

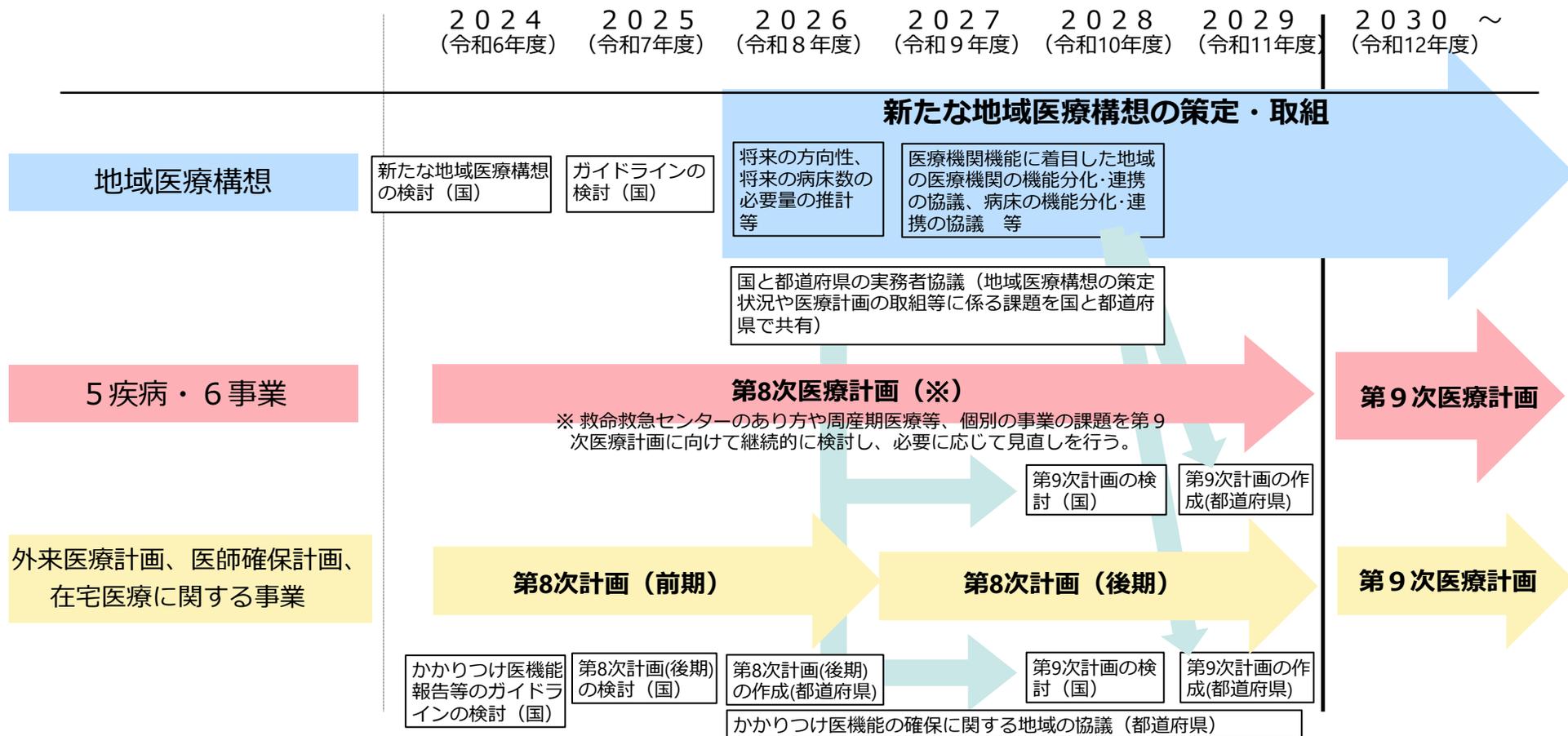
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会及びワーキンググループの議論の進め方等について

1. 検討会・WGの議論の進め方について
2. 区域の設定
3. 地域における議論のデータ（必要病床数、医療機関機能）
4. 医師偏在指標について

1. 検討会・WGの議論の進め方について

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等



連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

地域医療構想について（医療部会での主な意見）①

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【圏域のあり方】

- 二次医療圏や構想区域について、今後の人口の減少等を踏まえながら、一定数の医師を確保し急性期の拠点機能等を確保していくため、他の圏域との統合を含む二次医療圏・構想区域の見直し（広域化）の検討が必要。
- ただし、人口が少ない二次医療圏等においては、高齢者救急・地域急性期の機能の確保や搬送手段の確保等を行うことが前提であり、離島などのアクセスに特段見直しが困難な事情がある場合があることに留意が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 大都市部、一般市等、人口減少地域のように、3つのレイヤー等に区分し、地域の差異を踏まえた検討方法も提示しながら地域医療構想を策定する必要がある。
- 面積が大きく人口が少ない圏域の場合、いずれは他の二次医療圏との合体が必要になるが、その医療圏が必ずどこか1か所に集約されるものではない。隣接する医療圏での対応や県をまたいだ医療圏での対応等、地域の実情に合わせて柔軟に対応することが必要。
- 現在でもかなり人口規模の小さい二次医療圏があり、2040年に向けて人口の減少や地域差の拡大が進む中で、どの程度の圏域で医療を完結させられるのかは極めて重要な議論。まずは構想区域の見直しについて、一定の考え方を整理する必要がある。
- 救急医療や小児・周産期医療においては、持続可能性という側面だけでなく、地域住民に丁寧に説明しながら、アクセス面なども考慮した体制を構築することが重要。
- 各地方では、バスやタクシーなどの公共交通の維持が非常に課題となっている。今後、通院に対する負担が増加する地域が増えていく中で、医療アクセスの確保にかかるコストも増加していく、そうした今後の環境変化を踏まえた議論が必要。

地域医療構想について（医療部会での主な意見）②

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【必要病床数】

- 2040年に向けて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるが、地域ごとにみると、すでに入院患者数が減少局面の地域や、2040年に向けて入院患者数が減少見込みの地域が多く存在。今後一層入院受療率が下がる可能性もあり、人口構成の変化や受療率の傾向、地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）、生産性向上等を踏まえ、2040年の必要病床数について検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 必要病床数について、地域医療構想が医療計画の上位概念に位置づけられるため、これまでの基準病床数と必要病床数の関係もまた大きく変わる。基準病床数、必要病床数の関係が分かりづらいということもあり、今後、必要病床数の検討も必要であるが、基準病床数と必要病床数の関係を地域に下ろすときに分かりやすいような説明をいただきたい。
- 必要病床数に関して、急性期病床に偏った病床の転換を進め、手術後などにおける早期のリハビリを徹底することは重要。一方で、医療機関の機能分化・連携を進めることが必要であり、地域包括医療病棟や外来・在宅との連携なども踏まえて御検討いただきたい。
- 入院患者数が増加するという記載があるが、高齢化により一般入院の患者数は減っていく一方で、入院や介護施設、在宅医療でケアされているような慢性期の患者は増えていく。一般入院患者数は減り、高齢者救急は増えることを分けて検討する必要がある。

地域医療構想について（医療部会での主な意見）③

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【医療機関機能】

- 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保し、持続的な医療提供体制の確保に資するよう急性期の集約化を進める。人口の少ない圏域において、集約化等によって急性期等の機能を一定確保する急性期拠点機能を有する病院を1つ確保・維持する必要がある。一方で、都市部では圏域内において、増加する高齢者救急を受け止めるため、効率的な提供体制の確保に向け集約化等を進めながら、高度な急性期を提供する医療機関を含む複数の急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を有する複数の病院で対応することが考えられる。こうした地域での人口規模等も踏まえた医療提供に即した医療機関機能のあり方について検討が必要。
- 大学病院本院から、急性期拠点機能を有する医療機関や二次医療圏内で医師が少ない地域において初期救急、二次救急の機能を担う高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関等への、都道府県の地域医療構想に基づいた派遣が必要と考えられる。地域の実情や大学病院本院のこれまでの派遣のあり方、特定機能病院のあり方等を踏まえた、医育及び広域診療機能のあり方についても検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 小児あるいは周産期等は別としても、地域の医療機能の集約化は避けられない問題であるが、あくまでも目的ではなく結果であって、将来の医療ニーズと医療資源等を踏まえた上で導き出されるもの。集約先の病院と連携する地域の診療所あるいは中小病院への配慮も必要。
- 高齢者救急の増加に伴い、一次救急をいかに体系的に整備していくかがとても重要。一次救急が回らなくなり、三次救急をやっている機関に患者が集まっている地域が出ている。WGの議論において、一次救急の体系化についても議論が必要。
- 専門細分化された教育を受けている医師が多い中で、誤嚥性肺炎や尿路感染、下血といった高齢者に多い疾患をだれが診るのかという状況がある。総合診療医は数が少ない上、すべての疾患を受け入れているわけではない。高齢者急性期を診る医師の育成のために、大学に対する啓発も必要。

地域医療構想について（医療部会での主な意見）④

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【外来医療・在宅医療】

- 外来医療や在宅医療について、かかりつけ医機能報告で今後提出されるデータも含め、地域ごとに提供状況を共有するためのデータについて検討が必要。人口の少ない圏域でも提供体制を確保・維持するため、病院が担う外来医療・在宅医療や訪問看護も含めた提供体制の検討が必要。
- 在宅医療の対象となり得る患者について、在宅医療だけでなく、地域の医療資源・介護資源に応じて、療養病床や介護施設等と組み合わせ受け皿の確保が必要。さらに、在宅医療については、移動時間の制約がある中で、医療資源の状況や医療へのアクセス等も踏まえながら、オンライン診療や訪問看護等と組み合わせ広く効果的・効率的にサービスが提供できるよう提供のあり方について検討が必要。

【リハビリテーション】

- リハビリテーションについて、これまで、急性期を経過した患者に重点的に提供されてきたところ、今後は、高齢者救急をはじめとして、入院早期からの土日も含めたリハビリテーションの提供や早期退院に向けた支援をさらに推進し、患者の機能改善や在院日数の短縮、生活復帰につなげることが重要。持続可能で効果的・効率的な医療提供体制の構築のため、急性期の早期や退院後すみやかに外来等でリハビリテーションを提供できるよう、リハビリテーションの偏在の是正について検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 実際に人口の少ない医療圏では在宅医療の提供が少なく、人口の多いところは提供量が多い。人口が少なくても医療機関も少ないところは本当は在宅が必要となるが、それができていない。効率性の問題で在宅医療が提供できないような人口が少ない医療圏であれば、次の手段として集住等も考えないといけない。
- 地域ごとに提供状況を共有するデータの検討が必要とあるが、しっかり実態を把握し、そのデータを踏まえて地域で議論することが重要。
- リハビリについて、特に高齢者が増えているが、急性期でのリハ、回復期でのリハ、生活維持のためのリハなど、の違いの整理が必要ではないか。

地域医療構想について

- 地域医療構想は中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、**良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制を確保するため、将来の必要病床数を推計し、医療機関からの報告等に基づき、地域ごとに関係者の協議を行い、地域医療介護総合確保基金を活用しながら実現を目指していくもの。**

地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。

- ① 都道府県において、各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。
- ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を「病床機能報告」により報告。
- ③ 各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。
- ④ 都道府県は「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

地域医療構想策定ガイドラインについて

- 地域医療構想の策定については、地域医療構想策定ガイドライン（平成29年）において、主に構想の策定に向けて①議論を行うための区域の設定、②必要病床数等、地域における関係者間の議論を行うためのデータ共有、③対応案の作成と、④策定後に取組を推進するための事項について定められている。

地域医療構想策定ガイドライン

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたPDCA

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

① 区域の設定

次期GLにおいても、二次医療圏をベースに整備。医療需要、医療資源、医療機関機能の確保等のため、適切となる区域を設定することが必要。

相互に関連

② データの共有

次期GLにおいても、人口等の基礎的なデータの他、必要病床数等の将来の医療需要や医療資源の確保等、地域での議論に資するデータを収集し、関係者間で認識の共有を図ることが必要。

③ 対応案の作成

次期GLにおいても、現状を維持した場合や連携・再編・集約化した場合等の複数の案を比較衡量して、関係者間で将来像を共有することが必要。

④ 取組の推進

次期GLにおいても、地域医療構想策定後の取組の推進に向けて、地域医療構想調整会議の運営等に関する検討が必要。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・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、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

- ・「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・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
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26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、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

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。
- 二次医療圏等を基礎とした地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。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>※ 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</p>

広域な観点の医療機関機能

- ・ 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。
 - ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

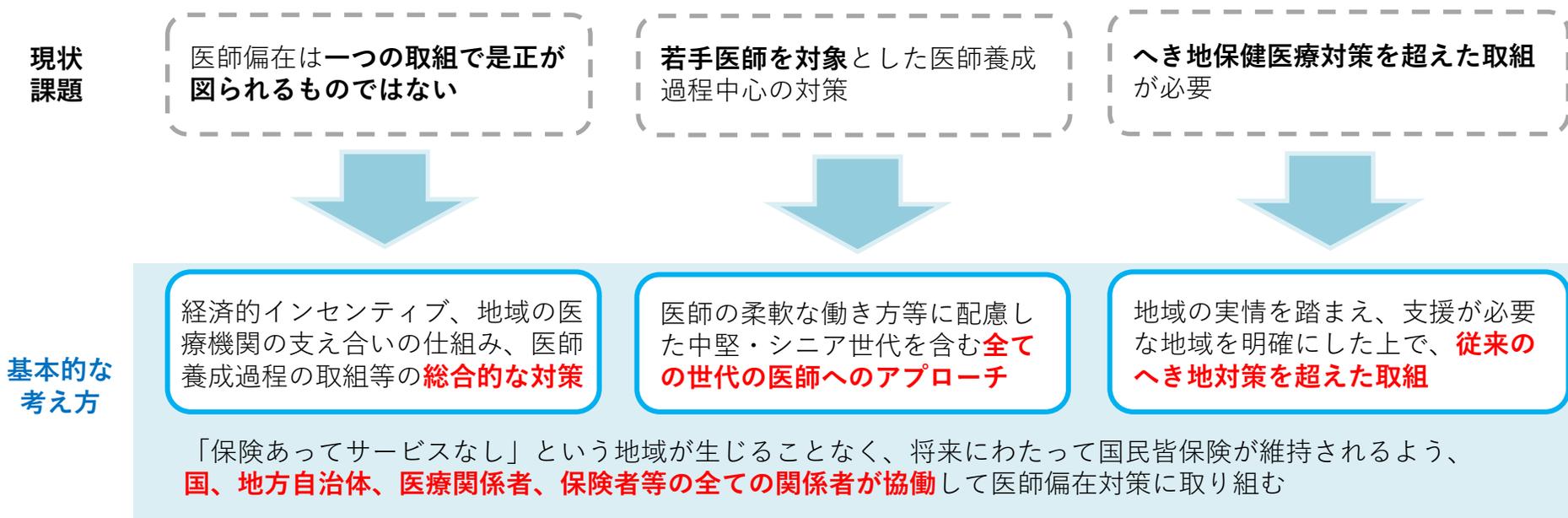
病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 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 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
 - **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。
- ※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

<医学部定員・地域枠>

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による**恒久定員内の地域枠設置等**への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・**広域連携型プログラム**※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「**重点医師偏在対策支援区域**」と設定し、**優先的・重点的に対策を進める**
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「**医師偏在是正プラン**」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で**重点区域における以下のような支援**について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
 - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、**診療報酬の対応**を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の**全国的なマッチング支援**、総合的な診療能力を学び直すための**リカレント教育**を推進

<都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>

- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する**連携パートナーシップ協定の締結**を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>

- ・対象医療機関に**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院**を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から**1年以上に延長**。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

<保険医療機関の管理者要件>

- ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等**保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す**

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、**処遇改善**に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

今後のスケジュール（予定）

令和6年12月25日厚生労働省

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（一部改）

対策等	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
医師確保計画	「第8次医師確保計画(前期)」の取組			「第8次医師確保計画(後期)」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドライン・プランの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の検討・策定	
経済的インセンティブ	緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施		本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援	全国的なマッチング機能の支援			
リカレント教育の支援	リカレント教育の支援			
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定	協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定		医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い <small>(医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件)</small>	法令改正ガイドラインの検討・策定		改正法令施行	
医学部定員・地域枠	医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討			
臨床研修	各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用		プログラム開始	
診療科偏在是正対策	必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討			

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定

※ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

本検討会における検討の前提

- 新たな地域医療構想や医師偏在対策等は多岐にわたるところ、その一部は法律改正を要する事項もある。関連する改正事項を含む医療法等の一部を改正する法律案が継続審議とされていることを踏まえ、本検討会においては、法案を前提としない事項（法律事項以外）から具体的な検討を進める。

<医療法改正法案を前提とせずに検討する事項>

- ・ 必要病床数、医療機関や病床の機能
- ・ 構想区域のあり方
- ・ 医師偏在指標

等

<医療法改正法案の成立後に検討する事項>

- ・ 地域医療構想への精神病床の追加
- ・ 医師手当事業の創設
- ・ 外来医師過多区域における無床診療所の新規開設者への要請等

等

WGでの検討事項について（医療部会での主な意見）

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【救急医療】

- 85歳以上の高齢者が増加し、生産年齢人口が減少する中、今後も救急医療の体制を持続的に確保するため、救命救急センターの充実段階評価の見直しも含め、救急医療提供体制のあり方について検討が必要。

【小児・周産期医療】

- 小児・周産期医療については、少子化にあっても、地域でこどもを安心して生み育てることができる体制の確保が必要。周産期医療においてハイリスク症例の集約化を進めているところ、出生数が減少し、分娩取扱施設等が減少する中で、地域の小児・周産期医療の体制を確保・維持するため、一般的な分娩や小児医療についても、地域によって持続可能な連携体制の構築や集約化について検討が必要。

【災害・新興感染症】

- 災害拠点病院の整備等による大規模災害への備えや、医療機関と都道府県間の協定締結による新興感染症発生・まん延時の医療提供体制の整備等を推進しているところ、新たな地域医療構想も踏まえた平時の医療提供体制と整合した体制のあり方について検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 救急に関しては、どうしても議論が二次救急、三次救急に偏りがち。医師の働き方改革の影響を受けて、一次救急が回らず、三次救急の医療機関に患者が集まるなど、救急が立ちゆかない地域が出ている。WGでは一次救急の体系について議論が必要。
- 地域で妊産婦健診ができなくなると非常に問題。周産期の入院医療に力点が置かれているが、いろいろな議論の中で妊産婦健診をいかに維持していくかという視点の議論もお願いしたい。
- 地域でお産ができる体制をどのように構築していくかについて、様々な立場から、特に実際にこれから子供を持つ若い世代、地方にお住まいの方、そして実際に現場で働く勤務医の意見や提案などもぜひ取り入れて、持続可能な体制に向けてしっかりと議論をしていただきたい。
- 地域で子供を安心して産み育てるために、将来的に必要な医療体制を示していただいた上で、それに必要な医師等の確保を国の施策として強力で進めるべき。

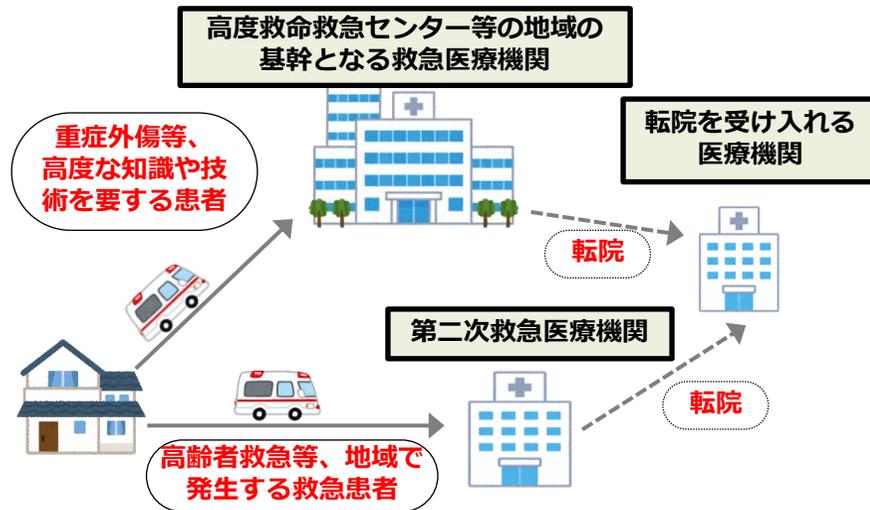
救急医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。ドクターカーについては、全国の様々な運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

救急医療機関の役割等

- 第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担うなど、地域の救急医療機関の役割を明確化する。
- 医療機関間で、転院搬送に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことを通じて、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。



居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- 医療関係者・介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討を進める。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

東京都八王子市の例

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

(在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>)

～記入例～ 救急医療情報 (八王子市高齢者救急医療連携協議会)

住 所	八王子市 苑中 町 三丁目 24番 1号		
より近い	緑が丘 駅前	年齢	70歳
氏 名	八王子 七男	(平成24年 8月 10日現在)	
生年月日	昭和 24年 8月 10日		
性別	男		
連絡先	0122-626-3111(自宅)	同居のご家族がいっしょに緊急ご記入ください。	
電話番号	090-6666-6666(車の携帯)		

◎医療情報
 現在治療中の病気 ①(1) 糖尿病、心臓病、脳卒中、その他 (血圧185/110)
 過去に医師から言われた病気 ②(2) 高血圧
 服用している薬 カルベドール錠 10mg
 プロゾール錠 10mg
 処方先: 八王子協和病院 東京都八王子市西宮町1-1-1
 かかりつけの病院 八王子 上野町3丁目
 緊急連絡先

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の半角を○として下さい。
 できるだけ救命、延命してほしい
 苦痛をやわらげる処置なら希望する
 なるべく自然な状態で死んでほしい
 その他 ()
 併記したいことがある方は、併記してほしい
 ※ 併記の際は、併記事項をご記入ください。
 ※ 併記事項は、併記事項欄に記入してください。
 ※ 併記事項は、併記事項欄に記入してください。

◎緊急連絡先
 氏 名 性別 住所 住所 電話番号
 八王子 六男 子 八王子市 〇〇〇〇-1-1-1 080-1111-6666
 日野 五子 子 日野市 〇〇〇〇-1-2-3 090-0000-6666

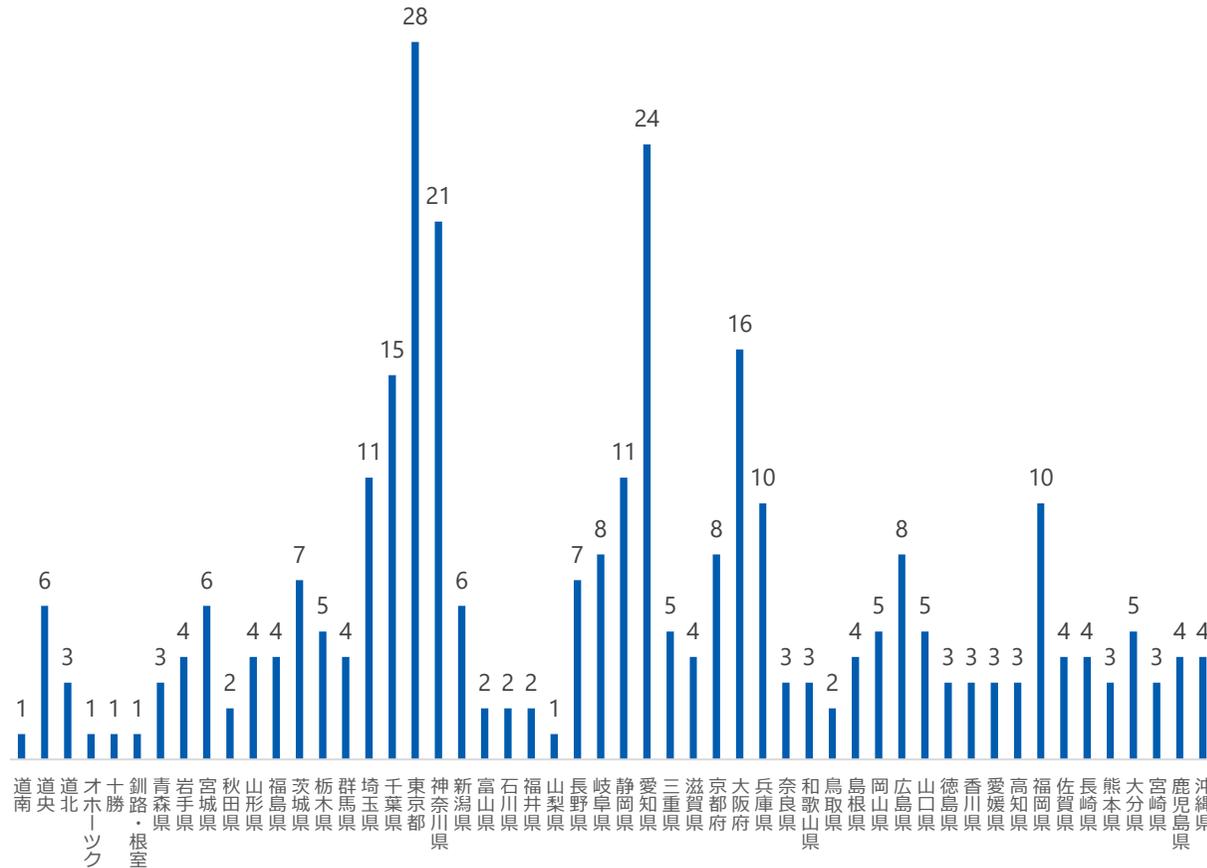
平成11年 平成24年 8月 10日 東京都 平成27年 4月 1日
 更新日① 平成 年 月 日 更新日② 平成 年 月 日
 更新日③ 平成 年 月 日 更新日④ 平成 年 月 日

◎高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)
 名 称 電話番号

救急医療について

- 複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対して高度な医療を総合的に提供する施設として、各都道府県において、三次医療圏を基本とし、救命救急センターを整備してきており、各救命救急センターの機能強化の観点から、「充実段階評価」による評価を行っている。
- 三次医療圏ごとの救命救急センターの整備状況には地域差がある。

3次医療圏ごとの救命救急センター数



充実段階評価について

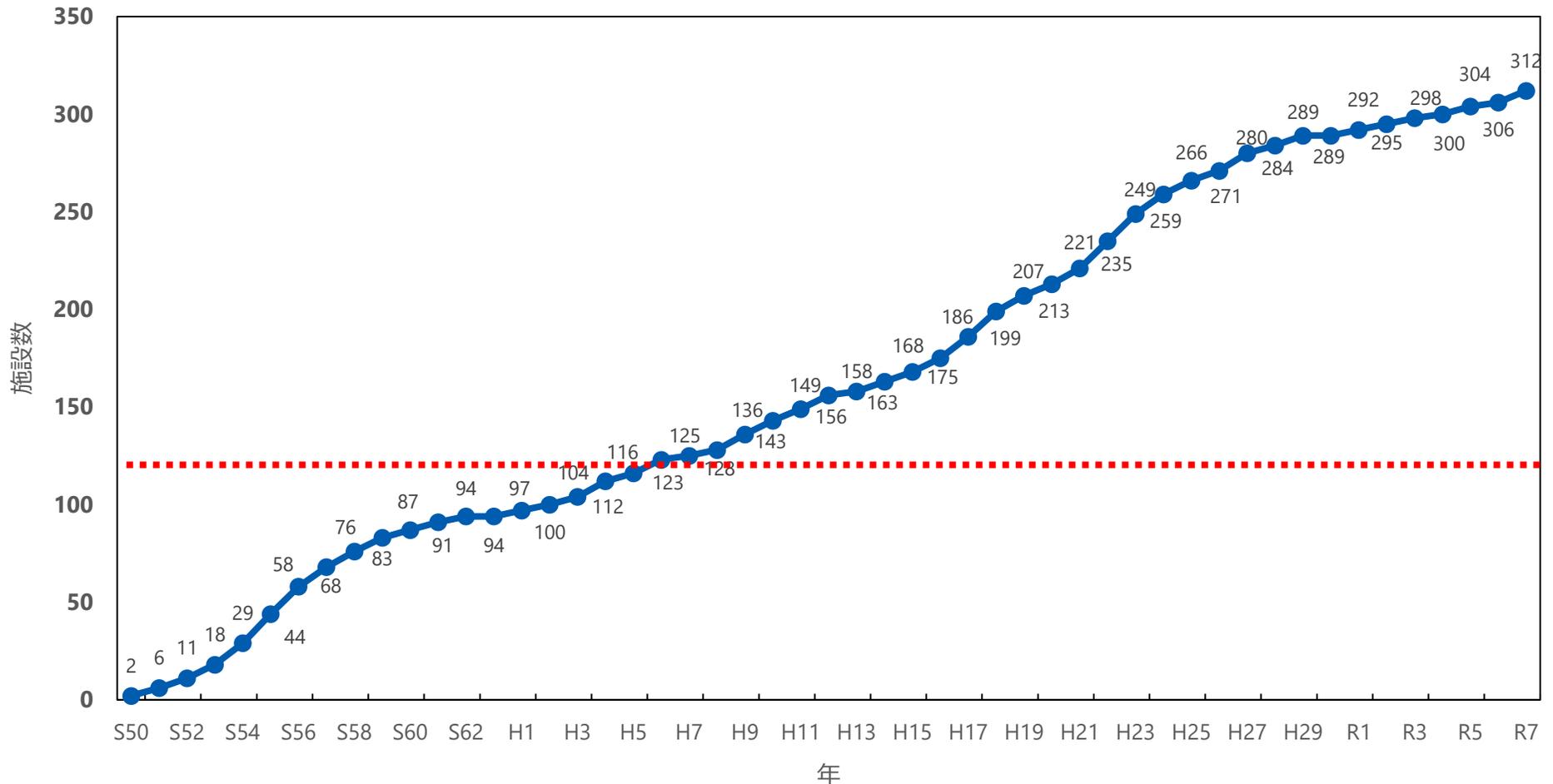
各救命救急センターの診療体制や患者受入実績等について、「評価項目」と「是正を要する項目」に区分して点数化し、その合計点数を基に、各施設の充実段階をS, A, B, Cに区分。評価結果について、診療報酬（救命救急入院料）の加算や救命救急センター運営事業の交付算定基準額の算出に用いている。

評価項目：45項目（100点）
是正を要する項目（■）：20項目

1	専従医師数	25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
2	1のうち、救急科専門医数	26	救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
3	3.1 休日及び夜間帯における医師数	27	院内急変への診療体制
3	3.2 休日及び夜間帯における救急専従医師数	28	脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等
4	救命救急センター長の要件	29	救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備
5	転院及び転棟の調整を行う者の配置	30	救急医療領域の虐待に関する整備
6	診療データの登録制度への参加と自己評価	31	地域の救急搬送
7	7.1 年間に受け入れた重篤患者数（来院時）（別表）	32	地域の関係機関との連携
7	7.2 地域貢献度	33	都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への関与又は参画
8	救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組	34	救急医療情報システムへの関与
9	救急外来のトリアージ機能	35	ワツタイン様式調査への協力状況
10	電子的診療台帳の整備等	36	メディカルコントロール体制への関与
11	内因性疾病への診療体制	37	37.1 救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況
12	外因性疾病への診療体制	37	37.2 救急救命士の病院実習受入状況
13	精神科医による診療体制	38	臨床研修医の受入状況
14	小児（外）科医による診療体制	39	専攻医の受入状況
15	産（婦人）科医による診療体制	40	医療従事者への教育
16	医師事務作業補助者の有無	41	災害に関する教育
17	薬剤師の配置	42	災害に関する計画の策定
18	臨床工学技士の配置		
19	医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担		
20	CT・MRI検査の体制		
21	手術室の体制		
22	救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議		
23	第三者による医療機能の評価		
24	休日及び夜間勤務の適正化		

救命救急センター数の推移（令和7年4月1日時点）

- 救命救急センターは当初、増大する救急医療需要に対応するため、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたが、現在312施設まで増加している。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある」としつつも、新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、「一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である」とされている。



充実段階評価の見直しに関する想定スケジュール

救命救急センターの充実段階評価について、現状の救命救急センターにおける取組状況や、厚生労働科学研究班の評価項目の見直し案を踏まえ、**令和7年に試行調査**を行った上で、**本WGにおいて、試行調査結果を確認し、それを踏まえた評価項目の修正是非について議論**を行い、令和8年に行う令和7年評価から新しい評価項目で評価することとしてはどうか。

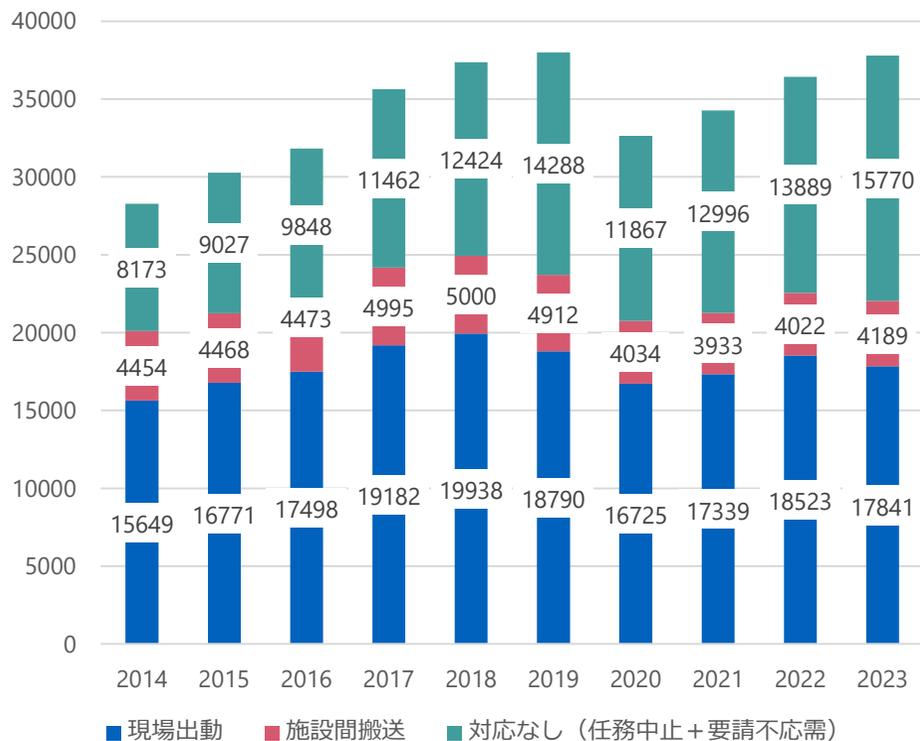
年	会議スケジュール	充実段階評価
R6	<u>救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ</u> 充実段階評価の見直し案について議論	議論の結果を踏まえ見直し案について事務局で検討
R7	<u>救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ</u> (3月) 試行調査案について議論 <u>救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ</u> (夏頃) 試行調査結果を確認、それを踏まえた評価項目の修正是非について議論	1月 令和6年評価を配布(現行評価) 3-4月(P) 現行評価の結果公表 4-7月(P) 試行調査の実施
R8		新しい充実段階評価を実施 1-2月(P) 令和7年評価を配布(新評価)

- 地域における救急医療を担う医療機関の役割分担については地域医療構想も踏まえ今後検討。

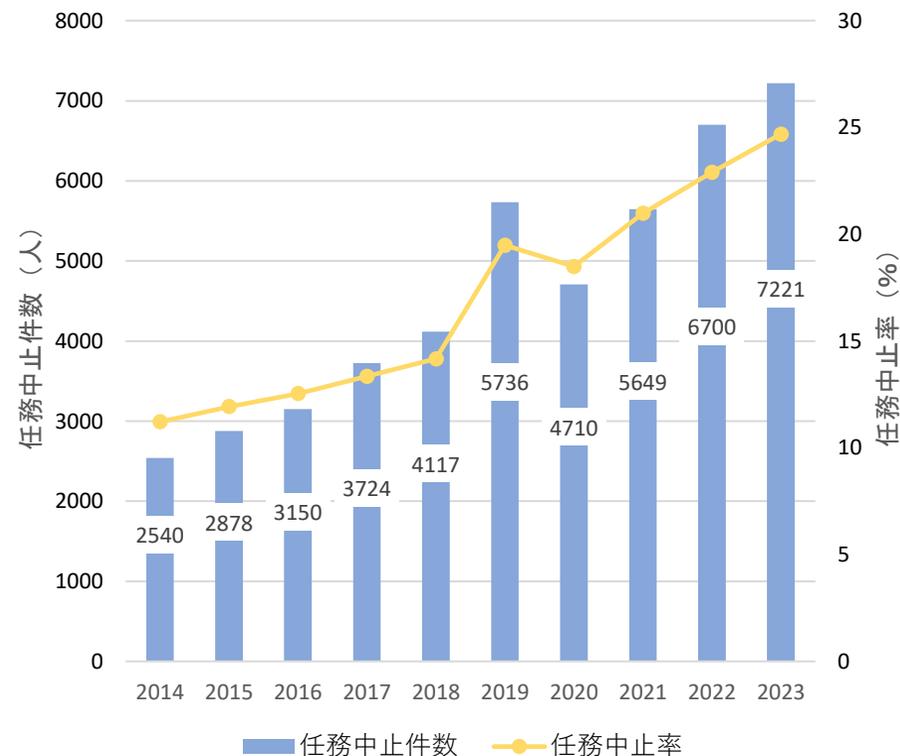
ドクターヘリの運航状況

- ドクターヘリ要請件数は2020年に減少したが、その後は経年的に増加傾向にある。
- 現場出動の件数は2018年までは経年的に増加傾向にあったが、2019年に減少しその後は増減している。
- 任務中止件数はこれまで概ね増加傾向であり、2023年も同じ傾向が継続した。過去10年間で見るとほぼ直線的に増加している。
- 任務中止率（要請受諾件数に占める任務中止件数の割合）はこれまで概ね増加傾向である。

ドクターヘリ要請件数とその対応の経年推移



任務中止件数と任務中止率の経年推移



資料出所: 令和5年度日本航空医療学会集計データを基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

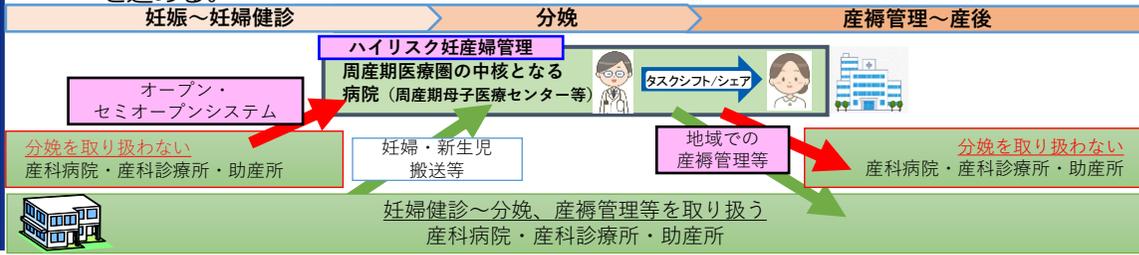
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、必要に応じて周産期医療圏の柔軟な設定を行い、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

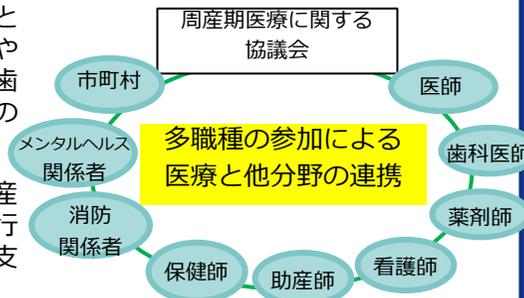
周産期医療の集約化・重点化

- 基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進める。ハイリスクでない分娩は、その他の産科医療機関で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関において妊婦健診や産前・産後のケアや、オープンシステム・セミオープンシステム等を実施することを検討するとともに、産科医師から助産師へのタスクシフト/シェアを進める。



周産期医療に関する協議会

- 医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者、さらに、地域の実情に応じて、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行う保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。



ハイリスク妊産婦への対応

- NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、周産期医療に精通した医療従事者育成を含めて、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討する。

在宅ケアへの移行支援

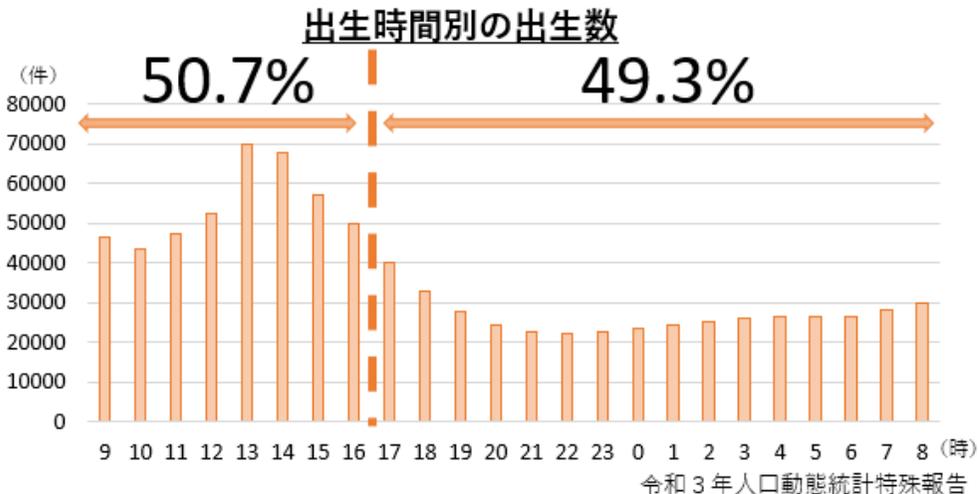
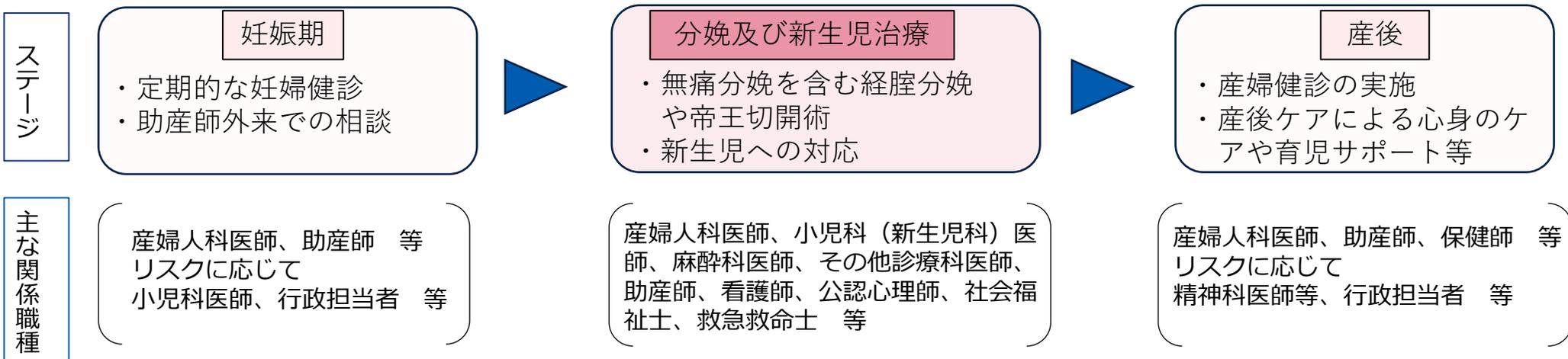
- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、医療的ケア児の生活における療養・療育への円滑な移行を支援する。

母子に配慮した周産期医療

- 分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

周産期医療について

- 周産期医療は、周産期（妊娠22週から出生後7日未満）の妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする。妊産婦・新生児に対して、多職種が関わり、母子保健も含めて地域で支える体制が重要。
- 特に、分娩の取扱いにおいては、ハイリスク分娩の対応のほか、分娩前まで正常な経過であっても、出生日時や分娩時間、緊急的な対応の必要性が予測困難な上、分娩が数十時間に及ぶこともあり、常時一定規模の体制の確保が必要。



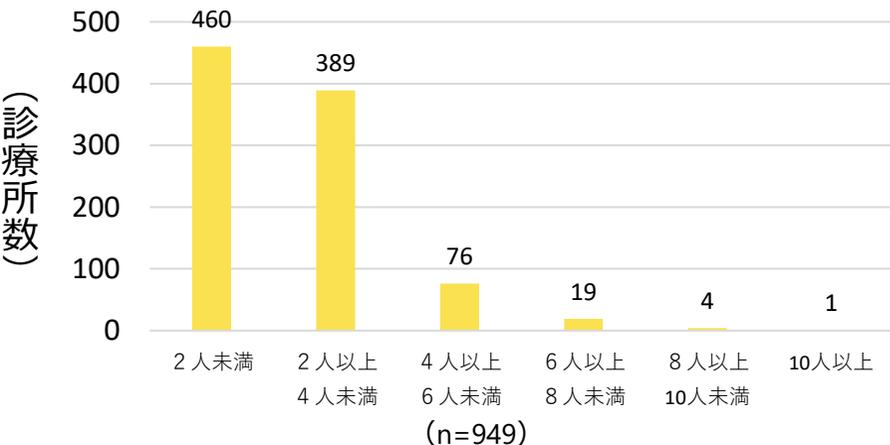
<分娩に必要な体制について>

- 約半数の児が17時から翌日9時までの間に出生しており、分娩取扱施設は24時間対応できる体制が必要
- ハイリスク分娩への対応や、予測困難な急変時の対応に備えるため、周産期母子医療センターを基幹として、夜間も含め常時リスクの高い妊婦・新生児に対応するための十分な人員や設備の確保が必要

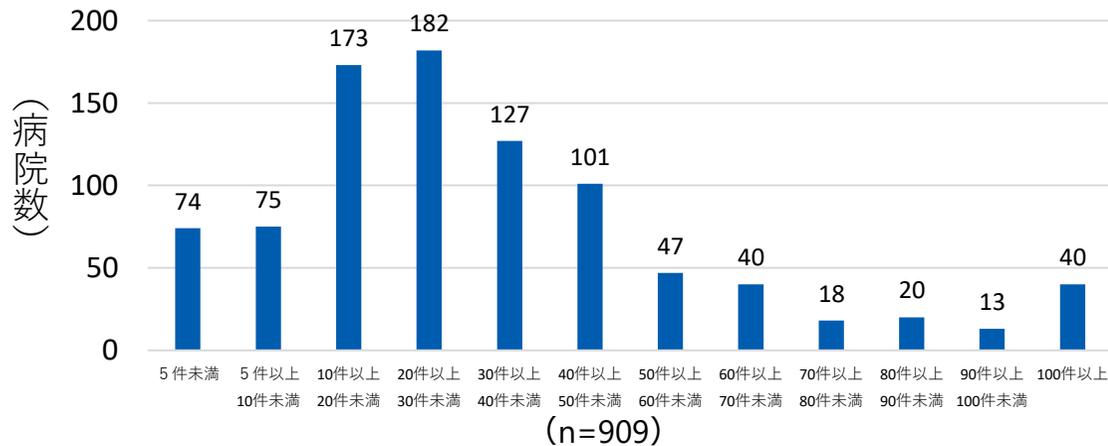
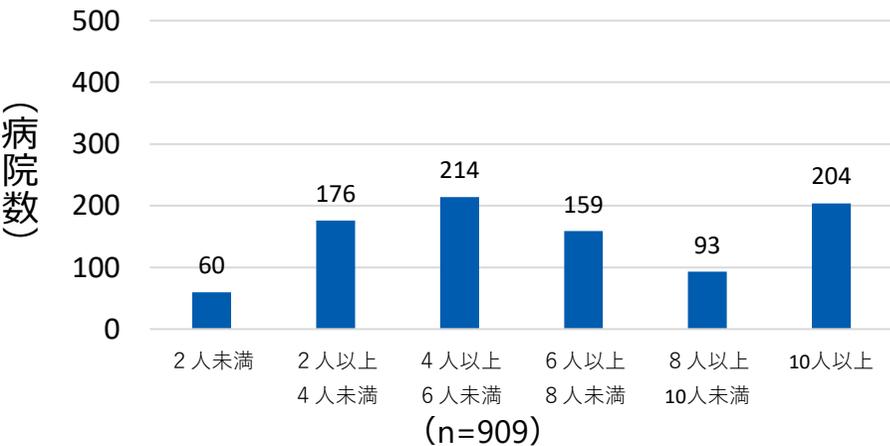
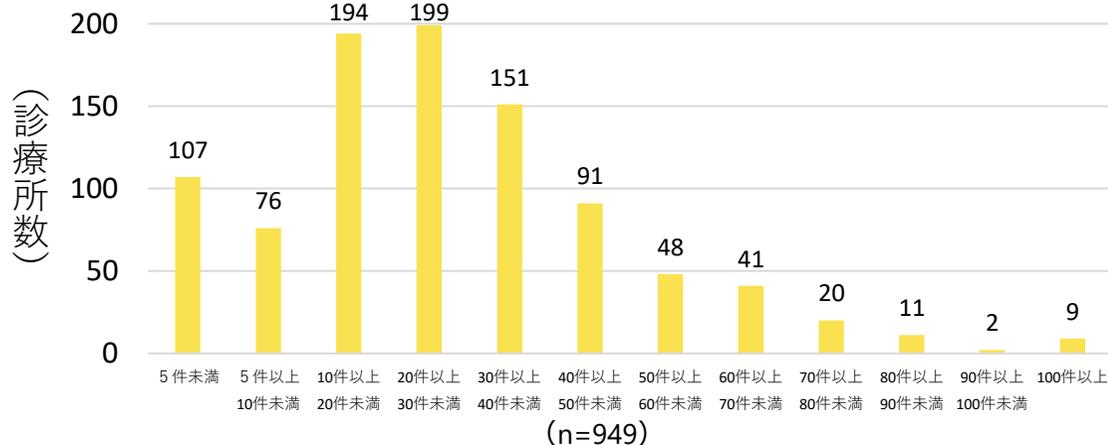
分娩を取り扱う診療所及び病院の現状

- 分娩を取り扱うためには、常時一定規模の体制の確保が必要となるが、常勤換算の分娩取扱医師数は、診療所では約半数が2人未満であり、病院でも2人未満の施設がある。
- 月間分娩数が5件未満の施設も一定数存在する。

＜分娩取扱常勤換算医師数別の医療機関数＞



＜月間分娩数別の医療機関数＞



厚生労働省「医療施設調査」（令和5年）の調査票を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において集計。

分娩数については、令和5年9月の1か月間の取扱件数

「無痛分娩に関する取組の再周知について」(令和7年5月15日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

- 無痛分娩については、「無痛分娩の安全な提供体制の構築について」(平成30年4月20日付け通知)及び「無痛分娩の安全な提供体制の構築について(補足)」(令和3年7月5日付け通知)により、「無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表」(以下「自主点検表」という。)の活用や、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)が実施する無痛分娩に関する取組について周知を行ってきた。
- 本通知は、自主点検表の活用及びJALAにおいて実施されている取組について、関係医療機関等に対して改めて周知を行うためのものである。
- ※JALA:日本医師会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本麻酔科学会、日本産科麻酔学会、日本看護協会(後援団体)を設立団体として2018年7月に発足。

自主点検表について

無痛分娩を取り扱う医療機関に対して、全ての項目を満たすような適切な対策をとるよう、周知を実施。
記載項目の概要: A 診療体制、B 情報公開、C インシデント・アクシデントの収集・分析・共有

JALAの取組について

1. 無痛分娩に係る医療スタッフの研修

関連団体とも連携しつつ、無痛分娩の安全な診療のための講習会のプログラムを策定し、講習会を開催。

2. 無痛分娩の提供体制に関する情報公開

無痛分娩の診療体制について情報公開を行う医療機関のリストをホームページで公開(令和7年3月31日時点で447医療機関が登録済)。また、妊婦及びその家族に対して無痛分娩に関する必要な情報を分かりやすく提供することを目的として、日本産科麻酔学会ウェブサイトにおいて「無痛分娩Q&A」を公表。

3. 無痛分娩の安全性向上のためのインシデント・アクシデントの収集・分析・共有

無痛分娩に係るインシデント・アクシデントを収集し、分析することを目的として、無痛分娩有害事象収集分析事業を実施。

小児医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

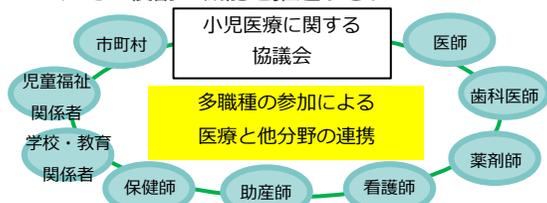
- 小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。
- 保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。
- 医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。
- 保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（#8000）を推進する。
- 医師の勤務環境改善を進めつつ、医師偏在対策を検討する。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

医療へのアクセス確保

- 集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児等に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められることに留意する。

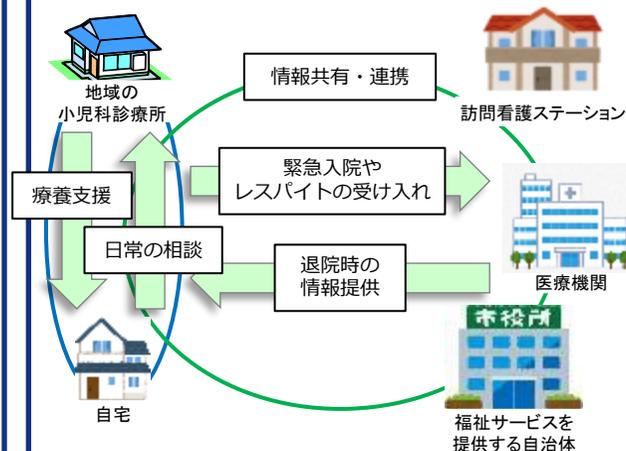
小児医療に関する協議会

- 医師、看護師のほか、地域の実情に応じて、助産師、児童福祉関係者や学校・教育関係者、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種の参画を検討する。
- 小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。



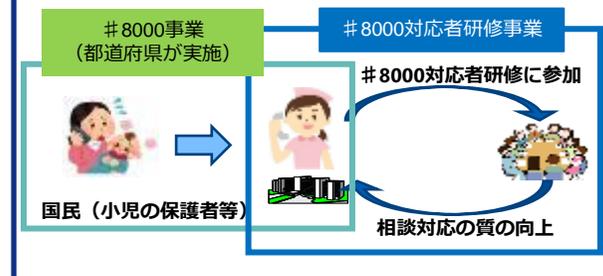
医療的ケア児への支援

- 医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援を行う体制、緊急入院に対応できる体制、レスパイトの受け入れ体制等を整備する。



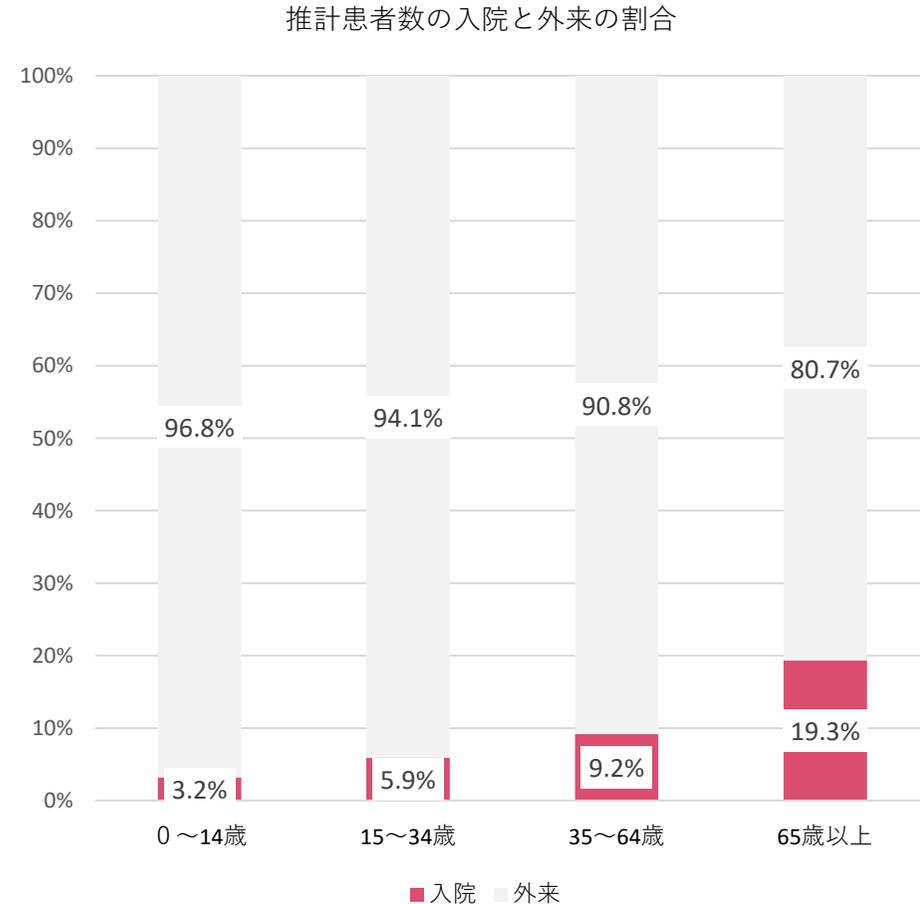
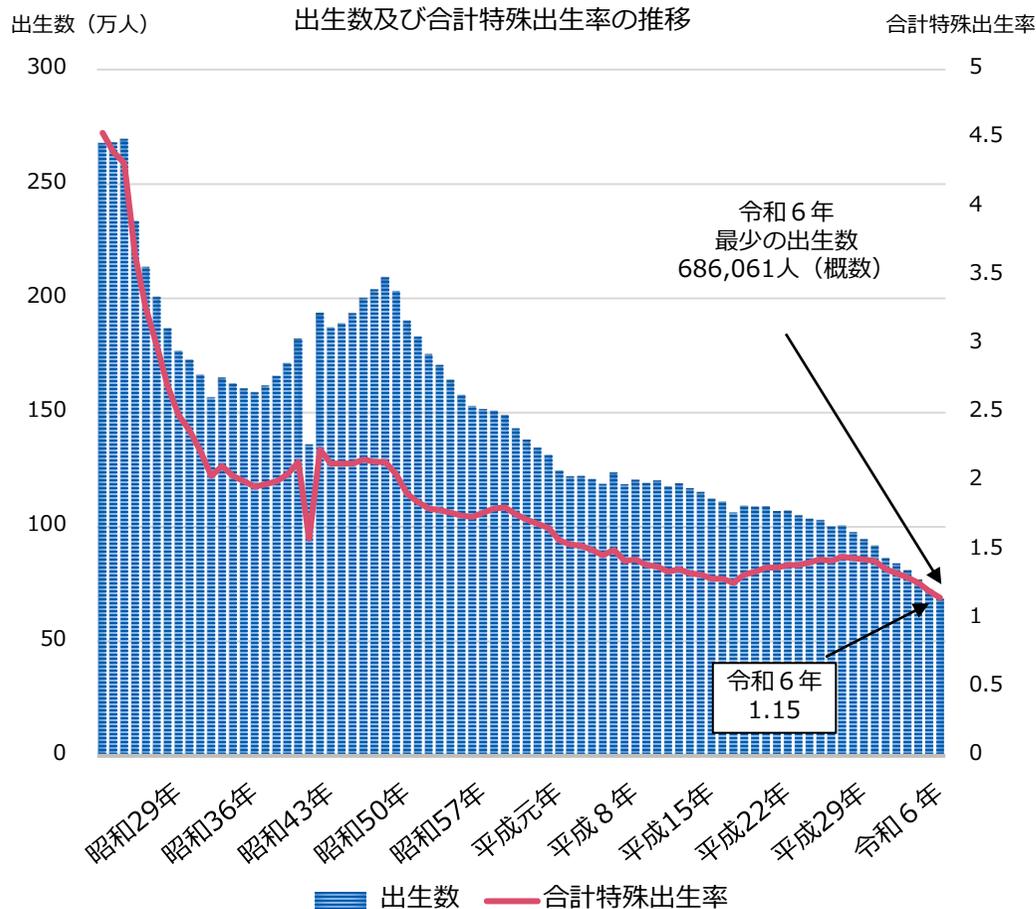
#8000の推進

- #8000について、応答率等を確認し、回線数を増やす等の改善の必要性を適宜検討する。
- #8000対応者研修事業を活用し、相談者への対応の質の向上を図る。



小児医療（外来）について

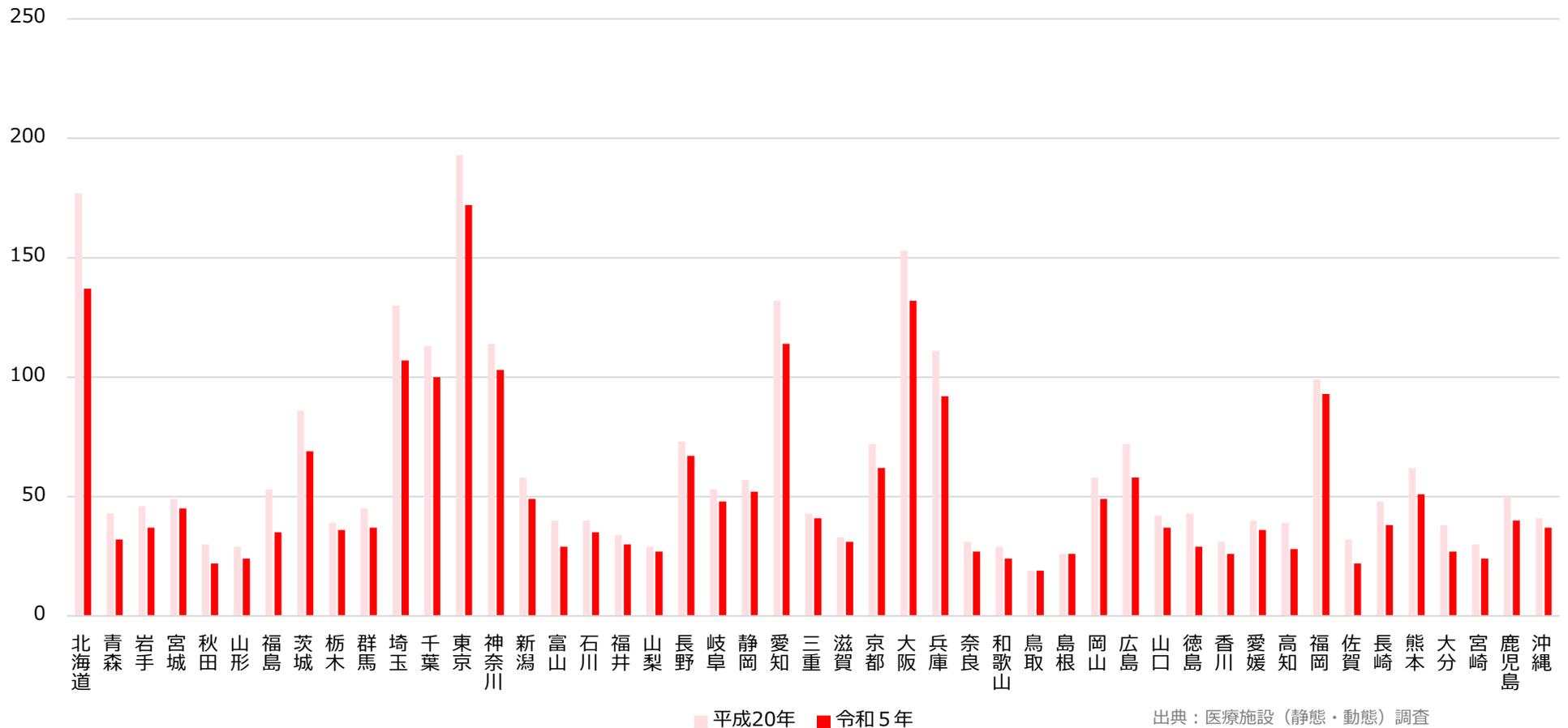
- 小児医療について、出生数の減少により小児医療の需要は減少するが、小児では外来医療のニーズが相対的に高く、また、外来診療に加え、予防接種、乳幼児健診、学校医など、幅広い役割が求められる。このため、地域ごとに、小児の外来医療提供体制の維持・確保が重要。



小児医療（入院）について

- 小児科を標ぼうする病院数は減少しているところ、こどもを安心して生み育てるため、地域ごとに、小児の入院医療提供体制の維持・確保が重要。

小児科を標ぼうする病院数（都道府県別）

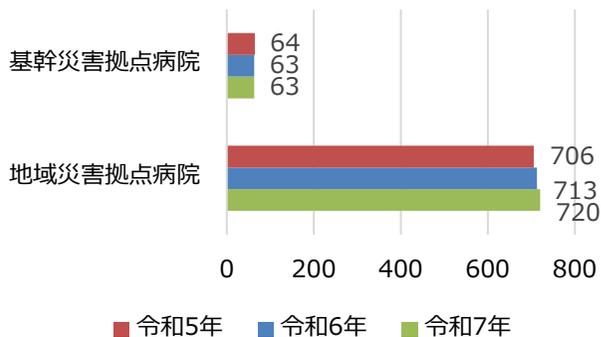


出典：医療施設（静態・動態）調査

災害医療の取組状況について

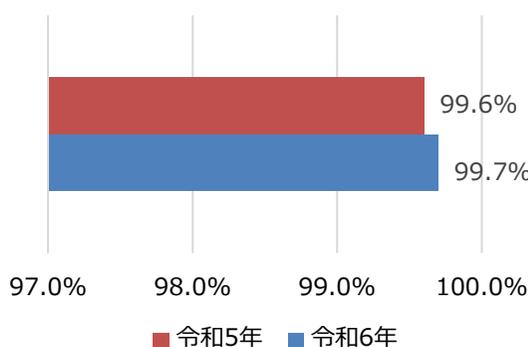
- 医療計画に基づき、災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行うことで災害時の医療提供体制を確保している。
- これらの病院において、災害時の診療機能の低下を軽減・維持し、早期に機能を回復する方策として、事業継続計画（BCP）の策定を進めている。
- 災害時等に必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とし、各種医療チームの体制整備と他の様々な保健医療福祉活動チームの間での連携を推進している。
- 医療機関の被災情報等を共有するため、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を運用している。
- 各都道府県において、災害時における医療救護活動の調整役として災害医療コーディネーターを任命している。

①災害拠点病院数



※基幹災害拠点病院:原則として都道府県に1箇所設置
 ※地域災害拠点病院:原則として二次医療圏に1箇所設置

②災害拠点病院におけるBCP策定率（%）

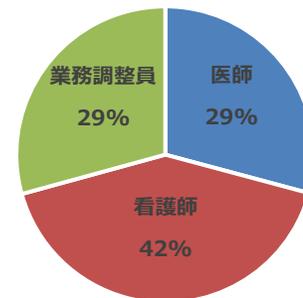


③ DMATのチーム数・隊員数

(令和7年4月1日時点)
 ・DMATチーム 1,840隊
 ・DMAT隊員数 18,909名

職種内訳

- ・医師 5,443名
- ・看護師 7,934名
- ・業務調整員 5,532名



④広域災害・救急医療情報システム（EMIS）

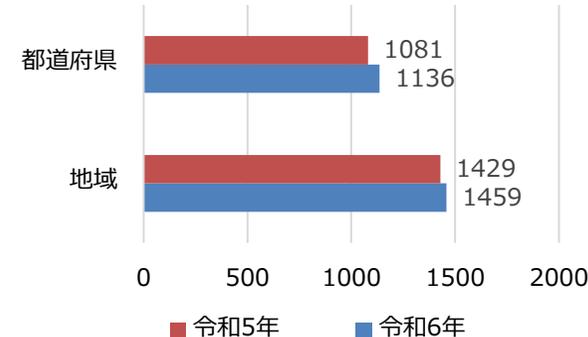
- ・災害時に迅速かつ的確な医療提供体制を確保するため、国、都道府県、DMAT等が医療機関の被災情報等を共有するシステム「EMIS（広域災害・救急医療情報システム）」が平成8年から導入されている。
- ・EMISでは、医療機関の患者受入れ可否、ライフラインの稼働状況、DMATの活動状況等の情報を収集・提供し、災害対応における医療資源の適切な運用を支援している。
- ・機能面等の課題に対応するため、令和7年度より、支援要否の報告手順の簡略化や関係者間のチャット機能実装等を含む新しいEMISが運用されている。

＜新しいEMIS利用画面（イメージ）＞

【災害時】医療機関被災状況入力画面イメージ 【平時】医療機関基本情報入力画面イメージ



⑤災害医療コーディネーター任命数（人）



※都道府県災害医療コーディネーター:都道府県単位で医療チームの派遣調整等を行う
 ※地域災害医療コーディネーター:市町村や二次医療圏単位で都道府県災害医療コーディネーターと連携し、医療チームの派遣調整等を行う

(参考) 厚生労働行政推進調査事業について

令和7年度から令和9年度までの3年間にわたって、厚生労働行政推進調査事業の一環として、「DX推進時代の大規模災害時におけるシステムデータを活用した医療提供体制の数量的評価に関する研究」を推進している。

研究者一覧

研究代表者

小井土雄一 (国立健康危機管理研究機構 DMAT事務局長)

研究分担者

森野一真 (山形県健康福祉部 医療総括監)

阿南英明 (地方独立行政法人神奈川県立病院機構 理事長)

久保達彦 (国立大学法人広島大学公衆衛生学 教授)

森村尚登 (東洋大学情報連携学術実事業 機構特任教授)

近藤久禎 (国立健康危機管理研究機構 DMAT事務局次長)

本間正人 (国立大学法人鳥取大学救急災害医学 教授)

渥美生弘 (国立大学法人浜松医科大学救急災害医学 教授)

豊國義樹 (国立健康危機管理研究機構 DMAT事務局)

津田尚武 (久留米大学医学部産婦人科学講座 主任教授)

西 大輔 (東京大学大学院精神保健学分野 教授)

中田敬司 (神戸学院大学現代社会学部 教授)

大場次郎 (国立健康危機管理研究機構 DMAT事務局)

主な研究テーマ一覧

1. 災害医療コーディネートに関する研究
2. DMATの効果的な運用に関する研究
3. 広域災害救急情報システム(EMIS)に関する研究
4. 地域や医療機関における強靱化・リスクの定量的評価に関する研究
5. 医療搬送 (広域医療搬送・災害時のドクヘリ運用)に関する研究
6. 災害時の病院支援とロジスティクスに関する研究
7. 地域連携BCPに関する研究
8. 国際災害医療チームの受援に関する研究
9. 周産期・小児医療提供体制に関する研究
10. 災害医療チームのメンタルヘルスを含む健康管理のあり方に関する研究
11. 医療用コンテナに関する研究
12. 災害急性期に特有な疾患への対応

新興感染症発生・まん延時の医療体制について

新興感染症発生からの一連の対応

新興感染症発生～流行初期

【新興感染症の発生時】

- まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応

【新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）】

- 上記の感染症指定医療機関が引き続き対応を行うとともに、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応

発生から一定期間経過後

- 上記の医療機関に加え、協定を締結した公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応

参考：感染症指定医療機関と感染症病床の状況（令和6年4月1日時点）

特定感染症指定医療機関	4医療機関（10床）
第一種感染症指定医療機関	56医療機関（106床）
第二種感染症指定医療機関 （感染症病床を有する指定医療機関）	359医療機関（1,797床）

〈医療措置協定の内容〉

- ① 病床確保：病床を確保し、入院医療を実施する。
- ② 発熱外来：発熱症状のある者の外来医療を実施する。
- ③ 自宅療養者等への医療の提供：居宅又は高齢者施設等で療養する感染症患者に対し医療を提供する。
- ④ 後方支援：感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施する。
- ⑤ 医療人材派遣：感染症患者に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する。

医療措置協定の状況（「医療計画・予防計画に記載している目標値」及び「医療措置協定の締結の実績」）

令和7年1月1日時点

①病床確保	目標値	実績
確保病床数(※)	45,681床	48,513床
うち流行初期 確保病床数(※)	23,213床	32,429床

(※) 確保病床数には、新興感染症対応を行う感染症病床数を含む。

②発熱外来	目標値	実績
協定締結医療機関数	41,643機関	40,150機関
うち流行初期 協定締結医療機関数	15,370機関	27,663機関

③自宅療養者等への医療提供	目標値	実績
病院・診療所	23,481機関	26,211機関
薬局	31,053機関	48,552機関
訪問看護事業所	5,075機関	5,890機関

④後方支援	目標値	実績
協定締結医療機関数	4,319機関	6,149機関

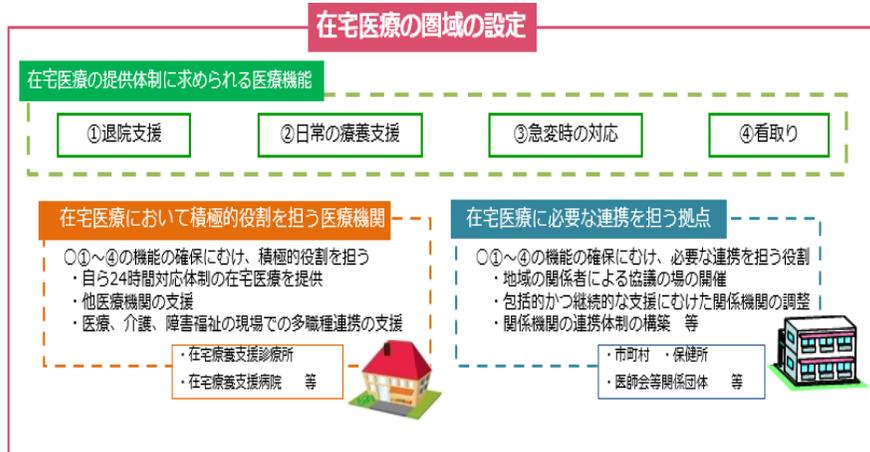
⑤医療人材派遣	目標値	実績
派遣可能医師数	3,067人	4,442人
派遣可能看護師数	4,921人	7,406人

在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の实情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

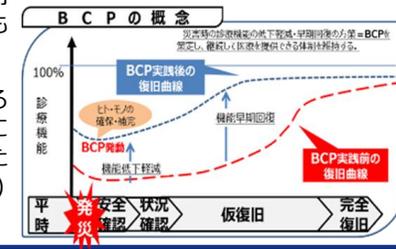
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

- 医療計画において、都道府県は在宅医療の提供体制構築のため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所などを念頭に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を確保することとしており、当該医療機関の状況を見ると、在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所が多い一方、地域によっては、在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院、訪問看護事業所や薬局が担っている場合もあった。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

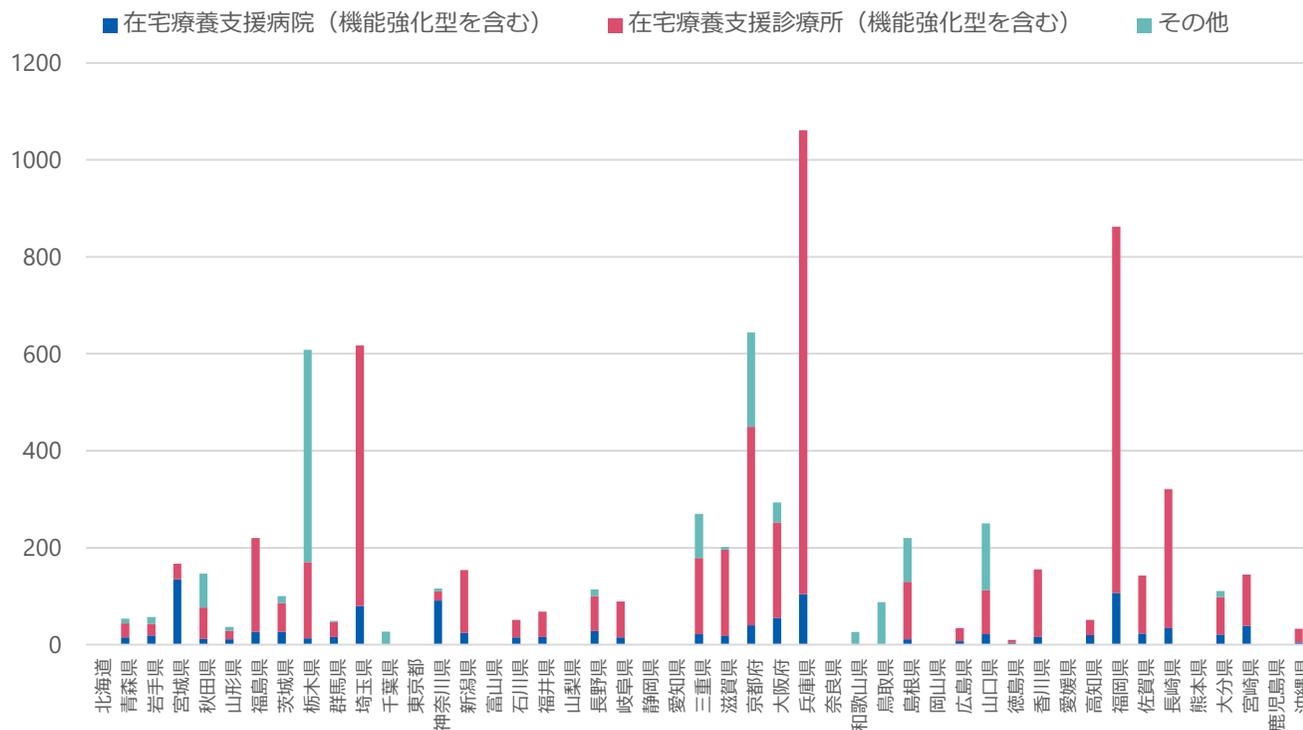
- ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。
- ・ また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

※ 指定がない又は少ない都道府県については、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の指定を調整中、現在は明確に定めていないが在支診・在支病を含むことを想定している等の状況にあることが考えられる。

(その他の例)

- ・ 在宅療養支援歯科診療所
- ・ 在宅療養支援歯科病院
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局 など

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定状況



検討会・WGの進め方（案）

- 地域医療構想は、中長期的なビジョンを共有し、地域の協議を通じて医療提供体制の構築を目指していくもの。その策定ガイドラインについて、これまで、大きくは、地域医療構想の策定に向けて①区域の設定、②議論のためのデータ（必要病床数）、③対応案の策定等、④策定後の取組の推進に向けた事項について作成されてきた。
- 新たな地域医療構想に向けて、医療機関機能の確保や外来医療、在宅医療、介護との連携や従事者確保等に関する具体的な検討や、昨年とりまとめられた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の実施のための具体的な検討が必要。
- 本検討会においては、当面、医療法改正案を前提とせずに検討可能な範囲について議論を進める。
- 救急医療については、救命救急センターについて充実段階評価の見直しの検討状況を踏まえ、さらに検討を行う。
- 小児・周産期医療については、近年の出生数の減少や医師の働き方改革を踏まえた持続可能な小児・周産期医療体制の構築、安全な無痛分娩の体制整備等について検討を行う。
- 災害・新興感染症医療については、災害、新興感染症の発生・まん延、国民保護事案等に備え、医療機関の強靱化、情報システムの整備、人材の育成、医療機関の役割の具体化等について総合的に検討を行う。
- 在宅医療については、地域ごとに求められるニーズや担い手の状況等の地域の実情を踏まえつつ、在宅医療提供体制の整備、質を担保した効率的な在宅医療の提供のあり方及び多職種連携の推進について検討を行う。

- 
- 地域医療構想策定のためのガイドラインについて、これまでと同様、①～④についてを基本的な構成としつつ、医療機関の機能等の内容を踏まえながら、具体的な記載事項について検討を進めることとしてはどうか。
 - 医師確保対策や医師偏在の是正については、令和9年度からの次期医師確保計画や「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の実施に向けて、具体的な内容の検討を進めることとしてはどうか。
 - WGについても、第9次医療計画等、必要な時期に向けて検討を進めることとしてはどうか。（具体的な検討事項は次頁）

各WGでの検討事項（案）

<p>救急医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 救命救急センターの充実段階評価の見直しと救命救急センターのあり方について ◆ 効果的な救急搬送体制のあり方について 等
<p>小児医療 周産期医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域における小児・周産期医療体制のあり方に関する事項 ◆ 安全な無痛分娩の体制整備に関する事項 等
<p>災害医療 新興感染症医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 大規模災害に備えた災害拠点病院等の医療機関の強靱化 ◆ 保健医療福祉調整本部における災害医療コーディネーターの役割 ◆ EMIS（広域災害・救急医療情報システム）の整備とITを活用した災害医療支援の効率化 ◆ 国民保護事案における医療提供支援のあり方 ◆ 新興感染症発生・まん延時の迅速な対応・運用のあり方 等
<p>在宅医療 医療・介護連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療計画における在宅医療及び医療・介護連携の体制整備の取組 ◆ 在宅医療に関わる多職種の役割明確化及び多職種間連携の強化に係る取組 ◆ かかりつけ医機能報告の活用による在宅医療提供体制の検討 等

2. 区域の設定



地域医療構想について（医療部会での主な意見）①（再掲）

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【圏域のあり方】

- 二次医療圏や構想区域について、今後の人口の減少等を踏まえながら、一定数の医師を確保し急性期の拠点機能等を確保していくため、他の圏域との統合を含む二次医療圏・構想区域の見直し（広域化）の検討が必要。
- ただし、人口が少ない二次医療圏等においては、高齢者救急・地域急性期の機能の確保や搬送手段の確保等を行うことが前提であり、離島などのアクセスに特段見直しが困難な事情がある場合があることに留意が必要。

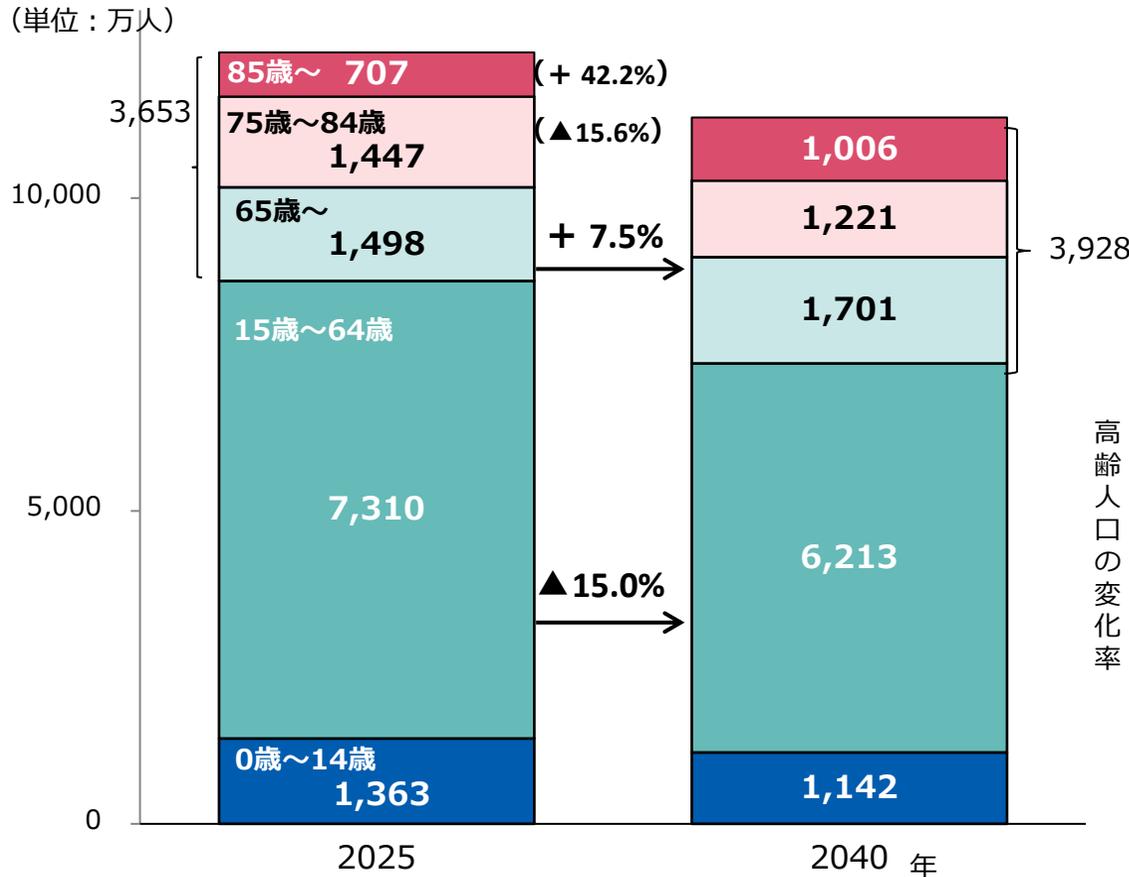
※第116回医療部会の主な意見

- 大都市部、一般市等、人口減少地域のように、3つのレイヤー等に区分し、地域の差異を踏まえた検討方法も提示しながら地域医療構想を策定する必要がある。
- 面積が大きく人口が少ない圏域の場合、いずれは他の二次医療圏との合体が必要になるが、その医療圏が必ずどこか1か所に集約されるものではない。隣接する医療圏での対応や県をまたいだ医療圏での対応等、地域の実情に合わせて柔軟に対応することが必要。
- 現在でもかなり人口規模の小さい二次医療圏があり、2040年に向けて人口の減少や地域差の拡大が進む中で、どの程度の圏域で医療を完結させられるのかは極めて重要な議論。まずは構想区域の見直しについて、一定の考え方を整理する必要がある。
- 救急医療や小児・周産期医療においては、持続可能性という側面だけでなく、地域住民に丁寧に説明しながら、アクセス面なども考慮した体制を構築することが重要。
- 各地方では、バスやタクシーなどの公共交通の維持が非常に課題となっている。今後、通院に対する負担が増加する地域が増えていく中で、医療アクセスの確保にかかるコストも増加していく、そうした今後の環境変化を踏まえた議論が必要。

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

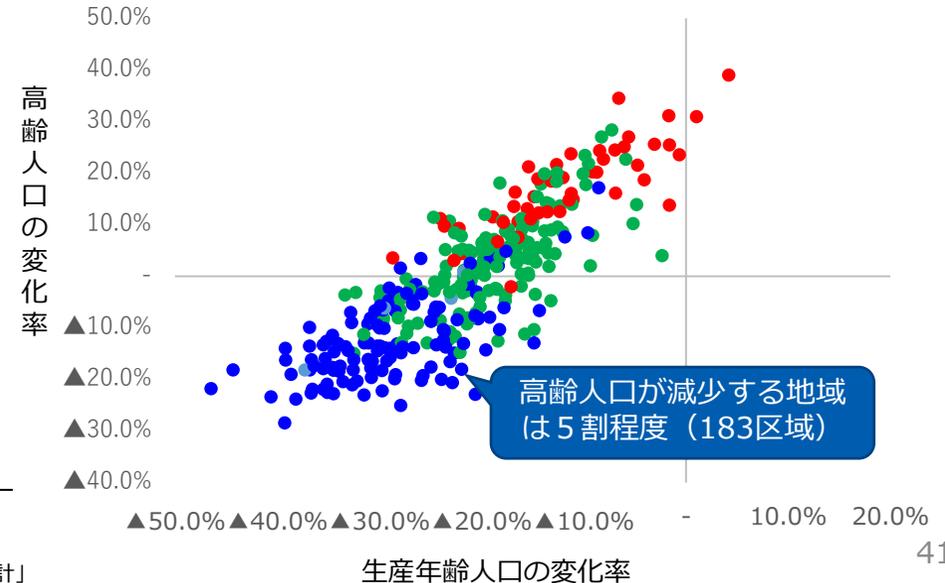
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外



第8次医療計画における医療圏、地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として、二次医療圏と原則一致するものとして設定している。また、第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏について、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区域の設定の見直しを検討する、また、100万人以上の二次医療圏について、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。
- 令和6年4月時点で、構想区域と二次医療圏は2県を除き一致している。

二次医療圏

330医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である**と認められるものを単位として設定

構想区域

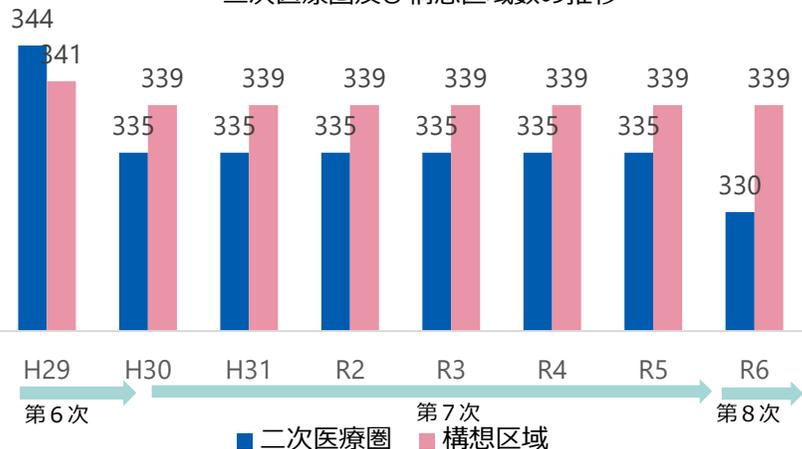
339構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

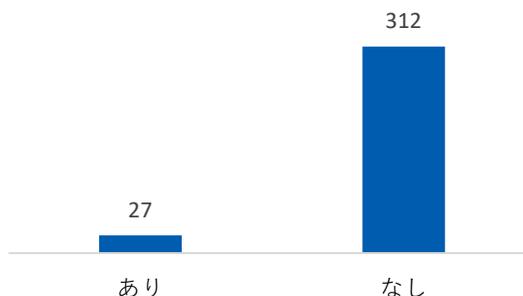


2県以外で一致

二次医療圏及び構想区域数の推移



第8次医療計画策定時における
構想区域設定の見直しの検討



見直しを行わなかった理由について

- ◆ 二次医療圏の統合等により、全体として医療提供体制が向上するといった明確な変化が見られない
- ◆ 複数の要因（地理的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情、他計画等への影響等）から現行区域の設定が妥当と判断

見直しを行うことへの課題等について

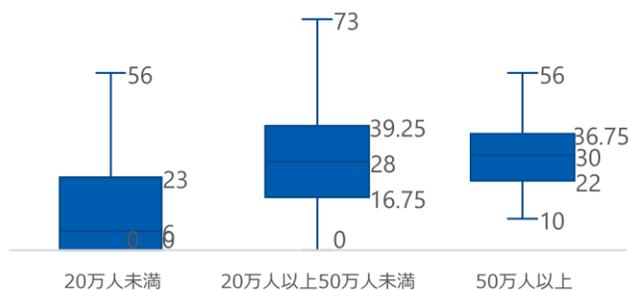
- ◆ 構想区域を統合し、面積が広大となる場合の基幹病院へのアクセス
- ◆ 区域の見直しにより他の行政分野との不整合、医療サービスの低下等が懸念
- ◆ 市町村や隣接県との調整
- ◆ 関係医療機関、医療関係団体からの理解

人口規模別の区域ごとの課題の例

人口規模の大小等の地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。

■人口規模の小さな区域での課題の例

二次医療圏人口規模別の人口10万人対脳血管内手術

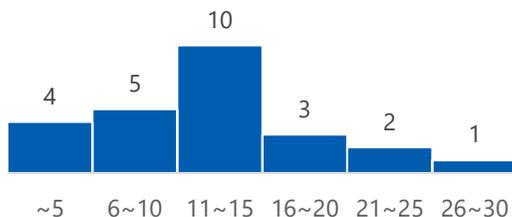


資料出所：令和5年度病床機能報告

- ・ 医師等の医療資源の絶対数が少なく、実施可能な医療が他の地域と比べて少ない場合がある。一部の診療行為については、実施がない二次医療圏も存在する。
 - ・ 隣接区域も人口規模の小さな区域である場合や、離島や山間部等でアクセスに課題がある場合がある。
- ⇒ 例えば、区域全体の医療資源の範囲で、必要な連携・再編・集約化を行い、確保する医療内容の検討、隣接区域や必要に応じて都道府県を越えた連携体制の構築の検討等が必要。

■人口規模の大きな区域での課題の例

100万人超医療圏における消化器外科の時間外手術を実施していない医療機関数



資料出所：NDB（2022年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

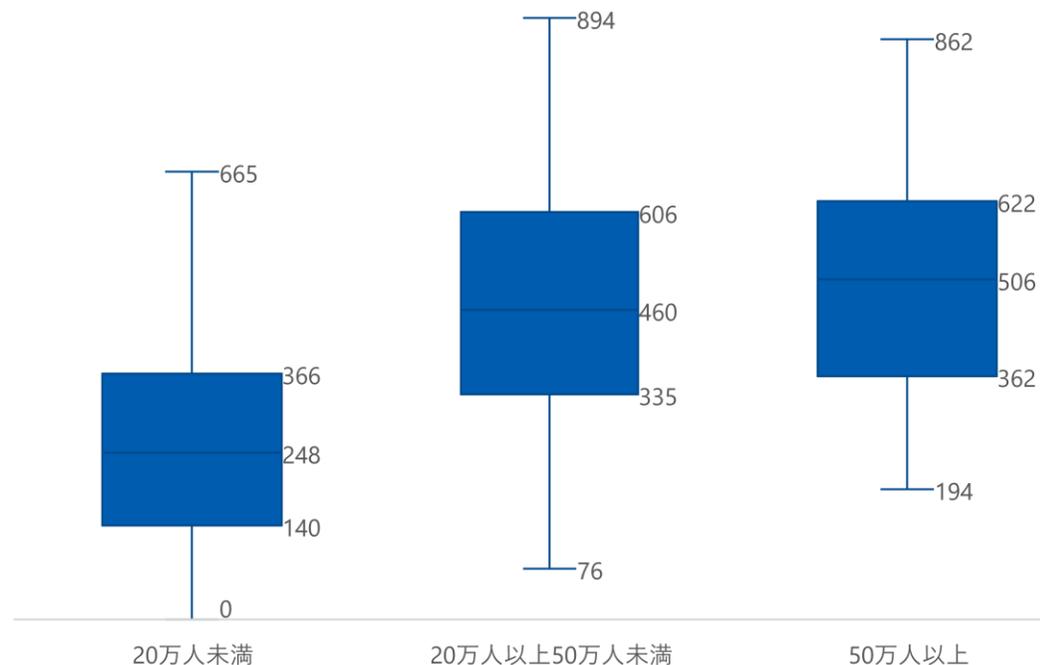
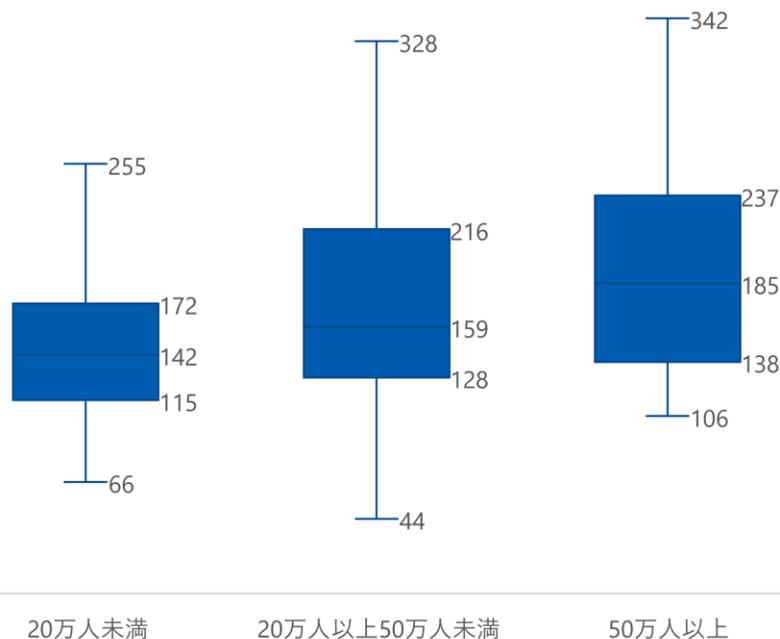
- ・ 医師等の医療資源は多いが、医療機関の特性も多様で、時間外手術を実施しない医療機関が一定数存在し、地域内でも時間外の対応を行う一部医療機関の医師等の働き方に負担が生じる場合がある。
 - ・ 隣接区域も人口規模が大きく、医療資源が多い場合がある。
- ⇒ 例えば、医療需要に応じて、救急受入等に関する役割分担を検討し、必要な連携・再編・集約化を行い、医師等の働き方が適切に確保され、質の高い医療を効率的に提供する体制の検討等が必要。

地域ごとの医療資源について

- 人口規模の大きな二次医療圏は、人口あたり医師数が多い傾向がある。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたり悪性腫瘍手術の実施件数が少ない傾向がある。

二次医療圏人口規模別の人口10万人対医師数

二次医療圏人口規模別の人口10万人対悪性腫瘍手術

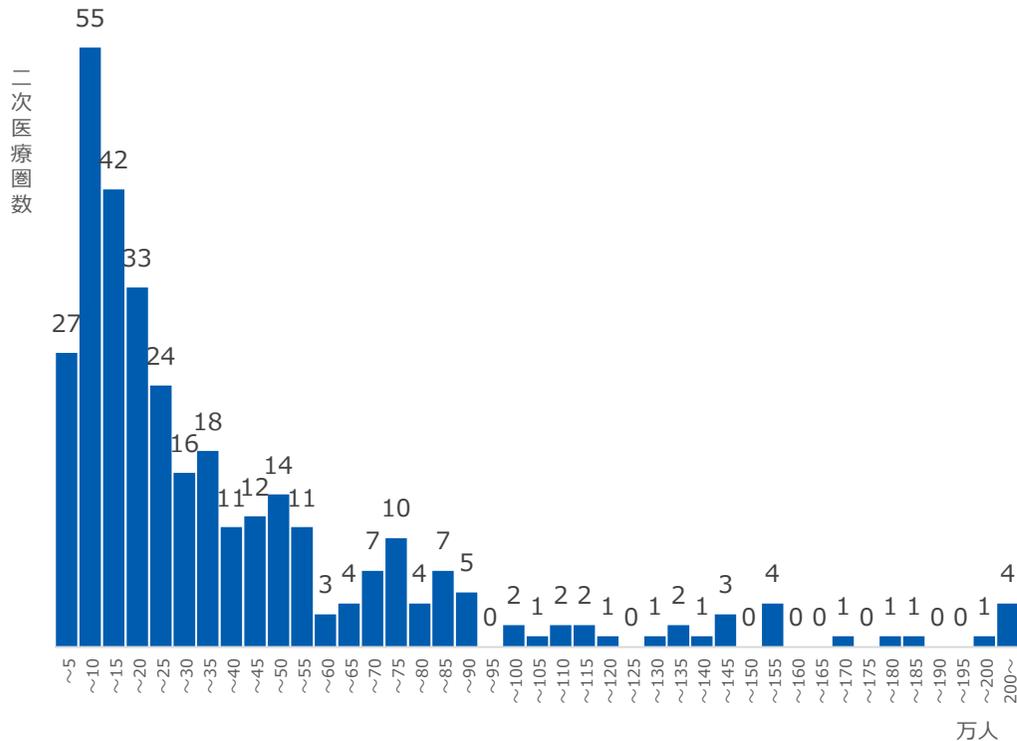


資料出所：令和5年度病床機能報告

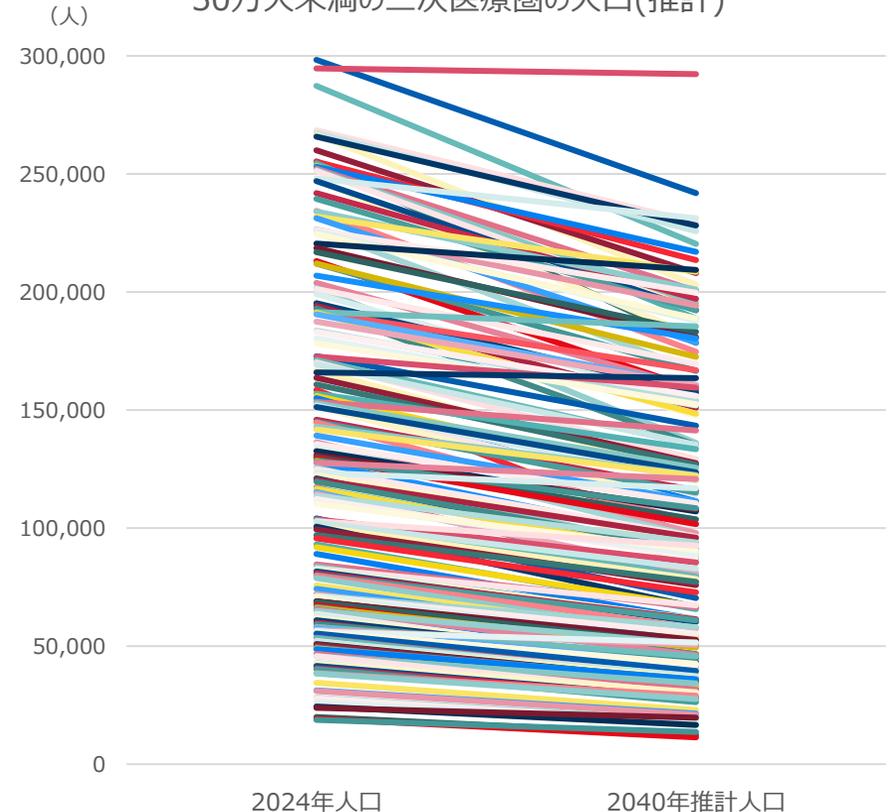
二次医療圏ごとの人口規模

- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度。人口規模が20万人未満の二次医療圏は157、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 二次医療圏を構成する市町村が変化しないと仮定すると、2040年には、人口規模が20万人未満の二次医療圏は182、10万人未満の二次医療圏は109となると推計される。

人口規模別二次医療圏数

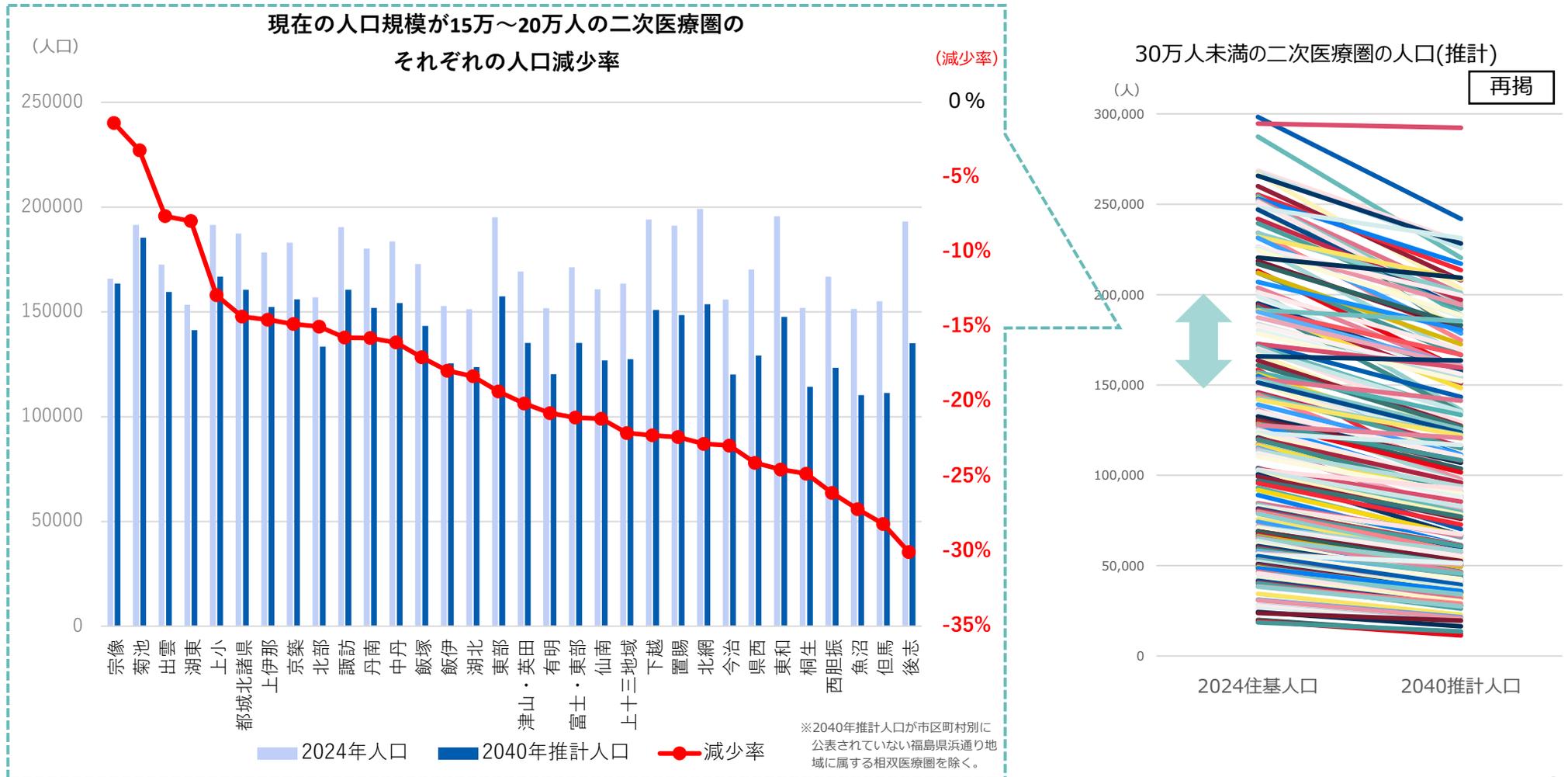


30万人未満の二次医療圏の人口(推計)



人口減少の度合いの地域差

○ 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。



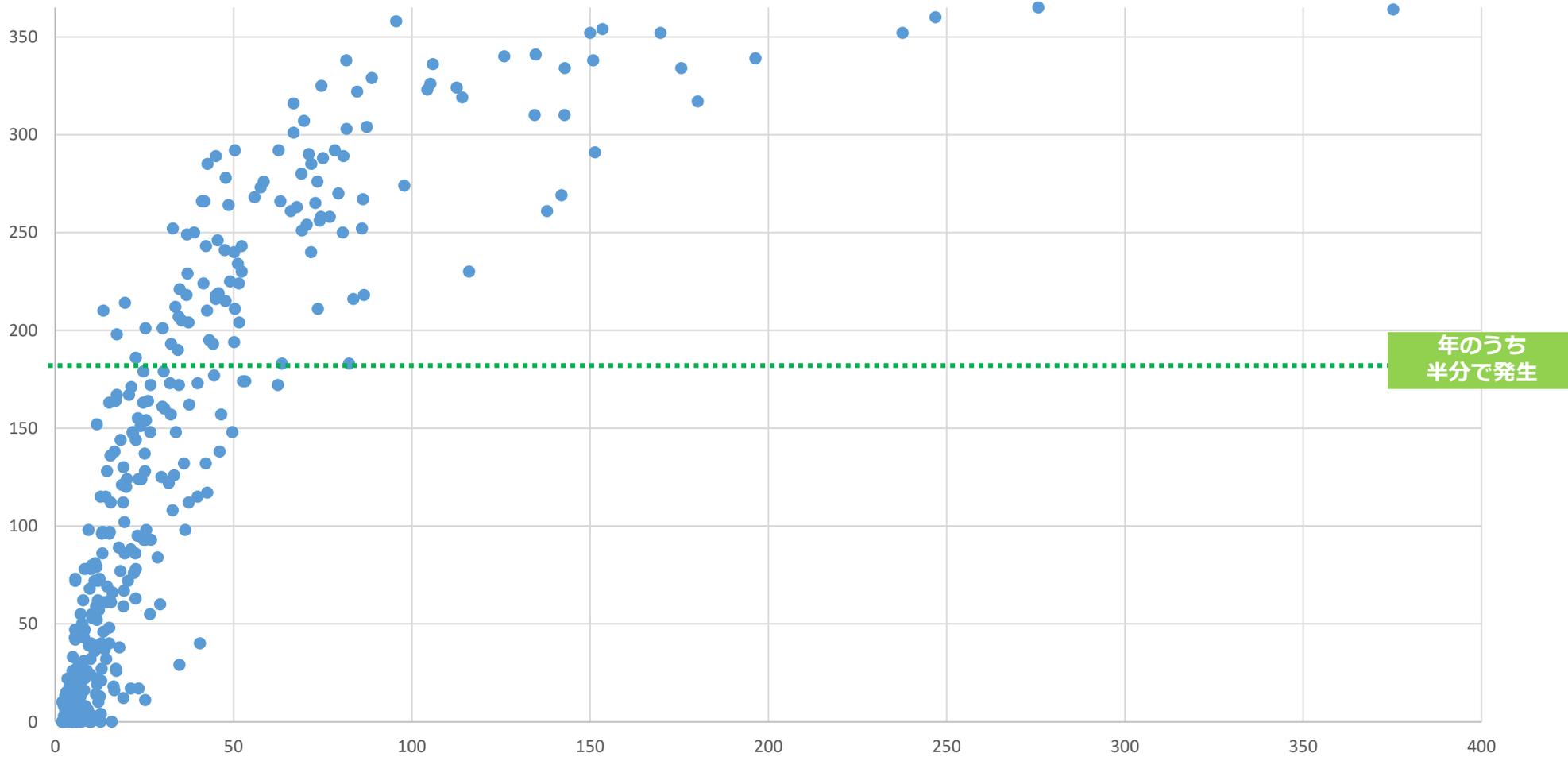
資料出所：総務省「住民基本台帳人口」(2024年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」

二次医療圏別の時間外緊急手術発生日数

○ 二次医療圏毎の時間外緊急手術発生日数は、人口規模に比例して増加する。概ね50万人以上の医療圏では、年間の半分以上は時間外緊急手術が発生している。

緊急手術の発生日数

各二次医療圏における時間外緊急手術発生日数（年間）

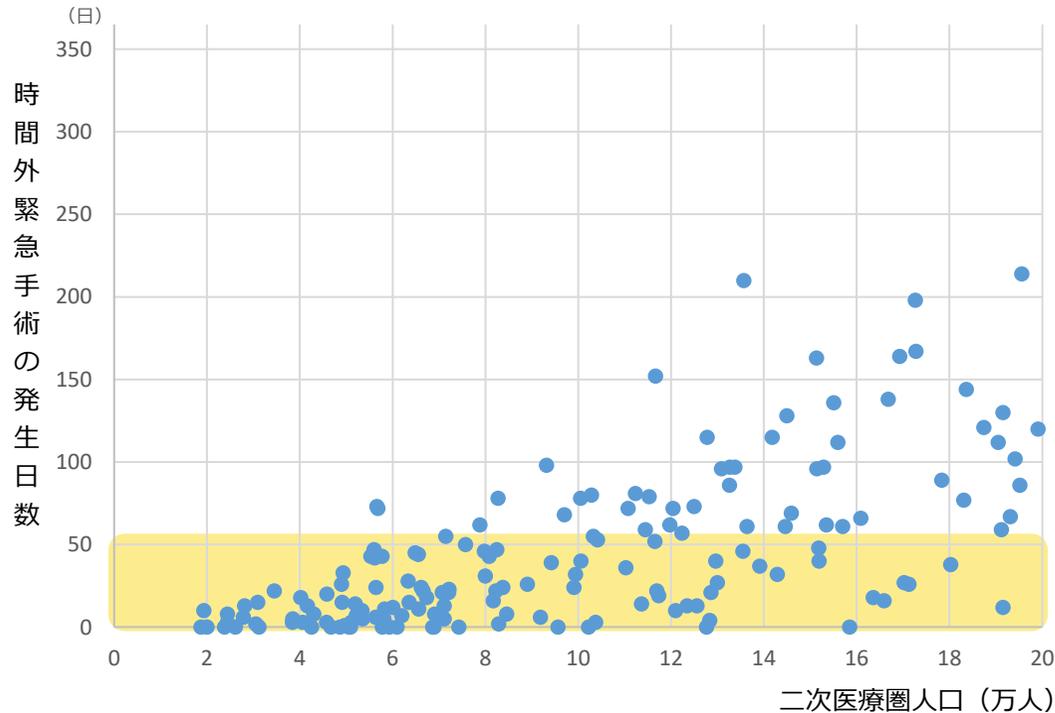


※時間外等緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開
出典) NDBデータより、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

二次医療圏の現状と課題

- これまで、二次医療圏は、入院に係る医療を一定程度完結すること、人口規模が20万人以上であること等を目安としながら設定されてきた。
- 他方、すでに半数の二次医療圏が人口規模20万人未満であり、例えば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。緊急手術に対応できる体制は24時間365日確保することが求められるところ、
 - ・ 圏域として体制が確保できておらず、当該医療圏内で医療提供が完結していない
 - ・ 全ての需要に対応できているが、圏域における医療需要が少なく、提供体制として効率性に課題がある等の課題が考えられる。

人口20万人未満の二次医療圏における時間外緊急手術発生日数（年間）



「医療計画について」

（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じていることが多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。（略）**人口規模が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（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討すること。**なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。また、設定を変更しない場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

※ 時間外等緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

資料出所：2022年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）

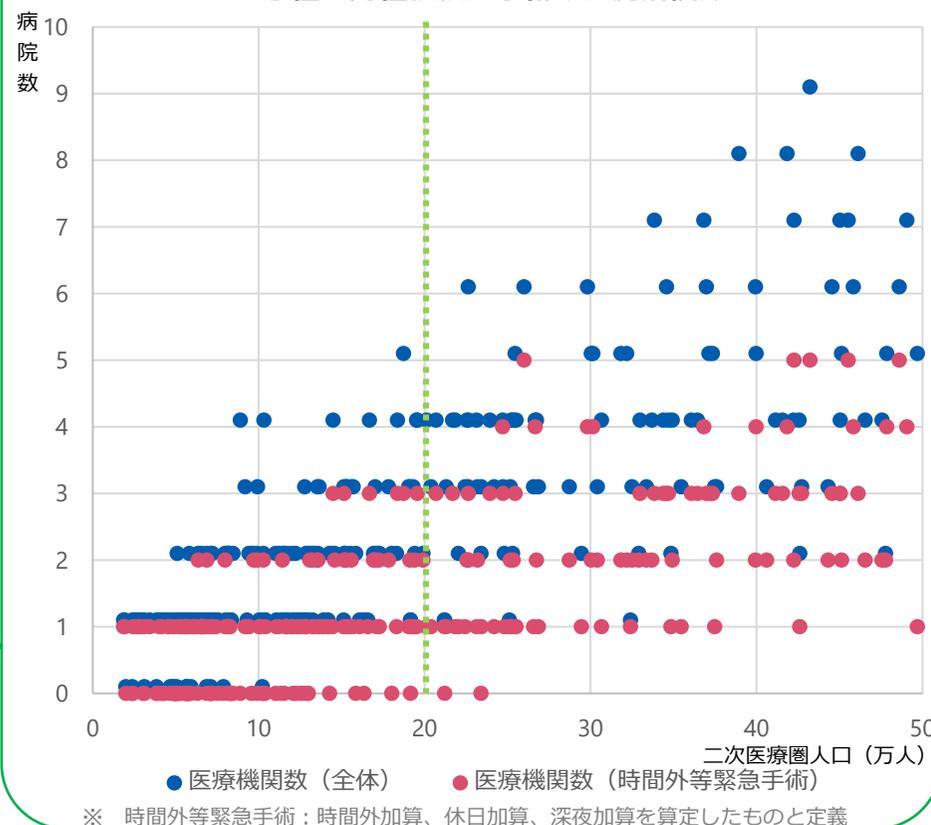
消化器外科手術について

- 消化器外科や整形外科については手術の件数が多く、二次救急においても中心的な役割を担うことがあると指摘されている。例えば消化器外科において、頻度が高い胆嚢摘出術や虫垂切除術、緊急性のある腹膜炎手術等については、地域ごとに一定の体制の確保が求められる。
- 二次医療圏ごとの急性汎発性腹膜炎手術の実施について、人口20万人を超えるとほとんどの区域で1病院以上確保されている一方で、20万人以下の二次医療圏では緊急で実施している病院がない場合がある。

消化器外科手術算定回数（年間・入院）

	手術名	算定回数
1	腹腔鏡下胆嚢摘出術	115,842
2	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	76,013
3	鼠径ヘルニア手術	64,484
4	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	34,969
5	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	16,580
6	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	14,941
7	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	14,795
8	胆嚢外瘻造設術	14,182
9	胆嚢摘出術	14,002
10	小腸切除術（その他）	12,012
11	結腸切除術（小範囲切除）	9,980
12	人工肛門造設術	9,285
13	腸管癒着症手術	9,003
14	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）	8,880
15	腹腔鏡下人工肛門造設術	8,788
16	急性汎発性腹膜炎手術	8,114
17	臍ヘルニア手術	6,960
18	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	6,645
19	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	6,444
20	腹腔鏡下試験開腹術	5,727

各二次医療圏（人口50万人以下）における急性汎発性腹膜炎手術の実施病院数



アクセスの確保について

- 今後の医療需要の減少等に向け、人口の少ない地域でも効率的に一定の医療の質を確保するためには、ICTの活用も含めた取り組みが必要となる。地域ごとの特性に応じて、集約して一定の機能を有する病院を圏域で確保することのほか、日常的な診療について、D to P with Nも含めたオンライン診療の活用をすること、地域で確保が難しい医療サービスについて、通院等の負担軽減施策を講じること等が考えられる。

離島へき地におけるオンライン診療(D to P with N)の活用事例

令和6年9月30日第9回新たな地域医療構想等に関する検討会資料
厚生労働行政推進調査事業費「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築に関する研究」研究費

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）
 ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
 ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。

【実証内容】
 ① 診療日を増やす（天候不良時も）→ 定期受診・処方
 ② 予測される症状 → 心不全、がん
 ③ 予測外の症状 → 風邪、外傷

へき地医療拠点病院 岩国医療センター(500床) | 柱島診療所や自宅 | 看護師がオンライン診療を支援

オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。

離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】
 ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けることができる。
 ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
 ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン診診には看護師は必須。

課題
 ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
 ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

33

岩国市柱島において、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。

へき地における患者の通院負担軽減に関する事業の例

へき地患者輸送車（艇）事業について

へき地患者輸送車（艇）運行支援事業：令和7年度当初予算額 14.5百万円（26.4百万円）※（）内は前年度当初予算額
 へき地患者輸送車（艇）整備事業：令和7年度当初予算額 医療施設等設備整備費補助金 22.8億円の内数（17.8億円の内数）

1 事業の目的

へき地の患者を近隣の医療機関まで輸送する「へき地患者輸送車（艇）」の運行に対する財政支援を行うことで、へき地における住民の医療を確保する。

（運行支援事業）
 ○実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ○補助率：1/2
 ○対象経費：人件費、燃料費等
 ○基準額：1か所当たり765千円（患者輸送車）、1か所当たり1,289千円（患者輸送艇）

（整備事業）
 ○実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ○補助率：1/2
 ○対象経費：購入費
 ○基準額：マイクロバス1台当たり2,829千円、ワゴン車1台当たり1,474千円、艇1隻当たり10,198千円

へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。

事業の目的

- 地方の周産期医療体制の不足を補完し、妊産婦本人の居住地にかかわらず、安全・安心に妊娠・出産ができ、適切な医療や保健サービスが受けられる環境を全国で実現するため、遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に対して、当該分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費（出産時の入院前の前泊分）の助成を行うことにより、妊婦の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。
- ※ 本事業による支援を通じて、周産期医療の提供体制の構築において、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や産科医の偏在対策等を推進した場合においても、妊婦の分娩取扱施設までのアクセスを確保する。

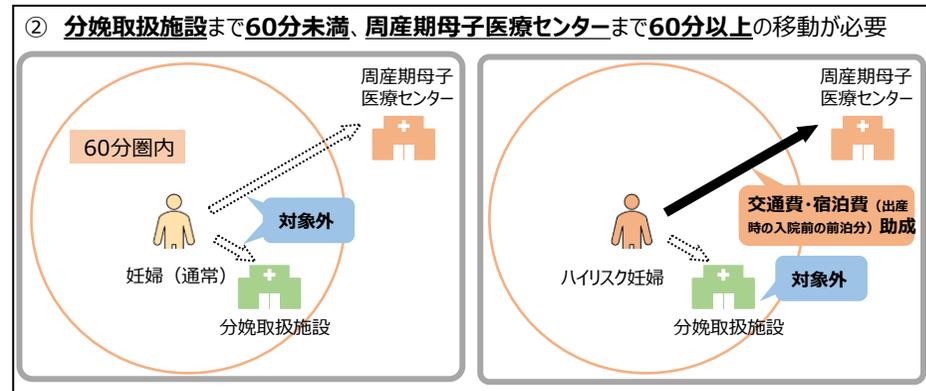
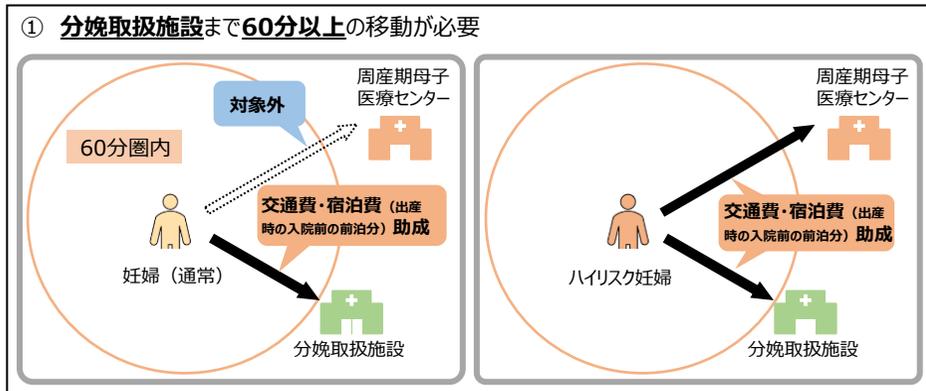
事業の概要

◆ 対象者

自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**（医学上の理由等により、周産期母子医療センターで出産する必要がある妊婦（以下「ハイリスク妊婦」という。）においては、**最寄りの周産期母子医療センター**）まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊婦

◆ 内容

- ① 自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**まで**概ね60分以上**の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設※までの交通費および分娩取扱施設の近くで待機する場合の近隣の宿泊施設の宿泊費（出産時の入院前の前泊分）を助成する。また、**ハイリスク妊婦**の場合は、**最寄りの周産期母子医療センター**までの交通費及び宿泊費を助成する。※出産時の入院前に分娩取扱施設の近隣の宿泊施設に前泊する場合、当該宿泊施設までの交通費とする（他も同様）
- ② 自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**まで**概ね60分未満**だが、**最寄りの周産期母子医療センター**まで**概ね60分以上**の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設までは助成外。ただし、**ハイリスク妊婦**の場合は、**最寄りの周産期母子医療センター**までの交通費及び宿泊費を助成する。



(留意事項) 本事業を実施する市町村が属する都道府県は、周産期医療提供体制の構築等の取組を通じて、成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係者による協議の場等を活用して都道府県の医療部門と都道府県及び管内市町村の母子保健部門等とが連携し、妊婦健診や産後ケア事業をはじめとする母子保健事業等による妊産婦の支援の推進を図ること。

実施主体等

- ◆ 実施主体：市町村
- ◆ 補助率：国1/2
 (都道府県1/4、市町村1/4)
 ※都道府県からの間接補助による交付

補助単価

- ① **交通費(往復分)**：**移動に要した費用**（タクシー移動の場合は実費額、その他の移動は旅費規程に準じて算出した交通費の額（実費を上限とする））の**8割**を助成（※2割は自己負担）
- ② **宿泊費(上限14泊)**：**宿泊に要した費用**（実費額（旅費規程に定める宿泊費の額を上限とする））から**2000円/泊を控除した額**を助成（※1泊当たり2000円（および旅費規程を超える場合はその超過額分）は自己負担）

人口の少ない地域における構想区域の見直しの例①（圏域の広域化）

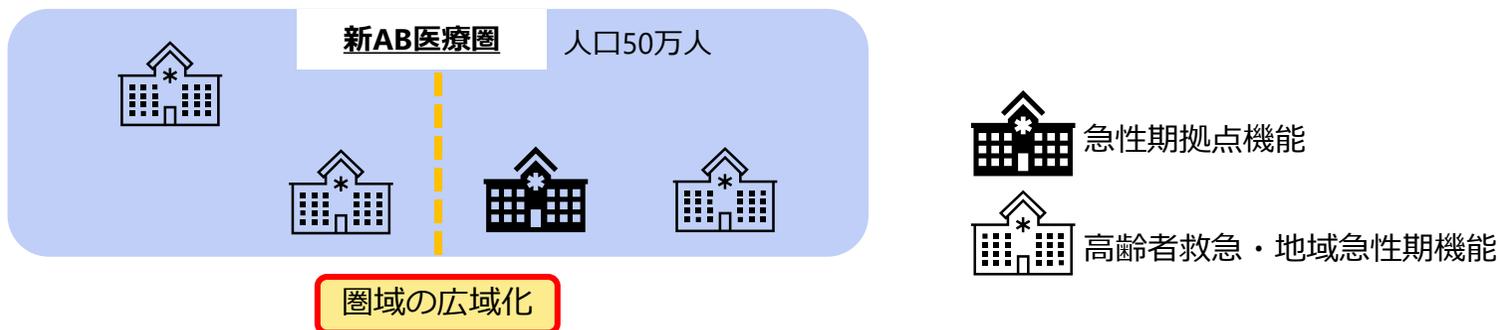
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



見直し後

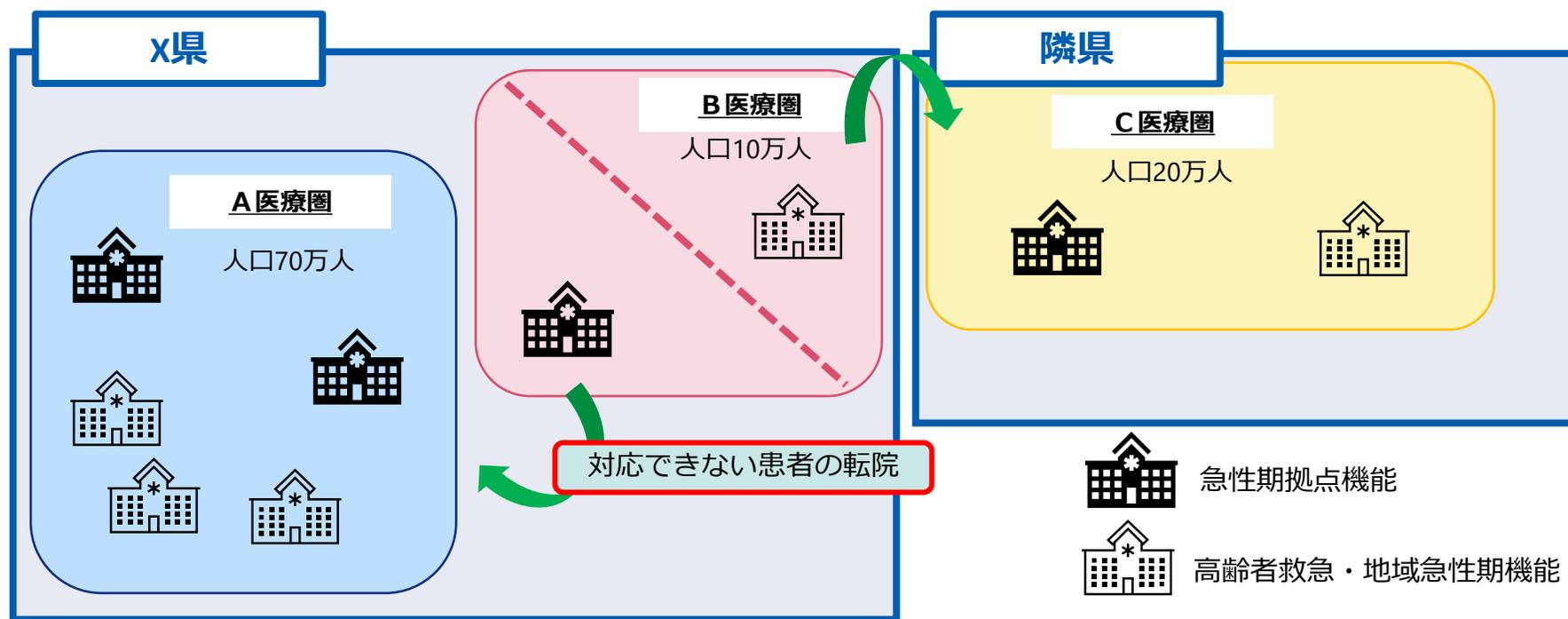
- A医療圏単独では、急性期医療を確保できないと考えられることから、B医療圏と統合し、全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期を集約するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A医療圏においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保した。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例② (隣接する都道府県との連携)

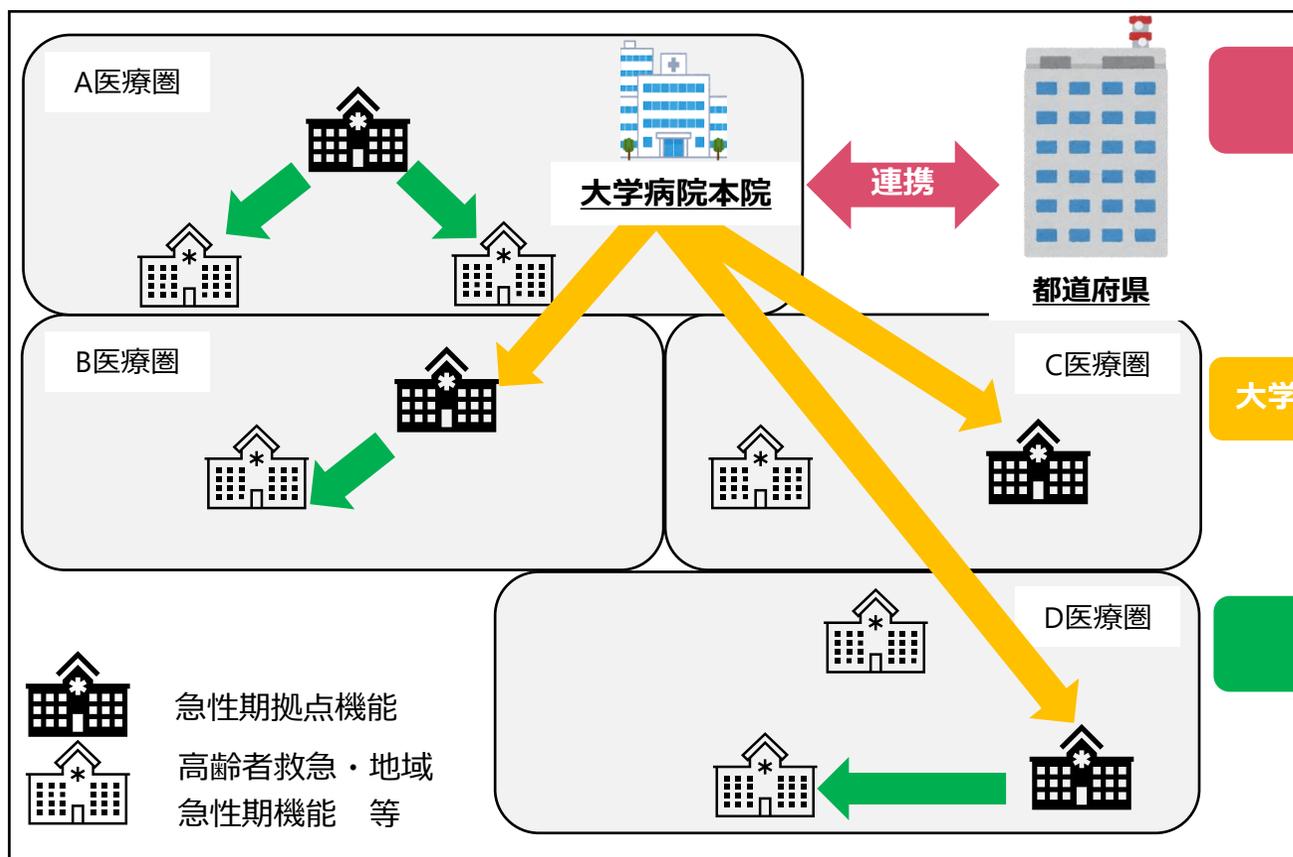
- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏における完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。圏域の見直しにあたり、隣接する医療圏での対応や県をまたいだ連携・圏域の設定の必要性も指摘されている。

- B医療圏からは県内のA医療圏が最寄り。B医療圏の一部では隣県の医療圏へアクセスしやすい。
- こうした場合、B医療圏で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



2040年に向けた取組の広域な圏域のイメージ

- 都道府県内には、県庁所在地等の医療資源が相対的に豊富な地域と、相対的に資源の少ない地域が存在する。都道府県が大学病院本院等と連携し、急性期の拠点機能を有する病院等に対して、医師の派遣や教育体制の確保等の取組を行う等、県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築することが必要。



都道府県と大学病院本院の連携

- 地域全体の医療機関における医療資源の状況を踏まえながら、都道府県と大学病院本院が連携し、地域において必要となる医師の派遣について調整する

大学病院本院からの医師の派遣

- 大学病院本院は、医師の年次や経験すべき症例等も踏まえながら、人口の相対的に少ない地域の急性期拠点へ医師を派遣する

急性期拠点からの医師の派遣

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域の医療資源の状況を踏まえた地域医療構想調整会議での協議のうえ、地域の医療機関へ代診医などの医師を派遣する

5 疾病 6 事業とその他の医療との関係について

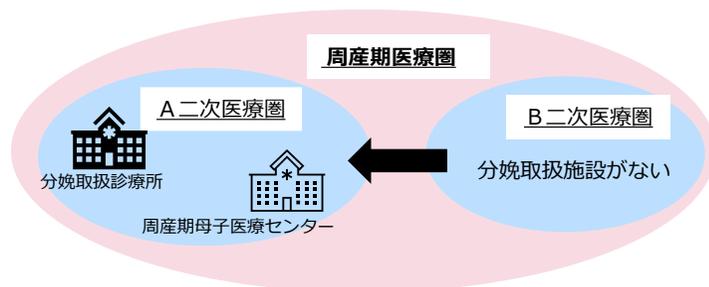
- これまで5疾病6事業について、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。
- 他方、領域をまたぎ共通する医療資源（手術を担う医師や麻酔科医等）を有効に活用する観点から、5疾病6事業の医療提供体制の確保に当たっても、当該領域以外も含めた地域の医療提供体制全体を踏まえた検討が必要。

※ 5疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患

※ 6事業：救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）

例) 周産期医療 263区域（令和6年4月時点）

- 周産期医療については、二次医療圏にこだわらず、地域の分娩取扱施設の状況等を踏まえて、周産期医療圏を設定し、周産期医療の提供体制を構築している。



2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（案）
（第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会）
（抜粋）

4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

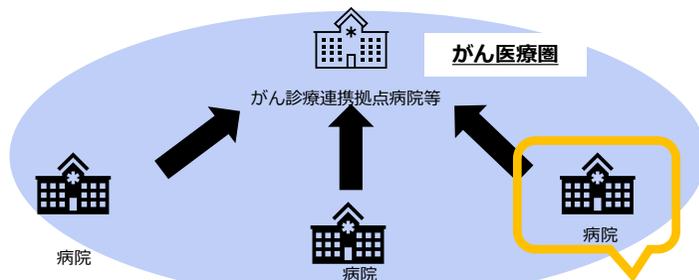
従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が維持できなくなる恐れがあるため、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。

また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、がん以外にも含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

例) がん医療 336区域（令和6年8月時点）

- がん医療については、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的にがん医療を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。



入院や手術等を含めた一般的な医療は引き続き提供

(参考) 5 疾病・6 事業における圏域等の考え方

5 疾病		6 事業	
がん	各医療機能の実施状況を勘案し、 従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定 すること。	救急医療	重傷度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定すること。医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。ただし救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。
脳卒中	脳梗塞に対する超急性期の再開通治療の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、 従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定 すること。	災害時における医療	原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、自らが被災した場合に医療チーム等を受け入れる受援体制や、都道府県をまたがる広域搬送等の支援体制からなる広域連携体制について定めること。また、想定する災害の程度に応じ、災害拠点病院に加え、地域の実情に応じ、一般の医療機関（救命救急センターを有する病院、第二次救急医療機関、日本赤十字社の開設する病院等）の参画も得ること。
心筋梗塞	心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民が可能な限り公平に医療を享受できるよう、 従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制の下実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定 すること。また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。例えば、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患には、緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関が限られているため、患者が適切な医療機関で受療可能な体制を構築する観点から、他の心血管疾患とは異なる、より広域の圏域の設定について検討する必要がある。	周産期医療	周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、 従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定 する。総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備すること。
糖尿病	従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定 すること。	小児医療	小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、 従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定 する。（*三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの）を確保）
精神疾患	圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、 二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定 すること。※精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。	新興感染症	各都道府県内のそれぞれの地域において必要な診療を受けられるよう、 従来の二次医療圏にこだわらず、例えば、重症患者や特別な配慮が必要な患者への対応等については都道府県単位で確保するなど、地域の実情に応じて柔軟に体制を構築 すること。

在宅医療、外来医療、医師確保

在宅医療	医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、 従来の二次医療圏にこだわらず、 できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、 市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定 する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。
外来医療	外来医療計画の策定に当たり、外来医療が一定程度完結する区域単位で外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を具体化するため、対象区域の設定を行う必要がある。対象区域は、 原則として二次医療圏とするが、人口規模、患者の受療動向、医療機関の設置状況等を勘案して二次医療圏を細分化した都道府県独自の単位で検討を行っても差し支えない。
医師確保	医師確保計画は、都道府県が、 二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するもの である。

圏域について①（案）

- 第8次医療計画において、二次医療圏が20万人未満等の場合については、設定の見直しを検討することとしており、一部の二次医療圏では見直しが行われている。
- 大都市、中都市、人口の少ない地域等、人口規模に応じて有する医療資源や提供されている医療は異なる。半数以上の二次医療圏は20万人未満であるが、その中でも今後の人口減少率は異なり、地域ごとに自地域の状況を把握することが重要。
- 概ね50万人以上の二次医療圏において、年間の半分以上は緊急手術が発生している一方、20万人未満の圏域では複数の医療機関で緊急手術の対応をすること等が非効率な可能性がある。地域ごとに確保する医療の範囲について検討が必要であるが、消化器外科等の頻度が高く、緊急手術も行うような領域や、高齢者救急については、人口の少ない地域でも一定の確保が求められる。
- 二次医療圏の広域化に当たっては、アクセスを引き続き確保するため、集約して一定の機能を有する病院を圏域で確保することのほか、日常的な診療について、D to P with Nも含めたオンライン診療を活用すること、地域で確保が難しい医療サービスについて、通院等の負担軽減施策を講じること等が考えられる。
- 圏域の見直しについては、隣接する区域同士の合併のほか、区域を分割して、必要に応じて県境を超えて広域化すること等が考えられる。こうした見直しを進めながら、県全体として、大学病院本院や各地域の急性期拠点機能の医療機関等と連携して、医師の派遣や教育体制を構築する等により、医療提供体制を確保していくことが必要。
- 医療計画の各領域においても、当該医療の提供だけでなく医療提供全体との関係を踏まえる必要性が指摘されており、地域医療構想の方向性に調和を図り、医療計画の各事業の検討を進めることが必要。



圏域について②（案）



- 区域については、その点検・見直しにあたって、2040年人口を踏まえた医療需要の見通しや都道府県内全体の医療従事者の確保等の観点も踏まえながら県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築することが必要。また、都道府県が県全体の医療提供体制や、医師・医療従事者の確保、医育体制の確保等に当たっての、大学病院との具体的な連携のあり方についても整理が必要。
- 具体的な区域の点検や地域医療構想の取組の推進に向けて、必要病床数以外にも必要なデータを把握し、どこまでの医療を圏域として確保するか見定めが必要。都道府県が圏域の点検・見直しの参考となるよう、アクセスや医療需要、隣圏域の医療資源等の点検のための観点や必要なデータを整理することとしてはどうか。
- 圏域の再設定に当たっては、他県も含めた連携体制についても検討するとともに、他県の圏域とも一体的に拠点を整備しうることも検討してはどうか。
- 地域医療構想と医療計画における5疾病6事業等は、調和を図りながら第9次医療計画の見直しを進めることとしてはどうか。

3. 地域における議論のデータ（必要病床数、 医療機関機能）

地域医療構想について（医療部会での主な意見）②（再掲）

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【必要病床数】

- 2040年に向けて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらなると仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるが、地域ごとにみると、すでに入院患者数が減少局面の地域や、2040年に向けて入院患者数が減少見込みの地域が多く存在。今後一層入院受療率が下がる可能性もあり、人口構成の変化や受療率の傾向、地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）、生産性向上等を踏まえ、2040年の必要病床数について検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 必要病床数について、地域医療構想が医療計画の上位概念に位置づけられるため、これまでの基準病床数と必要病床数の関係もまた大きく変わる。基準病床数、必要病床数の関係が分かりづらいということもあり、今後、必要病床数の検討も必要であるが、基準病床数と必要病床数の関係を地域に下ろすときに分かりやすいような説明をいただきたい。
- 必要病床数に関して、急性期病床に偏った病床の転換を進め、手術後などにおける早期のリハビリを徹底することは重要。一方で、医療機関の機能分化・連携を進めることが必要であり、地域包括医療病棟や外来・在宅との連携なども踏まえて御検討いただきたい。
- 入院患者数が増加するという記載があるが、高齢化により一般入院の患者数は減っていく一方で、入院や介護施設、在宅医療でケアされているような慢性期の患者は増えていく。一般入院患者数は減り、高齢者救急は増えることを分けて検討する必要がある。

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

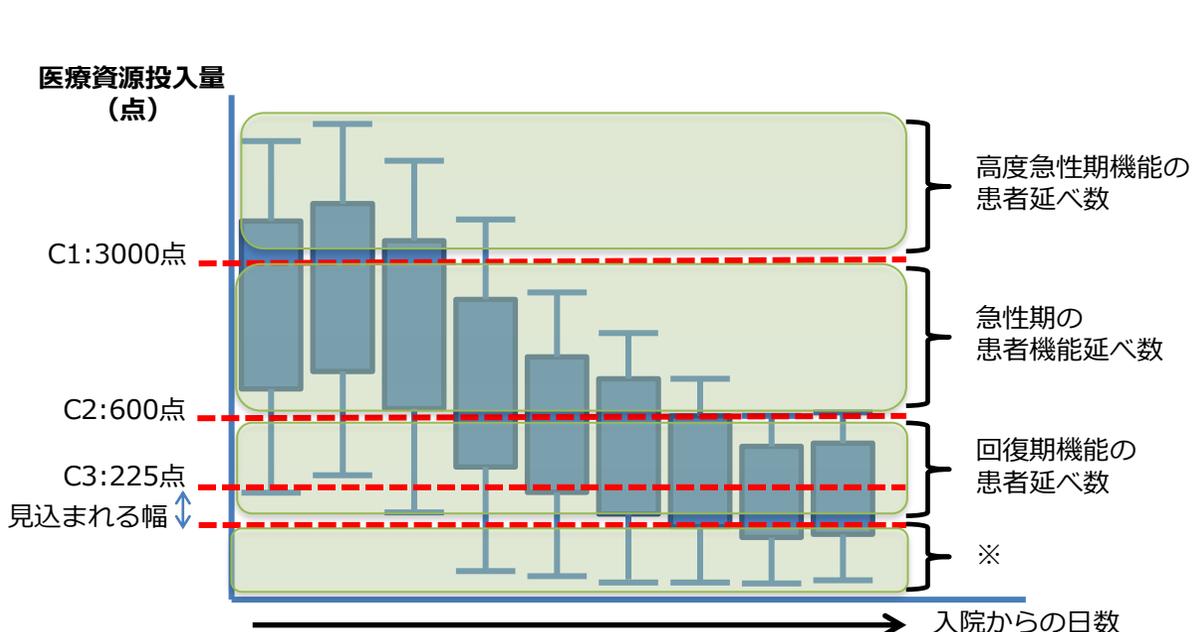
病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 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 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	〇〇〇〇人/日
急性期機能	□□□□人/日
回復期機能	△△△△人/日
慢性期機能	▽▽▽▽人/日



病床稼働率で割り戻して、病床数に変換
 ・高度急性期75% ・急性期78%
 ・回復期90% ・慢性期92%

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■ ■ ■ ■ 床
回復期機能	▲▲▲▲床
慢性期機能	▼▼▼▼床

現行の地域医療構想における将来の必要病床数の推計について

現行の地域医療構想において、将来の必要病床数の推計については、基本的に診療実績データをもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を区分してきた。

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

2023年度病床機能報告について

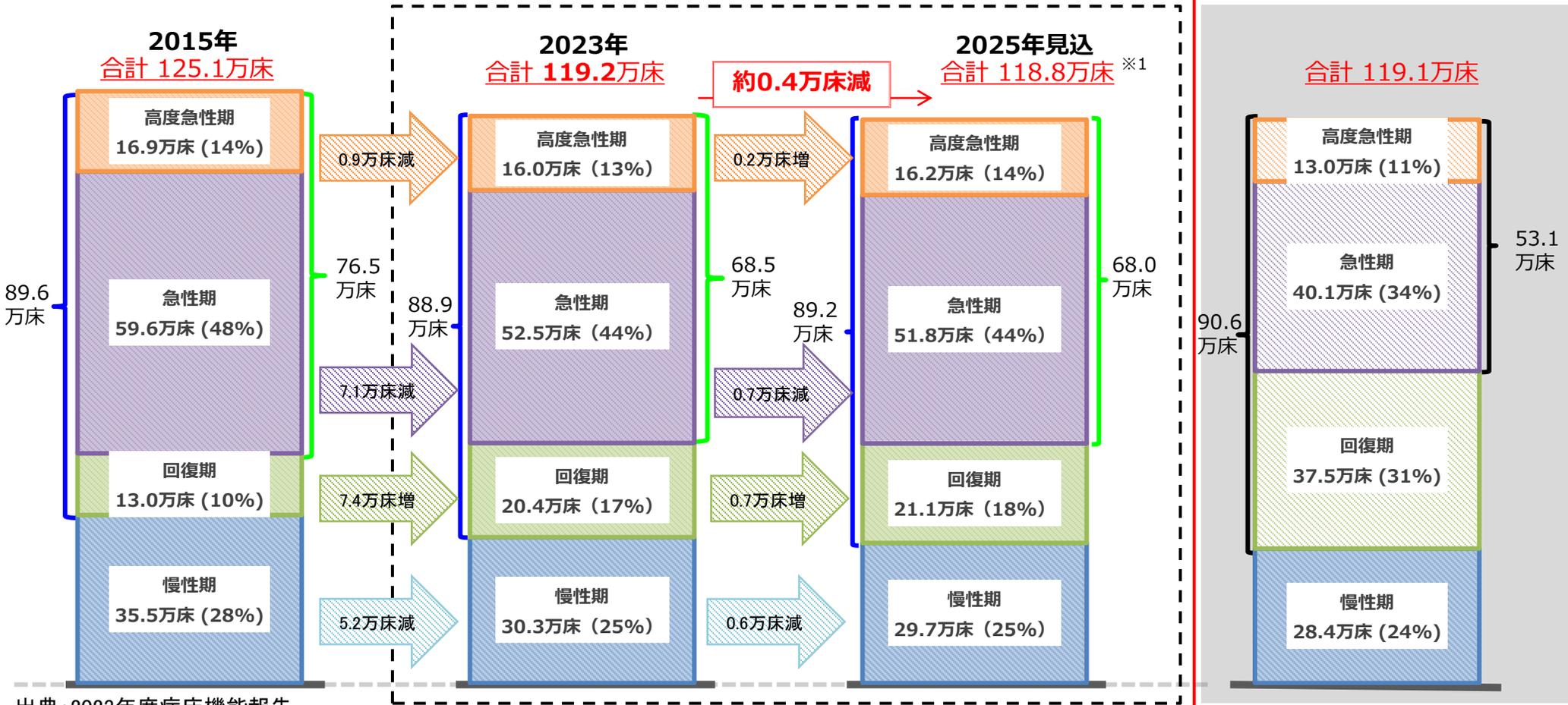
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2023年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※4 ※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,173/12,352(98.6%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)」等を用いて推計

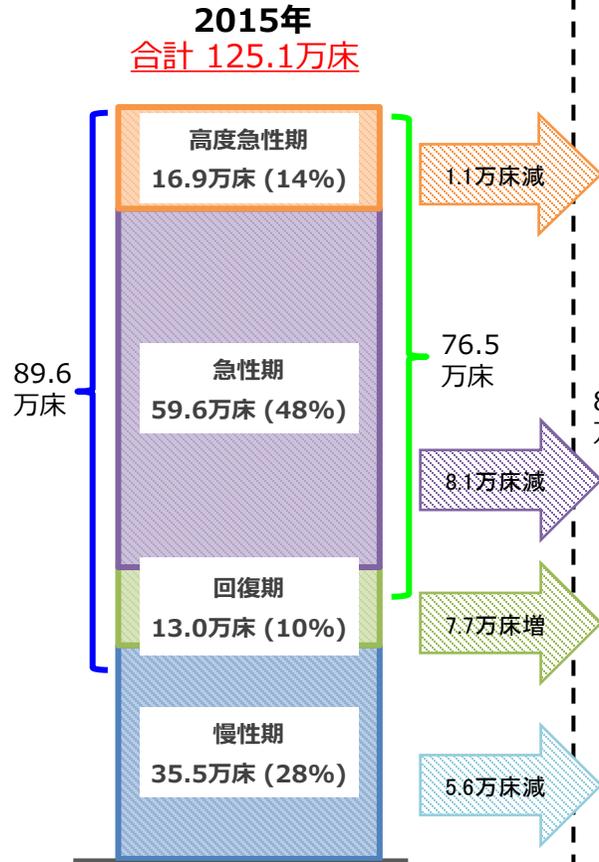
※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

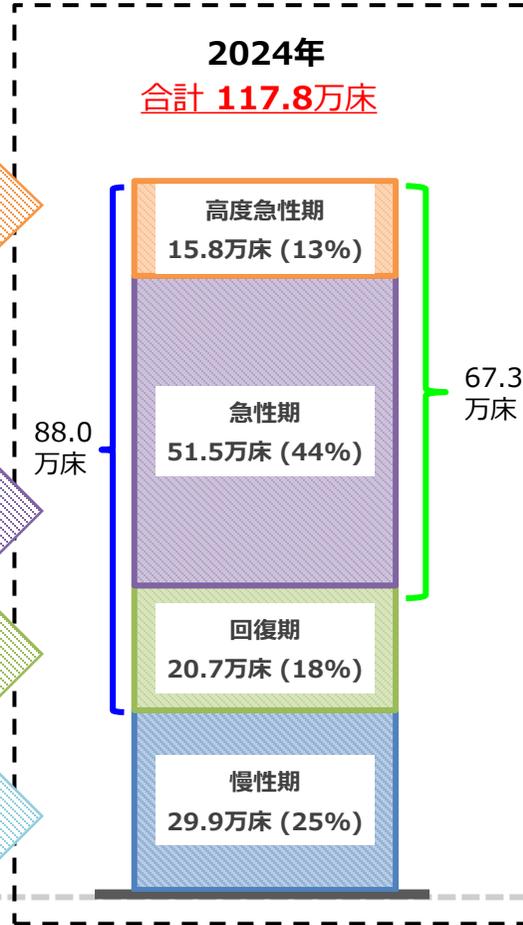
※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2024年度病床機能報告について

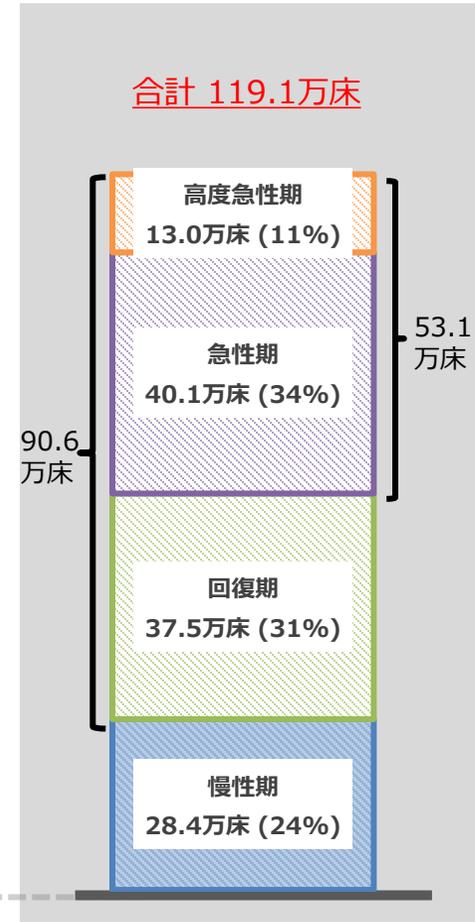
2015年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告)※5



2024年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告)※5



地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※3 ※5)



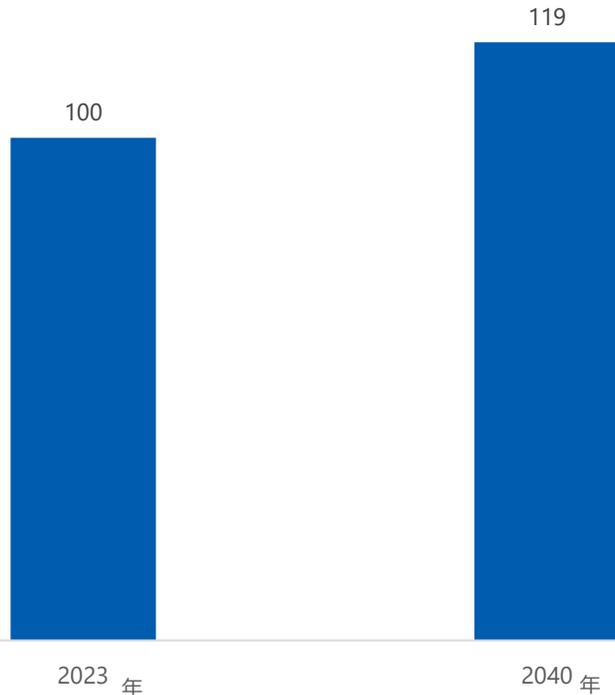
出典: 2024年度病床機能報告

- ※1: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2024年度病床機能報告: 11,846/12,064(98.2%))
- ※2: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
- ※3: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
- ※4: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,274床(参考 2023年度病床機能報告: 18,423床)
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~6、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
- ※5: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

入院医療の需要について

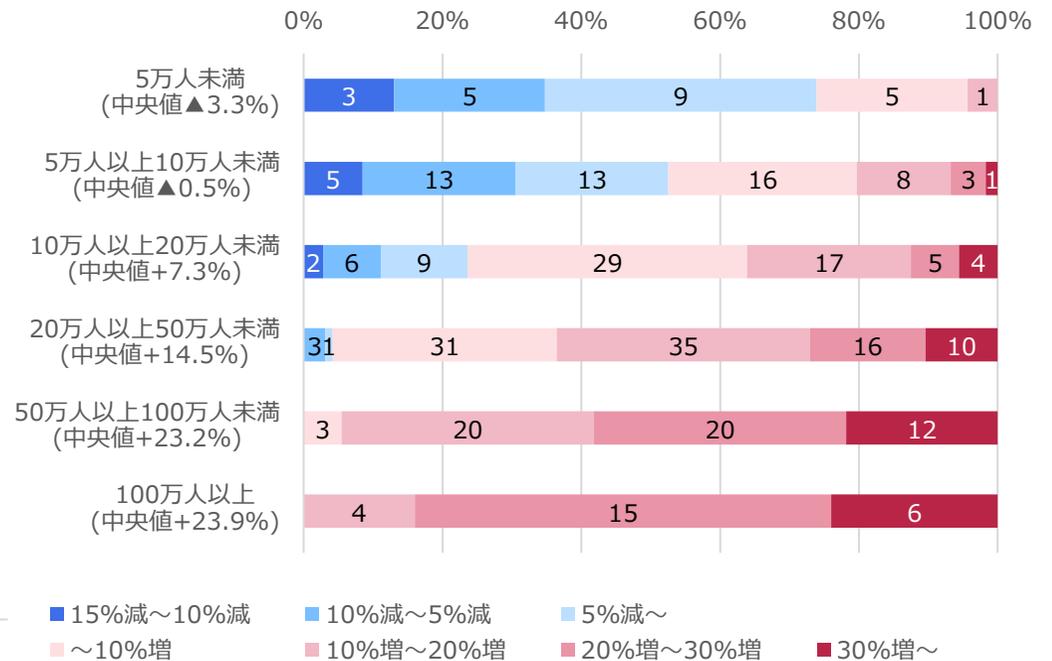
○ 2023年から2040年にかけて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらなると仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるものの、圏域ごと人口規模ごとにみると、10万人未満の二次医療圏では半数以上で入院患者数は減少する見込みである。

全国の入院患者数（2023年を100とした場合）



2023年から2040年への入院患者数の増減率別

二次医療圏数（人口規模別）

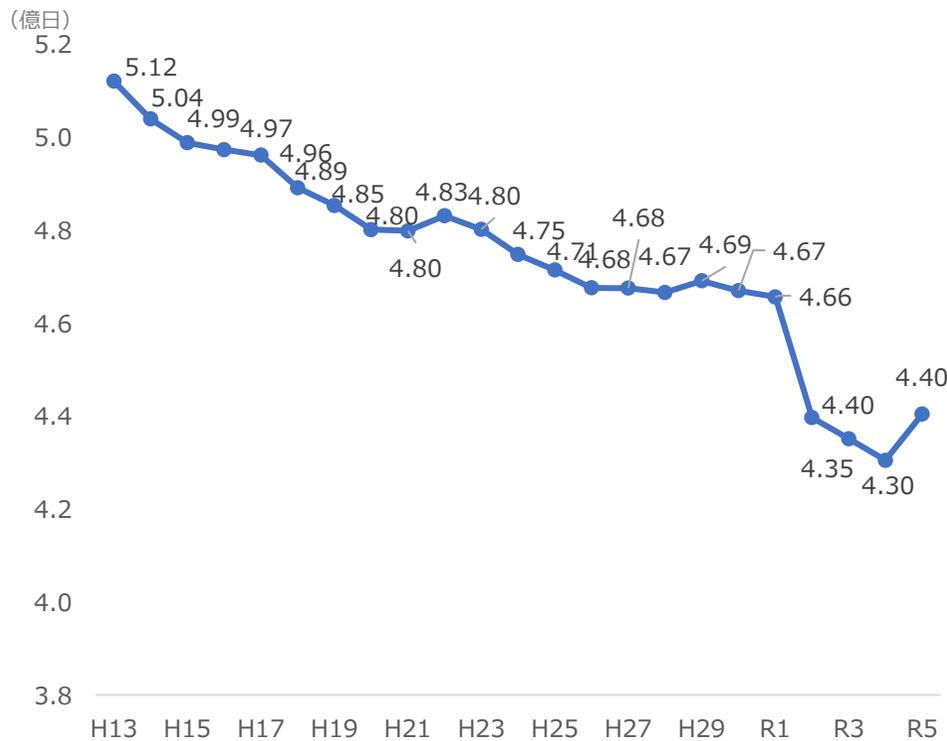


資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※二次医療圏（330圏域）ごとの入院患者数は医療機関所在地ベース。人口規模は2020年国勢調査人口から区分している。

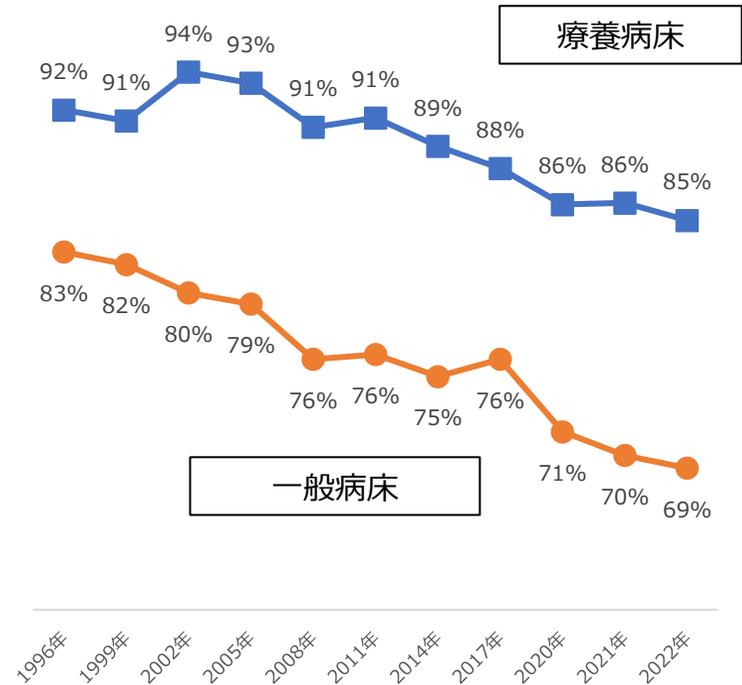
近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移



病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過旧療養型病床群の数値である。

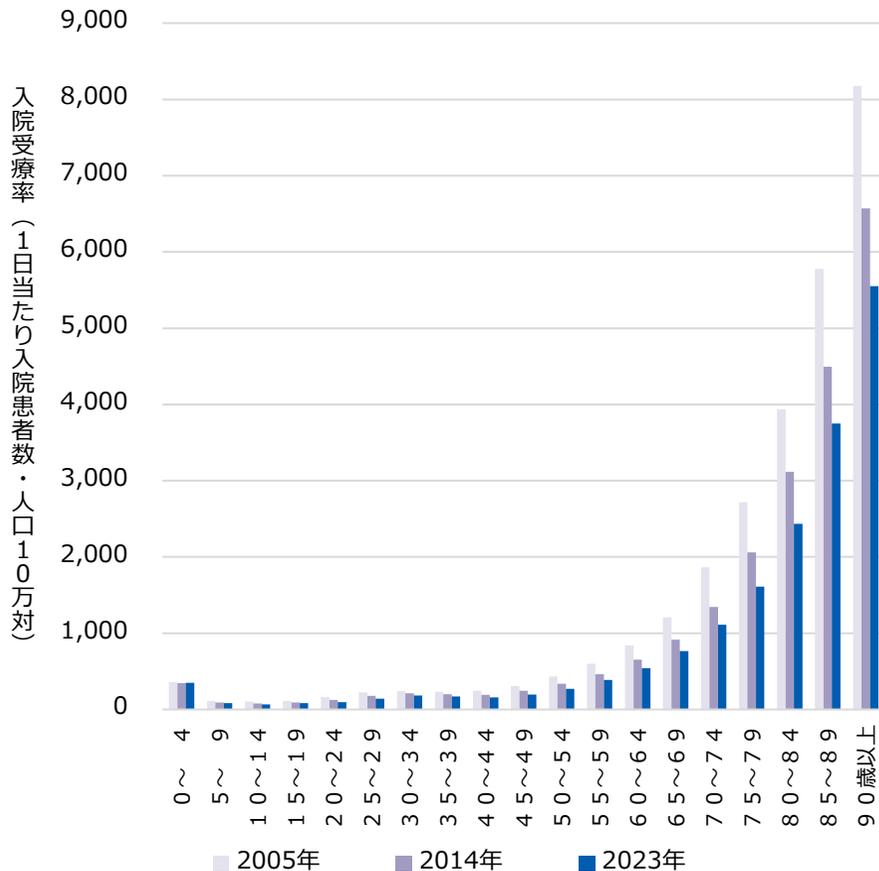
※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過旧その他の病床（経過旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

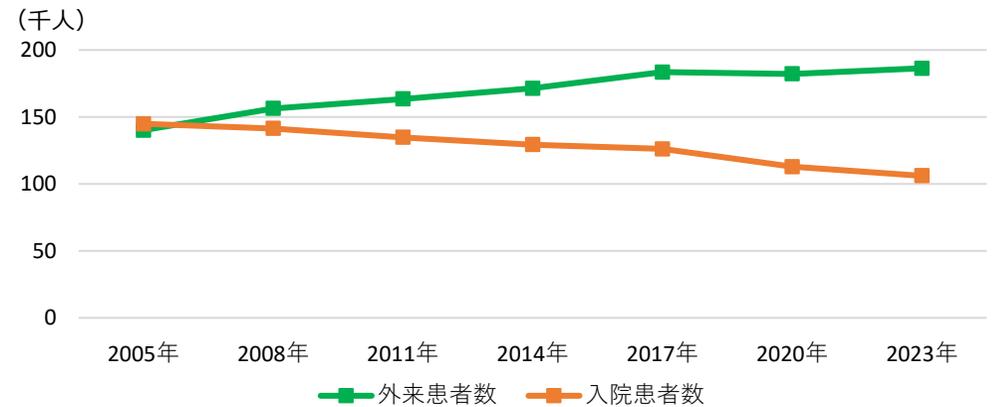
入院受療率の低下について

- 例えばがん患者は入院患者数が減少し、外来患者数が増加する等、医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等を背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向にある。

一般病床・療養病床における入院受療率の推移



がん患者数の推移



がん入院患者のうち、入院期間が2週間未満の患者の割合



高齢者の急性期における疾病の特徴等

- 85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。
- 高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	<u>41%</u>
75歳以上	35%	6%	<u>37%</u>
85歳以上	27%	4%	<u>29%</u>

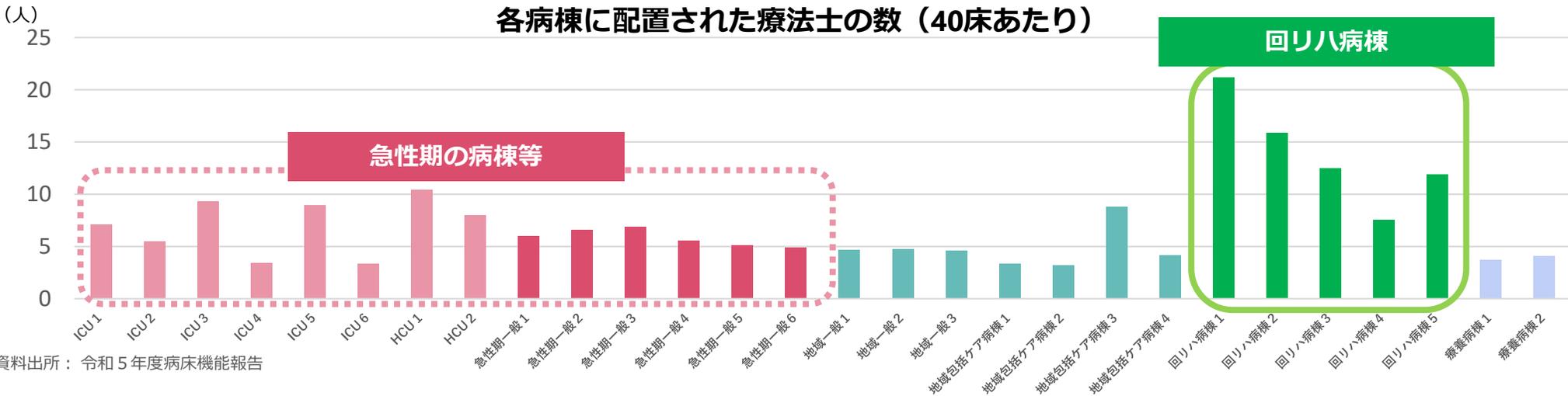
資料出所：DPCデータを用いて2023年6月30日時点の入院患者を対象に算出。救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児入院医療管理料、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者を対象とした。

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

各病棟における療法士の配置状況とリハビリテーションの提供量

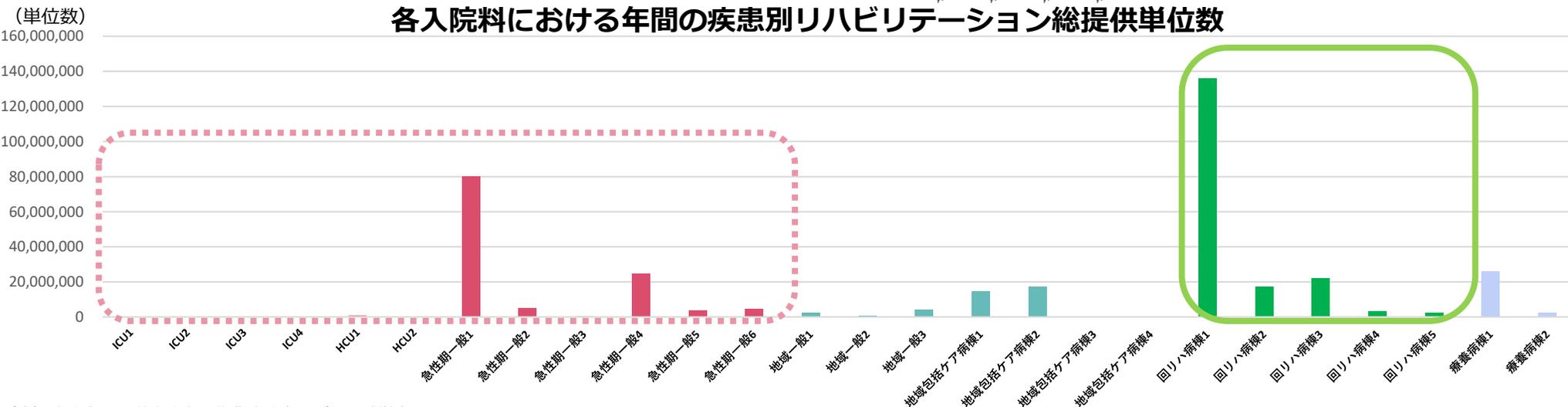
○ 療法士は、特に回リハの病棟に多く配置されている一方、急性期の病棟等にはあまり配置されていない。また、疾患別リハビリテーションは、特に回リハの病棟で多く提供されている一方、急性期の病棟等では提供量が少ない。

各病棟に配置された療法士の数（40床あたり）



資料出所：令和5年度病床機能報告

各入院料における年間の疾患別リハビリテーション総提供単位数



(注) 療法士：理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士
急性期の病棟等：特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、急性期一般病棟入院料を算定する病棟

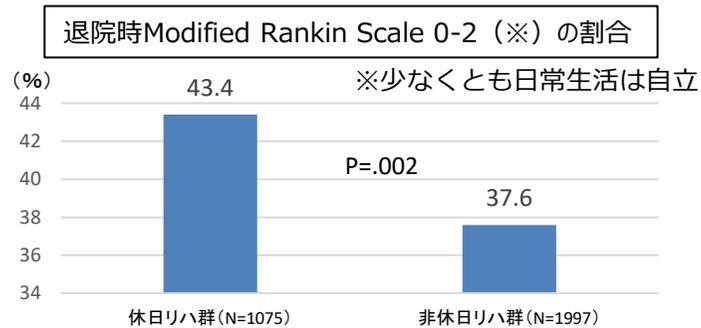
資料出所：DPCデータ（2023年1月～12月）

急性期における休日のリハビリテーションについて

- 急性期の患者に対して、休日にリハビリテーションを提供することにより、在院日数が短くなること等が報告されている。
- 一方で、急性期の病棟において、平日と比較すると、休日にはリハビリテーションがあまり提供されていない。

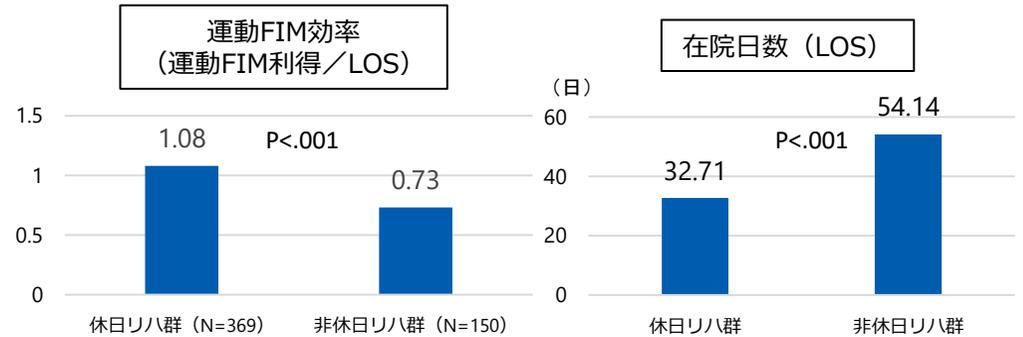
急性期の脳卒中患者に対して休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高くなる。

出典：Kinoshita S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.

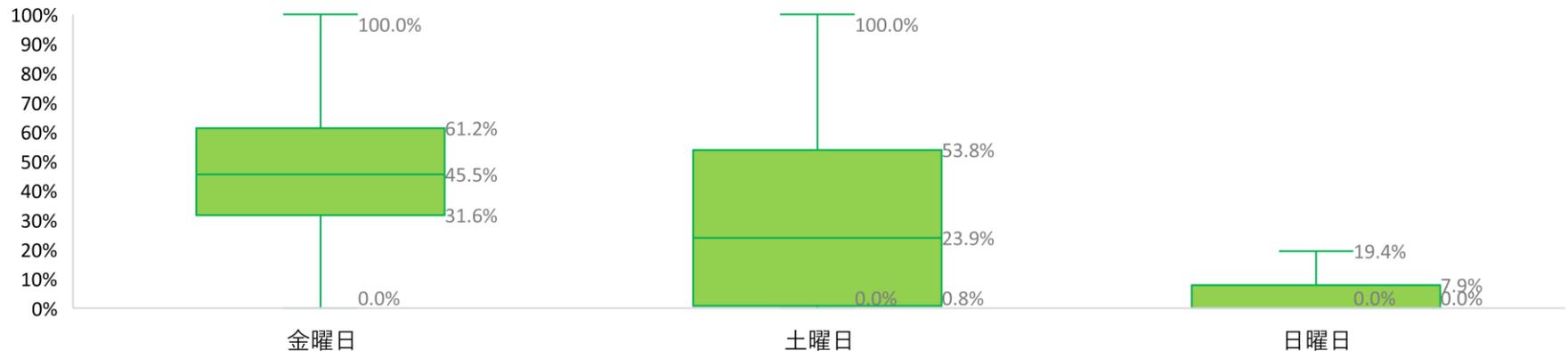


急性期の大腿骨頸部骨折患者に対して休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典：Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



急性期の病棟における曜日ごとのリハビリテーションが提供された患者の割合



回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で共通した疾患があり、いずれの疾患も回復期リハビリテーション病棟の在院日数が長い。

疾患名	回復期リハビリテーション病棟		地域包括ケア病棟	
	件数	平均在院日数	件数	平均在院日数
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	38,678	50.3	21,009	29.3
転子貫通骨折 閉鎖性	32,714	54.6	18,211	31.5
腰椎骨折 閉鎖性	28,630	50.8	32,609	32.1
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	14,247	54.2	22,183	32.8
その他の原発性膝関節症	13,886	31.8	18,768	21.9
胸椎骨折 閉鎖性	13,685	49.8	15,337	31.1

※ 両病棟でそれぞれ年間1万件以上の疾患

地域医療構想について（医療部会での主な意見）③（再掲）

主な検討事項の例（第116回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【医療機関機能】

- 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保し、持続的な医療提供体制の確保に資するよう急性期の集約化を進める。人口の少ない圏域において、集約化等によって急性期等の機能を一定確保する急性期拠点機能を有する病院を1つ確保・維持する必要がある。一方で、都市部では圏域内において、増加する高齢者救急を受け止めるため、効率的な提供体制の確保に向け集約化等を進めながら、高度な急性期を提供する医療機関を含む複数の急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を有する複数の病院で対応することが考えられる。こうした地域での人口規模等も踏まえた医療提供に即した医療機関機能のあり方について検討が必要。
- 大学病院本院から、急性期拠点機能を有する医療機関や二次医療圏内で医師が少ない地域において初期救急、二次救急の機能を担う高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関等への、都道府県の地域医療構想に基づいた派遣が必要と考えられる。地域の実情や大学病院本院のこれまでの派遣のあり方、特定機能病院のあり方等を踏まえた、医育及び広域診療機能のあり方についても検討が必要。

※第116回医療部会の主な意見

- 小児あるいは周産期等は別としても、地域の医療機能の集約化は避けられない問題であるが、あくまでも目的ではなく結果であって、将来の医療ニーズと医療資源等を踏まえた上で導き出されるもの。集約先の病院と連携する地域の診療所あるいは中小病院への配慮も必要。
- 高齢者救急の増加に伴い、一次救急をいかに体系的に整備していくかがとても重要。一次救急が回らなくなり、三次救急をやっている機関に患者が集まっている地域が出ている。WGの議論において、一次救急の体系化についても議論が必要。
- 専門細分化された教育を受けている医師が多い中で、誤嚥性肺炎や尿路感染、下血といった高齢者に多い疾患をだれが診るのかという状況がある。総合診療医は数が少ない上、すべての疾患を受け入れているわけではない。高齢者急性期を診る医師の育成のために、大学に対する啓発も必要。

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。
- 二次医療圏等を基礎とした地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。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。

※ 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

広域な観点の医療機関機能

- ・ 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。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

地域における急性期医療の集約化の取組例

- 現行の地域医療構想のもと、地域の医療機能の分化・連携を図り、持続可能な急性期医療を確保する取組が行われている例がある。山形県では、急性期病床を集約するとともに、救急医療を集約する取組が行われた。

資料出所：第11回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料(仁科参考人提出資料(一般財団法人三友堂病院理事長))

両病院とも、医師不足による救急医療への負担・体制維持に課題があり、医療機能の見直しが必要

再編前



322床
米沢市立病院
(米沢市)

高度急性期	5
急性期	263
回復期	54



185床
三友堂病院
(民間)

高度急性期	5
急性期	108
回復期	58
慢性期	12
休床	2



120床
三友堂リハビリテーションセンター
(民間)

回復期	120
-----	-----

*令和2年1月1日現在 許可病床数

新米沢市立病院は高度急性期・急性期を、
新三友堂病院は回復期・慢性期を担う体制へ

再編後(予定)

急性期に集約



263床
米沢市立病院
(独立行政法人(予定))
令和5年11月頃
開院予定

高度急性期	18
急性期	245

現在の市立病院の
敷地に隣接して整備

回復期・慢性期に集約



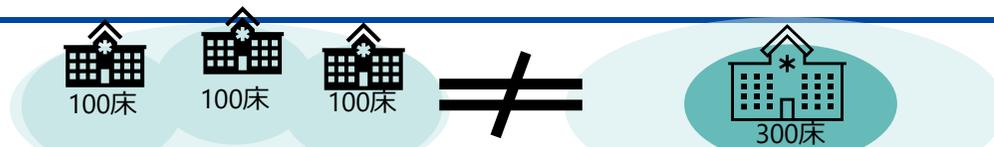
199床
三友堂病院
(民間)
令和5年11月頃
開院予定

回復期	177
慢性期	22

- 三友堂病院は、救急外来を終了
- あわせて、救急輪番病院制度を終了し、米沢市立病院が救急医療を担当
- 令和5年11月以降、**救急車は米沢市立病院へ集約**

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

- 病床数のみに着目すると、例えば、構想区域に100床の病院が3つあることと、300床の病院が1つあることは同等とも考えられる。一方で、地域において適切な医療提供体制を確保する観点から踏まえると、同じ病床数であっても、例えば、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも関連するため、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。

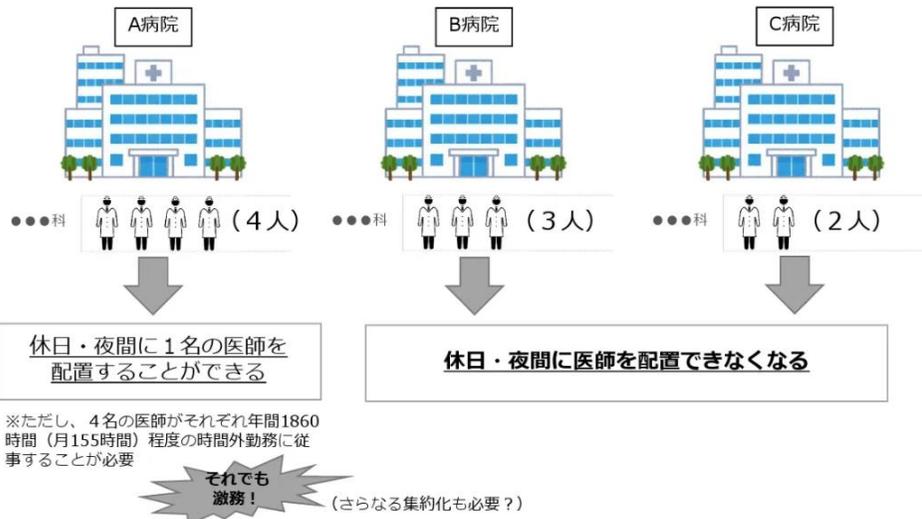


必ず同じ医療提供体制、という訳ではない

地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

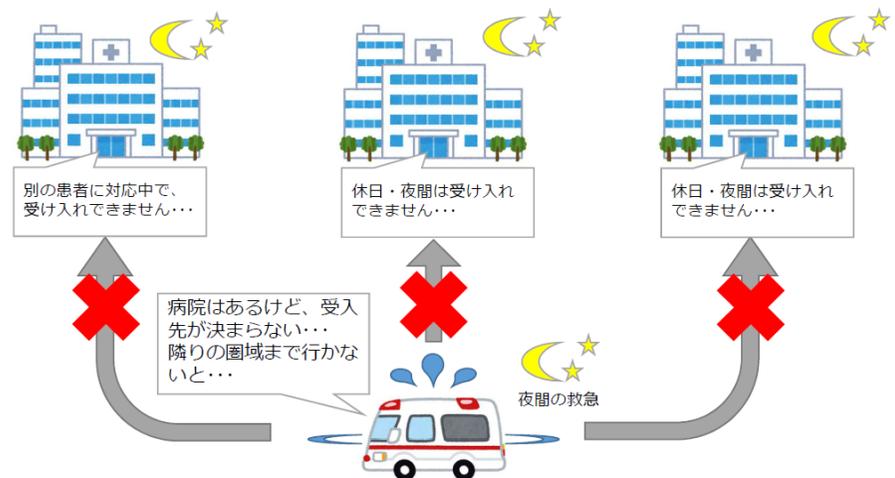
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



今から手を打たないと…

補足1-8

- 人的資源（医師等）の分散により、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ（※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません）

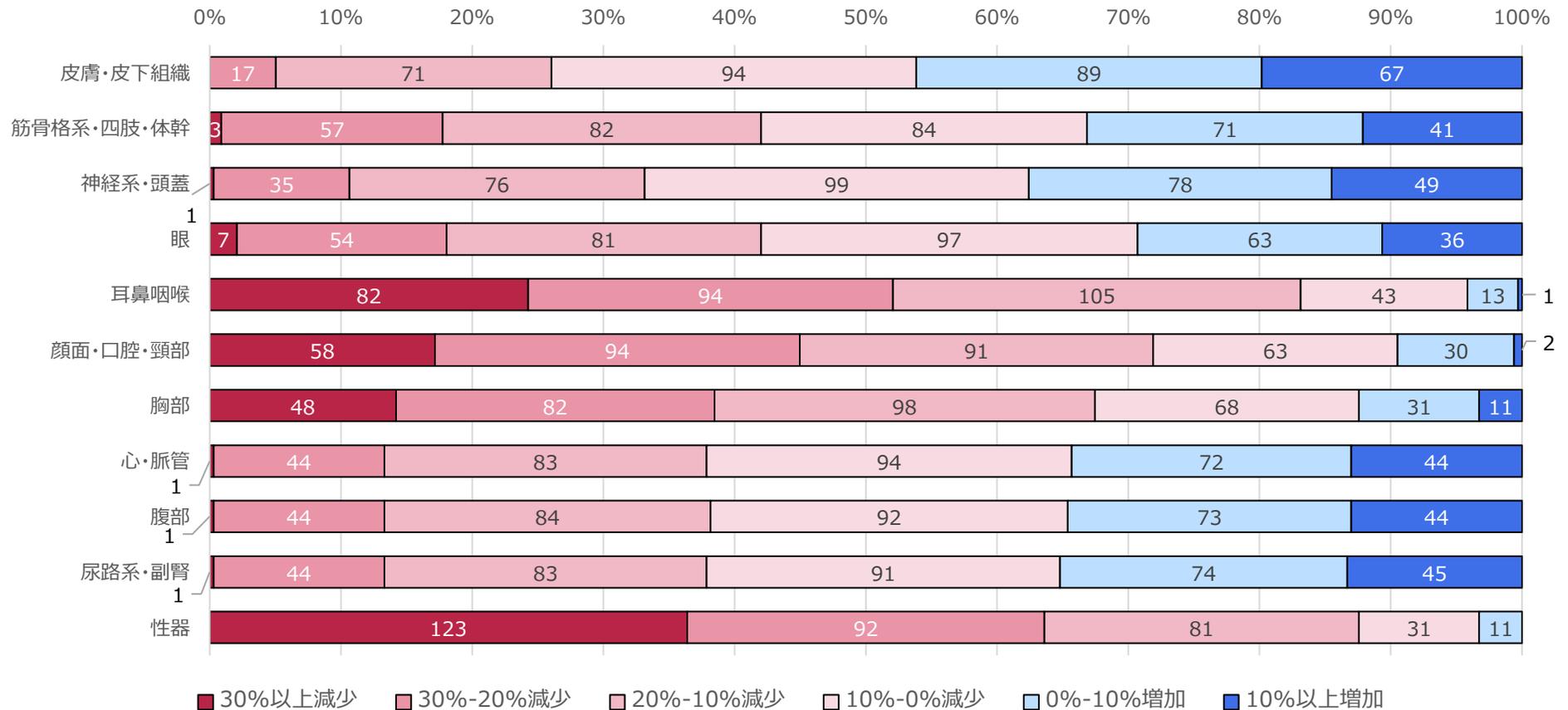


どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ…

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

議論のためのデータ（必要病床数、医療機関機能）①（案）

【必要病床数】

- 必要病床数については、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」において、【これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討する】とされている。
- 地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）、生産性向上等を踏まえながら設定することが考えられる。
- 入院需要は、現在の受療率等を前提として推計すると、全体として増加することが見込まれる。一方で、受療率は減少しており、高齢者においても、年齢階級が上がるごとに手術や一定の処置を要する患者の割合は減少していく。
- こうしたデータを踏まえ、一般的な急性期医療と、当面の増加が見込まれる包括期で受けることが想定される高齢者救急については、需要の見込みが異なるため、分けて検討することの必要性が指摘されている。

【医療機関機能】

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能を確保し、入院医療だけでなく、病院も含めて外来や在宅医療の提供も確保していく必要がある。
- 特に急性期医療については、休日、夜間にも一定の診療体制を維持しつつ、消化器外科や麻酔科の医師等の従事者の働き方を確保するため、体制を整える医療機関は、地域の医療需要にあわせて効率的に確保する必要がある。
- 急性期医療の総合的な体制を有している医療機関の数は、人口規模ごとに異なり、20～50万人規模の二次医療圏では2以上の医療機関が担っている場合があり、大都市では人口規模に比例してさらに多くの医療機関が存在。

議論のためのデータ（必要病床数、医療機関機能）②（案）



- 必要病床数の算定に当たっては、これまでの推計方法を基本としつつ、高齢者救急等における需要の変化等を切り分けて反映させることや、地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）等を踏まえた改革モデルの設定ができるよう、算定方法について、現状の医療提供の実態・データを踏まえて検討すべきではないか。また、将来の必要病床数について、受療率の変化等を踏まえ、必要に応じて見直しを行うことも考えられる。
- 医療機関機能について、急性期拠点機能については、人口が多い圏域では複数の医療機関がその機能を有することも考えられる。県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築する観点を踏まえ、どのような機能を各圏域の急性期拠点機能として具体的に確保すべきか検討すべきではないか。
- この他の医療機関機能について、大学病院本院の県全体における役割や、都市部では高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関でも、高齢者救急の対応に加えて、手術等の集学的な医療も一定程度担いうることも踏まえて、地域ごとの役割について整理が必要ではないか。

医療機関の役割のイメージ（案）

	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期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 等
地方都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応。 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 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 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区域に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

4. 医師偏在指標について



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）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 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）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



医師偏在指標の算定式

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

資料1

令和4年5月11日

改変

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の人口} / 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\ast 3) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)}^{\ast 4} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 4) \text{ 性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)} = \frac{\text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{\ast 6} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{\ast 7}}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} / \text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 8}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} / \text{全国の入院患者数}}$$

$$(\ast 6) \text{ 無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)}}$$

$$(\ast 7) \text{ 入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数 (患者所在地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者所在地)}}$$

$$(\ast 8) \text{ 全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※上位1/3の閾値を266.9、下位1/3の閾値を228.0と設定している。

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

二次医療圏別の医師偏在指標①（令和6年1月公表版）

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※ 医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～に基づき、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の二次医療圏が確定する前の段階（2022年3月時点）の二次医療圏における指標の値について**上位1/3の閾値を217.6、下位1/3の閾値を179.3**と設定している（小数第2位以下略）。なお今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり二次医療圏の見直し等が行われた場合は、見直し後の二次医療圏の医師偏在指標を再計算し、前述の閾値を用いて区分分けを行う。したがって、上位1/3、下位1/3に区分される二次医療圏の数は、全国の二次医療圏の総数の1/3と必ずしも一致しない場合があり得る。

（二次医療圏別）

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南檜山	139.0
0103	北海道	北渡島檜山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中空知	195.1
0108	北海道	北空知	145.0
0109	北海道	西胆振	184.0
0110	北海道	東胆振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網	144.1
0118	北海道	遠紋	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0301	岩手県	盛岡	244.6
0302	岩手県	岩手中部	135.4
0303	岩手県	胆江	144.9
0304	岩手県	両磐	151.1
0305	岩手県	気仙	144.1
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	142.4
0309	岩手県	二戸	200.9
0401	宮城県	仙南	169.7
0403	宮城県	仙台	288.8
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	164.0
0501	秋田県	県北	142.0

二次医療圏別の医師偏在指標②（令和6年1月公表版）

（二次医療圏別）

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0502	秋田県	県央	243.4
0503	秋田県	県南	159.6
0601	山形県	村山	237.4
0602	山形県	最上	120.0
0603	山形県	置賜	189.2
0604	山形県	庄内	162.8
0701	福島県	県北	266.1
0702	福島県	県中	188.3
0703	福島県	県南	162.7
0706	福島県	相双	155.5
0707	福島県	いわき	123.2
0708	福島県	会津・南会津	168.9
0801	茨城県	水戸	231.2
0802	茨城県	日立	140.3
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.3
0804	茨城県	鹿行	137.2
0805	茨城県	土浦	184.4
0806	茨城県	つくば	337.7
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	173.3
0808	茨城県	筑西・下妻	153.0
0809	茨城県	古河・坂東	148.8
0901	栃木県	県北	171.2
0902	栃木県	県西	168.1
0903	栃木県	宇都宮	207.6
0904	栃木県	県東	207.0
0905	栃木県	県南	345.3
0906	栃木県	両毛	179.3
1001	群馬県	前橋	340.2

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1002	群馬県	渋川	175.8
1003	群馬県	伊勢崎	179.1
1004	群馬県	高崎・安中	210.8
1005	群馬県	藤岡	181.3
1006	群馬県	富岡	181.7
1007	群馬県	吾妻	154.4
1008	群馬県	沼田	206.4
1009	群馬県	桐生	174.5
1010	群馬県	太田・館林	149.7
1101	埼玉県	南部	203.7
1102	埼玉県	南西部	207.0
1103	埼玉県	東部	182.0
1104	埼玉県	さいたま	236.6
1105	埼玉県	県央	190.8
1106	埼玉県	川越比企	215.6
1107	埼玉県	西部	211.3
1108	埼玉県	利根	155.7
1109	埼玉県	北部	163.6
1110	埼玉県	秩父	157.5
1201	千葉県	千葉	268.6
1202	千葉県	東葛南部	199.5
1203	千葉県	東葛北部	203.1
1204	千葉県	印旛	210.3
1205	千葉県	香取海匝	196.4
1206	千葉県	山武長生夷隅	145.1
1207	千葉県	安房	322.6
1208	千葉県	君津	173.5
1209	千葉県	市原	200.1

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1301	東京都	区中央部	789.8
1302	東京都	区南部	380.4
1303	東京都	区西南部	413.7
1304	東京都	区西部	569.1
1305	東京都	区西北部	295.8
1306	東京都	区東北部	216.4
1307	東京都	区東部	307.6
1308	東京都	西多摩	138.1
1309	東京都	南多摩	164.6
1310	東京都	北多摩西部	254.4
1311	東京都	北多摩南部	312.5
1312	東京都	北多摩北部	196.4
1313	東京都	島しょ	131.6
1404	神奈川県	川崎北部	285.3
1405	神奈川県	川崎南部	347.3
1406	神奈川県	横須賀・三浦	235.0
1407	神奈川県	湘南東部	202.4
1408	神奈川県	湘南西部	238.1
1409	神奈川県	県央	187.4
1410	神奈川県	相模原	217.7
1411	神奈川県	県西	177.1
1412	神奈川県	横浜	260.8
1501	新潟県	下越	156.0
1502	新潟県	新潟	234.3
1503	新潟県	県央	141.6
1504	新潟県	中越	158.2
1505	新潟県	魚沼	132.0
1506	新潟県	上越	159.6

二次医療圏別の医師偏在指標③（令和6年1月公表版）

（二次医療圏別）

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1507	新潟県	佐渡	138.9
1601	富山県	新川	213.0
1602	富山県	富山	273.2
1603	富山県	高岡	211.5
1604	富山県	砺波	202.2
1701	石川県	南加賀	202.9
1702	石川県	石川中央	328.0
1703	石川県	能登中部	196.8
1704	石川県	能登北部	151.7
1801	福井県	福井・坂井	301.0
1802	福井県	奥越	146.0
1803	福井県	丹南	145.9
1804	福井県	嶺南	181.3
1901	山梨県	中北	271.6
1902	山梨県	峡東	179.7
1903	山梨県	峡南	198.7
1904	山梨県	富士・東部	222.5
2001	長野県	佐久	222.6
2002	長野県	上小	155.2
2003	長野県	諏訪	210.2
2004	長野県	上伊那	167.2
2005	長野県	飯伊	164.4
2006	長野県	木曾	162.3
2007	長野県	松本	330.5
2008	長野県	大北	200.6
2009	長野県	長野	193.9
2010	長野県	北信	186.7
2101	岐阜県	岐阜	275.6

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2102	岐阜県	西濃	168.1
2103	岐阜県	中濃	190.5
2104	岐阜県	東濃	201.0
2105	岐阜県	飛騨	168.0
2201	静岡県	賀茂	144.4
2202	静岡県	熱海伊東	190.4
2203	静岡県	駿東田方	201.4
2204	静岡県	富士	157.9
2205	静岡県	静岡	234.4
2206	静岡県	志太榛原	191.8
2207	静岡県	中東遠	176.3
2208	静岡県	西部	258.0
2302	愛知県	海部	207.7
2304	愛知県	尾張東部	333.2
2305	愛知県	尾張西部	214.9
2306	愛知県	尾張北部	185.2
2307	愛知県	知多半島	196.5
2308	愛知県	西三河北部	148.0
2309	愛知県	西三河南部西	194.7
2310	愛知県	西三河南部東	188.8
2311	愛知県	東三河北部	165.2
2312	愛知県	東三河南部	184.2
2313	愛知県	名古屋・尾張中部	305.4
2401	三重県	北勢	210.4
2402	三重県	中勢伊賀	259.8
2403	三重県	南勢志摩	217.8
2404	三重県	東紀州	162.3
2501	滋賀県	大津	373.5

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2502	滋賀県	湖南	262.2
2503	滋賀県	甲賀	176.8
2504	滋賀県	東近江	218.3
2505	滋賀県	湖東	181.0
2506	滋賀県	湖北	217.6
2507	滋賀県	湖西	245.0
2601	京都府	丹後	155.6
2602	京都府	中丹	198.2
2603	京都府	南丹	177.1
2604	京都府	京都・乙訓	401.4
2605	京都府	山城北	207.1
2606	京都府	山城南	160.8
2701	大阪府	豊能	350.7
2702	大阪府	三島	277.5
2703	大阪府	北河内	232.4
2704	大阪府	中河内	205.5
2705	大阪府	南河内	286.0
2706	大阪府	堺市	225.6
2707	大阪府	泉州	218.8
2708	大阪府	大阪市	369.0
2801	兵庫県	神戸	323.3
2804	兵庫県	東播磨	231.6
2805	兵庫県	北播磨	206.6
2808	兵庫県	但馬	209.9
2809	兵庫県	丹波	203.8
2810	兵庫県	淡路	216.3
2811	兵庫県	阪神	279.7
2812	兵庫県	播磨姫路	214.4

二次医療圏別の医師偏在指標④（令和6年1月公表版）

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2901	奈良県	奈良	266.3
2902	奈良県	東和	281.7
2903	奈良県	西和	210.8
2904	奈良県	中和	312.3
2905	奈良県	南和	262.2
3001	和歌山県	和歌山	347.0
3002	和歌山県	那賀	194.8
3003	和歌山県	橋本	217.2
3004	和歌山県	有田	180.8
3005	和歌山県	御坊	243.9
3006	和歌山県	田辺	216.5
3007	和歌山県	新宮	162.2
3101	鳥取県	東部	222.0
3102	鳥取県	中部	205.4
3103	鳥取県	西部	350.8
3201	島根県	松江	247.1
3202	島根県	雲南	128.5
3203	島根県	出雲	393.2
3204	島根県	大田	172.1
3205	島根県	浜田	238.7
3206	島根県	益田	176.0
3207	島根県	隠岐	203.7
3301	岡山県	県南東部	346.8
3302	岡山県	県南西部	292.8
3303	岡山県	高梁・新見	148.2
3304	岡山県	真庭	166.6
3305	岡山県	津山・英田	196.3
3401	広島県	広島	298.9

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
3402	広島県	広島西	239.1
3403	広島県	呉	266.7
3404	広島県	広島中央	200.4
3405	広島県	尾三	198.2
3406	広島県	福山・府中	201.3
3407	広島県	備北	219.8
3501	山口県	岩国	223.9
3502	山口県	柳井	143.5
3503	山口県	周南	192.1
3504	山口県	山口・防府	223.4
3505	山口県	宇部・小野田	324.2
3506	山口県	下関	224.3
3507	山口県	長門	139.5
3508	山口県	萩	183.5
3601	徳島県	東部	332.4
3603	徳島県	南部	231.4
3605	徳島県	西部	153.2
3702	香川県	小豆	109.0
3706	香川県	東部	306.8
3707	香川県	西部	217.0
3801	愛媛県	宇摩	190.7
3802	愛媛県	新居浜・西条	199.4
3803	愛媛県	今治	198.4
3804	愛媛県	松山	292.0
3805	愛媛県	八幡浜・大洲	180.2
3806	愛媛県	宇和島	187.9
3901	高知県	安芸	206.8
3902	高知県	中央	300.3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
3903	高知県	高幡	187.1
3904	高知県	幡多	159.7
4001	福岡県	福岡・糸島	399.0
4002	福岡県	粕屋	220.7
4003	福岡県	宗像	198.4
4004	福岡県	筑紫	224.7
4005	福岡県	朝倉	202.0
4006	福岡県	久留米	407.8
4007	福岡県	八女・筑後	216.3
4008	福岡県	有明	233.6
4009	福岡県	飯塚	341.3
4010	福岡県	直方・鞍手	184.4
4011	福岡県	田川	197.4
4012	福岡県	北九州	301.6
4013	福岡県	京築	151.6
4101	佐賀県	中部	363.5
4102	佐賀県	東部	165.5
4103	佐賀県	北部	241.4
4104	佐賀県	西部	157.5
4105	佐賀県	南部	254.1
4201	長崎県	長崎	365.0
4202	長崎県	佐世保県北	221.5
4203	長崎県	県央	270.6
4204	長崎県	県南	194.1
4206	長崎県	五島	199.7
4207	長崎県	上五島	200.8
4208	長崎県	壱岐	225.0
4209	長崎県	対馬	196.9

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

二次医療圏別の医師偏在指標⑤（令和6年1月公表版）

（二次医療圏別）

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4302	熊本県	宇城	164.7
4303	熊本県	有明	198.5
4304	熊本県	鹿本	193.7
4305	熊本県	菊池	173.1
4306	熊本県	阿蘇	184.2
4308	熊本県	八代	244.8
4309	熊本県	芦北	248.5
4310	熊本県	球磨	182.5
4311	熊本県	天草	191.3
4312	熊本県	熊本・上益城	344.3
4401	大分県	東部	267.2
4403	大分県	中部	291.2
4405	大分県	南部	190.6

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4406	大分県	豊肥	203.1
4408	大分県	西部	178.0
4409	大分県	北部	202.9
4501	宮崎県	宮崎東諸県	308.1
4502	宮崎県	都城北諸県	171.4
4503	宮崎県	延岡西臼杵	160.5
4504	宮崎県	日南串間	180.1
4505	宮崎県	西諸	164.7
4506	宮崎県	西都児湯	157.7
4507	宮崎県	日向入郷	149.8
4601	鹿児島県	鹿児島	349.0
4603	鹿児島県	南薩	200.1

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4605	鹿児島県	川薩	220.0
4606	鹿児島県	出水	171.8
4607	鹿児島県	姶良・伊佐	176.3
4609	鹿児島県	曾於	153.8
4610	鹿児島県	肝属	182.4
4611	鹿児島県	熊毛	129.7
4612	鹿児島県	奄美	164.7
4701	沖縄県	北部	247.3
4702	沖縄県	中部	257.3
4703	沖縄県	南部	329.2
4704	沖縄県	宮古	195.3
4705	沖縄県	八重山	249.6

医師偏在指標に関する主なご意見等と進め方について

<医師偏在対策に関するとりまとめ（令和6年12月18日 新たな地域医療構想等に関する検討会）>

<2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見とりまとめ>（令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会）>

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

（7）医師偏在指標のあり方

- 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討することが適当である。

<これまでにいただいた主なご意見>

【地理的要素について】

- 山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関へのアクセスに時間を要するといった地理的な要因が反映されていない。
- 地域ごとに、医療機関へのアクセスや、それぞれの住民の受療行動が異なる。

【実態に即した医師の労働時間比の反映について】

- 現在用いられている係数で用いられている研修医の労働時間比が、実情と比べて高いのではないか。また、男女比についても、男性の育休取得に対するハードルの低下等の考え方の変化から、見直しが必要。

【高齢医師が多い等の医師の年齢構成について】

- 例えば10年後などを見据え、現在の医師の年齢構成も考慮すべき。
- 人口10万人当たりの医師数が多いとされる県でも、若手医師の流出等により、中長期的に見ると医師少数県となる可能性がある。

上記の意見等を踏まえ、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、医師偏在指標については以下の点に留意して検討してはどうか。

- 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて
- 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて
- 高齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について