

協議資料 様式集

新たな地域医療構想検討委員会（県全体）／各構想区域 地域医療構想調整会議（圏域）に提示する資料の様式及び記載要領（標準例）

委託仕様書 別冊 ／ 鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課

この冊子の位置づけ（標準例であることの説明）

- ・本冊子は、全 8 回と想定する会議で用いる 18 様式（+別紙 2）について、様式そのものと、記入のための要領を示すものである。
- ・本冊子は、標準的な資料構成を示す「標準例」であり、委託仕様書の別冊として受託者に示すものである。委託仕様書第 2（目的・実施方針）及び第 3（業務の基本方針。資料の記載ルールを含む。）を満たす範囲において、様式の構成の変更、分析項目及び分析手法の追加、追加の調査等について、受託者の創意工夫による提案を妨げない。1
- ・様式の番号及び名称は、委託仕様書並びに協議スケジュール及び協議事項の資料と共通である。受託者は、様式の構成を変更する提案を行う場合であっても、様式番号との対応が分かるように整理すること。
- ・各様式には「記入可能性の点検」欄を設けている。「その資料を提示する時点で、その欄を本当に埋められるのか」を様式ごとに点検し、埋められない欄は空欄、暫定又は後日提示のいずれとするかを明示している。委員に対して、その時点で存在しないデータを埋めた資料を示すことがないようにするためである。

収録する様式

18 様式 + 別紙 2（様式 3 別紙・様式 5 別紙）
第 2 回～第 8 回で使用

記入可能性の点検

記入可能性を点検済み
各様式に点検欄

作成単位

県全体 + 区域別
分析 9 区域／会議 8 調整会議

1-1 各様式の構成

欄	内容
1 ねらい	この資料で何を明らかにし、どの決定に使うか。
2 作成単位・提示先	県全体用／圏域用（8 調整会議別）の別、作成する葉数。
3 データ源と入手時期	各欄をどのデータで埋めるか、そのデータがいつ手に入るか。
4 記入可能性の点検	提示する時点で記入できる欄・できない欄。できない欄の扱い（空欄／暫定値／後日提示）。
5 記入手順	①②③の順で、どの欄に何を書くか。
6 よくある誤りと留意	実際に起きやすい記入ミス・説明ミスと、その防ぎ方。
7 次への接続	この資料の結果がどの様式・どの回に引き継がれるか。
〔様式〕	会議に提示する表そのもの。

1-2 全様式に共通するルール

- ・〔 〕は委託業務の分析により記入する欄。灰色の「記入例」は様式のイメージであり、そのまま用いない。特定の統合・特定の連携先を前提とするものではない。
- ・資料は「県全体用」と「8 調整会議別（圏域用）」に作成する。北薩地域用の資料は川薩・出水の両区域を含む。データ分析は9 区域別に行う。
- ・全ての数値に出典と時点を付す（例：令和 6 年病床機能報告、2024 年 NDB、社人研 令和 5 年推計）。単位（床・人・件・％・分）を明記する。該当なし・未集計は「—」ではなく、下記の記号で区別する。

記号	意味	使う場面
—	該当なし（そもそもデータが存在しない項目）	例：診療実績の 2040 年見通し（推計しない項目）
（未集計）	データはあるが、この会議の時点では集計が間に合わない	例：第 2 回時点の医療機関機能報告
（暫定）	暫定値。後の回で確定値に更新する	例：第 3 回の必要病床数（初期推計）
（第〇回で提示）	この時点では出さず、後の回で示す	例：第 2 回の必要病床数欄

- ・県全体用は全県方針・全圏域横断の論点を、圏域用は当該区域の実情・個別医療機関の役割分担を記載する（同じ様式でも記載の粒度を変える）。
- ・個別医療機関に関わる様式（様式 12 等）は機微情報として取り扱い、当該医療機関・医師会・病院団体等に限った協議の場で用いる。公表資料は集計・匿名化する。
- ・推計値と報告値を同じ表に並べるときは、必ず算出方法が異なる旨の注記を付す。差を強調する色分け・矢印は用いない。

1-3 様式一覧と対応する会議

No.	様式（資料名）	会議	作成単位	この時点で全欄を埋められるか
1	区域別 現状サマリー（2040 年版）	第 2 回	県全体＋区域別	× 医療機関機能・必要病床数の欄は埋まらない（下記 4 参照）
2	データ分析 全体設計書	第 2 回	県全体 1 葉	○ 設計書のため全欄記入可
3	構想区域 点検の論点整理シート	第 2 回	県全体 1 葉	△ 流出入は国提供データの暫定値で可
3 別紙	隣接県連携 整理シート	第 2～4 回	対象区域ごと	△ 相手圏域は暫定。第 3 回に流出入分析で確定
4	2040 年 医療需要・必	第 3 回	県全体＋区	○ 第 3 回は初期推計（暫

No.	様式（資料名）	会議	作成単位	この時点で全欄を埋められるか
	要病床数 × 病床機能 報告	（第 4 回で確 定）	域別	定）、第 4 回に確定値
5	患者の流出入 サマリ ー（+ 区域間マトリク ス別紙）	第 3 回	県全体 + 別 紙	○
5 別紙	区域間マトリクス （9×9+ 県外）	第 3 回	県全体 1 葉	様式 5 と同一の出典・時点。調 整会議には当該区域の行を抜粋
6	診療実績・政策医療 相対比較表	第 3 回	区域別 + 県 全体	○
7	医療アクセス 分析	第 3 回	区域別	△ 離島は到達時間圏の概念が 成立しない（別指標）
8	構想区域 見直し 複数 案 比較表	第 3・4 回	関係区域ご と	△ 隣接県連携案は相手県との 協議状況による
9	構想区域 設定調書 （確定用）	第 4 回	区域ごと 1 葉	○ ただし担い手欄は置かない （第 5 回で協議）
10	医療機関機能 確保状 況・確保数 検討表	第 4 回	区域別 + 県 全体	△ 担い手は「候補の整理」ま で。決定は第 5 回以降
11	2040 年 対応案 複数 案 比較表	第 5 回・第 8 回	区域別 + 県 全体	○
12	医療機関別 機能・診 療実績 一覧	第 5 回	区域別・医 療機関単位	△ DPC 対象外病院は実績の取 り方が異なる
13	急性期の役割分担／病 床の機能分化・連携	第 5 回	区域別	△ 非稼働病床は別途調査が必 要
14	外来・在宅・介護連	第 6 回	区域別 + 県	△ 介護・交通のデータは県の

No.	様式（資料名）	会議	作成単位	この時点で全欄を埋められるか
	携・人材確保 検討表		全体	他部局から入手
15	地域医療構想（素案）・概要版 目次・構成	第 7 回	県全体	○
16	パブリックコメント 結果・対応方針表	第 8 回	県全体	○
17	推進体制（PDCA 指標）（案）	第 8 回	県全体	○
18	第 9 次医療計画への 接続の整理	第 8 回	県全体	○

様式 1 区域別 現状サマリー（2040 年版） 【第 2 回】

〔1 ねらい〕

- ・ 2040 年を見据えた現状の全体像を区域ごとに 1 枚に整理し、以降の詳細分析（様式 4～7・14）の入口とする。この回は課題の洗い出しにとどめ、対策の議論には入らない。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 県全体一覧（9 区域を横並びに 1 葉）＋区域別（各 1 葉、計 9 葉）。県全体用は検討委員会に、区域別は各調整会議に提示する（北薩地域は川薩・出水の 2 葉を提示）。

〔3 データ源と入手時期〕

項目	データ源	時点・入手時期
人口	国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口（市町村別）	既に公表済み。直ちに使用可
医療需要	推計人口 × 入院受療率（2024 年 NDB）／外来・在宅は受療率	第 2 回時点は方向性（増減）のみ。数値は第 3 回
病床数	病床機能報告（直近年）	既に公表済み。直ちに使用可
医療機関機能	医療機関機能報告（令和 8 年度から開始）	初回報告の集計が第 2 回に間に合わない場合は「（未集計）」
診療実績	病床機能報告の診療実績報告・NDB・DPC	第 3 回（様式 6）で本格的に示す
患者流出入	国提供データ（レセプトベース）	第 2 回は暫定値。第 3 回（様式 5）で確定
医療従事者	医師・歯科医師・薬剤師統計、衛生行政報告例、医師偏在指標	既に公表済み

項目	データ源	時点・入手時期
医療アクセス	GIS（施設位置・道路網）、地域公共交通計画	第3回（様式7）で本格的に示す
在宅・介護	医療施設調査、介護保険事業（支援）計画、見える化システム	介護保険担当部局から入手
感染症・災害	予防計画（医療措置協定の締結状況）、地域防災計画（災害拠点病院・DMAT）	感染症・防災担当部局から入手

〔4 記入可能性の点検（第2回時点で埋まらない欄がある）〕

！ここは間違えやすい

- ・「医療機関機能（5 機能）」の現状欄：医療機関機能報告は令和8年度に始まる新設の報告であり、第2回（令和8年10月）時点で初回報告の集計が済んでいるとは限らない。集計前であれば「（未集計）」と記入し、制度の説明にとどめる。集計が一部できていても、初年度に把握できる範囲は限られるため、断定的な記載はしない。5機能の担い手の整理は、病床機能報告と診療実績で補完して第3回に示す。
- ・「2040年の見通し」列のうち必要病床数：初期推計は第3回に示すため、第2回時点では「（第3回で提示）」と記入する。第2回で示すのは、人口・高齢化・入院／外来／在宅／救急需要の増減の方向性までとする。
- ・「患者の流入出」：第2回は国提供データの暫定値でよい。確定値は様式5（第3回）で示し、様式3の3要件判定も様式5と同一の出典・時点から取る。

〔5 記入手順〕

- ・①「現状（直近）」欄に最新値を記入し、括弧書きで出典・時点を付す（例：4,321 床〔令和6年病床機能報告〕）。
- ・②「2040年の見通し」欄に、推計値又は増減の方向性を記入する。第2回時点で数値が出せない項目は「（第3回で提示）」とする。
- ・③「主な課題・論点」欄に、過不足・偏在・アクセス等の論点を、データで裏付けられる範囲で簡潔に記入する。

- ・④ 県全体用は 9 区域を横並びにし、区域間の差が見えるようにする。区域別用は当該区域のみを詳しく書く。

〔6 よくある誤りと留意〕

- ・区域の特性（高齢化率が高い、急性期が過剰、医師が少ない等）を、データの裏付けなく印象で書かない。必ず出典・時点を付す。
- ・「病床が過剰」という表現は用いない。必要病床数と病床機能報告は算出方法が異なるため、この段階で過不足を断定しない。「機能区分別の分布」「今後の需要の方向性」と書く。
- ・対策に関する意見が示された場合は、論点として記録し、第 4 回以降の協議で扱う旨を整理する。

〔7 次への接続〕

- ・各項目を様式 4（必要病床数）・5（流出入）・6（診療実績）・7（アクセス）・14（外来在宅介護人材）で深掘りする。

〔様式〕

項目	現状（直近・出典／時点）	2040 年の見通し	主な課題・論点
人口（総数／65 歳以上／75 歳以上／85 歳以上／高齢化率）	〔 〕	〔 〕	〔 〕
医療需要（入院／外来／在宅／救急）	〔 〕	〔増減の方向性。数値は第 3 回〕	〔 〕
病床数（機能区分別・新区分）	〔 〕	〔第 3 回で提示（必要病床数）〕	〔機能区分別の分布・今後の需要〕
医療機関機能（5 機能）	〔（未集計）／把握できた範囲のみ〕	〔第 3 回で初期整理〕	〔拠点の確保・報告制度の説明〕
診療実績・政策医療（手術・救急・6 事業）	〔 〕	—	〔集約状況・役割分担〕

項目	現状（直近・出典／ 時点）	2040 年の見通し	主な課題・論点
患者の流出入	〔（暫定）国提供データ〕	〔 〕	〔完結率・区域見直しの論点〕
医療従事者（医師・歯科・薬剤師・看護等）	〔 〕	〔 〕	〔偏在・高齢化・確保〕
医療アクセス（到達時間・離島）	〔 〕	〔 〕	〔救急力バー・搬送体制〕
在宅・介護（訪問・看取り・介護資源・協力医療機関）	〔 〕	〔 〕	〔需要増・連携〕
感染症・災害への対応（医療措置協定・災害拠点）	〔 〕	〔 〕	〔受入体制の確保〕

※ 空欄は「－」（該当なし）、「（未集計）」、「（暫定）」、「（第 3 回で提示）」を区別して記入する。

様式 2 データ分析 全体設計書（分析項目一覧） 【第 2 回】

〔1 ねらい〕

- ・収集・分析する項目・指標・データ源・推計前提を網羅的に定め、第 2 回で委員の確認を得る。この設計書が以降の全分析の基礎となる。ここで前提を固めないと、第 3 回で数値を示した際に前提論争に戻り、分析全体の手戻りが生じる。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・県全体 1 葉（全区域共通）。検討委員会及び全調整会議に同一のものを提示する。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・設計書そのものであるため、全欄をこの時点で記入できる。ただし、県が保有していないデータ（施設単位のデータ等）は、調査で把握するか代替指標を用いるかを、あらかじめ整理して記載しておく。

〔4 記入可能性の点検〕

* 留意点

- ・医師需給推計について：診療科別の需給推計は国が推計手法を示すものであり、県が独自に精緻な推計を行うことは実務上困難である。県が行う範囲は、①国の需給推計・医師偏在指標を用いた区域別・診療科別の現状分析、②将来人口に基づく必要医師数の粗い見通し、③医師の年齢構成（高齢医師の割合）と時間外労働規制を踏まえた稼働可能量の見込み、に限定する。この限定を設計書に明記し、「県で精緻な需給推計を行う」と受け取られる記載をしない。
- ・看護職員・歯科医師・薬剤師等については、国の各所管部局で需給推計及び養成・確保の検討が進められている。県は国及び県内の検討状況を踏まえ、県の担当部局と連携して取り組む旨を記載する。

〔5 記入手順〕

- ・① 分野・分析項目ごとに、指標・データ源・分析方法／整理単位を確認する。
- ・② 推計の前提（下記のとおり）を注記する。国提供ツールを用いる箇所と、県独自の前提を用いる箇所を明示する。独自の前提を用いる場合は、あらかじめ県と協議し、確認を受ける。

- ・③ 県が保有していないデータを洗い出し、調査で把握するか代替指標を用いるかを決めて記載する。

第 2 回で確認する推計の前提（本冊子〔第 2 回・協議内容〕の①～⑦と同一の番号）

- ・① 基準年・将来推計人口：社人研の将来推計人口（市町村別）を用いる。
- ・② 入院受療率：2024 年の NDB データを用いて算出する。NDB に含まれない自然分娩・労災保険・自賠責保険の患者は、機能区分ごとの医療需要に比例するよう按分して追加する。
- ・③ 患者の流出入：いずれか一方のみを考慮するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含め、流出先・流入先となる区域と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出する。
- ・④ 算出に用いる病床稼働率：高度急性期 78%/急性期 83%/包括期 87%/慢性期 92%。これは必要病床数の算定のために用いる値であり、医療機関が目指すべき数値ではない。
- ・⑤ 医療 DX 等による効率化分：高度急性期・急性期 + 1%/包括期 + 2%/慢性期 + 0.5%を加算する。加算後の稼働率は、高度急性期 79%/急性期 84%/包括期 89%/慢性期 92.5%。
- ・⑥ 75 歳以上の患者：従来急性期と区分してきた患者のうち 5 割を引き続き急性期の需要として、残り 5 割を包括期の需要として見込む。
- ・⑦ 国提供の推計ツールを用いる箇所と、県独自の前提を用いる箇所を区別して示す。県独自の前提を用いる場合は、あらかじめ県と協議し、確認を受ける。
- ・〔あわせて確認する事項〕高度急性期・急性期は、報告上はそれぞれ報告するが、地域での協議においては両者の病床数を一体として取り扱う（本編第 2 回・論点 2）。また、病床数適正化緊急支援事業（令和 8 年度末まで）により削減が見込まれる病床は、病床利用率を乗じて入院患者数に換算し、医療需要のデータから控除した場合の減少率を算出して反映する。
- ・①～⑥及び〔あわせて確認する事項〕は国のガイドライン・とりまとめの定めであり、県が変更できない。⑦は資料作成上の整理方法である。

〔6 よくある誤りと留意〕

- ・本設計書は、会議で一から議論するのではなく、事務局及び受託者が作成した案を示して確認・承認を得る形で用いる。分析項目の追加に関する意見は、この回で本設計書に反映し、後の回で前提の変更が生じないようにする。
- ・項目は地域の実情に応じて追加してよい。変更時は県の承認を得る。

〔7 次への接続〕

- ・様式 4～17 の全分析の前提となる。

〔様式〕

分野	分析項目	主な指標	データ源	分析方法／単位
人口	将来推計人口	総人口・年齢 3 区分・性 年齢階級別（2040・ 2050）、市町村別	社人研推計・県 推計	コーホート要 因法／県・区 域・市町村
人口	高齢者人口	65・75・85 歳以上の推移	社人研推計	推移分析／ 県・区域
医療需要	入院需要	機能区分別 入院患者数 （2040 年）	推計人口、入院 受療率（2024 年 NDB）	性年齢階級別 推計／区域
医療需要	疾患別需要	肺炎・心不全・大腿骨近位 部骨折・脳卒中等の入院	NDB・DPC	疾患別推計／ 区域
医療需要	リハ・包括期 需要	回復期リハ・地域包括ケア 病棟等の需要	NDB・病床機能 報告	疾患別推計／ 区域
医療需要	外来・在宅需 要	外来・在宅患者数（2040 年）	推計人口・受療 率	性年齢階級別 推計／区域
医療需要	救急需要	救急搬送件数（高齢者救急 を含む）	消防・救急搬送 データ	年齢別推計／ 区域
医療需要	6 事業別需要	救急・災害・へき地・周産 期・小児・新興感染症の需	医療計画・各調 査・NDB	事業別評価／ 区域

分野	分析項目	主な指標	データ源	分析方法 ／単位
		要と提供体制		
医療需要	医療介護複合 ニーズ	85 歳以上の医療・介護の 同時ニーズ、複数疾患の保 有	推計人口・介護 DB	推計／区域
病床	必要病床数	機能区分別（高度急性期・ 急性期の合計／包括期／慢 性期）	推計＋病床稼働 率、国提供ツ ール	流入出を両加 味／区域
病床	入院受療率の 将来前提	高齢化に伴う受療率変化の 扱い（前提の明確化）	NDB の経年デー タ	前提設定／県
病床	病床機能報告	機能別病床数・経年推移・ 医療機関単位	病床機能報告	集計／区域・ 医療機関
病床	稼働率・非稼 働病床	病床稼働率、非稼働病床の 数・理由・再稼働見込み	病床機能報告＋ 県による別途調 査	集計／医療機 関
機能	医療機関機能	5 機能の該当状況（初年度 は限定的。病床機能報告・ 診療実績で補完）	医療機関機能報 告	機能別整理／ 区域・医療機 関
診療実績	手術	全身麻酔手術・緊急手術・ 悪性腫瘍手術・心／脳血管 治療の件数	病床機能報告の 診療実績報告・ NDB・DPC	人口当たり・ 全国比較／区 域・医療機関
診療実績	救急	救急搬送受入件数（重症 度・年齢別）、二次／三次 の別	救急搬送デー タ・病床機能報 告	相対比較／区 域・医療機関
政策医療	6 事業	救急・災害・へき地・周産 期・小児・新興感染症対応 の提供体制	医療計画・各調 査	提供体制の評 価／区域

分野	分析項目	主な指標	データ源	分析方法 ／単位
流出入	患者流出入	区域間・県外への流出入 (機能別・疾患別)	国提供データ (レセプトベース)	流出入率の算 定／区域
流出入	県外フロー	熊本・宮崎・沖縄との流 入(隣接県連携の基礎)	国提供データ	県外流出入率 ／区域
従事者	医師	診療科別・従業地別・年齢 構成・医師偏在指標	医師統計・医師 偏在指標	人口当たり・ 偏在／区域・ 市町村
従事者	医師需給(県 で行う範囲)	国の需給推計・偏在指標を 用いた現状分析／将来人口 に基づく粗い見通し／高齢 医師・時間外規制を踏まえ た稼働可能量	医師統計・国の 需給推計	現状分析+粗 い見通し／区 域・診療科
従事者	歯科・薬剤 師・看護等	人口当たり・年齢構成(国 の検討状況を踏まえる)	衛生行政報告例 等	相対比較／区 域
アクセス	到達時間	二次・三次救急への30/ 60分圏人口カバー率	GIS・施設位 置・道路網	到達圏分析/ 区域・市町村
アクセス	離島・へき地	無医地区、島外搬送(ヘ リ・船)の所要時間・便 数・搬送不能日数	各調査・消防・ 海上保安	整理／区域
外来	外来提供体制	外来機能報告、紹介受診重 点医療機関、かかりつけ医 機能、休日夜間体制	外来機能報告等	集計／区域
外来	医療DX	オンライン診療・ICT・遠 隔医療の活用状況と可能性	各調査	整理／区域
在宅	在宅医療	訪問診療・訪問看護・訪問	医療施設調査・	需給・人口当

分野	分析項目	主な指標	データ源	分析方法 ／単位
		歯科・訪問薬剤、看取り、 在支診／在支病、24 時間 対応	NDB	たり／区域
介護	介護資源・連 携	施設定員、要介護認定率、 介護需要、協力医療機関の 確保状況、入退院支援・ ACP	見える化システ ム・介護保険事 業計画（介護保 険担当部局）	需給推計／区 域・市町村
感染症・ 災害	対応体制	医療措置協定の締結医療機 関、感染症病床、災害拠点 病院、DMAT	予防計画・地域 防災計画（担当 部局）	整理／区域
経営・施 設	経営・施設	病床稼働率、経営状況、築 年数・耐震化、公立・公的 病院の役割、補助金・繰入 金	各調査・公立病 院経営強化プラ ン	整理／医療機 関

様式 3 構想区域 点検の論点整理シート 【第 2 回】

〔1 ねらい〕

- ・区域見直しの検討に必要な点（人口規模・流入・流出患者割合）を区域別に一覧化し、点検の対象候補を提示する。結論は第 4 回。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・県全体 1 葉（9 区域）。検討委員会に提示するほか、各調整会議には当該区域の行を抜き出して提示する。県境区域・離島区域は別紙（様式 3 別紙）を併用する。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・2040 年推計人口＝社人研推計（公表済み）。流入・流出患者割合＝国提供データ（レセプトベース）。第 2 回時点は暫定値でよく、確定値は様式 5（第 3 回）で示す。アクセス＝GIS・地域公共交通計画。

〔4 記入可能性の点検〕

！ここは間違えやすい

- ・流入・流出患者割合は、様式 5（第 3 回）と同一の出典・時点から取ること。様式 1・3・5 で出典が異なると数値が食い違い、区域見直しの判定そのものへの信頼が失われる。第 2 回で暫定値を示す場合は「（暫定）」と明記し、第 3 回に確定値で更新する。
- ・「20 万人以上／未満」の判定は 2040 年推計人口で行う。現在人口と混在させない。

〔5 判断の目安（国の定め）〕

区域見直しの目安

- ・〔見直しを検討する目安〕 二次医療圏について、①人口規模が 20 万人未満、②流入患者割合が 20%未満、③流出患者割合が 20%以上 の全てに当てはまる場合は、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ため、区域設定の見直しを検討することが必要とされている。①だけで判定してはならない。3 要件は必ずセットで確認する。
- ・〔本県の追加の点検対象〕 上記に加え、離島区域（熊毛・奄美）と県境区域を点検

対象とする。これは県の判断であり、国が定めたものではない。なお、国は大都市型で人口 100 万人以上の区域についても、構想区域としての運用上の課題から区域見直しの検討対象としている（ガイドラインⅡ-3-(1)②ア、令和 5 年 3 月 31 日医政発 0331 第 16 号）。本県には該当区域がないため、本県の点検対象は上記 3 要件・離島区域・県境区域とする。

〔6 記入手順〕

- ・① 2040 年推計人口を記入し、「20 万人以上」を○／×で判定する。
- ・② 自区域内完結率・流入患者割合・流出患者割合を記入し、3 要件への該当（3 つとも該当する場合のみ「該当」）を判定する。
- ・③ 到達時間・離島の別など、アクセス上の制約を記入する。
- ・④ 「点検の論点」欄に、維持／統合／広域化／隣接県連携のいずれを検討するかを候補を記入する。

〔7 よくある誤りと留意〕

- ・「20 万人未満だから統合」という記載・説明をしない。3 要件の全てに当てはまる場合に見直しを検討するのであり、さらに住民の医療アクセスも含めて総合的に判断する。
- ・点検対象＝統合対象ではない。維持も当然に案の一つである。

〔8 次への接続〕

- ・様式 5（流出入の確定値）・様式 8（複数案比較）・様式 3 別紙（隣接県連携）に接続する。

〔様式〕

構想 区域	2040 年 推計人口	20 万 人以上	完結率／流入割 合／流出割合	3 要件 該当	アクセス (到達時 間・離島)	点検の論点
鹿児島	〔 〕	〔○／ ×〕	〔 / / 〕 (暫定)	〔該当 ／非該 当〕	〔 〕	〔維持／統合／ 広域化／隣接県 連携〕
南薩	〔 〕	〔○／	〔 / / 〕	〔該当	〔 〕	〔維持／統合／

構想 区域	2040 年 推計人口	20 万 人以上	完結率／流入割 合／流出割合	3 要件 該当	アクセス (到達時 間・離島)	点検の論点
		×}	(暫定)	／非該 当}		広域化／隣接県 連携}
川薩	{ }	{○／ ×}	{ / / } (暫定)	{該当 ／非該 当}	{ }	{維持／統合／ 広域化／隣接県 連携}
出水	{ }	{○／ ×}	{ / / } (暫定)	{該当 ／非該 当}	{ }	{維持／統合／ 広域化／隣接県 連携}
始良・伊 佐	{ }	{○／ ×}	{ / / } (暫定)	{該当 ／非該 当}	{ }	{維持／統合／ 広域化／隣接県 連携}
曾於	{ }	{○／ ×}	{ / / } (暫定)	{該当 ／非該 当}	{ }	{維持／統合／ 広域化／隣接県 連携}
肝属	{ }	{○／ ×}	{ / / } (暫定)	{該当 ／非該 当}	{ }	{維持／統合／ 広域化／隣接県 連携}
熊毛 (離島)	{ }	{○／ ×}	{ / / } (暫定)	{該当 ／非該 当}	{ }	{維持／統合／ 広域化／隣接県 連携}
奄美 (離島)	{ }	{○／ ×}	{ / / } (暫定)	{該当 ／非該 当}	{ }	{維持／統合／ 広域化／隣接県 連携}

※ 3 要件＝人口 20 万人未満／流入患者割合 20%未満／流出患者割合 20%以上。3 つとも該当する場合のみ「該当」とする。

様式 3 別紙 隣接県連携 整理シート 【第 2 回～第 4 回】

〔1 ねらい〕

- ・ 県境区域・離島区域について、隣接県との連携の論点と県間協議の状況を整理し、区域確定（第 4 回）までに両県で調整する材料とする。隣接県も本県と同時期に構想を策定しているため、本県の区域確定を待って協議を申し入れたのでは相手県の作業に間に合わない。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 対象区域ごとに 1 葉。検討委員会及び当該区域の調整会議に提示する。第 2 回（着手）・第 3 回（到達点）・第 4 回（合意の確認）の 3 回にわたり更新して用いる。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・ 県外流出入＝国提供データ（レセプトベース）。搬送実態＝消防・救急搬送データ、ドクターヘリの出動記録。相手県の構想策定の進捗＝相手県担当課への照会（第 2 回の前に行う）。

〔4 記入可能性の点検〕

！ここは間違えやすい

- ・ 相手圏域は、地理的な近さで決めてはならない。患者の流出入分析（様式 5）で特定する。様式の記入例（出水⇔熊本県 水俣・芦北、曾於⇔宮崎県 都城北諸県、始良・伊佐⇔宮崎県 西諸（小林・えびの）、奄美⇔沖縄県等）は、地理的關係から置いた例示であり、確定した連携先ではない。これらを確定した連携先として記載してはならない。
- ・ 連携の内容は相手県の同意がなければ成立しない。相手県の実情を把握していない内容を、確定的に記載・説明しない。「県間で事務レベルの協議を進めている」という表現にとどめる。
- ・ 第 2 回で決めるのは「協議に着手すること」と「対象区域」のみ。連携の内容（機能の広域確保、搬送の役割分担、必要病床数の両加味）は、令和 8 年度末から令和 9 年度前半にかけて県間で協議し、第 4 回までに調整する。

〔5 県間で協議する事項（国が示すもの）〕

- ・急性期拠点機能等の医療機関機能の確保（都道府県境をまたぐ区域間で一体的に確保を検討する場合、急性期拠点機能は両区域で合わせて一つ確保し集約化を進めることも対応案として検討する）。
- ・救急医療や主な診療領域の手術等に関する具体的な役割分担。
- ・救急搬送のあり方（実施基準への反映、県境を越えた搬送体制の確保）。
- ・医療機関機能の確保や医療機関へのアクセスの確保のための支援策（移動支援策を含む）。
- ・構想区域ごとの必要病床数（流出・流入の両方を加味して算出する）。
- ・急性期拠点機能を有さないこととした区域では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等を確保し、救急搬送患者の受入や初期対応が可能となるよう人材確保等の取組を行う。

〔6 連携の体制と費用〕

- ・連携体制は次の 3 つから地域の実情に応じて選ぶ。①関係する都道府県が合同で、隣接する区域同士の区域調整会議を開催する。②両区域の連携に関係する主な医療機関の関係者等で協議する場を設定する。③一方の区域調整会議に、関係する他の構想区域の医療機関や都道府県が参加する。
- ・合同での協議に必要な事務費用は、地域医療介護総合確保基金で支弁することが可能である。費用の支弁については事前に両県で取決めを行う。
- ・継続的に協議を行うこと、必要に応じて連携に関する協定を締結して具体的な連携内容を整理しておくことが考えられる。

〔7 記入手順〕

- ・① 対象区域と相手県・相手圏域を特定する（第 2 回は暫定、第 3 回に流出入分析で確定）。
- ・② 主な流出入（機能・疾患・割合）を記入する。
- ・③ 連携の論点を上記 5 の 5 項目に沿って記入する。
- ・④ 県間協議の状況・スケジュール（相手県の調整会議の開催時期を含む）を記入する。相手県の実情を踏まえた範囲でのみ記載する。

〔8 次への接続〕

- ・様式 8（複数案の案④）・様式 9（区域設定調書）に接続する。

〔様式〕

対象区域	相手県・ 相手圏域 (流出入分 析で特定)	主な流出入 (機能・疾 患・割合)	連携の論点 (機能確保／役割分 担／搬送／支援策／ 必要病床数)	県間協議の 状況・到達点 (相手県了解 済みの範囲)	相手県の 会議日程
〔例：出水〕	〔熊本県 水 俣・芦北〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
〔例：曾 於〕	〔宮崎県 都 城北諸県〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
〔例：始 良・伊 佐〕	〔宮崎県 西 諸（小林・ えびの）〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
〔例：奄 美〕	〔沖縄県 (搬送先) 等〕	〔 〕	〔広域搬送・専門医 療〕	〔 〕	〔 〕

※ 記入例の相手圏域は地理的關係から置いた例示である。実際の相手圏域は流出入分析（様式 5）で特定する。確定した連携先として記載しない。

様式 4 2040 年 医療需要・必要病床数 推計 × 病床機能報告 【第 3 回（第 4 回で確定）】

〔1 ねらい〕

- ・ 2040 年の医療需要と必要病床数（新区分）を推計し、直近の病床機能報告と機能区分別に比較する。第 3 回は初期推計（暫定）、第 4 回は区域確定後の確定値。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 県全体 1 葉 + 区域別（各 1 葉）。検討委員会には全県・区域別一覧を、各調整会議には当該区域分を提示する。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・ 2040 年推計人口（社人研）×入院受療率（2024 年 NDB）÷病床稼働率。国提供の推計ツールを用いる。病床機能報告は直近年。区域を見直した場合の再算出は、見直し後の区域の将来推計人口等のデータの提供を国に求める（国は令和 8～10 年度の間、県の求めに応じ提供する予定〔ガイドラインⅡ-3-(2)③〕。可否・時期は念のため確認する）。簡易的に、見直し前に算出した必要病床数を人口比率等で按分する手法もある。どちらを用いたかを必ず記録する。

〔4 記入可能性の点検〕

！ここは間違えやすい

- ・ 「差（推計－報告）」欄：数値としては計算できるが、この欄には必ず「必要病床数と病床機能報告は算出方法が異なり、差分が直ちに増減の必要を意味するものではない」旨の注記を付す。差を強調する色分け・矢印・赤字は用いない。
- ・ 「（参考）現行構想の 2025 年必要量」欄：機能区分（回復期／包括期）も時点も推計方法も異なるため、単純比較できない。参考として示す場合は欄内にその旨を明記し、差の計算はしない。
- ・ 第 3 回時点の数値は「（暫定）」と明記する。区域が変われば数値が変わるため、確定は第 4 回である。

〔5 記入手順〕

- ・ ① 「病床機能報告（直近）」欄に最新の報告値を記入する（出典・時点を明記）。

- ・② 「2040 年必要病床数」欄に推計値を記入する。高度急性期と急性期は合計した行を用いる（協議では一体として取り扱うため）。
- ・③ 「差」欄を記入し、算出上の留意（算出方法が異なる旨）を欄内に必ず記載する。
- ・④ 流出入を両加味して算出したこと、県境区域は相手県と連携して算出したことを注記する。
- ・⑤ 第 4 回では、確定した区域で再算出した値に更新し、「（確定）」と明記する。再算出の方法（国データ提供／人口比率按分）を注記する。

〔6 よくある誤りと留意〕

- ・高度急性期と急性期を分けて表示しない（報告上は別々だが、協議では一体として扱う）。
- ・算出に用いる病床稼働率（78／83／87／92%。効率化分の加算後は 79／84／89／92.5%）を「医療機関が目指すべき数値」として記載しない。
- ・流出入のいずれか一方のみを考慮して算出しない。

〔7 次への接続〕

- ・様式 9（区域設定調書の必要病床数欄）・様式 10（機能確保）・様式 13（病床の機能分化・連携）に接続する。

〔様式〕

機能区分 （新区分）	病床機能報告 （直近・出典／ 時点）	2040 年 必要病床数 （推計）	差 （推計－報告）	算出上の留意
高度急性期・急性 期（合計）	〔 〕	〔 〕（暫定 ／確定）	〔 〕	推計と報告は算出 方法が異なる。差 は直ちに増減の必 要を意味しない
包括期	〔 〕	〔 〕	〔 〕	同上
慢性期	〔 〕	〔 〕	〔 〕	同上。慢性期需要 は在宅医療・介護 保険施設と一体で 受け止める
計	〔 〕	〔 〕	〔 〕	—

- ※（参考）現行構想における 2025 年の必要量＝〔 〕床。機能区分・時点・推計方法が異なるため単純比較できない（差の計算はしない）。
- ※ 推計の前提：2040 年推計人口（社人研）×入院受療率（2024 年 NDB）÷病床稼働率（高度急性期 78%・急性期 83%・包括期 87%・慢性期 92%）。医療 DX 等による効率化分として高度急性期・急性期+1%、包括期+2%、慢性期+0.5%を加算（加算後の稼働率は 79%・84%・89%・92.5%）。75 歳以上の患者のうち従来急性期と区分してきた者の 5 割を急性期、5 割を包括期として見込む。流出入は両方を加味。

様式 5 患者の流出入 サマリー（+ 区域間マトリクス別紙〔様式 5 別紙〕）

【第 3 回】

〔1 ねらい〕

- ・ 区域ごとの自区域内完結率（＝100%－流出患者割合の補助指標。判定は流入・流出・人口の 3 要件）と主な流出入を把握し、必要病床数の算定と区域見直しの判断材料とする。県外（熊本・宮崎・沖縄等）との流出入も把握し、隣接県連携の基礎とする。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 県全体 1 葉（サマリー）＋別紙に区域間マトリクス（9×9＋県外）。検討委員会に全体を、各調整会議には当該区域の行と、当該区域に関係する相手区域を提示する。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・ 国提供データ（レセプトベース）に統一する。様式 1・3 の流出入もこの資料と同一の出典・時点から取る（出典が異なると数値が食い違い、区域見直しの判定への信頼が失われる）。患者調査は補完的に用いる場合のみ、その旨を注記する。

〔4 記入可能性の点検〕

- ・ 第 3 回時点で確定値を示せる。様式 3 で第 2 回に示した暫定値との差異がある場合は、差異の理由（出典・時点の違い）を明示して更新する。

〔5 記入手順〕

- ・ ① 区域ごとに自区域内完結率を記入する（自区域内完結率＝100%－流出患者割合で算出できる補助指標。区域見直しの判定は流入・流出・人口の 3 要件で行い、完結率は判定基準ではない）。
- ・ ② 主な流出先（相手区域・割合）と主な流入元（相手区域・割合）を記入する。県外は県名・圏域名まで記入する。
- ・ ③ 機能区分別・主要疾患別（手術を要する疾患、脳卒中、心筋梗塞、がん等）の傾向を必要に応じ注記する。
- ・ ④ 別紙に 9×9＋県外の流出入マトリクスを添付する。

〔6 よくある誤りと留意〕

- ・ 必要病床数の算出に流出入を反映する場合、いずれか一方のみを考慮しない。流出先・流入先となる区域（他県を含む）と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出する。

- ・区域見直しの3要件（人口20万人未満／流入20%未満／流出20%以上）の判定に用いる数値は、この資料から取る。様式3と出典・時点を揃える。

〔7 次への接続〕

- ・様式3（3要件の判定）・様式4（必要病床数）・様式8（区域見直し）・様式3別紙（隣接県連携の相手圏域の特定）に接続する。

〔様式〕

構想 区域	自区域内 完結率	主な流出先 (区域・%)	主な流入元 (区域・%)	県外との流出入 (県・圏・%)	完結率の評価
鹿児島	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
南薩	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
川薩	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
出水	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
姶良・ 伊佐	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
曾於	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
肝属	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
熊毛	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
奄美	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕

※ 出典：国提供データ（レセプトベース）／〔時点〕。様式1・3の流出入もこの出典・時点到統一する。

様式 5 別紙 区域間マトリクス（見本）

行＝流出元（住民の居住区域）、列＝流入先（入院した区域）。対角＝自区域内完結。

各セルは患者数（％）を記入。

（列見出し略記）

鹿＝鹿児島、南＝南薩、川＝川薩、出＝出水、始＝始良・伊佐、曾＝曾於、肝＝肝属、
熊＝熊毛、奄＝奄美

流出元\流入先	鹿	南	川	出	始	曾	肝	熊	奄	県外
鹿児島	完結	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
南薩	〔 〕	完結	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
川薩	〔 〕	〔 〕	完結	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
出水	〔 〕	〔 〕	〔 〕	完結	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
始良・伊佐	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	完結	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
曾於	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	完結	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
肝属	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	完結	〔 〕	〔 〕	〔 〕
熊毛	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	完結	〔 〕	〔 〕
奄美	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	完結	〔 〕
県外	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	—

検討委員会には全体を、各調整会議には当該区域の行と関係する相手区域を抜き出して示す。様式 5 のサマリー様式は各区域の要約、本マトリクスはその背後にある全区域間の流れの元データ表であり、様式は異なる。

様式 6 診療実績・政策医療 相対比較表 【第 3 回】

〔1 ねらい〕

- ・急性期医療の集約状況と政策医療（6 事業）の提供状況を客観指標で把握する。この資料は「どの病院が拠点にふさわしいか」を示す順位表ではなく、地域全体として急性期医療が集約されているか分散しているかを見るための資料である。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・区域別（各 1 葉）＋県全体 1 葉。医療機関単位の内訳は様式 12 で扱う（この資料は区域単位）。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・手術・救急＝病床機能報告の診療実績報告・NDB・DPC。政策医療＝医療計画、各事業の指定状況（救命救急センター、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、周産期母子医療センター、小児救急）。全国平均＝国が公表するデータ。

〔4 記入可能性の点検〕

* 留意点

- ・政策医療（6 事業）の行には「県平均」「全国平均」を置かない。提供体制の有無・箇所数は、人口 10 万対の平均値と比較しても意味を持たないためである。当該区域の提供状況（指定医療機関の有無・箇所数・カバー範囲）を記述式で記入する。
- ・手術件数は、高度な技術を要する手術から、高齢者救急に関連する手術（大腿骨近位部骨折に対する手術等）、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術まで様々である。件数の多寡だけで論じない。地域ごとに、急性期拠点機能に求められる役割に応じた詳細な把握・検討が望ましい。
- ・救急搬送受入件数は、緊急性や重症度が様々であり、公共交通機関が乏しくアクセスに課題があるために相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取決めを行っている場合等もある。救急搬送受入件数が多いことのみをもって急性期拠点機能を担う医療機関を決定することは適切ではない。

〔5 記入手順〕

- ・① 手術・救急の指標を人口 10 万対等でそろえ、当該区域・県平均・全国平均を並記する。

- ・② 医師数当たりの症例数など、効率性を見る指標を併記する（全国的に見て当該区域内の急性期医療の提供が効率的か、将来に向けた集約化の必要性があるかを検討するため）。
- ・③ 政策医療（救急・災害・へき地・周産期・小児・新興感染症対応）の提供状況を記述式で評価する。
- ・④ 「評価」欄に、集約されているか分散しているか、将来の見通しを記入する。

〔6 よくある誤りと留意〕

- ・資料には、件数のみで決定しない旨を明記し、総合的な協議に資する構成とする。個別医療機関に関する協議は様式 12（第 5 回・限定した協議の場合）で行う。

〔7 次への接続〕

- ・様式 10（拠点の確保数）・様式 12（医療機関別）・様式 13（役割分担）に接続する。

〔様式〕

指標	当該区域	県平均	全国平均	2040 年の見通し	評価（集約／分散）
全身麻酔手術件数 （人口 10 万対）	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
緊急手術件数（人口 10 万対）	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
時間外・休日の緊急 手術件数	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
悪性腫瘍手術・心／ 脳血管治療件数	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
医師 1 人当たり手術 件数（効率性）	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
救急搬送受入件数 （うち高齢者）	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
救急搬送のうち重症 以上の割合	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕

指標	当該区域	県平均	全国平均	2040 年の見通し	評価（集約／分散）
政策医療（救急・災害・へき地・周産期・小児・新興感染症対応）の提供状況	〔指定医療機関の有無・箇所数・カバー範囲を記述〕	—	—	〔 〕	〔 〕

※ 政策医療の行は、平均値との比較になじまないため県平均・全国平均を置かない（記述式）。

様式 7 医療アクセス（到達時間・救急カバー）分析 【第 3 回】

〔1 ねらい〕

- ・住民が必要な医療に到達できるかを把握し、拠点の集約とアクセス確保を両立させるための基礎資料とする。集約化の議論において、アクセス確保策とセットで議論するための根拠となる。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・区域別（市町村別に展開可）。離島区域は別の指標で作成する（下記 4）。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・GIS（施設位置・道路網）、消防・救急搬送データ、地域公共交通計画（地域交通担当部局）、ドクターヘリの出動記録、離島の航路・航空便の運航記録。

〔4 記入可能性の点検（離島は到達時間圏の概念が成立しない）〕

！ここは間違えやすい

- ・熊毛・奄美の離島区域では、自動車による 30 分圏・60 分圏カバー率という指標が成立しない（島外の医療機関へは船舶・航空機によるため）。離島区域は次の指標で記入する。①島内の医療機関までの到達時間（島内の陸路）、②島外搬送の所要時間（ドクターヘリ・防災ヘリ・自衛隊機・船舶の別、搬送先の医療機関まで）、③搬送手段の運航可能条件と、悪天候・夜間により搬送できない日数・時間帯、④離島間の搬送（有人離島が複数ある区域）。
- ・本土側の区域についても、人口の少ない地域で、自動車で概ね一時間程度の距離を隔てた二つの生活圈域から構成される区域では、集約化により一方の圏域で著しくアクセスが悪化することが見込まれる場合がある。こうした場合には、当該地域での急性期拠点機能の確保は前提とせず、双方の圏域に高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保しつつ、それぞれの圏域に近接する他の構想区域の医療機関と連携する体制を検討することとされている。本県の地理条件に該当しうるため、区域内の生活圈域が分かれている区域は、区域全体の平均カバー率だけでなく、生活圈域ごとのカバー率を示す。

〔5 記入手順〕

- ・① 二次救急・三次救急への 30 分圏・60 分圏の人口カバー率を記入する（本土側）。

- ・② 政策医療（周産期・脳卒中・心筋梗塞・小児）へのアクセスを記入する。
- ・③ 無医地区・へき地の状況、搬送手段（ドクターヘリ・病院救急車・船舶）を記入する。
- ・④ 離島区域は、上記４の①～④の指標で記入する。
- ・⑤ 区域内に複数の生活圏域がある区域は、生活圏域ごとのカバー率を併記する。

〔6 よくある誤りと留意〕

- ・区域全体の平均カバー率だけを示すと、区域内の一部地域でアクセスが著しく悪いことが見えなくなる。市町村別・生活圏域別に展開する。
- ・集約化に伴うアクセスへの影響（悪化の懸念）は、この資料で定量的に示し、対策（搬送体制の強化、送迎支援、オンライン診療、巡回診療、公共交通の確保等）とセットで整理して示す。

〔7 次への接続〕

- ・様式 10（機能確保）・様式 11（対応案）・様式 13（役割分担・搬送体制）に接続する。

〔様式 7-A（本土側の区域）〕

構想 区域	二次救急 30 分圏 人口 カバー率	三次救急 60 分圏 人口 カバー率	政策医療への アクセス (周産期・脳卒中・ 心筋梗塞・小児)	生活圏域 別の差	無医地区・へき 地・搬送手段
鹿児島	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
南薩	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
川薩	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
出水	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
姶良・ 伊佐	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
曾於	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
肝属	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕

〔様式 7-B（離島区域＝熊毛・奄美）〕

構想 区域	島内医療機 関までの 到達時間	島外搬送の 所要時間 ・搬送先	搬送手段（ヘ リ・固定翼・船 舶）と運航条件	搬送できない日 数・時間帯(悪 天候・夜間)	離島間搬送 の状況
熊毛	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
奄美	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕

様式 8 構想区域 見直し 複数案 比較表 【第 3 回・第 4 回】

〔1 ねらい〕

- ・区域の維持／見直しを複数案で比較し、方向性を協議・決定する。対応の検討に当たっては複数案を作成し、医療提供体制への影響・医療へのアクセス・医療従事者の確保等の観点から比較検討することとされている。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・点検対象となった区域ごとに 1 葉。関係する区域の調整会議にも提示する（統合案は相手区域の調整会議にも示す）。

〔3 見直し案の方向性（国が示す例示）〕

- ・構想区域の統合：人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的に当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合。
- ・構想区域の再編：区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合、当該市区町村を当該隣接区域に含める案。
- ・島嶼を含む区域：既存の構想区域を前提とし、限られた医療資源の中でどの程度区域内における医療提供体制を確保するか、その上で当該地域の患者の搬送先等となる他の構想区域の医療機関と、ドクターヘリによる搬送等も含めどのようにアクセスを確保するかを検討する。

〔4 記入可能性の点検〕

！ここは間違えやすい

- ・「案④ 隣接県連携」は、県の判断だけで選定できない。連携は相手県の同意がなければ成立しないため、この案には必ず「相手県との事務レベル協議の到達点」を併記し、相手県の実情を把握していない内容を確定的に記載しない。第 3 回では「協議中」、第 4 回で「合意」又は「不成立」を記載する。
- ・広域化・統合をしない場合であっても、広域化して連携・再編・集約化を行う場合の案を必ず作成して比較する。現状維持の 1 案のみで済ませてはならない（国の明文）。
- ・様式の記入例（「人口 20 万人未満の区域を隣接区域と統合」等）は様式イメージであり、特定の統合を前提としない。委員に対して特定の案を既定路線として示さない。

〔5 記入手順〕

- ・ ① 案①「維持」を基準に、案②統合／案③広域化／案④隣接県連携を作成する。該当しない案は「該当なし」と明記する（作成しないのではなく、該当しない理由を書く）。
- ・ ② 各案のメリット・デメリットを記入する。
- ・ ③ 各案の必要病床数・医療機関機能（急性期拠点の確保数）・医療アクセス・医療従事者の確保への影響を記入する。
- ・ ④ 案④には県間協議の到達点を記入する。

〔6 次への接続〕

- ・ 第 4 回の様式 9 で区域を確定する。

〔様式〕

案	区域の枠組み	メリット	デメリット	必要病床数・機能確保数への影響	医療アクセスへの影響	県間協議の到達点（案④のみ）
案① 維持	現行区域を維持	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	—
案② 統合	記入例：人口 20 万人未満の区域を隣接区域と統合	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	—
案③ 広域化	記入例：入院医療を近隣の中核区域と一体で確保	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	—
案④ 隣接県連携	記入例：県境区域で隣接県と一体的に機能を確保	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔協議中／合意／不成立〕

様式 9 構想区域 設定調書（確定用） 【第 4 回】

〔1 ねらい〕

- ・ 確定した区域設定を区域単位で記録する。告示・構想本文の基礎となるため、記載内容は正確に。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 確定後の区域ごとに 1 葉。検討委員会で確定し、各調整会議で当該区域分を確認する。

〔3 記入可能性の点検〕

！ここは間違えやすい

- ・ 本様式には、「主たる急性期拠点機能（候補）」のような担い手の欄は設けていない。第 4 回は急性期拠点機能を何か所確保するかを決める回であり、どの医療機関が担うかを協議するのは第 5 回である。区域設定調書に担い手欄を置くと、第 4 回で担い手を決めたかのような誤解を生む。
- ・ 本様式では「急性期拠点機能の確保数（この区域に何か所確保するか）」欄を設けている。0 か所とする場合（隣接区域と一体的に確保する場合）は、当該区域に高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保することを併せて記載する。
- ・ 必要病床数は、確定した区域で再算出した値を記入する。再算出の方法（国からのデータ提供／人口比率による按分）を注記する。

〔4 記入手順〕

- ・ ① 区域名・対象市町村・2040 年推計人口（うち 65 歳以上・75 歳以上）を記入する。
- ・ ② 「現行からの変更」を、維持／統合／再編／広域化／隣接県連携から選び、理由（人口規模・完結率・アクセス・医療資源）を記入する。
- ・ ③ 区域確定後の必要病床数（機能区分別・確定値）を記入する（様式 4 を確定値で更新）。再算出方法を注記する。
- ・ ④ 急性期拠点機能の確保数（この区域に何か所か）を記入する。0 か所とする場合は、一体的に確保する相手区域と、当該区域に確保する機能を記入する。
- ・ ⑤ 隣接区域・他県との連携内容を記入する（相手県の了解を得た範囲で）。

〔5 次への接続〕

- ・構想本文・告示、様式 10（機能確保）、様式 12・13（第 5 回の担い手・役割分担）に接続する。

〔様式〕

項目	内容
構想区域名	〔 〕
対象市町村	〔 〕
2040 年推計人口	〔 〕 人（うち 65 歳以上〔 〕 人／75 歳以上〔 〕 人／85 歳以上〔 〕 人）
現行からの変更	〔維持／統合／再編／広域化／隣接県連携〕
変更の理由（変更しない場合はその理由）	〔人口規模・完結率・流出入・アクセス・医療資源の状況を踏まえて記載〕
必要病床数（確定・機能区分別）	高度急性期・急性期（合計）〔 〕 床／包括期〔 〕 床／慢性期〔 〕 床／計〔 〕 床
必要病床数の再算出方法	〔国からのデータ提供／人口比率等による按分／区域変更なしのため再算出不要〕
急性期拠点機能の確保数	〔 〕 か所（人口 20～30 万に 1 か所程度を目安としつつ、診療実績・流出入・医療従事者の確保見込み等を総合的に勘案して設定）
確保数を 0 か所とする場合の扱い	〔一体的に確保する相手区域： ／当該区域に確保する機能：高齢者救急・地域急性期機能等 ／搬送体制： 〕
隣接区域・他県との連携	〔相手県の実情を踏まえて記載〕
担い手（どの医療機関が担うか）	第 5 回以降に協議する（この調書には記載しない）

様式 10 医療機関機能 確保状況・確保数 検討表 【第 4 回】

〔1 ねらい〕

- ・ 5 つの医療機関機能ごとに、確保の状況と確保数の方向性を整理する。第 4 回では「何か所確保するか」を決め、「どの医療機関が担うか」は第 5 回で協議する（これは国が示す順序である）。新興感染症対応・災害医療の確保も併せて確認する。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 区域別（各 1 葉）＋県全体 1 葉（拠点配置の全県方針）。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・ 医療機関機能報告（新設）。ただし初年度は把握できる範囲に限られるため、病床機能報告及び診療実績（NDB・DPC。様式 6・12）で補完する。医療機関機能報告のみに依拠しない。医療措置協定の締結状況＝予防計画（感染症担当部局）。災害拠点病院・DMAT＝地域防災計画（防災担当部局）。

〔4 記入可能性の点検〕

！ここは間違えやすい

- ・ 「現状の担い手（候補）」のような欄名は、決定であるかのように読める。本様式では「当該機能を担いうる医療機関（客観データによる整理。決定ではない）」としている。この欄は、診療実績等の客観データから機能の担い手となりうる医療機関を整理したものであって、決定ではない。資料上も、この点を明記する。
- ・ 医療機関機能報告は令和 8 年度に始まる新設の報告であり、初年度に把握できる範囲は限られる。報告のみで担い手を整理すると、報告していない医療機関が漏れる。必ず病床機能報告・診療実績で補完する。
- ・ 急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能は、同一の医療機関が両方を報告しない。担い手の整理はこの前提による。一方、在宅医療等連携機能は、他の機能を担う医療機関が併せて報告して差し支えない。大学病院本院（鹿児島大学病院）は、地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告する。

〔5 急性期拠点機能の確保数の考え方（機械的に当てはめない）〕

急性期拠点機能の確保数

- ・ 目安：2040 年の人口推計をもとに、人口 20 万人から 30 万人程度につき一か所程度を確保する。ただし機械的に当てはめてはならない。次の調整規定を必ず併せて確認する。
- ・ ① 人口の少ない地域では、一つ確保・維持する。
- ・ ② 人口の少ない区域でも、手術件数等や他区域からの流入が多い場合は二つ確保することがある。
- ・ ③ 人口が 30 万人を超えても、他区域への流出が多く症例数が少ない場合は一つを目安とする。
- ・ ④ 区域全体の全身麻酔手術件数・緊急手術件数等が少ない、あるいは減少が見込まれる場合は、目安より少ない数での確保を検討する。
- ・ ⑤ 人口規模が限られた区域で、地理的要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合には、当該区域内での急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを検討する。この場合、当該区域には高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保する。
- ・ ⑥ 急性期拠点機能を担う医療機関は、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て提供するほか、災害医療への対応、新興感染症発生時の病床確保に係る医療措置協定の締結、初期臨床研修・専門研修の実施、地域の医療機関への医師派遣等、政策医療を含め総合的に担う。したがって、拠点の配置は新興感染症対応・災害医療の確保と一体で決める。

〔6 記入手順〕

- ・ ① 機能別に、当該機能を担いうる医療機関を客観データ（病床機能報告・診療実績）から整理して記入する。
- ・ ② 確保数の方向性（何か所確保するか）を記入する。0 か所とする場合は、一体的に確保する相手区域を記入する。
- ・ ③ 主な論点（集約とアクセスの両立、離島の扱い、感染症・災害対応の確保）を記入する。

〔7 次への接続〕

- ・ 様式 12・13 で医療機関単位に具体化する（第 5 回）。

〔様式〕

医療機関機能	確保の目安	当該機能を担い うる医療機関 (客観データに よる整理。決定 ではない)	確保数の方向性 (第 4 回で決め る)	主な論点
急性期拠点 (災害・新興感 染症等の政策医 療を含む)	人口 20～30 万に 1 か所程 度(機械的に 適用しない)	〔 〕	〔 か所/〇か 所とし〇〇区域 と一体的に確 保〕	〔集約とアクセス の両立・医療措置 協定・災害拠点〕
高齢者救急・地 域急性期	—(面的に複 数確保)	〔 〕	〔 〕	〔下り搬送・上り 搬送の体制〕
在宅医療等連携	—(他機能と の併せ報告 可)	〔 〕	〔 〕	〔24 時間対応・ 後方支援〕
専門等	—	〔 〕	〔 〕	〔集中的リハ・中 長期入院・有床診 療所〕
医育及び広域診 療 (大学病院本 院)	県内唯一	鹿児島大学病院	—(区域ごとに 確保する機能で はない)	〔人的協力・広域 診療・急性期拠点 数の設定における 診療実態の考慮〕
(参考) 災害医 療 (災害拠点病 院・DMAT)	—	〔 〕	〔 〕	〔急性期拠点との 関係〕
(参考) 新興感 染症 (医療措置協	—	〔 〕	〔 〕	〔急性期拠点との 関係〕

医療機関機能	確保の目安	当該機能を担い うる医療機関 (客観データに よる整理。決定 ではない)	確保数の方向性 (第4回で決め る)	主な論点
定)				

※ 個別医療機関に関わる部分は、当該医療機関・医師会・病院団体等に限った協議の場で扱うことがある。

様式 11 2040 年 対応案 複数案 比較表 【第 5 回（骨格）・第 8 回（最終）】

〔1 ねらい〕

- ・ 対応案を複数作成し、医療提供体制への影響・医療へのアクセス・医療従事者の確保の 3 観点で比較検討して選定する。連携・再編・集約化を行う案と、現状の体制を継続する案の双方を作成する。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 区域別（各 1 葉）＋県全体方針 1 葉。

〔3 記入可能性の点検〕

* 留意点

- ・ 案は最低 2 案（現状継続案と、連携・再編・集約化を行う案）を作成する。1 案のみの提示は認められない。
- ・ 第 5 回で骨格を選定し、第 8 回で構想（案）に反映して最終化する。第 5 回時点で単一案に絞れない場合は、選定の条件（例：〇〇の医師確保が見込める場合は案 A、見込めない場合は案 B）を明示して決める。
- ・ 対応案は、区域の課題（様式 1・3・5～7 で確定した課題）に対応させて作る。課題と対応案が対応していない案は作らない。

〔4 記入手順〕

- ・ ① 案 A・案 B・案 C ごとに、対応する課題と内容を記入する。対応する課題は、様式 1・3・5～7 で確定した区域の課題を項目化する（例：①急性期医療の分散〔様式 6〕、②高齢者救急の増加と受け皿〔様式 6・13〕、③必要病床数と病床機能報告のギャップ〔様式 4〕、④医療アクセスの確保〔様式 7〕、⑤医師偏在・人材確保〔様式 6・14〕、⑥在宅・介護の受け皿〔様式 14〕、⑦区域の完結性・広域連携〔様式 3・5・3 別紙〕。当該区域で重い課題を立てる）。
- ・ ② 医療提供体制への影響・医療アクセスへの影響・医療の担い手の確保の 3 観点で評価する。
- ・ ③ 実施に要する期間・費用・支援策（施設整備の支援、地域医療介護総合確保基金の活用等）を記入する。
- ・ ④ 総合評価を記入し、選定案を明確にする。

〔5 次への接続〕

- ・第 5 回で骨格を選定し、素案（様式 15）に反映。第 8 回で最終化する。

〔様式〕

対応案	対応する課題	内容	医療提供体制への影響	医療アクセスへの影響	医療の担い手の確保	期間・費用・支援策	総合評価
案 A（現状継続）	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
案 B（連携・集約）	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
案 C （ ）	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔選定／不選定〕

様式 12 医療機関別 機能・診療実績 一覧 【第 5 回】

〔1 ねらい〕

- ・区域内の医療機関ごとに機能・病床・診療実績を一覧化し、役割分担の協議に用いる。順位付けのための資料ではない。

〔2 作成単位・提示先（取扱いに最も注意を要する資料）〕

！ここは間違えやすい

- ・個別医療機関の経営方針が関係する事項であるため、議題に応じた関係者（当該医療機関・医師会・病院団体等）に限って協議する場で用いる。配布範囲・回収の可否を事前に決める。
- ・委員全員に配布する資料・公表資料は、集計・匿名化する。委員提示版の様式集には、この様式は「様式のみ」を掲載し、実データは掲載しない。

〔3 データ源と入手時期（DPC 対象外病院の扱い）〕

！ここは間違えやすい

- ・手術・救急の実績を DPC データのみで取ると、DPC 対象外の病院（ケアミックス・慢性期中心の病院、有床診療所等）は実績が現れず、空欄のまま並ぶことになる。これを実績が無いものとして扱ってはならない。
- ・医療機関ごとにデータ源を区別して記載する。DPC 対象病院は DPC データ、DPC 対象外は NDB 及び病床機能報告の診療実績報告から取る。様式に「データ源」列を設け、どのデータから取った値かを明示する。

〔4 記入手順〕

- ・① 区域内の医療機関を行に並べ、開設主体・病床数（機能区分別）・報告された医療機関機能を記入する。
- ・② 全身麻酔手術・緊急手術・救急搬送受入の実績を記入し、データ源（DPC/NDB/病床機能報告）を明記する。
- ・③ 政策医療の実施状況（救命救急センター・災害拠点病院・へき地医療拠点病院・周産期母子医療センター・小児救急・医療措置協定・臨床研修）を記入する。

- ・④ 経営状況・建物の状況（築年数・耐震化・建替の予定）、補助金・繰入金の活用状況を記入する（現行構想下の調整会議の運用を踏まえ、円滑な協議に資するよう提示する）。
- ・⑤ 「役割の案」欄に、当該医療機関が担う役割の案を記入する（決定ではない）。

〔5 よくある誤りと留意〕

- ・診療実績の相対順位のみに応じて機械的に決定する進め方は適切ではない。診療実績を基本としつつ、政策医療の実施状況・経営状況・建物の状況等も含めて総合的に協議する。
- ・開設主体（公立・公的・民間）に基づいて急性期拠点機能を担う医療機関を決定するという考え方は想定されていない。
- ・築年数が浅いことのみをもって選定しない。ただし、同程度の実績を有する医療機関間でいずれかを選ぶ場合には、建物の老朽化の状況にも留意し、建替に係る費用も含めて検討する。

〔6 次への接続〕

- ・様式 13（役割分担）・様式 11（対応案）に接続する。

〔様式〕

医療機関	開設主体	病床数 (機能 区分 別)	報告さ れた医 療機関 機能	全身 麻酔 手術	緊急 手術	救急 搬送 受入	データ源	政策医 療の実 施状況	経 営・ 建物 の状 況	役割の 案
記入例： 〇〇病院	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔DPC〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
記入例： △△病院	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔NDB・ 病床機能 報告 (DPC 対 象外) 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
……	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕

※ この様式は限定した協議の場で用いる。委員全員に配布する資料・公表資料は集計・匿名化する。

様式 13 急性期の役割分担／病床の機能分化・連携 検討表 【第 5 回】

〔1 ねらい〕

- ・手術・救急の役割分担と、病床の機能分化・連携（非稼働病床を含む）を具体化する。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・区域別（各 1 葉）＋県全体方針 1 葉。個別医療機関に関わる部分は限定した協議の場で扱う。

〔3 データ源と入手時期（非稼働病床は別途調査が必要）〕

！ここは間違えやすい

- ・病床機能報告で把握できるのは休棟等の限られた情報であり、稼働していない病床の実態（非稼働の病床数・理由・再稼働の見込み・スタッフ確保の状況）は把握できない。県による別途調査（医療機関へのアンケート）が必要である。
- ・調査時期：第 4 回終了後（令和 9 年 7～8 月）に実施し、第 5 回（令和 9 年 10 月頃）に間に合わせる。調査項目は、非稼働病床の数・機能区分・非稼働の理由（人員確保困難／建替中／需要減等）・再稼働の見込み・再稼働に必要な条件とする。

〔4 協議する内容（国の整理）〕

- ・手術：手術実施の現状把握（全身麻酔手術件数、診療科別手術件数等を同程度の規模の他地域と比較）と、手術症例の集約化及び役割分担。各診療科の術者に加え、麻酔科医、手術室や医療機器等の設備を確保・維持する必要がある。手術症例が小規模に分散している場合、麻酔科医の不足につながる等の課題も指摘されている。
- ・救急：救急搬送の現状把握、救急車の適時・適切な利用（＃7119・＃8000 の活用推進等）、高齢者救急を中心とした救急車受入の役割分担、受入後の連携（下り搬送・上り搬送、急性期経過後の転院搬送）。
- ・病床：必要病床数や将来の入院医療需要の見込みを踏まえ、機能別に必要な病床数を確認し、足元の病床機能報告の状況に鑑みて機能分化・連携をどのように進めるかを協議する。全体としてはダウンサイズを進めつつ、今後需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要とされている。

- ・非稼働病床：ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも既存の病床を有効に活用することで患者の受入体制を確保できないかを検討することが重要とされている。

用語の定義（資料に注記する）

- ・下り搬送＝急性期拠点機能を担う医療機関での救急車受入後、自施設での医療提供を必ずしも要しないと判断された患者を、適切なりハビリテーションの実施等のため、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関へ搬送すること。
- ・上り搬送＝高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関で対応が困難な救急搬送患者を、急性期拠点機能を担う医療機関へ搬送すること。

〔5 記入手順〕

- ・① 項目（手術・救急・病床・非稼働病床・搬送体制）ごとに現状を記入する。
- ・② 課題を記入する。
- ・③ 役割分担・連携の方針（集約する機能、地域で担う機能、搬送のルール）を記入する。
- ・④ 離島・アクセス制約地域は、転院搬送（病院救急車・ドクターヘリ等）の体制を併せて記入する。

〔6 次への接続〕

- ・対応案（様式 11）・構想本文に反映する。

〔様式〕

項目	現状 (データ源を明記)	課題	役割分担・ 連携の方針	実施時期 ・必要な 支援
手術（集約／ 分散）	〔全身麻酔・緊急・ 診療科別の件数と実 施医療機関〕	〔 〕	〔集約する手術・地 域で担う手術〕	〔 〕
救急（受入の 役割分担）	〔救急搬送件数・受 入医療機関・時間帯 別〕	〔 〕	〔高齢者救急の受入 先・輪番の維持可 否〕	〔 〕

項目	現状 (データ源を明記)	課題	役割分担・ 連携の方針	実施時期 ・必要な 支援
救急（下り搬送・上り搬送）	〔転院搬送の実態〕	〔 〕	〔搬送のルール・実施基準への反映〕	〔 〕
病床（機能別の過不足）	〔必要病床数と病床機能報告の対比〕	〔 〕	〔包括期を中心とした整備・全体のダウンサイズ〕	〔 〕
非稼働病床	〔県調査（令和 9 年 7～8 月）による数・理由・再稼働見込み〕	〔 〕	〔既存病床の有効活用による受入体制の確保〕	〔 〕
搬送体制（離島・へき地）	〔病院救急車・ドクターヘリ・船舶〕	〔 〕	〔区域外搬送の体制〕	〔 〕

様式 14 外来・在宅・介護連携・人材確保 検討表 【第 6 回】

〔1 ねらい〕

- ・入院以外の分野（外来・在宅・介護連携・人材）の課題と取組（案）を整理する。急性期を集約するからこそ、外来・在宅・介護・アクセスの受け皿が必要になるという関係を示す。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・区域別（各 1 葉）＋県全体方針 1 葉。

〔3 データ源と所管部局（県が関係部局から入手）〕

！ここは間違えやすい

この様式のデータの多くは、保健医療部局が保有していない。県が第 6 回の 8 週間前までに関係部局から入手する。

項目	データ源	所管
外来提供体制・かかりつけ医機能	外来機能報告、紹介受診重点医療機関の公表	医務担当
休日夜間の外来体制	在宅当番医制・休日夜間急患センターの実施状況	医務・市町村
通院支援・公共交通	地域公共交通計画、市町村の送迎支援事業	地域交通担当・市町村
オンライン診療	オンライン診療の実施状況調査	医務担当
在宅医療	医療施設調査、NDB（訪問診療・訪問看護・看取り）、在支診／在支病の届出	医務担当
介護資源・要介護認定率	介護保険事業（支援）計画、見える化システム	介護保険担当
協力医療機関の確保状況	介護保険施設・養護老人ホームの協力医療機関の届出状況	介護保険担当

項目	データ源	所管
入退院支援・ACP	在宅医療・介護連携推進事業の実施状況	介護保険担当・市町村
医師の偏在・確保	医師統計、医師偏在指標、医師確保計画、地域枠医師の配置状況	医師確保担当
歯科・薬剤師・看護職員	衛生行政報告例、各養成施設の状況	薬務・看護担当

〔4 記入可能性の点検〕

* 留意点

- ・協力医療機関の確保状況は、令和 6 年度介護報酬改定により介護保険施設等に義務付けられたものであり、届出情報は介護保険担当部局が保有している。医療部局が独自に把握しているものではないため、県が介護保険担当部局から入手する。未確保の施設がある場合は、どの医療機関につなぐかを第 6 回で協議する。
- ・外来・在宅の個別課題は、必ずしも全ての区域で同様の協議を行う必要はない。既存の協議の場合（在宅医療に係る協議の場合、在宅医療・介護連携推進事業に係る検討の場合等）の活用やワーキンググループの設置も検討し、課題の性質に応じた体制で協議してよい。調整会議でない場で検討した場合は、いずれかの調整会議に報告することにより、調整会議における協議に代えることができる。

〔5 記入手順〕

- ・① 分野ごとに現状を記入する（データ源・所管部局を明記）。
- ・② 2040 年に向けた課題を記入する。
- ・③ 取組（案）を記入する。アクセス確保の取組としては、対面診療を基本としたオンライン診療の活用、過疎地域における通院に係る送迎支援、へき地における巡回診療等の活用による受診機会の確保、他のサービス提供も含めた公共交通機関の一定の確保が例示されている。
- ・④ 実施主体（県・市町村・医療機関・関係団体）と時期を記入する。

〔6 次への接続〕

- ・素案（様式 15）の第 7 章～第 10 章に反映する。

〔様式〕

分野	現状（データ源・所管）	2040 年に向けた課題	取組（案）	実施主体・時期
外来医療	〔休日夜間体制・かかりつけ医機能・紹介受診重点医療機関〕	〔 〕	〔送迎支援・オンライン診療（対面診療との組合せ）・巡回診療・公共交通の確保・医歯薬連携〕	〔 〕
在宅医療	〔訪問診療・訪問看護・看取り・在支診／在支病・24 時間対応〕	〔 〕	〔24 時間体制の確保・多職種連携・病院による在宅医療の担い手化・慢性期需要を介護保険施設と一体で受け止める〕	〔 〕
介護との連携	〔協力医療機関の確保状況・施設定員・要介護認定率〕	〔 〕	〔協力医療機関の確保・平時からの情報共有・受診／搬送のルール・入退院支援・ACP・介護保険施設を退院先とする早期退院〕	〔 〕
人材確保（医師）	〔医師偏在指標・診療科別・年齢構成・地域枠〕	〔 〕	〔大学病院本院との人的協力・医師確保計画との整合・地域医療対策協議会との連動・離島／へき地の代診医確保〕	〔 〕
人材確保（医師以外）	〔看護職員・薬剤師・歯科医師・リハ職〕	〔 〕	〔国の需給推計の検討状況を踏まえた対応・県の担当部局との連携〕	〔 〕

様式 15 地域医療構想（素案）・概要版 目次・構成 【第 7 回】

〔1 ねらい〕

- ・素案並びに県議会説明用の概要版及び住民向け概要版（パブリックコメント用）の構成を定める。県議会説明用の概要版及び住民向け概要版は、いずれも Word 版及び PowerPoint 版を作成する。第 8 回では、構想（案）とは別に、構想（案）の概要版（Word 版・PowerPoint 版）を作成する。第 2 回から第 6 回までの決定事項を、どの章に落とし込むかを対応させる。

〔2 記入可能性の点検〕

* 留意点

- ・各章の内容は、それぞれ対応する回の決定がなければ書けない。下表の「反映元」の決定が終わっていない章は、素案に書けない。第 6 回終了時点で未決着の事項がある場合は、第 7 回までに決着させる。
- ・住民向け概要版は、住民に対する説明資料となる。記載の平易さと誤解防止に特に留意する。

〔3 素案の構成と反映元〕

章	内容	反映元（この決定がないと書けない）
1	趣旨・2040 年に向けた課題	第 2 回（現状・課題）・第 3 回（分析結果）
2	目指す姿（2040 年の医療提供体制）	第 5 回（対応案の骨格）
3	構想区域の設定	第 4 回（区域の確定）
4	必要病床数（機能区分別）	第 4 回（必要病床数の確定）
5	医療機関機能の確保（感染症・災害への対応を含む）	第 4 回（確保数）・第 5 回（担い手・役割分担）
6	入院医療（病床の機能分化・連携）	第 5 回（役割分担・機能分化）
7	外来医療	第 6 回（外来の方針）

章	内容	反映元（この決定がないと書けない）
8	在宅医療・介護との連携	第 6 回（在宅・介護の方針）
9	人材確保	第 6 回（人材の方針）
10	医療へのアクセスの確保	第 3 回（アクセス分析）・第 5 回（搬送体制）・第 6 回（通院支援）
11	推進体制（PDCA サイクル）・第 9 次医療計画への接続	第 8 回（PDCA 指標・接続の整理）

〔4 概要版の作成上の留意〕

！ここは間違えやすい

- ・住民の関心事（身近な病院はどうか、救急はどうか、通院はどうか）に答える構成とし、専門用語を避ける。
- ・「病院がなくなる」と受け取られないよう、次の 3 点を必ず明示する。①地域医療構想は医療機関の自主的な取組を前提とすること。②必要病床数は削減目標ではないこと。③集約化を行う場合もアクセス確保（搬送体制・送迎支援・オンライン診療等）と一体で進めること。

〔5 次への接続〕

- ・パブリックコメント（様式 16）に付す。

様式 16 パブリックコメント 結果・対応方針表 【第 8 回】

〔1 ねらい〕

- ・住民意見と県の考え方・対応方針を整理し、素案の修正に反映する。意見と対応方針は公表する。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・県全体 1 葉（意見はテーマ別・区域別に整理する）。区域に関する意見は、当該区域の調整会議にも提示する。

〔3 記入可能性の点検・工程〕

* 留意点

- ・パブリックコメントは、県議会（常任委員会・令和 10 年 3 月議会）への素案説明の後、令和 10 年 3～4 月頃に 30 日程度実施する。履行期間（令和 10 年 3 月まで）内には終了しないため、意見の整理と対応方針の案の作成は令和 10 年度に県が実施し、受託者は本様式の様式・作成手順の引継ぎ文書を納品する。
- ・意見が多数寄せられた場合に備え、テーマ別の分類（区域／病床／機能／救急／在宅／アクセス／その他）をあらかじめ決めておく。

〔4 記入手順〕

- ・① 意見の要旨を 1 件 1 行で記入し、該当箇所（章・区域）を特定する。
- ・② テーマ別に分類する。
- ・③ 県の考え方・対応を記入する。同趣旨の意見は集約して回答してよい（集約した旨を明記する）。
- ・④ 素案の修正の有無・内容を記入する。

〔5 次への接続〕

- ・構想（案）（第 8 回）に反映する。

〔様式〕

No	意見の要旨	テーマ	該当箇所 (章・区域)	県の考え方 ・対応	素案 の 修正	修正 内容
----	-------	-----	----------------	--------------	---------------	----------

No	意見の要旨	テーマ	該当箇所 (章・区域)	県の考え方 ・対応	素案 の 修正	修正 内容
1	〔 〕	〔区域／病床 ／機能／救急 ／在宅／アク セス／その 他〕	〔 〕	〔 〕	〔有 ／ 無〕	〔 〕
2	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔有 ／ 無〕	〔 〕
… …	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕

様式 17 推進体制（PDCA 指標）（案） 【第 8 回】※構想（案）「推進体制」 章の記載内容

〔1 ねらい〕

- ・課題→取組（事業）→活動指標（アウトプット）→成果指標（中間アウトカム）→分野アウトカムの関係を整理し、策定後の進捗管理に用いる。国のガイドライン別添 6 のロジックモデルの構成に対応させたものであり、この表の内容を体系図として図示したものが、構想（案）に掲載するロジックモデルとなる。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・県全体 1 葉（区域別に展開可）。

〔3 記入可能性の点検〕

* 留意点

- ・指標は、単に事業を実施した件数等のみを確認するのではなく、地域医療構想において目指す成果につながっているかを確認できるよう設定する。「〇〇会議を〇回開催した」といった活動指標だけで完結させない。
- ・PDCA は、病床数や医療機関機能の整理状況のみを確認するのではなく、実際に地域において必要な医療提供体制が確保されているかという観点から点検する。例えば、各機能について機能に合わせた実績となっているか、高齢者救急に係る役割分担を含めた救急搬送のあり方が機能しているかといった観点を含めて評価する。
- ・毎年度データが取得できる指標を選ぶ。年次の統計でなければ取れない指標を成果指標に置くと、毎年度の進捗管理ができない。指標ごとに、データの取得元と取得時期を必ず記載する。

〔4 見直しの時期〕

- ・必要病床数等は 2030 年・2036 年に見直す（医療計画の見直しのタイミングに合わせる）。医療機関機能の役割分担等については 2035 年頃に一定の成果を確保する。目標年次は 2040 年。
- ・医療機関機能は決定後も各医療機関の方針により見直しが可能であるが、特に急性期拠点機能を担っていた医療機関が担わないこととする場合など、他の医療機関が担う機能の変更が必要ないか、提供体制に影響がないかを調整会議で確認する。

〔5 記入手順〕

- ・① 分野アウトカム（目指す状態）から考える（別添 6 の留意事項）。その上で、課題ごとに取組（事業）を対応づける。
- ・② 活動指標（アウトプット＝取組の実施量）、成果指標（中間アウトカム＝達成度）及び分野アウトカムの指標を設定する。指標ごとにデータの取得元と取得時期を記載する。
- ・③ 目標値（2035 年頃を目途）を設定する。
- ・④ 進捗状況を毎年度把握・公表し、調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討する仕組みを記載する。

国が示す例

「高齢者救急の増加」という課題に対し、「高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の確保」「実施基準へ的高齢者救急の考え方の反映」といった取組を位置付け、その進捗を「医療機関数」や「救急搬送の状況（高齢者救急）」等により把握し、最終的に「地域において高齢者救急に適切に対応できる体制が確保されている状態」を目指す、という整理。

〔6 次への接続〕

- ・この表の内容を、国のガイドライン別添 6 の構成（事業→アウトプット→中間アウトカム→分野アウトカム。矢印は「そのために」と「だからこうなる」の双方向）に沿って体系図として図示したものを、別途作成する（図の体裁は問わない。構想（案）の「推進体制」の章に掲載する。）。
- ・第 9 次医療計画（実行計画）・毎年度の進捗管理に接続する。策定後の進捗状況や取組の内容は、医療機関・市町村・介護関係者・医療保険者等の関係者や地域住民とも共有できるよう、適切に公表する。

〔様式〕

課題	取組 (事業)	活動指標 (アウト プット)	成果指標 (中間ア ウトカ ム)	分野アウ トカムの 指標	目標 (2035 年頃目 途)	データ 取得元・ 取得時期	目指す状 態(分野 アウトカ ム)
----	------------	----------------------	---------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------	----------------------------

急性期の集約・役割分担	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
高齢者救急への対応	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
在宅医療・介護連携の確保	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
医療人材の確保・偏在対策	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
医療アクセスの確保 (離島等)	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕
感染症・災害への対応	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕

様式 18 第 9 次医療計画への接続の整理 【第 8 回】

〔1 ねらい〕

- ・ 構想の内容が第 9 次医療計画（実行計画）にどのように引き継がれるかを事項ごとに整理し、第 8 回で確認する。
- ・ ガイドラインⅢ．2 は、医療計画は地域医療構想の実行計画であり、第 9 次医療計画に向けて二次医療圏は構想区域と原則として一致させる必要があるとしている。

〔2 作成単位・提示先〕

- ・ 県全体 1 葉。圏域には当該区域に関わる行を抜き出して提示する。

〔3 データ源と入手時期〕

- ・ 構想（案）の各章（様式 9 から様式 17 まで）の決定内容。第 9 次医療計画の策定方針は県の医療計画担当による。

〔4 記入手順〕

- ・ ① 接続する事項ごとに、構想における決定事項を転記する。
- ・ ② 第 9 次医療計画のどの部分にどう反映するかを記載する。

* 留意点

- ・ 構想は医療計画の上位概念であり、医療計画は構想の実行計画である。両者の関係を取り違えないこと。
- ・ 基準病床数と必要病床数は算定の目的・時期・対象が異なるため、混同しないこと。

接続する事項	構想における決定事項	第 9 次医療計画への反映方法	留意点
構想区域と二次医療圏の一致	〔 〕	〔 〕	〔 〕
医療機関機能・病床機能の確保の反映	〔 〕	〔 〕	〔 〕
5 疾病・6 事業、在宅医療、外来医療の記載への反映	〔 〕	〔 〕	〔 〕
医師確保計画・医療	〔 〕	〔 〕	〔 〕

従事者の確保の記載 への反映			
基準病床数と必要病 床数の関係の整理	[]	[]	[]
進捗管理の指標と医 療計画の PDCA の関 係	[]	[]	[]

第3 データ入手工程表

様式が埋まらない最大の原因は、データの入手が間に合わないことである。データごとに、入手先・入手時期・依頼の可否を定めた。会議日程から逆算し、遅くとも会議の8週間前には入手を開始する。

4-1 入手工程

データ	入手先	依頼の可否	入手を開始する時期	使用する様式
将来推計人口 (市町村別)	社人研（公表済み）	不要	着手時	1・3・4・9
病床機能報告	県（保有）	不要	着手時	1・4・10・ 12・13
医療機関機能報告（初回）	県（令和8年度から新設）	不要（集計に時間を要する）	報告受理後直ちに	1・10・12
入院受療率 (2024年NDB)	国提供データ・国提供ツール	国への求め	第2回の前	4
患者の流出入 (レセプトベース)	国提供データ	国への求め	第2回の前	1・3・5・8
診療実績 (NDB・DPC)	国提供データ／県	国への求め	第3回の16週間前	6・12
区域見直し後の推計人口等	国（提供の可否・時期を要確認）	国への求め	区域確定の直後	4（再算出）・9
救急搬送データ	消防（消防担当）	県が消防に依	第3回の12週	6・7・13

データ	入手先	依頼の可否	入手を開始する時期	使用する様式
	部局経由)	頼	間前	
ドクターヘリ・防災ヘリの出動記録	県（防災・医療担当）	県が関係部局に依頼	第3回の12週間前	7・13
離島の航路・航空便の運航記録	交通担当部局・事業者	県が事業者に照会	第3回の12週間前	7
地域公共交通計画・送迎支援	地域交通担当部局・市町村	県が関係部局に依頼	第6回の8週間前	14
介護資源・要介護認定率・協力医療機関の確保状況	介護保険担当部局	県が関係部局に依頼	第6回の8週間前	14
医師偏在指標・地域枠の配置状況	医師確保担当	県が関係部局に依頼	第3回の8週間前	2・14
歯科医師・薬剤師・看護職員	薬務・看護担当	県が関係部局に依頼	第6回の8週間前	2・14
医療措置協定の締結状況	感染症担当（予防計画）	県が関係部局に依頼	第4回の8週間前	10・12
災害拠点病院・DMAT	災害医療担当	県が関係部局に依頼	第4回の8週間前	10・12
非稼働病床の実態	県による医療機関調査（新規）	調査の実施（R9.7～8月）	第4回終了後直ちに	13
経営状況・築年数・耐震化・補	各医療機関・関係課	照会	第5回の12週間前	12

データ	入手先	依頼の可否	入手を開始する 時期	使用する様式
助金繰入金				
隣接県の構想策 定の進捗・会議 日程	熊本県・宮崎 県・沖縄県 担当 課	県間の照会	第 2 回の前	3 別紙・8

4-2 入手が間に合わない場合の扱い

埋まらない欄の処理（原則）

- ・入手が間に合わない欄は、推測値で埋めてはならない。「（未集計）」又は「（第〇回で提示）」と明記し、いつ・どのように埋めるかを資料上に記載する。
- ・特に医療機関機能報告は、令和 8 年度から始まる新設の報告であり、初回報告の集計が第 2 回（令和 8 年 10 月）に間に合う保証がない。間に合わない前提で第 2 回の資料を組み、制度の説明にとどめる。
- ・県の他部局からのデータは、依頼から入手まで 4～6 週間を要することがある。県は会議の 8 週間前までに依頼を行う。

第 4

資料の品質点検表

受託者は、資料の提出前に次の項目を自ら点検すること。県も、資料の受領時及び委員への提示前に同一の項目で点検し、1項目でも×があれば提示しない。

5-1 全資料に共通する点検

#	点検項目	×の例	可否
1	すべての数値に出典と時点が付いているか	「病床数 4,321 床」とだけ書かれている	☐
2	単位が明記されているか（床・人・件・%・分）	「20～30 万」が人口なのか件数なのか不明	☐
3	空欄の意味が区別されているか（―/未集計/暫定/第〇回で提示）	空欄のまま放置されている	☐
4	その時点で入手できないデータを推測値で埋めていないか	医療機関機能報告の集計前に 5 機能欄が埋まっている	☐
5	国が定めた事項と県の運用による事項が区別されているか	「国が 8 回と定めている」と書かれている	☐
6	推計値と報告値を並べる箇所に、算出方法が異なる旨の注記があるか	必要病床数と病床機能報告の差だけが強調されている	☐
7	差を強調する色分け・矢印・赤字を用いていないか	不足数が赤の下向き矢印で示されている	☐
8	医療機関の順位付けと読める資料になっていないか	手術件数の降順に病院が並び、順位が付されている	☐
9	隣接県との未合意の内容が確定的に記載されていないか	「熊本県と〇〇で合意」と書かれている（未合意）	☐
10	個別医療機関に関わる資料の配	全委員配布の資料に病院別実績が載	☐

#	点検項目	×の例	可否
	布範囲が決まっているか	っている	
11	前回の決定と矛盾していないか	第4回で確定した区域と異なる区域で集計されている	☐
12	同一項目の出典が資料間で統一されているか（特に流出入）	様式1は患者調査、様式5はレセプトベース	☐

5-2 機能区分・機能の記載に関する点検

#	点検項目	可否
1	機能区分が新区分（高度急性期・急性期・包括期・慢性期）になっているか。機能区分の名称として「回復期」の語が残っていないか（「回復期リハビリテーション」等の入院料・病棟等の名称を除く）	☐
2	高度急性期と急性期が、協議用の表で合計行として扱われているか	☐
3	急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能を同一医療機関が両方報告する前提になっていないか	☐
4	大学病院本院（鹿児島大学病院）が、医育及び広域診療機能のみを報告する扱いになっているか	☐
5	急性期拠点機能の確保数について、目安（人口20～30万に1か所程度）を機械的に適用していないか	☐
6	担い手の記載が「決定」ではなく「客観データによる整理」として書かれているか（第4回まで）	☐
7	病床稼働率が「医療機関が目指すべき数値」として書かれていないか	☐