令和8年2月 20 日 第 11 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
新たな地域医療構想 とりまとめ（案）

１．はじめに
２．新たな地域医療構想について
（１）地域における人口構造の変化を踏まえた取組
（２）構想区域
（３）地域医療構想調整会議
（４）関係者に期待される役割等
①都道府県
②国
③市町村
④大学病院本院
⑤医療関係者
⑥医療保険者
⑦介護関係者
⑧地域医療構想アドバイザー
（５）策定・推進のためのデータ
３．医療機関機能の確保について
（１）基本的な考え方
（２）高齢者救急・地域急性期機能
①高齢者救急について
②医療機関機能について
（３）急性期拠点機能
（４）在宅医療等連携機能
（５）専門等機能
（６）医療機関の連携・再編・集約化について
（７）医育及び広域診療機能
４．医療需要の推計と病床機能報告について
５．人口規模に応じた地域ごとの課題について
６．策定について
（１）策定のプロセス
①策定のプロセスについて
②スケジュールの共有・現状の把握
③課題・目的の設定

④地域医療構想の策定
⑤取組の推進
（2）構想区域
（3）入院医療
①急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能の確保について
②搬送基準
③必要病床数
④アクセスの確保
（4）外来医療
（5）在宅医療
（6）介護との連携
（7）人材確保
7. 地域医療構想と医療計画の関係
8. 精神保健医療福祉との関係について

1. はじめに

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年を目途に、地域医療構想が進められてきたところ、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と、同時に、生産年齢人口の減少が一層見込まれる 2040 年、また、さらにその先を見据えて、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築していく必要がある。
- このため、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう 2040 年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- 地域医療構想策定ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）は、都道府県が 2040 年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的な PDCA を含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。
- ガイドラインの策定に向けて、2025 年７月から地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において検討を進めてきたところであり、本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、次のとおりとりまとめを行う。
- 国においては、本とりまとめのほか、医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第 87 号。以下「改正医療法」という。）に係る事項やこれまでの地域医療構想の取組において示してきた事項を踏まえ、速やかにガイドラインを策定すべきである。

2. 新たな地域医療構想について

（1）地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040 年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、地域の人口規模に応じた課題がある。
  - ・ 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
  - ・ 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
  - ・ 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在の人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

（2）構想区域

- これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口 20 万人未満の二次医療圏については、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場合は、その設定を見直すこととされてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきている。
- 現在、二次医療圏の半数近くが 20 万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地

域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

（3）地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療ニーズや人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。
- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。

- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

（4）関係者に期待される役割等

①　都道府県

- 地域医療構想の策定や推進の主体として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、研修の実施など、必要な支援を行うことが求められる。
- また、都道府県庁内の介護関係部署をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、都道府県間での連携体制の構築も求められる。
- 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

②　国

- 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対して、必要な助言や支援等を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示や、データ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行わ

れている取組の把握や横展開のほか、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施することが求められる。

- また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。
- 介護保険関連では、介護保険事業の実施主体として、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
- また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。

④ 大学病院本院（「３．（７）医育及び広域診療機能」も参照のこと。）

- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。

⑤ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供

体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑥ 医療保険者

- 都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画することや、地域ごとの調整会議への参加者については、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
- また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の推進に取り組むことが求められる。

⑦ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑧ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに任命されている。地域の医療提供体制に関する有識者のほか、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

（5）策定・推進のためのデータ

- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となる

データについて、ガイドラインで整理することが必要である。また、診療領域ごとの病院単位での入院患者数のデータ等といった詳細なデータについては、国以外で作成されているデータの活用のほか、国における、データ提供や、都道府県が公開データから必要なデータを加工できるような体制作りに向けた支援を行うことが求められる。

- 今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告することが求められる。

３．医療機関機能の確保について

(1)基本的な考え方

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要がある。
- 医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期医療需要の確保等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能において求められる医療提供体制の課題を地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。
- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040 年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。協議において、遅くとも 2028 年度までに、各医療機関が 2040 年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、地域医療構想調整会議での決定以降は、決定された医療機関機能とその診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028 年度以降に、医療機関の取組の状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、地域医療構想調整会議で協議し、医療機関機能の見直しを行うことも想定される。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っており、そうした場合に多くの医療機関で複数の役割を報告することは役割分担の協議に資さないため、複数の

医療機関機能を報告する上での考え方を整理することが必要である。

（2）高齢者救急・地域急性期機能

① 高齢者救急について

- 高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。
- また、入院により ADL が低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーションを提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。
- さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でも ADL 等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的な医療資源を投入して救命の上、生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。
- こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期の病床を有する医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）に位置づけることが必要である。
- また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護保険施設でのリハビリテーション提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

② 医療機関機能について

- 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テーション･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入れ後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携

を行う等が求められる。

- 人口の少ない地域等で、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

（3）急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、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ものである。
- 急性期拠点機能は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- また、急性期拠点機能に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- その他、診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040 年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状

況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。

- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口 30 万人以上が多いことや、人口 20 万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口 20 万人から 30 万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。
- 大学病院本院が所在する構想区域の場合であって、当該大学病院本院が当該区域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能であれば、必要に応じて大学病院本院と別に急性期拠点機能を確保することも検討する。
- また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が 30 万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。
- 急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な 24 時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念される。

（4）在宅医療等連携機能

- 在宅医療等連携機能は、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ものである。
- 地域の医療資源に応じて、人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、在宅医療や訪問看護を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に

資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

（5）専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、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ものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来や在宅においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、地域の実情に応じて、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域の中で、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。
- また、がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第９次医療計画等に向けた医療計画における５疾病６事業等の検討に当たっては、こうした医療計画における医療機関の類型などの考え方についても確認し、必要に応じて整理することが必要である。

（6）医療機関の連携・再編・集約化について

- 今後、2040 年に向けて、人口の少ない地域においては、高齢者人口も減少

し、医療の担い手の不足が見込まれ、様々な医療需要が減少する。

- 大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしないが、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。
- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。
- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種を確保するという観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、重症例について救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入れや手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

（7）医育及び広域診療機能

- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が

必要となる。

- 具体的には、大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整した上で、都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することになると考えられる。 その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- 現在は、いわゆる1県 1 医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- なお、大学病院本院は地域毎に確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

4. 医療需要の推計と病床機能報告について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040 年の性・年齢階級別人口について、2024 年の NDB データを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDB データに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療受療に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、

> 必要病床数について、
> 前回までの検討会での意見を踏まえ、別途議論予定。

- このほか、必要病床数については、人口推計の変化や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030 年・2036 年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて必要に応じて見直しを行う。
- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と

急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040 年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- 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。ただし、急性期拠点機能を担う医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢者救急・地域急性期のみ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。
- 病床機能報告と必要病床数についての考え方も、関係者がその意義等を理解できるように示す必要がある。具体的には、
  - 必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて 2040 年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。
  - 設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。
  - 病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、機能分化を推進するために報告をしている。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。
  - このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。
  - こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床

数となるよう病床を整備する、ということではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、取組を推進していくことが重要である。

- また、基準病床数と必要病床数について、基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらはそれぞれ、6カ年計画である医療計画において設定するものであるか、地域医療構想として中長期に設定するものであるかということや、基準病床は一般病床と療養病床の数字を合算しており、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出していること等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。そのため、増床の申請に対する許可の検討に当たっては、それぞれの病床数の相違点等に留意しつつ、両者の数字について足下の病床数（既存病床数及び許可病床数）との関係をそれぞれ適切に考慮することが必要である。
- 必要病床数と基準病床数について、そのどちらかが現状の病床数より多い場合には、現在の医療需要が長期的に減少することが見込まれることを踏まえ、特に慎重に増床等の許可を検討することが必要である。
- また、構想区域の広域化を検討する中で、構想区域全体としては数字上、増床が考えられうる場合であっても、病床機能によっては、新たな構想区域内でも、広域化前の相対的に医療資源が少ない地域等での増床が望ましいと考えられる場合において、広域化後の構想区域内の地域のうち、特に増床することが考えられる地域（例えばＡ市Ｂ区など）を地域医療構想調整会議であらかじめ協議しておくこと等、増床等の許可の検討に当たっての考え方の整理が必要である。

５. 人口規模に応じた地域ごとの課題について

- 特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外の、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の流出入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出入率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。
- 大都市型や地方都市型の構想区域等においては、急性期拠点機能で全ての手術を対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下における、各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術数、麻酔科医の

数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。

- また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接するあまり実績のない医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。
- 大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。
- 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が起きることとなる地方都市型の地域においては、大都市型の地域と同様に、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応する必要がある場合もあれば、手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送する場合もあると考えられることから、地域ごとに医療需要等を踏まえながら協議や役割分担を進めることが必要である。
- 人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じていることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040 年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

6. 策定について

- 地域医療構想の具体的な策定や推進に係る事項について整理した上で、入院医療、外来医療等の議題に応じた主な課題や協議事項について、ガイドラインで具体的に示すべきである。

(1)策定のプロセス

①策定のプロセスについて

- 地域医療構想の策定は 2028 年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- 策定に向けて、2026 年度から 2027 年度上半期を目途に、構想区域ごとに

現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の 2040 年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。

- 課題の設定後、取組の方向性について 2028 年度中までに決定し、具体的な取組については第９次医療計画の検討の過程等で検討し、2035 年を目途に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。
- その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の

関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。

- その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

（2）構想区域

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要である。

（3）入院医療

- 病床数や各医療機関の診療実績等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議にあわせて、急性期や包括期の医療需要に関する役割分担、手術や救急搬送における役割分担等について協議し、症例数が減少するとともに医療従事者の確保が困難となる中で持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。具体的には、以下の事項について協議を行う。
  - ・ 医療機関機能について、急性期拠点機能の確保に関する事項
  - ・ 包括期機能の確保等、病床機能に関する事項
  - ・ 実施基準の検討を含む救急搬送や手術、診療科ごと等の役割分担に関する事項
  - ・ 在宅医療等のバックベッドや協力医療機関の確保に関する事項
  - ・ 慢性期の医療需要の体制整備に関する事項
  - ・ 介護との連携に関する事項
  - ・ 人材の確保に関する事項
  - ・ 患者の医療アクセスに関する事項
  - ・ 退院後のリハビリテーションの確保に関する事項　等

（4）外来医療

- 外来医療の需要は一部の大都市型の地域を除いて減少が見込まれる中、すべての地域の患者が安心して地域で療養できるよう、地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認し、必要な取組を行う。
- また、高齢者救急が増加する中、入院から外来まで必要な患者に適切なリハビリテーションが提供され、速やかな在宅復帰が進むよう、医療保険での外来のリハビリテーションや、介護保険での通所や訪問リハビリテーションの活用を進めることが求められる。
- 初診・再診やオンライン診療の活用状況や将来の見込み、かかりつけ医機能報告等も踏まえつつ、医療機関、歯科医療機関、薬局の数等を把握しながら、外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるか、といった観点で以下の事項について協議が求められる。
  - ・ 外来医療の体制確保に関する事項
  - ・ 休日、夜間等の診療体制の確保に関する事項
- 特に人口の少ない地域を中心に、診療所の減少が進む中、診療所では担いきれない外来医療へのアクセスを確保する観点から、地域の病院を中心に提供体制を構築する必要があり、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を担う医療機関がオンライン診療を含む外来医療の提供を担うこ

とも考える必要がある。また、へき地や診療所の数が限られている地域等において、オンライン診療の活用を推進することが必要である。

（5）在宅医療

- 高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれる。在宅医療は医師等の従事者が患家等へ移動する必要があり、外来医療等と比較すると効率的ではなく、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいても、今後の在宅医療のあり方の検討が必要とされている。
- 在宅医療については、現在の提供実態や需要の将来見込みなどを活用し、将来の需要の状況を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握する。
- 在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。さらに需要が増加する場合、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要である。
- 都道府県は、都道府県単位や構想区域単位の議論において、在宅医療等連携機能を報告する予定の医療機関や在宅医療を提供する医療機関、歯科医療機関、薬局、介護関係者等とともに、在宅医療の需要の増加や、在宅医療を提供する医療機関、歯科医療機関、薬局の数、療養病床の数、介護保険施設の定員、訪問看護や訪問介護に係る人員の充足状況、医歯薬連携体制に係る状況等を把握する。
- 一般的には、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を提供する診療所等に対し、バックベッド機能の提供や、小児・難病等に関する専門的な訪問診療・訪問看護等に係る技術的な支援等を通じて、後方的な支援を行うことが求められる。
- また、人口の少ない地域を中心に、地域の在宅医療の提供が十分ではない場合等においては、在宅医療等連携機能や専門等機能（有床診療所）を担う医療機関が在宅医療の提供を推進する必要がある。
- また、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院、診療所や介護老人保健施設が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーションを提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要。

- 地域ごとに、オンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により支えていく、といった様々な方策を組み合わせるなどの取組について検討していく。

（6）介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況を踏まえながら、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするための、いわゆるショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。こうした実態や機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能（高齢者救急・地域急性期機能等）について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

（7）人材確保

- 医師の確保について、医師確保計画や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおいて取組が進められている。また、医師以外の医療従事者については、第８次医療計画等において、確保に係る取組が進められている。
- また、厚生労働省の各担当部局において、各職種に関する需給推計等が進められているところ、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、その内容を踏まえ、必要に応じてガ

イドライン又は医療計画において内容を反映させることが重要である。

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、大学病院本院から人的協力を受けるなど、相対的に医師が多く勤務することが想定される。このため、当該医療機関は地域の医療機関における代診医や当直医の確保に協力するなどの体制の確保への協力が重要であり、構想区域単位の調整会議において協力のあり方について協議を行う。

７．地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、今後、地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第９次医療計画の見直しの際には、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。
- 医療計画は、地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第９次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

８．精神保健医療福祉との関係について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法、精神医療と障害福祉サービスとの連携等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- 本検討会のもとにワーキンググループを設置し、2027 年（令和９年）10 月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026 年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

令和7年度第2回岡山県地域医療構想調整会議 次第

日 時：令和8年1月30日（金）
19時00分～21時00分
場 所：岡山県医師会館 401会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 事

（1）会議の公開

（2）スケジュール

（3）検討体制

（4）現行の地域医療構想の振り返りと今後に向けた課題等
① 各構想区域における取組と成果等
② 各種データによる受療動向等の分析

（5）その他

4 閉 会

<資料１－③>

スケジュールについて

医療法改正について

「医療法等の一部を改正する法律」（令和７年法律第87号）が令和７年12月12日に公布

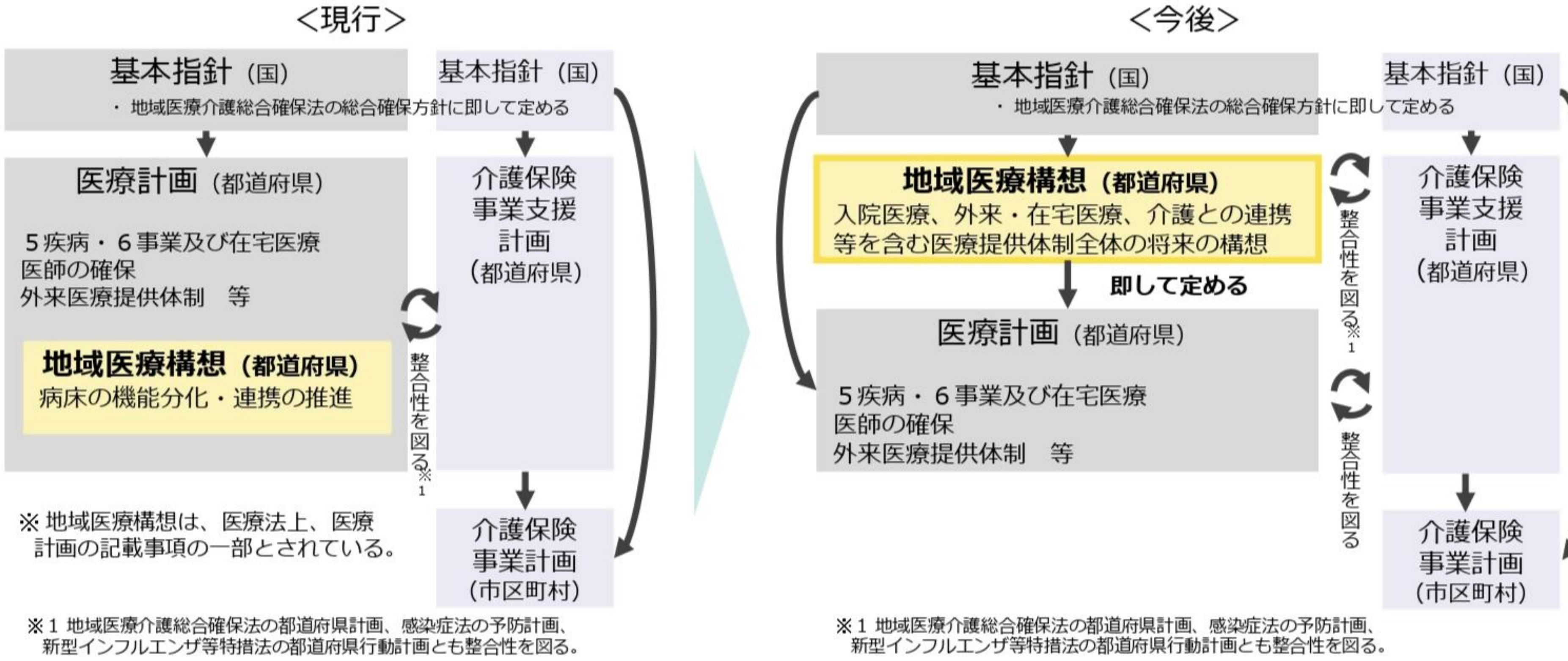
医療法改正の概要

１　オンライン診療に関する事項（令和８年４月１日施行）
２　美容を目的とした治療を行う病院等の報告等に関する事項
（公布の日から起算して２年を超えない範囲内において政令で定める日施行）
３　基準病床数に係る都道府県知事の権限の見直しに関する事項（令和９年４月１日施行）
４　病床の機能の分化及び連携の推進のための協議に関する事項（令和９年４月１日施行）
５　基本方針に関する事項（公布の日から起算して１年６月を超えない範囲内において政令で定める日又は令和９年４月１日施行）
６　地域医療構想の位置付けに関する事項（令和９年４月１日施行）
７　医療計画の策定事項の見直しに関する事項
（公布日、令和８年４月１日又は令和９年４月１日施行）
８　医療機関機能の報告に関する事項（令和８年10月１日施行）
９　協議の場の見直しに関する事項（令和９年４月１日施行）
10　外来医師過多区域における都道府県知事の要請等に関する事項（令和８年４月１日施行）
11　地域医療構想における精神病床の追加に関する事項
（令和９年10月１日又は令和10年４月１日施行）

地域医療構想の位置付けについて

現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置づけられている。

令和９年４月１日から、地域医療構想は、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の将来の構想として、医療計画の上位に位置づけられる。



令和６年12月３日　第13回新たな地域医療構想等に関する検討会資料１（P30）より抜粋

国の想定スケジュール

新たな地域医療構想の策定スケジュールについて、国は以下のとおり想定している。
（新たな地域医療構想が策定されるまでは、改正法の経過措置により、現行の地域医療構想が新たな地域医療構想とみなされる。）

令和７年10月15日　第５回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料１（P25）より抜粋

岡山県の策定等のスケジュール（案）

	（R７）2025年度	（R8）2026年度	（R9）2027年度	（R10）2028年度	（R11）2029年度	（R12）2030年度
現行の地域医療構想の評価						
区域点検・見直し						
必要病床数						
医療機関機能の確保						
外来・在宅介護との連携等					取組の推進	
医療従事者の確保						
新たな地域医療構想のとりまとめ						

20260226 令和７年度第３回岡山県南西部地域医療構想調整会議資料

笠岡市新病院建設事業の再検討の経緯と現状について（笠岡市立市民病院）

１　判断に至る経緯

昨年度末より当院の経営が悪化するなど，状況が大きく変化してきたこともあり，新病院建設後の収支計画シミュレーションを医業経営の専門家に委託し検証しましたところ，次のような指摘がありました。

＜主な指摘事項＞

・入院収益：病床稼働率（令和７年度上半期実績が令和６年度実績と比較し約２割減）

・外来収益：外来患者数（令和７年度上半期実績が令和６年度実績と比較し約１割減）

・職員効率：医師及び職員の確保（見通しが立っていない）

これらの指摘事項については，当院の置かれている状況を鑑みると，すぐに対応の目途が立つものでなく，経営悪化や指摘を踏まえて患者数などを再検討し，収支計画を再シミュレーションしたところ，今後，慢性的に多額の赤字が続く見込となりました。

こうしたことから，現在の 99 床規模の建設ではその後の運営は難しく，持続可能な病院経営を行うために再検討が必要であるとの判断に至りました。

２　再検討の方向性

市民のための医療機関の経営を持続可能なものとし，地域の医療を守るため，福山市民病院との機能分化・連携強化の取組はもとより，地元医療機関と連携を一層密にしながら，病床数なども含め，当院の方向性を見直したいと考えています。

３　再検討会議

(1)　委員

岡山県保健医療統括監（委員長），笠岡医師会長（副委員長），岡山大学病院長，笠岡医師会前会長，笠岡第一病院理事長，笠岡中央病院理事長，村上脳神経外科内科院長，福山市民病院長

(2)　スケジュール（予定）

・再検討会議（全３回を予定：1/13，３月末，６月末）

・市長へ結果報告（7 月）

＜資料２－②＞

笠岡市立市民病院経営強化プラン

2022 年度（令和 4 年度）～2027 年度（令和 9 年度）

2022 年（令和 4 年）10 月　策定

2026 年（令和 8 年）２月　改定（案）

※赤字が改定案です

笠岡市立市民病院

目　次

第１章　はじめに
１　経営強化プラン策定の背景
２　計画の対象期間
３　地域医療構想について

第２章　病院の概要
１　笠岡市立市民病院の概要
２　基本理念
３　笠岡市新病院の建替えについて

第３章　経営強化プランの内容
１　役割・機能の最適化と連携の強化
（１）　地域医療構想等を踏まえた病院の果たすべき役割・機能
（２）　地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
（３）　機能分化・連携強化
（４）　医療機能や医療の質，連携の強化等に係る数値目標
（５）　一般会計負担の考え方
（６）　住民の理解のための取組
２　医師・看護師等の確保と働き方改革
（１）　医師・看護師等の確保
（２）　臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保
（３）　医師の働き方改革への対応
３　経営形態の見直し
４　新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組
５　施設・設備の最適化
（１）　施設・設備の適正管理と整備費の抑制
（２）　ＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）の推進
６　経営の効率化等
（１）　経営指標に係る数値目標
（２）　経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標
（３）　目標達成に向けた具体的な取組
（４）　経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画

第１章　はじめに

１　経営強化プラン策定の背景

公立病院の経営に関し，総務省はこれまでに公立病院改革ガイドライン（平成 19 年度）及び新公立病院改革ガイドライン（平成 26 年度）を示し，笠岡市立市民病院（以下,「市民病院」といいます。）は，そのガイドラインに基づいて,「経営の効率化」,「再編・ネットワーク化」,「経営形態の見直し」や「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を盛り込んだ改革プランを策定し，病院経営の改善に努めてきました。

しかし，医師の不足，人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化，医療の高度化といった経営環境の急激な変化に対応するために，より一層の改善・強化が必要となっています。

令和２年に発生し，今もなお大流行している新型コロナウイルス感染症に対して，市民病院は積極的に病床確保と入院患者の受入れをはじめ，発熱外来の設置やＰＣＲ検査，ワクチン接種等の対応を行い，笠岡市だけでなく岡山県南西部の医療圏の中で重要な役割を果たしてきました。こうした新型コロナウイルス感染症への対応に関し，全国の公立病院が重要な役割を果たしたことから，総務省は令和４年３月に「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を新たに策定し,「再編・ネットワーク化」ありきではなく,「公立病院の経営強化」が重要であると方針を転換しました。

ガイドラインでは，地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し，明確化・最適化したうえで，病院間の連携を強化することが必要であるとされました。また中核的医療を担う基幹病院に急性期機能を集約し，医師・看護師等を確保するとともに，基幹病院からそれ以外の病院への医師・看護師等の派遣等の連携を強化していくことも重要であるとされました。その際，公立病院間のみならず公的病院や民間病院との連携のほか，かかりつけ医機能を担っている診療所等との連携強化も重要であるとされ，そのうえで，個々の公立病院が，持続可能となり，明確化・最適化した役割・機能を発揮し続けることができるよう,「経営強化」の取組を進めていくことが必要であるとされました。そして，①役割・機能の最適化と連携の強化，②医師・看護師等の確保と働き方改革，③経営形態の見直し，④新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組，⑤施設・設備の最適化，⑥経営の効率化等を記載した「地方公共団体における公立病院経営強化プラン」を策定することが示されました。

市民病院は，こうしたことを踏まえ,「笠岡市立市民病院経営強化プラン」（以下,「経営強化プラン」といいます。）を策定します。

２　計画の対象期間

令和４年度から令和９年度まで

３　地域医療構想について

（１）　国の考え方

厚生労働省関連については，高齢化が進展する中で質の高い医療を効率良く提供する医療提供体制を構築するため，2014 年（平成 26 年）６月に成立した「医療介護総合確保推進法」及び改

正後の医療法によって，団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年を目標年度とする「地域医療構想」が制度化され，2018 年に４月から始まった第７次医療計画の一部として位置づけられています。

地域医療構想では，二次医療圏を基本とする構想区域ごとに，将来人口推計をもとに 2025 年に必要となる病床数（病床の必要量）を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の４つの医療機能ごとに推計したうえで，地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め，効率的な医療提供体制を実現することがねらいとなっています。そのため，構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し，医療関係者等の協議を通じて，地域の高齢化等の状況に応じた病床の機能分化と連携を進めていくこととされています。

（２） 岡山県の考え方

①岡山県保健医療計画策定の趣旨

岡山県では，急速な少子化・高齢化の進展，生活習慣病の増加などの疾病構造の変化，医療技術の高度化・専門化，県民の健康に対する意識の高揚などにより，近年の保健医療を取り巻く環境は著しく変化しています。

こうした中，県民一人ひとりが健やかで生きがいのある幸せな生活を送るためには，保健・医療・福祉が連携を取りながら，質の高いサービスを地域において切れ目なく提供するための体制を確立することが求められています。また，患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供するためには，医療機能の分化・連携を進めるとともに，退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが求められています。

これらの課題に適切に対応するため，国の定めた「医療提供体制の確保に関する基本方針」及び「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」を踏まえて，岡山県は平成３０年度から令和５年度までの６年間の計画である「第８次岡山県保健医療計画」を策定しました。その中で，５つの医療圏を設定し，それぞれの医療圏ごとに地域の実状を踏まえた計画を策定しました。

②地域医療構想策定の趣旨

今後高齢化が進展し，医療・介護サービスの需要が増大していく中で世界に冠たる日本の社会保障制度を堅持するため，また医療費や保険料の担い手としての「現役世代」の納得を得るためにも，限られた社会保障財源を最大限有効に活用することが必要です。一般病床と療養病床で行われる入院医療についても，患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制の構築が求められています。そのためには，医療機能の分化・連携を進め，各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し，入院医療全体の強化を図ると同時に，退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要です。

こうしたことから，平成 37（2025）年における医療機能ごとの医療需要と病床の必要量を含め，その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に促進するための地域医療構想を策定しました。

（３） 笠岡市の考え方

笠岡市は，岡山県保健医療計画の中で，県南西部保健医療圏（倉敷市，総社市，早島町，笠岡

市，井原市，浅口市，里庄町，矢掛町（人口は約 70 万人（県全体の約 37%），面積は 1,124 平方キロメートル（県全体の約 16%)））に属しています。

病院経営強化プランの策定にあたっては，必要病床数等について岡山県保健医療計画との整合を図り，また，地域で担うべき機能や連携の在り方等について岡山県南西部地域医療構想調整会議で関係者の理解を得ながら進めていくことが必要です。特に，市内の病院，医師会等には丁寧に説明し，意見を聞きながら内容を決定していきます。

第２章　病院の概要

１　笠岡市立市民病院の概要

１ 病院名　　笠岡市立市民病院
２ 所在地　　岡山県笠岡市笠岡５６２８番地の１
３ 開設　　　１９３３年（昭和８年）１月
４ 診療科目　１３科
内科，循環器内科，呼吸器内科，外科，消化器内科，
整形外科，産婦人科，泌尿器科，皮膚科，眼科，小児科，放射線科，
リハビリテーション科
５ 病床数　　９９床（一般病床６０床（うち地域包括ケア病床３４床），療養病床３９床）

２　基本理念

『市民の皆様から 世代を超えて永続的に 愛され 親しまれ 信頼される病院に』

・市民病院は，地域の皆様の生命と健康を守るために貢献します。
・市民病院は，患者様の人権を尊重し，患者様のための開かれた医療を行います。
・市民病院は，地域の中核病院として，安全で質の高い医療の提供に努めます。

３　笠岡市新病院の建替えについて

現在の市民病院の建物は，老朽化し，耐震化もできていません。地域医療を継続していくためには，近い将来高い確率で起きる可能性の高い南海トラフ巨大地震に備えて，建替える必要があります。笠岡市は「笠岡市新病院基本構想」を令和４年７月に策定し，令和８年度中の新病院建設完成を目指し，事業を進めていましたが，令和６年度末からの経営状況の悪化等を踏まえ，令和７年１１月に新病院建設事業を再検討することを発表しました。今後，福山市民病院との機能分化・連携強化を堅持した上で，医療関係者による再検討会議において，公立の医療機関としての役割と方向性について検討を行い，新病院の建替計画についての再検討を行います。

第３章　経営強化プランの内容

１　役割・機能の最適化と連携の強化

（１） 地域医療構想等を踏まえた病院の果たすべき役割・機能

公的病院の主な役割は，総務省が策定した「新公立病院改革ガイドライン」の中に具体的に示されており，中でも市民病院は，①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供，②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供を行うことが求められています。

岡山県の「地域医療構想」では，医療機能の分化・連携を進め，各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し，入院医療全体の強化を図ると同時に，退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要とされています。また，県南西部圏においては，高度急性期，急性期及び慢性期の病床数が多く，回復期の病床数が少ないことから，実際に提供している医療を検証したうえで，必要な病床への転換等を図ることが求められています。

笠岡市は全国及び岡山県全体に比べて高齢化の進行が早く，受診患者の多くは高齢者であるため，市民病院は今後も地域医療の中心である内科を柱とした診療体制を維持するとともに，地域で不足している専門的な医療（皮膚科や泌尿器科など）を提供できるように医師の確保に努めます。そして，地域から求められる役割・機能である「Ⅰ　離島への医療の提供　Ⅱ　救急医療　Ⅲ　小児医療　Ⅳ　リハビリテーション機能　Ⅴ　災害時医療　Ⅵ　地域包括ケアシステムでの役割（在宅医療）Ⅶ　健診事業」を積極的に果たします。

Ⅰ　離島への医療の提供

離島における医療の提供としては，現在，白石島診療所，真鍋島診療所，六島診療所の３診療所に医師を派遣しており，有人島７島のうち３島の島しょ部医療の一翼を担っています。

今後も，離島に提供する医療の内容について，在宅医療・遠隔地診療（情報通信機器を用いたオンライン診療）を含めてより充実していきます。

島しょ部の救急搬送について，笠岡市及び笠岡地区消防組合が救急艇の建造に着手しており，令和５年７月に運用を開始する予定です。島しょ部の救急医療体制を強化するために，笠岡地区消防組合と救急患者を受け入れる医療機関としての体制の強化を図っていきます。

島しょ部の医療提供体制

<table>
<tr><th>地区</th><th>人口</th><th>高齢化率</th><th>診療所名</th><th>診療科目</th><th>担当病院</th><th>開院日</th></tr>
<tr><td rowspan="3">白石島</td><td rowspan="3">401人</td><td rowspan="3">71.8%</td><td rowspan="3">笠岡市
白石島診療所</td><td>内科，外科</td><td>市民病院</td><td>第1～４火曜日
(月４回)</td></tr>
<tr><td>内科</td><td>岡山赤十字病院</td><td>第２木曜日</td></tr>
<tr><td>皮膚科</td><td>市民病院</td><td>第3水曜日
（午前のみ）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">真鍋島</td><td rowspan="3">163人</td><td rowspan="3">73.6%</td><td rowspan="3">笠岡市国民健康保険
真鍋島診療所</td><td>内科，小児科，整形外科，外科，放射線科</td><td>市民病院</td><td>第１～４木曜日
（第１，３は午後のみ）</td></tr>
<tr><td>整形外科</td><td>笠岡第一病院</td><td>第３水曜日</td></tr>
<tr><td>皮膚科</td><td>岡山赤十字病院</td><td>第４水曜日</td></tr>
<tr><td>六島</td><td>47人</td><td>61.7%</td><td>笠岡市
六島診療所</td><td>内科</td><td>市民病院</td><td>第１，３木曜日
（午前のみ）</td></tr>
<tr><td>高島</td><td>71人</td><td>62.0%</td><td>笠岡市
高島診療所</td><td>内科，外科</td><td>笠岡第一病院</td><td>第２，４金曜日
（午後のみ）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">北木島</td><td rowspan="2">646人</td><td rowspan="2">74.8%</td><td>笠岡市
北木島診療所</td><td>内科</td><td>笠岡中央病院</td><td>毎週金曜日</td></tr>
<tr><td>豊浦分院</td><td>内科</td><td>安倍医院</td><td>毎週火，木，土曜日
（午後のみ）</td></tr>
<tr><td>飛島</td><td>74人</td><td>83.8%</td><td>笠岡市
飛島診療所</td><td>内科，
リハビリテーション科</td><td>福嶋医院
(寄島町)</td><td>第２，４木曜日</td></tr>
</table>

※令和４年４月１日現在

Ⅱ　救急医療

市民病院は二次救急医療機関として，令和３年度に年間で約 1,650 人（うち時間外約 1,200

人），そのうち救急搬送を約 520 件（うち時間外約 320 件）受け入れています。特に休日夜間の救急について，笠岡第一病院と共に重要な役割を果たしています。

救急医療は市民にとっての安心安全な機能であるとともに，診療所からの救急患者の受入という連携における重要な機能としても引き続き救急医療体制を整備・維持していきます。

また，高度急性期病院，周辺の病院や診療所と機能分担や連携を行い，持続可能な救急医療を模索していきます。市民病院は岡山県の南西部医療圏に属していますが，広島県との県境を越えた福山市の医療機関とも連携を取りながら，救急医療における医療提供体制のさらなる強化を図ります。

Ⅲ　小児医療

現在，笠岡市内で小児科を標榜している医療機関は，市民病院も含めて１５施設あります。市民病院の特徴は，発達障害や療育関係の診療を行っていることで，倉敷市以西を中心に市外からも多くの方が来院しています。今後も，小児一般診療だけでなく発達障害や療育関係も含めて笠岡市の小児医療を支えていきます。

Ⅳ　リハビリテーション機能

高度急性期から在宅復帰へ向けての患者の受入や地域包括ケアシステムの中での役割としてのリハビリテーション機能を強化します。

また，在宅医療の体制強化を図るため，訪問診療の充実と併せて訪問リハビリテーション（以下「訪問リハビリ」という。）を拡充していきます。そのため，令和４年１月に常勤のリハビリテーション科の医師を採用し，現在訪問診療及び訪問リハビリを実施しています。さらに充実していくために，今後はスタッフを増員し，島しょ部だけでなく陸地部へのエリア拡大など，訪問リハビリの体制強化を図っていきます。

Ⅴ　災害時医療

市民病院は笠岡市内で災害が起きた時に重要な役割を果たす病院です。市民病院は現在でも非常電源等の設備を有しており，一定の機能は果たすことは可能ですが，建物自体が耐震化されておらず，震災時には現在の建物が損壊し，機能を果たすことができなくなる可能性があります。そのため，病院の建替えを行い，水，食料，医薬品などの備蓄と，非常用電源の整備などにより，自然災害に強い病院にする必要があります。さらに，災害時には笠岡第一病院などの市内の医療機関と連携します。

また，公立病院として重要な役割は，自然災害だけでなく，新型コロナウイルスのような新興感染症の発生時に地域医療を守る拠点としての機能を維持できる病院にする必要があります。このことについても建替えにより，新興感染症に対応できる構造，設備を整備することで対応します。

Ⅵ　地域包括ケアシステムでの役割（在宅医療の充実）

地域包括ケアシステムの中で，市民病院の役割としては，地域包括ケア病床及び療養病床を核に，訪問診療・訪問リハビリなど在宅医療を拡充する必要があります。訪問看護ステーションの設置についても検討します。笠岡市内で療養病床は市民病院にしかなく，必要な病床数を維持していきます。

また，市民病院は一人世帯の患者などの受入れや看取りなど「最後の砦」としての機能を果

たしていきます。

また，市民病院と笠岡市の健康部門，地域包括支援センターと連携を強化する必要があります。新病院の建替計画の策定の際に，病院への併設について検討します。

Ⅶ　健診事業

予防の観点から，健康管理センター部門を設置し，健診の機能を持たせるとともに，併せて近隣病院等と連携していきます。また，当院及び他の医療機関が所有するＣＴやＭＲＩなどの大型医療機器を各医療機関と共同で使用することで，稼働率の向上を図るとともに，病気の早期発見や質の向上を目指します。

（２）　地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能

重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう，また，ひとり暮らしとなっても安心して暮らしていけるよう住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現するために，公立病院としての役割を担っていきます。笠岡市地域包括ケア推進室，地域包括支援センター，医療機関，介護施設等と連携し，次の項目について取り組み，笠岡市の地域包括ケアシステムの構築を図ります。

①　救急及び緊急時の受入体制の整備

今後も２次救急病院としての機能を維持するとともに，笠岡市内の救急受入医療機関と連携し，できるだけ市内の医療機関で対応できるように体制を整備します。

また，市内の診療所，介護施設などから緊急の入院受入要請があった場合も，対応できる体制を整備します。

②　高度急性期病院からの受入体制整備

倉敷中央病院，川崎医科大学付属病院，福山市民病院等で高度な医療を受けた後，在宅復帰するまでの医療，リハビリテーションなどが必要な患者の受入の機能を強化します。なお，倉敷中央病院及び福山市民病院とは「地域医療連携に関する協定」，川崎医科大学付属病院とは「笠岡市と学校法人川崎学園との包括的な連携協力に関する協定」をそれぞれ締結し，強力な連携を継続していきます。

③　在宅医療に関する市民病院の役割

地域包括ケアシステム構築のためには在宅医療の充実が不可欠であり，市民病院も市内の医療機関と調整しながら，訪問診療，訪問看護，訪問リハビリテーションそれぞれの機能を充実していきます。現在，訪問診療及び訪問リハビリテーションについてはすでに実施しており，今後の医療需要を見極めながら人員体制を整備し，拡充していきます。訪問看護ステーションの設置については，実施に向けて検討します。

さらに，在宅医療の拡充については，医師，看護師，薬剤師，理学療法士，作業療法士，歯科衛生士，臨床検査技師，管理栄養士など病院の各職種が総力上げて取り組んでいきます。

また，市民病院は市内で唯一療養病床を有する医療機関であり，長期療養，看取りなどの「最後の砦」としての機能を引き続き維持します。

在宅医療を充実させることで，高度急性期病院から在宅医療までの橋渡しを含めた機能を市

民病院が持つことで地域包括ケアシステムの重要な役割を担っていきます。

④　市民の健康づくりの強化

市民病院は，市民を対象とした特定健診，がん検診，企業を対象とした人間ドックを行っています。疾病を予防するための事業を積極的に行うことで，市民の健康を引き続き守っていきます。また，笠岡第一病院においても，健診事業を行っており，今後は機能の分担などについて協議・連携していきます。

病院の建替えにあたっては，笠岡市の健康部門の設置を検討し，市民病院が健康，医療の拠点となり，地域包括ケアシステムの拠点施設としての機能を持つようにします。

⑤　医療・福祉・介護の人材の確保と育成

急性期病床からの患者の受け入れ，在宅等患者の緊急時の受け入れ，在宅への復帰支援の３つの機能を有する地域包括ケア病床（病棟）は，地域包括ケアシステムの中核を構成する病床（病棟）であることから，その機能を十分に果たすためには，地域医療連携室の強化のための人材の確保と病院と病院連携，病院と診療所の連携，保健・医療・介護・福祉のネットワーク強化が必要です。そのため，市民病院が地域医療を担う公立病院として，保健・医療・介護・福祉の多職種研修の開催に積極的に取り組み，多職種間の連携強化に努めます。

また，救急救命士の実習の受入機関として，救急に関する人材を育成します。

⑥　島しょ部における一般医療などの提供

笠岡市内には７つの有人島がありますが，住民の高齢化は急速に進んでおり，常駐する医師がいない中で，市及び関連機関と連携・協力して島しょ部医療の充実・強化を図ります。笠岡市が島しょ部へ開設している６つの診療所のうち，白石島診療所，真鍋島診療所，六島診療所への医師の派遣を継続します。また，オンライン診療については，島しょ部全体で実施を検討しており，市民病院は現在皮膚科のオンライン診療を実施していますが，内科のオンライン診療についても他の医療機関と連携する中で，実施に向けて検討します。

島しょ部は，介護サービス事業所が限られているため，診療所と病院，市保健福祉部門，地域包括支援センターが連携したサービスを提供します。

（３）　機能分化・連携強化

令和２年 12 月 31 日現在，岡山県の人口 10 万人当たりの医師数 334.44 人に対し，井笠地域は人口 10 万人当たりの医師数が 148.45 人であるため，医療サービスが不足しているエリアであり，需要はあっても地域外の医療機関を利用せざるを得ない状況です。住民からすれば，身近な医療は身近で提供してほしいというニーズに対応できるよう，市内診療所や近隣病院との連携を図り，それぞれの役割を担っていきます。笠岡市内で治療できるものについては，できる限り笠岡市内の医療機関で治療していきたいと考えています。

こうした地域医療を守るという観点，特に入院患者について笠岡市内外の病院及び診療所との連携及び機能分担が必要不可欠であることから，市民病院は現在有している機能を中心に，今後，変化していく医療環境と市民ニーズに対応するため，特に笠岡第一病院，笠岡中央病院と協議・連携し，その変化に対応していくことが重要となります。また，病院だけでなく，診療所，介護施設なども同様に協議・連携していきます。

さらに，市内の医療機関には高度急性期の病床がないため，高度の医療を必要とする患者については，倉敷中央病院，川崎医科大学付属病院，福山市民病院など高度急性期の病院との密接な連携をしていくことが重要となります。急性期から回復期へ病床転換を実施することにより，回復期となった際に地元にある市民病院に入院し治療していただけるよう，在宅へ向けての機能を持ち，地域を支えていける医療を目指していきます。なお，倉敷中央病院とは令和元年６月，福山市民病院とは令和２年１０月に「地域医療連携に関する協定」，川崎医科大学付属病院とは令和３年２月に「笠岡市と学校法人川崎学園との包括的な連携協力に関する協定」をそれぞれ笠岡市，市民病院と３者協定を締結しており，今後強力な連携を継続していきます。

こうした連携を進めていくことで，岡山県南西部医療圏としての地域完結的医療を推進していきます。

また，外科，整形外科及び泌尿器科などの手術については，できる範囲で実施し，地域を支えていける医療を目指していきます。

10万人当たり医師数　令和2年12月31日

	人口	医師数	10万人当たり医師数
笠岡市	46,191	93	201.34
井笠地域	141,466	210	148.45
倉敷地域	556,081	2,001	359.84
圏域	697,547	2,211	316.97
岡山県	1,880,772	6,290	334.44

（４）　医療機能や医療の質，連携の強化等に係る数値目標

①　医療機能に係るもの

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度（目標値）
救急車受入患者数（人）	522	635	598	448	440	460	480
地域救急貢献率【二次医療圏】（%）	1.6	1.8	1.5	1.1	1.1	1.2	1.2
地域救急貢献率【笠岡地区医療圏】（%）	13.9	15.6	13.3	10.2	10.1	10.6	11
訪問診療件数（件）	134	129	235	216	260	260	260
リハビリ件数（件）	24,891	26,036	30,739	30,204	29,500	33,600	33,600
訪問リハ件数（件）	529	832	1,594	2,483	2,930	3,000	3,000

② 医療の質に係るもの

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度（目標値）
在宅復帰率（%）	78.0	76.7	80.2	80.3	88	88	88
クリニカルパス使用率（%）	17.2	12.7	30.7	46.7	35	35	35

③ 連携の強化等に係るもの

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度（目標値）
紹介率（%）	9.5	10.3	11.9	11.2	13	13.7	14.4
逆紹介率（%）	14.9	13.9	18.4	23.8	30	32.5	35

④ その他必要な数値目標

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度（目標値）
初期研修医（地域医療研修）実人数（人）	6	9	10	5	9	9	9
初期研修医（地域医療研修）受入延月数（月）	8	11	12	7	10	10	10
後期研修医（専攻医研修）実人数（人）	2	2	0	1	0	0	0
後期研修医（専攻医研修）受入延月数（月）	11	11	0	6	0	0	0
医学生実習受入人数（人）	16	10	10	10	11	11	11
看護学生実習受入人数（人）	0	0	4	0	0	2	2
医療相談件数（人）	146	163	197	177	127	132	132

※Ｒ３年度とＲ４年度の看護学生実習は，新型コロナウイルスの影響で中止となりました。

（５） 一般会計負担の考え方

市民病院は，地方公営企業法の全部適用を受けて運営しています。地方公営企業には，病院事業を始めとして水道事業や交通事業，電気事業，ガス事業など様々な事業がありますが，原則として事業運営に必要な費用のすべては事業から得られる収益で賄うという「独立採算性の原則」による運営が求められています。

しかし，病院事業は，水道事業や交通事業などと異なり，必要な費用を料金として独自に定めることができず，全国一律の診療報酬制度に基づいて得られる収益でその費用を賄わなければならないという大きな制約があります。こうした中で，公立病院は，救急医療や小児医療，周産期医療，へき地（島しょ部）医療など，診療報酬制度で得られる収益では不採算な医療でも，公益の立場で取り組まなければならないという役割があります。このため，地方公営企業法第 17 条の２に規定された「経費の負担の原則」により，病院事業において負担することが適当でない経費や病院事業収入をもって充てることが困難であると認められる経費については，一定の負担基準に基づいて一般会計が負担するものとされています。

これらを背景として市民病院では，一般会計から病院事業への経費負担については，国の繰出基準を基本とし，さらに，市民病院に求められる役割を果たす上で必要と認められる経費のうち，効率的な運営による収入や繰出基準による繰出金を充ててもなお不足する部分については，病院の経営状況を見ながら笠岡市と協議し，決定していくものとします。本強化プランに基づき経営改善に努め，経常収支の黒字化を果たした後には，繰出基準を超えた部分については，順次見直しを重ねていきます。

（６） 住民の理解のための取組

市民病院は，これまで島しょ部医療，救急医療，小児医療，災害時医療など採算がとりにくい医療の提供を，公立病院の役割として提供しています。そのため，一般会計から補助金を繰り入れています。いわゆる税金を投入し，医療を提供しているため，市民に正しく理解してもらう手段を講じる必要があります。

具体的には，病院の取り組みについては市の広報紙やホームページなどの媒体を利用し，患者目線に立ったタイムリーでわかりやすい情報提供を行うとともに，病院の方針にかかる計画等についてはパブリックコメントなどの方法で市民の意見を反映させることで，情報の共有化と信頼関係を構築します。さらに，必要に応じて市議会，医師会，関係機関にも情報を発信していきます。

２　医師・看護師等の確保と働き方改革

（１） 医師・看護師等の確保

病院を運営していくためには，医師をはじめとする医療スタッフの確保が必須となります。現状では，2024 年（令和６年）からの医師の働き方改革の影響もあり，医師の不足が今後より深刻になります。岡山県医師確保計画を参考にしながら，あらゆる手段を講じ，医師を確保していきます。

引き続き岡山大学に常勤医師の派遣を依頼していきます。岡山県の地域枠の医師の配置も引き

続き要望をしていきます。そして，岡山大学大学院医歯薬学総合研究科総合内科学との寄附講座を継続し，岡山大学の研修医及び実習生を積極的に受け入れる体制を整えます。

笠岡市独自の制度として医師確保修学資金貸与制度があり，現在利用している医学部生が医師免許取得後に市民病院に勤務するよう促します。また岡山大学と連携し，新たに修学資金を利用する医学部生を募ることで，将来にわたっての医師の確保を目指します。

笠岡市独自の医師確保修学資金貸与制度及び総合内科の寄附講座を活用し，令和３年３月「岡山大学医学部，大学院医歯薬学総合研究科，岡山大学病院と笠岡市，笠岡市立市民病院における地域医療に関する協定」を締結し，岡山大学とより強く連携することで，医師の確保を目指します。

その他にも，地域医療支援センター，へき地医療推進機構，民間医局など様々な方法により情報取集し，医師の確保に努めていきます。

併せて，医師が働きやすい環境づくりにも積極的に取り組みます。勤務環境改善の取組を着実に進め，時間外勤務の削減，各種休暇制度の運用，時間短縮勤務など育児のための制度を積極的に活用していきます。また，市民病院が所有する医師住宅を活用していきます。

待遇面では，各種手当等の見直し，歩合給の見直しなど医師がやる気のでる制度を充実していきます。

また，看護師等についても，勤務環境改善を着実に進めるとともに，資格取得，研修などにも積極的に取り組んでいくシステムを構築します。さらに，看護学校の実習を積極的に受入れ，充実した休暇制度等の働きやすい環境をアピールすることなどを通して，市民病院に将来勤務する動機づくりを行っていきます。

（２） 臨床研修医の受入れ等を通じた若手医師の確保

現在，岡山大学病院，福山市民病院，福山医療センターの初期臨床研修医の受け入れを行っています。

指導については，岡山大学総合内科の支援さらには民間病院から指導医の派遣を受け，地域医療・総合診療を学ぶことができる体制強化を図っています。また，近年は後期研修医も受け入れています。研修医については，大学等への訪問機会を週１日確保することで，研修医が望む研修環境の整備に努めています。

令和４年度以降も積極的に研修医を受け入れ，若手医師の確保を図っていきます。

また，岡山大学医学部生の実習についても積極的に受け入れ，他の医療施設では滅多に経験することができない「島しょ部のへき地医療」などの市民病院独自のカリキュラムを設定し，地域医療を学んでいただくとともに，将来，市民病院に研修医や常勤医として戻ってきてもらえるような動機づくりを行っていきます。

（３） 医師の働き方改革への対応

医師の働き方改革への対応については，まず市民病院の診療体制及び当直体制に必要な常勤医を確保することが必要です。医師の確保については，前述したとおりです。

また，ワークシェアやタスクシフトの考え方により，医師の業務については，医師しかできな

い業務に特化し，他の職種で可能な業務については医師が行わない体制，また，特定の医師に負担が集中しない体制の構築に努めます。

当直体制については，現在外勤の医師に負うところが大きく，今後派遣を受けにくい状況も予測されることから，常勤医師の確保に努めるとともに，夜間及び休日の救急体制については近隣病院と連携しながら笠岡市全体で過不足のない救急体制を構築していく必要があります。

３　経営形態の見直し

現在，市民病院は地方公営企業法（全部適用）で運営しており，開設者は市長で，運営責任者は事業管理者です。現状では黒字となっていますが，将来を見据え，より柔軟に医療環境の変化に対応するため，地方独立行政法人化や指定管理者制度への移行など経営形態の見直しなども視野に入れ検討していきます。

４　新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

市民病院は，令和３年４月から許可病床を１９４床から９９床に減床しました。令和２年６月から新型コロナ感染症対策として使用していなかった４階フロア休棟の一部を利用して８床の病床を準備しました。各病室もすべて陰圧装置を設置し，コロナ病床があるエリア全体も陰圧となっており，院内感染を防ぐ設備としています。令和２年１１月から入院患者を受け入れて以来，令和４年９月１２日現在で延べ１，８００人の患者を受け入れています。患者のうち市外からの患者が約５２．５％占めており，岡山県南西部医療圏で重要な役割を果たしてきました。今後の新興感染症等の感染拡大時についても院内感染が起こりにくい４階病棟を利用して対応します。

◆市民病院新型コロナウイルス感染症入院患者数

	年度	笠岡市	井笠地域（笠岡市含む）	その他（倉敷市等）	合計	市外割合
入院患者実人数(人)	R2 年度	2	5	12	17	88.2%
	R3 年度	111	143	61	204	45.6%
	R4 年度	81	101	4	105	22.9%
	合計	194	249	77	326	40.5%
入院患者延人数(人)	R2 年度	13	39	122	161	91.9%
	R3 年度	419	555	540	1,095	61.7%
	R4 年度	423	537	7	544	22.2%
	合計	855	1,131	669	1,800	52.5%

新興感染症の感染拡大時において，今回の新型コロナウイルス感染症で行ったように病院間の看護師の相互派遣等柔軟に対応できる体制を維持します。

また，建替えにあたっては，個室化，感染症の病床に転用しやすいようなエリア分け，外からの出入りや検査機器への導線の確保，感染防護具等の備蓄などを考慮します。

５　施設・設備の最適化

（１）　施設・設備の適正管理と整備費の抑制

新病院建設事業の再検討を踏まえ，次のとおり管理していきます。

建物について，大規模修繕は行わず，不具合の起こった箇所に対する最小限の修繕で対応して

いきます。

設備機器については，高額な医療機器については極力更新せず，メンテナンスを行いながら，使用することを基本し，使用不能となった場合は，機器を有する医療機関と連携し，機器の使用を依頼することも含め検討します。

（２） ＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）の推進

医師の働き方改革やウィズコロナ時代に対応するための様々なデジタル技術の活用が求められています。市民病院はデータとデジタル技術の活用を推進し，「医療の質の向上」「医療情報の連携」「デジタル技術を活用した業務の効率化」「データ活用の基盤整備」「医療サービスの効率化」等の医療と業務プロセスの変革を図ります。

① 令和３年度までに市民病院で整備している主なデジタル化

(ア)電子カルテ

(イ)マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）

(ウ)感染症の患者へのオンライン診療

(エ)島しょ部へのオンライン診療

(オ)入院患者と家族のオンライン面会

(カ)患者向け Wi-Fi 設備　など

② 今後のＤＸ推進への取り組み

(ア)電子カルテシステムのバージョンアップ

平成 28 年度に導入し，令和２年度にリプレースを行った電子カルテシステムによって，医師や看護師などのコメディカルの業務の効率化や共有化が図られました。しかし現在のシステムでは，患者情報などの統計資料をデータ化することができないなどの問題点があります。次回の更新は，新病院建設の再検討を踏まえ検討することとし，こういった問題点を解消するとともに，音声認識による電子カルテへの自動入力などの操作性や業務の効率化，カスタマイズなどの自由度の向上，他の医療機関との連携などを踏まえ，構築費用や年間保守費用などの費用対効果にも考慮して実施することとします。また，新システムには医事システム，勤休管理システム，財務会計システム，薬剤部や臨床検査科などの各部門が使用しているシステムなどと連動した統合的なシステムの構築を模索していきます。

また，業務の効率化を図るため，スマートフォンと連動するシステムの構築を検討します。さらに，他病院等との電子カルテの連携を検討していきます。

(イ)出退勤記録システム導入

働き方改革の一環として，職員の出退勤をタイムカードなどで記録することができる「出退勤記録システム」の導入を検討します。

(ウ)マイナンバーへの対応

マイナンバーカードを活用したデジタル化については医療保険事務の効率化や患者の利便性向上に資するものであるため，患者への周知等も含めて率先して取り組みます。

(エ)セキュリティ対策

近年，病院が「マルウェア」や「ランサムウェア」などのサイバー攻撃の標的となり，

電子カルテが使えないなどの診療業務に影響が生じた事例が多数発生しています。職員の私物のパソコンやＵＳＢメモリなどを院内のネットワークに接続したことによるウイルスの侵入や，メールで送られてきたウイルス入りの添付ファイルを開封することによるウイルス感染の主な原因として挙げられるため，情報セキュリティ対策を徹底します。

(オ)ＲＰＡ（Robotic Process Automation）の活用

令和４年度に「ＲＰＡ（Robotic Process Automation)」を試験的に導入しています。ＲＰＡとは，ＰＣなどのコンピューター上で行われる作業を人の代わりに自動で実施してくれるソフトウェアのことです。市民病院では財務会計システムにＲＰＡを活用することで，日常的な反復作業である収支などの入力作業の自動化を行っています。このＲＰＡが昼夜を問わず自動で入力することによって，職員の作業時間を縮小するとともに，手入力によるヒューマンエラーを削減することができます。また，単純作業に費やしていた時間を，より戦略的な業務に時間を割くことが可能となることから，働き方改革の推進や生産性向上などの効果が期待されます。今後，院内の各部署においてＲＰＡを活用できる事例を検討し，定型業務の自動化を図っていきます。

(カ)書類の簡素化及びシステム化

外来受付表や入院申請書など，患者から提出していただく書類や署名などの書類を簡素化し患者の負担を軽減するシステム化を検討します。

6　経営の効率化等

（１）　経営指標に係る数値目標

次の指標についての数値目標を定めます。

①　収支改善に係るもの

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度
経常収支比率(%)	109.1	119.1	116.0	102.3	101.5	100.0	100.0
医業収支比率(%)	84.5	93.8	95	83.9	77.5	77.4	79.6
修正医業収支比率(%)	82.0	90.3	92.4	80.7	74.6	74.5	76.8
不良債務比率(%)	0	0	0	0	0	0	0
資金不足比率(%)	2.6	0	0	0	0	0	0
累積欠損金比率(%)	237.7	191.3	181.0	206.3	239.7	229.4	219.7

② 収入確保に係るもの

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度
１日当たり入院患者数（人）	90	97	94	90	74	78	78
１日当たり外来患者数（人）	174	174	161	152	138	138	138
入院患者１人１日当たり診療収入（円）	31,486	33,269	34,928	30,135	30,135	30,700	33,000
外来患者１人１日当たり診療収入（円）	9,021	10,993	10,314	10,528	10,400	10,600	10,600
医師１人当たり入院診療収入(円)	70,392	111,118	113,120	120,896	145,071	144,212	155,017
医師１人当たり外来診療収入(円)	29,292	45,903	39,868	47,531	61,895	58,998	58,998
看護師１人当たり入院診療収入（円）	16,425	21,454	21,801	18,775	15,533	16,326	15,248
看護師１人当たり外来診療収入（円）	6,834	8,863	7,684	7,382	6,627	6,679	5,803

③ 経費削減に係るもの

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度
薬品費（千円）	134,097	212,157	178,512	151,036	116,645	118,732	118,732
委託費（千円）	303,946	265,523	254,894	221,869	220,909	223,118	225,349
職員給与費（千円）	1,162,605	1,104,961	1,120,493	1,184,265	1,080,410	1,180,820	1,218,640
減価償却費（千円）	107,316	85,399	90,919	88,367	87,110	65,190	55,000
100 床当たり職員数（人）	157	153.5	159.6	160.6	152.5	152.5	160.6
後発医薬品の使用割合（%）	77.2	75.9	79.5	79.3	86	88	90

④　経営の安定性に係るもの

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度（目標値）
医師（常勤）数（人）※3 月 31 日時点	9	7	8	7	5	5	5
医師（常勤換算）数（人）※3 月 31 日時点	14	10.6	10.6	8.2	5.6	6	6
看護師（常勤）数（人）※3 月 31 日時点	57	53	51	48	49	49	57
看護師（常勤換算）数（人）※3 月 31 日時点	60	54.9	55	52.8	52.3	53	61
純資産（資本）の額（千円）	121,000	545,550	876,762	940,620	993,800	999,560	1,006,020
現金保有残高（千円）	113,528	457,928	587,778	643,982	643,651	714,013	740,273
企業債残高（千円）	541,648	564,808	381,098	347,522	303,222	282,422	454,422

（２）　経常収支比率及び修正医業収支比率に係る目標

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度（目標値）
経常収支比率（%）	109.1	119.1	116.0	102.3	101.5	100.0	100.0
修正医業収支比率（%）	82.0	90.3	92.4	80.7	74.6	74.5	76.8

病院経営改革を行った結果，令和３年度に経常収支比率が１０９．１％（前年度９６．８％）と黒字となりました。修正医業収支比率については８２．０％（前年度６５．３％）と黒字までは到達していませんが，前年度に比べて大幅に改善しています。

令和４年度以降も引き続き病院改革に取り組み，経常収支比率の黒字を維持したまま，修正医業収支比率もさらに改善していきます。

（３）目標達成に向けた具体的な取組

ア　病床稼働率の維持

令和３年７月以降平均でベッドコントローラーの配置による適正な入退院管理を行うことにより，令和６年度まで９０％の稼働率を維持していましたが，令和６年度末の医師退職などに伴い，一時は稼働率が７０％程度まで低下しました。今後，高度急性期病院及び周辺の医療機関との連携を図りながら，また，診療体制及び救急体制の強化などにより，稼働率７８％を目指します。

さらに，現在一般病床（地域包括ケア病床）６０床，療養病床３９床ですが，将来の患者の動向及び地域医療構想に沿って，病床の内訳を検討します。

イ　診療所との連携強化による外来患者数の増加

外来については，紹介及び逆紹介ともに件数を増やし，外来患者の増加を目指します。近隣の病院，診療所，介護施設等について，地域連携室の人員体制を強化し，各医療機関を訪問するなど連携の強化を図ります。

在宅医療については，市民病院が地域包括ケアシステムの中の役割として，各地域の診療所と連携しながら，患者及び患者家族の意向を沿った診療を進めていきます。

ウ　人件費の抑制

令和２年度及び３年度で３０名程度の人員を削減し，人件費を削減してきました。現在は地方公営企業法（全部適用）による運営を行っていますが，今後は，給与体系に柔軟性を持つことができる地方独立行政法人化なども視野に入れ，更なる効率化を目指すとともに，併せて医業収入を増やすことで人件費率を下げていきます。

エ　経費の削減

委託料，保守料などについては，実績を踏まえて契約内容を毎年点検し，契約を変更していきます。長期にわたって契約を続けている委託業務については，業者の変更あるいは直営化を検討します。薬剤については，後発品の使用の徹底，入札方法の工夫などで支出自体を抑える方法と仕入れ値を抑える方法と併せて実行します。

オ　救急体制の整備

開院している時間帯においては内科系及び外科系，休日夜間の時間帯においては高度急性期病院への搬送を除き，できるだけ市民病院で受け入れることができる救急体制を整備します。

また，救急車の受け入れ要請及び時間外に直接来院する患者を「断らない」ことを目指します。

カ　総合内科・総合診療科を中心とした診療体制の構築

一般診療から救急医療まで幅広い診療に対応するため，岡山大学総合内科学と連携するための地域医療に関する寄附講座を継続し，診療体制及び若手医師の指導体制を整備します。一方で，市民のニーズが高い皮膚科，泌尿器科などについては，大学と連携を取りながら診療体制を維持していきます。

キ　研修医等の指導体制の強化

岡山大学総合内科学の寄附講座や民間病院との連携により，研修医等若手医師の指導体

制を強化することにより，医師を確保します。また，岡山大学医学部学生の実習を積極的に受け入れ，地域医療の重要性を学んでもらいます。

ク　笠岡市民の医療ニーズの把握と対応

厚生労働省のＮＤＢ（National　Data　Base）オープンデータなどを用いて笠岡市に発生する疾病のうち，（内視鏡的大腸ポリープ切除術，内視鏡的消化管止血術や胃瘻造設術など）発生頻度が高いにもかかわらず市外の医療機関での診療行為が多いものを抽出し，市民病院が有する医療資源でできるだけ対応できるよう体制を整えます。

ケ　一般会計からの適正な繰入

笠岡市が，繰り出し基準に沿った適正な補助金を出し，経営の安定化を図ります。

コ　評価委員会の設置

医療関係者，関係機関及び利用者などの有識者による評価委員会を設置し，各年度の事業実績を評価することで，目標達成のための施策を検討します。

（４）経営強化プラン対象期間中の各年度の収支計画

令和４～９年度の収支計画を記載します。

・各年度の収支計画及び各年度における目標数値を設定します。

◆収益的収支　（千円）

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度
医業収益	1, 626, 026	1, 822, 724	1, 759, 069	1, 527, 879	1, 305, 910	1, 368, 160	1, 432, 990
入院収益	1, 034, 304	1, 177, 848	1, 199, 077	991, 346	812, 400	865, 270	930, 100
外来収益	399, 745	486, 576	422, 604	389, 753	346, 610	353, 990	353, 990
その他医業収益	191, 975	158, 300	137, 388	146, 780	146, 900	148, 900	148, 900
一般会計負担金	47, 410	69, 130	49, 660	57, 290	49, 900	49, 900	49, 900
医業外収益	559, 900	608, 948	490, 904	424, 520	498, 720	494, 514	463, 412
一般会計負担金補助金	334, 590	400, 046	425, 145	382, 020	430, 700	459, 924	428, 822
その他医業外収益	225, 310	208, 902	65, 759	42, 500	68, 020	34, 590	34, 590
特別収益	569	1, 076	13, 546	1, 688	600	1, 460	1, 460
収入計	2, 186, 496	2, 432, 748	2, 263, 519	1, 954, 087	1, 805, 230	1, 864, 134	1, 897, 862
医業費用	1, 924, 134	1, 942, 275	1, 850, 721	1, 822, 024	1, 684, 768	1, 768, 362	1, 801, 147
給与費	1, 162, 605	1, 104, 961	1, 120, 493	1, 184, 265	1, 080, 410	1, 180, 820	1, 218, 640
材料費	198, 396	317, 315	259, 188	215, 668	172, 218	173, 940	175, 679
経費	449, 139	421, 186	364, 984	328, 599	338, 200	341, 582	344, 998
減価償却費	107, 316	85, 399	90, 919	88, 367	87, 110	65, 190	55, 000
その他	6, 675	13, 414	15, 137	5, 125	6, 830	6, 830	6, 830
医業外費用	78, 859	100, 099	89, 449	86, 592	93, 952	94, 312	95, 255
特別損失	8, 493	11, 725	20, 797	14, 135	4, 840	10, 000	10, 000
支出計	2, 011, 487	2, 054, 099	1, 960, 967	1, 922, 751	1, 783, 560	1, 872, 674	1, 906, 402
当期純利益	175, 009	378, 649	302, 552	31, 336	21, 670	▲ 8, 540	▲ 8, 540
経常利益	182, 933	389, 298	309, 803	43, 783	25, 910	0	0

◆資本的収支

（千円）

	R3 年度（実績値）	R4 年度（実績値）	R5 年度（実績値）	R6 年度（実績値）	R7 年度（見込値）	R8 年度	R9 年度
企業債	0	83, 100	119, 100	28, 700	16, 000	5, 000	205, 000
一般会計出資金	40, 820	40, 900	28, 660	32, 520	31, 510	14, 300	15, 000
その他	11, 284	95, 508	0	11, 309	0	0	0
収入計	52, 104	219, 508	147, 760	72, 529	47, 510	19, 300	220, 000
建設改良費	24, 465	169, 393	124, 607	105, 922	46, 080	52, 240	230, 000
企業債償還金	62, 434	59, 941	302, 810	62, 275	60, 300	25, 800	33, 000
その他	7, 200	49, 600	164, 480	7, 200	7, 200	7, 200	7, 200
支出計	94, 099	278, 934	591, 897	175, 397	113, 580	85, 240	270, 200
収支差引過不足分	▲41, 995	▲59, 426	▲444, 137	▲102, 868	▲ 66, 070	▲ 65, 940	▲ 50, 200