

富山県地域医療構想

平成29年3月

富 山 県

目次

第1章	基本的事項	3
1	地域医療構想策定の背景	5
2	地域医療構想の目的と内容	5
3	地域医療構想の位置づけ	6
4	地域医療構想の目標年次	6
第2章	富山県の現状と将来予測	7
1	人口等の将来推計	9
2	医療機関の状況	12
3	医療従事者等の状況	15
4	拠点病院等の状況	16
5	公的病院の状況	18
6	在宅医療と介護サービスの状況	20
7	患者の動向	25
第3章	地域医療構想策定の検討体制	33
1	検討体制	35
2	各会議の構成	35
第4章	構想区域	37
1	構想区域	39
2	構想区域の設定	39
第5章	医療需要と必要病床数	41
1	医療需要及び必要病床数の推計方法	43
2	推計の考え方	49
3	平成37年（2025年）における医療需要及び必要病床数の推計	53
4	居宅等における医療の必要量の推計	54
5	病床機能報告と必要病床数の比較	56
6	富山県独自実態調査の実施	59
7	療養病床における国の検討状況	74
第6章	目指すべき医療提供体制を実現するための施策の方向性	77
1	目指すべき医療提供体制を実現するための主なポイント	79
2	目指すべき医療提供体制を実現するための体系	83
3	現状・課題及び平成37年（2025年）に向けた施策の方向性	84

第7章	圏域別の地域医療構想	97
1	新川圏域	99
2	富山圏域	113
3	高岡圏域	127
4	砺波圏域	141
第8章	地域医療構想の推進	155
1	地域医療構想の推進	157
2	進行管理	158
3	県民の理解と適切な受療行動	158
資 料		159
	富山県医療審議会運営要綱	161
	富山県医療審議会委員名簿	163
	富山県医療対策協議会設置要綱	164
	富山県医療対策協議会委員名簿	166
	富山県医療審議会地域医療構想部会委員名簿	167
	富山県地域医療構想調整会議要綱	168
	新川地域医療構想調整会議委員名簿	170
	富山地域医療構想調整会議委員名簿	171
	高岡地域医療構想調整会議委員名簿	172
	砺波地域医療構想調整会議委員名簿	173
	地域医療構想策定の経緯	174

第 1 章

基本的事項

1 地域医療構想策定の背景

- 人口減少や高齢化が進展する中、平成 37 年（2025 年）には、いわゆる「団塊の世代」がすべて 75 歳以上となる超高齢社会を迎え、本県においては、3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上となると見込まれます。
- 今後、さらに高齢化が進行すると、医療や介護を必要とする人がますます増加し、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分に対応できないことが予想されます。
- 平成 37 年（2025 年）を見据え、限られた医療資源を有効に活用し、地域ごとに必要なサービスを確保し、提供していくための取組みが急務となっています。
- こうした中、将来にわたり持続可能な、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、平成26年6月に「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」（医療介護総合確保推進法）が成立しました。
- これに伴い、医療法が改正され、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制の構築に向け、医療機能の分化・連携や在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成を推進するため、各都道府県は、医療計画の一部として、将来の医療提供体制の目指すべき姿を示す「地域医療構想」を策定することとなりました。

2 地域医療構想の目的と内容

- 地域医療構想は、地域の実情や患者のニーズに応じて医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、高度急性期から在宅医療・介護に至るまでの一連のサービスが切れ目なく提供される体制を確保することを目的として、次の事項を定めます。
 - (1) 構想区域ごとに医療法に基づく厚生労働省令で定める計算式により算定された
 - ① 将来（平成 37 年（2025 年））の病床の機能区分ごとの病床数の必要量
 - ② 将来（平成 37 年（2025 年））の居宅等における医療（在宅医療等）の必要量
 - (2) 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に関する事項

3 地域医療構想の位置づけ

- 医療法第30条の4に基づき、現行の富山県医療計画（平成25年度～29年度）の一部（別冊）として位置づけられます。
- また、平成29年度に策定する次期の富山県医療計画（平成30年度～35年度）の一部（別冊）としても位置づけられることとなります。

4 地域医療構想の目標年次

- 地域医療構想は、「団塊の世代」がすべて後期高齢者となる平成37年（2025年）を目標年次とします。
- 医療計画は5年後を目標年次として策定しているのに対し、地域医療構想は、およそ10年後である平成37年（2025年）を見据えて推計し策定する長期の構想です。

第2章

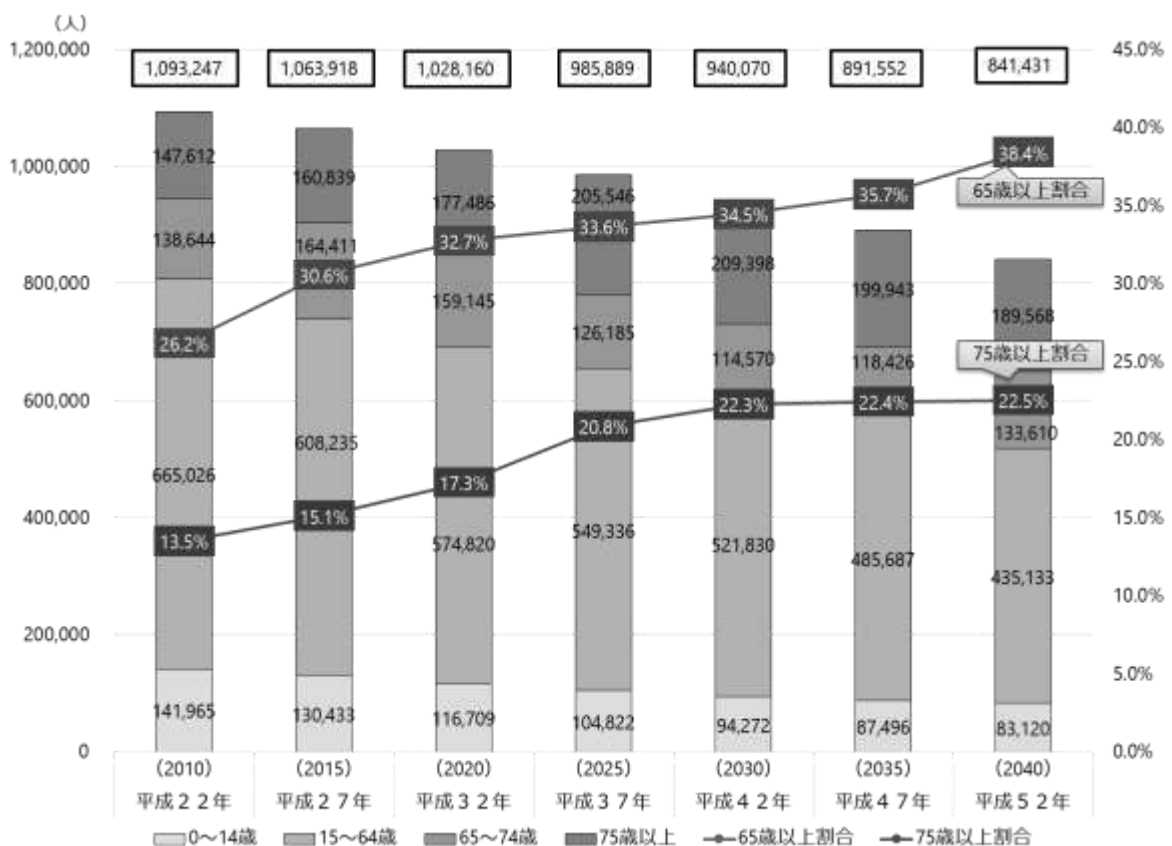
富山県の現状と将来予測

1 人口等の将来推計

(1) 将来人口、高齢化率

- 本県の人口は、平成 25 年（2013 年）に国立社会保障・人口問題研究所が公表した推計によれば、今後も減少が続き、平成 37 年（2025 年）には 98 万 6 千人になり、平成 27 年（2015 年）から 10 年間で 7 万 8 千人減少することが見込まれています。
- 平成 27 年（2015 年）10 月 1 日現在の本県の人口に占める 65 歳以上の割合は 30.5%（平成 27 年国勢調査）で、全国の 26.6%（平成 27 年国勢調査）よりも 3.9 ポイント高くなっており、全国を上回る高齢化が進んでいます。
- 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」では、平成 37 年（2025 年）には、本県人口に占める 65 歳以上の割合が 33.6%になると予測されています。また、団塊の世代がすべて後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）における 75 歳以上の割合は 20.8%で、平成 27 年（2015 年）から 10 年間で 4 万 5 千人の増加が見込まれています。

<図 1 富山県の将来人口推計・高齢化率>



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 3 月推計）

<表1 富山県の二次医療圏別推計人口>

(単位:人)

区 分	人口総数				75歳以上人口			
	2010年	2015年	2025年	2040年	2010年	2015年	2025年	2040年
県全体 (対2010年指数)	1,093,247 (100.0)	1,063,918 (97.3)	985,889 (90.2)	841,431 (77.0)	147,612 (100.0)	160,839 (109.0)	205,546 (139.2)	189,568 (128.4)
新 川	127,644 (100.0)	122,660 (96.1)	111,170 (87.1)	91,908 (72.0)	19,163 (100.0)	20,562 (107.3)	24,974 (130.3)	22,366 (116.7)
富 山	508,027 (100.0)	500,256 (98.5)	472,771 (93.1)	415,550 (81.8)	62,667 (100.0)	69,839 (111.4)	91,504 (146.0)	86,862 (138.6)
高 岡	321,375 (100.0)	310,169 (96.5)	283,228 (88.1)	235,313 (73.2)	43,980 (100.0)	47,588 (108.2)	61,886 (140.7)	54,942 (124.9)
砺 波	136,201 (100.0)	130,833 (96.1)	118,720 (87.2)	98,660 (72.4)	21,802 (100.0)	22,850 (104.8)	27,182 (124.7)	25,398 (116.5)

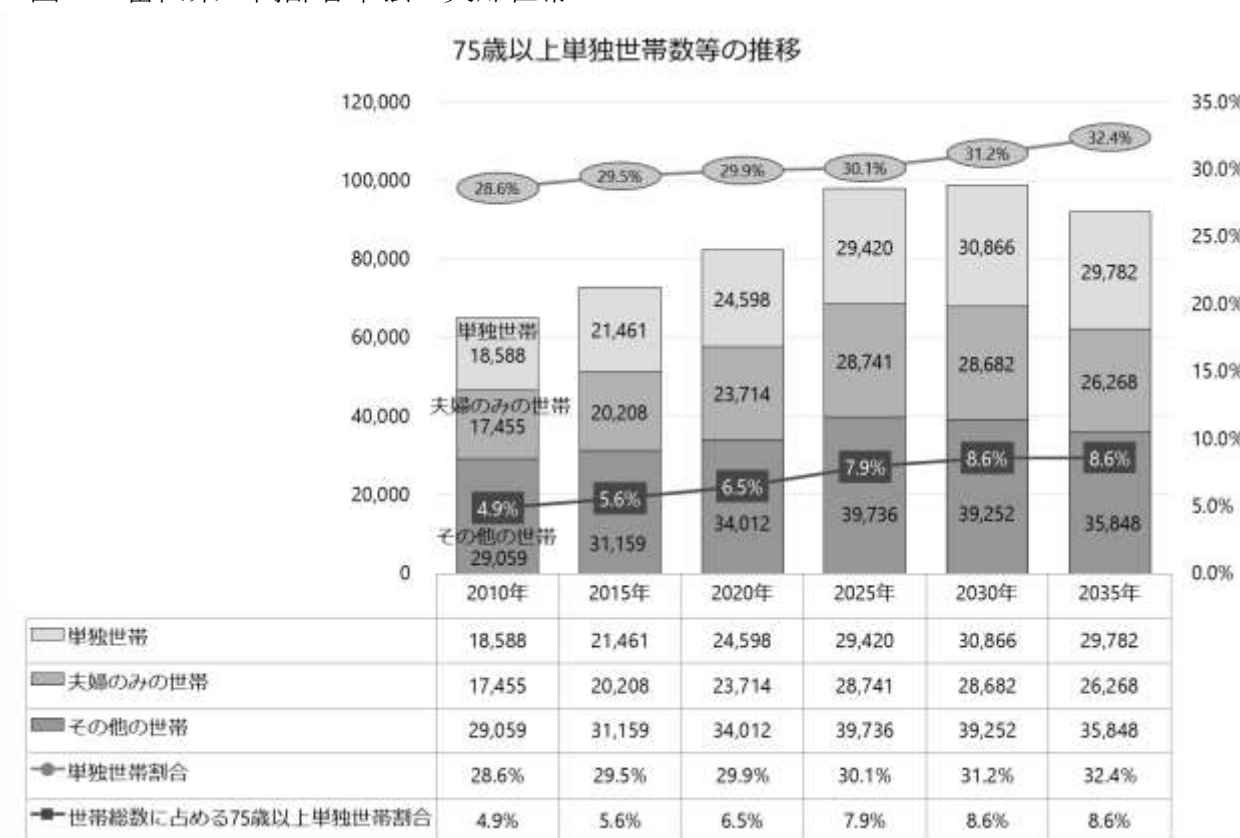
() は、対2010年を基準(100.0)とした場合の指数

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3月推計)

(2) 高齢者の単独・夫婦世帯数

- 本県における75歳以上の高齢者単独世帯は、平成37年(2025年)には29,420世帯と予測され、平成27年(2015年)から10年間で約8千世帯の増加が見込まれています。
- 本県における夫婦のみの高齢世帯は、平成37年(2025年)には28,741世帯と予測され、平成27年(2015年)から10年間で約8千5百世帯の増加が見込まれています。

<図2 富山県の高齢者単独・夫婦世帯>



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（平成26年4月推計）

（3）共働き率

- 富山県の共働き世帯数は、134,285世帯で、共働き率は54.7%と、全国平均の45.7%を上回り、全国5位の高さとなっています。

<表2 共働き率>

圏域	県全体	新川	富山	高岡	砺波
共働き世帯	134,285世帯	16,167世帯	60,274世帯	39,574世帯	18,270世帯
共働き率	54.7%	56.3%	52.6%	56.1%	60.2%

国勢調査「人口等基本集計」（平成22年度）

（4）女性就業率

- 富山県の女性就業率は、49.9%で全国平均の47.1%を上回り、全国7位の高さとなっています。

<表3 女性就業率>

全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
47.1%	49.9%	50.0%	49.7%	49.4%	51.5%

国勢調査「産業等基本集計」（平成22年度）（医療圏分は富山県計算）

2 医療機関の状況

(1) 医療施設

○ 平成27年(2015年)10月現在、病院数は107施設であり、人口10万人あたりで見ると、10.0施設と全国平均の6.7施設を上回っています。また、一般診療所数は763施設であり、人口10万人あたりで見ると、71.5施設と全国の79.5施設を下回っています。そのうち、有床診療所数は50施設であり、人口10万人あたりで見ると、4.7施設と全国の6.3施設を下回っています。

○ 歯科診療所数は450施設であり、人口10万人あたりで見ると、42.2施設と全国平均の54.1施設を下回っています。

<表1 医療施設数>

(単位:施設)

施設数	病 院		一般診療所		歯科診療所
		(再掲)精神病院		(再掲)有床診療所	
富山県	107 (10.0)	19 (1.8)	763 (71.5)	50 (4.7)	450 (42.2)
全 国	8,480 (6.7)	1,064 (0.8)	100,995 (79.5)	7,961 (6.3)	68,737 (54.1)

()は、人口10万対

厚生労働省「医療施設調査」(平成27年)

<表2 設置主体別病院数>

(単位:施設)

区 分	総数	国	都道府県	市町村	日赤	その他 公的医 療機関	社会保 険関係 団体	公益 法人	医療 法人	社会 福祉 法人	医療 生協	その他 の法人	個人
富山県	107 (10.0)	5	3	10	1	4	1	-	74	1	1	2	5
全 国	8,480 (6.7)	329	200	649	92	286	55	237	5,737	201	83	345	266

()は、人口10万対

厚生労働省「医療施設調査」(平成27年)

(2) 病床数

○ 平成27年(2015年)10月現在、病床数は16,875床となっており、人口10万人あたりで見ると、病院が1,581.7床と全国平均の1,232.0床を上回っている一方で、一般診療所は63.9床と全国平均の84.7床を下回っており、病院の病床が多い傾向となっています。

○ 圏域別の病床数(人口10万対)は、病院については、砺波圏域が1,793.0床と最も多く、高岡圏域が1,291.1床と最も少なくなっています。一方で、一般診療所については、高岡圏域が85.4床で最も多く、新川圏域が32.1床で最も少なくなっています。

<表3 病床数>

(単位:床)

病床数		病 院					一般診療所
		総 数	一般及び療養	精 神	感 染 症	結 核	
富 山 県		16,875 (1,581.7)	13,568 (1,272.8)	3,203 (300.2)	22 (2.1)	82 (7.7)	682 (63.9)
圏 域	新 川	2,151 (1,769.3)	1,847 (1,519.2)	290 (238.5)	4 (3.3)	10 (8.2)	39 (32.1)
	富 山	8,343 (1,662.2)	6,758 (1,346.4)	1,531 (305.0)	8 (1.6)	46 (9.2)	307 (61.2)
	高 岡	4,036 (1,291.1)	3,147 (1,006.7)	862 (275.8)	6 (1.9)	21 (6.7)	267 (85.4)
	砺 波	2,345 (1,793.0)	1,816 (1,388.5)	520 (397.6)	4 (3.1)	5 (3.8)	69 (52.8)
全 国		1,565,968 (1232.0)	1,222,376 (961.7)	336,282 (264.6)	1,814 (1.4)	5,496 (4.3)	107,626 (84.7)

() は人口 10 万対

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年)

<表4 基準病床数>

(単位:床)

一般・療養病床	新 川	1,225
	富 山	4,843
	高 岡	2,733
	砺 波	1,434
計		10,235
精神病床		3,080
結核病床		82
感染症病床		22

(3) 病床利用率

- 平成 27 年（2015 年）の病床利用率は 82.6%で、全国平均の 80.1%を上回っています。
- 一般病床の病床利用率は 72.6%で、全国平均の 75.0%を下回っており、一方で、療養病床の病床利用率は 94.6%で、全国平均の 88.8%を上回っています。

<表 5 病院の病床利用率>

(単位：%)

区 分	総数	病 床 種 別				
		一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
全国平均	80.1	75.0	88.8	86.5	3.1	35.4
富 山 県	82.6	72.6	94.6	92.1	10.9	18.6
圏 域	新 川	83.2	71.9	94.8		
	富 山	84.7	77.1	94.0		
	高 岡	79.4	67.8	96.8		
	砺 波	80.5	65.9	93.9		

厚生労働省「病院報告」(平成 27 年)

(4) 平均在院日数

- 平成 27 年（2015 年）の一般病床の平均在院日数は 16.2 日で、全国平均の 16.5 日を下回っており、一方で、療養病床の平均在院日数は 256.5 日で、全国平均の 158.2 日を上回っています。

<表 6 病院の平均在院日数>

(単位：日)

区 分	総 数	病 床 種 別				
		一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
全国平均	29.1	16.5	158.2	274.7	8.2	67.3
富 山 県	34.2	16.2	256.5	313.5	3.9	83.2
圏 域	新 川	38.6	17.5	327.8		
	富 山	34.2	16.6	272.1		
	高 岡	29.3	14.7	220.5		
	砺 波	41.2	16.6	209.5		

厚生労働省「病院報告」(平成 27 年度)

3 医療従事者等の状況

- 平成26年(2014年)12月31日現在、医師数は2,656人、人口10万人あたりで248.2人となっており、全国平均の244.9人を上回っています。
- 歯科医師数は623人、人口10万人あたりで58.2人となっており、全国平均の81.8人を下回っています。
- 薬剤師数は2,843人、人口10万人あたりで265.7人となっており、全国平均の226.7人を上回っています。

<表1 医師・歯科医師・薬剤師数>

(単位：人)

区分	新川		富山		高岡		砺波		富山県		全国	
	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対
医師	254	206.5	1,487	295.7	635	203.1	280	212.7	2,656	248.2	311,205	244.9
歯科医師	68	55.3	295	58.7	195	62.4	65	49.4	623	58.2	103,972	81.8
薬剤師	221	179.7	1,706	339.3	688	220.1	228	173.2	2,843	265.7	288,151	226.7

厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 平成26年(2014年)12月31日現在、看護師数は11,474人、人口10万人あたりで1,072人となっており、全国平均の855.2人を上回っています。
- 准看護師数は3,430人、人口10万人あたりで321人となり、全国平均の267.7人を上回っています。
- 助産師数は、360人、人口10万人あたりで34人となり、全国平均の26.7人を上回っています。
- 保健師数は607人、人口10万人あたりで57人となり、全国平均の38.1人を上回っています。

<表2 看護職員数>

(単位：人)

区分	新川		富山		高岡		砺波		富山県		全国		
	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対	総数	人口10万対	
看護職員数	1,750	1,423	8,141	1,619	4,108	1,314	1,872	1,422	15,871	1,483	1,509,340	1,188	
内訳	看護師	1,120	911	6,050	1,203	2,955	945	1,349	1,025	11,474	1,072	1,086,779	855.2
	准看護師	503	409	1,582	315	923	295	422	321	3,430	321	340,153	267.7
	助産師	43	35	218	43	86	28	13	10	360	34	33,956	26.7
	保健師	84	68	291	58	144	46	88	67	607	57	48,452	38.1

厚生労働省「平成26年衛生行政報告例」 富山県「看護職員業務従事者届」

- 平成 26 年 10 月 1 日現在、理学療法士は、常勤換算で 523.8 人、人口 10 万人あたりで 49.0 人となっており、全国平均の 60.7 人を下回っています。
- 作業療法士は、常勤換算で 333.6 人、人口 10 万人あたりで 31.2 人となっており、全国平均の 33.2 人を下回っています。
- 言語聴覚士は、常勤換算で 99.9 人、人口 10 万人あたりで 9.3 人となっており、全国平均の 11.2 人を下回っています。
- 視能訓練士は、常勤換算で 87.2 人、人口 10 万人あたりで 8.1 人となっており、全国平均の 6.1 人を上回っています。
- 歯科衛生士は、常勤換算で 916.0 人、人口 10 万人あたりで 85.6 人となっており、全国平均の 84.9 人を上回っています。

<表 3 リハビリテーション関係従事者数及び歯科衛生士数>

(単位：人)

区 分	新 川		富 山		高 岡		砺 波		富 山 県		全 国	
	総数	人口 10 万対	総数	人口 10 万対	総数	人口 10 万対	総数	人口 10 万対	総数	人口 10 万対	総数	人口 10 万対
理学療法士	65.8	53.5	273.5	54.4	116.2	37.1	68.3	51.7	523.8	49.0	77,139.8	60.7
作業療法士	47.2	38.4	163.1	32.4	67.8	21.7	55.5	42.0	333.6	31.2	42,136.1	33.2
言語聴覚士	9.0	7.3	58.5	11.6	17.4	5.6	15.0	11.4	99.9	9.3	14,252.0	11.2
視能訓練士	8.9	7.2	36.0	7.2	34.1	10.9	8.2	6.2	87.2	8.1	7,732.9	6.1
歯科衛生士	106.9	86.9	409.2	81.4	302.6	96.7	97.3	73.7	916.0	85.6	107,924.3	84.9

厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」(平成 26 年)

4 拠点病院等の状況

- がん医療については、がん診療連携拠点病院の国指定が 7 病院、県指定が 3 病院となり、公的病院 10 施設が指定されています。
- 救急医療については、救命救急センター（第三次救急医療機関）が 2 病院、地域救命センター（第二・五次救急医療機関）が 2 病院、病院群輪番制病院（第二次救急医療機関）が 15 病院となり、公的病院 19 施設に設置されています。
- 災害医療については、基幹災害拠点病院が 2 病院、地域災害拠点病院が 6 病院となり、公的病院 8 施設が指定されています。
- へき地医療については、へき地医療拠点病院に公的病院 6 施設が指定されています。

- 周産期医療については、総合周産期母子医療センターが1病院、地域周産期母子医療センターが5病院、周産期母子医療連携病院が2病院となり、公的病院8施設が指定されています。

<表 拠点病院等の状況>

圏域	病院名	がん診療連携 拠点病院 国指定 ◎ 県指定 ○	救命救急センター ◎ 地域救命センター ○ 病院審判審判病院 △	災害拠点病院 ・基幹◎ ・地域○	へき地 医療拠点病院	周産期 母子医療センター ・総合◎ ・地域○ ・連携△
新川	あさひ総合病院		△			
	黒部市民病院	◎	○	○	○	○
	富山労災病院	◎	△			
富山	かみいち総合病院		△		○	
	富山県厚生農業協同 組合連合会滑川病院		△			
	富山県立中央病院	◎	◎	◎		◎
	富山市立富山市民 病院	○	△	○		○
	国立大学法人 富山大学附属病院	◎	△	◎		○
	富山赤十字病院	○	△	○		△
	富山県済生会富山 病院		△			
高岡	射水市民病院		△			
	高岡市民病院	◎	△	○		
	富山県済生会高岡 病院	○	△			△
	独立行政法人地域医 療機構能登能登高岡 ふしき病院		△			
	富山県厚生農業協同 組合連合会高岡病院	◎	◎	○		○
	金沢医科大学氷見 市民病院		△		○	
砺波	公立学校共済組合 北陸中央病院		△			
	市立砺波総合病院	◎	○	○	○	○
	南砺市民病院		△		○	
	公立南砺中央病院				○	

5 公的病院の状況

- 平成 28 年（2016 年）10 月現在、公的病院の数は 24 施設あり、一般病床の 8 割以上を占めるなど、これまで主に高度急性期、急性期機能を担ってきました。
- しかしながら、近年、人口の減少や高齢者の増加に伴う入院患者の病態や病床利用率の変化、また、診療報酬の改定などにより、一部の病床を回復期機能病床に転換する病院や、病床を減少し回復期機能病床に転換する病院が増えてきています。

<表 1 公的病院の病床数及び割合>

一般病床を有する病院（割合）	24 病院/44 病院 (54.5%)
一般病床数（割合）	7,025 床/8,332 床 (84.3%)

医務課調べ（平成 28 年 10 月）

<表 2 公的病院における回復期機能病床への転換例>

回復期リハビリテーション病床	転換数	地域包括ケア病床	転換数	緩和ケア病床	転換数
かみいち総合病院	48 床	厚生連滑川病院	53 床	高岡市民病院	20 床
済生会高岡病院	40 床	済生会富山病院	50 床	厚生連高岡病院	16 床
金沢医科大学氷見市民病院	49 床	済生会高岡病院	56 床		
		高岡ふしき病院	60 床		
		射水市民病院	52 床		
		砺波総合病院	48 床		
		南砺市民病院	48 床		
		南砺中央病院	52 床		
		北陸中央病院	43 床		

医務課調べ（平成 28 年 10 月）

<図 各公的病院の位置>



<表3 各公的病院の許可病床数>

医療圏	病 院 名		許可病床数					計
			一般 病床	療養 病床	精神 病床	結核 病床	感染 病床	
新川	1	あさひ総合病院	194			5		199
	2	黒部市民病院	405			5	4	414
	3	富山労災病院	300					300
富山	4	かみいち総合病院	148		51			199
	5	富山県厚生農業協同組合連合会滑川病院	211		68			279
	6	富山県立中央病院	665		50	16	2	733
	7	富山市立富山市民病院	539		50		6	595
	8	国立大学法人富山大学附属病院	569		43			612
	9	富山逡信病院	50					50
	10	富山赤十字病院	435					435
	11	富山県済生会富山病院	250					250
	12	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター	202					202
	13	独立行政法人国立病院機構富山病院	280			30		310
高岡	14	射水市民病院	195			4		199
	15	高岡市民病院	333		50	12	6	401
	16	富山県済生会高岡病院	251					251
	17	(独法) 地域医療機能推進機構高岡ふしき病院	199					199
	18	富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院	533					533
	19	金沢医科大学氷見市民病院	245			5		250
砺波	20	公立学校共済組合北陸中央病院	140	53				193
	21	市立砺波総合病院	461		44	5	4	514
	22	南砺市民病院	175					175
	23	独立行政法人国立病院機構北陸病院	100		174			274
	24	公立南砺中央病院	145	45				190
計			7,025	98	530	82	22	7,757

医務課調べ（平成28年10月）

6 在宅医療と介護サービスの状況

(1) 在宅医療の状況

- 平成 28 年（2016 年）6 月現在、在宅療養支援病院数は 11 施設、在宅療養支援診療所数は 61 施設です。平成 26 年（2014 年）10 月現在、人口 10 万人あたりの在宅療養支援診療所数は 5.2 施設と全国平均の 11.2 施設を下回っています。
- 平成 26 年（2014 年）10 月現在、訪問診療を行っている病院数は 31 施設、診療所数は 207 施設です。人口 10 万人あたりでは、病院 2.9 施設（全国平均 2.1 施設）、診療所 19.3 施設（全国平均 16.2 施設）といずれも全国平均を上回っています。
- 平成 26 年（2014 年）10 月現在、在宅での看取りを行っている病院は 8 施設、診療所数は 42 施設です。人口 10 万人あたりでは、病院 0.8 施設（全国平均 0.4 施設）診療所 3.9 施設（全国平均 3.4 施設）といずれも全国平均を上回っています。
- 平成 28 年（2016 年）4 月現在、訪問看護ステーション数は 61 施設で、人口 10 万人あたりでは 5.7 施設と、全国平均の 7.1 施設を下回っています。
- 平成 27 年の全死亡に占める自宅での死亡割合は 9.9%で、全国の 12.7%を下回っています。

<表 1 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出施設数> (単位：施設)

区 分	各圏域の届出施設数					人口 10 万対施設数	
	新川	富山	高岡	砺波	合計	富山県	全国
在宅療養支援病院	2	4	4	1	11	—	—
在宅療養支援診療所	3	35	18	5	61	5.2	11.2

医療圏ごとの届出施設数：東海北陸厚生局HP「施設基準の届出受理状況」（平成 28 年 6 月 1 日）
人口 10 万対施設数：医療施設調査（平成 26 年 10 月 1 日）

- ・ 在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所のことをいう。
- ・ 在宅療養支援病院とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、訪問看護ステーション等との連携により、24 時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有し、かつ、緊急時に在宅療養患者が入院できる病床を常に確保している病院をいう。半径 4 km 以内に診療所がないか、または、200 床未満の病院であることが要件となる。

<表2 訪問診療を行う病院・診療所数>

(単位：施設)

区 分	各圏域の実施数					人口10万対施設数	
	新川	富山	高岡	砺波	合計	富山県	全国
病 院	9	10	9	3	31	2.9	2.1
診療所	21	94	70	22	207	19.3	16.2

厚生労働省「医療施設(静態)調査」(平成26年10月1日)

<表3 在宅での看取りを行っている診療所数・病院数>

(単位：施設)

区 分	各圏域の施設数					人口10万対施設数	
	新川	富山	高岡	砺波	合計	富山県	全国
在宅看取り病院数	—	3	4	1	8	0.8	0.4
在宅看取り診療所数	6	13	17	6	42	3.9	3.4

厚生労働省「医療施設(静態)調査(平成26年10月1日)

<表4 訪問看護ステーション数>

(単位：施設)

区 分	訪問看護ステーション(稼働数)				
	施設数	人口10万人あたり		高齢者人口10万人あたり	
		施設数	順位	施設数	順位
富山県	61	5.7	38	19.2	41
全 国	9,070	7.1	—	27.5	—

富山県高齢福祉課調べ(H28.4.1)

<表5 死亡場所別に見た死亡数の割合>

(単位：百分率)

区 分	総数	施設内						施設外			在宅等 (再掲)
		総数	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	総数	自宅	その他	自宅+老健+ 老人ホーム
富山県	100	88.1	78.8	0.9	2.7	—	5.7	11.9	9.9	2	18.3
全 国	100	85.2	74.6	2	2.3	—	6.3	14.8	12.7	2.1	21.3

厚生労働省「人口動態調査」(平成27年)

(2) 介護サービスの状況

- 富山県高齢者保健福祉計画（第6期富山県介護保険事業支援計画）における介護サービス見込量（保険者で推計したものの合計値、年間延べ利用人数）は、次表のとおりです。

<表6 介護サービス（施設・居宅系サービス）見込量> (単位：人数/年)

①介護老人福祉施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	9,181	9,325	9,636	10,116	10,812	1,631
富山	27,769	27,674	29,388	30,096	32,160	4,391
高岡	22,536	23,561	24,648	25,704	28,716	6,180
砺波	8,996	9,249	9,432	10,380	11,436	2,440
県計	68,482	69,809	73,104	76,296	83,124	14,642

(単位：人数/年)

②介護老人保健施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	6,617	6,367	7,380	7,380	7,380	763
富山	24,698	24,791	25,680	26,040	27,132	2,434
高岡	13,983	13,978	15,084	15,528	15,948	1,965
砺波	7,161	7,109	7,200	7,200	7,200	39
県計	52,459	52,245	55,344	56,148	57,660	5,201

(単位：人数/年)

③介護療養型医療施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	3,505	3,232	3,540	3,588	3,588	83
富山	11,363	11,420	11,460	11,460	11,472	109
高岡	6,125	5,395	5,724	5,724	5,784	-341
砺波	3,096	3,191	3,048	3,048	3,048	-48
県計	24,089	23,238	23,772	23,820	23,892	-197

(単位：人数/年)

介護保険施設計（①+②+③）						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	19,303	18,924	20,556	21,084	21,780	2,477
富山	63,830	63,885	66,528	67,596	70,764	6,934
高岡	42,644	42,934	45,456	46,956	50,448	7,804
砺波	19,253	19,549	19,680	20,628	21,684	2,431
県計	145,030	145,292	152,220	156,264	164,676	19,646

(単位：人数／年)

④認知症対応型共同生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	2,329	2,751	3,240	3,456	3,996	1,667
富山	8,167	8,114	8,820	9,612	11,040	2,873
高岡	7,282	7,987	9,744	10,272	11,124	3,842
砺波	5,519	5,861	6,672	7,104	8,616	3,097
県計	23,297	24,713	28,476	30,444	34,776	11,479

(単位：人数／年)

⑤特定施設入居者生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	103	104	132	132	132	29
富山	1,249	1,257	1,692	2,316	2,868	1,619
高岡	524	545	528	936	1,092	568
砺波	97	156	84	96	120	23
県計	1,973	2,062	2,436	3,480	4,212	2,239

(単位：人数／年)

居住系サービス計 (④+⑤)						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	2,432	2,855	3,372	3,588	4,128	1,696
富山	9,416	9,371	10,512	11,928	13,908	4,492
高岡	7,806	8,532	10,272	11,208	12,216	4,410
砺波	5,616	6,017	6,756	7,200	8,736	3,120
県計	25,270	26,775	30,912	33,924	38,988	13,718

(単位：人数／年)

施設・居住系サービス合計 (①+②+③+④+⑤)						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	21,735	21,799	23,928	24,672	25,908	4,173
富山	73,246	73,256	77,040	79,524	84,672	11,426
高岡	50,450	51,466	55,728	58,164	62,664	12,214
砺波	24,869	25,566	26,436	27,828	30,420	5,551
県計	170,300	172,067	183,132	190,188	203,664	33,364

H26、27年度…厚生労働省「介護保険事業状況報告」H28以降…「第6期富山県介護保険事業支援計画」

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常時介護が必要で、在宅生活が困難な原則要介護3以上の要介護者が入所対象となる。入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話等の介護サービスの提供を行う施設

- 介護老人保健施設

状態安定期にあり、入院治療する必要はないが、リハビリ、看護・介護を必要とする要介護者が入所対象となる。看護、医学的管理下での介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話等の介護サービスの提供を行う施設

- **介護療養型医療施設**

長期にわたり療養を必要としたり、精神症状や問題行動を有する慢性期に至った要介護者が入所対象となる。療養上の管理、看護、医学的管理下での介護その他の世話、機能訓練その他必要な医療等の介護サービスを提供する施設

- **認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホームでの介護）**

比較的安定した認知症の状態にある要介護者が、共同生活を営む住居（認知症高齢者グループホーム）で、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話や機能訓練等を受ける介護サービス

- **特定施設入居者生活介護**

有料老人ホーム、ケアハウス等で、要介護者が一定の計画に基づいて入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、療養上の世話等を受ける介護サービス

富山県「第6期富山県介護保険事業支援計画」

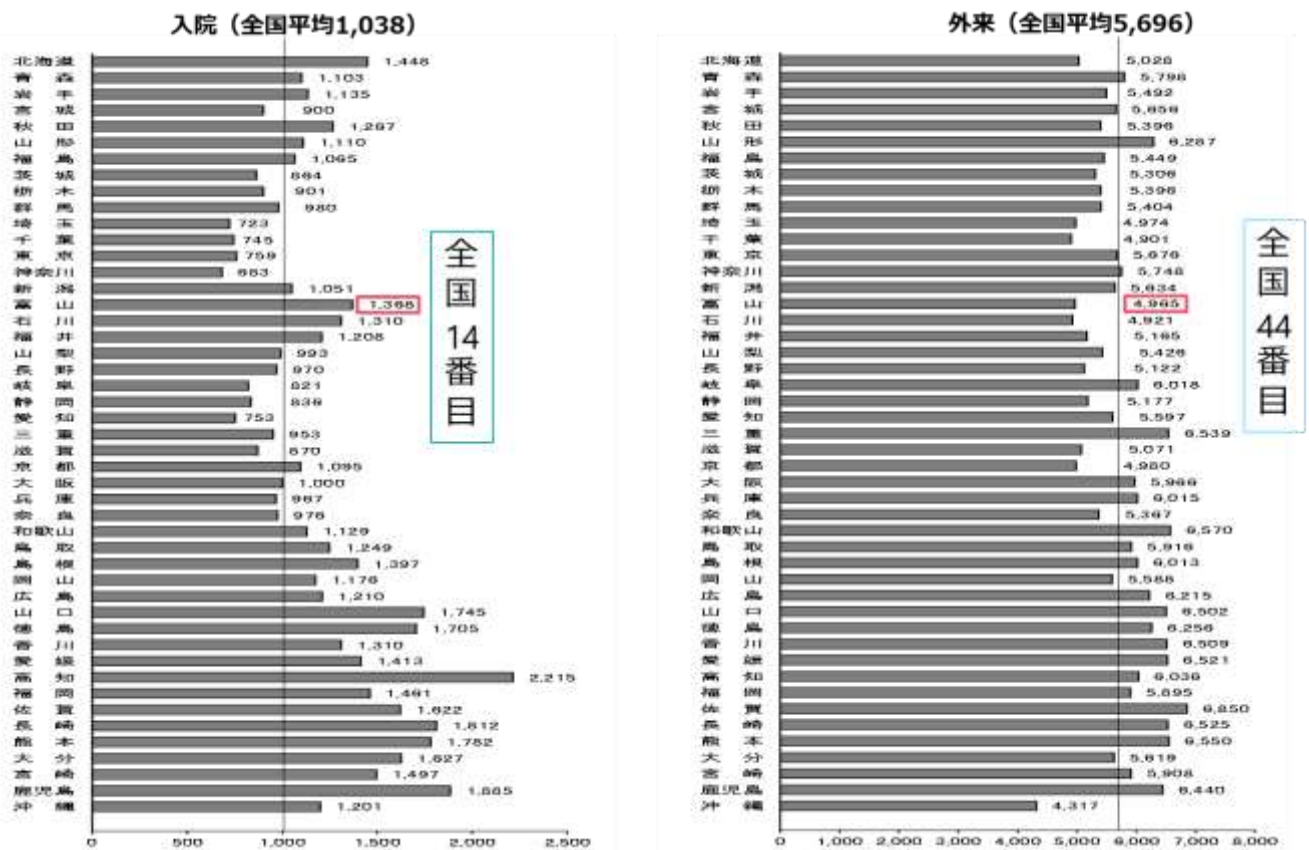
7 患者の動向

(1) 受療状況

- 平成 26 年（2014 年）10 月現在、入院の受療率が全国で 14 番目と高くなっている一方で、外来の受療率が全国で 44 番目と低くなっています。
- 年齢が高くなるに従い、入院受療率も高くなりますが、本県は、全国平均に比べて入院受療率が約 30% 高くなっています。
- 脳血管疾患、心疾患、悪性新生物、呼吸系疾患、骨折、精神及び行動の障害の入院受療率が全国平均に比べて高くなっています。

<表 1 都道府県別の受療率（人口 10 万人対）>

（単位：人）



厚生労働省「患者調査」（平成 26 年 10 月）

注) 受療率とは、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口 10 万人との比率のこと。患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、「受療率」を算出する。

<表2 入院・外来別の年齢階層別受療率（人口10万人対）>

（入院）

（単位：人）

年齢階級	全国平均	富山県	全国比
	総数 A	総数 B	% (B/A)
総数	1,038	1,368	131.8
0～4歳	345	296	85.8
5～14	92	129	140.2
15～24	141	207	146.8
25～34	270	369	136.7
35～44	318	429	134.9
45～54	505	647	128.1
55～64	930	1,036	111.4
65～74	1,568	1,736	110.7
75歳以上	4,205	5,088	121.0
（再掲） 65歳以上	2,840	3,407	120.0

（外来）

（単位：人）

年齢階級	全国平均	富山県	全国比
	総数 A	総数 B	% (B/A)
総数	5,696	4,965	87.2
0～4歳	6,762	7,258	107.3
5～14	3,503	2,673	76.3
15～24	2,091	1,517	72.5
25～34	2,911	2,927	100.5
35～44	3,334	2,823	84.7
45～54	4,225	3,300	78.1
55～64	5,984	5,113	85.4
65～74	9,455	7,699	81.4
75歳以上	11,906	9,482	79.6
（再掲） 65歳以上	10,637	8,609	80.9

厚生労働省「患者調査」（平成26年10月）

<表3 主な疾病別の入院・外来別受療率>

(単位：人)

傷病分類	入院		外来	
	全国	富山県	全国	富山県
総数	1,038	1,368	5,696	4,965
循環器系の疾患	189	293	734	720
脳血管疾患 (再掲)	125	205	74	74
高血圧性疾患 (再掲)	5	6	528	510
心疾患 (高血圧性のものを除く) (再掲)	47	70	105	111
新生物	114	137	182	187
悪性新生物 (再掲)	102	124	135	140
胃の悪性新生物 (再掲)	11	14	15	19
結腸及び直腸の悪性新生物 (再掲)	15	19	22	23
気管、気管支及び肺の悪性新生物 (再掲)	15	19	13	14
呼吸器系の疾患	71	80	526	482
肺炎 (再掲)	27	24	6	3
慢性閉塞性肺疾患 (再掲)	6	9	17	26
喘息 (再掲)	3	4	100	72
骨折	72	84	72	61
精神及び行動の障害	209	286	203	140
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	130	187	55	55

(2) 主な疾病別完結率

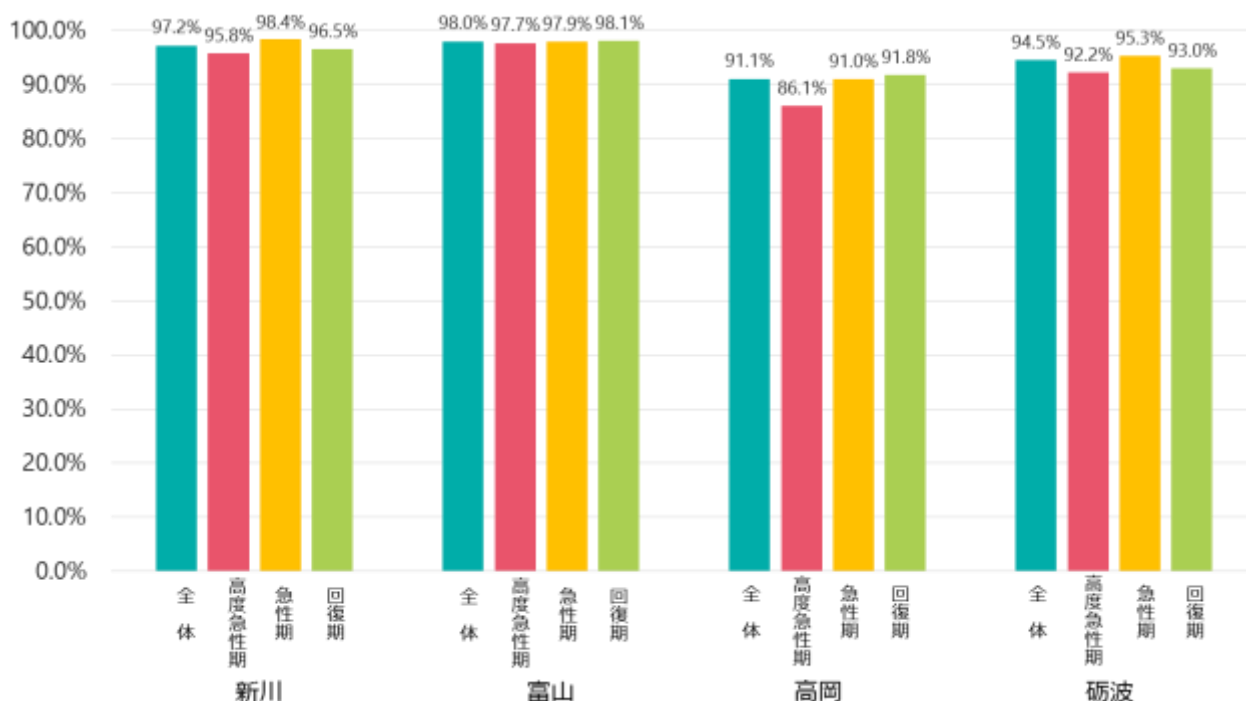
- 主な疾病別の完結率については、現状の患者流入・流出を踏まえた医療機関所在地ベースによる平成25年度（2013年度）の医療需要に、平成37年度（2025年）の推計人口を投影した数値により確認することとします。
- 脳卒中については、全圏域において完結率がほぼ90%以上、また、急性心筋梗塞については、全圏域において完結率がほぼ80%以上となっています。
- 成人肺炎及び大腿骨骨折については、高齢になるほど発生頻度の高くなる疾病として挙げられ、国が示した「地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月）」（以下「国のガイドライン」という。）では、高齢者の肺炎や大腿骨骨折の回復期につなげることが多い疾病については、圏域内で対応する必要があるとされていますが、本県でも、圏域内の完結率はほぼ90%以上で、圏域内で概ね完結しています。
- がんについては、富山圏域がすべての医療機能において95%以上の完結率となっている一方で、新川圏域では70～80%前半、高岡圏域では60%後半から70%後半

台、砺波圏域では、50%後半から60%後半台となっており、隣接する圏域等との連携のもと医療が提供されていることがうかがえます。

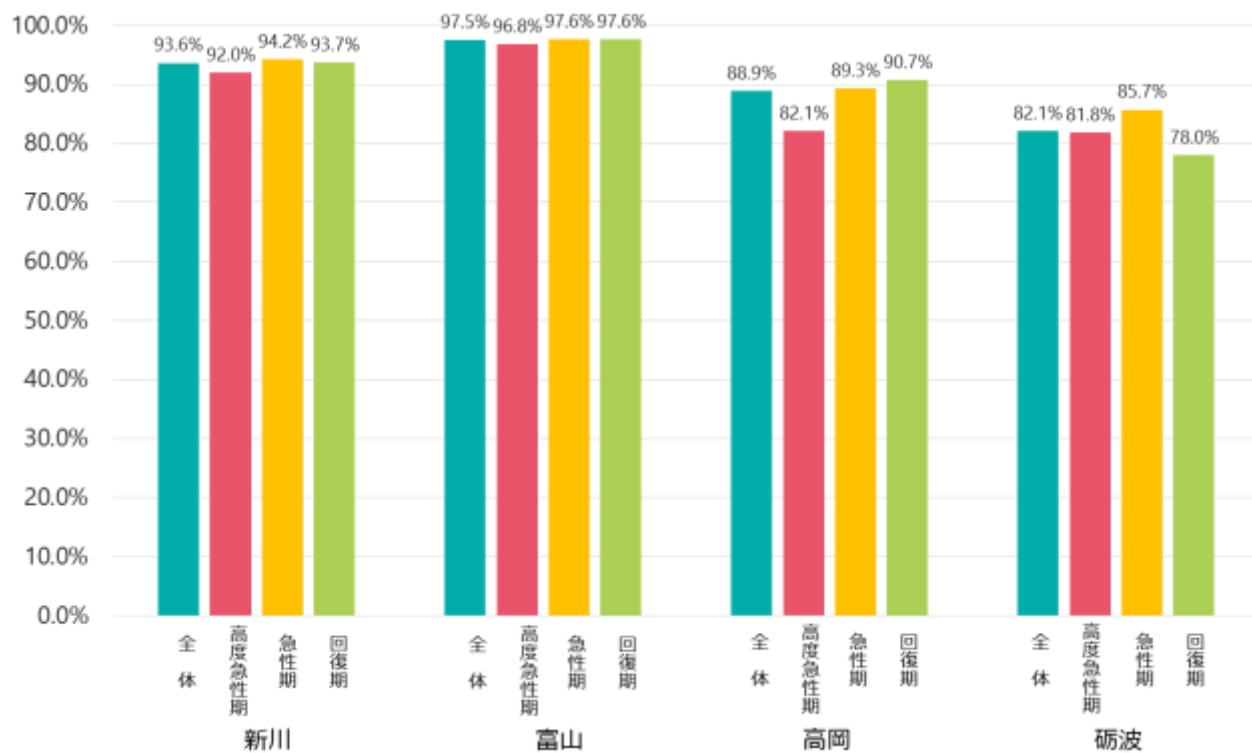
- 国のガイドラインでは、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも圏域内で完結することを求めるものでなく、また、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者で、同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ないとしていますが、回復期機能については、できるだけ圏域内で対応することが望ましいとされています。

完結率とは…患者が自分の居住する医療圏内の医療機関で入院する割合
 グラフは、平成 37 年（2025 年）の医療需要の推計による完結率

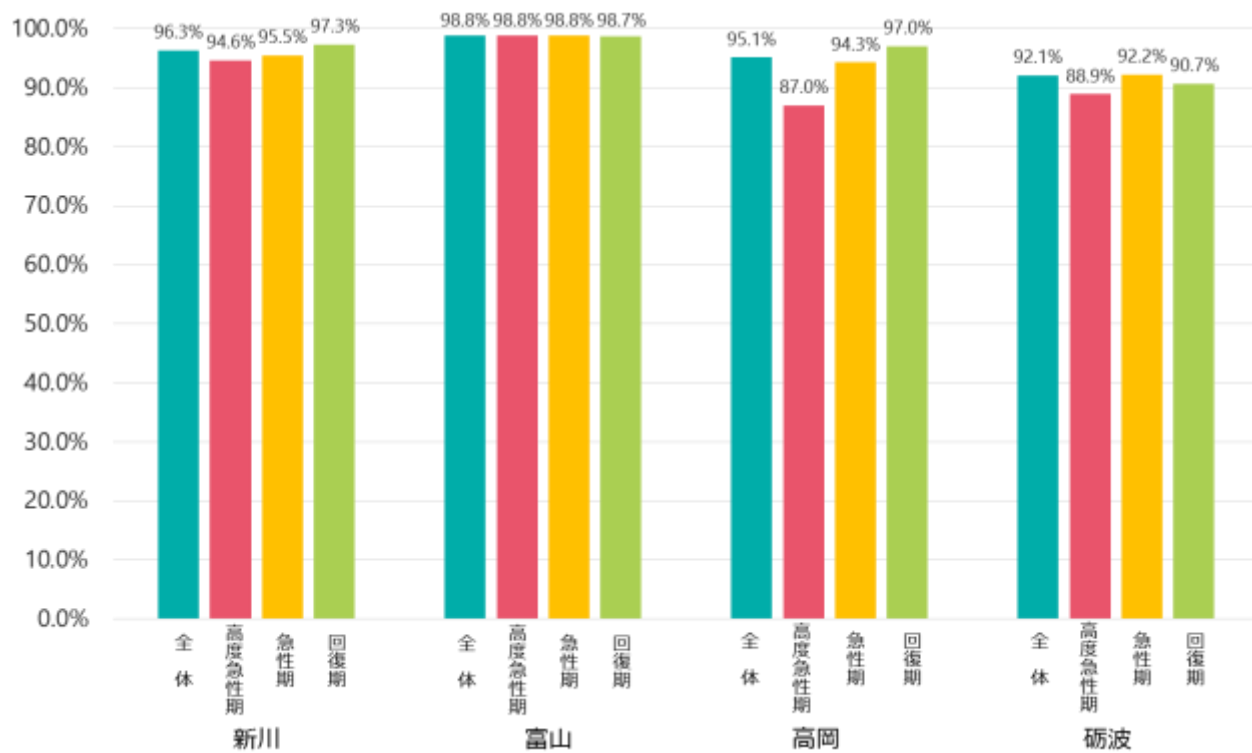
<図1 脳卒中の完結率>



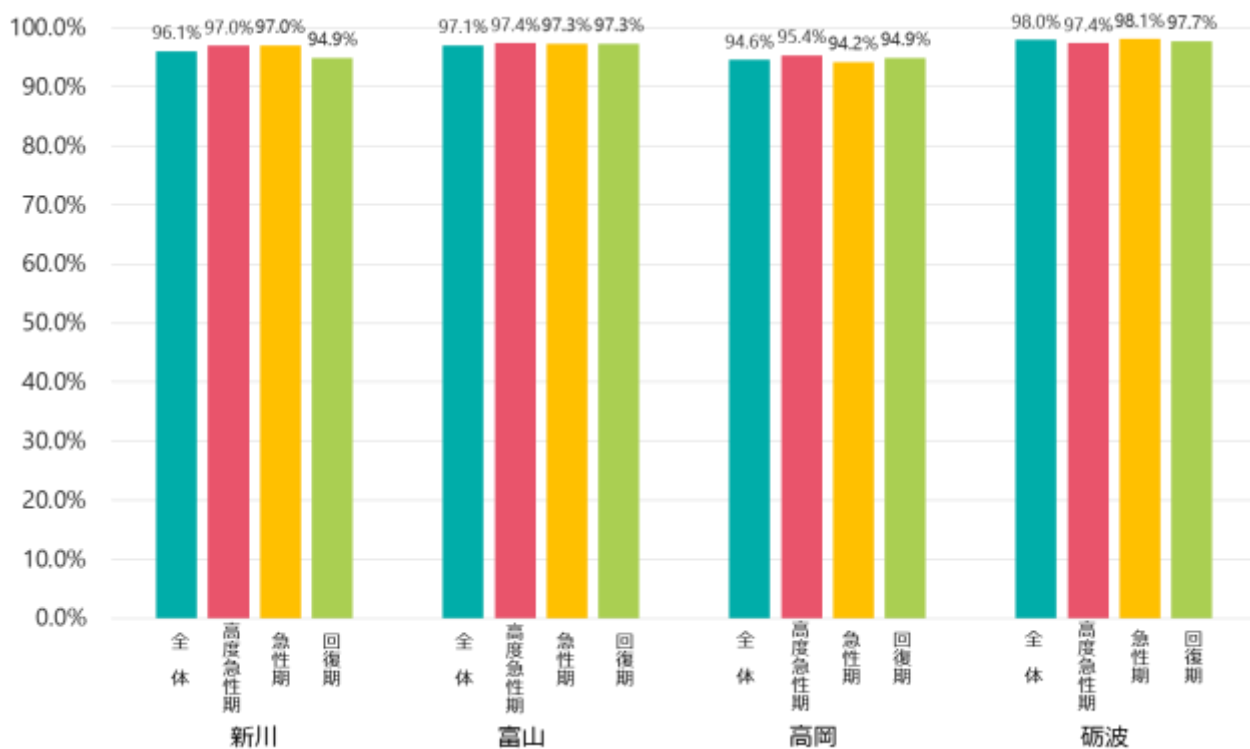
<図2 急性心筋梗塞の完結率>



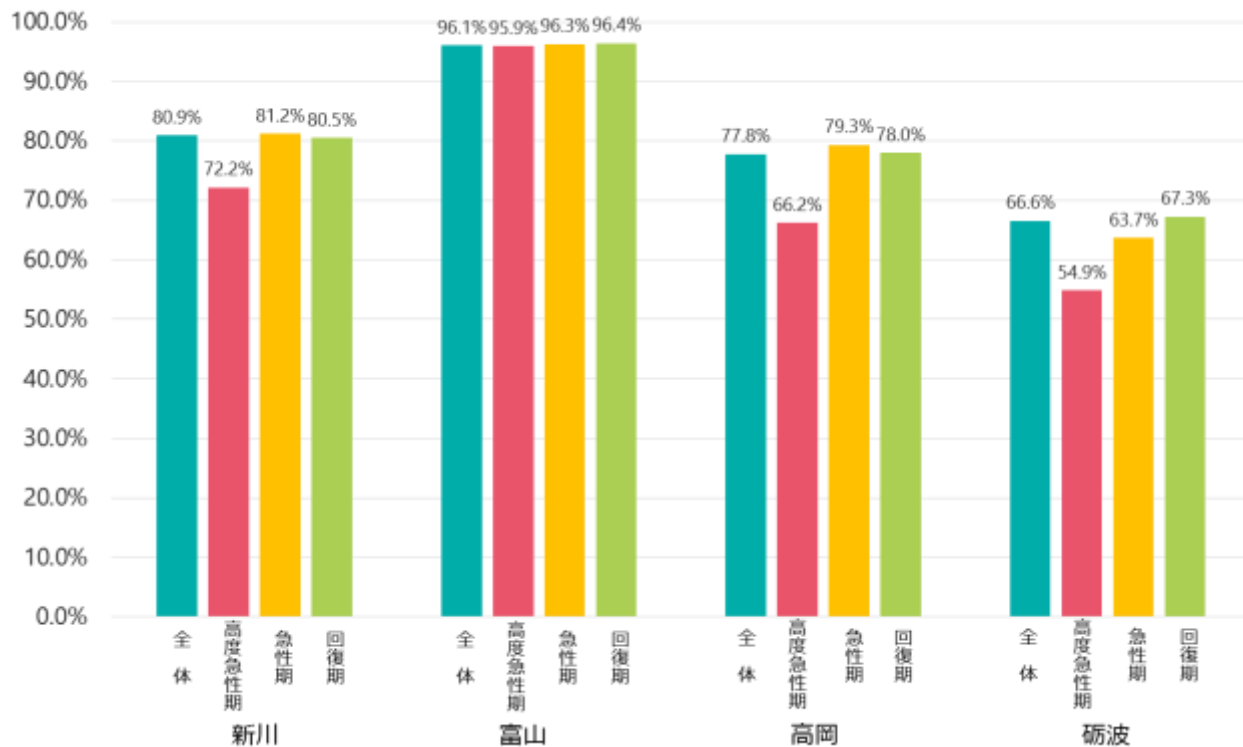
<図3 成人肺炎の完結率>



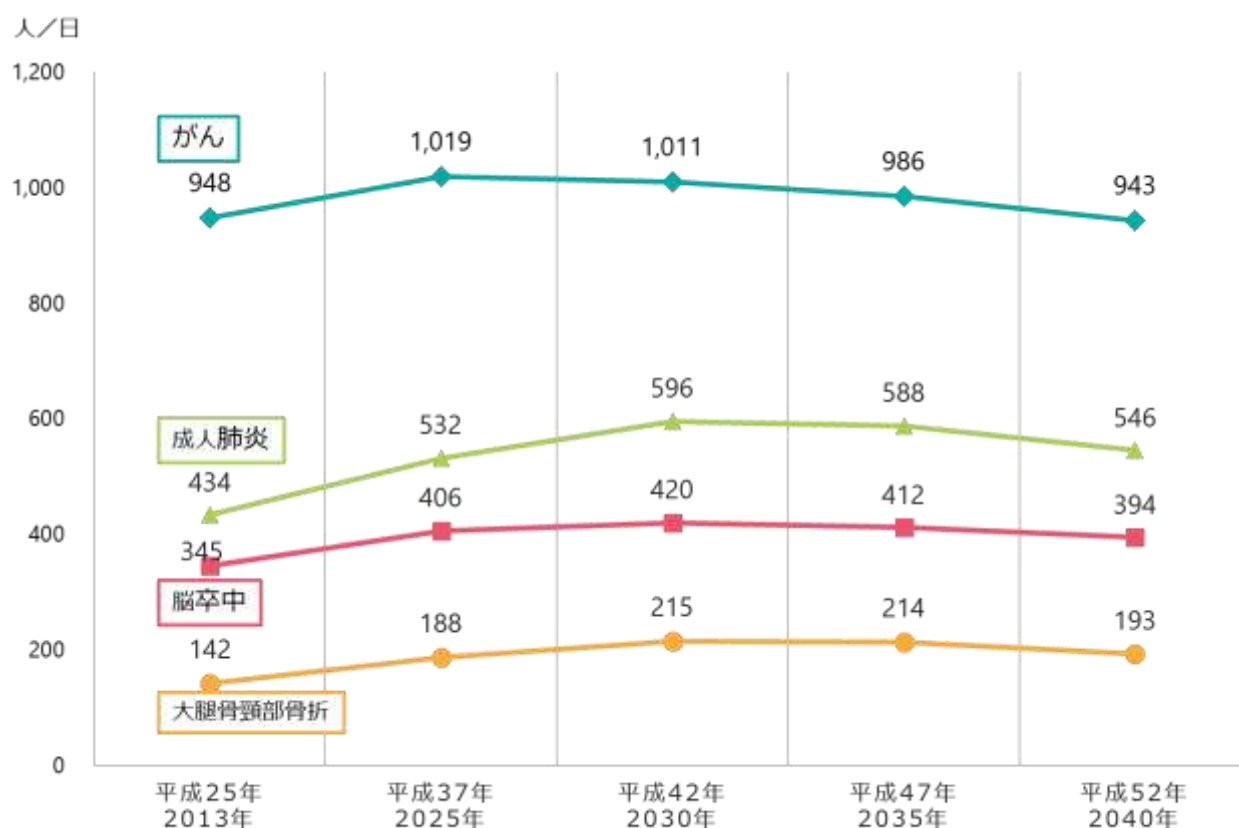
<図4 大腿骨骨折の完結率>



<図5 がんの完結率>



<図6 主な疾病別医療需要の推移>



※急性心筋梗塞は、構想区域単位の実数が少ないため、地域医療構想策定支援ツールでは表示されません。

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

(2) 圏域の流入・流出

- 圏域の流入・流出については、現状の患者の流入・流出を踏まえた医療機関所在地ベースによる平成25年度（2013年度）の医療需要に、平成37年度（2025年）の推計人口を投影した数値により確認することとします。
- 新川、富山、砺波圏域では、自圏域での完結率(患者が居住する同じ圏域内の医療機関に入院する割合)は9割以上、高岡圏域では9割近くの完結率となっています。
- 新潟県、岐阜県、石川県から県内の各地域への患者の一部流入がある一方、県内の各圏域から石川県への患者の一部流出があります。

<表4 平成37年(2025年)医療需要の推計に基づく圏域別の流入・流出>

区 分			医療機関所在地				
			県 内				県外
			新川	富山	高岡	砺波	石川中央
患者 住所 地	県内	新 川	2,452.8	204.3	*	*	11.4
		富 山	54.1	8,507.1	70.2	27.7	37.4
		高 岡	*	424.3	5,045.0	144.0	57.2
		砺 波	*	71.5	110.2	2,391.5	89.6
	県外	上 越	34.3	55.1	11.3	*	
		飛 騨	*	48.4	*	*	
		石川中央	*	12.9	*	*	

注)「*」は、10人/日未満の値のため非公表

注) 数値は平成37年(2025年)の推計値

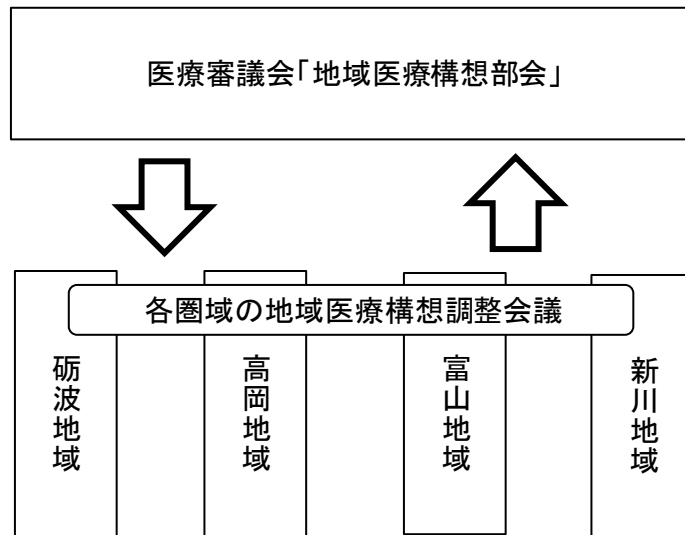
厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

第3章

地域医療構想策定の検討体制

1 検討体制

- 地域医療構想は、策定段階から地域の医療・介護関係者、保険者、医療を受ける住民等の意見を聴くこととされており、本県では、医療審議会の下に「地域医療構想部会」を設置するとともに、4つの圏域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、検討を行いました。



2 各会議の構成

<富山県医療審議会「地域医療構想部会」の構成>

医師会	歯科医師会	薬剤師会
看護協会	訪問看護ステーション 連絡協議会	公的病院長協議会
全日本病院協会（民間病院）	市長会	町村会
社会福祉協議会	介護老人保健施設協議会	医療を受ける立場の者
保険者協議会	4圏域の 地域医療推進対策協議会	

<各圏域の地域医療構想調整会議の構成>

医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会
公的病院	民間病院	社会福祉関係団体	介護施設
医療保険者	医療を受ける 立場の者	市町村	

第4章

構想区域

1 構想区域

- 地域医療構想では、一体の区域として地域における病床の機能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「構想区域」として設定します。(医療法第30条の4第2項第7号)
- 構想区域は、現行の二次医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに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設定することとされています。(医療法施行規則第30条の28の2)
- 国のガイドラインによると、医療機能のうち、高度急性期機能については、診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものでなく、また、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされています。

2 構想区域の設定

- 本県では、医療計画において二次医療圏を基本として、救急・災害・へき地・周産期等の医療提供体制の整備を進めており、また、二次医療圏域は高齢者福祉圏域及び障害保健福祉圏域と一致しており、保健、医療、福祉の連携が図りやすいことなどから、現行の二次医療圏を構想区域とします。
- ただし、緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞等の高度救急医療や、がんなど診療密度が特に高い高度専門医療については、二次医療圏にこだわらず、圏域を越えた連携を進めます。

二次医療圏	構成市町村
新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町
富山	富山市、滑川市、舟橋村、上市町、立山町
高岡	高岡市、氷見市、射水市
砺波	砺波市、小矢部市、南砺市



人口：富山県人口移動調査（平成 28 年 6 月 1 日現在）

(参 考)

<厚生労働省「医療計画作成指針（H24. 3 月）」で示された二次医療圏の見直し基準>

人口規模が 20 万人未満	流入患者割合が 20%未満	流出患者割合が 20%以上
以上の全てに当てはまる場合は、 「入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる」 として、二次医療圏の設定を見直すこと。		

人口規模が 20 万人未満	新川医療圏、砺波医療圏
流入患者割合が 20%未満	全医療圏
流出患者割合が 20%以上	該当なし

⇒現時点では、3つの基準に全て当てはまる医療圏は存在していません。

第5章

医療需要と必要病床数

1 医療需要及び必要病床数の推計方法

(1) 医療法に基づく厚生労働省令による推計

- 地域医療構想では、構想区域ごとに、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの平成 37 年（2025 年）の病床数の必要量を定めます。
（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号）
- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数の算定方法は、医療法に基づく厚生労働省令で定められており、厚生労働省が提供する「必要病床数等推計ツール」により推計しています。

(2) 医療需要の算定方法

- 平成 37 年（2025 年）の医療需要については、以下の算定方法（医療法施行規則第 30 条の 28 の 3）により、平成 37 年における性年齢階級別推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）を用い、平成 25 年度のレセプトデータなどに基づき、構想区域ごと、病床機能区分ごとに 1 日あたりの入院患者延べ数を算定します。

<2025 年の医療需要の推計方法>

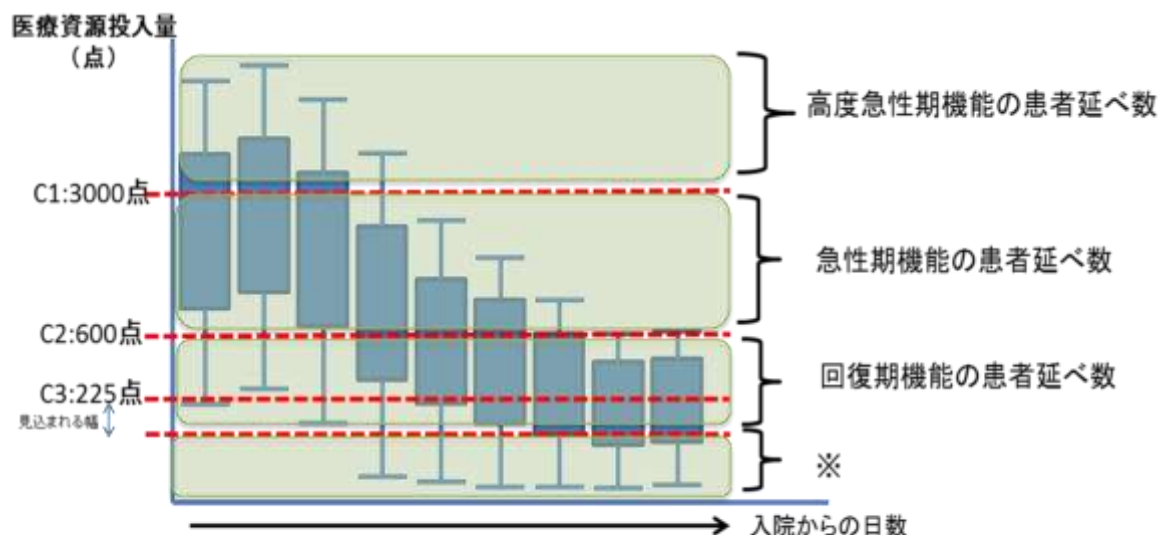
構想区域の平成 37 年（2025 年）の医療需要＝「当該構想区域の平成 25 年度（2013 年度）の性・年齢階級別の入院受療率（※）」×「当該構想区域の平成 37 年（2025 年）の性・年齢階級別推計人口」を総和したもの

※入院受療率：人口 10 万人あたりの 1 日入院患者数の比率

(3) 高度急性期、急性期、回復期の医療需要の推計方法

- 高度急性期、急性期、回復期については、入院患者一人に対する医療資源投入量（診療報酬の出来高点数で換算したもの）に応じ分類することとされています。

<表1 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の考え方>



※ 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。

<表2 地域医療構想における病床機能区分>

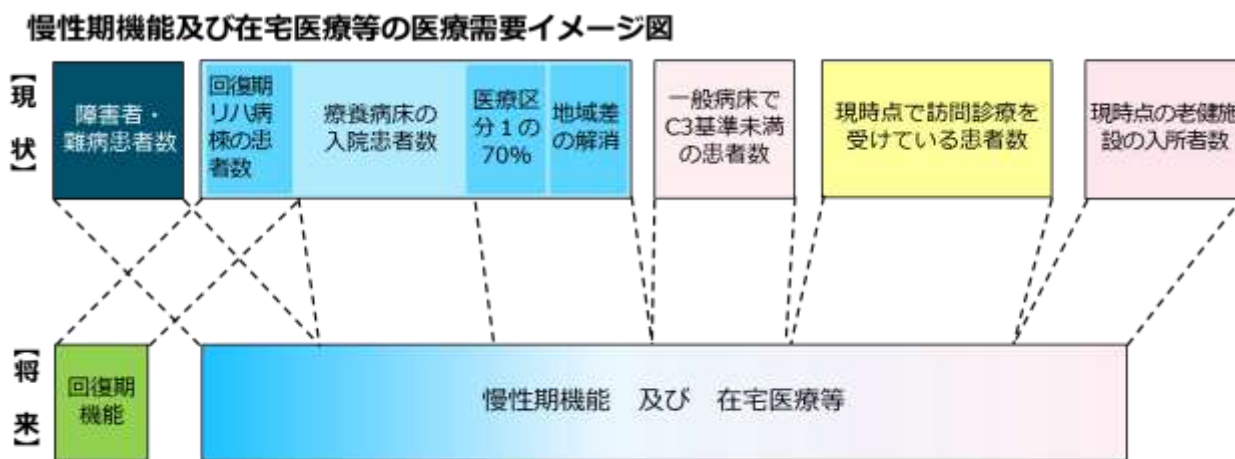
	医療資源投入量 (入院基本料、リハビリテーション料は含まれない)	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期		C2 600点
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

注) 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。

(4) 慢性期の医療需要の推計方法

- 療養病床の入院患者のうち、医療区分1（比較的医療必要度が低い入院患者）の70%について、介護施設等を含む在宅医療等に移行する前提で算定することとされています。

<図1>



※このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

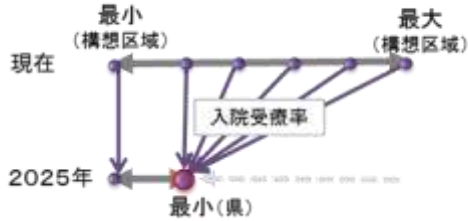
注) 「在宅医療等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。(国のガイドライン)

- 現在の療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、入院受療率の地域差を解消するための目標を定め、一定の割合を在宅医療等に移行する前提で算定することとされています。

＜図2 パターンA、B、Cの考え方＞

パターンA
 全ての構想区域が
 全国最小値(県単位)まで入院
 受療率を低下する。

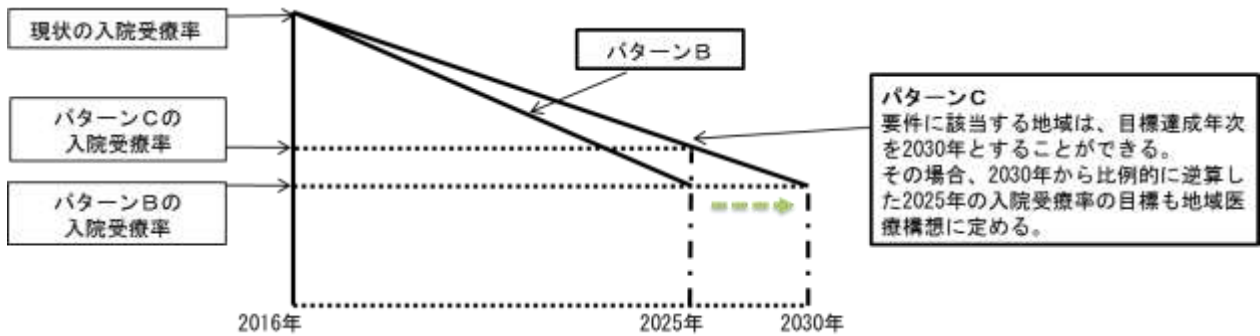
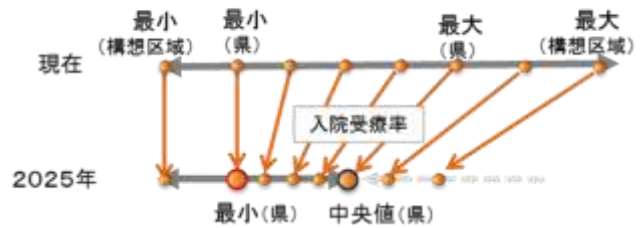
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



(5) 県間及び構想区域間の調整

- 構想区域ごとの医療需要の推計には、「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」があり、県間や県内の構想区域間で患者の流出入がある場合、この2通りの推計値の範囲内で調整することとされています。

<表3 流出入調整の考え方>

	医療機関所在地ベース (現在同様に流出入あり)	患者住所地ベース (流出入無し)
考え方	<ul style="list-style-type: none"> 患者の医療圏間流出入が現状のまま継続するものとして推計する考え方 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の医療圏間の流出入がなく、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する考え方
メリット	<ul style="list-style-type: none"> 現行の患者移動や医療提供体制などの地域の実情に即したものとなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の住所地に必要な医療を提供できる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 流入超過の場合、圏域内に住所地がある患者数以上の医療資源を提供する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 現行の患者移動や医療提供体制等の地域の実情が考慮されない。 圏域内で必要な医療を提供する体制を整備する必要がある。

(6) 必要病床数の算定方法

- 平成 37 年 (2025 年) の必要病床数については、前述 (1) ~ (5) により推計した平成 37 年 (2025 年) の医療需要を病床稼働率 (高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%) で割り戻して算定することとされています。

(7) 在宅医療等における必要量の推計方法

- 平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の医療需要は、次の 5 つの数で算定することとされています。

- ① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者数の 70%
- ② 療養病床の入院患者数のうち、入院受療率の地域差を解消する分
- ③ 一般病床の入院患者数 (回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く) のうち医療資源投入量が 175 点未満の患者数
- ④ 平成 25 年 (2013 年) に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成 37 年 (2025 年) における性・年齢階級別人口を乗じて総和する。
- ⑤ 平成 25 年 (2013 年) の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成 37 年 (2025 年) における性・年齢階級別人口を乗じて総和する。

2 推計の考え方

(1) 療養病床の入院受療率の地域差の解消目標

- 療養病床の入院受療率の地域差解消については、前述1(4)のとおり圏域ごとに「パターンA」から「パターンB」の範囲内で目標を定めることとされています。
- 本県においては、在宅医療の実施機関数や在宅医療に従事する医師数が増加してきているものの、
 - ① 訪問診療や往診の実施件数、在宅療養支援診療所のいずれも全国平均を下回っていること
 - ② 国のガイドラインにおいて、「限られた医療資源の中で住民が安心して地域医療を受けるためには、在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠である」とされていることを踏まえ、より緩やかに在宅医療等に移行する「パターンB」を用いて推計します。
- 新川圏域は、特例に該当することから、「パターンC」を用います。

<特例の要件>

- ① 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構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい。
かつ
- ② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均より大きい。

(2) 都道府県間の調整

- 必要病床数の推計にあたり、都道府県間で一定規模以上（一日あたり10人以上）の患者の流入・流出がある場合は、当該都道府県間で協議して流入・流出の見込みを調整することとされています。
- 本県は、次表のとおり、新潟県、岐阜県、石川県との間で、一定の規模以上の患者の流入・流出があります。
- 現在の患者の受療行動を踏まえて検討することが必要との考え方により、新潟県、岐阜県及び石川県と協議した結果、県間においては、現行の入院患者の流入・流出が継続するものと仮定し、医療需要を「医療機関所在地ベース」の考え方で推計することとしています。

<表1 平成37年（2025年）の医療需要の推計による県間流入・流出>

対象県	高度急性期		急性期		回復期		慢性期	
	人/日	医療圏	人/日	医療圏	人/日	医療圏	人/日	医療圏
新潟県	10人未満の流出入						14	新川
	10人未満の流出入						16	富山
岐阜県	10人未満の流出入		11	富山	13	富山	11	富山
	▲ 11	砺波	▲ 12	高岡	▲ 11	高岡	▲ 11	高岡
石川県	▲ 11		▲ 23	砺波	▲ 20	砺波	▲ 18	砺波

注) 10人/日未満の値は非公表 厚生労働省「富山県版 2025年度4機能別医療需要」

(3) 県内圏域間の調整

- 構想区域ごとの医療需要の推計については、前述1(5)のとおり「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」の2通りの推計値の範囲内で調整することとされています。
- 患者が自分の居住する圏域内の医療機関で入院する割合（完結率）については、次表のとおり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4医療機能ともに高く、また、各構想区域の完結率は、ほぼ90%以上となっています。
- 本県では、平成37年（2025年）の医療需要の推計による圏域間の流入・流出については、患者の選択により、地理的に隣接している圏域への受療があること、また、県内のアクセスが比較的恵まれており、将来、医療機関の大規模な整備等、医療提供体制の変更がない限り、今後も流入・流出が継続するものと見込まれることから、医療需要を「医療機関所在地ベース」の考え方で推計することとしています。

<表2 平成37年(2025年)の医療需要の推計による流入・流出>

高度急性期

(単位：人/日)

区 分		医療機関所在地			
		新 川	富 山	高 岡	砺 波
患者 住所 地	新 川	60	13	10 未満	10 未満
	富 山	10 未満	335	10 未満	10 未満
	高 岡	10 未満	31	157	10 未満
	砺 波	10 未満	10 未満	10 未満	51

急性期

区 分		医療機関所在地			
		新 川	富 山	高 岡	砺 波
患者 住所 地	新 川	276	33	10 未満	10 未満
	富 山	10 未満	1,140	10 未満	10 未満
	高 岡	10 未満	65	660	11
	砺 波	10 未満	13	25	230

回復期

区 分		医療機関所在地			
		新 川	富 山	高 岡	砺 波
患者 住所 地	新川	295	32	10 未満	10 未満
	富山	10 未満	1,074	12	10 未満
	高岡	10 未満	70	611	11
	砺波	10 未満	10	23	225

慢性期

区 分		医療機関所在地			
		新 川	富 山	高 岡	砺 波
患者 住所 地	新 川	262	29	0	10 未満
	富 山	20	1,062	22	21
	高 岡	10 未満	105	418	55
	砺 波	0	24	11	264

注) 流出入が10人/日未満は非公表

厚生労働省「富山県版2025年度4機能別医療需要」

<表3 平成37年（2025年）の圏域内の完結率及び他医療圏の流入・流出の割合>

区 分		医療機関所在地			
		新 川	富 山	高 岡	砺 波
患者 住 所 地	新 川	92.1%	6.7%	0.2%	0.1%
	富 山	0.5%	97.3%	0.7%	0.2%
	高 岡	0.0%	6.6%	89.5%	2.4%
	砺 波	0.0%	2.3%	3.8%	90.6%

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

3 平成 37 年（2025 年）における医療需要及び必要病床数の推計

- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数は、県全体で、高度急性期 930 床、急性期 3,254 床、回復期 2,725 床、慢性期 2,648 床の合計 9,557 床と推計されます。
- 必要病床数については、前述 1（1）のとおり医療法に基づく厚生労働省令による全国統一の算定式に従って、レセプトデータ等を活用し、病床機能区分ごとに定量的に区分したものです。
- 本県では、この必要病床数を機械的に当てはめるのではなく、医療関係者や介護関係者、住民の方などが医療需要の変化の状況を共有し、目指すべき医療提供体制の実現に向けて検討を行う基礎となるものとして捉えます。
- 個々の医療機関が、今後の医療需要等を踏まえ、地域においてどのような機能を担っていくのかなど、平成 37 年（2025 年）を見据えた方針を自主的に検討し、不足する医療機能への転換等に取り組むことが基本となります。

<表 1 平成 37 年（2025 年）における医療機能ごとの病床数の必要量>

区 分	医療機能	平成 25 年（2013 年）		平成 37 年（2025 年）	
		医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）	医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）
県全体	高度急性期	668	890	696	930
	急性期	2,298	2,945	2,538	3,254
	回復期	2,174	2,416	2,452	2,725
	慢性期	3,670	3,989	2,436	2,648
	合 計	8,810	10,240	8,122	9,557

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

<表2 各圏域における医療機能ごとの病床数の必要量>

圏域	医療機能	平成25年(2013年)		平成37年(2025年)	
		医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)
新川	高度急性期	63	84	64	86
	急性期	272	349	293	375
	回復期	277	308	311	346
	慢性期	513	558	370	403
	計	1,125	1,299	1,038	1,210
富山	高度急性期	386	514	402	536
	急性期	1,146	1,469	1,285	1,648
	回復期	1,063	1,181	1,224	1,360
	慢性期	1,923	2,090	1,264	1,374
	計	4,518	5,254	4,175	4,918
高岡	高度急性期	165	220	174	233
	急性期	651	834	714	915
	回復期	611	679	675	750
	慢性期	662	719	454	493
	計	2,089	2,452	2,017	2,391
砺波	高度急性期	54	72	56	75
	急性期	229	293	246	316
	回復期	223	248	242	269
	慢性期	572	622	348	378
	計	1,078	1,235	892	1,038

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

4 居宅等における医療の必要量の推計

- 平成37年(2025年)における居宅等における医療の必要量(在宅医療等の医療需要)は、県全体で、15,713人/日と推計されます。
- 平成37年(2025年)までに追加的に在宅医療等に対応する患者数は、国で検討されている新たな施設類型の入所者を含め、県全体で約4,700人と推計されます。
- 今後の高齢化による医療需要の増大に対応するため、慢性期医療については、地域の実情を十分に踏まえ、入院医療と介護施設などを含む在宅医療等を合わせて確保することが不可欠であることから、在宅医療等と一体的に検討し、推進する必要があります。

<表 平成 37 年（2025 年）における居宅等における医療の必要量>

圏 域	医 療 機 能	平成 25 年 (2013 年) 医療需要 (人/日)	平成 37 年 (2025 年) 医療需要 (人/日)
新 川	在宅医療等	1,429	1,938
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	538	641
富 山	在宅医療等	4,874	7,438
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,917	2,496
高 岡	在宅医療等	3,210	4,318
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,414	1,762
砺 波	在宅医療等	1,508	2,019
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	560	642
県全体	在宅医療等	11,021	15,713
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	4,429	5,541

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

注) 地域差解消分にあたる患者数は、平成 25 (2013) 年には含まれず、平成 37 (2025) 年には含まれている。

5 病床機能報告と必要病床数の比較

(1) 病床機能報告制度

- 平成 26 年度（2014 年度）から開始された「病床機能報告制度」は、一般病床及び療養病床を有する病院・診療所が、当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向について、病棟単位で、次表の 4 つの医療機能から 1 つを選択し、その他の報告事項と併せて、毎年度、都道府県に報告するものです。（医療法第 30 条の 13）
- 各圏域の地域医療構想調整会議では、病床機能報告制度による各医療機関からの報告内容と地域医療構想で推計された必要病床数とを比較し、地域医療構想の実現に向けた協議を行います。
- 現行の「病床機能報告制度」については、各医療機能の内容が定性的な内容であることから、厚生労働省において、より実態に即した報告制度するため、定量的な基準の検討がなされています。

<表 1 病床機能報告における医療機能の定義>

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
急性期	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	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	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

(2) 病床機能報告の状況

- 平成 27 年度病床機能報告の集計結果では、県全体で高度急性期 1,753 床、急性期 5,428 床、回復期 995 床、慢性期 5,526 床、無回答 356 床、合計 14,058 床となっています。

- 6年後の医療機能別の予定の病床数は、高度急性期が微増、急性期が減少、回復期が増加、慢性期がほぼ同じとなっています。

<表2 平成27年（2015年）7月1日時点の医療機能別の病床数>

(単位：床)

圏域	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
新川	1,900	0	910	131	810	49
富山	6,967	1,437	2,136	444	2,928	22
高岡	3,278	300	1,662	288	865	163
砺波	1,913	16	720	132	923	122
県全体	14,058	1,753	5,428	995	5,526	356

<表3 6年が経過した日における医療機能別の予定の病床数の表>

(単位：床)

圏域	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
新川	1,900	37	763	181	870	49
富山	6,967	1,482	1,958	558	2,880	89
高岡	3,278	300	1,691	364	865	58
砺波	1,913	16	637	287	894	79
県全体	14,058	1,835	5,049	1,390	5,509	275

平成27年度病床機能報告、厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

(3) 病床機能報告と必要病床数の比較

- 病床機能報告と必要病床数の比較については、構想区域において不足する病床機能や過剰となる病床機能の方向性を明らかにし、医療機関の自主的な病床機能の転換を図り、平成37年（2025年）に向けて、将来の医療需要に応じた目指すべき医療提供体制の構築に取り組むうえでの参考とするものです。
- 平成37年（2025年）の必要病床数は、平成26年度及び平成27年度の病床機能報告による病床数と比較し、高度急性期、急性期、慢性期機能が少なく、回復期機能が多くなっています。

<表4 病床機能報告と必要病床数の比較>

(単位：床)

病床機能 区 分	病床機能報告		平成 37 年 (2025 年) 必要病床数 (C)	差引 (C - A)
	平成 26 年 (2014 年) (A)	平成 27 年 (2015 年) (B)		
高度急性期	1,520	1,753	930	▲590
急性期	6,121	5,428	3,254	▲2,867
回復期	769	995	2,725	+1,956
慢性期	5,565	5,526	2,648	▲2,917
無回答	280	356	—	—
合 計	14,255	14,058	9,557	▲4,698

平成 26、27 年度病床機能報告

(4) 病床機能報告と必要病床数による病床数を比較する際の留意点

- 地域医療構想の必要病床数と病床機能報告による病床数を比較する際には、次の点に留意する必要があります。
 - ① 前述(1)のとおり、現行の病床機能報告制度においては、病床の医療機能を区分する定量的な基準がなく、病床の医療機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づく報告であること
 - ② 病棟単位での報告となっており、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合は、主に担っている機能1つを選択していること
 - ③ 病床機能報告は、医療機関が自ら病床機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)を選択して報告した結果であるのに対し、地域医療構想において必要病床数を定めている病床機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)は、医療法に基づく厚生労働省令により、診療報酬の出来高点数等をもとに区分されており、病床機能の捉え方が異なっていること
 - ④ 地域医療構想の必要病床数は、平成37年(2025年)に向けて病床の機能分化・連携を図るとともに、在宅医療等への移行を前提とした推計となっていること

6 富山県独自実態調査の実施

(1) 調査目的

- 地域医療構想の策定にあたり、地域の実情や各医療機関での状況をしっかりと把握をするため、各医療機関における入院患者の病態や病床の利用状況、在宅医療の実施状況などについて、本県独自で実態調査を実施しました。
- その調査結果については、地域医療構想部会や圏域ごとの地域医療構想調整会議等での検討資料として、また、各医療機関が、自機関の実態や地域の医療ニーズをしっかりと踏まえて、地域においてどのような機能を担っていくのかなど、今後の方針や取組みを自主的に検討するための基礎データとして活用していただくものです。

(2) 実施時期

平成 27 年 10 月～12 月

(3) 実施方法

調査対象	調査項目
一般病床及び療養病床を有する医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・平成27年3・4月の診療データ (DPCデータ、もしくは、電子レセプトデータ)
	<ul style="list-style-type: none"> ・平均在院日数 ・病床稼働率（各月別） ・休床数 ・看護職員配置病床数
全ての医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想の推進のため県や国に期待する支援策 <ul style="list-style-type: none"> ▶病床の機能分化・連携 ▶在宅医療等の充実 ▶医療従事者の確保・養成 ▶その他 ・療養病床の病床数及び入院患者数 ・療養病床における医療区分・ADL区分別患者数 ・介護療養病床における要介護度別利用者数 ・療養病床の建物の構造・築年数等 ・療養病床の併設施設等の状況
	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療等の実施状況 ・今後の在宅医療・訪問看護への対応策

(4) 回収率

項目	区分	病院		有床診療所	計
		一般病床	療養病床		
実態調査票	医療機関	43/45	40/43	33/52	116/140
	(回収率)	(95.6%)	(93.0%)	(63.5%)	(82.9%)
	病床数	8,332/8,456	4,717/5,087	472/712	13,521/14,255
	(回収率)	(98.5%)	(92.7%)	(66.3%)	(94.9%)
診療データ	医療機関	38/45	24/43	10/52	72/140
	(回収率)	(84.4%)	(55.8%)	(19.2%)	(51.4%)
	病床数	7,857/8,456	3,129/5,087	167/712	11,153/14,255
	(回収率)	(92.9%)	(61.5%)	(23.5%)	(78.2%)

項目	区分	病院	診療所	計
在宅医療等の実施状況	医療機関	93/107	584/613	677/720
	(回収率)	(86.9%)	(95.3%)	(94.0%)

(5) 病床稼働率

区分	県全体	うち公的病院
一般病床	75.7%	71.4%
療養病床	95.0%	79.3%

(6) 一般病床の状況

- 近年、公的病院を中心として平均在院日数が減少している影響で、病床稼働率も低下しているため、一年間稼働していない病床など利用される可能性が低い病床が1,154床存在しています。

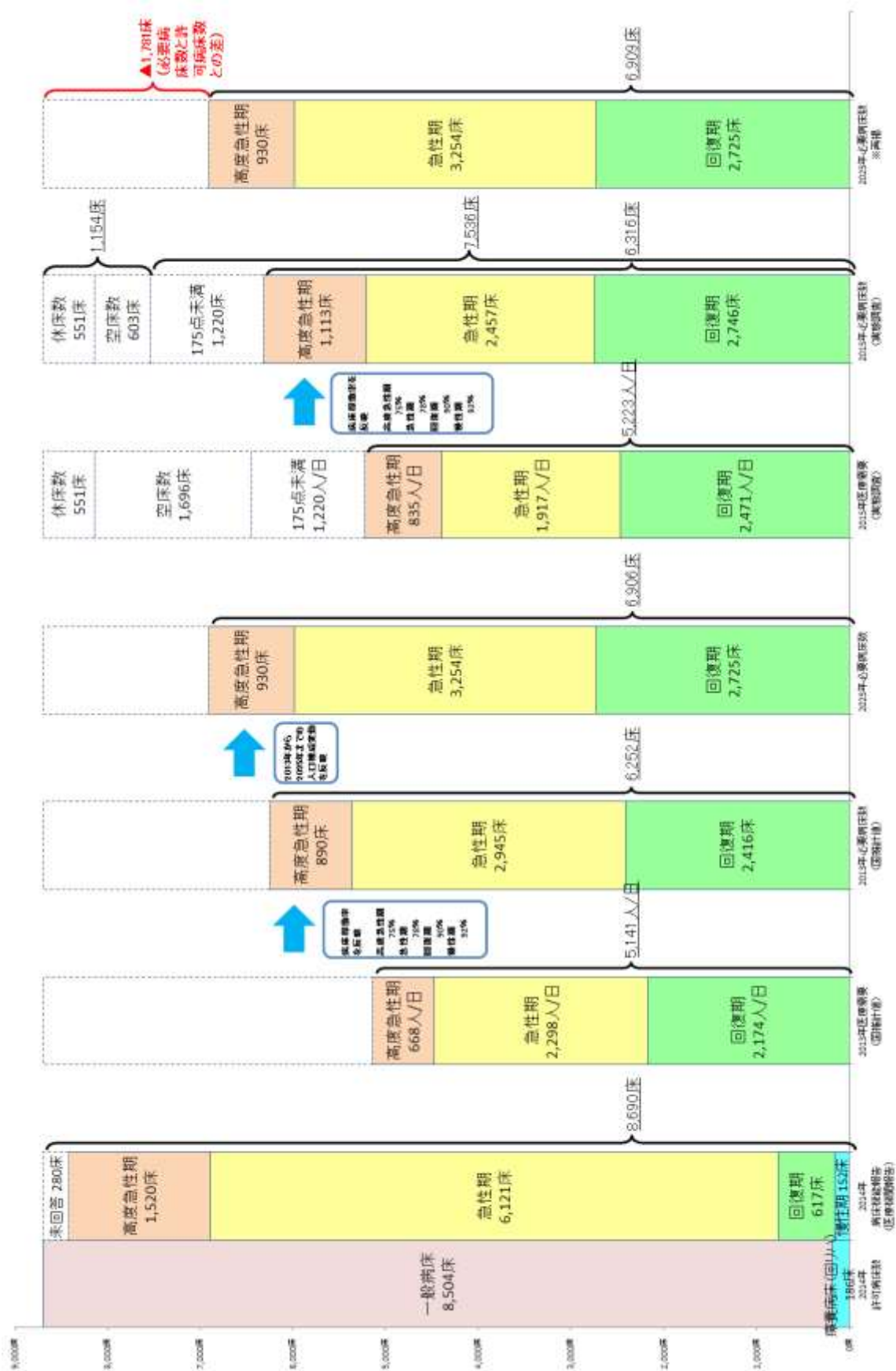
(7) 療養病床の状況

- 人口あたりの病床数は全国で9番目に多い状況であり、かつ、病床稼働率が高く、全国と比較して多くの方々が入院している状況です。

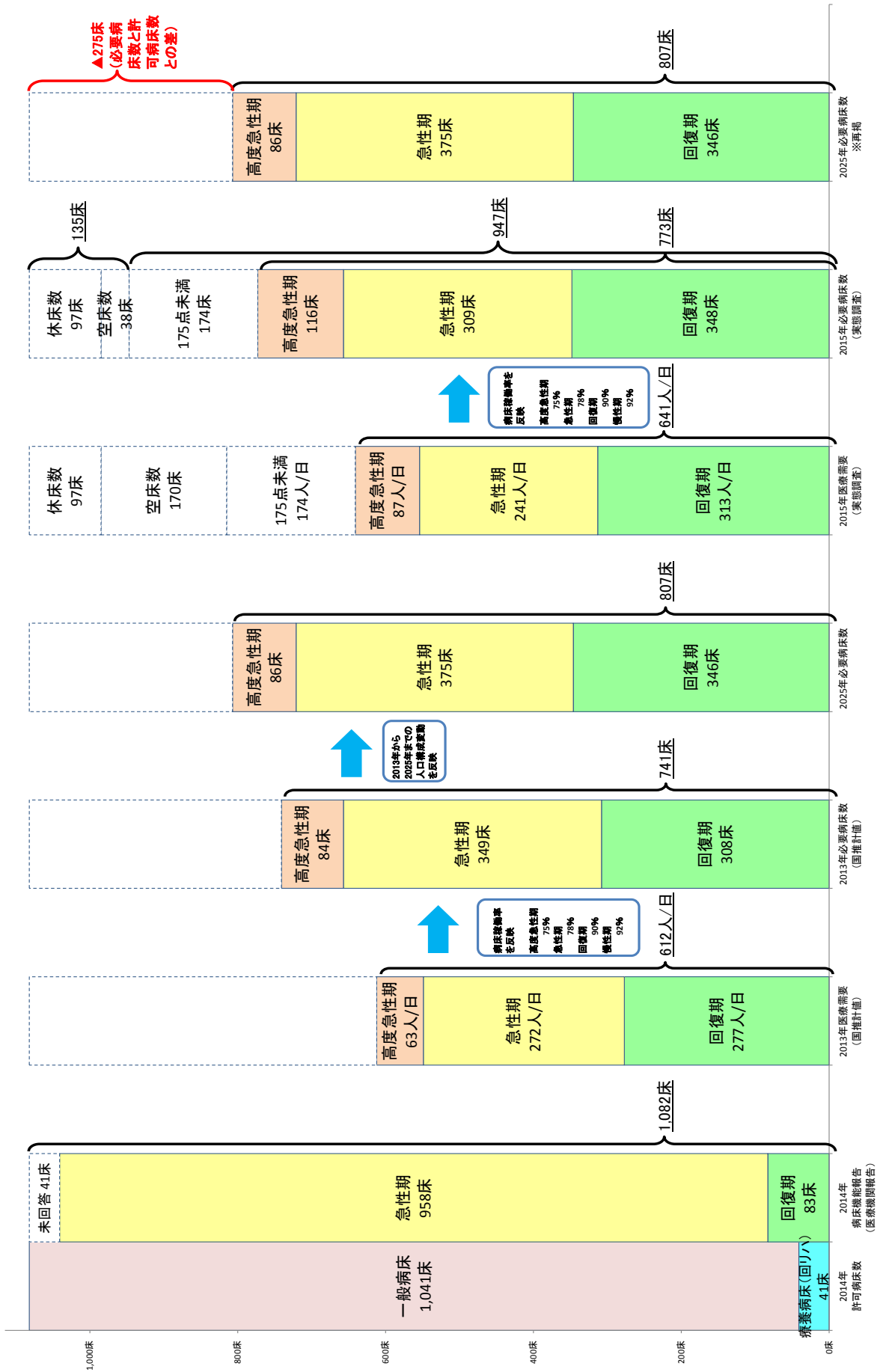
(8) 在宅医療の状況

- 平成24年における同様の調査結果に比べて、過去3年間で在宅医療患者数は、3,725人から4,810人と1,085人増加(362人増/年)する中、従事医師数が288人から456人と168人増加(56人増/年)するなど、在宅医療の体制整備が進められています。

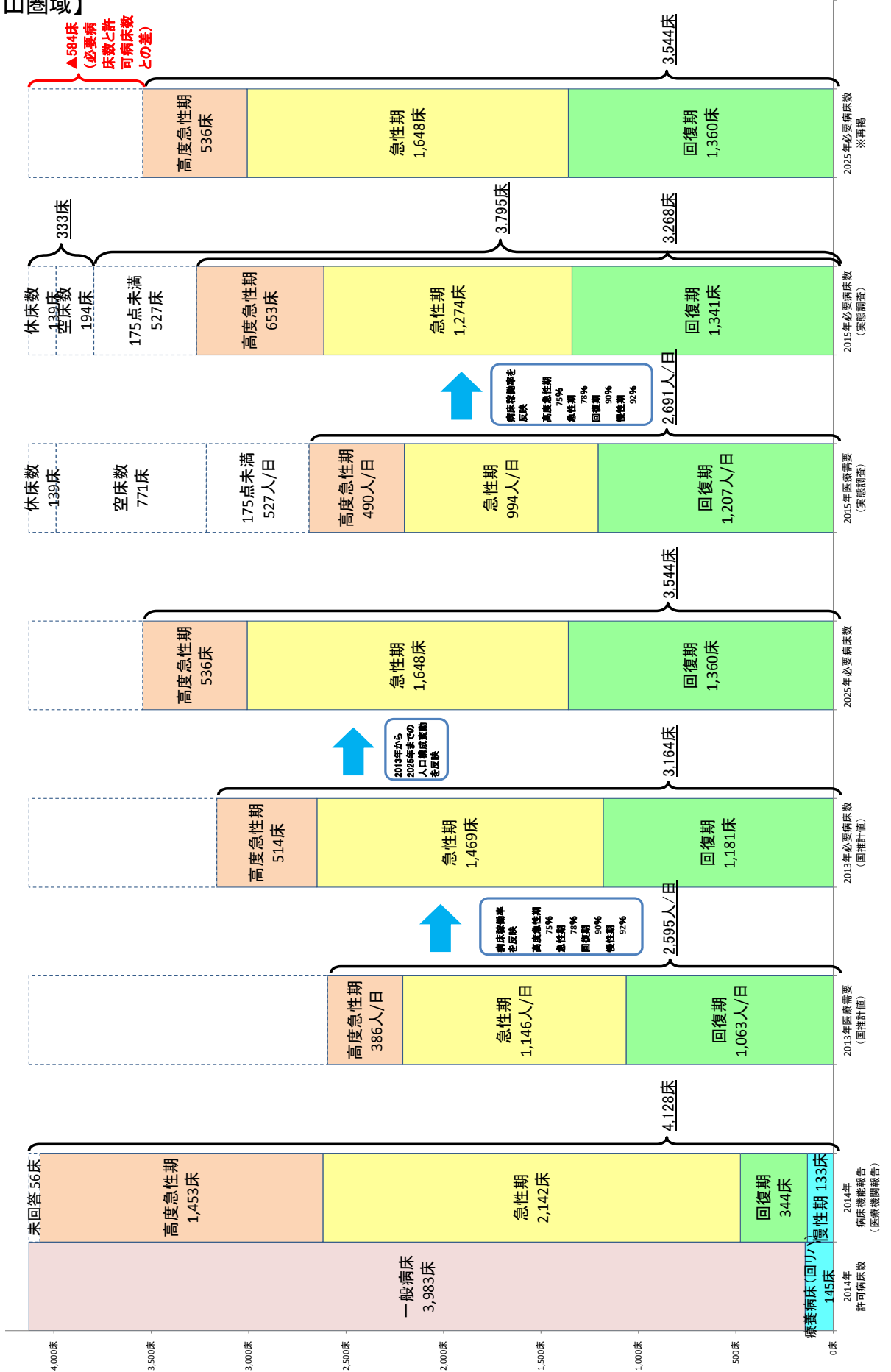
<高度急性期、急性期、回復期における富山県独自実態調査と必要病床数との比較>
【県全体】



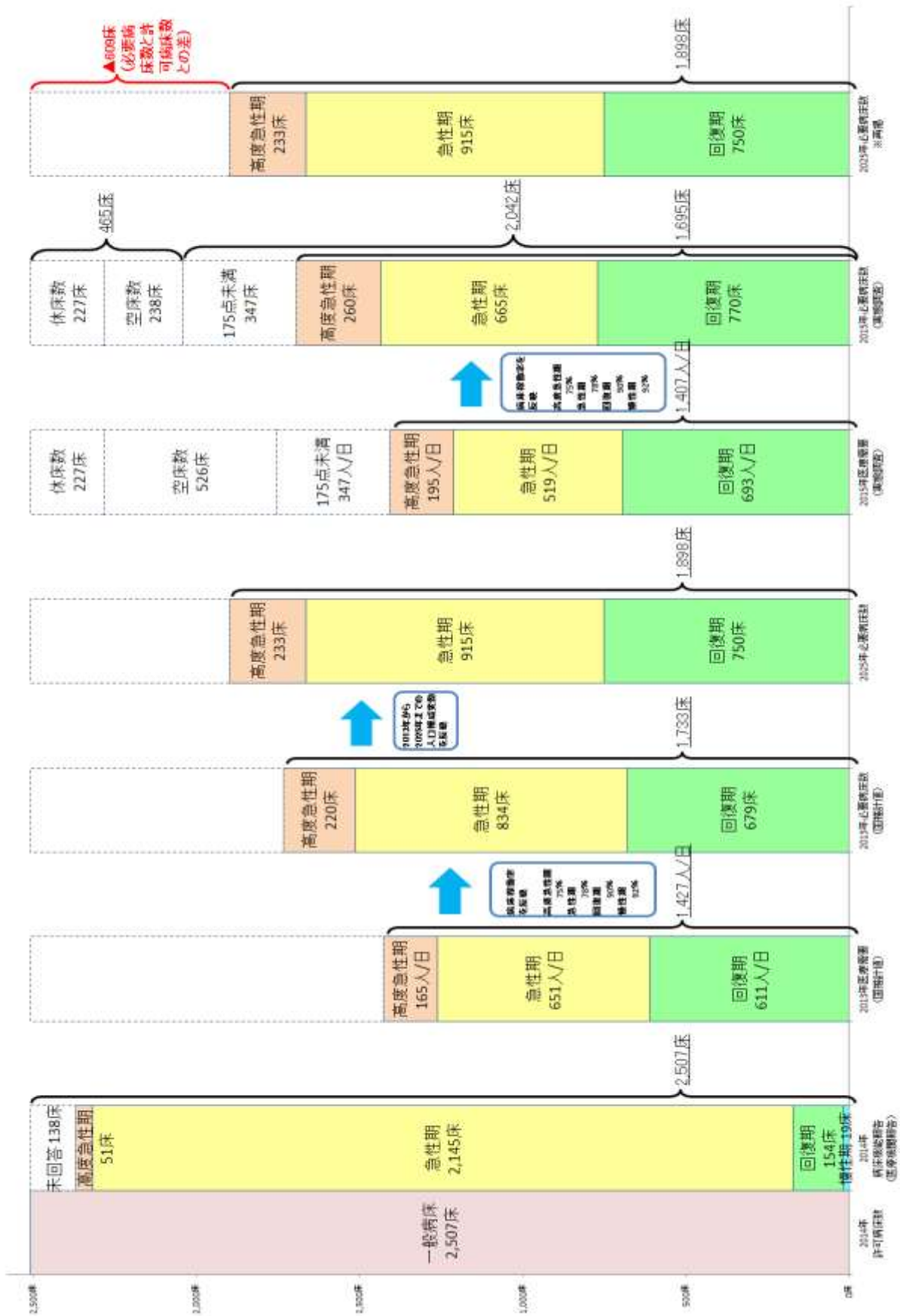
【新川圏域】



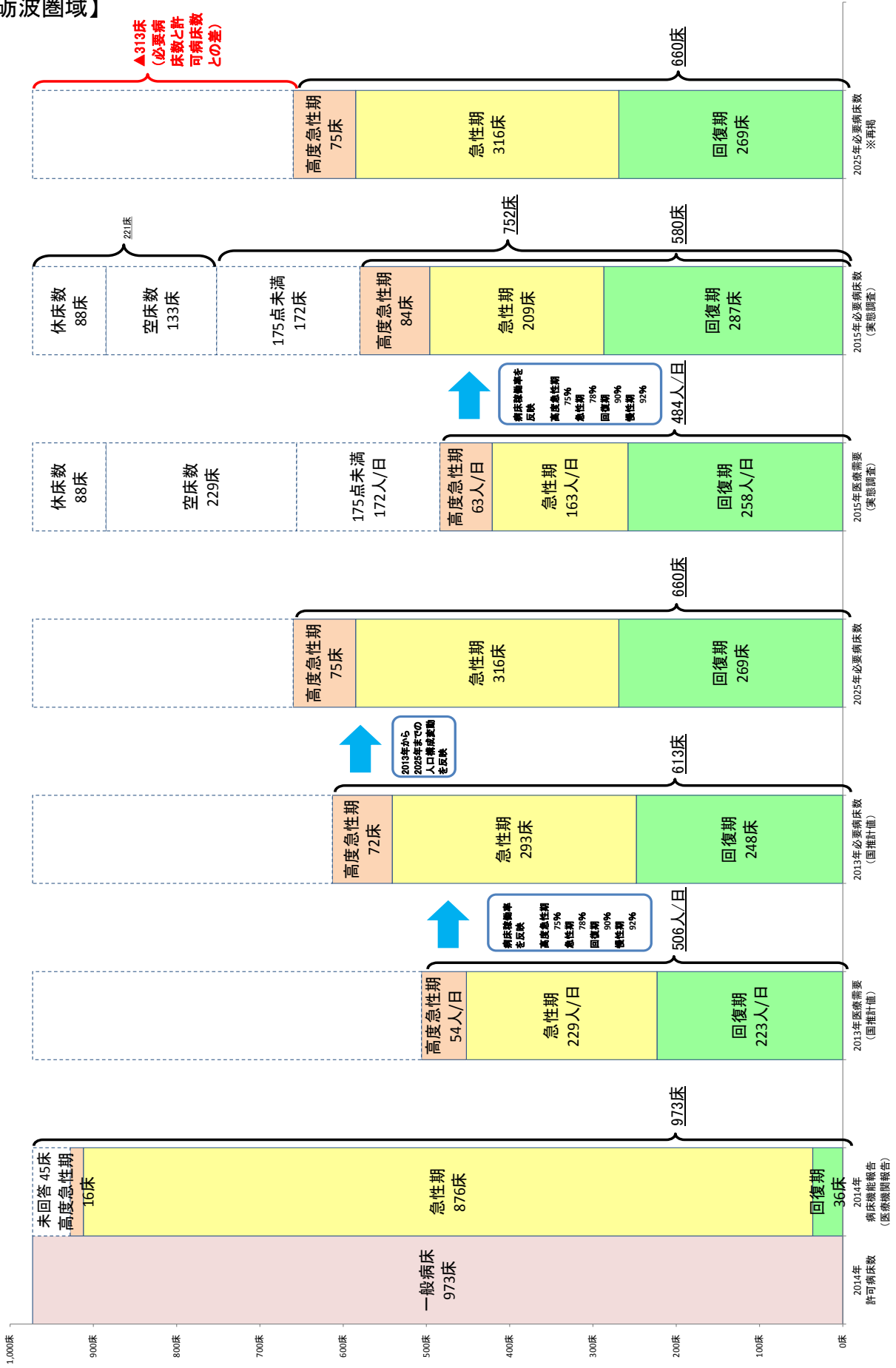
【町山圏域】



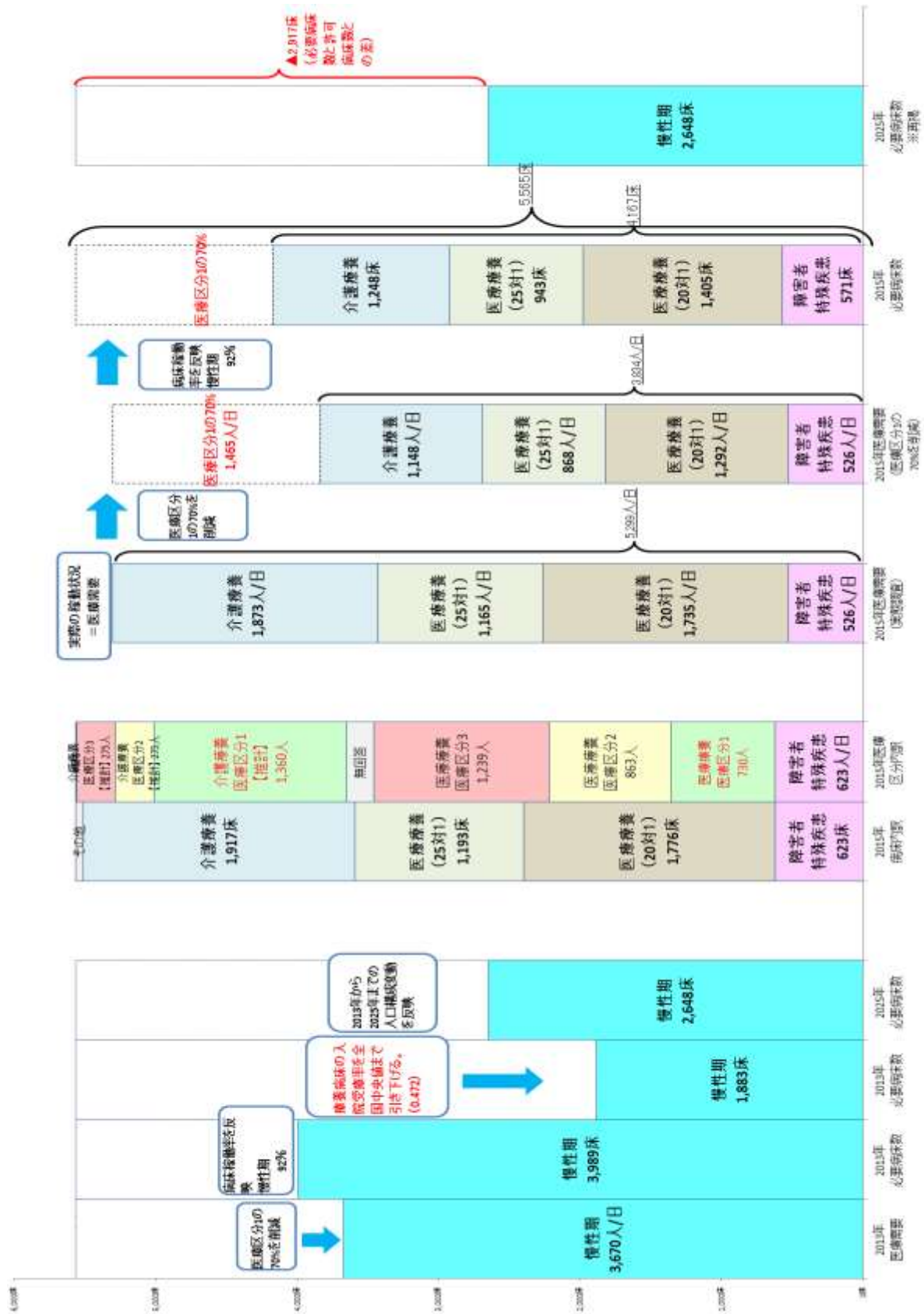
【高岡圏域】



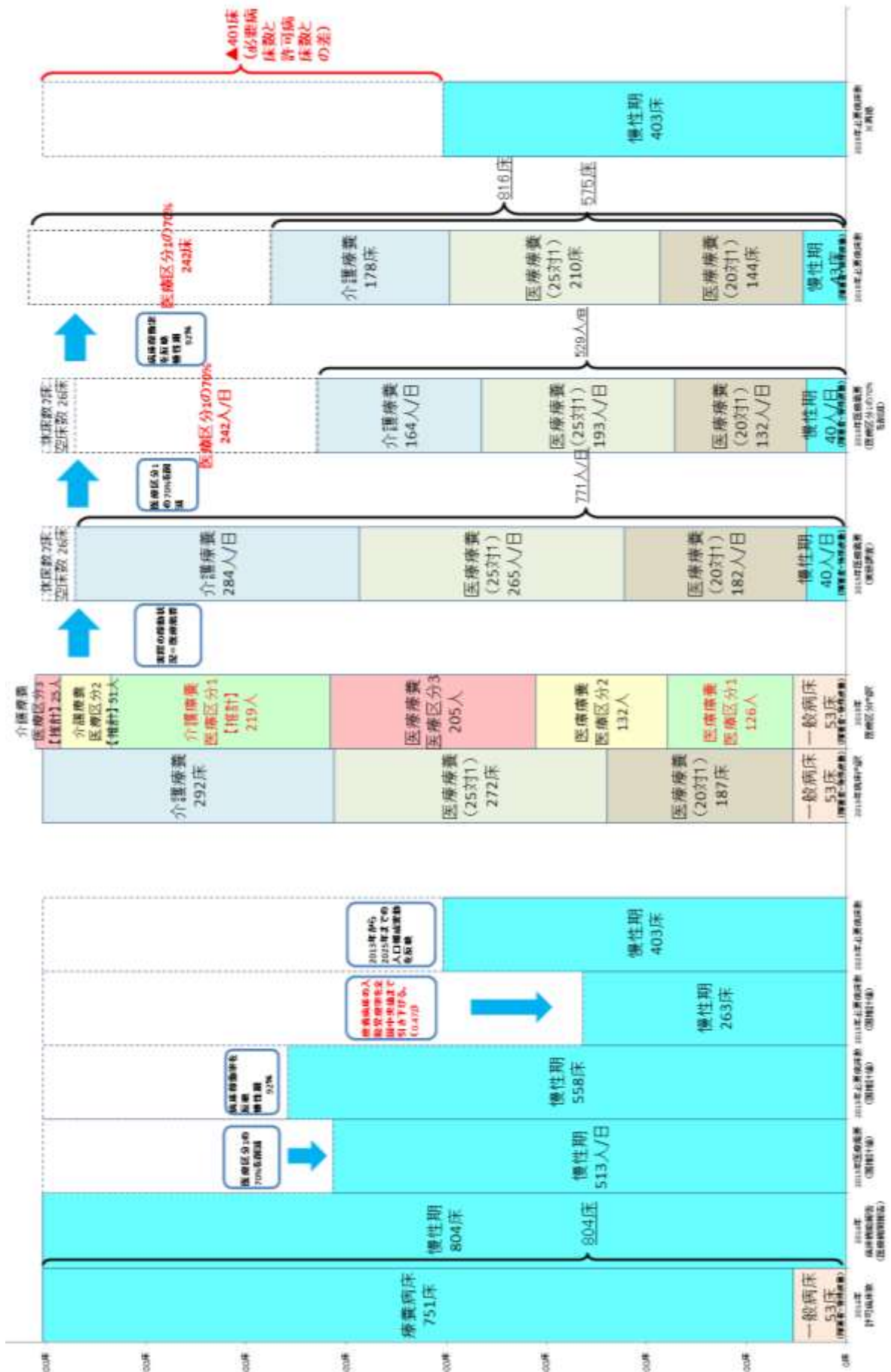
【砺波圏域】



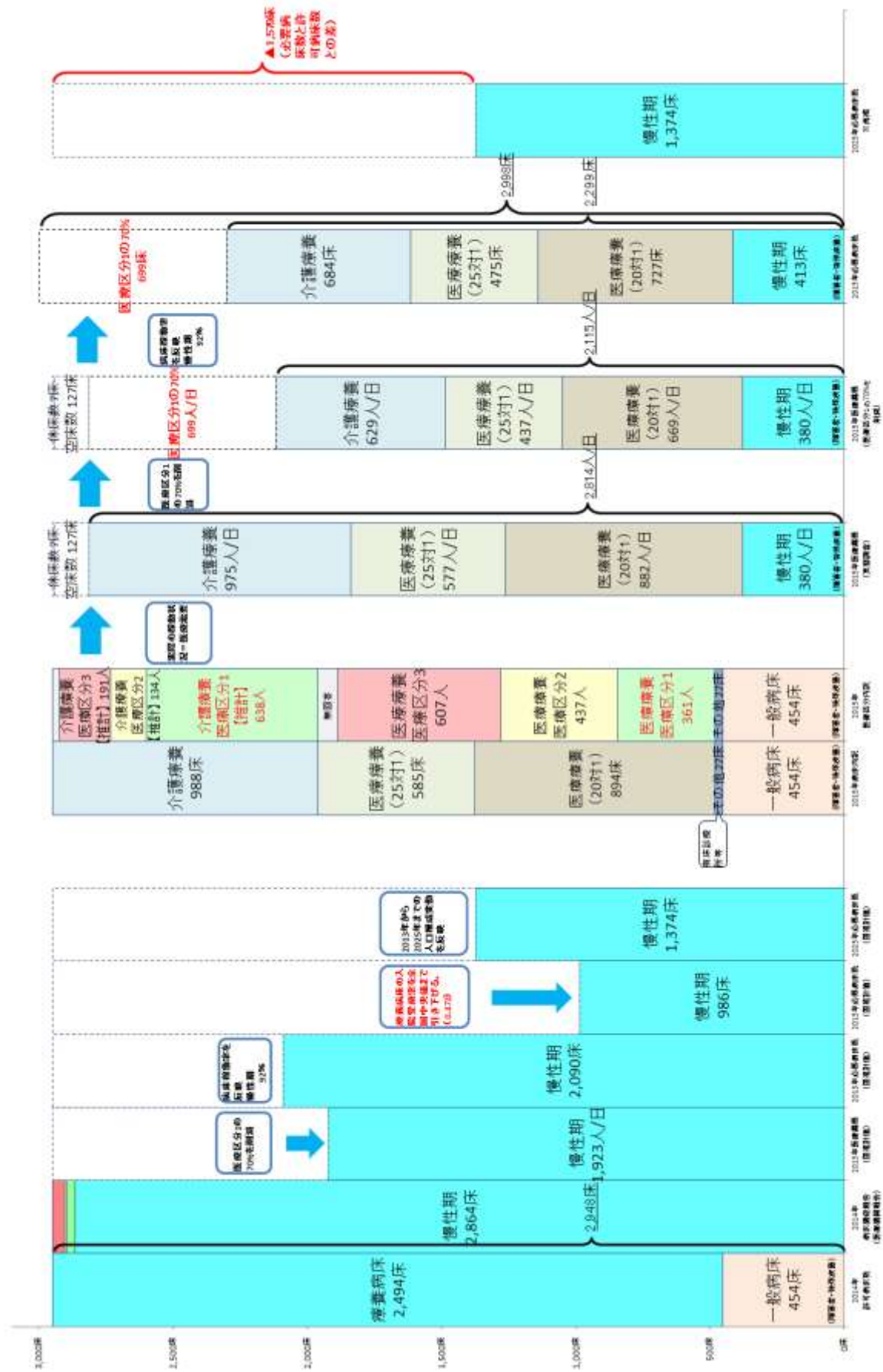
<慢性期機能における富山県独自実態調査と必要病床数との比較> 【県全体】



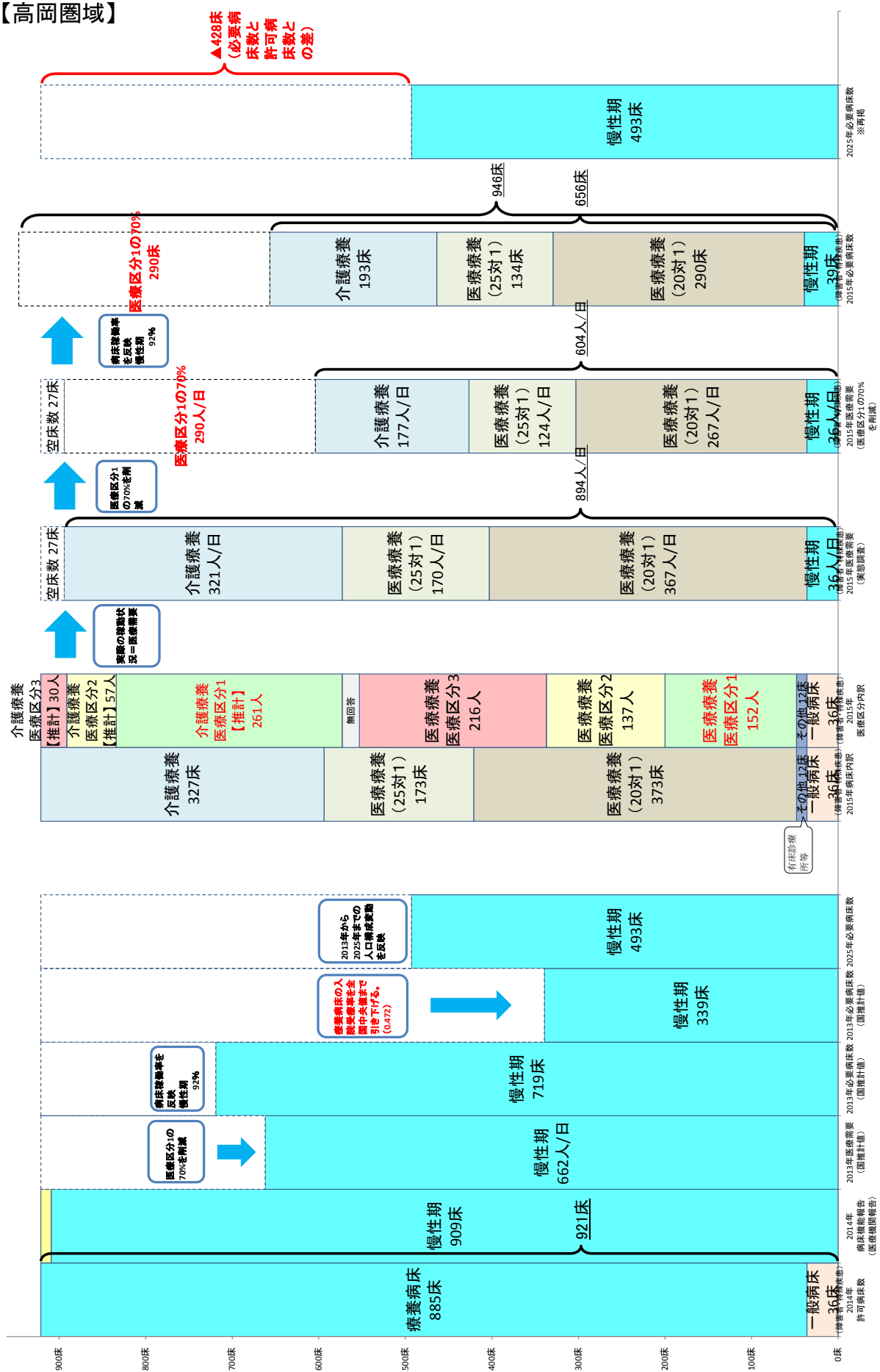
【新川圏域】



【富山圏域】

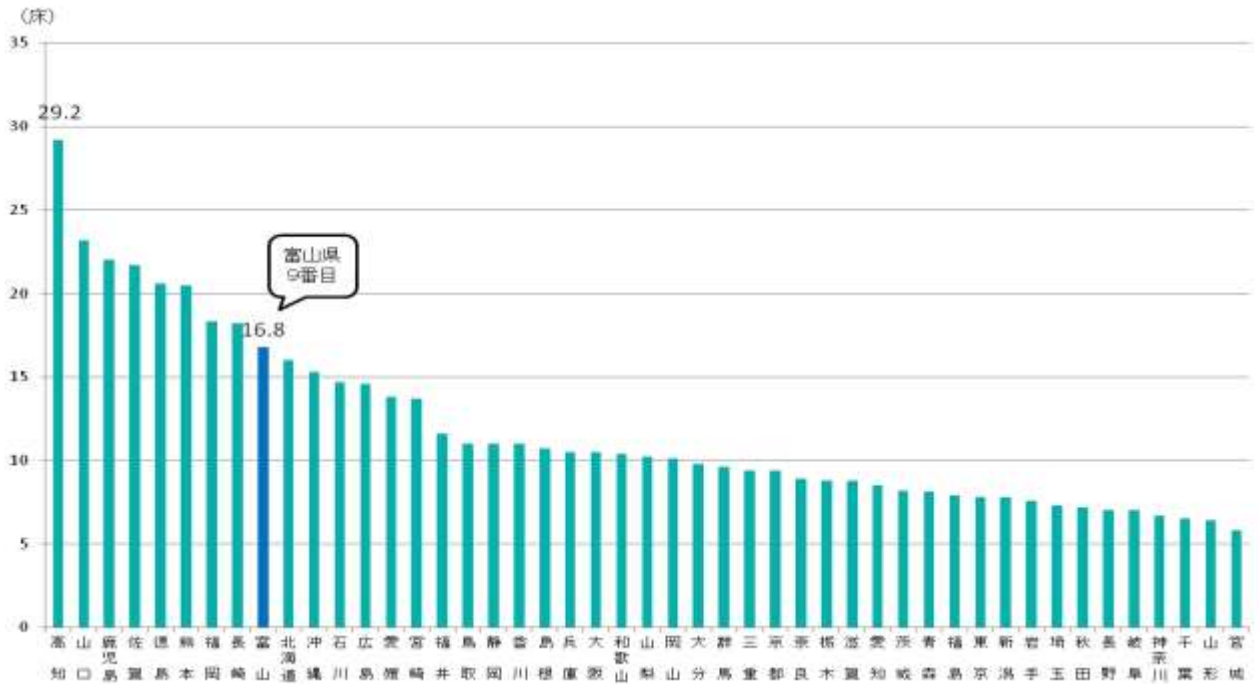


【町域圏域】



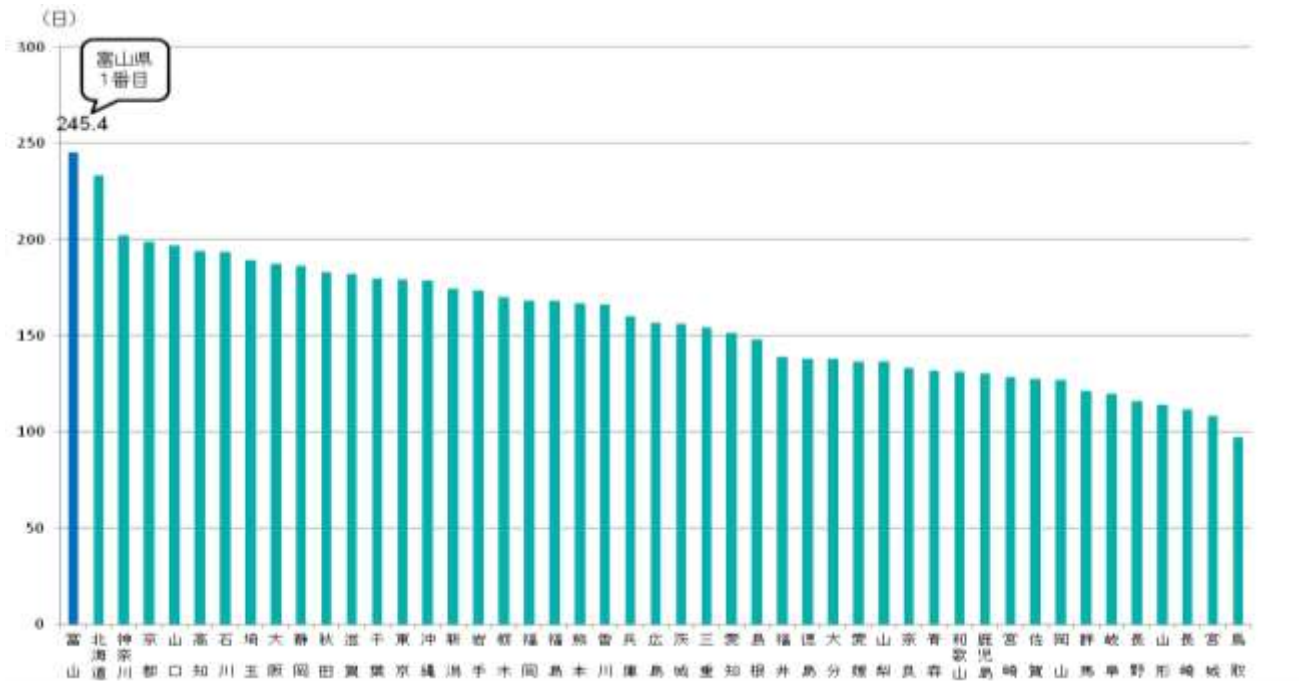
(参考資料)

① 療養病床数 (医療+介護 65歳以上人口千人あたり)



厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」(H27年3月)

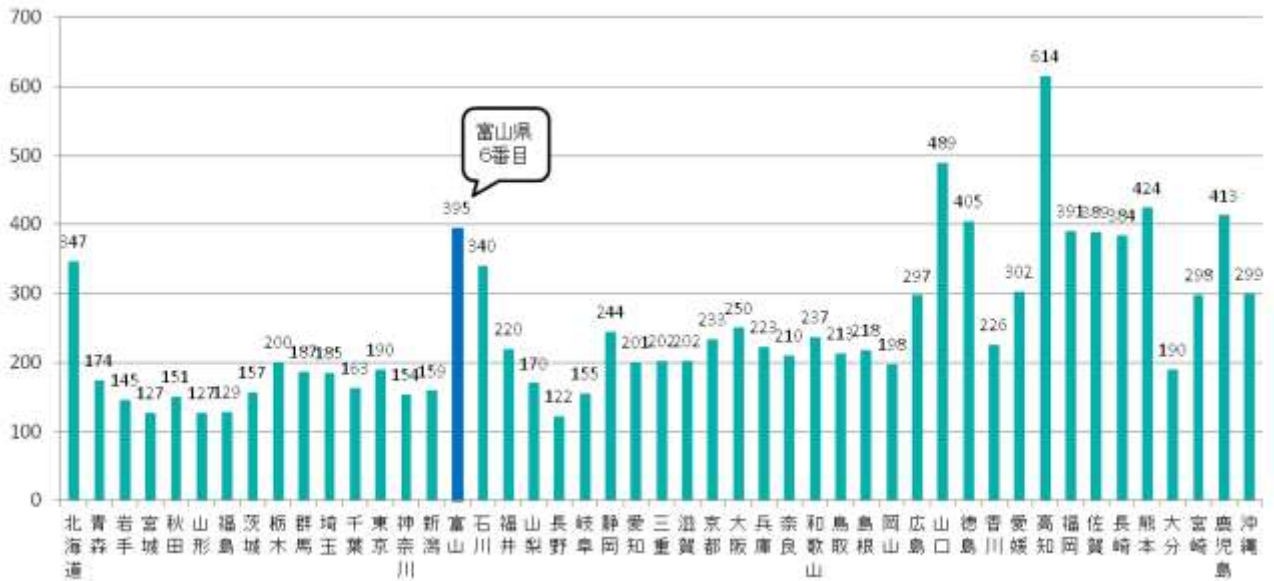
② 療養病床平均在院日数



厚生労働省「病院報告」(平成26年度)

③療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（平成 23 年）

＜人口 10 万人あたりの入院患者数＞



地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料（平成 27 年 1 月）

注）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

福島県は、東日本大震災により平成 23 年患者調査実施しなかったため、平成 24 年調査の結果を用いる。宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

④療養病床の入院受療率（医療区分 1 の 70%相当の患者等を除く）



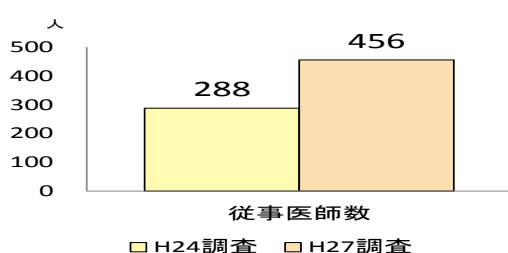
医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 1 次報告

注）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 万人あたりの入院患者数、患者住所地ベース）

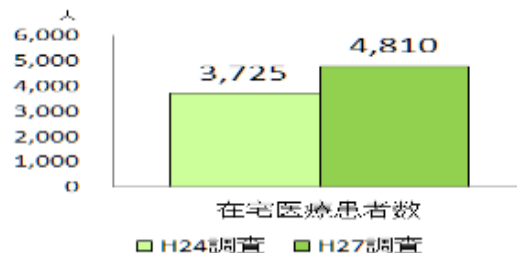
⑤在宅医療の実施状況

圏域	区分	在宅医療実施施設数			従事医師数	在宅医療を受けている患者数		
		施設数	うち訪問診療	うち往診		患者数	うち訪問診療	うち往診
新川	病院	9	9	5	13	88	78	12
	診療所	31	24	28	36	530	485	84
富山	病院	11	10	8	33	220	210	25
	診療所	142	106	119	153	1,854	1,663	279
高岡	病院	9	9	8	43	407	355	59
	診療所	100	73	90	105	1,134	1,007	218
砺波	病院	9	6	7	21	62	68	6
	診療所	43	28	42	52	515	453	108
県全体	病院	38 (33)	34 (28)	28 (17)	110 (62)	777 (501)	711 (450)	102 (39)
	診療所	316 (266)	231 (195)	279 (208)	346 (226)	4,033 (3,224)	3,608 (2,456)	689 (673)
	合計	354 (299)	265 (223)	307 (225)	456 (288)	4,810 (3,725)	4,319 (2,906)	791 (712)

注) カッコ内は、前回(平成24年度)の調査結果 富山県独自実態調査(平成27年)



従事医師数 168人増(58.3%増)



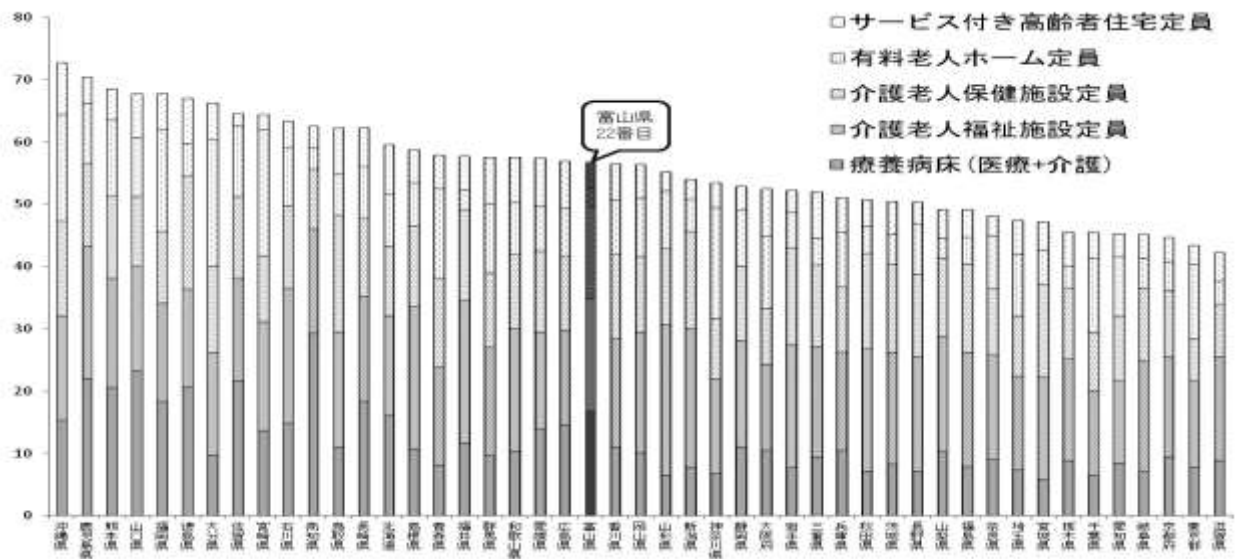
在宅医療患者数 1,085人増(29.1%増)

⑥介護保険施設等の整備目標と将来利用者数

区分	2015年4月(床数)(A)	2017年(平成29年度)整備目標(床数)					2025年(平成37年度)月平均利用者数(B)					差引(B-A)
		新川圏域	富山圏域	高岡圏域	砺波圏域	県全体	新川圏域	富山圏域	高岡圏域	砺波圏域	県全体	
特別養護老人ホーム(地域密着型含む)	5,812	830	2,600	2,248	825	6,503	901	2,680	2,393	953	6,927	1,115
介護老人保健施設	4,482	559	2,133	1,239	600	4,531	615	2,261	1,329	600	4,805	323
介護療養型医療施設(介護療養病床)	1,952	298	988	356	310	1,952	299	956	482	254	1,991	39
特定施設(介護保険の指定を受けた有料老人ホーム等)	80	0	116	53	0	169	12	276	117	10	415	335
計	12,326	1,687	5,837	3,896	1,735	13,155	1,827	6,173	4,321	1,817	14,138	1,812

富山県「第6期富山県介護保険事業支援計画」

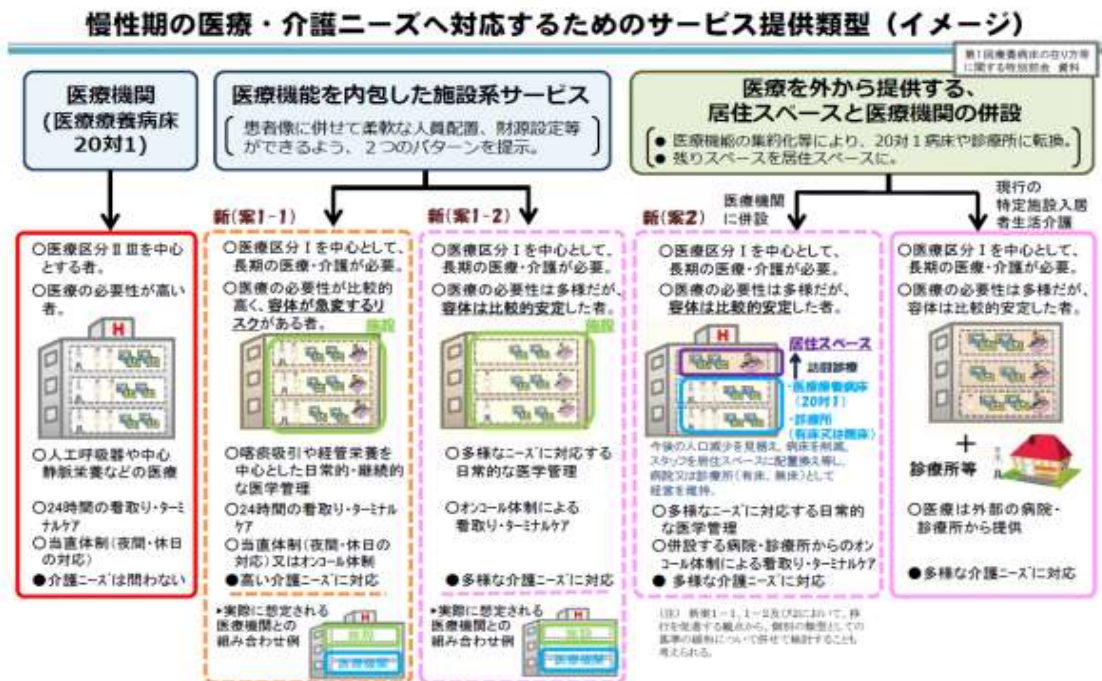
⑦療養病床数、介護保険施設等定員数（65歳以上人口千人あたり）



医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告

7 療養病床における国の検討状況

- 介護療養病床（平成27年12月末現在：県全体1,917床）と医療療養（看護単位25:1）病床（平成27年12月末現在：県全体1,193床）の計3,110床については、国の社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」において制度改革（既存施設の活用を含めた新たな類型等に移行）に向けた議論の整理が取りまとめられ（平成28年12月20日）、施設基準や介護報酬、転換支援策の具体的な内容については、介護給付費分科会や中央社会保険医療協議会で検討することになっています。



※介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画書の範囲内となることに留意が必要。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※うち看護2/7程度</p>
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

	医療外付け型 (居住スペースと医療機関の併設)
設置根拠 (法律)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定 (介護サービスは内包)
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準 (居住スペース)	<p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <p>医師 基準なし 看護 3対1 ※看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人 介護</p> <p>※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p>
面積 (居住スペース)	<p>(参考：現行の有料老人ホームの基準)</p> <p>個室で13.0 m²/室以上</p> <p>※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p>

考えられる要件緩和、留意点等

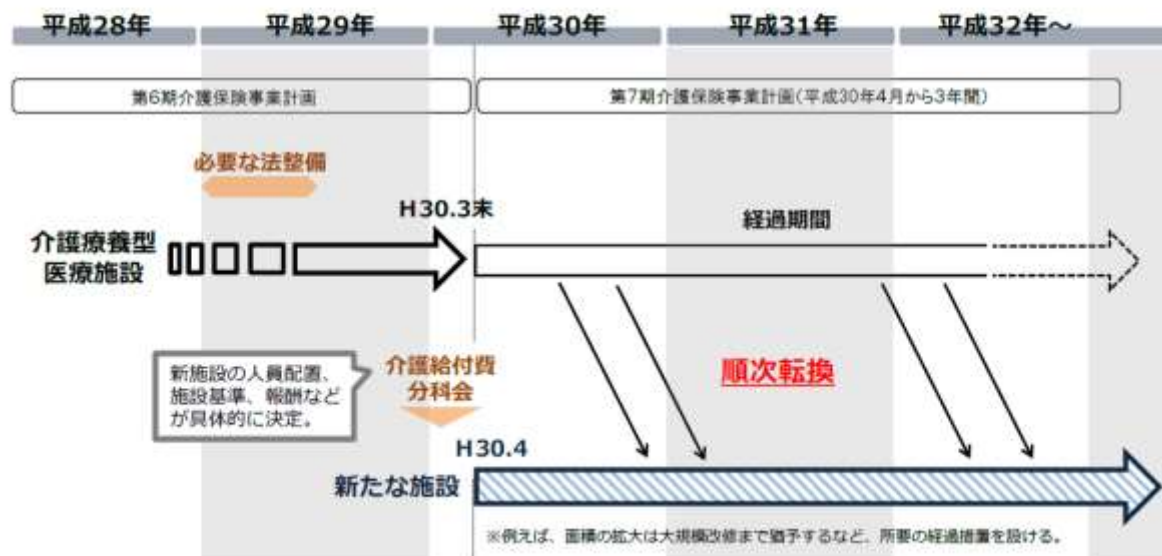
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をおわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

Ⅲ. 新施設に関する法整備を行う場合のスケジュール（イメージ）

- 新施設を創設する場合には、設置根拠などにつき、法整備が必要。
- この場合には、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、現場の医療関係者や患者の方々の理解を得て、期限を設けつつも、準備のための経過期間を設けることが必要。

【例】仮に新施設に関する法整備を行うことになった場合のスケジュール（イメージ）

※ 新たな類型について、具体的な進行きがわかるような資料を提出すべき、との委員のお求めがあったことから、作成したもの。



それ以外の主な論点

Ⅳ. 転換支援策の取扱い

- ✓ 現行の転換支援策は、今後も継続する。

「現行の転換支援策の例」

- ・ 療養病床等から転換した老健施設は、大規模改修までの間、床面積を6.4㎡/人 以上で可とする
- ・ 療養病床等から転換した老健施設、特別養護老人ホームは、大規模改修までの間、廊下幅（中廊下）を、1.2（1.6）m以上（内法）で可とする
- ・ 療養病床等から転換した老健施設等と医療機関の施設・設備の共用を認める（病室と療養室又は居室、診察室と特養の医務室を除く）
- ・ 医療機関併設型小規模老人保健施設の人員基準の緩和（小規模老人保健施設に医師、PT又はOT若しくはSTを置かないことができる）
- ・ 介護療養型医療施設を介護施設等に転換した場合の費用助成 等

- ✓ 介護保険事業（支援）計画との関係では、第6期計画の取扱い（療養病床からの転換については、年度ごとのサービス量は見込むものの、必要入所（利用）定員総数は設定しない）を今後も継続。

Ⅴ. 医療療養病床25対1（診療報酬）の取扱い等

- ✓ 医療療養病床25対1（療養病床入院基本料2）の取扱いについては、「医療療養病床の人員配置標準に係る特例」の取扱いを踏まえ、医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討する。
- ✓ 医療法施行規則に基づく医療療養病床の人員配置標準の経過措置は、平成29年度末で終了とする。なお、有床診については、その地域で果たす役割の重要性に鑑み、所要の配慮が必要。

13

第6章

目指すべき医療提供体制を 実現するための施策の方向性

1 目指すべき医療提供体制を実現するための主なポイント

(1) 病床の機能分化・連携の促進

- 高度急性期から急性期、回復期、慢性期まで、患者の状態に応じた適切な医療を提供する体制を構築することが必要となります。
 - 平成 37 年（2025 年）の必要病床数は、次の図のとおり、平成 26 年度（2014 年度）病床機能報告と比較し、高度急性期、急性期、慢性期機能が少なく、回復期機能（+1,956 床）が多くなっています。
- ⇒ 病床の機能分化・連携（「病・病（病院間）連携」、「病・診（病院・診療所間）連携」）を促進、特に、回復期機能病床への転換を促進します。

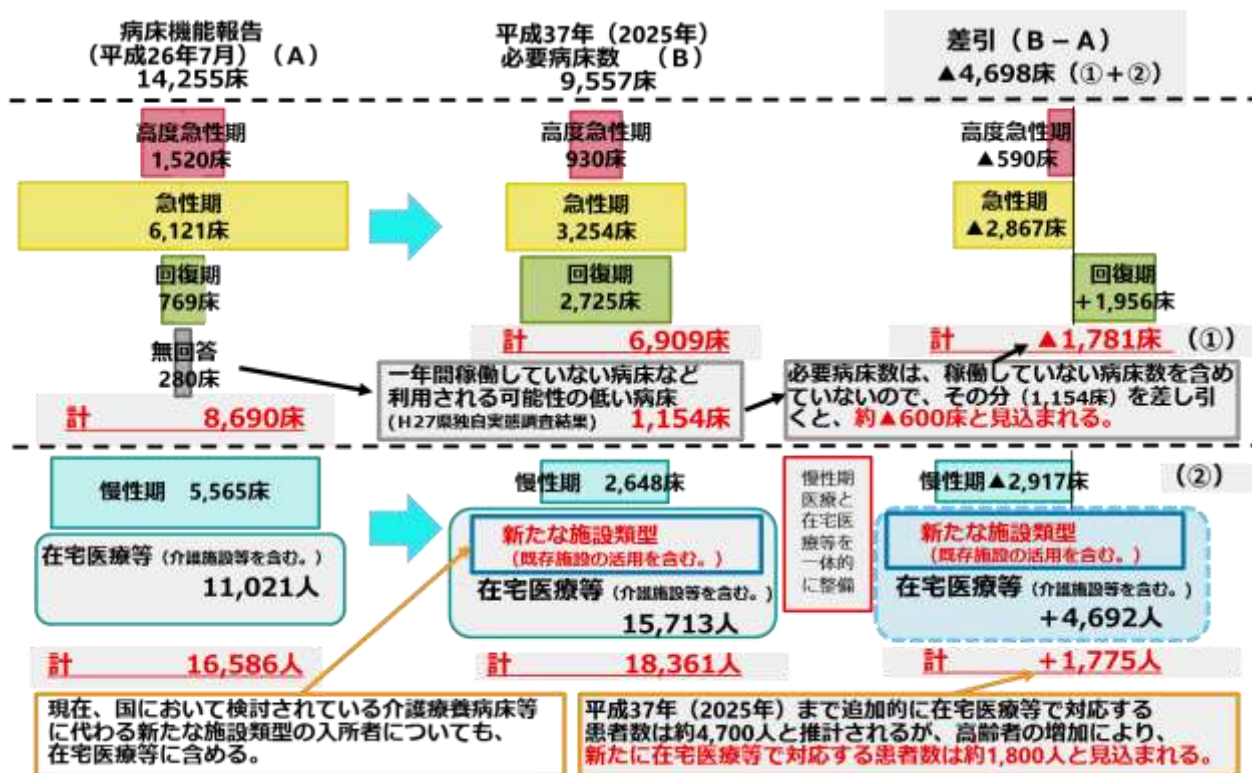
(2) 在宅医療等の充実

- 療養病床の慢性期機能病床は、第 5 章参考資料①のとおり、人口あたりの病床数で全国 9 番目に多く、かつ、第 2 章 2（3）のとおり、病床利用率（94.6%）が高い状況であり、療養病床は、全国と比較して多くの方々が入院しています。
 - 新たに介護施設などを含む在宅医療等に対応する患者数は、次の図のとおり、平成 37 年（2025 年）までに約 1,800 人と見込まれます。
 - 在宅医療は、第 5 章参考資料⑤のとおり、過去 3 年間（平成 24～27 年）で、患者数が 1,085 人増加（H24 年 3,725 人→H27 年 4,810 人、362 人増／年）する中、従事医師数が 168 人増加（H24 年 288 人→H27 年 456 人、56 人増／年）するなど、在宅医療の体制整備が進められています。
- ⇒ 慢性期医療は、地域の実情を十分に踏まえ、在宅医療等と一体的に検討し推進するとともに、在宅医療等のより一層の充実に取り組んでいきます。

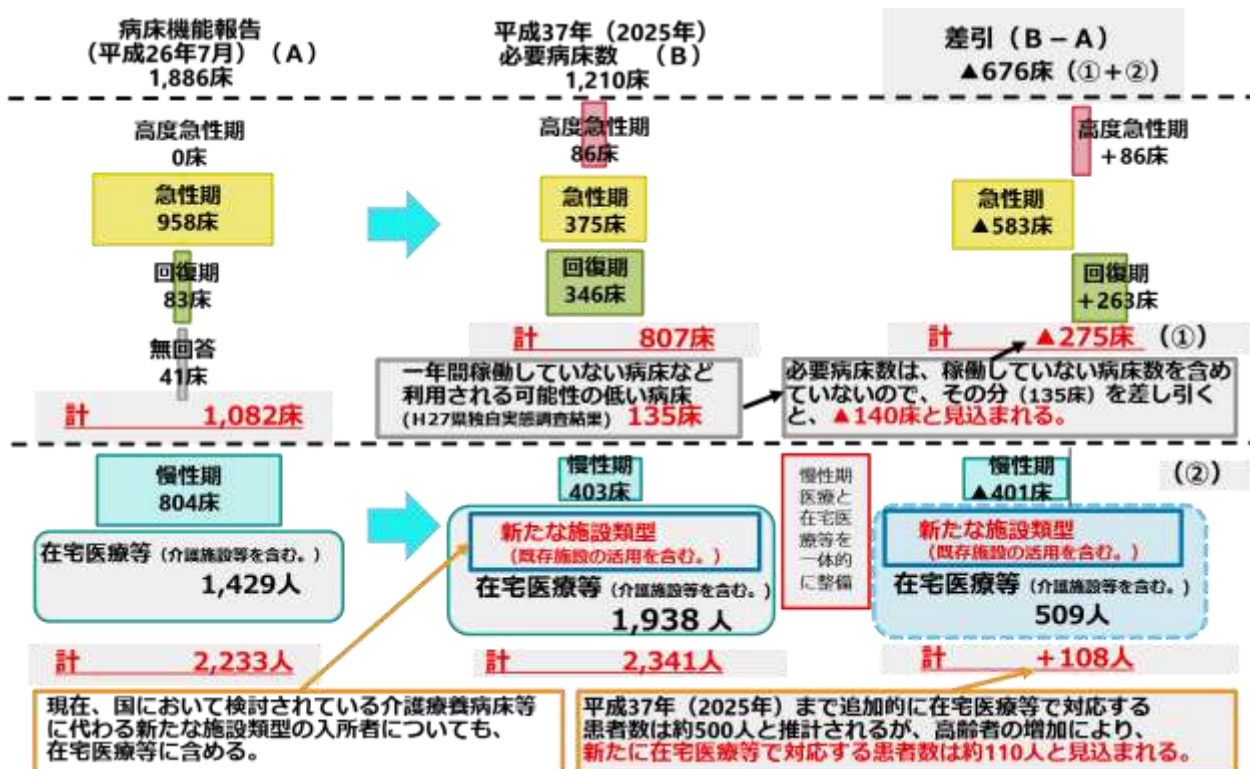
(3) 医療従事者の確保・養成

- 将来にわたり、持続可能な効率的で質の高い医療サービスを受けられる体制を構築するため、医療従事者の確保・養成が必要となります。
- ⇒ 回復期機能や在宅医療等の充実など、地域の医療需要を踏まえた地域医療提供体制の整備・充実を図るため、医療従事者の確保・養成に取り組んでいきます。

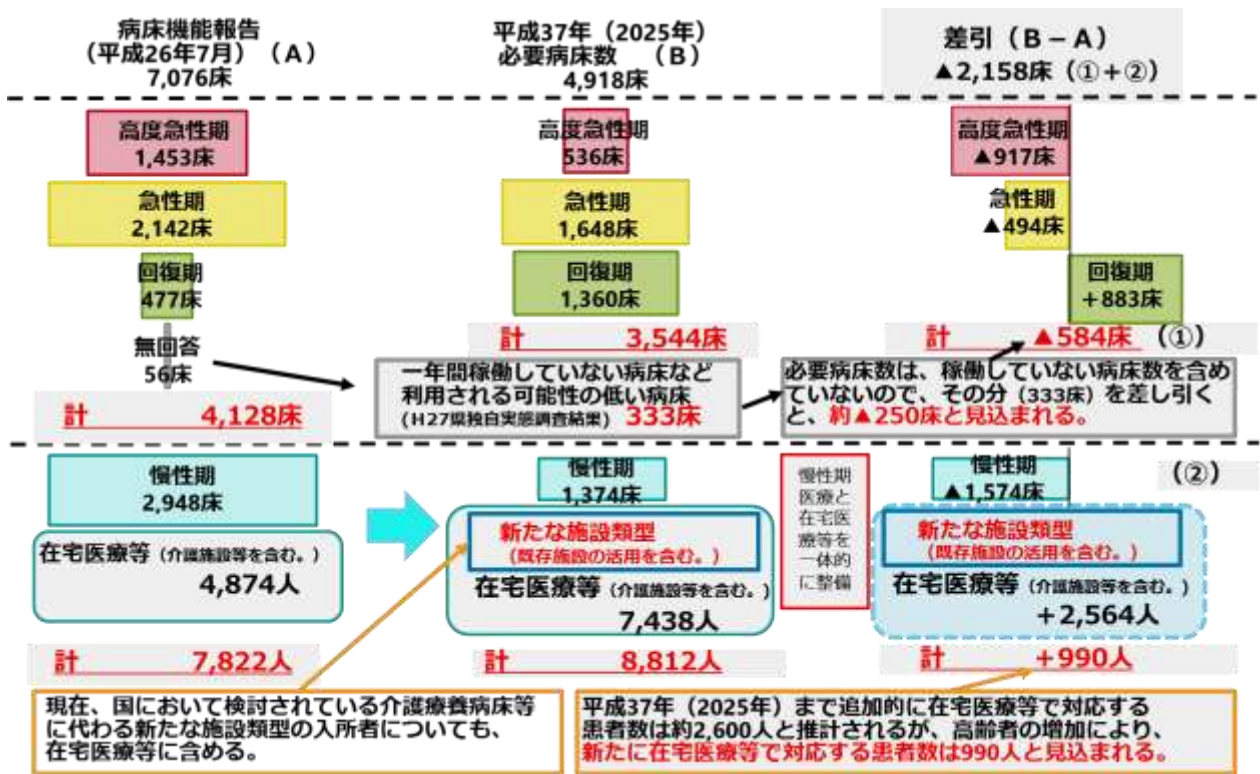
＜図 県独自実態調査を踏まえた平成26年度病床機能報告と平成37年必要病床数との比較＞
【県全体】



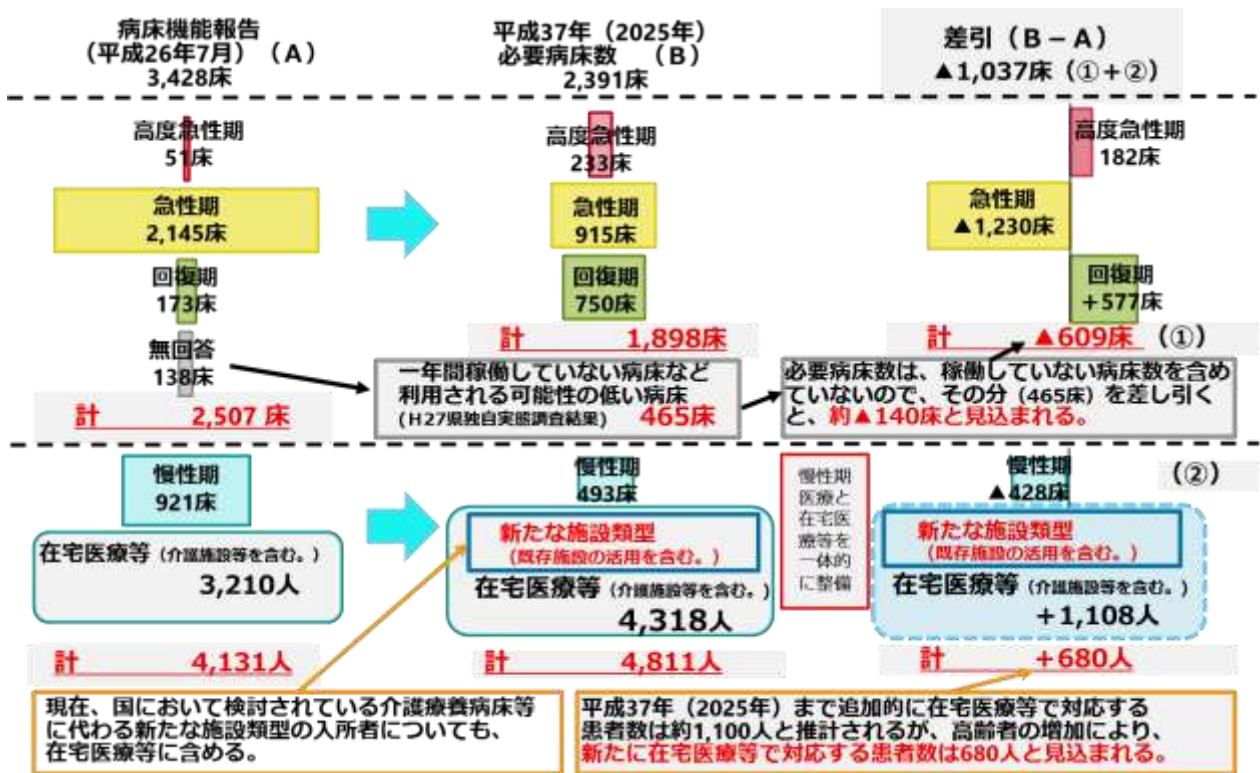
【新川圏域】



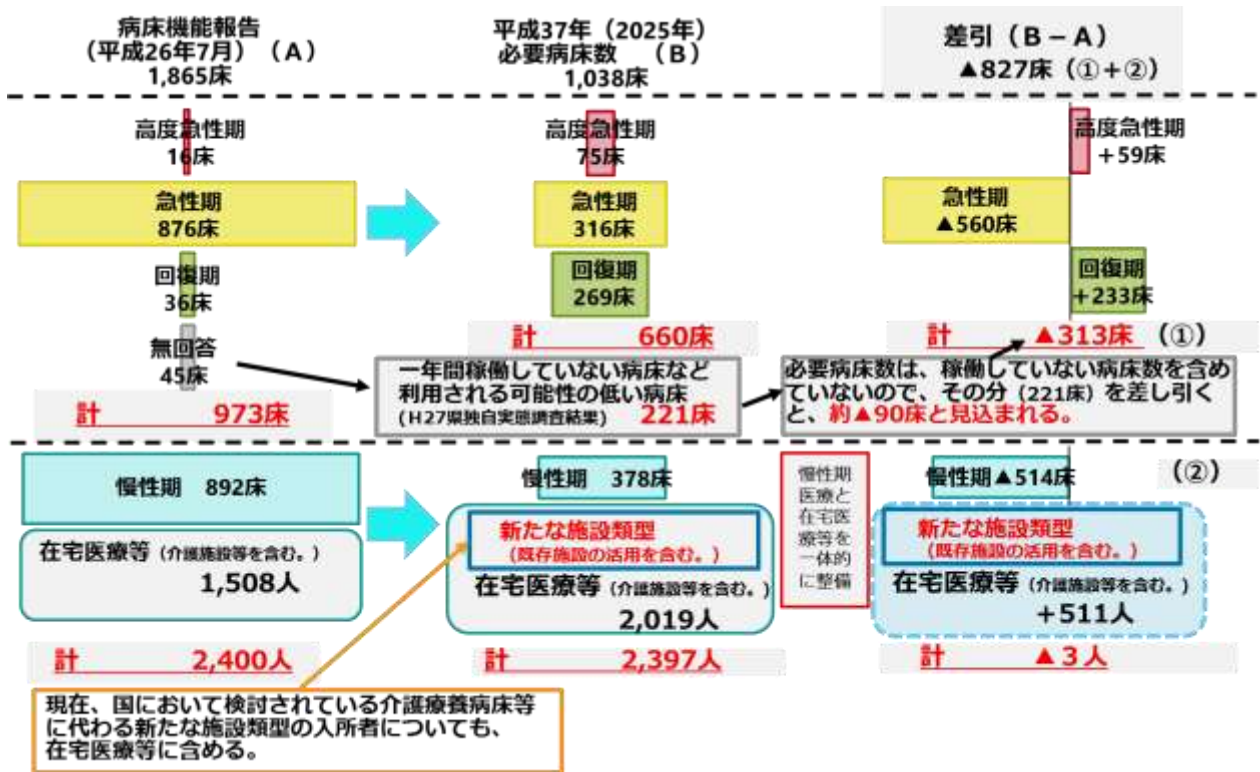
【富山圏域】



【高岡圏域】



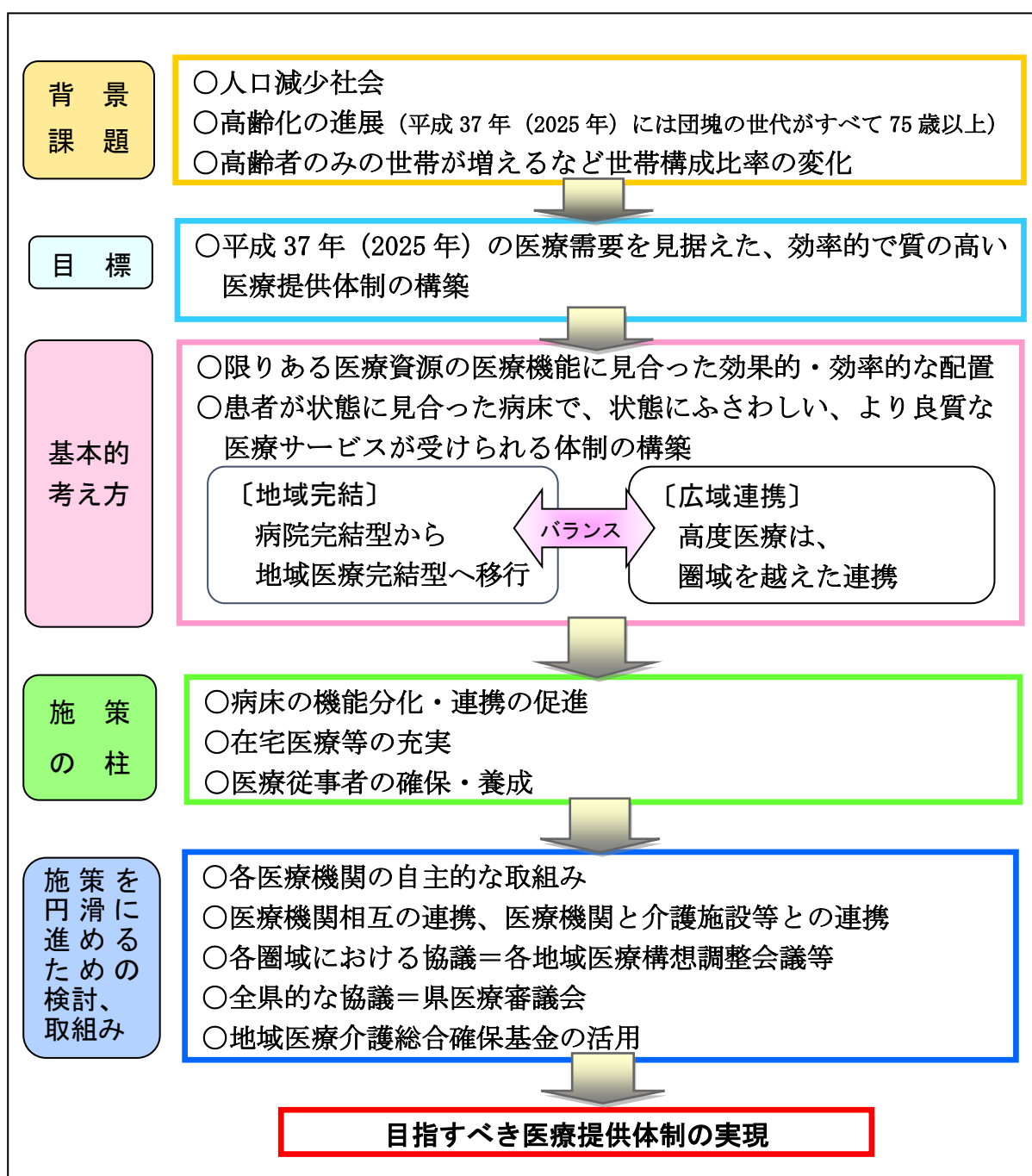
【砺波圏域】



2 目指すべき医療提供体制を実現するための体系

- 各圏域にふさわしいバランスのとれた医療提供体制を構築し、目指すべき医療提供体制を実現するため、以下の体系を踏まえ、今後、各地域の地域医療構想調整会議等で、「病床の機能分化・連携」、「在宅医療等の充実」、「医療従事者の確保・養成」の施策を円滑に進めるための具体的な取組みを検討するとともに、地域医療介護総合確保基金を活用して推進します。

目指すべき医療提供体制を実現するための体系



3 現状・課題及び平成 37 年（2025 年）に向けた施策の方向性

（1）病床の機能分化・連携の促進

〔現状・課題①〕 地域の実情に応じた医療機能の充足

- 本県では、平成 37 年（2025 年）には、全ての医療圏において回復期機能病床が不足すると見込まれており、将来の医療需要を見据え、地域の実情に応じた病床機能を過不足なく確保していく必要がある。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 圏域内で不足する医療機能の充足については、医療機関における自主的な取組みを基本とし、各圏域の地域医療構想調整会議において、地域の実情を踏まえ、関係者が十分に意見交換を行いながら、具体的な対応策を検討
- 県では、不足する回復期機能の病床を充足させるための病床転換の促進、そのための「地域医療介護総合確保基金」を活用した支援

〔現状・課題②〕 「病・病連携」「病・診連携」の推進

- 本県の公的病院は 24 施設あり、一般病床の 8 割以上が集中するなど、これまで主に高度急性期、急性期機能を担ってきたが、各圏域における病床の機能分化・連携を促進するため、公的病院間及び公的病院と民間の病院・診療所間の「病・病（病院と病院）連携」、「病・診（病院と診療所）連携」を推進していく必要がある。
- 今後見込まれる人口構造（高齢者人口が増加し、その割合が高まる）においては、「治す医療」のみだけではなく、「治し、支える医療」への転換を促進することが必要となる。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 高度急性期や急性期機能から回復期や慢性期機能への転院、在宅医療等の移行、また、在宅等から回復期や慢性期機能への入院、慢性期や回復期機能から急性期や高度急性期機能への転院等が円滑に進められるよう、医療機能の分化・連携を促進
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能の分化・連携を促進するため、関係する医療機関間における「病・病連携」や「病・診連携」について協議し推進、各医療機能を担う医療従事者が情報交換できる場の開催

〔現状・課題③〕 高度急性期・急性期機能の救急医療体制のさらなる充実

- 救急搬送件数が増加傾向にあることから、病床機能の分化・連携にあたっては、高度急性期・急性期機能を有する医療機関が引き続き救急医療に取り組めることが必要である。
- 県民誰もが身近なところで高度な医療サービスが受けられるよう、各圏域において、高度急性期機能に準じる医療機能を確保しておくことが必要である。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 圏域内で速やかに患者の特性に応じた急性期の専門的治療を受療できる救急医療体制の充実
- 緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞等の発症初期における「待てない急性期」については、ドクターヘリを活用した救命・救急医療活動や救急車内での救急救命処置の充実強化、また、救急患者が症状の程度に応じて適切な診療が受けられるよう、救急医療体制の仕組みやその適正な利用方法についての普及啓発
- 高度急性期医療については、医療資源の集積を考慮し、高度な医療機器の共同利用や圏域を越えた広域連携体制の推進、圏域内における高度急性期医療の補完機能の充実

〔現状・課題④〕 回復期機能の入院医療と在宅医療、介護との連携

- 回復期機能の病棟（病床）に転換する医療機関では、在宅医療や介護の日常生活の支援体制との連携により、地域に根付いた病棟（病床）に作り上げることが必要である。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 退院した患者が自宅や地域で必要な医療が受けられるよう、回復期機能を担う医療機関と在宅医療や介護を支える関係機関との切れ目のない医療連携の促進

〔現状・課題⑤〕慢性期機能の入院医療と在宅医療等との役割分担

- 高齢化の進展に伴い、医療を必要とする重度の要介護者や認知症の患者が今後ますます増加していくことから、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないか、さらに在宅等から慢性期機能の医療機関への入院が必要かどうかを検討していく必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 慢性期機能の病床については、国においては、既存施設を含めた「医療」、「介護」、「住まい」の機能を提供する新たな施設類型等の移行に向けて検討が行われており、国の動向を注視するとともに、慢性期機能の入院医療については、在宅医療等の体制整備と一体的に検討し推進
- 患者や家族が安心して、慢性期機能病床から在宅医療等へ移行、また、在宅等から慢性期機能の医療機関へ入院できるよう、慢性期機能病床を有する医療機関の整備充実や円滑な退院調整、在宅医療・訪問看護による24時間365日対応可能な医療提供体制の整備

〔現状・課題⑥〕効率的・効果的な医療提供体制の構築

- 急速な高齢化や医療の高度化によって医療費が増大しているなか、利用者に過剰な負担をかけることなく、症状に応じた転院など、医療機関間の連携（病・病連携、病・診連携）や在宅医療、介護サービスとの連携を推進し、効率的・効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 医療機関への地域医療連携室の設置促進や、紹介、逆紹介を通じた医療機関間の連携、地域連携クリティカルパス（※）の活用、医療機器の共同利用などの促進
- ICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化
- 入院早期から在宅医療、介護サービスと連携した退院支援の取組みの推進

※ 地域連携クリティカルパスとは、診療にあたる急性期病院や地域の診療所などの複数の医療機関が、役割分担を含め診療内容（診療計画表）をあらかじめ患者に提示・説明することにより、患者が入院から退院後の住み慣れた地域での療養まで、安心して医療を受けることができるようにするもの。

(2) 在宅医療等の充実

〔現状・課題①〕 在宅医療提供体制の整備

- 今後、在宅医療等を受ける対象となり得る後期高齢者が大きく増加することから、在宅医療提供体制の整備・充実を図る必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 紹介、逆紹介を通じた医療機関間の24時間365日対応可能な在宅医療・訪問看護の推進、在宅医療を支える医師、薬剤師、看護師等の医療関係者の確保、病状急変時等における医療機関の受入れ体制の確保
- 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び訪問診療・看護を行う医療機関や、在宅療養患者の病状急変時の受入れや在宅への復帰支援等を行う地域包括ケア病棟の整備充実
- 訪問看護ステーションの設備整備や人材育成、業務の効率化や勤務環境改善等への支援
- 入院から在宅療養への円滑な移行支援、在宅医療を支える医療関係者と介護関係者の相互理解の促進、医療・介護関係者のICT（情報通信技術）等を活用した情報共有の促進

〔現状・課題②〕 地域包括ケアシステムの構築

- 患者と家族が安心して住み慣れた地域で療養生活を継続することができるよう、医療機関や介護施設、地域が連携して支援する「地域包括ケアシステム」を市町村と協力して構築していく必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 市町村との協力のもと、高齢者が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生活を営むことを可能にするための、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケア体制の構築

〔現状・課題③〕 中重度者ケアや看取りケアの充実

- 今後、単身、夫婦のみの高齢者世帯や医療依存の高い要介護高齢者等の増加が見込まれるため、中重度者ケアや看取りケアの充実を図る必要がある。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 在宅等で安心して療養を続けることができるよう、症状急変時などに往診や訪問看護を速やかに受けることができる体制整備、後方病床の確保
- 心身の苦痛に適切に対応できるよう、質の高い在宅緩和ケアの充実、家族等の不安や負担に配慮した看取り体制の構築
- 在宅等で医療依存度の高い要介護高齢者の容態に応じた的確に対応できるよう、専門知識・技術を持った認定看護師や特定行為を行う看護師の確保

〔現状・課題④〕 継続的な医療体制の確保

- 入院医療と在宅医療等に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保することが必要となる。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 入院時の情報提供や退院前カンファレンスの実施、退院調整ルールの普及など、入退院に伴う医療機関と介護支援専門員（ケアマネジャー）の情報共有の推進
- 医療機関を退院する患者が自宅や地域で必要な医療や介護を切れ目なく受けられるよう、在宅医療・介護を提供する関係者（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護支援専門員、介護福祉士、ホームヘルパー等）の情報共有の推進

〔現状・課題⑤〕 病院と在宅医療等との連携

- 地域医療において大きな役割を果たしている病院においては、地域の実情を踏まえ、在宅医療等の体制や医療と介護との連携体制について、後方病床の確保など一定の役割を果たすことが必要となる。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 専門性の高い症状緩和など在宅緩和ケアに関する在宅主治医への指導・助言
- 在宅医療等への移行後も患者の状態に応じた切れ目ないリハビリテーションの提供
- 在宅療養患者の病状急変時等に在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病床等を有する医療機関等に入院できるよう、医療と介護との連携体制の構築

〔現状・課題⑥〕 多職種連携ネットワークの構築

- 急増する在宅医療ニーズに対応していくため、在宅医療を支える医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護支援専門員等の多職種間の連携強化を図る必要がある。
- 在宅医療を支える関係機関相互の効率的な連携ができるよう、ICTを活用した在宅医療・介護サービスの情報共有を行う必要がある。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 在宅療養患者を支える医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護支援専門員等の地域の関係者による研修会の開催等による多職種間の連携強化
- ICTを活用した利用者情報を医療・介護関係者が共有する仕組みの構築など、多職種連携ネットワークの構築

〔現状・課題⑦〕 認知症高齢者の地域支援体制の整備・充実

- 今後、認知症高齢者が大きく増加すると見込まれていることから、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護体制の整備と地域における支援体制の構築が必要となる。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 認知症への理解を深めるための普及・啓発、認知症の人の生きがいづくりや就労・社会参加の促進
- 認知症の早期発見・早期対応のための相談体制の確保、介護保険施設や認知症に対応した地域密着型サービス等の充実
- 認知症疾患医療センターの整備や、かかりつけ医・歯科医・薬剤師、看護職員等に対する研修会の開催、認知症サポート医の養成
- 若年性認知症に関する施策の充実

〔現状・課題⑧〕 訪問診療、訪問看護の充実強化

- 住み慣れた地域で在宅療養を支える体制を整備するため、訪問診療、訪問看護等の在宅医療に取り組む医療機関や訪問看護ステーション等の機能強化を図っていく必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 県在宅医療支援センターを拠点とした在宅医療に取り組む医師の確保・養成（新たに在宅医療に取り組む医師の参入促進など）
- 在宅医療に取り組む医師相互の連携やグループ化等の支援
- 看護学生等に対して訪問看護の魅力を伝える臨地実習等の導入や、新たに訪問看護に従事する看護職員の育成・確保
- 訪問看護ステーションの規模拡大や機能強化、小規模な訪問看護ステーションの相互支援体制の構築、安定した経営基盤確保のための支援

〔現状・課題⑨〕 支える医療への対応

- 今後も、医療機関で「治す医療」の重要性は変わらないが、患者の住み慣れた地域で在宅医療等を受けるため、医療従事者が寄り添い「支える医療」も重要となっており、県民の在宅医療に対するわかりやすい普及啓発と、在宅医療等を受ける患者や家族の理解も必要となる。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 在宅医療等に対応可能な医療機関や訪問看護ステーション等に関する住民への情報提供
- 医師会や市町村等との連携による在宅医療や在宅での看取り、地域包括ケアシステム等に関する普及啓発の推進
- 医療系ショートステイ（短期入所療養介護）の確保など、介護家族の支援体制の構築

〔現状・課題⑩〕 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及啓発

- 県民の日常的な診療、服薬管理、健康管理等を充実するため、かかりつけ医や、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つことが必要となる。



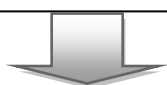
〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 日常的な診療、処方、服薬管理、健康管理等を行い、専門的な医療につなぐ役割を担う、かかりつけ医や、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つことの必要性について県民への普及啓発

(3) 医療従事者の確保・養成

〔現状・課題①〕医療・介護人材の確保・養成

- リハビリを含む回復期機能及び在宅医療等の充実に向け、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士等の確保・養成が必要である。
- 在宅療養患者の安心した療養生活を支えるため、服薬管理、口腔ケア、緩和ケア、看取りなど、在宅療養に関わるニーズに対応できる医療・介護人材を確保・養成していく必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 国において、2025年の医療需要や地域間偏在等の観点を踏まえ、医療従事者の需給見通しや偏在対策等が検討されており、その検討結果を踏まえ、医療従事者の確保・養成の取組みを推進
- 地域の保健・医療・福祉サービスを担う人材の養成・確保を推進し、その職場定着のための支援を充実するとともに、質の高いサービスを提供できるよう、訪問看護と訪問介護との連携に関する研修の実施等による資質の向上
- 在宅療養患者を支える医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護支援専門員等の地域の関係者による多職種間連携研修会の開催等による多職種間の連携強化（再掲）

〔現状・課題②〕 特定診療科の医師の確保・養成

- 地域の医療提供体制の中心となる公的病院において、小児科、産科・産婦人科の医師が不足しており、特定診療科の医師の確保・養成が必要となっている。
- 地域の医療ニーズに対応し、様々な疾患を総合的に診療できる医師や、地域医療の根幹を担う救急医療に従事する医師を確保・育成する必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 県全体での医師の充足を目指した総合的な医師確保対策の推進
- 修学資金制度の活用等により、特定診療科（小児科、小児外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療）の医師の確保・養成、自治医科大学におけるへき地等に勤務する医師の養成や、「総合医」を育成するための研修に取り組む医療機関への支援
- ドクターヘリ導入を契機に、救急科専門医の確保・養成を進め、県全体の救急医療体制の充実強化

〔現状・課題③〕 医療の高度化や在宅医療等に対応できる看護職員の確保・養成

- 医療の高度化や複雑化に伴い、医療依存度が高く、複数の疾病を有する患者に対する質の高い看護が必要となっている。
- 地域包括ケアシステムの構築を目指し、医療と介護の連携による保健師の活動の場がますます広がり、また、看護師は介護や福祉施設の領域へと拡大するなど、在宅医療等における看護職員の確保・養成が必要となっている。



〔2025 年に向けた施策の方向性〕

- 県立大学看護学部の設置、看護師等養成所の設置・運営に対する支援、修学資金制度の活用等による医療の高度化や在宅医療等、多様化するニーズに対応できる看護職員の確保・養成
- 平成 27 年 10 月から看護職員の離職時の届出制度が開始されたことに伴い、県ナースセンターにおいて再就職の支援や訪問看護師の資質向上のための研修等のさらなる充実による看護職員の確保・定着
- 訪問看護ステーションの ICT 化などによる勤務環境の改善やテレワーク（情報通信手段を取り入れた就労形態）の導入、短時間勤務等による柔軟で多様な働き方の推進
- 医療ニーズの高い患者等が安心・安全に在宅療養に移行し在宅療養を継続できるよう、入院医療機関等による訪問看護の後方支援や参入促進

〔現状・課題④〕医療・介護従事者の勤務環境の改善

- 医療・介護人材の安定的な確保や資質の向上のため、医療・介護に携わる人材が、生涯を通じてやりがいをもって働き続けることができるよう、労務面での勤務改善や、安心してキャリア形成しながら、地域医療・介護に従事できる環境を整備する必要がある。
- 女性の医師や看護師、介護職員等の出産や育児等をきっかけとした離職をできる限り防ぎ、また、いったん離職しても、円滑に再就職できるよう、勤務環境の改善や再就職に向けた情報提供、相談・支援体制を整備する必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 医療・介護従事者のワークライフバランス等に配慮した勤務環境改善に取り組む医療機関及び介護施設等を総合的に支援
- 女性の医師や看護師、介護職員等が出産や育児をしながら働けるよう、院内保育所を運営する病院への支援、県医師会や県看護協会等の関係機関と連携した相談・支援体制の充実及び介護施設等における施設内保育施設の整備支援

(4) 地域医療構想の推進にあたって

〔現状・課題①〕フォローアップ会議の開催、地域の特性を踏まえた検討

- 地域医療構想の実現に向けた施策については、地域の実情もしっかりと踏まえたうえで、不足する病床機能の充足や、医療機関間の連携策、医療と介護の連携策、疾病・介護予防の取組み等について地域の関係者がフォローアップを行い、随時、見直していくことが必要となる。
- 本県は、全国に比べて、共働き率や高齢者単身世帯の割合が高いことなど、地域の特性を踏まえて、自宅以外での在宅医療等の提供を含め検討を進める必要がある。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 各医療圏の地域医療構想調整会議を定期的で開催し、患者の受療動向の状況や地域特性に関するデータ、病床機能報告データ等をもとに、地域の医療提供体制の確保に向けたフォローアップ体制の整備や地域の関係機関への情報提供
- 地域医療構想調整会議の検討状況や地域の医療提供体制の整備状況等を把握し、「地域医療介護総合確保基金」を活用した必要な施策の展開

〔現状・課題②〕適切な受療行動の促進

- 県民に適切な受療行動を促すため、医療サービスの役割・機能等について情報提供し、理解されることが必要である。



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 医療を受ける当事者である患者・住民に適切な受療行動を促すため、高度急性期、急性期、回復期、慢性期まで状態に見合った病床で医療サービスが受けられる体制や各医療機関の役割や機能等について、「病床機能報告」、「とやま医療情報ガイド」等の広報や、シンポジウムの開催、リーフレットの作成等による、県民にわかりやすい情報提供や普及啓発

第7章

圏域別の地域医療構想

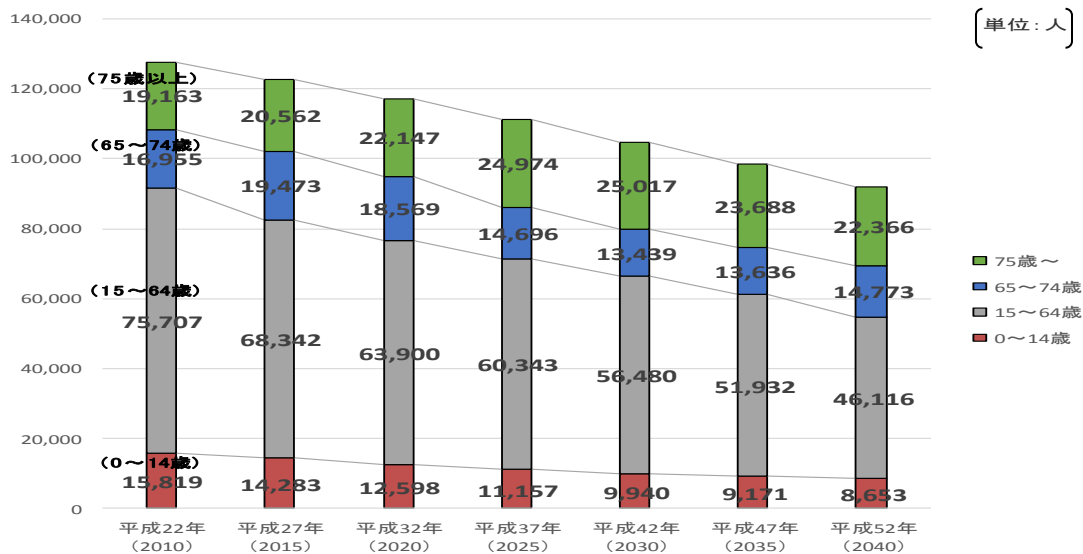
1 新川圏域

(1) 将来人口、高齢化率

- 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」では、新川圏域の人口は、平成 27 年（2015 年）から平成 37 年（2025 年）までに 11,490 人減少（9.4%減）する見込みです。
- 平成 37 年（2025 年）には、65 歳以上の比率が 35.7%になると予測されており、県平均の 33.6%を上回っています。
- 団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）における 75 歳以上の比率は 22.5%で、平成 27 年（2015 年）から 10 年間で 4,412 人の増加が見込まれています。



<図1 人口推移>



<表1 人口構成の推移>

(単位: 人 (%))

区分	平成22年(2010年)	平成27年(2015年)	平成32年(2020年)	平成37年(2025年)	平成42年(2030年)	平成47年(2035年)	平成52年(2040年)
総数	127,644	122,660	117,214	111,170	104,876	98,427	91,908
0~14歳	15,819 (12.4%)	14,283 (11.6%)	12,598 (10.7%)	11,157 (10.0%)	9,940 (9.5%)	9,171 (9.3%)	8,653 (9.4%)
15~64歳	75,707 (59.3%)	68,342 (55.8%)	63,900 (54.5%)	60,343 (54.3%)	56,480 (53.9%)	51,932 (52.8%)	46,116 (50.2%)
65~74歳	16,955 (13.3%)	19,473 (15.8%)	18,569 (15.8%)	14,696 (13.2%)	13,439 (12.8%)	13,636 (13.9%)	14,773 (16.1%)
75歳~	19,163 (15.0%)	20,562 (16.8%)	22,147 (19.0%)	24,974 (22.5%)	25,017 (23.8%)	23,688 (24.0%)	22,366 (24.3%)

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 3 月推計)

(2) 高齢者の単独・夫婦世帯の割合

- 新川圏域の65歳以上の単独世帯数は4,053世帯で、世帯総数に占める割合は9.3%と、県平均の8.2%及び全国平均の9.2%を上回っています。また、高齢夫婦世帯数（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦一組のみの世帯数）は4,902世帯で、世帯総数に占める割合は11.2%と、県平均の10.6%及び全国平均の10.1%を上回っています。

<表2 高齢者の単独・夫婦世帯の割合>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
①65歳以上の単独世帯数	4,053世帯	15,398世帯	8,952世帯	3,038世帯	31,441世帯
①の一般世帯に占める割合	9.3%	8.2%	8.2%	7.2%	8.2%
②高齢夫婦世帯数	4,902世帯	19,310世帯	11,950世帯	4,249世帯	40,411世帯
②の一般世帯に占める割合	11.2%	10.3%	10.9%	10.1%	10.6%

国勢調査「人口等基本集計」（平成22年度）

(3) 共働き率

- 新川圏域の共働き世帯は16,167世帯で、共働き率は56.3%となっており、県平均の54.7%及び全国平均の45.7%を上回っています。

<表3 共働き率>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
共働き世帯	16,167世帯	60,274世帯	39,574世帯	18,270世帯	134,285世帯
共働き率	56.3%	52.6%	56.1%	60.2%	54.7%

国勢調査「人口等基本集計」（平成22年度）

(4) 女性就業率

- 新川圏域の女性就業率は50.0%と、県平均の49.9%及び全国平均の47.1%を上回っております。

<表4 女性就業率>

全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
47.1%	49.9%	50.0%	49.7%	49.4%	51.5%

国勢調査「産業等基本集計」（平成22年度）（医療圏分は富山県計算）

(5) 医療施設数

- 平成27年（2015年）10月現在、圏域内には病院14施設、一般診療所78施設、歯科診療所51施設があり、人口10万人あたりで見ると、病院は県平均を上回り、有床診療所及び歯科診療所は県平均を下回っています。

<表5 医療施設数>

(単位：施設)

区 分		新 川		県平均	全国平均
		施設数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
医 療 施 設 数	病 院	14	11.5	10.0	6.7
	再掲)精神	2	1.6	1.8	0.8
	一般診療所	78	64.2	71.5	79.1
	再掲)有床診療所	3	2.5	4.7	6.6
	歯科診療所	51	41.9	42.2	54.0

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(6) 病床数

- 平成 27 年 (2015 年) 10 月現在、病院の病床数は 2,151 床、一般診療所の病床数は 39 床となっており、人口 10 万人あたりでみると、病院が 1,769.3 床と県平均の 1,581.7 床を上回っている一方で、一般診療所は 32.1 床と県平均の 63.9 床を下回っており、病院の病床が多い傾向となっています。

<表6 病床数>

(単位：床)

区 分		新 川		県平均	全国平均
		病床数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病 床 数	病 院	2,151	1,769.3	1,581.7	1,232.0
	一般病床	1,055	867.8	794.9	703.3
	療養病床	792	651.4	476.8	258.4
	精神病床	290	238.5	300.2	264.6
	感染症病床	4	3.3	2.1	1.4
	結核病床	10	8.2	7.7	4.3
	一般診療所	39	32.1	63.9	84.7

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(7) 病床利用率

- 平成 27 年度 (2015 年度) の一般病床の病床利用率は 71.9%と、県平均の 72.6%を下回っており、一方で、療養病床の病床利用率は 94.8%と、県平均の 94.6%を上回っています。

<表7 病院の病床利用率>

(単位：%)

区 分		新 川	県平均	全国平均
病 床 利 用 率	全病床	83.2	82.6	80.1
	一般病床	71.9	72.6	75.0
	療養病床	94.8	94.6	88.8

厚生労働省「病院報告」(平成 27 年)

(8) 平均在院日数

- 平成 27 年度 (2015 年度) の一般病床の平均在院日数は 17.5 日で、県平均の 16.2 日を上回っており、また、療養病床の平均在院日数は 327.8 日で、県平均の 256.5 日を上回っています。

<表 8 病院の平均在院日数>

(単位：日/人)

区 分		新 川	県平均	全国平均
平均 在院 日数	全病床	38.6	34.2	29.1
	一般病床	17.5	16.2	16.5
	療養病床	327.8	256.5	158.2

厚生労働省「病院報告」(平成 27 年)

(9) 医療従事者数等

- 平成 26 年 (2014 年) 12 月 31 日現在、圏域内の医師数は 254 人、人口 10 万人あたりで 206.5 人 (県平均 248.2 人)、歯科医師数は 68 人、人口 10 万人あたりで **55.3** 人 (県平均 58.2 人)、薬剤師数は 221 人、人口 10 万人あたりで 179.7 人 (県平均 265.7 人) となっています。
- 平成 26 年 (2014 年) 12 月 31 日現在、看護職員数は 1,750 人であり、職種別では保健師 84 人、人口 10 万人あたりで 68.3 人 (県平均 56.7 人)、助産師 43 人、人口 10 万人あたりで 35.0 人 (県平均 33.6 人)、看護師 1,120 人、人口 10 万人あたりで 910.7 人 (県平均 1,072.3 人)、准看護師 503 人、人口 10 万人あたりで 409.0 人 (県平均 320.6 人) となっています。
- 平成 26 年 10 月 1 日現在、圏域内のリハビリテーションスタッフ従事者数は、理学療法士 65.8 人、人口 10 万人あたりで 53.5 人 (県平均 49.0 人)、作業療法士 47.2 人、人口 10 万人あたりで 38.4 人 (県平均 31.2 人)、言語聴覚士 9.0 人、人口 10 万人あたり 7.3 人 (県平均 9.3 人)、視能訓練士 8.9 人、人口 10 万人あたりで 7.2 人 (県平均 8.1 人)、歯科衛生士 106.9 人、人口 10 万人あたりで 86.9 人 (県平均 85.6 人) となっています。

<表 9 医師・歯科医師・薬剤師数>

(単位：人)

区 分	新 川		県平均	全国平均
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
医 師	254	206.5	248.2	244.9
歯科医師	68	55.3	58.2	81.8
薬剤師	221	179.7	265.7	226.7

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 26 年 12 月末)

<表 10 看護職員数>

(単位:人)

区 分	新 川		県平均	全国平均
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
看護職員数	1,750	1,423	1,483	1,188
内 訳	保健師	84	68.3	56.7
	助産師	43	35.0	33.6
	看護師	1,120	910.7	1,072.3
	准看護師	503	409.0	320.6

富山県「看護職員業務従事者届」(平成 26 年 12 月末)

<表 11 リハビリテーション関係従事者数及び歯科衛生士数>

(単位:人)

区 分	新 川		県平均	全国平均
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
理学療法士	65.8	53.5	49.0	60.7
作業療法士	47.2	38.4	31.2	33.2
言語聴覚士	9.0	7.3	9.3	11.2
視能訓練士	8.9	7.2	8.1	6.1
歯科衛生士	106.9	86.9	85.6	84.9

厚生労働省「病院報告」「医療施設調査」(平成 26 年度)

(10) 在宅医療の状況

- 平成 28 年 (2016 年) 6 月現在、在宅療養支援病院数は 2 施設、在宅療養支援診療所数は 3 施設です。
- 平成 26 年 (2014 年) 10 月現在、訪問診療を行っている病院数は 9 施設、診療所数は 21 施設で、人口 10 万人あたりでは病院 7.3 施設、診療所 18.7 施設と、病院では、県平均 (2.9 施設) を上回り、診療所は県平均 (19.3 施設) を下回っています。
- 平成 28 年 (2016 年) 4 月現在、訪問看護ステーション数は 7 施設で、人口 10 万人あたりでは 5.8 施設と、県平均の 5.7 施設を上回っています。
- 在宅医療に従事する医師数は、平成 24 年 (2012 年) に 41 人であったのに対し、平成 27 年 (2015 年) に 49 人となっています。

<表 12 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出施設数>

区 分	届出数	人口 10 万対施設数		
	新 川	新 川	県全体	全国
在宅療養支援病院	2	1.6	1.0	—
在宅療養支援診療所	3	2.4	5.2	11.2

東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」(H28. 6. 1)

<表 13 訪問診療を行う病院・診療所数>

区 分	施設数	人口 10 万対施設数		
	新 川	新 川	県全体	全国
病 院	9	7.3	2.9	2.1
診療所	21	18.7	19.3	16.2

厚生労働省「医療施設(静態)調査」(H26. 10. 1)

<表 14 訪問看護ステーション数>

区 分	訪問看護ステーション(稼働数)				
	施設数	人口 10 万人あたり		高齢者人口 10 万人あたり	
		施設数	順位	施設数	順位
新 川	7	5.8	—	17.6	—
富 山 県	61	5.7	38	19.2	41
全 国	9,070	7.1	—	27.5	—

富山県高齢福祉課調べ (H28. 4. 1)

<表 15 在宅医療従事医師数>

年 度	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
平成 24 年度	41 人	129 人	80 人	38 人	288 人
平成 27 年度	49 人	186 人	148 人	73 人	456 人

富山県高齢福祉課調べ (平成 27 年度)

<表 16 認知症有病率数>

圏 域	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
認知症有病率	17.9%	14.2%	14.0%	20.4%	15.7%

富山県高齢福祉課「認知症高齢者実態調査」(平成 26 年度)

(11) 介護サービスの状況

- 富山県高齢者保健福祉計画における介護サービス量(保険者で推計したものの合計値、年間延べ利用人数)は、次表のとおりです。

<表 17 介護サービスの実績および見込>

(単位：人数/年)

①介護老人福祉施設						
圏域	実績		見込み			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	9,181	9,325	9,636	10,116	10,812	1,631

②介護老人保健施設						
圏域	実績		見込み			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	6,617	6,367	7,380	7,380	7,380	763

③介護療養型医療施設						
圏域	実績		見込み			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	3,505	3,232	3,540	3,588	3,588	83

介護保険施設計 (①+②+③)						
圏域	実績		見込み			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	19,303	18,924	20,556	21,084	21,780	2,477

④認知症対応型共同生活介護						
圏域	実績		見込み			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	2,329	2,751	3,240	3,456	3,996	1,667

⑤特定施設入居者生活介護						
圏域	実績		見込み			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
新川	103	104	132	132	132	29

H26、27年度…厚生労働省「介護保険事業状況報告」H28以降…「第6期富山県介護保険事業支援計画」

(12) 必要病床数の推計

- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数の算定方法は、第 5 章のとおり、医療法に基づく厚生労働省令で定められており、厚生労働省が提供する「必要病床数等推計ツール」により推計しています。
- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数は、新川圏域で、高度急性期 86 床、急性期 375 床、回復期 346 床、慢性期 403 床の合計 1,210 床と推計されます。

<表 18 平成 37 年（2025 年）における医療機能ごとの病床数の必要量>

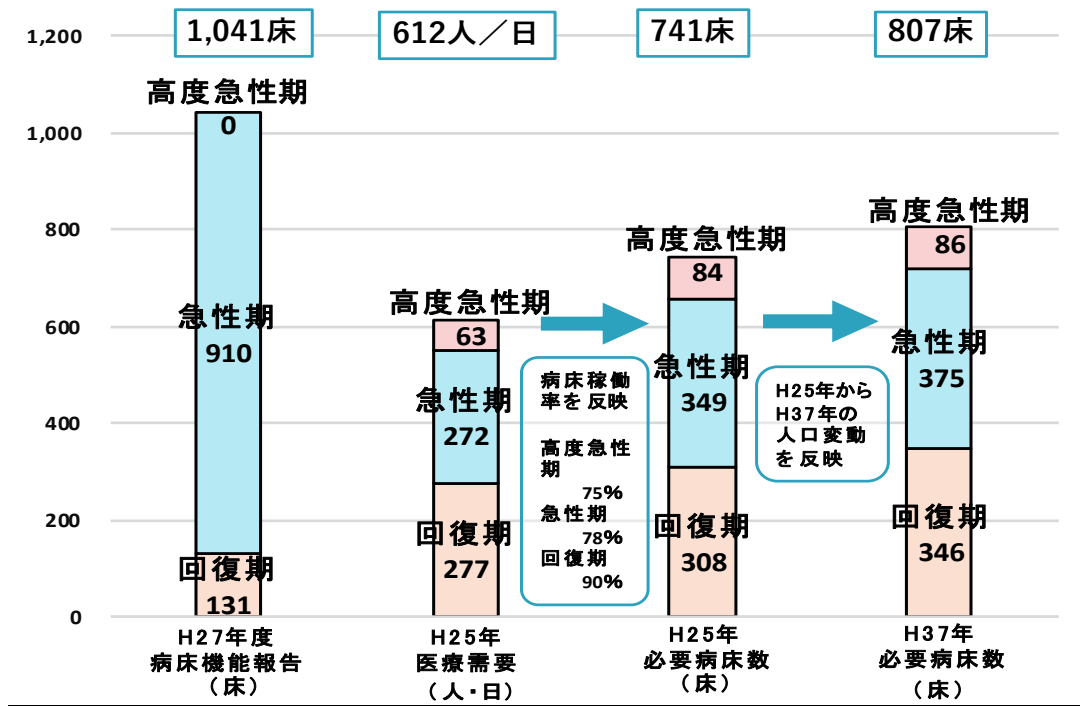
圏 域	医療機能	平成 25 年（2013 年）		平成 37 年（2025 年）	
		医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）	医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）
新 川	高度急性期	63	84	64	86
	急性期	272	349	293	375
	回復期	277	308	311	346
	慢性期	513	558	370	403
	計	1,125	1,299	1,038	1,210

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

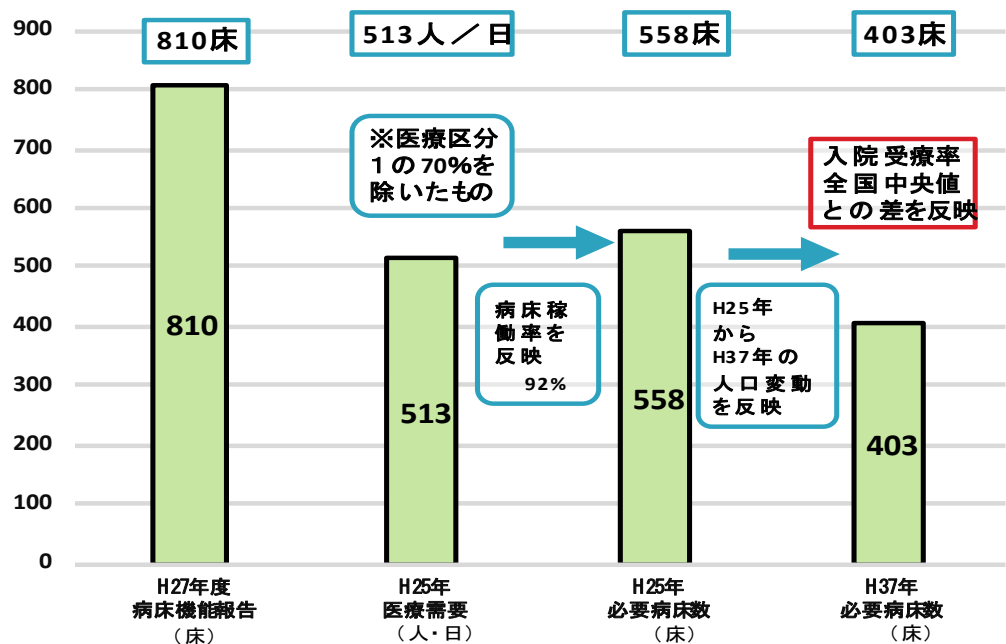
(13) 病床機能報告と必要病床数の比較

○ 平成 27 年度病床機能報告と平成 37 年（2025 年）の必要病床数との比較は、次のとおりとなっています。

① 高度急性期・急性期・回復期

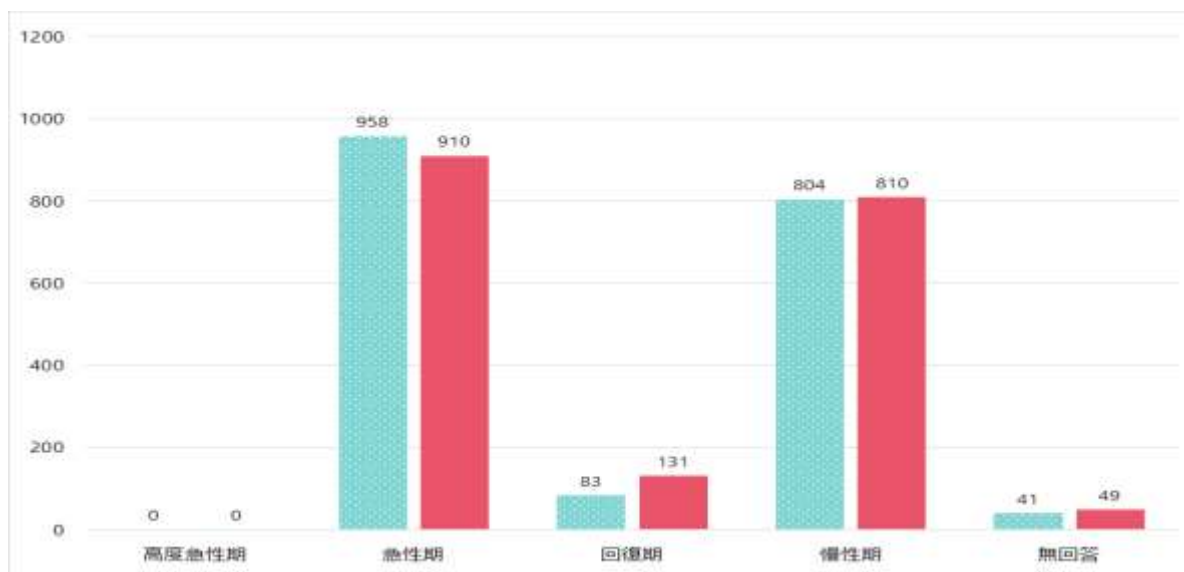


② 慢性期



<図 平成 26 年、27 年度病床機能報告結果の比較>

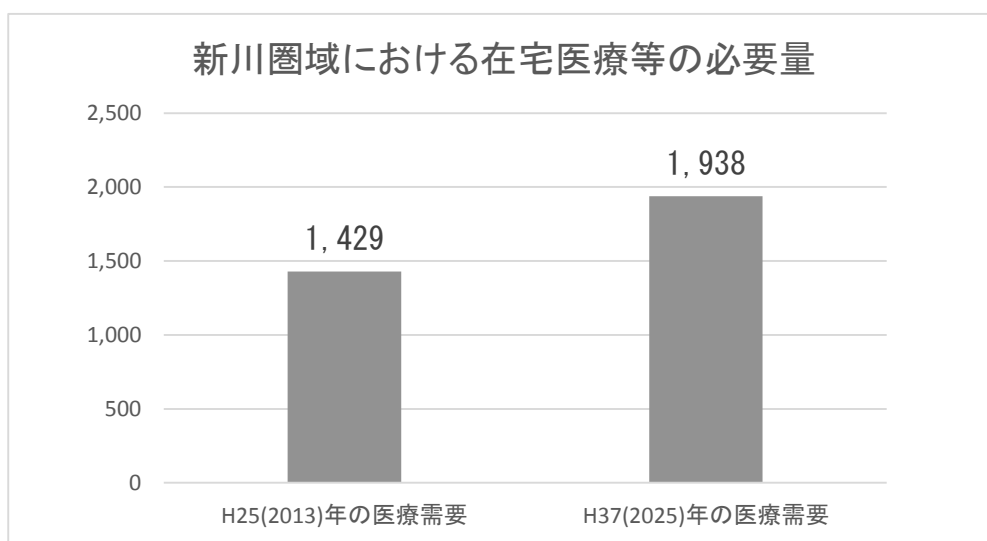
■H26 年度 ■H27 年度



年度	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
26	0 床	958 床	83 床	804 床	41 床
27	0 床	910 床	131 床	810 床	49 床

(14) 居宅等における医療の必要量の推計

- 平成 37 年（2025 年）における居宅等における医療の必要量（在宅医療等の医療需要）は、新川圏域で 1,938 人／日と推計されます。



注) 地域差解消分にあたる患者数は、平成 25 (2013) 年には含まれず、平成 37 (2025) 年には含まれている。

(15) 現状・課題及び 2025 年に向けた施策の方向性

病床の機能分化・連携の促進

(現状・課題)

- 新川圏域は、人口 10 万人あたりで見ると、全国平均及び県平均に比べて、病院数が多く、一般病床及び療養病床の数も多い状況にあります。また、一般病床の利用率は全国平均及び県平均に比べて低く、療養病床の利用率は全国平均及び県平均に比べて高くなっています。さらに、一般病床及び療養病床の平均在院日数は全国平均及び県平均に比べて長くなっています。
- 平成 37 年（2025 年）の医療需要の推計（第 5 章 2（3）表 3）によると、新川圏域から富山圏域等への入院患者の一部流出がみられるものの、地域内の完結率は 92.1%と高いものとなっています。
- 主な疾病別の完結率（第 2 章 7（2））では、脳卒中、急性心筋梗塞、成人肺炎、大腿骨骨折については、高度急性期、急性期、回復期機能のいずれも 90%以上となっており、がんについては、高度急性期機能は 70%台、急性期及び回復期機能は 80%台となっています。
- 平成 27 年度病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年（2025 年）の必要病床数を比較すると、急性期及び慢性期機能の病床は過剰となり、高度急性期及び回復期機能の病床は不足することが見込まれています。
- 在宅医療や介護のニーズに対応するため、継続性のあるリハビリテーション体制や医療的ケアの提供が必要であり、医療機関間に加え、医療機関と介護施設との連携を進める必要があります。

(施策の方向性)

- 病床機能の分化及び連携を進めるにあたっては、医療機関の自主的な取組みが基本であり、また、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用を通じて、病床機能の転換を促進します。
- 急性期から回復期、慢性期、在宅医療等に至るまで一連の医療サービスを総合的に確保するため、紹介、逆紹介を通じた医療機関間の連携を推進します。

- 高度急性期医療については、診療密度が特に高い医療の提供となるため、医療資源の集積を考慮し、圏域を越えた広域連携体制を推進するとともに、圏域内における高度急性期医療の補完機能の充実を図ります。
- 緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞などの発症初期における「待てない急性期」の救命・救急医療については、ドクターヘリを活用した救命・救急医療活動や救急車内での救急救命処置の充実強化を図ります。
- 地域連携クリティカルパスとして、脳卒中、大腿骨頸部骨折及び急性心筋梗塞の各クリティカルパスが運用されており、今後、これらのパスの普及啓発と更なる活用に努めます。
- 医療機関間での医療機器の共同利用やICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化を推進します。
- 在宅医療や介護サービスと連携した退院支援の取組みなど、効率的・効果的な医療提供体制を推進します。
- 回復期機能については、地域包括ケア病床や回復期リハビリテーション病床などの在宅復帰を支援する回復期機能に転換する病院を支援します。

在宅医療等の充実

(現状・課題)

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能分化及び連携により、比較的医療の必要性が低く容態の安定した方で、現在の療養病床以外で対応可能な患者は、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要であるとされています。
- 新川圏域は、全国平均及び県平均に比べて、高齢化率や共働き率の割合が高く、また、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションの数が人口10万人あたりで見ると、全国平均に比べて少なくなっています。
- 新川圏域の高齢者の認知症有病率は17.9%で、県平均の15.7%に比べて高い状況です。
- こうした地域の特性を踏まえ、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で

継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないかを検討していく必要があります。

(施策の方向性)

- 患者や家族が安心して慢性期機能病床から在宅医療等へ移行できるよう、慢性期機能病床を有する医療機関の円滑な退院調整や、在宅医療や訪問看護による24時間365日対応可能な医療提供体制を構築します。
- 新川地域在宅医療療養連携協議会と協力し、ICTを活用した医療・介護関係者の情報共有を支援します。
- 質の高い在宅医療サービスを提供するため、新川地域在宅医療療養連携協議会と連携し、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護福祉士、介護支援専門員等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。
- 市町、医師会、地域の医療機関及び地域住民と密接に連携し支援することで在宅医療等の充実を図るとともに、在宅医療や在宅での看取り、地域包括ケアシステムに関する地域住民への普及啓発を推進します。
- 今後も増加が見込まれる認知症高齢者が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、介護者への支援、地域の見守り体制などを構築します。

医療従事者の確保・養成

(現状・課題)

- 新川圏域の人口10万人あたりの医療従事者数をみると、歯科医師数は県平均を上回っていますが、医師及び薬剤師の数は県平均を下回っています。また、看護職員数は県平均を下回っていますが、理学療法士及び作業療法士の数は、県平均を上回っています。
- 地域の医療提供体制の中心となる公的病院において医師が不足しており、医師の確保・養成が必要です。

- 医療の高度化や複雑化はますます進展し、医療依存度が高く、複数の疾病を有する患者に対する質の高い看護が必要です。

(施策の方向性)

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、不足する医療従事者の確保・養成の取組みを進めるとともに、限られた医療資源の中にあっても、質の高い幅広いサービスが提供できるよう、多職種間連携によるチーム医療の取組みを推進します。
- 富山大学や金沢大学の医学部の定員増（特別枠の導入）や修学資金制度の活用などを通じて、地域医療に従事する医師の確保や定着を図ります。
- 県立大学看護学部の設置、看護師等養成所の設置・運営に対する支援、修学資金制度の活用等による医療の高度化や在宅医療等、多様化するニーズに対応できる看護職員の確保・養成に努めます。
- 病院内保育所の運営支援や勤務環境改善に取り組む病院への支援、介護施設等における施設内保育施設の整備支援など、医療・介護従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

2 富山圏域

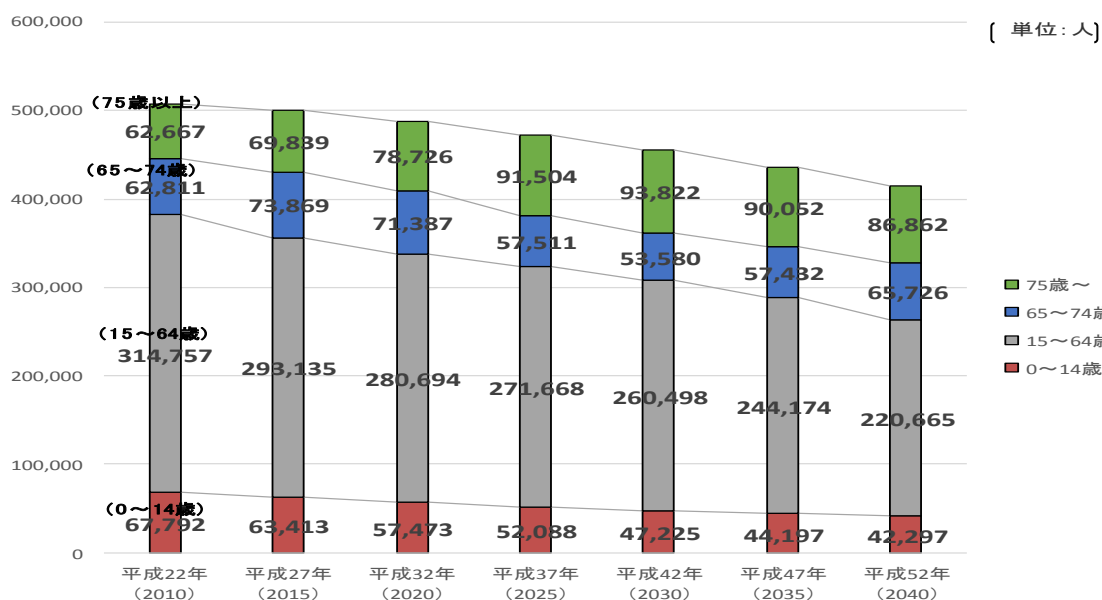
(1) 将来人口、高齢化率

- 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」では、富山圏域の人口は、平成 27 年（2015 年）から平成 37 年（2025 年）までに、27,485 人減少(5.5%減)する見込みです。
- 平成 37 年（2025 年）には、65 歳以上の人口比率が 31.5%になると予測されていますが、県平均の 33.6%を下回っています。



- 団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）における 75 歳以上人口の比率は 19.3%で、平成 27 年(2015 年)から 10 年間で 21,665 人の増加が見込まれています。

<図1 人口推移>



<表1 人口構成の推移>

(単位: 人 (%))

区分	平成 22 年 (2010 年)	平成 27 年 (2015 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)	平成 42 年 (2030 年)	平成 47 年 (2035 年)	平成 52 年 (2040 年)
総数	508,027	500,256	488,280	472,771	455,125	435,855	415,550
0~14 歳	67,792 (13.3%)	63,413 (12.7%)	57,473 (11.8%)	52,088 (11.0%)	47,225 (10.4%)	44,197 (10.1%)	42,297 (10.2%)
15~64 歳	314,757 (62.0%)	293,135 (58.6%)	280,694 (57.5%)	271,668 (57.5%)	260,498 (57.2%)	244,174 (56.0%)	220,665 (53.1%)
65~74 歳	62,811 (12.4%)	73,869 (14.8%)	71,337 (14.6%)	57,511 (12.2%)	53,580 (11.8%)	57,432 (13.1%)	65,726 (15.8%)
75 歳~	62,667 (12.3%)	69,839 (13.4%)	78,726 (16.1%)	91,504 (19.3%)	93,822 (20.6%)	90,052 (20.8%)	86,862 (20.9%)

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 3 月推計）

(2) 高齢者の単独・夫婦世帯の割合

- 富山圏域の65歳以上の単独世帯数は15,398世帯で、世帯総数に占める割合は8.2%と、県平均と同値であり、全国平均の9.2%を下回っています。また、高齢夫婦世帯数(夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦一組のみの世帯数)は19,310世帯で、世帯総数に占める割合は10.3%と、県平均は下回るものの、全国平均の10.1%を上回っています。

<表2 高齢者の単独・夫婦世帯の割合>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
①65歳以上の単独世帯数	4,053世帯	15,398世帯	8,952世帯	3,038世帯	31,441世帯
①の一般世帯に占める割合	9.3%	8.2%	8.2%	7.2%	8.2%
②高齢夫婦世帯数	4,902世帯	19,310世帯	11,950世帯	4,249世帯	40,411世帯
②の一般世帯に占める割合	11.2%	10.3%	10.9%	10.1%	10.6%

国勢調査「人口等基本集計」(平成22年度)

(3) 共働き率

- 富山圏域の共働き世帯は60,274世帯で、共働き率は52.6%となっており、県平均の54.7%よりは下回っていますが、全国平均の45.7%を上回っています。

<表3 共働き率>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
共働き世帯	16,167世帯	60,274世帯	39,574世帯	18,270世帯	134,285世帯
共働き率	56.3%	52.6%	56.1%	60.2%	54.7%

国勢調査「人口等基本集計」(平成22年度)

(4) 女性就業率

- 富山圏域の女性就業率は49.7%と、県平均の49.9%を下回っていますが、全国平均の47.1%を上回っています。

<表4 女性就業率>

全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
47.1%	49.9%	50.0%	49.7%	49.4%	51.5%

国勢調査「産業等基本集計」(平成22年度)(医療圏分は富山県計算)

(5) 医療施設数

- 平成 27 年 (2015 年) 10 月現在、圏域内には病院 50 施設、一般診療所 378 施設、歯科診療所 223 施設があり、人口 10 万人あたりでは、病院は県平均並みであり、有床診療所、歯科診療所は県平均を上回っています。

<表 5 医療施設数>

(単位：施設)

区 分		富 山		県平均	全国平均
		施設数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
医療 施設 数	病 院	50	10.0	10.0	6.7
	再掲) 精神	8	1.6	1.8	0.8
	一般診療所	378	75.3	71.5	79.1
	再掲) 有床診療所	24	4.8	4.7	6.6
	歯科診療所	223	44.4	42.2	54.0

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(6) 病床数

- 平成 27 年 (2015 年) 10 月現在、病院の病床数は 8,343 床、一般診療所の病床数は 307 床となっており、人口 10 万人あたりで見ると、病院が 1,662.2 床と県平均の 1,581.7 床を上回っている一方で、一般診療所は 61.2 床と県平均の 63.9 床を下回っており、病院の病床が多い傾向となっています。

<表 6 病床数>

(単位：床)

区 分		富 山		県平均	全国平均
		病床数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病 床 数	病 院	8,343	1,662.2	1,581.7	1,232.0
	一般病床	4,131	823.0	794.9	703.3
	療養病床	2,627	523.4	476.8	258.4
	精神病床	1,531	305.0	300.2	264.6
	感染症病床	8	1.6	2.1	1.4
	結核病床	46	9.2	7.7	4.3
	一般診療所	307	61.2	63.9	84.7

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(7) 病床利用率

- 平成 27 年度 (2015 年度) の一般病床の病床利用率は 77.1%と、県平均の 72.6%を上回っており、一方で、療養病床の病床利用率は 94.0%と、県平均の 94.6%を下回っています。

<表7 病院の病床利用率>

(単位：%)

区 分		富 山	県平均	全国平均
病 床 利用率	全病床	84.7	82.6	80.1
	一般病床	77.1	72.6	75.0
	療養病床	94.0	94.6	88.8

厚生労働省「病院報告」(平成27年)

(8) 平均在院日数

- 平成27年度(2015年度)の一般病床の平均在院日数は16.6日と、県平均の16.2日を上回っており、また、療養病床の平均在院日数は272.1日と、県平均の256.5日を上回っています。

<表8 病院の平均在院日数>

(単位：日/人)

区 分		富 山	県平均	全国平均
平 均 在 院 日 数	全病床	34.2	34.2	29.1
	一般病床	16.6	16.2	16.5
	療養病床	272.1	256.5	158.2

厚生労働省「病院報告」(平成27年)

(9) 医療従事者数等

- 平成26年(2014年)12月31日現在、圏域内の医師数は1,487人、人口10万人あたりで295.7人(県平均248.2人)、歯科医師数は295人、人口10万人あたりで58.7人(県平均58.2人)、薬剤師数は1,706人、人口10万人あたりで339.3人(県平均265.7人)となっています。
- 平成26年(2014年)12月31日現在、看護職員数は8,141人であり、職種別では保健師291人、人口10万人あたりで57.9人(県平均56.7人)、助産師218人、人口10万人あたりで43.4人(県平均33.6人)、看護師6,050人、人口10万人あたりで1,203.2人(県平均1,072.3人)、准看護師1,582人、人口10万人あたりで314.6人(県平均320.6人)となっています。
- 平成26年10月1日現在、圏域内のリハビリテーションスタッフ従事者数は、理学療法士273.5人、人口10万人あたりで54.4人(県平均49.0人)、作業療法士163.1人、人口10万人あたりで32.4人(県平均31.2人)、言語聴覚士58.5人、人口10万人あたり11.6人(県平均9.3人)、視能訓練士36.0人、人口10万人あたりで7.2人(県平均8.1人)、歯科衛生士409.2人、人口10万人あたりで81.4人(県平均85.6人)となっています。

<表9 医師・歯科医師・薬剤師数>

(単位：人)

区 分	富 山		県平均	全国平均
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
医 師	1,487	295.7	248.2	244.9
歯科医師	295	58.7	58.2	81.8
薬剤師	1,706	339.3	265.7	226.7

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 26 年 12 月末)

<表10 看護職員数>

(単位：人)

区 分	富 山		県平均	全国平均	
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対	
看護職員数	8,141	1,619	1,483	1,188	
内 訳	保健師	291	57.9	56.7	38.1
	助産師	218	43.4	33.6	26.7
	看護師	6,050	1,203.2	1,072.3	855.2
	准看護師	1,582	314.6	320.6	267.7

富山県「看護職員業務従事者届」(平成 26 年 12 月末)

<表11 リハビリテーション関係従事者数及び歯科衛生士数>

(単位：人)

区 分	富 山		県平均	全国平均
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
理学療法士	273.5	54.4	49.0	60.7
作業療法士	163.1	32.4	31.2	33.2
言語聴覚士	58.5	11.6	9.3	11.2
視能訓練士	36.0	7.2	8.1	6.1
歯科衛生士	409.2	81.4	85.6	84.9

厚生労働省「病院報告」「医療施設調査」(平成 26 年度)

(10) 在宅医療の状況

- 平成 28 年 (2016 年) 6 月現在、在宅療養支援病院数は 4 施設、在宅療養支援診療所数は 35 施設です。
- 平成 26 年 (2014 年) 10 月現在、訪問診療を行っている病院数は 10 施設、診療所数は 94 施設で、人口 10 万人あたりでは病院 2.0 施設、診療所 18.7 施設と、いずれも県平均 (病院 2.9 施設、診療所 19.3 施設) を下回っています。
- 平成 28 年 (2016 年) 4 月現在、訪問看護ステーション数は 30 施設で、人口 10 万人あたりでは 6.0 施設と、県平均の 5.7 施設を上回っています。

- 在宅医療に従事する医師数は、平成 24 年（2012 年）に 129 人であったのに対し、平成 27 年（2015 年）には 186 人となっています。

<表 12 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出施設数>

区 分	届出数	人口 10 万対施設数		
	富山	富山	県全体	全国
在宅療養支援病院	4	0.8	1.0	—
在宅療養支援診療所	35	7.0	5.2	11.2

東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」(H28. 6. 1)

<表 13 訪問診療を行う病院・診療所数>

区 分	施設数	人口 10 万対施設数		
	富山	富山	県全体	全国
病 院	10	2.0	2.9	2.1
診 療 所	94	18.7	19.3	16.2

厚生労働省「医療施設(静態)調査」(H26. 10. 1)

<表 14 訪問看護ステーション数>

区 分	訪問看護ステーション(稼働数)				
	施設数	人口 10 万人あたり		高齢者人口 10 万人あたり	
		施設数	順位	施設数	順位
富 山	30	6.0	—	21.0	—
富 山 県	61	5.7	38	19.2	41
全 国	9,070	7.1	—	27.5	—

富山県高齢福祉課調べ (H28. 4. 1)

<表 15 在宅医療従事医師数>

年 度	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
平成 24 年度	41 人	129 人	80 人	38 人	288 人
平成 27 年度	49 人	186 人	148 人	73 人	456 人

富山県高齢福祉課調べ (平成 27 年度)

<表 16 認知症有病率数>

圏 域	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
認知症有病率	17.9%	14.2%	14.0%	20.4%	15.7%

富山県高齢福祉課「認知症高齢者実態調査」(平成 26 年度)

(11) 介護サービスの状況

- 富山県高齢者保健福祉計画における介護サービス量（保険者で推計したものの合計値、年間延べ利用人数）は、次表のとおりです。

<表 17 介護サービスの実績および見込>

(単位:人数/年)

①介護老人福祉施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
富山	27,769	27,674	29,388	30,096	32,160	4,391

②介護老人保健施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
富山	24,698	24,791	25,680	26,040	27,132	2,434

③介護療養型医療施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
富山	11,363	11,420	11,460	11,460	11,472	109

介護保険施設計 (①+②+③)						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
富山	63,830	63,885	66,528	67,596	70,764	6,934

④認知症対応型共同生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
富山	8,167	8,114	8,820	9,612	11,040	2,873

⑤特定施設入居者生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
富山	1,249	1,257	1,692	2,316	2,868	1,619

H26、27年度…厚生労働省「介護保険事業状況報告」H28以降…「第6期富山県介護保険事業支援計画」

(12) 必要病床数の推計

- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数の算定方法は、第 5 章のとおり、医療法に基づく厚生労働省令で定められており、厚生労働省が提供する「必要病床数等推計ツール」により推計しています。
- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数は、富山圏域で、高度急性期 536 床、急性期 1,648 床、回復期 1,360 床、慢性期 1,374 床の合計 4,918 床と推計されます。

<表 18 平成 37 年（2025 年）における医療機能ごとの病床数の必要量>

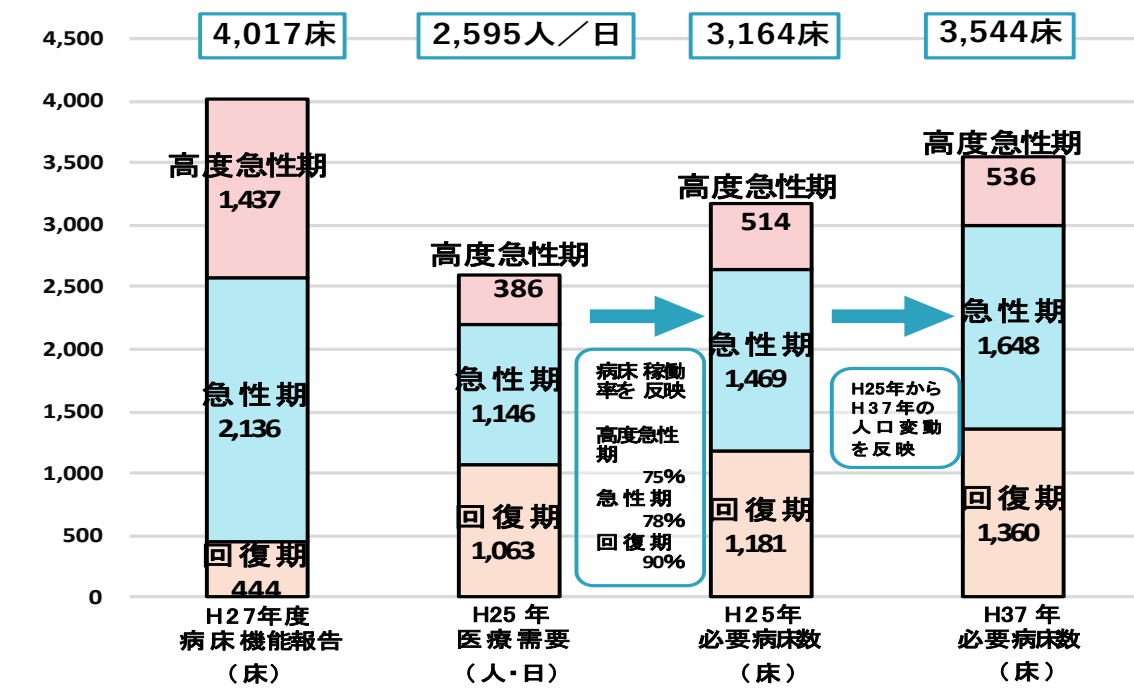
圏域	医療機能	平成 25 年（2013 年）		平成 37 年（2025 年）	
		医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）	医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）
富山	高度急性期	386	514	402	536
	急性期	1,146	1,469	1,285	1,648
	回復期	1,063	1,181	1,224	1,360
	慢性期	1,923	2,090	1,264	1,374
	計	4,518	5,254	4,175	4,918

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

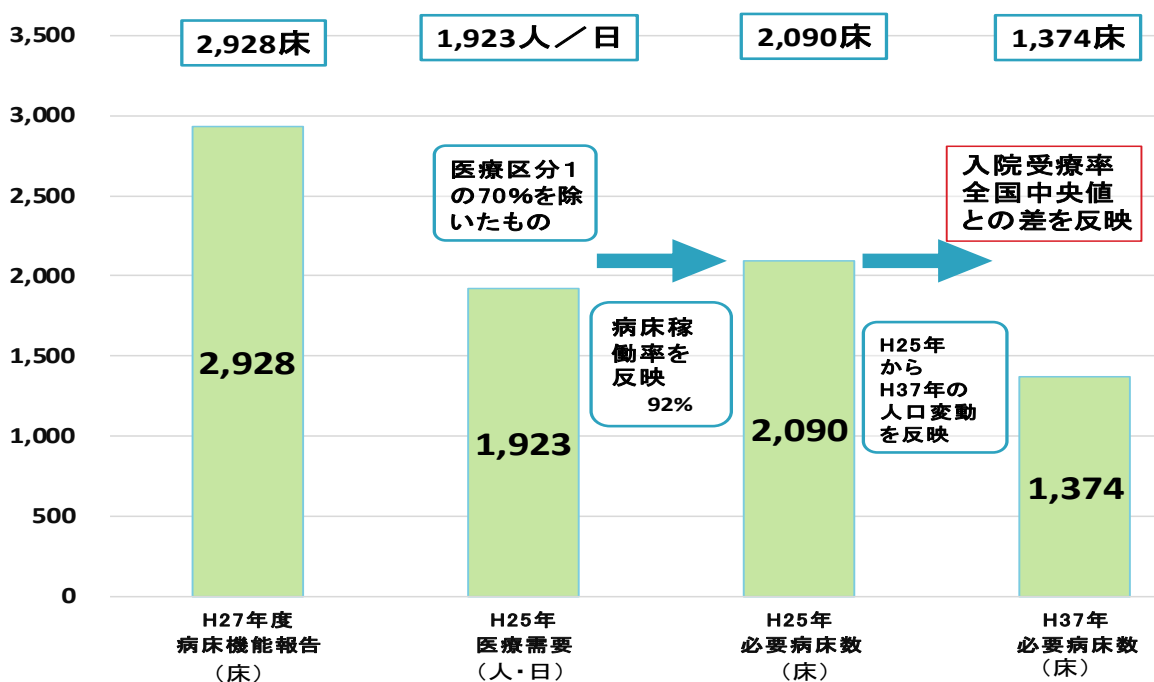
(13) 病床機能報告と必要病床数の比較

○ 平成 27 年度病床機能報告と平成 37 年（2025 年）の必要病床数との比較は、次のとおりとなっています。

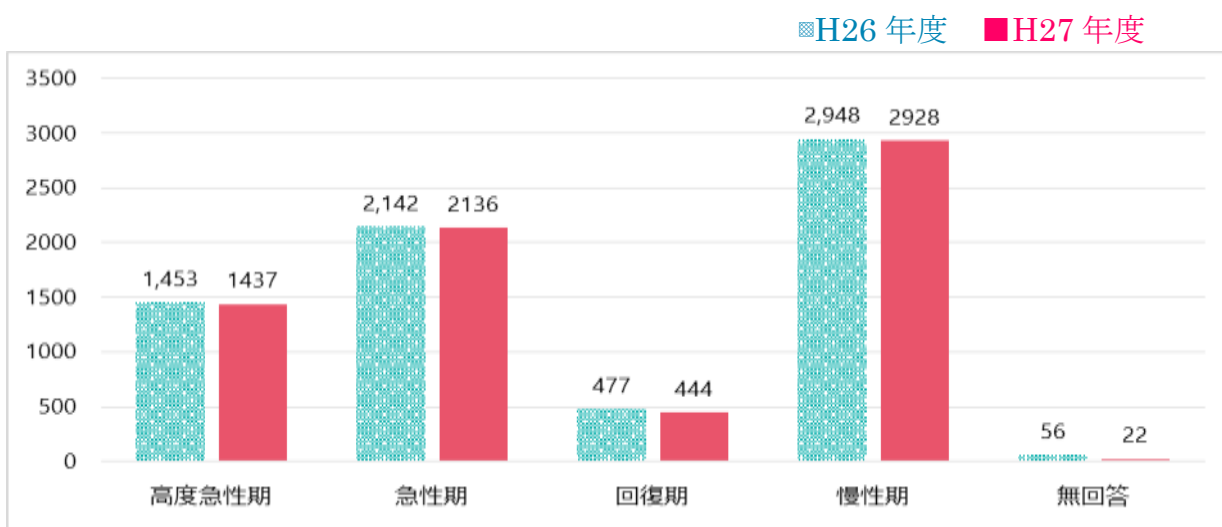
① 高度急性期・急性期・回復期



② 慢性期



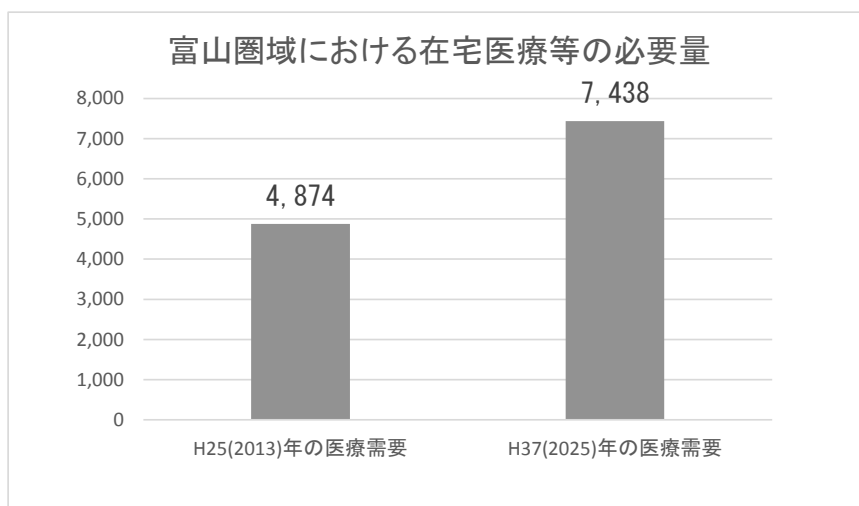
<図 平成 26 年、27 年度病床機能報告結果の比較>



年度	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
26	1,453 床	2,142 床	477 床	2,948 床	56 床
27	1,437 床	2,136 床	444 床	2,928 床	22 床

(14) 在宅医療等の必要量の推計

- 平成 37 年（2025 年）における居宅等における医療の必要量（在宅医療等の医療需要）は、富山圏域で 7,438 人／日と推計されます。



注) 地域差解消分にあたる患者数は、平成 25（2013）年には含まれず、平成 37（2025）年には含まれている。

(15) 現状・課題及び2025年に向けた施策の方向性

病床の機能分化・連携の促進

(現状・課題)

- 富山圏域は、人口10万人あたりで見ると、病院数は県平均並みであるものの全国平均を上回っており、一般病床及び療養病床の数は全国平均及び県平均より多い状況にあります。また、一般病床の利用率は全国平均及び県平均に比べて高く、療養病床の利用率は県平均より低いものの全国平均より高くなっています。さらに、一般病床及び療養病床の平均在院日数は全国平均及び県平均に比べて長くなっています。
- 平成37年(2025年)の医療需要の推計(第5章2(3)表3)によると、富山圏域から他の圏域への入院患者の流出がほとんどなく、地域内の完結率は97.3%と高いものとなっています。
- 主な疾病別の完結率(第2章7(2))では、脳卒中、急性心筋梗塞、成人肺炎、大腿骨骨折、がんについては、高度急性期、急性期、回復期機能のいずれも95%以上と高いものとなっています。
- 平成27年病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成37年(2025年)の必要病床数を比較すると、高度急性期、急性期、慢性期機能の病床は過剰となり、回復期機能の病床は不足することが見込まれています。
- 在宅医療や介護のニーズに対応するため、継続性のあるリハビリテーション体制や医療的ケアの提供が必要であり、医療機関間に加え、医療機関と介護施設との連携を進める必要があります。

(施策の方向性)

- 病床機能の分化及び連携を進めるにあたっては、医療機関の自主的な取組みが基本であり、また、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用等を通じて、病床機能の転換を促進します。
- 急性期から回復期、慢性期、在宅医療等に至るまで一連の医療サービスを総合的に確保するため、紹介、逆紹介を通じた医療機関間の連携を推進します。

- 高度急性期医療については、診療密度が特に高い医療の提供となるため、医療資源の集積を考慮し、圏域内の病・病連携を推進するとともに、圏域内における高度急性期医療の補完機能の充実を図ります。
- 緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞などの発症初期における「待てない急性期」の救命・救急医療については、ドクターヘリを活用した救命・救急医療活動や救急車内での救急救命処置の充実強化を図ります。
- 地域連携クリティカルパスとして、脳卒中、大腿骨頸部骨折及び急性心筋梗塞の各クリティカルパスが運用されており、今後、これらのパスの普及啓発と更なる活用に努めます。
- 医療機関間での医療機器の共同利用やICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化を推進します。
- 在宅医療や介護サービスと連携した退院支援の取組みなど、効率的・効果的な医療提供体制を推進します。
- 回復期機能については、地域包括ケア病床や回復期リハビリテーション病床などの在宅復帰を支援する回復期機能に転換する病院を支援します。

在宅医療等の充実

(現状・課題)

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能分化及び連携により、比較的医療の必要性が低く容態の安定した方で、現在の療養病床以外で対応可能な患者は、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要であるとされています。
- 富山圏域は、全国平均に比べて、共働き率が高く、また、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションの数が人口10万人あたりで見ると、県平均に比べて多い状況です。
- 富山圏域の高齢者の認知症有病率は14.2%で、県平均の15.7%に比べて低い状況です。

- こうした地域の特性を踏まえ、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないかを検討していく必要があります。

(施策の方向性)

- 患者や家族が安心して慢性期機能病床から在宅医療等へ移行できるよう、慢性期機能病床を有する医療機関の円滑な退院調整や、在宅医療や訪問看護による24時間365日対応可能な医療提供体制を構築します。
- 質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護福祉士、介護支援専門員等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。
- 市町村、医師会、地域の医療機関及び地域住民と密接に連携し支援することで在宅医療等の充実を図るとともに、在宅医療や在宅での看取り、地域包括ケアシステムに関する地域住民への普及啓発を推進します。
- 今後も増加が見込まれる認知症高齢者が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、介護者への支援、地域の見守り体制などを構築します。

医療従事者の確保・養成

(現状・課題)

- 富山圏域の人口10万人あたりの医療従事者数をみると、医師及び薬剤師の数は全国平均及び県平均を上回っており、歯科医師数は県平均を上回っています。また、看護職員数は全国平均及び県平均ともに上回っており、理学療法士及び作業療法士の数は県平均を上回っています。
- 地域の医療提供体制の中心となる公的病院においては、小児科や麻酔科等の医師が不足しており、特定診療科を中心に医師の確保・養成が必要です。
- 医療の高度化や複雑化はますます進展し、医療依存度が高く、複数の疾病を有する患者に対する質の高い看護が必要です。

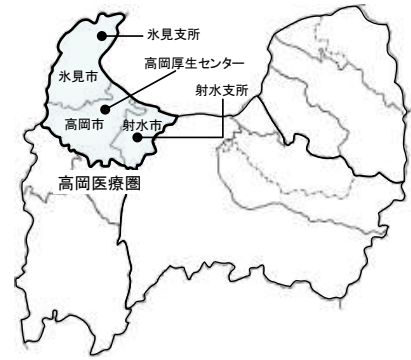
(施策の方向性)

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、不足する医療従事者の確保・養成の取組みを進めるとともに、限られた医療資源の中にあっても、質の高い幅広いサービスが提供できるよう、多職種間連携によるチーム医療の取組みを推進します。
- 富山大学や金沢大学の医学部の定員増（特別枠の導入）や修学資金制度の活用などを通じて、地域医療に従事する医師の確保や定着を図ります。
- 県立大学看護学部の設置、看護師等養成所の設置・運営に対する支援、修学資金制度の活用等による医療の高度化や在宅医療等、多様化するニーズに対応できる看護職員の確保・養成に努めます。
- 病院内保育所の運営支援や勤務環境改善に取り組む病院への支援、介護施設等における施設内保育施設の整備支援など、医療・介護従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

3 高岡圏域

(1) 将来人口、高齢化率

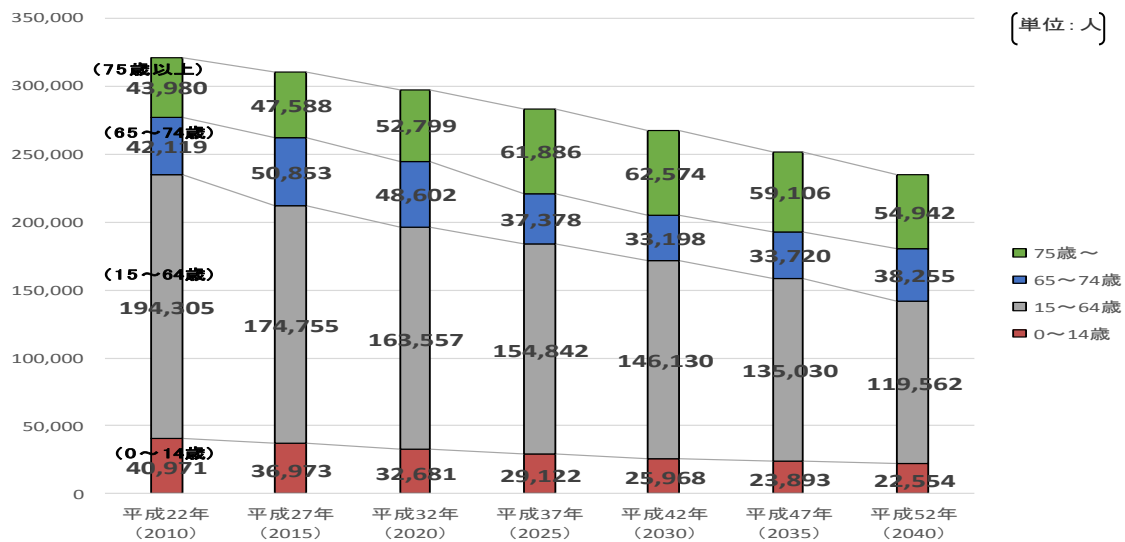
○ 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」では、高岡圏域の人口は、平成 27 年（2015 年）から平成 37 年（2025 年）までに、26,941 人減少（8.7%減）する見込みです。



○ 平成 37 年（2025 年）には、65 歳以上の人口比率が 35.1%になると予測されており、県平均の 33.6%を上回っています。

○ 団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）における 75 歳以上人口の比率は 21.9%で、平成 27 年（2015 年）から 10 年間で 14,298 人の増加が見込まれています。

<図 1 人口推移>



<表 1 人口構成の推移>

(単位：人 (%))

区分	平成 22 年 (2010 年)	平成 27 年 (2015 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)	平成 42 年 (2030 年)	平成 47 年 (2035 年)	平成 52 年 (2040 年)
総 数	321,375	310,169	297,639	283,228	267,870	251,749	235,313
0~14 歳	40,971 (12.7%)	36,973 (11.9%)	32,681 (11.0%)	29,122 (10.3%)	25,968 (9.7%)	23,893 (9.5%)	22,554 (9.6%)
15~64 歳	194,305 (60.5%)	174,755 (56.4%)	163,557 (55.0%)	154,842 (54.6%)	146,130 (54.5%)	135,030 (53.6%)	119,562 (50.8%)
65~74 歳	42,119 (13.1%)	50,853 (16.4%)	48,602 (16.3%)	37,378 (13.2%)	33,198 (12.4%)	33,720 (13.4%)	38,255 (16.3%)
75 歳 ~	43,980 (13.7%)	47,588 (15.3%)	52,799 (17.7%)	61,886 (21.9%)	62,574 (23.4%)	59,106 (23.5%)	54,942 (23.3%)

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 3 月推計）

(2) 高齢者の単独・夫婦世帯の割合

- 高岡圏域の65歳以上の単独世帯数は8,952世帯で、世帯総数に占める割合は8.2%で、県平均と同値ですが、全国平均の9.2%を下回っています。また、高齢夫婦世帯数(夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦一組のみの世帯数)は11,950世帯と、世帯総数に占める割合は10.9%と、県平均の10.6%及び全国平均の10.1%を上回っています。

<表2 高齢者の単独・夫婦世帯の割合>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
①65歳以上の単独世帯数	4,053世帯	15,398世帯	8,952世帯	3,038世帯	31,441世帯
①の一般世帯に占める割合	9.3%	8.2%	8.2%	7.2%	8.2%
②高齢夫婦世帯数	4,902世帯	19,310世帯	11,950世帯	4,249世帯	40,411世帯
②の一般世帯に占める割合	11.2%	10.3%	10.9%	10.1%	10.6%

国勢調査「人口等基本集計」(平成22年度)

(3) 共働き率

- 高岡圏域の共働き世帯39,574世帯で、共働き率は56.1%となっており、県平均(54.7%)及び全国平均(45.7%)を上回っています。

<表3 共働き率>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
共働き世帯	16,167世帯	60,274世帯	39,574世帯	18,270世帯	134,285世帯
共働き率	56.3%	52.6%	56.1%	60.2%	54.7%

国勢調査「人口等基本集計」(平成22年度)

(4) 女性就業率

- 高岡圏域の女性就業率は49.4%と、県平均(49.9%)は下回っていますが、全国平均(47.1%)を上回っております。

<表4 女性就業率>

全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
47.1%	49.9%	50.0%	49.7%	49.4%	51.5%

国勢調査「産業等基本集計」(平成22年度)(医療圏分は富山県計算)

(5) 医療施設数

- 平成27年(2015年)10月現在、圏域内には病院27施設、一般診療所220施設、歯科診療所132施設があり、人口10万人あたりでは、病院は県平均を下回ってい

る一方で、有床診療所は県平均を上回っており、また歯科診療所は県平均並みです。

<表5 医療施設数>

(単位：施設)

区 分		高 岡		県平均	全国平均
		施設数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
医 療 施 設 数	病 院	27	8.6	10.0	6.7
	再掲) 精神	7	2.2	1.8	0.8
	一般診療所	220	70.4	71.5	79.1
	再掲) 有床診療所	19	6.1	4.7	6.6
	歯科診療所	132	42.2	42.2	54.0

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(6) 病床数

- 平成 27 年 (2015 年) 10 月現在、病院の病床数は 4,036 床、診療所の病床数は 267 床となっており、人口 10 万人あたりで見ると、病院が 1,291.1 床と県平均の 1,581.7 床を下回っている一方で、一般診療所は 85.4 床と県平均の 63.9 床を上回っており、診療所の病床が多い傾向となっています。

<表6 病床数>

(単位：床)

区 分		高 岡		県平均	全国平均
		病床数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病 床 数	病 院	4,036	1,291.1	1,581.7	1,232.0
	一般病床	2,274	727.5	794.9	703.3
	療養病床	873	279.3	476.8	258.4
	精神病床	862	275.8	300.2	264.6
	感染症病床	6	1.9	2.1	1.4
	結核病床	21	6.7	7.7	4.3
	一般診療所	267	85.4	63.9	84.7

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(7) 病床利用率

- 平成 27 年度 (2015 年度) の一般病床の病床利用率は 67.8%と、県平均の 72.6%を下回っており、一方で、療養病床の病床利用率は 96.8%と、県平均の 94.6%を上回っています。

<表7 病院の病床利用率>

(単位：%)

区 分		高 岡	県平均	全国平均
病 床 利 用 率	全病床	79.4	82.6	80.1
	一般病床	67.8	72.6	75.0
	療養病床	96.8	94.6	88.8

厚生労働省「病院報告」(平成27年度)

(8) 平均在院日数

- 平成27年度(2015年度)の一般病床の平均在院日数は14.7日と、県平均の16.2日を下回っており、また、療養病床の平均在院日数は220.5日と、県平均の256.5日を下回っています。

<表8 病院の平均在院日数>

(単位：日/人)

区 分		高 岡	県平均	全国平均
平 均 在 院 日 数	全病床	29.3	34.2	29.1
	一般病床	14.7	16.2	16.5
	療養病床	220.5	256.5	158.2

厚生労働省「病院報告」(平成27年度)

(9) 医療従事者数等

- 平成26年(2014年)12月31日現在、圏域内の医師数は635人、人口10万人あたりで203.1人(県平均248.2人)、歯科医師数は195人、人口10万人あたりで62.4人(県平均58.2人)、薬剤師数は688人、人口10万人あたりで220.1人(県平均265.7人)となっています。
- 平成26年(2014年)12月31日現在、看護職員の就業者数は4,108人であり、職種別では保健師144人、人口10万人あたりで46.1人(県平均56.7人)、助産師86人、人口10万人あたりで27.5人(県平均33.6人)、看護師2,955人、人口10万人あたりで945.2人(県平均1,072.3人)、准看護師923人、人口10万人あたりで314.6人(県平均320.6人)となっています。
- 平成26年10月1日現在、圏域内のリハビリテーションスタッフ従事者数は、理学療法士116.2人、人口10万人あたりで37.1人(県平均49.0人)、作業療法士67.8人、人口10万人あたりで21.7人(県平均31.2人)、言語聴覚士17.4人、人口10万人あたり5.6人(県平均9.3人)、視能訓練士34.1人、人口10万人あたりで10.9人(県平均8.1人)、歯科衛生士302.6人、人口10万人あたりで96.7人(県平均85.6人)となっています。

<表9 医師・歯科医師・薬剤師数> (単位：人)

区 分	高 岡		県平均	全国平均
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
医 師	635	203.1	248.2	244.9
歯科医師	195	62.4	58.2	81.8
薬剤師	688	220.1	265.7	226.7

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 26 年 12 月末)

<表10 看護職員数> (単位：人)

区 分	高 岡		県平均	全国平均	
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対	
看護職員数	4,108	1,314	1,483	1,188	
内 訳	保健師	144	46.1	56.7	38.1
	助産師	86	27.5	33.6	26.7
	看護師	2,955	945.2	1,072.3	855.2
	准看護師	923	314.6	320.6	267.7

富山県「看護職員業務従事者届」(平成 26 年 12 月末)

<表11 リハビリテーション関係従事者数及び歯科衛生士数> (単位：人)

区 分	高 岡		県平均	全国平均
	総数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
理学療法士	116.2	37.1	49.0	60.7
作業療法士	67.8	21.7	31.2	33.2
言語聴覚士	17.4	5.6	9.3	11.2
視能訓練士	34.1	10.9	8.1	6.1
歯科衛生士	302.6	96.7	85.6	84.9

厚生労働省「病院報告」「医療施設調査」(平成 26 年度)

(10) 在宅医療の状況

- 平成 28 年 (2016 年) 6 月現在、在宅療養支援病院数は 4 施設、在宅療養支援診療所数は 18 施設です。
- 平成 26 年 (2014 年) 10 月現在、訪問診療を行っている病院数は 9 施設、診療所数は 70 施設で、人口 10 万人あたりでは病院 2.8 施設、診療所 22.3 施設と、病院では、県平均 (2.9 施設) を下回り、診療所は県平均 (19.3 施設) を上回っています。
- 平成 28 年 (2016 年) 4 月現在、訪問看護ステーション数は 18 施設で、人口 10 万人あたりでは 5.8 施設と、県平均の 5.7 施設を上回っています。

- 在宅医療に従事する医師数は、平成 24 年（2012 年）に 80 人であったのに対し、平成 27 年（2015 年）には 148 人となっています。

<表 12 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出施設数>

区 分	届出数	人口 10 万対施設数		
	高 岡	高 岡	富 山 県	全 国
在宅療養支援病院	4	1.2	1.0	—
在宅療養支援診療所	18	5.8	5.2	11.2

東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」(H28. 6. 1)

<表 13 訪問診療を行う病院・診療所数>

区 分	施設数	人口 10 万対施設数		
	高 岡	高 岡	県全体	全 国
病 院	9	2.8	2.9	2.1
診 療 所	70	22.3	19.3	16.2

厚生労働省「医療施設(静態)調査」(H26. 10. 1)

<表 14 訪問看護ステーション数>

区 分	訪問看護ステーション(稼働数)				
	施設数	人口 10 万人あたり		高齢者人口 10 万人あたり	
		施設数	順位	施設数	順位
高 岡	18	5.8	—	18.4	—
富 山 県	61	5.7	38	19.2	41
全 国	9,070	7.1	—	27.5	—

富山県高齢福祉課調べ(H28. 4. 1)

<表 15 在宅医療従事医師数>

年 度	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
平成 24 年度	41 人	129 人	80 人	38 人	288 人
平成 27 年度	49 人	186 人	148 人	73 人	456 人

富山県高齢福祉課調べ(平成 27 年度)

<表 16 認知症有病率数>

圏 域	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
認知症有病率	17.9%	14.2%	14.0%	20.4%	15.7%

富山県高齢福祉課「認知症高齢者実態調査」(平成 26 年度)

(11) 介護サービスの状況

- 富山県高齢者保健福祉計画における介護サービス量(保険者で推計したものの合計値年間延べ利用人数)は、次表のとおりです。

<表 17 介護サービスの実績および見込>

(単位：人数／年)

①介護老人福祉施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
高岡	22,536	23,561	24,648	25,704	28,716	6,180

②介護老人保健施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
高岡	13,983	13,978	15,084	15,528	15,948	1,965

③介護療養型医療施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
高岡	6,125	5,395	5,724	5,724	5,784	▲341

介護保険施設計 (①+②+③)						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
高岡	42,644	42,934	45,456	46,956	50,448	7,804

④認知症対応型共同生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
高岡	7,282	7,987	9,744	10,272	11,124	3,842

⑤特定施設入居者生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
高岡	524	545	528	936	1,092	568

H26、27 年度…厚生労働省「介護保険事業状況報告」H28 以降…「第 6 期富山県介護保険事業支援計画」

(12) 必要病床数の推計

- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数の算定方法は、第 5 章のとおり、医療法に基づく厚生労働省令で定められており、厚生労働省が提供する「必要病床数等推計ツール」により推計しています。
- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数は、高岡圏域で、高度急性期 233 床、急性期 915 床、回復期 750 床、慢性期 493 床の合計 2,391 床と推計されます。

<表 18 平成 37 年（2025 年）における医療機能ごとの病床数の必要量>

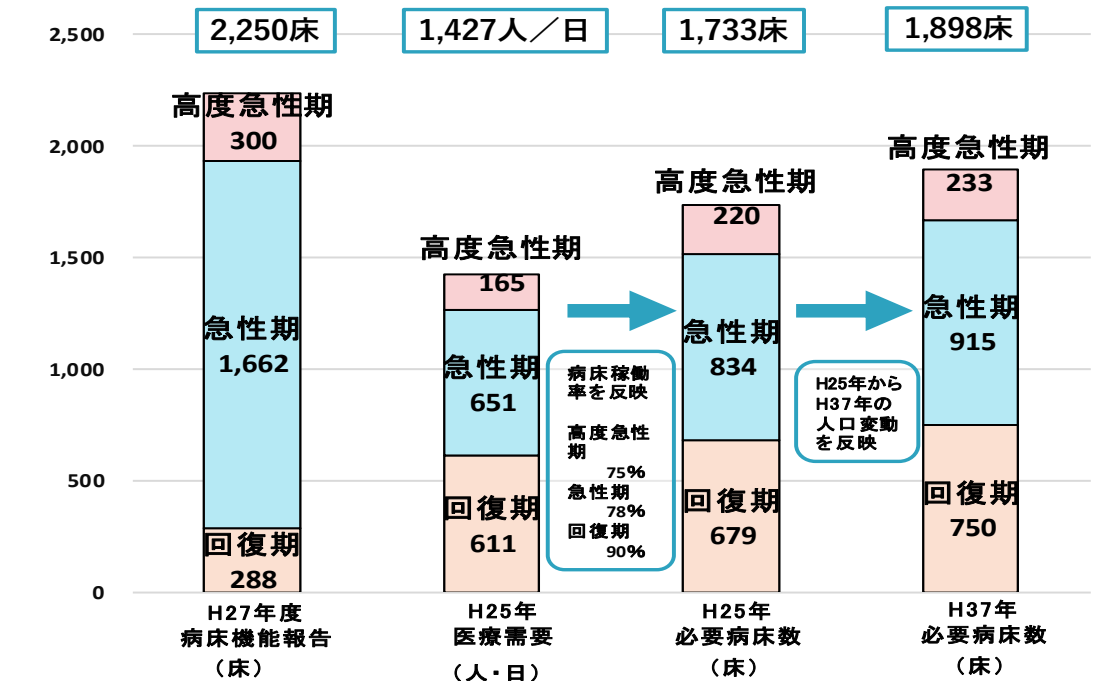
圏域	医療機能	平成 25 年（2013 年）		平成 37 年（2025 年）	
		医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）	医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）
高岡	高度急性期	165	220	174	233
	急性期	651	834	714	915
	回復期	611	679	675	750
	慢性期	662	719	454	493
	計	2,089	2,452	2,017	2,391

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

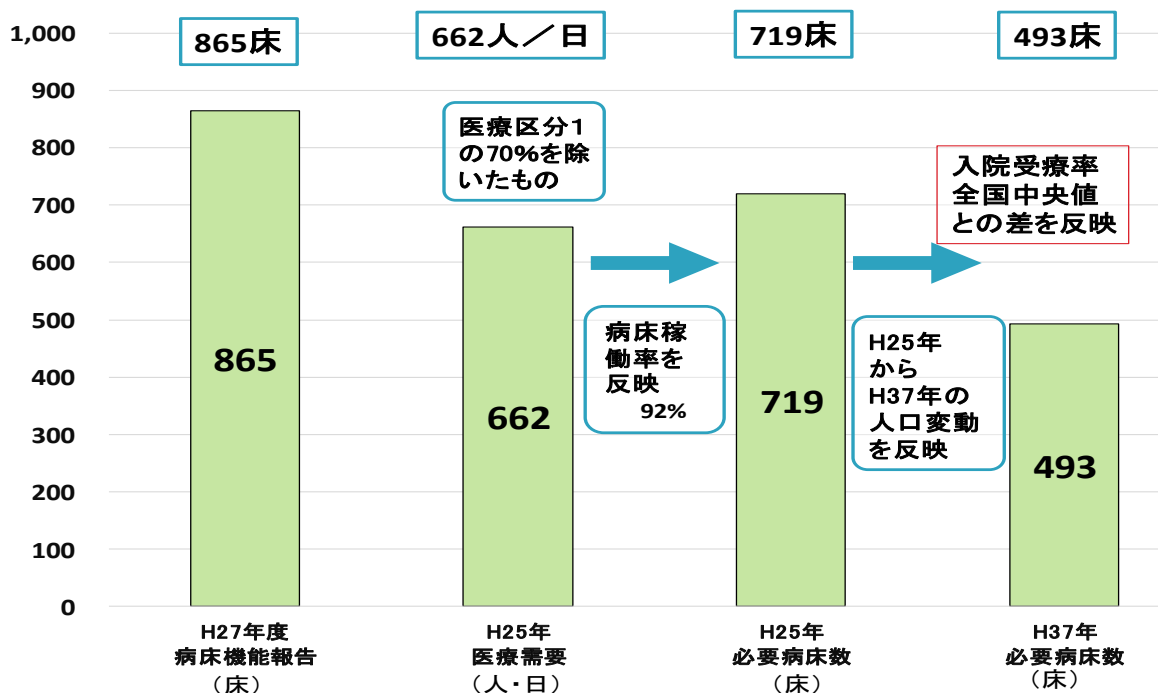
(13) 病床機能報告と必要病床数の比較

○ 平成 27 年度病床機能報告と平成 37 年（2025 年）の必要病床数との比較は、次のとおりとなっています。

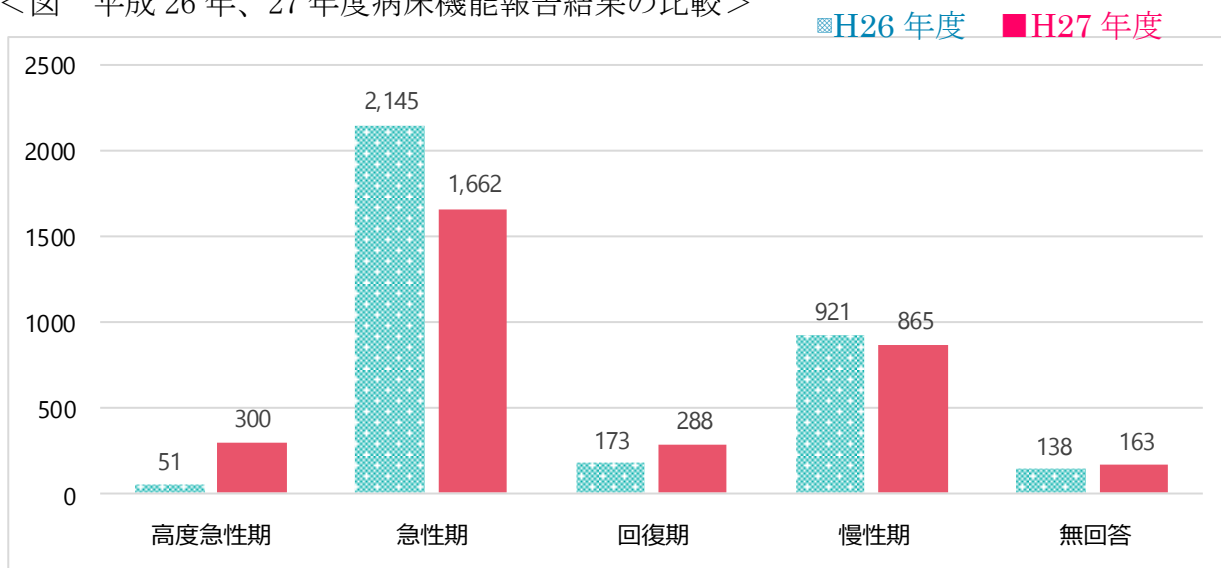
① 高度急性期・急性期・回復期



② 慢性期



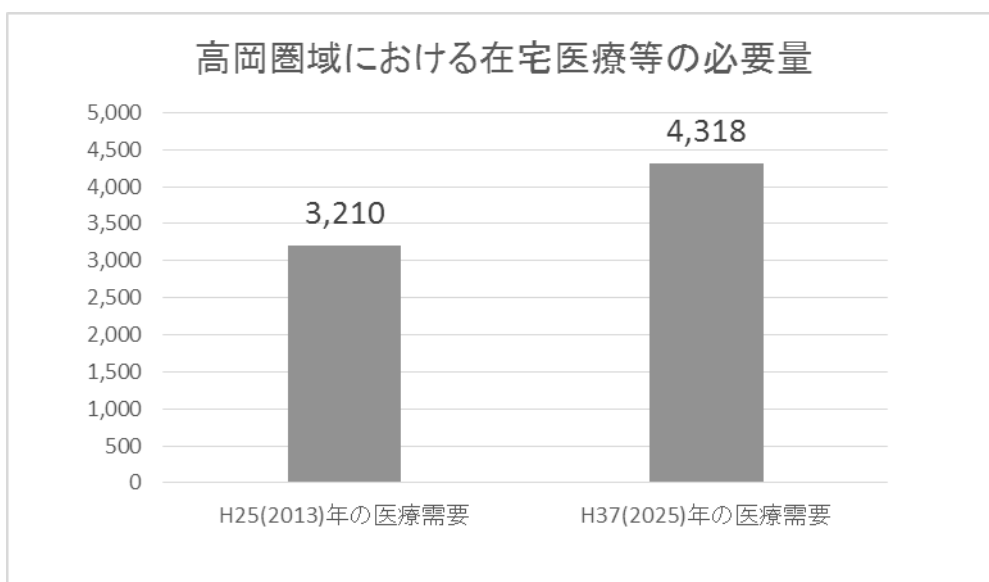
<図 平成 26 年、27 年度病床機能報告結果の比較>



年度	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
26	51 床	2,145 床	173 床	921 床	138 床
27	300 床	1,662 床	288 床	865 床	163 床

(14) 在宅医療等の必要量の推計

- 平成 37 年（2025 年）における居宅等における医療の必要量（在宅医療等の医療需要）は、高岡圏域で、4,318 人／日と推計されます。



注) 地域差解消分にあたる患者数は、平成 25 (2013) 年には含まれず、平成 37 (2025) 年には含まれている。

(15) 現状・課題及び 2025 年に向けた施策の方向性

病床の機能分化・連携の促進

(現状・課題)

- 高岡圏域は、人口 10 万人あたりで見ると、全国平均及び県平均に比べて、病院数、一般病床及び療養病床の数のいずれも県平均よりは少ないものの全国平均よりは多い状況にあります。また、一般病床の利用率は全国平均及び県平均に比べて低く、療養病床の利用率は全国平均及び県平均に比べて高くなっています。さらに、一般病床の平均在院日数は県平均及び全国平均より短く、療養病床の平均在院日数は県平均より短いものの全国平均より長くなっています。
- 平成 37 年（2025 年）の医療需要の推計（第 5 章 2（3）表 3）によると、高岡圏域から富山圏域等への入院患者の一部流出がみられるものの、地域内の完結率は約 90%と高いものとなっています。
- また、主な疾病別の完結率（第 2 章 7（2））では、脳卒中、急性心筋梗塞、成人肺炎、大腿骨骨折については、高度急性期、急性期、回復期機能のいずれも 80%以上となっており、がんについては、高度急性期機能は 67%、急性期は 79%、回復期機能は 78%となっています。
- 平成 27 年度病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成 37 年（2025 年）の必要病床数を比較すると、高度急性期、急性期、慢性期機能の病床は過剰となり、回復期機能の病床は不足することが見込まれています。
- 在宅医療や介護のニーズに対応するため、継続性のあるリハビリテーション体制や医療的ケアの提供が必要であり、医療機関間に加え、医療機関と介護施設との連携を進める必要があります。

(施策の方向性)

- 病床機能の分化及び連携を進めるにあたっては、医療機関の自主的な取組みが基本であり、また、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用を通じて、病床機能の転換を促進します。
- 急性期から回復期、慢性期、在宅医療等に至るまで一連の医療サービスを総合的に

確保するため、紹介、逆紹介を通じた医療機関間の連携を推進します。

- 高度急性期医療については、診療密度が特に高い医療の提供となるため、医療資源の集積を考慮し、圏域内の病・病連携を推進するとともに、圏域内における高度急性期医療の補完機能の充実を図ります。
- 緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞などの発症初期における「待てない急性期」の救命・救急医療については、ドクターヘリを活用した救命・救急医療活動や救急車内での救急救命処置の充実強化を図ります。
- 地域連携クリティカルパスとして、がん、脳卒中、大腿骨頸部骨折及び急性心筋梗塞等の各クリティカルパスが運用されており、今後、これらのパスの普及啓発と更なる活用に努めます。
- 医療機関間での医療機器の共同利用やICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化を推進します。
- 在宅医療や介護サービスと連携した退院支援の取組みなど、効率的・効果的な医療提供体制を推進します。
- 回復期機能については、地域包括ケア病床や回復期リハビリテーション病床などの在宅復帰を支援する回復期機能に転換する病院を支援します。

在宅医療等の充実

(現状・課題)

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能分化及び連携により、比較的医療の必要性が低く容態の安定した方で、現在の療養病床以外で対応可能な患者は、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要であるとされています。
- 高岡圏域は、全国平均及び県平均に比べて高齢化率や共働き率の割合が高く、また、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションの数が人口10万人あたりで見ると、県平均に比べやや多い状況です。
- 高岡圏域の高齢者の認知症有病率は14.0%で、県平均の15.7%に比べて低い状況で

す。

- こうした地域の特性を踏まえ、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないかを検討していく必要があります。

(施策の方向性)

- 患者や家族が安心して慢性期機能病床から在宅医療等へ移行できるよう、慢性期機能病床を有する医療機関の円滑な退院調整や、在宅医療や訪問看護による24時間365日対応可能な医療提供体制を整備します。
- 質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護福祉士、介護支援専門員等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。
- 市、医師会、地域の医療機関及び地域住民と密接に連携し支援することで在宅医療等の充実を図るとともに、在宅医療や在宅での看取り、地域包括ケアシステムに関する地域住民への普及啓発を推進します。
- 今後も増加が見込まれる認知症高齢者が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、介護者への支援、地域の見守り体制などを構築します。

医療従事者の確保・養成

(現状・課題)

- 高岡圏域の人口10万人あたりの医療従事者数をみると、歯科医師数は県平均を上回っていますが、医師及び薬剤師の数は県平均を下回っています。また、看護師数は県平均を下回っているものの全国平均を上回っており、理学療法士及び作業療法士の数は県平均を下回っています。
- 地域の医療提供体制の中心となる公的病院において、小児科や産婦人科等の医師が不足しており、特定診療科を中心に医師の確保・養成が必要です。
- 医療の高度化や複雑化はますます進展し、医療依存度が高く、複数の疾病を有する

患者に対する質の高い看護が必要です。

(施策の方向性)

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、不足する医療従事者の確保・養成の取組みを進めるとともに、限られた医療資源の中にあっても、質の高い幅広いサービスが提供できるよう、多職種間連携によるチーム医療の取組みを推進します。
- 富山大学や金沢大学の医学部の定員増（特別枠の導入）や修学資金制度の活用などを通じて、地域医療に従事する医師の確保や定着を図ります。
- 県立大学看護学部の設置、看護師等養成所の設置・運営に対する支援、修学資金制度の活用等による医療の高度化や在宅医療等、多様化するニーズに対応できる看護職員の確保・養成に努めます。
- 病院内保育所の運営支援や勤務環境改善に取り組む病院への支援、介護施設等における施設内保育施設の整備支援など、医療・介護従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

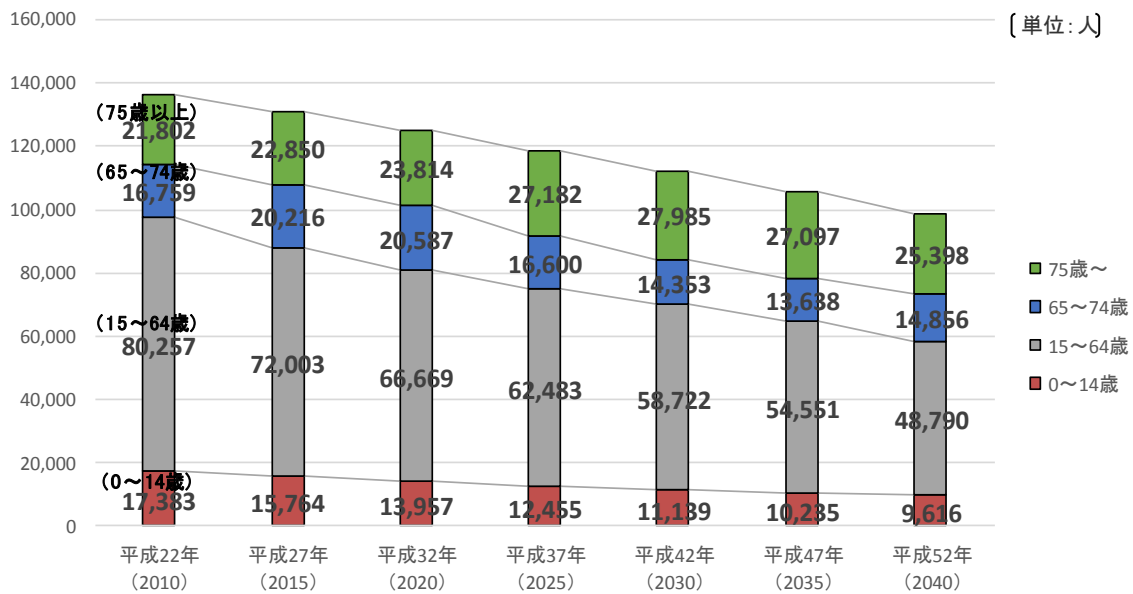
4 砺波圏域

(1) 将来人口、高齢化率

- 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」では、砺波圏域の人口は、平成 27 年（2015 年）から平成 37 年（2025 年）までに、12,113 人減少（9.3% 減）する見込みです。
- 平成 37 年（2025 年）には、65 歳以上の人口比率が 36.9%になると予測されており、県平均の 33.6%を上回っています。
- 団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）における 75 歳以上人口の比率は 22.9%で、平成 27 年（2015 年）から 10 年間で 4,332 人の増加が見込まれています。



<図 1 人口推移>



<表 1 人口構成の推移>

(単位: 人 (%))

区分	平成 22 年 (2010 年)	平成 27 年 (2015 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)	平成 42 年 (2030 年)	平成 47 年 (2035 年)	平成 52 年 (2040 年)
総数	136,201	130,833	125,027	118,720	112,199	105,521	98,660
0~14 歳	17,383 (12.8%)	15,764 (12.0%)	13,957 (11.2%)	12,455 (10.5%)	11,139 (9.9%)	10,235 (9.7%)	9,616 (9.7%)
15~64 歳	80,257 (58.9%)	72,003 (55.0%)	66,669 (53.3%)	62,483 (52.6%)	58,722 (52.3%)	54,551 (51.7%)	48,790 (49.5%)
65~74 歳	16,759 (12.3%)	20,216 (15.5%)	20,587 (16.5%)	16,600 (14.0%)	14,353 (12.8%)	13,638 (12.9%)	14,856 (15.0%)
75 歳~	21,802 (16.0%)	22,850 (17.5%)	23,814 (19.0%)	27,182 (22.9%)	27,985 (25.0%)	27,097 (25.7%)	25,398 (25.8%)

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 3 月推計）

(2) 高齢者の単独・夫婦世帯の割合

- 砺波圏域の65歳以上の単独世帯数は3,038世帯で、世帯総数に占める割合は7.2%と、県平均の8.2%及び全国平均の9.2%を下回っています。また、高齢夫婦世帯数（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦一組のみの世帯数）は4,249世帯で、世帯総数に占める割合は10.1%と、県平均の10.6%より下回るものの全国平均と同値となっています。

<表2 高齢者の単独・夫婦世帯の割合>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
①65歳以上の単独世帯数	4,053世帯	15,398世帯	8,952世帯	3,038世帯	31,441世帯
①の一般世帯に占める割合	9.3%	8.2%	8.2%	7.2%	8.2%
②高齢夫婦世帯数	4,902世帯	19,310世帯	11,950世帯	4,249世帯	40,411世帯
②の一般世帯に占める割合	11.2%	10.3%	10.9%	10.1%	10.6%

国勢調査「人口等基本集計」（平成22年度）

(3) 共働き率

- 砺波圏域の共働き世帯は18,270世帯で、共働き率は60.2%となっており、県平均（54.7%）及び全国平均（45.7%）を上回っています。

<表3 共働き率>

圏域	新川	富山	高岡	砺波	県全体
共働き世帯	16,167世帯	60,274世帯	39,574世帯	18,270世帯	134,285世帯
共働き率	56.3%	52.6%	56.1%	60.2%	54.7%

国勢調査「人口等基本集計」（平成22年度）

(4) 女性就業率

- 砺波圏域の女性就業率は51.5%と、県平均の49.9%及び全国平均の47.1%を上回っております。

<表4 女性就業率>

全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
47.1%	49.9%	50.0%	49.7%	49.4%	51.5%

国勢調査「産業等基本集計」（平成22年度）（医療圏分は富山県計算）

(5) 医療施設数

- 平成27年（2015年）10月現在、圏域内には、病院16施設、一般診療所87施設、歯科診療所44施設があり、人口10万人あたりでは、病院は県平均を上回り、有床

診療所及び歯科診療所は県平均を下回っています。

<表5 医療施設数>

(単位：施設)

区 分		砺 波		県平均	全国平均
		施設数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
医 療 施 設 数	病 院	16	12.2	10.0	6.7
	再掲) 精神	2	1.5	1.8	0.8
	一般診療所	87	66.5	71.5	79.1
	再掲) 有床診療所	4	3.0	4.7	6.6
	歯科診療所	44	33.6	42.2	54.0

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(6) 病床数

- 平成 27 年 (2015 年) 10 月現在、病院の病床数は 2,345 床、診療所の病床数は 69 床となっており、人口 10 万人あたりでみると、病院が 1,793.0 床と県平均の 1,581.7 床を上回っている一方で、一般診療所は 52.7 床と県平均の 63.9 床を下回っており、病院の病床が多い傾向となっています。

<表6 病床数>

(単位：床)

区 分		砺 波		県平均	全国平均
		病床数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病 床 数	病 院	2,345	1,793.0	1,581.7	1,232.0
	一般病床	1,021	780.6	794.9	703.3
	療養病床	795	651.4	476.8	258.4
	精神病床	520	397.6	300.2	264.6
	感染症病床	4	3.0	2.1	1.4
	結核病床	5	3.8	7.7	4.3
	一般診療所	69	52.7	63.9	84.7

厚生労働省「医療施設調査」(平成 27 年度)

(7) 病床利用率

- 平成 27 年度 (2015 年度) の一般病床の病床利用率は 65.9%と、県平均の 72.6%を下回っており、療養病床の病床利用率は 93.9%と、県平均の 94.6%を下回っています。

<表7 病院の病床利用率>

(単位：%)

区 分		砺 波	県平均	全国平均
病 床 利 用 率	全病床	80.5	82.6	80.1
	一般病床	65.9	72.6	75.0
	療養病床	93.9	94.6	88.8

厚生労働省「病院報告」(平成27年度)

(8) 平均在院日数

- 平成27年度(2015年度)の一般病床の平均在院日数は16.6日と、県平均の16.2日を上回っており、一方で、療養病床の平均在院日数は209.5日と、県平均の256.5日を下回っています。

<表8 病院の平均在院日数>

(単位：人/日)

区 分		砺 波	県平均	全国平均
平 均 在 院 日 数	全病床	41.2	34.2	29.1
	一般病床	16.6	16.2	16.5
	療養病床	209.5	256.5	158.2

厚生労働省「病院報告」(平成27年度)

(9) 医療従事者数等

- 平成26年(2014年)12月31日現在、圏域内の医師数は280人、人口10万人あたりで212.7人(県平均248.2人)、歯科医師数は65人、人口10万人あたりで49.4人(県平均58.2人)、薬剤師数は228人、人口10万人あたりで173.2人(県平均265.7人)となっています。
- 平成26年(2014年)12月31日現在、看護職員数は1,872人であり、職種別では保健師88人、人口10万人あたりで66.8人(県平均56.7人)、助産師13人、人口10万人あたりで9.9人(県平均33.6人)、看護師1,349人、人口10万人あたりで1,024.5人(県平均1,072.3人)、准看護師422人、人口10万人あたりで320.5人(県平均320.6人)となっています。
- 平成26年10月1日現在、圏域内のリハビリテーションスタッフ従事者数は、理学療法士68.3人、人口10万人あたりで51.7人(県平均49.0人)、作業療法士55.5人、人口10万人あたりで42.0人(県平均31.2人)、言語聴覚士15.0人、人口10万人あたり11.4人(県平均9.3人)、視能訓練士8.2人、人口10万人あたりで6.2人(県平均8.1人)、歯科衛生士97.3人、人口10万人あたりで73.7人(県平均85.6人)となっています。

<表9 医師・歯科医師・薬剤師数> (単位：人)

医療従事者	砺波		県平均	全国平均
	総数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
医師	280	212.7	248.2	244.9
歯科医師	65	49.4	58.2	81.8
薬剤師	228	173.2	265.7	226.7

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成26年12月末)

<表10 看護職員数> (単位：人)

区分	砺波		県平均	全国平均	
	総数	人口10万対	人口10万対	人口10万対	
看護職員数	1,872	1,422	1,483	1,188	
内訳	保健師	88	66.8	56.7	38.1
	助産師	13	9.9	33.6	26.7
	看護師	1,349	1,024.5	1,072.3	855.2
	准看護師	422	320.5	320.6	267.7

富山県「看護職員業務従事者届」(平成26年12月末)

<表11 リハビリテーション関係従事者数及び歯科衛生士数> (単位：人)

区分	砺波		県平均	全国平均
	総数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
理学療法士	68.3	51.7	49.0	60.7
作業療法士	55.5	42.0	31.2	33.2
言語聴覚士	15.0	11.4	9.3	11.2
視能訓練士	8.2	6.2	8.1	6.1
歯科衛生士	97.3	73.7	85.6	84.9

厚生労働省「病院報告」「医療施設調査」(平成26年度)

(10) 在宅医療の状況

- 平成28年(2016年)6月現在、在宅療養支援病院数は1施設、在宅療養支援診療所数は5施設です。
- 平成26年(2014年)10月現在、訪問診療を行っている病院数は3施設、診療所数は22施設で、人口10万人あたりでは病院2.2施設、診療所16.7施設と、いずれも県平均(病院2.9施設、診療所19.3施設)を下回っています。
- 平成28年(2016年)4月現在、訪問看護ステーション数は6施設で、人口10万人あたりでは4.6施設と、県平均の5.7施設を下回っています。

- 在宅医療に従事する医師数は、平成 24 年（2012 年）に 38 人であったのに対し、平成 27 年（2015 年）には 73 人となっています。

<表 12 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出施設数>

区 分	届出数	人口 10 万対施設数		
	砺 波	砺 波	富山県	全国
在宅療養支援病院	1	0.8	1.0	—
在宅療養支援診療所	5	3.8	5.2	11.2

東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」(H28. 6. 1)

<表 13 訪問診療を行う病院・診療所数>

区 分	施設数	人口 10 万対施設数		
	砺 波	砺 波	県全体	全国
病 院	3	2.2	2.9	2.1
診療所	22	16.7	19.3	16.2

厚生労働省「医療施設(静態)調査」(H26. 10. 1)

<表 14 訪問看護ステーション数>

区 分	訪問看護ステーション(稼働数)				
	施設数	人口 10 万人あたり		高齢者人口 10 万人あたり	
		施設数	順位	施設数	順位
砺 波	6	4.6	—	14.0	—
富 山 県	61	5.7	38	19.2	41
全 国	9,070	7.1	—	27.5	—

富山県高齢福祉課調べ(H28. 4. 1)

<表 15 在宅医療従事医師数>

年 度	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
平成 24 年度	41 人	129 人	80 人	38 人	288 人
平成 27 年度	49 人	186 人	148 人	73 人	456 人

富山県高齢福祉課調べ(平成 27 年度)

<表 16 認知症有病率数>

圏 域	新 川	富 山	高 岡	砺 波	県全体
認知症有病率	17.9%	14.2%	14.0%	20.4%	15.7%

富山県高齢福祉課「認知症高齢者実態調査」(平成 26 年度)

(11) 介護サービスの状況

- 富山県高齢者保健福祉計画における介護サービス量（保険者で推計したものの合計値、年間延べ利用人数）は、次表のとおりです。

<表 17 介護サービスの実績および見込>

(単位：人数／年)

①介護老人福祉施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
砺波	8,996	9,249	9,432	10,380	11,436	2,440

②介護老人保健施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
砺波	7,161	7,109	7,200	7,200	7,200	39

③介護療養型医療施設						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
砺波	3,096	3,191	3,048	3048	3,048	▲48

介護保険施設計 (①+②+③)						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
砺波	19,253	19,549	19,680	20,628	21,684	2,431

④認知症対応型共同生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
砺波	5,519	5,861	6,672	7,104	8,616	3,097

⑤特定施設入居者生活介護						
圏域	実績		見込			増減
	H26	H27(見込)	H28	H29	H37	H37-H26
砺波	97	156	84	96	120	23

H26、27年度…厚生労働省「介護保険事業状況報告」H28以降…「第6期富山県介護保険事業支援計画」

(12) 必要病床数の推計

- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数の算定方法は、第 5 章のとおり、医療法に基づく厚生労働省令で定められており、厚生労働省が提供する「必要病床数等推計ツール」により推計しています。
- 平成 37 年（2025 年）の必要病床数は、砺波圏域で、高度急性期 75 床、急性期 316 床、回復期 269 床、慢性期 378 床の合計 1,038 床と推計されます。

<表 18 平成 37 年（2025 年）における医療機能ごとの病床数の必要量>

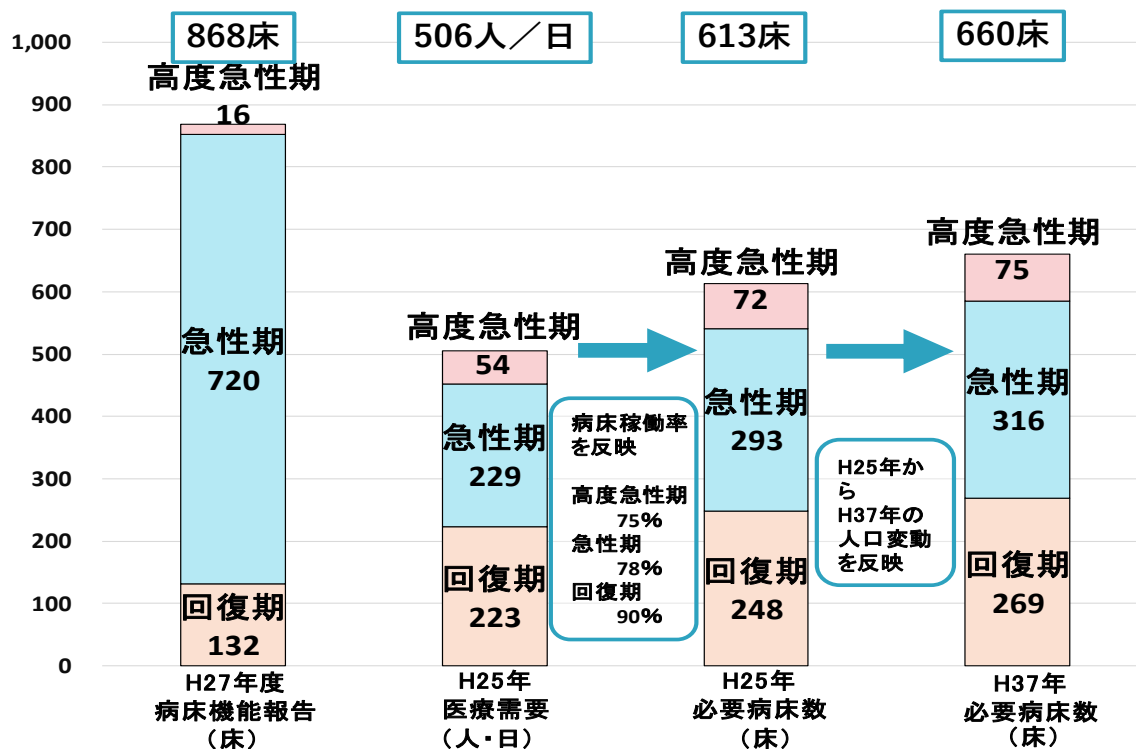
圏 域	医療機能	平成 25 年（2013 年）		平成 37 年（2025 年）	
		医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）	医療需要 （人／日）	必要病床数 （床）
砺 波	高度急性期	54	72	56	75
	急性期	229	293	246	316
	回復期	223	248	242	269
	慢性期	572	622	348	378
	計	1,078	1,235	892	1,038

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

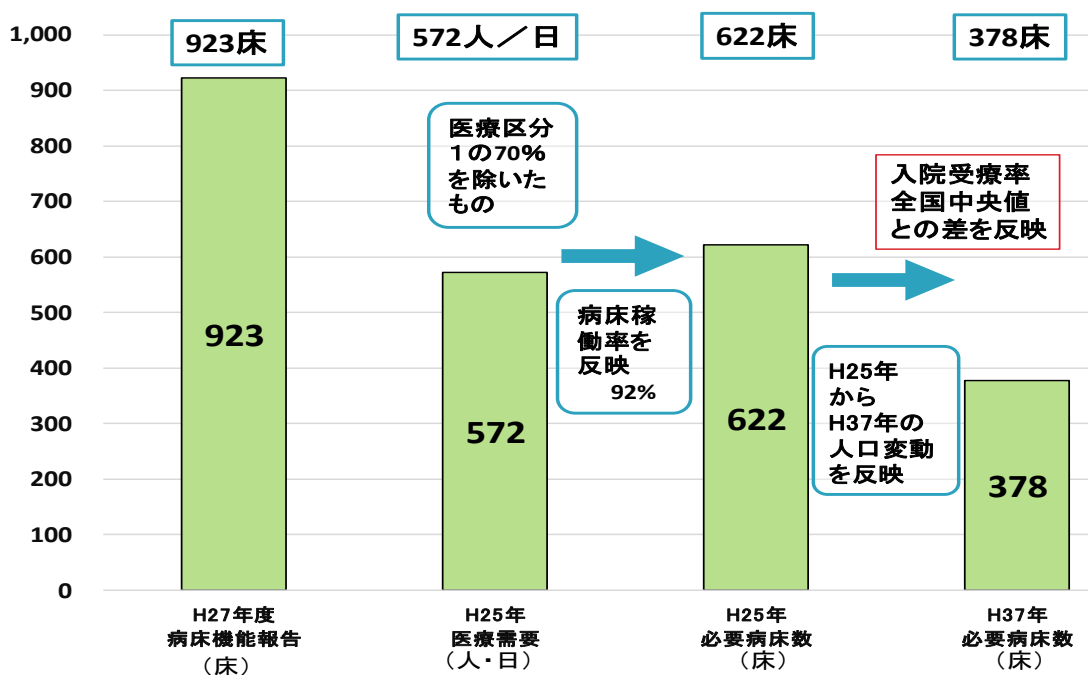
(13) 病床機能報告と必要病床数の比較

○ 平成 27 年度病床機能報告と平成 37 年（2025 年）の必要病床数との比較は、次のとおりとなっています。

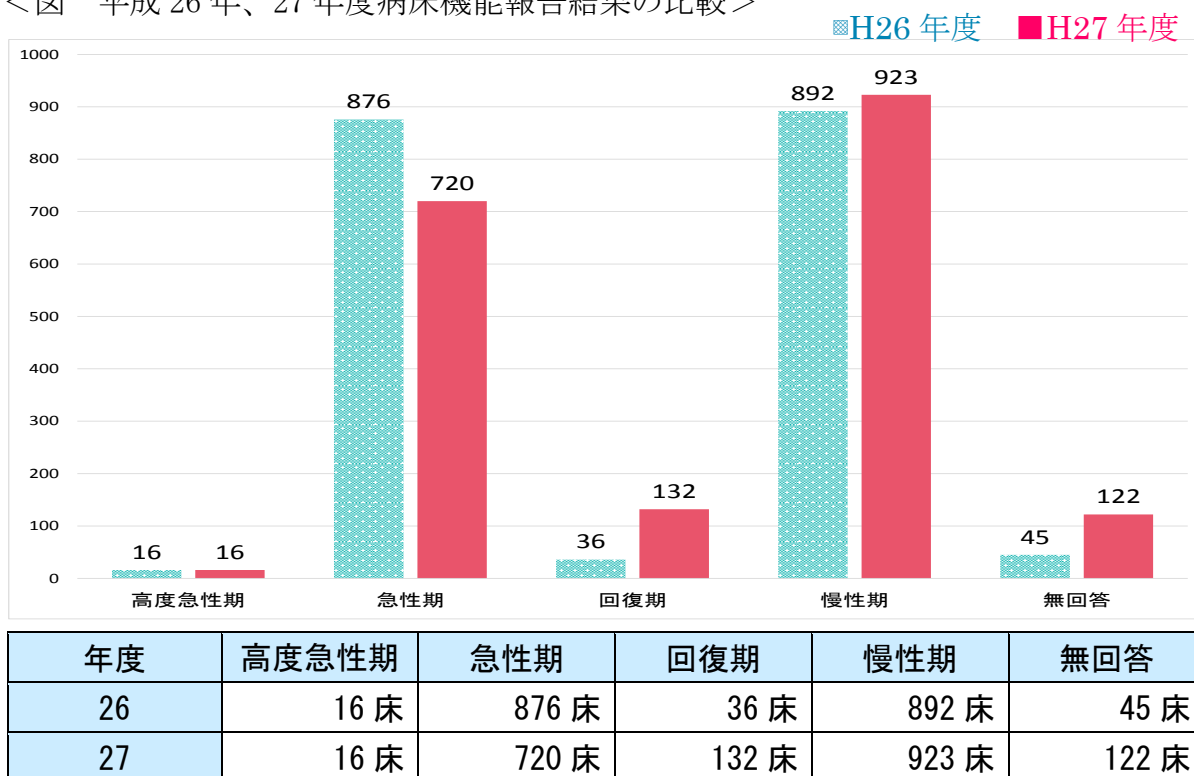
①高度急性期・急性期・回復期



②慢性期

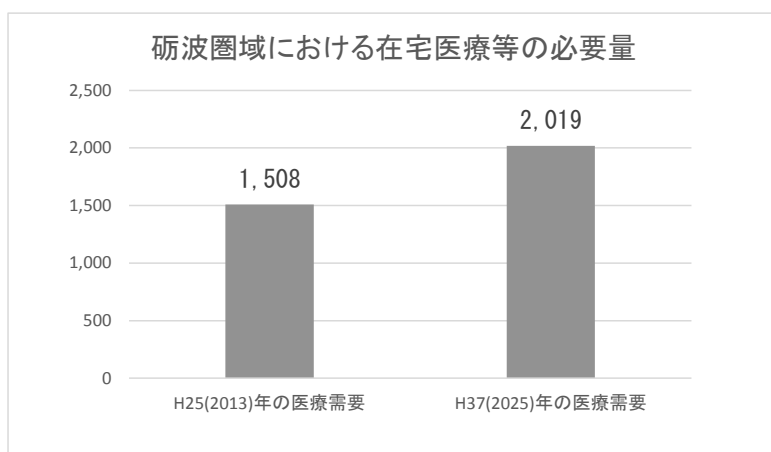


<図 平成 26 年、27 年度病床機能報告結果の比較>



(14) 在宅医療等の必要量の推計

- 平成 37 年（2025 年）における居宅等における医療の必要量（在宅医療等の医療需要）は、砺波圏域で、2,019 人／日と推計されます。



注) 地域差解消分にあたる患者数は、平成 25（2013）年には含まれず、平成 37（2025）年には含まれている。

(15) 現状・課題及び2025年に向けた施策の方向性

病床の機能分化・連携の促進

(現状・課題)

- 砺波圏域は、人口10万人あたりで見ると、病院及び療養病床の数は全国平均及び県平均に比べて多く、一般病床数は県平均より少ないものの全国平均より多い状況にあります。また、一般病床の利用率は全国平均及び県平均に比べて低く、療養病床の利用率は県平均より低いものの全国平均より高くなっています。さらに、一般病床の平均在院日数は県平均及び全国平均より長く、療養病床の平均在院日数は県平均より短いものの全国平均より長くなっています。
- 平成37年(2025年)の医療需要の推計(第5章2(3)表3)によると、砺波圏域から高岡圏域等への入院患者の一部流出がみられるものの、地域内の完結率は約90%と高いものとなっています。
- 主な疾病別の完結率(第2章7(2))では、脳卒中、大腿骨骨折については、高度急性期、急性期、回復期機能のいずれも90%以上となっており、急性心筋梗塞については、高度急性期、急性期機能は80%台、回復期機能は70%台、成人肺炎については、高度急性期機能は80%台、がんについては、高度急性期機能は50%台、急性期及び回復期機能は60%台となっています。
- 平成27年病床機能報告による病床機能ごとの病床数と平成37年(2025年)の必要病床数を比較すると、急性期及び慢性期機能の病床は過剰となり、高度急性期及び回復期機能の病床は不足することが見込まれています。
- 在宅医療や介護のニーズに対応するため、継続性のあるリハビリテーション体制や医療的ケアの提供が必要であり、医療機関間に加え、医療機関と介護施設との連携を進める必要があります。

(施策の方向性)

- 病床機能の分化及び連携を進めるにあたっては、医療機関の自主的な取組みが基本であり、また、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議、さらに、地域医療介護総合確保基金の活用を通じて、病床機能の転換を促進します。

- 急性期から回復期、慢性期、在宅医療等に至るまで一連の医療サービスを総合的に確保するため、紹介、逆紹介を通じた医療機関間の連携を推進します。
- 高度急性期医療については、診療密度が特に高い医療の提供となるため、医療資源の集積を考慮し、圏域を越えた広域連携体制を推進するとともに、圏域内における高度急性期医療の補完機能の充実を図ります。
- 緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞などの発症初期における「待てない急性期」の救命・救急医療については、ドクターヘリを活用した救命・救急医療活動や救急車内での救急救命処置の充実強化を図ります。
- 地域連携クリティカルパスとして、脳卒中、大腿骨頸部骨折及び急性心筋梗塞等の各クリティカルパスが運用されており、今後、これらのパスの普及啓発と更なる活用に努めます。
- 医療機関間での医療機器の共同利用やICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化を推進します。
- 在宅医療や介護サービスと連携した退院支援の取組みなど、効率的・効果的な医療提供体制を推進します。
- 回復期機能については、地域包括ケア病床や回復期リハビリテーション病床などの在宅復帰を支援する回復期機能に転換する病院を支援します。

在宅医療等の充実

(現状・課題)

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能分化及び連携により、比較的医療の必要性が低く容態の安定した方で、現在の療養病床以外で対応可能な患者は、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要であるとされています。
- 砺波圏域は、全国平均及び県平均に比べて、高齢化率や共働き率が高く、また人口10万人あたりで、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションの数が県平均に比べて少ない状況です。

- 砺波圏域の高齢者の認知症有病率は20.4%で、県平均の15.7%に比べて高い状況です。
- がん患者の増加に伴う在宅緩和ケアの普及を図るため、24時間対応の訪問看護や訪問薬剤管理指導を強化する必要があります。
- こうした地域の特性を踏まえ、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないかを検討していく必要があります。

(施策の方向性)

- 患者や家族が安心して慢性期機能病床から在宅医療等へ移行できるよう、慢性期機能病床を有する医療機関の円滑な退院調整や、在宅医療や訪問看護による24時間365日対応可能な医療提供体制を整備します。
- 質の高い在宅医療サービスを提供するため、多職種の連携体制の強化や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、介護福祉士、介護支援専門員等の資質向上を図るなど、質・量の両面から、在宅医療提供体制の充実・強化を図ります。
- 市、医師会、地域の医療機関及び地域住民と密接に連携し支援することで在宅医療等の充実を図るとともに、在宅医療や在宅での看取り、地域包括ケアシステムに関する地域住民への普及啓発を推進します。
- 今後も増加が見込まれる認知症高齢者が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、介護者への支援、地域の見守り体制などを構築します。
- 各機関の連携強化と在宅医療の推進に係る研修・住民への普及啓発などを通じ、在宅緩和ケア体制を構築します。

医療従事者の確保・養成

(現状・課題)

- 砺波圏域の人口10万人あたりの医療従事者数をみると、医師、歯科医師及び薬剤師の数は県平均を下回っています。また、看護職員数は県平均を下回っているものの

全国平均を上回っており、理学療法士及び作業療法士の数は県平均を上回っています。

- 地域の医療提供体制の中心となる公的病院において、小児科や産婦人科等の医師が不足しており、特定診療科を中心に医師の確保・養成が必要です。また、がんの診療機能（特に肺がん・子宮がん）の充実強化を図るため、専門医の確保が必要です。
- 医療の高度化や複雑化はますます進展し、医療依存度が高く、複数の疾病を有する患者に対する質の高い看護が必要です。

（施策の方向性）

- 医療提供体制の充実のためには、それを支える人材の確保が必要であることから、不足する医療従事者の確保・養成の取組みを進めるとともに、限られた医療資源の中にあっても、質の高い幅広いサービスが提供できるよう、多職種間連携によるチーム医療の取組みを推進します。
- 富山大学や金沢大学の医学部の定員増（特別枠の導入）や修学資金制度の活用などを通じて、地域医療に従事する医師の確保や定着を図ります。
- 県立大学看護学部の設置、看護師等養成所の設置・運営に対する支援、修学資金制度の活用等による医療の高度化や在宅医療等、多様化するニーズに対応できる看護職員の確保・養成に努めます。
- 病院内保育所の運営支援や勤務環境改善に取り組む病院への支援、介護施設等における施設内保育施設の整備支援など、医療・介護従事者が働きやすい職場をつくり、人材の確保・定着につながる対策を進めます。

第8章

地域医療構想の推進

1 地域医療構想の推進

- 地域医療構想は、策定して終わりではなく、構想が実現されるものとなるよう、平成 37 年（2025 年）、さらには、その先に向けて関係者が継続して取り組んでいくための長期的な枠組みです。
- 地域医療構想の実現に向けて、圏域ごとに「地域医療構想調整会議」を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています。（医療法第 30 条の 14）
- 本県では、地域医療構想の策定の検討段階より、地域医療構想調整会議を設置するとともに、医療機関や関係者同士が様々な情報やデータを共有し、それに基づき医療機関が自主的に判断し、地域医療介護総合確保基金も活用して地域にふさわしいバランスの取れた医療提供体制の構築を図ります。
- 併せて、国の社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」や専門医制度などの動向も踏まえつつ、県医療計画に掲げる 5 疾病 5 事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組みを進めていきます。

①医療機関の自主的な取組み、地域医療構想調整会議の活用等

- 地域医療構想は、地域の実情に応じて、医療関係者や介護関係者、住民の方などが話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するために策定するものです。
- 本県で検討を行う際には、平成 37 年（2025 年）の医療需要や必要病床数を機械的に当てはめるのではなく、個々の医療機関が、地域においてどのような機能を担っていくのかなど、平成 37 年（2025 年）を見据えた方針を自主的に検討し取り組んでいただくことが基本です。
- 医療機関の自主的な取組みを踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、不足している病床機能への対応等について、具体的な対応策を検討します。
- 地域医療構想調整会議での協議の状況を医療審議会や各地域医療推進対策協議会等へ報告するとともに、平成 30 年度に改定が予定される「第 7 次医療計画」や「第 7 期介護保険事業計画」へ反映させていきます。

②病床機能報告制度の活用

- 毎年度実施される病床機能報告による機能区分別の病床数の集計結果を踏まえ、地域における病床の機能分化と連携における課題の分析を行い、その分析結果を地域医療構想調整会議に示すことにより、不足する医療機能の充足など、地域医療構想調整会議における協議を行うとともに、医療機関の自主的な取組みを支援します。

③地域医療介護総合確保基金の活用

- 地域医療構想で定める構想区域における病床の機能区分ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組みや医療機関相互の協議を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携の促進や在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成における必要な施策を推進します。

2 進行管理

- 地域医療構想の推進については、PDCAサイクルを効果的に機能させることとし、県医療審議会や地域医療構想調整会議において取組状況等の報告を行うとともに、事業の進捗評価や施策などについて協議を行います。

3 県民の理解と適切な受療行動

- 平成26年に改正された医療法では、国民の責務に関する規定が明示されました。

<医療法第6条の2第3項>（平成26年10月1日施行）

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるように努めなければならない。

- 地域医療構想の実現に向けては、医療を提供する側だけでなく、医療を受ける県民が高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能別の医療提供体制や医療機関相互間の機能分化・連携の重要性について理解し、医療機関の機能に応じ、適切な医療機関で受診することも必要となります。
- 県、市町村、医療保険者、医療機関等の関係者は、互いに連携・協力しながら、県民の適切な受療行動に向けた普及啓発に取り組みます。

資料

富山県医療審議会運営要綱

(目的)

第1条 この要綱は、医療法施行令（昭和23年政令第326号。以下「令」という。）第5条の22の規定に基づき、富山県医療審議会（以下「審議会」という。）の運営について必要な事項を定めることを目的とする。

(部会の設置)

第2条 令第5条の21第1項の規定に基づき、審議会に次のとおり部会を設置する。

名 称	所 掌 事 務
医療法人部会	医療法人に関すること。
有床診療所 審査部会	医療法施行規則第1条の14第7項各号に定める「医療計画に記載されること が見込まれる診療所」の審査に関すること。
地域医療再生 計画部会	地域医療再生計画に関すること。
地域医療構想 部会	地域医療構想に関すること。

(部会の会議)

第3条 部会は、部会長が招集する。

- 2 部会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。
- 3 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。
- 4 令第5条の21第4項の規定により、医療法人に関する事項については医療法人部会の決議をもって、医療法施行規則第1条の14第7項各号に定める「医療計画に記載されること
が見込まれる診療所」の審査に関する事項については有床診療所審査部会の決議をもって、地域医療再生計画に関する事項（同計画の策定に関する事項を除く。）については地域医療再生計画部会の決議をもって、地域医療構想に関する事項（同構想の策定に関する事項を除く。）については地域医療構想部会の決議をもって、審議会の決議とする。

(庶務)

第4条 審議会の庶務は、富山県厚生部医務課において処理する。

(雑則)

第5条 この要綱に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要綱は、昭和61年12月12日から施行する。

附 則

この要綱は、平成5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 13 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 15 年 7 月 29 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 19 年 4 月 26 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 22 年 3 月 24 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 23 年 1 月 13 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 6 月 23 日から施行する。

富山県医療審議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
青山 圭一	魚津市医師会長	
石田 陽一	富山県公的病院長協議会長	H28. 5. 20 日まで 飯田 博行
板倉 均	北日本新聞社代表取締役社長	
大井 きよみ	富山県看護協会会長	
大野 英茂	富山県保険者協議会長	
奥寺 敬	富山大学医学部教授	
尾谷 康弘	富山県労働者福祉事業協会理事長	
加藤 まゆみ	富山県社会福祉協議会評議員	
金井 正信	砺波医師会長	
金森 勝雄	富山県町村会長	
木戸 日出喜	富山県精神科病院協会会長	
齋藤 滋	富山大学附属病院長	
島田 一彦	富山市医師会長	
夏野 修	富山県市長会代表	
西尾 公秀	富山県薬剤師会長	
藤井 久丈	全日本病院協会富山県支部長	
藤田 一	高岡市医師会長	
前田 八千代	富山県訪問看護ステーション連絡協議会代表	
馬瀬 大助	富山県医師会長	
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	
山本 暁子	富山県消費生活研究グループ連絡協議会長	
山本 一三	富山県弁護士会長	H28. 3. 31 日まで 水谷 敏彦
吉田 一夫	富山県消防長会長	
和田 麗子	富山県母親クラブ連合会長	

(計 24 名)

富山県医療対策協議会設置要綱

(設置)

第1条 医療従事者の確保その他県において必要とされる医療の確保に関する事項を検討するため、富山県医療対策協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 協議会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 医療従事者の確保に関すること。
- (2) その他県において必要とされる医療の確保に関すること。

(組織)

第3条 協議会は、委員25人以内で組織する。

(委員)

第4条 委員は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第1項各号に掲げる者の管理者その他の関係者のうちから、知事が任命し、又は委嘱する。

2 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長)

第5条 協議会に、会長を置く。

- 2 会長は、委員が互選する。
- 3 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 4 会長に事故があるときは、あらかじめ会長の指名する委員がその職務を代理する。

(会議)

第6条 協議会は、会長が招集する。

(部会)

第7条 協議会には、部会を置くことができる。

- 2 部会において協議すべき事項は、会長が協議会に諮って定める。
- 3 部会の委員は、協議会の委員のうちから会長が指名し、又は会長の推薦により有識者のうちから知事が任命し、若しくは委嘱する。
- 4 前項の規定により有識者のうちから知事が任命し、又は委嘱した部会の委員の任期は、2年以内とする。
- 5 部会に部会長を置き、部会長は、部会の委員のうちから会長が指名する。
- 6 第5条第3項及び第4項並びに前条の規定は、部会について準用する。この場合において、これらの規定中「会長」とあるのは「部会長」と、「協議会」とあるのは「部会」と、「委員」とあるのは

「部会の委員」と読み替えるものとする。

- 7 第2項の規定により定められた事項については、当該部会の意見をもって協議会の意見とする。
- 8 前項の規定による意見は、次の協議会に報告しなければならない。
- 9 この要綱に定めるもののほか、部会の運営に関し必要な事項は、部会長が別に定める。

(幹事会)

第8条 協議会に、その運営の円滑化を図るため、幹事会を置く。

- 2 幹事会は、幹事10人以内で組織する。
- 3 幹事は、委員のうちから会長が指名する。
- 4 幹事会に座長を置き、座長は、幹事のうちから会長が指名する。
- 5 第5条第3項及び第4項並びに第6条の規定は、幹事会について準用する。この場合において、これらの規定中「会長」とあるのは「座長」と、「協議会」とあるのは「幹事会」と、「委員」とあるのは「幹事」と読み替えるものとする。
- 6 会長が軽易と認めた事項については、当該幹事会の意見をもって協議会の意見とする。
- 7 前項の規定による意見は、次の協議会に報告しなければならない。
- 8 この要綱に定めるもののほか、幹事会の運営に関し必要な事項は、座長が別に定める。

(庶務)

第9条 協議会の庶務は、富山県厚生部医務課において処理する。

(細則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附則

- 1 この要綱は、平成19年4月20日から施行する。
- 2 この要綱の施行の後最初に知事が任命し、又は委嘱する協議会の委員の任期は、第4条第2項の規定にかかわらず、平成21年3月31日までとする。

附則

- 1 この要綱は、平成24年4月26日から施行する。

附則

- 1 この要綱は、平成26年6月25日から施行する。

富山県医療対策協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
青山 圭一	魚津市医師会長	
石田 陽一	富山市立富山市民病院長	
泉 良平	富山県医師会副会長	
伊東 正太郎	市立砺波総合病院長	
大井 きよみ	富山県看護協会長	
加藤 まゆみ	富山県社会福祉協議会評議員	
金井 正信	砺波医師会長	
金森 勝雄	富山県町村会長	
北川 清秀	富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院長	
齋藤 滋	富山大学附属病院長	
嶋 大二郎	国立病院機構富山病院長	
島田 一彦	富山市医師会長	
竹田 慎一	黒部市民病院長	
谷野 亮一郎	富山県精神科病院協会長	
夏野 修	富山県市長会代表	
西尾 公秀	富山県薬剤師会長	
野田 八嗣	富山県立中央病院長	
橋本 二美男	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター病院長	
藤井 久丈	全日本病院協会富山県支部長	
藤田 一	高岡市医師会長	
前田 八千代	富山県訪問看護ステーション連絡協議会長	
馬瀬 大助	富山県医師会長	
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	
吉田 一夫	富山県消防長会長	
和田 麗子	富山県母親クラブ連合会長	

(計 25 名)

富山県医療審議会地域医療構想部会委員名簿

(五十音順)

氏名	役職	備考
相田 芳郎	YKK健康保険組合常務理事	
青山 圭一	魚津市医師会長	
石田 陽一	富山県公的病院長協議会長	
大井 きよみ	富山県看護協会会長	
大野 英茂	富山県国民健康保険団体連合会常務理事	
尾谷 康弘	富山県労働者福祉事業協会理事長	
笠島 學	富山県介護老人保健施設協議会会長	
加藤 まゆみ	富山県社会福祉協議会評議員	
金井 正信	砺波医師会長	
金森 勝雄	富山県町村会長	
島田 一彦	富山市医師会長	
夏野 修	富山県市長会代表	
西尾 公秀	富山県薬剤師会長	
藤井 久丈	全日本病院協会富山県支部長	
藤田 一	高岡市医師会長	
前田 八千代	富山県訪問看護ステーション連絡協議会代表	
馬瀬 大助	富山県医師会長	
松井 泰治	全国健康保険協会富山支部長	
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	
山本 暁子	富山県消費生活研究グループ連絡協議会長	
和田 麗子	富山県母親クラブ連合会長	

(計 22 名)

富山県地域医療構想調整会議要綱

(目的)

第1条 医療法第30条の14に基づき、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議するため、2次医療圏毎に地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

(名称)

第2条 各調整会議の名称は、次のとおりとする。

名 称	対象地域
新川地域医療構想調整会議	魚津市、黒部市、入善町、朝日町
富山地域医療構想調整会議	富山市、滑川市、舟橋村、上市町、立山町
高岡地域医療構想調整会議	高岡市、氷見市、射水市
砺波地域医療構想調整会議	砺波市、小矢部市、南砺市

(協議事項)

第3条 調整会議は、当該医療圏における次に掲げる事項について協議するものとする。

- (1) 将来の病床の必要量を達成するための方策に関すること。
- (2) 地域における病床の機能の分化と連携に関すること。
- (3) その他地域医療構想達成の推進に関すること。

(組織)

第4条 調整会議は、区域ごとに委員30人以内で組織する。

(委員)

第5条 委員は、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者のうちから知事が委嘱する。

- 2 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 3 委員は、再任されることができる。

(会長等)

第6条 調整会議に会長及び副会長を置き、会長は委員が互選し、副会長は会長が指名する。

- 2 会長は、会議を進行する。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長が不在のときは、副会長がその職務を代理する。

(会議)

第7条 調整会議は、当該医療圏を管轄する厚生センターの所長が招集する。

2 調整会議は、原則として公開するものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合であつて、当該医療圏を管轄する厚生センターの所長が調整会議の全部又は一部を公開しない旨を決定したときは、この限りでない。

(1) 富山県情報公開条例（平成13年富山県条例第38号）第7条に規定する非開示情報が含まれる事項に関して協議する場合

(2) 公開することにより、調整会議の適正な運営に著しい支障が生ずると認められる場合

3 当該医療圏を管轄する厚生センターの所長が必要と認めた場合は、調整会議に委員以外の者の出席を求めることができる。

（部会）

第8条 調整会議に特定の事項について意見を聴くため、部会を置くことができる。

（庶務）

第9条 調整会議の庶務は、当該医療圏を管轄する厚生センターで処理する。

（細則）

第10条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は、会長が会議に諮って定める。

附 則

1 この要綱は、平成27年10月6日から施行する。

新川地域医療構想調整会議委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
相田 芳郎	YKK健康保険組合常務理事	
青山 圭一	魚津市医師会長	
梅津 将敬	入善町副町長	
大崎 雅子	あんどの里施設長	
木谷 隆一	富山労災病院長	
清田 築	富山県歯科医師会理事	
沓掛 隆義	富山県薬剤師会副会長	
窪田 昌之	魚津市民生部市民課長	H28. 3. 31 まで 矢田 厚子
四十万 隆一	魚津市副市長	H28. 6. 30 まで 谷口 雅廣
炭田 恵	富山県看護協会黒部・魚津支部長	
竹田 慎一	黒部市民病院長	
野口 陽子	入善町母子保健推進員連絡協議会長	
能澤 雄二	黒部市副市長	H28. 5. 9 まで 中谷 延之
畠山 規明	富山県薬剤師会魚津支部長	
東山 考一	あさひ総合病院長	
平澤 滋康	下新川郡歯科医師会長	
深川 差雅香	医療法人深川病院理事長	
藤森 正記	下新川郡医師会長	H28. 6. 9 まで 中川 彦人
牧野 和子	くろべ女性団体連絡協議会長	
山崎 富士夫	朝日町副町長	H28. 3. 31 まで 金島 光一
山本 広道	全国健康保険協会富山支部企画総務部長	H28. 9. 30 日まで 阿部 徹
蓬澤 正二	朝日町社会福祉協議会長	

(計 22 人)

富山地域医療構想調整会議委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
秋山 眞	流杉病院長	
石川 忠志	滑川市副市長	
石田 陽一	富山市民病院長	
井上 博	済生会富山病院長	
今本 雅祥	富山市副市長	H28. 3. 31 日まで 老月 邦夫
岡田 芳美	富山赤十字病院看護部長	
加藤 美智子	富山市老人クラブ連合会副会長	
北 恵子	富山市介護支援専門員協会副会長	
熊木 健雄	中新川郡医師会長	H28. 3. 31 日まで 梅沢 良昭
齋藤 滋	富山大学附属病院長	
佐々木 正	老人保健施設なごみ苑施設長	
島田 一彦	富山市医師会長	
杉本 周児	国保連富山・滑川・中新川支部長	
高田 冷子	滑川市ヘルスボランティア協議会長	H28. 3. 31 日まで 藤田 昌子
戸島 雅宏	かみいち総合病院長	
中川 行孝	上市町副町長	
永森 司	富山市歯科医師会副会長	H28. 3. 31 日まで 宮本 宣良
南里 泰弘	富山県厚生農業協同組合連合会滑川病院長	
野田 八嗣	富山県立中央病院長	
萩原 勉	舟橋村社会福祉協議会会長	
長谷川 徹	富山県医師会常任理事	
早川 和夫	TIS インテックグループ健康保険組合常務理事	
平岩 善雄	富山赤十字病院長	
藤井 久丈	全日本病院協会富山県支部長	
舟崎 邦雄	立山町副町長	
古越 邦男	舟橋村副村長	
増田 晶彦	富山市薬剤師会長	
毛利 英満	滑川市医師会長	
山本 広道	全国健康保険協会富山支部企画総務部長	H28. 9. 30 日まで 阿部 徹

(計 29 人)

高岡地域医療構想調整会議委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
麻野井 英次	射水市民病院長	
飯田 博行	済生会高岡病院長	
井川 晃彦	富山県医師会常任理事	
泉 洋	射水市副市長	
尾崎 憲子	高岡市社会福祉協議会長	
笠島 學	全日本病院協会富山県支部副支部長	
加藤 弘巳	JCHO 高岡ふしき病院長	
木田 和典	射水市医師会長	
北川 清秀	富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院長	
木戸 日出喜	富山県介護老人保健施設協議会副会長	
京紺 外志美	富山県身体障害者福祉協会理事	
後藤 健	高岡市歯科医師会長	
齋藤 人志	金沢医科大学氷見市民病院長	
下崎 ふみ子	富山県看護協会高岡・氷見支部担当理事	
鈴木 博幸	富山県薬剤師会氷見支部長	
高木 義則	氷見市医師会長	
田中 昌代	氷見市市民課長	
遠山 一喜	高岡市民病院長	
中村 万理	中村記念病院院長補佐	
野村 雅孝	三協・立山健康保険組合常務理事	
藤田 一	高岡市医師会長	
前辻 秋男	氷見市副市長	
真鍋 恭弘	真生会富山病院長	
村田 芳朗	高岡市副市長	H28. 3. 31 まで 林 時彦
安田 篤	富山県歯科医師会監事	
山崎 禎直	富山県薬剤師会射水支部長	
山本 一郎	富山県薬剤師会高岡支部長	
山本 広道	全国健康保険協会富山支部企画総務部長	H28. 9. 30 日まで 阿部 徹
六瀬 栄巳子	高岡市地域活動クラブ連絡協議会長	

(計 29 名)

砺波地域医療構想調整会議委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
伊東 正太郎	市立砺波総合病院長	
井上 徹	小矢部市医師会長	
大井 千津子	砺波市連合婦人会長	H28. 8. 26 日まで 長谷川 邦子
大浦 千歌	小矢部市医師会訪問看護ステーション代表	
金井 正信	砺波医師会長	
工藤 義明	南砺市副市長	
齊藤 一夫	砺波市副市長	
坂本 宏	独立行政法人国立病院機構北陸病院長	
柴田 純一	小矢部市民生部市民課長	
清水 淳三	公立学校共済組合北陸中央病院長	
清水 幸裕	南砺市民病院長	
高橋 卓朗	医療法人社団寿山会理事長	
高畠 進一	小矢部市副市長	
田川 浩	富山県薬剤師会全砺波支部長	
竹内 嘉伸	砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会長	
竹澤 和美	南砺市民病院看護部長	H28. 8. 26 日まで 谷村 一美
中尾 一彦	南砺市歯科医師会長	H28. 8. 26 日まで 菅野 宏
西野 一晴	医療法人社団にし会の理事長	
日光 久悦	小矢部市社会福祉協議会長	H28. 8. 26 日まで 中山 繁實
早助 美樹	ゴールドウイン健康保険組合常務理事	
松本 幸恵	南砺市ヘルスボランティア連絡会長	H28. 8. 26 日まで 作田 和子
三浦 利則	公立南砺中央病院長	
矢島 眞	南砺市医師会長	
山本 広道	全国健康保険協会富山支部企画総務部長	H28. 9. 30 日まで 阿部 徹

(計 24 名)

地域医療構想策定の経緯

年 度	月 日	内 容
2015 年度 (平成 27 年度)	6 月 23 日	富山県医療審議会及び富山県医療対策協議会の開催 (地域医療構想の検討体制等)
	10 月 6 日	医療審議会第 1 回地域医療構想部会 (地域医療構想の策定、検討課題等)
	10~12 月	富山県独自実態調査の実施 (各医療機関より提供された DPC・レセプトデータを活用し分析)
	11 月 10、17 日 12 月 2、15 日	第 1 回各地域(砺波、高岡、富山、新川)の地域医療構想調整会議 (地域医療構想の策定、各地域の現状と課題等)
	2 月 19 日	医療審議会第 2 回地域医療構想部会 (富山県独自実態調査分析結果、検討課題等)
	3 月 17、22、 25、30 日	第 2 回各地域(砺波、高岡、新川、富山)地域医療構想調整会議 (富山県独自実態調査分析結果、検討課題等)
2016 年度 (平成 28 年度)	5~12 月	県内の各病院との意見交換
	8 月 10 日	医療審議会第 3 回地域医療構想部会 (構想区域、主な疾病別の状況、現状・課題、施策の方向性等)
	9 月 5、6、 8、9 日	第 3 回各地域(高岡、富山、新川、砺波)の地域医療構想調整会議 (構想区域、主な疾病別の状況、現状・課題、施策の方向性等)
	12 月 16 日	第 4 回地域医療構想部会 (地域医療構想素案等)
	12 月 21、22、 26、27 日	第 4 回各地域(砺波、富山、高岡、新川)の地域医療構想調整会議 (地域医療構想素案等)
	1 月 19 日	各保険者介護保険担当主管課、各広域保険者の構成市町村介護保険担当課(次期介護保険事業計画の作成)及び各公立病院新公立病院改革プラン作成担当課(新公立病院改革プランの作成)との意見交換会
	2 月 20 日 ~3 月 12 日	県民意見募集手続(パブリックコメント)の実施 市町村等、関係団体、保険者協議会の意見聴取
	3 月 9、14、 15、21 日	第 5 回各地域(砺波、富山、高岡、新川)の地域医療構想調整会議 (地域医療構想案)
	3 月 27 日	富山県医療審議会及び富山県医療対策協議会の開催 (地域医療構想案について答申)
3 月 31 日	県医療計画の一部改定(地域医療構想の追加)の公示	

