

# 令和8年度都道府県医師会 新たな地域医療構想に関する 担当理事連絡協議会



理事 出口 宝



## 令和8年度都道府県医師会 新たな地域医療構想に関する担当理事連絡協議会 議事次第

日時：令和8年4月15日（水）13時～15時半  
場所：日本医師会館小講堂・ホール／WEB

司会：坂本 泰三 常任理事

開会

会長挨拶

日本医師会会長 松本 吉郎

議事

- 1. 厚生労働省による説明  
厚生労働省医政局地域医療計画課課長 西嶋 康浩
- 2. 質疑応答、意見交換  
議事進行：日本医師会常任理事 今村 英仁

総括

日本医師会副会長 角田 徹

### 開会

日本医師会坂本常任理事の進行の下、開会した。

### 会長挨拶

日本医師会松本会長より、挨拶があった。

昨年12月に新たな地域医療構想に関する事項を含む医療法改正が成立した。これを受け本年3月、厚生労働省の検討会において2040年頃を見据えた医療提供体制や制度改正の内容について取りまとめが行われた。日本医師会からは、この検討会に今村・坂本両常任理事が参画し、医療機関の深刻な経営状況を踏まえ健全経営の担保を大前提とすることを繰り返し主張してきた。新設される「医療機関機能報告」についても、地域の実態に即した柔軟な運用を求めている。必要病床数などの指標は、あくまで2040年に向けた統計的な推計値である。実態を無視して機械的な目標として取り扱われることがないように強く要望するとともに、実態の変化に応じた定期的な見直しを行うべきという本会

の主張も取りまとめに反映された。本日は厚生労働省の西嶋地域医療計画課長より直接説明を受ける貴重な機会である。地域医療策定ガイドラインは4月中を目途に示される予定である。

各地域の直近の状況を踏まえた忌憚のない意見を賜り、また地域での協議が活性化することをお願いしたい。

## 議事

### 1. 厚生労働省による説明

厚生労働省医政局地域医療計画課課長西嶋康浩氏より、冒頭、昨今の中東情勢の悪化を受け原油や原材料の見通しについて情報提供があった後、新たな地域医療構想策定に関する説明があった。

#### ・中東情勢に係る医療物資の状況について

昨今の中東情勢を受けて、先週の4月10日(金)に、日本医師会の松本会長をはじめ、各職能団体および病院団体の会長が厚生労働大臣と意見交換を行った。厚生労働省の認識としては、原油および原油を原料とする原材料の全体量については十分な量が確保されているが、流通段階において一定の目詰まりが生じていると認識している。

現在、現場の医療機関や診療所の状況を正確に把握するため、厚生労働省において問い合わせ窓口を設置している。現場で生じている変化や困りごとに関する情報を収集し、実態把握に努めている。サプライチェーンの上流を所管する経済産業省と連携し、製造業者や流通業者に対して適切な働きかけを行っていく。

#### ・新たな地域医療構想について

##### (1) 新たな地域医療構想策定の背景と現状

###### ・2040年に向けた課題

日本全体で高齢化と生産年齢人口の急減が同時に進む中、大都市型、地方都市型、人口の少ない地域といった地域ごとの異なる課題に対応した医療提供体制の構築が急務である。

###### ・近年の入院受療の推移

近年、コロナ禍を契機に、入院受診延日数は減少傾向にあり、病床利用率も低下してい

る。これは、医療機能が外来へシフトしていることや、平均在院日数の短縮が進んでいることが背景にある。

#### ・新たな地域医療構想

2025年までの現行構想は「病床の機能分化・連携」が中心で急性期病床を抑制し回復期病床を増やしていく方針があった。2040年に向けた新たな構想では、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る包括的なものへと転換する。

##### (2) 新たな地域医療構想と医療計画との関係の整理

###### ・上位概念化

改正医療法の施行により、新たな地域医療構想は医療計画の一部ではなく、地域の医療提供体制全体の将来ビジョン・方向性を定める医療計画の上位概念として位置付けられた。

###### ・医療計画について

医療計画は、地域医療構想の6年間の実行計画として、5疾病・6事業、在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。

###### ・介護計画との整合性

市町村レベルでの介護保険事業計画や都道府県の介護保険事業支援計画との整合性を図り、実効性を持たせる必要がある。

##### (3) 構想区域の設定と都道府県境を超えた連携

###### ・区域設定の目安

急性期拠点機能を確保・維持する単位として、人口20万～30万人以上を目安としつつ、実態に応じて区域の広域化を検討する必要がある。人口20万人未満の区域では、時間外の緊急手術件数が少なく、急性期拠点の維持や医師確保が困難になる実態があるため、隣接区域との統合も選択肢となる。

###### ・都道府県境を超えた連携

県境地域において自区域の医療提供が不足する場合、隣接県の医療機関に依存する補完関係が形成されていることがある。この場合、

合同で調整会議を開催する、あるいは一方の調整会議に隣接区域の医療機関が参加して実質的に一体運用するなど、柔軟な連携方法をガイドラインで示す予定である。

(4) 医療機関機能の新設と病床機能報告の見直し

・医療機関機能の区分

1. 急性期拠点機能

手術等の集約的提供や新興感染症への対応を担う（人口20万～30万人に1か所目安）。

2. 高齢者救急・地域急性期機能

手術を必ずしも必要としない急性期疾患や救急搬送を受け入れる。

3. 在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の提供や地域の診療所等へのバックベッド機能を担う。

4. 専門等機能

集中的なりハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供する。

5. 医育及び広域診療機能（大学病院本院）

都道府県と大学病院が連携し、人的協力、症例数が少ない医療などの広域な観点での診療を担う。

・病床機能報告・必要病床数の見直し（包括期機能（旧：回復期）の創設）

従来の病床機能報告における「回復期」を「包括期」にする。高齢者救急を受け入れ、入院早期からの治療とリハビリ・栄養・口腔管理を一体的に提供し、早期の在宅復帰を推進する機能を明確にするためのものである。

(5) オンライン診療に関する相対的な規定の創設

・制度の創設

診療の基本は対面であるが、医師偏在対策やへき地等の医療アクセス確保のため、医療法にオンライン診療を定義づける。都道府県の地域医療構想を策定する上で、医師偏在をみながら、オンライン診療を適切に活用して地域外の医師が利用するものではなく、地域

の中で課題を解決してほしい。

・管理と責任

オンライン診療を行う医療機関は都道府県への届け出を義務化し、基準の遵守を確認する体制を構築する。

(6) 今後のスケジュールと財政支援

・策定スケジュール

令和7年度中に国がガイドラインを策定し、令和8年度から都道府県で策定を開始、令和9年度から順次取組を開始する。遅くとも令和10年度（2028年度）末までに各医療機関の機能を決定し、2035年を目途に一定の成果を確保することを目指す。

・病床数適正化緊急支援事業

3党（自由民主党、日本維新の会、公明党）合意により令和7年度補正予算（3,490億円）を確保し、医療機関の自主的な手上げに基づく病床削減（今年度中に11万床削減）を支援する。削減単価は稼働病床1床あたり410.4万円（休床は205.2万円）である。支払いは基金管理団体から医療機関へ直接振り込む形をとり、迅速な執行を図る。近々に基金管理団体を選定し、6月上旬に申請書の様式を提示し、6月末頃を締め切りに事業を開始する予定である。

・精神科病床の取扱い

今回の支援事業は精神科病床の削減も対象とするが、精神医療の地域医療構想については今年度（令和8年度）中に国で詳細を議論する予定である。

2. 質疑応答、意見交換

佐賀県医師会から事前に「県境地域における構想区域等の設定及び医療提供体制の構築について」質問をいただいている。県境地域において隣接県が連携する場合の考え方や、協議の進め方について厚生労働省より回答をお願いしたい。

（事前質問）

「県境地域における構想区域等の設定及び医療提供体制の構築について」（佐賀県医師会）

新たな地域医療構想については、都道府県に

において、地域の医療提供体制全体の方向性や将来の医療需要の見通し等を踏まえた検討・策定を進めることとされている。

地域医療構想調整会議は、構想区域ごとに設置されることとされているが、その運用に当たっては、地域の実情や将来推計を踏まえ、二次医療圏や構想区域の在り方について再編・統合も含めた検討を行う必要がある。

県境地域においては、地理的アクセス等の事情から、急性期機能をはじめとする医療機能について、隣接県間で補完関係が形成されている場合がある。このような地域において、隣接県が連携して医療提供体制の構築や合意形成を図る場合、二次医療圏や構想区域を設定するにあたっての考え方や想定があればお伺いしたい。また、具体的な協議の進め方について基本的な方針があればお示しいただきたい。

**(回答)**

**厚生労働省**

県境を超えて一つの構想区域を設定することは想定していないが、連携の仕方は様々である。例えば、自区域にない急性期拠点機能を隣接県の病院に頼る、あるいは診療科ごとに役割を分担するといった形が現にある。具体的には、合同で調整会議を開催する、あるいは一方の調整会議に隣接区域の医療機関が参加して実質的に一体運用する、関係者（関係医療機関ならびに自治体）のみが集まって議論をするといった選択肢が考えられ、ガイドラインで示していきたい。

**(質疑応答)**

**佐賀県医師会**

隣県同士で協議を進める際、どちらの県がリーダーシップを取るべきか、医療機関同士でも同じようにどこがリーダーシップをとるのか。

**厚生労働省**

基本的には、医療資源が不足し、隣県に依存せざるを得ない側が声をかけるところから議論が始まると想定される。隣接区域側が協力できる体制にあるかどうかも含め、個々の医療機

関の機能や人材の厚みに応じた議論になるだろう。

**日本医師会**

仰るように基本的には医療資源が不足しているところから声掛けがあると思われるが、その声掛けが無い場合はどうしたらよいか。

**厚生労働省**

今後患者が減っていくことが想定されるため、急性期拠点病院として一緒に協力していきたいというマインドが働くこともある。また、現状、既に隣県の急性期医療にお世話になっている状況、さらに診療科ごとに機能分担しながら協力している実態があると考えている。急性期に限らず様々な機能分担と一緒に検討していきたい。

**熊本県医師会**

地方の県境地帯は生活圏が歴史的に一体である。現場では費用面等も含め解決できない課題があり、他の協議会に出向いて話せと言われても限界がある。地元だけに任せず、行政側の密接な連携について国からも丁寧な指針をお願いしたい。

**厚生労働省**

県境の課題については、国からも県に対して丁寧に説明し、ガイドラインの中で示していきたい。

**宮城県医師会**

オンライン診療について、医療法に規定を設けるとのことだが、株式会社が「オンライン診療受診施設」を開設し、例えば東京の医師が仙台の施設で診療を行うような形態も可能になるのか。また、容態急変時の対応について、オンライン診療を行う事業者が地元の医療機関と書面等で適切な協定を結ぶ必要があるのか。

**厚生労働省**

国でも4月1日付でオンライン診療の指針を発出し適切なオンライン診療の活用を求めている

る。受診施設は郵便局や公民館などを想定しており、今回の改正で届け出を義務化することで、実態把握を可能にする。遠方の医師が診療する場合でも、緊急時の対応はガイドラインで要件化しており、届け出を通じて指導・監督できる仕組みを整える。

**日本医師会**

今回のオンライン診療の法制化は、長島常任理事が非常にすり合わせをされている。別の機会に先生方にはご説明いただく場を設けたいと考えている。ご指摘のとおり、今後大きな課題が出てくると思われるので、地域の現状を確認していただきたい。

**宮崎県医師会**

へき地等では、オンラインだけでなく「D to P with D」のように、現地の若手医師を専門医が遠隔で支える仕組みが重要だ。また、働き方改革の検証において、データに表れない現場の疲弊を拾い上げてほしい。医学教育においても、総合診療能力を持つ医師の育成やキャリア支援をシームレスに進めるべきだと考える。

**厚生労働省**

地域枠の医師のキャリア支援については、指導医とセットで派遣することが大事だと考えている。ICTを活用したD to P with D支援は重要であり、宮崎大学とがんセンターの取組みを支援する事業を行っている。働き方改革については事例を集約しているので共有したい。女性医師も含め働き続けられる環境づくりを支援する。医学教育については、大学病院が地域に出て学ぶことやリカレント教育を通じ、総合診療能力の向上を図っていきたい。

**福井県医師会**

福井県のように、人口規模では維持が難しい複数の構想区域がある場合、急性期や周産期は広域で統合し、高齢者救急や在宅は既存の区域を残すといった地域に応じた柔軟な設定は可能なのか。

**厚生労働省**

まずは福井県において人口の動態も踏まえ今の区域が適切かを議論いただきたい。基本的には統合を目指すのが、周産期などの個別疾患で先行している広域連携の考え方を、他の診療機能にも広げて検討いただくのは一つのやり方である。

**福岡県医師会**

新設される医療機関機能について、一般の中小病院が「高齢者救急・地域急性期機能」と「在宅医療等連携機能」のどちらを選択すべきか迷う場合、数値基準や要件はあるのか。また、急性期拠点病院を目指す病院が競合した場合、どこで決定し、経営的な担保はどうなるのか。

**厚生労働省**

特定の数値基準を設けるつもりはなく、地域での役割として複数選択することも可能である。調整会議等で確認され決めていただきたい。国はオープンデータ等を提供して議論を支援する。診療報酬と構想上の機能が直結するわけではないが、2040年を見据えた長期的な役割分担として議論いただきたい。

**日本医師会**

医療機関機能の選択は、あくまで医療機関側が行い、複数選択も可能であるという理解で良いか。

**厚生労働省**

その通りである。地域によって急性期拠点のあり方も様々であり、画一的な要件化は現実的ではない。2040年を見据えた長期的な視点でご検討いただきたい。

**青森県医師会**

青森県のような人口激減地域では、11万床削減と言われても民間病院は生き残りの問題になる。これまでの地域医療構想は公的病院中心で、民間病院には医師が回ってこない実態がある。地域を分けて考えるべきではないか。

**厚生労働省**

病床削減はあくまで手上げ方式であり、一律のノルマではない。医師の配分についても、設立母体に関わらず地域での役割を重視するよう県に働きかけているが、実情を踏まえた支援を検討したい。

**岩手県医師会**

岩手県は広大で人口が少なく、二次医療圏が9圏域あり統合を訴えても、県は「国からの指針待ち」として動かない。国から県に対して強く統合を促してほしい。

**厚生労働省**

秋田県や新潟県のように統合を進めている例もあり、国が止めているわけではない。今回の構想策定のタイミングで、県立病院のあり方も含め検討が進むことを期待する。

**静岡県医師会**

ガイドラインから外れた地域独自のアレンジも認めてほしいがいかがか。また、新型コロナウイルス感染症のように病床削減が支障にならないか、11万床削減という数字の妥当性はいかがか。

**厚生労働省**

47都道府県で47通りの構想があって良いと考えており、伴走支援する。11万床は政治の中で一定の過程に基づく計算値だが、強制ではなく、あくまで希望する医療機関の円滑な削減を支援するもので、今回の予算は全て国費で賄われるので県の予算事情はなく、あくまで希望に応じた対応となる。

**兵庫県医師会**

医療機関機能の報告は病床単位なのか。また、阪神地域のように大きな圏域だと調整会議に50人以上が参加するもので、多すぎて議論にならない場合の対策はあるか。

**厚生労働省**

機能報告は「病院という箱」全体としての役割を問うものであり、病床単位ではない。会議の活性化については、テーマごとのワーキンググループ設置などをガイドラインで示したい。

**山口県医師会**

医療機関側が手上げた機能を、調整会議や県が否定したり、強制的に変更させたりすることはあり得るのか。

**厚生労働省**

民間病院に対し県が機能を強制することは想定していない。実績とのギャップがあれば議論になるだろうが、基本的には自院の判断と地域での話し合いに基づくと考えている。

**大分県医師会**

この構想にはどれほどの強制力やペナルティがあるのか。有床診療所も対象か。

**厚生労働省**

ペナルティはないが、報告内容は公表され、地域内での説明責任が生じる。有床診療所についても、地域を支える重要な資源として位置付けている。

**大阪府医師会**

医療計画は数値目標ばかりが独り歩きし、現在の調整会議のような数合わせの議論になることを懸念している。地域の裁量は認められるか。

**厚生労働省**

これまでと同様に必要病床数の算出は行うが、数合わせに終始せず、外来・在宅を含めた本質的な議論を行えるよう進めていただきたい。

**静岡県医師会**

公立病院の経営強化プランの方向性と、今回の新たな地域医療構想の方向性をどう整合させるのか。総務省との調整はされているか。

**厚生労働省**

検討会には総務省も参加しており、新たな構想を踏まえたプランのあり方についてしっかり連携していきたい。

**岡山県医師会**

急性期と慢性期では議論が異なるのではないかと。

**厚生労働省**

急性期は集約化で広域になる可能性があるが、高齢者救急や慢性期は住民に身近な場所で提供されるべきであり、議論を分けて進める工夫が必要だと考えている。

**岩手県医師会**

精神科病床の削減についても支援金は出るのか。

**厚生労働省**

今回の支援事業は精神科病床も対象とする。精神医療の地域医療構想については、国で議論されていない。今年度、国でしっかりと議論していく。

**日本医師会**

調整会議でのリーダーシップを医師会が取り、丁寧な議論を進めていただきたい。

**総括**

日本医師会角田副会長より、総括があった。新たな構想は2040年を見据えた極めて複雑なものとなるが、医療現場のプロである医師会が主導して議論を深めてほしい。深刻な経営状況を踏まえ、健全経営の担保を前提とした実態に合う策定が進むよう、日本医師会としても国へ強く働きかけていく。

**印象記**

理事 出口 宝

「令和8年度都道府県医師会 新たな地域医療構想に関する担当理事連絡協議会」にWebにて参加した。本協議会には全国都道府県医師会から159名（内現地11名）が出席した。

医療法の改正により、地域医療構想が医療計画よりも上位に位置付けられることとなった。本稿が掲載される頃には、地域医療構想策定ガイドラインも示されているものと思われる。

新たな地域医療構想の背景には、「人口減少と高齢化と担い手不足」がある。従来の構想が「入院医療の機能分化・連携」を中心としていたのに対し、新たな構想では「入院・外来・在宅・介護および人材確保を含めた包括的な提供体制の確保」が掲げられている。理念としては極めて重要である。しかしながら、本協議会に参加し、厚生労働省からの説明および各県医師会からの質問に対する西嶋課長の回答を通じ、その言葉の節々からうかがえたのは、国が具現化しようとしている施策の本丸が、我が国の医療における「集約と効率化」という点である。医療機関機能の新設や病床機能報告の見直し、構想区域の見直しと再編、さらにはオンライン診療の推進も、そのための重要な戦略と位置付けられる。人口減少を踏まえれば、一定の合理性は認められる。その一方で、本協議会における質問とその回答から垣間見えたのは、地域の実情によっては医療機関の運営に対する影響は避けられず、これらの施策が進められる過程で、経営が立ち行かなくなる病院や診療所が、結果として淘汰されていくようなシナリオであった。

我が国は2008年をピークに人口減少局面に入り、高齢者人口も2043年頃をピークに減少に転じると見込まれている。我が国の医療においては、今まさにパラダイムシフトが待たなしで始まっていることを深く印象付けられた。すでに舵は大きく切られている。