

令和5年度第2回 南加賀医療圏 地域医療構想調整会議

令和5年12月12日
石川県健康福祉部

0. これまでの振り返り

1. 入院医療の提供体制

- ①進捗状況の検証と今後の方針
- ②休棟への対応

2. 外来医療の提供体制

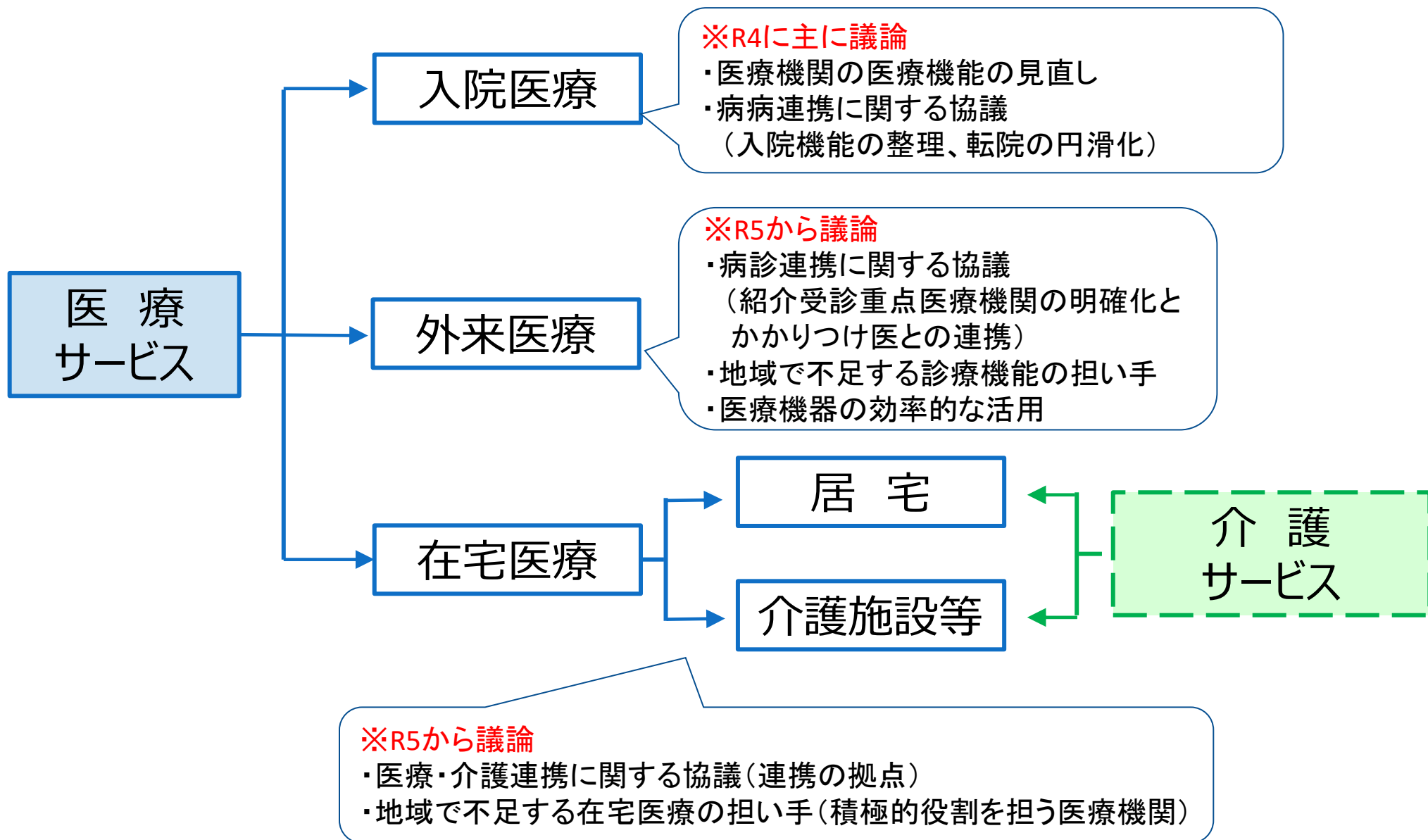
- ①外来医療体制の現状
- ②今後の方針

3. 在宅医療の提供体制

- ①在宅医療体制の現状
- ②在宅医療に必要な体制の構築
- ③今後の方向性

0. これまでの振り返り

0. これまでの振り返り（地域医療構想調整会議の協議内容の整理）



0. これまでの振り返り（南加賀医療圏）

【紹介受診重点医療機関について】

・紹介受診重点医療機関について「意向あり」とした2医療機関（小松市民病院、加賀市医療センター）については、紹介受診重点医療機関となることを確認した。

【在宅医療・介護連携について】

・医療機関と介護事業所の相互理解を進めるため、介護事業所の関係者にも調整会議に参加してもらう必要があるとの意見があった。

・一部の地域において「訪問診療が必要な患者に対応できていない状況にある」との意見があった。特に広い範囲を担当する医師の場合、移動時間が長く、訪問診療の効率が悪くなるため、空白エリアの新規参入が必要との意見があった。

・在宅医療を必要としている人がどれくらいいるのか、需要を分析して欲しいとの意見があった。

・医療機関系列の介護施設はACP※をきちんとおこなわれているが、それ以外の介護施設では、まだ浸透していないので、県が行政監査などで施設を訪問した際などに啓発して欲しいとの意見があった。

※アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)の略であり、患者の人生の最終段階における医療・療養について話し合い、共有する場

0. これまでの振り返り（スケジュール※）

※開催時期、回数については、今後変更になる可能性があります。

時期	会議	内容(予定)
7月	各医療圏地域医療構想調整会議（第1回） （南加賀、石川中央、能登中部、能登北部）	①紹介受診重点医療機関の選定（R5） ②在宅医療に必要な連携を担う拠点 ③その他（個別医療機関の機能見直し・連携協議）
9月	地域医療構想部会（第1回） （県単位）	①入院：進捗状況の検証、非稼働病棟等の対応 ②外来：医療計画見直し（外来医療の方向性、現状分析等） ③在宅：現状分析、連携協議等
12月	各医療圏地域医療構想調整会議（第2回） （南加賀、石川中央、能登中部、能登北部）	①入院：進捗状況の検証・今後の方針、非稼働病棟の対応 ②外来：現状と今後の方向性 ③在宅：現状と今後の方向性
	地域医療構想部会（第2回） （県単位）	①医療計画（計画案の取りまとめ） ②その他（個別医療機関の機能見直し・連携協議）
3月	各医療圏地域医療構想調整会議（第3回）※書面予定 （南加賀、石川中央、能登中部、能登北部）	・紹介受診重点医療機関の選定（R6）

1. 入院医療の提供体制について

- ①進捗状況の検証と今後の方針
- ②休棟への対応
- ③個別医療機関の医療機能の見直し

1. 入院医療の提供体制について（国通知）

「地域医療構想の進め方について」（抄）

（令和5年3月31日付け医政発0331第1号 各都道府県知事あて 厚生労働省医政局長通知）

都道府県における地域医療構想の実現に向けたPDCAの取組

（1）（略）

（2）地域医療構想の進捗状況の検証

地域医療構想の進捗状況を検証し、病床機能報告に基づく**病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域においては、当該構想区域の地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行い、その結果を公表**するとともに、当該会議の意見を踏まえ、以下**（3）に示すとおり必要な対応を行う**こと。

「データの特性だけでは説明できない差異が生じている」とは、病床機能報告に基づく地域の医療機能に過剰又は不足が生じている場合において、病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異や、地域の実情に応じた定量的基準の導入により当該過剰又は不足について説明ができる場合を除き、これに該当するものとする。なお、人員・施設整備等のやむを得ない事情により、2025年までに医療機能の再編の取組が完了しない場合においては、完了できない事情やその後の見通しについて具体的な説明を行うことが必要である。

（3）進捗状況の検証を踏まえて講ずるべき必要な対応について

①**非稼働病棟等への対応**

非稼働病棟に対しては、平成30年通知の1（1）イに基づく対応（**調整会議へ出席し、非稼働の理由、今後の運用見直しの説明**）を行うこと。

その際、非稼働病棟を**再稼働しようとする医療機関の計画については、2025年が間近に迫っていることを鑑み、当該病棟の再稼働のための医療従事者の確保の具体的な見込み等も含めて地域医療構想調整会議において詳細な説明を求め、十分に議論すること。**

②**構想区域全体の2025年の医療提供体制の検討について**

地域医療構想調整会議において生じている際の要因の分析及び評価を行った結果、**①の対応のみによっては、生じている差異への対応が不十分であると認められる場合には、**構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議を行い、その協議を踏まえて2025年の各医療機関の役割分担の方向性等について議論し、**当該構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するための年度毎の工程表を策定し、公表すること。**

1. 入院医療の提供体制について（①進捗状況の検証：データ特性による差異）

- ・「将来の病床数の必要量」は、レセプトデータを基に算定された客観的（定量的）な区分に対して、「病床機能報告」は各医療機関の自主的（定性的）な区分に基づく報告のため、将来の病床数の必要量において回復期相当の病床について、病床機能報告上、急性期として計上される等の**データ特性による差異が生じる**
- ・国通知（R5.3.31）にある進捗状況の検証を行うため、病床機能報告について、**定量的な基準により区分し**、「急性期」として報告されている病床のうち「回復期」相当の病床を明らかにする

病床機能報告 (定性的な報告)	本県において整理した 医療機能との関係イメージ	将来の病床数の必要量 (定量的データに基づく推計)
高度急性期	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> ① 専門医療 ・悪性腫瘍 ・難病等 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> ② 重症急性期 ・心筋梗塞 ・脳卒中 ・交通外傷等 </div> </div>	高度急性期 (3000点以上)※
急性期		急性期 (600点以上)※
回復期	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> ④ ポストアキュート ・急性期後の在宅復帰支援 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> ③ 軽症・中等症急性期 <small>救急・手術、在宅の後方支援</small> </div> </div>	回復期 (175点以上)※
慢性期	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ⑤ 回復期リハビリテーション </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ⑥-1 長期療養（難病、障がい者等） </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ⑥-2 "（高齢者等） </div>	慢性期 (175点未満)※

定量的基準により区分

データ特性による差

※医療資源投入量：1日当たりの診療報酬の出来高点数（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く）

1. 入院医療の提供体制について（①進捗状況の検証：定量的基準）

<目的>

・「病床機能報告」における「**回復期**」相当の病床を定量的基準で区分し、**データ**の特性による差異を減らした上で「将来の病床数の必要量」と比較・検証する

<位置づけ>

・現行の病床機能報告において、制度が医療機関の自主的な判断を認めており、**定量的基準による報告を義務付けることは予定していない**（今後も各病院において自主的に病床機能を選択いただく）
・定量的基準であっても実態を示すことに一定の限界があることから、あくまでも指標の1つであり、**地域医療構想の必要病床数と比較する際の「目安」とする**

<基準策定の考え方>

・主に算定入院料から機能を区分

<定量的基準>

高度急性期：救命救急、ICU、HCU、SCU、PICU、NICU、NFICU、GCU、小児入院医療管理料1、
「急性期一般1～2、特定機能7：1」の一部※

急性期：小児入院医療管理料2,3、「急性期一般1～2・特定機能7：1」の一部※

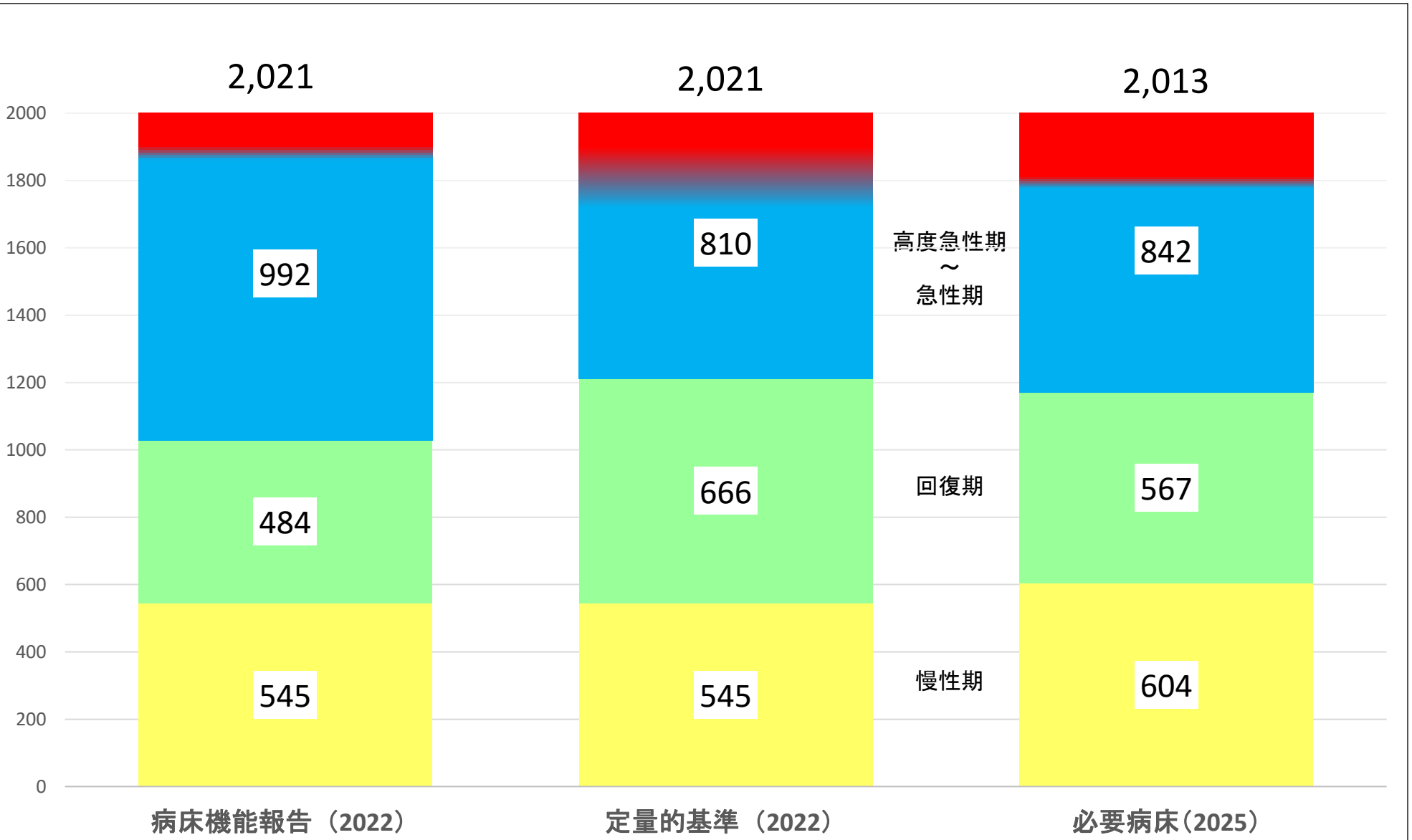
回復期：急性期一般入院料4～6、地域一般入院料、小児入院医療管理料4, 5、
回復期リハ入院料、地域包括ケア入院料、緩和ケア入院料、特定一般病棟入院料

慢性期：一般病棟特別入院基本料、療養病棟入院料、障害者施設等入院基本料、
特殊疾患病棟入院料

※「急性期一般1～2」「特定機能7：1」入院基本料を算定する病棟については、高度急性期と急性期の区分は行わない

1. 入院医療の提供体制について（①進捗状況の検証：定量的基準）

- ・定量的基準に基づく2022年時点の病床数は、概ね2025年の必要病床数と同一となっている
- ・これまでの議論では、概ね病床機能の分化・連携が進んでいるとの意見



1. 入院医療の提供体制について（②非稼働病棟等への対応）

「地域医療構想の進め方について」（抄）

（平成30年2月7日付け医政発0207第1号 各都道府県知事あて 厚生労働省医政局地域医療課長通知）

病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

（ア）全ての医療機関に関すること

都道府県は、病床機能報告の結果等から、**病床が全て稼働していない病棟（過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟をいう。以下同じ。）**を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、**地域医療構想調整会議へ出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めること。**ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、対応を求めなくてもよい。

なお、病床過剰地域において、**上述の説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、**都道府県は、速やかに、医療法第7条の2第3項又は第30条の12第1項に基づき、**都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働の病床数の範囲内で、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。**また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の12第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第7条の2第7項又は同法第30条の12第3項に基づき、**その旨を公表すること。**

（イ）留意事項

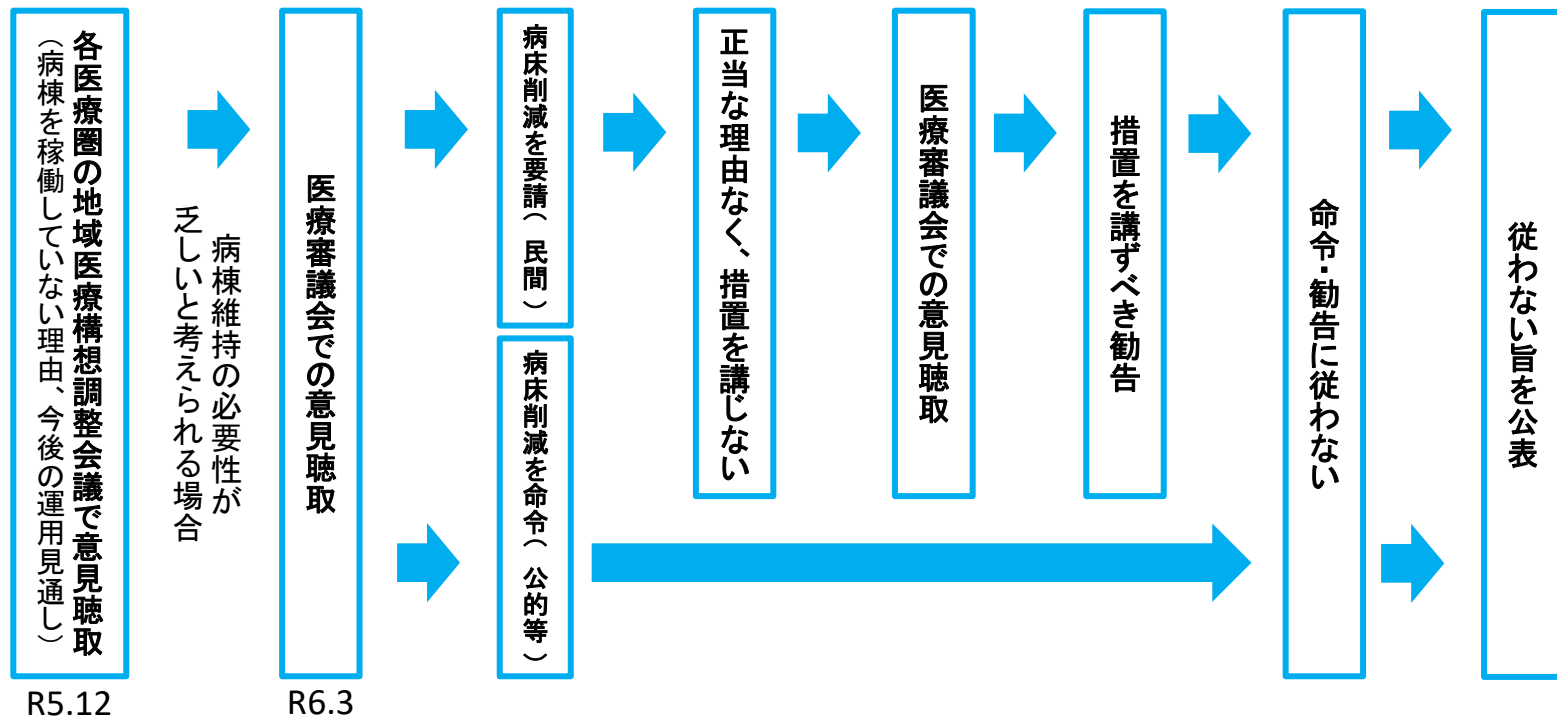
都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

1. 入院医療の提供体制について（②非稼働病棟等への対応）

【非稼働病棟を有する医療機関への方針】 厚生労働省通知に基づく対応

対 象：令和3及び令和4年度の病床機能報告において、連続して「休棟」と報告している病棟を有する病院
ただし、新型コロナウイルス感染症の対応のための病棟は除く

- 対 応：
- （1）対象となる病院に対して、各医療圏の地域医療構想調整会議への出席を求め、「病棟を稼働していない理由」「今後の運用見通しに関する計画」について説明を求める
 - （2）地域医療構想調整会議での協議の結果、病棟維持の必要性が乏しいとされた場合、医療審議会の意見を聴いた上で、対象病院に対して非稼働病棟の病床削減を命令又は要請
 - （3）要請を受けた病院が正当な理由なく、病床を削減しない場合、医療審議会の意見を聴いた上で、対象病院に対して非稼働病棟の病床削減を勧告
 - （4）命令・勧告に従わない場合は、その旨を公表



1. 入院医療の提供体制について

(1) 今後の方向性について (スライド` p 11)

2025年に向けて、概ね病床機能の分化・連携が進んでいると評価してよいか、ご意見いただきたい

(2) 非稼働病棟等への対応について

- ・非稼働病棟を有する医療機関について、地域の医療提供体制を踏まえ「病棟維持の必要性の有無」について、ご意見いただきたい【協議】

【「協議」の対象医療機関】

久藤総合病院

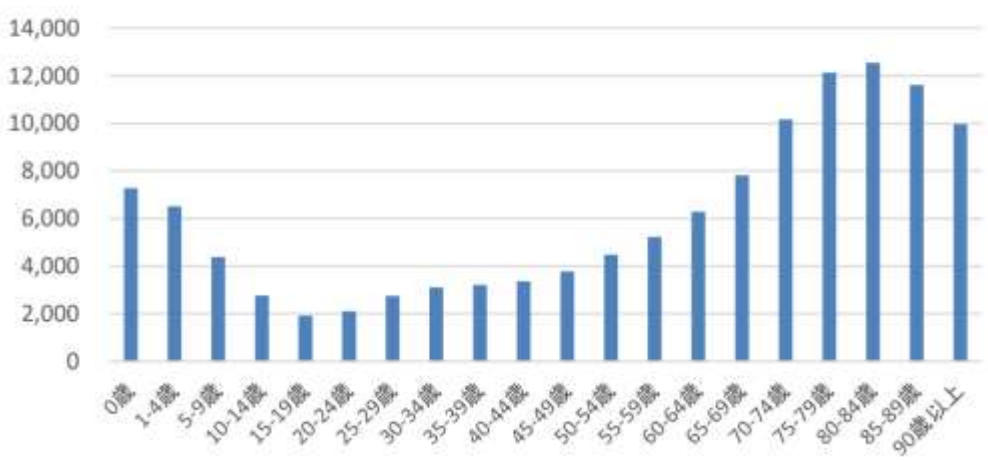
2. 外来医療の提供体制

- ①外来医療体制の現状
- ②今後の方針

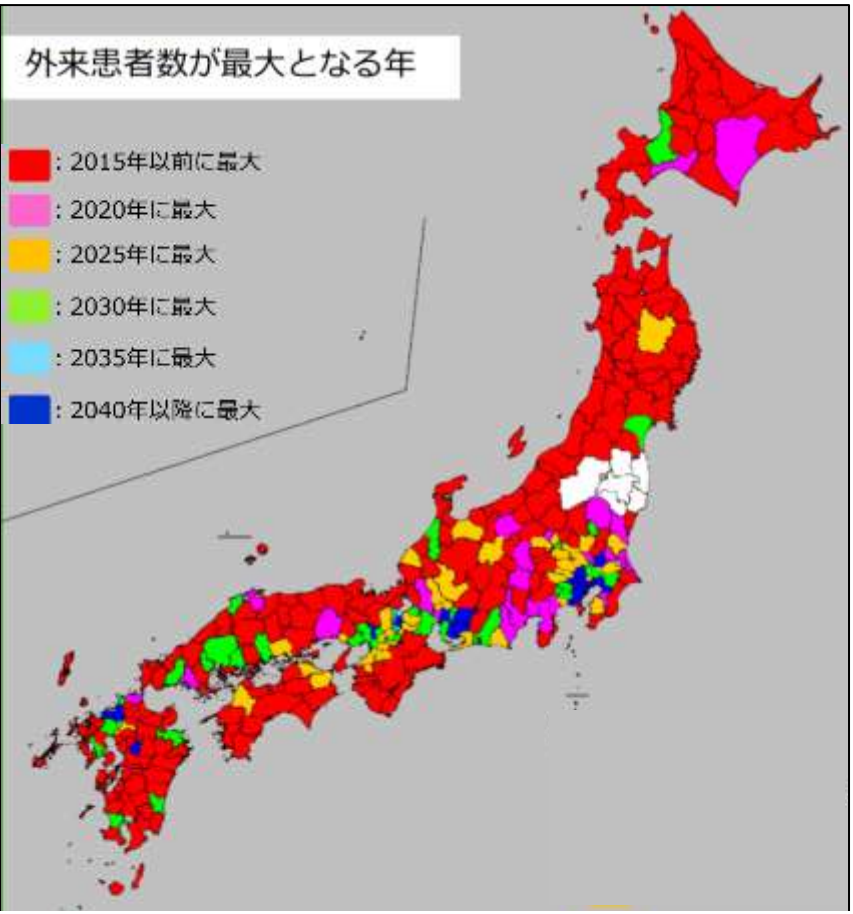
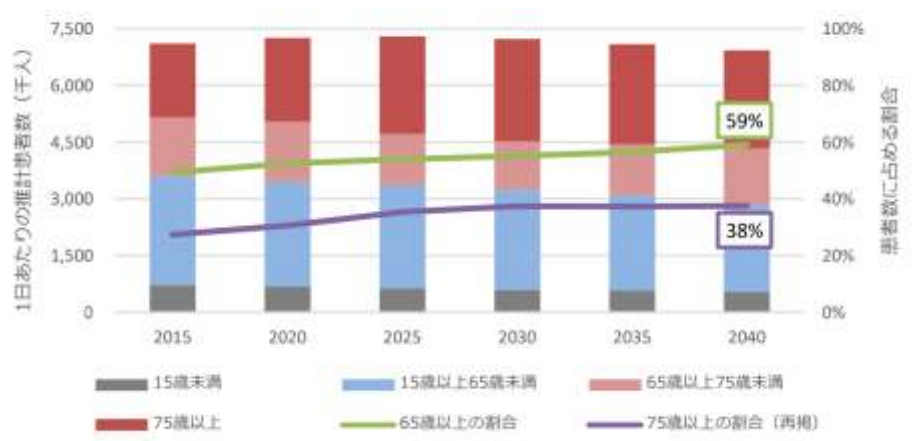
2. 外来医療の提供体制について（外来医療体制の現状：外来患者数の需要予測）

- ・外来患者のうち、65歳以上が占める割合の推計は59%とされている
- ・外来患者数は、南加賀、能登中部、能登北部において2015年に最大となっており、石川中央は2030年に最大となることが予測されている

外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」
 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30（2018）年推計）」
 ※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。
 ※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

2. 外来医療の提供体制について (外来医療体制の現状：性・年齢階級別の診療所医師数)

- ・診療所医師の総数は、H28に比べて、やや増加しており、性別では、「男性」は減少、「女性」は増加
- ・年齢階級別では、「55～59歳」が大きく減少し、「65～69歳」、「70～74歳」が増加
- ・「男性」の診療所医師のうち、約半数が「65歳以上」

○性・年齢階級別の診療所医師数の変化

	総数			男			女		
	H28	R2	差	H28	R2	差	H28	R2	差
25-29	1	1	0		1	1	1	0	▲1
30-34	7	4	▲3	3	3	0	4	1	▲3
35-39	21	25	4	7	10	3	14	15	1
40-44	54	50	▲4	35	30	▲5	19	20	1
45-49	75	77	2	59	54	▲5	16	23	7
50-54	89	97	8	82	78	▲4	7	19	12
55-59	146	91	▲55	121	77	▲44	25	14	▲11
60-64	153	153	0	139	133	▲6	14	20	6
65-69	118	139	21	112	129	17	6	10	4
70-74	70	105	35	69	100	31	1	5	4
75-79	57	53	▲4	53	50	▲3	4	3	▲1
80歳以上	47	58	11	45	57	12	2	1	▲1
総数	838	853	15	725	722	▲3	113	131	18

(出典)「医師届出調査」(厚生労働省)

2. 外来医療の提供体制について（二次医療圏別・性・年齢階級別の診療所医師数）

- ・全医療圏において、「60～74歳」の医師が多く、全体の半数程度を占めている
- ・H28に比べて診療所医師の年齢層が高くなっている

○二次医療圏別・年齢階級別の診療所医師数（R2）

	南加賀		石川中央		能登中部		能登北部		石川県	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
25-29歳	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	1	0%
30-34歳	1	1%	3	1%	0	0%	0	0%	4	0%
35-39歳	0	0%	23	4%	1	1%	1	3%	25	3%
40-44歳	10	7%	37	6%	2	3%	1	3%	50	6%
45-49歳	9	6%	59	10%	7	10%	2	6%	77	9%
50-54歳	18	12%	66	11%	11	15%	2	6%	97	11%
55-59歳	19	12%	63	11%	6	8%	3	8%	91	11%
60-64歳	29	19%	96	16%	15	21%	13	36%	153	18%
65-69歳	26	17%	92	16%	14	19%	7	19%	139	16%
70-74歳	18	12%	76	13%	8	11%	3	8%	105	12%
75-79歳	10	7%	38	6%	3	4%	2	6%	53	6%
80歳以上	13	8%	39	7%	5	7%	1	3%	58	7%
総数	153		592		72		36		853	

（参考）

石川県(H28)	
(人)	(%)
1	0%
7	1%
21	3%
54	6%
75	9%
89	11%
146	17%
153	18%
118	14%
70	8%
57	7%
47	6%
838	

（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査(令和2年12月31日現在)

2. 外来医療の提供体制について（外来医療体制の現状：診療所数の推移）

・H30と比較して多くの診療科で診療所数が減少しており、特に外科系、小児科系を標榜する診療所が大きく減少

○診療科別の診療所数（日本医師会 地域医療情報システム）注：複数診療科を標榜している場合、それぞれの診療科にカウント

	内科系診療所			外科系診療所			小児科系診療所			産婦人科系診療所		
	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)
小松市	34	57.43	▲ 2	15	14.12	▲ 1	9	8.47	▲ 2	5	4.71	1
加賀市	29	45.87	▲ 1	12	18.98	▲ 3	8	12.65	▲ 1	2	3.16	0
能美市	18	37.10	1	8	16.49	0	7	14.43	0	0	0.00	0
川北町	1	16.30	0	0	0.00	0	0	0.00	0	1	16.30	0
南加賀	82	36.59	▲ 2	35	15.62	▲ 4	24	10.71	▲ 3	8	3.57	1
石川県	448	39.56	▲ 8	196	17.31	▲ 32	125	11.04	▲ 15	41	3.62	▲ 2

	皮膚系診療所			眼科系診療所			耳鼻咽喉科系診療所			精神科系診療所		
	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)	施設数 (R4)	人口10万人 当たり	増減 (H30比)
小松市	7	6.59	1	7	6.59	1	4	3.77	▲ 2	1	0.94	0
加賀市	1	1.58	0	4	6.33	▲ 1	3	4.75	▲ 1	1	1.58	0
能美市	1	2.06	0	1	2.06	0	1	2.06	0	2	4.12	1
川北町	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0	1	16.30	1
南加賀	9	4.02	1	12	5.35	0	8	3.57	▲ 3	5	2.23	2
石川県	70	6.18	5	63	5.56	▲ 5	37	3.27	▲ 4	36	3.18	4

2. 外来医療の提供体制について（外来医療体制の現状：診療所・病院の対応割合）

- 全ての医療圏において、人口あたりの「診療所数」は、全国平均に比べて少なく、「病院数」は全国平均に比べて多い
- 「診療所の外来対応割合」についても全国平均と比べて少なく、特に能登北部、能登中部の時間外の対応割合は低く、病院の割合が高くなっている

○人口10万人対医療機関数（R4）

	診療所	病院
能登北部	60.54	8.18
能登中部	50.85	8.47
石川中央	66.36	7.95
南加賀	57.57	8.03
石川県	62.69	8.04
（参考）全国	69.98	6.46

○診療所の外来患者対応割合（H29）

	診療所の外来患者 対応割合※	延べ患者数	時間外の外来患者 対応割合※	延べ患者数
能登北部	46.8%	300,671人	24.6%	3,558人
能登中部	58.0%	698,494人	40.0%	11,817人
石川中央	68.3%	5,922,595人	75.9%	175,872人
南加賀	66.4%	1,616,713人	75.7%	60,734人
石川県	65.8%	8,538,473人	70.8%	251,981人
（参考）全国	75.5%	—	85.0%	—

出典：NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)の平成29年4月から30年3月までの診療分データ(12か月)に基づき抽出・集計したもの

※診療所外来患者対応割合 = (当該地域内の診療所の外来患者延数) ÷ (当該地域内の診療所の外来患者延数 + 当該地域内の病院の外来患者延数)

時間外等外来患者数 = 時間外等加算(時間外、夜間、休日、深夜)の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算

2. 外来医療の提供体制について（外来医療体制の現状：病院の時間外の状況）

能登北部
能登中部
南加賀

○病院における休日・夜間の外来患者数（一部抜粋）

医療圏	医療機関名	夜間・時間外		休 日		(参考) 救急車の受入 件数（年間）
		患者延べ数 （年間）	うち 入院患者数 （年間）	患者延べ数 （年間）	うち 入院患者数 （年間）	
能登北部	珠洲市総合病院	2,050	405	1,026	*	635
	市立輪島病院	1,608	257	1,159	*	870
	公立穴水総合病院	1,316	332	798	*	401
	公立宇出津総合病院	684	*	470	*	441
能登中部	公立能登総合病院	5,389	1,090	2,924	403	2,294
	恵寿総合病院	2,583	664	1,657	284	1,474
	公立羽咋病院	1,412	231	1,031	*	538
	町立宝達志水病院	368	*	355	*	241
	町立富来病院	*	*	396	*	*
南加賀	加賀市医療センター	3,881	931	2,364	406	2,702
	国民健康保険 小松市民病院	3,283	1,359	1,672	*	2,498
	やわたメディカルセンター	1,198	320	924	*	716
	芳珠記念病院	912	*	951	*	785
	森田病院	629	*	886	*	484
	能美市立病院	454	*	371	*	286

出典：R4外来機能報告

新型コロナウイルス感染症の影響について考慮が必要（対象期間：R3.4.1～R4.3.31）

*印：患者数が一定数以下の月があるため非公表

○郡市医師会アンケート結果①

医師会	地域で不足する診療科	
	診療科名	不足することで生じる課題
加賀市医師会	小児科	若手の小児科医の絶対数が少なく、高齢化している
小松市医師会	内科 小児科 精神科	内科：全国から比べると医療機関数が少なく、医師の高齢化も進んでおり、コロナなどパンデミックが起これると発熱外来、ワクチン接種などで通常診療が圧迫される 腫瘍内科：拠点病院での術前術後の化学療法専門スタッフが不足している。遺伝子検査やコンパニオン診断など、高度化しているなかで、マンパワー的に内科も外科もギリギリで、日頃の日常診療をしている中で、特化した診療科があると良い 内分泌代謝内科：特に開業医に糖尿病専門医がおらず、薬剤によっては開業医のみ出荷制限がかかっており、患者には不利益がでている 小児科：全国的に比し、圧倒的に小児科が不足しており、標榜している中での専門医も少ない。パンデミック時は小児の診療が追いつかず、内科を受診した患児も多かった。こども園の園医のなり手が不足している 精神科：基幹病院の精神科も大学が撤退し、精神科は1医療施設に限られ、紹介から診察までも時間がかかる
能美市医師会	耳鼻科 眼科 婦人科	—

○郡市医師会アンケート結果②

医師会	休日当番医、在宅医療、公衆衛生のうち 地域で不足する機能			在宅医療の 潜在需要		廃止見込みの 診療所	
	不足機能	不足することで生じる課題	会議で の 調整	把握の 有無	断る 理由	把握の 有無	廃止による 影響
加賀市医師会	休日当番医 在宅医療 公衆衛生	すべてにおいて人材不足、なり手不足	不要	無	—	無	
小松市医師会	公衆衛生	学校医：小児科医の不足で特に園医の成り手が少ない。超高齢医師の掛け持ちが多く、突然のリタイアもありうる。開業医だけで学校医は担当しきれない印象 医師会から園医学校医を開業医に依頼するも断られるケースがある そもそも医師会からの指名が疑問視されている。	必要	有	在宅支援診療所などを紹介元が把握していない可能性がある。	有	
能美市医師会	無	—	—	無	—	無	

【現状と見込み】

- ・外来患者数は、減少局面にあるが、診療所医師の高齢化により、担い手不足が予想される
- ・夜間・休日における初期救急体制は、南加賀急病センター及び在宅当番医が担っている
- ・郡市医師会アンケートにおいて、学校医や産業医など公衆衛生の担い手不足を懸念する意見があった

【持続可能な外来医療提供体制の構築に向けた今後の対応（案）】

- ・診療所の廃止等により外来医療提供体制（診療科、初期救急、在宅医療、公衆衛生）の維持が困難となる問題を把握した場合、地域医療構想調整会議において、対応を協議
- ・地域医療構想調整会議において必要とされた場合、関係する医療機関に出席を求め、地域で不足する外来医療機能を担うよう要請
(これまでは外来医師多数区域（石川中央医療圏）の新規開業者に対してのみ要請)

2. 外来医療の提供体制について

今後の進め方について

- ・「持続可能な外来医療提供体制の構築に向けた今後の対応（案）（スライド p 24）」について不足する項目や修正が必要な項目がないかご意見いただきたい
- ・現在、各地域において外来医療提供体制（診療科、初期救急、在宅医療、公衆衛生）の維持が困難として協議が必要となる問題が発生しているか、また生じている場合、今後、地域医療構想調整会議において、どのような協議が必要かご意見いただきたい

3. 在宅医療の提供体制

①在宅医療体制の現状

②在宅医療に必要な体制の構築

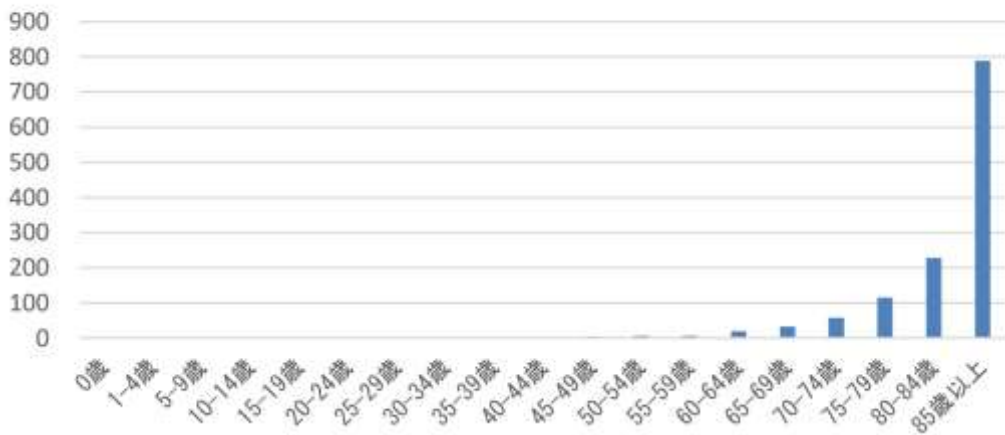
- ・在宅医療に必要な連携を行う拠点
- ・在宅医療に積極的役割を担う医療機関
- ・オンライン診療の活用

③今後の方向性

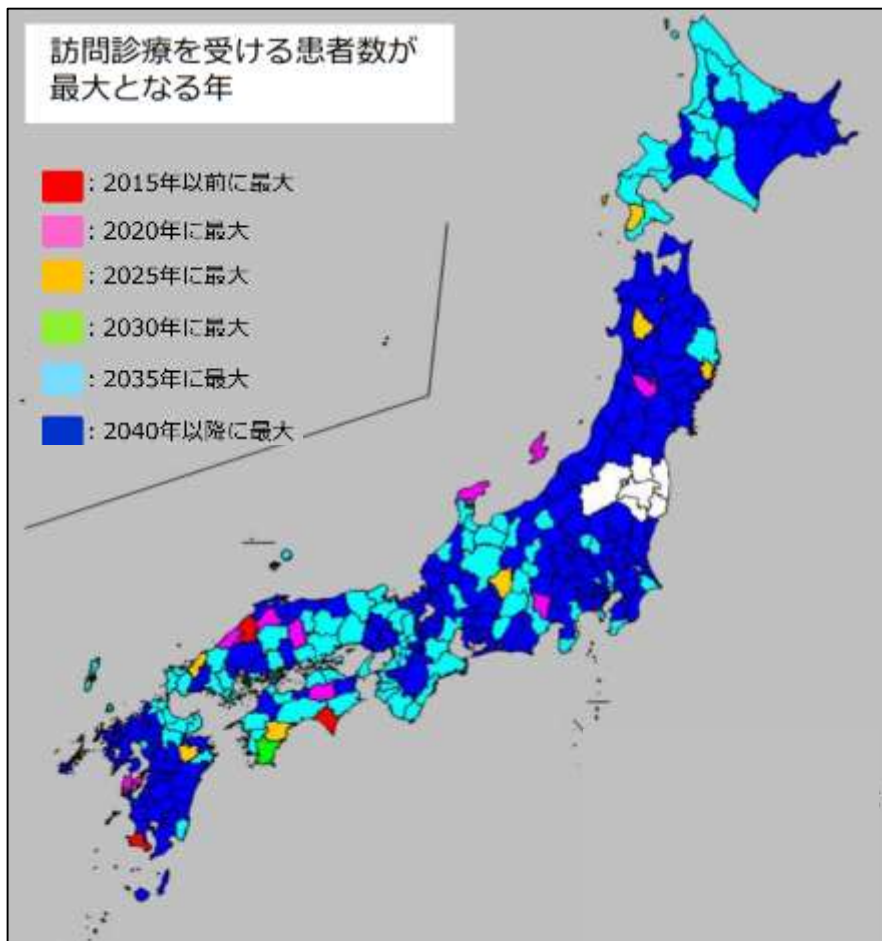
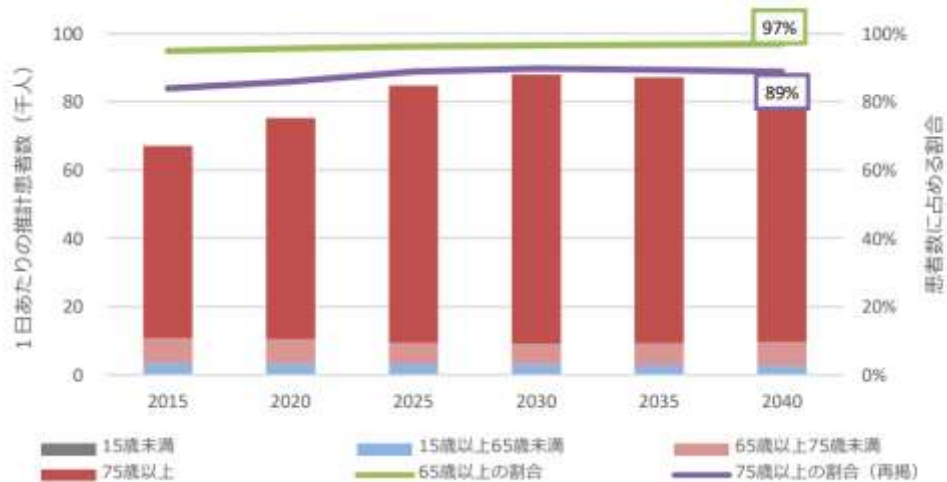
3. 在宅医療の提供体制（①在宅医療体制の現状：在宅医療の需要予測）

- ・訪問診療利用者のうち、75歳以上が占める割合は推計で89%とされている
- ・訪問診療を受ける患者数は、能登北部において2020年に最大となっており、南加賀、能登中部は2035年、石川中央は2040年以降に最大になると予測されている

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」
 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30（2018）年推計）」
 ※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に
 当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出

3. 在宅医療の提供体制（①在宅医療体制の現状：医療圏ごとの状況）

○訪問診療を行う医療機関数（R2年）

		訪問診療を行う医療機関		訪問診療を受けた患者		診療患者数別の医療機関数				診療の場所	
		施設数	人口10万人あたり	人数 (月平均)	人口10万人あたり	0～9人	10～19人	20～49人	50人以上	同一建物 居住者以外	同一建物 居住者
能登北部	輪島市	8	35.0	108.4	473.9	4	1	3	0	60.4%	39.6%
	珠洲市	4	33.0	49.2	405.7	2	1	1	0	40.7%	59.3%
	能登町	5	66.2	57.8	765.6	4	0	1	0	67.8%	32.2%
	穴水町	4	27.1	156.3	1,058.2	0	2	1	1	40.1%	59.9%
能登中部	七尾市	16	33.2	307.2	637.1	8	2	4	2	32.3%	67.7%
	羽咋市	8	40.9	122.5	626.2	5	1	2	0	63.9%	36.1%
	志賀町	4	22.5	28.8	162.2	3	0	1	0	34.4%	65.6%
	宝達志水町	3	25.9	76.2	657.8	1	0	2	0	38.5%	61.5%
	中能登町	3	18.7	74.3	463.9	2	0	0	1	65.7%	34.3%
石川中央	金沢市	111	24.1	3,808.5	828.3	61	10	20	20	37.3%	62.7%
	かほく市	12	34.2	162.9	463.6	5	5	2	0	31.4%	68.6%
	白山市	30	27.3	534.3	486.6	19	4	5	2	38.7%	61.3%
	野々市市	16	27.6	699.4	1,208.4	5	5	2	4	26.5%	73.5%
	津幡町	8	21.6	39.9	108.0	6	2	0	0	72.7%	27.3%
	内灘町	6	22.8	131.0	498.3	3	1	1	1	42.7%	57.3%
南加賀	小松市	22	21.0	531.7	507.0	15	1	3	3	38.5%	61.5%
	加賀市	22	35.9	265.7	433.8	13	5	3	1	55.6%	44.4%
	能美市	14	28.9	229.4	474.3	7	2	4	1	47.8%	52.2%
	川北町	1	16.3	※	※	※	※	※	※	※	※
県全体		297	26.6	—	—	163	42	55	36		

※医療機関数が1の場合、患者数等については、非公表とする

(出典) 国保データベース

3. 在宅医療の提供体制（①在宅医療体制の現状：診療所・病院の対応割合）

・訪問診療は主に一般診療所が担っているが、病院が対応する患者の割合も大きく、特に能登中部では大半を占めている地域がある

○訪問診療を行う診療所・病院の対応割合（R2年）

		施設数				患者数			
		一般診療所		病院		一般診療所		病院	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
能登北部	輪島市	7	87.5%	1	12.5%	※	※	※	※
	珠洲市	3	75.0%	1	25.0%	※	※	※	※
	能登町	4	80.0%	1	20.0%	※	※	※	※
	穴水町	3	75.0%	1	25.0%	※	※	※	※
能登中部	七尾市	10	62.5%	6	37.5%	111	36.1%	196.2	63.9%
	羽咋市	8	100.0%	0	0.0%	122.5	100.0%	0.0	0.0%
	志賀町	2	50.0%	2	50.0%	4.2	14.6%	24.6	85.4%
	宝達志水町	2	66.7%	1	33.3%	※	※	※	※
	中能登町	3	100.0%	0	0.0%	74.3	100.0%	0.0	0.0%
石川中央	金沢市	97	87.4%	14	12.6%	3,328.1	87.4%	480.4	12.6%
	かほく市	9	75.0%	3	25.0%	113.6	69.7%	49.3	30.3%
	白山市	28	93.3%	2	6.7%	356.5	66.7%	177.8	33.3%
	野々市市	15	93.8%	1	6.3%	※	※	※	※
	津幡町	7	87.5%	1	12.5%	※	※	※	※
	内灘町	6	100.0%	0	0.0%	131	100.0%	0.0	0.0%
南加賀	小松市	17	77.3%	5	22.7%	326.7	61.4%	205.0	38.6%
	加賀市	19	86.4%	3	13.6%	245.3	92.3%	20.4	7.7%
	能美市	12	85.7%	2	14.3%	193.5	84.4%	35.9	15.6%
	川北町	1	100.0%	0	0.0%	※	※	※	※

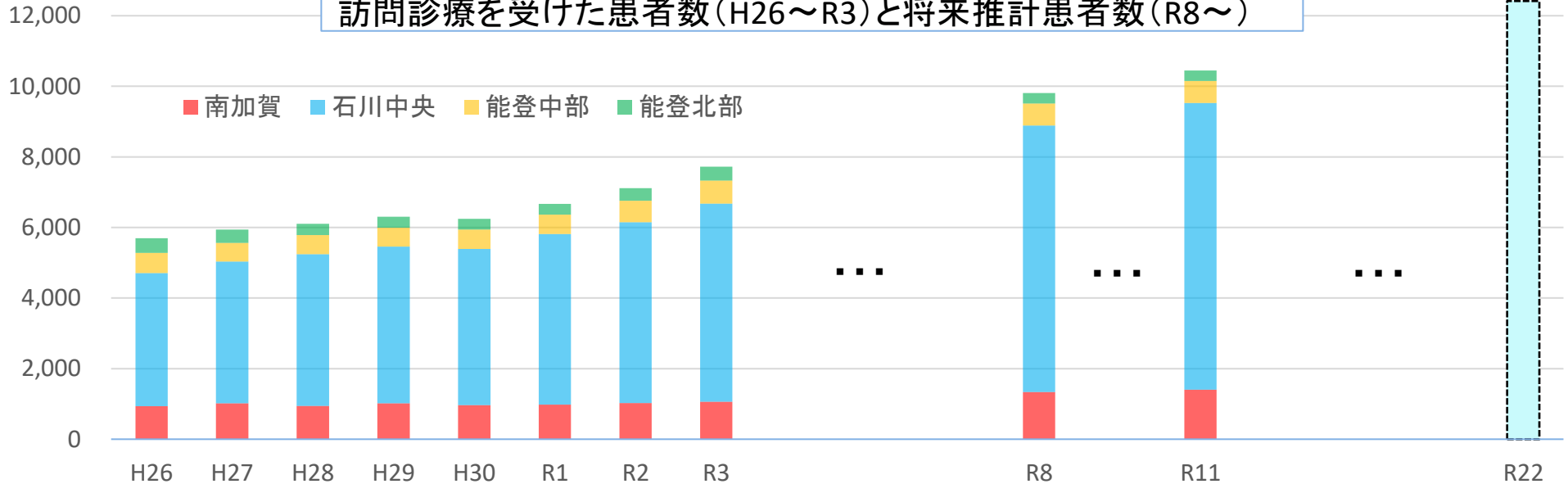
※診療所・病院の数のいずれかが1の場合、患者数等については、非公表とする

（出典）国保データベース

3. 在宅医療の提供体制 (①在宅医療体制の現状：訪問診療の件数)

- ・訪問診療を受けた患者数は、石川中央医療圏で増加傾向となっており、県全体ではR3時点で7,726件／月
- ・将来推計患者数は石川中央、南加賀医療圏において増加見込みとなっている
- ・訪問診療を実施している医療機関数は290～300施設とほぼ横ばい

訪問診療を受けた患者数(H26～R3)と将来推計患者数(R8～)



能登北部	412	374	322	309	303	298	363	397
能登中部	571	528	540	534	547	555	605	656
石川中央	3,775	4,020	4,296	4,447	4,426	4,833	5,124	5,613
南加賀	936	1,018	946	1,014	966	979	1,024	1,060
県全体	5,694	5,940	6,105	6,304	6,242	6,665	7,117	7,726
実施医療機関数	295	291	299	300	296	287	297	—

301	294	—
617	626	—
7,553	8,122	—
1,339	1,403	—
9,810	10,445	12,415

(出典) 訪問診療を受けた患者数：NDB(医療計画作成支援データブック) 将来推計件数：R1年のNDBをもとに推計(医療計画作成支援データブック)
 訪問診療を実施している医療機関数：国保データベース
 ※R7年以降の推計値には、病床の機能分化等に伴い生じる在宅医療の追加的需要を加算(南加賀+57人、石川中央+462人、能登中部15人)
 在宅医療の追加的需要はKDBをもとに各市町の実績から按分

3. 在宅医療の提供体制（①在宅医療体制の現状：死亡数）

- ・南加賀、石川中央、能登中部医療圏において死亡者数が増加、能登北部医療圏において減少している
- ・全ての医療圏において、病院での死亡割合が減少、高齢者施設および自宅の割合が増加している

○死亡場所の推移（R3-H28）

	総死亡者数		病院死亡		高齢者施設死亡				自宅死亡		その他死亡	
					（うち介護医療院）		（GH, サ高住含む）					
輪島市	534	▲25	348	▲49	110	▲1	23	+23	64	+18	12	+7
珠洲市	319	+32	221	9	55	+24	27	+27	39	+1	4	▲2
穴水町	156	▲56	94	▲86	40	+25	11	+11	20	+7	2	▲2
能登町	367	▲22	206	▲87	111	+66	47	+47	45	+1	5	▲2
能登北部	1,376	▲71	869	▲213	316	+114	108	+108	168	+27	23	+1
七尾市	863	+59	616	▲31	166	+92	38	+38	71	+3	10	▲5
羽咋市	343	+64	226	8	53	+34	12	+12	48	+16	16	+6
志賀町	314	▲29	205	▲77	68	+27	35	+35	38	+22	3	▲1
宝達志水町	189	▲21	137	▲60	20	+18	4	+4	31	+24	1	▲3
中能登町	277	0	169	▲44	65	+32	13	+13	38	+10	5	+2
能登中部	1,986	+73	1,353	▲204	372	+203	102	+102	226	+75	35	▲1
金沢市	4,802	+414	3,343	▲80	670	+221	35	+35	728	+276	61	▲3
かほく市	358	+21	275	▲5	29	+13	3	+3	48	+12	6	+1
白山市	1,106	+60	716	▲55	218	+48	5	+5	160	+67	12	0
野々市市	372	+55	262	16	44	+19	4	+4	60	+22	6	▲2
津幡町	317	▲14	215	▲20	35	▲2	2	+2	64	+18	3	▲10
内灘町	241	+13	154	▲14	32	+8	0	0	51	+20	4	▲1
石川中央	7,196	+549	4,965	▲158	1,028	+307	49	+49	1,111	+415	92	▲15
小松市	1,184	+141	764	5	207	+15	1	+1	185	+121	28	0
加賀市	958	+75	683	▲23	122	+31	24	+24	130	+55	23	+12
能美市	461	+11	312	▲24	82	+6	7	+7	56	+24	11	+5
川北町	53	+14	29	1	17	+10	1	+1	6	+2	1	+1
南加賀	2,656	+241	1,788	▲41	428	+62	33	+33	377	+202	63	+18
石川県	13,214	+792	8,975	▲616	2,144	+686	292	+292	1,882	+719	213	+3

※高齢者のみのデータではないことに留意（死亡者のうち約9割は高齢者）

（出典：人口動態調査）

3. 在宅医療の提供体制（①在宅医療体制の現状：看取りの状況）

○看取りの状況（R3年）

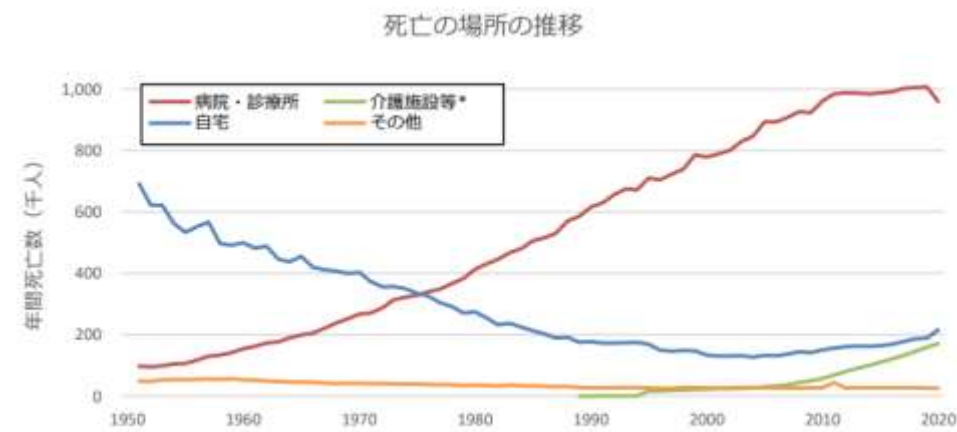
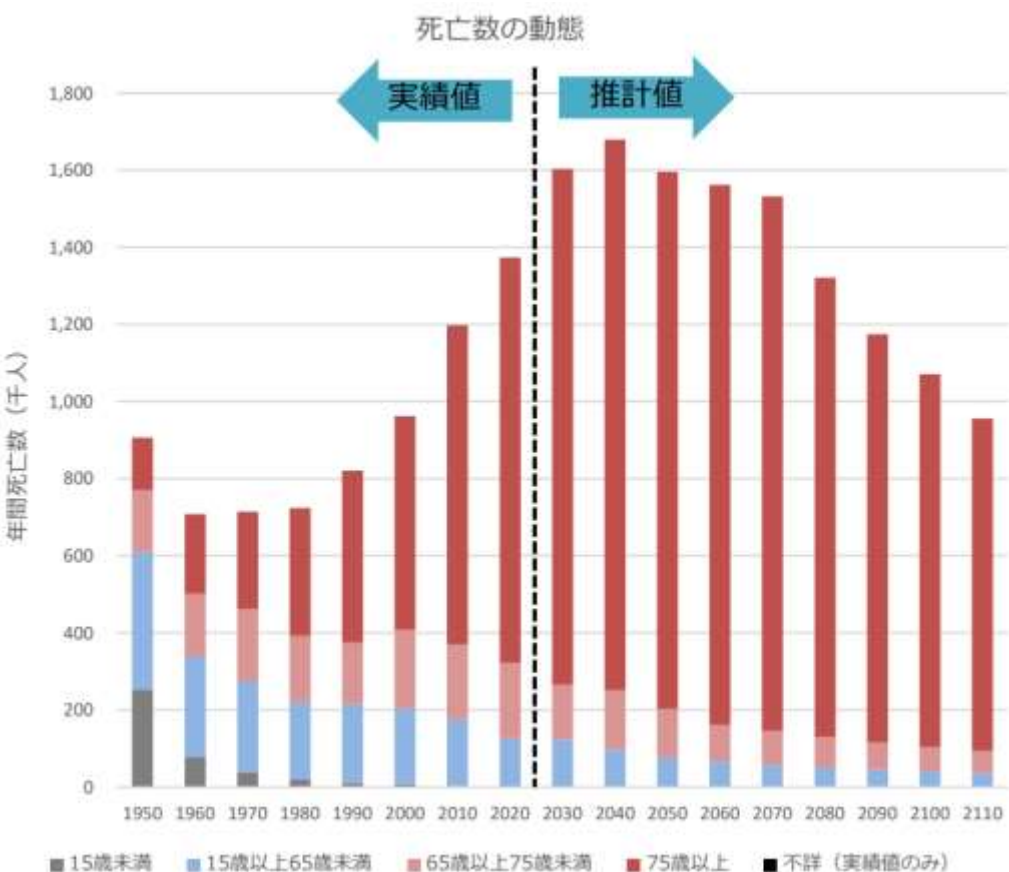
		在宅看取りを実施している医療機関数				ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数		在宅ターミナルケアを受けた患者数		看取り数(死亡診断書のみの場合を含む)	
		診療所数		病院数		施設数	人口10万人あたり	人数	人口10万人あたり	人数	人口10万人あたり
		施設数	人口10万人あたり	施設数	人口10万人あたり						
南加賀	小松市	7	6.5	*	-	6	5.6	86	80.5	199	186.2
	加賀市	6	9.3	0	0.0	7	10.9	61	94.9	76	118.2
	能美市	5	10.0	*	-	6	12.1	32	64.3	47	94.4
	川北町	*	-	0	0.0	-	-	*	-	21	340.9
石川中央	金沢市	42	9.4	8	1.8	53	11.8	799	178.1	1,031	229.8
	かほく市	6	16.7	0	0.0	3	8.4	17	47.4	39	108.8
	白山市	12	10.6	*	-	7	6.2	77	68.1	134	118.4
	野々市市	6	11.1	*	-	3	5.6	156	289.0	175	324.2
	津幡町	*	-	0	0.0	2	5.3	0	0.0	*	-
	内灘町	3	11.4	0	0.0	2	7.6	39	148.4	44	167.5
能登中部	七尾市	3	6.0	*	-	4	8.0	25	49.8	67	133.5
	羽咋市	3	14.6	0	0.0	3	14.6	*	-	58	282.0
	志賀町	0	0.0	*	-	1	5.2	*	-	*	-
	宝達志水町	*	-	*	-	-	-	29	231.2	46	366.8
	中能登町	3	17.3	0	0.0	1	5.8	*	-	*	-
能登北部	輪島市	*	-	0	0.0	2	8.0	*	-	48	192.7
	珠洲市	*	-	*	-	1	7.5	21	157.5	36	270.0
	穴水町	*	-	*	-	2	25.8	50	644.8	55	709.3
	能登町	*	-	*	-	2	12.4	48	298.4	59	366.8

※「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

(出典)NDB、介護サービス施設・事業所調査

3. 在宅医療の提供体制（①在宅医療体制の現状：全国の死亡数の動態）

- ・死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には2020年の1.3倍の死亡が見込まれる
- ・死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある
- ・死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性、年齢(5歳階級)別死亡数」「出生中位(死亡中位)推計：男女年齢4区分別死亡数(総人口)」、厚生労働省「人口動態統計」
 *介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。
 ※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

3. 在宅医療の提供体制（②在宅医療に必要な体制の構築）

R5.2.9「石川中央医療圏
地域医療構想調整会議」

1. 医療機関の機能分化・連携に向けた協議

(1) 連携を円滑化するための仕組みづくり -在宅医療等の急変時の支援体制の明確化-

【今後の進め方】

- 第8次医療計画において、急変時の対応や看取りなどの医療機能の確保に向けて、
 - ・ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」(下図オレンジ色)に加えて
 - ・ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」(下図青色)とを、在宅医療圏(石川県では市町単位に設定)内に1つ以上設定することが求められている (※)

(※)第19回第8次医療計画等に関する検討会 資料1「在宅医療の体制構築に係る指針の見直しに向けた意見のとりまとめ」に掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_29343.html

在宅医療の圏域の設定

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

②日常の療養支援

③急変時の対応

④看取り

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・ 他医療機関の支援
 - ・ 医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・ 在宅療養支援診療所
・ 在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・ 地域の関係者による協議の場の開催
 - ・ 包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・ 関係機関の連携体制の構築 等

・ 市町村 ・ 保健所
・ 医師会等関係団体 等



3. 在宅医療の提供体制（②在宅医療に必要な体制の構築：在宅医療に必要な連携を担う拠点）

- ・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として、以下のとおり各市町から報告があった
- ・これらの拠点が中心となり、在宅医療圏ごとに関係者による協議の場の開催等をつうじて、医療・介護の連携体制の構築を進めていただく

医療圏	市 町	分 類	名 称
南加賀	小松市	市町	小松市在宅医療・介護連携推進会議
	加賀市	地域医師会等関係団体	加賀市在宅医療連携推進協議会
	能美市	市町	メモリーケア・ネットワーク能美
	川北町	市町	川北町福祉課
石川中央	金沢市	市町	金沢市在宅医療・介護連携支援センター
	かほく市	市町	かほく市在宅医療・介護連携推進協議会
	白山市	市町	白山市在宅医療介護連携協議会
	野々市市	訪問看護事業所	ののいち訪問看護ステーション
	津幡町	市町	津幡町地域包括支援センター
	内灘町	市町	内灘町福祉課 内灘町地域包括支援センター
能登中部	七尾市	市町	七尾市高齢者支援課
	羽咋市	市町	羽咋市地域包括ケア推進室
	志賀町	市町	志賀町健康福祉課
	宝達志水町	市町	宝達志水町健康福祉課
	中能登町	訪問看護事業所	中能登訪問看護ステーション
能登北部	輪島市	市町	輪島市在宅医療・介護連携推進協議会
	珠洲市	市町	珠洲市福祉課
	穴水町	市町	穴水町地域包括支援センター
	能登町	市町	能登町地域包括支援センター

3. 在宅医療の提供体制（②在宅医療に必要な体制の構築：在宅医療に積極的役割を担う医療機関）

- ・「在宅医療に積極的役割を担う医療機関」として、以下の要件で県内の医療機関に調査を行った（現在、集計中）
- ・該当する医療機関リストの集計完了後、在宅医療に必要な連携を担う拠点に情報提供予定

【在宅医療に積極的役割を担う医療機関の要件】

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、または在宅療養後方支援病院のいずれかの届出を行っており、かつ①～⑥を全て満たす医療機関

- ① 近隣の在宅医療を提供する医療機関と連携し、医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない、患者の病状の急変時等を含む診療の支援を行うこと
- ② 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ③ 自治体や医療関係団体等が実施する在宅医療に関する研修会の開催に協力すること
- ④ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（BCP計画）（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
※現時点で策定済みでなくとも策定予定であれば可とする
※策定済みの医療機関においては他の医療機関の計画策定の支援を行うことが望ましい
- ⑤ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ⑥ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

3. 在宅医療の提供体制（参考：高齢者施設等と医療機関の連携強化）

「高齢者施設等と医療機関の連携強化」（改定の方向性）

（令和5年11月16日 厚生労働省老健局「社会保障審議会 介護給付費分科会」資料から抜粋）

- 介護保険施設（特養・老健・介護医療院）において、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携のもとで適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築することを念頭に、1年間の経過措置を設けた上で、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化してはどうか。
 - ① 入所者の急変時等に、医師又は看護職員が夜間休日を含め相談対応する体制が確保されていること。
 - ② 診療の求めを受け、夜間休日を含め診療が可能な体制を確保していること。
 - ③ 当該施設での療養を行う患者が緊急時に原則入院できる体制を確保していること。

※ 複数の協力医療機関を定めることにより①～③を満たすことも可能としてはどうか。
- 特定施設と認知症グループホームについては、介護保険施設と異なり、現行は協力病院を定めることが義務となっていないこと等を踏まえ、まずは上記の①と②について努力義務としてはどうか。
- また、定期的（年1回以上）に、協力医療機関と緊急時の対応等を確認し、医療機関名等について指定権者（許可権者）に提出することとしてはどうか。
- さらに、協力医療機関との連携を更に強化するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的
に開催することを評価してはどうか。なお、特定施設については、医療機関連携加算の要件を見直すこと
としてはどうか。
- 入所者が協力医療機関に入院した際に、入所者の病状が軽快し、施設での療養が可能となった場合にお
いて、当該者が速やかに再入所できるよう努めることとしてはどうか。

3. 在宅医療の提供体制（参考：オンライン診療の活用事例）

R4.8.4「第12回第8次
医療計画等に関する検討会」

在宅医療における情報通信機器等の活用

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

対面診療の補完としてのオンライン診療

- ・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

- ・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組
- ・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

- ・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。
- ・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

3. 在宅医療の提供体制（③今後の方向性）

【現状と見込み】

- ・国の推計では訪問診療を受ける患者数は増加傾向にあり、2035年に最大になると予測されている
- ・訪問診療を実施している医療機関数は59施設あり、主に診療所が担う地域が多い
- ・地域医療構想調整会議において、診療所医師の高齢化による診療継続を不安視する意見があった
- ・2040年に向けて死亡者数の増加が見込まれる地域では、急変時の対応や看取りが必要なケースの増加が予想される

【今後の進め方（案）】

- ・訪問診療の需要増加が見込まれることや、診療所医師の高齢化により訪問診療を継続が困難となるとの意見があることから、在宅医療を支える担い手の確保について協議を行う
- ・在宅医療にオンライン診療を効率的に活用している事例があれば共有を行う
- ・市町は在宅医療圏（市町単位）ごとに、地域の医療機関の状況と将来の死亡見込み数を踏まえた急変時の対応と看取りの状況について「在宅医療・介護連携推進会議」等で、下記の内容を確認いただきたい（来年度の調整会議において、各市町の委員から課題や取組を報告いただくことを想定）

<確認いただきたい内容>

①急変時の対応

- ・介護保険施設において「高齢者施設等と医療機関の連携強化（改定の方向性）」を踏まえた連携体制の構築ができるか（急変時に受け入れる医療機関の状況がひっ迫していないか、施設の嘱託医による相談・診療体制が機能しているか、施設側が患者の軽快時に再入所できるよう努めているか等）

②看取り

- ・介護保険施設において、今後、看取り件数が増加した場合に対応できるか

在宅医療提供体制の維持に向けた今後の進め方について（スライド p 39）

在宅医療提供体制の維持に向けて、「今後の進め方（案）」に沿って、今後、地域医療構想調整会議での協議を進めてよいかご意見いただきたい