

第4章 構想区域

第1節 構想区域の検討

1 ガイドライン等の内容

- ・ 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る。
- ・ 厚生労働省が示す「地域医療構想策定ガイドライン（以下、「ガイドライン」という。）」においては、構想の設定に当たって以下の考え方を示している。

- 現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案すること
- 医療介護総合確保促進法で規定する「医療介護総合確保区域」と整合性をはかること（本県の医療介護総合確保区域は、二次医療圏と同一）
- 病床の機能区分との関係では、高度急性期は必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではないが、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内での対応が望ましいこと
- 構想区域が現行の保健医療計画における二次医療圏と異なる場合は、次期保健医療計画の策定において、二次医療圏を構想区域と一致させることが適当であること

2 構想区域の検討

(1) 二次医療圏の見直しに係る検討

- ・ 構想区域の検討に当たっては、本県の現行の二次医療圏の妥当性という観点から検討を行った。
- ・ 平成24年3月に厚生労働省が示した医療計画作成指針においては、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、圏域設定を見直すことを求めている。

(2) 各二次医療圏における受療動向

- ・ (1)に該当する地域は曾於医療圏のみであった。流出割合は28.8%であり、主な流出先は、宮崎県都城北諸県医療圏及び肝属医療圏となっている。
- ・ なお、都城、曾於地域では、平成25年から、都城市、曾於市、志布志市及び三股町の3市1町からなる、「都城圏域救急医療広域連携連絡協議会」を設置し、救急医療等について、協議し、連携を図っている。

【図表4-1-1】2025年時点の入院患者の受療動向に係る推計

		医療機関所在地										
		二次医療圏										宮崎県 北諸城
		鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美		
患者 住所 地	二次医療圏	鹿児島	96.3%	0.7%	0.6%	0.0%	1.4%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	南薩	11.5%	87.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	
	川薩	8.1%	0.1%	88.7%	0.4%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	
	出水	3.6%	0.0%	1.5%	88.9%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	始良・伊佐	7.3%	0.1%	0.2%	0.1%	89.5%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.3%	
	曾於	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%	71.2%	7.3%	0.0%	0.0%	12.4%	
	肝属	5.4%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	1.3%	89.6%	0.0%	0.0%	0.5%	
	熊毛	16.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	80.6%	0.0%	0.1%	
	奄美	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	93.1%	0.1%	

[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」]

【図表4-1-2】2025年時点の二次医療圏別・病床機能別完結率

		病床の機能区分				
		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
二次 医療 圏	鹿児島	96.3%	95.0%	95.5%	95.8%	93.4%
	南薩	87.0%	50.0%	67.6%	79.5%	88.8%
	川薩	88.7%	63.4%	80.8%	78.6%	86.0%
	出水	88.9%	62.2%	68.4%	76.0%	84.3%
	始良・伊佐	89.5%	51.9%	75.9%	83.3%	89.5%
	曾於	71.2%	19.8%	42.4%	47.4%	67.8%
	肝属	89.6%	68.6%	80.3%	81.4%	84.4%
	熊毛	80.6%	50.6%	72.4%	68.4%	73.6%
	奄美	93.1%	65.8%	82.1%	82.2%	90.9%

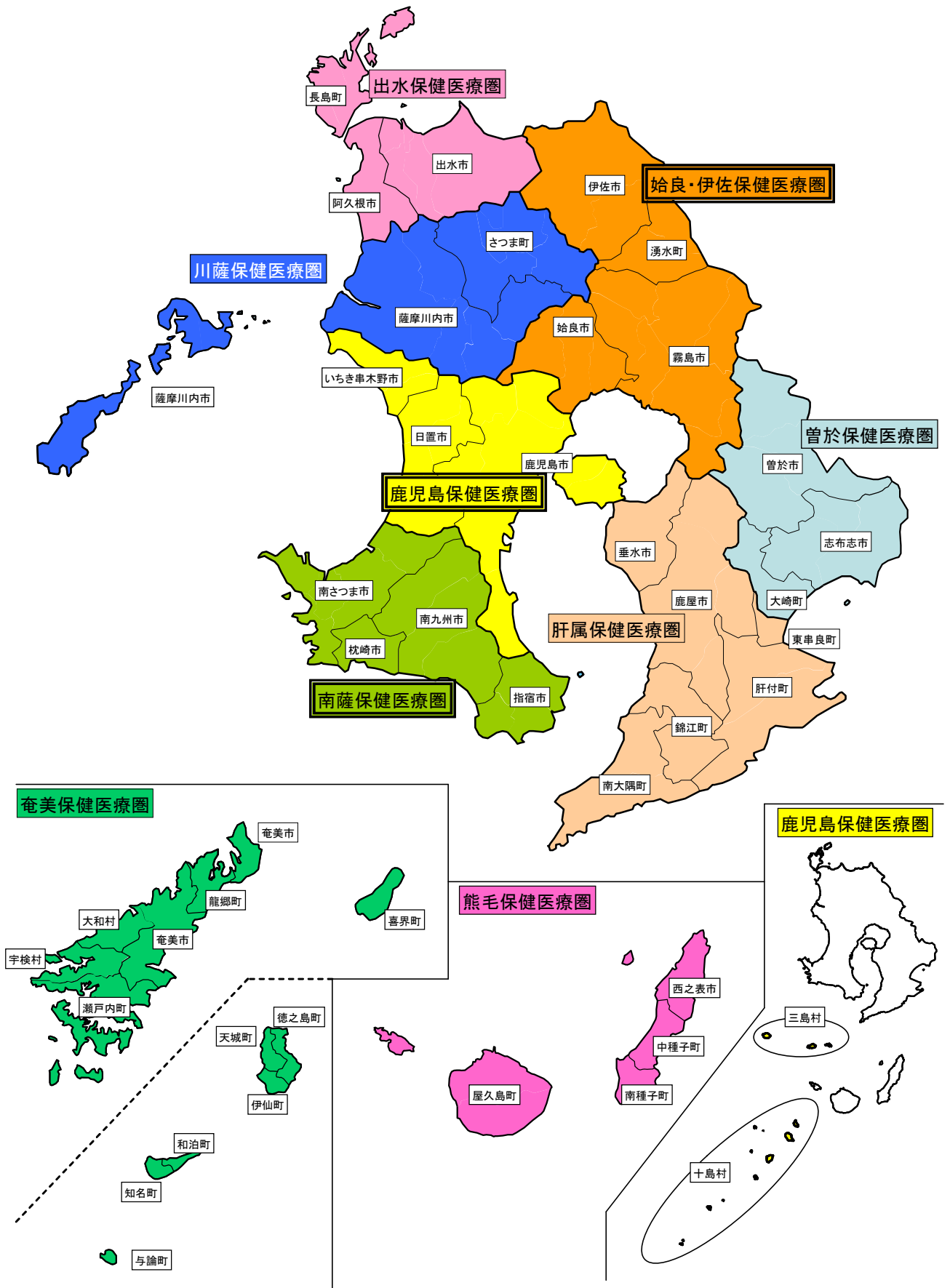
[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」]

第2節 構想区域の設定

- 以下の理由から、現行の二次医療圏を本構想における構想区域として設定することとした。

- 医療圏の統合により面積が拡大するとともに、都市部へますます医療資源が集中することとなり、地域住民の医療機関へのアクセス等に支障が生じる可能性があること
- 高度急性期については、鹿児島医療圏以外は医療圏内で完結していないが、ガイドラインの内容から、鹿児島医療圏を中心として対応している現行の体制を基本としても、医療圏を維持できること
- 曾於医療圏の主な流出先は宮崎県の都城北諸県医療圏であり、既に圏域を越えた連携体制が構築されているとともに、他県の医療圏と統合することは認められていないこと

【図表4-2-1】構想区域



第5章 医療需要及び病床の必要量（必要病床数）

第1節 病床機能報告

1 制度の概要

- 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（病院、有床診療所）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、報告する制度である。

● 医療法第30条の13

病院又は診療所であって一般病床又は療養病床を有するものの管理者（以下「病床機能報告対象病院等」という。）は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病床機能報告対象病院等の病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分に従い、次に掲げる事項を当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

● 報告項目

- 7月1日（基準日）時点における病床機能
- 入院患者に提供する医療の内容
- 基準日から6年後の病床機能の予定
- 構造設備・人員配置等

2 2015（平成27）年度報告の概要

- 本県の2015（平成27）年度病床機能報告によると、高度急性期が1,478床、急性期が12,174床、回復期が3,769床、慢性期が8,457床、と報告されている。

【図表5-1-1】2015（平成27）年度病床機能報告



第2節 将来の医療需要推計

1 推計にあたっての考え方

- 2025（平成 37）年以降の医療需要については、厚生労働省から示された構想区域ごとの基礎データを用いた「地域医療構想策定支援ツール（以下「推計ツール」という。）」により推計する。
- なお、当該推計ツールは各項目について、以下の考えに基づき、医療需要を推計している。

(1) 高度急性期・急性期・回復期の医療需要推計の考え方

<推計方法の概要>

- 平成 25 年度の NDB レセプトデータ²及び DPC データ³に基づき、性・年齢階級別の入院受療率を算出
- 2025(平成 37)年の推計人口に入院受療率を乗じ、医療需要を算出
- 病床の機能区分ごとの医療需要は、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）で、各機能を区分する境界点を分析し、医療需要を算出

病床の機能別分類の境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟や ICU, HCU で実施するような重傷者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。ただし、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

2 NDB レセプトデータ

NDB(National Database)とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（レセプト）に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報を NDB に格納し、管理している。

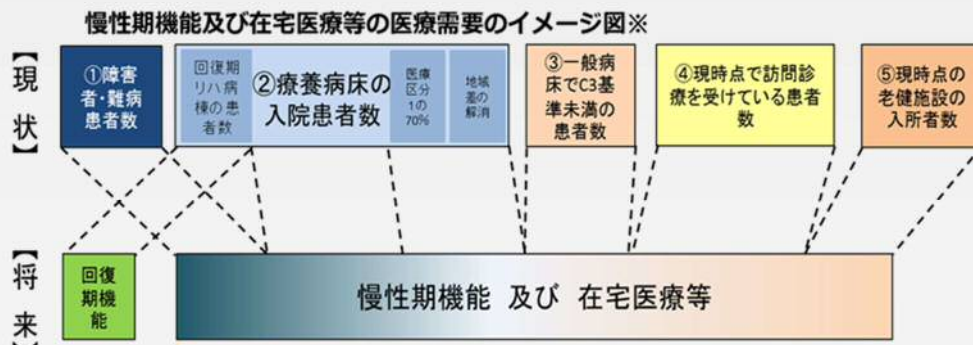
3 DPC データ

DPC(Diagnosis Procedure Combination)とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPC を利用した包括支払システムを DPC/PDPS(Per-Diem Payment System: 1 日あたり包括支払い制度)という。DPC/PDPS 参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。

(2) 慢性期の医療需要推計の考え方

<推計方法の概要>

- 慢性期機能の医療需要については、その主な機能を担う療養病床の診療報酬が包括算定であること、また、入院受療率に大きな地域差が生じていることから、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等⁴で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計
- 具体的には、平成25年度のNDBレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分⁵1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込む



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

- その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくこととし、以下のパターンA～Cいずれかの入院受療率を2025(平成37)年における推計人口に乘じ、医療需要を算出

A: 全ての構想区域が全国最小値(県単位)まで入院受療率を低下する

B: 構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については、全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる

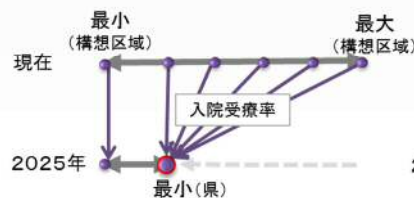
【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が全国最小値(県単位)まで入院受療率を低下する。

パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。



※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

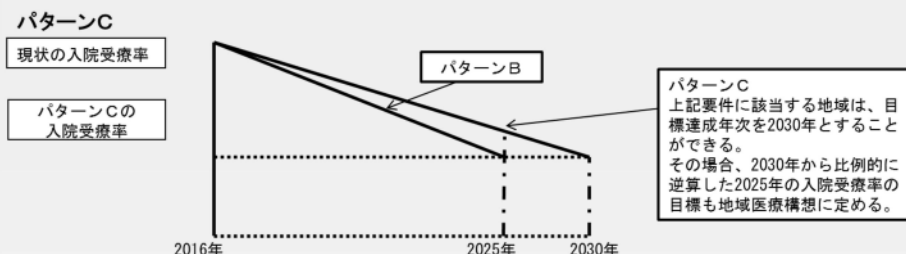
4 在宅医療等

「地域医療構想策定ガイドライン」では、在宅医療等の範囲について、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定」としている。

C：以下の要件に該当する構想区域は、その目標達成年次を2025(平成37)年から2030(平成42)年とすることができる

【要件】

- ① 当該構想区域の慢性期病床の減少率がパターンBによる減少率の全国中央値よりも大きい
- ② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい



- ・ 本県においては、全ての構想区域（熊毛を除く）が上記の要件を満たすことから、以下の理由により、パターンCを用いて慢性期の医療需要を算出することとした

〔※ なお、熊毛は、療養病床が少なく、受療率が全国最小値（県単位）未満のため、2013(平成25)年の受療率を用いて、推計している〕

【理由】

- 本県は75歳以上の高齢者の割合が高い。
- 本県は高齢世帯が多く、中でも、高齢単身世帯の全世帯に占める割合が高くなっていることから、家族による看護や介護が難しい世帯が多い。
- 本来福祉サービスが担うべき高齢者の生活支援ニーズを病院が担っていることが想定される。

(3) 在宅医療等の医療需要推計の考え方

<推計方法の概要>

- ・ 在宅医療等の医療需要については、次の5つを合計することで推計する

- ① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%
- ② 療養病床の入院患者数のうち、①以外の入院患者数について、入院受療率の地域差解消分
- ③ 一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く）のうち、医療資源投入量が175点未満の患者数
- ④ 在宅患者訪問診療料を算定している患者数
- ⑤ 介護老人保健施設の施設サービス受給者数

⁵ 医療区分

医療の必要度により、「医療区分1～3」に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2、3に該当しない患者を医療区分1としている。

2 本県の医療需要の推計結果

(1) 本県の医療需要の推移

- ・ 2025（平成 37）年の入院医療需要は、2013（平成 25）年比で減少の見込みであるが、在宅医療等に係る需要は、2035（平成 47）年まで増加することが見込まれる。

【図表 5-2-1】本県の医療需要の推移

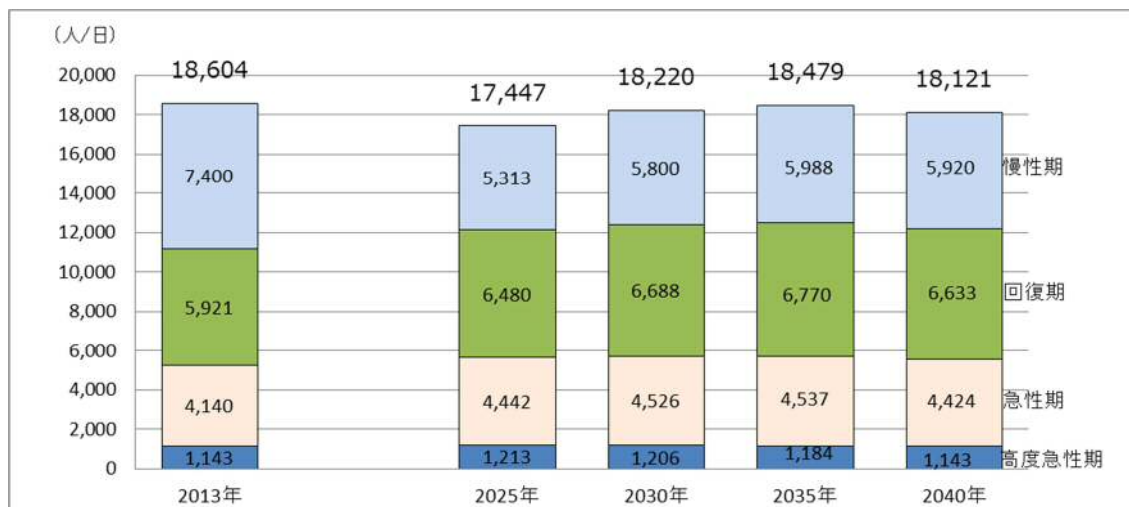


[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〈患者住所地ベース(但し 2013 年は医療機関所在地ベース)〉]

(2) 医療機能別医療需要の推移

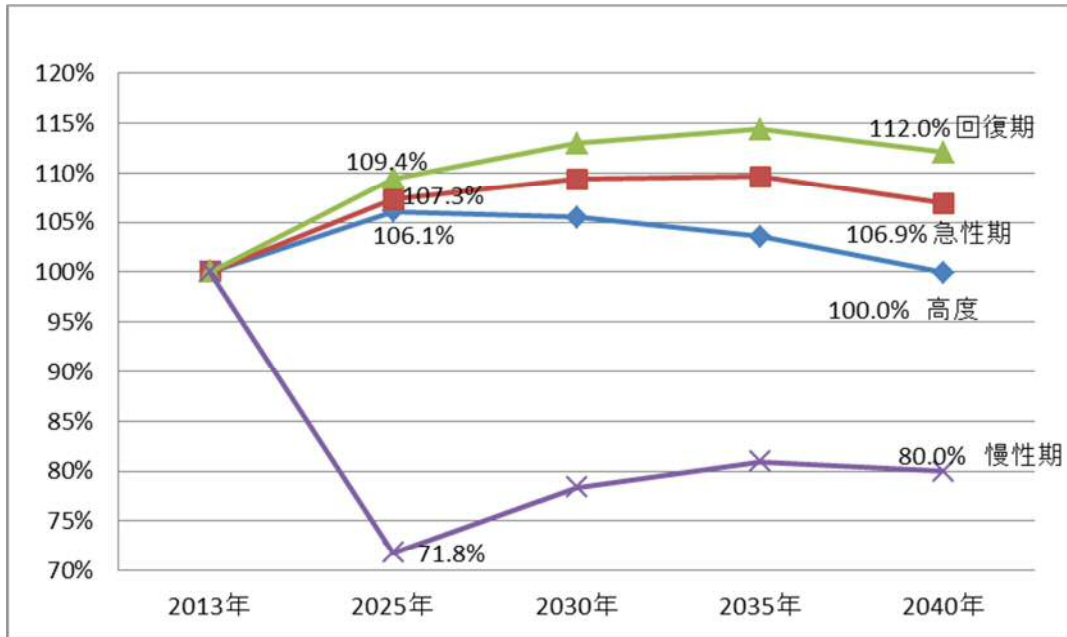
- ・ 2025（平成 37）年の入院医療需要は、2013（平成 25）年比でみると、在宅医療等の進展を促すことで、慢性期は、減少が見込まれるが、その他の機能は増加する見込みである。

【図表 5-2-2】医療機能別の医療需要の推移



[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〈患者住所地ベース(但し 2013 年は医療機関所在地ベース)〉]

【図表 5-2-3】医療機能別の医療需要の伸び率推移

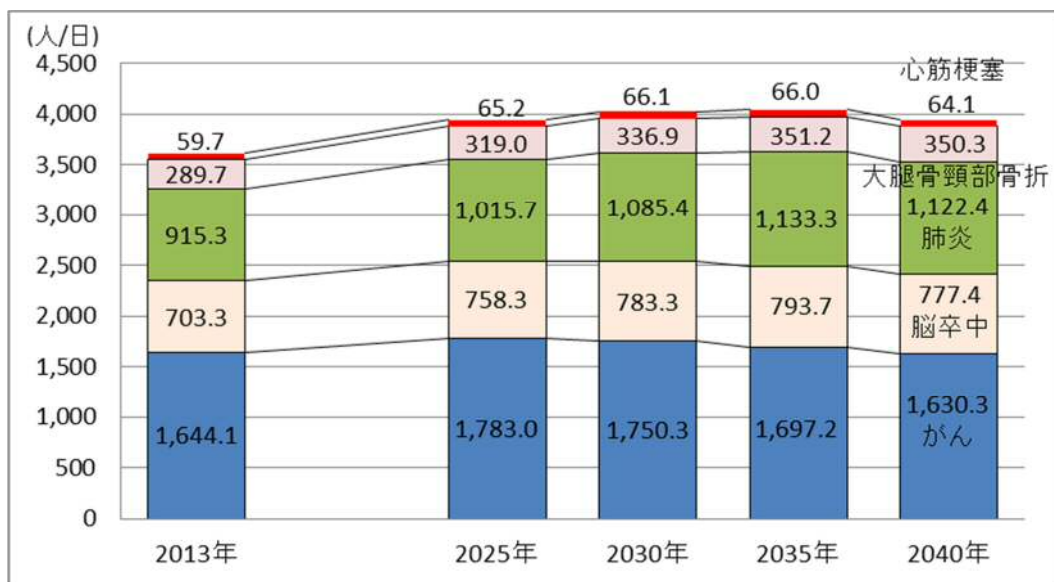


[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〈患者住所地ベース(但し2013年は医療機関所在地ベース)〉]

(3) 主な疾病別の入院医療需要の推移

- ・ 主な疾病別では、がん、肺炎、脳卒中の順に、入院医療需要が多くなる見込みである

【図表 5-2-4】主要疾病に係る入院需要の推移



[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」〈患者住所地ベース(但し2013年は医療機関所在地ベース)〉]

3 2025(平成 37)年における病床の必要量 (必要病床数)

(1) 医療需要に対する医療供給の考え方

- 2025 (平成 37) 年における医療需要に対する医療供給数の考え方は、以下のとおり、「①患者住所地ベース」、「②医療機関所在地ベース」の2つがある。

○ 患者住所地ベース

患者の流入がなく、入院が必要な全ての患者は住所地の構想区域の医療機関に入院するものと仮定して推計

○ 医療機関所在地ベース

患者の流入が現状のまま継続するものとして推計

- 構想区域ごとの必要病床数を推計するに当たっては、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数（当該構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数）の増減を見込む必要がある。
- 構想区域間の供給数の調整については、構想区域間ごとに、「患者住所地ベース」と「医療機関所在地ベース」とを比較し、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、供給数の増減を調整する必要がある。

(2) 都道府県間の調整について

- 具体の調整方法については、厚生労働省が示しているところであるが（平成 27 年 9 月 18 日付け医政地発 0918 第 1 号）、本県においては、県境地域等における医療提供体制の役割分担等を勘案し、本県に係る流出・流入に関しては、医療機関所在地ベースで算定することで関係する以下の都県と協議を終えている。

【図表 5-2-5】本県に係る都県間の病床調整

協議都県	医療機能	流出医療圏	流入医療圏	医療需要(人/日)	必要病床数(床)	
東京都	回復期	区西部	鹿児島	10.6	12	
熊本県	急性期	出水	芦北	20.2	26	
	回復期			22.1	25	
宮崎県	高度急性期	曾於	都城北諸県	20.7	28	
	急性期			55.3	71	
	回復期			74.6	83	
		肝属		10.9	12	
		鹿児島		10.7	12	
	慢性期	都城北諸県		始良・伊佐	14.0	16
					11.1	12
沖縄県	急性期	奄美	南部	17.7	19	
	回復期			12.7	16	
				12.4	14	

(3) 県内構想区域間の調整について

- 2025（平成 37）年の構想区域別・医療機能別完結率は以下のとおりであり，医療需要全体としては，曾於を除く 8 構想区域において，80%以上の患者に対応できており，概ね完結しているほか，曾於医療圏においても，他の医療圏との連携により，一定程度対応できていると考えられる。

【図表 5-2-6】構想区域別・医療機能別完結率

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
鹿児島	96.3%	95.0%	95.5%	95.8%	93.4%
南薩	87.0%	50.0%	67.6%	79.5%	88.8%
川薩	88.7%	63.4%	80.8%	78.6%	86.0%
出水	88.9%	62.2%	68.4%	76.0%	84.3%
姶良・伊佐	89.5%	51.9%	75.9%	83.3%	89.5%
曾於	71.2%	19.8%	42.4%	47.4%	67.8%
肝属	89.6%	68.6%	80.3%	81.4%	84.4%
熊毛	80.6%	50.6%	72.4%	68.4%	73.6%
奄美	93.1%	65.8%	82.1%	82.2%	90.9%

[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」]

- 県内構想区域間の調整については，以下の理由により，高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベースで，回復期及び慢性期は患者住所地ベースで算定することで調整したところである。

- 本県の医療提供体制の現状を勘案すると，高度急性期及び急性期は医療機関所在地ベースで算定することが現実的であること
- 地域包括ケアシステムの構築を推進する上では，回復期及び慢性期はできるだけ構想区域内で対応することが望ましいこと

(4) 将来の病床の必要量（必要病床数）⁶について

- 以上の調整のもとに算定した結果，2025（平成 37）年の病床の機能区分ごとの必要病床数は次表のとおりとなる。
- 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ない。

⁶ 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（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）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，本節の「推計にあたっての考え方」により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。

【図表5-2-7】病床機能報告の結果と2025（平成37）年の病床の必要量（必要病床数）

構想区域	医療機能	2015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、患者の流入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	医療機関所在地ベース		
鹿児島	高度急性期	1,392	535.6	736.3	736.3	75%	982	
	急性期	5,122	1,737.0	2167.2	2167.2	78%	2,778	
	回復期	1,463	2,606.2	3076.1	2592.0	90%	2,880	
	慢性期	3,121	2,058.7	2147.3	2064.5	92%	2,244	
	休棟等	346	-	-	-	-	-	
	計	11,444	6,937.5	8,126.9	7,560.0	-	8,884	
南薩	高度急性期	62	93.1	51.5	51.5	75%	69	
	急性期	1,268	379.4	275.5	275.5	78%	353	
	回復期	428	699.7	587.5	696.6	90%	774	
	慢性期	1,091	594.9	572.9	597.1	92%	649	
	休棟等	31	-	-	-	-	-	
	計	2,880	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	792	366.9	328.8	328.8	78%	422	
	回復期	324	451.2	394.8	449.1	90%	499	
	慢性期	507	328.8	299.9	329.4	92%	358	
	休棟等	138	-	-	-	-	-	
	計	1,761	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	482	195.2	137.0	137.0	78%	176	
	回復期	161	290.3	226.4	267.3	90%	297	
	慢性期	412	208.9	183.7	208.8	92%	227	
	休棟等	65	-	-	-	-	-	
	計	1,126	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	1,485	652.6	544.9	544.9	78%	699	
	回復期	705	974.5	917.5	983.7	90%	1,093	
	慢性期	1,761	910.7	1054.5	924.6	92%	1,005	
	休棟等	92	-	-	-	-	-	
	計	4,043	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	374	207.7	97.8	97.8	78%	125	
	回復期	35	299.4	156.5	224.1	90%	249	
	慢性期	396	232.1	213.2	251.2	92%	273	
	休棟等	54	-	-	-	-	-	
	計	859	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	1,231	384.9	351.1	351.1	78%	450	
	回復期	374	526.1	484.2	513.0	90%	570	
	慢性期	704	547.5	504.6	548.3	92%	596	
	休棟等	97	-	-	-	-	-	
	計	2,414	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	350	168.5	123.1	123.1	78%	158	
	回復期	90	193.2	133.5	192.6	90%	214	
	慢性期	17	117.8	90.2	117.8	92%	128	
	休棟等	0	-	-	-	-	-	
	計	457	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	1,070	349.4	290.6	290.6	78%	373	
	回復期	189	439.1	366.0	424.8	90%	472	
	慢性期	448	313.7	289.6	314.6	92%	342	
	休棟等	59	-	-	-	-	-	
	計	1,776	1,189.5	1,004.6	1,088.4	-	1,265	
県計	高度急性期	1,478	1,212.6	1,154.2	1,154.2	75%	1,540	
	急性期	12,174	4,441.6	4,316.1	4,316.1	78%	5,534	
	回復期	3,769	6,479.7	6,342.4	6,343.2	90%	7,048	
	慢性期	8,457	5,313.1	5,355.9	5,356.2	92%	5,822	
	休棟等	882	-	-	-	-	-	
	計	26,760	17,447.0	17168.6	17168.6	-	19,944	

【厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」】

(5) 慢性期特例（パターンC）を適用する場合の2030（平成42）年における病床の必要量（必要病床数）について

- ・ ガイドラインにおいては、慢性期機能の2025（平成37）年における病床の必要量（必要病床数）については、パターンCを用いて算定した場合は、2030（平成42）年における病床の必要量（必要病床数）を併記することとされている。
- ・ 本構想では、熊毛医療圏を除く全ての構想区域において、慢性期の医療需要をパターンCにより算定していることから、2030（平成42）年における慢性期の病床の必要量（必要病床数）を以下のとおり示すこととする。

【図表5-2-8】2030（平成42）年における慢性期の病床の必要量（必要病床数）

構想区域	医療機能	2030年における医療需要	2030年における医療供給(医療提供体制)			
		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、患者の流出入が現状のまま継続するものとして推計(人/日)	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減して推計(人/日)	病床稼働率	病床の必要量(床)
鹿児島	慢性期	1,737.8	1,802.5	1,746.2	92%	1,898
南薩	慢性期	433.4	423.6	435.2	92%	473
川薩	慢性期	235.8	211.4	236.4	92%	257
出水	慢性期	158.9	137.2	160.1	92%	174
始良・伊佐	慢性期	666.3	806.4	680.8	92%	740
曾於	慢性期	183.4	165.9	201.5	92%	219
肝属	慢性期	491.6	456.0	493.1	92%	536
奄美	慢性期	248.2	227.5	249.3	92%	271

[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」]

(6) 将来の在宅医療等の必要量について

- ・ 2025（平成37）年における本県の在宅医療等の必要量については、以下のとおりとなる。

【図表5-2-9】2025（平成37）年の在宅医療等の必要量（医療需要）
(人/日)

構想区域	在宅医療等	
	訪問診療のみ	
鹿児島	11,097	5,499
南薩	2,248	620
川薩	1,810	838
出水	1,509	822
始良・伊佐	3,972	1,761
曾於	1,269	481
肝属	2,455	1,224
熊毛	452	180
奄美	2,396	1,341
県計	27,207	12,766

※小数点以下四捨五入のため、合計値と県計は一致しない。

[厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」]