

2026年5月15日10:00-12:00頃

茨城県議会 第1回「県民の命を守る医療に関する調査特別委員会」

医療提供体制の現状と課題・今後の対応

～自治体×大学で進める偏在対策・病院再編の事例～

吉村健佑

医師, 公衆衛生学修士, 博士(医学)
精神保健指定医・精神科指導医・社会医学系指導医

千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授

慶應義塾大学 医療サステナビリティセンター 特任教授

千葉県医療整備課 医師確保・地域医療推進室 キャリアコーディネータ

厚生労働省 大臣官房厚生科学課 参与(医務技術行政担当)



CHIBA
UNIVERSITY

本日のお話

- 1 : 医療政策×都道府県 : 役割と限界**
- 2 : 大学×自治体の取組①偏在対策**
- 3 : 大学×自治体の取組②地域医療構想**

日本の医療制度：特徴と影響

① 国民皆保険

フリーアクセス

② 開業・標榜の自由

③ 民間医療機関が中心

医療の過剰提供？

医師の地域・診療科偏在
特定分野の過重労働

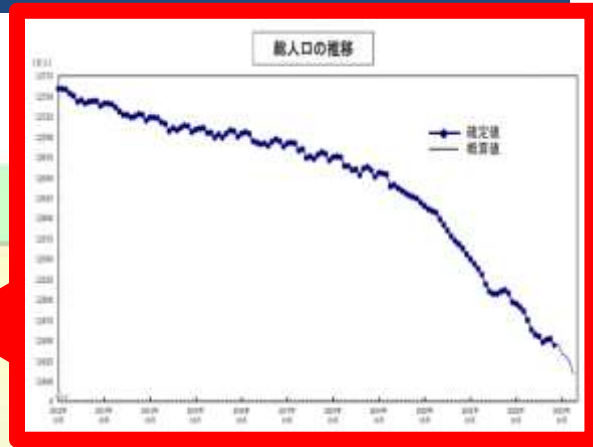
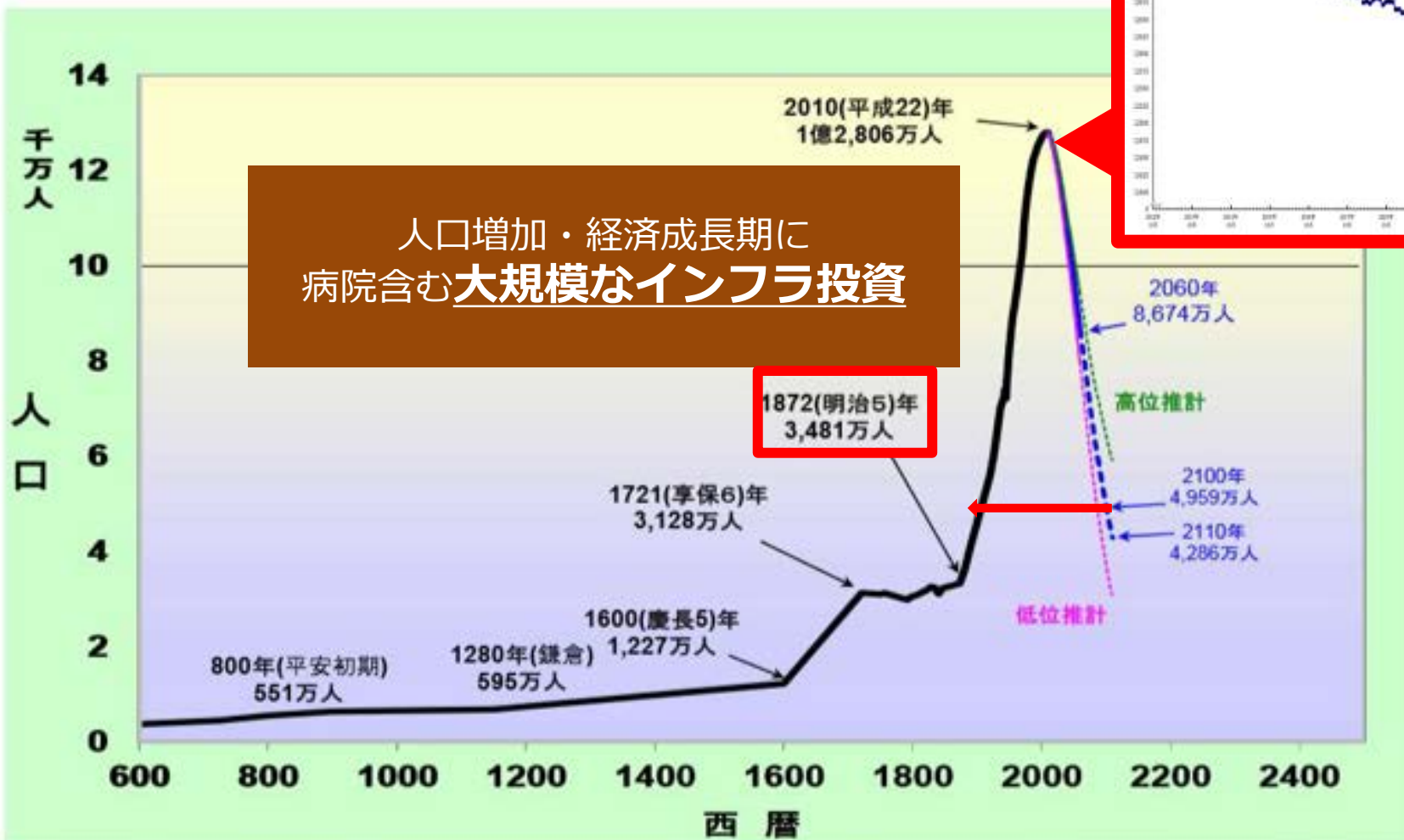
過剰・過少な投資？

参考) 厚生指針：第63巻第7号.2016年7月

医療政策 = 上記全てを制限する方向

日本の総人口の推移：2010年頃がピーク

厚生労働省 公表資料など



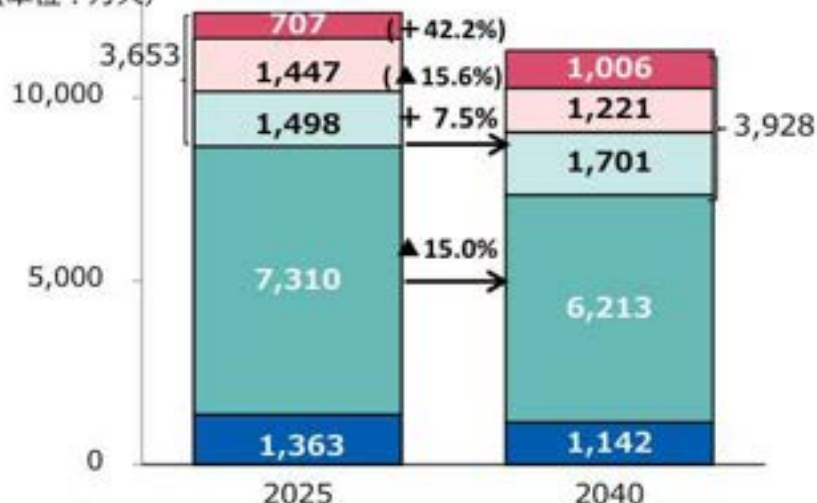
医療の今後「縮小と痛み分け」へ

2040年に向けた課題

- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

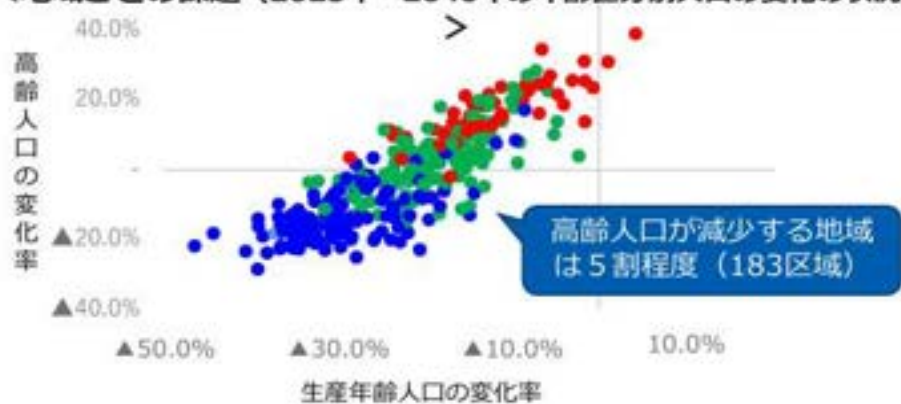
<日本全体の課題（人口構造の変化）>

(単位：万人)



(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 令和5年推計」

<地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



大都市型

医療需要

- 地域の人口：横ばい →
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：横ばい →

生産年齢人口

- 一部の地域で増 ↑
- 多くは0～30%程度減 ↓

課題

- 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備等

地方都市型

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 0～40%程度減 ↓

課題

- 支え手の減少に対応できる提供体制の構築等

人口の少ない地域

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：減 ↓
- 在宅医療需要：増 ↑ ~ 減 ↓
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 10～50%程度減 ↓

課題

- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載



医療の「トリレンマ」と長期目標 吉村まとめ

コスト

現状は公平で十分な負担か
現在の給付だと病院経営の維持困難

アクセス

従来は最重視してきたが、維持困難
身近な医療を維持し、高度医療を集約
高度医療機関まで移動補助は重要

質

下げると患者は痛手、医師も望まない
質の維持のための病院の集約は必須

何をとり、何をとらない？

【参考】Kissick:鉄の三角形論”Medicine’s Dilemmas“1991

「致命的な痛み」を避けるための方策

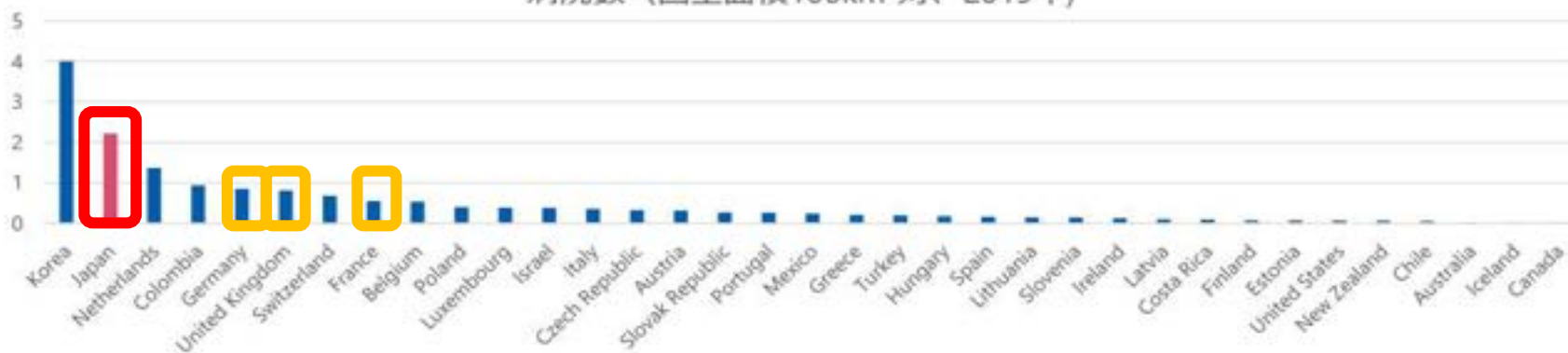
- ① 医療提供の効率化・セルフケア手段の充実
- ② 身近な医療は近場で・高度医療はやや遠方でも

病院数（人口あたり、国土面積あたり）

病院数（人口100万人対、2019年）



病院数（国土面積100km²対、2019年）



引用データ：OECD Health Care ResourcesのHospitals及びLand UseのTotal area

定義

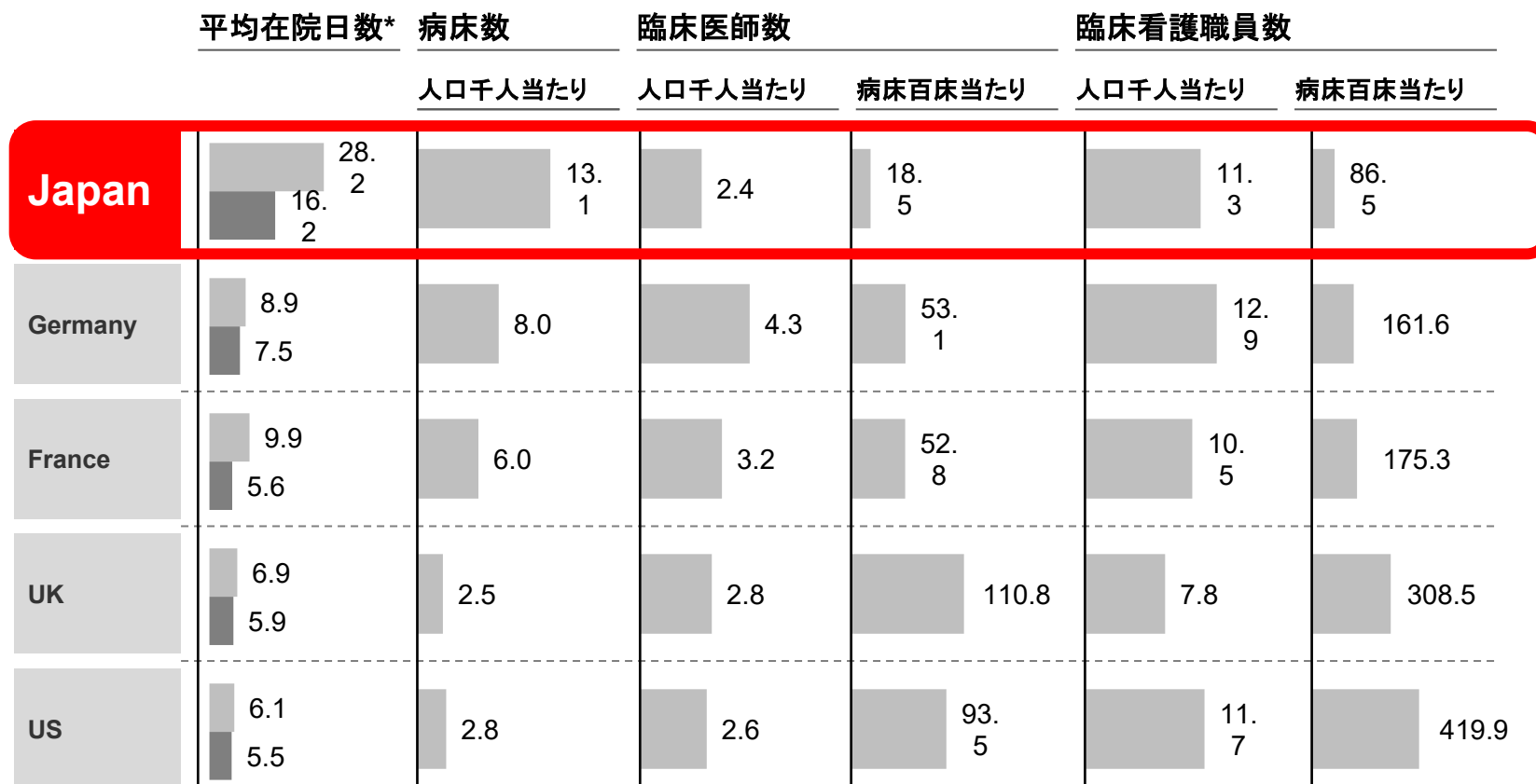
- OECDは、主に医師・看護師・その他の医療サービスを含む医療・診断・治療サービス、および入院患者が必要とする特別な宿泊サービスを提供する認可施設と定義。
- 日本は医療施設調査における病院の数であり、有床診療所を含まない。

全国7000-8000力所

医療提供体制の国際比較

小野崎耕平先生提供

Source: OECD Health Statistics 2019, OECD Health Data
*Average Length of Stay, Upper: Total, Lower: Acute



在院日数・病床数：世界最高
病床当たり医師数・看護師数：最低水準

医療のレイヤー：3層+1

吉村まとめ

経済・政治：全分野の政策・GDP↑？

超長期

医療政策：被保険者・納税者の納得

長期

病院経営：【診療報酬 - 経費】の最大化

中期

臨床：患者利益・治療選択肢の最大化

短期

【ポイント】

- ①「時間軸」により「回答」は異なる
- ②共通の目的は質の高い医療を「持続的に」提供・享受する

内閣・財務省：財政規律を保ちたい

医療費適正化の強い要請

厚労省：適切な医療提供・体制構築

大学

「地方分権」/医師法・医療法

都道府県：保健医療計画の立案・実施

大学

市町村

三位一体改革/5疾病6事業など

医療現場：政策への対応

大学病院



医療政策立案・実践の最前線

厚労省：三位一体改革とムリ・ムラ・ムダ

医師の働き方改革
(2024年4月-2036年3月)

ムリのない医療

罰則あり

医師偏在対策
(2036年まで)

ムラのない医療

政治課題

地域医療構想
(2025年まで)

ムダのない医療

共倒れ防止
十分な提供

現状をどう「変更」するか？

現状変更：解決手段は「2つ」しかない

①データによる見える化

②合意形成

個々の医療機関・医療従事者・患者が行動変容
→医療提供が変化する



都道府県の限界 (吉村私見)

1. 職員に専門家が少ない

→ 専門分野の最新動向を得る必要性あり

2. 利害関係者と「緊張を辞さないスタンス」とりにくい

→ 医療機関・関係者との緊張避けたい

3. 議会の議論が県民に届いていない

→ 議会・県庁・利害関係者に閉じた議論なりがち

現状維持や緩徐な変更に陥りがちか

第8次 茨城県 保健医療計画

第8次茨城県保健医療計画

計画期間

令和6(2024)年度～令和11(2029)年度

令和6(2024)年3月

茨城県

第8次茨城県保健医療計画の概要

◆ 二次保健医療圏等

二次保健医療圏

- ✓ 地理的条件等の自然的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図る区域
- ✓ 現行の二次保健医療圏（9圏域）の枠組みを維持

医療提供圏

- ✓ 今後のさらなる人口減少・少子高齢化を見据えた医療確保体制について、現状の二次保健医療圏では十分な医療サービスが提供できないことが想定されることから、地域の実情を踏まえ、より適切に連携することを目的として、本県独自に設定
- ✓ 主に高度医療に係る機能の集約化・役割分担の明確化をより強力に推進するため、全県を大きく3つに区分（県央・県北、県南東、県南西）



◆ 基準病床数

療養病床及び一般病床

二次保健医療圏名	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
水戸	4,005	4,756	751
日立	1,823	2,452	629
常陸太田・ひたちなか	1,898	2,105	207
鹿行	1,219	1,598	379
土浦	1,796	1,999	203
つくば	3,113	3,368	255
取手・竜ヶ崎	3,604	3,719	115
筑西・下妻	1,358	1,974	616
古河・坂東	1,328	1,518	190
計	20,144	23,489	3,345

精神病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	5,551	7,226	1,675

結核病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	56	70	14

感染症病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	48	48	0

※既存病床数はいずれも令和5(2023)年4月1日現在の数

約500ページ
どの程度伝わっているか

本日のお話

- 1 : 医療政策×都道府県 : 役割と限界
- 2 : 大学×自治体の取組①地域医療構想
- 3 : 大学×自治体の取組②偏在対策

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。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



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

入院需要 「下方修正」

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。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携



新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

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	<p>100万人以上</p> <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人</p> <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保する</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

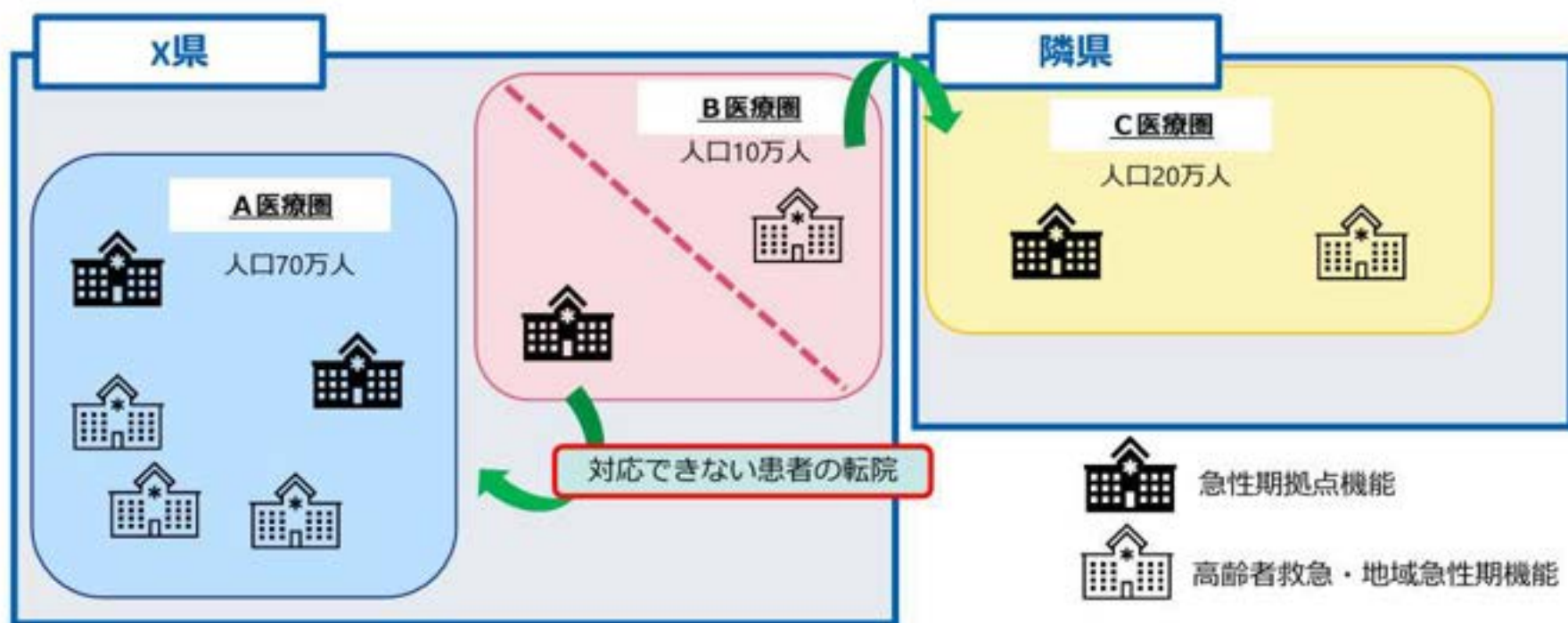
※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 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

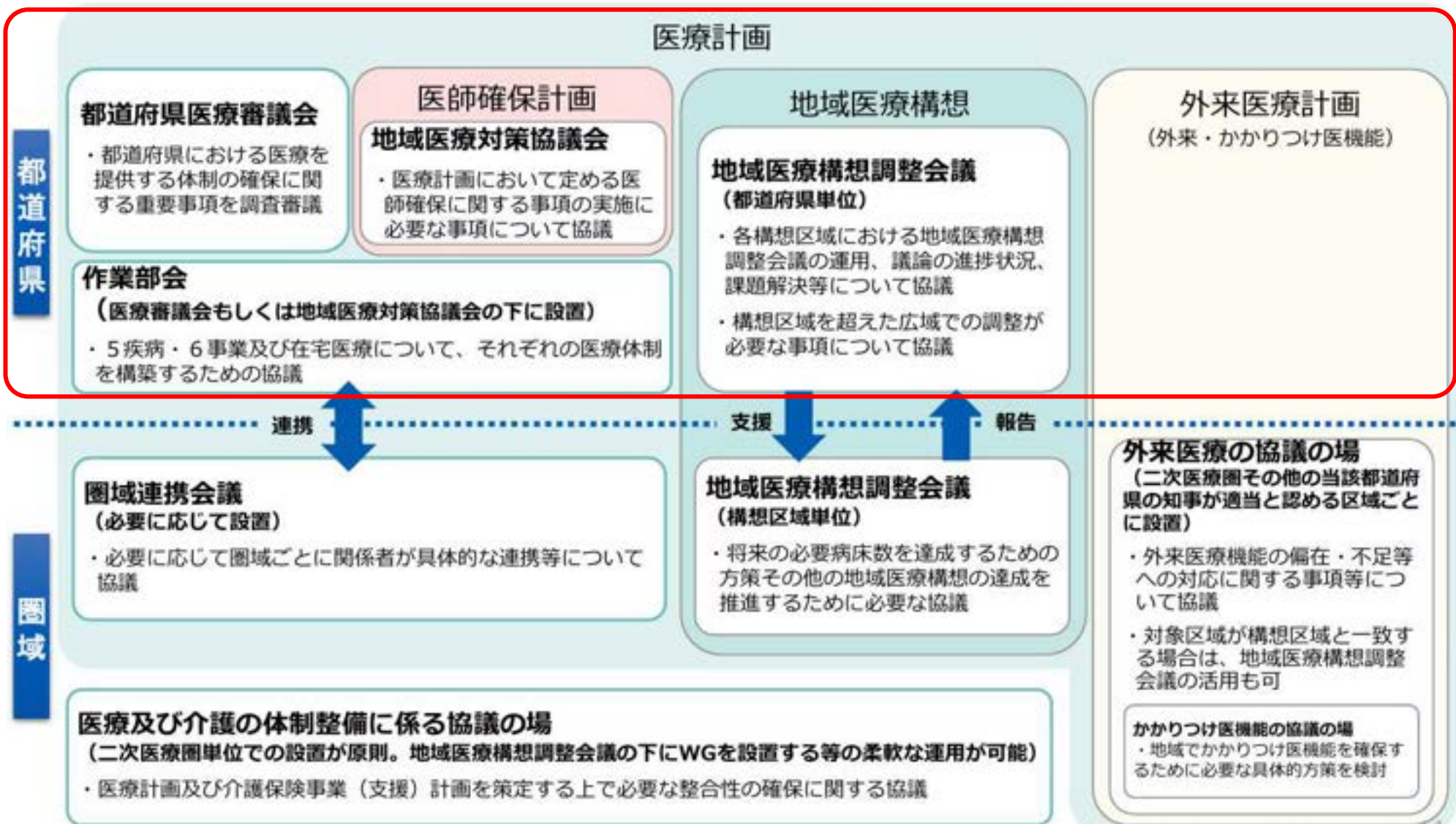
人口の少ない地域における隣接する区域や都道府県との連携（イメージ）

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

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



地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項



秋田県医療保健福祉計画の概要について

第3章 医療圏と基準病床数

第1節 医療圏の設定

県民のニーズに応えた医療提供体制の体系化や医療・保健・福祉の連携を図るための地域単位として設定する。(表1、図4)

二次医療圏については、検討の結果、次のとおり**3つの二次医療圏を設定することとした。**

《二次医療圏の設定理由》

1. いずれの二次医療圏でも国の見直し基準をクリアしている。
2. 今後の人口減少を見越し、長期的視野に立った医療提供体制を整備できる。(特段の事情がない限り、次回設定での見直しは不要)
3. 疾病・事業ごとの課題を考えるに当たり、役割分担や連携の選択肢が広がる。
4. 県北・県央・県南とバランスのとれた医療提供体制の整備が可能である。

《期待される効果》

1. 各医療圏で、一般の入院に係る医療が完結
2. 各医療圏において、緊急PCIやハイリスク分娩などの専門的な医療に対応できる体制を確保
3. 在宅医療など地域包括ケアシステムを支える病院と緊急手術や救急搬送に確実に対応する主に急性期医療を担う病院との役割分担と連携により医療を効率的に提供できる体制を確保
4. 医師等の技術向上の環境が整備

【表1】

区分	区域	単位地域
一次医療圏	住民の健康管理、予防、日常的な疾病や外傷等に対処して日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する地域。	各市町村
二次医療圏	都市と周辺地域を一体とした広域的な日常の生活圏で特殊な医療を除いた入院治療や包括的な医療サービスが行われる地域で、病院及び診療所の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位。	3つの二次医療圏
三次医療圏	二次医療圏で対応することが困難で特殊な医療サービスが行われる広域的な区域。	県全域

【図4】



医療機関の機能転換・再編等の先行事例

(「2025年に向けた地域医療構想の進め方について」(令和6年3月28日厚生労働省医政局長通知から抜粋))

人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。

事例	構想区域の人口	概要	成果	支援策
■山形県(R5) 米沢市立病院、三友堂病院	21.2万人	・医師不足による救急医療の体制維持に課題がある中、市立病院(322床)と2つの民間病院(185床、120床)を再編し、米沢市立病院(263床)は急性期、三友堂病院(199床)は回復期・慢性期を担う体制とし、両病院を併設して連携を強化	・医療機関の併設による急性期と回復期・慢性期の連携強化 ・併設による転院動線の簡略化、エネルギーセンター・給食センター等の共有化	・地域医療介護総合確保基金 ・登録免許税・不動産取得税の税制優遇措置 ・都市構造再編集中支援事業費補助金(都市再生整備計画)
■兵庫県(R元) 県立丹波医療センター	10.9万人	・医療資源が分散し、病院の経営状況が悪化する中、県立病院(303床)と公的病院(95床)を再編し、急性期から回復期、終末期までの幅広い医療を担う中核病院(316床)を整備	・救急搬送受入件数の増加(約1500件(2病院)→約2000件) ・医師数の増加(62人(2病院)→78人)	・地域医療介護総合確保基金
■茨城県(H30) 茨城県西部メディカルセンター、さくらがわ地域医療センター	27.0万人	・医師の分散等により急性期機能が低下する中、2つの公立病院(399床、173床)と民間病院(79床)の再編により、急性期・二次救急対応を担う茨城県西部メディカルセンター(250床)、後方病院として回復期・慢性期に対応するさくらがわ地域医療センター(128床)に機能分化	・茨城県西部メディカルセンターに地域臨床教育センターを設置し、医師数の増加(17名(公立2病院)→30名(茨城県西部メディカルセンター)) ・救急搬送受入件数の増加(約1000件(公立2病院)→約2200件(茨城県西部メディカルセンター))	・地域医療再生基金
■埼玉県(H29) 県立小児医療センター、さいたま赤十字病院	128.1万人	・医師不足や周産期・救急医療の拠点不足という課題がある中、県立病院(300床)と公的病院(605床)を再編し、両病院(316床、632床)を併設して、総合周産期母子医療センターを協同運用	・ハイリスク母胎・ハイリスク新生児への対応が区域内で可能 ・併設によるヘリポート、職員食堂、職員用保育園等の共有化	・地域医療再生基金
■群馬県(H28) 国立病院機構渋川医療センター	11.6万人	・基幹病院がなく、多くの患者が他の医療圏に流出する中、公的病院(380床)と市立病院(154床)を再編して、急性期機能を拡充し、地域の中核病院(450床)を整備	・医師数の増加(40人(2病院)→58人) ・救急搬送受入件数の増加(約560件(2病院)→約1080件) ・手術件数の増加(約2.2倍)	・地域医療再生基金
■香川県(H28) 小豆島中央病院	3.0万人	・医師不足が続き、医療水準の維持が難しい中、2つの町立病院(111床、196床)を再編し、幅広い医療を提供する中核病院(225床)を整備	・島内での医療完結に向け救急医療の充実	・地域医療介護総合確保基金
■静岡県(H25) 中東遠総合医療センター、掛川東病院、袋井市立聖隷市民病院	47.6万人	・医師不足で医療資源が分散する中、隣接自治体の2つの市立病院(450床、400床)を再編し、急性期を中心とした中核病院(500床)を整備。また、市立2病院の跡地に回復期・慢性期を中心とした2つの後方支援病院(190床、150床)を整備	・医師数の増加(83名(市立2病院)→145名(中東遠総合医療センター))	・地域医療再生基金

病院の再編・最小化①：千葉県市原市



千葉県市原市

- 人口： 271,740人 (2022年1月現在)
- 市長： 小出 譲治 (2015年－3期)
- 産業： 北部に石油化学コンビナート群
- 主要病院：
 - ① 帝京大学ちば総合医療センター
 - ② ちば労災病院
 - ③ 千葉県立循環器病センター

2025年4月 市原市より「地域医療調査」結果が公表



(3) 影響範囲の説明【入院・救急】

- 入院・救急の影響範囲は対象病院から半径10km圏内とし、以下10病院(対象病院含む)を対象医療圏としています。

半径10km圏内または市原保健医療圏の病院一覧



※病院は市原市内の病院と、半径10km圏内の病院のみ抽出

**移転後の医療需要に言及
調査の前提に再考の余地あり**

今後の方向性



◆入院/診療科目

- 内科系、外科系について総合病院が一般的にもつ機能が望めます。



◆入院/病床機能

- コロナ前後の対象病院の実績から、対象病院移転後、必要とされる医療機能を試算すると **200床~230** 床程度の入院需要があるものと考えられます。



◆外来

- 退院後の経過観察等で通院する患者も多く、入院に紐づいた診療科目が望めます。
- 規模としては、**1日200~250名/日** 程度の需要があるものと考えられます。



◆救急

- 市原保健医療圏における、二次救急体制の再構築が求められます。

「市原市地域医療推進ビジョン」作成に関する経緯

以下の経緯に関連した情報と議論を整理した

- ・2023年12月:帝京大学ちば総合医療センターが市北部への移転発表
- ・2024年 1月:市原市より千葉県に対して「**要望書**」提出
- ・2024年 4月:市原市より「**地域医療調査①**」結果が公表
※同月、演者が市原市「医療政策参与」着任



- ・2025年 3月:千葉県地域医療構想調整会議 **市原医療圏②**資料公表
- ・2025年 5月:「**市原市地域医療推進ビジョン③**」公表



- ・2025年 5月:病院事業者の公募→**選定完了**

DPCデータの項目と内容

DPC病院: 1700施設
(2025年)

様式名	内容	説明
様式1	簡易診療録情報	カルテのサマリーのような情報。
様式3	施設情報(月1回提出)	届出されている入院基本料等に関する情報。
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報
Dファイル	診断群分類点数表により算定した診療報酬 請求情報	DPCレセプトの情報。
EF統合ファイル	医科点数表に基づく出来高 点数情報	出来高レセプトの情報。
外来EF統合ファイル	外来診療患者の医科点数 表に基づく出来高 点数情報	外来の出来高レセプトの情報。
Hファイル	重症度、医療・看護必要度	日々の患者の状態

重症度、医療・看護必要度・・2016年に収載

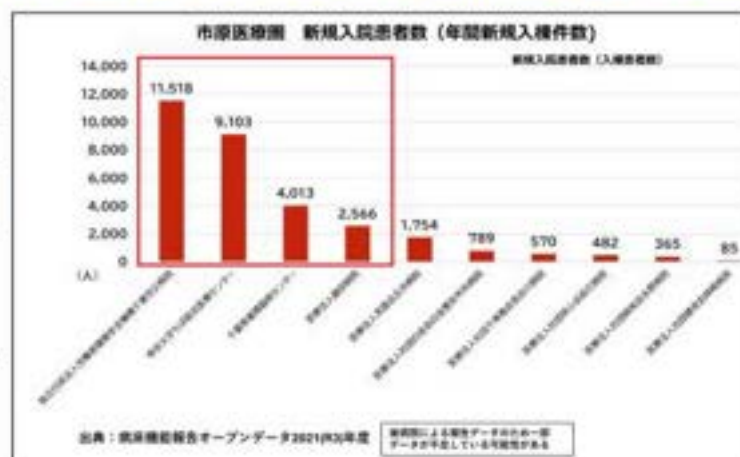
退院サマリー・包括払い/出来高レセプト・患者の住所地

報酬請求・診療の精緻な情報



千葉県地域医療構想調整会議 市原医療圏 資料

次世代医療構想センター
Center for Next Generation of Community Health

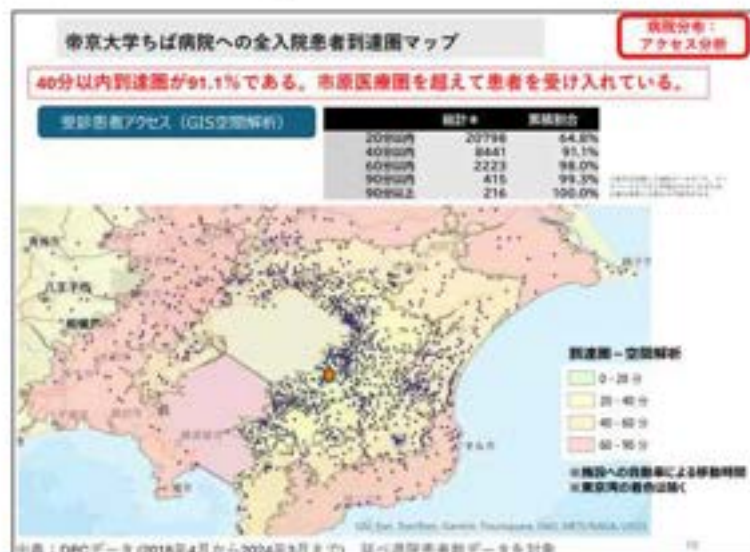


医療圏別 救急搬送件数 他医療圏への流出先の状況

5事業：救急

※市原圏の救急搬送1,160件中1,022件（搬送先が特定される範囲で189,407,182/2021）が自医療圏に搬送されており、207件が他医療圏に搬送されていた。件数では千葉県医療圏への流出が多い。

流出先	搬送先医療圏	死亡	搬送	中絶	転送	その他	全搬送件数
医療圏内	1,022	26	246	777	767	4	1822
他医療圏 (他県医療圏)	千葉	1	13	83	54	0	152
	東京圏	0	0	6	0	1	6
	関東北	0	2	1	1	0	4
	関東	0	1	2	0	0	3
	中部圏	0	0	0	0	0	0
	山梨県医療圏	0	4	11	2	0	17
	近畿	0	2	4	0	0	6
	関東	0	0	12	7	0	19
	100%	1	22	119	64	1	207
	(12,029:搬送先不明)						
合計	1,219	29	277	947	896	7	2,150



2025年5月公表 市原市地域医療推進ビジョンの概要



市原市地域医療推進ビジョン

～ 支え合う医療、つながる市原、育む未来 ～

令和7年5月 市原市

地域医療の将来ビジョン

- ◆ 医療提供体制の最適化を推進し、将来にわたって全ての市民が安心して健康的な生活を送ることができる市原市を目指します
- ◆ 地域の医療・介護関係者、市民との協働を強化し、ネットワークを形成することで、健康で活気あるコミュニティを築き、地域全体のウェルビーイング向上を図ります

市原市(保健医療圏)を取り巻く環境

医療提供体制の特徴

地理的にみると、医療施設が北部に集中

機能的には急性期病棟は充足しているが、回復期病棟及び慢性期病棟については不足

人口および医療需要

人口減により医療需要は減少すると予想。医療の担い手不足も懸念される。一方、85歳以上の高齢者は増加すると推計

市内の入院患者は、悪性新生物(がん)、骨折、消化器系、循環器系、肺炎や糖尿病等の患者が多い。将来的には、高齢化に伴い、循環器系、呼吸器系、損傷・中毒、神経系等が増加

救急医療の状況

救急搬送件数は増加傾向にあり、2035年までに5% (約500件)増の見込み

急性期拠点3病院(帝京病院、千葉県循環器病センター、千葉労災病院)の救急のうち3割程度が軽症

在宅医療の状況

人口当たり在宅療養支援診療所数は全国平均の半分程度。在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院も不足

在宅患者数は、2025年-2035年で、1日当たり183人増加する見込み

2035年に向けた協働アクション

① 回復期病棟(特に地域包括ケア病棟)の量的不足の解消

(ア) 回復期を担う医療機関の誘導

(イ) 既存病院の病床機能転換

(ウ) 急性期病院から地域包括ケア病棟への転院の促進



② 在宅機能、介護のバックアップ機能の強化

(ア) 在宅医療の担い手の増(誘致病院を含む)

(イ) 在宅・施設における急性増悪時の円滑な入院受け入れ体制

(ウ) 在宅医療・介護連携推進事業

(エ) 認知症総合支援事業



③ 救急応需体制の再編

(ア) 拠点病院が重症・中等症に傾注できる体制の構築

(イ) 市西部の誘致病院を含めた軽症救急の受け入れ先の充実

(ウ) 円滑な広域連携を実現する医療圏外を含めた情報共有

(エ) 病院による施設・在宅のACP推進を支援し、救急出動を抑制



④ すべての医療・介護関係者の連携体制の確立

(ア) 急性期病院が一体となって地域の役割分担と連携をリード

(イ) 市西部の医療の空白を生じさせないため、誘致病院を含めたすべての医療機関の情報共有により連携・協力

(ウ) 地域全体・多職種で医療・介護人材の育成・有効活用

(エ) 市民は医療制度、疾病について理解を深め、適切な医療機関への受診や治療方法を選択(ヘルスリテラシーの向上)



市西部地区に望まれる病院等の機能と病床数

帝京病院移転の影響

- 市西部地区に救急搬送時間15分圏域の空白地帯が生じることの懸念
- 移転の影響を受けるエリア(空白地帯)を市西部・南部地区とし、誘導する病院の対象患者を回復期・慢性期と設定した場合の患者数は1日当たり46人程度と推計
- 一方、2023年度に実施した「地域医療調査」において設定した、空白地帯以外の医療需要を含み、高度急性期を除く急性期機能を含む必要病床数の推計結果は200～230床

病床機能	「回復期・慢性期を中心とした病床構成」が望ましい
病床数	「60床～230床の範囲」が望ましい
救急医療	「市原市二次救急輪番に参加すること」が望ましい
在宅医療	「在宅診療(訪問診療、訪問リハ等)を行うこと」が望ましい
診療科目	「複数の診療科目(内科、外科、整形外科等)を有すること」が望ましい

地域医療ビジョン実現には地域の医療・介護関係者の協力が不可欠です。
市民を含む医療・介護に関わるすべての皆さまに参画いただき、一体となってアクションを進めていきたいと考えています。

市原市「地域医療調査」の結果：発展的に見直し

2025年5月公表 市原市地域医療推進ビジョンの概要

帝京病院移転による影響について

- 市原市の特徴として、人口や医療施設が北部に集中していることが挙げられる。
- 救急告示病院の車両15分搬送圏域(千葉県内の救急搬送における、現場出発から病院収容までの平均時間)の状況を見ると、帝京病院移転により姉崎・有秋地区に救急搬送の空白地帯が生じることが懸念される。

◆ 市原市の救急告示病院の車両15分圏域を示すプロット図 ※帝京病院の15分圏域を含む

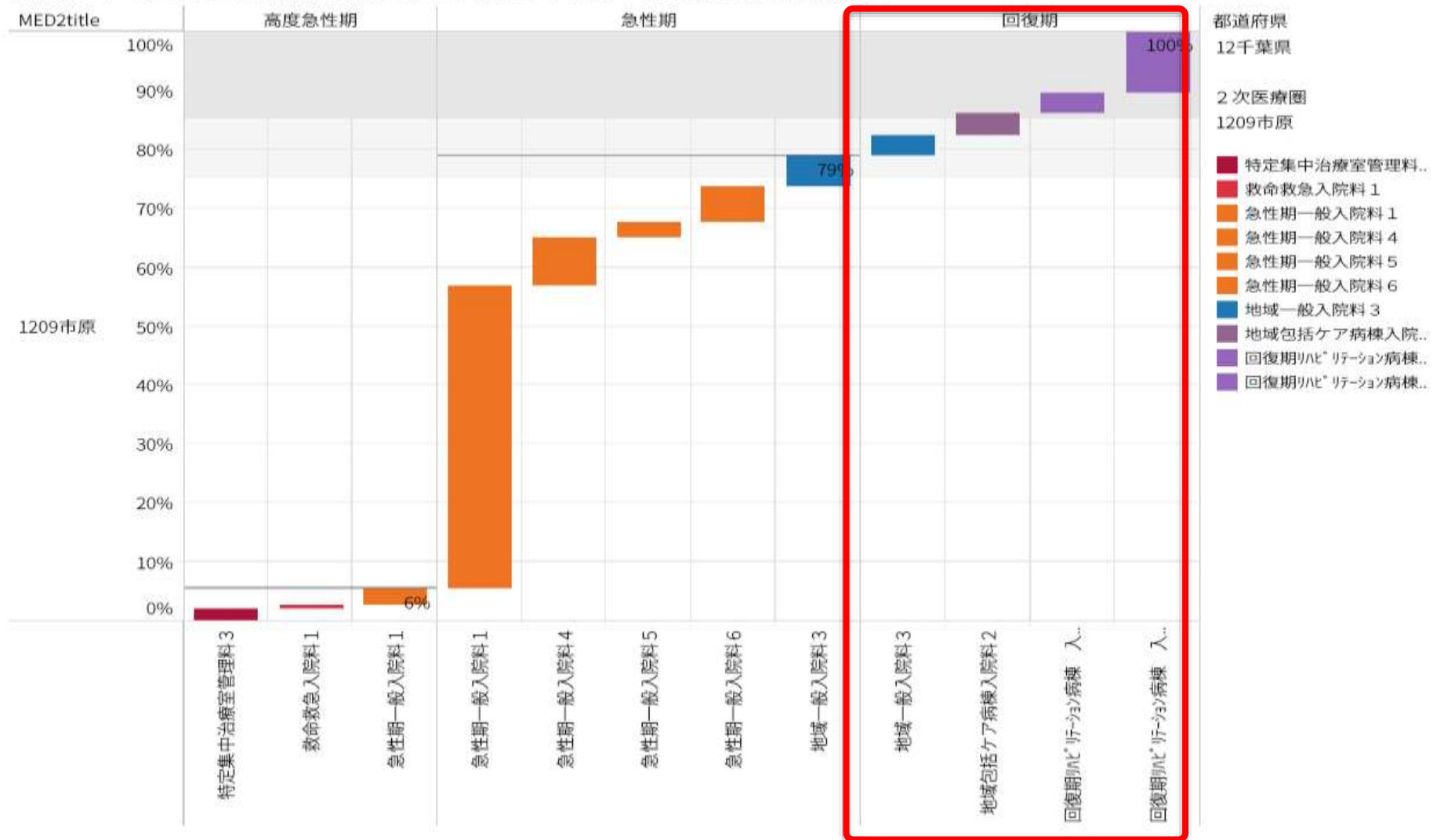


◆ 市原市の救急告示病院の車両15分圏域を示すプロット図 ※帝京病院の15分圏域を除く



空白地・アクセス分析の実施

病院が申し出た医療機能と算定する入院基本料等：2019(R01)病床機能報告



市原医療圏の病床機能：回復期足りない

【作成協力】佐藤大介
藤田医科大学教授・千葉大学客員教授

2025年5月公表 市原市地域医療推進ビジョンの概要

「地域医療調査(2023年度)」と「地域医療推進ビジョン(2024年度)」の推計値について

▶ 昨年度実施された「地域医療調査」と、今年度実施した「地域医療推進ビジョン」は、下記の点で異なっている。

項目	旧 地域医療調査(2023年度)	新 地域医療推進ビジョン(2024年度)
対象範囲	現在の帝京病院から半径10km圏内 ※現在地及び移転先から同距離の患者の半数が移転先で対応すると仮定し、上記対象範囲から除く	姉崎・有秋地区及び南総・加茂地区 ※上記以外の地域は移転先で対応すると仮定
患者層	急性期から回復期・慢性期の患者 ※大学病院として高度な医療を必要とする患者 ^{注1} は移転先で対応すると仮定	回復期・慢性期相当の患者 ※急性期相当以上の患者 ^{注2} は移転先で対応すると仮定
推計のポイント	高度急性期を除く急性期機能を含む。空白地帯以外の医療需要を含む。	高度急性期・急性期機能を除く。空白地帯の医療需要とする。
推計母数	1日あたりの入院患者数 (帝京病院提供データ) ・315人(2023年:コロナ後) ・350人(2019年:コロナ前)	1日あたりの入院患者数 (帝京病院DPCデータ) ・322.4人(R6.4~9)
推計方法	①入院患者のうち、市原市・袖ヶ浦市在住者を抽出 ②このうち、半径10km以内の在住者を抽出 ③現在地と移転先の両方から半径10km以内在住者の半数を控除 ④高度な医療を必要とする患者を控除 ⑤病床稼働率で除す	①入院患者数のうち、 姉崎・有秋地区及び南総・加茂地区在住者を抽出 ②このうち、回復期・慢性期相当の患者数を抽出
推計結果	200床~230床	60床程度

注1: 一般病種の重症度、医療・看護必要度のA項目3点以上の患者(一定の医療処置やモニタリングを要する患者)、またはC項目1点以上の患者(開頭手術や全身麻酔手術を要する患者)

注2: 手術実施有無に関わらず1日当たり入院診療単価40,000円以上

回復期・慢性期中心

病床数60~

2025年5月公表 市原市地域医療推進ビジョンの概要

概算事業化シミュレーションの詳細

- 各モデル案の機能・規模と類似した全国の病院の平均的な経営状況を参考に、概算収支を試算した。
- 赤字病院を含む平均的な経営では、近年の整備費増大に起因する投資コストを賄いきれず、赤字幅が大きくなる結果となった。
- パートナー事業者の経営努力や、借入金の多寡等により収支状況は異なると考えられる。
- 診療所については投資コストの影響が比較的抑えられるが、事業の経営状況によっては黒字化も見込まれる。

新

項目	考え方	A:急性期	B:ケアミックス	C:回復期1病棟	D:有床診療所	E:無床診療所
投資コスト	整備費(税込) (設計・機器・システム 整備費を含む)	18,378,199	12,209,688	3,424,063	1,052,699	172,620
	自己資金	整備費の20%	整備費の20%	20億円	整備費の30%	整備費の30%
	減価償却費/年 (税込)	310,944	241,269	70,810	35,314	6,322
	整備後20年目償還 費用(利息)	106,467	70,732	10,312	5,336	875
概算収支試算結果	運営収益合計	3,892,427	3,266,597	1,197,765	370,716	176,010
	運営経費合計	4,110,398	3,389,197	1,219,184	389,287	172,136
	介護事業収益				18,513	4,561
	年間概算損益/千円 (支払利息を除く)	-	-217,971 (-111,504)	-122,600 (-51,868)	-21,418 (-11,106)	-58 (5,278)
コメント	-	借入金が多いと 支払利息が発生し、 赤字幅が拡大	借入金が多いと 支払利息が発生し、 赤字幅が拡大	借入金が多いと 支払利息が発生し、 赤字幅が拡大	介護事業の実施 により黒字化を 見込む	介護事業の実施 により黒字幅が 拡大

◆モデル案内訳

機能・介護施設	A:急性期	B:ケア ミックス	C:回復期 1病棟	D:有床 診療所	E:無床 診療所
救急医療	二次救急	○	△	△	
	一次救急	○	○	○	○
	一般外来	○	○	○	○
外来機能	検査科	○	○	○	△
	検診	○	○	○	○
入院機能	急性期	○	△		
	回復期	△	○	○	○
	慢性期		○		
在宅医療	在宅診療		○	○	○
	手術機能	○	△		
介護機能				△	○
					○
入院科 及び 病床数	急性期	180床	45床		
	地ケア	50床	100床	60床	
	療養病棟		54床		
	有床診 察病床数				19床
総病床数	230床	199床	60床	19床	0床
概算収支見込/年	▲1~ 2億円 規模	▲0.5~ 1億円 程度	▲0.1~ 0.2億円 程度	▲数万円 ~+数万 万円	+数万 万円

規模ごとに収支を概算

小規模の運営が望ましい

2025年5月公表 市原市地域医療推進ビジョンの概要

①市原市②急性期病院③クリニック④市民：アクション明確化

市原市

地域医療・介護の体制構築

<救急医療>

- ・市原市急病センターの運営
- ・二次救急診療、在宅当番医診療
- ・時間外小児二次救急診療、小児救急電話相談
- ・いちばら健康・医療相談ダイヤル

<在宅医療・介護>

- ・在宅医療・介護連携推進事業
- ・認知症総合支援事業

<市南部地域の医療確保支援>

- ・加茂診療所への送迎バス運行
- ・南市原医療懇話会への参画

医療・介護人材確保に向けた取組

- ・看護師等修学資金貸与事業
- ・市原市看護師等充足対策事業(市原看護専門学校)
- ・介護人材キャリアアップ事業

医療圏内外の連携の推進

- ・市原市地域保健医療協議会の運営
- ・市原地域保健医療連携・地域医療構想調整会議への参画
- ・千葉県や近隣自治体との情報交換等

急性期拠点3病院(帝京、県循環器、労災)

急性期拠点3病院同士の連携の推進

- ・急性期医療の連携にかかる協議の場を設置
- ・看護師等の医療専門職の人材交流・共同研修
- ・連携フロー(紹介状・退院サマリ・入退院受入基準等)の見直し

帝京病院移転に伴う市西部地域の医療の空白化への対応

- ・帝京病院は市西部からの救急患者及び急性期相当の患者は、移転後も引き続き診療
- ・誘導する医療機能で受けきれない救急患者等は急性期3拠点病院で連携して対応

地域の包括的医療を担う医療機関との連携の推進

- ・市原市と協力して協議の場の設置
- ・高度急性期と高齢者医療の役割分担
- ・軽症救急や高齢者救急は地域医療機関に下り搬送できるように、下り搬送対象となる疾患・症状を地域医療機関や救急隊と検討
- ・大腿骨と脳卒中以外の地域連携クリティカルバスの対象疾患拡大
- ・産休・育休明け看護師の地域医療機関への派遣
- ・地域医療連携推進法人設立検討・看護師も含めた相互人材交流の推進

地域の関係者との患者情報の共有化

- ・「生活支援シート」やDXを活用した地域医療機関やケアマネとの患者情報の共有の更なる推進

民間病院・クリニック・薬局

病床機能転換の検討

- ・急性期病床を有しているが、人材不足等で稼働が伸び悩んでいる場合、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟等へ機能転換し、看護配置基準のハードルを下げ、不足する回復期医療や在宅医療の後方支援機能を強化する選択肢も検討

急性期拠点3病院との連携の推進

- ・救急下り搬送についての検討
- ・急性期拠点3病院から産休・育休明けの看護師が派遣された場合、地域医療機関側からも急性期拠点3病院へ看護師を派遣することも検討
- ・地域連携クリティカルバスへの参画
- ・地域医療連携推進法人設立検討・看護師も含めた相互人材交流の推進

地域医療機関同士・介護施設との連携の推進

- ・地域医療機関同士の役割分担と紹介・逆紹介の推進
- ・急性期拠点3病院からの救急下り搬送についての役割分担の検討
- ・ACPの推進(周知活動の強化等)
- ・病院と連携し介護施設における看取り対応強化

軽症救急、二次救急輪番制への対応

市民・NPO

自己管理と健康維持

- ・適切な食事、適度な運動など、生活習慣を改善し、自己管理を徹底
- ・自身の健康状態を把握するために、定期的に健康診断を受診し、疾病の早期発見・早期治療を促進

かかりつけ医を持つ

- ・日ごろから健康に関することが相談でき、必要な時は専門の医師や医療機関を紹介してもらえる、信頼できるかかりつけ医を持つ

医療・健康に関する積極的な情報収集

- ・医療機関や市が開催する市民向けの医療フォーラムや公開講座に積極的に参加

マイナンバー保険証の活用

- ・マイナンバー保険証を利用することで、各医療機関での診療情報や処方歴が一元管理されるため、複数の医療機関を受診した際でも、統一された情報に基づいた受診
- ・診察や処方の際に、保険証の情報確認や手続きが一元化され、患者の待ち時間の軽減だけでなく医療機関側の業務効率化に寄与

救急車の適正利用

病院の再編・最小化②:千葉県船橋市

Funabashi Municipal Medical Center



医療センターでは、老朽化や狭あい化に起因する問題を解決するため、建て替えの計画を進めています。令和6年度に工事の施工者を決める入札手続きを行いました。施工者が決まらず、予定通りに事業を進めることができなくなりました。現在、事業をどのように進めていくか検討しています。

引き続き、新病院建設Newsでは、新病院の計画や検討状況などをお伝えしていきます。

院長 茂木 健司

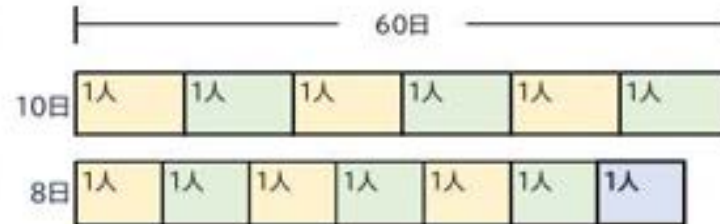
● 病床数は400床程度に

協議会の検討結果について、船橋市医師会、船橋歯科医師会、船橋薬剤師会よりご意見を伺い、地域医療の観点から、『②新病院の役割・機能の確認』を行いました。

新病院になっても、医療センターが地域医療の中で担っている役割(第三次救急医療機関、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、地域災害拠点病院など)は変わりませんが、今後も患者への負担が少ない治療が増え、入院期間が短くなっていくことなどを踏まえ、必要な病床数を現在の計画の500床から400床程度に減らすと整理しました。

入院期間が短くなると必要な病床数が減るの？

例えば、一つの入院のベッドがあり、60日間で何人の患者さんが入院できるかを考えてみます(右図)。一人の入院期間が10日の場合と8日の場合で比べると、10日の場合は、60日間で6人の入院となりますが、8日の場合は7人の入院となります。同じ入院患者数でも、入院期間が短くなると患者さんの入れ替わりが速くなりますので、少ないベッドで対応できることとなります。

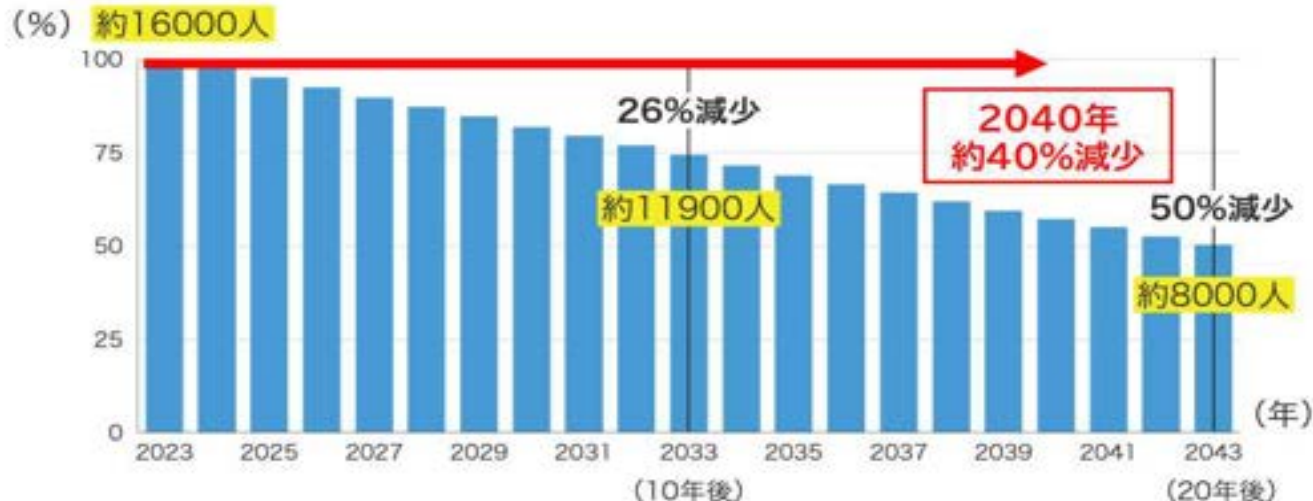


2025年12月1日議会で千葉大当センター言及

2025年12月24日 リリース

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計

日本消化器外科学会 65歳以下会員数 今後の予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現状と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

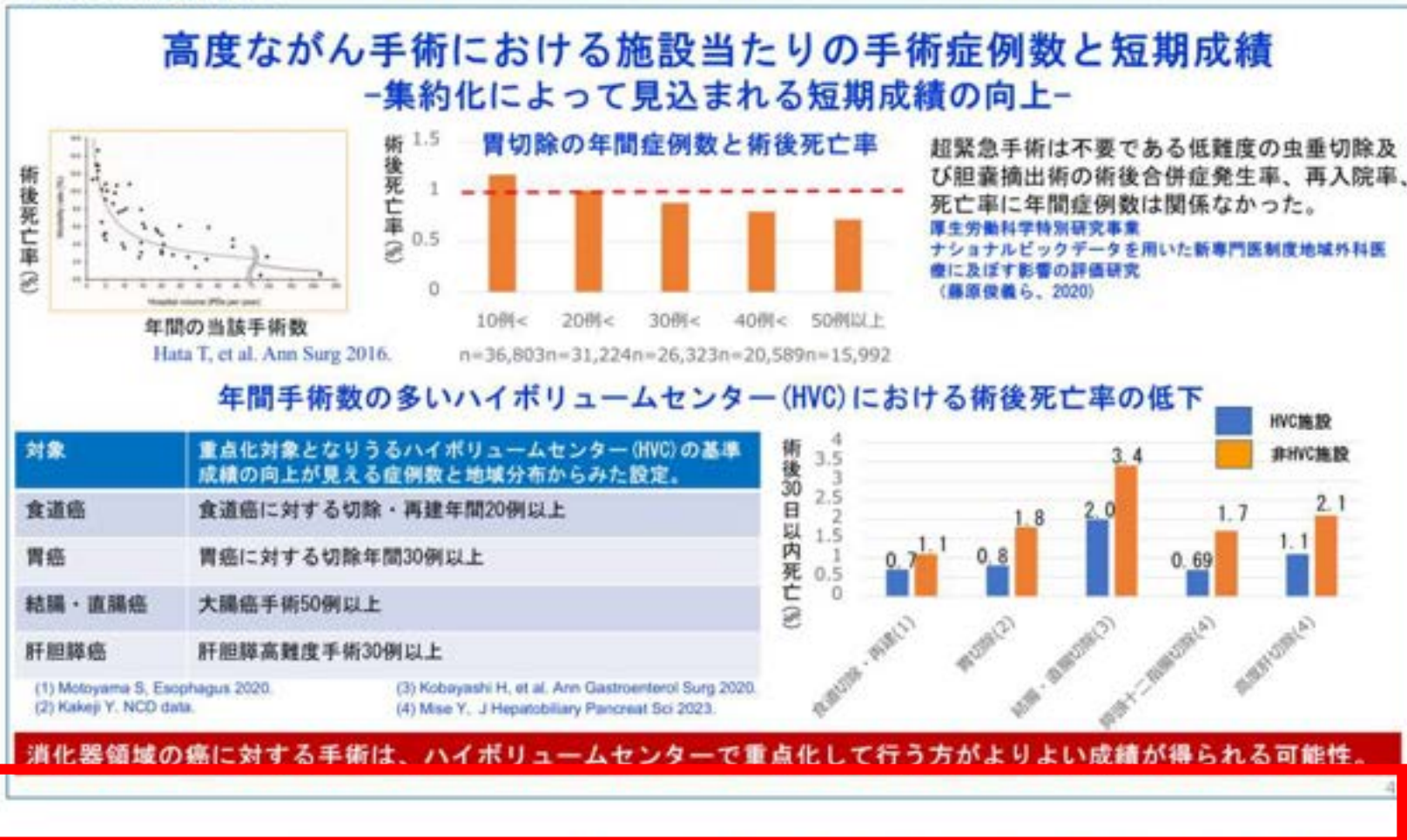
※1 2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。
※2 2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

消化器外科医なりて：現状毎年500人⇒今後900名必要

集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会発表資料
令和7年3月21日	資料3 改定

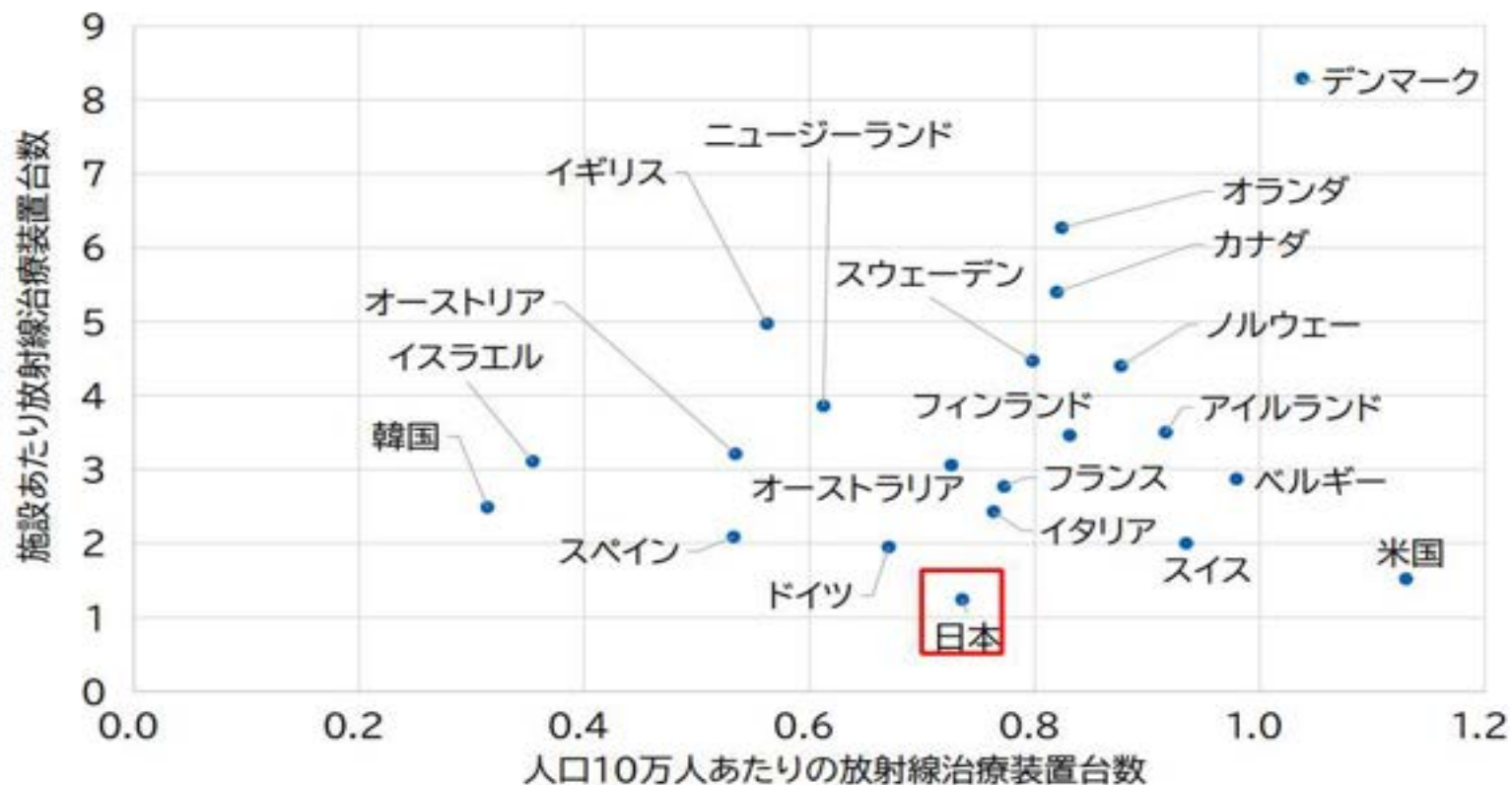
日本消化器外科学会 ※症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術



出典：第7回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資料：<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf>

諸外国と比較した放射線治療装置の配置状況

- 我が国では、諸外国と比較して人口10万人あたりの放射線治療装置台数は平均的であるものの、放射線治療施設あたりの放射線治療装置台数は少なくなっており、多くの医療機関に分散して放射線治療装置が配置されている。



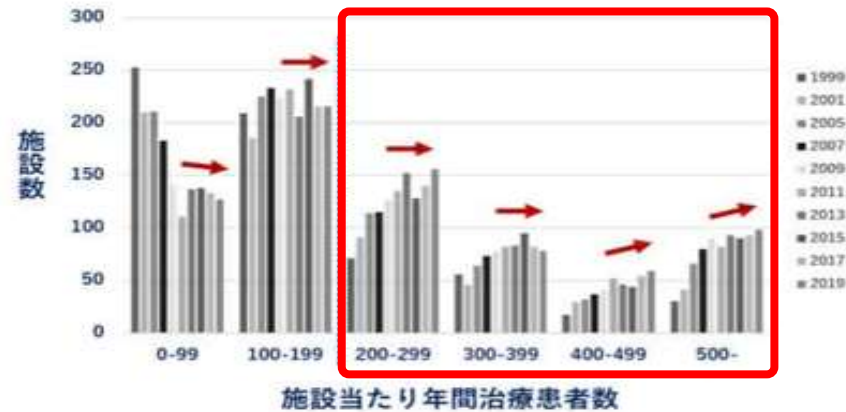
出典:the Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) database及びWHO global cancer observatory Cancer today2022年報告を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

日本：1,100台が**広く薄く**治療装置が配置される

放射線療法に関する提供体制の課題・対応

- ・ 2040年に向けて、放射線療法の需要は2025年比で124%に増加することが見込まれる中、日本放射線腫瘍学会によると、放射線療法を専門とする医師数は需要の増加を上回り、2040年に0.2万人まで増加(2025年比で43%増加)することが見込まれている。
- ・ 一方で、放射線治療装置は、**2019年時点で、全国で約1,100台配置されているが** 我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置1台あたりの患者数にはばらつきが大きい。
- ・ 日本放射線腫瘍学会によると、放射線治療装置1台あたりの年間治療可能数250～300人をもとにすると、2040年に向け、1,190～1,428台(対2019年で8～30%増加)の放射線治療装置数が必要と見込まれる。
- ・ このため、地域毎に放射線療法の需要を予測し、集約化を含めた、適切な放射線療法の提供体制を検討することが必要。

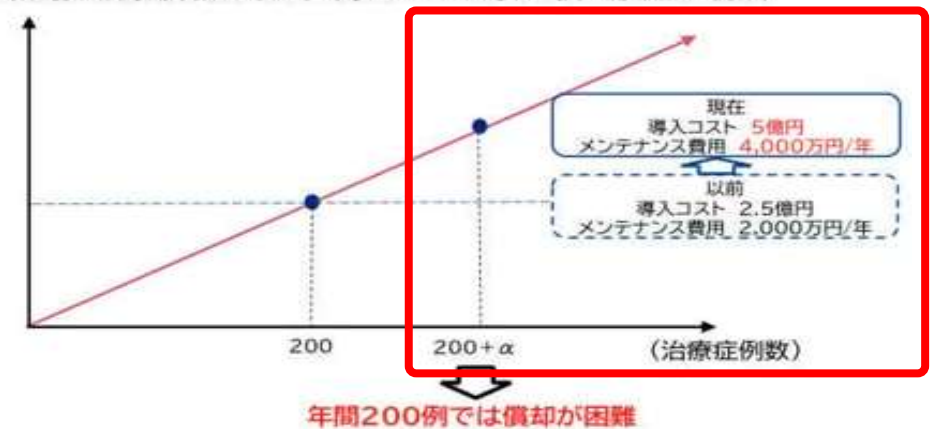
日本における放射線治療施設あたりの年間新規放射線治療患者数



日本の半数近くの放射線治療施設は、年間新規放射線治療患者数は200名以下である。

放射線治療患者数と収益性の関係

外照射の治療患者数と収益性(導入コストに対する損益分岐点症例数)



以前は人件費を除けば年間200名治療すれば償却できていたが、機器の高騰により収支が悪化しており、現在、年間200名以下の規模の病院では収益性を保つことが困難になりつつある。

日本放射線腫瘍学会 全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告 より

収支合わせる =
治療装置1台当たり**250-300人**必要

外来腫瘍化学療法診療料算定施設：アクセシビリティを考慮した医師派遣の検討例

最も近い保険医療機関までの 現状の評価
自動車による運転時間に基づくカバーエリア/人口

宮崎県：西諸医療圏の患者の約75%は60分以上の移動が必要

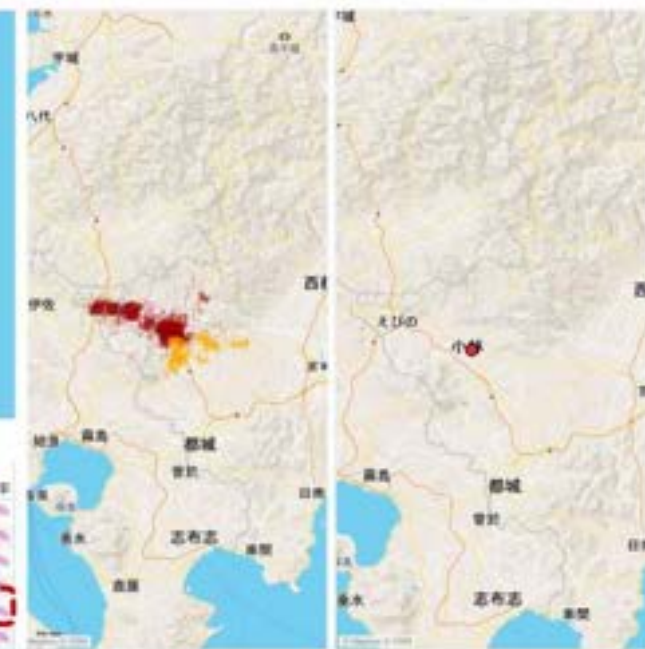
改善に向けた方策をデータに基づいて考える

西諸医療圏の
移動時間地図

小林市立病院 30分圏の人口は
医師数16/看護師104人 約8万人(2025年)



	15分圏内		30分圏内		60分圏内		90分圏内		90分圏外	
項目	人口	カバー率	人口	カバー率	人口	カバー率	人口	カバー率	人口	カバー率
4501宮崎県全域	191,366	45.3%	347,858	81.5%	428,678	100.0%	428,685	100.0%	428,685	100.0%
4502都城北諸郡	104,717	58.5%	173,754	94.3%	194,117	100.0%	184,252	100.0%	184,252	100.0%
4503延岡西臼杵	883	0.4%	23,559	17.5%	109,181	79.8%	119,323	87.0%	137,181	100.0%
4505西郷					78,983	24.4%	68,785	98.7%	69,675	100.0%
4506西郷北諸					52,789	85.3%	56,333	99.9%	56,172	100.0%
4507日向入郷	42,023	49.0%	70,804	82.4%	78,933	82.1%	83,768	97.7%	85,700	100.0%
合計	364,561	34.2%	660,643	61.9%	940,337	86.3%	1,046,578	98.6%	1,067,322	100.0%



人口：2020年度国勢調査、社人研人口推計(2023年)
道路ネットワーク：2024年4月1日時点
運転時間：有料道路を利用しない経路
病床機能報告(2024年)

**外来腫瘍化学療法の実施のために
一定の頻度で医師を派遣することは可能か？**

患者の「移動時間」をベースとした医師配置を検討

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

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【伊東市の実証ケース】 岩国市立柱島診療所(常勤医なし)
 ・同診療所のへき地医療拠点病院から「D to P」が実現される。医師は診療科を兼用してほしいと要望。
 ・令和5年から実証開始。本土から「看護師のみ柱島にわたり、オンライン診療を支援し、診療科を確保する。

へき地医療拠点病院
 診療科センター(100床)

【医師の役割】
 2名専任専任
 (100床/100名)
 1名専任専任
 1名専任専任

【看護師の役割】
 2名専任専任
 1名専任専任
 1名専任専任

【患者の役割】
 1名専任専任
 1名専任専任

【オンライン診療のメリット】
 ① 医師が遠隔にいても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けられる。
 ② デバイス操作が困難、聴覚、認知症などの高齢者にも対応できる。
 ③ 患者対応時の看護師の精神的な不安を軽減、特に緊急オンライン診療には看護師は必須。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】
 ① 医師が遠隔にいても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けられる。
 ② デバイス操作が困難、聴覚、認知症などの高齢者にも対応できる。
 ③ 患者対応時の看護師の精神的な不安を軽減、特に緊急オンライン診療には看護師は必須。

【課題】
 ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルを確保、患者からの信頼とのコミュニケーション。
 ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

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

へき地における患者の通院負担軽減に関する事業の例

へき地患者輸送車(艇)事業について

へき地患者輸送車(艇) 運行実績(令和7年度) 14.5億円 (26.4億円) へき地患者輸送車(艇) 運行実績(令和7年度) 22.8億円 (17.8億円)

1 事業の目的

へき地の医療ニーズの地域格差を解消する(へき地患者輸送車(艇))の運行に対する財政的支援を行うことで、へき地における医療の確保を図る。

【運行実績】
 ・実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ・運行回数：1/2
 ・対象患者：高齢者、慢性疾患
 ・総乗数：1,000名(うち765名が(往)乗船者)、1,000名(うち1,200名(往)乗船者)

【設備等】
 ・実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ・乗客数：1/2
 ・運行回数：1回
 ・総乗数：1,000名(うち765名が(往)乗船者)、1,000名(うち1,200名(往)乗船者)

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。

病院再編⇒アクセス確保は重要な論点

事業の目的

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

事業の概要

◆ 対象者

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

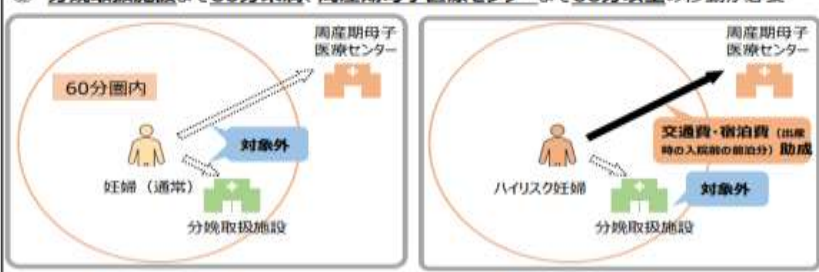
◆ 内容

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

① 分娩取扱施設まで60分以上の移動が必要



② 分娩取扱施設まで60分未満、周産期母子医療センターまで60分以上の移動が必要



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

実施主体等

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

補助単価

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

移動支援の例：ハイリスク妊婦⇒「交通費」+「宿泊」支援

離島患者等通院費支援事業

R6年度予算44,990千円(国庫：39,980千円)
(うち補助金：44,860千円(国庫：39,876千円))

現状・課題

離島の患者、妊産婦及びその付添人(以下「離島患者等」という。)は、居住する離島において必要とする医療を受けることができない場合、島外の医療施設への通院を余儀なくされ、その通院に係る経済的負担が課題となっている。

事業目的

離島患者等の島外の医療施設への通院に要する経済的負担を軽減し、適切な医療を受ける機会の確保を図る。

事業内容

1 実施主体
市町村

2 対象市町村
県内の38有人離島を有する18市町村(右表参照)

3 対象者(島外医療機関への通院を余儀なくされている以下の者。)
①生殖補助医療を受ける夫婦、②妊産婦(妊産婦健診、出産)
③がん患者、④子宮頸がん予防ワクチン接種後に多様な症状を呈している患者、⑤小児慢性特定疾病児童等、⑥指定難病患者、
⑦特定疾患患者、⑧重度障害者(児)、⑨必要に応じて①～⑧の付添人1名

4 補助対象経費
対象市町村が離島患者等の通院に要する航路運賃、航空路運賃及び宿泊費の軽減に要する経費

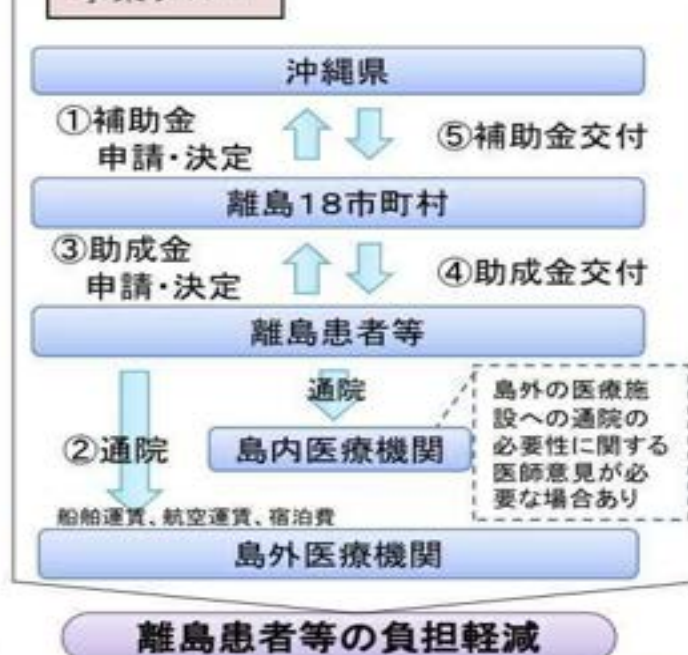
5 補助率
10分の9(県が定める基準額の範囲内)

6 その他の補助要件
国庫補助事業の裏負担に対する補助は対象外とする。

対象18市町村

- 1 石垣市
- 2 うるま市
- 3 宮古島市
- 4 南城市
- 5 本部町
- 6 伊江村
- 7 渡嘉敷村
- 8 座間味村
- 9 粟国村
- 10 渡名喜村
- 11 南大東村
- 12 北大東村
- 13 伊平屋村
- 14 伊是名村
- 15 久米島町
- 16 多良間村
- 17 竹富町
- 18 与那国町

事業フロー



沖縄県：通院費支援事業 「50%がん患者利用」

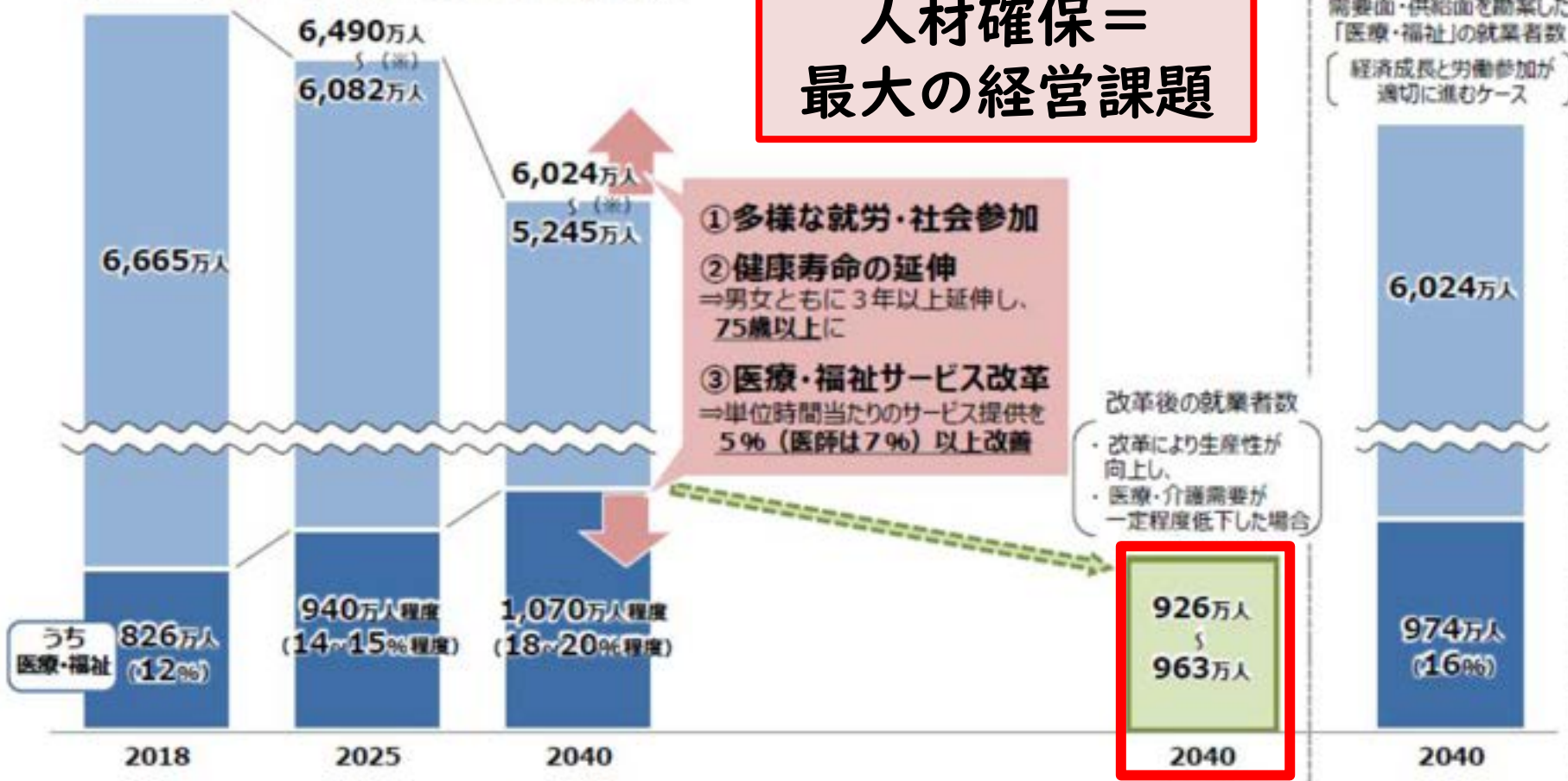
本日のお話

- 1 : 医療政策×都道府県 : 役割と限界
- 2 : 大学×自治体の取組①地域医療構想
- 3 : 大学×自治体の取組②偏在対策

マンパワー① 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。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力供給の推計」(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。
 ※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

（医師偏在指標について）

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

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

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

少数県への医師配置＝公益性

（都道府県別）

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

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

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

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

なぜ「**偏在対策**」をする必要があるか

吉村まとめ

理由①日本国憲法25条【生存権】1946年

第1項：すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

第2項：国は、すべての生活部面について、社会福祉、**社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。**

理由②医療法【第1条の2 基本理念】

「医療は国民が健康で安心して生活できる社会を確保するために、良質かつ適切な**医療を効率的に提供すること**を旨として行われなければならない」

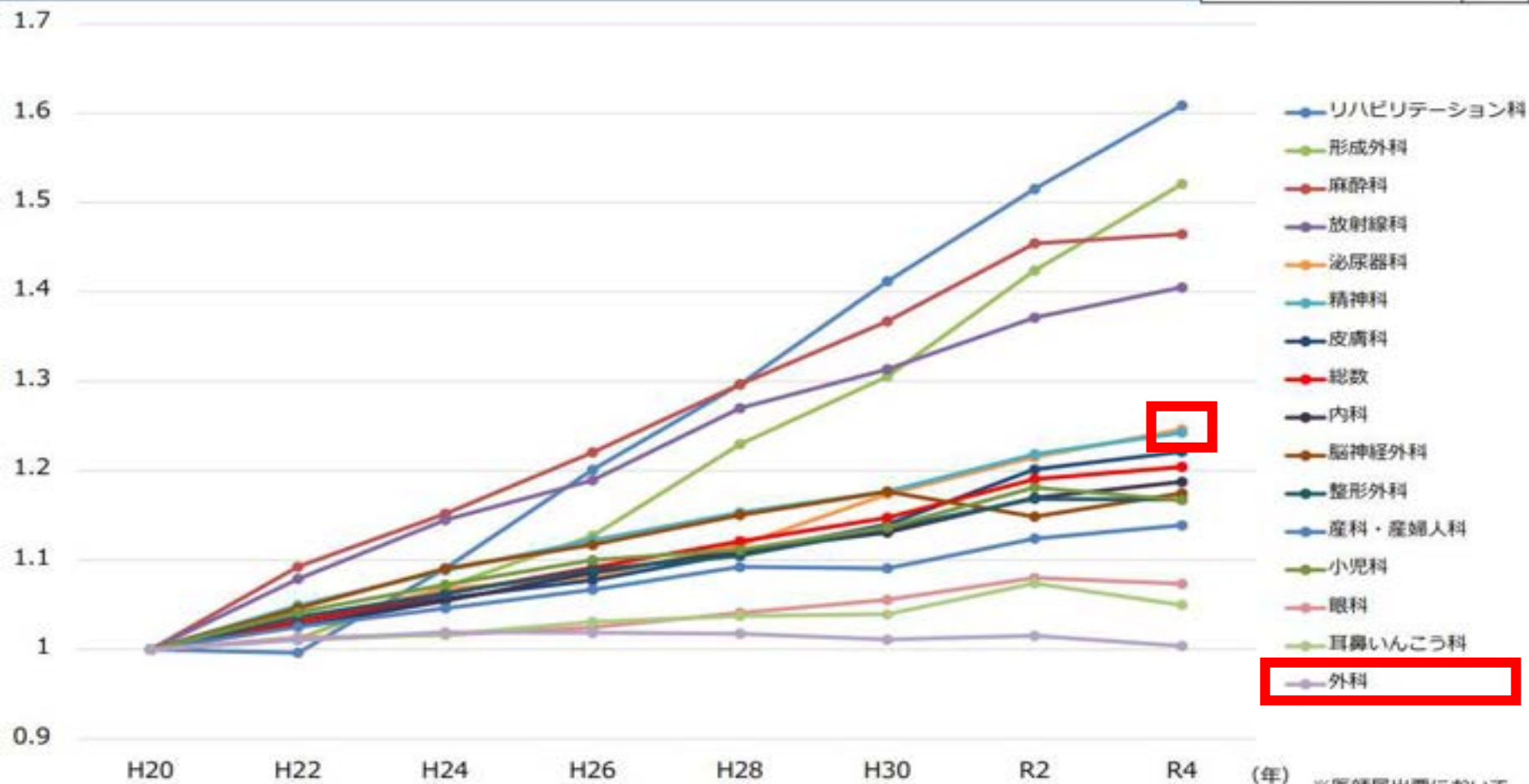
理由③健康保険法【国民皆保険制度】1961年

「**強制加入**」 → 「**保険あってサービスなし**」を作らない

国・自治体・保険者・保険医療機関
：医療への一定のアクセスを保証する

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1回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
資料1
令和6年1月29日
改編



※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計 19

医師が増えても、診療科は偏在！ 医師全体 = 14年で1.25倍

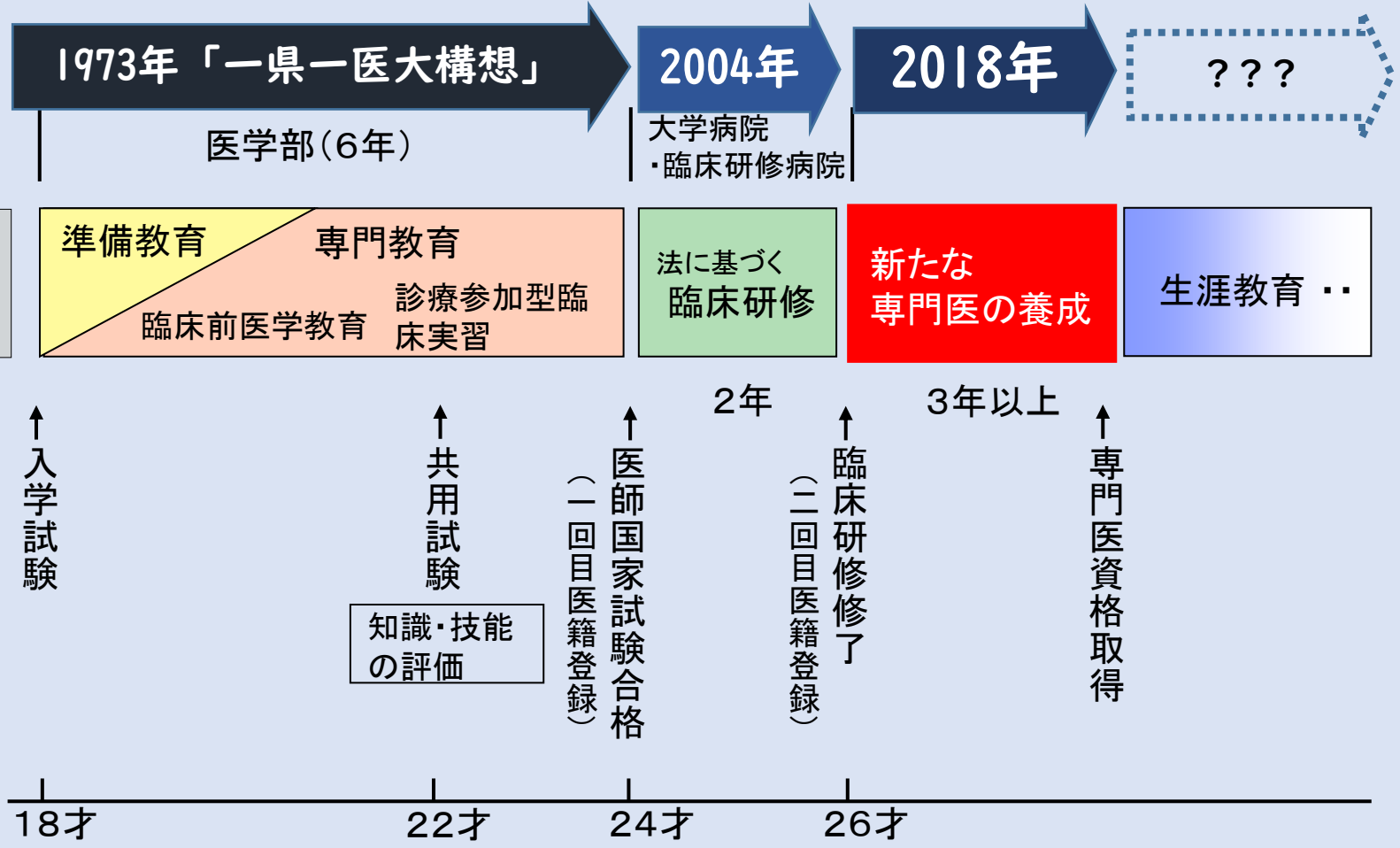
へき地・郡部における医療従事者の 誘致・採用・雇用維持するための介入策（WHO, 2010.）

分類	具体的な対策例
A. 教育	A1 僻地・郡部出身者の採用 A2 主要都市部以外の医療専門学校 A3 在学中に僻地・郡部で臨床ローテーションを行う A4 僻地・郡部の健康に関する問題を反映したカリキュラム A5 僻地・郡部の医療従事者に対する継続的な専門能力開発
B. 法による規制	B1 診療範囲の拡大（法令で範囲外の行為を許可する） B2 さまざまな種類の医療従事者 （途上国など：非医療従事者の診療への参加） B3 一定期間の強制的な勤務 B4 奨学金を給付した上で、僻地・郡部での勤務を義務とする
C. 経済的なインセンティブ	C1 適切な経済的インセンティブ
D. 専門的および個人的支援を含む包括的な支援	D1 良い生活環境（学校、住居、消費活動など） D2 安全で働きやすい職場環境（産業保健活動など） D3 アウトリーチ支援・遠隔医療（専門職・技術による支援） D4 キャリアに関するプログラム D5 職業上のネットワーク（専門職の孤立を防ぐ） D6 社会的評価

「A教育」・「D個別支援」が重要

医師の育成と計画配置 吉村まとめ

1961年
国民皆保険



医師の養成 = 計画配置の歴史

4つの医師偏在と対策

吉村まとめ

保険診療

- ①地域の偏在
- ②診療科の偏在
- ③病院・診療所偏在

- ①「地域枠」制度
- ②新専門医制度
- ③開業制限？
- ④地域別診療報酬??

+

オンライン診療（保険）

④保険診療の外へ

- ・研究教育・行政・産業医
- ・ヘルスケア業界・企業
- ・自由診療（美容・抗加齢など）

- ・重要だが不足分野あり
- ・自由診療「質・内容」見える化
- ・保険診療（特定機能病院の高度医療）の待遇改善

対策 ①生身の医師配置 ②オンライン診療 ③保険外へのモニタリング

医師の働く場：4分類

吉村まとめ

	保険診療外	開業医 約10万人	勤務医 約15万人	大学病院医師 約6万人
診療内容	自由orなし	外来・在宅	入院・救急・外来	入院・救急・外来
患者層	健康度高い	外来中心	外来～入院	専門診療・重症
年収 ※データソース	美容外科++ 産業医++ 行政+	<u>2,900万</u> 令和5年度医療経済実態調査 一般診療所（個人）損益差額	<u>1,436万</u> 令和5年度賃金構造基本統計調査 医師（男女）時間外・賞与含む	<u>300-1250万</u> 全国医学部長 病院長会議調べ
夜勤当直	自分次第	原則なし	あり	あり
年齢	自分次第	中堅 ～ベテラン	若手 ～ベテラン	若手 ～ベテラン
身分	自分次第	経営者	労働者	労働者+研究者
平均年齢	不明	約60歳	約46歳	

「ボリュームゾーン」をいかに維持するか

病院の魅力向上による生き残り方策

吉村まとめ

① 症例の集約と教育機会の充実

- ・各病院の手術実施件数などを公開・見える化

② 雇用条件・賃金の引揚げ

- ・前例・慣習にとられない報酬の提示

③ 若手医師に訴求できる責任者の登用⇒情報発信

- ・SNSの多用、幹部からの発信「顔の見える病院・地域」

④ 地域枠医師・自治医大医師を呼び込む

2040年「人材を集められた病院」に機能が集約

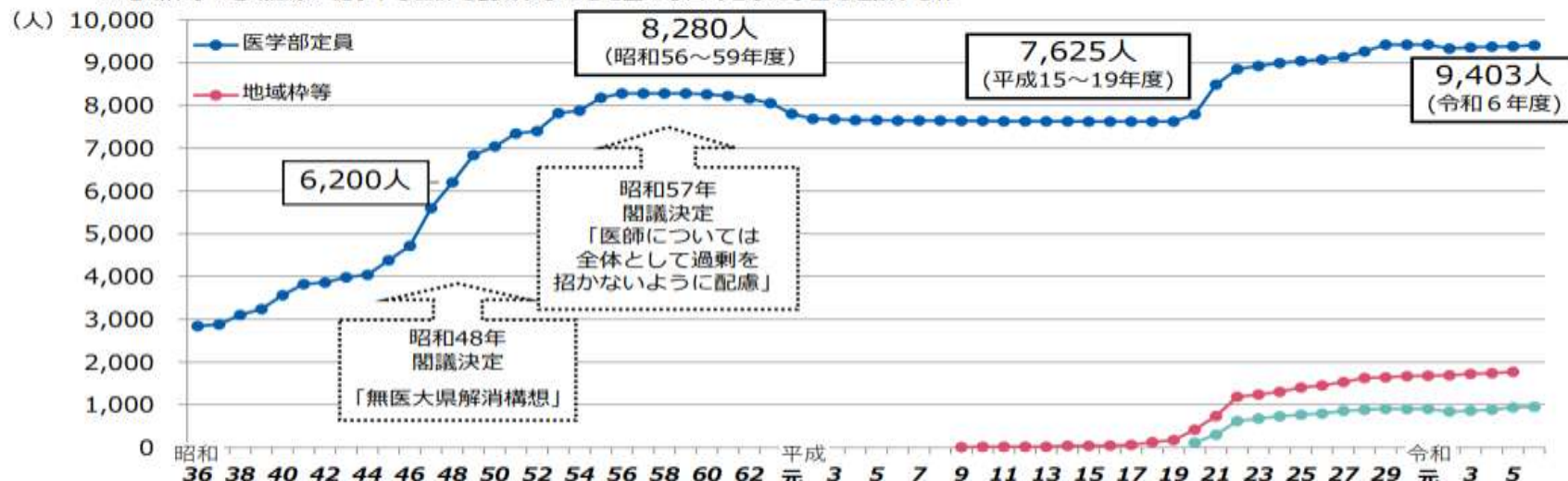
「キャリアの多様化」が進む若手医師の意向を汲む

医学部入学定員と地域枠の年次推移

第2回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
資料1
令和6年2月26日

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっており、令和2年度以降、前年度比増が継続している。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。**(平成19年度173人(2.3%)→令和4年1,736人(18.8%))**

*地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,619	7,603	7,635	7,775	7,745	7,733	7,635	7,634	7,638	7,614	-
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,450	1,531	1,627	1,645	1,669	1,682	1,688	1,723	1,736	1,770	-
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.3%	18.7%	18.8%	19.1%	-
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

(地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、令和5年文部科学省医学教育課調べ)

医学部に地域枠で入学 = 一般的なキャリア

キャリアコーディネータ・キャリアサポータによる個別対応が重要



吉村 健佑 先生



齊藤 景子 先生



橋田 知明 先生

No	基本領域	診療科	氏名	所属
1	内科	内科・糖尿病内科	小林 一貴	医療法人社団汐風 きむらクリニック
2		糖尿病・代謝・内分泌内科	大西 俊一郎	国際医療福祉大学病院
3		感染制御部・感染症内科	谷口 俊文	千葉大学医学部附属病院
4		脳神経内科	鈴木 優太郎	千葉大学医学部附属病院
5		内科（総合診療科）	田村 弘樹	東千葉メディカルセンター
6	小児科	新生児科	佐藤 雅彦	東京女子医科大学八千代医療センター
7		小児科・小児集中治療科	木村 翔	東京女子医科大学八千代医療センター
8	精神科	精神神経科	新津 富央	千葉大学大学院医学研究院精神医学
9		精神神経科	鈴木 耕輔	千葉大学医学部附属病院
10	整形外科	整形外科	荒木 貴裕	千葉県済生会習志野病院
11	産婦人科	産婦人科	岡安 豊太	君津中央病院
12	脳神経外科	脳神経外科（救急科）	吉田 周一	千葉市立海浜病院
13		脳神経外科	黒 裕之	日本医科大学千葉北総病院
14	救急科	救急科・集中治療部	星野 翔太	東千葉メディカルセンター
15		救命救急センター	松越 拓	東京ベイ・浦安市川医療センター
16		救急科	岡田 昌彦	帝京ちば総合医療センター
17	形成外科	形成外科、皮膚科、美容皮膚科	有川 俊輔	ありかわ皮フ科・形成外科クリニック千葉駅前
18	リハビリテーション科	地域医療教育学	尾崎 尚人	千葉大学大学院医学研究院
19	総合診療科	地域医療教育学 特任教授	鎌野 紀好	千葉大学大学院医学研究院
20		総合診療科	青木 信也	医療法人SHODA 塩田病院
21		家庭医診療科	岩間 秀幸	亀田ファミリークリニック船山
22		内科	村山 愛	君津中央病院大佐和分院
23		総合診療科	林 亮佑	安房地域医療センター
24		総合診療科	曾我井 大地	地方独立行政法人 さんむ医療センター

キャリア形成プログラム等 利用者

利用検討段階に
ある高校生等・
保護者

- ・面談（要望聴取）
- ・キャリア形成プログラムの調整
- ・地域医療、制度の情報提供

制度説明の場を創る

キャリア コーディネーター

- ・協働
- ・個別ケース方針検討
- ・意見交換、相互理解
- ・制度設計

- ・教授、医局長等の制度理解を支援
- ・関連施設での専門研修と義務履行の調整
- ・地域医療事情など情報交換・共有
- ・キャリア卒前支援プランの運営補助
- ・パートナー、メンタル面含めた支援

都道府県
(国)

地域医療支援センター
へき地医療支援機構

大学医学部
附属病院

医師少数区域等
の医療機関

- ・要望の聴取と行政への橋渡し
- ・医師派遣の調整
- ・病院の研修指導体制の向上

- ・指導医の制度理解を支援
- ・地域医療の環境改善を支援

地域の
中核病院

千葉県・千葉大学が直面した 制度利用者の卒後義務履行の課題 (吉村まどめ)

- ① 医師あたり原則「15年間」の個別支援と追跡を要する
⇒「個人」への持続的な支援に都道府県が不慣れなことも
- ② 医師賃金の相場と比して貸付金が多くない
- ③ 医師のキャリア形成と地域での医療提供の両立が困難
⇒地域の求める医師の持続的供給ができるか？
- ④ 医師個人の「資質」「意欲」にばらつき
⇒臨床研修マッチングの支援から必要
⇒義務履行のためにより積極的な支援が必要なことも
- ⑤ 地域により「大学医局人事」との整合・調整を要する
⇒行政区にかかわらず医師の配置、紹介を行ってきた経緯

利用者が増加する中、
個々の医師に「一歩踏み込んだ支援」が必要

診療科別コースの見方

令和7年9月2日時点

千葉医療センター—外科

診療科別コース（当初作成日：令和元年11月18日）

1 概要

診療科（基本領域）	外科
キャリア形成支援機関	独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター
診療科別コース管理者 所属 職 氏名	外科 院長 古川 勲規
問合せ先	043-251-5311
コースの特長	専門研修期間中に、サブスペシャリティの研修に比重を置く期間を設ける、サブスペシャリティ重視研修タイプです。3年後の外科専門医取得のみならず、その先のサブスペシャリティ専門医資格の取得も目指すことができます。

2 取得可能な資格、知識、経験等

取得可能な資格、知識、経験等	備考（標準的な取得時期等）
外科専門医	医師免許取得後6年目

3 キャリアパスのイメージ（想定就業例であり将来的な配置を約束するものではありません）

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	
状況	臨床研修	専門研修（外科）								
		基幹	連携	基幹						
勤務先 医療機関等	臨床研修病院群	C	B	C	A	B	A	C		

※勤務先医療機関：臨床研修病院群…県内の臨床研修病院
A…地域A群、B…地域B群、C…県内病院群、数字…県外での勤務等による数字
A群…地域A群非常勤での勤務、B群…地域B群非常勤での勤務、C群…県内病院群非常勤での勤務

4 勤務が想定される医療機関（将来的な配置を約束するものではありません）

地域A群	地域B群	県内病院群
国保多古中央病院 香取おみがわ医療センター 国保匝埜市民病院 大網白里市立国保大網病院 東陽病院 いすみ医療センター 東千葉メディカルセンター 国保直営総合病院君津中央病院	松戸市立総合医療センター 成田赤十字病院 千葉労災病院 千葉県済生会習志野病院 帝京大学ちば総合医療センター	千葉医療センター 千葉県総合救急災害医療センター

5 診療科別コース管理者からのメッセージ

千葉大学臓器制御外科学の関連病院を中心に、地域の中核病院で継続して研修を積むことができます。外科専門医取得を念頭に置いています。消化器、呼吸器、乳腺領域のサブスペシャリティの専門医取得を目指すことができます。外科専門医、サブスペシャリティ専門医の取得に向け、個別の希望や相談を開きながらサポートしていきます。

（注意事項）

- 実際の勤務先等はその時点での診療科の事情や猶予期間（妊娠・出産・育児・介護等、学位取得や留学等）等の影響を受けるため、上記の内容と異なる場合があります。
- 診療科別コースを選択した上で、診療科別コース管理者との相談等を通じて個別の事情を考慮したキャリア形成プランを作成します（旧プログラム選択者についてもこの例を参考にキャリア形成プランを作成します）。

- 実際の義務履行のイメージや勤務が想定される医療機関名が記載されています。

千葉県：225の診療科別コース作成

2024年度：全都道府県の医師確保事業を支援

【厚生労働省医局地域医療計画課・キャリア形成プログラム等実用企画事業】

キャリアコーディネーターの手引き

2023年6月 試作版

本手引きは現在、作成中です。
今後、さらに修正更新予定となっています。

内容について、ご意見・ご要望・ご質問がありましたら、
下記にご連絡下さい。

連絡先：本事業事務局 career.design_cord@gmail.com

編集：千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

2024年度 第2回
全国キャリアコーディネーター研修会

2024年12月10日（日）13:00～16:00

開催方法：ハイブリッド開催（後日動画配信）
会場：堂知 会議場予定
オンライン：ZOOM配信

参加・視聴申込み ⇒（参加登録のLINKアドレス）

対象：キャリアコーディネーター、地域枠医学生に携わる自治体

【プログラム】

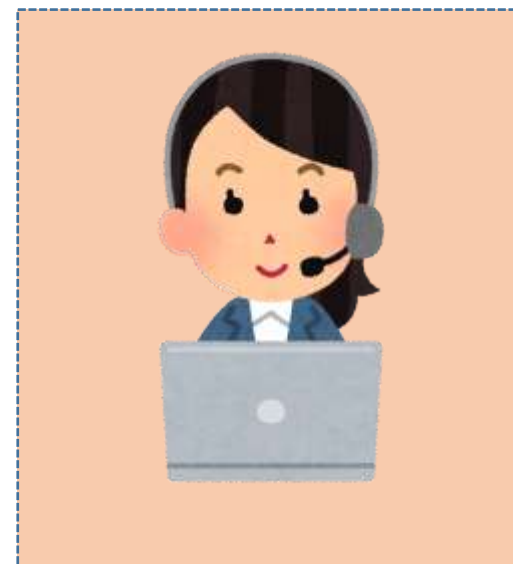
1. キャリアコーディネーターの役割と業務 ・手引きの改訂ポイント説明 （千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任教授 吉村 健佑）	13:00～13:15
2. 相談対応から見えたこと （千葉県キャリアコーディネーター 青藤 景子）	13:15～13:25
3. キャリア形成プログラムとキャリア形成卒前プランの実例 1) ▲▲県から（▲▲県キャリアコーディネーター） 2) ◎◎県から（◎◎県キャリアコーディネーター） 3) ■■■県から（■■■県キャリアコーディネーター）	13:25～13:55
～休憩 10分～	
4. 医学部入試と医師養成（文科省医学教育課）	14:05～14:20
5. 専門医機構からみた地域枠制度（専門医機構）	14:20～14:35
～休憩 10分～	
6. グループワーク：課題と対応を考える テーマ案：離脱防止、不同意識、キャリアコーディネーターの活動 地元大学との交渉、卒前プラン、高校生受験生へのアピール など設定予定	14:45～15:40
7. 本事業の総括と今後への提案 （千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任教授 吉村 健佑） （自治医科大学 地域医療学センター 教授 小谷 和彦）	15:40～16:00

閉会の辞（厚生労働省 地域医療計画課） 15:55～16:00

～終了後 参加者交流会～

主催：千葉大学病院 次世代医療

対応窓口：本事業事務局



調査分析

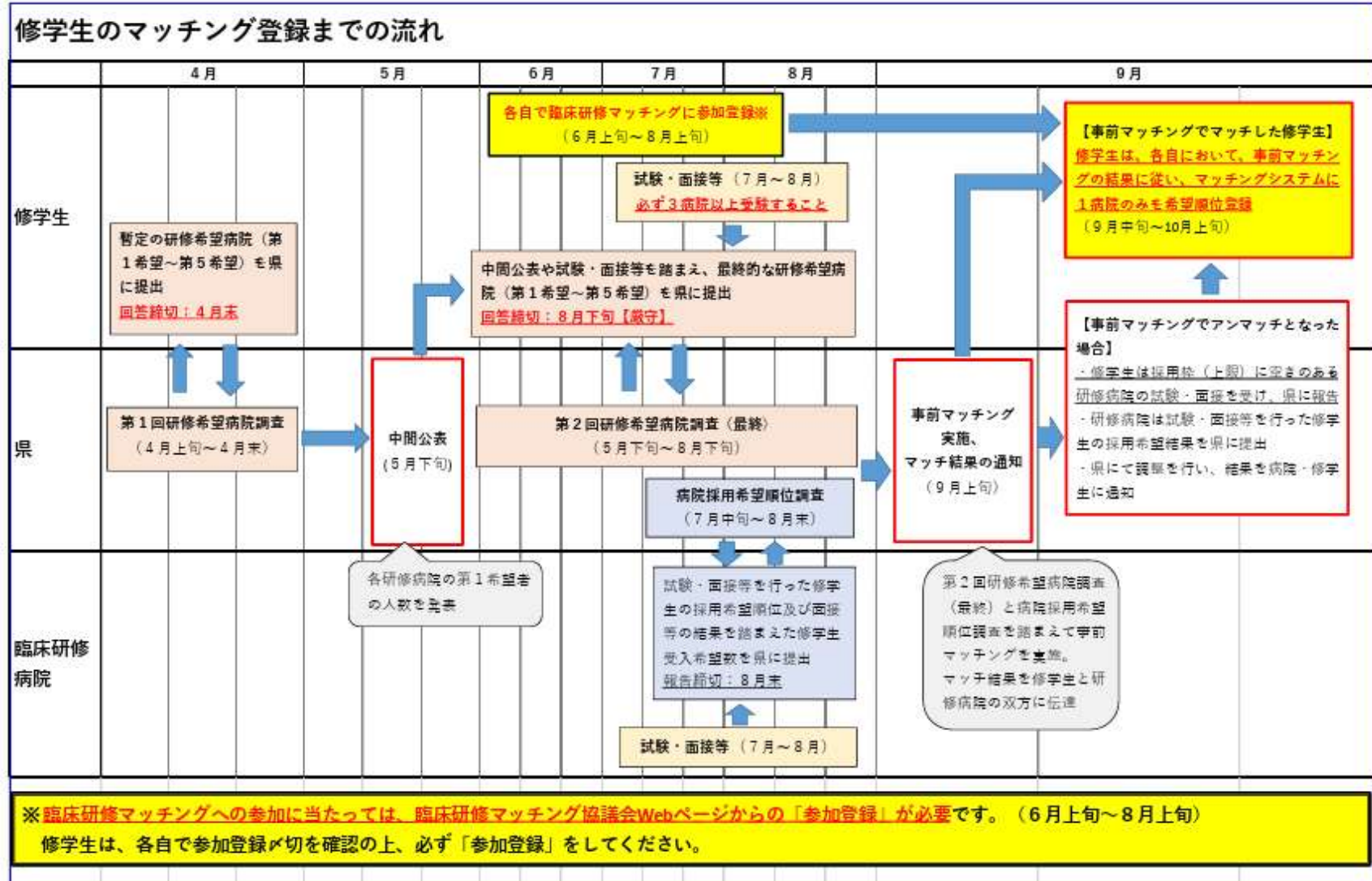
手引き

研修

個別相談

茨城県の取り組み：修学生・臨床研修の事前採用

3 事前マッチングの流れについて



茨城県の取り組み：修学生「結婚協定」を制度化

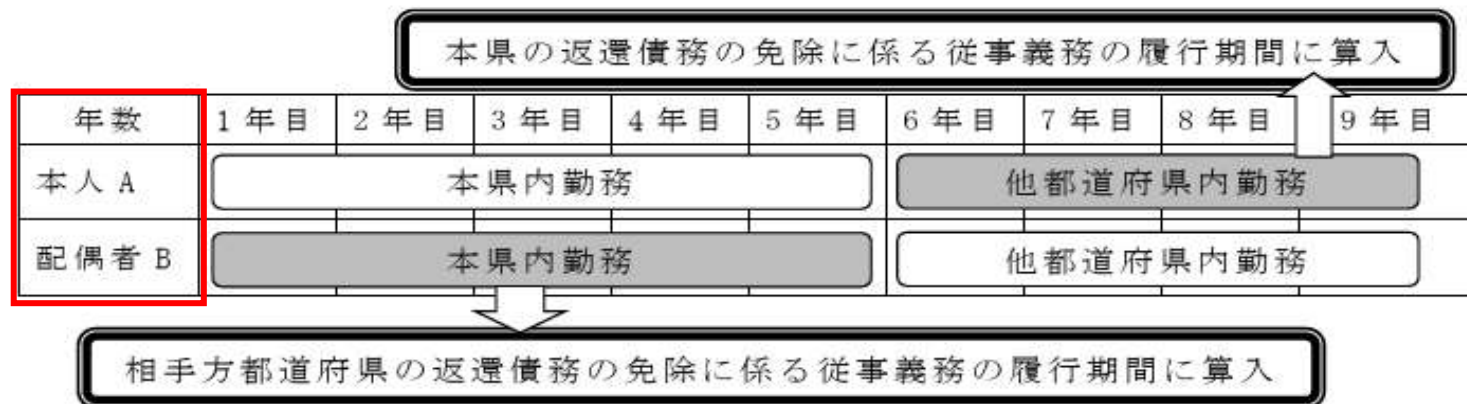
② 他都道府県の修学生との婚姻による特例を受ける場合であって、次のア～ウのすべてに該当する場合(条例第13条第1項第2号)

ア 修学生が、他県修学資金の貸与を受けている者と婚姻し、いわゆる結婚協定にもとづく指定従事医療機関及び他県の指定医療機関に勤務する期間の指定を受けていること。

イ 医師の免許を取得した後直ちに県内の医療機関又は他県の医療機関において臨床研修を受け、当該臨床研修の修了後、引き続き、指定期間を指定従事医療機関及び他県の指定医療機関において医師の業務に従事したこと。

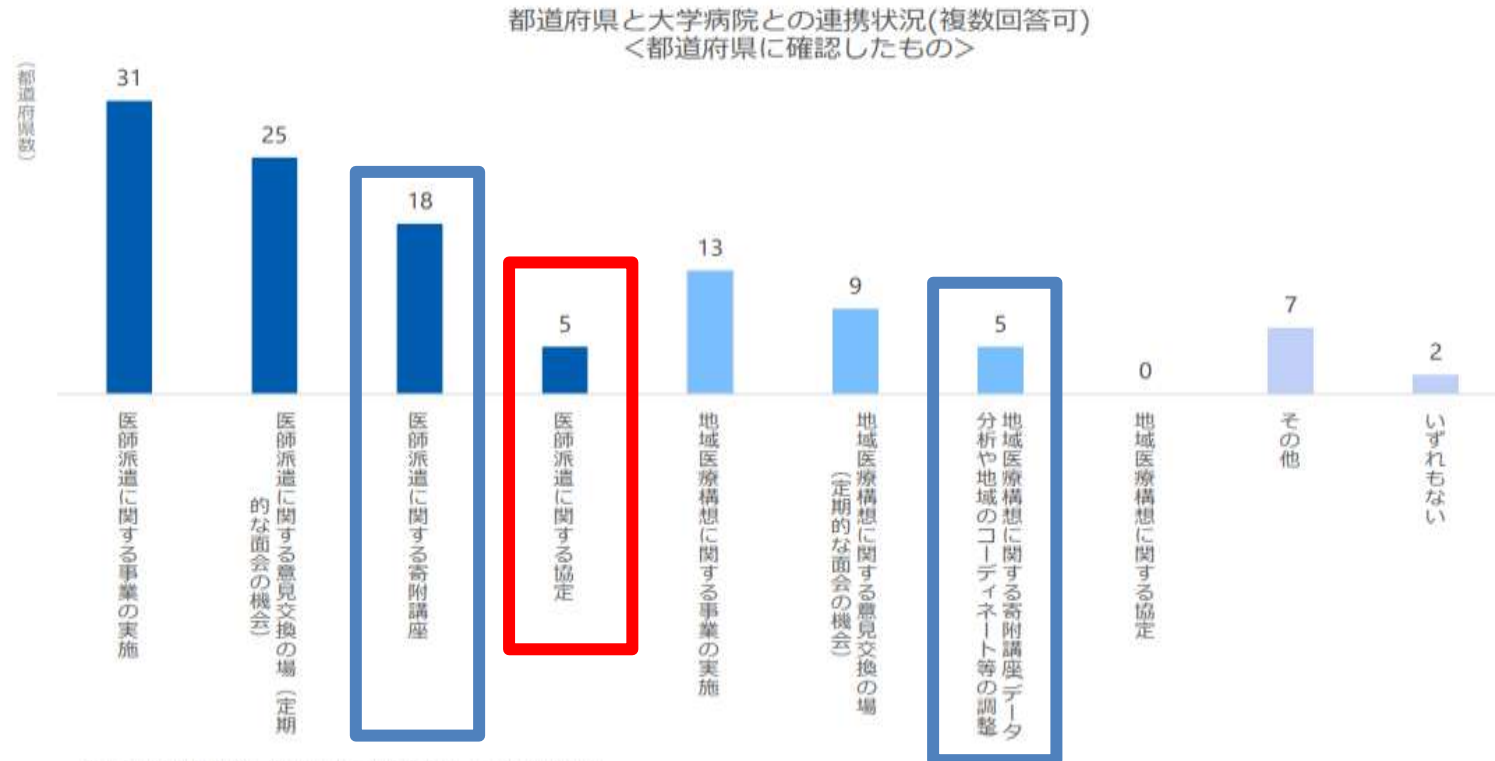
ウ (a) (臨床研修の修了に要した期間) + (b) (指定従事医療機関又は他県の指定医療機関において指定期間を医師の業務に従事した期間) の期間が修学資金の貸与を受けた期間の1.5倍の期間に達したときであって、(a)の期間修了後、(a) + (b)の期間を合算した期間の1/2以上の期間を医師不足地域における医療機関において従事したとき。

(例)茨城県の修学生 A と他都道府県の修学生 B が結婚する場合



都道府県と大学病院の関係について

都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携を行っている。



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ(一部精査中)

15

都道府県と大学病院の「**協定締結**」が期待されている

参考

新潟県と新潟大学医学部との地域枠に係る協定締結について(令和元年12月)

新潟大学に設定する新潟県地域枠の医学生及び卒業医師の養成等を通じて、新潟県内の医師不足や地域偏在の解消を図るため、令和元年12月24日に新潟県と新潟大学医学部は「地域枠に係る協定」を締結する調印式を開催



- 1 開催日 令和元年12月24日
- 2 開催場所 新潟県庁
- 3 参加者
 (1) 新潟大学医学部 医学部長 安永 俊幸 氏
 (2) 新潟県 知事 花角 英世

<新潟大学医学部医学科ホームページより>

- ・ 医学部は、新潟県と新潟県の地域枠の医学生及び卒業医師の養成等に関し、協定を12月24日(火)に締結しました。
- ・ 本協定は、新潟県内の医師不足及び医師の地域偏在を解消すること並びに安定的な地域医療を確保することを目的として、医学生等を、地域医療を担う医師として養成すること等について協定する内容です。
- ・ 医学部と新潟県は、これまでも12名の地域枠を実施してきましたが、令和2年度から令和3年度まで地域枠の入学定員を22名に拡大することから、今回を契機として両県によりお互いの協力体制を確認することとしたものです。
- ・ 調印式では、新潟県の花角英世知事は「22名の地域枠を希望していたが部議申し上げたい、しなしながら、まだまだ新潟県の地域医療に携わる医師が不足しているという状態にあり、今後も厳しい状況が続くので、引き続き地域医療にしっかりと取り組んでいきたい。」と語り、安永俊幸医学部長は「新潟県の協力をいただき、地域枠を22名に拡大することができ、ありがたく思っている。新潟県にかけられる地域枠というのはこれまで非常にうまく運営され、教育のや地域の方にもよく知っていただき、まっとうして新潟県の医療に貢献していける引き続きご支援、ご協力をお願いしたい」
- ・ 本協定に基づき、これまで以上に新潟県も多く確保するための人材養成及び県内連携を図り、新潟県の安全・安心な社会の

参考

青森県地域医療維持確保に向けた医師派遣等に関する三者協定

○ 令和6年1月26日に青森県、弘前大学及び青森県立中央病院は、三者協定を締結し、市町村などから寄せられる医師派遣の要望を共有し、三者で医師派遣等について総合的に検討・調整し、より効果的な医師派遣・配置につなげ、地域医療の維持確保を目指すこととなった。

- ・ 県内唯一の医育機関 (弘前大学)
- ・ 県立の総合病院 (県立中央病院)
- ・ 行政 (県)



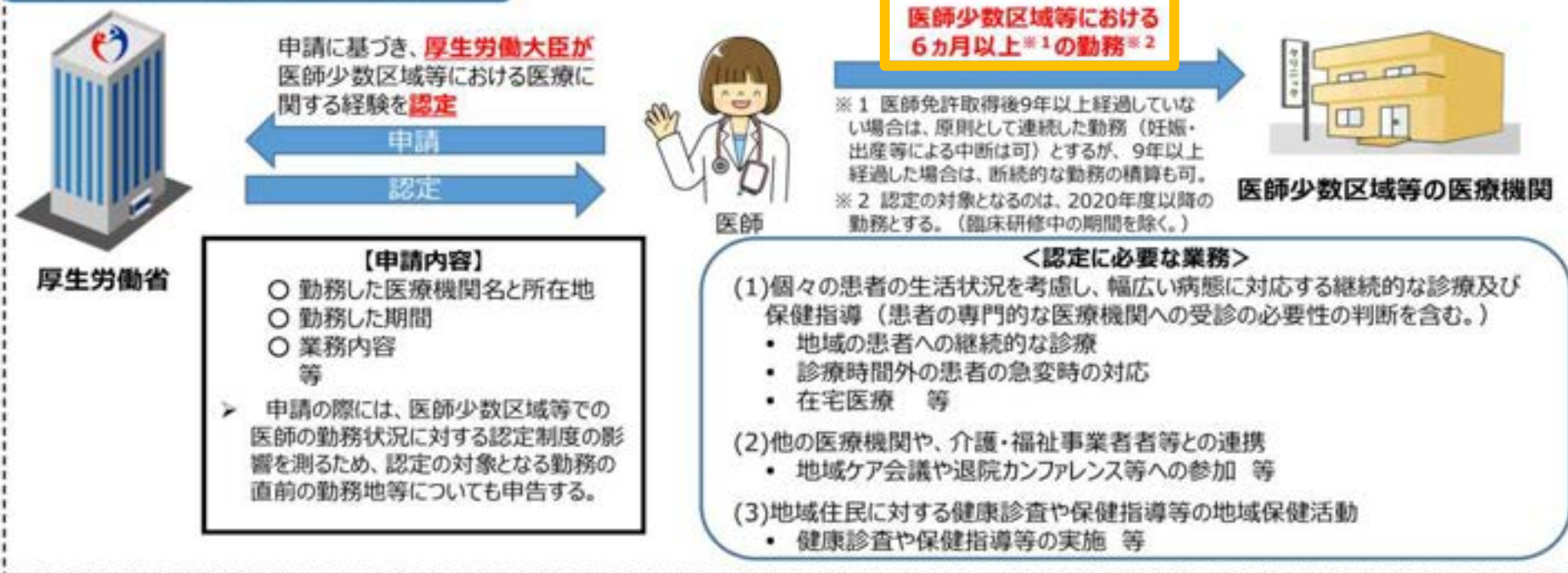
関係機関がタッグを組んで、
医師のキャリア形成を
サポート！



新潟県・青森県など
先行して実施

○ 地域A群病院で6カ月以上勤務すると、医師少数区域経験認定医師として、国から様々な補助を受けることができます。

認定に必要な勤務期間や業務内容



どんなメリットがあるの？

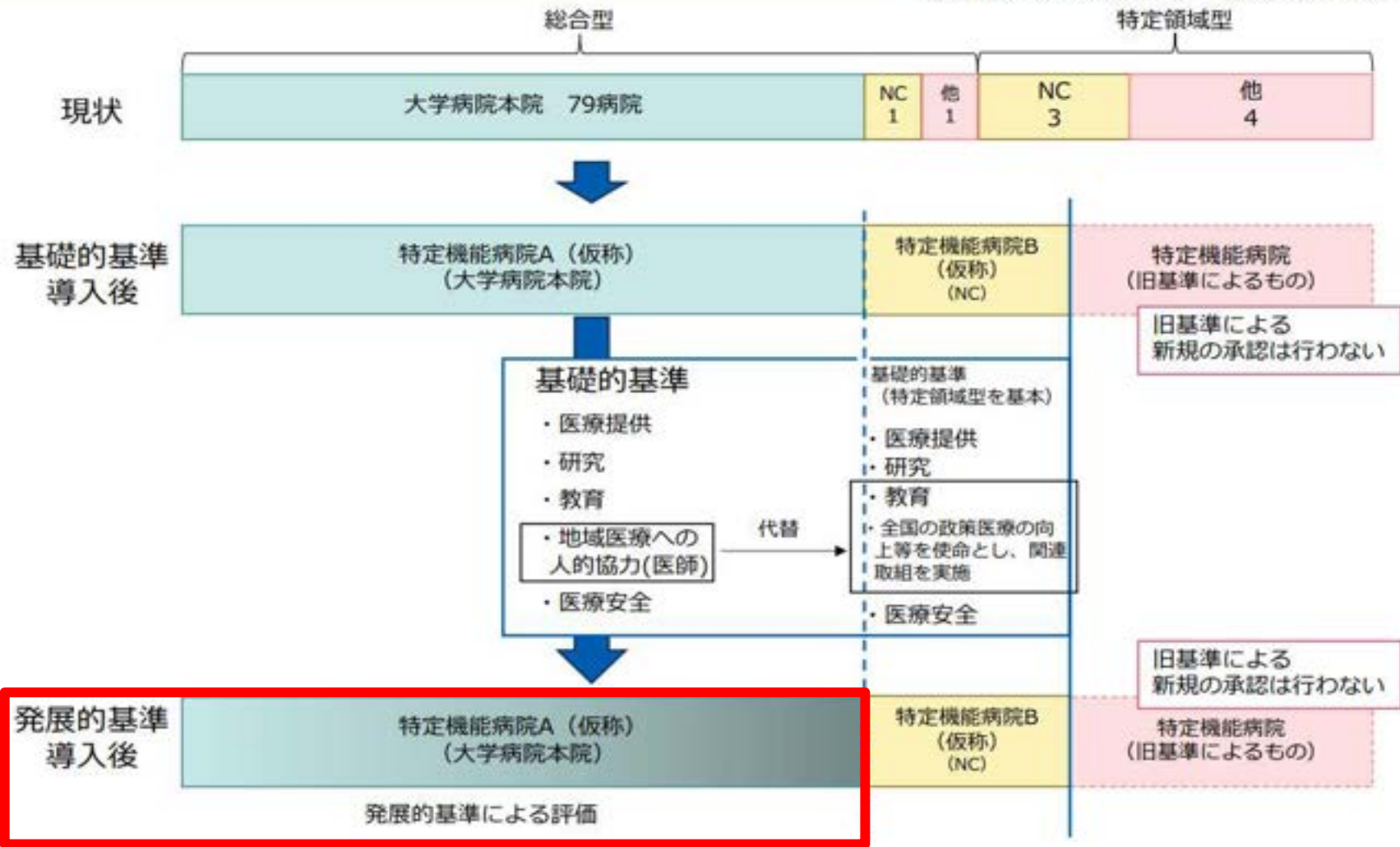
実績に応じて、医学専門書の購入経費や、研修の受講料・旅費等が補助^{*}されます！

上限例)専門書購入経費:54,000円/年 研修受講料:10,000円/月 旅費:県内2,000円/月、県外12,000円/月

※ 県から認定医師の勤務する医療機関への補助になります。

(参考) 特定機能病院見直し後のイメージ

※NCはナショナルセンター（承認時を含む）を指す



大学病院本院を「発展的基準」ににより「序列化」

大学医局の役割と内容

役割	内容
①専門医の養成・教育機関	大学病院の診療科を中心に、教授や准教授が若手医師を育成し、専門医資格取得や研究指導を行う
②学術研究の推進・最新医療の発信	学会発表や論文執筆などの学術活動を通じて、 医学博士を養成 したり、最新の学術的情報を発信する。
③ 医師のキャリアパス・人事	医局内での昇進・派遣(配置)制度を通じて、関連病院に医師を送り出し、地域医療を支えつつ医師のキャリア形成を行う
④ 地域医療への貢献	大学病院や基幹病院から、関連病院へ医師を派遣(配置)することで、地域間の医師偏在をある程度解消する役割を果たす
⑤診療科同士のネットワーク	各大学や診療科の医師同士で学術・教育面の連携や情報交換を行い、互いの専門領域を高め合う
⑥ 医師の居場所・メンタリング	若手医師が医局の「先輩・後輩」関係の中で育成されることで、臨床スキルやフィードバックを得やすい環境が作られる。

約**12万医師**が属する大学医局と地域枠制度の連結へ

医師配置の状況（国立大学病院）

- ㊤ 三重大学 (1,152人)
- ㊦ 滋賀医科大学 (660人)
- ㊨ 京都大学 (2,568人)
- ㊩ 大阪大学 (3,605人)
- ㊪ 神戸大学 (2,027人)
- ㊫ 鳥取大学 (555人)
- ㊬ 島根大学 (450人)
- ㊭ 岡山大学 (2,825人)
- ㊮ 広島大学 (2,184人)
- ㊯ 山口大学 (693人)
- ㊰ 徳島大学 (713人)
- ㊱ 香川大学 (339人)
- ㊲ 愛媛大学 (756人)
- ㊳ 高知大学 (278人)
- ㊴ 九州大学 (2,441人)
- ㊵ 佐賀大学 (457人)
- ㊶ 長崎大学 (1,013人)
- ㊷ 熊本大学 (1,126人)
- ㊸ 大分大学 (603人)
- ㊹ 宮崎大学 (236人)
- ㊺ 鹿児島大学 (903人)
- ㊻ 琉球大学 (281人)

国立大学病院全体で
46,363名の常勤医師（※）
を地域に派遣している

- 凡例
- ~500人
 - 500人~800人
 - 800人~1,000人
 - 1,000人~



- ① 北海道大学 (1,318人)
- ② 旭川医科大学 (619人)
- ③ 弘前大学 (539人)
- ④ 東北大学 (1,145人)
- ⑤ 秋田大学 (473人)
- ⑥ 山形大学 (585人)
- ⑦ 筑波大学 (1,584人)
- ⑧ 群馬大学 (461人)
- ⑨ 千葉大学 (747人)
- ⑩ 東京大学 (1,167人)
- ⑪ 東京医科歯科大学 (1,941人)
- ⑫ 新潟大学 (860人)
- ⑬ 富山大学 (514人)
- ⑭ 金沢大学 (1,191人)
- ⑮ 福井大学 (344人)
- ⑯ 山梨大学 (381人)
- ⑰ 信州大学 (921人)
- ⑱ 岐阜大学 (1,059人)
- ⑲ 浜松医科大学 (1,123人)
- ㉔ 名古屋大学 (3,526人)

他医療機関で常勤の勤務形態をとっている
場合のみを集計しており、
週1回程度の非常勤や短期派遣は含まない。

※ R6年11月21日時点（速報値）

出典：「令和5年度国立大学病院 病院機能指標」
（データベース管理委員会調べ）より
国立大学病院長会議にて加工

出典：（一社）国立大学病院長会議 2024（令和6）年12月13日 記者会見資料

医局からの配置人数：国立**4.6**万人

医師少数区域等所在病院等での勤務理由

- 令和5年3月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が54となっている。



厚労省 公表資料より

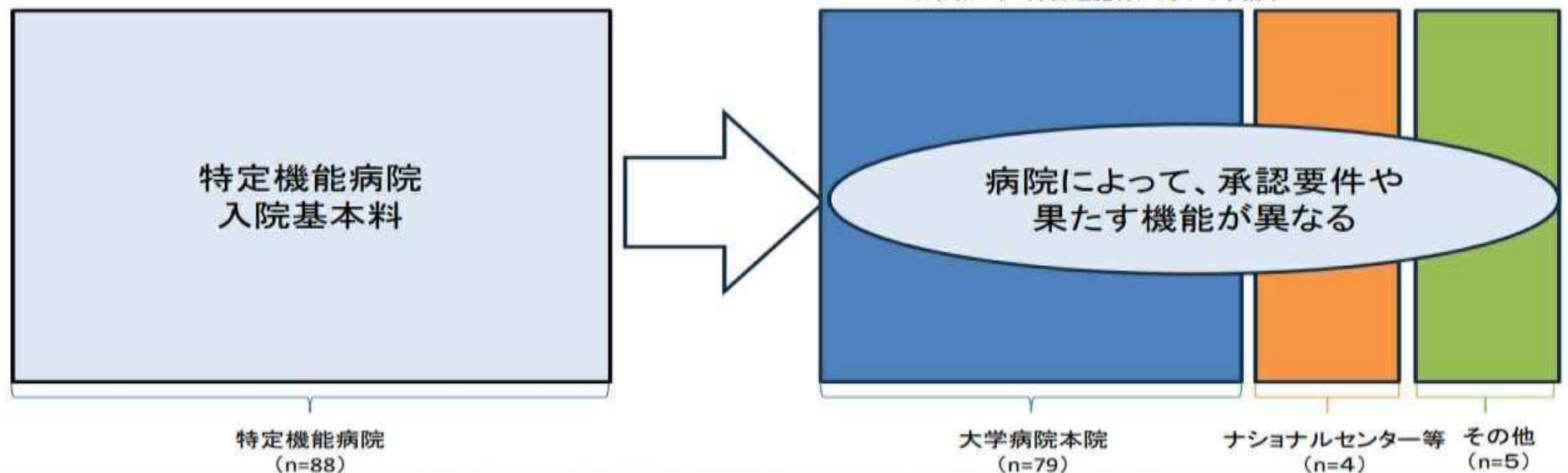
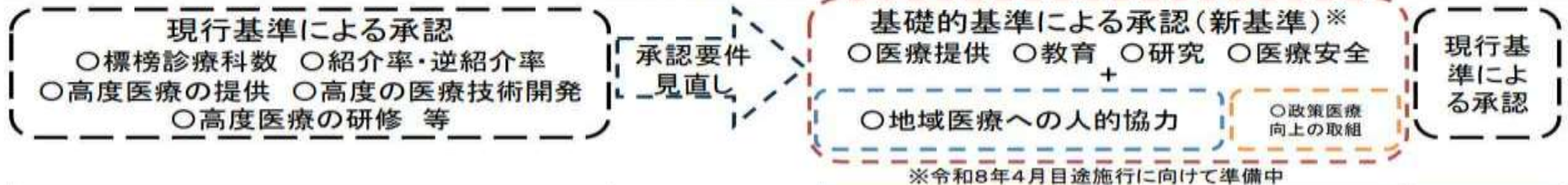
厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

51

**結局大学医局が「医師少数区域」
に医師配置している**

特定機能病院の承認要件の見直し②

- 「基礎的基準」については、大学病院本院を念頭として、現在の「承認要件」に地域医療への人的協力などの新たな要件を加えた基準として整理された。
- ナショナルセンター等については、全国の医師等に対する高度な教育・研修を行っているものについて、大学病院本院の地域医療への人的協力等に準じた役割を果たしていると評価されることとなった。
- 一方で、特定機能病院入院基本料については、重症度、医療・看護必要度等の施設基準を満たせば、特定機能病院であれば、その果たす役割や機能が異なる病院でも、同じ入院基本料を算定可能となっている。



特定機能病院入院管理料 → 全患者に **＋約3000円**

【〇病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算案 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)

施策名: 才 病床数の適正化に対する支援

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。

- ・リーフレットの簡略版（県民に分かりやすい内容を厳選）
- ・医療機関・消防本部・市町村など関係機関に配布し周知（ポスター4,200部、チラシ275,000部）
- ・救急車の呼び控えにつながらないよう、**救急車は要請があれば断らないことや救急車の有料化ではないことを明記**

茨城県からの大切なお知らせ 2025年8月6日作成（第2版）

救急搬送における選定療養費の徴収について

県民の皆さまへ

- ◆命に関わるような**緊急時は、迷わず救急車**を呼んでください
- ◆救急車を呼ぶが**迷ったら、救急電話相談**へご相談ください

救急電話相談 24時間365日 [相談無料]

おとな (15歳以上) **#7119** 子ども (15歳未満) **#8000**

上記でつながらない場合 **050-5445-2856**

救急搬送の原則

救急車の要請があれば、救急隊は今後も搬送を断りません

救急の現状

- 救急搬送件数は過去最多
 - ▶ **6割以上が大病院に集中、半数は軽症**
- 2024年4月から医師の働き方改革が開始
 - ▶ **救急現場は更にひっ迫**

救急車を呼んだ時の緊急性が認められない場合には
⇒対象となる大病院において**選定療養費**が徴収されます

救急車の有料化ではありません！

詳しくはこちら▶

※診断時に軽症でも救急車要請時の緊急性が認められる場合は徴収されません
(例) 熱中症、小児の熱性けいれん、てんかん発作 など

■ 大病院へ救急搬送されたうち、徴収されたのは3.8%
(実際に徴収された例)

- ・ひざを擦りむいた
- ・数日前からの関節痛
- ・しゃっくりが止まらない 等

徴収 3.8%

非徴収 96.2%

(期間:2024年12月~2025年5月)

■ 救急電話相談（#7119、#8000）で救急車要請を助言された場合は、原則、選定療養費は徴収されません。迷ったらご相談ください。

【印刷用】 茨城県 保健医療部 医療用 医療政策課 電話番号：029-301-2689

【月～金 8時30分～正午、13時～17時15分（土日祝日、年末年始除く）】

メールアドレス：iyo1@pref.ibaraki.jp

WEBフォームはこちら▶



県トップページ

茨城県 茨城県 茨城県

救急搬送における選定療養費の徴収について

救急搬送時の緊急性が認められない場合は、一部の大病院において選定療養費を徴収いたします。

選定療養費特設ページ

https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryo/iryo/isei/sentei_ryoyohi.html

救急搬送における選定療養費の徴収について

茨城県では豊富な救急患者の受入れなど、大病院が本来の役割を果たし、本県の救急医療体制を維持するため、救急車で搬送された方のうち、**救急車要請時の緊急性が認められない場合は、一部の大病院において選定療養費を徴収いたします。**

PDF 救急搬送における選定療養費の徴収に関する検証の結果（2025年3月～5月）を公表しました。<29/25/5/25> (PDF:1.049KB)

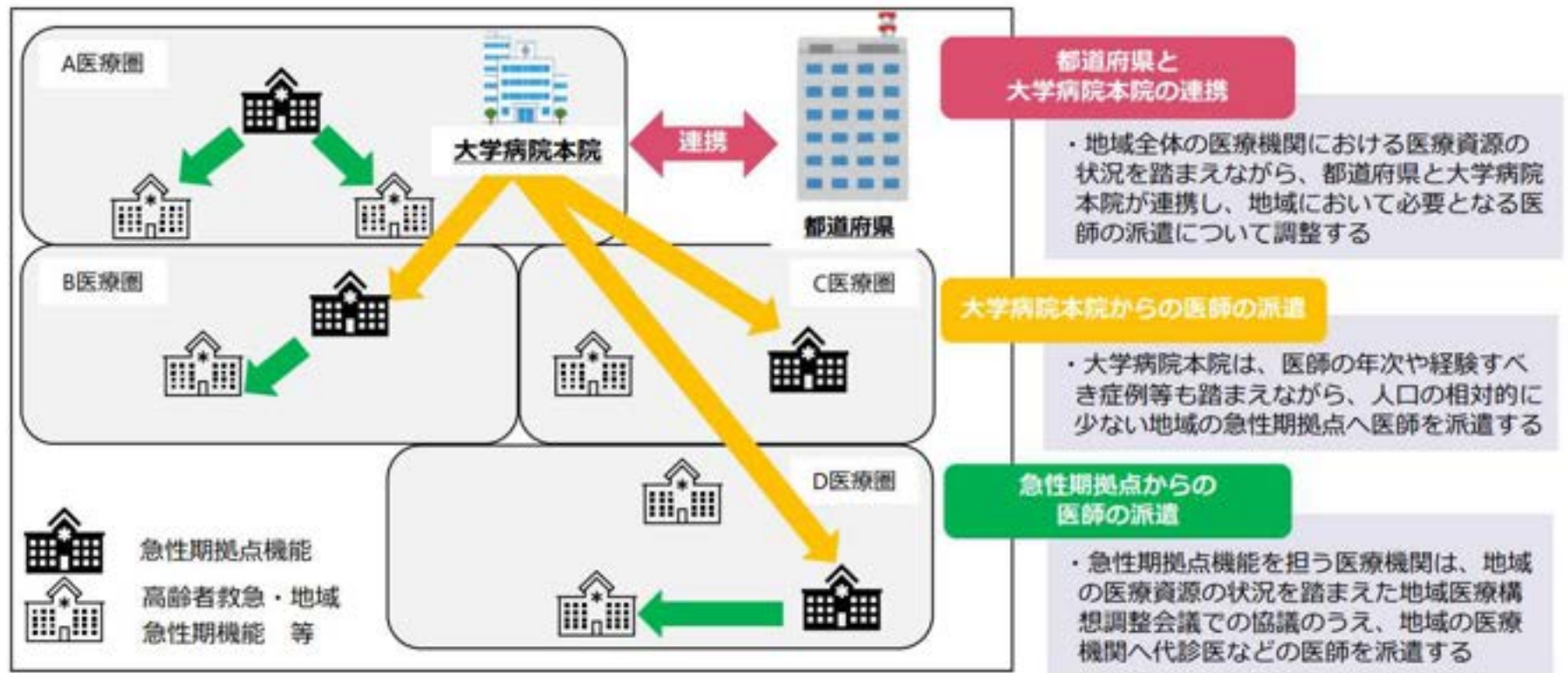
PDF 救急搬送における選定療養費の徴収に関する検証の結果（2024年12月～2025年2月）はこちら <20/25/3/27> (PDF:1.154KB)



リーフレット（第2版）ダウンロード (PDF:1.619KB)

2040年に向けた取組の広域な圏域のイメージ

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



「病院からの医師の配置」と「医療機能」が連動⇒評価される

【まとめ】医療提供体制の現状と課題・今後の対応

- ①自治体：主体的な政策立案・やりきる姿勢
- ②大学病院：県と連動した配置・シンクタンク化
- ③住民 ⇒ アクセス制限に対する移動支援を
医師 ⇒ 開業/標榜の制約・偏在対策への参加

「地域での効果的な政策実施」
大学とも連携して解決へ