

# 令和7年度第3回静岡地域医療協議会

## 令和7年度第3回静岡地域医療構想調整会議

日時 令和8年2月27日（金）

午後7時15分から8時45分

場所 静岡市静岡医師会館3階講堂

### 次 第

報告・協議事項				P	区分	
1	協議	静岡県保健医療計画に記載する医療機関の変更	資料1	1	協 議 会	調 整 会 議
2	協議	診療所の病床設置（特例適用）	資料2	14		
3	報告	病床の種別変更		15		
4	報告	病床の削減		15		
5	報告	静岡県医師数等調査の結果	資料3	18		
6	報告	新たな地域医療構想と保健医療計画の進め方	資料4	23		
7	報告	将来の清水地域の医療体制の在り方に関する中間とりまとめ	資料5	62		
8	協議	静岡地域医療協議会、静岡地域医療構想調整会議の委員任期の統一	資料6	70		
9	報告 協議	令和7年度外来機能報告結果と紹介受診重点医療機関	資料7	71		
10	報告	かかりつけ医機能報告制度	資料8	78		
11	報告	令和8年度地域医療介護総合確保基金事業	資料9	81		

令和7年度 第3回静岡地域医療協議会・調整会議委員名簿

No	所属団体	役職名	氏名	協	調	出欠	備考
1	静岡市静岡医師会	会長	鈴木 研一郎	○	○	○	
2	静岡市清水医師会	会長	竹内 康史	○	○	○	
3	静岡市静岡歯科医師会	会長	清水 寿哉	○	○	○	
4	静岡市清水歯科医師会	副会長	田村 史之	○	○	○	
5	静岡市薬剤師会	会長	河西 きよみ	○	○	○	
6	清水薬剤師会	会長	滝口 智子	○	○	○	
7	静岡県看護協会(静岡地区支部)	支部長	岩崎 厚子		○	○	
8	静岡赤十字病院	院長	小川 潤	○	○	○	
9	静岡済生会総合病院	病院長	岡本 好史	○	○	○	随行1
10	静岡市立静岡病院	病院長	前田 明則	○	○	○	随行1
11	静岡県立総合病院	院長	井上 達秀	○	○	○	随行1
12	静岡市立清水病院	病院長	上牧 務	○	○	○	随行1
13	JA静岡厚生連静岡厚生病院	病院長	水野 伸一	○	○	○	
14	JA静岡厚生連清水厚生病院	病院長	西村 明人	○	○	○	随行1
15	独立行政法人地域医療機能推進機構 清水さくら病院	院長	森 典子	○	○	○	
16	静岡県立こども病院	院長	坂本 喜三郎	○		×	
17	共立蒲原総合病院	院長	宮本 康裕	○		○	
18	静岡県慢性期医療協会 静岡県老人保健施設協会 (医療法人社団 秀慈会 白萩病院 萩の里)	理事(理事長)	萩原 秀男		○	○	随行1
19	静岡県精神科病院協会(溝口病院)	理事(会長)	溝口 明範		○	○	
20	静岡県保険者協議会 (全国健康保険協会静岡支部)	業務部長	田中 英之		○	○	
21	静岡県老人福祉施設協議会 (特別養護老人ホーム 羽鳥の森)	副会長(施設長)	前田 万正		○	○	
22	静岡市消防局	消防局長	成澤 央久	○		×	代理 森田俊彦
23	静岡市葵区自治会連合会	会長	中村 満	○		×	
24	静岡市駿河区自治会連合会	会長	中村 直保	○		×	
25	静岡市清水区自治会連合会	会長	隅倉 正員	○		×	
26	静岡市老人クラブ連合会	会長	鈴木 榮	○		○	
27	静岡市保健福祉長寿局	保健衛生医療部長	杉山 智彦	○	○	○	
28	静岡市保健所	所長	田中 一成	○	○	○	
29	静岡県中部保健所	所長	永井 しづか	○	○	○	
	地域医療構想アドバイザー		竹内 浩視			○	
計				24	22		

オブザーバー

	所属団体	役職名	氏名	備考
	清水バースクリニック	院長	田村 明彦	
	しずおか整形外科病院	事務長	小柳 雅子	随行1
	静岡リハビリテーション病院	院長	高木 正和	
	静岡徳洲会病院	院長	山之上 弘樹	
	静岡てんかん・神経医療センター	院長	今井 克美	
	山の上病院	院長	伊関 丈治	随行2

令和7年度 第3回静岡地域医療協議会・地域医療構想調整会議座席表

県庁	県庁	県庁	県庁	静岡市	静岡市	静岡市	静岡市	中部保健所 事務局	中部保健所 事務局
県庁	県庁	中部保健所 部長	中部保健所 鈴木主任	中部保健所 副所長	静岡市	静岡市	静岡市	静岡市	中部保健所 事務局
		中部保健所 永井所長		静岡市 静岡医師会 鈴木会長	静岡市 保健所 田中所長	杉山 保健衛生 医療部長	竹内 アドバイザー		

静岡市立 清水病院 随席	静岡市 清水医師会 竹内委員	静岡市 静岡眼科医師会 清水委員
	静岡市 清水眼科医師会 田村委員	
静岡市立 静岡病院 随席	静岡市 薬剤師会 河西委員	静岡市立 静岡病院 前田委員
	静岡市 薬剤師会 滝口委員	
静岡済生会 総合病院 随席	静岡済生会 総合病院 岡本委員	静岡厚生 病院 水野委員
	静岡赤十字 病院 小川委員	

慢性期 医療協会 萩原委員	慢性期 医療協会 随席
保険者 協議会 田中委員	しずおか整形 外科病院随席
老人福祉 施設協議会 前田委員	
オブザーバー しずおか整形 外科病院	オブザーバー 静岡リハビリ テーション病院
オブザーバー 静岡徳洲会 病院	
オブザーバー 静岡てんかん・ 神経医療セン ター	山の上病院 随席
オブザーバー 山の上病院	
オブザーバー 清水ハースク リニック	山の上病院 随席

静岡市立 清水病院 上牧委員	清水厚生 病院 西村委員	清水さくら 病院 森委員	共立蒲原 総合病院 宮本委員	県看護協会 静岡地区 支部 岩崎委員	消防局 (代理)	老人クラブ 連合会 鈴木委員
----------------------	--------------------	--------------------	----------------------	-----------------------------	-------------	----------------------

傍聴席

静岡市立  
清水病院  
随席

清水厚生病院  
随席

出入口

## 静岡県保健医療計画に記載する医療機関の変更（追加・削除・変更）

### < I がん >

#### （１）集学的治療【継続 7】

がんの「集学的治療」を担う医療機関（病院）

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こども病院	
	静岡県立総合病院	
	静岡市立静岡病院	
	静岡市立清水病院	
	静岡赤十字病院	
	静岡済生会総合病院	
	JA 静岡厚生連清水厚生病院	

#### （在宅緩和ケア①）【継続 1】

がんの「在宅緩和ケア」を担う医療機関（病院（緩和ケア病床を有する））

区分	医療機関名	備考
	静岡市立清水病院	

がんの「在宅緩和ケア」を担う医療機関（病院（在宅医療））【継続 3】

区分	医療機関名	備考
	JA 静岡厚生連清水厚生病院	
	JA 静岡厚生連静岡厚生病院	
	白萩病院	

#### （２）在宅緩和ケア②

がんの「在宅緩和ケア」を担う医療機関（診療所）【継続 39・追加 6・削除 15】

##### <掲載医療機関>

区分	医療機関名	備考
	大川診療所	
	袴田外科医院	
	山本内科医院	

	まつとみクリニック	
	森田クリニック	
	美和クリニック	
	小澤内科胃腸科	
	鈴木内科医院	
	内科 胃腸器科 八木医院	
	長谷通りクリニック	
	秋田内科・呼吸器内科	
	つどいのおかクリニック	
	服部クリニック	
	松浦内科	
	平野医院	
	静岡サニーメディカルクリニック	
	杉山医院（登呂）	
	とやまクリニック	
	岡本外科クリニック	
	ふれあいクリニック	
	岩はし内科医院	
	板井クリニック	
	東静岡クリニック	
	あおぞら診療所しずおか	
	東新田福地診療院	
	みやざき内科	
	たんぽぽ診療所	
	眞内科クリニック	
	宗内科医院	
	清水城西クリニック	
	松下医院	
	葵東クリニック	
	静岡ホームクリニック	
	有原医院	
	近藤医院	
	あしたば診療所	

	あさり内科クリニック	
	山崎医院	
	佐々木ハートクリニック	
追加	わたなべクリニック	
追加	堀田内科医院	
追加	みどりのふきたクリニック	
追加	竹内クリニック	
追加	すまいるクリニック	
追加	柴山クリニック	
削除	ひびのクリニック	
削除	かどまクリニック	
削除	青山医院	
削除	かげやま医院	
削除	秋山クリニック	
削除	杉山医院（泉町）	
削除	宮田医院	
削除	磯貝医院	
削除	渡辺内科医院（清水区）	
削除	静岡駅南口クリニック	
削除	塩川八幡ヒルズクリニック	
削除	原田医院	
削除	あうるクリニック東海	
削除	中之郷クリニック	
削除	トータルサポートクリニック静岡	

## < II 脳卒中 >

### （１）救急医療

脳卒中の「救急医療」を担う医療機関 【継続５・追加１】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立総合病院	
	静岡市立静岡病院	
	静岡赤十字病院	

	静岡済生会総合病院	
	静岡市立清水病院	
追加	JA 静岡厚生連静岡厚生病院	

(2) 身体機能を回復させるリハビリテーション

脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」を担う医療機関

【継続13・変更1・追加4】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立総合病院	
	静岡市立静岡病院	
	JA 静岡厚生連静岡厚生病院	
	静岡赤十字病院	
	城西クリニック	
	静岡済生会総合病院	
	静岡市立清水病院	
	静岡リハビリテーション病院	
	静岡徳洲会病院	
	静岡清リハビリテーション病院	
	静岡県立こども病院	
	白萩病院	
	山の上病院	
変更	しずおか整形外科病院	病院名変更
追加	清水富士山病院	
追加	清水城西クリニック	
追加	水谷脳神経外科クリニック	
追加	堀内内科医院	

### (3) 在宅療養の支援

脳卒中の「在宅療養の支援」を担う医療機関 【継続 47・追加 10・削除 26】

#### 〈掲載医療機関〉

	医療機関名	備考
	長谷通りクリニック	
	秋山クリニック	
	有原医院	
	袴田外科医院	
	松浦内科	
	山本内科医院	
	横山内科循環器科医院	
	まつとみクリニック	
	森田クリニック	
	佐々木ハートクリニック	
	鈴木内科医院	
	内科胃腸科 八木医院	
	ゆずの木町内科・循環器科	
	静岡サニーメディカルクリニック	
	秋田内科・呼吸器内科	
	つどいのおかクリニック	
	服部クリニック	
	大川診療所	
	平野医院	
	杉山医院（泉町）	
	近藤医院	
	杉山医院（登呂）	
	東新田福地診療院	
	ふれあいクリニック	
	堀田内科医院	
	たんぽぽ診療所	
	三神医院	
	岡本外科クリニック	
	原田医院	

	岩はし内科医院	
	板井クリニック	
	あおぞら診療所しずおか	
	とやまクリニック	
	みやざき内科	
	山崎医院	
	磯貝医院	
	渡辺内科医院（清水区）	
	吉永医院	
	眞内科クリニック	
	宗内科医院	
	五十嵐医院	
	松下医院	
	清水城西クリニック	
	美和クリニック	
	葵東クリニック	
	あしたば診療所	
	あさり内科クリニック	
新規	えのもと循環器科・内科	
新規	あきやま呼吸器クリニック	
新規	静岡曲金クリニック	
新規	飯室クリニック	
新規	わたなベクリニック	
新規	脇理一郎クリニック	
新規	八木循環器内科	
新規	三上医院	
新規	福地医院	
新規	すまいるクリニック	
削除	城西クリニック	
削除	小児科内科 杉山医院	
削除	内科杉山医院	
削除	かげやま医院	
削除	さそう内科・呼吸器科クリニック	

削除	小澤内科胃腸科	
削除	かどまクリニック	
削除	青山医院	
削除	ひびのクリニック	
削除	内科・循環器内科鍋木医院	
削除	きくち内科医院	
削除	宮田医院	
削除	ごんクリニック	
削除	塩川八幡ヒルズクリニック	
削除	飯山内科クリニック	
削除	柴山クリニック	
削除	静岡駅南口クリニック	
削除	ないとう内科・循環器内科	
削除	福地外科循環器科医院	
削除	清水両河内診療所	
削除	白鳥内科医院	
削除	ぴゅあクリニック	
削除	上足洗内科クリニック	
削除	静岡ホームクリニック	
削除	中之郷クリニック	
削除	浦島クリニック新院	

### <Ⅲ 心筋梗塞等の心血管疾患>

心血管疾患の「急性期医療」を担う医療機関

【継続3】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立総合病院	
	静岡市立静岡病院	
	静岡済生会総合病院	

#### <IV 糖尿病>

糖尿病の「専門治療・急性増悪時治療」を担う医療機関 【継続 7・追加 1】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立総合病院	
	静岡県立こども病院	
	静岡市立静岡病院	
	静岡赤十字病院	
	JA 静岡厚生連静岡厚生病院	
	静岡済生会総合病院	
	静岡徳洲会病院	
追加	清水さくら病院	

#### <VI 精神疾患>

精神疾患の「身体合併症治療」を担う医療機関 【継続 8】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こども病院	○△
	静岡県立総合病院	○△
	静岡市立静岡病院	○△
	静岡赤十字病院	○
	静岡済生会総合病院	○△
	静岡徳洲会病院	○
	清水駿府病院	○△
	溝口病院	○△

身体合併症の入院と精神科医療を実施	○
他医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携	△

精神疾患の「統合失調症治療」を担う医療機関 【継続 5・変更 1・削除 1】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	☆
	静岡県立こども病院	

	日本平病院	
	清水駿府病院	◎
	溝口病院	
変更	静岡県立総合病院	◎→○
削除	第一駿府病院	

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応

精神疾患の「うつ病・躁うつ病、産後うつ病治療」を担う医療機関

【継続 8 ・ 変更 3 ・ 削除 1】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	☆
	静岡市立静岡病院	○△
	静岡赤十字病院	○△
	静岡済生会総合病院	○△
	静岡市立清水病院	△
	日本平病院	○
	県立総合病院	○△
	静岡済生会総合病院	○△
変更	溝口病院	○→○△
変更	県立こども病院	○→○△
変更	清水駿府病院	◎○→◎○△
削除	第一駿府病院	

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応
診断、治療が可能	○	うつ病・躁うつ病患者の状況に応じて適切な精神科医療を提供する
	△	産後うつ病患者の状況に応じて適切な精神科医療を提供する

精神疾患の「依存症治療」を担う医療機関 【継続 1】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	☆

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応
診断、治療が可能	○	アルコール依存症患者の状況に応じて適切な精神科医療を提供する
	△	薬物依存症患者の状況に応じて適切な精神科医療を提供する
	□	ギャンブル依存症患者の状況に応じて適切な精神科医療を提供する

精神疾患の「PTSD 治療」を担う医療機関 【継続 3・削除 1】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	☆
	静岡県立こども病院	
	静岡済生会総合病院	
削除	第一駿府病院	

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応

精神疾患の「高次脳機能障害治療」を担う医療機関 【継続 6・変更 1】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	
	静岡リハビリテーション病院	
	静岡清リハビリテーション病院	
	静岡市立清水病院	
	しずおか整形外科病院	
	静岡赤十字病院	
変更	しずおか整形外科病院	病院名変更

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応

精神疾患の「摂食障害治療」を担う医療機関 【継続2】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	☆
	静岡県立こども病院	☆

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応

精神疾患の「てんかん治療」を担う医療機関 【継続8】

区分	医療機関名	備考
	静岡てんかん・神経医療センター	☆
	静岡県立こども病院	◎
	静岡県立総合病院	
	静岡赤十字病院	
	静岡済生会総合病院	◎
	静岡徳洲会病院	
	静岡市立清水病院	◎
	日本平病院	

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応

精神疾患の「自殺未遂治療」を担う医療機関 【継続9】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	☆
	県立こども病院	◎
	静岡県立総合病院	
	静岡市立静岡病院	
	静岡赤十字病院	
	溝口病院	
	静岡済生会総合病院	
	日本平病院	
	清水駿府病院	◎

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応

精神疾患の「児童・思春期精神疾患治療」を担う医療機関 【継続3】

○精神疾患の「児童・思春期精神疾患治療」を担う医療機関

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こころの医療センター	☆
	静岡県立こども病院	☆
	清水駿府病院	◎

県下全域拠点	☆	県下全域の拠点として情報発信、人材育成、地域連携拠点の支援、難治性疾患等への対応
地域連携拠点 (圏域拠点)	◎	県下全域拠点と連携した情報発信、研修の実施及び地域医療機関への支援や難治性疾患等への対応

< X 周産期 >

周産期の「正常分娩」を担う医療機関 【継続21・削除1】

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こども病院	
	静岡県立総合病院	

	静岡市立静岡病院	
	静岡赤十字病院	
	静岡済生会総合病院	
	静岡市立清水病院	
	依藤産婦人科医院	
	くさなぎマタニティクリニック	
	たむらウィメンズクリニック	
	渡辺助産院	
	くさの助産院	
	たまがわ助産院	
	まき助産院	
	いなば助産院	
	おしか助産院	
	いぶきの助産院	
	ぶどうの木助産院	
	助産院こうのとり	
	ノア助産院	
	ふね助産院	
	助産院 太陽と月	
削除	おいしいレディースクリニック	分娩を取り止めたため

<XI 小児医療（小児救急医療を含む。）>

小児医療（小児救急医療を含む。）の「小児専門医療」を担う医療機関 **【継続5】**

区分	医療機関名	備考
	静岡県立こども病院	
	静岡県立総合病院	
	静岡市立静岡病院	
	静岡済生会総合病院	
	静岡市立清水病院	

## 1 診療所の病床設置（特例適用）

静岡域内での産科を標榜する診療所が病床を設置する旨の申し出があった。

医療法第7条第3項の規定により、診療所に病床を設けようとするときは、厚生労働省令で定める場合を除き指定都市の市長の許可を受けなければならない。

当該区域においては、既存の病床数が静岡県知事の定める医療計画の病床数を上回るため、法第7条第3項の許可はできないが、法施行規則第1条の14第7項各号に該当する場合は病床設置の許可を要しないため、病床を設置することができる。

このことをふまえ、意見を聴取したい。

## ○ 経緯

H21.3	医療法人社団産蛭会がおおいしレディースクリニック（12床）開設
R7.5	分娩取扱いを終了（清水区内で分娩を取り扱う診療所がない状況）
R7.10	医療法人社団美作会が事業承継。無床診療所として「清水バースクリニック」開設。
R8.1	有床診療所の運営体制が整い、静岡市保健所に病床の設置を申出。

## ○ 計画の概要

診療所の名称	清水バースクリニック					
開設の場所	静岡市清水区押切 2416 番地					
概 要	無床診療所に一般病床 12 床を設置					
設置する病床の 病床数	療 養	一 般		計		
	—	12 床		12 床		
診療科目	産科 婦人科					
分娩の取扱い	有					
管理者	田村 明彦					
従業者の定員	医 師	看護師	助産師	看護補助者	その他	計
	1 人	2 人	1 人	0 人	4 人	8 人
専門医の配置（常勤）	有 （公社）日本産婦人科学会認定 産婦人科専門医					
診療所の規模	鉄骨造陸屋根・合金メッキ鋼板ぶき 4 階建 建築面積 360.64 m <sup>2</sup> 、延床面積 924.35 m <sup>2</sup>					
設置予定年月日	令和 8 年 4 月 1 日					

## ○ 特例が必要と認められる条件

- (1) 産婦人科又は産科を標榜すること
- (2) 分娩を取扱うこと
- (3) 産婦人科に関する専門医を配置すること
- (4) 地域における医療的需要を踏まえ必要とされる診療所であること

## 2 病床の種別変更

医療機関名	静岡県立こども病院
開設者	地方独立行政法人静岡県立病院機構
所在地	静岡市葵区漆山860
管理者	坂本 喜三郎
病床	<b>一般病床 243 床→242 床</b> <b>精神病床 36 床→36 床</b> <b>感染症病床 0 床→1 床</b>
変更日	令和8年4月1日
理由	全县を対象に小児の重症感染症患者への対応強化
備考	許可病床数全体に変更なし。一般病床1床を感染症病床へ種別変更。

## 3 病床の削減

医療機関名	福地医院
開設者	福地 照元
所在地	静岡市清水区七ツ新屋二丁目4-15
管理者	福地 照元
病床	<b>10 床→0 床</b>
変更日	令和7年8月1日
理由	診療体制変更のため
備考	令和7年8月1日、福地外科循環器科医院より名称変更

医療機関名	まりこレディースクリニック
開設者	医療法人社団ケイスリーエム
所在地	静岡市駿河区丸子新田 5 1 1 番地
管理者	村山 益生
病床	<b>14 床→9 床</b>
変更日	令和 7 年 8 月 31 日
理由	診療体制変更のため

医療機関名	静岡済生会総合病院
開設者	社会福祉法人恩賜財団済生会支部静岡県済生会
所在地	静岡市駿河区小鹿 1 - 1 - 1
管理者	岡本 好史
病床	<b>578 床→511 床</b>
変更日	令和 7 年 9 月 1 日
理由	病床運用の効率化を進め、高度急性期・急性期病院としての機能を高めるため。

医療機関名	静岡赤十字病院
開設者	日本赤十字社
所在地	静岡市葵区追手町 8 - 2
管理者	小川 潤
病床	<b>465 床→411 床</b>
変更日	令和 7 年 9 月 30 日
理由	病床稼働率の低下に伴い、地域の医療機能を集約し医療資源を効率化するため

医療機関名	イイダ眼科医院
開設者	医療法人社団祥文会
所在地	静岡市葵区城北 9 4 番地
管理者	飯田 文人
病床	<b>5 床→0 床</b>
変更日	令和 8 年 3 月 (予定)
理由	診療体制変更のため (予定)

## 静岡県医師数等調査の結果

## 1 調査要旨

静岡県医療対策協議会の提言に基づき、定期的に県内の医師の地域別、診療科別の勤務状況を把握することにより、効果的な医師確保対策を実施するため、県内の公的病院等を対象に、医師数等の調査（年2回）を実施している。

なお、結果については、県医療対策協議会において公表している。

## 2 調査方法

## (1) 対象

公的病院等 55 病院

## (2) 調査項目（令和7年4月1日時点の調査）

区分	内容	備考
診療科情報	診療科分類、職員定数等、休廃止状況	○職員定数等 ・条例で定数を定めている場合 その定数を診療科ごとに記載 ・上記以外 最低限必要な医師数を記載 ○口腔外科 歯科医師との領域の重複を避けるため、職員定数、現員医師数とも調査結果から除外
勤務医個別情報	診療科、雇用形態、指導医資格、専門医資格、退職予定	臨床研修医は対象外 ○雇用形態 常勤・非常勤のほか、雇用・非雇用を区別
専攻医の受入状況	専攻医の受入可能数、今後の見込み、受入条件	

## (3) 医師不足数の算出

病院別・診療科別の職員定数等から常勤医師数等（常勤医、専攻医）を引き、合計した数

※常勤医師数等が定数を上回る場合は不足0

### 3 令和7年4月の調査結果

#### (1) 概要

- 職員定数 4,279人
- 常勤医師数等（臨床研修を除く） 3,892人（うち専攻医（常勤）は702人）
- 実質的な不足数 738人（充足率82.8%）

（単位：人）

区分	R7.4.1	H26.4.1 <sup>※1</sup> （配置開始）	R6.4.1 （1年前）	R6.10.1 （半年前）	11年 変化 <sup>※1</sup>	1年変化	半年変化
職員定数（A）	4,279	3,309	4,250	4,260	970	29	19
常勤医師数等 （B）	3,892	2,991	3,898	3,840	901	▲6	52
常勤医	3,190	2,465	3,215	3,124	725	▲25	66
専攻医（常勤）	702	526	683	716	176	19	▲14
非常勤	1,419	995	1,364	1,436	424	55	▲17
不足数 <sup>※2</sup> （C）	738	511	659	730	227	79	8
充足率（D=1-C/A）	82.8%	84.6%	84.1%	82.7%	-1.80pp	-1.31pp	0.09pp

※1…当時の調査対象は48病院であり、非常勤の扱いも異なるため、単純比較は出来ない。

※2…病院別・診療科別の職員定数を満たさない医師数を積み上げた、実質的な不足数である。

【参考：経年表（各年4月1日時点）】

区分	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
職員定数	2,991	3,161	3,205	3,309	3,493	3,569	3,632	3,664
常勤医師数	2,753	2,829	2,884	2,991	3,167	3,191	3,209	3,279
不足数	455	501	526	511	574	521	599	615

区分	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R7-H23
職員定数	3,753	3,958	4,142	4,187	4,205	4,250	4,279	1,288
常勤医師数	3,450	3,486	3,670	3,701	3,814	3,898	3,892	1,139
不足数	649	702	701	754	670	668	738	283

(2) 診療科別の状況

(単位：人)

診療科	R7.4.1 現在			H26.4.1 現在※			R6.4.1 現在			R6.10.1 現在			11年変化			1年変化			半年変化		
	定数等	医師常勤数等	不足	定数等	医師常勤数等	不足	定数等	医師常勤数等	不足	定数等	医師常勤数等	不足	定数等	医師常勤数等	不足	定数等	医師常勤数等	不足	定数等	医師常勤数等	不足
内科	1,341	1,236	228	1038	924	179	1,329	1,230	208	1,341	1,214	233	303	312	49	12	6	20	0	22	▲ 5
皮膚科	89	80	17	66	64	9	88	83	13	87	82	13	23	16	8	1	▲ 3	4	2	▲ 2	4
小児科	265	254	30	252	227	28	271	261	28	268	255	27	13	27	2	▲ 6	▲ 7	2	▲ 3	▲ 1	3
精神科	144	126	34	77	64	16	151	140	29	151	135	29	67	62	18	▲ 7	▲ 14	5	▲ 7	▲ 9	5
外科	585	562	63	445	467	29	571	548	58	583	542	76	140	95	34	14	14	5	2	20	▲ 13
泌尿器科	146	137	18	115	95	21	144	129	19	143	130	19	31	42	▲ 3	2	8	▲ 1	3	7	▲ 1
脳神経外科	152	122	31	139	115	27	145	124	27	145	125	25	13	7	4	7	▲ 2	4	7	▲ 3	6
整形外科	309	303	30	246	234	22	308	298	28	305	297	27	63	69	8	1	5	2	4	6	3
形成外科	76	75	9	46	51	3	75	79	7	75	78	8	30	24	6	1	▲ 4	2	1	▲ 3	1
眼科	104	92	19	80	56	24	101	90	19	103	93	20	24	36	▲ 5	3	2	0	1	▲ 1	▲ 1
耳鼻いんこう科	116	113	17	97	89	12	115	106	17	116	103	18	19	24	5	1	7	0	0	10	▲ 1
産婦人科	205	180	35	195	160	41	207	183	33	206	183	33	10	20	▲ 6	▲ 2	▲ 3	2	▲ 1	▲ 3	2
リハビリ科	70	52	26	39	31	10	71	64	16	72	60	18	31	21	16	▲ 1	▲ 12	10	▲ 2	▲ 8	8
放射線科	146	126	39	107	89	21	139	124	32	138	119	42	39	37	18	7	2	7	8	7	▲ 3
麻酔科	215	171	56	165	145	25	220	169	59	216	166	57	50	26	31	▲ 5	2	▲ 3	▲ 1	5	▲ 1
病理診断科	67	55	18	44	42	3	62	51	15	62	42	24	23	13	15	5	4	3	5	13	▲ 6
臨床検査科	19	16	4	14	14	2	21	15	6	21	20	6	5	2	2	▲ 2	1	▲ 2	▲ 2	▲ 4	▲ 2
救急科	112	85	31	65	48	18	111	93	27	109	85	28	47	37	13	1	▲ 8	4	3	0	3
総合診療科※2	28	26	7				28	25	7	28	23	9	28	26	7	0	1	0	0	3	▲ 2
その他	90	81	26	79	76	21	93	86	20	91	88	18	11	5	5	▲ 3	▲ 5	6	▲ 1	▲ 7	8
合計	4,279	3,892	738	3,309	2,991	511	4,250	3,898	668	4,260	3,840	730	970	901	227	29	▲ 6	70	19	52	8

※ 調査対象は48病院であり、非常勤の扱いも異なるため、単純比較は出来ない

(3) 地域別圏域別の状況

(単位：人)

圏域		R7.4.1 現在			H26.4.1 現在※			R6.4.1 現在			R6.10.1 現在			11年変化			1年変化			半年変化		
		定数等	常勤医師数等	不足	定数等	常勤医師数等	不足	定数等	常勤医師数等	不足	定数等	常勤医師数等	不足	定数等	常勤医師数等	不足	定数等	常勤医師数等	不足	定数等	常勤医師数等	不足
東部	賀茂	51	31	20	37	28	11	49	32	18	49	32	18	14	3	9	2	▲1	2	2	▲1	2
	熱海伊東	129	98	35	42	27	15	131	95	38	133	91	43	87	71	20	▲2	3	▲3	▲4	7	▲8
	駿東田方	771	684	123	529	514	68	769	681	119	766	677	132	242	170	55	2	3	4	5	7	▲9
	富士	221	193	40	146	145	2	215	184	41	214	184	40	75	48	38	6	9	▲1	7	9	0
	小計	1,172	1,006	218	754	714	96	1,164	992	216	1,162	984	233	418	292	122	8	14	2	10	22	▲15
中部	静岡	1,091	946	190	852	731	161	1,086	947	159	1,079	937	166	239	215	29	5	▲1	31	12	9	24
	志太榛原	514	374	164	372	273	106	513	391	155	515	382	161	142	101	58	1	▲17	9	▲1	▲8	3
	小計	1,605	1,320	354	1,224	1,004	267	1,599	1,338	314	1,594	1,319	327	381	316	87	6	▲18	40	11	1	27
西部	中東遠	318	303	19	264	259	12	312	310	11	337	307	36	54	44	7	6	▲7	8	▲19	▲4	▲17
	西部	1,184	1,263	147	1,067	1,014	136	1,175	1,258	127	1,167	1,230	134	117	249	11	9	5	20	17	33	13
	小計	1,502	1,566	166	1,331	1,273	148	1,487	1,568	138	1,504	1,537	170	171	293	18	15	▲2	28	▲2	29	▲4
合計		4,279	3,892	738	3,309	2,991	511	4,250	3,898	668	4,260	3,840	730	970	901	227	29	▲6	70	19	52	8

※調査対象は48病院であり、非常勤の扱いも異なるため、単純比較は出来ない。

# 新たな地域医療構想と保健医療計画の進め方

## 医療法等の一部を改正する法律の概要

### 改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

### 改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

#### 1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
  - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
  - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
  - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとする。医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

#### 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総務法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
  - ・保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請動公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

#### 3. 医療DXの推進【総務法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
  - ・政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
  - ・政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先進的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの匿名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
  - ・また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

#### （その他）

- ・政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べるることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

#### 施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

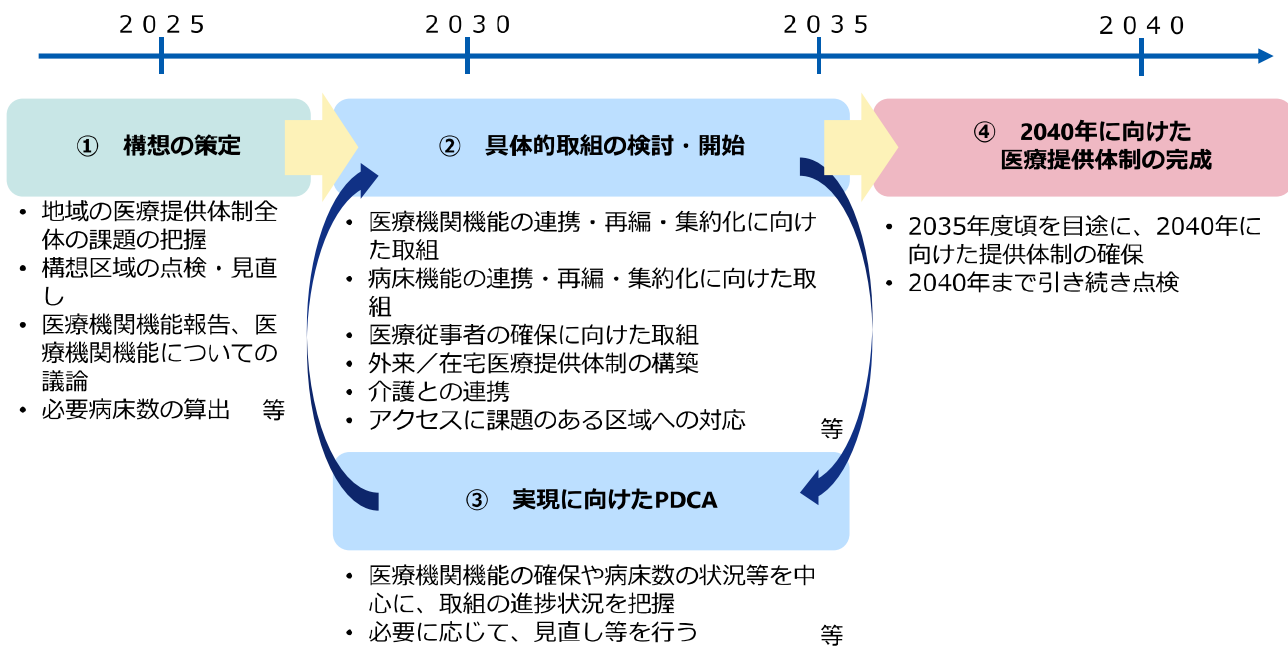
令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

# 現行地域医療構想と新たな地域医療構想

	現行地域医療構想	新たな地域医療構想
構 想 期 間	2015～2025年度（2026年度も継続）	2027年度から順次開始
位 置 づ け	医療計画の記載事項の一つ	<b>医療計画の上位概念</b>
基 本 的 考 え 方	団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療需要を踏まえた病床の機能分化・連携の推進 (2015)125.1万床→(2023目標)119.1万床 (2023実績)119.2万床	高齢者数がピークとなる2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制を実現
方 向 性	主に入院医療を対象とした病床の機能分化・連携の推進	<b>外来医療・在宅医療、介護連携、医療従事者確保等も対象</b> とし、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化
構 想 区 域	二次医療圏を基本（本県は同一）	必要に応じ見直し
病 床 機 能	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度急性期</li> <li>急性期（減少）</li> <li>回復期（急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能）（増加）</li> <li>慢性期（減少）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度急性期</li> <li>急性期</li> <li>包括期（回復期に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加）</li> <li>慢性期</li> </ul>
医 療 機 関 報 告 機 能	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急・地域急性期機能</li> <li>在宅医療等連携機能</li> <li>急性期拠点機能</li> <li>専門等機能</li> </ul>
調 整 会 議	構想区域その他の必要と認める区域ごとに設置	
医 療 介 護 総 合 確 保 基 金	病床の機能分化・連携の支援	病床の機能分化・連携の支援 <b>医療機関機能に着目した取組の支援</b>
精 神 医 療	-	新たな構想に精神医療を位置づけ

令和7年10月3日 第119回社会保障審議会医療部会資料

## 都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）



※ 医療法改正法案において、新たな地域医療構想の取組は令和9年（2027年）4月1日施行とされている。  
 なお、改正法案の附則において、令和10年(2028年)度中までは新構想の取組を猶予する旨の経過措置が設けられている。

## 構想策定の具体的なスケジュール（案）

- 例として、入院医療に係る構想策定のスケジュールとして、今年度以降速やかに検討等を開始できる内容と、来年度以降開始される予定の医療機関機能報告など、順次検討すべき内容がある。

	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年	2030年
区域点検・見直し		区域の点検 構想区域の見直し				
必要病床数		必要病床数の算出 機能分化連携の議論				
医療機関機能の確保		医療機関機能の確保 連携・再編・集約化の議論				
外来・在宅介護との連携等		慢性期需要等の見込みの共有 介護との連携等に係る議論				
医療従事者の確保	これまでの医師偏在対策等の 取組の推進					
		各職種の新たな確保対策も 踏まえた取組				

## 新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

1. 地域での協議について
2. 構想区域に関する協議について
3. 医療機関機能に関する協議について
4. 地域医療構想調整会議のあり方について
5. 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（報告）



1. 地域での協議について



## これまでの主な意見（地域での議論について）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

### 【地域での協議】

- 地方の現場が円滑に検討・推進していくために、多岐にわたる項目の関係性や連携のあり方、議論の視点、ステップなどについて、地域類型を踏まえて整理いただきたい。
- 新たな地域医療構想では医療と介護の連携が非常に重要になってくるので、市町村の関与はさらに進めていただく必要がある。
- 地域における効果的・効率的な医療提供体制の構築は、医療保険者が引き続き関係者としての進捗状況を把握して、患者側の視点といった医療保険加入者の立場に立った意見発信をしていくことが重要であり、ガイドラインにおいて医療保険者の役割を工夫していただきたい。
- 地域医療構想調整会議とその他の会議体の関係について、各地に過重な負担を課さないよう会議体も上手に連携し、整理することが必要。
- 調整会議について、議長、保健所長、首長等が議論に参加する中、うまくデータを活用して丁寧な議論ができることが重要。
- 地域医療構想の策定プロセスにおいては医療の受益者である患者の視点を常に意識していただくことが重要。推進のプロセスにおいても、その課題を地域住民と共有し、理解を得た上で建設的に意見を交換できるような仕組みが必要。
- 地域の中で合意形成を図っていく際に、医療・介護の多様なステークホルダーで議論を行うということは重要であるが、地域医療構想の改革の必要性について、地域住民に分かりやすく伝え、理解してもらうことも重要。

3

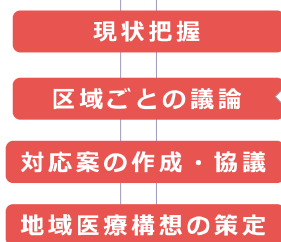
## 地域における協議の進め方について

- 改正医療法において、地域医療構想の策定は2028年度末までに行うこととされている。新たな地域医療構想においては、入院医療に加え、外来・在宅医療等についても対象とする中、都道府県が効果的に協議を運用するため、協議の内容、協議の場、スケジュールについてガイドラインにおいて整理が必要。
- 協議の内容について、検討開始直後はまず現状の把握をし、地域ごとの課題を共有するフェーズ、より詳細なデータの分析などを踏まえながら区域の設定や医療機関機能の確保といった議論を進めるフェーズ、いくつかの対応案の作成及び協議を行うフェーズ、地域医療構想として策定し取組を推進するフェーズ等、多段階で行うことが想定される。

### 協議の進め方にあたり整理が必要な事項

#### ① 協議する事項 ②地域医療構想調整会議のあり方 ③スケジュール

##### 協議する事項



2028年度中

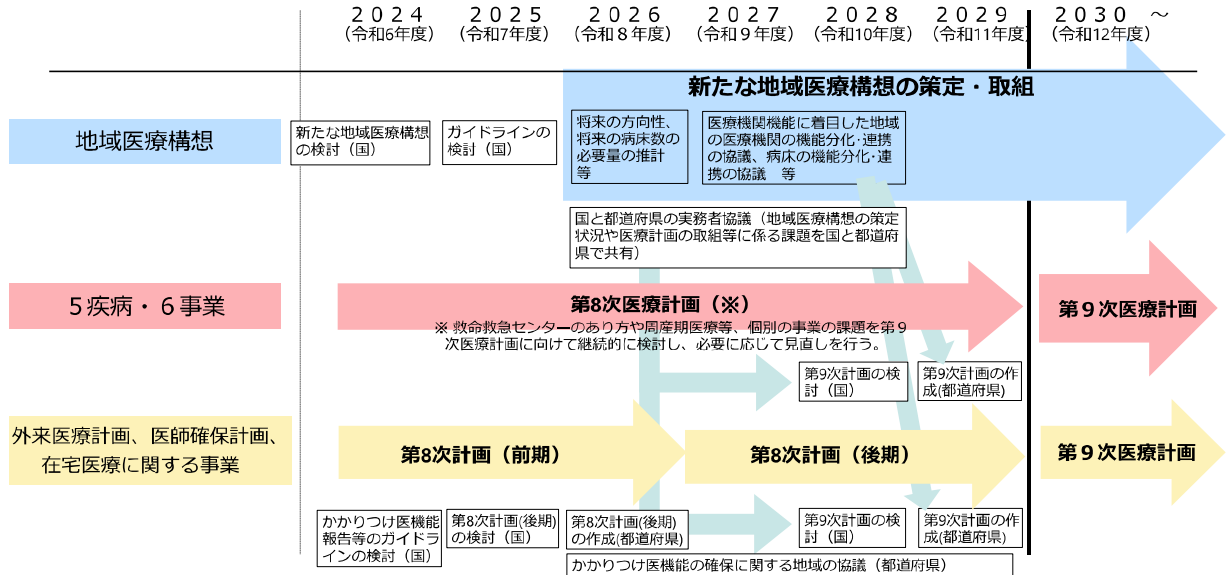
##### データの 確認・分析

- 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の基本的なデータを用いて、現状や今後の課題を共有する。
- 区域の見直しや医療機関機能の確保その他の地域で特有の課題について、詳細なデータの分析などを行いながら協議、検討を行う。
- 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さまざまな要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。
- 地域医療構想を策定し、取組を本格的に進める。

4

## 新たな地域医療構想と医療計画の進め方

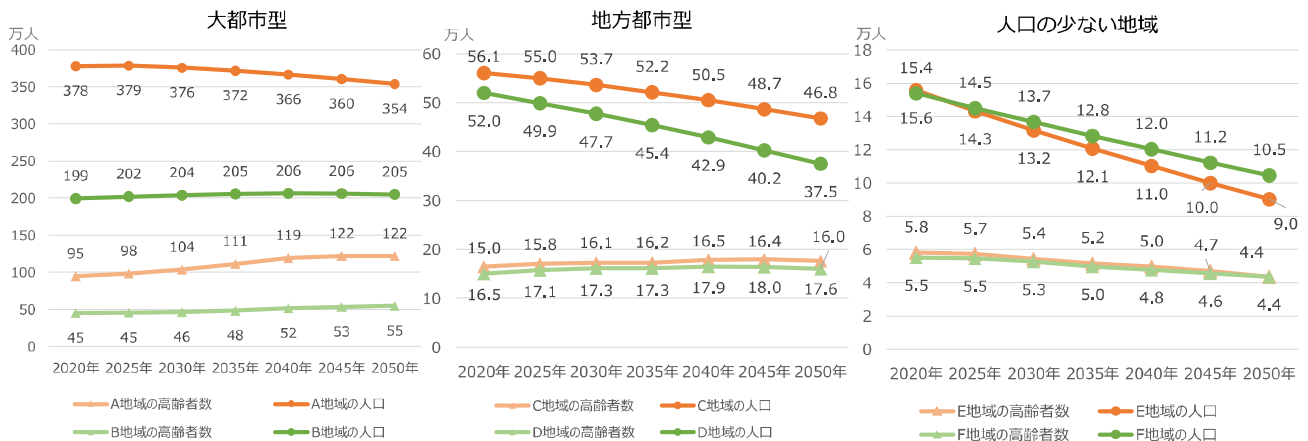
- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直し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



5

## 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)

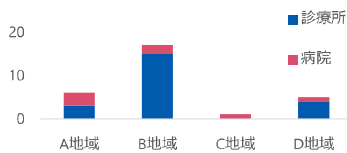
6

## 現状の把握について（医療資源の把握）

- 人口推計の他、救急医療や在宅医療等を提供する医療機関の数、医師数や医療従事者の数は今後の提供体制の検討の前提として把握が必要。

### 医療機関の数

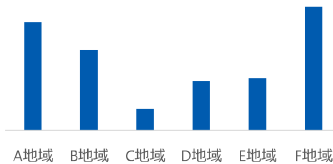
在宅医療提供医療機関数(イメージ)



- 救急受入件数や在宅医療の提供状況等の医療機関の診療の提供実態は病床機能報告やKDB等を活用して把握可能。こうしたデータを活用して、地域ごとの医療の提供状況を把握する必要がある。
- また、診療科別の外来医療の提供状況や見込み、慢性期の医療の検討に当たっては、訪問看護や、訪問介護等の介護系サービスの提供状況等についても、把握することが望ましい。

### 医療従事者の数

構想区域ごとの医師数(イメージ)



- 医療機関機能の確保にあたっては、医師数だけでなく、看護師や病棟薬剤師、その他のスタッフの確保の実態も把握することが望ましい。
- 医師については、地対協等の医師の確保に関する議論や、看護師について都道府県ナースセンター等の関係組織とも連携・協力を得ながら実態や課題の把握に努める必要がある。

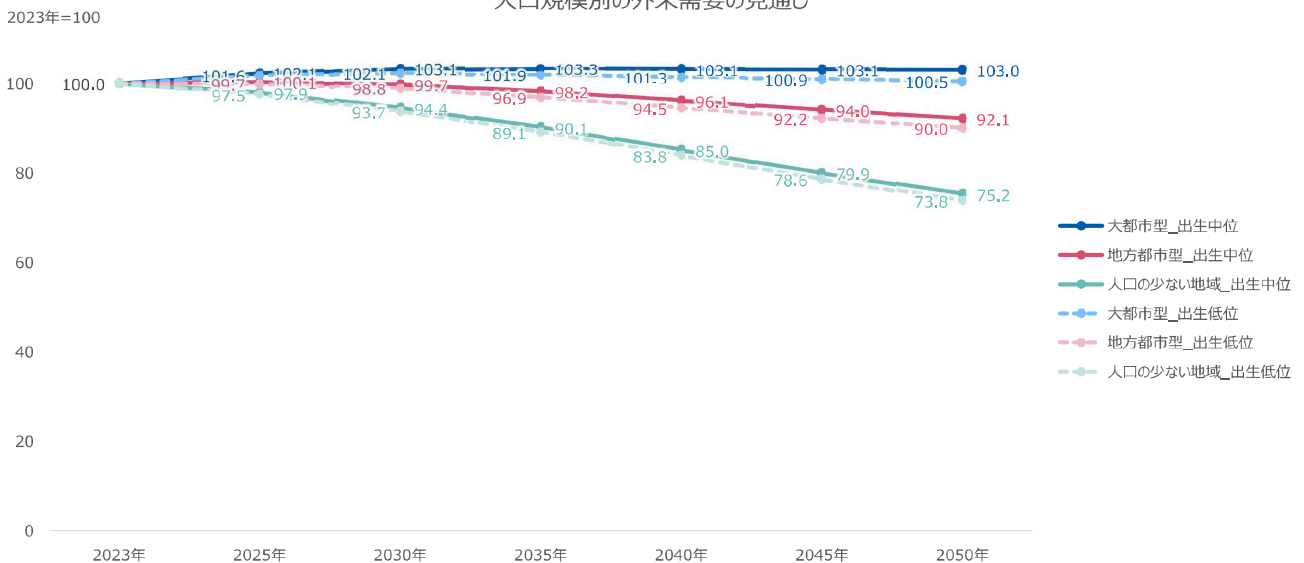
7

令和8年1月16日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

## 外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少することが見込まれる。

人口規模別の外来需要の見通し



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」、「日本の将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

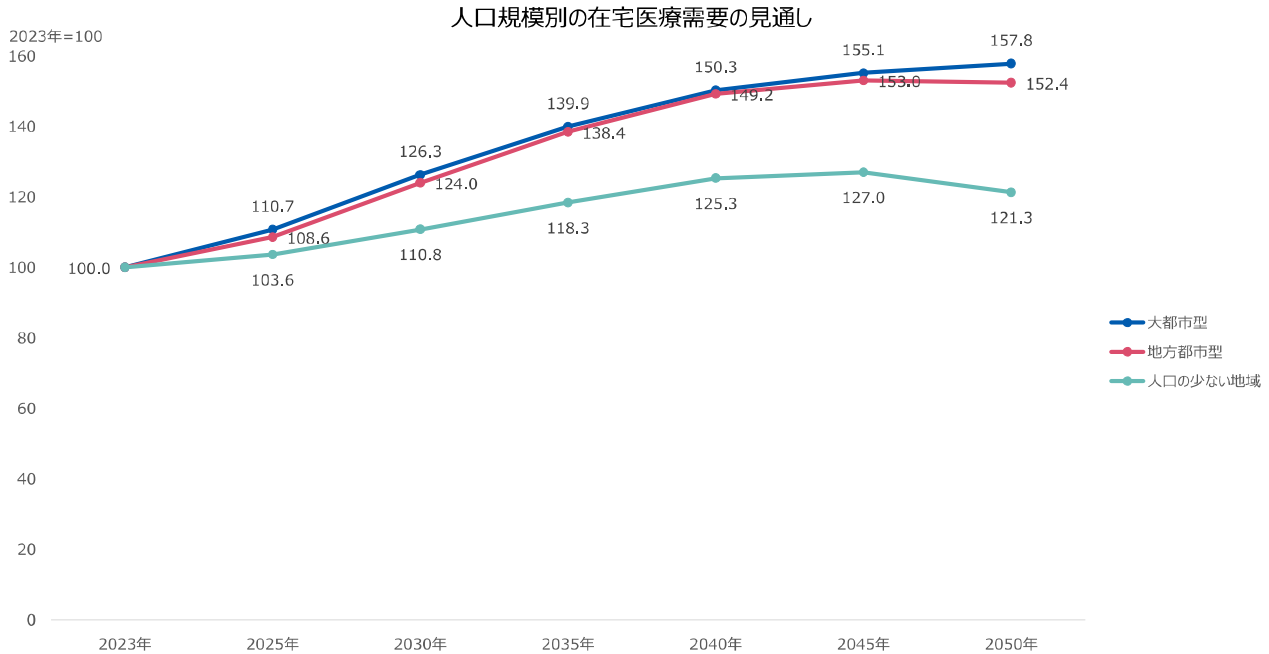
※外来需要は病院患者に限る。

※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

8

## 在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。



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

9

## 地域の課題の特定

- 人口が少ない地域においては医療需要が減る中で、病床が相対的に多く、医師に限らず従事者の確保が困難となっている。都市部においては急性期を担う医療機関が多く、過当競争となっているといった、人口規模に応じたおおむね共通する課題だけではなく、すべての地域に当てはまるわけではない、地域特有の課題もあり、そうした課題も踏まえて区域ごとに解決すべき中心的な課題を把握する必要がある。

### 課題の例

#### <急性期入院医療>

- 人口が20万人程度だが、同程度の急性期を担う医療機関が3つ以上近接しており、それぞれの病院の稼働率は低下する中、医師の確保も困難になっている。
- 中規模の都市で、地域での協議が十分になされないまま大学病院が二次救急を拡大し、近隣医療機関の経営状況が急速に変化している。
- 都市部だが、医療機関数が多く、労働量の相対的に少ない分野に人が集まり、結果として一部の医師が過重な働き方となっている。

#### <その他>

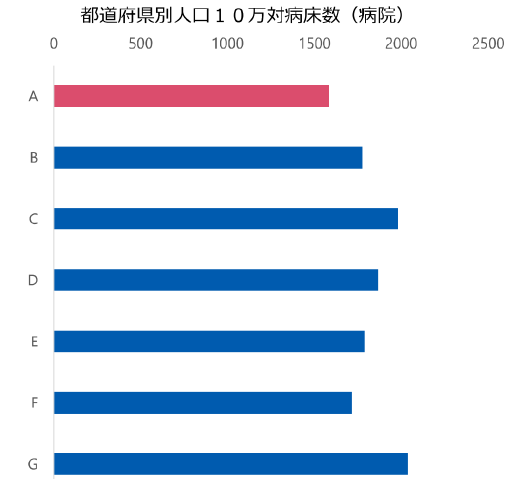
- 急性期を担う医療機関の役割分担はなされているが、在宅医療等の慢性期の医療需要の確保に課題がある。
- 在宅医療を担う医療機関は一定存在しているが、訪問看護や訪問介護等の人材確保が困難になっている。
- 医療従事者の確保が困難となる中で、外来医療の確保に関する協議が十分になされないまま、患者の外来医療へのアクセスが課題となっている。

10

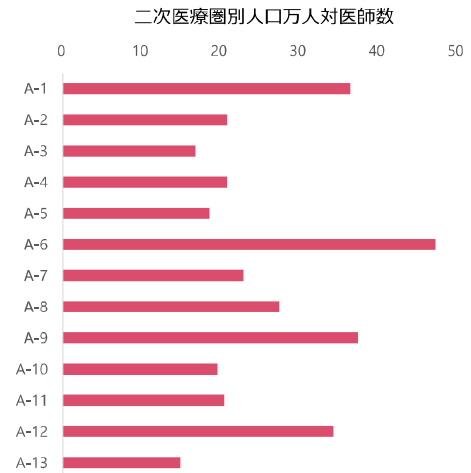
## 県ごとの課題の把握

- 他の都道府県との比較において課題がある場合や県内の地域ごとに偏在が大きいなど、構想区域ごとの協議や取組だけでは解決しない課題がある。そうした課題について把握し、大学と県との連携や他県との連携体制の構築等を通じて課題解決を図る必要がある。

ある地域における医療資源の状況について



都道府県全体でみた場合に、病床数が相対的に少ない



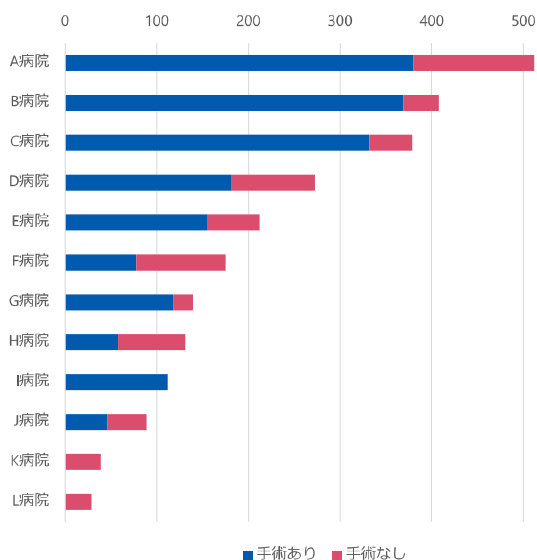
都道府県内の二次医療圏毎の医師数に大きなばらつきがみられる

資料出所：令和6年病院報告、令和6年医師・歯科医師・薬剤師統計

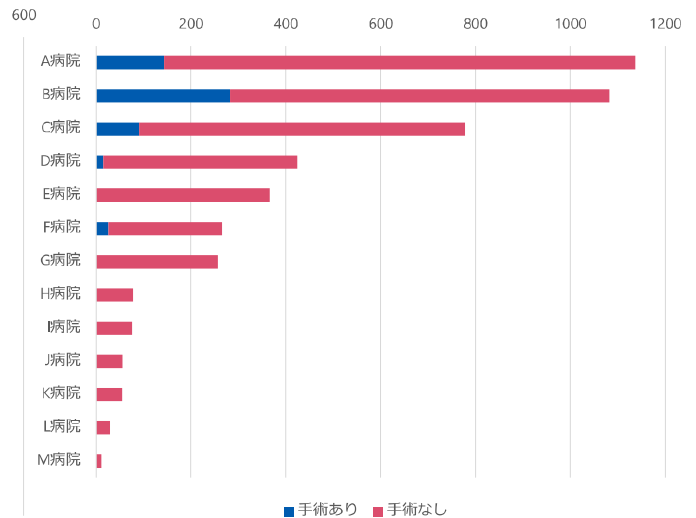
## 診療領域ごとの医療機関ごとの診療実態

- 基本的な情報を把握し、検討や協議を進める中で、一定以上規模の人口がある地域で手術等の診療の集約を検討する場合や、高齢者救急等の役割分担を検討する場合等において、病院ごと、診療科ごと等のより詳細な実態を踏まえて協議をすることも考えられる。

人口50万人規模のA地域の整形外科の年間診療実績(件)



人口40万人規模のB地域の呼吸器系疾患の年間診療実績(件)



■手術あり ■手術なし

資料出所：厚生労働省 令和5年度「退院患者調査」より作成

## 地域医療構想における活用データの例

- 地域では、例えば以下のようなデータを踏まえながら、議論が進められている。

<活用データ（例）>

医療圏	データ	データ出所	公開有無
例①	A 地域別将来推計人口	AJAPA（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP） 地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）	有 有
	B 傷病別患者数推計（入院・外来）	AJAPA（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP）	有
	C 診療行為別年齢調整標準化レセプト比（SCR）	経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト（内閣府） 医療計画作成支援データブック（厚労省地域医療計画課）	有 有 （都道府県のみ）
	D 要介護度別認定者数推計 介護サービス別種類別受給者数推計	Newcarest（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP） 地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）	有 有
例②	A~Dに加えて以下のデータ		
	E 医師数、看護師数 医療機関医師・看護師性年齢別分布	医師・歯科医師・薬剤師調査、看護職員業務従事者届（厚生労働省） 福岡県有床医療施設従事者調査報告書（福岡県医師会医療福祉研究所）	有 有
	F 医療圏別入院自己完結率	医療計画作成支援データブック（厚労省地域医療計画課）	有 （都道府県のみ）
	G 医療圏別平均搬送時間	消防庁データ等	無
例③	A~Hに加えて以下のデータ		
	I 以下の傷病別・施設別データ 入院者数、救急車搬送入院者数、手術入院者数、がん入院者数、がん手術者数	DPC公開データ（厚生労働省）	有
	J 以下の施設別データ 病床稼働率、平均在院日数、常勤医師割合、救急医療状況、入院経路状況	病床機能報告（厚生労働省）	有

資料出所：医療政策研修会資料、「地域医療構想のデータをどう活用するか」医学書院（松田晋哉）、新たな地域医療構想等に関する検討会有識者ヒアリング松田構成員資料、より地域医療計画課にて作成

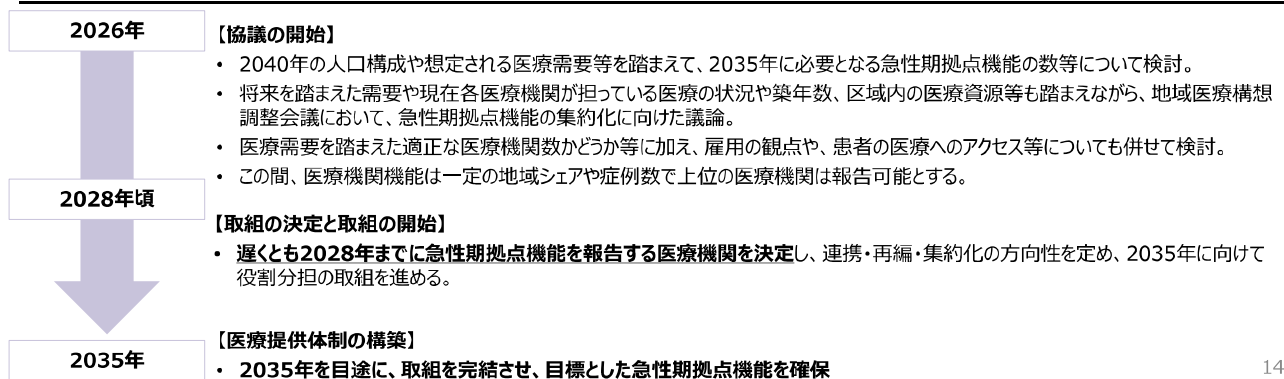
13

令和7年12月12日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

## 急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20-30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



14

## 地域医療構想調整会議の進め方について（案）

### 改定後の医療法

#### 第三十条の三の三

- 1 1 厚生労働大臣は、都道府県の圏域を超えた広域的な見地から情報の収集、整理及び分析（略）を行い、都道府県に対し、地域の実情に応じた地域医療構想の達成の推進に関する技術的事項について、当該収集等の結果の提供その他の必要な援助を行うものとする。
- 1 2 厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法その他地域医療構想の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。

### 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

#### （6）国・都道府県・市町村の役割

- ① 国
  - 新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大すること等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることが適当である。
  - 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

## 論点

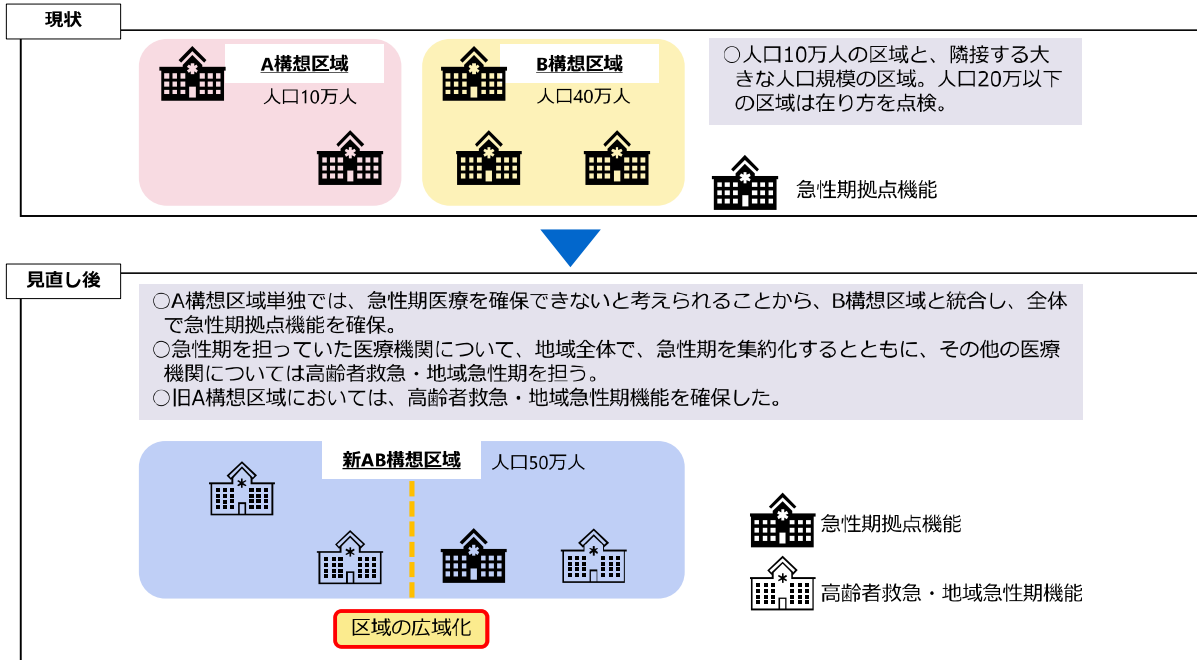
- 地域医療構想の策定については、広く関係者で現状や課題の認識を共有することが重要である。このため、策定に向けて、2026年度～2027年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、医療機関機能の確保その他の2040年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行うこととしてはどうか。課題の設定にあたっては、区域ごとの議論に資するよう、検討すべき課題の例をガイドラインにおいて示すこととしてはどうか。
- 課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行うこととしてはどうか。
- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについては、ガイドラインで整理することとしてはどうか。また、診療領域ごとの病院ごとの入院患者数のデータ等の詳細なデータについて、国からの提供や都道府県が公開データから加工できるような体制作りに向けた支援を行うこととしてはどうか。今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告を求めることとしてはどうか。

15

## 2. 構想区域に関する協議について

## 人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

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

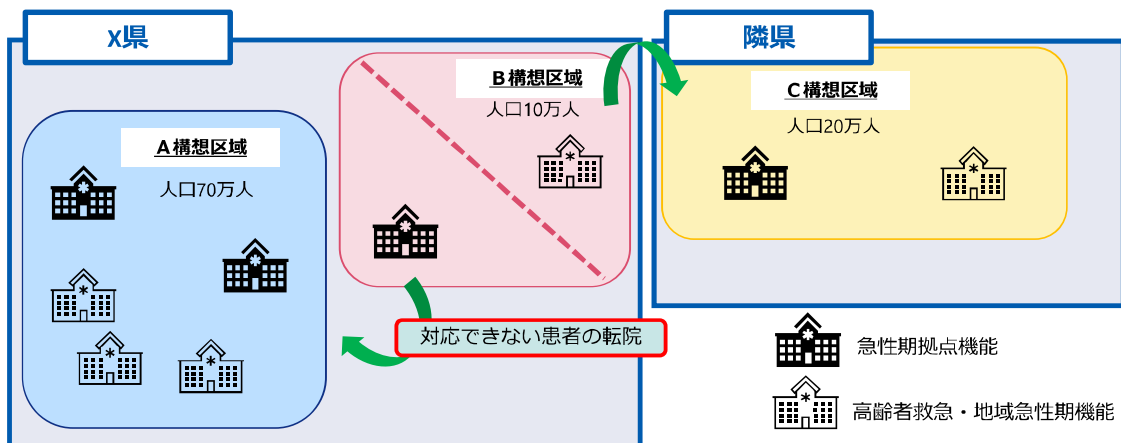


17

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

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

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



18



## 区域について（案）

### 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

#### （7）構想区域のあり方

- 現在でも、人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術の実施がない二次医療圏も一定数存在する。人口 20 万人未満の構想区域においては、2040 年には、生産年齢人口が 3 割程度減少、高齢人口が 1 割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難となる可能性がある。
- 新たな地域医療構想における構想区域については、人口規模、医療需要の変化、医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から、医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域の見直しを検討することが求められる。

### 令和 7 年 10 月 31 日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料論点（抜粋）

- ・ 大都市においても大きな圏域として運用することが実効的な場合もあるとの指摘も踏まえ、区域の設定にあたっては、急性期拠点機能の確保等の提供体制の協議として適切な範囲か、必要病床数の運用として適切な範囲かといった観点を踏まえて、都道府県が地域の協議を通じて、適切な規模となるよう点検し、見直すこととしてはどうか。
- ・ また、異なる都道府県間で隣接する区域であって、相当の流出や流入が存在する場合、医療機関機能の確保やアクセスの確保等、都道府県間で協議することが望ましいことについてガイドラインにおいて位置づけることとしてはどうか。
- ・ 区域の設定にあたって、地理的な線引きをする際、区域の境界部に医療機関が存在し、患者が隣接区域から流入している場合や当該区域には病床が少ないものの隣接する区域に医療機関が存在する場合等が想定される。こうした場合に、必要病床数や基準病床数の観点では、当該区域においては増床が可能であっても、隣接する区域や当該都道府県全体等では、病床数が既に十分に存在する場合も考えられる。このため、増床にあたっての地域での取扱いについて、例えば、広域な区域のうちの特定の地域で病床が既に十分に存在するような場合等においては、当該区域内で増床が望ましい地域を整理することや隣接する区域の病床の状況も合わせて増床を検討する等の運用方法を、地域医療構想調整会議等で議論することとして位置づけてはどうか。
- ・ 二次医療圏や 5 疾病 6 事業において設定されている各領域ごとの圏域については、個別の領域ごとに適切な範囲で設定されているが、がんや循環器、周産期において麻酔科医や周術期の看護師のように共通して確保が必要な医療資源を将来にわたって確保する観点も踏まえて、第 9 次医療計画において検討することとしてはどうか。

## 論点

- ・ 地域医療構想の策定に向け、協議の基本となる構想区域の設定が必要であり、医療需要の見直しなどのデータを踏まえて急性期拠点機能の確保が困難な場合や、大都市等において、地域での協議がより実効的になることが考えられる場合には、区域の見直しを検討することとしている。特に、人口の少ない 2 つの地域で、都道府県を越えた隣接する区域間で実質的に流入がある場合等については、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で 1 つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することが現実的であるといった地域も存在する。このため、こうした場合の連携については、都道府県間での区域の統合はしないが、実質的には調整会議を一体として運用し、両県で連携して取組を推進する等、実質的な取組が進むよう、区域の連携のあり方について、ガイドラインに位置づけてはどうか。

21

## 3. 医療機関機能に関する協議について

## 急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

- 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。

概要		考え方等
災害拠点病院 (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核的な役割を担う病院を確保	・地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・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け入れ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け入れ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	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
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、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域の医療機関への人的協力	地域の医療機関への診療体制確保のための協力を実施。	大学病院本院は、急性期拠点への人的協力を行うとともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。

※個々の役割については、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも担うことが想定される。

23

## 医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

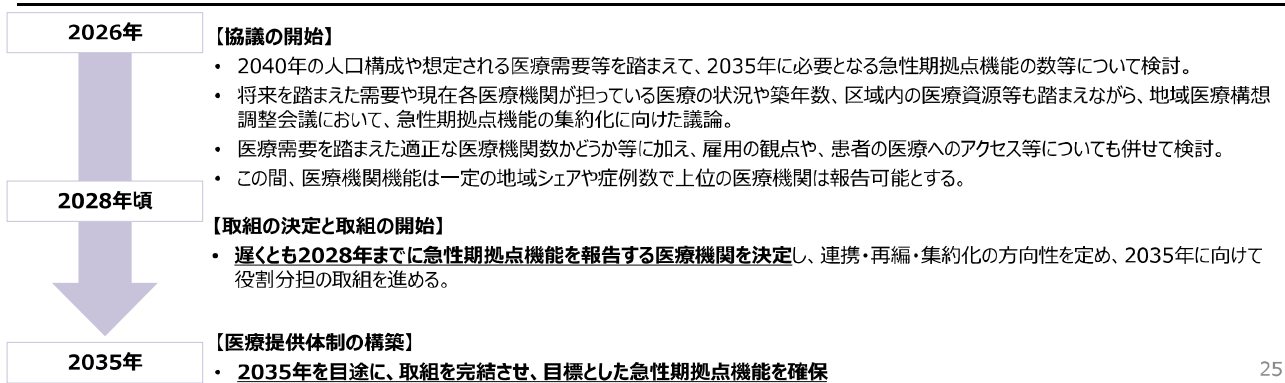
- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	(急性期の総合的な診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療の提供</li> <li>手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供</li> </ul> (急性期の提供等にあたっての体制について) <ul style="list-style-type: none"> <li>総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率</li> <li>急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設</li> </ul>	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>救急車受け入れ件数</li> <li>各診療領域の全身麻酔手術件数</li> <li>医療機関の医師数</li> <li>急性期を担う病床数・稼働率</li> <li>医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）</li> <li>その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）</li> </ul> 等
高齢者救急・地域急性期機能	(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者に多い疾患の受入</li> <li>入院早期からのリハビリテーションの提供</li> <li>時間外緊急手術等を要さないような救急への対応</li> <li>高齢者施設等との平時からの協力体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急車受け入れ台数</li> <li>医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>包括期の病床数</li> <li>地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況</li> <li>医療機関の築年数</li> <li>高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等
在宅医療等連携機能	(在宅医療・訪問看護の提供) <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供</li> <li>訪問看護STを有する等による訪問看護の提供</li> </ul> (地域との連携機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の訪問看護ステーション等の支援</li> <li>高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所・病院の届出状況</li> <li>地域における訪問診療や訪問看護の提供状況</li> <li>医療機関の築年数</li> <li>高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況</li> <li>有床診療所の病床数・診療科</li> </ul> 等

## 急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20-30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

### 急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



25

## 5 疾病 6 事業とその他の医療との関係について

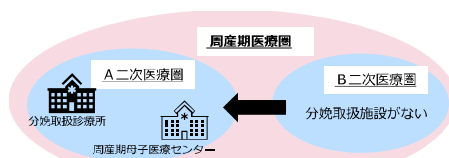
- これまで5疾病6事業について、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。
- 他方、領域をまたぎ共通する医療資源（手術を担う医師や麻酔科医等）を有効に活用する観点から、5疾病6事業の医療提供体制の確保に当たっても、当該領域以外も含めた地域の医療提供体制全体を踏まえた検討が必要。

※ 5 疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患

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

### 例）周産期医療 2 6 3 区域（令和6年4月時点）

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



2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ（令和7年8月1日がん診療提供体制のあり方に関する検討会）（抜粋）

### 4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

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

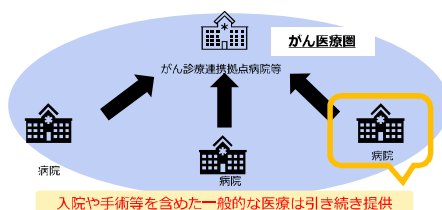
都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。

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

26

### 例）がん医療 3 3 6 区域（令和6年8月時点）

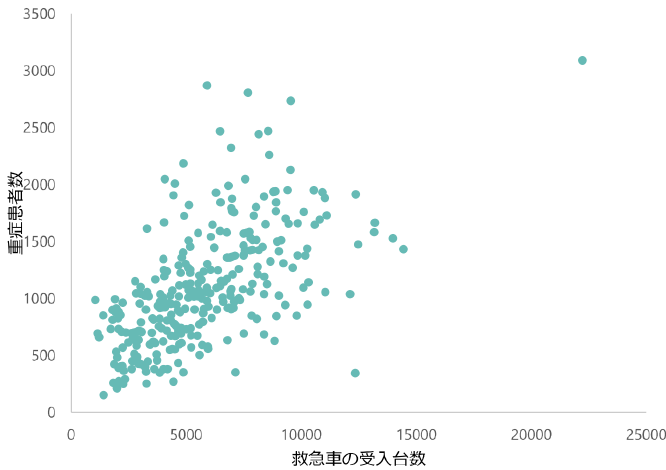
- がん医療については、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的にがん医療を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。



## 救急医療やがん医療を担う医療機関と急性期拠点機能について

- 救命救急センターやがん医療圏単位での整備が求められるがん拠点病院を担う医療機関は急性期拠点機能を担うことが想定される。救命救急センターについては、救急車の受入台数が多くない医療機関や、救急車の受入台数は多いが、重症の患者以外を主に多く受け入れる医療機関等、救命救急センターの診療実態も様々である。
- また、救命救急センターではあるが、がん拠点病院ではない、またその逆といった医療機関が存在し、地域の実態に応じて、どちらかの類型にあてはまる場合に、必ずしも急性期拠点機能として役割を果たす医療機関であるとは限らず、当該機能を有する医療機関については、地域での協議により検討される必要がある。

救命救急センターの救急車の受入台数と重症患者数の関係



	がん拠点病院 <small>(※)</small> おおむねがん医療圏ごとに1つ整備	それ以外
救命救急センター	<b>234病院</b> ・がん医療に加え、脳血管疾患や整形外科疾患等の救急医療を提供	<b>78病院</b> ・がんの集学的な医療は必ずしも提供していないが、救急医療を提供
それ以外	<b>157病院</b> ・救急医療は必ずしも提供していないが、がんに係る集学的医療を提供	

(※) 都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院

資料出所：令和6年度病床機能報告、救命救急センターの評価結果（令和6年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

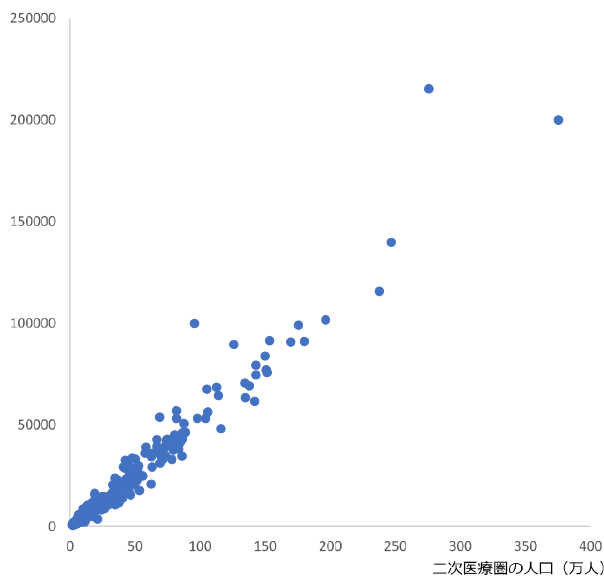
27

令和7年8月8日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

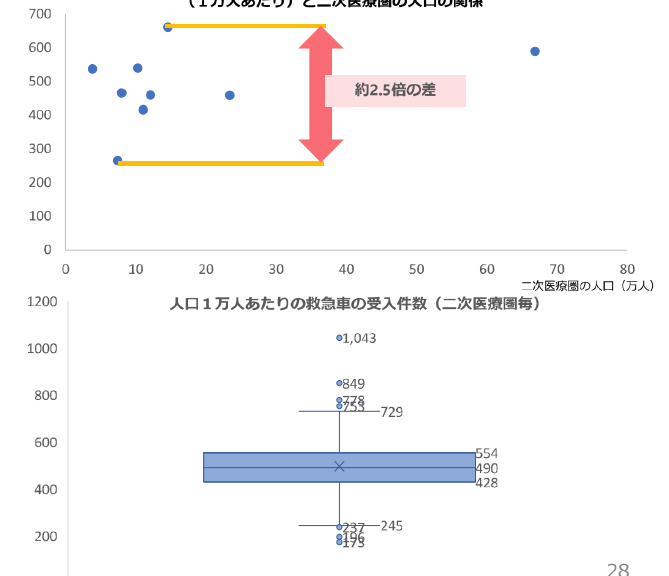
## 医療機関の実績を基準とした場合の留意点①（救急車の受入件数）

- 救急車の受入件数は、人口に比例する傾向にある。他方、人口あたりの件数は、同一県内の同人口規模であっても、様々な要因により、区域によってばらつきが見られる。
- 仮に、急性期拠点機能について、救急車の受入件数をその基準とする場合、必ずしも必要のない救急要請がなされる可能性や、高齢者救急の患者を包括期で受け入れるなどの機能分化の妨げになることが懸念される。

二次医療圏人口規模別の救急車の受入件数



A県における各二次医療圏の救急車受入件数（1万人あたり）と二次医療圏の人口の関係



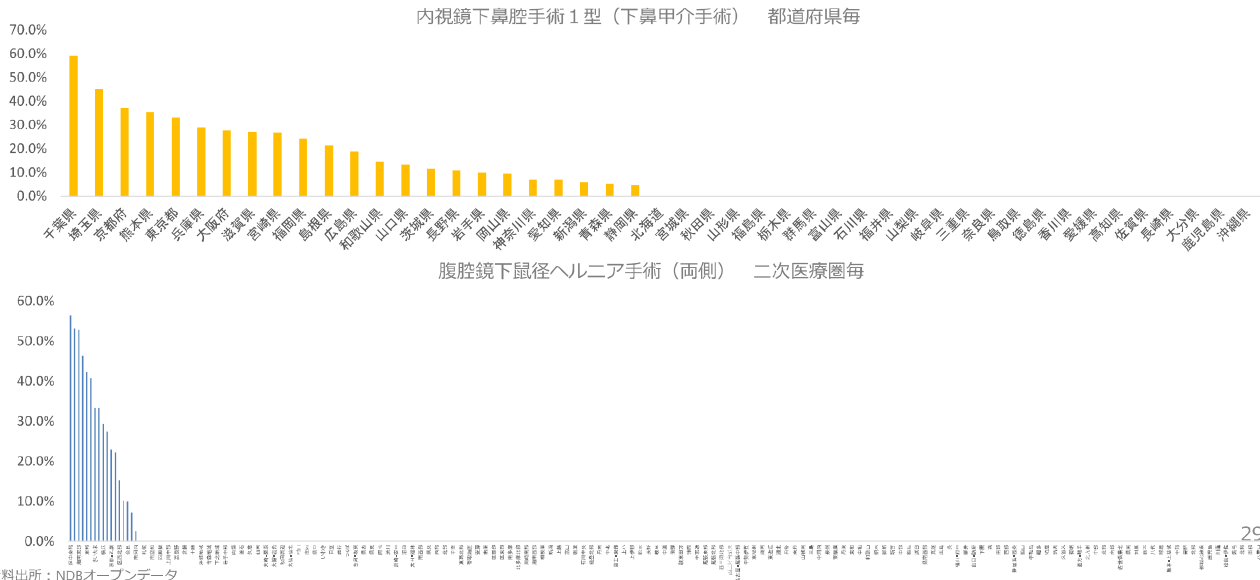
資料出所：令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

28

## 医療機関の実績を基準とした場合の留意点②（手術件数）

- 入院で行われている全身麻酔手術について、内視鏡下鼻腔手術1型（下鼻甲介手術）や腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）のように、医療技術の進歩とともに、一部の区域では外来での実施が増加している。
- 全身麻酔手術の件数等を急性期拠点機能の基準とする場合、外来で局所麻酔により実施可能な症例について、こうした医療機関の取組等の妨げになることが懸念される。

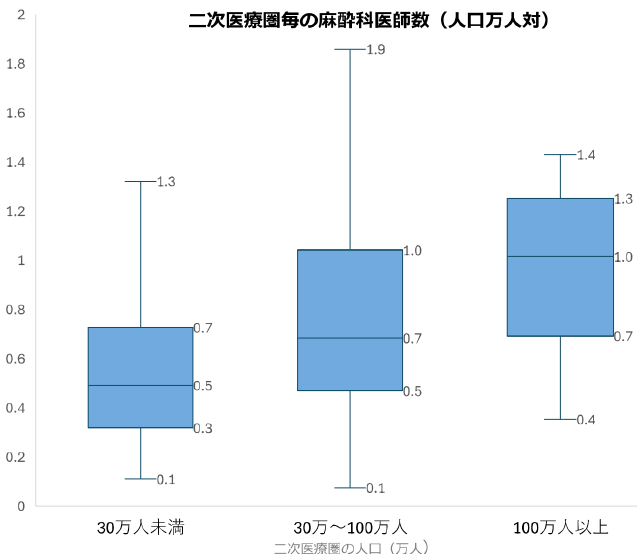
手術について外来で実施されている割合



## 麻酔科医の確保について

- 全身麻酔手術等の実施に必要な麻酔科医については、人口あたり医師数で比較しても、人口が多い地域に、より多く集まる傾向にある。また、日本麻酔科学会からは、小規模な外科診療の縮小や急性期病院の集約化を進めることについて指摘されている。
- 都市部においては、急性期拠点機能を担う医療機関以外の医療機関であっても、増加する高齢者の骨折をはじめとした手術を実施する必要があり、一定の集約の議論は進めつつも、急性期拠点機能以外の病院も含めた手術の実施体制の確保が必要であるなど、人材確保の観点も踏まえながら地域ごとの事情に応じた連携・再編・集約化の議論が必要である。

二次医療圏毎の麻酔科医師数（人口万人対）



公益社団法人日本麻酔科学会要望書（抜粋）

この度、急激な少子高齢化ならびに人口減に伴ういわゆる2040年問題に関して、我々麻酔科医が主に勤務する急性期病院のさらなる集約化の推進について要望させていただきます。

（略）一方、麻酔科医の増加に伴い、その周辺領域、例えば救急医療、集中治療、ペインクリニック、緩和医療、無痛分娩対応、そして病院管理業務など、本来の周術期麻酔科診療以外での活躍の場が広がってきています。また、麻酔科は他診療科と比べ多様なライフスタイルへの対応を迫られることが多く、一部の麻酔科医に当直や夜間/休日緊急手術対応など負荷がかかっております。

2024年度から、医療現場でも働き方改革が法的に導入され、多職種医療者へのタスク・シフト/シェアが推進されています。国民の周術期医療の安全性を担保しながら、麻酔科医の労働環境を改善することも重要な課題となっています。一方、本邦の超少子高齢化は深刻で、コロナ禍によりこの傾向が助長されることが危惧されます。総務省の報告では、2040年に日本の人口はピーク時より2000万人以上が減少し、高齢化率は35%以上、そして日本の50%の居住地域で人口が40%以上減少することが示されています。**ヒューマンリソースが相対的に減少する中、増加する医療ニーズに対応するために本邦の特徴でもある小規模の外科診療を縮小し、いわゆる急性期病院の集約化・再編を進めることが喫緊の課題であると感じております。急性期病院の集約化は麻酔科医師のマンパワーを効率的に最大限に活用するためにも極めて重要であると考えます。一方で集約化に伴い、起こりうる地域における医療アクセスも課題であり集約化と均てん化はバランスを持って進めることも重要と考えます。**

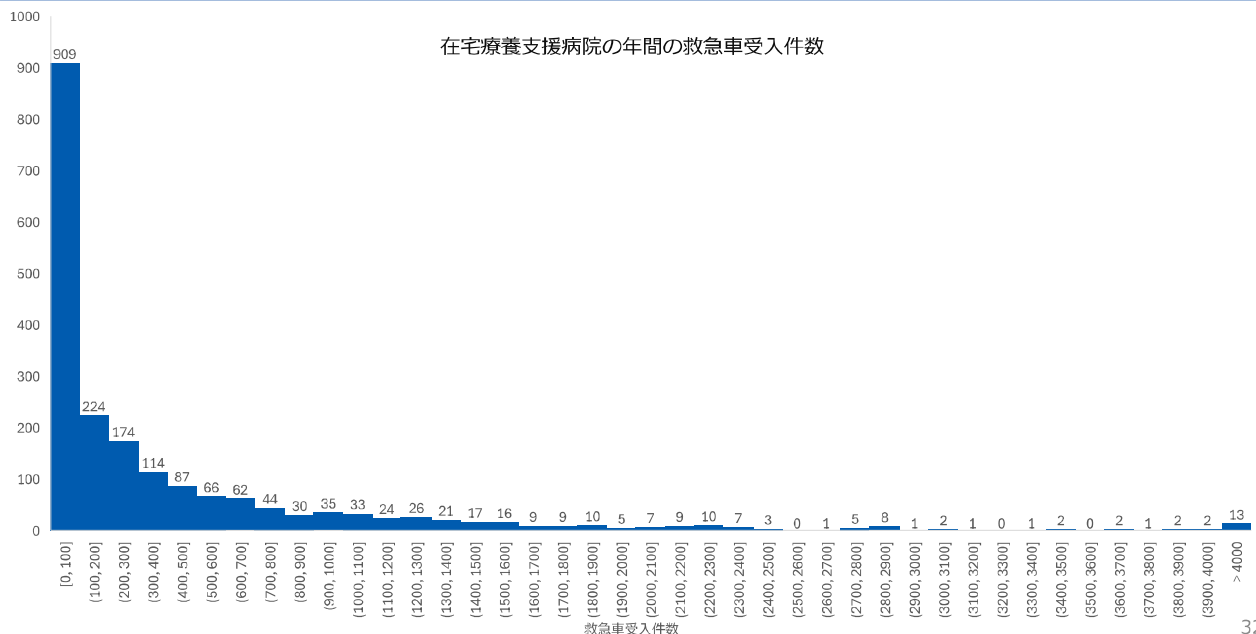
## 急性期拠点機能の確保に係る考え方の整理（案）

- 急性期拠点機能については、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものであり、どの医療機関が当該機能を担うかの協議にあたっては、救急搬送や全身麻酔手術等の医療資源を要する医療等の診療実績（件数や地域内のシェア）が基本となる。
- 他方、単純に救急車の受入台数等で決定することは、複数の医療機関の中から急性期拠点機能を担う医療機関を検討する場合に、救急車の搬送件数が増加される懸念や新興感染症への対応等の政策医療を行わない医療機関が当該機能を担うことによる地域の医療提供体制への懸念がある。
- また、診療実績だけに着目すると急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合もある。2040年やその先を見据えると、急性期に係る診療実績は相対的に低くなるが、建物の建替が当面必要ないその他の医療機関が当該機能を担うことや、医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合にその他の医療機関が担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含めて総合的に、地域で協議することとしてはどうか。

31

## 複数の医療機関機能を担う医療機関について

- 在宅療養支援病院として在宅医療に一定の役割を担っている医療機関について、年間の救急車受入件数は多くが100台未満である一方、年間4000台を超えるような医療機関もある。1つの医療機関が複数の医療機関機能を担う場合も想定される。

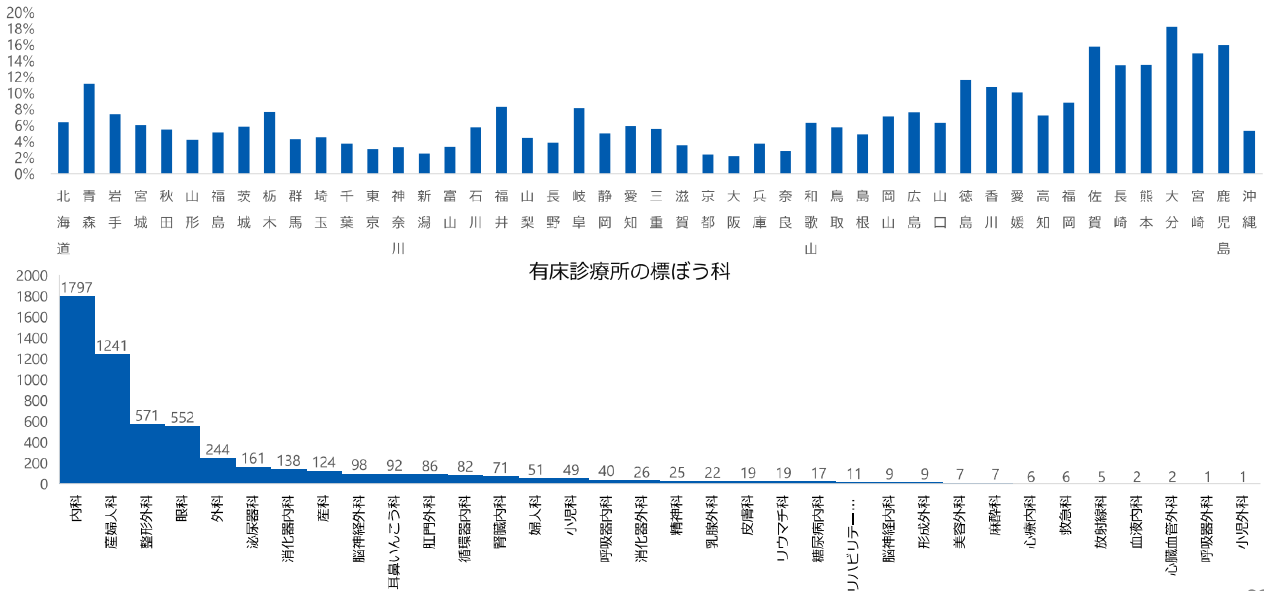


32

## 有床診療所が担っている医療

- 有床診療所について、全病床数のうち一定の割合を占めており、地域の医療資源に応じて、入院医療において一定の役割を果たしている。また、標ぼう科について見ると、内科に加え、産婦人科や整形外科など、様々な診療科において役割を担っている。

全病床（一般及び療養病床）に占める有床診療所の病床数の割合



資料出所：令和5年医療施設調査 標ぼう科について、複数を経営している有床診療所については、主たる一科を集計

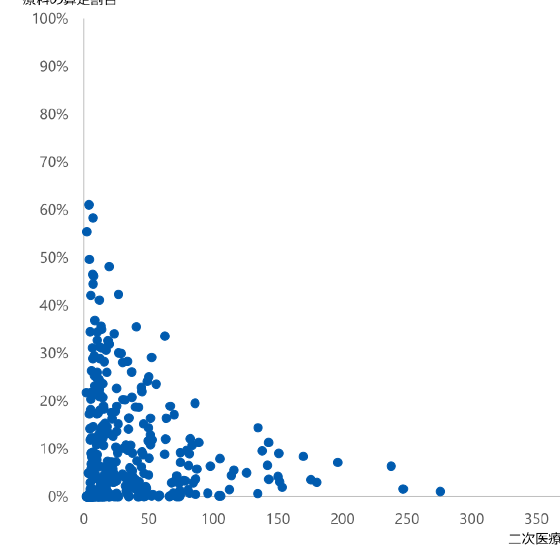
33

## 有床診療所による在宅医療の提供について

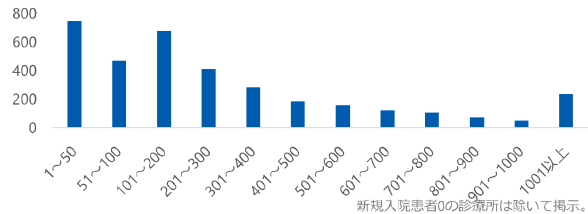
- 有床診療所は、特に人口の少ない地域を中心に、在宅医療に重要な役割を果たしている。また、在宅で療養する患者の緊急時の受入れ状況について、在宅患者緊急入院診療加算の算定状況が年間10件を超える診療所も存在しており、一定の在宅患者のバックベッド機能も果たしている医療機関も存在する。

有床診療所における年間の新規入院患者数

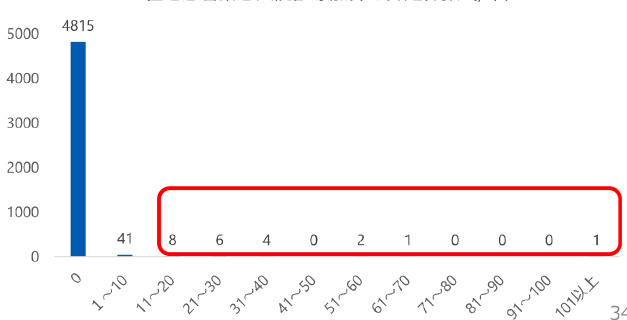
有床診療所の訪問診療料の算定割合



診療所数



在宅患者緊急入院診療加算の算定件数（/年）



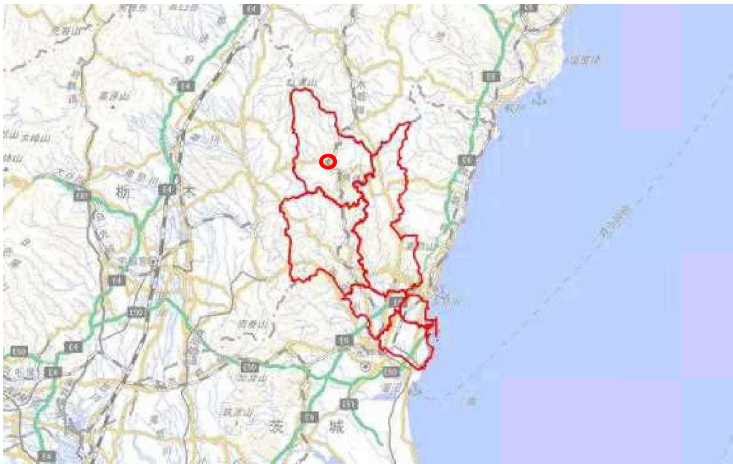
資料出所：2023年10月DPCデータ、総務省住民基本台帳（2024年1月）、令和6年病床機能報告より地域医療計画課において作成

34

## 有床診療所が担っている医療②

- 広域化する場合であっても、区域内での患者の医療へのアクセスの確保も必要。
- 圏域や中心部から離れた人口の少ないエリアでは、有床診療所が地域の医療需要を踏まえて柔軟に医療を提供している例がある。

茨城県 常陸太田・ひたちなか医療圏（人口約35万人）



出典：https://jmap.jp/cities/detail/medical\_area/1313

### 医療法人社団芳尚会吉成医院



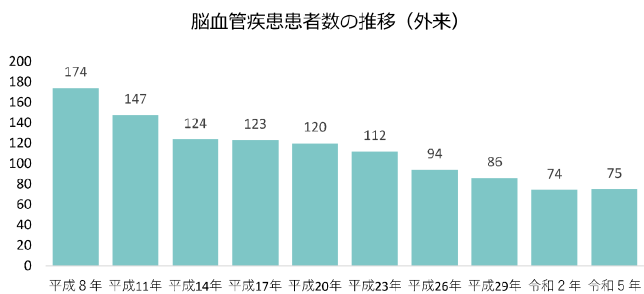
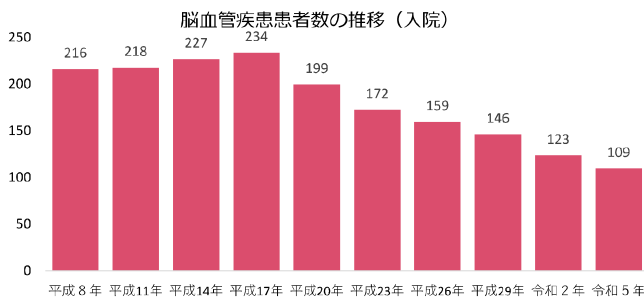
- 19床で職員59人（非常勤含む）の在宅療養支援診療所
- “無床診療所だった時期がありました。再び有床診療所とする決断をしたのは、吉成さんの表現で言えば、「**地域密着型医療の包括期機能**」を担う病棟を目指そうと考えたからです。”
- “高齢者の4大疾患の「**脳卒中**」「**心不全**」「**肺炎**」「**腸閉塞**」は**いずれも特殊設備を要することなく地域で対応を完結できる疾患ですから、有床診療所を増やすなりするほうが、結局は効率がいいのです”**

出典：2025年3月 厚生労働

35

## 脳外科の専門病院

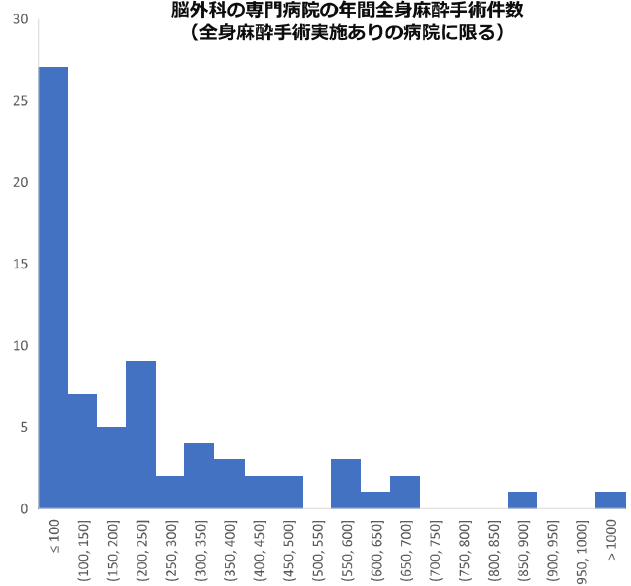
- 脳血管疾患の患者数は年々減少してきている中、全身麻酔を実施している脳外科の専門病院<sup>(※)</sup>は一定程度あるが当該病院における全身麻酔手術実施件数は年100件未満の病院が多くを占める。患者の減少が今後も見込まれるとともに、医療従事者の確保も困難となる中、手術を実施する医療機関の連携・再編・集約化が必要。



資料出所：患者調査

(※) データ提出加算算定病院を対象に、各病院のMDCの診断群毎に患者数を把握し、各病院の脳血管疾患に関する診断群の患者の割合が全体の50%を超える病院を、「単科専門病院」として定義

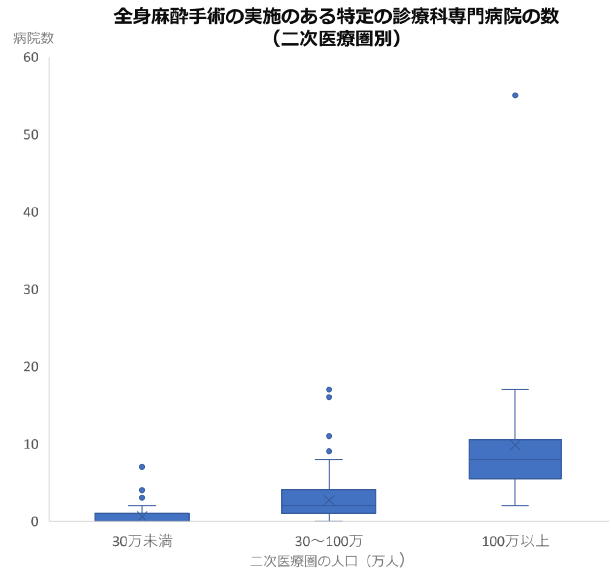
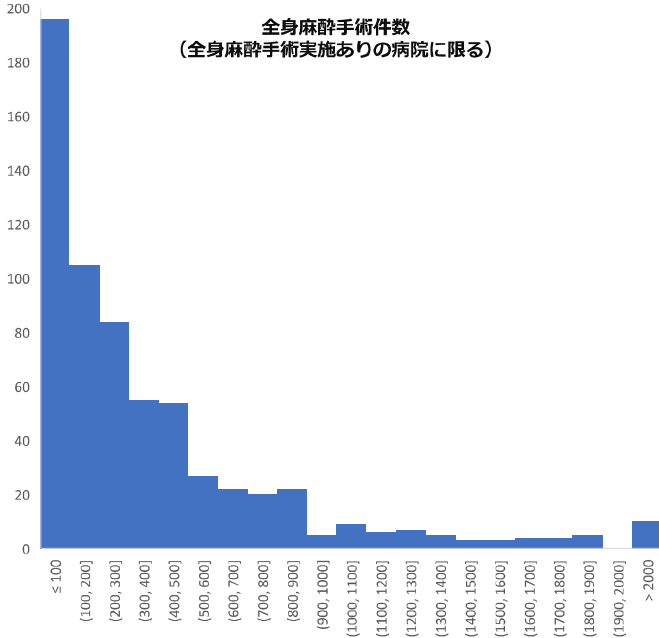
脳外科の専門病院の年間全身麻酔手術件数  
(全身麻酔手術実施ありの病院に限る)



36

## 特定の診療科専門病院について

- 特定の診療科の専門病院（※）について、多数の手術を効率的に実施している病院が一定見られる。他方、手術件数が100件以下の病院も多く、必ずしも効率的な手術の提供がなされていない場合もある。また、二次医療圏内でそうした病院が、人口の少ない地域であっても多数存在している地域がある。外科医や麻酔科医等の医療資源には限りがあるところ、地域毎に持続可能な医療提供体制の構築のため、特定の診療科の専門病院における手術についても、地域全体の医療需要や医療資源等を踏まえながら効率化や集約化を検討する必要がある。



（※）データ抽出加算算定病院を対象に、各病院のMDCの診断群毎に患者数を把握し、各病院のいずれかの診断群の患者の割合が全体の50%を超える病院を、「単科専門病院」として定義

資料出所：2023年DPCデータ

37

令和6年10月17日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

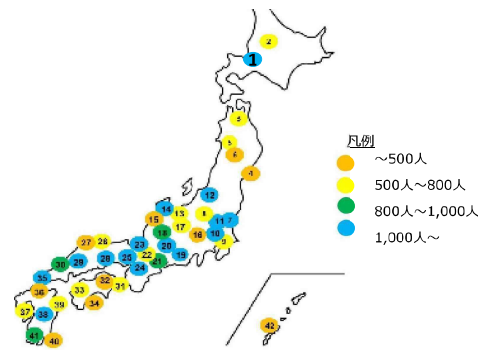
## 大学病院による医師の派遣機能

令和5年5月26日「今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）資料4より作成

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

### 国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣



出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

### 私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279人の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣



※厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

38

## <基礎的基準> 地域医療への人的協力（医師）

項目	現行基準	新基準（案）
地域に一定の人的協力（医師）を行っていること	（現行基準なし）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雇用形態によらず、大学病院本院と派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣された医師の常勤医師換算数を評価する。</li> <li>※大学病院本院の「分院」、「サテライト診療所」については、原則として派遣先と見なさないが、これらが医師少数区域等に所在する場合は派遣先として算入可能</li> <li>※派遣医師は派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること</li> <li>※病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと</li> <li>・地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県等と連携していること。</li> </ul> <p>具体的な基準については、現時点では大学病院本院が認識している派遣実績の報告に基づき、実際に行われている派遣実績を基本とした基準を設定する。</p> <p>令和9年度を目処に実績確認を開始し（後述）、確認された人数を報告する。その報告実績に基づき、適切な基準を改めて定める。</p> <p>※その他、派遣先の所在地による評価の補正等は発展的基準において行う</p>

## 大学病院本院からの医師の派遣について

- ・手術等の医療資源を多く必要とする医療について症例数の減少が見込まれる中、症例や診療体制の集約による医療従事者の働き方の確保や医療の質の担保に向けた術者の症例数の確保等の観点から、急性期拠点機能をもつ医療機関には、外科医や麻酔科医等についての人的協力が行われることが見込まれる。

都道府県に加えて、大学医学部、大学病院本院、医師会、病院団体等が連携し、医師配置を検討すること等が行われている例がある

**新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング**

**設置趣旨**

- 1 県費修学生の指定勤務期間における配置医療機関の検討
- 2 医師としてキャリアアップできるしくみづくりを検討
- 3 地域医療の確保に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討

**委員**

新潟大学医学部 新潟大学医学部総合病院	医学部長 病院長	佐藤 昇 菊地利明	◎委員長
新潟県医師会 新潟県病院協会	副会長 理事長	上田昌博 本間 照	県庁常務副知事
新潟県厚生連 新潟県市長会 新潟県町村会 新潟県病院局	理事長 佐藤市長 副理事長 局長	塚田芳久 遠辺真五 神田一秋 金井健一	※R7.8.概在

**(参考) R7スケジュール**

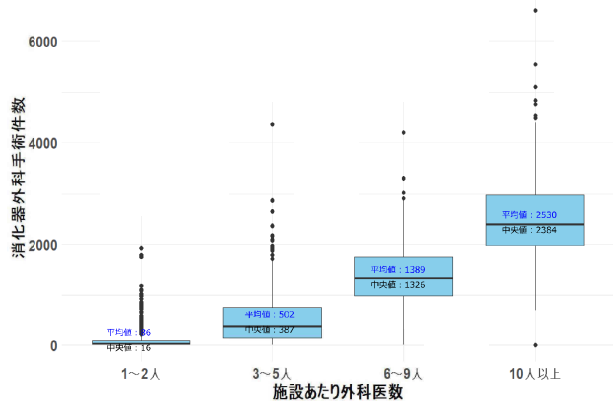
第1回会議（令和7年8月4日）  
○議題：配置方針等について

【地域医療支援センター】  
○新潟県医師会等との連携、配置計画を作成  
○地域・医療機関のニーズ  
○県庁学生の募集  
○大学病院の募集

第2回会議（令和8年1月下旬）  
○議題：県庁学生配属等

※ 以降は「地域医療を担う医師配置等検討委員会」として設置されているが、H30.7.25に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」を受け、地域医療対策協議会のワーキンググループに改編

施設当たりの外科医師数と手術件数は必ずしも正比例の関係ではなく、例えば1～2人の場合と3～5人の場合だと、3～5人の方が手術件数は14倍（平均値で比較）多い。



※主たる業務内容が診療であり、またる診療科が外科、気管支腫瘍科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の専任・専任医職員の常勤医師  
※診療報酬点数表第10部手術における、第7診療科の処置及び第9診療科に属する手術  
出典：令和6年DPCデータ、令和4年医師統計

## 大学に対する医師派遣要請の取組（茨城県）

- 茨城県においては、各地域医療構想調整会議からの医師派遣要望数を集計し、医師派遣要請リストを作成・地対協等で協議。とりまとめられたものを踏まえ、県から大学へ医師派遣を要請し、各大学から可能な範囲で医師派遣がなされている。

### 前回までの論点⑤ 令和5年度医師派遣要請リスト

区分	二次医療圏 医療圏名	医療機関名	内科	消化器科 腎臓科	小児科 小児科	産科 産科	外科 外科	皮膚科 皮膚科	泌尿器科 泌尿器科	眼科 眼科	耳鼻科 耳鼻科	歯科 歯科	その他 その他	計		
多岐	つくば	筑波大学病院		2.0								1.0		2.0		
		筑波大学病院 筑波大学病院 筑波大学病院											1.0	1.0		
		筑波大学病院 筑波大学病院		1.0										1.0		
		筑波大学病院 筑波大学病院		1.0										1.0		
水戸	水戸	水戸協賛病院												1.0		
		水戸協賛病院												1.0		
		水戸協賛病院												1.0		
		水戸協賛病院												1.0		
土浦	土浦	土浦協賛病院												2.0		
		土浦協賛病院												2.0		
		土浦協賛病院												1.0		
		土浦協賛病院												1.0		
取手・竜ヶ崎	取手・竜ヶ崎	取手・竜ヶ崎協賛病院												1.0		
		取手・竜ヶ崎協賛病院												1.0		
		取手・竜ヶ崎協賛病院												1.0		
		取手・竜ヶ崎協賛病院												1.0		
龍崎	龍崎	龍崎協賛病院												1.0		
		龍崎協賛病院												1.0		
		龍崎協賛病院												1.0		
		龍崎協賛病院												1.0		
三好・龍崎	三好・龍崎	三好・龍崎協賛病院												1.0		
		三好・龍崎協賛病院												1.0		
		三好・龍崎協賛病院												1.0		
		三好・龍崎協賛病院												1.0		
筑前・トヨタ	筑前・トヨタ	筑前・トヨタ協賛病院												1.0		
		筑前・トヨタ協賛病院												1.0		
		筑前・トヨタ協賛病院												1.0		
		筑前・トヨタ協賛病院												1.0		
鹿嶋・水戸	鹿嶋・水戸	鹿嶋・水戸協賛病院												1.0		
		鹿嶋・水戸協賛病院												1.0		
		鹿嶋・水戸協賛病院												1.0		
		鹿嶋・水戸協賛病院												1.0		
水戸	水戸	水戸協賛病院												1.0		
		水戸協賛病院												1.0		
		水戸協賛病院												1.0		
		水戸協賛病院												1.0		
計		3.2	7.0	6.0	3.0	2.0	2.0	1.0	2.0	3.0	2.0	5.0	4.6	1.0	0.4	36.6

- 令和5年度における大学への、病院別・診療科別の医師派遣要請の一覧。各病院がどの診療科に何人の医師を派遣してほしいかを要望、地域医療構想調整会議で内容を検討・協議し、とりまとめられたものを地域医療対策協議会で評価・とりまとめを行い、県から大学へ派遣を要請。

### 令和5年度 医師派遣要請結果

- 令和5年度医師派遣要請の結果について  
地対協で承認された医師派遣要請までの具体的な手順に沿って、筑波大学・東京医科歯科大学・東京医科大学・自治医科大学・昭和大の5大学に対し、23病院・36.6名の医師派遣の協力を要請した結果、筑波大学から「12病院・15.4名」の医師派遣が可能との回答があった。

大学名	要請	回答
筑波大学	21病院 34.5人	12病院 15.4人
東京医科歯科大学	14病院 18.2人	-
東京医科大学	13病院 17.2人	-
自治医科大学	13病院 17.2人	-
昭和大学	13病院 17.2人	-
合計	23病院 36.6人	12病院 15.4人

※5大学のうち、各病院が希望する大学へ要請

- 県から各大学へ派遣要請を行い、各大学は県へ派遣可能な病院や診療科を回答。

## 医師配置についての県と大学病院本院等での連携・検討体制の例（新潟県）

- 新潟県においては、地域枠の医師の配置のあり方等について、都道府県に加えて、大学医学部・大学病院本院や医師会等と検討する体制が取られている。

### 新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

#### 設置趣旨

- 県費修学生の指定勤務期間における配置医療機関の検討
- 医師としてキャリアアップできるしくみづくりを検討
- 地域医療の確保に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討

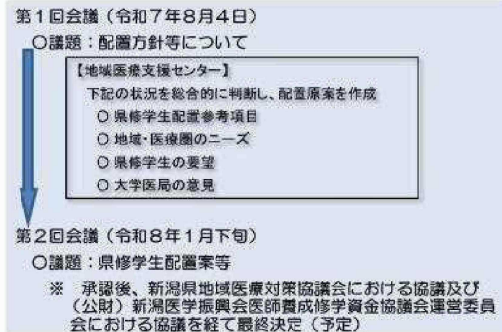
#### 委員

新潟大学医学部	医学部長	佐藤 昇	◎委員長
新潟大学医歯学総合病院	病院長	菊地利明	
新潟県医師会	副会長	上田昌博	
新潟県病院協会	理事	本間 照	済生会新潟病院長
新潟県厚生連	理事長	塚田芳久	
新潟県市長会	佐渡市長	渡辺竜五	
新潟県町村会	阿賀町長	神田一秋	
新潟県病院局	局長	金井健一	

※R7.8.4現在

※ 以前は「地域医療を担う医師配置等検討委員会」として設置されていたが、H30.7.25に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」を受け、地域医療対策協議会のワーキンググループに改編

#### (参考)R7スケジュール



## 大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

### ① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況
- 等

### ② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み
- 等

### ③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整

43

## 医療機関機能について（案）

### 改定後の医療法 第三十条の十三

病院又は診療所であつて療養病床又は一般病床を有するものの管理者は、地域における医療機関機能（病院又は診療所ごとに地域の医療提供施設として提供する医療の内容をいう。（略））及び病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省で定めるところにより、当該病院又は診療所の医療機関機能に応じ厚生労働省令で定める区分及び病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（略）に従い、次に掲げる事項を当該病院又は診療所の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。（略）

### 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

#### （3）医療機関機能・病床機能

#### ② 医療機関機能報告

○ 新たな地域医療構想においては、（略）新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医及広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

### 論点

- 医療機関機能の報告にあたっては、在宅療養支援病院が救急医療も担っている場合もあるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を報告する場合も想定され、そうした医療機関は複数報告することを可能としている。医療機関機能は医療機関が自院の地域における役割を検討するためのものであると同時に、消防関係者が医療機関の診療機能の把握をすることや、介護関係者が在宅医療についての取組状況を理解すること等、関係者が医療機関の役割を理解できるようにすることが重要であり、医療機関機能報告・病床機能報告において、それぞれの役割に応じた診療実績等を報告することとしてはどうか。
- 今後、医療機関の連携・再編・集約化などを進める中で、がんの入院受療率は下がっているなど、医療計画において位置づけてきた医療機関の類型について、これまで担ってきた各施設の役割が、新たな地域医療構想における方向性等と合致しているか確認が必要である。第9次医療計画に向けた医療計画での5疾病6事業等の検討にあたっては、新たな地域医療構想における方向性を踏まえ、こうした医療機関の類型などの考え方についても確認し、必要に応じて整理することとしてはどうか。
- 有床診療所については、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能として、専門等機能として位置付けることが基本となるが、在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等について、地域の実情に応じて、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能を報告できることとしてはどうか。

44

## 医療機関機能について（案）

### 論点

- 特定の診療科に特化した医療機関における手術や小規模手術等について、麻酔科医等の構想区域内全体の医療資源の状況や都道府県内の医療資源の偏り・是正の観点等も踏まえながら2040年に向けた検討が必要であり、こうした考え方についてガイドラインにおいて整理してはどうか。
- 大学病院本院の担う育及及び広域診療機能について、各都道府県と大学病院本院の連携のあり方も様々であり、大学病院本院による地域医療構想に沿った形での人的協力に向けた連携等の取組事例については、今後の横展開に資するようガイドラインにおいて示すこととしてはどうか。また、広域な観点での診療について、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療を提供することが求められる。育について、当該地域で多様な症例に対応する人材を育成できる体制の構築が必要である。こうした大学病院本院の取組や連携体制の構築に向けて、大学病院本院はこうした機能に係る情報を医療機関機能報告・病床機能報告において報告し、地域医療構想調整会議において議論を行えるようガイドラインに位置づけてはどうか。

45

## 医療機関の担う様々な役割と医療機関機能との関係について（イメージ）

- 医療機関機能について、災害拠点病院等の様々な役割との関係について、以下のような関係が考えられる。

施設類型の例	それぞれの医療機関等の整備にあたっての基本的な考え方	医療機関機能等における主なイメージ
災害拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2次医療圏に1つ以上を確保することが想定されており、主として急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される</li> </ul>
第三次救急医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 人口100万人に1か所を目途に整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 構想区域の人口が大きい場合には、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される</li> <li>● 構想区域の人口が小さい場合には、構想区域内に第三次救急医療機関が存在しないこともあり、隣接する区域等において対応</li> </ul>
第二次救急医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院を要する救急医療を担う医療機関として地域毎に整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療資源を多く必要とする医療を地域で提供する観点から、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される</li> <li>● また、高齢者救急の受け入れを行う高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関も担うことが想定される</li> </ul>
がん診療連携拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>● がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療について、がん診療連携拠点病院等において提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケアを提供する体制が必要であり、同様に医療資源を多く必要とする医療を集約して提供する急性期拠点機能の医療機関が主に担うことが想定される</li> <li>● がんに特化した病院として専門等機能の病院ががん診療連携拠点病院となることも想定される</li> </ul>
医療措置協定	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新型コロナウイルス感染症発生時における最大の体制を確保することを目安としている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 感染症流行初期の病床確保のみならず、発熱外来、自宅・宿泊施設、高齢者施設における療養者等に医療を提供する医療機関、後方支援を行う医療機関等をそれぞれ確保していくこととしており、すべての医療機関機能の医療機関がそれぞれに役割を担うことも想定される</li> </ul>

46