

令和8年度第1回 松江地域保健医療対策会議 医療・介護連携部会

日時：令和8年8月19日（水）14:00～16:00

会場：島根県市町村振興センター大会議室

開会あいさつ（所長）

【議 事】

1. 病床数適正化緊急支援事業にかかる検討【資料1～3】

2. 第8次島根県保健医療計画中間評価及び新たな地域医療構想にかかる意見交換

- 第8次島根県保健医療計画中間評価及び新たな地域医療構想の策定について

【資料4.5】

- 医療と介護の連携について【資料6.7】

閉会あいさつ（所長）

令和8年度 松江地域保健医療対策会議 医療・介護連携部会（地域医療構想調整会議）委員名簿

	所 属	役 職	氏 名	参加方法
1	松江市医師会	会長	松嶋 永治	現地
2	安来市医師会	事務次長	上田 真孝（代理）	現地
3	松江市歯科医師会	会長	吉川 浩郎	欠
4	安来市歯科医師会	会長	高橋 健	現地
5	松江市薬剤師会	会長	秦 浩司	現地
6	島根県薬剤師会安来支部	副支部長	三輪 耕治	現地
7	松江赤十字病院	院長	大居 慎治	現地
8	松江市立病院	院長	久留 一郎	欠
9	松江生協病院	院長	眞木 高之	欠
10	独立行政法人国立病院機構松江医療センター	院長	古和 久典	現地
11	JCHO玉造病院	院長	和田山 文一郎	現地
12	鹿島病院	院長	坂之上 一史	現地
13	松江記念病院	理事長	内藤 篤	Web
14	東部島根医療福祉センター	事務長	児玉 信広（代理）	Web
15	こなんホスピタル	院長	福田 賢司	現地
16	松江青葉病院	院長	宮岡 剛	Web
17	八雲病院	事務長	田中 晋（代理）	Web
18	安来市立病院	院長	水田 正能	現地
19	安来第一病院	院長	杉原 勉	現地
20	島根県保険者協議会（島根県国民健康保険団体	会長（常務理事）	仁科 慎治郎	現地
21	全国健康保険協会島根支部	企画総務部長	中村 憲政	現地
22	山陰合同銀行健康保険組合	常務理事	渡辺 渉	Web
23	島根県老人保健施設協会	会長	櫻井 照久	Web
24	松江圏域老人福祉施設協議会	副会長	武部 幸一郎	欠
25	松江地域介護支援専門員協会	会長	井上 龍一	現地
26	安来地域介護支援専門員協会	会長	宇山 広	欠
27	島根県訪問看護ステーション協会松江支部	支部長	山城 浩子	現地
28	島根県訪問看護ステーション協会安来支部	支部長	佐波 由佳	現地
29	松江市医師会	医療連携コーディネーター	星野 和子	現地
30	安来市在宅医療支援センター	社会福祉士	岸本 佐由子（代理）	現地
31	松江市	健康福祉部長	岸本 和之	欠
32	安来市	健康福祉部長	細田 浩	現地

オブザーバー

1	松江市医師会	事務局長	河原 賢	現地
2	松江赤十字病院	事務部長	湯浅 誠一	現地
3		経営企画課長	野津 真人	現地
4	独立行政法人国立病院機構松江医療センター	事務部長	建部 宏明	現地
5	JCHO玉造病院	事務部長	宮川 広行	現地
6	鹿島病院	事務部長代理	原 栄嗣	現地
7	こなんホスピタル	事務長	坪倉 進	現地
8	松江青葉病院	事務部長	小谷 正人	Web
9		総務課長補佐	石本 和之	Web
10	八雲病院	事務長補佐	森脇 英人	Web
11	安来市立病院	事務部長	宇山 富之	現地
12	安来第一病院	事務局局长	村社 美紀子	現地
13		理事長	杉原 建	Web
14		局長	田中 義則	Web
15		局長代理	田邊 和也	Web
16	松江市	保健衛生課 課長	柳浦 広光	現地
17		保健衛生課 調整官	金田 佳子	現地
18		介護保険課 課長	福田 英樹	現地
19		介護保険課 保健専門官	山田 恭子	現地
20	安来市	健康福祉部参事	松崎 理泰	Web
21		健康福祉部地域医療推進室長	加藤 昌和	Web
22		健康福祉部いきいき健康課長	原田 進一	現地
23		健康福祉部介護保険課長	神庭 弥	Web

事務局

松江保健所	所長	片岡 大輔
	副所長	持田 健二
	総務保健部長	稲田 圭一
	企画幹	中島 和子
	心の健康支援課長	高野 美智子
	医事・難病支援課長	平田 雅子
	医事係長	松尾 俊
	難病・結核係長	安部明子

松江地域保健医療対策会議医療・介護連携部会設置要領

(目的)

第1条 松江圏域の医療・介護サービスの提供体制に関する情報共有・意見交換の場として、松江地域保健医療対策会議設置要綱第6条に基づき「医療・介護連携部会」（以下、「部会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 部会は、次に掲げる事項について協議、検討する。

- 1 松江圏域の医療・介護サービスの提供体制に関すること。
- 2 医療介護総合確保推進事業の圏域計画に関すること。
- 3 その他、医療・介護の諸課題に関すること。

(組織)

第3条 部会は、圏域内の以下の委員をもって構成するとし、別表のとおりとする。

- 1 各医師会、歯科医師会、薬剤師会、その他の医療関係者の代表者等
- 2 各病院の代表者（院長等）
- 3 保険者協議会及び医療保険者の代表者等
- 4 医療・介護関係団体の代表者等
- 5 各市の医療政策、介護政策担当者等
- 6 その他保健所長が必要と認める者

(運営)

第4条 部会は、次のように運営する。

- 2 部会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き議決を行うことができない。
- 3 部会には、委員の互選により部会長及び副部会長を置く。
- 4 部会の議長は、部会長が務める。
- 5 部会長に事故がある時は、副部会長がその職務を代理する。

(会議)

第5条 部会は、松江保健所長が招集し、必要に応じて随時開催するものとする。

(庶務)

第6条 部会の庶務は、松江保健所において処理する。

(その他)

第7条 この要領で定めるものの他、部会の運営に関して必要な事項は別に定める。

附則

この要領は、平成31年3月19日から施行する。

附則

この要領は、令和7年10月15日から施行する。

【別表】

松江地域保健医療対策会議 医療・介護連携部会 委員構成機関及び団体

所 属	役 職
松江市医師会	会長
安来市医師会	会長
松江市歯科医師会	会長
安来市歯科医師会	会長
松江市薬剤師会	会長
島根県薬剤師会安来支部	副支部長
松江赤十字病院	院長
松江市立病院	院長
松江生協病院	院長
独立行政法人国立病院機構松江医療センター	院長
JCHO 玉造病院	院長
鹿島病院	院長
松江記念病院	理事長
東部島根医療福祉センター	院長
こなんホスピタル	院長
松江青葉病院	院長
八雲病院	院長
安来市立病院	院長
安来第一病院	院長
島根県保険者協議会	代表
医療保険者（全国健康保険協会島根支部）	代表
医療保険者（山陰合同銀行健康保険組合）	代表
島根県老人保健施設協会	会長
松江圏域老人福祉施設協議会	会長
松江地域介護支援専門員協会	会長
安来地域介護支援専門員協会	会長
島根県訪問看護ステーション協会松江支部	支部長
島根県訪問看護ステーション協会安来支部	支部長
松江市医師会	医療連携コーディネーター
安来市在宅医療支援センター	センター長
松江市	健康福祉部長
安来市	健康福祉部長

【資料1】

病床数適正化緊急支援事業について

R7補正予算額：3,490億円

対象となる医療機関

- 令和7年12月16日（R7補正成立）から令和8年度末（事業終了年度末）までに申請した医療機関であり、令和8年度末までに病床の削減を行う医療機関を対象とする。その他、以下の場合も対象とする。
 - 令和6年度補正予算において申請を行った医療機関であって、支援対象とならなかったが、令和6年12月17日（R6補正成立）から令和7年9月30日の間に病床を削減した医療機関
 - 自由民主党、日本維新の会、公明党による3党合意を踏まえて実施した調査（令和7年8月から9月にかけて実施）において病床を削減予定と回答した医療機関であって、既に病床を削減した医療機関

病床の考え方

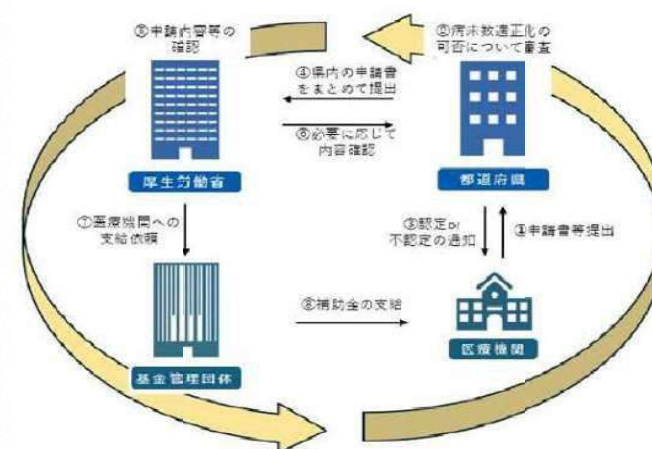
- 医療機関の設置主体、経営状況は問わない。（R6補正時は赤字医療機関のみ対象）
- 申請時（削減済のものは、削減時）における稼働・休床の別で、単価（稼働：410.4万円、休床：205.2万円）を決定する。
- 感染症法に基づく確保病床を有している場合は、目標病床数からの余剰分のみ削減可能とする。
- 以下の場合は、地域医療構想調整会議等において、代替する在宅・外来医療等の対応や、他医療機関における患者の受入に係る調整等を踏まえての議論を経た上で、支給要否を決定する。
 - 申請病床の合計が100床を超える場合
 - 入院医療を継続しない場合
 - 廃院する場合等 ※小児周産期に係る病床は引き続き対象外

実施時期

必要な事務処理体制を構築した上で、医療機関から都道府県への申請は、6月23日から開始し、7月上旬を締め切りとして事業を開始する予定。なお、当該事業は複数回の申請期間を設ける予定としている。

その他

- 医療機関は都道府県に申請を行い、都道府県により内容を審査。都道府県の事業として実施するものが厚生労働省に提出され、支払いは基金管理団体から医療機関に対して実施。
- 昨年成立した医療法等改正法により「都道府県は、医療機関が前項に規定する事業に基づき病床数を削減したときは、（略）基準病床数を削減するものとする。」とされていることから、削減病床数に応じた基準病床数の削減を行う。



【〇病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算案 3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
(内線4095、2665)

施策名:オ 病床数の適正化に対する支援

① 施策の目的

- 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- 「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診療:4,104千円/床(ただし、休床の場合は、2,052千円/床)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する(10/10)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。

※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

島根県における病床数適正化緊急支援事業の実施方針

<事業の内容:全国統一>

【支給額】

- 病床1床につき4,104千円（休床の場合は2,052千円）※休床：申請時に休棟中の病床
- 地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業の給付金支給を受けていた場合は、差額分のみ給付

【協議の場において議論を行う必要がある要件】

- ① R9.3月末時点で廃院予定、申請日時点で入院医療を継続しない場合
- ② 現に患者が入院している病床を削減する場合
- ③ 病床数をあわせて100床以上削減する場合
- ④ その他、都道府県において議論が必要と認める場合

⇒代替する在宅・外来医療等の対応や、他医療機関における患者受入にかかる調整等を踏まえて検討

- 医療機関が本事業を活用して病床を減らそうとする場合、圏域の地域医療構想調整会議等で議論し、合意が得られることを要件とする。
- 既に削減済みの病床についても圏域の会議に報告し、削減を踏まえた地域の医療提供体制について協議する。
- 県から厚生労働省への申請書提出は、実施要綱に定める要件を満たし、圏域での合意が得られたものについて、厚生労働省の定める時期に提出する
- 本給付金は、予算の範囲内で交付されるものであり、申請すれば必ず給付金の支給を受けられるものではないことに留意いただく

<参考>

別紙

病床数適正化緊急支援事業実施要綱

(1) 事業の目的

本事業は、効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行う。

(2) 事業の実施主体

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第7条の2において「都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができる。」とされていることを踏まえ、本事業全体としては都道府県を実施主体とし、基金管理団体は造成された基金の管理運営を行うものとする。

(3) 事業の内容

以下の医療機関に対し、給付金を支給する。

- ①令和7年12月16日から令和9年3月31日までの間に、病床数（一般病床、療養病床及び精神病床の病床数をいい、医療法第30条の4第10項から12項までの規定及び国家戦略特別区域法（平成25年法律第107号）に基づき許可を受けた病床（以下、「特例病床等」とする。）を含む。以下同じ。）の削減を行う医療機関
- ②「病床数適正化支援事業に係る事業計画（活用意向調査）の提出について」（令和7年2月21日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）により、事業計画書の提出をもって削減の意向を示しつつ、令和6年12月17日から令和7年9月30日までに病床の削減を行い、都道府県に対して病床数の変更に関する届出を行った医療機関
- ③「地域医療構想の取組の推進に向けた調査について」（令和7年8月14日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）において、病床を削減予定と報告を行い、現に病床を削減した医療機関

(4) 事業の支給額

次により算定したものを、基金の範囲内で支給する。

- 1 削減した病床1床につき4104千円とする。ただし、削減する病床

が休床の場合は1床につき 2,052 千円とする。なお、本事業における「休床」とは、本事業申請時（すでに削減済みの病床については、病床削減時）に休棟中の病棟の病床をいう。ただし、災害等のやむを得ない事情により休床となっている病床については、その事情について都道府県が認める場合は、休床ではない病床とみなすことができる。

2 支給対象の病床が地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業（単独支援給付金支給事業）による給付金の支給を受けていた場合は、差額のみを支給する。

3 「令和7年度（令和6年度からの繰越）医療施設等経営強化緊急支援事業」における「2. 病床数適正化支援事業」の支援対象となった病床については、支給しない。

また、算定にあたっては、以下を除くこと。

- ① 産科部門の病床（MFICU 等を含む）及び小児科部門の病床（NICU・GCU 等を含む）を削減した場合、その削減した病床数（産科施設において現に分娩に用いておらず、今後も用いる予定のない病床等、分娩取扱や小児医療の提供に支障を来さない病床を除く。）
- ② 同一開設者の医療機関へ病床を融通した場合、その融通した病床数
- ③ 事業譲渡等により病床を削減した場合、その削減した病床数
- ④ 病床種別を変更した場合、その変更した病床数
- ⑤ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第36条の3の規定に基づき医療措置協定を締結した医療機関における協定を締結した病床又は協定を締結した病床数が確保できない程度の病床数。ただし、同法第10条に基づく予防計画において確保することとしている協定を締結した病床数が確保できている場合においては、余剰分について削減することを可能とする。
- ⑥ 特例病床等を有する医療機関で、休床等により、許可内容の用途で活用していない病床があり、該当の特例病床等の削減を行わない場合、全ての削減した病床数
- ⑦ その他、以下の病床を削減した場合、その削減した病床数
 - ア 国の開設する病院若しくは診療所であって、宮内庁、法務省若しくは防衛省が所管するもの、独立行政法人労働者健康安全機構の開設する病院若しくは診療所であって、労働者災害補償保険の保険関係の成立している事業に使用される労働者で業務上の災害を被ったもののみの診療を行うもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院若しくは診療所、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設若しくは障

害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第6項に規定する療養介護を行う施設である病院又は独立行政法人自動車事故対策機構法（平成14年法律第183号）第13条第3号に規定する施設である病院若しくは診療所の病床（職員及びその家族、隊員及びその家族、業務上の災害を被った労働者、従業員及びその家族又は入院患者が利用する病床に限る。）

イ 放射線治療病室の病床

ウ 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床

エ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第16条第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関であって、同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者の入院による医療に係る病床

- 上記のほか、別に厚生労働省から指示があった場合は、その指示を踏まえて支給する。

（５）留意事項

（５－１）給付金の支給について

- 都道府県は、厚生労働省が示す申請に必要な書類のほか、「都道府県が実施する事業」としての確認に必要と認められる書類について提出を求めることができる。
- 給付金の支給を受けようとする事業実施医療機関は、都道府県に対して、厚生労働省が示す申請に必要な書類のほか、当該医療機関が所在する都道府県が必要と認める書類を添えて都道府県へ申請を行う。
- 都道府県は申請された書類の審査を行い、「都道府県が実施する事業」として適当と認める申請について、定められた期間までに厚生労働省が指定する所に提出することとする。
- 基金管理団体は、厚生労働省から提出を受けた申請に対し、医療機関に給付金を支給することとする。
- 都道府県は、上記（４）⑥により病床を削減する場合においては、要件に合致しているかや削減に関する可否等について精査を行うこと。
- 以下に該当する場合は支給対象外とする。

- ① 都道府県への申請日時点において、入院医療の受け入れを行っていない場合、もしくは、削減により入院医療の受け入れを停止する（無床診療所への変更を含む。）場合
- ② 令和9年3月31日時点において廃院する予定の場合

③ 令和9年3月31日時点において事業譲渡等を行う予定の場合

なお、①及び②に該当する場合においても、(5-2)の手続きを経た上で、当該地域における医療提供体制に支障がないと認めたものは支給対象として差し支えない。

(5-2) 以下に該当する場合においては、医療法第30条の14第1項に規定する協議の場等において議論を行った上で削減を行うこと

ア 「(5-2)の手続きを経た上で」とされている事項

イ 現に患者が入院している病床を削減する場合

ウ 病床数をあわせて100床以上削減をする場合

エ その他、都道府県において議論が必要と認める場合

なお、上記の場合においては、代替する在宅・外来医療等の対応や、他医療機関における患者の受け入れに係る調整等を踏まえて検討を行うこと。

(5-3) 実績報告等

- ・ 病床の削減状況については、医療機関は医療法第7条第2項に定める許可申請又は医療法施行令第4条に定める届出により都道府県に実績報告を行い、都道府県及び厚生労働省において、令和9年度に実施する「病床機能報告」における医療機関からの報告や、医療法25条に基づく検査時の施設表等により確認することとする。

(5-4) 給付金の返還について

都道府県は、給付金の支給を受けた開設者又は開設者であった者が以下に定める事項に該当する場合、基金管理団体が支給を行った給付金全額の返還を求める。

ア (5-3)による確認により、申請通りに病床の削減が行われていないことが確認された場合。

イ 給付金の支給を受けた日から令和19年3月31日までに病床を増加させた場合。ただし、医療法第30条の4第10項から第12項までの規定により都道府県知事において病床の増加が必要と認めた場合はその限りではない。

ウ 令和9年3月31日時点において(5-2)の手続きを行わずに廃院した場合、または事業譲渡等をしている場合

エ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認められる場合。

（５－５）その他

- 削減する病床と医療法上の病床種別を同じとする休床の病床がある場合、休床から申請を行うこと。休床を残したまま、休床ではない病床の削減は認めない。
- 特例病床等を削減する場合、都道府県においては、申請理由とされていた事象及び申請理由に対する現在の状況を確認の上、病床の削減について判断を行うこと。
- 本事業により病床数を削減したときは、別に示す方法により、病床を削減した医療機関が所在する二次医療圏における基準病床数等を削減することとする。

第 8 次島根県保健医療計画中間評価 及び新たな地域医療構想の策定 について（概要）

中間評価及び見直しの概要

見直しの方針

- 島根県保健医療計画の中間年である令和8年度には中間評価を行い、「医療審議会」等での審議を通じて計画の推進を図るとともに、必要に応じ計画の見直しについて検討します。
- 在宅医療及び介護の連携の観点から、中間評価の際には在宅医療にかかる数値目標の達成状況の調査、分析及び評価等を行い、第10期「島根県老人福祉計画・島根県介護保険事業計画（令和9年～令和11年度）」と整合的なものとなるよう、目標を見直す。

見直しの方向性

- 5 疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）・6 事業（救急医療、災害医療、地域医療、新興感染症、周産期医療、小児医療）及び在宅医療
 - ・数値目標の達成状況を評価するとともに、策定時からの現状変化を確認し、その上で、課題を抽出する。
 - ・施策の方向及び数値目標を、必要に応じて見直す。
- 外来医療計画及び医師確保計画：3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要時計画を変更する。
- 地域医療構想：現行期間の満了により今回策定が必要

中間評価・新たな地域医療構想にかかる進め方（案）

※会議開催時期、回数等は予定（ ）内は開催検討中

		7月	8月	9月	10月	11月	12月	R9.1月	R9.2～3月	R9.8月
項目	中間評価・見直し	概要作成 ✂ (7月末)			圏域素案確定 (10月末)		○中間評価・新たな地域医療構想(素案)の記載内容 ○第10期介護保険事業計画にかかる医療と介護の連携			
	連携体制図作成									
圏域での検討	保健医療対策会議	① 【書面】				②	最終素案にかかる意見聴取		(③)	
	医療介護・連携専門部会		①		適時病院等ヒアリング			②		
	病院長等会議				①	医療連携体制図の内容確認・協議				
	10病院連携協定				① (連絡会)		(WG)		(WG)	
審議会等		地域医療構想部会 (7/7)	医療審議会 (8/31)		地域医療構想部会		医療審議会 (中間評価素案確定)		医療審議会 (地域医療構想素案確定)	地域医療構想最終案諮問

策定スケジュール（案）

※会議開催時期、回数等は予定（ ）内は開催検討中

	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R 8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)
現行 地域医療構想	取組期間（～2025）			取組継続		
新たな 地域医療構想		検討（国）		策定（県）	取組期間（～2040）	
保健医療対策 会議	策定	計画期間（R6～R11）			中間見直し	
介護保険事業 計画	第8期	第9期計画期間 （R6～R8）			策定	第10期（R9～R11）

中間評価にかかる圏域記載項目

第 1 章	基本的事項	
第 2 章	地域の現状（保健医療提供体制の基本的な状況）	
第 3 章	医療圏及び基準病床数	
第 4 章	地域医療構想	
第 5 章	医療提供体制の現状、課題及び施策の方向	
	第 1 節	住民・患者の立場に立った医療提供体制の構築
		(2) 医療連携体制の構築
		(3) 医療に関する情報提供の推進
	第 2 節	疾病・事業ごとの医療連携体制の現状、課題及び施策の方向
		(1) がん
		(2) 脳卒中
		(3) 心筋梗塞等の心血管疾患
		(4) 糖尿病
		(5) 精神疾患
		(6) 救急医療
		(7) 災害医療
		(8) 地域医療（医師確保等によるべき地医療の体制確保）
		(9) 周産期医療
		(10) 小児救急を中心とした小児医療
		(11) 新興感染症などの感染拡大時における体制確保
		(12) 在宅医療
	第 3 節	外来医療に係る医療提供体制の確保（外来医療計画）
第 7 章	保健医療従事者の確保	
	第 1 節	医師の確保・育成（医師確保計画）
	第 2 節	医師以外の保健医療従事者の確保・育成
第 8 章	将来の保健医療提供体制の確保に向けた事業の推進	

5疾病・6事業及び在宅医療 ①がん

ポイント

- 男女の大腸がん、男性の肺がん、女性の乳がんを重点がんとした受診率向上等の取組が必要です。
- がん診療連携拠点病院を中心に連携体制の強化を図り、診断時からの緩和ケア提供を促進します。
- 本人が望む場での療養に向け、多職種連携による支援や医療と介護のネットワーク構築を進めます。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
■ 男女の大腸がん、男性の肺がん、女性の乳がんを重点がんとし、検診受診率及び精密検査受診率向上に取り組む必要があります。 ○ 5大がんの圏域共通の地域連携クリティカルパスを運用し、特に乳がんは「松江圏域乳がん地域連携パス検討会」を開催し、評価・検討を行っています。 ○ がんと診断された時からの緩和ケアの提供について、がん診療連携拠点病院及びがん情報提供促進病院を中心に、患者とその家族等に対してする全人的な緩和ケアを提供しています。 ■ 在宅も含めた本人が望む場で療養できるよう、多職種連携による支援や、病院での緊急時バックアップなど体制構築に努める必要があります。	■ 男女の大腸がん、男性の肺がん、女性の乳がんの罹患率、死亡率の減少に向け、検診受診率や精密検査受診率の向上について重点的に取り組みます。 ■ 地域がん診療連携拠点病院や関係者で地域連携クリティカルパスの運用について引き続き評価・運用を検討し、連携体制の強化を図ります。 ■ <u>診断時からの切れ目のない緩和ケア提供体制に向け、ヒアリング等を通じた各段階での現状や課題の把握に取り組みます。</u> <u>その結果も踏まえ、多職種での事例検討会や緩和ケア検討会を開催し、医療と介護の連携やネットワークの構築を推進します。</u>

5疾病・6事業及び在宅医療 ②脳卒中

ポイント

- 脳血管疾患の年齢調整死亡率は順調に低下していますが、再発者は横ばいで推移しています。
- 地域連携クリティカルパスや脳卒中手帳を活用した連携強化に取り組まれています。
- 発症者の多くが高血圧や糖尿病等の基礎疾患を有しており、生活習慣改善や早期受診を啓発します。
- 高度急性期治療後、回復期・維持生活期への支援を早期に調整し、医療機関間の連携を進めます

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 脳血管疾患年齢調整死亡率は減少していますが、年間約700件の発症があり、再発者数は横ばいで推移しています。 ○ 急性期から維持期までをつなぐ地域連携クリティカルパスに加え、<u>脳卒中手帳を運用</u>しています。 ○ 「脳卒中予防検討会」を開催し、脳卒中専門医、認定看護師、訪問看護師、行政等が一体となった連携のもと、脳卒中手帳の活用や、発症・再発予防の取組を検討しています。 ■ <u>脳卒中の救急医療を担う医療機関は全て松江市内でしたが、3病院から2病院に減少しました（R5年度調査時点）。</u><u>高度急性期治療後、早期に回復期リハビリテーションや維持期・生活期における在宅復帰への調整に取り組むとともに、安来地域の患者の受入体制等更なる医療機関間の連携が必要です。</u>	■ 基礎疾患として多い高血圧や脂質異常症、糖尿病の予防や生活習慣の改善、心房細動の発症時の早期受診について重点的に啓発します。 ■ 働き盛り世代について、「松江圏域働きざかりの健康づくり推進連絡会」や県産業保健総合支援センター等と連携し、脳卒中の発症及び再発予防、治療と仕事の両立支援を推進します。 ■ 「脳卒中予防検討会」を開催し、急性期・回復期を担う医療機関間の連携を進め、脳卒中手帳の活用や地域連携クリティカルパスの利用促進を図ります。

5疾病・6事業及び在宅医療 ③心筋梗塞等の心血管疾患

ポイント

- 心疾患の年齢調整死亡率は国や県平均よりも低率ですが、メタボリックシンドローム該当者は微増しており、生活習慣改善や特定健診・特定保健指導実施率の向上に向けた取組を継続します。
- 松江赤十字病院及び松江市立病院では多職種によるチーム医療が提供されており、発症からリハビリテーションまで更なる連携強化を図ります。
- 慢性心不全等への緩和ケア提供が可能となる人材育成やチーム支援を推進します。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ <u>松江圏域の心疾患による死亡数は、令和6年397人と全死亡の12.0%を占め、死亡順位は、男性が第2位、女性が第3位です。</u>年齢調整死亡率は減少傾向にあり、国や県平均より低い状況です。 ○ 特定健康診査結果では、心血管疾患との関連が深いメタボリックシンドローム該当者は微増しています。 ○ 松江赤十字病院、松江市立病院では、心筋梗塞等の心血管疾患患者に対して、各診療科や関係機関と連携した治療やリハビリテーション等、多職種によるチーム医療を提供しています。 ■ 病期に応じたリハビリテーションの実施や再発予防のための支援、慢性心不全に対する緩和ケア提供に向けた体制づくりが必要です	■ 「松江圏域健康長寿しまね推進会議」や「松江圏域働きざかりの健康づくり推進連絡会」等と連携し、食生活、運動等の生活習慣を改善するための健康づくり活動を推進します。また、各保険者等とも連携し、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上に向けた取組を推進します。 ■ 急性期から発症後のリハビリテーションまで一貫した治療や生活支援が提供されるよう、多職種多機関の連携を更に強化します。 ■ 慢性心不全患者等の緩和ケアを提供できる医療従事者等を育成し、多職種によるチーム医療、チームケアを引き続き推進します。

5疾病・6事業及び在宅医療 ④糖尿病

ポイント

- 糖尿病の年齢調整有病率は男女ともに横ばいで推移しています。
- 生活習慣改善に向け、「しまね健康寿命延伸プロジェクト」や地域職域連携と連動した取組を推進します。
- 糖尿病発症及び重症化予防に向けた多職種連携が進んでいます。また、eGFR低下速度評価を活用したハイリスク者抽出が実施され、健診データに基づく早期受診勧奨が可能となっています。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 「松江地域糖尿病対策会議」や「安来市糖尿病管理協議会」で医師会・歯科医師会・薬剤師会等、様々な職種が連携し、<u>糖尿病の発症予防及び重症化予防の取組を推進</u>しています。 ○ <u>令和8年度には、両市の国保健康診査受診者において、eGFR低下速度評価を活用したハイリスク者抽出が実施となり、健診データに基づく早期受診勧奨が可能</u>となっています。 ■ 糖尿病年齢調整有病者は、平成28年度以降、男女とも横ばいで推移しています。	■ <u>しまね健康寿命延伸プロジェクトの取組を地域に波及させ、生活習慣を改善する健康づくり活動を推進</u>します。また、<u>地域・職域連携の取組と連動</u>させながら、保険者等と連携し、特定健康診査の受診率向上や特定保健指導の実施率向上に向けた取組を支援し、糖尿病の予防（発症予防・早期発見）を推進します。 ■ 「松江地域糖尿病対策会議」や「安来市糖尿病管理協議会」における取組を通じて、境界型・軽症糖尿病を含めた糖尿病の診断・治療・指導が適切に実施されるように体制を整備します。また、糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策を継続して推進します。

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑤精神疾患

ポイント

- 精神科医師、特に精神保健指定医が不足し「精神科救急医療施設」が減少しています。
- 幅広い精神疾患や障がいに対し、総合病院と精神科単科病院の連携を強化し、適切な医療提供が可能な体制構築を進めます。
- 精神疾患への正しい知識普及や地域包括ケアシステムの構築に向けた重要的支援・基盤整備が重要です。
- 後期高齢者人口が増加する中、認知症の専門医療や相談支援にかかる体制づくりに取り組みます。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 精神疾患は身近な病気であり、障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。 ■ 精神科を有する総合病院や精神科単科病院において精神科医師、特に精神保健指定医の不足がみられ、「精神科救急医療施設」が減少しています。 ■ うつ病、高次脳機能障がい、自死対策等も含めて総合病院と精神科単科病院が連携して適切な医療を提供することが重要です。 ■ 今後、後期高齢者人口の増加に伴い認知症患者が増えることが想定され、専門医療へのつながりや相談・助言、権利擁護等専門職種との連携、医療と介護による適切な支援を行う必要があります。	■ 精神疾患に対する正しい知識の普及を図るとともに、相談機関を明確にし、身近な地域において早期に支援できるよう取り組みます。 ■ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた地域の基盤を整備するため、圏域や市ごとの協議の場を通して、関係者の重層的な連携を図ります。 ■ 精神科医及び精神保健指定医の確保にかかる全県的な対策を注視しつつ、圏域では認知症、うつ病、高次脳機能障がい、身体合併症、自死対策、救急医療等も含め総合病院と精神科単科病院が連携して適切な医療を提供できる体制を構築します。 ■ 地域型及び連携型認知症疾患医療センターや等の専門医療機関と地域の保健・医療・介護等関係機関が連携し、認知症の専門治療や相談支援が切れ目なく受けられる体制づくりを引き続き取り組みます。

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑥救急医療

ポイント

- 初期救急医療提供体制を維持し、二次・三次救急との連携した医療提供体制の継続を図ります。
- 救急搬送件数は増加しており、特に65歳以上の高齢者が中心です。病床ひっ迫への影響も考慮し、早期からの療養先調整等医療機能に応じた役割が果たせるよう体制整備を進めます。
- 医療機能への理解や適正受診に関し、啓発チラシ等を活用し地域住民への啓発を進めます。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 初期救急医療体制は、地域医師会や医療機関等の協力を得て、在宅当番医制や休日救急診療室が設置されていますが、医師の高齢化等による診療医確保等の課題があり、体制の継続が厳しい状況です。 ○ 二次救急を主に担う救急告示病院は7病院あり、重症患者に対応する救命救急センターとして松江赤十字病院が指定されています。 ■ 消防救急搬送件数は、令和7年松江圏域で12,257件あり、年々搬送件数は増加しています。安来市では救急搬送困難事案も発生しており、より一層の連携強化や受入体制の構築が必要です。 ■ <u>救急搬送件数の7割は65歳以上が占め、高齢者は救急搬送後に心身の機能低下を伴いやすく、入院が長期化すると病床ひっ迫に影響を及ぼすため、早期からのリハビリ提供や療養先調整が必要です。</u> ○ <u>各医療機関が有する機能や連携体制、日常的な備えなどを整理した住民向け啓発チラシを、「松江圏域医療機能連携協定締結病院」で令和7年度作成しています。</u>	■ 現行の救急医療体制が維持できるよう、二次救急と三次救急の広域的な連携体制を強化し、初期救急も含めた圏域の救急医療体制の充実を図ります。 ■ <u>増加する救急搬送件数に対し、地域住民に上手な医療のかかり方や救急車の適正利用について、チラシ等を活用した周知を行い、理解を促します。</u> ■ 「松江・安来地区メディカルコントロール協議会」が中心となって症例検証などを行い、医療機関と消防機関の連携強化、救急業務高度化の推進を図ります ■ <u>急性期治療後病状が安定した状態に応じて、生活機能回復やリハビリ提供が可能な医療機関への転院など、急性期機能確保に向けた円滑な連携、体制整備を進めます。</u>

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑦災害医療

ポイント

- 発災時に備えて、災害拠点病院を中心に医療チーム配置等派遣体制を整え、各機関における訓練やEMIS等の通信訓練に取り組んでいます。
- 平時からの医療・福祉・行政等の緊密な連携強化に向け、地域災害保健医療福祉対策会議を開催し、地域全体での医療提供体制維持や情報共有ツールの有効活用を検討する必要があります。
- 災害時要支援者に対し、個別に応じた支援体制の構築や関係団体と連携した支援に取り組めます。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 圏域内の災害拠点病院は2か所（松江赤十字病院・松江市立病院）あり、災害派遣医療チーム（DMAT）の配置や医療救護班の派遣体制等を整えています。 ○ 平時から医療・福祉・行政等の災害医療関係機関と緊密な連携体制を確保し、災害時の迅速な医療救護体制を整備するため、松江・安来地域災害保健医療福祉対策会議を開催しています。 ○ <u>災害時における迅速な情報伝達のため、年1回全県で広域災害救急医療情報システム（EMIS）及び衛星電話の通信訓練を実施しています。</u> ■ <u>各機関における平時からの訓練等により円滑な初動体制は整いつつありますが、地域全体における医療提供体制維持や情報共有ツールの有効活用等より一層の相互連携が必要です。</u> ■ <u>疾患や障がい等で特別な配慮を必要とする要支援者の中で、特に透析や医療的ケアを伴う難病患者等に対しては、個々の状況に応じた支援体制の構築が必要です。</u>	■ 平時より、災害医療福祉関係機関の情報共有による連携強化を図るため、「松江・安来地域災害保健医療福祉対策会議」を設置・開催し、災害時の速やかな体制整備に努めます。 ■ <u>全県での広域災害救急医療情報システム（EMIS）及び衛星電話の通信訓練へ参画し、情報伝達の実務的な運用を促進します。</u> ■ <u>災害時、要支援者の安全安心な避難行動が可能となるよう、個々の状況に応じた避難計画の策定及び訓練の実施、関係団体と連携した支援体制の検討を進めます。</u>

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑧感染症

ポイント

- 新型コロナウイルス感染症は令和5年5月に5類感染症に移行しましたが、夏と冬に流行する傾向があります。
- 高齢者施設に対し重症化予防及び医療ひっ迫の観点より、平時から感染拡大防止への助言を行い、医療と介護の連携強化を進めます。
- 新たな新興感染症に備え、平時から関係機関との連携を強化するとともに、関連計画と整合性を図り、取り組みます。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 新型コロナウイルス感染症は令和5年5月8日に5類感染症に移行後も、依然として夏と冬に流行しているため、高齢者施設に対しては施設訪問等を通じた感染拡大防止の助言を行うなど、ハイリスク者への対応を継続しています。 ■ 今後、新たに発生し得る新興感染症に備え、平時から関係機関との連携を強化するとともに、医療提供体制整備や人材育成等の取組が必要です	■ 高齢者施設については、重症化防止及び医療ひっ迫を回避する観点から、平時から施設訪問等を通じた感染症対策の助言を継続するとともに、医療機関と高齢者施設の連携をより強化します。 ■ 取組にあたっては、感染症法に基づき策定される予防計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき策定される行動計画との整合を図ります。

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑨地域医療

ポイント

- 圏域全体は医師多数区域ですが、沿岸部や中山間地等で医師少数スポットに指定されている地域もあります。
- 特定地域や診療科で医師不足があり、地域医療を担う医師確保が課題ですが、一次医療の維持確保について市を中心とした議論を進めます。
- 医師不足の中でタスクシフトシェアが重要視されますが、看護・介護職種の人材不足も課題であり、関連計画と連動した取組を進めます。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ <u>松江圏域は医師多数区域に該当しますが、松江市内特定地域（9地区）及び安来市は医師少数スポットに指定されています。</u>また、地域医療拠点病院として、5病院が指定を受け、へき地診療所や無医地区2か所、準無医地区1か所へ医師派遣支援等に取り組んでいます。 ■ 歯科を含む医師の地域偏在や高齢化等がみられ、<u>特定地域や診療科での医師不足</u>があり、地域医療を担う医師確保が課題です。また、学校医や予防接種など公衆衛生を含む一次医療の維持について検討や調整が必要です。 ■ 医師だけでなく、<u>多職種でのタスク・シフト/シェアが重要となります</u>が、看護師や看護助手、薬剤師、介護職員等の医療介護従事者も不足しています。	■ 無医地区等を対象とした、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣など、地域医療拠点病院による取組を継続し、必要に応じた支援を行います。 ■ 在宅医療も含めた一次医療の維持・確保について、市を主体とした議論を進めていきます。 ■ 医師や看護職員、介護職員等の医療介護従事者の確保については、「医師確保計画」や「介護保険事業計画」等に基づく各種事業を活用し、引き続き必要な取組を実施します。

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑩周産期医療

ポイント

- 分娩取扱施設減少や産科医の高齢化等から周産期医療体制の見直しが必要とされています。医療提供体制維持に向け、セミオープンシステム導入等、分娩取扱医療機関を中心に検討を進めます。
- 分娩数減少に伴い、助産師の専門性が発揮できるような方策の検討、スキルアップを図ります。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ <u>分娩取扱施設が減少し、産科医も高齢化しているため、周産期の医療体制の見直しが必要です。令和8年1月、松江圏域周産期医療連絡協議会に「分娩の集約化に関する検討会」を設置し、分娩を取り扱う医療機関を中心に、医療体制を維持できるようセミオープンシステムの導入に向けた検討を行い、地域との連携を図っています。</u> ■ <u>分娩数の減少等に伴い助産師のスキルアップや専門性の発揮（院内助産・助産師外来）、モチベーションの維持向上の方策等の検討が必要です。</u>	■ <u>周産期医療の提供体制を喫緊の課題として、松江圏域周産期医療連絡協議会を中心に具体的な検討を進めます。安心して妊娠・出産できる地域づくりを圏域内で維持するため、周産期医療・保健の連携強化を図ります。</u> ■ <u>セミオープンシステムを始動するにあたり、優先順位に応じた課題整理や解決に努めます。あわせて、人材確保・育成と連携・協働について、助産師の出向・受入れに関する事業等により必要な取組を推進します。</u>

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑪小児救急を含む小児医療

ポイント

- 夜間休日の小児救急医療については、医師会や医療機関の協力により診療体制が確保されています。
- 小児科医が不足している地域においては、継続した提供体制の充実が必要であり、市も含めた取組や地域住民への適正受診にかかる啓発を進めます。
- 医療的ケア必要児に支援可能な事業所は限定的であり、支援体制の充実や関係機関の連携強化に継続して取り組みます。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 小児初期救急は、医師会、医療機関等の協力により、休日夜間診療体制がとられていますが、小児科医が少ない地域の休日夜間における診療は、必ずしも十分とは言えない状況であり、小児初期救急を充実させることが課題です。 ■ 医療的ケアが必要な在宅療養児等への訪問診療等が可能な診療所や訪問看護事業所、障がい福祉サービス等は限られサポート体制の充実が必要です。	■ 医師会、医療機関、市とともに休日夜間の初期救急体制の確保に努めます。また、かかりつけ医を持つことや休日夜間診療及び在宅当番医の利用について、引き続き啓発を進めます。 ■ 医療的ケア児等とその家族の支援の充実のため、入院中から在宅への移行に向けた関係機関の連携を進めるとともに、利用できるサービスの拡充等について検討します。

5疾病・6事業及び在宅医療 ⑫在宅医療

ポイント

- 在宅療養支援診療所や24時間対応可能な訪問看護事業所は微増していますが、医療資源の多くは市街地に集中しています。在宅及び一次医療の維持確保に向け、社会資源等地域の実情に応じた検討を進めます。
- 医療と介護の連携に関し、ICT導入や活用は広がりつつありますが、業務効率化やより一層の連携強化に向けて更なる推進を図ります。

現状（○）・課題（■）	施策の方向
○ 圏域内に在宅療養支援病院が3病院、在宅療養支援診療所が52か所、在宅療養支援歯科診療所が50か所、24時間対応可能な訪問看護事業所が39か所あり、24時間体制の支援に取り組んでいます。 ○ <u>市では医療機関が少ない条件不利地域において、訪問診療を行う病院・診療所の支援に取り組んでいます。</u> ○ <u>入退院フォローアップ調査から、まめネットなどのICT導入・活用の利用割合は増加傾向にあり、円滑な医療と介護の連携につながっています。</u> ○ 診療所医師の高齢化や後継者不足により、将来的に在宅医療提供体制の維持が困難になることが予測されます。 ■ <u>医療資源は市街地に約7割が集中し、松江市の島根半島地域、安来市南部の中山間地域などは特に社会資源が少なく、在宅医療含めたプライマリ・ケアの提供が厳しい状況です。</u> ■ <u>2040年に向け、後期高齢者及び単身・夫婦のみ世帯の増加が見込まれ、医療と介護の複合的ニーズを有することで、在宅医療や介護サービス利用の需要がより一層高まることが想定されますが、医療介護の人材不足が深刻化する中で、ICTを活用した業務効率化や人材確保・定着にかかる支援が重要です。</u>	■ 多職種による支援体制、医療と介護の連携強化、医療機能分担を促進するため、「保健医療対策会議医療介護連携部会」等の場を活用し、継続的な意見交換や検討に取り組みます。 ■ <u>在宅療養での急変時対応、松江市の島根半島地域、安来市南部の中山間地域においても医療介護サービス利用が可能な体制確保に向け、市と連携を図りつつ、地域の実情に応じた検討を進めます。</u> ■ <u>業務効率化や医療と介護の円滑な情報連携に関し、「まめネット」などICTの活用を促進し、介護情報との効果的な連携方針を検討します。</u>

【資料5】

地域医療構想策定ガイドライン参考資料

※ 本資料は、適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

厚生労働省 医政局 地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

地域医療構想について

- 地域医療構想は、都道府県が、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制を確保するため、医療機関の自主的な報告等を踏まえ、地域の関係者との協議を行い地域の実情に応じて策定するもの。
- 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・全ての世代の患者が、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医療提供体制の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取組を進める。

具体的な取組

- 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として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ、**構想区域を設定**。
- **医療機関機能報告等**に基づき、都道府県及び各構想区域に設置する**地域医療構想調整会議**において、地域ごとの**医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能、専門等機能）**の確保や医療機関機能を踏まえた**医療機関間の役割分担等**について、**地域の関係者による協議を実施**。
- 地域医療構想の取組による効果等を踏まえた、構想区域ごとに、機能区分（高度急性期・急性期・**包括期**・慢性期）別の**2040年の病床の必要量（必要病床数）を推計**。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**を活用し、**病床の機能分化・連携**に加え、**医療機関の連携・再編・集約化**に向けた取組を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、**医療法に定められている権限の行使を含めた役割**を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

地域医療構想及び医療計画の策定の枠組み

【医療法第30条の3第1項】厚生労働大臣は、基本方針を定める。

【基本方針（大臣告示）】医療提供体制の確保に関する基本方針

即して
定める

国（厚生労働大臣）

都道府県

地域
医療
構想

【医療法第30条の3の3第12項】

厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法
その他地域医療構想の作成上重要な技術的事項
について、必要な助言をすることができる。

【地域医療構想策定ガイドライン】

【医療法第30条の3の3第1項】

都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域医療構想を定める。

【地域医療構想】

- 将来の医療提供体制の基本的な方向
- 構想区域
- 将来の医療機関機能の見通し
- 将来の病床数の必要量
- 医療機関機能・病床の機能の分化及び連携の推進
- 外来医療及び在宅医療に係る医療提供体制の確保、
医療と介護の連携、医療従事者確保
- 医療機関機能・病床の機能に関する情報提供の推進

即して定める

医療
計画

【医療法第30条の8第1項】

厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その
他医療計画の作成上重要な技術的事項につい
て、必要な助言をすることができる。

【医療計画作成指針】

【疾病・事業及び在宅医療に係る
医療体制構築に係る指針】

【医療法第30条の4第1項】

都道府県は、基本方針及び地域医療構想に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定める。

【医療計画】

- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・ がん / 脳卒中 / 心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・ 糖尿病 / 精神疾患
 - ・ 救急医療 / 災害時における医療
 - ・ へき地の医療 / 周産期医療
 - ・ 小児医療（小児救急含む）
 - ・ 在宅医療
 - ・ 新興感染症等の感染拡大時における医療
 - ・ その他特に必要と認める医療
- 外来医療の提供体制の確保
（外来医療計画）
- かかりつけ医機能の確保
- 医師の確保（医師確保計画）
- 医療従事者（医師を除く）の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

地域医療構想の記載事項

- 地域医療構想の構成を含めた記載内容については、都道府県において、医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、地域の実情に応じ定める。具体的な記載内容としては概ね以下のようなものが想定される。

地域医療構想の記載事項 ※構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、基本方針に即して、それぞれの地域の実情に応じ定める

地域医療構想作成の前提・基本的事項等

基本的な考え方

- 地域医療構想に関する根拠法令
- 地域医療構想作成の趣旨
- 2040年に向けた医療提供体制のあり方 等

地域の現状等 (将来推計を含む。)

- 将来の人口構造や医療需要の見込み
- 患者の流入・流出
- 医療提供施設等・医療従事者の状況
- 医療機関機能報告・病床機能報告の内容 等

構想区域

- 構想区域の設定に当たっての基本的な考え方
- 見直し後の構想区域と見直しの理由（維持する場合その理由）
- 見直し後の構想区域に基づく人口推計 等

病床数の必要量

- 見直し後の構想区域に基づく病床の機能区分（高度急性期・急性期、包括期、慢性期）ごとの2040年の病床数の必要量 等

医療機関機能の見通し

- 2040年に各医療機関が担う医療機関機能
- 急性期拠点機能を担う医療機関数の考え方
- 在宅医療等連携機能の報告の考え方 等

医療提供体制の確保に向けた取組等

入院医療

- 医療機関の連携・再編・集約化の取組
- 手術や救急医療等の役割分担のあり方
- 病床の機能分化・連携の取組
- 広域的な観点での医療提供のあり方 等

外来医療

- 外来医療提供体制の確保に向けた取組
- 医療機関へのアクセス確保に向けた取組
- 医歯薬連携の推進に向けた取組 等

在宅医療

- 慢性期の医療需要を踏まえた提供の方向性
- 24時間の提供体制の構築に向けた取組
- 多職種連携の推進に向けた取組 等

介護との連携

- 慢性期の医療需要を踏まえた介護保険施設の活用方向性
- 医療機関と高齢者施設等の連携のあり方 等

人材確保

- 連携する大学病院本院の名称
- 大学病院本院との人的協力の方向性 等

2040年に向けた地域医療構想について

背景

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。



- ・ 入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する地域医療構想を策定。
- ・ 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- ・ 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- ・ 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

- ・ 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- ・ 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

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や、必要病床数の運用の単位として、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

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

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の受入
- ・ 入院早期からのリハビリ・退院調整等の実施

急性期拠点機能

- ・ 人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・ 手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリテーション、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）

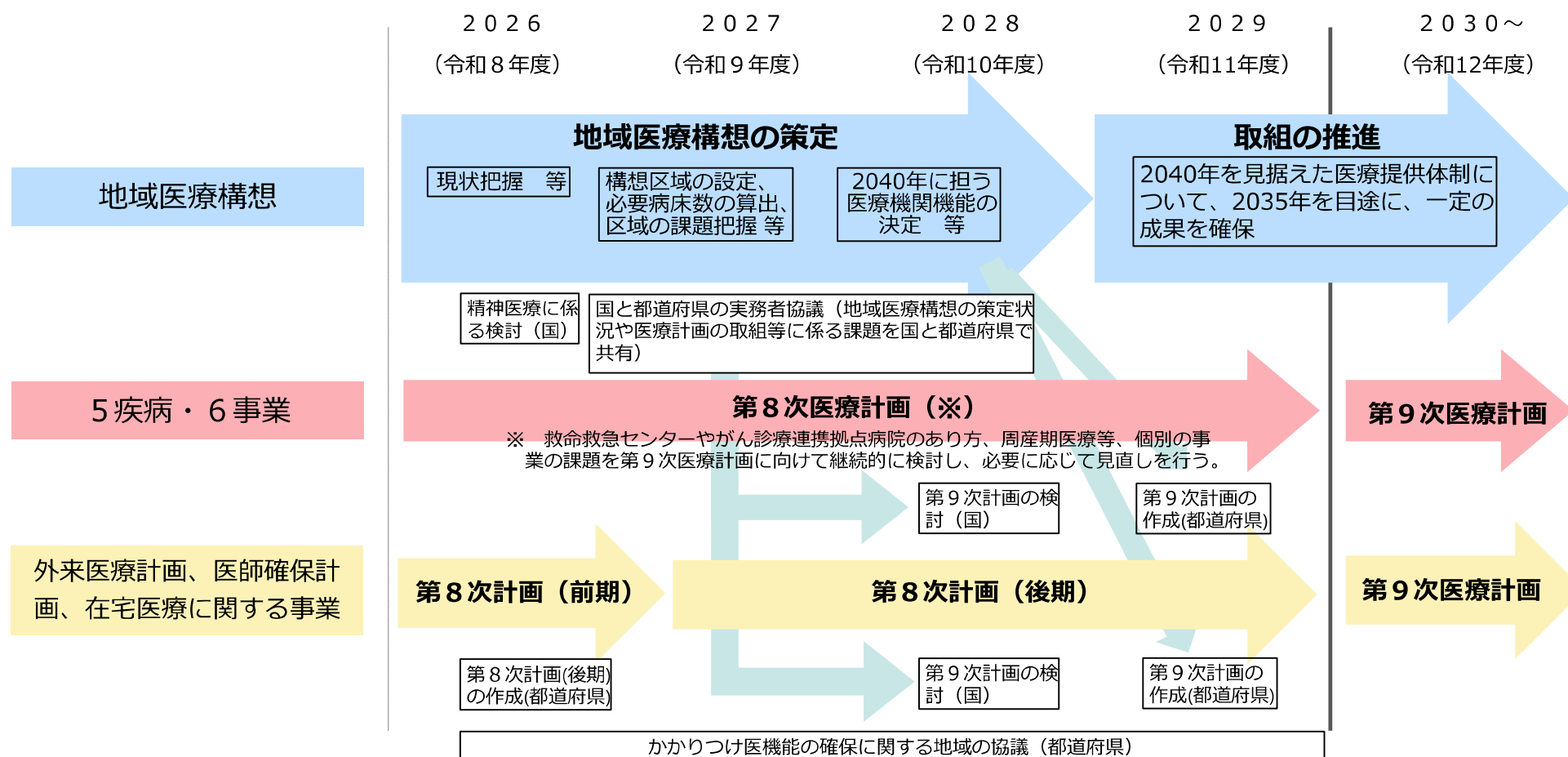
- ・ 都道府県と連携した人的協力
- ・ 広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

2040年に向けた地域医療構想と医療計画の進め方

- 人口構造の変化、医療需要の見通し、医療資源の状況等を踏まえ、地域医療構想調整会議における協議を通じて、地域の医療提供体制の方向性を整理し、2028年度末までに地域医療構想を策定する。
- 医療需要の変化や医療提供体制の状況など、策定した地域医療構想の内容を踏まえ、具体の実行計画として、2029年度頃に第9次医療計画を策定する。

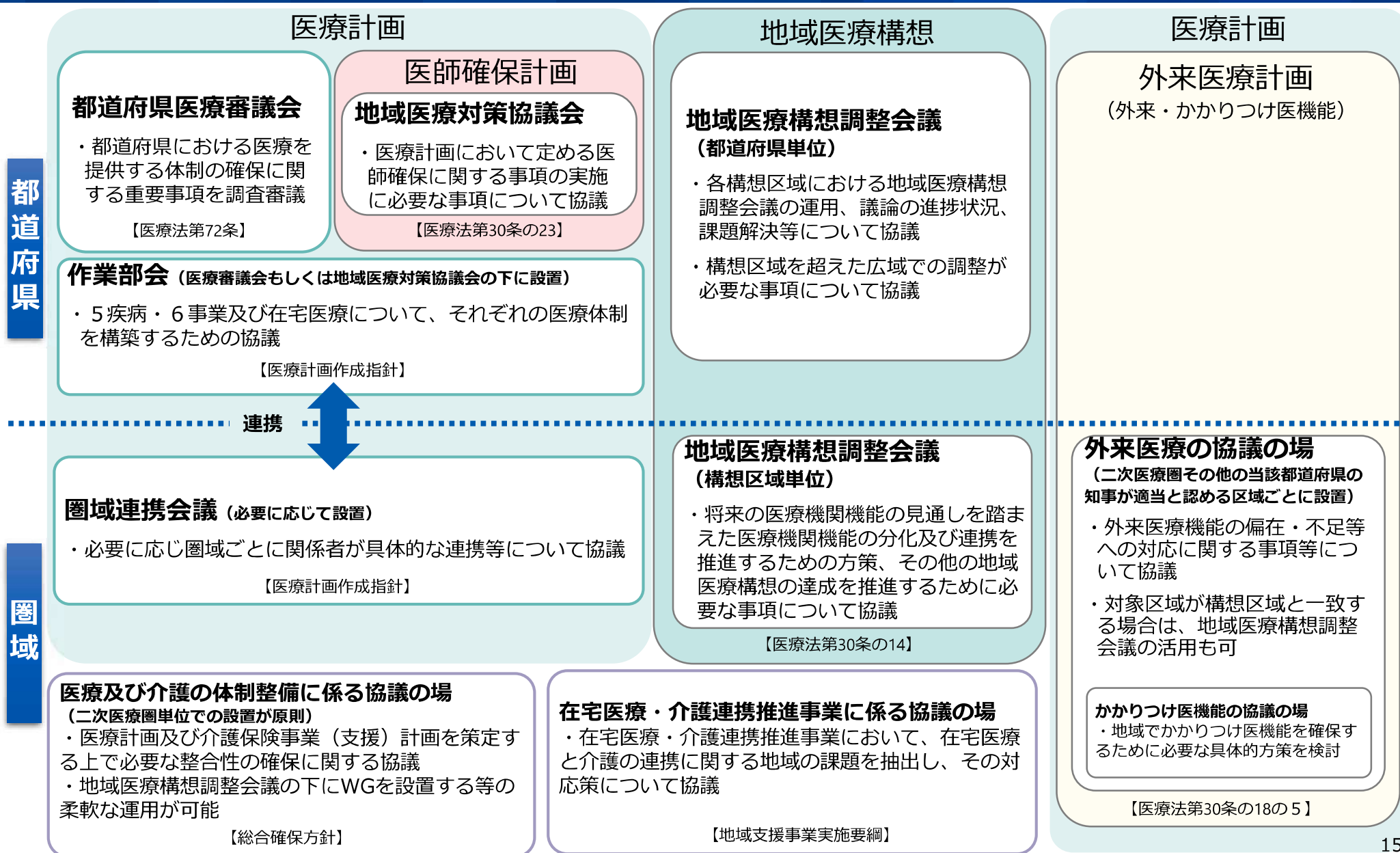


第9次医療計画に向けての主な検討課題

- 第9次医療計画に向けて、5疾病6事業等における圏域設定や医療機関の種類のあり方など、引き続き検討していくべき課題も存在する。

検討事項	検討課題
二次医療圏の設定	地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第9次医療計画に向け、二次医療圏は、広域化等の見直しが行われた構想区域と原則として一致させる必要がある。
5疾病6事業等における圏域設定	5疾病6事業等における圏域設定については、一定の地域単位で整備することが考えられるものや、より広域的な単位での整備が必要となるもの等、各分野の特性を踏まえた検討が必要となる。ただし、がんの医療圏の設定については、手術を担う外科医の確保等の観点から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と整合性を図っていくことが求められる。
医師確保計画等における区域設定	従来の二次医療圏設定を前提としている医師確保計画等における区域設定のあり方については、施策の連続性の観点を踏まえた対応を検討していく必要がある。
5疾病6事業等における医療機関類型	がん診療連携拠点病院のうち専門等機能を担うこととなる医療機関をはじめとして、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえ、5疾病6事業等における医療機関の種類の考え方について、必要に応じて整理することが求められる。
必要病床数	必要病床数について、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年、2036年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて見直しを行う。
広域的な診療機能	都道府県単位又はより広域的な単位で担うべき医療提供のあり方について、各診療分野の特性等も踏まえ、都道府県や大学病院本院、関連学会等が連携しながら検討を行っていく必要がある。
在宅医療	構想区域設定を踏まえた在宅医療の圏域のあり方や、医療機関機能の確保状況等を踏まえた「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が担うべき役割について検討していく必要がある。

（参考）地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項



医療機関機能報告について

医療機関機能報告制度の概要

- 医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。
- 医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

- **2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告**し、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。
- **在宅医療等連携機能**については、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能**や**急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのもの**であり、**両機能を併せて報告しない**。

<留意点>

- ・ 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- ・ 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- ・ 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

令和 8 年度医療機関機能報告の報告項目等について

医療機関機能報告

医療機能等		医療機関機能に関する内容	
現時点で担っている医療機関機能 2040年において担う医療機関機能 ※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告		救急医療の提供状況	救急車受け入れ件数（年齢区分別＊、経路区分別＊、転院搬送件数（下り搬送、上り搬送を含む。）＊） ※年齢区分については、15歳、65歳、75歳、85歳で区分する ※経路区分については、既存の入棟経路区分を一部見直す
構造設備・人員配置		手術に関する実績	手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置） ※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る 緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算定件数）※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む
構造設備等	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 標榜診療科 築年数・構造＋ 手術室数 災害拠点病院指定の有無 へき地拠点病院指定の有無 周産期母子医療センター指定の有無 小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無 医療措置協定の内容 初期臨床研修の実施状況 専門研修の実施状況	高齢者等への医療の提供状況	退院患者数（年齢区分別＊） 休日におけるリハビリテーション実施体制の有無 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数（状態区分別、在棟期間区分別） 外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等） 在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）
		施設等との連携状況	協力医療機関として連携する高齢者施設等の数 協力対象施設入所者の受入のための確保病床数 高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算）
人員に係る内容等	初期研修医数 専攻医数 診療科別の医師数 在宅医療部門の従事者数（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等） 救急外来の人的体制（医師、看護師、救急救命士等） 地域への派遣医師数、派遣医療機関数（大学病院本院のみ） 休日/夜間・時間外の救急受入体制の有無 休日/夜間・時間外の各種診療体制の有無（検体検査、CT検査、MRI検査、消化管内視鏡検査、血管造影検査、小児科診療、産科診療、全身麻酔を伴う手術）	在宅医療の提供状況	連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先/後方支援に係る連携先） 連携する訪問看護ステーション数 訪問診療の対象としている施設等の数 在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊） 在宅療養患者の受入のための確保病床数 在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算）

＋ 病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする

＊ 前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和 9 年度以降入力必須とする。

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年の実績等）

病床機能報告

見直し前

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
- リハビリテーションの状況（回りハ病棟入院料を算定する病棟、有床診）
- 看取りを行った患者数（在支診/病）、往診・訪問診療等患者延べ数（在支診）等
- 各報告項目における月別報告



見直し後（令和 9 年度以降）

- （削除予定）
- （削除予定）
- （医療機関機能報告に統合した上で、削除予定）
- （削除予定）

病床機能報告について

病床機能報告制度の概要

- 病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

病床機能の報告について

- 病床の機能区分については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの4区分のうち、「回復期機能」について、「**包括期機能**」として位置づけを見直している。
- 報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。
- 有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

病床の機能区分と目安となる入院料の例

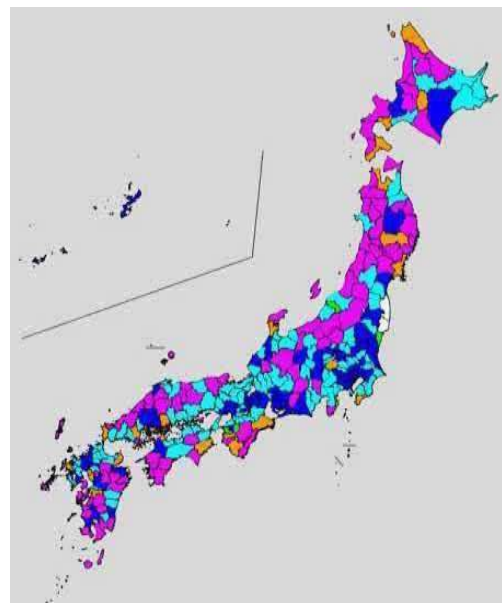
機能区分	機能の内容	目安となる入院料の例
高度急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	・ 救命救急入院料 ・ 特定集中治療室管理料 ・ 小児特定集中治療室管理料 ・ 新生児特定集中治療室管理料 等
急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	・ 急性期病院A、B一般入院料 ・ 急性期一般入院料 1～6 ・ 小児入院医療管理料 1～3 等
包括期機能 ※回復期機能を見直し	・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ※新たに追加 ・ 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	・ 地域一般入院料 1～3 ・ 地域包括医療病棟入院料 ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 ・ 地域包括ケア病棟入院料 等
慢性期機能	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	・ 療養病棟入院料 1～2 ・ 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・ 特殊疾患病棟入院料 等

2040年頃に向けた医療の課題

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要

- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

＜＜入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）＞＞



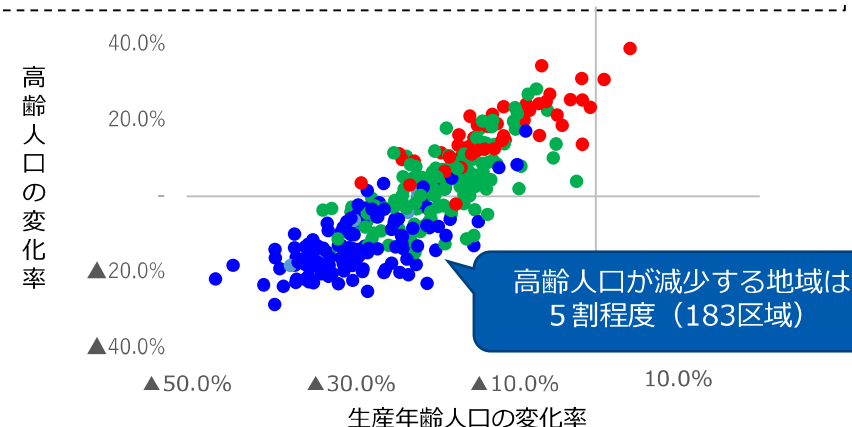
- ：2020年以前に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

＜＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）＞＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外



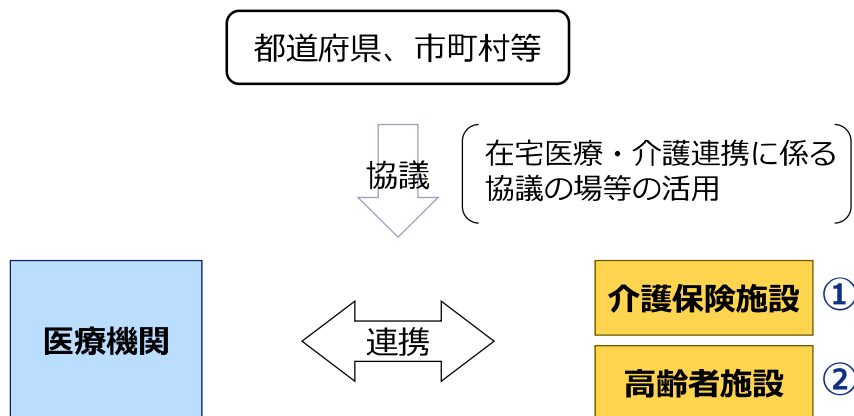
II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築

- ・ 高齢者の増加に伴い、退院後の受け皿として介護保険施設や居宅サービスを適切に活用できる体制を整備することが重要であり、医療機関と介護保険施設との間で役割や機能の理解を共有し、退院支援及び退院後の受入れに関する連携を進める必要がある。
- ・ また、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者施設入所者について、状態変化が生じた際に必要な医療を速やかに受けることができる体制を確保することが重要。



①医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組

- 医療機関へ入院した患者について、状態に応じて適切な時期に退院し、その後の療養や生活の場に円滑に移行できるよう、入院患者の退院先として介護老人保険施設、介護医療院、特別養護老人ホームを活用していくことについて、認識を共有し、連携を推進。

【協議事項の例】

- ・ 介護保険施設における医療提供やリハビリテーション等の機能についての理解促進
- ・ 入院中の患者の状態像、介護保険施設での受入可能な状態の整理、共有
- ・ 退院調整に係るタイムスケジュール、情報連携の内容の共有
- ・ 医療機関と介護保険施設のマッチング等（協力医療機関）

②高齢者施設入所者が適切な医療を受けることができる体制の構築

- 医療と介護の双方のニーズを有する高齢者施設入所者について、日常的な健康管理、状態変化時に必要な介入を適時・適切に行い、重症化を未然に防ぐ観点から連携を推進。

【協議事項の例】

- ・ 高齢者施設における協力医療機関の確保
- ・ 利用者の状態変化時における相談、受診及び搬送ルールの整理
- ・ 平時からの診療情報、服薬情報、介護の留意点等の共有
- ・ 状態悪化等による入院後の再入所に係る運用

増加する高齢者医療の対応に係る医療と介護の連携

- プライマリーケアの現場で適切にマネジメントすることで入院を防ぐことができる可能性のある状態はACSC（Ambulatory Care-Sensitive Conditions）と整理され、病院搬送や入院の削減に対する研究が国内外で複数示されている。^{※1,2,3}
- ACSCを対象とした取組として、外来受診に係る基準を事前に定め、病院と診療所、介護施設の医師等が共有・連携することで、入院の回避等に努める事例もある。

※1 高齢者ケア施設から急性期病院への回避可能な搬送や入院を削減する看護師主導の介入： スコーピングレビュー（大河原敬文他）日本在宅救急医学会誌2020,4,79-89
 ※2 Connolly MJ, Broad JB, Boyd M, et al : The 'Big Five'. Hypothesis generation : a multidisciplinary intervention package reduces disease-specific hospitalisations from long-term care : a post hoc analysis of the ARCHUS cluster-randomised controlled trial. Age Ageing 2016 : 45 : 415-420.
 ※3 Koda, M. et al. (2024). Nurse Practitioner Placement in A Nursing Home in Japan, The Journal for Nurse Practitioners, 20(1),104835.

■ 済生会熊本病院の取組

- 日本心不全学会の定義に従い、BNP値35pg/mL以上 or NT-proBNP値125pg/mL以上の場合、躊躇なく済生会熊本病院の外来に紹介。
- 診療所や介護施設の医師と共有、協力することで、多くは外来治療で軽快し、入院を回避。入院となっても短期治療で退院が可能。例えば、特別養護老人ホームの場合は短期で再入所が可能。**

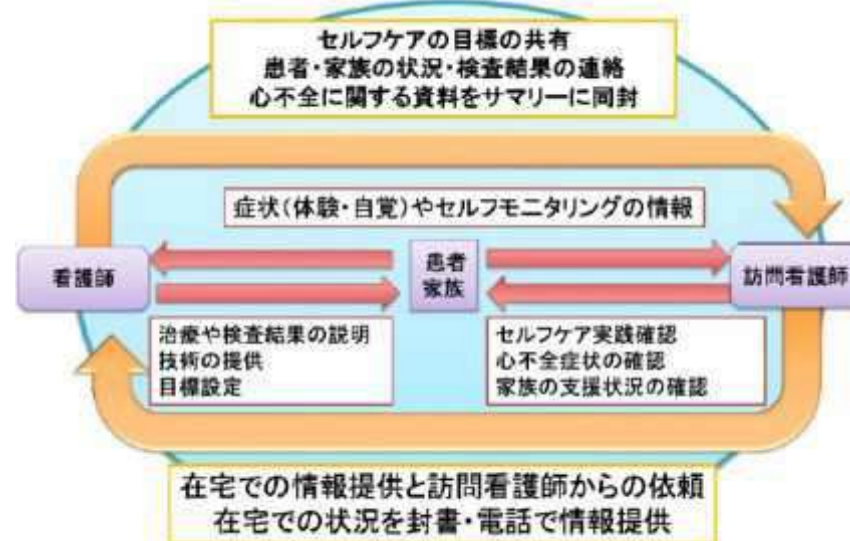
図表5 済生会熊本病院を中核としたアライアンスの概要

- 入院患者数の転院先の半数を締める8病院とアライアンスを形成
- アライアンスが地域の他の医療・介護施設と連携して、継続的な医療・介護サービスを提供する体制を確立

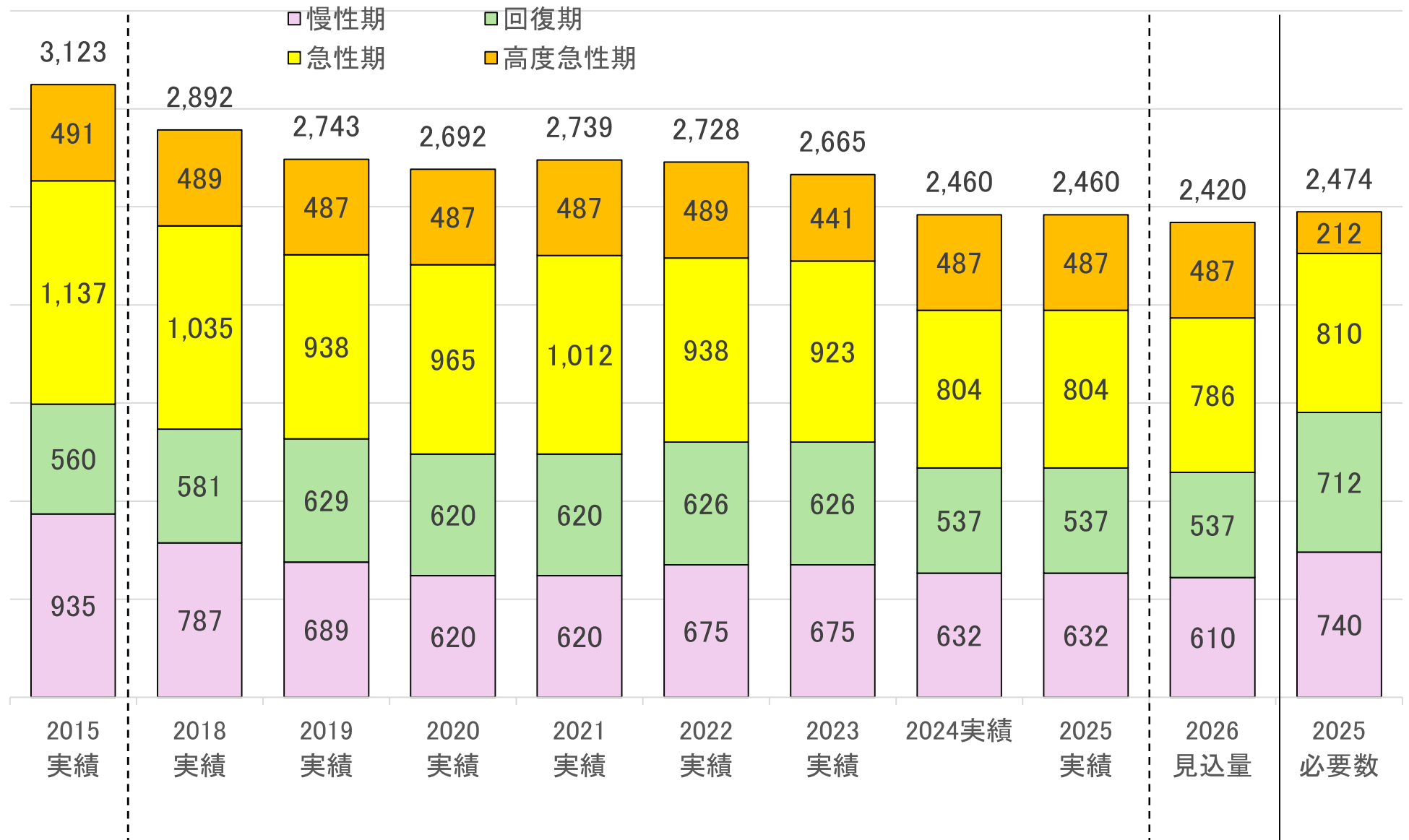


図表6 看看連携による在宅心不全患者の支援

- セルフケアのための教育を、病棟と施設、在宅で、継続的かつ一貫性をもって行う必要がある
- そのため、病院と施設等の看護職間の連携とそれを効果的に行うための共同研修を実施



協議にあたって基本となるデータ①～病床数の状況



協議にあたって基本となるデータ② ～診療状況

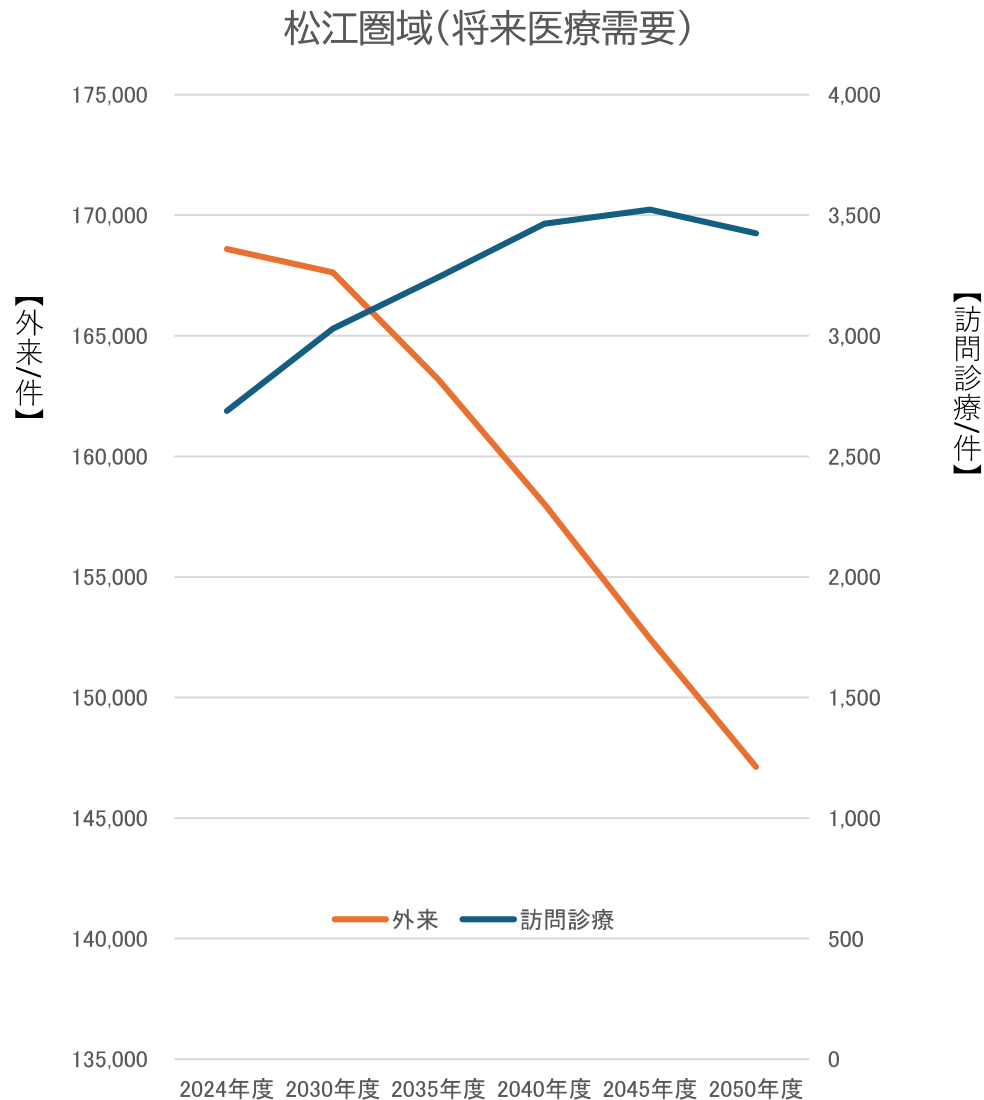
[illegible]

協議にあたって基本となるデータ② ～診療状況

	平均在棟日数				新規入棟患者							
	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	高度急性期		急性期		回復期		慢性期	
松江赤十字病院	11	9	－	－	7,891	47.9	8,594	52.1	－		－	
松江市立病院	11	19	－	－	6,397	77.4	1,873	22.6	－		－	
総合病院松江生協病院	12	16	38	59	589	12.1	2,772	57.2	1,099	22.7	390	8.0
松江記念病院	－	－	31	121			－		590	82.2	128	17.8
松江医療センター	－	－	26	169			－		530	53.2	466	46.8
玉造病院	－	27	31	－			1,232	52.5	1,113	47.5	－	
鹿島病院	－	－	75	1,070			－		508	96.9	16	3.1
東部島根医療福祉センター	－	－	－	579			－		－		55	100.0
安来市立病院	－	18	30	140			760	54.4	543	38.9	94	6.7
安来第一病院	－	43	81	218			691	70.6	219	22.4	69	7.0
平均	11.2	22.0	44.7	336.6								

協議にあたって基本となるデータ③

①将来の在宅(訪問診療)需要推計



②患者の流入

【流入】 ※自区域の医療機関入院者が居住する区域の構成比

流入	+10.4%		
	高度急性期・急性期	包括期	慢性期
松江	89.6%	90.4%	78.5%
雲南	2.7%	2.7%	5.0%
隠岐	3.4%	2.0%	1.4%
出雲	1.3%	1.8%	6.8%
西部		1.1%	3.5%
大田		0.9%	1.1%

【流出】 ※自区域居住者が入院した構想区域の構成比

流出	▲18.4%		
	高度急性期・急性期	包括期	慢性期
松江	81.6%	87.6%	94.8%
出雲	5.1%	1.9%	2.7%
西部	11.4%	9.3%	1.1%

「医療と介護の連携強化」について～主の意見

【資料6】

①医療と介護の相互理解

- 慢性期の医療需要に対応する医療・介護の一体的な提供体制の確保。
- 介護保険施設と協力医療機関の連携強化。
連携が効果的に機能しているかを把握した上での、課題解決に向けた検討・支援。
- 在宅や介護保険施設等へ移行する際より早期に連携を図る場設定や情報共有可能な仕組み
- 退院後の再入所について入院期間により施設の負担も大きくなるため、相互理解が必要。
- 高齢者のみ世帯も多く遠方の病院への転院が難しい場合、老健や特養へ調整する場合に手続きが円滑に進まないこともある。
- 精神疾患を有していると高齢者施設での受入れが難しい場合もある。
- 施設も人員不足があり、嘱託医や看護師等に相談するタイミングが遅れると、病院へ搬送する判断も遅くなり、統括的に考えていく必要がある。

②医療と介護双方のニーズがある高齢者増加に伴う支援

- 重症化予防の取組み。
- 介護施設では医療にかかる対応力に差があるため、施設側の対応力向上も必要。
- 介護施設において差はあるが、今後地域の中で高齢者をどう看取るか、介護施設側に求める役割を整理し、機能や役割を果たすための支援。
- 独居や身寄りがない高齢者、高齢夫婦世帯が増加する中、医療・介護だけでは解決できない生活や身元保証等の複雑な課題に対し、年齢や障がい・困窮等の属性問わず、医療・介護・行政が一体となった『包括的相談・調整窓口』の強化など、支援機関が連携できる体制強化

③ICTの活用/人材確保

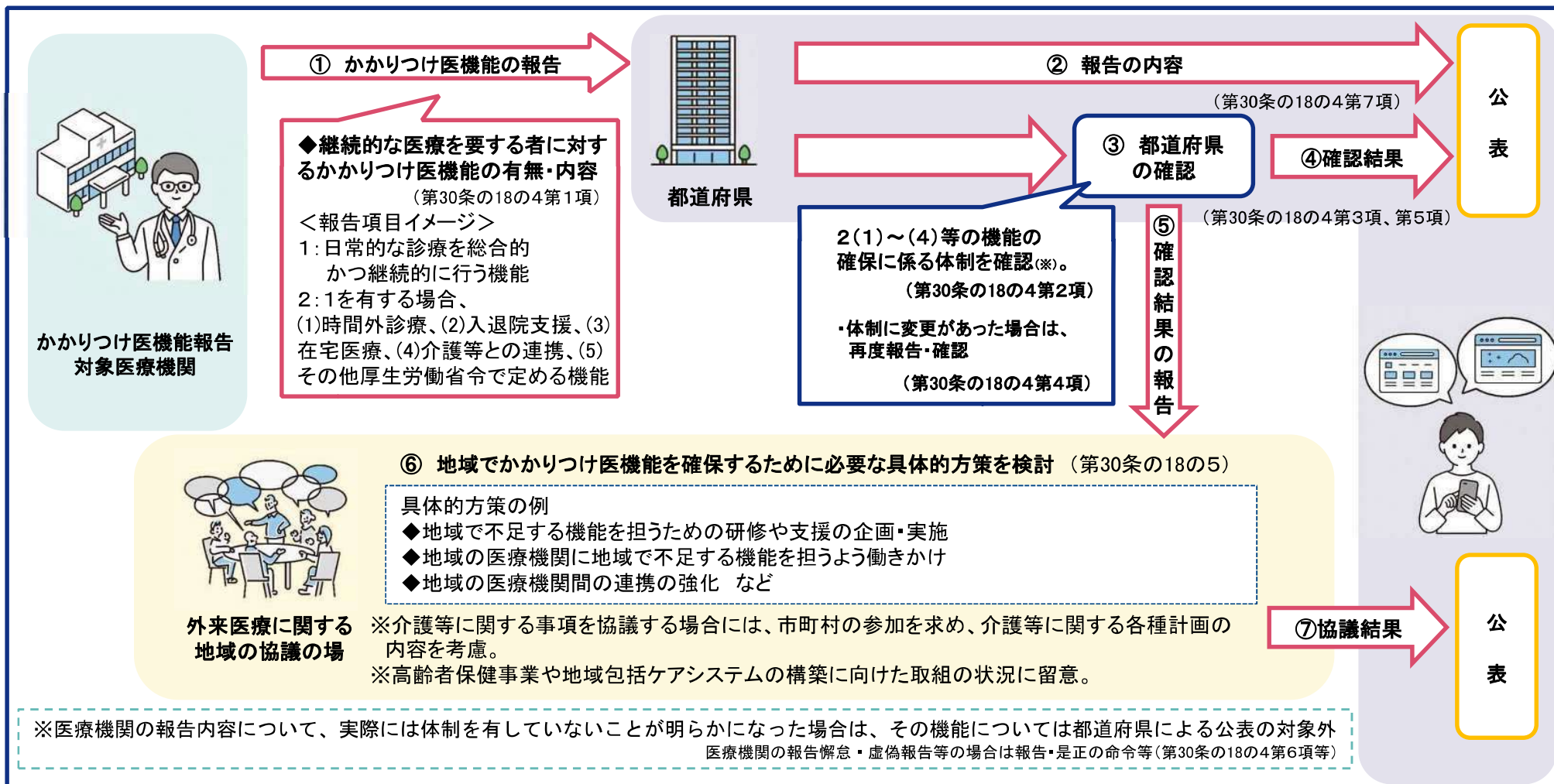
- 「まめネット」や「トリラポ」を活用しつつICT連携を図っているが、セキュリティの問題や病院側が開示する情報により連携先医療機関の利点が異なる。「まめネット」は未加入の開業医も多く、システム導入には予算的な問題もあり、どこまで浸透するか含め効果的な連携が必要。
- ICT化により業務を効率的に行うよう環境整備し、ケアマネージャー等スタッフの負担軽減を図ることも重要
- 医療・介護の双方の人員確保。
- 要介護者の増加が見込まれ、対応可能な医療・介護従事者が限られる中で対応する優先順位の検討・整理（再入所を見据えた対応が現実的に可能かどうかも含めて）。

④切れ目のない療養支援、転院等療養先変更

- 三次救急医療機関から療養先変更する際、受入先病院で対応可能な病状の確認、家族への説明、再度病状悪化時の三次救急医療機関での受入可能な体制が必要。
- 急性期病院から直接の転院搬送だと開業医との連携が希薄になるため、一旦退院後に開業医や訪問看護からの紹介で入院受入れに対応。
- 三次救急医療機関で診察と薬処方みの患者も多く、紹介と逆紹介の効果的な運用。
- 医療と介護が必要な患者が冬季を中心に増えることが問題であり、重症例でなければ肺炎も入院せず在宅で経過をみれる人もあり、開業医との更なる連携が重要。

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確保の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。



かかりつけ医機能報告制度の目的

- かかりつけ医機能報告は、医療機能情報提供制度の刷新と相まって、地域において必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者にとって医療サービスの向上につなげることを目指すものである。
- その上で、本制度は、一部の医療機関を優良なものとして認定したり、患者の受療行動に制限を加えるといったものではなく、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、国民・患者がそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、地域の実情に応じて、各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の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保することが目的であることに留意が必要である。
- 複数の慢性疾患や医療・介護の複合ニーズ等を抱える高齢者が増加する一方、医療従事者確保の制約が大きくなる中で、多くの医療機関が参画して、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することが重要であり、各医療機関からの報告を受けて、地域の協議の場において地域の医療関係者等が協議を行い、地域で不足する機能を確保する方策（プライマリケア研修や在宅医療研修等の充実、夜間・休日対応の調整、在宅患者の24時間対応の調整、後方支援病床の確保、地域の退院ルール等の調整、地域医療連携推進法人制度の活用等）を検討・実施していくことが特に重要である。

令和 7 年度かかりつけ医機能報告 集計結果 （※R8.1.1時点）

1. 報告医療機関について

(1) 全体

	対象医療機関		報告医療機関			
	総数	うち保健医療機関	総数	(提出率)	うち保健医療機関	(提出率)
病院	13	13	13	100.0%	13	100.0%
診療所	255	198	215	84.3%	165	83.3%
計	268	211	228	85.1%	178	84.4%

未報告	40
内科系	14
精神科	7
小児科	4
眼科	3
婦人科	2
皮膚科	2
整形外科	1
休止中	3
健診機関	2
施設内診療所	1
実態なし	1

33機関

報告対象医療機関には、特養の医務室や保健所など、保険医療機関以外にも含まれる。
保険医療機関以外は該当なしで一括登録をされているが、これらは、地域の協議には不要のため、集計から除外しておく。



※施設内診療所（医務室等）、保健所、健診機関、美容クリニック（自費）、休止中診療所、実態なし医療機関

(2) 市ごとの集計

		対象医療機関		報告医療機関			
		総数	うち保健医療機関	総数	(提出率)	うち保健医療機関	(提出率)
松江市	病院	11	11	11	100.0%	11	100.0%
	診療所	225	175	189	84.0%	146	83.4%
	計	236	186	200	84.7%	157	84.4%
安来市	病院	2	2	2	100.0%	2	100.0%
	診療所	30	23	26	86.7%	19	82.6%
	計	32	25	28	87.5%	21	84.0%
総計		268	211	228	85.1%	178	84.4%

報告医療機関178のうち、1号機能の回答内訳

1号機能	あり	127	なし	51
------	----	-----	----	----

揭示	あり	5
	なし（意向あり）	15
	なし（意向なし）	31

一時診療 対応	該当あり	36
	該当なし	15

患者相談	可能	28
	不可（意向あり）	5
	不可（意向なし）	18

※全て「なし（不可）」の医療機関件数＝11件

医療法人 古沢整形外科医院	かもと整形外科クリニック
医療法人 嶋本医院	
とみさわクリニック	
レディースメンタルクリニック一粒の麦	
社会福祉法人つわぶき	つわぶきクリニックやましろ
つわぶきクリニック	
石田内科小児科医院	
嘉戸小児科医院	
市岡眼科	
漢方女性クリニック・m i o	
かじたに整形外科医院	