

資料 No.3

<令和 7 年度地域包括医療・ケア研修会>

-令和 8 年 1 月 16 日(金) / 1 日目-17:00~18:10

講演 II

医療提供の戦略的縮小と効率化 -千葉の事例で考える-

■講師

千葉大学医学部附属病院
次世代医療構想センター長

吉村 健佑 氏

■司会

国診協 地域医療・学術委員会委員
千葉県:国保直営総合病院君津中央病院長

柳澤 真司

医療提供の戦略的縮小と効率化-千葉の事例で考える-

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター長

吉村 健佑

少子高齢化と人口減少が進行する中、多くの地域で入院患者数の減少が顕在化し、病院経営の悪化や医療提供体制の再編が避けられない課題となっている。本研究は、千葉縣市原市を事例として、医療提供体制の「戦略的縮小」と「効率化」をどのように構想し、社会的合意のもとで実装していくべきかを検討することを目的とする。

市原市では、2023 年 12 月に帝京大学ちば総合医療センターが市北部への移転を発表したことを契機に、地域医療の将来像を巡る議論が本格化した。2024 年 1 月には市原市から千葉県に要望書が提出され、同年 4 月には「地域医療調査」の結果が公表された。演者は同月、市原市医療政策参与に着任し、データ分析と合意形成の両面から検討に関与してきた。その後、2025 年 3 月に千葉県地域医療構想調整会議（市原医療圏）資料が公表され、同年 5 月には「市原市地域医療推進ビジョン」が策定・公表されるとともに、病院事業者の公募と選定が完了した。

本事例から明らかになった第一の論点は、入院患者数の減少が病院経営に直結し、結果として医療資源の再配置を不可避にしている点である。県・市町村・医療圏といった複数レベルでのデータ分析を踏まえ、関係者間の丁寧な合意形成が不可欠であった。第二に、高度専門医療については、患者数の減少、外科医を中心とした人材不足、高額医療機器の収支悪化といった制約の中で、診療の質を維持するためには集約化が合理的選択となることが示された。第三に、医療機能の集約に伴う物理的アクセス低下への対応として、地域ごとの診療機能の「見える化」や移動支援など、アクセスを補完する施策の重要性が浮き彫りとなった。

加えて船橋市での病院建て替え時期に合わせた、ダウンサイズについても紹介する。

医療提供体制の維持を「規模の拡大」ではなく、「戦略的な縮小と痛み分け」によって達成するという発想の転換を示している。大規模医療機関の存在そのものを目的化するのではなく、質を維持するためにどこまでアクセスを手放せるのかを社会全体で問い直すことが、今後の地域医療構想における核心的課題である。どのように進めてゆくか、困難は大きく試行錯誤が必要あるが、動いてゆく必要性は増している。当日は上記の観点により、議論の基盤を提供したい。

2026年1月16日17:00－18:10

国診協 令和7年度地域包括医療・ケア研修会

@富士ソフト アキバプラザ

医療提供の戦略的縮小と効率化 －千葉の事例で考える－

吉村健佑 医師・公衆衛生修士・医学博士
社会医学系指導医・精神科指導医

- ・ 千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授
- ・ 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
- ・ 市原市医療政策参与
- ・ 船橋市すこやかプラン21協議会会長
- ・ 獨協医科大学 特任教授
- ・ 自治医科大学 客員教授
- ・ (一社) 地域梓医師等キャリアデザイン機構 (CORD) 理事
- ・ (一社) 社会医学系専門医協会 理事
- ・ (一社) 日本医療政策学会 理事
- ・ (一社) 日本専門医機構 必要専門医数検討ワーキンググループ委員



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



本日の話

- 1 : 近年の医療の状況
- 2 : 病院再編の事例：市原・船橋
- 3 : 移動補助と対話へ

高市首相→上野厚生労働相への指示書概要

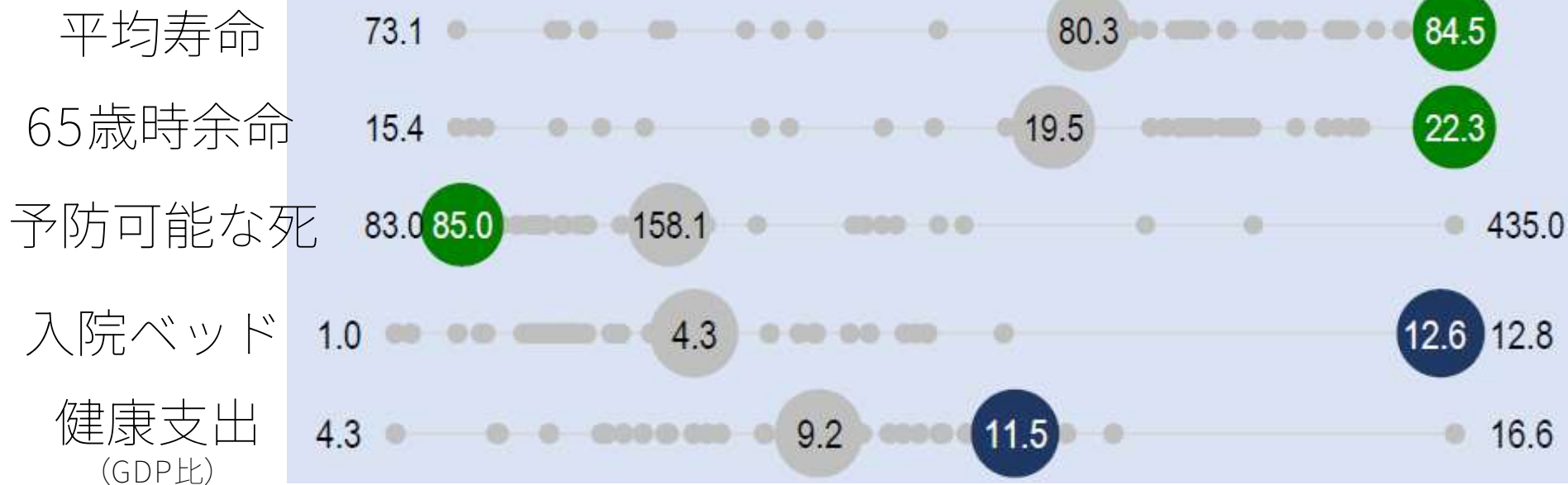
- ① **感染症対策の強化**：新型インフルエンザ計画に基づき、次の感染症危機への備え
- ② **全世代型社会保障の構築**：能力に応じて支え合う仕組みを整備し、データに基づく効率的な医療行政。
「攻めの予防医療」により健康維持と医療費適正化。
- ③ **税・社会保障の一体改革**：給付と負担のあり方を国民的議論を経て見直し、中低所得者の税額控除制度
- ④ **労働改革と生産性向上**：リスキリングやデジタル活用、高齢者の就労支援、非正規雇用是正、副業・兼業促進、最低賃金引上げ。労働時間規制の緩和を検討。
- ⑤ **働き方改革の深化**：多様な働き方を想定したルール整備を進め。外国人など多様な人材の就労促進を図る。
- ⑥ **就職氷河期世代・高齢期支援**：社会参加や就労支援、高齢期への移行支援。
- ⑦ **「黒い雨」訴訟関係者の救済**：被害者への迅速な救済。
- ⑧ **マイナ保険証への円滑移行**：保険証廃止への不安に丁寧に対応しつつ、マイナ保険証の普及と制度移行を推進。
- ⑨ **高齢者・認知症施策の推進**：基本法に基づく施策、身寄りのない高齢者の身元保証制度。

「感染症危機管理」「社会保障の持続可能性」
「労働と所得構造の改革」
「多様な就労支援」「デジタル行政の推進」5本柱

日本の医療の状況: 国際比較

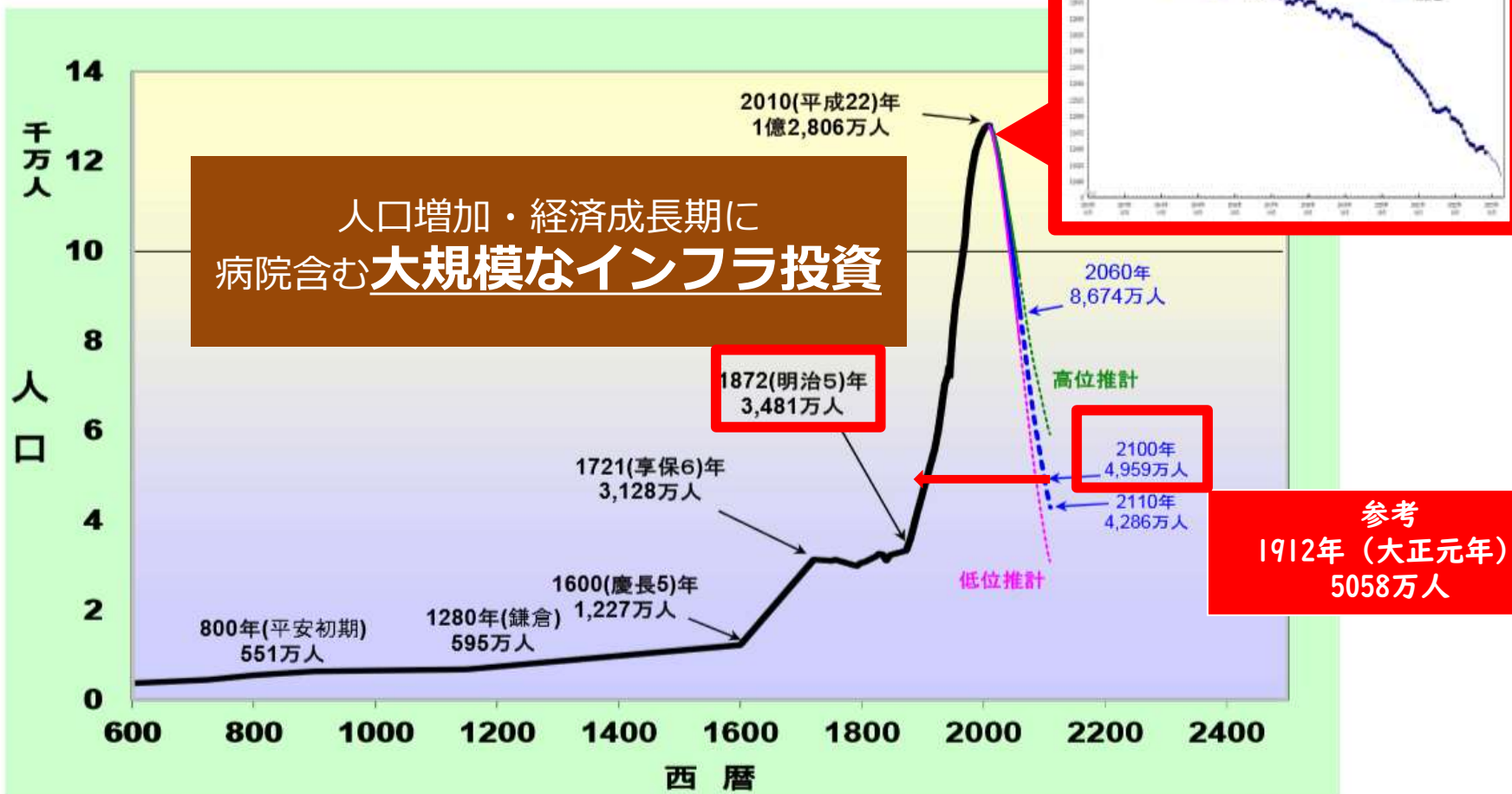
OECD Health at a glance : Japan (2023) より

● OECD平均 ● 日本



アウトカム：非常に良い

日本の総人口の推移：2010年がピーク



「成長と分配」→「戦略的縮小と痛み分け」へ

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？

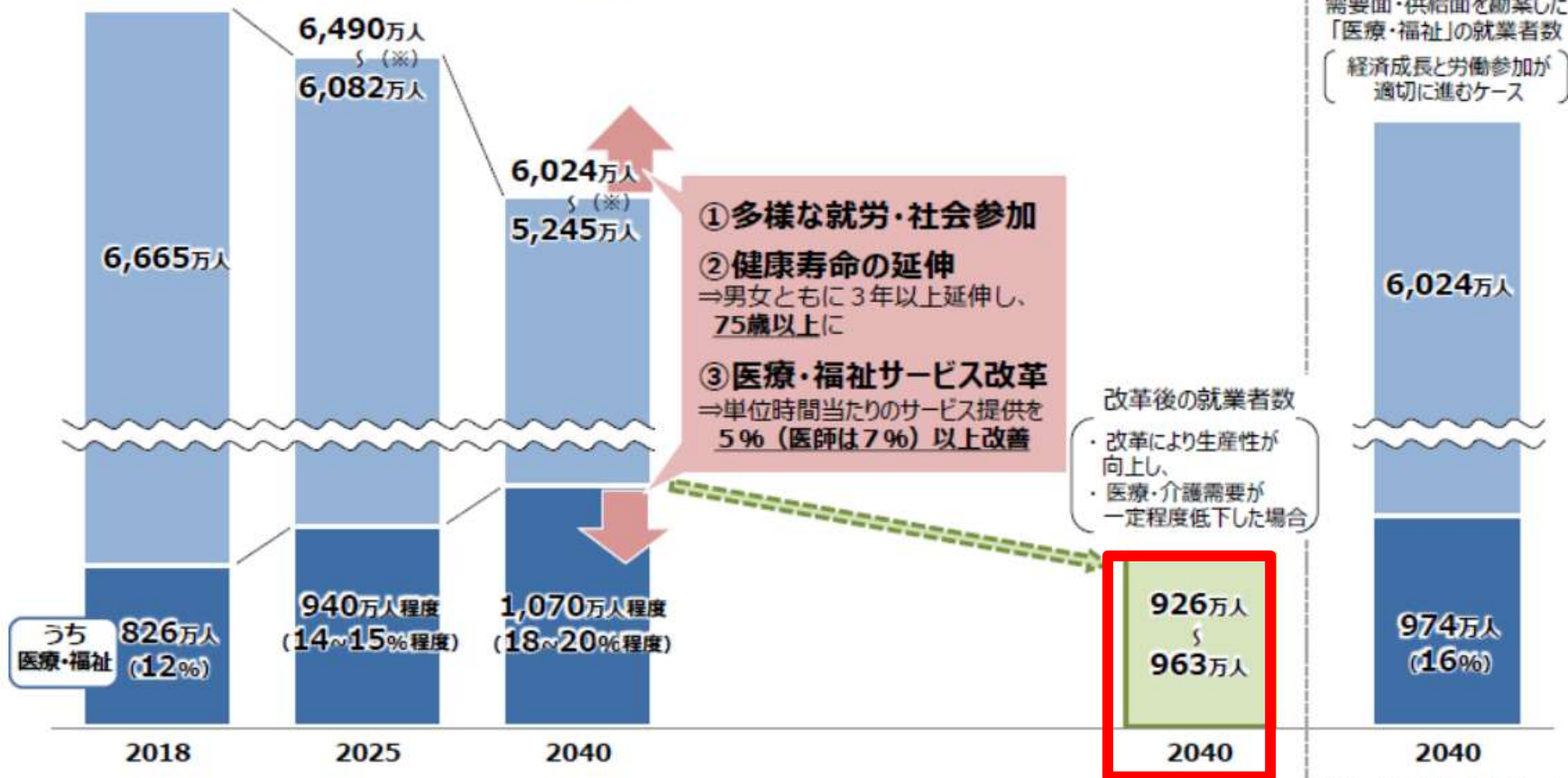
参考) 厚生指針：第63巻第7号. 2016年7月

医療政策＝上記全てを制限する方向→痛み分け

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。

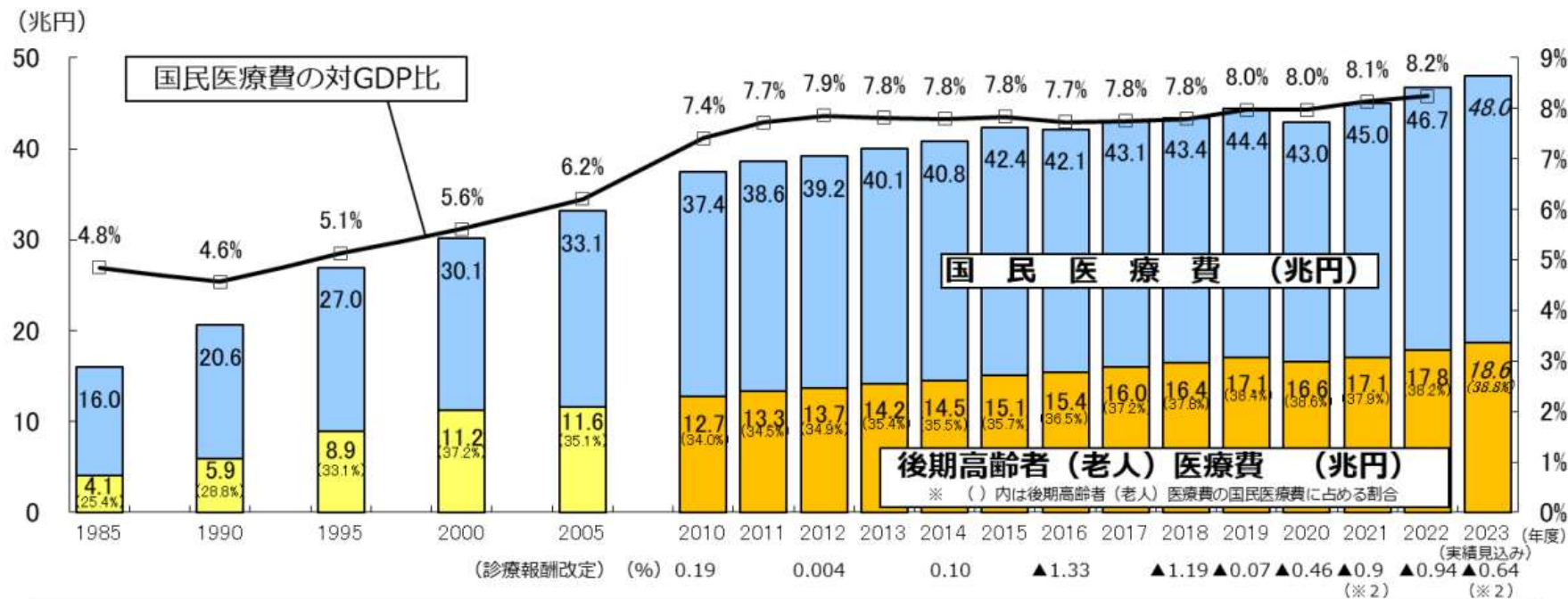
需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



人材確保が最大の経営課題

医療費の動向

2023年度：**48兆円**



(主な制度改正) 2000年以降

- 介護保険制度施行
- 高齢者1割負担導入 (2000)
- 高齢者1割負担徹底 (2002)
- 老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ (2002~2007)
- 被用者本人3割負担等 (2003)
- 現役並み所得高齢者3割負担等 (2006)
- 未就学児2割負担 (2008)
- 70~74歳2割負担 (※1) (2014)
- 一定以上所得高齢者2割負担 (2022)

<対前年度伸び率> (※2)

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	2.9
後期高齢者 (老人) 医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	4.5
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.2	2.7	2.3	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。
 注2 後期高齢者 (老人) 医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。
 注3 2023年度の国民医療費 (及び2023年度の後期高齢者医療費。以下同じ。) は実績見込みである。2023年度分は、2022年度の国民医療費に2023年度の概算医療費の伸び率 (上表の斜字体) を乗じることによって推計している。
 (※1) 70~74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除 (1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。
 (※2) 令和3年度と令和5年度については当該年度の医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

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) 厚生指標：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➡痛み分け

医療費は「負担」と「給付」のバランスで決まる

負担

保険料

公費

窓口負担

給付＝サービス

医療者の人件費

医薬品・機器

病院の建設・改築

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：患者さん利益の最大化

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



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

何を取り、何をとらない？

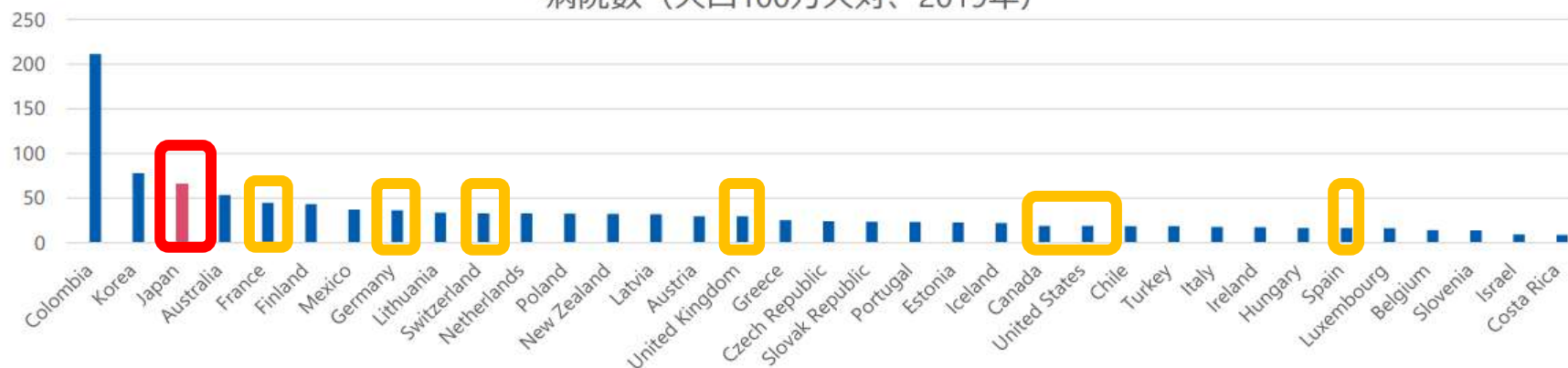
【参考】Kissick:鉄の三角形論”Medicine’s Dilemmas”1991

「致命的な痛み」を避けるための方策

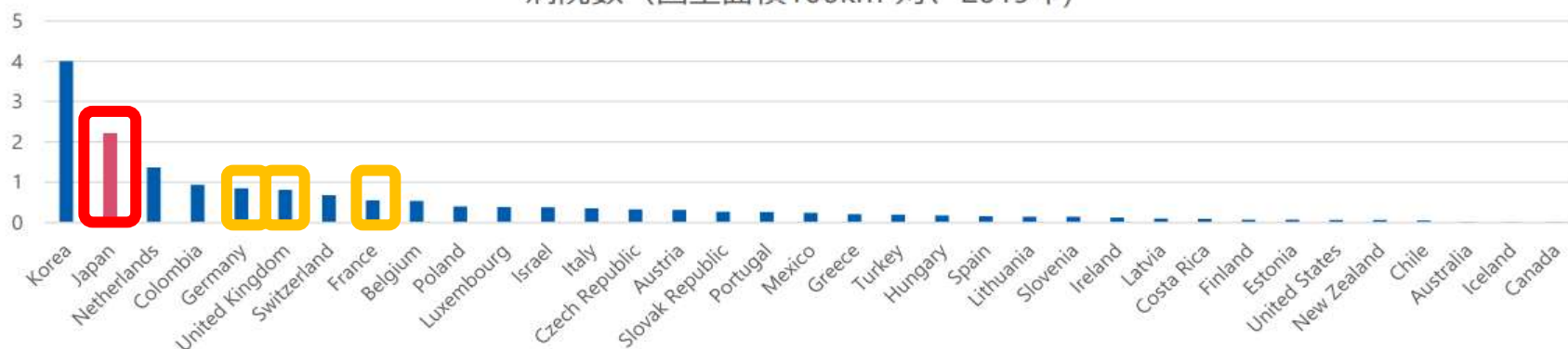
- ①医療提供の効率化・セルフケア手段の充実
- ②身近な医療は近場で・高度医療はやや遠方でも

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。

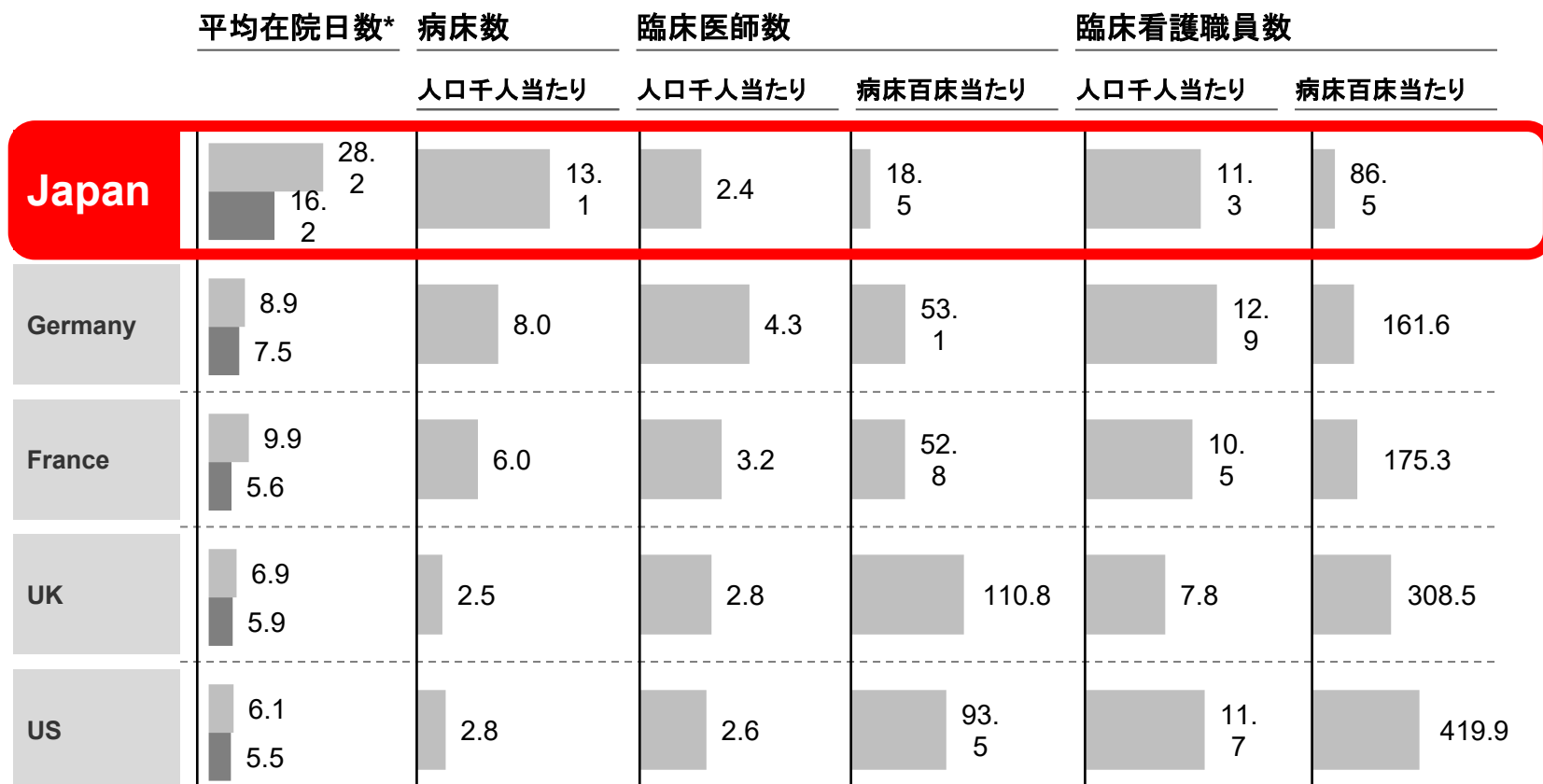
全国8000カ所＝病院数かなり多い

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

病院の経営状況について

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

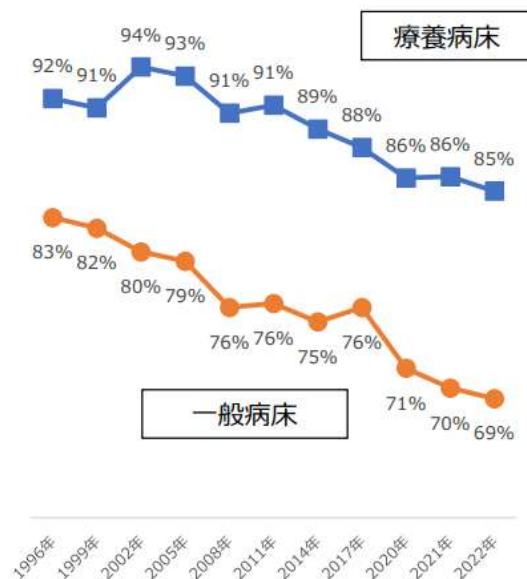
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「病院報告」

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

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



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

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

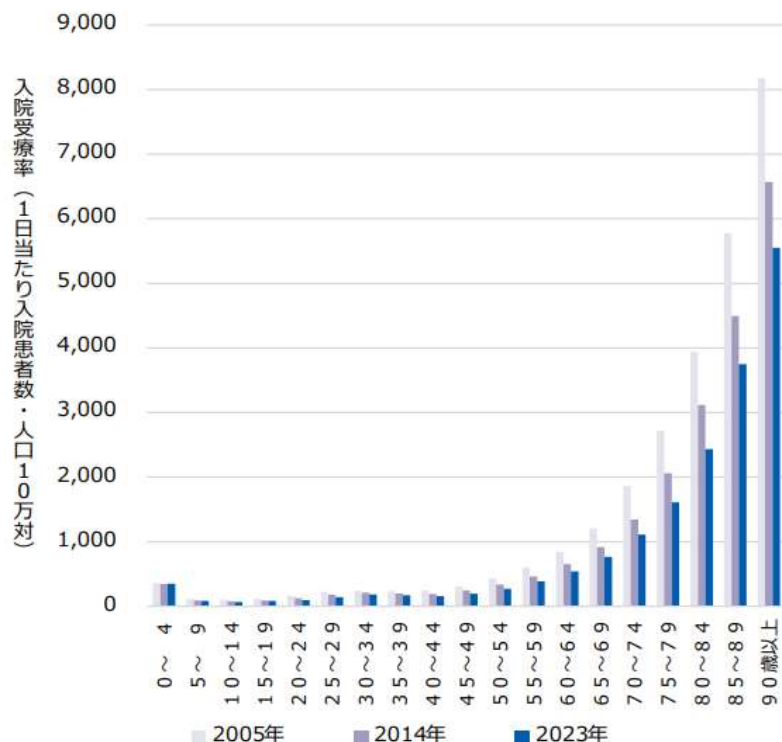
一般病院：利益マイナス

入院受療率の低下について

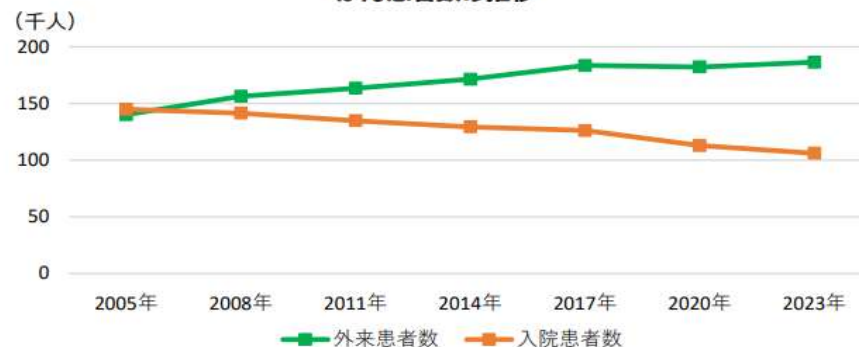
厚生労働省公表資料より

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

一般病床・療養病床における入院受療率の推移



がん患者数の推移



がん入院患者のうち、入院期間が2週間未満の患者の割合



資料出所：患者調査

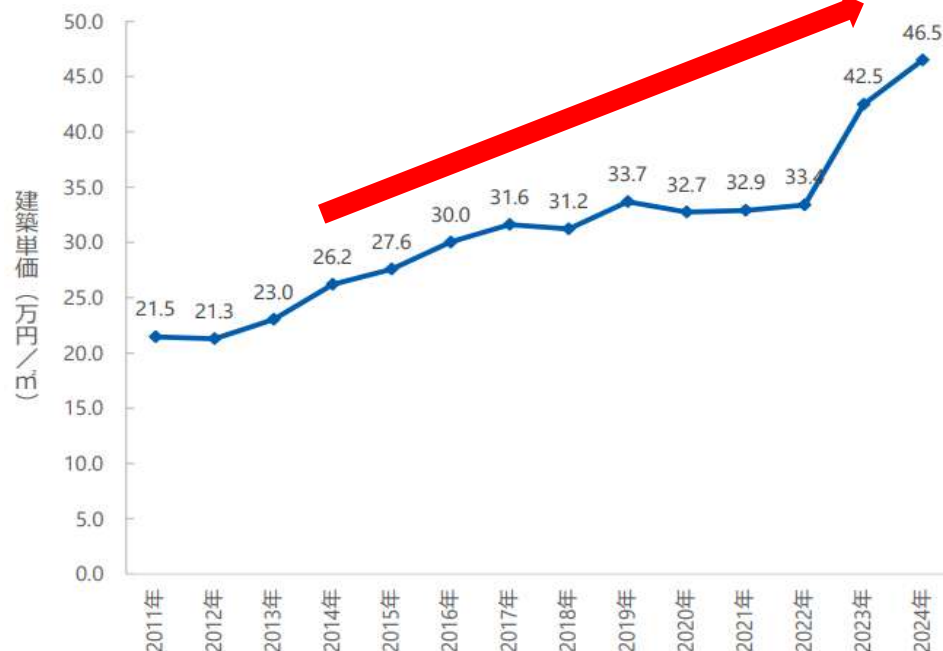
受療率：推計患者数を人口10万対であらわした数であり、受療率（人口10万対）＝推計患者数/推計人口×100,000

28

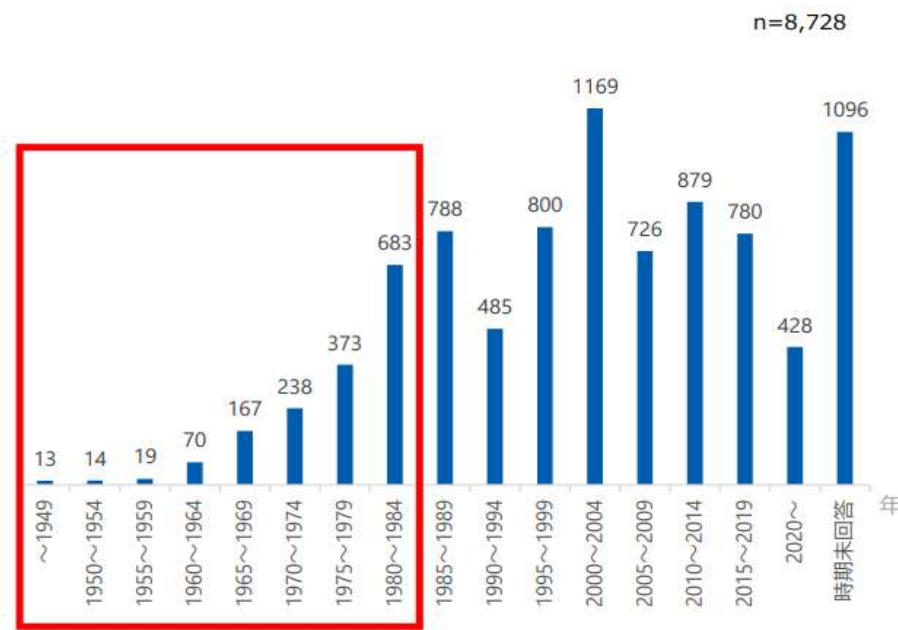
がん治療：低侵襲化・入院期間↓患者↓

- 医療機関の経営が悪化している中、再編や統合の取組、老朽化のための建替えは必要であるが、医療機関の建築費は年々増加している。
- 現時点では約1,600病棟、約16万床分で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移



建築時期別の病棟数



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

・令和6年度病床機能報告の建築時期より集計（病床数については、許可病床数を集計）。
・同一病院内の同一建築時期の病棟を1棟として計上。
・未回答の病棟数は同一病院内に複数の建築未回答の病棟がある場合も1棟として計上
※仮に未回答分の建築時期が分布通りだとすると、約1,800病棟、約19万床分の建替えが必要

22

医療機関の建築単価：10年間で約2倍

内閣・財務省：財政規律を保ちたい
強い要請



厚労省：社会保障費・医療費の適正化

「地方分権」・進捗管理



都道府県：医療政策の立案・実施

市町村

「三位一体改革」など

医療現場：政策への対応

医療政策立案・実践の最前線



方法

「市原市地域医療推進ビジョン」作成に関する経緯

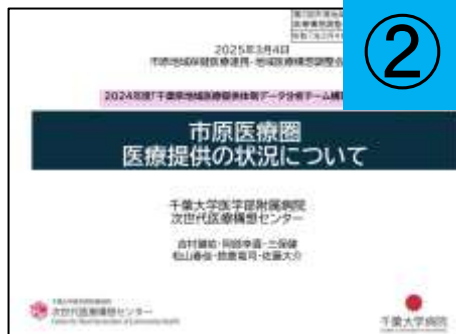
以下の経緯に関連した情報と議論を整理し、考察を加えた

- ・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**



地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業



令和7年度当初予算案 1.0 億円 (一) ※ () 内は前年度当初予算額

※令和4年度第二次補正予算額 3.0億円
令和5年度補正予算額 4.5億円
令和6年度補正予算額 2.4億円

1 事業の目的

- 都道府県は、第8次医療計画（令和6～令和11年度）の取組や2025（令和7）年に向けた地域医療構想の実現のため、医療提供体制の構築を着実に進めるとともに、構築した体制についてPDCAサイクルを実施するため医療提供体制に関する評価・分析を行う必要がある。
- 地域医療構想策定には、**地域の現場感覚とマッチしたデータ分析**が必要であるため、都道府県における**データ分析体制の構築**を支援。
- 分析事例を集積し、**分析体制のベストプラクティス**を検討・実践することで、計画策定に限らず、2025（令和7）年に向けた地域医療構想の推進について、都道府県が**自立的に分析・企画・立案できる体制**の整備に繋げる。
- 令和6年度（令和5年度補正予算）に実施の当事業の実施状況を**より多くの都道府県にフィードバック**して展開。

2 事業の概要

- 都道府県を対象に、**都道府県におけるデータ分析チームの構築**を支援する。
- 都道府県は、データ分析チームを活用して、地域（二次医療圏、構想区域）の詳細分析を実施することにより、**一層地域の実情に即した地域医療構想の評価**が可能となる。
- 都道府県は、分析体制や分析結果、計画策定におけるデータに基づく議論の成果について事例発表を行い、**取組の横展開**や**事例の集積**を図り、次年度の実施要領に反映。

3 事業スキーム・実施主体等

補助基準額：1 個所当たり30,000千円 補助率：定額
実施主体：都道府県 負担割合：国10/10

分析体制・分析手法の実践、分析体制の構築、事例の横展開・集積

分析体制の検証と活用



茨城・栃木・千葉・神奈川・富山・長野
京都・和歌山・岡山・徳島・熊本

2024年度開始

DPCデータの項目と内容

DPC病院:2010施設
(2025年)

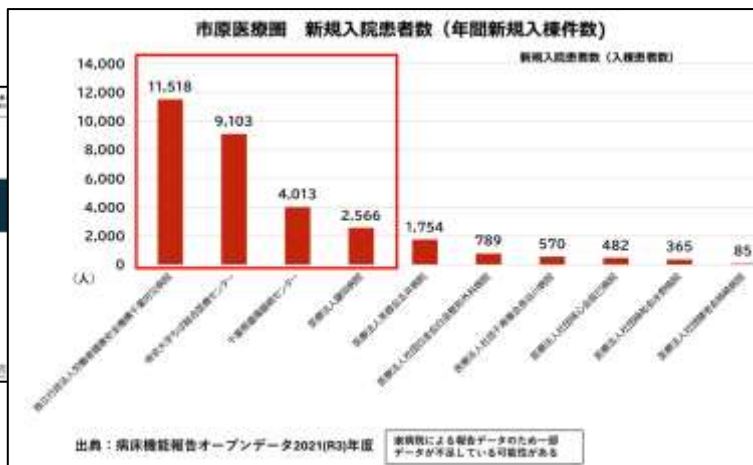
様式名	内容	説明
様式1	簡易診療録情報	カルテのサマリーのような情報。
様式3	施設情報(月1回提出)	届出されている入院基本料等に関する情報。
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報
Dファイル	診断群分類点数表により算定した診療報酬 請求情報	DPCレセプトの情報。
EF統合ファイル	医科点数表に基づく出来高 点数情報	出来高レセプトの情報。
外来EF統合ファイル	外来診療患者の医科点数 表に基づく出来高 点数情報	外来の出来高レセプトの情報。
Hファイル	重症度、医療・看護必要度	日々の患者の状態

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・患者の状態・住所地

報酬請求・診療の精緻な情報

提供：伏見清秀先生



5事業：救急

流出先 2150件	都道府県別	支店	連立	中野店	昭徳	その他	全流出件数	
都道府県内	1,822	青森(山形)	28	246	777	767	4	3,822
都道府県外 (他8医療圏)	207	千葉	1	13	83	54	0	152
		東京都内	0	0	6	0	1	6
		東京都外	0	2	1	1	0	4
		兵庫	0	1	2	0	0	3
		香取地区	0	0	0	0	0	0
		山武伊生利興	0	4	11	2	0	17
		安房	0	2	4	0	0	6
		霞浦	0	0	12	7	0	19
		(小計)	1	22	119	64	1	207
(2,029) (都道府県外流出件数)								2か月間で207件の流出
収容先不詳*	121	0	3	51	65	2	121	
	2,150	29	271	947	896	7	2,150	

※「近畿地方」は、管内に上り下り列車が通る路線
(大宮駅を通過する路線で電車が行き来している)
(例) 中野線の両側

病院分布：
アクセス分析

	總計 *	累積割合
20分以内	20798	64.8%
40分以内	8441	91.1%
60分以内	2223	98.0%
90分以内	415	99.3%
90分以上	216	100.0%



出典：DPCデータ（2018年4月から2024年3月まで） 延べ退院患者数データを対象

病院分布：
アクセス分析

	統計*	累積割合
20分以下	3,113	56.8%
40分以下	21,137	88.3%
60分以下	4,264	94.6%
80分以下	723	95.7%
90分以上	2,891	100.0%



出典：DPCデータ（2018年4月から2024年3月まで） 延べ入院患者数データを対象

各病院のDPCデータを用いた「アクセス分析」など実施、公表



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

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

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

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。

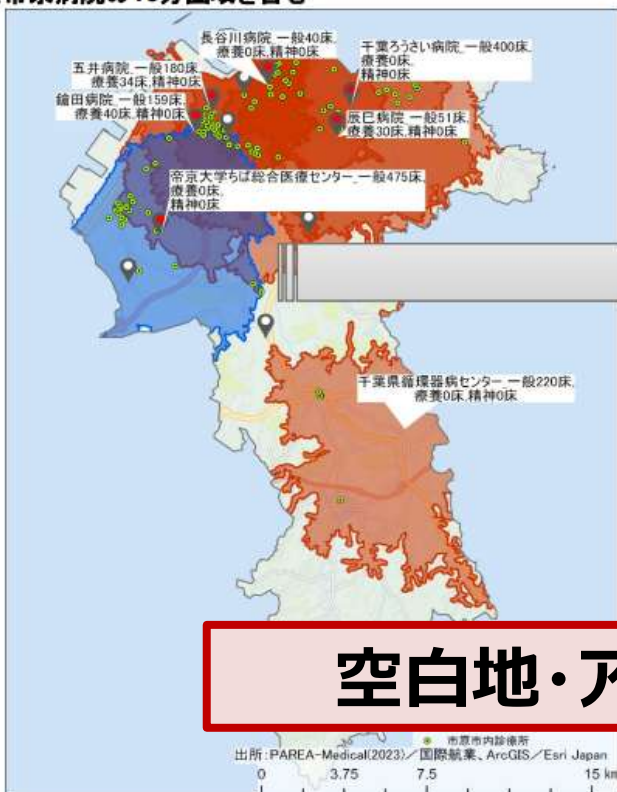
市民を含む医療・介護に関わるすべての皆さまに参画いただき、一体となってアクションを進めていきたいと考えています。

市原市「地域医療調査」の結果：発展的に見直し

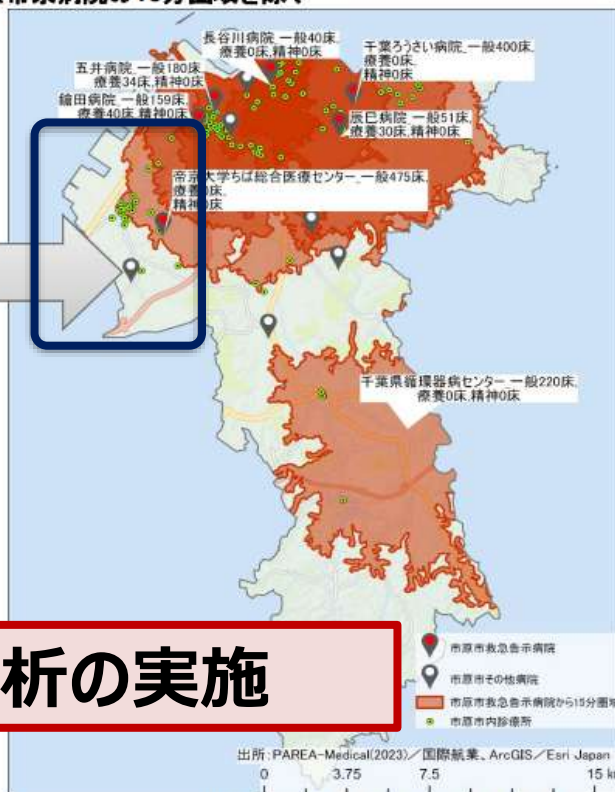
帝京病院移転による影響について

- 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



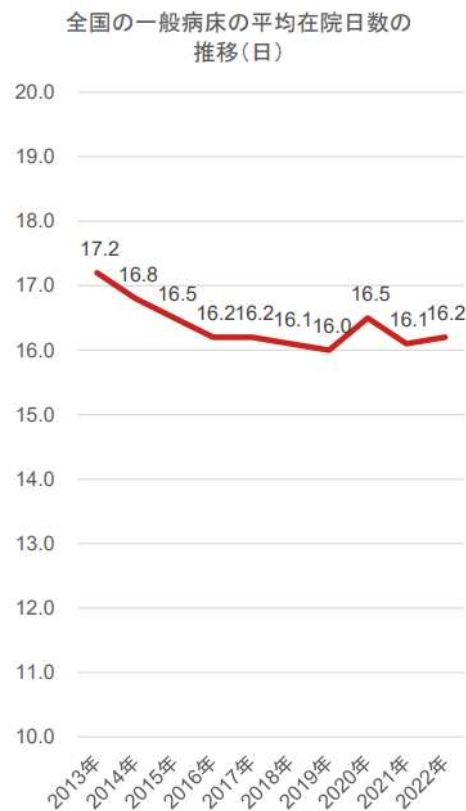
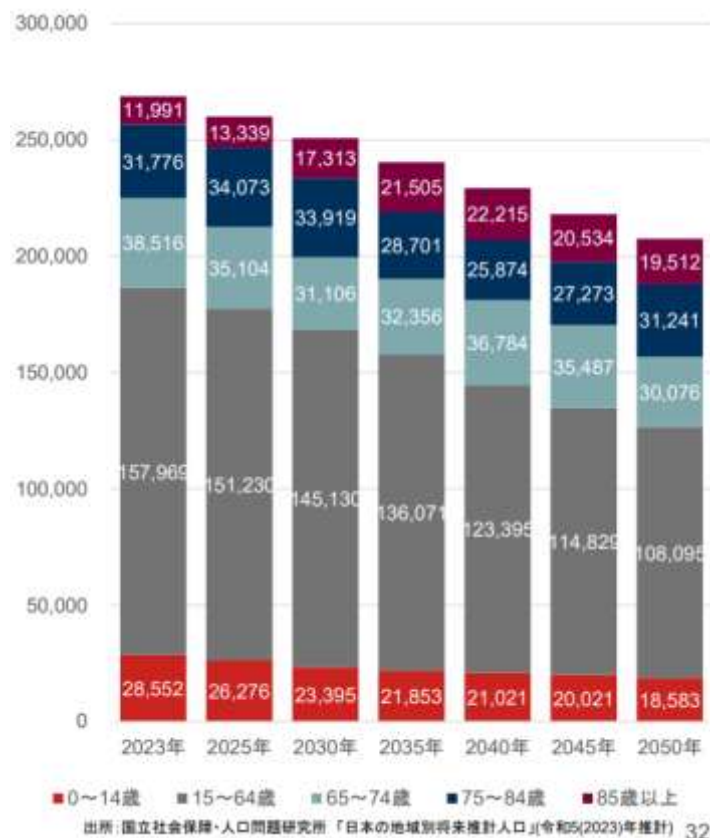
◆ 市原市の救急告示病院の車両15分圏域を示すプロット図
※帝京病院の15分圏域を除く



空白地・アクセス分析の実施

出所: PAREA-Medical(2023) / 国際航業, ArcGIS / Esri Japan

10

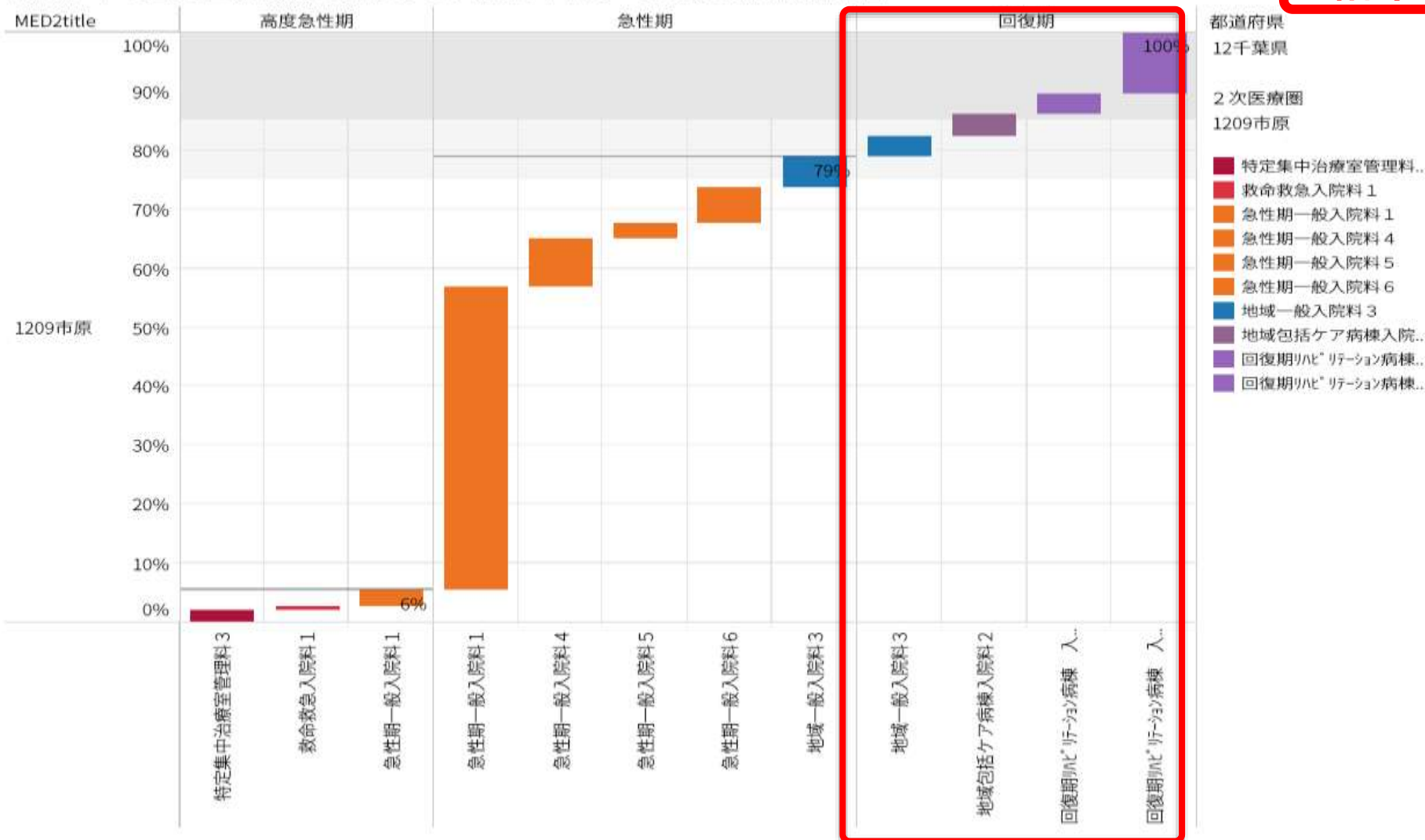


人口の減少

在院日数の短縮

将来の医療需要を「下方修正」

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

【協力】佐藤大介
藤田医科大学教授・千葉大学客員教授

「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: 一般病棟の重症度、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~

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、近年の整備費高騰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、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)	想定される機能に応じて 近年の整備事例と物価変動を 考慮して設定	18,378,199	12,209,688	3,424,063	1,052,699	172,620
自己資金	投資額に応じて 自己資金の割合を設定	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)	安定稼働時の減価償却費 として開院直後の50%で設定	310,944	241,269	70,810	35,314	6,322
整備後20年目償還 費用(利息)	WAMの利率を参考に 30年償還、利率2.0%で設定	106,467	70,732	10,312	5,336	875
概算収支試算結果						
運営収益合計	規模・機能の類似する他民間 医療機関の実績を参考に設定	3,892,427	3,266,597	1,197,765	370,716	176,010
運営経費合計	他事例をベースに 投資コストを反映	4,110,398	3,389,197	1,219,184	389,287	172,136
介護事業収益	他事例を参考に設定				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)	8,435 (9,310)
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	〇 〇	△ 〇	〇 〇	〇 〇
外来機能	一般外来 検診	〇 〇	〇 〇	〇 〇	〇 〇
入院機能	急性期 回復期 慢性期	〇 △ 〇	△ 〇 〇	〇 〇 〇	〇 〇 〇
在宅医療	在宅診療 手術機能	〇 △	〇 △	〇 〇	〇 〇
介護機能	急性期 地域ケア 療養病棟 有床診療 認知症	180床 50床 54床 230床	45床 100床 54床 199床	60床 19床 19床 0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

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の設置
- ・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区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パスの対象疾患拡大
- ・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パスへの参画
- ・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
- ・診療や処方の際に、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

要望事項



1. 病院建設に対する支援

補助金や地方交付税措置算定の基準となる建築単価及び面積の引き上げや上昇を続ける金利への支援など、建設コスト高騰に対する財政支援を強く要望

■ 千葉県地域中核医療機関整備促進事業補助金（R7年度～）

- 基準単価：17.6～26.4万円/㎡、標準面積：45～65㎡/床

■ 病院事業債の元利償還金に対する地方交付税措置（R6年度～）

- 建設費は59万円/㎡が上限

→ 実勢と大きく乖離

■ 企業債金利の上昇の影響 R3.4→R7.4で+1.7%

- 仮に500億円借入とすると、+0.1%で約8.6億円総支払額が増加※

※：元金均等、償還期間29年据え置き期間5年、年2回支払い
（日本政策金融公庫HPで試算）

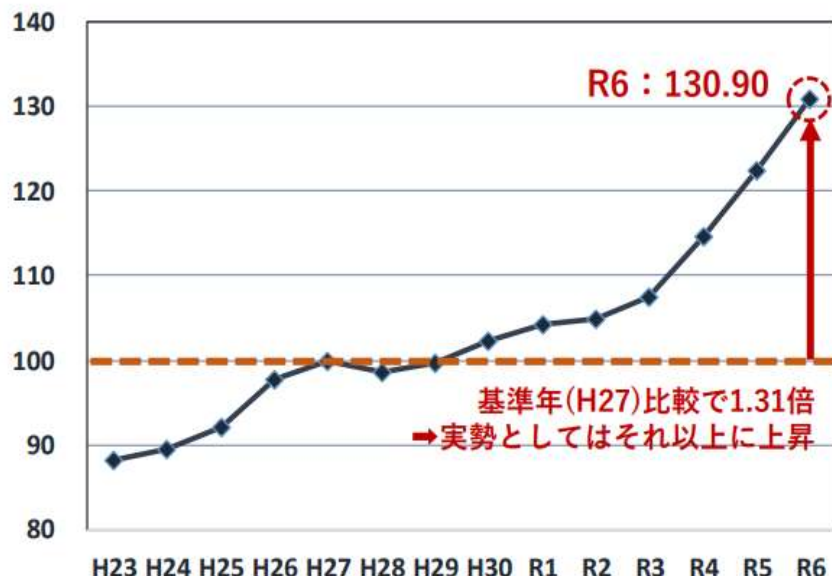
→ 4年で約147億円の差

要望事項



1. 病院建設に対する支援

建設コストの増加



建築費指数 標準指数（2015年基準）【病院 RC 東京】

出典：一般財団法人建設物価調査会 建築費指数（2015年基準）

金利の上昇

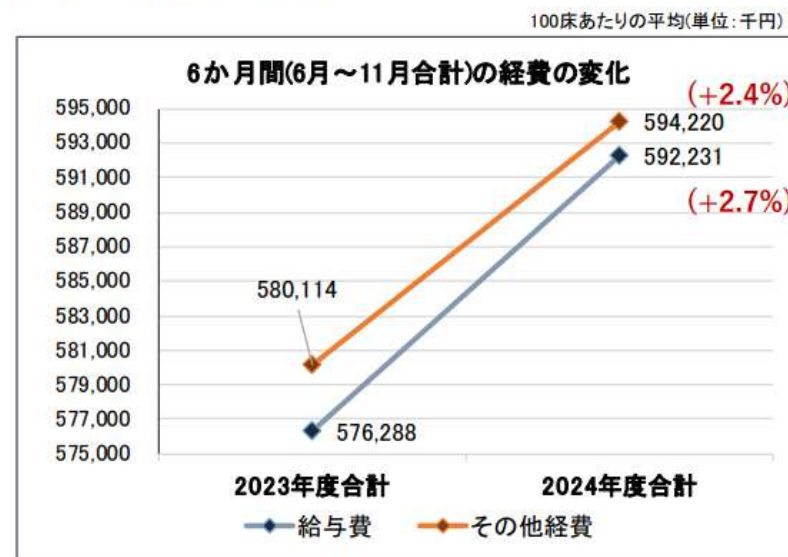
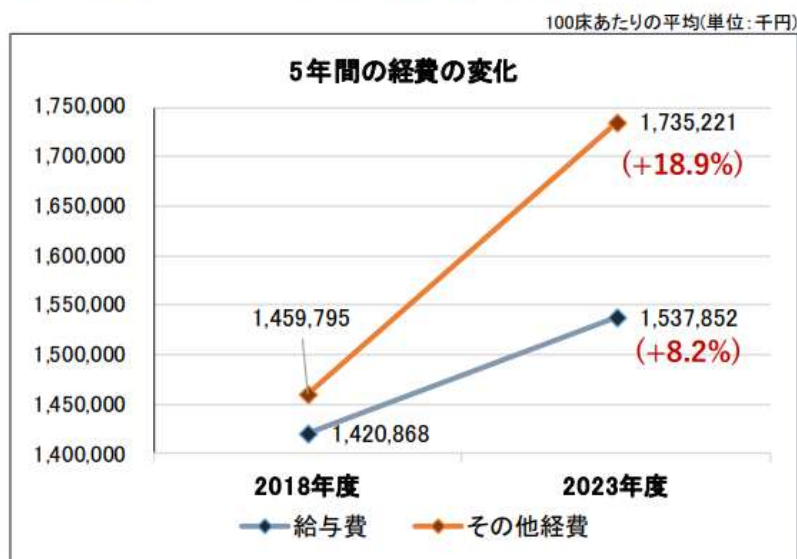


地方公共団体金融機構貸付利率の推移

固定金利方式・機構特別利率・半年賦元金均等
28年を超え29年以内（うち据置期間4年を超え5年以内）

2. 病院経営に対する支援

病院経営への緊急的な財政的支援や物価高、人件費上昇を踏まえた診療報酬改定の実施を強く要望。

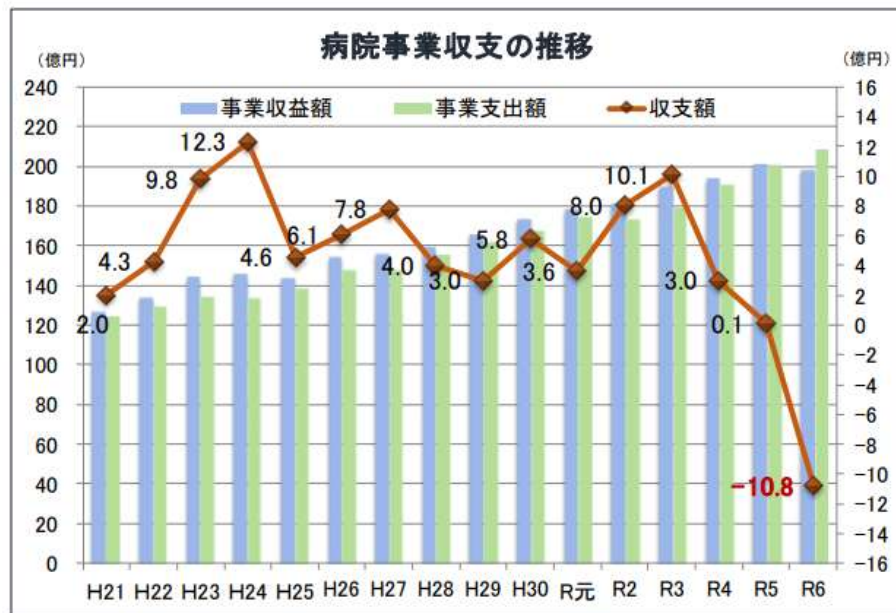


経費の変化

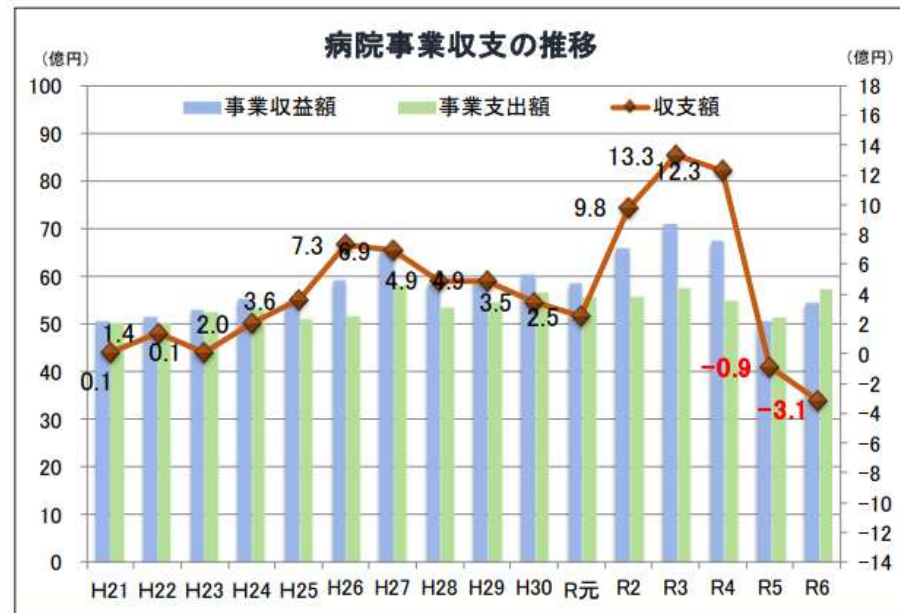
出典：6病院団体【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況

→ 給与費・経費ともに年々増加

2. 病院経営に対する支援



船橋市立医療センター



柏市立柏病院

船橋市、柏市ともに病院の経営状況は悪化

➡ 病院建設費用を返済していく見通しを立てることが非常に厳しい状況

建て替え事業の現状



船橋市立医療センター

救命救急センター
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



機能の分散、施設の老朽化、狭あい化
➡移転建て替えを計画

S58・H3・H4・H6➡順次作ってきたがもう土地なし

建て替え事業の現状



船橋市立医療センター



主要建物	病院棟、エネルギーセンター棟 立体駐車場、院内保育所（将来対応に変更）
延べ面積	病院棟約53,370㎡
構造	鉄骨造一部鉄骨鉄筋コンクリート造(免震)
階数	地上7階建て
病床数	500床（ICU12床、SCU15床、緩和ケア病床 20床、精神病床7床を含む）
診療科目	32科
開院予定	令和9年度末→入札中止により未定

工事費の推移

H31.3 基本計画：約290億円

R5.2 基本設計：約560億円

R6.5 工事発注：約570億円

工事費
削減検討

工事発注時の
病院棟建築単価

約101万円/㎡

入札辞退者への
ヒアリング結果

約2割5分の乖離
(約126万円/㎡)

→ 交付税単価の約2.1倍

500床で検討するも、入札中止



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

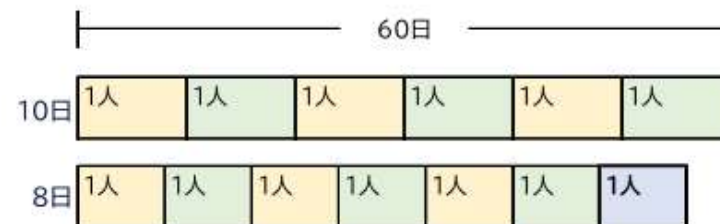
● 病床数は400床程度に

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？

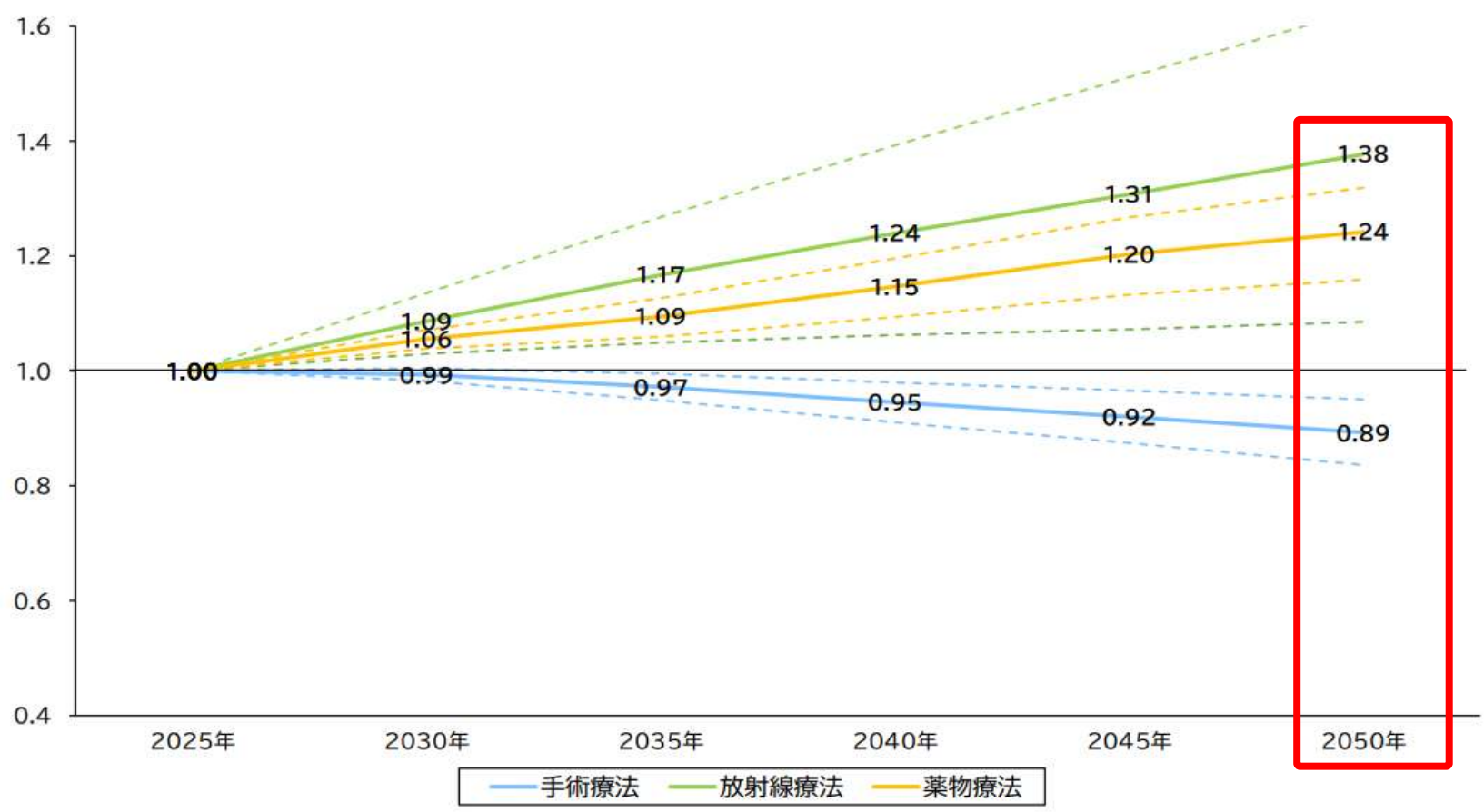
例えば、一つの入院のベッドがあり、60日間で何人の患者さんが入院できるかを考えてみます（右図）。一人の入院期間が10日の場合と8日の場合で比べると、10日の場合は、60日間で6人の入院となりますが、8日の場合は7人の入院となります。同じ入院患者数でも、入院期間が短くなると患者さんの入れ替わりが速くなりますので、少ないベッドで対応できることになります。



2025年12月24日 リリース

がん患者における三大療法の需要推計(全国)

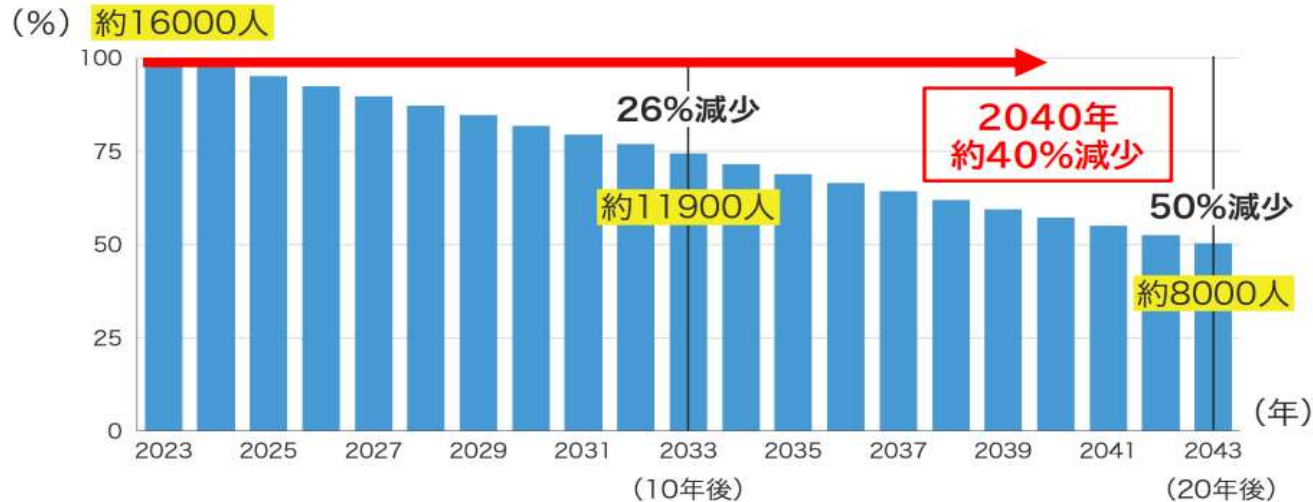
- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。



手術 ↓ ・ 放射線 ↑ ↑ ・ 化学療法 ↑

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、現在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

36

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

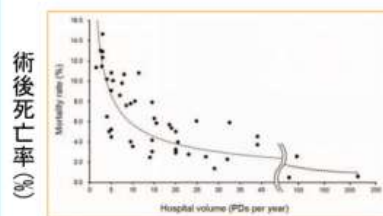
令和7年3月21日

日本癌治療学会発表資料

資料3 改変

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

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績 -集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



n=36,803 n=31,224 n=26,323 n=20,589 n=15,992

超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
(藤原俊義ら、2020)

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

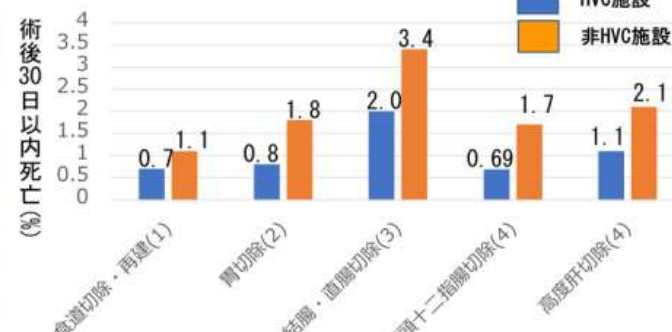
対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S. Esophagus 2020.

(2) Kakeji Y. NCD data.

(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.

(4) Mise Y. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

放射線治療専門医の将来推計※

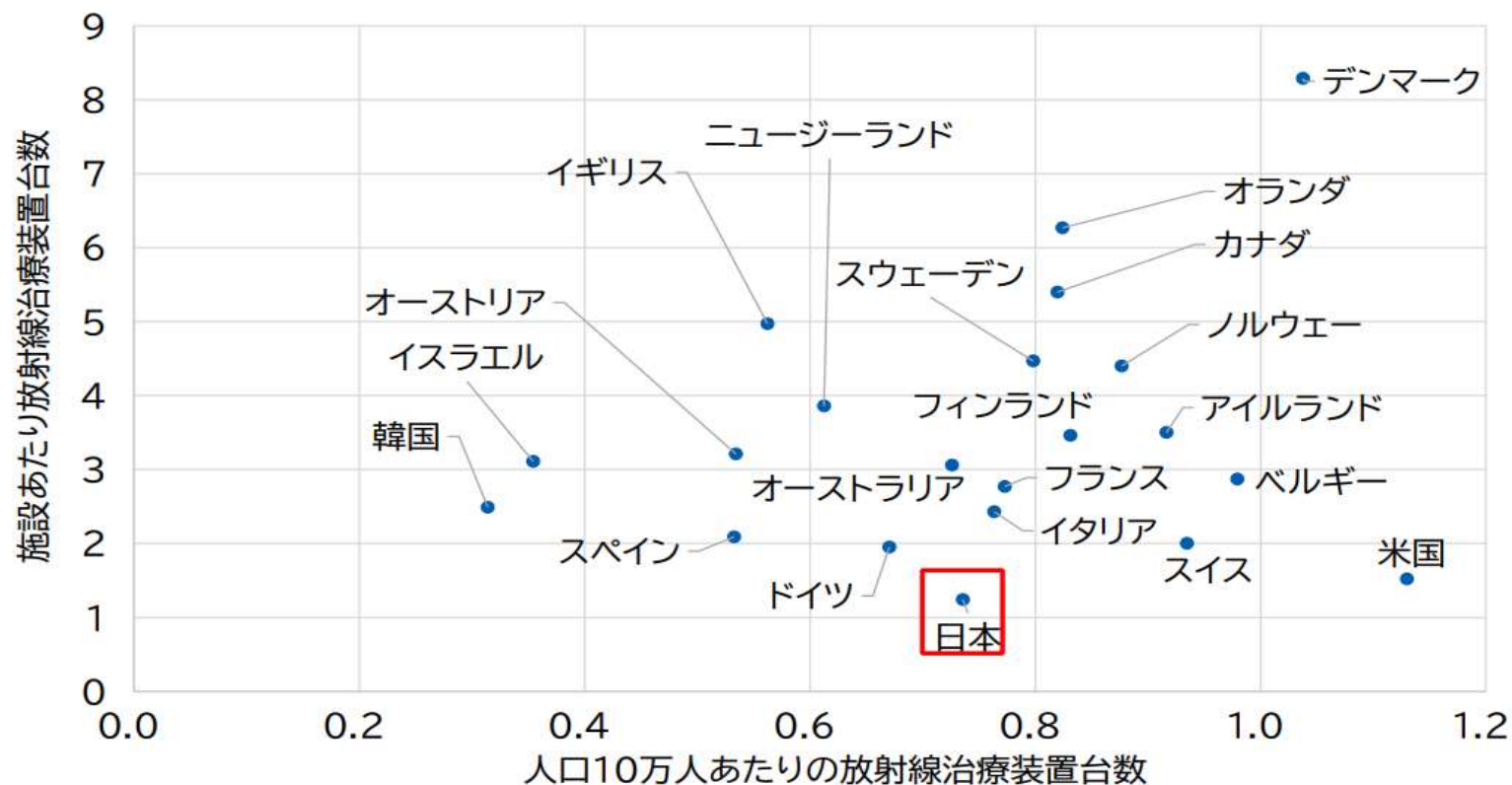


大人気

- 放射線治療専門医数は40名増加/年となっているため、2040年には $40 \times 15\text{年} = 600$ 名程度の増加が見込まれる。2040年には放射線治療専門医数が2000名（2025年比で43%増加）と推計される。

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。



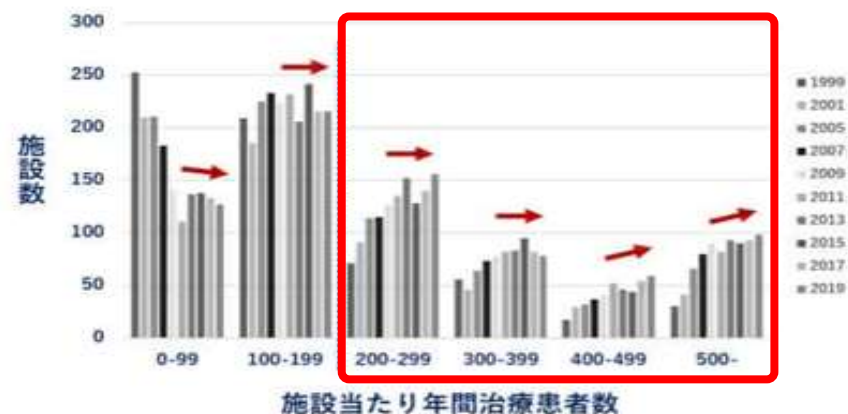
出典: the Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) database及びWHO global cancer observatory Cancer today2022年報告を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

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。

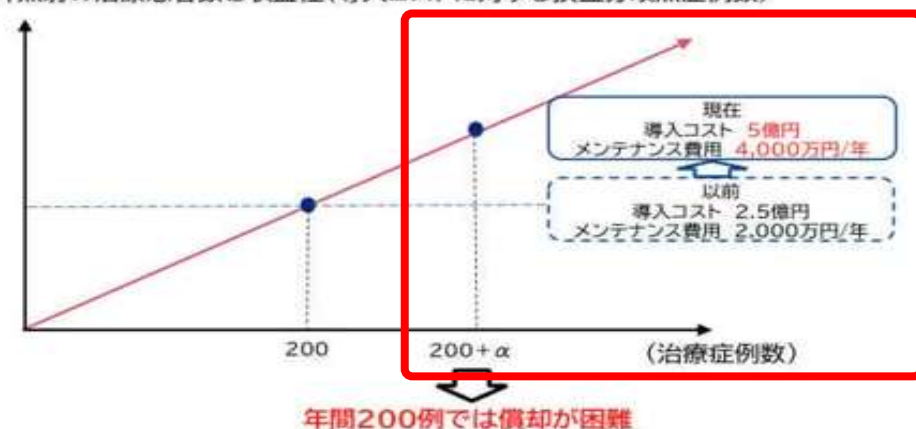
日本における放射線治療施設あたりの年間新規放射線治療患者数



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

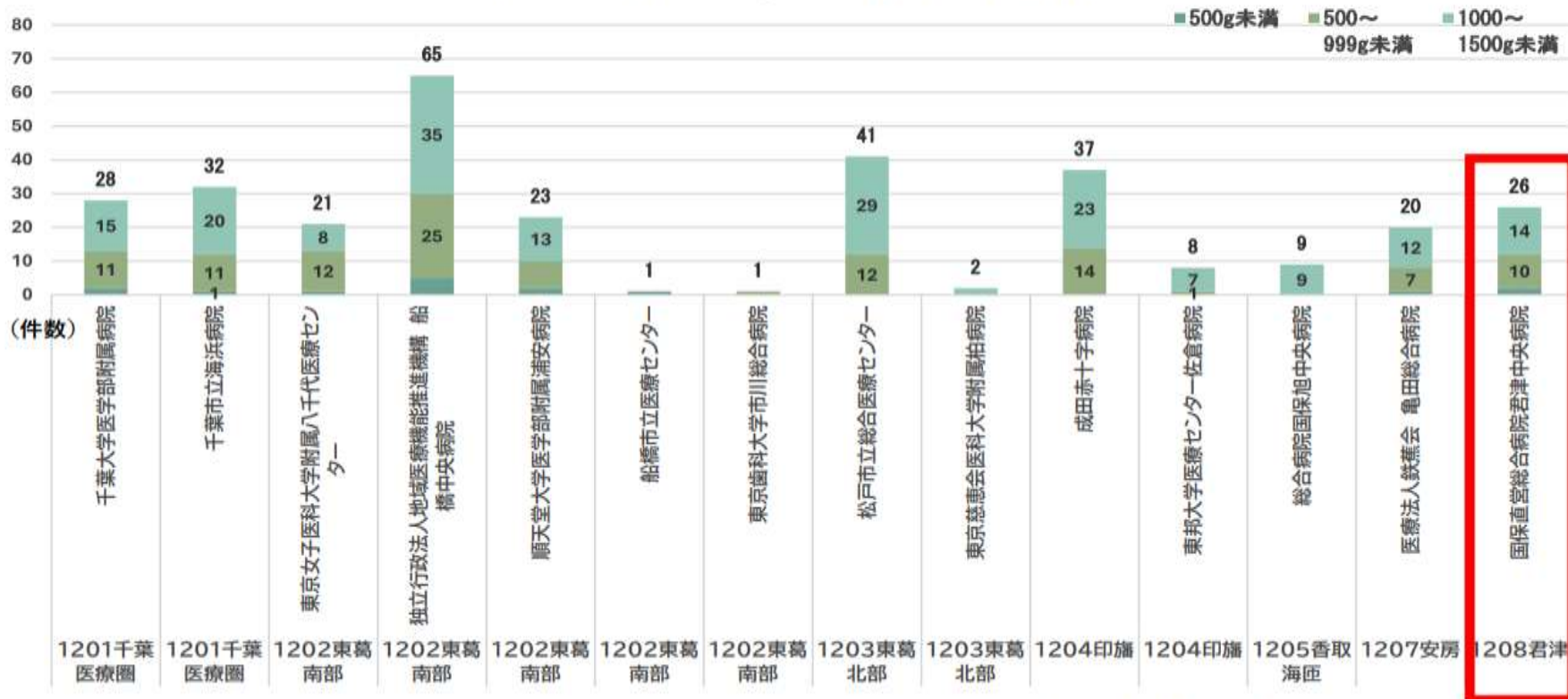
**収支合わせる =
治療装置1台当たり250-300人必要**

医療機関別 分娩時体重別件数

5事業：周産期

新生児体重1500g未満での分娩は君津中央病院で扱っている。

医療機関別 1500g未満分娩取り扱い病院



※出典：千葉県周産期医療体制に係る調査2023(R5)年度

*山武長生夷隅、市原はデータ無し

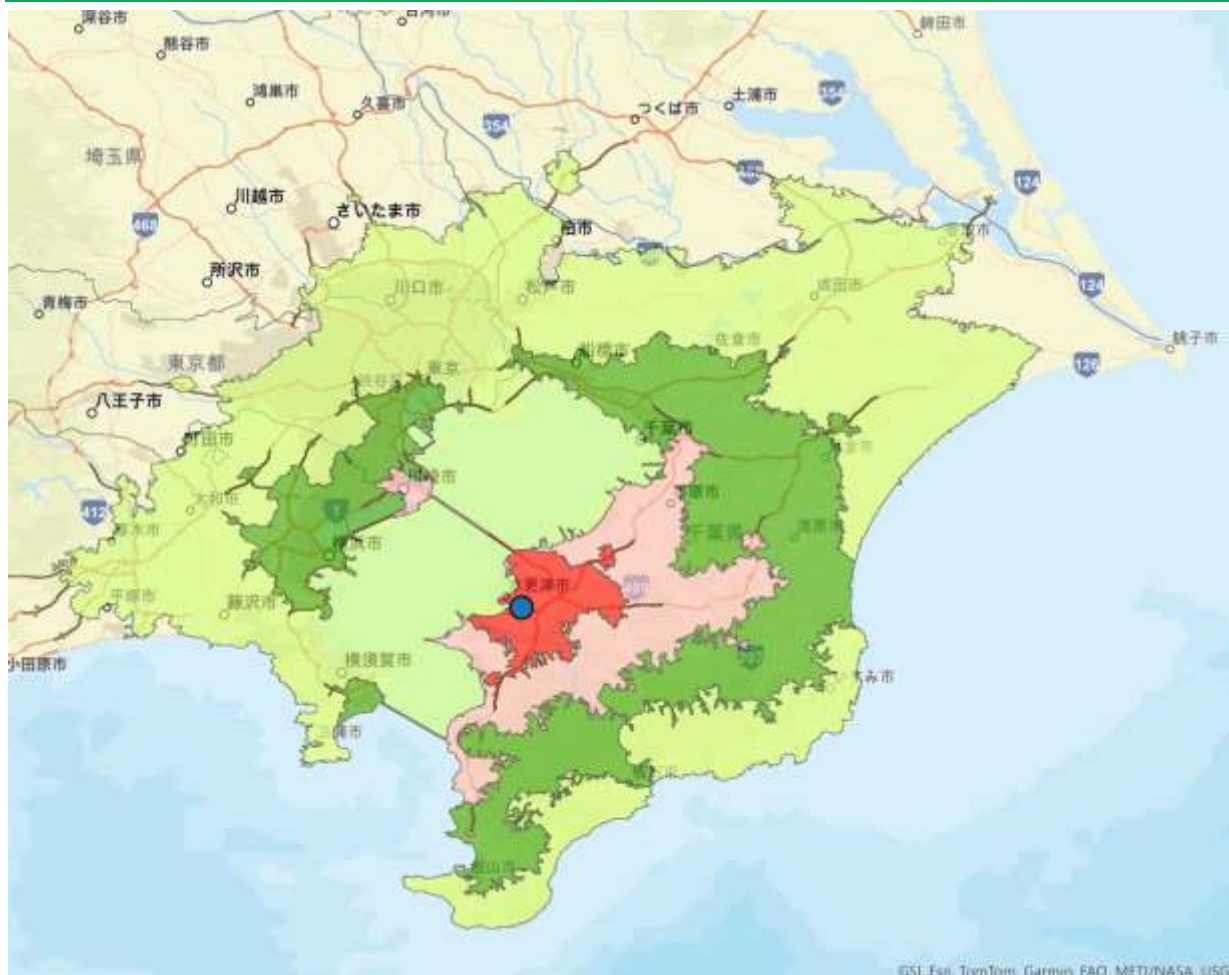
※病院による報告データのため一部データが不足している可能性がある

31

「なくてはならない」周産期センターは？



例：君津中央病院への全入院患者到達圏マップ



〈凡例〉

- 0-20分
- 20-40分
- 40-60分
- 60-90分

※施設への自動車による移動時間

※横須賀まではフェリーによる移動時間を含む

※GISソフトの更新により、昨年度報告書と境界線の異なる箇所あり(下記の数値は昨年度報告書から抜粋)

受診患者アクセス(GIS空間解析)

	総計 *	累積割合
20分以内	69,312	76.8%
40分以内	16,825	95.4%
60分以内	2,482	98.2%
90分以内	963	99.2%
90分以上 ・不明	705	100.00%

* 総計は収集したDPCデータのうち、データベース化できた件数分のみとなるため、正確な実数とは異なる可能性がある

60分以内：カバー範囲の見える化

出典：DPCデータ(2018年4月から2024年3月まで)延べ退院患者数データを対象

「規制改革実施計画」を踏まえた規制改革の更なる発展・深化について（案）		資料 2
<p>成長型経済の実現に向け、地域における人手不足等の経済社会の課題克服と、生産性の向上・競争力強化につながる投資拡大によって成長力を強化することが重要であるとの認識の下、規制改革推進会議では、「規制改革実施計画」（令和 6 年 6 月 21 日閣議決定）を踏まえ、「革新的サービスの社会実装・国内投資の拡大」、「スタートアップの成長基盤の整備」、「良質な雇用の確保、高生産性産業への労働移動」について、利用者起点の規制改革を更に発展・深化させるべく議論を進めていく。</p> <p>また、既に改革が決定した事項について、その具体化・フォローアップを進めるとともに、可能なものについては前倒し・深掘りを検討。</p> <p><検討事項(例)></p>		
革新的サービスの社会実装・国内投資の拡大		
<p>地域の社会課題の解決・人口減の克服</p> <p>～人口減少など地域が直面する課題を乗り越え、豊かな生活を実現する</p> <p>(交通)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ライドシェアの全国展開※ <p>(健康・医療)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者起点の医薬品販売規制見直し（販売区分・販売方法、オーバードーズ対策等）※ ○在宅医療における円滑な薬物治療の提供※ ○オンライン診療の更なる推進※ ○救急現場におけるタスク・シフト/シェア ○医師の宿直義務の緩和（宿直体制における I C T 技術の活用等） <p>(保育)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認可保育園における付加的サービス（英語、体操等）の円滑化 <p>(農業等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○所有者不明農地など土地の有効利用 ○フードテック（細胞性食品）の安全な事業化に向けた制度整備等 	<p>国内投資の拡大、DX・GXの推進</p> <p>～社会課題解決と成長につながる投資拡大に向けた障壁を打破する</p> <p>(DX)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○賃金のデジタル払いの拡大※ ○医療等データの利活用法制等の整備※ ○バーチャルオンリー株主総会の実現 <p>(GX)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○水素の供給・利活用（圧縮水素タンク、水素ステーション等） <p>(外国人材)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○子育て世代の外国人材の活躍（インターナショナルスクール（1 条校）の 9 月入学の解禁） <p>(公共)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○キャッシュレス社会の促進（印紙・証紙に係る見直し等） ○ローカルルール等の更なる見直し（地方公共団体の調達手続、コンビニ納付等） ○死亡・相続手続の負担軽減（後見人制度の利用促進、年金手続の見直し等） 	
スタートアップの成長基盤整備		
<p>起業家の負担軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ○公証人制度及び定款認証制度の見直し※ 	<p>資金・人材の獲得</p> <ul style="list-style-type: none"> ○非上場株式の発行・流通の活性化※ ○株式報酬の無償交付の対象者拡大※ ○スタートアップの柔軟な働き方（労働時間規制等） 	<p>成長の加速</p> <ul style="list-style-type: none"> ○株式を対価とする M&A の手法の活用範囲拡大※ ○ベンチャーキャピタルのガバナンス強化等によるスタートアップ育成力の強化
良質な雇用の確保、高生産性産業への労働移動		
<ul style="list-style-type: none"> ○競争禁止義務と副業・兼業の両立※ ○フリーランス・ギグワーカーの保護、偽装請負の防止※ 	<ul style="list-style-type: none"> ○労使双方が納得する雇用終了の在り方※ ○年次有給休暇の時間単位取得における上限規制の見直し 	※過年度決定事項の具体化、前倒し・深掘り事項を含む。

規制改革に関するこれまでの取組と成果

令和 6 年 9 月 2 日
規制改革推進会議

2024年9月2日 内閣府規制改革会議
医師「宿直」不要・救急救命士範囲拡大？

人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組

- これまで人口の少ない地域においても、医療資源を多く必要とする手術等の医療や診療所による外来医療などの提供が行われてきたが、2040年を見据え、区域の見直し、急性期医療の連携・再編・集約化を進めていく必要がある。
- そういった中、患者の医療へのアクセスを維持する観点から、地域の医療資源の状況や以下のような取組事例を把握し、地域医療構想調整会議で検討を行うことが重要。

手段	実施主体の例	具体例
オンライン診療① D to P	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施
オンライン診療② D to P with N	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 例として、山口県岩国市柱島においては、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。
オンライン診療③ D to D	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援
巡回車	地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。例として北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。
医師の派遣	都道府県・医療機関	<ul style="list-style-type: none"> へき地等へ代診医等を派遣。
巡回診療	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者が乗車した移動診療車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。
宿泊施設の整備	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 遠方の妊産婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備。
交通費・宿泊費補助	地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> 遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に、分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を助成。
有床診療所	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 医療需要の少ない地域等で病院を設置するほどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供。
隣接する都道府県との連携	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県以外の場合があり、県をまたいだ連携を行う。

事業の目的

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

事業の概要

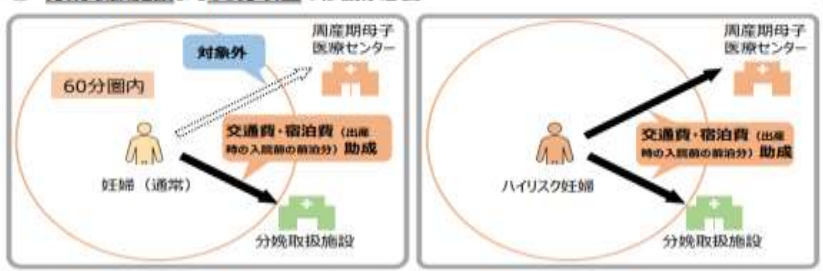
◆ 対象者

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

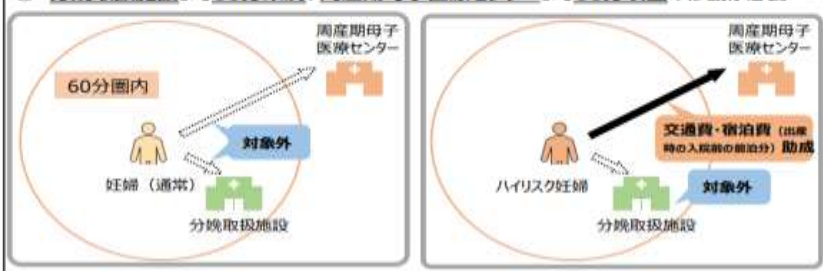
◆ 内容

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

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産婦の支援の推進を図ること。

実施主体等

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

補助単価

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

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)

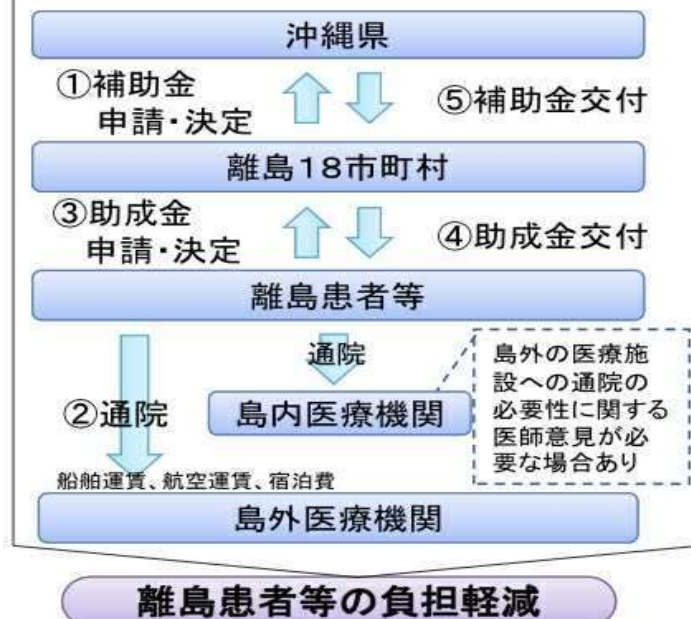
6 その他の補助要件

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「がん」含む

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

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



「ランダム設備（Randomizer）」は、他者の同意の下、看護者が患者のそばにいる状態で設備である。医師は設備の補助行為を看護士に示すことで、予断された範囲内における設備行為を承認していない新たな試験者に対する適切な看護行為を行うことが可能となりランダム設備の適切な実用に関する提言。

「転写者の設備利用」において、患者がより医師及び看護師がやむを得ず存在しない場合に、一定の条件のもと医師と看護師が隔断しながら設備が一定の範囲患者を看護することができ（令和4年3月20日厚労省等事務通知）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けられることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 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代診には看護師は必須。

課題 ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。着脱からの医師とのコミュニケーション、看護職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。

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

へき地患者送迎車（税）運行支援事業：令和7年度当初予算額 14.5百万円（26.4百万円）※10月以降は臨時予算

へき地高齢者給送車（配）整備事業 : 令和7年度当初予算額 22.8億円内訳 (17.8億円以内)

1 事業の目的

へき地の生活を近隣の区域機軸まで輸送する「へき地生活輸送車（組）」の運行に対する財政支援を行うことで、へき地における住民の生活を確保する。

《銀行支店事業》

- 調査主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
- 援助率：1/2
- 対象証者：人件費、燃料費等
- 標準額：1か所当たり765千円（恵那福祉区画）、1か所当たり1,289千円（恵那福祉区画）

【参考文献】

- 乗車料：マイクrobas1台当たり2,829千円、ワゴン車1台当たり1,474千円、組立型車10,196千円



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。

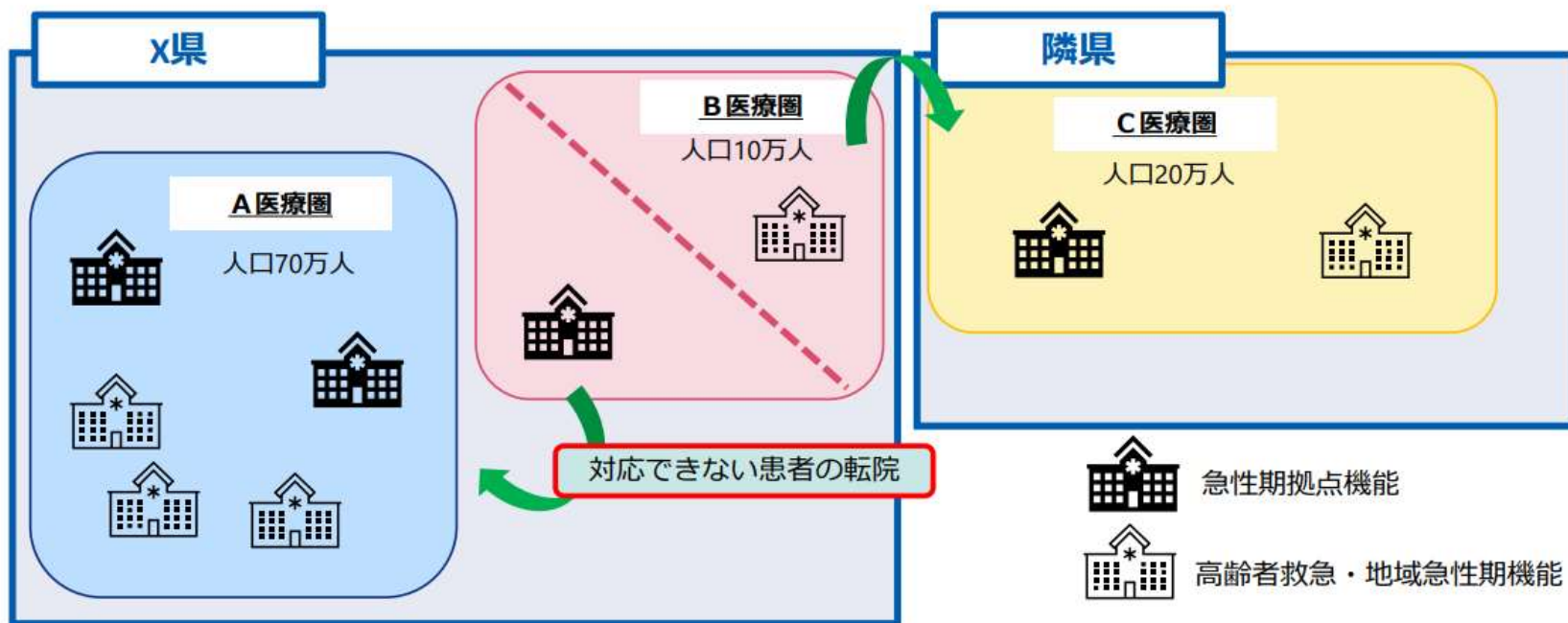
へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。

病院再編→アクセス確保は重要な論点

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。



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	<p>（急性期の総合的な診療機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 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 <p>（急性期の提供等にあたっての体制について）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 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 	<p>○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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等
高齢者救急・ 地域急性期 機能	<p>（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 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 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等 連携機能	<p>（在宅医療・訪問看護の提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>（地域との連携機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 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入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	<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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

OpenEvidence®

¿Cómo causa daño pulmonar el PCP en pacientes sin VIH?

Ask about Primary Evidence

Ask About Labs to Consider

Write an Exam Question

Explore More Capabilities

The leading medical information platform



Launched from the Mayo Clinic Platform
Accelerate program



THE NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Featuring multimedia and clinical findings
from The New England Journal of
Medicine



JAMA Network

Featuring multimedia and clinical findings
from JAMA and the JAMA Network
specialty journals

2025年世界
無料/日本語対応
生成AIの行う
鑑別・診断補助
治療選択肢
診断の一部無人化

対面➡「身体診察・検体採取・撮影・手技の提供」へ

第64回
日本医療・病院管理学会
学術総会のご案内



2026.10.24(土)・25(日)
2040年に向けた医療の再構築
—地域・現場・政策の交点で—
 地域医療や介護の持続可能性を支える制度とマネジメントの展望

学術総会長 自治医科大学 地域医療学センター
医療政策・管理学部門 小池創一

会場 自治医科大学（栃木県下野市）

第1報
詳細は後日
公開

お問い合わせ 第64回日本医療・病院管理学会仮事務局
自治医科大学 地域医療学センター 医療政策・管理学部門内
E-mail: jsha64th@jichi.ac.jp

大会長：
小池創一（自治医大）
プログラム委員会：
委員長 吉村健佑（千葉大）
 新城大輔（東京科学大）
 佐藤大介（藤田医大）
 古元重和（北大）
 山名隼人（自治医大）
 中部貴央（東大）
 勝山貴美子（横浜市大）
 平木秀輔（関西学院）

参加歓迎します

まとめ：本講演のポイント

- ① 入院患者↓から病院の経営難と再編
：県・市町村・地域ごとに
➡ データ分析 + 合意形成を
- ② 高度専門医療の今後：診療の質維持のために集約化へ
➡ 患者減少・外科医減少・機器の収支
- ③ 物理的なアクセスのサポート検討
➡ 地域ごとの診療の見える化

病院経営の悪化 ➡ 再編へ ➡ 医療の持続可能性 ↑

講師略歴

吉村 健佑(よしむら けんすけ)

千葉県:千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター センター長・特任教授
千葉県健康福祉部医療整備課 医師確保・地域医療推進室

◆学歴

2007年 千葉大学 医学部医学科 卒業
2012年 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻修了(公衆衛生学修士 MPH.)
2018年 千葉大学大学院医学薬学府博士課程修了(医学博士 Ph.D.)

◆職歴・委員

2007年 千葉大学医学部附属病院 精神科医・産業医
2015年 厚生労働省 課長補佐(保険局・医政局)
2017年 厚生労働省 国立保健医療科学院主任研究官
2018年 千葉大学病院 特任講師・産業医/千葉県健康福祉部医療整備課 医師確保・地域医療推進室
2019年 千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター センター長・特任教授
2020年 千葉県新型コロナウイルス対策本部事務局/成田空港検疫官
2024年 厚生労働省「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」委員
2024年 千葉大学 子どものこころの発達教育研究センター特任教授(併任)
2024年 千葉縣市原市 医療政策参与
現在に至る

◆資格・専門

精神保健指定医・精神科専門医/指導医・労働衛生コンサルタント・公認心理師
医療政策・公共健康・精神保健

◆主な著書

「医良戦略 2040-2040 年の医療を生き抜く 13 の戦略-」(ロギカ書房, 2022 年)
「医良戦略 2040Part II - 熱意を理性でドライブせよ -」(ロギカ書房, 2025 年)