

# 島根県地域医療構想

平成28年10月

島根県



# 目次

第1章 基本的事項	1
第1節 地域医療構想策定の趣旨	1
第2節 地域医療構想の性格	2
第3節 地域医療構想の期間	2
第4節 地域医療構想策定及び進行管理の基本的な考え方	2
(1) 課題解決に向けた議論の重視	
(2) 客観的データの提示	
(3) 関係者による協議の場の設置と活用	
第2章 島根県の概況	4
第1節 地勢・交通	4
第2節 人口・面積	5
第3節 医療機関・介護保険施設・医療従事者の状況	7
第4節 在宅医療の状況	13
第5節 患者の受療動向	16
第3章 構想区域の設定	18
第1節 構想区域の基本的考え方	18
第2節 構想区域の設定	18
第4章 医療需要・必要病床数推計の方法及び結果	19
第1節 医療需要の推計方法	19
(1) 医療需要推計の基本的考え方	
(2) 構想区域間の調整	
(3) 隣接県との調整	
第2節 医療需要の推計結果	21
(1) 構想区域別の医療需要の変化	
第3節 将来の必要病床数（病床の必要量）の推計方法及び結果	24
(1) 国が定める算定方法	
(2) 構想区域別の必要病床数	
第4節 現状との比較	26

第5章 構想区域ごとの推計結果、現状・課題及び今後の方向性	27
第1節 松江構想区域	27
第2節 雲南構想区域	34
第3節 出雲構想区域	40
第4節 大田構想区域	45
第5節 浜田構想区域	52
第6節 益田構想区域	60
第7節 隠岐構想区域	69
第6章 疾病・事業別医療提供体制の推計及び課題	78
第1節 疾病・事業別医療提供体制についての基本的考え方	78
第2節 がん	79
第3節 周産期医療	81
第4節 救急医療（脳卒中・急性心筋梗塞を含む）	84
第5節 認知症	88
第6節 在宅医療等	90
第7章 医療提供体制の構築の方向性	99
第1節 総論	99
第2節 高度急性期・急性期	100
第3節 回復期・慢性期・在宅医療等	100
第8章 策定後における継続的な検討と見直しの考え方	102
資料編	
医療需要・必要病床数の推計方法	104
都道府県間調整の方法・結果	111
平成27年度病床機能報告の結果	118
医療施設・介護施設利用者の状態像に関する調査結果（速報版）	120
在宅医療の提供状況	135

## 第1章 基本的事項

### 第1節 地域医療構想策定の趣旨

- 2025年にはいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、全国的に医療や介護の需要が急激に増大することが見込まれており、その対応が急務となっています。
- また、少子高齢化、人口減少が急速に進む中、世代間の負担の公平性を高めながら、子や孫の世代まで、安心して医療・介護サービスを受けることができる国民皆保険制度を維持していくことが求められています。
- このような背景から、国において、少子高齢化の進展に伴う疾病構造の変化に対して、平成25年8月の「社会保障制度改革国民会議報告書」において、病気と共存しながら生活の質（QOL）を維持・向上させることを目的として、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を進めていく方向性が示されました。
- こうした医療需要の増大や医療を取り巻く環境の変化に対応していくため、平成26年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）」の公布・施行を受け、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（平成26年厚生労働省告示第354号。以下「医療介護総合確保方針」という。）」が示されました。この中で都道府県は、将来的な医療需要を踏まえた「地域医療構想」を作成し、病床の機能の分化及び連携を推進し、市町村と連携しつつ質の高い医療提供体制を整備すること及び地域包括ケアシステムの構築を支援すること等が求められています。
- 本県は、全国に先んじて高齢化が進展してきたところですが、将来（2025年）の医療需要の動向を把握し、その将来像を踏まえた医療提供体制の構築を目指すとともに、QOLの維持・向上に向けた医療の充実を図っていくため、医療介護総合確保推進法の施行に伴い改正された医療法（昭和23年法律第205号）及び医療法施行規則に基づき、「島根県地域医療構想」を策定します。

## 第2節 地域医療構想の性格

- 島根県地域医療構想は、医療法第30条の4第2項の規定により、島根県が作成する保健医療計画の一部として位置付けられています。
- 島根県地域医療構想は、県、市町村、医療・介護関係者、保険者、住民の方々等が、2025年に向けた医療需要の変化の状況を共有し、地域の実情に対応した医療提供体制の構築に向けた検討を進めるためのものです。
- 構想で推計する将来の必要病床数（病床の必要量）はあくまでも目安であり、地域で実際に必要となる病床数は、救急医療機能など各医療機関が担う機能等を考慮して、構想策定後もそれぞれの地域・医療機関において継続的に検討されるべきものです。

## 第3節 地域医療構想の期間

- 地域医療構想の期間は、現行保健医療計画の残期間にあわせ、構想策定から平成29年度までとします。
- なお、平成30年度を初年度とする第7次島根県保健医療計画の策定においては、島根県地域医療構想についても見直しを行います。

## 第4節 地域医療構想の策定及び進行管理に係る基本的な考え方

### (1) 課題解決に向けた議論の重視

- 地域医療構想で定める「将来の必要病床数」については、医療法施行規則に基づく算定方法により、平成25年度の「医療需要」、「性年齢階級別人口（住民基本台帳）」及び「性年齢階級別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）」のデータを用いて、全国一律の基準によって算定したものです。
- したがって、「将来の必要病床数」は、あくまでも将来あるべき医療提供体制を議論する上での一つの目安であり、その議論の過程で地域の課題を明らかにして、その解決に向けた施策の方向性を議論することが重要です。

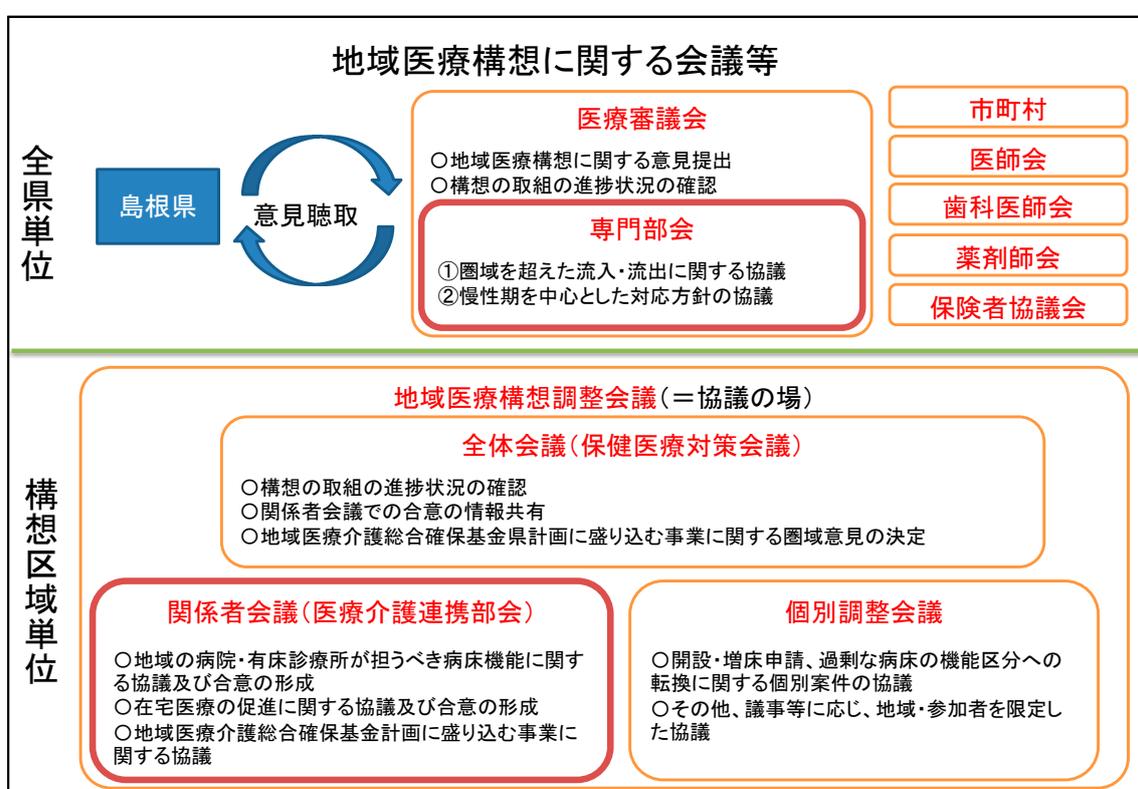
### (2) 客観的データの提示

- 国によって将来の推計人口に基づく医療需要の算定方法が定められるとともに、地域医療構想の策定に先立ち運用が開始された「病床機能報告制度」により、各医療機関の医療機能に関する情報が明らかにされました。
- 地域医療構想の策定及び進行管理においては、こうした客観的なデータを提示し、関係者の共通理解を促進し、各医療機関が地域においてそれぞれの役割や運営方針を検討していくための基盤とします。

(3) 関係者による協議の場の設置と活用

- 地域医療構想は、それぞれの地域の実情に応じた医療・介護の提供体制の構築に向け、地域課題の抽出とその解決に向けた施策の方向性について整理するものであるため、策定段階から県全体の協議の場を設置するとともに、構想区域毎にも関係者による協議の場を設置しました。
- 協議の場において、県、市町村、医療・介護関係者、保険者、住民の方々等の参加を得て検討を行うことで、それぞれの組織・機関の自主的な取組や相互の連携を継続的に促進していくこととしています。

図表 1 地域医療構想に関する検討体制

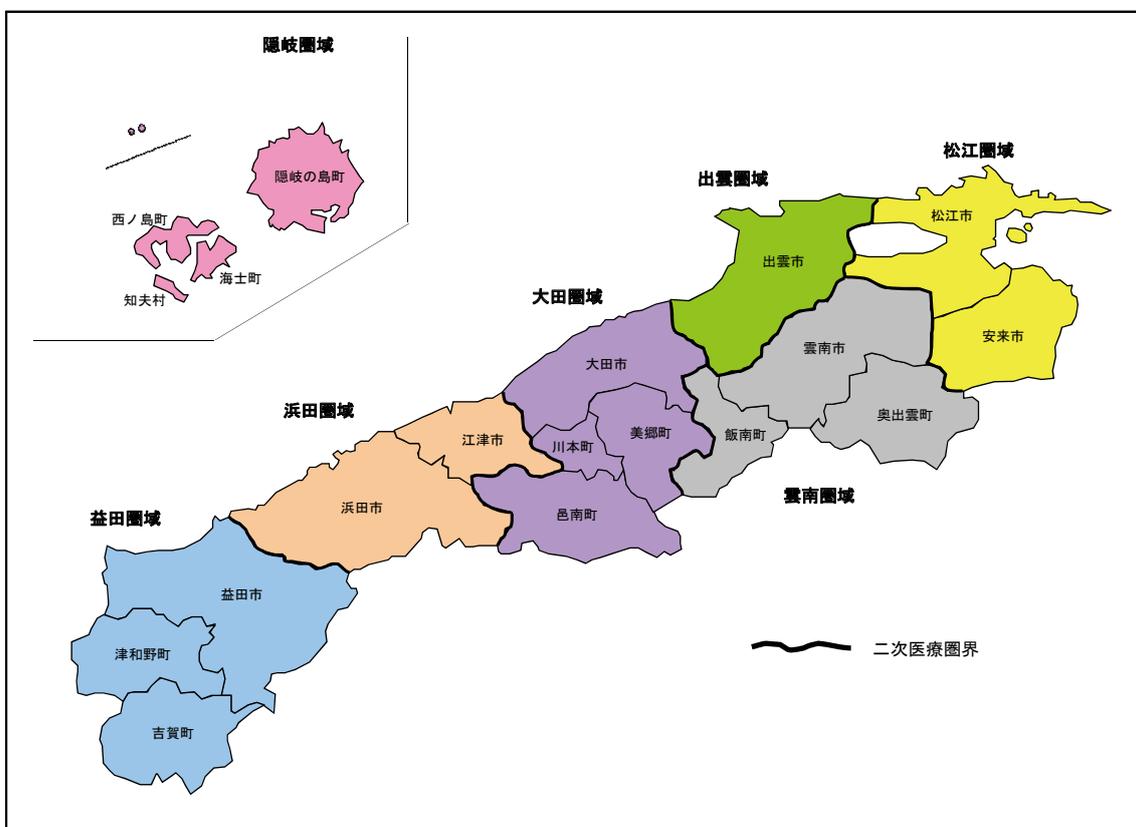


## 第2章 島根県の概況

### 第1節 地勢・交通

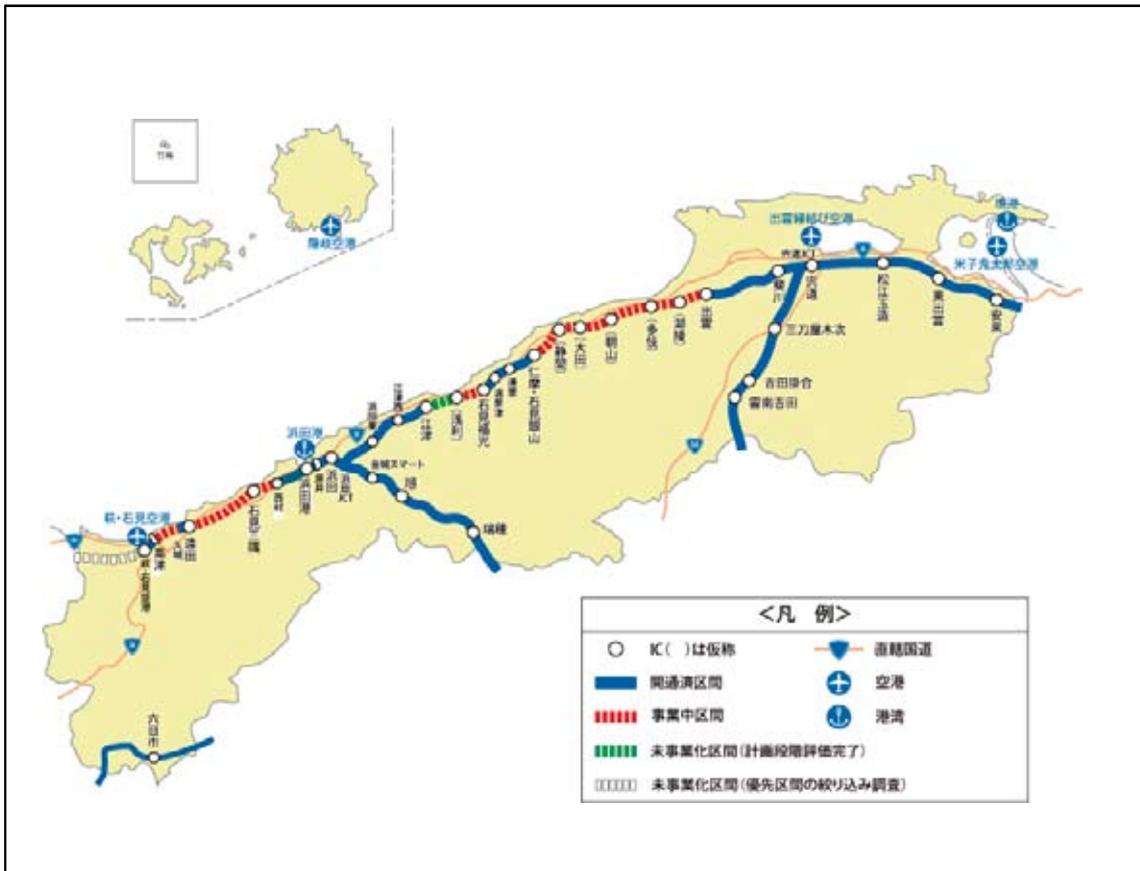
- 本県は、総面積 6,707.95 km<sup>2</sup>、東西に細長く延長は約 230 kmに及び、島根半島の北東約 40~80 kmの海上には隠岐諸島が点在するなど、気候、風土が異なる多様な地域からなっています。
- また、中国山地が日本海まで迫り、平野に乏しく、県土の約8割を林野が占めており、山間部は千メートル級の高さを背に奥深い山地を形成しています。

図表2 二次医療圏



- 東西に細長く、公共交通機関の発達が十分でないため、移動のほとんどを自動車に頼っています。しかし、県内高速道路の整備は、山陽側や全国と比べて大幅に遅れています。
- また、県の東西を結ぶ幹線道路は対面2車線の国道9号のみのうえ、事故や災害による全面通行止め規制が毎年30回前後にのぼり、救急搬送等に支障をきたしています。

図表3 高速道路の整備状況



資料：「島根県の高速度道路（平成28年4月1日現在）」（島根県土木部高速道路推進課）

## 第2節 人口・面積

○地域医療構想における医療需要推計の出発点である、平成25年3月の住民基本台帳に基づく人口によると、本県の総人口は713,134人で、全国46位となっており、年々減少してきています。

○年齢階級別人口割合は、0～14歳（年少人口）が12.7%、15～64歳（生産年齢人口）が57.3%、65歳以上人口（老年人口）が30.0%、75歳以上人口（後期高齢者人口）が17.3%であり、後期高齢者人口割合は全国1位となっています。後期高齢者人口割合を二次医療圏別にみると、大田圏が最も高く、いずれの区域も全国平均を上回っています。

図表4 圏域別人口及び面積

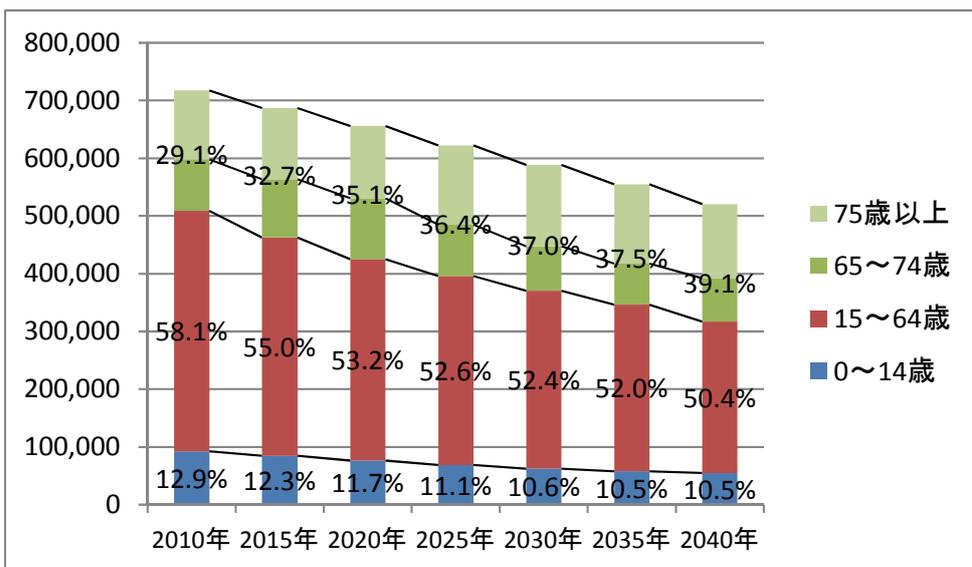
	人口 (人)	面積 (km <sup>2</sup> )	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	年齢別人口割合(%)			
				0歳～ 14歳	15歳～ 64歳	65歳以上	(再掲) 75歳以上
全国	128,373,879	377,950.10	339.7	13.1	62.8	24.1	11.8
島根県	713,134	6,707.95	106.3	12.7	57.3	30.0	17.3
二次医療圏							
松江(松江市・安来市)	247,729	993.96	249.2	13.5	59.8	26.7	14.6
雲南(雲南市・奥出雲町・飯南町)	61,613	1,164.27	52.9	11.2	53.8	34.8	21.9
出雲(出雲市)	174,702	624.12	279.9	14.0	59.4	26.6	15.1
大田(大田市・川本町・美郷町・邑南町)	58,860	1,244.65	47.3	10.8	52.0	37.2	23.3
浜田(浜田市・江津市)	83,990	958.11	87.7	11.7	55.4	32.9	19.2
益田(益田市・津和野町・吉賀町)	64,919	1,376.62	47.2	11.7	53.9	34.3	20.3
隠岐(海士町・西ノ島町・知夫村・隠岐の島町)	21,321	346.22	61.6	10.7	52.6	36.6	21.9

資料：「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成25年3月31日現在）」（総務省自治行政局）

- 「日本の地域別将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所、平成25年3月推計）によると、島根県の全人口は、平成22年を100とした場合に、平成37年では86.7、平成52年では72.6と減少すると推計されていますが、75歳以上人口は、平成22年を100とした場合、平成37年では114.8に増加するものの、平成52年では107.8と減少に転じると予測されています。

図表5 年齢階級別人口の推計

年次	人口(人)					割合(%)			
	総数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	(再掲) 75歳以上	0～14歳	15～64歳	65歳以上	(再掲) 75歳以上
2010年	717,397	92,293	416,556	208,548	119,442	12.9	58.1	29.1	16.6
2015年	687,105	84,707	377,654	224,744	123,354	12.3	55.0	32.7	18.0
2020年	655,482	76,516	348,927	230,039	125,144	11.7	53.2	35.1	19.1
2025年	621,882	68,775	326,963	226,144	137,168	11.1	52.6	36.4	22.1
2030年	588,227	62,352	308,169	217,706	140,665	10.6	52.4	37.0	23.9
2035年	554,624	58,050	288,435	208,139	136,911	10.5	52.0	37.5	24.7
2040年	520,658	54,813	262,238	203,607	128,799	10.5	50.4	39.1	24.7



資料：2010年は「国勢調査」（総務省統計局）、2015年～2040年は「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

### 第3節 医療機関・介護保険施設・医療従事者の状況

#### (1) 病院、診療所の施設数と病床数

- 人口10万人対の施設数では、全国平均に比較して病院数も診療所数も多くなっていますが、歯科診療所数は全国平均に比べ少なくなっています。
- 人口10万人対の病床数では、病院では全国平均を上回っていますが、診療所では全国平均を下回っています。
- 全国的な傾向として、近年、有床診療所の施設数と病床数が減少しており、本県においても、ほとんどの二次医療圏で同様の傾向が見られます。

図表6-1 医療圏別医療施設数及び病床数

	病院									一般診療所			歯科診療所施設数		
	施設数			病床数						施設数		病床数			
	総数	精神	一般	総数	精神	感染症	結核	療養	一般	総数	有床			無床	
全国	8493	1067	7426	1568261	338174	1778	5949	328144	894216	100461	8355	92106	112364	68592	
島根県	52	8	44	11003	2324	30	33	2274	6342	723	48	675	545	274	
二次医療圏	松江	16	3	13	4115	931	6	25	694	2459	245	17	228	174	92
	雲南	5	1	4	702	100	4	-	193	405	53	-	53	-	21
	出雲	11	2	9	2774	478	6	-	611	1679	163	12	151	116	59
	大田	4	-	4	728	168	4	-	178	378	72	7	65	91	23
	浜田	9	1	8	1431	410	4	-	333	684	95	11	84	145	37
	益田	5	1	4	1094	215	4	8	241	626	74	1	73	19	31
	隠岐	2	-	2	159	22	2	-	24	111	21	-	21	-	11

資料：「平成26年度医療施設調査（平成26年10月1日現在）」（厚生労働省）

図表6-2 医療圏別医療施設数及び病床数（人口10万対）

	人口10万対施設数			人口10万対病床数							
	病院	一般診療所	歯科診療所	病院					一般診療所		
				精神	感染症	結核	療養	一般			
全国	6.7	79.1	54.0	1234.0	266.1	1.4	4.7	258.2	703.6	88.4	
島根県	7.5	103.7	39.3	1578.6	333.4	4.3	4.7	326.3	909.9	78.2	
二次医療圏	松江	6.5	99.5	37.4	1670.8	378.0	2.4	10.2	281.8	998.4	70.7
	雲南	8.6	91.3	36.2	1209.0	172.2	6.9	-	332.4	697.5	-
	出雲	6.5	95.6	34.6	1627.7	280.5	3.5	-	358.5	985.2	68.1
	大田	7.2	129.6	41.4	1310.8	302.5	7.2	-	320.5	680.6	163.8
	浜田	10.7	113.4	44.2	1708.8	489.6	4.8	-	397.6	816.8	173.1
	益田	8.0	118.5	49.6	1751.5	344.2	6.4	12.8	385.8	1002.2	30.4
	隠岐	9.8	102.5	53.7	775.9	107.4	9.8	-	117.1	541.6	-

資料：「平成26年度医療施設調査（平成26年10月1日現在）」（厚生労働省）

#### (2) 病院病床の利用状況

- 病院の一般病床の利用率は、県全体でみると全国平均と比較してやや高くなっています。二次医療圏別にみると、大田圏が極端に低くなっていますが、近年、徐々に回復の傾向を示しています。
- 一方、病院の療養病床の利用率は、県全体でみると全国平均と比較してやや低くなっています。二次医療圏別にみると、益田圏で低くなっています。
- 一般病床の平均在院日数は、全国平均と比較して長い傾向にあります。二次医療圏

別にみると、松江圏が最も長く、次いで雲南圏となっており、出雲圏と隠岐圏は短くなっています。大田圏を除いては、いずれの圏域においても徐々に短くなってきています。

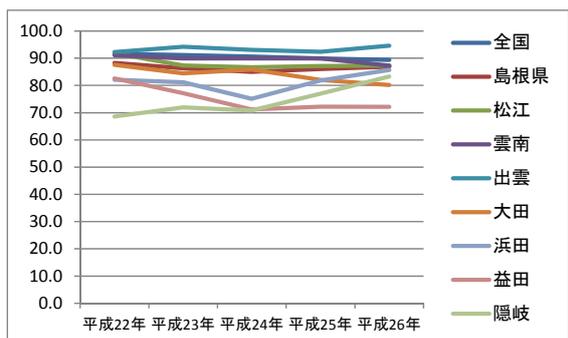
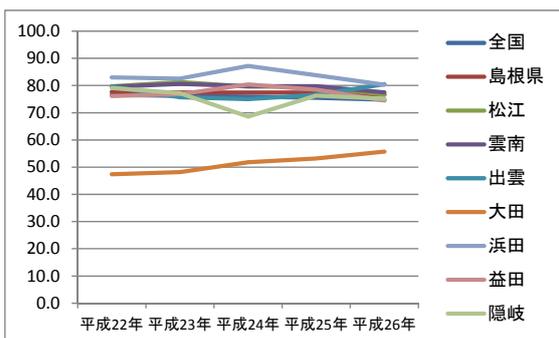
○療養病床の平均在院日数は、全国平均と比較して短い傾向にあります。二次医療圏別にみると、大田圏、浜田圏、益田圏で長い傾向がありますが、近年、急速に短くなってきています。隠岐圏は極端に短くなっています。

図表 7-1 病床利用率の推移

	一般病床 病床利用率(%)				
	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
全国	76.6	76.2	76.0	75.5	74.8
島根県	77.7	77.4	77.4	77.4	76.6
松江	79.7	81.3	79.6	79.6	76.7
雲南	79.5	80.6	79.8	79.8	77.5
出雲	79.6	75.7	75.0	76.6	80.5
大田	47.4	48.2	51.8	53.2	55.7
浜田	83.0	82.6	87.2	83.8	80.3
益田	76.1	76.8	80.4	78.5	74.5
隠岐	79.1	77.2	68.6	76.3	75.2

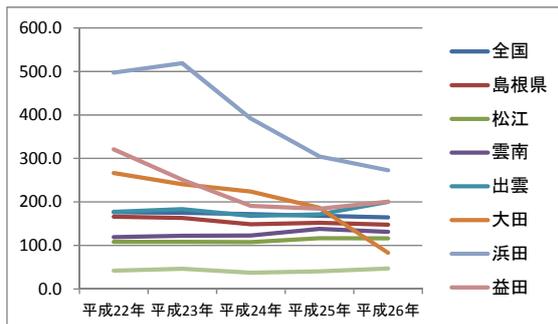
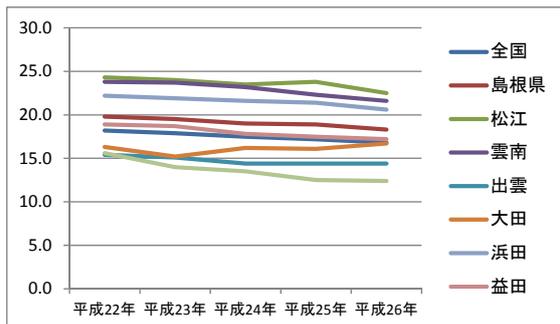
	療養病床 病床利用率(%)				
	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
全国	91.7	91.2	90.6	89.9	89.4
島根県	88.3	86.3	85.0	86.0	86.9
松江	91.8	87.3	86.7	87.2	87.3
雲南	91.1	89.9	89.9	89.9	87.3
出雲	92.3	94.2	93.1	92.4	94.6
大田	87.6	84.5	85.9	82.0	80.2
浜田	82.1	81.2	75.1	81.9	85.7
益田	82.6	77.2	71.2	72.2	72.1
隠岐	68.6	72.0	70.8	77.0	83.3



資料：「病院報告」（厚生労働省）

図表 7 - 2 平均在院日数の推移

	一般病床平均在院日数(日)						療養病床平均在院日数(日)				
	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年		平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
全国	18.2	17.9	17.5	17.2	16.8	全国	176.4	175.1	171.8	168.3	164.6
島根県	19.8	19.5	19.0	18.9	18.3	島根県	166.1	163.3	148.6	152.1	147.9
松江	24.3	24.0	23.5	23.8	22.5	松江	108.1	107.9	107.5	116.7	116.4
雲南	23.8	23.7	23.2	22.3	21.6	雲南	119.2	122.1	123.0	138.0	131.5
出雲	15.4	15.1	14.4	14.4	14.4	出雲	177.3	183.4	167.9	171.7	200.3
大田	16.3	15.2	16.2	16.1	16.7	大田	266.5	240.7	224.1	186.6	83.1
浜田	22.2	21.9	21.6	21.4	20.6	浜田	497.0	518.9	391.6	304.4	272.9
益田	18.9	18.7	17.8	17.5	17.2	益田	320.9	251.2	191.2	184.5	200.7
隠岐	15.6	14.0	13.5	12.5	12.4	隠岐	42.2	46.2	37.3	40.3	47.1



資料：「病院報告」（厚生労働省）

### (3) 介護保険施設等の定員数

○介護保険施設・高齢者向け住まいの定員数は 15,797 人で、75 歳以上千人当たり 129.6 人となっています。

図表 8 - 1 介護保険施設・高齢者向け住まい定員数

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	計
介護老人保健施設定員(人)	894	191	654	336	480	352	70	2,977
介護老人福祉施設定員(人)	1,586	660	1,028	620	619	509	270	5,292
認知症対応型共同生活介護定員(人)	689	126	522	167	207	171	72	1,954
有料老人ホーム定員(人)	879	68	559	106	267	61	-	1,940
養護老人ホーム定員(人)	160	208	130	200	223	190	160	1,271
軽費老人ホーム(ケアハウス)定員(人)	550	-	150	100	50	150	-	1,000
サービス付高齢者住宅定員(人)	758	64	295	127	55	64	-	1,363
合計	5,516	1,317	3,338	1,656	1,901	1,497	572	15,797

資料：「介護保険施設・高齢者向け住まい定員数（平成 28 年 4 月 1 日現在）」（島根県健康福祉部高齢者福祉課）

図表 8 - 2 介護保険施設・高齢者向け住まい定員数（75 歳以上人口千人当たり）

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	平均
介護老人保健施設定員(人)	24.4	14.7	24.7	26.0	30.8	27.5	15.7	24.4
介護老人福祉施設定員(人)	43.3	50.7	38.9	48.0	39.7	39.8	60.4	43.4
認知症対応型共同生活介護定員(人)	18.8	9.7	19.7	12.9	13.3	13.4	16.1	16.0
有料老人ホーム定員(人)	24.0	5.2	21.1	8.2	17.1	4.8	-	15.9
養護老人ホーム定員(人)	4.4	16.0	4.9	15.5	14.3	14.8	35.8	10.4
軽費老人ホーム(ケアハウス)定員(人)	15.0	-	5.7	7.7	3.2	11.7	-	8.2
サービス付高齢者住宅定員(人)	20.7	4.9	11.2	9.8	3.5	5.0	-	11.2
合計	150.6	101.2	126.3	128.2	121.8	117.0	128.1	129.6

資料：「介護保険施設・高齢者向け住まい定員数（平成 28 年 4 月 1 日現在）」（島根県健康福祉部高齢者福祉課）

#### (4) 医療従事者数

- 人口10万人に対する医師数は279.3人と、全国の244.9人を上回っています。しかし、地域偏在があり、雲南圏(130.9人)、大田圏(181.9人)、浜田圏(223.3人)、益田圏(200.1人)及び隠岐圏(170.8人)において全国を下回っている現状があります。
- 人口10万人に対する歯科医師数は59.1人と、全国の81.8人を下回っています。
- 人口10万人に対する薬剤師数は182.9人と、全国の226.7人を下回っています。特に、雲南圏(101.6人)と隠岐圏域(112.2人)において低い状況で、地域偏在がみられます。
- 人口10万人に対する就業看護職員数は、保健師66.3人、助産師40.9人、看護師1132.0人、准看護師446.8人と、いずれの職種においても全国値を上回っています。しかし、二次医療圏ごとにとみると、雲南圏と大田圏では助産師と看護師が全国値を下回るなど、地域偏在がみられます。

図表9 人口10万対の医療従事者数

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
全国	244.9	81.8	226.7	38.1	26.7	855.2	267.7
島根県	279.3	59.1	182.9	66.3	40.9	1132.0	446.8
松江	262.7	59.3	183.1	63.7	37.8	1157.2	365.4
雲南	130.9	55.1	101.6	91.3	18.9	771.5	478.8
出雲	455.3	57.5	225.3	45.2	62.8	1383.0	383.2
大田	181.9	59.4	154.8	93.6	25.2	792.2	578.0
浜田	223.3	60.9	182.7	54.9	39.4	1073.5	642.4
益田	200.1	64.0	190.5	75.2	32.0	1149.5	539.5
隠岐	170.8	58.6	112.2	146.4	34.2	868.6	424.5

資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年12月末現在）」（厚生労働省・島根県健康福祉部健康福祉総務課）

「衛生行政報告例（平成26年12月末現在）」（厚生労働省・島根県健康福祉部健康福祉総務課）

#### (5) 医療従事者の年齢構成

- 医師は、全国と比較し、若年層の占める割合が低く、45歳以上の医師の占める割合が高くなっています。特に、30歳から34歳の割合が極端に低くなっています。
- 歯科医師は、医師よりもさらに全国との構成割合の差が顕著であり、60歳以上の占める割合が非常に大きくなっています。
- 薬剤師は、40～49歳の割合が非常に低く、中堅層が少ないことが分かります。
- 各職種とも、構想区域による年齢構成割合の差が非常に大きくなっています。（第5章参照）

図表 1 0 医療従事者の年齢構成

【医師】

	年齢階級														
	総数	～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
全国	311205	564	25984	33283	33497	35180	35208	36462	34814	26515	19133	10910	8078	5998	5579
島根県	1947	3	159	151	207	200	228	249	234	193	141	71	47	33	31
松江	647	1	46	32	58	54	89	93	79	76	54	22	19	14	10
雲南	76	-	1	3	2	6	9	8	10	17	11	4	1	2	2
出雲	776	2	96	91	116	101	83	88	80	50	33	19	3	8	6
大田	101	-	1	2	7	7	9	16	20	10	12	5	2	4	6
浜田	187	-	9	11	15	16	19	29	21	10	17	17	15	4	4
益田	125	-	4	5	6	15	16	14	21	21	11	4	5	1	2
隠岐	35	-	2	7	3	1	3	1	3	9	3	-	2	-	1

【歯科医師】

	年齢階級														
	総数	～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
全国	103972	151	6985	9526	10155	11350	11844	13380	13987	10807	7813	3359	2160	1263	1192
島根県	412	-	8	27	34	44	42	46	55	55	39	24	14	10	14
松江	146	-	2	12	12	15	17	18	18	24	12	3	4	5	4
雲南	32	-	-	-	1	4	2	3	8	5	4	-	2	1	2
出雲	98	-	4	10	9	11	10	17	8	13	6	3	2	2	3
大田	33	-	-	1	4	5	4	-	2	5	4	5	2	-	1
浜田	51	-	-	1	3	5	4	3	10	4	8	6	3	1	3
益田	40	-	1	1	5	4	4	3	7	3	5	5	1	-	1
隠岐	12	-	1	2	-	-	1	2	2	1	-	2	-	1	-

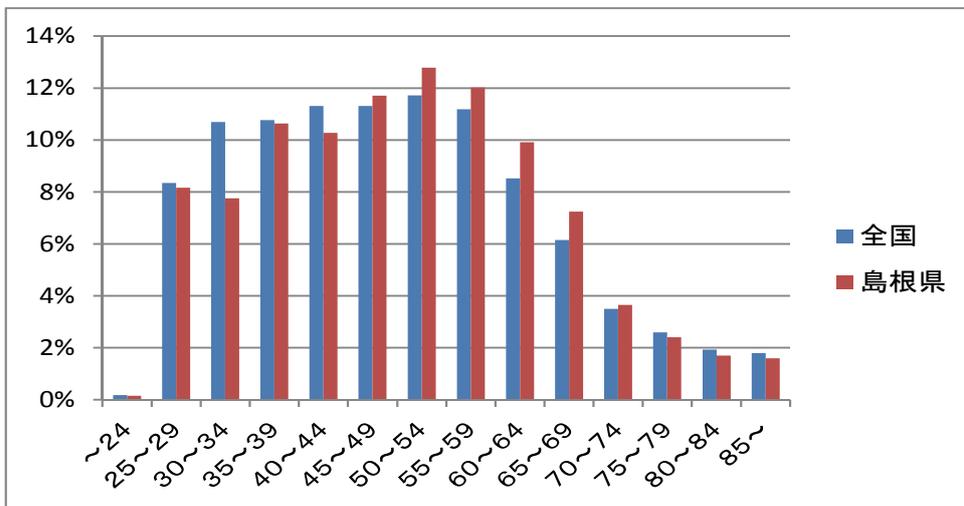
【薬剤師】

	年齢階級														
	総数	～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
全国	288151	1146	37617	37870	35600	35152	33359	30356	29493	19969	14029	6448	3724	2091	1297
島根県	1,275	10	170	195	169	122	88	126	115	120	80	35	19	15	11
松江	451	5	57	66	63	39	32	50	42	42	25	13	9	5	3
雲南	59	-	2	11	12	6	1	3	1	9	9	1	-	2	2
出雲	384	4	69	70	49	34	26	26	39	34	21	8	2	1	1
大田	86	-	11	13	7	9	7	7	4	9	8	4	3	2	2
浜田	153	-	17	20	22	20	17	20	14	9	7	3	3	-	1
益田	119	1	11	11	16	14	5	16	14	16	6	5	1	3	-
隠岐	23	-	3	4	-	-	-	4	1	1	4	1	1	2	2

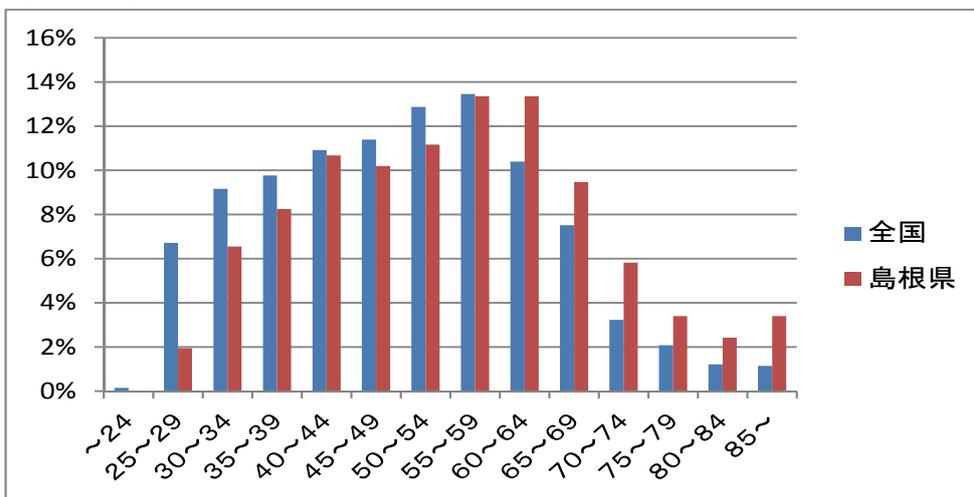
資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 26 年 12 月末現在）」（厚生労働省・島根県健康福祉部健康福祉総務課）

図表 1 1 医療従事者の年齢構成割合

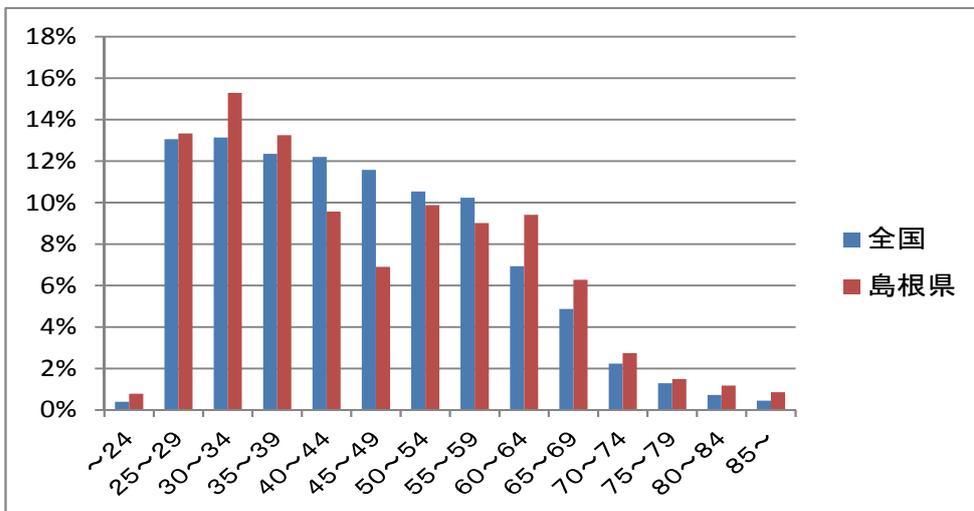
【医師】



【歯科医師】



【薬剤師】



資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 26 年 12 月末現在）」（厚生労働省・島根県健康福祉部健康福祉総務課）

## 第4節 在宅医療の状況

### (1) 在宅療養を支える機関

○24時間体制で在宅患者に対応している在宅療養支援診療所数は132カ所、在宅療養支援病院は6カ所、在宅療養後方支援病院は4カ所となっています。

○また、在宅療養支援歯科診療所は113カ所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は292カ所となっています。

図表1-2 在宅療養を支える機関数

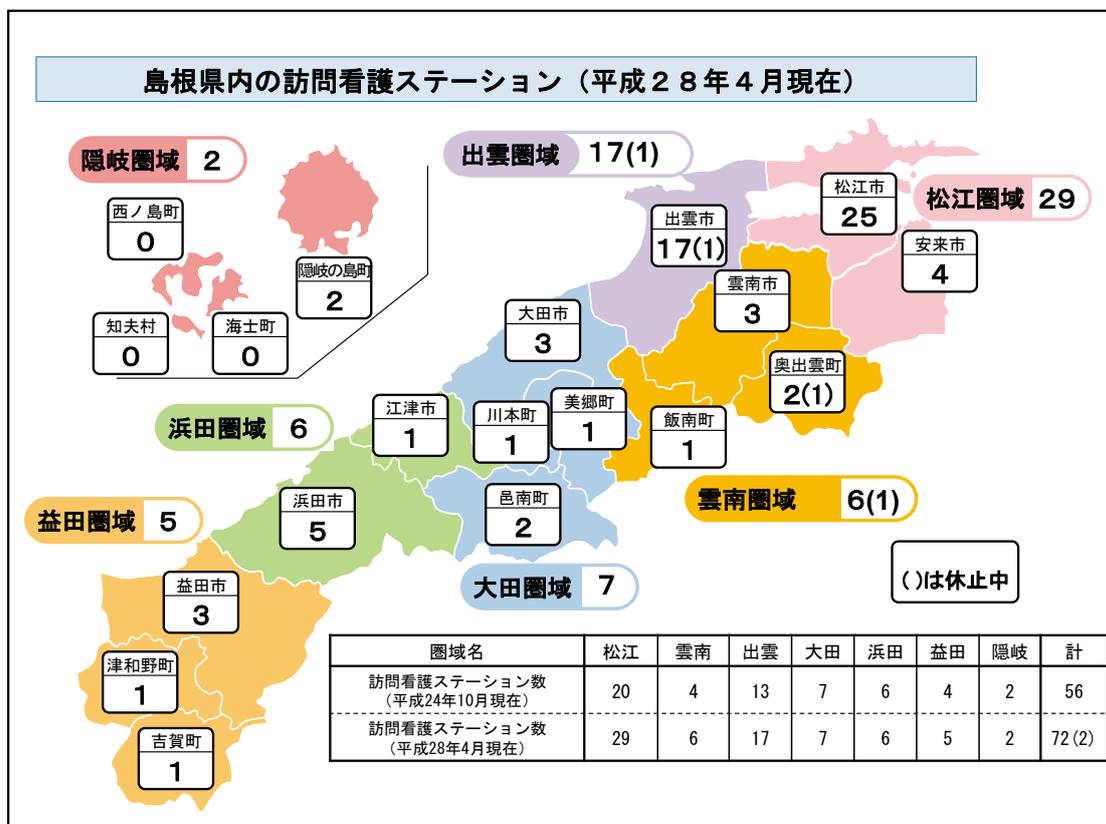
圏域	在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	在宅療養支援診療所			在宅療養支援歯科診療所	在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局
			機能強化型				
			単独型	連携型			
松江	2	2	48	-	1	37	90
雲南	-	1	7	-	1	12	16
出雲	1	-	28	1	4	25	70
大田	1	-	8	-	3	13	20
浜田	-	1	27	1	3	11	52
益田	1	-	11	-	-	13	41
隠岐	1	-	3	-	-	2	3
計	6	4	132	2	12	113	292

資料：「施設基準の届出受理状況（平成28年4月1日現在）」（中国四国厚生局）

○医師の指示書に基づき訪問看護を行っている訪問看護ステーションは、平成28年4月現在、県内に72カ所あります。

○訪問看護ステーションは、県西部及び中山間・離島地域において少ない現状にありますが、こうした地域における訪問看護ステーションは、訪問看護を担う看護師の不足や、対象患者の自宅間の移動に時間がかかることなどの課題を抱えています。

図表 1 3 訪問看護ステーション数



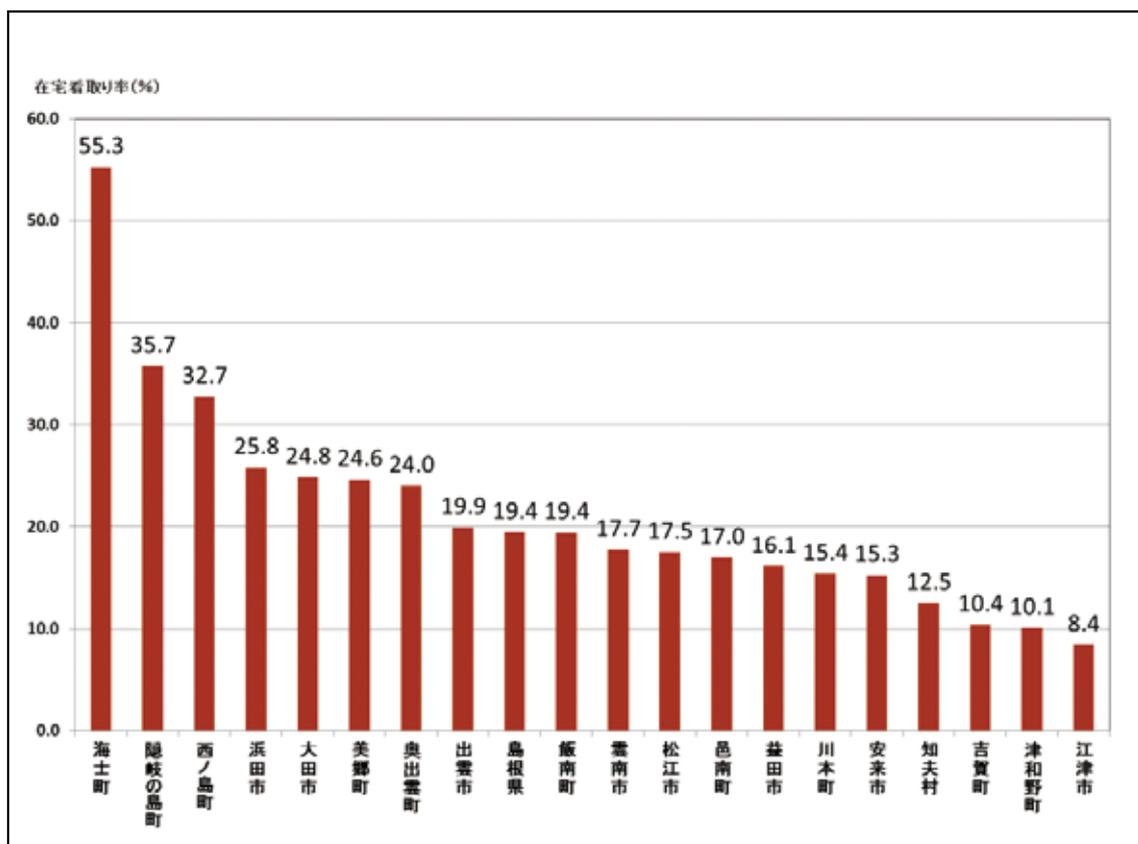
資料：「島根県内の訪問看護ステーション（平成28年4月1日現在）」（島根県健康福祉部高齢者福祉課）

(2) 死亡場所別にみた死亡割合の状況

- 平成25年において、自宅での死亡割合は10.8%で、全国の12.9%を下回っています。
- 自宅に老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）を含めた在宅看取り率は19.4%で、全国の18.1%を上回っています。
- 在宅看取り率は、海士町の55.3%から江津市の8.4%まで、県内でも市町村によって大きな差があります。

図表 1 4 市町村別の死亡場所別にみた死亡割合

	看取り施設内(%)						看取り施設外(%)			在宅看取り率(%)
	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人ホーム		自宅	その他	自宅+ 老人ホーム	
全国	85.0	75.6	2.2	1.9	-	5.3	15.0	12.9	2.2	18.1
島根県	87.3	75.3	0.8	2.5	-	8.7	12.7	10.8	1.9	19.4
松江市	89.1	77.5	0.2	3.0	-	8.3	10.9	9.2	1.7	17.5
安来市	86.7	80.8	0.7	0.9	-	4.3	13.3	11.0	2.3	15.3
雲南市	86.9	78.1	0.2	2.7	-	6.0	13.1	11.8	1.3	17.7
奥出雲町	89.2	75.2	-	-	-	14.0	10.8	10.0	0.8	24.0
飯南町	95.1	77.7	-	1.9	-	15.5	4.9	3.9	1.0	19.4
出雲市	87.0	75.6	0.3	2.6	-	8.5	13.0	11.5	1.6	19.9
大田市	84.0	65.7	5.4	1.5	-	11.3	16.0	13.6	2.5	24.8
川本町	81.5	76.9	-	3.1	-	1.5	18.5	13.8	4.6	15.4
美郷町	85.4	71.5	-	0.8	-	13.1	14.6	11.5	3.1	24.6
邑南町	89.9	68.8	0.5	12.8	-	7.8	10.1	9.2	0.9	17.0
浜田市	83.3	69.8	0.6	1.7	-	11.3	16.7	14.4	2.2	25.8
江津市	93.3	82.2	2.0	4.7	-	4.5	6.7	4.0	2.7	8.4
益田市	87.6	79.3	1.8	-	-	6.5	12.4	9.6	2.8	16.1
津和野町	89.9	85.8	0.6	1.8	-	1.8	10.1	8.3	1.8	10.1
吉賀町	91.1	83.7	-	5.2	-	2.2	8.9	8.1	0.7	10.4
隠岐の島町	86.7	58.2	-	4.0	-	24.5	13.3	11.2	2.0	35.7
海士町	63.2	39.5	2.6	-	-	21.1	36.8	34.2	2.6	55.3
西ノ島町	78.2	65.5	-	-	-	12.7	21.8	20.0	1.8	32.7
知夫村	75.0	62.5	12.5	-	-	-	25.0	12.5	12.5	12.5



資料：「平成 25 年人口動態統計」（厚生労働省）

## 第5節 患者の受療動向

### (1) 高度急性期の自圏域内完結率推計

- 高度急性期において、出雲圏域では自圏域内完結率（患者が居住する同じ圏域内の医療機関に入院する割合）が約95%と高いですが、雲南圏域・大田圏域・隠岐圏域では20～30%台となっています。
- 松江圏域（主に安来地域より）・隠岐圏域からは、鳥取県西部圏域へ10%程度の患者流出があります。

図表15 2025年度の高度急性期の自圏域内完結率推計（現在の流出入状況が続いた場合）

		医療機関所在地							
		自県							他県
		松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	鳥取県西部
患者居住地	松江	79.8%	-	5.7%	-	-	-	-	12.3%
	雲南	18.6%	26.5%	50.4%	0.1%	-	-	-	1.0%
	出雲	2.2%	0.2%	95.3%	-	-	-	-	0.4%
	大田	2.2%	0.1%	50.5%	22.8%	9.2%	-	-	0.1%
	浜田	1.3%	-	13.7%	0.5%	70.6%	3.4%	-	0.9%
	益田	0.4%	-	9.8%	-	2.5%	68.9%	-	0.3%
	隠岐	34.5%	-	14.4%	-	-	-	35.9%	8.6%

資料：「必要病床数等推計ツール」（厚生労働省）

### (2) 急性期の自圏域内完結率推計

- 急性期において、松江圏域・出雲圏域では自圏域内完結率が約90%と高いですが、雲南圏域・大田圏域・隠岐圏域では40～50%台となっています。
- 大田圏域・浜田圏域・益田圏域からは、広島県広島圏域へ一定の患者流出があります。また、山口県萩圏域から、益田圏域に一定の患者流入があります。

図表16 2025年度の急性期の自圏域内完結率推計（現在の流出入状況が続いた場合）

		医療機関所在地								
		自県							他県	
		松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	鳥取県西部	広島県
患者居住地	松江	88.0%	0.1%	2.7%	-	-	-	-	8.1%	0.1%
	雲南	15.7%	51.8%	29.6%	0.1%	-	-	-	0.5%	0.3%
	出雲	4.0%	0.5%	94.1%	0.1%	-	-	-	0.3%	0.1%
	大田	3.8%	0.2%	32.8%	40.2%	11.0%	0.1%	-	0.1%	7.6%
	浜田	1.6%	-	7.5%	1.1%	81.1%	2.9%	-	0.4%	3.9%
	益田	0.3%	-	3.3%	-	1.7%	80.7%	-	-	4.4%
	隠岐	29.5%	0.1%	6.9%	-	-	-	53.5%	4.9%	-

資料：「必要病床数等推計ツール」（厚生労働省）

(3) 回復期の自圏域内完結率推計

- 回復期の自圏域内完結率について、大田圏域・隠岐圏域では40～50%台となっています。
- 松江圏域（主に安来地域より）・隠岐圏域からは、鳥取県西部圏域へ一定の患者流出があります。また、大田圏域・浜田圏域・益田圏域からは、広島県広島圏域へ一定の患者流出があります。

図表 1 7 2025 年度の回復期の自圏域内完結率推計（現在の流出入状況が続いた場合）

		医療機関所在地									
		自県							他県		
		松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	鳥取県西部	広島県広島	
患者住所地	松江	86.9%	0.2%	2.3%	-	-	-	-	-	9.6%	0.2%
	雲南	11.6%	71.2%	15.2%	0.1%	-	-	-	-	0.5%	0.1%
	出雲	5.5%	0.6%	92.3%	0.1%	-	-	-	-	0.4%	0.3%
	大田	6.6%	0.1%	21.6%	42.9%	13.4%	-	-	-	0.1%	10.8%
	浜田	3.3%	-	7.1%	1.0%	75.8%	4.1%	-	-	0.8%	6.0%
	益田	0.6%	-	2.9%	-	1.0%	79.7%	-	-	0.1%	4.7%
	隠岐	26.5%	-	6.0%	-	-	-	55.6%	-	5.8%	0.2%

資料：「必要病床数等推計ツール」（厚生労働省）

(4) 慢性期の自圏域内完結率推計

- 慢性期の自圏域内完結率について、雲南圏域・大田圏域では40%台となっています。
- 大田圏域・浜田圏域・益田圏域からは、広島県広島圏域へ一定の患者流出があります。また、益田圏域から、山口県萩圏域に一定の患者流出があります。

図表 1 8 2025 年度の慢性期の自圏域内完結率推計（現在の流出入状況が続いた場合）

		医療機関所在地									
		自県							他県		
		松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	鳥取県西部	広島県広島	山口県萩
患者住所地	松江	90.7%	2.1%	3.0%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	2.3%	-	-
	雲南	29.0%	48.1%	18.8%	-	-	-	-	-	0.6%	-
	出雲	10.0%	0.2%	88.2%	0.1%	0.4%	-	-	-	0.2%	-
	大田	11.3%	-	7.3%	44.3%	13.7%	-	-	-	13.2%	-
	浜田	1.4%	-	0.9%	4.9%	68.9%	2.4%	-	-	18.1%	0.1%
	益田	1.3%	-	0.4%	-	17.2%	61.8%	-	-	5.8%	8.1%
	隠岐	17.9%	-	0.3%	-	0.2%	-	68.6%	-	-	-

資料：「必要病床数等推計ツール」（厚生労働省）

## 第3章 構想区域の設定

### 第1節 構想区域の基本的考え方

- 構想区域とは、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域であり、人口構造の変化の見通し、その他の医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し、その他の事情を考慮して、一体の区域として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単位とすることとされています。
- また、厚生労働省が示した「地域医療構想策定ガイドライン」においては、構想区域の設定にあたっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ人口規模、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して検討する必要があるとされています。

### 第2節 構想区域の設定

- 島根県保健医療計画においては、東西に長く離島も抱える県土の地理的条件、交通条件、保健医療の需給状況、行政の区域等を総合的に考慮しながら、生活圏としての一体性、住民の受療動向、医療機関の設置状況、保健・医療・福祉の一体化、広域行政区域、救急医療体制等を総合的に考慮した地域として二次医療圏を設定しています。
- また、従来より、保健所を中心に「保健医療対策会議」を開催するなどして、二次医療圏での医療提供体制の検討や圏域・県を越えた医療機関等相互の連携体制構築を推進しています。
- 地域医療の将来のあり方を考える場合にも、身近な地域での医療の提供体制、介護との連携等、現在の二次医療圏の枠組みでの議論が有効です。
- 上記の観点から、構想区域は、現行の二次医療圏と同一の区域とします。

## 第4章 医療需要・必要病床数推計の方法及び結果

### 第1節 医療需要の推計方法（詳細については資料編に記載）

#### （1）医療需要推計の基本的考え方

○平成37年度（2025年度）における病床の機能区分、すなわち高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能毎の医療需要（1日当たりの入院患者数。以下同じ。）について、厚生労働省が示す基礎データに基づき推計します。

○このうち、高度急性期、急性期及び回復期については、平成25年度（2013年度）のNDBのレセプトデータ（※）及びDPCデータ（※）により、性・年齢階級別の医療資源投入量を算出し、平成37年度（2025年度）の性・年齢階級別の推計人口を乗じて、医療需要を推計します。

#### ※ NDBのレセプトデータ

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。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

#### ※ 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日当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。

○また、慢性期については、①入院患者のうち一定の割合について在宅医療等への移行を推進する、②療養病床における入院受療率の都道府県による差を一定の幅の中で縮小させるという国の方針に基づき、医療需要を推計します。

○そのため、慢性期の医療需要については「在宅医療等」と一体的に推計し、一部を在宅医療等の医療需要として推計します。

○なお、上記②に関して、当県の療養病床における現状の入院受療率が全国平均程度であることを考慮すると、パターンA（入院受療率が全国最小である山形県を目指す方法）の選択は現実的ではないため、パターンB（松江区域、出雲区域、隠岐区域）及びパターンC（雲南区域、大田区域、浜田区域、益田区域）を選択することとしました。（推計の詳細方法は資料編参照）

## (2) 構想区域間の調整

- 県土が東西に長く、離島を抱える地理的条件等から、島根県においては、これまでも高度・特殊・専門的な医療に関しては圏域を越えた連携を推進してきており、特に高度急性期及び急性期については、ドクターヘリや高規格救急車等により、構想区域を越えて患者が受療しています。  
高度・特殊・専門的な医療を効率よく適切に提供するためには、今後とも構想区域を越えた機能分担と連携強化が不可欠です。
- 一方、急性期の治療が落ち着いた後の回復期、慢性期の医療は、入院中の本人、家族等の利便性や、在宅医療等との円滑な連携を考慮すると、可能な限り患者の住所地の近くで確保することが望まれます。
- 以上から、2025年に向けた島根県地域医療構想では、高度急性期及び急性期については、保健医療計画が目指す機能分担と連携を引き続き推進していくこととし、現状における患者流出入を前提とした「医療機関所在地ベース」で医療需要を推計します。一方、回復期、慢性期及び在宅医療等については、患者の日常生活に身近な構想区域内での医療提供体制の充実を目指すこととし、患者が自らの住所地の構想区域において医療を受けることを前提とした「患者住所地ベース」で医療需要を推計します。
- 隠岐区域については、上記考え方で計算すると増床が必要との結果になりますが、今後の区域内患者推計、医療・介護従事者の状況等を考えると、増床することは現実的ではないため、2025年において病床数の変化が生じないように他区域との間で調整しました。
- その他の要素として、大田区域から松江区域・出雲区域・浜田区域に流出している急性期需要の一部（整形外科を中心に10.4人/日）については、今後、区域内での確保を目指していく方向性について関係者のコンセンサスが得られたため、大田区域の需要として算定しました。

## (3) 隣接県との調整

- 都道府県間で一定以上（1日あたり10人以上）の患者の流入・流出がある場合は、流入・流出の見込みを調整することとなっています。
- これを踏まえ、今回、隣接する鳥取県、広島県、山口県と調整のための協議を行いました。統一した方針が得られないため、県として一定のルールを決めた上で、複数のパターンで推計することとしました。
- パターンⅠは、国が定めた県間調整ルールに基づき、県間調整が不調の部分は、全ての病床区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について医療機関所在地ベースで算定しています。一方、パターンⅡは、島根県の考え方に基づき、高度急性期・急性期は医療機関所在地ベース、回復期・慢性期・在宅医療等は患者住所地ベースで算定しています。（推計の詳細方法は資料編参照）

## 第2節 医療需要の推計結果

### (1) 構想区域別の医療需要の変化

- 第1節の考え方にに基づき算定した、各構想区域の医療需要は図表19のとおりです。
- 推計した2025年度の医療需要を2013年度の医療需要と比較すると、以下の特徴があります。

#### 【高度急性期】

- 県全体では高度急性期の医療需要は微減（2%の減少）となっています。
- 高度急性期に該当する患者像は、そのほとんどが入院患者のうち手術当日の人に該当します。
- 微減の背景として、人口の減少が影響しているものと考えられます。

#### 【急性期】

- 県全体では急性期の医療需要は微増（1.4%の増加）となっています。
- 急性期に該当する患者像は、入院中の患者のうち、手術翌日から症状が安定するまでの入院患者及び医療的ケアの必要性が高い患者が該当します。
- 微増の背景として、医療的ケアの必要な高齢者は入院期間が比較的長くなる傾向及び手術以外の入院もあることから、若年層人口の減少を高齢者人口の増加が相殺している状態と考えられます。

#### 【回復期】

- 県全体では回復期の医療需要は増（4.7%の増加）となっています。
- 回復期に該当する患者像は、リハビリテーションを行っている患者や、症状が落ち着いて医療的ケアが比較的少ない患者が該当します。
- 増加の背景として、高齢者人口の増加が強く影響しているものと考えられます。
- なお、現在、鳥取県内の病院に入院する島根県の患者が存在し、現状のまま推移すれば、2025年度には61人/日の患者が鳥取県の医療機関に入院していることが予想されます。島根県内での医療提供体制の充実により、県内医療機関での受け入れが可能となれば、全体の回復期の医療需要は8.4%の増となります。（パターンⅡ欄参照）

#### 【慢性期】

- 県全体では、慢性期の医療需要は減（17.2%の減少）となります。
- 慢性期の患者像は、療養病床等で長期療養している高齢者、障がい者及び難病患者等が該当します。

図表19 2025年度の医療需要及び増減率

	2013年度の医療需要(人/日)						パターン	2025年度の医療需要(人/日)						増減率(%)					
	4医療機能及び在宅医療等の合計(2013)							4医療機能及び在宅医療等の合計(2025)						4医療機能及び在宅医療等の合計(2025)					
	うち 合計	うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち 慢性期	うち 在宅 医療等		うち 合計	うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち 慢性期	うち 在宅 医療等	うち 合計	うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち 慢性期	うち 在宅 医療等
松江	5,139	153	583	584	824	2,996	I	5,940	159	631	580	688	3,881	15.6%	4.4%	8.3%	△ 16.5%	29.5%	
							II	5,994	159	631	641	681	3,881	16.6%	4.4%	8.3%	△ 17.3%	29.5%	
							差引	54			61	△ 7							
雲南	1,432	12	90	177	110	1,043		1,603	12	88	228	129	1,146	11.9%	△ 2.9%	△ 2.2%	29.0%	17.1%	9.9%
出雲	3,789	201	512	448	482	2,146		3,846	191	502	379	314	2,459	1.5%	△ 4.9%	△ 1.9%	△ 15.3%	△ 34.8%	14.6%
大田	1,583	11	67	81	96	1,327	I	1,638	10	83	156	113	1,276	3.5%	△ 12.6%	23.7%	91.9%	18.2%	△ 3.9%
							II	1,627	10	72	156	113	1,276	2.8%	△ 12.6%	7.4%	91.9%	18.2%	△ 3.9%
							差引	△ 11		△ 11									
浜田	2,135	49	211	181	301	1,394		2,169	46	199	191	212	1,521	1.6%	△ 4.7%	△ 5.5%	5.6%	△ 29.5%	9.1%
益田	1,678	38	174	158	155	1,153	I	1,717	35	156	161	160	1,205	2.3%	△ 6.4%	△ 10.4%	2.0%	3.0%	4.5%
							II	1,728	35	167	161	160	1,205	3.0%	△ 6.4%	△ 4.1%	2.0%	3.0%	4.5%
							差引	11		11									
隠岐	371	6	31	34	26	276		414	6	30	45	35	298	11.6%	△ 1.2%	△ 1.1%	34.3%	36.7%	8.2%
計	16,127	469	1,668	1,662	1,993	10,335	I	17,327	459	1,691	1,740	1,651	11,786	7.4%	△ 2.0%	1.4%	4.7%	△ 17.2%	14.0%
							II	17,381	459	1,691	1,801	1,644	11,786	7.8%	△ 2.0%	1.4%	8.4%	△ 17.5%	14.0%
							差引	54			61	△ 7							

※県間調整 パターン I: 国が定めた県間調整方法(県間調整が不調の部分は、医療機関所在地ベースで算定)  
 パターン II: 島根県の考え方(高度急性期・急性期は医療機関所在地ベース、回復期・慢性期・在宅医療等は患者住所地ベースで算定)

- 国の示す算定方法に従い、2013年度の医療需要についても、一般病床に入院中の医療資源投入量が175点未満の患者、療養病床に入院中の医療区分1（医療的ケアの少ない人）の患者の7割は在宅医療の需要として算定しました。また、入院受療率の地域差については、2025年までの期間をかけて解消に取り組んだ場合を想定して算定しました。この、入院受療率の地域差解消分を算定することにより、医療需要は概ね26%程度減少すると算定されます。一方、これら3つの要素による影響を除くと、高齢者の増加により概ね8%程度の医療需要の増加が予測されま
- なお、現在、島根県内の病院に入院している鳥取県の患者が存在し、その患者が将来的に鳥取県の病院に入院すると考えた場合には、7人/日ほど少なくなるものと予想され、県全体の慢性期の需要は17.5%の減となります（パターンⅡ欄参照）。

#### 【在宅医療等】

- 県全体では、在宅医療等の医療需要は増（14%の増加）となっています。
- 在宅医療等の患者像としては、訪問診療の利用者、介護老人保健施設利用者、一般病床や療養病床に入院している患者のうち医療的ケアが少ない人等で今後在宅での療養が可能と考えられる人が含まれています。
- 増加の背景として、高齢者人口の増加のほか、現在入院中の患者のうち医療的ケアの少ない人の在宅医療等への移行、並びに地域差解消のための計算方法などが影響しているものと考えられます。
- 慢性期の医療需要と在宅医療等の医療需要を合計した数は、2013年度の12,328人/日から2025年度には13,437人/日と9.0%増加となっています。

### 第3節 将来の必要病床数（病床の必要量）の推計方法及び結果

#### （1）国が定める算定方法

○第2節で算定した医療需要に対して、国が定める一定の病床稼働率で除して算定することとされています。算定に用いる病床稼働率は以下のとおりであり、今後、現状の病床稼働率よりも高めていく方向性が示されているものと判断されます。

- ・高度急性期 75%
- ・急性期 78%
- ・回復期 90%
- ・慢性期 92%

○病床稼働率とは、実際に入院している患者数を全ての病床数で除して算出するものであり、どの程度病院の病床が埋まっているかを示すものです。

○一般的には、病床が埋まっているほど（病床稼働率が高いほど）病院経営には余裕ができますが、救急患者を受け入れたり、季節ごとの入院患者数の変動に対応したりするため、一定の空き病床を確保しておく必要もあります。

○島根県内の医療機関は、広い県土に分散して立地しており、患者数の変動に対応できない場合には、遠くの医療機関に入院せざるを得なくなるため、患者・家族の利便性も考慮し、一定の空床を織り込んだ比較的余裕のある病床運営をしているケースが多いと思われます。

○実際には、平成25年（2013年）における、一般病床の利用率は77.4%、療養病床の利用率は86.0%となっており、国の示す病床稼働率よりも低くなっていますが、今後、地域において検討を進める上で一定の参考になるものと考えられます。

○ただし、地域医療構想で定めることとされている「2025年の必要病床数」については、将来のあるべき医療提供体制を検討するための目安を示すものであって、現在稼働している病床を必要病床数まで強制的に減らそうとするものではありません。

○第1章第2節で述べているとおり、地域医療構想は、人口動態を基にした将来の医療需要推計を目安として、各医療機関の自主的な取組を前提に、地域の実情に応じた持続可能で充実した医療提供体制を構築していこうとするものであり、構想区域ごとに設置する「地域医療構想調整会議」等の場を活用して課題を共有するとともに、その対策について協議していきます。

(2) 構想区域別の必要病床数

図表2-0 2025年度の必要病床数（医療需要を国の示す病床稼働率で除したもの）  
（パターンⅠ）

	2025年度の必要病床数				
	4医療機能合計				
	合計	うち 高度急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち 慢性期
松江	2414	212	810	644	748
雲南	523	15	113	254	141
出雲	1661	255	644	421	341
大田	417	13	107	174	123
浜田	760	62	255	212	231
益田	599	47	200	179	173
隠岐	135	8	39	50	38
計	6509	612	2168	1934	1795

※大田区域・隠岐区域の高度急性期必要病床数は、急性期の傾向を踏まえた県独自試算。

(パターンⅡ)

	2025年度の必要病床数				
	4医療機能合計				
	合計	うち 高度急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち 慢性期
松江	2474	212	810	712	740
雲南	523	15	113	254	141
出雲	1661	255	644	421	341
大田	403	13	93	174	123
浜田	760	62	255	212	231
益田	613	47	214	179	173
隠岐	135	8	39	50	38
計	6569	612	2168	2002	1787

※大田区域・隠岐区域の高度急性期必要病床数は、急性期の傾向を踏まえた県独自試算。

## 第4節 現状との比較

○2025年度の必要病床数（パターンⅡ）と、2013年度及び2016年度の病床数を比較すると図表21のとおりです。

図表21-1 2013年度との比較

	2013年度の病床数			2025年度の必要病床数					増減数	増減率(%)
	一般・療養病床合計			4医療機能合計						
	合計	うち一般病床	うち療養病床	合計	うち高度急性期	うち急性期	うち回復期	うち慢性期		
松江	3,296	2,584	712	2,474	212	810	712	740	-822	-24.9
雲南	598	405	193	523	15	113	254	141	-75	-12.5
出雲	2,412	1,801	611	1,661	255	644	421	341	-751	-31.1
大田	670	503	167	403	13	93	174	123	-267	-39.9
浜田	1,178	824	354	760	62	255	212	231	-418	-35.5
益田	886	634	252	613	47	214	179	173	-273	-30.8
隠岐	135	111	24	135	8	39	50	38	-	-
計	9,175	6,862	2,313	6,569	612	2,168	2,002	1,787	-2,606	-28.4

図表21-2 2016年度との比較

	2016年度の病床数			2025年度の必要病床数					増減数	増減率(%)
	一般・療養病床合計			4医療機能合計						
	合計	うち一般病床	うち療養病床	合計	うち高度急性期	うち急性期	うち回復期	うち慢性期		
松江	3,089	2,585	504	2,474	212	810	712	740	-615	-19.9
雲南	598	405	193	523	15	113	254	141	-75	-12.5
出雲	2,361	1,750	611	1,661	255	644	421	341	-700	-29.6
大田	647	457	190	403	13	93	174	123	-244	-37.7
浜田	1,128	731	397	760	62	255	212	231	-368	-32.6
益田	847	595	252	613	47	214	179	173	-234	-27.6
隠岐	135	111	24	135	8	39	50	38	-	-
計	8,805	6,634	2,171	6,569	612	2,168	2,002	1,787	-2,236	-25.4

(注1) 2013年度は「平成25年医療施設調査（平成25年10月1日現在）」における病床数、2016年度は平成28年4月1日時点における医療法上の許可病床数です(休床を含む)。

(注2) 2025年度の必要病床数は、国が定める一定の病床稼働率、介護保険施設入所を含む在宅医療への移行が、国の想定通りに進んだ場合に最低限必要とされる病床数の目安です。

## 第5章 構想区域ごとの推計結果、現状・課題及び今後の方向性

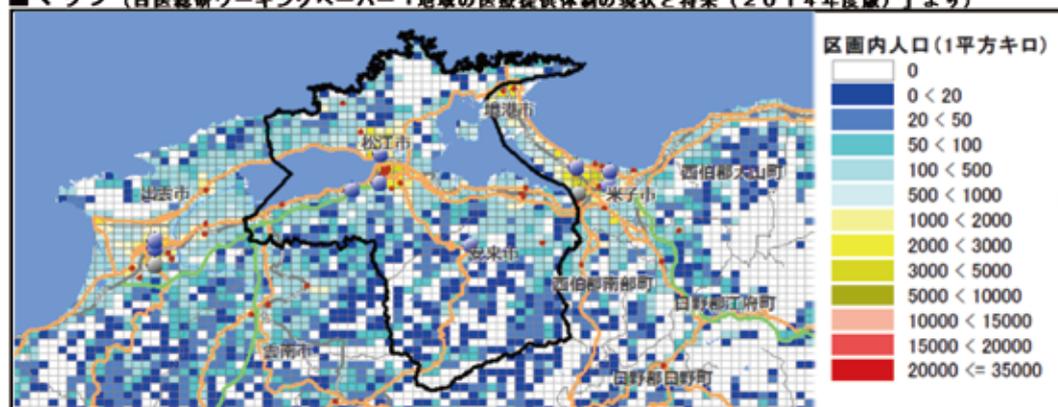
### 第1節 松江構想区域

#### (1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計	面積	993.96(km <sup>2</sup> )
人口	245,023	227,905	人口密度	246.5(人/km <sup>2</sup> )
うち65歳以上	70,497 28.8%	75,771 33.2%	構成市町村	・松江市 ・安来市
うち75歳以上	36,622 14.9%	45,828 20.1%		

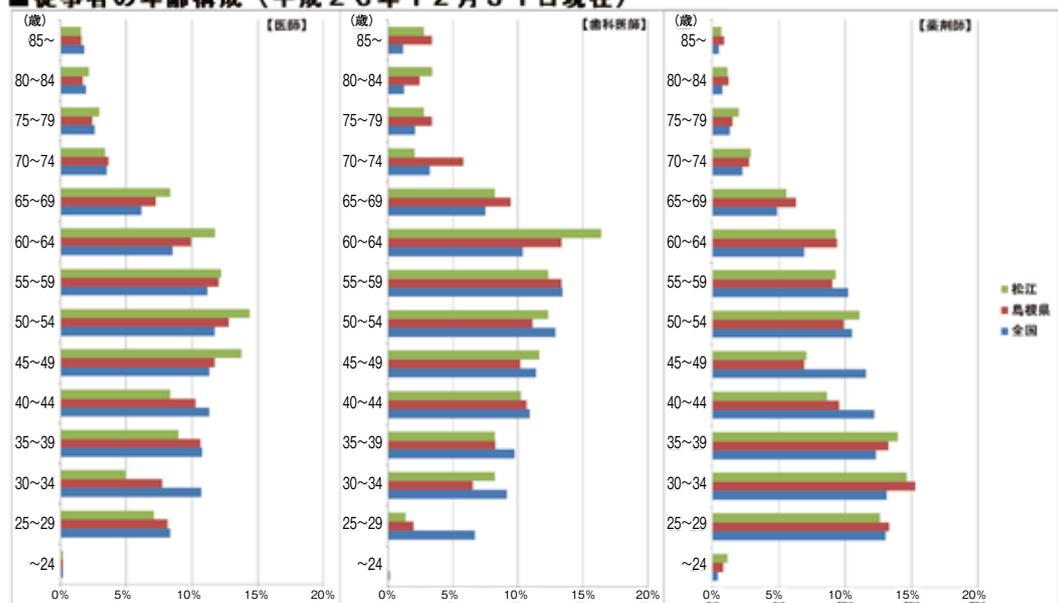
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年度版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	647	146	451	157	93	2850	900
人口10万対	262.7	59.3	183.1	63.7	37.8	1157.2	365.4

■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

■構成割合



■病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1 松江赤十字病院	598	260	338	0	0	0
2 松江市立病院	416	207	209	0	0	0
3 総合病院松江生協病院	351	22	114	57	158	0
4 JCHO玉造病院	301	0	111	142	0	48
5 国立病院機構松江医療センター	328	0	48	50	230	0
6 松江記念病院	172	0	0	116	56	0
7 鹿島病院	177	0	0	57	120	0
8 東部島根医療福祉センター	100	0	0	0	100	0
9 安来市立病院	183	0	100	35	48	0
10 日立記念病院	80	0	49	0	31	0
11 安来第一病院	158	0	60	48	50	0
12 安来市医師会病院	52	0	0	0	52	0
計	2916	489	1029	505	845	48

■在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

	届出施設数
在宅療養支援病院	2カ所（松江記念病院、鹿島病院）
在宅療養後方支援病院	2カ所（安来第一病院、松江生協病院）
地域包括ケア病棟加算病院	4カ所（JCHO玉造病院（51床）、松江記念病院（12床）、安来市立病院（35床）、日立記念病院（12床））
在宅療養支援診療所	48カ所（松江市44カ所、安来市4カ所）
在宅療養支援歯科診療所	36カ所（松江市32カ所、安来市4カ所）
訪問看護ステーション	26カ所（常勤換算看護職員数 108.4人）
訪問薬剤管理指導を行う薬局	89カ所（松江市79カ所、安来市10カ所）

(2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013 年度	152.6	583.0	583.8	823.9	2996.0
2025 年度 I	159.3	631.4	579.9	687.9	3881.0
2025 年度 II	159.3	631.4	640.9	680.9	3881.0
増減 I	4.4%	8.3%	-0.7%	-16.5%	29.5%
増減 II	4.4%	8.3%	9.8%	-17.4%	29.5%

※2013 年度は医療機関所在地ベースの推計、2025 年度は調整後の推計。

※ I：国が定めた県間調整方法によって算定した場合の数。

II：島根県の考え方によって算定した場合の数。

(参考 1) 2025 年度における医療需要推計 (医療機関住所地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	159.3	632.2	652.1	750.1	3828.1

(参考 2) 2025 年度における医療需要推計 (患者住所地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	171.6	629.3	632.9	679.7	3881.1

(3) 2025 年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度 I	212	810	644	748	
2025 年度 II	212	810	712	740	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したものの。

(4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

○松江構想区域の特徴

- ・区域の総人口は 245,023 人で、県の総人口の 35.4%を占めています。人口は減少傾向で、生産年齢人口の減少により高齢化率は引き続き上昇し、2025 年には高齢化率が 33.2%となる見込みです。(全国 30.3%)。
- ・医療機関が比較的多く立地し、医療提供体制が整備されているため、入院患者の自区域内完結率は約 9 割と高くなっています。また、雲南区域・隠岐区域など他区域からも多くの患者の流入がみられます。

## ○高度急性期

### 【現状と課題】

- ・高度急性期については、救命救急センターである松江赤十字病院を中心に、松江市立病院、松江生協病院等が連携しながら、3次救急、高度・特殊な医療（※）に対応しています。

#### ※高度・特殊な医療

脳卒中の医療として行われる組織プラスミノゲンアクチベータ（t-PA）の投与や急性心筋梗塞に対するカテーテルを用いた冠動脈血栓溶解療法、冠動脈拡張術、冠動脈バイパス術等

- ・がんの専門的な医療については、区域内 2 ヶ所の地域がん診療連携拠点病院（松江赤十字病院、松江市立病院）及び地域がん診療連携拠点病院に準じる病院（国立病院機構松江医療センター）などを中心に実施されています。また、平成 29 年 3 月には、松江市立病院にがんセンターが整備される予定であり、特に、外来化学療法や放射線治療などの充実強化が期待されます。
- ・平成 24 年 6 月から、松江赤十字病院の改築に伴うヘリポート運用が開始されていることもあり、雲南区域・隠岐区域等からも多くの患者を受け入れています。
- ・今後、当面は一定の高度急性期需要が見込まれるものの、早期の社会復帰を目指す医療の方向性の中で、診療報酬改定等の影響による在院日数の短縮を受けて、各病院の病床稼働率が低下することが危惧されます。

### 【今後の方向性】

- ・他区域からの患者受入も含め、引き続き、3次救急、高度・特殊な医療への対応に力を入れていきます。
- ・一方、将来的には、診療報酬改定等の影響による平均在院日数の短縮を受け、病床稼働率が減少していくことが予測される中、松江赤十字病院、松江市立病院等の間で、疾病・事業別の役割分担・相互協力等について検討を進めていくことが必要です。
- ・特に、がんについては、松江市立病院に整備予定のがんセンターの機能も踏まえ、区域内で求められる医療提供体制について検討を進めていきます。
- ・ドクターヘリ・医療情報ネットワーク（まめネット）の活用等による他区域との機能分担・連携の取組を継続していきます。

## ○急性期

### 【現状と課題】

- ・急性期については、区域内 7 ヶ所の救急告示病院（松江赤十字病院、松江市立病院、松江生協病院、松江記念病院、JCHO玉造病院、安来市立病院、日立記念病院）において、他区域からの患者も含めて対応しています。

- ・一方、安来地域については、隣接する鳥取県西部圏域への患者流出が多い状況です。
- ・在宅療養後方支援病院（松江生協病院、安来第一病院）及び地域包括ケア病棟・病床を有する病院（松江記念病院、JCHO玉造病院、安来市立病院、日立記念病院、安来第一病院）では、病状が悪化・急変した在宅療養患者の急性期医療を担っています。

**【今後の方向性】**

- ・急性期治療目的で入院していた患者を、早期に他区域も含めた回復期以降の治療に繋げることが出来るように、病院の地域連携部署による区域を越えた病院間の連携によって支援していきます。
- ・安来地域については、県境を越えた関係機関間の連携の取組を継続することに加え、市内病院それぞれが果たすべき役割と今後の在り方について検討していきます。

○回復期

**【現状と課題】**

- ・回復期リハビリテーション病棟（JCHO玉造病院、安来第一病院、松江生協病院、鹿島病院）、地域包括ケア病棟（JCHO玉造病院、松江記念病院、安来市立病院、日立記念病院）等において回復期リハビリテーション、在宅復帰支援が行われています。
- ・安来地域から鳥取県西部圏域等への流出が多い状況です。

**【今後の方向性】**

- ・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等を有する病院においては、引き続き、質の高いリハビリテーション、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供する機能・役割を担っていきます。
- ・今後、他区域に入院していた患者が早期に安来地域に復帰することが出来るように、安来市内の医療機関を中心に受け入れ体制・機能の充実を図っていきます。
- ・今後増加する回復期の需要に応えるため、脳卒中などの神経疾患、がん・難病、整形外科疾患、廃用症候群等さまざまな病態に対応できるリハビリテーション医の確保、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の確保、退院後の療養環境の調整にあたるソーシャルワーカーの確保等を進めていきます。
- ・急性期病床から回復期病床への機能転換については、診療報酬改定の動向等も踏まえた上で、継続的に関係者による議論をしていきます。

○慢性期

**【現状と課題】**

- ・当区域には、通常の療養病床を有する病院だけではなく、長期にわたり療養が必要な重度の障がい者が入院するための病床を有する病院（松江生協病院、国立病院機構松江医療センター、鹿島病院、東部島根医療福祉センター）が立地しています。

- ・医療機関における慢性期医療を在宅医療等へシフトするためには、診療所や介護保険施設、人材といったあらゆる資源が必要ですが、急速に増加させることは困難です。

#### 【今後の方向性】

- ・在宅医療を支える人的・物的資源を急速に増大させることは困難なため、地域で長期療養が必要な患者を支えていくためには、当面は一定の慢性期病床数を維持していく必要があります。
- ・今後は、市が中心となり、医療機関や介護保険施設との適切な役割分担のもと、長期療養が必要な患者の受け皿づくりを進めていきます。
- ・国の「療養病床の在り方等に関する検討会」での検討結果や、県の「医療施設・介護施設利用者の状態像に関する調査」の結果も踏まえ、松江区域として必要な慢性期機能について継続的に議論を進めていきます。

#### ○在宅医療等

##### 【現状と課題】

- ・今後の国の方向性として、医療処置の必要性が低い軽症患者については、医療機関での入院ではなく在宅医療等で対応していくことが求められています。
- ・特に、当区域は県内他区域と比べて高齢者数の増加が著しいですが、旧松江市域を中心に医療資源も集中しており、都市型の在宅医療提供体制整備を進めることができる可能性があります。
- ・一方、松江市の旧町村部や安来市では医療資源が少なく、医師の高齢化が進んでいます。
- ・在宅医療を推進していくためには、関係する専門職種間の連携、医療と介護の連携が課題となっています。
- ・在宅医療を受けている患者の状態が悪化した際に、地域包括ケア病棟を有する病院、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院ではなく、松江赤十字病院等の高次医療機関の救急外来へ搬送されるケースがあります。

##### 【今後の方向性】

- ・在宅医療等の提供体制拡大や質の充実に向けた取組を進めていくことが重要です。今後、市が中心となり、自宅のみならず介護保険施設等も含め、地域の実情に応じた在宅医療の提供体制を各病院や医師会等関係機関と連携して検討・整備していきます。
- ・医療・介護資源に限られる中、会議・研修の実施やICTの活用により、情報の共有化とネットワーク構築を進め、多職種による円滑な連携を推進していきます。
- ・在宅医療を担う診療所をバックアップするため、病院による後方支援体制についての

検討を進めていきます。

- ・障がい者病床等を有する医療機関が集積していることから、障がい者・難病患者・小児患者等に対する在宅医療提供体制について、県内他区域のモデルとなるような取組を検討していきます。
- ・在宅医療を推進していくためには人材確保は必要不可欠であり、学校教育や研修を通じて、若い世代から地域医療、介護に関する知識や認識を高めていくための取組を実施します。
- ・今後、増加が予想される病院以外での看取りについて、住民啓発や介護保険施設職員への研修等の取組を行います。
- ・島根半島沿岸部・安来市中山間地域等の点在する高齢者世帯への対応として、移送サービスの充実や施設・住まいの集約化なども含めて検討していきます。

#### ○その他

##### 【現状と課題】

- ・地域医療構想における必要病床数推計は、診療報酬の点数を基準に出された病床単位の数値である一方、病床機能報告制度により各医療機関から報告を求めている数値は、病棟単位の機能に着目したものとなっており、両者には乖離があります。
- ・国の方向性としては、医療の質を充実させつつ効率化も図るために、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の在宅復帰・社会復帰を実現する体制を構築することが強く求められている状況です。
- ・当区域は、旧松江市域を中心に医療・介護資源が比較的充実していますが、その機能を活用するためには、関係者間のさらなる連携が必要です。

##### 【今後の方向性】

- ・急性期・回復期・慢性期・在宅医療間の連携を円滑化するために、退院調整の仕組みづくりを進めていきます。また、地域連携クリティカルパスの活用も推進していきます。
- ・地域医療構想の策定後、松江圏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）などの場を活用し、医療機関の連携や役割分担、在宅医療の推進等について継続的に検討と見直しを行っていきます。
- ・地域の医療提供体制をどう構築していくかは、市のまちづくりや地域包括ケアシステムの構築とも密接に関連があり、地域全体として議論していきます。

## 第2節 雲南構想区域

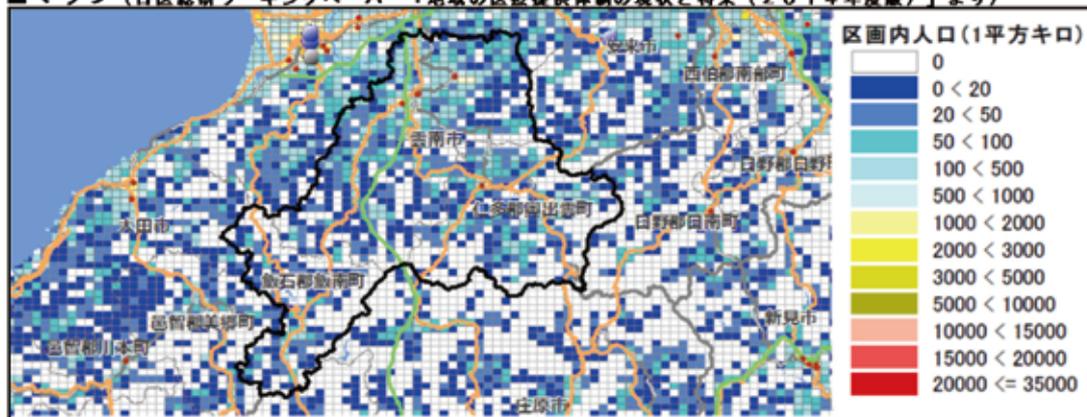
### (1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計
人口	57,229	49,737
うち65歳以上	21,824 38.1%	21,400 43.0%
うち75歳以上	13,009 22.7%	13,313 26.8%

面積	1164.27(km <sup>2</sup> )
人口密度	49.2(人/km <sup>2</sup> )
構成市町村	・雲南市 ・奥出雲町 ・飯南町

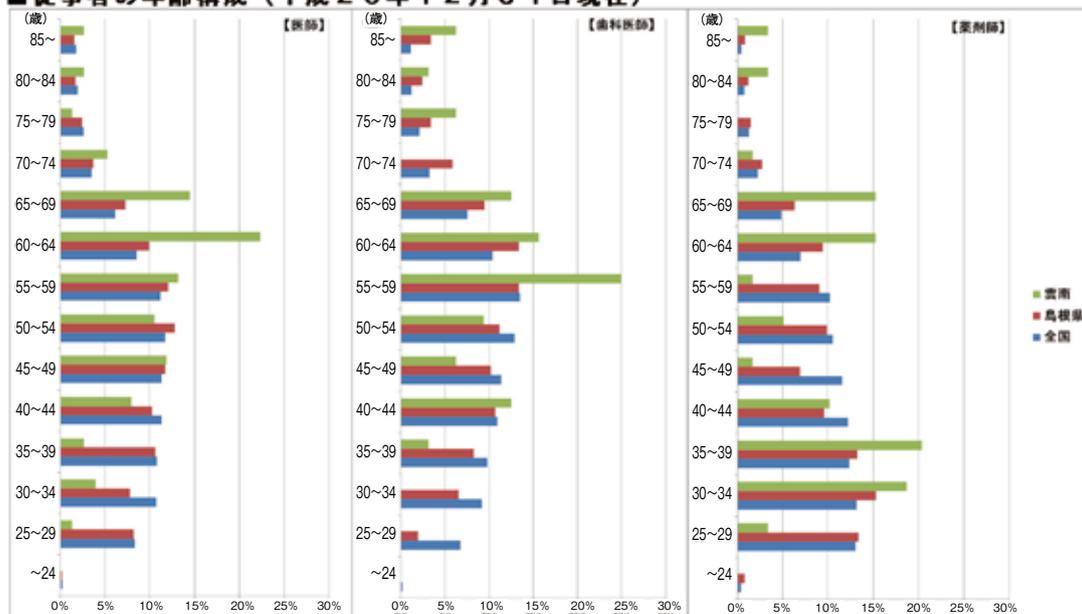
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年度版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	76	32	59	53	11	448	278
人口10万対	130.9	55.1	101.6	91.3	18.9	771.5	478.8

■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■ 医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

■ 構成割合



■ 病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1 雲南市立病院	277	0	158	71	48	0
2 平成記念病院	115	0	60	0	55	0
3 町立奥出雲病院	158	0	98	0	60	0
4 飯南町立飯南病院	48	0	48	0	0	0
計	598	0	364	71	163	0

■ 在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

	届出施設数
在宅療養支援病院	0カ所
地域包括ケア病棟加算病院	3カ所(雲南市立病院(43床)、町立奥出雲病院(8床)、飯南病院(8床))
在宅療養支援診療所	7カ所(雲南市4カ所、奥出雲町3カ所)
在宅療養支援歯科診療所	12カ所(雲南市10カ所、奥出雲町1カ所、飯南町1カ所)
訪問看護ステーション	5カ所(常勤換算看護職員数 19.3人)
訪問薬剤管理指導を行う薬局	16カ所(雲南市10カ所、奥出雲町4カ所、飯南町2カ所)

## (2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013年度	11.9	90.3	176.8	110.2	1042.6
2025年度	11.6	88.3	228.5	129.5	1146.0
増減	-2.5%	-2.2%	29.2%	17.5%	9.9%

※2013年度は医療機関所在地ベースの推計、2025年度は調整後の推計。

### (参考1) 2025年度における医療需要推計（医療機関住所地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025年度	11.6	88.3	173.0	78.6	1056.5

### (参考2) 2025年度における医療需要推計（患者住所地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025年度	41.4	160.9	232.9	132.0	1146.0

## (3) 2025年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025年度	15	113	254	141	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したものの。

## (4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

### ○雲南構想区域の特徴

- ・区域人口は減少傾向で生産年齢人口の減少により高齢化率は引き続き増加し、2025年には高齢化率43.0%となる見込みです。(全国30.3%)。
- ・人口10万人当たりの一般診療所数は県内で最も少なく、歯科診療所数も県平均より少ないです。
- ・入院患者の受療動向として、隣接する松江区域、出雲区域へ主に流出しており、入院患者の自区域内完結率は約6割となっています。

### ○高度急性期

#### 【現状と課題】

- ・高度急性期については、当区域に3次救急・高度・特殊な医療（※）に応えることのできる医療機関が存在しないため、住民の多くが他区域の医療機関（島根大学医学部附属病院、県立中央病院、松江赤十字病院等）で受療している状況です。

※高度・特殊な医療

脳卒中の医療として行われる組織プラスミノゲンアクチベータ（t-PA）の投与や急性心筋梗塞に対するカテーテルを用いた冠動脈血栓溶解療法、冠動脈拡張術、冠動脈バイパス術等

【今後の方向性】

- ・今後、さらに人口減少が進展することが予測される中、当区域において高度急性期機能を充実していくことは現実的ではありません。よって、ドクターヘリ・医療情報ネットワーク（まめネット）の活用等による他区域との機能分担・連携の取組を継続していきます。

○急性期

【現状と課題】

- ・急性期については、区域内4ヵ所の救急告示病院（雲南市立病院、町立奥出雲病院、飯南町立飯南病院、平成記念病院）において幅広い疾患に対応しています。近年では、ドクターヘリの重複要請問題を解消するため、各病院において2次救急の受入体制強化を図っていることにより、救急患者受入件数が増加しています。
- ・雲南市立病院においては、平成27年7月1日から在宅療養後方支援病院としての運用を開始しており、介護保険施設を含め在宅医療を受けている患者が急性増悪した際の受入体制を強化しています。

【今後の方向性】

- ・現在、自区域で対応している2次救急医療・がん診療・小児医療・周産期医療等は、地域住民の安全・安心な生活を守る観点から、身近な地域で診断・治療を受けることができる体制を維持していきます。
- ・身近な地域での急性期医療を維持していくためには人材確保が重要であり、引き続き医師、看護師等の従事者の確保に努めます。
- ・当区域で、必要病床数推計に基づき拙速に急性期病床を縮小すると、症例数の減少によって従事者不足に拍車がかかることが危惧されるため十分な議論を行っていきます。

○回復期

【現状と課題】

- ・回復期については、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟等において回復期リハビリテーション、在宅復帰支援が行われています。

**【今後の方向性】**

- ・回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟等においては、引き続き、質の高いリハビリテーション、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供する機能・役割を担っていきます。
- ・他区域に入院していた患者が早期に当区域に復帰することが出来るように、病院の地域連携部署による区域を越えた病院間の連携による支援を充実させていきます。
- ・急性期病床から回復期病床への機能転換については、診療報酬改定の動向等も踏まえて継続的に議論を行っていきます。

○慢性期

**【現状と課題】**

- ・当区域では在宅医療を支える診療所数が少なく介護保険施設も限られています。
- ・本人・家族の問題として、核家族化の進展、高齢世帯・高齢独居世帯の増加や共働き世帯の増加による介護力の低下、認知症高齢者の増加、高齢世帯の経済力などが挙げられます。
- ・病院での慢性期医療を在宅医療へシフトするためには、診療所や介護保険施設、人材といったあらゆる資源が必要ですが、急速な整備・確保は困難であり、当区域では当面慢性期病床を維持していく必要があります。

**【今後の方向性】**

- ・在宅医療を支える人的・物的資源を急速に増大させることは困難なため、地域で長期療養が必要な患者を支えていくため、当面慢性期病床を維持していく必要があります。
- ・国の「療養病床の在り方等に関する検討会」での検討結果や、県の「医療施設・介護施設利用者の状態像に関する調査」の結果も踏まえ、区域として必要な慢性期機能について継続的に議論を行っていきます。

○在宅医療等

**【現状と課題】**

- ・当区域では、診療所数が少なく医師の高齢化や後継者不足といった根本的な課題があります。また、在宅医療を担う訪問看護師、薬剤師等といった人材も不足しています。
- ・へき地診療所へ雲南市立病院及び飯南町立飯南病院から医師を派遣し、その地域の医療を支えている状況ですが、今後、さらに無医地区が拡大していくことも危惧されます。
- ・在宅医療に関する専門職種間の連携、医療と介護の連携が課題です。

**【今後の方向性】**

- ・区域内の病院が、在宅医療をいかに支えるかについての議論を行っていきます。
- ・当区域では、さらに情報の ICT 化の推進や定期的なネットワーク会議、研修を実施し

て、顔の見える多職種多機関連携の充実を図っていきます。

- ・在宅医療を推進していくためには人材確保は必要不可欠であり、若い世代から地域医療、介護に関する知識や認識を高めていくため、学校教育や研修等を行っていきます。
- ・また、増加する病院以外での看取りへの対応について、当区域では今後住民啓発や介護保険施設職員への研修についての取組を行っていきます。
- ・区域内の点在する高齢者世帯への対応として、移送サービスの充実や集約化などの検討を行っていきます。

#### ○その他

##### 【現状と課題】

- ・当区域では、地域医療を検討するうえで人材不足は重大な問題であり、医師の地域定着といった課題もあります。
- ・医療法第6条の2第3項により国民は医療を適切に受けるよう努めなければならないとされました。
- ・地域医療構想は、国の方針に基づき、平成25年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータにより医療資源投入量を算出し、平成37年度の将来推計人口を乗じて推計された参考値であり、慢性期の医療需要については入院患者のうち一定割合を在宅医療等へ移行可能とみなして推計されています。そのため、地域の在宅医療等の受け皿やその後の状況変化、まち・ひと・しごと創生総合戦略の推進等による取組の成果については考慮されていません。

##### 【今後の方向性】

- ・医療機関だけでなく市町村、介護保険事業者等関係機関が一体となって連携を図り、住民・患者の意見を聞きながら協議を重ねて取り組んでいきます。
- ・住民への情報提供や啓発広報を進めながら、地域医療について住民とともに課題の認識を深め、検討していきます。
- ・今後、雲南区域の地域医療をどう構築していくかについては、“まちづくり”も含めた地域全体としての議論の中で、病院機能のネットワーク化や相互の運営支援など、2025年に向けて真に地域（区域）に必要な医療提供体制を検討していきます。

### 第3節 出雲構想区域

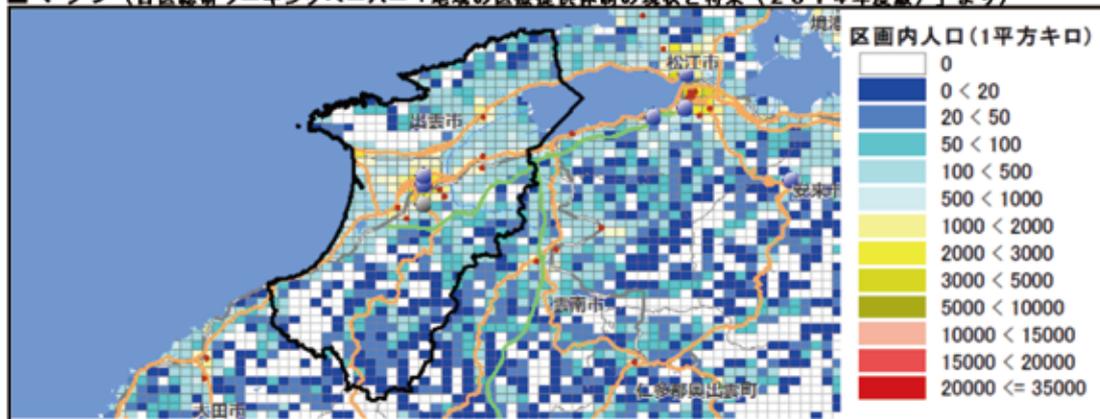
#### (1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計
人口	170,493	156,545
うち65歳以上	49,526 29.0%	50,819 32.5%
うち75歳以上	26,437 15.5%	30,322 19.4%

面積	624.12(km <sup>2</sup> )
人口密度	273.2(人/km <sup>2</sup> )
構成市町村	・出雲市

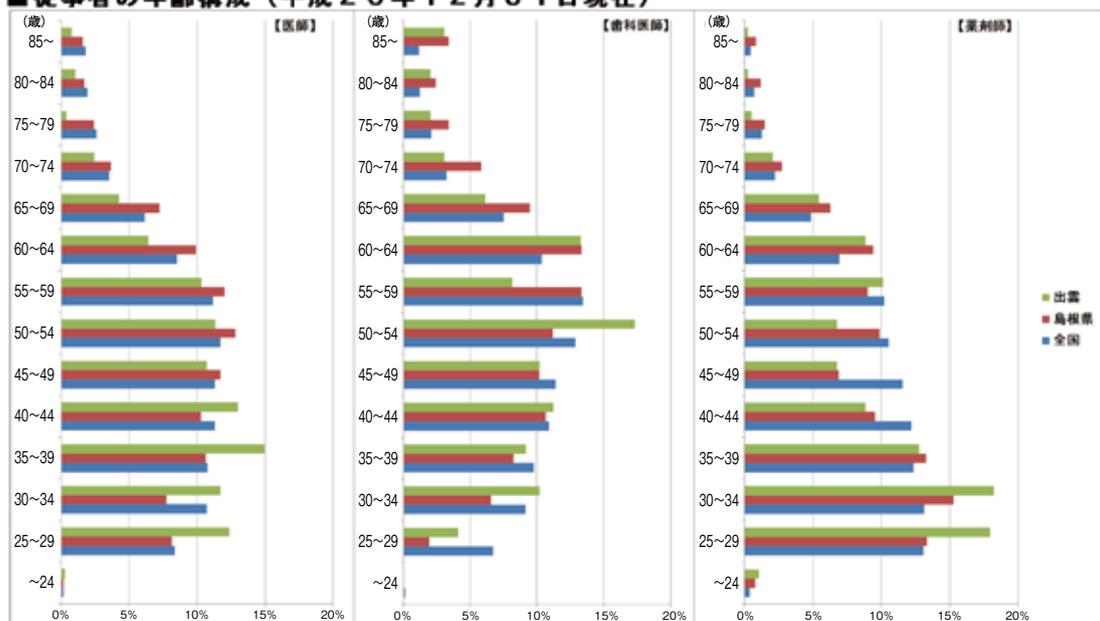
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年度版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	776	98	384	77	107	2357	653
人口10万対	455.3	57.5	225.3	45.2	62.8	1383.0	383.2

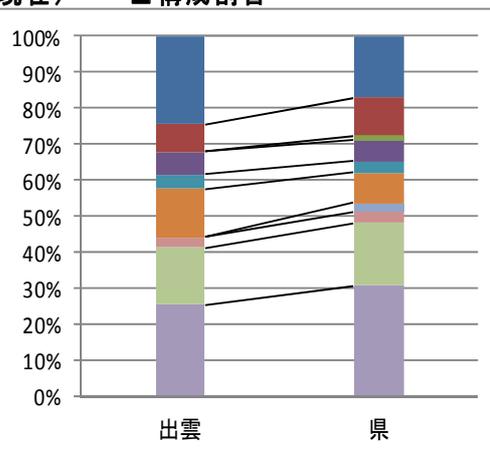
■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

■構成割合

	出雲	県	
病	7対1	1001	2946
	10対1	316	1823
	13対1+15対1	0	235
	一般その他	264	969
	回復期リハ病棟(一般+療養)	156	580
	医療療養	553	1451
	介護療養	0	397
診	有床診療所	116	551
施	介護老人保健施設	654	2977
	特別養護老人ホーム	1028	5263
計	4088	17192	



■病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1 島根大学医学部附属病院	570	549	0	0	21	0
2 島根県立中央病院	633	203	385	0	0	45
3 出雲市立総合医療センター	199	0	107	40	52	0
4 出雲市民病院	180	0	60	60	60	0
5 出雲徳洲会病院	183	0	89	0	94	0
6 出雲市民リハビリテーション病院	116	0	0	116	0	0
7 寿生病院	239	0	0	0	239	0
8 小林病院	50	0	0	0	50	0
9 斐川生協病院	120	0	0	0	120	0
計	2290	752	641	216	636	45

■在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

	届出施設数
在宅療養支援病院	1ヵ所(斐川生協病院)
地域包括ケア病棟加算病院	1ヵ所(出雲市民病院(60床))
在宅療養支援診療所	29ヵ所
在宅療養支援歯科診療所	25ヵ所
訪問看護ステーション数	15ヵ所(常勤換算看護職員数 68.0人)
訪問薬剤管理指導を行う薬局	69ヵ所

## (2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013 年度	200.9	512.0	447.7	481.6	2146.3
2025 年度	191.1	502.3	379.2	314.0	2459.2
増減	-4.9%	-1.9%	-15.3%	-34.8%	14.6%

※2013 年度は医療機関所在地ベースの推計、2025 年度は調整後の推計。

### (参考1) 2025 年度における医療需要推計 (医療機関住所地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	191.1	509.5	460.8	338.6	2573.5

### (参考2) 2025 年度における医療需要推計 (患者住所地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	127.4	388.6	376.7	318.6	2459.2

## (3) 2025 年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	255	644	421	341	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したもの。

## (4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

### ○出雲構想区域の特徴

- ・出雲区域には、高度急性期から慢性期まで、各病床機能毎に医療機関が存在し、人口当たりの医師数も多く、医療機能や医療資源の面では充実した区域です。
- ・患者の自区域内完結率は高く、他区域への流出は少ないです。また、他区域からの患者受入も幅広い疾患にわたっており、2013 (平成 25 年) 年時点で区域の医療需要の約 3 割は他区域からの患者が占めています。

### ○高度急性期

#### 【現状と課題】

- ・高度急性期の需要は、今後の人口減少に伴って減少する予測となっていますが、他区域を含めた医療供給体制の動向によっては、高度急性期患者の区域外からの流入数が増加する可能性もあります。
- ・大学病院は医師・看護師をはじめとした医療従事者の育成機関としての役割も担っており、一定の規模を必要とします。また、医育機関の条件として文部科学省より 6 0

0床以上の病床確保が求められてきた背景もあります。(医学部設置審査基準要項(平成3年廃止))

**【今後の方向性】**

- ・人口減少に伴う将来的な入院患者数の減少や、診療報酬の動向を踏まえて、高度急性期病院間での疾病・事業別の役割分担・相互協力等について継続した検討が必要であり、今後の地域医療構想調整会議や保健医療計画の改定時に継続的に協議を行っていきます。

○急性期

**【現状と課題】**

- ・出雲地域の急性期病床については、将来的な全県の急性期機能の在り方との関連を慎重に見極める必要があります。また、今後、高速道路網整備によるアクセス向上や、大型商業施設の開業によって、当区域への患者流入が増加することも予測されます。
- ・2025年に他区域で確保することが十分に期待できる機能以外は、引き続き当区域において確保していく必要がありますが、病床数については、他区域の状況や今後の急性期・回復期の在り方の検討を踏まえ継続的な検討が必要です。
- ・他区域において回復期・慢性期・在宅医療等の機能を充実させることで、当区域の急性期病床から当該区域への復帰を円滑化していくことが求められます。

**【今後の方向性】**

- ・高度急性期を担う医療機関との連携・機能分担や回復期(地域包括ケア病棟等)との連携について、疾病別に検討していきます。
- ・救急医療機関の配置や在り方については、アクセス時間や住民の生活実態等も考慮に入れて検討していきます。

○回復期

**【現状と課題】**

- ・回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟等を活用し、質の高いリハビリテーション、急性期からの切れ目のない医療、病状急変時の在宅からの受け入れ等の役割を担っていくことが必要です。

**【今後の方向性】**

- ・区域における回復期及び維持期の効果的なリハビリテーションの在り方について、検討していきます。
- ・地域包括ケアシステムを推進する中で、在宅医療を受けている患者に入院が必要とな

ったときの医療機能を区域内でどのように確保するか検討していきます。

#### ○慢性期

##### 【現状と課題】

- ・今後、当区域における後期高齢者数は2030年頃までは増加基調が見込まれており、平均在院日数の短縮を考慮しても一定の慢性期病床数が必要ですが、一般病床・療養病床における軽症者の在宅移行や療養病床入院受療率の地域差解消を見込んだ必要病床数では増加する需要に対応できないおそれがあります。

##### 【今後の方向性】

- ・国の「療養病床の在り方等に関する検討会」での検討結果や、県の「医療施設・介護施設利用者の状態像に関する調査」の結果も踏まえ、区域として必要な慢性期機能について継続的に議論していきます。

#### ○在宅医療等

##### 【現状と課題】

- ・核家族化の進展・高齢独居世帯の増加による介護力の低下、認知症高齢者の増加、市中心部以外における診療所数の減少・開業医の高齢化等を踏まえると、自宅における在宅医療の大幅な拡大には困難が伴います。
- ・施設医や嘱託医等が配置されている介護老人保健施設及び特別養護老人ホームにおいても、経管栄養、人工呼吸器装着、吸痰等が必要な患者の受け皿としての役割を担うには多くの課題があります。また、その他の老人ホーム・介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅における医療提供体制については、実態把握等を踏まえた十分な検討を要します。
- ・訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、訪問介護事業所など、在宅医療推進に必要な地域の各種資源について、増加が見込まれる需要に見合った体制整備が必要です。

##### 【今後の方向性】

- ・今後、出雲市を中心として、自宅や介護保険施設を含めた在宅医療の提供体制等について、具体的な実態を明らかにし、継続的に議論していきます。
- ・切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築していくため、医療・介護従事者の連携と、高度化するニーズに対応できる人材の育成及び確保を進めていきます。

## 第4節 大田構想区域

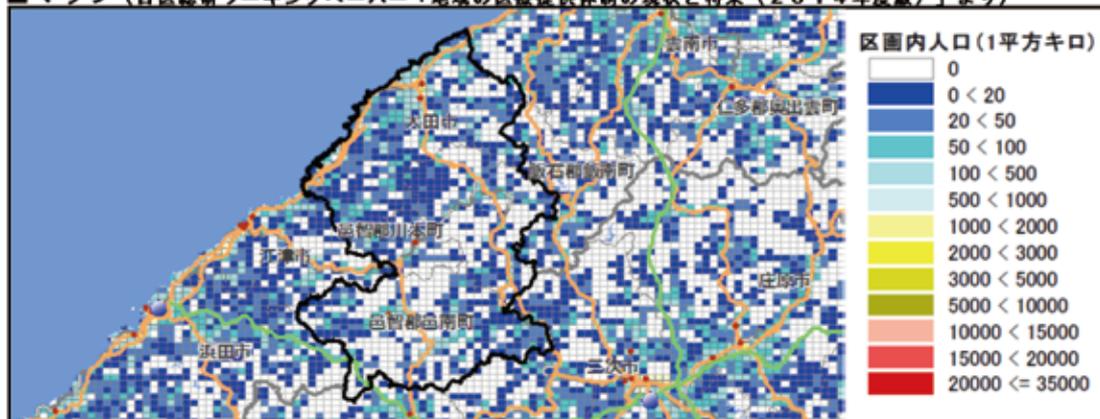
### (1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計
人口	54,723	46,218
うち65歳以上	22,095 40.4%	20,542 44.4%
うち75歳以上	12,916 23.6%	12,824 27.7%

面積	1244.65 (km <sup>2</sup> )
人口密度	44.0 (人/km <sup>2</sup> )
構成市町村	・大田市 ・川本町 ・美郷町 ・邑南町

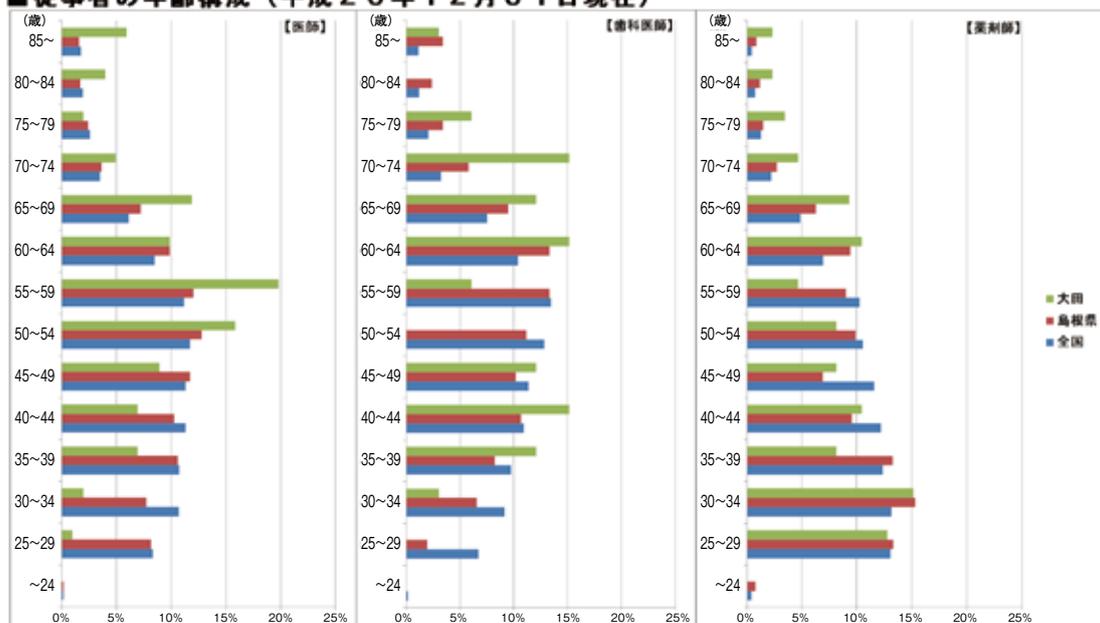
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年底版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

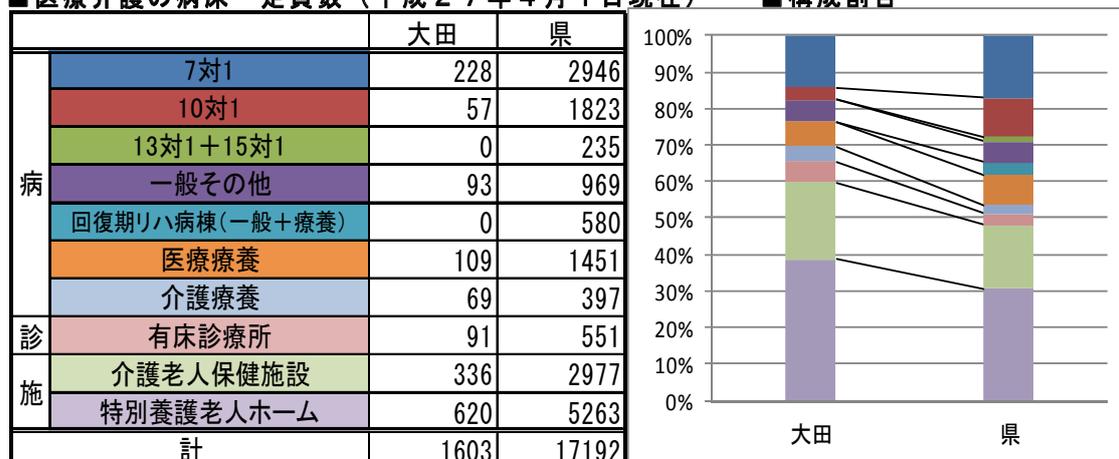
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	101	33	86	52	14	440	321
人口10万対	181.9	59.4	154.8	93.6	25.2	792.2	578.0

■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■ 医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

■ 構成割合



■ 病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1 大田市立病院	335	0	174	80	27	54
2 石東病院	42	0	0	0	42	0
3 加藤病院	81	0	0	55	26	0
4 公立邑智病院	98	0	57	41	0	0
計	556	0	231	176	95	54

■ 在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

	届出施設数
在宅療養支援病院	1カ所(加藤病院)
地域包括ケア病棟加算病院	3カ所(大田市立病院(52床)、加藤病院(55床)、公立邑智病院41床)
在宅療養支援診療所	7カ所(大田市6カ所、邑南町1カ所)
在宅療養支援歯科診療所	13カ所(大田市10カ所、川本町1カ所、邑南町2カ所)
訪問看護ステーション数	7カ所(常勤換算看護職員数 30.3人)
訪問薬剤管理指導を行う薬局	20カ所(大田市14カ所、川本町2カ所、美郷町2カ所、邑南町2カ所)

(2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013 年度	10.9	67.4	81.3	95.6	1327.4
2025 年度 I	9.5	83.4	156.5	113.4	1275.7
2025 年度 II	9.5	72.4	156.5	113.4	1275.7
増減 I	-12.8%	23.7%	92.5%	18.6%	-3.9%
増減 II	-12.8%	7.4%	92.5%	18.6%	-3.9%

※2013 年度は医療機関所在地ベースの推計、2025 年度は調整後の推計。

※ I：国が定めた県間調整方法によって算定した場合の数。

II：島根県の考え方によって算定した場合の数。

(参考 1) 2025 年度における医療需要推計 (医療機関所在地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	9.5	62.0	73.9	66.1	1235.5

(参考 2) 2025 年度における医療需要推計 (患者住所地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	40.3	142.7	162.1	120.4	1275.7

(3) 2025 年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度 I	13	107	174	123	
2025 年度 II	13	93	174	123	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したものの。

(4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

○大田構想区域の特徴

- ・区域人口は減少傾向で生産年齢人口の減少により高齢化率は引き続き増加し、2025年には高齢化率が44.4%となる見込みです。(全国30.3%)。
- ・人口10万人当たりの一般診療所数は県平均に比較して多いですが、病院数及び歯科診療所数は県平均に比べて少ないです。
- ・入院患者の受療動向として、隣接する出雲区域、浜田区域及び広島県へ主に流出しており、入院患者の自区域内完結率は約5割となっています。

## ○高度急性期

### 【現状と課題】

- ・高度急性期については、当区域に3次救急医療や診療密度が特に高い医療（例：実施するためには十分な設備・人員が必要な手術、ICU・HCU等で提供される医療等）に応えることのできる医療機関が存在しないため、住民の多くが他区域の医療機関（島根大学医学部附属病院、県立中央病院、浜田医療センター、広島大学医学部附属病院、安佐市民病院等）で受療している状況です。

### 【今後の方向性】

- ・今後、さらに人口減少が進展することが予測される中、当区域において高度急性期機能を充実していくことは現実的ではありません。よって、ドクターヘリ・医療情報ネットワーク（まめネット）の活用等による他区域との機能分担・連携の取組を継続していきます。

## ○急性期

### 【現状と課題】

- ・急性期については、区域内2カ所の救急告示病院（大田市立病院、公立邑智病院）において幅広い疾患に対応しています。
- ・区域の交通インフラの整備状況や地理的要因を勘案すると、大田市と邑智郡との間で急性期の医療機能分担や統合は困難であり、大田市立病院と公立邑智病院の急性期機能、特に住民の安全・安心を守る観点から地域を維持していただくために必須の医療である2次救急・小児・周産期・整形外科等をそれぞれ維持することが不可欠です。
- ・平成25年度単年度のデータに基づく推計によると、当区域の自区域内完結率は低く、他区域・県外への患者流出が多くなっていますが、生活区域としての一体性や患者の利便性などを踏まえ、整形外科を含め上記疾患にあっては可能な限り自区域内での完結率を高めることを目指すべきです。
- ・平成22年度に大田市立病院の外科・整形外科の常勤医師が不在となったことにより診療機能が低下していましたが、平成23年度以降は大田総合医育成センターを中心とした取組を進めることで、入院患者数も診療機能が低下する以前の状態に回復しつつあります。
- ・老朽化・狭隘化した大田市立病院については、2度にわたる基本計画の検討を経て、市立病院として必要とされる医療機能、入院患者動向、将来の人口推計や受療動向予測等を考慮したうえで、当面必要となる総病床数229床の新病院として建て替えられる予定であり、大田構想区域の現在の医療需要及び回復傾向にある入院患者数等を考慮した妥当な規模です。加えて、新病院の建設に当たっては、今後の医療需要の変化等に対応し、病床の機能転換なども可能となるよう、施設・設備等に工夫を凝らすこととされています。
- ・地域づくりに必須となる急性期の医療機能の確保、医師・看護師など医療従事者の確

保、持続可能な病院経営という観点から、一定の病床数の維持が必要です。

**【今後の方向性】**

- ・身近な地域での急性期医療を維持していくためには人材確保が重要であり、引き続き医師、看護師等の従事者の確保に努めます。
- ・当区域に実際に必要となる急性期病床数については、実際の医療需要と患者の受療動向をみながら、病床が不足することがないように慎重に対応していきます。

○回復期

**【現状と課題】**

- ・回復期については、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟等において回復期リハビリテーション、在宅復帰支援が行われており、引き続き質の高いリハビリテーション、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供する機能・役割を担っていくことが必要です。

**【今後の方向性】**

- ・特に、他区域に入院していた患者が早期に当区域に復帰することが出来るように、病院の地域連携部署による区域を越えた病院間の連携によって支援していきます。
- ・今後増加する回復期の需要に応えるため、脳卒中などの神経疾患、がん・難病などの全身疾患、整形外科疾患、廃用症候群等さまざまな病態に対応できるリハビリテーション医の確保、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の確保、退院後の療養環境の調整にあたるソーシャルワーカーの確保等に努めます。
- ・急性期あるいは慢性期病床から回復期病床への機能転換については、診療報酬改定の動向等も踏まえた継続的な議論をしていきます。

○慢性期

**【現状と課題】**

- ・現状においては、当区域の慢性期医療は、大田市立病院、石東病院、加藤病院が担っています。
- ・病院における慢性期医療を在宅医療等へシフトするためには、診療所や介護保険施設、人材といったあらゆる資源が必要ですが、急速な増加は困難であり、地域で長期療養が必要な患者を支えていくためには当面一定の慢性期病床数を維持していく必要があります。
- ・一方、平成 29 年度末に、介護療養病床と、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で 25 対 1 の病床の設置期限を迎えることに伴い、大田市立病院及び石東病院においては療養病棟が廃止されることとなっています。今後、区域において慢性期機能が不足することが懸念されるため、如何に確保をしていくかが課題です。
- ・市町が中心となり、医療機関や介護保険施設との適切な役割分担のもと、介護保険施

設の機能見直しを含め、長期療養が必要な患者の受け皿づくりを進めていくことが課題です。

**【今後の方向性】**

- ・国の「療養病床の在り方等に関する検討会」での検討結果や、県の「医療施設・介護施設利用者の状態像に関する調査」の結果も踏まえ、区域として必要な慢性期機能について継続的な議論をしていきます。

○在宅医療等

**【現状と課題】**

- ・高齢単身世帯や認知症高齢者の増加、家族の介護力の低下、診療所（医科・歯科）の減少と開業医の高齢化、訪問看護師・歯科衛生士の不足、地理的な状況など、在宅医療機能の確保が課題です。
- ・切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築していくためには、医療・介護従事者の連携と人材確保が重要です。

**【今後の方向性】**

- ・医療・介護資源に限られる中、会議や研修の実施、ICTの活用により、情報の共有化とネットワーク構築を進め、多職種による連携を推進していきます。
- ・また、ICTの活用と関連して、中山間地域における遠隔診療の環境整備についての検討を進めます。
- ・在宅医療を担う診療所への病院による後方支援について検討していく必要があります。あわせて、今後さらに診療所が減少していった場合を見据え、行政や病院等の関係者が区域内の在宅医療をいかに支えるかといった議論をしていきます。
- ・在宅医療を推進していくためには人材確保が必要不可欠です。若い世代から地域医療、介護に関する知識や認識を高めていくため学校教育や研修等は重要です。また、増加する病院以外での看取りへの対応やアドバンスケアプランニング（※）について、当区域では今後住民啓発や介護保険施設職員への研修についての取組を進めます。
- ・区域内の点在する高齢者世帯への対応として移送サービスの充実や住まいの在り方などの検討を進めます。とりわけ緩和ケアをはじめとする在宅での医療処置を提供できる住まいの整備は喫緊の課題です。

**※アドバンスケアプランニング**

アドバンスケアプランニングとは、これから受ける医療やケアについて、患者の考えを家族や医療者と話し合い文章に残す手順の事であり、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指します。

## ○その他

### 【現状と課題】

- ・国の病床推計数は、診療報酬の点数を基準に出された病床単位の数値である一方、病床機能報告制度により各医療機関から報告を求めている数値は、病棟単位の機能に着目したものとなっており、両者に乖離があります。

今後、当区域において実際に必要となる病床数を検討するにあたっては、この点も踏まえ検討する必要があります。

- ・有床診療所は、病院からの早期退院患者の受け入れや、在宅患者・介護保険施設の入所者の急変時の対応、看取りなど、地域包括ケアシステムを推進する上で様々な機能を担っていますが、人材確保や設備整備の負担などの面で課題を抱えています。

### 【今後の方向性】

- ・高齢化が進む中、急性期から慢性期・在宅まで切れ目のない口腔機能管理が求められています。口腔機能の評価手法の普及、医科歯科連携の強化、多職種による口腔ケアの充実などに向けた取組を進めていきます。

- ・適切な医療と介護を提供するためには、人材確保が重要な課題です。医師、看護師、歯科衛生士、リハビリテーション職、介護職等の確保を行政や医療・介護関係者だけでなく、教育関係者なども含め地域全体で密接に連携しながら進めていきます。

- ・地域医療構想を進めるに当たっては、「まち・ひと・しごと創生総合戦略」など市町のまちづくりや地域包括ケアシステム構築との整合を図るべく、地域において必要とされる医療提供体制が確保されることが重要です。当区域の医療提供体制をどう構築していくか、今後も地域全体として継続的に議論していきます。

- ・地域医療構想の策定後、大田圏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）などの場を活用し、医療機関の連携や役割分担、在宅医療の推進等について継続的に検討と見直しを行います。

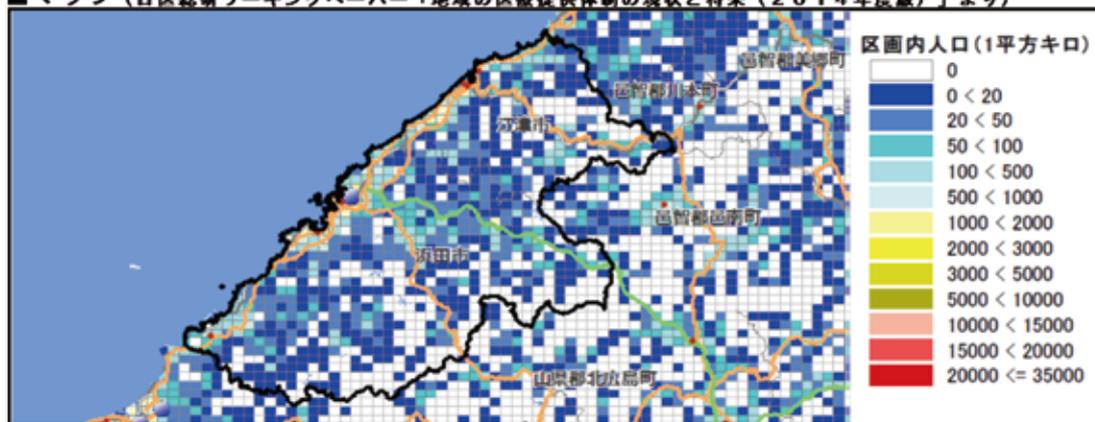
## 第5節 浜田構想区域

### (1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計	面積	958.11(km <sup>2</sup> )
人口	82,629	71,685	人口密度	86.2(人/km <sup>2</sup> )
うち65歳以上	28,515 34.5%	27,369 38.2%	構成市町村	・浜田市 ・江津市
うち75歳以上	15,603 18.9%	16,380 22.8%		

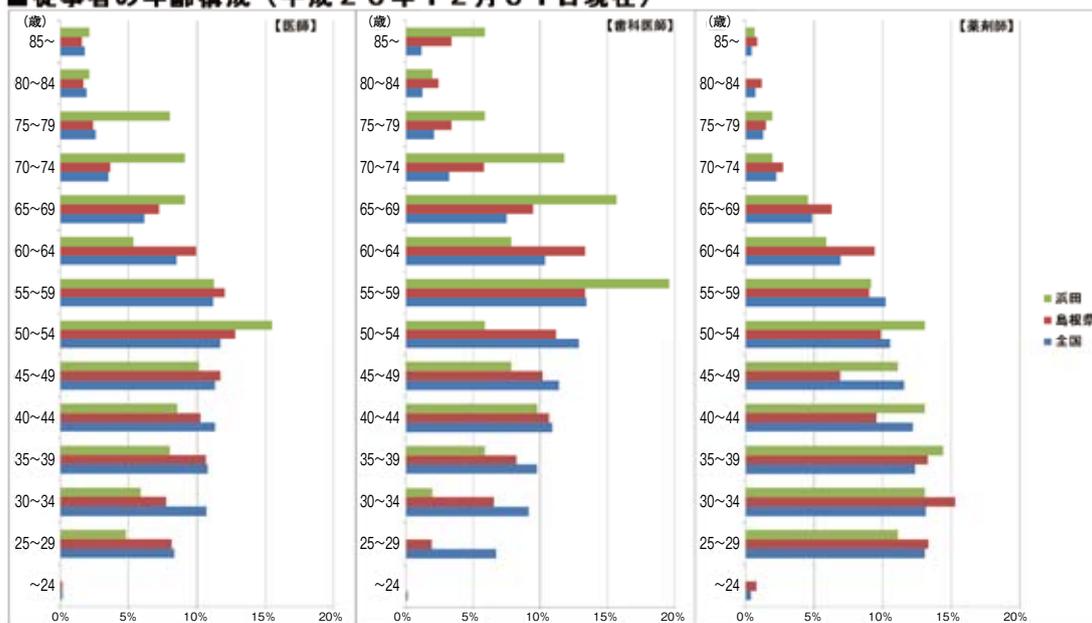
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年度版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	187	51	153	46	33	899	538
人口10万対	223.3	60.9	182.7	54.9	39.4	1073.5	642.4

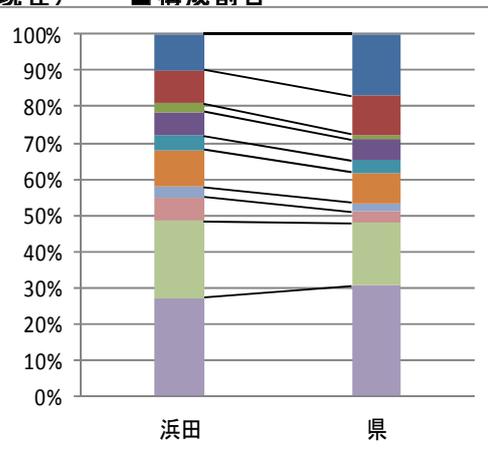
■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

	浜田	県	
病	7対1	226	2946
	10対1	206	1823
	13対1+15対1	55	235
	一般その他	147	969
	回復期リハ病棟（一般+療養）	90	580
	医療療養	235	1451
	介護療養	66	397
診	有床診療所	145	551
	介護老人保健施設	480	2977
施	特別養護老人ホーム	619	5263
	計	2269	17192

■構成割合



■病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1 浜田医療センター	361	10	226	110	15	0
2 沖田病院	55	0	55	0	0	0
3 山根病院	55	0	0	0	55	0
4 山根病院三隅分院	60	0	0	0	60	0
5 島田病院	42	0	0	0	42	0
6 済生会江津総合病院	300	0	90	100	60	50
7 西部島根医療福祉センター	112	0	0	0	112	0
8 山崎病院	40	0	0	0	40	0
計	1025	10	371	210	384	50

■在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

	届出施設数
在宅療養支援病院	0カ所
地域包括ケア病棟加算病院	1カ所（浜田医療センター（60床））
在宅療養支援診療所	27カ所（浜田市17カ所、江津市10カ所）
在宅療養支援歯科診療所	10カ所（浜田市8カ所、江津市2カ所）
訪問看護ステーション数	6カ所（常勤換算看護職員数 38.7人）
訪問薬剤管理指導を行う薬局	52カ所（浜田市38カ所、江津市14カ所）

## (2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013 年度	48.7	210.6	180.9	300.8	1,394.3
2025 年度	46.4	198.9	190.8	212.3	1,520.7
増減	-4.7%	-5.6%	5.5%	-29.4%	9.1%

※2013 年度は医療機関所在地ベースの推計、2025 年度は調整後の推計。

### (参考1) 2025 年度における医療需要推計（医療機関住所地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	46.4	201.3	172.9	197.5	1,433.9

### (参考2) 2025 年度における医療需要推計（患者住所地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	57.3	220.1	193.0	215.5	1,520.7

## (3) 2025 年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	62	255	212	231	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したものの。

## (4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

### ○浜田構想区域の特徴

- ・浜田区域の人口は 2015 年 82,629 人、2025 年には 71,685 人と推計されており、年 1,000 人程度の減少が見込まれています。65 歳未満人口は減少し続け、2020 年までは 75 歳以上人口はほぼ横ばい、65～74 歳人口は増加しますが、2025 年には 65～74 歳人口も減少に転じ、75 歳以上人口は微増と推計されています。受療者総数は減少するものの、高齢者数の増加に伴い、複数疾患を抱え長期療養が必要な患者の増加が予想されます。
- ・なお、平成 25 年策定の保健医療計画では浜田区域の入院自区域内完結率（精神、結核、県外入院は除く）は平成 23 年 10 月時点で 84.5%となっています。
- ・区域の病院には浜田医療センター、済生会江津総合病院、重症心身障がい児・者の入院福祉施設である西部島根医療福祉センター、精神病床を有する西川病院、その他民間病院が 4 施設あります。
- ・浜田医療センターは県西部唯一の救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院です。区域の高度急性期、急性期医療の中心的役割を果たしており、研修医の受入病院とし

て機能しています。県西部の拠点病院、新専門医研修対応等にはまだ医師が不足しており、とりわけ現在放射線治療医が1名しかおらず、平成30年度には地域がん診療連携拠点病院指定の取り消しの可能性があり、県西部には地域がん診療連携拠点病院が1ヵ所もないという事態になることが危惧されています。

- ・ 済生会江津総合病院は平成12年をピークに医師が減少し続け、特に平成26年には消化器科医師の引き上げにより、当直医の負担軽減のために時間外受診の一部制限を行いました。経営的にも非常に厳しくなり、経営再建プランを策定し、一般病床の減床、療養病床の増床など、一定の救急機能を維持しつつ慢性期患者への対応を強化する方針です。
- ・ 西部島根医療福祉センターは、県西部唯一の重症心身障がい児・者の医療施設であり、慢性期の医療需要には当該センター入院者が計上されています。
- ・ 西川病院は精神科病院として精神科救急、浜田医療センターへの診療支援、身体合併症患者の後方病院、地域移行支援などに積極的に取り組んでいます。
- ・ 民間4病院については一部急性期病床及び療養病床を有していますが、後継者不足という課題を抱えています。

#### ○高度急性期

##### 【現状と課題】

- ・ 高度急性期の需要は2013年度49人/日、2025年度46人/日と、高齢者人口がむしろ増加するため、あまり減少しないと推計されています。県西部唯一の救命救急センターであり、高度急性期患者を主に治療している浜田医療センターでは、高度急性期病床のイメージである重症度の高い患者、手術当日の患者等については、高度急性期患者専用の病棟はなく、救急救命センター10床及び急性期病棟で対応しており、病床機能報告でも一つの病棟単位で整備する方針はないと報告されています。
- ・ ちなみに、保健医療計画における入院自圏域内完結率は、高度急性期から慢性期まで入院患者合計で計算されており、医療需要別の完結率は不明ですが、高度急性期が多いと思われる重症患者について、浜田医療センターのドクターヘリの要請回数は平成27年10件（島根大学6件、県立中央病院3件、鳥取大学1件）、受入件数は34件（うち江津からが22件）となっています。

##### 【今後の方向性】

- ・ 高度急性期、急性期の医療需要は医療機関所在地ベースで推計されており、現状の浜田区域の医療機能が2025年まで維持されることが前提となっています。医師不足がさらに進行し、重症度の高い患者、手術当日の患者等への医療提供ができなくなると、県東部や広島県等への依存度が増加し、区域の医療需要そのものが減少します。現状の入院自区域内完結率を維持する上でも、高度急性期患者に対する医療提供体制は維

持する必要があります。

#### ○急性期

##### 【現状と課題】

- ・急性期の医療需要は2013年度211人／日、2025年度は199人／日と微減です。救急医療については、浜田医療センター、済生会江津総合病院が救急告示病院として診療にあたっています。救急搬送の受入状況は、浜田医療センターが年間約2,500件前後、済生会江津総合病院が年間約1,000件弱です。両病院とも救急搬送される患者の半数以上は75歳以上の高齢者となっています。
- ・高齢者でも手術を行う患者は増えており、人口減少の中でも高齢者が増加することを踏まえると、急性期の医療需要は大きくは減少しないと思われます。一方、病床機能報告で急性期と報告されている病床数は区域の全病院合計で約400床となっています。

##### 【今後の方向性】

- ・医療需要推計と病床機能報告の差について、それぞれの考え方が異なるので必ずしも一致するものではなく、一致させる強制力はありませんが、今後回復期、慢性期と合わせ、医療需要に見合った病床の配分について議論を進める必要があります。浜田医療センターの医師の増減、診療科の動向など医療機能の変化、済生会江津総合病院の経営再建プランの進展状況、民間病院の動向など情報を共有する場を設け、区域全体として各医療機能の確保を目指す議論が必要です。

#### ○回復期

##### 【現状と課題】

- ・回復期の需要は急性期よりやや少なく、2013年度181人／日、2025年度191人／日と微増です。高齢者が増加すると入院期間が長くなる傾向にあり、急性期から回復期、慢性期病床へのスムーズな転床が必要になってきます。
- ・この医療需要における回復期は診療報酬点数(175点～599点／日)で規定されており、急性期後で医療資源投入量が比較的少ない状態と定義されています。2025年度の推計では回復期は1日当たり14人、慢性期は1日当たり50人が他県も含め区域外で入院するとされています。
- ・実態として、急性期病院の後方病床は不足しています。これは急性期病院の平均在院日数の短縮のため早期退院を迫られる状況があり、必ずしも医療資源投入量が少ない患者ばかりではなく、さらに要介護度が高い患者、認知症の患者等その受け皿のバリエーションは多岐にわたります。
- ・リハビリテーションについては、急性期から切れ目のない継続したリハビリテーション

ンが必要です。済生会江津総合病院の回復期リハビリテーション病床 40 床について、経営再建プランでは医師確保が困難という理由で廃止とされています。浜田医療センターには 1 病棟 50 床がありますが、リハビリテーション担当医が 1 名のみで、50 床がフルに稼働している状態ではありません。また、診療報酬上の制約で標準算定日数以上のリハビリテーションの継続が困難になっており、特に在宅での維持期リハビリテーションの継続は介護サービスで受けることになっています。

#### 【今後の方向性】

- ・診療報酬点数（医療資源投入量）上の回復期患者の一部は、病床機能報告上の急性期病床に入院していると考えられます。医療需要推計と病床機能報告上の病床数を厳密に一致させる必要はありませんが、急性期から回復期、慢性期へのスムーズな移行、転床・転院が図られるよう、病院間の連携を深めるとともに、リハビリテーションについてはリハ医の確保とともに、介護老人保健施設も含め、急性期から回復期、慢性期（在宅）のリハビリテーションの継続、技術の向上を図る必要があります。

#### ○慢性期

##### 【現状と課題】

- ・慢性期の需要は政策的な在宅医療への誘導や地域差の解消、区域間調整の結果、2013 年の 301 人／日から 212 人／日へ約 90 名の減少と推計されています。地域医療構想策定ガイドラインによれば、西部島根医療福祉センター入院中の重度心身障がい児・者のうち 100 床分は慢性期に算入されます。それを勘案すると一般病院の慢性期需要はさらに少なく見積もられます。慢性期入院患者の調査では、医療区分 1 の人のほとんどが要介護 3 以上、認知症生活自立度もⅢa 以上であり、医療的ケアの投入という点では 175 点／日と少ないが要介護度は高い状況にあります。独居高齢者、高齢者のみ世帯が増加していく中、これらの患者の入院（療養）病床も必要ですし、在宅等で療養するには介護保険施設整備も含めた介護サービスの充実が必要です。

##### 【今後の方向性】

- ・政策的に慢性期の医療需要を入院から在宅等へ移行させるということについては、やはり地域の実情を踏まえる必要があります。介護保険施設、自宅の受け皿が確保できる見通しがあるか、慢性期患者の区域外への転院状況や介護保険事業計画の策定過程での諸調査、データも踏まえ必要な慢性期病床について検討していきます。

#### ○在宅医療等

##### 【現状と課題】

- ・在宅医療等については 2013 年 1,394 人／日、2025 年 1,521 人／日と 127 名の増と推

計されています。政策的に慢性期を在宅医療にシフトさせるという考え方ですが、独居高齢者、高齢者のみ世帯が増加する中で、自宅での療養は今後ますます困難になると思われます。現在でも、急性期病院から在宅等に帰れない患者が広島県の病院に転院している現状があります。

- ・人口 10 万対の在宅療養支援診療所数は 30.9 で、県内で最も多く、訪問診療レセプト件数も人口 10 万対で 14,237.3 件と大田区域に次いで多い状況にあります。訪問看護は在宅患者訪問看護・指導料算定件数が人口 10 万対で 274.1 件と、隠岐、雲南に次いで多いですが、海岸部に偏在しており山間地域には課題も多いです。総じて訪問診療、看護については、浜田区域は県内でもよく取り組まれています。開業医の高齢化、後継者不足、訪問看護師の確保等、課題も多く、自宅だけでなく介護保険施設の整備も含めて検討が必要です。
- ・また、認知症について西川病院の医療保護入院の約 6 割は認知症の急性増悪が占めるようになっており、在宅医療等における認知症対策も重要な課題です。

#### 【今後の方向性】

- ・受け皿の整備について、各病院の地域連携室、在宅医療に従事する診療所医師、訪問看護ステーション、介護保険者、市の担当部局、ケアマネジャー等と情報・意見交換を行いながら、区域における在宅医療等の質・量等の在り方を検討していきます。
- ・在宅医療等では増悪時における後方病院（認知症も含む）の役割は大きく、地域包括ケア病床をはじめ、病院間連携に加え、在宅医療等における病診連携を一層深めていきます。
- ・また、在宅の慢性期医療にも専門的技術が必要とされるようになり、医療側から自宅、介護保険施設での療養における訪問看護、介護職の知識・技術の向上を求める意見もあり、医療・介護の連携を深めながら研修・技術向上の機会を増やしていきます。

#### ○その他

- ・医療資源投入量からみた「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」という概念と、一般的に考えられている発症後の時間経過としての「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」という概念にはズレがあり、必要病床数の推計には調整が必要です。
- ・医療資源投入量が少ない慢性期患者について政策的に都道府県間の地域差をなくし、在宅等へシフトさせるという考え方ですが、療養病床入院受療率の多少にはそれぞれの都道府県の事情があり、それを勘案しながら政策誘導すべきです。とくに浜田区域では西部島根医療福祉センターには他区域から入院している重症心身障がい児・者がおり、慢性期の入院医療需要についてはこの点も考慮する必要があります。
- ・県西部では今後も人口減少が東部よりも多いと予測され、人口（診療圏人口）の減少の中で県西部全体としての医療機能の維持・強化を図る必要があります。そのために

は、高度医療・救急の集約的強化が必要であり、このことは県西部の医師確保の上で不可欠な初期臨床研修医、専門研修医が研修できる体制づくりのためにも重要な課題です。

## 第6節 益田構想区域

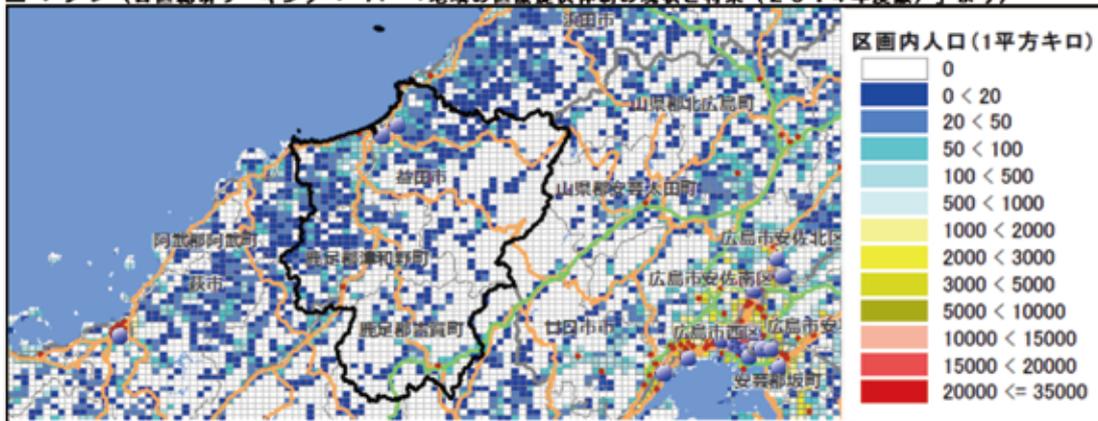
### (1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計
人口	61,613	52,924
うち65歳以上	23,060 37.4%	22,194 41.9%
うち75歳以上	12,800 20.8%	13,524 25.6%

面積	1376.62(km <sup>2</sup> )
人口密度	44.8(人/km <sup>2</sup> )
構成市町村	・益田市 ・津和野町 ・吉賀町

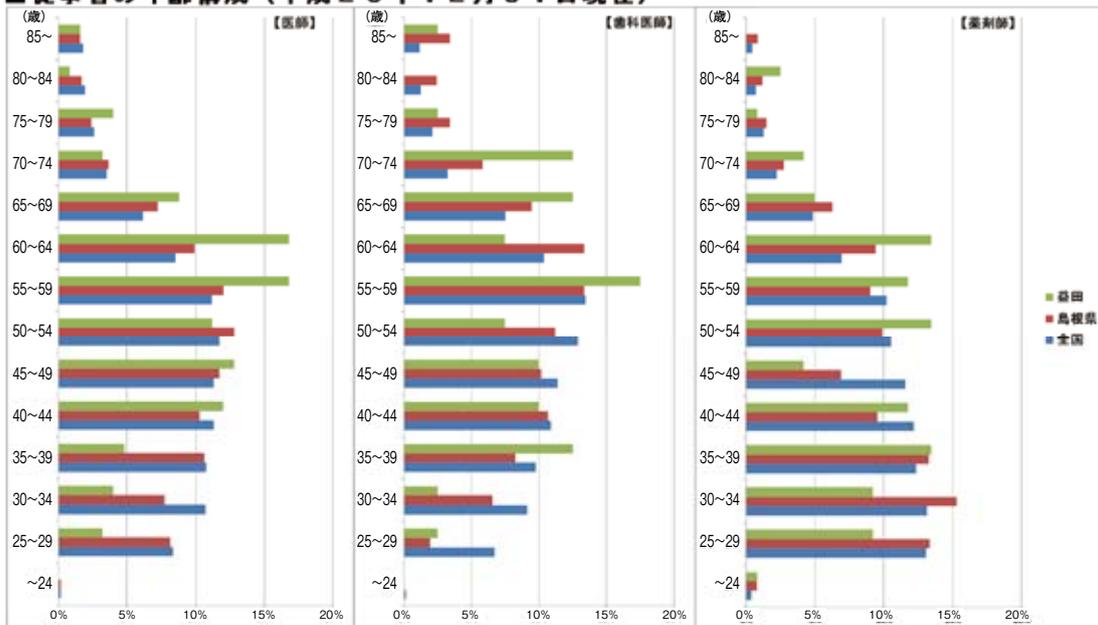
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年度版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

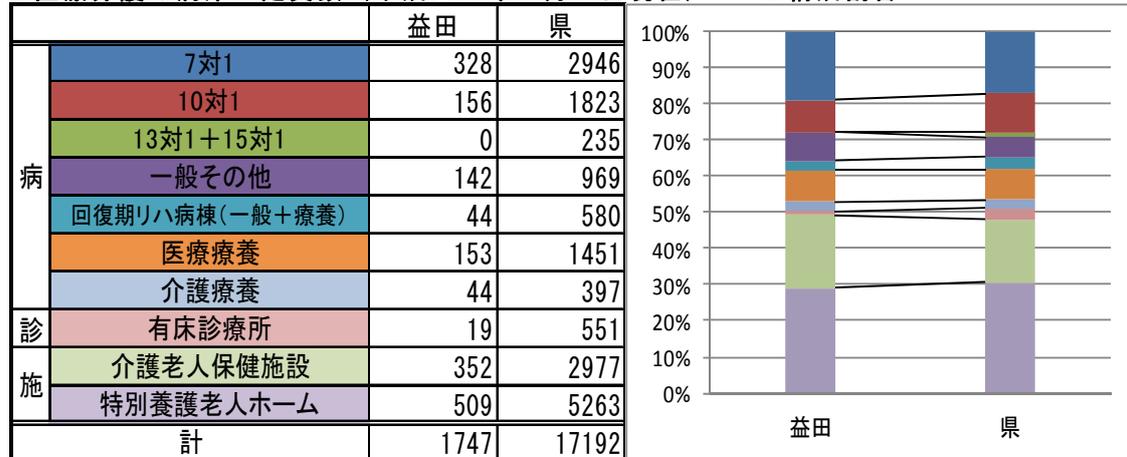
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	125	40	119	47	20	718	337
人口10万対	200.1	64.0	190.5	75.2	32.0	1149.5	539.5

■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

■構成割合



■病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1 益田赤十字病院	315	0	315	0	0	0
2 益田地域医療センター医師会病院	343	0	106	101	136	0
3 津和野共存病院	99	0	50	0	0	49
4 六日市病院	110	0	50	0	60	0
計	867	0	521	101	196	49

■在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

	届出施設数
在宅療養支援病院	1カ所(津和野共存病院)
地域包括ケア病棟加算病院	4カ所(益田日赤(30床)、津和野共存病院(27床)、六日市病院(8床)、医師会病院(57床))
在宅療養支援診療所	11カ所(益田市9カ所、津和野町1カ所、吉賀町1カ所)
在宅療養支援歯科診療所	13カ所(益田市10カ所、津和野町2カ所、吉賀町1カ所)
訪問看護ステーション数	5カ所(常勤換算看護職員数 18.6人)
訪問薬剤管理指導を行う薬局	39カ所(益田市31カ所、津和野町5カ所、吉賀町3カ所)

(2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013 年度	37.7	174.0	157.9	155.4	1153.1
2025 年度 I	35.3	155.8	161.3	159.5	1206.1
2025 年度 II	35.3	166.8	161.3	159.5	1206.1
増減 I	-6.4%	-10.5%	2.2%	2.6%	4.6%
増減 II	-6.4%	-4.1%	2.2%	2.6%	4.6%

※2013 年度は医療機関所在地ベースの推計、2025 年度は調整後の推計。

※ I：国が定めた県間調整方法によって算定した場合の数。

II：島根県の考え方によって算定した場合の数。

(参考 1) 2025 年度における医療需要推計 (医療機関住所地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	35.3	166.8	152.8	122.6	1204.2

(参考 2) 2025 年度における医療需要推計 (患者住所地ベース)

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度	44.2	180.0	166.4	161.8	1205.1

(3) 2025 年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025 年度 I	47	200	179	173	
2025 年度 II	47	214	179	173	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したもの。

(4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

<p>○益田構想区域の特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・区域人口は減少傾向で生産年齢人口の減少により高齢化率は引き続き増加し、2025年には高齢化率41.9%となる見込みです。(全国30.3%)。</li> <li>・人口10万人当たりの一般診療所数及び歯科診療所数は県平均より多いものの、総面積は、県全体の20.5%、その9割近くを森林が占める典型的な中山間地域です。</li> <li>・入院患者の受療動向として、隣接する山口県萩圏域との間で一定の流出入があるものの、入院患者の自区域内完結率は8割以上と高い状況です。</li> </ul>
--

## ○高度急性期

### 【現状と課題】

- ・がんの集約的医療、脳卒中・急性心筋梗塞等に対する救急医療については、主に益田赤十字病院が担っています。しかし、くも膜下出血等に対する脳外科手術、急性心筋梗塞に対する外科的処置、重症熱傷や集中治療を必要とする外傷については、ドクターヘリにより区域外の救命救急センターで対応している現状にあります。
- ・益田赤十字病院においては、平成28年1月から稼働した新病院において、常時観察が必要な救急患者や手術直後の患者に対して対応するハイケアユニット(HCU)(※)を新設し、高度急性期機能の充実を図っています。

### ※ハイケアユニット(HCU ; High Care Unit)

ハイケアユニットとは、ICU(集中治療室)と一般病棟の中間に位置する病棟で、ICUから移されてきた患者を対象とした高度治療室です。看護配置7対1の一般病棟とは異なり、より綿密な看護を行うため、4対1の看護配置を保っています。

### 【今後の方向性】

- ・今後とも、益田区域においては、がんに対する集約的治療、脳卒中・急性心筋梗塞に対する内科的処置等の集約的治療に対応するための医療機能を維持・充実する必要があり、そのためには、一定数の専門医・総合診療医の確保、医療機器の整備・充実を図るとともに、一定数の病床数を確保する必要があります。
- ・ただし、益田区域においては、今後人口減少が見込まれるとともに、高齢者人口も減少することから、高度急性期の必要病床数については、こうした人口の推移も踏まえ、その適正数を検討する必要があります。
- ・なお、国の高度急性期病床推計数は、診療報酬の点数を基準に出された数値である一方、病床機能報告制度により各医療機関から報告を求めている高度急性期病棟の定義は、機能に着目した定義となっており、両者に乖離があります。今後、益田区域における高度急性期病床の必要数を検討するにあたっては、この点も踏まえ検討する必要があります。

### 【参考】

病床機能報告制度による「高度急性期機能病床」の医療機能の内容  
(病床機能報告マニュアル)

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 急性期の患者に対して診療密度が高い医療を提供する、救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット (HCU)、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など

### ○急性期

#### 【現状と課題】

- ・区域の急性期機能のうち、救急医療については、救急告示病院である益田赤十字病院、益田医師会病院、六日市病院で担っています。このうち、益田医師会病院においては、軽度の救急患者にのみ対応する役割を担っています。
- ・益田医師会病院・津和野共存病院は、地域包括ケア病棟を有しているとともに、六日市病院においては、地域包括ケア病床を有しており、病状が悪化・急変した在宅療養患者等の急性期医療を担っています。
- ・認知症を含む精神科疾患患者の急性期医療は、松ヶ丘病院が担っています。
- ・急性期医療にかかる自区域内完結率は高く、地理的状況、交通アクセスからみて、今後とも区域内の医療機関での医療需要が見込まれます。
- ・なお、区域外の医療機関で受療している疾患は、白血病など血液系のがん、神経疾患の脳外科手術、手術が必要な循環器疾患等となっています。

#### 【今後の方向性】

- ・益田区域の面積は広く、山間部が多いことから、道路事情も悪く、陸路患者搬送には時間がかかります。こうしたことから、区域の各病院は、いずれも地域の急性期患者の受け入れを行っています。
- ・また、益田市内で一般病床を有する益田赤十字病院、益田医師会病院においては、急性期の機能を両方が持ち、救急医療等で役割分担を図ることにより、急性期患者の入院需要に対応している現状にあります。
- ・こうしたことから、今後、益田区域の各病院とも地域の急性期患者に対応するため、一般的な救急医療に対応できる総合診療専門医を区域で育成、確保するとともに、一定数の急性期病床（地域包括ケア病棟・病床のうち、急性期患者に対応するための病床を含む）を確保する必要があります。

- ・一方、急性期の必要病床数については、今後、区域においては人口減少が見込まれ、高齢者人口についても減少することから、急性期病床の医療需要は少なくなると予測され、2025年における急性期病床の必要量は、病床機能報告制度により平成27年10月1日現在で報告されている益田区域の急性期病床数よりも少ない数で対応できると見込まれます。
- ・ただし、国の一律の算定式による病床数が適正かどうかについては慎重な検討が必要であり、今後とも圏域保健医療対策会議等で検討・調整を進めていく必要があります。
- ・なお、急性期の必要病床数については、山口県から島根県に対し、「山口県萩医療圏域における急性期医療の自圏域内完結率を高める方針としたい。このため、2025年における萩圏域の急性期医療の医療需要の必要量を算出するに当たり、萩圏域から益田区域に流出している患者を萩圏域内の患者としたい。」と申し出がありました。
- ・医療需要の必要量の算出にあたっては、上記申し出の内容を尊重した算出結果を掲載するとともに、島根県の考え方に沿った算出結果も併記しています。

#### ○回復期

##### 【現状と課題】

- ・区域においては、益田医師会病院が唯一回復期リハビリテーション病棟を有しており、回復期患者の対応を行っています。
- ・また、益田医師会病院、津和野共存病院は、地域包括ケア病棟を有し、六日市病院は地域包括ケア病床を有しており、急性期以降の病態にある患者を受け入れ、在宅復帰に向けてのリハビリテーションや生活指導を行う回復期患者の対応を行っています。

##### 【今後の方向性】

- ・自分でできることは自分でいき、生きがいを持って生活したいと望む患者の支援を行うためには、回復期機能の充実が重要であり、今後、回復期病床は増やす必要があります。
- ・このためには、脳卒中による障がい、関節リウマチなどの関節疾患、神経及び筋疾患、がん、廃用症候群等さまざまな病態に対応できるリハビリテーション医の確保、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の確保、退院後の療養環境の調整にあたるソーシャルワーカーの確保等が重要です。
- ・回復期から慢性期あるいは在宅へつなぐ、切れ目のないリハビリテーション・栄養ケア・口腔ケアの体制整備を進めます。
- ・回復期の必要病床数については、前述の人材確保の見通しに加え、回復期リハビリテーションが必要な患者数の推計、回復期の病態を終えた患者のその後の療養の場をどうするかといった要素を踏まえてその適正数を検討する必要があります。

## ○慢性期

### 【現状と課題】

- ・区域の慢性期医療は、益田医師会病院、六日市病院、金島胃腸科外科医院で担っています。
- ・区域の高齢者数はほぼ横ばいであり、2020年以降は減少に転ずると推計されていますが、独居高齢者世帯数は最近5年間で1.7倍と急速に増加しているとともに、高齢者のみ世帯も増加しています。
- ・また、区域には多くの中山間地域があり、住居は点在していることから、頻回の在宅サービスの提供が難しい地域が多く、在宅（自宅）での療養を選択することが非常に難しい状況にあります。
- ・こうしたことから、慢性期を担っている各病院とも、患者の長期療養は避けられない状況にあり、慢性期を担う病院のうち、特に介護療養型病床は、医療処置が必要な患者の「看取りの場」となっている現状があります。
- ・自宅以外の高齢者の療養場所としては、療養病床以外に、介護保険施設、特定施設（有料・軽費・養護老人ホーム等）、バリアフリー・見守り機能があるサービス付き高齢者向け住宅等が考えられますが、区域においては今後高齢者の減少が見込まれる中、区域市町の介護保険事業計画においては、今後、介護保険施設の新設・増設の計画はありません。

### 【今後の方向性】

- ・国の算定式による2025年の病床数の必要量は、病床機能報告に基づく平成27年10月1日現在の益田区域の慢性期病床数を大きく下回っています。
  - ・今後、独居高齢者・高齢者のみ世帯の増加が見込まれる中、在宅（自宅）での療養が難しい患者は大きく増えると見込まれます。
  - ・一方、在宅（自宅）での療養が難しい高齢者に対して、新たな「住まい」を検討する必要があります。
  - ・したがって、在宅療養を支える体制の充実が急速に進まない限りは、区域における2025年の慢性期病床の必要量は少なく見積もっても、平成27年10月1日現在の益田区域の慢性期病床数を下回ることはないと考えられます。
  - ・一方、介護療養病床を含む療養病床の在り方については、厚生労働省が設置した「療養病床の在り方等に関する検討会」が平成27年12月に意見のとりまとめを行い、慢性期患者の医療・介護ニーズに対応するための『新たな選択肢』について3つの類型が提示されました。
  - ・2025年において益田区域で実際に必要となる慢性期の病床数については、こうした様々な状況を総合的に勘案した上で、今後慎重に検討していく必要があります。
- この際、区域内市町が策定する介護保険事業計画と整合性をとる必要があります、圏域保

健医療対策会議医療介護連携部会での検討・調整が必要です。

#### ○在宅医療等

##### 【現状と課題】

- ・在宅（自宅）での療養を希望する患者・家族のニーズに対応するため、区域でも在宅医療・介護のサービスの充実が進みつつあり、訪問看護ステーションは平成27年度に1ヵ所増加するとともに、訪問診療・往診の実績も増えつつあります。また、津和野共存病院、六日市病院においては、在宅患者の訪問診療を実施しています。
- ・高齢者を対象としたニーズ調査では、「住み慣れた家で過ごしたい」という回答が多い一方、「介護保険施設で暮らしたい」というニーズもあり、本人の健康状態・介護度に応じた多様な選択肢を設ける必要があります。
- ・高齢単身世帯、高齢者のみ世帯が増加する中、家庭における介護力は低下しています。さらに、区域の多くの地域においては、世帯が点在しており、在宅サービスの提供が地理的条件・社会的条件から厳しい状況にあります。
- ・また、開業医の高齢化による診療所（医科・歯科）維持の課題、訪問看護師の不足、口腔ケアに従事する歯科衛生士の不足、在宅サービスを担う介護人材の不足といった在宅サービスを担う人材は不足している現状にあります。
- ・患者の病状等から、介護支援専門員（ケアマネジャー）が訪問歯科診療、訪問看護や訪問リハビリテーションのサービス導入を勧めても、近所への気兼ね等からサービス導入を遠慮されるケースもあり、在宅医療サービスについての理解を地域に広げていく必要があります。

##### 【今後の方向性】

- ・地域によって、医療・介護に関する社会資源、生活状況などが異なることから、日常生活圏域ごとに医療・介護情報の共有化とネットワーク構築を進め、多職種連携による在宅療養支援体制を構築する必要があります。
- ・在宅療養を支えるためには、医療・介護ネットワークのみならず、買物、通院等の日常生活支援の体制づくりが必要です。保健所は、区域内市町の日常生活支援体制が構築できるよう後方支援を行います。
- ・慢性期病床の在り方、在宅医療・介護連携体制の構築は、保健医療計画と介護保険事業計画の両方に関係することから、今後は、保健医療対策会議医療介護連携部会において、両計画の進捗状況を把握し、総合的な見地から区域全体の医療・介護の方向性を検討していく必要があります。
- ・在宅医療や訪問歯科診療、看取りについて、関係機関の協力のもと、住民啓発を進めます。
- ・嚥下機能が低下した人への早期のリハビリテーションや低栄養状態の人への栄養指導

についての体制整備を進めます。

## 第7節 隠岐構想区域

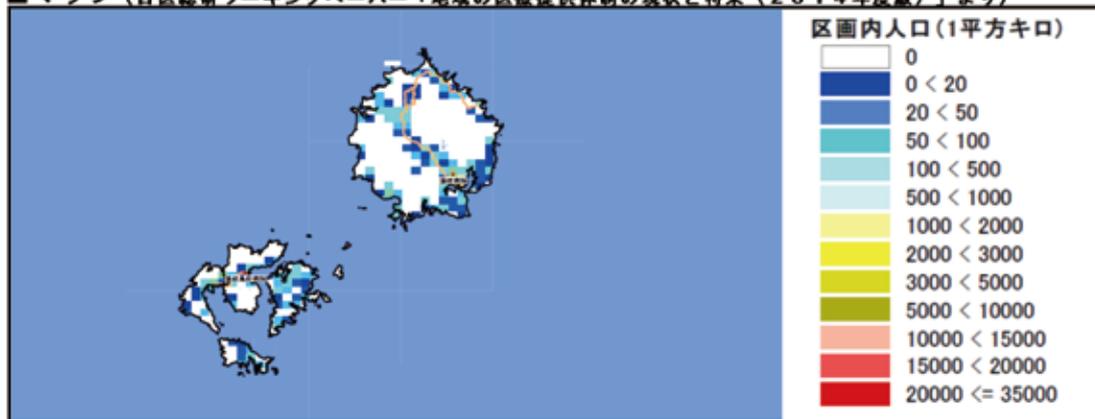
### (1) 概況

■基本データ（平成27年10月1日現在）

	2015年推計	2025年推計
人口	20,221	16,868
うち65歳以上	8,026 39.7%	8,049 47.7%
うち75歳以上	4,467 22.1%	4,977 29.5%

面積	346.22(km <sup>2</sup> )
人口密度	58.4(人/km <sup>2</sup> )
構成市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 隠岐の島町</li> <li>・ 海士町</li> <li>・ 西ノ島町</li> <li>・ 知夫村</li> </ul>

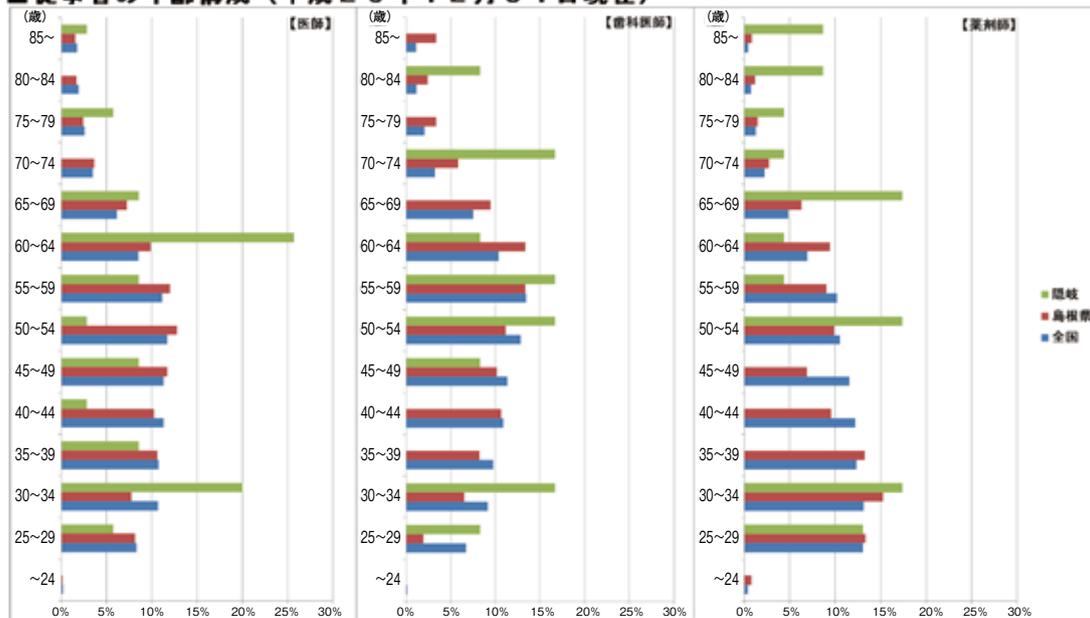
■マップ（日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来（2014年度版）」より）



■従事者の状況（平成26年12月31日現在）

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
人数	35	12	23	30	7	178	87
人口10万対	170.8	58.6	112.2	146.4	34.2	868.6	424.5

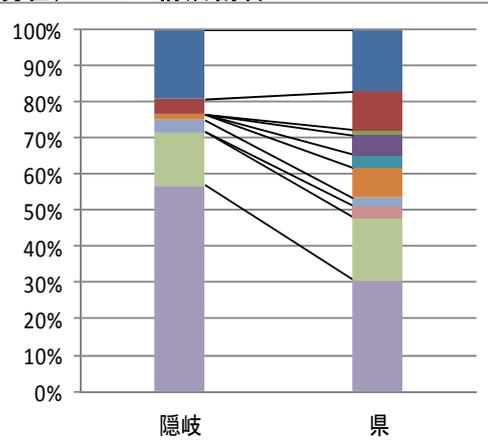
■従事者の年齢構成（平成26年12月31日現在）



■医療介護の病床・定員数（平成27年4月1日現在）

		隠岐	県
病	7対1	91	2946
	10対1	20	1823
	13対1+15対1	0	235
	一般その他	0	969
	回復期リハ病棟(一般+療養)	0	580
	医療療養	8	1451
	介護療養	16	397
	診	有床診療所	0
施	介護老人保健施設	70	2977
	特別養護老人ホーム	270	5263
計		475	17192

■構成割合



■病院の病床機能報告結果（平成27年7月1日現在）

		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
1	隠岐病院	91	0	91	0	0	0
2	隠岐島前病院	44	0	20	24	0	0
計		135	0	111	24	0	0

■在宅医療の状況（平成27年4月1日現在）

		届出施設数
在宅療養支援病院	2カ所(隠岐病院、隠岐島前病院)	
地域包括ケア病棟加算病院	1カ所(隠岐病院(8床))	
在宅療養支援診療所	3カ所(隠岐の島町2カ所、海士町1カ所)	
在宅療養支援歯科診療所	2カ所(隠岐の島町1カ所、海士町1カ所)	
訪問看護ステーション数	2カ所(常勤換算看護職員数 5.6人)	
訪問薬剤管理指導を行う薬局	3カ所(隠岐の島町2カ所、西ノ島町1カ所)	

## (2) 医療需要推計

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2013年度	6.0	30.7	33.5	25.6	275.6
2025年度	5.9	30.3	45.0	35.1	298.2
増減	-1.7%	-1.3%	+34.3%	+37.1%	+8.2%

※2013年度は医療機関所在地ベースの推計、2025年度は調整後の推計。

### (参考1) 2025年度における医療需要推計（医療機関住所地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025年度	5.9	30.3	34.0	26.5	275.5

### (参考2) 2025年度における医療需要推計（患者住所地ベース）

単位：人／日

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025年度	16.5	55.9	60.3	33.7	298.2

## (3) 2025年度における必要病床数推計

単位：床

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等
2025年度	8	39	50	38	

※調整後の医療需要を国の示す病床稼働率で除したものの。

## (4) 医療需要推計及び必要病床数推計に対する考察及び課題

### ○隠岐構想区域の特徴

- ・区域人口は減少傾向で生産年齢人口の減少により高齢化率は引き続き増加し、2025年には高齢化率47.7%となる見込みです。（全国30.3%）（国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口）。
- ・人口10万人当たりの医療施設数は、病院数及び歯科診療所数とも県平均より多いものの、一般診療所数は少ないです（H26年医療施設調査）。人口10万人当たりの医師数は170.8と県平均279.3よりも少ないです（H26年医師・歯科医師・薬剤師調査）。
- ・入院患者の受療動向として、入院患者の自区域内完結率は60.8%で、流出状況は松江区域28.7%、出雲区域5.3%、鳥取県5.2%です。

### ○高度急性期、急性期

#### 【現状と課題】

- ・2025年の病床機能別の自区域内完結率推計をみると、高度急性期は35.9%、

急性期は53.5%という状況です。流出状況は、高度急性期は松江区域に34.5%、出雲区域に14.4%で、急性期も松江区域に29.5%、出雲区域に6.9%という状況です。高度急性期や急性期の医療を確保するにあたっては、今後も本土の高次機能を担う病院に隠岐区域の患者を円滑に受け入れてもらう必要があります。

- ・一方、自区域内で一定の高度急性期、急性期の機能を確保するためには医師確保が不可欠です。

#### 【今後の方向性】

- ・本土への離島救急患者緊急搬送にあたっては、本土側医療機関の医師がドクターヘリ等に同乗するなど受入が円滑に行われるよう、関係機関の連絡や調整を行います。また、夜間や天候不良時等の救急搬送が円滑に行われるよう検討します。
- ・医療提供体制は医師確保の状況に大きく左右され、隠岐区域は自治医大卒医師をはじめとする若手総合診療医によるところが大きくなっています。初期及び二次救急や内視鏡治療等離島で総合診療医が担うべき医療技術を身につけたり、相互研鑽を積むことができるような環境を整備します。

#### ○回復期

##### 【現状と課題】

- ・2025年の回復期の医療需要推計は2013年と比較して、11.5人/日増加すると見込まれます。
- ・隠岐区域には回復期リハビリテーション病棟はなく、地域包括ケア病棟も休止中です。介護老人保健施設も1ヵ所ありますが、平均利用日数も約300日、3か月間の退所者数も24名という状況です。
- ・通所介護は後期高齢者を中心としたサロンのような役割を果たしており、社会参加や生きがいづくりにつながっています。しかし、機能訓練や低栄養予防、口腔機能向上といった生活機能向上の取組が十分ではなく、前期高齢者が参加しづらい状況にあり、利用希望に応じたサービス提供を行う必要があります。
- ・訪問看護や訪問介護は職員の確保に苦慮しています。小規模事業所が多く、単独で人材を確保することが困難です。

##### 【今後の方向性】

- ・地域包括ケア病棟等回復期機能を担う病床の確保を図ります。
- ・リハビリテーション職員の確保や相互交流によるスキルアップを行い、訪問リハや通所リハの充実を図ります。
- ・リハビリテーション職員による現任訓練等訪問系・通所系サービスの支援を行うための地域リハビリテーションの拠点づくりを図ります。

- ・訪問看護や訪問介護に従事する職員の確保にあたっては、人材バンクの整備や事業所の集約とサテライト化等広域的に対応し、有効活用を図ります。

#### ○慢性期

##### 【現状と課題】

- ・2025年の慢性期の医療需要推計は2013年と比較して、9.5人/日増加すると見込まれます。
- ・離島医療を担う限られた医療資源としての病院を有効に活用するという視点に立てば、慢性期等の患者でも在院日数を短めに対応することは合理的なことです。今後も現在レベルの在院日数を維持する一方で、退院後は自宅か介護保険施設かという二者択一的な選択ではなく、病院、自宅、介護保険施設等を循環しながら地域全体で医療需要に対応し、終末期を本人が望む環境で迎えることができるようにする必要があります。
- ・介護老人福祉施設の入所待機者は、平成27年度の介護保険制度の見直し以前では各町村で一定数いましたが、見直し後は待機状態が地域によって解消される状況にあります。平均入所日数は1000日を超える状況にあります。
- ・75歳以降の平均要介護期間は男女間や町村間に差があり、男性は175～766日、女性は1330～1734日です。男女とも要介護期間のうちほぼ半分の期間は要介護5です。
- ・高齢独居世帯は増加しており、今後も75歳以上の将来推計人口の推移にあわせて増加するものと思われます。
- ・これらのことから、介護保険施設サービスの需要と供給のバランスがとれた地域があるものの、そういった地域でも今後再び少しずつニーズ側にバランスが傾いていくものと予想されます。
- ・退院後、一旦介護保険施設に入所したら最期までその施設で療養するのではなく、病院、自宅、介護保険施設等を循環しながら、地域全体で回復期から慢性期・在宅医療等の医療需要に対応していくことが重要です。そのためには、病院が地域ケア会議やサービス調整会議に関わり、クリティカルパス、ケアプランや入所基準の合理化を図る必要があります。

##### (島前地域)

- ・西ノ島町では病院が地域ケア会議や高齢者サービス調整会議に積極的に参画し、診療所、自宅や介護保険施設サービス事業者等の現場スタッフと患者の療養支援を話し合い、町内の包括ケアの中心を担っています。海士町や知夫村でも診療所、役場、介護サービス関係者からなるケア会議を定期的に開催しています。

##### (島後地域)

- ・旧町村単位でケア会議が持たれています。町全体では地域包括ケア推進会議が設置さ

れています。病院はケア会議への関わりがあるものの、介護保険施設は満床状態で退院後は自宅しか選択の余地がなく、退院調整機能が発揮できない状況にあります。

#### 【今後の方向性】

- ・病院の医師等が地域ケア会議等に効率的に参加できるようにするとともに、病診連携や病院と介護保険施設間のサービス調整がタイムリーに行えるようにするために、ICTの導入を図ります。また、クリティカルパスと入所基準の合理化を図ります。
- ・介護人材の不足に対応するため、地元住民の資格取得の支援、魅力ある職場づくりと人材の掘り起し、U・Iターン希望者の職場や生活体験による定着化等による量の確保を図るとともに、より高度な介護を行うことができるような質の確保を図ります。

#### ○在宅医療等

##### 【現状と課題】

- ・2025年の在宅医療等の医療需要推計は2013年と比較して、22.6人/日増加すると見込まれます。
- ・高齢者の死因は、男性は悪性新生物・心疾患・脳血管疾患・肺炎・老衰の順に多く、女性は悪性新生物・心疾患・老衰・脳血管疾患・肺炎の順に多い状況です。こういった病気に対応できるような療養支援の仕組みづくりや治療やケアの技術が確保できるようにする必要があります。
- ・西ノ島町では高齢者の老衰が多くなっています。たとえ、がん等の病気を持っていたとしても穏やかに最期を迎えることができるよう、地域包括ケアの取組の一環としてターミナルケアが手厚く提供されています。そのためには介護スタッフが医師の診立てをタイムリーに受けることができることが重要です。
- ・心疾患や脳血管疾患の治療については、患者のQOLの向上を目指し、切れ目ないリハビリテーションを、病院や診療所、介護保険の入所サービスや通所サービスすべてのところで受けることができるようにする必要があります。
- ・がんについては安心して緩和ケアや化学療法等を病院や自宅、介護保険施設で受けることができるようにする必要があります。肺炎については予防とともに、的確に重症度を診断し、悪化したら速やかに入院治療につなげることが重要です。
- ・介護保険施設利用者は高血圧や脳卒中等様々な病気を有しており、治療の内容は服薬治療がほとんどでその支援も課題です。全体的には医療療養病床や介護療養病床には経管栄養や喀痰吸引等の医療的ケアを受けている利用者が多いです。こういった患者が介護保険施設や自宅でも療養できるよう、看護師の確保や訪問看護ステーションの拡大を図る必要があります。また、医療的ケアができるだけ必要とまらないような管理も重要です。
- ・女性は老衰が多いですが、要介護期間が長く、介護保険施設入所者も女性が多いです。

大きな病気がなくても、孤立化し、日常生活機能が少しずつ低下していき、病院や介護保険施設を利用していることも多いと考えられます。住まいの確保や生活支援が重要です。

- ・介護保険施設の利用者の7割が認知症を有しており、地域で当事者を支える取組が必要です。
- ・町村が実施主体となっている特定健康診査やがん検診の受診率は町村差があります。病床機能を確保するためには、病気になってもできるだけ軽い状態を維持できよう、町村の健康づくりの取組を推進する必要があります。

#### 【今後の方向性】

- ・介護スタッフが医師の診立てをタイムリーに受けやすくするためにICTの導入を図ります。
- ・医療や介護従事者のがん緩和ケアの知識、薬物療法や化学療法、がん看護や疼痛ケア、グリーフケア等の修得を図ります。
- ・在宅患者が肺炎等で病状が急変した場合に速やかに対応するために病診連携の強化を図ります。
- ・在宅患者に薬剤師による服薬指導が行えるよう体制整備を行います。
- ・訪問看護や訪問歯科診療の充実を図ります。
- ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の多職種連携の強化を図るとともに、医療や介護従事者等多職種によるアウトリーチの取組を推進します。
- ・誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア等、院内や介護保険施設内の感染予防対策の取組を強化します。
- ・サービス付き高齢者向け住宅や高齢者専用シェアハウスなどの整備、近居等高齢者の住まいを整備するとともに、食の確保や医療へのアクセスの確保により、高齢者が安心して生活できる環境の確保を図ります。
- ・認知症に対しては、日常診療における重症度の把握等かかりつけ医の取組の推進と精神科医師との連携を強化し、症状に応じた医療が提供できるような体制を整備します。介護保険施設では身体合併症に適切に対応できるようにします。また、住民に認知症についての正しい知識の普及を図ります。
- ・町村の特定健康診査やがん検診による早期発見・早期治療や病気の重症化防止の取組、健康づくりの取組の強化を図ります。

#### ○その他

(2025年までに変動する医療需要への対応)

#### 【現状と課題】

- ・将来推計人口の推移をみると総人口は減少するものの、75歳以上の人口は増加する

傾向にあります。

- ・ 2011年患者調査をもとにした隠岐区域の病院患者数の推計をみると、65歳以上の高齢患者は2020年をピークに増加し、その後減少していくものと予想され、2025年までの間に入院医療の需要が変動する可能性があります。

#### 【今後の方向性】

- ・ この10年以内に変動する医療需要には病院の病床数の増減や病床機能の内訳の見直し等により対応します。また、入院機能あるいは入所機能を有し、医療需要の変動に臨機応変に機能が変換できる施設の整備を図ります。
- ・ また、医師・看護師・薬剤師・各種療法士等の医療スタッフだけでなく、社会福祉士等の地域連携スタッフ、慢性期患者を受け入れるための介護スタッフ、各種医療費の手続きや金銭管理等患者の高齢化にともない煩雑化する事務や医療スタッフの補助を行う事務職員等の病院スタッフの確保を図ります。

(2025年の医療需要に対応するための医師確保)

#### 【現状と課題】

- ・ 2025年の病院1日当たりの傷病別の患者数を推計すると「精神及び行動の障がい」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「新生物」、「循環器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「眼及び付属器の疾患」が50以上となります。患者数の増減をみると「症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」、「循環器系の疾患」が増加し、「眼及び付属器の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」は微減です。これらの疾患に対応する医師を確保する必要があります。
- ・ 精神科については、国において「良質かつ適切な精神障がい者に対する医療の提供を確保するための指針」が平成26年4月にまとめられ、精神障がい者の社会復帰や自立等においては精神科医療の提供は不可欠とされました。
- ・ 人口維持や子ども・子育て支援の観点から産婦人科や小児科の医師確保も重要です。また、個別機能面では人工透析が継続して受けることができるようにすることも求められています。
- ・ 公立診療所の医師確保も重要です。町村は医師を「呼ぶ」だけでなく、医師が健康で働き続けることができるような環境づくりを行う必要があります。また、島後地域の一般診療所医師は高齢化しており、将来、訪問診療の提供が危惧されます。

#### 【今後の方向性】

- ・ 精神科系、外科系、整形外科系、眼科系、産婦人科、小児科等専門性の高い医師確保については、県や町村、大学、病院等による医師確保の取組や代診医制等による医療機関間の連携を強化します。

- ・町村の医療担当部署設置を促し、公立診療所医師の確保と定着の取組や病院と連携した独自医師の確保のための取組を図ります。
- ・公的医療機関において在宅医療にも従事する医師の確保を図ります。
- ・人工透析を継続して受けることができるような体制を維持します。

(住民やその家族が老後をどのように送るかを考え、選択できるようにする社会の構築)

**【現状と課題】**

- ・隠岐区域での医療や介護の実情を知った上で、住民や家族がある程度若い頃から隠岐区域での老後の生活について自発的に考え、選択できるようにする社会を構築する必要があります。

**【今後の方向性】**

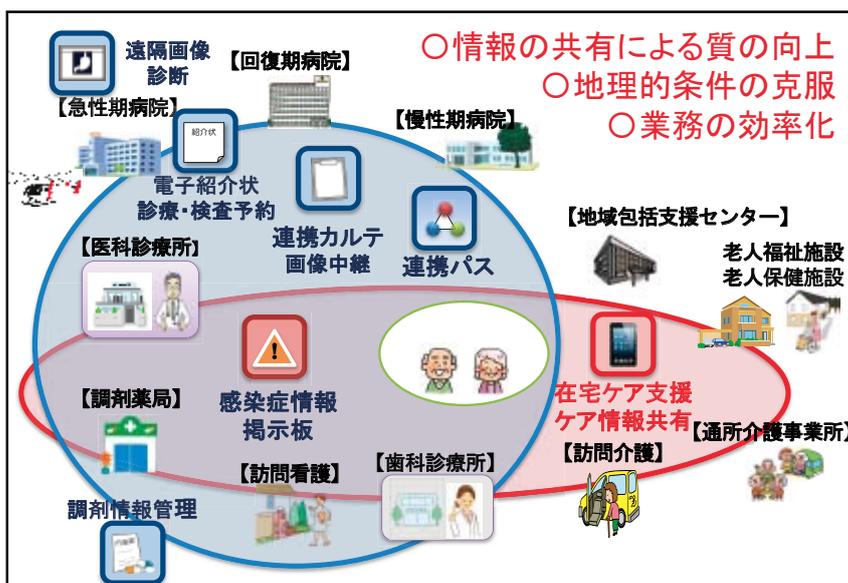
- ・医療や介護資源の情報提供を行うとともに、住民向けのシンポジウム等を行い、住民が老後の生活を自発的に考え、「自助」「互助」の取組が進むような社会的気運の醸成を図ります。

## 第6章 疾病・事業別医療提供体制の推計及び課題

### 第1節 疾病・事業別医療提供体制についての基本的な考え方

- 地域医療構想を考えるうえで、島根県保健医療計画で定める5疾病・5事業及び在宅医療のうち、特に構想区域を越えた連携を図る必要があるものとして、がん、周産期医療、救急医療（脳卒中・急性心筋梗塞を含む）が考えられます。
- これらの疾病・事業については、医療資源投入量の観点からは多くが高度急性期・急性期に該当しているため、現状の患者流入出の状況を踏まえ、構想区域を越えた連携を一層推進していくことが求められます。
- また、精神疾患のうち認知症については、今後、高齢化によって急激に需要の増加が見込まれており、また、国の施策の方向もあり、住民の身近な地域で医療・介護を受けられる体制を構築していくことが必要ですが、専門的な治療については構想区域を越えた連携も必要となります。
- 医療機関間の連携を進めるためには、情報共有が重要です。平成25年1月にシステムの稼働を開始した「しまね医療情報ネットワーク（まめネット）」には、平成28年8月末現在、394の医療機関、30,980人の県民の方が参加しているものの、1か月間の医療機関間の診療情報の共有は約1,500件、紹介状のやり取りは約1,000件という状況です。  
平成28年4月からは、「まめネット在宅ケア支援サービス」の運用も開始したところであり、医療機関・介護施設の利用や県民の参加が益々拡大し、医療・介護の情報の共有が進むよう取り組む必要があります。

図表2-2 しまね医療情報ネットワーク（まめネット）



資料：「しまね医療情報ネットワーク（まめネット）イメージ図」（島根県健康福祉部医療政策課）

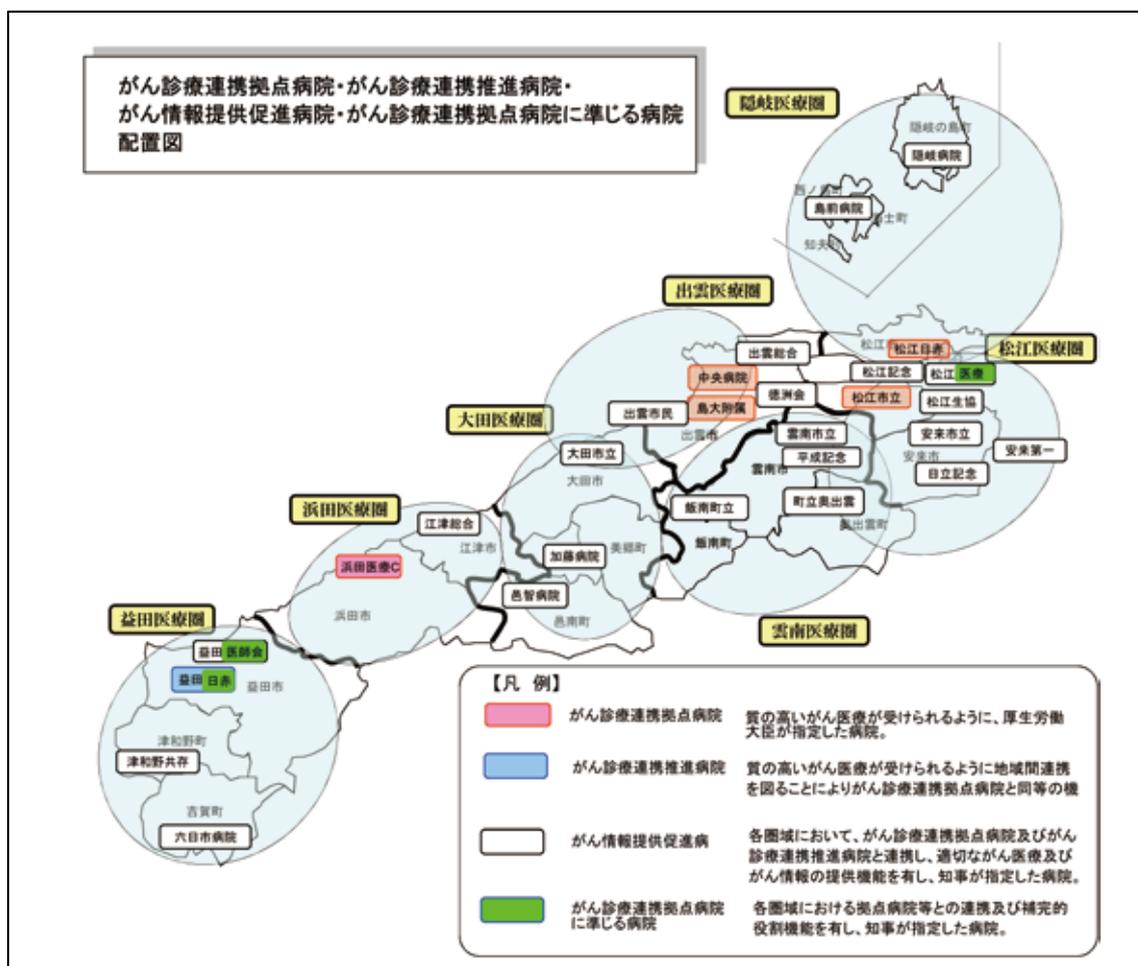
## 第2節 がん

### (1) 現状

○がんの専門的な医療については、県内1カ所の「がん診療連携拠点病院（島根大学医学部附属病院）」、県内4カ所の「地域がん診療連携拠点病院（松江市立病院、松江赤十字病院、県立中央病院、浜田医療センター）」、県内1カ所の「がん診療連携推進病院（益田赤十字病院）」を中心に、松江、出雲、浜田、益田の県内4カ所の構想区域で提供されています。

○これらの医療機関は県内22カ所の「がん情報提供促進病院」と連携して、手術療法、化学療法、放射線療法を実施しています。

図表2-3 がん診療連携体制



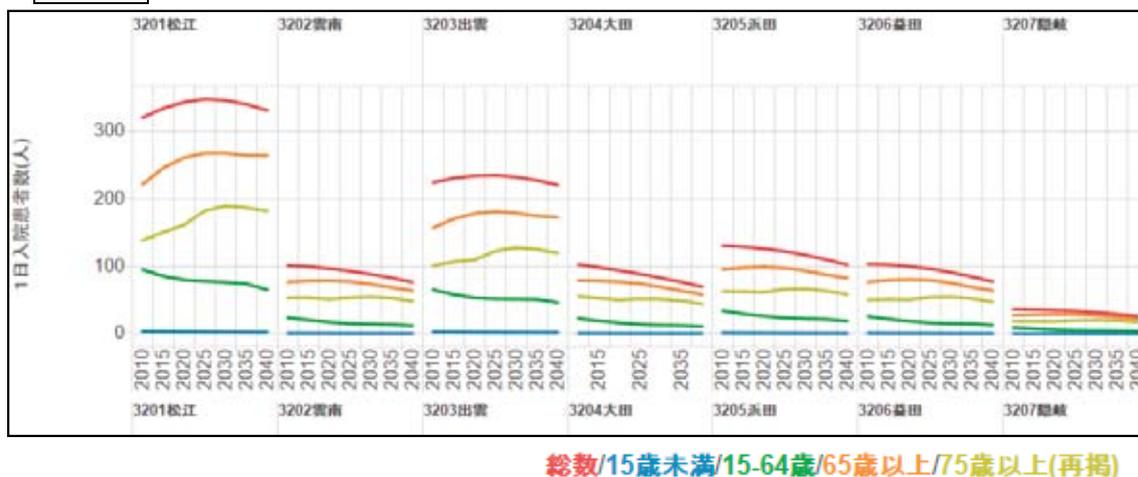
資料：「がん診療連携体制図」（島根県健康福祉部健康推進課）

(2) 将来の医療需要

○平成23年患者調査(※)を基にした入院患者の推計によると、2025年に向けて松江・出雲構想区域ではやや増加(2~4%)するものの、他の区域では人口の減少により、医療需要が減少する見込みです。

※患者調査による推計は、ある1日における入院患者像のみを反映している点及び地域医療構想の考え方(病床稼働率、在宅医療への移行)を反映しておらず現状の流出入が継続する前提での推計である点には注意が必要です。

図表2-4 がん入院患者数推計



資料:「平成23年患者調査」(厚生労働省)、「日本の地域別将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所) (tableau public)

(3) 課題

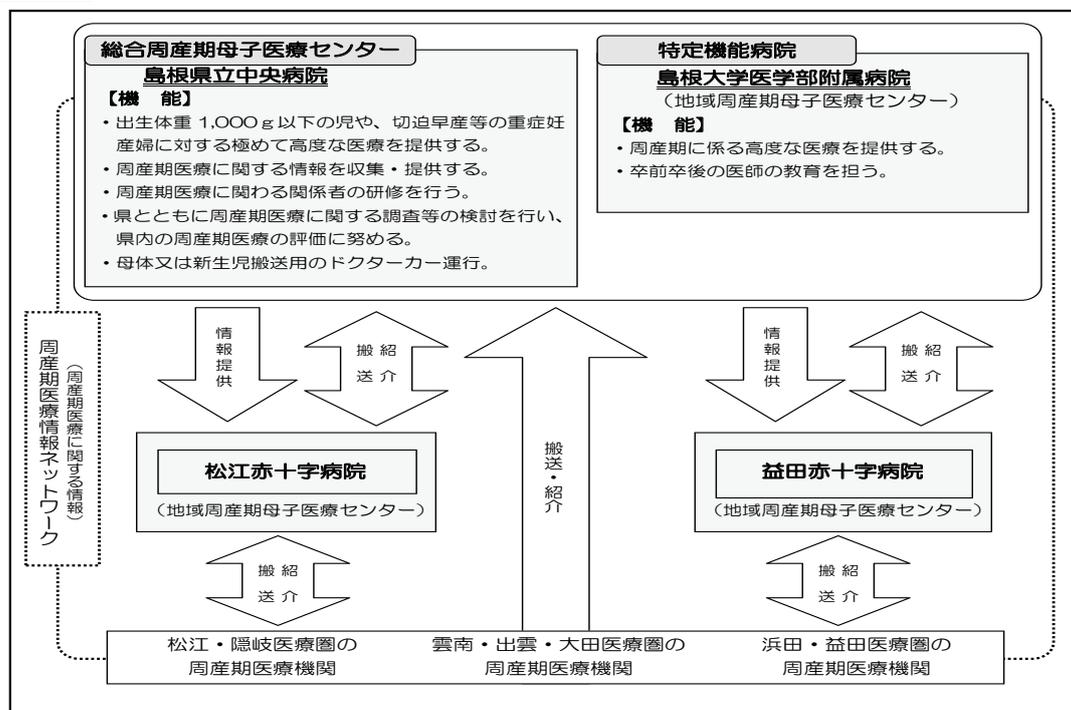
○がん医療の高度化・専門化に伴い、医療を担う医師等の医療従事者の専門分化が進み、人材確保に多くの課題を抱えています。一方、医療需要が減少していくなかで、がんの専門的な医療について一定の集約化が必要となっており、県内全域の医療機関の役割分担と連携を一層進めて行く必要があります。

### 第3節 周産期医療

#### (1) 現状

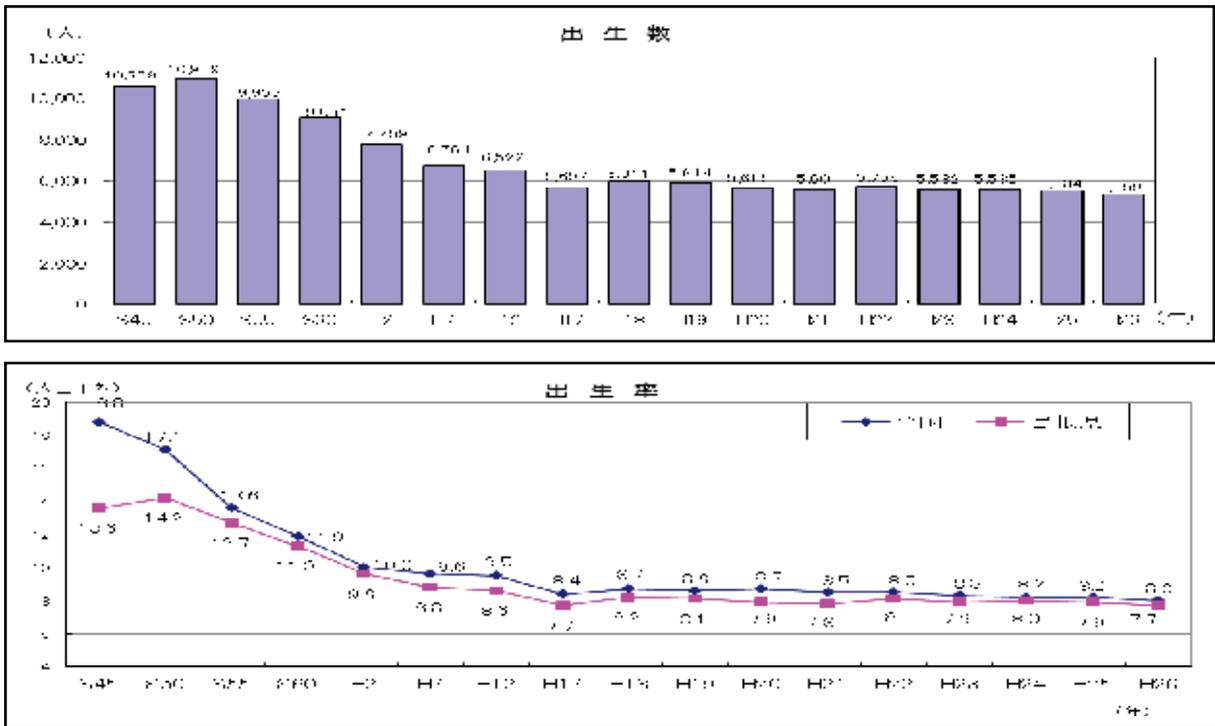
- 総合周産期母子医療センターである県立中央病院及び特定機能病院であり地域周産期母子医療センターでもある島根大学医学部附属病院が全県を対象として、高度な周産期医療を提供しています。
- また、県の東西にある地域周産期母子医療センター（松江赤十字病院、益田赤十字病院）では、区域を越えて、比較的高度な周産期医療を提供しています。
- 県内の周産期医療機関は上記の病院と連携して、周産期医療の提供体制を構築しています。
- しかし、産科の医師や助産師の地域偏在により、中山間・離島地域での分娩可能な医療機関は極めて限られており、病院での分娩を予定する妊婦のうち正常またはリスクの低い経過をたどる妊婦の健診を診療所等の連携施設に委託する「セミオープンシステム」や、医師と助産師の連携による助産師外来等の「院内助産システム」の取組が進められています。
- また、周産期医療の提供において、周産期母子医療センター等への救急搬送体制の確保が重要であり、周産期ドクターカー及びドクターヘリの運航により搬送体制を整備しています。

図表 2 5 周産期医療体制図



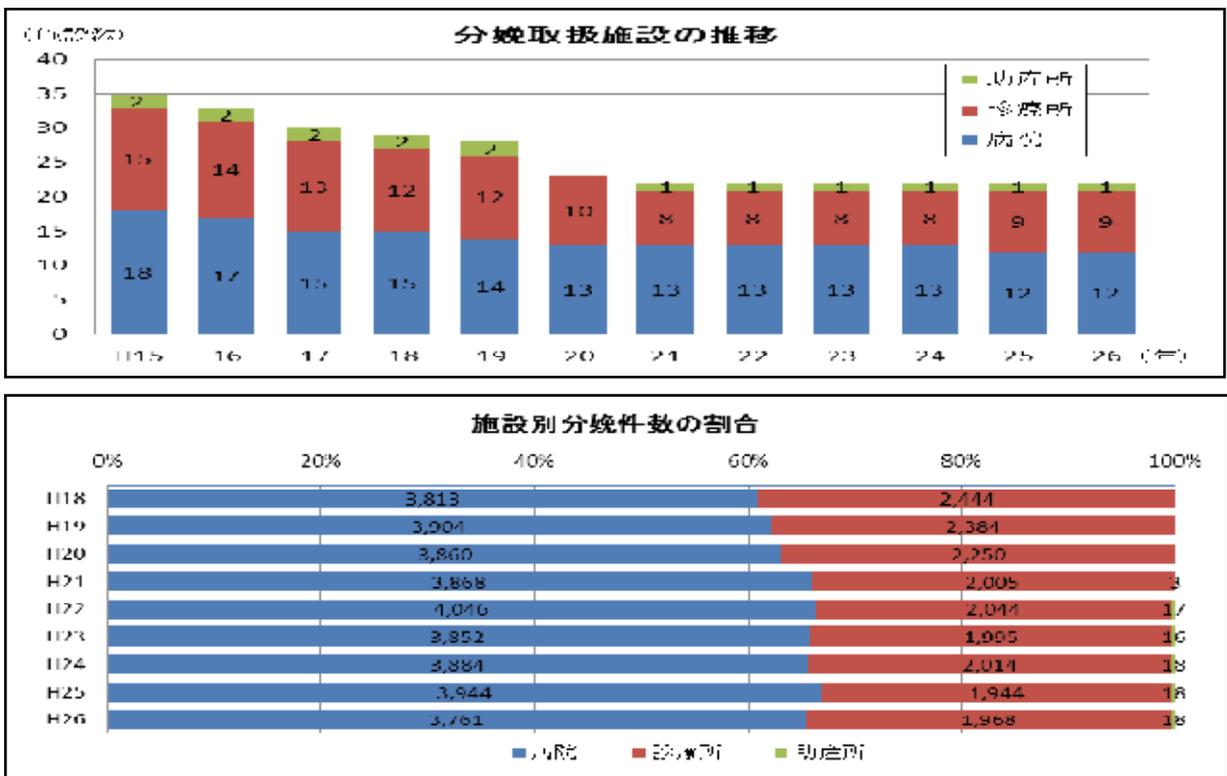
資料:「周産期医療体制図」(島根県健康福祉部健康推進課)

図表 2 6 - 1 出生数・出生率



資料:人口動態統計(厚生労働省)

図表 2 6 - 2 分娩取扱施設の推移、施設別分娩件数の割合

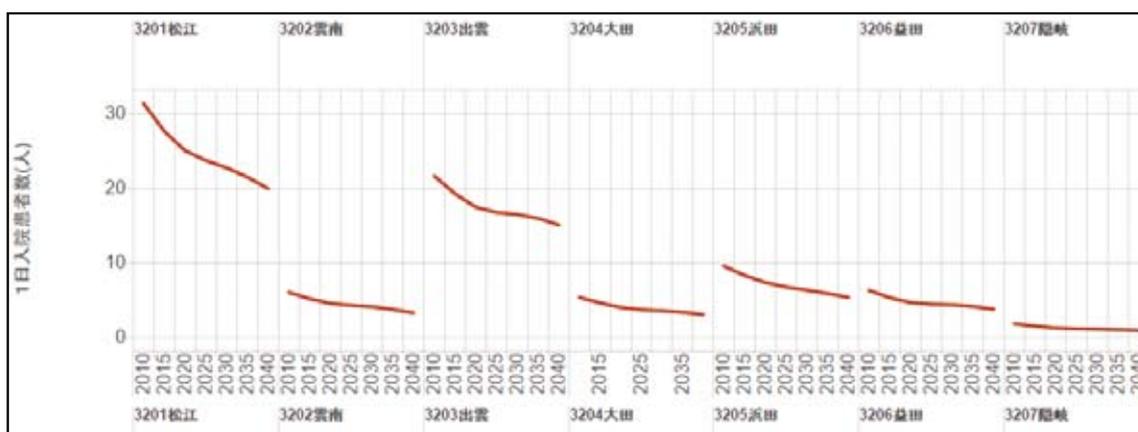


資料:「島根県周産期医療に関する調査」(島根県健康福祉部健康推進課)

## (2) 将来の医療需要

- 平成23年患者調査を基にした入院患者の推計によると、若年女性人口の減少に伴い、2025年には2013年に対して約20%の減少が見込まれています。
- 区域で減少率に多少の差はあるものの、概ね全ての区域で同様の減少が見込まれます。

図表27 妊娠・分娩・産じょく入院患者数推計



総数

資料:「平成23年患者調査」(厚生労働省)、「日本の地域別将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所) (tableau public)

## (3) 課題

- 周産期に関する高度な医療については、医療需要の動向も見ながら引き続き総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターを中心に充実を図り、県内医療機関と連携しながら全県的な体制づくりを進めていく必要があります。
- 特に、中山間・離島地域においては、分娩に関わる医師(産科・小児科・麻酔科)、助産師の確保が大きな課題であり、地域の維持・活性化の視点からも地域をあげた取組が重要です。
- また、中山間・離島地域では、緊急時のみならず、妊娠から産後に至る間、高度な周産期医療へのアクセスに時間を要することから、その負担の軽減について検討をしていく必要があります。

## 第4節 救急医療（脳卒中・急性心筋梗塞を含む）

### （1）現状

○島根県における救急医療体制は、重篤な救急患者に対応する三次救急を担う4カ所の救命救急センター（県立中央病院、島根大学医学部附属病院、松江赤十字病院、浜田医療センター）、入院治療に対応する二次救急を担う21カ所の救急告示病院、初期救急を担う「かかりつけ医」や休日診療所で構成されています。

図表28 救急医療体制

医療圏	二次医療	松江圏	隠岐圏	雲南圏	出雲圏	大田圏		浜田圏	益田圏	
	二次救急	松江圏	隠岐圏	雲南圏	出雲圏	大田市	邑智郡	浜田圏	益田圏	
消防・M・C	消防組織	松江市消防本部 安来市消防本部	隠岐消防本部	雲南消防本部	出雲市消防本部 大田市消防本部	浜田市消防本部 江津邑智消防組合消防本部		益田広域消防本部		
	メディカルコントロール体制	松江・安来地区 メディカルコントロール協議会	出雲地区救急業務連絡協議会			浜田・江津地区救急業務連絡協議会		益田地区救急業務連絡協議会		
島根県救急業務高度化推進協議会										
初期救急医療機関	在宅当番医制	安来市医師会	島後医師会 島前医師会	雲南医師会 (仁多ブロック)	大田市医師会	那賀郡医師会 邑智郡医師会		鹿足郡医師会		
	休日診療所	休日救急診療室			出雲休日・夜間診療所	浜田市休日応急診療所		益田市休日応急診療所		
二次救急医療機関	救急告示病院	<input type="checkbox"/> 松江赤十字病院 <input checked="" type="checkbox"/> 松江市立病院 <input checked="" type="checkbox"/> 安来市立病院 <input checked="" type="checkbox"/> 松江生協病院 <input type="checkbox"/> JCHO玉造病院 <input type="checkbox"/> 松江記念病院 <input type="checkbox"/> 日立記念病院	<input checked="" type="checkbox"/> 隠岐病院 <input checked="" type="checkbox"/> 隠岐島前病院	<input type="checkbox"/> 雲南市立病院 <input type="checkbox"/> 町立奥出雲病院 <input type="checkbox"/> 飯南町立飯南病院 <input type="checkbox"/> 平成記念病院	<input type="checkbox"/> 県立中央病院 <input type="checkbox"/> 島根大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 出雲市立総合医療センター <input type="checkbox"/> 出雲市民病院 <input type="checkbox"/> 出雲徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 大田市立病院	<input checked="" type="checkbox"/> 浜田医療センター <input checked="" type="checkbox"/> 済生会江津総合病院 <input checked="" type="checkbox"/> 公立邑智病院		<input checked="" type="checkbox"/> 益田赤十字病院 <input checked="" type="checkbox"/> 益田地域医療センター <input checked="" type="checkbox"/> 益田医師会病院 <input checked="" type="checkbox"/> 六日市病院		
三次救急医療機関										

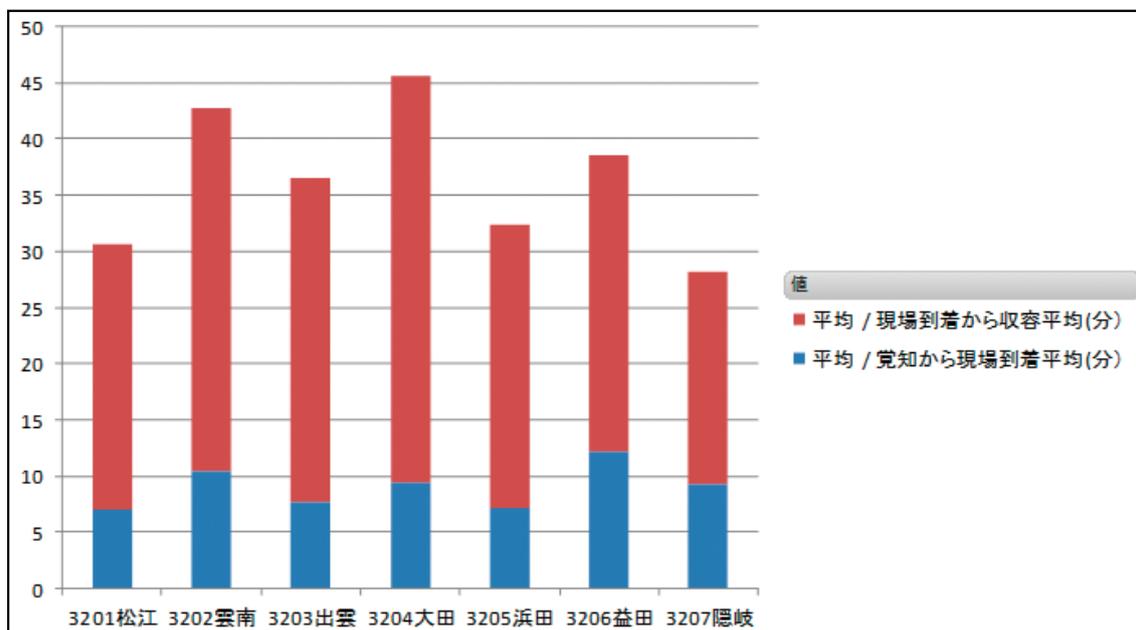
【凡例】 ■は病院群輪番制病院

資料:「島根県における救急医療体制」（島根県健康福祉部医療政策課）

○平成24年度の救急車による搬送時間（現場到着から医療機関への収容まで）は、区域の面積や地理的条件によって多少異なるものの、概ね30分程度で救急医療機関にアクセスできる配置となっています。

○救急救命士の養成・配置及び高度な処置のできる高規格救急車の配備が進んでいます。

図表 2 9 消防庁救急搬送人員データ



	合計 / 覚知から現場到着数	平均 / 覚知から現場到着平均(分)	合計 / 現場到着から収容数	平均 / 現場到着から収容平均(分)	合計 / 覚知から収容数	平均 / 覚知から収容平均(分)
松江	8386	7.0	8386	23.6	8386	31.2
雲南	2119	10.5	2119	32.3	2119	43.8
出雲	5404	7.8	5404	28.8	5404	36.8
大田	4138	9.4	4138	36.2	4138	46.4
浜田	2688	7.2	2688	25.2	2688	33.0
益田	2701	12.2	2701	26.4	2701	38.8
隠岐	797	9.3	797	19.0	797	29.0
全体	52466	8.2	52466	27.0	52466	35.7

資料:「救急搬送人員データ」(消防庁)

○重篤な救急患者に対応する三次救急医療機関への搬送は、ドクターヘリ等を活用し区域及び県境を越えて実施されており、短時間で適切な医療が提供できる高次医療機関に搬送しています。

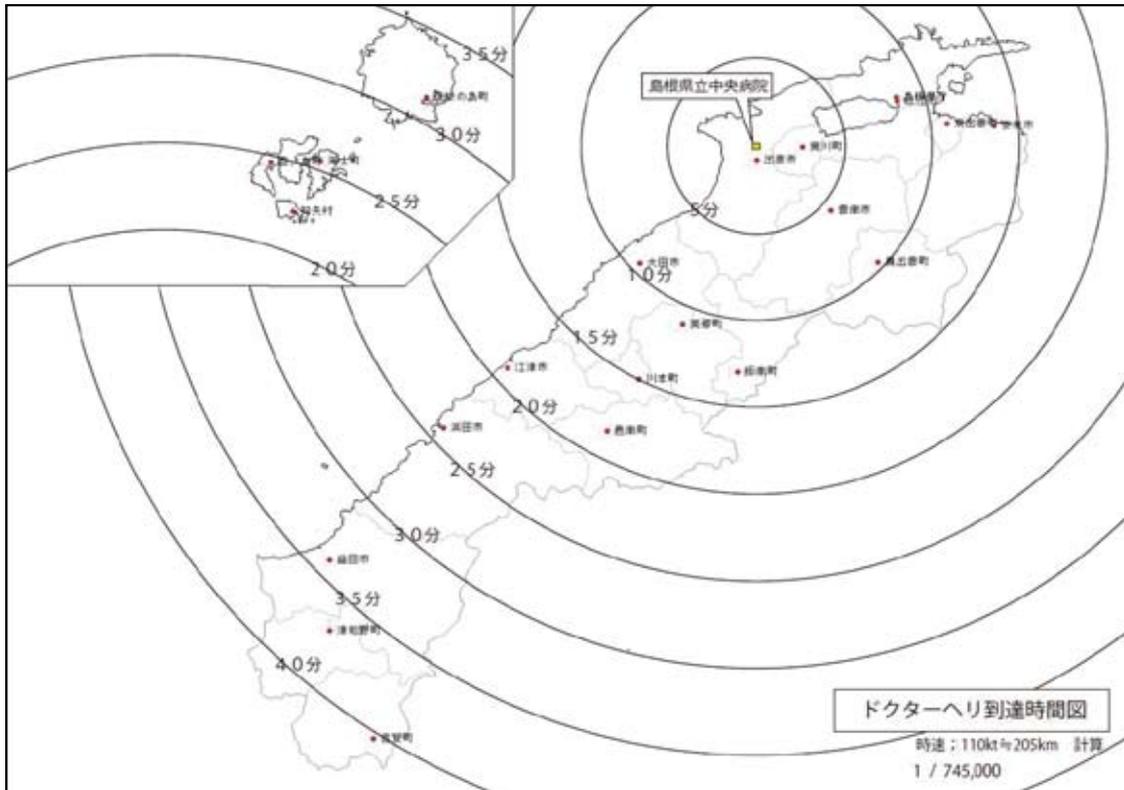
図表 3 0 ドクターヘリ搬送件数

搬送種別		消防本部														計
		松江	安来	雲南	出雲	大田	江津邑智	浜田	益田	隠岐	鳥取西部	鳥取中部	備北	安芸高田	北広島	
出動件数	現場救急	4	22	106	41	47	86	2	-	7	9	1	9	-	-	334
	転院搬送	4	1	55	7	52	27	10	17	65	1	-	-	-	-	239
	キャンセル	2	3	3	4	4	12	2	-	-	4	3	1	-	-	38
	計	10	26	164	52	103	125	14	17	72	14	4	10	-	-	611
重複要請件数		2	5	38	8	17	22	-	-	1	1	-	3	-	-	98
他県ドクターヘリ出動件数		2			24			14	41							81

※重複要請は病院から要請した際の1件を含む。

資料:平成27年度島根県ドクターヘリ運航実績(島根県健康福祉部医療政策課)

図表 3 1 ドクターヘリ到達時間



資料：「ドクターヘリ到達時間図」（日本航空医療学会）

○脳卒中に関しては、脳梗塞に対し血栓を溶かす薬剤「組織プラスミノゲンアクチベータ（t-PA）」の投与を含む急性期医療、急性心筋梗塞に関してはカテーテルを用いた冠動脈血栓溶解療法等の急性期治療が重要ですが、これらは各区域の8つの中核的医療機関で実施可能となっています。

(2) 将来の医療需要

- 特に75歳以上の人口増加は、脳卒中や急性心筋梗塞などの循環器疾患、誤嚥性肺炎などの呼吸器系疾患及び転倒による骨折など筋骨格系疾患の増加に影響します。
- 高齢化の進展に伴い、救急搬送を必要とする患者は増加しており、中でも直接生命に関わる救命救急医療の需要が今後拡大することが予想されます。

(3) 課題

○広い県土に医療機関が点在する状況下で、中山間・離島地域においては、救急救命士及び高規格救急車による搬送やドクターヘリの運航、高速道路の整備等により、高度な医療へのアクセスを改善していくことが必要です。

- また、救命措置やトリアージ機能を持つ現在の救急告示病院を維持していくことが必要ですが、24時間の救急医療を確保するためには、当直が可能な医師等の確保が前提となることから、引き続き、地域で働く医師等の確保や病院相互の連携による支援体制の整備に努めていく必要があります。
- また、中山間・離島地域での救急医療体制の維持については、財政的な支援も含め検討していく必要があります。

## 第5節 認知症

### (1) 現状

○島根県における平成26年10月における認知症高齢者は推定約3万3千人で、高齢者の約15%を占める状況です。

図表3-2 認知症高齢者数・若年性認知症者数（平成26年10月推計人口に基づく推計値）

(単位:人)

圏域	市町村	推計人口 (65歳以上) ①	認知症高齢者 ①×15%	MCI ①×13%	推計人口 (18~64歳) ②	若年性認知症 ②×0.000476
松江	松江市	55,415	8,312	7,204	114,443	54
安来	安来市	13,600	2,040	1,768	20,177	10
雲南	雲南市	14,173	2,126	1,842	19,459	9
	奥出雲町	5,328	799	693	6,357	3
	飯南町	2,177	327	283	2,320	1
出雲	出雲市	48,573	7,286	6,314	92,708	44
大田	大田市	13,395	2,009	1,741	17,420	8
邑智	川本町	1,568	235	204	1,575	1
	美郷町	2,198	330	286	2,066	1
	邑南町	4,830	725	628	4,953	2
浜田	浜田市	19,428	2,914	2,526	31,551	15
	江津市	8,799	1,320	1,144	12,129	6
益田	益田市	16,467	2,470	2,141	24,249	12
	津和野町	3,497	525	455	3,395	2
	吉賀町	2,766	415	360	2,837	1
隠岐	隠岐の島町	5,435	815	707	7,089	3
	海士町	923	138	120	1,074	1
	西ノ島町	1,248	187	162	1,374	1
	知夫村	305	46	40	230	0
計		220,125	33,019	28,616	365,406	174

資料：島根県高齢者福祉課作成

【注】「平成26年10月1日現在の推計人口」（島根県統計調査課）をもとに、国の調査等で得られた出現率を年齢層に乗じて得た推計値であり、各市町村では独自の方法で把握・推計している場合がある。

資料：第6期島根県老人福祉計画・島根県介護保険事業支援計画（島根県健康福祉部高齢者福祉課）

- 県では、平成 27 年 10 月より、島根大学医学部附属病院をこれまでの地域型から「基幹型認知症疾患医療センター」に、県東部の安来第一病院と県西部の松ヶ丘病院を「地域型認知症疾患医療センター」として新たに設置し、県内精神科医療機関及び認知症サポート医と連携して、認知症の早期発見・早期対応に向け取り組んでいます。
- また、かかりつけ医や各市町村の地域包括支援センターへの助言などを行う「認知症サポート医」は平成 27 年度末現在 52 人であり、全構想区域に配置されています。
- さらに、市町村は、在宅の認知症高齢者のケアにあたる医療職や介護職が、認知症初期集中支援チームを作り、認知症の初期段階で訪問し、適切な医療・介護のケアにつなげる取組を進めています。

(2) 将来の医療需要

- 今後の高齢者人口の増加に伴い、2025年には、認知症高齢者が約4万5千人になることが推測されます。

図表 3-3 認知症高齢者数の将来推計

年	2014年	2015年	2020年	2025年	2030年	2040年
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数／(率)	33019 15.0%	35285 15.7%	39567 17.2%	42967 19.0%	45283 20.8%	43572 21.4%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数／(率)		35959 16.0%	41407 18.0%	46586 20.6%	50508 23.2%	51716 25.4%

資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）による速報値に基づく推計（島根県健康福祉部医療政策課）

(3) 課題

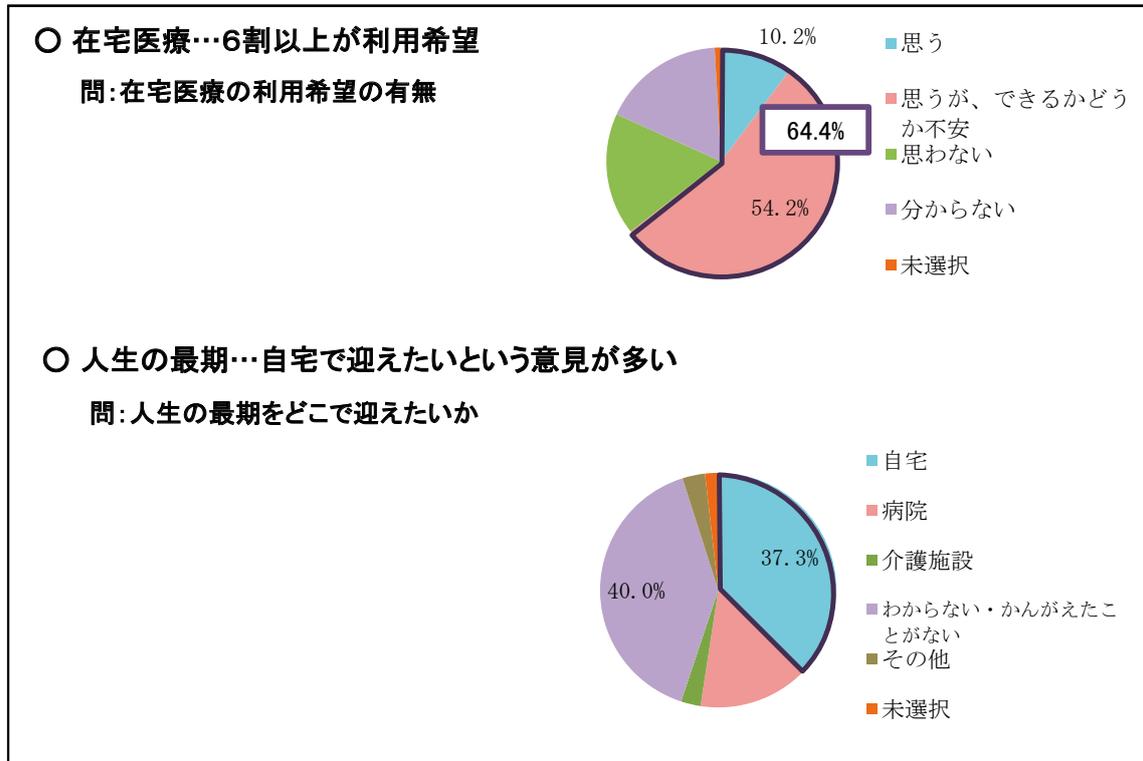
- 認知症の方々も住み慣れた地域で安心して暮らせるように、予防、早期発見・早期対応、適切な医療提供や在宅ケア、権利擁護の推進を含め、患者や家族をサポートする仕組を構築していくことが必要です。
- 認知症の様々な症状、特に徘徊、多動、攻撃的言動、妄想等の激しい症状をきっかけに入院が必要となることがありますが、入院が長期にわたると自宅等への復帰が困難となるため、早期の退院ができるよう、医療と介護の連携の強化などを通じて、地域での受入体制を整備することが必要です。

## 第6節 在宅医療等

### (1) 現状

- 「在宅医療等」とは、自宅、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、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されています。
- 2013年度において、島根県では、自宅・介護保険施設で訪問診療を受けて生活している患者は6,490人、介護老人保健施設に入所している者（入所定員）は2,977人で、在宅医療等を受けている患者は計9,467人です。
- 一方、訪問診療を行う人口10万人あたりの在宅療養支援診療所は19.1カ所、在宅療養支援病院が1.0カ所となっています。県内では、中山間地域を中心に医師の高齢化・診療所の後継者不足等により在宅医療の確保が課題となっています。
- 人口10万人あたりの訪問看護ステーションは9.5カ所となっていますが、1カ所あたりの平均看護師数は4.4人と少なく、訪問看護師の確保・経営面等で困難を抱えている訪問看護ステーションが多い状況にあります。また、24時間体制で訪問できる訪問看護ステーション（「24時間対応体制加算」届出機関）は65カ所であり、全体（72カ所）の約9割を占めます。
- 安定した在宅医療の提供のためには、24時間・365日の相談・往診に対応できる体制が必要であるとともに、緊急時に入院できる病床の確保が必要です。
- 県内では、市部において複数の診療所がチームを組んで看取りを含む在宅医療に取り組むところが出てきており、また、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等が在宅療養患者の症状急変時の入院受入を行ったりすることで、在宅医療を支援しようとする動きが出てきたところです。
- 住民の意識としては、自宅での療養を望む声が多い一方、実際には、病院への入院や介護保険施設入所を選択する人が多い状況にあります。これは、在宅医療のサービス提供体制が十分でないことのほか、高齢化が進展し、独居や高齢者のみの世帯が増加し、家庭での介護能力が低下していることもその原因と考えられます。

図表 3 4 住民の意識調査結果



資料：平成 26 年度島根県 Web モニター調査（島根県政策企画局広聴広報課）

図表 3 5 - 1 都道府県別の療養病床数、介護保険施設等定員の状況 (65 歳以上人口あたり)

都道府県別の療養病床数、介護保険施設等定員数  
(65歳以上人口千人あたり)

※順位は、病床数・定員数の多いものを上位としたもの。

	A		B		C		D		E		A~E計		65歳以上人口 (千人)	(参考) 75歳以上人口を用いた場合のA~E計順位
	療養病床 (床)	順位	介護老人福祉施設 設定員 (人)	順位	介護老人保健施設 設定員 (人)	順位	有料老人ホーム 定員 (人)	順位	サービス付き 高齢者住宅定員 (戸)	順位	順位	順位		
全国平均	10.7	-	16.2	-	11.2	-	9.9	-	5.1	-	53.1	-	31,898	
北海道	16.0	10	16.1	35	11.0	35	8.4	24	8.0	2	59.6	14	1,469	11
青森県	8.1	35	15.8	36	14.2	11	14.3	6	5.5	17	57.9	16	373	22
岩手県	7.6	39	19.8	7	15.6	4	5.7	32	3.5	40	52.2	30	372	37
宮城県	5.8	47	16.5	30	14.8	7	5.6	33	4.5	27	47.2	40	553	43
秋田県	7.2	41	19.5	8	15.4	5	4.4	39	4.2	32	50.7	33	331	46
山形県	6.4	46	24.2	1	12.2	25	9.3	18	3.1	44	55.1	25	332	36
福島県	7.9	36	18.3	14	14.1	12	4.4	40	4.4	28	49.1	37	524	45
茨城県	8.2	34	17.9	17	14.2	10	5.0	36	5.2	23	50.5	34	728	28
栃木県	8.8	31	16.3	32	11.3	33	3.7	43	5.4	19	45.5	41	480	40
群馬県	9.6	27	17.4	20	11.9	30	11.1	12	7.5	7	57.5	18	512	13
埼玉県	7.3	40	15.1	42	9.6	42	10.0	13	5.4	18	47.6	39	1,661	18
千葉県	6.5	45	13.5	46	9.5	44	11.7	10	4.3	29	45.5	42	1,505	30
東京都	7.8	38	13.8	45	6.7	47	12.1	8	3.0	45	43.4	46	2,914	44
神奈川県	6.7	44	15.2	41	9.7	41	17.9	3	3.9	36	53.3	27	2,033	12
新潟県	7.8	37	22.1	4	15.7	3	5.2	34	3.2	42	54.0	26	655	35
富山県	16.8	9	18.0	15	14.8	8	2.9	47	4.3	31	56.8	22	309	20
石川県	14.7	12	21.7	5	13.4	16	9.2	19	4.3	30	63.3	10	302	4
福井県	11.6	16	22.8	3	14.7	9	3.2	46	5.4	20	57.7	17	214	27
山梨県	10.2	24	18.5	12	12.5	23	3.4	45	4.6	25	49.3	36	225	38
長野県	7.0	43	18.6	11	13.1	20	8.0	27	3.6	39	50.2	35	600	39
岐阜県	7.0	42	17.9	16	11.6	31	4.7	37	4.0	34	45.4	44	539	42
静岡県	11.0	18	17.0	23	12.1	26	9.0	20	3.7	38	52.7	28	966	26
愛知県	8.5	33	13.1	47	10.5	38	9.4	17	3.8	37	45.4	43	1,662	34
三重県	9.4	29	17.7	18	13.1	19	4.3	41	7.5	8	51.9	31	480	31
滋賀県	8.8	32	16.6	29	8.4	46	3.8	42	4.6	26	42.1	47	319	47
京都府	9.4	28	16.2	33	10.5	39	4.7	38	3.9	35	44.7	45	676	41
大阪府	10.5	22	13.8	44	8.9	45	11.7	9	7.6	5	52.4	29	2,184	14
兵庫県	10.5	21	15.8	37	10.3	40	8.8	22	5.6	16	50.9	32	1,408	29
奈良県	8.9	30	16.8	27	10.7	36	8.5	23	3.2	43	48.0	38	369	33
和歌山県	10.4	23	19.5	9	12.0	28	8.3	25	7.3	10	57.4	19	288	21
鳥取県	11.0	17	18.4	13	18.8	1	6.6	31	7.5	6	62.4	12	163	19
島根県	10.7	20	22.9	2	12.9	22	6.9	30	5.3	21	58.6	15	217	36
岡山県	10.1	25	19.4	10	12.1	27	9.4	16	5.3	22	56.2	24	524	23
広島県	14.6	13	15.1	43	11.9	29	7.7	28	7.6	3	57.0	21	743	15
山口県	23.2	2	16.7	28	11.3	34	9.4	15	7.1	11	67.6	5	429	3
徳島県	20.6	5	15.7	40	18.3	2	5.1	35	7.3	9	67.1	6	224	5
香川県	11.0	19	17.3	22	13.5	14	8.9	21	5.8	15	56.6	23	277	24
愛媛県	13.8	14	15.7	38	12.9	21	7.4	29	7.6	4	57.4	20	404	25
高知県	29.2	1	16.8	26	9.6	43	3.5	44	3.4	41	62.4	11	232	16
福岡県	18.3	7	15.7	39	11.6	32	16.3	5	5.8	14	67.7	4	1,230	2
佐賀県	21.7	4	16.2	34	13.3	18	11.3	11	2.0	47	64.6	8	219	10
長崎県	18.2	8	17.0	24	12.5	24	8.3	26	6.2	12	62.1	13	390	17
熊本県	20.5	6	17.4	19	13.4	17	12.2	7	5.0	24	68.5	3	491	8
大分県	9.8	26	16.4	31	13.9	13	20.2	2	6.0	13	66.3	7	337	7
宮崎県	13.7	15	17.4	21	10.6	37	20.2	1	2.5	46	64.4	9	310	9
鹿児島県	22.0	3	21.1	6	13.4	15	9.8	14	4.1	33	70.3	2	467	6
沖縄県	15.3	11	16.8	25	15.2	6	17.1	4	8.4	1	72.7	1	260	1

療養病床：平成25年医療施設調査（平成25年10月1日時点）  
 介護老人福祉施設定員、介護老人保健施設定員：平成25年介護サービス施設・事業所調査（平成25年9月末日時点）  
 有料老人ホーム定員：平成24年社会福祉施設等調査（平成24年10月1日時点）  
 サービス付き高齢者住宅定員：（一社）すまいづくりまちづくりセンター連合会より（平成26年10月時点）  
 人口：平成25年総務省人口推計

資料：地域医療構想策定ガイドライン（厚生労働省）

図表 3 5 - 2 都道府県別の療養病床数、介護保険施設等定員の状況 (75 歳以上人口あたり)

都道府県別の療養病床数、介護保険施設等定員数  
(75歳以上人口千人あたり)

※順位は、病床数・定員数の多いものを上位としたもの。

	A		B		C		D		E		A~E計	75歳以上人口 (千人)	(参考) 65歳以上人口を用いた 場合のA~E計順位	
	療養病床 (床)	順位	介護老人福祉施設定員 (人)	順位	介護老人保健施設定員 (人)	順位	有料老人ホーム定員 (人)	順位	サービス付き高齢者住宅定員 (戸)	順位				
全国平均	21.8	-	33.2	-	22.9	-	20.2	-	10.4	-	108.5	-	15,603	
北海道	31.7	10	32.1	30	21.9	37	16.6	23	15.9	3	118.3	11	740	14
青森県	15.3	37	30.0	42	26.9	12	27.0	6	10.4	20	109.6	22	197	16
岩手県	13.9	43	36.3	11	28.5	8	10.5	34	6.4	41	95.7	37	203	30
宮城県	11.3	47	32.0	32	28.7	7	10.8	32	8.7	28	91.5	43	285	40
秋田県	12.7	45	34.5	21	27.3	9	7.8	42	7.5	37	89.8	46	187	33
山形県	11.3	46	42.7	2	21.6	41	16.4	24	5.4	45	97.4	36	188	25
福島県	14.6	40	33.4	25	25.8	16	8.0	40	8.1	35	89.9	45	286	37
茨城県	17.3	35	37.8	6	30.1	3	10.6	33	11.1	19	106.9	28	344	34
栃木県	18.1	33	33.5	24	23.4	29	7.6	43	11.2	17	93.8	40	233	41
群馬県	19.7	25	35.6	16	24.3	21	22.8	11	15.3	4	117.8	13	250	18
埼玉県	17.4	34	36.0	12	22.9	34	23.8	10	12.9	12	113.0	18	699	39
千葉県	14.9	38	30.8	38	21.7	38	26.7	7	9.9	23	104.1	30	658	42
東京都	16.2	36	28.8	47	14.1	47	25.4	9	6.3	43	90.8	44	1,393	46
神奈川県	14.7	39	33.7	23	21.4	42	39.5	1	8.6	30	118.0	12	918	27
新潟県	14.4	41	40.9	4	29.1	5	9.6	37	6.0	44	100.0	35	354	26
富山県	33.3	9	35.7	14	29.3	4	5.7	47	8.4	32	112.5	20	156	22
石川県	29.9	11	44.0	1	27.1	11	18.7	15	8.7	29	128.3	4	149	10
福井県	21.6	19	42.5	3	27.3	10	6.0	46	10.0	22	107.4	27	115	17
山梨県	19.7	24	35.6	15	24.1	24	6.6	44	8.9	27	94.9	38	117	36
長野県	13.1	44	34.9	18	24.6	18	15.0	28	6.8	40	94.4	39	319	35
岐阜県	14.3	42	36.5	10	23.7	25	9.6	36	8.2	34	92.3	42	265	44
静岡県	22.5	17	34.8	19	24.8	17	18.3	17	7.5	36	108.0	26	472	28
愛知県	18.9	27	29.0	46	23.4	30	20.8	14	8.5	31	100.6	34	750	43
三重県	18.7	30	35.4	17	26.2	13	8.5	39	14.9	6	103.8	31	240	31
滋賀県	18.3	31	34.5	20	17.5	46	7.8	41	9.6	24	87.7	47	153	47
京都府	19.7	23	33.8	22	22.1	36	9.8	35	8.2	33	93.6	41	323	45
大阪府	23.4	16	30.7	39	19.8	43	26.2	8	16.9	1	117.0	14	978	29
兵庫県	22.0	18	33.0	28	21.7	39	18.4	16	11.6	14	106.7	29	672	32
奈良県	18.9	28	35.8	13	22.9	33	18.1	20	6.8	39	102.5	33	173	38
和歌山県	20.0	21	37.7	7	23.1	31	16.1	25	14.1	8	111.0	21	149	19
鳥取県	20.0	22	33.4	26	34.1	2	11.9	31	13.7	10	113.0	19	90	12
島根県	18.8	29	40.3	5	22.7	35	12.2	30	9.3	25	103.4	32	123	15
岡山県	19.6	26	37.6	8	23.4	28	18.2	18	10.2	21	109.1	23	270	24
広島県	29.4	12	30.5	41	24.1	23	15.6	26	15.3	5	115.0	15	368	21
山口県	44.6	2	32.1	31	21.7	40	18.2	19	13.6	11	130.1	3	223	5
徳島県	38.5	5	29.2	45	34.2	1	9.6	38	13.7	9	125.2	5	120	6
香川県	21.1	20	33.4	27	26.0	15	17.2	22	11.2	18	108.8	24	144	23
愛媛県	26.0	14	29.6	44	24.4	20	14.0	29	14.3	7	108.3	25	214	20
高知県	53.7	1	30.9	37	17.7	45	6.4	45	6.3	42	115.0	16	126	11
福岡県	37.0	6	31.7	34	23.5	27	33.0	4	11.8	13	137.0	2	608	4
佐賀県	39.9	3	29.8	43	24.5	19	20.9	13	3.8	47	118.8	10	119	8
長崎県	33.6	8	31.4	36	23.1	32	15.3	27	11.4	15	114.8	17	211	13
熊本県	37.0	7	31.5	35	24.1	22	22.1	12	9.0	26	123.6	8	272	3
大分県	18.3	32	30.7	40	26.1	14	37.8	2	11.2	16	124.1	7	180	7
宮崎県	25.3	15	32.1	29	19.5	44	37.3	3	4.6	46	118.9	9	168	9
鹿児島県	38.8	4	37.3	9	23.6	26	17.4	21	7.2	38	124.4	6	264	2
沖縄県	28.9	13	31.9	33	28.8	6	32.4	5	16.0	2	138.0	1	137	1

療養病床：平成25年医療施設調査（平成25年10月1日時点）  
 介護老人福祉施設定員、介護老人保健施設定員：平成25年介護サービス施設・事業所調査（平成25年9月末日時点）  
 有料老人ホーム定員：平成24年社会福祉施設等調査（平成24年10月1日時点）  
 サービス付き高齢者住宅定員：（一社）すまいづくりまちづくりセンター連合会より（平成26年10月時点）  
 人口：平成25年総務省人口推計

資料：地域医療構想策定ガイドライン（厚生労働省）

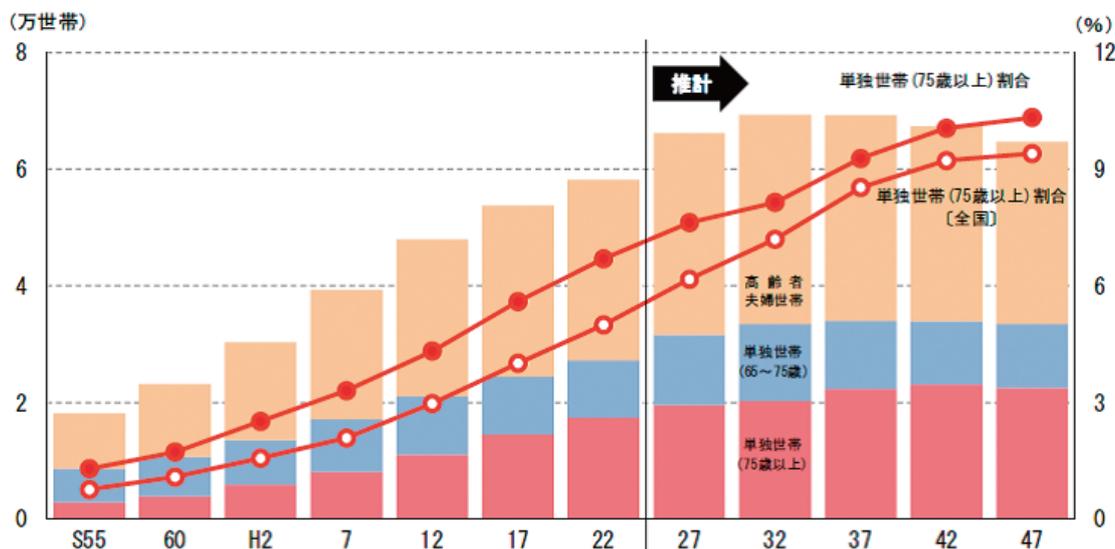
図表 3 6 島根県内の高齢者の世帯構成

年	島根県							全国		
	総世帯数 (世帯)				割合 (%)			割合 (%)		
	高年齢夫婦	高年齢単身	75歳以上		高年齢夫婦	高年齢単身	75歳以上	高年齢夫婦	高年齢単身	75歳以上
S55	225,720	9,485	8,709	2,931	4.2	3.9	1.3	2.9	2.5	0.8
60	231,795	12,525	10,702	4,007	5.4	4.6	1.7	3.7	3.1	1.1
H 2	235,014	16,773	13,615	5,925	7.1	5.8	2.5	4.8	4.0	1.6
7	244,996	22,157	17,160	8,101	9.0	7.0	3.3	6.3	5.0	2.1
12	256,508	26,826	21,124	11,088	10.5	8.2	4.3	7.8	6.5	3.0
17	259,289	29,290	24,452	14,522	11.3	9.4	5.6	9.1	7.9	4.0
22	260,921	30,872	27,279	17,477	11.8	10.5	6.7	10.1	9.2	5.0
27	257,158	34,577	31,643	19,607	13.4	12.3	7.6	11.7	11.4	6.2
32	249,670	35,765	33,535	20,336	14.3	13.4	8.1	12.3	12.6	7.2
37	240,072	35,251	34,043	22,277	14.7	14.2	9.3	12.3	13.4	8.5
42	229,466	33,379	33,995	23,080	14.5	14.8	10.1	12.4	14.2	9.2
47	218,000	31,167	33,497	22,521	14.3	15.4	10.3	12.6	15.4	9.4

資料：平成22年以前は、総務省「国勢調査」

平成27年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県：平成26年4月推計)」及び「日本の世帯の将来推計(全国：平成25年1月推計)」

【注】総世帯数には、施設等の世帯は含まない(高年齢夫婦世帯とは、夫65歳以上、妻60歳以上の世帯をいう)



資料：第6期島根県老人福祉計画・島根県介護保険事業支援計画（島根県健康福祉部高齢者福祉課）

- 国は、現在入院している患者のうち、医療的ケアが少ない人については在宅医療等で支えていく方針を打ち出しています。
- そこで県では、現在、療養病床及び介護保険施設に入院・入所している方の実態調査を行いました。その結果、療養病床に入院している方の要介護度は高く、医療的ケアを必要とする方が多いことが判りました。（詳細は資料編参照）

(2) 将来の医療需要

○国の示した算定式によれば、療養病床に入院している患者のうち医療的ケアの少ない医療区分1に該当する患者の70%及び一般病床に入院している患者のうち医療資源投入量が少ない175点/日未満の患者は、在宅医療等に移行することとされており、また、入院受療率の地域差解消のため、療養病床から在宅医療等への移行推進も求められています。

図表37 医療区分の評価基準

医療区分3	<p><b>【疾患・状態】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン ・ 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</li> </ul> <p><b>【医療処置】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴 ・ 中心静脈栄養 ・ 人工呼吸器使用 ・ ドレーン法 ・ 胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・ 感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法（酸素を必要とする状態かを毎月確認）</li> </ul>
医療区分2	<p><b>【疾患・状態】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・ 多発性硬化症 ・ 筋萎縮性側索硬化症 ・ パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の難病（スモンを除く） ・ 脊髄損傷（頸髄損傷） ・ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・ 肺炎・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・ 脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・ 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・ 褥瘡</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・ うつ状態 ・ 暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> </ul> <p><b>【医療処置】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・ 発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・ 喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・ 頻回の血糖検査 ・ 創傷（皮膚潰瘍・手術創・創傷処置）</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

資料：「平成26年度診療報酬改定資料」（厚生労働省）

○島根県についてみると、現状では、各種要因により県外で療養している慢性期療養患者が自県内で療養できる環境を整えていく方針であること、高齢者の増加により在宅医療需要の拡大が予想されることを踏まえると、2025年には、2,319人/日（36%増加）の大幅な医療需要の増加が予想され、これに対応できる体制の整備が必要となります。

2013年度時点の需要は6,490人

2025年度時点の需要は8,809人 ※

※2025年度の在宅医療の医療需要11,786人から2013年の介護老人保健施設入所定員を差し引いた数

図表 3 8 在宅医療の将来需要推計

	医療機能	2013年度の 医療需要 (人/日)	2025年度の 医療需要 (パターンⅡ) (人/日)	増減率 (%)	【参考】		2025年における 在宅医療提供体制 不足数 (人/日)
					施設定員数 (H27. 4)		
松江	慢性期	823.9	680.9	-17.4%	特養	1,557	1,112.5
	在宅医療等(a)	2,996.0	3,881.1	29.5%	老健	894	
	訪問診療分(b)	1,874.6	2,355.9	25.7%	有料	804	
	(a)-(b)	1,121.3	1,525.2	36.0%	サ高住	606	
	小計	3,819.9	4,562.0	19.4%	小計	3,861	
雲南	慢性期	110.2	129.5	17.5%	特養	660	336.9
	在宅医療等(a)	1,042.6	1,146.0	9.9%	老健	191	
	訪問診療分(b)	618.2	655.0	6.0%	有料	45	
	(a)-(b)	424.5	491.0	15.7%	サ高住	64	
	小計	1,152.8	1,275.5	10.6%	小計	960	
出雲	慢性期	481.6	314.0	-34.8%	特養	1,028	443.2
	在宅医療等(a)	2,146.3	2,459.2	14.6%	老健	654	
	訪問診療分(b)	1,362.0	1,443.6	6.0%	有料	567	
	(a)-(b)	784.3	1,015.6	29.5%	サ高住	231	
	小計	2,627.9	2,773.2	5.5%	小計	2,480	
大田	慢性期	95.6	113.4	18.6%	特養	620	72.6
	在宅医療等(a)	1,327.4	1,275.7	-3.9%	老健	336	
	訪問診療分(b)	867.1	796.4	-8.2%	有料	106	
	(a)-(b)	460.3	479.3	4.1%	サ高住	127	
	小計	1,423.0	1,389.1	-2.4%	小計	1,189	
浜田	慢性期	300.8	212.3	-29.4%	特養	619	146.8
	在宅医療等(a)	1,394.3	1,520.7	9.1%	老健	480	
	訪問診療分(b)	893.9	915.6	2.4%	有料	266	
	(a)-(b)	500.4	605.0	20.9%	サ高住	55	
	小計	1,695.0	1,732.9	2.2%	小計	1,420	
益田	慢性期	155.4	159.5	2.7%	特養	509	125.8
	在宅医療等(a)	1,153.1	1,205.1	4.5%	老健	352	
	訪問診療分(b)	727.3	728.2	0.1%	有料	61	
	(a)-(b)	425.8	476.9	12.0%	サ高住	64	
	小計	1,308.5	1,364.7	4.3%	小計	986	
隠岐	慢性期	25.6	35.1	37.4%	特養	270	81.7
	在宅医療等(a)	275.6	298.2	8.2%	老健	70	
	訪問診療分(b)	146.5	158.0	7.8%	有料	-	
	(a)-(b)	129.0	140.2	8.7%	サ高住	-	
	小計	301.1	333.3	10.7%	小計	340	
島根県	慢性期	1,992.9	1,644.7	-17.5%	特養	5,263	2,319.4
	在宅医療等(a)	10,335.3	11,786.0	14.0%	老健	2,977	
	訪問診療分(b)	6,489.6	7,052.6	8.7%	有料	1,849	
	(a)-(b)	3,845.7	4,733.4	23.1%	サ高住	1,147	
	小計	12,328.2	13,430.7	8.9%	小計	11,236	

※在宅医療等の内数

- ①訪問診療分（2025年度は人口推計による）
- ②老健分
- ③一般病床のC3（175点）基準未満の患者数
- ④療養病床の医療区分1の70%の患者数
- ⑤療養病床の地域差解消分の患者数（2025年度のみ）

※在宅医療提供体制不足数の推計結果（県計）

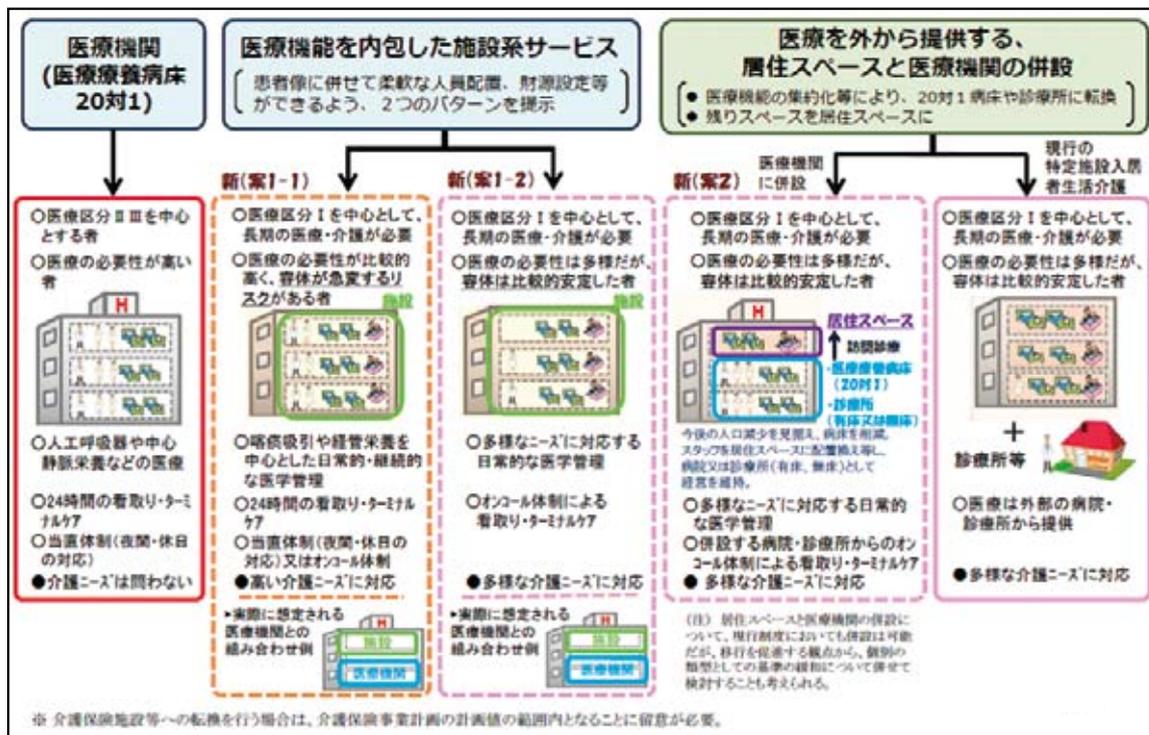
在宅医療等（2025年度）－①訪問診療分（2013年度）－②老健分（2013年度）  
 11,786.0 － 6,489.6 － 2,977

資料：「必要病床数等推計ツール」（厚生労働省）を活用して推計（島根県健康福祉部医療政策課）

### (3) 課題

- 今後、地域包括ケアの推進とともに、在宅医療を進めていくうえで、在宅でどのような医療・介護サービスが受けられるのか、県、市町村、医療・介護関係者等が協力して、在宅療養に関する正しい理解を住民へ広げていく必要があります。
- 島根県の地理的条件や地域の高齢化、医療従事者の確保の困難性などを踏まえた在宅医療の体制づくりを進めていく必要があります。
- まずは、在宅医療の担い手となる医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師等の医療従事者の確保が大きな課題です。
- また、中山間・離島地域が多く、診療所や訪問看護ステーションの規模が小さい上に、高齢者が広い地域に分散して居住しているため、訪問できる件数が限られるなど経済効率が悪いと、事業を展開しにくい構造になっていることも課題となっています。
- 介護老人保健施設には、医師、リハビリテーションスタッフ等が従事しており、病院から退院した患者の在宅復帰支援や、在宅で療養している患者の病態が悪化した場合の在宅療養支援を積極的に実施していくことが求められています。
- 在宅で療養する患者ニーズの多様化に対応するため、緩和ケア、リハビリテーション、栄養指導、口腔ケアといった多様なサービスを提供していく必要があります。そのためには、多職種での情報共有や円滑な連携が求められています。
- 人口規模、人口密度、年齢構成、地理的条件、道路・交通網の整備状況、診療所・病院の状況、介護サービスの状況など、地域によって社会資源が異なり、自宅においてどのようなサービスを組み合わせて提供していくのか、また、どのような介護保険施設サービスを提供していくかは、それぞれの地域によって大きく異なります。
- 今後、それぞれの地域で市町村が中心となり、医師会等の関係団体と連携しながら、在宅医療の提供体制をどう構築していくかの議論を深めることが喫緊の課題です。  
その際、関係機関全てが在宅医療推進に積極的に参画していく必要があります。
- 国の「療養病床の在り方等に関する検討会」において、慢性期に対応する新たな施設形態が示されており、今後、具体化に向け検討されることとなっています。今後とも、国の制度の動向を注視しつつ、地域での議論を継続していく必要があります。

図表 3 9 療養病床の在り方等に関する検討会



資料：「療養病床の在り方等に関する検討会資料（平成 28 年 1 月 28 日）」（厚生労働省）

## 第7章 医療提供体制の構築の方向性

### 第1節 総論

- 島根県の総人口が減少する中で、2025年には団塊の世代が全て75歳以上になり高齢化が進展すること及び社会保障制度改革の新たな方向を見据え今後の医療提供体制を構築する必要があることから、島根県保健医療計画に定めた方向性を踏まえ、島根県地域医療構想を策定しました。
- 7つの構想区域を設定し、区域ごとの高度急性期・急性期・回復期・慢性期及び在宅医療等の医療需要を推計するとともに、これらを踏まえてどのような医療・介護の提供体制を構築していくのか地域の医療・介護関係者等が集まり継続的に検討していく目的で、各構想区域に「地域医療構想調整会議」を設置しました。
- 今後、各構想区域における検討結果を踏まえ、「地域医療連携推進法人制度」等の国の動向も見つつ、区域内外の医療機関間の連携、医療・介護連携を推進します。特に、近年、平均在院日数短縮化により早期退院する患者が増加していることから、円滑な入退院時連携体制の構築に向けて地域ごとの検討を進めます。
- これらの推進にあたっては、必要な医療提供体制整備に向け、医療従事者の確保・育成に努めるとともに、救急搬送体制の充実や診療情報の活用推進、各種連携の場の活性化や研修に取り組みます。
- しまね医療情報ネットワーク（まめネット）を積極的に活用し、病病連携、病診連携の強化や、中山間離島地域の診療支援、地域包括ケアシステム構築のための多職種連携支援などに取り組みます。
- なお、島根県では、地域の保健・医療・介護の状況を詳細に分析し、地域医療構想調整会議等の関係者・住民が議論する場に有意義なデータを提示するため、保健・医療・介護データ統合分析システムの整備を進めています。今後も、保険者によるレセプト等データ提供の協力を得ながら、有効活用を進めていきます。
- 地域医療介護総合確保基金における市町村計画により、医療・介護の提供体制に関する地域としての合意事項を明確にするるとともに、その具体化を図ります。
- また、地域医療の置かれている状況やこれから目指す医療の在り方について、県、市町村、医療・介護関係者等が協力して、住民の理解を深める取組を進めるほか、かかりつけ医を持つことや上手な医療機関のかかり方など、住民に求められている役割についての普及・啓発に努めます。

## 第2節 高度急性期・急性期

- 将来の医療需要や関係機関の協議を踏まえ、求められる医療機能の充実について支援します。
- その上で、不足する高度急性期・急性期の医療機能については、構想区域・県を越えた医療連携により補完を図ります。
- 特に、がん医療、周産期医療、三次救急医療については、保健医療計画で定めた方向性を踏まえ、引き続き医療機能分担と連携に取り組みます。
- 県西部や中山間・離島地域においても、救急医療を提供する医療機関に対して一定時間以内にアクセスできるよう、現在の救急告示病院における機能の維持・充実を図ります。
- また、ドクターヘリの運航や高速道路の整備などにより救急医療へのアクセスの改善を図ります。

## 第3節 回復期・慢性期・在宅医療等

- 住み慣れた地域で療養生活を継続できるよう、急性期後の回復期における医療・リハビリテーション及び地域の実情に応じた慢性期・在宅医療等の提供体制については、構想区域内での完結を目指します。
- 住み慣れた地域での療養生活が継続できるためには、在宅医療等の提供のみならず、介護サービス、住まい・生活支援、重症化予防といった様々なサービスが、患者・家族のニーズに沿って包括的に提供される「地域包括ケアシステム（※）」の構築が不可欠です。  
※地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制のこと。
- 回復期については、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等において、リハビリテーション、在宅復帰支援が行われています。加えて、地域包括ケア病棟の機能として、急性期を経過した患者への在宅復帰支援のみならず、現に在宅療養を行っている患者の急変や病状の進行への対応なども含まれており、これらの機能も含めて回復期機能を総合的に充実させていく必要があります。
- 具体的な慢性期医療や在宅医療等の提供体制、地域包括ケアシステムの構築については、介護サービスの提供体制と併せて、地域の実情に応じ、国の動向を見ながら継続的に検討を行います。
- 在宅医療等の医療需要増大を見据え、人材の確保のみならず、介護保険施設も含めた在宅での緩和ケア、リハビリテーション、栄養指導、口腔ケア等の療養の質向上に向け、人材の育成並びに多職種の円滑な連携のための仕組づくりに努めます。

○在宅医療等については、自宅療養及び介護保険施設入所のニーズが市町村ごとに異なることから、それぞれの市町村が中心となって医師会等と議論する中で、目指す在宅医療等の姿を明らかにしていきます。県は、各市町村が目指す姿の実現に向けた支援に努めます。

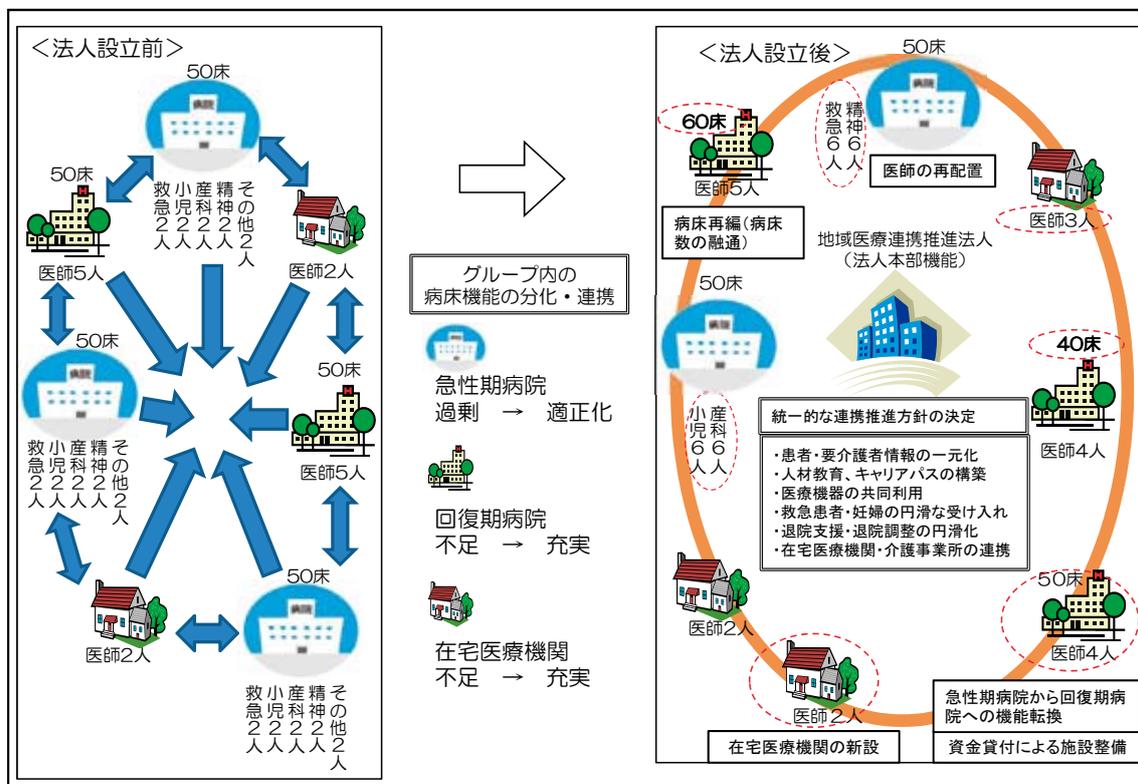
○高齢化の進展とともに増加が予想される認知症については、正しい知識の普及啓発や研修等により、医療・介護専門職、ボランティア等の人材育成を推進します。

○また、認知症の予防とケア、早期発見・早期治療を推進し、地域で認知症の患者や家族をサポートできるように、地域包括支援センターを中心に、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医療機関、介護関係者等、地域の資源が連携する仕組みの構築に向け、支援を行います。

○県、市町村、医療・介護関係者等が協力して、住民に対し、在宅での療養、看取り、アドバンスケアプランニング(※)に関する適切な情報提供を推進するなど、本人の希望に沿った療養生活の実現に向けて取り組みます。

※アドバンスケアプランニングとは、これから受ける医療やケアについて、患者の考えを家族や医療者と話し合い文章に残す手順の事であり、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指します。

図表 4 0 地域医療連携推進法人イメージ



資料：「地域医療連携推進法人イメージ」(厚生労働省)

## 第8章 策定後における継続的な検討と見直しの考え方

- 県の「医療審議会専門部会」、構想区域ごとに設けた「地域医療構想調整会議」等により、医療機関間の連携と役割分担、在宅医療の推進方策等について、県、市町村、医療・介護関係者、保険者、住民の方々等により継続的に検討を行います。
  - 第7章で示した医療提供体制の構築の方向性に向けた取組の推進を定期的に評価し、必要に応じて見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させていきます。
  - 将来の医療需要と必要病床数の推計値については、将来推計人口や医療提供体制及び患者の受療動向の変化に応じた定期的な見直しが必要であり、そのための必要なデータ提供などの支援を国に対して求めていきます。
  - 特に、慢性期病床や在宅医療等の必要量については、介護保険事業計画の見直しにおいて整備が予定される介護サービス量を踏まえ再検討が必要です。
  - また、今後、市町村が中心となって進める地域包括ケアシステムの構築状況や街づくり計画（「コンパクト・シティ」、「小さな拠点」、「日本版 CCRC（Continuing Care Retirement Community）（※）」等）の動向に応じて、適時・適切に見直す必要があります。
- ※国が検討を進めている、都会の高齢者が地方に移り住み、健康状態に応じた継続的なケア環境の下で、自立した社会生活を送ることができるような地域共同体のこと。
- 本県では平成29年度において、平成30年度を始期とする次期保健医療計画を策定する予定であり、その際は、次期介護保険事業支援計画の策定と同時期となることから、両計画の整合を図る必要があります、国の動向を踏まえて地域医療構想の見直しを行います。

# 資料編

## 医療需要・必要病床数の推計方法

○ 医療需要・必要病床数の推計の主な方法及び前提等は、以下のとおりです。

・ 2013 年度（平成 25 年度）1 年分の NDB のレセプトデータ（※ 1）及び DPC データ（※ 2）等を使用。

※ 1 NDB（National Database）のレセプトデータとは、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。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

※ 2 DPC（Diagnosis Procedure Combination）データとは、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 日当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。

### 【高度急性期・急性期・回復期の境界点】

・ 高度急性期と急性期の境界点（C 1）は、医療資源投入量（※ 3）で 3,000 点。

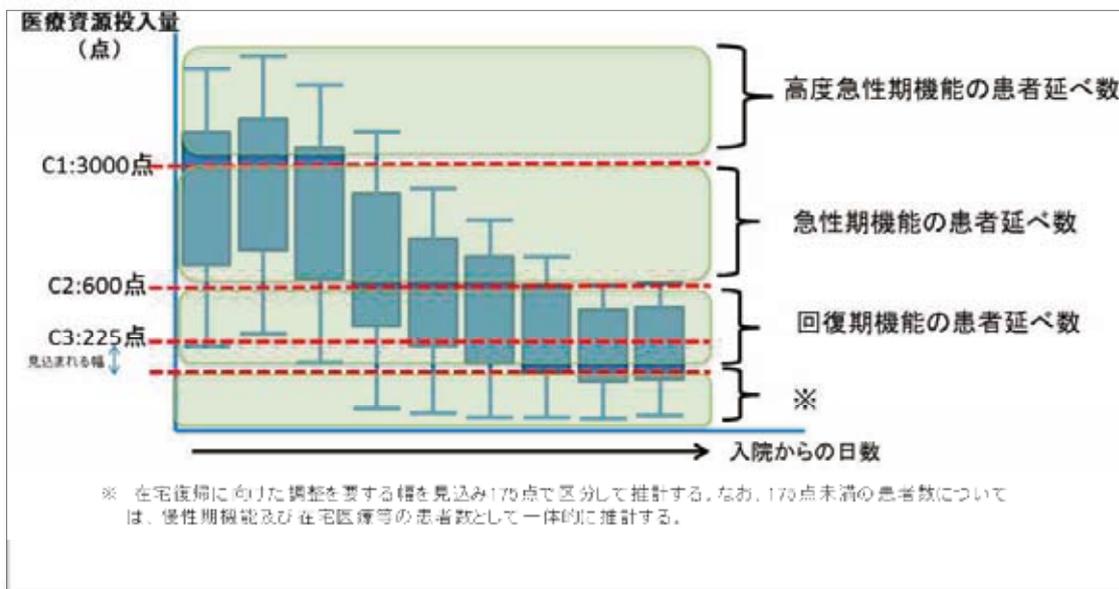
※ 3 医療資源投入量とは、患者に対して行われた診療行為を 1 日当たりの診療報酬の出来高点数（入院基本料相当分及びリハビリテーション料の一部を除く。）で換算した値。

・ 急性期と回復期の境界点（C 2）は、医療資源投入量で 600 点。

・ 回復期と在宅医療等の境界点（C 3）は、医療資源投入量で 225 点。（在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175 点で区分（※ 4））回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者数（一般病床・療養病床）を加算。

※ 4 医療資源投入量が 175 点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。）であってリハビリテーション料を含んだ医療資源投入量が 175 点以上となる医療を受けている場合は、回復期に分類。

## 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ



## 病床の機能別分類の境界点の考え方

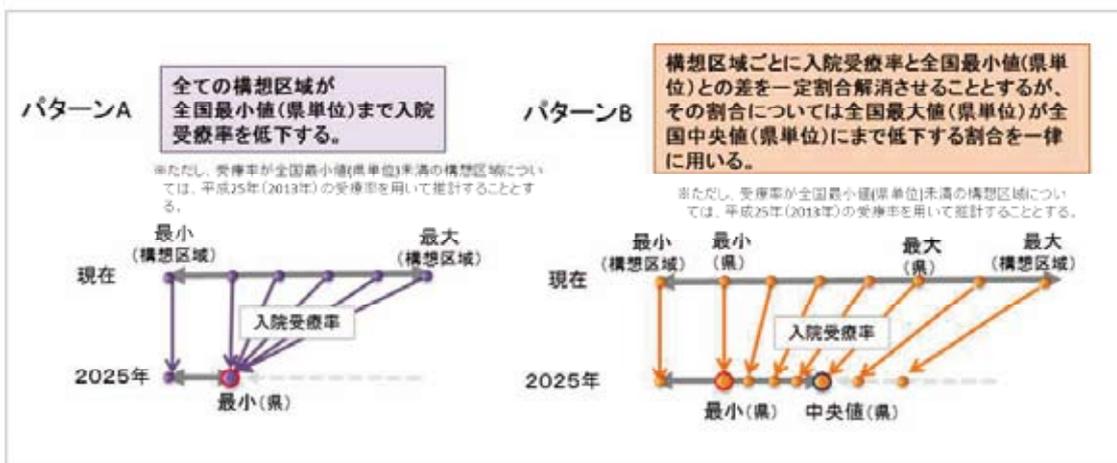
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。なお、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。

【慢性期(パターンA・パターンB・パターンC)】

- ・パターンA：全ての二次医療圏の療養病床の入院受療率（※5）を全国最小値（県単位）にまで低下するとして、推計。  
 ※5 療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。以下同じ。
  - ・パターンB：全ての二次医療圏において療養病床の入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合（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）に解消するとして、推計。
  - ・パターンC：要件（※6）に該当する全ての二次医療圏は、パターンBの目標入院受療率の達成年次を2030年（平成42年）とし、2025年（平成37年）においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率まで低下するとし、その他の二次医療圏は、2025年までにパターンBの目標入院受療率まで低下するとして、推計。  
 ※6 パターンBにより入院受療率の目標を定めた場合における当該二次医療圏の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きいこと、かつ、当該二次医療圏の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きいこと。
- ・なお、一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）を慢性期として加算。

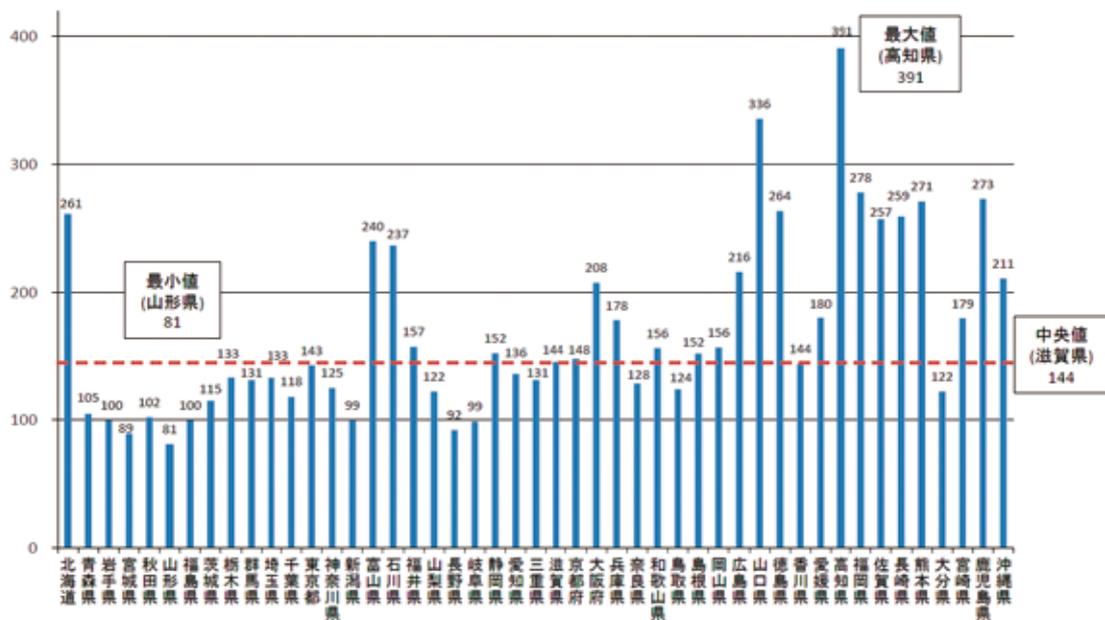
入院受療率の地域差の解消の考え方



## 療養病床の都道府県別入院受療率

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



# 地域医療構想における慢性期機能の需要推計に用いる慢性期総入院受療率及び特例要件について

○慢性期総入院受療率(県単位:全国最大値391、全国中央値144、全国最小値81)

$$\text{慢性期総入院受療率} = \frac{\sum \text{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数}}{\sum \text{当該区域の性年齢階級別人口} \times \frac{\text{慢性期総入院受療率}}{\text{全国の人口}}}$$

※慢性期入院患者

長期にわたり療養が必要な入院患者(主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。)とする。具体的には、療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病棟特別入院基本料を算定する入院患者がこれに該当し、「その他の厚生労働大臣が認める入院患者」として当該入院患者のうち医療区分1である患者の数の70%に相当する数を除くこととする。

### 【補正率】

$$(\text{パターンA}) = \frac{\text{Min}}{X} \quad (\text{パターンB}) = \frac{Y}{X} \quad (\text{特例}) = \frac{Y + (X - Y) \times \frac{1}{3}}{X}$$

※1 補正率の計算に用いる変数の定義は下記の通り

Max = 慢性期総入院受療率の全国最大値(県単位)  
 Mid = 慢性期総入院受療率の全国中央値(県単位)  
 Min = 慢性期総入院受療率の全国最小値(県単位)

X = 当該構想区域(二次医療圏)の慢性期総入院受療率

$$Y = \frac{(\text{Mid} - \text{Min})}{(\text{Max} - \text{Min})} \times (X - \text{Min}) + \text{Min}$$

※2 「当該構想区域(二次医療圏)の慢性期総入院受療率 < Min」の場合は、補正率を「1」とする。

○特例適応に係る要件

【要件①】慢性期病床の減少率が全国中央値(32.2%)よりも大きい

(7) 慢性期病床数(慢性期入院患者のうち、当該構想区域に住所を有するものに係る2013年の病床数) - (イ)パターンBの補正率より算定した2025年における慢性期病床数

【要件②】当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均値(9.2%)よりも大きい

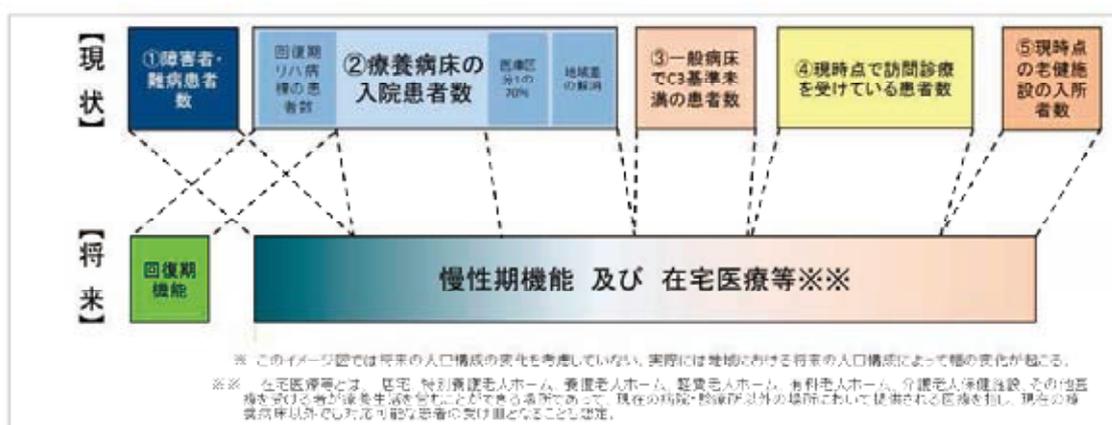
都道府県名	慢性期 総入院受療率 (人口10万人あたり)	慢性期病床 の減少率	特例適用可否判断		
			要件① に該当	高年齢者 単身世帯割合	特例選択可否 (①∩②)
<b>島根県 集計</b>	<b>152</b>				
3201 島根県 松江	136	18.6%	X	8.4%	X
3202 島根県 雲南	136	33.5%	O	9.6%	O
3203 島根県 出雲	169	35.7%	O	6.9%	X
3204 島根県 大田	132	39.6%	O	16.5%	O
3205 島根県 浜田	211	50.7%	O	14.3%	O
3206 島根県 益田	156	40.3%	O	13.8%	O
3207 島根県 隠岐	60	-6.7%	X	16.6%	X

【将来、介護保険施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数】

- ・4つの医療機能に分類されない医療資源投入量が175点未満の一般病床の患者数(※7)、療養病床の入院患者のうち医療区分1の70%に相当する患者数及び療養病床の入院受療率の地域差解消分(パターンA~C)に相当する患者数の合計。

※7 医療資源投入量が175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者であってリハビリテーション料を含んだ医療資源投入量が175点以上となる医療を受けている場合は、回復期に分類されるため、除かれる。

### 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



【医療機関所在地ベース・患者住所地ベース（都道府県別推計）】

- ・医療機関所在地ベース：患者の流出入が現状のまま継続するものとして推計。
- ・患者住所地ベース：患者の流出入がなく、入院が必要な全ての患者は住所地の二次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして推計。

【病床稼働率】

- ・病床稼働率は、高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%と設定。

【性・年齢階級別人口】

- ・2025年(平成37年)の性・年齢階級別人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月推計)」を使用。

(参考) 医療需要と必要病床数の単純推計結果 (必要病床数等推計ツールより)

医療機関所在地	医療機能	2013年度の医療需要 (人/日)	2025年度の医療需要 (医療機関所在地) (人/日)	2025年度の医療需要 (患者住所地) (人/日)	2013年度の必要病床数 (床)	2025年度の必要病床数 (医療機関所在地) (床)	2025年度の必要病床数 (患者住所地) (床)
3201:松江	高度急性期	152.6	159.3	171.6	203.5	212.4	228.8
	急性期	583.0	632.2	629.3	747.4	810.5	806.8
	回復期	583.8	652.1	632.9	648.7	724.6	703.2
	慢性期	823.9	750.1	679.7	895.5	815.3	738.8
	在宅医療等	2,996.0	3,828.1	3,881.1			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,874.6	2,305.8	2,355.9			
	小計	5,139.3	6,021.8	5,994.6	2,495.1	2,562.8	2,477.7
3202:雲南	高度急性期	11.9	11.6	41.4	15.9	15.4	55.2
	急性期	90.3	88.3	160.9	115.8	113.3	206.3
	回復期	176.8	173.0	232.9	196.4	192.2	258.8
	慢性期*	110.2	78.6	132.0	119.8	85.4	143.5
	在宅医療等	1,042.6	1,056.5	1,146.0			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	618.2	611.0	655.0			
	小計	1,431.8	1,408.0	1,713.3	447.8	406.3	663.8
3203:出雲	高度急性期	200.9	191.1	127.4	267.8	254.8	169.9
	急性期	512.0	509.5	388.6	656.4	653.2	498.2
	回復期	447.7	460.8	376.7	497.4	512.0	418.6
	慢性期	481.6	338.6	318.6	523.4	368.0	346.3
	在宅医療等	2,146.3	2,573.5	2,459.2			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,362.0	1,518.9	1,443.6			
	小計	3,788.5	4,073.4	3,670.5	1,945.1	1,788.0	1,432.9
3204:大田	高度急性期	10.9	0.1~9.9	40.3	14.5	0.1~9.9	53.7
	急性期	67.4	62.0	142.7	86.4	79.5	182.9
	回復期	81.3	73.9	162.1	90.3	82.2	180.1
	慢性期*	95.6	66.1	120.4	103.9	71.9	130.9
	在宅医療等	1,327.4	1,235.5	1,275.7			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	867.1	797.5	796.4			
	小計	1,582.6	1,437.6	1,741.1	295.2	233.6	547.5
3205:浜田	高度急性期	48.7	46.4	57.3	65.0	61.9	76.4
	急性期	210.6	201.3	220.1	270.0	258.1	282.2
	回復期	180.9	172.9	193.0	201.0	192.2	214.4
	慢性期*	300.8	197.5	215.5	326.9	214.6	234.3
	在宅医療等	1,394.3	1,433.9	1,520.7			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	893.9	871.1	915.6			
	小計	2,135.2	2,052.1	2,206.6	862.8	726.8	807.3
3206:益田	高度急性期	37.7	35.3	44.2	50.3	47.1	59.0
	急性期	174.0	166.8	180.0	223.0	213.9	230.8
	回復期	157.9	152.8	166.4	175.4	169.8	184.9
	慢性期*	155.4	122.6	161.8	168.9	133.3	175.8
	在宅医療等	1,153.1	1,204.2	1,205.1			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	727.3	738.9	728.2			
	小計	1,678.0	1,681.8	1,757.6	617.6	564.0	650.5
3207:隠岐	高度急性期	0.1~9.9	0.1~9.9	16.5	0.1~9.9	0.1~9.9	22.0
	急性期	30.7	30.3	55.9	39.3	38.9	71.7
	回復期	33.5	34.0	60.3	37.2	37.8	67.0
	慢性期	25.6	26.5	33.7	27.8	28.8	36.6
	在宅医療等	275.6	275.5	298.2			
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	146.5	144.3	158.0			
	小計	365.3	366.3	464.5	104.3	105.4	197.3
総計	16,120.6	17,040.9	17,548.2	6,768.0	6,386.9	6,777.0	

凡例

- 2013年度の医療需要 2013年度の医療需要実績
- 2025年度の医療需要(現行の流出入) 2025年度の推計人口で算出した医療需要
- 2025年度の医療需要(調整後の流出入) 2025年度の推計人口で算出した医療需要を<2025年度の医療需要(流出入)>で指定した割合で調整した場合の医療需要
- 2013年度の必要病床数 2013年度の医療需要実績から病床稼働率(政令で定めた定数)を基に算出した病床数
- 2025年度の必要病床数(現行の流出入) 2025年度の医療需要(現行の流出入)から病床稼働率を基に算出した病床数
- 2025年度の必要病床数(調整後の流出入) 2025年度の医療需要(調整後の流出入)から病床稼働率を基に算出した病床数

※慢性期の医療需要・病床数の推計において、「特例」の要件を満たしている二次医療圏については、医療機能(慢性期)の右に「\*」を表示しております。

## 都道府県間調整の方法・結果

### (1) 方法

#### 地域医療構想の必要病床数の都道府県間調整における 調整する病床数の算出方法(具体的手順例)

- ① 地域医療構想策定支援ツールの2025年度4機能別医療需要流出入表(都道府県別)を用いて、協議する相手県とのクロス表を作成し、相手県と流出入している医療需要を把握する。

高度急性期		医療機関所在地	
		A県	B県
患者住所地	A県	1000	50
	B県	90	800

○高度急性期で、A県からB県へ流出している医療需要は、50(人/日)である。  
また、B県からA県へ流出している医療需要は、90である。

- ② 地域医療構想策定支援ツールの2025年度4機能別医療需要流出入表(二次医療圏別)を用いて、協議する相手県とのクロス表を作成し、都道府県間調整の対象外となる医療需要を算出する。

高度急性期		医療機関所在地										
		A県					B県					
		ア医療圏	イ医療圏	ウ医療圏	エ医療圏	オ医療圏	カ医療圏	キ医療圏	ク医療圏	ケ医療圏	コ医療圏	
患者住所地	A県	ア医療圏	1000					20	※	0	0	0
		イ医療圏						15	※	0	0	0
		ウ医療圏						※	0	0	0	0
		エ医療圏						0	0	0	0	0
		オ医療圏						0	0	0	0	0
B県	B県	カ医療圏	30	15	0	0	0	800				
		キ医療圏	20	※	0	0	0					
		ク医療圏	※	0	0	0	0					
		ケ医療圏	※	0	0	0	0					
		コ医療圏	※	0	0	0	0					

(※は、地域医療構想策定支援ツールにおいて、非表示となっている10未満の医療需要を表す。)

○A県からB県へ流出している医療需要50のうち、ウ医療圏からカ医療圏、ア医療圏からキ医療圏、イ医療圏からク医療圏へ流出している医療需要は、10未満(※)であり、都道府県間調整の対象外とし、B県の医療需要とする。

○具体的には、A県からB県へ流出している医療需要50より、ア医療圏からカ医療圏へ流出している医療需要20、及び、イ医療圏からカ医療圏へ流出している医療需要15を引くことで、調整の対象外として医療機関所在地であるB県の医療需要とする15を算出できる。(50-20-15=15)  
(なお、B県の医療需要となる15の医療圏別の内訳は非表示となっているため、B県において人口などを用いて、適宜医療圏へ案分することが考えられる。)

○同様にして、B県からA県へ流出している医療需要90のうち、調整の対象外として医療機関所在地であるA県の医療需要となるのは、90-30-20-15=25と算出できる。

③ 協議を持ちかけられた場合は、調整の対象となる医療需要を算出し、協議を行う。

高度急性期	医療機関所在地											
	A県					B県						
	ア医療圏	イ医療圏	ウ医療圏	エ医療圏	オ医療圏	カ医療圏	キ医療圏	ク医療圏	ケ医療圏	コ医療圏		
患者住所地	A県	ア医療圏	1000					20	※	0	0	0
		イ医療圏	1000					15	※	0	0	0
		ウ医療圏	1000					※	0	0	0	0
		エ医療圏	1000					0	0	0	0	0
		オ医療圏	1000					0	0	0	0	0
	B県	カ医療圏	30	15	0	0	0	800				
		キ医療圏	20	※	0	0	0					
		ク医療圏	※	0	0	0	0					
		ケ医療圏	※	0	0	0	0					
		コ医療圏	※	0	0	0	0					

(※は、地域医療構想策定支援ツールにおいて、非表示となっている10未満の医療需要を表す。)

協議を持ちかけられた場合、調整の対象  
(期限までに調整できない場合、  
A県の医療需要)

協議を持ちかけられた場合、調整の対象  
(期限までに調整できない場合、  
B県の医療需要)

○期限までに調整できなかった場合、調整の対象となっていた医療需要は、医療機関所在地の都道府県の医療需要となる。

○具体的には、B県からA県へ流出している医療需要のうち、カ医療圏からア医療圏へ流出している医療需要30、キ医療圏からア医療圏へ流出している医療需要20、カ医療圏からイ医療圏へ流出している医療需要15、合計65は、期限までに調整できない場合、A県の医療需要とする。

○同様にして、A県からB県へ流出している医療需要のうち、期限までに調整できない場合、調整の対象となっていた35はB県の医療需要とする。

※ 都道府県間の合意があれば、上記方法によらず、都道府県間の調整を行うことが可能。

(2) 調整対象県（鳥取県・広島県・山口県）との調整結果概要

○鳥取県

双方の意見が異なり合意を形成できなかったため、全て「医療機関所在地ベース」で算定  
※国通知により、合意できない場合は「医療機関所在地ベース」で算定

【鳥取県の意見】

高度急性期・急性期・回復期・慢性期に関して、受療動向の実情を反映する「医療機関所在地ベース」での策定が適当

【島根県の意見】

回復期・慢性期に関しては、身近な地域で確保できるよう、「患者住所地ベース」での策定が適当

○広島県

広島県から提示された調整案により合意

**【合意事項】**

高度急性期は「医療機関所在地ベース」

急性期・回復期・慢性期は「患者住所地ベース」

※ただし、現状では、急性期において広島県へ一定の流出がある実態を鑑み、県境部患者の診療については引き続きの配慮を依頼した。

○山口県

山口県より、萩医療圏の地域医療構想策定協議会にて「今後 10 年かけて急性期の機能確保を目指して行く」とのコンセンサスが得られているとの説明があり、その意向を踏まえ益田圏域地域医療構想調整会議でも議論した上で、下記内容で合意

**【合意事項】**

高度急性期は「医療機関所在地ベース」

急性期・回復期・慢性期は「患者住所地ベース」

**【山口県の意見】**

急性期・回復期・慢性期に関して、身近な地域で確保できるよう「患者住所地ベース」での策定が適当

**【島根県の意見】**

急性期に関しては、受療動向の実情を反映する「医療機関所在地ベース」での策定が適当

※ただし、現状では、急性期において山口県より一定の流入がある実態を鑑み、県境部患者の診療に支障が生じないように引き続き連携を図っていくとともに、流入状況に変化が見られない場合は数値の見直しも含めて検討することとする。

## 県間の患者流出入

### 2025年 4機能別医療需要(島根県・調整対象外含む)

#### 【高度急性期】

単位:人/日

			医療機関所在地			
			自県	他県		
			島 3 根 2 県 :	鳥 3 取 1 県 :	広 3 島 4 県 :	山 3 口 5 県 :
患者 住 所 地	自県	32:島根県	446	24	14	0
	他県	31:鳥取県	0			
		34:広島県	0			
		35:山口県	0			

#### 【急性期】

単位:人/日

			医療機関所在地			
			自県	他県		
			島 3 根 2 県 :	鳥 3 取 1 県 :	広 3 島 4 県 :	山 3 口 5 県 :
患者 住 所 地	自県	32:島根県	1,649	58	37	15
	他県	31:鳥取県	0			
		34:広島県	0			
		35:山口県	15			

#### 【回復期】

単位:人/日

			医療機関所在地				
			自県	他県			
			島 3 根 2 県 :	東 1 京 3 都 :	鳥 3 取 1 県 :	広 3 島 4 県 :	山 3 口 5 県 :
患者 住 所 地	自県	32:島根県	1,672	0	70	49	16
	他県	13:東京都	11				
		31:鳥取県	0				
		34:広島県	0				
		35:山口県	12				

#### 【慢性期(特例)】

単位:人/日

			医療機関所在地			
			自県	他県		
			島 3 根 2 県 :	鳥 3 取 1 県 :	広 3 島 4 県 :	山 3 口 5 県 :
患者 住 所 地	自県	32:島根県	1,519	20	81	23
	他県	31:鳥取県	32			
		34:広島県	0			
		35:山口県	14			

2025年4機能別医療需要(島根県・調整対象)

【高度急性期】

単位:人/日

			医療機関所在地		
			自県		
			島根県	鳥取県	広島県
患者住所地	自県	32:島根県	446	21	0
	他県	31:鳥取県	0		
		34:広島県	0		

【急性期】

単位:人/日

			医療機関所在地			
			自県			
			島根県	鳥取県	広島県	山口県
患者住所地	自県	32:島根県	1,649	51	11	0
	他県	31:鳥取県	0			
		34:広島県	0			
		35:山口県	11			

【回復期】

単位:人/日

			医療機関所在地				
			自県				
			島根県	東京都	鳥取県	広島県	山口県
患者住所地	自県	32:島根県	1,672	0	61	29	0
	他県	13:東京都	0				
		31:鳥取県	0				
		34:広島県	0				
		35:山口県	0				

【慢性期(特例)】

単位:人/日

			医療機関所在地			
			自県			
			島根県	鳥取県	広島県	山口県
患者住所地	自県	32:島根県	1,519	16	55	13
	他県	31:鳥取県	23			
		34:広島県	0			
		35:山口県	0			

# 県間調整結果(厚労省調整ルール反映:パターンⅠ)

医療機関所在地ベース(現状)

調整結果

島根県から他県へ流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	21	51	61	16	149
広島県	0	11	29	55	95
山口県	0	0	0	13	13
計	21	62	90	84	257

島根県から他県へ流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	21	51	61	16	149
広島県	0	0	0	0	0 (-95)
山口県	0	0	0	0	0 (-13)
計	21	51	61	16	149 (-108)

他県から島根県へ流入(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	0	0	0	23	23
広島県	0	0	0	0	0
山口県	0	11	0	0	11
計	0	11	0	23	34

他県から島根県へ流入(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	0	0	0	23	23
広島県	0	0	0	0	0
山口県	0	0	0	0	0 (-11)
計	0	0	0	23	23 (-11)

流入一流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	-21	-51	-61	7	-126
広島県	0	-11	-29	-55	-95
山口県	0	11	0	-13	-2
計	-21	-51	-90	-61	-223

流入一流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	-21	-51	-61	7	-126
広島県	0	0	0	0	0 (+95)
山口県	0	0	0	0	0 (+2)
計	-21	-51	-61	7	-126 (+97)

(+29) (+68)

## 県間調整結果(島根県の考え方反映:パターンⅡ)

医療機関所在地ベース(現状)

島根県から他県へ流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	21	51	61	16	149
広島県	0	11	29	55	95
山口県	0	0	0	13	13
計	21	62	90	84	257

他県から島根県へ流入(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	0	0	0	23	23
広島県	0	0	0	0	0
山口県	0	11	0	0	11
計	0	11	0	23	34

流入→流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	-21	-51	-61	7	-126
広島県	0	-11	-29	-55	-95
山口県	0	11	0	-13	-2
計	-21	-51	-90	-61	-223

調整結果

島根県から他県へ流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	21	51	0	0	72 (-77)
広島県	0	11	0	0	11 (-84)
山口県	0	0	0	0	0 (-13)
計	21	62	0	0	83 (-174)

他県から島根県へ流入(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	0	0	0	0	0 (-23)
広島県	0	0	0	0	0
山口県	0	11	0	0	11
計	0	11	0	0	11 (-23)

流入→流出(人/日)					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
鳥取県	-21	-51	0	0	-72 (+54)
広島県	0	-11	0	0	-11 (+84)
山口県	0	11	0	0	11 (+13)
計	-21	-51	0	0	-72 (+151)
			(+90)	(+61)	

## 平成27年度病床機能報告の結果

- 病床機能報告制度とは、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」により改正された医療法（昭和23年法律第205号）第30条の13に基づき、平成26年度から始まった制度です。
- 地域医療構想の策定にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析を行う必要があります。そのために必要なデータを収集する方法として、医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組みが導入されました。
- また、医療機能の報告に加えて、その病棟にどんな設備があるのか、どんな医療スタッフが配置されているのか、どんな医療行為が行われているのか、についても報告することとされています（県ホームページで公表）。
- 医療機関が報告する医療機能は、次の4つの区分です。

医療機能の名称	医療機能の内容
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、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への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、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
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 ○ 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）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できます。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

病床機能報告による病床数と平成37年(2025)年における必要病床数(パターンⅡ)

	医療機能	平成27年度 病床機能報告(床)	平成37年度 必要病床数(床)	増減率 (%)
松江	高度急性期	489	212	
	急性期	1137	810	
	回復期	505	712	
	慢性期	880	740	
	休棟等	51	0	
	病床計	3062	2474	
				-19.2%
雲南	高度急性期	0	15	
	急性期	364	113	
	回復期	71	254	
	慢性期	163	141	
	休棟等	0	0	
	病床計	598	523	
				-12.5%
出雲	高度急性期	752	255	
	急性期	735	644	
	回復期	235	421	
	慢性期	636	341	
	休棟等	45	0	
	病床計	2403	1661	
				-30.9%
大田	高度急性期	0	13	
	急性期	297	93	
	回復期	176	174	
	慢性期	114	123	
	休棟等	54	0	
	病床計	641	403	
				-37.1%
浜田	高度急性期	10	62	
	急性期	392	255	
	回復期	260	212	
	慢性期	384	231	
	休棟等	50	0	
	病床計	1096	760	
				-30.7%
益田	高度急性期	0	47	
	急性期	540	214	
	回復期	101	179	
	慢性期	196	173	
	休棟等	49	0	
	病床計	886	613	
				-30.8%
隠岐	高度急性期	0	8	
	急性期	111	39	
	回復期	24	50	
	慢性期	0	38	
	休棟等	0	0	
	病床計	135	135	
				0.0%
県計	高度急性期	1251	612	
	急性期	3576	2168	
	回復期	1372	2002	
	慢性期	2373	1787	
	休棟等	249	0	
	病床計	8821	6569	
				-25.5%

## 医療施設・介護施設利用者の状態像に関する調査結果（速報版）

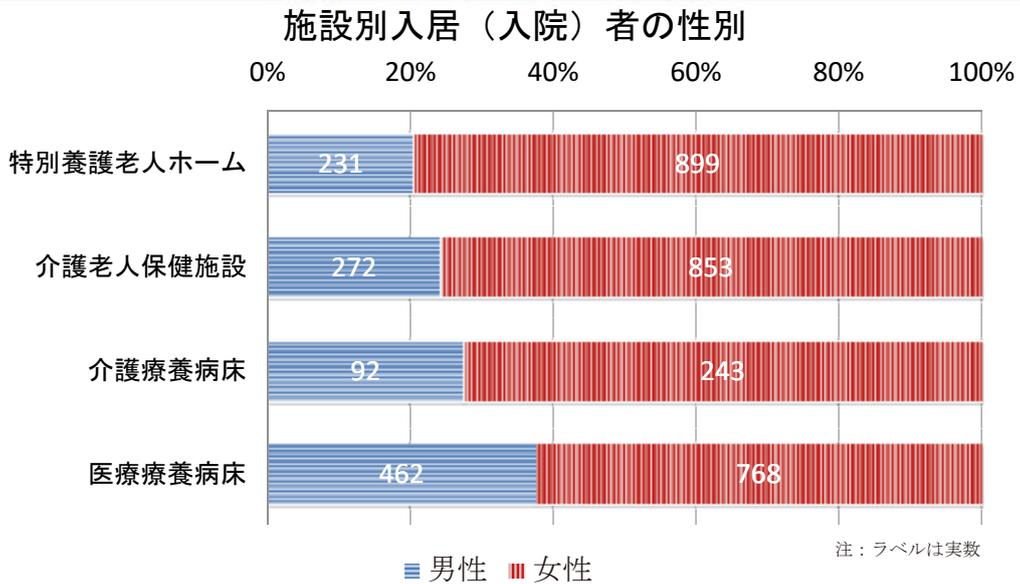
### 調査の概要

- 調査目的
  - 島根県内の医療療養病床、介護療養病床の入院患者、介護老人福祉施設、介護老人保健施設の入所者の状態像を、共通尺度を用いて横断的に把握する
  - 慢性期・在宅医療等に関する関係者間の検討に資する基礎データを収集・分析する
- 調査協力依頼施設
  - 医療療養病床を有する病院(29病院)、診療所(3診療所)
  - 介護療養病床を有する病院(13病院)、診療所(3診療所)  
※医療療養病床と介護療養病床の両方を有する機関は重複して計上
  - 介護老人保健施設（35施設）
  - 介護老人福祉施設（94施設）
- 調査時点
  - 平成27年10月15日(木)
- 調査の方法
  - 自記式調査法の郵送配布、回収による
  - 施設票：施設の基本情報等を記入
  - 個票：患者（入所者）の個別の状況を記入
    - 医療療養、介護療養病床は全患者数分
    - 介護老人保健施設は入所者の半数分
    - 介護老人福祉施設は入所者の4分の1分
  - 看護職員が調査対象者について個票に記入する
- 分析方法
  - データクリーニングの上、個票について分析
- 個票への回答状況

施設種別	対象施設数	回答施設数	回答率 (施設数)	個票の回答数	回答率 (対定員)
介護老人福祉施設	94	81	86%	1140	22%
介護老人保健施設	35	30	86%	1130	38%
介護療養病床	16	15	94%	336	78%
医療療養病床	32	25	78%	1231	72%

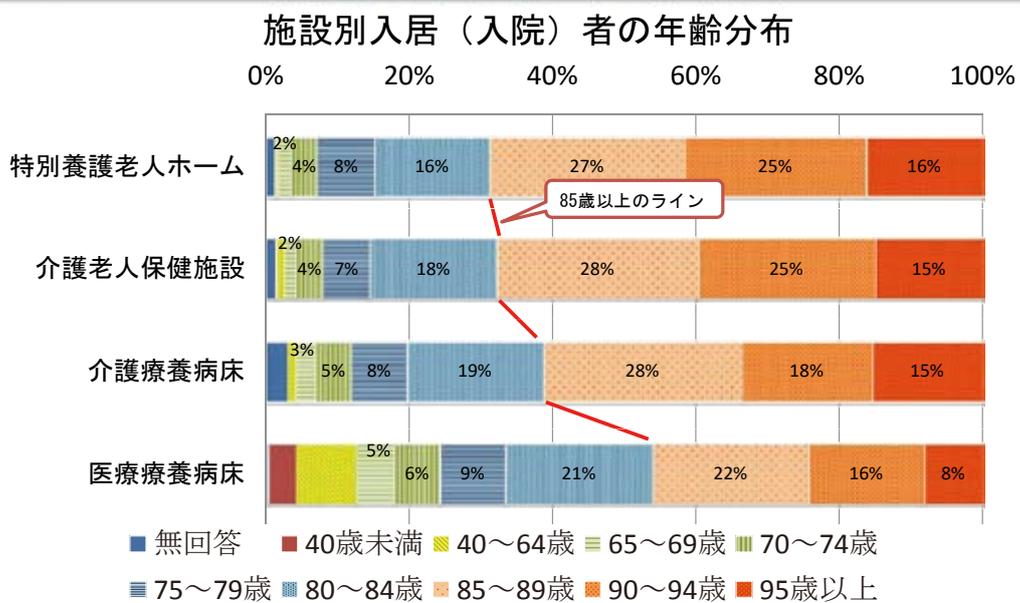
利用者の概要（基本情報）

## 性別



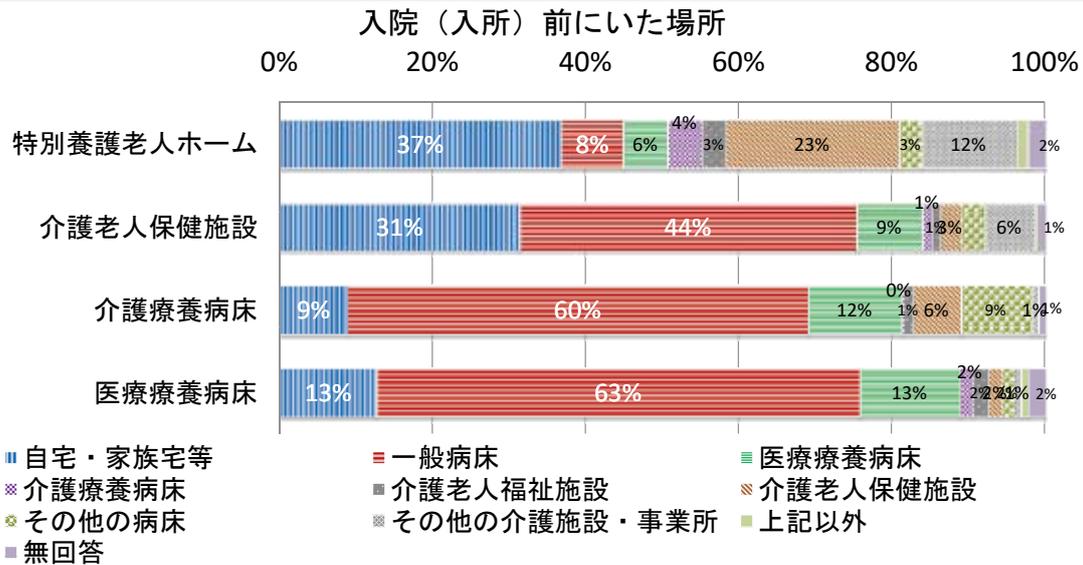
男性の割合は、医療療養＞介護療養＞老健＞特養で少なくなっていく。

## 年齢



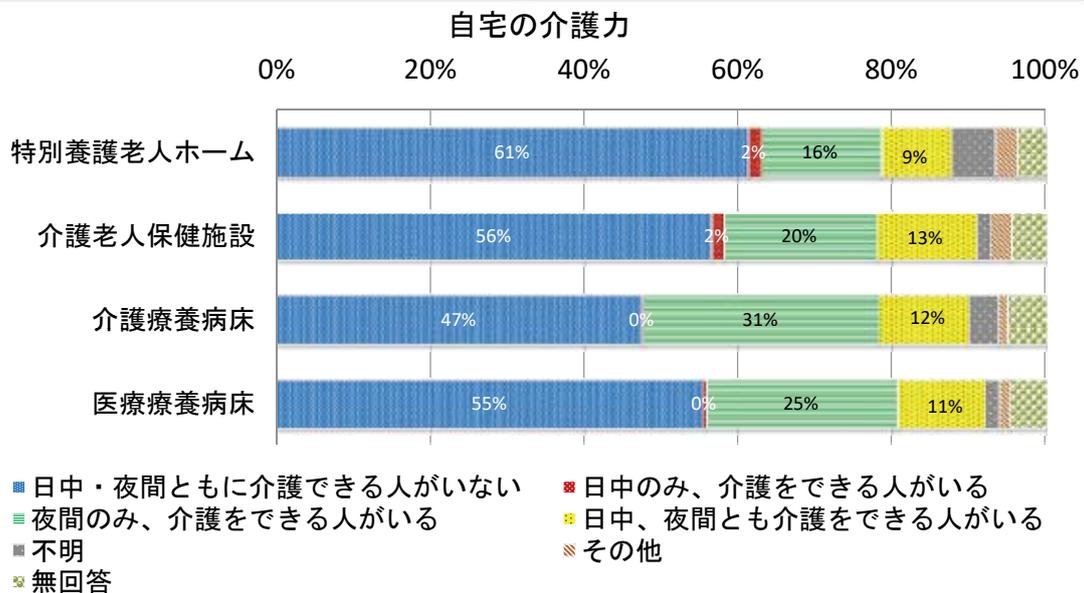
特養・老健では85歳以上が7割、介護療養では6割、医療療養では5割を占める。一方、75歳未満者は医療療養で約2割、介護療養で約1割、特養・老健では数%となっている。

## 入院（入所）前にいた場所



- ・ 特養は自宅と老健からの入所が多い。
- ・ 老健は一般病床、自宅からの転入が多い。医療療養病床からは1割程度。
- ・ 介護療養病床、医療療養病床は転院が多く、一般病床からが6割程度、医療療養病床からが1割程度。

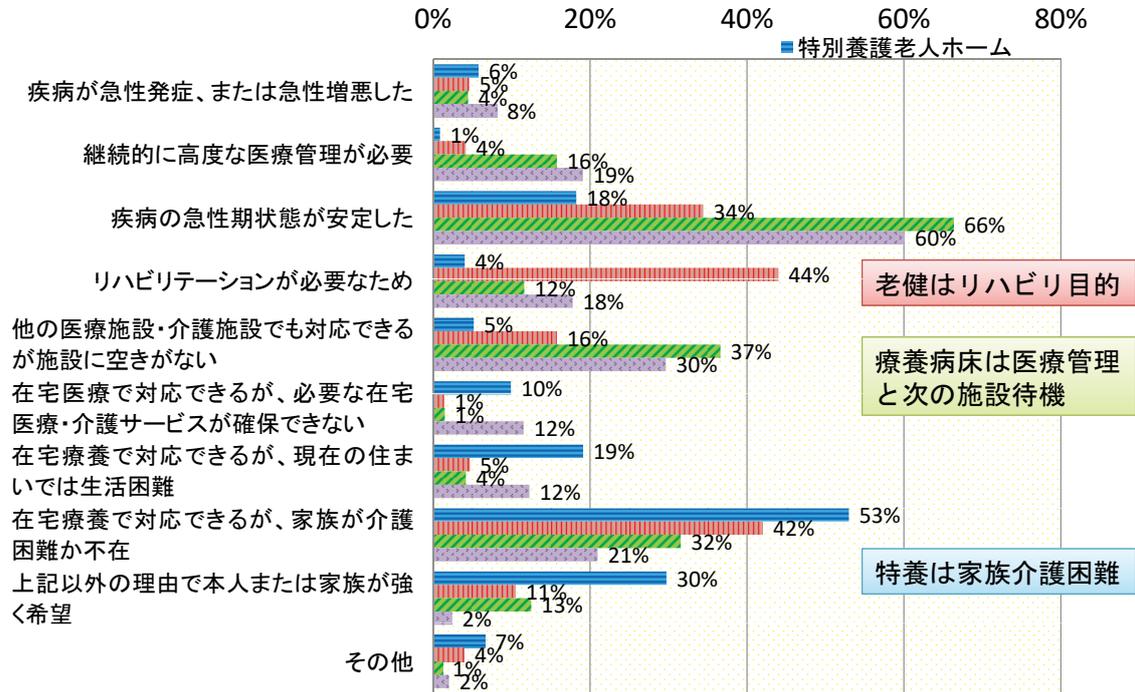
## 自宅の介護力



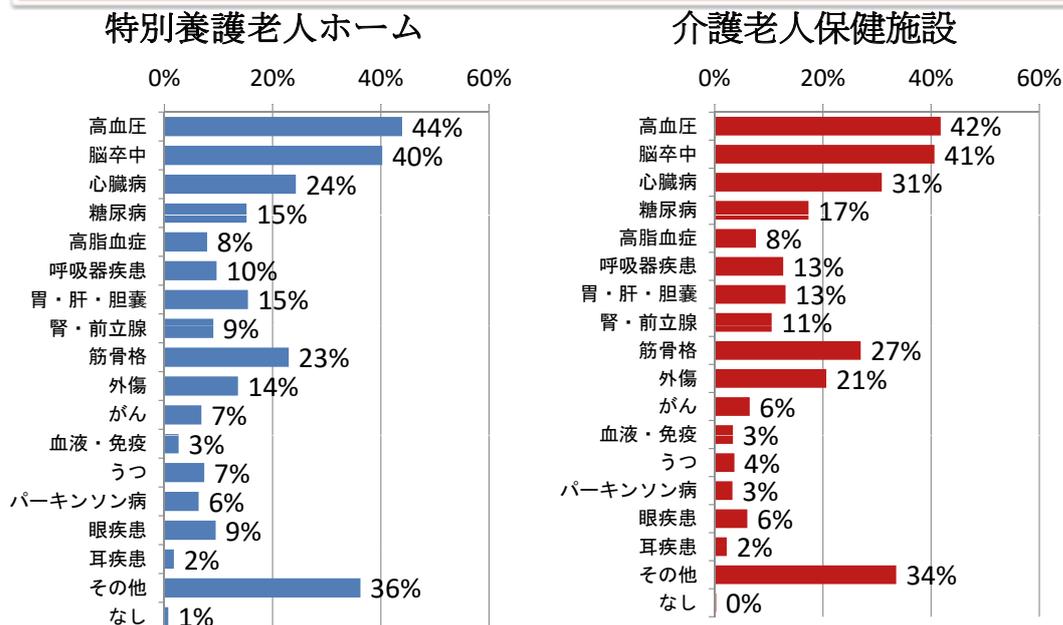
- ・ 介護療養病床以外は、「日中夜間とも介護できる人がいない」が過半数。
- ・ 「夜間のみ介護できる人がいる」は、介護療養病床＞医療療養病床＞老健＞特養の傾向が見られた。
- ・ 「介護できる人がいる」のは1割前後。

# 入院（入所）の理由

## 入院の理由【複数回答】

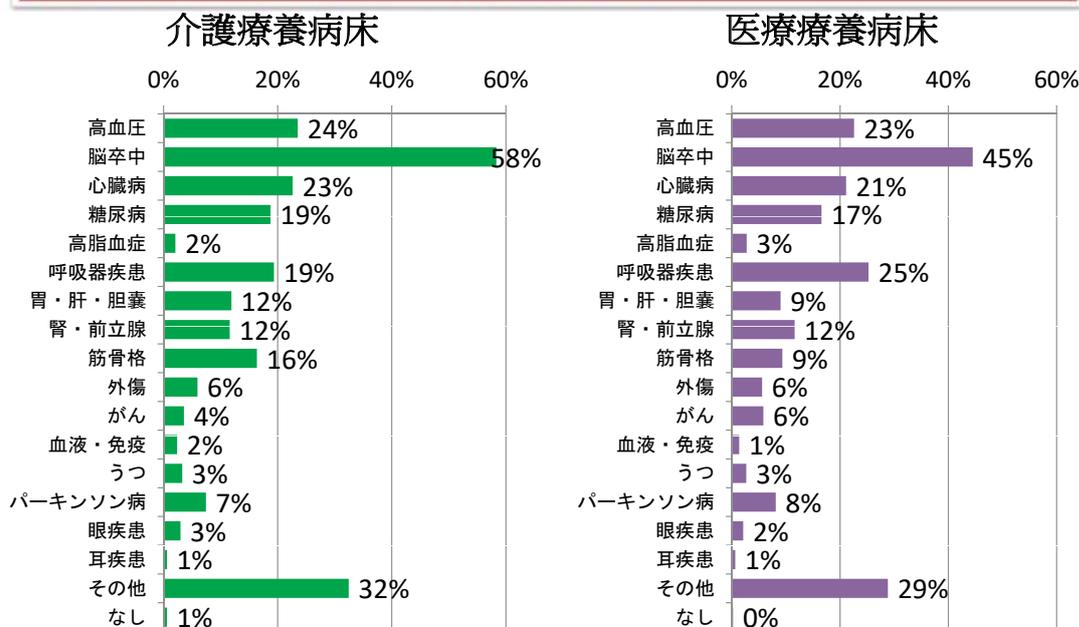


## 有している傷病（複数回答）



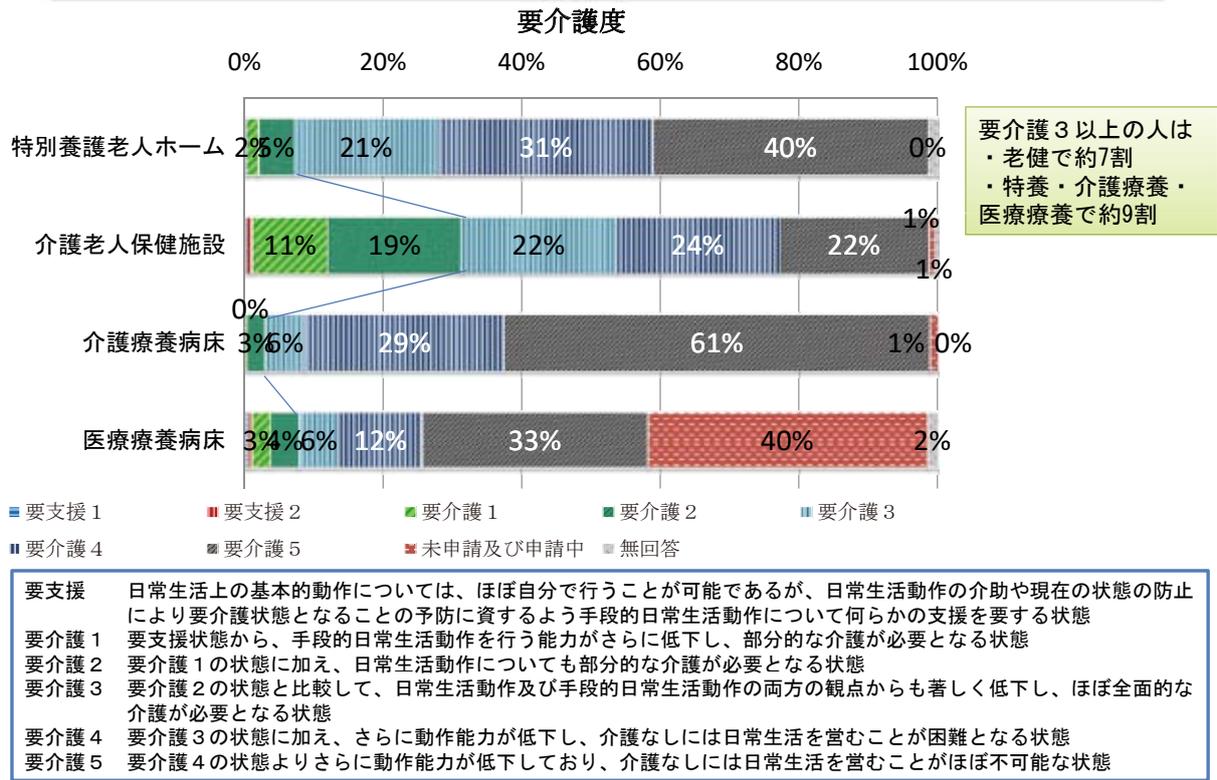
高血圧・脳卒中はいずれの施設でも多い。老健では、筋骨格系疾患・外傷の割合が高い傾向がある。糖尿病は15～20%程度である。

## 有している傷病（複数回答）

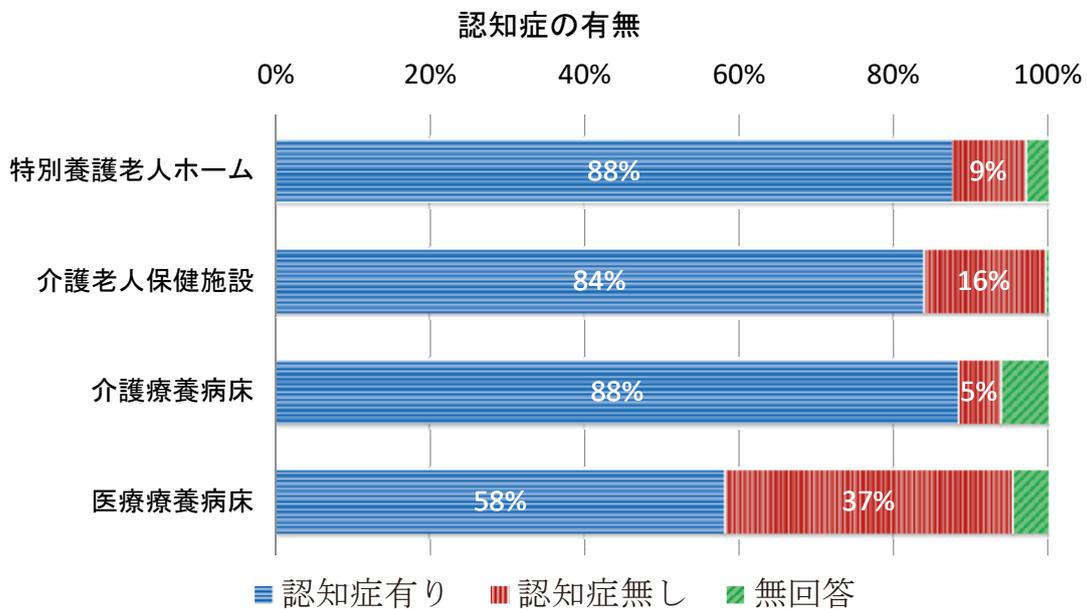


脳卒中はいずれの病床種別でも多いが、特に介護療養病床で多い。医療療養病床においては、呼吸器疾患がやや多い。糖尿病は20%程度である。

# 要介護度

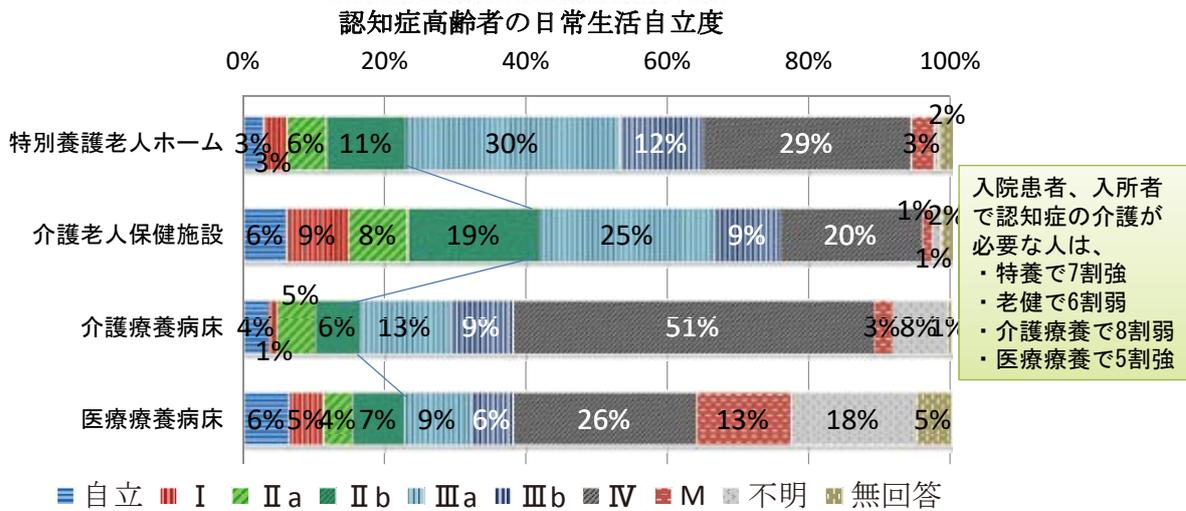


# 認知症の有無



特養、老健、介護療養病床では8割以上の入所者に認知症があると回答された。医療療養病床でも約6割で、病院・施設での認知症対応が課題になっている。

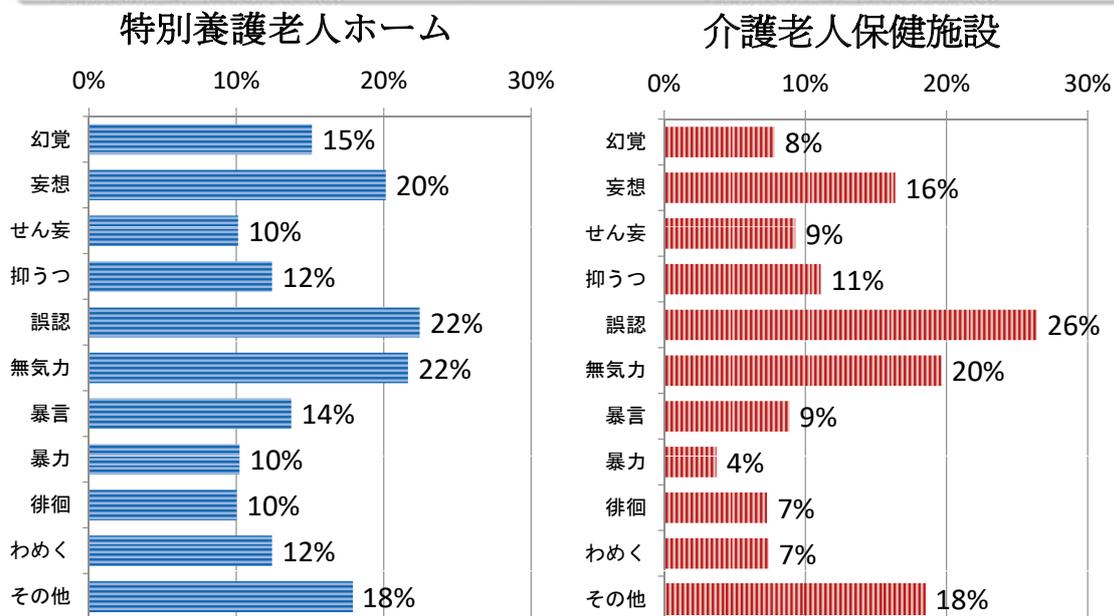
# 認知症高齢者の日常生活自立度



入院患者、入所者で認知症の介護が必要な人は、  
 ・特養で7割強  
 ・老健で6割弱  
 ・介護療養で8割弱  
 ・医療療養で5割強

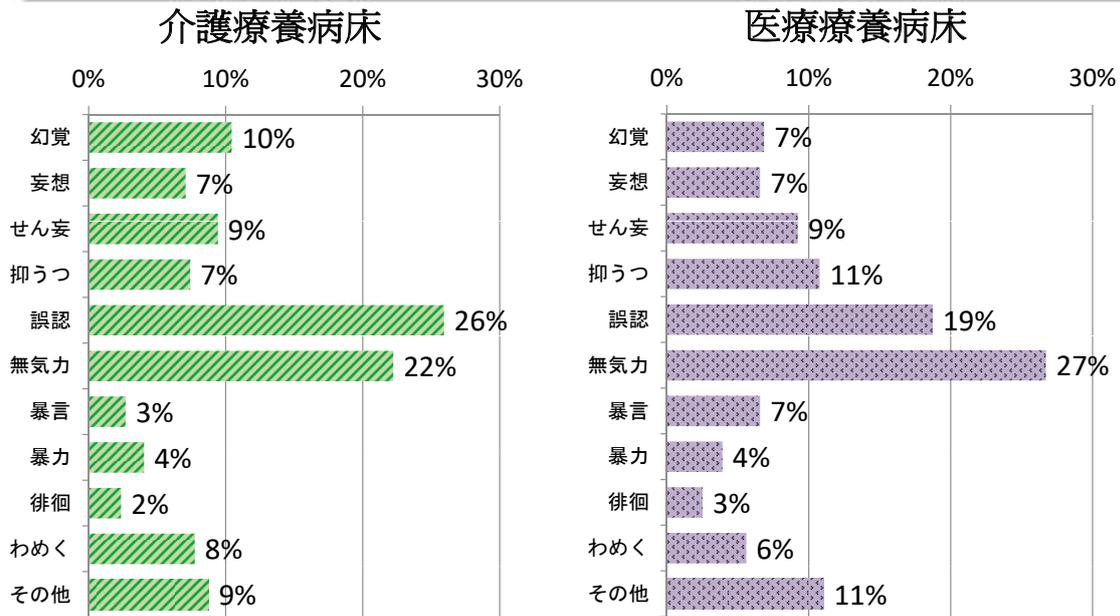
自立	認知症を有しない
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
IIa	日常生活に支障を来すことが多少あるが誰かが注意していれば自立、症状は家庭外で見られる
IIb	日常生活に支障を来すことが多少あるが誰かが注意していれば自立、症状は家庭内でも見られる
IIIa	介護を必要とする。日中を中心として症状が見られる
IIIb	介護を必要とする。夜間を中心として症状が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

# 認知症の症状（複数回答）



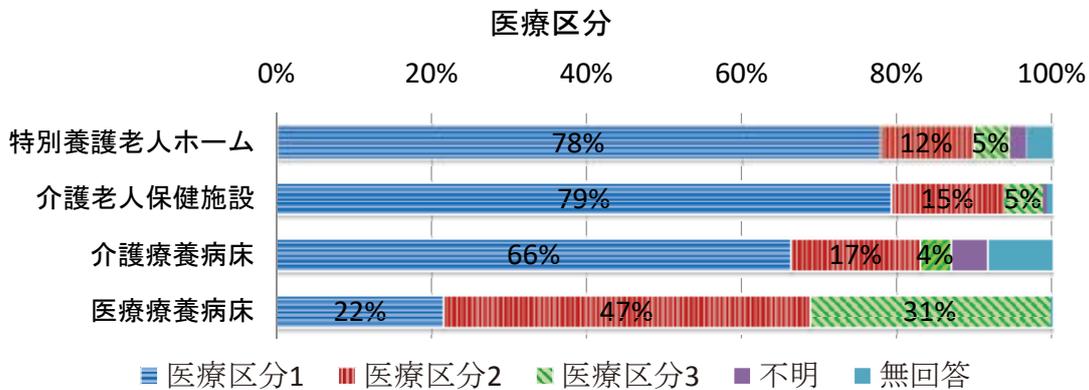
特養・老健ともに、妄想、誤認、無気力等の症状が多い。

# 認知症の症状（複数回答）



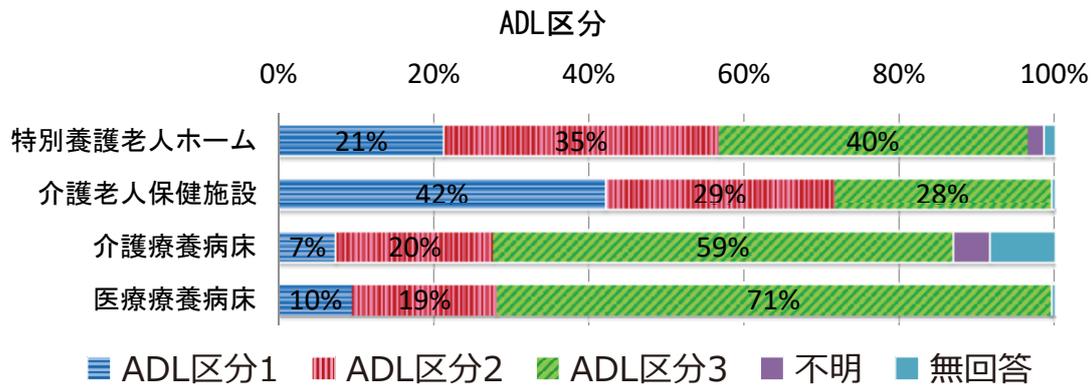
介護療養病床・医療療養病床ともに誤認、無気力が多い。

# 医療区分



医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理・酸素療法（酸素を必要とする状態かを毎月確認）</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患、その他の難病（スモンを除く）・脊髄損傷（頸髄損傷）・慢性閉塞性肺疾患（COPD）・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引（1日8回以上）・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査・創傷（皮膚潰瘍・手術創・創傷処置）</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に当てはまらない場合

# ADL区分



## ADL区分

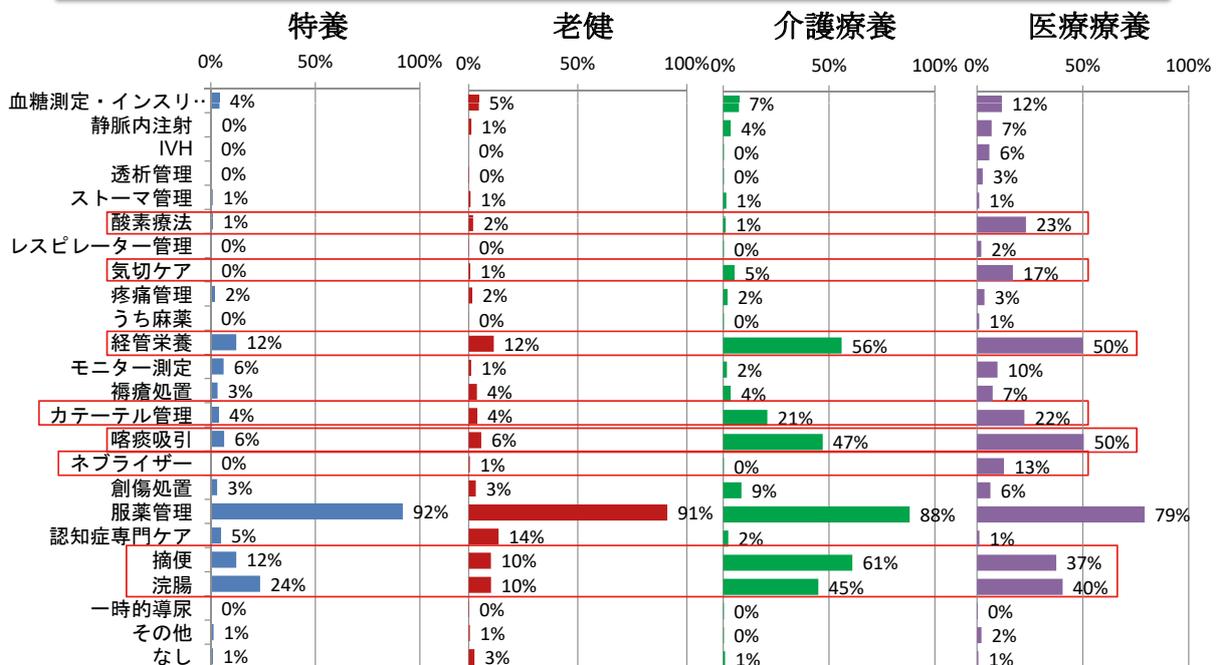
当日を含む過去三日間の全勤務帯における患者の支援レベルについて、右記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院の場合は、入院後の状態について評価する。  
 【0:自立、1:準備のみ、2:観察、3:部分的援助、4:広範な援助、5:最大の援助、6:全面依存】

### ■ ADL区分

【1:11点未満、2:11点以上23点未満、3:23点以上】

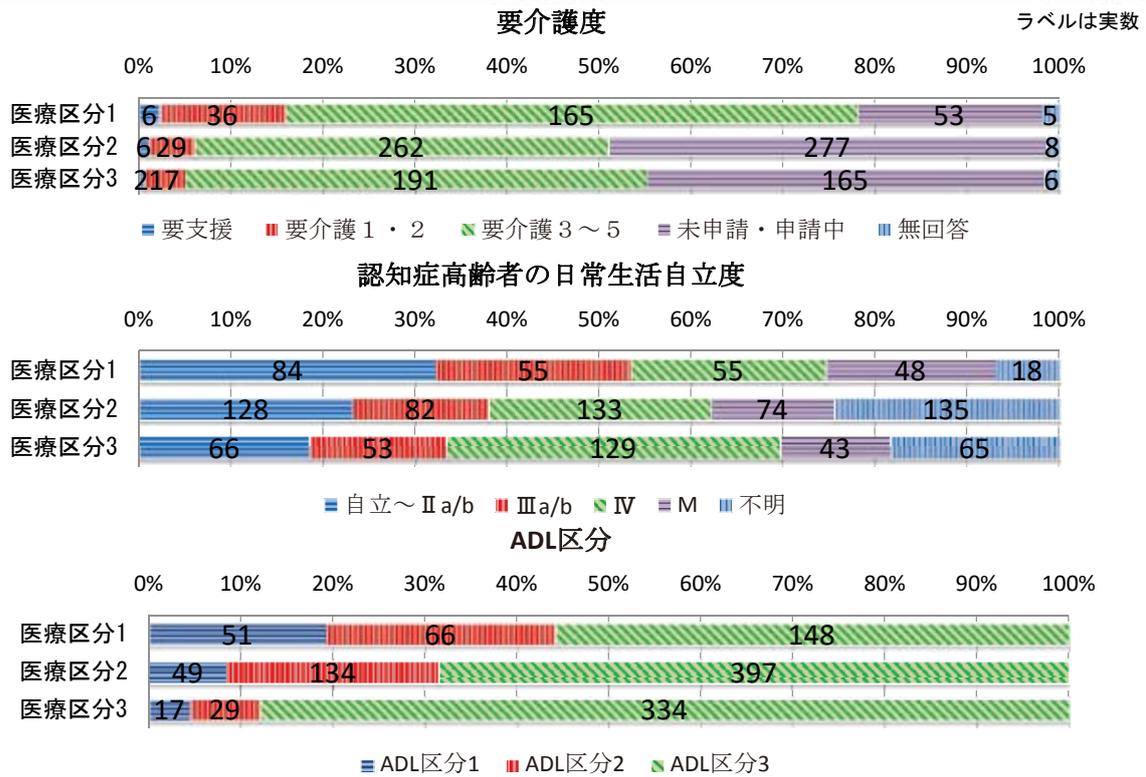
項目	支援のレベル
ベッド上の可動性	
移乗	
食事	
トイレの使用	
(合計点)	

# 現在受けている治療（複数回答）

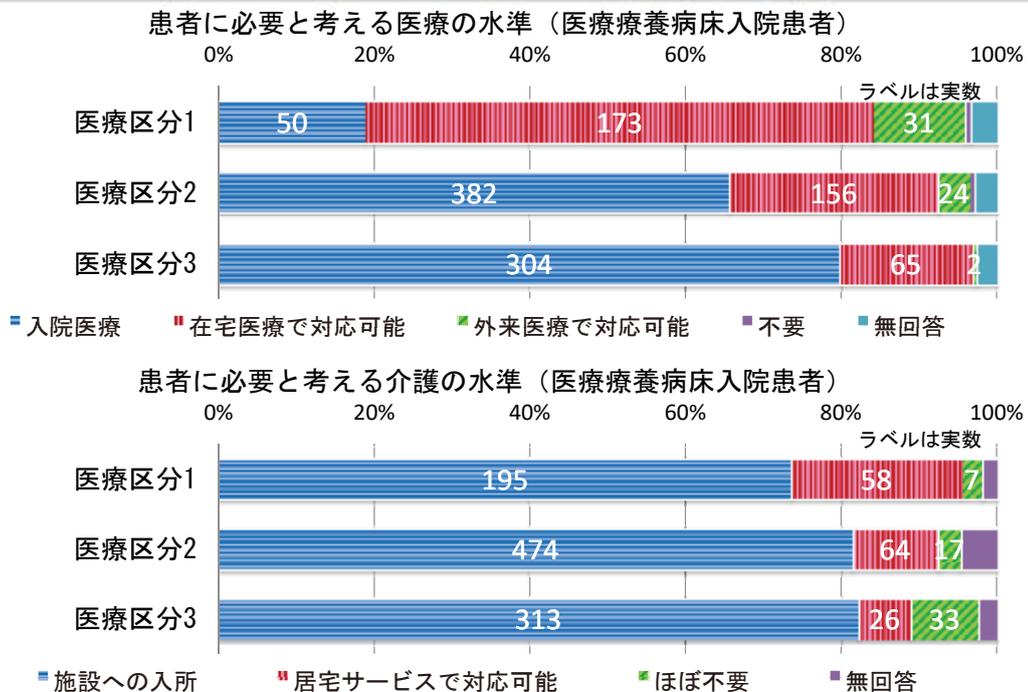


療養病床では、特養・老健に比べて経管栄養、カテ管理、喀痰吸引、排便・浣腸の実施が多い。特に、医療療養では、酸素療法、気切ケア、ネブライザーの実施が多い。

## 【医療療養・医療区分別】要介護度・認知症日常生活自立度・ADL区分

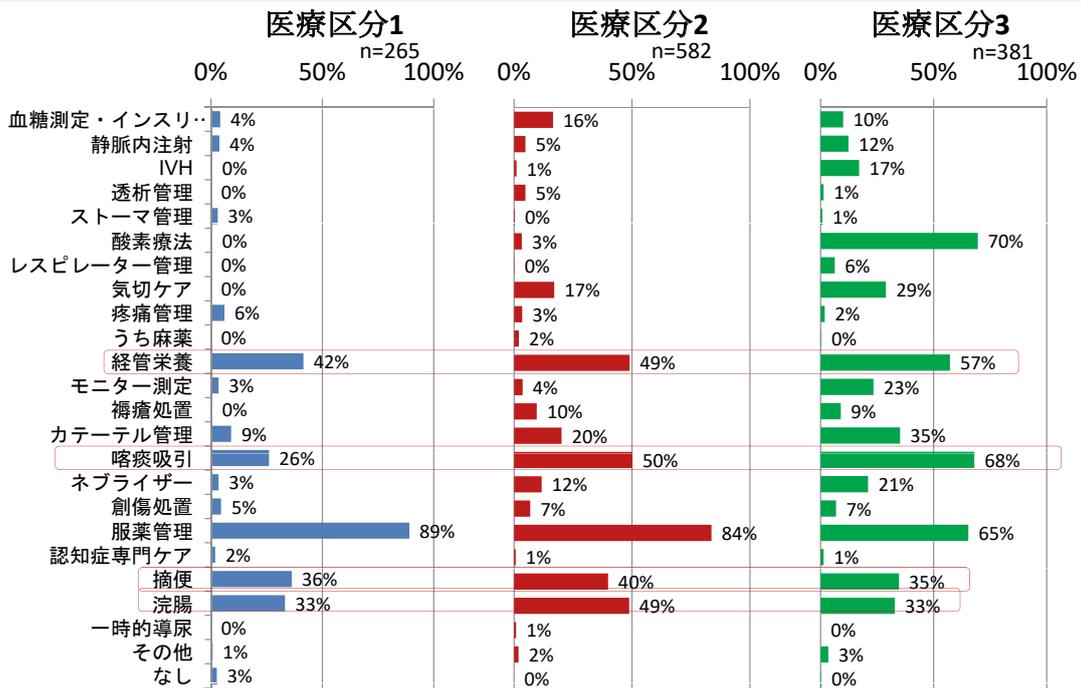


## 【医療療養病床・医療区分別】必要な医療と介護の水準



医療区分1の患者については、医療は在宅医療・外来治療で対応可能な患者が多いが、介護については7割以上は施設入所が必要という状態像であると考えられる。

## 【医療療養病床・医療区分別】現在の治療状況

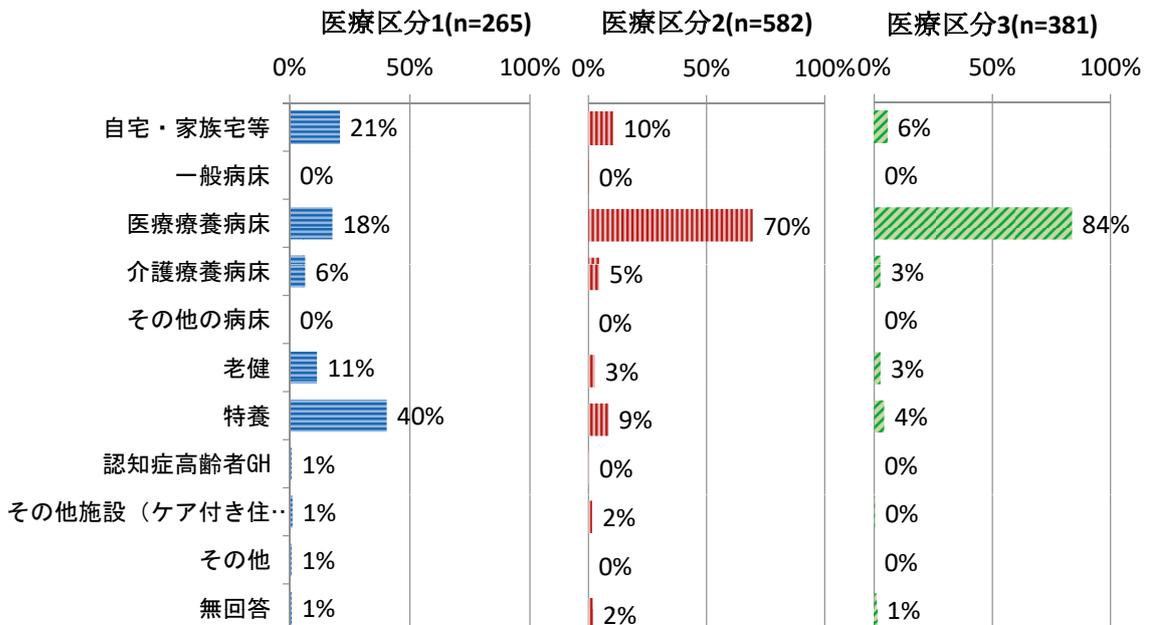


医療区分1で多い医療行為は経管栄養・喀痰吸引・摘便・洗腸。医療区分1と2以上で差が出るのは、酸素・気切ケア・喀痰吸引・褥瘡処置・カテーテル管理・ネブライザーなど。

## 【医療療養病床・医療区分別】最適な生活・療養の場

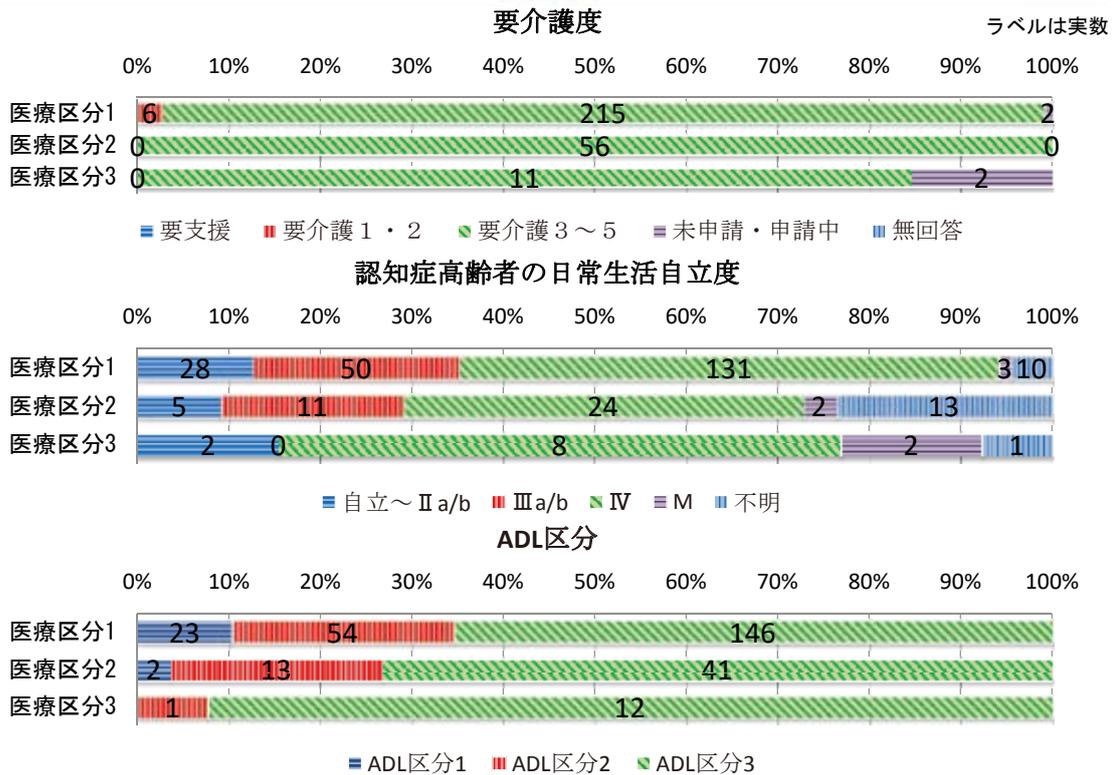
患者（利用者）にとって最も適切と考えられる生活・療養の場

患者（利用者）の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活療養場所に関わらず、最適な場所を選択

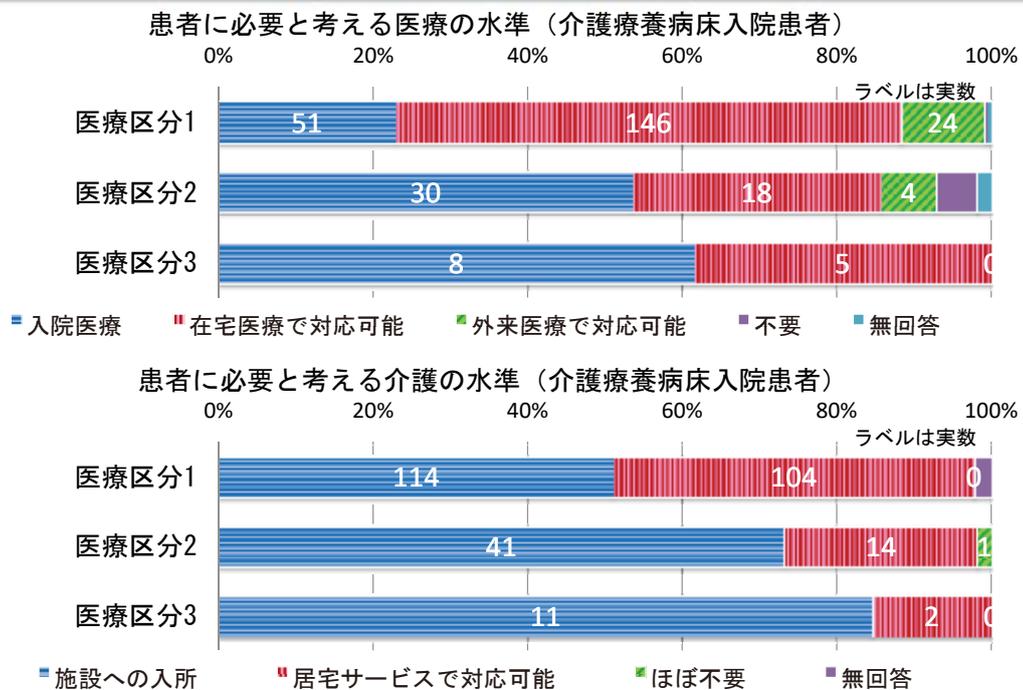


医療療養病床入院中の医療区分1の患者の療養先としては、自宅等、特養が最適とされた人が多い。一方で、特養の空床待ちとなっている人も多い。

## 【介護療養・医療区分別】要介護度・認知症日常生活自立度・ADL区分

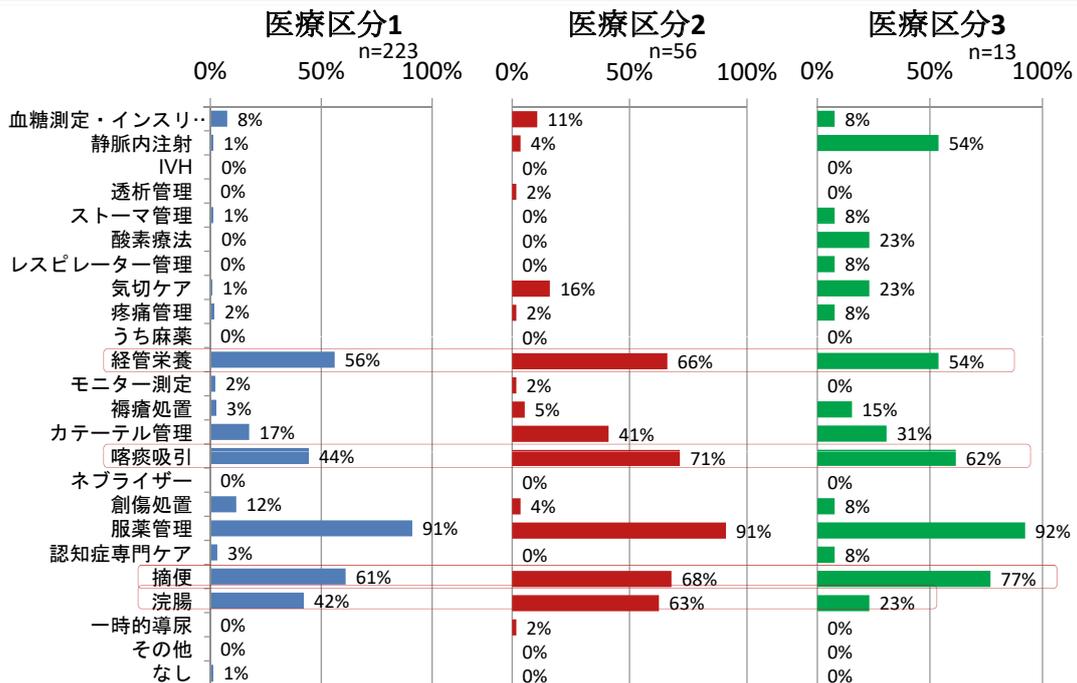


## 【介護療養病床・医療区分別】必要な医療と介護の水準



医療区分1の患者については、医療は在宅医療・外来治療で対応可能な患者が多いが、介護については半数は施設入所が必要という状態像であると考えられる。

## 【介護療養病床・医療区分別】現在の治療状況

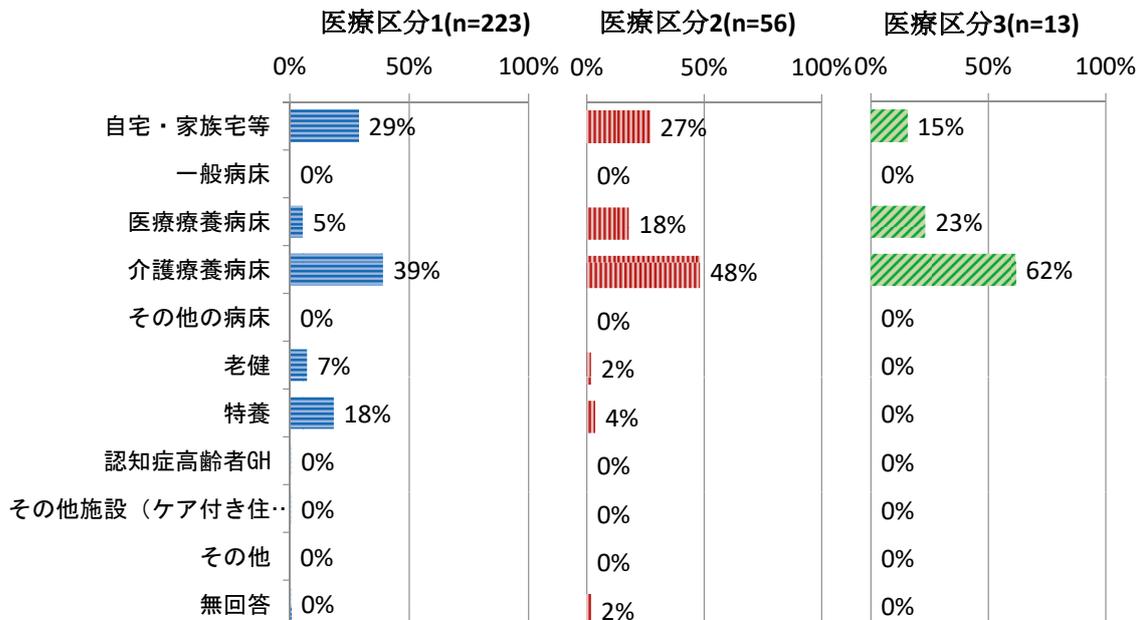


医療区分1で多い医療行為は経管栄養・喀痰吸引・排便・浣腸。医療区分1と2以上で差が出るのは、静脈内注射・ストーマ管理・酸素・気切ケア・褥瘡処置・カテーテル管理など。

## 【介護療養病床・医療区分別】最適な生活・療養の場

患者（利用者）にとって最も適切と考えられる生活・療養の場

患者（利用者）の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活療養場所に関わらず、最適な場所を選択



介護療養病床入院中の医療区分1の患者の療養先としては、介護療養病床、特養、自宅等が最適とされた人が多い。

## 施設利用者・入院患者の概要（まとめ）

- 85歳以上の方が特養・老健で約7割、介護療養では約6割、医療療養で約5割を占める
- 自宅に日中あるいは夜間に介護できる人がいない方は各施設／病院とも8割前後であった
- 要介護3以上の人は老健で約7割、特養・介護療養・医療療養で約9割であった。
- 認知症があるとされた方は特養・老健・介護療養で8割以上、医療療養で約6割であった
- ADL区分2以上は老健で約6割、特養・介護療養で約8割、医療療養で約9割であった
- 特養・老健入所者が受けている医療的処置は少なかった

## 医療療養病床入院患者について（まとめ）

- 医療区分毎の数と割合

医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
265人 (22%)	582人 (47%)	381人 (31%)

- 医療区分1の入院患者の特徴
  - 医療水準については在宅医療・外来で対応可能と評価された方が8割だった
  - 医療的処置としては経管栄養・喀痰吸引・摘便・浣腸が多かった
  - 要介護度はほぼ全面的な介護が必要となる3～5が6割、ADL区分もほぼ全介助となる3が6割弱であり、介護の必要性は高かった

## 介護療養病床入院患者について（まとめ）

- 医療区分毎の数と割合

医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
223人 (66%)	56人 (17%)	13人 (4%)

- 医療区分 1 の入院患者の特徴

- 医療水準については在宅医療・外来で対応可能と評価された方が8割だった
- 医療的処置としては経管栄養・喀痰吸引・摘便・浣腸が多かった
- 要介護度はほぼ全面的な介護が必要となる3～5が9割、ADL区分はほぼ全介助となる3が6割強であり、介護の必要性は高かった

# 在宅医療の提供状況

## 在宅医療にかかる市町村別データ集

	人口 (人)	うち65歳以上 (人)	在宅療養支援病院 (施設)		うち機能強化型 (単独) (施設)		うち機能強化型(連携) (施設)		うち従来型 (施設)		在宅療養支援診療所 (施設)		うち機能強化型(単独) (施設)		うち機能強化型(連携) (施設)		うち従来型 (施設)		一般診療所 総数 (施設)		訪問診療を 実施する一 般診療所数 (施設)		うち在宅診 (施設)		うち在宅診 以外 (施設)		一般診療所 による訪問 診療の実施 件数 (件)		うち在宅診 によるもの (件)		うち在宅診 以外による もの (件)	
			7	4	1	0	1	13	113	723	230	99	131	7,750	5,693	2,057																
島根県	706,064	216,174	7	4	1	2	127	1	13	113	723	230	99	131	7,750	5,693	2,057															
松江市	204,565	55,690	2	1	0	1	44	1	1	42	217	58	27	31	2,082	1,635	447															
安来市	40,647	13,611	0	0	0	0	4	0	0	4	28	10	3	7	289	136	153															
雲南市	40,757	14,369	0	0	0	0	4	0	1	3	33	16	4	12	394	183	211															
奥出雲町	13,792	5,334	0	0	0	0	3	0	0	3	12	4	1	3	188	67	121															
飯南町	5,222	2,193	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	1	10	0	10															
出雲市	172,483	48,661	1	1	0	0	29	1	4	24	163	51	22	29	1,360	936	424															
大田市	36,944	13,567	0	0	0	0	6	0	2	4	43	18	6	12	825	509	316															
川本町	3,492	1,530	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0															
美郷町	5,183	2,260	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	0	3	73	0	73															
島南町	11,426	4,813	0	0	0	0	1	0	0	1	18	4	0	4	72	0	72															
浜田市	56,894	19,344	0	0	0	0	17	1	5	11	64	21	14	7	914	870	44															
江津市	24,778	8,942	0	0	0	0	10	0	0	10	31	12	8	4	690	660	30															
益田市	48,975	16,621	0	0	0	0	9	0	0	9	60	23	9	14	759	627	132															
津和野町	7,960	3,545	1	0	0	1	1	1	0	1	8	2	1	1	2	1	1															
吉賀町	6,468	2,702	0	0	0	0	1	1	0	1	6	2	1	1	7	6	1															
隠岐の島町	14,930	5,514	1	1	0	0	2	0	0	2	14	3	2	1	59	41	18															
海士町	2,349	917	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	0	22	22	0															
西ノ島町	3,036	1,272	1	0	0	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0															
知事村	590	285	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	4	0	4															
時点	27.1.1	27.1.1	27.3.31	27.3.31	27.3.31	27.3.31	27.3.31	27.3.31	27.3.31	27.3.31	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1														

資料：第1回全国在宅医療会議(平成28年7月6日)(厚生労働省)

	看取りを実施する一般診療所数(施設)	うち在宅診療(施設)	うち在宅診療以外(施設)	一般診療所による看取りの実施件数(件)	うち在宅診療によるもの(件)	うち在宅診療以外によるもの(件)	訪問看護ステーション(施設)	訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)(人)	うち24時間対応のステーションの看護職員数(常勤換算)(人)	介護療養型医療施設病床数(床)	介護老人保健施設定員(人)	介護老人福祉施設定員(人)	小規模多機能型居宅介護事業所(施設)	複合型サービス事業所(施設)	自宅死の割合(%)	老人ホーム死の割合(%)	
島根県	42	22	20	58	29	29	63	281	268	432	2,755	4,681	70	1	12.8	5.8	
松江市	10	5	5	12	5	7	22	92	88	56	502	1,020	15	0	8.8	10.3	
安来市	1	1	0	1	1	0	4	15	15	53	170	282	4	0	9.4	4.1	
雲南市	5	2	3	5	2	3	1	8	8	69	110	360	7	0	11.0	7.3	
奥出雲町	2	1	1	3	1	2	2	5	3	36	81	115	0	0	2.8	4.7	
飯南町	0	0	0	0	0	0	1	3	3	0	0	113	3	0	4.3	18.1	
出雲市	13	6	7	20	9	11	14	66	66	0	654	970	15	0	11.6	8.1	
大田市	1	0	1	1	0	1	3	19	15	69	110	330	5	0	14.3	11.4	
川本町	0	0	0	0	0	0	1	5	5	0	36	30	1	0	8.6	6.2	
美郷町	1	0	1	2	0	2	1	3	0	0	0	80	1	0	13.0	6.5	
邑南町	1	0	1	2	0	2	2	6	6	0	190	160	1	0	5.5	7.7	
浜田市	2	2	0	2	2	0	5	30	30	44	320	381	3	1	12.0	11.2	
江津市	1	1	0	2	2	0	1	6	6	34	160	130	5	0	6.4	5.6	
益田市	3	3	0	6	6	0	2	10	10	55	99	280	4	0	9.9	7.7	
津和野町	0	0	0	0	0	0	1	4	4	0	99	100	0	0	5.2	7.0	
吉賀町	1	0	1	1	0	1	1	3	3	0	154	60	0	0	4.8	4.8	
隠岐の島町	0	0	0	0	0	0	2	6	6	0	70	190	5	0	11.7	20.4	
海士町	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	30	0	0	28.2	30.8	
西ノ島町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	50	1	0	22.4	25.4	
知夫村	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16.7	0.0	
時点	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.10.1	26.1~26.12	26.1~26.12

資料：第1回全国在宅医療会議(平成28年7月6日)(厚生労働省)

島根県地域医療構想

平成28年10月

島根県健康福祉部医療政策課

〒690-8501 島根県松江市殿町1番地

電話 0852-22-6548

FAX 0852-22-6040

E-mail [iryoud@pref.shimane.lg.jp](mailto:iryoud@pref.shimane.lg.jp)



島根県観光キャラクター しまねっこ  
島観連許諾第3903号