一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構

## 第 31 回 医療経済研究機構シンポジウム

# 「地域医療構想の
# これまでとこれから」

**日時 ： 令和 8 年 10 月 14 日(水) 13:00～16:30 (開場12:30)**

**会場 ： 全国社会福祉協議会 灘尾ホール**

**お願い**

★ 当シンポジウムにつきまして、録音、録画、並びに資料の無断転載はご遠慮いただきますようお願いいたします。

★ 講師のご事情により、スライドの一部が配布資料と異なる場合がございます。大変恐れ入りますが、講師のご意向としてご理解の程、お願いいたします。

ご協力のほど宜しくお願い致します。

Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
Institute for Health Economics and Policy

一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

# 第 31 回医療経済研究機構シンポジウム

## 「地域医療構想のこれまでとこれから」

－　プログラム　－

13:00-13:05　開会挨拶
　　宮島 俊彦　代表理事（医療経済研究機構　代表理事）

13:05 - 13:30　問題提起
　　遠藤　久夫　所長　（医療経済研究機構 所長）

13:30 - 13:55　講演Ⅰ
　　中谷　祐貴子 様　（厚生労働省医政局地域医療計画課長）

13:55 - 14:20　講演Ⅱ
　　今村　知明 様　（奈良県立医科大学　教授）

14:20-14:45　講演Ⅲ
　　神野　正博 様　（全日本病院協会　会長）

14:45 - 15:10　講演Ⅳ
　　風間　雄一郎 様　（福島県保健福祉部　次長）

15:10-15:25　休憩（15 分）

15:25-16:30　パネルディスカッション
　　座　　長　　遠藤　久夫　所長
　　パネリスト　　中谷　祐貴子様、今村　知明様、神野　正博 様、風間　雄一郎 様

16:30　閉会

本資料の全部又は一部を問わず、無断で転載、
使用、複製、配布、改変等することはできません。

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
Institute for Health Economics and Policy

一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

# 問題提起

遠藤 久夫
医療経済研究機構 所長

# 略　歴

氏名：遠藤　久夫（えんどう　ひさお）

現職：医療経済研究機構所長、学習院大学学長

最終学歴：一橋大学大学院博士課程単位取得退学

専門：医療経済学、医療政策

審議会委員等：「中央社会保険医療協議会（中医協）」会長、「中医協薬価専門部会」部会長、「社会保障審議会医療保険部会」部会長、「社会保障審議会介護保険部会」部会長、「社会保障審議会短期間労働者への社会保険適用等に関する特別部会」部会長、「社会保障制度改革国民会議」会長代理、「全世代型社会保障検討会議」委員、「東北地方における医学部設置に係る構想審査会」座長、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」座長、「臨床研究に係る制度の在り方に関する検討会」座長、「厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業事前企画評価委員会」座長、「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」座長、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」座長、「看護基礎教育検討会」座長、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」座長、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」座長、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」座長、「新たな地域医療構想等に関する検討会」座長、「こども未来戦略会議」委員、「日本専門医機構」理事、「医療経済学会」会長、「国立社会保障・人口問題研究所」所長等を歴任。

現在、「社会保障審議会」会長、「社会保障審議会医療部会」部会長、「医道審議会」委員、「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」部会長、「医療介護総合確保推進会議」委員、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策に関する検討会」座長、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」座長、「東京都　地域医療対策協議会」委員、「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構　運営委員会」委員長等を務める。

（令和 8 年 10 月現在）

# 地域医療構想　これまでとこれから

## ―医療提供体制改革の課題―

遠藤　久夫

医療経済研機構所長
学習院大学学長

１．これまでの地域医療構想について
　１）成果をどのように評価しますか。
　２）どのような課題が浮き彫りになりましたか。

２．新たな地域医療構想について
　１）推進する上で予想される課題は何ですか。
　２）課題を克服するために必要な対策はなんだと思いますか。

１．病床数の需給調整の特徴

（１）市場メカニズムが働かないので自律的な調整が難しい
〇情報の非対称性の存在
〇公的医療保険制度により価格メカニズムが機能しない
→過不足医療、過剰医療といった非効率な資源配分が生ずる

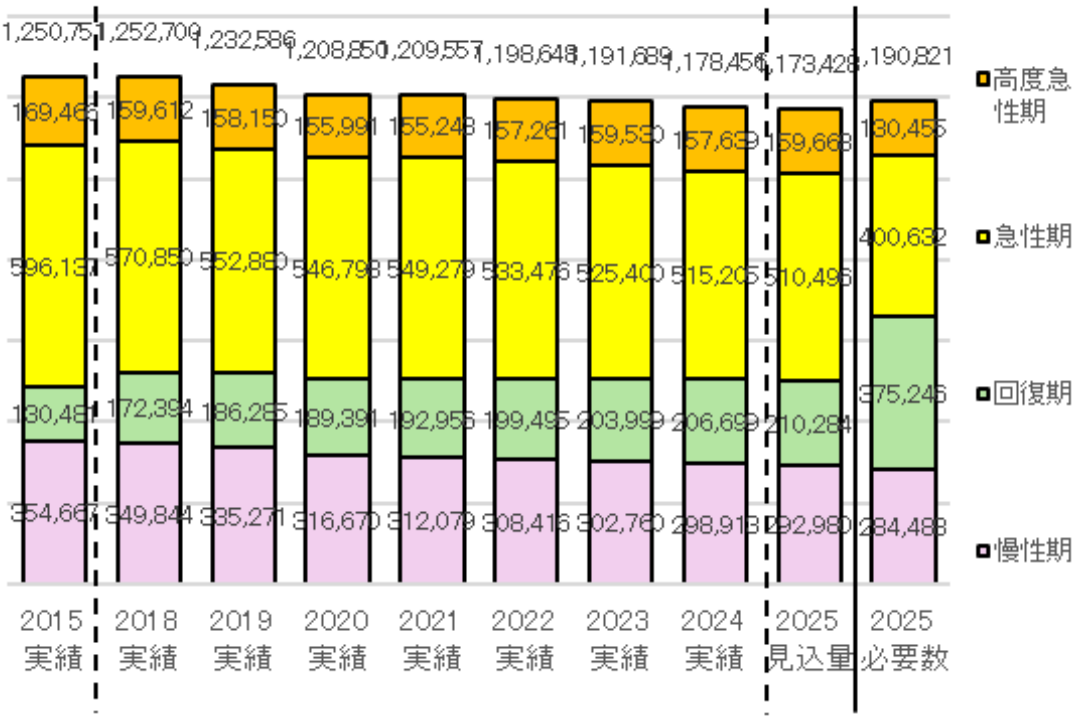
（２）計画原理の限界
〇日本は民間医療機関が多い→私的財産の活用に関する制約
〇地域差が大きいため「国」の管理では非効率→自治体の役割が重要

（３）準市場メカニズム
〇需給の可視化：情報の非対称性の低下
〇インセンティブと規制的手法の補完
〇地域単位での意思決定

２．政策手段
（１）インセンティブ
①診療報酬：例）在宅位医療の推進（⇐高い価格、要件緩和）
〇政策効果は強力だが原則全国一律なので地域事情の反映が困難
〇患者自己負担への反映をどう考えるか
**②補助金**
〇自治体の自由度が高い→地域対応が可能　〇患者自己負担への影響がない
〇診療報酬と比較して継続性が懸念
（２）規制的手法
①医療計画：元来「病床規制」→過剰な増床を抑制＝既存病床を削減できない
②保険医療機関・保険医数の地域別上限規制
〇保険医療機関の規制→外来過多地域の診療所開設に部分的導入
〇保険医の規制→議論はあるが基本的人権との関係で具体案無し
（３）**可視化**
〇必要病床数の推計：需要見通し　〇診療情報を用いた病床機能評価（客観的評価）
〇自治体へのデータ提供、分析アドバイザーの派遣
（４）**協議の場の場**
〇「調整会議」の設置
（５）連携・統廃合の自由度向上
**〇地域医療連携推進法人**

※太字は地域医療構想における政策手段

## 3．これまでの地域医療構想の成果（日本全体）




①病床全体
〇約5％の病床削減
〇必要病床数に接近

②病床機能別
〇急性期病床
（実際＞必要病床数）
〇回復期病床
（実際＜必要病床）

厚生労働省HPより

| 都道府県 | 2024年病床数/2015年病床数 | 2025年見通し病床数/2025年必要病床数 | 都道府県 | 2024年病床数/2015年病床数 | 2025年見通し病床数/2025年必要病床数 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全国 | 0.94 | 0.99 | 三重県 | 0.93 | 1.07 |
| 北海道 | 0.91 | 0.96 | 滋賀県 | 0.97 | 1.02 |
| 青森県 | 0.86 | 1.01 | 京都府 | 0.90 | 0.84 |
| 岩手県 | 0.88 | 1.06 | 大阪府 | 0.99 | 0.83 |
| 宮城県 | 0.93 | 1.00 | 兵庫県 | 1.01 | 1.00 |
| 秋田県 | 0.86 | 1.02 | 奈良県 | 0.95 | 0.98 |
| 山形県 | 0.88 | 1.09 | 和歌山県 | 0.87 | 1.12 |
| 福島県 | 0.91 | 1.11 | 鳥取県 | 0.93 | 1.12 |
| 茨城県 | 0.93 | 1.05 | 島根県 | 0.87 | 1.14 |
| 栃木県 | 0.94 | 1.05 | 岡山県 | 0.93 | 1.07 |
| 群馬県 | 0.91 | 1.05 | 広島県 | 0.90 | 1.01 |
| 埼玉県 | 1.05 | 0.92 | 山口県 | 0.87 | 1.14 |
| 千葉県 | 1.04 | 0.96 | 徳島県 | 0.87 | 1.12 |
| 東京都 | 1.00 | 0.92 | 香川県 | 0.94 | 1.07 |
| 神奈川県 | 1.02 | 0.83 | 愛媛県 | 0.85 | 1.10 |
| 新潟県 | 0.87 | 1.01 | 高知県 | 0.85 | 1.11 |
| 富山県 | 0.85 | 1.19 | 福岡県 | 0.93 | 0.97 |
| 石川県 | 0.89 | 1.07 | 佐賀県 | 0.94 | 1.22 |
| 福井県 | 0.90 | 1.09 | 長崎県 | 0.87 | 1.08 |
| 山梨県 | 0.99 | 1.18 | 熊本県 | 0.85 | 1.21 |
| 長野県 | 0.93 | 1.06 | 大分県 | 0.95 | 1.11 |
| 岐阜県 | 0.89 | 1.04 | 宮崎県 | 0.84 | 1.17 |
| 静岡県 | 0.93 | 1.12 | 鹿児島県 | 0.92 | 1.19 |
| 愛知県 | 0.96 | 0.95 | 沖縄県 | 0.96 | 0.87 |

3．これまでの地域医療構想の成果
（都道府県）

③都道府県別全病床数の変化

〇病床数が減少していない県
埼玉、千葉、東京、神奈川、兵庫、（大阪）

〇必要病床数を下回っている県
埼玉、千葉、東京、神奈川、京都、大阪、奈良、福岡
⇒大都市周辺に団塊の世代が多く、今後高齢者が増えるため

厚生労働省HPより作成

4．新たな地域医療構想の特徴

（1）目的の変化

（これまで）主として機能別病床数の調整⇒（新）医療提供体制全体の調整

（2）マイナーチェンジ

①必要病床数算定の見直し

〇社人研の推計値を適宜反映　〇現状投影→政策反映（前回も在宅医療は反映された）

②地域医療構想区域の見直し

〇2次医療圏にこだわらず実態に合わせる

③病床機能の見直し

〇高度急性期、急性期、回復期、慢性期機　⇒高度急性期、急性期、包括期、慢性期機

④インセンティブの強化

〇「病床数適正化緊急支援基金」の創設

（3）新たな取り組み：調整の対象が拡大

①医療機関機能の設定と報告：患者や地域にとっては病床機能より病院機能が重要

〇機能

・高齢者救急地域急性期機能　・性期拠点機能　・在宅医療等連携機能

・専門等機能　・医育及び広域診療機能

〇医療機関機能報告制度（これまでの病床機能報告に加える）

②在宅医療・介護との連携

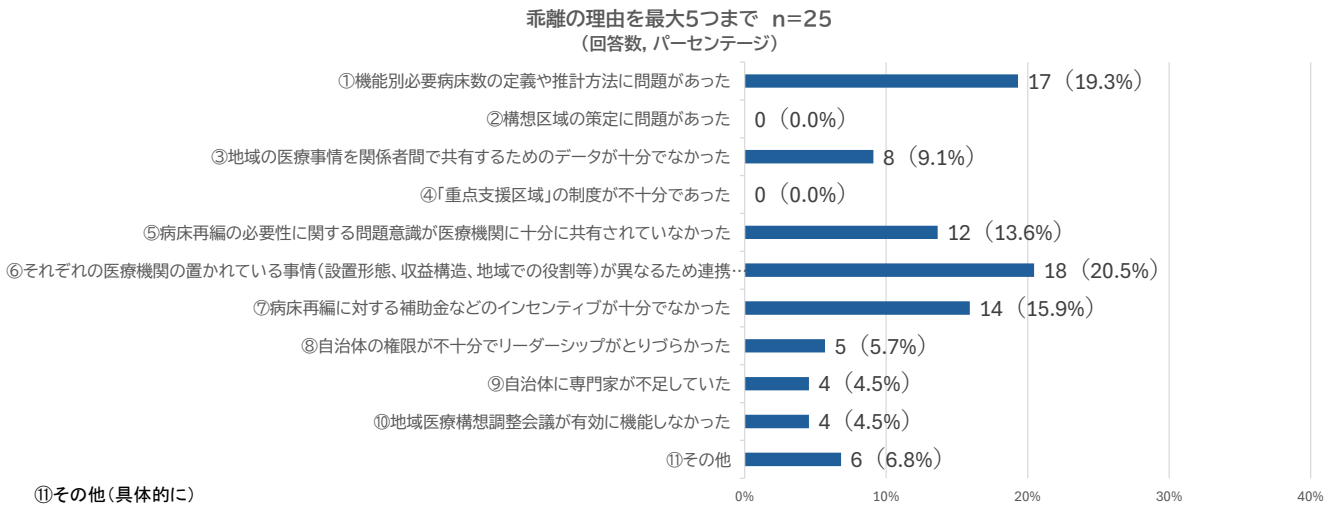
③精神科病床を対象に加える

（④医師の確保：地域偏在対策）

## Ⅰ．現在の地域医療構想について

地域医療構想に関するアンケート　医療経済研究機構2026年10月1日現在

（1）以下の①～⑪から重要なものを【最大5つ】選んでください。




⑪その他（具体的に）

・病床機能報告の制度設計そのものの構造的欠陥

・病床機能報告上は特に回復期において乖離があるが、本県で独自で導入している定量基準分析によると各機能における乖離は小幅となっているため、調整会議等でどのように評価するか振り返りを行っているところ。取組期間中に新型コロナウイルスの感染拡大があったため、急性期病床を減らす流れに歯止めがかかったと思われる。

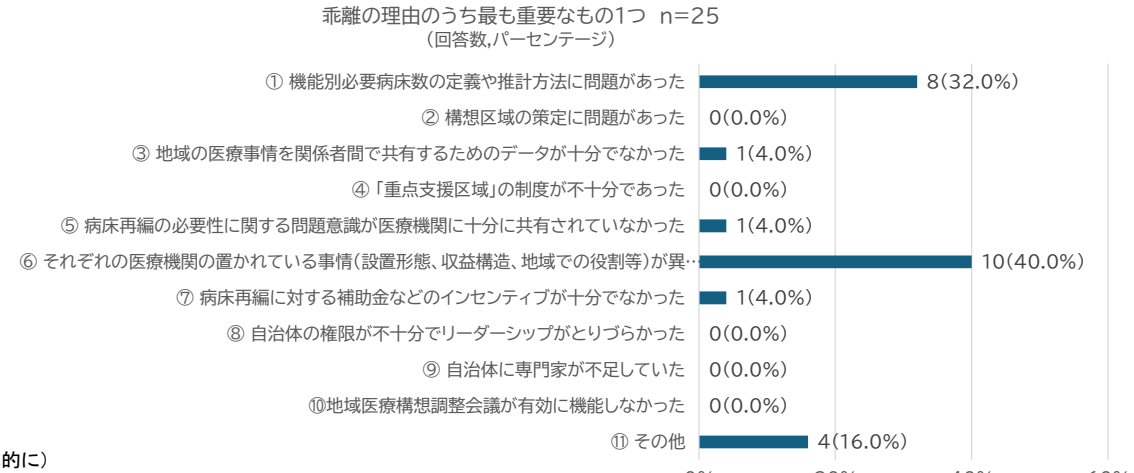
・慢性期病床については、介護療養病床の介護医療院への転換など、制度変更が反映されていない。

・病床機能報告制度に課題があると思料される。病床機能報告は病棟単位で行われるため、複数の機能を有する病棟の実態を十分に反映できない場合があった。また、医療機能の区分については厚生労働省から考え方が示されているものの、その解釈には医療機関ごとの差異も見受けられた。

・地域の面積や医師偏在といった地方の実情への視点が十分でなかった（単なる数字合わせは医療過疎のリスクを高める制度となっている）

## 問2．病床全体、もしくは機能別病床において、実際の病床数と必要病床数に「かなり乖離があった」場合、その理由は何だとお考えですか。

（2）そのうち、最も重要なものを【1つ】選んでください。




⑪その他（具体的に）

・病床機能報告の制度設計そのものの構造的欠陥

・病床機能報告上は特に回復期において乖離があるが、本県で独自で導入している定量基準分析によると各機能における乖離は小幅となっているため、調整会議等でどのように評価するか振り返りを行っているところ。取組期間中に新型コロナウイルスの感染拡大があったため、急性期病床を減らす流れに歯止めがかかったと思われる。

・病床機能報告制度に課題があると思料される。病床機能報告は病棟単位で行われるため、複数の機能を有する病棟の実態を十分に反映できない場合があった。また、医療機能の区分については厚生労働省から考え方が示されているものの、その解釈には医療機関ごとの差異も見受けられた。

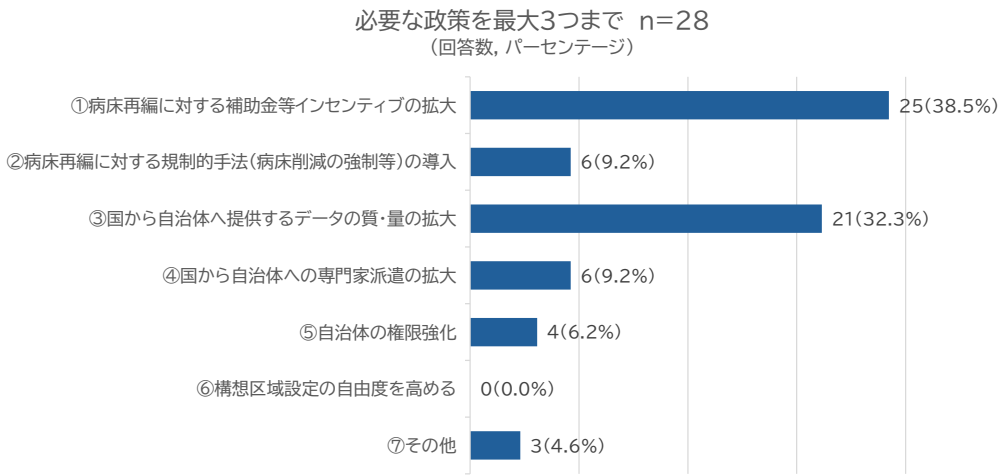
・数値上は不足している病床（回復期）であっても、地域の医療機関の声を聞くと現状でも余っているといったこともあり、地域の実情からすると病床機能の転換を進める必要性が小さかった可能性がある。





## 問3．これまでの地域医療構想を振り返り、より円滑に進めるために「このような政策が必要だった」とお考えの点はありますか。

（1）以下の①～⑦から必要な政策を【最大３つ】選んでください。




⑦その他

・医療機関、関係団体、市町、その他の関係者が当事者意識を持つ取組み

・補助金インセンティブよりも診療報酬制度による影響が大きいと考えているが、診療報酬体系について都道府県が関与する仕組みにはなっていない。

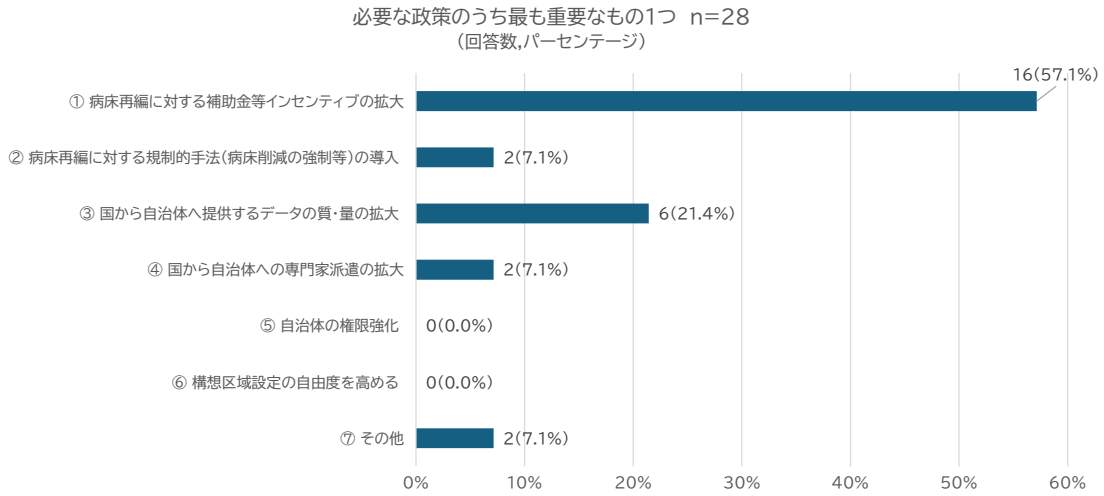
・地域医療介護総合確保基金の柔軟な運用

・数値上は不足している病床（回復期）であっても、地域の医療機関の声を聞くと現状でも余っているといったこともあり、地域の実情からすると病床機能の転換を進める必要性が小さかった可能性がある。

## Ⅰ．現在の地域医療構想について

問３．これまでの地域医療構想を振り返り、より円滑に進めるために
「このような政策が必要だった」とお考えの点はありますか。

（２）そのうち、最も必要だったと思うものを【１つ】選んでください。

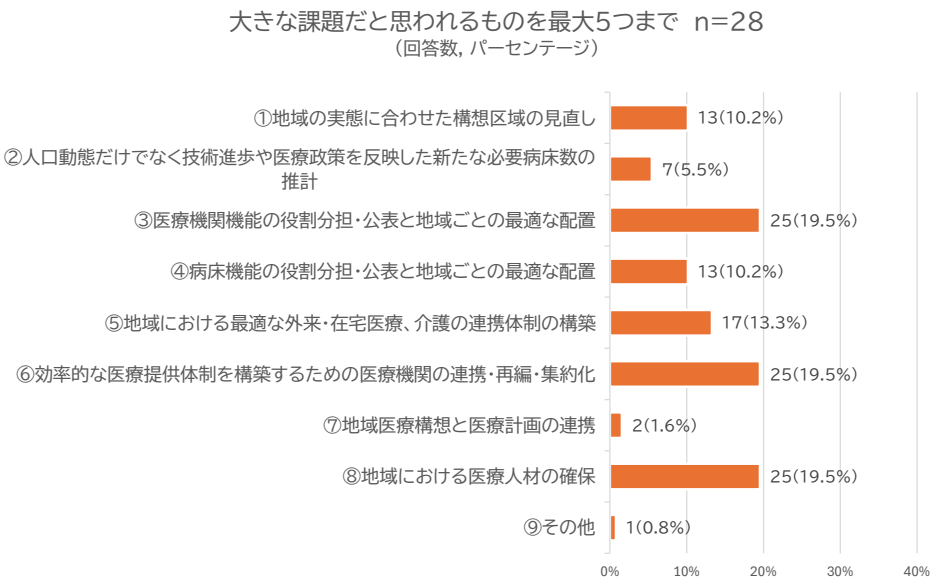



⑦その他（具体的に）
・医療機関、関係団体、市町、その他の関係者が当事者意識を持つ取組み
・地域医療介護総合確保基金の柔軟な運用

## Ⅱ．新たな地域医療構想について

**問1．新たな地域医療構想を実現するうえで、課題となると思われることは何ですか。**

**（1）以下の①～⑨から大きな課題だと思われるものを【最大5つ】選んでください。**

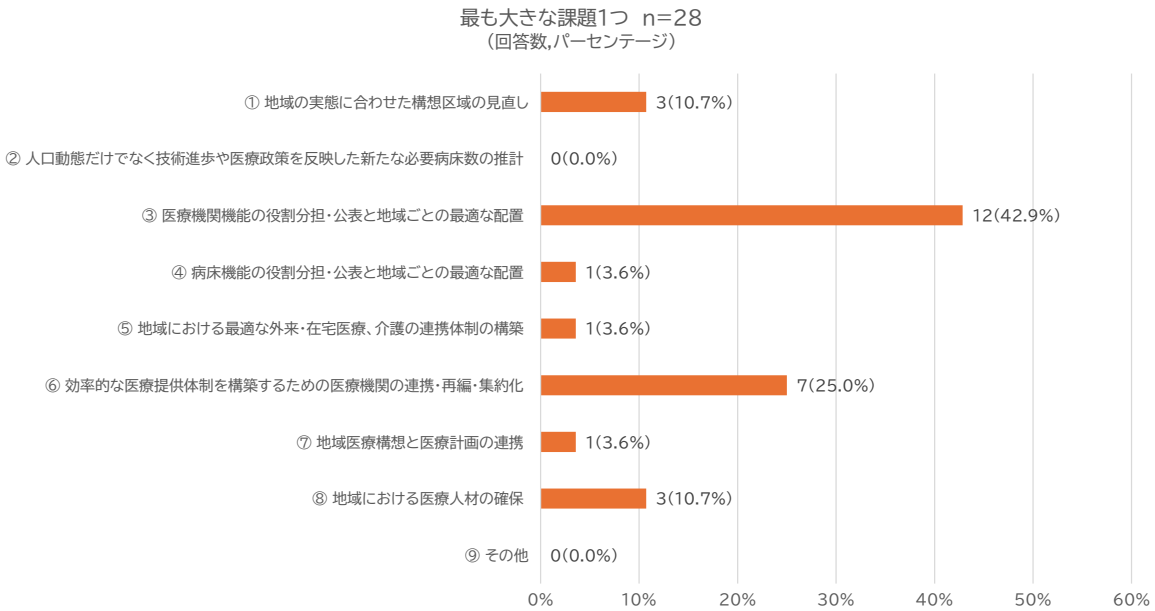



**⑨その他**

**・医療機関、関係団体、市町、その他の関係者が当事者意識を持つ取組み**

## 問1．新たな地域医療構想を実現するうえで、課題となると思われることは何ですか。

（2）そのうち、最も大きな課題だと思われるものを【1つ】選んでください。






## 問2．新たな地域医療構想の実現に向けて、必要と思われる政策等についてご自由にご記入ください。

**自由回答の一部**

［経済的支援］

○地域医療構想の取組を支援するための地域医療介護総合確保基金のメニューが示されておらず、仮に現在急性期医療を行っている医療機関が2040年に向けて高齢者救急・地域急性期機能へと転換を検討する場合でも、診療報酬や転換にかかる補助メニューが明確でないため、資金面も含めた将来計画が立てにくい状況となっている。国には、医療機関機能の具体的な協議が始まる令和９年度までに、取組を推し進めるための支援策を示すことが求められている。

○全国における地域医療介護総合確保基金の活用事例の共有や、基金対象事業の具体的な活用方法の明確化。

○国から「急性期拠点機能を担う病院は人口20～30万人に１つ」という指標が示されたところだが、手術等の急性期医療から包括期医療等への転換に要する経費に対する手当が必要と感じる（補助金、給付金、診療報酬など）。補助金や給付金等を手当する場合には、国の方針による転換であることから、都道府県や地域の協議ではその妥当性を判断しかねるケースもある。病床数適正化緊急支援事業のように、地域の議論が必要な場合を限定した上で、国が支給する制度設計をしてもらえると、都道府県間・地域間の公平性や公正性を担保できるように思う。

［経済的支援］

○病院の経営収支がしっかりとプラスになる診療報酬の充実

○不採算医療を担う公立病院について、設置自治体以外の地域に対しても広域に急性期医療を提供する（新構想の趣旨に沿った役割を担う）病院に対する支援の拡充が必要と感じる。経営課題への対応が優先されてしまい、医療機関間の連携などの地域医療構想の取組が進まない現状がある。

○多くの医療機関が建て替えを含め、施設更新のタイミングを迎えている。一方で、物価高騰や人件費の上昇により、建築費は上昇傾向が今後も続いていくことが想定される。現在の機能を維持するという観点でも建替えにかかる補助について国が主導してメニュー化していく必要がある。

○急性期病床から包括期病床への転換に対するインセンティブとなる施策。（新しい医療構想では特に包括期病床を増やしていく（急性期から包括期への転換等）ことが求められていると感じられる。）

○地域で必要とされている医療機関機能を担う医療機関に対する診療報酬等のインセンティブ付与。

○高齢者救急を評価する診療報酬上の仕組み

○医療業界の人材を守る抜本的な対策（診療報酬制度の見直し等）



［国による詳細なデータ提供］

○新たな地域医療構想の策定にあたって、取り扱うデータの数が膨大となり、自治体職員のみによる分析では限界があるように思料するところ、自治体によってはコンサルタント業者への委託等により対応しているが、予算などとの兼合いにより全自治体において同様の対応を取ることは難しく、検討体制・分析内容に差が生じることが予想される。そこで、専門家の派遣や厚労省からのデータの取扱いの方向性の提示など、自治体ごとの差を少なくするための取組みが必要と考える。

○国は慢性期患者を中心に、病床、介護保険施設、在宅医療の資源を組み合わせて地域の医療提供体制を考えるべきとしている。これらの検討にあたっては、それぞれの資源を施設およびそれを支える人材確保、将来の確保の見通しを含め検討する必要があり、膨大なデータをうまく組み合わせながら分析できるよう、県が業務を委託する際の費用や、国からの直接のデータ提供がこれまで以上に求められる。

［国による詳細なデータ提供］

○地域の現状分析に必要な国保有データの公開が必要と感じる（少なくとも診療報酬に関する医療機関ごとの詳細なデータを都道府県に提供すべき。）。また、新構想は、入院だけでなく在宅医療や介護連携まで拡大したことから、都道府県への提供データについてもアップデートすることが望ましい。例えば、急性期医療を担う各病院の患者住所地、急性期病院からの転院・退院先、退院後の在宅医療や介護サービスの提供者など、急性期医療を受けるエリア、身近な医療を受け生活するエリアを把握するために必要なデータである。エリアを把握した上で、医療や介護の需要、資源の過不足を議論することが地域包括ケアシステムの観点からも理想と考える。

○医療機関の自主的な取組をベースに連携・再編・集約化を進めていくための地域の協議に必要なデータ（疾病事業ごとのより詳細な需要推計、病床数の必要量の具体的な推計式等）、先進事例の提供、専門家の派遣等の技術的・財政的支援。

○地域ごとの疾病構造、患者流出入、救急搬送、医療人材の状況等を把握できるDPCデータやNDBデータ等の分析環境を国が充実させること。

○新構想に取り組む具体的なメリット、取り組まなかった場合のデメリットが示されると良い。例えば、新構想の取組を行わなかった場合に、確保が困難となる医療従事者数、維持することが困難となる病床機能（入院困難となる患者数）、対応困難となる救急受入や手術件数など、具体的なシミュレーションが示されれば、関係者間で危機感を共有でき、新構想の実現に向けた取組が期待できるように感じる。



［自治体への支援］

○新たな地域医療構想では、テーマの拡大に合わせて、議論を行うべき関係者も大きく広がり、さらに医療機関機能をめぐっては利害関係も伴うことで、非常に難しい調整を求められる都道府県の負担が増大している。そのため、国が地域の実情を正確に把握したうえで、都道府県への具体的な助言ができる体制が整えられれば、より構想に向けた取組が加速すると考える。

○新たな地域医療構想は地域の実情に応じた運用が求められる一方、制度設計やガイドラインの解釈に関する判断を都道府県に委ねている部分も多い。国においては、都道府県の課題や意見を継続的に把握し、Q&Aの充実や事例共有、意見交換の場の設定などを通じて、制度運用の改善につなげること。

○地域医療構想における県・保健所・市町の役割と責任を明確にし、市町が地域の医療提供体制に関する協議や政策形成に参画できる権限・体制を整備することが重要なため、国による地域別の医療需要・患者流出入等のデータ提供、専門人材の派遣、医師会・医療機関との調整支援など、県・市町に対する継続的な支援が必要と考えます。

○制度運用上の疑義や照会事項については、都道府県における検討や関係者との調整に直結するものであることから、厚生労働省においては迅速かつ統一的な見解を示すとともに、地域医療構想の推進に向けた助言・支援体制のさらなる強化を図られたい。

地域医療確保総合確保基金を活用し、医療機関の連携等に対する取組を財政面から支える。

○地域で必要とされる医療機関機能や病床機能を担わない医療機関に対し、機能の見直しや転換等を促進するため、自治体の関与・権限を強化。

［医師偏在対策］
○大学病院、基幹病院を中心とした医療人材の確保・育成・派遣について、都道府県単位で協議・調整できる仕組みを国が主体的に強化すること。
○医師の診療科偏在の是正のため、診療科をまたぐ公的なリカレント教育プログラムの確立と合わせて、特に医師不足が深刻な診療科限定で医師個人の所得税や住民税の減税を行うなど、直接的なインセンティブの付与。研修医の定員を国が医療需要に合わせて厳格に管理を行う、地域枠同様に特定の不足している診療科で一定期間働くことを義務づける診療科枠の設置など。

［精神病院］
○精神病床の歴史的経緯に関する都道府県医療政策担当者への説明

［介護］
○介護職員の高齢化・減少による在宅医療部門の撤退を防ぐため、医療・介護連携を維持・強化するための財政的・制度的サポート。

-



**ご清聴ありがとうございました**

一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

# 講演Ⅰ

中谷 祐貴子氏
厚生労働省 医政局 地域医療計画課長

**略歴**

厚生労働省　医政局　地域医療計画課長

中谷 祐貴子（なかたに　ゆきこ）

平成 13 年入省。米国保健福祉省派遣、健康局新型インフルエンザ対策推進室長、保険局医療課医療技術評価推進室長、岡山県保健福祉部長、医薬・食品衛生局血液対策課長、内閣官房 COVID-19 ワクチン担当参事官、健康局がん・疾病対策課長、世界保健機関本部事務局長補（医薬品・医療材料アクセス担当）を経て、現職。

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

# 2040年に向けた地域医療構想について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 地域医療構想について

- 地域医療構想は、都道府県が、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、医療機関の自主的な報告等を踏まえ、地域の関係者との協議を行い地域の実情に応じて策定するもの。
- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、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の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取組を進める。

### 具体的な取組

○　医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ、**構想区域を設定**。

○　**医療機関機能報告**等に基づき、都道府県及び各構想区域に設置する**地域医療構想調整会議**において、地域ごとの**医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能、専門等機能）**の確保や医療機関機能を踏まえた**医療機関間の役割分担**等について、**地域の関係者による協議を実施**。

○　地域医療構想の取組による効果等を踏まえた、構想区域別、機能区分（高度急性期・急性期・**包括期**・慢性期）別の**2040年の病床の必要量（必要病床数）を推計**。

○　都道府県は**地域医療介護総合確保基金**を活用し、**病床の機能分化・連携**に加え、**医療機関の連携・再編・集約化**に向けた取組を支援。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。

※　**地域医療構想は、病床の削減や医療機関の統廃合ありきではなく、地域での自主的な協議を踏まえて取り組むもの**

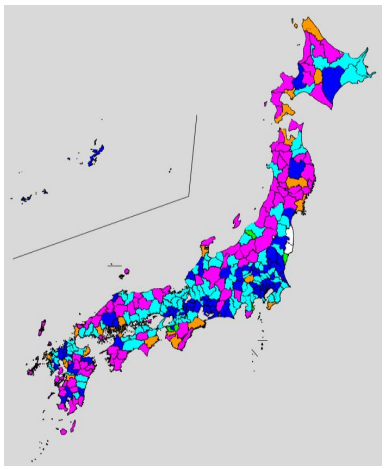
# 2040年頃に向けた医療の課題

**Ⅰ．将来の人口構造の変化と求められる医療需要**

○ 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。

○ こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

≪入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）≫



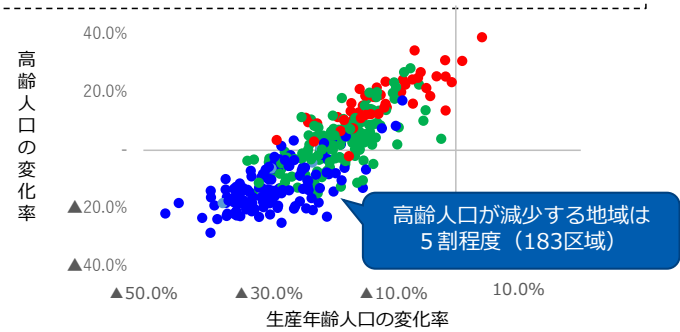
：2020年以前に最大
：2025年に最大
：2030年に最大
：2035年に最大
：2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

≪2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）≫

| | 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




**Ⅱ．生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題**

○ 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。

○ 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。

○ 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

○ これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指す。

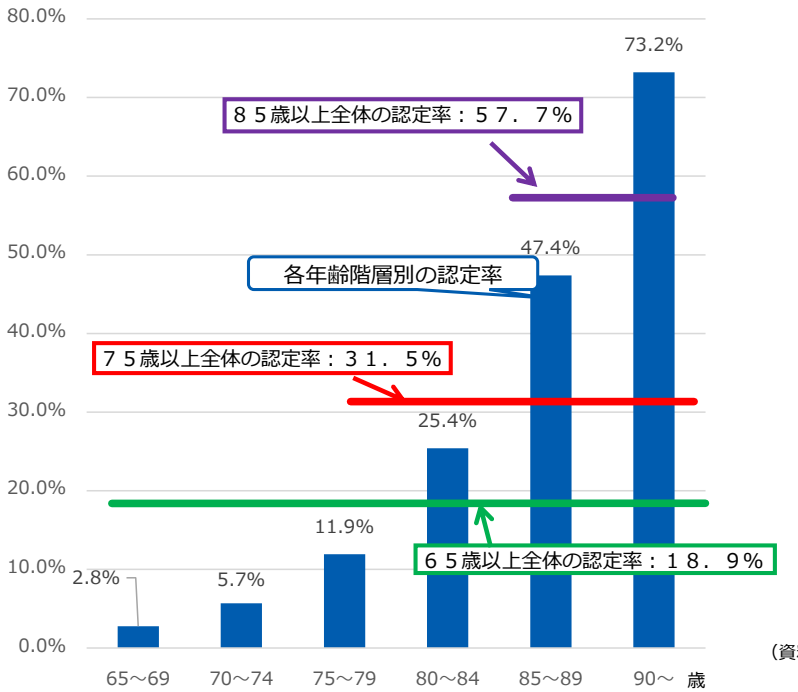
**2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築**



# 2040年の医療需要について①

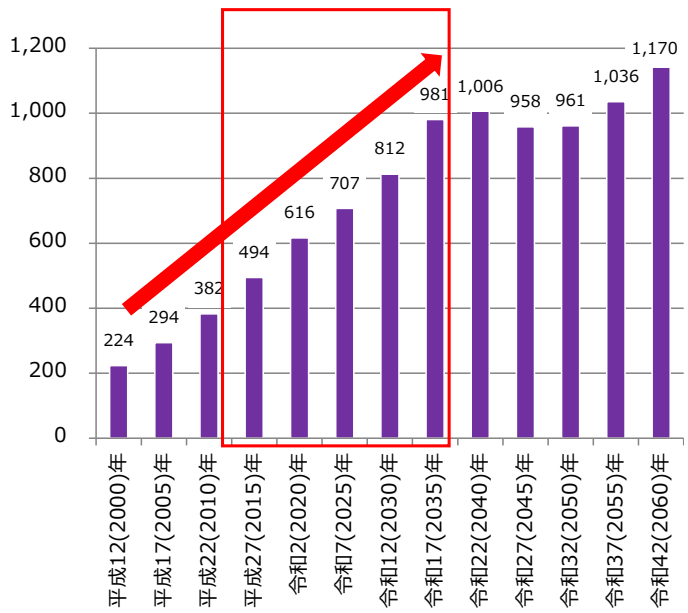
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

**年齢階級別の要介護認定率**




出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

**85歳以上の人口の推移**



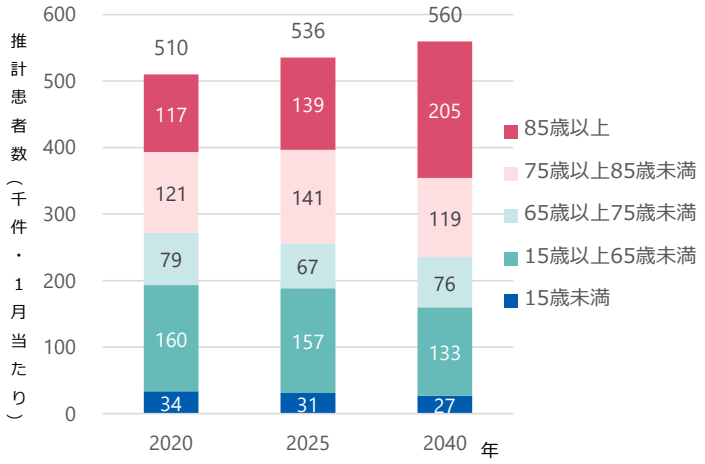

（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５(2023)年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

# 2040年の医療需要について②

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる中、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

## 救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計

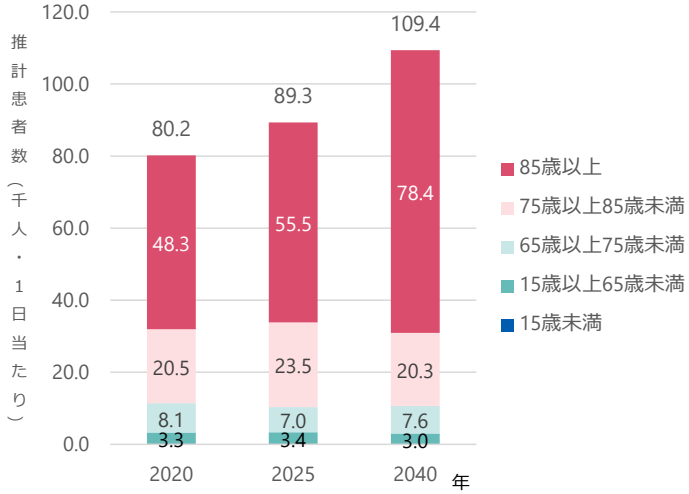



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※　救急搬送の１月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※　性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

## 在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計




2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017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）」を基に地域医療計画課において推計。



# 2040年に向けた地域医療構想について

## 背景

○ **2040年頃**に向けて、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。

○ 増加する**高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持**が求められる。

- 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能**に着目した**医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

## 分野ごとの取組

### 入院医療

**持続可能な急性期医療の確保**

- 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

**高齢者救急の受入体制の整備**

- 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

### 外来医療

**外来医療提供体制の維持**

- 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

### 在宅医療

**在宅医療の受け皿の整備**

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 多職種連携の取組等の推進

### 介護との連携

**医療と介護の複合ニーズへの対応**

- 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- 医療と介護の相互理解の推進

### 人材確保

**地域における医療人材の確保**

- 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- 看護師等の人材確保の方向性を反映

## 具体的な施策

### 構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

### 医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

**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の受入
・入院早期からのリハビリ･退院調整等の実施

**急性期拠点機能**
・人口20万～30万に１つを目安に確保
・手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

**在宅医療等連携機能**
・地域での在宅医療の提供
・他の施設等と連携した24時間対応等の実施

**専門等機能**
・集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

**医育及び広域診療機能（大学病院本院）**
・都道府県と連携した人的協力　・広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

### 病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

# 医療機関の連携・再編・集約化について

- 医療需要の減少や質的変化、医療従事者の減少や地域偏在に対応し、**持続的に医療の質や医療従事者の働き方の確保**をしていくよう、**地域ごとに効率的な医療提供体制の構築が必要**。急性期拠点機能や急性期病床の集約化をはじめとして、地域の実情に応じて救急車の受入、手術、休日・夜間の対応等について、連携・再編・集約化の取組を進めていく。

## 連携・再編・集約化の必要性

- 医療の質や医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は、急性期機能を担う医療機関に集約していき、高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応するといった**連携・再編・集約化に係る基本的な方針を、都道府県全体で共有**することが重要。
- 医療需要の変化や医療の担い手の減少に対応した効率的な医療提供体制の構築が必要。大都市部等において、医療提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方や、結果として医師の偏在を助長する懸念などがあり、人口の少ない地域に限らず、それぞれの地域ごとに状況に応じた、連携・再編・集約化の取組が重要。
- 手術については、医療の質や医療安全の確保のため、**がんの手術、高度な手術等**は症例数や人材の集約が必要であり、地域の医療資源に応じて、構想区域内や、構想区域よりも広域な単位での集約を検討する。また、**胆嚢炎の手術等、頻度が高い全身麻酔を要する手術**については、構想区域内での提供が求められるが、医療資源が潤沢でない地域で、小規模に同じ診療科の手術を実施する複数の医療機関がある場合等は、体制の検討が必要。
- 救急については、上り搬送や下り搬送を活用しながら、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等により救急対応を確保することが必要。**上り搬送や下り搬送等の連携の取組**や、**地域医療構想の方向性を踏まえた「実施基準」の検討**が必要。
- 連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要なときに**必要な医療へ適切にアクセスできる体制**の維持・確保が重要。



# 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。

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

## 構想区域ごとの医療機関機能

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

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

## 広域な観点での医療機関機能

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

# 病床機能報告について

## 病床機能報告制度の概要

○　病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

## 病床機能の報告について

○　病床の機能区分については、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併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、「回復期機能」について、**「包括期機能」として位置づけを見直し**ている。

○　報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。

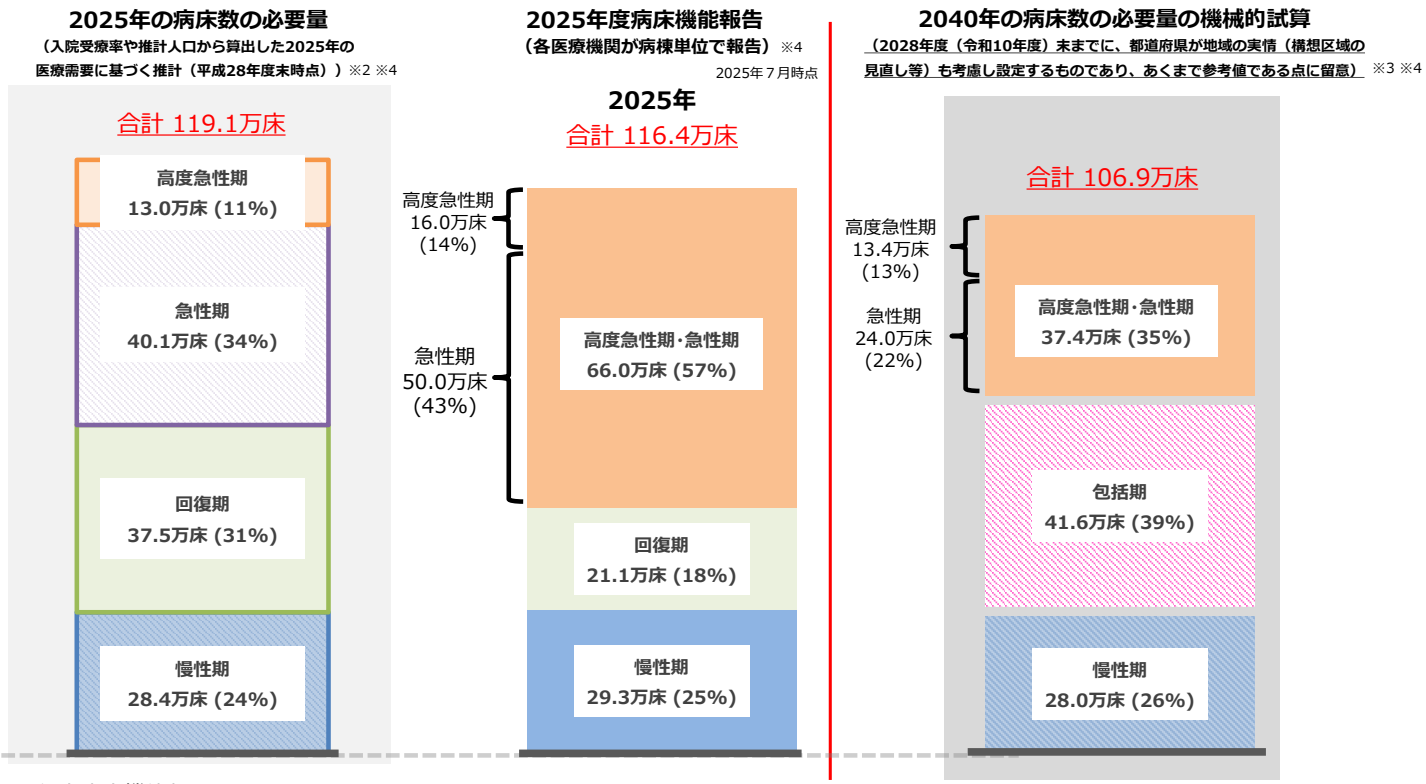
○　有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

**病床の機能区分と目安となる入院料の例**

| 機能区分 | 機能の内容 | 目安となる入院料の例 |
|---|---|---|
| 高度急性期機能 | ・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能 | • 救命救急入院料<br>• 特定集中治療室管理料<br>• 小児特定集中治療室管理料<br>• 新生児特定集中治療室管理料　等 |
| 急性期機能 | ・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 | • 急性期病院A、B一般入院料<br>• 急性期一般入院料１～６<br>• 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1）<br>• 小児入院医療管理料１～３　等 |
| **包括期機能**<br>※回復期機能を見直し | **・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テーション等を行い、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** ※新たに追加<br>・急性期を経過した患者に対し、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<br>・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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む | • 地域一般入院料１～３<br>• 地域包括医療病棟入院料<br>• 回復期リハビリテーション病棟入院料<br>• 地域包括ケア病棟入院料　等 |
| 慢性期機能 | ・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能<br>・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む | • 療養病棟入院料１～２<br>• 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1）<br>• 特殊疾患病棟入院料　等 |



# 2025年度病床機能報告について

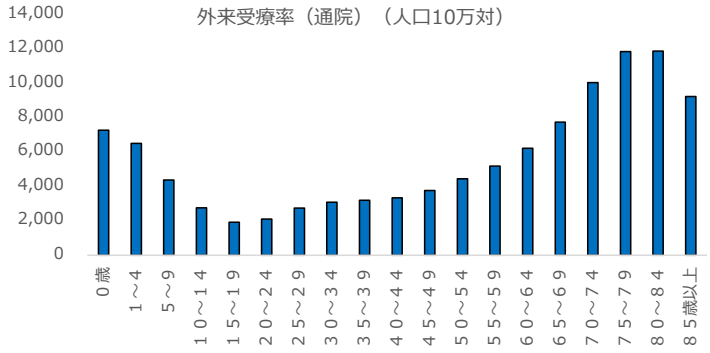


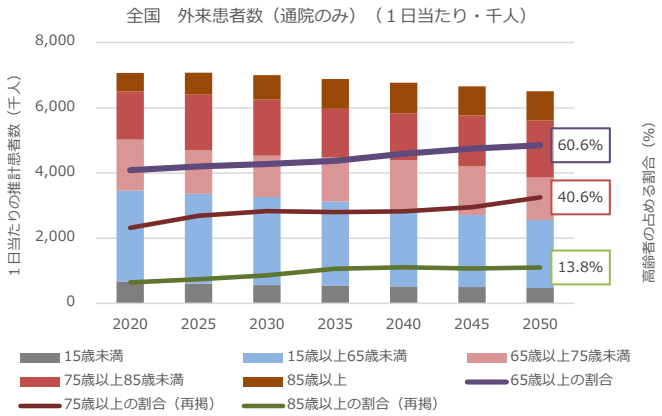

出典：2025年度病床機能報告

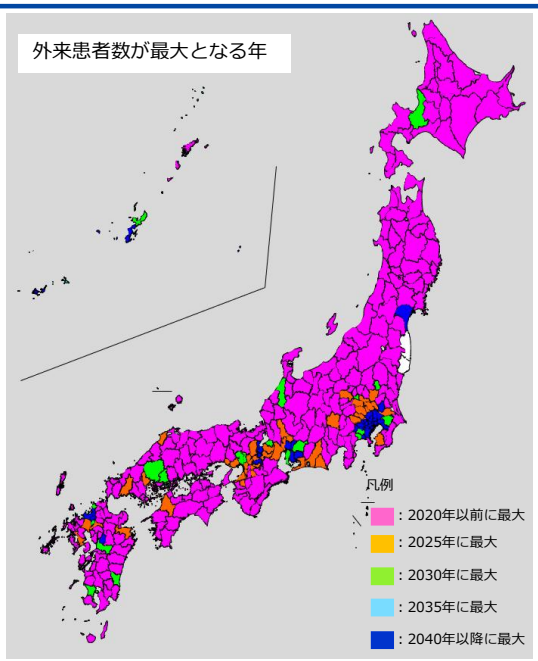
※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度) のＮＤＢのレセプトデータ 、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年）３月中位推計）』等を用いて推計
※3：令和６年度(2024年度) のＮＤＢのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和５年(2023年）推計）』等を用いて、現在の構想区域（令和６年度）を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足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。

# 外来医療需要の見込み

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となることが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。




出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く328の二次医療圏について集計。

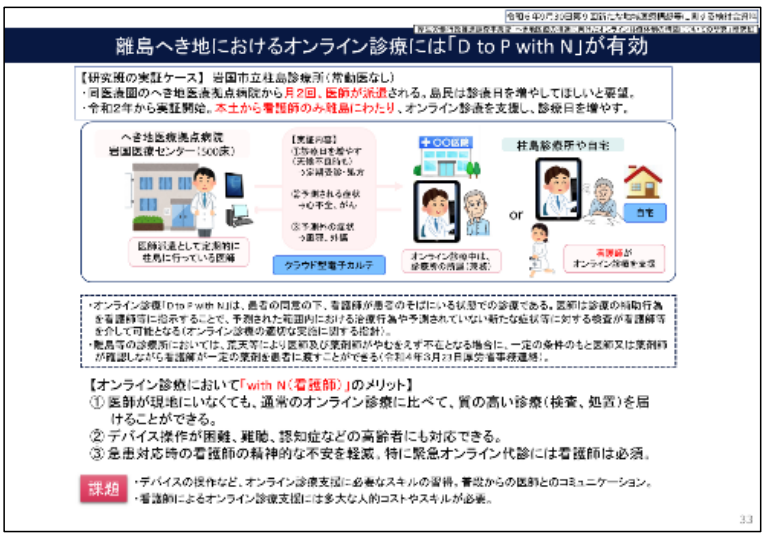
※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。



# 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**




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。

# 人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組の例

| 手段 | 実施主体の例 | 具体例 |
|---|---|---|
| **オンライン診療① D to P** | 医療機関 | • 外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施 |
| **オンライン診療② D to P with N** | 医療機関 | • 例として、山口県岩国市柱島においては、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。 |
| **オンライン診療③ D to D** | 医療機関 | • 遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援 |
| **患者輸送車** | 地方自治体 | • 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。例として北海道では、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。 |
| **医師の派遣** | 都道府県・医療機関 | • へき地等へ代診医等を派遣。 |
| **巡回診療** | 医療機関 | • 医療従事者が乗車した移動診察車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。 |
| **宿泊施設の整備** | 医療機関 | • 遠方の妊産婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備。 |
| **交通費・宿泊費補助** | 地方自治体 | • 遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に、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を助成。 |
| **有床診療所** | 医療機関 | • 医療需要の少ない地域等で病院を設置するほどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供。 |
| **隣接する都道府県との連携** | 都道府県 | • 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、当該都道府県以外の場合があり、県をまたいだ連携を行う。 |



# 多職種連携について

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

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

# 地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

| 年度 | 地域医療構想の策定と取り組みの進め方 | |
|---|---|---|
| ～2027年度上半期頃 | 現状・課題の把握 | • 基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有**する |
| | 区域の設定 | • 現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し**<br>➢ 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論<br>⇒人口20万人以上を目安としながら検討<br>➢ 必要病床数の運用<br>⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定<br>• 設定した構想区域における必要病床数を算出する |
| | 設定した区域の課題の把握 | • 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定 |
| ～2028年度末 | 取組の決定 | • **遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する<br>• その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する |
| ～2035年度 | 取組の推進 | • 2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する |

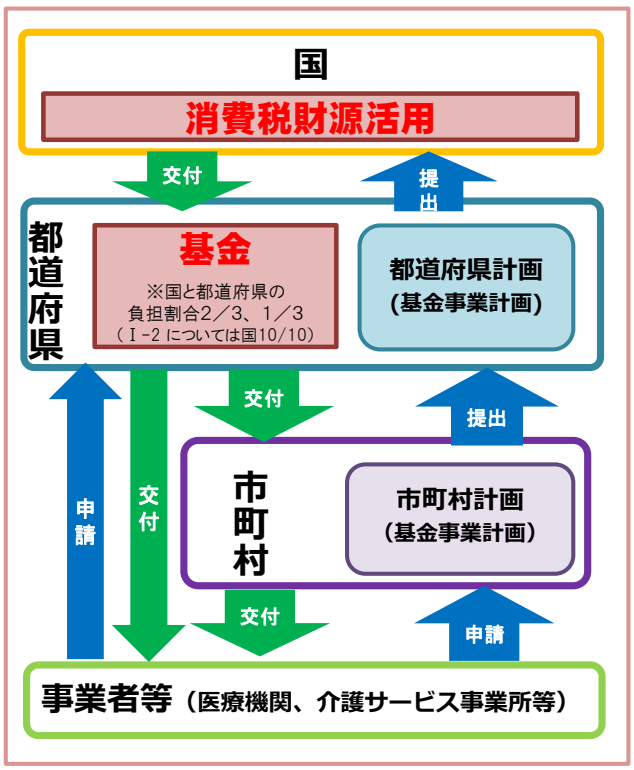
※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。



# 地域医療介護総合確保基金

令和８年度予算額：公費で1,390億円
（医療分　960億円、介護分　430億円）

○ 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【所要の法令改正に伴い見直しを予定】

新区分　業務効率化・勤務環境改善に関する事業（医療分）【所要の法令改正による区分新設を予定】

【〇病床数の適正化に対する支援】

施策名：オ　病床数の適正化に対する支援

令和7年度補正予算額　3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
（内線4095、2665）

## ① 施策の目的

・効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

## ② 対策の柱との関係

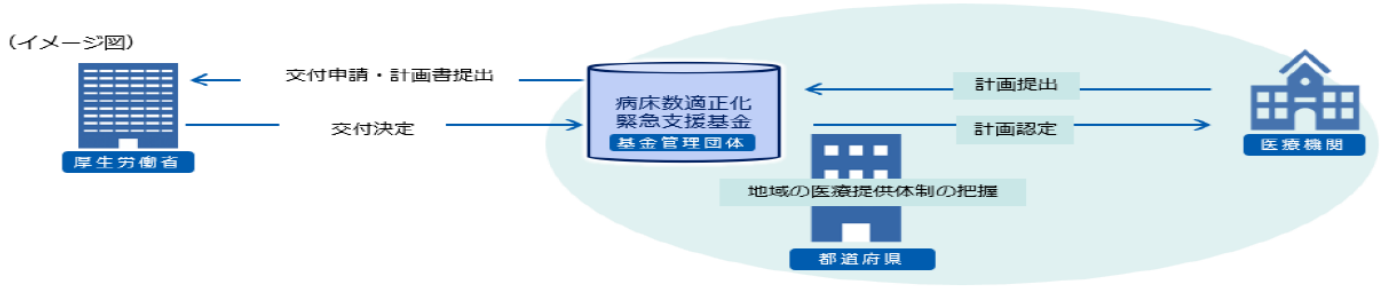
| Ⅰ | | | Ⅱ | | | | | Ⅲ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 |
| | ○ | | | | | | | | |

## ③ 施策の概要

・「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
（概要） 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
（交付対象・交付額）病院（一般・療養・精神）・有床診：4,104千円／床（ただし、休床の場合は、2,052千円／床）

## ④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

（イメージ図）




・　医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
・　基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する（１０／１０）

## ⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

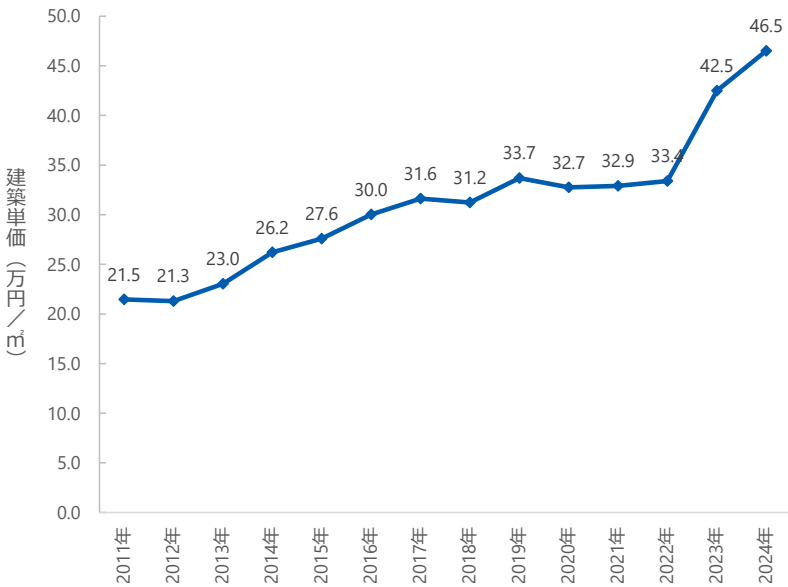
※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数（厚生労働省調べ）。
※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

# 医療機関の老朽化の現状について

○ 医療機関の経営が悪化している中、再編や統合の取組、老朽化のための建替えは必要であるが、医療機関の建築費は年々増加している。

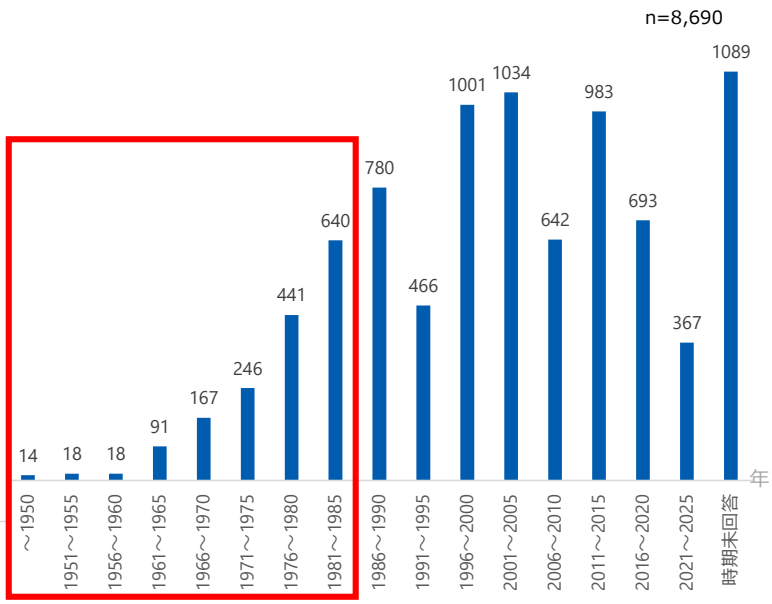
○ 現時点では約1,600病棟、約16万床分で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移




・国土交通省「建築着工統計調査」に基づき作成
・建築単価は、工事費予定額÷床面積にて算出

建築時期別の病棟数




・令和7年度病床機能報告の建築時期より集計（病床数については、許可病床数を集計）。
・同一病院内の同一建築時期の病棟を1棟として計上。
・未回答の病棟数は同一病院内に複数の建築未回答の病棟がある場合も1棟として計上

新規 投資枠

# 病院等の施設・設備整備支援事業（仮称）

医政局地域医療計画課（内線2665）
医政局医療経営改革課（内線2606）

令和９年度概算要求額　事項要求（－）　※（）内は前年度当初予算額

## １ 事業の目的

新たな地域医療構想の下、将来需要を踏まえ、老朽化・災害対策を含む地域に不可欠な病院等の計画的な施設・設備整備について、必要な支援の在り方を検討し、それに基づき必要な措置を講じる。

## ２ 事業の概要

物価等の動向、経営状況など、足下の情勢変化もしっかりと把握した上で、新たな地域医療構想の下、将来需要を踏まえた病院等（病院及び有床診療所）の施設の建替え・改修を含む地域に不可欠な施設の計画的な整備に必要な支援(福祉医療機構による融資含む。)を行う。

（補助要件のイメージ）
・新たな地域医療構想において地域に不可欠であると位置づけられている政策医療実施機関や、都道府県が指定する地域で不足している医療機能を提供する病院等
・築40年以上
・ローコスト建築の徹底
・DX化による業務の効率化
・病床数が過剰な地域において建替えを行う場合は病床数の削減
・高額な医療機器の共有化
・有床診療所については、持分なし医療法人が運営していること
等を想定

## ３ 対象経費等

（対象経費）
・建替え・改修に要する経費
※屋根・天井、外壁、配水管等の改修・修繕を含む

（補助額）
・建築費用の10～20%　を想定

（補助対象）
将来需要を踏まえ、地域医療構想調整会議で合意を得ること等を要件とする

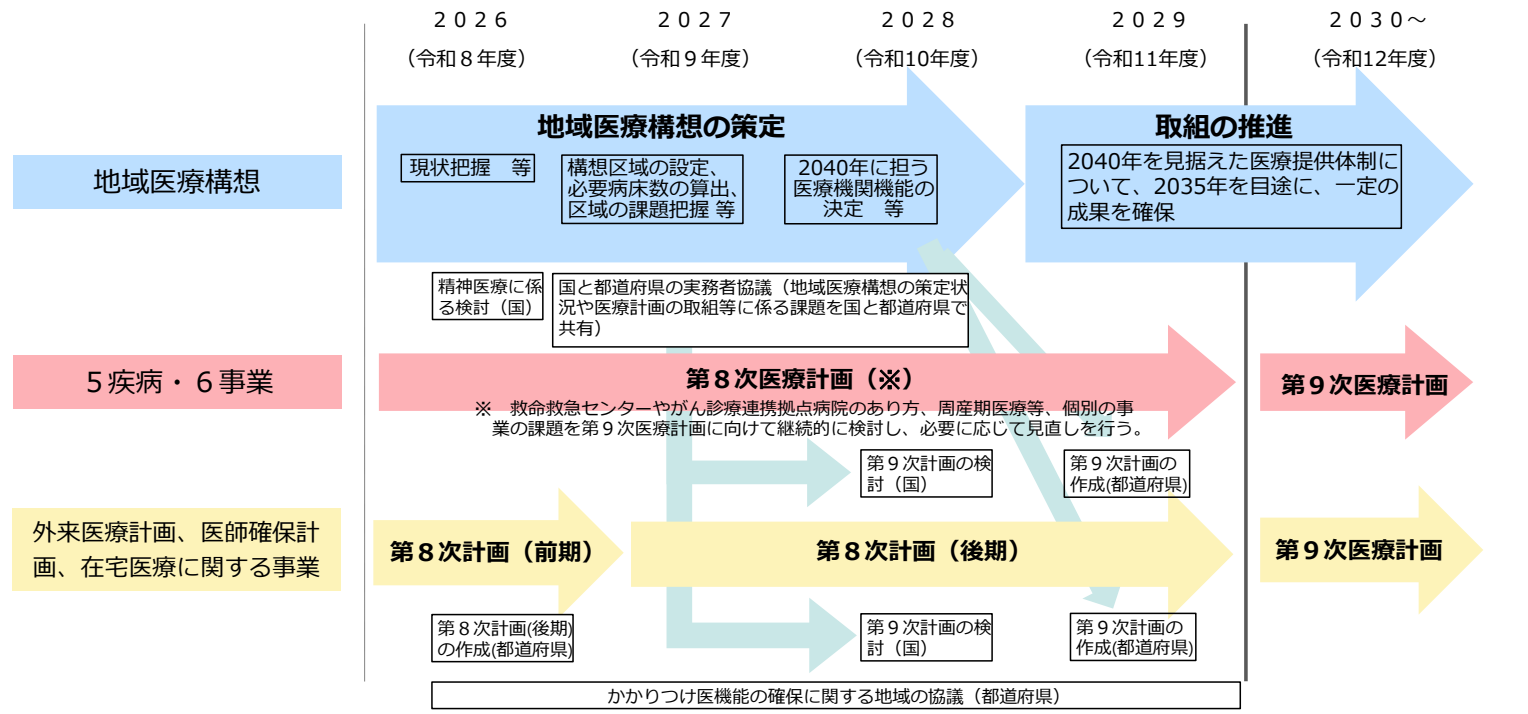
（補助スキーム）

国 → 都道府県 → 補助対象
※地域医療構想調整会議で合意を得ること等が要件
※都道府県を経由

## 2040年に向けた地域医療構想と医療計画の進め方

○　人口構造の変化、医療需要の見通し、医療資源の状況等を踏まえ、地域医療構想調整会議における協議を通じて、地域の医療提供体制の方向性を整理し、2028年度末までに地域医療構想を策定する。

○　医療需要の変化や医療提供体制の状況など、策定した地域医療構想の内容を踏まえ、具体の実行計画として、2029年度頃に第９次医療計画を策定する。

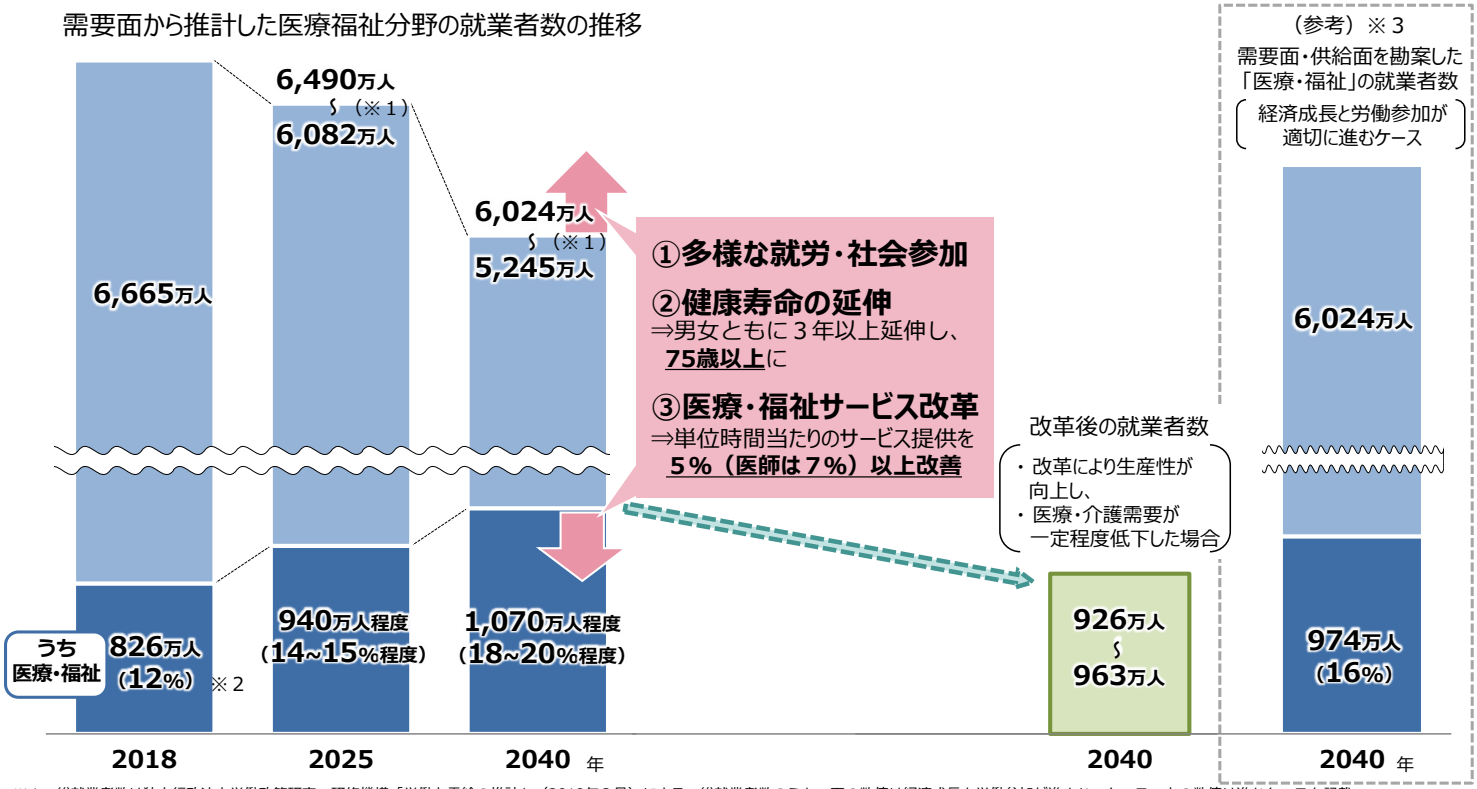


（参考資料）

令和６年11月8日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

# マンパワー：2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。




※１　総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年３月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
※２　2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。
※３　独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

# 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 |
| 大腿骨頚部骨折　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＞疽を伴わないもの | 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% | 41% |
| 75歳以上 | 35% | 6% | 37% |
| 85歳以上 | 27% | 4% | 29% |

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

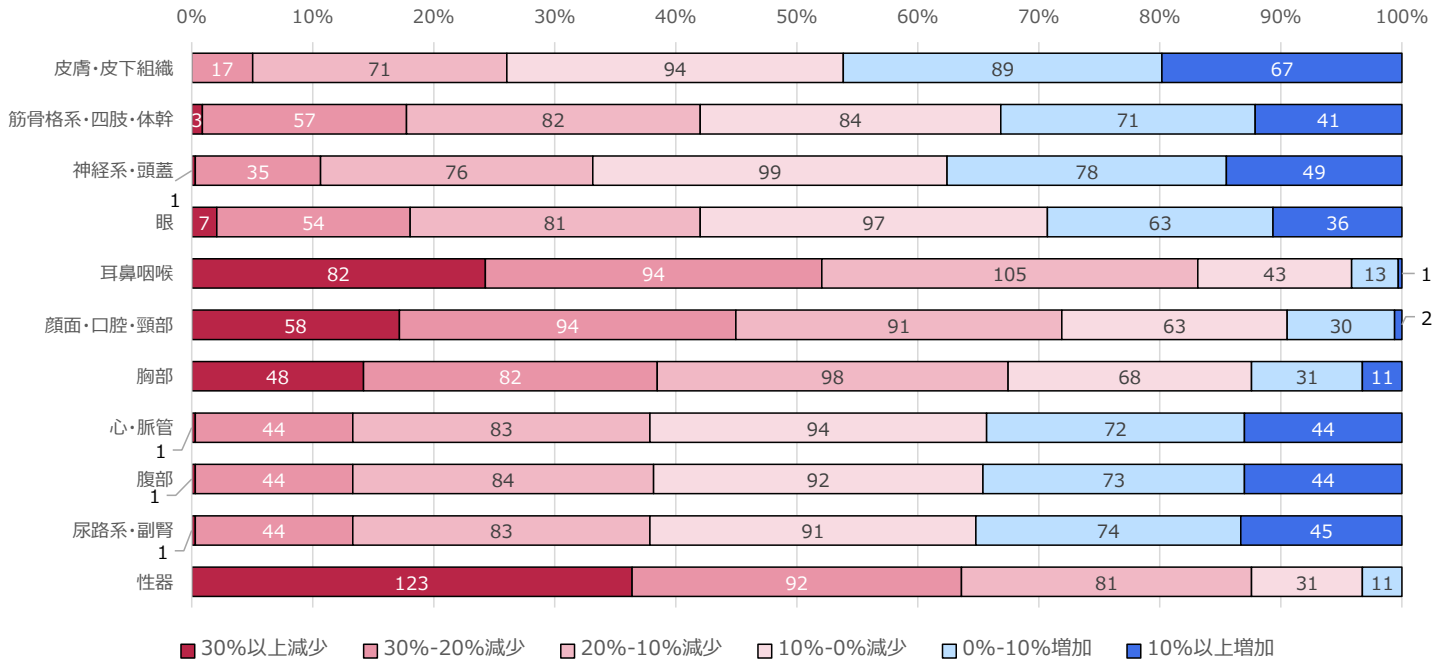




# 2040年における診療領域別の手術件数の変化について

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。

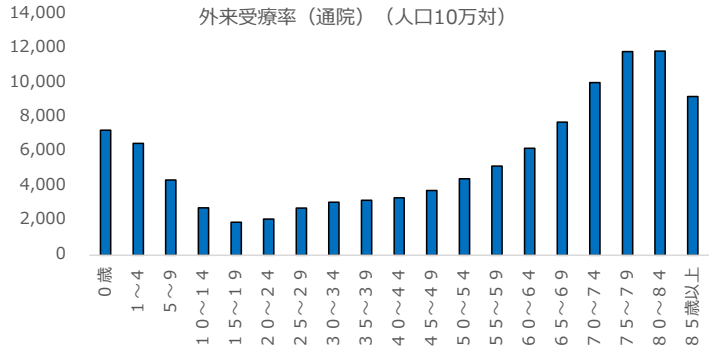
2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）

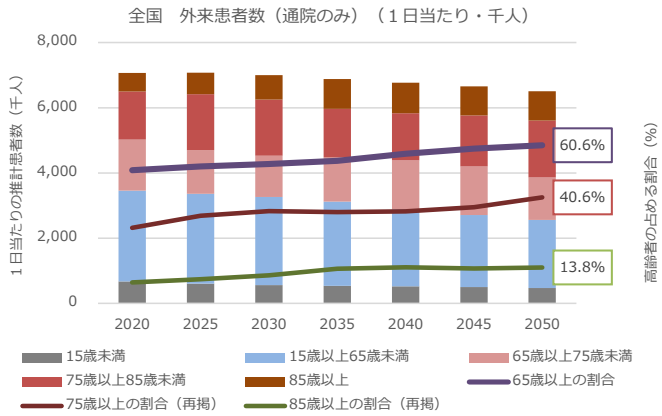


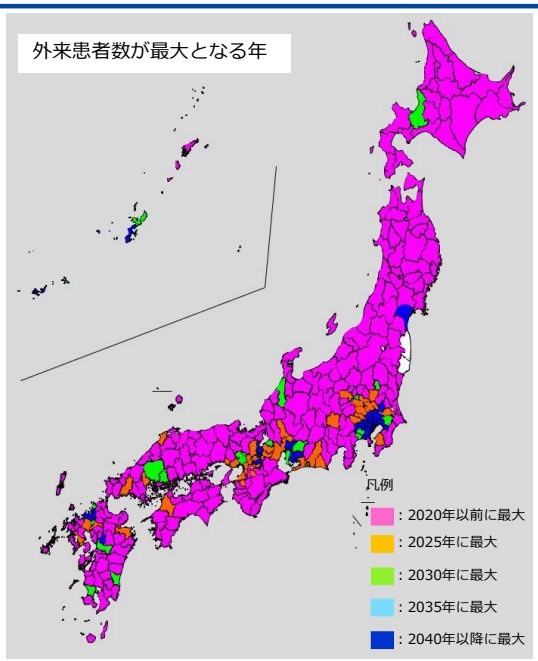

資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

# 外来医療需要の見込み

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となることが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。




出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。



# 医療機関機能報告について

## 医療機関機能報告制度の概要

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

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

## 医療機関機能の報告について

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

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

＜留意点＞

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

# 急性期拠点機能を担う医療機関の役割

## 総合的な診療機能

○　急性期拠点機能を担う医療機関は、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心とした頻度の高く、救急対応や手術等を要する疾患に対応できる必要がある。

○　小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、地域の資源を集約して、急性期拠点機能を担う医療機関が担うことも考えられうるが、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、新たに当該領域の診療機能を担う必要はない。

## その他の役割

○　急性期拠点機能を担う医療機関は、地域において相対的に多くの医療資源が配置されることになることから、関連する様々な役割を担うことが求められる。

| | 概要 | 考え方等 |
|---|---|---|
| 災害拠点病院<br>（基幹災害拠点病院、<br>地域災害拠点病院） | 災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う | 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受入拠点にもなること等が要件。 |
| 医療措置協定の締結 | 新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保 | 病床確保や医療人材派遣をはじめとして、新興感染症発生時に備えた都道府県との医療措置協定を締結する。 |
| 臨床研修及び専門研修の実施 | 基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医師の修練の場を提供 | 急性期拠点機能を担う医療機関には、手術等の急性期症例も集約され、医師も重点的に配置されることになるため、一定の症例数や適切な指導体制の整備が求められる初期臨床研修や専門研修に積極的に協力する必要がある。 |
| 地域における必要な病床の確保のための積極的な役割 | 医療需要の動向に応じた病床数の整備を推進 | 今後、手術等の医療資源を多く必要とする医療ニーズの減少が見込まれる中、高齢者救急等の症例を必要以上に受け入れることはせず、総合的な急性期医療の提供機能を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）を行う。 |
| 地域への医師の派遣 | 地域の他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持 | 地域において医師が相対的に多く配置されることになるため、地域の他の医療機関への当直医や代診医の派遣等により、地域全体の医療提供体制の確保に積極的に関与する必要がある。 |



# 高齢者救急について

- 今後増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難であるものの、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、また、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。
- こうした特徴を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要。

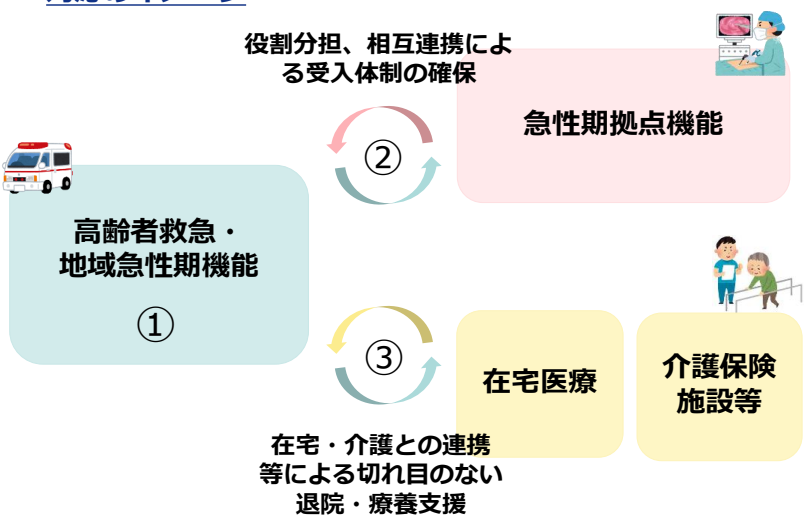
## 高齢者救急の基本的な考え方

- 年齢や疾患のみで一律に区分することは困難
- 手術等を要する割合は相対的に低い
- 包括的な入院医療の提供の必要性

○　高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能と連携しつつ、適切な役割分担による受入体制を確保。

○　在宅医療・介護とも連携し、入院早期から退院後までの切れ目のないリハビリテーション等の提供を確保。

## 対応のイメージ




## 具体的な取組

①
- **包括期機能を有する病床**での高齢者救急の受入。
- ADL低下防止や早期の在宅復帰に向けた、**入院早期からのリハビリテーション・退院支援**等を実施。
- 休日・夜間を含む**高齢者施設等からの外来受診**への対応

②
- 地域の医療資源や医療需要も踏まえた**役割分担に係る協議**。
- 高齢者救急の特徴を踏まえた**実施基準への反映。**
- **下り搬送**や**上り搬送**を活用した**受入後の連携体制の構築**。

※救急者の適時・適切な利用に向けた取組も併せて検討

③
- **多職種連携**や**他の施設等との連携**により、**退院後のリハビリテーション**等の**切れ目のない提供体制**を確保。
- **相互理解**を前提とした、退院先としての**介護保険施設の活用**。
- **協力医療機関**として、高齢者施設との**平時からの連携、状態悪化時の受診及び搬送のルールの整理**。

# 急性期医療・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 手術等の医療資源を多く要する医療については急性期拠点機能に集約して提供していく一方、増加が見込まれる高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応していくことが考えられる。
- 地域によって、高齢者救急・地域急性期機能が高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を対応するケースや、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急についても対応していく必要があるケース等も考えられ、医療機関機能ごとの基本的な役割を確保した上で、地域の実情に応じた役割分担について協議を行う。

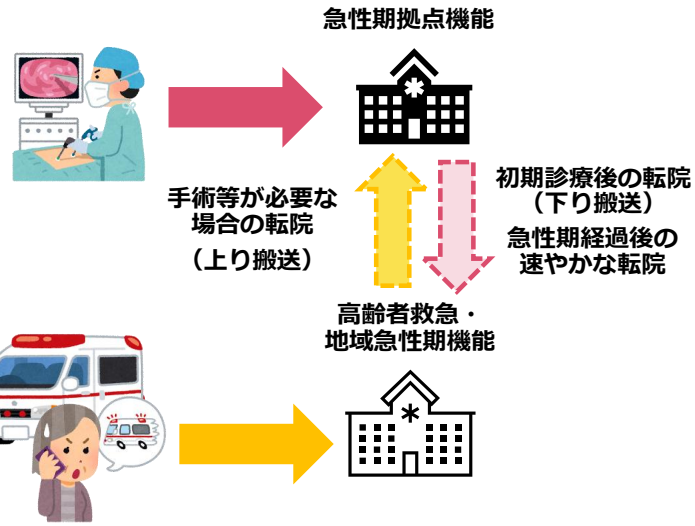
●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等や高齢者救急の役割分担（イメージ）

**手術等の分担**

・手術等の症例について、緊急性の高い疾患に対する緊急手術を含め、急性期拠点機能に集約して提供
・地域の需要や個別の施設の実情を踏まえ、必要に応じて、高齢者救急・地域急性期機能でも、高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を実施

**高齢者救急の受入の分担**

・増加する高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能とも連携した受入体制を整備
・急性期拠点機能は手術等を要する症例や緊急度・重症度の高い患者の対応を中心としつつ、地域の医療の需要等を踏まえ、必要に応じて高齢者救急の受入も行う





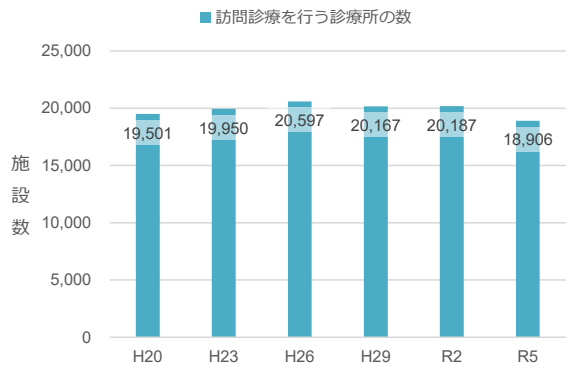

# 在宅医療に係る提供体制の構築について

## 在宅医療の現状・課題

○　2040年に向けて、在宅医療の需要の増加が見込まれる中、在宅医療を提供する診療所数は近年横ばいであり、特に人口の少ない地域ほど、在宅医療において病院が担う役割が大きくなる傾向が見られる。

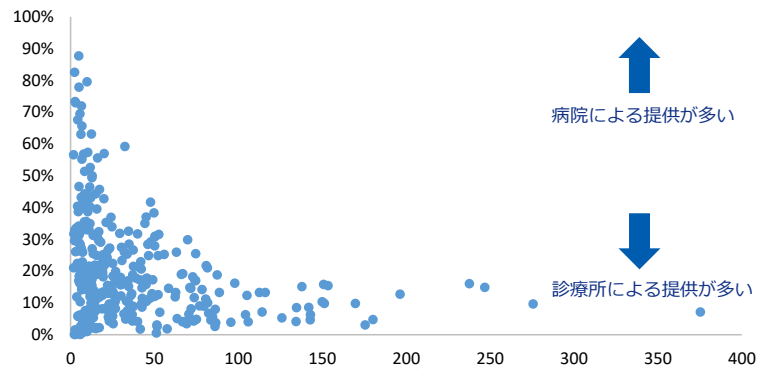
○　また、地域の在宅医療の提供体制の整備に当たっては、訪問診療・往診だけでなく、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護をはじめとする介護保険サービスの提供体制についても併せて検討が必要。

**在宅医療を担う診療所数の推移**




資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

**病院の訪問診療料算定割合（人口規模別）**




※　訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計
資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

## 在宅医療に係る提供体制の整備の方向性

○　在宅医療については、地域の慢性期医療の受け皿の一つとして、療養病床や介護保険施設の整備と一体的に考えていくとともに、従来の体制による在宅医療の提供の維持が難しい場合には、地域の病院等が在宅医療等連携機能として新たに在宅医療を担うことも含め、地域全体として必要な在宅医療を提供できる体制を確保していく。

○　在宅医療等連携機能を担う医療機関は、 技術的支援も含めた訪問看護ステーション等との連携や、そのほか歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等との連携体制を構築していくことが重要。

# 在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割について

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関に具体的に求められる役割や範囲は様々であり、地域の実情を踏まえ協議を行う。
- また、具体的に担う役割に応じて、診療所や訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関、介護サービス事業所等の在宅医療を支える関係者や高齢者施設等との連携を図っていくことが重要。

## 自施設で担う役割の例

| 役割 | 概要 |
|---|---|
| 在宅医療の後方支援 | 急変時に入院対応が必要な患者の受入先としてバックベッドを確保した上で、必要時の入院受入を行う |
| 往診の実施 | 休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う |
| 訪問診療の実施 | 小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担 う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う |
| 訪問看護の提供 | 地域の資源の状況に応じて、自施設での訪問看護の提供を行う |

## 他の施設との連携の例

| 連携先 | 概要 |
|---|---|
| 在宅医療を担う診療所 | 連携する診療所等との定期的なカンファレンスを開催し、患者情報を共有するとともに、休日・夜間等の連携体制を構築する |
| 歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所等 | ICT 等の活用により、患者の病状、服薬状況、口腔機能、栄養状態、ADL、 介護の状況等について、必要な情報を関係者間で平時から共有できる体制の整備や、定期的なカンファレンス、急変時の連絡体制の整備等を行う |
| 高齢者施設等 | 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設等の協力医療機関として、入所者の急変時の相談対応や診療、入院対応を行う |



# 精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年（令和９年）10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進めることとしてはどうか。

＜精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ＞

○主な検討事項

- 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- 精神医療における医療機関機能の考え方
- 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- 必要病床数の推計方法　　等

○ 構成員

- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者　等

○ 検討スケジュール

2026年（令和８年） WGにおいて議論
年度内を目途にとりまとめ

※　ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

# 精神医療に関する地域医療構想に係る今後のスケジュール（見込み）

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

一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

# 講演Ⅱ

今村 知明 氏
奈良県立医科大学 教授

## 【略歴】今村知明

奈良県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授。1988 年関西医科大学卒業。1993 年東京大学大学院医学系研究科修了後、厚生省入省。文部省学校健康教育課、厚生省エイズ結核感染症課、佐世保市保健福祉部長/保健所長、厚生労働省食品保健部企画課等において保健行政を担当。東京大学医学部附属病院企画経営部長/助教授を経て、2007 年より現職。

厚生労働省地域医療構想及び医療計画等に関する検討会構成員、地域医療構想アドバイザー、厚生科学審議会感染症部会小委員会委員長、厚生労働省小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ構成員、妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会委員、文部科学省国立大学法人評価委員会専門委員（国立大学法人分科会）、今後の医学教育の在り方に関する検討会委員、こども家庭庁 CDR（Child Death Review ：こどもの死亡検証）の制度のあり方に関する検討会構成員、内閣府消費者委員会、委員食品表示部会長他を務める。日本公衆衛生学会理事、杏林学園理事、関西医科大学評議員を併任。

# 地域医療構想のこれまでとこれから

## ― 医療をとりまく様々な課題と対策 ―

2026年10月14日（水）

奈良県立医科大学
公衆衛生学講座
教授　今村知明



## 今までの経歴

約5年間　臨床（関西医大、東京大学）

麻酔科や救命救急センター（関西医大）
その後、大学院、呼吸器内科と医療情報部（東京大学）

約10年間　厚生行政

厚生省入省 統計情報部
⇒文部省 学校健康教育課
⇒厚生省 エイズ結核感染症課
⇒佐世保市 保健福祉部・保健所長
⇒厚生労働省 食品保健部

約5年間　病院経営　（東大病院）

東京大学医学部附属病院　准教授、企画経営部長

20年前より　大学　（奈良医大）

奈良県立医科大学　公衆衛生学教授　（旧　健康政策医学）

# 主な公職

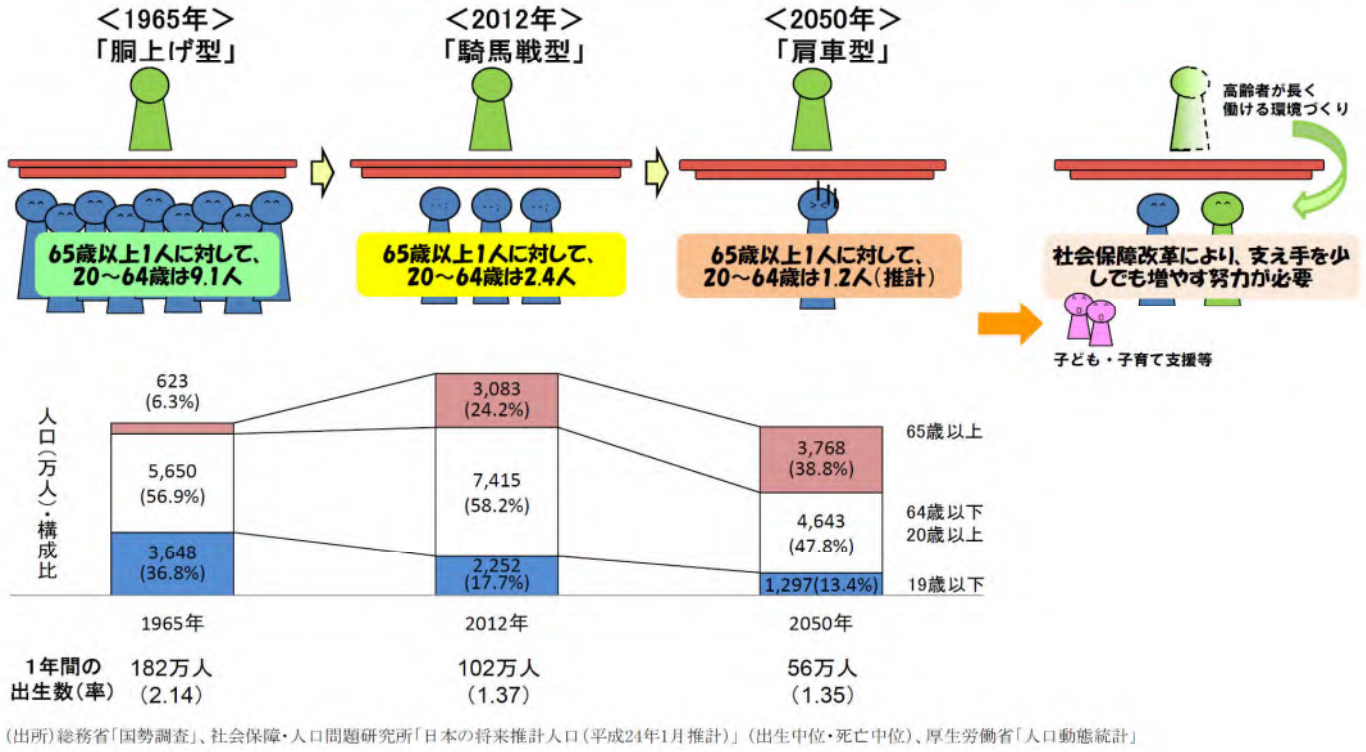
| | 省庁 | 職務内容 |
|---|---|---|
| 1 | 厚生労働省　医政局 | 第8次医療計画等に関する検討会<br>地域医療構想及び医療計画等に関する検討会<br>小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ<br>かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会<br>地域医療構想アドバイザー |
| 2 | 厚生労働省　老健局 | 社会保障審議会専門委員（介護給付分科会）<br>匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会・専門委員会 |
| 3 | こども家庭庁 | CDR（Child Death Review ：こどもの死亡検証）の制度のあり方に関する検討会 |
| 4 | 文部科学省 | 国立大学法人評価委員会専門委員（国立大学法人分科会） |
| 5 | 文部科学省 高等教育局 | 今後の医学教育の在り方に関する検討会 |
| 6 | 内閣府 | 消費者委員会 |
| | | 食品安全委員会　企画等専門調査会 |
| 7 | 奈良県 | 奈良県後期高齢者医療広域連合　奈良県健康長寿事業有識者会議<br>奈良県後期高齢者医療広域連合　奈良県長寿医療制度懇話会<br>奈良県高齢者保健福祉計画及び奈良県介護保険事業支援計画策定委員会<br>「面倒見のいい病院」指標検討会<br>奈良県循環器病対策推進会議 |
| 8 | 日本赤十字社 | 日本赤十字社血液事業審議会 |
| 9 | 学校法人杏林学園 | 杏林学園理事 |
| 10 | 学校法人関西医科大学 | 関西医科大学評議員 |



# これから日本でおこること
## ― 人口構成の変化は何をおこすのか ―

# 「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。




（出所）総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位）、厚生労働省「人口動態統計」

厚生労働省　今後の高齢者人口の見通し
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf



# 【2025年問題】次フェーズは2段階に分かれる

**第一章 ～2025年**
- 高齢者の急速な増加

**第二章 ～2045年**
- 高齢者の数はあまり変わらないが、就労人口の急速な減少

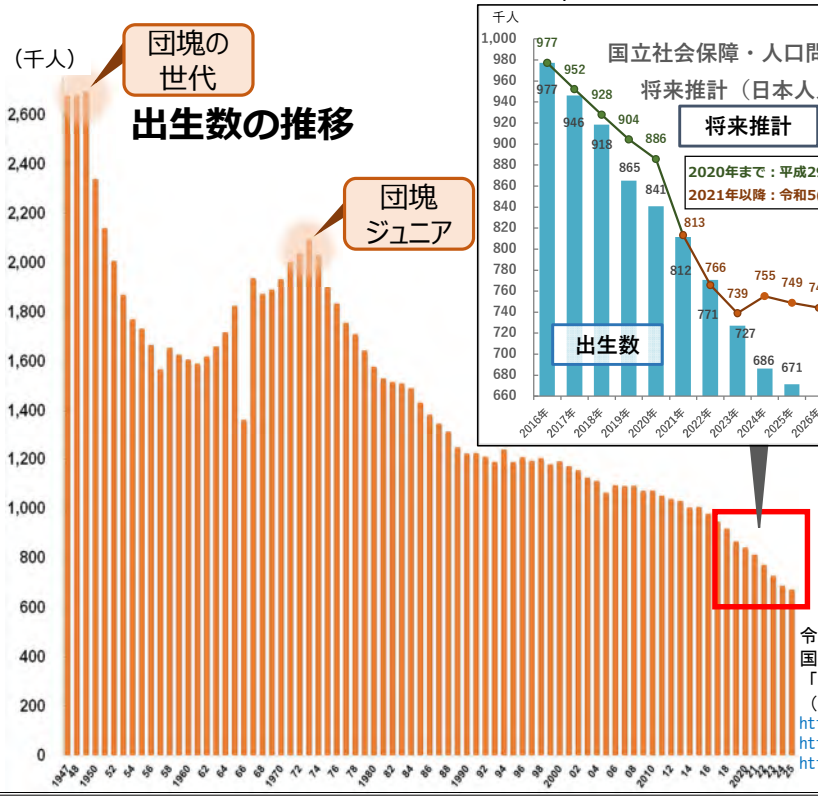
**第三章 2045年～**
- 高齢者数の減少（ピークアウト）

| | 高齢者数 | 就労人口 | 高齢化率 |
|---|---|---|---|
| 第一章 ～2025年 | 急激な上昇↑↑ | 減少↓ | 上昇↑ |
| 第二章 ～2045年 | ほぼ横ばい→ | 急激な減少↓↓ | 上昇↑ |
| 第三章 2045年～ | 減少↓ | 減少↓ | ほぼ横ばい→ |

# 出生数過去最少、合計特殊出生率過去最低 10年連続減少

## 令和7年（2025年）人口動態統計（**概数**）公表（2026年6月3日）

- 出生数は **671,236** 人（令和6年(確定数) 686,173人から 41,227人**減少**）←過去最少を更新
- 合計特殊出生率は **1.14**（令和6年 1.15 から 0.01 ポイント低下）←過去最低、10年連続低下
- 死亡数は**1,589,489** 人（令和6年(確定数) 1,605,378人から 15,889人減少）←5年ぶりに減少
- 自然増減数は **19年連続減少**△ 918,253 人（令和6年△919,205人から 952人減少）←19年連続マイナス




- 2023年5月の国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計（日本人人口ベース）では、**2022～2037年の15年間は出生数が70万人台**と予測、60万人台は2038年、50万人台は2048年と予測され、以前の推計より数年早く減少すると予測
  → **すでに60万人台になってしまった**
- 出生数の急減の最大の要因は、出産期の女性の人口減少：「女性数」要因
- 1971～74年生まれの団塊ジュニアが2019年に45歳以上になった影響：「年齢構成」要因
- 2016年以降は、合計特殊出生率が再び低下に転じ、出生数を押し下げる方向に働いている：「出生率」要因

**人口減が予想より早く進む事態への備えが求められる**

令和7年(2025)人口動態統計月報年計（概数）の概況
国立社会保障・人口問題研究所
「日本の将来推計人口（平成29年・令和5年推計）出生中位（死亡中位）推計」（日本人人口）からグラフ作成
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai25/index.html
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/s_tables/1-8(J).xls
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/db_zenkoku2023/s_tables/1-8(J).xlsx



◆国立社会保障・人口問題研究所が公表している「日本の将来推計人口（令和5年推計）」によると、
出生数が67万人台になるのは2040年の予測だった
→ 15年早く減少！！

◆死亡数は5年ぶりに減少
新型コロナウイルス感染症による死者が2万1497人と、前年を1万4368人下回ったことが影響した

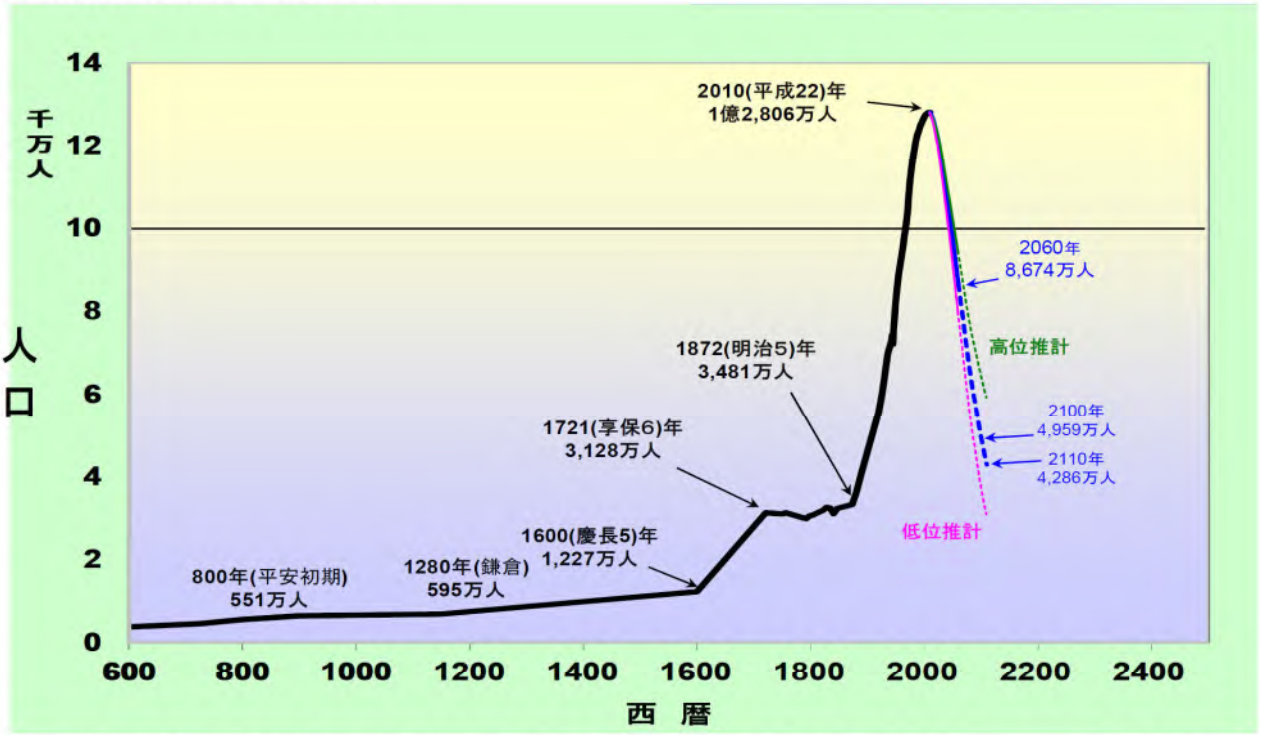
◆出生数から死亡数を引いた「自然減」は91万8253人となり、過去最大だった前年から952人減った

表1-8(J) 出生，死亡及び自然増加の実数ならびに率(日本人人口):出生中位(死亡中位)推計

| 年次 | 実数（1,000人） | | |
|---|---|---|---|
| | 出生 | 死亡 | 自然増加 |
| 令和 3 (2021) | 813 | 1,438 | -625 |
| 4 (2022) | 766 | 1,524 | -758 |
| 5 (2023) | 739 | 1,482 | -743 |
| 6 (2024) | 755 | 1,499 | -744 |
| 7 (2025) | 749 | 1,516 | -767 |
| 8 (2026) | 744 | 1,532 | -787 |
| 9 (2027) | 743 | 1,546 | -803 |
| 10 (2028) | 744 | 1,560 | -816 |
| 11 (2029) | 743 | 1,573 | -830 |
| 12 (2030) | 741 | 1,585 | -843 |
| 13 (2031) | 739 | 1,596 | -857 |
| 14 (2032) | 735 | 1,606 | -871 |
| 15 (2033) | 730 | 1,616 | -886 |
| 16 (2034) | 723 | 1,624 | -901 |
| 17 (2035) | 716 | 1,632 | -915 |
| 18 (2036) | 709 | 1,638 | -929 |
| 19 (2037) | 701 | 1,643 | -943 |
| 20 (2038) | 692 | 1,647 | -955 |
| 21 (2039) | 684 | 1,649 | -965 |
| 22 (2040) | 675 | 1,649 | -974 |
| 23 (2041) | 666 | 1,647 | -982 |

参考：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）（参考：日本人人口）出生中位（死亡中位）推計」
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/db_zenkoku2023/db_r5_suikeikekka_1_Japanese.html

## 日本人口の歴史的推移




資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」）2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計[死亡中位推計]）.

提供：国立社会保障・人口問題研究所　森田朗所長

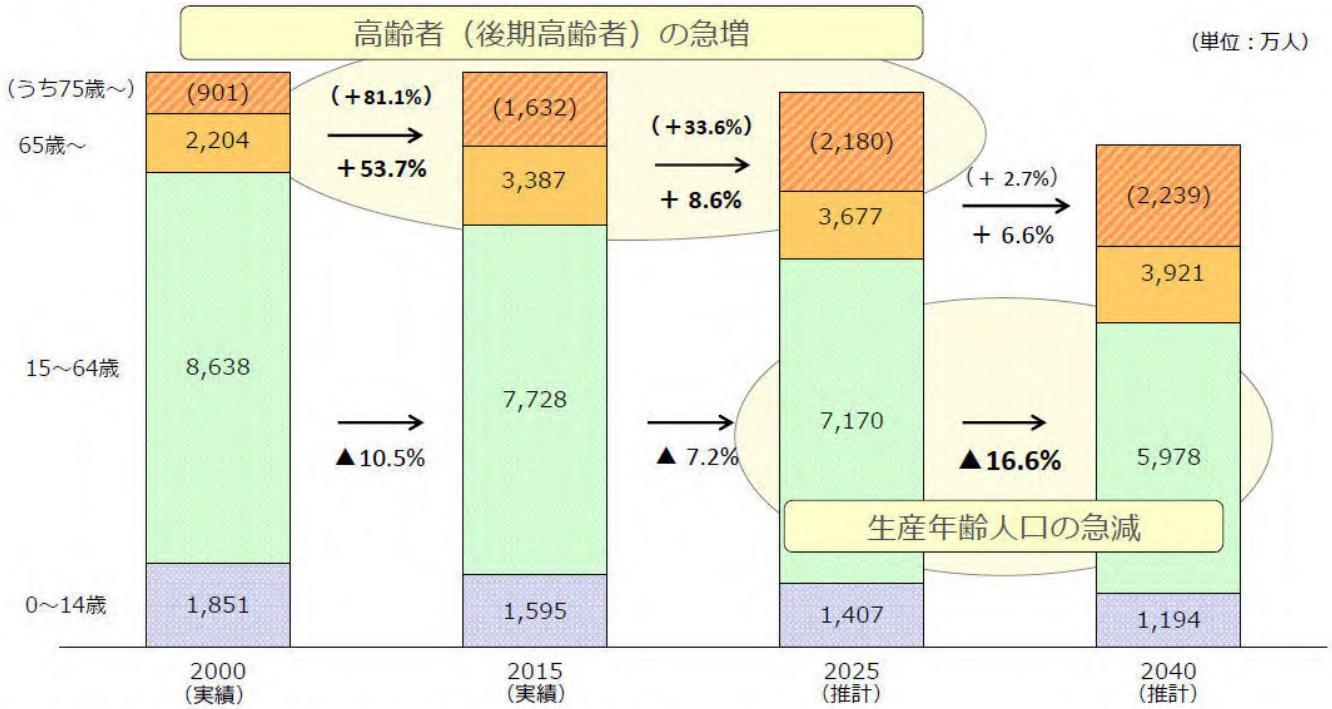
厚生労働省　中央社会保険医療協議会総会（第341回）総-2参考
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167844.pdf



## 人口動態②　2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

○　2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

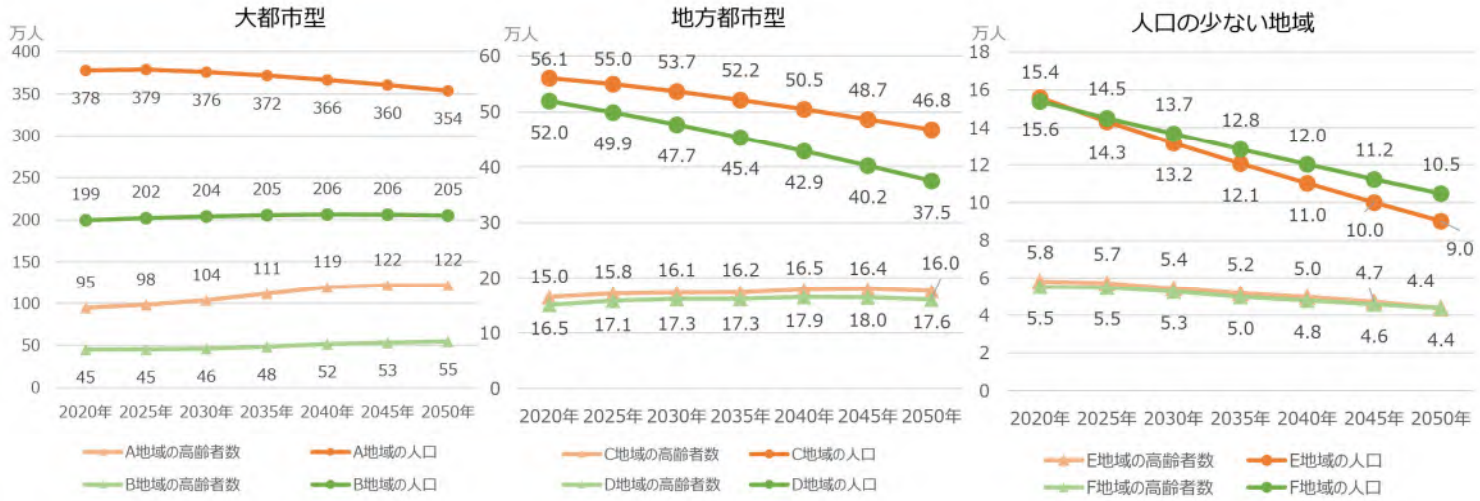
【人口構造の変化】




（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

# 現状の把握について（人口推計の把握）

- 地域医療構想の策定に向けては、まず、地域ごとに、人口推計や現状の医療資源等を認識することが重要である。特に人口は医療需要と相関するため、人口推計をもとに医療需要の見通しを検討することは検討の基幹となる。
- 大都市では人口は大きく減少せず、高齢人口の増加に伴う包括期の医療需要の増加が見込まれる。人口の少ない地域では高齢人口も含めすでに減少しており、今後医療需要は低下していくなど、人口規模ごとに共通する課題がある。
- また、現在の人口規模が同程度であっても、地域ごとに医療需要の変化のスピードや程度が異なるなど、地域ごとに特有の状況がある場合もあり、地域ごとの状況把握が重要。




資料出所：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）

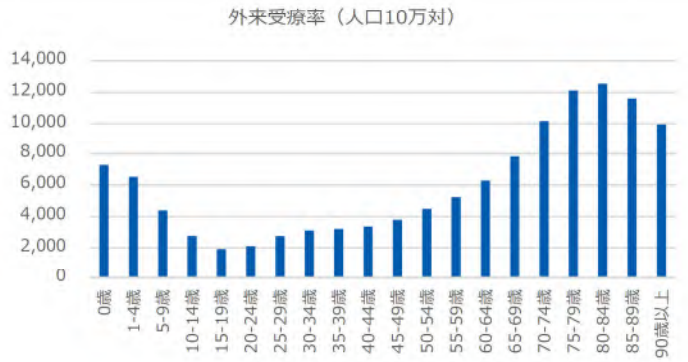
参考：2026/1/28第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料1　スライド6　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html

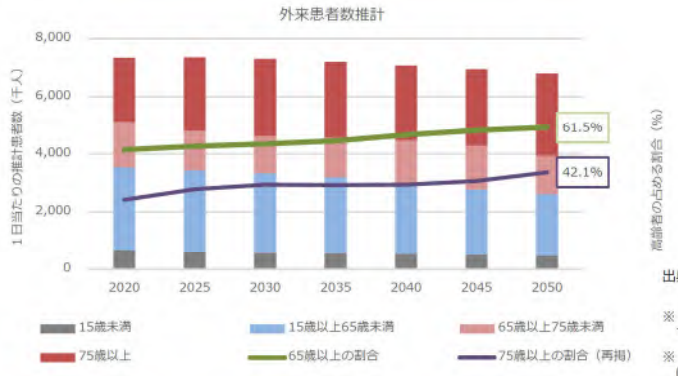


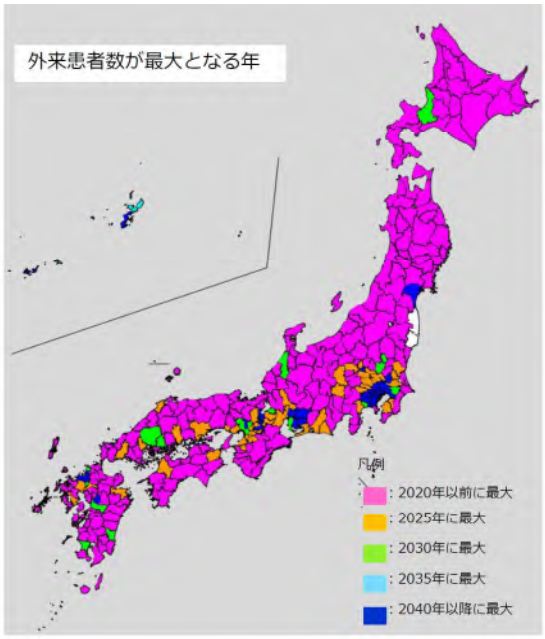
# 医療需要の変化②　外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となることが見込まれる。
○　既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。




出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

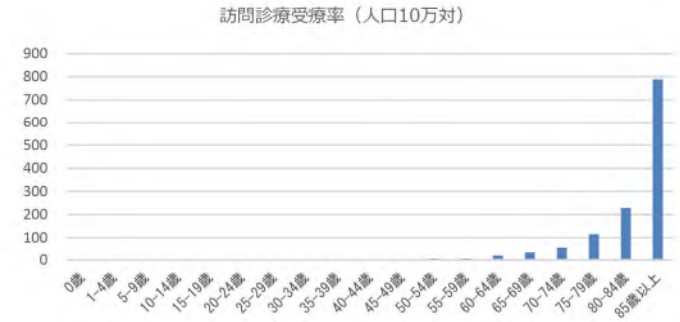
※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

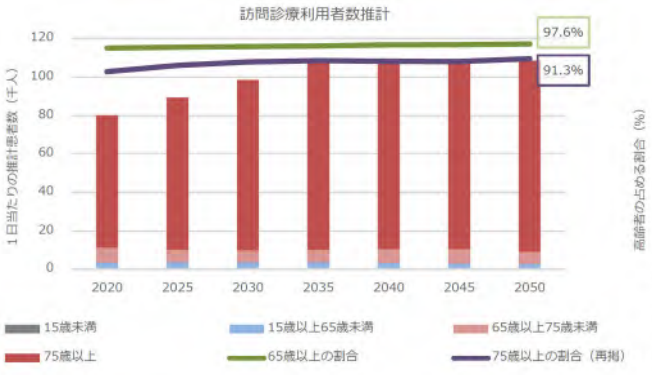
参考：2024/3/29第１回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

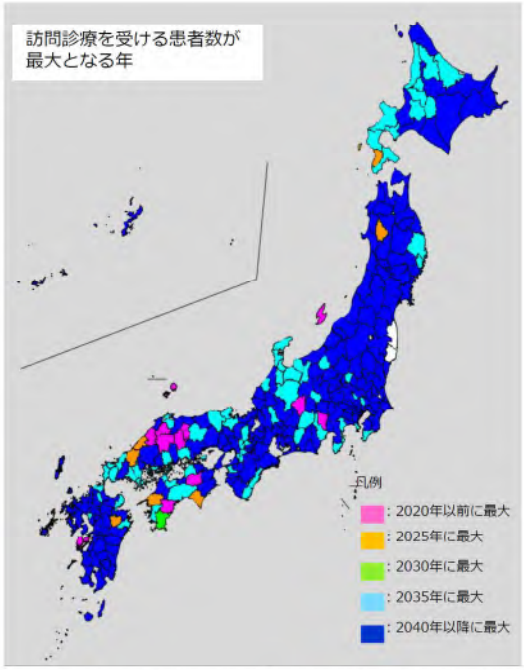
# 医療需要の変化③　在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○　在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。




出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

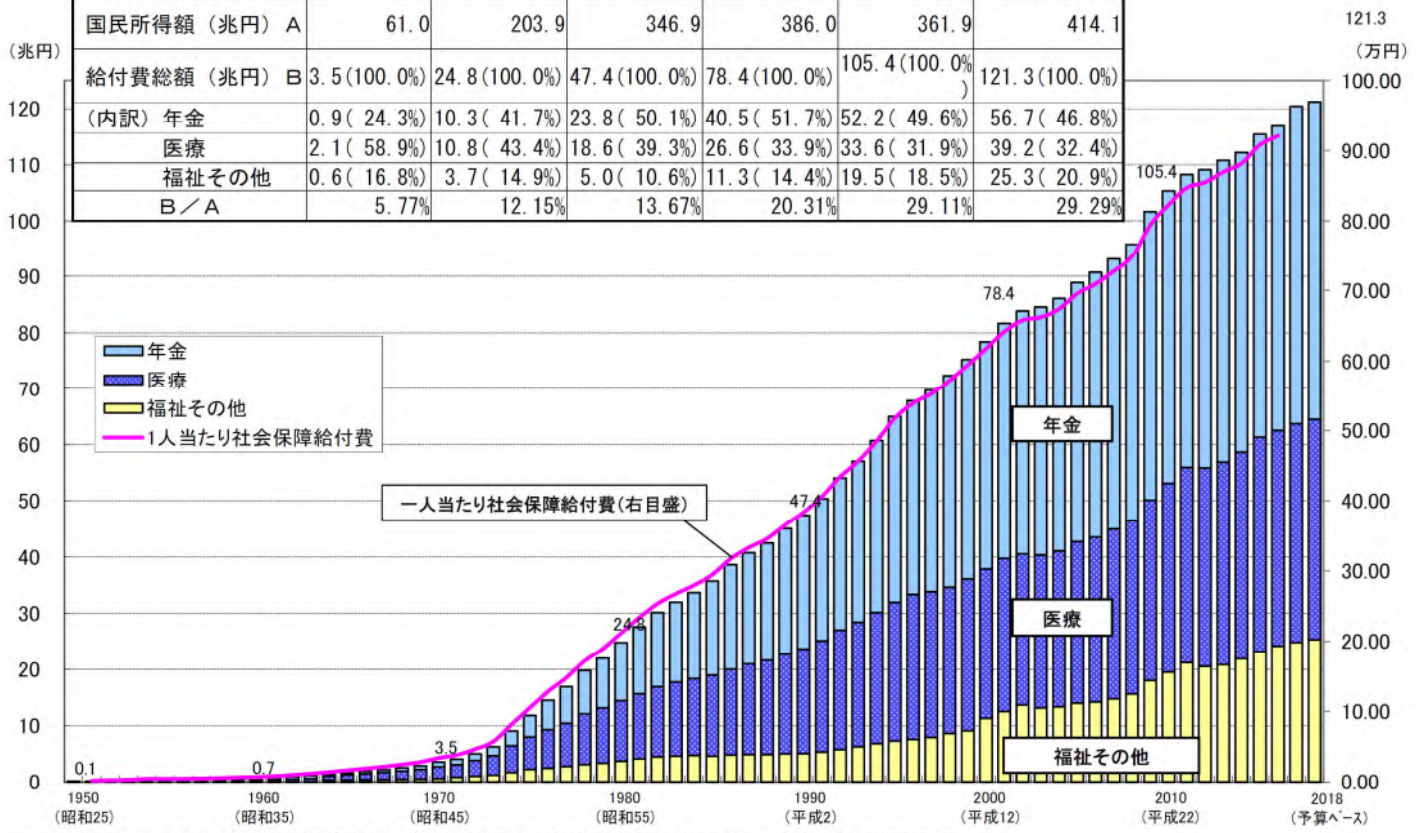
※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

参考：2024/3/29第１回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html



# 社会保障給付費の推移

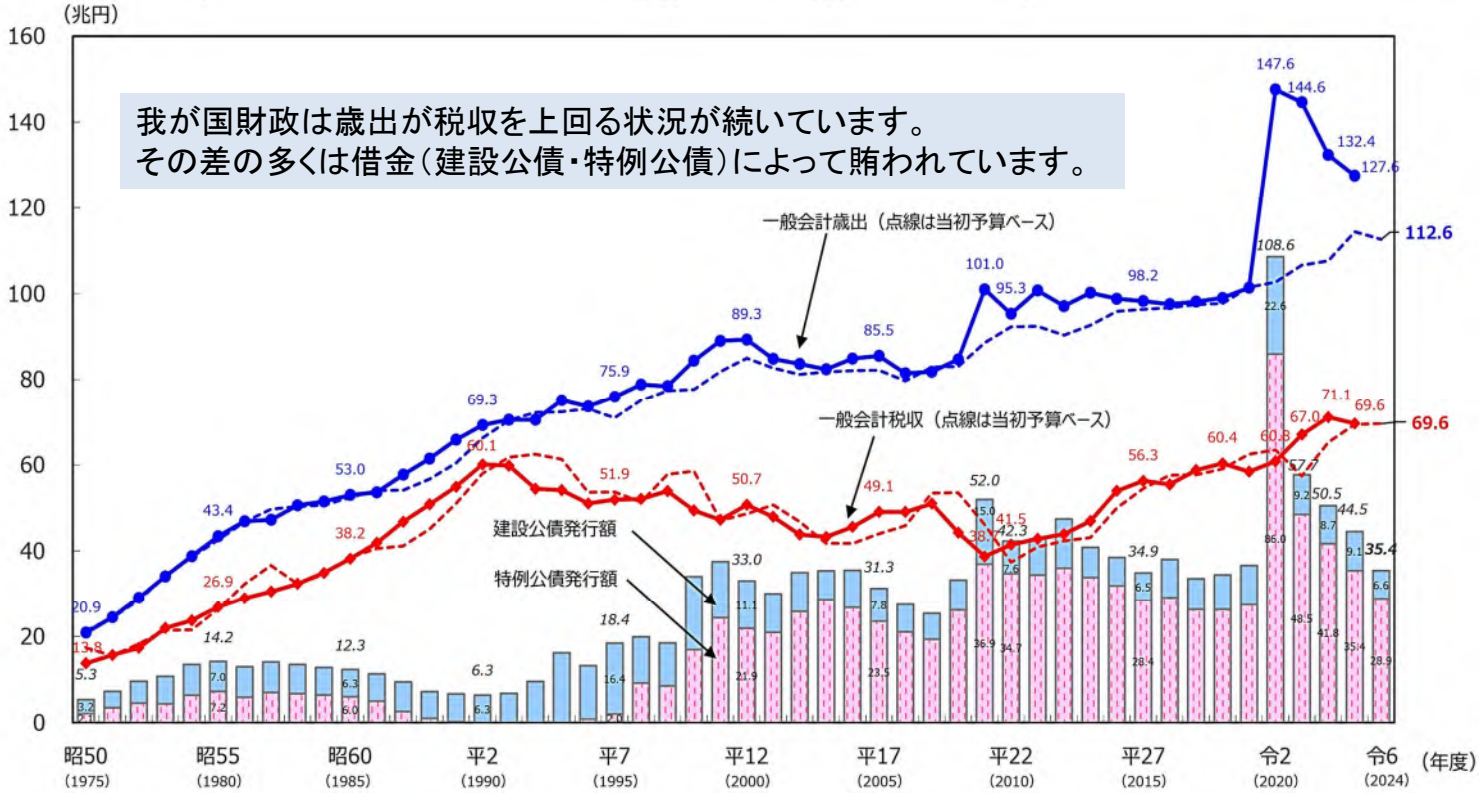
| | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2018（予算ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 国民所得額（兆円）A | 61.0 | 203.9 | 346.9 | 386.0 | 361.9 | 414.1 |
| 給付費総額（兆円）B | 3.5（100.0%） | 24.8（100.0%） | 47.4（100.0%） | 78.4（100.0%） | 105.4（100.0%） | 121.3（100.0%） |
| （内訳）年金 | 0.9（24.3%） | 10.3（41.7%） | 23.8（50.1%） | 40.5（51.7%） | 52.2（49.6%） | 56.7（46.8%） |
| 医療 | 2.1（58.9%） | 10.8（43.4%） | 18.6（39.3%） | 26.6（33.9%） | 33.6（31.9%） | 39.2（32.4%） |
| 福祉その他 | 0.6（16.8%） | 3.7（14.9%） | 5.0（10.6%） | 11.3（14.4%） | 19.5（18.5%） | 25.3（20.9%） |
| B／A | 5.77% | 12.15% | 13.67% | 20.31% | 29.11% | 29.29% |




資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」、2017年度、2018年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成30年1月22日閣議決定）」
（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2018年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

# 一般会計における歳出・歳入の状況

我が国財政は歳出が税収を上回る状況が続いています。
その差の多くは借金（建設公債・特例公債）によって賄われています。




（注１）令和４年度までは決算、令和５年度は補正後予算、令和６年度は予算による。
（注２）公債発行額は、平成２年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成６～８年度は消費税率３％から５％への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担２分の１を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。
（注３）令和５年度の歳出については、令和６年度以降の防衛力整備計画対象経費の財源として活用する防衛力強化資金繰入4.4兆円が含まれている。

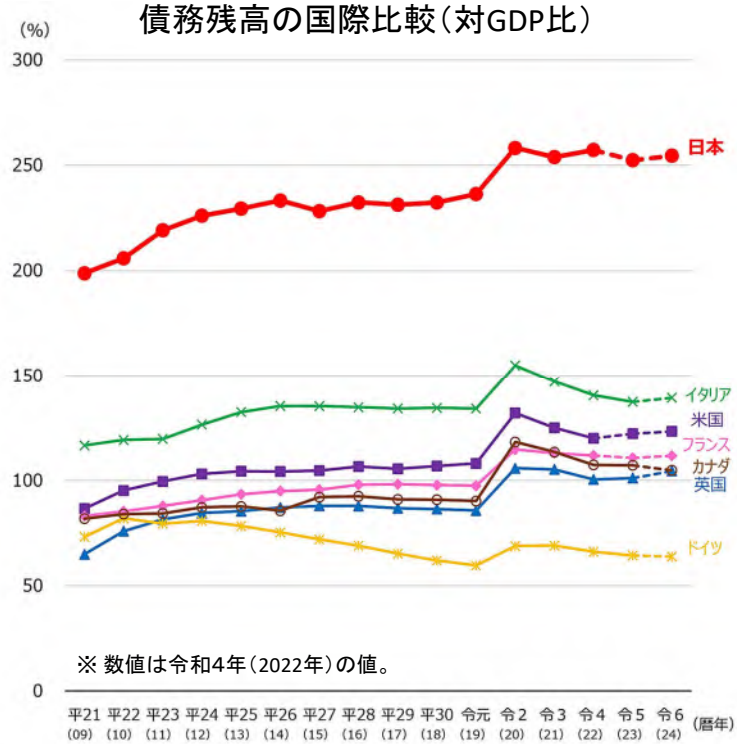
（出典）
R6財務省財政に関する資料「一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移」https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/003.pdf



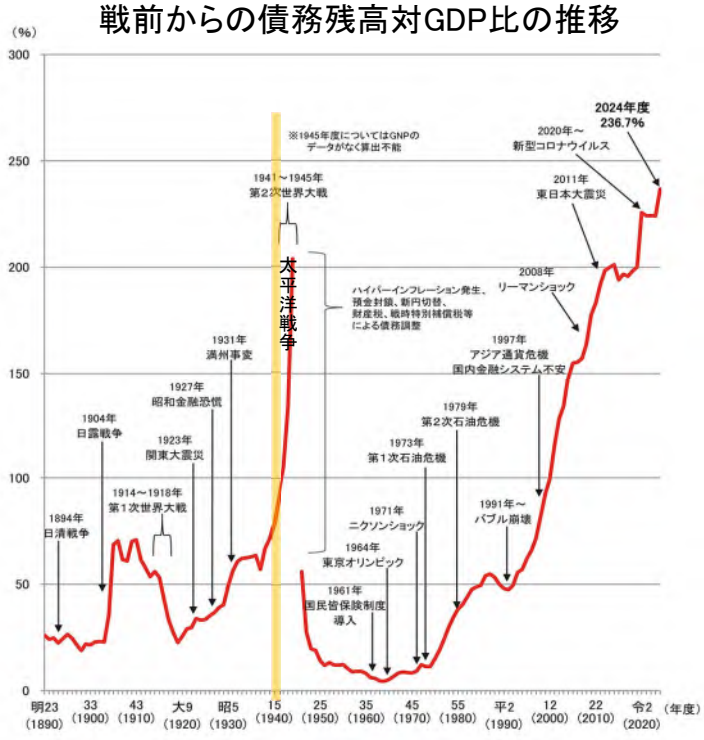
# 政府債務残高の現状

我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、国際的にも歴史的にも最悪の水準にあります（太平洋戦争末期と同水準）。
欧州諸国のような財政危機の発生を防ぐために、GDP（返済の元手）との対比で債務残高が伸び続けないよう、収束させていくことが重要です。

## 債務残高の国際比較（対GDP比）




## 戦前からの債務残高対GDP比の推移




政府債務残高は、「国債及び借入金現在高」の年度末の値（「国債統計年報」等による）。

（出所）IMF “World Economic Outlook”（2024年４月）
（注１）数値は一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの）ベース。
（注２）日本、米国及びフランスは、2023年及び2024年が推計値。それ以外の国は、2024年が推計値。

（出典）R6財務省財政に関する資料「債務残高の国際比較（対ＧＤＰ比）」https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/007.pdf
日本の財政関係資料（R6年4月）「参考 戦前からの債務残高対GDP比の推移」https://www.mof.go.jp/policy/budget/fiscal_condition/related_data/202404_00.pdf

# 今までの
# 地域医療構想のおさらい



➢ **2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、医療・介護サービスの需要が著しく増大する**
**（人口は減少するのに）**

若年者が減少し、高齢者が増加する

- 高齢者人口　3600万人
- 慢性疾患を抱える高齢者
  要介護人口　約1.5倍増

急性疾患が減少し、慢性疾患が増加する
（高齢者の疾患が増える）

急性期の病床は余り、
慢性期の病床が不足する懸念がある

# 地域医療構想の企図するもの

2025年での医療需要の急増に対し･･･

- **病床機能を分化する**
- **病床機能を急性期主力から回復期･慢性期･在宅へ誘導する**

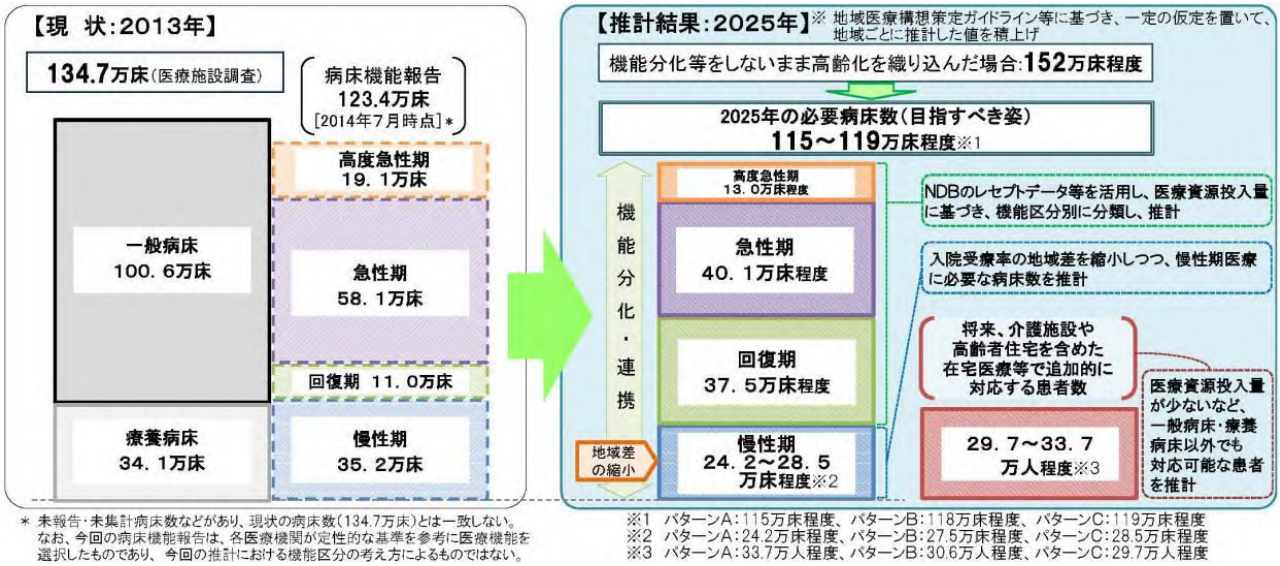
以上により対応することを企図した政策

実際のところ、患者数が減少する地域では、
**病院の統合･再編を促す政策**



# 政府による必要病床数の推計値について

- 平成27年6月、政府の「医療･介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」において、医療機能別の必要病床数の推計値が公表




＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

政府　社会保障制度改革推進本部　第５回　医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年6月15日）　資料１
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai5/siryou1.pdf

# 最大の1つの問題点

療養病床の入院患者のうち

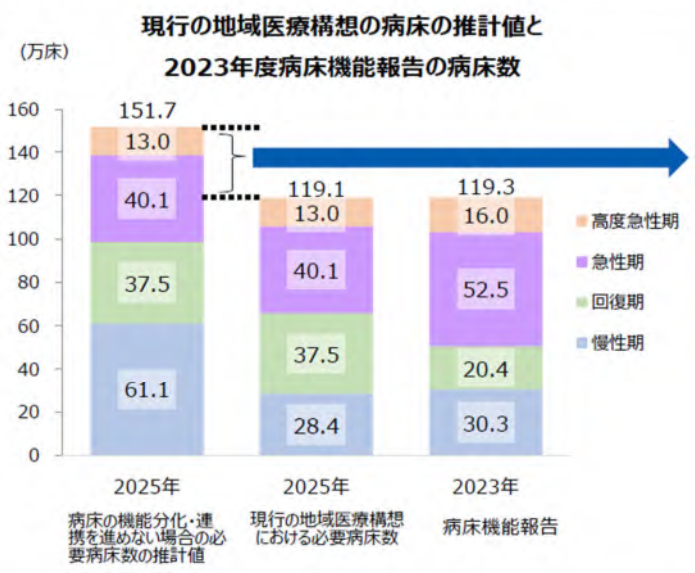
**医療区分1の患者の7割を在宅へ**

本当に可能か？

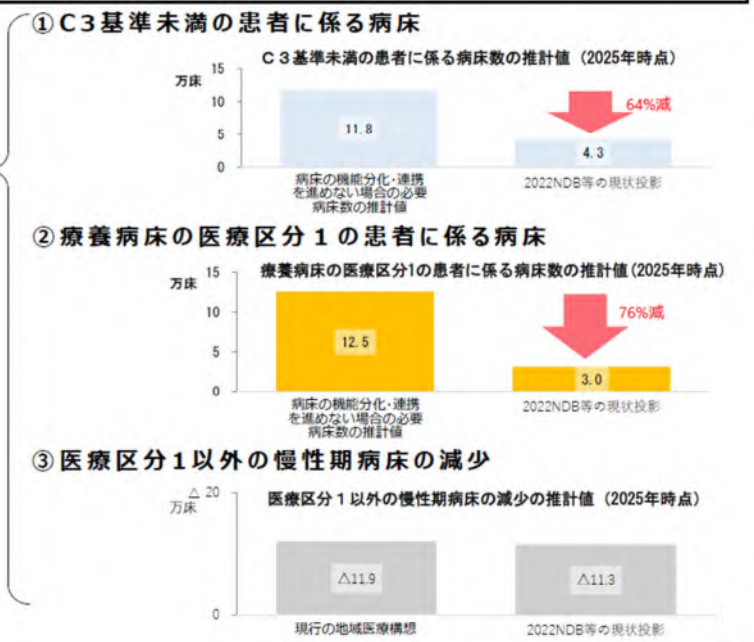


## 現行の地域医療構想の評価について

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化･連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分１の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分１の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分１以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。



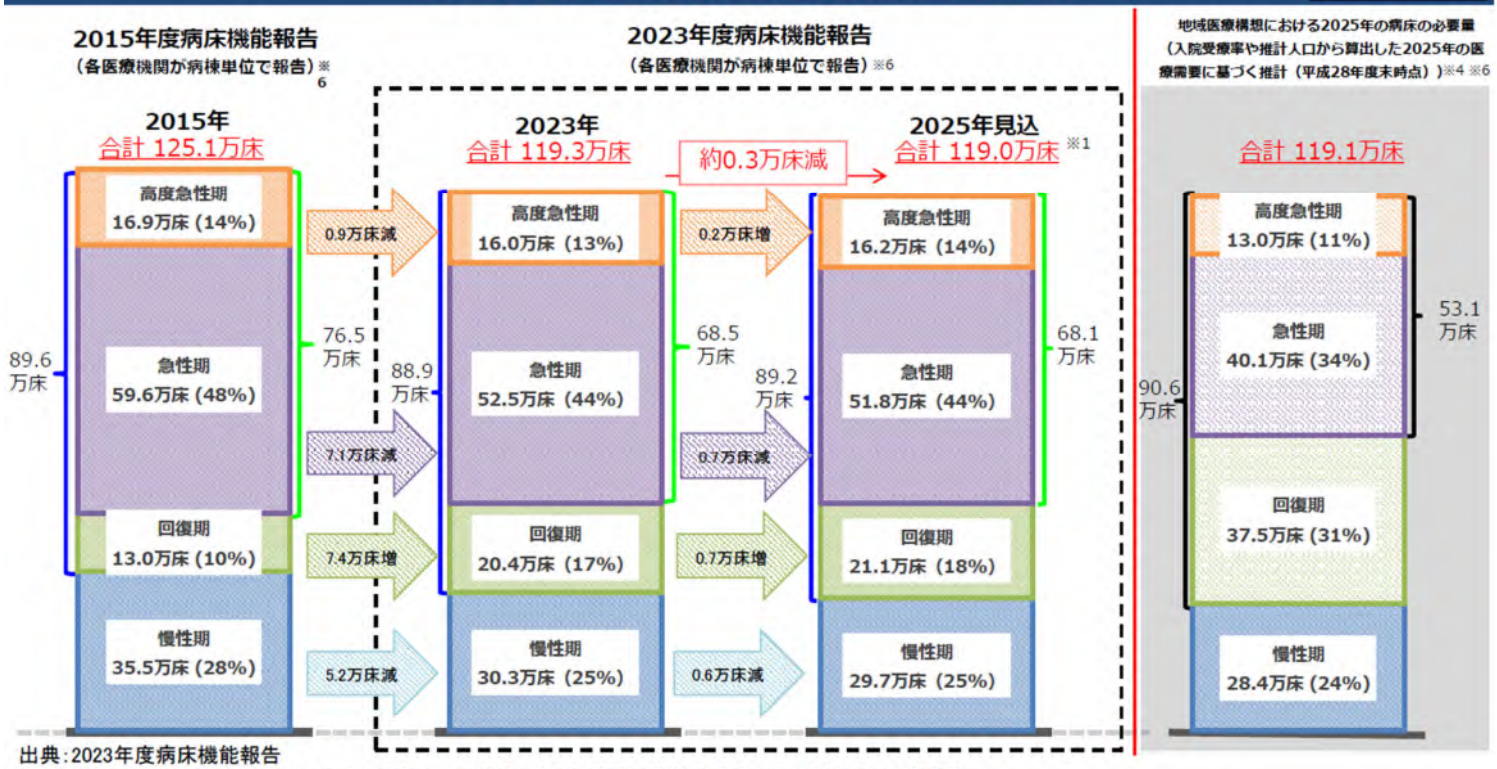

※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。




厚生労働省 令和6年8月26日開催 第7回新たな地域医療構想に関する検討会【資料1】（参考：スライド36）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001294917.pdf

# 2023年度病床機能報告について

速報値




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：12,203/12402（98.4%））
※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。

厚生労働省 令和6年8月26日開催 第7回新たな地域医療構想に関する検討会【資料1】（参考：スライド35）https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001294917.pdf

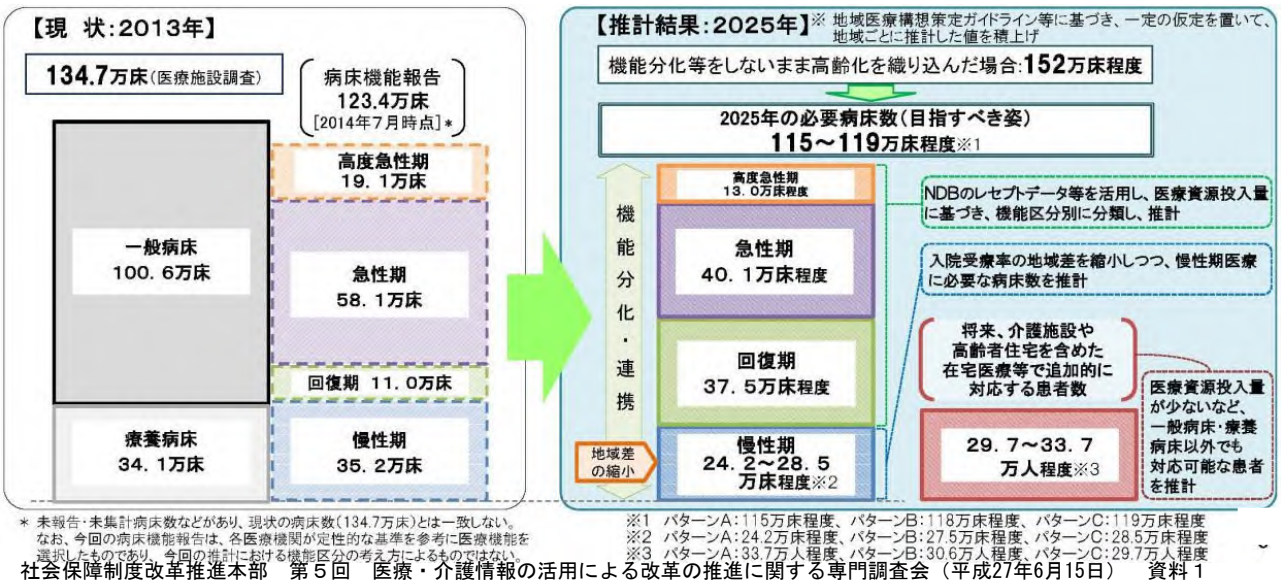


# 地域医療構想期間中に予想外のことがおこった

## 2013年からの患者推計値と実測値の比較について
## 変化の背景についての概略の解説

# 2013年の政府による必要病床数の推計値について

- 平成27年6月、政府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」において、医療機能別の必要病床数の推計値が公表
- 2025年に今のまま推移すると、152万床が必要とされたが、うち30万人は病院以外での対応可能とした。

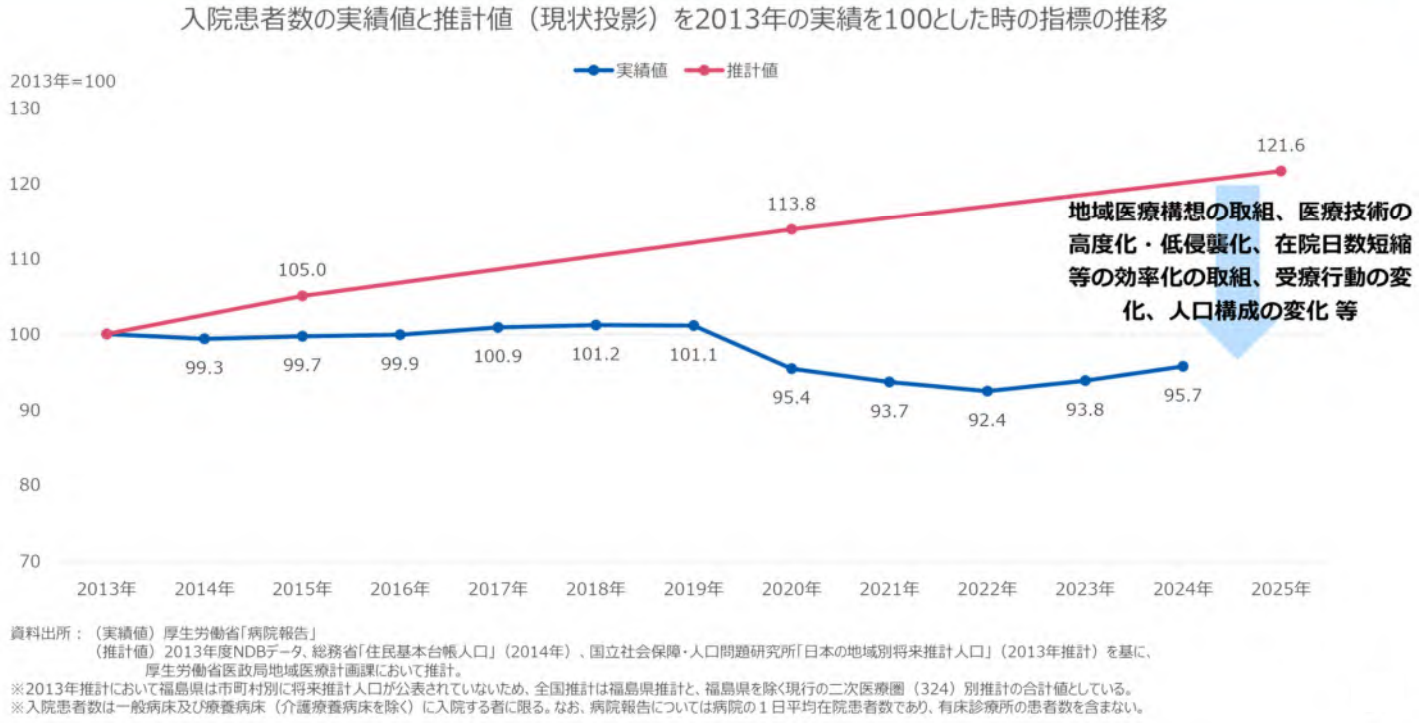



政府　社会保障制度改革推進本部　第５回　医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年6月15日）　資料１
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai5/siryou1.pdf



## 入院患者数の推計と実績について

- 現行の地域医療構想策定当時に、**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**入院患者数（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。




資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014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」（2013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。
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。
※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の１日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

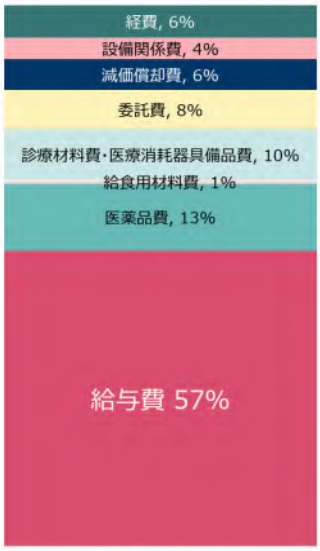
参考：第5回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（2025/10/15）　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_64631.html

令和６年11月8日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

# 病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

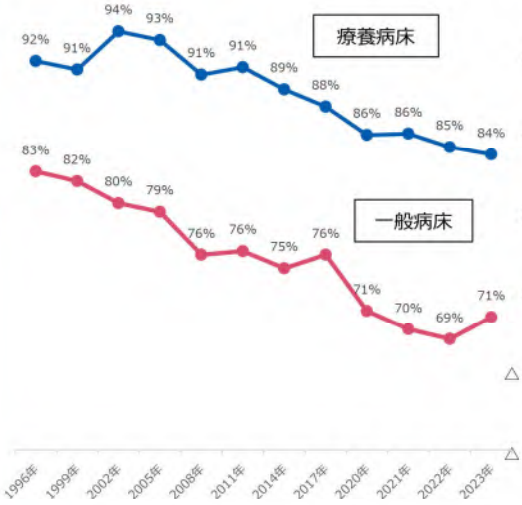
## 一般病院の費用構造




医業・介護収益に占める比率

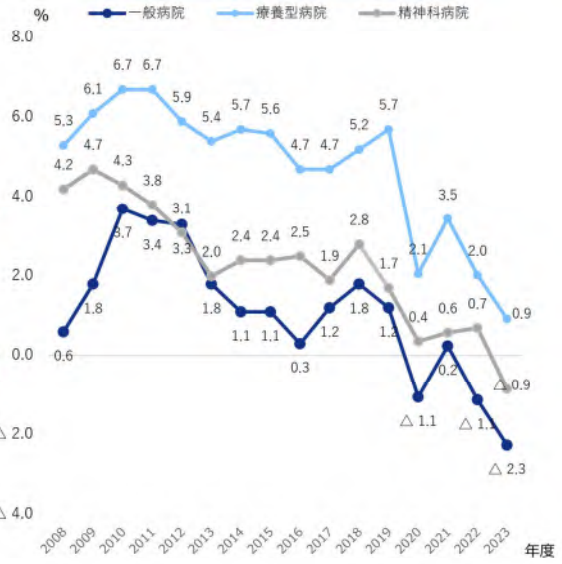
資料出所：医療経済実態調査（令和５年調査）

## 病床利用率の推移




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的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的旧その他の病床（経過的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

## 病院の医業利益率の推移




注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい
注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注１のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。
出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和６年11月）WAM Research Reportより

厚生労働省 令和7年1月10日開催 新たな地域医療構想について（長崎県地域医療構想セミナー）https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2025/01/1736226633.pdf



# 何故病床が満杯にならなかったのか（まとめ）

病院の在院患者延数

| 年　次 | 総　数（単位:人） |
|---|---|
| 平成11年（1999） | 509 438 114 |
| 令和元年（2019） | 450 462 423 |

病院の在院患者延数は減少している

＋

病院の新入院患者数は増加している

病院の新入院患者数

| 年　次 | 総　数（単位:人） |
|---|---|
| 平成11年（1999） | 12 786 484 |
| 令和元年（2019） | 16 473 879 |

↓

★つまり、総患者数は増加している
そして

病院の平均在院日数は短縮された

病院の平均在院日数（単位:日）

| 年　次 | 全病床 | 一般病床 |
|---|---|---|
| 平成11年（1999） | 39.8 | 27.2 |
| 令和元年（2019） | 27.3 | 16.0 |

病院の病床利用率（単位:%）

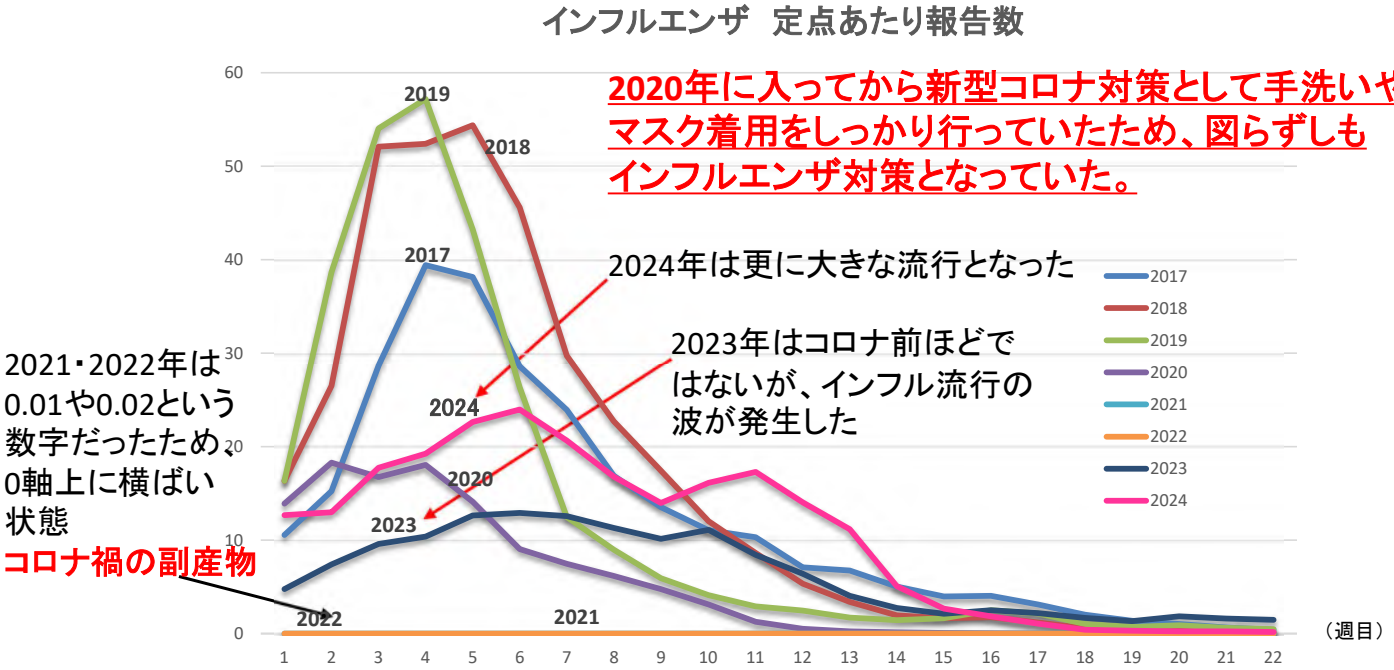
| 年　次 | 全病床 | 一般病床 |
|---|---|---|
| 平成11年（1999） | 84.6 | 81.9 |
| 令和元年（2019） | 80.5 | 76.5 |

★しかし、
患者数の増加よりも平均在院日数の短縮の方が　大きかったため、
結果として病床の利用率が落ちた

厚生統計要覧（令和2年度）　第2編　保健衛生　第2章　医療　より抜粋
https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html

# ところで・・・

2020年以降は新型コロナウイルスばかり報道されていたが、
毎年猛威を振るうインフルエンザの状況は？




2022-2023年は、海外からの入国が緩和されて人的交流が増加し、国内へウイルスが持ち込まれる可能性が昨年以上に高くなった。
折しも、日本でも過去2年間、国内での流行がなかったため、社会全体のインフルエンザに対する集団免疫が低下しており、一旦感染が起こると、特に小児を中心に社会全体として大きな流行となった可能性が考えられる。



# 令和2年通年患者、外来9.9%減、在院5.6%減

- 厚生労働省が公表している病院報告から、2020年の外来患者数は前年比9.9%減、1日平均在院患者数は5.6%減であることが分かった。
  - 1～12月の1日平均患者数から年間平均患者数を割り出した。
  - 外来患者数は119万3137人（前年 132万4853人）
  - 在院患者数は116万5806人（前年 123万4503人）

- 外来・在院患者数はともに5月に大幅な減少が見られた。その後は回復傾向だが、前年を下回る状況にある。
  - 外来患者は4月が19.5%減、5月に25.2%減と大幅に減少。
  - 在院患者は5月に10.0%減、6月に8.0%減。以降は4～6%台の減少幅で推移。

参考：病院の外来患者9.9%減、在院患者は5.6%減　20年病院報告　メディファクス 8476号（2021/04/06）

# コロナ後も病院（一般病床）の病床利用率は減少している

コロナ3年後

## ●病院の在院患者延数

| 年次 | 総数（人） |
|---|---|
| 平成11年 | 約5.1億 |
| 令和元年 | 約4.5億 |
| 令和4年 | 約4.1億 |

コロナ前20年で1割の減

コロナ後3年でさらに1割の減

病院の在院患者延数は、ここ20年では約2割、10年でみると**約1割減っている**

## ●病院（一般病床）の新入院患者数

| 年次 | 総数（人） |
|---|---|
| 平成11年 | 約1,227万 |
| 令和元年 | 約1,562万 |
| 令和2年 | 約1,416万 |
| 令和4年 | 約1,382万 |

コロナ前20年で3割程度の増

コロナ後1年で1割減少、その後横ばい

病院の新入院患者数は、ここ20年では約1割（7%）程度しか増えていない、10年でみると**4%減っている**

## ●病院（一般病床）の平均在院日数

| 年次 | 日 |
|---|---|
| 平成11年 | 27.2 |
| 令和元年 | 16.0 |
| 令和4年 | 16.2 |

コロナ前20年で約4割（11日間）短縮

コロナ後はほぼ横ばい

病院の平均在院日数は、ここ20年では約3割減っている、10年でみると**約1割（7%）減っている**

## ●病院（一般病床）の病床利用率

| 年次 | % |
|---|---|
| 平成11年 | 81.9 |
| 令和元年 | 76.5 |
| 令和4年 | 69.0 |

コロナ前20年で5%の減

コロナ後3年でさらに7%の減

病院の病床利用率は、ここ20年では10%減っている、10年でみると**7%減っている**

**病床利用率の減少は**
**日本全体での新入院患者の減少が主原因であると考えられる**



# コロナ後も病院（一般病床）の病床利用率は減少している

コロナ5年後

## ●病院の在院患者延数

| 年次 | 総数（人） |
|---|---|
| 平成11年 | 約5.1億 |
| 令和元年 | 約4.5億 |
| 令和6年 | 約4.1億 |

コロナ前20年で1割の減

コロナ後5年でさらに1割の減

病院の在院患者延数は、ここ20年では約2割、10年でみると**約1割減っている**

## ●病院（一般病床）の新入院患者数

| 年次 | 総数（人） |
|---|---|
| 平成11年 | 約1,227万 |
| 令和元年 | 約1,562万 |
| 令和2年 | 約1,416万 |
| 令和6年 | 約1,532万 |

コロナ前20年で3割程度の増

コロナ後1年で1割減少、その後4年でようやくコロナ前の水準に

病院の新入院患者数は、ここ20年では約2割弱（16%）の増、10年でみると**5%程度しか増えていない**

## ●病院（一般病床）の平均在院日数

| 年次 | 日 |
|---|---|
| 平成11年 | 27.2 |
| 令和元年 | 16.0 |
| 令和6年 | 15.5 |

コロナ前20年で約4割（11日間）短縮

コロナ後はやや短縮傾向

病院の平均在院日数は、ここ20年では約3割減っている、10年でみると**約1割（8%）減っている**

## ●病院（一般病床）の病床利用率

| 年次 | % |
|---|---|
| 平成11年 | 81.9 |
| 令和元年 | 76.5 |
| 令和6年 | 73.3 |

コロナ前20年で5%の減

コロナ後5年でさらに3%の減

病院の病床利用率は、ここ20年では6%減っている、10年でみると**約2%減っている**

**日本全体で新入院患者は戻りつつあるが、予想されていた新入院患者増はなく、病床利用率の減少は続いている**

- その原因として日本全国での推計死亡数が予想よりもかなり多くなったことが関与していると考えられる。
- 国立社会保障・人口問題研究所（社人研）による推計日本人死亡者数（平成29年推計）と、人口動態統計における日本人死亡者数を用いて、超過死亡※を算出。

| | 2021年 | 2022年 | 2023年 | 2024年 | 2025年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 超過死亡※ | 8,615人 | 115,089人 | 115,754人 | 116,387人 | 67,862人 |
| うち65歳以上 | | 114,868人 | 96,712人 | 114,658人 | 69,618人 |

※ここでは平成29年時点での推計死亡数を超えたぶんの実死亡数を「超過死亡」と仮称している。

- 仮に65歳以上の超過死亡者が生存していたとすると、入院患者数は121万人（R2患者調査）から約34,000人程度多くなる見込み。
  →稼働率に平均2.8%程度の影響が出ている可能性



- 病院の全病床の病床利用率は令和元年から令和4年にかけて5%減っている。
- 病床利用率5%減少のうち、日本全国での超過死亡数が推計よりも約20万人多かったことによる影響として2.8%程度≒5割程度は説明できる。
  これはサービス付き高齢者住宅の増加による影響が大きいと考えられる。
- 令和元年から令和6年では3%の減であるため、死亡による影響と高齢者の自然増にともなう患者増が相殺された結果と考えられる。
- 現時点で老人施設も空床が目立っている。
  老健施設での空床だけでなく、特別養護老人ホームでも空床が出て来ていた。今は特養は埋まりつつあるが、老健などでは稼働減が続いている。
- 日本全体で入院だけでなく施設入所する人が減ってきている状況である。

# 病院の経営悪化の現状



## コロナ後、多くの病院が運営に行き詰まっている





## 「病院の7割が赤字」

コロナの影響により患者の受診行動が変化

- 受診控えの傾向や入院期間の短縮
  稼働率8割 ▶7割に
- 症状が悪化してから受診する傾向も
- 助かる命も亡くなるケースが・・・

コロナ以降 赤字が加速

2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成



# 医師の働き方改革の影響

**医師の長時間労働**で
医療体制が維持されていたが**働き方改革**により残業が制限され体制が破綻しつつある

医師が**「聖職」**から
**「労働者」**に

やりがいよりも、美容などの**労働条件の良い職場**に

使命感だけでは続けられない人が増加



2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成





# さらに病院の老朽化がとどめに

## 1980年代

病床規制の導入前に
全国で
**病院の建設ラッシュ**
現在 **建て替え**の時期にしかし

建て替えを検討していたが**財政難で困難**

建築費は
かつての**倍に高騰**



**1棟100億円**
**▶ 200億円**

2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成

# 患者はどこへ行ったのか



## 1．背景（1）

◆**日本全国での推計死亡数が予想よりもかなり多くなっている。**

◆**国立社会保障・人口問題研究所（社人研）による推計日本人死亡者数（平成29年推計）と、人口動態統計における日本人死亡者数を用いて、超過死亡※を算出。**

（単位：人）

| | 2021年 | 2022年 | 2023年 | 2024年 | 2025年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 死亡者数 | 1,446,437 | 1,575,462 | 1,597,627 | 1,618,684 | 1,589,489 |
| 推計値 | 1,437,822 | 1,460,373 | 1,481,873 | 1,502,297 | 1,521,627 |
| 超過死亡※ | 8,615 | 115,089 | 115,754 | 116,387 | 67,862 |
| うち65歳以上 | | 114,868 | 96,712 | 114,658 | 69,618 |

◆**仮に65歳以上の超過死亡者が生存していたとすると、入院患者数は121万人（R2患者調査）から約34,000人程度多くなる見込み。**
**→稼働率に平均2.8%程度の影響が出ている可能性**

**※ここでは平成29年時点での推計死亡数を超えたぶんの実死亡数を「超過死亡」と仮称している。**

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

# 3．結果（1）投入変数間の関連　相関係数

| | 超過死亡者の割合 | 75歳以上人口割合 | 病床数 | 平均月収 | 病院あたりの看護要員数 | 老人ホーム定員数の増加 | 訪問看護利用者数 | サ高住の増加戸数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 超過死亡者の割合(注) | | .627** | .666** | −.774** | .432** | −0.096 | −.330* | .462** |
| 75歳以上人口割合 | .627** | | .592** | −.563** | .465** | −0.177 | −0.248 | 0.048 |
| 病床数(注) | .666** | .592** | | −.646** | .337* | −0.150 | 0.052 | .316* |
| 平均月収 | -.774** | −.563** | −.646** | | −.606** | 0.222 | .339* | −.373** |
| 病院あたりの看護要員数 | .432** | .465** | .337* | −.606** | | −.353* | −0.213 | 0.063 |
| 老人ホーム定員数の増加(注) | -0.096 | −0.177 | −0.150 | 0.222 | −.353* | | .318* | −0.037 |
| 訪問看護利用者数(注) | -.330* | −0.248 | 0.052 | .339* | −0.213 | .318* | | −0.178 |
| 2019年から2023年のサ高住の増加戸数(注) | .462** | 0.048 | .316* | −.373** | 0.063 | −0.037 | −0.178 | |

**. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)
*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)
(注) 人口10万人当たりの数

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド



# 3．結果（2）一般化線形モデル

（注）人口10万人当たりの数

単変量で比較的増加死亡者数と相関が大きかったが多変量では有意ではなかった変数

目的変数：人口あたりの増加死亡者数

| | 有意確率 | 係数 | 95%信頼区間 | |
|---|---|---|---|---|
| 75歳以上人口割合 | 0.261 | 1.004 | 0.997 | 1.011 |
| 病床数(注) | 0.13 | 1.028 | 0.992 | 1.065 |
| 平均月収 | 0.01 | 0.993 | 0.988 | 0.998 |
| 病院あたりの看護要員数 | 0.754 | 1 | 0.998 | 1.002 |
| 老人ホーム定員数の増加(注) | 0.096 | 1.142 | 0.977 | 1.336 |
| 訪問看護利用者数(注) | 0.159 | 0.833 | 0.645 | 1.074 |
| 2019年から2023年のサ高住の増加戸数(注) | 0.014 | 1.649 | 1.108 | 2.455 |
| (切片) | 0.049 | 1.002 | 1 | 1.004 |

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

# 3．結果（3）人口当たりサ高住数とその増加量

## サ高住が今たくさんあるところでますます増加している。

| サ高住数 多い順 | | 増加量 | |
|---|---|---|---|
| 北海道 | 466.1 | 兵庫県 | 71.0 |
| 三重県 | 407.8 | 岐阜県 | 67.3 |
| 鳥取県 | 384.5 | 北海道 | 63.6 |
| 大阪府 | 374.7 | 島根県 | 63.1 |
| 和歌山県 | 373.4 | 埼玉県 | 52.9 |
| 島根県 | 366.9 | 三重県 | 48.5 |
| 愛媛県 | 362.7 | 滋賀県 | 48.0 |
| 徳島県 | 361.7 | 大阪府 | 45.4 |

※サ高住数、増加量とも数値は人口10万人あたりの戸数

| サ高住数 少ない順 | | 増加量 | |
|---|---|---|---|
| 佐賀県 | 69.3 | 沖縄県 | -11.3 |
| 宮崎県 | 103.3 | 岩手県 | -7.8 |
| 東京都 | 129.7 | 山口県 | -3.1 |
| 山形県 | 142.1 | 宮崎県 | -2.0 |
| 沖縄県 | 152.3 | 佐賀県 | 0 |
| 愛知県 | 159.6 | 群馬県 | 0.84 |
| 静岡県 | 165.2 | 鹿児島県 | 1.29 |
| 神奈川県 | 166.6 | 茨城県 | 3.43 |

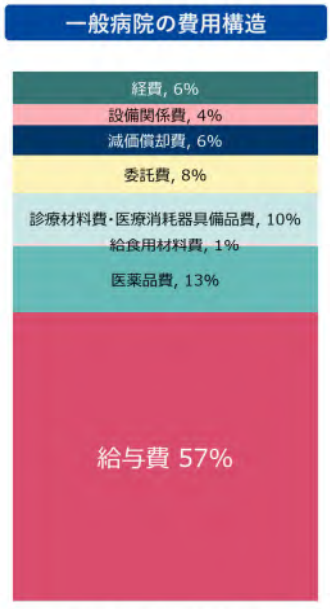
※サ高住数、増加量とも数値は人口10万人あたりの戸数

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド



# 4．考察（1）病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。




資料出所：医療経済実態調査（令和５年調査）




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的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的旧その他の病床（経過的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




注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい
注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注１のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和６年11月）WAM Research Reportより

厚生労働省 令和7年1月10日開催 新たな地域医療構想について（長崎県地域医療構想セミナー）https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2025/01/1736226633.pdf

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

# 不適切を指摘される高齢者向け事業、適正化の流れ

- 近年、高齢者向け事業において、一部の事業者による不適切事例が問題視されている。

一例として・・・

- 老人ホームが、多額の診療報酬を得られる難病患者受入れの目的で紹介事業者に高額な紹介料を支払う。

サンウェルズ（PDハウス）など

- 訪問看護を過剰に提供し不正に診療報酬を請求する。
（ホスピス型有料老人ホームの入居者らに対し、必要性の低い頻繁な短時間訪問や複数人での訪問、早朝・夜間での実施で高額報酬を得ていると判断されるケースがある）

アンビスHD（医心館）、サンウェルズ（PDハウス）など

- 過度の身体拘束・薬物による科学的拘束の常態化

恵山恵愛会（北海道）、長船荘（岡山県） など

・・・など



# 2040年頃を見据えた目指すべき医療「新たな地域医療構想に関する検討会」がとりまとめられ、

**2026年7月3日**
**「地域医療構想策定ガイドライン」**
**が、厚生労働省HPで公表されました**

参考：2040年に向けた地域医療構想「地域医療構想策定ガイドライン」 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001718620.pdf

# 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の体制（案）

**地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 開催要綱（案）（抜粋）**

1．目的

○　今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や生産年齢人口の減少を見据え、地域医療構想や医療計画、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージをはじめとする医師確保の取組等を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要がある。

○　本検討会は、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の具体的内容や、地域医療構想及び医療計画の推進等について検討することを目的に開催するものである。

2．検討事項

(1) 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(2) 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
(3) 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（医師養成過程を通じた対策を除く）
(4) 外来医療計画に関する事項
(5) その他本検討会が必要と認めた事項

**＜地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　構成員＞**

（敬称略、五十音順）

| | |
|---|---|
| 石原　靖之 | 岡山県鏡野町 健康推進課長 |
| 伊藤　悦郎 | 健康保険組合連合会 常務理事 |
| 伊藤　伸一 | 一般社団法人日本医療法人協会 会長 |
| 猪口　正孝 | 公益社団法人全日本病院協会 副会長 |
| 今村　知明 | 奈良県立医科大学 教授 |
| 今村　英仁 | 日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長 |
| 遠藤　久夫 | 学習院大学 学長 |
| 岡　　俊明 | 一般社団法人日本病院会 副会長 |
| 小川　祐幸 | 島根県雲南市健康福祉部保健医療政策課 管理監 |
| 荻野　構一 | 公益社団法人日本薬剤師会 副会長 |
| 尾﨑　　誠 | 長崎大学病院 病院長（一般社団法人全国医学部長病院長会議） |
| 川又　竹男 | 全国健康保険協会 理事 |
| 坂本　泰三 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 |
| 櫻木　章司 | 公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事 |
| 菅原　琢磨 | 法政大学経済学部 教授 |
| 鈴木　美穂 | 認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事 |
| 瀬古口 精良 | 公益社団法人日本歯科医師会 副会長 |
| 玉川　　啓 | 福島県 保健福祉部次長（健康衛生担当） |
| 土居　丈朗 | 慶応義塾大学経済学部 教授 |
| 橋本　美穂 | 公益社団法人日本看護協会 常任理事 |
| 東　憲太郎 | 公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 |
| 松田　晋哉 | 福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター 所長 |
| 望月　　泉 | 公益社団法人全国自治体病院協議会 会長 |

※　必要に応じて参考人の出席を要請

厚生労働省 令和7年7月4日開催　第116回社会保障審議会医療部会【資料1】 https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001512865.pdf



# 地域医療構想について

- 地域医療構想は、都道府県が、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、医療機関の自主的な報告等を踏まえ、地域の関係者との協議を行い地域の実情に応じて策定するもの。
- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、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の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取組を進める。

**具体的な取組**

○　医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ、**構想区域を設定**。

○　**医療機関機能報告**等に基づき、都道府県及び各構想区域に設置する**地域医療構想調整会議**において、地域ごとの**医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能、専門等機能）**の確保や医療機関機能を踏まえた**医療機関間の役割分担**等について、**地域の関係者による協議を実施**。

○　地域医療構想の取組による効果等を踏まえた、構想区域別、機能区分（高度急性期・急性期・**包括期**・慢性期）別の**2040年の病床の必要量（必要病床数）を推計**。

○　都道府県は**地域医療介護総合確保基金**を活用し、**病床の機能分化・連携**に加え、**医療機関の連携・再編・集約化**に向けた取組を支援。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。

※　**地域医療構想は、病床の削減や医療機関の統廃合ありきではなく、地域での自主的な協議を踏まえて取り組むもの**



総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会　（第1回）【資料3】より抜粋

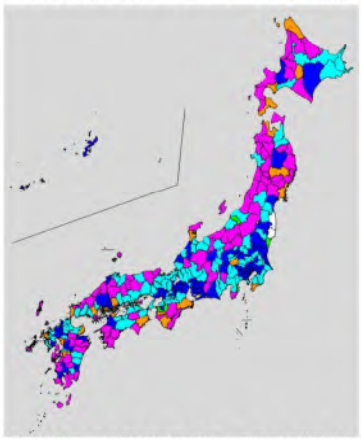
# 2040年頃に向けた医療の課題

## Ⅰ．将来の人口構造の変化と求められる医療需要

○ 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。

○ こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

≪入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）≫

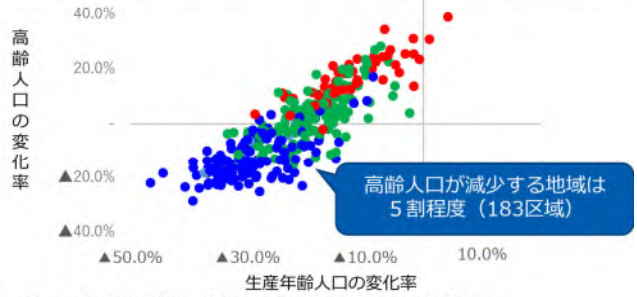



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

≪2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）≫

| | 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




## Ⅱ．生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

○ 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。

○ 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。

○ 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

○ これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指す。

**2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築**

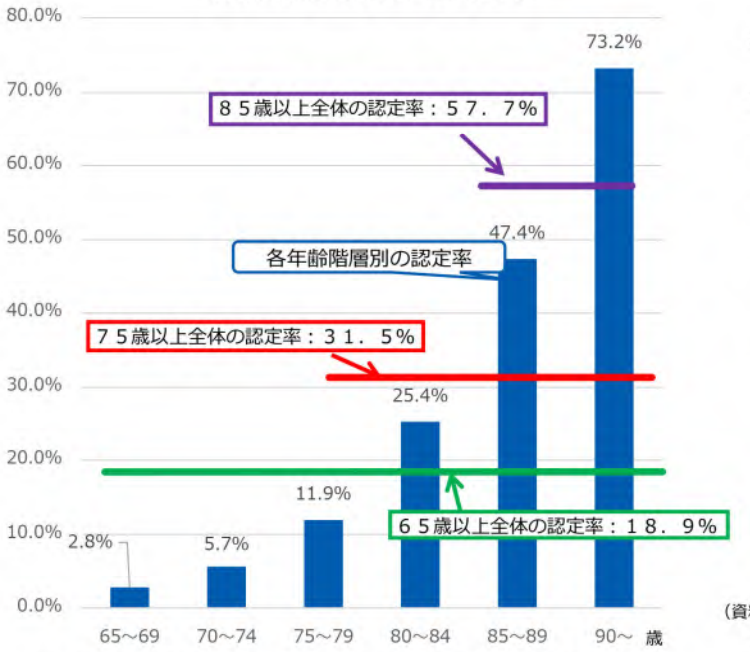
3



# 2040年の医療需要について①

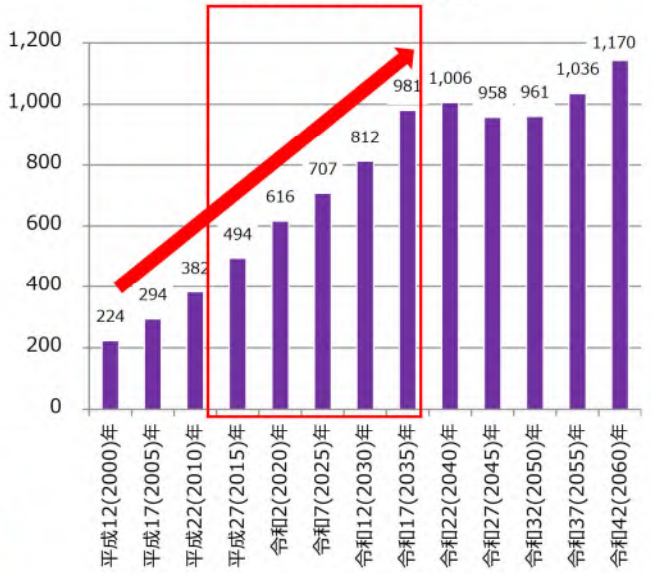
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

**年齢階級別の要介護認定率**




出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

**85歳以上の人口の推移**




（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５(2023)年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

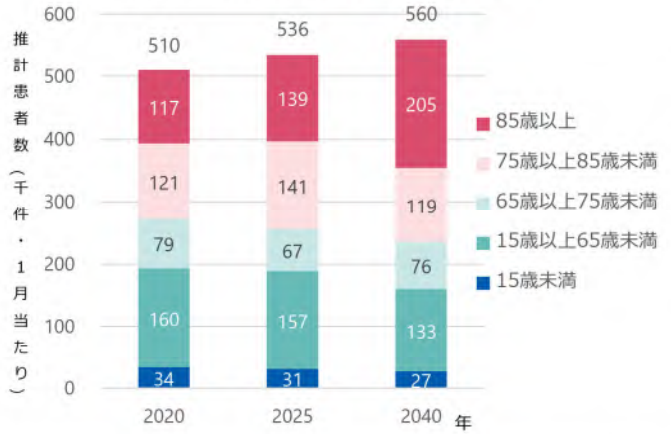
4

# 2040年の医療需要について②

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる中、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

## 救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計

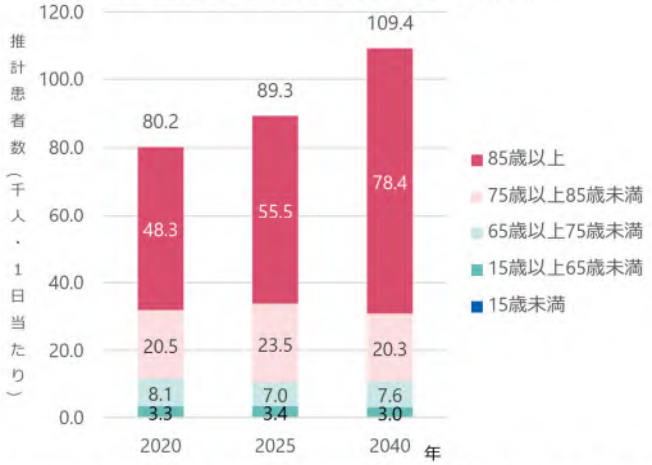



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※　救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※　性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

## 在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計




2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017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）」
を基に地域医療計画課において推計。





# 2040年に向けた地域医療構想について

## 背景

○ **2040年頃**に向けて、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。
○ 増加する**高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持**が求められる。

- 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能**に着目した**医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

## 分野ごとの取組

### 入院医療

**持続可能な急性期医療の確保**

- 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

**高齢者救急の受入体制の整備**

- 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

### 外来医療

**外来医療提供体制の維持**

- 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

### 在宅医療

**在宅医療の受け皿の整備**

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 多職種連携の取組等の推進

### 介護との連携

**医療と介護の複合ニーズへの対応**

- 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- 医療と介護の相互理解の推進

### 人材確保

**地域における医療人材の確保**

- 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- 看護師等の人材確保の方向性を反映

## 具体的な施策

### 構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

### 医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

**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の受入
・入院早期からのリハビリ・退院調整等の実施

**急性期拠点機能**
・人口20万～30万に１つを目安に確保
・手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

**在宅医療等連携機能**
・地域での在宅医療の提供
・他の施設等と連携した24時間対応等の実施

**専門等機能**
・集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

**医育及び広域診療機能（大学病院本院）**
・都道府県と連携した人的協力　・広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

### 病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

# 2040年に向けた地域医療構想ガイドライン

- 7/3厚労省より、2040年の医療提供体制構築に向けた「地域医療構想策定ガイドライン」が公表された。

- 今回、構想区域について「人口20万人以上」を基本としつつ、地域の実情を踏まえて見直すこととなった。
  - 現在の二次医療圏の半数近くが人口20万人以下。
    今後さらに人口減少が進行した場合、区域内で入院医療を完結させることが難しくなると見込まれている。
  - 都道府県境をまたいで患者の流出入が多い区域では、隣接する都道府県と合同で調整会議を開くなど、区域を超えた連携体制も考えられる。

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

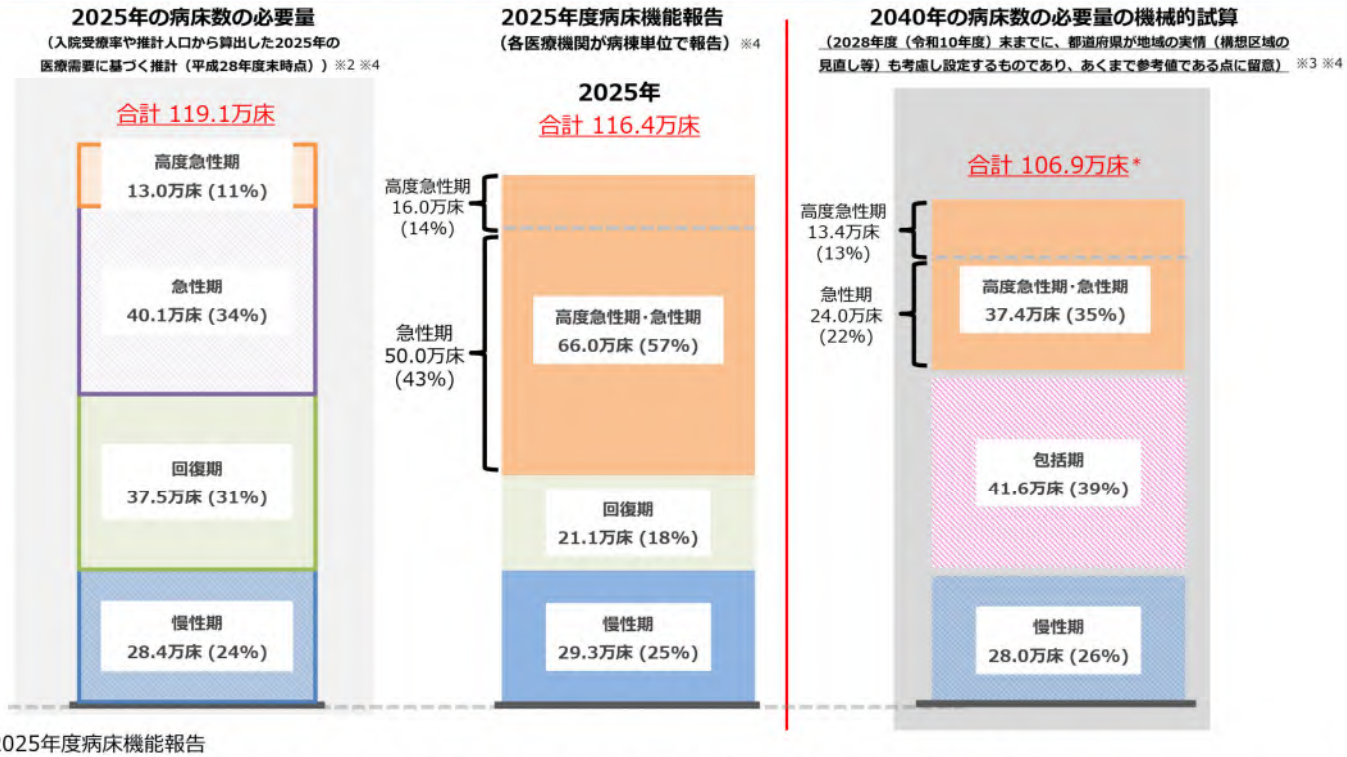


- 2040年に全国で必要となる病床数は106.9万床と推計。
  （2025年は116.4万床、約10万床 減）
- うち、急性期・高度急性期については37.4万床となる。
  （2025年は66万床、約29万床・約4割 減）

- ほか、包括期として41.6万床、慢性期として28万床が見込まれている。
  - 区分見直しにより、従来の「回復期機能」に「高齢者の急性期患者に治療と早期リハビリテーションを提供し在宅復帰につなげる機能」を加えた「包括期機能」が制定された。

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

# ２０２５年度病床機能報告について




出典：2025年度病床機能報告

※1：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
※2：平成25年度(2013年度) のＮＤＢのレセプトデータ 、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
※3：令和6年度(2024年度) のＮＤＢのレセプトデータ、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（令和5年(2023年）推計）』等を用いて、現在の構想区域（令和6年度）を前提に機械的に試算したもの
※4：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。

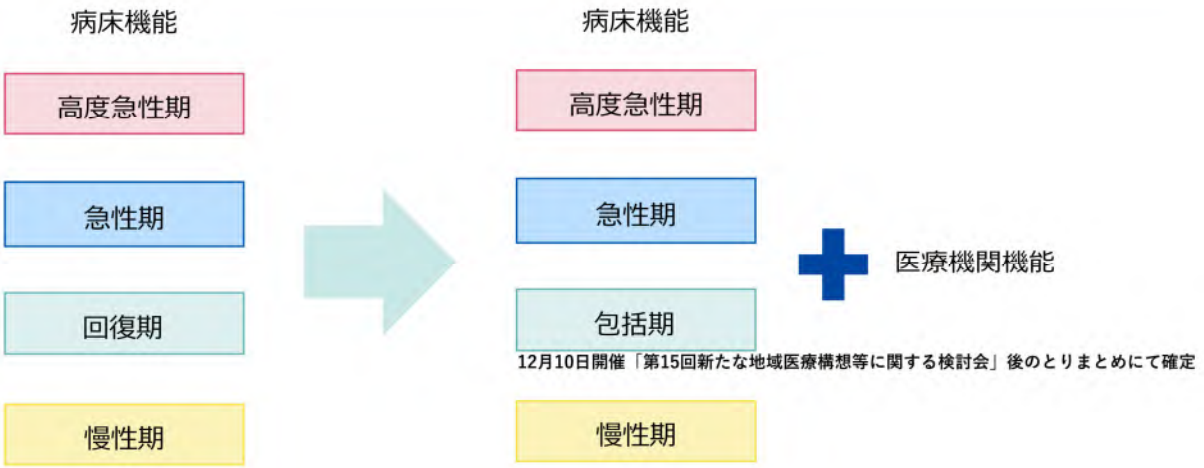
参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html



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

# 病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き４つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【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、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。




厚生労働省 令和6年12月3日開催 第13回新たな地域医療構想に関する検討会【資料1】（参考：スライド49） 一部修正済み
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001344036.pdf

# 病床機能報告について

## 病床機能報告制度の概要

○　病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

## 病床機能の報告について

○　病床の機能区分については、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併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、「回復期機能」について、**「包括期機能」として位置づけを見直し**ている。

○　報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。

○　有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

**病床の機能区分と目安となる入院料の例**

| 機能区分 | 機能の内容 | 目安となる入院料の例 |
|---|---|---|
| 高度急性期機能 | ・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能 | • 救命救急入院料<br>• 特定集中治療室管理料<br>• 小児特定集中治療室管理料<br>• 新生児特定集中治療室管理料　等 |
| 急性期機能 | ・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 | • 急性期病院A、B一般入院料<br>• 急性期一般入院料１～６<br>• 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1）<br>• 小児入院医療管理料１～３　等 |
| **包括期機能**<br>※回復期機能を見直し | **・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テーション等を行い、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** ※新たに追加<br>・急性期を経過した患者に対し、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<br>・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む | • 地域一般入院料１～３<br>• 地域包括医療病棟入院料<br>• 回復期リハビリテーション病棟入院料<br>• 地域包括ケア病棟入院料　等 |
| 慢性期機能 | ・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能<br>・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む | • 療養病棟入院料１～２<br>• 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1）<br>• 特殊疾患病棟入院料　等 |

15

総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会　（第1回）【資料3】より抜粋



# 医療機関機能について

## 医療機関機能の考え方

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

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

## 構想区域ごとの医療機関機能

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

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

## 広域な観点での医療機関機能

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

7

総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会　（第1回）【資料3】より抜粋

# 医療機関の連携・再編・集約化について

- 医療需要の減少や質的変化、医療従事者の減少や地域偏在に対応し、**持続的に医療の質や医療従事者の働き方の確保**をしていくよう、**地域ごとに効率的な医療提供体制の構築が必要**。急性期拠点機能や急性期病床の集約化をはじめとして、地域の実情に応じて救急車の受入、手術、休日・夜間の対応等について、連携・再編・集約化の取組を進めていく。

## 連携・再編・集約化の必要性

- 医療の質や医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は、急性期機能を担う医療機関に集約していき、高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応するといった**連携・再編・集約化に係る基本的な方針を、都道府県全体で共有**することが重要。
- 医療需要の変化や医療の担い手の減少に対応した効率的な医療提供体制の構築が必要。大都市部等において、医療提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方や、結果として医師の偏在を助長する懸念などがあり、人口の少ない地域に限らず、それぞれの地域ごとに状況に応じた、連携・再編・集約化の取組が重要。
- 手術については、医療の質や医療安全の確保のため、**がんの手術、高度な手術等**は症例数や人材の集約が必要であり、地域の医療資源に応じて、構想区域内や、構想区域よりも広域な単位での集約を検討する。また、**胆嚢炎の手術等、頻度が高い全身麻酔を要する手術**については、構想区域内での提供が求められるが、医療資源が潤沢でない地域で、小規模に同じ診療科の手術を実施する複数の医療機関がある場合等は、体制の検討が必要。
- 救急については、上り搬送や下り搬送を活用しながら、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等により救急対応を確保することが必要。**上り搬送や下り搬送等の連携の取組**や、**地域医療構想の方向性を踏まえた「実施基準」の検討**が必要。
- 連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要なときに**必要な医療へ適切にアクセスできる体制**の維持・確保が重要。





# 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保について

- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の目的は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、手術や救急医療等の役割分担を進めていくことにある。
- まず急性期拠点機能について確保すべき医療機関数を設定した上で、各医療機関機能を担う医療機関を決定し、医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性を踏まえ、地域での具体的な役割分担のあり方について協議を行う。

## 医療機関機能の確保に向けた協議

○　急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、**手術や救急医療等の役割分担を進めていくためのもの**であり、**単に医療機関機能の形式的な決定自体を目的にするのではなく**、必要な医療提供体制の確保に資するかという観点から、**連携・再編・集約化や役割分担の方向性も見据えながら検討**を行うことが重要である。

## 急性期拠点機能を確保すべき数

○　**急性期拠点機能の確保の単位**としては、急性期拠点機能を担う医療機関において、待機的な手術だけでなく、休日・夜間を含めた緊急手術に対応していく必要があること、二次医療圏内で２日に１日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多いこと等を踏まえ、**2040年の人口推計をもとに、人口20万人から30万人程度につき一か所程度**が目安となる。

○　地域の協議においては、この目安だけでなく、患者の流出入の状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、**将来的な医療機関の役割分担に資するよう設定**する。

（※）構想区域ごとに設定することが基本であるが、都道府県全体として人口規模が限られている場合等では都道府県単位で設定することも考えられる。

## 医療機関機能を踏まえた役割分担

○　**急性期拠点機能**は、手術等の**急性期医療を集約して提供**するものであり、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる**総合性を確保**するとともに、**政策医療を含めた関連する役割を総合的に担う**ことが求められるが、こうした基本的な役割を踏まえ、具体的にどの程度の範囲の総合性や政策的役割を求めることとするかは、**同一都道府県内であっても構想区域ごとに異なりうる。**

○　**高齢者救急・地域急性期機能**は、**増加する高齢者救急を中心とした救急患者の受入**を行うとともに、**入院中のリハビリテーションや退院調整**等の機能の強化が求められるが、病床規模や医療従事者の人員数、救急搬送受入件数の規模は**相当程度幅がある**と考えられる。

○　周囲に病院が限られている地域や、高齢者救急の増加が著しい都市部等において、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急の受入を行っていくことや、大都市型の地域や一部の地方都市型の地域において、救急搬送を多く受け入れる高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、高齢者救急に関連する頻度の高い手術・処置等を行っていくことも考えられるが、**医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性は確保**した上で、**その具体的なあり方について地域で協議を行う**ことが重要である。

# 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の進め方

## 協議の進め方

**構想区域の設定**

- 2040年に向けた医療提供体制の構築を見据え、急性期拠点機能の確保の観点から、急性期医療の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定。

**急性期拠点機能を担う医療機関の数の設定**

- 設定した区域に基づき、急性期機能を担う医療機関について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保。
- 人口規模のみではなく、患者の流出入の状況や区域全体・各医療機関の診療実績、医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案。

**各医療機関機能を担う医療機関の決定**

- 急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、連携・再編・集約化の方向性も踏まえ協議。
- その際、急性期拠点機能としての役割を満たすことができるよう、人的協力の取り決め等を併せて確認。

**地域において担うべき役割や医療機関間の役割分担に係る協議**

- 各医療機関機能を担う医療機関が当該地域において求められる役割に向けた具体的な取組について協議。
- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の間での、手術や救急医療に係る具体的な役割分担のあり方について協議。



総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会 （第1回）【資料3】より抜粋



# 急性期拠点機能を担う医療機関の役割

## 総合的な診療機能

○　急性期拠点機能を担う医療機関は、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心とした頻度の高く、救急対応や手術等を要する疾患に対応できる必要がある。

○　小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、地域の資源を集約して、急性期拠点機能を担う医療機関が担うことも考えられうるが、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、新たに当該領域の診療機能を担う必要はない。

## その他の役割

○　急性期拠点機能を担う医療機関は、地域において相対的に多くの医療資源が配置されることになることから、関連する様々な役割を担うことが求められる。

| | 概要 | 考え方等 |
|---|---|---|
| 災害拠点病院<br>（基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院） | 災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う | 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受入拠点にもなること等が要件。 |
| 医療措置協定の締結 | 新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保 | 病床確保や医療人材派遣をはじめとして、新興感染症発生時に備えた都道府県との医療措置協定を締結する。 |
| 臨床研修及び専門研修の実施 | 基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医師の修練の場を提供 | 急性期拠点機能を担う医療機関には、手術等の急性期症例も集約され、医師も重点的に配置されることになるため、一定の症例数や適切な指導体制の整備が求められる初期臨床研修や専門研修に積極的に協力する必要がある。 |
| 地域における必要な病床の確保のための積極的な役割 | 医療需要の動向に応じた病床数の整備を推進 | 今後、手術等の医療資源を多く必要とする医療ニーズの減少が見込まれる中、高齢者救急等の症例を必要以上に受け入れることはせず、総合的な急性期医療の提供機能を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）を行う。 |
| 地域への医師の派遣 | 地域の他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持 | 地域において医師が相対的に多く配置されることになるため、地域の他の医療機関への当直医や代診医の派遣等により、地域全体の医療提供体制の確保に積極的に関与する必要がある。 |



総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会 （第1回）【資料3】より抜粋

# 急性期拠点機能を担う医療機関の決定

## 急性期拠点機能を担う医療機関の決定

○　急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、当該区域において、**急性期拠点機能として果たすべき役割を満たすことができるよう**、手術や救急医療等の急性期医療の**役割分担や人的協力の取り決め等の具体的な取組も併せて確認**しつつ、**急性期拠点機能を担う医療機関を決定**する。

○　今後の**人口構造の変化**とそれに伴う**医療需要の変化**の見込みや、**建物の老朽化・建替見込み、各種補助金・繰入金の活用状況**を踏まえ、従前と同様の診療機能や役割の維持を前提とせずに、**2040年において現実的に担いうる医療機関機能を検討**する。開設主体に基づき急性期拠点機能を担う医療機関を決定するといった考え方は想定されず、**設立主体によらず**、診療実態や将来の医療資源の確保の見込み等を踏まえて検討する。

○　**地方の自治体立病院**は、小児・周産期医療等をはじめとした**不採算とされる政策医療**や**人口の少ない地域での医療を担っている**場合がある。今後、**自治体財政上の制約等を背景に、医療機関の連携・再編・集約化の検討が一層求められることが見込まれる**中、具体的な収支の状況も踏まえながら、一定の急性期医療を担う近隣の公的病院や民間病院に、当該自治体立病院が担っている政策医療等を集約することも検討する必要がある。

○　**建物の状況など施設の整備状況等も踏まえて協議を行うことも重要**である。地域医療構想は2040年やその先の将来にわたって持続可能な医療提供体制の構築を目的とするものであり、単に、築年数が浅いことをもって急性期拠点機能を担う医療機関として選定するのではなく、診療実績等も含めた総合的な検討により決定し、公的医療機関や民間医療機関等であっても、設立主体の別を問わず、施設整備等に係る費用の支援も含めて検討することが求められる。

○　以下のような場合については、**急性期拠点機能以外の医療機関機能を担っていくことも検討する必要**がある。

- 診療実績等が相対的に低く、人材確保等の制約から、将来的には、手術等の急性期医療は、当該区域内の他の急性期医療機関や、隣接区域において急性期拠点機能を担う医療機関に集約して行っていくことが現実的であると考えられる場合
- 同一市内等の近接した地域に、同程度の急性期医療の実績を有する医療機関が存在し、将来的な医療ニーズや人材確保の見込みも踏まえると、将来にわたり双方の症例数を確保していくことが困難な場合

12

総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会 （第1回）【資料3】より抜粋



# 高齢者救急について

- 今後増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難であるものの、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、また、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。
- こうした特徴を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要。

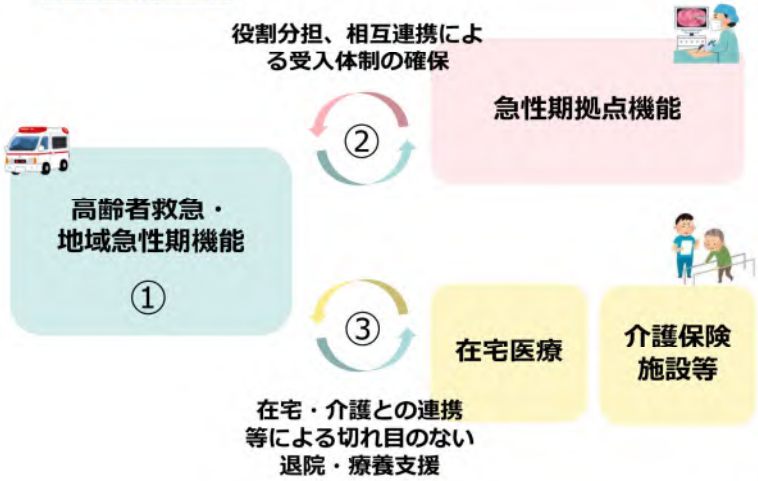
## 高齢者救急の基本的な考え方

- 年齢や疾患のみで一律に区分することは困難
- 手術等を要する割合は相対的に低い
- 包括的な入院医療の提供の必要性

○　高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能と連携しつつ、適切な役割分担による受入体制を確保。

○　在宅医療・介護とも連携し、入院早期から退院後までの切れ目のないリハビリテーション等の提供を確保。

## 対応のイメージ




## 具体的な取組

①
- **包括期機能を有する病床**での高齢者救急の受入。
- ADL低下防止や早期の在宅復帰に向けた、**入院早期からのリハビリテーション・退院支援**等を実施。
- 休日・夜間を含む**高齢者施設等からの外来受診**への対応

②
- 地域の医療資源や医療需要も踏まえた**役割分担に係る協議**。
- 高齢者救急の特徴を踏まえた**実施基準への反映**。
- **下り搬送**や**上り搬送**を活用した**受入後の連携体制の構築**。

※救急者の適時・適切な利用に向けた取組も併せて検討

③
- **多職種連携**や**他の施設等との連携**により、**退院後のリハビリテーション**等の**切れ目のない提供体制**を確保。
- **相互理解**を前提とした、退院先としての**介護保険施設の活用**。
- **協力医療機関**として、高齢者施設との**平時からの連携、状態悪化時の受診及び搬送のルールの整理**。

13

総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会 （第1回）【資料3】より抜粋

## 急性期医療・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 手術等の医療資源を多く要する医療については急性期拠点機能に集約して提供していく一方、増加が見込まれる高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応していくことが考えられる。
- 地域によって、高齢者救急・地域急性期機能が高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を対応するケースや、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急についても対応していく必要があるケース等も考えられ、医療機関機能ごとの基本的な役割を確保した上で、地域の実情に応じた役割分担について協議を行う。

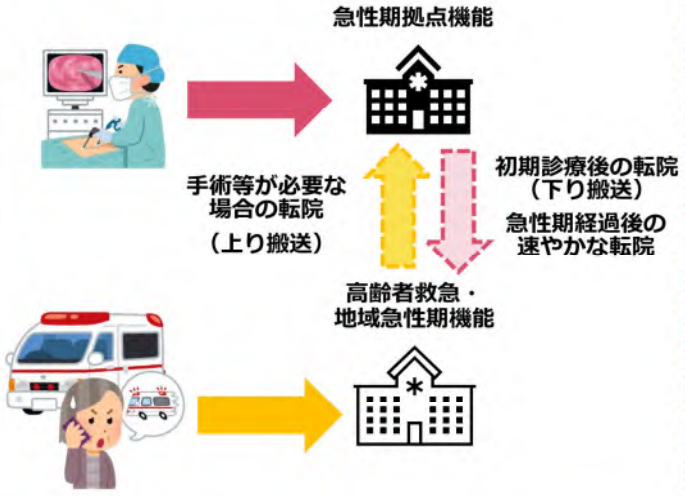
●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等や高齢者救急の役割分担（イメージ）

**手術等の分担**

・手術等の症例について、緊急性の高い疾患に対する緊急手術を含め、急性期拠点機能に集約して提供
・地域の需要や個別の施設の実情を踏まえ、必要に応じて、高齢者救急・地域急性期機能でも、高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を実施

**高齢者救急の受入の分担**

・増加する高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能とも連携した受入体制を整備
・急性期拠点機能は手術等を要する症例や緊急度・重症度の高い患者の対応を中心としつつ、地域の医療の需要等を踏まえ、必要に応じて高齢者救急の受入も行う




14

総務省　令和8年9月29日開催　令和8年度 持続可能な地域医療の確保に向けた公立病院の経営強化に関する検討会 （第1回）【資料3】より抜粋



- ガイドラインにおいて医療機関の役割が五つに整理され、担う役割が明確化された。
- 基本的には「高齢者救急・地域急性期機能」、「急性期拠点機能」、「在宅医療等連携機能」、「専門等機能」のうち、自らが担う機能を選んで都道府県に報告。
  大学病院本院はこれらとは別に、人材育成や広域的な診療を担う「医育及び広域診療機能」を報告する。
- 医療機関は「現在担っているものに近い機能」、「2040年に担う予定の機能」、「診療実績」などを毎年の医療機関機能報告で示す。
  2028年度までに、地域医療構想調整会議での協議を経て、各医療機関が2040年に担う機能を決定する。
  以降はその内容と診療実績を都道府県へ報告する。

参考：「厚労省、2040年見据え地域医療構想の新指針」（2026/7/5）事業構想
https://www.projectdesign.jp/articles/news/f1f0faf3-579b-41fb-b0e3-2ec4d57af287

- 「急性期拠点病院」は、人口20万～30万人程度につき一か所確保することが基本の目安となる。
  - 人口が少ない地域では一か所に絞り込む。
    人口100万人を超える大都市や患者の流出入が激しい首都圏の区域では、地域の実情に応じた協議が求められる。
  - 全身麻酔手術の件数や救急搬送の受入件数などの診療基本データを基本にしつつ、医師の確保見込みや建物の老朽化、補助金や繰入金の活用状況なども含め、公立・公的・民間の別を問わず、実際の診療実態に基づいて総合的に判断する。
  - 「高齢者救急・地域急性期機能」と「急性期拠点病院」は同時報告することはできない。
- 急性期拠点病院を担う医療機関の協議が難航する場合には、都道府県が最終判断する方向も示された。

参考：「新構想GL、「急性期拠点」と「高齢者救急・地域急性期」は同時報告不可」（2026/7/6）medifax9722号
「厚労省、2040年見据え地域医療構想の新指針」（2026/7/5）事業構想
https://www.projectdesign.jp/articles/news/f1f0faf3-579b-41fb-b0e3-2ec4d57af287



## 令和8年度医療機関機能報告の報告項目について

### 医療機能等

現時点で担っている医療機関機能

2040年において担う医療機関機能
※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告

### 構造設備・人員配置

| | |
|---|---|
| 構造設備等 | 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 |
| | 標榜診療科 |
| | 築年数・構造† |
| | 手術室数 |
| | 災害拠点病院指定の有無 |
| | へき地拠点病院指定の有無 |
| | 周産期母子医療センター指定の有無 |
| | 小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無 |
| | 医療措置協定の内容 |
| | 初期臨床研修の実施状況 |
| | 専門研修の実施状況 |
| 人員に係る内容等 | 初期研修医数 |
| | 専攻医数 |
| | 診療科別の医師数 |
| | 在宅医療部門の従事者数（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等） |
| | 救急外来の人的体制（医師、看護師、救急救命士等） |
| | 地域への派遣医師数、派遣医療機関数（大学病院本院のみ） |
| | 休日/夜間・時間外の救急受入体制の有無 |
| | 休日/夜間・時間外の各種診療体制の有無（検体検査、CT検査、MRI検査、消化管内視鏡検査、血管造影検査、小児科診療、産科診療、全身麻酔を伴う手術） |

### 医療機関機能に関する内容

| | |
|---|---|
| 救急医療の提供状況 | 救急車受け入れ件数（年齢区分別＊、経路区分別＊、転院搬送件数（下り搬送、上り搬送を含む。）＊）<br>※年齢区分については、15歳、65歳、75歳、85歳で区分する<br>※経路区分については、既存の入棟経路区分を一部見直す |
| 手術に関する実績 | 手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置）<br>※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る |
| | 緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算定件数）<br>※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む |
| 高齢者等への医療の提供状況 | 退院患者数（年齢区分別＊） |
| | 休日におけるリハビリテーション実施体制の有無 |
| | 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数（状態区分別、在棟期間区分別） |
| | 外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等） |
| | 在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算） |
| 高齢者施設等との連携状況 | 協力医療機関として連携する高齢者施設等の数 |
| | 協力対象施設入所者の受入のための確保病床数 |
| | 高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の外来診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算） |
| 在宅医療の提供状況 | 連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先／後方支援に係る連携先） |
| | 連携する訪問看護ステーション数 |
| | 訪問診療の対象としている施設等の数 |
| | 在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊） |
| | 在宅療養患者の受入のための確保病床数 |
| | 在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算） |

†病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする
＊前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和９年度以降入力必須とする。
※入力負担の軽減等の観点から以下の対応を行う
・下線部の項目については、厚生労働省において確認や集計等を行い、結果をG-MIS上に表示する
・外来医療の提供状況については、外来機能報告の内容を踏まえ新たな報告は求めない

期間・時点　□ 7月1日時点　□ 1年分（前年の実績等）

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

◆各都道府県は
**2028年度までに新たな地域医療構想を策定**
することになる。

◆2026年度から2027年度上半期にかけて医療需要や医療提供体制の現状を分析し、構想区域の点検・見直しを行う。
2028年度までに急性期拠点機能を担う医療機関など具体的な内容を協議し、地域医療構想として取りまとめる。

◆取組の進捗は
定期的な点検と必要に応じた見直しを行い、
2035年度頃を目途に、
医療機関機能の役割分担などについて
一定の成果を確保することを目指す。



## 地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

| 年度 | 地域医療構想の策定と取り組みの進め方 | |
|---|---|---|
| ～2027年度上半期頃 | 現状・課題の把握 | ・基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有**する |
| | 区域の設定 | ・現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し**<br>➢ 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論<br>⇒人口20万人以上を目安としながら検討<br>➢ 必要病床数の運用<br>⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定<br>・設定した構想区域における必要病床数を算出する |
| | 設定した区域の課題の把握 | ・入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定 |
| ～2028年度末 | 取組の決定 | ・**遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する<br>・その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する |
| ～2035年度 | 取組の推進 | ・2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する |

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

# 経緯

R7.12調整会議・医療審資料（一部データ更新）

① 令和6年度に、「第8次医療計画」の基準病床数の改定によって整備可能な「空き枠」*ができたことから、西和医療圏で174床の公募を実施し、配分した。

② 令和7年度当初は空き枠がなかったが、国の補正予算事業「病床数適正化支援事業」（後述）を活用した病院が、病床数を減少させたこと等により、空き枠が発生。（西和42床、中和10床）。

③ 令和8年度も同事業が実施されることから、さらに病床数の減少が進む可能性がある。

*「空き枠」とは・・・病床整備の上限である「基準病床数」・「必要病床数」を既存の病床数が下回っている状態で、開設許可申請があれば、制度上は許可をしなければならない病床の数。（下表の▲の小さい方の数値まで整備可能）

●基準病床数と既存病床数の比較（一般・療養） R7.11

| 医療圏 | 基準病床 A | 既存病床 B | 過不足 B-A |
|---|---|---|---|
| 奈良 | 3,769 | 3,335 | ▲434 |
| 東和 | 2,257 | 2,366 | ＋109 |
| 西和 | 3,564 | 3,122 | ▲442 |
| 中和 | 3,482 | 3,347 | ▲135 |
| 南和 | 680 | 534 | ▲146 |
| 県全体 | 13,752 | 12,704 | ▲1,048 |

※既存病床・許可病床には、配分済の174床を含む

●必要病床数と許可病床数の比較（一般・療養） R7.11

| 医療圏 | 必要病床 a | 許可病床 b | 過不足 b-a |
|---|---|---|---|
| 奈良 | 3,542 | 3,732 | ＋190 |
| 東和 | 2,366 | 2,442 | ＋76 |
| 西和 | 3,305 | 3,263 | ▲42 |
| 中和 | 3,403 | 3,393 | ▲10 |
| 南和 | 447 | 574 | ＋127 |
| 県全体 | 13,063 | 13,404 | ＋341 |

医療圏毎に、▲の小さい方の数まで整備が可能（プラスの場合は整備不可）



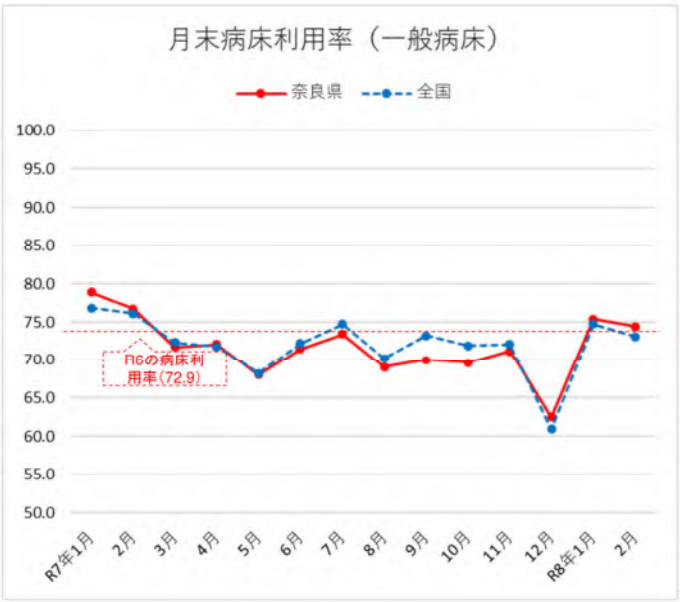


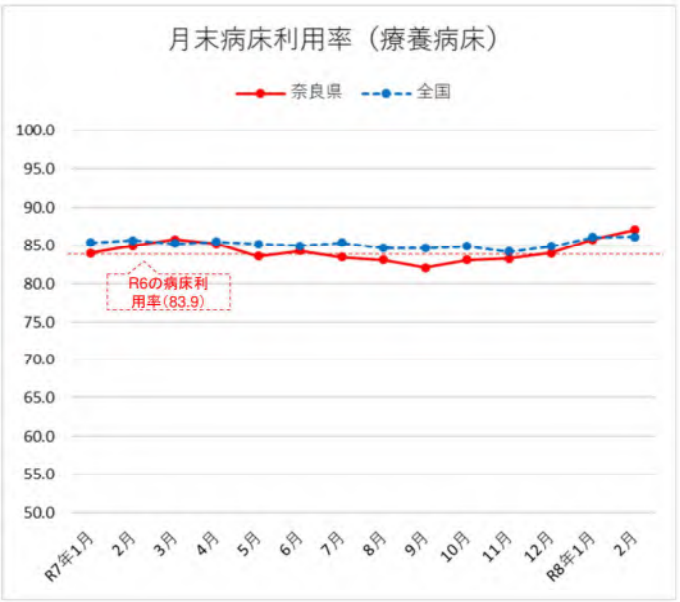


# 病床利用率の現状（R7以降月次）

今回追加資料

➢ 令和7年以降の病床利用率を見ると、一般病床はR6平均を下回ることが多く、療養病床は概ねR6比で横ばい。




出典：病院報告（病院のみの集計）

## 病床利用率の現状（機能別）

R7.12調整会議・医療審資料（データ更新）

- 西和・中和とも、全機能合計の病床利用率は県平均をやや下回っている。
- 医療圏・機能別に見た特長として、西和は、軽症急性期が県平均より高く、回復期が県平均より低い。中和は、重症・軽症急性期がともに県平均よりも低い。

機能別病床利用率（令和6年度実績）

| | 県平均 | 医療圏別 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 奈良 | 東和 | 西和 | 中和 | 南和 |
| 高度急性期 | 77.8% | 62.1% | 84.5% | 73.6% | 77.2% | 83.3% |
| 重症急性期 | 80.0% | 88.6% | 68.2% | 79.3% | 78.4% | 99.2% |
| 軽症急性期 | 73.6% | 77.2% | 64.3% | 79.5% | 66.7% | 82.0% |
| 回復期 | 81.3% | 88.5% | 77.5% | 72.1% | 82.1% | 87.4% |
| 慢性期 | 85.4% | 82.9% | 78.9% | 87.5% | 88.7% | 89.2% |
| 合計 | 80.2% | 84.2% | 73.8% | 79.1% | 79.5% | 91.5% |

出典：R7病床機能報告

○「休棟中」は除いて計算。
○病床利用率＝在院患者延数×100／病床数×365　（%）
○R7の具体的対応方針での報告を参考に、病床機能を一部修正。



参考：令和8年6月11日(木)開催「令和8年度第1回西和構想区域地域医療構想調整会議」奈良県における病床配分方針について（資料1） https://www.pref.nara.lg.jp/n081/p001018.html 73



# 看護師学校養成所の定員割れについて

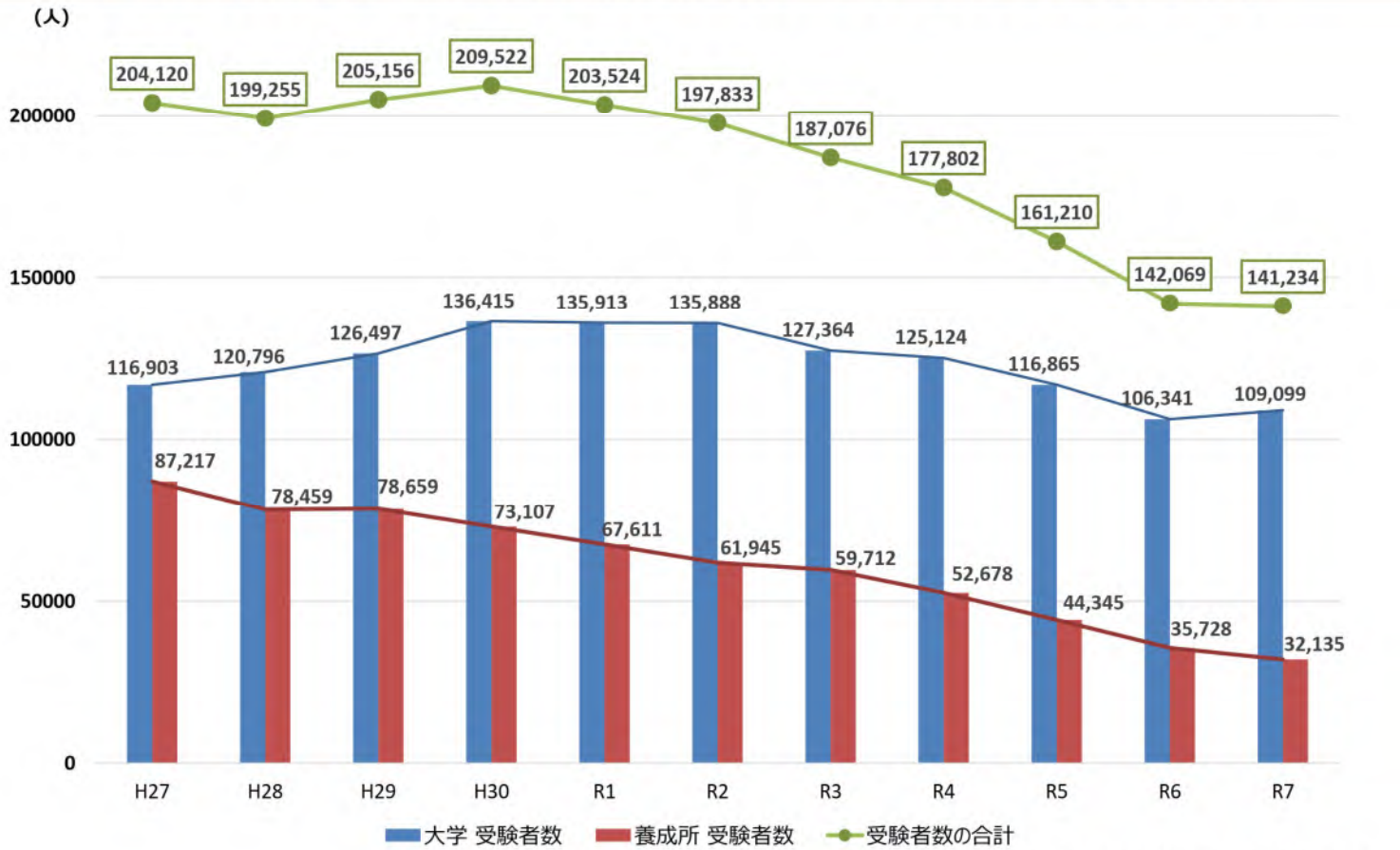
# 看護師学校養成所の定員割れについて

- 2025年度の専門学校と大学の看護学科の受験者数は計14.1万人と、10年前（20.4万人）と比べて3割程度減少している。
  - 18歳人口の減少割合（120万人→110万人、1割程度）を上回る速度。
- とくに看護師養成所（3年制）における2025年度の入学者は約2万人で、定員に対する充足率が初めて8割を下回った。
- 受験者の減少を受けて、生徒募集停止や閉校を選択する学校・学科も増加している。

参考：第1回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html



## 大学・養成所別　看護師学校養成所（3年課程）受験者数の推移



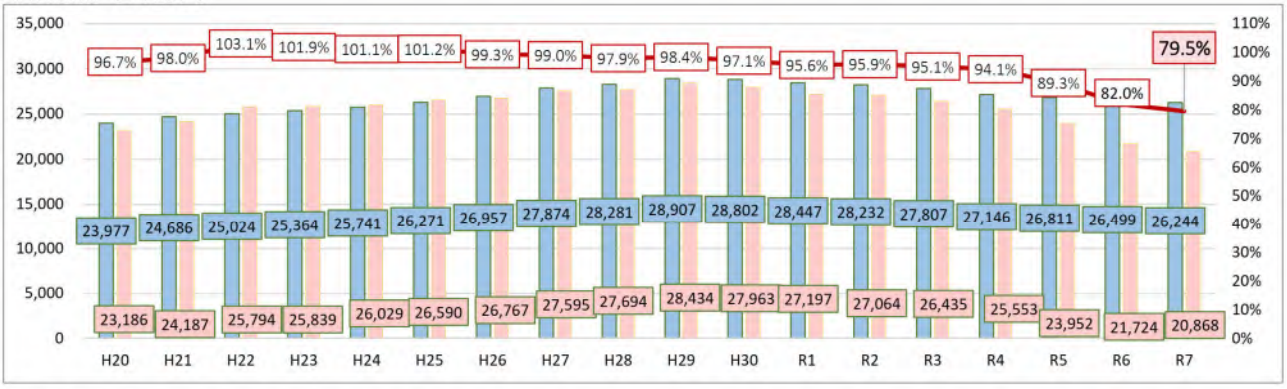

看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査 11

参考：第1回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

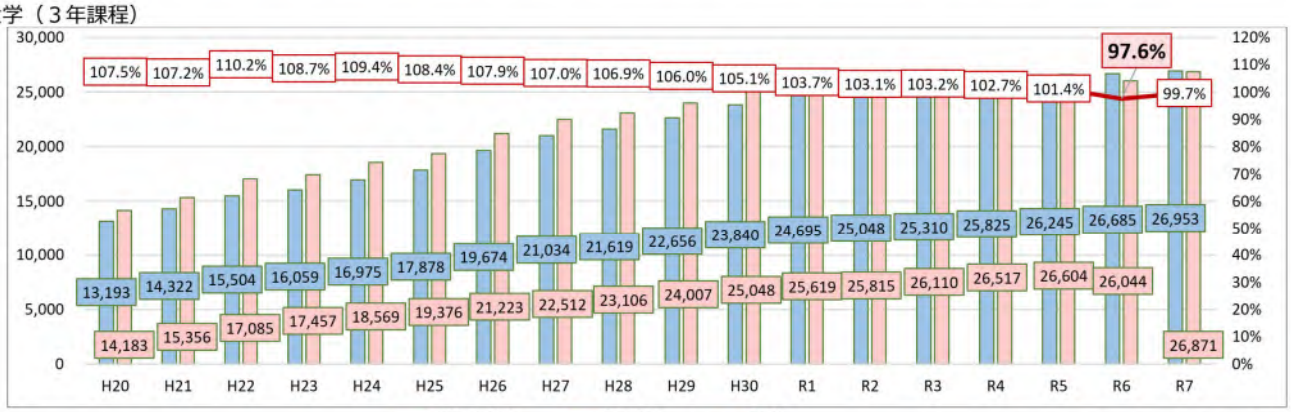
# 看護師学校養成所（3年課程）における1学年定員数、入学者数及び定員充足率

看護師学校養成所(３年課程)の定員充足率は低下傾向であるが、看護師養成所においてより顕著である。

■ 看護師養成所（3年課程）




■ 大学（３年課程）




看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査

15

参考：第１回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10）https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

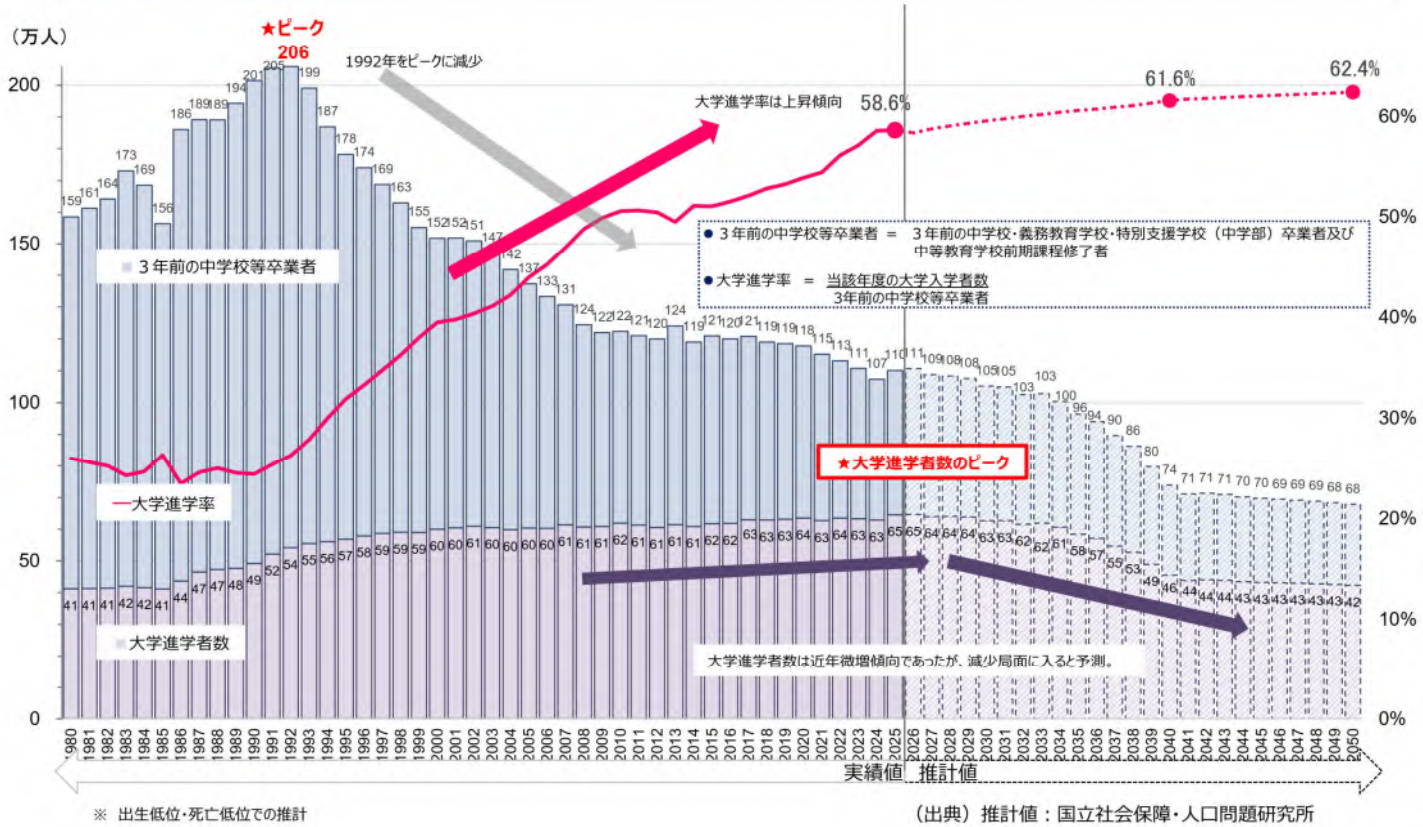


# 大学進学者数等の将来推計について

我が国の「知の総和」向上の未来像～高等教育システムの再構築～（答申）（中教審第255号）
令和７年２月21日

関係データ集(4)（一部改変）

大学進学率は上昇し、大学進学者数も増加傾向にあったが、2026年以降は大学進学率が上昇しても大学進学者数は減少局面に突入すると予測される。



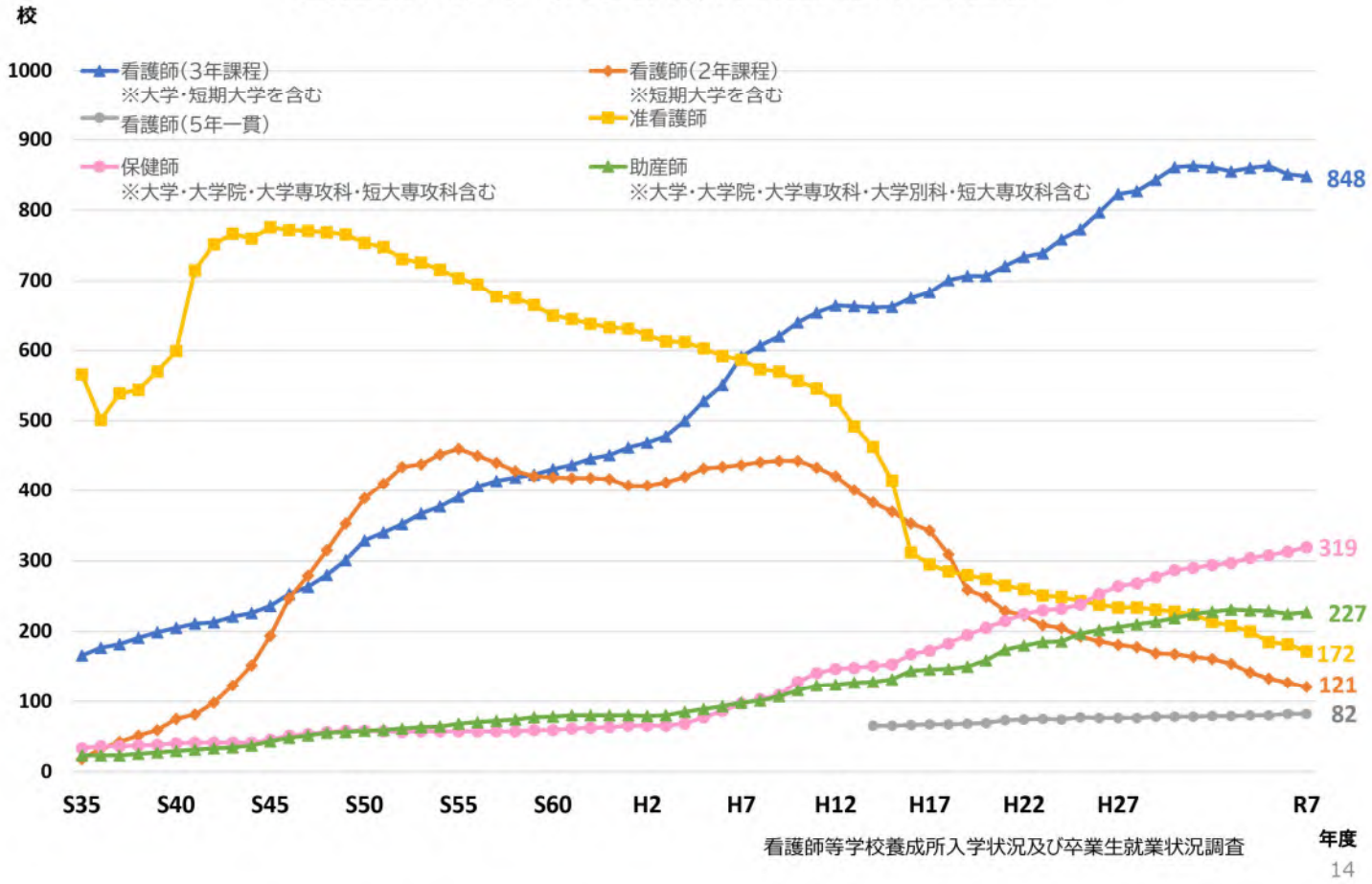

※ 出生低位・死亡低位での推計

（出典）推計値：国立社会保障・人口問題研究所

13

参考：第１回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10）https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

# 看護師等学校養成所施設数の推移




参考：第１回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html



## 学校養成所数（課程数）

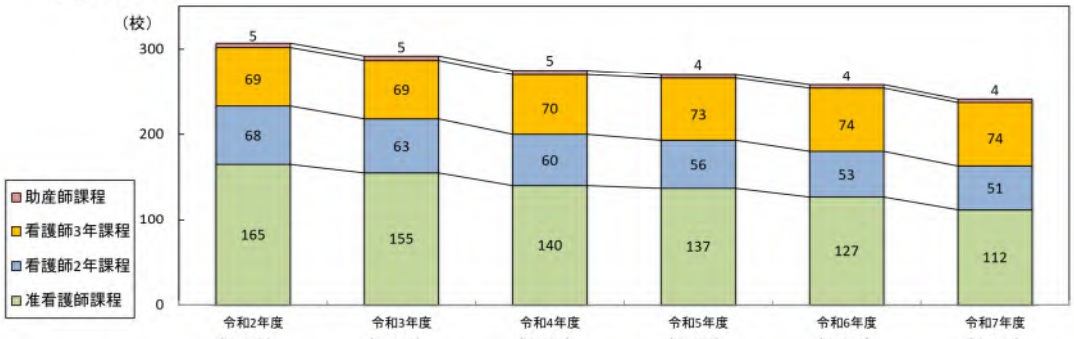
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○准看護師課程 | | 112 校 | | |
| | *令和7年度募集停止 | 15 校 | | |
| | *令和7年3月閉校 | 10 校 | 計 | 137 校 |
| ○看護師2年課程 | | 51 校 | | |
| | *令和7年度募集停止 | 5 校 | （うち、令和6年度より停止3校） | |
| | *令和7年3月閉校 | 3 校 | 計 | 59 校 |
| ○看護師3年課程 | | 74 校 | （うち、令和7年度新設2校） | |
| | *令和7年度募集停止 | 2 校 | | |
| | *令和7年3月閉校 | 1 校 | 計 | 77 校 |
| ○助産師課程 | | 4 校 | | |
| | *令和7年度募集停止 | 0 校 | | |
| | *令和7年3月閉校 | 0 校 | 計 | 4 校 |

参考：公益社団法人 日本医師会
令和７年 医師会立 助産師・看護師・准看護師学校養成所調査
https://www.med.or.jp/dl-med/chiiki/kango/survey_R0705.pdf

## Ⅰ．学校数の推移

今年度生徒募集を行ったのは、准看護師課程が112校、看護師2年課程が51校、看護師3年課程が74校、助産師課程が4校であった。
准看護師課程の募集停止数は15校にのぼり、令和2年度比では53校の減となっている。
看護師3年課程は、今年度は募集停止が2校、新設が2校となっている。

### 1．学校数の推移




| | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 准看護師課程 | 165 | 155 | 140 | 137 | 127 | 112 |
| 看護師2年課程 | 68 | 63 | 60 | 56 | 53 | 51 |
| 看護師3年課程 | 69 | 69 | 70 | 73 | 74 | 74 |
| 助産師課程 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |

（校）

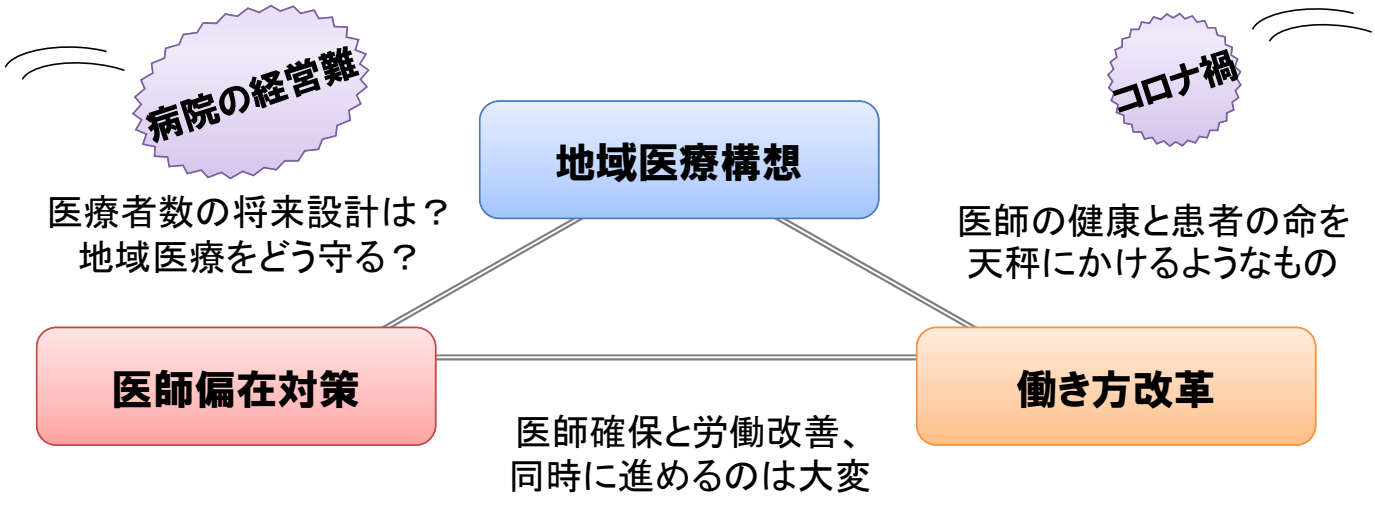
- 近年は訪問看護等への需要も高まり、高齢者人口がピークを迎える2040年に向けて看護師需要も高まることが予測される。
- 一方、18歳人口は2040年には約82万人と、現在の7割程度まで落ち込む見通し。
- 看護師学校養成所の定員割れが常態化し、新規の看護師就業者が減少し続けると、近い将来看護師不足によって地域医療の提供に深刻な影響が出ると考えられる。

参考:「看護師不足や質低下に懸念相次ぐ、厚労省検討会が初会合」m3.com（2026/4/13） https://www.m3.com/news/iryoishin/1330453



# 三位一体改革は可能か？

- 病院の経営難の中、政府は地域医療構想に加え、医師偏在対策と働き方改革を「三位一体」で引き続き推進していく方針を示している。
- だがこれらを同時に解決することはむずかしい



# まとめ

- 人口構成の変化に医療界が正しく対応してゆくためには、医療界自身が正しく現状を認識する必要がある

➢これにより、医療界が自主的に動き出すことが理想的である

**ここに「働き方改革」や「患者減少」「経営難」が入ってきて、一層複雑な状況に．．．**

➢2040年に向けて、新たな地域医療構想への対応など、各医療機関での厳しい判断が求められている



# 以上

ご清聴有難うございました

一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

# 講演Ⅲ

神野 正博 氏
全日本病院協会 会長

# 略歴

## 神野正博　Masahiro Kanno M.D.,Ph.D

社会医療法人財団董仙会（とうせんかい）恵寿総合病院理事長
CEO of Keiju Healthcare System

1980 年　日本医科大学卒
1986 年　金沢大学大学院医学専攻科卒（医学博士)。金沢大学第 2 外科助手を経て、
1992 年　恵寿総合病院外科科長
1993 年　同病院長（2008 年退任）
1995 年　特定医療法人財団董仙会（2008 年 11 月より社会療法人財団に改称、2026 年創立 92 周年）理事長
2011 年　社会福祉法人徳充会理事長併任
2025 年　公益社団法人全日本病院協会会長

専門は消化器外科。全日本病院協会以外の主な公職：NPO 法人 VHJ 機構理事長、日本社会医療法人協議会副会長、日本医療機能評価機構評議員、石川県病院協会副会長、七尾商工会議所副会頭ほか。

現在、厚生労働省において社会保障審議会医療部会委員、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会委員、地域における医療従事者の安定的な養成・確保に関する検討会委員を務める。

2026年10月14日（水）
全国社会福祉協議会・灘尾ホール

第31回 医療経済研究機構シンポジウム

# 地域医療構想のこれまでとこれから
## ～病院団体の立場から～

公益社団法人全日本病院協会　会長
神野 正博
社会医療法人財団 董仙会恵寿総合病院　理事長

All Japan Hospital Association

## 何を守り、何を変えるか

## 社会課題の連立方程式

医療はかつてない制約条件の中に置かれている。人は減り、財源は限られ、医療需要は質的に複雑化している。こうした状況の中で、**「いかに少ない人数、小負担で高い質の医療を提供するか」**という問いは、もはや理念ではなく**経営の前提条件**。

| | |
|---|---|
| 医療需要 | ・患者数の減少と価値観の変化 ～ 稼働率の低下<br>・高齢者医療・介護の需要の増加（高齢者の高齢化） |
| 医療提供体制 | ・医療・介護提供者の減少<br>・働き方改革<br>・住居系高齢者施設、介護施設の増加 |
| 経営環境 | ・物価・賃金上昇、円安<br>・社会保障の給付と負担<br>・日本の成長戦略と医療費 |
| 地政学的課題 | ・世界の紛争<br>・台湾有事 |



All Japan Hospital Association

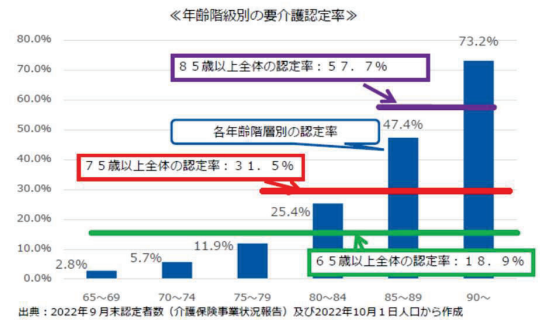
## 2040年頃に向けた医療の課題

第115回社会保障審議会医療部会（2025.2.26）資料より

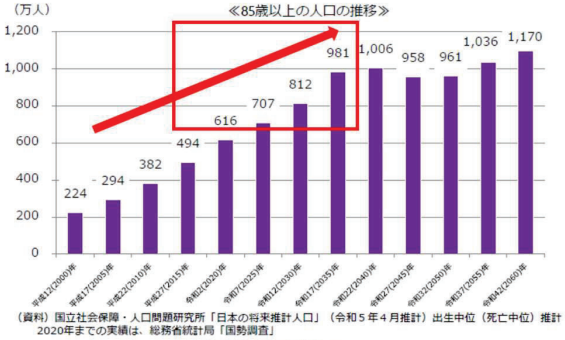
**Ⅰ．将来の人口構造の変化と求められる医療需要①**

○ 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。

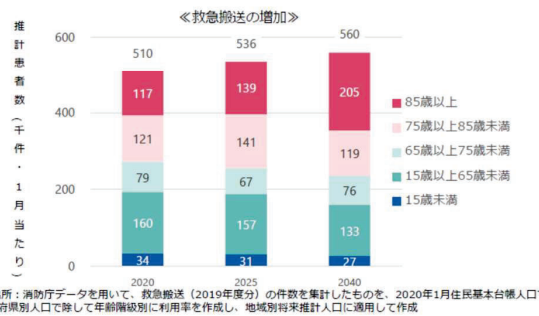
○ 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。



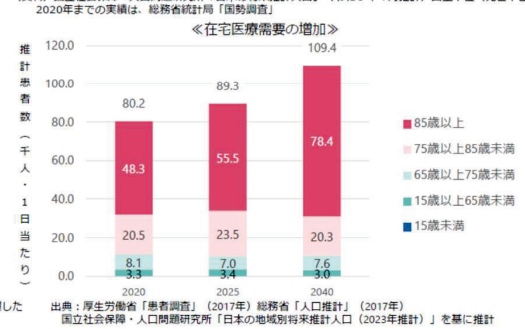

出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口から作成




（資料）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」




資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成




出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017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）」を基に推計

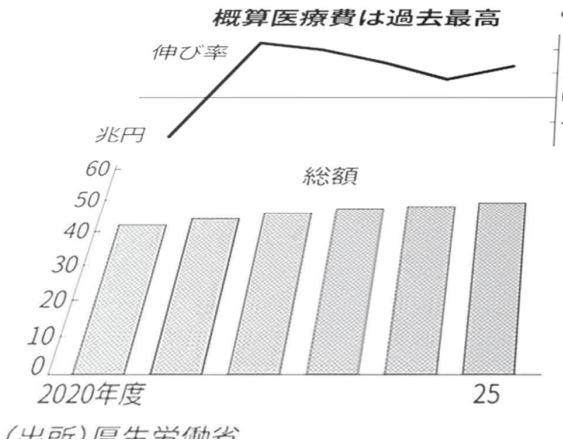
## 2025年度　概算医療費

厚生労働省は28日、病気やけがなどの受診で医療機関に支払われた2025年度の医療費の概算を公表した。総額は49・2兆円と24年度から2・6%増え、5年連続で過去最高を更新した。受診1日数は0・7%減ったものの、医療の高度化などで総額が膨らんだ。

概算医療費の伸び率2内訳をみると、影響が0・6%技術の高度化など以外の影響」が増だった。人口は0・5%減、改定などの影響%減だった。の伸びを診療種ると、入院が2入院外が1・増加率がたのは歯科の3

# 医療費最高49.2兆円

## 昨年度、高度化で増加




（出所）厚生労働省

・5%増や調剤の3・9%増だった。歯科は治療に使用する貴金属価格の影響を受け25年度の歯科用貴金属医療費は前年度比10・1%増えており押し上げ要因となった。調剤の伸びは、がんの治療に使う腫瘍用薬やホルモン剤などが増えたことが影響した。

年齢別では75歳以上の医療費は20・3兆円で3・9%増え、全体の41・3%を占めた。75歳以上の1人当たり医療費は平均98万9000円で、75歳未満の平均（26万1000円）の3・8倍の水準だった。

概算医療費は労災保険や全額自己負担のケースなどは含まない。医療費に関する統計としては国民医療費の速報的な位置づけで、国民医療費の約98%に相当する。

日本経済新聞（2026.8.29）朝刊



All Japan Hospital Association

## 医療の現状と課題

～ 49兆円を「どう削るか」から「どう使えば健康価値を最大化できるか」へ ～

### 1 国民医療費（概算医療費）の推移

2025年度 概算医療費 **49.2兆円**（過去最大）
前年度比 +2.6%

概算医療費の推移（兆円）




（出典）厚生労働省「令和７年度 医療費の動向」（概算医療費の年次推計）

### 2 医療費の伸び率の要因分解（2025年度）

前年度比 +2.6%の内訳

| | |
|---|---|
| 人口の影響 | ▲0.5%（人口減少の影響） |
| 高齢化の影響 | +0.6%（高齢者の増加） |
| 診療報酬改定等の影響 | ▲0.3%（マイナス改定等） |
| その他（医療の高度化、薬剤、受療行動の変化など） | +2.9%（最大の要因） |
| 合　計 | +2.6% |

（出典）厚生労働省「令和７年度 医療費の動向」を参考

### 3 「受診量」から「1回あたりの単価」へ

受診延日数
（患者が医療機関を受診した日数）
前年度比 ▲0.7%
（2020年度比約5年ぶりの減少）
・入　院　▲0.5%
・入院外　▲1.6%
・歯　科　+0.4%

1日当たり医療費
（医療の単価・密度）
前年度比 +3.3%
・入　院　+2.8%
・入院外　+3.2%
・歯　科　+3.2%
・調　剤　+5.0%



（出典）厚生労働省「令和７年度 医療費の動向」表4-2,5

### 4 診療種類別の内訳と伸び率（2025年度）

| 診療種類別 | 医療費（兆円） | 構成割合 | 伸び率（対前年度比） |
|---|---|---|---|
| 入　院 | 19.6 | 39.8% | +2.3% |
| 入院外（外来） | 16.5 | 33.5% | +1.6% |
| 歯　科 | 3.5 | 7.2% | +3.5% |
| 調　剤 | 8.8 | 17.8% | +3.9% |
| 訪問看護 | 0.82 | 1.7% | +14.1%（4年前に比べ約2倍） |
| 合　計 | 49.2 | 100% | +2.6% |

（出典）厚生労働省「令和７年度 医療費の動向」表3-1、3-2

医療の場は「病院中心」から「地域・在宅・生活支援」へシフトしている。

### 5 高齢者の増加が今後の大きなドライバー

1人当たり医療費（2025年度）

| | |
|---|---|
| 全体 | 40.0万円 |
| 75歳未満 | 26.1万円 |
| 75歳以上 | 98.9万円 |

→ 約3.8倍

医療費のうち75歳以上の割合

| | |
|---|---|
| 2021年度 | 38.6% |
| 2024年度 | 40.8% |
| 2025年度 | 41.3% |

これから85歳以上が急増。多疾患併存、フレイル、認知症、救急・在宅・介護を含めたニーズが拡大。

（出典）厚生労働省「令和７年度 医療費の動向」表2-1、1-1

### 6 最大のパラドックス：49.2兆円なのに病院の約7割が赤字

病院に流れた医療費（2025年度）



26.5兆円
前年度比 +2.4%

病院の経営状況
（四病協調査：2024年度決算）

赤字病院の割合
**74.6%**
4病院に3病院が医業赤字
（前年比 70.8% → +3.9ポイント悪化）

経常赤字病院の割合
**65.0%**
3病院に2病院が最終的に赤字
（前年比 52.1% → +12.9ポイント悪化）



（出典）厚生労働省「令和７年度 医療費の動向」表6-1、6-2
（四病協：「2025年度　病院経営定期調査」最終報告）

すべての人の、いのちと暮らしのために

# 3つの医療

すこやかな今日が、豊かな明日をつくる

「医療費をどう削るか」ではなく、「どう使えば国民の健康価値を最大化できるか」へ

## 1 減らす医療

必要な医療を削るのではなく、無駄を減らし、医療者の負担も減らす

**A. 必要でない医療・無駄を減らす**

- 重複受診・重複検査
- 重複投薬・多剤投与
- 過剰な入院・長期入院
- 防げる救急・再入院
- 役割分担の不足による非効率

患者に必要な医療を我慢してもらうのではなく、重複・過剰・非効率を減らす

**B. 医療従事者の生産性を上げて負担を減らす**

- DX・AI活用
- 記録・文書作成の効率化
- RPA・業務自動化
- タスクシフト・タスクシェア
- オンライン診療・遠隔モニタリング
- 業務標準化・動線最適化

人を増やすだけでなく、DX・AI・役割分担で医療現場を支える

**価値の低い医療と非効率を減らす**

## 2 守る医療

なくしてはいけない医療を守る

公平・安全・安心のために、社会全体で支えるべき医療

- 救急医療・災害医療
- 重症救急・高度医療
- 小児・周産期医療
- がん・難病・心疾患等の専門医療
- へき地・地域医療・在宅医療・介護連携

**特徴**

- ✓ いつでも使えるように体制コストが必要
- ✓ 採算だけでは維持できない医療機能もある
- ✓ 国民皆保険の根幹として、政策的に確保

**なくなってからでは遅い医療を守る**

## 3 投資する医療

健康と未来・日本の成長のために投資する

**A. 国民の健康への投資**

- 予防・健康づくり
- 健診・予防接種
- 生活習慣改善・フレイル予防
- PHR・デジタル活用
- 在宅管理・遠隔モニタリング

**B. 日本の未来への投資**

先進医療・再生医療・創薬・AI・医療機器など

- 再生医療・遺伝子治療
- 創薬・医療機器
- AI・デジタルヘルス
- ロボティクス・医療機器

**期待される効果**

- ✓ 病気の予防・重症化予防
- ✓ 健康寿命の延伸・QOL向上
- ✓ 医療産業の成長・雇用創出・国際競争力強化

**健康と未来をつくる医療に投資する**

投資する医療 ➡ 病気・重症化を予防 ➡ 減らすべき医療が減る ➡ 生まれた余力を守る医療へ

3つは独立ではなく、つながっている

問うべきは「医療費をどう削るか」ではなく、「49兆円をどう使えば、国民の健康価値を最大化できるか」

国民の健康が日本の未来をつくる

医療DX・AI

機能分化～新たな地域医療構想

A: ビジネス化（商助）

B: 診療報酬とは別枠の予算化





## 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ（地域医療構想）の概要

第126回社会保障審議会医療部会（2026.3.26）資料より

**地域医療構想が目指す方向性**

・85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

### 入院医療

**持続可能な急性期医療の確保**

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

**高齢者救急の受入体制の整備**

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

### 外来・在宅医療

**外来医療提供体制の維持**

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

**在宅医療の受け皿の整備**

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

### 介護との連携

**医療と介護のニーズを有する者への対応の推進**

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

### 人材確保

**地域における医療人材の確保**

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

### 構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

### 医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

**急性期拠点機能**

- 構想区域毎に、人口20万～30万に１つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

**在宅医療等連携機能**

- 地域での在宅医療の提供
- 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実施

**高齢者救急・地域急性期機能**

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

**専門等機能**

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

**医育及び広域診療機能（大学病院本院）**

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

### 病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和●年●月●日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

病棟の最適化から

病院の最適化

地域の最適化

機能が見える病院へ

# 医療機関の役割のイメージ（案）

医療機関側から見た機能分化

第119回　社会保障審議会医療部会（2025.10.3）資料より改編

治す病院　　治し支える病院

| 区域 | 現在の人口規模の目安 | 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 | 100万人以上<br>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理 | • 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<br>• 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<br>※人口20万人～30万人毎に１拠点を確保することを目安とする。 | • 高齢者救急の対応の他、頻度の多い一部の手術についても対応 | • 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看ステーション等の支援<br>• 高齢者施設等からの患者受入等の連携 | • 特定の診療科に特化した手術等を提供<br>• 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能<br>• 集中的な回復期リハビリテーション<br>• 高齢者等の中長期にわたる入院医療　等 |
| 地方都市型 | 50万人程度 | • 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<br>• 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<br>※人口20万人～30万人毎に１拠点を確保することを目安とする | • 高齢者救急の対応<br>• 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 | • 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<br>• 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 | |
| 人口の少ない地域 | ～30万人<br>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定 | • 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内に１医療機関を確保する<br>• 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<br>※大学病院本院が区域が担う医療の内容等に応じて大学病院本保しうる | • 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応<br>• 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 | • 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<br>• 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 | |

多機能病院

※　地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能
※　区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討





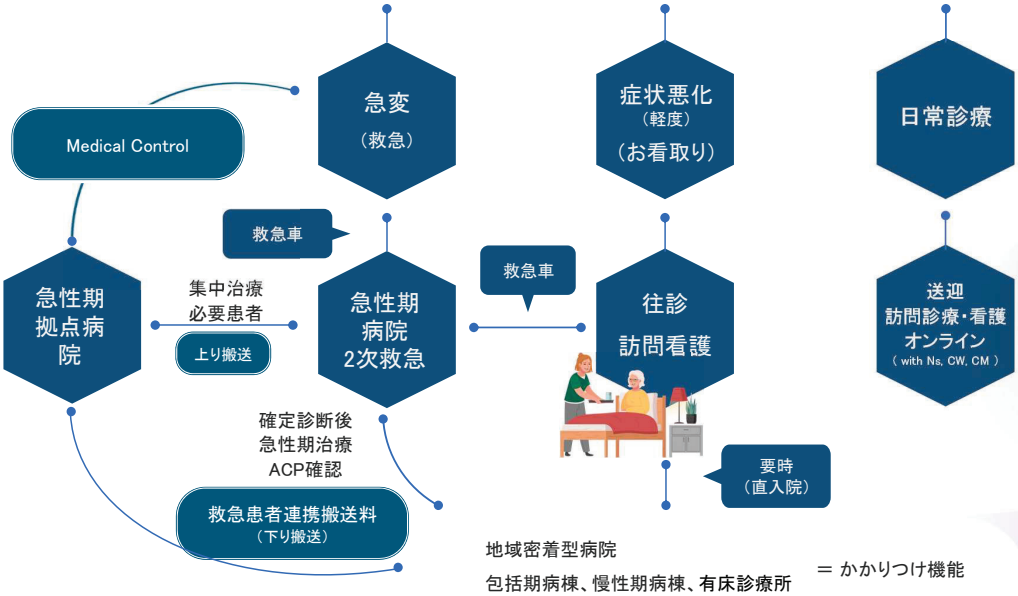


# 病院へ通えない高齢者の医療のかたち

＊：協力対象施設入所者入院加算
協力医療機関連携加算



在宅・協力施設＊




その先は…
**集住**

地域密着型病院
包括期病棟、慢性期病棟、有床診療所　＝ かかりつけ機能
介護医療院・介護施設＝介護との強固な連携

必要なのは **情報共有**
by ネットワーク、PHR



All Japan Hospital Association

# 生活の場への支援　⇒　つなげる輪・情報の輪




高齢社会

・*Comprehensive* から
*医療・健康・生活支援の Integration* へ
・自助・共助・互助・公助
＋**商助**の活用
・*DX, AI, PHR*


“病”院をぶっ壊せ！
All Japan Hospital Association
13


“病”から
“医療・健康・生活支援”へ
“病”院から
“健”院へ
All Japan Hospital Association

# 恵寿総合病院

KEIJU HEALTHCARE SYSTEM

# KEIJU DX 概要

デジタルの力で、医療・介護の未来を創る

## ① Robot／AI

**AI活用**
AI問診、AI画像読影サポート、生成AI、AIパートナー、カルテRAG化

**MaaS**
医療・介護送迎の自動化・効率化、AIコールセンター

**RPA活用**
定型業務のロボット化で業務負担軽減

## ② 情報統合

**ERP**
ヒト・モノ・カネ・情報を一元管理する本部DX

**医療介護統合電子カルテ**
1患者1IDで法人内全施設で情報をシームレス共有

**仮想システム・プライベートクラウド**
院内どこでも自分のPC環境をセキュアに利用

**Remote Access**
BYODで病院外からも電子カルテにアクセス

**PHR・PokeMed**
患者参加型医療の実現

## ③ 生産性向上

**Teams／GW・MS365**
全職員Microsoftアカウント、Teamsで情報・タスク・予定を共有

**業務用iPhone**
モバイル電子カルテ、CT画像閲覧、患者トーク、チャット機能

**音声DX／BONX**
音声常時接続でデスクレスワーカーの働き方改革

**ウェアラブルデバイス**（スマートウォッチ）
入院患者バイタル常時モニターの世界初実証

**ウェアラブルデバイス**（ウェアラブルカメラ）
救急救命士が装着し院内医師と視野共有、救急搬送を安全に

**恵寿セルケアチーム**
看護・介護・リハ・薬剤・栄養・心理・MSWの多職種協働

**クリニカルパス**
全診療科利用率98%以上

全診療科利用率 98%以上

※ウェアラブルデバイス（スマートウォッチ）：入院患者バイタル常時モニターの世界初実証

## ④ 見える化

**地域包括ケアセンター**
訪問サービス・医療・看護・介護・リハ・ケアマネを一元管理・可視化。AIで訪問スケジュール自動作成

**入退院管理センター**
リアルタイムモニターで全入院患者の入退院業務を一元化

**データセンター**
法人全部署のデータを可視化・分析・フィードバックし業務改善を支援




## デジタルでつなぐ、信頼の医療・介護を未来へ。

- 患者中心の医療・介護
- 地域とともに支え合う
- データ活用で質を高める
- 働き方改革で未来をつくる

一般財団法人 医療経済研究･社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

# 講演Ⅳ

風間 雄一郎 氏
福島県 保健福祉部 次長

風間　雄一郎（かざま　ゆういちろう）　略歴

現職　福島県保健福祉部次長（健康衛生担当）

H9. 4　　福島県入庁
H30.4　　福島県古殿町副町長
R2. 4　　福島県商工労働部企画主幹
R5. 4　　福島県保健福祉部医療人材対策室長
R7. 4　　福島県保健福祉部地域医療課長
R8. 4　　現職

# 新たな地域医療構想について
## ～”ふくしま”からの挑戦～

令和８年１０月１４日（水）

風間　雄一郎　（福島県保健福祉部次長）

1 福島県の概要
2 医師確保等に関する取組
3 福島県の医療提供体制
4 福島県におけるこれまでの取組
5 新構想の推進に向けた課題



ベコ太郎

# 福島県について




**総面積**　**約１３,７８４ｋ㎡**

埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県を合わせた面積（約１３，３７０ｋ㎡）より広い！

全国では、北海道、岩手県について３番目

**人口**　**1,６９７,９３６人**

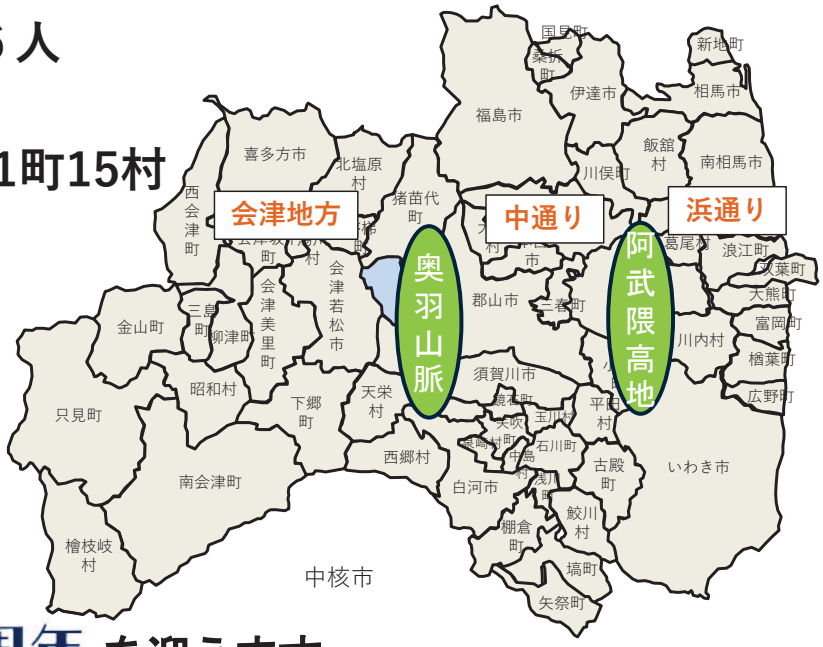
（令和8年7月1日現在推計）

**市町村数**　**13市**（中核市３市）**31町15村**

**特性**

南から北へつらなる阿武隈高原と奥羽山脈によって、中通り、会津・浜通りに分けられ、同じ福島県でも、この３つの地方では、地形、気候や風土が違います。

広い県土の各地に都市が分散し、７つの特色ある生活圏が形成されています。



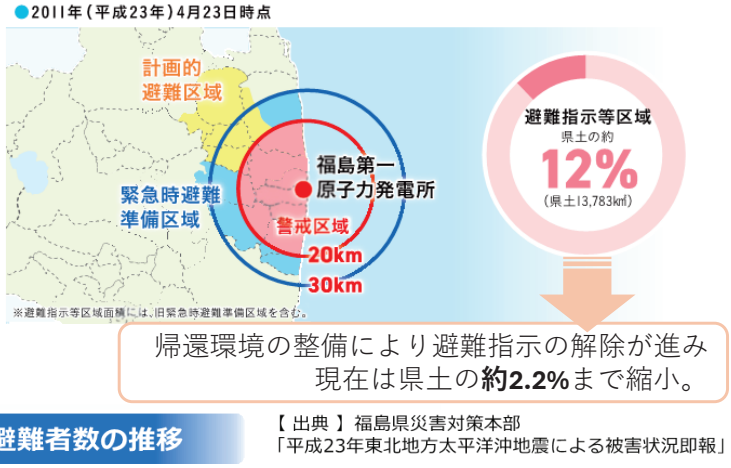

## 令和8年 福島県政150周年 を迎えます



# 東日本大震災について

２０１１年３月１１日に三陸沖を震源として発生した「平成２３年東北地方太平洋沖地震」はマグニチュード9.0を記録。国内観測史上最大級の地震となりました。
福島県は、**地震**と**津波**の被害とともに、**原子力災害**により周辺住民が避難を余儀なくされました

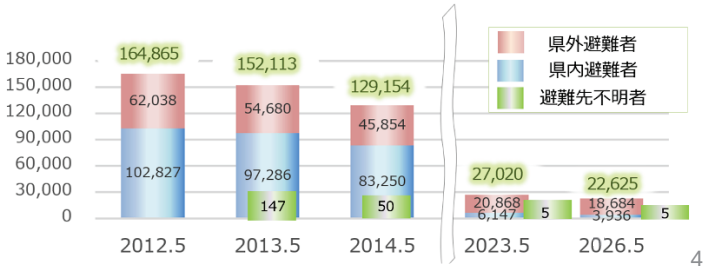



帰還環境の整備により避難指示の解除が進み
現在は県土の**約2.2%**まで縮小。

**避難者数の推移**

【出典】福島県災害対策本部
「平成23年東北地方太平洋沖地震による被害状況即報」




| | | |
|---|---|---|
| ▶人的被害 | 死　者 | ４，１４７人 |
| ▶住家被害 | 全　壊 | １５，４３５棟 |
| | 半　壊 | ８２，７８３棟 |

# 東日本大震災について

## 医療機関の被害状況

東日本大震災・原子力災害により休止を余儀なくされた医療機関の再開等は進んでいますが、避難地域においては、専門診療科の不足など、まだ十分な医療提供体制は確保されていません。

**▶全県における施設被害（病院）**

| | |
|---|---|
| 全　壊 | ２施設 |
| 半　壊 | １１３施設 |

**▶避難地域における医療機関数（H23.3.1▶H31.4.1 ▶R8.6.1 ）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病　院 | ８施設 | ３施設 | ２施設 |
| 診療所 | ６１施設 | ２３施設 | ３１施設 |

## 避難地域における医療機関の再開・開設



2018.4月 開院
ふたば医療センター附属病院（富岡町）


2029年以降 開院想定
双葉地域における中核的病院を整備（大熊町）



# 福島県の二次医療圏の状況

## 福島県では６つの医療圏を設定

**○県北医療圏**
県庁所在地福島市を中心とした中通り北部
圏域内には、医大病院など29病院

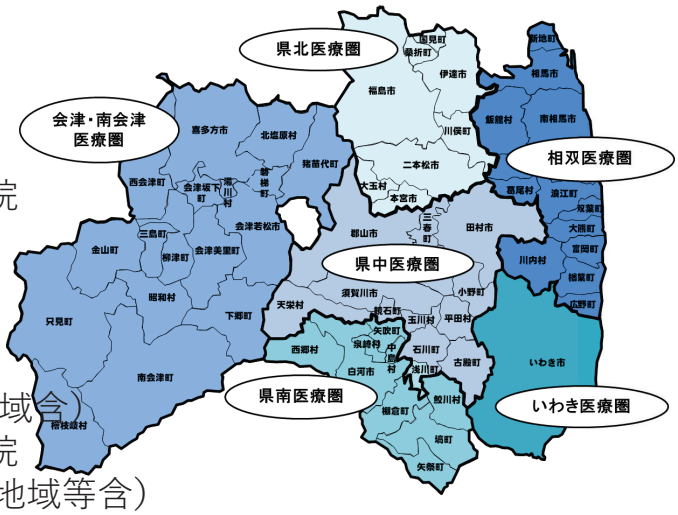
**○県中医療圏**
中核市郡山市を中心とした中通り中部
圏域内には、4つの民間中核病院など32病院

**○県南医療圏**
白河市を中心とした中通り南部
圏域内には、公的病院など7病院

**○会津・南会津医療圏**
会津若松市を中心とした会津地方（豪雪地域含）
圏域内には、2つの民間中核病院など16病院

**○相双医療圏**（震災・原子力災害による避難地域等含）
相馬市・南相馬市を中心とした浜通り北部
圏域内には、2つの公立病院など14病院（4病院休止中）

**○いわき医療圏**
いわき市のみを圏域とした浜通り南部
圏域内には、市立中核病院など25病院




令和8年7月末現在（病院病床数等報告書より）

# 福島県二次医療圏の状況

| 医療圏 | 人口（人） | 面積（㎢） | 市町村数 | 構成市町村 |
|---|---|---|---|---|
| 県　北 | 435, 962 | 1,753.34 | 4市3町1村 | 福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村 |
| 県　中 | 490, 258 | 2,406.28 | 3市6町3村 | 郡山市、須賀川市、田村市、鏡石町、天栄村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町 |
| 県　南 | 129, 715 | 1,233.05 | 1市4町4村 | 白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村 |
| 会津・南会津 | 230, 398 | 5,420.31 | 2市11町4村 | 以下の会津･南会津の市町村 |
| (会津) | 209, 124 | 3,078.78 | 2市8町3村 | 会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町 |
| (南会津) | 20, 377 | 2,341.53 | 3町1村 | 下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町 |
| 相　双 | 102, 334 | 1,737.98 | 2市7町3村 | 相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村 |
| いわき | 310, 166 | 1,231.85 | 1市 | いわき市 |
| 合　計 | 1,697, 936 | 13,783.90 | 13市31町15村 | |

人口：令和8年7月1日現在




1 福島県の概要

2 医師確保等に関する取組

3 福島県の医療提供体制

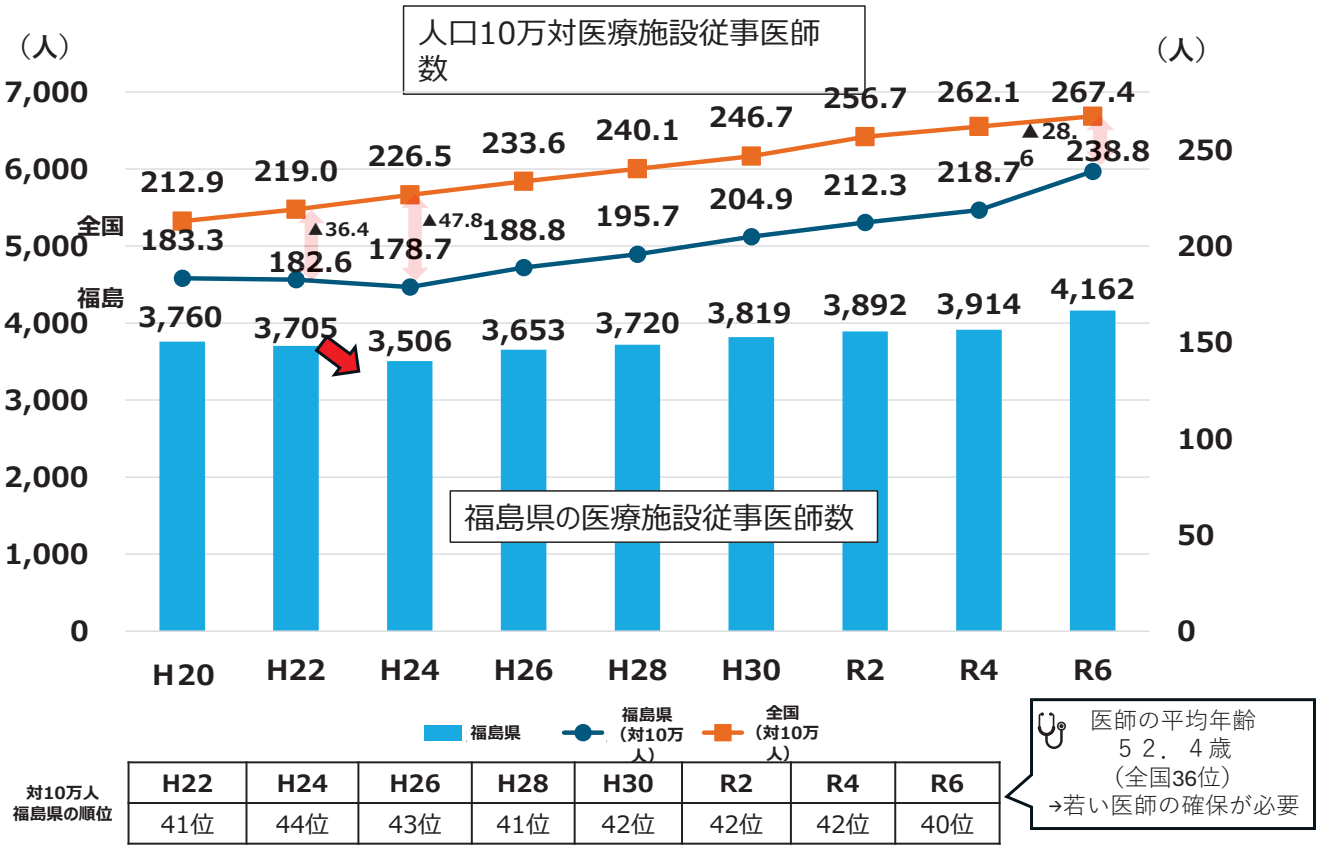
4 福島県におけるこれまでの取組

5 新構想の推進に向けた課題




ベコ太郎

# 福島県の医療施設従事医師数の推移

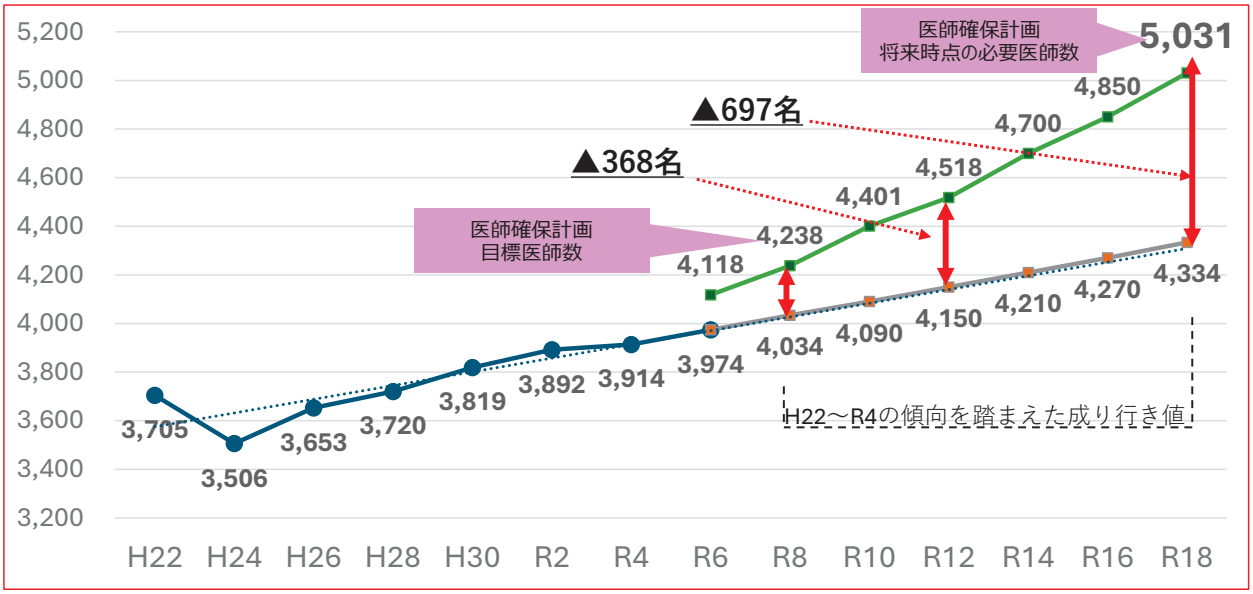



| 対10万人 福島県の順位 | H22 | H24 | H26 | H28 | H30 | R2 | R4 | R6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 41位 | 44位 | 43位 | 41位 | 42位 | 42位 | 42位 | 40位 |

医師の平均年齢
５２．４歳
（全国36位）
→若い医師の確保が必要

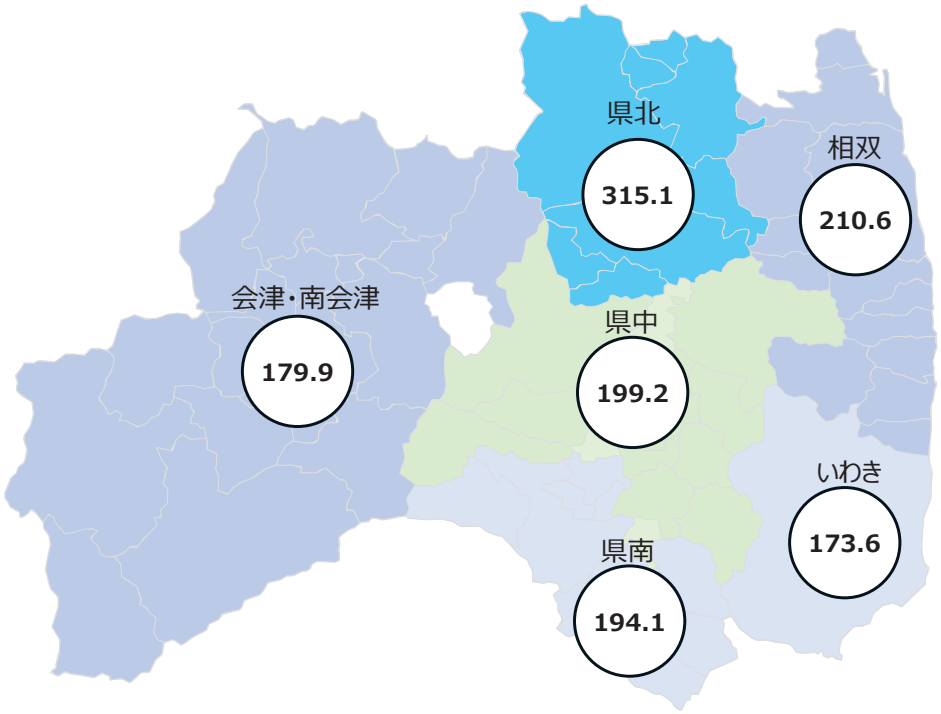
# 福島県の医療施設従事医師数の推移と必要医師数

・東日本大震災での大幅減も踏まえ、本県では確保対策を大幅に強化
・第８次（前期）医師確保計画（R6～８）における将来時点（Ｒ１８年度）の必要医師数は、５，０３１名
・成り行き値とＲ１８年度目標対比した場合、▲６９７名と厳しい状況にあり、更なる強化対策が必要



# 福島県の医療施設従事医師数の推移と医師偏在課題
# 【参考】福島県の医師偏在指標の状況

・福島県は医師偏在指標全国39位
・６医療圏中、２医療圏が医師少数区域。３医療圏が少数でも多数でもない区域。１医療圏が医師多数区域に区分
・医育機関がある県北医療圏から県内に多数の非常勤支援も実施。県内各地の医師不足対策をカバー
・県北医療圏では医育機関を除くと多数の状況にはなく、県全体として更なる確保が必要な状況




| 医療圏 | 医師偏在指標 | 順位 |
|---|---|---|
| **全国** | 266.8 | **－** |
| 福島県全体 | 222.7 | **39/47** |
| 県北 | 315.1 | **42/330** |
| 県中 | 199.2 | **203/330** |
| 県南 | 194.1 | **220/330** |
| 会津・南会津 | 179.9 | **250/330** |
| 相双 | 210.6 | **170/330** |
| いわき | 173.6 | **268/330** |



# ２　福島県の医療施設従事医師数の推移と医師偏在課題
## ～福島県における主な偏在課題～

・本県においては「４つの偏在課題」が生じている状況
・４つの偏在課題に寄与する対策が必要になっている
・それぞれの課題を理解し、効果的な対策を講じていくことが重要

## ①人口あたり医師数の全国下位状況の改善

- **全国４０位台の状態が続いており、下位１／３からの早急な脱却が求められる**

## ②県内における地域偏在の改善

- **県内２医療圏が“医師少数”に区分されており、医師少数区域における医師確保が急務**

## ③医師の高齢化対策・若手・中堅医師の確保

- **若手医師の割合は高まりつつあるが、６５歳以上の医師数の割合は全国でも高い状況**
- **６５歳以上世代の今後の引退を考慮すると、若手・中堅医師の確保が急務**

## ④診療科の偏在対策

- **産科医、麻酔科医、救急医等が少ない状況**
- **加えて、県民の高齢化が進む中、総合診療・総合内科のニーズが高まっているが、養成・確保は途上**

# 福島県における医師偏在対策の全体像①

・小・中・高校生への啓発や、地域枠・修学資金等による養成、地域医療体験機会の提供、臨床研修・専門研修環境の整備・確保等を通じた県内での研修支援、県内定着・県外からの招へい等を実施
・福島県地域医療支援センターと福島県立医科大学医療人育成・支援センターが緊密に連携し、キャリア形成を含め総合的な支援を展開



## キャリア形成

| 児童・生徒（小・中・高） | 医学生 | 臨床医 | 専攻医 | 勤務医 |
|---|---|---|---|---|
| ■オンライン教室 小学・中学生を対象とした医療職種について学習できる教室を通年公開 | ■地域医療支援センター ※H23年12月開設。県立医大と協働で、個人相談やキャリア形成支援、地域医療の充実に向けた施策などを実施 | | | |
| | ■県内20の臨床研修病院で構成する「福島県臨床研修病院ネットワーク」と連携し、県内外での合同ガイダンスや臨床研修医を指導する指導医養成などを実施 | | | |
| ■セミナー開催 地域医療への理解を深めるセミナーを開催 | ■地域医療セミナー、症例検討会 | ■臨床研修病院合同オリエンテーション | ■専門研修の指導医体制強化 | |
| | ■臨床研修ガイダンス | ■臨床研修病院の研修プログラム作成・設備整備支援研 | ■専門研修施設の研修プログラム作成・設備整備支援 | |
| | ■キャリア形成成年前支援プログラム | ■キャリア形成プログラム | | |
| | ■地域医療体験研修 | ■臨床研修医の宿泊確保支援 | | |
| | ■臨床研修病院見学 | ■臨床研修病院の臨床情報検索ツール導入支援 | | |



### 県立医大の取組

※医大単独で行っているもの
■小学生と保護者を対象とした「親子病院ツアー」開催
■将来医師を目指す中学・高校生を対象とした現場見学説明会・講演会等開催
■県立医大地域医療教育カリキュラム（一例）
・被災地見学（1年）
・福島学（1年）
・地域実習Ⅰ（1年）
・地域実習Ⅱ（3年）
・家庭医療実習（4～5年）
・協力病院での臨床実習（全員必修＋選択）（5～6年）
■オープンキャンパス（医学部 外）
・学部紹介、模擬講義、在校生への質問コーナーなど

## 確保・定着

| 県内定着 | 県内外からの定着 | 県外からの定着 | 働き方による定着 |
|---|---|---|---|
| ■修学資金貸与事業 | | ■医師・指導医招へい | ■医療勤務環境改善支援センターによる総合的支援 |
| ■県立医大臨時定員増（地域枠） | ■ドクターバンクによる支援 | ■研究・研修資金貸与（特定診療科） | ■勤務医の労働時間短縮支援 |
| ■自治医大学制度 | ■医師移住・定住促進 | ■ふくしま子ども・女性医療支援センターによる医師招へい | ■女性医師の就労環境改善支援 |
| ■修学資金被貸与医師等交流会 | | ■医師定住・定住促進事業 | ■院内保育所支援 |
| | | ■医師定住ガイドブック | |

## 偏在対策

| 地域偏在の解消 | | 診療科偏在の解消 |
|---|---|---|
| ■修学資金貸与医師配置 | ■総合診療医養成支援 | |
| ■自治大学卒業医師配置 | ■へき地医療支援医の代診支援 | ■研究・研修資金貸与（特定診療科）（再掲） |
| ■県立医大支援教員の派遣 | ■へき地診療所運営支援 | ■ふくしま子ども・女性医療支援センターによる医師招へい（再掲） |
| ■寄付講座設置事業 | ■へき地医師支援システムによる医師派遣 | ■地域医療支援（会津・南会津地域）<br>■公的病院支援（公立、公的医療機関）<br>■政策医療支援（政策医療寄与の民間病院）<br>■地域医療再生支援（相双医療圏の病院）<br>■双葉地域等公立診療所支援（ふたば復興診療所） |
| ■ふくしま子ども・女性医療支援センターによる医療支援 | ■浜通りへの医療支援等に係る人件費補助 | |

### 医師偏在の4つの要素

| | |
|---|---|
| 総数としての格差<br>医師多数県 ⇔ 医師少数県 | 都道府県内の格差<br>・多数県の中の少数区域<br>・少数県の中の少数区域 等 |
| 地方の若手医師の流出 | 診療科の偏在 |



# 福島県における医師偏在対策の全体像②
# ふくしま医師確保対策強化パッケージ2026①

・医学部、臨床研修、専門研修、それぞれの連関を志向した対策パッケージを強化
・各段階を強化し、最終的には県内残留につながる専攻医を１．５倍とすることを志向

| 大学医学部（６年） | 臨床研修（２年） | 専門研修（最大４年） | 勤務 |
|---|---|---|---|
| ＋１８名（修学資金貸与者18名）<br>（現）１４０名<br>（福島医大定員130名＋へき地修学資金5名＋地域修学資金2名＋自治医大2～3名） | ＋３０～４０名（採用:150名）<br>（現）１１０～１２０名 | ＋４０名（定着率:80%）<br>（現）８０名程度<br>（定着率:70%） | |

### 施策①　修学資金の貸与枠増加

R8～
■救急医療医師確保修学資金 *(NEW)*
救急科医・麻酔科医を目指す県立医大4～6年生へ貸与

■周産期医療等医師確保修学資金 *(拡充)*
小児科・産婦人科・総合診療科を目指す県立医大4～6年生へ貸与（単独貸与を追加）

### 施策②　臨床研修の体制強化

R8～
■合同研修会における臨床研修医への激励 *(拡充)*
全20病院の研修医に対して県より歓迎と激励を行う

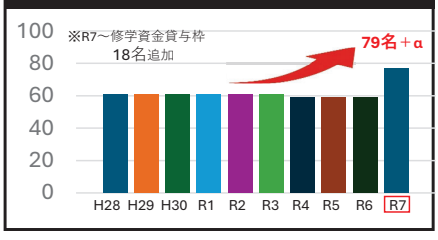
■臨床研修事務担当者合同研修会の実施 *(拡充)*
臨床研修に係る事務担当者同士の課題や事例共有を行い、コミュニケーションの構築及び課題解決等を図る

■宿舎確保支援の強化 *(強化)*

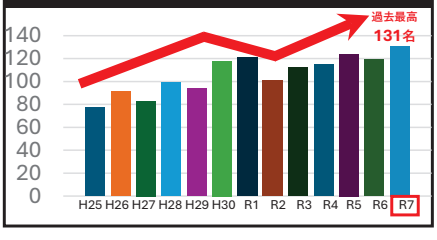
### 施策③　専門プログラムの情報発信

R8～
■専門プログラムの情報発信 *(NEW)*
専門プログラムの魅力をコラム記事へ落とし込み、リニューアルした地域医療支援センターのＨＰのＰＲと合わせ、メルマガ等で全国の医学部生及び臨床研修医等向けに広く発信する（各年２～３プログラム）

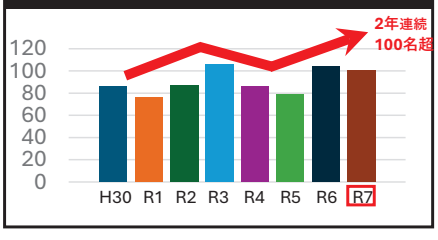
### 修学資金被貸与者（新規）




### 臨床研修医採用者




### 専攻医採用者



# 福島県における医師偏在対策の全体像③
# ふくしま医師確保対策強化パッケージ2026②

・若手医師の確保対策に加え、中堅・ベテラン世代の確保対策も強化
・福島県医業承継バンクに加え、大手民間企業と連携した医師移住・定住支援の強化、福島県立医科大学地域医療支援教員枠等の増加を通じたへき地等への医師派遣を強化

≪具体的な施策≫

## 施策④　診療所の承継・開業支援

R8～

■施設・設備整備費を追加*(NEW)*

○施設整備費（最大1/2以内）
※福島市・郡山市は1/4以内
診療所及び一体となった医師住居等
○設備整備費（最大1/2以内）
※福島市・郡山市は1/4以内
診療所として必要な医療機器購入費
（「医業承継支援事業」との併給不可）

## 施策⑤　医師マッチングの強化

R8～

（主な支援内容）
・首都圏へ移住コンシェルジュの配置
・全国に相談窓口設置（他部局連携）
・求人情報のコンサルティング　等

→既存事業と連携し、更なるマッチング向上を目指す

## 施策⑥　へき地医療等への医師派遣強化

R8～

地域医療支援教員枠の強化とへき地医療支援医師の採用により、地域医療支援力の強化を図る

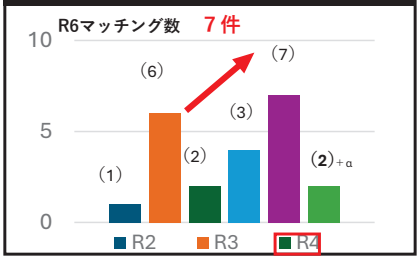
支援教員枠の維持・充実を図っていくとともに、以下事業との組み合わせによりへき地医療等に対する医療支援を一層強化していく。

福島モデル：医師少数区域等へ派遣する医大のシステム（R6～緊急修学資金対象）

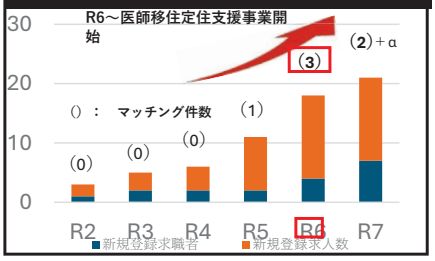
へき地地域修学資金：へき地及び政策医療等に寄与している医療機関への派遣

≪実績≫

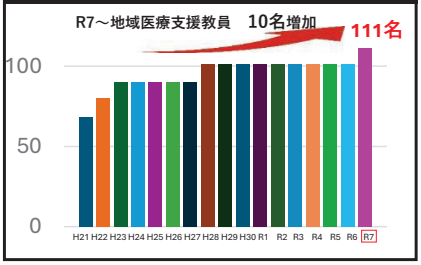
### 医業承継支援マッチング（医療機関譲渡）




### ドクターバンク＋医師移住・定住支援




### 地域医療支援教員数（医大派遣）






# 1　福島県の概要（臨床研修病院等）

・県内唯一の医育機関である福島県立医科大学を中心に２０の臨床研修病院、１６の専門研修基幹施設で構成
・県内医療に関しては民間病院の占める割合が高い地域性

## ○臨床研修病院の状況

### 福島県臨床研修病院ネットワーク

福島県内
**20箇所**
令和８年４月１日現在

福島県では、県内20の臨床研修病院の連携による魅力ある臨床研修プログラムの策定への支援、研修医の資質向上を図るための研修機会の提供など、様々な取組を行うとともに、医学生、研修医等に対する相談体制、キャリア形成支援等の充実強化を図っています。




## ○専門研修病院の状況

### 基幹施設
**16施設**
令和８年４月１日現在



01 福島県立医科大学附属病院
02 大原綜合病院
03 わたり病院
04 太田西ノ内病院
05 星総合病院
院
06 総合南東北病院
07 あさかホスピタル
08 星ヶ丘病院
09 針生ヶ丘病院
10 白河厚生総合病院
11 ふくしま医療センター
こころの杜
12 竹田綜合病院
13 福島県立医科大学
会津医療センター附属病
14 会津中央病院
15 いわき市医療センター
16 常磐病院

# 福島県における医師偏在対策の全体像④
# 福島県地域医療支援センター（医師確保対策の中核組織）

・最大の特徴：福島県立医科大学と福島県のハイブリッド組織（場所：県立医科大学）
・センター長：福島県立医科大学理事・副学長（地域医療担当）、県の「医師派遣調整監」を兼務
・県の拠出により副センター長兼専任コーディネーター（教授）を配置。地域医療構想アドバイザーも兼務
・福島県と福島県立医科大学が緊密に連携し、県全体の確保対策を企画・展開







医師確保対策支援組織と研修支援組織が緊密に連携

## 運営体制

センター長 1名
・県立医大地域医療担当理事・副学長
・福島県医師派遣調整監を兼務

副センター長 2名
内科部門教授、外科部門教授

専任コーディネーター兼副センター長 1名

事務職員 8名
県立医大職員と県職員（県立医大駐在）

## 事業内容

○医師不足状況等の把握
分析と対応策の企画等

○医師不足病院の医師確保支援
・医師派遣の調整
・医師確保支援

○医師のキャリア形成支援と県内定着促進
・修学資金貸与医師の研修機会の確保
・勤務先の調整
・キャリア形成に係る制度の構築・運用
・県外からの指導医・専門医の確保

○情報発信と相談への対応
・医師志望者・研修医等への情報発信

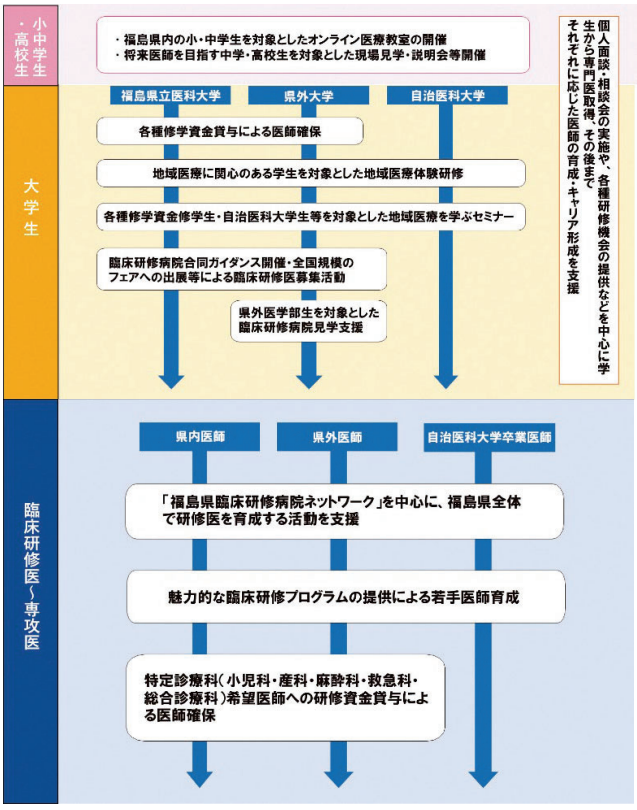
公立大学法人 福島県立医科大学 | 医療人育成・支援センター

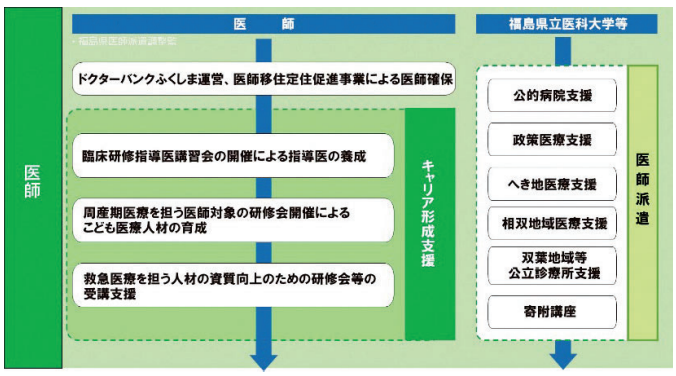
○卒前教育と卒後臨床研修・生涯学習を一貫して支援
○福島県臨床研修病院ネットワークの事務局機能も担う



# 医師の育成・キャリア形成支援の全体像①

・福島県立医大、県外大学（修学資金被貸与者）、自治医科大学共通のキャリア形成支援を展開
・修学資金被貸与者・自治医科大学卒業生、いずれもキャリア形成に最大限配慮した制度運用



# 医師の育成・キャリア形成支援の全体像②（学生まで）

・早い段階からの医師志向をサポート。県内での志望者増を目指す。
・在学中から地域医療体験やセミナーを実施、臨床研修病院のＰＲも展開

**小中学生・高校生**

・福島県内の小・中学生を対象としたオンライン医療教室の開催
・将来医師を目指す中学・高校生を対象とした現場見学・説明会等開催

**大学生**

福島県立医科大学 / 県外大学 / 自治医科大学

各種修学資金貸与による医師確保

地域医療に関心のある学生を対象とした地域医療体験研修

各種修学資金修学生・自治医科大学生等を対象とした地域医療を学ぶセミナー

臨床研修病院合同ガイダンス開催・全国規模のフェアへの出展等による臨床研修医募集活動

県外医学部生を対象とした臨床研修病院見学支援

個人面談・相談会の実施や、各種研修機会の提供などを中心に学生から専門医取得、その後までそれぞれに応じた医師の育成・キャリア形成を支援



# 医師の育成・キャリア形成支援の全体像③（研修医・専攻医）

・全臨床研修病院による「福島県臨床研修病院ネットワーク」（事務局：福島県立医科大学）の運営支援
・臨床研修病院のプログラム改善、受入環境整備、魅力向上等により受入増を図る
・専門研修については、県としても指導医確保支援、県内専門研修プログラムの発信力の強化に取り組む

**臨床研修医～専攻医**

県内医師 / 県外医師 / 自治医科大学卒業医師

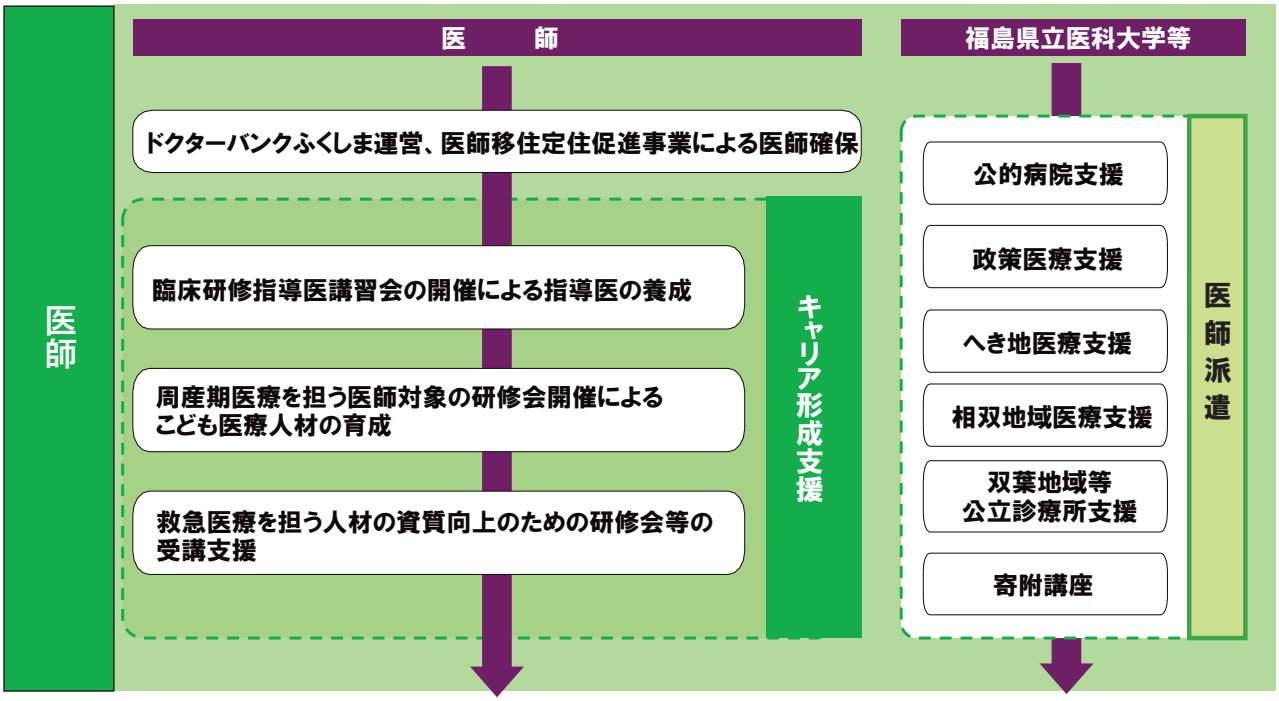
「福島県臨床研修病院ネットワーク」を中心に、福島県全体で研修医を育成する活動を支援

魅力的な臨床研修プログラムの提供による若手医師育成

特定診療科（小児科・産科・麻酔科・救急科・総合診療科）希望医師への研修資金貸与による医師確保

# 医師の育成・キャリア形成支援の全体像④（医師）

・従来のドクターバンクの取組に加え、県外大手事業者と連携した「医師確保移住定住促進事業」を追加することにより、セカンドキャリア医師の招へいを強化。指導医等の養成も支援
・地域医療支援強化の観点と、現場の医療機関と県立医大を行き来する若手医師の処遇確保の観点から県立医科大学に「地域医療支援教員枠」を設定







1 福島県の概要
2 医師確保等に関する取組
3 福島県の医療提供体制
4 福島県におけるこれまでの取組
5 新構想の推進に向けた課題




ベコ太郎

# 福島県の二次医療圏の状況

## 福島県では６つの医療圏を設定

**○県北医療圏**
県庁所在地福島市を中心とした中通り北部
圏域内には、医大病院など29病院

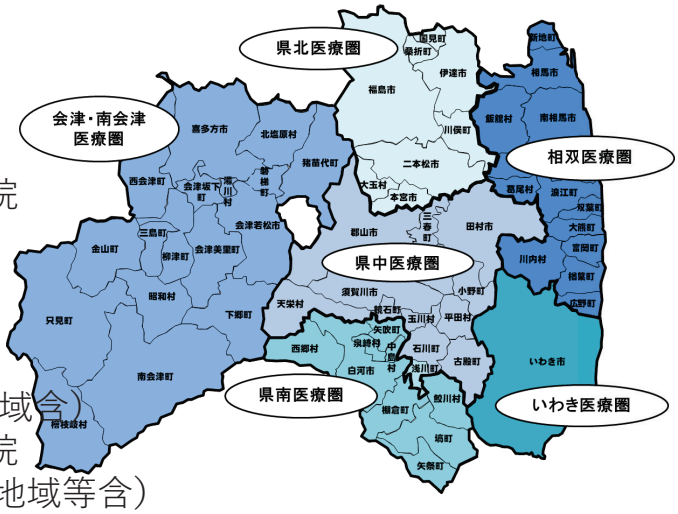
**○県中医療圏**
中核市郡山市を中心とした中通り中部
圏域内には、4つの民間中核病院など32病院

**○県南医療圏**
白河市を中心とした中通り南部
圏域内には、公的病院など7病院

**○会津・南会津医療圏**
会津若松市を中心とした会津地方（豪雪地域含）
圏域内には、2つの民間中核病院など16病院

**○相双医療圏**（震災・原子力災害による避難地域等含）
相馬市・南相馬市を中心とした浜通り北部
圏域内には、2つの公立病院など14病院（4病院休止中）

**○いわき医療圏**
いわき市のみを圏域とした浜通り南部
圏域内には、市立中核病院など25病院




令和8年7月末現在（病院病床数等報告書より）



# 福島県の医療施設について①

県全体でみると、人口10万人あたりの精神科病院、一般病院、救急告示病院の配置は全国と同水準であるものの、県南区域の一般病院、県中区域やいわき区域の救急告示病院は比較的低い水準となっている

| 二次医療圏 | 病院 | | 精神科病院 | | 一般病院 | | 救急告示病院 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 県北 | 30 | (6.8) | 8 | (1.8) | 22 | (5.0) | 16 | (3.6) |
| 県中 | 32 | (6.4) | 4 | (0.8) | 28 | (5.6) | 10 | (2.0) |
| 県南 | 7 | (5.2) | 2 | (1.5) | 5 | (3.7) | 4 | (3.0) |
| 会津･南会津 | 18 | (7.4) | 2 | (0.8) | 16 | (6.6) | 7 | (2.9) |
| 相双 | 10 | (6.4) | 1 | (0.6) | 9 | (5.8) | 8 | (5.1) |
| いわき | 25 | (8.2) | 6 | (2.0) | 19 | (6.3) | 6 | (2.0) |
| 福島県 | 122 | (6.9) | 23 | (1.3) | 99 | (5.6) | 51 | (2.9) |
| 全国 | 8,060 | (6.5) | 1,057 | (0.9) | 7,003 | (5.6) | 3,865 | (3.1) |

出所：厚生労働省「令和6年医療施設（動態）調査」
（）内は人口10万対（分母となる人口には「総務省「令和7年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）」」を使用）（以下同

# 福島県の医療施設について②

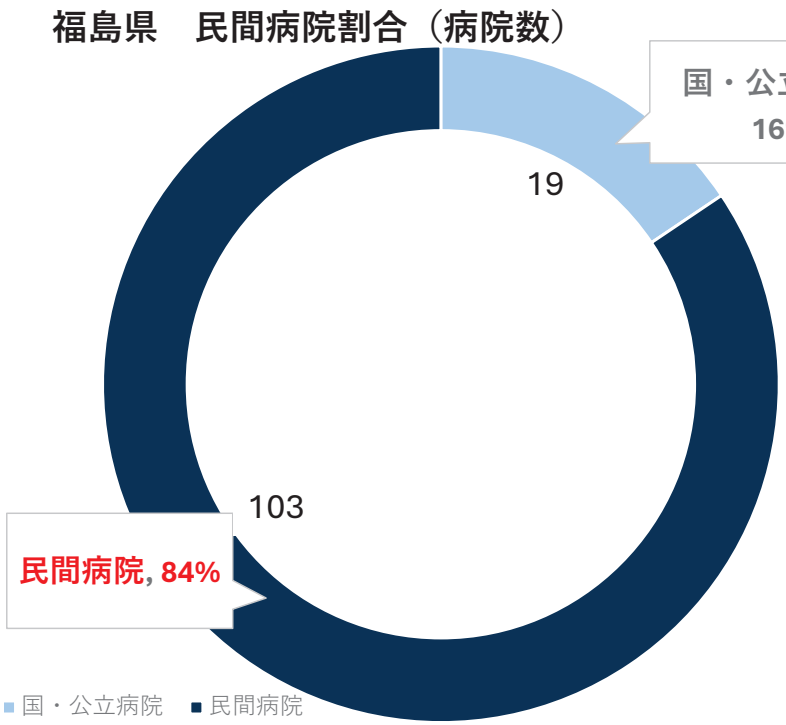
福島県の人口10万人あたりの診療所の配置は全国よりやや低い水準となっており、県内の区域と比較しても県南区域、相双区域は少ないことが窺える

| 二次医療圏 | 診療所 | | 有床診療所 | | 歯科診療所 | | 薬局 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 県北 | 362 | (82.3) | 18 | (4.1) | 200 | (45.5) | 258 | (58.6) |
| 県中 | 377 | (76.0) | 18 | (3.6) | 235 | (47.4) | 223 | (44.9) |
| 県南 | 91 | (67.9) | 6 | (4.5) | 67 | (50.0) | 48 | (35.8) |
| 会津・南会津 | 189 | (77.9) | 7 | (2.9) | 104 | (42.9) | 117 | (48.2) |
| 相双 | 92 | (59.1) | 7 | (4.5) | 48 | (30.9) | 54 | (34.7) |
| いわき | 233 | (76.9) | 16 | (5.3) | 147 | (48.5) | 188 | (62.0) |
| 福島県 | 1,344 | (75.9) | 72 | (4.1) | 801 | (45.2) | 888 | (50.1) |
| 全国 | 105,207 | (84.6) | 5,415 | (4.4) | 66,378 | (53.4) | 63,203 | (50.8) |

出所：厚生労働省「令和6年医療施設（動態）調査」
（）内は人口10万対（分母となる人口には「総務省「令和7年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）」」を使用）（以下同）



# 福島県における民間病院割合

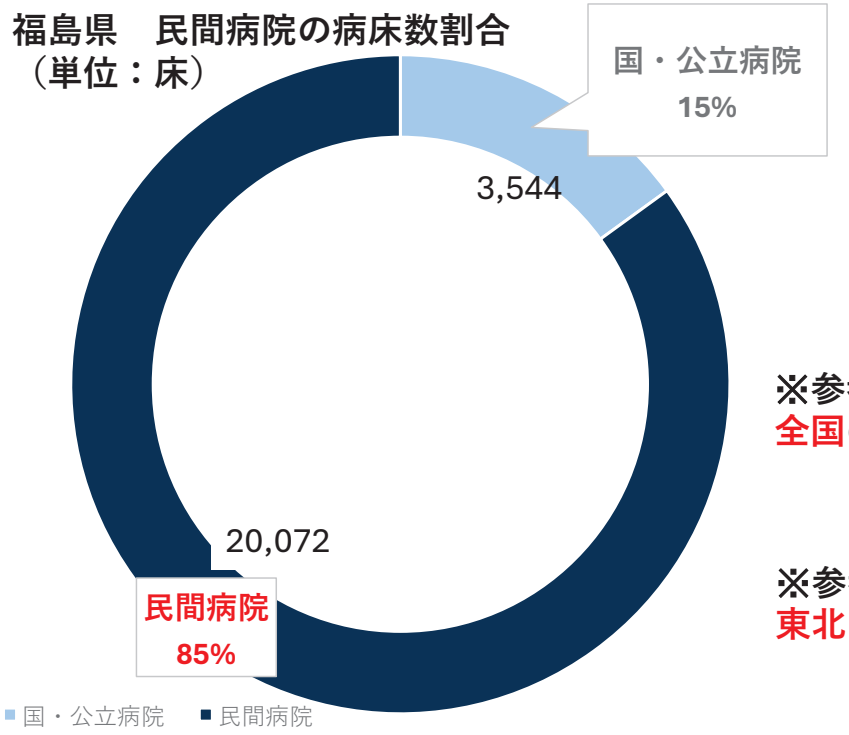



※参考
全国の民間病院割合の平均値
82.7%

※参考
東北の民間病院割合の平均値
70.6%

出典：厚生労働省「令和6年医療施設（動態）調査」を基に算出
注：民間病院は、総数から国、公的医療機関（都道府県・市町村）が開設する医療機関を除いて算出。

# 福島県における民間病院の病床数割合




**※参考**
**全国の民間病院病床数割合の平均値**

**76.0％**

**※参考**
**東北の民間病院病床数割合の平均値**

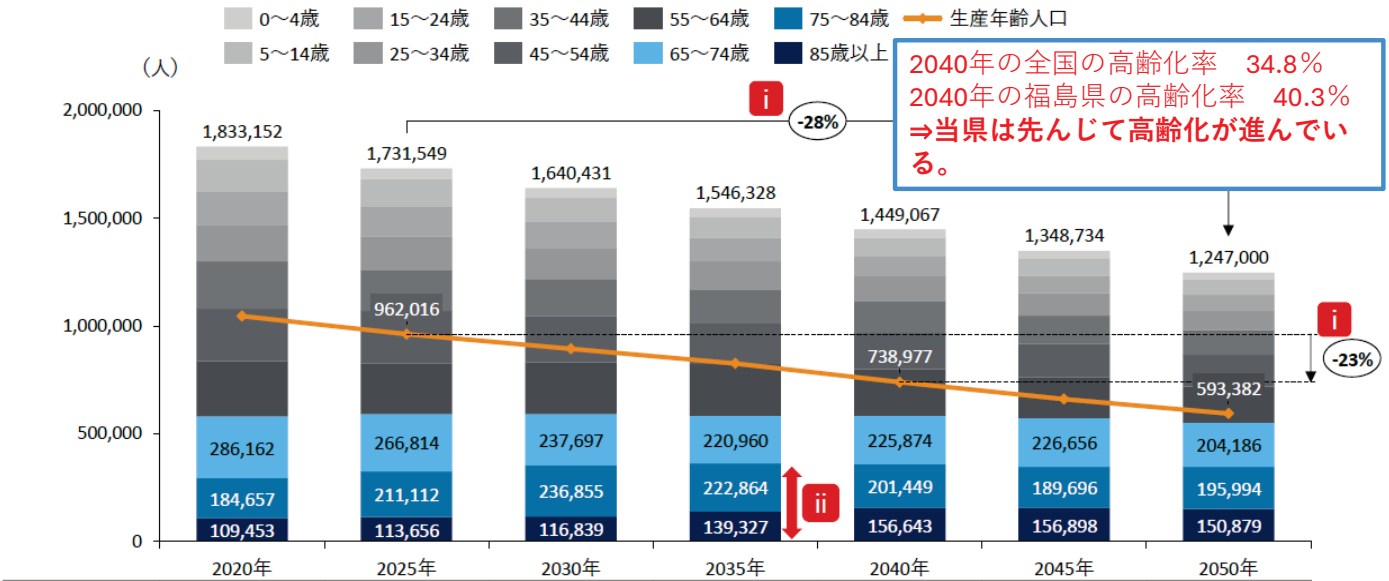
**66.4％**

**出典：厚生労働省「令和6年医療施設（動態）調査」を基に算出**
**注：民間病院は、総数から国、公的医療機関（都道府県・市町村）が開設する医療機関を除いて算出。**



# 福島県の将来推計人口

福島県は、2050年には全体で２８％、生産年齢人口は２３％減少する一方で、**75歳以上人口は、2040年頃まで増加**後減少に転じるが、高齢化率は引き続き上昇する見込み。




2040年の全国の高齢化率　34.8％
2040年の福島県の高齢化率　40.3％
**⇒当県は先んじて高齢化が進んでいる。**

| | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2045年 | 2050年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 高齢化率 | 31.7% | 34.2% | 36.1% | 37.7% | 40.3% | 42.5% | 44.2% |
| 85歳以上割合 | 6.0% | 6.6% | 7.1% | 9.0% | 10.8% | 11.6% | 12.1% |

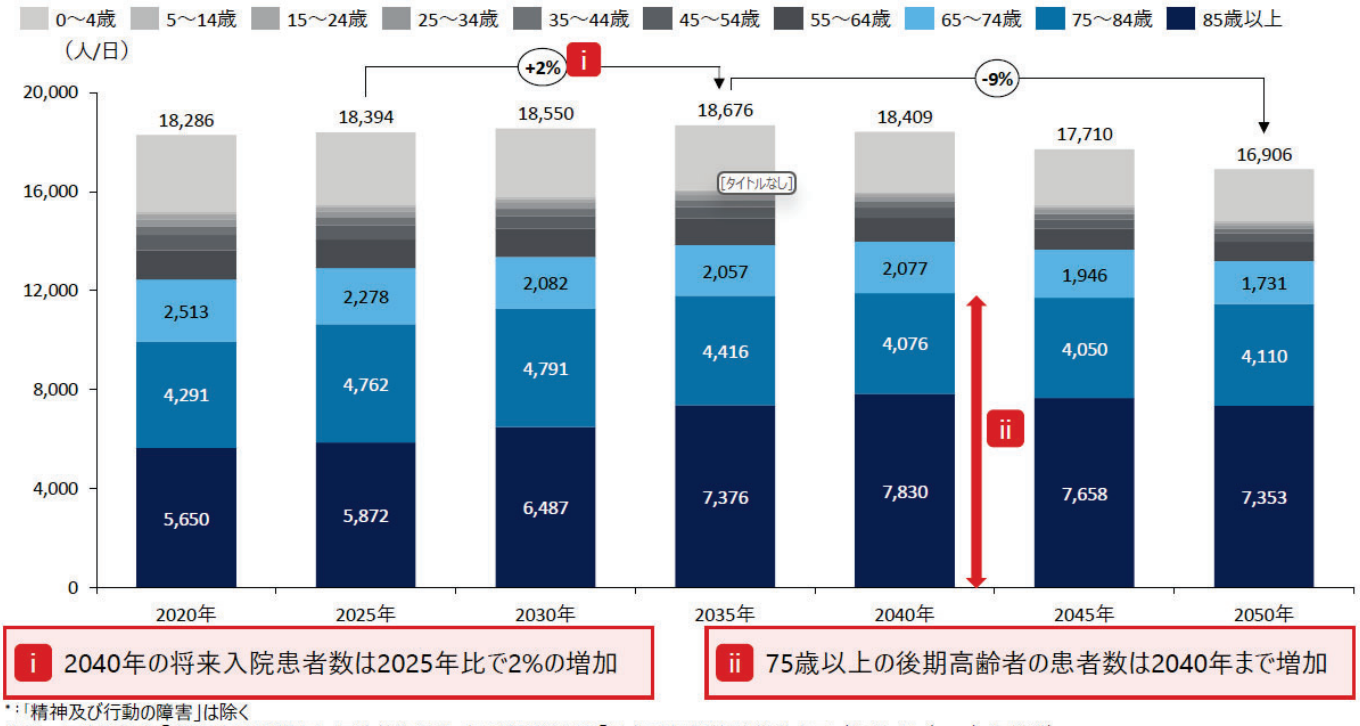
i　2050年の将来人口は2025年比で28%、生産年齢人口は23%の減少

ii　75歳以上の後期高齢者の人口は2035年まで増加

出所：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（令和5年（2023）年推計）」

# 福島県の将来入院患者推計

福島県の入院患者数は2035年をピークに減少に転じる見込み。**75歳以上の患者数は2040年頃まで増加が見込まれる。**




i 2040年の将来入院患者数は2025年比で2%の増加

ii 75歳以上の後期高齢者の患者数は2040年まで増加

*：「精神及び行動の障害」は除く

出所：厚生労働省「令和5年患者調査」、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（令和5年（2023）年推計）




1 福島県の概要

2 医師確保等に関する取組

3 福島県の医療提供体制

4 **福島県におけるこれまでの取組**

5 新構想の推進に向けた課題




ベコ太郎

# 地域医療構想におけるこれまでの取組

## ①病床機能の転換の促進

- 急性期から回復期への病床転換を支援（医療介護総合確保基金）
  病床の機能分化・連携を促進するための基盤整備事業（補助金）
  H28⇒R7：13医療機関（508床の病床転換）

## ②医療機能の強化

- 地域医療提供体制強化事業（医療介護総合確保基金）
  地域の実情に応じ、不足する医療機能や提供体制を確保するため、必要な施設・設備整備を支援
  （小児・周産期医療に対する支援）R7決算額： 8,988千円
  （診療所の承継に係る費用を支援）R7決算額：91,847千円
- 二次・三次救急医療機関体制強化支援事業　R7決算額：165,330千円（5,000円/人、上限：400万円）

**〇これまでの地域医療構想については、「病床削減のための構想」という懸念が多くの医療機関側から示されていた。**

**〇東日本大震災やその後の災害により、避難者への対応が優先され、病床を縮小することへの抵抗感があった。**



# 福島県地域医療構想策定後の主な災害・感染症危機

2017年の地域医療構想策定後、福島県では大規模水害、震度6強の地震、集中豪雨、豪雪に加え、新型コロナウイルス感染症の流行が発生。医療施設自体の被災だけでなく、病床ひっ迫、医療従事者への負荷、交通・ライフライン途絶など、地域の医療提供体制に多面的な影響が生じた。




**2019年**

・2019年10月
・令和元年東日本台風（台風19号）
・記録的豪雨による広域水害。
阿武隈川水系などで氾濫・浸水
・県内で死者37名、全壊1,351棟、半壊11,513棟。

**2020年**

**2021年**

・2021年2月
・福島県沖地震
・最大震度**6強**。
県内の広い範囲で建物・インフラ被害
・死者2名、負傷者99名、全壊139棟、半壊2,926棟。

**2022年**

・2022年3月
・福島県沖地震
・前年に続き最大震度**6強**。
・死者1名、負傷者70名。全壊175棟、半壊4,110棟。
・病院6か所、社会福祉施設81か所が被災し、水道も20,721戸に被害。

**2023年**

・2023年9月
・台風13号に伴う大雨
・浜通りを中心とした集中豪雨
（線状降水帯）。
・いわき市の精神科病院で雨漏り等、
医療・福祉関連施設にも被害。

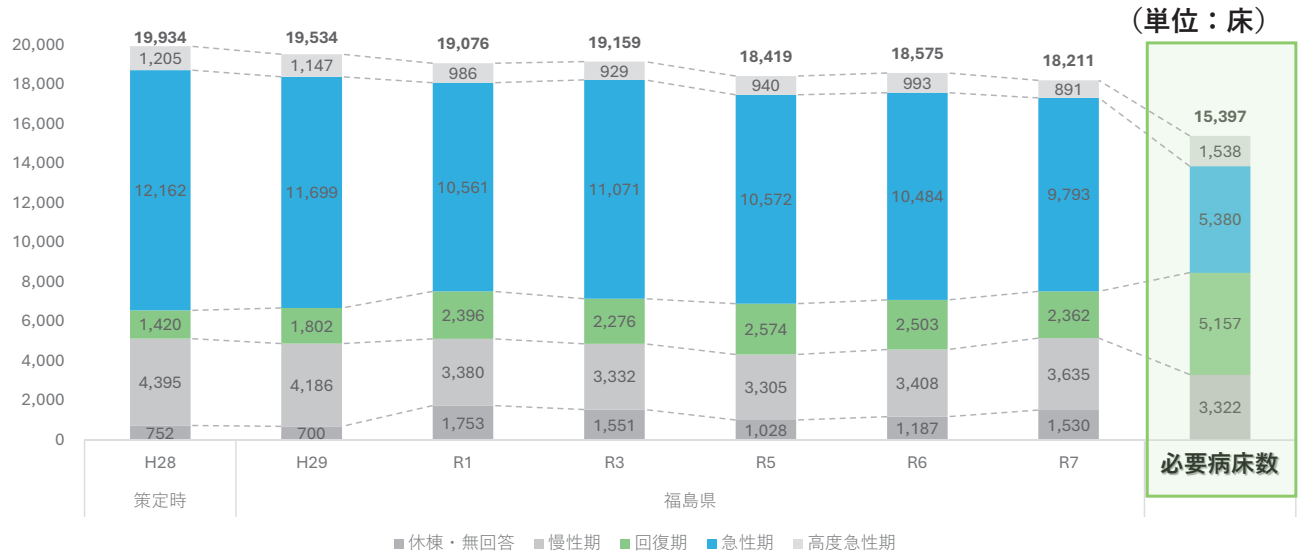
**2024年**

出典：福島県「県内における主要災害」、福島県「新型コロナウイルス感染症の発生状況」、福島県災害対策本部資料、福島県国土強靭化地域計画を基に作成

# これまでの地域医療構想における必要病床数（本県）

## これまでの地域医療構想における病床数の推移（福島県）

**〇総病床数は段階的に必要病床数に近づいた。一方、病床機能の内訳については課題が残る。**




**課題の要因分析**

- 民間病院のウェイトが高い（調整難度が高い）
- ポストアキュート、サブアキュート的な病棟が急性期の区分となっているケースあり
- 度重なる災害・感染症の危機により、病床転換の機運が低下する

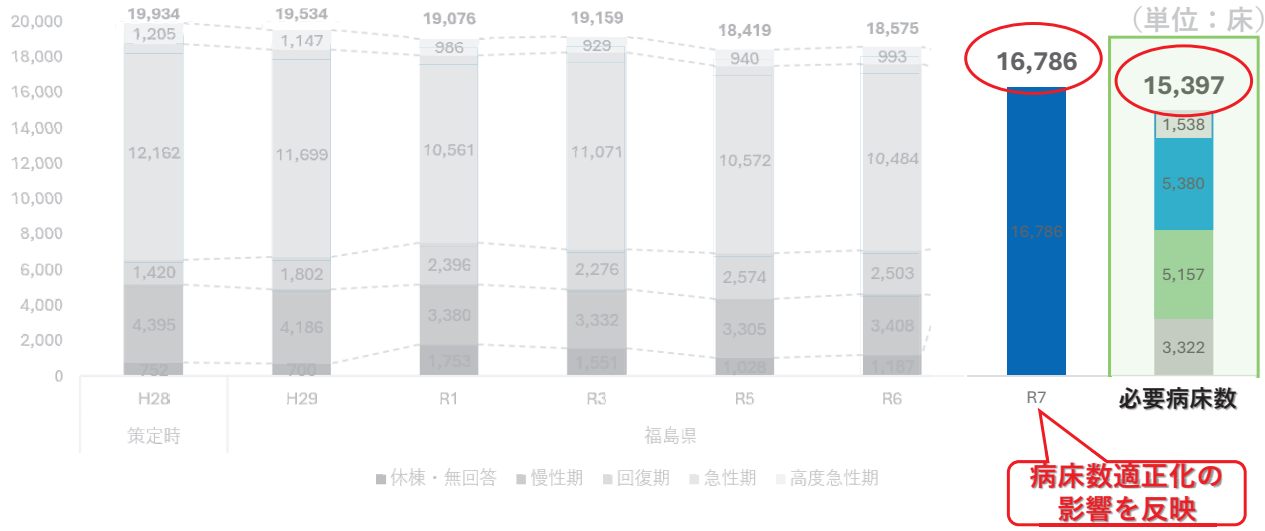


# 病床数適正化による影響

**令和７年度病床機能報告　当県の総病床数（一般・療養）　18,211床**

- **病床数適正化支援事業（R7年度）　381床（一般・療養：222床、精神：159床）**
- **病床数適正化緊急支援事業（R8年度）　2,354床（一般・療養：1,203床、精神：1,151床）**

**当県の総病床数（一般・療養）　16,786床**




**病床数適正化緊急支援事業の実施により、2025年必要病床数により近づく**
**⇒新たな地域医療構想に向けた発射台となる**

# 福島県の2次医療圏別病床稼働率（許可病床ベース）

各二次医療圏内の病院の病床稼働率は全国平均を下回っている

地域医療構想の取組、医療技術の 高度化・低侵襲化、在院日数短縮 等の効率化の取組、受療行動の変化、人口構成の変化 等

**⇒今後も病床稼働率の低下が予測される**

**A 病床稼働率（許可病床数ベース）**

| | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | 全国(R6) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 県北 | 72.2% | 74.1% | 73.4% | 74.8% | 72.7% | 68.9% | 66.7% | 68.8% | |
| 県中 | 79.9% | 76.3% | 78.6% | 76.6% | 73.8% | 69.4% | 71.7% | 72.6% | |
| 県南 | 74.5% | 77.5% | 74.5% | 71.6% | 67.3% | 73.5% | 71.9% | 72.6% | |
| 相双 | 79.4% | 79.2% | 69.4% | 77.6% | 74.5% | 73.2% | 76.0% | 74.8% | 79.9% |
| いわき | 66.7% | 72.6% | 69.1% | 69.0% | 72.0% | 67.2% | 69.9% | 64.8% | |
| 会津・南会津 | 76.9% | 77.8% | 78.6% | 76.4% | 71.4% | 70.5% | 74.6% | 73.6% | |
| 福島県全体(全体) | 76.5% | 76.5% | 74.8% | 75.5% | 72.7% | 70.3% | 71.6% | 71.8% | |

参考

**B 病床稼働率（最大稼働病床数ベース）**

| | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | 全国(R6) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 県北 | 75.7% | 75.9% | 76.4% | 78.1% | 81.4% | 79.8% | 81.1% | 82.0% | |
| 県中 | 83.9% | 80.7% | 82.0% | 79.6% | 79.9% | 80.4% | 82.6% | 83.4% | |
| 県南 | 75.9% | 78.7% | 75.6% | 73.4% | 78.6% | 80.9% | 79.6% | 82.8% | |
| 相双 | 82.2% | 82.7% | 72.6% | 81.7% | 81.0% | 83.8% | 81.4% | 84.0% | 85.2% |
| いわき | 74.8% | 73.2% | 72.7% | 70.6% | 78.1% | 73.6% | 77.7% | 75.1% | |
| 会津・南会津 | 79.0% | 79.5% | 80.5% | 77.7% | 78.4% | 77.0% | 81.0% | 82.1% | |
| 福島県全体(全体) | 79.9% | 79.3% | 77.7% | 78.3% | 80.1% | 80.0% | 81.3% | 82.5% | |

**B − A 差分**

| | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | 全国(R6) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 県北 | 3.5pt | 1.8pt | 3.0pt | 3.3pt | 8.7pt | 10.9pt | 14.4pt | 13.3pt | |
| 県中 | 3.9pt | 4.4pt | 3.4pt | 3.0pt | 6.2pt | 11.0pt | 10.9pt | 10.8pt | |
| 県南 | 1.4pt | 1.2pt | 1.1pt | 1.8pt | 11.2pt | 7.4pt | 7.7pt | 10.2pt | |
| 相双 | 2.8pt | 3.5pt | 3.2pt | 4.1pt | 6.6pt | 10.6pt | 5.4pt | 9.2pt | 5.2pt |
| いわき | 8.1pt | 0.6pt | 3.6pt | 1.6pt | 6.1pt | 6.4pt | 7.8pt | 10.3pt | |
| 会津・南会津 | 2.0pt | 1.7pt | 1.8pt | 1.3pt | 7.0pt | 6.5pt | 6.4pt | 8.5pt | |
| 福島県全体(全体) | 3.4pt | 2.8pt | 2.9pt | 2.8pt | 7.3pt | 9.7pt | 9.7pt | 10.7pt | |

【凡例】■12.0pt以上、■ 6.0pt以上12pt未満

出所：厚生労働省「病床機能報告」（H29年~R6年）
*:四分位範囲で病床稼働率が外れ値となる病棟を除いたもの


1 福島県の概要
2 医師確保等に関する取組
3 福島県の医療提供体制
4 福島県におけるこれまでの取組
5 新構想の推進に向けた課題




ベコ太郎

# これまでの地域医療構想の取組から見えてきた課題等

**①病院経営への支援**

・病院経営者の判断材料となる情報、議論、支援が必要

⇒地域医療構想推進事業（コンサルティング事業）（R8～） 金融機関と連携し、業務改善や病床転換による収益改善などを提案

**②調整会議の活性化**

・必要病床数の目標値のみの議論に終始
・病院経営に配慮した議論の進め方が必要

⇒県単位の地域医療構想調整会議の新設
区域単位の調整会議を統括している保健所長が事務局として参画。また、県立医大の理事長にも参加いただき、提供体制・人材確保について議論を深めていく。

**③救急体制の確保**

・医療機能の集約化を図る中、広大な県土＋山地・豪雪地域＋医療資源の偏在への対応が求められる。

⇒長距離をカバーするドクターヘリや医療を患者側へ近づけるドクターカーの取組を推進し、広大な県土を補完していく。

**④情報や分析への対応**

**⑤医療資源が乏しい地域への対応**

**⑥医師・看護師不足への対応**

人材育成やデータ分析、全国の好事例展開（技術的支援）

×

医療介護総合確保基金の拡充（財政的支援）

国（厚生労働省） → 都道府県担当職員

・研修会の開催、コンサル活用によるデータ分析支援
・トータル的な伴奏支援（専門支援体制の強化）

**地域医療介護総合確保基金Ⅰ－１の拡充**

これまでの「医療機関の施設・設備整備補助金」から、「**地域再編に必要な移行費用を包括的に支援する基金**」へ



# 理解醸成のためのセミナー開催

**地域医療構想セミナーの開催**

**○令和8年2月5日（木）ホテルハマツ（郡山市）**

**○参加者：約１５０名**
**（県内の病院関係者等）**







**金融機関と連携した取組**

# 地域医療構想推進支援事業（コンサルティング事業）

## 事業の目的

地域医療構想の推進に向け、病床機能の分化・連携等を促すとともに、医療機関が抱 える地域医療の課題や経営上の観点を踏まえた・分析、技術的助言などを行うことによ り、経営基盤の強化を図る。

## 支援内容

県内金融機関（株式会社 東邦銀行）と医療コンサルタントによる専門家チームが、福島県地域医療構想をはじめとした県の医療政策の方向性を踏まえ、経営基盤の強化に資する経営シミュレーションを 提示する。

## 経営シミュレーションの一例

**シミュレーション①**
**現在の病床機能でのシミュレーション**

- 加算取得等のアップサイド検討
- コスト削減余地の確認
- 地域の状況（病床機能、診療科、将来推計人口等）を踏まえ、稼働向上or維持が可能かの検討

**シミュレーション②**
**地域医療構想を踏まえた病床機能再編**

- 担うべき病床機能の検討及び想定される稼働率、単価の設定
- 病床機能変更に伴う各種コスト調整
- 病床機能に合わせた職員配置

**支援対象医療機関様**

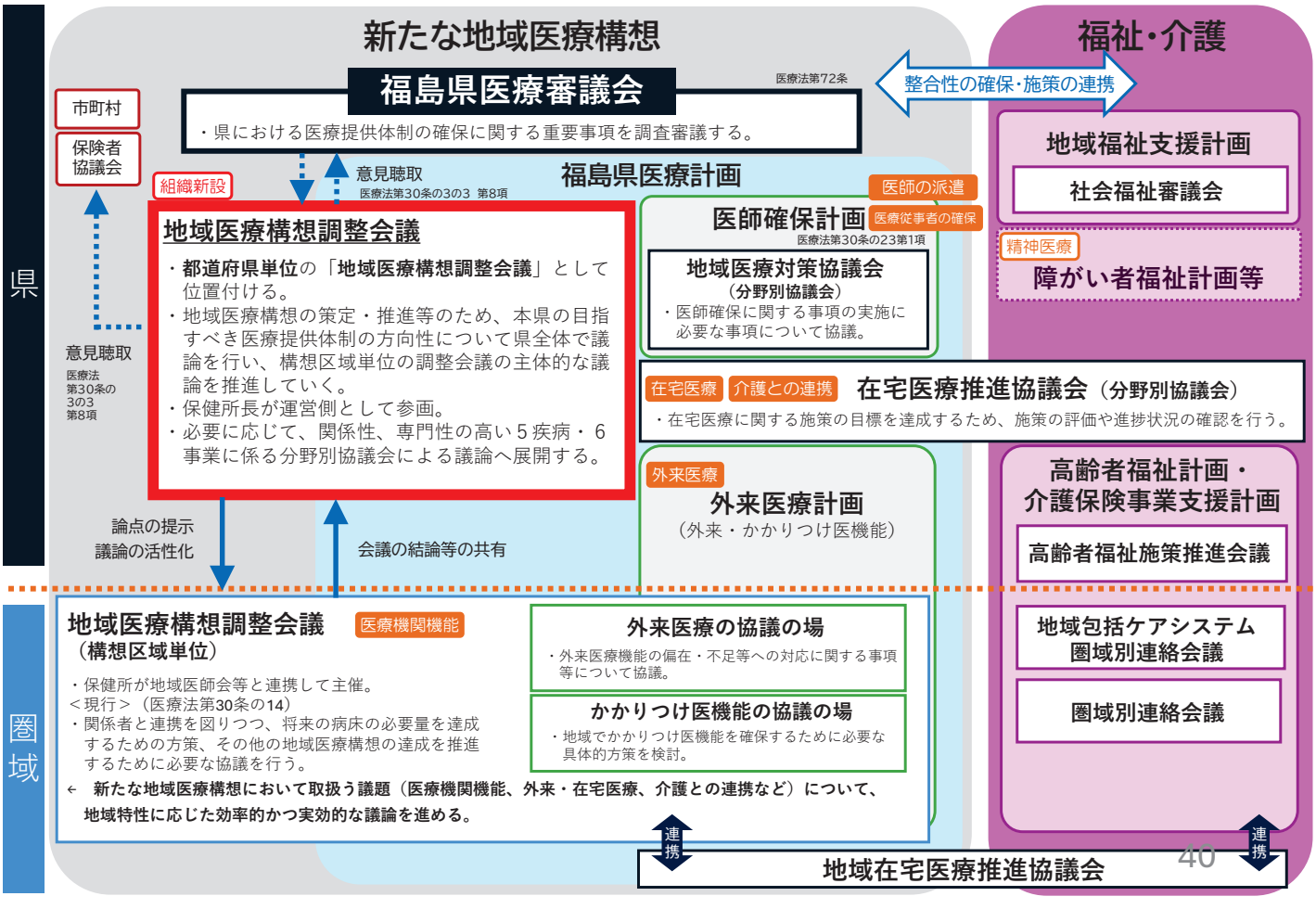
- 今後、担うべき病床機能を検討
- 現在の機能から移行することのメリット、デメリットの把握



県内病院様とのキックオフミーティングの様子



# 検討体制



# 救急体制の取組①




「広大な県土」が福島県の救急搬送の前提

13,783.9 km²／全国3位
東西 約166km（東西端間は車で約5時間）
南北 約133km
6つの構想区域

広大な県土＋山地・豪雪地域＋医療資源の偏在→「必要な医療までの時間」に地域差

病院収容所要時間の状況 （入電から医師引継ぎまでに要した時間）

| | 令和６年中　平均（分） | 令和５年中　平均（分） |
|---|---|---|
| 福島県 | 50.2 | 52.0 |
| 全国 | 44.6 | 45.6 |

※出典：総務省消防庁「令和7年版 救急救助の現況：Ⅰ 救急編」



# 救急体制の取組②

## 県平均では見えない地理的格差

### ○会津・南会津構想区域　会津若松40.8分に対し 南会津68.8分

| 福島県 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 本部名称 | 出場件数（件） | 搬送人員（人） | 【入電−現着】平均所要時間（分） | 【入電−病院収容】平均所要時間（分） |
| 県全体 | 94,866 | 86,188 | 10.8 | 50.2 |
| 福島市消防本部 | 15,233 | 14,110 | 10.1 | 43.2 |
| いわき市消防本部 | 16,032 | 14,008 | 11.2 | 51.6 |
| 白河地方広域市町村圏消防本部 | 6,743 | 5,978 | 10.3 | 56.8 |
| 喜多方地方広域市町村圏組合消防本部 | 3,244 | 3,031 | 10.3 | 49.7 |
| 伊達地方消防組合消防本部 | 5,433 | 5,148 | 9.0 | 49.3 |
| 相馬地方広域消防本部 | 4,858 | 4,054 | 10.5 | 50.8 |
| 安達地方広域行政組合消防本部 | 4,594 | 4,323 | 11.4 | 48.3 |
| 会津若松地方広域市町村圏整備組合消防本部 | 10,060 | 9,608 | 10.0 | 40.8 |
| 双葉地方広域市町村圏組合消防本部 | 1,443 | 1,281 | 9.9 | 57.3 |
| 須賀川地方広域消防本部 | 6,085 | 5,523 | 11.7 | 60.8 |
| 郡山地方広域消防組合消防本部 | 19,527 | 17,596 | 11.9 | 52.9 |
| 南会津地方広域市町村圏組合消防本部 | 1,614 | 1,528 | 11.2 | 68.8 |

※出典：総務省消防庁「参考資料２ 令和6年中の救急業務における消防本部別実施状況」

## 圏域内平均では見えない地域課題

### ○相双構想区域　双葉地域では約半数が60分以上の搬送

60分以上の搬送率

| 地域 | 令和元年度 | 令和２年度 | 令和３年度 | 令和４年度 |
|---|---|---|---|---|
| 相馬地域 | 0.8％ | 1.5％ | 1.7％ | 3.0％ |
| 双葉地域 | 44.5％ | 43.7％ | 46.2％ | 46.1％ |

# 救急体制の取組③

救急現場 → 救急車 → 二次救急/救命救急センター

距離を縮める「多層的な救急搬送体制」 ➡ 広大な県土を補完

## ○ドクターヘリ
長距離を高速にカバー




ドクターヘリは福島県立医大を基地病院として2008年1月から運航。R5年度実績では要請510件、出動416件、うち現場出動341件。

## ○ドクターカー
医師を現場側へ前進
→医療を患者側へ近づける




会津中央病院HPより

ドッキング方式のドクターカー運用を全国初のモデルケースとしてスタート（＊）
＊広大な面積を持つ会津では、病院到着まで救急車で2時間を要する地域に暮らす人も多いため、救急車とドクターカーが中間地点で合流するドッキング方式を採用し、医師の患者接触を前倒しさせている。

ドクターカー運行360／年（会津中央病院救命救急センター『施設概要』掲載値）



# 地域医療介護総合確保基金Ⅰ－１の拡充

新たな地域医療構想に基づき医療機関の連携・再編・集約化を行うのであれば、その変化に伴って発生する“人・機能・経営”の移行コストを基金の対象とする必要がある

**例えば**

| メニューの方向性 | 支援内容 |
|---|---|
| 連携・再編・集約化に伴う「機能維持」への支援 | ・今後も引き続き必要病床数を維持するため、急性期機能等を担う病院の建て替えやDX化への支援 |
| 新たな役割を担うための「機能転換」への支援 | ・地域で必要な急性期拠点機能等の強化<br>・救急、リハビリ、退院支援等の部門整備 |
| 医師・看護師・リハ職等の「人材再配置」への支援 | ・医療機関間の異動・出向・転籍に伴う一定期間の費用<br>・派遣元の代替要員確保、赴任費等 |

※再編を行う病院間の職員異動に係る現給保障の支援は既にある

⇒活用の自由度を高めた支援メニューにより、
「新しい役割分担が実際に機能するところまで」を支援対象とする

# まとめ

新たな地域医療構想の方向性

| | |
|---|---|
| 多くの病院は「治す病院」から「治し支える病院」へ | 高齢者をはじめとした医療ニーズの変化への的確な対応 |
| 地域の中で自院が担う役割の明確化・見える化が必要 | 病院・診療所ともに在宅医療・介護・施設とのさらなる連携が必要 |

しかし、新たな地域医療構想が示す“あるべき機能”と、
それを実装できる“地域の供給能力”は別問題

都市部では複数の医療機関や人材が存在するため、「機能分化・連携」という政策手段が成立しやすい。
一方、地方都市や人口の少ない地域では、そもそも分化させるだけの医療機関、人材が存在しないケースがある。（地域間での待遇格差による人材・患者の流出など）

新たな地域医療構想のパッケージをそのまま当てはめると、
構想そのものがうまくいかなくなる懸念

地域によって医療資源に差があるため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療提供体制のあり方を検討していく必要がある。
都道府県が、知事の権限等も活用しつつ、主体的に医療提供体制の再構築を進められるよう、国には技術的・財政的な更なる支援をお願いしたい。

Memo