

第6章 平成37(2025)年に向けた 医療提供体制の構築(地域医療構想)

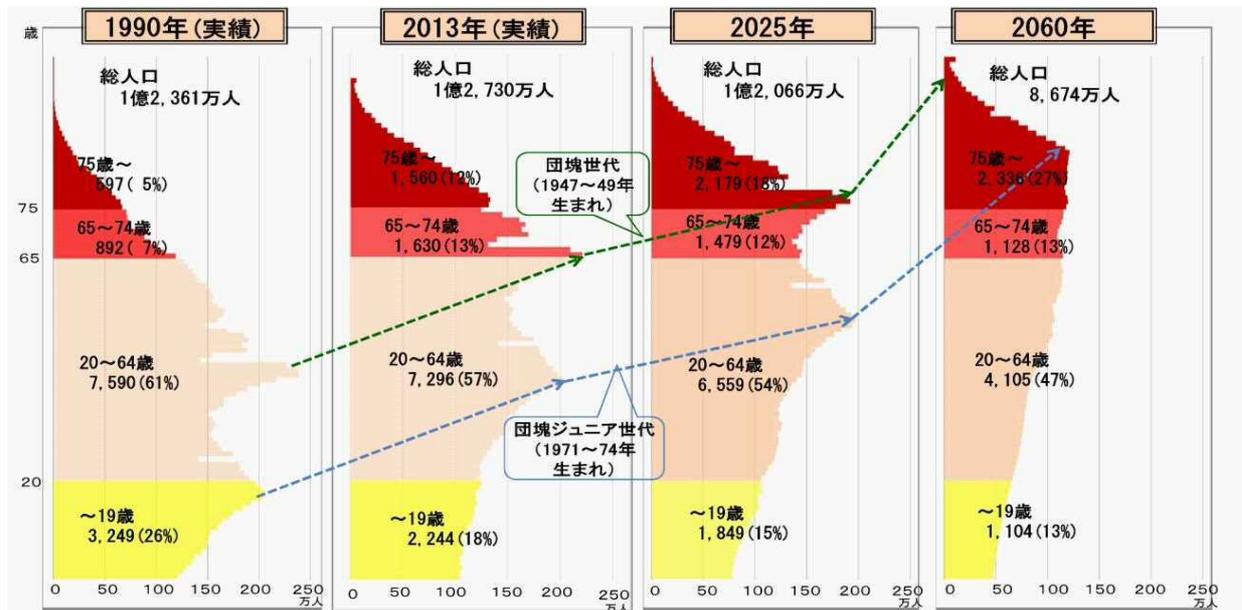
第1節 地域医療提供体制の概要等

急速に少子高齢化が進む中で、医療保険制度の持続可能性を高めるためには、病床の機能の分化・連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、在宅医療・介護の充実を図る必要があります。急性期から在宅医療・介護に至るまで、一連のサービスが切れ目なく、また、過不足なく提供できる体制を確保できるよう、地域医療構想に基づき、安心して医療を受けられる体制を構築します。

1 地域医療構想策定の背景

- 急速に少子高齢化が進む中、我が国では平成37(2025)年にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、全人口の18%を占める超高齢社会を迎えます。

【図表6-1-1】我が国の人口構造の変化



- 社会保障給付費は2012(平成24)年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から平成37(2025)年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ、急激な増加が見込まれています。
- 国においては、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、平成26年6月に「医療介護総合確保推進法」を制定し、関係法律について、所要の整備が行われました。

- 県においても、病床の機能ごとの将来の必要量等、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を「地域医療構想」として策定し、医療機能の分化・連携を進めることとし、平成28年11月に県地域医療構想を定めました。

2 地域医療構想の概要

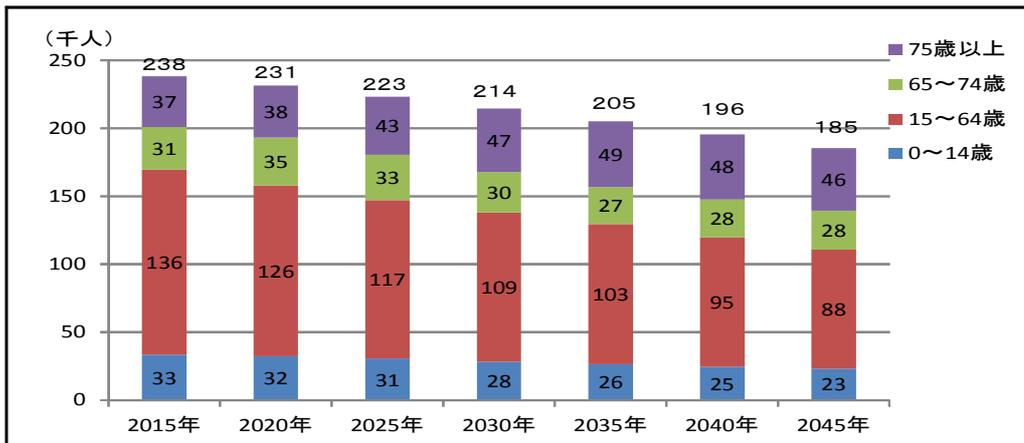
- 県地域医療構想は、平成37(2025)年における地域の医療提供体制のあるべき姿を示すものです。
- 本構想においては、以下の内容を定めています。
 - ・ 構想区域(二次医療圏に同じ)
 - ・ 構想区域における将来の病床の機能区分ごとの必要量(必要病床数)
 - ・ 構想区域における在宅医療等の必要量
 - ・ 構想推進のための施策の方向性
- 本構想の実現に向けては、医療機関の自主的な取組及び医療機関をはじめとした関係者相互の協議を促進するため、構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を設置しています。
地域医療構想調整会議は、医療関係者や保険者、介護保険事業者等で構成し、主に以下の内容について協議を行っています。
 - ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
 - ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
 - ・ 医療介護総合確保促進法に基づく県計画に盛り込む事業に関する協議
 - ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議
- 本構想の目標年次は、平成37(2025)年です。
- 当圏域においては、「地域医療構想」策定前の平成27年より地域医療構想懇話会を開催し、始良地区医師会、伊佐市医師会、地域の医療機関の協力を得て、地域の課題について検討してきました。
- 5事業のうち、3大生活習慣病の脳卒中、急性心筋梗塞、がんについてそれぞれ専門部会を設けて地域課題とその対応について検討してきました。

第2節 人口推計及び医療提供体制の現状等

1 人口の将来推計等

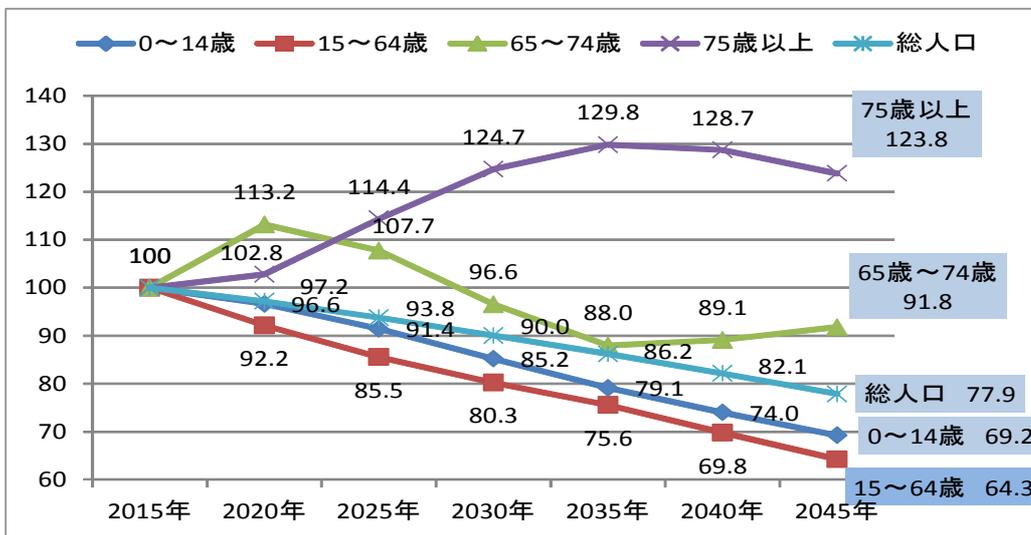
- 圏域の総人口は平成27(2015)年の約24万人から、平成37(2025)年には約22万人に、平成52年(2040)年には約20万人と見込まれています。
- 年代別に見ると65歳以上人口は、平成37(2025)年まで増加が見込まれていますが、75歳以上人口は、平成47(2035)年まで増加が見込まれています。

【図表6-2-1】 将来推計人口の推移



[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30年3月)]

【図表6-2-2】 年代別将来推計人口の推移(2015年比)

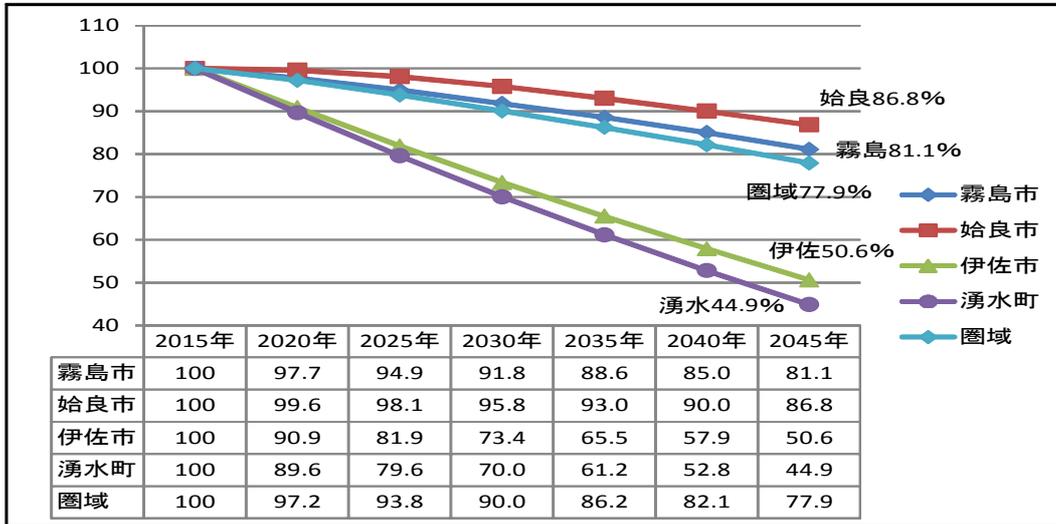


[国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成30年3月)]

- 平成22年(2010)年比の平成37年(2025)年の総人口減少率は全ての圏域で減少が見込まれていますが、減少率は、県内の医療圏で2番目に低くなっています。当圏域では、伊佐市、湧水町が減少率が大きくなっています。
- 65歳以上人口については、平成37(2025)年まで全ての圏域で増加が見込まれていますが、平成37(2025)年以降、伊佐市、湧水町で減少に転じる見込みです。

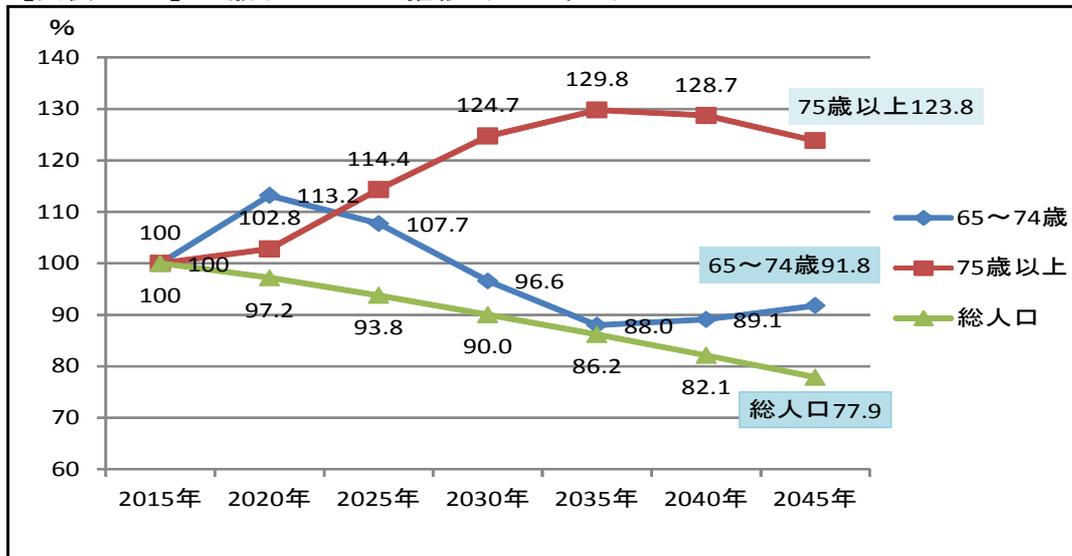
- 当圏域の全世帯に占める高齢夫婦世帯の割合は14.5%で、県14.0%、全国11.4%を上回っています。同じく、高齢単身世帯の割合は、当圏域が14.9%で、県15.3%より低くなっていますが、伊佐市21.2%、湧水町22.2%と県より高くなっています。

【図表6-2-3】二次保健医療圏ごとにみた人口の推移（2015年比）



[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30年3月)]

【図表6-2-4】65歳以上人口の推移（2015年比）



[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30年3月)]

【図表6-2-5】高齢世帯の状況

区分	全国	県	圏域	霧島市	伊佐市	始良市	湧水町
高齢単身世帯 (%)	11.1	15.3	14.9	13.2	21.2	14.5	22.2
高齢夫婦世帯 (%)	11.4	14.0	14.5	12.4	18.4	16.0	19.5
一般世帯数	53,331,797	722,372	101,863	54,166	12,053	31,341	4,303

(注)「高齢夫婦世帯」について、平成27年は夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみの一般世帯をいう
[平成27年：総務省「国勢調査」]

2 医療提供体制の現状

- 始良・伊佐圏域の一般病院数は、人口10万人当たり12.2と、全国の5.9と比較して約2.1倍となっています。有床診療所数は、人口10万人当たり23.9と、全国の7.8と比較して約3.1倍となっています。
- 始良・伊佐圏域の一般・療養病床数は4,473床、人口10万人当たりでは1,878.1床で、全国の1,046.5床と比較して約1.8倍となっています。

【図表6-2-6】医療施設数及び一般・療養病床数の状況

医療施設 保健医療圏	一般病院		有床診療所		一般病床(床)		療養病床(床)		計(床)	
	人口 10万人対									
鹿児島	96	14.1	145	21.3	9,004	1,325.1	3,769	554.7	12,773	1,879.7
南薩	27	19.9	36	26.5	1,745	1,286.2	1,299	957.5	3,044	2,243.7
川薩	14	11.8	29	24.5	1,197	1,010.3	637	537.7	1,834	1,548.0
出水	5	5.9	17	19.9	719	842.0	426	498.9	1,145	1,341.0
始良・伊佐	29	12.2	57	23.9	2,633	1,105.5	1,840	772.6	4,473	1,878.1
曾於	8	9.8	10	12.3	477	586.9	595	732.1	1,072	1,318.9
肝属	19	12.1	36	23.0	2,300	1,467.0	694	442.6	2,994	1,909.6
熊毛	3	7.0	4	9.4	462	1,080.4	11	25.7	473	1,106.2
奄美	13	11.8	22	20.0	1,507	1,368.2	641	581.9	2,148	1,950.1
県計	214	13.0	356	21.6	20,044	1,216.1	9,912	601.4	29,956	1,817.5
全国	7,416	5.9	7,961	7.8	990,939	779.7	339,063	266.8	1,330,002	1,046.5

[平成27年医療施設調査]

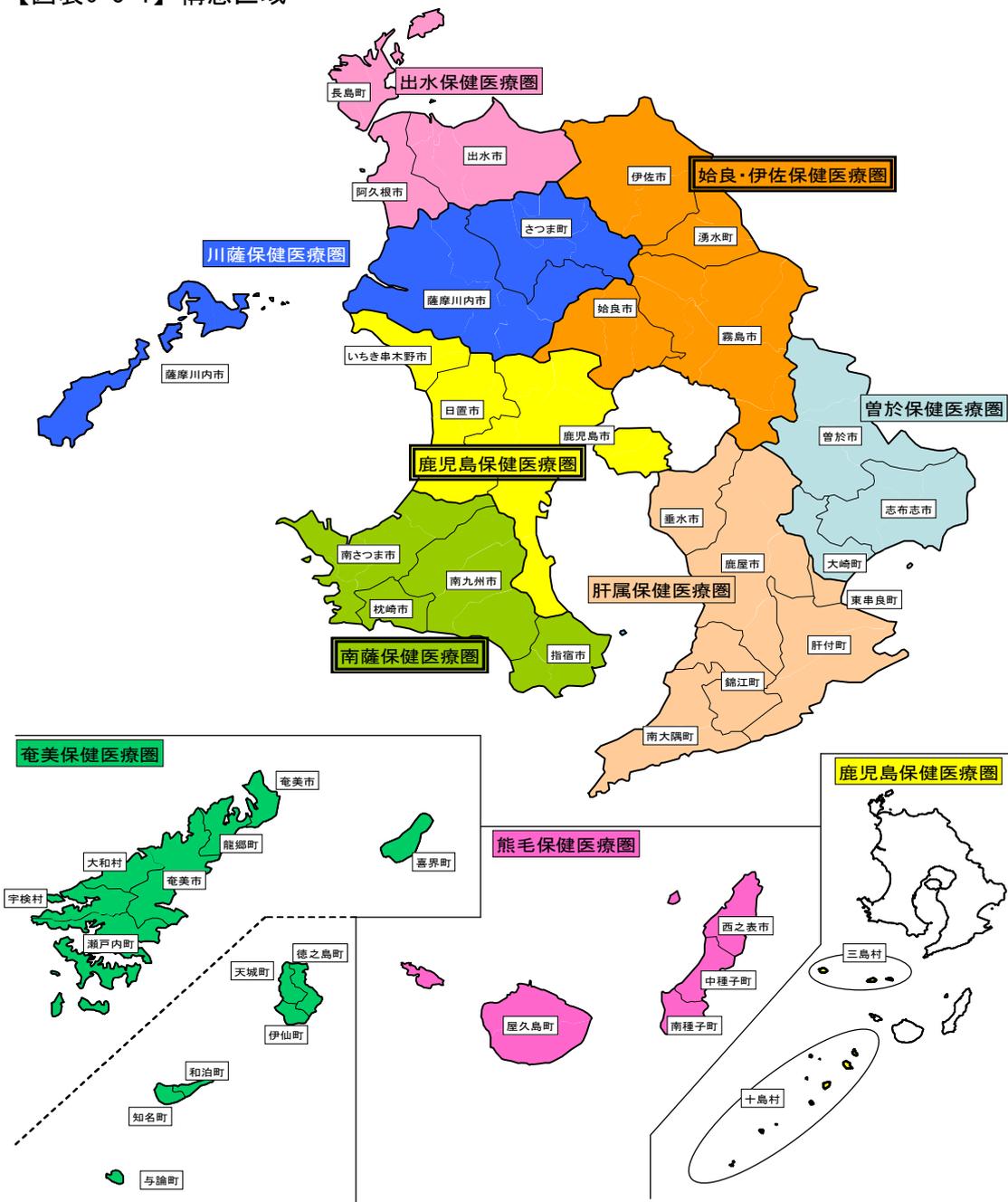
- 圏域の医師数は、平成28年473人で人口10万人当たり199.2人と、県の272.5人、全国の251.7人を下回っています。
また、歯科医師数は、146人、薬剤師数365人で、人口10万人当たり、歯科医師61.5人、薬剤師数153.7人といずれも人口10万人当たりで、県、全国の数値を下回っています。(第4章第1節【図表4-1-1】参照)
- 圏域の看護師数は、平成28年3,078人、人口10万人当たり1,296.0人と、県の1,311.1人を下回っています。
また、同じく准看護師数は1,388人、人口10万人当たり584.4人と、県の584.9人とほぼ同数となっています。(第4章第1節【図表4-1-11】参照)

第3節 構想区域と病床の必要量(必要病床数)

1 構想区域の設定

- 地域医療構想においては、医療法第30条の4第2項第7号の規定に基づき、地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を「構想区域」として定めることとされています。
- 本県においては、二次保健医療圏を構想区域として設定しています。
- 当圏域においては、霧島市、伊佐市、始良市、湧水町の4市町からなる始良・伊佐保健医療圏が構想区域となっています。

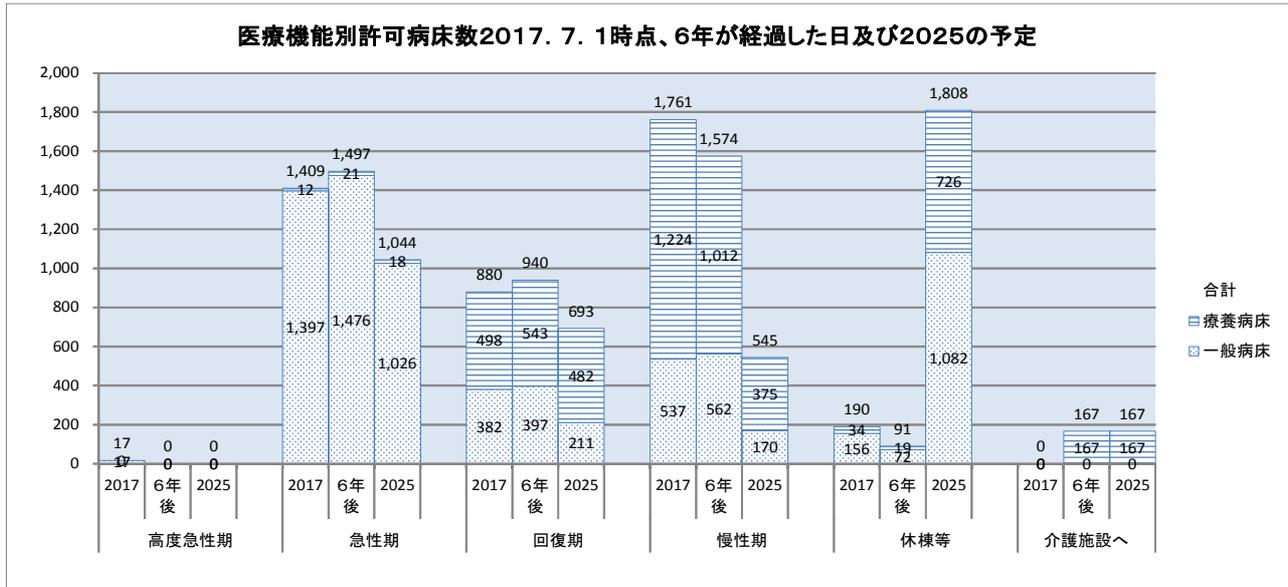
【図表6-3-1】構想区域



2 病床機能報告

- 病床機能報告とは、医療法第30条の13に基づき、一般病床又は療養病床を有する医療機関が、現在の病床機能(「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分)及び将来担う予定である病床機能について、所在地の都道府県知事に毎年、報告する制度です。
- 圏域の平成29年度病床機能報告によると、高度急性期が17床、急性期が1,409床、回復期が880床、慢性期が1,761床となっています。

【図表6-3-2】平成29年度病床機能報告



※ 休棟等の2025の病床数については、病床機能報告が任意報告となっているため、無回答を含む。

3 病床の必要量(必要病床数)

- 平成37(2025)年における医療需要については、厚生労働省から示された「地域医療構想策定支援ツール(以下「推計ツール」という。)」により、構想区域ごとに以下のとおり推計しました。

【図表6-3-3】平成37(2025)年における本県の医療需要

	医療需要の推計(単位:人/日)											2030年 (平成42)	2035年 (平成47)	2040年 (平成52)
	2025年 (平成37)	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美				
高度急性期	1,213	536	93	77	61	162	55	106	37	87	1,206	1,184	1,143	
急性期	4,442	1,737	379	367	195	653	208	385	169	349	4,526	4,537	4,424	
回復期	6,480	2,606	700	451	290	974	299	526	193	439	6,688	6,770	6,633	
慢性期	5,313	2,059	595	329	209	911	232	548	118	314	5,800	5,988	5,920	
入院医療需要計	17,447	6,938	1,767	1,224	756	2,699	794	1,564	516	1,189	18,220	18,479	18,121	
在宅医療等	27,207	11,097	2,248	1,810	1,509	3,972	1,269	2,455	452	2,396	28,940	30,421	30,384	
医療需要計	44,654	18,035	4,015	3,034	2,264	6,671	2,063	4,019	968	3,585	47,160	48,899	48,505	

- また、平成37(2025)年における医療需要に対する医療供給数、即ち、病床の必要量(必要病床数)については、構想区域間の患者の流出入に係る都道府県間及び県内構想区域間の調整を経て、次表(【図表6-3-4】)のとおりとしました。
- なお、当該病床の必要量(必要病床数)は、一定の条件に基づき、将来必要とされる医療需要を把握し、不足する医療機能について今後どのように対応していくかを考えていくための目安であり、病床数の削減を意味するものではありません。

【図表6-3-4】病床機能報告の結果と平成37(2025)年の病床の必要量(必要病床数)

構想区域	医療機能	平成27(2015)年現在	平成37(2025)年における医療需要	平成37年(2025年)における医療供給(医療提供体制)			
		既存病床数(床)	当該構想区域に居住する患者の医療需要(人/日)	原稿の医療提供体制が変わらないと仮定し、患者の流出入が現状のまま継続するものとして推計(人/日)	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減して推計(人/日)	病床稼働率(%)	病床の必要量(床)
				患者住所地ベース			
始良・伊佐	高度急性期	0	161.5	93.7	93.7	75.0	125
	急性期	1,485	652.6	544.9	544.9	78.0	699
	回復期	705	974.5	917.5	983.7	90.0	1093
	慢性期	1,761	910.7	1054.5	924.6	92.0	1005
	休棟等	92	-	-	-	-	-
	計	4,043	2,699.3	2,610.6	2,546.9		2,922.0

- 2025(平成37)年の入院医療需要は、在宅医療等の進展を促すことで、2013(平成25)年に比べ慢性期が約6割に減少する見込みです。
- 2025(平成37)年以降、高度急性期については、2035(平成47)年まで横ばいで推移しますが、その他の機能については、2035(平成47)年までいずれも増加していくことが見込まれます。

【図表6-3-5】始良・伊佐医療圏の入院医療需要の推移



[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〈患者住所地ベース(但し2013年は医療機関所在地ベース)〉]

第6章 平成37(2025)年に向けた医療提供体制の構築
 第3節 構想区域と病床の必要量(必要病床数)

- 主な疾病の中では、肺炎、脳卒中及び心筋梗塞は2035(平成47)年まで、大腿骨頸部骨折は2040(平成52)年まで増加する見込みです。

【図表6-3-6】 始良・伊佐医療圏の主な疾病別医療需要の推移



[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〈患者住所地ベース(但し2013年は医療機関所在地ベース)〉]

- 慢性期特例(パターンC)を適用する場合の平成42(2030)年における病床の必要量(必要病床数)

始良・伊佐医療圏では、慢性期の医療需要をパターンCにより算定していることから、平成42(2030)年における慢性期の病床の必要量(必要病床数)を以下のとおり示すこととします(再掲)。

【図表6-3-7】 平成42(2030)年における慢性期の病床の必要量(必要病床数)《再掲》

構想区域	医療機能	平成42(2025)年における医療需要	平成42年(2025年)における医療供給(医療提供体制)			
		当該構想区域に居住する患者の医療需要(人/日)	現行の医療提供体制が変わらないと仮定し、患者の流出入が現状のまま継続するものとして推計(人/日)	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減して推計(人/日)	病床稼働率(%)	病床の必要量(床)
			患者住所地ベース			
始良・伊佐	慢性期	666.3	806.4	680.8	92.0	740

[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」]

- 厚生労働省の推計ツールによると、医療需要全体では89.5%、このうち回復期は83.3%、慢性期は89.5%、急性期は75.9%と高い割合で圏域内の対応ができていますが、高度急性期は70%を下回る状況です。
- 疾病別にみると、回復期につなげることの多い、肺炎や外傷のほか、緊急性の高い脳卒中は高い完結率にある一方、がんは52.2%、急性心筋梗塞は49.6%と低い状況にあります。

【図表6-3-8】始良・伊佐医療圏における医療機能毎の完結率

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
始良・伊佐	89.5%	51.9%	75.9%	83.3%	89.5%

[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」]

4 医療提供体制

- 各種指定状況は、国立病院機構南九州病院，霧島市立医師会医療センター，北薩病院等を中心に指定されています。

【図表6-3-9】始良・伊佐医療圏内の医療機関等に対する各種指定状況

種別	指定数	医療機関名
救急告示病院	13	大井病院，霧島記念病院，霧島市立医師会医療センター，霧島杉安病院，国分生協病院，国分中央病院，国分脳神経外科，青雲会病院，県立北薩病院，整形外科松元病院，寺田病院，加治木整形外科病院，加治木温泉病院
基幹型臨床研修病院	1	霧島市立医師会医療センター
協力型臨床研修病院	7	国分生協病院，県立北薩病院，霧島市立医師会医療センター，県立始良病院，国立病院機構南九州病院，松下病院，フィオーレ第一病院
地域がん診療連携拠点病院	1	国立病院機構南九州病院
県がん診療指定病院	2	霧島市立医師会医療センター，県立北薩病院
へき地医療拠点病院	2	霧島市立医師会医療センター，県立北薩病院
地域災害拠点病院	2	県立北薩病院，霧島市立医師会医療センター
地域医療支援病院	1	霧島市立医師会医療センター
感染症指定医療機関	3	霧島市立医師会医療センター，国立病院機構南九州病院，県立北薩病院
地域リハビリテーション広域支援センター	1	加治木温泉病院
認知症疾患医療センター	2	松下病院，あいらの森ホスピタル

第4節 地域医療構想の推進

地域医療構想の実現に向けては、医療・介護をはじめとする各関係機関の連携を図りながら、病床の機能の分化及び連携の推進、在宅医療を含む地域包括ケアシステム構築の推進、医療従事者の確保及び資質の向上等に取り組むことが必要です。このため、構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、医療機関相互の協議を進めるとともに、地域医療介護総合確保基金の活用により、必要な施策を推進します。

1 病床の機能分化・連携の推進

【現状と課題】

- 現状を分析するためには、病床機能報告（毎年7月1日現在の報告）の現状値との比較がありますが、病床機能報告については、病棟毎の報告のため単純に現状値と将来の病床必要量を比較するには課題があることがわかってきています。
- 当圏域では、平成29年3月に始良地区医師会、伊佐市医師会の協力を得て独自調査を行うなど現状分析を行い各医療機関への情報提供に努めてきました。
- 各医療機関の役割や機能に関する現状については、医療機関間の共有化が必要であることからその役割や機能について病床機能報告、医療施設機能等調査をベースにして調査を行い検討することとしています。
- 課題については、県の地域医療構想策定前に開催された地域医療構想懇話会でまとめられています。しかしながら地域の現状は専門医の確保や医師の移動などにより機能が変化してきていることから随時見直していく必要があります。
- 当医療構想圏域は、高齢化の進んでいる地域もあり地域格差が大きいことから、それぞれの現状にあわせて検討して行くことが必要となっています。その為には、医師会等を通じて各医療機関の意見を聞くことが必要となっています。
- 意見を聞く場としては、始良地区医師会が、急性期部門会、回復期部門会、慢性期部門会、有床診療所部門会を開催しています。また、平成30年度には、始良・伊佐地区それぞれに地域医療連携部門会を開催しています。
- その上で、病床の機能の分化・連携を促進するためには、地域医療構想調整会議において、各医療機関の役割分担及び連携のあり方を明確化し、不足すると見込まれる機能の充足を図るとともに、構想区域の医療機能強化を検討していく必要があります。

【施策の方向性】

- 効率的な医療提供体制を構築するためには、各医療機関の機能と地域に果たす役割を明確にし、その上でどの様に連携を図るかを検討することが必要なことから、地域医療構想調整会議などの検討の場が必要となります。

- 始良地区医師会では、急性期、回復期、慢性期部門会など検討を行う場を開催しています。
- 病床の機能の分化及び連携に当たっては、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性あるものとするために、地域医療介護総合確保基金の活用等により、その仕組みづくりや施設・設備整備等に対する支援を行うなど、必要な取組を進める必要があります。

ア 各構想区域ごとの効率的な医療提供体制の構築

- 構想区域の目指すべき医療提供体制の構築に向けては、始良・伊佐保健医療圏地域医療構想調整会議を開催し必要な対応を協議し解決を図ります。
また、不足すると見込まれる機能の充足を図るため、医療機関の機能転換に向けた取組を支援します。
- 地域の中核となる医療機関や、救急、小児、周産期等の5事業、がん、脳卒中等の特定の疾病に関する機能を担う医療機関については、それらの機能を強化するために医師会等を通じその機能強化を図る支援を行います。

イ 診療情報の共有化による連携体制の構築

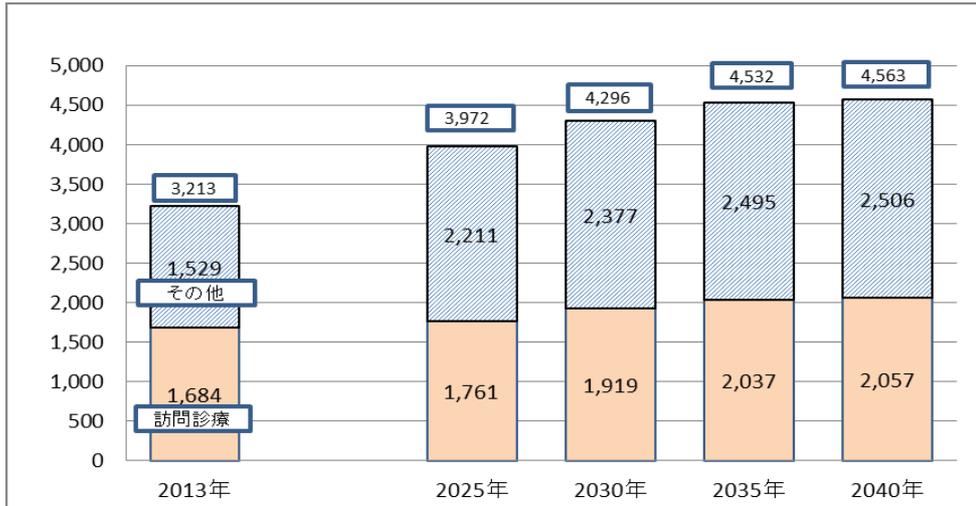
- 患者の状態に合った質の高い医療・介護サービスを提供するため、患者の診療情報等を関係者間で共有できるネットワーク基盤の整備を促進します。
- 地域医療構想調整会議において、病床機能報告等を活用して、各医療機関の今後の地域に果たす役割についての情報提供や検討を行います。

2 在宅医療・介護連携の推進

【現状と課題】

- 当圏域で今後増加する高齢者の生活の場を確保するために、市町介護保険担当との協議の場をもうけ、医療と介護がさらに連携を推進していく必要があります。
- 市町を中心とした地域包括ケアシステムの構築を推進する中であって、今後増加が見込まれる在宅医療需要に対応するためには、訪問診療や訪問看護等の在宅医療提供体制を充実させるとともに、医療と介護の連携の視点に立った看護小規模多機能型居宅介護事業所などの介護基盤の充実を図ることが求められます。
- 在宅医療等に係る需要は今後、増加する見込みです。

【図表6-4-1】始良・伊佐医療圏における在宅医療等需要の推移



[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〈患者住所地ベース(但し2013年は医療機関所在地ベース)〉]

- 65歳以上人口10万人あたりの介護施設の状況をみると、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の入所定員数は全国平均を上回っています。

【図表6-4-2】人口10万人当たりの介護老人福祉施設数等

区 分	介護老人福祉施設 (施設)		入所定員数 (人)		介護老人保健施設 (施設)		入所定員数 (人)	
	対65歳以上人口10万対	対65歳以上人口10万対	対65歳以上人口10万対	対65歳以上人口10万対	対65歳以上人口10万対	対65歳以上人口10万対	対65歳以上人口10万対	
全国	7,249	22.7	498,327	1,558.7	4,096	12.8	362,175	1,133
鹿児島県	159	32.7	9,478	1,951.1	89	18.3	6,323	1,302
始良・伊佐医療圏	17	25.0	1,295	1,902.2	12	17.6	886	1,301

[鹿児島県「地域医療ビジョン策定に係る調査分析」]

【施策の方向性】

高齢者等の生活機能を維持・向上させるため、在宅から入院、入院から在宅への移行を含め、患者の状態に応じた包括的かつ継続的なサービスが提供できるよう、医療と介護の円滑な連携に取り組めます。

ア 介護サービス基盤の整備

構想区域の地域包括ケアシステム構築を図るため、その拠点となる地域包括支援センターの機能強化や市町が行う地域密着型特別養護老人ホーム等の整備について検討するとともに、療養型医療施設入院患者の状態を踏まえた必要な介護施設等への機能転換を促進します。

イ 在宅医療連携体制の整備

- プライマリ・ケアの提供や地域包括ケアシステムの構築に当たって中心的な役割を担う「かかりつけ医」について、普及啓発を図ります。

- 平成29年度に作成した「始良・伊佐地区入退院支援ルール」について、活用されるように医療機関関係者やケアマネージャーへの普及啓発を図ります。
- 医療・介護間での連携を図り、患者への最適な医療・介護サービスの提供を確保していくため、多職種が連携して取り組むネットワークづくりや研修会等の開催を促進します。
- 高齢者の低栄養予防・摂食嚥下機能障害への指導・リハビリに対応できる人材の養成等、在宅歯科医療等を促進します。
- 在宅医療を必要とする小児患者等が地域で安心して療養できるよう、関係機関の連携構築や人材育成に取り組むなど、小児を対象とした在宅医療体制の充実を図ります。

3 医療従事者の確保及び資質の向上

【現状と課題】

- 圏域の人口10万人当たりの医師数は199.2で、全国251.7及び県272.5を下回っているものの、県内で4番目に多くなっています（【図表4-1-4】参照）。
- 診療科別にみると、全国平均を下回る診療科が多くなっています。
- また、人口10万人当たりの歯科医師数は全国及び県を下回っています（【図表4-1-8】参照）。
- 人口10万人当たりの看護師数は、全国、県よりも上回っていますが、募集しても充足できない状況やこれから従事者が高齢化することも予想され今後の対応が求められています。
また、人口10万人当たりの薬剤師数は、全国及び県を下回っています。（【図表4-1-9】、【図表4-1-10】、【図表4-1-11】参照）
- 伊佐市医師会は、平成26年に、医療機関従事者調査を実施し、看護師の40%、介護職の50%が50歳以上となっている事がわかりました。また、始良地区医師会も平成29年度に同様の調査を実施しており、今後の対応を検討しています。

【図表6-4-3】診療科別にみた10万人当たり医療施設従事医師数

	総数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科	皮膚科	リウマチ科	小児科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	消化器外科
全国(人)	233.6	70.2	10.6	18.3	24.2	4.6	5.9	6.3	11.5	5.2	23.5	21.8	1.8	2.7	6.5
県(人)	247.8	93.4	13.6	23.3	32.6	3.9	11.8	5.4	9.3	9.1	19.6	28.9	2.0	2.2	8.5
始良伊佐(人)	177.3	86.6	15.0	22.9	33.7	3.7	7.5	3.7	9.2	7.5	22.9	25.8	1.2	0.0	3.3

	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	眼科	耳鼻咽喉科	小児外科	産婦人科	婦人科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	病理診断科
全国(人)	6.7	3.5	6.2	19.9	2.8	10.3	7.4	1.0	8.5	2.0	13.5	7.5	8.5	1.5
県(人)	7.9	4.6	7.6	21.7	1.7	9.2	6.5	1.2	8.2	1.9	27.2	11.5	11.5	1.4
始良伊佐(人)	4.6	4.2	5.8	14.2	0.8	6.2	6.2	0.0	4.2	1.2	33.3	10.0	3.7	0.0

[厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」]

【施策の方向性】

ア 医師の確保及び資質の向上

将来にわたって医師を安定的に確保するため、医師会を中心とした医療従事者委員会等で各医療機関の課題とその対応について検討し解決を図ります。

イ 看護職員等の確保及び資質の向上

○ 看護職員の構想区域における確保と定着を図るため、各医療機関での研修会などの充実を図ります。

○ 薬剤師や歯科衛生士等の確保を図るため、離職者の復職支援等に取り組みます。

4 課題など

○ 鹿児島市へのアクセス状況が比較的良いという地理的特性を踏まえ、今後も、がんや循環器などは鹿児島医療圏との連携強化を図る必要があります。

○ 県境域においては、一定数の患者が熊本県、宮崎県へ流出していることから、今後も両県との連携強化を図る必要があります。

○ 各医療機関の役割分担及び連携のあり方を明確化し、不足する機能の充足を図る必要があります。

○ 市町を中心とした地域包括ケアシステムの構築を推進する中であって、今後、増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するため、訪問診療や訪問看護等の充実とあわせ、国が検討を進めている医療機能を内包した施設系サービス等、新たな選択肢を含めた医療・介護基盤の整備など、在宅医療提供体制を充実させることが求められます。

○ 地域医療構想実現のために病床の機能分化・連携の推進を図ることにより、平成32年(2020年)に見込まれる在宅医療等の追加的需要(療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%及び入院受療率の地域差解消分、並びに一般病床入院患者のうち、医療資源投入量175点未満の患者数)については、以下のとおりです。(再掲)

【図表6-4-4】平成32(2020)年に見込まれる在宅医療等の追加的需要の按分結果

【図表5-2-3】再掲

保健医療圏	追加的需要	内 訳			(参考)	
		外来受診対応分	介護保険施設対応分(転換分含む)	在宅医療対応分(訪問診療)	在宅医療等	2025年の訪問診療のみ(注2)
鹿児島	1136.63	418.20	247	471.43	11,097	5,499
南薩	433.30	149.31	252	31.99	2,248	620
川薩	171.76	66.07	84	21.69	1,810	838
出水	114.25	56.36	0	57.89	1,509	822
姶良・伊佐	464.43	160.89	142	161.54	3,972	1,761
曾於	149.01	61.19	45	42.82	1,269	481
肝属	202.52	104.07	68	30.45	2,455	1,224
熊毛(注1)	27.53	23.34	20	0	452	180
奄美	200.68	92.38	33	75.30	2,396	1,341
合計	2900.11	1131.81	891	893.11	27,208	12,766