。一方で、高齢者の数は増加するため、今後、速いスピードで高齢化が進展するとともに、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-04 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-04)



(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 筑紫区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 26 施設であり、このうち一般病院は 23 施設となっています。
- 一般診療所は、288 施設であり、そのうち有床診療所は 40 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 2,561 床 (病院 1,980 床、有床診療所 581 床)、療養病床が 1,614 床 (病院 1,551 床、有床診療所 63 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 588.3 床で、全国平均 (783.1 床) を下回っています。一方、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 370.7 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 240 床減少しており、一般病床が 189 床 (▲6.9%)、療養病床が 51 床 (▲3.1%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

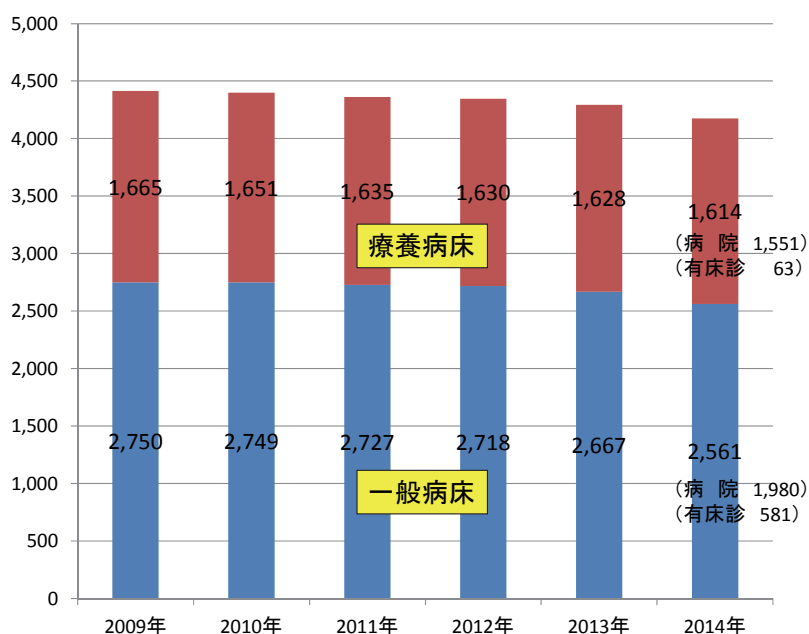
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 04 筑紫 | 4,175 | 2,561 | 1,614 | 959.0 | 588.3 | 370.7 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 筑紫

【医療施設調査(各年10月1日現在)】

2009年と
2014年の差

▲51床 ▲3.1%
(うち病院)

▲30床、▲1.9%
(うち有床診療所)

▲21床、▲25.0%

▲189床 ▲6.9%
(うち病院)

▲152床、▲7.1%
(うち有床診療所)

▲37床、▲6.0%

② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 04 筑紫 | 26 | 3 | - | - | 2 | - |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 04 筑紫 | 1 (地域) | 1 (地域がん) | 2 (二種) | 3 | - | 1 |

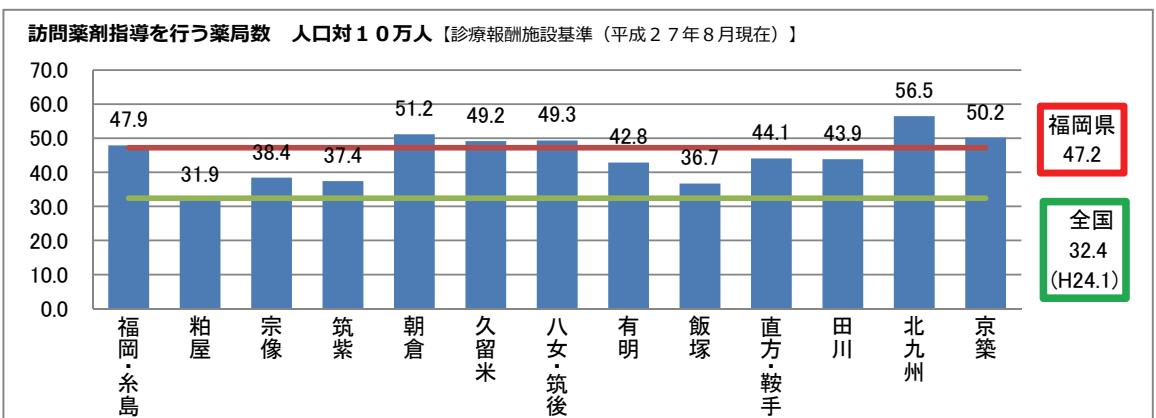
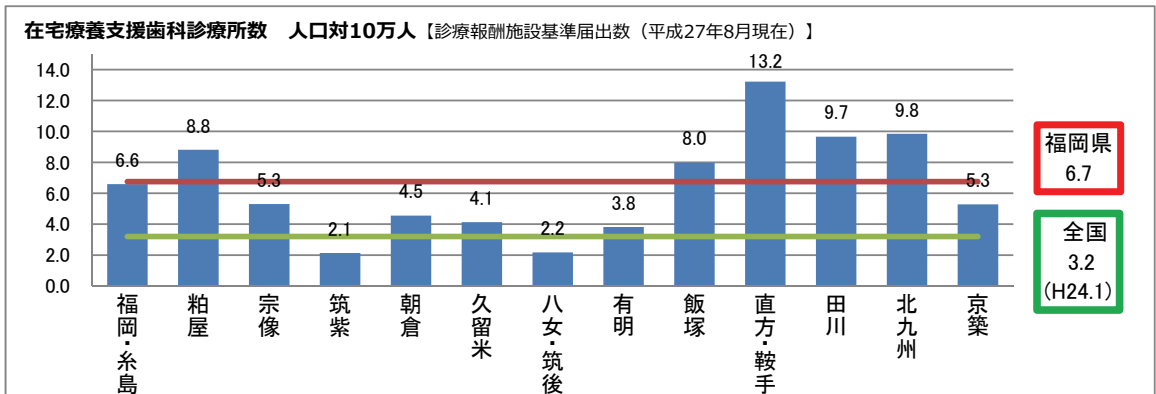
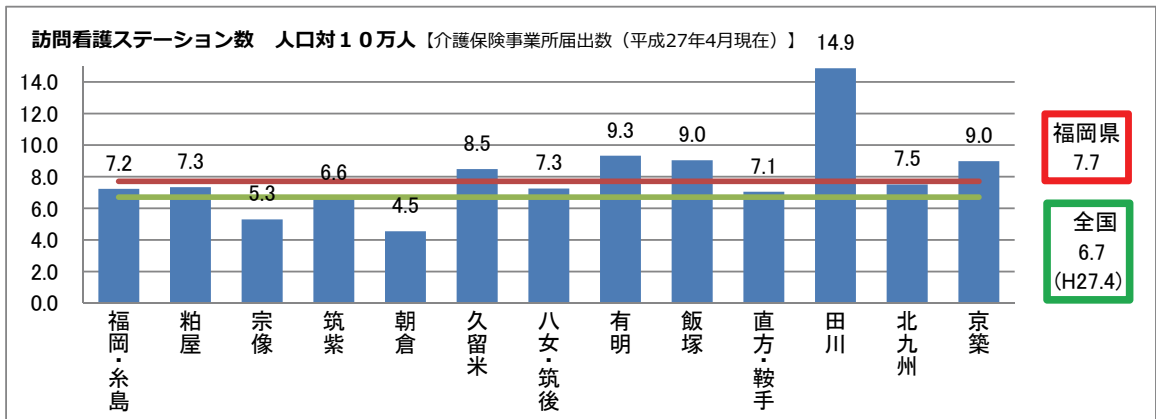
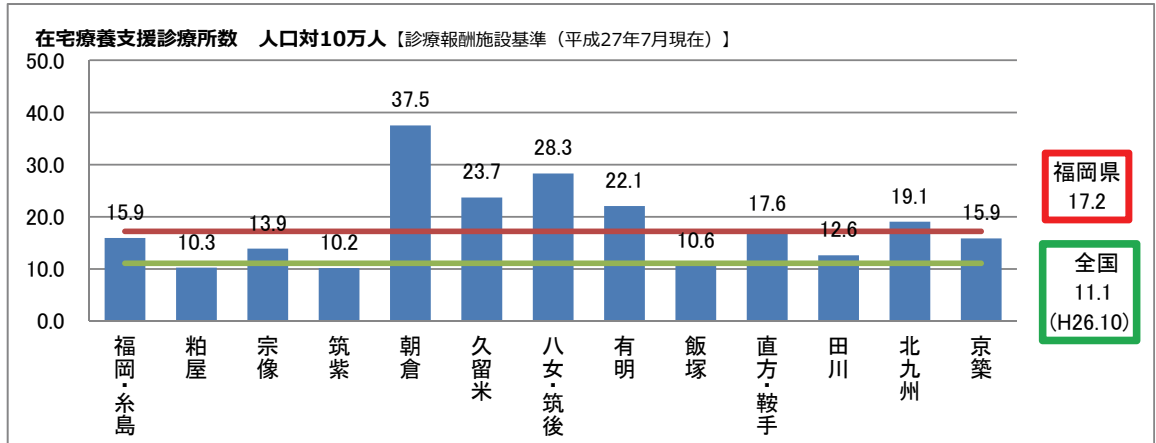
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値 (厚生労働省：医療施設調査)

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院 (3)
福岡大学筑紫病院、医療法人徳洲会福岡徳洲会病院、福岡県済生会二日市病院
- 災害拠点病院 (2)
医療法人徳洲会福岡徳洲会病院、福岡県済生会二日市病院
- 周産期母子医療センター (1)
地域周産期母子医療センター：医療法人徳洲会福岡徳洲会病院
- がん診療連携拠点病院等 (1)
地域がん診療病院：福岡大学筑紫病院
- 感染症指定医療機関 (2)
第二種感染症指定医療機関：福岡大学筑紫病院、医療法人徳洲会福岡徳洲会病院
- 医師臨床研修病院 (基幹型) (3)
福岡県済生会二日市病院、福岡大学筑紫病院、医療法人徳洲会福岡徳洲会病院
- 認知症 (疾患) 医療センター (1)
医療法人牧和会牧病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 43 施設 (平成 27 年 7 月 1 日現在) で、人口 10 万人当たり 10.2 施設となっており、県平均 (17.2 施設)、全国平均 (11.1 施設) を下回っています。
- 訪問看護ステーション数は 28 施設 (平成 27 年 4 月 1 日現在) で、人口 10 万人当たり 6.6 施設となっており、県平均 (7.7 施設) を下回り、全国平均 (6.7 施設) 並みとなっています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 9 施設 (平成 27 年 8 月 1 日現在) で、人口 10 万人当たり 2.1 施設となっており、県平均 (6.7 施設)、全国平均 (3.2 施設) を下回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 158 施設 (平成 27 年 8 月 1 日現在) で、人口 10 万人当たり 37.4 施設となっており、県平均 (47.2 施設) を下回っていますが、全国平均 (32.4 施設) を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医

療施設に従事している医師の数は 813 人で、人口 10 万人当たり 186.5 人となっており、全国平均（231.5 人）を下回っています。

- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は 60 歳以上が最も多くなっているものの、30 歳から 49 歳にかけて安定した分布となっています。（図表 1-3-04）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は 329 人で、人口 10 万人当たり 75.5 人となっており、全国平均（78.7 人）を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は 683 人で、人口 10 万人当たり 156.7 人となっており、全国平均（168.5 人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在の看護職員数は 4,419 人（保健師 133 人、助産師 77 人、看護師 3,140 人、准看護師 1,069 人）で、人口 10 万人当たり 1,013.7 人となっており、全国平均（1,177.1 人）を下回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、25 歳から 34 歳にかけて最も高い割合を示しています。（図表 1-3-04）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口 10 万人対医師数 | | | | | |
|-------|----------|--------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 04 筑紫 | 813 | 186.5 | 77.5 | 19.1 | 12.6 | 3.7 | 1.9 |

※平成 26 年 12 月 31 日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口 10 万人対の数値は平成 27 年 1 月 1 日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は 15 歳未満人口を、産科・産婦人科は 15～49 歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|-------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 04 筑紫 | 329 | 75.5 | 683 | 156.7 | 4,419 | 1,013.7 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31 現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31 現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では、64.4%が自己完結しており、30.4%が福岡・糸島区域に流出している一方、朝倉区域の患者の9.9%が筑紫区域に流入しています。（図表2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準13対1及び15対1の病床では87.2%が自己完結しており、朝倉区域の患者の16.5%が筑紫区域に流入しています。回復期リハビリテーション病床では45.5%が自己完結しており、37.4%が福岡・糸島区域に流出しています。（図表2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では71.2%が自己完結しており、17.7%が福岡・糸島区域に流出しています。（図表2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成37（2025）年患者流出入の状況では、筑紫区域の自己完結率は、高度急性期で50.9%、急性期で62.3%、回復期で61.6%、慢性期で60.7%と推計されています。（図表3-1-1～図表3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準7対1及び10対1を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均並みとなっています。看護配置基準13対1及び15対1のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を下回っています。また、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。（図表4-1）
- DPC参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度を採用している病院）の診療実績では、全てのMDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全18分類）に対応した入院医療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表5-04）

② 救急医療

- DPC参加病院の診療実績では、救急での対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表6-04）
- NDBデータでは78.7%が自己完結しており、18.1%が福岡・糸島区域に流出している一方、朝倉区域の患者の12.1%が筑紫区域に流入しています。（図表10-1）
- SCRでは、「救急医療の体制」について、二次救急でレセプト出現比が全国平均を下回っています（三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない）。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関、患者を受け入れる受入医療機関の双方で全国平均を下回っています。「夜間休日の救急搬送」についてはレセプト出現比が全国平均を上回っており、「集中治療室等の体制」のレセプト出現比も全国平均を上回るな

ど、全般的に充実した診療が行われています。(図表 4-2)

- 消防庁データ(平均搬送時間)では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児が33分とやや時間を要しているが、乳幼児、小児、成人、高齢者については30分未満となっています。(図表 7-1～図表 7-5)

③ 脳血管疾患(脳卒中)

- 「脳梗塞・TIA(一過性脳虚血発作)」のNDBデータでは70.0%が自己完結しており、21.3%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは74.9%が自己完結しており、16.8%が福岡・糸島区域に流出している一方、朝倉区域の患者の19.1%が筑紫区域に流入しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」「薬物療法」「手術」「リハビリ」「連携パス」の全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ(アクセスのしやすさ)は、脳梗塞では30分以内にアクセス可能な住民の割合は99.9%、60分以内は100.0%となっています。くも膜下出血では30分以内は99.4%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-1-1～図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患(急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは89.7%が自己完結しており、10.3%が福岡・糸島区域に流出している一方、朝倉区域の患者の15.5%が筑紫区域に流入しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは72.1%が自己完結しており、24.2%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均を上回る項目が多くなっています。「治療・手術」についてもレセプト出現比が全国平均を上回る項目が多くなっています。「画像診断」については「冠動脈CT撮影」と「冠動脈造影」の「外来」のレセプト出現比については全国平均を下回っていますが、「入院」については全国平均並みかそれを上回っています。「リハビリ」についてはレセプト出現比が全国平均を大きく上回っています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30分以内にアクセス可能な住民の割合は99.4%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍(がん)

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で診療が行われており、手術についても血液系を除いて診療が行われています。提供量(件数)についても年度間で安定しています。(図表 8-04、図表 9-04)
- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、38.7%が自己完結しており、52.3%が福岡・糸島区域に流出している一方、朝倉区域の患者の12.7%が筑紫区域に流入しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ(60分以内人口カバー率)は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|-------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 53.3% | 64.2% | 100.0% |
| 大腸がん | 55.7% | 60.5% | 100.0% |
| 直腸がん | 53.4% | 58.8% | 100.0% |
| 肺がん | 30.1% | 35.2% | 100.0% |
| 乳がん | 12.8% | 8.4% | 100.0% |
| 肝臓がん | 42.8% | 34.1% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では31.5%が自己完結しており、62.2%が福岡・糸島区域に流出している一方、朝倉区域の患者の11.0%が筑紫区域に流入しています。(図表 10-4-14)
- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では55.2%が自己完結しており、39.3%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では、90.6%が福岡・糸島区域に、9.4%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では、72.3%が福岡・糸島区域に、19.5%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-17)
- SCRでは、「療養管理」については、乳癌のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、その他のがんでは概ね全国平均並みとなっています。「手術」については、肝癌、乳癌、肺癌のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、その他のがんは全国平均並みとなっています。なお、「マンモグラフィ」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「治療」については、「がんの化学療法」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「放射線治療」のレセプトはほぼ出現していません。「緩和ケア」についてもレセプトが出現していません。「リハビリ」についてもレセプト出現比が全国平均を下回っており、「がん診療連携体制」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では66.1%が自己完結しており、21.3%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では74.0%が自己完結しており、22.8%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「人工透析の導入」のレセプト出現比も全国平均並みとなっています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、56.7%が自己完結しており、24.1%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、66.1%が自己完結しており、26.2%が福岡・糸

島区域に流出している一方、福岡・糸島区域の患者の12.2%、粕屋区域の患者の22.0%、朝倉区域の患者の39.8%が筑紫区域に流入しています。(図表10-6-2)

- SCRでは、精神医療の提供体制は充実しており、「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を大きく上回っています。(図表4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、50.3%が自己完結しており、43.4%が福岡・糸島区域に流出している一方、粕屋区域の患者の15.3%、朝倉区域の患者の20.8%が筑紫区域に流入しています。(図表10-7-1)

- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、67.4%が自己完結しており、25.9%が福岡・糸島区域に流出している一方、粕屋区域の患者の12.9%が筑紫区域に流入しています。(図表10-7-2)

- SCRでは、「小児の入院医療体制」に係るレセプト出現比が全国平均を下回っていますが、これ以外はレセプト出現比が全国平均並みか上回る項目が多くなっています。(図表4-8)

⑨ 在宅医療 (図表4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。

- 「往診」「緊急往診」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。

- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物、特定施設で全国平均を上回っていますが、居宅では全国平均を下回っています。

- 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

- 「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」「在宅経管栄養法」も全国平均を上回っています。「在宅自己注射」は全国平均を下回っています。

- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「多職種カンファレンス」のレセプトはほぼ出現していません。

- 「各指導管理」「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。

- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 筑紫区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- なお、福岡・糸島、粕屋、宗像、筑紫区域については、医療資源の有効活用の観点から、回復期における患者流出入について各区域の「地域医療構想調整会議」の合意に基づき、一部調整を行ったうえで、必要病床数を算定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|----------|--------|
| 高度急性期 | 307人・日 | 409床 |
| 急性期 | 994人・日 | 1,274床 |
| 回復期 | 1,350人・日 | 1,499床 |
| 慢性期 | 848人・日 | 922床 |
| 合計 | 3,499人・日 | 4,104床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|----------|
| 在宅医療等 | 6,885人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27（2015）年度の筑紫区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 3,837 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 391 床（10.2%）、急性期 1,600 床（41.7%）、回復期 414 床（10.8%）、慢性期 1,432 床（37.3%）となっています。

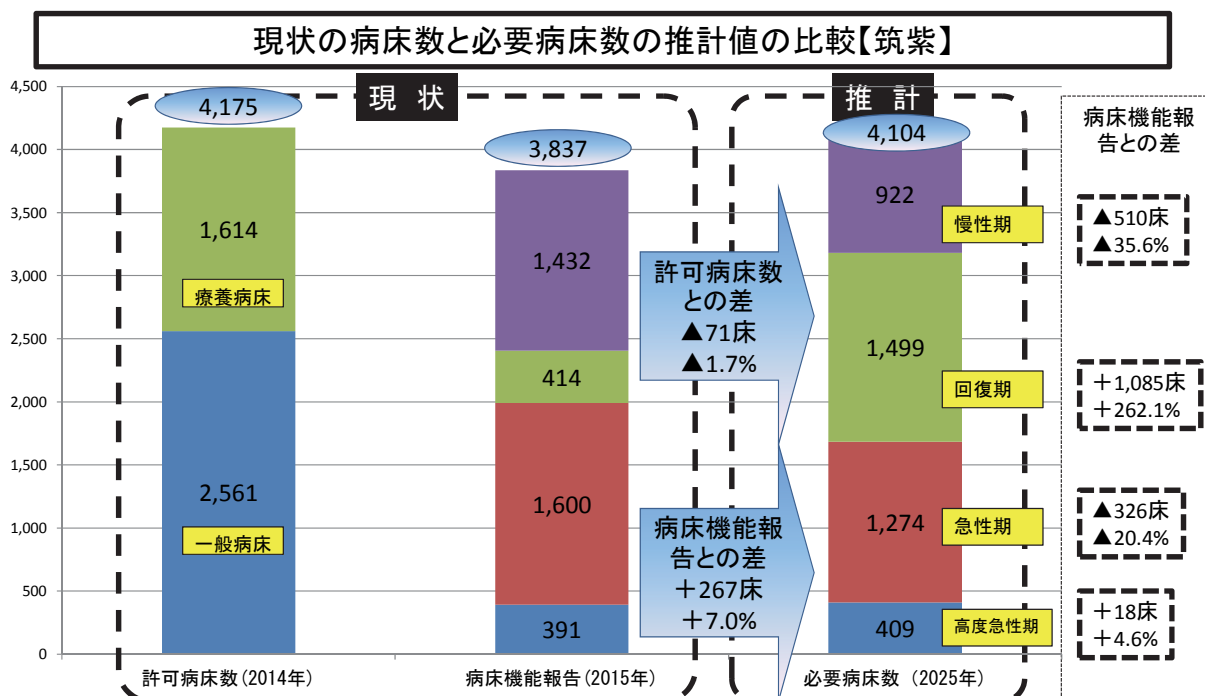
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|--------|-------|
| 高度急性期 | 391床 | 10.2% |
| 急性期 | 1,600床 | 41.7% |

| | | |
|-----|--------|--------|
| 回復期 | 414床 | 10.8% |
| 慢性期 | 1,432床 | 37.3% |
| 合計 | 3,837床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの

(3) 現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成 26 (2014) 年時点の許可病床数は 4,175 床で、平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を 71 床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を 1,085 床下回っています。また、高度急性期も 18 床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は 308 床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-04)

- 外来では、平成 22 (2010) 年と比較した場合、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で 17% 程度増加すると推計されています。傷病別では、特に循環器系の疾患 (主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患 (骨折) の患者が 38%~41% 程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で 38% 程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が 55%~59% 程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については 18% 程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に75歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成22(2010)年の全国の認知症高齢者は、65歳以上の高齢者の約15%、約439万人と推計されています。これについて、平成27(2015)年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」によると、平成37(2025)年には高齢者の約5人に1人が認知症高齢者と推計され、約700万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成22(2010)年の認知症高齢者数を算出すると、約17万人となります。平成37(2025)年には、約30万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、筑紫区域の認知症高齢者数を推計すると、平成22(2010)年では約11千人、平成37(2025)年では約23千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が1,085床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 回復期が特に不足している状況で、一般病床及び療養病床から転換しバランスを取っていくには、居宅での訪問診療が増えないと慢性期をカバーできない可能性があり、訪問看護の充実や病・病、病・診連携の充実が不可欠である。
- ・ 病床機能報告は病棟単位のため、急性期と報告する医療機関が多いが、実際には急性期、回復期、慢性期を一定に仕切って診療しているのが実態。数値上は回復期病床が不足するとでるが、実際は既にバランスが取れているのではないかと考える。
- ・ 病棟を複数持つ大病院であれば、病棟ごとにある程度機能が分かれているが、中小の民間病院では、一つの機能に決めること自体がナンセンスである。有床診療所については、

更に病床が少ないことから、病床の機能区分ではなく、どのような機能を果たしているのか実態を把握することが重要である。

- ・ 療養病床（慢性期）から回復期への転換については容易ではなく、療養病床については、現在国において議論されている「新類型」への転換が現実的な選択肢となる。

※「新類型」… 療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

（2）在宅医療等の充実

① 課題

- 筑紫区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は6,885人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 筑紫区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 在宅医療は、現在のところ、サービス付き高齢者住宅等を中心とした同一建物において、多くが実施されており、居宅への訪問診療はまだ少ない状況にある。
- ・ 在宅医療の推進については、医師会において多職種連携など様々な取組を行っており、今後も「在宅医療・介護連携支援センター」を中心に取組を進めていくことから、居宅へ

の訪問診療についても増加していくものと考えている。

- ・ 居宅への訪問診療提供量の増加（SCR100以上）
- ・ 訪問看護提供量の充実（SCR100以上）
- ・ 終末期ケア体制の確立（ケアマネジメントの充実、病床における緊急時の受け入れ、緊急往診といった、まさかの時の安心を保証する仕組みづくり）
- ・ 入院・入所を繰り返しつつもできるだけ在宅で、最後は病院や施設で亡くなるということが一般的となる。
- ・ 療養病床入院患者の一部について在宅医療等の医療需要として将来推計がなされるが、患者にとって、居宅等への訪問診療で対応するのがいいのか、それとも療養病床で医療を提供する方がいいのか、患者本位に立って考えていくことが必要である。
- ・ 在宅療養中の患者の緊急受入が少ない件については、在宅医療を行っている医師と後方支援病院や施設との連携ができていないことが考えられる。
- ・ 在宅で患者を世話できない家族も相当数存在することから、介護施設等の整備は必須である。
- ・ 有床診療所でもショートステイを提供することが可能であり、在宅医療と組み合わせて有床診療所の有効活用を考えていくべきであり、在宅医療の推進にあたり有床診療所の役割は非常に重要である。
- ・ 多死社会となることが予想される筑紫区域の適切な医療提供体制の構築のためには、地域包括ケアのネットワークを構築する必要がある。このネットワークは地域市民や行政との共通理解のもと、相互協力があって初めて成立するものである。

（3）その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療に関しては、新生児の搬送時間について区域内で対応できる医療機関が限られることからやや時間を要していますが、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 脳血管疾患に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、筑紫区域における脳血管疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 脳血管疾患に罹患した後、麻痺が続くことが多いので、日常生活動作が不十分な方々が増加することとなる。この点については、住まいをどのように整えるかなど、医療関係者だけでは議論できない話であり、市町村含め議論を続けていくことが望まれる。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性心疾患に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 急性期経過後の診療体制については、外来化学療法の自己完結率やがん緩和ケア、がん診療連携パスの利用が低くなっており、区域内でこれらの診療体制を確保することが望まれます。
- ・ 平成28年4月に国指定の「地域がん診療病院」が筑紫区域に整備されており、隣接する福岡・糸島区域の充実した診療体制と連携して、がん診療のあり方について考えていくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、悪性腫瘍に係る医療提供体制のあり方について、調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性期の患者については、高度医療機関が集積する福岡・糸島区域で対応し、回復期以降は、筑紫区域で診療できる体制が望ましい。
- ・ 緩和ケアが筑紫地区にはないが、高度な専門分野で福岡・糸島区域や粕屋区域と連携し確保していくという方法もあるが、今後筑紫地区で緩和ケア体制の整備を進めていく必要がある。
- ・ 術後の化学療法については、患者の住所地に戻って外来で診ていく方が望ましい。（化学療法の自己完結率80%以上へ）
- ・ 現状では、術後の化学療法も手術した福岡・糸島区域の医療機関を受診しているケースが多い。病・病連携、病・診連携をしていくとは言え、患者の安心度からは専門の医療機関を受診するのは仕方ない面もある。完全に完結させるのは困難であり、広域に確保していく方が効果的と考えられる。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に関しては、診療機能、提供量ともに概ね良好であり、現在の提供体制について大きな課題は存在しない。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 「糖尿病透析予防指導管理」の数値が低くなっているが、実際は、日常的な診療・診察の中で医師は予防の指導を行っており、医師会でも糖尿病教室などを実施しているところである。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 精神疾患の患者が身体合併症（特に急性期）を伴う場合の医療の受け皿を整備する必要がある。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児の救急に関しては、地元の小児科医（開業医）が福岡徳洲会病院、福岡大学筑紫病院に輪番で勤務し、病院小児科医と連携して24時間体制を確保（筑紫方式）していますが、このシステムの維持・確保を行っていく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児に関しては、今の筑紫方式をベースとしながら、小児の入院体制の機能強化を模索していくことが必要。
- ・ 周産期については、すぐに整備することは困難だが、その確保と機能強化は課題。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高齢者は骨折・肺炎を繰り返すので、短期入院しながら居宅へ帰ってもらうという流れが今後の方向性になるが、家族等が家で介護できるのか様々な問題がある。
- ・ 骨折・肺炎は、早い回復であれば在宅へも移行できるので、筑紫区域では早期対応、在宅移行を推進していくべきである。
- ・ 在宅医療、特に誤嚥性肺炎については口腔ケアが重要であり、この分野に歯科医が関わり、連携していくことが重要である。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 認知症対策の強化として、認知症サポート医を各市町に一人は確保する。また、認知症に対する理解の向上が求められる。
- ・ 認知症の在宅医療は、家族の対応があって成り立つものであり、各家の事情等によって医療供給側の対応が変わってくる。

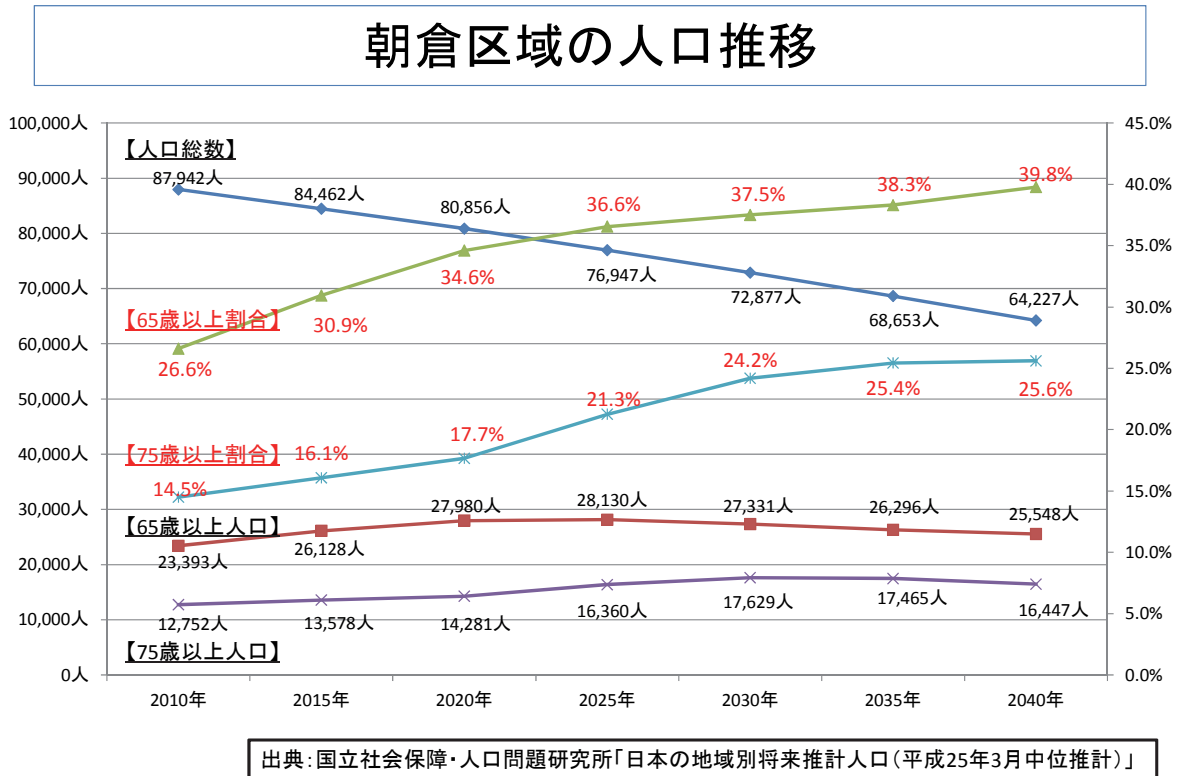
- ・ 認知症は早期発見・早期対応が基本ではあるが、早期に発見したからといって、認知症の発生自体を止められるものではない。住民の動向等を十分に見極め、地域の実情を踏まえながら考えていく必要がある。
- ・ 認知症に関し、筑紫地区では自治体（4市1町）と筑紫医師会の共同事業として「筑紫地区ものわすれ相談事業」を平成23（2011）年4月から開始している。これは、医師会員が手挙げ方式で認知症に関する勉強会に参加し、一定単位を取得すると筑紫医師会から「ものわすれ相談医」として認定書が発行され、名簿を自治体が広報するものである。認知症医療センター等と連携し、認知症の早期発見・早期治療で重症化を予防する取組であり、登録相談医、受診者数ともに増加している状況にある。

05 朝倉区域 (朝倉市、朝倉郡 (筑前町、東峰村))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、朝倉区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 87,942 人が、平成 37 (2025) 年には 76,947 人(対平成 22 年▲12.5%)となり、平成 52 (2040) 年には 64,227 人(同▲27.0%)となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 37 (2025) 年の 28,130 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 26.6%が、平成 37 (2025) 年には 36.6%となり、平成 52 (2040) 年には 39.8%となると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 42 (2030) 年の 17,629 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 14.5%が、平成 37 (2025) 年には 21.3%となり、平成 52 (2040) 年には 25.6%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、5 歳から 20 歳までの年代で人口が流出しており、その後の年代でも流入による人口増加は見られず、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-05 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-05)



(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 朝倉区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 8 施設であり、このうち一般病院は 6 施設となっています。
- 一般診療所は、73 施設であり、そのうち有床診療所は 8 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 722 床 (病院 602 床、有床診療所 120 床)、療養病床が 455 床 (病院 454 床、有床診療所 1 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 818.6 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 515.9 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 49 床減少しており、一般病床が 35 床 (▲4.6%)、療養病床が 14 床 (▲3.0%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

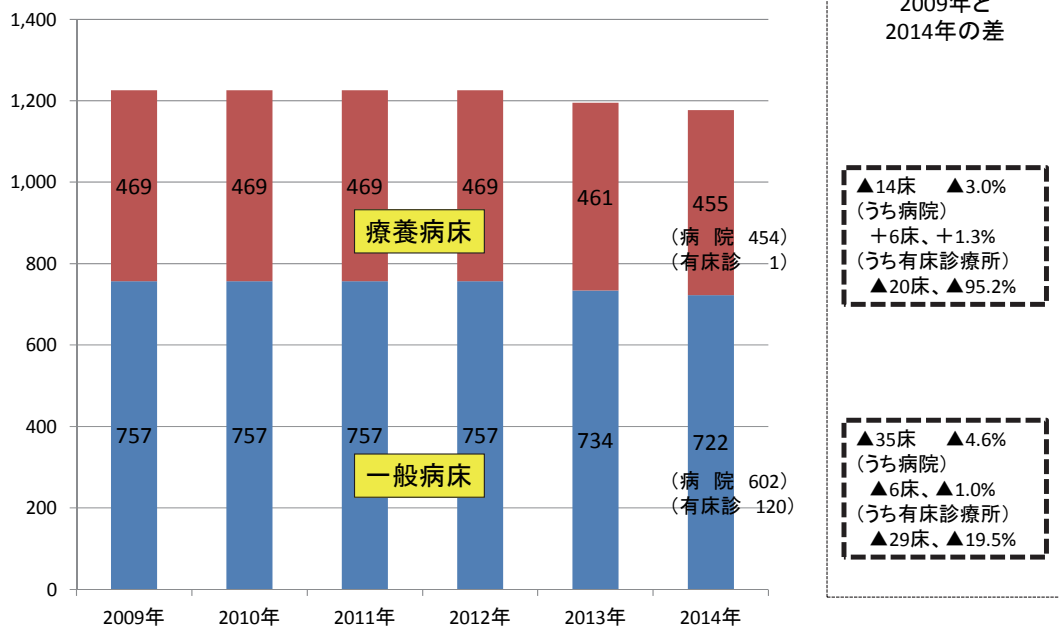
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 05 朝倉 | 1,177 | 722 | 455 | 1,334.4 | 818.6 | 515.9 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 朝倉

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 05 朝倉 | 8 | 1 | - | - | 1 | 1 |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 05 朝倉 | - | 1 (地域がん) | - | - | - | 1 |

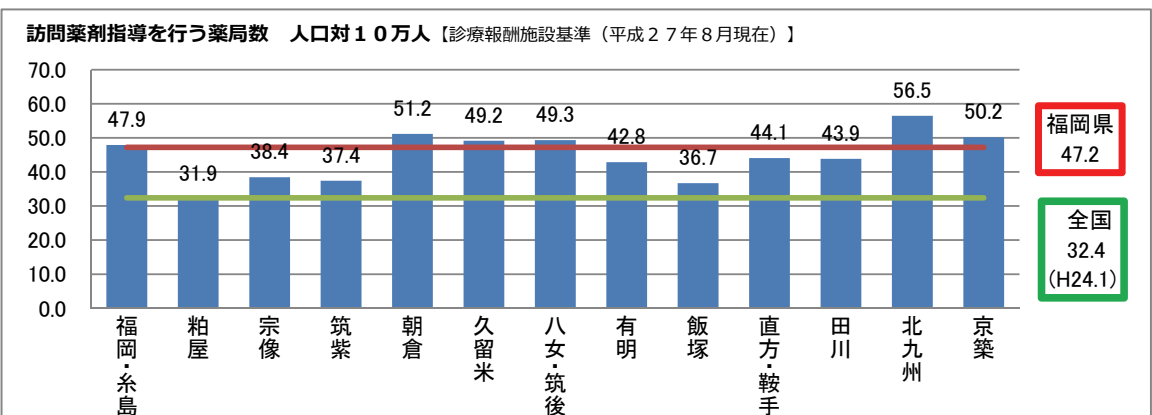
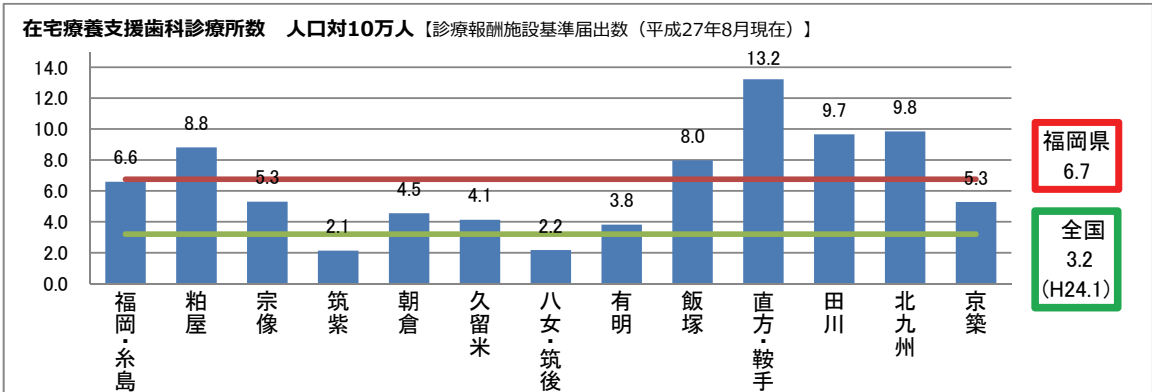
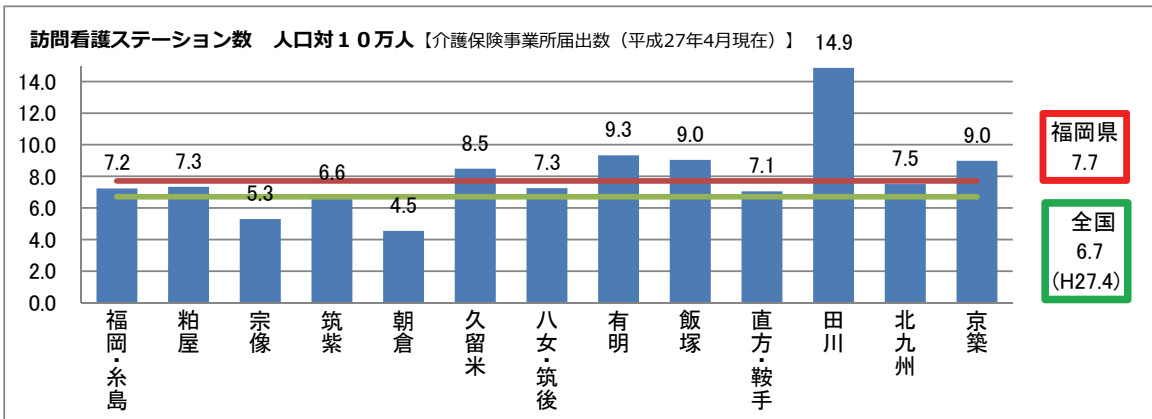
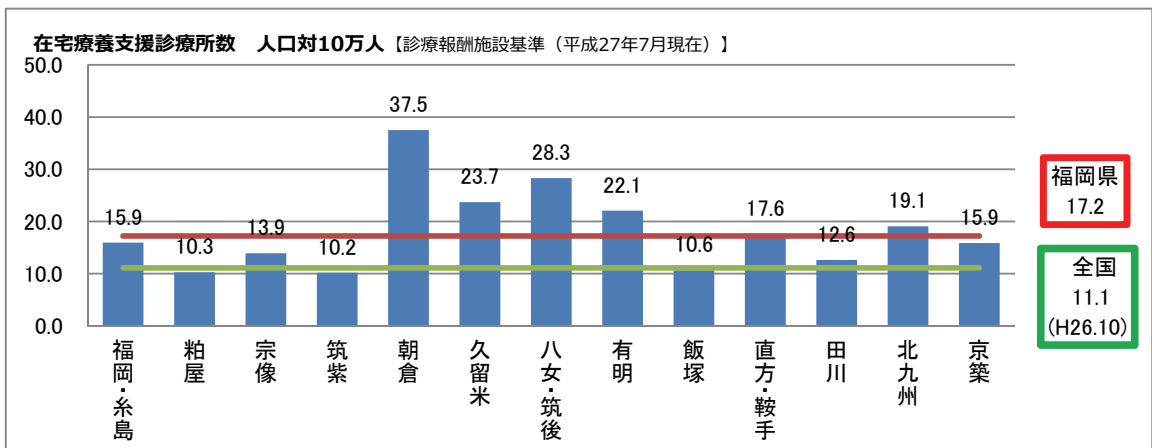
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
朝倉医師会病院
- 災害拠点病院（1）
朝倉医師会病院
- へき地医療拠点病院（1）
朝倉医師会病院
- がん診療連携拠点病院等（1）
地域がん診療病院：朝倉医師会病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人社団うら梅の郷会朝倉記念病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 33 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 37.5 施設となっており、県平均（17.2 施設）、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 4 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 4.5 施設となっており、県平均（7.7 施設）、全国平均（6.7 施設）を下回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 4 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 4.5 施設となっており、県平均（6.7 施設）を下回っていますが、全国平均（3.2 施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 45 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 51.2 施設となっており、県平均（47.2 施設）、全国平均（32.4 施設）を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は160人で、人口10万人当たり181.6人となっており、全国

平均（231.5人）を下回っています。

- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は50歳から60歳以上が最も多くなっています。（図表1-3-05）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は68人で、人口10万人当たり77.2人となっており、全国平均（78.7人）を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は142人で、人口10万人当たり161.2人となっており、全国平均（168.5人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成26（2014）年12月31日現在の看護職員数は1,150人（保健師33人、助産師14人、看護師690人、准看護師413人）で、人口10万人当たり1,304.6人となっており、全国平均（1,177.1人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、45歳から49歳にかけて最も高い割合となっており、20歳から34歳にかけて比較的少なくなっています。（図表1-3-05）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|------|----------|------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 05朝倉 | 160 | 181.6 | 90.6 | 12.4 | 18.2 | 3.4 | 0.0 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 （医療施設の従事者） | | 薬剤師 （薬局・医療施設の従事者） | | 看護職員 （保健師、助産師、 看護師、准看護師） | |
|------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 05朝倉 | 68 | 77.2 | 142 | 161.2 | 1,150 | 1,304.6 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成 25 年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 の病床では 67.5%が自己完結しており、9.9%が筑紫区域に、16.4%が久留米区域に流出しています。（図表 2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では、69.9%が久留米区域に、16.5%が筑紫区域に流出しています。回復期リハビリテーション病床では 64.9%が自己完結しており、29.1%が久留米区域に流出しています。（図表 2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では、73.1%が自己完結しており、18.8%が久留米区域に流出しています。（図表 2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37（2025）年患者流出入の状況では、朝倉区域の自己完結率は、高度急性期で 43.0%、急性期で 68.2%、回復期で 60.5%、慢性期で 66.3%と推計されています。（図表 3-1-1～図表 3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均並みとなっています。看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 のレセプトは出現していませんが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を下回っています。（図表 4-1）
- DPC 参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、MDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類）のうち「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」並びに「新生児疾患、先天性奇形」に係る医療提供が確認されませんが、これ以外の MDC に対応した入院医療は提供されており、提供量（件数）についても年度間で概ね安定しています。（図表 5-05）

② 救急医療

- DPC 参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられる MDC のうち、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」並びに「新生児疾患、先天性奇形」に係る医療提供が確認されませんが、これ以外の MDC に対応した入院医療は提供されており、提供量（件数）についても年度間で概ね安定しています。（図表 6-05）
- NDB データでは、55.0%が自己完結しており、12.1%が筑紫区域に、27.0%が久留米区域に流出しています。（図表 10-1）
- SCR では、「救急医療の体制」について、二次救急でレセプト出現比が全国平均を下回っています。（三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない）。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均を下回っています。「夜間休日の救急搬送」については、入院では全国平均を上回っていますが、外来では全国平均を下回っています。「集中治療室等の体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

(図表 4-2)

- 消防庁データ（平均搬送時間）では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、乳幼児が 40 分、小児が 33 分、成人が 34 分、高齢者が 33 分とやや時間を要しています（新生児についてはデータが確認できない）。（図表 7-1～図表 7-5）

③ 脳血管疾患（脳卒中）

- 「脳梗塞・T I A（一過性脳虚血発作）」の NDB データでは、66.6%が自己完結しており、19.9%が久留米区域に流出しています。（図表 10-2-1）
- 「くも膜下出血」の NDB データでは、29.2%が自己完結しており、19.1%が筑紫区域に、38.2%が久留米区域に流出しています。（図表 10-2-2）
- SCR では、脳血管疾患に係る「療養管理（かかりつけ医によるプライマリ・ケア）」に関連するレセプト出現比は、「脳梗塞・T I A」を除き全国平均を下回る項目が多くなっています。「薬物療法」についても、「脳卒中の tPA（血栓溶解療法）」のレセプトは出現せず、「tPA 以外の薬物療法」も全国平均を下回っています。「手術」に関連するレセプトもほぼ出現していません。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「廃用症候群（安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等）」に対するリハビリテーションのレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。（図表 4-3）
- DPC 参加病院へのアクセシビリティ（アクセスのしやすさ）は、脳梗塞では 30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 88.6%、60 分以内は 100.0%となっています。くも膜下出血では 30 分以内は 15.8%、60 分以内は 82.4%となっています。（図表 11-1-1～図表 11-1-2）

④ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

- 「急性心筋梗塞」の NDB データでは 39.1%が自己完結しており、15.5%が筑紫区域に、45.5%が久留米区域に流出しています。（図表 10-3-1）
- 「狭心症」の NDB データでは 59.9%が自己完結しており、29.8%が久留米区域に流出しています。（図表 10-3-2）
- SCR では、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、外来のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「治療・手術」については、レセプトが出現していません。「画像診断」については「冠動脈 CT 撮影」のレセプト出現比は全国平均を下回り、「冠動脈造影」はレセプトが出現していません。「リハビリ」についてもレセプトが出現していません。（図表 4-4）
- 「急性心筋梗塞」に係る DPC 参加病院へのアクセシビリティでは、30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 16.8%、60 分以内は 94.6%となっています。（図表 11-2）

⑤ 悪性腫瘍（がん）

- DPC 参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全ての MDCのうち、脳・婦人科以外の領域については手術も含めて区域内のいずれかの医療機関で診療が行われており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 8-05、図表 9-05）
- 悪性腫瘍全体の NDB データでは、49.9%が自己完結しており、12.7%が筑紫区域に、29.5%

が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-1)

- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ(60分以内人口カバー率)は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 48.2% | 52.4% | 100.0% |
| 大腸がん | 64.0% | 71.1% | 100.0% |
| 直腸がん | 58.3% | 100.0% | 100.0% |
| 肺がん | 46.8% | 0.0% | 100.0% |
| 乳がん | 49.3% | 48.0% | 100.0% |
| 肝臓がん | 59.8% | 0.0% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では31.6%が自己完結しており、11.0%が筑紫区域に、47.4%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-14)
- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では29.4%が自己完結しており、20.9%が筑紫区域に、41.3%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では、86.8%が久留米区域に、13.2%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では、86.1%が久留米区域に、13.9%が福岡・糸島区域に流出しています。(図表 10-4-17)
- SCRでは、「療養管理」について、レセプト出現比が全国平均並みとなっているのは「肝臓」のみで、その他のがんは全国平均を下回っています。「手術」については、「乳房」ではレセプトが出現しておらず、その他のがんも全国平均を下回っています。「治療」については、「かんの化学療法」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「放射線治療」はレセプトが出現しません。「緩和ケア」については、「緩和ケア病棟」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回りますが、「緩和ケアチーム」はレセプトが出現していません。「がん患者のリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「がん診療連携の体制」についてはレセプトが出現していません。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では66.0%が自己完結しており、20.9%が久留米区域に流出しています。(図表 10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では76.5%が自己完結しており、12.1%が久留米区域に流出しています。(図表 10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比が全国平均を大きく上回っており、「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、57.6%が自己完結しており、20.0%が久留米区域に流出しています。(図表 10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、39.8%が筑紫区域に、60.2%が久留米区域に流出しています。(図表 10-6-2)
- SCRでは、「精神科地域移行実施加算」のレセプト出現比が全国平均を大きく上回っています。「認知症治療病棟入院料」のレセプトは出現していません。「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比は、入院では全国平均を上回っていますが、外来ではレセプトが出現していません。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、20.8%が筑紫区域に、79.3%が久留米区域に流出しています。(図表 10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、100.0%久留米区域に流出しています。(図表 10-7-2)
- SCRでは、「小児の外来診療体制」のレセプト出現比は全国平均並み、「小児夜間・休日診療体制」は全国平均を上回っていますが、「乳幼児の入院医療体制」「小児の入院医療体制」のレセプト出現比は全国平均を大きく下回っています。「乳幼児に対する手術体制」のレセプト出現比は外来で全国平均を上回っています。(図表 4-8)

⑨ 在宅医療 (図表 4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「往診」「緊急往診」「在宅支援」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物で全国平均並みとなっていますが、特定施設、居宅では全国平均を下回っています。
- 「訪問看護提供」「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」「在宅患者訪問点滴注射管理指導」「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「各指導管理」「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプト出現比は、全国平均を上回っています。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」「がん連携パス」のレセプトは出現しないか、全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

(1) 平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 朝倉区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流入出を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|----------|--------|
| 高度急性期 | 47人・日 | 62床 |
| 急性期 | 284人・日 | 364床 |
| 回復期 | 416人・日 | 462床 |
| 慢性期 | 278人・日 | 302床 |
| 合計 | 1,025人・日 | 1,190床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|----------|
| 在宅医療等 | 1,399人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

(2) 病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27（2015）年度の朝倉区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 1,135 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 6 床（0.5%）、急性期 477 床（42.0%）、回復期 128 床（11.3%）、慢性期 524 床（46.2%）となっています。

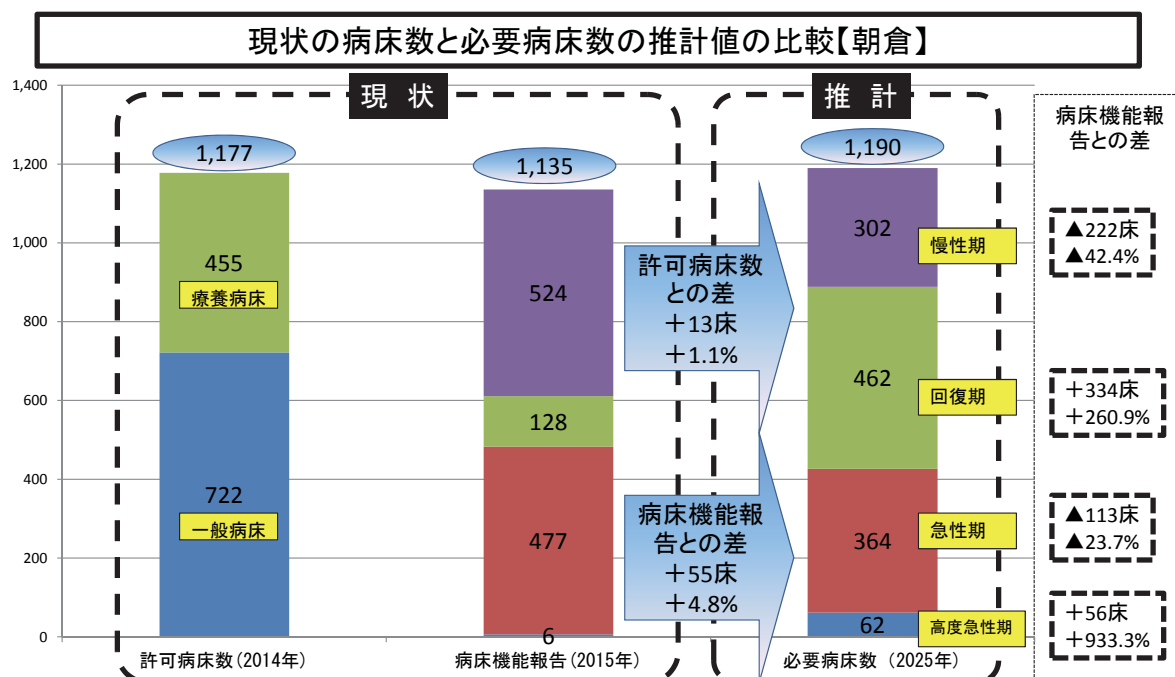
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 (%) |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 6床 | 0.5% |
| 急性期 | 477床 | 42.0% |
| 回復期 | 128床 | 11.3% |
| 慢性期 | 524床 | 46.2% |
| 合計 | 1,135床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの

※休棟等により機能未選択の病床 23 床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成 26 (2014) 年時点の許可病床数は 1,177 床で、平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を 13 床上回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を 334 床下回っています。また、高度急性期も 56 床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は 57 床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-05)

- 外来では、平成 22 (2010) 年と比較した場合、平成 37 (2025) 年にかけて、総数はほぼ変わらず推移すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患 (主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患 (骨折) の患者は 10% 程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で 10% 程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が 18%~20% 程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については 23% 程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に 75 歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢

者は、増えていくと見込まれています。

- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、朝倉区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 4 千人、平成 37 (2025) 年では約 6 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が334床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性期を中心に自己完結率80%以上にすることを目標としつつ、将来の医療提供体制を構築していくことが望ましい。
- ・ 高度急性期については、区域内に十分な施設がなく、隣接する久留米区域、筑紫区域とのアクセスや緊急車両の配備等患者搬送手段の向上について考えていく必要がある。
- ・ 急性期については80%以上の自己完結率を目標に、急性期を担う病院それぞれが機能の充実強化を図る。
- ・ 回復期・慢性期については、80%以上の自己完結率が望ましいが、回復期病床については、急性期・慢性期からの転換が必要である。

- ・ 慢性期病床の機能転換を行うのであれば、受け皿である介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの施設を整備していく必要がある。
- ・ 医療と介護だけでなく、さらに住まいにも踏み込んだ議論が不可欠である。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 朝倉区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は1,399人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 朝倉区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 朝倉区域の訪問診療体制は概ね整備されているものの、規模が小さく経済的、人材的に効率が悪い、公的又は共同出資の在宅関連医療供給センターの設立が望ましい。
- ・ また、朝倉区域には医療施設にも介護施設にも分類されない高齢者の居住施設が多数あり、その実態を十分把握していかなければならない。
- ・ 都市近郊型農村の朝倉区域において、終末期の尊厳あるケアをどのように提供するのか、関係者の協力の下、ケア体制の確立が求められており、入院医療機関との連携体制の強化、また、緊急時の入院受入などの体制作りが必要である。

- ・ 適切な医療提供体制の構築のためには、地域包括ケアシステムを構築することが必要である。朝倉区域は5か所の包括支援センターがあるが、このセンターのネットワークをいかに構築し、有効活用していくか関係者間での協議が必要である。特に当区域には朝倉介護保険事業者協議会という介護事業者、医療、福祉が協働する組織があり、連携が良く取れているため、このようなネットワークを有効活用していくことが重要である。
- ・ これからの超高齢化社会を考えていく上では、高齢者の「生活の場」をどのように提供していくかが重要な課題である。
- ・ 朝倉区域では、一人暮らし高齢者や高齢の夫婦だけの世帯も多い。訪問看護など在宅訪問系のサービス提供を充実していくとともに、多職種連携ネットワークづくりが重要となってくる。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 自己完結率は55%であり、圏域も広く、医療機関が西側に集中していることから、30分以上の時間を要している状況であり、救急医療体制の確保が課題となっています。

【今後の方向性】

- ・ 二次救急については区域内で可能な限り体制が維持できるよう、引き続き、調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現在、救急の受入を行っている病院の体制強化と連携強化が必要である。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 回復期・リハビリについては一定の診療が行われていますが、全体的に診療機能が弱く、連携パスの活用が図られていない面があります。
- ・ アクセシビリティを考慮すると、くも膜下出血について自己完結率を高めることが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、朝倉区域における脳血管疾患の提供体制や連携体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 脳血管障害については、時間的な制約からもこの区域で自己完結できることが望ましく、基幹病院を設け、軽症から重症に渡る診断、治療を集約的に強化し、連携パス等の活用により、発症から急性期、リハビリ、在宅まで包括的な診療体系を構築していくことが必要と思われる。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 全体的に診療機能が弱く、回復期・リハビリについても診療機能が不足しています。
- ・ アクセシビリティを考慮すると、急性心筋梗塞について自己完結率を高めることが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、朝倉区域における虚血性心疾患の提供体制や連携体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性心筋梗塞の診断、治療は、隣接する久留米、筑紫区域との連携を強化していく。
- ・ 時間外の対応が不十分であるため、今後充実していく。
- ・ 在宅復帰に向け対応できる回復期機能の充実が必要。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 急性期経過後の診療体制については、外来化学療法の自己完結率やがん診療連携パスの利用が低くなっており、区域内でこれらの診療体制を確保することが望まれます。
- ・ 平成 28 年 4 月に国指定の「地域がん診療病院」が朝倉区域に整備されており、隣接する久留米区域の充実した診療体制と連携してがん診療のあり方について考えていくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、外来化学療法の自己完結率向上に向けた提供体制等について、調整会議等において協議を行います。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 区域内において脳腫瘍、婦人科腫瘍の治療が行われていないこと、放射線治療が行われていないこと、連携が不十分であることが課題。
- ・ がんの外来化学療法については、治療体制を待つ病院もあり、今後、充実していくことが必要。
- ・ がんの緩和ケア病棟が区域内にあり、デイホスピス事業も実施されているが、がんの連携パスが導入されておらず、導入及び活用促進に取り組む必要がある。
- ・ 区域内外の高度医療機関で手術を受けた患者を、がん地域連携パスを用いて朝倉区域で受け入れるといった体制の充実が望まれる。
- ・ 区域的に医療と介護の連携はよくなされており、訪問看護ステーションやヘルパーとの連携により、在宅での看取りに積極的に取り組んでいける体制づくりが必要である。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に係る医療提供体制については概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 当地域には精神科の基幹病院が2か所しっかり機能しており、精神科領域のケアは充実していると考えている。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については、区域内の提供体制は脆弱となっています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑

後) ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域(福岡・北九州・筑豊・筑後)で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 朝倉医師会病院に小児科があるが、常勤医一人であり、一次救急にしか対応できていない。二次以上は久留米、筑紫区域に依存せざるを得ない。また、一次の小児救急についても、地域の開業医との連携体制の維持を図っていくことが必要。
- ・ 周産期医療の確保は、医師の確保の問題があるが、区域内で分娩ができなくなることは避ける必要があり、公的な周産期医療センターの設立が望ましい。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 誤嚥性肺炎や転倒に伴う骨折予防を含めた医療・介護の総合的なサービスが提供できるネットワークの充実が必要である。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症(疾患)医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 精神疾患の関係では、今後、認知症患者の大幅な増加が見込まれており、これに適切に対応できる体制を構築していくことが重要である。
- ・ 認知症患者のサポート体制の構築が求められる。

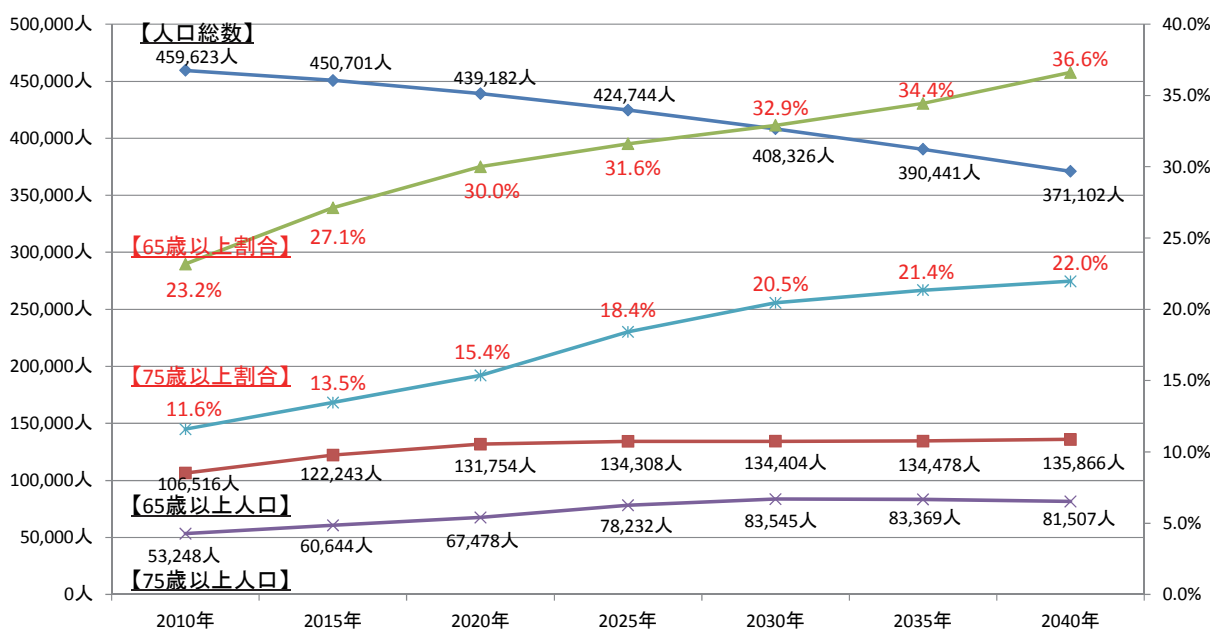
06 久留米区域 (久留米市、大川市、小郡市、うきは市、三井郡 (大刀洗町)、三潞郡 (大木町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、久留米区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 459,623 人が、平成 37 (2025) には 424,744 人 (対平成 22 年▲7.6%) となり、平成 52 (2040) 年には 371,102 人 (同▲19.3%) となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は増加を続け、総人口に占める割合も、平成 22 (2010) 年の 23.2%が、平成 37 (2025) 年には 31.6%となり、平成 52 (2040) 年には 36.6%に増加すると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 42 (2030) 年の 83,545 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 11.6%が、平成 37 (2025) 年には 18.4%となり、平成 52 (2040) 年には 22.0%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、10 歳から 20 歳までの年代で人口が流出しており、25 歳から 30 歳までの年代で若干の人口流入が見られますが、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-06 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-06)

久留米区域の人口推移



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 久留米区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 49 施設であり、このうち一般病院は 43 施設となっています。
- 一般診療所は、453 施設であり、そのうち有床診療所は 81 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 5,761 床 (病院 4,706 床、有床診療所 1,055 床)、療養病床が 2,529 床 (病院 2,409 床、有床診療所 120 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 1,242.7 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 545.5 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 544 床減少しており、一般病床が 636 床 (▲9.9%) 減少し、療養病床が 92 床 (+3.8%) 増加しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

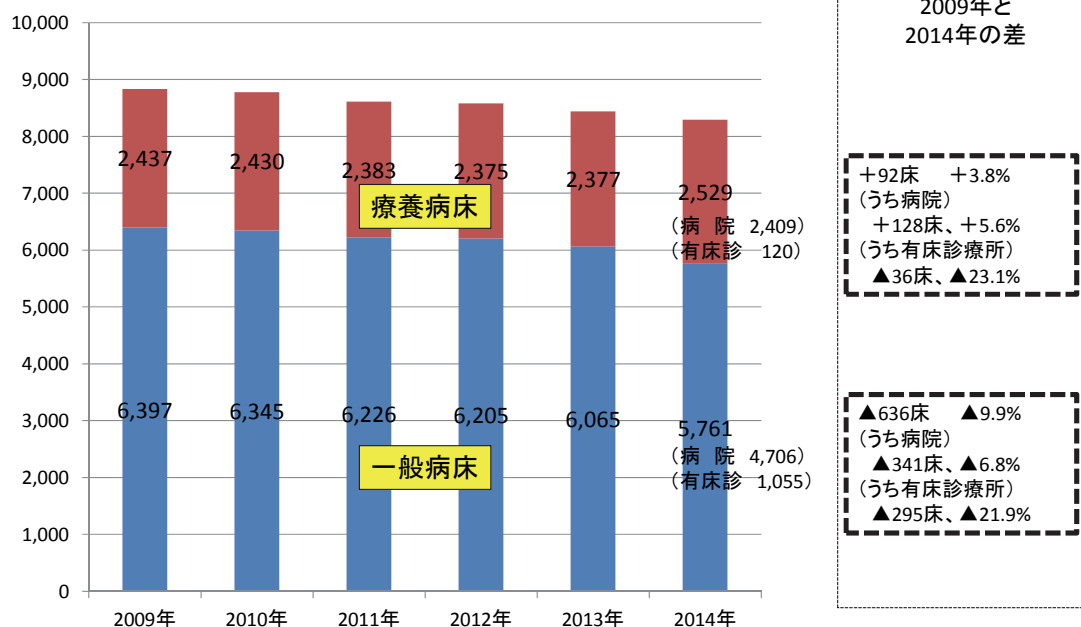
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|--------|-----------|---------|---------|----------------|--------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 06 久留米 | 8,290 | 5,761 | 2,529 | 1,788.3 | 1242.7 | 545.5 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 久留米

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|--------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 06 久留米 | 49 | 4 | 1 | 1 1 (高度) | 2 | 1 |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|--------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 06 久留米 | 2 (総合) | 2 (地域拠点) | 2 (二種) | 5 | 1 | 1 |

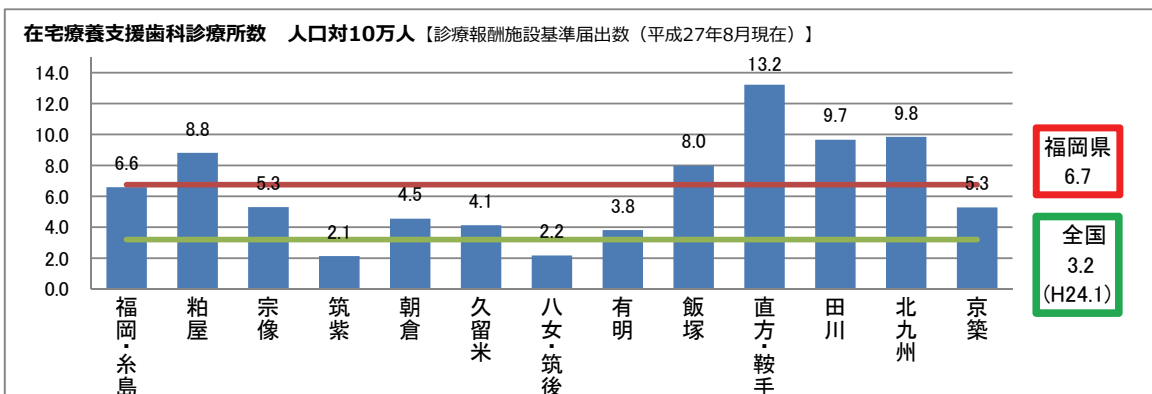
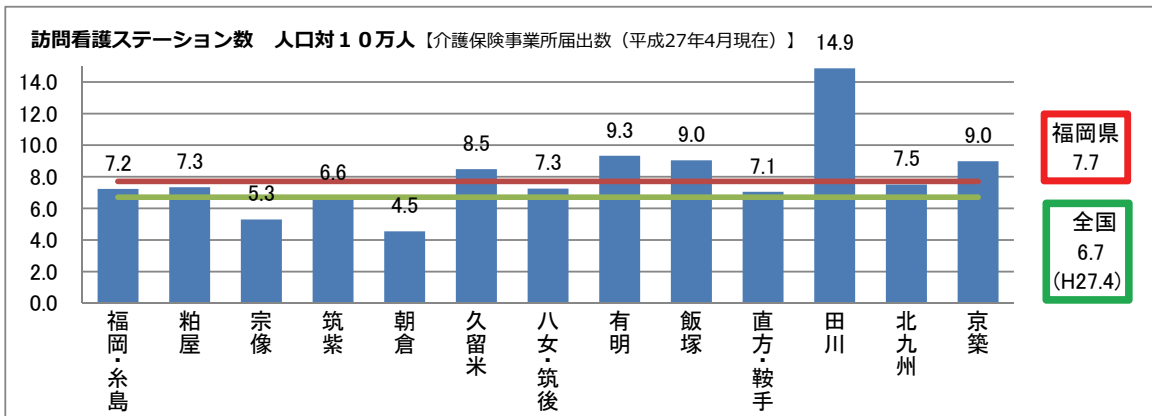
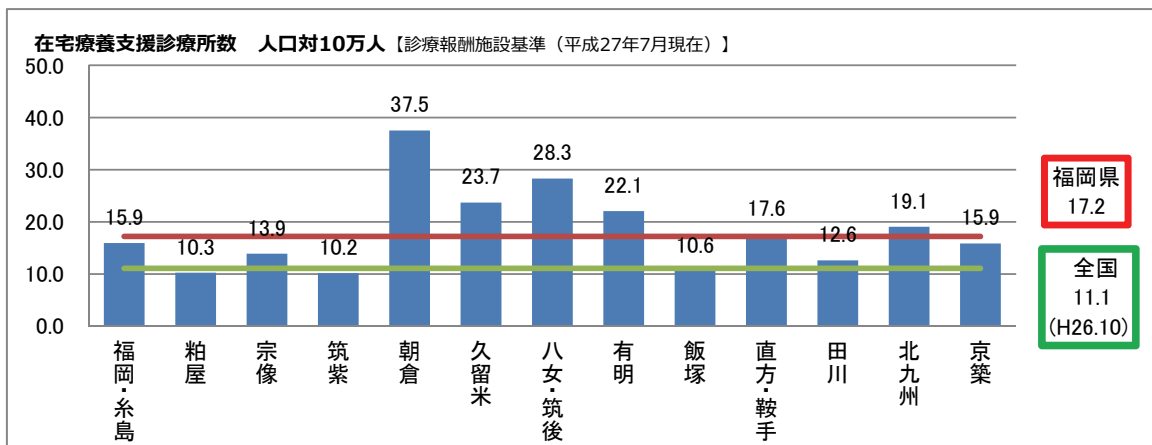
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

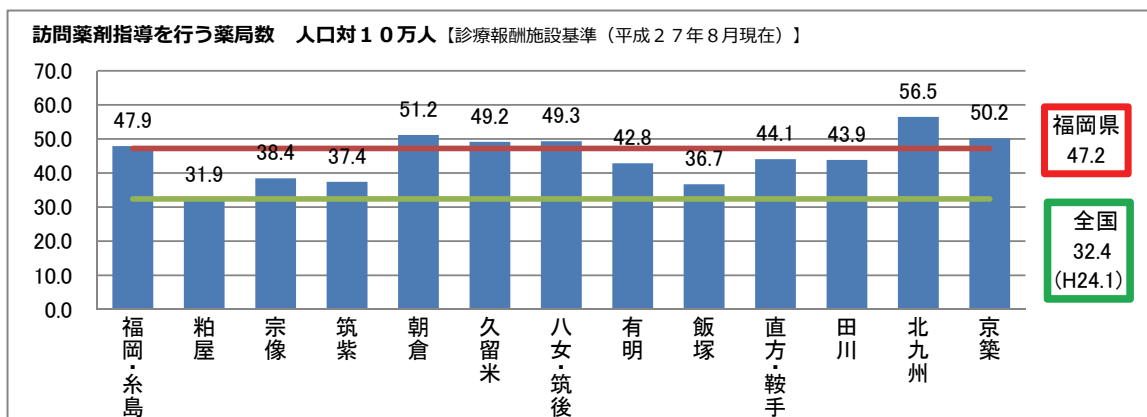
※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（4）
 - 聖マリア病院、社会医療法人天神会新古賀病院、医療法人社団シマダ嶋田病院、医療法人聖峰会田主丸中央病院
- 特定機能病院（1）
 - 久留米大学病院
- 救命救急センター（2）
 - 久留米大学病院（高度）、聖マリア病院
- 災害拠点病院（2）
 - 久留米大学病院、聖マリア病院
- へき地医療拠点病院（1）
 - くるめ病院
- 周産期母子医療センター等（2）
 - 総合周産期母子医療センター：久留米大学病院、聖マリア病院
- がん診療連携拠点病院等（2）
 - 地域拠点病院：久留米大学病院、聖マリア病院
- 感染症指定医療機関（2）
 - 第二種感染症指定医療機関：聖マリア病院、社会医療法人天神会新古賀病院
- 医師臨床研修病院（基幹型）（5）
 - 久留米大学病院、聖マリア病院、社会医療法人天神会新古賀病院、久留米大学医療センター、医療法人社団高邦会高木病院
- 介護予防支援センター（1）
 - 医療法人かぶとやま会久留米リハビリテーション病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
 - 久留米大学病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は109施設（平成27年7月1日現在）で、人口10万人当たり23.7施設となっており、県平均（17.2施設）、全国平均（11.1施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は39施設（平成27年4月1日現在）で、人口10万人当たり8.5施設となっており、県平均（7.7施設）、全国平均（6.7施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は19施設（平成27年8月1日現在）で、人口10万人当たり4.1施設となっており、県平均（6.7施設）を下回っていますが、全国平均（3.2施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は226施設（平成27年8月1日現在）で、人口10万人当たり49.2施設となっており、県平均（47.2施設）、全国平均（32.4施設）を上回っています。





④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に就いている医師の数は2,011人で、人口10万人当たり434.0人となっており、全国平均（231.5人）を上回っています。
- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を上回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は35歳から39歳が最も多くなっており、25歳から50歳代にかけて安定した分布となっています。（図表1-3-06）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に就いている歯科医師の数は434人で、人口10万人当たり93.7人となっており、全国平均（78.7人）を上回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬局及び医療施設に就いている薬剤師の数は909人で、人口10万人当たり196.2人となっており、全国平均（168.5人）を上回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成26（2014）年12月31日現在の看護職員数は8,517人（保健師184人、助産師150人、看護師5,904人、准看護師2,279人）で、人口10万人当たり1,837.9人となっており、全国平均（1,177.1人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、20歳から29歳にかけて最も高い割合を示しています。（図表1-3-06）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|-------|----------|------------|-------|-------------|------|------|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 06久留米 | 2,011 | 434.0 | 212.7 | 78.5 | 52.9 | 11.7 | 4.1 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

(単位：人)

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|-------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 06久留米 | 434 | 93.7 | 909 | 196.2 | 8,517 | 1,837.9 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では、85.0%が自己完結しており、朝倉区域の患者の16.4%、八女・筑後区域の患者の15.3%、有明区域の患者の14.9%が久留米区域に流入しています。（図表2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準13対1及び15対1の病床では79.1%が自己完結しており、朝倉区域の患者の69.9%が久留米区域に流入しています。回復期リハビリテーション病床では79.9%が自己完結しており、朝倉区域の患者の29.1%が久留米区域に流入しています。（図表2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では70.9%が自己完結しており、15.9%が佐賀県に流出している一方、朝倉区域の患者の18.8%、八女・筑後区域の患者の11.4%が久留米区域に流入しています。（図表2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成37（2025）年患者流出入の状況では、久留米区域の自己完結率は、高度急性期で86.6%、急性期で83.6%、回復期で81.5%、慢性期で67.9%と推計されています。（図表3-1-1～図表3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準7対1及び10対1を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均を上回っています。看護配置基準13対1及び15対1のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は、全国平均を大きく上回っています。また、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比も全国平均を大きく上回っています。（図表4-1）
- DPC参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、全てのMDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系

疾患等全 18 分類) に対応した入院医療が提供されており、提供量 (件数) についても年度間で安定しています。(図表 5-06)

② 救急医療

- D P C 参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられる全ての M D C について、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量 (件数) についても年度間で安定しています。(図表 6-06)
- N D B データでは、87.8% が自己完結しています。(図表 10-1)
- S C R では、「救急医療の体制」について、二次救急ではレセプト出現比が全国平均を下回り、三次救急では全国平均を大きく上回っています。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比が全国平均を大きく上回っていますが、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均を下回っています。「夜間休日の救急搬送」については、入院ではレセプト出現比は全国平均並み、外来では全国平均を下回っています。「集中治療室等の体制」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っており、全般的に充実した診療が行われています。(図表 4-2)
- 消防庁データ (平均搬送時間) では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児、乳幼児、小児、成人、高齢者全てで 30 分未満となっています。(図表 7-1～図表 7-5)

③ 脳血管疾患 (脳卒中)

- 「脳梗塞・T I A (一過性脳虚血発作)」の N D B データでは、78.1% が自己完結しており、朝倉区域の患者の 19.9%、八女・筑後区域の患者の 12.6% が久留米区域に流入しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」の N D B データでは、96.6% が自己完結しており、朝倉区域の患者の 38.2%、八女・筑後区域の患者の 50.0%、有明区域の患者の 17.1% が久留米区域に流入しています。(図表 10-2-2)
- S C R では、脳血管疾患に係る「療養管理 (かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」「薬物療法」「手術」「リハビリ」「連携パス」の全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。(図表 4-3)
- D P C 参加病院へのアクセシビリティ (アクセスのしやすさ) は、脳梗塞では 30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 98.2%、60 分以内は 100.0% となっています。くも膜下出血では 30 分以内は 66.8%、60 分以内は 94.3% となっています。特にうきは市の以東の地域が時間を要しています。(図表 11-1-1～図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患 (急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」の N D B データでは 96.1% が自己完結しており、朝倉区域の患者の 45.5%、八女・筑後区域の患者の 37.0% が久留米区域に流入しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」の N D B データでは 86.9% が自己完結しており、朝倉区域の患者の 29.8%、八女・筑後区域の患者の 28.5% が久留米区域に流入しています。(図表 10-3-2)
- S C R では、虚血性心疾患に係る「療養管理」「治療・手術」「画像診断」「リハビリ」の全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行

われています。(図表 4-4)

- 「急性心筋梗塞」に係るD P C参加病院へのアクセシビリティでは、30 分以内にアクセス可能な住民の割合は80.8%、60 分以内は100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍（がん）

- D P C参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。(図表 8-06、図表 9-06)
- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、84.8%が自己完結しており、朝倉区域の患者の29.5%、八女・筑後区域の患者の29.4%、有明区域の患者の19.6%が久留米区域に流入しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、D P C参加病院へのアクセシビリティ（60 分以内人口カバー率）は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 87.8% | 100.0% | 100.0% |
| 大腸がん | 86.0% | 100.0% | 100.0% |
| 直腸がん | 87.5% | 100.0% | 100.0% |
| 肺がん | 84.0% | 100.0% | 100.0% |
| 乳がん | 97.9% | 100.0% | 100.0% |
| 肝臓がん | 79.9% | 100.0% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では89.1%が自己完結しており、朝倉区域の患者の47.4%、八女・筑後区域の患者の40.2%、有明区域の患者の26.0%が久留米区域に流入しています。(図表 10-4-14)
- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では92.3%が自己完結しており、朝倉区域の患者の41.3%、八女・筑後区域の患者の20.1%、有明区域の患者の21.5%が久留米区域に流入しています。(図表 10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では96.2%が自己完結しており、朝倉区域の患者の86.8%、八女・筑後区域の患者の42.6%、有明区域の患者の56.3%が久留米区域に流入しています。(図表 10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータの内「外来」では92.8%が自己完結しており、朝倉区域の患者の86.1%、八女・筑後区域の患者の27.7%、有明区域の患者の35.5%、筑紫区域の患者の19.5%が久留米区域に流入しています。(図表 10-4-17)
- S C Rでは、「療養管理」「手術」について全てのがんでレセプト出現比が全国平均並みか、全国平均を上回っています。「治療」についても「がんの化学療法」「放射線治療」ともレセプト出現比が全国平均を上回っています。「緩和ケア」「リハビリ」についても全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。「がん診療連携体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では81.7%が自己完結しており、朝倉区域の患者の20.9%、八女・筑後区域の患者の14.3%が久留米区域に流入しています。(図表10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では91.4%が自己完結しており、朝倉区域の患者の12.1%、八女・筑後区域の患者の11.3%が久留米区域に流入しています。(図表10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」「糖尿病透析予防指導管理」「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。(図表4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、75.7%が自己完結しており、朝倉区域の患者の20.0%、八女・筑後区域の患者の20.8%が久留米区域に流入しています。(図表10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、94.1%が自己完結しており、朝倉区域の患者の60.2%、八女・筑後区域の患者の94.3%、有明区域の患者の66.3%が久留米区域に流入しています。(図表10-6-2)
- SCRでは、ほとんどの項目でレセプト出現比が全国平均を上回っています。「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を大きく上回っています。(図表4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、92.6%が自己完結しており、朝倉区域の患者の79.3%、八女・筑後区域の患者の100.0%、有明区域の患者の46.0%が久留米区域に流入しています。(図表10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、94.9%が自己完結しており、朝倉区域の患者の100.0%、八女・筑後区域の患者の40.9%、有明区域の患者の67.1%が久留米区域に流入しています。(図表10-7-2)
- SCRでは、多くの項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。(図表4-8)

⑨ 在宅医療 (図表4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「往診」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「緊急往診」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物・居宅で全国平均並みですが、特定施設では全国平均を下回っています。
- 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」「在宅患者訪問点滴注射管理指導」「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」のレセプト出現比は全国平均並みか全国平均を上回っています。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「各種指導管理」「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均を下回って

ますが、「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。

- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37 (2025) 年の医療需要と必要病床数等

(1) 平成 37 (2025) 年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 久留米区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37 (2025) 年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|----------|--------|
| 高度急性期 | 637人・日 | 849床 |
| 急性期 | 1,635人・日 | 2,095床 |
| 回復期 | 1,745人・日 | 1,939床 |
| 慢性期 | 1,107人・日 | 1,203床 |
| 合計 | 5,124人・日 | 6,086床 |

平成 37 (2025) 年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|----------|
| 在宅医療等 | 7,390人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

(2) 病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27 (2015) 年度の久留米区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 7,447 床と なっています。病床の機能別にみると高度急性期 1,184 床 (15.9%)、急性期 2,897 床 (38.9%)、回復期 765 床 (10.3%)、慢性期 2,601 床 (34.9%) となっています。

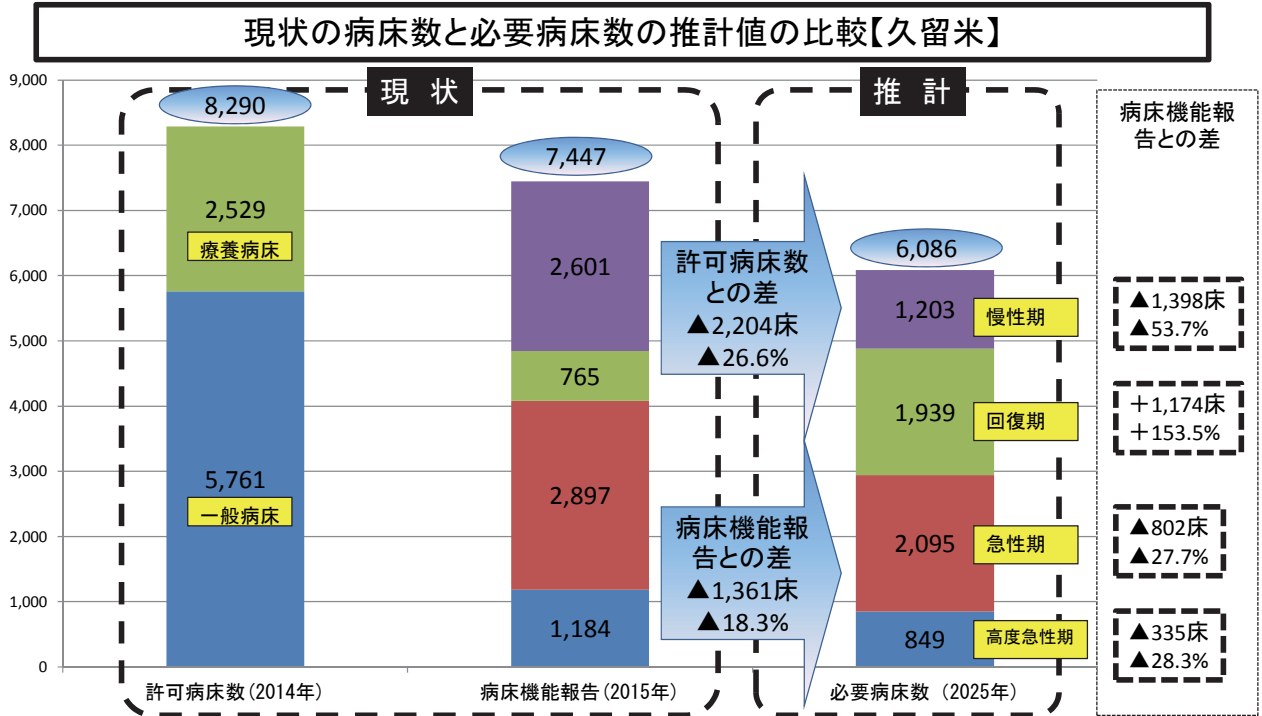
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 1,184床 | 15.9% |
| 急性期 | 2,897床 | 38.9% |
| 回復期 | 765床 | 10.3% |
| 慢性期 | 2,601床 | 34.9% |
| 合計 | 7,447床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの

※休棟等により機能未選択の病床 101 床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成 26 (2014) 年時点の許可病床数は 8,290 床で、平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を 2,204 床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を 1,174 床下回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-06)

- 外来では、平成 22 (2010) 年と比較した場合、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で約 5% 程度増加すると推計されています。傷病別では、特に循環器系の疾患 (主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患 (骨折) の患者が 19%~20% 程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で 20% 程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が 30%~32% 程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については 21% 程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に 75 歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計

されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。

- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、久留米区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 16 千人、平成 37 (2025) 年では約 27 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が1,174床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議等が出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期について現状の医療提供体制を維持しつつ、回復期機能の充実を図っていく必要があり、一般病床の地域包括ケア病床など回復期病床への転換とともに、療養病床から回復期機能への転換についても検討していく必要がある。
- ・ 回復期病床の転換を進めていくにあたっては、退院先・連携先となる在宅医療・介護サービスの充実が必要である。
- ・ 療養病床については、受け皿となる在宅医療・介護サービスの充足の状況などをよく見極めていく必要があるとともに、現在、国において議論がなされている「新類型（※）」への転換について検討していく必要がある。

※「新類型」…療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・久留米区域は、主として久留米市内とその周辺部に分かれ、久留米市内は病床数・医療機能ともに充足されており、このことで久留米区域全体でも平均以上の医療が確保されているが、周辺部では病床数や医療機能が乏しくなっている現状があることも認識しておく必要がある。
- ・構想を進める上では、医師の育成機関である久留米大学病院を中心に、筑後地域全体の医師の確保（卒前卒後教育等）のあり方について、話し合い等を行っていくことが必要である。
- ・佐賀県の東部・中部医療圏との連携についても考慮していく必要がある。

（２）在宅医療等の充実

① 課題

- 久留米区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は7,390人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 久留米区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 在宅医療を提供する体制はあると考えられ、今後は更に充実させるために後方病院の整備や介護関係者等の連携の強化が必要である。
- ・ 要介護者のピークは2030年から2035年頃であり、その後の需要減を踏まえると、今ある地域資源を有効に活用して高齢者対策を進めていくことが必要である。
- ・ また、高齢化に伴い死亡者数の増加がデータで示されているが、入院・入所を繰り返しながら、できるだけ在宅にいて、最後は病院や施設で亡くなるといったケースが一般的になると考えられる。在宅と入院・入所の柔軟なサービス提供体制を構築することが必要である。
- ・ 終末期の尊厳あるケアをどのように提供するのか、サービスの質の観点からも関係者の協力体制の構築が必要であり、入院医療機関におけるケアカンファレンス等ケアマネジメントの充実を図るとともに、療養病床における緊急時の受入、緊急往診といった、まさかの時の安心を保障する仕組みづくりが必要である
- ・ 医療ニーズを的確に評価するための研修会等の実施などケアマネジメントの質の向上や医療と介護の連携の充実（医療介護連携関連のSCRの値100以上を目標）に取り組んでいくことが必要である。
- ・ 久留米区域は、主として久留米市内とその周辺部に分かれ、久留米市内には在宅医療支援病院・診療所が多いが、その周辺部は少ないという医療資源の偏在の問題がある。
- ・ 久留米市内は人口密度が高く、一人の医師が比較的多くの患者を在宅で診療できるが、周辺部は人口密度が低く、中山間地もあるため、移動時間が長くなり、診療できる患者の数に限りが生じる。また、医師自体の高齢化の問題もあり、在宅医療を行う医師はむしろ少なくなっていくという課題がある。
- ・ 診療科についても内科・外科・整形の医師は在宅医療ができて、耳鼻科や眼科は在宅医療にはなじまないと考えられる。
- ・ 大川三潞地域において訪問診療を行っている医師はいるものの、在宅での看取りもまだ少ない状況がある。地域住民への啓発や医師会、行政等が協力して多職種連携を推進していくことが必要である。
- ・ 現実的にどこまで在宅医療で対応可能なかを十分把握しないと難しい問題であり、医療区分1の70%を在宅医療等で対応するというのは非常に厳しい話である。
- ・ 在宅医療といってもその範囲は広く、毎日のように診療を行う在宅医療もあれば、週に1回、月に1回の診療で済む在宅医療というものもある。現状、在宅医療に取り組んでいない医療機関であっても、往診などの形で在宅医療を行っており、そういったことも踏まえて検討して行く必要がある。
- ・ 在宅医療に関する地域医療介護総合確保基金の活用については、単年度、単年度で考えていくのではなく、ある程度の事業期間の中で取り組んでいかないと、活用が非常にしづらい面がある。
- ・ 在宅医療については、市町村が医師会等の協力を得て推進していくことが重要であり、在宅医療のビジョンについて市町村から医師会に伝えていくことが必要である。
- ・ 区域内の医療関係者間の意見交換でも医療区分1の70%が本当に療養病床から移行できるのか、療養病床の新たな転換先である新類型がまだ不確定であることなど、在宅医療に関する課題が多く挙げられている。

- ・ 有床診療所は、施設数が年々減少しているが、地域密着型多機能の医療提供を行っており、その病床は重要な医療資源である。有床診療所の有効活用を考えていく必要がある。
- ・ 訪問看護ステーションのサテライト機能の充実が必要である。
- ・ 在宅医療を進めていくにあたっては、地域包括ケアシステムがしっかり構築される必要がある。地域包括ケアシステムの中で市町村をはじめ様々な関係者が関わって住民へのケアを提供し、そこに医療や介護が取り込まれることで初めて在宅医療も機能していくものである。在宅医療だけを充実させればよいということではないということに留意しておく必要がある。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 久留米市周辺部において、地域によってはアクセシビリティが悪いところがあると考えられ、このことについて留意しておく必要がある。
- ・ 大川三潞地域においては、有明区域、佐賀県からの患者の流入、佐賀県への患者の流出もみられ、県境や区域を跨ぐ役割分担や連携についても併せて考えていく必要がある。
- ・ 救急車で医療機関に搬送されても入院まで必要がない症例も多数あり、一次救急体制のあり方についても考慮していく必要がある。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 脳血管疾患に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。
- ・ アクセシビリティも概ね良好であるものの、くも膜下出血に関してはうきは市以東でやや時間を要しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていくとともに、改善点等について、引き続き、調整会議において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 脳血管疾患に関して、うきは市以東は大分県日田市の医療機関に搬送されているが、そちらでの受け入れが困難な場合に久留米市内の医療機関へ運ばれることから、アクセシビリティが悪化しており、将来的な懸念事項である。
- ・ 小郡三井医師会の管内では、脳血管疾患や虚血性心疾患については、管内である程度の処置ができる患者は管内の医療機関でいったん処置を行い、それから久留米市内の病院へ搬送する二段構えの措置が採られている。また、患者の重症度には違いがあり、軽症の患者を収容する医療機関も必要であり、役割分担が重要である。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性心疾患に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 悪性腫瘍（がん）に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。
- ・ 連携パスの利用が全国平均を下回っており、がん診療の連携体制の一層の充実を図っていく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ がんの在宅医療に係る体制の強化（SCRの値100以上を目標）が必要である。
- ・ がんの連携パスが進んでいない理由は、進め方の問題と一般市民の理解が進んでいない点にある。久留米区域でしっかり連携パスが稼働するよう、話し合いや研修会に取り組んでいく必要がある。
- ・ 大川三潞地域においては、佐賀県の高度医療機関への流出もみられ、県境を跨ぐ役割分担や連携についても併せて考えていく必要がある。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 浮羽地域においては、軽症の場合には地域内で完結できているが、重症例や重度の合併症がある場合には、久留米市、朝倉市、日田市の基幹病院で対応しており、遠方への通院、入院となるため、患者及び家族の負担が大きく、浮羽地域の基幹病院等での受入体制の整備を行っていく必要がある。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神疾患に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 久留米市以外の区域においては、必ずしも医療資源が十分ではなく、偏在があることについて留意しておく必要がある。
- ・ 浮羽地域においては、精神疾患に関する超急性期や措置入院などへの入院対応が困難なことが課題である。また、浮羽地域に限らず、全県的に透析を必要とする精神疾患患者を長期に入院させる病床がないことも課題である。
- ・ 大川三潞地域においては、精神科の診療所が1か所で入院施設はなく、他の診療科との連携や精神科救急入院について課題があると認識している。
- ・ 認知症を含む精神疾患患者について、在宅医療等といった形で社会復帰に結び付けていくための受け入れ体制の整備が課題である。
- ・ 「入院医療中心から地域生活中心へ」という観点から、うつ病等で休職や退職を余儀なくされている患者への復職支援や、発達障がい・精神疾患患者への就労支援に取り組んでいく必要がある。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実

しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 久留米区域としてみた場合には提供体制は充実しているものの、久留米市以外の区域においては、小児科医、産婦人科医の数も十分な状況ではないことに留意しておく必要がある。また、看護職員の確保も含め、人材の確保が今後の重要な課題である。
- ・ 浮羽地域においては、小児救急患者の多くは久留米市内に搬送されており、地域内で小児救急患者の受入体制の整備を行っていく必要がある。
- ・ 大川三瀨地域においては、産科は1病院、1診療所のみでハイリスク分娩も対応できていない。有明区域や佐賀県への流出も見られ、区域を超えた連携が必要である。
- ・ 三次医療機関における正常分娩症例の制限など役割分担により、勤務医の負担を緩和する必要がある。

⑧ 骨折・肺炎**【課題又は現状の評価】**

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 地域完結型医療の観点から、特殊な疾患は除き中等症までの救急患者は、浮羽地域の基幹病院で受け入れる体制を整備していくことが必要である。

⑨ 認知症**【課題又は現状の評価】**

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。

- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 認知症のうち比較的軽度なものについては、内科で多くの診療に対応している実態があることに留意し、今後の提供体制のあり方を考えていく必要がある。
- ・ 認知症の患者について、身体的な管理等が伴う場合は、精神科医だけでなく他の診療科と連携して対応していく必要があることから、医療連携の構築が課題となる。
- ・ B P S D（周辺症状）によって地域生活が困難となっている認知症患者の入院支援等に取り組んでいく必要がある。

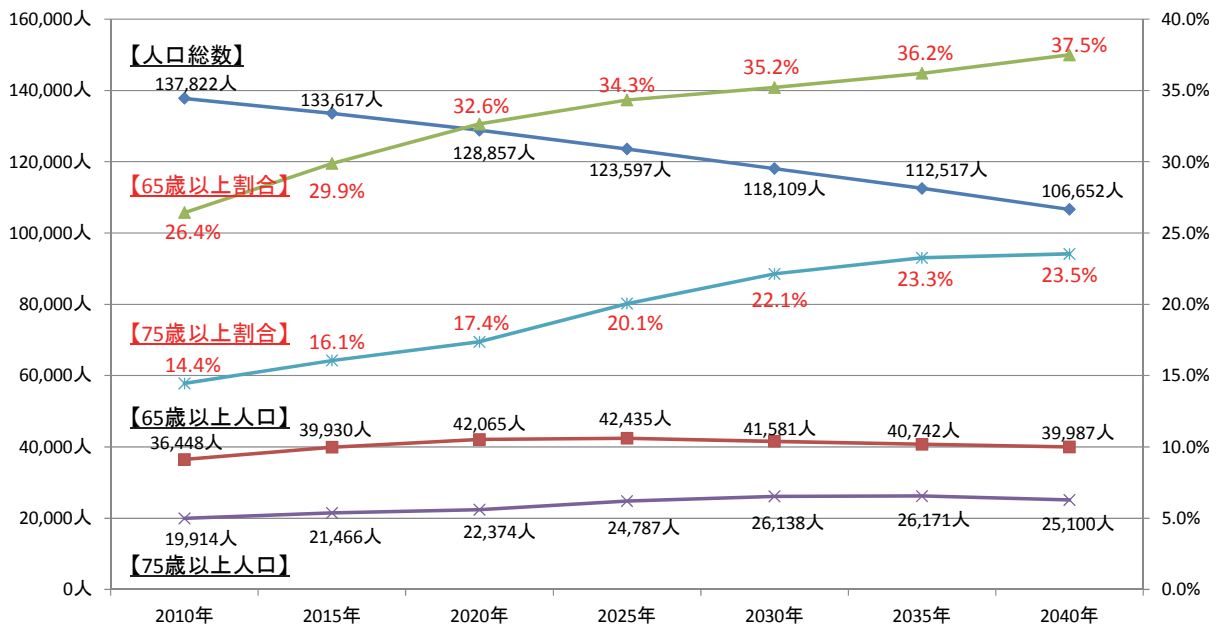
07 八女・筑後区域 (八女市、筑後市、八女郡(広川町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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(2013)年3月中位推計)によると、八女・筑後区域の総人口は減少を続け、平成22(2010)年の137,822人が、平成37(2025)には123,597人(対平成22年▲10.3%)となり、平成52(2040)年には106,652人(同▲22.6%)となると予想されています。
- 一方、65歳以上の高齢者人口は平成37(2025)年の42,435人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成22(2010)年の26.4%が、平成37(2025)年には34.3%となり、平成52(2040)年には37.5%となると予想されています。
- また、75歳以上の後期高齢者人口は平成47(2035)年の26,171人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成22(2010)年の14.4%が、平成37(2025)年には20.1%となり、平成52(2040)年には23.5%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、5歳から20歳までの年代で人口が流出しており、その後の年代で若干の人口流入が見られますが、75歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表1-1-07(別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表1-2-07)

八女・筑後区域の人口推移



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 八女・筑後区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 14 施設であり、このうち一般病院は 13 施設となっています。
- 一般診療所は、117 施設であり、そのうち有床診療所は 15 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 1,205 床 (病院 1,048 床、有床診療所 157 床)、療養病床が 837 床 (病院 825 床、有床診療所 12 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 884.3 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 614.3 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 30 床減少しており、一般病床が 17 床 (+1.4%) 増加し、療養病床が 47 床 (▲5.3%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

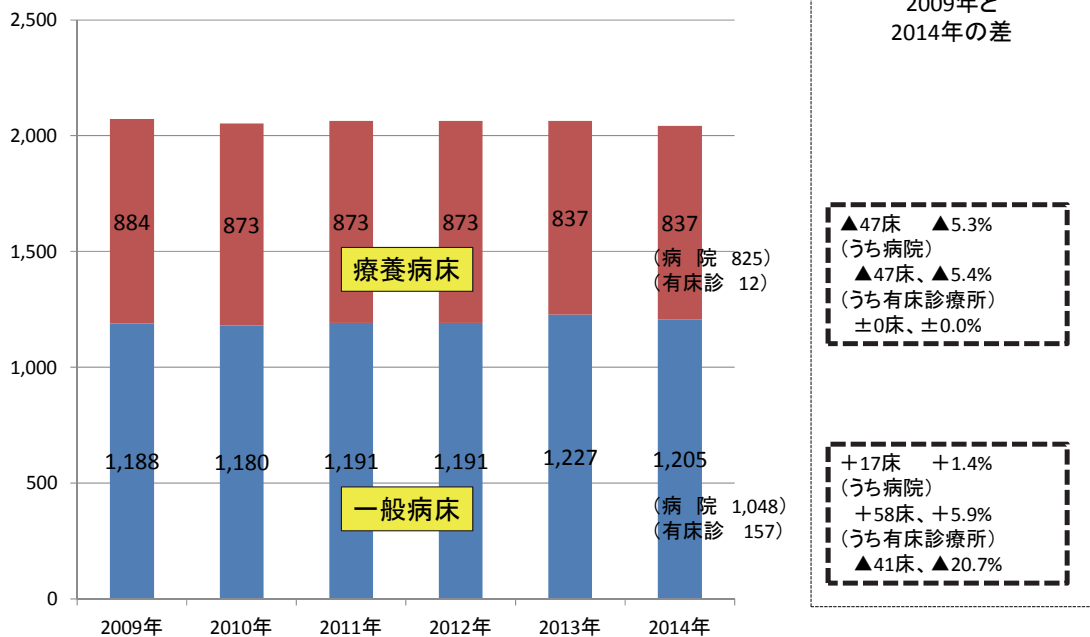
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|----------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 07 八女・筑後 | 2,042 | 1,205 | 837 | 1,498.6 | 884.3 | 614.3 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 八女・筑後

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|----------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 07 八女・筑後 | 14 | 1 | - | - | 1 | - |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|----------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 07 八女・筑後 | - | 1 (地域拠点) | 1 (二種) | 2 | - | 1 |

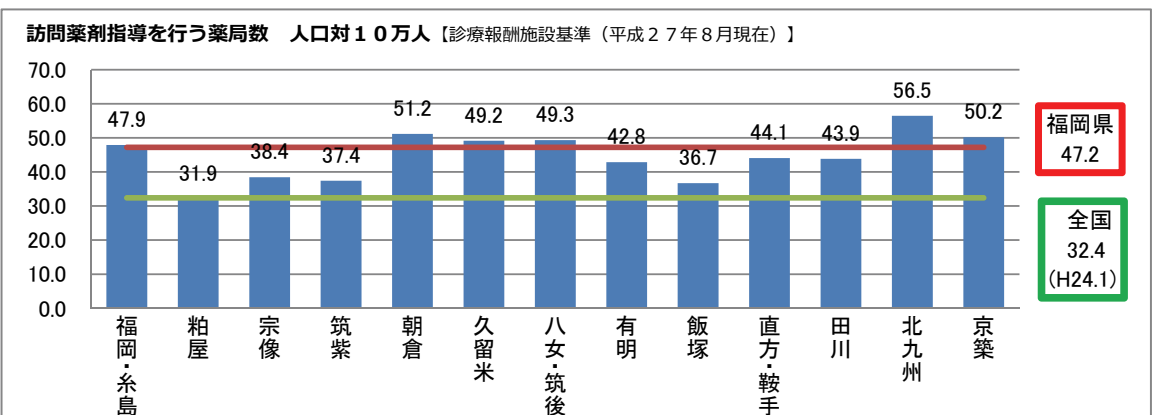
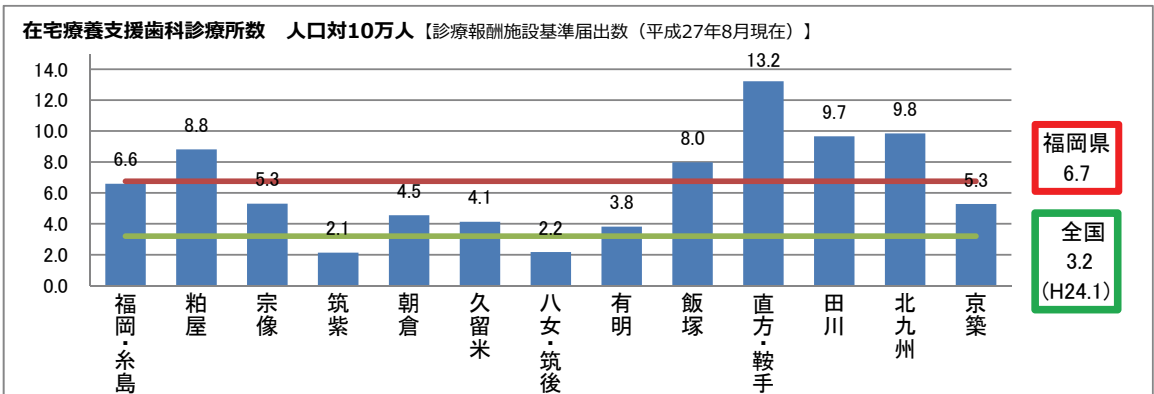
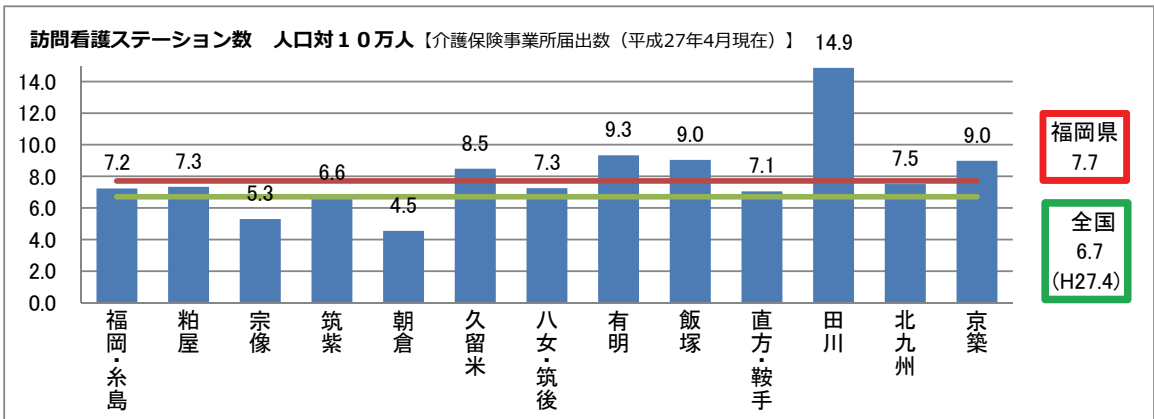
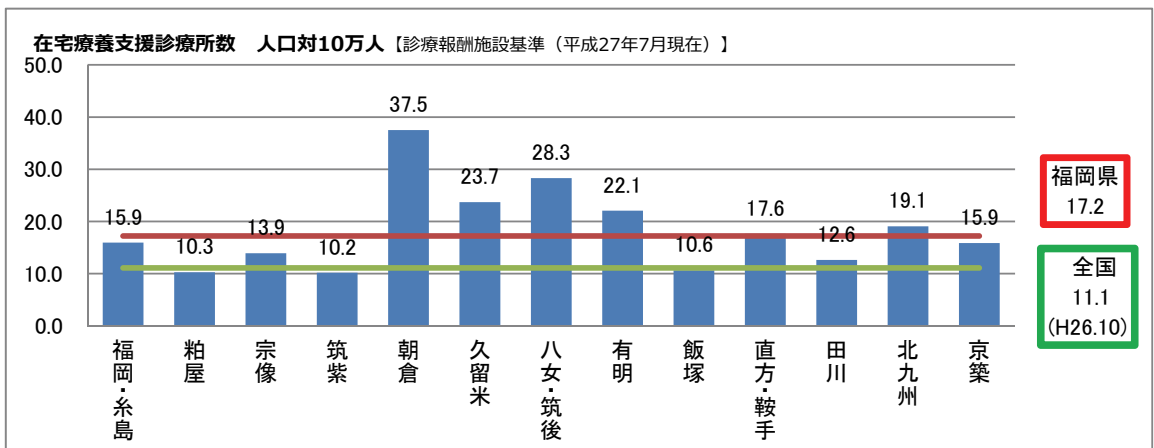
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
公立八女総合病院
- 災害拠点病院（1）
筑後市立病院
- がん診療連携拠点病院等（1）
地域拠点病院：公立八女総合病院
- 感染症指定医療機関（1）
第二種感染症指定医療機関：筑後市立病院
- 医師臨床研修病院（基幹型）（2）
公立八女総合病院、筑後市立病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人清友会植田病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 39 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 28.3 施設となっており、県平均（17.2 施設）、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 10 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 7.3 施設となっており、県平均（7.7 施設）並みとなっており、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 3 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 2.2 施設となっており、県平均（6.7 施設）、全国平均（3.2 施設）を下回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 68 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 49.3 施設となっており、県平均（47.2 施設）、全国平均（32.4 施設）を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は277人で、人口10万人当たり203.4人となっており、全国

平均（231.5人）を下回っています。

- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は60歳以上が最も多くなっているものの、30歳から54歳にかけて分布しています。（図表1-3-07）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は101人で、人口10万人当たり74.1人となっており、全国平均（78.7人）を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は211人で、人口10万人当たり154.9人となっており、全国平均（168.5人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成26（2014）年12月31日現在の看護職員数は2,109人（保健師58人、助産師23人、看護師1,290人、准看護師738人）で、人口10万人当たり1,547.9人となっており、全国平均（1,177.1人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、35歳から39歳にかけて最も高い割合となっており、20歳台が比較的少なくなっています。（図表1-3-07）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|---------|----------|------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 07八女・筑後 | 277 | 203.4 | 61.1 | 34.4 | 20.6 | 3.6 | 0.0 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|---------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 07八女・筑後 | 101 | 74.1 | 211 | 154.9 | 2,109 | 1,547.9 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成 25 年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 の病床では、82.1%が自己完結しており、15.3%が久留米区域に流出しています。（図表 2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では、91.7%が自己完結しています。回復期リハビリテーション病床でも 89.0%が自己完結しています。（図表 2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では、83.7%が自己完結しており、11.4%が久留米区域に流出しています。（図表 2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37（2025）年患者流出入の状況では、八女・筑後区域の自己完結率は、高度急性期で 64.0%、急性期で 80.5%、回復期で 80.7%、慢性期で 69.3%と推計されています。（図表 3-1-1～図表 3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均並みとなっています。看護師配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 のレセプト出現比は全国平均を上回っています。回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っており、有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比も全国平均を上回っています。（図表 4-1）
- DPC 参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、全てのMDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類）に対応した入院医療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 5-07）

② 救急医療

- DPC 参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられるMDCのうち、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」並びに「新生児疾患、先天性奇形」に係る医療提供が確認されませんが、これ以外のMDCに対応した入院医療は提供されており、提供量（件数）についても年度間で概ね安定しています。（図表 6-07）
- NDBデータでは、88.4%が自己完結しており、10.9%が久留米区域に流出しています。（図表 10-1）
- SCRでは、「救急医療の体制」について、二次救急のレセプト出現比は全国平均並みとなっています（三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない）。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比は全国平均並み、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均を上回っています。「夜間休日の救急搬送」については、入院ではレセプト出現比が全国平均並み、外来では全国平均を下回っています。「集中治療室等の体制」のレセプトはほぼ出現していません。（図表 4-2）
- 消防庁データ（平均搬送時間）では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間につ

いて、新生児が39分と時間を要しています。乳幼児、小児、成人、高齢者については30分未満となっています。(図表7-1～図表7-5)

③ 脳血管疾患（脳卒中）

- 「脳梗塞・TIA（一過性脳虚血発作）」のNDBデータでは、84.7%が自己完結しており、12.6%が久留米区域に流出しています。(図表10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは50.0%が自己完結しており、50.0%が久留米区域に流出しています。(図表10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理（かかりつけ医によるプライマリ・ケア）」に関連するレセプト出現比は、「脳梗塞・TIA」では全国平均を上回っていますが、これ以外では全国平均を下回る項目が多くなっています。「薬物療法」では、「脳卒中のtPA（血栓溶解療法）」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「tPA以外の薬物療法」については全国平均を上回っています。「手術」に関連するレセプト出現比は全国平均を下回る項目が多くなっています。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を上回っており、「廃用症候群（安静状態が長期に渡って続くことによって起こるさまざまな心身の機能低下等）に対するリハビリテーション」のレセプト出現比は、外来で全国平均を下回るものの、全体では全国平均並みとなっています。「連携パス」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。(図表4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ（アクセスのしやすさ）は、脳梗塞では30分以内にアクセス可能な住民の割合は89.1%、60分以内は98.8%となっています。くも膜下出血では30分以内は22.3%、60分以内は89.4%となっています。特に区域内の東部で時間を要しています。(図表11-1-1～図表11-1-2)

④ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは63.0%が自己完結しており、37.0%が久留米区域に流出しています。(図表10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは66.2%が自己完結しており、28.5%が久留米区域に流出しています。(図表10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、外来レセプト出現比は全国平均並みか全国平均を上回っています。「治療・手術」については、レセプト出現比が全国平均を下回るか、レセプトが出現していません。「画像診断」については「冠動脈CT撮影」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「冠動脈造影」は全国平均を下回っています。「リハビリ」についてはレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、外来は全国平均を下回っています。(図表4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30分以内にアクセス可能な住民の割合は87.8%、60分以内は98.8%となっています。(図表11-2)

⑤ 悪性腫瘍（がん）

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で診療が行われています。手術についても血液系を除いて診療が行われています。提供量（件数）についても年度間で安定しています。(図表8-07、図

表 9-07)

- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、66.3%が自己完結しており、29.4%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ(60分以内人口カバー率)は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 77.1% | 60.5% | 98.8% |
| 大腸がん | 75.0% | 65.5% | 98.8% |
| 直腸がん | 80.2% | 100.0% | 98.8% |
| 肺がん | 64.2% | 62.9% | 98.8% |
| 乳がん | 23.8% | 31.3% | 98.8% |
| 肝臓がん | 81.4% | 100.0% | 98.8% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では51.7%が自己完結しており、40.2%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-14)
 - 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では79.1%が自己完結しており、20.1%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-15)
 - 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では57.4%が自己完結しており、42.6%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-16)
 - 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では72.3%が自己完結しており、27.7%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-17)
 - SCRでは、「療養管理」については、「直腸」「乳房」のレセプト出現比が全国平均を下回っていますが、その他のがんは全国平均並みの項目が多くなっています。「手術」については、「胃」「乳房」に関してはレセプト出現比が全国平均を下回っていますが、その他のがんでは入院で全国平均並みとなっています。「がんの化学療法」のレセプト出現比は入院では全国平均を下回っていますが、外来では全国平均を上回っており、「放射線治療」は全国平均並みとなっています。「緩和ケア」については、「緩和ケア病棟」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「緩和ケアチーム」のレセプトは出現していません。「がん診療連携の体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「がん患者のリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。(図表 4-5)
- ⑥ 糖尿病
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では77.4%が自己完結しており、14.3%が久留米区域に流出しています。(図表 10-5-1)
 - 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では86.4%が自己完結しており、11.3%が久留米区域に流出しています。(図表 10-5-2)
 - SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比が全国平均を下回っています。「人

工透析の導入」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、64.2%が自己完結しており、20.8%が久留米区域に流出しています。(図表 10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、94.3%が久留米区域に流出しています。(図表 10-6-2)
- SCRでは、精神医療の提供体制は充実しており、「認知症治療病棟入院料」「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を上回っています。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、100.0%久留米区域に流出しています。(図表 10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、59.1%が自己完結しており、40.9%が久留米区域に流出しています。(図表 10-7-2)
- SCRでは、「小児外来診療体制」「小児夜間・休日診療体制」「乳幼児に対する手術体制」のレセプト出現比は全国平均並みか全国平均を上回っていますが、これ以外はレセプト出現比が全国平均を下回る項目が多くなっています。(図表 4-8)

⑨ 在宅医療 (図表 4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。
- 「往診」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「緊急往診」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物、特定施設、居宅全てにおいて、全国平均を下回っています。
- 「訪問看護提供」「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「多職種カンファレンス」のレセプトは出現していません。
- 「各指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「退院時カンファレンス」のレセプトは出現していません。「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「在宅療養中の患者の緊急受入」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプトは出現していません。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37 (2025) 年の医療需要と必要病床数等

(1) 平成 37 (2025) 年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 八女・筑後区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37 (2025) 年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|--------------|------------|
| 高度急性期 | 1 1 1 人・日 | 1 4 8 床 |
| 急性期 | 5 2 2 人・日 | 6 6 8 床 |
| 回復期 | 5 6 4 人・日 | 6 2 7 床 |
| 慢性期 | 3 3 6 人・日 | 3 6 5 床 |
| 合計 | 1, 5 3 3 人・日 | 1, 8 0 8 床 |

平成 37 (2025) 年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|--------------|
| 在宅医療等 | 1, 8 3 5 人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

(2) 病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27 (2015) 年度の八女・筑後区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 1,877 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 4 床 (0.2%)、急性期 916 床 (48.8%)、回復期 386 床 (20.6%)、慢性期 571 床 (30.4%) となっています。

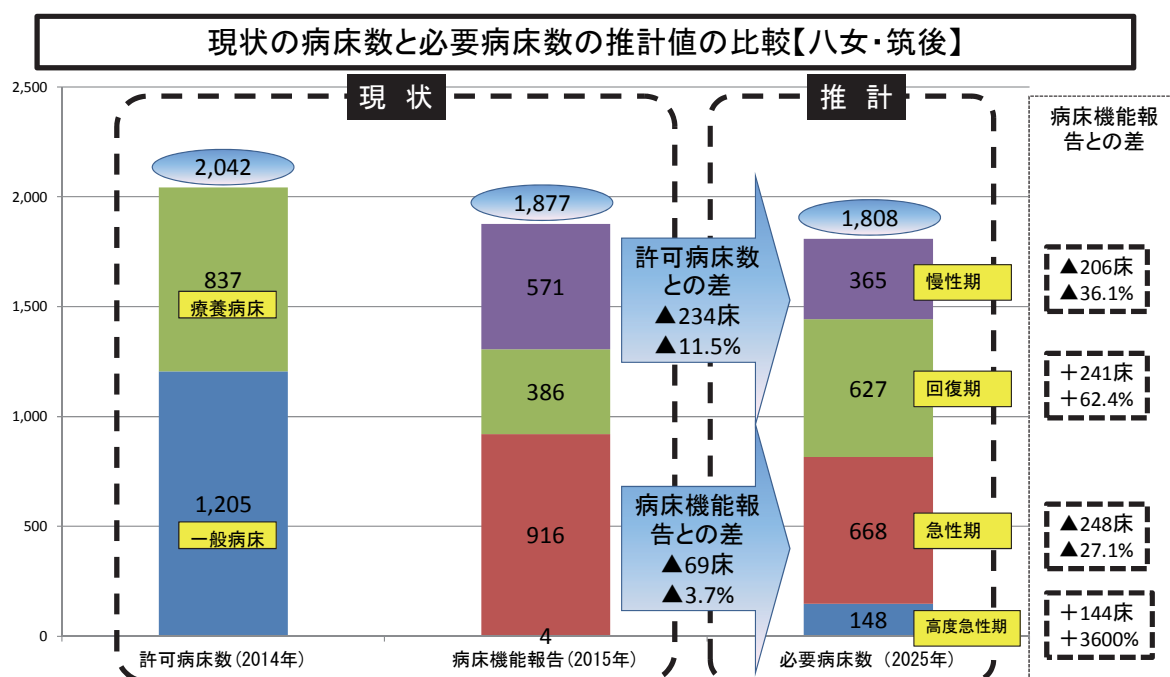
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|------------|------------|
| 高度急性期 | 4 床 | 0. 2 % |
| 急性期 | 9 1 6 床 | 4 8. 8 % |
| 回復期 | 3 8 6 床 | 2 0. 6 % |
| 慢性期 | 5 7 1 床 | 3 0. 4 % |
| 合計 | 1, 8 7 7 床 | 1 0 0. 0 % |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの

※休棟等により機能未選択の病床10床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は2,042床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を234床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を241床下回っています。また、高度急性期も144床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は104床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-07)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数はほぼ変わらず推移すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者は9%~10%程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成37(2025)年にかけて、総数で9%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が15%~17%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については18%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に75歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。

- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、八女・筑後区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 5 千人、平成 37 (2025) 年では約 8 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が241床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていく必要があります。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や内科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいく必要があります。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期については、区域内の医療資源の状況を考慮し、現状の医療提供体制を維持する。
- ・ 療養病床の削減の可否は、その受け皿である介護サービスの確保が必要である。
- ・ 八女東部は、高齢化がこれからも変わらず進んでいくため、慢性期病床がないとやっていけない。また、慢性期病床から回復期病床に病床転換をすると、さらにスタッフ数が必要になる。医療スタッフの確保は非常に厳しい。
- ・ 今後は、回復期、慢性期の機能をどう維持していくかということになるが、八女東部は住宅間の距離があり訪問診療は困難な面がある。その地域の高齢者に対して、医療機関に近く集団で生活できる居住スペースを提供する等の方策も考えていく必要がある。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 八女・筑後区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は1,835人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 八女・筑後区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 八女東部における在宅医療の推進は、医療資源が少ないうえに移動距離が長く、非効率である。地域の中核的医療機関において在宅医療の体制を充実していくことが必要。
- ・ 八女地域の実情として、在宅医療を選択できる状況はあるが、家庭の介護力の問題等から、患者家族が選択しない実情がある。
在宅医療は、主に内科、外科の開業医が担っている。眼科、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、小児科は往診になじまない。
- ・ 在宅医療支援病院の増加が望まれる。また、多職種連携に取り組むことが必要。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療の提供体制は、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 救急の自己完結率は比較的高いが、搬送時間については、特に八女東部は県内でも時間を要する地域である。

② 脳血管疾患（脳卒中）**【課題又は現状の評価】**

- ・ 脳梗塞に関する医療提供は概ね確保されていますが、くも膜下出血については、区域内東部のアクセシビリティに課題があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、八女・筑後区域における脳血管疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 脳卒中患者の連携パスについてはよく稼働しており、連携ができています。
- ・ 高度急性期、急性期については、医療機能がなくて久留米区域に流出している。
- ・ 医療機関が少ないことがアクセシビリティに現れている。
- ・ 脳外科で入院できる病院が限られているので、この現状はやむを得ない面がある。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）**【課題又は現状の評価】**

- ・ 虚血性心疾患に対する医療提供は概ね確保されていますが、急性心筋梗塞については、区域内東部のアクセシビリティに課題があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、八女・筑後区域における虚血性心疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

④ 悪性腫瘍（がん）**【課題又は現状の評価】**

- ・ 悪性腫瘍（がん）に関する医療の提供体制は概ね確保されています。
- ・ 連携パスの利用が全国平均を下回っており、がん診療の連携体制の一層の充実を図っていく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、八女・筑後区域における悪性腫瘍の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 全般的に確保されているが、乳がんは久留米区域に依存している。久留米区域に乳がんを中心に診療を行っている医療機関があり、検診にも力を入れている。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に対する医療の提供体制は概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 糖尿病足病変に対する管理（予防管理）の値が低くなっているが、実際に行われていたとしても、施設基準等で診療報酬が算定されていない可能性もある。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については、区域内の提供体制は脆弱となっています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定されるところであり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

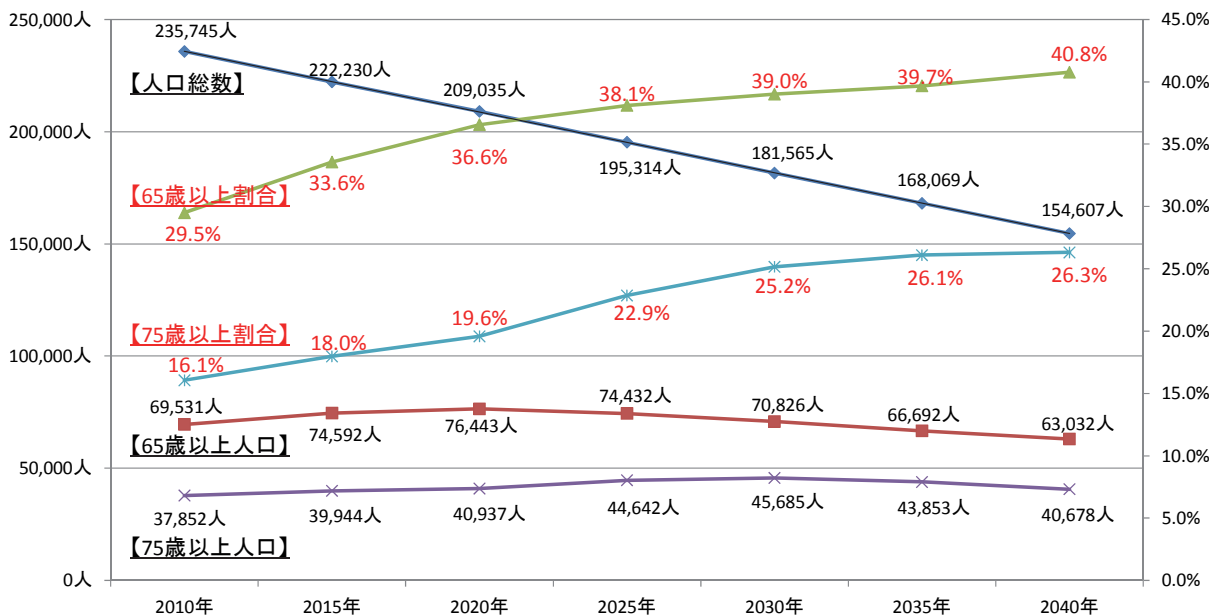
- ・ 認知症については、どの病床の形態にも関与しており、特別に議論していく必要がある。

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、有明区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 235,745 人が、平成 37 (2025) 年には 195,314 人(対平成 22 年▲17.2%)となり、平成 52 (2040) 年には 154,607 人(同▲34.4%)となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 32 (2020) 年の 76,443 人をピークに減少に転じ、総人口に占める割合は、平成 22 (2010) 年の 29.5%が平成 37 (2025) 年には 38.1%となり、平成 52 (2040) 年には 40.8%となると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 42 (2030) 年の 45,685 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 16.1%が、平成 37 (2025) 年には 22.9%となり、平成 52 (2040) 年には 26.3%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、5 歳から 20 歳までの年代で人口が流出しており、その後の年代でも流入による人口増加は見られず、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-08 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-08)

有明区域の人口推移



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 有明区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 33 施設であり、このうち一般病院は 28 施設となっています。
- 一般診療所は、221 施設であり、そのうち有床診療所は 39 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 3,360 床 (病院 2,849 床、有床診療所 511 床)、療養病床が 1,353 床 (病院 1,281 床、有床診療所 72 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 1457.6 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 587.0 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 275 床減少しており、一般病床が 207 床 (▲5.8%)、療養病床が 68 床 (▲4.8%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

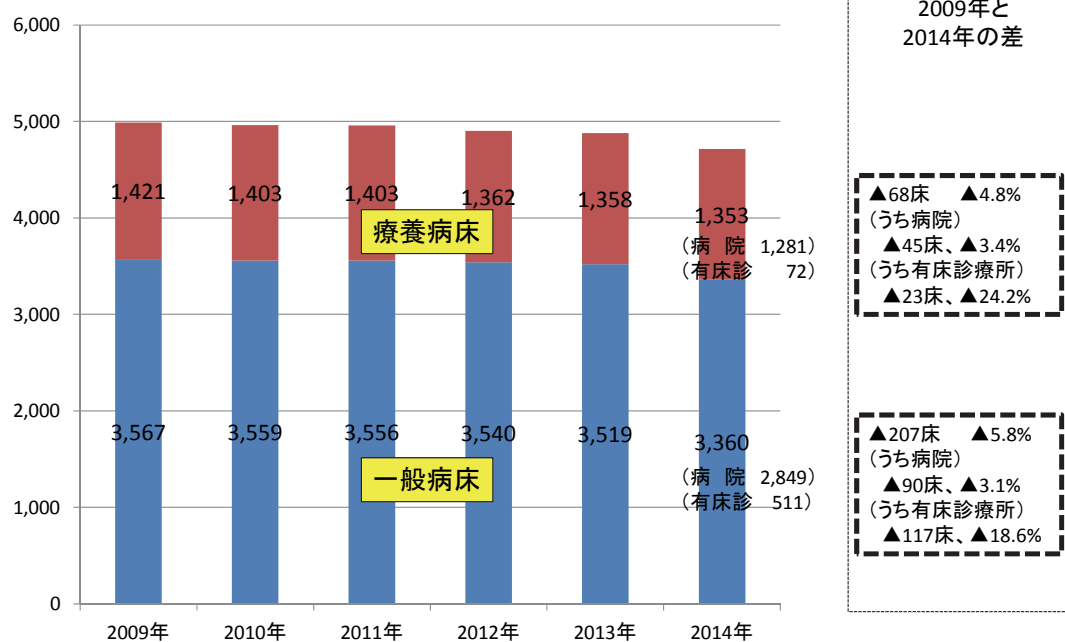
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|---------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 08 有明 | 4,713 | 3,360 | 1,353 | 2,044.6 | 1,457.6 | 587.0 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 有明

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 08 有明 | 33 | 1 | - | - | 2 | - |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 08 有明 | - | 1 (地域拠点) | 1 (二種) | 2 | - | 1 |

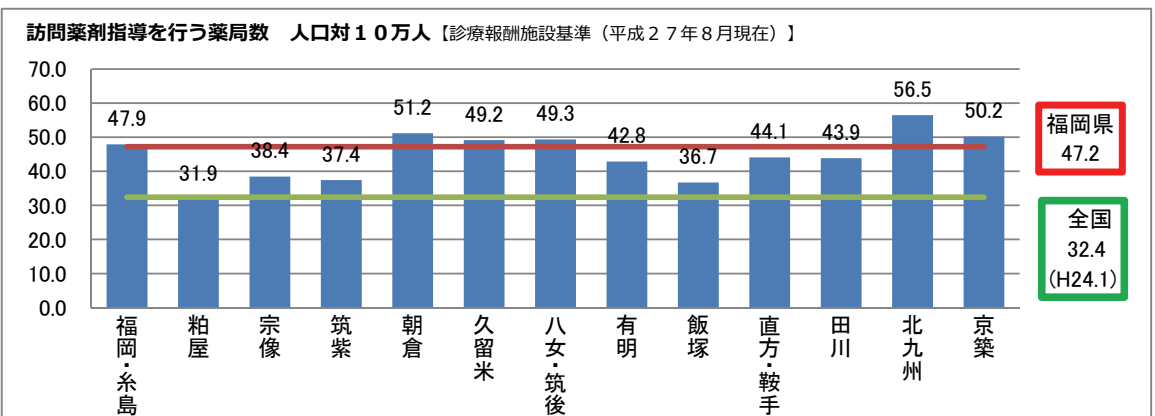
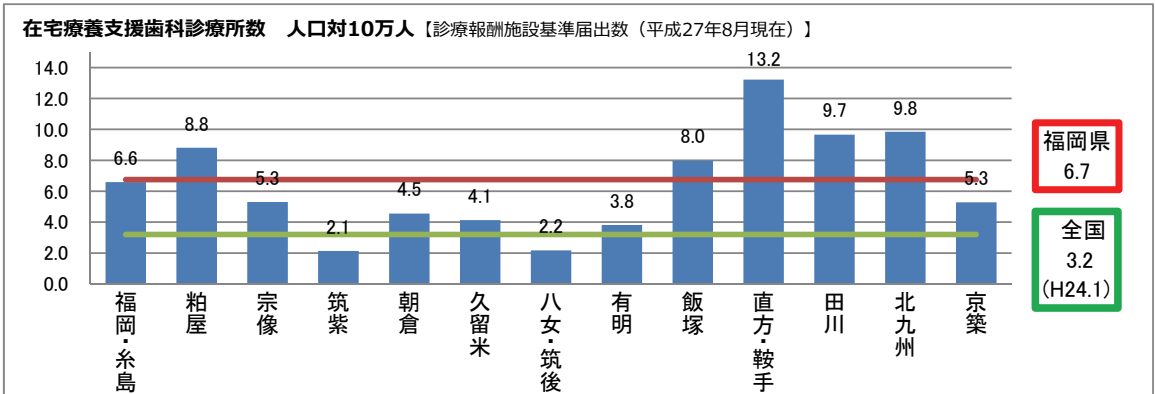
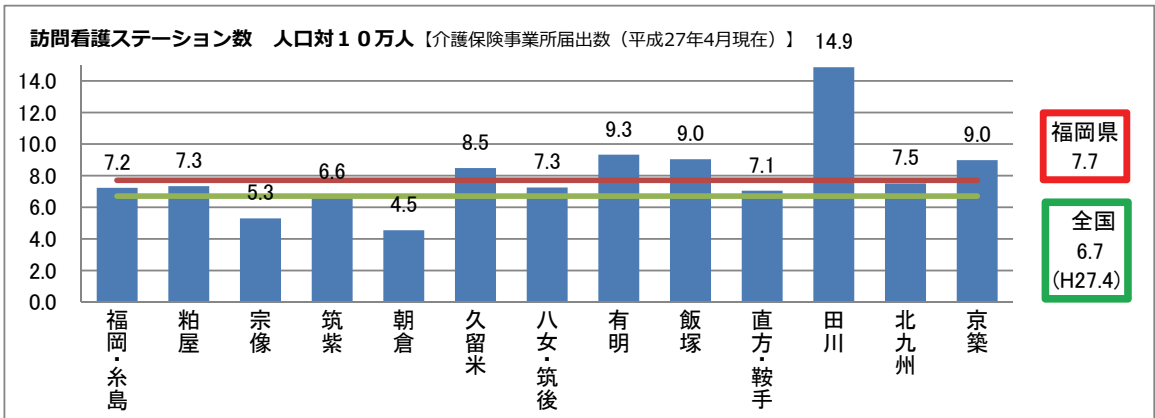
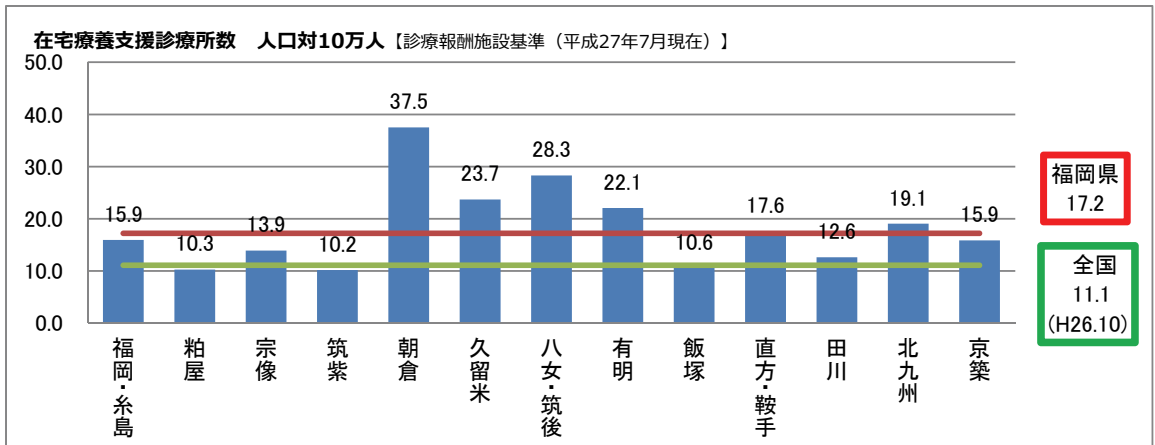
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
大牟田市立病院
- 災害拠点病院（2）
大牟田市立病院、ヨコクラ病院
- がん診療連携拠点病院等（1）
地域拠点病院：大牟田市立病院
- 感染症指定医療機関（1）
第二種感染症指定医療機関：独立行政法人国立病院機構大牟田病院
- 医師臨床研修病院（基幹型）（2）
大牟田市立病院、医療法人親仁会米の山病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
独立行政法人国立病院機構大牟田病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 52 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 22.1 施設となっており、県平均（17.2 施設）、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 22 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 9.3 施設となっており、県平均（7.7 施設）、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 9 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 3.8 施設となっており、県平均（6.7 施設）を下回り、全国平均（3.2 施設）並みとなっています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 101 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 42.8 施設となっており、県平均（47.2 施設）を下回っていますが、全国平均（32.4 施設）を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は571人で、人口10万人当たり248.2人となっており、全国

平均（231.5人）を上回っています。

- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別では、小児科、産科・産婦人科、麻酔科、救急で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は60歳以上が最も多くなっているものの、30歳から59歳にかけて概ね安定した分布となっています。（図表 1-3-08）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は186人で、人口10万人当たり80.9人となっており、全国平均（78.7人）を上回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は380人で、人口10万人当たり165.2人となっており、全国平均（168.5人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成26（2014）年12月31日現在の看護職員数は4,825人（保健師70人、助産師52人、看護師3,132人、准看護師1,571人）で、人口10万人当たり2,097.9人となっており、全国平均（1,177.1人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、全年齢に渡って安定した分布となっています。35歳から39歳にかけて最も高い割合となっています。（図表 1-3-08）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|------|----------|------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 08有明 | 571 | 248.2 | 100.6 | 39.0 | 27.4 | 5.9 | 0.0 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 08有明 | 186 | 80.9 | 380 | 165.2 | 4,825 | 2,097.9 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成 25 年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 の病床では、74.2%が自己完結しており、14.9%が久留米区域に流出しています。（図表 2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では、94.6%が自己完結しています。回復期リハビリテーション病床の自己完結率も 88.6%となっています。（図表 2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では、79.5%が自己完結しています。（図表 2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37（2025）年患者流出入の状況では、有明区域の自己完結率は、高度急性期で 58.8%、急性期で 72.9%、回復期で 82.0%、慢性期で 80.0%と推計されています。（図表 3-1-1～図表 3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均並みとなっています。看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比も全国平均を上回っています。また、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比も全国平均を上回っています。（図表 4-1）
- DPC 参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、全てのMDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類）に対応した入院医療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 5-08）

② 救急医療

- DPC 参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、MDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類）のうち「新生児疾患、先天性奇形」に係る医療提供が確認されませんが、これ以外のMDCに対応した入院医療は提供されており、提供量（件数）についても年度間で概ね安定しています。（図表 6-08）
- NDBデータでは、80.1%が自己完結しています。（図表 10-1）
- SCRでは、「救急医療の体制」について、二次救急のレセプト出現比は全国平均を下回っています（三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない）。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関、患者を受け入れる受入医療機関の双方でレセプト出現比が全国平均を下回っています。「夜間休日の救急搬送」については、入院ではレセプト出現比が全国平均並み、外来では全国平均を下回っています。「集中治療室等の体制」のレセプトはほぼ出現していません。（図表 4-2）
- 消防庁データ（平均搬送時間）では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児が 48 分と時間を要しています。乳幼児、小児、成人、高齢者については、概ね

30分程度となっています。(図表 7-1～図表 7-5)

③ 脳血管疾患 (脳卒中)

- 「脳梗塞・T I A (一過性脳虚血発作)」のNDBデータでは 83.4%が自己完結しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは 74.8%が自己完結しており、17.1%が久留米区域に流出しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」に関連するレセプト出現比は、「脳梗塞・T I A」「脳出血患者」では全国平均を上回っていますが、これ以外では全国平均を下回る項目が多くなっています。「薬物療法」では、「脳卒中のtPA(血栓溶解療法)」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「tPA以外の薬物療法」については全国平均並みとなっています。「手術」に関連するレセプト出現比は全国平均を下回る項目が多くなっています。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を上回っており、「廃用症候群(安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等)に対するリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「連携パス」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ(アクセスのしやすさ)は、脳梗塞では30分以内にアクセス可能な住民の割合は99.9%、60分以内は100.0%となっています。くも膜下出血では30分以内は56.9%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-1-1～図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患 (急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは 87.1%が自己完結しており、約10%が熊本県に流出しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは 88.8%が自己完結しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、レセプト出現比は概ね全国平均並みか全国平均を上回っています。「治療・手術」については、「カテーテル治療」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「手術」は全国平均を下回っています。「画像診断」については「冠動脈CT撮影」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「冠動脈造影」は全国平均並みとなっています。「リハビリ」についてはレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、外来は全国平均を下回っています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30分以内にアクセス可能な住民の割合は99.7%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍 (がん)

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で診療が行われています。手術についても同様となっています。提供量(件数)についても年度間で安定しています。(図表 8-08、図表 9-08)
- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、68.9%が自己完結しており、19.6%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ(60分以

内人口カバー率)は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|-------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 81.6% | 77.6% | 100% |
| 大腸がん | 83.4% | 75.4% | 100% |
| 直腸がん | 68.3% | 64.7% | 100% |
| 肺がん | 76.2% | 46.0% | 100% |
| 乳がん | 64.8% | 56.3% | 100% |
| 肝臓がん | 68.9% | 44.8% | 100% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では63.2%が自己完結しており、26.0%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-14)
 - 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では67.3%が自己完結しており、21.5%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-15)
 - 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では32.5%が自己完結しており、56.3%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-16)
 - 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では47.5%が自己完結しており、35.5%が久留米区域に流出しています。(図表 10-4-17)
 - SCRでは、「療養管理」については、全てのがんでレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「手術」については、「乳房」に関してはレセプト出現比が全国平均を下回っていますが、その他のがんでは入院で全国平均並みか全国平均を上回っています。「がんの化学療法」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「放射線治療」は全国平均を下回っています。「緩和ケア」については、「緩和ケア病棟」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「緩和ケアチーム」のレセプトは出現していません。「がん診療連携の体制」「がん患者のリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-5)
- ⑥ 糖尿病
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では82.3%が自己完結しています。(図表 10-5-1)
 - 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では89.4%が自己完結しています。(図表 10-5-2)
 - SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比が全国平均を大きく上回っており、「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-6)
- ⑦ 精神疾患
- 「入院精神医療」のNDBデータでは、78.8%が自己完結しています。(図表 10-6-1)
 - 「精神科救急入院」のNDBデータでは、17.7%が自己完結しており、66.3%が久留米区

域に流出しています。(図表 10-6-2)

- SCRでは、精神医療の提供体制は充実しており、「認知症治療病棟入院料」「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を上回っています。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは 49.2%が自己完結しており、46.0%が久留米区域に流出しています。(図表 10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、32.9%が自己完結しており、67.1%が久留米区域に流出しています。(図表 10-7-2)
- SCRでは、「小児外来診療体制」「小児夜間・休日診療体制」といった小児の外来に係るレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、入院体制に係るレセプト出現比は全国平均を下回っています。「重症児の入院医療体制」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。なお、新生児、周産期関連のレセプトは出現していません。(図表 4-8)

⑨ 在宅医療 (図表 4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。
- 「往診」「緊急往診」「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物、特定施設、居宅全てにおいて、全国平均を下回っています。
- 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っていますが、「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均を上回っており、「在宅自己注射」のレセプト出現比も全国平均並みとなっていますが、「在宅経管栄養法」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「各指導管理」「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「在宅療養中の患者の緊急受入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプトは出現していません。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 有明区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流入出を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 性期に係る療養病床入院受療率の目標については、特例適用（目標達成時期の 5 年間延長）の推計方法を選定しています。
- このため、平成 42（2030）年の慢性期の医療需要及び必要病床数の推計値も、併せて記載しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|--------------|------------|
| 高度急性期 | 1 2 9 人・日 | 1 7 2 床 |
| 急性期 | 6 3 4 人・日 | 8 1 2 床 |
| 回復期 | 1, 0 9 5 人・日 | 1, 2 1 6 床 |
| 慢性期 | 1, 1 6 2 人・日 | 1, 2 6 3 床 |
| 合計 | 3, 0 2 0 人・日 | 3, 4 6 3 床 |

特例適用に係る平成 42（2030）年の慢性期の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|--------------|------------|
| 慢性期 | 1, 0 1 1 人・日 | 1, 0 9 8 床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|--------------|
| 在宅医療等 | 3, 6 0 0 人・日 |

- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。
- ※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

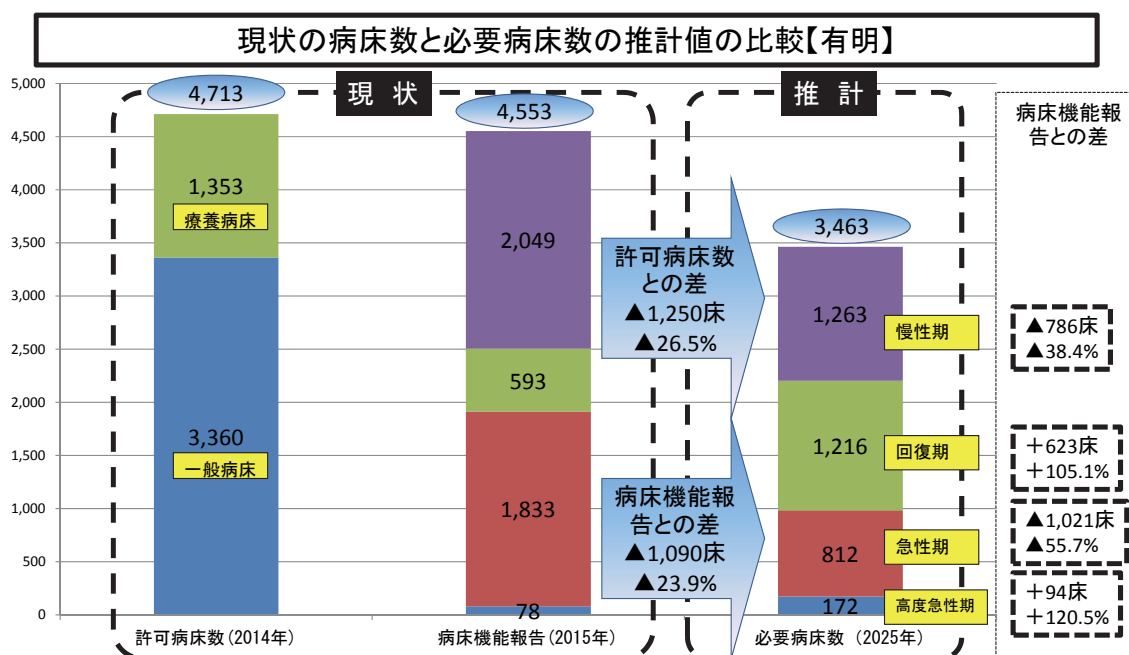
- 平成 27 年度の有明区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 4,553 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 78 床（1.7%）、急性期 1,833 床（40.3%）、回復期 593 床（13.0%）、慢性期 2,049 床（45.0%）となっています。

| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 78床 | 1.7% |
| 急性期 | 1,833床 | 40.3% |
| 回復期 | 593床 | 13.0% |
| 慢性期 | 2,049床 | 45.0% |
| 合計 | 4,553床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床157床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は4,713床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を1,250床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を623床下回っています。また、高度急性期も94床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は927床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-08)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数は8%程度減少すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者が1%程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成37(2025)年にかけて、総数は2%程度増加すると推計されています。傷病別では、肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が9%~11%程度増加すると見込まれています。一方、

妊娠・分娩については24%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に75歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成22(2010)年の全国の認知症高齢者は、65歳以上の高齢者の約15%、約439万人と推計されています。これについて、平成27(2015)年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」によると、平成37(2025)年には高齢者の約5人に1人が認知症高齢者と推計され、約700万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成22(2010)年の認知症高齢者数を算出すると、約17万人となります。平成37(2025)年には、約30万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、有明区域の認知症高齢者数を推計すると、平成22(2010)年では約10千人、平成37(2025)年では約15千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が623床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議等で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期については、久留米区域の高度急性期・急性期病院との連携を基盤とした診療体制の維持に努めることが必要であり、連携パスの利用量の増加などが指標（連携パス関連SCRの値100以上を目標）として考えられる。
- ・ 回復期機能の充実を図っていく必要があり、急性期から地域包括ケア病床など回復期病床への転換が必要である。
- ・ 療養病床については、受け皿となる在宅医療・介護サービスの充足の状況などをよく見極めていく必要があるとともに、現在、国において議論がなされている「新類型（※）」への転換について検討していく必要がある。

※「新類型」… 療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・ 熊本県の有明医療圏との連携についても考慮していく必要がある。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 有明区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は3,600人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 有明区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 全般的に在宅医療関連の提供体制の包括的な整備が必要である。
- ・ 高齢化に伴い死亡者数の増加がデータで示されているが、入院・入所を繰り返しながら、できるだけ在宅にいて、最後は病院や施設で亡くなるといったケースが一般的になると考えられる。在宅と入院・入所の柔軟なサービス提供体制を構築することが必要である。
- ・ 終末期の尊厳あるケアをどのように提供するのか、サービスの質の観点からも関係者の協力体制の構築が必要であり、入院医療機関におけるケアカンファレンス等ケアマネジメ

ントの充実を図るとともに、療養病床における緊急時の受入、緊急往診といった、まさかの時の安心を保障する仕組みづくりが必要である。

- ・ 居宅への訪問診療提供の増加（SCRの値100以上）、訪問看護提供量の増加（SCRの値100以上）、訪問看護事業隊の大規模化、ケアマネジメントの質の向上、医療と介護の連携の充実（医療介護連携関連SCRの値100以上）などが必要である。
- ・ 療養病床から在宅医療等へ移行するとされている患者については、地域包括ケアシステムで対応すべきであり、これが構築されない限り在宅医療等の課題は解消されない。
- ・ 在宅医療は、一般的には居宅への訪問診療であるが、マンパワーの確保や家庭の介護力の問題からも、居宅への訪問診療の増加は困難な面があり、介護施設等の整備で対応していくことが現実的である。
- ・ 在宅医療については、診療報酬の面など、若い医師が在宅医療に参入しやすい環境整備が望まれる。
- ・ 在宅医療の推進や介護施設の整備等地域包括ケアの構築に関しては、行政（市町村）がどのようなビジョンを描いているかが重要であるが、市町村は介護とは連携しているが、医療との連携が不十分で、地域包括ケアの全体像が見えてこない。
- ・ 人口推計では、若年人口の減少が予想されているが、これは、医療職・介護職の確保が非常に厳しくなることを示している。医療職・介護職を確保して、地域の医療・介護を確保するというのは行政の責務が大きいと考える。行政には医療関係者の意見も良く取り入れ、地域の医療や地域包括ケアの構築に取り組んでもらうよう要請する。
- ・ 在宅医療を増やす又は増えていくということであれば、在宅患者の緊急受入に対応する病床の確保が必要となってくる。
- ・ 在宅医療に関しては、かかりつけ薬剤師・薬局、健康サポート機能を持つ薬局を整備していくこととしており、地域の薬剤師・薬局を有効に活用していくこと重要である。
- ・ 高齢者人口のピークが2030年頃と予想されており、投資回収期間を考慮すると介護施設の増設も難しくなること、また、生産人口の減少により介護従事者の確保も難しくなることなども考慮しつつ、今後の提供体制を検討していくことが必要である。
- ・ 有明区域における人口10万人対の看護師就業率は全国平均を上回っており、その人材を如何にして在宅医療等へ誘導していくかが重要な課題である。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 新生児の搬送に時間を要している実態はあるが、救急医療の提供体制については、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携について引き続き調整

会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 有明区域は周産期医療センターがなく、久留米区域へ搬送されており時間を要しているが、連携はよく図られていると考える。
- ・ 新生児の搬送時間については、福岡県全体の問題である。
- ・ 在宅医療患者の緊急時の受入について、受け入れ困難があったということを聞いたことはない。
- ・ 高齢者の増加等に伴い、将来的に空床率が減ると、満床で断られる事態になるのではないかと危惧している。
- ・ 「救急患者の医療連携の体制」の数値が低いことについては、一つの医療機関で最初から最後まで完結している可能性もあるが、地域完結型の医療提供体制の構築を目指す地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築の考え方とは矛盾する面もあることを認識しておく必要がある。
- ・ 医師・看護師の人材不足により、現在の救急医療の提供体制の維持が危惧される。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ くも膜下出血について、手術等急性期に対応できる体制の整備が望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、有明区域における脳血管疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 脳梗塞は別として、頭蓋内血管に関わる手術が必要な場合に、症例に対応する体制は脆弱と言えるが、人的な問題から増員等は難しいのが現状である。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性心疾患に対する医療の提供体制については概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、有明区域における虚血性心疾患の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 区域内において、虚血性心疾患に関して医師や診療体制の変動などの動きがあっており、自己完結率について今後の変動を注視していく必要がある。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 悪性腫瘍に係る医療提供体制については、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、有明区域における悪性腫瘍の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ がんの外来化学療法について自己完結率を 80%以上に高めることが望ましい。
- ・ がんの緩和ケア、連携パスの利用等急性期以後及び在宅のがん診療の推進については課題がある。
- ・ がんの緩和医療に関する S C R の値を 100 以上、がん診療連携パスの S C R の値を 100 以上、がんの在宅医療体制に関する S C R の値を 100 以上とすることを目標にすべきと考えられる。
- ・ 悪性腫瘍に関しても、この区域でできることは概ね完結している。完結していない分については、この区域で完結させるべきなのかどうかによって課題と捉えるかが変わってくるものと考えられる。
- ・ 自己完結率の向上は、がんを見つけた「かかりつけ医」がどの医療機関を紹介するかにかかっている。地域内で治療が可能なものについては、地域内の医療機関を紹介できるような情報提供等を適切に行っていくことが重要である。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に対する医療の提供体制は確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携について引き続き調整会議等において協議を行います。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携について引き続き調整会議等において協議を行います。
- ・ 福岡県精神科救急医療システム連絡調整委員会で協議を行っていくとともに、かかりつけ医と精神科救急医療システムの当番病院で適切な情報提供を行い、連携強化を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 提供体制は概ね確保されているが、24 時間対応の精神科救急医療の人材確保、及び精神疾患患者に対する在宅医療と看取り体制の確保・整備が重要である。
- ・ 精神科の場合は、区域内に県の精神科救急の応急指定病院がないが、そういったことに対応できる施設があることが望ましい。
- ・ 精神科救急医療システムには有明区域の7施設も輪番で参加しており、区域内で一定対応しているが、更に対応できるようにしていくことが必要である。
- ・ 認知症が進行している患者への対応で救急医療機関のスタッフが疲弊している状況があり、今後、更に高齢化が進行した場合、救急医療機関が耐え切れなくなることを懸念される。
- ・ 夜間の救急で、認知症が進行した患者が受診した場合、中々理解が得られず、療養の目的が達成できないとき、区域内に精神科救急で受け入れる医療機関がないことはこの区域の課題である。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については概ね区域内で完結しているが、小児救急及びハイリスク分娩については、区域内の提供体制は脆弱となっています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児・周産期については、より大きなエリアで考えていくべきである。
- ・ 小児科医の絶対数の問題もあるため、提供体制の確保は容易ではないが、地域内でもう少し、時間外の小児を専門医が診れるような仕組みの構築が望まれる。

- ・ 小児に関して小児の専門医でなくても診療が行えるケースはあるが、保護者の理解が得られず、小児専門医を受診するため負担が大きくなっている実態がある。保護者への周知等をしっかり行っていく必要がある。
- ・ 小児に関しても「かかりつけ医」制度をしっかりと整備していくことが重要である。
- ・ 周産期については、正常分娩は区域内で概ね完結するが、ハイリスク分娩については久留米区域の医療機関に依存しているのが実態であり、区域内で周産期機能を確保するというのは、現時点では困難と言わざるを得ない。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 介護現場における誤嚥性を含む肺炎の予防及び治療体制の強化や介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）、介護施設における確実な予防接種の実施、要介護高齢者の栄養改善、介護現場における転倒予防プログラムの強化及び急性期以後のリハビリ等の対応の強化などに取り組む必要がある。
- ・ ロコモティブシンドローム（運動器の障害のために、要支援・要介護となる危険の高い状態）やフレイル（高齢になることで筋力や精神面が衰える状態）などの運動器予防に係る体制構築など、提供体制の充実を図る必要がある。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 認知症の患者が病院に来る場合、既に重症化しているケースが多く在院日数の長期化につながっており、医療連携による早期対応体制の構築が望まれる。
- ・ 身体疾患での入院であって認知症を伴う患者への医療提供体制の整備が必要である。
- ・ 認知症患者家族の介護力向上に係る取組や、認知症患者に対する地域住民の協力体制の更なる構築を推進していくことが必要である。

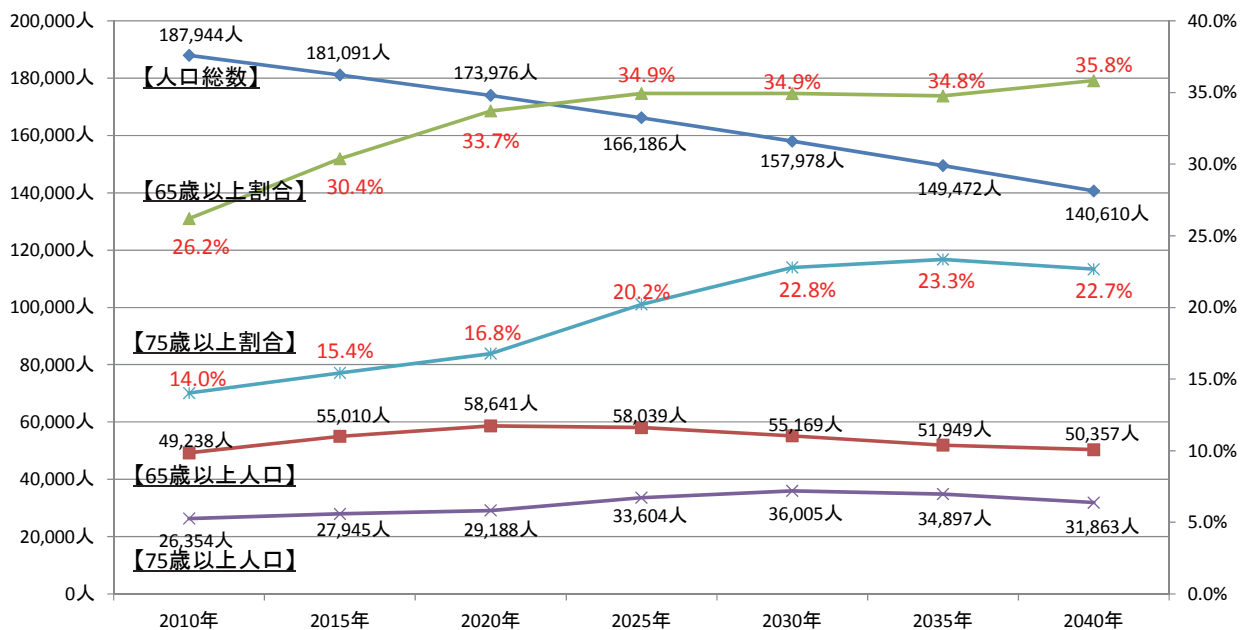
09 飯塚区域 (飯塚市、嘉麻市、嘉穂郡(桂川町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、飯塚区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 187,944 人が、平成 37 (2025) 年には 166,186 人(対平成 22 年▲11.6%)となり、平成 52 (2040) 年には 140,610 人(同▲25.2%)となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 32 (2020) 年の 58,641 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は、平成 22 (2010) 年の 26.2%が、平成 37 (2025) 年には 34.9%、平成 52 (2040) 年には 35.8%に増加すると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 42 (2030) 年の 36,005 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は、平成 22 (2010) 年の 14.0%が、平成 37 (2025) 年には 20.2%、平成 52 (2040) 年には 22.7%に増加すると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、5 歳から 20 歳までの年代で人口が流出しており、その後の年代でも流入による大きな人口増加は見られず、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-09 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-09)

飯塚区域の人口推移



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 飯塚区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 22 施設であり、このうち一般病院は 20 施設となっています。
- 一般診療所は、170 施設であり、そのうち有床診療所は 31 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 2,812 床 (病院 2,385 床、有床診療所 427 床)、療養病床が 654 床 (病院 588 床、有床診療所 66 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 1,506.2 床で、全国平均 (783.1 床) を大きく上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 350.3 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 100 床減少しており、一般病床が 67 床 (▲2.3%)、療養病床が 33 床 (▲4.8%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

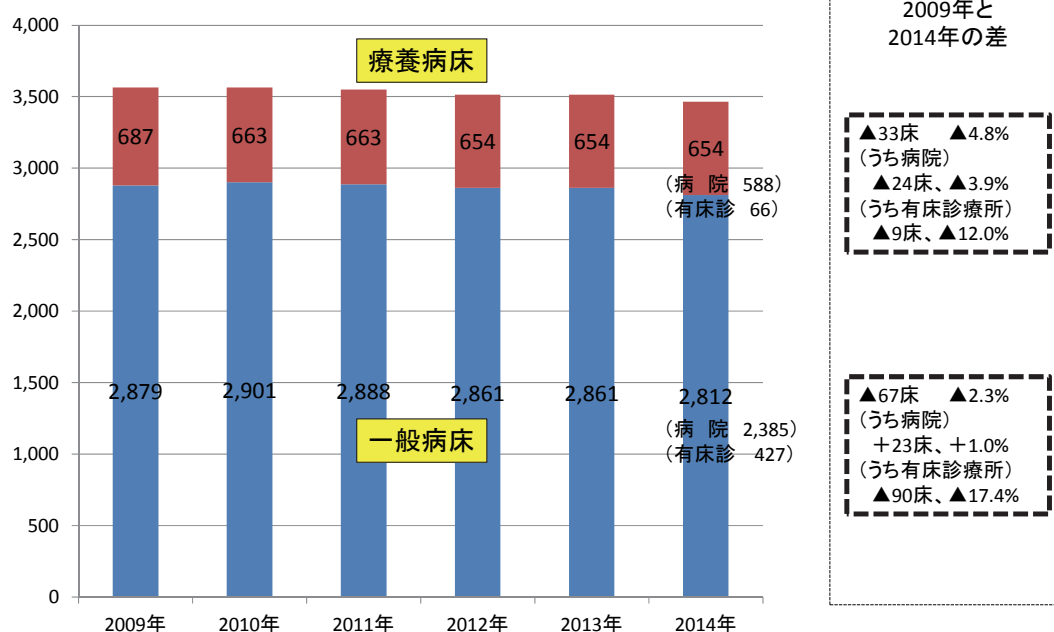
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|---------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 09 飯塚 | 3,466 | 2,812 | 654 | 1,856.4 | 1,506.2 | 350.3 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 飯塚

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 09 飯塚 | 22 | 1 | - | 1 | 1 | 1 |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 09 飯塚 | 1 (総合) | 1 (地域拠点) | - | 1 | 1 | 1 |

※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

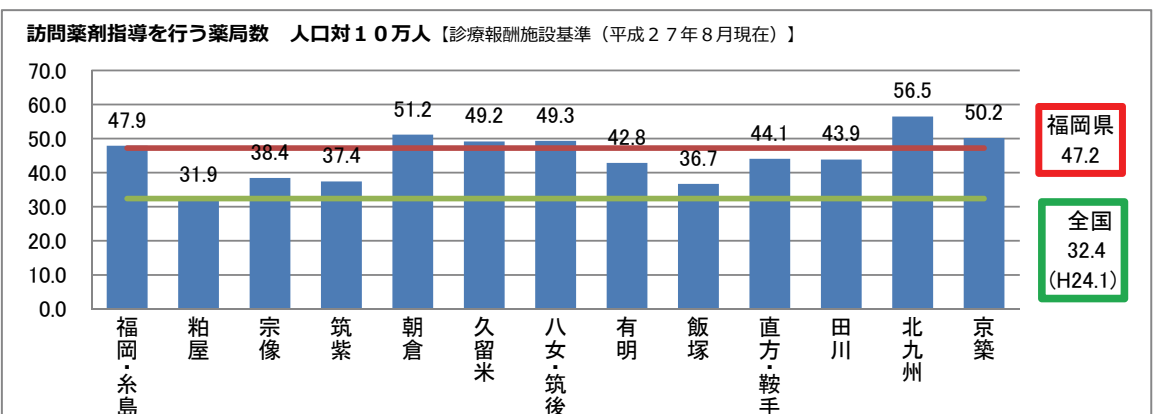
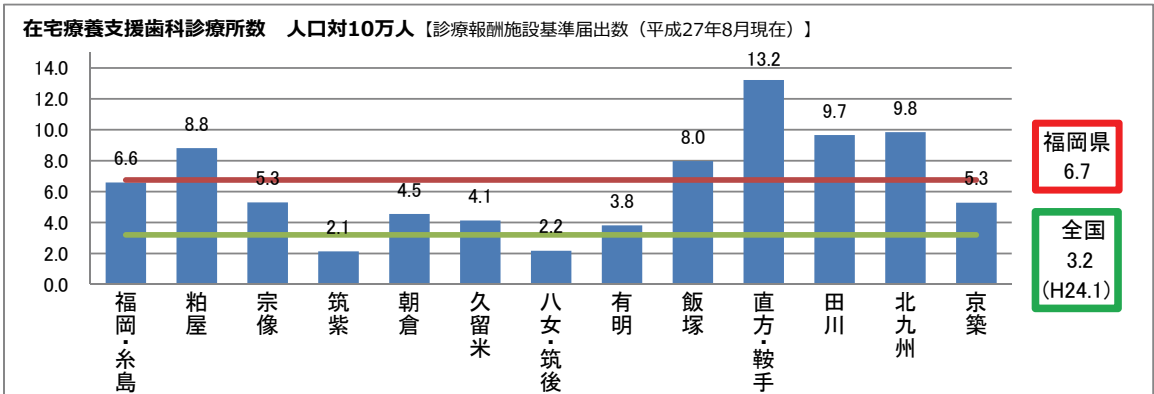
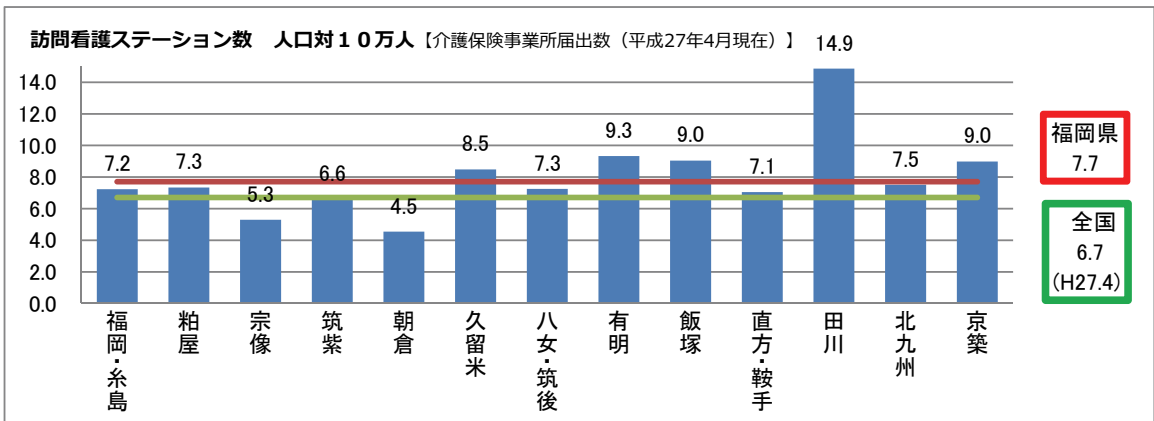
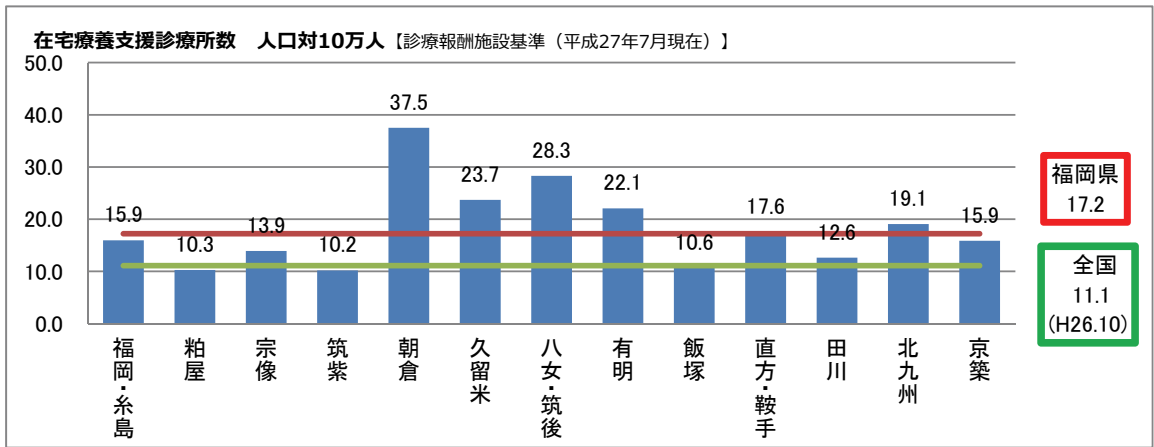
※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
飯塚病院
- 救命救急センター（1）
飯塚病院
- 災害拠点病院（1）
飯塚病院
- へき地医療拠点病院（1）
飯塚市立病院
- 周産期母子医療センター（1）
総合周産期母子医療センター：飯塚病院
- がん診療連携拠点病院等（1）
地域拠点病院：飯塚病院
- 医師臨床研修病院（基幹型）（1）
飯塚病院
- 介護予防支援センター（1）
飯塚病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人社団豊永会飯塚記念病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 20 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 10.6 施設となっており、県平均（17.2 施設）、全国平均（11.1 施設）を下回っています。
- 訪問看護ステーション数は 17 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 9.0 施設となっており、県平均（7.7 施設）、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 15 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 8.0 施設となっており、県平均（6.7 施設）、全国平均（3.2 施設）を上回っています。

- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は69施設（平成27年8月1日現在）で、人口10万人当たり36.7施設となっており、県平均（47.2施設）を下回っていますが、全国平均（32.4施設）を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で医療施設に従事している医師の数は 576 人で、人口 10 万人当たり 308.8 人となっており、全国平均（231.5 人）を上回っています。
- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別では、麻酔科のみ全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、25 歳から 44 歳にかけて安定した分布となっています。
（図表 1-3-09）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は 165 人で、人口 10 万人当たり 88.5 人となっており、全国平均（78.7 人）を上回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は 332 人で、人口 10 万人当たり 178.0 人となっており、全国平均（168.5 人）を上回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在の看護職員数は 3,218 人（保健師 72 人、助産師 37 人、看護師 2,020 人、准看護師 1,089 人）で、人口 10 万人当たり 1,725.9 人となっており、全国平均（1,177.1 人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、20 歳から 34 歳にかけて最も高い割合を示しています。（図表 1-3-09）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口 10 万人対医師数 | | | | | |
|-------|----------|--------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総 数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外 科 | 麻酔科 | 救 急 |
| 全 国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 09 飯塚 | 576 | 308.8 | 101.9 | 46.5 | 29.5 | 3.7 | 5.9 |

※平成 26 年 12 月 31 日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口 10 万人対の数値は平成 27 年 1 月 1 日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は 15 歳未満人口を、産科・産婦人科は 15～49 歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 （医療施設の従事者） | | 薬剤師 （薬局・医療施設の従事者） | | 看護職員 （保健師、助産師、 看護師、准看護師） | |
|-------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 |
| 全 国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 09 飯塚 | 165 | 88.5 | 332 | 178.0 | 3,218 | 1,725.9 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31 現在）

- ※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31 現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）
- ※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

（3） 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では、91.3%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の20.9%、田川区域の患者の23.7%が飯塚区域に流入しています。（図表2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準13対1及び15対1の病床では、91.9%が自己完結しています。回復期リハビリテーション病床では76.5%が自己完結しており、11.4%が福岡・糸島区域に流出しています。（図表2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では、83.6%が自己完結しています。（図表2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成37（2025）年患者流出入の状況では、飯塚区域の自己完結率は、高度急性期で83.1%、急性期で88.1%、回復期で85.5%、慢性期で76.7%と推計されています。（図表3-1-1～図表3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準7対1及び10対1を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均を上回っています。看護配置基準13対1及び15対1のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を下回っています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均並み、有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。（図表4-1）
- DPC参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、全てのMDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全18分類）に対応した入院医療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表5-09）

② 救急医療

- DPC参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表6-09）
- NDBデータでは96.5%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の37.3%、田川区域の患者の19.3%が飯塚区域に流入しています。（図表10-1）
- SCRでは、「救急医療の体制」について、二次救急ではレセプト出現比が全国平均並み、三次救急では全国平均を大きく上回っています。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関、患者を受け入れる受入医療機関の双方でレセプト出現比は全国平均を下回っています。「夜間休日の救急搬送」については、入院・外来いずれにおい

てもレセプト出現比が全国平均を下回っています。「集中治療室等の体制」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っており、全般的に充実した診療が行われています。(図表 4-2)

- 消防庁データ(平均搬送時間)では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児、乳幼児、小児、成人、高齢者全ての年齢階級について概ね 30 分程度となっています。(図表 7-1~図表 7-5)

③ 脳血管疾患(脳卒中)

- 「脳梗塞・TIA(一過性脳虚血発作)」のNDBデータでは、81.2%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 10.4%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは、85.1%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 20.0%、田川区域の患者の 22.1%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」に関連するレセプト出現比は、全国平均を上回る項目が多くなっています。「薬物療法」では、「脳卒中のtPA(血栓溶解療法)」「tPA以外の薬物療法」のいずれも全国平均並みとなっています。「手術」については、「脳動脈瘤流入血管クリッピング」などレセプト出現比は全国平均を上回るものもある一方、「脳卒中の経皮的脳管形成術等」など下回る項目もあるという状況です。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」「廃用症候群(安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等)に対するリハビリテーション」のレセプト出現比は、全国平均を大きく上回っています。「連携パス」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ(アクセスのしやすさ)は、脳梗塞では 30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 91.8%、60 分以内は 100.0%となっています。くも膜下出血では 30 分以内は 91.5%、60 分以内は 100.0%となっています。(図表 11-1-1~図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患(急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは 100.0%自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 41.1%、田川区域の患者の 29.9%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは 84.6%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 13.1%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、レセプト出現比は全国平均並みか全国平均を上回っています。「治療・手術」については、レセプト出現比が全国平均並みか、全国平均を上回っています。「画像診断」については「冠動脈CT撮影」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「冠動脈造影」は全国平均を上回っています。「リハビリ」についてはレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、外来は全国平均を下回っています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 86.4%、60 分以内は 100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍(がん)

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCについて、手術を含め診療が行われており、提供量(件数)についても年度間で安定しています。(図

表 8-09、図表 9-09)

- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、82.3%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の26.2%、田川区域の患者の34.1%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ(60分以内人口カバー率)は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 89.3% | 100.0% | 100.0% |
| 大腸がん | 96.8% | 100.0% | 100.0% |
| 直腸がん | 86.1% | 100.0% | 100.0% |
| 肺がん | 86.9% | 100.0% | 100.0% |
| 乳がん | 78.2% | 100.0% | 100.0% |
| 肝臓がん | 88.7% | 100.0% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では86.3%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の34.6%、田川区域の患者の36.1%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-4-14)
- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では93.2%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の53.3%、田川区域の患者の58.0%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では54.7%が自己完結しており、24.7%が福岡・糸島区域に、12.1%が北九州区域に流出している一方、直方・鞍手区域の患者の36.9%、田川区域の患者の28.0%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では91.3%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の45.6%、田川区域の患者の36.1%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-4-17)
- SCRでは、「療養管理」については、全てのがんで全国平均並みか全国平均を上回っています。「手術」については、「内視鏡的手術」「乳がんの手術」に関するレセプト出現比が全国平均を下回っていますが、その他では全国平均を上回る項目が多くなっています。「治療」については、「がんの化学療法」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っており、「放射線治療」のレセプト出現比も全国平均並みとなっています。「緩和ケア」についてはレセプト出現比が全国平均を大きく上回っています。「がん診療連携の体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「がん患者のリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では83.8%が自己完結しています。(図表 10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では94.6%が自己完結しています。(図表 10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比が全国平均並みとなっています。「人

工透析の導入」のレセプト出現比も全国平均を上回っています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、62.2%が自己完結しており、24.8%が田川区域に流出しています。(図表 10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、76.6%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の13.2%、田川区域の患者の13.1%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-6-2)
- SCRでは、精神医療の提供体制は比較的充実していますが、「治療行為」に関するレセプト出現比は全国平均を下回っており、「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、88.5%が自己完結しており、11.5%が福岡・糸島区域に流出している一方、直方・鞍手区域の患者の44.1%、田川区域の患者の65.1%が飯塚区域に流入しています。(図表 10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、64.4%が自己完結しており、35.6%が北九州区域に流出しています。(図表 10-7-2)
- SCRでは、レセプト出現比が多く項目で全国平均を上回っていますが、「乳幼児の医療体制」「乳幼児・小児の救急医療体制」のレセプト出現比が全国平均を下回っています。(図表 4-8)

⑨ 在宅医療 (図表 4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「往診」「緊急往診」「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物で全国平均を上回っていますが、特定施設、居宅では全国平均並みとなっています。
- 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っていますが、「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「在宅経管栄養法」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「在宅自己注射」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っていますが、「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「各指導管理」「退院時カンファレンス」「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を上回っており、「在宅療養中の患者の緊急受入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均並みとなっ

ていますが、「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37 (2025) 年の医療需要と必要病床数等

(1) 平成 37 (2025) 年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 飯塚区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、特例適用（目標達成時期の5年間延長）の推計方法を選定しています。
- このため、平成 42 (2030) 年の慢性期の医療需要及び必要病床数の推計値も、併せて記載しています。

平成 37 (2025) 年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|----------|--------|
| 高度急性期 | 229人・日 | 304床 |
| 急性期 | 673人・日 | 862床 |
| 回復期 | 595人・日 | 661床 |
| 慢性期 | 601人・日 | 653床 |
| 合計 | 2,098人・日 | 2,480床 |

特例適用に係る平成 42 (2030) 年の慢性期の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|--------|-------|
| 慢性期 | 569人・日 | 618床 |

平成 37 (2025) 年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|----------|
| 在宅医療等 | 2,938人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

(2) 病床機能報告の概要（現状の病床数）

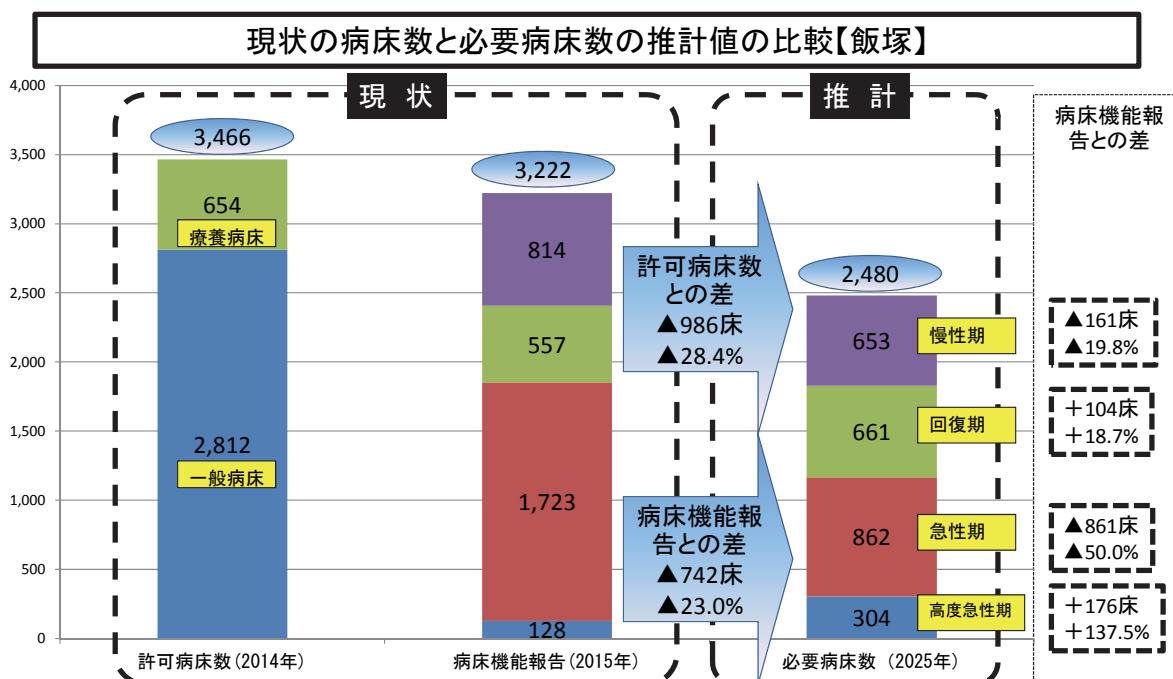
- 平成 27 年度の飯塚区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 3,222 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 128 床 (4.0%)、急性期 1,723 床 (53.5%)、回復期 557 床 (17.3%)、慢性期 814 床 (25.3%) となっています。

| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 128床 | 4.0% |
| 急性期 | 1,723床 | 53.5% |
| 回復期 | 557床 | 17.3% |
| 慢性期 | 814床 | 25.3% |
| 合計 | 3,222床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床78床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は3,466床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を986床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を104床下回っています。また、高度急性期も176床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は685床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-09)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数で2%程度減少すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者は8%程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成37(2025)年にかけて、総数で8%程度増加すると推計されています。傷病

別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が 16%～19%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については 21%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に 75 歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、飯塚区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 7 千人、平成 37 (2025) 年では約 12 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が104床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期及び急性期については、現在の医療提供体制の維持を基本としつつ、中核医療機関である飯塚病院の機能強化と区域内施設間の連携強化が必要。
- ・ 特に、集中治療室、緊急手術等を必要とする高度急性期については、共同利用の促進などにより、救命救急の要となる体制を構築することが必要。
- ・ 将来の患者減の可能性を視野に急性期病床の削減の可能性について検討が必要。
- ・ 回復期の充実については、看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の一般病床の回復期機能の強化（地域包括ケア病床への転換を含む。）を図るとともに、退院先・連携先となる受け皿（在宅医療・介護サービス）の充実を図ることが必要。

- ・ 慢性期医療の適正化については、患者の状況をよく精査したうえで、国において議論がなされている「新類型（※）」への転換について検討していく必要がある。

※「新類型」… 療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・ 病床の機能分化・連携の推進にあたり、（独）労働者健康安全機構総合せき損センターについては、脊髄脊椎疾患患者を対象に、急性期から、リハビリ、社会復帰に至るまで一貫として治療を行う専門施設であり、全国から患者を受け入れているといった特殊性を勘案していく必要がある。

（２）在宅医療等の充実

① 課題

- 飯塚区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は2,938人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 飯塚区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 同一施設内以外の訪問診療の提供量を増加していくことが必要である。
(SCRの数値120以上を目標)
- ・ また、訪問看護の提供量を充実させていくことが必要である。
(SCRの数値100以上を目標)
- ・ 訪問看護の事業者の大規模化が望まれる。
- ・ ケアマネジメントの実の向上を図っていくことが必要である。
- ・ 医療と介護の連携を充実させていくことが必要である。
(医療介護県連のSCRの数値120以上を目標)
- ・ 在宅医療においては、薬品、各種衛生材料等が必要となることから、地域の薬剤師、薬局との連携や積極的な活用について考えていくことが必要である。
- ・ 街中と郊外では移動距離などに大きな違いがあり、中山間地域で在宅医療を進めることは効率が悪い。ある程度集約したコンパクトシティ的なまちづくりというのが必要である。
- ・ 人材育成には時間を要するので、今後の推移をみて看護師の確保についても検討する必要がある。
- ・ 地域包括ケアにおいて在宅医療に取り組む開業医を支援できる総合診療・家庭医療専門医を養成するプログラミングを充実し、指導医を育成する必要がある。
- ・ まちづくりの視点から医療介護施策の具体的な検討を行い、また、各自治体の基本構想における取組を明確化して、地域の特徴にあった地域包括ケアのネットワークを構築する必要がある。

(3) その他の医療提供に関する事項**① 救急医療****【課題又は現状の評価】**

- ・ 救急医療の提供体制は概ね確保されており、周辺区域からも患者が流入している状況となっています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現在の飯塚病院を中心とした救急医療提供体制の維持していくことが必要である。
- ・ 特に、24時間365日救命救急センターを運営し、質の高い救急医療を提供し続けるためには医師の確保が不可欠であり、十分な数の救急外来診療医及び緊急入院患者診療を行う内科系・外科系の医師を確保し続けるためには、救急医療を志す若い医師を惹きつける魅力を持った教育プログラムの開発と、臨床研究支援体制の構築が必要である。

- ・ また、災害時の救急医療の重要性が認識されており、備蓄等災害対策の強化とBCP（事業継続計画）の構築が必要である。
- ・ 当区域には感染症指定医療機関がなく、現在、結核病床、第二種感染症病床は、域外の病院との連携で対応しているが、MERS、鳥インフルエンザなど何らかの感染症発生の可能性を考えた場合、一般病棟とは隔離された病棟の設置が望まれる。
- ・ 搬送時間が全般的に長い傾向があり、その原因を精査し、全年齢で県平均レベルに放送時間を短縮する必要がある。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 脳血管疾患に対する医療の提供体制は概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現在の飯塚病院を中心とした脳血管疾患診療体制を維持するとともに、飯塚病院を基幹病院として高度急性期から慢性期、在宅までの医療提供体制を構築することが必要。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性心疾患に対する医療の提供体制は概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現在の飯塚病院を中心とした虚血性心疾患診療体制を維持するとともに、飯塚病院を基幹病院として高度急性期から心臓リハビリテーションなどの回復期、慢性期、在宅までの医療提供体制を構築することが必要。
- ・ 特に慢性期、在宅と連携したターミナルケアを専門とする病床の設置について検討することが必要である。
- ・ 今後重要となる慢性心不全対策についても検討が必要である。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 悪性腫瘍（がん）に対する医療の提供体制は概ね確保されています。
- ・ 連携パスの利用が全国平均を下回っており、がん診療の連携体制の一層の充実を図っていく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現在の飯塚病院を中心とした悪性腫瘍診療体制を維持するとともに、飯塚病院を基幹病院として高度急性期から慢性期、在宅までの医療提供体制を構築することが必要。
- ・ 緩和ケアにおける麻薬、外来での化学療法（抗がん剤治療）については、地域の薬局との連携や活用について考えていくことが必要である。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に対する医療の提供体制は、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神医療の提供体制は概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期に係る医療提供体制は概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。
- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現在の飯塚病院を中心とした小児・周産期診療体制を維持するとともに、飯塚病院を基幹病院として高度急性期から慢性期、在宅までの医療提供体制を構築することが必要。
- ・ また、社会的入院も含めた医療的ケア児への支援体制の構築、心身障がい・発達障がい・行動障がい児への早期介入体制の構築などに取り組んでいくことが必要である。
- ・ 虐待の予防、早期発見、防止などに必要な行政や保育・教育施設、民間機関との連携体制の構築が必要である。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 介護現場における誤嚥性を含む肺炎の予防及び治療体制の強化や介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）、介護施設における確実な予防接種の実施、要介護高齢者の栄養改善、介護現場における転倒予防プログラムの強化及び急性期以後のリハビリ等の対応の強化などに取り組む必要がある。
- ・ 予防対策については、健康サポート薬局（かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えた薬局）の活用について考えていくことが必要である。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と

介護による総合的な支援を促進していきます。

- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 認知症を持ちながら在宅ケア看護も増えてくると思われ、今後の大きな課題である。

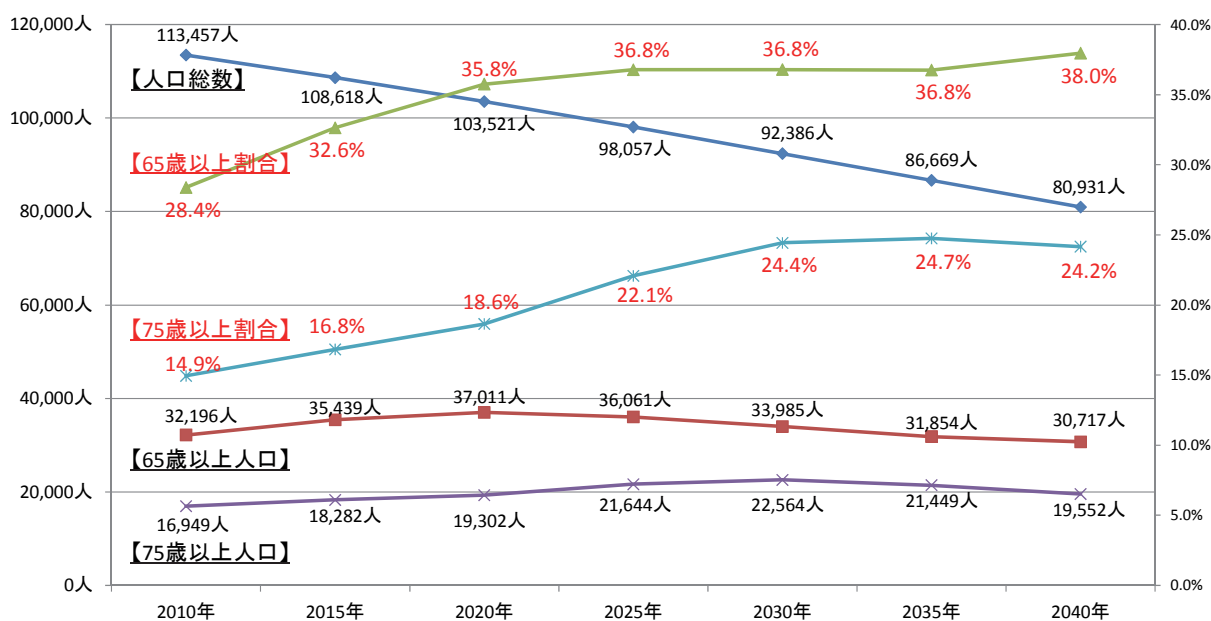
10 直方・鞍手区域 (直方市、宮若市、鞍手郡 (小竹町、鞍手町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、直方・鞍手区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 113,457 人が、平成 37 (2025) には 98,057 人(対平成 22 年▲13.6%)となり、平成 52 (2040) 年には 80,931 人(同▲28.7%)となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 32 (2020) 年の 37,011 人をピークに減少に転じ、総人口に占める割合は、平成 22 (2010) 年の 28.4%が平成 37 (2025) 年には 36.8%となり、平成 52 (2040) 年には 38.0%となると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 42 (2030) 年の 22,564 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 14.9%が、平成 37 (2025) 年には 22.1%となり、平成 52 (2040) 年には 24.2%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、5 歳から 20 歳までの年代で人口が流出しており、その後の年代でも流入による人口増加は見られず、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-10 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、平成 22 (2010) 年現在でも女性の後期高齢者数が比較的多い傾向にあります。今後、更にこの傾向が強まるものと予想されています。(図表 1-2-10)

直方・鞍手区域の人口推移



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 直方・鞍手区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 12 施設であり、このうち一般病院は 10 施設となっています。
- 一般診療所は、102 施設であり、そのうち有床診療所は 9 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 771 床 (病院 674 床、有床診療所 97 床)、療養病床が 541 床 (病院 511 床、有床診療所 30 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 684.7 床で、全国平均 (783.1 床) を下回っています。一方、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 480.4 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 89 床減少しており、一般病床が 79 床 (▲9.3%)、療養病床が 10 床 (▲1.8%) 減少しています。

本県の許可病床数の状況

(単位：床)

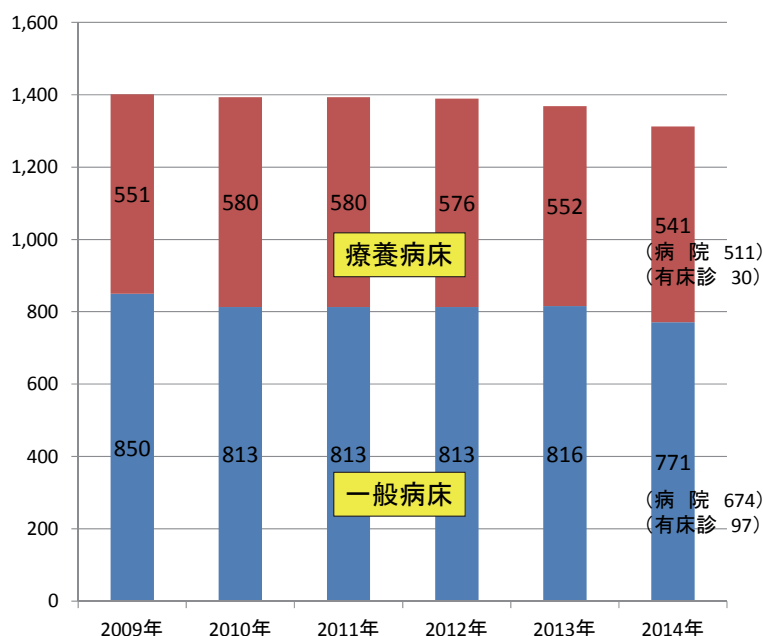
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|----------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 10 直方・鞍手 | 1,312 | 771 | 541 | 1,165.1 | 684.7 | 480.4 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 直方・鞍手

【医療施設調査(各年10月1日現在)】

2009年と
2014年の差

▲10床 ▲1.8%
(うち病院)
+13床、+2.6%
(うち有床診療所)
▲23床、▲43.4%

▲79床 ▲9.3%
(うち病院)
▲24床、▲3.4%
(うち有床診療所)
▲55床、▲36.2%

② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療 支援病院 | 特定機能 病院 | 救命救急 センター (小児含む) | 災害拠点 病院 | へき地 医療拠点 病院 |
|----------|-----|--------------|------------|------------------------|------------|-------------------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 10 直方・鞍手 | 12 | - | - | - | - | - |

| | 周産期母 子医療セ ンター等 | がん診療 連携拠点 病院等 | 感染症 指定 医療機関 | 医師臨床 研修病院 (基幹型) | 介護予防 支援 センター | 認知症(疾 患)医療 センター |
|----------|----------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 10 直方・鞍手 | - | - | - | - | - | 1 |

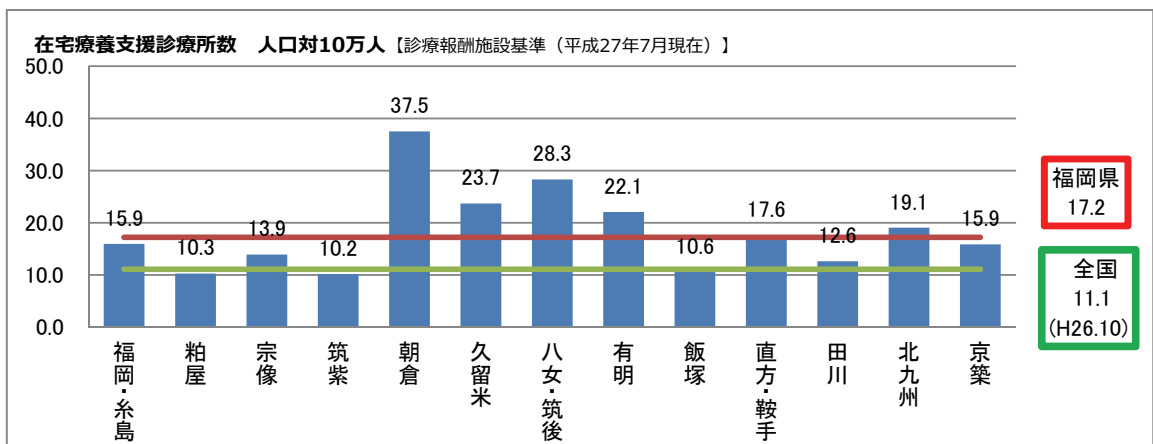
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

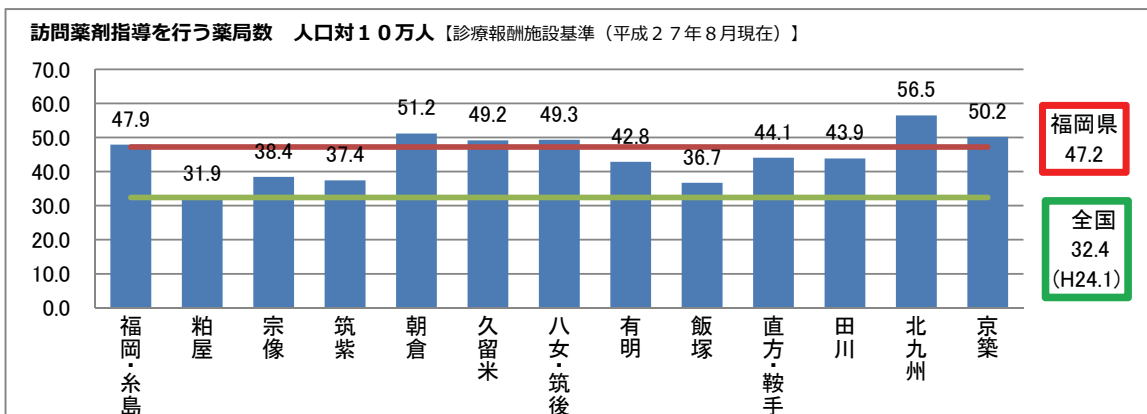
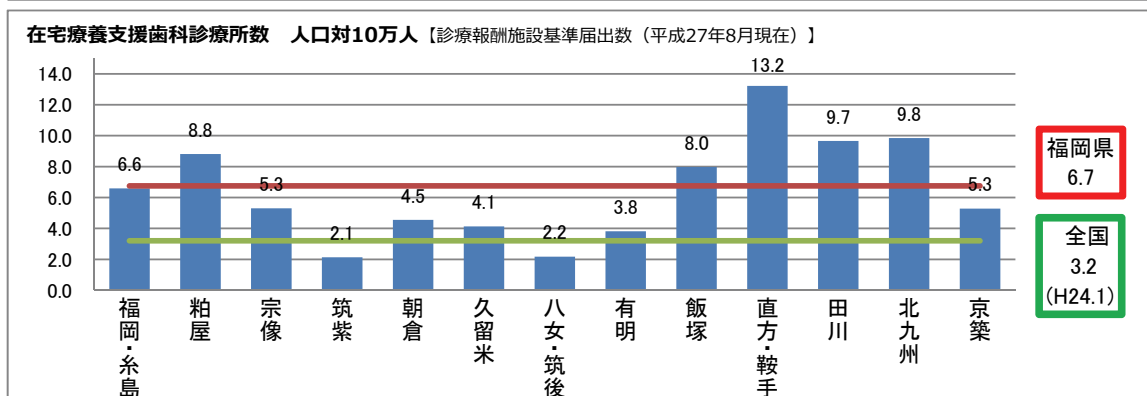
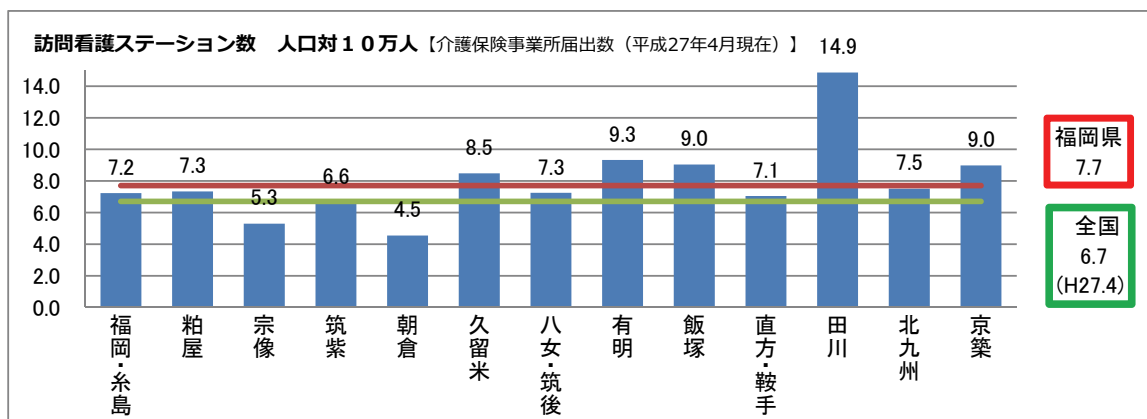
※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人社団温故会直方中村病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 20 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 17.6 施設となっており、県平均（17.2 施設）並みで、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 8 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 7.1 施設となっており、県平均（7.7 施設）を下回り、全国平均（6.7 施設）並みとなっています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 15 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 13.2 施設となっており、県平均（6.7 施設）、全国平均（3.2 施設）を大きく上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 50 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 44.1 施設となっており、県平均（47.2 施設）を下回っていますが、全国平均（32.4 施設）を上回っています。





④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は202人で、人口10万人当たり179.7人となっており、全国平均（231.5人）を下回っています。
- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別では、小児科、産科・産婦人科、麻酔科、救急で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、45歳以上の医師の割合が非常に高くなっています。
（図表1-3-10）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は107人で、人口10万人当たり95.2人となっており、全国平均（78.7人）を上回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬

局及び医療施設に従事している薬剤師の数は175人で、人口10万人当たり155.7人となっており、全国平均(168.5人)を下回っています。

- 看護職員業務従事者届による平成26(2014)年12月31日現在の看護職員数は1,941人(保健師44人、助産師23人、看護師1,217人、准看護師657人)で、人口10万人当たり1,725.9人となっており、全国平均(1,177.1人)を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、35歳から44歳にかけて最も高い割合を示しており、20代の看護師数が比較的少ない年齢別分布となっています。(図表1-3-10)

医師数の状況

(単位：人)

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|---------|----------|------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 10直方・鞍手 | 202 | 179.7 | 58.0 | 10.0 | 24.0 | 3.5 | 0.0 |

※平成26年12月31日現在(厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査)医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

(単位：人)

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|---------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 10直方・鞍手 | 107 | 95.2 | 175 | 155.7 | 1,941 | 1,725.9 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(H26.12.31現在)

※看護職員数は看護職員業務従事者届(H26.12.31現在)(従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出)

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ(以下「NDBデータ」という。)を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率(当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合)を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では、56.4%が自己完結しており、20.9%が飯塚区域に、15.7%が北九州区域に流出しています。(図表2-1)

- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では、88.7%が自己完結しており、10.4%が北九州区域に流出しています。回復期リハビリテーション病床では、79.2%が自己完結しています。(図表 2-2・2-3)
- 慢性期に対応する療養病床では、69.4%が自己完結しており、17.4%が北九州区域に流出しています。(図表 2-1～図表 2-4)
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37 (2025) 年患者流出入の状況では、直方・鞍手区域の自己完結率は、高度急性期で 27.2%、急性期で 52.2%、回復期で 67.8%、慢性期で 51.8%と推計されています。(図表 3-1-1～図表 3-5)
- SCR (年齢調整標準化レセプト出現比) では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比 (以下「レセプト出現比」という。) は全国平均を下回っています。看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 のレセプト出現比は全国平均を上回っています。回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。(図表 4-1)
- DPC 参加病院 (急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院) のデータでは、MDC (主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類) のうち「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」及び「新生児疾患、先天性奇形」に係る医療提供が確認できませんが、これ以外の MDC に対応した入院医療は提供されており、提供量 (件数) についても年度間で安定しています。(図表 5-10)

② 救急医療

- DPC 参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられる MDC のうち、「筋骨格系疾患」、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」「血液・造血器・免疫臓器の疾患」「新生児疾患・先天性奇形」及び「精神疾患」に係る医療提供が確認できません。これ以外の MDC に対応した救急に関する入院医療は、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量 (件数) についても年度間で安定しています。(図表 6-10)
- NDB データでは、44.1%が自己完結しており、37.3%が飯塚区域に、14.3%が北九州区域に流出しています。(図表 10-1)
- SCR では、「救急医療の体制」について、二次救急でレセプト出現比が全国平均を下回っています。(三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない)。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関でレセプト出現比が全国平均を下回っているうえ、患者を受け入れる受入医療機関のレセプトが出現していません。「夜間休日の救急搬送」についても、入院・外来双方で全国平均を下回っています。「集中治療室等の体制」のレセプトも出現していません。(図表 4-2)
- 消防庁データ (平均搬送時間) では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児は 30 分未満ですが、乳幼児、小児、成人、高齢者は 31 分から 33 分となっています。(図表 7-1～図表 7-5)

③ 脳血管疾患 (脳卒中)

- 「脳梗塞・TIA (一過性脳虚血発作)」の NDB データでは、62.6%が自己完結しており、10.4%が飯塚区域に、18.6%が北九区域に流出しています。(図表 10-2-1)

- 「くも膜下出血」のNDBデータでは、35.7%が自己完結しており、20.0%が飯塚区域に、33.9%が北九州区域に、10.4%が京築区域に流出しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」に関連するレセプト出現比は、「脳梗塞・TIA」が全国平均並みとなっているほかは、全て全国平均を下回っています。「薬物療法」では、「脳卒中のtPA(血栓溶解療法)」はレセプトが出現せず、「tPA以外の薬物療法」も全国平均を下回っています。「手術」に関連するレセプトは出現していません。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均を下回りますが、「廃用症候群(安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等)に対するリハビリテーション」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ(アクセスのしやすさ)は、脳梗塞では30分以内にアクセス可能な住民の割合は94.7%、60分以内は100.0%となっています。くも膜下出血では30分以内は51.6%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-1-1～図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患(急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは30.8%が自己完結しており、41.1%が飯塚区域に、28.0%が北九州区域に流出しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは58.7%が自己完結しており、13.1%が飯塚区域に、20.7%が北九州区域に流出しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、「狭心症」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「急性心筋梗塞」は全国平均を下回っています。「治療・手術」については、レセプト出現比が全国平均を下回るか、レセプトが出現していません。「画像診断」についても、レセプト出現比は全国平均を下回っています。「リハビリ」についてはレセプトが出現していません。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30分以内にアクセス可能な住民の割合は53.2%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍(がん)

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCのうち、呼吸器、消化器、乳房、泌尿器の領域に係る診療が行われており、手術については消化器、乳房、泌尿器の領域で行われています。提供量(件数)についても年度間で安定しています。(図表 8-10、図表 9-10)
- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、36.7%が自己完結しており、26.2%が飯塚区域に、24.6%が北九州区域に流出しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ(60分以内人口カバー率)は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|-----|-------|-------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 59.5% | 34.0% | 100.0% |

| | | | |
|------|-------|--------|--------|
| 大腸がん | 63.9% | 55.9% | 100.0% |
| 直腸がん | 55.8% | 100.0% | 100.0% |
| 肺がん | 32.9% | 0.0% | 100.0% |
| 乳がん | 45.6% | 56.7% | 100.0% |
| 肝臓がん | 26.6% | 0.0% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では23.7%が自己完結しており、34.6%が飯塚に、28.9%が北九州区域に流出しています。(図表10-4-14)
 - 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では26.9%が自己完結しており、53.3%が飯塚区域に、14.1%が北九州区域に流出しています。(図表10-4-15)
 - 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では、17.7%が福岡・糸島区域に、36.9%が飯塚区域に、45.4%が北九州区域に流出しています。(図表10-4-16)
 - 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では、45.6%が飯塚区域に、54.4%が北九州区域に流出しています。(図表10-4-17)
 - SCRでは、「療養管理」「手術」について、胃、大腸では全国平均並みですが、その他のがんでは全国平均を下回っています。「治療」については「がんの化学療法」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「放射線治療」のレセプトは出現しません。「緩和ケア」「リハビリ」「がん診療連携体制」についてもレセプトがほぼ出現していません。(図表4-5)
- ⑥ 糖尿病
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では72.5%が自己完結しており、14.6%が北九州区域に流出しています。(図表10-5-1)
 - 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では81.3%が自己完結しています。(図表10-5-2)
 - SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比が全国平均を上回っており、「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。(図表4-6)
- ⑦ 精神疾患
- 「入院精神医療」のNDBデータでは、62.8%が自己完結しており、11.0%が田川区域に流出しています。(図表10-6-1)
 - 「精神科救急入院」のNDBデータでは、51.0%が自己完結しており、12.4%が宗像区域に、13.2%が飯塚区域に流出しています。(図表10-6-2)
 - SCRでは、「認知療法・認知行動療法」のレセプト出現比が全国平均を大きく上回っています。「精神科地域移行実施加算」のレセプトは出現していません。「認知症治療病棟入院料」「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。(図表4-7)
- ⑧ 小児医療・周産期医療
- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、44.1%が飯塚区域に、55.9%が北九州区域に流出しています。(図表10-7-1)

- SCRでは、「小児の外来診療体制」「小児夜間・休日診療体制」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「乳幼児の入院医療体制」「小児の入院医療体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-8)

⑨ 在宅医療 (図表 4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプトは出現していません。
- 「往診」「緊急往診」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物、特定施設で全国平均を上回っていますが、居宅では全国平均を下回っています。
- 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」のレセプトは出現していません。「在宅患者訪問点滴注射管理指導」「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「多職種カンファレンス」のレセプトは出現していません。
- 「各指導管理」「退院時カンファレンス」「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプトは出現していません。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」「がん連携パス」のレセプトは出現しないか、全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 直方・鞍手区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流出入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、特例適用（目標達成時期の 5 年間延長）の推計方法を選定しています。
- このため、平成 42（2030）年の慢性期の医療需要及び必要病床数の推計値も、併せて記載しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|----------|--------|
| 高度急性期 | 38人・日 | 51床 |
| 急性期 | 230人・日 | 294床 |
| 回復期 | 424人・日 | 471床 |
| 慢性期 | 348人・日 | 378床 |
| 合計 | 1,040人・日 | 1,194床 |

特例適用に係る平成 42（2030）年の慢性期の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|--------|-------|
| 慢性期 | 284人・日 | 308床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|----------|
| 在宅医療等 | 2,194人・日 |

- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。
- ※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

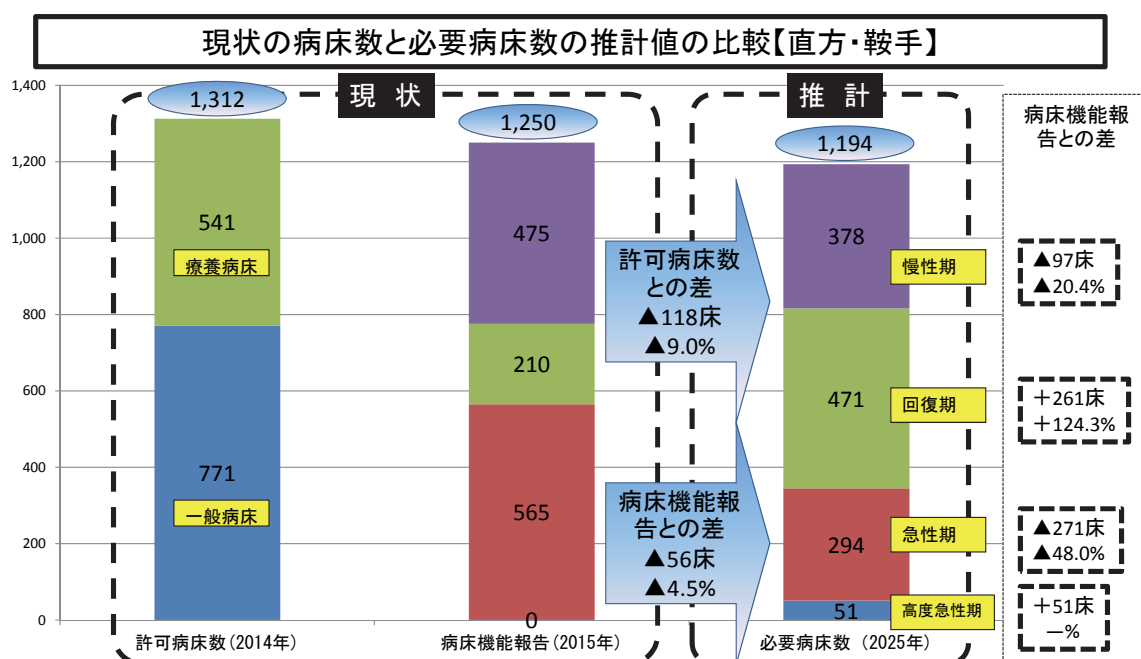
- 平成 27（2015）年度の直方・鞍手区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 1,250 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 0 床（0.0%）、急性期 565 床（45.2%）、回復期 210 床（16.8%）、慢性期 475 床（38.0%）となっています。

| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 0床 | 0.0% |
| 急性期 | 565床 | 45.2% |
| 回復期 | 210床 | 16.8% |
| 慢性期 | 475床 | 38.0% |
| 合計 | 1,250床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床44床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は1,312床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を118床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を261床下回っています。また、高度急性期も51床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は220床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-10)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数で4%程度減少すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者が6%程度増加すると見込まれています。
- 入院では、平成37(2025)年にかけて、総数で7%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者は15%~18%程度増加すると見込まれています。

一方、妊娠・分娩については27%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に75歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成22(2010)年の全国の認知症高齢者は、65歳以上の高齢者の約15%、約439万人と推計されています。これについて、平成27(2015)年1月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」によると、平成37(2025)年には高齢者の約5人に1人が認知症高齢者と推計され、約700万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成22(2010)年の認知症高齢者数を算出すると、約17万人となります。平成37(2025)年には、約30万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、直方・鞍手区域の認知症高齢者数を推計すると、平成22(2010)年では約5千人、平成37(2025)年では約7千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が261床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 現状の医療提供体制を正確に評価したうえで、今後の医療需要や受療動向を推測し、各医療機関の医療機能を踏まえたうえで、病床の転換等の取組を進めていくことが重要であるが、安易な病床転換は危険で、地域医療の崩壊を招きかねない。
- ・ 特に、今後、急性期医療の整備拡充の可能性を持っており、地域のニーズに応じていかななければならないので、急性期からの病床転換は慎重に考えなければならない。
- ・ 病床については検討の前提となるデータは最新の状況を反映できていない。今後は県からの提供データを最新のものとするとともに、これに加え、地域の医療機関から提供される最新のデータも含めて検討するべきである。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 直方・鞍手区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は2,194人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 直方・鞍手区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 在宅での訪問診療提供量を増加させるためには、入院から在宅へのスムーズな移行が不可欠であり、必要なのは適切かつ速やかな情報の共有と伝達である。従って、多職種連携の強化が必要である。
- ・ 訪問看護の内容の充実と訪問看護師のレベルアップの研修が必要である。
- ・ 在宅の受け皿となる訪問看護ステーション等の施設、及びその利用者の正確な数とサービス受給内容の把握が必要である。また、家族構成や住宅事情などの地域特性の実態を踏まえた検討が行われるべきである。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療に関しては、かなりの割合を飯塚区域に依存している状況であり、平均搬送時

間もやや時間を要しています。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、直方・鞍手区域における救急医療の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 直方・鞍手区域内での救急医療体制の維持・強化が必要である。また、飯塚区域、北九州区域との連携を強化していくことが重要である。
- ・ 小児は受入医療機関がないため、平均搬送時間に時間を要している状況である。
- ・ 二次救急については、DPC参加病院以外の病院においてもかなり診療を行っているものと考えられる。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 回復期・リハビリについては一定の診療が行われていますが、全体的に診療機能が弱く、連携パスの活用が図られていない面があります。
- ・ アクセシビリティを考慮すると、くも膜下出血について自己完結率を高めることが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、直方・鞍手区域における脳血管疾患の提供体制や連携体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性期脳血管疾患には対応できない現状であるので、より広域のレベルで考えざるを得ない。
- ・ 急性期に関しては、ほとんど区域外に依存しているため、各方面との連携強化と情報共有の強化が必要である。
- ・ 区域内で対応できるようにするためには、医師の確保と医療設備の拡充が不可欠であるが容易ではない。しかしながら、拡充を検討している医療機関もあり改善の余地はある。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 全体的に診療機能が弱く、回復期・リハビリについても診療機能が不足しています。
- ・ アクセシビリティを考慮すると、急性心筋梗塞について自己完結率を高めることが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、直方・鞍手区域における虚血性心疾患の提供体制や連携体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 区域内で診療を行う医療機関ができ、管外への救急搬送についても減少しており、少しずつ改善されている。
- ・ 更なる医療体制の整備及び区域内での医療連携の構築と円滑な患者の救急搬送を推進することが必要である。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 急性期経過後の診療体制については、外来化学療法の自己完結率やがん緩和ケア、がん診療連携パスの利用が低くなっており、区域内でこれらの診療体制を確保することが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、悪性腫瘍に係る医療提供体制のあり方について、調整会議等において協議を行います。
(外来化学療法の自己完結率向上に向けた取組、がん緩和ケアの構築に向けた取組、がんに係る地域連携クリティカルパスの普及促進 など)。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度ながん医療は北九州区域又は飯塚区域との連携で行わざるを得ないが、高齢化が進展することから、できるだけ居宅に近い区域内でできることに取り組むことが必要である。
- ・ がんの化学療法に関しては、在宅医療や緩和医療の体制との関連もあり、外来・入院ともに診療機能の整備・拡充が必要である。
- ・ 今後は、在宅医療における緩和医療を中心としたターミナルケアの推進、24時間体制の整備、多職種連携の推進が必要である。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に対する医療の提供体制は、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については、区域内の提供体制は脆弱となっています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児・周産期については、日常の診療は区域内で対応可能であるが、入院・夜間診療はそれだけ人員が必要となることから、区域を超えて連携強化を行っていくことが現実的。
- ・ 産科医療機関及び産科医の不足は、当区域のみの問題ではなく全県的な課題である。広域での周産期医療体制の構築（連携強化）が望ましい。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性期経過後、地域包括ケア病棟の利用や在宅での訪問リハの提供など適切な段階を踏んで在宅へ復帰させていくことが重要である。
- ・ 高齢者が繰り返す可能性も大きく、骨折に関しては転倒予防のためのリハビリ・ケアなどのサービス提供や肺炎に関しては早期からの口腔内ケアの導入が必要である。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

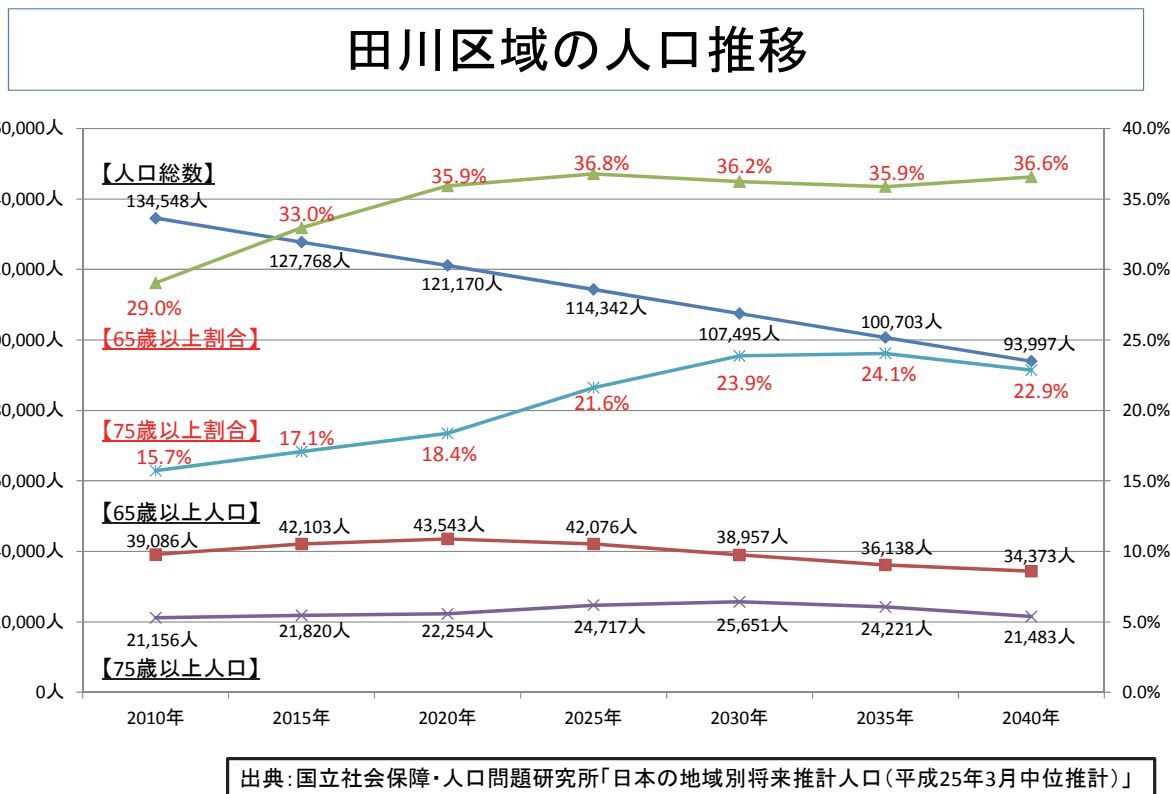
- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

11 田川区域 (田川市、田川郡(香春町、添田町、糸田町、川崎町、大任町、赤村、福智町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、田川区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 134,548 人が、平成 37 (2025) 年には 114,342 人(対平成 22 年▲15.0%)となり、平成 52 (2040) 年には 93,997 人(同▲30.1%)となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 32 (2020) 年の 43,543 人をピークに減少に転じ、総人口に占める割合は、平成 22 (2010) 年の 29.0%が平成 37 (2025) 年には 36.8%と増加しますが、平成 52 (2040) 年には 36.6%となり、横這いで推移すると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 42 (2030) 年の 25,651 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 15.7%が、平成 37 (2025) 年には 21.6%となり、平成 52 (2040) 年には 22.9%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、5 歳から 20 歳までの年代で人口が流出しており、その後の年代でも流入による人口増加は見られず、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-11 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、平成 22 (2010) 年現在でも女性の後期高齢者数が比較的多い傾向にあります。今後、更にこの傾向が強まるものと予想されています。(図表 1-2-11)



(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 田川区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 16 施設であり、このうち一般病院は 13 施設となっています。
- 一般診療所は、110 施設であり、そのうち有床診療所は 20 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 1,270 床 (病院 1,019 床、有床診療所 251 床)、療養病床が 390 床 (病院 323 床、有床診療所 67 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 952.0 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 292.3 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 26 (2014) 年ー平成 21 (2009) 年) で 33 床減少しており、一般病床が 24 床 (▲1.9%)、療養病床が 9 床 (▲2.3%) 減少しています。

本県の許可病床数の状況

(単位：床)

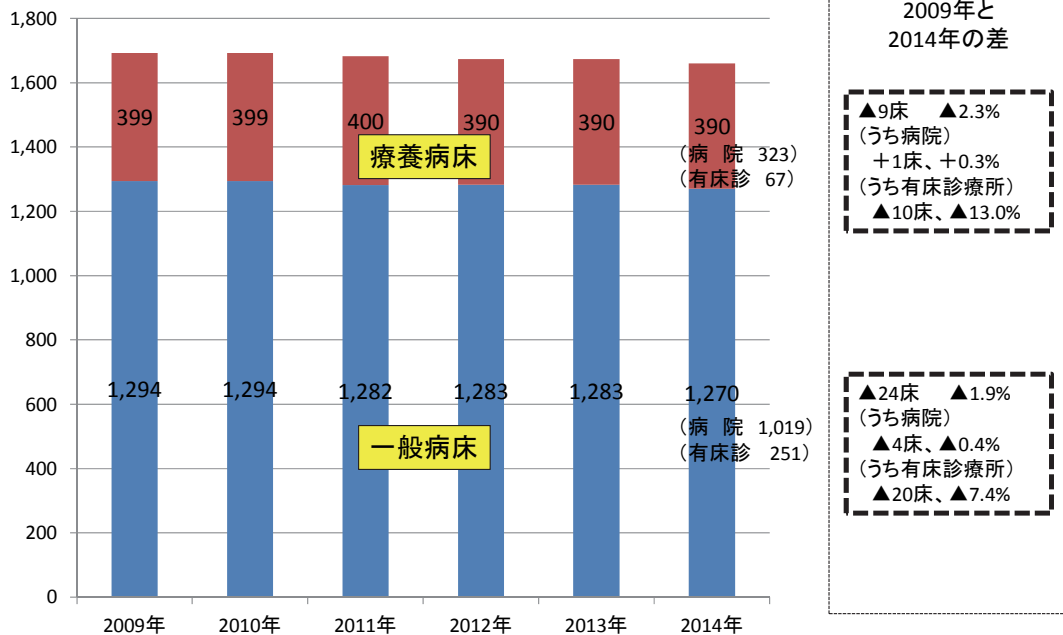
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 11 田川 | 1,660 | 1,270 | 390 | 1,244.3 | 952.0 | 292.3 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 田川

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 11 田川 | 16 | 1 | - | - | 1 | - |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 11 田川 | - | 1 (地域拠点) | 1 (二種) | 2 | - | 1 |

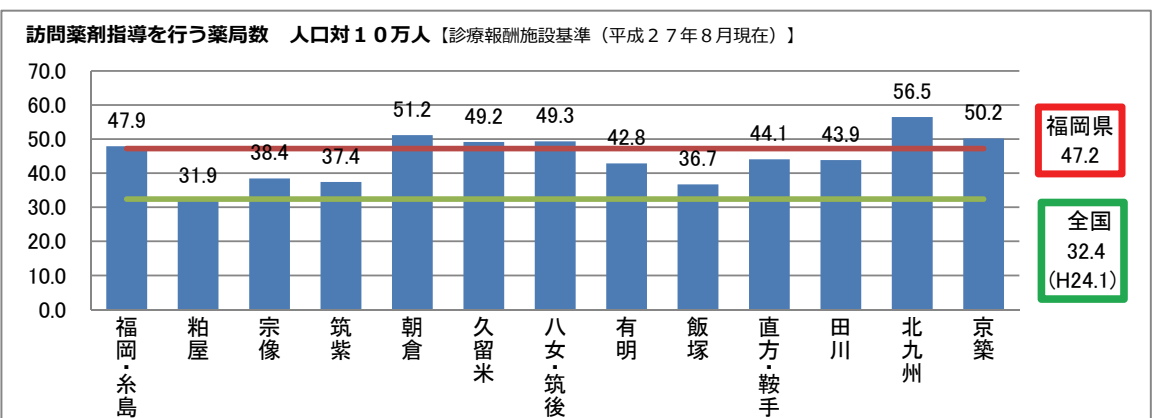
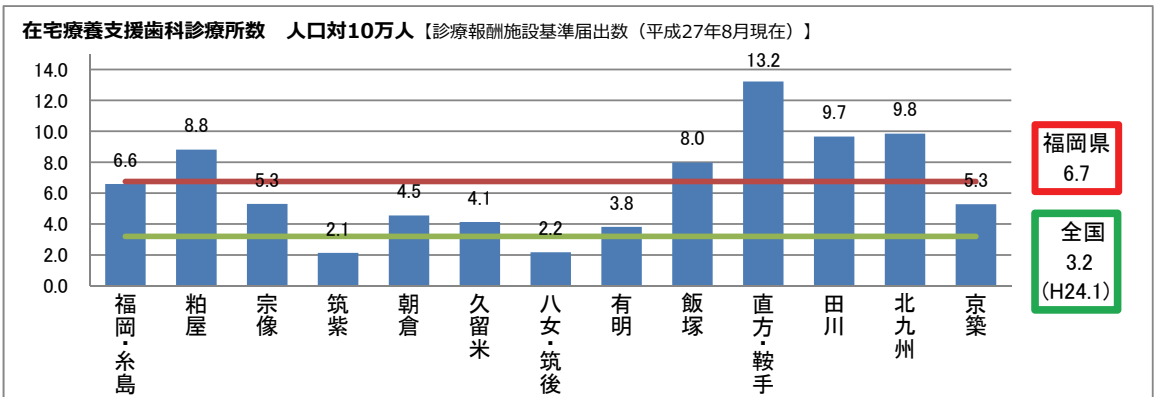
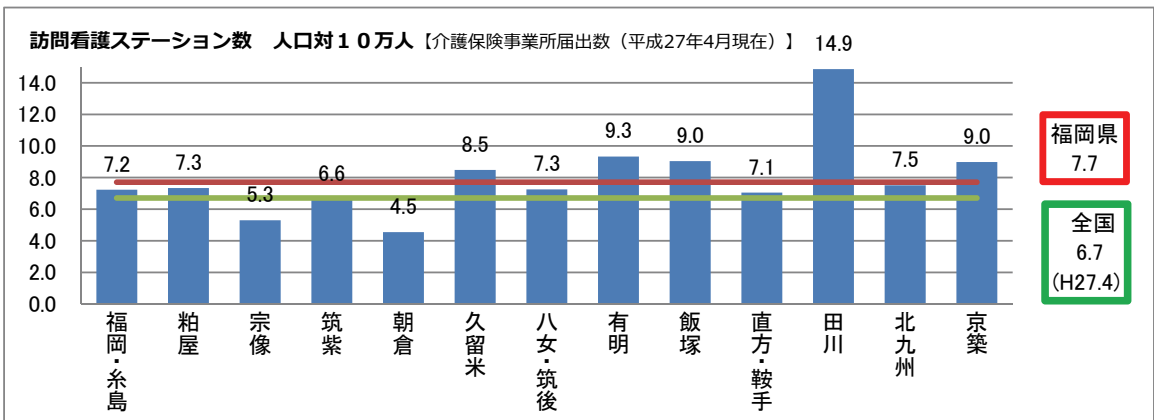
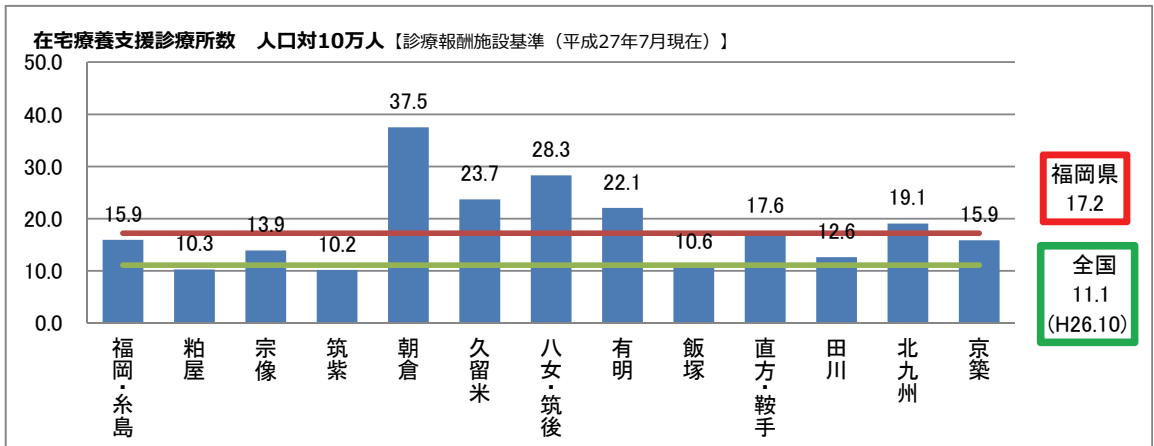
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
社会保険田川病院
- 災害拠点病院（1）
田川市立病院
- がん診療連携拠点病院等（1）
地域拠点病院：社会保険田川病院
- 感染症指定医療機関（1）
第二種感染症指定医療機関：田川市立病院
- 医師臨床研修病院（基幹型）（2）
社会保険田川病院、田川市立病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人昌和会見立病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 17 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 12.6 施設となっており、県平均（17.2 施設）を下回っていますが、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 20 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 14.9 施設となっており、県平均（7.7 施設）、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 13 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 9.7 施設となっており、県平均（6.7 施設）、全国平均（3.2 施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 59 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 43.9 施設となっており、県平均（47.2 施設）を下回っていますが、全国平均（32.4 施設）を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は250人で、人口10万人当たり187.7人となっており、全国

平均（231.5人）を下回っています。

- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別では、小児科、外科、麻酔科、救急で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、60歳以上の医師が最も多くなっています。（図表 1-3-11）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は 94 人で、人口 10 万人当たり 70.6 人となっており、全国平均（78.7 人）を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は 204 人で、人口 10 万人当たり 153.1 人となっており、全国平均（168.5 人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成 26（2014）年 12 月 31 日現在の看護職員数は 2,255 人（保健師 38 人、助産師 33 人、看護師 1,151 人、准看護師 1,033 人）で、人口 10 万人当たり 1,692.9 人となっており、全国平均（1,177.1 人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、40 歳から 44 歳にかけて最も高い割合を示しており、20 代の看護師数が比較的少ない年齢分布となっています。（図表 1-3-11）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口 10 万人対医師数 | | | | | |
|-------|----------|--------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 11 田川 | 250 | 187.7 | 99.2 | 53.5 | 21.8 | 3.7 | 0.0 |

※平成 26 年 12 月 31 日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口 10 万人対の数値は平成 27 年 1 月 1 日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は 15 歳未満人口を、産科・産婦人科は 15～49 歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|-------|--------------------|--------------|----------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 | 人数 | 人口 10 万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 11 田川 | 94 | 70.6 | 204 | 153.1 | 2,255 | 1,692.9 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31 現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31 現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口 10 万人対の数値は平成 27 年 1 月 1 日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では、62.6%が自己完結しており、23.7%が飯塚区域に流出しています。（図表2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準13対1及び15対1の病床では、97.1%が自己完結しています。回復期リハビリテーション病床では、69.2%が自己完結しています。（図表2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では、57.5%が自己完結しており、24.4%が京築区域に流出しています。（図表2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成37（2025）年患者流出入の状況では、田川区域の自己完結率は、高度急性期で39.9%、急性期で61.2%、回復期で71.6%、慢性期で50.2%と推計されています。（図表3-1-1～図表3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準7対1及び10対1を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均を下回っています。看護配置基準13対1及び15対1のレセプト出現比は、全国平均を大幅に上回っていますが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を下回っています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。（図表4-1）
- DPC参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、全てのMDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全18分類）に対応した入院医療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表5-11）

② 救急医療

- DPC参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられるMDCのうち、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」「新生児疾患・先天性奇形」及び「精神疾患」に係る医療提供が確認できません。これ以外のMDCに対応した救急に関する入院医療は、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表6-11）
- NDBデータでは、76.6%が自己完結しており、19.3%が飯塚区域に流出しています。（図表10-1）
- SCRでは、「救急医療の体制」について、二次救急でレセプト出現比が全国平均を下回っています。（三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない）。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均を下回っています。「夜間休日の救急搬送」については、入院では全国平均並み、外来では全国平均を上回っています。

す。「集中治療室等の体制」のレセプトは出現していません。(図表 4-2)

- 消防庁データ(平均搬送時間)では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児が 48 分と時間を要しています。乳幼児、小児、成人、高齢者については 34 分から 36 分となっています。(図表 7-1~図表 7-5)

③ 脳血管疾患(脳卒中)

- 「脳梗塞・T I A(一過性脳虚血発作)」のNDBデータでは、78.0%が自己完結しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは、49.5%が自己完結しており、22.1%が飯塚区域に、28.4%が京築区域に流出しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」に関連するレセプト出現比は、「脳梗塞・T I A」が全国平均並みとなっているほかは、全て全国平均を下回っています。「薬物療法」では、「脳卒中の tPA(血栓溶解療法)」のレセプト出現比は全国平均を上回っており、「tPA 以外の薬物療法」も全国平均並みとなっています。「手術」に関連するレセプト出現比は全国平均を下回る項目が多くなっています。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」「廃用症候群(安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等)に対するリハビリテーション」のいずれもレセプト出現比は全国平均を下回っています。「連携パス」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ(アクセスのしやすさ)は、脳梗塞では 30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 94.8%、60 分以内は 100.0%となっています。くも膜下出血では 30 分以内は 91.1%、60 分以内は 100.0%となっています。(図表 11-1-1~図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患(急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは 70.1%が自己完結しており、29.9%が飯塚区域に流出しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは 75.7%が自己完結しており、12.2%が北九州区域に流出しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」については、「狭心症」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「急性心筋梗塞」は全国平均を下回っています。「治療・手術」については、「カテーテル治療」のレセプト出現比が全国平均並みとなっていますが、「手術」のレセプトは出現していません。「画像診断」については、「冠動脈 CT 撮影」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「冠動脈造影」は全国平均並みとなっています。「リハビリ」については、外来でレセプト出現比が全国平均並みとなっていますが、全体では全国平均を下回っています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30 分以内にアクセス可能な住民の割合は 85.9%、60 分以内は 100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍(がん)

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCに対応した診療が行われており、手術についても脳、血液領域を除き行われています。提供量(件

数)についても年度間で概ね安定しています。(図表 8-11、図表 9-11)

- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、44.5%が自己完結しており、34.1%が飯塚区域に流出しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ(60分以内人口カバー率)は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 65.0% | 64.9% | 100.0% |
| 大腸がん | 65.2% | 60.3% | 100.0% |
| 直腸がん | 68.9% | 100.0% | 100.0% |
| 肺がん | 43.4% | 0.0% | 100.0% |
| 乳がん | 54.9% | 63.2% | 100.0% |
| 肝臓がん | 52.1% | 48.0% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では37.2%が自己完結しており、36.1%が飯塚に、12.1%が北九州区域に流出しています。(図表 10-4-14)
- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では31.3%が自己完結しており、58.0%が飯塚区域に流出しています。(図表 10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では、29.9%が自己完結しており、15.9%が福岡・糸島区域に、28.0%が飯塚区域に、26.2%が北九州区域に流出しています。(図表 10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では、47.4%が自己完結しており、36.1%が飯塚区域に、16.5%が北九州区域に流出しています。(図表 10-4-17)
- SCRでは、「療養管理」「手術」について、全てのがんで全国平均を下回っています。「治療」については「がんの化学療法」「放射線治療」ともレセプト出現比は全国平均を下回っています。「緩和ケア」のレセプトは出現しておらず、「リハビリ」「がん診療連携体制」についてもレセプト出現比が全国平均を下回っています。(図表 4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では80.9%が自己完結しています。(図表 10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では83.9%が自己完結しています。(図表 10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比も全国平均を下回っており、「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。(図表 4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、89.4%が自己完結しており、飯塚区域の患者の

24.8%、直方・鞍手区域の患者の11.0%が田川区域に流入しています。(図表 10-6-1)

- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、82.8%が自己完結しており、13.1%が飯塚区域に流出している一方、飯塚区域の患者の13.4%が田川区域に流入しています。(図表 10-6-2)
- SCRでは、多くの診療項目でレセプト出現比が全国平均を大きく上回っており、提供体制が充実しています。「認知症治療病棟入院料」「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を大きく上回っています。(図表 4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、13.2%が福岡・糸島区域に、65.1%が飯塚区域に、21.7%が北九州区域に流出しています。(図表 10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、100%自己完結しています。(図表 10-7-2)
- SCRでは、「小児の外来診療体制」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「小児夜間・休日診療体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「乳幼児の入院医療体制」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「小児の入院医療体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表 4-8)

⑨ 在宅医療 (図表 4-9)

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「往診」「緊急往診」「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物、特定施設、居宅のすべてで全国平均を下回っています。
- 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「退院支援・調整」「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「各指導管理」「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「ケアマネジャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプトは出現していません。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 田川区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流入を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベース（流出入を調整しない）を選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、パターンBの推計方法を選定しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 46人・日 | 61床 |
| 急性期 | 227人・日 | 290床 |
| 回復期 | 426人・日 | 473床 |
| 慢性期 | 278人・日 | 302床 |
| 合計 | 977人・日 | 1,126床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|----------|
| 在宅医療等 | 1,702人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

- 平成 27（2015）年度の田川区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 1,374 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 24 床（1.7%）、急性期 799 床（58.2%）、回復期 165 床（12.0%）、慢性期 386 床（28.1%）となっています。

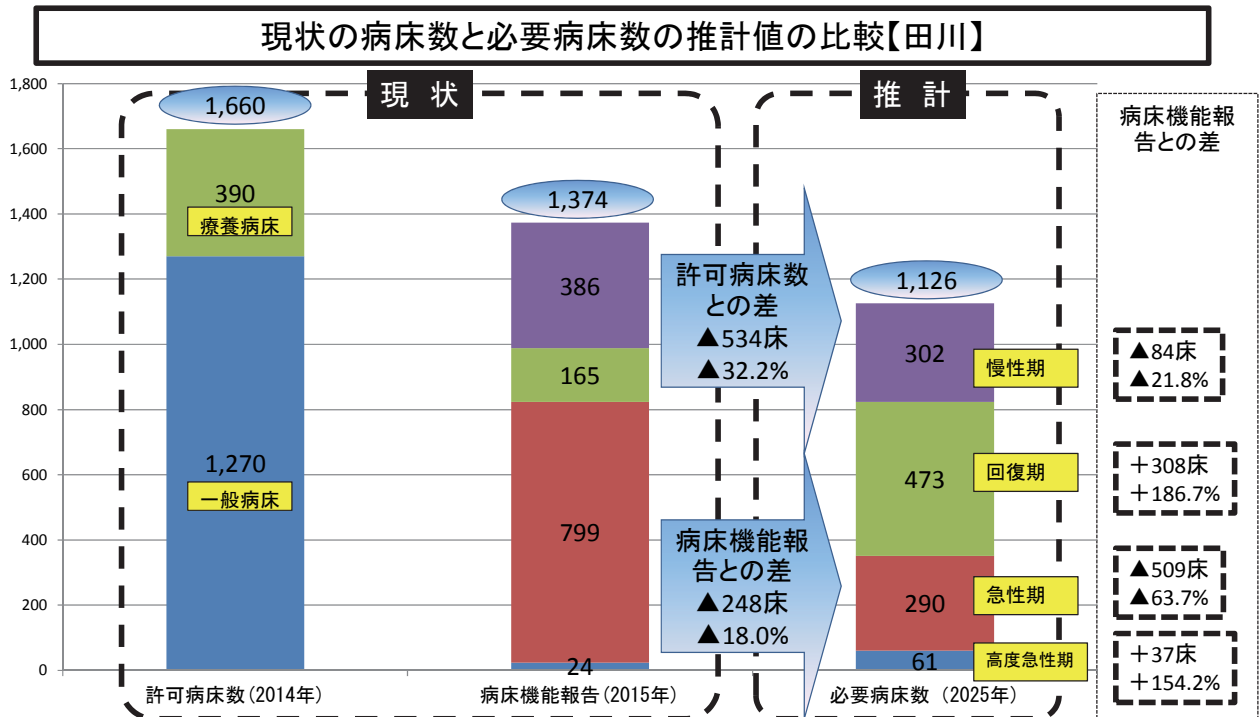
| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 24床 | 1.7% |
| 急性期 | 799床 | 58.2% |
| 回復期 | 165床 | 12.0% |
| 慢性期 | 386床 | 28.1% |
| 合計 | 1,374床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの

※休棟等により機能未選択の病床 220 床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成 26 (2014) 年時点の許可病床数は 1,660 床で、平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を 534 床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成 37 (2025) 年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を 308 床下回っています。また、高度急性期も 37 床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は 472 床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-11)

- 外来では、平成 22 (2010) 年と比較した場合、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で 7%程度減少すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患 (主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患 (骨折) の患者はほぼ変わらず推移すると見込まれています。
- 入院では、平成 37 (2025) 年にかけて、総数はほぼ変わらず推移すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者は 8%~10%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については 22%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に 75 歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢

者は、増えていくと見込まれています。

- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、田川区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 6 千人、平成 37 (2025) 年では約 8 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が308床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期については 80%以上の自己完結率を目標とし、地域の中核病院の機能強化と機能の分化について検討することが必要である。
- ・ 回復期機能の充実を図るため、看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床の機能転換（地域包括ケア病床）への転換について検討することが必要であり、この場合、退院先・連携先となる受け皿（在宅医療・介護サービス）の充実を図っていく必要がある。
- ・ 慢性期医療の適正化については、患者の状況をよく精査したうえで、国において議論がなされている「新類型（※）」への転換について検討していく必要がある。
- ・ また、医療従事者（医師・看護師、OT・PT等）の人材確保に取り組む必要がある。

※「新類型」…療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・病床の機能分化の推進や在宅医療の推進のため、とびうめネットの積極的な活用を図ることが必要である。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 田川区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は1,702人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 田川区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 居宅への訪問診療の提供量を増加していくことが必要（SCRの数値100以上を目標）である。
- ・ また、訪問看護の提供量を充実させていくことが必要である。（SCRの数値100以上を目標）

- ・ 24時間看護体制が可能な訪問看護ステーション等、訪問看護の事業者の大規模化が望まれる。
- ・ ケアマネジメントの質の向上を図っていくことが必要である。
- ・ 医療と介護の連携を充実させていくことが必要である。
(医療介護関連のSCRの数値100以上を目標)
- ・ 在宅医療を支える後方病院の機能充実を図っていくことが必要である。
- ・ また、医療従事者(医師・看護師、OT・PT等)の人材確保に取り組む必要がある。
- ・ 在宅医療においては、薬品、各種衛生材料等が必要となることから、地域の薬剤師、薬局との連携や積極的な活用について考えていくことが必要である。
- ・ 在宅医療については、田川区域はとびうめネットの登録が進んでおり、在宅患者の情報をとびうめネットに登録し、緊急時に基幹病院へ搬送された際、すぐその情報を見ることができるシステムの構築が進んでいる。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療に関しては、区域外への流出が多く、平均搬送に時間を要している状況となっています。

【今後の方向性】

- ・ 二次救急については区域内で体制が維持できるよう医師確保をはじめとした医療従事者の確保に引き続き取り組みます。
- ・ 市民への啓発に取り組むとともに、消防機関との一層の連携について模索します。
- ・ 引き続き、田川区域における救急医療の提供体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 区域外への流出への対応については、二次救急にあたっている病院の医師確保や、区域内で対応が可能なことについて、市民への啓発、消防機関との一層の連携を推進していくことが挙げられる。
- ・ 救急二次輪番病院の救急医療提供体制の強化を図ることが必要である。
- ・ また、小児救急体制については、現在、田川区域内の小児科医が準夜帯に飯塚病院の救急外来を交代で担当し、筑豊全体に対応する体制を実施しており、今後もこの仕組みを維持していくことが必要である。

② 脳血管疾患(脳卒中)

【課題又は現状の評価】

- ・ 回復期・リハビリについては一定の診療が行われていますが、全体的にSCRの数値が低い値となっています。
- ・ アクセシビリティを考慮すると、くも膜下出血について自己完結率を高めることが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、田川区域における脳血管疾患の提供体制や連携体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 脳血管疾患診療体制の全体的な向上を図るため、基幹施設となる病院において高度急性期から慢性期、在宅までの医療提供体制を構築することが必要である。
- ・ 脳血管疾患関連SCRの向上を図るため、救急隊員との連携や教育、リハビリテーション機能の充実に取り組むことが必要（回復期関連の指標を中心にSCRの値を80から100になるよう目標設定）である。
- ・ また、医療従事者（医師・看護師、OT・PT等）の人材確保に取り組む必要がある。
- ・ SCRの数値が低いですが、実際には医療提供の体制はある。ただ、田川区域内に手術にも対応可能な医療機関があることについて、住民への広報や救急搬送機関との連携が不足している面がある。
- ・ 病・病医療機能情報の周知（回復期リハビリができる医療機関が少なくSCRの値が低い）。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 回復期・リハビリを含め全体的にSCRの数値が低くなっています。
- ・ アクセシビリティを考慮すると、急性心筋梗塞について自己完結率を高めることが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、田川区域における虚血性心疾患の提供体制や連携体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ SCRの数値については、現在はもっと改善しているものと思われる。
- ・ 虚血性心疾患診療体制の全体的な向上を図るため、基幹施設となる病院において高度急性期から慢性期、在宅までの医療提供体制を構築することが必要である。
- ・ 虚血性心疾患関連SCRの向上のため、リハビリテーション機能の充実に取り組むことが必要（回復期関連のSCRの値を80から100になるよう目標設定）である。
- ・ また、医療従事者（医師・看護師、OT・PT等）の人材確保に取り組む必要がある。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 急性期経過後の診療体制については、外来化学療法の自己完結率やがん診療連携パスの利用が低くなっており、区域内でこれらの診療体制を確保することが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、悪性腫瘍に係る医療提供体制のあり方について、調整会議等において協議を行います。
(外来化学療法の自己完結率向上に向けた取組、がん緩和ケアの構築に向けた取組、がんに係る地域連携クリティカルパスの普及促進 など)。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 緩和ケアの提供量を示す数値が低くなっているが、地域の基幹病院で緩和ケアを提供しており、対応できている。
- ・ 血液系を除けば5大がんは区域内で完結できる体制はある。周知をきちんと行い、自己完結率を高めていくことが重要である。
- ・ 飯塚区域の高度急性期・急性期病院との連携により、現在のがん入院医療提供体制を維持していくことが必要である。
- ・ 化学療法、放射線治療の自己完結率を向上させることが必要である（80%以上を目標）。
- ・ がんの緩和医療に関する更なる体制の強化に取り組むことが必要である（SCRの値100以上を目標）。
- ・ がん診療に係る連携の強化が必要である（SCRの値100以上を目標）。
- ・ がんの在宅医療に係る体制の強化が必要である（SCRの値100以上を目標）。
- ・ 緩和ケアにおける麻薬、外来での化学療法（抗がん剤治療）については、地域の薬剤師・薬局との連携や活用について考えていくことが必要である。
- ・ 高度な技術をもった看護師の育成が必要である。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に対する医療の提供体制は、概ね確保されていますが、血糖自己測定・在宅インスリン治療など在宅関連の指標の改善や、住民の健康意識、生活習慣の改善を図ることが望ましいと考えられます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、糖尿病に係る医療提供体制のあり方について、調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 糖尿病治療のアドヒアランス（患者の理解・積極参加）向上に栄養士・看護師・薬剤師を活用することについて考えていくことが必要である。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 慢性期病床が比較的少ないため、田川管内の精神科病床における死亡退院で年間 600 人を看取っている。
- ・ 精神疾患を有し、身体合併をもった患者のターミナルを支援する仕組みを整える必要性があるため、精神科病院・一般病院との病病連携が必要である。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については、自己完結率や区域内の提供量を示す数値は低くなっています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児の入院体制の自己完結率が低い値となっているが、データを調べ直した結果、70%以上自己完結しているとの結果であった。
- ・ 分娩取扱施設も2病院揃っており、対応できている。
- ・ 医師会が行っている休日夜間急患センターを基盤とした小児救急における地域連携体制の維持を図ることが必要である。平日準夜の時間帯の診療は、ささえあい診療と田川市立

病院の診療で強化されつつあるが、一次診療については将来検討する必要がある。

- ・ 中核医療機関における周産期機能の強化について検討が必要である。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定されるところであり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 介護現場における誤嚥性を含む肺炎の予防及び治療体制の強化や介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）、介護施設における確実な予防接種の実施、要介護高齢者の栄養改善、介護現場における転倒予防プログラムの強化及び急性期以後のリハビリ等の対応の強化などに取り組む必要がある。
- ・ 嚥下障害による誤嚥防止を図るため、言語聴覚士の確保並びに歯科医師との連携に取り組む必要がある。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 認知症診断における精神科病院との連携体制の強化や精神科病院・急性期病院における認知症認定看護師・OT・PT・リハビリ技師の養成などに取り組む必要がある。
- ・ 田川区域は高齢者の比率が高く、認知症に対する急性期医療の提供が必要である。

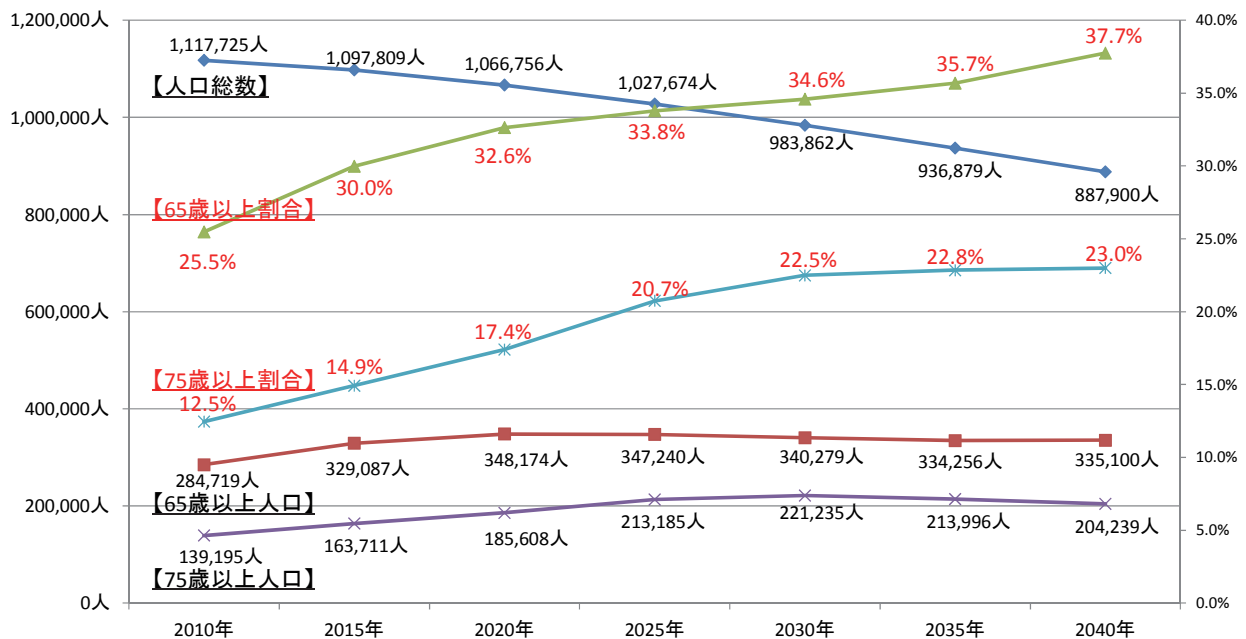
12 北九州区域 (北九州市、中間市、遠賀郡(芦屋町、水巻町、岡垣町、遠賀町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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(2013)年3月中位推計)によると、北九州区域の総人口は減少を続け、平成22(2010)年の1,117,725人が、平成37(2025)年には1,027,674人(対平成22年▲8.1%)となり、平成52(2040)年には887,900人(同▲20.6%)となると予想されています。
- 一方、65歳以上の高齢者人口は平成32(2020)年の348,174人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成22(2010)年の25.5%が、平成37(2025)年には33.8%となり、平成52(2040)年には37.7%となると予想されています。
- また、75歳以上の後期高齢者人口は平成42(2030)年の221,235人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成22(2010)年の12.5%が、平成37(2025)年には20.7%となり、平成52(2040)年には23.0%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、全年齢階級に渡って流入による人口増加は見られず、75歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い、死亡者数が増加していくと予想されています。(図表1-1-12(別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表1-2-12)

北九州区域の人口推移



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 北九州区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 102 施設であり、このうち一般病院は 87 施設となっています。
- 一般診療所は、1,059 施設であり、そのうち有床診療所は 131 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 12,427 床 (病院 10,941 床、有床診療所 1,486 床)、療養病床が 5,423 床 (病院 5,119 床、有床診療所 304 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 1,112.1 床で、全国平均 (783.1 床) を上回っています。また、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 485.3 床で、全国平均 (267.2 床) を上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 21 (2009) 年ー平成 26 (2014) 年) で 550 床減少しており、一般病床が 321 床 (▲2.5%)、療養病床が 229 床 (▲4.1%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

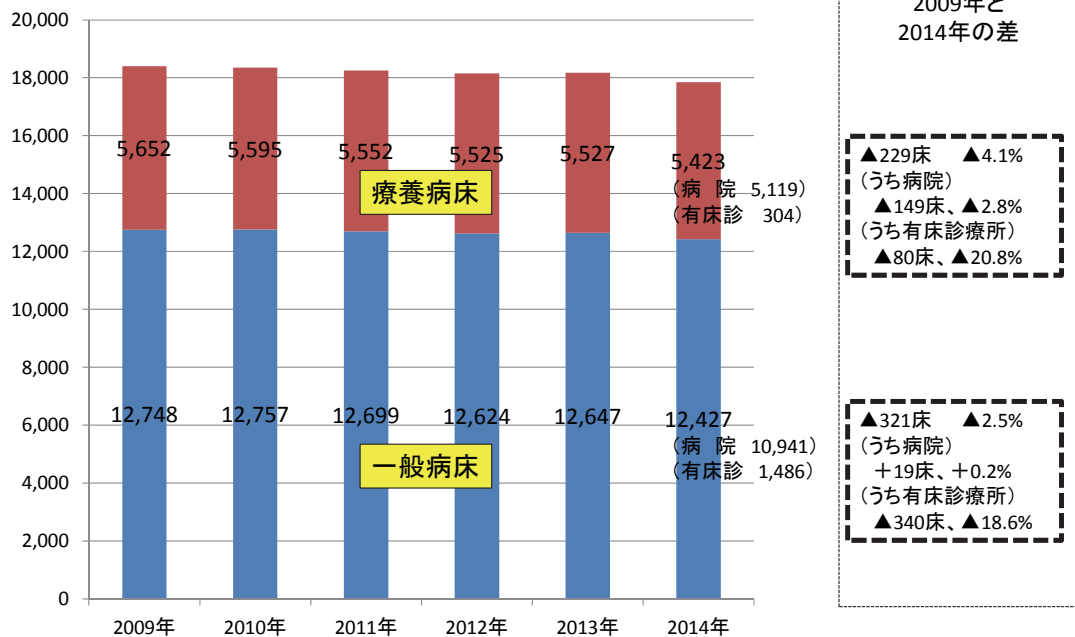
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|--------|-----------|---------|---------|----------------|---------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 12 北九州 | 17,850 | 12,427 | 5,423 | 1,597.4 | 1,112.1 | 485.3 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 北九州

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|--------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 12 北九州 | 102 | 10 | 1 | 2 | 8 | 2 |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|--------|-----------------------------------|---------------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 12 北九州 | 2 (総合) 2 (地域) 1 (高度周産期医療機関) | 3 (地域拠点) 1 (県指定) | 1 (二種) | 14 | 1 | 3 |

※ 病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※ その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

○ 地域医療支援病院（10）

財団法人平成紫川会小倉記念病院、製鉄記念八幡病院、戸畑共立病院、独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院、独立行政法人国立病院機構小倉医療センター、独立行政法人労働者健康福祉機構九州労災病院、健和会大手町病院、北九州市立医療センター、独立行政法人労働者健康福祉機構九州労災病院門司メディカルセンター、遠賀中間医師会おんが病院

○ 特定機能病院（1）

産業医科大学病院

○ 救命救急センター（2）

北九州市立八幡病院、北九州総合病院

○ 災害拠点病院（8）

北九州市立八幡病院、産業医科大学病院、北九州総合病院、北九州市立医療センター、健和会大手町病院、独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院、新小文字病院、独立行政法人労働者健康福祉機構九州労災病院

○ へき地医療拠点病院（2）

独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院、戸畑共立病院

○ 周産期母子医療センター等（5）

総合周産期母子医療センター：北九州市立医療センター、産業医科大学病院

地域周産期母子医療センター：独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院、独立行政法人国立病院機構小倉医療センター

高度周産期医療機関：福岡新水巻病院

○ がん診療連携拠点病院等（4）

地域拠点病院：北九州市立医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院、
産業医科大学病院

県指定拠点病院：戸畑共立病院

○ 感染症指定医療機関（1）

第二種感染症指定医療機関：北九州市立医療センター

○ 医師臨床研修病院（基幹型）（14）

新小文字病院、北九州市立医療センター、健和会大手町病院、財団法人平成紫川会小倉記念病院、独立行政法人労働者健康福祉機構九州労災病院、北九州総合病院、独立行政法人国立病院機構小倉医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院、産業医科大学病院、北九州市立八幡病院、福岡県済生会八幡総合病院、製鉄記念八幡病院、戸畑共立病院、福岡新水巻病院

○ 介護予防支援センター（1）

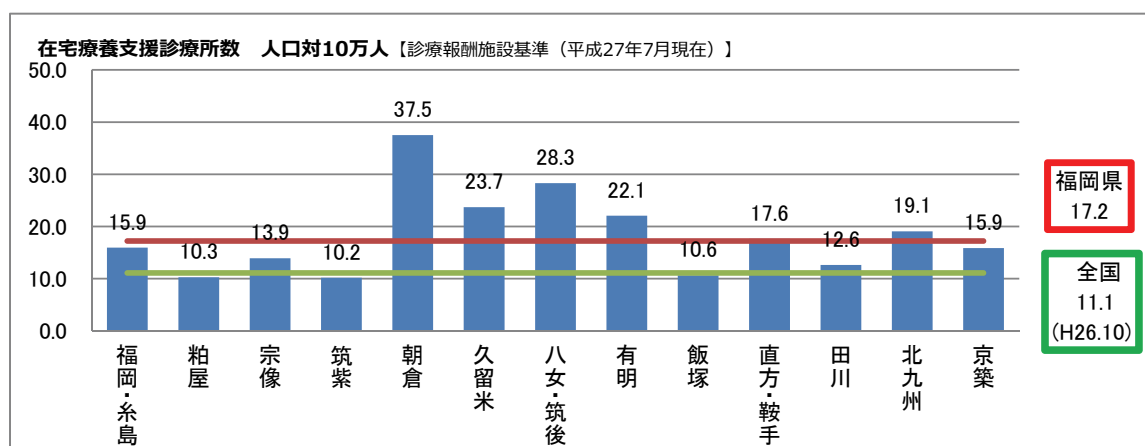
医療法人共和会小倉リハビリテーション病院

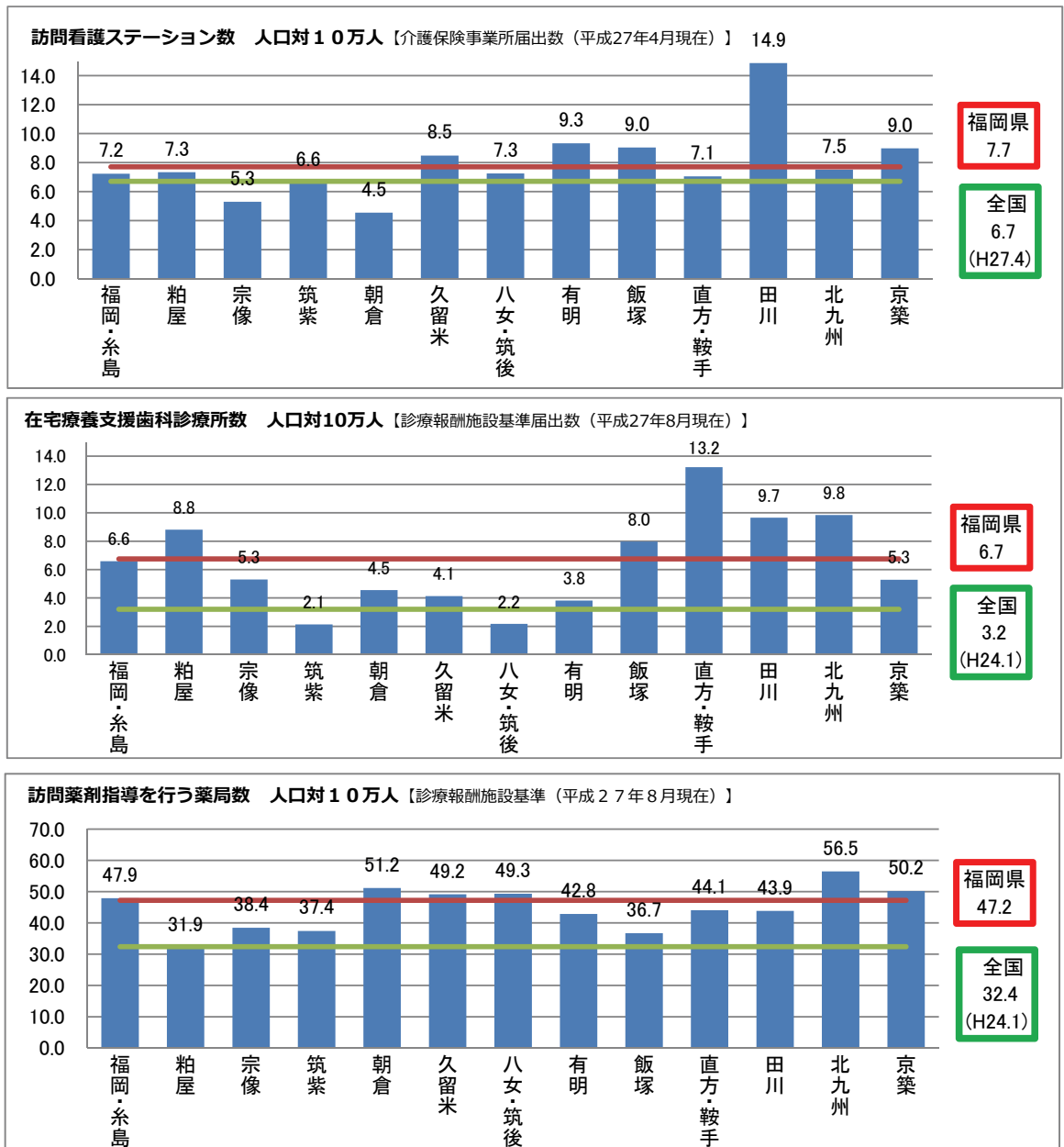
○ 認知症（疾患）医療センター（3）

医療法人小倉蒲生病院、社会福祉法人 ELDERS 年長者の里たつのおとしごクリニック
医療法人りぼん・りぼん三原デイケア+クリニックりぼん・りぼん

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 213 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 19.1 施設となっており、県平均（17.2 施設）、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 84 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 7.5 施設となっており、県平均（7.7 施設）並みですが、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 110 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 9.8 施設となっており、県平均（6.7 施設）、全国平均（3.2 施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 631 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 56.5 施設となっており、県平均（47.2 施設）、全国平均（32.4 施設）を上回っています。





④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に就いている医師の数は3,372人で、人口10万人当たり302.0人となっており、全国平均（231.5人）を上回っています。
- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別でも、全ての診療科で全国平均を上回っています。
- 医師の年齢別分布では、医師数は60歳以上が最も多くなっているものの、20歳代から50歳代にかけて安定した分布となっています。（図表1-3-12）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に就いている歯科医師の数は1,230人で、人口10万人当たり110.2人となっており、全国平均（78.7人）を上回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬

局及び医療施設に従事している薬剤師の数は2,096人で、人口10万人当たり187.7人となっており、全国平均（168.5人）を上回っています。

- 看護職員業務従事者届による平成26（2014）年12月31日現在の看護職員数は18,378人（保健師315人、助産師361人、看護師13,644人、准看護師4,058人）で、人口10万人当たり1,645.8人となっており、全国平均（1,177.1人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、20歳から34歳にかけて最も高い割合を示しています。（図表1-3-12）

本県の医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|-------|----------|------------|-------|-------------|------|------|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 12北九州 | 3,372 | 302.0 | 126.3 | 54.5 | 30.2 | 10.5 | 2.7 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

本県の歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|-------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 12北九州 | 1,230 | 110.2 | 2,096 | 187.7 | 18,378 | 1,645.8 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

（3）医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成25年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準7対1及び10対1の病床では、96.9%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の15.7%、京築区域の患者の28.7%が北九州区域に流入しています。（図表2-1）

- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では 97.0%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 10.4%、京築区域の患者の 13.2%が北九州区域に流入しています。回復期リハビリテーション病床では、93.1%が自己完結しています。(図表 2-2・2-3)
- 主に慢性期に対応する療養病床でも、95.9%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 17.4%が北九州区域に流入しています。(図表 2-4)
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37 (2025) 年患者流出入の状況では、北九州区域の自己完結率は、高度急性期で 95.9%、急性期で 96.4%、回復期で 94.9%、慢性期で 91.5%と推計されています。(図表 3-1-1～図表 3-5)
- S C R (年齢調整標準化レセプト出現比) では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比(以下「レセプト出現比」という。)は全国平均を上回っています。看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。また、療養病棟入院基本料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。有床診療所療養病床入院基本料のレセプト出現比は全国平均を大幅に上回っています。(図表 4-1)
- D P C 参加病院(急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院)のデータでは、全ての M D C (主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類)に対応した入院医療が提供されており、提供量(件数)についても年度間で安定しています。(図表 5-12)

② 救急医療

- D P C 参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられる全ての M D C について、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量(件数)についても年度間で安定しています。(図表 6-12)
- N D B データでは、97.2%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 14.3%、京築区域の患者の 15.7%が北九州区域に流入しています。(図表 10-1)
- S C R では、「救急医療の体制」について、二次救急、三次救急の双方で全国平均を下回っています。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比が全国平均並みとなっており、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均を上回っています。「夜間休日の救急搬送」についてはレセプト出現比が全国平均並みとなっています。「集中治療室等の体制」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っており、全般的に充実した診療が行われています。(図表 4-2)
- 消防庁データ(平均搬送時間)では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児が 36 分とやや時間を要しています。乳幼児、小児、成人、高齢者は概ね 30 分程度となっています。(図表 7-1～図表 7-5)

③ 脳血管疾患(脳卒中)

- 「脳梗塞・T I A (一過性脳虚血発作)」の N D B データでは、95.4%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 18.6%が北九州区域に流入しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」の N D B データでは、97.5%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の 33.9%、朝倉区域の患者の 13.5%が北九州区域に流入しています。(図表 10-2-2)
- S C R では、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」

「薬物療法」「手術」「リハビリ」「連携パス」の全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。(図表 4-3)

- D P C参加病院へのアクセシビリティ（アクセスのしやすさ）は、脳梗塞では30分以内にアクセス可能な住民の割合は99.7%、60分以内は100.0%となっています。くも膜下出血では30分以内は93.4%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-1-1～図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

- S C Rでは全ての項目で全国平均並みかそれ以上であり、機能の充実に加えて流入を加味したデータとなっています。(図表 10-3-1)
- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは100.0%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の28.0%、京築区域の患者の16.3%が北九州区域に流入しています。(図表 10-3-2)
- 「狭心症」のNDBデータでは、97.7%自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の20.7%、田川区域の患者の12.2%、京築区域の患者の26.9%が北九州区域に流入しています。
- S C Rでは、虚血性心疾患に係る「療養管理」「治療・手術」「画像診断」「リハビリ」の全ての項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るD P C参加病院へのアクセシビリティでは、30分以内にアクセス可能な住民の割合は98.6%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍（がん）

- D P C参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCについて、区域内のいずれかの医療機関で手術も含め診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。(図表 8-12、図表 9-12)
- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは96.3%自己完結しており、宗像区域の患者の10.3%、直方・鞍手区域の患者の24.6%、京築区域の患者の44.4%が北九州区域に流入しています。(図表 10-4-1)
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、D P C参加病院へのアクセシビリティ（60分以内人口カバー率）は以下のとおりです。(図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6)

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|--------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 99.1% | 100.0% | 100.0% |
| 大腸がん | 97.2% | 98.4% | 100.0% |
| 直腸がん | 98.0% | 100.0% | 100.0% |
| 肺がん | 97.4% | 100.0% | 100.0% |
| 乳がん | 92.8% | 100.0% | 100.0% |
| 肝臓がん | 96.5% | 100.0% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では96.8%自己完結しており、宗像区域の患者の14.3%、直方・鞍手区域の患者の28.9%、田川区域の患者の12.1%、京築区域の患者の59.7%が北九州区域に流入しています。(図表 10-4-14)

- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では97.2%自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の14.1%、京築区域の患者の52.9%が北九州区域に流入しています。(図表10-4-15)
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では96.1%自己完結しており、宗像区域の患者の21.5%、飯塚区域の患者の12.1%、直方・鞍手区域の患者の45.4%、田川区域の患者の26.2%、京築区域の患者の72.3%が北九州区域に流入しています。(図表10-4-16)
- 「放射線治療」のNDBデータの内「外来」では98.9%が自己完結しており、宗像区域の患者の13.1%、直方・鞍手区域の患者の54.4%、田川区域の患者の16.5%、京築区域の患者の77.1%が北九州区域に流入しています。(図表10-4-17)
- SCRでは、「療養管理」「手術」について全てのがんでレセプト出現比が全国平均並みか、全国平均を上回っています。「治療」についても「がんの化学療法」「放射線治療」ともレセプト出現比が全国平均を上回っています。「緩和ケア」「リハビリ」についても全国平均を上回っており、充実した診療が行われています。「がん診療連携体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表4-5)

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では95.5%が自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の14.6%、京築区域の患者の18.9%が北九州区域に流入しています。(図表10-5-1)
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では98.3%自己完結しており、京築区域の患者の10.1%が北九州区域に流入しています。(図表10-5-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比が全国平均を上回っており、「人工透析の導入」のレセプト出現比も全国平均を上回っています。(図表4-6)

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、88.3%が自己完結しており、京築区域の患者の11.6%が北九州区域に流入しています。(図表10-6-1)
- 「精神科救急入院」のNDBデータでは、83.9%が自己完結しており、京築区域の患者の10.2%が北九州区域に流入しています。(図表10-6-2)
- SCRでは、多くの項目でレセプト出現比が全国平均を上回っています。「認知症治療病棟入院料」「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を大きく上回っています。(図表4-7)

⑧ 小児医療・周産期医療

- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、97.8%が自己完結しており、宗像区域の患者の30.8%、直方・鞍手区域の患者の55.9%、田川区域の患者の21.7%、京築区域の患者の76.2%が北九州区域に流入しています。(図表10-7-1)
- 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、100.0%自己完結しており、飯塚区域の患者の35.6%、京築区域の患者の100.0%が北九州区域に流入しています。(図表10-7-2)
- SCRでは、多くの項目でレセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っていますが、「乳幼児・小児の救急医療体制」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。(図表4-8)

⑦ 在宅医療（図表 4-9）

- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「往診」「緊急往診」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物では全国平均を上回り、特定施設では全国平均並みとなっていますが、居宅では全国平均を下回っています。
- 「訪問看護提供」「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。「在宅患者訪問点滴注射管理指導」「在宅自己注射」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「在宅経管栄養法」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「退院支援・調整」「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「各種指導管理」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「在宅療養中の患者の緊急受入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
- 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っていますが、「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 北九州区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流入出を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、特例適用（目標達成時期の 5 年間延長）の推計方法を選定しています。
- このため、平成 42（2030）年の慢性期の医療需要及び必要病床数の推計値も、併せて記載しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|-------------|-----------|
| 高度急性期 | 1, 413 人・日 | 1, 883 床 |
| 急性期 | 4, 132 人・日 | 5, 296 床 |
| 回復期 | 4, 343 人・日 | 4, 825 床 |
| 慢性期 | 3, 738 人・日 | 4, 062 床 |
| 合計 | 13, 626 人・日 | 16, 066 床 |

特例適用に係る平成 42（2030）年の慢性期の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|------------|----------|
| 慢性期 | 3, 424 人・日 | 3, 721 床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|-------------|
| 在宅医療等 | 19, 267 人・日 |

- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。
- ※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

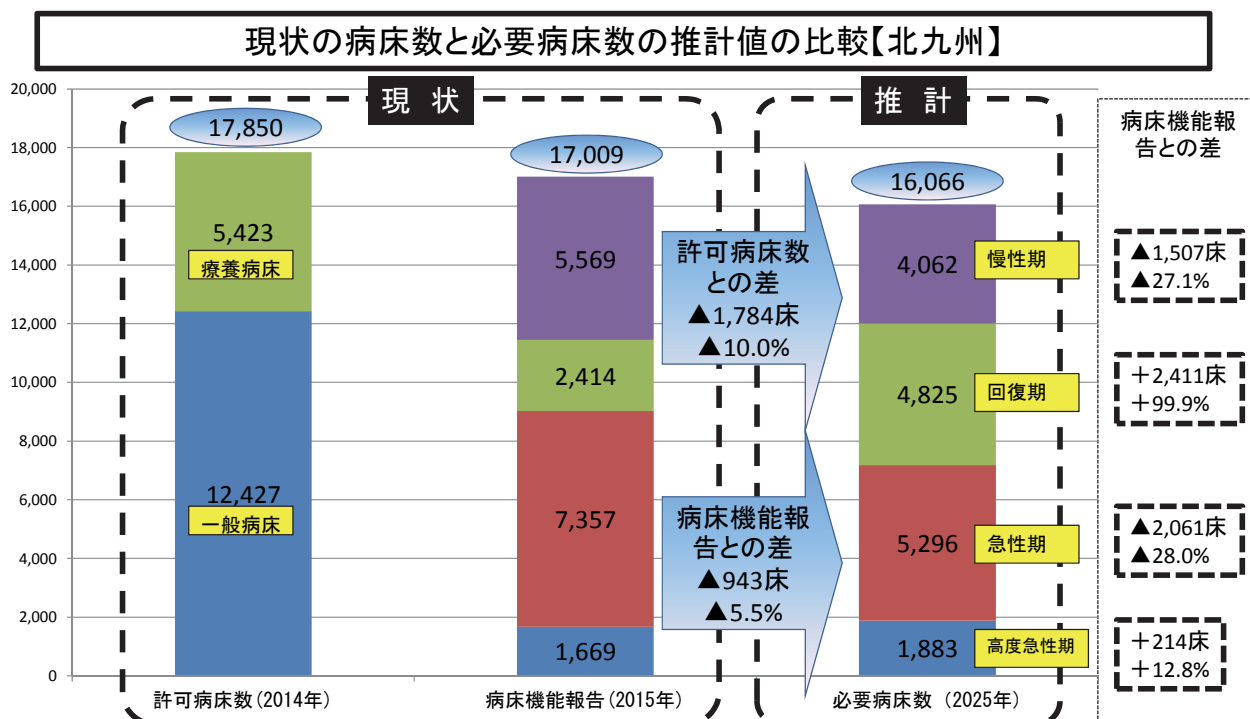
- 平成 27 年度の北九州区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 17,009 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 1,669 床（9.8%）、急性期 7,357 床（43.3%）、回復期 2,414 床（14.2%）、慢性期 5,569 床（32.7%）となっています。

| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|---------|--------|
| 高度急性期 | 1,669床 | 9.8% |
| 急性期 | 7,357床 | 43.3% |
| 回復期 | 2,414床 | 14.2% |
| 慢性期 | 5,569床 | 32.7% |
| 合計 | 17,009床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床260床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は17,850床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を1,784床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を2,411床下回っています。また、高度急性期も214床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は1,847床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-12)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数で4%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者が17%~19%程度増加すると見込まれています。

- 入院では、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で 20%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が 32%~36%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については 23%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に 75 歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、北九州区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 43 千人、平成 37 (2025) 年では約 69 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が2,411床不足する見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や医科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期について現状の医療提供体制を維持しつつ、回復期機能の充実を図っていく必要があり、一般病床の地域包括ケア病床など回復期病床への転換とともに、療養病床から回復期機能への転換についても検討していく必要がある。
- ・ 回復期病床の転換を進めていくにあたっては、退院先・連携先となる在宅医療・介護サービスの充実が必要である。
- ・ 療養病床については、受け皿となる在宅医療・介護サービスの充足の状況などをよく見極めていく必要があるとともに、現在、国において議論がなされている「新類型（※）」への転換について検討していく必要がある。

※「新類型」…療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・急性期は、今は充実しているという共通認識を持ったところだが、医療需要としてそこまで必要ないという予測を踏まえて、今ある機能をどうしていくのかを考えていかないといけない。一方で、回復期機能は足りていないという問題がある。
- ・急性期から回復期にかけては、ある程度自然に収れんされていくのではないかと考えられるが、慢性期と在宅医療等を進めていくのは容易ではない。
- ・在宅医療・介護サービスといった受け皿の整備と速度を合わせて、この病床転換を一緒に進めていく必要がある。
- ・区域内では、むしろ、在宅医療に取り組む医師の数そのものが減っている。慢性期や療養病床といったものを確保しないと、在宅医療で対応していくというのは無理である。
- ・急性期における口腔ケアの重要性が認識されており、早い段階から歯科医が関わるとともに、回復期・慢性期へつなげていくことが重要である。
- ・回復期病床については、急性期患者の受入・対応、回復期経過後の行き先の検討と2つのことに対応する必要がある、病床運営が非常に難しい面がある。
- ・新類型が検討されているが、療養病床入院患者の状態像（医療必要度が高い）からすると、現時点では、新類型で対応できるとは思えず、転換は難しいのではないかと考える
- ・病床の機能分化・連携や在宅医療を進めるにあたり、有床診療所の持つ医療機能を最大限活用していくことが重要である。
- ・医療提供体制の再編を進めて行く上で、考えなくてはならない重要な点が二つ有り、一つは、地域住民の医療ニーズに応えられる様、過不足無く提供される体制を確保すること。もう一つは、これまで地域住民から医療提供を付託され、質の担保等を行いながら地域医療に貢献してきた医療機関が、今後の再編で窮地に陥る事が無い様に配慮すべきと考える。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 北九州区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は19,267人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等と

の間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。

- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 北九州区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 在宅医療を提供する体制は一定程度あると考えられるが、今後は更に充実させるために後方支援病院の整備や介護関係者等の連携の強化が必要である。
- ・ また、高齢化に伴い死亡者数の増加がデータで示されているが、入院・入所を繰り返しながら、できるだけ在宅にいて、最後は病院や施設で亡くなるといったケースが一般的になると考えられる。在宅と入院・入所の柔軟なサービス提供体制を構築することが必要である。
- ・ 終末期の尊厳あるケアをどのように提供するのか、サービスの質の観点からも関係者の協力体制の構築が必要であり、入院医療機関におけるケアカンファレンス等ケアマネジメントの充実を図るとともに、療養病床における緊急時の受入、緊急往診といった、まさかの時の安心を保障する仕組みづくりが必要である
- ・ 医療ニーズを的確に評価するための研修会等の実施などケアマネジメントの質の向上や医療と介護の連携の充実（医療介護連携関連のSCRの値100以上を目標）に取り組んでいくことが必要である。
- ・ 在宅医療を複数の医師によるチームで取り組む仕組みづくりや在宅医療を後方で支える回復期病床の整備・構築が求められる。
- ・ 北九州区域では、高齢者の単身率が高く、家庭の介護力が低いという実情がある。今後も患者は病院・療養施設を選択するものと考えられ、当区域では療養病床は減らせないのではないか。医療区分1の患者の70%相当を病院外で診るとするのは非現実的である。
- ・ 在宅医療について、居宅を1軒1軒まわるとするのは非常に効率性が悪い。集合住宅を用意し、そこに対してサービスを提供するような新しい住宅の提供の仕方が必要である。
- ・ 今の状況で若い人が少なくなって、医療・福祉を支える人が少なくなるのに、非効率な在宅医療を増やすというのは、非現実的である。
- ・ 医療提供体制を再編するとなると、在宅医療きちっと整備しないとうまくいかないが、在宅医療を行っている医師一人あたりが1日50人以上訪問診療を行わなければ対応できない数であり、現実的ではない。

- ・ 訪問看護師の不足が懸念される。訪問看護師は高いスキルを必要とするため、給与など処遇の改善だけでは確保は困難である。
- ・ 訪問看護に関する訓練・研修等を行う機会が少なく、養成する段階での大きな課題。
- ・ 病院においてみなし訪問看護をする場合、診療報酬の加算がつかないなどの制約が多い状況であり、訪問看護が積極的にできる環境整備が必要。
- ・ 県全体の訪問看護ステーションの課題としては、小規模なものが多く、経営が安定せず、入れ替わりが多いことから、定着が進まないことが挙げられる。
- ・ 在宅医療というと高齢者ばかりが対象になるが、一方で障害を持った子供の在宅も非常に重要である。訪問看護ステーションに子供の在宅医療の技術を持った看護師は多くなく、また、子供の訪問リハビリができる看護師も非常に少ない状況にあり、そういった技術を持った看護師を増やすような取組も必要。
- ・ 在宅医療等の推進にあたっては、家計等経済的な問題やすまいなどの問題もあり、市町村と一緒に取り組んでいく必要がある。
- ・ 在宅医療において、医薬品の提供や適正使用の観点から、薬剤師を積極的に活用することが重要である。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療に関しては、自己完結率も高く、診療機能、提供量ともに良好であり、提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 救急医療の体制は充実しているが、このことは、それだけ急性期病床の稼働状況がいいということを指している。今後は、むしろ急性期病床の不足が懸念される。
- ・ 今後増加する高齢者の中には認知症などさまざまな病態を抱え、急変の可能性が高い患者も多いと考えられる。現状の救急医療体制の維持のみならず、これらを踏まえた救急体制の提供のあり方の検討が必要と思われる。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 脳血管疾患に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実し

ています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性心疾患に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 今後重要となる慢性心不全対策について検討していくことが必要である。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 悪性腫瘍（がん）に関しては、診療機能、提供量、アクセシビリティともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。
- ・ 連携パスの利用が全国平均を下回っており、がん診療の連携体制の一層の充実を図っていくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。
- ・ がん診療に関する地域連携クリティカルパスの普及を図っていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ がんの在宅医療にかかる体制の強化に取り組んでいく必要がある（関連SCRの値 100 以上）。
- ・ 緩和ケアにおける麻薬や外来化学療法において、薬剤師を積極的に活用することが重要である。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実してい

ます。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 外来における糖尿病治療において、薬剤師を積極的に活用することが重要である。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神疾患に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 精神科救急については、医師会や専門医会、行政などで検討・実施されているものの、不十分な面もある。精神科だけではなく一般診療科との連携も含め、体制の充実が必要と考える。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期に関しては、診療機能、提供量ともに良好であり、現在の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 介護現場における誤嚥性を含む肺炎の予防及び治療体制の強化や介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）、介護施設における確実な予防接種の実施、要介護高齢者の栄養改善、介護現場における転倒予防プログラムの強化及び急性期以後のリハビリ等の対応の強化などに取り組む必要がある。
- ・ 誤嚥性肺炎と転倒による骨折が増加するが、これは認知症を併発しているケースが非常に多い。また、介護施設から搬送されるケースが多く、介護施設における認知症対策に取り組んでいくことが必要である。
- ・ この患者を全て救急で対応することとなると、救急医療体制がマヒする懸念があり、介護施設での予防の強化が必要である。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
- ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症患者への対応を考えた場合、現在の認知症疾患医療センターの数では不足すると思われる。また、認知症初期集中支援チーム制度の活用なども図っていくことが必要である。
- ・ 認知症の連携の面では、かかりつけ医と認知症サポート医、かかりつけ医と認知症疾患医療センターなど、医療と医療の連携を充実させていくことも重要である。
- ・ 医師は専門性にこだわりすぎており、認知症はすぐ精神科の医師にお願いするが、内科や外科の医師もある程度認知症の診療を行うようにしていかないと対応できないのではないかと懸念される。

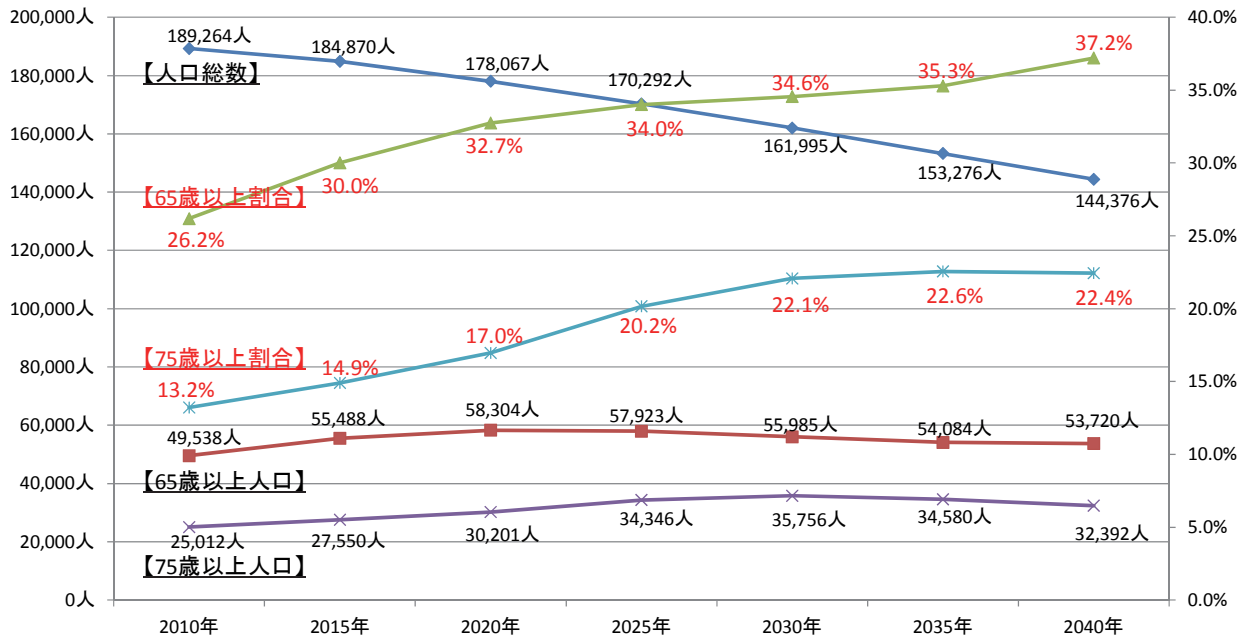
13 京築区域 (行橋市、豊前市、京都郡(苅田町、みやこ町)、築上郡(吉富町、上毛町、築上町))

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者の推移

- 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 (2013) 年 3 月中位推計)によると、京築区域の総人口は減少を続け、平成 22 (2010) 年の 189,264 人が、平成 37 (2025) 年には 170,292 人(対平成 22 年▲10.2%)となり、平成 52 (2040) 年には 144,376 人(同▲23.7%)となると予想されています。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 32 (2020) 年の 58,304 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 26.2%が、平成 37 (2025) 年には 34.0%となり、平成 52 (2040) 年には 37.2%となると予想されています。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口は平成 42 (2030) 年の 35,756 人をピークに減少に転じますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 13.2%が、平成 37 (2025) 年には 20.2%となり、平成 52 (2040) 年には 22.4%となると予想されています。
- 年齢階級別の人口変化では、5 歳から 20 歳までの年代で人口が流出しており、その後の年代でも流入による大きな人口増加は見られず、75 歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い死亡者数が増加していくと予想されています。(図表 1-1-13 (別冊資料編参照、以下同じ。))
- また、男性、女性の平均寿命の違いから、特に女性の後期高齢者人口が多く増加すると予想されています。(図表 1-2-13)

京築区域の人口推移



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

(2) 医療資源の状況

① 病院・一般診療所の数・病床数

- 京築区域の病院数は平成 26 (2014) 年現在で 15 施設であり、このうち一般病院は 14 施設となっています。
- 一般診療所は、163 施設であり、そのうち有床診療所は 23 施設となっています。
- 許可病床数は、一般病床が 990 床 (病院 723 床、有床診療所 267 床)、療養病床が 993 床 (病院 964 床、有床診療所 29 床) となっています。
- 一般病床の人口 10 万人当たりの病床数は 516.9 床で、全国平均 (783.1 床) を下回っています。一方、療養病床の人口 10 万人当たりの病床数は 518.4 床で、全国平均 (267.2 床) を大幅に上回っています。
- 許可病床数は、過去 5 年間 (平成 21 (2009) 年ー平成 26 (2014) 年) で 240 床減少しており、一般病床が 96 床 (▲8.8%)、療養病床が 144 床 (▲12.7%) 減少しています。

許可病床数の状況

(単位：床)

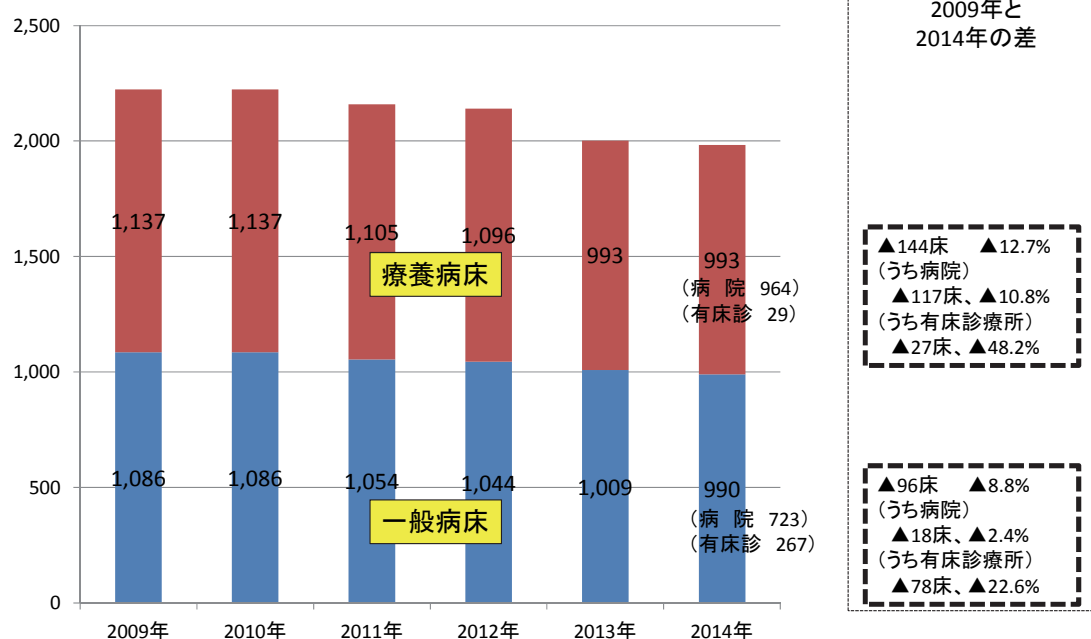
| | 許可病床数 | | | 人口 10 万人対許可病床数 | | |
|-------|-----------|---------|---------|----------------|-------|-------|
| | | 一般病床 | 療養病床 | | 一般病床 | 療養病床 |
| 全 国 | 1,334,724 | 995,170 | 339,554 | 1,050.3 | 783.1 | 267.2 |
| 福岡県 | 72,669 | 50,305 | 22,364 | 1,419.7 | 982.8 | 436.9 |
| 13 京築 | 1,983 | 990 | 993 | 1,035.3 | 516.9 | 518.4 |

※平成 26 年 10 月 1 日現在 (医療施設調査)

※人口の 10 万人対の数値は平成 26 年 9 月末時点の住民基本台帳月報を基に算出

許可病床数の推移(過去5年間) 京築

【医療施設調査(各年10月1日現在)】



② 病院の指定状況

| | 病院数 | 地域医療支援病院 | 特定機能病院 | 救命救急センター (小児含む) | 災害拠点病院 | へき地医療拠点病院 |
|-------|-----|----------|--------|--------------------|--------|-----------|
| 福岡県 | 460 | 36 | 4 | 11 | 29 | 8 |
| 13 京築 | 15 | 1 | - | - | 2 | 1 |

| | 周産期母子医療センター等 | がん診療連携拠点病院等 | 感染症指定医療機関 | 医師臨床研修病院 (基幹型) | 介護予防支援センター | 認知症(疾患)医療センター |
|-------|--------------|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| 福岡県 | 14 | 19 | 12 | 45 | 4 | 16 |
| 13 京築 | - | - | - | 1 | - | 1 |

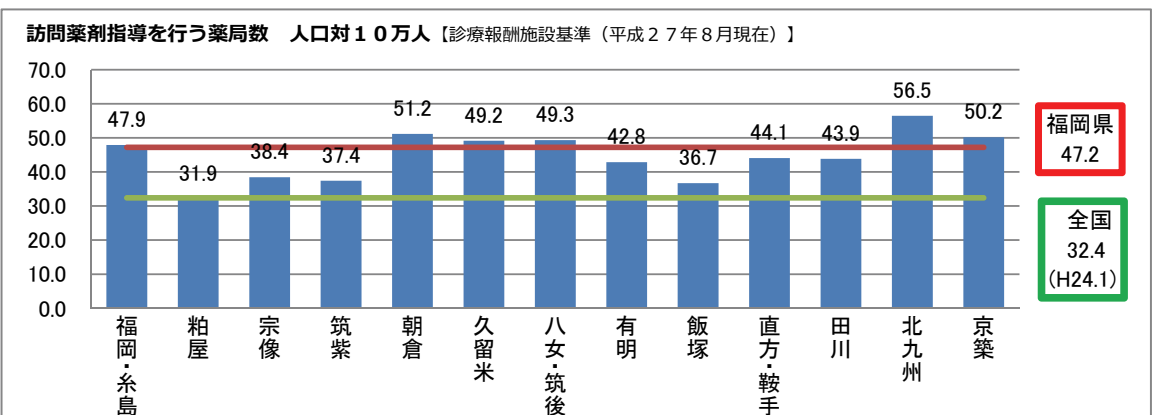
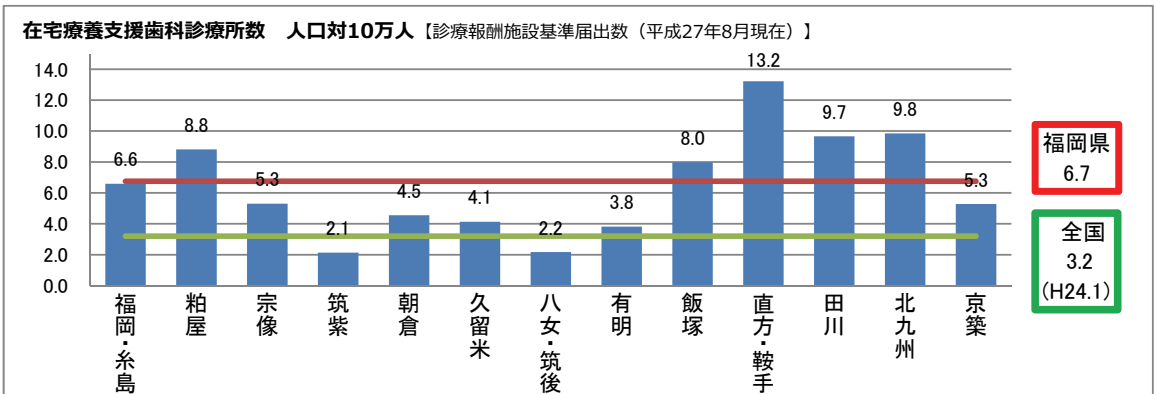
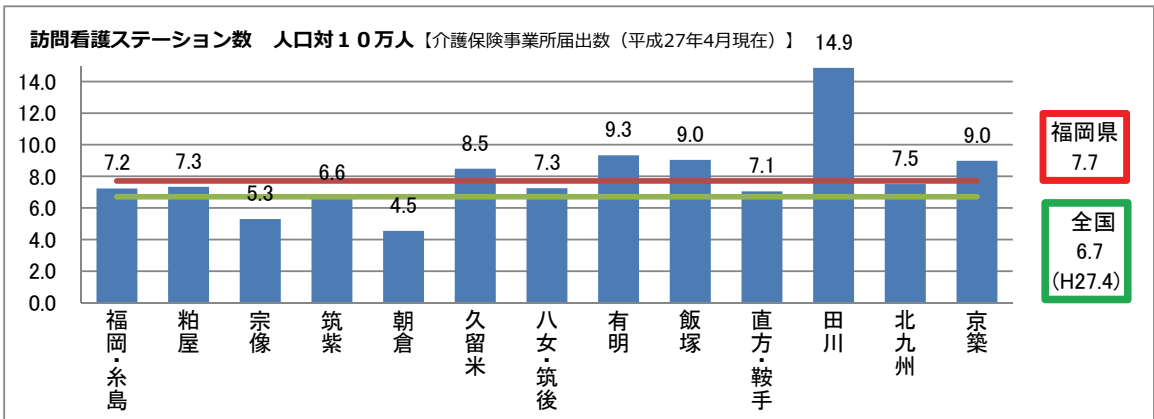
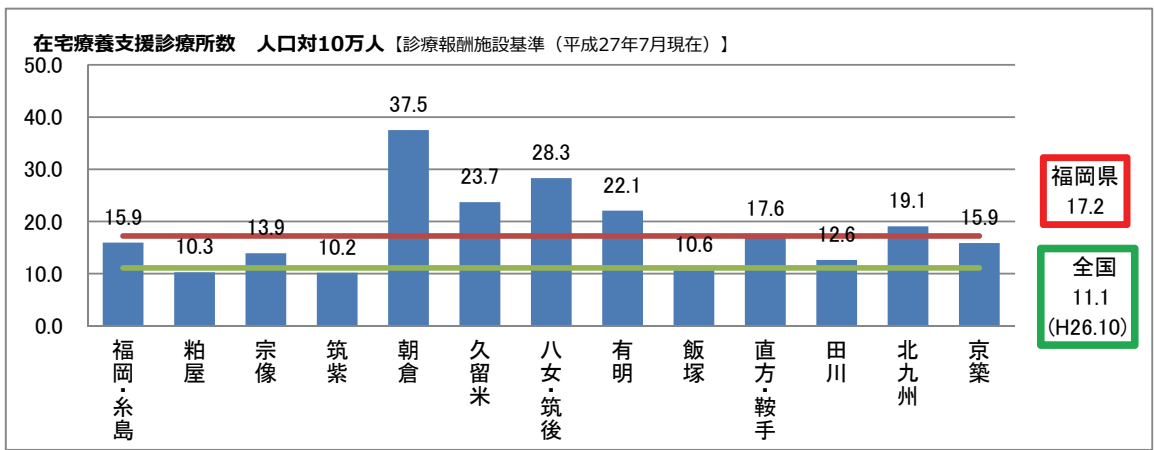
※病院数は、平成 26 年 10 月 1 日現在の数値（厚生労働省：医療施設調査）

※その他は、平成 28 年 4 月 1 日現在の指定状況

- 地域医療支援病院（1）
新行橋病院
- 災害拠点病院（2）
新行橋病院、社会医療法人陽明会小波瀬病院
- へき地医療拠点病院（1）
社会医療法人陽明会小波瀬病院
- 医師臨床研修病院（基幹型）（1）
新行橋病院
- 認知症（疾患）医療センター（1）
医療法人社団翠会行橋記念病院

③ 在宅医療等に関わる資源の状況

- 在宅療養支援診療所数は 30 施設（平成 27 年 7 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 15.9 施設となっており、県平均（17.2 施設）を下回っていますが、全国平均（11.1 施設）を上回っています。
- 訪問看護ステーション数は 17 施設（平成 27 年 4 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 9.0 施設となっており、県平均（7.7 施設）、全国平均（6.7 施設）を上回っています。
- 在宅療養支援歯科診療所数は 10 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 5.3 施設となっており、県平均（6.7 施設）を下回っていますが、全国平均（3.2 施設）を上回っています。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の数は 95 施設（平成 27 年 8 月 1 日現在）で、人口 10 万人当たり 50.2 施設となっており、県平均（47.2 施設）、全国平均（32.4 施設）を上回っています。



④ 医療従事者の状況

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している医師の数は270人で、人口10万人当たり141.1人となっており、全国

平均（231.5人）を下回っています。

- 診療科（小児科、産科・産婦人科、外科、麻酔科、救急）別では、全ての診療科で全国平均を下回っています。
- 医師の年齢別分布では、50歳以上の医師数が比較的多くなっています。（図表1-3-13）
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で医療施設に従事している歯科医師の数は150人で、人口10万人当たり78.4人となっており、全国平均（78.7人）を下回っています。
- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による平成26（2014）年12月31日現在で薬局及び医療施設に従事している薬剤師の数は274人で、人口10万人当たり143.1人となっており、全国平均（168.5人）を下回っています。
- 看護職員業務従事者届による平成26（2014）年12月31日現在の看護職員数は2,397人（保健師75人、助産師15人、看護師1,407人、准看護師900人）で、人口10万人当たり1,252.3人となっており、全国平均（1,177.1人）を上回っています。
- 看護職員の年齢別分布では、40歳から44歳にかけて最も高い割合を示しています。（図表1-3-13）

医師数の状況

（単位：人）

| | 医師 総数 | 人口10万人対医師数 | | | | | |
|------|----------|------------|-------|-------------|------|-----|-----|
| | | 総数 | 小児科 | 産科・ 産婦人科 | 外科 | 麻酔科 | 救急 |
| 全国 | 296,845 | 231.5 | 101.6 | 41.4 | 21.9 | 6.4 | 2.1 |
| 福岡県 | 14,912 | 291.2 | 113.2 | 43.5 | 29.6 | 8.0 | 2.7 |
| 13京築 | 270 | 141.1 | 34.3 | 6.0 | 11.0 | 2.1 | 1.0 |

※平成26年12月31日現在（厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査）医療施設従事医師数

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

※小児科は15歳未満人口を、産科・産婦人科は15～49歳女性人口を基に算出

歯科医師数、薬剤師数、看護職員数の状況

（単位：人）

| | 歯科医師 (医療施設の従事者) | | 薬剤師 (薬局・医療施設の従事者) | | 看護職員 (保健師、助産師、 看護師、准看護師) | |
|------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 | 人数 | 人口 10万人対 |
| 全国 | 100,965 | 78.7 | 216,077 | 168.5 | 1,509,340 | 1,177.1 |
| 福岡県 | 5,299 | 103.5 | 9,304 | 181.7 | 76,446 | 1,493.0 |
| 13京築 | 150 | 78.4 | 274 | 143.1 | 2,397 | 1,252.3 |

※歯科医師・薬剤師数は厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（H26.12.31現在）

※看護職員数は看護職員業務従事者届（H26.12.31現在）（従事者届では、管轄の保健所ごとの人数しか把握できないことから、上表は市町村人口を用いて按分して人数を算出）

※人口10万人対の数値は平成27年1月1日現在住民基本台帳人口を基に算出

(3) 医療提供の現状

① 入院医療の提供状況

- 平成 25 年度の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトデータ（以下「NDBデータ」という。）を用いて、診療報酬の入院基本料別に自己完結率（当該区域に住所地を有する患者が当該区域の医療機関を受診する割合）を分析すると、一般病床のうち、主に高度急性期・急性期に対応する看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 の病床では、57.5%が自己完結しており、28.7%が北九州区域に、12.3%が大分県に流出しています。（図表 2-1）
- 主に回復期に対応する看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の病床では、13.2%が北九州区域に、82.3%が大分県に流出しています。回復期リハビリテーション病床では 85.0%が自己完結率しています。（図表 2-2・2-3）
- 主に慢性期に対応する療養病床では、88.4%が自己完結しており、田川区域の患者の 24.4%が京築区域に流入しています。（図表 2-4）
- 厚生労働省の「必要病床数等推計ツール」を用いた平成 37（2025）年患者流出入の状況では、京築区域の自己完結率は、高度急性期で 47.3%、急性期で 53.0%、回復期で 61.8%、慢性期で 80.8%と推計されています。（図表 3-1-1～図表 3-5）
- SCR（年齢調整標準化レセプト出現比）では、一般病棟入院基本料の看護配置基準 7 対 1 及び 10 対 1 を算定しているレセプトの出現比（以下「レセプト出現比」という。）は全国平均を下回っています。看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 ではレセプトが出現していませんが、回復期リハビリテーション病棟入院料のレセプト出現比は全国平均を上回っています。一方、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のレセプトの出現比は全国平均を大きく上回っています。（図表 4-1）
- DPC参加病院（急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度を採用している病院）のデータでは、MDC（主要診断群：呼吸器疾患、循環器系疾患等全 18 分類）のうち、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」、「新生児疾患・先天性奇形」に係る入院医療の提供が確認されません。提供量（件数）については、年度間で安定又は増加傾向を示しています。（図表 5-13）

② 救急医療

- DPC参加病院のデータでは、救急での対応が必要と考えられるMDCのうち、「女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」「新生児疾患・先天性奇形」に係る医療提供が確認できません。これ以外のMDCに対応した救急に関する入院医療は、区域内のいずれかの医療機関で診療が提供されており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 6-13）
- NDBデータでは、49.7%が自己完結しており、15.7%が北九州区域に、33.6%が大分県に流出しています。（図表 10-1）
- SCRでは、「救急医療の体制」について、二次救急でレセプト出現比が全国平均を下回っています。（三次救急医療機関は該当がないためレセプトは出現していない）。「救急患者の医療連携の体制」については、患者を送り出す高次救急医療機関ではレセプト出現比が全国平均を下回っていますが、患者を受け入れる受入医療機関では全国平均並みとなっています。「夜間休日の救急搬送」については、入院では全国平均を上回り、外来では全国平均を下回

っています。「集中治療室等の体制」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。(図表 4-2)

- 消防庁データ(平均搬送時間)では、覚知から医療機関への収容までの平均搬送時間について、新生児が39分となっており、乳幼児、小児、成人、高齢者は29分から35分となっています。(図表 7-1~図表 7-5)

③ 脳血管疾患(脳卒中)

- 「脳梗塞・TIA(一過性脳虚血発作)」のNDBデータでは、80.1%が自己完結しています。(図表 10-2-1)
- 「くも膜下出血」のNDBデータでは、100.0%自己完結しており、直方・鞍手区域の患者の10.4%、田川区域の患者の28.4%が京築区域に流入しています。(図表 10-2-2)
- SCRでは、脳血管疾患に係る「療養管理(かかりつけ医によるプライマリ・ケア)」に関連するレセプト出現比は、全国平均並みの項目が多くなっています。「薬物療法」では、「脳卒中のtPA(血栓溶解療法)」のレセプト出現比は全国平均を上回っていますが、「tPA以外の薬物療法」は全国平均を下回っています。「手術」については、「脳卒中の経皮的血脳管形成術等」のレセプト出現比が全国平均を上回り、そのほかは全国平均並みとなっています。「リハビリ」では「脳卒中に対する急性期リハビリテーション」は、全国平均を上回っていますが、「廃用症候群(安静状態が長期に渡って続く事によって起こるさまざまな心身の機能低下等)に対するリハビリテーション」のレセプト出現比は、全国平均を下回っています。「連携パス」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。(図表 4-3)
- DPC参加病院へのアクセシビリティ(アクセスのしやすさ)は、脳梗塞では30分以内にアクセス可能な住民の割合は91.8%、60分以内は100.0%となっています。くも膜下出血では30分以内は7.2%、60分以内は66.7%となっています。(図表 11-1-1~図表 11-1-2)

④ 虚血性心疾患(急性心筋梗塞)

- 「急性心筋梗塞」のNDBデータでは83.7%が自己完結しており、16.3%が北九州区域に流出しています。(図表 10-3-1)
- 「狭心症」のNDBデータでは61.7%が自己完結しており、26.9%が北九州区域に流出しています。(図表 10-3-2)
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みとなっています。「治療・手術」については、レセプト出現比が全国平均並みか下回る項目が多くなっています。「画像診断」については、「冠動脈CT撮影」のレセプト出現比は全国平均並みとなっていますが、「冠動脈造影」では全国平均を下回っています。「リハビリ」については、入院ではレセプト出現比が全国平均を上回っていますが、外来では全国平均を下回っています。(図表 4-4)
- 「急性心筋梗塞」に係るDPC参加病院へのアクセシビリティでは、30分以内にアクセス可能な住民の割合は91.9%、60分以内は100.0%となっています。(図表 11-2)

⑤ 悪性腫瘍(がん)

- DPC参加病院の診療実績では、悪性腫瘍で対応が必要と考えられる全てのMDCのうち、呼吸器、消化器、乳房、泌尿器の領域で、区域内のいずれかの医療機関で手術も含め診

療が行われており、提供量（件数）についても年度間で安定しています。（図表 8-13、図表 9-13）

- 悪性腫瘍全体のNDBデータでは、35.0%が自己完結しており、44.4%が北九州区域に、17.5%が大分県に流出しています。（図表 10-4-1）
- 臓器別のNDBデータによる自己完結率、DPC参加病院へのアクセシビリティ（60分以内人口カバー率）は以下のとおりです。（図表 10-4-1～図表 10-4-13、図表 11-3-1～図表 11-3-6）

| 臓器別 | 自己完結率 | | アクセシビリティ (60分以内人口カバー率) |
|------|-------|-------|---------------------------|
| | 入院 | 主要手術 | |
| 胃がん | 35.5% | 26.0% | 100.0% |
| 大腸がん | 48.2% | 32.1% | 100.0% |
| 直腸がん | 25.8% | 0.0% | 98.7% |
| 肺がん | 40.9% | 32.4% | 100.0% |
| 乳がん | 32.2% | 17.8% | 100.0% |
| 肝臓がん | 40.1% | 0.0% | 100.0% |

- 「化学療法」のNDBデータのうち「入院」では20.6%が自己完結しており、59.7%が北九州区域に、16.2%が大分県に流出しています。（図表 10-4-14）
- 「化学療法」のNDBデータのうち「外来」では23.2%が自己完結しており、52.9%が北九州区域に、20.5%が大分県に流出しています。（図表 10-4-15）
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「入院」では、72.3%が北九州区域に、18.8%が大分県に流出しています。（図表 10-4-16）
- 「放射線治療」のNDBデータのうち「外来」では、77.1%が北九州区域に、22.9%が大分県に流出しています。（図表 10-4-17）
- SCRでは、「療養管理」「手術」については、全てのがんでレセプト出現比は全国平均を下回っています。「治療」については、「がんの化学療法」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「放射線治療」のレセプトは出現していません。「緩和ケア」についてもレセプトが出現していません。「リハビリ」についてもレセプトが出現しておらず、「がん診療連携体制」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。（図表 4-5）

⑥ 糖尿病

- 「糖尿病」のNDBデータのうち「入院」では70.0%が自己完結しており、18.9%が北九州区域に流出しています。（図表 10-5-1）
- 「糖尿病」のNDBデータのうち「外来」では85.4%が自己完結しており、10.1%が北九州区域に流出しています。（図表 10-5-2）
- SCRでは、「療養管理」については、レセプト出現比が全国平均並みか全国平均を上回っています。「血糖自己測定」「在宅インスリン治療」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。「糖尿病透析予防指導管理」のレセプト出現比も全国平均を上回っていますが、「人工透析の導入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。（図表 4-6）

⑦ 精神疾患

- 「入院精神医療」のNDBデータでは、76.1%が自己完結しており、11.6%が北九州区域に流出しています。(図表 10-6-1)
 - 「精神科救急入院」のNDBデータでは、88.3%が自己完結しており、10.2%が北九州区域に流出しています。(図表 10-6-2)
 - SCRでは、精神医療の提供体制は充実しており、「精神科地域移行実施加算」のレセプト出現比も全国平均を大きく上回っています。「重度認知症患者のケア」のレセプト出現比も全国平均を大きく上回っています。(図表 4-7)
- ⑧ 小児医療・周産期医療
- 「小児の入院体制」のNDBデータでは、76.2%が北九州区域に、23.8%が大分県に流出しています。(図表 10-7-1)
 - 「乳幼児の入院体制」のNDBデータでは、100.0%北九州区域に流出しています。(図表 10-7-2)
 - SCRでは、「小児外来診療体制」「小児夜間・休日診療体制」を除き多くの項目でレセプトが出現しないか、全国平均を下回っています。「重症児の入院医療体制」については、全国平均並みとなっています。(図表 4-8)
- ⑨ 在宅医療 (図表 4-9)
- SCRでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
 - 「往診」「緊急往診」のレセプト出現比も全国平均を下回っています。「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を上回っています。
 - 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。特定施設・居宅では全国平均並みとなっています。
 - 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比は全国平均並みとなっています。
 - 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「在宅経管栄養法」のレセプト出現比は全国平均を下回っていますが、「在宅自己注射」は全国平均並みとなっています。
 - 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均を下回っており、「患者における多職種カンファレンス」のレセプトは出現していません。
 - 「各指導管理」「退院時カンファレンス」「ケアマネージャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
 - 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っています。「在宅療養中の患者の緊急受入」「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。
 - 「大腿骨頸部骨折、脳卒中患者の連携パス利用」「がん連携パス」のレセプト出現比は全国平均を下回っています。

2 平成 37（2025）年の医療需要と必要病床数等

（1）平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

- 京築区域における病床の機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の医療需要及び必要病床数、並びに在宅医療等の医療需要の推計値は次表のとおりです。
- 高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベース（現状の患者流入出を推計値に反映）、回復期及び慢性期は患者住所地ベースを選定しています。
- 慢性期に係る療養病床入院受療率の目標については、特例適用（目標達成時期の 5 年間延長）の推計方法を選定しています。
- このため、平成 42（2030）年の慢性期の医療需要及び必要病床数の推計値も、併せて記載しています。

平成 37（2025）年の病床の機能別の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|-----------|---------|
| 高度急性期 | 90 人・日 | 119 床 |
| 急性期 | 292 人・日 | 373 床 |
| 回復期 | 633 人・日 | 703 床 |
| 慢性期 | 562 人・日 | 610 床 |
| 合計 | 1,577 人・日 | 1,805 床 |

特例適用に係る平成 42（2030）年の慢性期の医療需要と必要病床数

| 病床の機能 | 医療需要 | 必要病床数 |
|-------|---------|-------|
| 慢性期 | 445 人・日 | 484 床 |

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要

| | 医療需要 |
|-------|-----------|
| 在宅医療等 | 3,326 人・日 |

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、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しています。

※ 在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療の内容・頻度は異なります。

（2）病床機能報告の概要（現状の病床数）

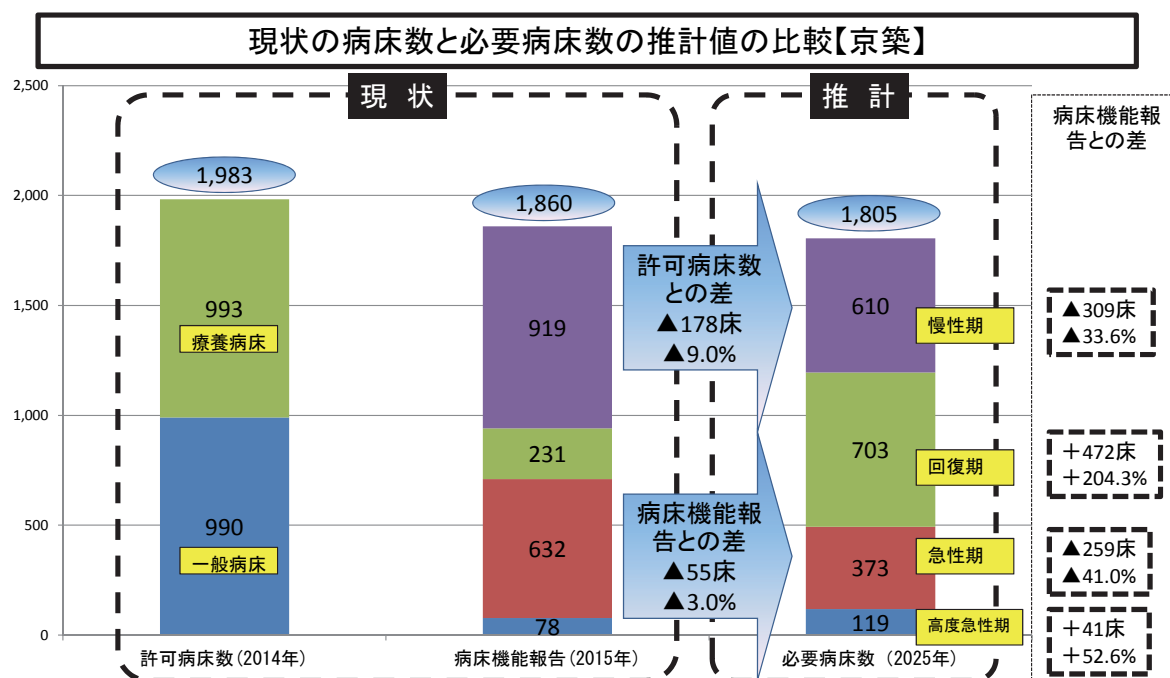
- 平成 27（2015）年度の京築区域の医療機関の病床機能報告では、病床全体は 1,860 床となっています。病床の機能別にみると高度急性期 78 床（4.2%）、急性期 632 床（34.0%）、回復期 231 床（12.4%）、慢性期 919 床（49.4%）となっています。

| 病床の機能 | 病床数 | 割合 |
|-------|--------|--------|
| 高度急性期 | 78床 | 4.2% |
| 急性期 | 632床 | 34.0% |
| 回復期 | 231床 | 12.4% |
| 慢性期 | 919床 | 49.4% |
| 合計 | 1,860床 | 100.0% |

※各医療機関が定性的な基準を参考に病棟を単位として自主的に医療機能を選択したもの
 ※休棟等により機能未選択の病床4床は上表に含まれていない。

(3) 現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の比較

- 医療施設調査に基づく平成26(2014)年時点の許可病床数は1,983床で、平成37(2025)年の必要病床数の推計値と比較すると、必要病床数が許可病床数を178床下回っています。
- 病床機能報告に基づき、病床の機能別に現状の病床数と平成37(2025)年の必要病床数の推計値を比較すると、回復期では現状の病床数が必要病床数を472床下回っています。また、高度急性期も41床下回っていますが、高度急性期と急性期の合計値で比較した場合は218床上回っています。



(4) 傷病別患者数の推計 (図表 12-13)

- 外来では、平成22(2010)年と比較した場合、平成37(2025)年にかけて、総数はほぼ変わらず推移すると推計されています。傷病別では、循環器系の疾患(主に脳血管疾患、虚血性心疾患)、筋骨格系の疾患(骨折)の患者が11%~12%程度増加すると見込まれています。

- 入院では、平成 37 (2025) 年にかけて、総数で 13%程度増加すると推計されています。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が 22%~25%程度増加すると見込まれています。一方、妊娠・分娩については 23%程度減少すると見込まれています。

(5) 認知症高齢者の状況

- 今後、高齢者人口が増加する中で、特に 75 歳以上の高齢者の人口の増加に伴い、認知症高齢者は、増えていくと見込まれています。
- 平成 22 (2010) 年の全国の認知症高齢者は、65 歳以上の高齢者の約 15%、約 439 万人と推計されています。これについて、平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」によると、平成 37 (2025) 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症高齢者と推計され、約 700 万人になると見込まれています。
- また、国の推計を基に、本県の平成 22 (2010) 年の認知症高齢者数を算出すると、約 17 万人となります。平成 37 (2025) 年には、約 30 万人に増加すると見込まれています。
- これらを踏まえ、京築区域の認知症高齢者数を推計すると、平成 22 (2010) 年では約 7 千人、平成 37 (2025) 年では約 12 千人となります。

3 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

(1) 病床の機能分化・連携

① 課題

- 平成27（2015）年度の病床機能報告の病床数と平成37（2025）年の必要病床数を比較した場合、回復期病床が472床不足の見込みとなっています。
- 回復期病床は、入院医療と在宅をつなぐ重要な役割を果たすことから、地理的な配置も考慮しながら既存の急性期又は慢性期病床からの転換により、回復期病床の確保を図っていくことが必要です。
- また、既存の医療資源の機能が十分発揮できるよう、医療機関間の連携や内科・歯科の連携を一層進めていくとともに、将来のあるべき医療提供体制を支える医療従事者の確保に取り組んでいく必要があります。
- 慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携については、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- 在宅医療等の提供体制の充実や在宅医療・介護の連携強化に取り組んでいくとともに、介護サービスの確保に取り組んでいくことが必要です。

② 施策の方向性

- 不足する回復期病床については、医療機関の自主的な取組を基本としつつ、既存の急性期又は慢性期病床から回復期病床への機能転換により確保を図っていきます。
- 回復期病床への機能転換にあたっては、地域医療介護総合確保基金を活用し、機能転換に要する費用に対する支援を実施していきます。
- また、回復期など不足する医療機能の充足をはじめとする医療提供体制や慢性期病床及び在宅医療等の機能分化・連携のあり方について、構想区域ごとに設置している地域の医療関係者、市町村等で構成する地域医療構想調整会議において協議を行います。
- この他、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を推進するための事業や医療従事者の確保に関する事業を実施していきます。

【調整会議等で出された主な意見】

- ・ 高度急性期及び急性期については、隣接する北九州区域、大分県北部医療圏との連携を基盤とした診療体制の維持が必要である。
- ・ 回復期の充実については、看護配置基準 13 対 1 及び 15 対 1 の一般病床の回復期機能の強化（地域包括ケア病床への転換を含む。）を図るとともに、退院先・連携先となる受け皿（在宅医療・介護サービス）の充実を図ることが必要である。
- ・ 慢性期医療の適正化については、患者の状況をよく精査したうえで、国において議論がなされている「新類型（※）」への転換について検討していくことが必要である。

※「新類型」… 療養病床の一部を「医療機能を内包した施設」又は「外付けで医療を提

供するすまい」に転換できるよう、現在、国において検討がなされているもの。

- ・ 大分県の北部医療圏との連携についても考慮していく必要がある。

(2) 在宅医療等の充実

① 課題

- 京築区域の平成37（2025）年の在宅医療等の医療需要は3,326人・日と推計されています。
- 在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等で対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められています。
- したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠です。
- 地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要です。
- また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要です。

② 施策の方向性

- 京築区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していきます。
- 市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていきます。
- 福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 患者の入退院時にケアカンファレンスが十分に機能することが重要である。特に、退院時カンファレンスに訪問看護を入れ、訪問看護師にかかりつけ医との橋渡しを担ってもらうことで、情報共有が図られ、身体状況の把握やリハビリの充実に結びつくものである。
- ・ 訪問看護の充実を図っていくことが必要である。
- ・ 医療介護連携関連のSCRの値100以上を目標とし、医療と介護の連携の充実を図ることが必要である。
- ・ 家族と一緒に住んでいる高齢者は少なく、火の不始末等の心配から在宅で過ごすこと自体が難しい高齢者が多く、在宅医療ばかり推し進めるのではなく、（高齢者が在宅で過ごせるような）社会環境面の整備が必要である。

- ・ 在宅医療を実施したいという医師は一定数いるが、当区域は介護施設が多く、介護施設に患者が入所した場合、その嘱託医が診察するようになるため、在宅医療がそこで途切れるといった実態がある。在宅医療については、中々へき地では進まないのではないかと考える。
- ・ かかりつけ医が外来から施設入所後まで診療を行い、看取っていくという体制の構築が必要である。

(3) その他の医療提供に関する事項

① 救急医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 救急医療体制については、必ずしも自己完結率が高い状況ではありませんが、隣接区域との連携も含め概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期は、北九州区域等隣接区域と連携して対応できていると考える。
- ・ 救急搬送のデータは、平成23年度の消防庁データであり、東九州自動車道開通前のものであるため、現在は搬送時間がさらに短縮しているものと思われる。

② 脳血管疾患（脳卒中）

【課題又は現状の評価】

- ・ 自己完結率は比較的高い値を示していますが、回復期・リハビリ機能が不足しています。
- ・ 脳卒中連携パスが稼働していません。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、京築区域における脳血管疾患の提供体制や連携体制のあり方について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高度急性期・急性期医療の退院後のリハビリが十分行なわれていないため、退院後、麻痺が悪化して寝たきりになることが多い。地域連携パス、退院調整カンファランスなども病院担当医師や在宅担当医師等が忙しく、十分行なわれていない実態がある。
- ・ 脳卒中連携パスを進めると、他の患者についても在院期間が短くなることが確認されており、取組を進めることが適切である。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 退院調整カンファレンスの中で、訪問看護ステーションへの要請がほとんどないという現状が判明しており、退院時の訪問看護の利用率が低い実態がある。この区域は理学療法士の数も少なく、退院調整カンファレンスの内容を充実したものとしていくことが重要である。

③ 虚血性心疾患（急性心筋梗塞）

【課題又は現状の評価】

- ・ 虚血性心疾患に対する医療の提供体制は、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 急性心筋梗塞と狭心症の違いとして、急性心筋梗塞は急速に悪化し時間的余裕がないため京築区域内の病院へ直接入院となることが多い。一方、狭心症では最初の症状から時間的な余裕が少しあるため、かかりつけ医から北九州市や大分県の急性期病院を紹介されて入院する割合が多いと思われる。

④ 悪性腫瘍（がん）

【課題又は現状の評価】

- ・ 急性期経過後の診療体制については、外来化学療法の自己完結率やがん緩和ケア、がん診療連携パスの利用が低くなっており、区域内でこれらの診療体制を確保することが望まれます。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、悪性腫瘍に係る医療提供体制のあり方について、調整会議等において協議を行います。
(外来化学療法の自己完結率向上に向けた取組、がん緩和ケアの構築に向けた取組、がんに係る地域連携クリティカルパスの普及促進 など)。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 高速道路が整備されアクセシビリティは改善している。新たながん診療病院の設立は困難なため、連携をしっかりとっていくことが大切である。
- ・ 北九州区域までの通院による化学療法は、長期になれば患者にとって負担が大きい。この地域でできることとして、外来化学療法の自己完結率を高めていくことと緩和ケアをやっていくことが必要。

- ・ 外来化学療法の自己完結率80%以上、がんの緩和医療に関する体制に関しSCRの値100以上、がん診療に係る連携に関しSCR100以上、がんの在宅医療に係る体制に関しSCR100以上を目標とすることが必要。

⑤ 糖尿病

【課題又は現状の評価】

- ・ 糖尿病に対する医療の提供体制は、概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 足病変予防と網膜症など重症化予防についても、連携が大切。

⑥ 精神疾患

【課題又は現状の評価】

- ・ 精神科医療の提供体制は充実しています。

【今後の方向性】

- ・ 現状の提供体制の維持・確保を図りつつ、病床の機能分化・連携を進めていきます。

⑦ 小児医療・周産期医療

【課題又は現状の評価】

- ・ 小児・周産期の入院については、必ずしも自己完結率が高い状況ではありませんが、隣接区域との連携も含め概ね確保されています。

【今後の方向性】

- ・ 小児医療に関しては、医療計画に基づき県内4つの生活圏（福岡・北九州・筑豊・筑後）ごとに入院治療を必要とする小児救急患者への医療提供体制の確保を図っていることから、今後の小児医療の体制のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。
- ・ 周産期医療に関しては、医療計画に基づき県内4地域（福岡・北九州・筑豊・筑後）で高度周産期医療が確保できる体制の整備を図っているところであり、今後の周産期医療のあり方については次期医療計画の中で整理を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 小児・周産期については、構想区域単位で解決するのは難しいと思われるが、自己完結率の向上（80%以上）を図ることについて検討していくことが必要である。また、あわせて北九州区域との連携を充実させることが重要である。
- ・ 医師会の行っている休日夜間急患センターを基盤とした小児救急における地域連携体制の維持が必要である。
- ・ 地域の中核的医療機関への周産期機能の付与について考えていくことが必要である。

⑧ 骨折・肺炎

【課題又は現状の評価】

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎、転倒に伴う骨折の増加が想定される場所であり、予防を含めた対応策について検討していく必要があります。

【今後の方向性】

- ・ 引き続き、予防を含めた対応策等について調整会議等において協議を行います。

【調整会議で出された主な意見】

- ・ 介護現場における誤嚥性を含む肺炎の予防及び治療体制の強化や介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）、介護施設における確実な予防接種の実施、要介護高齢者の栄養改善、介護現場における転倒予防プログラムの強化及び急性期以後のリハビリ等の対応の強化などに取り組む必要がある。
- ・ 予防対策については、健康サポート薬局（かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えた薬局）の活用について考えていくことが必要である。
- ・ 誤嚥性肺炎は、処方箋により看護師が点滴薬剤等を処方できるようになっており、急性期のみ入院で、後は訪問看護師又は施設の看護師で対応できるので、そのような診療体制を構築できれば病床の回転率も良くなるものと思われる。
- ・ 転倒予防では、理学療法士が少ないという地域事情を踏まえ、少ない資源をいかに活用していくかが課題である。

⑨ 認知症

【課題又は現状の評価】

- ・ 今後増加が見込まれる認知症高齢者について、適切に対応していくことが必要です。

【今後の方向性】

- ・ 認知症サポート医の養成、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員に対する認知症

- 対応力向上研修を開催し、早期診断・早期対応の体制整備を推進していきます。
- ・ 認知症（疾患）医療センターによる医療機関及び介護関係機関との連携を図り、医療と介護による総合的な支援を促進していきます。
 - ・ 福岡県高齢者保健福祉計画に基づく認知症施策を推進していきます。

【調整会議で出された主な意見《第2章 結び》】

- ・ 平成 37（2025）年の医療提供体制を構築するには、まず、既存の医療資源、介護資源を最大限活用し、その上で地域住民にとって望ましい質の高い医療・介護の総合的な確保を図るために、各医療機関が主体的に機能分化・連携を図るとともに、自院の機能転換等について検討が進められるように、適切な情報を提供し、協議を行っていくことが必要である。