

第4章

地域医療構想

この章は、「島根県地域医療構想」の概要版を記載しています。「島根県地域医療構想」については、本計画にあわせて期間を平成 35(2023)年度末まで延長します。

1. 地域医療構想策定の趣旨

- 2025年にはいわゆる「団塊の世代」がすべて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。
- 島根県は、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（生活の質）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。

表 4-1 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

2. 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づけられています。
- 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。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大により、感染症病床のみならず一般病床の活用も必要となり、柔軟に対応することで患者を受け入れてきました。
- 地域医療構想を策定した当時、医療需要の予測に感染症発生時の医療需要の増加は考慮されておらず、将来の必要病床数は平時における医療需要予測です。

第4章 地域医療構想

- 国は新興感染症等への対応を「医療計画」に位置づけ、感染拡大時の短期的な医療需要には、「医療計画」に基づき対応するとしています。
- 地域医療構想については、地域の実情に応じて、課題解決について検討していきます。

3. 地域医療構想の策定及び進行管理の基本的な考え方

(1) 課題解決に向けた議論の重視

- 「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。

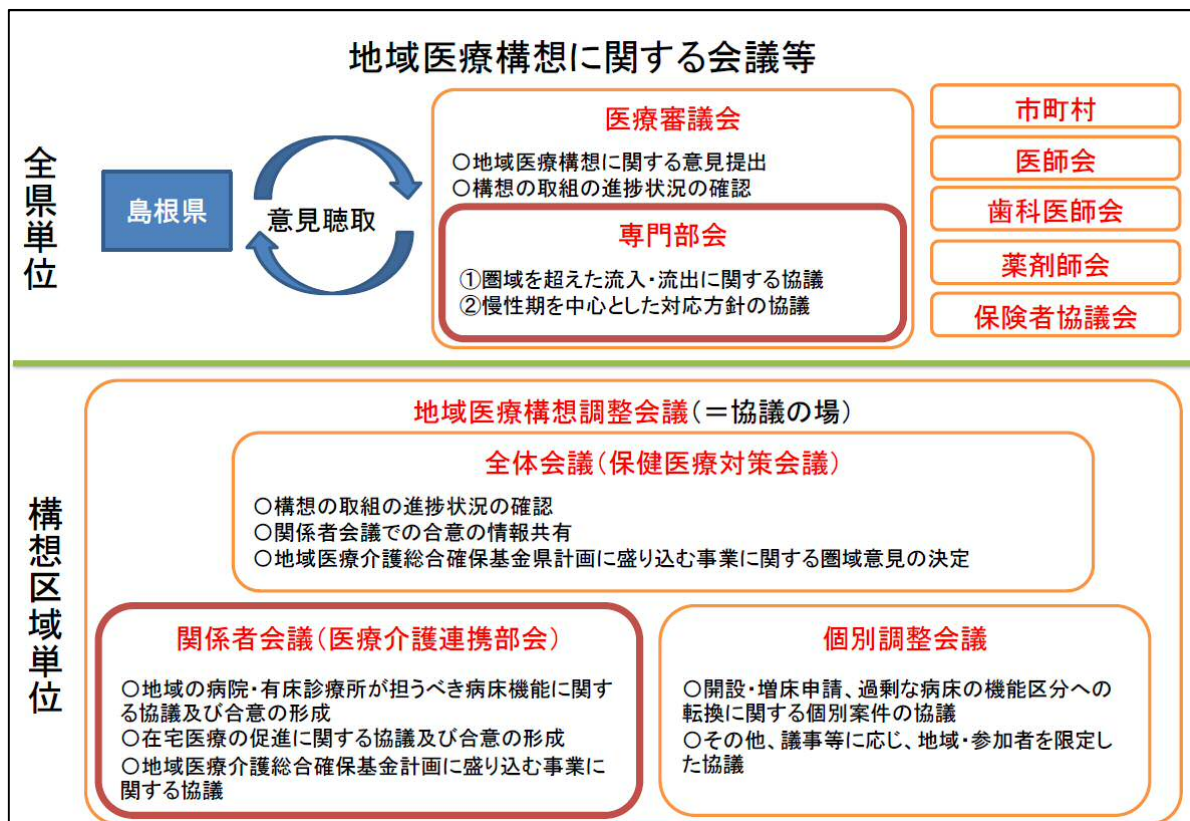
(2) 客観的データの提示

- 地域医療構想の策定及び進行管理においては、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、構想区域ごと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。

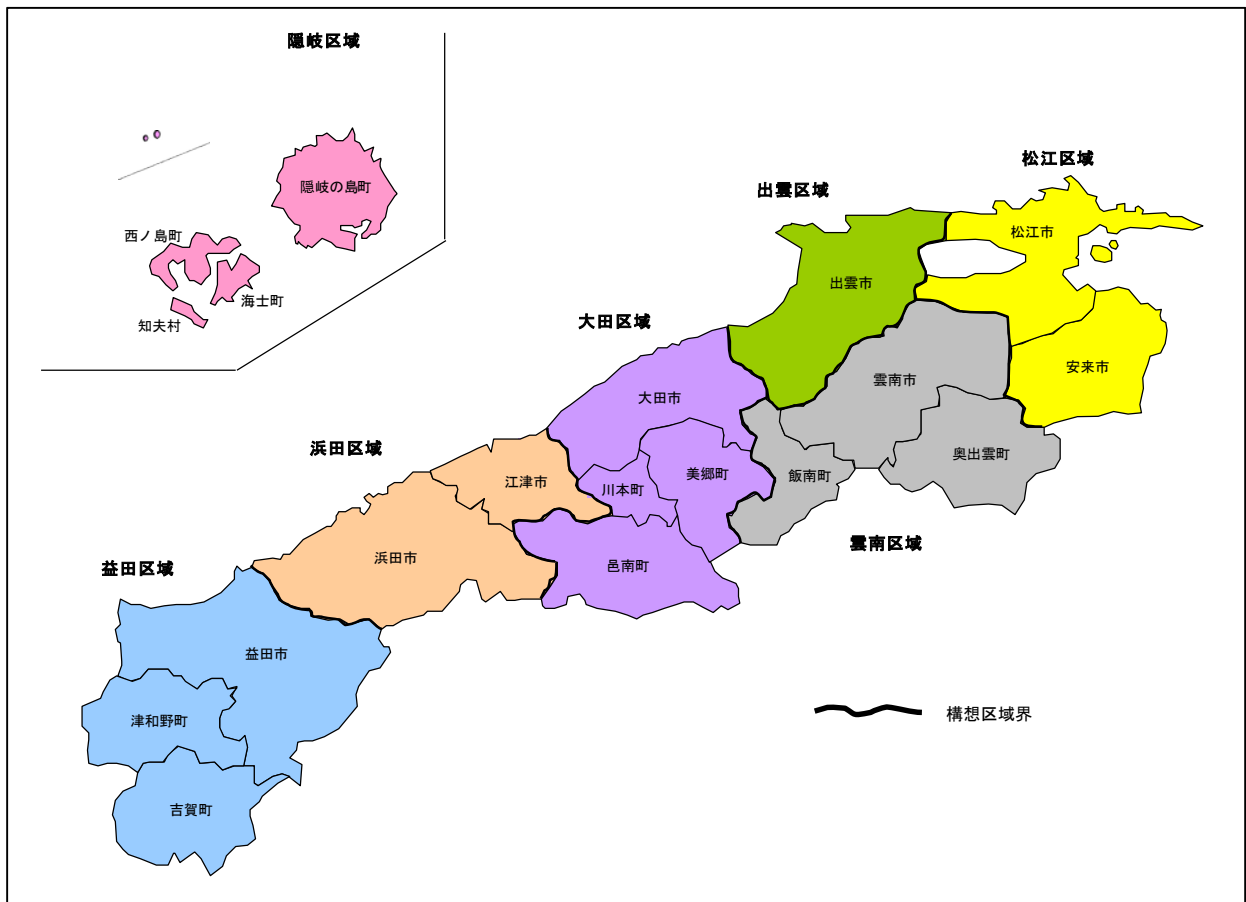
図 4-1 地域医療構想に関する検討体制



4. 構想区域の設定

- 構想区域とは、一体の区域として病床の機能の分化及び連携を推進する区域のことです。
- 現行の二次医療圏は、東西に長く離島も抱える県土の地理的条件、生活圏としての一体性など、様々な要素を総合的に考慮した地域として設定しています。
- また、従来より、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。
- 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。

図4-2 構想区域



5. 2025年度における医療需要及び必要病床数の推計結果

- 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て医療需要を推計しました。
- 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て、医療需要を推計しました。
- 加えて、構想区域間の調整、県（鳥取県、広島県、山口県）間の調整を実施しました。

表 4-2 2025年度の医療需要及び増減率

	2013年度の医療需要(人/日)										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)					パターン	4医療機能及び在宅医療等の合計(2025)					合計	4医療機能及び在宅医療等の合計(2025)					合計	4医療機能及び在宅医療等の合計(2025)											
	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 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 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 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	2,996	I	5,940	159	631	580	688	3,881	15.6%	4.4%	8.3%	△ 0.7%	△ 16.5%	29.5%												
						II	5,994	159	631	641	681	3,881	16.6%	4.4%	8.3%	9.8%	△ 17.3%	29.5%												
						差引	54			61	△ 7																			
雲南	1,432	12	90	177	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	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	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	I	2,169	46	199	191	212	1,521	1.6%	△ 4.7%	△ 5.5%	5.6%	△ 29.5%	9.1%												
						II	1,717	35	156	161	160	1,205	2.3%	△ 6.4%	△ 10.4%	2.0%	3.0%	4.5%												
						差引	11		11																					
益田	1,678	38	174	158	1,153	I	1,728	35	167	161	160	1,205	3.0%	△ 6.4%	△ 4.1%	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	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	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)

表 4-3 2025 年度の必要病床数（パターンⅡ）（医療需要を国の示す病床稼働率で除したもの）
 （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

（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

※2013 年度は「平成 25 年医療施設調査（平成 25（2013）年 10 月 1 日現在）」における病床数、
 2016 年度は平成 28（2016）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）。

※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。

6. 構想区域別地域医療構想

表 4-4 各区域における地域医療構想のポイント（現状・課題と今後の方向性）

	現状・課題	今後の方向性
松江	<ul style="list-style-type: none"> ○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、各病院の病床稼働率が低下することで経営状況が悪化することが危惧されます。 ○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。 ○在宅医療の需要が急増することへの対応が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○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の検討を進めます。 ○安来市内の医療機関を中心に、回復期以降の受入れ体制・機能の充実を図ります。 ○市が中心となり、自宅のみならず介護保険施設等も含め、最適な在宅医療等の提供体制を検討・整備していきます。
雲南	<ul style="list-style-type: none"> ○高度急性期については、区域内に三次救急、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ません。 ○在宅医療を支える診療所数が少なく、医師の高齢化や後継者不足もあります。 	<ul style="list-style-type: none"> ○高度急性期については他区域との機能分担・連携の取組を継続しつつ、二次救急医療・がん・小児・周産期は、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ます。 ○区域内の病院が、在宅医療をいかに支えていくかについて議論を行います。
出雲	<ul style="list-style-type: none"> ○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等を踏まえ、高度急性期を担う病院（島根大学医学部附属病院、県立中央病院）間の機能分担が求められます。 ○在宅医療の需要増加への対応が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○高度急性期を担う病院間での疾病・事業別の役割分担・相互協力等について継続した検討を行っていきます。 ○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。

第4章 地域医療構想

	現状・課題	今後の方向性
大田	<p>○入院患者について、主に隣接する出雲区域、浜田区域及び広島県へ流出しており、区域内完結率は約5割です。</p> <p>○大田市立病院及び石東病院において、療養病棟が廃止されることとなっており、慢性期機能が不足することが懸念されます。</p>	<p>○急性期の一部（整形外科等）及び回復期以降については、機能の充実や病院間の連携促進により自区域内での完結を目指します。</p> <p>○国・県における検討・調査も参考に、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。</p>
浜田	<p>○県西部の拠点的作用を果たしている浜田医療センターにおいても、医師確保が困難です。</p> <p>○済生会江津総合病院は医師不足のため急性期、救急医療の一部に支障がでています。</p>	<p>○県西部の拠点的作用を果たしている浜田医療センターの機能の維持、充実を目指します。</p> <p>○済生会江津総合病院において、急性期病床の縮小、療養病床の拡大が検討されており、両病院の役割分担、連携を一層進め、区域全体として高度急性期から慢性期の医療機能の確保を目指す議論を行います。</p>
益田	<p>○急性期医療にかかる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。</p> <p>○広大な中山間地域があり、住居が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、在宅での療養を選択することが難しい状況です。</p>	<p>○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を確保していきます。</p> <p>○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していきます。</p>
隠岐	<p>○高度急性期・急性期における区域内完結率が低く、多くの患者が松江区域、出雲区域等で治療を受けています。</p> <p>○島内は病院数が限られており、平均在院日数も短めの運用となっています。</p>	<p>○今後も、ドクターヘリ等を活用し、本土の高次機能を担う病院に患者を円滑に受け入れてもらう必要があります。</p> <p>○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します。</p>

7. 疾病・事業別医療提供体制の推計及び課題

- 地域医療構想を考える上で、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、現状の患者流出入の状況を踏まえ、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。

8. 医療提供体制の構築の方向性

(1) 総論

- 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。
- 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（愛称：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。
- 地域医療の置かれている状況やこれから目指す医療のあり方について、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。

(2) 高度急性期・急性期

- 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る方向性を踏まえ、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。
- 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。

(3) 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。
- 回復期については、リハビリテーション、在宅復帰支援、在宅療養患者の急変や病状進行への対応など、複数の役割が求められていることにより、回復期機能の総合的な充実を目指します。
- 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あわせて、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、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みづくりに努めます。
- 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。
- 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²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取り組みます。

9. 策定後における継続的な検討と見直し

- 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、感染症発生時の連携等について、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。
- 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まちづくり計画の動向に応じて、適時・適切に見直す必要があります。

² これから受ける医療やケアについて、患者の考えを家庭や医療者と話し合い文章に残す手順のことであり、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。