資料５

令和８年 11 月５日
医　　務　　課

第８次富山県医療計画の中間評価・見直しについて

１　医療計画の概要

医療計画は、医療法第 30 条の４の規定に基づき、国の定める基本方針に則して、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るために策定するもの

（１）計画期間

令和６～11 年度（６年間）

（２）主な記載事項

５疾病６事業及び在宅医療に関する事項

・疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等を策定

５疾病（医療法第 30 条の４第２項第４号）
　がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患
６事業（医療法第 30 条の４第２項第５号）
　救急、災害、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地、周産期、小児医療
在宅医療（医療法第 30 条の４第２項第６号）

２　中間見直しについて

現在、現行計画をベースに、５疾病・６事業及び在宅医療等に係る指標（数値目標）の中間評価及び記載事項などについて、「医療計画作成指針」等を参考に「介護保険事業支援計画」や「障害福祉計画」等との調和を図りながら、見直しを行うこととしている。

３　今後のスケジュール

令和８年. 10-11 月　地域医療推進対策協議会開催
　　12 月　　富山県医療審議会
　　「素案の提示」
令和９年. １-２月　パブリックコメント、市町村等への意見聴取
令和９年. ３月　　富山県医療審議会
　　「第８次富山県医療計画中間評価・見直し」の策定

資料６

医師確保計画の策定について

令和８年10月
富山県厚生部医務課

医師確保計画の策定について

出典：厚労省HP

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景
- 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示すために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた医師偏在指標の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「５要素」
- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

「医師確保計画」（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針
（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

（例）・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
・中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする 等

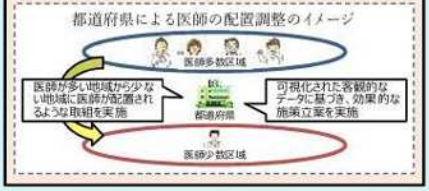
確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、３年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

（例）・大学医学部の地域枠を15人増員する
・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等



３年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）



* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ４年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

医師確保計画の策定について

現行の富山県医師確保計画（第8次前期）の概要

1．計画期間　2024（令和６）年度～2026（令和８）年度の３年間

2．医師の確保の方針

本県は医師少数都道府県でないため、目標医師数を既に達成しているものとして取扱うが、各医療圏の医師の偏在状況など、各地域の実情に十分配慮し、引き続き県全体での医師の総数の確保に努めることとする。

3．確保すべき医師の数の目標

本県は医師少数都道府県でないため、目標医師数（2026（令和８）年）は、設定上限とされた計画開始時の医師数（2,706人（2020（令和2）年））。

参考：2024（令和６）年末現在：2,747人(厚労省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

ただし、引き続き、医師確保・偏在解消に取り組んでいくこととしている。

4．目標医師数を達成するための施策

①短期的施策
- 医学生向け修学資金貸与制度の継続・拡充及び医学生の確保
- 地域医療の従事に向けたキャリア形成支援
- 医師の派遣調整、自治医科大学卒業医師の派遣
- 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援
- 臨床研修医及び専攻医の確保

②中長期的施策
- 特別枠の定員については、今後の国の方針を踏まえて検討
- 富山大学医学部の恒久定員内への地域枠増員等について、必要に応じて富山大学と協議

医師確保計画の策定について

「医師確保計画策定ガイドライン（第8次後期）」を厚生労働省が提示
（計画期間：2027（令和９）年度～2029（令和11）年度の3年間）
⇒（第8次前期）の内容に加え、実効性ある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランの策定等が示された。

「重点医師偏在対策支援区域」の設定

○都道府県が、重点的に医師を確保すべき区域として「重点医師偏在対策支援区域」を設定可能

○区域の設定にあたっては、厚生労働省が提示する候補区域を参考としつつ、二次医療圏のほか、地域の実情に応じて市町村単位、地区単位等の設定も可能

○区域設定にあたっては、地域医療対策協議会や保険者協議会で協議が必要

【参考】厚生労働省が提示する候補区域
- 医師少数県の医師少数区域
- 医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏(全国下位1/4)
- 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏

のいずれかに該当する区域

医師確保計画の策定について

「重点医師偏在対策支援区域（以下「重点区域」という。）」の施策

事業名	概要	補助率
①診療所の承継・開設支援事業	重点区域において診療所を承継又は開業する場合、当該診療所に対する施設・設備整備費、運営費に補助	施設・設備： 国1/3,県1/6,事業者1/2 運営費： 国4/9,県2/9,事業者1/3
②医師派遣元医療機関支援事業	特定機能病院からの医師派遣とは別に、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に補助	国1/2,県1/4 事業者（派遣元医療機関）1/4
③医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業	土日祝日の代替医師を新たに雇用する重点区域内の医療機関に補助	国1/3,県1/6 事業者（派遣先医療機関）1/2
④医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業	環境改善に係る施設整備を行う重点区域内の医療機関に補助	国1/3 県1/6 事業者1/2

※本県で実施する施策・対象機関等については、今後検討予定。

医師確保計画の策定について

【今後のスケジュール】

令和８年10月～12月頃	本県の重点区域に関する考え方の整理、方向性の検討
令和８年12月	富山県医療審議会・富山県医療対策協議会に、本県の重点区域における医師の確保の方針等を含む「医師確保計画」の素案を提示、ご意見を聴取
令和９年１月～３月頃	関係機関等との調整 地域医療構想調整会議に「医師確保計画」の案を提示、協議
令和９年３月	富山県医療審議会・富山県医療対策協議会で、「医師確保計画」の案をご審議、策定

資料７

外来医療計画にかかる協議事項について
＜高岡医療圏＞

外来医療計画の概要

外来医療計画は、地域における外来医療の偏在や不足を把握・可視化し、外来医療機関の機能分化・連携を促進することで、住民が必要な外来医療を適切に受けられる体制を確保するための計画です。

計画期間：2027（令和９）年度から2029（令和11）年度　　※３年毎に見直し
（現行計画：2024（令和６）年度から2026（令和８）年度）

主な記載事項：

１．外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- 外来医師多数区域の設定
- 外来医師多数区域における取組
- 新規開業希望者等への情報提供

２．地域において特に必要とされる外来医療（地域外来医療）について

３．紹介受診重点医療機関について

４．医療機器の効率的な活用に係る計画

本日の協議事項：

地域において特に必要とされる外来医療は何か

外来医師多数区域の設定および地域で不足する外来医療機能について

＜外来医師偏在指標（令和８年４月版）＞

1601	富山県	新川	90.8
1602	富山県	富山	112.6
1603	富山県	高岡	98.0
1604	富山県	砺波	96.9

（二次医療圏別）　　上位33.3%

<u>外来医師多数区域</u>　に該当
（全二次医療圏の上位1/3）

※外来医師偏在指標の算出には、
下記５点の要素が勘案されている
①医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化
②患者の流出入等
③へき地等の地理的条件
④診療所医師の性別・年齢分布
⑤医師偏在の単位（区域、病院／診療所）

本県において、外来医師多数区域に該当するのは富山医療圏のみ

地域外来医療に係る参考データ

＜時間外等（時間外、夜間、休日、深夜）外来医療について＞

	時間外等外来患者数（人／人口10万対）		診療所対応割合	時間外等外来診療所数（施設／人口10万対）
	病院	一般診療所		
全国	6,461	45,797	87.6%	55
富山県	5,562	22,482	80.2%	46
新川	11,349	9,196	44.8%	45
富山	3,703	25,472	87.3%	46
高岡	5,610	27,351	83.0%	51
砺波	7,585	10,773	58.7%	38



＜在宅医療について＞

	訪問診療患者数（人／人口10万対）		診療所対応割合	訪問診療診療所数（施設／人口10万対）
	病院	一般診療所		
全国	2,755	20,804	88.3%	19
富山県	1,902	13,405	87.6%	22
新川	2,245	9,465	80.8%	18
富山	1,963	15,498	88.8%	18
高岡	1,916	10,968	85.1%	27
砺波	1,304	14,604	91.8%	25

	往診患者数（人／人口10万対）		診療所対応割合	往診診療所数（施設／人口10万対）
	病院	一般診療所		
全国	222	2,602	92.1%	25
富山県	179	1,363	88.4%	24
新川	178	881	83.2%	20
富山	182	1,261	87.4%	20
高岡	146	1,356	90.3%	31
砺波	251	2,226	89.9%	26

外来医療に係るデータ集・グラフ（厚生労働省提供）

地域外来医療に係る参考データ

＜学校医について＞

		小学校			中学校			高等学校			特別支援学校		
二次医療圏	市町村	①学校医数	②児童数	②/①	①学校医数	②生徒数	②/①	①学校医数	②生徒数	②/①	①学校医数	②在学者数	②/①
富山県		540	42,441	79	256	23,235	91	141	22,947	163	65	1,278	20
新川医療圏	魚津市	78	4,199	54	31	2,423	78	18	1,947	108	4	174	44
富山医療圏	富山市	249	21,173	85	110	11,497	105	63	12,387	197	33	617	19
高岡医療圏	高岡市	144	12,240	85	71	6,574	93	39	6,518	167	19	333	18
砺波医療圏	砺波市	69	4,829	70	44	2,741	62	21	2,095	100	9	154	17

学校基本調査　令和８年度報告書（速報値）

＜産業医について＞

二次医療圏	郡市医師会	人数	
新川医療圏	下新川郡医師会	10	21
	魚津市医師会	11	
富山医療圏	滑川市医師会	9	136
	中新川郡医師会	5	
	富山市医師会	122	
高岡医療圏	射水市医師会	22	63
	高岡市医師会	37	
	氷見市医師会	4	
砺波医療圏	砺波医師会	13	32
	南砺市医師会	11	
	小矢部市医師会	8	

富山県医師会ホームページ　認定産業医名簿（2026.6.11現在）
※日本医師会認定産業医制度に基づく　認定産業医資格を有し、ホームページ掲載に同意した県医師会会員数

協議事項　地域において特に必要とされる外来医療について

全医療圏

（外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第８次（後期）～）
・地域において特に必要とされる外来医療（以下「地域外来医療」という。）に関する事項を、（中略）協議の場において、関係者との協議を行い、その結果を取りまとめ、公表、周知すること

県としては、地域において必要な外来医療に関する情報発信を行うことで、
新規開業者の行動変容や、地域の関係者（既存・新規の開業者を問わず）の取組を促進したい

地域において特に必要とされる外来医療は何か

（例：下記参考、特定の診療科（内科）等）

＜参考＞国が示す地域で不足する外来医療機能の例

- 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
- 在宅医療の提供体制
- 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制

今後のスケジュール

令和８年

10～11月　第１回地域医療構想調整会議（本日の会議）

12月　第１回医療審議会：医療計画（外来医療計画を含む）素案の提示

令和９年

２月　パブリックコメント、市町村等へ意見照会

２～３月　第２回地域医療構想調整会議：パブリックコメント等の結果共有

３月　第２回医療審議会：計画策定、外来医師多数区域の指定

外来医師偏在指標に係る参考データ

参考資料

第８次前期計画（現行計画）
（令和５年度策定）

	外来医師偏在指標	順位
全国	112.2	－
富山県	100.2	36 / 47
新川	94.8	199 / 335
富山	105.3	134 / 335
高岡	97.6	187 / 335
砺波	92.6	219 / 335

第８次後期計画
（令和８年度策定予定）

	外来医師偏在指標	順位
全国	115.7	－
富山県	104.8	33 / 47
新川	90.8	234 / 330
富山	112.6	104 / 330
高岡	98.0	192 / 330
砺波	96.9	199 / 330

一般診療所・診療所医師数

	全国	富山県	新川	富山	富山市	中部HC管内	高岡	砺波
一般診療所数 （令和5年医療施設調査）	104,894	744	71	378	337	41	212	83
診療所医師数 （令和６年三師統計）	111,699	754	66	412	383	29	202	74
一般診療所数(人口10万対) （R7.1.1時点 住民基本台帳人口）	84.4	73.8	64.3	78.3	83.5	52.1	71.9	68.8
診療所医師数(人口10万対) （R7.1.1時点 住民基本台帳人口）	89.8	74.8	59.8	85.4	94.9	36.8	68.5	61.4

医療機器の共同利用計画の確認について（高岡医療圏）

資料８

医療機関名	所在地	共同利用対象機器	設置年月日	共同利用の有無	共同利用を行わない理由
おおしまクリニック	高岡市	マンモグラフィー装置	令和7年4月7日	無	自院で完結のため
赤祖父どいクリニック	高岡市	CT	令和8年7月9日	無	共同利用を希望する医療機関がないため
医療法人社団尾島クリニック (開設者変更(法人化)に伴い改めて提出、前回は令和6年10月10日調整会議で報告済)	射水市	X線CT装置	令和8年8月1日	有	
歌ノ森クリニック	射水市	X線CT装置	令和8年9月14日	有	

【参考】

・富山県外来医療計画において、医療機器の効率的な活用を推進するため、医療機器の配置状況や共同利用状況を把握するとともに、地域医療構想調整会議で共同利用の状況の確認を行うなど、各医療機関の自主的な取組みや医療機関相互の連携の促進に努めることとしている。

・対象となる医療機器は、対象となる医療機器（ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ（ＰＥＴ及びＰＥＴ－ＣＴ）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）、マンモグラフィ。

高岡医療圏の現状・課題と2040年頃の医療提供体制のあり方に関する部会意見（がん・在宅医療部会）

参考資料 1

1　がんにかかる医療提供体制全般について

①がん診療における集約化と機能分担

少しずつ集約化が進んでいるが、現在の診療実績と今後の医療需要、設備の維持・更新を考えると、手術・放射線治療に関して、さらに集約化をすめる必要がある。希少がんを除いて、一般的ながん診療（手術、放射線、薬物、緩和）に関しては医療圏で完結できる体制を維持する。

②外科的手術療法・放射線療法

肺がん、肝胆膵領域、放射線治療などの高度専門医療は集約化を進める一方、大腸がん、胃がん、乳がん等は各医療機関が役割分担しながら対応することが現実的である。また、放射線治療については、さらなる高度化に対応するため、専門設備や専門人材の確保が課題となっている。

③薬物療法

手術件数の減少が見込まれる一方で薬物療法の需要増加が予想されることから、専門的な薬物療法は拠点病院が担い、維持療法は地域医療機関が担うなど、病病連携による役割分担の強化が必要である。

④緩和ケア

総人口は減少する一方で85歳以上の高齢者は増加する見込みであり、緩和ケアを含めた医療提供体制を維持するには人材確保が大きな課題である。病状進行に伴い医療依存度が高くなり高度な専門的医療処置が必要となる場合、緩和ケア部門との連携を十分に図りながら円滑な患者支援を進めることが重要である。

2　具体的な医療提供体制について

がん患者に対する医療等	医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
外科的手術療法	病院間で症例数に偏りあるが医療圏内で対応 ※厚生連高岡病院が中心となり、がん種によって対応可能な医療機関が対応	【消化器がん手術の圏内対応と高難度手術・放射線治療の集約】 ・胃がん・大腸がんなどの消化器がん手術は高岡医療圏の各病院で対応可能だが、肝がん・肺がんなどの高難度急性期手術や放射線治療は診療基盤の整った基幹病院へ集約・重点化すべきである。 【集約先である厚生連高岡病院の設備についての課題】 ・集約化を受ける厚生連高岡病院では、老朽化した手術室と保守期限を迎える放射線治療施設の更新が課題である。	【がん種に応じた集約化と機能分担の推進】 ・希少がんは県レベルでの集約化が必要である。肺がん・肝がんなどは、医療圏内で一定の集約化が必要である一方、症例数の多いがん種は分散的な機能維持が現実的である。 【高度専門医療の機能分化と役割分担】 ・各医療機関の役割・機能分担を整理していくことが必要である。地域全体としてどの医療機関がどの機能を担うかを明確化し、効率的かつ持続可能な体制を構築すべきである。
薬物療法	医療圏内の拠点病院が中心となり対応	【薬物療法の進歩に伴う長期治療患者の増加と拠点病院の負担】 ・新規治療薬の導入や治療成績向上により患者の生存期間が延び、複数治療を継続する患者が増加していることから、一人当たりの治療回数が増加し、全体として薬物療法の総件数は増えていく見込みである。集約化に伴い薬物療法の高度化も進み、拠点病院では患者数増加により外来診療が逼迫する状況が生じている。 【がん診療機能の役割分担と連携強化】 ・手術後に化学療法が必要となる患者は多いが、医療機関によって提供できる医療機能に違いがあり、手術は実施できても化学療法に対応できない医療機関もある。	【拠点病院と地域医療機関の役割分担の明確化】 ・拠点病院が高度・専門的治療を担い、他の病院がリスクの低い維持療法を継続する役割分担を進めながら、病病連携をさらに推進し、地域全体で持続可能な薬物療法提供体制を構築することが重要である。 【医療圏内でのがん治療機能の役割分担と連携強化】 ・外来化学療法率（現状8割程度）をさらに高めることは容易ではないが、手術・薬物療法・放射線治療の各治療機能をどのように組み合わせて地域全体で提供していくかが重要な課題である。 【治療機能に応じた医療機関間連携の推進】 ・地域の中で治療が完結することが望ましいが、医療機関ごとの機能限界を踏まえ、治療内容によって紹介・受け入れを行う横の連携を強化すべき。医療圏内で完結できないケースは医療圏を越えた広域連携も一定程度避けられない。
放射線療法（根治的・緩和的治療）	医療圏内で対応 ※高度な放射線治療は、厚生連高岡病院で対応	【放射線治療における専門設備・人材確保の体制維持】 ・近年、照射技術や治療機器の高度化が進み、高度な放射線治療の実施には専門的な設備・人材が必要であり、すべての医療機関で同様の対応を行うことは難しい状況にある。放射線治療体制を維持していくためには人材不足への対応が不可欠であり、専門職（技師等）の確保・育成が重要な課題となっている。	【放射線治療の集約化と持続可能な提供体制の構築】 ・限られた医療資源を有効活用する観点から、放射線治療について一定の集約化を進めざるを得ない。治療を担う施設への患者集約に加え、将来的な放射線治療医、診療放射線技師など専門職の確保・育成や広域的な連携を推進し、持続可能な放射線治療提供体制を構築する必要がある。
その他		―	―

高岡医療圏の現状・課題と2040年頃の医療提供体制のあり方に関する部会意見（脳卒中・心血管疾患・救急医療部会）

1　脳卒中にかかる医療提供体制全般について

①脳卒中急性期医療における広域連携体制の強化

　脳神経外科・内科医不足により圏域内完結が困難なため、厚生連高岡病院を中心に砺波・富山医療圏等との広域連携、搬送ルールの策定等の整備を検討する必要がある。

②脳卒中診療における情報共有・連携体制の強化

　脳卒中疑い等の迅速な搬送・治療判断に向け、画像・診療情報共有を拡大し、脳神経外科医への相談を含む医療機関間の連携体制の強化が求められる。

③二次救急輪番の維持・確保と医療機関間での機能分化と連携強化

　脳卒中含む救急医療全体として、人員不足は深刻であり、現状の二次救急体制や輪番制の維持が求められる。また、慢性期・回復期医療機関は、急性期からの下り搬送やリハビリ患者の受け入れ等、医療機関間の役割分担・連携が求められる。

2　具体的な医療提供体制について

脳卒中患者に対する医療等		医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
急性期	外科的手術療法 血栓回収療法 血栓溶解療法（t-PA）	日中に厚生連高岡病院に搬送された場合は医療圏内で対応だが、輪番日外の休日夜間は医療圏外で対応	【脳神経外科・内科医不足による急性期治療の医療圏内完結率低下と将来的な治療不能リスク】 ・脳神経外科医・内科医の不足により、全身麻酔手術・血栓回収・t-PA投与など急性期治療の医療圏内完結率が低い。今後、医師の高齢化・退職が進めば、高岡医療圏で急性期脳卒中治療自体が実施不能になる可能性がある。 【輪番体制の限界と圏域外搬送への依存】 ・厚生連高岡病院の脳神経外科医3名による輪番体制で輪番日は圏内完結できているが、非輪番日の受入れや緊急手術には限界があり、医療圏外への搬送に依存せざるを得ない。 【施設からの搬送時における画像確認体制の必要性】 ・介護施設等から脳卒中疑いで搬送される高齢者について、t-PAや手術適応、搬送先の判断に迷うケースが多い。また、夜間に非輪番病院では専門的判断が得られにくく対応に苦慮するため、脳神経外科医が画像を事前確認できる仕組みが必要である。	【厚生連高岡病院への集約化と広域連携の必要性】 ・将来的には急性期治療を厚生連高岡病院へ集約すべきだが、現在の医師数では圏内の全患者対応は不可能である。富山医療圏・砺波医療圏との連携や輪番体制構築、搬送ルールの明確化により、広域での円滑な連携体制を整える必要がある。 【遠隔画像診断の必要性】 ・厚生連高岡病院以外の2次救急輪番病院においては、脳梗塞・脳出血疑い症例について画像共有システム（Join）を活用した専門医への相談体制の整備が有効である。専門医が遠隔で画像を確認できる体制の拡充が望まれる
回復期	回復期リハビリテーション	医療圏内で対応	【下り搬送の受入れと役割分担の維持】 ・急性期病院の判断のもと慢性期管理へ移行可能な患者を下り搬送で受け入れる体制を整えており、今後も役割分担・連携の維持が必要である。 【高齢患者受入れ体制の維持】 ・回復期・慢性期医療では高齢患者の受入れ需要が高く、急性期病院・地域との連携で対応している。時期によっては、病床・人員が不足する時期があるが、現時点では受入れ体制を維持できている。	【医療圏内連携体制の現状維持】 ・急性期から回復期・在宅まで切れ目なく支える、医療圏内医療機関間の役割分担・連携体制を現状維持していくことが求められる。
手術や血栓溶解療法の対象外の脳卒中患者	急性期の入院受入れ		―	―
	早期のリハビリテーション（廃用予防を含む）		―	―
その他			―	―

高岡医療圏の現状・課題と2040年頃の医療提供体制のあり方に関する部会意見（脳卒中・心血管疾患・救急医療部会）

１　心血管疾患にかかる医療提供体制全般について

①循環器救急体制の維持・確保

現在、高岡医療圏では各病院の医師が輪番制で対応しており、循環器内科医についても決して人員が潤沢な状況ではないが、高岡医療圏内である程度完結できている。今後の維持が課題である。

②二次救急輪番の維持・確保

二次救急輪番は限られた医師数と大学からの応援により現状は医療圏内で維持されているが、現場負担は大きい。将来的な医療圏を越えた広域連携の可能性はあるものの、実現には多くの課題があり、人材確保が喫緊の課題である。

③医療機関間での機能分化と連携強化

急性期病院からの受入れ時には画像診断や病状判断に不安があり、AI等を活用した診断支援の導入や急性期・慢性期機能の適切な役割分担を進め、下り搬送を含む円滑な病病連携体制の構築が求められる。

２　具体的な医療提供体制について

心血管疾患患者に対する医療等		医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
急性期	外科的手術 （冠動脈バイパス術等） カテーテル治療 （経皮的冠動脈形成術等）	医療圏内で対応	【急性期医療体制の維持と設備導入・医師確保の課題】 ・現状は、医療圏内の連携は比較的円滑であり、急性期治療が完結している。富山医療圏へ搬送される症例は重症例が多い。一方で、循環器内科医師数が減少しており、夜間・緊急例、重症例などの対応、心臓補助機器（Impella）の導入と医師確保が課題である。 【心不全患者の増加に伴う課題】 ・今後増加が続く心不全患者の増加により、循環器医の負担が増加する可能性が考えられる。	【循環器急性期医療体制の維持・強化】 ・ 医療圏内の輪番・連携体制を維持・強化し、急性期病院間の役割分担を進めるとともに、大学への増員依頼及び設備導入を進める必要がある。 【広域的な救急医療体制構築に向けた課題】 ・将来的な呉西地域での広域的な救急体制も選択肢の一つだが、現行の医療の質を維持しながら実現するには多くの課題があるため検討を要する。
	心血管リハビリテーション（入院）		―	―
回復期	心血管リハビリテーション （外来）	医療圏内で対応	【下り搬送の受入れと役割分担の維持】 ・急性期病院の判断のもと慢性期管理へ移行可能な患者を下り搬送で受け入れる体制を整えており、今後も役割分担・連携の維持が必要である。 【高齢患者受入れ体制の維持】 ・回復期・慢性期医療では高齢患者の受入れ需要が高く、急性期病院・地域との連携で対応している。時期によっては、病床・人員が不足する時期があるが、現時点では受入れ体制を維持できている。	【医療圏内連携体制の現状維持】 ・急性期から回復期・在宅まで切れ目なく支える、医療圏内医療機関間の役割分担・連携体制を現状維持していくことが求められる。
その他	心血管リハビリテーション （心不全患者に対して）		―	―

高岡医療圏の現状・課題と2040年頃の医療提供体制のあり方に関する部会意見（周産期・小児医療部会）

1　周産期・小児医療にかかる医療提供体制全般について

①周産期・小児医療における広域連携体制の強化

高岡医療圏では、人材確保・人材育成が喫緊の課題となっており、高度な周産期医療や小児救命医療の機能を単独の医療圏で維持することは困難な状況にあ る。一方、正常分娩については現在も医療圏内で対応できており、一次小児救急や産後ケアとともに医療圏内完結を基本としている。しかし、ハイリスク妊産婦や重症小児患者については、富山医療圏（県立中央病院・富山大学附属病院等）への搬送が必要となっている。また、その際の圏域内の搬送先調整ルールや、県全体での搬送基準の再確認・共有を進める必要がある。

②分娩施設の集約化を見据えた支援体制の構築

分娩取扱施設・産科医の減少に伴い、特に氷見市では地域特性（搬送時間延長リスクあり）からも将来的な分娩体制の維持が懸念されており、夜間相談や搬送時の人員確保が課題となっている。

③初期・二次小児救急体制の維持

初期救急は急患医療センターが担う一方、医師確保の課題から夜間診療時間を短縮するなどして体制維持に努めている。また、二次救急は厚生連高

2　具体的な医療提供体制について

周産期に係る医療等	医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
正常分娩等を扱う医療機関について	正常分娩は医療圏内で対応 ※厚生連高岡病院で対応が難しい重症例は富山医療圏へ搬送	【分娩体制の維持と搬送先確保】 ・出生数減少で分娩施設が減り、氷見市内は分娩体制の維持や夜間搬送先の確保が課題である。 【無痛分娩の需要増加と受入体制の整備】 ・妊産婦等のニーズ多様化で無痛分娩の需要増加が見込まれる。安全な提供には高度な麻酔管理技術と十分なマンパワーが必要であり、適切な情報提供や受入体制・安全管理体制の整備を進める必要がある。	【正常分娩の維持と急変時対応・周産期医療体制の確保】 ・安心・安全な出産のため高岡医療圏内の正常分娩取扱機関を維持し、急変時は厚生連高岡病院が一次窓口として対応する。無痛分娩への対応と安全な周産期医療体制の確保も必要である。
地域周産期母子医療センター・周産期母子医療センター連携病院の機能について	妊娠22～25週、外科治療や高度な周産期医療を要する場合は富山医療圏へ搬送	【NICUの運営維持と集約に伴う住民影響】 ・少子化に伴いNICU、特に低出生体重児（2,500g未満）の入院患者数は減少傾向にあり、2040年に向けてさらなる減少が見込まれる。このため、新生児特定集中治療室管理加算の施設基準維持が困難となる可能性がある。また、設備維持の観点から集約化の必要性がある一方で、地域住民の医療アクセスへの影響が懸念されている。 【高度周産期医療の搬送基準の明確化】 ・高度周産期症例や外科治療が必要な新生児は富山大学病院・県立中央病院へ搬送するが、基準が不明確で調整基準を求める声がある。	【周産期医療提供体制の維持と小児科医確保】 ・加算算定が難しくなった場合も医療圏内での受入れる体制自体は維持する必要があり、そのためには小児科医の確保・充実が求められる。 【地域住民への影響に配慮した集約化の検討】 ・将来的には富山圏域への機能集約化も選択肢の一つだが、地域住民への影響や医療アクセスへの配慮を伴った検討が必要である。 ・救急隊員への周産期救急教育の強化が必要である。

周産期に係る医療等	医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
総合周産期母子医療センターの機能について	該当なし	―	―
その他 （産後ケア・医療的ケア児）		【産後ケア体制と複雑化する支援ニーズ】 ・社会的背景やメンタル面に課題を抱える妊産婦が増加している一方、タイムリーな支援ができていない現状があり、経営面を含めた受入れ体制の確保が必要である。産後ケア従事者（助産師）のマンパワー不足も深刻である。 【医療的ケア児支援体制の充実】 ・医療的ケア児の多くは大学病院を主治医としているが、予防接種や軽症感染症は身近な医療機関で対応してほしいという保護者の声がある。また。レスパイト・ショートステイの受入れ不足、成人期への移行支援も課題である。	【持続可能な産後ケア体制の構築】 ・産後ケアの継続には、人材確保や新たな支援資源の検討が求められる。将来的な出生数減少による需要動向の変化も見据えた運営体制の検討が必要である。 【専門医療と地域医療の機能分担】 ・医療的ケア児支援では、専門的な主治医機能は大学病院等に集約されつつも、日常的なケア（予防接種・軽症対応）は地域で担う機能分担の検討が求められる。

小児に係る医療等		医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
入院を要する小児救急患者に対する医療	平日日中	厚生連高岡病院、高岡市民病院で対応 ※全身麻酔を要する症例、小児脳神経疾患は富山医療圏に搬送	【小児人口減少を見据えた持続可能な医療提供体制構築】 ・小児人口の減少により外来受診患者数等が明らかに減少し、経営が厳しい状況である。厚生連高岡病院、高岡市民病院が小児救急を担っているが、将来的に現在の医師数を維持できるとは限らず、地域全体で協力して小児医療を支える体制構築が必要である。	【小児初期救急体制の維持と地域連携の推進】 ・将来的には地域全体で協力して小児救急医療を支える体制が必要である。一方、重症患者の遠方搬送にはリスクがあり、小児初期救急は地域で維持すべき重要な機能であるため、関係機関の連携による体制維持が必要である。
	夜間・休日		【急患医療センターの運営体制と医師の負担軽減】 ・現状は医療圏内の小児科医師派遣により急患医療センターが医療圏内で完結し体制は整っているが、安定運営には医師の負担軽減が重要であり、他の医師からの協力体制の充実が求められる。働き方改革の影響で救急対応後の代休確保が必要となり、夜間診療維持と日中診療体制確保の両立が困難である。	【広域連携による持続可能な医療提供体制の構築】 ・小児科医不足や働き方改革を踏まえ、集約化の検討は高岡医療圏単独でなく県内医療圏全体で行うべきである。
小児の救命救急医療		全身麻酔を要する症例、小児脳神経疾患は富山医療圏に搬送 ※重症・蘇生を要する患者は医療圏内で対応すべき	【階層的な小児救急医療連携体制の維持】 ・厚生連高岡病院が2.5次的役割、大学病院・県立中央病院が3次施設として重症例を担うという階層的連携がおおむね機能している。5年、10年後も現行体制を維持できるかは課題である。	【県全体を見据えた小児救急医療体制の検討】 ・まずは高岡・砺波医療圏の連携・一体的運営、将来的には富山市を中心とした県全体の医療提供体制の検討が必要である。将来的には富山市を中心に県全体の医療提供体制や小児救急医療のあり方について検討していく必要がある。
その他			―	―

高岡医療圏の現状・課題と2040年頃の医療提供体制のあり方に関する部会意見（がん・在宅医療部会）

1　在宅医療にかかる医療提供体制全般について

①在宅・施設医療を支える持続可能な医療提供体制の構築

今後、退院先が在宅だけでなく施設への転帰が非常に増えていくことが予想されるが、在宅・施設両方に関わるのはやはり地域の開業医であり、その担い手不足が大きな課題である。在宅医療に対するニーズは増えているが、対応する医療機関は減少傾向にあることが示されており、今後の対策が必要である。

②高齢者救急需要の増加を見据えた受入れ体制の確保

高齢者では尿路感染症、脳梗塞、心不全など予測可能な急性期イベントが多く、介護施設や地域医療機関における対応や搬送先の判断が重要となる。高岡医療圏では二次救急体制は比較的整備されているものの、今後は施設入所者の増加に伴い、在宅患者以上に高齢者救急として病院搬送を要するケースの増加が予想され、救急搬送や受入れ需要の増加が見込まれる。

③在宅医療における医療機関間での役割分担と連携強化

高度な医療管理を要する患者の在宅療養が増加している一方で、診療所が外来診療と並行してすべての在宅医療を担うことには限界がある。医療依存度の高い患者や終末期患者は病院が支え、比較的状態が安定した患者は診療所が継続的に診療するなど、病院と診療所が役割分担しながら連携を強化するとともに、通院困難な患者への訪問診療を含め地域包括的な在宅医療体制を構築する必要がある。

2　具体的な医療提供体制について

在宅医療提供体制について	医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
日常の療養（訪問診療）	医療圏内で対応	【訪問診療提供体制の維持と担い手となる人材確保】 ・訪問診療を実施する医療機関数は近年ほぼ横ばいである一方、訪問診療件数は増加しており、在宅・施設の両方を支える地域の開業医の負担は増大している。特に担い手不足が大きな課題となっている。 【増加する訪問診療ニーズへの対応】 ・今後、医療・介護依存度の高い85歳以上の高齢者の増加が見込まれる中、訪問診療ニーズの増加に対応できる体制確保が課題である。 高度な医療管理を要する患者の在宅療養が増加している一方で、診療所が外来診療と並行してすべての在宅医療を担うことには限界がある。	【在宅医療を担う人材の確保と育成】 ・在宅療養者・施設入所者が増加する中、医師・訪問看護師等の担い手不足への対応として、訪問診療への参入促進や人材育成が必要である。 【在宅医療における役割分担と連携強化】 ・高度な医療管理が必要な患者は病院が担い、比較的安定した患者は診療所が継続して診るという役割分担が必要である。病院が医療依存度の高い患者・終末期患者を支えつつ、通院困難となった患者に訪問診療を行うなど機能を生かした体制づくりが重要である。
急変時の対応等（往診）	医療圏内で対応	【介護施設における救急対応体制の充実】 ・今後は施設入所者の増加が見込まれることから、介護施設での救急対応や施設介護のバックアップ体制についても考えていく必要がある。 【高齢者救急への対応強化】 ・高齢者の予測可能な急性期イベント（誤嚥性肺炎、尿路感染症、脳梗塞、大腿骨頚部骨折、心不全等）の各疾患に対するルール作り（発症予防、早期対応含めて）が求められる。	【二次救急体制の維持と地域連携の強化】 ・現在の2次救急体制をしっかり維持していくことが、地域で維持すべき機能として重要である。介護施設-診療所-一般病棟（地域包括ケア病棟含め）の連携や緊急時の対応の圏域内のルール作りが求められる。 【施設入所者増加を見据えた介護施設と病院の連携による高齢者救急体制の構築】 ・高度急性期を担う病院だけでなく、地域の急性期医療を支える病院が施設入所者の急性期対応を受け入れる体制とし、介護施設と病院が平時から連携し、円滑な受入れ・搬送体制を構築する必要がある。

在宅医療提供体制について	医療圏内での完結	現状及び2040年を見据えどのような課題があるか	2040年頃の医療提供体制のあり方
ターミナルケア等の在宅看取り	医療圏内で対応	【医療・介護連携による在宅療養支援の強化】 ・在宅療養の継続を支える医療・介護連携の強化・病院から在宅へ移行し訪問診療を活用しながら地域へ戻るケースが徐々に増えており、高齢化に伴い今後も増加が見込まれるが、家庭環境や介護力の問題から在宅療養継続が困難なケースもある。 【在宅医療を担う人材の確保】 ・在宅看取りを希望する方も多く、ある程度の在宅医療・訪問看護スタッフの確保が必要である。	【地域全体での在宅療養支援体制の強化】 ・地域全体で在宅療養継続困難なケースを支えていく体制が重要である。 【ACPの更なる普及と推進】 ・ACP（人生会議）の普及・浸透により、どのような治療を行い、その後どうするかを各段階で共有していくことが、より良い医療・介護の実現につながる。
入院から在宅医療への移行（退院支援）	医療圏内で対応	【地域全体で支える在宅療養体制の強化】 ・家庭環境や介護力の問題から在宅療養の継続が困難なケースがあり、地域全体で支えていく体制が重要になる。	【病院による後方支援体制の強化】 ・緊急時のバックアップ病床の確保など病院による後方支援や緊急時受入れ体制の整備が重要である。
療養支援（訪問看護等）	医療圏内で対応	【訪問看護の体制維持・強化】 ・生産年齢人口減少により家族介護・見守りが難しくなり、訪問看護に求められる役割・負担が増大する。資料では24時間対応可能な事業所とされているが、実際には24時間対応が難しい事業所も多い。 【訪問看護師の人材確保とステーション全体の底上げ】 ・訪問看護に興味を持つ人材は多いが、実際の勤務条件（勤務時間・働きやすさ等）との折り合いから訪問看護師確保が難しい。また、対応できるステーションとそうでないステーションがあり、レベルの底上げと新規人材確保の両方が必要である。	【訪問看護における機能分担と連携体制の構築】 ・病院に急性期・慢性期等の機能分化があるように、訪問看護においても重症患者に重点的に対応する事業所と、状態安定患者を支援する事業所など、機能に応じた役割分担・連携体制の構築が求められ、これにより限られた人材の中でも効率的・質の高い在宅医療・訪問看護提供が可能になる。 【訪問看護機能の体制維持を支えるための人材確保】 ・訪問看護ステーションが地域で維持すべき機能として、まずは現在の体制を維持できるよう人材確保を進める必要がある。
その他（ICTツールを活用した情報共有等）		【ICTを活用した多職種連携の強化】 ・バイタルリンクの登録事業所数・利用者数は年々増加しているが、利用頻度には差があり、十分に活用されていないケースもある。県内で同じICTツールを求める声もあるが、実現は容易ではない。 【医薬品供給体制の確保】 ・ 医薬品卸の集約化により特に週末の医薬品供給が遅れることがあり、麻薬を含む薬剤確保に苦慮する場合がある。がん治療薬も金曜注文で月曜対応になる状況があり、医薬品供給体制についても考慮が必要 である。	【切れ目のない在宅医療体制の構築】 ・バックアップ体制の充実、多職種連携・ICT活用、薬剤供給体制・職種間連携の強化により、救急対応、看取りまで切れ目のない連携体制を強化することが重要である。

参考資料 2

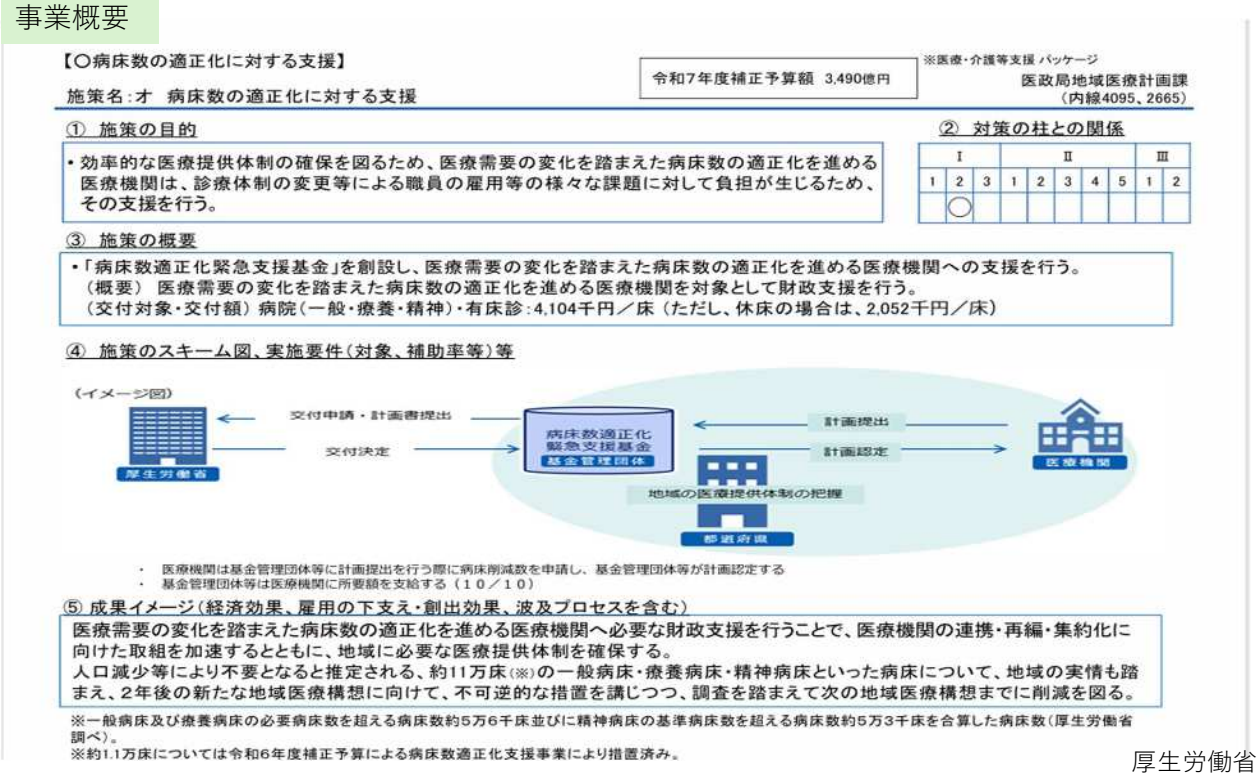
病床数適正化緊急支援事業の申請状況について

病床数適正化緊急支援事業

背景：自由民主党、公明党、日本維新の会　３党合意（令和7年（2025）6月6日）

・人口減少等により不要となると推定される、約11万床の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。
・約11万床の内訳は一般病床・療養病床が約5.6万床（必要病床数の超過）、精神病床が約5.3万床（基準病床数の超過）

事業概要



厚生労働省HPより抜粋

病床数適正化緊急支援事業

対象医療機関

・ 令和7年（2025）12月16日から令和9年（2027）3月31日までの間に病床を削減する医療機関（削減済含）
・ 令和7年度の「病床数適正化支援事業」の対象となり病床を削減した医療機関のうち、 削減数に対して満額給付されていない医療機関

支給額

・削減した病床１床につき4,104千円。休床の場合は2,052千円
・既存制度の病床再編支援事業補助金（最大2,280千円）と併用可。上記単価との差額を支給
・令和7年度に「病床数適正化支援事業」の対象となった病床の削減については対象外

スケジュール

※ただし、第３回については国予算や申請状況により、実施されない場合がある。支給時期については、未定。

	申請期限（医療機関→県）	国への提出期限
第１回	令和8年（2026）6月23日から7月14日まで	８月末
第２回	令和8年（2026）9月30日まで	10月31日
第３回（予定）	令和8年（2026）11月30日まで	12月28日

第１回申請の概要

⇒　既に削減済みの病床含め、382床の申請があり、その内訳は以下のとおり。

病床別／医療圏	一般・療養	精神	合計
新川	33床		33床
富山	129床	5床	134床
高岡	109床	2床	111床
砺波	104床		104床
計	375床	7床	382床

参考資料 3

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

○　医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。

○　構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

	具体的な内容
高齢者救急・地域急性期機能	• 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	• 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※　人口20～30万人に１つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	• 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※　在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	• 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※　有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

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

広域な観点での医療機関機能

医育及び広域診療機能	• 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ※　大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

厚生労働省ホームページ　医療機関機能・病床機能報告の概要

医療機関機能報告について

報告期間は10月19日から12月11日

医療機関機能報告制度の概要

○　医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。

○　医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

○　**2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告**し、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。

○　**在宅医療等連携機能については**、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能**や**急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については**、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、**両機能を併せて報告しない。**

<留意点>

- 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

厚生労働省ホームページ　医療機関機能・病床機能報告の概要

参考資料 4

精神医療に関する地域医療構想に係る今後のスケジュール（見込み）

	精神医療に関する地域医療構想	医療計画
令和８年度	• 精神医療を含む地域医療構想策定ガイドラインの作成に向けて国で議論 • ガイドラインの作成（令和８年度末を目途）	• 第８次医療計画（後期）に向け、都道府県において見直しの議論
令和９年度	医療機関機能等報告制度への報告開始（令和９年10月施行） 都道府県において精神医療を含む地域医療構想の策定（令和11年３月末までに策定）	• 第８次医療計画（後期）施行
令和10年度 地域医療構想に精神医療が追加 令和10年４月施行※ ※令和11年３月末までの間既存の地域医療構想について、精神医療を含む地域医療構想とみなす	都道府県が策定した地域医療構想に基づく取組を進める。	• 地域医療構想を踏まえ、第９次医療計画見直しに向けて国において議論
令和11年度		• 地域医療構想を踏まえ、第９次医療計画策定に向け、都道府県において見直しの議論
令和12年度		• 第９次医療計画施行

参考資料 5

富山県における介護保険施設等及び在宅医療の提供体制について

1　介護保険施設等（居住系サービス含む）の整備状況（第９期介護保険事業支援計画期間中）

施設種類	R5年度末設置数	第9期における整備状況			整備目標との差
		R6 年度末	R7 年度末	R8 年度末(見込)	
特別養護老人ホーム(地域密着含む)	6,280 床	6,303 床	6,303 床	6,332 床	▲17 床
（第9期計画整備目標）		6,320 床	6,349 床	6,349 床	
介護老人保健施設	4,222 床	4,087 床	4,094 床	4,094 床	▲128 床
（第9期計画整備目標）		4,222 床	4,222 床	4,222 床	
介護医療院	1,717 床	1,763 床	1,772 床	1,772 床	▲3 床
（第9期計画整備目標）		1,775 床	1,775 床	1,775 床	
認知症対応型グループホーム	2,689 床	2,647 床	2,636 床	2,645 床	▲143 床
（第9期計画整備目標）		2,716 床	2,752 床	2,788 床	
特定施設入居者生活介護	260 床	260 床	260 床	260 床	▲40 床
（第9期計画整備目標）		260 床	300 床	300 床	

2　在宅医療・介護連携の推進

① 在宅医療を行う医療機関数

	第 9 期目標	R3.7（計画策定時）	R6.7	増減数
在宅医療を行う医療機関数	維持する	295 箇所	258 箇所	▲37 箇所

② 訪問診療を行っている医療機関数

	第 9 期目標	R3	R4	R5	R6
訪問診療を行っている医療機関数（人口 10 万人当たり事業所数）	増加させる	24.3	24.8	25.3	26.0

③ 在宅療養支援を行っている医療機関数

	第 9 期目標	R4.4	R5.4	R6.7	R7.4	R8.4
在宅療養支援を行っている診療所数（人口 10 万人当たり事業所数）	増加させる	6.9	7.0	7.5	7.7	8.9
在宅療養支援を行っている病院数（人口 10 万人当たり事業所数）	増加させる	1.6	1.7	2.2	2.1	2.3

④ 訪問看護ステーション数

	R5.4	R6.4	R7.4	R8.4
訪問看護ステーション数（人口 10 万人当たり事業所数）	9.4	10.3	11.2	11.30

⑤ 訪問看護ステーションの開設・運営支援を行う「富山県訪問看護総合支援センター」（令和4年4月開設）の運営支援

参考資料 6

多職種連携について

- 2040年に向けた地域医療構想は、入院における病床の機能分化のみならず、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るためのものとして位置付けられており、外来での医歯薬連携や、在宅医療・介護との連携における多職種連携や施設間連携の取組を進めることが重要。

	基本的な考え方	具体的事項
外来医療	○ **リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導等**を含めて外来で切れ目なく提供できる体制を整備するとともに、退院後の診療継続や外来リハビリテーション等の受け皿を確保する。	• 口腔機能の低下が疑われる患者や口腔管理を要する患者について、医科医療機関が**歯科医療機関**への受診につなげる。 • 医療機関と**薬局**が連携し、患者の服薬情報、副作用の状況、重複投薬や多剤投与の状況等を共有し、適切な服薬指導を行う。
在宅医療	○ 休日・夜間を含む24時間の急変時対応、往診、緊急入院の受け入れ等を地域で切れ目なく提供するとともに、**患者の状態に応じたサービス**を適切に提供する体制を構築する。	• 患者の状態や生活の状況に応じて、**訪問診療・往診、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービス**を適切に提供し、地域の在宅療養患者を面で支える体制を確保する。
介護との連携	○ 高齢者救急の増加に伴い、退院後の受け皿として**介護保険施設や居宅サービスを適切に活用**できる体制を整備する。 ○ 高齢者施設入所者の状態悪化時に、適切な介入を行い、必要時の円滑な入院につなげられるよう、**高齢者施設と医療機関との連携**を進める。	• 介護保険施設における医療やリハビリテーション等の提供機能について地域の関係者が理解を深め、**医療と介護の相互理解**を進める。 • **医師、看護師、歯科医師、薬剤師、高齢者施設職員等**が、それぞれの役割を踏まえて連携し、必要な医療及び生活サービスが切れ目なく提供される体制を構築する。 • **ケアマネジャー**がかかりつけ医等と連携して、個々の利用者へのマネジメントを行い、適切なサービスへつなぐ。

厚生労働省　地域医療構想策定ガイドライン参考資料　より