

第7章 平成37（2025）年に向けた地域の医療提供体制の構築（地域医療構想）

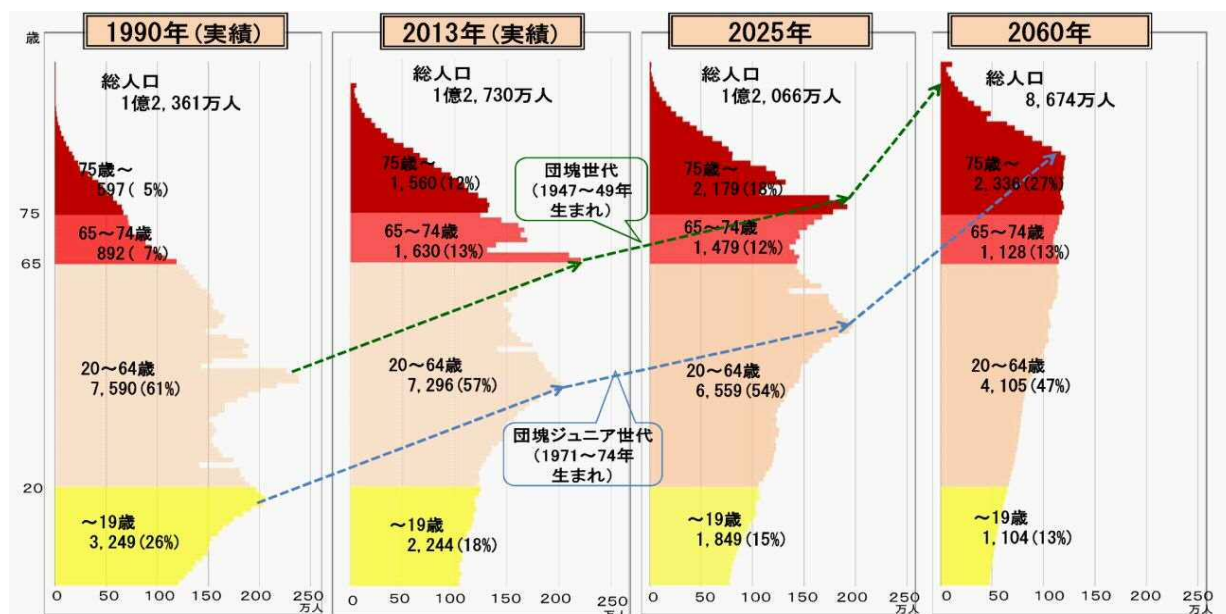
第1節 地域医療提供体制の概要等

急速に少子高齢化が進む中で、医療保険制度の持続可能性を高めるためには、病床の機能の分化・連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、在宅医療・介護の充実を図る必要があります。急性期から在宅医療・介護に至るまで、一連のサービスが切れ目なく、また、過不足なく提供できる体制を県内各地域に確保できるよう、地域医療構想に基づき、地域において県民が安心して医療を受けられる体制を構築します。

1 地域医療構想策定の背景

- 急速に少子高齢化が進む中、我が国では平成37（2025）年にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、全人口の18%を占める超高齢社会を迎えます。

【図表7-1-1】我が国の人口構造の変化



- 社会保障給付費は2012（平成24）年度の109.5兆円（GDP比22.8%）から平成37（2025）年度の148.9兆円（GDP比24.4%）へ、急激な増加が見込まれています。
- 国においては、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、平成26年6月に「医療介護総合確保推進法」を制定し、関係法律について、所要の整備が行われました。

- 都道府県においては、病床の機能ごとの将来の必要量等、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を「地域医療構想」として策定し、地域ごとにバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めることとされました。

本県では、これを受けて、平成28年11月に県地域医療構想を定めました。

2 地域医療構想の概要

- 県地域医療構想は、平成37（2025）年における地域の医療提供体制のあるべき姿を示すものです。

- 本構想においては、以下の内容を定めています。

- ・ 構想区域
- ・ 構想区域における将来の病床の機能区分ごとの必要量（必要病床数）
- ・ 構想区域における在宅医療等の必要量
- ・ 構想推進のための施策の方向性

- 本構想の実現に向けては、医療機関の自主的な取組及び医療機関をはじめとした関係者相互の協議を促進するため、県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を設置しました。

地域医療構想調整会議は、医療関係者や保険者、介護保険事業者等で構成し、主に以下の内容について協議を行っています。

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 医療介護総合確保促進法に基づく県計画に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

【図表7-1-2】都道府県知事の権限

1 都道府県知事の権限

(1)「協議の場」(地域医療構想調整会議)の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

(2)都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請(公的医療機関等には命令)することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請(公的医療機関等には指示)することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 改正前の医療法でも、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることになっていた。

➡【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置(管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等)に加えて、医療機関名の公表等を講ずることができることとする。

[厚生労働省資料]

- 本構想の目標年次は、平成37（2025）年です。

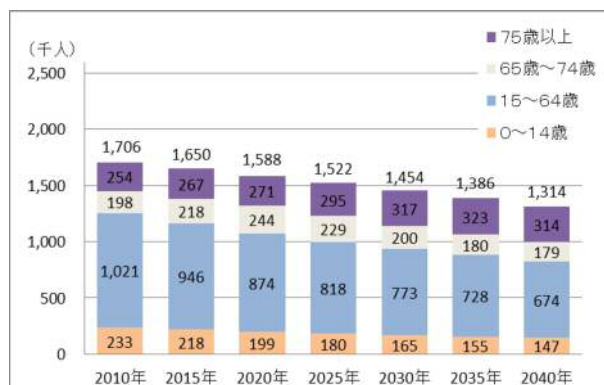
第2節 人口推計及び医療提供体制の現状等

1 人口の将来推計等

○ 本県の総人口は2015（平成27）年の約165万人から、平成37（2025）年には約152万人、平成52（2040）年には約131万人に減少することが見込まれています。

年代別にみると、65歳以上人口は平成37（2025）年までの増加が見込まれていますが、75歳以上人口は平成47（2035）年までの増加が見込まれています。

【図表7-2-1】 将来推計人口の推移



【図表7-2-2】 年代別将来推計人口の推移



[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」（平成25年3月）]

○ 二次保健医療圏ごとにみると、全ての圏域で総人口は減少が見込まれていますが、南薩、曾於については、減少率が他の圏域より大きくなっています。

65歳以上人口については、全ての二次保健医療圏で増加が見込まれていますが、平成37（2025）年以降、一部の圏域が減少に転じる見込みです。

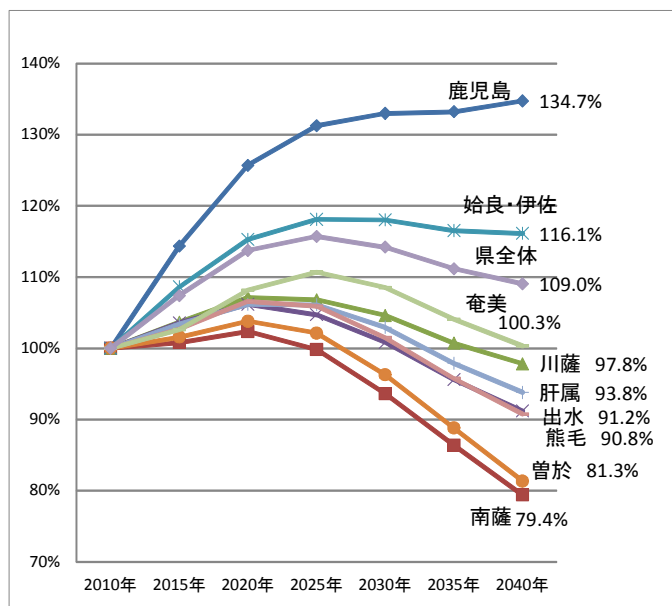
○ 本県の全世帯に占める高齢夫婦世帯の割合は14.0%であり、全国の11.4%を上回っています。同じく、高齢単身世帯の割合は15.3%であり、全国で2番目に高くなっているところです。

【図表7-2-3】 二次保健医療圏ごとにみた人口の推移（2010年比）

医療圏	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
鹿児島	100.0%	98.7%	96.7%	94.1%	91.2%	87.8%	84.0%
南薩	100.0%	93.0%	86.5%	80.2%	74.2%	68.6%	63.1%
川薩	100.0%	95.9%	91.6%	87.4%	83.2%	79.2%	75.0%
出水	100.0%	94.3%	88.9%	83.5%	78.2%	73.2%	68.3%
姶良・伊佐	100.0%	97.9%	95.2%	92.2%	89.1%	85.8%	82.3%
曾於	100.0%	93.4%	87.0%	80.7%	74.5%	68.8%	63.3%
肝属	100.0%	95.7%	91.2%	86.6%	82.2%	78.0%	73.7%
熊毛	100.0%	94.6%	89.2%	83.6%	78.2%	73.1%	68.2%
奄美	100.0%	94.4%	89.1%	83.8%	78.7%	73.9%	69.3%
県全体	100.0%	96.7%	93.1%	89.2%	85.2%	81.2%	77.0%

[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」（平成25年3月）]

【図表7-2-4】65歳以上人口の推移（2010年比）



【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」（平成25年3月）】

【図表7-2-5】高齢世帯の状況

		一般世帯数	高齢単身世帯		高齢夫婦世帯（注）	
		（千世帯）	一般世帯に 占める割合	全国 順位	一般世帯に 占める割合	全国 順位
2015年 （平成27年）	本県	722	15.3%	2位	14.0%	5位
	全国	53,332	11.1%	—	11.4%	—
2035年 （平成47年）	本県	622	20.1%	1位	14.8%	2位
	全国	49,555	15.4%	—	12.6%	—

（注）「高齢夫婦世帯」について、平成27年は夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみの一般世帯をいい、平成47年は世帯主の年齢が65歳以上の世帯をいう。

【平成27年：総務省「国勢調査」】

【平成47年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」（平成26年4月）】

2 医療提供体制の現状

- 本県の一般病院数は、人口10万人当たり13.0と、全国の5.9と比較して約2.2倍となっています。
また、有床診療所数は、人口10万人当たり21.6と、全国の7.8と比較して約2.8倍となっています。
- 一般・療養病床数は29,956床、人口10万人当たりでは1,817.5床で、全国の1,046.5床と比較して約1.7倍となっています。

【図表7-2-6】医療施設数及び一般・療養病床数の状況

医療施設 保健医療圏	一般病院		有床診療所		一般病床(床)		療養病床(床)		計(床)	
	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対
鹿児島	96	14.1	145	21.3	9,004	1,325.1	3,769	554.7	12,773	1,879.7
南薩	27	19.9	36	26.5	1,745	1,286.2	1,299	957.5	3,044	2,243.7
川薩	14	11.8	29	24.5	1,197	1,010.3	637	537.7	1,834	1,548.0
出水	5	5.9	17	19.9	719	842.0	426	498.9	1,145	1,341.0
始良・伊佐	29	12.2	57	23.9	2,633	1,105.5	1,840	772.6	4,473	1,878.1
曾於	8	9.8	10	12.3	477	586.9	595	732.1	1,072	1,318.9
肝属	19	12.1	36	23.0	2,300	1,467.0	694	442.6	2,994	1,909.6
熊毛	3	7.0	4	9.4	462	1,080.4	11	25.7	473	1,106.2
奄美	13	11.8	22	20.0	1,507	1,368.2	641	581.9	2,148	1,950.1
県計	214	13.0	356	21.6	20,044	1,216.1	9,912	601.4	29,956	1,817.5
全国	7,416	5.9	7,961	7.8	990,939	779.7	339,063	266.8	1,330,002	1,046.5

[平成27年医療施設調査]

○ 本県の医療施設において従事している医師数は4,134人、人口10万人当たり250.8人と、全国の233.6人を上回っていますが、二次保健医療圏別にみると、全国を上回る圏域は鹿児島保健医療圏のみです。

また、医療施設において従事している歯科医師数、薬剤師数は、いずれも人口10万人当たりで全国の数値を下回っているところです。

○ 本県の医療施設において従事している常勤換算看護師数は14,357人、人口10万人当たり871.1人と、全国の619.5人を上回っていますが、二次保健医療圏別にみると、全国の数値を下回る圏域もあります。

また、同じく准看護師数は3,957人、人口10万人当たり240.1人と、全国の102.0人と比較して約2.4倍となっています。

【図表7-2-7】医療従事者数の状況

職種 保健医療圏	医師(人)		歯科医師(人)		薬剤師(人)		看護師(人)		准看護師(人)	
	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対	人口 10万人対
鹿児島	2,441	359.2	692	101.8	823	121.1	7,281	1,071.5	1,363	200.6
南薩	295	217.4	84	61.9	134	98.8	1,088	801.6	656	483.2
川薩	251	211.9	74	62.5	142	119.9	750	633.0	330	278.1
出水	131	153.4	43	50.4	83	97.2	523	612.5	163	191.2
始良・伊佐	426	178.9	142	59.6	244	102.4	2,047	859.6	508	213.2
曾於	86	105.8	40	49.2	66	81.2	290	356.8	150	185.0
肝属	269	171.6	91	58.0	172	109.7	1,241	791.3	410	261.6
熊毛	49	114.6	22	51.4	32	74.8	187	437.1	99	232.0
奄美	186	168.9	59	53.6	78	70.8	951	863.5	278	252.7
県計	4,134	250.8	1,247	75.7	1,774	107.6	14,357	871.1	3,957	240.1
全国	296,845	233.6	100,965	79.4	161,198	126.8	787,404	619.5	129,594	102.0

[医師・歯科医師・薬剤師数：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査]

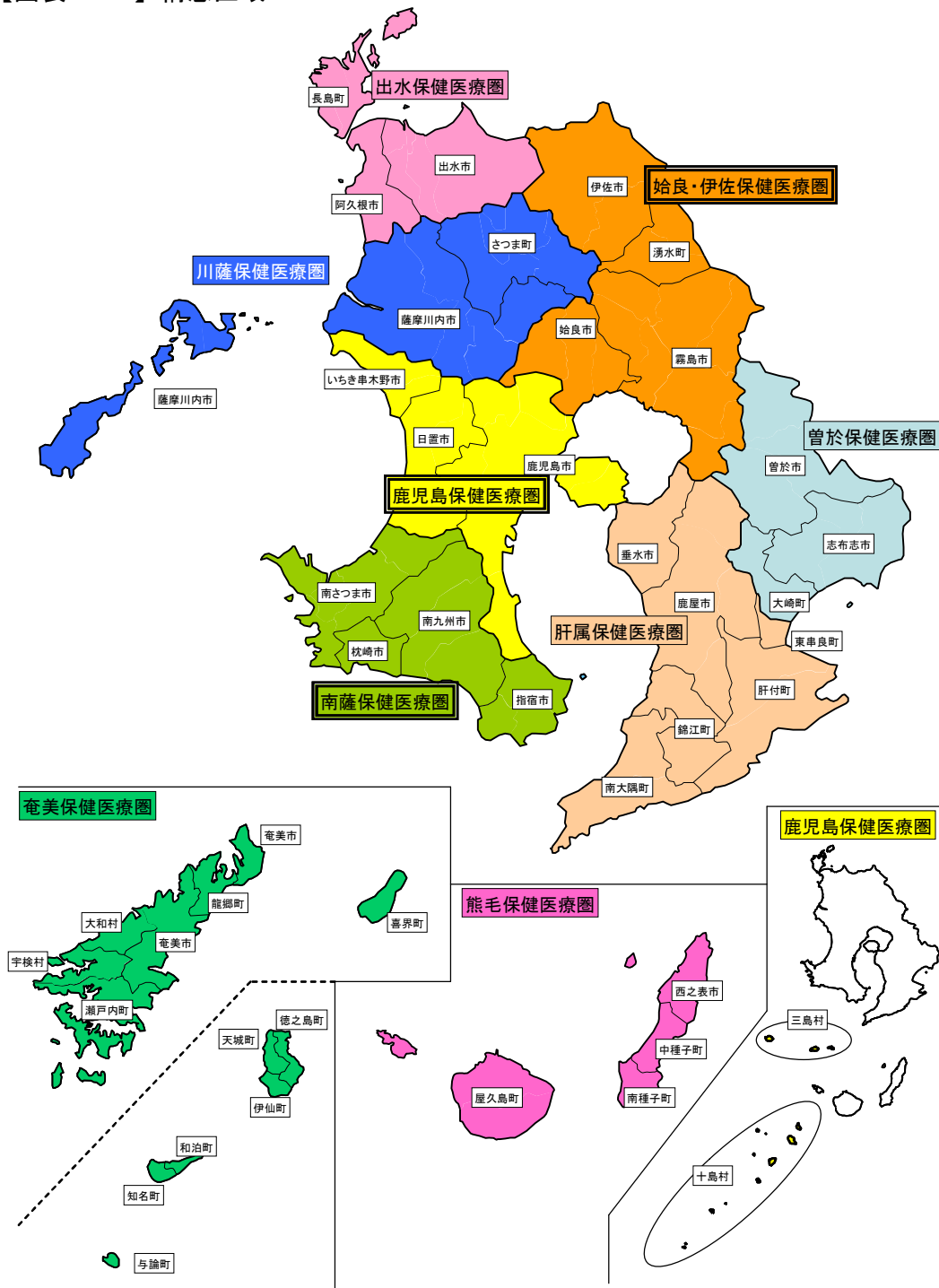
[看護師・准看護師数：平成27年病院報告]

第3節 構想区域と病床の必要量(必要病床数)

1 構想区域の設定

- 地域医療構想においては、医療法第30条の4第2項第7号の規定に基づき、地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を「構想区域」として定めることとされています。
- 本県においては、二次保健医療圏を構想区域として設定しているところです。

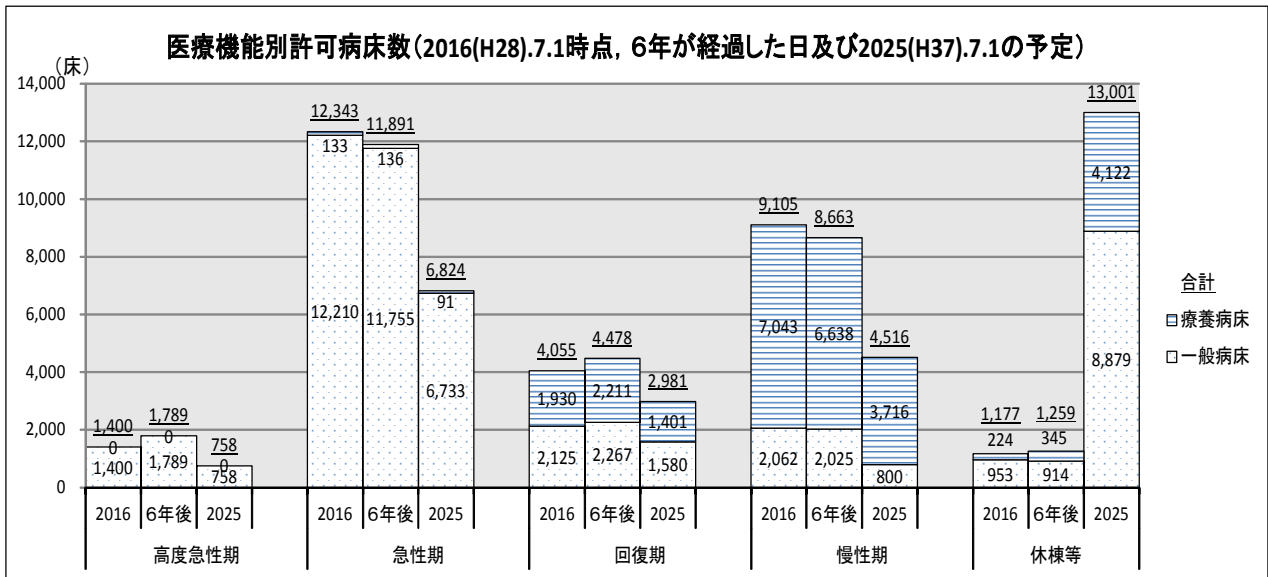
【図表7-3-1】構想区域



2 病床機能報告

- 病床機能報告とは、医療法第30条の13に基づき、一般病床又は療養病床を有する医療機関が、現在の病床機能（「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分）及び将来担う予定である病床機能について、所在地の都道府県知事に毎年、報告する制度です。
- 本県の平成28年度病床機能報告によると、高度急性期が1,400床、急性期が12,343床、回復期が4,055床、慢性期が9,105床となっています。

【図表7-3-2】平成28年度病床機能報告



3 病床の必要量(必要病床数)

- 平成37（2025）年における医療需要については、厚生労働省から示された「地域医療構想策定支援ツール（以下「推計ツール」という。）」により、構想区域ごとに以下のとおり推計しました。

【図表7-3-3】平成37（2025）年における本県の医療需要

	医療需要の推計(単位:人/日)											2030年 (平成42)	2035年 (平成47)	2040年 (平成52)
	2025年 (平成37)	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美				
高度急性期	1,213	536	93	77	61	162	55	106	37	87	1,206	1,184	1,143	
急性期	4,442	1,737	379	367	195	653	208	385	169	349	4,526	4,537	4,424	
回復期	6,480	2,606	700	451	290	974	299	526	193	439	6,688	6,770	6,633	
慢性期	5,313	2,059	595	329	209	911	232	548	118	314	5,800	5,988	5,920	
入院医療需要計	17,447	6,938	1,767	1,224	756	2,699	794	1,564	516	1,189	18,220	18,479	18,121	
在宅医療等	27,207	11,097	2,248	1,810	1,509	3,972	1,269	2,455	452	2,396	28,940	30,421	30,384	
医療需要計	44,654	18,035	4,015	3,034	2,264	6,671	2,063	4,019	968	3,585	47,160	48,899	48,505	

- また、平成37（2025）年における医療需要に対する医療供給数、即ち、病床の必要量（必要病床数）については、構想区域間の患者の流入に係る都道府県間及び県内構想区域間の調整を経て、次表（【図表7-3-4】）のとおりとしました。

第7章 平成37（2025）年に向けた地域の医療提供体制の構築
第3節 構想区域と病床の必要量（必要病床数）

○ なお、当該病床の必要量（必要病床数）は、一定の条件に基づき、将来必要とされる医療需要を把握し、不足する医療機能について今後どのように対応していくかを考えていくための目安であり、病床数の削減を意味するものではありません。

【図表7-3-4】病床機能報告の結果と平成37（2025）年の病床の必要量（必要病床数）^{*1}

構想区域	医療機能	2016年現在	2025年における医療供給（医療提供体制）				
		既存病床数（床）	2025年における医療需要	2025年における医療供給（医療提供体制）		病床稼働率	病床の必要量（床）
			当該構想区域に居住する患者の医療需要（人/日）	現行の医療提供体制が変わらないと仮定し、患者の流出が現状のまま継続するものとして推計（人/日）	患者住所地ベース		
鹿児島	高度急性期	1,372	535.6	736.3	736.3	75%	982
	急性期	5,430	1,737.0	2167.2	2167.2	78%	2,778
	回復期	1,585	2,606.2	3076.1	2592.0	90%	2,880
	慢性期	3,408	2,058.7	2147.3	2064.5	92%	2,244
	休養等	387	-	-	-	-	-
	計	12,182	6,937.5	8,126.9	7,560.0	-	8,884
南薩	高度急性期	4	93.1	51.5	51.5	75%	69
	急性期	1,286	379.4	275.5	275.5	78%	353
	回復期	377	699.7	587.5	696.6	90%	774
	慢性期	1,156	594.9	572.9	597.1	92%	649
	休養等	159	-	-	-	-	-
	計	2,982	1,767.1	1,487.4	1,620.7	-	1,845
川薩	高度急性期	0	77.1	57.9	57.9	75%	77
	急性期	810	366.9	328.8	328.8	78%	422
	回復期	305	451.2	394.8	449.1	90%	499
	慢性期	507	328.8	299.9	329.4	92%	358
	休養等	152	-	-	-	-	-
	計	1,774	1,224.0	1,081.4	1,165.2	-	1,356
出水	高度急性期	6	61.2	39.4	39.4	75%	53
	急性期	464	195.2	137.0	137.0	78%	176
	回復期	176	290.3	226.4	267.3	90%	297
	慢性期	397	208.9	183.7	208.8	92%	227
	休養等	25	-	-	-	-	-
	計	1,068	755.6	586.5	652.5	-	753
始良・伊佐	高度急性期	0	161.5	93.7	93.7	75%	125
	急性期	1,446	652.6	544.9	544.9	78%	699
	回復期	896	974.5	917.5	983.7	90%	1,093
	慢性期	1,824	910.7	1054.5	924.6	92%	1,005
	休養等	162	-	-	-	-	-
	計	4,328	2,699.3	2,610.6	2,546.9	-	2,922
曾於	高度急性期	0	54.6	12.6	12.6	75%	17
	急性期	393	207.7	97.8	97.8	78%	125
	回復期	16	299.4	156.5	224.1	90%	249
	慢性期	451	232.1	213.2	251.2	92%	273
	休養等	72	-	-	-	-	-
	計	932	793.8	480.1	585.7	-	664
肝属	高度急性期	8	105.7	85.6	85.6	75%	114
	急性期	1,177	384.9	351.1	351.1	78%	450
	回復期	429	526.1	484.2	513.0	90%	570
	慢性期	700	547.5	504.6	548.3	92%	596
	休養等	99	-	-	-	-	-
	計	2,413	1,564.2	1,425.5	1,498.0	-	1,730
熊毛	高度急性期	0	36.6	18.8	18.8	75%	25
	急性期	252	168.5	123.1	123.1	78%	158
	回復期	90	193.2	133.5	192.6	90%	214
	慢性期	131	117.8	90.2	117.8	92%	128
	休養等	0	-	-	-	-	-
	計	473	516.1	365.6	452.3	-	525
奄美	高度急性期	10	87.3	58.4	58.4	75%	78
	急性期	1,085	349.4	290.6	290.6	78%	373
	回復期	181	439.1	366.0	424.8	90%	472
	慢性期	531	313.7	289.6	314.6	92%	342
	休養等	121	-	-	-	-	-
	計	1,928	1,189.5	1,004.6	1,088.4	-	1,265
県計	高度急性期	1,400	1,212.6	1,154.2	1,154.2	75%	1,540
	急性期	12,343	4,441.6	4,316.1	4,316.1	78%	5,534
	回復期	4,055	6,479.7	6,342.4	6,343.2	90%	7,048
	慢性期	9,105	5,313.1	5,355.9	5,356.2	92%	5,822
	休養等	1,177	-	-	-	-	-
	計	28,080	17,447.0	17,168.6	17,168.6	-	19,944

*1 病床機能報告の結果と病床の必要量（必要病床数）：病床機能報告の結果は、医療機関が自ら病床機能を選択して報告した結果であるのに対し、病床の必要量における病床機能は、法令に基づき、診療報酬点数等をもとに区分されており、病床機能の捉え方が異なっている点について、留意する必要がある。

第4節 地域医療構想の推進

地域医療構想の実現に向けては、医療・介護をはじめとする各関係機関の連携を図りながら、病床の機能の分化及び連携の推進、在宅医療を含む地域包括ケアシステム構築の推進、医療従事者の確保及び資質の向上等に取り組むことが必要です。このため、構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、医療機関相互の協議を進めるとともに、地域医療介護総合確保基金の活用により、必要な施策を推進します。

1 病床の機能分化・連携の推進

【現状と課題】

- 病床機能報告と将来の病床の必要量（必要病床数）とを比較すると、県全体では高度急性期及び回復期の機能が不足しており、各構想区域においても、回復期の機能が不足しています。
- 病床の機能の分化・連携を促進するためには、地域医療構想調整会議において、構想区域ごとに、各医療機関の役割分担及び連携のあり方を明確化し、不足すると見込まれる機能の充足を図るとともに、再編・集約をも視野に入れた医療機能強化を検討していく必要があります。

【施策の方向性】

病床の機能の分化及び連携に当たっては、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性あるものとするために、地域医療介護総合確保基金の活用等により、その仕組みづくりや施設・設備整備等に対する支援を行うなど、必要な取組を進めていきます。

ア 各構想区域ごとの効率的な医療提供体制の構築

- 各構想区域ごとの目指すべき医療提供体制の構築に向けては、不足すると見込まれる機能の充足を図るため、医療機関の機能転換に向けた取組を支援します。
- 地域の中核となる医療機関や、救急、小児、周産期、がん等の特定の機能を担う医療機関については、その機能強化を図るため、診断・治療に必要な設備等の整備を支援します。

イ 診療情報の共有化による連携体制の構築

- 患者の状態に合った質の高い医療・介護サービスを提供するため、ICT技術を活用し、患者の診療情報等を関係者間で共有できるネットワーク基盤の整備を促進します。

2 在宅医療・介護連携の推進

【現状と課題】

市町村を中心とした地域包括ケアシステムの構築を推進する中であって、今後増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、訪問診療や訪問看護等の在宅医療提供体制を充実させるとともに、医療と介護の連携の視点に立った看護小規模多機能型居宅介護事業所などの介護基盤の充実を図ることが求められます。

【施策の方向性】

高齢者等の生活機能を維持・向上させるため、入院から在宅への移行を含め、患者の状態に応じた包括的かつ継続的なサービスが提供できるよう、医療と介護の円滑な連携に取り組みます。

ア 介護サービス基盤の整備

- 各構想区域ごとに地域包括ケアシステムの構築を図るため、その拠点となる地域包括支援センターの機能強化や市町村が行う地域密着型特別養護老人ホーム等の整備を支援するとともに、療養型医療施設入院患者の状態を踏まえた必要な介護施設等への機能転換を促進します。

イ 在宅医療連携体制の整備

- プライマリ・ケアの提供や地域包括ケアシステムの構築に当たって中心的な役割を担う「かかりつけ医」について、普及啓発を図ります。
- 平成37（2025）年に向けて更なる在宅医療等の推進を図るため、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師の養成等を推進します。
- 医療・介護間での連携を図り、患者への最適な医療・介護サービスの提供を確保していくため、多職種が連携して取り組むネットワークづくりや研修会等の開催を促進します。
- 高齢者の低栄養予防・摂食嚥下機能障害への指導・リハビリに対応できる人材の養成等、在宅歯科医療等を促進します。
- 在宅医療を必要とする小児患者等が地域で安心して療養できるよう、関係機関の連携構築や人材育成に取り組むなど、小児を対象とした在宅医療体制の充実を図ります。

3 医療従事者の確保及び資質の向上

【現状と課題】

- 医療従事者については、鹿児島保健医療圏に集中しており、中でも医師数は、県全体では全国を上回るものの、各構想区域ごとに見ると、鹿児島保健医療圏のみが全国を上回り、地域偏在が生じています。
- 看護師数は、県全体では全国を上回るものの、各構想区域ごとに見ると、複数の保健医療圏が全国を下回り、地域偏在が生じています。
また、薬剤師数は、県全体及び全ての構想区域において、全国を下回っています。

【施策の方向性】

患者のニーズに応じた適切な医療提供に必要な医師・看護師等をはじめとする医療従事者の確保と資質の向上が図られ、県民が安心して質の高い医療を受けられる地域社会の形成に取り組みます。

ア 医師の確保及び資質の向上

- 医師確保や医師のキャリア形成支援、医師不足が深刻な診療科の専門研修受講に対する支援などを実施することにより、医師の地域偏在や科目偏在の解消を図ります。
- 将来にわたって医師を安定的に確保するため、医師修学資金の貸与や県外からのU・I・Jターンの促進、初期臨床研修医の確保などの対策を推進します。

イ 看護職員等の確保及び資質の向上

- 看護職員の県内における確保と定着を図るため、修学資金の貸与や新人看護職員への研修体制の充実、離職看護師の登録制度の活用等に取り組みます。
- 薬剤師や歯科衛生士等の確保を図るため、離職者の復職支援等に取り組みます。