

令和7年度第1回 南加賀医療圏 地域医療構想調整会議

令和7年8月21日
石川県健康福祉部

第 1 部 南加賀医療圏地域医療構想調整会議

1. 地域医療構想調整会議での協議内容及び今後のスケジュール（案）
2. 紹介受診重点医療機関の選定（更新）に向けた継続協議
3. 個別医療機関の医療機能の見直し（公立病院の建替え）
4. 最近の医療を取り巻く状況

第 2 部 南加賀医療圏保健医療計画推進協議会 南加賀医療圏における長期的な医療体制の展望に関して

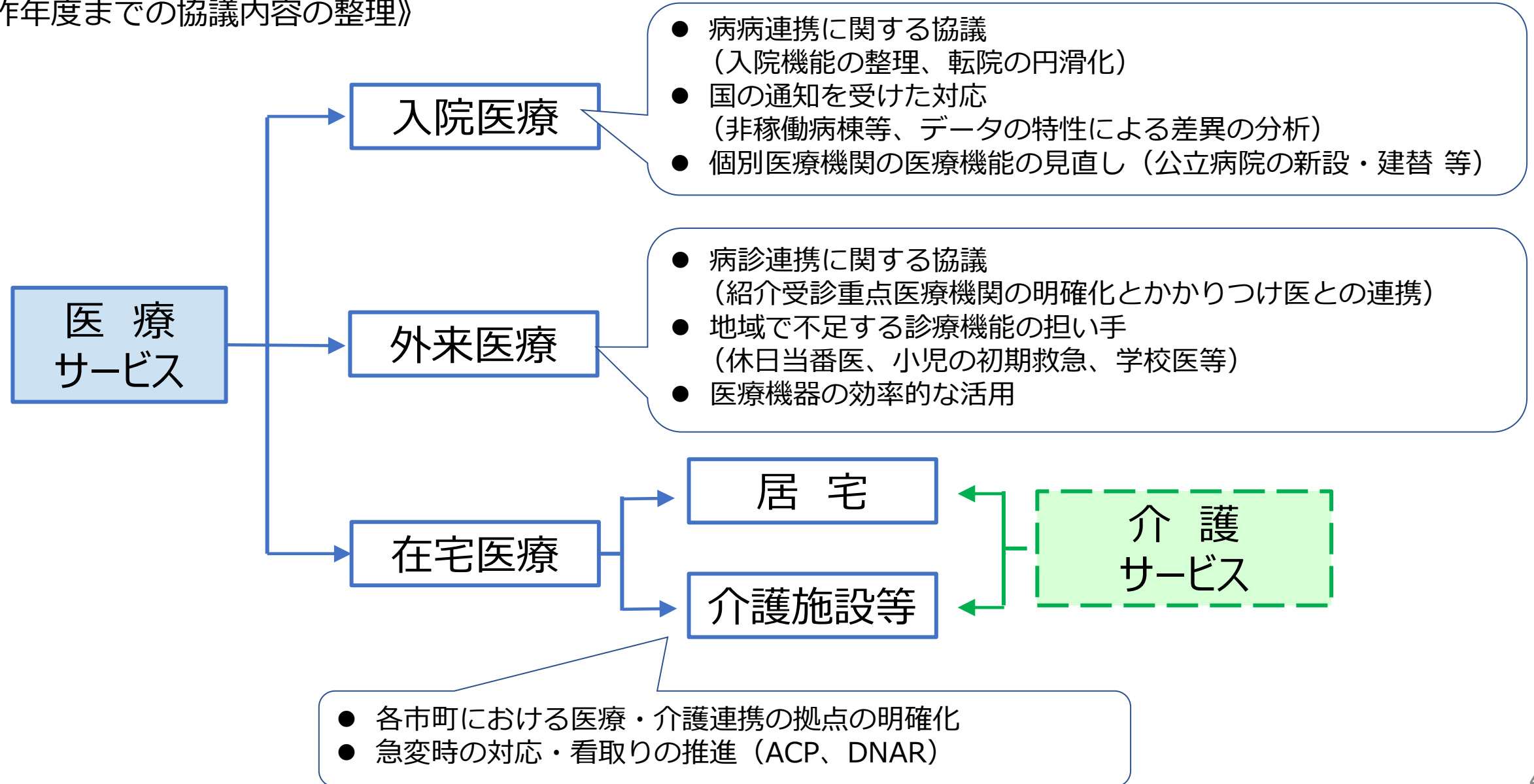
第1部 南加賀医療圏地域医療構想調整会議

1. 地域医療構想調整会議での協議内容及び今後のスケジュール（案）

地域医療構想調整会議での協議内容



《昨年度までの協議内容の整理》



本年度のスケジュール（案）



《地域医療構想調整会議のスケジュール（案）》

時期	会 議	内 容（ 予 定 ）
8月	南加賀 地域医療構想調整会議 ①	（入院医療） ・ 個別医療機関の機能見直し（公立病院の新設・建替） （外来医療） ・ 紹介受診重点医療機関の協議
	※奥能登公立 4 病院機能強化検討会（第 3 回）	運営主体、新病院・各サテライトの医療機能、医療従事者の確保 等
10～11月	石川中央 能登中部・能登北部 地域医療構想調整会議 ①	（入院医療） ・ 個別医療機関の機能見直し・連携協議 （在宅医療） ・ 在宅医療における各市町の取組の共有 〔石川中央〕再編検討区域 〔能登中部・北部〕モデル推進区域
	※奥能登公立 4 病院機能強化検討会（第 4 回）	
12月	地域医療構想部会（県単位） ①	・ 各医療圏 地域医療構想調整会議の報告 ・ 今年度の総括・来年度の方向性
1～3月	各医療圏 地域医療構想調整会議 ②	（入院医療） ・ 個別医療機関の機能見直し・連携協議 （外来医療） ・ 紹介受診重点医療機関の協議
3月	地域医療構想部会（県単位） ②	・ 各医療圏 地域医療構想調整会議の報告 ・ 新たな地域医療構想に向けた協議（R8年度実施予定）に向けた情報提供

第1部 南加賀医療圏地域医療構想調整会議

2. 紹介受診重点医療機関の選定（更新）に向けた継続協議

紹介受診重点医療機関とは



それは、かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた医療機関です。

- ・手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを行っています。
- ・紹介状のありなしに関わらず、受診は可能ですが、紹介状がなく来院された場合は、一部負担金（3割負担等）とは別の「特別の料金」が原則必要となります。

2023年新制度スタート

令和5年8月版

1 紹介受診重点医療機関とは？

手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを行っています。

2 紹介状を用いた場合の受診のながれ

- ・医療機関を受診後、他の医療機関での診療が必要と判断された場合、紹介状が発行されます。
- ・紹介受診重点医療機関からは、かかりつけ医や身近な医療機関などへの紹介状を発行してもらいましょう。
- ・医療機関ごとの役割分担により、患者さんが適切な検査や治療をよりスムーズに受けられるようになり、待ち時間の短縮などが期待されます。

3 紹介受診重点医療機関の情報は、

都道府県や厚生労働省のホームページをご覧ください！

令和5年8月版

かかりつけ医などからの紹介状を持って受診することに重点をおいた医療機関

- 手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを実施
- 紹介状のありなしにかかわらず、受診は可能だが、紹介状がなく来院する患者は、一部負担金（3割負担等）とは別の「特別の料金」（定額負担で医療機関により異なる）が原則必要（診療報酬の加算もあり）
- 当該機関については、意向や紹介率・逆紹介率等を活用して、毎年度、協議の場（地域医療構想調整会議等）で協議を行い、協議が整った医療機関は都道府県が公表

出典：紹介受診重点医療機関について（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00003.html

- 加賀市医療センターは、紹介受診重点医療機関になる意向を持っており、令和5年度以降、紹介受診重点医療機関になっている。（令和5年度第1回の会議（R5.7.21）で確認）
- しかし、紹介受診重点医療機関の目安となる基準（重点外来の割合、紹介率・逆紹介率）を満たしていないことから、紹介重点医療機関を継続することに対して、反対意見が出ている。
- このため、
 - ・ 紹介重点医療機関として継続することに反対する意見を伺った上で、
 - ・ 加賀市医療センターの考え方を伺って、
 - ・ 全体討議をお願いします。

医療圏	医療機関名	紹介受診重点医療機関の意向	基準			参考			(参考) 医療機関の機能	(参考) 一般病床の許可病床数
			基準を満たす医療機関	初診に占める重点外来の割合 【基準：40%以上】	再診に占める重点外来の割合 【基準：25%以上】	紹介率	逆紹介率	紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上		
南加賀	加賀市医療センター	○	×	34.8	31.7	26.5	62.8	×		300

(参考) 紹介受診重点医療機関の公表に係る協議の場の進め方

協議フローについて

R5.5.17事務連絡
外来機能報告制度における
協議の進め方について
(厚生労働省)

R6年度第2回の会議（R7.3月 書面形式）で、加賀市医療センターについて、2件の反対意見が出たため、再協議



【再協議について】
紹介率・逆紹介率等を活用して議論を行う。その際、医療機関の意向と協議の場の結論に相違がない場合であっても、当該医療機関が紹介受診重点外来に関する基準を満たしていないことに鑑み、当該医療機関が紹介受診重点医療機関となることによる**構想区域全体の医療提供体制に及ぼす影響**も協議するとともに、当該医療機関における紹介受診重点外来に関する**基準を満たす蓋然性及びそのスケジュール等**について、当該医療機関に書面又は口頭で再度説明を求め、紹介受診重点医療機関として公表する際、**その内容も公表**することも検討。

協議を繰り返す場合又は議論が整わない場合等で、結論を得ることができない場合には、都道府県が協議内容及び結果を公表。**協議が続いている間は、その協議までの協議結果が継続**（例えば、紹介受診重点医療機関として公表されている場合は公表を継続）される。

*1 紹介受診重点外来の基準：
・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
*2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。
*3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

紹介受診重点医療機関への反対意見①

反対意見①	加賀市医療センター回答
南加賀医療圏における地域医療構想の推進においては、紹介受診重点医療機関の機能と役割の検証が重要である。<u>令和6年2月からは加賀市医療センターも重点医療機関として承認され、選定療養費の徴収を開始している。ついては、1年が経過したこの時点で、紹介率の現状についてご報告いただきたい。</u> 紹介受診重点医療機関は、かかりつけ医との連携を通じて適切な医療機能分化を進めることを目的としているが、仮に紹介率が伸び悩んでいる場合、地域住民の皆様にとって選定療養費という新たな負担が増す一方で、制度の本来の趣旨である「機能分化による適正な医療提供体制の構築」が十分に果たされていない可能性もある。 南加賀医療圏全体でみた場合、特に<u>小児科や産婦人科などの診療体制の充実も含め、専門性の高い医療を担う機関への機能集約が一層求められる状況にある。そのような観点からも、重点医療機関の数や配置については慎重な見直しが必要</u>と考える。 とはいえ、加賀市医療センターが地域医療に果たしてこられた役割は大変重要であり、<u>加賀市としてのご意見や今後の方向性</u>についてもぜひお聞かせいただきたい。 今後も南加賀地域全体として最適な医療提供体制を構築するため、関係機関との対話と連携を重ねながら、住民にとって真に有益な地域医療の在り方をともに考えたい。	当院は紹介重点受診医療機関に指定され、令和6年2月から選定療養費を徴収している。県・国の医療施策に則った加賀市地域でのクリニックとの役割分担を行ってきた。会議で示された資料は選定療養費を徴収前のデータで、令和5年度は紹介率26.5%、逆紹介率62.8%であった。徴収後の<u>令和6年度では、紹介率41.5%、逆紹介率84.0%と、それぞれ15.0ポイント、21.2ポイント伸びている。</u> 厚生労働省が例示している通り、本医療機関は紹介率・逆紹介率がそれぞれ50%、40%が望ましいとされているが、<u>昨年来、紹介受診重点外来を整備しており、外来患者数も昨年比6%程度減少し、今後は紹介率のさらなる上昇を見込んでいる。</u> 地域住民の受診行動の変容を促すために広報活動の強化、地域クリニックへの説明などを継続していて、国の施策に沿った病院運営を行っている。引き続き紹介受診重点医療機関としての整備を行っていく。 <u>産婦人科・小児科について、常勤産婦人科2名体制、非常勤2名、それに加え大学勤務の医師の派遣で、24時間の分娩応需体制をとっている。常勤小児科も在住し、金沢大学からの非常勤医師派遣と加賀市医師会小児科医会との連携もあり、市内クリニックからの小児科疾患入院も応需している。紹介受診重点医療機関としての周産期医療体制の一翼を担っている。小児の外科系疾患の入院や手術も行っている。</u> <u>救急車の応需は県内4番目に多く、各科手術も24時間365日体制で行っていて、近隣クリニックからの当日紹介での入院率は46.9%である。</u>外来は地域のクリニックで、入院は紹介受診重点病院でという患者フローができつつあり、本施策の目的である、外来機能の明確化、連携を強化するという主旨にそった運用が加賀市全体でなされている。 集約化のご意見には賛同する。二次救急を応需し、急性期医療を重視している当院としては、今後も紹介重点受診医療機関の主旨にのっとり、安定した加賀市医療を構築していく。

紹介受診重点医療機関への反対意見②

反対意見②	加賀市医療センター回答
<u>紹介率、重点外来の割合が低く、人口減少により今後も改善が見込めないのではないか。</u>高度な手術、化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要な治療は、高度医療で集約化させた方が良い。 <u>加賀市は、高齢化率も高く、デジタル田園健康特区に指定されていて、フレイル高齢者の予防、救急医療と在宅医療へのタスクシフトを掲げていて、中等症の高齢者の救急医療、栄養管理とリハビリによる在宅復帰を目指すことで、医療介護の連携を図ることに重点を置くことがその目的に合致するのではないか。</u>	<u>令和5年度は、紹介率26.5%、逆紹介率62.8%であったが、選定療養費徴収後の令和6年度では、紹介率41.5%、逆紹介率84.0%と、それぞれ15.0ポイント、21.2ポイント伸びており、順調に上昇している。</u> <u>初診に占める重点外来の割合が低い点は、市内クリニック不応需があり令和5年度は新型コロナ等の感染症患者を積極的に受け入れ、初診患者の母数が多かった点にある。特に加賀市医師会休日診療所が当院内に設置され、それらが外来初診数に算定されているという要因がある。配布資料での選定療養費の徴収については、指定後の2月・3月だけであったため、結果的に割合が低かったと推測される。指定後の令和6年度は、初診患者が前年度比26%以上減となっており、重点外来割合の相対の上昇を見込んでいる。</u> <u>当院は令和6年度救急車搬入が3400台超と県内4番目の多さで、さらに応需率96.7%と全国有数の高さであり、それらに対する手術、カテーテル検査が24時間体制で行える地域の唯一の急性期病院である。紹介受診重点医療機関として、外来機能を地域クリニックに移行している段階で、このような移行期にあるが、着実に施策に沿った紹介率・逆紹介率が基準を満たしつつある。紹介重点受診外来割合も達成可能なところまで来ており、医師会や行政組織と共に役割分担を明確にし、機能分化・連携を進めている。</u>

第1部 南加賀医療圏地域医療構想調整会議

3. 個別医療機関の医療機能の見直し（公立病院の建替え）

- ・病床機能を見直す医療機関に、理由や変更点、今後のスケジュールについて説明を求める（報告）
- ・過剰な病床機能への転換を行う場合、当該医療機関の見直しにより、地域の医療提供体制に問題が生じないか、地域医療構想に沿ったものであるか等の視点から検討（協議）
- ・公立病院の新設・建替にあたっては、その計画が地域医療構想に沿ったものであるか検討が必要（協議）
- ・協議がまとまらない場合は、次の地域医療構想調整会議において、再度、検討を行う

【今回の対象医療機関】

＜協議事項＞

小松市民病院：公立病院の新設・建替え

- 公立病院の新設・建替にあたっては、その計画が地域医療構想に沿ったものであるか検討が必要になります
- 小松市民病院から「基本構想（概要版）」のご説明を頂き、その後、討議をお願いします。

第1部 南加賀医療圏地域医療構想調整会議

4. 最近の医療を取り巻く状況

病床機能報告（県全体）



- 2024年の病床機能報告上の病床数は、2025年の必要病床数と比較して、850床程度過剰となっている。
- 病床機能別には、回復期が不足、高度急性期、急性期、慢性期が過剰となっているが、急性期として報告されている病床の中に、回復期機能（急性期後の在宅復帰支援等）がある程度含まれていると考えられる。



(参考) R7.4
介護医療院
定員1,095人

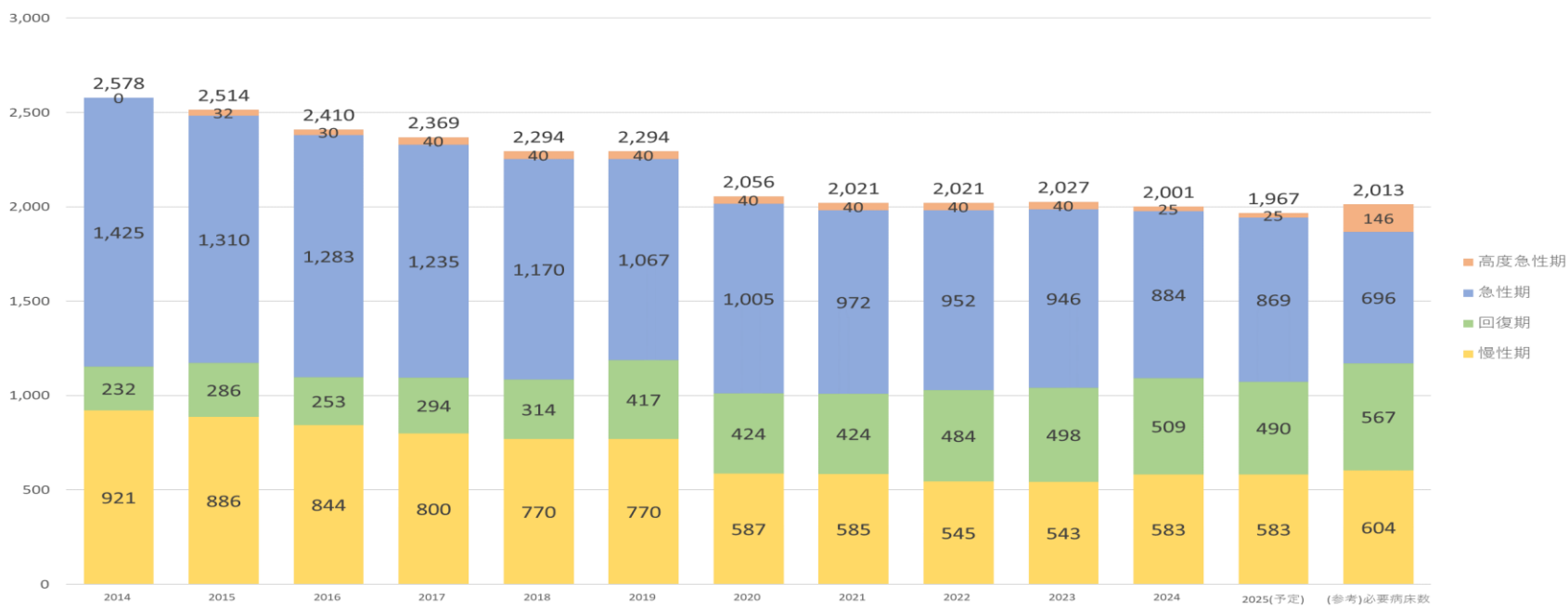
休棟611床

	病床数の推移（床）			2024年の病床の状況および2023年との比較								
	2014	2024	増減 2024-2014	1日あたり在棟患者数（人/日）			平均在棟日数（日）			病棟稼働率（％）		
				2023	2024	増減 2024-2023	2023	2024	増減 2024-2023	2023	2024	増減 2024-2023
高度急性期	2,218	2,231	13	1,529.5	1,556.9	27.4	9.7	9.5	▲ 0.2	68.1	69.8	1.7
急性期	6,878	4,840	▲ 2,038	3,389.2	3,407.8	18.6	11.8	11.3	▲ 0.5	68.0	70.4	2.4
回復期	1,022	2,223	1,201	1,750.1	1,697.2	▲ 52.9	26.4	25.4	▲ 1.0	76.7	76.3	▲ 0.4
小計	10,118	9,294	▲ 824	6,668.9	6,661.9	▲ 7.0	13.0	12.5	▲ 0.5	70.1	71.7	1.6
慢性期	5,167	3,456	▲ 1,711	2,810.6	2,929.7	119.1	221.5	209.5	▲ 12.0	80.2	84.8	4.6
合計	15,285	12,750	▲ 2,535	9,479.5	9,591.6	112.1	18.0	17.6	▲ 0.4	72.8	75.2	2.4
休棟等	166	611	445	-	-	-	-	-	-	-	-	-



病床機能報告（南加賀）

- 2024年の病床機能報告上の病床数は、**2025年の必要病床数と同程度**となっている。
- 病床機能別には、**高度急性期、回復期が不足、急性期が過剰**となっているが、急性期として報告されている病床の中に、回復期機能（急性期後の在宅復帰支援等）がある程度含まれていると考えられる。



(参考) R7.4
介護医療院
定員185人

休棟78床

	病床数の推移（床）			2024年の病床の状況および2023年との比較								
				1日あたり在棟患者数（人/日）			平均在棟日数（日）			病棟稼働率（％）		
	2014	2024	増減 2024-2014	2023	2024	増減 2024-2023	2023	2024	増減 2024-2023	2023	2024	増減 2024-2023
高度急性期	0	25	▲ 25	31.1	17.4	▲ 13.7	4.8	3.3	▲ 1.5	77.8	69.4	▲ 8.4
急性期	1,425	884	▲ 541	654.3	653.1	▲ 1.2	11.5	10.4	▲ 1.1	70.0	73.9	▲ 3.9
回復期	232	509	▲ 277	335.6	367.6	▲ 32.0	23.8	22.7	▲ 1.1	71.7	72.2	▲ 0.5
小計	1,657	1,418	▲ 239	1,021.0	1,038.1	▲ 17.1	13.2	12.3	▲ 0.9	70.8	73.2	▲ 2.4
慢性期	921	583	▲ 338	473.4	473.3	▲ 0.1	239.3	163.4	▲ 75.9	87.2	81.2	▲ 6.0
合計	2,578	2,001	▲ 577	1,494.4	1,511.4	▲ 17.0	18.8	17.3	▲ 1.5	75.2	75.5	▲ 0.3
休棟等	91	78	▲ 13	-	-	-	-	-	-	-	-	-

2040年を見据えた新たな地域医療構想



新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・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を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① **病床機能**
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② **医療機関機能報告** (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(育児及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ **構想区域・協議の場**
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① **医療機関機能の確保** (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚生大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

出典:

「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html

R7年度以内に国から新たな地域医療構想に関するガイドラインが示され、これを基に、R8年度に県の新たな地域医療構想を策定

新たな地域医療構想における病床機能において、回復期機能の内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」とする

2040年を見据えた新たな地域医療構想（案）

令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

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を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、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た医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

出典：

令和7年8月8日「第2回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_61146.html

新たな地域医療構想では、
各医療機関は、下記の医療機関
機能を報告する予定、

- ・ 高齢者救急・地域急性期機能
- ・ 在宅医療等連携機能
- ・ 急性期拠点機能
- ・ 専門等機能

2040年を見据えた新たな地域医療構想（案）



区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

出典：
令和7年8月8日「第2回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_61146.html

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自らの在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

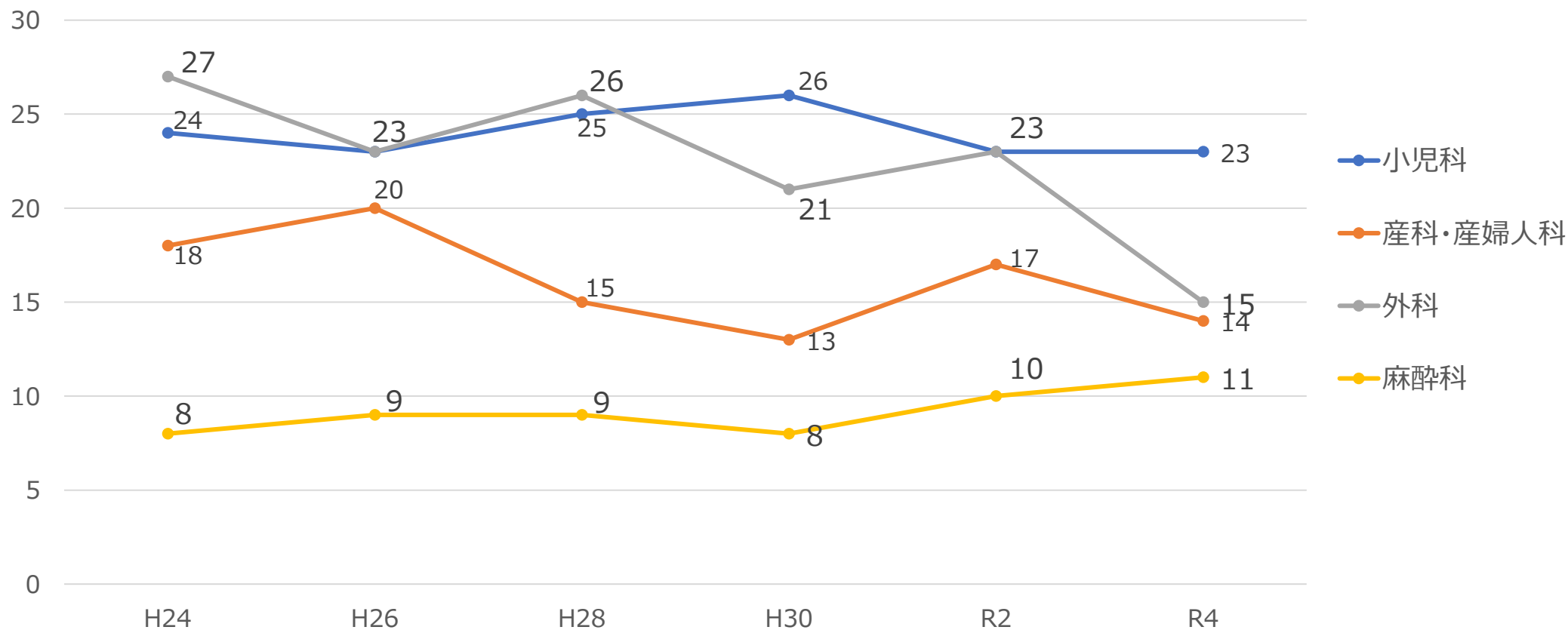
南加賀医療圏においては、左記
囲いの部分を念頭に、今後各医
療機関の医療機能について、検
討を行うこととなる予定
(R7.8月時点での厚生労働省 案)

医師確保対策①（不足診療科の医師数の推移）



- 不足感の強い診療科（小児科、産婦人科、外科、麻酔科）について、南加賀医療圏においては、特に外科と産婦人科の医師数が減少

南加賀医療圏における医師数の推移（H24 ➡ R4）

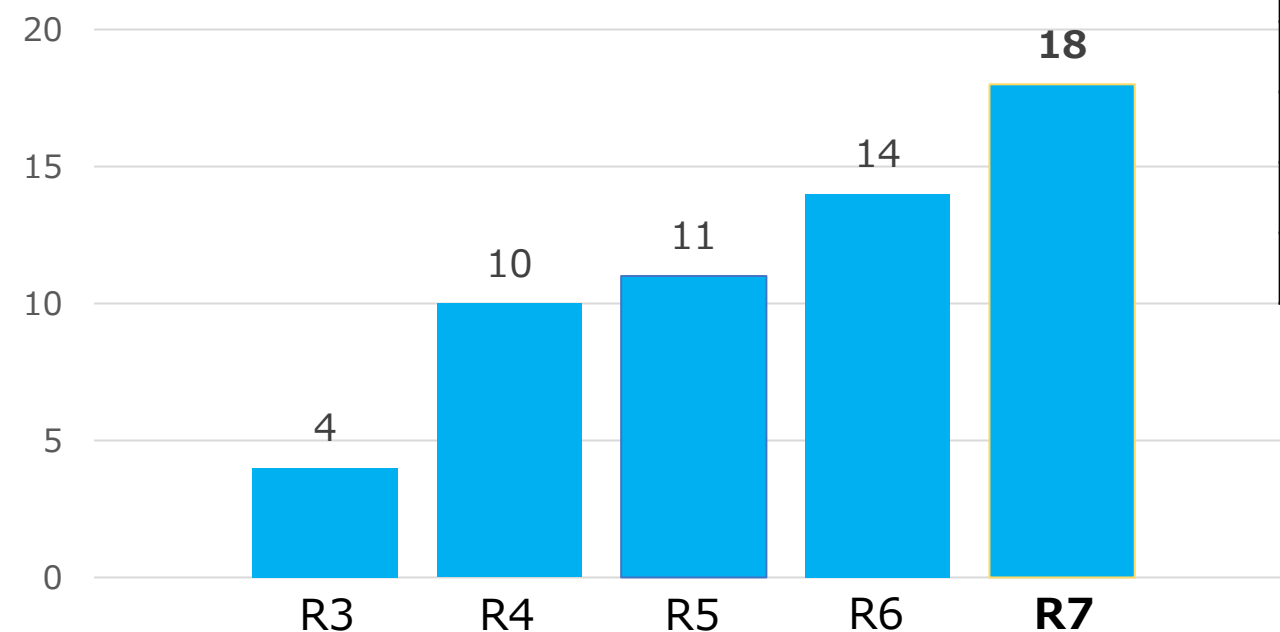


医師確保対策②（金沢大学特別枠医師の配置状況）



- 令和7年度、南加賀医療圏の知事指定医療機関には、金沢大学特別枠医師18名が勤務している。

南加賀に勤務する金大特別枠医師数の推移



金大特別枠医師は、R7年度、能登北部に13人、能登中部に13人、南加賀に18人、3次病院に20人、勤務している。

知事指定医療機関別の人数

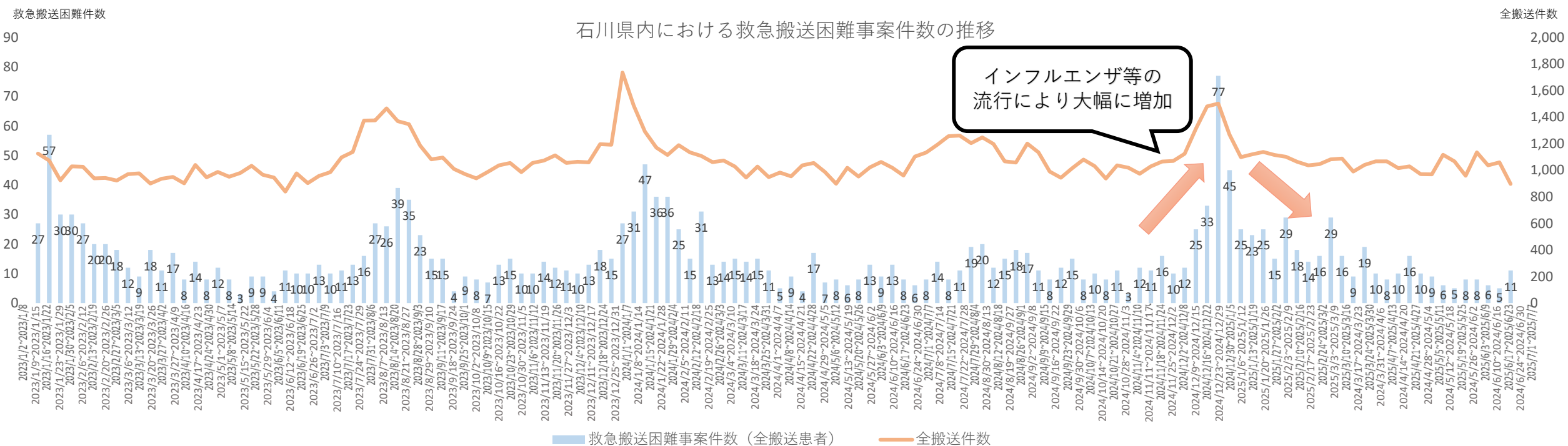
	人数
小松市民病院	11名
加賀市医療センター	5名
能美市立病院	2名
(合計)	18名

診療科別の人数

	人数
内科	9名
外科	1名
産婦人科	2名
脳神経外科	1名
精神科	2名
整形外科	1名
泌尿器科	1名
眼科	1名
(合計)	18名

救急搬送の状況

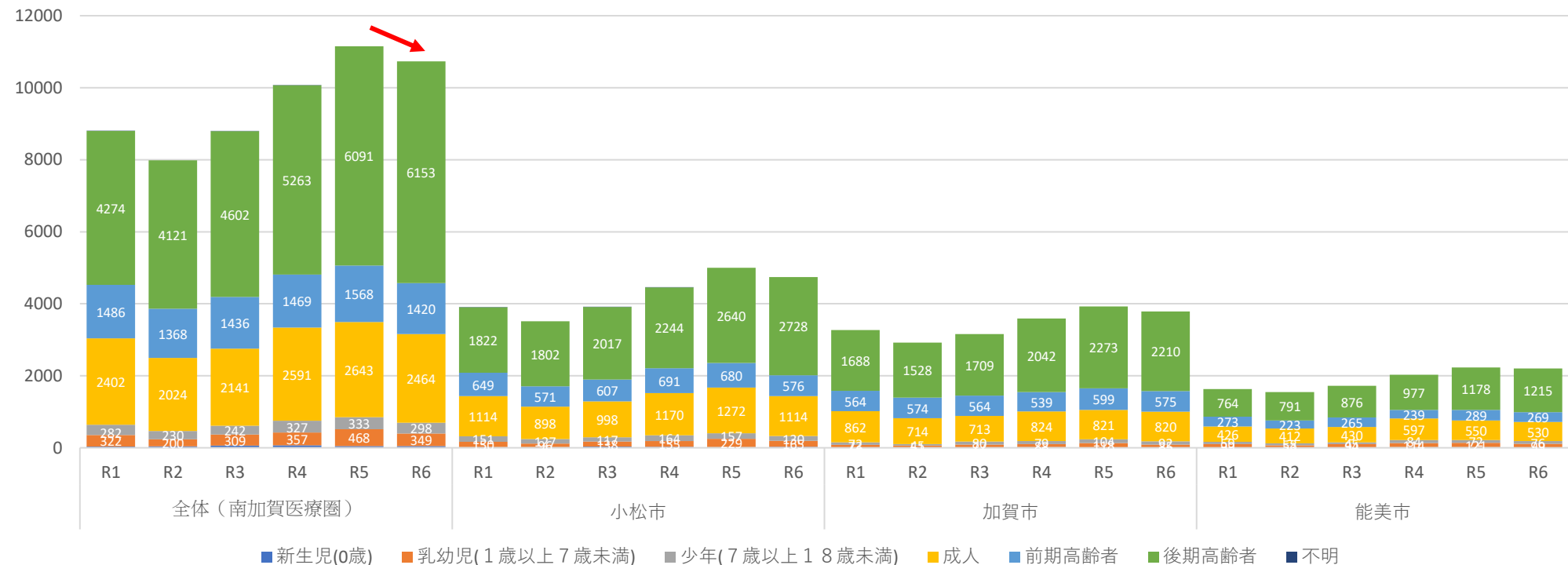
- 県内の救急搬送困難事案は、冬場に増加する傾向にあり、**令和7年1月は、インフルエンザ等の流行により大幅に増加（過去最高の77件）**
- それ以外の時期は搬送困難事案は概ね平年並み（コロナ禍にあった夏場の増加傾向は解消）
（参考）：**南加賀の救急搬送困難事案は減少傾向** ⇒ R4：1件/週 R5：0.8件/週 R6：0.2件/週
- 令和6年度における県内の全救急出動件数は、微減
（R5.4.1～R6.3.31：57,453件 ⇒ R6.4.1～R7.3.31：56,856件（▲1.0%））



救急搬送の状況（南加賀）

- 令和6年度における南加賀の救急搬送件数は、微減
 (R5.4.1～R6.3.31 : 11,152 件 ⇒ R6.4.1～R7.3.31 : 10,730 件 (▲0.4%))
- 後期高齢者の搬送件数は、年々増加している。
 (R5.4.1～R6.3.31 : 6,091 件 ⇒ R6.4.1～R7.3.31 : 6,153 件 (+0.1%))

搬送件数（実数）



救急搬送状況②（南加賀）

- 救急車の受入件数は、小松市民病院と加賀市医療センターで全体の約70%を占めている。
- 休日に受診した患者数（延べ数）は、加賀市医療センターが全体の約40%を占めている。
- 小松市民病院と加賀市医療センターは、新規入棟患者の約40%を救急医療入院患者が占めている。

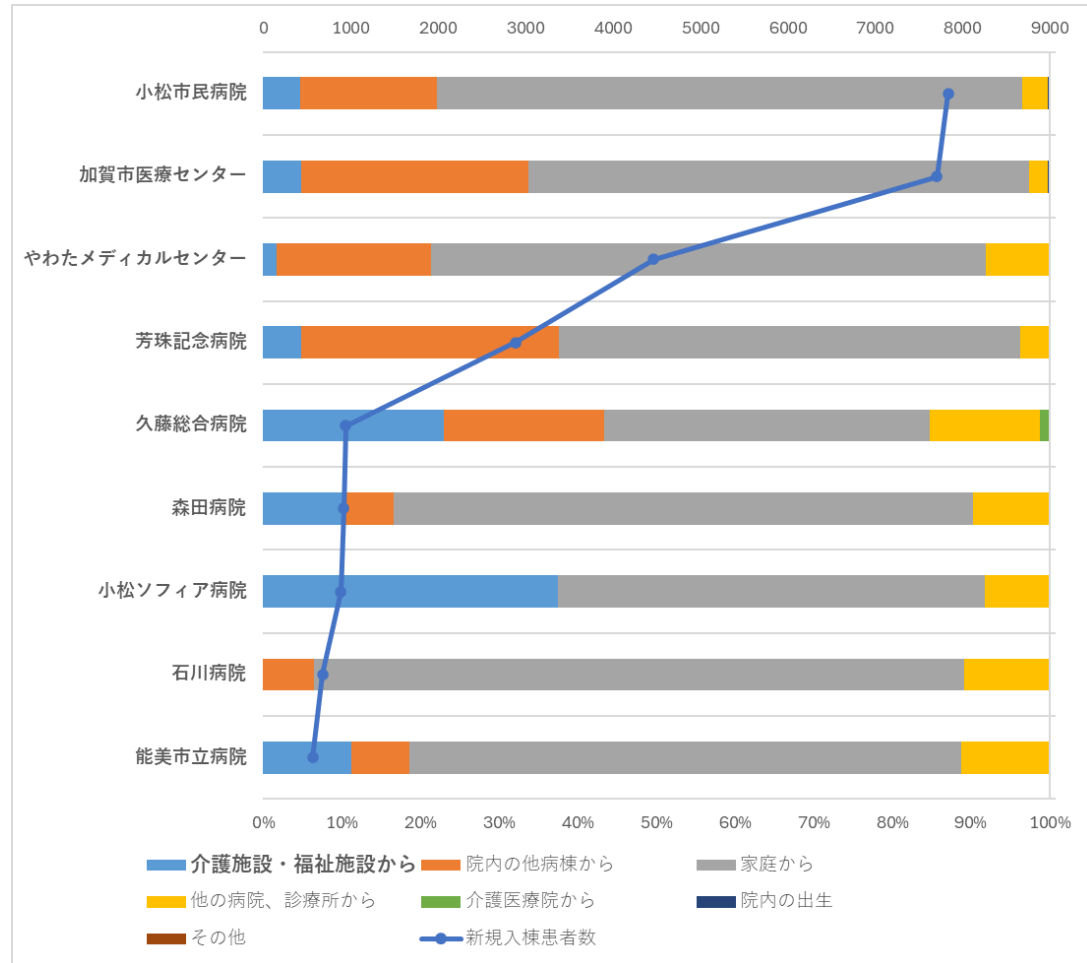
医療機関名	救急車 (受入件数)		休日に受診した 患者数 (延べ数)		新規入棟 患者数	うち、 救急医療 入院患者数	
		全体に 占める割合 (%)		全体に 占める割合 (%)			全体に 占める割合 (%)
小松市民病院	3,717	36.2%	2,506	17.5%	7,839	3,280	40.2%
加賀市医療センター	3,570	34.8%	5,578	39.0%	7,707	3,079	37.7%
芳珠記念病院	846	8.2%	1,022	7.2%	2,887	420	5.1%
やわたメディカルセンター	712	6.9%	1,098	7.7%	4,467	898	11.0%
森田病院	642	6.3%	1,265	8.9%	919	185	2.3%
能美市立病院	460	4.5%	625	4.4%	569	59	0.7%
小松ソフィア病院	130	1.3%	1,357	9.5%	890	36	0.4%
久藤総合病院	16	0.2%	315	2.2%	942	8	0.1%
救急告示病院以外	162	1.6%	519	3.6%	4,766	204	2.5%
南加賀の合計	10,255		14,285		30,986	8,169	

救急告示病院の入退路経路（南加賀）

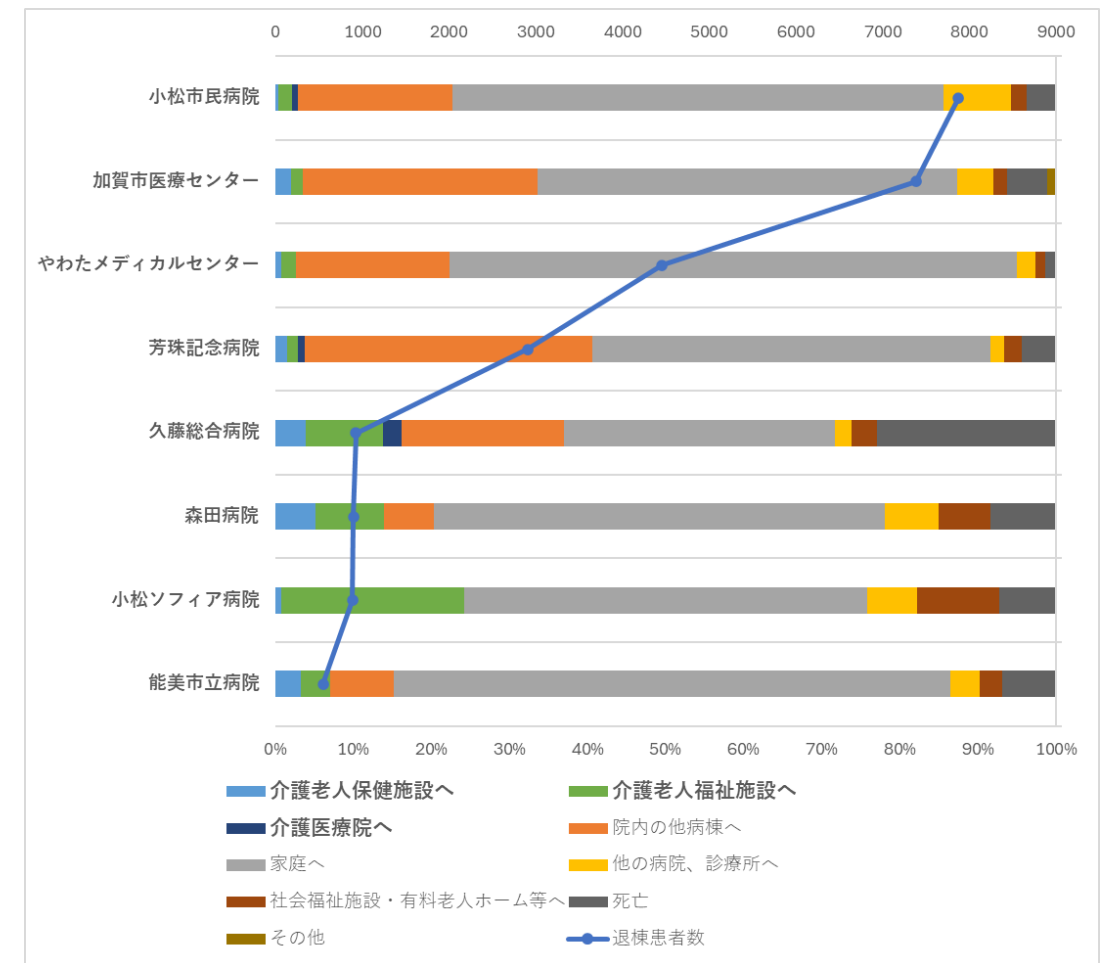


- 小松ソフィア病院、久藤総合病院、能美市立病院、森田病院は、入退院の経路の10%以上を介護施設・福祉施設が占めている。

入院経路



退院経路



在宅医療（在宅療養支援診療所・病院／在宅療養後方支援病院）



- 各市町における在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の最新の一覧は以下のとおり（令和7年7月1日時点）
- 南加賀医療圏においては、小松市・加賀市に**在宅療養後方支援病院**があるほか、全ての市町に**在宅療養支援診療所**がある。

市町	在宅療養支援病院		在宅療養支援診療所		在宅療養後方支援病院
	2（連携型）	3	2（連携型）	3	
小松市	森田病院 小松ソフィア病院	東野病院	小野江医院 むかいでファミリークリニック 上小松クリニック	7 （田谷泌尿器科医院、さたけ 内科クリニックなど）	やわたメディカルセンター
加賀市				14 （板谷医院、河村医院 など）	加賀市医療センター 石川病院
能美市		寺井病院 芳珠記念病院 能美市立病院		8（村本クリニック、やなせ 医院 など）	
川北町				川北温泉クリニック	

施設基準（抜粋）※出典：特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（R6.3.5）

・在宅療養支援病院

（2）緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保／許可病床：200床未満／在宅医療担当の常勤医：3名以上 等

（3）緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保／許可病床：200床未満 **※常勤医数の基準はなし** 等

・在宅療養支援診療所

（2）緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保／在宅医療担当の常勤医：3名以上 等

（3）緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保 **※常勤医数の基準はなし** 等

・在宅療養後方支援病院

許可病床：200床以上／在宅医療提供医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能体制を確保／入院病床を常に確保 等

最近の在宅医療を取り巻く状況（DNARの標準プロトコルの導入）



- 地域医療構想調整会議において、救急医療を担う病院から、『介護施設において、「救命・延命の意思表示」が浸透しておらず、救急搬送を受け入れる医療機関の負担につながっている』との意見があった。
- 全国的には、MC協議会において、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation、患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法を行わないこと）の標準的活動プロトコルを導入する動きがある。
- 石川県MC協議会では、（一社）日本臨床救急学会が示した標準的活動プロトコルを参考に、導入を検討中であり、県内の消防本部に対して、DNARの申出状況などを調査した。

議題2 人生の最終段階にあり心肺蘇生等を希望しない意志を示した 心肺停止事例に対する救急隊の標準的活動プロトコル

1. 経緯

DNARの標準的活動プロトコルは、全国のMC協議会でも導入の動きがある中、複数の消防本部からの提案を受け、プロトコル・事後検証ワーキング及び倫理委員会にて、一般社団法人日本臨床救急学会が示した標準的活動プロトコルを県MC協議会に導入する旨、承認いただいた。【議題2-1】

消防庁では、救急隊のDNARへの対応方針の作成にあたっては、「メディカルコントロール協議会等において、在宅医療や介護など幅広い関係者に関わる関係者の参画も得るなど、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況、在宅医療や高齢者施設での対応の状況等も勘案しながら十分に議論することや「傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案に対応した具体的な件数を集計するとともに、メディカルコントロール協議会において事後検証の対象とする」ことを求めている。

2. 議題

今後のMC協議会での議論や、親会である石川県医療計画推進委員会災害・救急医療対策部会での議論の参考とするため、実際にDNARの申し出を受けた件数や救急隊の対応状況等について、各消防本部に調査を実施することとしたい。【議題2-2】

出典：R6年度第2回MC協議会（R7.3.27）

消防本部ごとのDNARの申出を受けた件数（実績ありのみ）

消防本部名	R4	R5	R6
七尾鹿島	3	6	8
小松	2	3	7
加賀	1	4	4
津幡	3	2	5
内灘	1	0	1
羽咋	2	1	0
白山	3	3	6
奥能登	3	1	0
計	18	20	31

最近の在宅医療を取り巻く状況（人生会議（ACP）について）



- 厚生労働省は、人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）について広く周知するため、人生会議の普及啓発資材を作成（令和6年12月）

事務連絡
令和6年12月26日

各都道府県衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）普及啓発用資材 及びイベント動画の公開について（周知）

平素より厚生労働行政に格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

厚生労働省においては、人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）について広く国民の皆様にご周知いただくため、令和6年度厚生労働省委託事業「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）国民向け普及啓発事業」（以下「本事業」という。）を実施しております。

今般、本事業の一環として、人生会議の普及啓発用資材を作成しましたので、貴部（局）におかれましては、人生会議の普及啓発に当たり積極的にご活用いただくとともに、関係する部署や管下の市区町村、関係団体へも幅広く周知いただきますようお願いいたします。普及啓発用資材の活用にあたっては資材活用ガイドを作成しておりますので、参考にしていただき、周知に有効と考えられる場所及び方法での掲示及び配布を行っていただくようお願いいたします。なお、厚生労働省ホームページ「人生会議」してみませんか」に資材のデータを掲載しておりますので併せてご参照ください。

厚生労働省が作成した啓発資材



在宅医療（かかりつけ医機能報告制度）



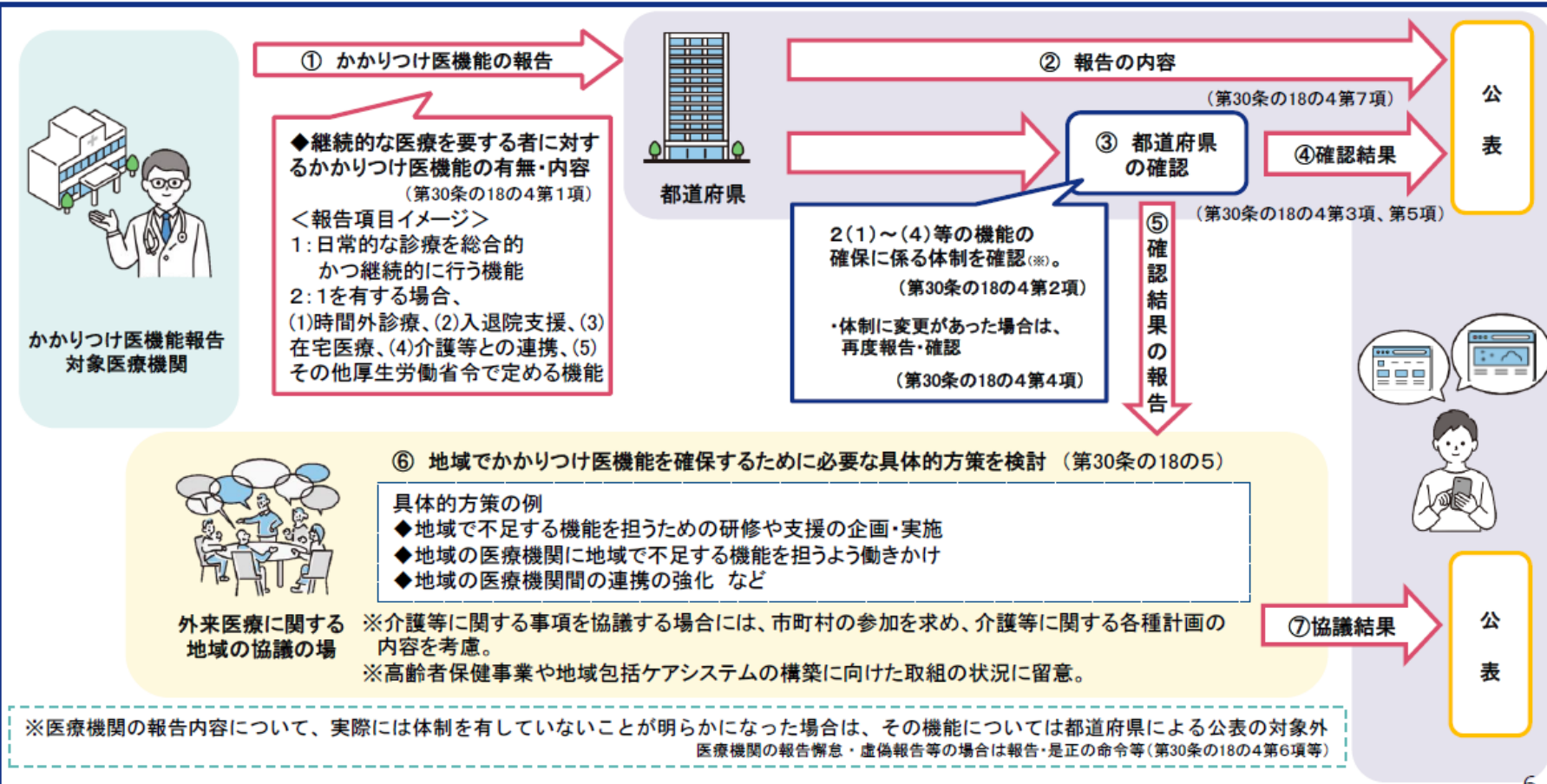
かかりつけ医機能報告の流れ

令和5年11月15日 第1回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料

令和6年10月18日 かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

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を確保する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。



- 令和5年5月に成立した「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」により、令和7年4月に「かかりつけ医機能報告制度」が施行

- 年間スケジュール
①令和7年4月～
令和7年度報告及び協議の場の開催に向けた体制整備

- ②令和8年1月～3月
医療機関による報告

- ③令和8年4月～
報告内容の集計・分析及び報告内容等の公表

- ④令和8年7月頃～
協議の場での協議