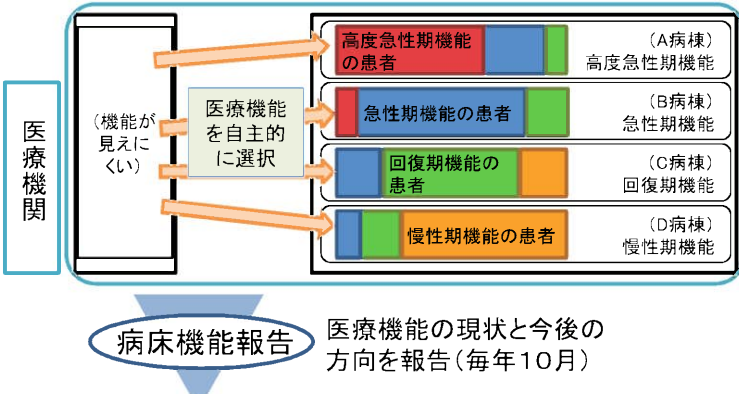


地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
- ※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



- (「地域医療構想」の内容)
1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
 - ・在宅医療等の医療需要を推計
 - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療計画について

第18回地域医療構想に関するWG (平成31年1月30日) 資料1-2

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

計画期間 6年間 (現行計画の期間:平成30年度~平成35年度)
※在宅医療に係る部分については、中間年で見直すこととしている。

主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓

臓器移植等の特殊な医療を提供

二次医療圏

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情、等

↓

一般の入院に係る医療を提供

- ・国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 基準病床数の算定

○ 医療の安全の確保

○ 医療従事者の確保

- ・地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

地域医療構想調整会議の開催状況（第1～5回）

年度	開催日	協議事項
28	第1回 H29.3.15	<ul style="list-style-type: none"> ・委員委嘱 ・地域医療構想の概要説明 ・圏域の現状等説明 ・今後の進め方の協議
29	第2回 H29.7.15	<ul style="list-style-type: none"> ・構想の進捗状況（H28病床機能報告速報値）の説明 ・H29年度地域医療介護総合確保基金事業の説明 ・在宅医療・介護連携推進事業の説明 ・H28年度病床機能報告速報値と2025(H37)年必要病床数の協議 ・地域医療構想実現に向けた課題等の協議 ⇒医療資源投入量から見た熊毛の医療提供体制の現状調査を実施
	第3回 H30.1.17	<ul style="list-style-type: none"> ・前回の協議事項の確認及びその後の進捗状況等の報告及び協議 ・病院等の開設等の許可申請があった場合に、調整会議への出席と理由説明を求める医療機関規模の設定の報告及び協議 ・「新公立病院改革プラン」及び「2025年に向けた具体的な計画」の報告及び協議 ・保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画との整合性確保の報告及び協議
30	第4回 H30.9.25	<ul style="list-style-type: none"> ・構想の進捗状況（H29病床機能報告速報値）の説明 ・H30年度地域医療介護総合確保基金事業の説明 ・熊毛保健医療圏地域医療連携計画の説明 ・熊毛地域における在宅医療・介護連携推進支援事業，介護人材確保対策の取組説明 ・地域医療構想の今後の進め方の協議
	第5回 H31.2.26	<ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島県地域医療構想調整会議の説明 ・熊毛保健医療圏地域医療連携計画（案）の説明 ・外国人労働者受入拡大の新制度の説明 ・熊毛地域における在宅医療・介護連携推進支援事業，介護人材確保対策の取組説明 ・2025年に向けて医療機関が担う医療機能と今後の計画の協議 公立種子島病院について，調整会議の合意が得られた。

第1章 地域医療構想の概要 (P1～4)

<策定の背景>

- 我が国では、2025（平成37）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、社会保障費の急激な増加が見込まれている。
- 国においては、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、「地域における医療と介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第88号）を制定するとともに、都道府県においては、地域の医療需要の将来推計や健康機能報告制度により報告された情報を活用し、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のあるべき姿を「地域医療構想」として策定し、地域ごとにバリエーションのとれた医療機能の分化・連携を進めることとされた。

<位置づけ>

「鹿児島県地域医療構想」は、2025（平成37）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あり、現行の「鹿児島県保健医療計画画」（計画期間：平成25年度～29年度）の一部として位置づける。

<内容>

本構想においては、以下の内容を定めることとする。

- 〇 構想区域
- 〇 将来の医療需要と病床の必要量（必要病床数）
- 〇 地域医療機能推進のための施策

<策定体制>

県全体の協議の場として、医師会等の形骸又は調剤に関する学識経験者の「団体」等で構成される「地域医療構想検討委員会」を設置するとともに、二次医療圏ごとに「地域医療構想懇話会」を設置し、各地域の医師関係者、関係者及び市町村等の意見も踏まえ、本構想を策定した。

<推進体制>

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力を促進し、将来の医療提供体制のあるべき姿を実現するためには、県は構想区域ごとに、医師関係者や医療関係者等で構成される「地域医療構想調整会議」を設置し、協議を行う。

第2章 本県の人口推計等 (P5～8)

- 〇 本県の総人口は、2015（平成27）年の約165万人から、2025（平成37）年には約152万人、2040（平成52）年には約131万人に減少することが見込まれている。
- 〇 本県の65歳以上人口が総人口に占める割合は、年々増加しており、平成26年で28.6%と全国（26.0%）より先行して高齢化が進んでいる。また、75歳以上人口が総人口に占める割合は他県に比較して高い。
- 〇 本県の全世帯に占める高齢単身世帯及び高齢夫婦世帯の割合は、全国平均より高い。

第3章 本県の医療提供体制の現状 (P9～20)

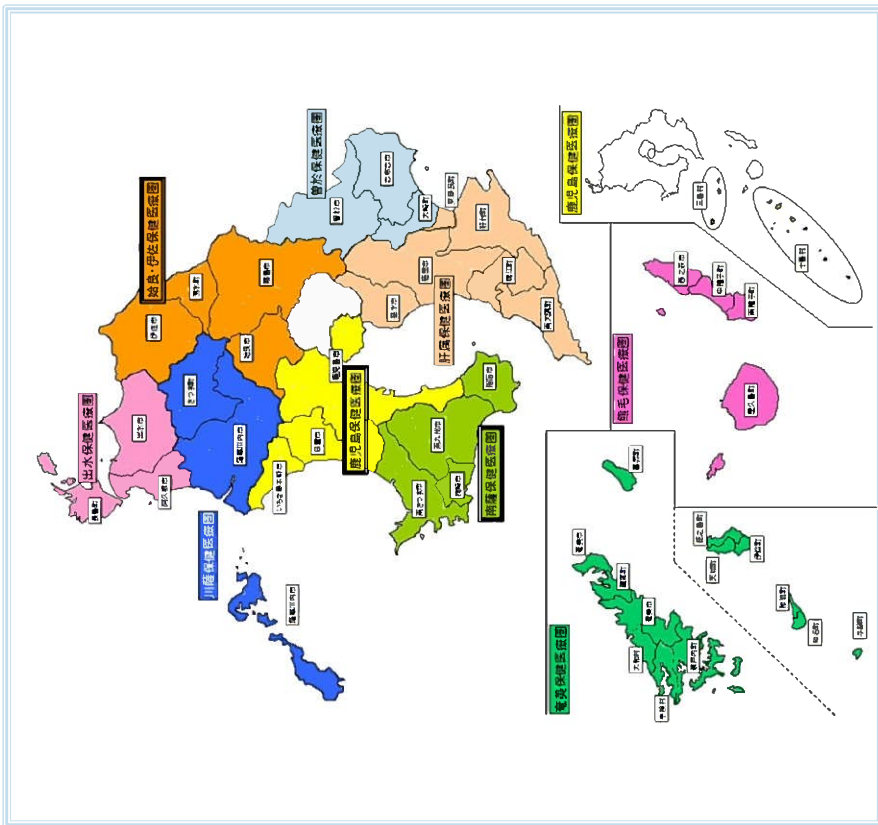
- 〇 本県の人口10万人当たりの病院及び有床診療所数は全国平均より高い。
- 〇 本県の人口10万人当たりの一般及び療養病床数は全国平均より高い。
- 〇 本県の医療従事者の状況については、人口10万人当たりの医師施設従事医師及び常勤換算看護職員数は全国平均を上回るものの、地域幅が生じている。
- 〇 平成10年以降、本県の医師の平均年齢は上昇しており、構成比で見ると50代・60代が増加している。
- 〇 平成10年以降の二次医療圏ごとの医師数の増減をみると、鹿児島、川部、姶良、伊佐医療圏においては増加している一方、その他は減少している。

第4章 構想区域 (P21～23)

<構想区域の設定>

以下の理由から、現行の二次医療圏を本構想における構想区域として設定

- 〇 医療圏の統合により面積が拡大するとともに、都市部へますます医療資源が集中することとなり、地域住民の医療機関へのアクセス等に支障が生じる可能性があること
- 〇 高度急性期については、鹿児島医療圏以外は医療圏内で完結していないが、ガイドラインの内容から、鹿児島医療圏を中心として対応している現行の体制を基本としても、医療圏を維持できること
- 〇 曾於医療圏の主な流出先は宮崎県の都城北諸県医療圏であり、既に圏域を越えた連携体制が構築されているとともに、他県の医療圏と統合することは認められないこと



鹿児島県地域医療構想 概要版

第5章 医療需要及び病床の必要量（必要病床数）（P24～38）

＜医療需要の推計に当たったの考え方＞

2025（平成37）年以降の医療需要については、厚生労働省から示された構想区域ごとの基礎データを用いた「地域医療構想策定支援ツール」により推計する。

なお、慢性期の医療需要推計の考え方（※）については以下の理由により「パターンC」を用いて算出した。※ P26～27 参照

【パターンC 採用理由】

- 本県は75歳以上の高齢者の割合が高い。
- 本県は高齢世帯が多く、中でも高齢単身世帯の割合が高くなっており、家族による看護や介護が難しい世帯が多い。
- 本県福祉サービスが担うべき高齢者の生活支援ニーズを病院が担っていることが想定される。

＜2025（平成37）年の病床の必要量（必要病床数）＞

- 県内構想区域間の調整については、高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベースで、回復期及び慢性期は患者住所地ベースで算定。なお、都道府県間調整においては、東京都、熊本県、宮崎県、沖縄県と医療機関所在地ベースで算定することで協議を終えている。

- 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ない。

2025（平成37）年の病床の必要量（必要病床数）等

構想区域名	（床）						計	在宅医療等（※）	訪問診療のみ
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	訪問診療のみ			
鹿児島	982	2,778	2,880	2,244	8,884	11,097	5,499		
南薩	69	333	774	649	1,845	2,248	620		
川薩	77	422	499	358	1,356	1,810	838		
出水	53	176	297	227	753	1,509	822		
始良・伊佐	125	699	1,093	1,005	2,922	3,972	1,761		
曾於	17	135	249	273	664	1,269	481		
肝属	114	450	570	596	1,730	2,455	1,224		
熊毛	25	138	214	128	525	452	180		
奄美	78	373	472	342	1,265	2,396	1,341		
県計	1,540	5,534	7,048	5,822	19,944	27,207	12,766		

※小規模以下四捨五入のため、合計値と原簿は必ずしも一致しない。

＜2030（平成42）年の慢性期の病床の必要量（必要病床数）＞

- 熊毛構想区域を除く全ての構想区域の慢性期の医療需要をパターンCで算定しており、2030（平成42）年における慢性期の病床の必要量（必要病床数）については、以下のとおり。

2030（平成42）年の慢性期の病床の必要量（必要病床数）

構想区域名	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	奄美
慢性期	1,898	473	257	174	740	219	536	271

第6章 構想区域別の状況等（P34～107）

9の構想区域ごとの状況について記載

(1) 概況

- ① 人口 ② 医療需要 ③ 将来の病床の必要量 ④ 2030年における慢性期の病床の必要量（必要病床数） <熊毛医療圏は除く> ⑤ 医療提供体制 ⑥ 医療従事者 ⑦ 在宅医療等

(2) 課題

第7章 地域医療構想推進のための施策の方向性（P108～111）

＜取組の基本的方向＞

- ・ 鹿児島県保健医療計画を着実に推進するとともに、特に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。
- ・ 構想区域ごとに設置する「地域医療構想調整会議」において、医療機関相互の協議による取組を進めるとともに、医療・介護をはじめとする各関係機関の連携を図る必要があることから、それらの取組については「地域医療介護総合確保基金」の活用等により、取り組む。

＜各施策の方向性＞

病床の機能の分化・連携の推進

- ・ 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に、これらを有効なものとするために、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等を行うなど、必要な取組を進めていく。

＜平成28年度の主な取組＞

- 病床の機能分化・連携支援事業
医療機関が行う病床の機能分化・連携を促進するための施設・整備に要する経費に対して助成する。

在宅医療・介護連携の推進

- ・ 高齢者等の生活機能を維持・向上させるため、入院から在宅への移行を含め、患者の状況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む。

＜平成28年度の主な取組＞

- 地域介護基盤整備事業
「介護離れゼロ」に向けた介護サービス基盤の確保や地域包括ケアシステム構築を進めるため、市町村が行う小規模特別養老老人ホームの整備を支援する。

医療従事者の確保及び資質の向上

- ・ 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質の向上を図られ、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む。

＜平成28年度の主な取組＞

- 野合医師確保対策事業
地域医療を担う医師を確保するため、医師修学資金の貸付や県外からのU・I・J・ターンの促進、初任給保証等の確保などの対策を実施する。

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）

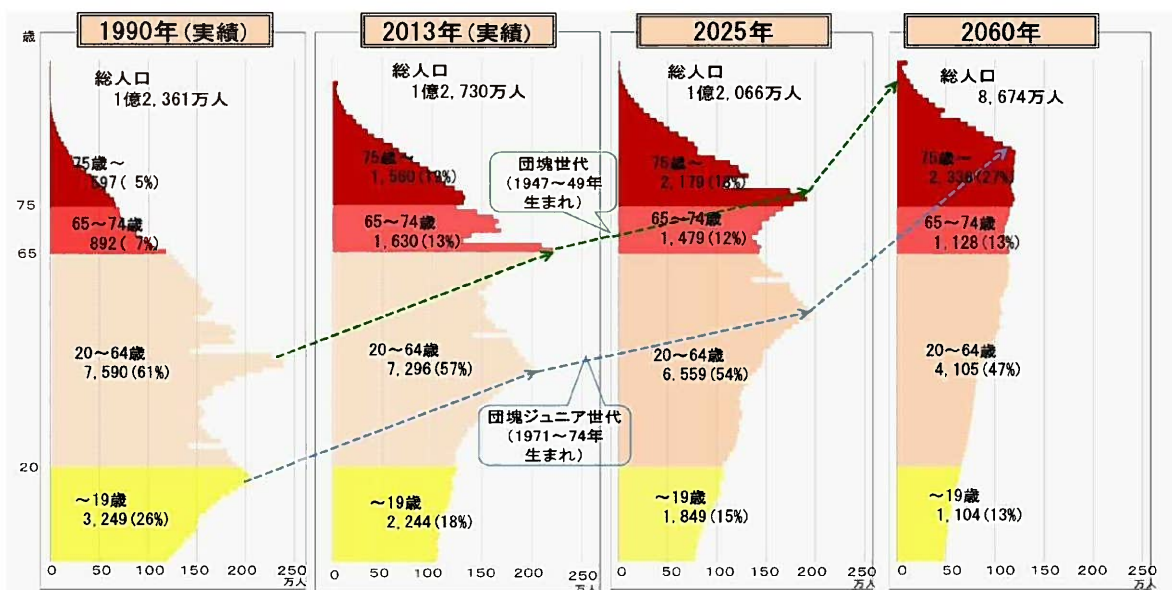
1 地域医療提供体制の概要等

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となっていた。

➡【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

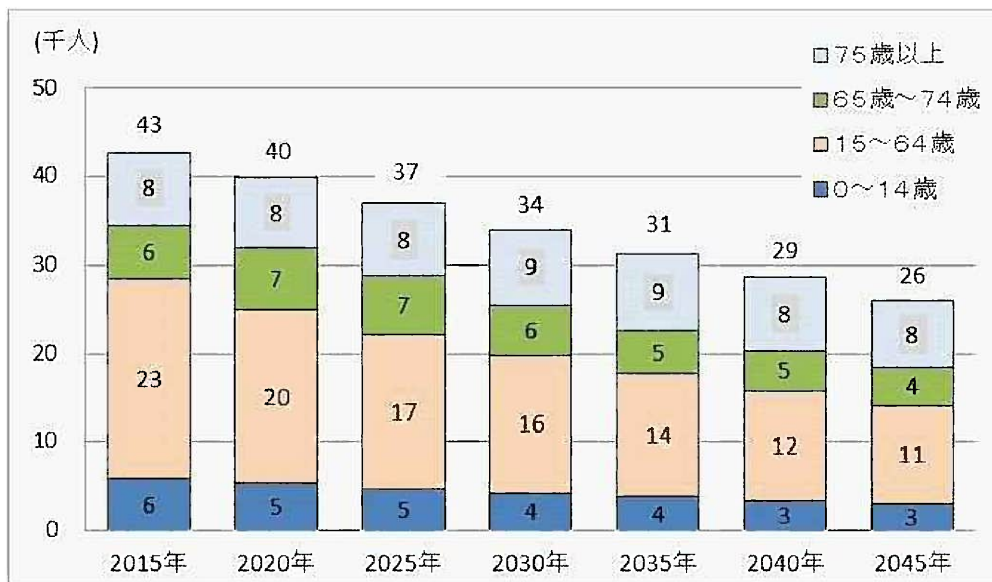
(1) 人口

○ 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。

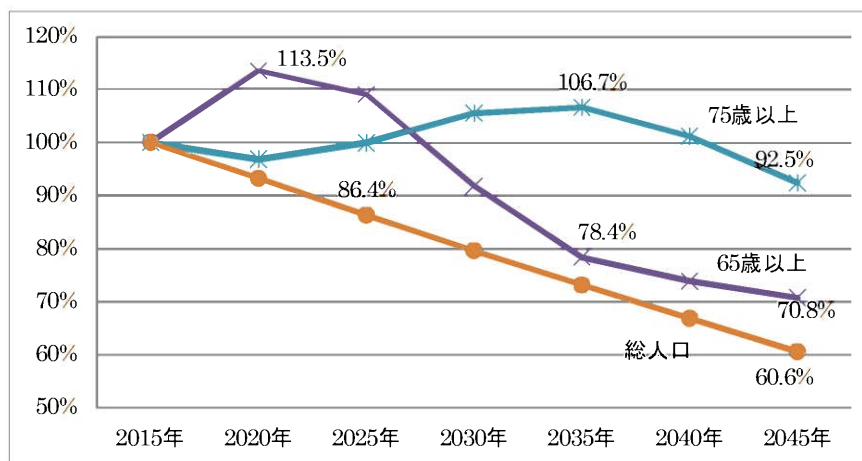
また、高齢夫婦世帯と高齢単身世帯が全世帯に占める割合は、県内の医療圏で3番目に高いです。

【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

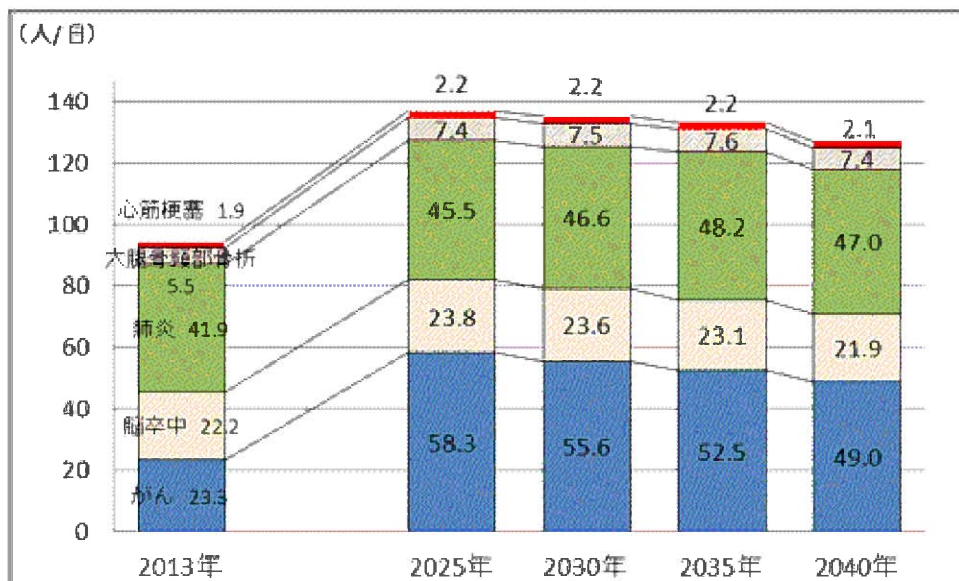
- 平成37（2025）年の入院医療需要は、平成25（2013）年に比べ、慢性期が約3割増加する見込みです。
- 平成37（2025）年以降、慢性期については、平成47（2035）年まで増加で推移していきますが、その他の機能については、いずれも減少していくことが見込まれます。
- 主な疾病をみると、肺炎、大腿骨頸部骨折、脳卒中及び心筋梗塞は平成37（2025）年以降、ほぼ横ばいで推移する見込みです。

【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

- 各指定状況を見ると、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

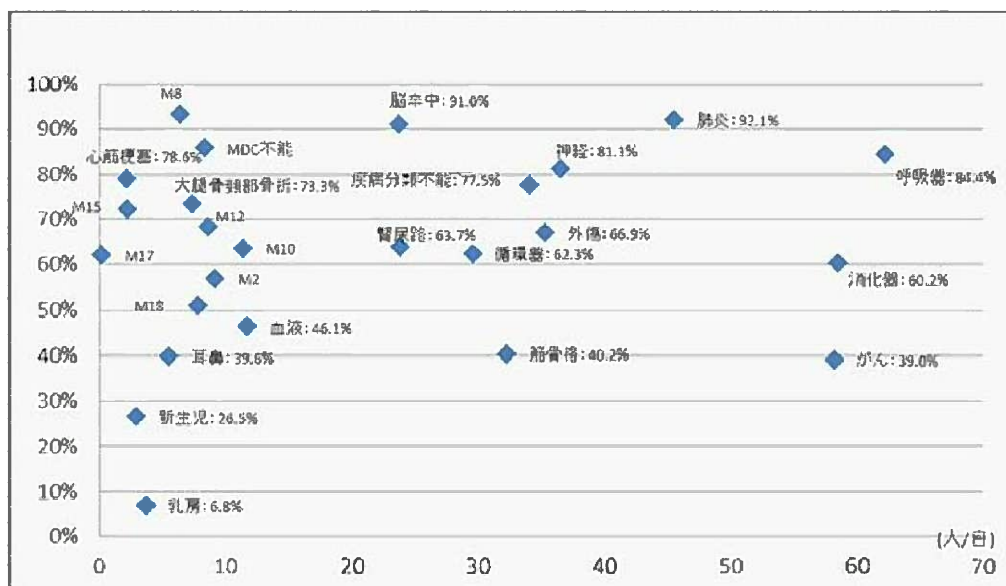
- 厚生労働省から示された地域医療構想支援ツール（以下「推計ツール」という。）によると、医療需要全体では80.6%、このうち急性期は72.4%、回復期は68.4%、慢性期は73.6%と、高度急性期を除いて、約70%の患者は圏域内で対応できています。また、疾患別にみると、回復期につながることの多い、肺炎の他、緊急性の高い脳卒中は高い完結率にある一方、がんは39%と低い状況にあります。

【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

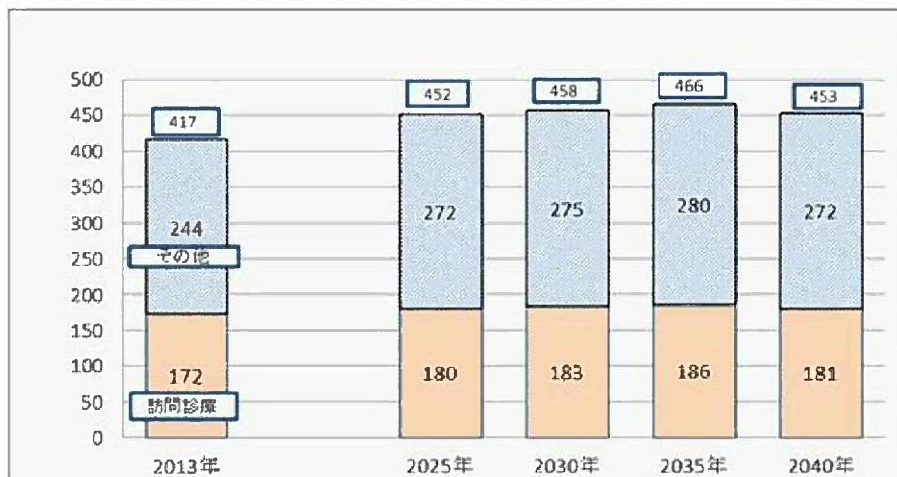
	気管食道外科	消化器外科	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻咽喉科	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科
圏域(人)	4.8	4.8	0.0	4.8	11.9	14.3	2.4	0.0	2.4	0.0	7.1	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	4.8	0.0	0.0	0.0
県(人)	1.1	9.1	7.9	4.0	7.9	22.6	2.0	0.3	9.3	6.8	1.7	8.8	0.5	2.0	25.5	11.3	11.6	1.6	0.4	3.6
全国(人)	0.7	6.9	6.7	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）で見ると、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
退院時共同指導料1	外来	訪問看護提供	外来
退院時共同指導料2	入院	訪問看護指示	入院
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
入院機関とケアマネジャーとの連携	入院	看取り（在宅患者）	外来
病院が患者に対し、退院支援・調整を実施	入院	看取り（有床診）	入院
患者における多職種でのカンファレンス	外来	在宅リハビリテーションの提供	外来
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
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
在宅で実施されている各指導管理	入院	在宅経管栄養法	外来
往診	入院	在宅自己注射	入院
緊急往診	入院	退院後訪問指導	外来
在宅支援	外来	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	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	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		

〔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（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	対65歳以上人口10万人	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		戸数（戸）	
	対65歳以上人口10万人	対65歳以上人口10万人	対65歳以上人口10万人	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 既存病床数 (床)	熊毛支庁 独自調査 H29.10月 時点等	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	必要 病床数 (床)	
								患者住所地ベース
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。

病床機能報告における厚労省の考え

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

厚労省資料

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- **回復期機能については**、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる**。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

1

病床機能報告と病床の必要量

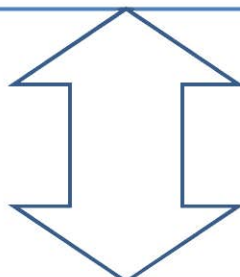
病床機能報告と必要病床数の推計との関係性のイメージ

厚労省資料

病床機能報告（現状）

どの「医療機能」に該当するかの「定義」を踏まえ、病棟ごとに医療機関が判断したもの

→地域において医療機関が「表示したい機能」



医療需要（必要病床数）の推計

2013年の個々の患者の受療状況をベースに、医療資源投入量に沿って機能ごとに区分したもの

→地域における「各病期の患者発生量」

5

病床機能報告と病床の必要量

病床機能報告制度		医療需要推計	
医療機能の内容		医療機能の内容	
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	高度急性期	医療資源投入量：3,000点以上
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	急性期	医療資源投入量：600～3,000点未満
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） 	回復期	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源投入量：175～600点未満 回復期リハビリテーション機能病棟入院料を算定した患者数
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 	慢性期	<p><一般病床> 障害施設等入院基本料，特殊疾患病棟入院基本料，特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数</p> <p><療養病床> 療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く）－医療区分1の患者数の70％－地域差解消分</p>

定義が異なる

定性的であるため、医療機関の間で解釈も異なる

6

3 今後の方向性

H30年度第1回県地域医療構想調整会議
(H31.1.31) 資料抜粋

各構想区域の調整会議においては、以下の内容に留意しつつ、個々の医療機関の役割を協議していくこととする。

1 療養病床の転換促進

- 介護療養病床若しくは療養病棟入院基本料等の経過措置適用を届け出ている医療機関については、他の慢性期を担う医療機関よりも優先的に協議
- 協議の結果、介護医療院等へ転換する場合は、国庫補助等により支援

2 非稼働病棟に関する協議

- 非稼働病棟（過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟及び有床診療所）を有する医療機関については、①非稼働の理由、②今後の病床の取扱い、について協議

3 定量的基準の導入（県調整会議での検討）

- 調整会議における現状認識を共有するためにも、病床機能報告の際に医療機関が参考とする定量的基準が必要
- 基準の検討にあたっては、本会議の下に「専門部会」を設置し、具体的内容について協議