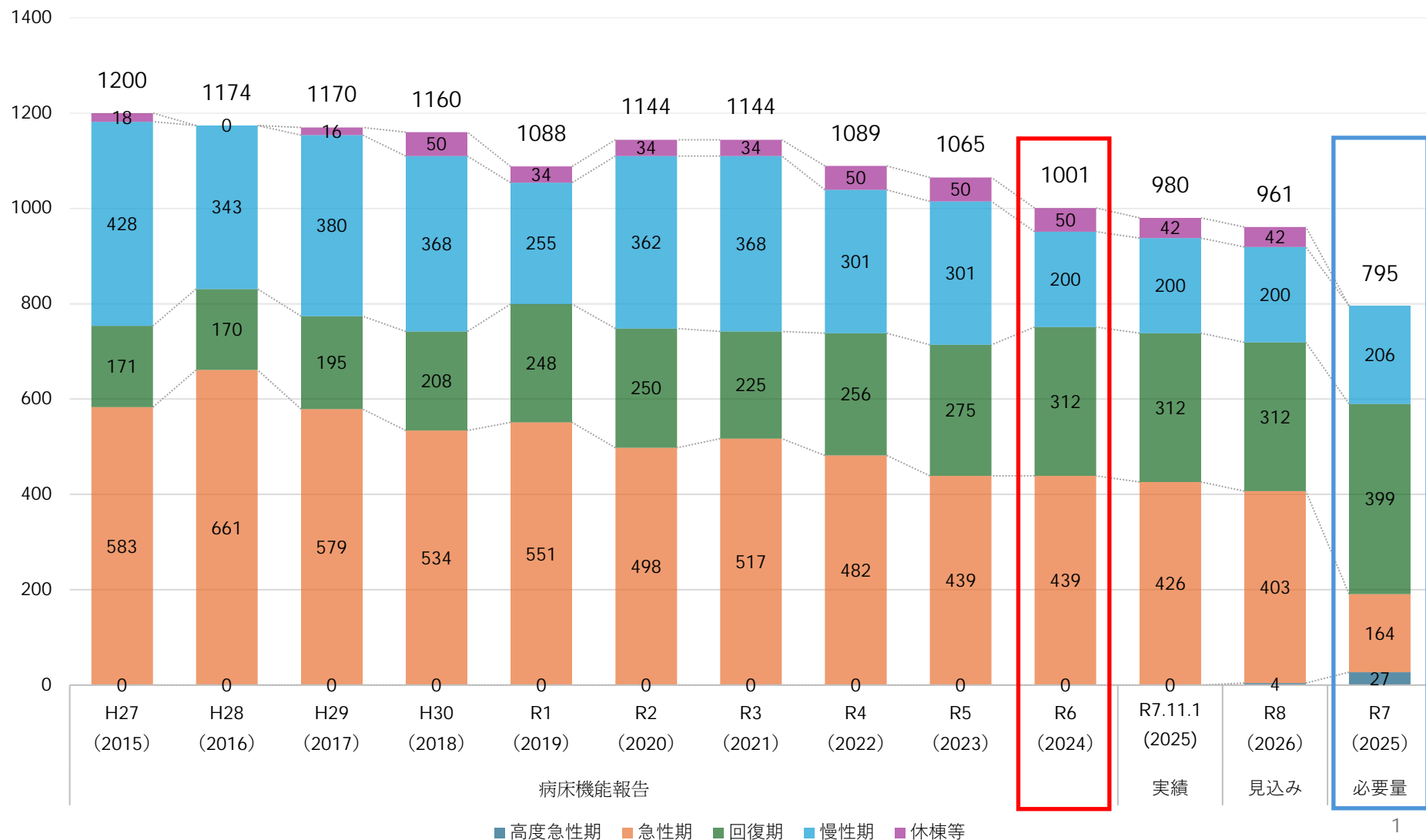


令和6年度病床機能報告の結果①

西諸地域医療構想調整会議
令和7年11月7日
資料2-1

- ・西諸構想区域の病床数（令和6年）は、1001床となっており、必要量（令和7年）に近づいているものの、約200床上回る状況。
- ・病床機能別では、急性期が過剰、高度急性期・回復期が不足している状況。



令和6年度病床機能報告の結果②

- ・1001床（一般及び療養病床）のうち、50床が休棟中。
- ・令和5年7月1日から令和6年7月1日にかけて、64床減少した。

令和6年度病床機能報告以後の推移として、

- ・休棟中及び急性期病床が減少し、令和7年11月1日時点で980床。
- ・今後さらに急性期病床が減少し、高度急性期病床が4床となることが見込まれる。

○令和4年度報告以降の病床数の推移（単位：床）

	時点	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中	
令和4年度病床機能報告	R4.7.1時点	1089	0	482	256	301	50	
京町共立病院（京町共立クリニック）				-33	19			
川井田医院				-10				
令和5年度病床機能報告	R5.7.1時点	1065	0	439	275	301	50	
桑原記念病院						-45		
医療法人渡辺医院					-19			
国民健康保険高原病院					56	-56		
令和6年度病床機能報告	R6.7.1時点	1001	0	439	312	200	50	
小林泌尿器科クリニック							-8	
医療法人社団公佑会丹医院				-11				
川井田医院				-2				
	R7.11.1時点	980	0	426	312	200	42	
槇内視鏡内科医院				-19				
桑原記念病院			4	-4				
令和8年（2026年）見込み	R8	961	4	403	312	200	42	①
将来の必要量	R7	795	27	164	399	206	-	②
必要量との差		166	-23	239	-87	-6	-	①-②

令和6年度病床機能報告の結果について（西諸構想区域）

No.		1. 病床機能報告対象 医療機関名	基本情報→			2. 現状の役割、機能等→																				参考										
			設置 主体				令和6年度病床機能報告の内容																													
				許可病床数			【令和6年7月1日時点の機能別の病床数】							病で7月1日時点で休 床中 病棟全体の非稼働 病床数			(診療実績等)※1				(医師数)※1			(医療機関機能)			【令和7年11月1日時点の機能別の病床数】						介護 保険 施設等へ移 行済	基金の 活用 ※2		
				一般・療養計	一般	療養	合計	小計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	稼働率(%)	平均在院日数(日)	救急車受入件数(件)	全身麻酔手術(件)	常勤	非常勤	100床あたり	地域支援	二次救急	在宅療養支援	合計	小計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等						
1	医療法人興生会押川病院	医療法人	40	0	40	40	40	0	0	0	40	0	0			76.2	40.2	0	0	1	2.2	8.0				40	40	0	0	0	40	0			0	
2	小林市立病院	市町村	143	143	0	143	143	0	96	47	0	0	0	0			62.5	15.5	892	441	16	0.0	11.2	○	○	○	143	143	0	96	47	0	0	0	○	
3	医療法人東陽会整形外科前原病院	医療法人	88	51	37	88	88	0	51	37	0	0	0	0			65.5	25.4	148	160	5	2.3	8.3		○	○	88	88	0	51	37	0	0	0		
4	池田病院	医療法人	112	40	72	112	112	0	40	37	35	0	0	0			78.3	51.4	455	60	3	0.9	3.5		○		112	112	0	40	37	35	0	0		
5	医療法人けんゆう会園田病院	医療法人	55	55	0	55	55	0	55	0	0	0	0	0			75.3	19.8	309	0	6	3.4	17.1		○	○	55	55	0	55	0	0	0	0	○	
6	医療法人友光会整形外科押領司病院	医療法人	57	57	0	57	57	0	57	0	0	0	0	0			92.1	20.7	103	759	10	0.3	18.1		○	○	57	57	0	57	0	0	0	0		
7	医療法人相愛会桑原記念病院	医療法人	38	38	0	38	38	0	38	0	0	0	0	0			74.8	7.0	316	0	3	2.5	14.5		○	○	38	38	0	38	0	0	0	45	○	
8	医療法人養気会池井病院	医療法人	76	50	26	76	76	0	0	50	26	0	0	0			76.7	98.8	0	0	0	0.0	0.0		○		76	76	0	0	50	26	0	0	○	
9	医療法人友愛会野尻中央病院	医療法人	80	0	80	80	80	0	0	0	80	0	0	0			94.0	98.2	0	0	4	2.7	8.4			○	80	80	0	0	0	80	0	0		
10	えびの市立病院	市町村	50	50	0	50	50	0	0	50	0	0	0	0			54.0	30.7	38	0	4	1.3	10.6		○	○	50	50	0	0	50	0	0	0		
11	医療法人黎明会えびの共立病院	医療法人	34	34	0	34	0	0	0	0	0	34	34	34	34	0.0	0.0	0	0	3	0.0	8.8				34	0	0	0	0	0	0	34	0		
12	国民健康保険高原病院	市町村	56	56	0	56	56	0	0	56	0	0	0	0			52.4	57.6	58	0	1	0.0	1.8		○	○	56	56	0	0	56	0	0	0		
診療所	13	楨内視鏡内科医院	医療法人	19	19	0	19	19	0	19	0	0	0	0	0			55.9	10.1	0	0	2	5.0	36.8			○	19	19	0	19	0	0	0	0	今回
	14	小林泌尿器科クリニック	医療法人	16	16	0	16	0	0	0	0	16	16	16	16	0.0	0.0	0	0	1	0.1	6.9					8	0	0	0	0	0	8	0		
	15	医療法人連理会和田クリニック	医療法人	19	19	0	19	19	0	0	0	19	0	0	0			1.5	4.3	0	0	1	1.0	10.5		○	19	19	0	0	0	19	0	0		
	16	ほりファミリークリニック	個人	16	10	6	16	16	0	0	16	0	0	0	0			72.6	31.2	0	0	2	0.1	13.1		○	16	16	0	0	16	0	0	0		
	17	小林中央眼科	医療法人	19	19	0	19	19	0	19	0	0	0	0	0			62.6	11.0	0	0	1	0.7	8.9				19	19	0	19	0	0	0	0	
	18	京町温泉クリニック	医療法人	19	19	0	19	19	0	19	0	0	0	0	0			86.3	32.1	0	0	1	2.0	15.8			○	19	19	0	19	0	0	0	0	
	19	医療法人えびのセントロクリニック	医療法人	19	19	0	19	19	0	19	0	0	0	0	0			37.8	1.2	0	0	2	1.0	15.8				19	19	0	19	0	0	0	0	○
	20	医療法人社団公佑会丹医院	医療法人	19	7	12	19	19	0	19	0	0	0	0	0			57.6	27.7	0	0	1	0.0	5.3				8	8	0	8	0	0	0	0	
	21	川井田医院	医療法人	7	5	2	7	7	0	7	0	0	0	0	0			4.1	1.7	0	0	2	0.0	28.6			○	5	5	0	5	0	0	0	0	
	22	京町共立クリニック	医療法人	19	7	12	19	19	0	0	19	0	0	0	0			0.0	0.0	0	0	3	3.0	31.6				19	19	0	0	19	0	0	0	
計			1001	714	287	1001	951	0	439	312	200	50	50					2319	1420	72	28.5			1	8	14	980	938	0	426	312	200	42	45	5	

【参考】 ◆病床利用率(病床稼働率)
◆平均在院日数
※1 回答がなかった場合も「0」としている。
※2 地域医療介護総合確保基金の活用の有無

在院患者延べ数×100／（病床数×365）
在院患者延べ数／(1/2×（新入院患者数+退院患者数））

「新たな地域医療構想に関する検討会とりまとめ」の概要

西諸地域医療構想調整会議
令和7年11月7日
資料3-1

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

令和6年12月18日 厚生労働省公表資料より

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、**外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めた**あるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・**新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める**

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① **病床機能**
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② **医療機関機能報告** (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ **構想区域・協議の場**
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① **医療機関機能の確保** (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・**精神医療を新たな地域医療構想に位置付ける**こととする

在宅医療・介護連携について



令和7年11月7日

宮崎県福祉保健部
長寿介護課 医療・介護連携推進室



- 1 新たな地域医療構想について**
- 2 高齢者に関連する現状と将来予測について
- 3 介護保険制度について
- 4 在宅医療・介護連携について

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
 - ・構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医育及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚労大臣）の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

とりまとめ（概要）

厚生労働省老健局
「2040年に向けたサービス
提供体制等のあり方」検討会
令和7年7月25日

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**
- **サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① **「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化**
- ② **地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保**
- ③ **人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援**
- ④ **地域の共通課題と地方創生（※）**

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
（配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等）
- ・ 地域の介護等を支える法人への支援

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・ 包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- ・ 将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

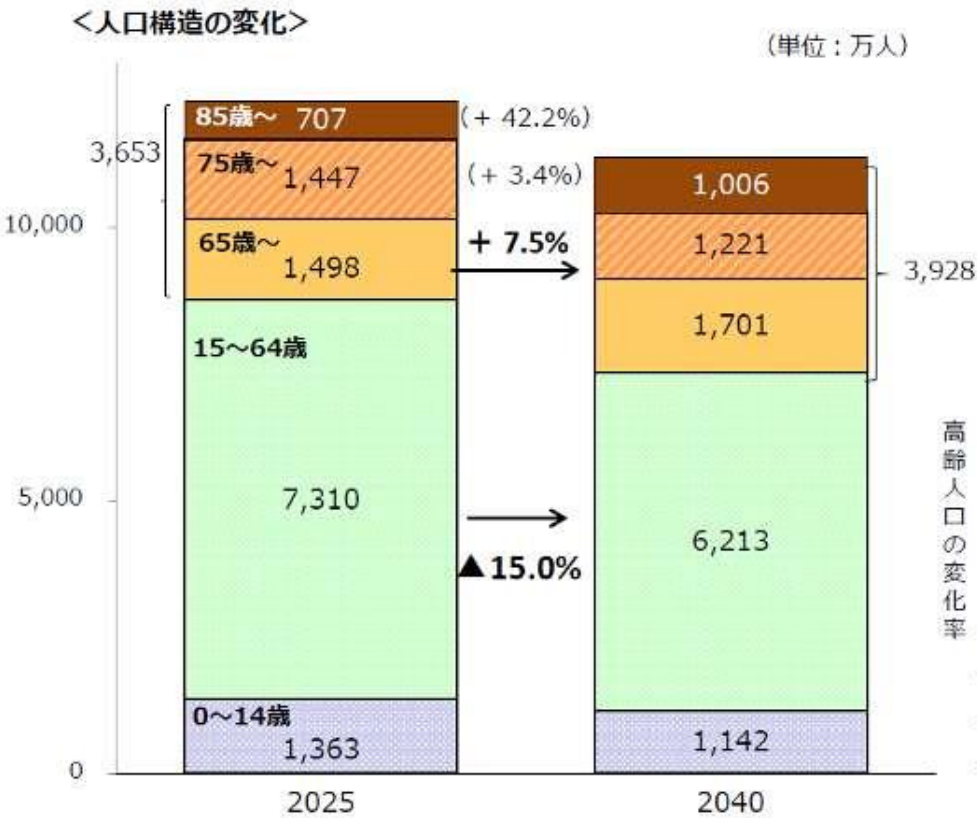
（4）福祉サービス共通課題への対応 （分野を超えた連携促進）

- ・ 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・ 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・ 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・ 福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見
（宮崎県長寿介護課 赤点線枠追加）

- 1 新たな地域医療構想について
- 2 高齢者に関連する現状と将来予測について**
- 3 介護保険制度について
- 4 在宅医療・介護連携について

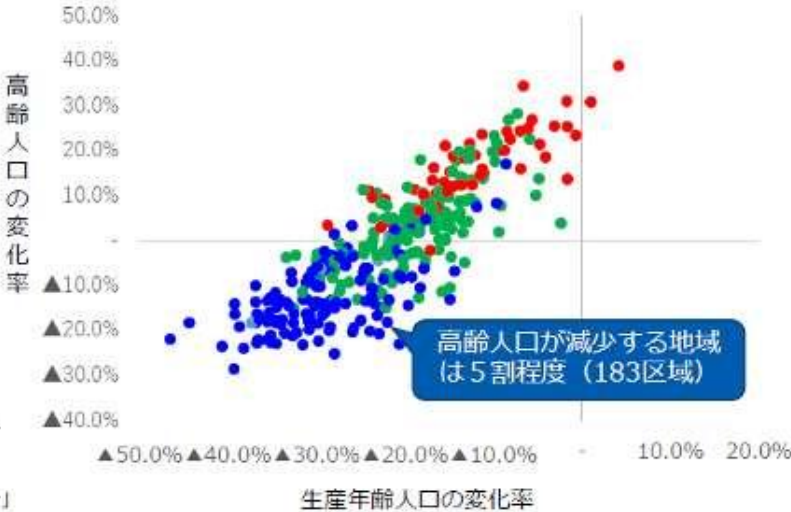
- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、ほぼ全ての地域で生産年齢人口は減少し、都市部では高齢人口が増加、過疎地域では高齢人口は減少する。



＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外



〔出典〕総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

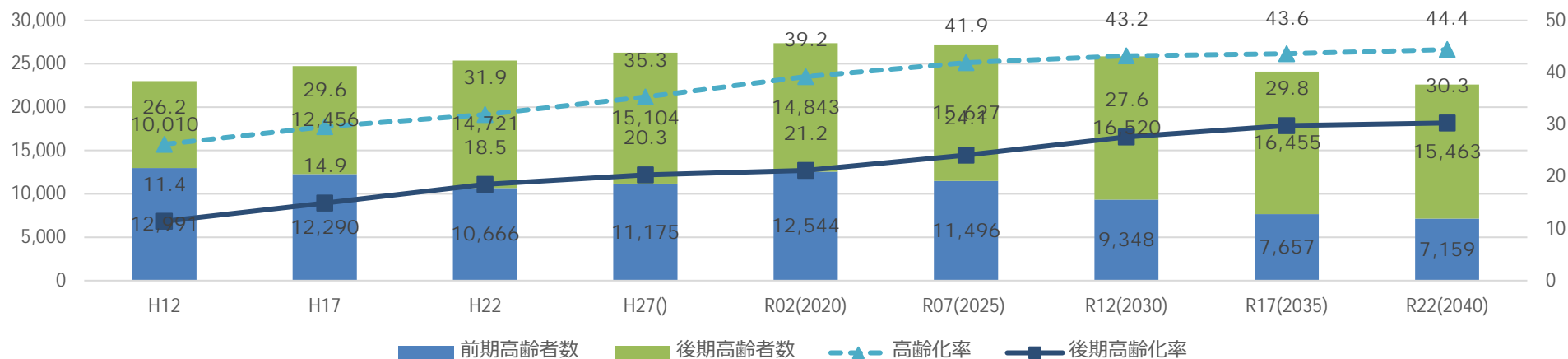
（資料出所）第7回 新たな地域医療構想等に関する検討会（令和6年8月）

高齢者人口の推移（西諸区域）

- 西諸区域の高齢者人口は、令和2（2020）年頃をピークに減少に転じ、高齢化率、後期高齢化率とも高く推移する見込み。※前期高齢者65歳～74歳 後期高齢者75歳以上
- 前期高齢者数のピークは令和2年、同じく後期高齢者は令和12（2030）年となる見込み。
- 令和22（2040）年の区域全体で44.4%、高原町（49.1%）とえびの市（48.6%）が45.0%以上、小林市（42.1%）が40.0%以上となる見込み。

単位：人／%

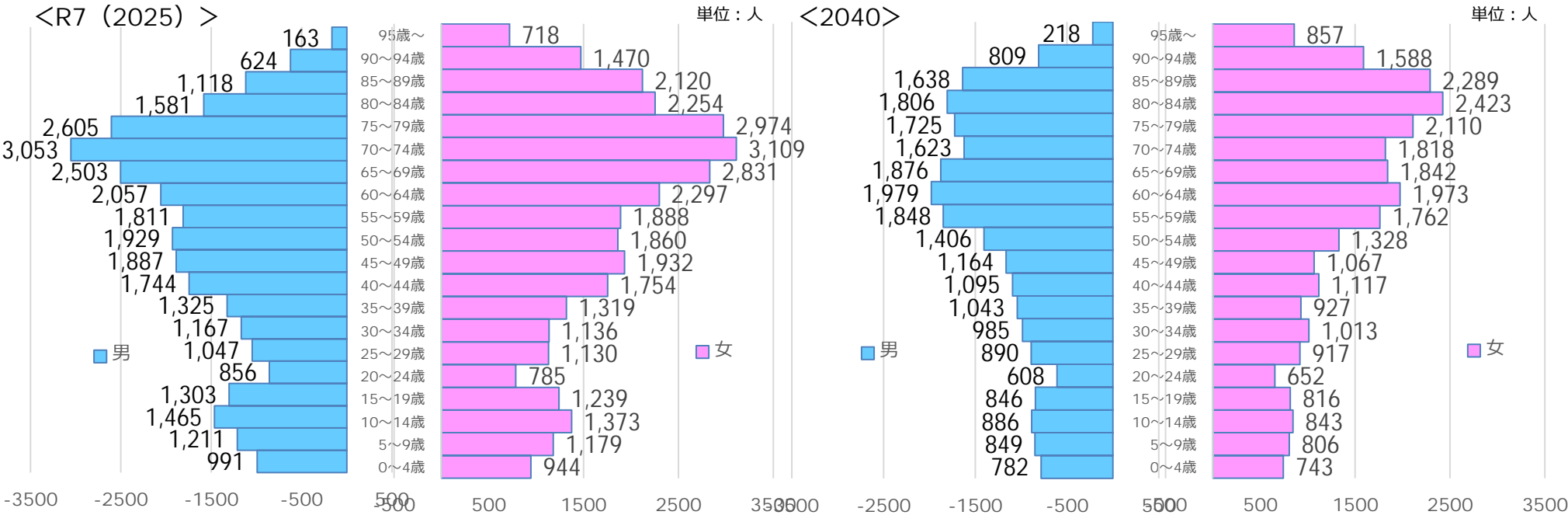
区分	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)
総人口	87,857	83,522	79,876	75,059	69,947	64,752	59,880	55,277	50,967
高齢者人口	23,001	24,746	25,387	26,279	27,387	27,123	25,868	24,112	22,622
前期高齢者数	12,991	12,290	10,666	11,175	12,544	11,496	9,348	7,657	7,159
後期高齢者数	10,010	12,456	14,721	15,104	14,843	15,627	16,520	16,455	15,463
高齢化率	26.2	29.6	31.9	35.3	39.2	41.9	43.2	43.6	44.4
後期高齢化率	11.4	14.9	18.5	20.3	21.2	24.1	27.6	29.8	30.3



資料：「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」

人口構成の見通し（西諸区域）

○ 西諸区域の人口構成は、2040年には85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口と高齢人口のいずれも減少が見込まれる（生産年齢人口▲23.1% 高齢人口▲16.6%）。



年齢区分	人口	小計
85歳～	6,213	27,123
75歳～	9,414	
65歳～	11,496	
15～64歳	30,466	
0～14歳	7,103	
合計	64,752	

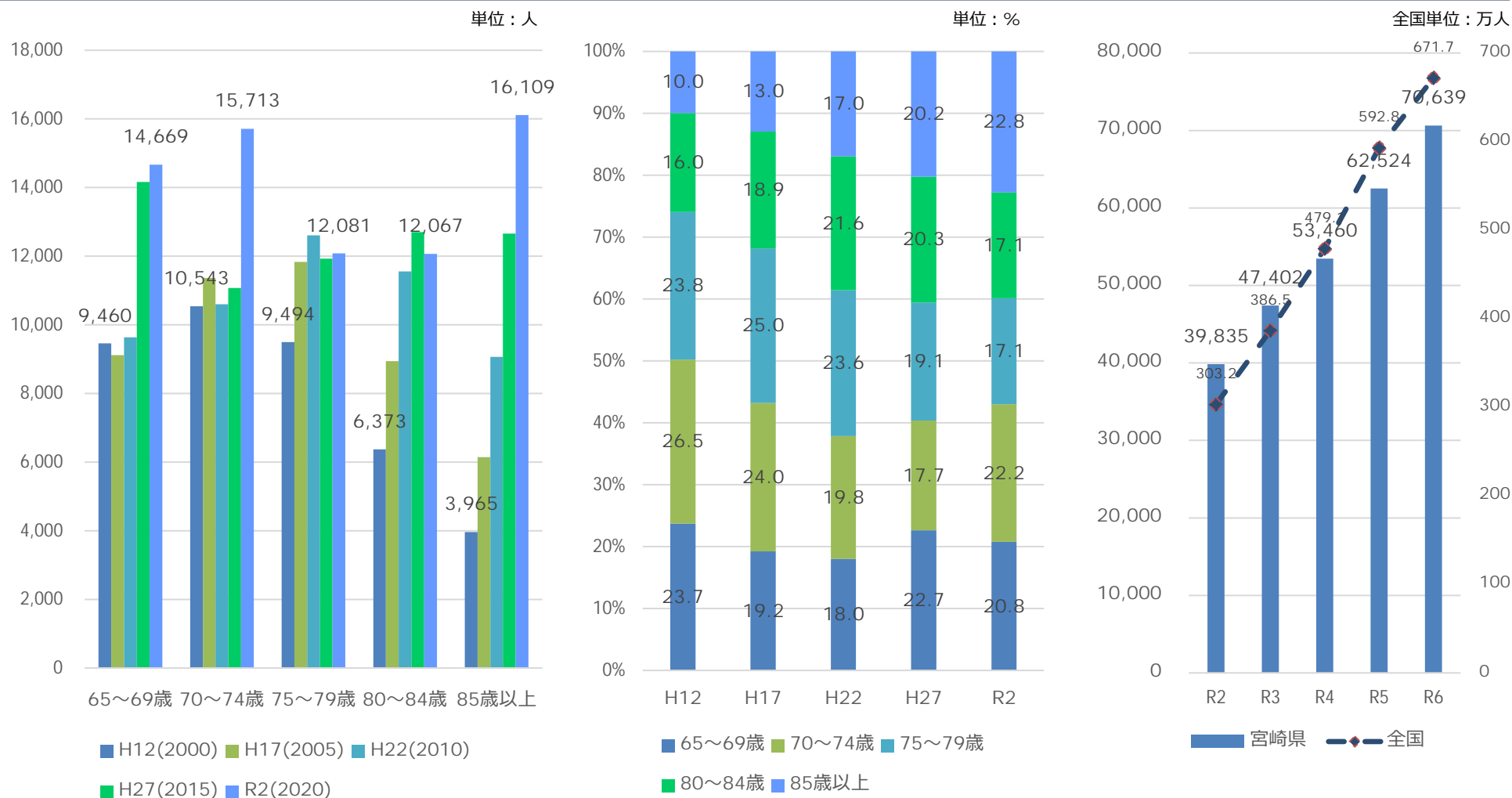


年齢区分	人口	小計	2025年との比較	
85歳～	7,399	22,622	+ 19.1%	▲16.6%
75歳～	8,064		▲14.3%	
65歳～	7,159		▲37.7%	
15～64歳	23,436		▲23.1%	
0～14歳	4,909		▲31.5%	
計	50,967		▲21.3%	

資料：「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」

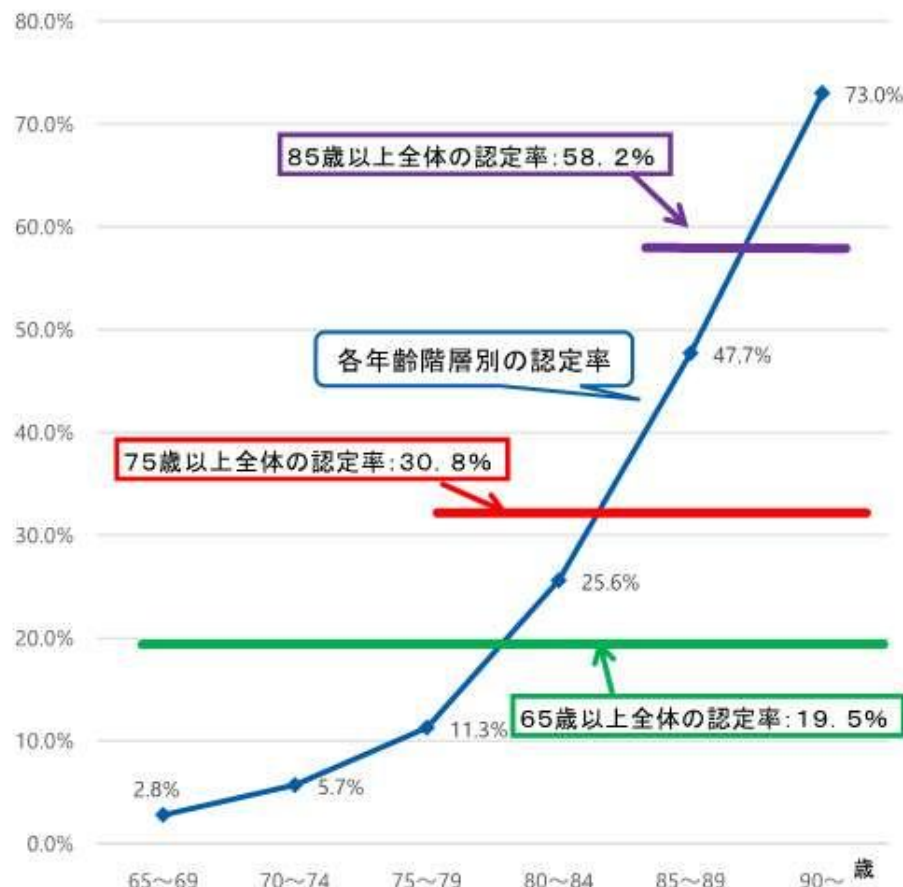
単独世帯数の推移（本県）

○ 高齢者の単独世帯は、県全体で70,639世帯（R2）となっており、すべての年齢区分で増加している（本県77.3%増）。85歳以上の単独世帯数は、16,109世帯（R2・H12年比約4.1倍）で大きく増加し、構成割合も22.8%（R2・H12年比約2.3倍）となっている。



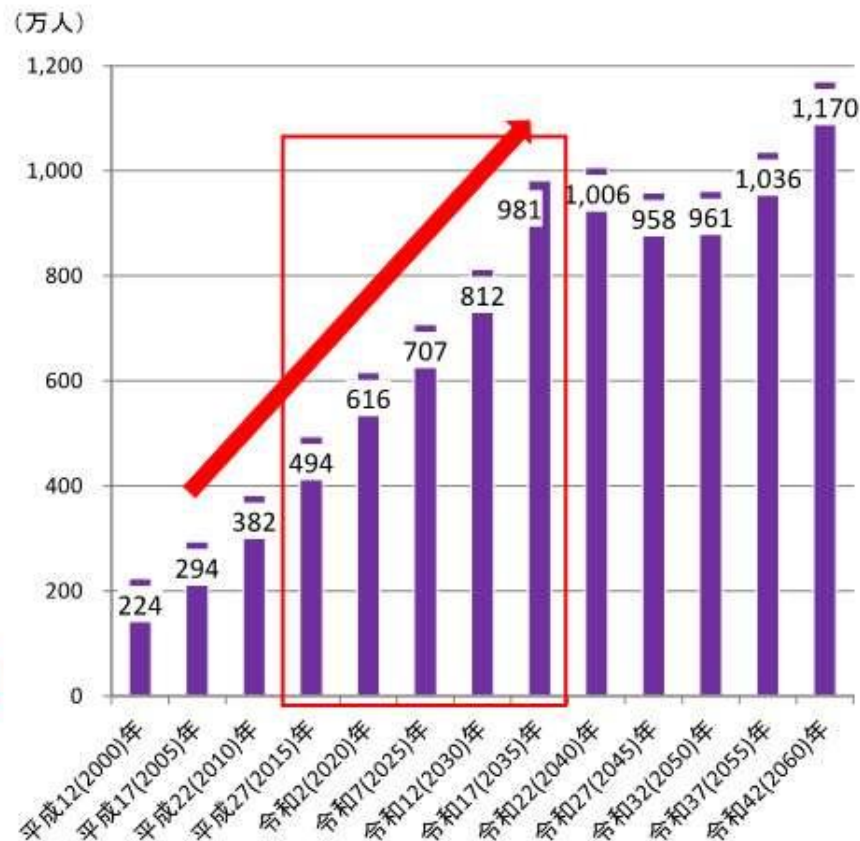
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2024年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2024年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
注) 要支援1・2を含む数値。

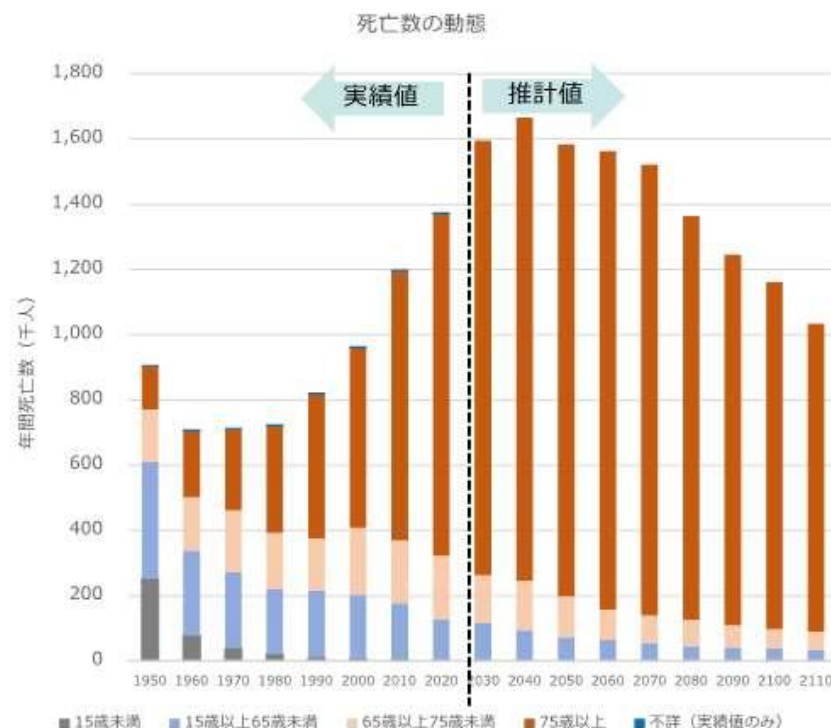
85歳以上人口の推移



出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計

医療需要の変化 死亡数が一層増加する

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

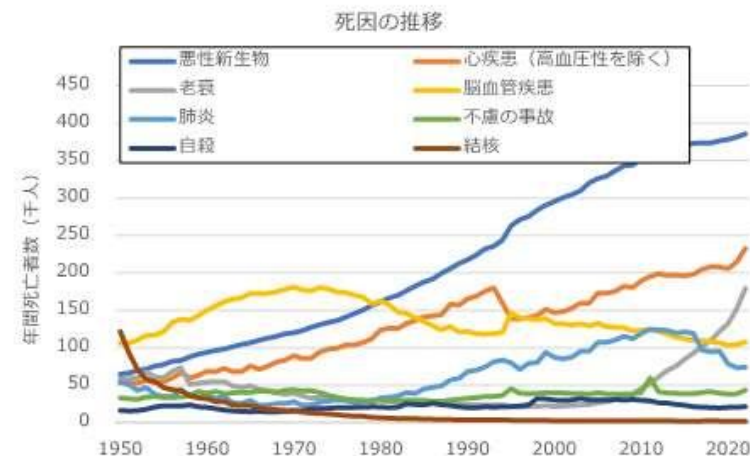


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）厚生労働省「人口動態統計」

※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

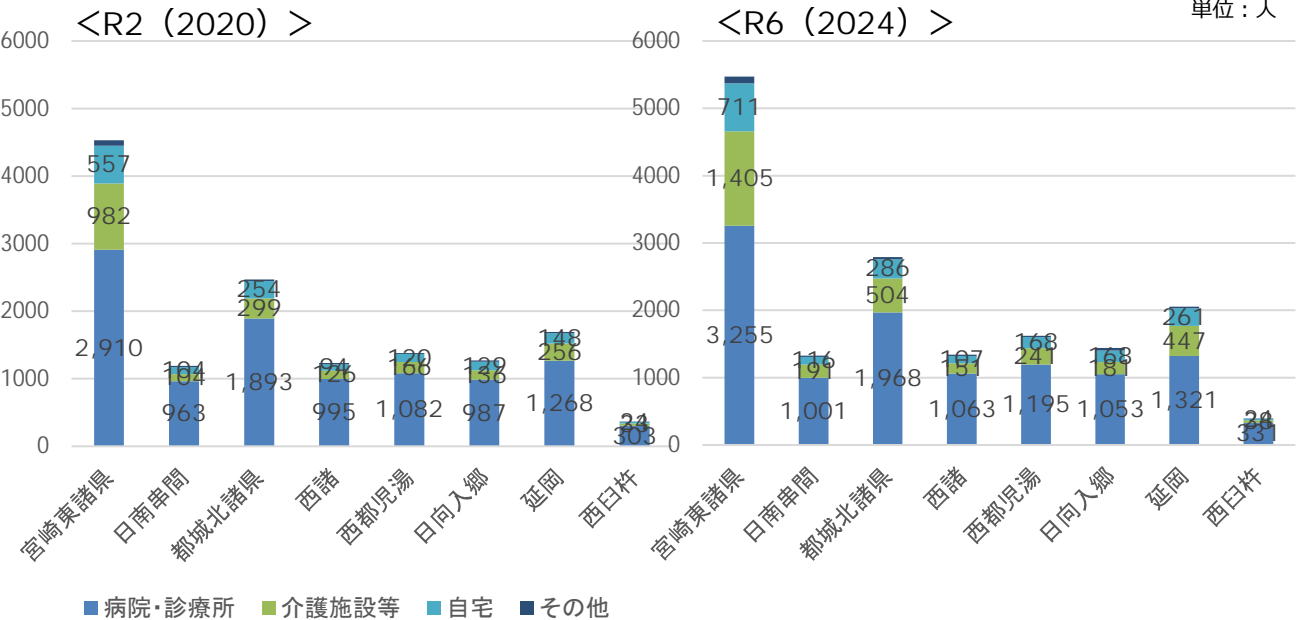
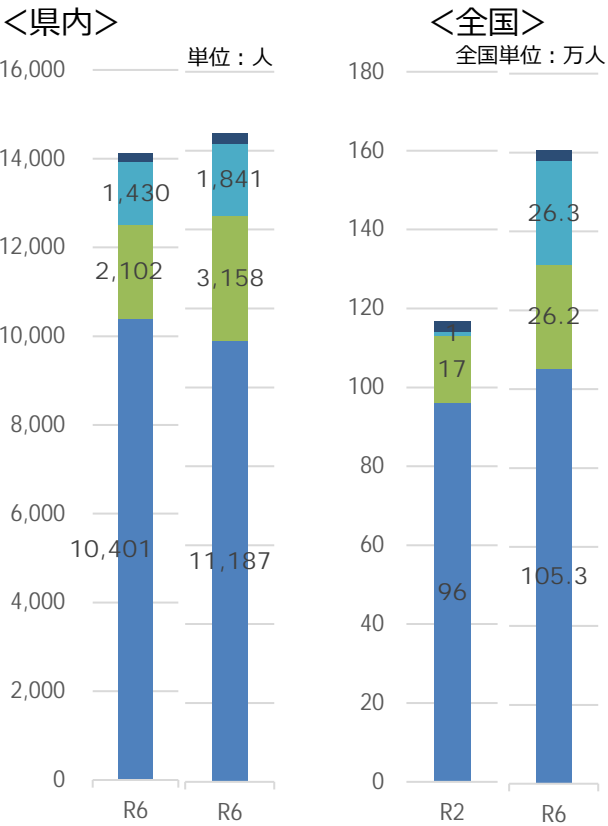
※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。



死亡の場所

- 県全体及び全圏域で、病院・診療所、介護施設等、自宅のいずれも増加傾向にあり、特に介護施設等が増加している（順に7.6%増、50.2%増、25.6%増）にある。
- 西諸区域では、いずれも増加傾向にある（順に6.8%増、19.8%増、13.8%増）。
- 全国では、病院・診療所105.3万人、介護施設等26.2万人、自宅26.3万人となっており、いずれも増加傾向にある（順に9.7%、53.0%、21.6%増）。

令和6年	病院	診療所	介護医療院・ 介護老人保健 施設	老人 ホーム	自宅	その他	合計
小林市	593	39	22	78	59	13	804
えびの市	233	71	18	13	35	3	373
高原町	113	14	1	19	13	3	163
計	939	124	41	110	107	19	1,340
施設内・外	1,214（施設内）			126（施設外）			



認知症及び軽度認知障害（MCI）の高齢者数と有病率の将来推計①

厚生労働省

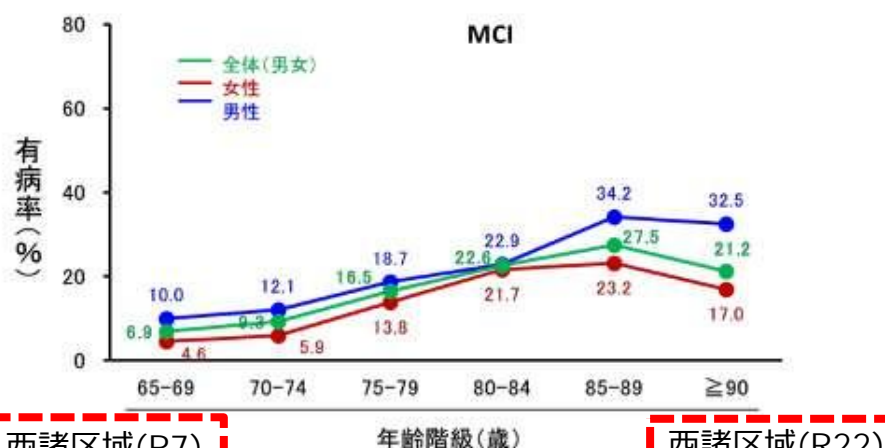
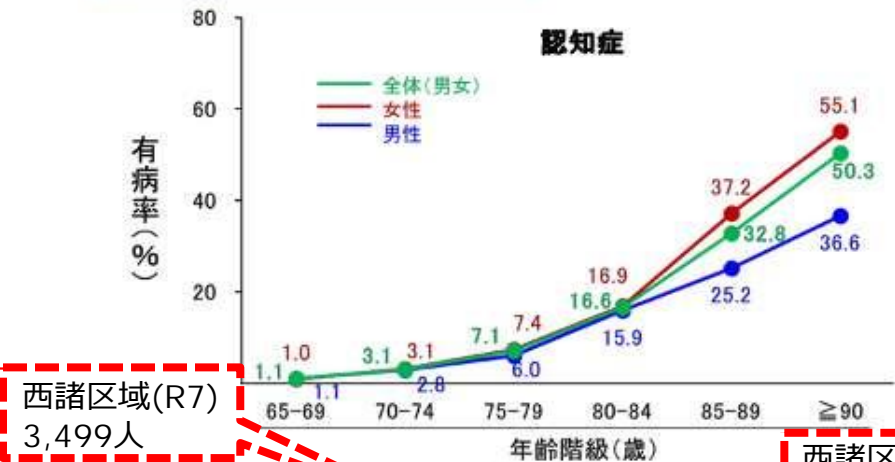
- 2022年に認知症の地域悉皆調査（調査率80%以上）を実施した4地域（福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町）において、新たに推計した、2022年の高齢者における認知症有病率（性年齢調整後）は、12.3%であり、また、高齢者におけるMCI有病率（性年齢調整後）は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2040年の認知症者高齢者数は584.2万人、MCI高齢者数は612.8万人と推計された。

※ 軽度認知障害（MCI）：もの忘れなどの軽度認知機能障害が認められるが、日常生活は自立しているため、認知症とは診断されない状態。

認知症とMCIの有病率の合計値は約28%（2022年時点）であり、「誰もが認知症になり得る」という認識のもと、認知症になっても生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、認知症バリアフリーの推進、社会参加機会の確保等、認知症基本法に掲げる理念・施策の推進に取り組んでいくことが重要。

年齢階級別の有病率（2022年時点）

資料：厚生労働省（宮崎県長寿介護課 赤点線枠追加）



西諸区域(R7)
3,499人

西諸区域(R22)
3,371人

西諸区域(R7)
4,177人

西諸区域(R22)
3,529人

高齢者数と有病率の将来推計

年	令和4年 (2022)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
認知症高齢者数	443.2万人	471.6万人	523.1万人	584.2万人	586.6万人	645.1万人
高齢者における 認知症有病率	12.3%	12.9%	14.2%	14.9%	15.1%	17.7%

年	令和4年 (2022)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
MCI高齢者数	558.5万人	564.3万人	593.1万人	612.8万人	631.2万人	632.2万人
高齢者における MCI有病率	15.5%	15.4%	16.0%	15.6%	16.2%	17.4%

資料：「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授）より厚生労働省にて作成

- 1 新たな地域医療構想について
- 2 高齢者に関連する現状と将来予測について
- 3 介護保険制度について
- 4 在宅医療・介護連携について

介護保険制度の被保険者（加入者）

厚生労働省老健局
介護保険制度の概要
令和7年7月

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対 象 者	65歳以上の者 西諸区域(R5) 27,057人	40歳から64歳までの医療保険加入者
人 数	3,585万人 (65～74歳：1,636万人 75歳以上：1,949万人)	4,188万人
受 給 要 件	・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態) 西諸区域(R5) 5,000人 (18.5%)	要介護、要支援状態が、 末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援） 認定者数と被保険 者に占める割合	681万人（19.0%） 〔 65～74歳： 71万人（4.3%） 75歳以上： 610万人（31.3%） 〕	13万人（0.3%）
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「令和4年度介護保険事業状況報告」によるものであり、令和4年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和4年度内の月平均値である。

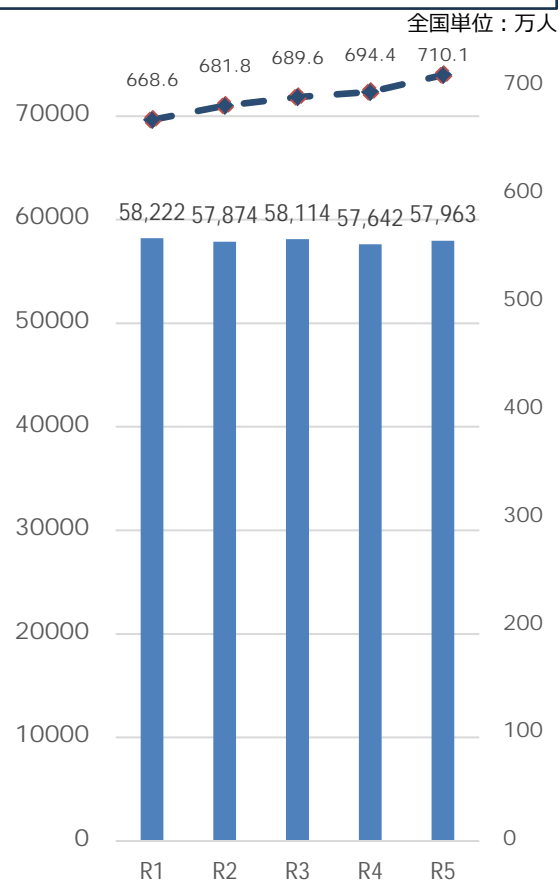
6

要介護（要支援）認定者数（第1号被保険者）

- 要介護（要支援）認定者数（第1号被保険者）は、県全体で57,963人（R5）となっており、宮崎東諸県は緩やかな増加傾向（4.1%増）、県全体及び宮崎東諸県を除く圏域は、緩やかな減少傾向（県全体0.4%減）にある。
- 西諸区域では、5,000人（R5）となっており、緩やかな減少傾向にある（0.9%減）。
- 全国では、約710万人（R5）となっており、増加傾向（6.2%増）にある。

<要介護（要支援）者認定数>

単位：人

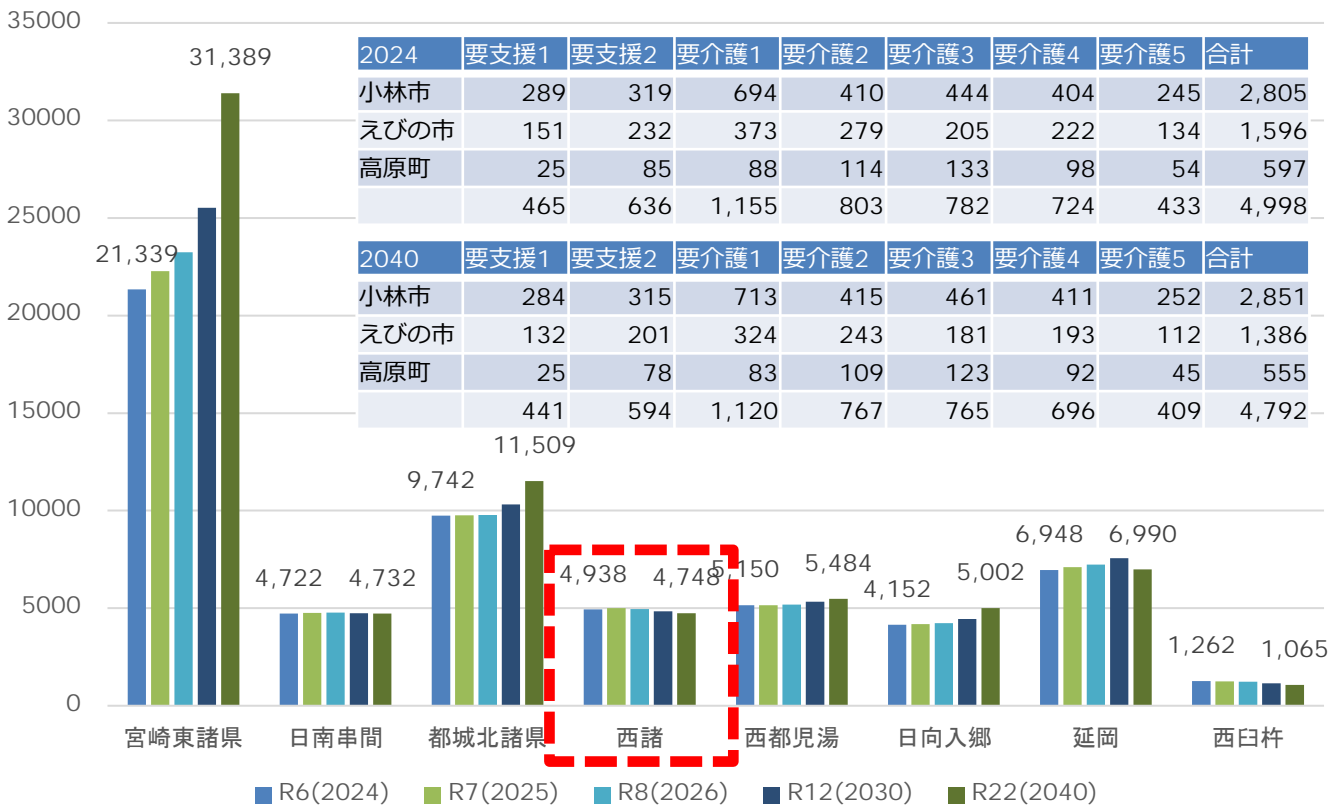


要介護（要支援）認定者数の将来推計（第1号被保険者）

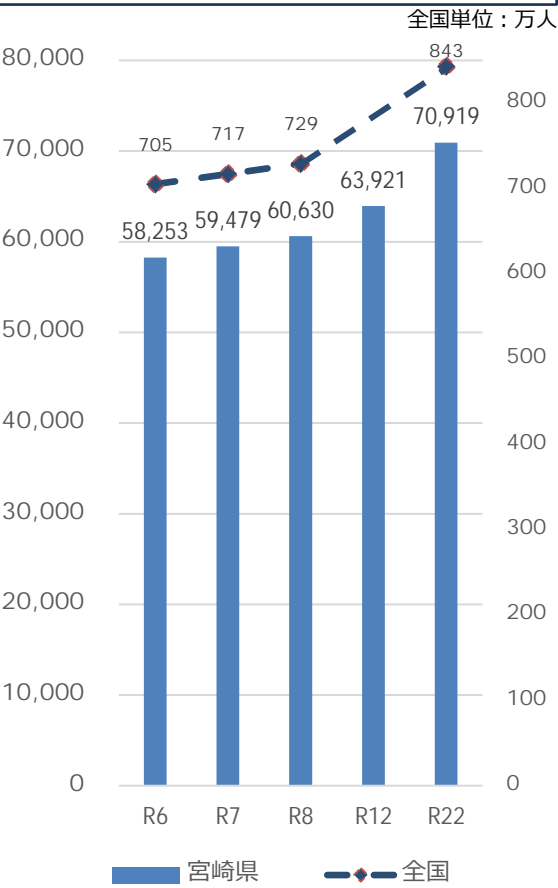
- 要介護（要支援）認定者数（第1号被保険者）の将来推計は、県全体で70,919人（R22）となっており、宮崎東諸県は増加傾向（47.1%増）、県全体及び西諸と西臼杵を除く圏域も増加傾向（県全体21.7%増）にある。
- 西諸区域では4,792人（R22）となっており、減少傾向（4.1%減）にある。
- 全国では約843万人（R22）となっており、増加傾向（19.6%増）にある。

<要介護（要支援）者認定数>

単位：人



※市町村推計の合計値 R12（2030）及びR22（2040）は参考推計



- 1 新たな地域医療構想について
- 2 高齢者に関連する現状と将来予測について
- 3 介護保険制度について
- 4 在宅医療・介護連携について

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



- 西諸区域では計5か所設置され、運営は、直営型が2（えびの市1・高原町1）、委託型が3（小林市3）となっている。

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、**保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員**等を配置して、**地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う**ことにより、その**保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する**ことを目的とする施設（介護保険法第115条の46第1項）



在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

厚生労働省老健局
在宅医療・介護連携推進事業の
取組について
令和5年

国の取組み

①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援

- ・ 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

③好事例の横展開

- ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

都道府県の取組み

①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等

- ・ 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- ・ 他市町村の取組事例の横展開
- ・ 必要なデータの分析・活用支援
- ・ 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- ・ 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

- ・ 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- ・ 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- ・ 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

①現状分析・課題抽出・施策立案

- ・ 地域の医療・介護の資源の把握
- ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

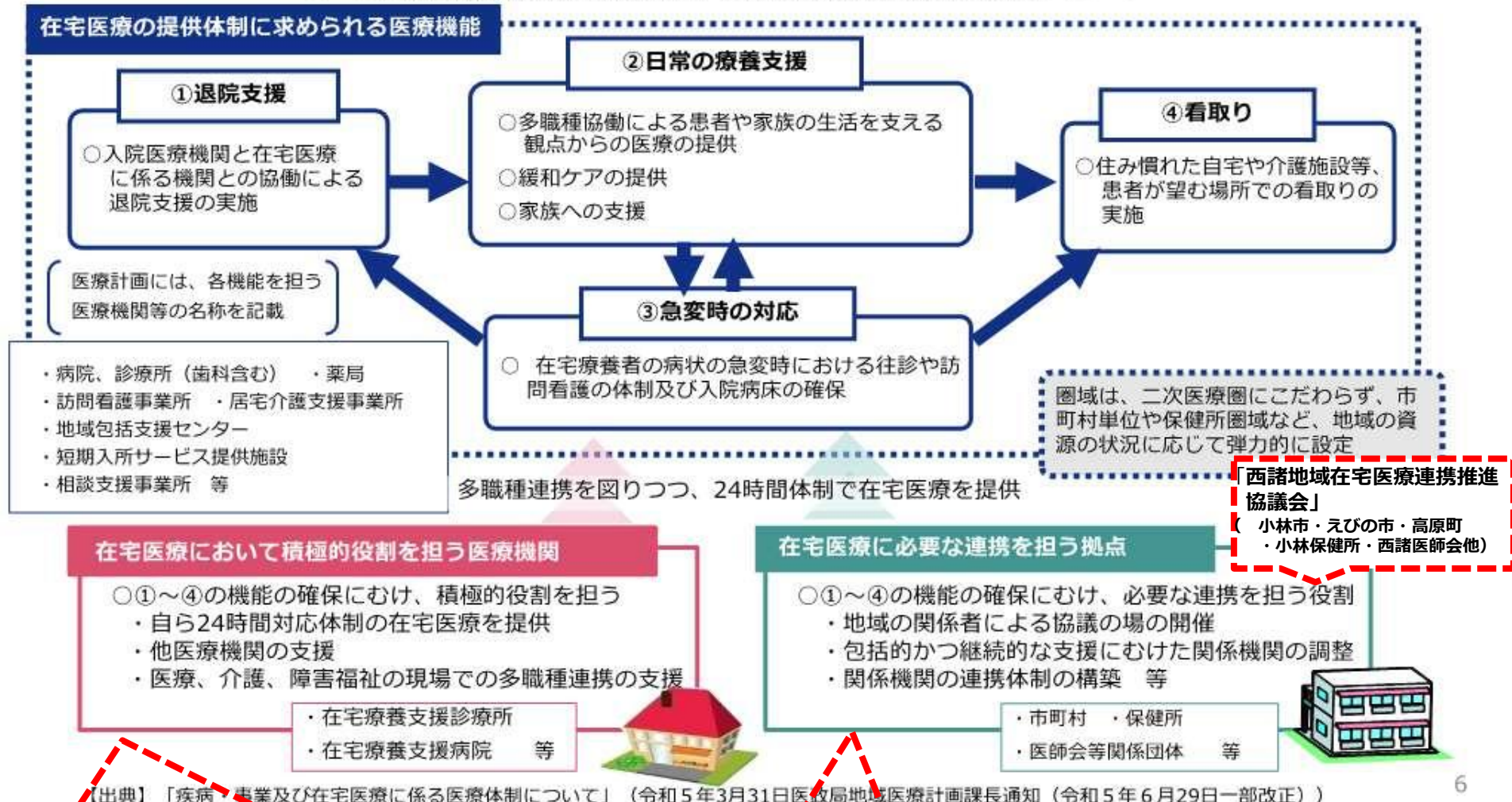
②対応策の実施

- ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・ 地域住民への普及啓発
- 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



西諸医療圏：在宅療養支援病院 // 診療所 訪問診療実施病院・診療所
在宅診療実施歯科医療機関 関連する薬局や訪問看護ステーション 等

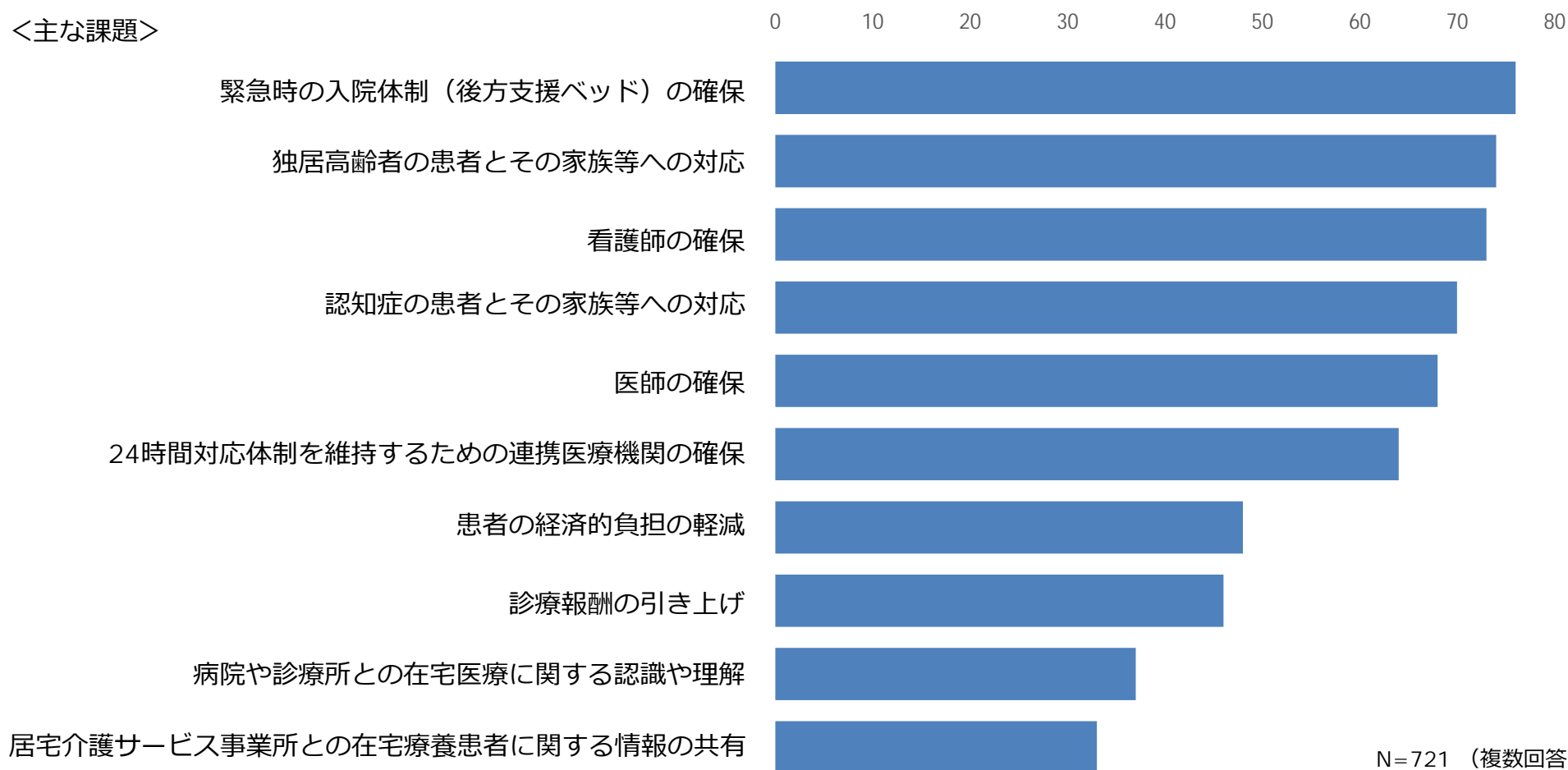
「結ゆいnetにしまる」
<https://net-yui.jp/>

（宮崎県長寿介護課 赤点線枠追加）

在宅医療を提供していく上での主な課題（本県の状況）

- 「緊急時入院体制の確保」、「独居高齢者の患者とその家族等への対応」、「看護師の確保」等が主な課題となっている。

<主な課題>



N=721（複数回答）

※上位10位のみを記載

※調査対象 計192箇所（令和4年11月時点）

九州厚生局に届出がなされている在宅療養支援診療所113箇所、在宅療養支援病院29箇所及び在医総管・施設総管届出20箇所

（令和5年2月 宮崎県長寿介護課調査）

在宅医療・介護 ～課題と施策の方向（第8次宮崎県医療計画）

1 課題

① 在宅医療の提供体制の確保

- 在宅医療の提供体制を確保するためには、訪問診療や緩和ケアなどに対応できる医師をはじめ、歯科医師、薬剤師、看護師など、**在宅医療を支える多様な人材**の確保・育成が必要。

② 在宅療養移行に向けた退院支援

- 入院医療から在宅医療への円滑な移行のため、医療・介護等関係機関が疾病等の情報だけでなく、日常生活に関する**患者の情報を共有**することが重要。

③ 日常の療養生活の支援

- 訪問診療の実施について各医療圏で差が見られるため、**訪問診療を実施する診療所等の増加**を図ることや、**ICTの活用を推進**するなど均てん化を進める必要。
- 医療的ケア児を含む在宅の重症児の支援については、医療資源やサービスはまだ十分とは言えず、多職種連携による支援体制整備が必要。
- 介護を必要とする患者支援のためには、**医療に加えて介護分野の関係機関との連携強化**が重要。

④ 急変時の対応

- **24時間対応が可能な連携体制**の構築や、地域医療支援病院等における病状急変時の円滑な**受入れ**が必要。

⑤ 在宅での看取り

- 患者や家族が希望した場所で最後を迎えることを可能にする医療・介護体制の構築が必要。
- 患者自身が自らの最期を考え、家族等と話し合う**アドバンス・ケア・プランニング(ACP)**を進めることも重要。

在宅医療・介護 ～課題と施策の方向（第8次宮崎県医療計画）

2 施策の方向

① 在宅医療の医療提供・連携体制の構築

- 新規開業医療機関や訪問看護を行っていない医療機関による訪問診療への参入促進
- かかりつけ医を中心とした、歯科医師や薬剤師、看護師、介護支援専門員等地域の実情に応じた**多職種連携の推進**
- 地域医療支援病院や在宅療養支援病院等との連携強化による**急変時の対応**のための体制構築
- 地域の実情に応じた**訪問看護**提供体制の構築（みなし指定の訪問看護事業所による訪問看護体制の確保等）
- 本人や家族等の状況に応じた適切なサービス提供を目的としたICT等の活用による**医療・介護従事者間の情報共有・連携**の強化
- 遠隔の在宅患者の体調管理や投薬等にも対応できるよう**オンライン診療**などの活用を検討
- 圏域ごとに設けられた「**入退院調整ルール**」の改善支援
- 在宅医療・介護連携推進事業の推進に取り組む**市町村への支援**
- 在宅医療において「**積極的役割を担う医療機関**」及び「**必要な連携を担う拠点**」の設定

② 在宅医療を支える人材の確保・育成

- 在宅医療を支える**多様な人材の確保・育成**

③ 在宅医療に関する普及啓発

- 講演会やセミナーの開催など県民に対する**看取り**や**A C P**を含む在宅医療に係る理解促進
- 「**かかりつけ医**」を持つことの重要性についての普及啓発



在宅医療・介護 ～課題と施策の方向（第8次宮崎県医療計画）①

3 主な県の取組

医療介護連携のためのICT普及促進事業

- 医療介護連携のための情報共有システムの導入及び改修経費として、地域支援事業では支出することのできない経費を補助することで、導入及び改修支援を行う。
- 補助対象：市町村
- 補助対象：導入費用及び改修費用
 - ※ 導入後の運営費については、補助の対象とならない。
 - ※ 導入経費は上限8,000千円、改修経費は上限4,000千円

入退院調整ルール運用事業

- 県内の医療圏ごとに医療機関と介護支援専門員の情報交換が円滑に行われるようにするため作成されたルールを実際に運用しながら、その効果等を検証し、改善を実施する。

アドバンス・ケア・プランニング普及啓発事業

- 人生の最終段階を本人の希望どおりに過ごすためには、医療・ケアに関して本人の意思が尊重されることが重要であることから、アドバンス・ケア・プランニングに関する実践報告会（研修会）及び啓発媒体の作成等を行い、普及啓発を図る。

在宅医療推進事業

- 県医師会及び各市郡医師会に補助金を交付し、在宅医療に関する研修会を実施。



在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村担当者研修会

- 市町村の実施する在宅医療・介護連携推進事業の支援として、市町村の担当者を対象に研修会を実施。

