

# 構想区域の点検・見直しの 進め方について

令和 8 年 (2026年) 1 月  
熊本県健康福祉部

## 現行の地域医療構想における構想区域とその他の医療圏等との関係について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、「地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域」を単位として設定している。二次医療圏は、病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位としており、これらは最終的に一致させることとしている。
- 他方、周産期医療をはじめとした、その他の医療圏や圏域については、「二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定」すること等としている。

### 構想区域

#### 339構想区域 (令和6年4月現在)

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

### 二次医療圏

#### 330医療圏 (令和6年4月現在)

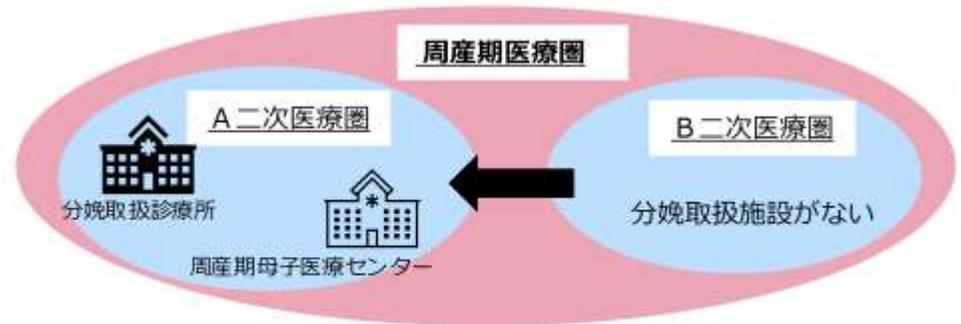
人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定

※ 最終的には二次医療圏を構想区域と一致させる

### 周産期医療圏

#### 263区域 (令和6年4月現在)

周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



その他、周産期医療圏以外にも、5疾病6事業等それぞれにおいて、医療圏や圏域の設定が行われている。

## 新たな地域医療構想における構想区域について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、**二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域**のほか、**広域な観点**が求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための**広域な区域**、在宅医療等についてきめ細かく対応するための**より狭い区域**を設定して取組を推進する。
- 区域全体の医療資源に応じて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等との連携のあり方等の具体的な運用については、2025年度に策定予定の新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成段階で検討する。

### 基本となる構想区域

- 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、専門等機能の医療機関機能を整備
- 二次医療圏（330程度）を基本としつつ、人口規模が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で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行う

### 広域な区域

- 大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- 都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

### より狭い区域

- 在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定
- 医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定

## 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><b>100万人以上</b></p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <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"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	<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等</li> </ul>
地方都市型	<p><b>50万人程度</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <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"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	
人口の少ない地域	<p><b>～30万人</b></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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <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しうる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	

※ 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

## 医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

- 救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも相関するところ、地域において適切な医療提供体制を確保する観点を踏まえると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。



地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

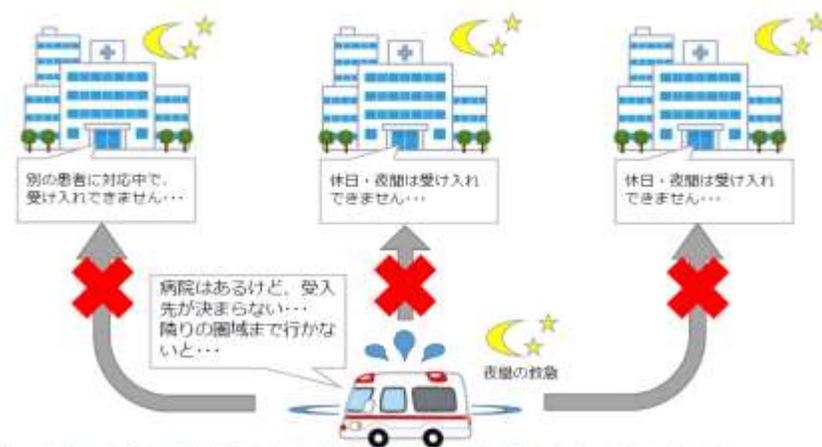
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



今から手を打たないと...

補足1-8

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

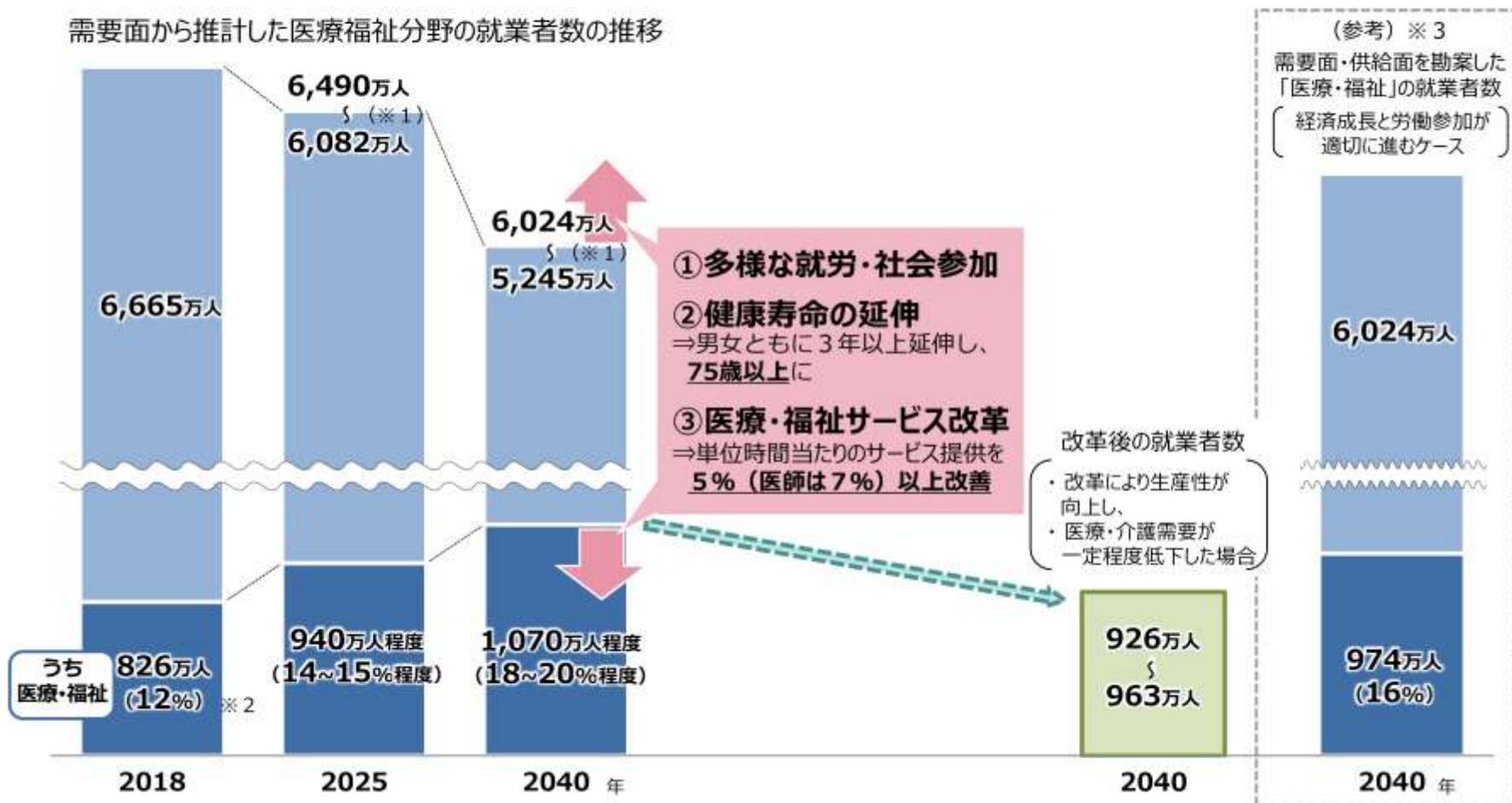


どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

# 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。

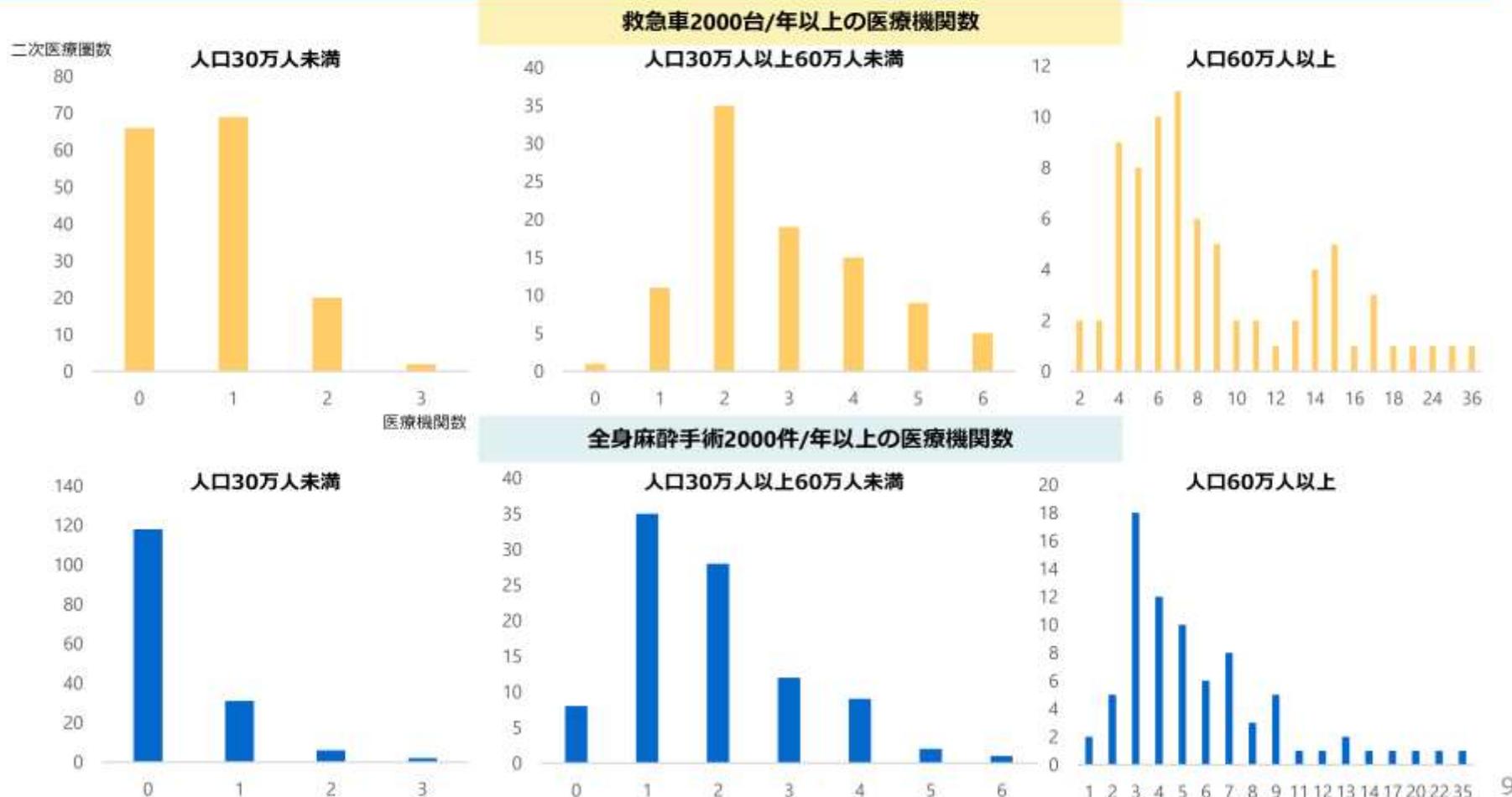
需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



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

## 急性期医療を担う医療機関の数について

- 急性期医療を担っている医療機関の数を二次医療圏の人口別にみると、人口規模が30万人未満の区域では1つ確保できている区域が一定数ある。また、人口規模が30万人から60万人未満の区域では概ね1～2つ程度確保できている。こうした実態を踏まえながら、急性期拠点機能の医療機関を確保することが考えられる。



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

## 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 心的な役割を担う病院を確保	<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箇所設置することとされている。</li> <li>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。</li> </ul>
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。
地域への医師の派遣	相対的に医療資源の多い急性期拠 点から、地域のその他の医療機関 へ医師等を派遣し、地域の医療提 供体制を維持する	大学病院本院は、急性期拠点へ医師を派遣し、急性期拠点は、地域の医療機関に医師を派遣する

## 構想区域の役割について

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のための、大きく2つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

### 構想区域 の 役割

#### ① 医療機関の連携・再編・集約化など、 医療提供体制構築のための議論

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要

#### ② 必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

## 構想区域、医療圏のまとめ

- 日本の医療はフリーアクセスであり、構想区域及び医療圏は患者の受診地域を制限するものではない。
- 構想区域及び医療圏の設定は、病床整備（移転を含む）や会議体の設置区域に影響することから、病床の適切な配置や医療機関の役割に関する協議を適切に行い得る地域を設定することが重要。

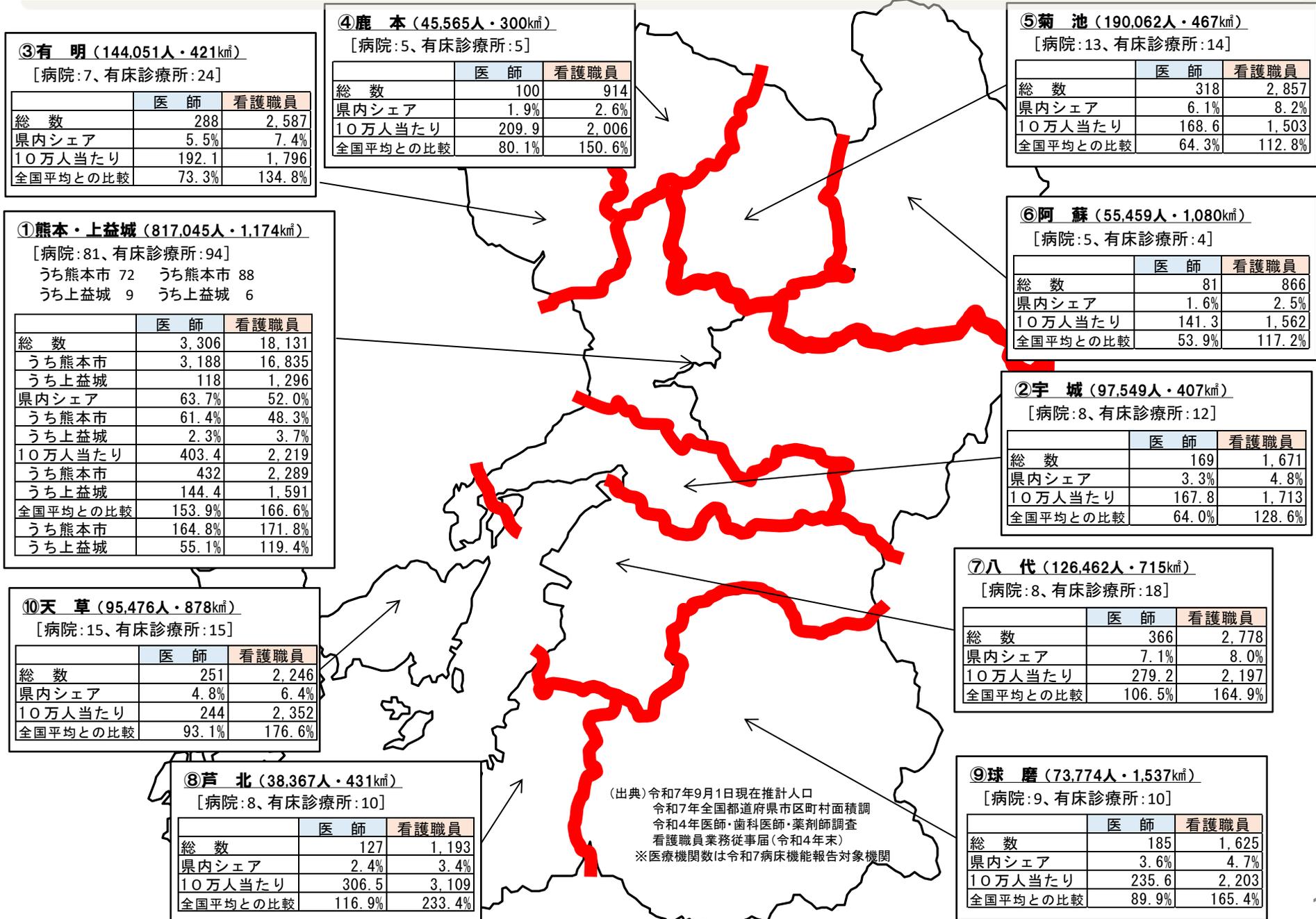
	二次医療圏	構想区域
医療法上の定義	病院及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域	地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域
患者の受診	<b>特に制限なし</b> ※患者の流入流出率等が見直しの基準とされている	<b>特に制限なし</b> ※患者の受療動向等を勘案して検討することとされている
病床整備	<b>区域内の既存病床数が基準病床数を上回る場合、新たな病床の整備は認められない</b>	<b>区域内の病床数が必要病床数を上回る場合、新たな病床整備については地域医療構想調整会議における協議が必要</b>
会議体	保健医療推進協議会	地域医療構想調整会議

## 熊本県における医療圏の設定状況（R7.4.1時点）

- 本県の保健医療計画では、二次保健医療圏（二次医療圏）を計10圏域設定。
- 5疾病のうち、脳卒中医療圏及び急性心筋梗塞医療圏については、救急医療圏を基本としつつ、熊本・上益城医療圏と宇城医療圏と西原村を併せて「熊本中央医療圏」とし、計9圏域としている。
- 6事業のうち、救急医療圏については、二次保健医療圏を原則としつつ、山都町を除く熊本・上益城医療圏と宇城医療圏と阿蘇医療圏の西原村を併せて「熊本中央医療圏」、山都町を「山都医療圏」とし、計10圏域としている。
- また、周産期医療圏については、「熊本中央圏域（熊本・宇城・上益城・菊池・阿蘇）」及び「有明・鹿本圏域」とし計6圏域、小児医療圏については、「熊本中央圏域（熊本・宇城・上益城・阿蘇）」及び「有明・鹿本圏域」とし、計7圏域としている。

二次保健医療圏		10	熊本・上益城	宇城	有明	鹿本	菊池	阿蘇	八代	芦北	球磨	天草
5 疾病	がん医療圏	10										
	脳卒中医療圏	9	熊本中央					熊本中央				
	急性心筋梗塞医療圏	9	熊本中央					熊本中央				
	糖尿病医療圏	10										
	精神疾患医療圏	10										
在宅医療圏	10											
6 事業	救急医療圏	10	山都	熊本中央				熊本中央				
	災害医療圏	1										
	周産期医療圏	6	熊本中央		有明・鹿本		熊本中央					
	小児医療圏	7	熊本中央		有明・鹿本			熊本中央				
	新興感染症医療圏	10										

# 熊本県における二次医療圏の現状 (人口、面積、医療機関数、医師・看護職員数)



厚生労働省「医療計画作成指針（R5.6月）」

①人口規模が20万人未満

②流入患者割合（流入率）が20%未満

③流出患者割合（流出率）が20%以上

以上の全てに当てはまる場合は、  
「入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる」として、  
二次医療圏の設定の見直しについて検討することとされている。

※厚労省提供の地域医療構想策定支援ツールを活用

同一の基準による地域医療構想（H29.3策定）の構想区域の検討時は、  
2025年推計値において、「有明」「鹿本」「阿蘇」「八代」「天草」の5圏域が該当

※人口：「令和6年9月熊本県の人口と世帯数」  
患者流出率：「厚労省R5患者調査」を基に試算

新たな地域医療構想策定に向けた試算の結果、  
「有明」「鹿本」「阿蘇」「芦北」の4圏域が該当する見込み

- ・人口20万人未満
- ・流入率20%未満
- ・流出率20%以上



**④鹿本**

人口	45,565人
流入率	18.3%
流出率	35.6%

◇人口：令和6年9月熊本県の人口と世帯数  
◇流入率・流出率：厚労省令和5年患者調査

**⑤菊池**

人口	190,062人
流入率	43.3%
流出率	41.1%

**③有明**

人口	144,051人
流入率	9.3%
流出率	31.7%

**①熊本・上益城**

人口	817,045人
流入率	20.4%
流出率	8.9%

**⑥阿蘇**

人口	55,459人
流入率	6.8%
流出率	46.9%

**②宇城**

人口	97,549人
流入率	43.8%
流出率	43.9%

**⑦八代**

人口	126,462人
流入率	15.2%
流出率	15.8%

**⑩天草**

人口	95,476人
流入率	3.9%
流出率	16.5%

**⑨球磨**

人口	73,774人
流入率	5.2%
流出率	12.6%

**⑧芦北**

人口	38,367人
流入率	15.3%
流出率	20.1%

## 構想区域の点検・見直しの進め方について（案）

- 国検討会では、「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」との考えが示されており、本県では、熊本・上益城以外の構想区域について特に点検が必要。
- 構想区域は患者の受診を規制するものではなく、病床の規制の区域及び地域医療構想調整会議の設置区域に関係するもの。
- 現行の地域医療構想策定時には、「熊本医療圏」と「上益城医療圏」を統合し「熊本・上益城構想区域」として、保健医療計画の改定に先行して区域の統合を行った。
- その際、専門委員会における検討のみならず、郡市医師会間での協議も実施されており、地域の意向を尊重して構想区域の統合が進められた経緯がある。



- 現行の構想策定時同様、国のガイドラインが示され次第、県において構想区域のたたき台を作成※の上、丁寧に地域の意見を聴きながら、点検・見直しを進めることとしてはどうか。

※現行の構想策定時には、当時の二次医療圏を維持するパターンを含めた5パターンをたたき台として作成

# 【参考】 現行の構想策定時のたたき台

## 構想区域（案）の比較

### A案《現行二次医療圏》

11区域



### B案《トリプル20基準該当なし》

7区域



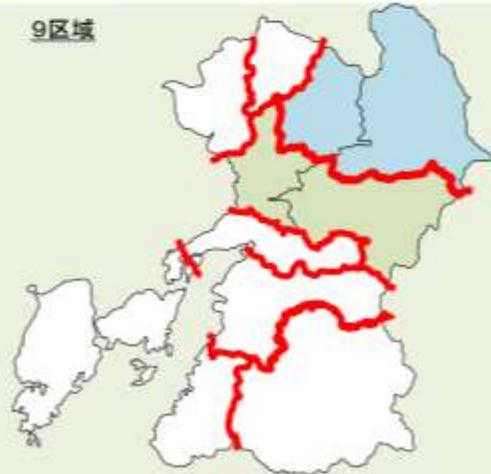
現在の構想区域

### C- (1) 案

【有明】・【鹿本】・【菊池+阿蘇】

【鹿本+上益城】・【宇城】

9区域

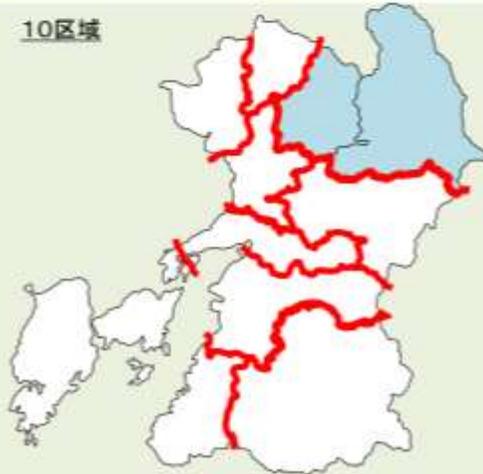


### C- (2) 案

【有明】・【鹿本】・【菊池+阿蘇】

【鹿本】・【宇城】・【上益城】

10区域



### C- (3) 案

【有明】・【鹿本】・【菊池】・【阿蘇】

【鹿本+上益城】・【宇城】

10区域

