

# 日向入郷医療圏地域医療構想調整会議資料

平成27年8月31日（月）19:00～

日向保健所2階多目的ホール

目 次

---

1	日向入郷医療圏地域医療構想調整会議基本構成団体名簿	1
2	日向入郷医療圏地域医療構想調整会議運営要綱	2
3	調整会議で今後協議していただきたい事項	4
4	地域医療構想策定の必要性について	6
5	宮崎県地域医療構想策定方針	9
6	将来の医療需要と必要病床数の推計結果について	12
〈参考資料〉		
	地域医療構想策定ガイドライン	(別冊)
	検討用データ集	(別冊)

## 日向入郷医療圏地域医療構想調整会議基本構成団体名簿

所 属	氏 名
日向市東臼杵郡医師会	渡 邊 康 久
”	千代反田 晋
”	鮫 島 貴
日向市・東臼杵郡歯科医師会	田 村 俊 二
日向市・東臼杵郡薬剤師会	江 藤 憲 治
宮崎県看護協会日向・東臼杵地区	黒 木 雅 代
全国自治体病院協議会宮崎県支部（美郷町国民健康保険西郷病院）	金 丸 吉 昌
宮崎県保健者協議会（門川町町民課）	和 田 裕 次
日向市（健康福祉部）	三 輪 勝 広
諸塚村（住民福祉課）	甲 斐 光 治

## 日向入郷医療圏地域医療構想調整会議運営要綱

## (目的)

第1条 この要綱は、医療法第30条の14の規定に基づき設置する日向入郷医療圏地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）の運営に関し、必要な事項を定める。

## (調整会議の開催)

第2条 調整会議は、日向保健所長（以下「所長」という。）が関係者を招集して開催する。

- 2 調整会議は、原則として公開するものとする。ただし、患者情報、医療機関の経営に関する情報その他の個人情報を扱う場合はこの限りでない。
- 3 所長が、調整会議への参加を求める第1項の関係者は、別表に掲げる団体の代表者（委任を受けた者及び代理人を含む。以下「基本構成団体代表者」という。）とする。
- 4 基本構成団体代表者から開催の要請があった場合には、所長は調整会議の開催に努めなければならない。
- 5 前項の場合において、基本構成団体代表者は、協議事項を明確にするとともに、文書をもって開催の要請をしなければならない。
- 6 第3項にかかわらず、協議事項、地域の実情等から必要があるとき又は医療法に基づき調整会議に参加するよう求める場合には、所長は、参加を求める関係者を変更することができる。
- 7 所長は、やむを得ない理由により会議を開く時間的余裕がないとき、又は書面による協議をもって足りると認めるときは、協議事項の概要を記載した書類を関係者に配付してその意見を聞き、又は賛否を問うことができる。

## (協議事項等)

第3条 調整会議の参加関係者は、次に掲げる事項について情報の共有又は協議を行う。

- (1) 地域医療構想の策定に関すること
  - (2) 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関すること
  - (3) 病床機能報告制度による情報に関すること
  - (4) 地域医療構想の実現に向けた地域医療介護総合確保基金の活用に関すること
  - (5) 在宅医療を含む地域包括ケアシステム、医療従事者の確保、診療科ごとの連携その他の地域医療構想の推進に関すること
- 2 前項に掲げる事項について協議が調った場合は、関係者はその実施に努めるものとする。
  - 3 第1項の協議事項のうち関係者の合意が必要な事項については、合意文書を作成し、関係者の記名押印の上、日向保健所で保管する。
  - 4 前項の場合においては、所長は立会人として記名押印するものとする。

## (議長)

第4条 調整会議に、議長を置く。

- 2 議長は、基本構成団体代表者の互選によりこれを定める。
- 3 議長は、調整会議の議事を主宰する。

## (議長の職務代理人)

第5条 次に掲げる事項に該当する場合は、議長の職務代理人を参加関係者の互選によ

り定める。

- (1) 議長に事故があるとき
- (2) 利益相反となるとき
- (3) 第2条第6項の規定により参加者が変更されたことで、議長がいないとき
- (4) その他の事情により議長が欠けたとき

(合同開催)

第6条 調整会議は、別の構想区域で設置された地域医療構想調整会議（以下「別区域調整会議」）と合同で開催することができる。

- 2 合同開催する場合は、この要綱の定めに関わらず、所長は、別区域調整会議の事務局と協議の上、開催方法等について別に定める。

(記録及び公表)

第7条 調整会議の協議内容の要旨については、議事録を作成し、宮崎県庁ホームページ等で公表する。ただし、患者情報、医療機関の経営に関する情報を扱う場合その他の個人情報等に係る内容についてはこの限りでない。

- 2 議事録には、参加関係者のうちから、その会議において選出された議事録署名人2人が署名押印しなければならない。
- 3 この条については、第2条第7項の書面協議の場合は適用しない。

(事務局)

第8条 調整会議の事務局は、日向保健所に置く。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は、所長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年8月6日から施行する。

別表（第2条関係）

日向入郷医療圏地域医療構想調整会議構成団体等

団 体 名
日向市東臼杵郡医師会
日向市・東臼杵郡歯科医師会
日向市・東臼杵郡薬剤師会
宮崎県看護協会日向・東臼杵地区
全国自治体病院協議会宮崎県支部 (美郷町国民健康保険西郷病院)
宮崎県保険者協議会（門川町）
日向市
諸塚村

## 調整会議で今後協議していただきたい事項

## 日向入郷医療圏地域医療構想調整会議運営要綱

## 1 地域医療構想の策定に関すること

- ※ ガイドラインでは以下のような記載がある。
  - ・ 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の実現に向けた取組を協議することが設置目的であることから、地域医療構想に反映させるべく地域医療構想の策定段階から設置し、構想区域における関係者の意見をまとめることが適当である。
- ※ 宮崎県地域医療構想策定方針（宮崎県医療審議会承認事項 H27.3.17）
  - ・ ワーキンググループで作成した素案をもとに、地域医療構想調整会議の意見等を参考にし、地域医療構想（案）を策定する。
  - ・ 医療法上は、地域医療構想策定後において設置するものであるが、策定段階から二次医療圏ごとに設置し、地域の意見を聴くこととする

## 2 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関すること

- ※ ガイドラインでは以下のような記載がある
  - ・ 回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足していくかについて議論。
  - ・ 急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考えて選定した関係者の間で、回復期機能の充足のため、各病院等がどのような役割分担等を行うか等について議論

## 3 病床機能報告制度による情報に関すること

- ※ ガイドラインには以下のような記載がある。
  - ・ 地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数について、地域医療構想に参加する関係者で認識を共有。

#### 4 地域医療構想の実現に向けた地域医療介護総合確保基金の活用に関するこ と

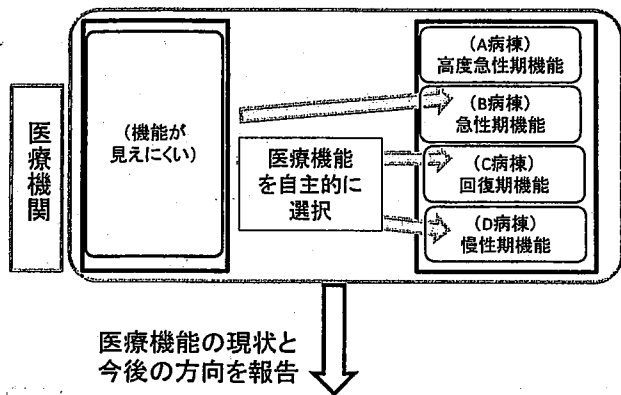
- ※ ガイドラインでは以下のような記載がある
- ・ 2で議論して合意した事項を実現するために必要な具体的事業について議論。地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該事業を基金に係る都道府県計画にどのように盛り込むか議論し、これを基に都道府県において必要な手続きを実施。

#### 5 在宅医療を含む地域包括ケアシステム、医療従事者の確保、診療科ごとの連携その他の地域医療構想推進に関するこ と

- ※ ガイドラインには以下のような記載がある。
- 【在宅医療の充実】
- ・ 地域包括システムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- 【医療従事者の確保・養成】
- ・ 地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、地域医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の解消や医療勤務環境改善支援センター等を活用した医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保・定着・離職防止、ワーク・ライフ・バランスの確立に取り組む必要があり、地域医療介護総合確保基金を含めた有効活用を含めた施策を検討することが重要である。
- 【診療科ごとの連携】
- ・ 直接的には、一般病床及び療養病床の機能の分化及び連携の推進が求められている。しかしながら、地域医療の観点からは、精神病床等の他の入院医療機能や外来医療機能、在宅医療との連携により認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といったその他の様々な医療ニーズに対応することが求められる。
  - ・ 特に精神疾患については、医療計画に位置づけられており、一般医療と精神科医療との連携は重要であることから、地域医療構想を策定するに当たっては、地域における精神科医療も含め検討することが必要である。

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「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。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「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。



「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機能ごとに推計
  - ・ 都道府県内の構想区域(2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、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。

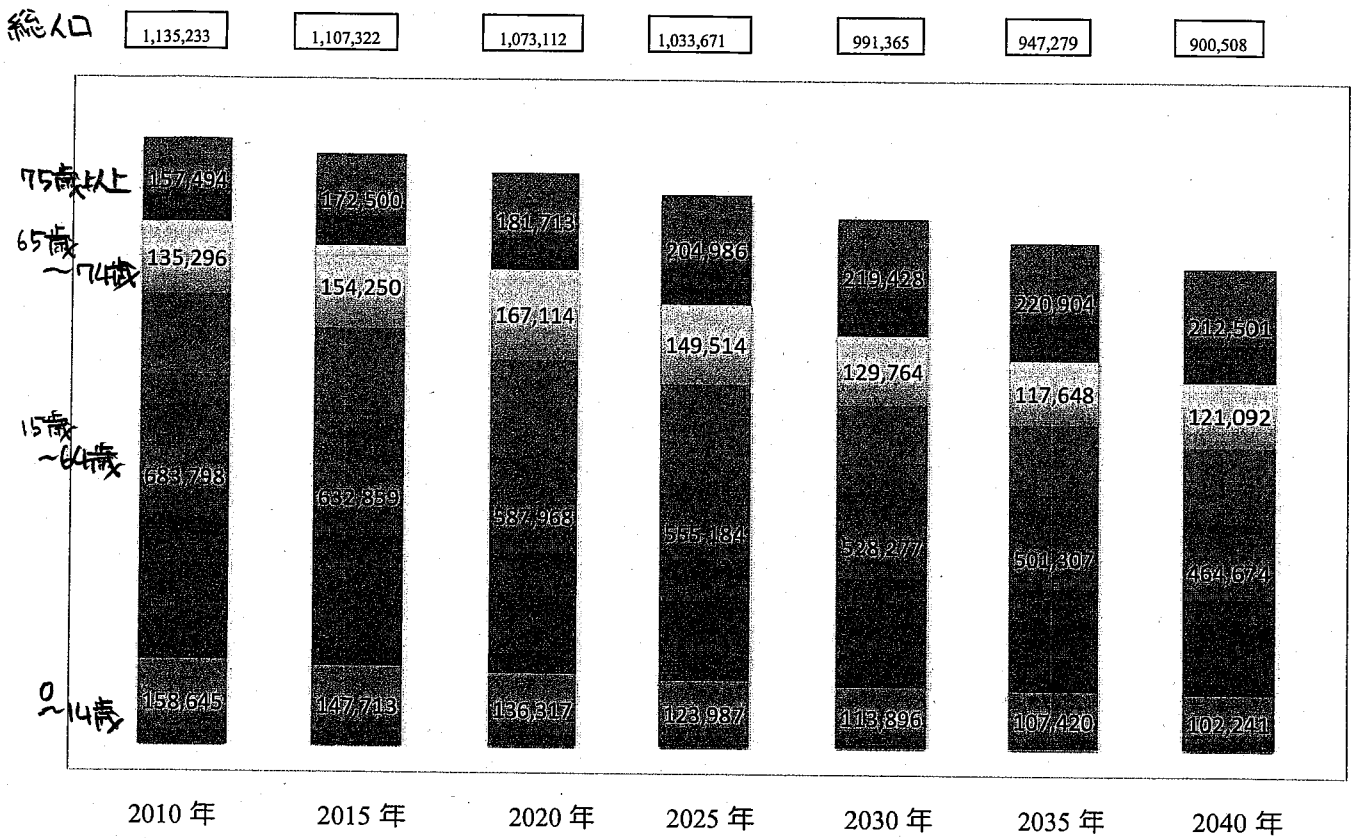
地域医療構想策定の背景

なぜ地域医療構想が必要なのか？  
医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年  
- 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差  
- 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始  
⇒ よって、地域の実情に応じた対応が必要
- 医療の機能に見合った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、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、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作ることが必要。



## 宮崎県の将来推計人口



## 宮崎県二次医療圏別人口データ

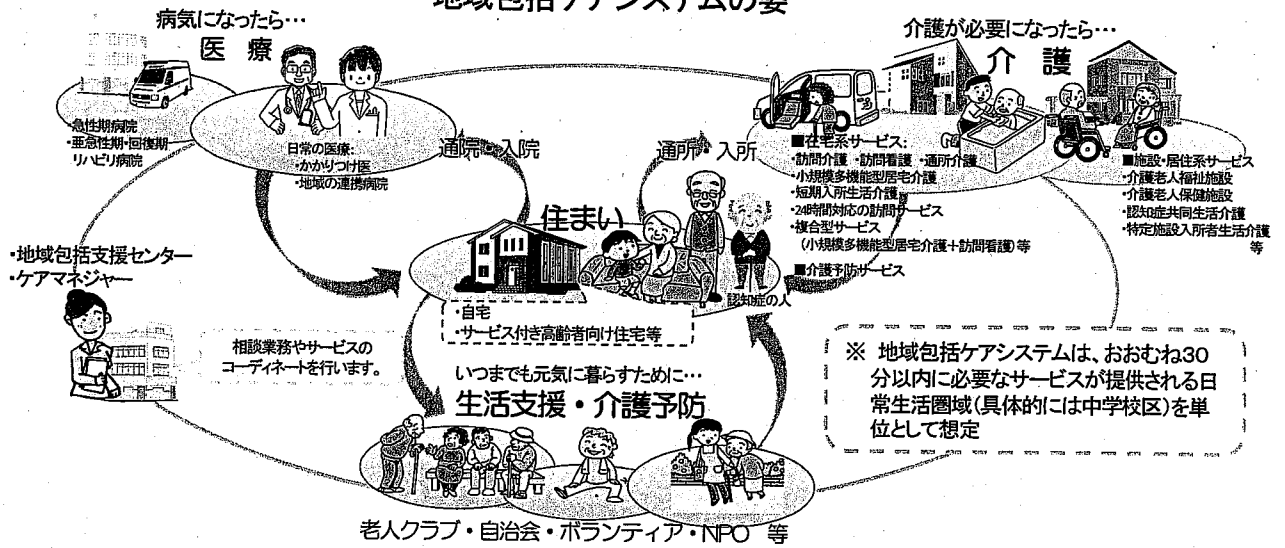
	人口 総数(単位:人)			人口 65歳以上(単位:人)			人口 75歳以上(単位:人)		
	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
<b>7医療圏</b>	1,135,233	1,033,671	900,508	292,790	354,500	333,593	157,493	204,986	212,501
	(100.0)	(91.1)	(79.3)	(100.0)	(121.1)	(113.9)	(100.0)	(130.2)	(134.9)
宮崎東諸県	428,716	413,459	375,301	93,942	129,627	136,565	47,596	74,578	83,999
	(100.0)	(96.4)	(87.5)	(100.0)	(138.0)	(145.4)	(100.0)	(156.7)	(176.5)
都城北諸県	194,402	180,094	161,422	49,870	58,605	54,343	27,269	32,953	34,314
	(100.0)	(92.6)	(83.0)	(100.0)	(117.5)	(109.0)	(100.0)	(120.8)	(125.8)
延岡西臼杵	153,795	132,232	109,432	43,842	48,398	41,840	24,225	28,617	27,252
	(100.0)	(86.0)	(71.2)	(100.0)	(110.4)	(95.4)	(100.0)	(118.1)	(112.5)
日南串間	78,142	63,662	49,879	25,240	26,298	20,893	14,333	15,390	14,258
	(100.0)	(81.5)	(63.8)	(100.0)	(104.2)	(82.8)	(100.0)	(107.4)	(99.5)
西諸	79,876	67,147	54,505	25,447	27,671	23,079	14,757	16,250	15,991
	(100.0)	(84.1)	(68.2)	(100.0)	(108.7)	(90.7)	(100.0)	(110.1)	(108.4)
西都児湯	107,003	93,518	78,289	29,137	33,916	29,656	15,714	19,857	19,232
	(100.0)	(87.4)	(73.2)	(100.0)	(116.4)	(101.8)	(100.0)	(126.4)	(122.4)
日向入郷	93,299	83,559	71,680	25,312	29,985	27,217	13,599	17,341	17,455
	(100.0)	(89.6)	(76.8)	(100.0)	(118.5)	(107.5)	(100.0)	(127.5)	(128.4)

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」（平成25年3月推計）

# 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

## 地域包括ケアシステムの姿



平成27年3月17日  
宮崎県医療審議会承認事項

## 宮崎県地域医療構想策定方針

## 1 基本的な策定方針

県民の医療に対する安心・信頼を確保するため、本県の医療施策の方向を明らかにする基本計画である宮崎県医療計画（平成25年3月策定）の一部として、地域医療構想を策定し、平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制の構築を目指す。

また、策定に当たっては、国の地域医療構想策定ガイドラインを踏まえ、地域の実情、関係団体からの意見やパブリックコメント等による地域住民の意見等を考慮した上で策定する。

なお、当該構想は、宮崎県医療計画（平成25年度から29年度まで）の一部となるが、平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるため、次期宮崎県医療計画（平成30年度から35年度まで）の期間も含めて実現を図る。

## 2 地域医療構想策定体制（各組織の関係性については別紙1参照）

## (1) 地域医療構想策定委員会（関係団体により構成）

地域医療構想ワーキンググループで作成した素案をもとに、地域医療構想調整会議の意見等を参考にして検討を行い、案を作成する。

## (2) 地域医療構想ワーキンググループ（関係各課及び県保健所で構成）

医療需要等の推計、現状分析等を行った上で、施策等について検討を行い、地域医療構想の素案を作成する。

## (3) 地域医療構想調整会議（県保健所及び関係団体により構成）

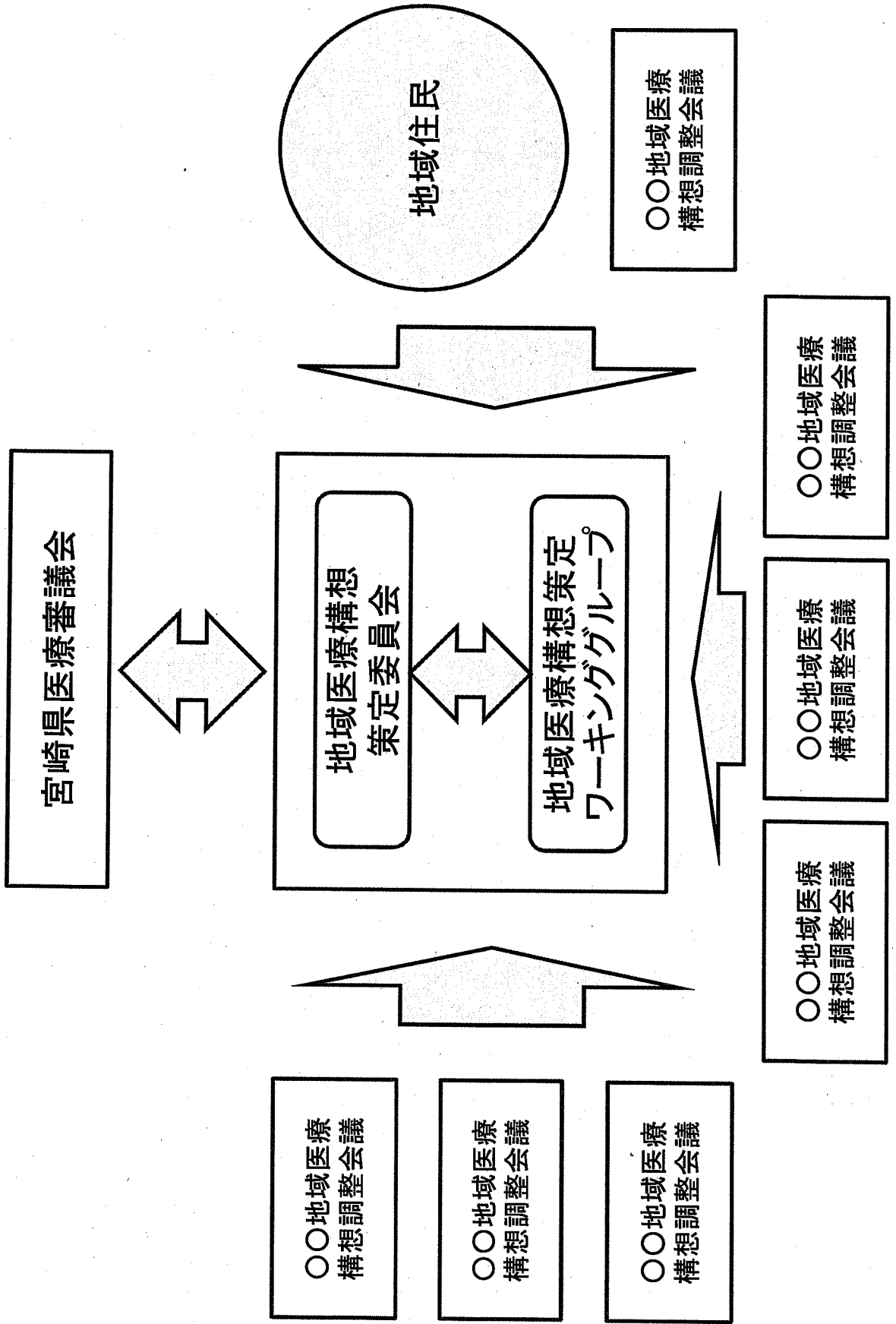
医療法上は、地域医療構想策定後において設置するものであるが、策定段階から二次医療圏ごとに設置し、地域の意見を聴くこととする。

## 3 地域医療構想策定スケジュール

平成27年度中の策定を目指し、スケジュールは別紙2のとおりとする。

平成27年3月17日  
宮崎県医療審議会承認事項

# 地域医療構想策定体制



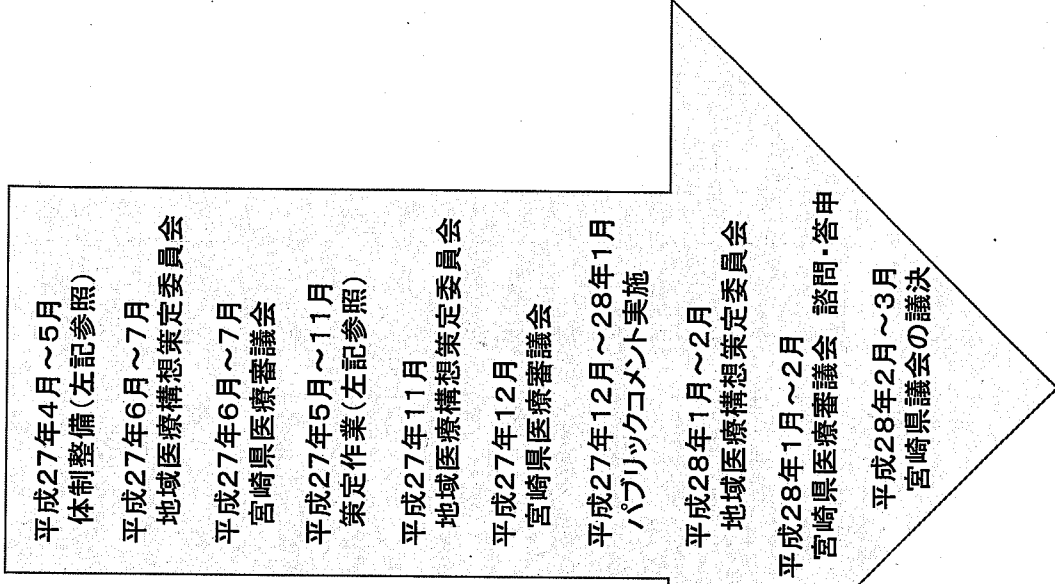
# 地域医療構想策定の流れ

別紙2

平成27年3月17日  
宮崎県医療審議会承認事項

- 1 体制整備
  - 地域医療構想策定委員会(3回程度)
  - 地域医療構想策定ワーキンググループ(随時)
  - 地域医療構想調整会議(各圏域3回程度)

- 2 策定作業
  - 必要なデータの収集・分析・共有
    - ・ 基礎データは厚生労働省より一元的に整備され都道府県に提供される。
    - ・ 病床機能報告の集計結果を都道府県HPにて公表する(現在厚労省で準備中)
  - 構想区域の設定・確認
  - 医療需要及び必要病床数の推計
  - 平成37(2025)年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討



平成28年3月 地域医療構想策定

## 将来の医療需要と必要病床数の推計結果について

## 1 将来の医療需要と必要病床数の推計方法

- (1) 将来の医療需要（1日あたりの入院患者延べ数）  
性別及び年齢階級別の【将来推計人口】×【2013年の入院受療率】の総和
- (2) 流出入の調整  
【上記(1)】＋【他地域からの流入患者数】－【他地域への流出患者数】
- (3) 病床の必要量  
【上記(2)】÷【病床稼働率】

※ 慢性期と在宅医療等については、上記の方法ではなく、療養病床の入院受療率の地域差を解消する目標値によりAとB、特例の3とおりの推計値を設けている。

A 全ての構想区域の入院受療率を全国最小値まで減少させる。

B 構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）まで低下する割合を一律に用いる。特例として、「Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値より大きい」かつ「当該構想区域の高齢者単身世帯の割合が全国平均より大きい場合はBの入院受療率の達成年度を2030年として、2025年は比例的に逆算した入院受療率を目標として定めることも可。

## 2 日向入郷医療圏における将来(2025年)の医療需要と必要病床数の推計結果

【参考】

	医療機関所在地	患者住所地
高度急性期	35.1(床)	74.7(床)
急性期	180.3(床)	255.9(床)
回復期	298.8(床)	344.4(床)
慢性期A	124.1(床)	143.2(床)
慢性期B	155.5(床)	174.8(床)
慢性期特例	167.7(床)	187.2(床)
4機能の病床計(A)	638.3(床)	818.2(床)
4機能の病床計(B)	669.7(床)	849.8(床)
4機能の病床計(特例)	681.9(床)	862.2(床)
在宅医療等A	852.1(人/日)	885.8(人/日)
在宅医療等のうち訪問診療分	159.5(人/日)	174.6(人/日)
在宅医療等B	823.3(人/日)	856.7(人/日)
在宅医療等のうち訪問診療分	159.5(人/日)	174.6(人/日)
在宅医療等特例	812.0(人/日)	845.3(人/日)
在宅医療等のうち訪問診療分	159.5(人/日)	174.6(人/日)

病床機能報告		
2014年	2020年 (6年後)	2025年 (10年後)
609	527	301
108	190	141
326	326	264

無回答 42 無回答 42 無回答 379