

新たな地域医療構想について

令和8年7月9日(木) 延岡西臼杵地域医療構想調整会議

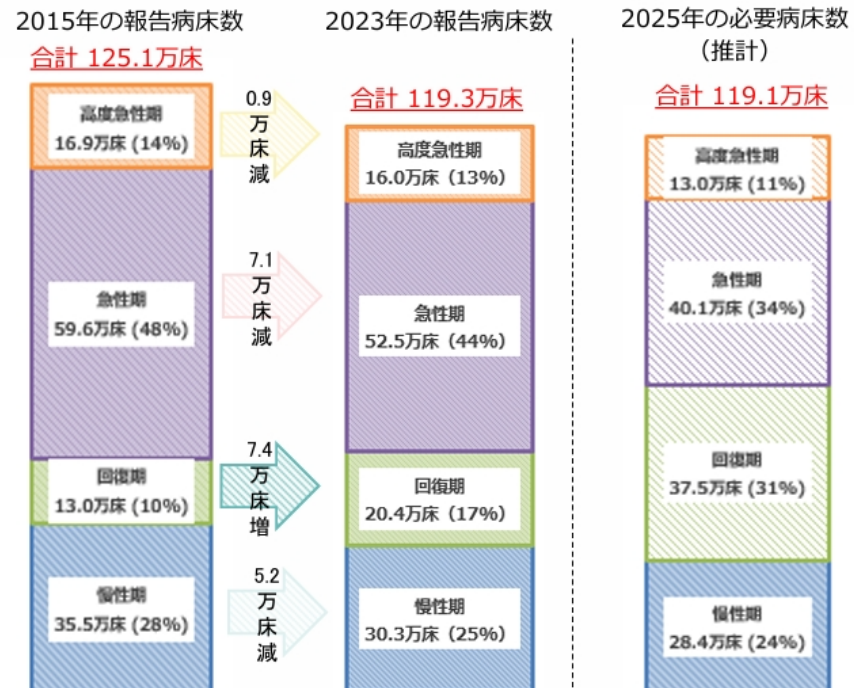
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、**地域の実情に応じて、**「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

<新たな地域医療構想における基本的な方向性>

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ ~~都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定~~

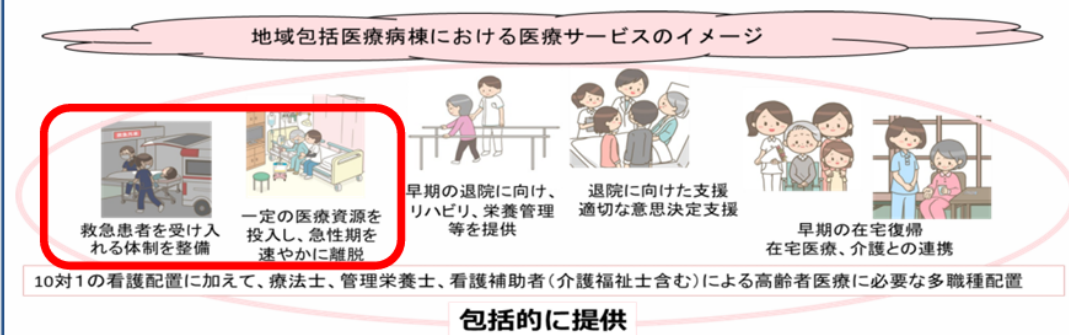
包括期機能について

包括期機能は、これまでの回復期機能に加え、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」が追加されており、必要病床数の推計に当たっては、この機能の変化も踏まえて、適切なデータを活用し、設定することが必要。

病床機能区分

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（※県立延岡病院のみ） |
| 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 |
| 包括期機能 | <p>高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能</p> <p>例）回復期リハ病棟
地域包括ケア病棟
地域包括医療病棟</p> <p>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</p> <p>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）</p> |
| 慢性期機能 | <p>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</p> <p>例）医療療養病棟
障害者病棟</p> <p>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</p> |



医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点で求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

２．新たな地域医療構想について

（４）関係者に期待される役割等

① 都道府県

- ・ **地域医療構想の策定や推進の主体**として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- ・ また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、**研修の実施など、必要な支援**を行うことが求められる。
- ・ また、**都道府県庁内**の介護関係部署をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、**都道府県間での連携体制**の構築も求められる。
- ・ 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

② 国

- ・ 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対し、**必要な助言や支援等**を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示、都道府県の進捗や運用に対するフォローアップ、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的な支援やデータ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行われている取組の把握や横展開のほか、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施すること等、さらなる支援体制の強化が求められる。
- ・ また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- ・ 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- ・ 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。**市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。**
- ・ 介護保険関連では、**介護保険事業の実施主体**として、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
- ・ また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。

2. 新たな地域医療構想について

（４）関係者に期待される役割等

④ 大学病院本院 （「３．（７）医育及び広域診療機能」も参照。）

- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。

⑤ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑥ 公立・公的病院等

- ③の市町村と同様、県立病院や公的病院等や、その設置主体である都道府県、日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、労働者健康安全機構等においても、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点から、取組を進めることが求められる。

⑦ 医療保険者

- 健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画することや、地域ごとの調整会議への参加者については、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
- また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の推進に取り組むことが求められる。

⑧ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑨ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者等が任命されている。こうした地域の医療提供体制に関する有識者に加えて、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

延岡西臼杵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延岡西臼杵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、延岡保健所長（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) 外来医療提供体制及び医療機器に関する協議に関すること

(6) 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、延岡保健所で保管する。

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。

(議長の職務代理者)

第5条 次に掲げる事項に該当する場合は、議長の職務代理者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、議長がいなるとき
- (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。

(議決権)

第7条 基本構成団体は、基本構成団体代表者の人数に関わらず各1個の議決権を有する。

- 2 会議の議事は、出席した基本構成団体の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(ワーキンググループの設置)

第8条 調整会議は、各医療機関の機能（病床機能）について、地域での役割の明確化を図るための医療機関の協議の場として、調整会議の中にワーキンググループを設置する。

- 2 ワーキンググループの運営に係る詳細は、ワーキンググループにおいて別途定める。

(西臼杵地域公立病院部会の設置)

第9条 調整会議は、高千穂町、日之影町及び五ヶ瀬町（以下「西臼杵地域」という。）の公立病院が担うべき役割について協議を行うため、調整会議の中に西臼杵地域公立病院部会（以下「部会」という。）を設置する。

- 2 部会の運営に係る詳細は、部会において別途定める。

(記録及び公表)

第10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

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11条 調整会議の事務局は、延岡保健所に置く。

(委任)

第12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7月28日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年2月19日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月8日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年7月17日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年 月 日から施行する。

別表（第2条関係）

団 体 名 等
一般社団法人延岡市医師会
一般社団法人西臼杵郡医師会
一般社団法人延岡市歯科医師会
一般社団法人西臼杵郡歯科医師会
一般社団法人延岡市西臼杵郡薬剤師会
公益社団法人宮崎県看護協会延岡・西臼杵地区
公益社団法人全日本病院協会宮崎県支部
一般社団法人日本医療法人協会宮崎県支部
一般社団法人日本病院会宮崎県支部
宮崎県保険者協議会
宮崎県老人福祉サービス協議会
一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会
県立延岡病院
延岡市
高千穂町
日之影町
五ヶ瀬町
西臼杵広域行政事務組合 病院事業

延岡西臼杵地域医療構想調整会議ワーキンググループ運営要領

(目的)

第1条 この要領は、各医療機関の機能（病床機能）等について、地域での役割の明確化及び連携を図るための医療機関等の協議の場として、延岡西臼杵地域医療構想調整会議の中に設置した延岡西臼杵地域医療構想調整会議ワーキンググループ（以下「グループ」という。）に関し、運営に必要な事項を定め、もって、グループの円滑な運営を図ることを目的とする。

(所掌事務)

第2条 グループは、前条の目的を達成するため、次に掲げる事務を所掌する。

- (1) 延岡西臼杵地域医療圏の病床機能の役割分担及び外来・在宅医療、介護との連携等を含めた医療提供体制全体の課題解決を図るための調査・分析・検討に関すること。
- (2) その他必要と認められる事項の調査・検討等に関すること。

(組織)

第3条 グループは、リーダー及びメンバーをもって組織し、延岡西臼杵地域医療圏内に一般病床又は療養病床を有する医療機関の代表者をもって構成する。

- 2 リーダーは、グループを代表し、グループの所掌する事務を掌理する。
- 3 リーダーに事故があるとき、又はリーダーが欠けたときは、リーダーがあらかじめメンバーのうちから指名する者がその職務を代理する。

(会議)

第4条 グループの会議（以下「会議」という。）は、必要に応じてリーダーが招集し、リーダーが議長となる。ただし、リーダーが必要と認めるときは、関係するメンバーのみを招集することができる。

- 2 リーダーは、必要があると認めるときは、メンバー以外の者を会議に出席させることができる。

(庶務)

第5条 グループの庶務は、宮崎県延岡保健所総務企画課において処理する。

(委任)

第6条 この要領に定めるもののほか、グループの運営に関し必要な事項は、リーダーが

別に定める。

附 則

この要領は、平成 2 9 年 9 月 29 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 8 年 月 日から施行する。

第8次医療計画の中間見直し及び 新たな地域医療構想の策定について

令和8年6月、7月

宮崎県福祉保健部医療政策課

目 次

- 1 第8次医療計画の中間見直しについて
- 2 地域医療構想策定ガイドライン骨子の概要
- 3 地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール（イメージ）
- 4 本県における医療審議会・計画等部会などの今年度のスケジュール（予定）

1 第8次医療計画の中間見直しについて

中間見直しの理由等

本計画は、医療法第30条の4の規定に基づき、本県の医療施策の方向を明らかにする基本計画として令和6年3月に策定しており、今年度末に策定から3年が経過することから、同法第30条の6の規定に基づき、中間見直しを行うもの（現計画の計画期間：令和6年度から令和11年度までの6年間）

中間見直しの考え方

国の示すガイドライン等の内容に加え、現行計画策定後の医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた見直しを行う。

見直しの主な内容(案)

医療連携体制を構築するための方策等について、調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は計画を変更する。

【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

がん

- ・がんの予防・早期発見
- ・チーム医療の提供、緩和ケア研修

脳卒中

(7医療圏→4医療圏に変更)

- ・発症予防の推進
- ・リハビリテーション提供体制の充実

5. 心筋梗塞等の心血管疾患

- ・発症予防の推進
- ・心不全療養指導士等の確保・育成

糖尿病

- ・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

精神疾患

- ・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

在宅医療・介護

- ・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

その他の保健医療対策の充実

6. 事業

救急医療

- ・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

へき地医療

- ・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

小児医療

- ・相談体制の充実・県民意識の啓発
- ・小児科医の確保・養成

周産期医療

- ・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

災害医療

- ・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

新興感染症発生・まん延時における医療

- ・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

【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に図る

【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

令和8年3月26日 厚生労働省公表資料より

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

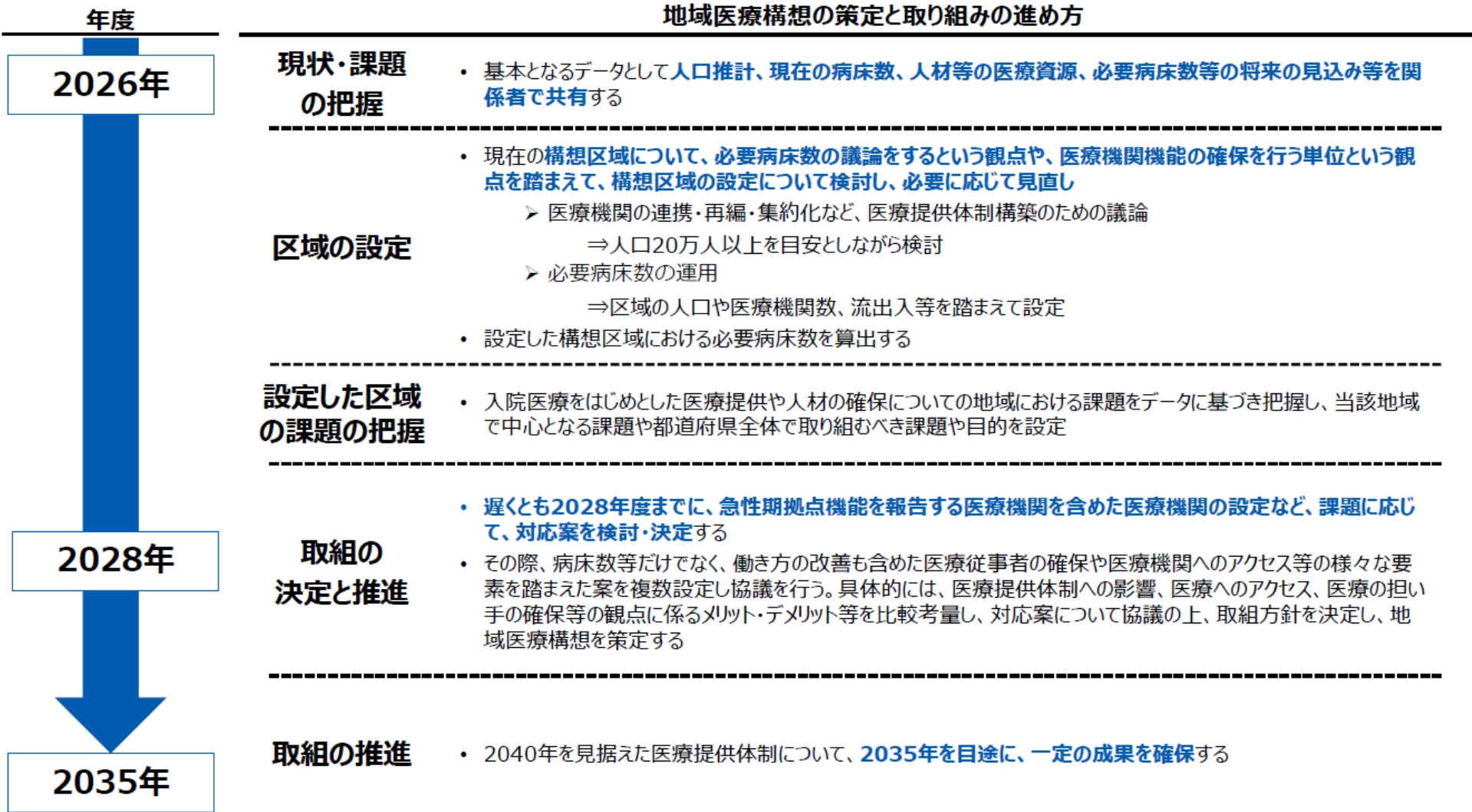
病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

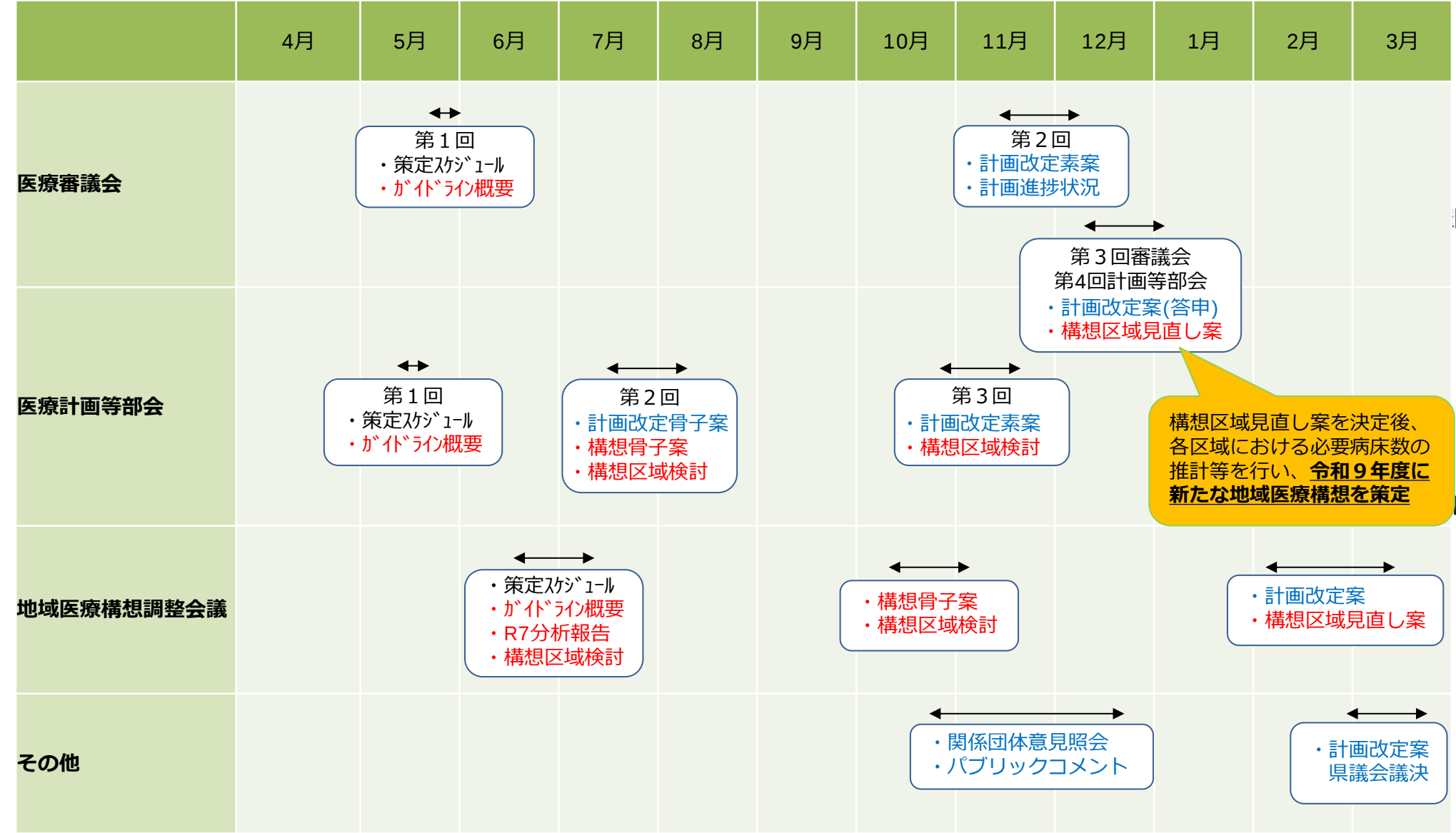
令和8年3月26日 厚生労働省公表資料より



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

4 本県における医療審議会・医療計画等部会などの今年度のスケジュール（予定）

青地：第8次医療計画中間見直しに関係
赤字：新たな地域医療構想に関係



※部会等の状況によって開催時期・回数の変動あり

宮崎県医療資源調査・分析支援事業における 令和7年度データ分析結果報告

令和8年6月、7月

宮崎県福祉保健部医療政策課

目 次

- 1 分析チーム構成員等一覧
- 2 宮崎県医療資源調査・分析支援事業概要
- 3 令和7年度分析結果

1 分析チーム構成員等一覧

分析チーム構成員

所 属	役 職	氏 名	研究分野	役 割
福岡国際医療福祉大学	学長	松田 晋哉 先生	公衆衛生	分析・助言
宮崎大学医学部附属病院	病院長	賀本 敏行 先生	泌尿器科学	助言
宮崎大学医学部附属病院 臨床研究支援センター	データマネジ メント部門長	中井 陸運 先生	医療統計学	分析
宮崎県医師会	副会長	金丸 吉昌 先生	地域医療	助言
県立延岡病院	主任部長	松田 俊太郎 先生	総合診療 へき地医療	助言

事務局：宮崎県医療政策課

2 宮崎県医療資源調査・分析支援事業概要（1）

医療政策課 R7:20,779千円 R8:18,799千円
【財源:国庫、地域医療介護総合確保基金】

事業の目的

各圏域の医療資源の現状等を調査・分析することで、客観的なデータに基づく具体的な医療体制の構築に向けた議論が促進されることにより、地域医療構想のさらなる推進を図る。

事業の概要

(1) 事業内容

① 宮崎県医療資源調査・分析事業

県内の医療資源(医療機関や医師等)情報の収集及び分析を行い、県内7圏域に設置している地域医療構想調整会議等における医療体制に係る協議に寄与する資料を作成

② 地域医療構想アドバイザー等派遣事業（地域医療介護総合確保基金）

①の資料等を用いて、地域医療構想アドバイザーを派遣したセミナー等を開催し、地域医療構想調整会議における議論を促進

(2) 事業の仕組み



(3) 成果指標

地域医療構想調整会議の開催 各圏域2回以上
地域医療構想の実現に向けた議論の活性化・機運醸成

事業の期間

令和7年度～令和8年度（令和9年度も実施する方針）

2 宮崎県医療資源調査・分析支援事業概要（2）

令和7年度の分析項目及び取組

1 令和7年度の主な分析項目

(1) 入院医療の現状・課題

- ・入院患者の将来推計
- ・入院患者の流出入状況 など

(2) 5疾病6事業の現状・課題

- ・疾病・事業ごとの患者数・将来需要
- ・診療実績（医療提供状況） など

(3) 外来医療の現状・課題

- ・診療科ごとの外来患者数・将来需要
- ・診療所の配置状況 など

(4) 医療・介護人材の現状・課題

- ・職種ごとの地域偏在の状況
- ・医療・介護従事者の将来推計 など

(5) 病院機能・病床機能

- ・在宅療養等連携機能、急性期拠点機能等を有する施設の現状 など

(6) 在宅医療・介護の現状・課題

- ・在宅医療患者数・将来需要
- ・在宅医療提供実績 など

(7) 高齢者救急の現状・課題

- ・救急搬送件数の推移・将来予測
- ・救急搬送の内訳（疾患） など

(8) 入院患者実態調査・診療所実態調査

- ・入院患者の年齢、住所地、疾患群
- ・診療所医師の年齢、診療科 など

2 令和7年度の取組

県職員向けデータ分析力向上研修

- 人事異動等の影響を受けない、継続的な分析体制の維持・強化
- データに裏付けされた施策立案・評価能力の向上（ロジックモデルを活用した進捗評価）

各地域医療構想調整会議にて分析状況報告

- 分析を行った内容から地区診断を行い、各圏域の調整会議にて報告
※昨年度実施できなかった医療圏には今年度実施予定

都城北諸方医療圏でのデータ分析に関するセミナー開催

- 都城北諸方医療圏をモデルケースとして分析結果から医療と介護の連携についてセミナー開催

地域で考えよう！
地域医療介護構想セミナー

日程 令和8年3月26日（木）
午後6時30分から午後8時まで

会場 ウェルネス交流プラザ 茶霧茶霧ギャラリー
都城市蔵庫11街区25号

講師 松田 晋哉 氏
「都道府県医療圏別大学病院」「地域医療圏別及び医師配置に関する統計分析委員」「厚生労働省」「宮崎県地域医療構想アドバイザー」

講演内容
1. データで見る「医療・介護統合コース」の現状
2. なぜ今、ケアマネジメントに「公平の視点」が必要なのか
3. 先進事例に学ぶ
「融合型・プライマリの成功パターン」
4. ICT活用と情報の標準化がもたらす顕的な効率化
5. 「事務の共同化」で
「専門性が発揮」出来る環境を作る
6. 都城北諸方医療圏の今後の展望

対象 医療施設、介護施設等に従事されている「すべての」皆様対象です（先着150人）

参加費 「無料」です。是非お越しください。

申込み方法 ▶ 二次元コード読み込みの申込みフォーム又は「FAX」でお申込みください。
申込み期限 ▶ 3月12日（木）まで
その他 ▶ 当日は10分前までに会場へお越しください。

2 宮崎県医療資源調査・分析支援事業概要（3）

令和8年度の分析項目及び取組

1 令和8年度の分析項目想定

(1) 構想区域検討用データの作成

- ・急性期拠点機能を有する施設候補の決定
→手術件数や救急搬送受入実績に基づく拠点性の客観的評価
- ・構想区域見直しシミュレーション
→医療機関や介護施設への移動時間シミュレーションによる住民の救急搬送や通院アクセスへの影響予測
→災害時シミュレーションによる医療資源確保への影響予測

(2) 構想区域別の医療機関機能の現状・課題

- ・重複する機能、不足する機能の見える化
→特定の疾患の症例の分散・集中度
→リハビリや在宅医療を担う施設が不足している地域の特定
→診療所の医師の年齢状況から存続限界を可視化
- ・医療機関再編・機能集約に伴う影響分析
→周辺住民の移動時間等
→高齢者の通院や救急搬送においてアクセス等
→中核病院へ機能が集約された際の周辺医療機関への影響

(3) 地域医療構想の成果指標に関する項目

- ・ロジックモデル導入に向けたデータ選定
- ・構想区域ごとの評価・分析 など

(4) 5疾病6事業及び在宅医療の成果指標に関する項目

- ・ロジックモデル導入に向けたデータ選定
- ・第8次医療計画に掲げる取組の評価 など

2 令和8年度を取組

県職員向けデータ分析力向上研修

- 人事異動等の影響を受けない、継続的な分析体制の維持・強化
- データに裏付けされた施策立案・評価能力の向上（ロジックモデルを活用した進捗評価）

各地域医療構想調整会議にて分析状況報告

- 分析を行った内容から地区診断を行い、各圏域の調整会議にて報告
※昨年度実施できなかった医療圏には今年度実施予定

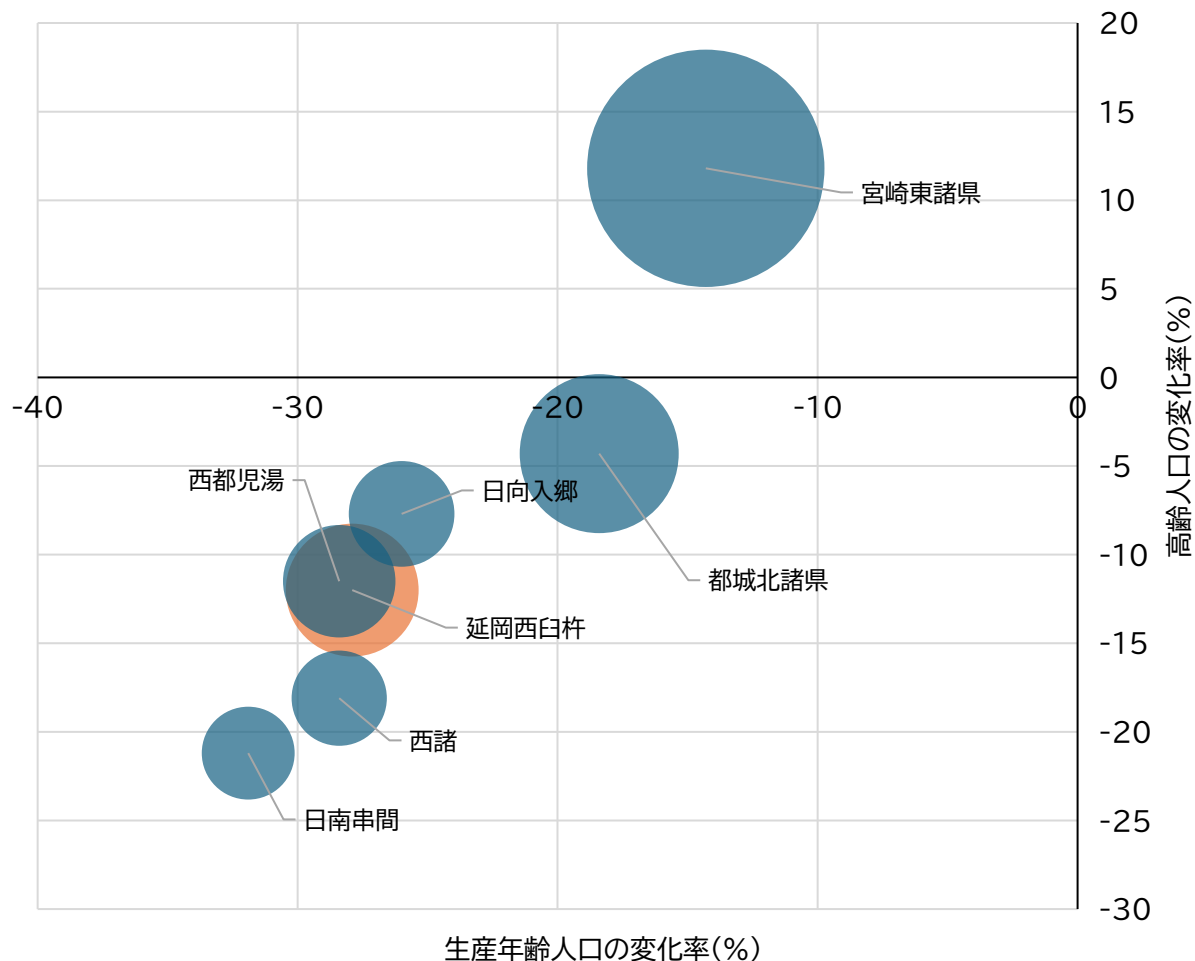
NDBデータの収集・分析

- 令和7年度はオープンデータの分析を基本としたが、今年度は非公開データの分析も実施。

3 令和7年度分析結果

2025年から2040年にかけての人口の変化率

年齢区分別の人口の変化率

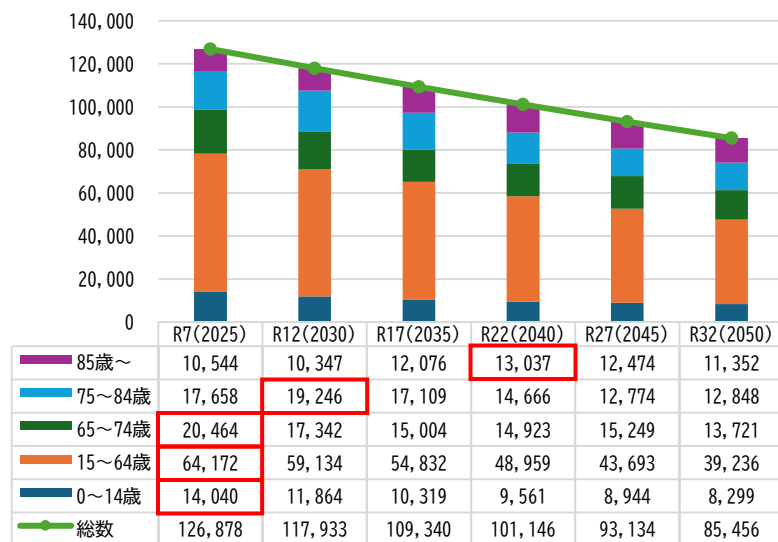


縦軸 : 65歳以上人口における2025年から2040年にかけての人口の変化率
横軸 : 15歳から64歳人口における2025年から2040年にかけての人口の変化率
バブルの大きさ : 2025年時点の人口規模

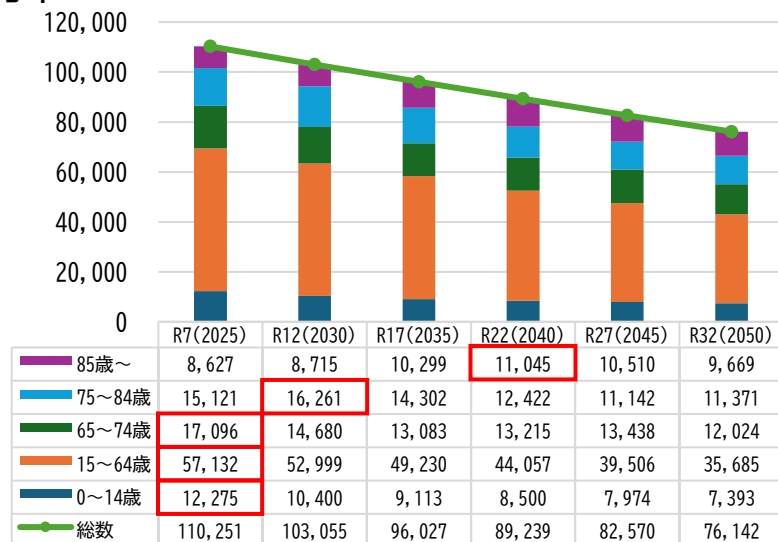
3 令和 7 年度分析結果

人口推計（延岡西臼杵）

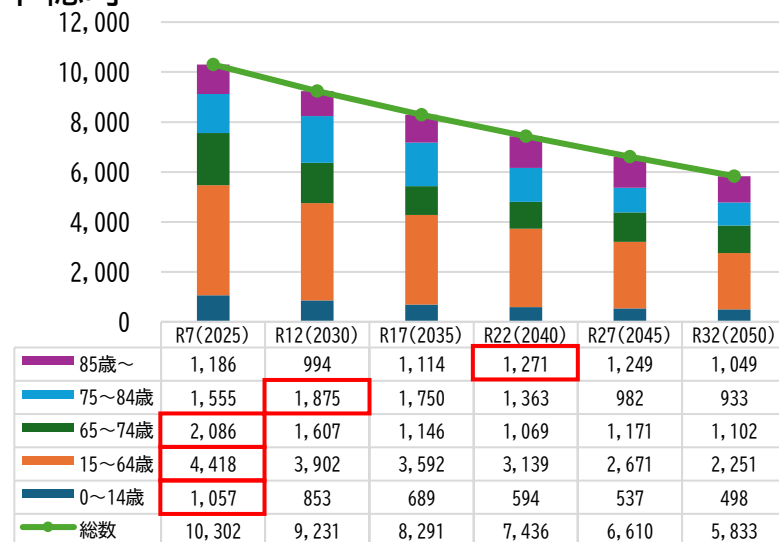
延岡西臼杵



延岡市



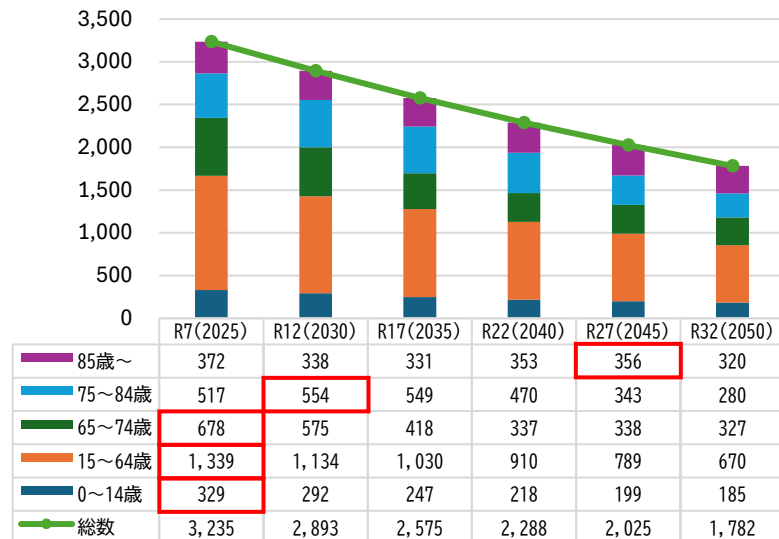
高千穂町



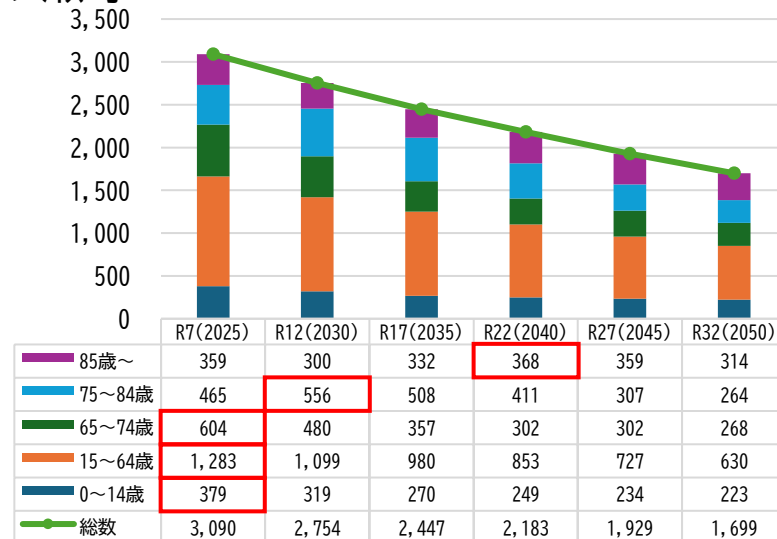
3 令和7年度分析結果

人口推計（延岡西臼杵）

日之影町



五ヶ瀬町

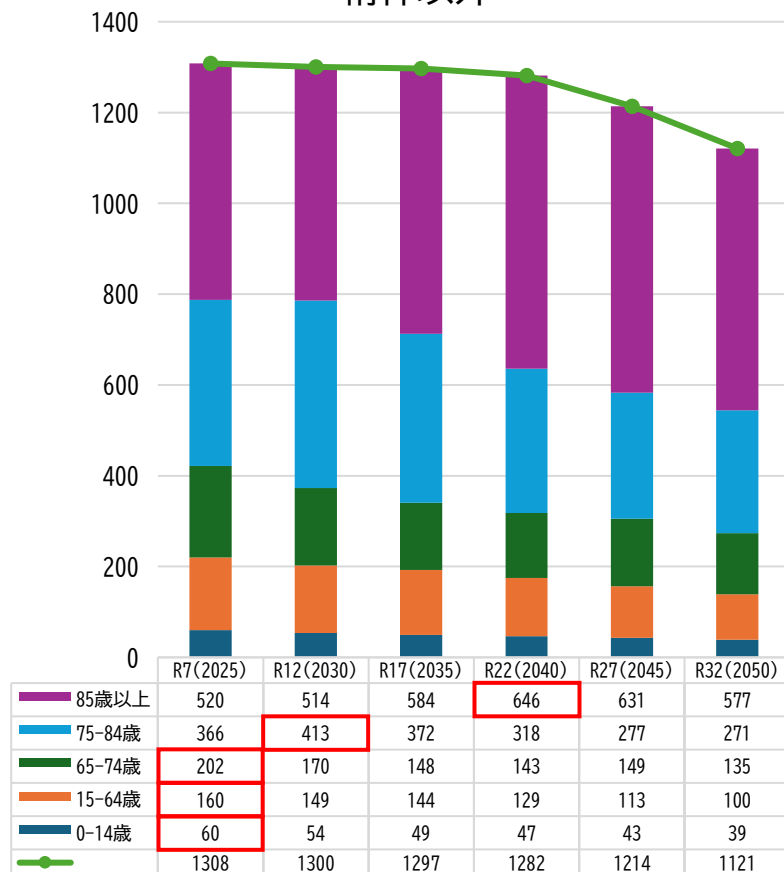


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

3 令和7年度分析結果

延岡西臼杵 入院患者推計（人/1日）

精神以外



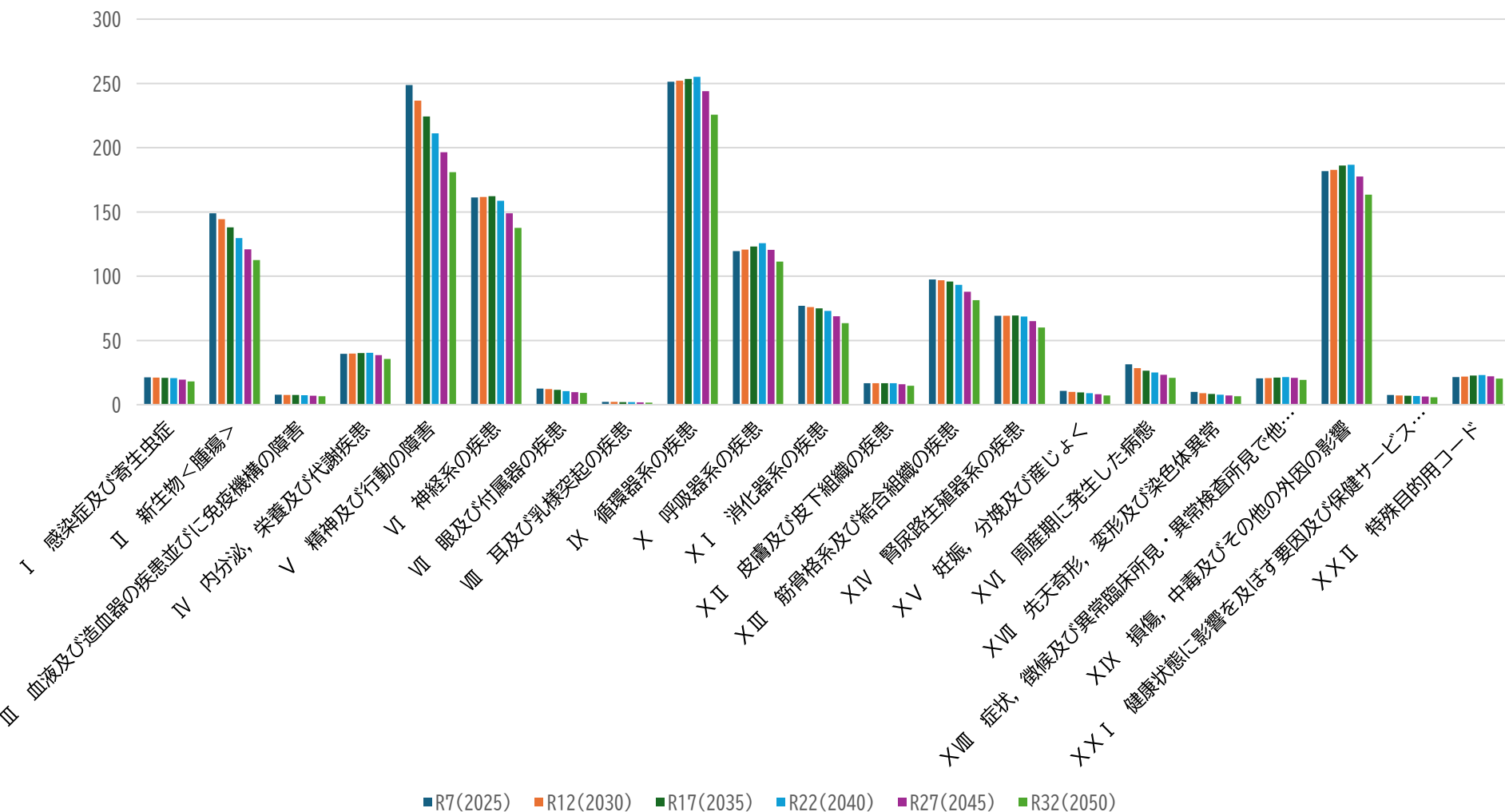
精神



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（2023）年推計）」
 患者調査（令和5年度）全国編：入院受療率（人口10万対），性・年齢階級（5歳）×傷病分類別（第69表）
 推計人口に年齢別入院受療率を乗じることによって年齢別入院患者数を算出
 ※地域医療構想策定時の推計と同様の方法
 ※新しい地域医療構想策定時にはガイドラインに従い再算定予定

3 令和7年度分析結果

延岡西臼杵 入院患者推計（人/1日）



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（2023）年推計）」

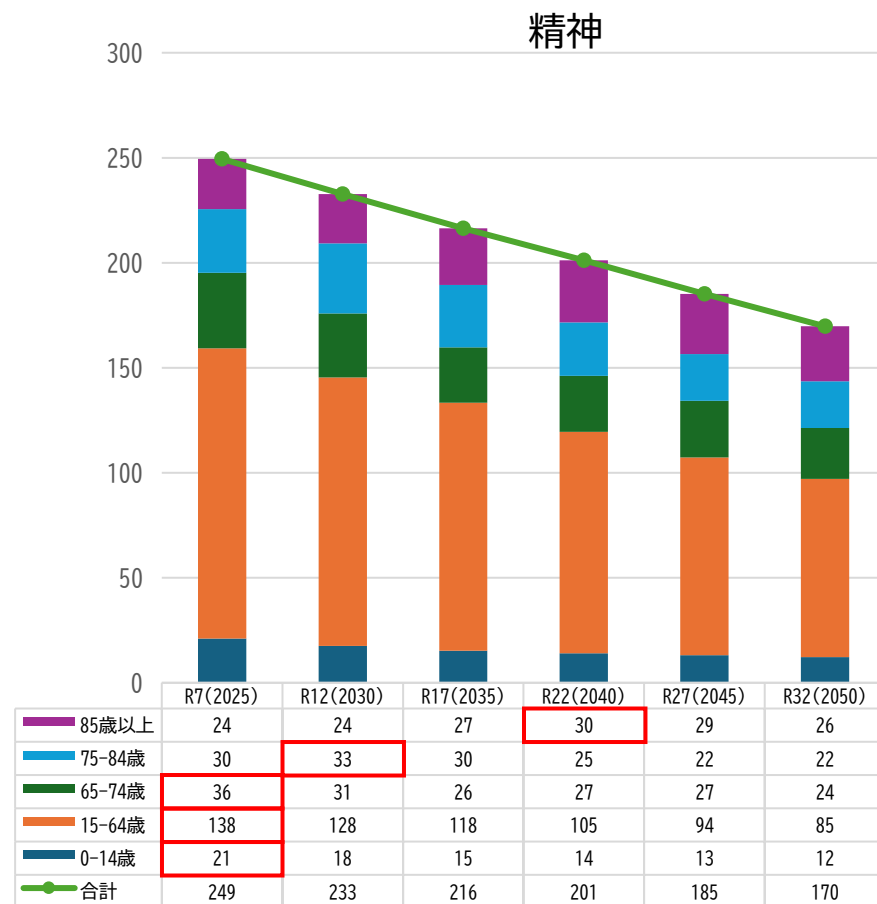
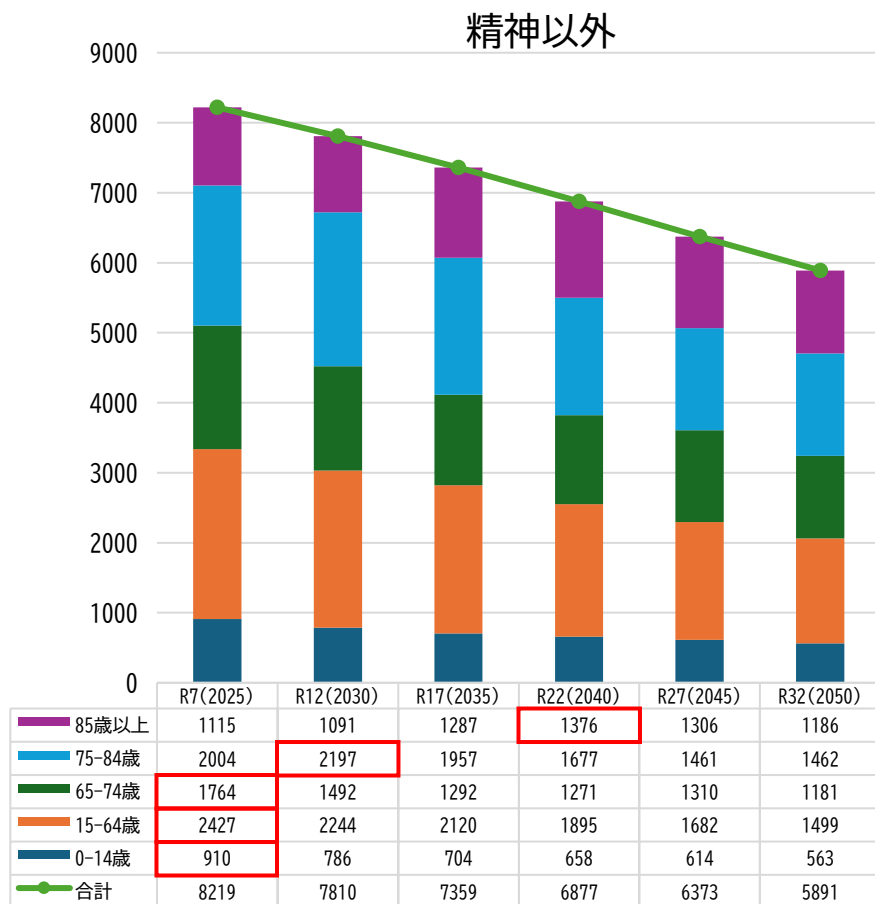
患者調査（令和5年度）全国編：入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級（5歳） × 傷病分類別（第69表）

推計人口に傷病別入院受療率を乗じることで傷病別入院患者数を算出

※地域医療構想策定時の推計と同様の方法※新しい地域医療構想策定時には策定ガイドラインに従い再算定予定

3 令和7年度分析結果

延岡西臼杵 外来患者推計（人/1日）



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（2023）年推計）」

患者調査（令和5年度）全国編：外来受療率（人口10万対）、性・年齢階級（5歳）×傷病分類×外来（初診－再来）別（第71表）

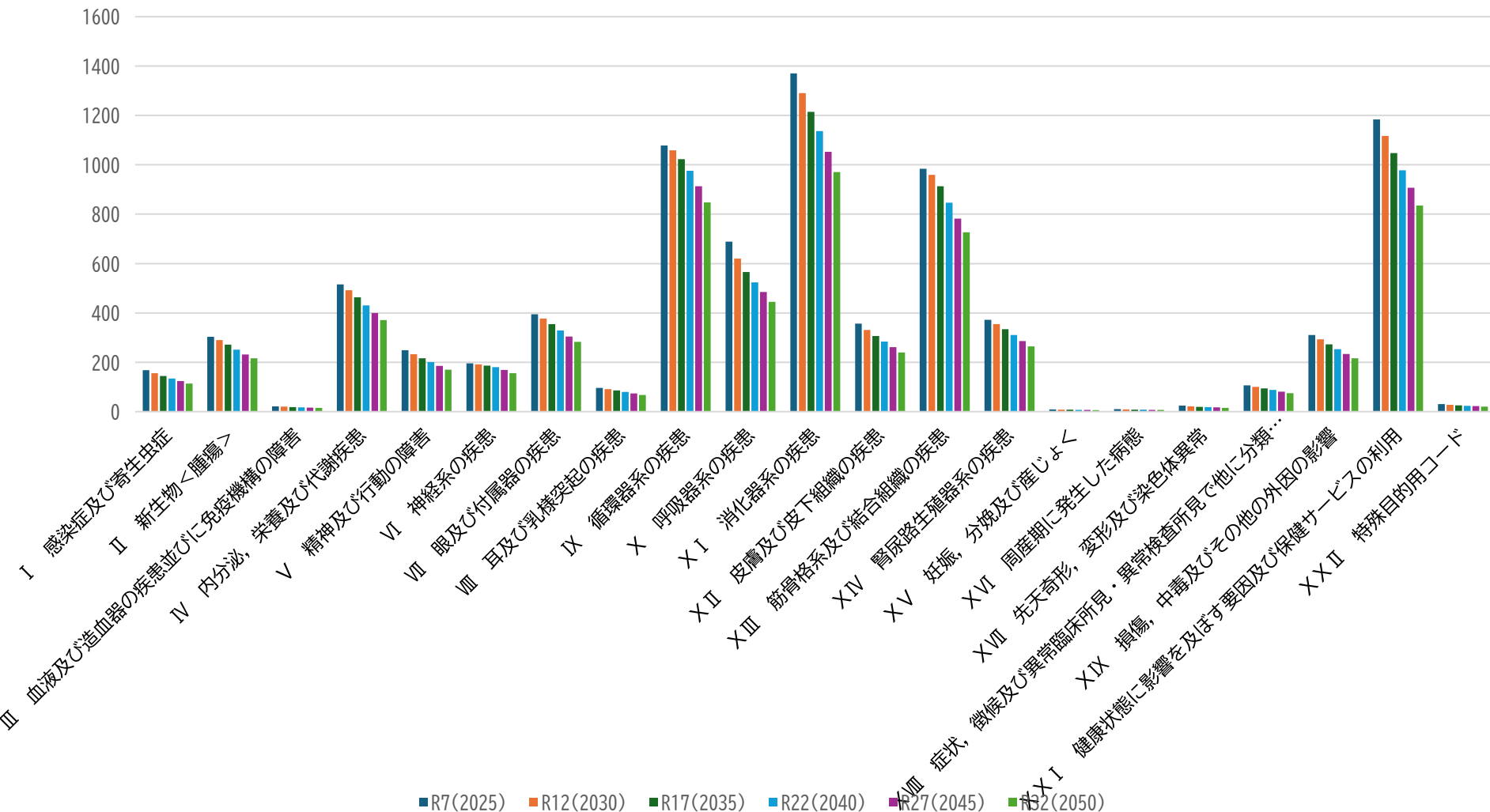
推計人口に年齢別入院受療率を乗じることで年齢別入院患者数を算出

※地域医療構想策定時の推計と同様の方法

※新しい地域医療構想策定時にはガイドラインに従い再算定予定）

3 令和7年度分析結果

延岡西臼杵 疾患別推計外来患者数（人/1日）



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（2023）年推計）」
 患者調査（令和5年度）全国編：外来受療率（人口10万対），性・年齢階級（5歳）×傷病分類×外来（初診－再来）別（第71表）
 推計人口に傷病別入院受療率を乗じることによって傷病別入院患者数を算出
 ※地域医療構想策定時の推計と同様の方法※新しい地域医療構想策定時には策定ガイドラインに従い再算定予定)

入院患者の流出入状況（一般病床）

(1) 一般病床における入院患者の流出入状況

- 宮崎東諸県に県下全域からの流入が見られ、特に西都児湯の入院患者の約4割が宮崎東諸県へ流出。
- 日向入郷では、主に延岡西臼杵や宮崎東諸県の2地域へ流出。
- 延岡西臼杵や都城北諸県、西諸、日南串間においては県外への流出が1割程度見られる。

二次医療圏別の入院患者数(一般病床)

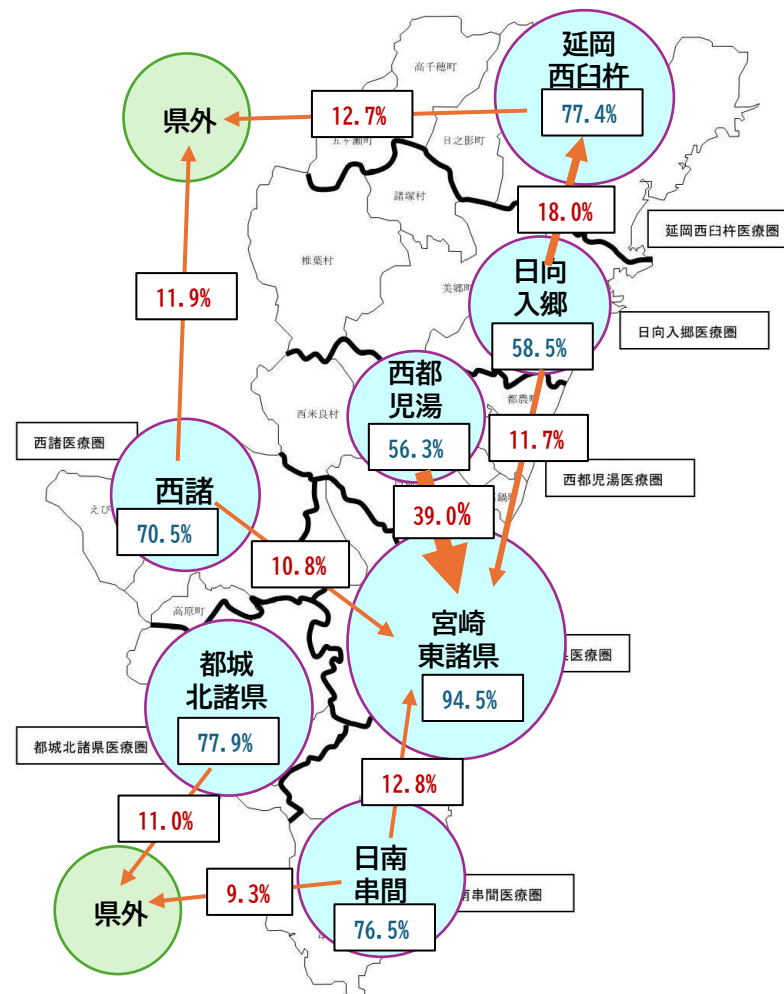
	医療機関所在地								
患者住所	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県外	総計
延岡 西臼杵	724	11	50	27	0	4	0	119	935
日向 入郷	91	296	59	30	2	0	0	28	506
宮崎 東諸県	2	4	1,935	25	12	7	1	62	2,048
西都 児湯	2	7	259	374	1	2	0	19	664
日南 串間	1	1	81	0	486	6	1	59	635
都城 北諸県	0	0	96	14	8	931	14	132	1,195
西諸	0	0	56	0	1	34	366	62	519
県外	9	1	46	3	10	152	11	-	232
総計	829	320	2,582	473	520	1,136	393	481	6,734

二次医療圏別の入院医療における地域完結率(一般病床)

	医療機関所在地								
患者住所	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	77.4%	1.2%	5.3%	2.9%	0.0%	0.4%	0.0%	12.7%	100.0%
日向 入郷	18.0%	58.5%	11.7%	5.9%	0.4%	0.0%	0.0%	5.5%	100.0%
宮崎 東諸県	0.1%	0.2%	94.5%	1.2%	0.6%	0.3%	0.0%	3.0%	100.0%
西都 児湯	0.3%	1.1%	39.0%	56.3%	0.2%	0.3%	0.0%	2.9%	100.0%
日南 串間	0.2%	0.2%	12.8%	0.0%	76.5%	0.9%	0.2%	9.3%	100.0%
都城 北諸県	0.0%	0.0%	8.0%	1.2%	0.7%	77.9%	1.2%	11.0%	100.0%
西諸	0.0%	0.0%	10.8%	0.0%	0.2%	6.6%	70.5%	11.9%	100.0%

一般病床における入院患者の主な流出状況

令和7年6月1日時点



(出典:「令和7年度宮崎県入院実態調査(宮崎県医療政策課)」)
 ※県外流出分については国民健康保険及び後期高齢者医療被保険者データを基に算出した推計値。

入院患者の流出入状況（療養病床）

(2) 療養病床における入院患者の流出入状況

- 都城北諸県を除く全ての区域は完結率は8割以上。
- 延岡西臼杵や都城北諸県、西諸では県外への流出が見られる。

二次医療圏別の入院患者数(療養病床)

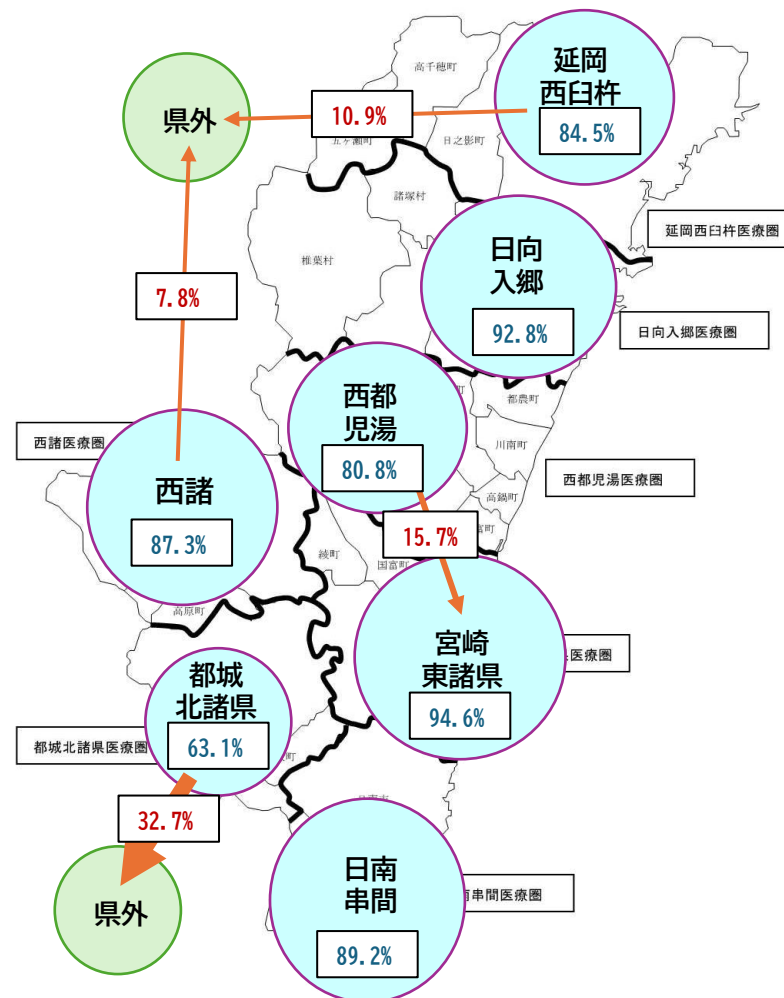
患者住所	医療機関所在地								
	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県外	総計
延岡 西臼杵	240	9	1	2	0	1	0	31	284
日向 入郷	7	206	2	0	0	0	0	7	222
宮崎 東諸県	0	0	764	7	1	1	19	16	808
西都 児湯	0	6	54	277	0	2	2	2	343
日南 串間	0	0	8	2	182	3	0	9	204
都城 北諸県	0	0	6	0	0	241	10	125	382
西諸	0	0	6	0	0	4	178	16	204
県外	2	0	3	0	11	22	4	-	42
総計	249	221	844	288	194	274	213	206	2,489

二次医療圏別の入院医療における地域完結率(療養病床)

患者住所	医療機関所在地								
	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	84.5%	3.2%	0.4%	0.7%	0.0%	0.4%	0.0%	10.9%	100.0%
日向 入郷	3.2%	92.8%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.2%	100.0%
宮崎 東諸県	0.0%	0.0%	94.6%	0.9%	0.1%	0.1%	2.4%	2.0%	100.0%
西都 児湯	0.0%	1.7%	15.7%	80.8%	0.0%	0.6%	0.6%	0.6%	100.0%
日南 串間	0.0%	0.0%	3.9%	1.0%	89.2%	1.5%	0.0%	4.4%	100.0%
都城 北諸県	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	63.1%	2.6%	32.7%	100.0%
西諸	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	2.0%	87.3%	7.8%	100.0%

療養病床における入院患者の主な流出状況

令和7年6月1日時点



(出典:「令和7年度宮崎県入院実態調査(宮崎県医療政策課)」)
※県外流出分については国民健康保険及び後期高齢者医療被保険者データを基に算出した推計値。

入院患者の流出入状況（精神病床）

(3) 精神病床における入院患者の流出入状況

- 日向入郷、宮崎東諸県、日南串間の地域完結率は9割を超える。
- 西都児湯では、主に宮崎東諸県と日向入郷の2地域への流出が見られ、特に宮崎東諸県に3割程度流出している。
- 西諸では、主に都城北諸県や県外への流出が1割程度見られる。

二次医療圏別の入院患者数(精神病床)

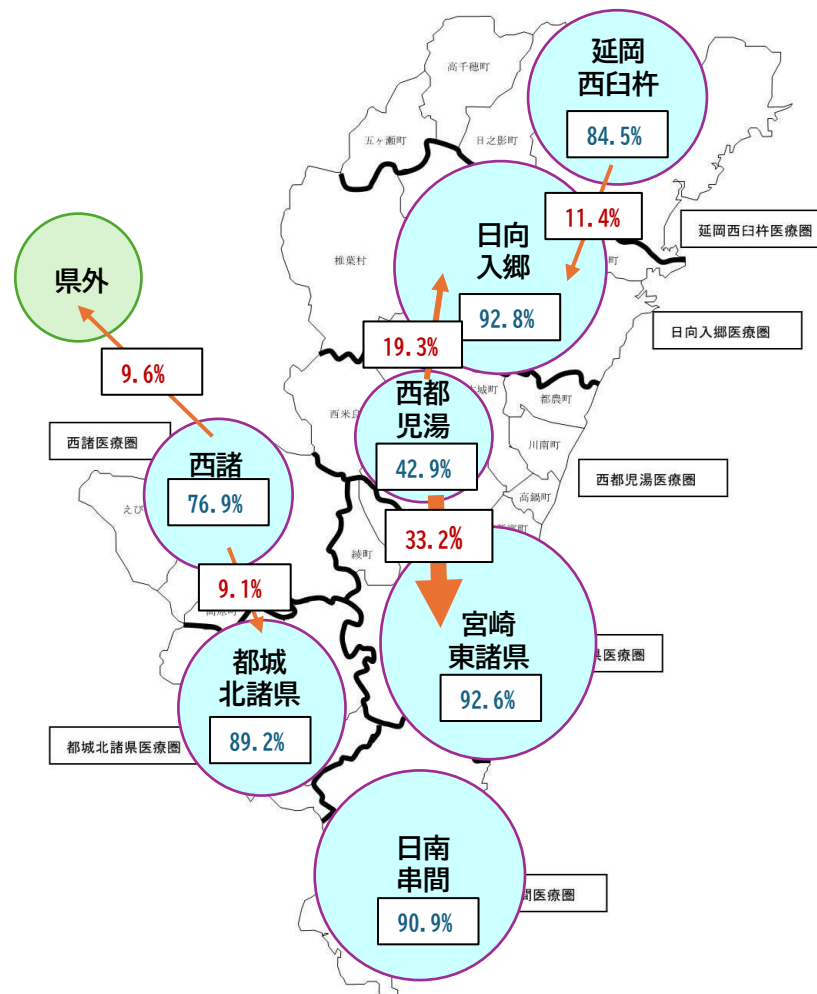
	医療機関所在地									
患者住所	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県外	総計	
延岡 西臼杵	674	91	4	0	2	4	0	22	797	
日向 入郷	24	606	7	0	0	1	0	14	652	
宮崎 東諸県	1	3	957	15	2	19	3	34	1,034	
西都 児湯	1	54	93	120	2	1	0	9	280	
日南 串間	1	0	23	0	501	13	1	12	551	
都城 北諸県	0	0	19	0	0	713	25	42	799	
西諸	1	0	16	0	0	36	303	38	394	
県外	10	2	6	1	79	149	5	-	252	
総計	712	756	1,125	136	586	936	337	171	4,759	

二次医療圏別の入院医療における地域完結率(精神病床)

	医療機関所在地								
患者住所	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	84.6%	11.4%	0.5%	0.0%	0.3%	0.5%	0.0%	2.8%	100.0%
日向 入郷	3.7%	92.9%	1.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	2.1%	100.0%
宮崎 東諸県	0.1%	0.3%	92.6%	1.5%	0.2%	1.8%	0.3%	3.3%	100.0%
西都 児湯	0.4%	19.3%	33.2%	42.9%	0.7%	0.4%	0.0%	3.2%	100.0%
日南 串間	0.2%	0.0%	4.2%	0.0%	90.9%	2.4%	0.2%	2.2%	100.0%
都城 北諸県	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	89.2%	3.1%	5.3%	100.0%
西諸	0.3%	0.0%	4.1%	0.0%	0.0%	9.1%	76.9%	9.6%	100.0%

精神病床における入院患者の主な流出状況

令和7年6月1日時点



(出典:「令和7年度宮崎県入院実態調査(宮崎県医療政策課)」)
※県外流出分については国民健康保険及び後期高齢者医療被保険者データを基に算出した推計値。

今後の医療介護サービスについての考え方

- 医療介護サービスの主たる利用者は団塊の世代（75歳以上）に移っていく。
- 彼らが必要とするサービスの主体は慢性期。
- 慢性期の状態を起点として急性期イベントが発生する。
- 慢性期＝入院＋介護施設入所＋在宅
 - 各地域で利用可能な医療資源、介護資源を現実的に考え、上記3サービスの配分を考える。
 - その上で、各サービスを担う組織の役割を考える。
- 自助、互助、共助、公助それぞれの役割を住民とともに考える。

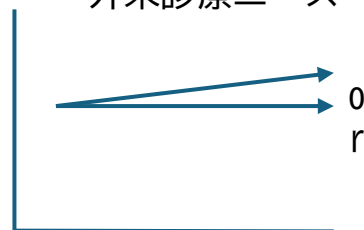
3 令和7年度分析結果

外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン

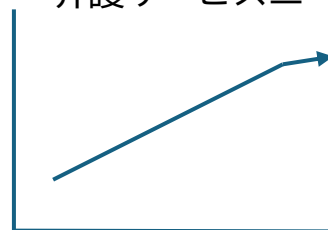
地域A

ex: 大都市部

外来診療ニーズ

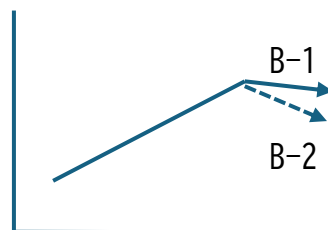
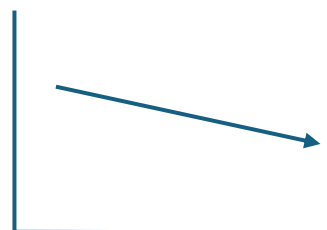


介護サービスニーズ



地域B

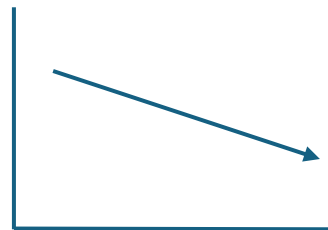
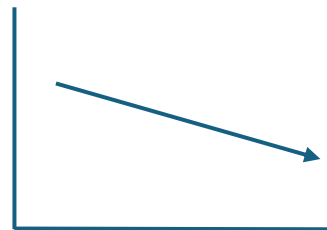
ex: 地方都市



2035年～2040年後の
ニーズの低下速度に
よって2つに分類

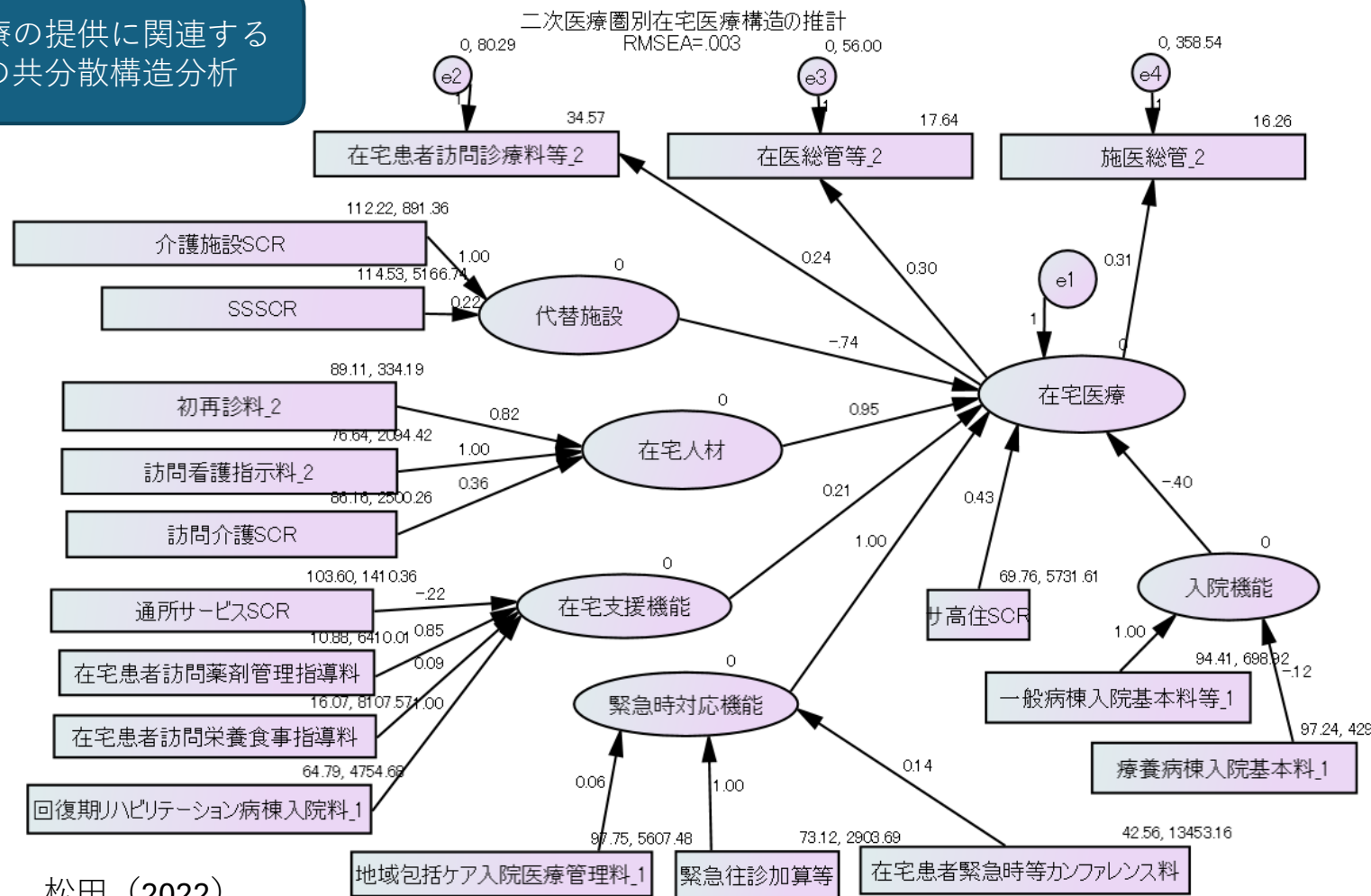
地域C

ex: 中山間地域



3 令和7年度分析結果

在宅医療の提供に関連する
要因の共分散構造分析



資料： 松田（2022）

「地域A」の慢性期への対応

$$\text{慢性期} = \overset{\text{A}}{\text{入院}} + \overset{\text{B}}{\text{施設介護}} + \text{在宅}$$

Aの地域は2040年以降も外来需要及び介護需要が増加する。急性期から慢性期、介護のニーズ増に応えるための構想が必要。現在であれば施設介護を必要とする状態像の要介護高齢者の在宅ケアが増加するため、**訪問診療を行う医療施設（主に診療所）の確保とそれを支える病院（Type B）病院のネットワーク化が課題**となる。また、**増大する高齢者救急に対応するための地域版RSSが必要**となる。急性期病院においては、**高齢患者への総合的対応を行うための、病院総合医、特定看護師、ソーシャルワーカーの役割が重要**となる。加えて、ベッドサイドでのリハサービス量を増やすためのセラピストの配置が重要となる。

- ※TypeAの病院に求められる機能：①広域で急性期機能（がん診療、手術、救急、周産期、医師派遣）を持つこと
②その機能を24時間365日体制で担える人的資源、物的資源があること
- TypeBの病院に求められる機能：①介護施設や在宅医療を担う診療所を支える機能を持つこと
②高齢者救急への対応（プライマリ対応、調整、下り搬送の受け皿）を行うこと
③地域における医療介護連携の中核としての調整機能を持つこと

「地域B」の慢性期への対応

$$\text{慢性期} = \overset{\text{A}}{\text{入院}} + \overset{\text{B}}{\text{施設介護}} + \text{在宅}$$

Bの地域は2035年から2040年に介護需要のピークを迎え、以後低下傾向になる。すでに外来需要は「減少傾向にあり、入院医療も典型的な急性期のニーズが減少している。Aの地域と同様、施設介護を必要とする状態像の要介護高齢者の在宅ケアが増加するため、**訪問診療を行う医療施設（主に診療所）の確保とそれを支える病院（Type B）病院のネットワーク化が課題**となる。そのためにも、地域の一般病院でType Bの機能を担う病院を明確にする必要がある。病院総合医、特定看護師、ソーシャルワーカー、セラピストの役割の重要性についてはAの地域と同じ。

「地域C」の慢性期への対応

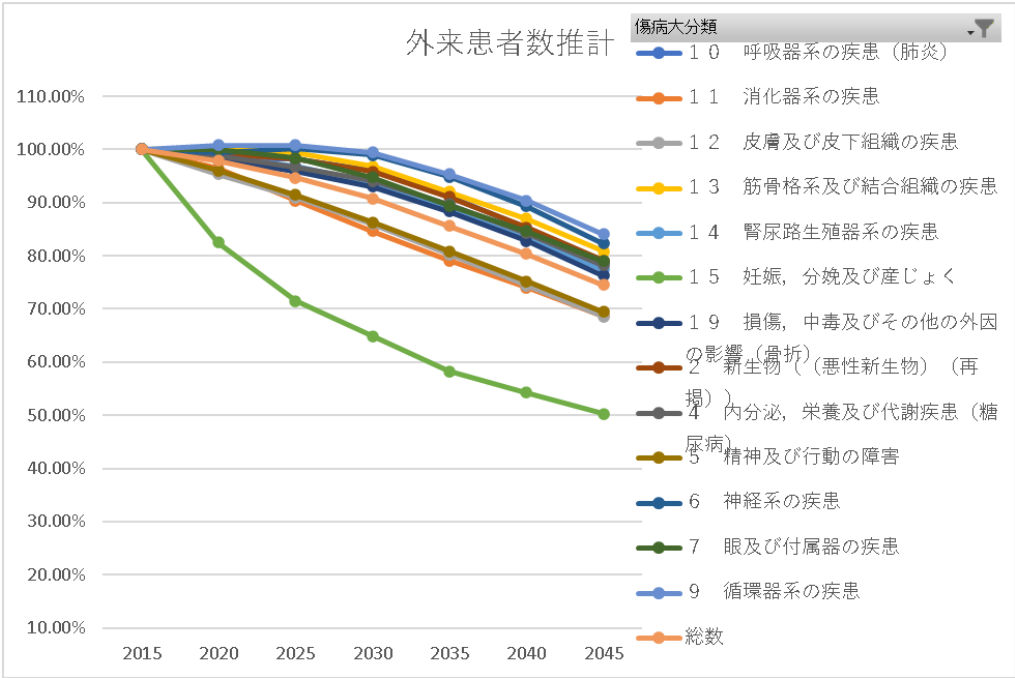
$$\text{慢性期} = \overset{A}{\text{入院}} + \overset{B}{\text{施設介護}} + \text{在宅}$$

慢性期 = 入院 + 施設介護 + 在宅

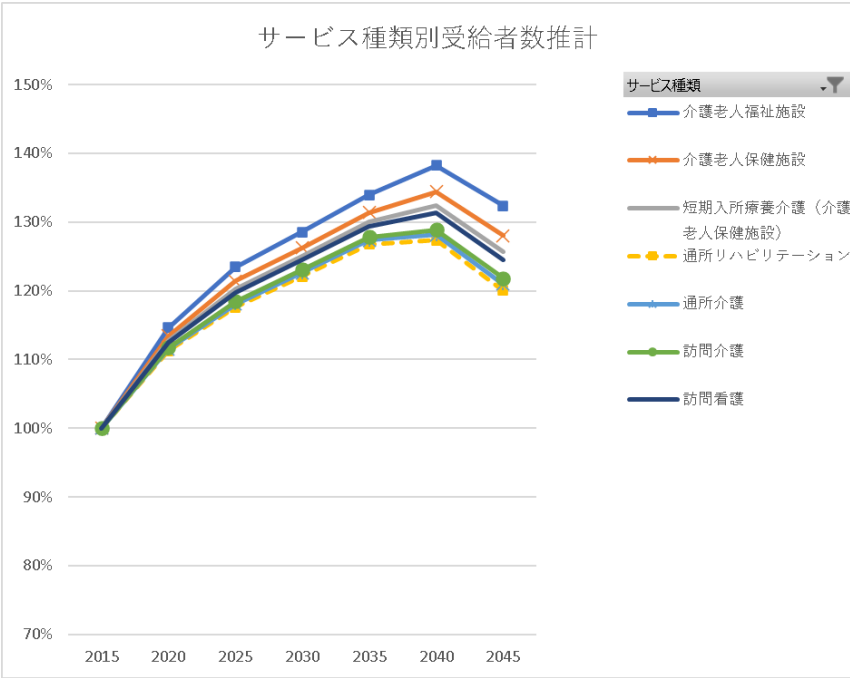
Cの地域は、すでに入院・外来、介護のいずれのニーズも減少局面となっている。新規参入するサービス提供者は期待できず、また在宅ケアを増加させるための人的資源の制限があるため、**現在、地域にある入院施設、介護施設を維持しながらニーズに添えていく必要**がある。効率的なサービス提供体制と人的資源確保のため、連携推進法人の設立などを急ぐ必要がある。オンラインを活用した医療MaaSなどの活用を検討する必要がある。**地域の医療職の年齢分布の分析を行い、10年後の医療提供体制の状況を把握しておくことが、議論のために重要**になる。

要介護高齢者の推移（延岡市）

外来需要



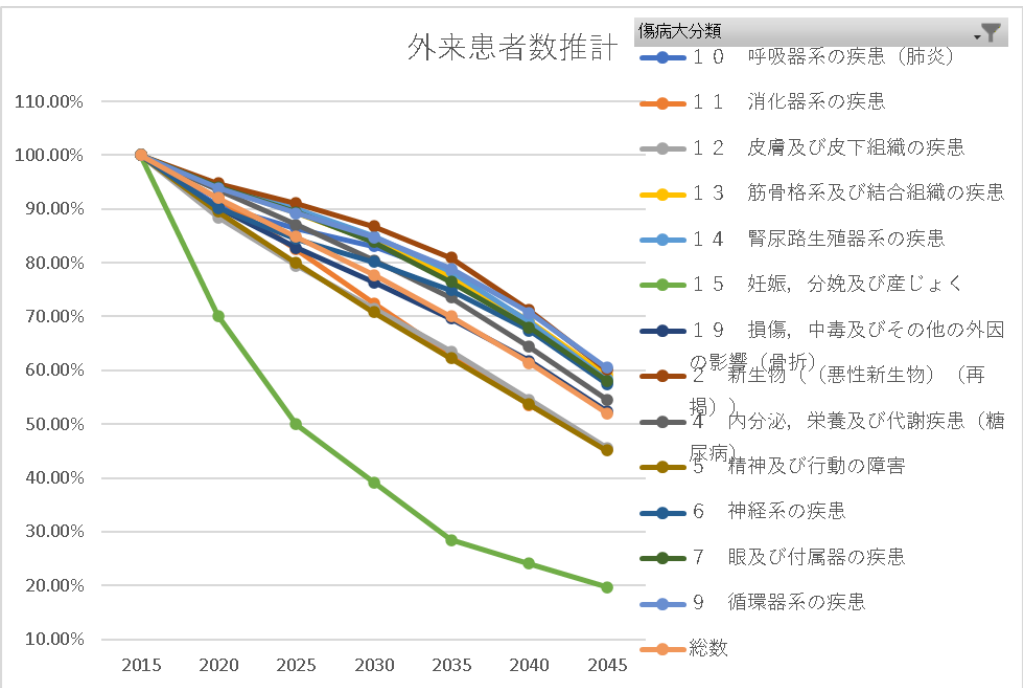
介護需要



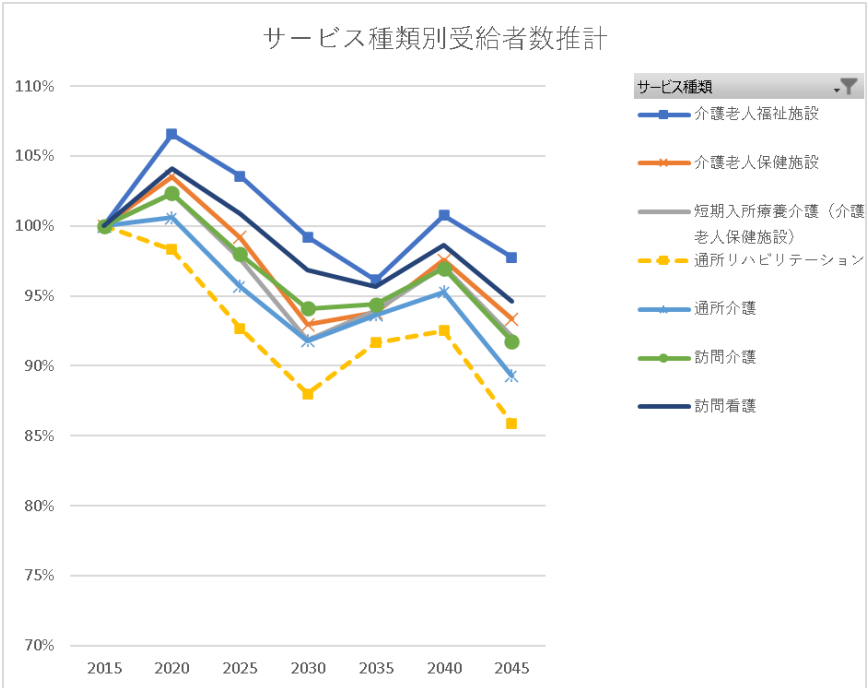
3 令和7年度分析結果

要介護高齢者の推移（五ヶ瀬町）

外来需要



介護需要



3 令和7年度分析結果

要介護高齢者の推移（高千穂町）

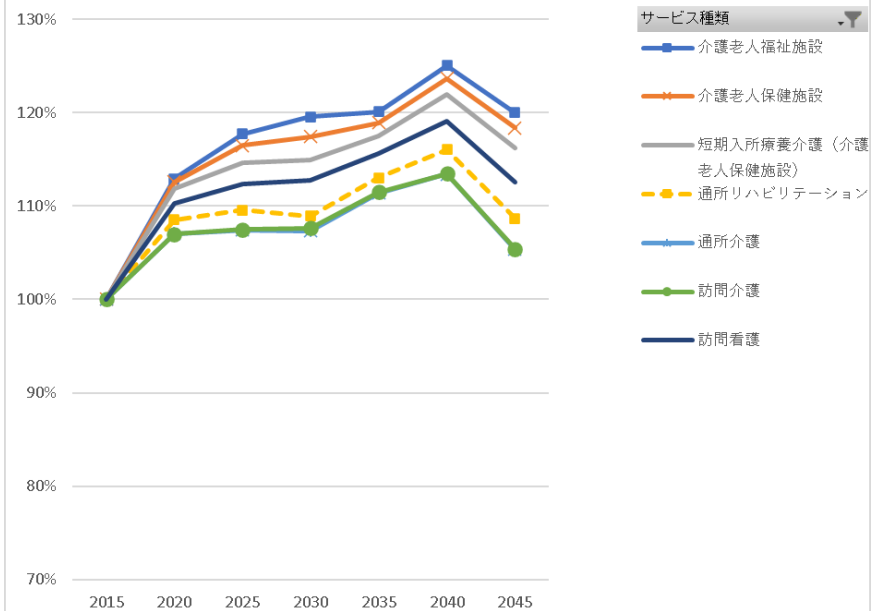
外来需要

外来患者数推計



介護需要

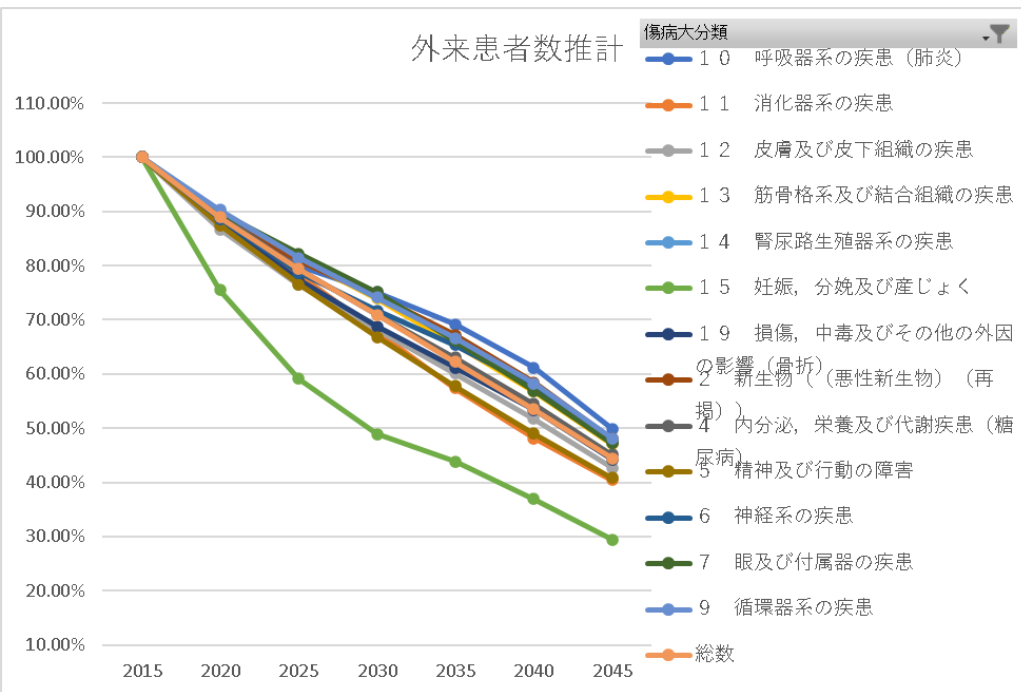
サービス種類別受給者数推計



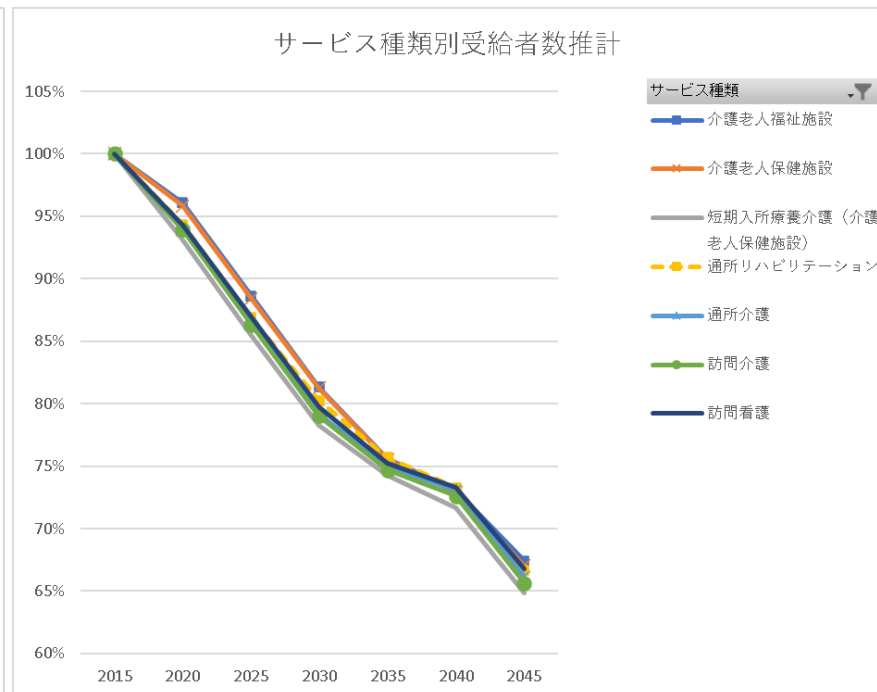
3 令和7年度分析結果

要介護高齢者の推移（日之影町）

外来需要



介護需要



救急車による入院の将来推計 (延岡西臼杵2020年=100)

指数（2020年度を100）											
年	0_4歳	5_14歳	15_24歳	25_34歳	35_44歳	45_54歳	55_64歳	65_74歳	75_84歳	85歳以上	合計
2020年	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2025年	78	87	90	88	85	100	86	88	112	103	98
2030年	71	71	83	86	70	89	85	75	122	101	96
2035年	65	60	72	84	64	76	87	65	108	118	95
2040年	62	55	59	78	63	63	78	64	93	128	92
2045年	57	52	51	69	61	58	67	66	81	122	85
2050年	52	49	47	57	57	57	56	59	81	111	79

3 令和7年度分析結果

医療SCR

市町村	年度	二次医療圏	診療所 初診料	診療所 再診料	一般病棟 入院基本料	療養病棟 入院基本料	有床診療所 入院基本料	有床診療所 療養病床入 院基本料	回復期リハ ビリテー ション病棟 入院料	往診	在宅患者 訪問診療料	救急搬送 診療料	訪問看護 指示料
延岡市	2018	延岡西臼杵	112.2	99.7	111.4	92.2	304.7		107.6	52.7	87.3	47.3	33.7
	2020	延岡西臼杵	119.4	102	110.2	84	323.4		120.4	55	78.9	77	31.8
	2022	延岡西臼杵	126	104.3	113.7	68.1	348.6		141.5	55.6	73.9	200.5	37.4
高千穂町	2018	延岡西臼杵	53	69.5									
	2020	延岡西臼杵	53	72.4						4.5			
	2022	延岡西臼杵	52.2	71	88.1	128.7			74.7	13.7	9.4	193.8	32.7
日之影町	2018	延岡西臼杵											
	2020	延岡西臼杵											
	2022	延岡西臼杵	17.5	44.8	91.1	6.1			46.3		4		24.2
五ヶ瀬町	2018	延岡西臼杵											
	2020	延岡西臼杵											
	2022	延岡西臼杵	15.8	42.7	91.7						0.8		0.8

介護SCR

市町村	訪問介護	訪問看護	訪問リハ ビリテー ション	通所介護	通所リハ ビリテー ション	ショート ステイ	福祉用具 貸与	特定施設 入居者生 活介護	小規模 多機能型 居宅介護	認知症対応 型共同生活 介護	複合型 サービス (看護小 規模多機 能型居宅 介護)	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護医療 院
延岡市	95.0	57.8	40.2	123.3	92.0	47.2	91.2	109.9	149.3	108.7	286.9	76.5	114.9	197.5
高千穂町	45.3	41.0	9.0	117.6	4.5	103.6	65.6	42.2	0.0	72.2	0.0	152.5	11.5	812.2
日之影町	35.2	22.5	12.3	80.5	0.0	70.8	33.9	122.0	0.0	74.1	0.0	179.4	21.0	669.7
五ヶ瀬町	33.7	17.6	0.0	0.0	3.5	97.4	39.4	43.1	0.0	73.6	0.0	128.8	35.2	1178.9

3 令和7年度分析結果

介護SCRの時系列変化（2020年宮崎県全体=1.000）

延岡市

資源番号名	2次医療圏	圏域	圏域名称	2020	2021	2022	2023	2024
訪問介護	4503	45203	延岡市	1.088	1.138	1.176	1.150	1.136
訪問入浴介護	4503	45203	延岡市	1.428	1.581	1.685	1.317	1.245
訪問看護	4503	45203	延岡市	1.004	1.062	1.232	1.273	1.361
訪問リハビリテーション	4503	45203	延岡市	0.999	1.215	1.073	1.047	1.051
通所介護	4503	45203	延岡市	1.045	1.051	1.087	1.065	1.074
通所リハビリテーション	4503	45203	延岡市	1.040	1.072	1.075	1.009	0.933
福祉用具貸与	4503	45203	延岡市	1.135	1.168	1.225	1.176	1.165
短期入所生活介護	4503	45203	延岡市	0.762	0.749	0.730	0.757	0.755
短期入所療養介護（介護老人保健施設）	4503	45203	延岡市	1.537	1.467	1.980	1.926	1.778
居宅療養管理指導	4503	45203	延岡市	1.606	1.701	1.870	1.945	1.948
認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	4503	45203	延岡市	0.986	0.980	1.000	0.951	0.948
特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	4503	45203	延岡市	1.486	1.359	1.369	1.400	1.385
介護福祉施設サービス	4503	45203	延岡市	0.924	0.871	0.876	0.827	0.814
介護保健施設サービス	4503	45203	延岡市	1.239	1.222	1.201	1.174	1.195
介護医療院サービス	4503	45203	延岡市	0.041	0.319	4.460	7.098	7.361
夜間対応型訪問介護	4503	45203	延岡市	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）	4503	45203	延岡市	1.450	1.468	1.495	1.245	1.217
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4503	45203	延岡市	0	0	0.235	0.466	0.351
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）	4503	45203	延岡市	4.242	3.952	3.847	3.727	3.482

介護SCRの時系列変化（2020年宮崎県全体=1.000）

高千穂町

資源番号名	2次医療圏	圏域	圏域名称	2020	2021	2022	2023	2024
訪問介護	4503	45441	高千穂町	0.458	0.456	0.571	0.575	0.581
訪問入浴介護	4503	45441	高千穂町	2.663	3.093	3.464	4.284	4.840
訪問看護	4503	45441	高千穂町	0.541	0.805	0.888	0.860	0.729
訪問リハビリテーション	4503	45441	高千穂町	0.088	0	0.086	0	0
通所介護	4503	45441	高千穂町	0.788	0.898	0.977	1.021	1.007
通所リハビリテーション	4503	45441	高千穂町	0.340	0.024	0.024	0.062	0.100
福祉用具貸与	4503	45441	高千穂町	0.572	0.658	0.760	0.793	0.790
短期入所生活介護	4503	45441	高千穂町	1.093	1.212	1.240	1.212	1.238
短期入所療養介護（介護老人保健施設）	4503	45441	高千穂町	1.393	0	0.076	0.078	0.159
居宅療養管理指導	4503	45441	高千穂町	0.232	0.253	0.262	0.215	0.172
認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	4503	45441	高千穂町	0.691	0.612	0.711	0.638	0.635
特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	4503	45441	高千穂町	0.491	0.519	0.655	0.513	0.624
介護福祉施設サービス	4503	45441	高千穂町	1.276	1.337	1.448	1.453	1.484
介護保健施設サービス	4503	45441	高千穂町	1.134	0.197	0.158	0.123	0.126
介護医療院サービス	4503	45441	高千穂町	1.130	18.986	23.597	21.066	23.491
夜間対応型訪問介護	4503	45441	高千穂町	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）	4503	45441	高千穂町	0	0	0	0	0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4503	45441	高千穂町	0	0	0	0	0
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）	4503	45441	高千穂町	0	0	0	0	0

介護SCRの時系列変化（2020年宮崎県全体=1.000）

日之影町

資源番号名	2次医療圏	圏域	圏域名称	2020	2021	2022	2023	2024
訪問介護	4503	45442	日之影町	0.547	0.518	0.464	0.537	0.398
訪問入浴介護	4503	45442	日之影町	1.922	2.616	1.962	1.418	0.697
訪問看護	4503	45442	日之影町	0.359	0.256	0.366	0.442	0.357
訪問リハビリテーション	4503	45442	日之影町	0	0	0.229	0.248	0
通所介護	4503	45442	日之影町	0.982	0.870	0.785	0.889	0.736
通所リハビリテーション	4503	45442	日之影町	0.031	0	0.032	0.035	0
福祉用具貸与	4503	45442	日之影町	0.507	0.467	0.416	0.502	0.441
短期入所生活介護	4503	45442	日之影町	1.333	1.074	1.181	1.373	1.123
短期入所療養介護（介護老人保健施設）	4503	45442	日之影町	0.394	0	0	0	0
居宅療養管理指導	4503	45442	日之影町	0.301	0.308	0.237	0.285	0.230
認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	4503	45442	日之影町	0.557	0.674	0.726	0.790	0.671
特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	4503	45442	日之影町	1.325	1.412	1.235	1.876	1.598
介護福祉施設サービス	4503	45442	日之影町	1.652	1.825	1.714	1.822	1.634
介護保健施設サービス	4503	45442	日之影町	1.048	0.345	0.414	0.565	0.298
介護医療院サービス	4503	45442	日之影町	0.693	12.696	15.518	17.172	16.156
夜間対応型訪問介護	4503	45442	日之影町	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）	4503	45442	日之影町	0	0	0	0	0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4503	45442	日之影町	0	0	0	0	0
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）	4503	45442	日之影町	0	0	0	0	0

3 令和7年度分析結果

介護SCRの時系列変化（2020年宮崎県全体=1.000）

五ヶ瀬町

資源番号名	2次医療圏	圏域	圏域名称	2020	2021	2022	2023	2024
訪問介護	4503	45443	五ヶ瀬町	0.634	0.649	0.556	0.528	0.613
訪問入浴介護	4503	45443	五ヶ瀬町	3.572	4.021	2.193	1.492	1.535
訪問看護	4503	45443	五ヶ瀬町	0.201	0.205	0.123	0.170	0.441
訪問リハビリテーション	4503	45443	五ヶ瀬町	0.508	0.517	0	0	0
通所介護	4503	45443	五ヶ瀬町	0.261	0.182	0.684	0.698	0.609
通所リハビリテーション	4503	45443	五ヶ瀬町	0.105	0.036	0.036	0.148	0.115
福祉用具貸与	4503	45443	五ヶ瀬町	0.506	0.493	0.501	0.476	0.564
短期入所生活介護	4503	45443	五ヶ瀬町	1.026	1.211	1.009	1.170	1.300
短期入所療養介護（介護老人保健施設）	4503	45443	五ヶ瀬町	0	0	0.225	0.938	0.967
居宅療養管理指導	4503	45443	五ヶ瀬町	0.261	0.295	0.322	0.249	0.373
認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	4503	45443	五ヶ瀬町	0.401	0.709	0.650	0.608	0.633
特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	4503	45443	五ヶ瀬町	0.324	0.333	0.400	0.344	0.428
介護福祉施設サービス	4503	45443	五ヶ瀬町	1.222	1.210	1.160	1.268	1.209
介護保健施設サービス	4503	45443	五ヶ瀬町	0.266	0.507	0.429	0.442	0.293
介護医療院サービス	4503	45443	五ヶ瀬町	10.103	13.566	15.162	22.240	42.943
夜間対応型訪問介護	4503	45443	五ヶ瀬町	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）	4503	45443	五ヶ瀬町	0	0	0	0	0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4503	45443	五ヶ瀬町	0	0	4.734	5.052	5.247
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）	4503	45443	五ヶ瀬町	0	0	0	0	0

延岡西臼杵医療圏の地区診断（１）

- 2015年以降人口は減少、少子高齢化の進行により外来需要はすでに減少している。入院需要も2025年をピークに以後減少する。ただし、肺炎、心不全、脳梗塞は2030年まで高止まりし、以後減少する。
- 地域の中核病院は県立延岡病院。本医療圏の場合、type Aの病院とtype Bの病院が明確に分かれている。
- 慢性期の医療・介護サービスを必要とする後期高齢者の絶対数は延岡市は2035－40年まで維持され、以後減少傾向となる。他方、五ヶ瀬町等は2020年をピークとして、以後減少傾向となる。
- 外来と一般病棟入院の提供量は全国並み
- 有床診療所の入院と回復期リハビリテーション病棟は全国より提供量が多い
- 訪問診療、訪問看護（医療）、療養病床は全国より提供量が少ない。
- 施設介護と通所サービス、訪問介護は全国より提供量が多い。ショートステイ、訪問看護（介護）、サ高住の提供量が全国より少ない。
- 介護に関しては、相対的に施設介護のニーズが高い。

延岡西臼杵医療圏の地区診断（2）

【課題】

- 地域医療の安定化のために、県立延岡病院の機能を維持することが重要。また、地理的に高千穂国保病院のtype Bとしての総合的な機能を維持することも重要。県立延岡病院とそれ以外の医療施設との連携体制の充実が重要。→ICTの活用
- 慢性期のサービス提供体制（療養病床）が弱い。外来機能が維持されていることを踏まえると、在宅ケアの提供量のある程度増やすことが不可欠。その際、ICTを活用したD to P with Nのような仕組みを構築することが、特にこの医療圏では重要ではないか。
- 介護施設 - 診療所 - 一般病棟（含：地域包括ケア病棟）の連携を軸とした在宅医療支援体制、介護施設支援体制の構築がカギになるのでは？
 - 在宅療養支援病院の整備が課題になるのでは？
 - 介護施設の医療を日常的に支援する病院の整備が重要
 - 訪問看護・訪問介護を担う人材の確保が課題
 - 予防可能な急性期イベント（肺炎、尿路感染症、心不全の急性増悪、低栄養など）への対応

新たな地域医療構想における 構想区域の設定について

令和8年6月、7月
宮崎県福祉保健部医療政策課

目 次

- 1 構想区域見直し趣旨
- 2 これまで出た構想区域に関する意見について
- 3 令和8年度宮崎県医療資源調査・分析支援事業でのバックデータ作成

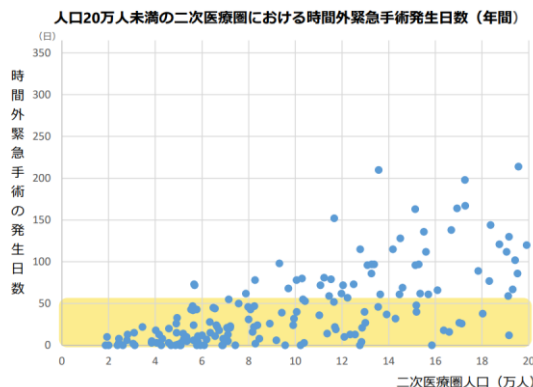
1 構想区域見直し趣旨

構想区域検討趣旨

- 地域医療構想は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、病床の機能分化・連携を進めるための指針として策定された。
- 新たな地域医療構想においては、2040年以降を見据え、人口構造の変化や医療、介護ニーズの変容、医師の働き方改革や効率的な医療提供体制の構築という新たな課題に対応する必要がある。
- 地域医療の効率性向上と県民のアクセス確保の最適なバランスを整理するため、現行の「二次医療圏（構想区域）」のあり方について医療審議会、地域医療構想調整会議等で検討する必要がある。

国の方針

- これまで、二次医療圏は、入院に係る医療を一定程度完結すること、人口規模が20万人以上であること等を目安としながら設定されてきた。
- 他方、すでに半数の二次医療圏が人口規模20万人未満であり、例えば時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在する。
緊急手術に対応できる体制は24時間365日確保することが求められるところ、以下のような課題がある
 - ・ 圏域として体制が確保できておらず、当該医療圏内で医療提供が完結していない
 - ・ 全ての需要に対応できるが、圏域における医療需要が少なく、提供体制として効率性に課題がある



「医療計画について」（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）により

人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討すること。

2 これまで出た構想区域に関する意見について

これまでいただいた意見（１）

医療審議会計画等部会、データ分析チームミーティング等において、新たな構想区域について、以下の意見をいただいている。

【構想区域再編等意見】

- 宮崎県は面積が広く、街が点在している地理的特性があるため、これまでの「7つの二次医療圏（構想区域）」を直ちに改編することは、現実的にかなり困難と考えられる。

⇒ 現行の7構想区域維持意見

- 宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵構想区域を拠り所としつつ、日向入郷、西諸については医療資源の投入方法を検討し、構想区域維持のあり方を模索してはどうか。
- 日南串間構想区域は、地理的な要因から独立した構想区域の維持を検討してはどうか。
- 西都児湯構想区域は、これまでのデータ分析から独自での存続は難しいと考えられることから、宮崎東諸県構想区域との統合も検討してはどうか。

⇒ 7構想区域→6構想区域意見

- 西都児湯を宮崎東諸県構想区域に、日向入郷を延岡西臼杵構想区域に、西諸を都城北諸県構想区域に統合することも考えられるのではないかと。

⇒ 7構想区域→4構想区域意見

- 日南串間構想区域は県内でも人口減少が著しく、当構想区域を維持させようという意見には疑問。
- 日南串間構想区域について、高速道路の普及により串間市の患者はむしろ都城北諸県構想区域の医療機関への受診が容易になった。
- 日南串間構想区域の分解という発想も議論する必要があるのではないかと。

⇒ 日南串間構想区域分割意見

- ↳ ○ 分割自体は可能であると思う一方、再編により患者がより広範囲に点在することとなることが想定されるため、患者にどう医療にかかってもらうか、町作りと併せて協議する必要がある。



現在の構想区域イメージ

2 これまで出た構想区域に関する意見について

これまでいただいた意見（2）

医療審議会計画等部会、データ分析チームミーティング等において、新たな構想区域について、以下の意見をいただいている。

【構想区域再編に係る情報収集等に関する意見】

- 構想区域の再編は保健所の機能の再編にもつながるという認識がある。
- 広域化する際に保健所がどのような体制になるかの協議抜きで構想区域の再編を検討することはできないのではないかと。
 - ↳ ○ 地域医療構想調整会議について、再編により吸収される構想区域については、調整会議等において意見が通りにくくなることが想定される。
 - 地域医療構想調整会議については一括にするのではなく、地域部会等を設けて現構想区域での協議の場は維持する必要があるのではないかと。
- 構想区域ごとにICT導入の進み具合が異なることを考慮に入れて協議する必要があるのではないかと。
- 災害時のシミュレーションは必須で、患者の病院へのアクセスのみならず、医療機器卸事業所の場所の把握等も必要。

【総括意見】

- 構想区域を再編・統合させるとして、傷病別や高齢者救急などそれぞれに対し構想区域を重層的に設定することで、柔軟に対応することが必要と考える。

3 令和8年度宮崎県医療資源調査・分析支援事業でのバックデータ作成

令和8年度のデータ分析項目

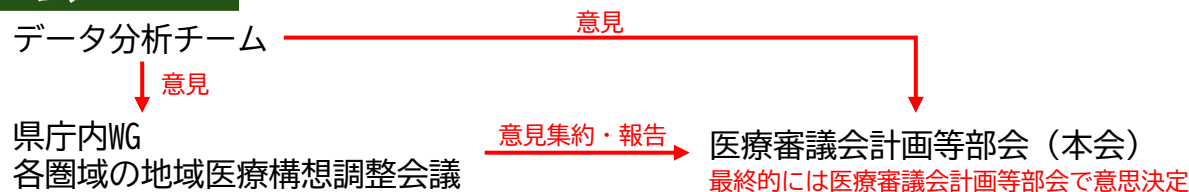
構想区域検討用データの作成

- 急性期拠点機能等を有する施設候補の決定
→手術件数や救急搬送受入実績に基づく拠点性の客観的評価

	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション
地方都市型	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応。 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
人口の少ない地域	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	

- 構想区域見直しシミュレーション
→ 医療機関や介護施設への移動時間シミュレーションや災害時シミュレーションにより、構想区域再編が、住民の救急搬送や通院アクセス、医療機関の医療資源確保に与える影響予測

構想区域設定スキーム



かかりつけ医機能報告について

令和8年6月、7月

宮崎県福祉保健部医療政策課

目 次

- 1 かかりつけ医機能報告概要
- 2 かかりつけ医機能報告結果
- 3 地域医療構想調整会議での議論の方針
- 4 今回ご意見いただきたい内容

1 かかりつけ医機能報告概要

かかりつけ医機能報告制度導入の背景

(1) 人口構造の変化

- ・超高齢社会の進展（2025年以降、85歳以上を中心に高齢者増加）
- ・生産年齢人口の減少

(2) 医療需要の増大・多様化

- ・全国の入院患者数は2040年ごろにピークを迎える。
- ・外来患者数は2025年ごろにピークを迎え、特に高齢者の医療ニーズが増加。
- ・在宅患者は2040年以降にピークを迎える。
- ・医療・介護の複合ニーズを持つ人が一層増加。

(3) 医療・福祉のマンパワー不足

- ・2040年には医療・福祉職の人材がさらに必要。
- ・60歳以上の医師の割合が増加するなど、医師の高齢化が進行



複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「**治す医療**」から「**治し、支える医療**」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、**身近な医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担う「かかりつけ医機能」を強化することが必要。**

1 かかりつけ医機能報告概要

かかりつけ医機能報告制度の流れ

- (1) 医療機関からの報告：自らが提供しているかかりつけ医機能を都道府県に報告。
- (2) 県による確認・公表：都道府県は報告内容を確認し、**外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告・公表**。
- (3) 具体的方策の検討：外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、その結果を公表。

かかりつけ医機能報告制度の流れ

①日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能

- ・17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無
- ・総合診療専門医の有無 など

②通常の診療時間外の診療

- ・通常の診療時間外の診療体制の確保状況
- ・時間外対応加算1～4の届出状況 など

③入退院時の支援

- ・後方支援病床の確保状況
- ・地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況 など

④在宅医療の提供

- ・訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
- ・在宅看取りの実施 など

⑤介護サービス等と連携した医療提供

- ・地域ケア会議等への参加状況
- ・介護保険施設等における医療の提供状況 など

※1号機能を有する医療機関は2号機能の報告を行う。

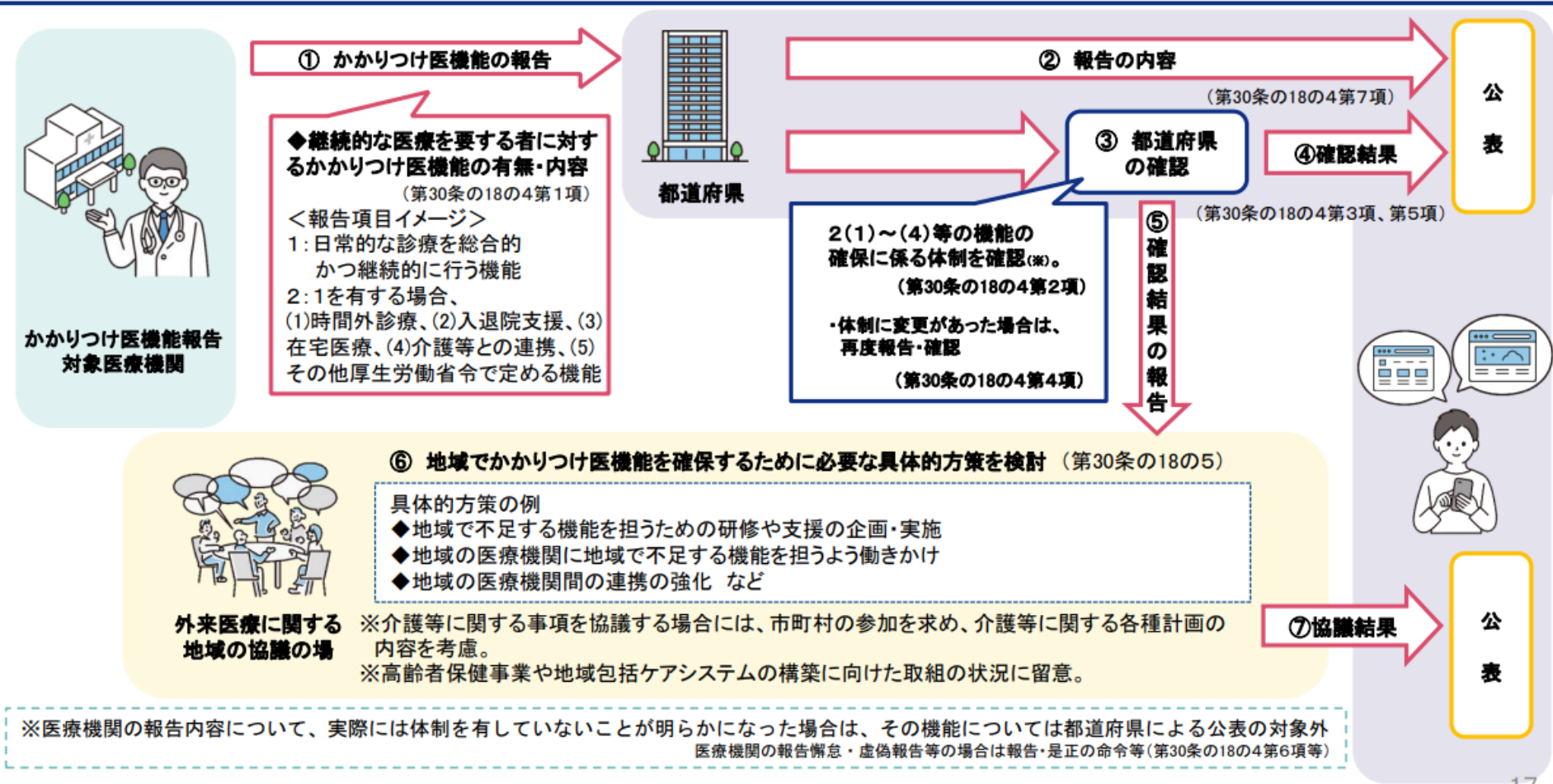
1号機能：①

2号機能：②～⑤

1 かかりつけ医機能報告概要

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



1 かかりつけ医機能報告概要

かかりつけ医機能の各機能についての概要や背景等は以下のとおりです。

		背景	政策課題
かかりつけ医機能	1号機能	日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能 ● 複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加 ● 発生頻度が高い疾患に係る診療や患者の生活背景を把握した上で、適切な診療や保健指導等を行うニーズの高まり	よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築すること
	2号機能	(イ) 通常の診療時間外の診療 ● 医療・介護ニーズが高い85歳以上の患者割合や高齢者の救急搬送件数が増加 ● 救急対応を行う医療機関の負担が増加	地域の医療機関同士の連携体制を構築し、時間外に患者の体調の悪化等があった場合にも、身近な地域の医療機関において適切な診療を受けられる体制を構築すること
		(ロ) 入退院時の支援 ● 様々な疾患を複合的に有する高齢者の増加 ● 在宅療養中の高齢者等の病状の急変により、入院が必要となるケースや、その後の退院先との調整が必要となるケースが増加	地域の医療機関同士が連携し、入退院を円滑に行うための体制を構築すること
		(ハ) 在宅医療の提供 ● 今後、多くの地域で在宅患者数が増加	定期的な訪問診療、在宅患者の急変時における往診や連絡対応、看取り等に対応できる体制を構築すること
		(ニ) 介護サービス等と連携した医療提供 ● 医療・介護の複合ニーズを持つ者の増加 ● 医療と介護等を切れ目なく提供することがより一層重要となる	医療機関が地域における介護等の状況について把握するとともに、医療・介護間等で適切に情報共有を行いながら、医療や介護サービス等を切れ目なく提供できる体制を構築すること

1 かかりつけ医機能報告概要

1号機能の報告事項及び機能ありとなる要件については以下のとおりです。

<報告事項>

(★)・・・「実施している」「実施できる」ことが機能ありの要件となる報告事項

No	報告事項	要件
1	「具体的な機能(※)」を有すること及び「報告事項」について院内掲示による公表をしていること	★
2	かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無	
3	17の診療領域ごとの一次診療の対応可否の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること	★
4	一次診療を行うことができる疾患を報告していること	
5	医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）	★

(※) 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

(※) 院内掲示の様式については別冊で提示予定

<その他の報告事項>

No	報告事項
6	医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数
7	かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数
8	全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無
9	全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

1 かかりつけ医機能報告概要

2号機能の報告事項及び機能ありとなる要件については以下のとおりです。2号機能については、いずれかの報告事項について、「実施している」あるいは「実績がある」ことが機能ありの要件となります。

<2号機能に関する報告事項>

(イ) 通常の診療時間外の診療

No	報告事項
1	自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
2	自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況

(ロ) 入退院時の支援

No	報告事項
1	自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
2	自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
3	自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
4	自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
5	特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関 から紹介状により紹介を受けた外来患者数

1 かかりつけ医機能報告概要

2号機能の報告事項及び機能ありとなる要件については以下のとおりです。2号機能については、いずれかの報告事項について、「実施している」あるいは「実績がある」ことが機能ありの要件となります。

<2号機能に関する報告事項>

(ハ) 在宅医療の提供

No	報告事項
1	自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
2	自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
3	自院における訪問看護指示料の算定状況
4	自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況

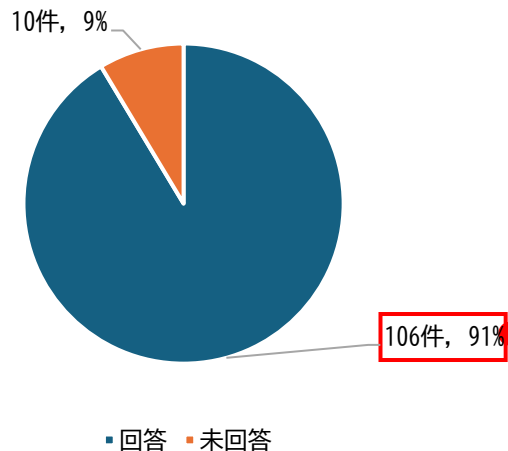
(二) 介護サービス等と連携した医療提供

No	報告事項
1	介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
2	介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
3	介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
4	地域の医療・介護情報共有システムの参加・活用状況
5	A C P（人生会議）の実施状況

2 かかりつけ医機能報告結果（延岡西臼杵医療圏）

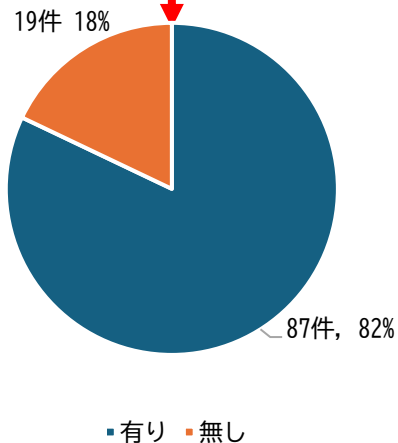
総括

かかりつけ医機能報告回答率

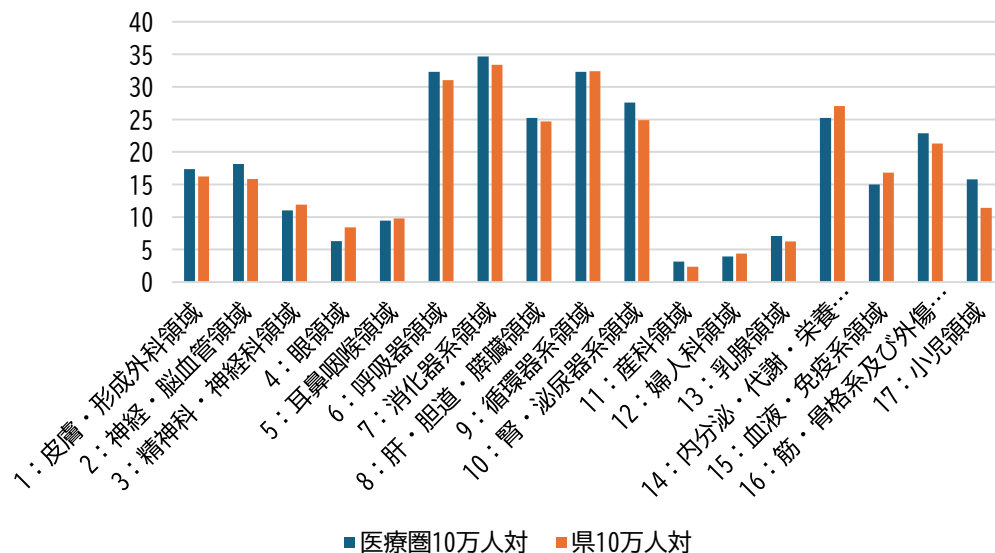


1号機能の有無

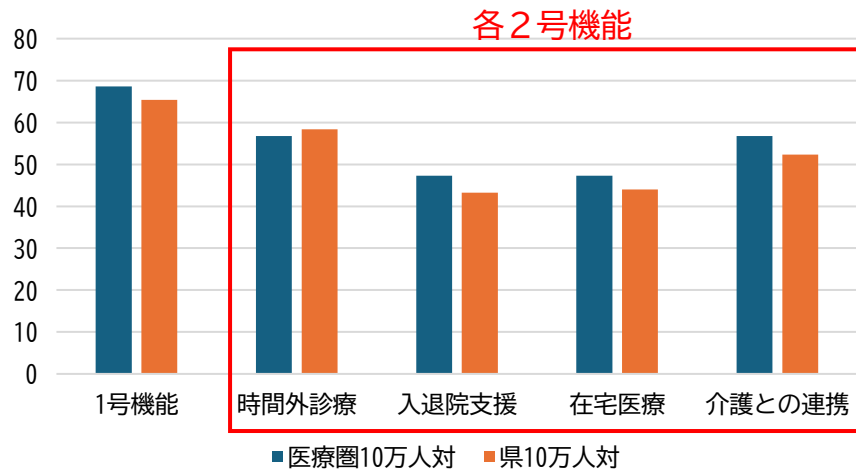
特定の施設内診療所	16件
病院	1件
診療所	2件



診療可能な一次診療領域（10万人対）



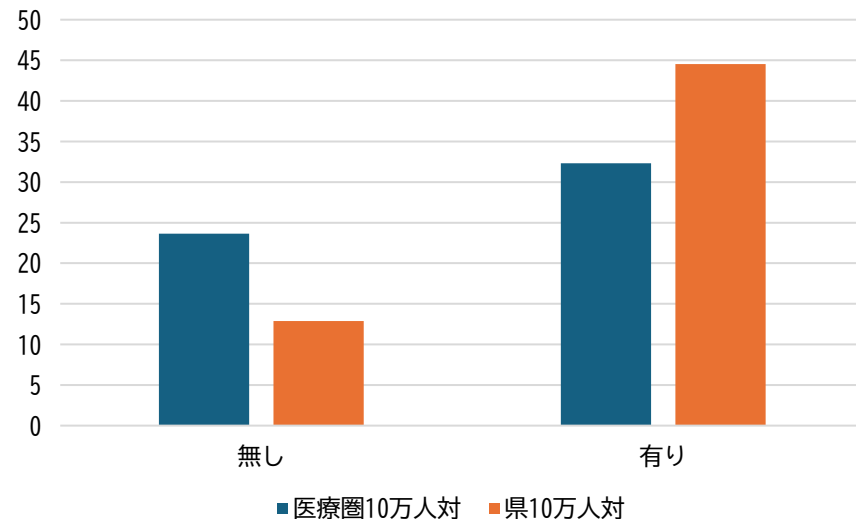
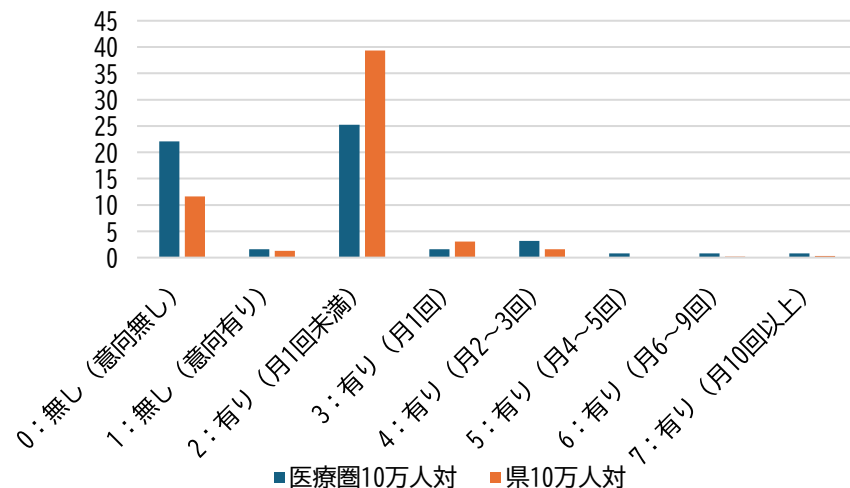
各2号機能の割合（10万人対）



2 かかりつけ医機能報告結果

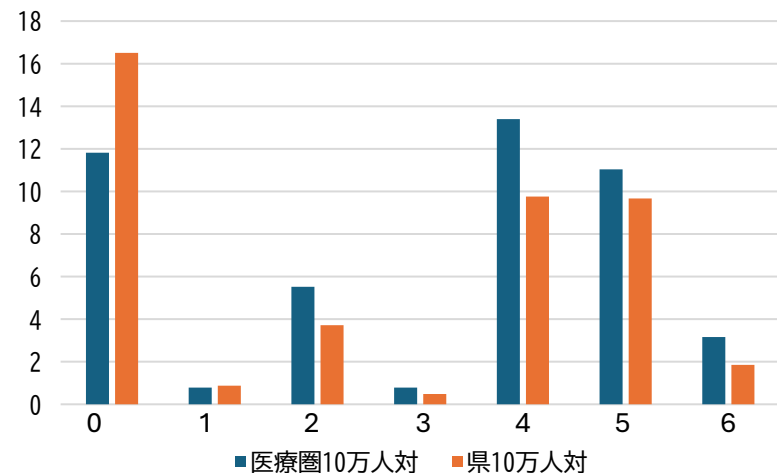
通常の診療時間外の診療を行う機能

在宅当番医制への参加（10万人対）



入退院時の支援を行う機能

自院又は連携による後方支援病床の確保



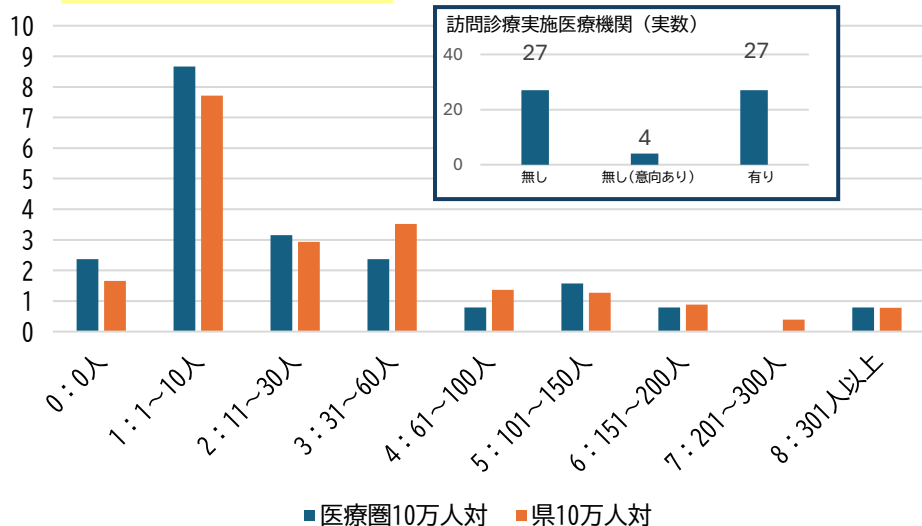
※後方支援病床 在宅患者の病状が急変した場合に入院させるための病床

- 0: 無し (意向無し)
- 1: 無し (意向有り (自院による確保))
- 2: 無し (意向有り (連携による確保))
- 3: 無し (意向有り (自院及び連携による確保))
- 4: 有り (自院による確保)
- 5: 有り (連携による確保)
- 6: 有り (自院及び連携による確保)

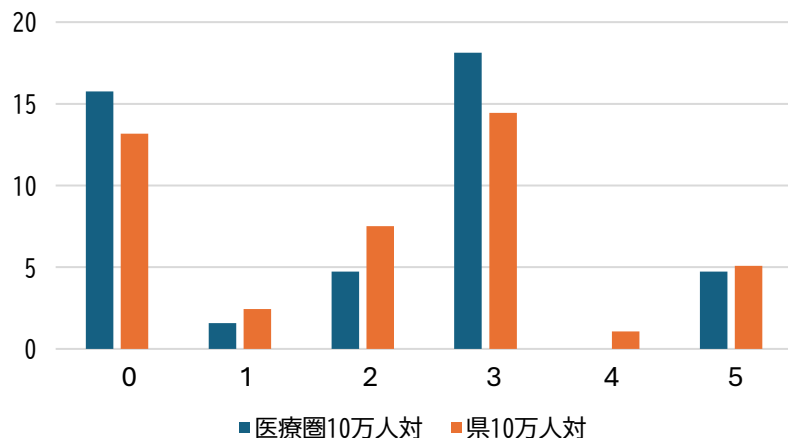
2 かかりつけ医機能報告結果

在宅医療の提供を行う機能

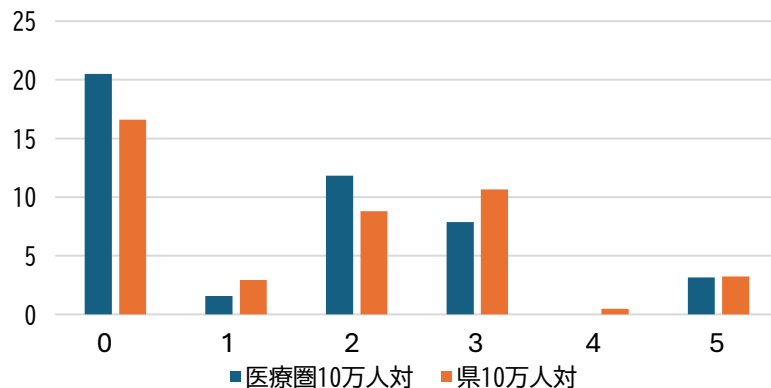
自院において主治医として管理している在宅患者数



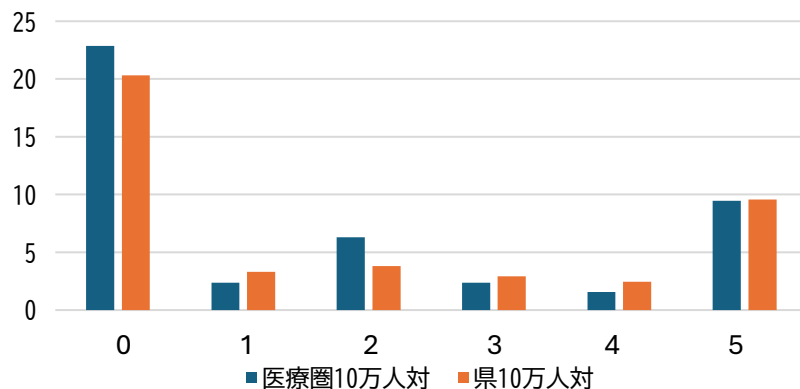
在宅患者に対する連絡体制の確保状況



在宅患者に対する往診体制の確保状況

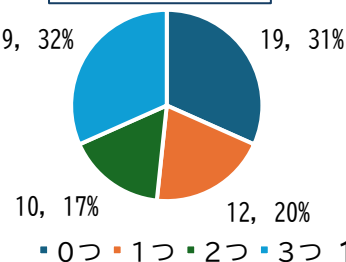


在宅患者に対する訪問看護体制の確保状況



- 0: 無し（意向無し）
 1: 無し（意向有り）
 2: 有り（自院で日中のみ）
 3: 有り（自院で24時間）
 4: 有り（自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して日中のみ対応）
 5: 有り（自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して24時間対応）

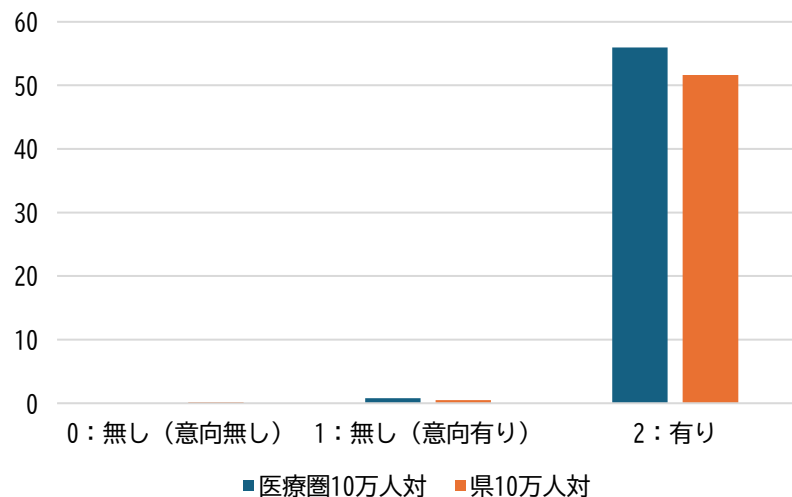
3問いの有りの回答



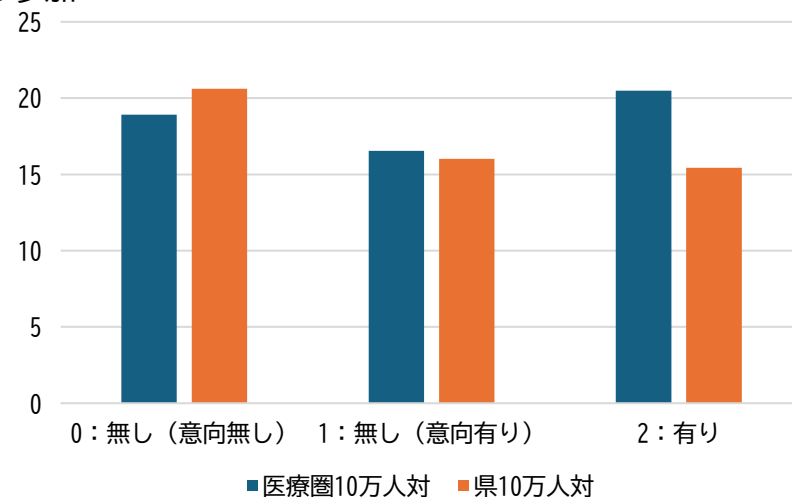
2 かかりつけ医機能報告結果

介護サービス等と連携した医療提供を行う機能

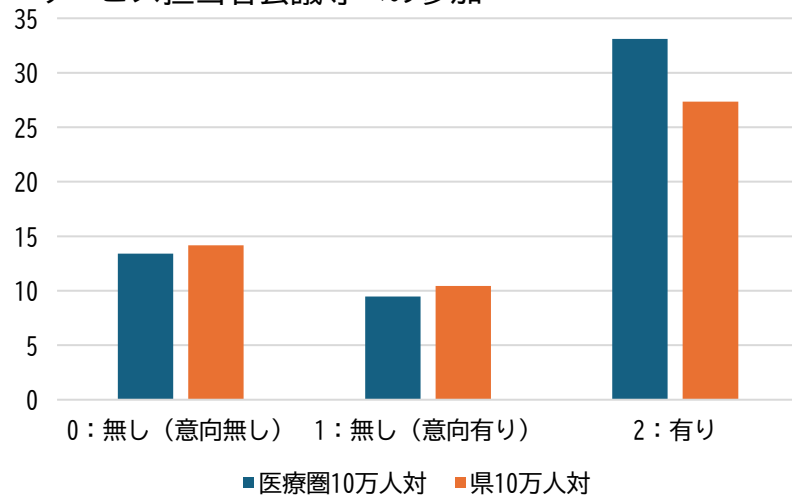
主治医意見書の作成



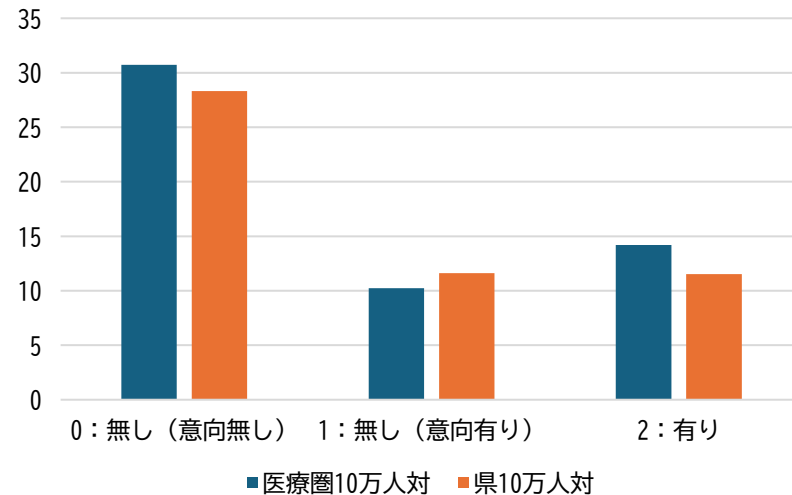
地域ケア会議・市町村の在宅医療介護連携推進事業による協議の場への参加



介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会の設定・サービス担当者会議等への参加



居宅療養管理指導の対応



3 地域医療構想調整会議での議論の方針

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（XXX）

別添 6

（１）地域の具体的な課題

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】

【原因②】

（３）地域で目指すべき姿

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】

【方策②】

【方策③】

（５）方策により期待できる効果

3 地域医療構想調整会議での議論の方針

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（1号機能）

（1）地域の具体的な課題

継続的な医療を要する方が、新たな症状を呈した場合に、どの医療機関に相談すればよいか分からず、対応が遅れるケースがある。

（2）様々な視点から考えられる原因

【原因①】総合的な診療を行う意向を有する医師もいるが、地域の医療機関同士の連携が行われておらず、自己の専門性を超えて対応ができない場合に、地域で活用できる医療機関を把握しておらず、安易に中核病院等に紹介してしまう。

【原因②】各医療機関が有する機能や役割が周知されておらず、どの医療機関に相談すればよいか分からない。

（3）地域で目指すべき姿

慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする方に対し、患者の生活背景を把握した上で日常診療を行うとともに、地域の医師、医療機関と協力して医療に関する相談に応じることができる体制が確保され、周知・運用されている。

（4）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】各医療機関が有する機能や役割を医療関係者間で共有したうえで、患者・家族からの相談に円滑に対応できるよう、医療機関間で必要に応じて患者情報を共有する。

- ✓ 医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。
- ✓ 自院が持つかかりつけ医機能を患者・家族に説明する。
- ✓ 地域の医療機関が担う機能や役割を住民向けに周知する・かかりつけ医を持つことを推奨する。
- ✓ 健康状態不明者をリストアップし、対象者の状態に応じて、かかりつけ医への相談・紹介を行う。

【方策②】医療機関が担うかかりつけ医機能を強化し、総合的な診療を行う医師の機能を強化するため、医師の教育や研修会を開催する。

（5）方策により期待できる効果

患者に体調悪化が生じた場合に、必要に応じて地域の医師、医療機関等と協力して、生活背景等も踏まえた相談対応や診療を行うことができる。

3 地域医療構想調整会議での議論の方針

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（時間外診療）

（１）地域の具体的な課題

休日・夜間に地域の高齢者等が体調不良を呈した場合、地域の医療機関に連絡・相談・時間外に受診できる体制が構築できていない。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】在宅当番医制等を組んではいるが、地域の医師全体の高齢化等もあり、休日・夜間に対応することが難しくなっている。

【原因②】時間外対応を担う意向のある医療機関の把握ができていない。

（３）地域で目指すべき姿

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等に備え、医療機関間の時間外診療における役割分担の明確化や輪番制について地域で話し合い、多職種間で患者情報を共有しながら、時間外診療体制を確保する。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】時間外診療を行うための連携体制を見える化し、地域の輪番体制の構築や診療所・病院の時間外の対応に関して検討の機会を設ける。

【方策②】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、時間外診療を担う意向のある医療機関を整理した上で、それらの医療機関に対して対応可否等について相談する。

（５）方策により期待できる効果

地域の高齢者等が体調不良を呈した場合等も、身近な地域において時間外に受診することができ、安心して生活できる。

3 地域医療構想調整会議での議論の方針

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（入退院支援）

（１）地域の具体的な課題

在宅療養中の高齢者等が急変して入院を要する場合、受け入れる入院病床（後方支援病床）の確保が困難で、入院までに時間を要しその間に状態が悪化したり、退院の調整に時間がかかり、円滑な医療や介護サービスの調整が十分にできない場合がある。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】地域の後方支援病床を提供可能な医療機関（在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等）が十分に把握できていない。

【原因②】後方支援病床を必要としている患者の情報が、平時から病院と地域の医療機関等との間で十分に共有できていない。
（入退院支援ルールが機能していない）

（３）地域で目指すべき姿

入院までの調整がスムーズに実施でき、また、入院から退院の情報連携がスムーズに行われ、在宅復帰までの時間を可能な限り短くすることができる。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、後方支援病床を確保する意向のある医療機関を整理し、十分な病診連携につなげる。

【方策②】地域の実情を踏まえた実効性のある入退院支援ルールを作り、参加機関を広げる。

【方策③】空床情報を地域で共有し、円滑にマッチング可能なシステムを構築する。

（５）方策により期待できる効果

後方支援病床の確保と入退院支援ルールが広がることで、地域の医療関係者がつながり、在宅患者の状態変化時に迅速に入院対応、その後の早期在宅復帰ができるようになる。

3 地域医療構想調整会議での議論の方針

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（在宅医療）

（１）地域の具体的な課題

在宅療養を希望している者について、それを継続する在宅サービスが十分に提供できておらず、本人の希望通りの在宅療養生活を支援することができない。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション等が足りない。

【原因②】在宅医療を行う意向がある医師もいるが、在宅患者の急変時対応の経験がなく、積極的に参加できない。

（３）地域で目指すべき姿

身近な地域で在宅医療（訪問診療、往診、訪問看護等）を受けられる体制が整備され、在宅療養を希望する患者が、可能な限り在宅療養生活を続けることができる。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】かかりつけ医機能報告の結果を踏まえて、在宅医療を担う意向のある医療機関を対象とした在宅医療の実地研修を実施する。

【方策②】在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。

✓医療機関同士が連携できる機会（意見交換の場）を設定する。

✓グループ診療ルール等を策定し、かかりつけ医不在時の代診や訪問診療等を行う連携体制を構築する。

【方策③】在宅患者の急変時の連絡を受けた場合に円滑に対応できるよう、連携する医療機関や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等と必要に応じて患者情報の共有や連携ルールを構築する。

✓医療機関同士や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所等が情報連携するICTツールを導入する。

（５）方策により期待できる効果

在宅を希望する方が安心して在宅療養ができるようになる。

3 地域医療構想調整会議での議論の方針

XXX地域におけるかかりつけ医機能の課題について（医介連携）

（１）地域の具体的な課題

介護施設等に入所する要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等との連携が進んでおらず、必要な支援の調整に時間を要している。

（２）様々な視点から考えられる原因

【原因①】地域の医療機関や介護施設の担当者が集まり情報共有や意見交換を行う場がない。

【原因②】介護施設等がどの医療機関と連携すればよいか分からない。

（３）地域で目指すべき姿

要介護高齢者等について、医療機関と介護施設等が連携し、必要な医療・介護サービスを切れ目なく提供することで、住み慣れた地域で介護施設等における生活を継続することができる。

（４）方策 ※地域の実情に応じて役割分担も検討されたい

【方策①】地域の医療機関や介護施設等の担当者が集まって意見交換を行う場の設定を行う。

【方策②】かかりつけ医機能報告によって明らかとなった介護施設等と連携している協力医療機関の情報を活用しながら、医療機関と介護施設等のマッチングを行う。
在宅医療を担う医療機関同士の連携体制を構築する。

（５）方策により期待できる効果

医療・介護関係者が連携し、介護サービス利用者の日常的な健康管理、体調急変時に備えた指導や対応を連携して行うことができる。介護施設等と医療機関との連携が進み、介護施設等の入所者の体調不良時における対応体制を構築できる。

※「地域の具体的な課題」や「地域で目指すべき姿」等の記載はいずれも例示としての内容であり、実際に協議を行う際は事例集も参考にしながら、各地域の実情に応じて対応を検討されたい。

3 地域医療構想調整会議での議論の方針

別添 7

本様式は、かかりつけ医機能に係る協議結果の公表様式例としてお示しするものであり、統一的な様式として定めるものではありません。各都道府県の実情に応じて適宜ご活用ください。

なお、協議の場合は、複数回に分けて議論することも想定されますので、議論の状況に応じ、下記内容を分けて公表しても差し支えありません。

かかりつけ医機能報告を踏まえた協議結果について

令和 年 月 日
都道府県名

1. 概要

開催日	
協議事項	
協議区域	
関係者・参加者	

2. 協議内容

(1) 地域の具体的な課題

(2) 様々な視点から考えられる原因（ex：医療側、介護側、住民側）

(3) 地域で目指すべき姿

(4) 方策と役割分担

(5) 方策により期待できる効果等

(6) その他留意事項

4 今回ご意見いただきたい内容

(1) かかりつけ医機能結果に対する課題感

今回提供させていただいたかかりつけ医機能報告データから得られる各団体としての課題感を共有いただきたい

(2) (1)について考えられる原因

現時点で考えられる原因を共有いただきたい。



いただいた課題感の解決策を次回の地域医療構想調整会議等で議論いただきます。
どうぞよろしくお願いいたします。

今後のスケジュール（案）

	全体の動き（国・県）	延岡西臼杵地域医療構想調整会議の動き（保健所）
R 8 年度初め	新たな構想策定ガイドライン提示 ※7月に発出済	
R 8 年 7 月		調整会議①（参集範囲：構成団体）
R 8 年 8 月	外来医療機能アンケート調査	（病床数適正化緊急支援事業を活用する医療機関がある場合） 調整会議（書面開催）
R 8 年 9 月		ワーキンググループ会議① 参集範囲：医療機関等 議事：調整会議①の結果共有、意見収集等
R 8 年10月～11月	・医療機関機能報告 ・病床機能報告 ※おそらく旧病床区分での報告 ・外来機能報告（紹介受診重点医療機関の意向確認等）	調整会議②（参集範囲：構成団体） 議事： ・地域で不足する外来医療機能 ・かかりつけ医機能の確保 ・構想骨子 ・構想区域見直し検討
R 8 年12月～R 9 年 1 月		（必要に応じて）ワーキンググループ会議②
R 9 年 2 月		調整会議③（参集範囲：構成団体） 議事： ・医療計画改定案の概要 ・構想区域見直し案 ・R 8 分析結果報告 ・紹介受診重点医療機関の選定に関する協議
R 8 年度中	・構想区域の検討（急性期拠点機能の集約化の検討） ・将来の必要病床数の推計 ・精神医療に係る策定ガイドライン提示	
R 9 ～10年度中	新たな構想策定（精神医療含む）	

延岡市医師会病院の ハブ病院化構想

～プライマリーケアセンターの設置について～

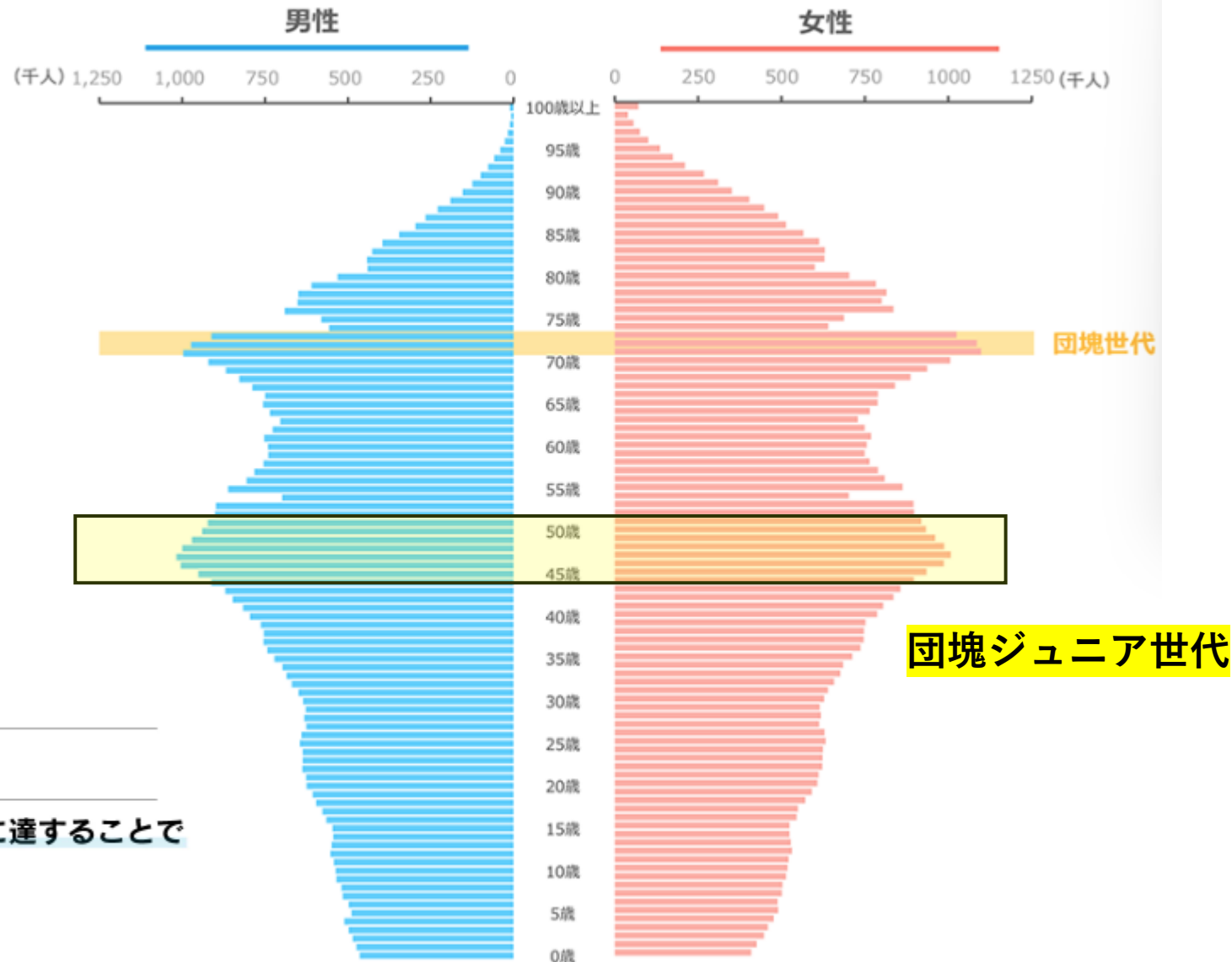
背景

2040年問題

2040年問題とは

団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者数がピークに達することで
直面する社会課題の総称のこと

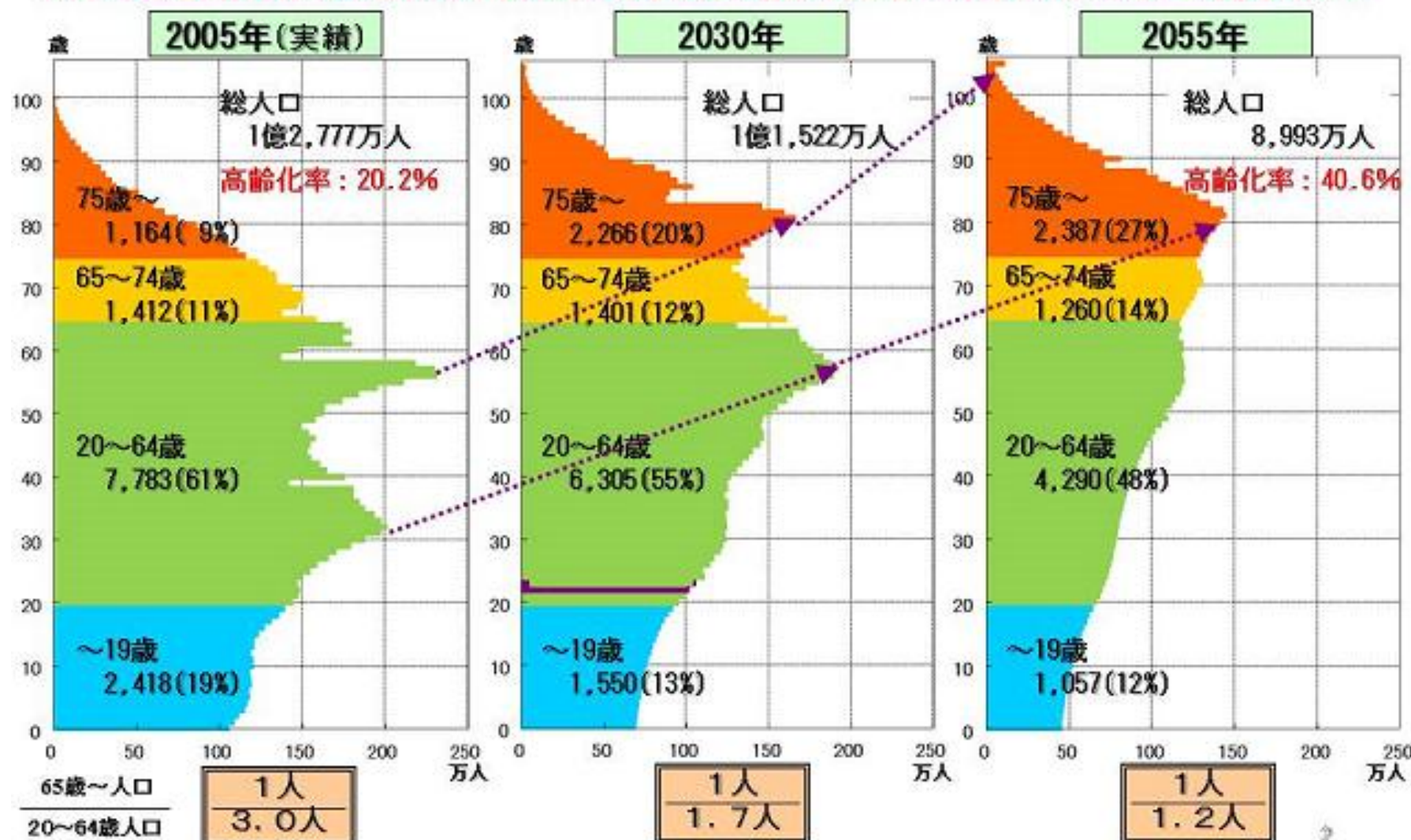
人口ピラミッド (2020年)



総務省統計局「令和2年国勢調査 参考表：不詳補完結果」をもとに株式会社クロス・マーケティング作成

2005年には2割の高齢化率が、2055年には4割を超える

現在は1人の高齢者を3人で支えている人口構造。少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える。
人口5歳階級でもっとも多いのは団塊の世代近辺1000万人強。次に団塊ジュニア1000万人弱。最小は0～4歳で530万人。



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

急増する高齡者救急に対処 しなければならない。

高齡者救急とは・・・

高齡者に多い救急疾患

肺炎、心不全、脳血管障害、腎盂腎炎、骨折など

救急搬送される人のうち、およそ6割が高齡者というデータがあり、今後さらに増えるの見込まれています。

個々の医療機関の取り組みだけではなく、
町全体で高齢者救急を診る仕組みを考える。



一時収容



病院の都合のいい時間に搬送



高齢者救急 の流れ



高齢者施設 自宅
救急要請



開業医（かかりつけ医、嘱託医）
救急車搬送



医師会病院
一時収容し初期治療開始

翌日～数日後
市中病院、有床診療所、基幹病院へ転院

メリット

1. 開業医（かかりつけ医、嘱託医）

①搬送先が決まっているので、入院先に連絡する必要はない。

2. 病院、有床診療所

①都合のいい時間に受け取れる。

②救急に割く人員や処置道具、検査などをあらかじめ準備できる。

③入院患者数の増加につながる。（調整できる）

3. 消防

①たらいまわしがない。

②迅速に対応できる。

4. 行政

①補助金などつけやすい。

②救急医療業務が集約でき効率的に行える。

②特定の医療機関に集中せず、リスクや労力を分散できる。

5. 医師会病院

①入院患者数の増加が見込まれる。

②一時収容なので、医師の負担は最小限で済む。

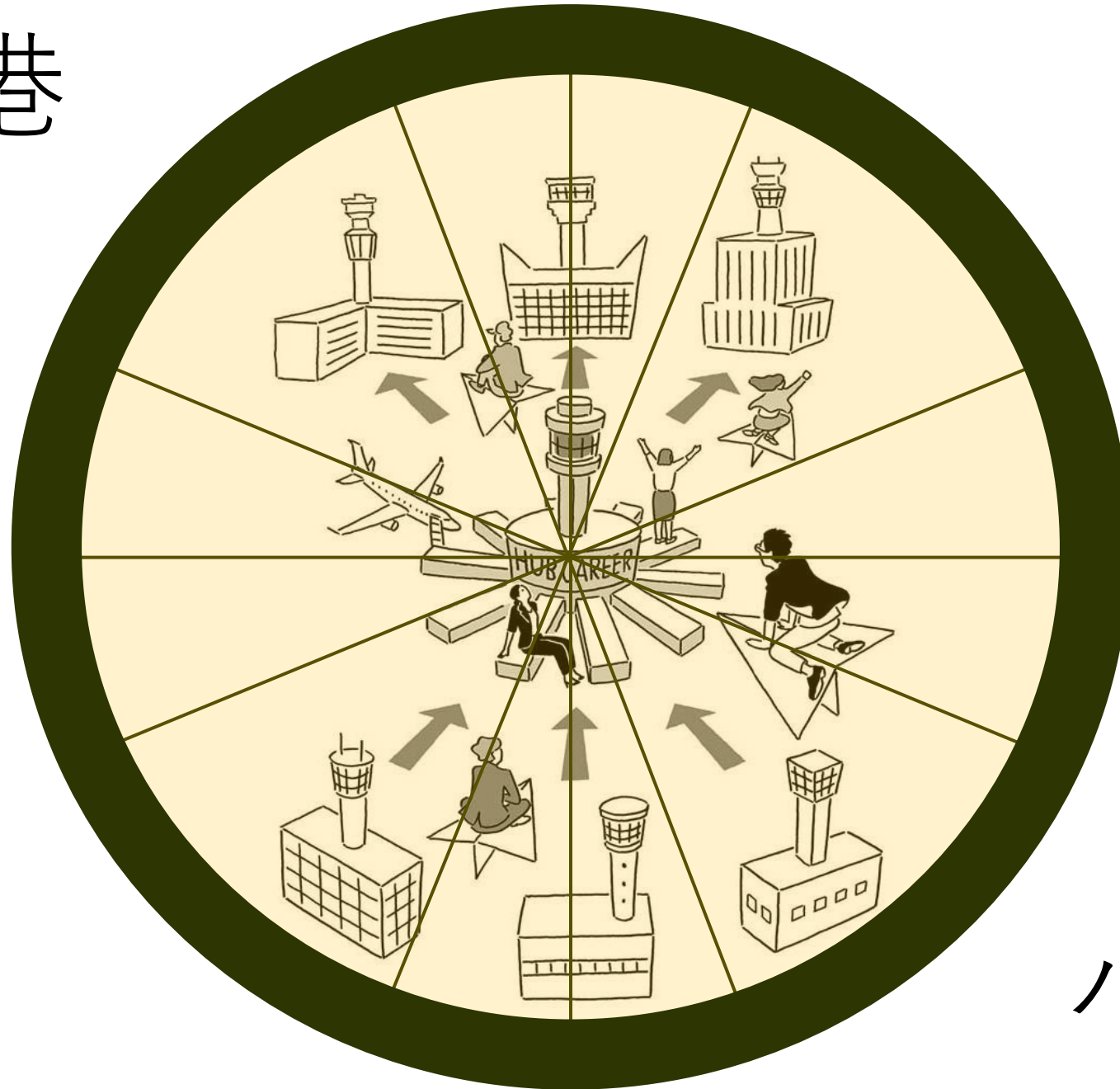
デメリット

5. 医師会病院

①人員の確保が難しい。

→みんなで知恵を出し合い協力を！

ハブ空港



ハブ病院