

令和5年度病床機能報告の結果について（西諸構想区域）

西諸地域医療構想調整会議
令和6年11月6日
資料1

No.	1. 病床機能報告対象 医療機関名	設置主体	基本情報→		2. 現状の役割、機能等→																								参考							
			1) 令和5年度病床機能報告の内容																																	
			許可病床数			【令和5年7月1日時点の機能別の病床数】										(診療実績等) ※1				(医師数) ※1			(医療機関機能)			【令和7年(2025年)の機能別の病床数】 ※2						介護 保険 施設 等へ 移 行 済	基金 の 活用 ※3			
			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	7月1日時点で休棟中の病床数が非稼働である病床の病床数	7月1日時点で休棟中の病床数	過去1年間に稼働した病床の病床数	病床稼働率(%)	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	1000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	0	82.3	43.3	0	0	1	1.9	7.3				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	63.2	15.1	844	206	14	0.0	9.8	○	○	○	143	143	0	96	47	0	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	67.4	27.0	177	0	5	2.3	8.3		○	○	88	88	0	51	37	0	0	0	0	0			
4	池田病院	医療法人	112	40	72	112	112	0	40	37	35	0	0	75.0	40.3	446	0	3	0.9	3.5		○		112	112	0	40	37	35	0	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	73.3	20.0	314	0	4	4.0	14.5		○	○	55	55	0	55	0	0	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	91.9	23.6	0	485	8	0.3	14.6		○	○	57	57	0	57	0	0	0	0	0	0	0		
7	医療法人相愛会桑原記念病院	医療法人	83	38	45	83	83	0	38	0	45	0	0	68.1	14.7	342	0	3	2.7	6.9		○	○	38	38	0	38	0	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	73.7	29.1	0	0	0	0.0	0.0			○	76	76	0	0	50	26	0	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	92.5	127.1	0	0	3	10.0	16.3			○	80	80	0	0	0	80	0	0	0	0			
10	えびの市立病院	市町村	50	50	0	50	50	0	0	50	0	0	0	50.6	29.9	0	0	4	1.3	10.6		○	○	50	50	0	0	50	0	0	0	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	0.0	0.0	0	0	3	0.0	8.8			34	0	0	0	0	0	0	34	0	0	0		
12	国民健康保険高原病院	市町村	56	56	0	56	56	0	0	0	56	0	0	42.4	28.4	0	0	1	4.6	10.0		○	○	56	56	0	0	56	0	0	0	0	0	0		
13	横内視鏡内科医院	医療法人	19	19	0	19	19	0	19	0	0	0	0	50.1	8.6	0	0	2	1.2	16.8			○	19	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	
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	0.9	8.7	0	0	1	0.0	6.3				16	0	0	0	0	0	0	16	0	0	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	1.7	6.3	0	0	1	2.0	15.8			○	19	19	0	0	0	19	0	0	0	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	85.6	37.0	0	0	2	0.1	13.1			○	16	16	0	0	16	0	0	0	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	60.4	10.6	0	0	1	0.7	8.9				19	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0		
18	医療法人渡辺医院	医療法人	19	7	12	19	19	0	0	19	0	0	0	19.7	50.7	0	0	2	0.0	10.5				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19	京町温泉クリニック	医療法人	19	19	0	19	19	0	19	0	0	0	0	87.4	31.7	0	0	1	2.0	15.8			○	19	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	
20	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	40.1	13.0	0	0	2	0.3	12.1				19	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0	○	
21	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	58.4	32.8	0	0	0	0.0	0.0				19	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	
22	川井田医院	医療法人	7	5	2	7	7	0	7	0	0	0	0	62.7	33.7	0	0	2	0.0	28.6			○	7	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	
23	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	4	0.0	21.1				19	19	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	
計			1065	721	344	1065	1015	0	439	275	301	50	50					2123	691	67	34.3		1	8	14	1001	951	0	439	312	200	50	45	5		

【参考】 ◆病床利用率(病床稼働率) 在院患者延べ数×100/(病床数×365)
◆平均在院日数 在院患者延べ数/(1/2×(新入院患者数+退院患者数))

※1 回答がなかった場合も「0」としている。
※2 国民健康保険高原病院：報告では慢性期だが、R6.2調整会議で回復期への変更を承認済み。医療法人渡辺医院：報告では回復期だが、同会議で病床廃止を承認済み。
※3 地域医療介護総合確保基金の活用の有無

令和5年度病床機能報告の結果について（県全体）

	必要量	病床機能報告									比較			
		令和7年 (2025)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R1年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)	R5年度 (2023)	H27と必要量 の差	R5と必要量 の差	R5とH27の差
延岡西臼杵	高度急性期	108	41	34	41	41	111	42	67	67	67	-67	-41	26
	急性期	418	1123	1117	1099	1108	1006	1028	1032	1004	1101	705	683	-22
	回復期	522	244	229	229	264	281	281	276	333	247	-278	-275	3
	慢性期	309	542	555	564	520	539	492	492	463	442	233	133	-100
	休棟等	-	80	80	82	61	0	53	40	40	53	-	-	-
	小計	1357	2030	2015	2015	1994	1937	1896	1907	1907	1910	673	553	-120
日向入郷	高度急性期	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-36	-36	0
	急性期	181	589	499	518	567	492	462	463	442	441	408	260	-148
	回復期	349	179	220	215	196	215	215	215	241	209	-170	-140	30
	慢性期	181	327	346	327	327	327	327	227	179	199	146	18	-128
	休棟等	-	56	79	79	30	11	39	58	38	59	-	-	-
	小計	746	1151	1144	1139	1120	1045	1043	963	900	908	405	162	-243
宮崎東諸県	高度急性期	558	707	701	697	750	685	682	691	707	707	149	149	0
	急性期	1602	3021	2925	2930	2777	2705	2626	2620	2501	2498	1419	896	-523
	回復期	1324	785	702	803	908	780	737	785	823	818	-539	-506	33
	慢性期	962	1396	1414	1355	1293	1299	1242	1089	1027	1116	434	154	-280
	休棟等	-	181	232	205	124	119	134	159	146	179	-	-	-
	小計	4445	6090	5974	5990	5852	5588	5421	5344	5204	5318	1645	873	-772
西都児湯	高度急性期	18	0	0	11	0	0	0	0	0	0	-18	-18	0
	急性期	152	521	480	469	507	507	510	510	475	529	369	377	8
	回復期	416	115	96	96	115	115	134	134	115	165	-301	-251	50
	慢性期	324	452	512	512	466	466	433	433	487	433	128	109	-19
	休棟等	-	79	75	56	56	56	56	45	45	45	-	-	-
	小計	908	1167	1163	1144	1144	1144	1133	1122	1122	1172	259	264	5
日南串間	高度急性期	37	0	0	4	4	4	4	4	4	4	-37	-33	4
	急性期	165	703	701	678	576	473	392	529	497	491	538	326	-212
	回復期	270	87	79	79	131	131	150	131	120	112	-183	-158	25
	慢性期	407	556	558	463	539	308	667	541	505	422	149	15	-134
	休棟等	-	0	0	114	69	18	18	37	61	37	-	-	-
	小計	877	1346	1338	1338	1319	934	1231	1242	1187	1066	469	189	-280
都城北諸県	高度急性期	218	9	45	44	45	45	45	33	33	33	-209	-185	24
	急性期	676	1971	1,887	1834	1750	1750	1669	1764	1816	1704	1295	1028	-267
	回復期	740	311	359	354	422	395	458	469	384	343	-429	-397	32
	慢性期	279	529	472	472	440	448	421	327	353	340	250	61	-189
	休棟等	-	183	204	228	170	152	166	184	177	190	-	-	-
	小計	1911	3003	2967	2932	2827	2790	2759	2777	2763	2610	1092	699	-393
西諸	高度急性期	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-27	-27	0
	急性期	164	583	661	579	534	551	498	517	482	439	419	275	-144
	回復期	399	171	170	195	208	248	250	225	256	275	-228	-124	104
	慢性期	206	428	343	380	368	255	362	368	301	301	222	95	-127
	休棟等	-	18	0	16	50	34	34	34	50	50	-	-	-
	小計	795	1200	1174	1170	1160	1088	1144	1144	1089	1065	405	270	-135
県全体	高度急性期	999	757	780	797	840	845	773	795	811	811	-242	-188	54
	急性期	3356	8511	8270	8107	7819	7484	7185	7435	7217	7203	5155	3847	-1308
	回復期	4017	1892	1855	1971	2244	2165	2225	2235	2272	2169	-2125	-1848	277
	慢性期	2666	4230	4200	4073	3953	3642	3944	3477	3315	3253	1564	587	-977
	休棟等	-	597	670	780	560	390	500	557	557	613	-	-	-
	小計	11037	15987	15775	15728	15416	14526	14627	14499	14172	14049	4950	3012	-1938

※必要量は、端数処理により、内訳の計と小計・合計が一致しない場合がある。

令和5年度病床機能報告の 結果について

令和6年11月6日
小林保健所

令和5年度病床機能報告の結果

(1) 宮崎県全体

- ・ 県全体及びほとんどの構想区域で、令和7年（2025年）の病床必要量に対し、高度急性期及び回復期が不足傾向。また、急性期及び慢性期が過剰傾向。
- ・ 病床の総数は、全構想区域において過剰。
- ・ 県全体及びほとんどの構想区域で、現状と将来の必要量との差は小さくなりつつある。

○R5現状とR7将来必要量との差（単位：床）

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
延岡西臼杵	-41	683	-275	133	553
日向入郷	-36	260	-140	18	162
宮崎東諸県	149	896	-506	154	873
西都児湯	-18	377	-251	109	264
日南串間	-33	326	-158	15	189
都城北諸県	-185	1028	-397	61	699
西諸	-27	275	-124	95	270
県全体	-188	3847	-1848	587	3012

※端数処理及び休棟中除外により合計が一致しない

○県全体の病床数の推移



令和5年度病床機能報告の結果

(2) 西諸構想区域①

- ・ 令和5年7月1日現在の当構想区域の許可病床の総数は、1065床（一般及び療養病床）。
うち50床が休棟中。
- ・ 現状、1001床であり、令和7年も同数の見込み。
- ・ 令和4年7月1日現在の病床数から、88床減少した。

○R4年度報告以降の病床数の推移（単位：床）

	時点	合計	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	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	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7年（2025年）見込み	R7	1001	439	312	200	50

令和5年度病床機能報告の結果

(2) 西諸構想区域②

・本構想区域の人口10万対病床数は1593.7と県全体の1347.4を上回り、全構想区域の中で日南串間構想区域に次いで2番目に多い。

・また、そのうち小林市が1906.6と多く、特に旧野尻町を除く小林市では1938.9となる。えびの市及び高原町は、県全体よりも少ない。

構想区域	R5.7.1人口(人)	病床数(床)	人口10万対(床)	順位
延岡西臼杵	130993	1910	1458.1	3
日向入郷	82735	908	1097.5	7
宮崎東諸県	422128	5318	1259.8	6
西都児湯	92754	1172	1263.6	5
日南串間	63862	1066	1669.2	1
都城北諸県	183343	2610	1423.6	4
西諸	66824	1065	1593.7	2
県全体	1042639	14049	1347.4	

構想区域	市町村	R5.7.1人口(人)	病床数(床)	人口10万対(床)
西諸		66824	1065	1593.7
	小林市	43165	823	1906.6
	うち旧野尻町	6907	120	1737.4
	うち旧野尻町除く小林市	36258	703	1938.9
	えびの市	16524	179	1083.3
	高原町	8204	63	767.9
県全体		1042639	14049	1347.4

※小林市のみ住基人口を用いたため、合計が一致しない

医政発 0731 第 1 号
令和 6 年 7 月 31 日
一部改正 医政発 1010 第 2 号
令和 6 年 10 月 10 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について

地域医療構想については、「2025年に向けた地域医療構想の進め方について」(令和6年3月28日付け医政発0328第3号厚生労働省医政局長通知)(以下「令和6年通知」という。)において、2025年に向けた地域医療構想の取組を進める際に留意いただく事項として、国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進めること等をお示しするとともに、モデル推進区域及び推進区域の設定方法及び推進区域対応方針等の詳細については、追って通知することとしていたところである。

今般、その詳細について、下記のとおり整理したので、貴職におかれては、これらの整理について御了知いただいた上で、引き続き、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるとともに、本通知の趣旨を貴管内市区町村、関係団体、関係機関等に周知いただくようお願いする。

なお、本通知は、地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

1. 推進区域及びモデル推進区域について

(1) 基本的な考え方

地域医療構想については、構想区域単位で、医療提供体制上の課題を分析し、医療機関、関係団体、市町村等と連携して、地域医療構想調整会議において協議を行い、当該課題の解決に向けた取組を進めることが重要である中、これまでのPDCAサイクルを通じた取組等により、一定の進捗が認められるところである。

こうした中、医療提供体制上の課題の解決に向けて、地域の実情に応じた取組を更に推進するため、2024年度からの新たな取組として、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を推進区域及びモデル推進区域に設定した上で、区域対応方針の策定等を通じた取組の推進を図るとともに、厚生労働省において、モデル推進区域に対するアウトリーチの伴走支援を実施する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

(2) 推進区域の設定について

推進区域については、地域の実情に応じた地域医療構想の取組を更に推進する区域として、厚生労働省において、都道府県との調整を踏まえ、次の事項等を総合的に勘案し、別添1のとおり設定する。

- ① データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じていること
- ② データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じていること
- ③ 令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関があること
- ④ その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられること

(3) モデル推進区域の設定について

モデル推進区域については、厚生労働省において、都道府県との調整を踏まえ、(2)の推進区域のうち、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、別添1のとおり設定する。

2. 推進区域における取組について

都道府県においては、2024年度中に、推進区域の地域医療構想調整会議で協議を行い、当該区域における将来のあるべき医療提供体制、医療提供体制上の課題、当該課題の解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む区域対応方針を策定した上で、区域対応方針に基づく取組を推進する。区域対応方針の策定に当たっては、必要に応じて別添2の様式例を参考とされたい。なお、2つ以上の構想区域が推進区域として設定された都道府県であつて、複数の構想区域にまたがる課題の解決等に取り組む場合には、これらの推進区域の区域対応方針をまとめて作成することも差し支えない。ただし、この場合であっても、構想区域ごとに状況が異なるものと考えられるため、構想区域ごとの現状、課題、取組等が明らかとなるよう、記載を工夫されたい。

医療機関においては、都道府県が2024年度中に策定する区域対応方針に基づき、各医療機関の対応方針の検証を行い、必要に応じて見直しを行う。検証に当たっては、都道府県と医療機関が連携し、これまでに策定した医療機関の対応方針における病床機能の見直し等の内容と区域対応方針に定める取組等との整合性が確保されているかどうかの確認を行った上で、医療機関の対応方針の見直しの要否を含め、推進区域の地域医療構想調整会議で合意・確認すること。

また、厚生労働省においては、推進区域における区域対応方針の策定状況や区域対応方針に基づく取組の進捗状況について、随時、調査を実施した上で、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ等に報告することを予定している。

3. モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援について

厚生労働省において、モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援を行う。伴走支援の内容については、次の(1)及び(2)の支援を想定しているが、各推進区域における課題等は異なることから、実際の支援に当たっては、都道府県との調整を踏まえ、地域の実情に応じた必要な支援を行うこととする。

(1) 技術的支援

技術的支援として想定している支援の例は、次のとおり。

- ・ 都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置
- ・ 区域対応方針の作成支援
- ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析

- ・ 定量的基準の導入に関する支援
- ・ 構想区域内の課題の把握
- ・ 分析結果を踏まえた取組の検討に関する支援
- ・ 構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会などへの国職員の出席
- ・ 関係者の協議の場の設定
- ・ 地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定
- ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援 等

(2) 財政的支援

財政的支援については、重点支援区域への支援と同様、地域医療介護総合確保基金（医療分）による次の支援を行う。

- ・ 地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和6年度配分方針等について、地域医療構想の評価項目・方法[※]に「モデル推進区域が属する都道府県は配分額を加算」を追加する。

※ 「令和6年地域医療介護総合確保基金（医療分）の配分方針及び調査票等の作成について」（令和6年3月4日事務連絡）別添「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和6年度配分方針等について」2-2. 評価項目・評価方法

- ・ 個別医療機関の再編統合を実施する場合における統合支援給付金支給事業の上乗せを行う。

【担当者】

厚生労働省医政局地域医療計画課

医師確保等地域医療対策室 計画係

03-5253-1111（内線 2663）

E-mail iryo-keikaku@mhlw.go.jp

(別添1)

都道府県	推進区域、モデル推進区域	都道府県	推進区域、モデル推進区域
北海道	中空知 (●)	滋賀県	湖北 (●)
青森県	青森	京都府	丹後 (●)
岩手県	両磐	大阪府	南河内
宮城県	石巻・登米・気仙沼	兵庫県	調整中
秋田県	能代・山本 (●)、大館・鹿角 (●)	奈良県	中和
山形県	庄内 (●)	和歌山県	有田、新宮
福島県	会津・南会津	鳥取県	調整中
茨城県	土浦、鹿行、取手・竜ヶ崎	島根県	松江、雲南、出雲、大田、浜田、益田、隠岐
栃木県	宇都宮 (●)	岡山県	真庭
群馬県	伊勢崎 (●)、藤岡 (●)	広島県	呉
埼玉県	北部	山口県	宇部・小野田 (●)
千葉県	香取海匝	徳島県	東部
東京都	区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東北部、区東部、西多摩、南多摩、北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょ	香川県	東部
神奈川県	県西	愛媛県	松山
新潟県	中越	高知県	中央 (●)
富山県	新川	福岡県	京築
石川県	能登北部 (●)	佐賀県	中部、南部
福井県	嶺南	長崎県	長崎 (●)
山梨県	峡南 (●)	熊本県	熊本・上益城
長野県	上小	大分県	東部、北部
岐阜県	飛騨、東濃	宮崎県	西諸
静岡県	駿東田方	鹿児島県	姶良・伊佐
愛知県	東三河北部	沖縄県	中部、南部
三重県	松阪 (●)		

※ (●) は推進区域かつモデル推進区域

〇〇構想区域

推進区域対応方針

様式例

令和6年 〇月 策定

【1. 構想区域のグランドデザイン】

--

【2. 現状と課題】

① 構想区域の現状及び課題（課題が生じている背景等を記載）

--

② 構想区域の年度目標（令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

--

③ これまでの地域医療構想の取組について

--

④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法（地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等）

--

⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法（地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等）

--

⑥各時点の機能別病床数

	2015年 病床数	2023年度 病床機能報告 (A)	2025年の 予定病床数 (B)※	2025年 病床数の必要量 (C)	差し引き (C)－(A)	差し引き (C)－(B)
高度急性期						
急性期						
回復期						
慢性期						

※ 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計又は各医療機関における対応方針の予定病床数の合計

【3. 今後の対応方針】※2を踏まえた具体的な方針について記載

① 構想区域における対応方針

--

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

--

③ 必要量との乖離に対する取組

--

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

	2025年の 予定病床数 (時点)
高度急性期	
急性期	
回復期	
慢性期	

【4. 具体的な計画】 ※【3. 今後の対応方針】を踏まえた具体的な工程等について記載

	取組内容	到達目標
2024年度		
2025年度		

地域医療構想における 推進区域の設定について

令和6年11月6日
小林保健所

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、令和6年3月28日付で通知を发出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

※ その際、令和4年通知に記載のとおり、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月28日）

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域(仮称)を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域(仮称)のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域(仮称)を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

①地域別の病床機能等の見える化

- ・ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等が見える化
- ・ これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

②都道府県の取組の好事例の周知

- ・ 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- ・ 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

④基金等の支援策の周知

- ・ 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- ・ データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施

2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化（案）

	2023年度（令和5年度）	2024年度（令和6年度）	2025年度（令和7年度）
国	<ul style="list-style-type: none"> ● 2025年に向けた取組の通知発出 新 ・ 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化 ・ 地域別の病床機能等の見える化、好事例の周知等を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2024年度前半：都道府県あたり1～2か所の推進区域及びこのうち全国10～20か所程度のモデル推進区域を設定 新 ● モデル推進区域においてアウトリーチの伴走支援を実施 新 <p style="text-align: center;">↓ ↑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針の進捗状況の確認・公表 新 
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ● 調整会議で医療機関対応方針の協議 	<ul style="list-style-type: none"> ● 推進区域の調整会議で協議を行い、区域対応方針（医療提供体制上の課題、解決に向けた方向性及び取組内容等）を策定 新 ● 医療機関対応方針の進捗管理 <p style="text-align: center;">↓ ↑</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針の推進 新
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関対応方針の策定・検証・見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し 新 ● 医療機関対応方針の取組の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し 新 ● 医療機関対応方針の取組の実施

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について (令和6年7月31日付け医政発0731第1号厚生労働省医政局長通知) 【概要】

1 基本的な考え方

- ・ 医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を推進区域及びモデル推進区域に設定し、区域対応方針の策定等を通じた取組を推進
- ・ なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるもの

2 推進区域の設定について（別添1）

- ・ 厚生労働省において都道府県との調整を踏まえ、推進区域とモデル推進区域を設定

(1) 推進区域

- ・ 次の事項等を総合的に勘案し、設定

- ① データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じていること
- ② データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じていること
- ③ 令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関があること
- ④ その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられること

(2) モデル推進区域

- ・ 推進区域のうち、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、設定

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について (令和6年7月31日付け医政発0731第1号厚生労働省医政局長通知) 【概要】

3 本県における推進区域の設定

設定区域：西諸構想区域

設定理由：事項①に該当するとともに、当該地域の3公立病院を中心に持続可能な医療提供体制を確保するための協議や取組が進められている。

※ モデル推進区域は、設定しない（国から提示がなかったため）。

別添1

都道府県	推進区域、モデル推進区域	都道府県	推進区域、モデル推進区域
北海道	中空知(●)	滋賀県	湖北(●)
青森県	青森	京都府	丹後(●)
岩手県	両磐	大阪府	南河内
宮城県	石巻・登米・気仙沼	兵庫県	調整中
秋田県	能代・山本(●)、大館・鹿角(●)	奈良県	中和
山形県	庄内(●)	和歌山県	有田、新宮
福島県	会津・南会津	鳥取県	調整中
茨城県	土浦、鹿行、取手・竜ヶ崎	島根県	松江、雲南、出雲、大田、浜田、益田、隠岐
栃木県	宇都宮(●)	岡山県	真庭
群馬県	伊勢崎(●)、藤岡(●)	広島県	呉
埼玉県	北部	山口県	宇部・小野田(●)
千葉県	香取海匝	徳島県	東部
東京都	区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東北部、区東部、西多摩、南多摩、北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょ	香川県	東部
神奈川県	県西	愛媛県	松山
新潟県	中越	高知県	中央(●)
富山県	新川	福岡県	京築
石川県	能登北部(●)	佐賀県	中部、南部
福井県	嶺南	長崎県	長崎(●)
山梨県	峡南(●)	熊本県	熊本・上益城
長野県	上小	大分県	東部、北部
岐阜県	飛騨、東濃	宮崎県	西諸
静岡県	駿東田方	鹿児島県	始良・伊佐
愛知県	東三河北部	沖縄県	中部、南部
三重県	松阪(●)		

※ (●) は推進区域かつモデル推進区域

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について (令和6年7月31日付け医政発0731第1号厚生労働省医政局長通知) 【概要】

4 推進区域における取組

(1) 都道府県

- 令和6年度中に、推進区域の地域医療構想調整会議で協議を行い、区域対応方針を策定する。

<区域対応方針の内容>

- ・ 当該区域における将来のあるべき医療提供体制
- ・ 医療提供体制上の課題
- ・ 当該課題の解決に向けた方向性及び具体的な取組内容

※ 区域対応方針の策定に当たっては、必要に応じて様式例を参考（別添2）

- 区域対応方針に基づく取組を推進する。

(2) 医療機関

- 都道府県が令和6年度中に策定する区域対応方針に基づき、各医療機関の対応方針の検証を行い、必要に応じて見直しを行う。
- 検証に当たっては、都道府県と医療機関が連携し、これまでに策定した医療機関の対応方針における病床機能の見直し等の内容と区域対応方針に定める取組等との整合性が確保されているかどうかを確認する。
- 医療機関の対応方針の見直しの要否を含め、推進区域の地域医療構想調整会議で合意・確認する。

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について (令和6年7月31日付け医政発0731第1号厚生労働省医政局長通知) 【概要】

(3) 厚生労働省が示す区域対応方針の様式例

○○構想区域 区域対応方針

1. 構想区域のグランドデザイン

2. 現状と課題

① 構想区域の現状及び課題（課題が生じている背景等を記載）

② 構想区域の年度目標（※1）

③ これまでの地域医療構想の取組について

④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法

（地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等）

⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法

（地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等）

⑥ 各時点の機能別病床数

→平成27年病床数、令和5年病床機能報告及び令和7年の予定病床数・必要量

3. 今後の対応方針（2. を踏まえた具体的な方針について記載）

① 構想区域における対応方針

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

③ 必要量との乖離に対する取組

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される令和7年の予定病床数

4. 具体的な計画（3. 今後の対応方針を踏まえた具体的な工程等について記載）

→取組内容と到達目標（令和6年及び7年）

※1（医政地発0331第1号令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療構想の進め方について」）

西諸構想区域における区域対応方針の策定 今後の進め方（予定）

西諸地域医療構想調整会議：西諸医師会、小林えびの西諸歯科医師会、にしもろ薬剤師会、宮崎県看護協会、県保険者協議会、小林市・小林市立病院、えびの市及び高原町

同医療機関部会：西諸地域の一般病床、療養病床を有する病院、診療所の代表者等

西諸地域医療構想調整会議

11月6日 第1回協議

西諸地域医療構想調整会議医療機関部会

11月上旬 文書送付（調整会議結果報告）

説明・共有

- 調整会議及び医療機関部会に区域対応方針（素案中間案）提示
- 今後の進め方等を説明

11月

11月中旬 医療機関部会（照会文書送付－回答は電子又は紙）

意見照会

- 医療機関部会に対し、区域対応方針（素案中間案）への意見照会
- 医療機関の対応方針の検証依頼

令和7年1月

2月上旬 第2回協議

1月中旬 医療機関部会協議

協議

- 意見照会結果を参考に区域対応方針（素案）協議

～3月

策定・公表

- 協議結果を受けた最終案により策定
- 県庁ウェブサイトでの公開

策定後すみやかに

対応方針に基づく取組

令和7年度

新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出

令和8年度

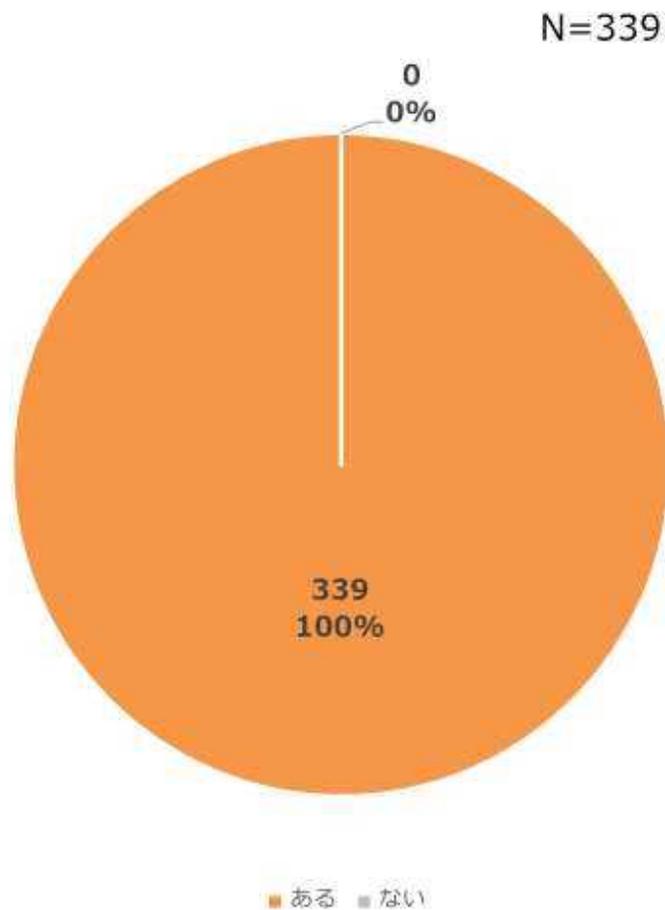
新たな地域医療構想の検討・策定

	R6.11月	12月	R7.1月	2月	3月	4月	5月
西諸地域医療構想調整会議	第1回協議			第2回協議			
同医療機関部会	調整会議結果報告 意見照会		第1回協議・修正				
					策定		
						対応方針に基づく取組	

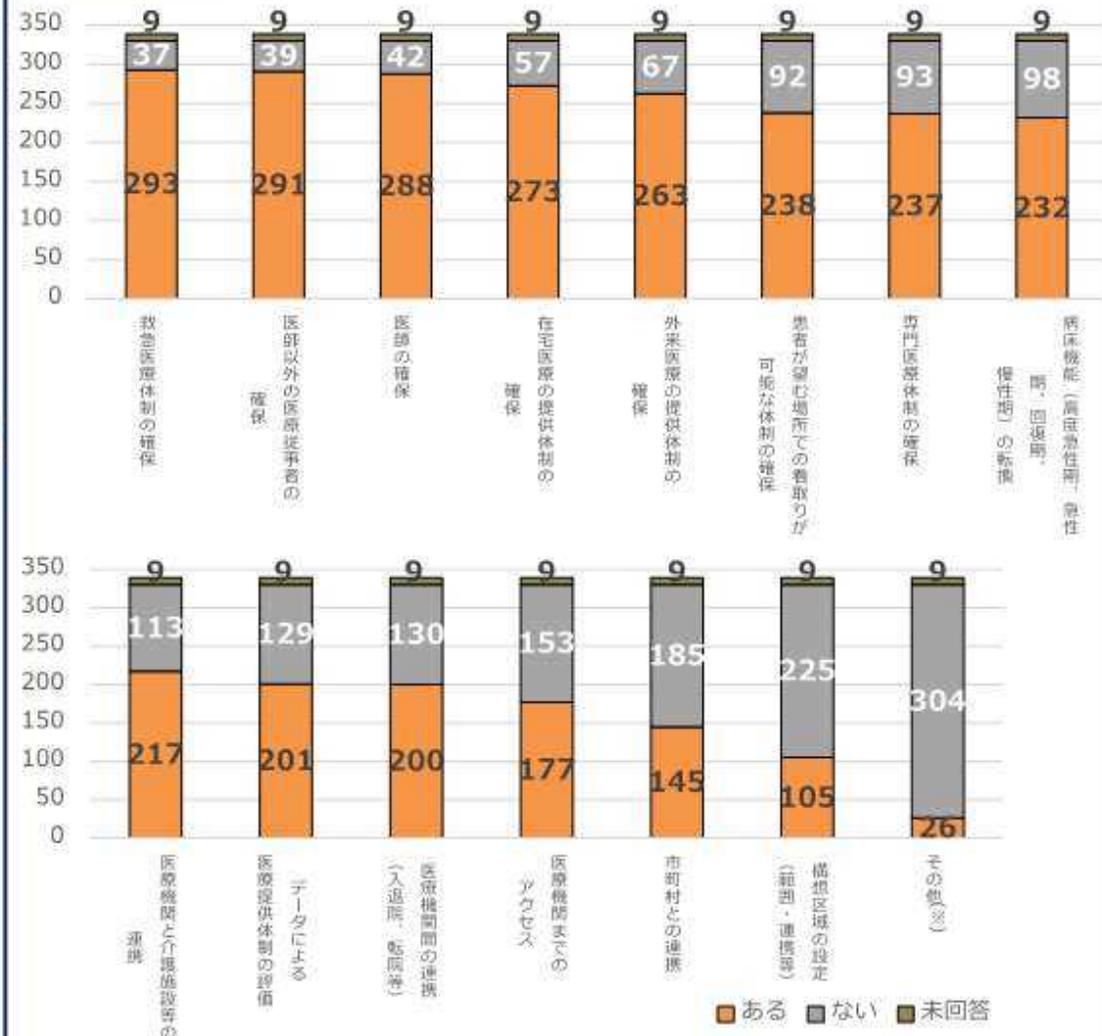
構想区域の医療提供体制上の課題①

○ 「医療提供体制上の課題がある区域」は339区域あり、このうち、「課題あり」と回答した構想区域が多い順に、個別の課題をみると、「救急医療体制の確保」が293区域、「医師以外の医療従事者の確保」が291区域、「医師の確保」が288区域となっている。

課題の有無の状況



個別の課題

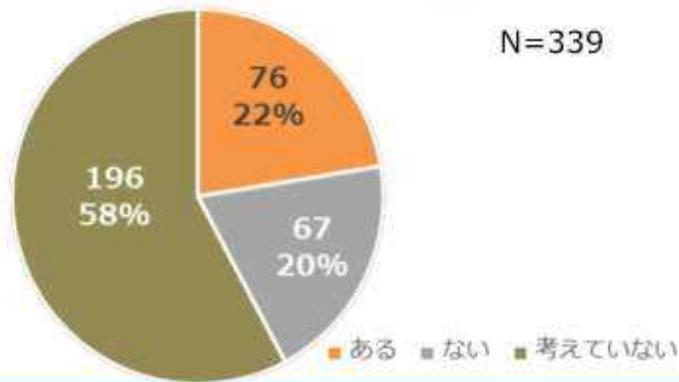


※ 医療機関における介護従事者の不足、無薬局地区等における医薬品の供給手段の確保 等

構想区域の医療提供体制上の課題②

- 「課題」と「生じている差異」との関連があると回答した区域は76区域あり、関連の主な具体的な内容としては、「回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している」、「慢性期の病床数が過剰となり、課題として、受け皿となる在宅医療や介護系施設の提供体制が不足している」であった。
- 一方、「課題と生じている差異との関連がない」と回答した構想区域は67区域、「関連について考えていない」と回答した構想区域は196区域あった。
- 課題解決のための取組予定としては、多い順に「地域医療構想調整会議における協議」が289区域、「データ分析」が281区域、「構想区域の関係者の勉強会等」が141区域となっている。

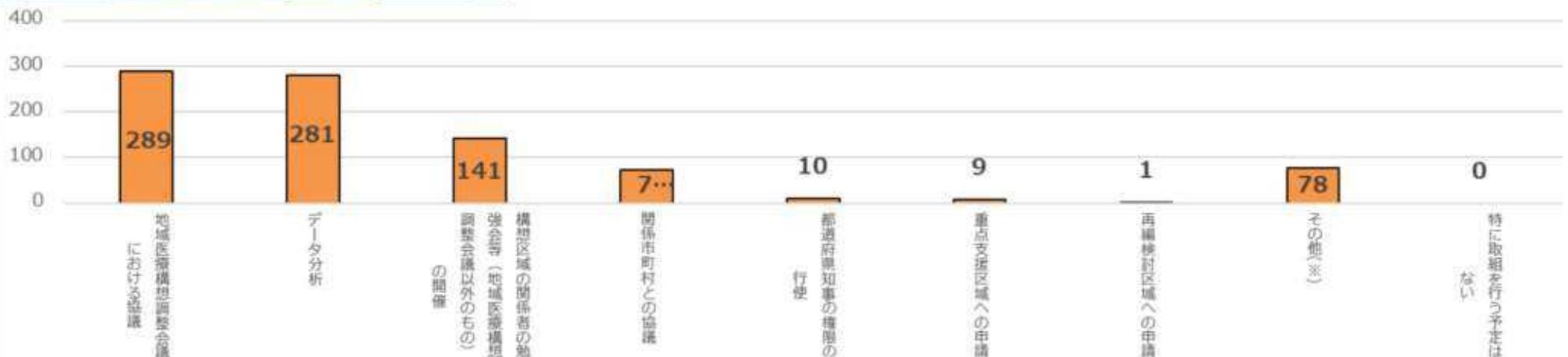
「課題」と「生じている差異」との関連の有無



関連の主な具体的な内容

- 回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している。
- 慢性期の病床数が過剰となり、課題として、受け皿となる在宅医療や介護系施設の提供体制が不足している。
- 病床機能の転換を進めるための医師の確保が困難。

課題解決のための取組予定（複数回答可）



※ 医療計画に基づく取組、地域医療構想調整会議以外の協議の場合における関係機関との協議等

【1. 構想区域のグランドデザイン】

- 西諸構想区域において、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし、健康で豊かな生活を送るためには、安全で質の高い医療を切れ目なく、効率的に提供する体制の構築を図る必要がある。また、急速に人口減少や高齢化が進む中、医療や介護を必要とする住民が増加し、将来の人口構造に対応した体制とする必要がある。
- 一方、本構想区域の医療資源は十分とはいえず、医師や薬剤師をはじめとして医療従事者が不足するとともに、5疾病・6事業のうち、がん、精神疾患、救急医療、小児医療、周産期医療等の地域完結率が低い状況にあり、構想区域内での完結を目指しつつ、隣接する他区域の医療機関とも連携を図りながら、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療に至るプロセスにおいて、将来に向けて地域にふさわしい、バランスのとれた持続可能な地域医療提供体制を確立する必要がある。
- そこで、本構想区域の将来人口の状況を踏まえながら、「第8次宮崎県医療計画」の「第5章 地域医療構想」を補完するものとして、この区域方針を定め、併せて、小林市立病院、えびの市立病院及び国民健康保険高原病院の各「経営強化プラン」及びその他市町の取組みとの整合性を図ることとする。

【2. 現状と課題】

① 構想区域の現状及び課題（課題が生じている背景等を記載）

課題① 医療従事者の不足

(内容調整中)

課題② 病床の必要量との差異

(内容調整中)

② 構想区域の年度目標（令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

- 各医療機関においては、病床機能報告を通じて令和7年の予定病床数の見直しが順次なされているが、地域医療構想会議においては、平成30年度に病院について、令和5年に有床診療所について合意がなされ、対応方針の策定率が100%となったところである。
- 本構想区域において、国が示す方法により県が推計した将来の病床の必要量と対応方針の病床数との差異は205床で徐々に縮まりつつあるものの、地域医療構想調整会議での協議を通じて、不足する病床機能への転換や余剰病床の削減に引き続き取り組んでいく必要がある。

③ これまでの地域医療構想の取組について

- 平成28年10月の県地域医療構想の策定以降、西諸地域医療構想調整会議を設置し、具体的対応方針についての議論や地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携推進等を図る医療機関への支援について議論を行ってきた。
- 下部会議体として公立病院部会、公立病院部会ワーキンググループ及び医療機関部会を設置し、再検証対象医療機関や公立病院経営強化プラン等について、議論を重ねてきた。

④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法（地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等）

- 各医療機関においては、令和7年の予定病床数の見直しが順次なされているが、地域医療構想会議においては、平成30年度に病院について、令和5年度に有床診療所について合意がなされたところである。
- 病床機能報告の病床数と将来の病床数の必要量との差異について、要因の分析及び評価を行い、非稼働病床等への対応も含めて、不足する病床機能への転換や余剰病床の削減について協議し、構想区域全体の2025年の医療提供体制について引き続き検討していく必要がある。

⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法（地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等）

- 西諸地域医療構成調整会議の会議については、事前に記者発表を行い、原則として公開で行ってきたが、協議の内容・結果について、県ホームページにおける公開は行っていないため、今後は個別の医療機関の経営に関する事項等を除き、公開する必要がある。

⑥ 各時点の機能別病床数

	2015年 病床数	2023年度 病床機能報告 (A)	2025年の 予定病床数 (B) ※	2025年 病床数の必 要量 (C)	差し引き (C) - (A)	差し引き (C) - (B)
高度急性期	0	0	0	27	27	27
急性期	583	439	439	164	△275	△275
回復期	171	275	312	399	124	87
慢性期	428	301	200	206	△95	6
休棟等	18	50	50	—	△50	△50

※ 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計又は各医療機関における対応方針の予定病床数の合計

【3. 今後の対応方針】 ※2を踏まえた具体的な方針について記載

① 構想区域における対応方針

対応方針① 医療従事者の確保・養成

第8次宮崎県医療計画に定めるところにより、医療従事者の不足の解消を図るため、住民が安心して必要な医療を受けられるよう、質の高い医療従事者の確保・養成を図る。

対応方針② 病床の機能分化・連携の推進

第8次宮崎県医療計画及び国の通知等に定めるところにより、5疾病・6事業のうち地域完結率が低いものについては構想区域内での地域完結率向上を目指しつつ、隣接する他地域の医療機関とも連携を図りながら、病床を見える化するとともに、病床の将来目指すべき姿を検討し、情報と認識の共有を通じ、病床の必要量との差異の解消に努め、病床の機能分化・連携を推進する。

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組
(内容調整中)

③ 必要量との乖離に対する取組
(内容調整中)

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

	令和7年 (2025年)の 予定病床数 (時点)
高度急性期	(内容調整中)
急性期	(内容調整中)
回復期	(内容調整中)
慢性期	(内容調整中)

【4. 具体的な計画】 ※【3. 今後の対応方針】を踏まえた具体的な工程等について記載

	取組内容	到達目標
令和6年度 (2024年度)	(内容調整中)	(内容調整中)
令和7年度 (2025年度)	(内容調整中)	(内容調整中)

西諸構想区域 推進区域対応方針 (素案中間案)

令和6年11月6日
小林保健所

1. 構想区域のグランドデザイン

2. 現状と課題

- (1) 構想区域の現状及び課題
- (2) 構想区域の年度目標
- (3) これまでの地域医療構想の取組について
- (4) 地域医療構想の進捗状況の検証方法
- (5) 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法
- (6) 各時点の機能別病床数

3. 今後の対応方針

- (1) 構想区域における対応方針
- (2) 「(1)構想区域における対応方針」を達成するための取組
- (3) 必要量との乖離に対する取組
- (4) 令和7年の予定病床数

4. 具体的な計画

- (1) 取組内容と到達目標（令和6年及び7年）

1. 構想区域のグランドデザイン

- 推進区域対応方針を県地域医療構想を補完するものと位置づけ、県及び市町の取組等と整合させながら、以下のとおりとしてはどうか。
 - 西諸構想区域において、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし、健康で豊かな生活を送るためには、安全で質の高い医療を切れ目なく、効率的に提供する体制の構築を図る必要がある。
また、急速に人口減少や高齢化が進む中、医療や介護を必要とする住民が増加し、将来の人口構造に対応した体制とする必要がある。
 - 一方、本構想区域の医療資源は十分とはいえず、医師や薬剤師をはじめとして医療従事者が不足するとともに、5疾病・6事業のうち、がん、精神疾患、救急医療、小児医療、周産期医療等の地域完結率が低い状況にあり、構想区域内での完結を目指しつつ、隣接する他区域の医療機関とも連携を図りながら、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療に至るプロセスにおいて、将来に向けて地域にふさわしい、バランスのとれた持続可能な地域医療提供体制を確立する必要がある。
 - そこで、本構想区域の将来人口の状況を踏まえながら、「第8次宮崎県医療計画」の「第5章地域医療構想」を補完するものとして、この区域方針を定め、併せて、小林市立病院、えびの市立病院及び国民健康保険高原病院の各「経営強化プラン」及びその他市町の取組みとの整合性を図ることとする。

1. 構想区域のグランドデザイン

<参考>

1 県の取組

(1) 県第8次医療計画（令和6年3月）

<第5章地域医療構想 第1節総論 1 策定の背景（抄）>

- ・ 急速に人口減少や高齢化が進む中、令和7年(2025年)には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となるため、今後、医療や介護を必要とする方が増加し、疾病構造にも変化が生じることから、将来の人口構造に対応した医療提供体制の構築が必要
- ・ 少子化の影響により、15～64歳の生産年齢人口の更なる減少が見込まれる中、医療や介護を支える人材を確保・育成していくことも重要

(2) 宮崎県の地域医療を守り育てる条例（平成25年3月28日条例第18号）

<前文（抄）>

- ・ 県民一人ひとりが生涯にわたり、住み慣れた地域で安心して暮らし、健康で豊かな生活を送るためには、必要に応じ適切な医療サービスが提供される必要
- ・ 社会全体で、地域医療を守り育てるためには、県、市町村、医療機関、県民等が相互に連携し、それぞれの役割を積極的に果たしていくことが必要

2 市町の取組

(1) 小林市立病院、えびの市立病院及び国民健康保険高原病院の各経営強化プラン（令和6年3月）

<策定趣旨>

- ・ 持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、医療確保等を進めつつ、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要

1. 構想区域のグランドデザイン

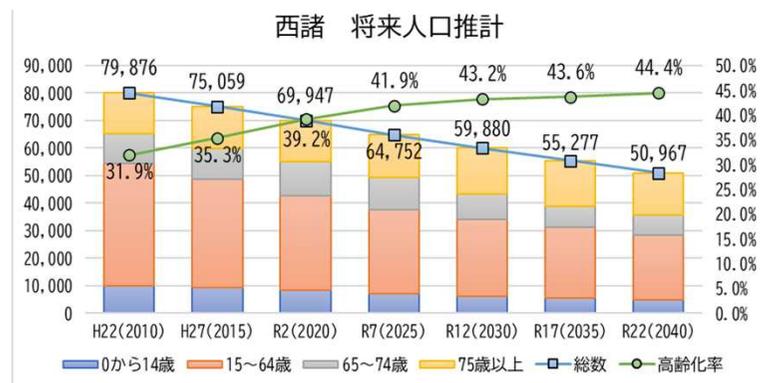
3 将来人口推計

(1) 西諸構想区域の将来人口

- ・ 総人口 69,947人(2020年)→50,967人(2040年推計)
- ・ 高齢化率 39.2%(\square)→44.4%(\circ)
- ⇒ 2020年比：27.1%減(約19,000人減)
- ⇒ 生産年齢人口 31.6%減 老年人口 17.4%減 ※2020年比

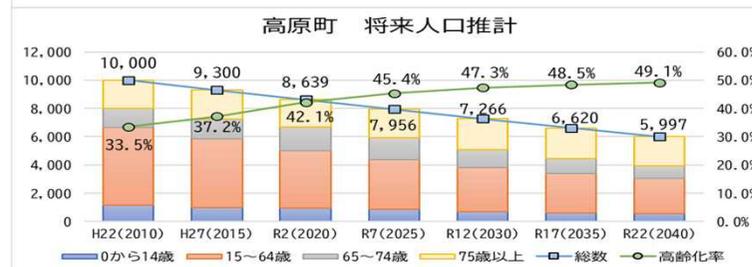
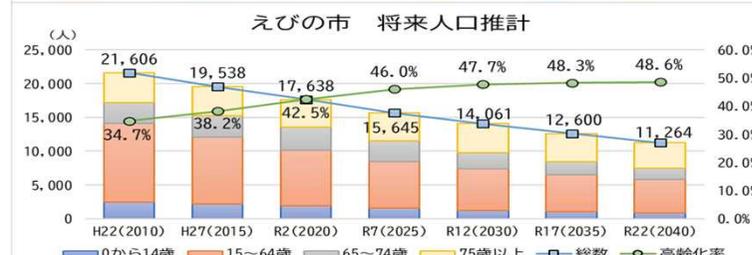
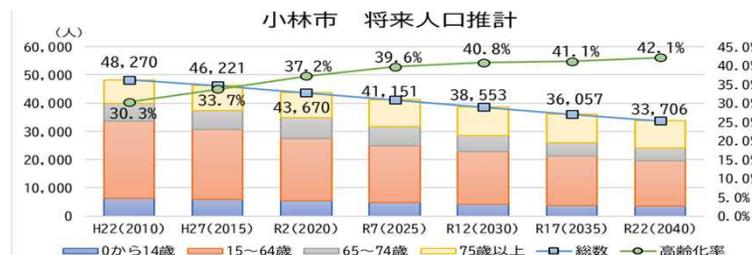
(2) 市町別の将来人口

小林市 43,670人⇒33,706人 (22.8%減) えびの市 17,638人⇒11,264人 (36.1%減)
 高原町 8,639人⇒5,997人 (30.6%減)



西諸	H22(2010)	H27(2015)	R2(2020)	R7(2025)	R12(2030)	R17(2035)	R22(2040)
0から14歳	9,930	9,112	8,276	7,163	6,046	5,327	4,909
15～64歳	44,497	39,447	34,284	30,466	27,966	25,838	23,436
65～74歳	10,692	11,275	12,544	11,496	9,348	7,657	7,159
75歳以上	14,756	15,225	14,843	15,627	16,520	16,455	15,463
総数	79,876	75,059	69,947	64,752	59,880	55,277	50,967
高齢化率	31.9%	35.3%	39.2%	41.9%	43.2%	43.6%	44.4%

(出典：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)」)



2. 現状と課題

(1) 構想区域の現状及び課題

➤ 西諸構想区域の現状及び課題について、以下のとおりとしてはどうか。

課題① 医療従事者の不足

課題② 病床の必要量との差異

<参考>

1 医療従事者の不足（令和4年12月末・平成24年比）

- ・ 医師数は129人で、増減はないものの医師少数区域に該当。産科及び小児科においても医師少数区域（県西周産期医療圏・県西こども医療圏）
- ・ 薬剤師数は132人で、12人増（約11%増）であるものの、病院が薬剤師少数区域に該当し、薬局は薬剤師少数でも多数でもない区域に該当。
- ・ 保健師数は53人で、9人増（約20%増）、助産師数は2人で、9人減（約80%減）
- ・ 看護師数は976人で、269人増（約38%増）、准看護師数は480人で、223人減（約32%減）

2 病床の必要量との差異

- ・ 病床機能報告対象医療機関は計23機関（12病院及び11有床診療所）
- ・ 病床機能報告（R5）と将来の病床の必要量（R7※）との差異（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	計
R5報告	0	439	275	301	50	1065
R7必要量	27	164	399	206	-	

- ・ 入院医療における地域完結率 78.7%（主に宮崎東諸県や都城北諸県、県外へ流出）
小児医療や周産期医療の地域完結率が0.0%となっており、隣接する医療圏との連携が重要。

※ 将来の病床数の必要量（必要量）：医療法第30条の4第2項第7号イに規定する将来の病床数の必要量
国が示す方法により、県が推計したものの。

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

ア 医療従事者の不足①

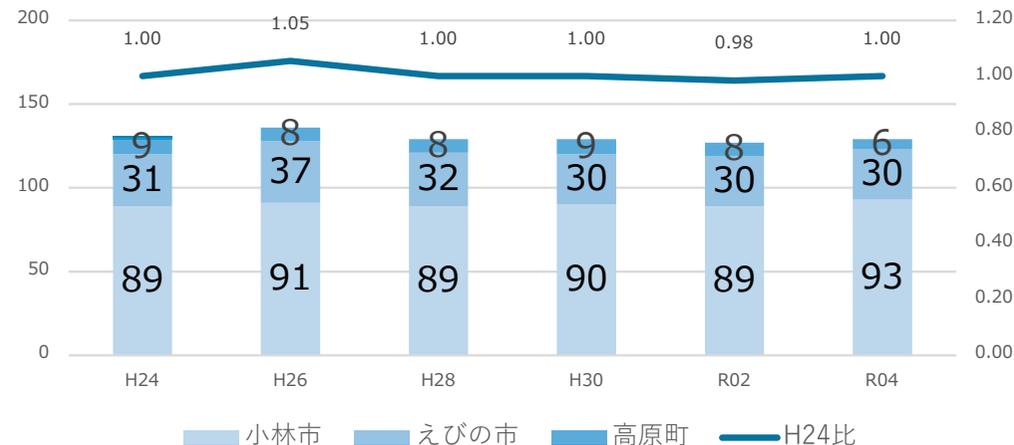
➤ 医師数は129人（令和4年12月末）で、増減はない（平成24年比）ものの医師少数区域に該当。

<参考>

1 医師数

各年12月末・厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

医師	H24	H26	H28	H30	R02	R04
小林市	89	91	89	90	89	93
えびの市	31	37	32	30	30	30
高原町	9	8	8	9	8	6
H24比	1.00	1.05	1.00	1.00	0.98	1.00
計	129	136	129	129	127	129



2 医師偏在指標

- 西諸構想区域の医師偏在指標
164.7（全国順位252/330）・医師少数区域（下位1/3）に該当（R5.4厚生労働省）
- 県全体
227.0（全国順位33/47）・医師少数県（〃）に該当（〃）

※ 医師偏在指標

全国ベースで三次医療圏（都道府県）及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評する指標として、次の①から③の要素を考慮した医師偏在指標を算出し、下位33.3%（医師偏在指標179.3以下）に該当する二次医療圏を医師少数区域と設定

①医師の性別・年齢分布 ②医療ニーズ及び人口・人口構成とそその変化 ③患者の流出

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

ア 医療従事者の不足②

3 産科における医師数及び医師偏在指標

- ・ 医師数 小林市0人 えびの市2人 高原町0人（令和4年12月末）
- ・ 県西周産期医療圏の医師偏在指標
6.6（全国順位218/258）・相対的医師少数区域（下位1/3）に該当（R5）
- ・ 県全体
9.0（全国順位38/47）・相対的医師少数県（〃）に該当（〃）

※ 産科における医師偏在指標

標準化分娩取扱医師数（分娩を取り扱っており、かつ主たる診療科の「産婦人科」、「産科」、「婦人科」のいずれかに従事している医師数について、年齢・性別の平均労働時間を調整）を分娩件数で除し、1000倍した数値。下位33.3%（分娩取扱医師偏在指標7.6以下）に該当する周産期医療圏を相対的医師少数区域と設定

4 小児科における医師数及び医師偏在指標

- ・ 医師数 小林市2人 えびの市1人 高原町1人（令和4年12月末）
- ・ 県西こども医療圏の医師偏在指標
73.6（全国順位270/303）・相対的医師少数区域（下位1/3）に該当（R5）
- ・ 県全体
96.9（全国順位41/47）・相対的医師少数県（〃）に該当（〃）

※ 小児科における医師偏在指標

標準化小児科医師数（主たる診療科の「小児科」に従事している医師数について、年齢・性別の平均労働時間を調整）を10万人当たりの地域の年少人口に地域の標準化受療率比を乗じた数値で除した数値。下位33.3%（小児科医師偏在指標92.2以下）に該当するこども医療圏を相対的医師少数区域と設定

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

ア 医療従事者の不足③

- 薬剤師数は132人（令和4年12月末）で、12人増（平成24年比約11%増）であるものの、病院が薬剤師少数区域に該当し、薬局は薬剤師少数でも多数でもない区域に該当。

<参考>

1 薬剤師数

各年12月末・厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

	H24	H26	H28	H30	R02	R04
小林市	83	88	88	89	92	95
えびの市	26	26	28	26	26	27
高原町	10	9	9	9	12	10
H24比	1.00	1.03	1.05	1.04	1.09	1.11
計	119	123	125	124	130	132



2 薬剤師偏在指標

- 薬剤師数のうち、医療施設 28人 小林市24人 えびの市4人 高原町0人
 - 薬局 89人 小林市58人 えびの市22人 高原町9人
- 西諸構想区域の薬剤師偏在指標
 - 病院 0.40・薬剤師少数区域に該当（全国順位328/335 ※小林保健所調）
 - 薬局 0.87・薬剤師少数でも多数でもない区域に該当（全国順位190/335 ※小林保健所調）
- 県全体
 - 病院 0.65・薬剤師少数都道府県に該当（全国順位42/47）
 - 薬局 0.91・薬剤師少数でも多数でもない都道府県に該当（全国順位39/47）

※ 薬剤師偏在指標

全国的に統一的な尺度を用いて各地域の薬剤師の偏在状況を相対的に示すもの。現在・将来人口を踏まえた医療ニーズ等に基づき、目標偏在指標は1.0とする。薬剤師偏在指標 = (調整薬剤師労働時間) / (薬剤師の推計業務量)

目標偏在指標(1.0)より低い都道府県・二次医療圏のうち、下位2分の1の都道府県・二次医療圏を薬剤師少数区域と設定

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

ア 医療従事者の不足④

- 保健師数は53人（令和4年12月末）で、9人増（平成24年比約20%増）
- 助産師数は2人（"）で、9人減（"約80%減）

<参考>

1 保健師数

各年12月末・厚生労働省「衛生行政報告例」

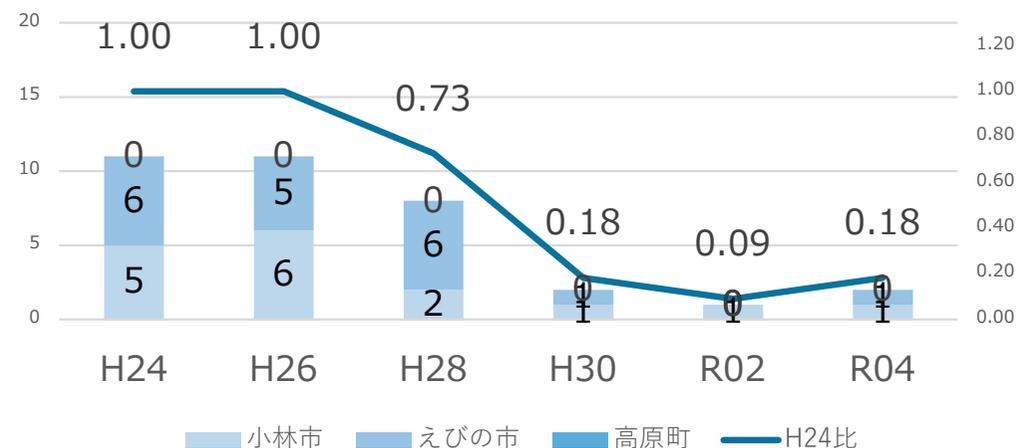
	H24	H26	H28	H30	R02	R04
小林市	29	29	29	28	22	33
えびの市	10	9	8	8	8	11
高原町	5	4	5	6	8	9
計	44	42	42	42	38	53
H24比	1.00	0.95	0.95	0.95	0.86	1.20



2 助産師数

各年12月末・厚生労働省「衛生行政報告例」

	H24	H26	H28	H30	R02	R04
小林市	5	6	2	1	1	1
えびの市	6	5	6	1	-	1
高原町	-	-	-	-	-	-
計	11	11	8	2	1	2
H24比	1.00	1.00	0.73	0.18	0.09	0.18



2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

ア 医療従事者の不足⑤

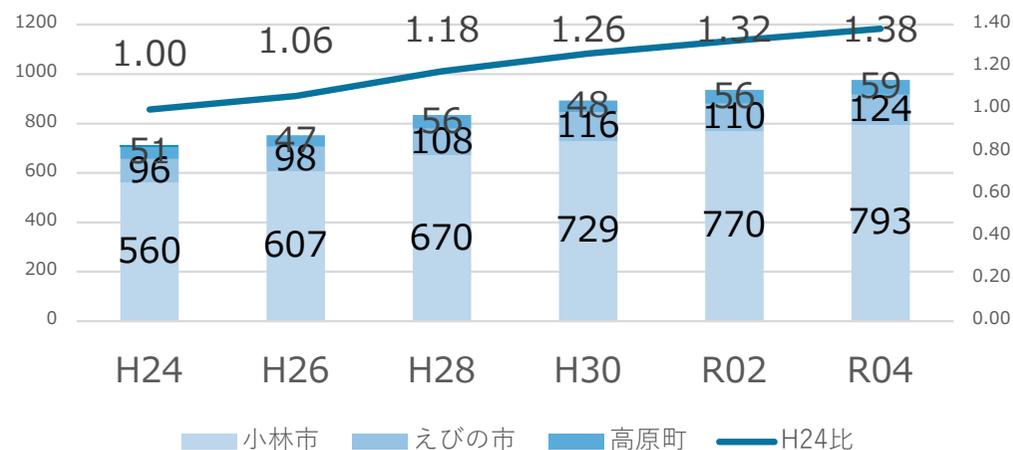
- 看護師数は976人（令和4年12月末）で、269人増（平成24年比約38%増）
- 准看護師数は480人（〃）で、223人減（〃約32%減）

<参考>

1 看護師数

各年12月末・厚生労働省「衛生行政報告例」

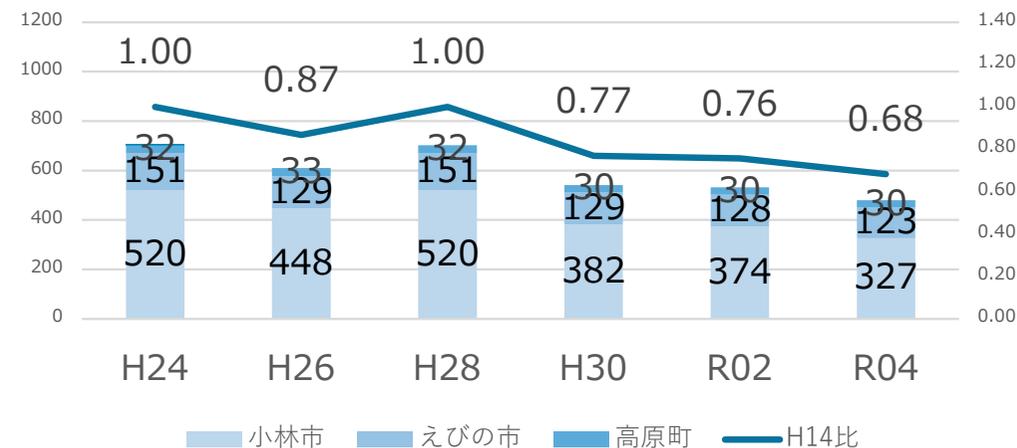
	H24	H26	H28	H30	R02	R04
小林市	560	607	670	729	770	793
えびの市	96	98	108	116	110	124
高原町	51	47	56	48	56	59
計	707	752	834	893	936	976
H24比	1.00	1.06	1.18	1.26	1.32	1.38



2 准看護師数

各年12月末・厚生労働省「衛生行政報告例」

	H24	H26	H28	H30	R02	R04
小林市	520	448	520	382	374	327
えびの市	151	129	151	129	128	123
高原町	32	33	32	30	30	30
計	703	610	703	541	532	480
H24比	1.00	0.87	1.00	0.77	0.76	0.68



2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

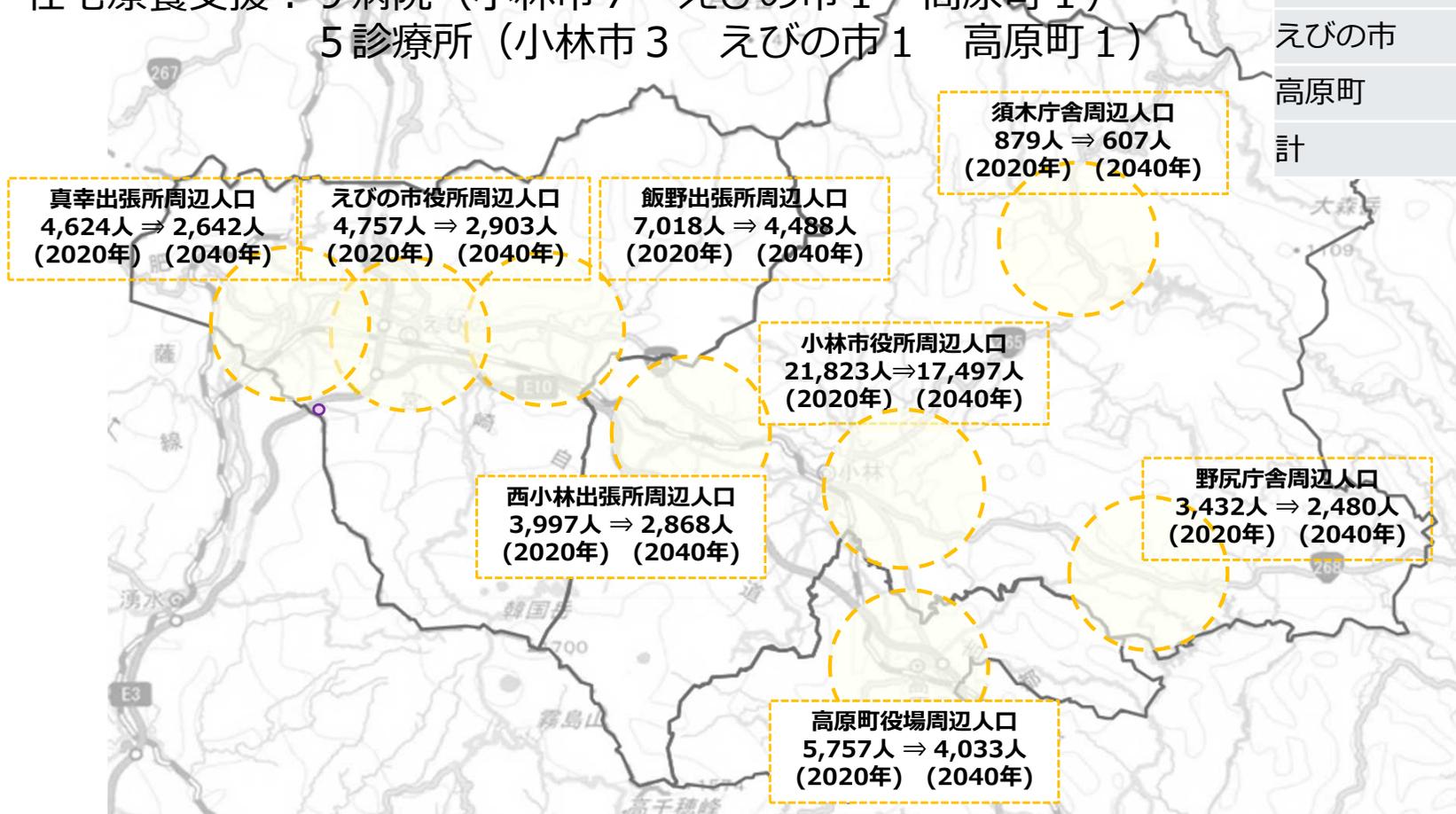
イ 病床の必要量との差異①

➤ 病床機能報告対象医療機関は、計23機関（12病院及び11有床診療所）

<参考>

- 1 立地：人口が多い小林市役所周辺に集中
- 2 地域医療支援病院：1病院（小林市）
- 3 第2次救急医療施設：8病院（小林市6 えびの市1 高原町1）
- 4 在宅療養支援：9病院（小林市7 えびの市1 高原町1）
5診療所（小林市3 えびの市1 高原町1）

	病院	有床診療所	計
小林市	9	5	14
（うち旧野尻町）	(2)	(0)	(2)
えびの市	2	5	7
高原町	1	1	2
計	12	11	23



2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

イ 病床の必要量との差異②

- 病床の必要量（R07）と比較し、R05病床機能報告では、急性期が275床、慢性期が95床過剰である一方、高度急性期が27床、回復期が124床不足し、計270床が過剰。
- R5までに計135床を削減し、病床の必要量とR05病床機能報告との差異は270床で徐々に縮まりつつあるものの、不足する病床機能への転換や余剰病床の削減に引き続き取り組んでいく必要。

<参考>

1 病床機能報告と将来の病床の必要量との差異

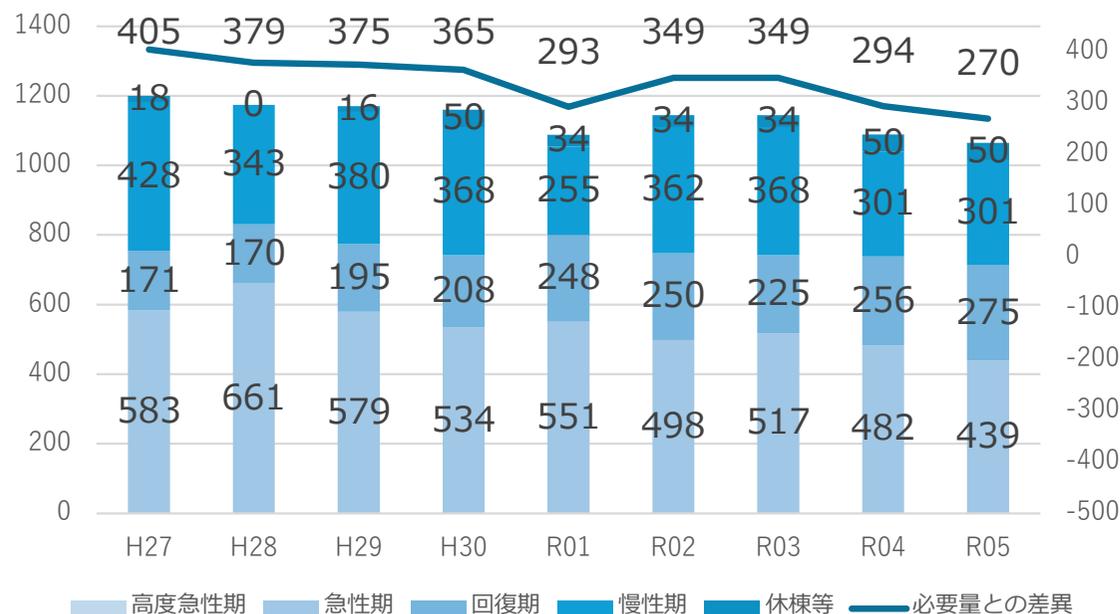
構想区域	病床機能	病床機能報告値									病床の必要量	必要量との差異 ②－③
		H27 (①)	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R05 (②)		
西諸	高度急性期	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	-27
	急性期	583	661	579	534	551	498	517	482	439	164	275
	回復期	171	170	195	208	248	250	225	256	275	399	-124
	慢性期	428	343	380	368	255	362	368	301	301	206	95
	休棟等	18	0	16	50	34	34	34	50	50	—	
	計	1,200	1,174	1,170	1,160	1,088	1,144	1,144	1,089	1,065	795	270
	必要量との差異	405	379	375	365	293	349	349	294	270		

※ 必要量は、算定により生じる単位未満の端数処理のため、内訳の小計が一致しない場合がある。

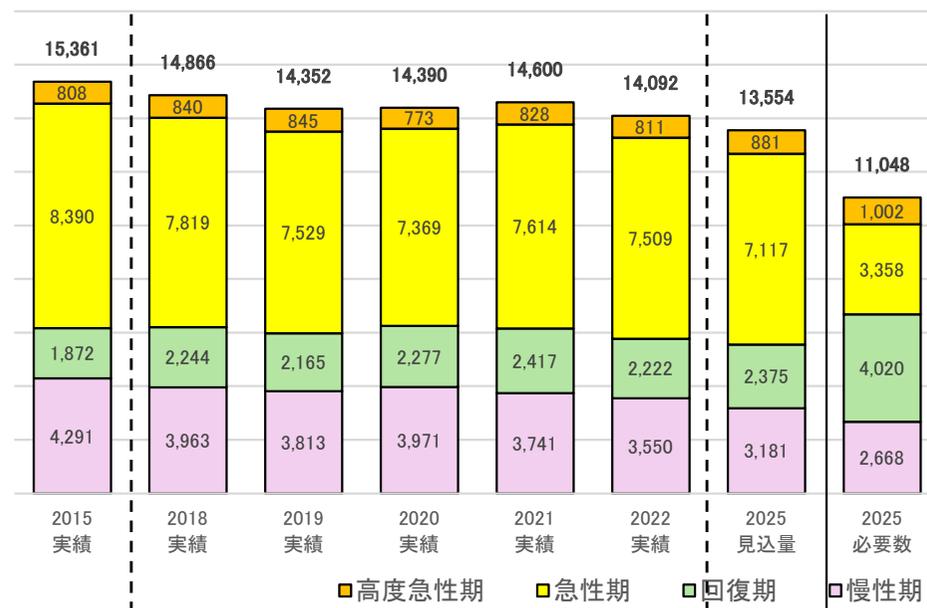
2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

イ 病床の必要量との差異③

2 病床機能別病床数の推移 (西諸)



3 病床機能別病床数の推移 (県全体)



2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

イ 病床の必要量との差異④

➤ 1日当たり入院患者数は813人、入院医療における地域完結率は78.7%で、主に宮崎東諸県、都城北諸県、県外への流出が見られる。

<参考>

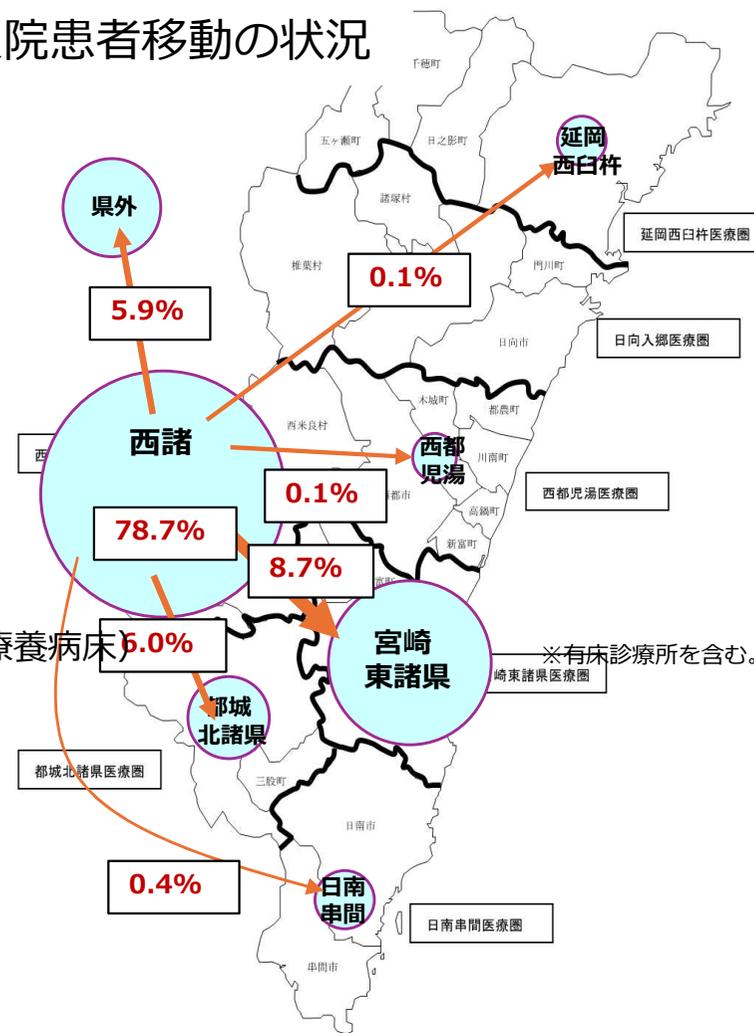
1 二次医療圏別の入院患者数（一般病床及び療養病床）

	医療機関所在地								総計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県外	
延岡西臼杵	1,056	25	69	27	1			91	1,269
日向入郷	116	522	79	32	2	1		9	761
宮崎東諸県	1		2,902	45	9	13	34	37	3,041
西都児湯	6	17	336	639	3	4	3	14	1,022
日南串間			75	1	829	14	3	37	959
都城北諸県			128	12	9	1,383	31	105	1,668
西諸	1		71	1	3	49	640	48	813
県外		8	12	49	5	13	223	19	329
総計	1,188	576	3,709	762	869	1,687	730	341	9,862

2 二次医療圏別の入院医療における地域完結率（一般病床及び療養病床）

	医療機関所在地									流出率
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県外	総計	
延岡西臼杵	83.2%	2.0%	5.4%	2.1%	0.1%	0.0%	0.0%	7.2%	100%	17.5%
日向入郷	15.2%	68.6%	10.4%	4.2%	0.3%	0.1%	0.0%	1.2%	100%	32.4%
宮崎東諸県	0.0%	0.0%	95.4%	1.5%	0.3%	0.4%	1.1%	1.2%	100%	4.8%
西都児湯	0.6%	1.7%	32.9%	62.5%	0.3%	0.4%	0.3%	1.4%	100%	37.2%
日南串間	0.0%	0.0%	7.8%	0.1%	86.4%	1.5%	0.3%	3.9%	100%	13.8%
都城北諸県	0.0%	0.0%	7.7%	0.7%	0.5%	82.9%	1.9%	6.3%	100%	18.9%
西諸	0.1%	0.0%	8.7%	0.1%	0.4%	6.0%	78.7%	5.9%	100%	23.3%

3 入院患者移動の状況



(出典：県医療政策課「令和4年度宮崎県入院実態調査」)

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

イ 病床の必要量との差異⑤

4 疾病等の分類別に見た入院受療状況①

➤ **悪性新生物**の地域完結率は58.5%、宮崎東諸県へ27.7%、都城北諸県へ12.3%流出。

患者住所地	医療機関所在地							合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	
延岡西臼杵	84.2%	—	15.8%	—	—	—	—	100%
日向入郷	35.6%	43.7%	20.7%	—	—	—	—	100%
宮崎東諸県	—	—	99.4%	—	—	—	0.6%	100%
西都児湯	—	1.2%	72.1%	25.6%	—	1.2%	—	100%
日南串間	—	—	20.3%	—	75.0%	4.7%	—	100%
都城北諸県	—	—	22.1%	—	0.6%	74.7%	2.6%	100%
西諸	1.5%	—	27.7%	—	—	12.3%	58.5%	100%

➤ **心血管疾患**の地域完結率は93.0%と高く、宮崎東諸県へ7.0%流出。

患者住所地	医療機関所在地							合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	
延岡西臼杵	90.0%	1.4%	8.6%	—	—	—	—	100%
日向入郷	3.4%	79.3%	17.2%	—	—	—	—	100%
宮崎東諸県	—	—	100.0%	—	—	—	—	100%
西都児湯	—	—	34.7%	65.3%	—	—	—	100%
日南串間	—	—	11.4%	—	88.6%	—	—	100%
都城北諸県	—	—	15.6%	—	—	81.3%	3.1%	100%
西諸	—	—	7.0%	—	—	—	93.0%	100%

➤ **脳血管疾患**の地域完結率は95.1%と高く、宮崎東諸県へ4.9%流出。

患者住所地	医療機関所在地							合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	
延岡西臼杵	98.1%	1.3%	0.6%	—	—	—	—	100%
日向入郷	4.3%	94.6%	1.1%	—	—	—	—	100%
宮崎東諸県	0.2%	—	98.0%	1.0%	—	0.2%	0.5%	100%
西都児湯	0.7%	6.3%	36.4%	56.6%	—	—	—	100%
日南串間	—	—	5.1%	—	94.9%	—	—	100%
都城北諸県	—	—	2.6%	—	—	95.3%	2.1%	100%
西諸	—	—	4.9%	—	—	—	95.1%	100%

➤ **糖尿病**の地域完結率は100.0%であり、流出は見られない。

患者住所地	医療機関所在地							合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	
延岡西臼杵	100.0%	—	—	—	—	—	0.0%	100%
日向入郷	20.0%	60.0%	20.0%	—	—	—	0.0%	100%
宮崎東諸県	—	—	100.0%	—	—	—	0.0%	100%
西都児湯	5.3%	—	26.3%	68.4%	—	—	0.0%	100%
日南串間	—	—	5.3%	—	94.7%	—	0.0%	100%
都城北諸県	—	—	2.9%	—	—	97.1%	0.0%	100%
西諸	—	—	—	—	—	—	100.0%	100%

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

イ 病床の必要量との差異⑥

4 疾病等の分類別に見た入院受療状況②

➤ **精神疾患**の地域完結率は87.5%、都城北諸県へ8.7%、宮崎東諸県へ3.2%流出。

	医療機関所在地							合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	
患者 住所 地								
延岡西臼杵	87.4%	8.6%	1.2%	2.3%	0.1%	0.4%	-	100%
日向入郷	6.9%	89.6%	1.4%	2.1%	-	-	-	100%
宮崎東諸県	-	0.4%	94.7%	2.9%	0.2%	1.5%	0.2%	100%
西都児湯	1.0%	13.1%	32.3%	52.5%	0.7%	-	0.3%	100%
日南串間	-	-	4.1%	-	93.0%	2.7%	0.2%	100%
都城北諸県	-	-	2.3%	1.0%	-	94.8%	1.9%	100%
西諸	0.3%	-	3.2%	0.3%	-	8.7%	87.5%	100%

➤ **救急医療**の地域完結率は89.8%、都城北諸県へ4.5%、宮崎東諸県へ2.9%流出。

	医療機関所在地								合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県外	
患者 住所 地									
延岡西臼杵	98.8%	0.9%	0.1%	0.0%	-	-	-	0.2%	100%
日向入郷	15.8%	82.2%	1.9%	0.1%	-	-	-	-	100%
宮崎東諸県	-	0.0%	99.7%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	-	100%
西都児湯	0.3%	1.8%	36.8%	61.0%	-	-	0.0%	-	100%
日南串間	-	-	4.6%	-	93.6%	0.2%	0.0%	1.5%	100%
都城北諸県	-	-	0.9%	-	-	96.4%	1.2%	1.5%	100%
西諸	-	-	2.9%	-	-	4.5%	89.8%	2.8%	100%

➤ **小児医療**の地域完結率は0.0%と低く、宮崎東諸県へ77.8%、都城北諸県へ22.2%流出。

	医療機関所在地							合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	
患者 住所 地								
延岡西臼杵	53.8%	7.7%	38.5%	-	-	-	-	100%
日向入郷	31.3%	6.3%	43.8%	12.5%	6.3%	-	-	100%
宮崎東諸県	-	-	96.8%	-	3.2%	-	-	100%
西都児湯	7.1%	-	78.6%	7.1%	7.1%	-	-	100%
日南串間	-	-	33.3%	-	66.7%	-	-	100%
都城北諸県	-	-	26.3%	-	2.6%	71.1%	-	100%
西諸	-	-	77.8%	-	-	22.2%	0.0%	100%

➤ **周産期医療**の地域完結率は0.0%と低く、宮崎東諸県へ40.0%、都城北諸県へ60.0%流出。

	医療機関所在地							合計
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	
患者 住所 地								
延岡西臼杵	94.4%	-	5.6%	-	-	-	-	100%
日向入郷	81.3%	0.0%	12.5%	-	6.3%	-	-	100%
宮崎東諸県	-	-	96.0%	2.0%	-	2.0%	-	100%
西都児湯	22.2%	22.2%	33.3%	22.2%	-	-	-	100%
日南串間	-	-	11.1%	-	77.8%	11.1%	-	100%
都城北諸県	-	-	14.6%	-	2.1%	83.3%	-	100%
西諸	-	-	40.0%	-	-	60.0%	0.0%	100%

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

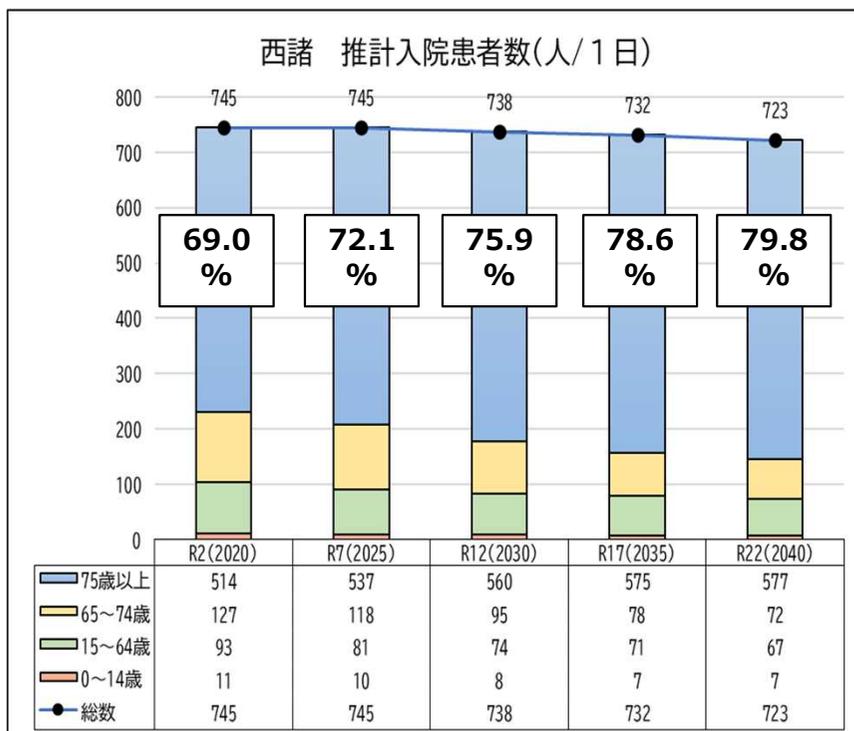
イ 病床の必要量との差異⑦

- 推計入院患者数※1は、2025年頃にピークに減少局面に転じるが、75歳以上の入院患者数は今後も増え続け、2040年には入院患者全体の約8割(2020年比：10.8%増)を占める見通し。
- 疾患別推計入院患者数※2は、入院患者のうち、脳血管疾患や神経系疾患の割合が高く、患者数自体は減少局面にあるものの当面は高止まりする見通し。今後、心血管疾患や骨折による入院患者の微増が見込まれる。一方、悪性新生物の入院患者は減少、
- する見通し。少子化の影響により周産期領域の医療需要は、今後ますます低くなると予想。

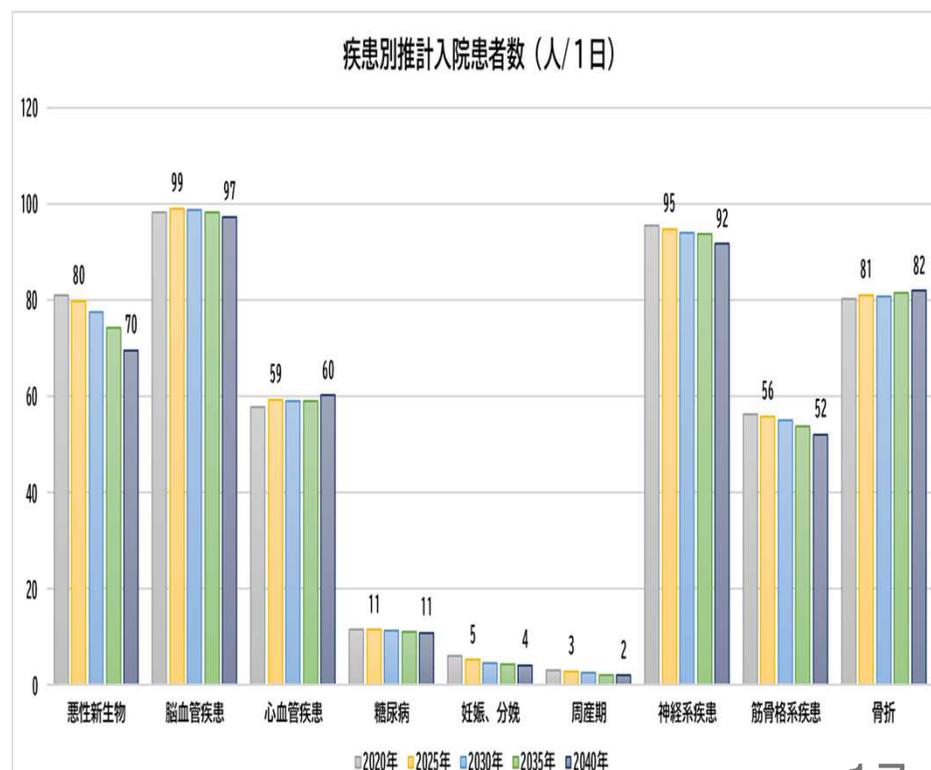
※1 将来人口推計×入院受療率(全国) ※2 将来人口推計×疾患別入院受療率(全国)

<参考>

1 推計入院患者数



2 疾患別推計入院患者数



(出典：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)」、厚生労働省「令和2年患者調査」をもとに推計) ※精神疾患を除く。

2. 現状と課題 (1)構想区域の現状及び課題

西諸構想区域の現状と課題まとめ

<課題① 医療従事者の不足>

- 医師数は129人（令和4年12月末）で、増減はない（平成24年比）ものの医師少数区域に該当。
- 薬剤師数は132人（令和4年12月末）で、12人増（平成24年比約11%増）であるものの、病院が薬剤師少数区域に該当し、薬局は薬剤師少数でも多数でもない区域に該当。
- 保健師数は53人（令和4年12月末）で9人増（平成24年比約20%増）
助産師数は2人（〃）で、9人減（〃約80%減）
看護師数は976人（令和4年12月末）で、269人増（平成24年比約38%増）
准看護師数は480人（〃）で、223人減（〃約32%減）

<課題② 病床の必要量との差異>

- 病床機能報告対象医療機関は、計23機関（12病院及び11有床診療所）
- 病床の必要量（R07）と比較し、R05病床機能報告では、急性期が275床、慢性期が95床過剰である一方、高度急性期が27床、回復期が124床不足し、計270床が過剰。
- R5までに計135床を削減し、病床の必要量とR05病床機能報告との差異は270床で徐々に縮まりつつあるものの、不足する病床機能への転換や余剰病床の削減に引き続き取り組んでいく必要。
- 入院医療における地域完結率は78.7%で、主に宮崎東諸県や都城北諸県、県外へ流出。
- 疾患別の地域完結率は、以下のとおり。
悪性新生物 58.5% 脳血管疾患 95.1% 心血管疾患 93.0% 糖尿病 100.0%、
精神疾患 87.5% 救急医療 89.8% 小児医療及び周産期医療 0.0%
- 推計入院患者数は、2025年頃にピークに減少局面に転じるが、75歳以上の入院患者数は今後も増え続け、2040年には入院患者全体の約8割(2020年比：10.8%増)を占める見通し。
- 疾患別推計入院患者数は、入院患者のうち、脳血管疾患や神経系疾患の割合が高く、患者数自体は減少局面にあるものの当面は高止まりする見通し。
今後、心血管疾患や骨折による入院患者の微増、悪性新生物の入院患者は減少、少子化の影響により周産期領域の医療需要は、今後ますます低くなると予想。

2. 現状と課題

(2) 構想区域の年度目標① (令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

- 年度目標については、以下のとおりとしてはどうか。
 - 各医療機関においては、病床機能報告を通じて令和7年の予定病床数の見直しが順次なされているが、地域医療構想会議においては、平成30年度に病院について、令和5年度に有床診療所について合意がなされ、対応方針の策定率が100%となったところである。
 - 本構想区域において、病床の必要量と各医療機関の予定病床数との差異は、205床で徐々に縮まりつつあるものの、地域医療構想調整会議での協議を通じて、不足する病床機能への転換や余剰病床の削減に引き続き取り組んでいく必要がある。

参考

1 「対応方針の病床数」と「病床の必要量」との差異

病床機能	病床機能報告値		削減量 ②-①	病床の必要量 ※1 R07(③)	差異1 ②-③	予定病床数 ※2 R07(④)	差異2 ③-④
	H27(①)	R05(②)					
高度急性期	0	0	0	27	△27	0	△27
急性期	583	439	△144	164	275	439	275
回復期	171	275	104	399	△124	312	△87
慢性期	428	301	△127	206	95	200	△6
休棟等	18	50	32			50	50
計	1,200	1,065	△135	795	270	1001	205
必要量との差異	405	270					

※1 必要量は、算定により生じる単位未満の端数処理のため、内訳の小計が一致しない場合がある。

※2 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計又は各医療機関における対応方針の予定病床数の合計

2. 現状と課題

(2) 構想区域の年度目標② (令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

2 地域医療構想の進め方について [抄] (令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

1. 都道府県における地域医療構想の実現に向けたPDCAの取組

(1) 年度目標の設定について

都道府県が毎年度設定する構想区域（医療法(昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）毎の地域医療構想の推進に係る目標については、対応方針の策定率（医療機関において策定するだけでなく、地域医療構想調整会議で合意しているものであることとする。以下同じ。）が100%に達していない場合は、対応方針の策定率とする。

その際、令和4年通知において、「2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う」こととしていることを踏まえ、適切な目標設定を行うよう留意する。

なお、2023年度当初において、既に対応方針の策定率が100%に達している場合における同年度の目標及び2024年度以降の目標については、合意した対応方針の実施率等とする。

また、病床機能報告の報告率が100%でない場合には、対応方針の策定の前提となる、地域における医療機能の現状と将来の見込みが正確に把握できないことから、都道府県は、病床機能報告の対象医療機関であって、未報告である医療機関に対して、病床機能報告を行うよう求めることとし、必要に応じ、法第30条の13第5項に基づき、期間を定めて報告するよう命ずること。また、当該医療機関が、当該命令に従わない場合には、同条第6項に基づく公表や法第92条に基づく過料の規定も踏まえ、適切な対応を検討することとする。その際、医療機関ごとの状況を踏まえ、丁寧な対応を心掛けること。

2. 現状と課題

(3) これまでの地域医療構想の取組について

- これまでの取組については、以下のとおりである。
- 平成28年10月の県地域医療構想の策定以降、西諸地域医療構想調整会議を設置し、具体的対応方針についての議論や地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携推進等を図る医療機関への支援について議論を行ってきた。
 - 下部会議体として公立病院部会、公立病院部会ワーキンググループ及び医療機関部会を設置し、再検証対象医療機関や公立病院経営強化プラン等について、議論を重ねてきた。

<参考>

1 これまでの主な開催実績

時期	会議等	取組
H28.10	宮崎県地域医療構想 策定	
H29.3	第1回西諸地域医療構想調整会議	県地域医療構想の概要について説明
H31.2	H30年度第3回西諸地域医療構想調整会議	管内病院の具体的対応方針を策定、議論
R元.11	令和元年第1回公立病院部会ワーキンググループ	再検証対象医療機関（えびの市立病院）の具体的対応方針の再検証について議論
R元.12	令和元年度第1回医療機関部会	具体的対応方針について議論
R2.2	令和元年第2回公立病院部会ワーキンググループ	再検証対象医療機関の具体的対応方針の再検証について議論
R4.7	令和4年度第1回西諸地域医療構想調整会議	再検証対象医療機関の具体的対応方針の再検証について議論
R5.12	令和5年第2回公立病院部会	・公立病院経営強化プランの方向性について確認 ・西諸地域医療構想との整合性について確認
R6.2	令和5年第3回地域医療構想調整会議	・有床診療所の具体的対応方針について議論 ・公立病院経営強化プランの原案について議論

2. 現状と課題

(4) 地域医療構想の進捗状況の検証方法（地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等）

- 検証方法について、国通知に従い、以下のとおりとはどうか。
 - 各医療機関においては、令和7年の予定病床数の見直しが順次なされており、地域医療構想会議においては、平成30年度に病院について、令和5年度に有床診療所について合意がなされたところである。
 - 病床機能報告の病床数と将来の病床数の必要量との差異について、要因の分析及び評価を行い、非稼働病床等への対応も含めて、不足する病床機能への転換や余剰病床の削減について協議し、構想区域全体の2025年の医療提供体制について引き続き検討していく必要がある。

<参考>

1 地域医療構想の進め方について [抄]（令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

1. 都道府県における地域医療構想の実現に向けたPDCAの取組

(2) 地域医療構想の進捗状況の検証

地域医療構想の進捗状況を検証し、病床機能報告に基づく病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域においては、当該構想区域の地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、当該会議の意見を踏まえ、以下（3）に示すとおり必要な対応を行うこと。

「データの特性だけでは説明できない差異が生じている」とは、病床機能報告に基づく地域の医療機能に過剰又は不足が生じている場合において、病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異や、地域の実情に応じた定量的基準の導入により当該過剰又は不足について説明ができる場合を除き、これに該当するものとする。なお、人員・施設整備等のやむを得ない事情により、2025年までに医療機能の再編の取組が完了しない場合においては、完了できない事情やその後の見通しについて具体的な説明を行うことが必要である。

2. 現状と課題

(5) 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法

(6) 各時点の機能別病床数

➤ 周知方法について、以下のとおりとしてはどうか。

- 西諸地域医療構想調整会議の会議については、事前に記者発表を行い、原則として公開で行ってきたが、協議の内容・結果について、県ホームページにおける公開は行っていないため、今後は個別の医療機関の経営に関する事項等を除き、公開する必要がある。

➤ 各時点の機能別病床数は、以下のとおりである。

- 病床の必要量と病床機能報告値（R05）を比較すると、計270床が過剰となっている。病床数の必要量と予定病床数（R07）を比較すると、計205床が過剰となっている。

病床機能	病床機能報告値		予定病床数	病床数の必要量 ※1	差し引き	差し引き
	H27	R05(①)				
高度急性期	0	0	0	27	27	27
急性期	583	439	439	164	△275	△275
回復期	171	275	312	399	124	87
慢性期	428	301	200	206	△95	6
休棟等	18	50	50		△50	△50
計	1,200	1,065	1001	795	△270	△205

※1 必要量は、算定により生じる単位未満の端数処理のため、内訳の小計が一致しない場合がある。

※2 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計又は各医療機関における対応方針の予定病床数の合計

3. 今後の対応方針

(1) 構想区域における対応方針

➤ 西諸構想区域の現状及び課題に対応して、対応方針を以下のとおりとしてはどうか。

課題① 医療従事者の不足

課題② 病床の必要量との差異

○ 対応方針① 医療従事者の確保・養成

第8次宮崎県医療計画に定めるところにより、医療従事者の不足の解消を図るため、住民が安心して必要な医療を受けられるよう、質の高い医療従事者の確保・養成を図る。

○ 対応方針② 病床の機能分化・連携の推進

第8次宮崎県医療計画及び国の通知等に定めるところにより、5疾病・6事業のうち地域完結率が低いものについては構想区域内での地域完結率向上を目指しつつ、隣接する他区域の医療機関とも連携を図りながら、病床を見える化するとともに、病床の将来目指すべき姿を検討し、情報と認識の共有を通じ、病床の必要量との差異の解消に努め、病床の機能分化・連携を推進する。

3. 今後の対応方針

(2) 「(1)構想区域における対応方針」を達成するための取組①

➤ 取組については、以下をたたき台としてはどうか。

対応方針① 医療従事者の確保・養成

<医師>

- 医師については、西諸医師会とも連携しながら、医師確保計画に定めるところにより、圏域内医療機関や隣接する医療圏（鹿児島県及び都城北諸県等）と連携した医療提供体制の整備を推進し、構想区域内の医師定着に努めるとともに、宮崎大学医学部等への医師の派遣調整の要望などを通じ、構想区域内の医師確保に努める。
- 産科医師及び小児科医師については、国立病院機構都城医療センターを中心とした周産期医療機能が確保されるよう、また都城市郡医師会病院と国立病院機構都城医療センターを中心とした小児医療確保に向けた機能が確保されるよう関係機関に要望する。 等

<薬剤師>

- 薬剤師については、にしもろ薬剤師会とも連携しながら、薬剤師確保計画に定めるところにより、病院や薬局等における求人情報やインターンシップ情報などウェブサイト上等での効果的な情報発信等により薬剤師の確保に努める。 等

<看護職員（保健師、助産師、看護師及び准看護師）>

- 看護職員についても、県看護協会や小林看護医療専門学校等の関係機関と連携しながら、第8次宮崎県医療計画に定めるところにより、若年層への看護の魅力発信、教育体制の充実等看護職員の確保に努める。 等

3. 今後の対応方針

(2) 「(1)構想区域における対応方針」を達成するための取組②

対応方針② 病床の機能分化・連携の推進

<病床の見える化と情報の共有>

- 対象医療機関は、病床機能報告を行う（医療法第30条の13）。
- 県は、病床機能報告等に基づき、個別の医療機関ごとに以下の内容を提示する。
 - ・ 医療機能や診療実績
 - ・ 地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
 - ・ 病床稼働率、救急対応状況、医師数 等

<病床の将来目指すべき姿と認識の共有>

- 対象医療機関は、県が令和6年度中に策定する区域対応方針に基づき、自らの対応方針の検証を行い、必要に応じて見直しを行う。
 - 検証に当たっては、県と医療機関が連携し、これまでに策定した医療機関の対応方針における病床機能の見直し等の内容と区域対応方針に定める取組等との整合性が確保されているどうかを確認する。
- 医療機関の対応方針の見直しの要否を含め、地域医療構想調整会議で合意・確認する。
- 対象医療機関は、病床機能の転換等に必要となる施設及び設備の整備に当たって、補助事業を活用する。 等

3. 今後の対応方針

(2) 「(1)構想区域における対応方針」を達成するための取組③

<参考>

- 1 地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について
(令和6年7月31日付厚生労働省医政局長通知)

2. 推進区域における取組について

都道府県においては、2024年度中に、推進区域の地域医療構想調整会議で協議を行い、当該区域における将来のあるべき医療提供体制、医療提供体制上の課題、当該課題の解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む区域対応方針を策定した上で、区域対応方針に基づく取組を推進する。

(略)

医療機関においては、都道府県が2024年度中に策定する区域対応方針に基づき、各医療機関の対応方針の検証を行い、必要に応じて見直しを行う。検証に当たっては、都道府県と医療機関が連携し、これまでに策定した医療機関の対応方針における病床機能の見直し等の内容と区域対応方針に定める取組等との整合性が確保されているかどうかの確認を行った上で、医療機関の対応方針の見直しの要否を含め、推進区域の地域医療構想調整会議で合意・確認すること。

(略)

3. 今後の対応方針

(3) 必要量との乖離に対する取組①

- 必要量との乖離に対する取組については、国通知に従い、以下をたたき台としてはどうか。
 - 病床がすべて稼働していない病棟を有する医療機関は、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行う。

<参考>

1 地域医療構想の進め方について [抄] (令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

1. 都道府県における地域医療構想の実現に向けたPDCAの取組

(3) 進捗状況の検証を踏まえて講ずるべき必要な対応についてデータの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域については、以下の対応を行うこと。

① 非稼働病棟等への対応

対応方針に基づく取組を実施し、データ等に基づく説明を尽くした上で、なお生じている差異として、非稼働病棟や非稼働病床の影響が考えられる(※)。

これを踏まえ、非稼働病棟に対しては平成30年通知の1(1)イに基づく対応を行うこと。

その際、非稼働病棟を再稼働しようとする医療機関の計画については、2025年が間近に迫っていることを鑑み、当該病棟の再稼働のための医療従事者の確保の具体的な見込み等も含めて地域医療構想調整会議において詳細な説明を求め、十分に議論すること。

なお、生じている差異の要因の分析及び評価や必要な対応の検討に当たっては、病棟単位では非稼働とはなっていないが、非稼働となっている病床数の影響や病床稼働率が著しく低い病棟についても、病床機能報告等より把握し(※※)、その影響にも留意する必要がある。

※ 非稼働病棟等の影響について

病床機能報告においては、報告年の7月1日時点において、休棟中であって医療機能の選択が困難である場合には、今後再開予定か廃止予定かを報告し、再開予定がある場合には、2025年時点の医療機能を選択することとしている。よって、報告時点で休棟中の病床も、具体的な再開予定のある場合には2025年の見込み量に計上されている。

※※ 病床機能報告において、許可病床数と最大使用病床数を比較し、病棟単位では非稼働とはなっていないが、非稼働となっている病床数を把握することが可能である。

3. 今後の対応方針

(3) 必要量との乖離に対する取組②

1 地域医療構想の進め方について [抄] (令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

② 構想区域全体の2025年の医療提供体制の検討について

地域医療構想調整会議において生じている差異の要因の分析及び評価を行った結果、①の対応のみによっては、生じている差異への対応が不十分であると認められる場合には、構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議を行い、その協議を踏まえて2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について議論し、当該構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するための年度毎の工程表（KPIを含む。）を策定し、公表すること。

3. 今後の対応方針

(3) 必要量との乖離に対する取組③

2 地域医療構想の進め方について〔抄〕（平成30年2月7日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

1. 地域医療構想調整会議の進め方について

(1) 地域医療構想調整会議の協議事項

ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応
(略)

イ. 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

(ア) 全ての医療機関に関すること

都道府県は、病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟（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をいう。以下同じ。）を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めること。

ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、対応を求めなくてもよい。

なお、病床過剰地域において、上述の説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、都道府県は、速やかに、医療法第7条の2第3項又は第30条の12第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働の病床数の範囲内で、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。

また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の12第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第7条の2第7項又は同法第30条の12第3項に基づき、その旨を公表すること。

3. 今後の対応方針

(3) 必要量との乖離に対する取組④

2 地域医療構想の進め方について〔抄〕（平成30年2月7日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

1. 地域医療構想調整会議の進め方について

(1) 地域医療構想調整会議の協議事項

ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

(略)

イ. 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

(イ) 留意事項

都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

3. 今後の対応方針

(4) 令和7年の予定病床数

- 構想区域の年度目標について、案①～③について今後協議することとしてはどうか。
- 案① 検証・見直し後の各医療機関における対応方針の予定病床数（R07・予定病床数）とする。
- 案② 病床の必要量（R07・必要量）とする。
- 案③ その他

○案①

<考え方>

必要量を目指す。第8次宮崎県医療計画において、病床の必要量を超える部分については、各地域の関係者による自主的な取組を基本として、地域の事情に即した将来の医療提供体制を構築するために活用することとしており、その限りで予定病床数を見直す。

<予定病床数（検証前）と必要量との差異>

計1001床 - 795床 = 最大205床過剰

○案②

<考え方>

国が示す方法により、県が推計した必要量を目指す。
<予定病床数（削減後）と必要量との差異>
計795床・0床過剰

参考

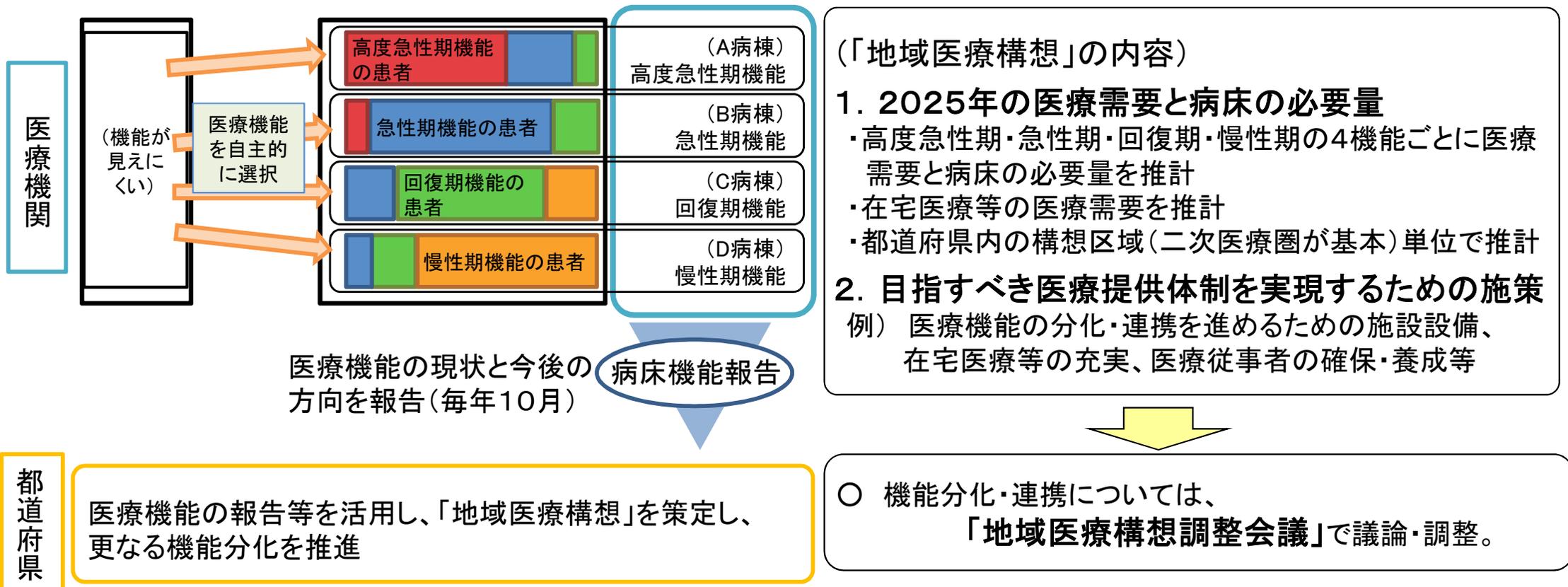
1 「対応方針の病床数」と「必要量」との差異

病床機能	病床機能報告値		削減量 ②-①	必要量 ※1 R07(③)	差異1 ②-③	予定病床数 ※2 R07(④)	差異2 ③-④
	H27(①)	R05(②)					
高度急性期	0	0	0	27	△27	0	△27
急性期	583	439	△144	164	275	439	275
回復期	171	275	104	399	△124	312	△87
慢性期	428	301	△127	206	95	200	△6
休棟等	18	50	32			50	50
計	1,200	1,065	△135	795	270	1001	205

地域医療構想について

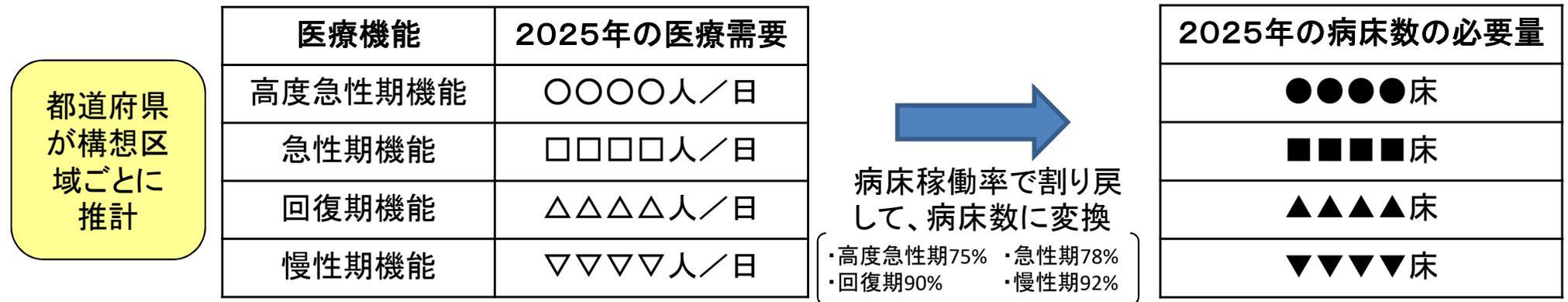
西諸地域医療構想調整会議
令和6年11月6日
資料3-3

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

病床機能報告制度

- 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。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<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）。
慢性期機能	<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

- 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ことに留意ください。
- 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してください。
- 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してください。

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「地域医療構想調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

地域医療構想調整会議について

医療法の規定

第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調った事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

参加者の範囲

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等幅広い関係者（地域医療構想策定ガイドラインより）（※）

※ 協議をより効果的・効率的に進める観点から、公平性・公正性に留意しつつ、議事等に応じて、参加を求める関係者（代表性を考慮した病院・診療所、地域における疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者）を柔軟に選定。

公表

地域住民等に対する協議の透明性の観点から、患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開とし、その他の場合は公開とする。協議の内容・結果については原則周知・広報する。（地域医療構想策定ガイドラインより）

協議事項

- ①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
- ②病床機能報告制度による情報等の共有
- ③都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議
（地域医療構想策定ガイドラインより）

【調整会議の開催が求められるケース】

都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

- 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
- 新たな病床を整備する予定の医療機関
- 開設者を変更する医療機関

（平成30年2月7日付け通知「地域医療構想の進め方について」より）

地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について

都道府県単位の地域医療構想調整会議

平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知
平成30年6月26日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

- **都道府県は、**各構想区域の調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、**都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置**
(協議事項)
 - ・各構想区域における調整会議の運用に関すること(地域医療構想調整会議の協議事項、年間スケジュールなど)
 - ・各構想区域における調整会議の議論の進捗状況に関すること(具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況など)
 - ・各構想区域における調整会議の抱える課題解決に関すること(参考事例の共有など)
 - ・病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること(定量的な基準など)
 - ・構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること(高度急性期の提供体制など)(参加の範囲等) 各構想区域の地域医療構想調整会議の議長を含む関係者

都道府県主催研修会

- **都道府県は、**地域医療構想の進め方について、**調整会議の議長、事務局を含む関係者間の認識を共有する観点から、研修会を開催**
(研修内容)・行政説明 ・事例紹介 ・グループワーク
※行政説明や事例紹介の実施に当たっては、厚生労働省の担当者を派遣

「地域医療構想アドバイザー」

- **厚生労働省は、**各構想区域の実情に応じたデータの整理や論点の提示といった調整会議の事務局が担うべき機能を補完する観点から、**「地域医療構想アドバイザー」を養成**
(役割)・都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
・地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること。
(活動内容)・厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席(年2~3回)
 - ・担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援(適宜)
 - ・担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席(適宜)等(選定要件)・推薦を受ける都道府県の地域医療構想、医療計画などの内容を理解していること。
 - ・医療政策、病院経営に関する知見を有すること。
 - ・各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができること。
 - ・推薦を受ける都道府県の都道府県医師会等の関係者と連携がとれること。
 - ・推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること。

第8次宮崎県医療計画 (令和6年3月策定) －コンパクト版－

第8次宮崎県医療計画(令和6年3月策定) –コンパクト版–

第8次医療計画の全体像

【第1章】総論

- 基本理念：県民が、安全で質の高い医療を切れ目なく受けられる持続可能な医療提供体制の実現
- 基本方針
 - 地域を支える医療体制の構築、○医療従事者の養成・確保、○疾病予防・健康づくりの促進
 - デジタル技術の活用、○在宅医療・介護体制の充実、○医薬品等の安全確保・安定供給の推進、○県民への情報提供

【第2章】地域の概況

人口：約107万人(2020年)→約88万人(2040年)
 高齢化率：32.7%(＃) → 38.5%(＃)
 入院受療率(10万人対)：減少傾向だが全国平均を上回っており、特に75歳以上は高い傾向

【第3章】医療圏の設定と基準病床数

- ・二次医療圏は、現行の7医療圏を維持
- ・5つの医療圏で基準病床数が増加
 ⇒宮崎東諸県、延岡西臼杵では基準病床数が既存病床数を上回る。

【第4章】医療提供体制の構築

<p>がん</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんの予防・早期発見 ・チーム医療の提供、緩和ケア研修 <p>脳卒中 (7医療圏→4医療圏に変更)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発症予防の推進 ・リハビリテーション提供体制の充実 <p>5 心筋梗塞等の心血管疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発症予防の推進 ・心不全療養指導士等の確保・育成 <p>糖尿病</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ベジ活、減塩、日常生活での運動促進 ・かかりつけ医と各専門医との連携強化 <p>精神疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予防、早期発見、治療のための普及啓発 ・治療、回復、地域生活への円滑な移行 <p>在宅医療・介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の実情に応じた訪問看護提供体制の構築 ・看取りやACPを含む在宅医療への理解促進 <p>その他の保健医療対策の充実</p>	<p>救急医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・円滑な救急搬送と救急医療体制の確保 ・県民の救急医療への理解・意識の向上 <p>へき地医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・へき地で勤務する医師等の確保 ・巡回診療やへき地出張診療所等の運営支援 <p>小児医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談体制の充実・県民意識の啓発 ・小児科医の確保・養成 <p>6 周産期医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域分散型の周産期医療体制の維持・充実 ・産婦人科医等の育成・確保 <p>災害医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・DMATなど災害医療を担う人材の確保・育成 ・豪雨災害等の被害を軽減するための浸水対策 <p>新興感染症発生・まん延時における医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との協定締結による病床確保 ・感染症の予防に関する人材の資質の向上
--	--

障がい保健対策/感染症対策/臓器移植対策/難病対策/アレルギー疾患対策/
 歯科保健対策/血液の安定供給対策/高齢化に伴い増加する疾患等対策/
 慢性腎臓病(CKD)対策/慢性閉塞性肺疾患(COPD)対策

【第5章】地域医療構想

- ・病床の機能区分ごとの将来の医療需要と病床数の必要量等を推計し、地域ごとの2025年のあるべき医療提供体制の姿と施策の方向性を示す

【第6章】外来医療計画

- ・地域ごとに外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化し、医師の自主的な行動変容による偏在状況の是正や外来医療機能が不足する地域における医療機能の充実を図る

【第7章】医療提供基盤の充実

- ・医師確保計画
- ・医療従事者の養成・確保と資質向上(医師を除く) 歯科医師/薬剤師(薬剤師確保計画)/看護職員 など
- ・医療安全の確保

【第8章】計画の推進

- 1 計画の推進体制
- 2 実施主体の役割
- 3 評価・公表の実施

第5章 地域医療構想 ～総論～

(1) 策定の背景

- 令和7年(2025年)には団塊の世代が75歳以上となり、医療や介護を必要とする方がますます増加することが予想され、疾病構造にも変化が生じることから、将来の人口構造に対応した医療提供体制の構築が必要。
- 「医療介護総合確保推進法」の施行により医療法が改正され、都道府県ごとに、地域において将来あるべき医療体制の構築に向けた「地域医療構想」を定めることとされた。

(2) 構想の目的

地域医療構想は、一般病床及び療養病床について、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの将来の医療需要と病床数の必要量等を推計し、地域ごとの令和7年(2025年)のあるべき医療提供体制の姿とその実現に必要な施策の方向性を示すもの。

(3) 構想の位置付け

地域医療構想は、医療法第30条の4第2項第7号及び第8号に規定する病床の機能の分化及び連携を推進するためのもので、宮崎県医療計画の一部として平成28年10月に策定。

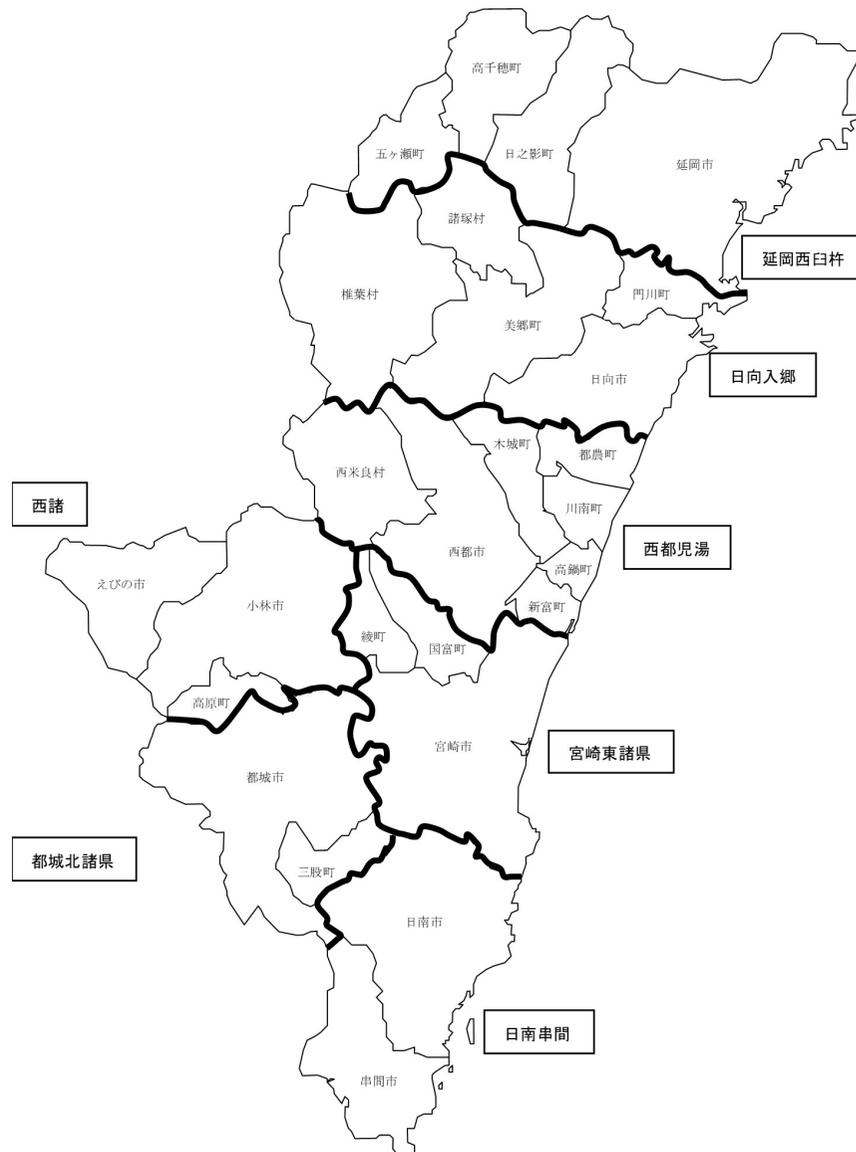
(4) 目標年次

令和7年(2025年)を目標年次とする。

(5) 構想区域

本県における構想区域は二次医療圏と同じ区域を構想区域として設定。

(図) 宮崎県の構想区域



第5章 地域医療構想 ～令和7年(2025年)の医療需要と病床数の必要量～

(6) 病床機能ごとの医療需要

- 令和7年(2025年)の1日当たりの入院医療需要は、「高度急性期」は749人、「急性期」は2,617人、「回復期」は3,615人、「慢性期」は2,452人となる見込み。
- 「急性期」と「回復期」は令和12年(2030年)頃まで増加することが見込まれているが、令和22年(2040年)にはすべての病床機能の医療需要が減少傾向へ転じる推計となっている。
- 特に今後は「回復期」の需要が高くなる見通し。

単位：人/日

	2013年	2025年	2030年	2040年
高度急性期	737(7.7%)	749(7.9%)	744(7.8%)	700(7.5%)
急性期	2,438(25.5%)	2,617(27.7%)	2,670(27.9%)	2,577(27.7%)
回復期	3,294(34.4%)	3,615(38.3%)	3,725(38.9%)	3,612(38.8%)
慢性期	3,104(32.4%)	2,452(26.0%)	2,446(25.5%)	2,429(26.1%)
合計	9,573(100%)	9,433(100%)	9,586(100%)	9,317(100%)

(7) 病床機能ごとの病床数の必要量

- 上記医療需要を踏まえ、法令で定められた病床稼働率をもとに算定した結果、令和7年(2025年)の病床の機能区分ごとの病床数の必要量は、次のとおり。
- 令和4年(2022年)の病床機能報告値と令和7年(2025年)の病床数の必要量を比較すると、現状では急性期が過剰で、回復期は大きく不足している。
- 病床数全体では、現状値が約3,100床程度過剰。

単位：床

	2016年 (病床機能報告値)	2019年 (病床機能報告値)	2022年 (病床機能報告値)	2025年 (必要量)
高度急性期	780(4.9%)	845(5.8%)	811(5.7%)	1,002(9.1%)
急性期	8,270(52.4%)	7,484(51.5%)	7,217(50.9%)	3,358(30.4%)
回復期	1,855(11.8%)	2,165(14.9%)	2,272(16.0%)	4,020(36.4%)
慢性期	4,200(26.6%)	3,642(25.1%)	3,315(23.4%)	2,668(24.2%)
(休棟等)	670(4.2%)	390(2.9%)	557(3.9%)	
合計	15,775(100%)	14,526(100%)	14,172(100%)	11,037(100%)

第5章 地域医療構想 ～病床の機能分化・連携の推進～

(8) 推進体制

地域医療構想調整会議

- 各構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置
- 医療機関や市町村等の関係者間で地域の医療提供体制の現状を分析するとともに、地域にふさわしい医療提供体制の構築に向けた議論を深め、医療機関等の自主的な取組を促進



(9) 推進施策の方向

地域医療介護総合確保基金を活用し、以下の取組を展開

① 病床の機能分化・連携の推進

- 将来的に不足が見込まれている回復期機能への病床転換に必要な施設・設備整備の推進
- がんや急性心筋梗塞、救急医療、周産期医療など、構想区域内で完結することが難しい疾病等について、必要な施設等の整備の推進
- 遠隔診療等の医療のICT化に係るシステム構築の支援など、医療機関同士や医療機関と訪問看護事業所等の連携の推進
- 地域の医療介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成
- 切れ目のない医療と介護を提供するための専門職協議の場の設置 など



② 各構想区域の関係者への支援

- 病床機能の分化・連携の検討に資するデータ提供による地域で必要とされる病床機能・診療機能の明確化
- 各地域医療構想調整会議への地域医療構想アドバイザーの派遣による議論の促進