

第6章 平成37(2025)年に向けた地域の医療提供体制の構築(地域医療構想)

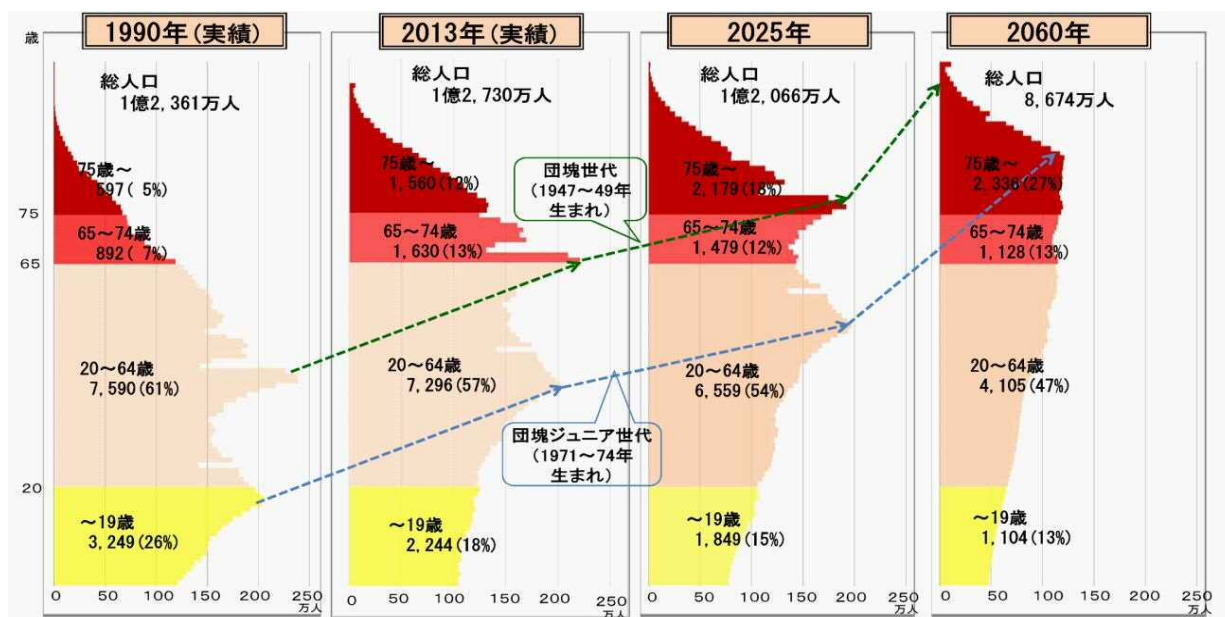
1 地域医療提供体制の概要等

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県内各地域に確保できるよう、地域医療構想に基づき、地域において県民が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84】我が国の人口構造の変化



- 社会保障給付費は平成24（2012）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。
- 都道府県においては、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、地域ごとにバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めることとされました。

県では、これを受けて、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（二次保健医療圏に同じ）
- ・ 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、熊毛圏域においては平成29年3月15日に「地域医療構想調整会議」を設置しました。

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

【図85】都道府県知事の権限

1 都道府県知事の権限

(1)「協議の場」(地域医療構想調整会議)の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

(2)都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 改正前の医療法でも、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることになっていた。



【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、医療機関名の公表等を講ずることができることとする。

[厚生労働省資料]

○ 本構想の目標年次は、平成37（2025）年です。

2 人口推計及び医療提供体制の現状等

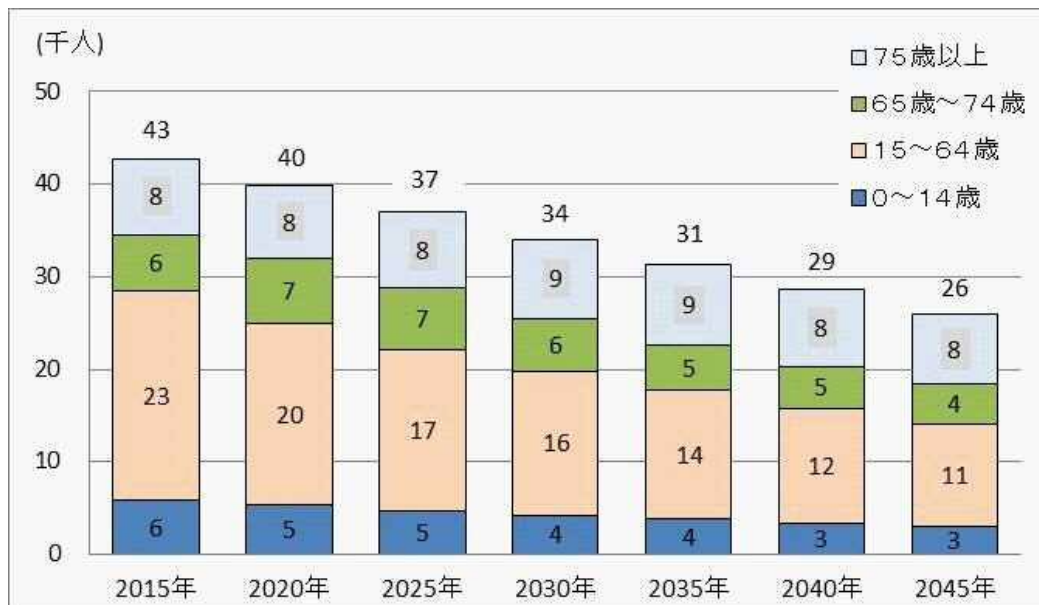
(1) 人口

○ 熊毛保健医療圏の総人口は、平成27（2015）年の約4.3万人から、平成37（2025）年には約3.8万人に、平成52（2040）年には約3万人と見込まれています。

65歳以上人口についても、平成32（2020）年以降、減少に転じる見込みです。平成32（2020）年比の平成37（2025）年総人口減少率は県内の保健医療圏で4番目に高く、65歳以上人口は平成32（2020）年をピークに、その後、減少する見込みです。

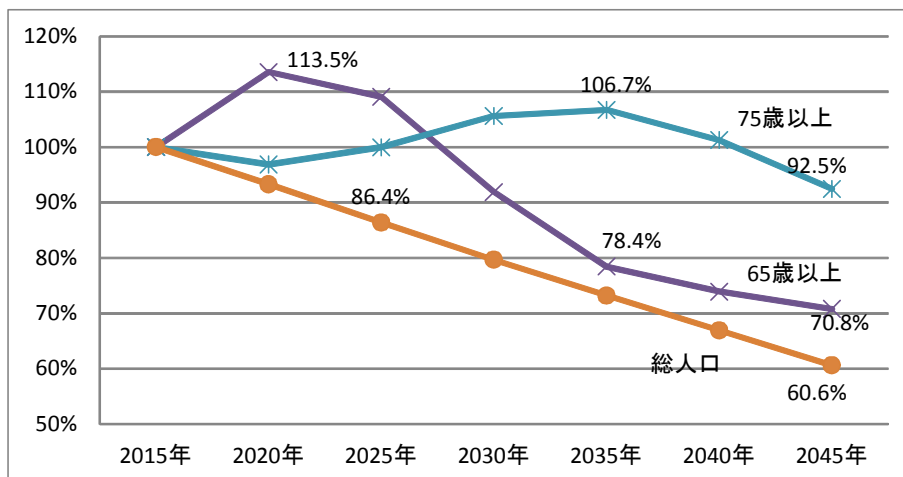
また、高齢夫婦世帯と高齢単身世帯が全世帯に占める割合は、県内の医療圏で3番目に高いです。

【図86】 熊毛保健医療圏の人口推移



〔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」（H30年推計）〕

【図87】 熊毛保健医療圏の年代別人口推移



〔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」（H30年推計）〕

(2) 医療需要

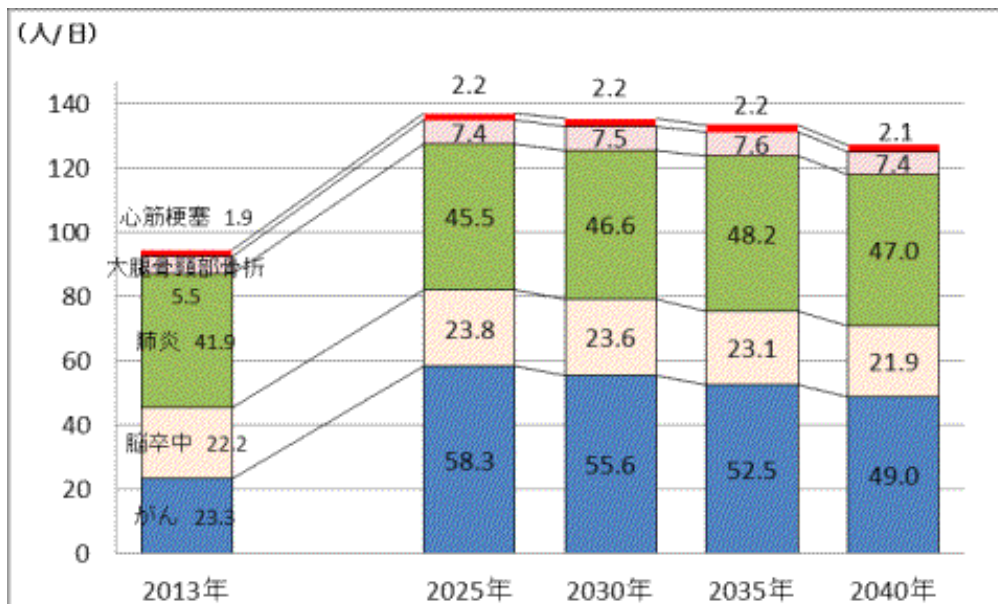
- 平成37（2025）年の入院医療需要は、平成25（2013）年に比べ、慢性期が約3割増加する見込みです。
- 平成37（2025）年以降、慢性期については、平成47（2035）年まで増加で推移していきますが、その他の機能については、いずれも減少していくことが見込まれます。
- 主な疾病をみると、肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中及び心筋梗塞は平成37（2025）年以降、ほぼ横ばいで推移する見込みです。

【図88】熊毛保健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)〉]

【図89】熊毛保健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)〉]

(3) 医療提供体制

- 各指定状況をみると、種子島医療センター等を中心に各機能が提供されていますが、地域医療支援病院や周産期等について確保されていません。

【表118】熊毛保健医療圏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	3	公立種子島病院，種子島医療センター 屋久島徳洲会病院
協力型臨床研修病院	2	公立種子島病院，屋久島徳洲会病院
地域がん診療病院	1	種子島医療センター
へき地医療拠点病院	1	種子島医療センター
地域災害拠点病院	1	種子島医療センター
感染症指定医療機関	3	公立種子島病院，種子島医療センター 屋久島徳洲会病院

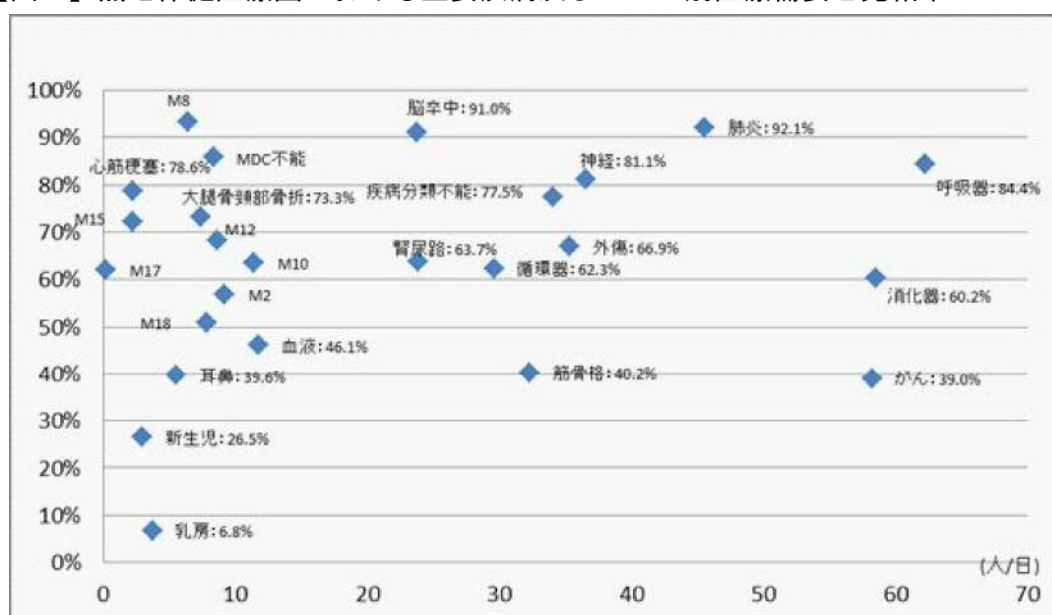
- 厚生労働省から示された地域医療構想支援ツール（以下「推計ツール」という。）によると、医療需要全体では80.6%，このうち急性期は72.4%，回復期は68.4%，慢性期は73.6%と、高度急性期を除いて、約70%の患者は圏域内で対応できています。また、疾患別にみると、回復期につながることの多い、肺炎の他、緊急性の高い脳卒中は高い完結率にある一方、がんは39%と低い状況にあります。

【表119】熊毛保健医療圏の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
圏域	80.6%	50.6%	72.4%	68.4%	73.6%

〔厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〕

【図90】熊毛保健医療圏における主要疾病及びMDC別医療需要と完結率



〔厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〕

(4) 医療従事者

○ 人口10万人あたり医療施設従事者数は、医師、歯科医師、薬剤師、看護師ともに、全国平均や県平均を下回っています。

○ 准看護師数については、232.0と、全国平均（102.0）を上回っていますが、県平均（240.1）を下回っています。

【表120】医療従事者数の状況

地域	医師		歯科医師		薬剤師		看護師		准看護師	
	(人)	人口 10万人対	(人)	人口 10万人対	(人)	人口 10万人対	(人)	人口 10万人対	(人)	人口 10万人対
圏域	51	117.5	22	50.7	51	117.5	187	437.1	99	232.0
県	4,300	257.8	1,294	77.6	3,043	182.4	14,357	781.1	3,957	240.1
全国	311,205	244.9	103,972	81.8	288,151	226.7	787,404	619.5	129,594	102.0

[医師・歯科医師・薬剤師数：平成27年衛生統計年報]

[看護師・准看護師数：平成27年病院報告]

○ 診療科別にみると、内科、神経内科、外科、乳腺外科、気管食道外科、肛門外科、脳神経外科、リハビリテーション科以外は、全国平均を下回っています。

【表121】診療科別にみた10万人あ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	血液 内 科	皮膚 科	アレルギー 科	リウマ チ科	感染症 内 科	小児 科	精神 科	心療 内 科	外 科	呼吸 器外 科	心臓 血管 外 科	乳腺 外 科
圏域(人)	121.5	69.1	2.4	7.1	9.5	0.0	7.1	2.4	0.0	2.4	0.0	2.4	0.0	4.8	4.8	0.0	31.0	0.0	0.0	4.8
県(人)	262.9	95.5	14.1	24.4	33.0	5.4	10.5	6.9	2.7	9.5	3.1	7.6	1.0	18.8	18.7	6.2	27.4	2.4	2.5	3.5
全国(人)	240.1	69.1	10.6	17.9	23.2	5.4	6.0	7.1	2.7	11.1	5.1	4.9	1.0	21.9	13.5	4.4	20.2	1.9	2.8	2.7

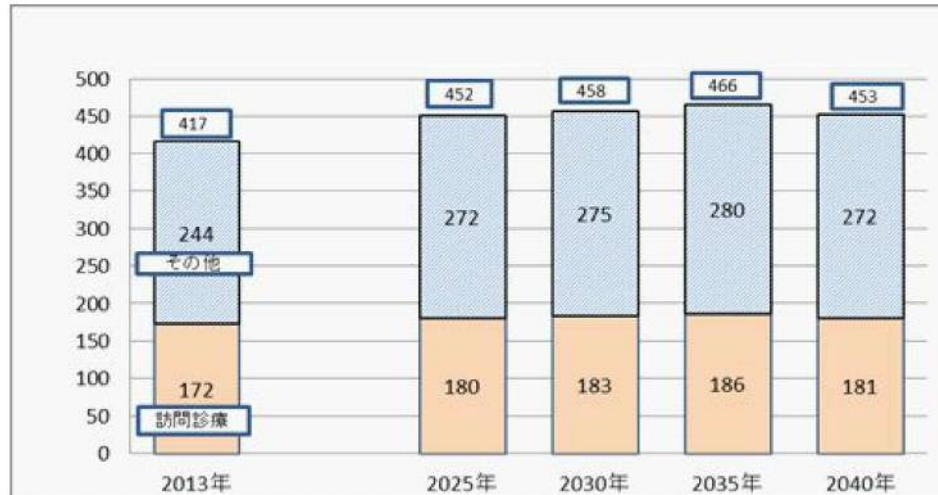
	気管 食道 外 科	消化 器外 科	泌尿 器科	肛門 外 科	脳神 経外 科	整形 外 科	形成 外 科	美容 外 科	眼科	耳鼻 咽喉 科	小児 外 科	産婦 人科	産科	婦人 科	リハ ビリ テー シ ョ ン 科	放射 線科	麻酔 科	病理 診断 科	臨床 検査 科	救急 科
圏域(人)	4.8	4.8	0.0	4.8	11.9	14.3	2.4	0.0	2.4	0.0	0.0	7.1	0.0	0.0	16.7	0.0	4.8	0.0	0.0	0.0
県(人)	1.1	9.1	7.9	4.0	7.9	22.6	2.0	0.3	9.3	6.8	1.7	8.8	0.5	2.0	25.5	11.3	11.6	1.6	0.4	3.6
全国(人)	0.7	6.9	6.7	3.4	6.3	19.8	2.8	0.8	10.5	7.5	1.0	8.7	0.6	1.9	11.7	7.3	8.7	1.6	0.7	3.3

[厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」]

(5) 在宅医療等

- 在宅医療等に係る需要は平成47（2035）年まで増加し、その後減少に転じる見込みです。

【図91】熊毛保健医療圏における在宅医療等需要の推移（単位：人／日）



〔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)〉〕

- 一方、在宅医療等に係る提供体制を、年齢調整標準化レセプト出現比率^{*1}（SCR）でみると、在宅患者のリハビリテーションの提供は、全国を大きく上回る状況にあります。ターミナルケア提供や、在宅患者の看取りについては、全国を下回っています。

【表122】SCRでみた熊毛保健医療圏の在宅医療提供体制（平成28年度）

指標名	熊毛	指標名	熊毛
入院機関との退院時カンファレンス開催	入院 -	訪問診療（全体）	外来 42.2
退院時共同指導料1	外来 12.5	訪問看護提供	外来 122.8
退院時共同指導料2	入院 -	訪問看護指示	入院 30.8
病院従事者が退院前に患者宅を訪問し指導	入院 -	ターミナルケア提供	外来 16.6
入院機関とケアマネジャーとの連携	入院 36.7	看取り（在宅患者）	外来 18.1
病院が患者に対し、退院支援・調整を実施	入院 125.4	看取り（有床診）	入院 99.3
患者における多職種でのカンファレンス	外来 10.5	在宅リハビリテーションの提供	外来 727.7
訪問薬剤指導の実施	外来 -	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	外来 727.7
訪問栄養指導の実施	外来 -	在宅患者訪問点滴注射管理指導	外来 36.2
在宅で実施されている各指導管理	入院 86.6	在宅経管栄養法	外来 30.5
往診	入院 -	在宅自己注射	入院 95.5
緊急往診	入院 -	退院後訪問指導	外来 -
在宅支援	外来 49.1	療養病床における急性期や在宅からの患者受付	入院 -
施設支援	外来 0.8	在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れ	入院 -
訪問診療（居宅）	外来 80.1	在宅療養中の重症児の入院を受け入れ	入院 -
訪問診療（同一建物）	外来 4.1		

〔厚生労働省「医療計画作成支援データブック」〕

*1 年齢調整標準化レセプト出現比率（SCR）：年度分の全保険者（公費単独除く）のレセプト件数を、当該地域が全国と同じ年齢構成で、人口と仮定した場合に想定される全国平均のレセプト件数で除したもの。全国平均を100とし、100よりも多ければ医療機能が充実あるいは過剰等、少なければ医療機能が少ないか抑制的等であることを意味する。ただし、外からの流入が多ければ数値は高くなるため、受療動向を勘案した評価を要する。

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

【表123】人口10万人あたりの介護老人福祉施設等

	介護老人福祉施設				介護老人保健施設			
	施設	対65歳以上人口10万人	入所定員数（人）	対65歳以上人口10万人	施設	対65歳以上人口10万人	入所定員数（人）	対65歳以上人口10万人
圏域	6	41.9	400	2,794.1	1	7.0	99	691.5
県	159	32.7	9,478	1,951.1	89	18.3	6,323	1,301.6
全国	7,249	22.7	498,327	1,558.7	4,096	12.8	362,175	1,132.8

〔鹿児島県「地域医療ビジョン策定に係る調査分析」〕

- サービス付き高齢者住宅数は全国平均を下回っています。

【表124】人口10万人あたりのサービス付き高齢者住宅数等

	サービス付き高齢者住宅			
	対65歳以上人口10万人	戸数（戸）	対65歳以上人口10万人	
圏域	1	7.0	13	90.8
県	80	16.5	2,043	420.6
全国	5,814	18.2	188,534	589.7

〔鹿児島県「地域医療ビジョン策定に係る調査分析」〕

3 病床機能報告と病床の必要量（必要病床数）

（1）病床機能報告

○ 平成29年度病床機能報告によると、高度急性期が0床、急性期が252床、回復期が107床、慢性期が114床となっています。

○ 病床機能報告において急性期・回復期と回答のあった医療機関を対象に、平成29年10月診療分の入院患者を1日あたりの医療資源投入量で区分した場合の各区分のおよその人数について、熊毛支庁による調査を実施したところ、回復期と慢性期の機能が表124のとおりでした。

注）高度急性期：医療投入量3,000点以上

急性期：医療投入量600点以上3,000点未満

回復期：医療投入量225点以上600点未満

慢性期：医療投入量225点未満

独自調査の対象外医療機関、未回答医療機関の病床数については、病床機能報告の数字を引用。

（2）病床の必要量（必要病床数）

○ 平成37（2025）年における病床の必要量（必要病床数）については、厚生労働省の推計ツールにより推計し、高度急性期が25床、急性期が158床、回復期が214床、慢性期が128床となっています。

○ 病床機能報告と病床の必要量（必要病床数）とを比較すると、高度急性期、回復期及び慢性期が不足する見込みとなっています。

○ 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。

【表125】平成29年度病床機能報告結果と平成37（2025）年の病床の必要量（必要病床数）^{*1}

	2017年現在	熊毛支庁 独自調査	2025（H37）年における医療需要	2025（H37）年における医療受給（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	必要 病床数 （床）
	既存病床数 （床）	H29.10月 時点等	患者住所地ベース	医療機関所在地ベース			
高度急性期	0	54	36.6	18.8	18.8	75%	25
急性期	252	257	168.5	123.1	123.1	78%	158
回復期	107	90	193.2	133.5	192.6	90%	214
慢性期	114	72	117.8	90.2	117.8	92%	128
休 棟 等	0	0	—	—	—	—	—
計	473	473	516.1	365.6	452.3	—	525

^{*1} 病床機能報告の結果と病床の必要量（必要病床数）：病床機能報告の結果は、医療機関が自ら病床機能を選択して報告した結果であるのに対し、病床の必要量における病床機能は、法令に基づき、診療報酬点数等をもとに区分されており、病床機能の捉え方が異なっている点について、留意する必要がある。

4 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】

- 高度急性期については、4割以上が鹿児島医療圏へ流出しており、圏域内で対応できないものについては、引き続きドクターヘリも活用しながら、今後も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、不足する回復期及び慢性期機能の充足を図る必要があります。
- 無医地区等においては、へき地医療拠点病院からの医師の派遣等による医師の確保、遠隔医療システムの利用促進、救急医療体制の確保・充実を図る必要があります。

【施策の方向性】

- 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、必要な取組を進めていきます。
- 目指すべき医療提供体制の構築に向けては、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、がん等の特定の機能を担う医療機関については、その機能強化を図るため、診断・治療に必要な設備等の整備を支援します。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

【現状と課題】

- 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。

【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、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みます。
- 地域包括ケアシステムの構築を図るため、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村が行う地域密着型特別養護老人ホーム等の整備を支援します。
- 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。
- 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】

- 医療従事者については、准看護師数を除く全ての職種で全国を下回っています。
- 診療科別にみた医師数は、外科等については、全国を上回るものの、小児科・産婦人科・精神科は全国を下回っています。

【施策の方向性】

- 患者のニーズに応じた適切な医療提供に必要な医師・看護師等をはじめとする医療従事者の確保と資質の向上が図られ、県民が安心して質の高い医療を受けられる地域社会の形成に取り組めます。