

第3回安来市医療提供体制検討委員会次第

日時：令和7年2月7日（金）15時00分から

場所：安来市役所安来庁舎4階 議会大会議室

1. 委員長あいさつ

2. 議 事

（1）社会医療法人昌林会、安来第一病院の方針説明

（資料1-①～1-⑤、追加資料①、追加資料②）

（2）安来市、安来市立病院の方針説明（資料2）

（3）両病院の方針に対する栗谷委員長講評（講評資料）

（4）安来市の医療提供体制についてのまとめ

安来市医療提供体制検討委員会委員及びオブザーバー名簿

所 属	役職	氏 名
総務省経営・財務マネジメント強化事業アドバイザー (地独)山形県・酒田市病院機構 医療連携顧問 地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット 代表理事	委員長	栗谷 義樹
一般社団法人安来市医師会 会長	副委員長	杉原 整
松江市・島根県共同設置松江保健所 所長	委員	竹内 俊介
社会医療法人昌林会 理事長	委員	杉原 建
社会医療法人昌林会 安来第一病院 院長	委員	杉原 勉
安来市立病院 事業管理者	委員	山崎 泉美
安来市立病院 院長	委員	水田 正能
安来市副市長	委員	大久佐 明夫
島根県健康福祉部医療政策課 調整監	オブザーバー	田中 和之
鳥取大学医学部附属病院 高度救命救急センター 教授	オブザーバー	上田 敬博
総務省経営・財務マネジメント強化事業アドバイザー 東日本税理士法人 税理士	オブザーバー	夏苺 千晶

今後の安来市医療提供体制に関する提案書

2025年 2月 7日

社会医療法人昌林会

はじめに

「安来市の医療提供体制の将来像」について、安来第一病院として考える方針を提案させていただきます。

この将来像については、現在、国において議論されている「新たな地域医療構想等に関する検討会」の内容を踏まえつつ、今後の安来市の医療需要、医療従事者の確保、安来市の置かれている状況、安来市立病院と安来第一病院の2病院の機能分化と連携等を検討した結果、適切な医療提供体制を将来にわたって持続可能にするための内容としています。

実現に向けては「安来市の地域医療を守る」という強い信念のもと、安来市、安来市立病院、安来第一病院（社会医療法人昌林会）の三者が協力し、一体となって推進する必要があると考えています。

なお、今回お示しする方針について、決して当院として固執するものではなく、三者間をはじめとした関係機関との協議の上、更に良い方法があれば柔軟に対応することも可能と考えています。

つきましては、お示しする安来第一病院の方針について、何卒、ご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

2025年 2月 7日

社会医療法人昌林会
理事長 杉原 建

課題解決のための提案

1. 基本的な考え方について

(1) 再編・統合について

安来市には安来市立病院と安来第一病院があり、診療所の皆様や介護保険事業所の皆様と協力・連携しながら、安来市の地域医療を支えてきております。

現在、全国の病院の多くが、人口減少、少子高齢化、新興感染症等による医療需要（患者数）の減少と、物価高騰、国の低医療費政策等の影響により急激に経営が悪化しております。安来市の2病院も、必死に経営努力を続けていますが、ともに厳しい経営状態を強いられています。

現在、2病院の経営が悪化している一番の要因は、人口減少が進む中で医療機能の棲み分けが出来なくなったことにあります。このことは、松江市・米子市という中核都市に挟まれ、高度急性期・急性期は、医療資源が豊富にある両市に頼らざるを得ず、人口面からも手術などの症例数が少なく、外科系の医師等の確保が困難な安来市では、必然的に限られた医療機能になってしまうのは当然です。それでも、今までは何とか2病院がそれぞれの得意分野を持ち、病院として機能を維持し役割を果たしていました。しかし、今後、医療従事者や患者が減少する中、同じような機能を持つ2病院がそれぞれの病院のことだけを考えていては、近い将来、2病院とも経営が立ち行かなくなることは明白です。

また、この検討委員会での分析結果によると、安来市の人口は今後2045年に向けて更に人口減少が続いていきます。その勢いは加速度的であり、2035年には総人口が3万人を切り、2045年には2万5千人を切る見込みとなっています。

安来市の医療需要の推計では、入院需要は2025年をピークに減少する見込みで、在宅・介護需要は2035年がピークの見通しとなっています。更に、生産年齢人口の減少により医療従事者の確保が難しくなっていくとともに、安来市などの過疎地域では高齢者人口の減少により患者の確保も難しくなる見込みです。

今後も、安来市民のために「安心・安全な地域医療」を支えていくうえで、2病院の果たすべき役割は更に大きくなるため、2病院が一体となって安来の地域医療を支え、この難局を乗り越える必要があると考えます。

このため、あらためて2病院に求められる医療機関としての機能を見直し、機能分化と連携についてお互いに話し合い、今後、持続可能な安来市全体の医療提供体制を再度構築していく必要があると考えます。

具体的には、安来市全体として病床数を減らしつつ、必要な医療従事者の確保を行い、将来的には2病院を1つの病院に統合し、もう一つは診療所に「再編・統合」

するしか方法はないと考えております。

「再編・統合」に向けては、様々な課題を解決しなければならず、すぐに実現できるとは考えておりません。しかし、新たな地域医療構想を見据え、3年後（2028年）に「再編・統合」することを目標に双方が努力する、ということについて少なくとも現時点で合意しておく必要があると考えています。

今、ここで合意をしておかなければ時間だけが過ぎてしまい、2病院とも更に疲弊して共倒れとなり、恐らく安来市の地域医療は崩壊してしまうと考えております。

そのための準備段階として、地域医療連携推進法人を設立し、安来第一病院と安来市立病院の連携を強化しながら、再編・統合に向けて実務的な課題解決の方法を協議することも選択肢の一つと考えます。

地域医療連携推進法人化することにより、2病院の病床の融通や職員の異動等が容易になります。

また、2病院とも耐震性の面から改築が必要な状態ですが、建築単価が高騰しており、全国の複数の病院が改築費用を工面できず、延期又は中止しているという報道もあります。人口減少に伴い、将来的な入院需要も減る傾向にあるため、何れにしても安来市全体の病床数は減らさざるを得ない状況にあり、今後、病院を新築・改築することは、国・県・市の財政負担を考えると困難であると考えます。

このため、比較的建築年数が若い建物が多く、交通アクセス、周辺人口等の条件も比較した場合、安来第一病院の現有施設を統合後の病院として活用することを提案いたします。

再編・統合に向けて、安来第一病院では一般科・精神科ともに段階的に病床数を減らします。同時に安来市立病院も段階的に縮小していきます。

安来市立病院の減床分の入院患者様は、安来第一病院や市内の介護保険施設などが受け皿として受け入れ、将来的には安来市立病院は診療所と介護医療院への転換を図ることを提案します。

（2）統合後の病院について

交通アクセス、周辺人口、病床数、建物の構造・建築年数などを総合的に判断し、安来市街地に既に整備してある安来第一病院に安来市の基幹病院としての機能を集約することを提案します。

①安来市の基幹病院としての機能（案）

安来市民のために必要な救急医療（軽症・中等症）、外来医療、入院医療、精神医療、人工透析、在宅・訪問診療、感染症医療、災害医療等を担う機能を想定
研修医の受け入れ及び専門医の育成ができる病院

②その他備えるべき機能について（案）

限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治し支える」医療機関を目指し、医療・介護提供体制を構築していきます。

（i）増加する高齢者救急への対応

高齢者救急の受入体制を強化し、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻れるよう支援をします。

また、医療DXの推進等により、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等との連携を強化し、かかりつけ医機能も果たしていきます。

（ii）増加する在宅医療の需要への対応

医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地域で24時間の提供体制を構築し、オンライン診療の積極的な活用、介護等の連携を通じて、提供体制を強化します。

また、外来医療についても、時間外対応等のかかりつけ医機能を果たしていきます。

（iii）医療の質と医療従事者の確保

一定の症例や医師を集約して、医師の修練（育成）や医療従事者の働き方改革を推進しながら、救急医療等を提供する体制の構築を目指します。

（iv）地域における必要な医療提供の維持

医療従事者の不足に備え、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ICTの活用を図るとともに、可能な限り診療所等への医師派遣等も対応していきます。

※かかりつけ医機能・・・身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能

（3）統合後の診療所に関して

現在の安来市立病院の現有施設を活用し、外来、在宅医療、予防活動等に重点をおき、主に安来市南部地域（広瀬町）を中心とした医療ニーズに対応することを提案させていただきます。

また、基本的には安来市立病院の減床分については、安来第一病院の既存病棟の有効活用と、主に安来市内の介護保険事業所が受け皿となることで、十分賄えると考えておりますが、広瀬地区に入院（療養）施設が無くなると、地域住民が困る等のご意見があれば、現在の安来市立病院の現有施設の一部を活用し、療養病床を介護医療院に転換することも可能と考えます。

なお、上記（２）及び（３）の統合後の病院・診療所が担う機能、設備、規模等については、地域住民や安来市医師会の意見を可能な限り取り入れることが必要と考えており、２病院ともに柔軟に対応する必要があると思います。

併せて、不採算医療や、大学等からの医師派遣を含む外来診療等の役割分担（診療科）等を含めた協議もしていく必要があります。

（４）職員の雇用の維持について

統合・再編するにあたり、それぞれの病院の職員については、安来市と連携してその雇いを維持していきます（経過措置を設けるなど）。

その後、職員の年齢構成を見ながら、新規職員の採用を行うと同時に、定年を迎えられた職員の自然退職を実施することで、適正な人員配置となり、将来的に人件費の適正化を図ります。

2. 2病院の病床数等について

（１）安来第一病院

人口減少等の外部環境の変化及び医療需要の変化により、将来的には病床数を減らす必要があり、段階的にダウンサイジングしながら、現有施設を活用し、入院の受入れを行います。

（２）安来市立病院

安来第一病院の受入可能数を見極めながら、段階的にダウンサイジングし、最終的に診療所に移行します。

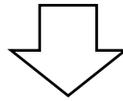
必要であれば、現有施設を活用し、療養病床を介護医療院に転換します。

A案

安来市立病院の病床を段階的に減らし、最終的に安来市立病院は診療所と、併設する介護医療院に転換します。

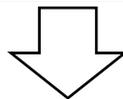
(再編前)

病院名	一般科		精神科	合計
(現) 安来第一病院	一般 138床	} 計 198床	161床	359床
	療養 60床			
(現) 安来市立病院	一般 102床	} 計 148床	—	148床
	療養 46床			
合計 (安来市全体)	346床		161床	507床



(第一段階)

病院名	一般科		精神科	合計
(現) 安来第一病院	一般 138床	} 計 198床	146床	344床
	療養 60床			
(現) 安来市立病院	療養 46床		—	46床
合計 (安来市全体)	244床		146床	390床



(最終段階)

病院名	一般科		精神科	合計
(現) 安来第一病院	一般 138床	} 計 198床	146床	344床
	療養 60床			
(現) 安来市立病院 → 診療所へ	—		—	—
(新) 介護医療院 (診療所併設)	※便宜上一般科	46床	—	46床
合計 (安来市全体)	244床		146床	390床

※病院名等は便宜上、現在の名称を使用しています。

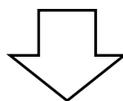
この時点で (現) 安来市立病院は診療所と介護医療院に転換します。

B案

安来第一病院、安来市立病院の病床を段階的に減らし、最終的に安来市立病院は診療所と、併設する介護医療院に転換します。

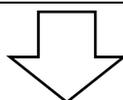
(再編前)

病院名	一般科		精神科	合計
(現) 安来第一病院	一般 138床	} 計 198床	161床	359床
	療養 60床			
(現) 安来市立病院	一般 102床	} 計 148床	—	148床
	療養 46床			
合計 (安来市全体)	346床		161床	507床



(第一段階)

病院名	一般科		精神科	合計
(現) 安来第一病院	一般 138床	} 計 184床	146床	330床
	療養 46床			
(現) 安来市立病院	療養 46床		—	46床
合計 (安来市全体)	230床		146床	376床



(最終段階)

病院名	一般科		精神科	合計
(現) 安来第一病院	一般 138床	} 計 184床	146床	330床
	療養 46床			
(現) 安来市立病院 → 診療所へ	—		—	—
(新) 介護医療院 (診療所併設)	46床		—	46床
合計 (安来市全体)	230床		146床	376床

※病院名等は便宜上、現在の名称を使用しています。

この時点で (現) 安来市立病院は診療所と介護医療院に転換します。

3. 2病院の経営形態について

2病院が連携し安来市の医療提供体制を整えるため、施設設備及び医療従事者の確保など効率の良い運営を行うには一体化が必須と考えます。

最終的には2病院を再編・統合するにあたり、準備期間として地域医療連携推進法人を設立し、安来第一病院と安来市立病院の連携を強化するとともに、病床数の適正化や医師派遣の調整及び診療科の見直しなどを行います。

将来的に2病院による安来市の医療提供体制を考えた場合、経営形態の見直しも必要と思われるので、併せて提案します。

(設置主体及び運営主体の案)

	安来第一病院	安来市立病院 → 診療所へ	地域医療連携推進法人
現状	昌林会	安来市 (地方公営企業法全部適用)	—
準備 段階	昌林会	安来市 (地方公営企業法全部適用)	○
案1	昌林会	安来市が設置し昌林会 が運営(指定管理者)	—
案2	安来市立病院を地方独立行政法人化し、新病院を 設立し、安来第一病院を統合(買収)する ・新病院は安来第一病院の現有施設を活用する ・現在の安来市立病院は診療所化して、地方独立 行政法人で運営する ・介護医療院の併設も検討する		—
案3	安来市が安来第一病院を統合(買収)し、安来第一 病院の現有施設を活用し、安来市立病院とする ・現在の安来市立病院は診療所化して、安来市が 引き続き運営する ・介護医療院の併設も検討する		—

案2及び案3の安来第一病院を安来市(又は地方独立行政法人)が買い取る場合、病院以外の介護保険施設及び障がい福祉サービスは、社会福祉法人せんだん会に統合し、サービスの提供を継続します。

おわりに

2040年の医療提供体制に向けて、今まで以上に救急医療、へき地医療、新興感染症、災害医療等に関して、公立及び公的病院（社会医療法人を含む）が果たすべき役割が増していくこととなります。

その一方で日本医師会 松本吉郎会長の「昨今の急激な人件費の増加、食材料費の高騰もあいまって、現在の医療機関の経営状況は非常に厳しく、地域医療が崩壊しかねない」との発言にもあるように、地域の医療提供体制をどのように維持していくか正念場を迎えています。

このような中、新たな地域医療構想の考え方が示され、「外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現」が求められています。

また、新たな地域医療構想の方向性として「連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築」が検討の柱の一つとなっています。

今までのように、2病院が別々に将来計画を立てるのではなく、安来市の地域医療を永続的に支える（守る）ためには、2病院がこれまで以上に連携・協力してこの難局を乗り越える必要があります。

是非この提案についてご検討頂き、地域住民の安全・安心が保てるように、ご理解とご協力をお願いいたします。

安来第一病院の医療機能の現状と将来計画

疾患対象等	現 状 (2024 年度)	中期計画 (2025 年度～2029 年度)	長期計画 (2030 年度以降)
が ん	がん検診 (胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん) 胃・大腸疾患の診断と治療 肺がんの診断と治療 乳がん等の診断と治療 前立腺がんの診断と治療 緩和ケア (外来・入院治療) 疼痛緩和治療 外来化学療法 (化学療法ユニット)	がん検診 (子宮がん)、 検診体制の充実 化学療法 胃がん、大腸がんなどの薬物療法 在宅緩和ケアの強化、往診 がんサロンなど患者支援の実施	がん診療連携拠点病院に 準じる病院機能を整備
脳 卒 中	脳卒中急性期・回復期・慢性期の治療 パーキンソン病等神経内科疾患の診断 と治療 CT・MRI 検査、脳波診断 神経難病の療養生活指導・短期入院機能 神経難病の入院療養機能 脳ドック認定施設	急性期治療後の早期受入れ、 リハビリ機能強化 脳卒中急性期治療の実施	rt - PA 療法
心 血 管 疾 患	内科的治療 心エコー検査、ホルター心電図検査 CT・MRI 検査 心血管疾患リハビリテーション	心不全に対する支援の充実	心臓 CT 心臓カテーテル検査 ペースメーカーチェック
糖 尿 病	初期治療、安定期治療 慢性合併症の予防、治療 重症化予防 血液透析の実施 地域や職域と連携する機能 糖尿病教室の実施	糖尿病の急性期合併症治療 (24 時間対応) 各専門職のチームによる療法を組み合わせ た教育入院 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの 実施 地域、保険者との協力、連携 治療と仕事の両立支援	
精 神 疾 患	精神科疾患全般に対応 精神科救急医療施設 (措置、応急入院へ の対応、365日24時間の対応) 身体合併症への対応 地域移行の推進 公認心理師によるカウンセリング 医療観察制度 (通院医療) ひきこもり支援 (家族の会) アルコールミーティング、断酒会 精神科デイケア、精神科訪問看護	精神科救急基幹病院 児童・思春期精神疾患、発達障害への対 応強化 薬物依存、ギャンブル依存治療 高次脳機能障害への対応強化 身体合併症管理体制の強化 精神科訪問看護24時間体制 触法精神障害者への対応 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の派遣	
認 知 症	認知症疾患医療センター (地域型) 認知症講演会の開催 認知症に関する研修会の実施 認知症患者様の身体合併症への対応	認知症疾患医療センターの相談機能の 充実 ピアサポート活動の推進 認知症の基幹施設 (外来・入院診療、予防、その他の活動)	
救 急 医 療	救急告示病院 一般科・精神科ともに365日 24時間の受け入れ体制 鳥大病院等救急医の応援	救急搬送の受入れ強化 高齢者救急等機能を担う 初期救急体制の強化 (総合診療医等、医師確保) 病棟の診療機能の強化 地域包括医療病棟の開設 救急搬送車両、救急救命士の確保	救急センターの設置
災 害 医 療	災害派遣精神医療チーム (DPAT) 災害派遣 (JRAT)	災害派遣医師チーム (DMAT) 災害派遣精神医療チーム (DPAT) 災害派遣 (JMAT、JRAT、DWAT、JDA-DAT 等)	災害拠点病院に準じた機能 災害協力病院
感 染 症	感染症全般に対する対応 新興感染症 (新型コロナウイルス感染症) への対応 発熱外来・入院病床確保 後方支援、在宅療養者への医療、 施設等への人材派遣	感染症全般に対する対応強化 新興感染症発生時、医療機関や高齢者施 設等への DMAT 等の人材派遣 ウイルス性肝炎への対応	
へ き 地 医 療	地域医療拠点病院	へき地への訪問診療の実施 遠隔医療による診療支援 無医地区等での巡回診療	
周 産 期 医 療	妊娠前、周産期の健康管理 周産期のメンタルヘルスケア	婦人科の開設 妊婦健康診査の実施	
小 児 医 療	一般小児医療 初期小児救急医療		
在 宅 医 療	在宅、施設への訪問診療 在宅での看取り、緩和ケアへの対応 介護保険施設等との連携 開業医との連携 在宅療養後方支援病院	オンライン診療の実施 災害時の対応計画 プライマリケアの実施 在宅医療連携機能を担う	

疾患対象等	現 状（2024 年度）	中期計画（2025 年度～2029 年度）	長期計画（2030 年度以降）
緩和ケア	緩和ケア外来 在宅往診 緩和ケアチーム・入院受入れ	緩和ケアチーム強化 緩和ケア病棟（病床）	
難病対策	難病患者への対応		島根県難病医療協力病院 人工呼吸器患者様の受入れ
人工透析	腎炎・腎尿路結石・前立腺肥大等の診断と治療 人工透析（夜間透析も含む）、腹膜灌流血液濾過透析療法（溶血性尿毒症症候群等に対する）	鳥大等急性期病院からの早期受入れ	安来人工透析センターの設置
医療機器	CT16列 MRI 1.5テスラ、 マンモグラフィ（2D、3D）	CT更新 MRI更新 骨密度測定 骨粗鬆症の診断と治療	
リハビリテーション	脳血管疾患等リハビリテーション 運動器リハビリテーション 廃用症候群リハビリテーション 心大血管疾患リハビリテーション 発達障害児リハビリテーション機能 精神科リハビリテーション機能 心理判定・相談	がんリハビリテーション 呼吸器リハビリテーション 精神科におけるリハビリテーション体制の強化（精神科作業療法の充実） リハビリテーション専門等機能を担う	
かかりつけ医療支援機能	紹介患者の受入れから退院後までの対応システム 地域の医療従事者への研修機能 在宅療養後方支援病院 地域連携室の機能強化	在宅医療支援センターの設置（かかりつけ医機能支援・後方支援） 在宅療養後方支援病院機能の強化 病床の共同利用 設備の共同利用 医薬品情報室の設備と情報提供システム	地域医療支援病院申請
医師確保策	医師臨床研修指定病院（協力型）		医師臨床研修指定病院（基幹型） 医師専門研修認定施設（専門医取得） （基幹施設、連携施設、特別連携施設）

上記計画は、現状の安来第一病院の機能に「安来市の基幹病院」としての機能を付加した計画です。
このため、今後変更となる場合もあります。

2025年2月7日

1. 今後のスケジュール等

2025.1.20作成

		2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)	2030年度 (令和12年度)
計画	保健医療計画	第8次保健医療計画						第9次保健医療計画
	介護保険計画	第9期介護保険計画			第10期介護保険計画			第11期介護保険計画
	障害福祉計画	第7期障がい福祉計画			第8期障がい福祉計画			第9期障がい福祉計画
地域医療 構想	新たな地域医療構想 (2040年に向け、外来・在宅、 介護との連携、人材確保等も含 めたあるべき医療提供体制の実 現に資するよう策定・推進)		2025年度に国で ガイドライン作成	2026年度に都道府県で 体制全体の方向性や必要 病床数の推計等	2027年度から順次開始 2028年度までに医療機 関に着目した協議等			
報酬改定	診療報酬改定	○		○		○		○
	介護報酬改定	○			○			○
	障がい福祉サービス報酬改定	○			○			○

2. 再編・統合に向けてのスケジュール (案)

①病床再編

		2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)	2030年度 (令和12年度)
病院名	安来第一病院	一般 138床 療養 60床 精神 161床 合計 359床	一般 138床 療養 46床 精神 146床 合計 330床	一般 138床 療養 46床 精神 146床 合計 330床	一般 138床 療養 46床 精神 146床 合計 330床	一般 138床 療養 46床 精神 146床 合計 330床	一般 138床 療養 46床 精神 146床 合計 330床	一般 138床 療養 46床 精神 146床 合計 330床
	安来市立病院 ※2027年度に診療所へ移行し 療養病床を介護医療院に転換	一般 102床 療養 46床 合計 148床	一般 102床 療養 46床 合計 148床	一般 0床 療養 46床 合計 46床	一般 0床 療養 0床 合計 0床 ※介護医療院 46床	一般 0床 療養 0床 合計 0床 ※介護医療院 46床	一般 0床 療養 0床 合計 0床 ※介護医療院 46床	一般 0床 療養 0床 合計 0床 ※介護医療院 46床
	合計	一般 240床 療養 106床 精神 161床 合計 507床	一般 240床 療養 92床 精神 146床 合計 478床	一般 138床 療養 92床 精神 146床 合計 376床	一般 138床 療養 46床 精神 146床 合計 376床 ※介護医療院 46床	一般 138床 療養 92床 精神 146床 合計 376床 ※介護医療院 46床	一般 138床 療養 92床 精神 146床 合計 376床 ※介護医療院 46床	一般 138床 療養 92床 精神 146床 合計 376床 ※介護医療院 46床

②統合に向けてのスケジュール

		2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)	2030年度 (令和12年度)
統合に向けての工程等	安来市医療提供体制検討 委員会において、2028 年度を目標に2病院の再 編・統合に向けて双方が 努力することの合意形成 を行う	※必要に応じて、地域医 療連携推進法人の設立を 行い、再編・統合に向け ての準備を行う	2028年度の2病院統合に向け協議・準備を行う ・経営主体（安来市又は昌林会（指定管理等）） ・経営形態（自治体立、地方独法、民間等） ・各種規則、規定の制定 ・職員の待遇（身分、給与等の処遇、配置） 等、細かい部分の調整を行う	2病院を統合し、1病院 と1診療所に再編する ※必要に応じて、経営形 態の一本化を行う				

安来第一病院 総務課

差出人: 医法協_佐藤 <m-sato@ajhc.or.jp>
送信日時: 2025年1月21日火曜日 13:23
宛先: headoffice@ajhc.or.jp
件名: 病院経営に関する緊急要望書について
添付ファイル: 【確定】緊急要望_議員持参・記者会見用資料_20250120WAM差し替え.pptx; 【確定】緊急要望_議員持参・記者会見用資料_20250120WAM差し替え_2アップ.pdf

日本医療法人協会
理事・支部長・地方組織責任者 各先生

いつもお世話になっております。

さて、標記の件につきまして、このたび、四病院団体協議会及び日本慢性期医療協会が現在多くの病院が深刻な経営危機に陥っていることから緊急要望を取りまとめました。

理事・支部長、地方組織責任者の先生方におかれましては、与党（自民党・公明党）議員の方にお会いする際には同要望書をご提出いただきまして、病院経営の窮状を訴えていただき、要望内容実現に向けて、ご尽力いただくよう陳情活動のほど、よろしくお願い申し上げます。

また、明日（1/22）には福岡厚生労働大臣へ要望、厚労省内にて記者会見を予定しております。

以上お取り計らいのほど宜しくお願いいたします。

.....
一般社団法人 日本医療法人協会
（事務局：佐藤）
個人：m-sato@ajhc.or.jp
代表：headoffice@ajhc.or.jp
HP：https://www.ajhc.or.jp/
TEL:03-3234-2438 FAX:03-3234-2507
.....

病院経営は破綻寸前 地域医療崩壊の危機

病院医療は、地域社会の最も重要なインフラのひとつです。
しかし昨今の物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、
多くの病院がいま深刻な経営危機に陥っています。

緊急要望

- 直近の病院の経営状況を考慮し、地域医療を守るため、緊急的な財政支援措置を講ずること。
- 病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを導入すること。
- 社会保障予算に関して、財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めること。

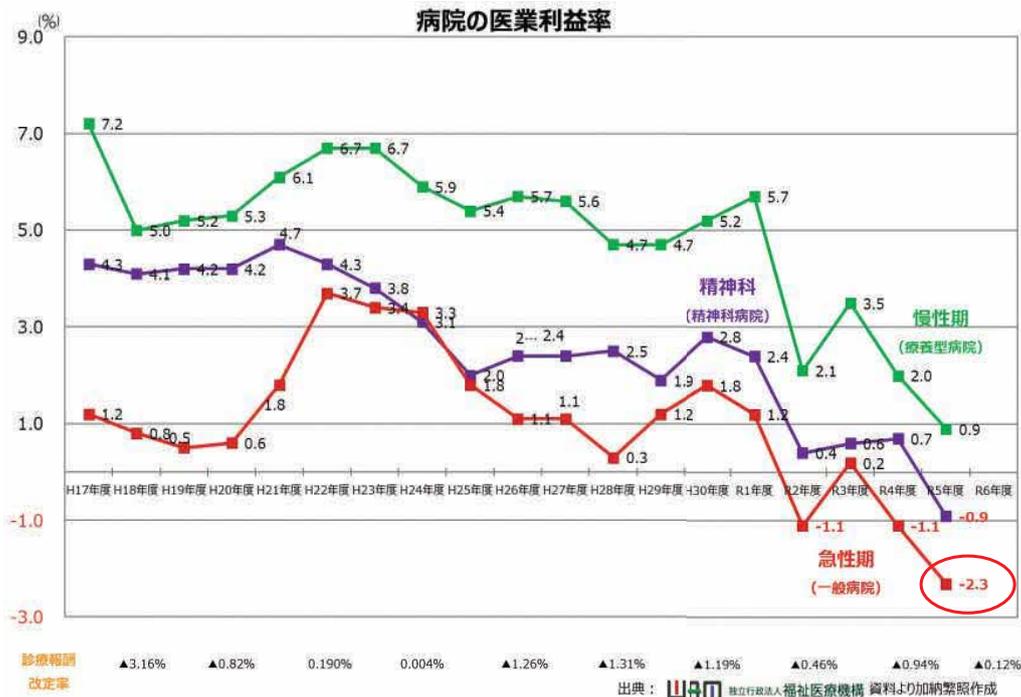
1

- 現在、**物価の高騰や賃金の急激な上昇**局面の中、病院の経営は非常に厳しい状況に置かれています。2024年に診療報酬改定が行われましたが、**物価が3%弱上昇**し、職員の処遇改善が求められた環境にもかかわらず、**本体改定率は0.88%**と非常に低く設定されました。
- **医療は診療報酬という公定価格で価格が決められており**、各病院は**物価上昇分を価格転嫁できない**環境にあります。
- 2024年度診療報酬改定において、過去のデフレ時代から継続されている「**社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する**」という財政制約が、物価や人件費が上昇する環境下にもかかわらず踏襲されました。その結果、**病院の経営状況はさらに悪化し経営破綻の危機に直面**しています。

2

病院の医業利益率の年次推移

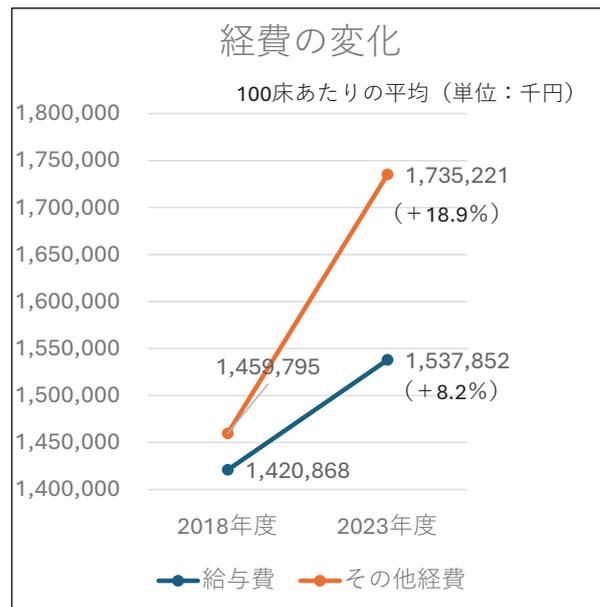
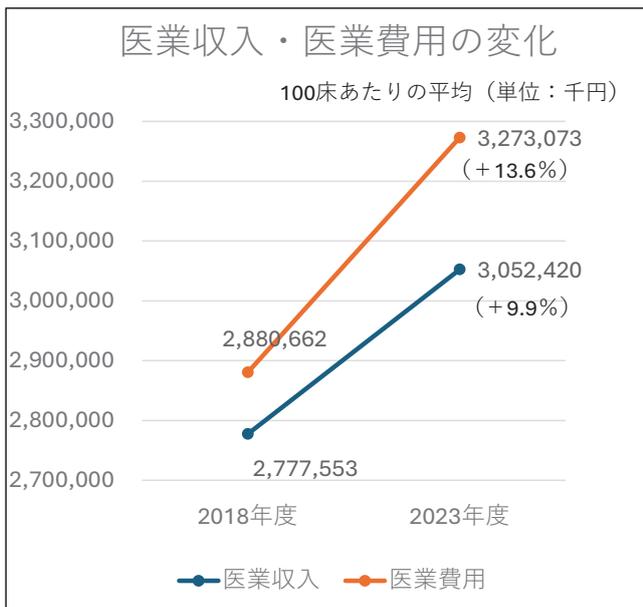
独立行政法人福祉医療機構（WAM）調査より



福祉医療機構（WAM）の調査では、病院の経営状況（医業利益率）は経年的に悪化しており、特に急性期（一般病院）の2023年度（令和5年度）では過去最大のマイナス（▲2.3%）となっている。

コロナ前（2018年）とコロナ後（2023年） 一般病院の医業収入・医業費用と経費の変化

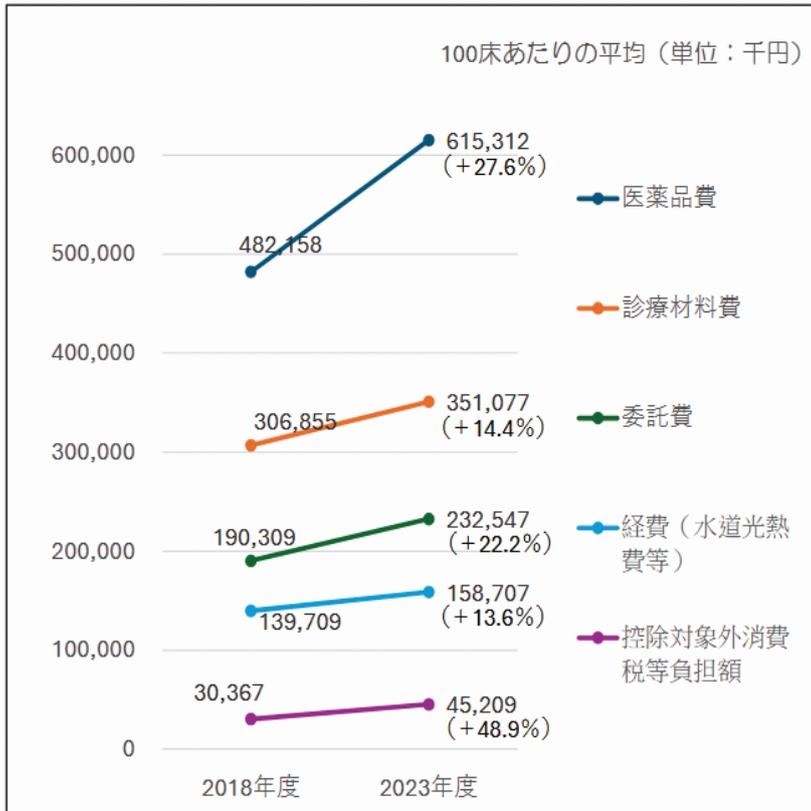
2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より



コロナ前後で、100床あたりの医業収入は約2.7億円（+9.9%）の増加に対し、医業費用は約3.9億円（+13.6%）増加している。この結果、医業収支は▲1億円から▲2.2億円まで悪化した。医業費用の約5割を占める給与費は1.2億円（+8.2%）の増加に対し、その他経費は2.8億（+18.9%）増加しており、給与費の増加を大きく上回っている。

コロナ前（2018年）とコロナ後（2023年） 一般病院のその他経費の内訳と変化

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より



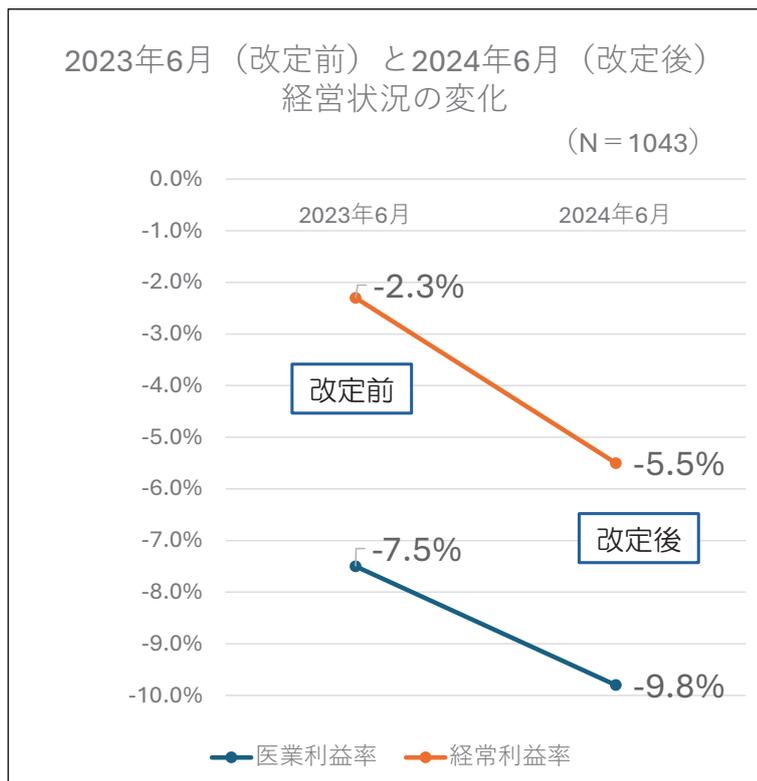
100床あたりの医薬品費は1億3300万円増と大きく増加している。また、診療材料費も4400万増と増加している（但しこれら費用は医療保険にて償還されているものを含む）。

一方、委託費は4200万円、経費（水道光熱費等）は1900万円増加している。また、控除対象外消費税負担額は5年間で1500万円と1.5倍ほど増えている。

これらの、医療保険で償還されない経費の増加が、医業収支悪化の原因となっている。

2024年診療報酬改定前後の病院の経営状況の変化

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より



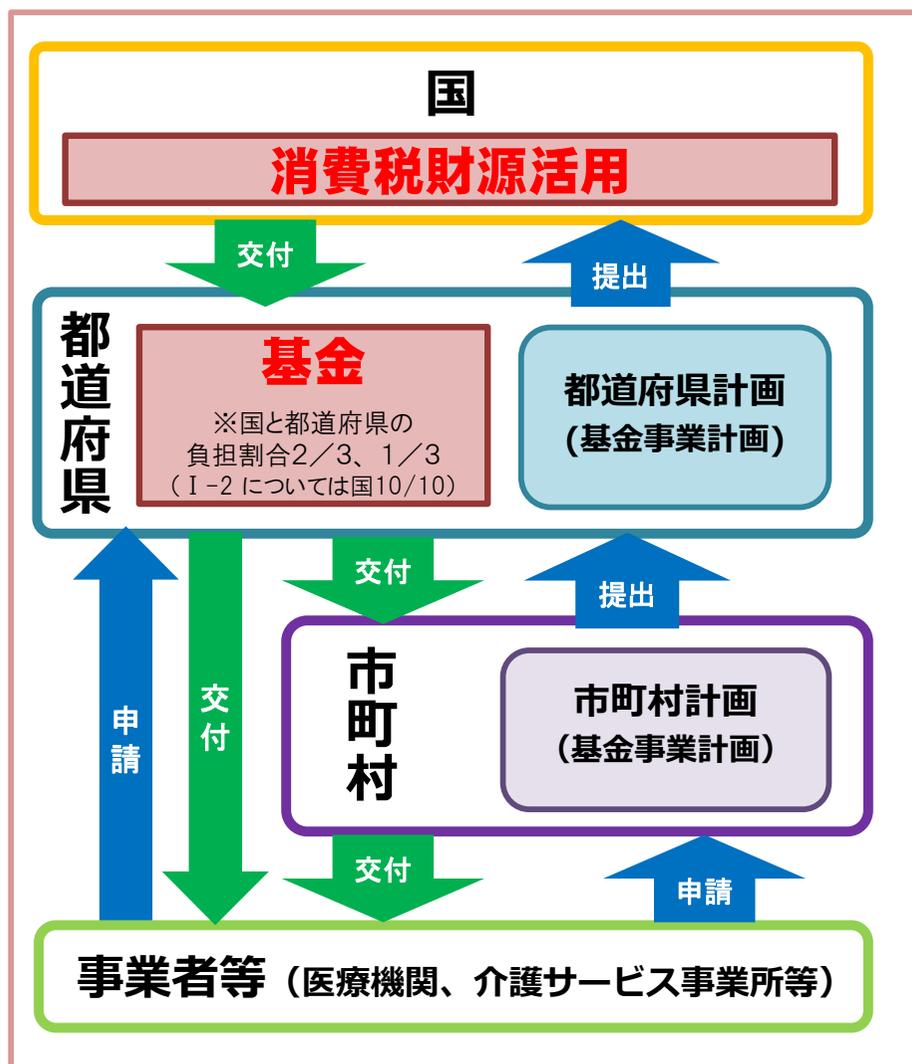
2023年6月（改定前）と2024年6月（改定後）の比較では、医業利益率、経常利益率ともに2024年において悪化している。

2024年診療報酬改定において +0.88%の本体改定率により、医療従事者の処遇改善などが図られたが、経費増加などにより病院の経営状況は前年よりさらに悪化しており、危機的な状況となっている。

2024年度の経営状況については近日中に調査、検討を行い、公表する予定である。

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業①

I-1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業（公費：200億円（国費：133億円））

急性期病床から回復期病床への転換等、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等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。

（病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備）

- ・ 平成28年度末までに策定された地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
- ・ ICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業

I-2. 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業（公費：142億円（国費：142億円））

地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等の取組に対する助成を行う。

（「単独医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・ 病床数の減少を伴う病床機能再編を行う医療機関に対する支援

（「複数医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・ 病床数の減少を伴う統合計画に参加する医療機関に対する支援
- ・ 統合に伴い廃止される医療機関の残債を承継する医療機関に対し発生する利子について支援

II. 居宅等における医療の提供に関する事業（IVと合わせて公費：544億円（国費：363億円））

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

（在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備）

- ・ 在宅医療の実施に係る拠点の整備 / 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 / 在宅医療推進協議会の設置・運営 等

（在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業）

- ・ 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 / 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 等

（その他在宅医療の推進に資する事業）

- ・ 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 / 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業②

IV. 医療従事者の確保に関する事業（Ⅱと合わせて公費：544億円（国費：363億円））

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する。

（医師確保対策）

- ・ 地域医療支援センターの運営
- ・ 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- ・ 卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与
- ・ 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・ 女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

（看護職員等確保対策）

- ・ 新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- ・ 看護職員が都道府県内に定着するための支援
- ・ 看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舍整備 等

（医療従事者の勤務環境改善対策）

- ・ 医療勤務環境改善支援センターの運営
- ・ 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・ 電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

VI. 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業（公費：143億円（国費：95億円））

医師の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。

（労働時間短縮に向けた総合的な取組に対する財政支援）

- ・ 勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・ 当直明けの勤務負担の緩和
- ・ 複数主治医制の導入
- ・ 女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・ タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進 等

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10/10）】

「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【1.単独支援給付金支給事業】

病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給

※病床機能再編後の対象3区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること

「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【2.統合支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援

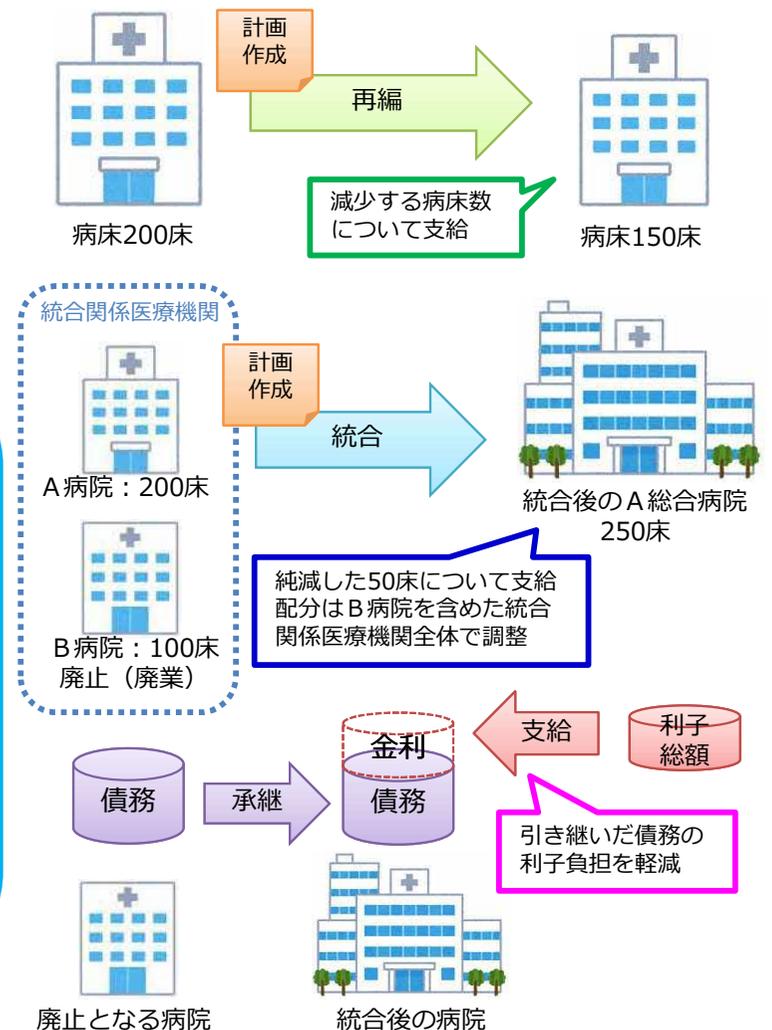
※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象

【3.債務整理支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給

※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象

※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る



*1 財政支援 …用途に制約のない給付金を支給

*2 対象3区分…高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

勤務医の労働時間短縮の推進 (地域医療介護総合確保基金 事業区分VI)

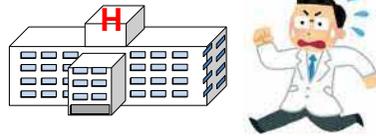
令和6年度予算案:95億円(公費143億円)
(令和5年度予算額:95億円(公費143億円))
※地域医療介護総合確保基金(医療分)1,029億円の内数

勤務医の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。(医療機関が行う事業に対し都道府県が補助を実施)

勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

1. 補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。



< 具体的要件 (いずれかを満たす) >

※診療報酬上の「地域医療体制確保加算」を取得している医療機関は補助対象外。

- ①救急用の自動車等による搬送件数が年間1000件以上2000件未満
- ②救急搬送件数が年間1000件未満のうち、
 - ・夜間・休日・時間外入院件数が年間500件以上で地域医療に特別な役割がある医療機関
 - ・離島、へき地等で同一医療圏内に他に救急対応可能な医療機関が存在しない等、特別な理由の存在する医療機関
- ③地域医療の確保に必要な医療機関であって、
 - ・周産期医療、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している医療機関
 - ・脳卒中や心筋梗塞等の急性期医療を担う医療機関で、一定の実績を有するなど、5疾病5事業で重要な医療を提供している医療機関
- ④在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

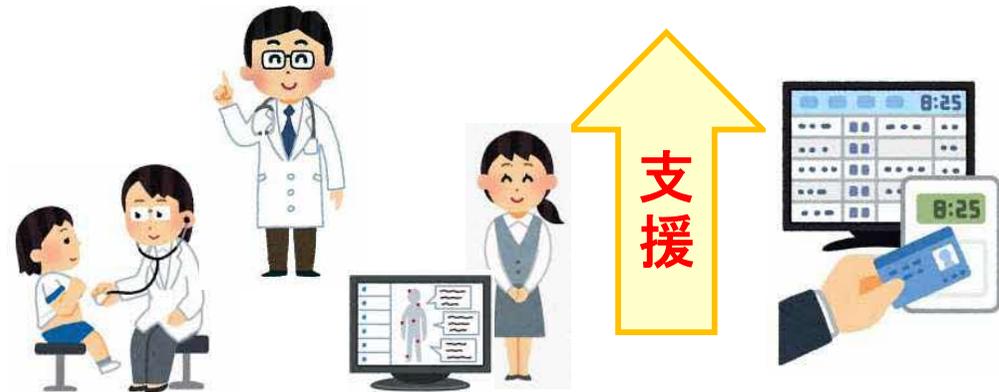
2. 交付の要件 ※B水準・連B水準相当(派遣先は労働時間を通算し以下の要件を満たせば可)

月の時間外・休日労働時間が80時間を超える医師を雇用(雇用予定含む)している医療機関で、年間の時間外・休日労働時間が960時間を超える36協定を締結している若しくは締結を予定していること。

医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組

医療機関において医師の労働時間短縮計画を策定し、勤務環境改善の体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



3. 補助対象経費

上記の総合的な取組に要する経費をパッケージとして補助。

4. 補助基準額

最大使用病床数 × 133千円

※20床未満の場合は20床として算定。

地域医療介護総合確保基金の事業区分 I - 1 と事業区分 I - 2 の活用の整理

- 地域医療構想を推進するため、地域医療介護総合確保基金（区分 I - 1：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業）により財政支援（国：2/3、都道府県1/3）を行っている。
- 令和2年度に予算事業として措置された「病床機能再編支援事業」を、令和3年度より消費税財源とするための法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に全額国費（国：10/10）の事業（区分 I - 2：地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業）として位置付けた。
- 両事業の組み合わせにより病床機能の再編や医療機関が統合を進める際の支援を強化するとともに、財政支援の死角を無くし、地域医療構想の推進を加速化する。

支援策

地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 (令和6年度予算案 公費200億円(事業区分I-1))

- A 再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費
- B 再編統合と一体的に行う宿舍・院内保育所の施設整備費
- C 急性期病床から回復期病床等への転換に要する建設費用
- D 不要となる建物（病棟・病室等）・医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失
- E 早期退職制度の活用により上積みされた退職金の割増相当額

施設・設備の整備に係る費用が基本

地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業 (令和6年度予算案 全額国費142億円(事業区分I-2))

- ① 「単独医療機関」の取組に対する財政支援
病床数の減少を伴う病床機能再編をした医療機関に対し、減少する病床数に応じた支援
- ② 「複数医療機関」の取組に対する財政支援
 - (ア) 統合に伴い病床数を減少する場合のコストに充当するための支援
※関係医療機関全体へ支給し、配分は関係医療機関間で調整
※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
 - (イ) 統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の支援

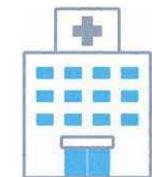
※①②ともに稼働病床の10%以上減少することが条件

事業区分 I - 1 では対処ができない課題について対処

単独医療機関の病床機能再編の活用事例



病床200床



病床150床

CDE①が活用可能

複数医療機関の統合の活用事例



A病院：200床



B病院：100床
廃止（廃業）



統合後のA総合病院
250床
(稼働病床の10%以上減少)

CDE①②が活用可能

AB②が活用可能

病床の機能転換

Cの活用が可能

安来第一病院の考えについて（まとめ）

1. 再編・統合の必要性

人口減少、少子高齢化及び医療需要の変化により、患者数が減少していきます。それと同時に、生産労働人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難となっていくことも分析結果によって改めて示されました。

更に、物価高騰や国の低医療費政策の影響により、病院経営はとても厳しい状況となっており、先が見通せない状況です。

このような大変厳しい中、安来市には安来市立病院と安来第一病院がありますが、仮に、どちらか1病院でも経営が成り立たなくなれば、残りの1病院では安来市全体の地域医療を支えきれず、今まで何とか2病院で維持してきた地域医療はあっという間に崩壊してしまいます。

このことは、何としても防がなければなりません。

今までは、両病院がそれぞれの立場や経営方針を優先的に考えて経営を行っており、それでも何とか経営が出来ていました。しかし、外部環境・内部環境の急激な変化によって、これまでのやり方では地域医療を守ることができないという危機感から、今回、安来市が主導してこの委員会が設置されたものと考えております。

またこの委員会では、安来市の医療提供体制の将来構想を策定し、病院間で合意の上、松江圏域地域医療構想調整会議で将来構想を決定することとなっており、非常に重要な役割を持っているものと認識しております。

そのような中で、これまでの分析結果を踏まえ、当院が出した方針としては、安来市民にとって必要不可欠な医療を提供するために、2病院を1病院と1診療所に「再編・統合」することが一番望ましいと考えております。

公立病院である安来市立病院と、公益性の高い医療を提供する私ども社会医療法人が、お互いに手を携え協力していくしか、道は残されていませんし、何年も時間をかけている余裕はなく、まさに「待ったなし」の状態ではないでしょうか。

再編・統合によるメリットとしては、今後の人口減少・少子高齢化などに対応するため、安来市の人口規模、医療需要、医療従事者の確保に見合った形でのダウンサイジングが可能となります。

ダウンサイジングと同時に、医療機能の再編と集約化を行い、2病院で重複する診療科の見直しや高額医療機器の効果的な配置が可能となります。

大学病院等からの医師の派遣についても、効率化を図ることが可能と考え、不採算と言われる救急医療の集約化や重複する外来の廃止等による人件費削減など、経済的なメリットも生じます。

また、再編・統合に伴い、地域医療介護総合確保基金を活用した、国からの支援を受けることも可能と考えます。

2. 経営形態の見直し

再編・統合にあたり、2病院の経営形態の見直しも検討しました。

新興感染症・災害医療等の緊急時に、国や県等から直接指示を受け、迅速に対応でき、また、その分様々な形での財政支援を受けやすいのは、公立病院であります。残念ながら、社会医療法人については公的医療機関に準じた医療機関という位置づけのため、公立病院と同じような支援を受けることが難しい面があります。

また、現在の国の考え方として、設備投資や病院の改築・新築費用は診療報酬には含まれておらず、民間病院に対してもその部分は行政が負担すべきものと説明を受けています。

従って、行政からの資金援助が受けやすくするため、安来市立病院が地方独立行政法人化して、そこに安来第一病院を一緒にすれば、両方の医療機関に支援が受けられるため、一番望ましいと考えております。

しかし、独立行政法人化すること、また、2病院の連携を強化するための地域医療連携推進法人化することのいずれも時間的余裕がありません。

このため、今回、安来第一病院を安来市が統合する提案をさせて頂いております。

なお、仮にそうなった場合には、安来第一病院を除く、介護保険事業及び障がい福祉サービス事業は、昌林会で事業を継続するか、社会福祉法人せんだん会に統合するなどして、住民サービスに影響が出ないようにいたします。

3. 安来市の基幹病院としての機能

安来第一病院、安来市立病院ともに、耐震性の面から改築を検討すべき状態ですが、物価及び人件費の増加等により建築コストが高騰しており、以前にも増して財政負担が大きくなります。

そのような中で、安来第一病院の建物は比較的新しく、立地条件としても、中心市街地にあるため周辺人口が多く、患者様及び他の高次医療機関との交通アクセスも良い点で適しております。

特に、東館は2018年に建築し、98床のうち84床が個室のため、療養環境にも優れています。

外来機能、入院機能、各種検査機器、人工透析、リハビリ、給食部門等も新館・東館に集約していますので、ここを安来市の基幹病院の拠点として活用し、安来市全体の地域医療を守ることが可能です。

今後は、ニーズがさらに高まるとされる、高齢者を中心とした救急医療に迅速に対応できるよう、(仮称)安来地域救命救急センターの整備も計画しています。

4. 安来市立病院経営強化プランについて

2024年3月に策定された「安来市立病院経営強化プラン」については、その中に「今後関係機関等との検討の場を定期的に持ち、本プランに反映すべき内容が生じた際には見直しを行うこととします。」とあります。

今回の検討委員会の内容によっては、「安来市立病院経営強化プラン」の見直しをして頂きますよう、お願いします。

安来市の医療提供体制についての将来構想（案）

（現状） **病院完結型**（2病院 + 24診療所）

（将来） **地域完結型**（1病院 + 25診療所）

（安来地区） 診療所 17箇所

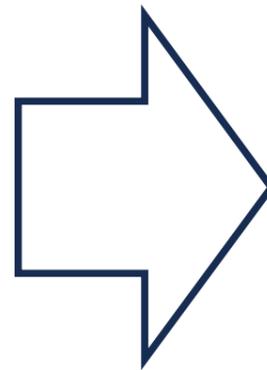
安来第一病院	入院	一般 138床（回復期リハ含む） 療養 60床 精神 161床 合計 359床
	外来	内科、外科、リウマチ科、神経内科、形成外科、心療内科、精神科、皮膚科、リハビリテーション科、呼吸器内科、循環器内科、小児科、泌尿器科、消化器内科、整形外科、内分泌・代謝・糖尿病内科、乳腺外科、緩和ケア内科、腎臓内科
	救急	救急告示病院、精神科救急病院
	透析	人工透析
	在宅	訪問診療、訪問看護（精神科を含む）、訪問リハ、看取り
	予防・健診	予防接種、特定健診、事業所健診、各種健診
	感染症	新型コロナウイルス感染症

（広瀬地区） 診療所 3箇所

安来市立病院	入院	一般 102床 療養 46床 合計 148床
	外来	内科、外科、放射線科、神経内科、形成外科、皮膚科、眼科、麻酔科、リハビリテーション科、呼吸器内科、循環器内科、婦人科、小児科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、消化器内科、整形外科、総合内科、糖尿病・内分泌内科、消化器外科、乳腺外科、腎臓内科
	救急	救急告示病院
	透析	人工透析
	在宅	訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問栄養指導、看取り
	予防・健診	予防接種、特定健診、事業所健診、各種健診
	へき地	巡回診療
	感染症	新型コロナウイルス感染症
	災害	災害協力病院

※赤字は2病院で重複している機能

（再編・統合）



（安来市全体） 安来地区・広瀬地区・伯太地区

運営主体：安来市

病院	入院	一般 138床（回復期リハ含む） 療養 46床 ※一般病床について、7対1の急性期 精神 146床 一般又は地域包括医療病棟を予定 合計 330床 ※精神科病床は将来的に減床予定
	外来	内科、外科、リウマチ科、神経内科、形成外科、心療内科、精神科、皮膚科、リハビリテーション科、呼吸器内科、循環器うち科、小児科、泌尿器科、消化器内科、整形外科、内分泌・代謝・糖尿病内科、乳腺外科、緩和ケア内科、腎臓内科、婦人科、放射線科、麻酔科、耳鼻咽喉科、眼科
	救急	救急告示病院、精神科救急病院、安来地域救急センター
	透析	人工透析
	在宅	訪問診療、訪問看護（精神科を含む）、訪問リハ、訪問栄養指導、看取り
	予防・健診	予防接種、特定健診、事業所健診、各種健診
	感染症	新型コロナウイルス感染症
	災害	災害協力病院
診療所	外来	内科、総合内科
	救急	救急告示診療所（有床診療所の場合）又は急病診療所
	在宅	訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問栄養指導、看取り
	予防・健診	予防接種、特定健診、事業所健診、各種健診
	へき地	巡回診療
感染症	新型コロナウイルス感染症	

※必要に応じて介護医療院を併設

★診療所 24箇所

（伯太地区） 診療所 4箇所

新たな地域医療構想を踏まえた安来市立病院の将来像

安来市立病院は、地域医療を守る使命を持つ自治体病院として、持続可能な経営に向け、「安来市立病院経営強化プラン」をベースに、厚生労働省が示した「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめの内容も踏まえ、「高齢者救急、地域急性期機能病院」と「在宅医療等連携機能病院」の機能を合せ持つ病院を目指して見直しを行う。

今後の安来市が目指すべき医療提供体制を市立病院として想定しながら、調整を図り段階的に将来像に近づける。

1. 安来市立病院が担う医療機能の将来像

◎安来市立病院は、中山間地域（安来市南部）を中心とした地域包括ケアシステムを構築し、地域の診療所、介護事業所等と連携した医療提供を担う。

◎救急、へき地医療等の不採算医療については、自治体病院の使命として担い続ける。（特に高齢者患者、一般の軽症・中等症患者を中心に対応する）

◎医療DXの活用強化と新たなプロジェクト等に対応していくことにより、救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有や医療サービスの効率化・負担軽減を実現する。

（1）救急医療について

- ・引き続き、救急告示病院として救急医療を担い続ける。
高齢者患者、一般の軽症・中等症患者を中心に対応する。
- ・松江圏域の急性期拠点機能病院、鳥大病院等との連携を一層強化する。

（2）外来医療について

- ・高齢者に多い様々な疾患に対応できるよう、内科、整形外科を中心に必要な診療科を整理する。

（3）入院医療について（病棟機能の見直しと病床数のダウンサイジング）

- ・急性期患者については、急性期拠点機能病院等との病院間連携（紹介、逆紹介）により対応する。
- ・地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟を入院機能の柱とし、増加する高齢者患者に対し、早期の在宅復帰に向けた医療を包括的に提供する。（急性期を経

過した患者への在宅復帰に向けた医療機能と在宅や施設から急性増悪の患者を受け入れる機能)

- ・療養患者は、慢性期医療の役割を受け持つ病院との連携により対応する。(療養患者の紹介)
- ・透析治療については、外来も含め将来的に市立病院以外の医療機関に機能を一元化する。
- ・在宅での看取りを希望されないがん患者とその家族を身体的、精神的に支援する緩和ケア病床の導入について検討する。

(4) 在宅医療について

- ・24時間対応の訪問看護ステーションの体制を整える。
- ・看取りへ対応できる体制を整える。

(5) 予防、健診について

- ・引き続き予防接種、各種健診、人間ドックを提供し、必要な診療につなげ、地域住民の健康維持、予防医療に貢献する。

(6) へき地医療について

- ・地域医療拠点病院として無医地区への巡回診療を行う。
- ・医療MaaS、オンライン診療システム等を活用し、診療環境を整える。

(7) 新興感染症への対応について

- ・感染症拡大に備えた平時からの対応を行い、感染症拡大時には松江圏域や鳥大病院と連携をとり、医療を提供する。

(8) 災害協力病院としての対応について

- ・島根県災害時医療救護実施要綱に基づく指定病院として機能を維持し、災害発生時の医療提供を行う。

(9) 施設整備について

- ・安来市立病院の目指す役割、機能を発揮するための施設整備を行い、施設老朽化へ対応する。

2. 安来第一病院にお願い（期待）する方向性

◎旧安来市の市街地（安来市北部）を中心に医療提供を行っていただきたい。

◎介護、福祉施設を持つ昌林会の強みを活かし、慢性期の医療提供を中心に、安来市の慢性期患者（療養患者）の入院受け入れを担っていただきたい。

◎安来市の外来、入院患者の透析治療を担っていただきたい。

◎しまね医療情報ネットワーク（まめネット）、鳥取県医療情報ネットワーク（おしどりネット）等の活用による患者の診療情報の共有化の推進を図っていただきたい。

新たな地域医療構想を踏まえた安来市立病院の将来像（2040年（R22年）15年後の姿）

★**医育及び広域診療機能病院**

常勤医師や代診医の派遣、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う

松江医療圏域

安来市立病院

★：厚生労働省
令和6年12月18日「新たな地域医療構想等に関するとりまとめ」において示された「医療機関機能の名称と定義」による区分、名称

★急性期拠点機能病院

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

★専門等機能病院

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

慢性期医療提供病院

長期にわたり療養が必要な患者の入院を受け入れる

後方支援病院としての連携
(患者紹介/逆紹介)

★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

★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

両方の機能を 合わせ持つ病院

救急 (救急告示)

診断・治療 トリアージ

※救急告示病院として救急医療を担い続ける

高齢者患者、一般の軽症・中等症患者の救急を中心に対応

外来

現在

- 内科
総合内科、消化器、神経内科、糖尿病・内分泌、循環器、腎臓、呼吸器
- 整形外科
- 小児科
- 婦人科
- 麻酔科 (ペインクリニック)
- リハビリテーション科
- 外科
消化器外科、乳腺外科
- 泌尿器科
- 眼科
- 皮膚科
- 耳鼻咽喉科
- 形成外科
- 放射線科

将来

※内科・整形外科を中心に必要な診療科を整理する

在宅

※訪問看護ステーションを設置 (24H対応)

- 将来
- 訪問診療
- 訪問看護
- 訪問リハ
- 訪問栄養指導
- 看取り

予防、健診

- 将来
- 予防接種
- 各種健診ドック

へき地

- 将来
- 巡回診療
- 医療maas、オンライン診療

※へき地医療等不採算医療については、市立病院が自治体病院として担い続ける

※持続可能な経営が行えること

※役割、機能を反映した施設整備を行う

新興感染症への対応

※感染症拡大時の医療提供
※感染症拡大に備えた平時の対応

災害協力病院

※鳥根県災害時医療救護実施要綱に基づく指定病院としての機能の維持、発揮

入院

現在

区分	機能	病棟	看護配置	許可病床	稼働病床
一般	急性期	急性期一般(DPC)	10:1	54	33
	回復期	地域包括ケア	13:1	48	45
療養	慢性期	療養	20:1	46	38

病床数計 148 116

将来

区分	機能	病棟	看護配置	許可病床	稼働病床
一般	〇〇期	地域包括医療	10:1	90床以下に ダウンサイジング	
	回復期	地域包括ケア	13:1		
一般	終末期	緩和ケア	7:1		

機能見直しの考え方など

- 急性期拠点機能病院等との病院間連携による対応
- 早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能
- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 在宅や施設から急性増悪の患者を受け入れる機能
- 慢性期は将来的に縮小（廃止）
ただし、療養患者の受け入れ先が必要になる
- 透析については、外来も含め将来的に担わない
- 在宅での看取りを希望されないがん患者とその家族を身体的、精神的に援助する緩和ケア病床の確保も視野に入れて検討する
- 感染症患者の受け入れへの対応

※安来第一病院と調整を図り、段階的に移行する

※医療DX推進

しまね医療情報ネットワーク（まめネット）、鳥取県医療情報ネットワーク（おしどりネット）の活用強化、鳥大病院で進められる医療DXプロジェクト、国で構築が進められる全国医療情報プラットフォームへの対応

※安来第一病院では、旧安来市の市街地を中心に、法人が持つ介護、福祉施設とも連携し、慢性期医療（透析治療も含む）の提供を担っていただきたい

※安来市立病院は、中山間地域（安来市南部）を中心とした地域包括ケアシステムを構築し、診療所・介護事業所等と連携した医療を提供する

診療所

身近な地域における日常的な診療、在宅医療の提供を行う

介護事業所等

要介護者へのサービスを提供する事業所・施設

在宅療養支援病院、介護保険施設等の協力医療機関としての連携

全国医療情報プラットフォーム：
オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプトや特定健診、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテなど医療全般の情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームをつくる施策。情報の一元化により、救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有や医療サービスの効率化・負担軽減などが見込まれる。

第3回安来市医療提供体制検討委員会（委員長講評）

1、 安来市、昌林会 提案内容について

今回、第3回検討委員会にあたり、事前に昌林会、安来市、双方より安来市医療提供体制に関する提案書を提出頂いた。

資料にあるとおり、昌林会の提案は2病院の再編統合、一体化が基本で、その前提で設置主体、運営主体について3案が提起されている。案1は昌林会が指定管理者制度などを活用して運営主体となり、案2、3は安来市が第一病院を吸収して市立病院として運営し、現在の安来市立病院は診療所化する。

一方、安来市案は基本的に自治体病院の責務として、現在の救急、外来医療を継続し、今後の地域の高齢化や新地域医療構想に対応すべく、在宅、へき地医療体制を整えながら、現在の急性期一般病棟を地域包括へ移行しながら早期在宅復帰に向けた医療を包括的に提供するとの方針案である。

当面の役割分担の方針として、安来第一には旧安来市街地の医療と慢性期機能、透析などを期待するとしているが、現時点では、病院の統合までは視野に入っていない。

また、市立病院の施設の老朽化は著しく、この整備について検討が必要であるとされている。

2、 提案への感想

事前に双方から提出された当初案では合意可能な部分は見いだせなかった。

しかしながら、2病院共に深刻な経営的課題も抱えていることから、早急な解決の方向性を見出すことが必須であり、先送りするほど深刻の度合いを増すことは確実と思われる。

令和5年に出された社会保障人口問題研究所資料によると、安来市の今後の総人口は10年後の2035年には3万人を割り込み、40年には20年比で71.8%と3割近く落ち込む。年齢構成比では生産年齢世代は2040年で20年比66.6%、65歳以上84.2%、75歳以上97.8%とされており、65歳以上高齢人口自体も2020年を境に既に減少が始まっている。並行して高齢人口比率は上昇していくが、一方で深刻な担い手不足が起こることが確実である。これに呼応して医療介護の複合需要を抱える高齢者割合が増加していくので、安来地域の持続可能な医療提供体制のために

は地域の構造変化に対応可能な対策が必要とされており、2病院の統合再編を含む抜本的な対応は避けられないと思われる。

昨年12月にとりまとめられた厚労省新地域医療構想検討会においても、2040年に向け、外来、在宅、介護の連携、人材確保等を含むあるべき医療提供体制の実現に向けて政策策定、推進が書き込まれ、新構想は27年から順次開始されていく。医療計画もこれに呼応した具体的取り組みを求めており、病床機能、医療機関の機能報告、課題に応じた構想区域、協議の場、これらに資する地域医療介護総合確保基金、医療機関の機能確保と必要病床数の管理、国、都道府県、市町村の調整会議への参画、精神医療を新たな地域医療構想へ位置づけなどが盛り込まれている。

以上のことから、今回の安来市、昌林会の提案から何らかの新地域医療構想と整合性を持たせる合意点を見出し、2病院の経営形態を含む安来市の医療提供の将来像について、引き続き協議すべきと考える。

3、 合意に向けた課題

今回、昌林会から出された案2、3に対する安来市の見解確認が改めて必要となるが、安来市として本案検討に際し、昌林会の債務とその整理行程に関する詳細な情報が必要となる。2病院統合の前提として残債の整理行程に双方の情報共有と合意が得られなければ前に進むことは出来ない。

第2回委員会で提出された第一病院の財務状況を見る限り、短期的な資金繰りに極めて大きな懸念があるように見える。

昌林会提案の案1には市立病院に指定管理者制度を導入し、昌林会が指定管理者になるとあるが、経営基盤の課題が大きい昌林会が市内に二つしかない病院のすべてを運営することは、将来的に昌林会の経営が立ちいかなかった時に市内から病院がなくなるリスクをはらんでおり、議会承認も得られるとは考えにくい。

案2及び案3については、安来市が第一病院を買い取るとしているが、安来市の財政を見れば、買い取るための財源はなく、実現可能性は極めて低いと考える。

ただ、今回の委員会では、第一病院の現状は把握できたが、中長期的な資金計画を含めた第一病院の取引銀行の考え方については、一切触れられていない。

昌林会のキャッシュフロー改善には、本日の「資料1-⑤地域医療介護総合確保基金」の活用や、取引銀行の協力のもと、債務の返済スケジ

ルール見直し等を最優先に検討すべきだと考える。それ故、債務償還について実現可能な整理に向け、債権者（金融機関）との協議を重ね、明らかにしていくことが必要である。債務整理の見通しが立たなければ次に進むことはできないし、行政との交渉も極めて困難と思われる。

この際、昌林会の債権者である取引銀行の意向確認とその共有が必須となる。

一般的には医療法人の解散、債務整理には取引金融機関によるファンド紹介や第三者事業者への委譲斡旋などが行われることが多い。この金融機関は昌林会の資金繰りへの支援を行うと聞いているが、これまで述べた理由から債権者としての考えを確認することは、今後の合意点に向けた協議に不可欠の論点であり、昌林会、安来市双方から働きかけて欲しい。

他方、市立病院に置かれても資金不足の懸念は常態化しており、策定した経営改善に資する経営強化プランの実行とともに、今回の委員会を抜本的改革の大きな機会ととらえ、今後の協議を活用していただきたいと願う。

第8次医療計画が昨年からは開始され、2029年まで続くが、この間にあと2回の診療報酬改定が予定されているが、遅くとも来年の診療報酬改定前までに大筋の結論を出して頂きたい。

4、 終わりに

安来市、昌林会の合意可能な将来構想と地域医療が維持可能か否かは必ずしも同義ではない。今回の安来市医療提供体制検討委員会の背景には、これまで述べた人口構成の変化、国の抱える財政課題、これから派生した我が国の医療提供体制を支える財源問題と、時代の変遷途上で顕在化している医療機関共通の経営問題がある。限られた地域でこれまでの消耗戦をこれまでのように繰り広げる状況ではなく、地域の関係者が未来図を共有し、ともに次に続く若い世代の指針となるよう引き続き協議されることを心より願っている。