

新たな地域医療構想の策定に向けた 今後の進め方について

令和 8 年 (2026年) 3 月
熊本県水俣保健所

これまでの地域医療構想 まとめ

第7回新たな地域医療構想等に関する
検討会(令和6年8月26日)資料1

【これまでの取組】

- 現行の地域医療構想については、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床の機能分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指し、地域医療構想を医療計画の記載事項の一つとして位置づけて取組を推進。
- その中で、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に着目し、各都道府県において、二次医療圏を基本とする構想区域の単位で、2025年の病床の必要量を推計した上で、毎年度、病床機能報告制度により、医療機関から病棟単位で病床機能等の報告を受け、当該報告等をもとに地域医療構想調整会議での協議を行うとともに、必要に応じて知事権限を行使しながら、地域の実情に応じて、病床機能の転換や再編等を進めてきた。
- 国においても、地域医療介護総合確保基金、重点支援区域、地域医療構想アドバイザー、データ分析体制構築等の支援を行うことにより、都道府県と連携し、取組を推進してきた。

【評価】

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたところ、2025年時点の必要病床数を119.1万床とする目標としているが、病床機能報告による病床数は2015年の125.1万床から2023年には119.3万床になり、現行の地域医療構想で推計した病床数の必要量と同程度の水準となっている。
- 機能区分別にみても、急性期病床が減少し、回復期病床が増加したほか、介護医療院等の在宅・介護施設等への移行等により慢性期病床が減少するなど、病床数の必要量に近づいており、全体として、進捗が認められる。

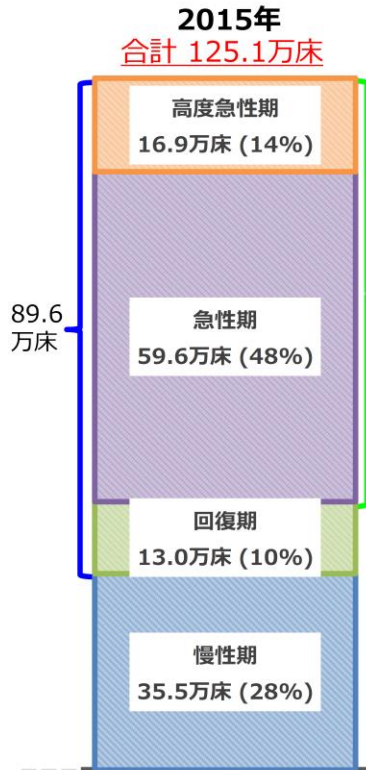
【課題】

- 医療機関の機能転換・再編等は医療機関の経営に大きく影響することから、多くの関係者の理解が必要であり、合意形成に時間を要し、依然として構想区域ごと・機能ごとに必要量との差異が生じている中で、2040年頃に向けて、医療需要のピークやその後の減少にも対応できる更なる取組が求められる。
- また、病床の機能分化・連携を図る仕組み等について、これまで以下のような指摘もなされている。
 - ✓ 病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。また、将来の病床の必要量と基準病床数との関係もわかりづらい。
 - ✓ 病床数に着目した議論をしてきたため、医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい。
 - ✓ 病床数の必要量の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が十分になされたとは言いがたい。

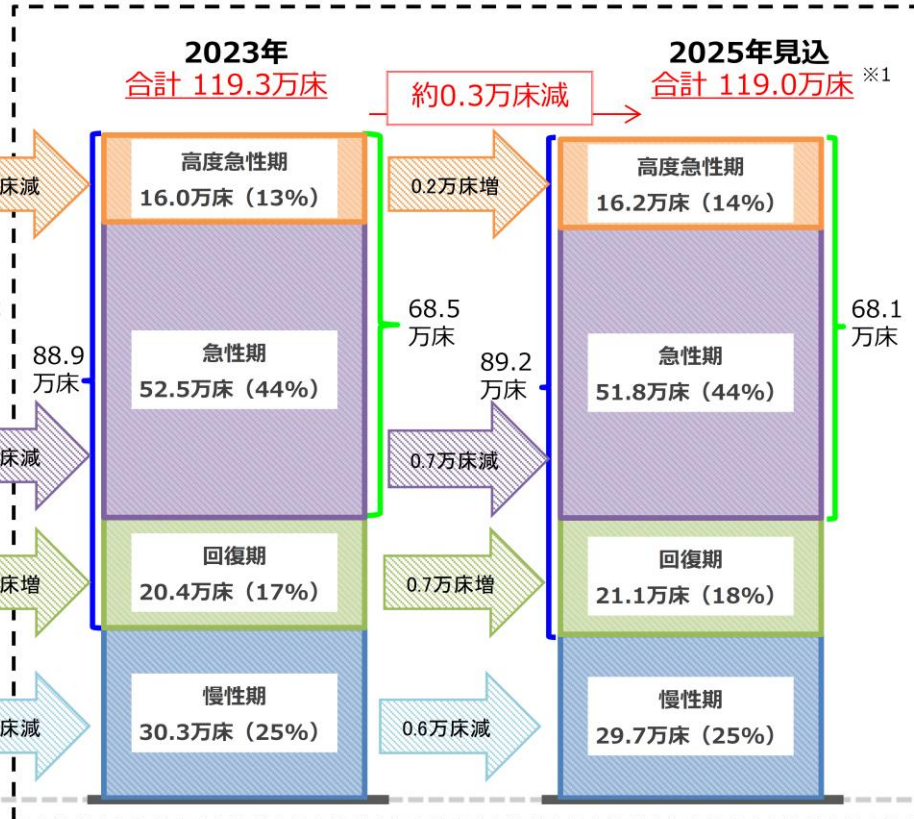
2023年度病床機能報告について

速報値

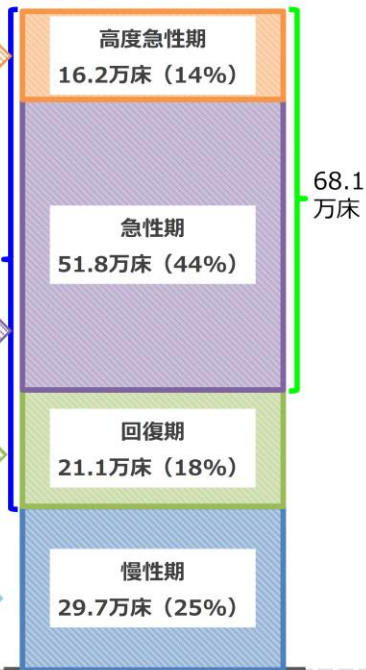
2015年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※
6



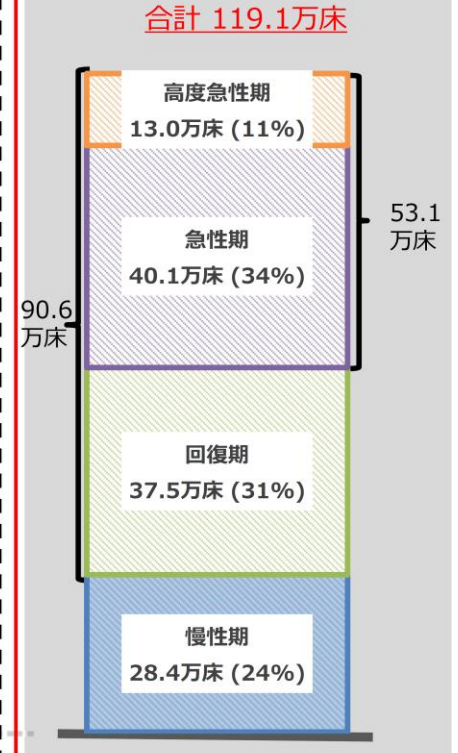
2023年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※6



2025年見込
合計 119.0万床 ※1



地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※4 ※6



出典:2023年度病床機能報告

※1:2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2:対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告:13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告:12,203/12,402(98.4%)

※3:端数処理をしているため、病床数の合計値が含まない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4:平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5:高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*):18,423床(参考 2022年度病床機能報告:18,399床)

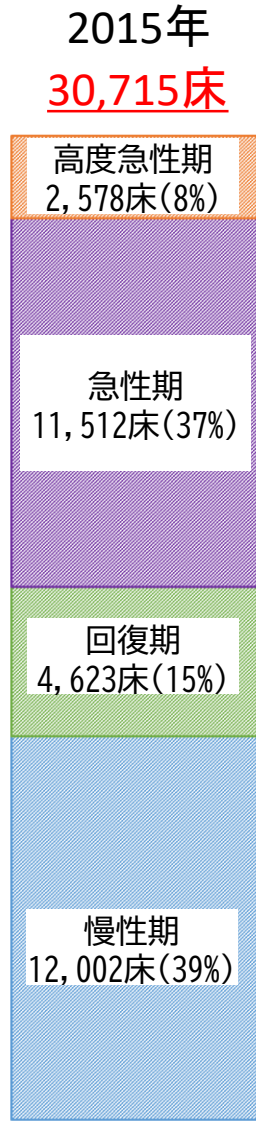
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

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

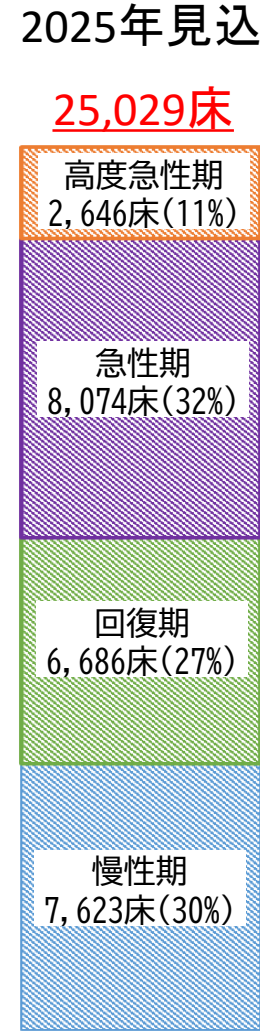
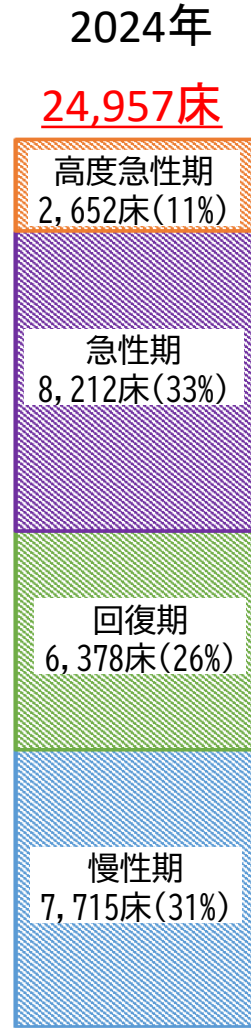
熊本県の令和6年度病床機能報告結果（速報値）

第11回熊本県地域医療構想調整会議（令和8年1月9日）資料1

2015年度病床機能報告



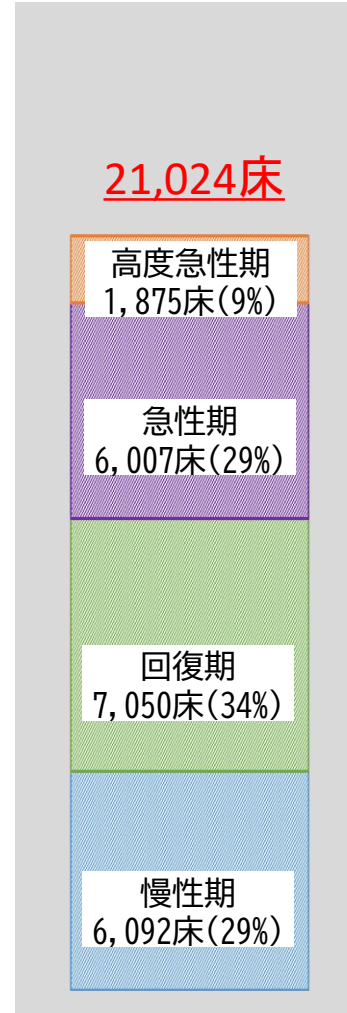
2024年度病床機能報告



地域医療構想における

2025年の 病床の必要量

（厚生労働省令算定式による）



+74床

▲3,300床

+1,755床

▲4,287床

+72床

▲6床

▲138床

+308床

▲92千床

（注）表示単位未満を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。

現行の地域医療構想に関する評価

- 県内の病床数は2025年までの10年間で約6,000床減少し、病床機能ごとの内訳においても、急性期が減少し、回復期が増加したほか、介護施設等への転換により慢性期が減少しており、概ね地域医療構想の方向性に沿って、病床の機能分化・連携の取組みが進捗した。
- 一方、厚生労働省推計の必要病床数は、2025年に21,024床とされていたところ、本県の病床数は2025年時点で25,029床となる見込みであり、必要病床数と一定の差異が生じている。

課題

- 地域医療構想における必要病床数をめぐっては、これまでも以下のような指摘がある
 - 病棟には様々な病期の患者が入院しているが、病床機能報告では、病棟単位で最も多い割合の患者を報告することとされているため、報告結果と実態に乖離がある。
 - 児童福祉法に規定する入所施設、国立療養所の病床等も報告対象となっており、地域の一般的な入院医療の実態に即していない。



- 本県では必要病床数は「地域における将来の医療提供体制等を今後検討するための材料」としており、その差異に一喜一憂するのではなく、必要病床数を踏まえつつ、地域の実情に即して、効率的で質の高い医療提供体制の確保策を検討していくことが重要。

従来からの御意見

- 病棟には様々な病期の患者が入院しているが、最も多い割合の患者を報告することとされているため、報告結果と実態に乖離がある。
- 基準病床数制度における既存病床数と異なり、特定の病床（児童福祉法に規定する入所施設等）も一部報告結果に算定されている。
- 病棟単位で許可病床数ベースを基本とした集計をしており、実際の稼働病床数と毎年度の病床機能報告結果に乖離がある。

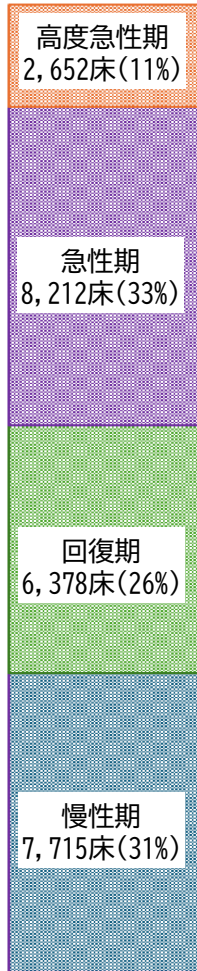


補正の手法

- 病床機能報告結果から以下の補正を行う。
 - ・ 急性期・慢性期病棟に埋もれている、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定の病床数を回復期とみなす。（佐賀県を参考）
 - ・ 特定の病床（児童福祉法に規定する入所施設等）を報告結果から控除する。
- また、実際の稼働病床数に近い病床数として、最大使用病床数（許可病床数のうち1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数）ベースでも集計を行う。

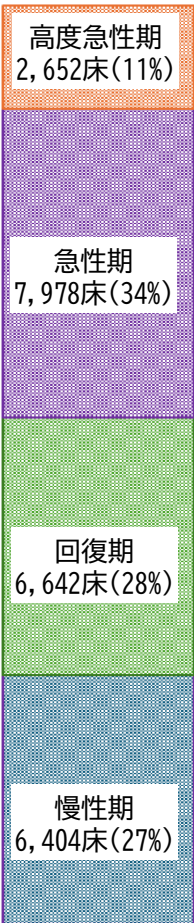
令和6年度
（補正前）

24,957床



令和6年度
（補正後）

23,676床



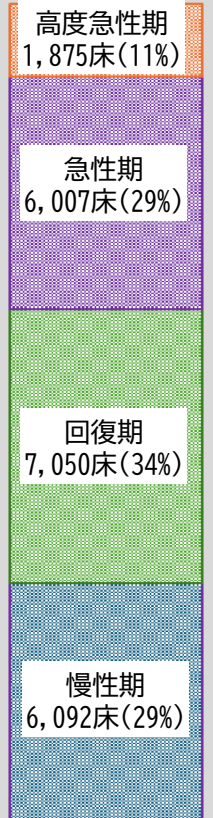
令和6年度
（最大使用病床数）

21,803床



令和7年度の
病床の必要量
（厚生労働省令算定式による）

21,024床



▲1,281床

±0床

▲234床

+264床

▲1,311床

▲1,873床

▲66床

▲780床

▲610床

▲417千床

令和6年度病床機能報告結果（速報値）より熊本県医療政策課作成。
 （注1）表示単位未満を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。
 （注2）本図は一定の条件を基に機械的に算出した結果であることに留意が必要。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - 構想区域ごと(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)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の实情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

ガイドラインの構成（案）

- 新たな地域医療構想の策定ガイドラインについて、現在の地域医療構想策定ガイドラインを踏襲しつつ、新たな地域医療構想の対象が多岐にわたることに対応して議題の整理やグランドデザインなどのアップデート、合意形成等を踏まえた構成としてはどうか。

概論

I 経緯・背景

- 1 ガイドラインの目的
- 2 位置づけ
- 3 新たな地域医療構想の対象について
- 4 背景となる地域毎の課題
- 5 医療計画との関係
- 6 これまでの地域医療構想について

策定まで

II 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定の進め方について
- 2 構想区域について
- 3 医療機関機能・病床機能と、当該機能を踏まえた需要推計の基本的な考え方
- 4 入院医療に関する取組について
- 5 外来・在宅医療に関する取組について
- 6 介護との連携について
- 7 医療従事者の確保について

策定後

III 取組の推進について

- 1 地域での課題等の共有
- 2 知事権限について
- 3 地域医療介護総合確保基金の活用について
- 4 地域医療構想の実現に向けた柔軟かつ実践的な点検・プロセス・評価の観点

IV 地域医療構想と医療計画の関係等

- 1 5疾病6事業との関係について
- 2 地域医療構想調整会議とその他の会議体との関係について

※医療法等の一部を改正する法律案が継続審議となっているところ、国会審議等を踏まえて変更することも考えられる。

現行の地域医療構想の策定体制

第11回熊本県地域医療構想調整会議（令和8年1月9日）資料1

熊本県医療審議会 （医療法第71条の2）

・都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制に関する重要事項を調査審議

熊本県保健医療推進協議会 （要項設置）

保健医療計画の推進に必要な事項を協議

《地域協議会》（要項8条）

- ①熊本地域保健医療推進協議会
- ②宇城地域保健医療推進協議会
- ③有明地域保健医療推進協議会
- ④鹿本地域保健医療推進協議会
- ⑤菊池地域保健医療推進協議会
- ⑥阿蘇地域保健医療推進協議会
- ⑦上益城地域保健医療推進協議会
- ⑧八代地域保健医療推進協議会
- ⑨芦北地域保健医療推進協議会
- ⑩球磨地域保健医療推進協議会
- ⑪天草地域保健医療推進協議会

地域医療構想検討に係る会議として要領により新規設置

《専門委員会》（要項7条に基づき本庁にて設置）

熊本県地域医療構想検討専門委員会

県が地域ごとに地域医療構想を策定するに当たり、地域の意見を汲み上げ、地域間の調整等全県的なとりまとめを行う際に、県レベルの関係団体等から意見を聴き、合意形成を図る場

《専門部会》（要項9条に基づき各保健所（※①熊本地域は本庁）にて設置）

- ①熊本地域医療構想検討専門部会
- ②宇城地域医療構想検討専門部会
- ③有明地域医療構想検討専門部会
- ④鹿本地域医療構想検討専門部会
- ⑤菊池地域医療構想検討専門部会
- ⑥阿蘇地域医療構想検討専門部会
- ⑦上益城地域医療構想検討専門部会
- ⑧八代地域医療構想検討専門部会
- ⑨芦北地域医療構想検討専門部会
- ⑩球磨地域医療構想検討専門部会
- ⑪天草地域医療構想検討専門部会

県が地域ごとに地域医療構想を策定するに当たり、地域の関係団体等から意見を聴き、合意形成を図る場

<検討事項>

- ①医療需要に対する医療供給（医療提供体制）
- ②必要病床数の推計
- ③構想区域の設定
- ④2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策

新たな地域医療構想の策定体制について

第11回熊本県地域医療構想調整会議（令和8年1月9日）資料1

- これまで地域医療構想（以下「構想」という。）は入院医療（病床の機能分化・連携）を基本的な対象としてきたが、新たな構想では外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の構想となる見通し。
- なお、これに伴い、医療計画（以下「計画」という。）については、構想の実行計画として、5疾病・6事業、在宅医療等の具体的な取組みを定めることとなる見通し。
- 今後、地域医療構想調整会議で議論すべき議題が多岐にわたり、会議運営が困難となるおそれ（現在でも会議時間が3時間に及ぶケースも有り）。
- 厚生労働省の検討会では、会議が効率的に運用され、実効的な取組みが進むよう、関連するテーマを一体的に議論することや、既存の会議体で開催できることなど、会議運営を柔軟にできる旨をガイドラインに位置付けることが検討されており、本県の策定体制についても検討が必要。

令和6年12月18日 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（p.15～16一部抜粋）

- 新たな地域医療構想については、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的として、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を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付けることが適当である。
- 具体的には、現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして、病床の機能分化・連携に向けた取組を進めてきたが、新たな地域医療構想においては、医療提供体制全体を対象として、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等に関する事項を定めるものとすることが適当である。
- これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として位置付け、医療計画については、その実行計画（6年間、一部3年間）として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者確保等の具体的な取組を定めることとし、救急医療施設の役割分担・連携、医師や看護師等の医療従事者確保も含め、医療提供体制の確保に向けた取組について中長期的な需要等を踏まえて計画的に進めることが適当である。その際、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画等の各種計画との整合性を図ることが適当である。

令和7年10月30日 第6回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1（p.63一部抜粋）

- 都道府県においては、すでに提供体制に関する会議体を多く運営している。今後、地域医療構想調整会議で議論すべき議題は多岐にわたり、自治体には介護や福祉だけでなく、庁内でのさまざまな連携が期待されるところ、会議が効率的に運用され、実効的な取組が進むよう、必要病床数と医療機関機能や、在宅医療と介護との連携を一体的に議論することや、既存の会議体で開催できることなど、都道府県が地域における実情を踏まえて整理・簡素化出来るよう、都道府県の意見も踏まえて、会議運営を柔軟に出来る旨をガイドラインに位置づけてはどうか。

本県における主な医療提供体制に関する会議体について

第11回熊本県地域医療構想調整会議（令和8年1月9日）資料1

- 医療提供体制に関する会議体については、医療審議会（法定審議会）、地域医療構想調整会議（法定協議会）、保健医療推進協議会（要項設置）等、多くの独立した会議体が存在する。
- 各会議体は、個別の分野のみを扱うものから保健医療分野全般を扱うものまで対象範囲が異なるほか、その設置が法定されているものと県独自に設置しているものがある。

法定審議会

熊本県医療審議会
（医療政策課）

法定協議会

熊本県感染症対策連携協議会
（健康危機管理課）

熊本県地域医療構想調整会議
（医療政策課）

要項設置協議会

熊本県救急・災害医療提供体制
検討委員会
（医療政策課）

熊本県保健医療推進協議会
（健康福祉政策課）

熊本県がん対策推進会議
（健康づくり推進課）

熊本県在宅医療連携体制検討協議会
（認知症施策・地域ケア推進課）

狭い

対象範囲

広い

- 改正医療法の施行に伴い、医療計画は構想に即して定めることとなり、構想は計画の上位概念となる予定。
- 他方、構想及び計画の推進体制（会議体）については、**地域医療構想調整会議が構想の策定から個別の医療機関の役割や対応方針等を協議事項とする一方、保健医療推進協議会は計画の策定・進捗管理が協議事項**となっている。
- また、保健医療推進協議会は保健分野も対象としており、両会議体は会議体の性質や範囲が異なっている。

地域医療構想

- (定める事項) ※改正医療法の施行後
- ① 将来の医療提供体制の基本的な方向
 - ② 構想区域
 - ③ 医療機関機能・病床機能の将来の見通し
 - ④ 医療機関機能・病床機能の分化連携の推進に関する事項
 - ⑤ その他厚労省令で定める事項 等
- ※厚労省検討会におけるガイドライン構成案における地域医療構想の策定に係る項目では、上記①～④のほか「外来・在宅医療に関する取組み」、「介護との連携」、「医療従事者の確保」が示されている。

推進体制(会議体)

地域医療構想調整会議 (医療法30条の14)

将来の医療機関機能の見通しを踏まえた医療機関機能の分化及び連携を推進するための方策、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項を協議

【具体的な協議事項(例)】※[]内は説明主体

- 地域医療構想の策定について[県]
- **医療機関の対応方針(今後の役割)について[医療機関]**
- **医療機関の開設者変更について[医療機関]**
- 病床・外来機能報告結果について[県]
- **紹介受診重点医療機関について[医療機関、県] 等**

地域医療構想に即して保健医療計画を定める

医療計画

- (定める事項)
- ① 医療圏
 - ② 基準病床数
 - ③ 5疾病・6事業及び在宅医療の目標及び連携体制
 - ④ 医師の確保
 - ⑤ 外来医療提供体制の確保 等

推進体制(会議体)

保健医療推進協議会 (要項設置)

熊本県保健医療計画の作成・推進に関し必要な以下の事項を協議

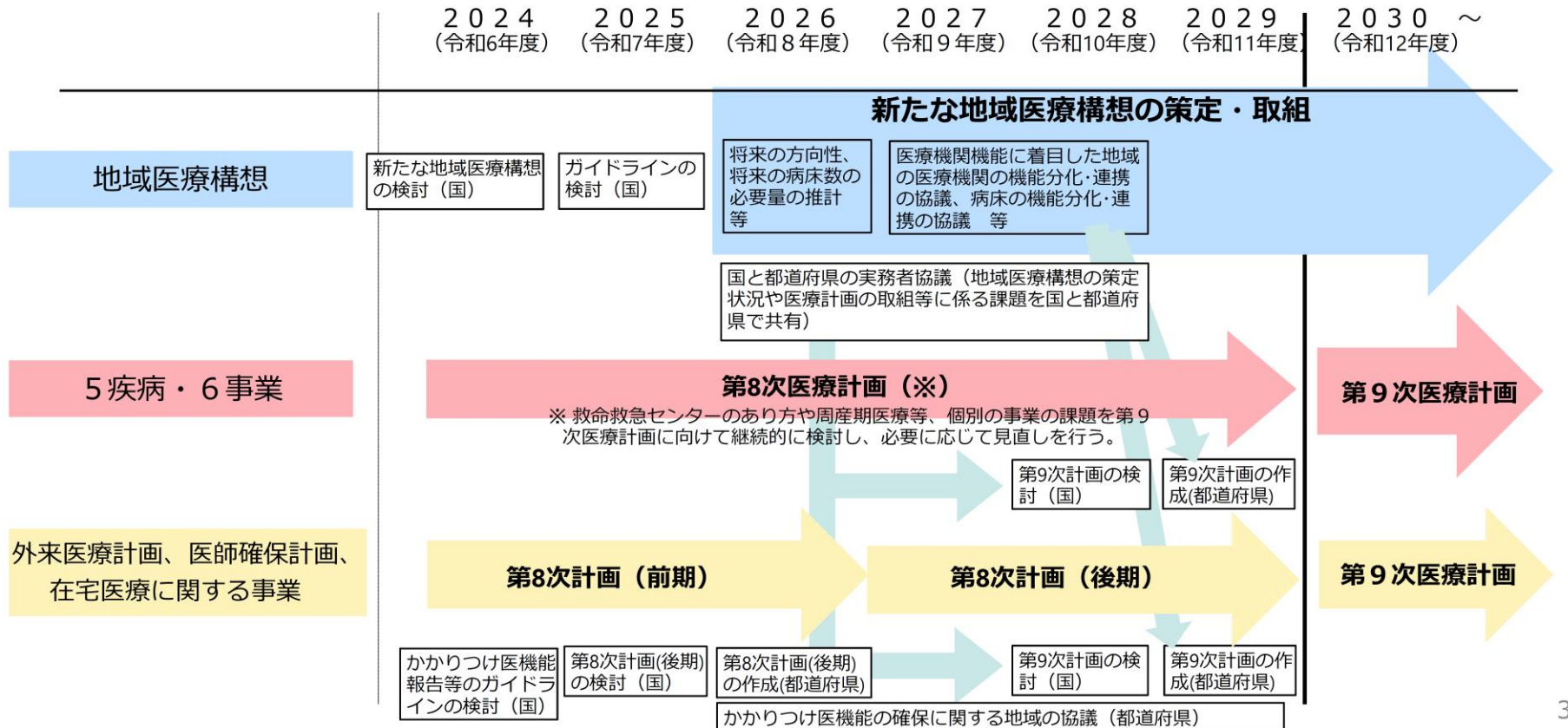
- (1)健康づくりと疾病予防(2)保健医療提供体制
(3)保健・医療及び福祉の連携等(4)その他

【具体的な協議事項(例)】※[]内は説明主体

- 保健医療計画の策定(中間見直し含む)について[県]
- 保健医療計画の取組み状況について[県]
- 保健医療計画の評価について[県] 等

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

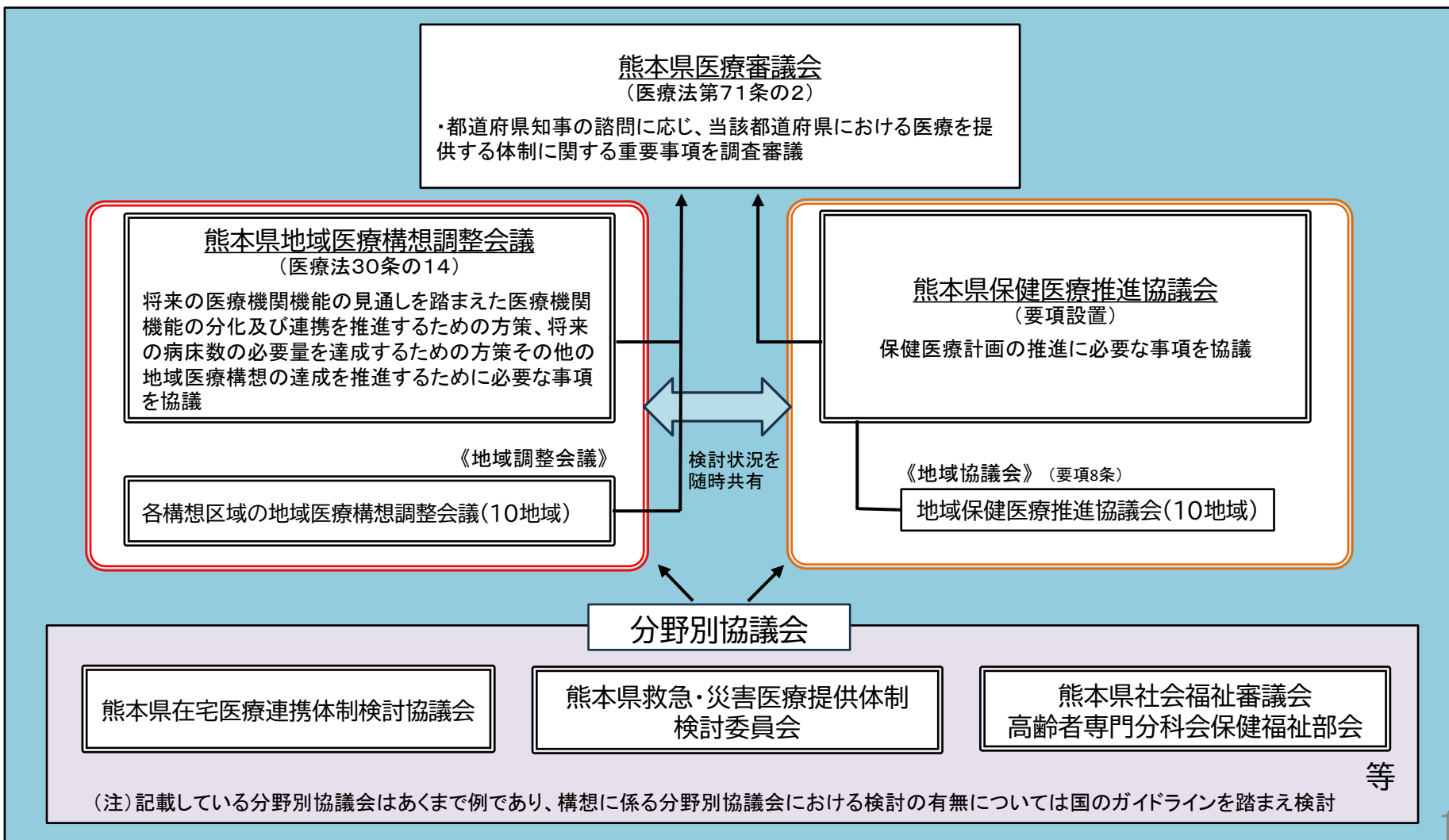
- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直し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



新たな地域医療構想の策定体制について（案）

第11回熊本県地域医療構想調整会議（令和8年1月9日）資料1

- 新たな構想の策定については、地域医療構想調整会議において「将来の医療提供体制の基本的な方向」のとりまとめ及び「構想区域の設定」、「医療機関機能・病床機能の将来の見通し及び分化連携の推進」について検討を行い、それ以外の事項（例えば「在宅医療」等）については、必要に応じて既存の分野別協議会で検討を行う。
- また、保健医療計画の進捗管理についてはこれまで同様、保健医療推進協議会で行うこととし、令和8年度中に行う保健医療計画の中間見直しに際しては、相互に構想及び計画の検討状況を随時共有しつつ策定を進める。



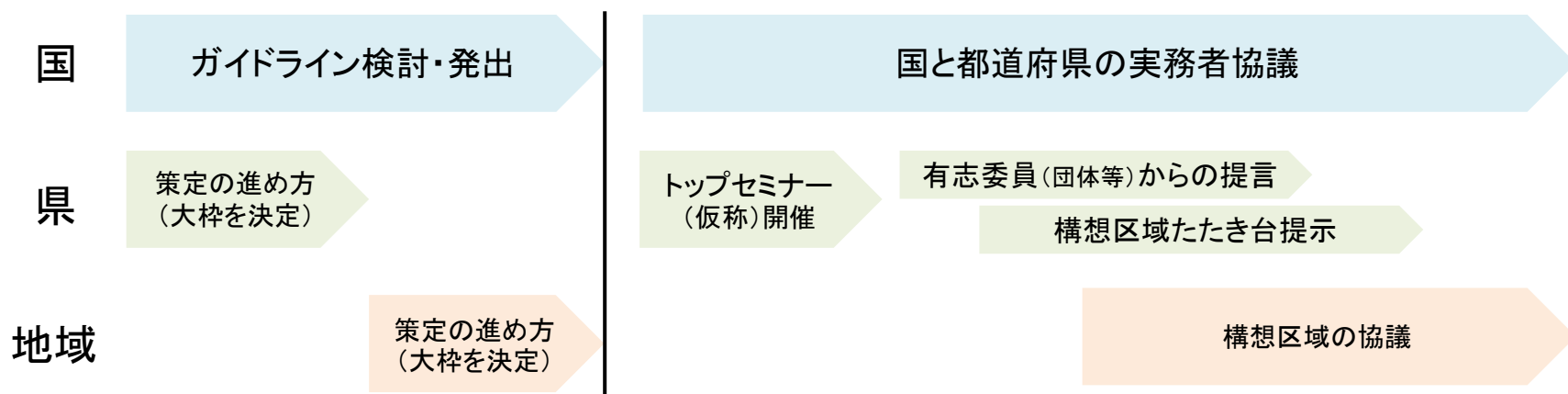
熊本県における新たな地域医療構想策定の進め方について（案）

第11回熊本県地域医療構想調整会議（令和8年1月9日）資料1※一部改

- 新たな構想の策定においては、「将来の医療提供体制の基本的な方向」、「構想区域」、「医療機関機能・病床機能の将来の見通し」等について定めることとなる。このうち、「将来の医療提供体制の基本的な方向」や「構想区域」の設定については、新たな構想の策定の土台となるものであり、優先的に検討を行う必要がある。
- 新たな構想の実現には、県内の医療関係者や行政が一丸となって新たな構想を策定した上で、それぞれが主体的に取り組むを進めていくことが何より重要である。そのため、医療機関の院長等を対象とした『新たな地域医療構想トップセミナー（仮称）』を開催し、関係者の理解を深めるとともに、次回以降の県調整会議において、「2040年に向けて目指すべき本県の医療提供体制の姿」について有志の委員（推薦団体等（行政機関を除く）ごと）にご提言をいただき、新たな地域医療構想に係る基本的な方向性を議論いただくこととしたい。
- また、新たな構想の策定に向け、構想区域の点検・見直しについては、国のガイドライン策定後に速やかに検討が行えるよう、現時点における国の検討状況や構想区域、二次医療圏の役割等について丁寧な説明を行い、策定に向けた議論の円滑化につなげることにしたい。なお、具体的な点検・見直しの内容は、国のガイドラインを踏まえ、改めて検討を行うこととする。

【今後のスケジュール（イメージ）】

R8.4.1



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

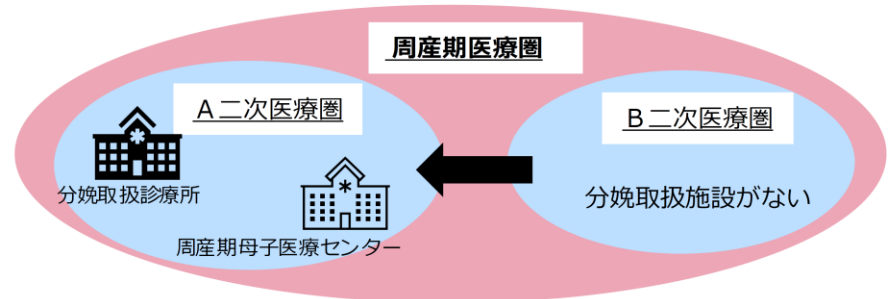
330 医療圏 (令和6年4月現在)

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）

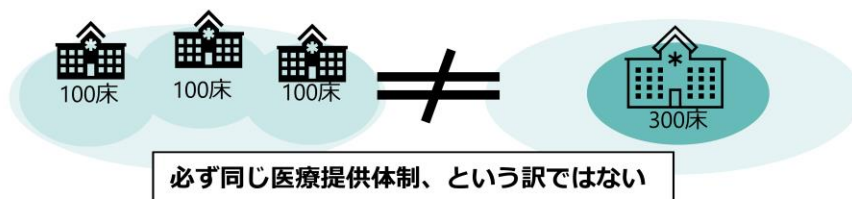
区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など一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しうる</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

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

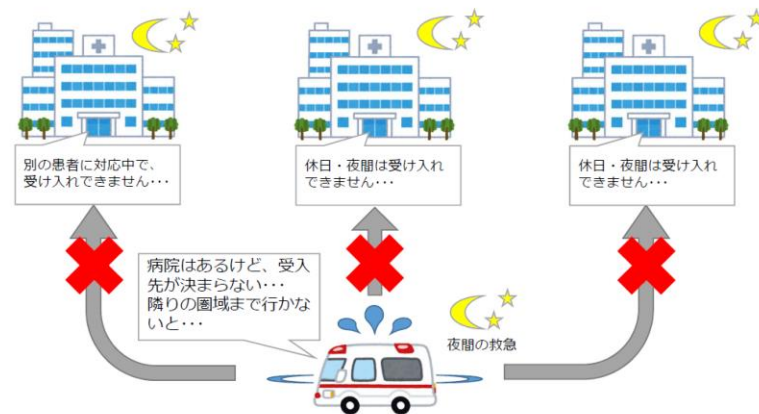
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上ない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



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）

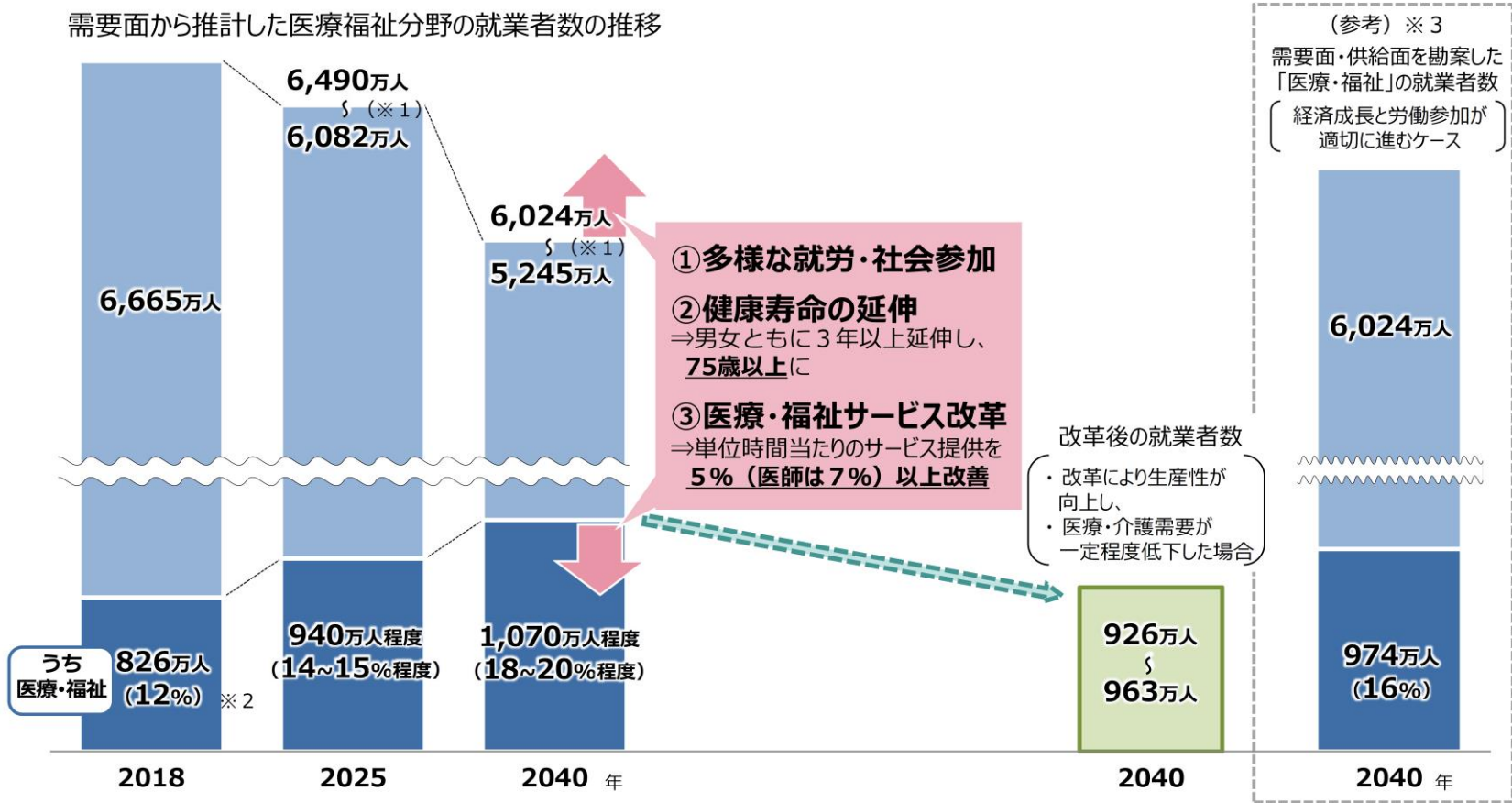


どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

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



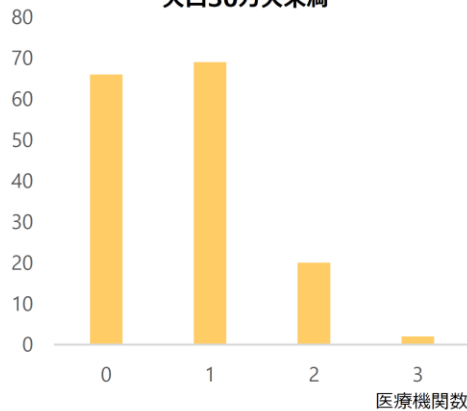
※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
 ※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。
 ※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増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。

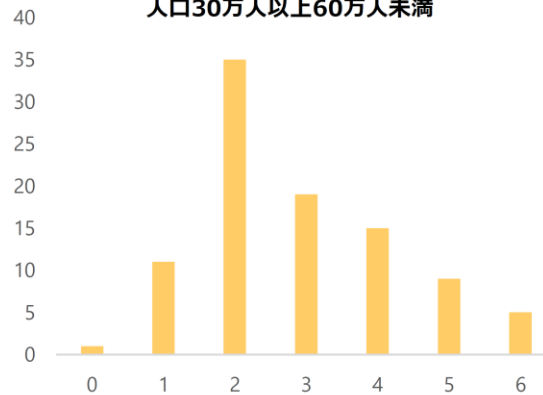
二次医療圏数

人口30万人未満

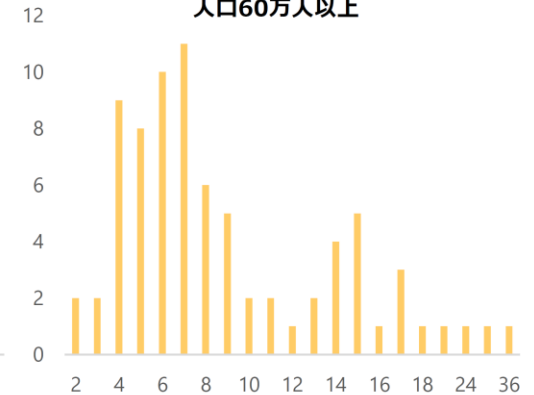


救急車2000台/年以上の医療機関数

人口30万人以上60万人未満

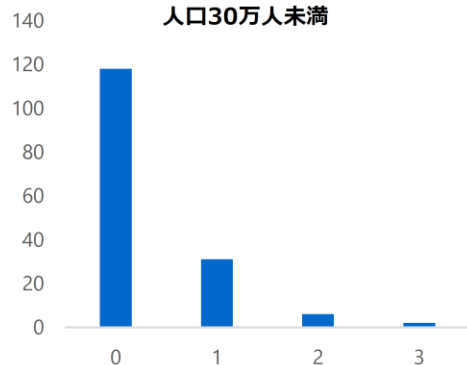


人口60万人以上

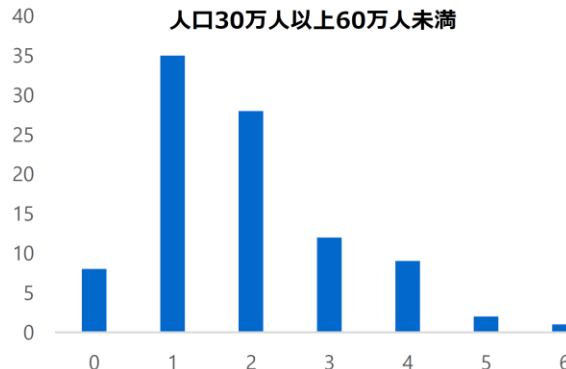


全身麻酔手術2000件/年以上の医療機関数

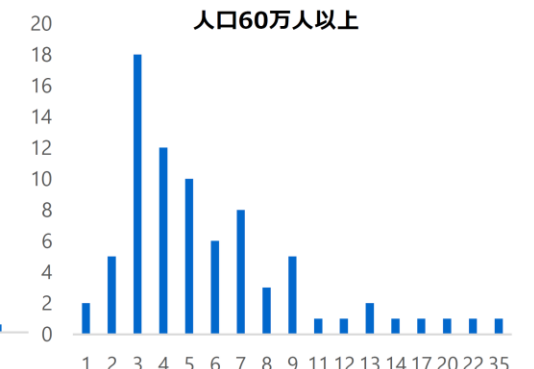
人口30万人未満



人口30万人以上60万人未満



人口60万人以上



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"> ・地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修 基幹施設等として、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域への医師の派遣	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	特に制限なし ※患者の流入流出率等が見直しの基準とされている	特に制限なし ※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	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	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
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）

③有明（144,051人・421km²）
[病院:7、有床診療所:24]

	医師	看護職員
総数	288	2,587
県内シェア	5.5%	7.4%
10万人当たり	192.1	1,796
全国平均との比較	73.3%	134.8%

④鹿本（45,565人・300km²）
[病院:5、有床診療所:5]

	医師	看護職員
総数	100	914
県内シェア	1.9%	2.6%
10万人当たり	209.9	2,006
全国平均との比較	80.1%	150.6%

⑤菊池（190,062人・467km²）
[病院:13、有床診療所:14]

	医師	看護職員
総数	318	2,857
県内シェア	6.1%	8.2%
10万人当たり	168.6	1,503
全国平均との比較	64.3%	112.8%

①熊本・上益城（817,045人・1,174km²）
[病院:81、有床診療所:94]
うち熊本市 72 うち熊本市 88
うち上益城 9 うち上益城 6

	医師	看護職員
総数	3,306	18,131
うち熊本市	3,188	16,835
うち上益城	118	1,296
県内シェア	63.7%	52.0%
うち熊本市	61.4%	48.3%
うち上益城	2.3%	3.7%
10万人当たり	403.4	2,219
うち熊本市	432	2,289
うち上益城	144.4	1,591
全国平均との比較	153.9%	166.6%
うち熊本市	164.8%	171.8%
うち上益城	55.1%	119.4%

⑥阿蘇（55,459人・1,080km²）
[病院:5、有床診療所:4]

	医師	看護職員
総数	81	866
県内シェア	1.6%	2.5%
10万人当たり	141.3	1,562
全国平均との比較	53.9%	117.2%

②宇城（97,549人・407km²）
[病院:8、有床診療所:12]

	医師	看護職員
総数	169	1,671
県内シェア	3.3%	4.8%
10万人当たり	167.8	1,713
全国平均との比較	64.0%	128.6%

⑩天草（95,476人・878km²）
[病院:15、有床診療所:15]

	医師	看護職員
総数	251	2,246
県内シェア	4.8%	6.4%
10万人当たり	244	2,352
全国平均との比較	93.1%	176.6%

⑦八代（126,462人・715km²）
[病院:8、有床診療所:18]

	医師	看護職員
総数	366	2,778
県内シェア	7.1%	8.0%
10万人当たり	279.2	2,197
全国平均との比較	106.5%	164.9%

⑧芦北（38,367人・431km²）
[病院:8、有床診療所:10]

	医師	看護職員
総数	127	1,193
県内シェア	2.4%	3.4%
10万人当たり	306.5	3,109
全国平均との比較	116.9%	233.4%

⑨球磨（73,774人・1,537km²）
[病院:9、有床診療所:10]

	医師	看護職員
総数	185	1,625
県内シェア	3.6%	4.7%
10万人当たり	235.6	2,203
全国平均との比較	89.9%	165.4%

(出典) 令和7年9月1日現在推計人口
令和7年全国都道府県市区町村面積調
令和4年医師・歯科医師・薬剤師調査
看護職員業務従事届(令和4年末)
※医療機関数は令和7病床機能報告対象機関

【参考】医療圏の見直し基準（人口20万人未満、流入率20%未満、流出率20%以上）

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

【参考】医療圏の見直し基準（人口20万人未満、流入率20%未満、流出率20%以上）の該当状況

- ・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

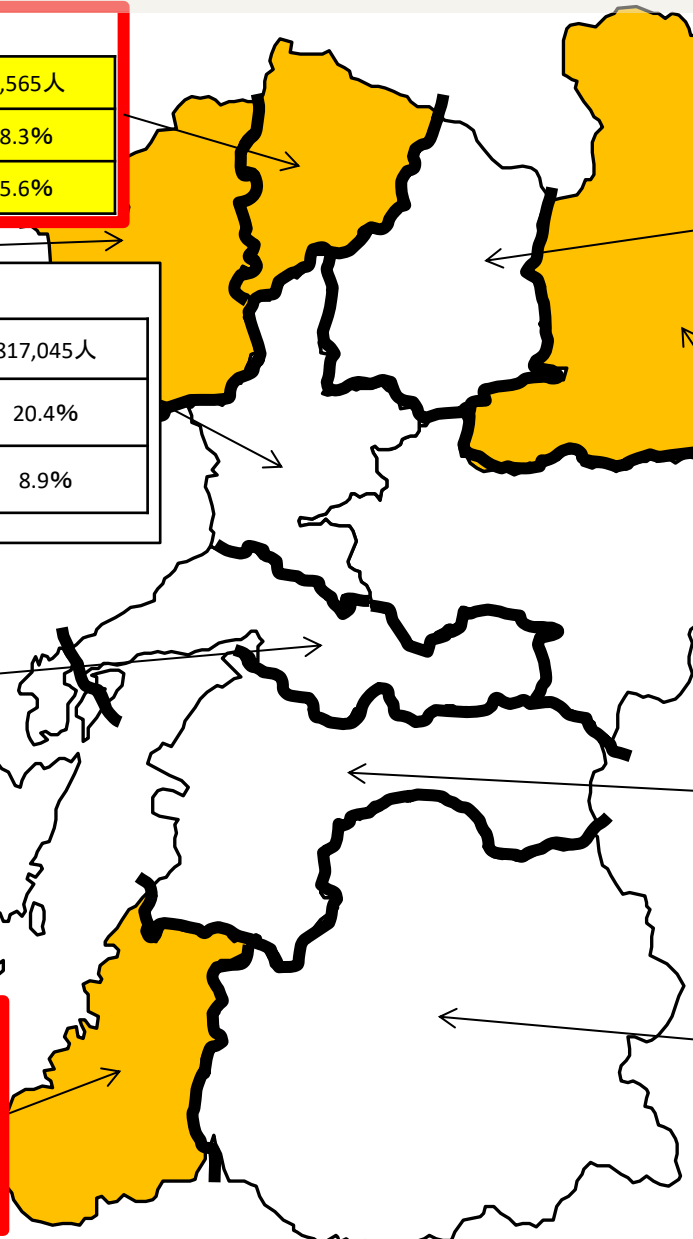
人口	95,476人
流入率	3.9%
流出率	16.5%

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。



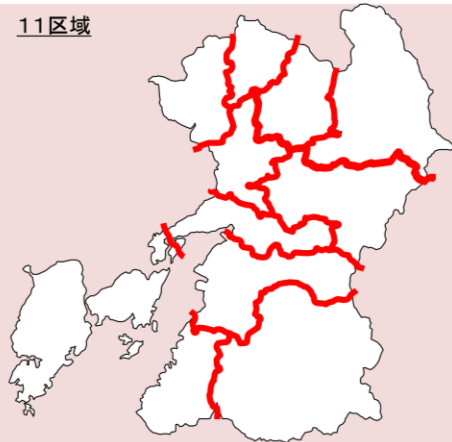
- 現行の構想策定時同様、国のガイドラインが示され次第、県において構想区域のたたき台を作成※の上、丁寧に地域の意見を聴きながら、点検・見直しを進めることとしてはどうか。
※現行の構想策定時には、当時の二次医療圏を維持するパターンを含めた5パターンをたたき台として作成

【参考】 現行の構想策定時のたたき台

構想区域（案）の比較

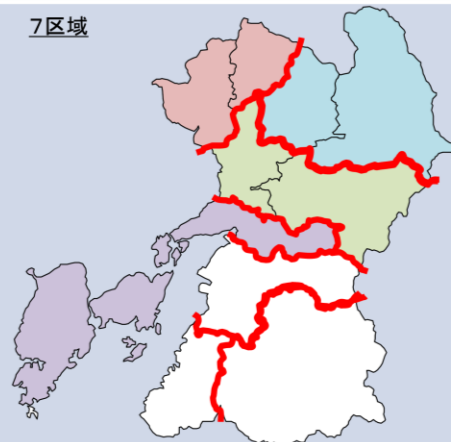
A案《現行二次医療圏》

11区域



B案《トリプル20基準該当なし》

7区域



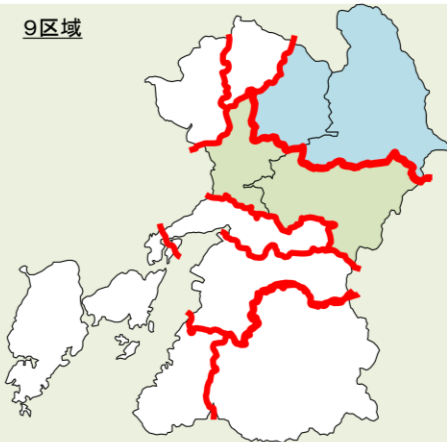
現在の構想区域

C-（1）案

[有明]・[鹿本]・[菊池+阿蘇]

[熊本+上益城]・[宇城]

9区域

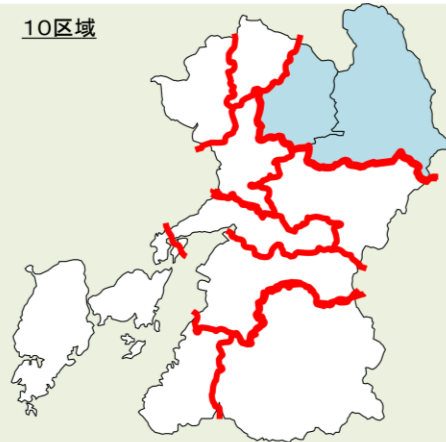


C-（2）案

[有明]・[鹿本]・[菊池+阿蘇]

[熊本]・[宇城]・[上益城]

10区域



C-（3）案

[有明]・[鹿本]・[菊池]・[阿蘇]

[熊本+上益城]・[宇城]

10区域

