

令和8年6月22日
茨城県潮来保健所

令和7年度医師派遣要望の結果について

令和8年3月27日開催の令和7年度第4回茨城県地域医療対策協議会において令和7年度医師派遣要望の結果が報告されました。

令和7年度の鹿行保健医療圏からの要望に対する医師の派遣はありませんでした。

また、要請外の医師派遣についても、派遣はありませんでした。

記

1 要望及び結果

医療機関	診療科	要望数	結果
白十字総合病院	内科	1人	0人
神栖済生会病院	腎臓内科	1人	
	呼吸器内科	1人	
鹿嶋ハートクリニック	循環器内科	1人	
	心臓血管外科	1人	
計		5人	0人

2 医師派遣要請以外の医師配置

- ・配置なし。

前回までの論点⑤ 令和7年度医師派遣要請リスト

(単位：人)

区分	二次保健 医療圏名	医療機関名	内科	呼吸器 内科	循環器 内科	消化器 内科	腎臓 内科	小児科	乳腺 外科	整形 外科	放射線 科	麻酔科	救急科	集中 治療科	総合 診療科	計	
多数	つくば	筑波学園病院													1.0	1.0	
		筑波記念病院			1.0					1.0			1.0				3.0
		筑波メディカルセンター病院													2.0		2.0
	水戸	水戸済生会総合病院											1.0				1.0
		県立中央病院								1.0			1.0				2.0
		水戸医療センター										1.0	0.4				1.4
	土浦	霞ヶ浦医療センター				1.0											1.0
		土浦協同病院										0.5	2.0				2.5
		石岡第一病院	1.0														1.0
少数	取手・ 竜ヶ崎	龍ヶ崎済生会病院			1.0												1.0
		JAとりで総合医療センター												1.0			1.0
		牛久愛和総合病院					1.0										1.0
		つくばセントラル病院		1.0													1.0
		総合守谷第一病院				1.0											1.0
	鹿行	白十字総合病院	1.0														1.0
		神栖済生会病院		1.0			1.0										2.0
	古河・坂東	友愛記念病院							1.0								1.0
		茨城西南医療センター病院							1.0				1.0	1.0			3.0
	筑西・下妻	城西病院			1.0												1.0
		結城病院									1.0						1.0
		茨城県西部メディカルセンター											2.0				2.0
	常陸太田・ ひたちなか	ひたちなか総合病院		1.0	1.0												2.0
		常陸大宮済生会病院			1.0									1.0			2.0
		茨城東病院														1.0	1.0
	日立	日立総合病院										1.0					1.0
		北茨城市民病院					1.0									1.0	2.0
計			2.0	3.0	5.0	3.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.5	6.4	5.0	2.0	3.0	38.9	

令和7年度 医師派遣要請結果

○ 令和7年度医師派遣要請の結果について

地对協で承認された医師派遣要請までの具体的な手順に沿って、筑波大学・東京科学大学・東京医科大学・昭和医科大学・日本医科大学の5大学に加え、県立中央病院等に対し、26病院・38.9名の医師派遣の協力を要請した結果、**筑波大学から「8病院・11.5名」の医師派遣が可能との回答があった。**

大学名	要請	回答
筑波大学	25病院 37.9人	8病院 11.5人
東京科学大学	20病院 27.4人	-
東京医科大学	20病院 27.4人	-
昭和医科大学	18病院 25.4人	-
日本医科大学	18病院 25.4人	-
水戸済生会総合病院	11病院 15.4人	-
茨城県立こども病院	2病院 1.4人	-
茨城県立中央病院	14病院 19.4人	-
水戸医療センター	10病院 14.0人	-
筑波メディカルセンター病院	12病院 17.4人	-
合 計	26病院 38.9人	8病院 11.5人

※各病院が希望する大学等へ要請

令和7年度 医師派遣要請結果 <大学等の回答(総論)>

○ 筑波大学からの回答（総論）

1 地域医療構想調整会議で医療機関の役割分担の明確化と将来の方向性等の共有に係る協議を促進すること

限りある医療資源を薄く広く配置することは医療の質を下げ、医師の疲弊を招くだけでなく、症例や指導体制のレベルが下がり医師確保の観点からも適切ではないことから、水戸医療圏のように政策医療を担う民間医療機関も交えて医療圏又は医療圏を越えて【選択と集中】の議論を行い、地域における医療機関の役割分担の明確化と将来の方向性の共有に係る協議を促進することが重要。

その際は、病院機能に応じた重症病床数・手術室等の施設・CT及びMRI等の設備・看護師等医療スタッフの確保状況も含めた内容とすること。併せて、他医療圏への流出が減少することから隣接医療圏の流入減少分も考慮することが重要。

2 新専門医制度に対応した教育・臨床研修体制を確保すること

地域医療において真に必要としている医師は専門医であり、指導医不在の医療機関への専門医・専攻医派遣は困難であることから、指導医を含む複数人体制で配置する医療機関を選定することが重要。

3 派遣医師に配慮した生活等各種環境の整備を推進すること

働き方改革にも対応した各種環境を整備して、新たな働く機会の場の創出による医師確保が重要。

ア 宿日直等を含む適切な勤怠管理ができていること。

イ 同一職種同一賃金に向けた病院間の給与等の格差是正

ウ 生活拠点の移動にも対応可能な宿舍や生活拠点移動費用の十分な補助、保育所等の福利厚生施設の充実

エ 長距離運転に伴う身体的負担を軽減する方策の導入

○ 他大学等からの回答

- ・ 大学病院や附属病院の診療科における人員不足による本学の体制維持の観点や、学生教育、臨床研修医の育成、専門医制度に対応した教育体制などを維持する観点からも、新たな派遣は困難。
- ・ 診療科の体制に余裕がないことや、大学からの派遣により体制を維持している診療科もあることから、派遣は困難。

令和7年度 医師派遣要請結果

○派遣可能と回答のあった医療機関・診療科

(単位：人)

二次保健 医療圏名	医療機関名	内 科	循環 器科	腎 臓 内 科	小 児 科	乳 腺 外 科	放 射 線 科	麻 酔 科	救 急 科	診 療 科 合 計	計
つくば	筑波記念病院								0.3		0.3
水戸	水戸済生会総合病院								1.0※1		1.0
	県立中央病院					2.1					2.1
土浦	土浦協同病院						0.5	1.0			1.5
取手・竜ヶ崎	牛久愛和総合病院			1.0							1.0
古河・坂東	茨城西南医療センター病院				1.3				1.8※2		3.1
常陸太田・ ひたちなか	常陸大宮済生会病院		1.0						1.0		2.0
日立	北茨城市民病院									0.5	0.5
計		1.0	1.0	1.3	2.1	0.5	1.0	4.1	0.5		11.5

※1 心臓血管外科からの派遣

※2 病院総合内科からの派遣を含む

※3 各要請に対する個別の回答は、別紙（P13～P20）のとおり。

筑波大学からの医師派遣要請以外の医師配置

○P6の要請リストから落ちた要望についても、「地域医療構想調整会議の要望」として大学等へ伝達した結果、筑波大学から**下表赤枠の1.0人の医師派遣が可能**との回答があった。

○また、今回の医師派遣調整において要望がなかった医療機関・診療科についても、**医療機能維持等の必要性から、下表赤枠以外の計44.4人の医師を配置**する旨の回答があった。

(単位：人)

二次保健医療圏名	医療機関名	内科循環器	内科消化器	腎臓内科	内科(脳)神経	血液内科	リウマチアレルギー内科	小児内科	病院総合内科	外科消化器	外科泌尿器	整形外科	小児外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	(診断)放射線科	病理診断科	リハビリテーション科	計
つくば	筑波学園病院		1.0				0.9	1.0							0.5		0.8		4.2
	筑波記念病院								0.1				1.0					1.0	2.1
	筑波メディカルセンター病院							1.3											1.3
	いちほら病院						1.0												1.0
水戸	水戸赤十字病院							1.0									0.2		1.2
	水戸協同病院			1.0											1.0				2.0
	県立中央病院				1.8	1.0				4.0	1.0				1.0		0.2		9.0
	水戸医療センター	2.0									1.0			1.0					4.0
土浦	霞ヶ浦医療センター				1.1			1.0											2.1
取手・竜ヶ崎	龍ヶ崎済生会病院		1.0					1.0			1.0								3.0
	牛久愛和総合病院										1.0	1.0				0.5			2.5
	つくばセントラル病院						0.7												0.7
	東京医大茨城医療センター								1.0										1.0
古河・坂東	茨城西南医療センター病院											1.0				1.0			2.0
筑西・下妻	茨城県西部メディカルセンター							1.0		1.0									2.0
常陸太田・ひたちなか	ひたちなか総合病院		1.0		2.3						1.0								4.3
	志村大宮病院																	1.0	1.0
日立	日立総合病院									1.0									1.0
計		2.0	3.0	1.0	5.2	1.0	2.6	6.3	1.1	6.0	5.0	2.0	1.0	1.0	2.5	1.5	1.2	2.0	44.4

※青字の診療科：今年度の医師派遣調整において派遣要請した病院（P6参照）への配置がなかった診療科

新たな地域医療構想の策定について

保健医療部医療局医療政策課

新たな地域医療構想について

地域医療構想策定ガイドライン骨子

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ (地域医療構想策定ガイドライン骨子)の概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

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の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を実施

専門等機能

- 集中的なリハビリ、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

医育及び広域診療機能(大学病院本院)

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

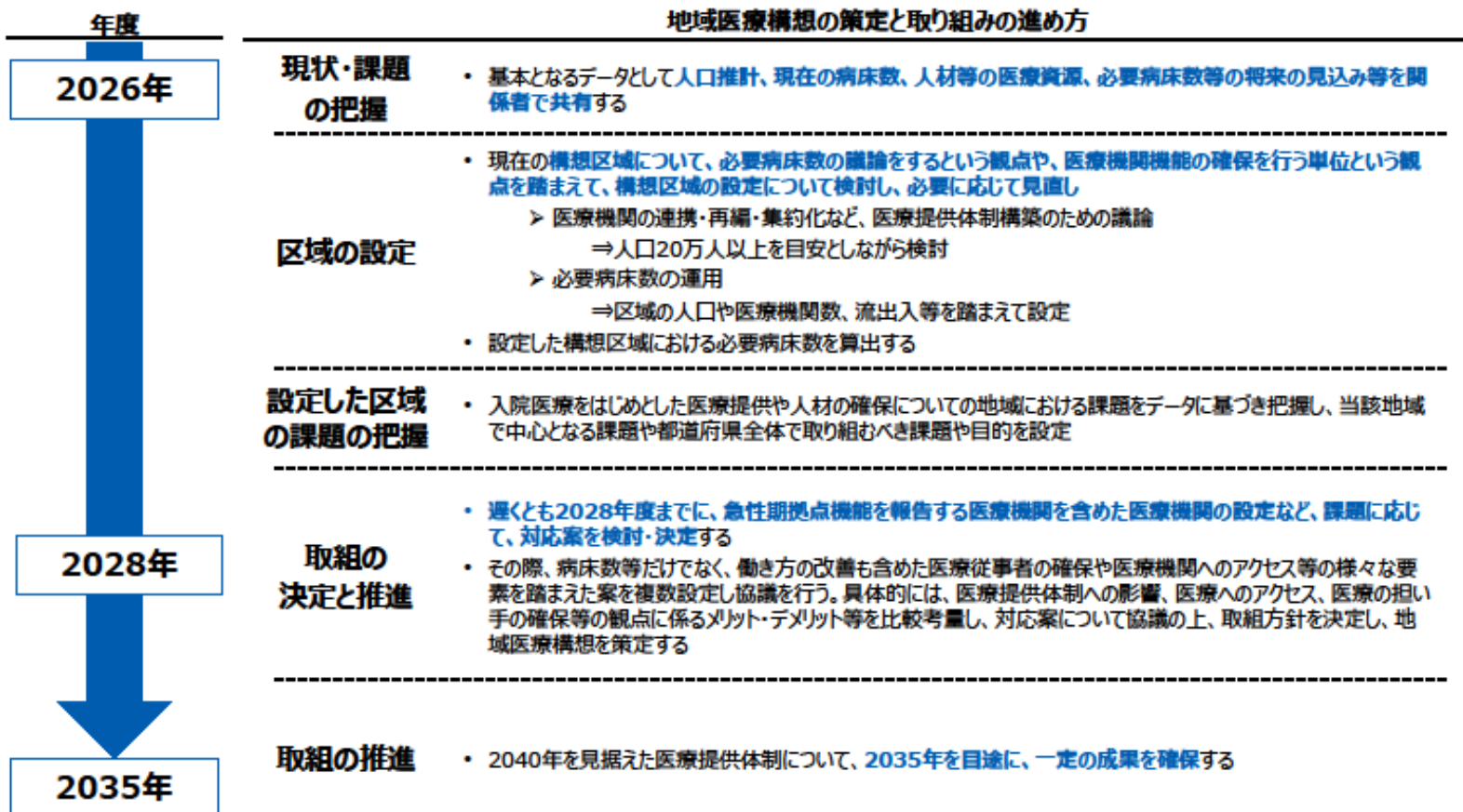
これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

- 国のガイドラインは現時点で策定されていないが、ガイドラインの骨子が示されている
- 地域医療構想が目指す方向性に加え、主な項目として、構想区域の見直し、医療機関機能（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）の新設、病床機能報告・必要病床数の見直しが掲げられている
- そのほか、入院医療、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保についても掲げられている

新たな地域医療構想について

地域医療構想策定ガイドライン骨子

新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール（イメージ）



- 新たな地域医療構想の策定は、遅くとも2028年度（令和10年度）末までに行う必要がある

- 国の検討会においては、以下のようなスケジュールが示されているところ

2026年
|
2028年

- ①現状・課題の把握
- ②区域の設定
- ③設定した区域の課題の把握
- ④取組の決定と推進

2035年

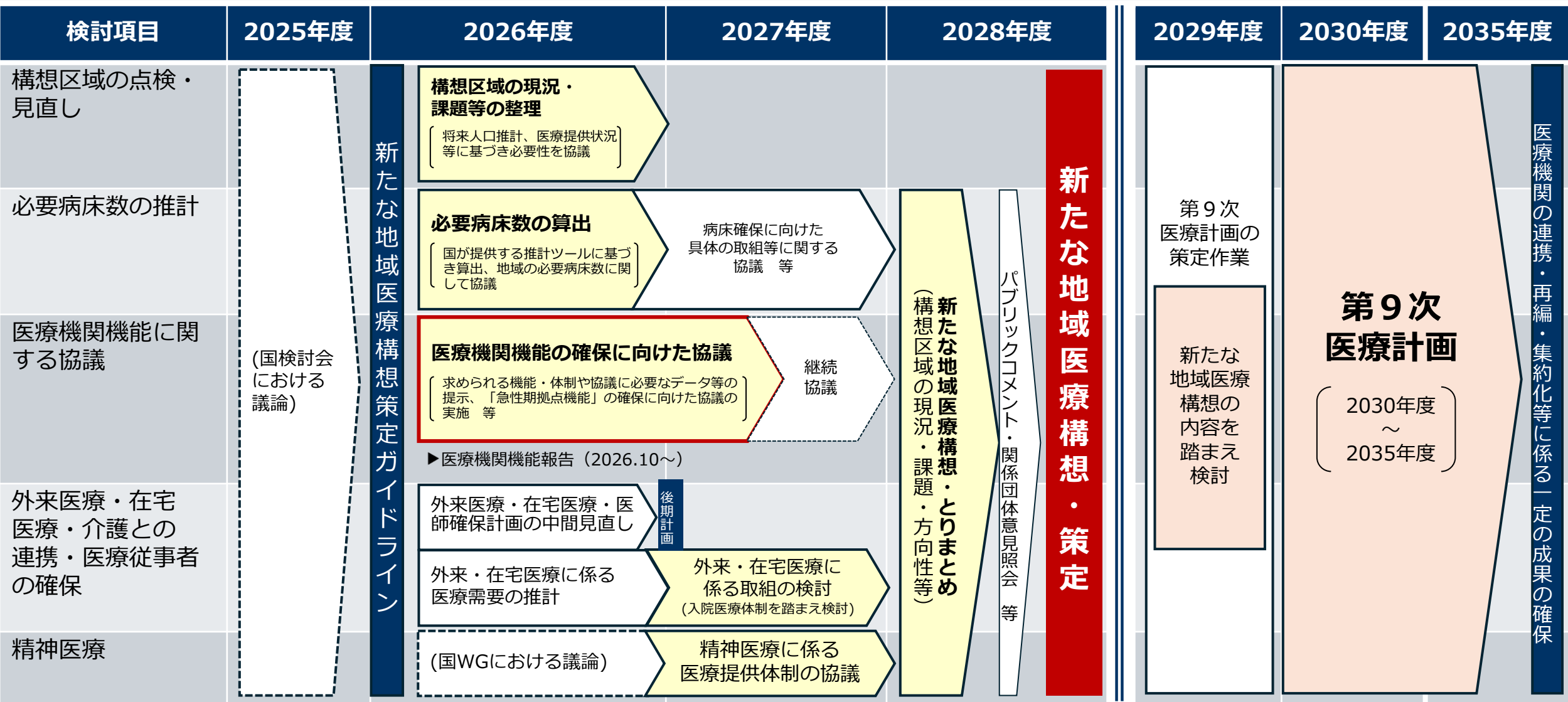
取組の推進（一定の成果を確保）

※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

新たな地域医療構想について

新たな地域医療構想の策定スケジュール（案）【中長期的・検討項目別】

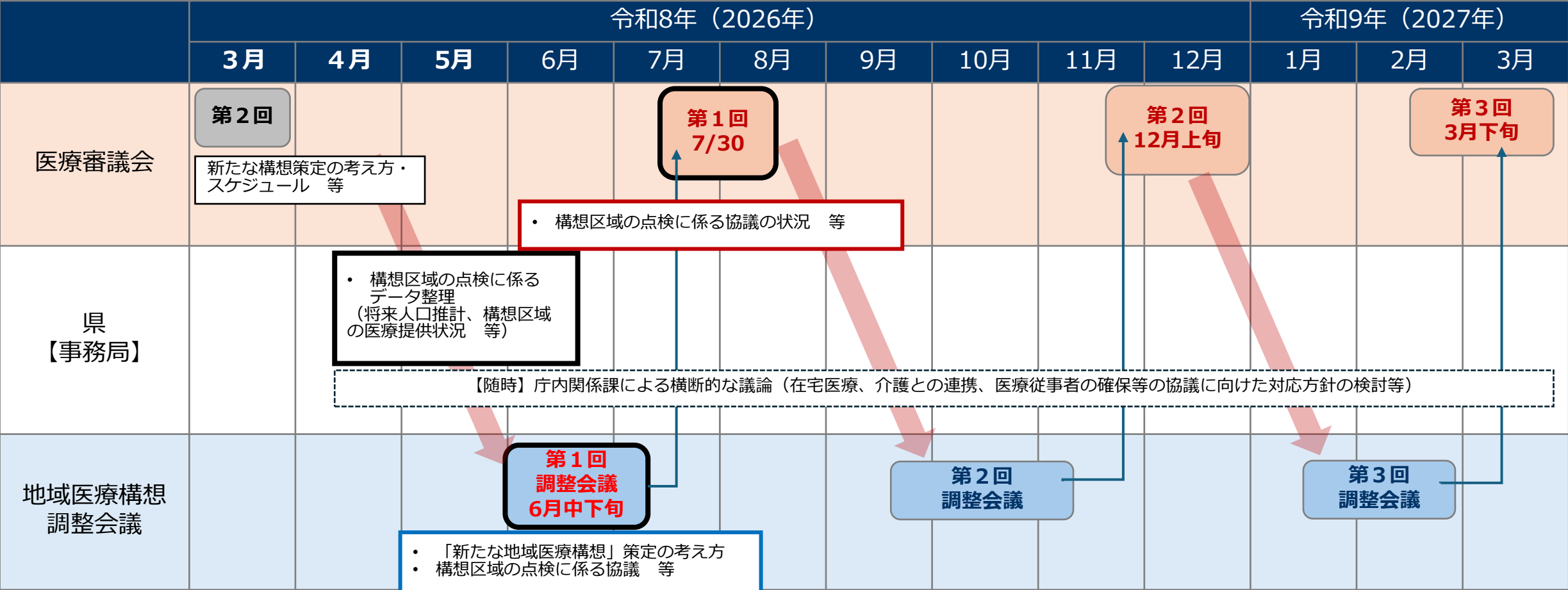
※ガイドラインの内容・議論進捗等により適宜見直し



新たな地域医療構想について

新たな地域医療構想の策定スケジュール（案）（2026年度中）

※ガイドラインの内容・国の推計ツールの提供時期、各構想区域における議論進捗等により、適宜見直し



新たな地域医療構想について

「新たな地域医療構想」策定の主なポイント

※これまでの検討会資料等を基に整理

項 目	主な内容
1 構想区域の点検	人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえながら、必要に応じ、区域の広域化に向けた点検・見直しが必要
2 「医療機関機能報告」に基づく協議	- 新たに4つの医療機関機能区分に関する報告制度が開始（2026年10月～） - 特に、「急性期拠点機能」について、20～30万人に1医療機関を目安に、各構想区域における協議を行う必要（2026年度以降順次開始し、遅くとも2028年までに決定）
3 病床機能報告の見直し（「包括期」の設定）	病床機能報告の機能区分のうち、「回復期機能」を「包括期機能」として再定義（<u>高齢者救急の受入れ、早期のリハビリテーションの提供等が主な役割</u>）
4 医療需要に基づく必要病床数の推計	- 将来の人口推計を用いた医療需要を推計するとともに、今後の効率化等の取組を踏まえた医療需要を推計のうえ、必要病床数を算出する（前回同様、国が推計ツールを作成・提供） - 新たな構想で追加される外来医療、在宅医療の将来推計も実施（国がデータ提供予定）
5 新たな地域医療構想の策定スケジュール	新たな地域医療構想の策定は、遅くとも2028年度までに実施 2026年度から2027年度上半期を目途に、構想区域の現状把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保等に向け取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う
6 地域医療構想調整会議における協議の進め方	既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、議題等に応じ柔軟に会議運営を実施
7 その他	新たな地域医療構想に「精神医療」を位置付け（2026年4月より、国がWGを設置して議論）

構想区域の点検における考え方

構想区域の点検の考え方

- 新たな地域医療構想に関するとりまとめでは、**人口規模**、**患者の流出入**、**患者のアクセス**、等を踏まえて、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難な構想区域については統合や再編を行うこととしている。
- 特に構想区域の単位については、『必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲』とされており、急性期拠点機能が人口20～30万人に1つ程度を確保することも踏まえて検討が必要。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会『新たな地域医療構想に関するとりまとめ』（令和8年3月19日）抜粋

- 構想区域については、**必要病床数の設定の観点**や**急性期拠点機能の確保等の提供体制**を**協議するための適切な範囲**かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、**当該区域の人口規模等が大きく**、**交通等の整備状況**によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が**区域内で完結**しなくなる。こうした点に**留意**しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、**現有する医療資源の状況**や**患者のアクセス**等を踏まえながら**設定する**ことが必要である。このため、**構想区域の見直しに当たっては、現在の人口**や**人口推計**、**医療機関数**、**機能区分別の病床数**、**必要病床数**、**建物・医療機器等の整備状況**、**医療従事者の医療資源**や**他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源**、**患者の流出入等**について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、**単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難**であることが見込まれる場合は、**構想区域の統合や再編**を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要であり、具体的な運用をガイドラインにおいて示す必要がある。

構想区域の点検における考え方

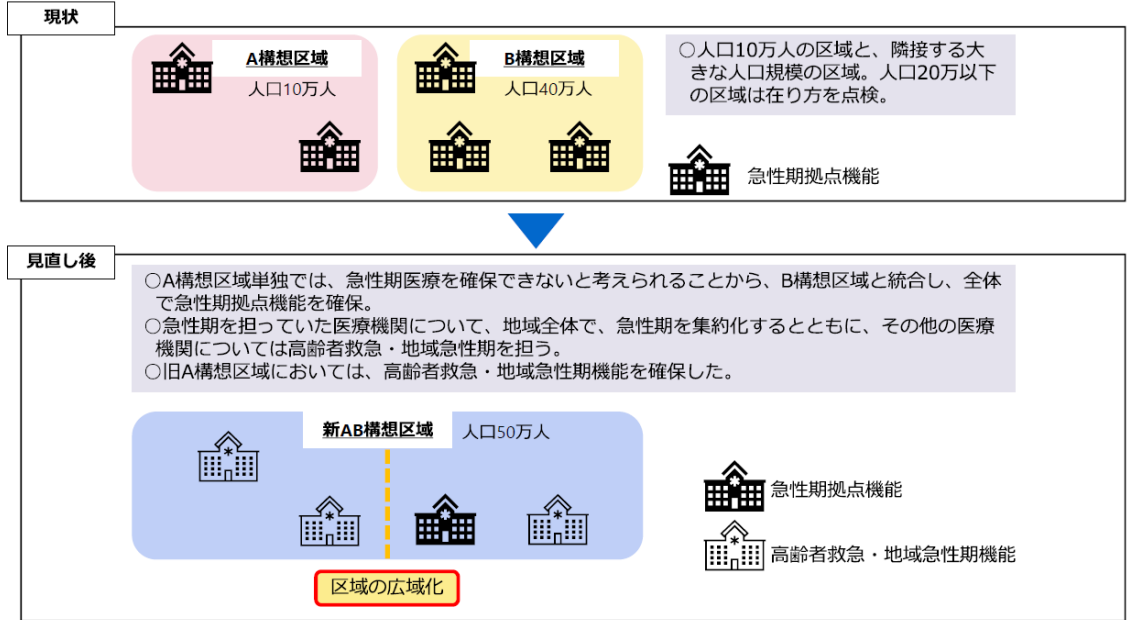
構想区域の点検のためのデータ

- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しを行う必要
- 区域の点検・見直しにあたっては、国が示す「点検のためのデータ」などを基に、持続可能な医療提供体制の確保が可能かを検討（例：人口推計、医療機関数、医師数、医療の提供状況 など）

令和7年7月24日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（一部改）

人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。



令和7年10月3日第119回社会保障審議会医療部会資料

区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	【区域内の効率的な医療提供体制の観点】 - 極めて多くの医療機関が所在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。 - 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。等 【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】 - 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。等	○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。 - 人口推計 - 医療機関数 - 医師数 - 機能別病床数 - 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流入の状況等） - 個別の医療機関の医療提供実態 - その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）
人口の少ない地域	2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するような急性期拠点機能を確保・維持できるか。 - 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要があるか。等	
その他	都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要があるか。等	○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。 - 患者のアクセス確保の手段 - 隣接する県の医療資源

構想区域の点検における指標

構想区域の点検における指標（区域の概要：人口規模・患者流出入・医師数・病院数）

- 茨城県内の構想区域の将来推計人口等を確認をすると日立、古河・坂東の2区域を除き2040年時点においても区域ごとの人口が20万人を超えており、引き続き各構想区域において一定の人口規模が見込まれる。そのため、『必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲』という観点や構想区域は二次医療圏と一致させて運用をしてきたことから、現行の構想区域を引き続き継続することとしたい。
- なお、一部の構想区域においては、流入割合、流出割合が20%を超える区域も確認されたが、より広域的な視点に立って検討すべき医療政策については、第8次茨城県保健医療計画で定めた医療提供圏域の単位で協議するものとする。

構想区域の点検（区域の概要：人口規模・患者流出入）

医療提供圏域	構想区域	人口（万人）			2023年度流出入割合		医師数 （2024年度）	総病院数 （2026年度）
		2026年	2040年	増減率	流入	流出		
県央・県北 医療提供圏域	常陸太田・ひたちなか	33.2	29.3	▲11.6%	19%	50%	243.7	19
	日立	22.1	17.5	▲21.1%	17%	15%	324.2	20
	水戸	44.1	40.1	▲ 9.0%	40%	21%	976.0	38
県南東 医療提供圏域	鹿行	25.4	22.8	▲10.1%	10%	53%	206.3	12
	土浦	24.7	21.7	▲12.3%	48%	36%	463.6	16
	取手・竜ヶ崎	45.2	40.4	▲10.6%	32%	32%	672.5	23
県南西 医療提供圏域	筑西・下妻	24.0	20.0	▲16.5%	18%	41%	151.3	14
	古河・坂東	21.7	18.8	▲13.6%	33%	31%	280.0	11
	つくば	37.4	36.6	▲ 2.2%	50%	36%	1,226.8	16
県全体		278.0	247.3	▲11.0%	—	—	4,544.4	169

構想区域の点検における他区域との連携

隣接する他県の区域との連携について

- ・ 県境の構想区域においては特に、隣接する他県の区域からの患者の流出又は流入が一定程度あるものと考えられる。新たな地域医療構想では、他県と連携して取組を推進していくことについて検討が必要となることから、今後の議論の参考とするため、他県区域との患者の流出入や医療機関同士の連携に係る現状や実態、今後の連携のあり方等について、ご意見を伺いたい。
- ・ また、他県の区域だけでなく、県内の他区域間との患者流出入を踏まえた連携のあり方等についても、ご意見を伺いたい。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会『新たな地域医療構想に関するとりまとめ』（令和8年3月19日）抜粋

- ・ 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

茨城県議会「第2回県民の命を守る医療に関する調査特別委員会（令和8年6月12日開催）」審議結果

<村田委員、小泉委員、秋山委員から類似の質疑あり>

委員：県境地域においては、他県の医療圏と重なる部分があることから、県をまたいだ連携が重要である。他県との協定締結や、定期的なコミュニケーションを図る機会が必要と考えるがいかがか。

執行部：これまでも、近県とのドクターヘリの広域連携に当たっては定期的な意見交換を行ってきた。国においても、今後、新たな地域医療構想の策定に当たり、県境を越えた流出・流入についても議論することをポイントとしていることから、研究してまいりたい。

令和8年度医師派遣調整の進め方 について

前回までの論点① 令和8年度医師派遣調整について

- 引き続き、地域医療構想調整会議との連携を図りつつ、医師派遣調整をより実効性の高いものとするため、令和8年度は昨年度の課題を踏まえることはもとより、令和8年度から策定作業が始まる「新たな地域医療構想」の議論にも資するよう、進め方を一部見直すこととし、具体的な方針については令和8年度第1回の地対協で協議することとしてはどうか。

現行の進め方の主な課題

- ・地域医療構想調整会議において医療機関の役割分担・機能連携等の議論をより深めたうえで「地域として必要な医師」を要望していただく必要がある。
- ・要望の人数上限ルールのなかで、より多くの医療機関の要望を提出するため1名ずつの要望となる傾向が生じ、その結果、派遣元大学が希望する「指導医と専攻医」のような複数人の派遣要望が出しにくくなっており、地域における医療機関の役割分担の明確化（集約化）を踏まえ、限りある医療資源の有効活用を図るため、重点配置すべき診療科・医療機関を地域で絞り込むことを促進する必要がある。

新たな地域医療構想について

- ・「新たな地域医療構想」においては、医療機関機能に着目して役割分担を明確化する「医療機関機能報告」が開始されるなど、今後は、地域において連携・再編・集約化に向けた議論がこれまで以上に求められることとなる。

令和8年度医師派遣調整の方針

- 限りある医療資源の適正配置のためには、地域医療構想との整合性を図り、医療機関の役割分担の明確化（集約化）と将来の方向性等を見据えた、**「地域における議論」を促進**していく必要がある。

派遣スキーム

- 1 各地域において、政策医療提供体制の充実を図る観点から、**重点的に議論する診療科を絞り込んだ上で、診療科ごとに地域の現状や対応方針を整理**
⇒（一次回答）
- 2 一次回答に対する、地対協委員や各部会からの意見等も踏まえた上で、地域において重点配置すべき診療科が整理されたことを前提に、**要望人数の上限は機械的に設定せず、診療科・医療機関・医師数を要望**
⇒（二次回答）

令和8年度の医師派遣の枠組み

◆派遣要望のルール

- 一次回答で派遣要望できる「診療科」の件数については、下記のとおり上限を設定。
- 二次回答では、重点配置すべき診療科・医療機関を地域で絞り込むことを促進する観点から、原則診療科の重複は認めないこととし、また診療科の人数上限についても設定しない。

<令和7年度との比較>

区分	R 7	R 8	1 診療科あたり、平均1.5人の要望があると仮定した場合に、R5の協議において整理した、 県全体で原則40人程度 となるよう設定
診療科の上限	なし	医師少数区域： <u>3 診療科</u> その他： <u>2 診療科</u>	
診療科の重複	原則認めないが、やむを得ない理由がある場合は可	同 左	
人数の上限	医師少数区域：5 人 その他：4 人	—	
医療圏間の要望枠の融通	可	同 左	

<医師派遣調整の対象とする政策医療分野について>

- ・第8次保健医療計画を踏まえ、昨年度と同様。
 - 5 疾病：がん、脳卒中、心血管疾患（※対象外：糖尿病、精神疾患）
 - 6 事業：救急医療、周産期医療、小児医療（※対象外：災害医療、へき地医療、感染症）
 - 在宅医療：対象外

令和8年度のスケジュール

■ 派遣調整の流れ

派遣元大学等の医師配置の考え方・条件等を地域へ事前共有【5月中】

地域からの 一次回答

【7月上旬頃】

○ **令和8年度に重点的に配置する診療科**（**少数区域3診療科、その他2診療科まで**）

- ① 地域の政策医療体制の現状
- ② 政策医療体制提供体制に必要な診療科の地域におけるこれまでの取組と課題
- ③ 地域としての対応方針(医療機関の役割分担・連携・機能分化の方向性など)
- ④ 関連データ（医療提供状況等に関するデータ、医師の配置状況）

地対協委員、部会への意見聴取

【7月中】

- ・ 地域の現状認識が妥当か
- ・ 対応方針の方向性が適切か
- ・ 派遣要望を検討する前提としての整理が十分か

地域からの 二次回答

【8月下旬】

○ **地域としての医師派遣要望**

- ① 一次回答における地対協（部会）委員からの意見に対する回答
- ② 具体的な派遣要望（派遣人数、医療機関の根拠（**原則、診療科重複不可**）等）
- ③ 派遣により見込まれる効果
- ④ 派遣元大学等の条件との整合性（整合しない場合にはその理由や対応など）

地対協にて、地域からのプレゼンを実施

【10月頃】

- ・ 役割分担・機能連携等の議論を経て、地域として必要性が十分に検討された要望か
- ・ 要望する診療科・医療機関・医師数は適切か

地対協において、大学へ派遣要請すべきかについて、地域としての対応方針等を踏まえ、地域で決定した診療科・医療機関・医師数についての適否の判断 【11月頃】

※地域で重点的に配置する診療科において、要望時には予測できなかった、退職や派遣引き上げなどのやむを得ない要因が生じた場合には、追加要請も可。

令和 8 年度医師派遣要望に向けた診療科選定（案）について

1. 目的

今年度からの医師派遣要望のスキーム変更に伴い、まず鹿行医療圏における必要な診療科を選定（一次回答、3 診療科まで）。診療科選定後、診療科ごとに要望する派遣先医療機関・人数を決定する（二次回答、人数上限なし）。

今回、一次回答に向けた診療科の選定にあたり、鹿行地域における診療科ごとの現状等を把握するため、派遣要望対象医療機関への調査や地域の実態把握を行った。

2. 選定の考え方

本調査結果および地域の医療提供体制を踏まえ、以下の観点から重点配置すべき診療科を整理した。

- 医療機関からの要望状況
- 診療科ごとの医師数
- 医療提供体制への影響（救急）
- 他医療圏への患者流出状況

（派遣要望調査対象病院）

- ・ 小山記念病院
- ・ 高須病院
- ・ 白十字総合病院
- ・ 鉾田病院
- ・ 神栖済生会病院
- ・ 鹿嶋ハートクリニック

◆医師派遣要望状況

	小山記念病院	神栖済生会病院	白十字総合病院	鹿嶋ハートクリニック
要望診療科名 (政策医療分野)	腎臓内科（救急）	麻酔科（救急） 消化器内科（救急） 整形外科（救急）	整形外科（救急） 総合診療科（救急）	循環器内科 (救急、心疾患)

今回要望のあった 6 診療科については、地域の実態（データ等）に基づき診療科を選定することとする。今回要望のあった診療科の政策医療分野はどれも「救急」分野に該当。

3. 優先診療科（案）

医療機関からの要望及び医療圏の状況を踏まえ事務局としては、以下3案を候補として検討することとしたい。

【A 案】

- ①総合診療科
- ②整形外科
- ③消化器内科

【B 案】

- ①総合診療科
- ②整形外科
- ③麻酔科

【C 案】

- ①総合診療科
- ②整形外科
- ③腎臓内科 or 循環器内科

4. 診療科を選定した根拠

要望のあった診療科をもとに、鹿行地域の医師数や救急、患者動向等のデータをもとに診療科選定の根拠とした。

◆診療科ごとの人口 10 万人対医師数(R6. 12. 31 時点)

（出典：厚生労働省 令和6年度医師・歯科医師・薬剤師統計 及び 茨城県の人口と世帯（推計）月報）

	県計	医 療 圏								
		水戸	日立	常・ひ	鹿行	土浦	つくば	取・竜	筑・下	古・坂
総数	198.1	264.1	159.0	107.2	95.9	206.9	410.1	166.6	121.4	146.9
内科	33.3	40.6	29.5	31.7	25.9	31.2	44.5	20.7	50.5	23.7
腎臓内科	5.2	6.3	3.5	1.5	<u>1.9</u>	5.6	9.7	6.2	4.1	5.0
循環器内科	8.8	10.1	10.1	4.1	7.3	9.2	17.3	8.8	2.9	5.5
消化器内科(胃腸内科)	9.2	10.8	9.3	3.8	<u>3.9</u>	9.6	20.0	9.5	4.5	6.4
整形外科	13.5	17.1	13.7	5.6	<u>4.6</u>	14.0	27.5	11.7	11.5	10.0
麻酔科	6.0	9.9	3.1	0.9	3.9	4.0	17.3	3.3	2.5	3.7

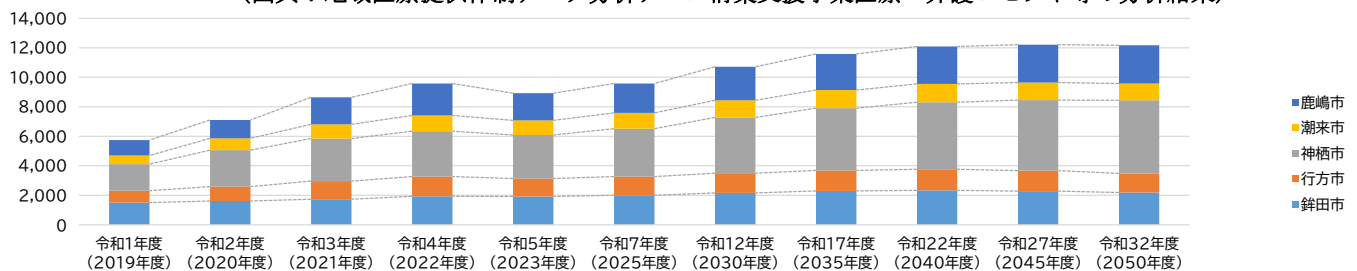
いずれの診療科においても県全体の人口 10 万人対医師数を下回っており、特に腎臓内科、消化器内科、整形外科においては他医療圏と比べても最低水準である。

◆鹿行医療圏の救急の現状（R6. 1. 1～R6. 12. 31 救急搬送データ）

医療圏人口	搬送件数	圏外搬送割合	搬送時間
258, 521 人 (R7. 1. 1 時点)	12, 900 件	35. 3% (件数: 4, 548 件) (県内ワースト 3 位)	56. 2 分 (県内ワースト 1 位)

◆ 5 疾病 6 事業の医療提供状況－患者数将来推計(救急)－二次救急への対応体制

(出典：地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業医療・介護レセプト等の分析結果)



鹿行医療圏においては、搬送時間が長く、救急分野に係る医療資源が乏しい中、将来的（2050 年）にも救急需要は増加が見込まれる。このため、救急受入体制の強化や搬送時間の短縮を図る観点から、救急医療に関連する診療科を重点的に選定する必要がある。

◆鹿行医療圏医療機関別救急搬送受入件数（出典：鹿行地区 MC 協議会資料）

	救急搬送受入件数		
	R6.1.1～R6.12.31	R7.1.1～R7.12.31	増減(R7-R6)
小山記念病院	3,400	3,478	78
高須病院	804	666	-138
白十字総合病院	1,605	1,252	-353
鉾田病院	96	93	-3
神栖済生会病院	2,107	2,131	24
鹿行地区 MC 管内 その他医療機関	340	321	-19
鹿行地区 MC 管外・県外等 その他医療機関	4,548	4,225	-323
合計	12,900	12,166	-734

医療機関ごとの搬送件数（R6 年、R7 年）については、R7 年は前年と比べ合計の搬送件数は減っているが、小山記念病院や神栖済生会病院での受入件数が増えている中、白十字総合病院は前年比 353 件減となっており、大幅な減が見られた。

また、白十字総合病院では救急対応を行っていた総合診療科常勤医 1 名が減ったことにより、受入件数を増やすには現状の体制では厳しいことから、早急に総合診療科の医師確保が必要となる。

⇒このことから、白十字総合病院の救急受入体制を強化するため、まず、重点配置すべき診療科として「総合診療科」を選定したい。

◆令和４年度二次医療圏別・診療区分ごとの年齢調整標準化レセプト出現比（ＳＣＲ）
（出典：内閣府 医療提供状況の地域差 令和４年度ＳＣＲデータ）

診療科区分	代表名称	入外区分	水戸	日立	常・ひ	鹿行	土浦	つくば	取・竜	筑・下	古・坂
総合診療科	初診料等	入院	111	89	51	54	93	131	80	64	86
	初診料等	外来	101	80	79	74	96	104	91	76	80
	初診料等	入＋外	101	80	79	73	96	104	90	76	80
	救急搬送診療料等	入院	344	474	33	7	80	175	44	9	117
	救急搬送診療料等	外来	198	90	147	78	50	157	68	66	122
	救急搬送診療料等	入＋外	246	213	110	55	60	163	60	48	120
腎臓内科	人工腎臓等	入院	107	66	28	44	85	99	144	63	80
	人工腎臓等	外来	117	124	91	98	144	107	105	94	111
	吸着式血液浄化法等	入院	150	264	13	18	75	153	92		
循環器内科	心大血管疾患リハビリテーション料	入院	119	95	58	42	105	183	80	49	74
	心大血管疾患リハビリテーション料	外来	118	62	18	90	209	280	62	1	18
	心大血管疾患リハビリテーション料	入＋外	119	93	56	44	110	188	79	47	71
	心カテ等	入院	114	65	14	65	107	148	66	3	90
	経皮的冠動脈ステント留置術	入院	146	76	12	103	104	155	92	9	102
消化器内科	ＥＦ－胃・十二指腸等	入院	90	85	65	61	87	140	74	37	53
	ＥＦ－胃・十二指腸等	外来	100	82	55	62	101	136	80	79	92
	ＥＦ－胃・十二指腸等	入＋外	99	82	56	62	100	136	79	76	89
	内視鏡的胆道ステント留置術等	入院	133	130	63	34	197	145	103	31	71
	内視鏡的消化管止血術等	入院	84	74	44	40	130	121	96	33	62
	内視鏡的消化管止血術等	外来	125	98	16	54	72	108	79	393	32
	内視鏡的消化管止血術等	入＋外	88	77	42	41	124	120	95	66	59
整形外科	関節腔内注射等	入院	74	42	72	37	75	57	35	44	10
	関節腔内注射等	外来	64	51	74	56	78	100	59	82	72
	関節腔内注射等	入＋外	64	51	74	56	78	99	59	82	71
	骨折靱血の手術等	入院	115	102	57	46	109	117	95	70	88
	骨折非靱血の整復術	入院	105	117	15	13	77	76	57	66	70
	骨折非靱血の整復術	外来	82	79	88	33	108	57	73	125	108
	骨折非靱血の整復術	入＋外	83	80	85	33	106	58	73	122	107
麻酔科	閉鎖循環式全身麻酔等	入院	146	77	36	34	98	182	73	32	64
	麻酔管理料１等	入院	185	12	19	47	127	186	105	26	34
	硬膜外麻酔	入院	81	100	8	67	142	246	59	4	4

各地域（都道府県、二次保健医療圏）で発生したレセプト数を、全国の性・年齢人口構成比で補正し標準化したもの。100を全国平均とし、それ以下は医療提供度合が少ないことを意味する。

ＳＣＲデータから、鹿行地域はどの診療科区分においてもほとんどが全国平均以下の数値となっている。特に総合診療科、消化器内科、整形外科に関連する項目において、他医療圏と比較しても最低水準であることが確認できる。

◆患者流出状況 （出典：厚生労働省 令和6年度DPCの評価・検証等に係る調査「退院患者調査」）

医療機関別患者数 (医療機関受診ベース)	MDC 疾患別									
	MDC05 循環器系疾患		MDC06 消化器系疾患		MDC07 筋骨格系疾患		MDC11 腎・尿路系疾患及び 男性生殖系		MDC16 外傷・熱傷・中毒	
	件数	カバー率	件数	カバー率	件数	カバー率	件数	カバー率	件数	カバー率
小山記念病院(a)	743	27.7%	1,293	21.6%	65	5.4%	540	25.5%	349	19.6%
神栖済生会病院(b)	216	8.0%	970	16.2%	77	6.4%	134	6.3%	217	12.2%
白十字総合病院(c)	109	4.1%	647	10.8%	26	2.2%	107	5.0%	151	8.5%
鹿嶋ハートクリニック(d)	209	7.8%	－	0.0%	－	0.0%	－	0.0%	－	0.0%
小計(B)	1,277	47.6%	2,910	48.6%	168	14.0%	781	36.8%	717	40.3%
鹿行医療圏患者数 (患者住所ベース)(A)	2,685		5,987		1,197		2,121		1,777	
(B)-(A)	-1,408		-3,077		-1,029		-1,340		-1,060	

DPCデータに基づく鹿行医療圏の患者数のカバー率を検証すると、小山記念病院が中心に患者を受け入れているが、当地域のDPC評価対象の病院全体でみると循環器内科（循環器系疾患）、消化器内科（消化器系疾患）、整形外科（筋骨格系疾患、外傷・熱傷・中毒）、腎臓内科（腎・尿路系疾患及び男性生殖系）のどの分野においてもカバー率が低く、他医療圏への患者流出が見受けられる。

また、整形外科分野（特に筋骨格系疾患）においては、当該地域でのカバー率は著しく低いことが見受けられる。

⇒これらの結果から、医師数が著しく少なく、医療提供体制の不足や患者流出が認められることに加え、医師派遣要望調査における要望状況も踏まえ、整形外科を選定したい。

◆鹿行医療圏内医療機関別手術件数(R7 年度分)

	手術件数(件)		麻酔科医師数(名)	麻酔科医1人あたりの 全身麻酔件数(件)
	総手術件数※1	うち全身麻酔手術		
小山記念病院	2,786 ※3	1,651	6.6	250.1
神栖済生会病院	2,985	592	1.2	493.3
白十字総合病院	1,040	192	1.0	192.0
鉾田病院	94	—	0.0	—
高須病院	78	—	0.0	—
鹿嶋ハートクリニック※2	952	67	1.2	55.8

※1 総手術件数は外来手術も含めた総手術件数

※2 鹿嶋ハートクリニックはR7年(1～12月)データ

※3 小山記念病院の総手術件数は、手術室での総手術件数(内視鏡処置及び心臓カテーテル等は除く)

手術件数においては、神栖済生会病院が、全身麻酔件数に対しての麻酔科医の負担が大きく、現状のままでは手術件数が限られてしまい、手術件数増が見込まれる可能性が低いことから、救急受入件数や体制維持に影響を及ぼすことが考えられる。

◎以上の鹿行地域の現状データ等を踏まえ、まず「総合診療科」及び「整形外科」の2診療科を要望診療科として選定し、他4診療科(消化器内科、麻酔科、腎臓内科、循環器内科)から残り1診療科を選定することとしたい。

病床数適正化緊急支援事業について

令和8年6月

保健医療部医療局医療政策課

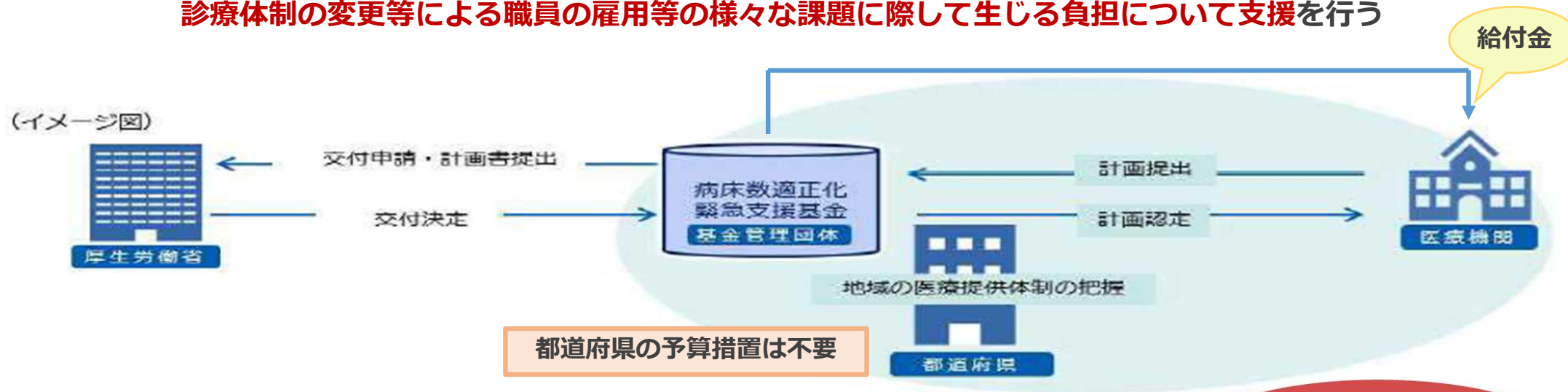
R7国補正「病床数適正化緊急支援事業」について

令和8年6月
医療政策課

趣旨・目的

- 令和7年度国補正予算（令和7年12月16日成立）にて措置された「医療・介護等支援パッケージ」の一つ
- 改正医療法（R7.12月成立）第7条の2及び第7条の3に対応する事業
 - 第7条の2第1項：都道府県は～医療機関が経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができる
 - 第7条の3：国は～予算の範囲内において、前条第1項に規定する事業に要する費用を負担するものとする
- 国が「病床数適正化緊急支援基金」を創設（国予算額：3,490億円）

効率的な医療提供体制を確保するため、医療需要の変化を踏まえて病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行う



- 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）

R7国補正「病床数適正化緊急支援事業」について

事業概要

※下線部はR6国補正「病床数適正化支援事業」との相違点

対象医療機関	① R7.12.16～R9.3.31までに病床削減を行う医療機関 ② R6国補正「病床数適正化支援事業」において事業計画書を提出済み かつ R6.12.17～R7.9.30までに病床削減を実施済みの医療機関 ③ 「地域医療構想の取組の推進に向けた調査」（R7.8～9月に実施）において、病床を削減予定と報告を行い、かつ現に病床を削減した医療機関	いずれかを満たすこと
支給単価	稼働病床：4,104千円／床 、休床：2,052千円／床 ※基金事業「病床機能再編支援事業」の給付を受けていた場合は差額のみ支給 ※R6国補正「病床数適正化支援事業」の支援対象となった病床は支給対象外	
算定除外	産科・小児の病床、同一開設者による病床融通、 感染症に係る医療措置協定に係る病床 等	
支給対象外	① 入院医療の受入を行っていない場合 や 入院医療の受入を停止する場合 ② R9.3.31時点で廃院する予定の場合 ③ R9.3.31時点で事業譲渡等を行う予定の場合 ※①②の場合であっても、地域医療構想調整会議で協議を行った上で、地域の医療提供体制に支障がないと認める場合は支給対象とすることも可	
地域医療構想調整会議	次に該当する場合は協議が必要 ・ 支給対象外の事由①②に該当する場合 ・ 現に患者が入院している病床を削減する場合 ・ 100床以上削減する場合 ・ その他（都道府県が必要と認める場合）	
留意事項	・ 休床を残したまま稼働病床の削減は認めないこと ・ 返還要件あり（令和19年3月31日までに増床した場合、廃院・事業譲渡する場合 等） ・ 本事業により病床数を削減した場合、二次医療圏における基準病床数等を削減すること	

※主な内容を抜粋したものであり、実施要綱に照らして個別具体的に判断すること

R7国補正「病床数適正化緊急支援事業」について

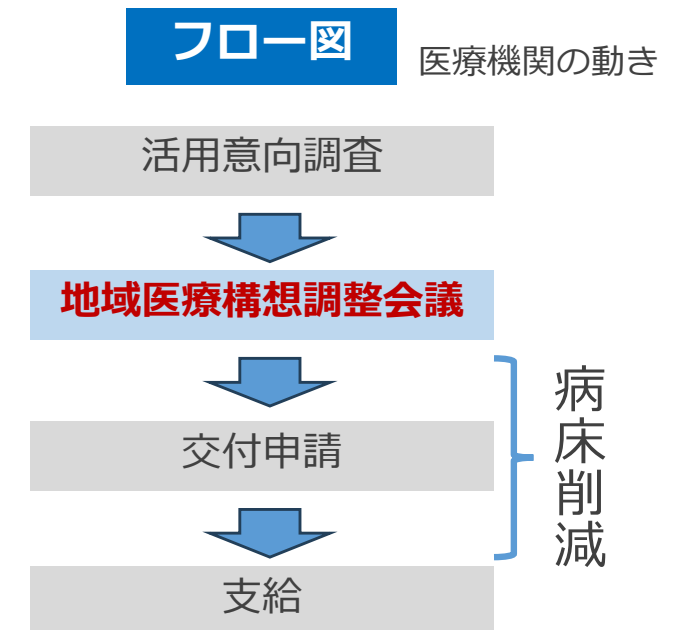
今後の対応

- 本事業を活用する意向のある医療機関を把握するため、**本県独自の活用意向調査を速やかに実施する（5月）**。
- 本県においては、地域における病床削減の影響を慎重に見極めるため、実施要綱に定める基準よりも厳格に運用することとし、医療機関においては、削減する病床数や削減後の方向性（医療機能や役割等）を整理した上で、**病床削減を行う前に地域医療構想調整会議へ報告を行う（6月）**。
- その後、**病床削減（7～3月）**と交付申請（6月末ほか）を並行的に進めていく。

医療機関 → 県 → 国 → 基金管理団体 → （支給） → 医療機関

スケジュール（想定）

時期	内容
4～5月	関係者への事前説明（県医師会、保健所） 意向調査
6月	地域医療構想調整会議 交付申請（1回目）
7～3月	病床削減を実施
9月頃【P】	交付申請（2回目【P】）
12月頃【P】	交付申請（3回目【P】）



※申請は6月末を〆切（医療機関→県）とし、その後複数回の申請期間を設ける予定とのこと
時期等詳細は現段階で不明であり、上記スケジュールは今後変更が生じる可能性あり

R7国補正「病床数適正化緊急支援事業」について

基準病床数の削減

(令和8年4月8日医政発0408第14号・障発0408第6号 厚生労働省医政局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

【経緯】

- 医療法に関する三党合意書（R7.6.6 自民・公明・維新）
「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～次の地域医療構想までに削減を図る」

- 改正医療法（R7.12月成立）第7条の2第2項

都道府県は、医療機関が前項に規定する事業に基づき病床数を削減した時は、厚生労働省で定める場合を除き～基準病床数を削減するものとする。

特例病床等

本事業により病床を削減した場合は、**不可逆的な措置**として、**二次医療圏における基準病床数の削減を行う必要**
(R6国補正「病床数適正化支援事業」により病床を削減した場合についても、同様の対応が求められている)

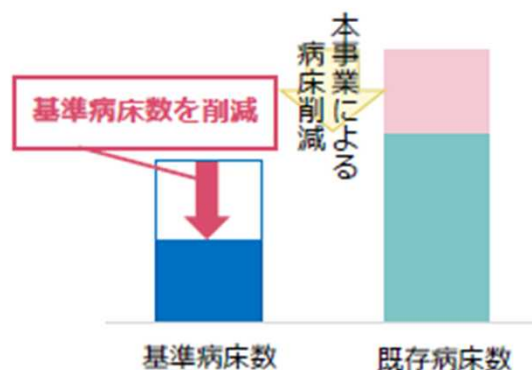
【基準病床数の引下げ時期】

- 本事業の終了後（R9.3.31）～R9上半期まで

第8次茨城県保健医療計画の
中間見直し後、要反映

【基準病床数の引下げの基本的な考え方】

- 病床削減率（減少病床数／既存病床数）を用いる



(※1) 二次医療圏によっては、病床削減率を用いて削減すると、本事業による病床削減数を下回る場合がある（例えば基準病床数が80床、既存病床数が100床であって、本事業により10床を削減した場合、病床削減率が10%（削減10床/既存100床）となり、基準病床数の削減が8床（基準80床の10%）となる）ことから、こうした場合には、削減病床数と同数（10床）分を基準病床数から削減することとする。

(※2) 二次医療圏によっては、基準病床数(例:100床)を既存病床(例:300床)が大幅に上回る場合において、基準病床数以上(例:150床)の病床削減が行われる可能性がある（基準病床数がマイナスや0に近くなる）が、その場合には、地域の医療提供体制に支障をきたさないよう、基準病床数が削減後の既存病床数を超えない範囲で、都道府県において柔軟な運用を可能とする。

次頁参照

基準病床数の削減

【基本的な考え方】

基準病床数の引下げ数 = 基準病床数 × (病床削減数 / 既存病床数)

【例外】

① 基準病床数の引下げ数が病床削減数を下回る場合（引下げ数 < 病床削減数）

⇒ 病床削減数と同数分、基準病床数を引き下げる

病床過剰地域（基準病床数 ≤ 既存病床数）が該当
⇒ 本県は全ての二次医療圏でこちらに該当

② 引下げにより基準病床数がマイナスや0に近くなる場合

⇒ 基準病床数が既存病床数を超えない範囲で、都道府県が柔軟に運用

基準病床数 ≤ 既存病床数（病床過剰地域）とすることで、今後の病床整備を規制

（例示）

区分	基準病床数	既存病床数	病床削減数	削減率	基準病床数の引下げ数
原則	80床	50床	10床	20% (10床 / 50床)	<u>16床</u> (80床 × 20%)
例外① (病床過剰地域)	80床	100床	<u>10床</u>	10% (10床 / 100床)	8床 (80床 × 10%)
例外②	100床	300床	150床	50% (150床 / 300床)	50床 (100床 × 50%)

比較

R7国補正「病床数適正化緊急支援事業」について

参考 R6国補正及びR7国補正による本県の削減数

1. 一般・療養病床

二次医療圏	基準病床数	既存病床数	R6国補正による削減数【A】	R7国補正による削減(予定)数【B】	削減数合計【A+B】
水戸	4,005	4,756	78	62	140
日立	1,823	2,452	51	30	81
常陸太田・ひたちなか	1,898	2,105	27	0	27
鹿行	1,219	1,598	－	－	－
土浦	1,796	1,999	－	38	38
つくば	3,113	3,368	15	18	33
取手・竜ヶ崎	3,604	3,719	56	83	139
筑西・下妻	1,358	1,974	26	48	74
古河・坂東	1,328	1,518	－	18	18
合計	20,144	23,489	253	297	550

2. 精神病床

区分	基準病床数	既存病床数	R6国補正による削減数【A】	R7国補正による削減(予定)数【B】	削減数合計【A+B】
茨城県全域	5,551	7,226	50	474	524

基準病床数・既存病床数：第8次茨城県保健医療計画より

R6国補正による削減数：「病床数適正化支援事業」により削減した病床のうち、支給対象となった病床数を指す

【病床数適正化緊急支援事業】活用意向調査（総括票）

（令和8年5月実施）

No	医療機関の名称	病院・診療所の別	二次医療圏	入院医療の継続の有無	病床稼働率	感染症協定締結の確保病床数		許可病床数（削減前）								許可病床数（削減後）								削減（予定）病床数								削減（予定）病床数〔病床機能〕 ※一般・療養病床の場合のみ記載						削減の時期	
						確保病床の有無	確保病床数	一般病床	うち休床	療養病床	うち休床	精神病床	うち休床	合計	うち休床	一般病床	うち休床	療養病床	うち休床	精神病床	うち休床	合計	うち休床	一般病床	うち休床	療養病床	うち休床	精神病床	うち休床	合計	うち休床	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床中	合計		
1	鹿島病院	病院	鹿行	有	75.0%	有	4	83	-	-	-	159	33	242	33	83	-	-	-	128	2	211	2	-	-	-	-	31	31	31	31	-	-	-	-	-	-	-	R9.3.31
合計						-	4	83	-	-	-	159	33	242	33	83	-	-	-	128	2	211	2	-	-	-	-	31	31	31	31	-	-	-	-	-	-	-	

病床数適正化緊急支援事業の活用による病床削減について（個票）

医療機関名	公益財団法人 鹿島病院
代表者氏名	理事長 神尾 政彦

1. 削減の概要

（1）病床種別ごとの状況

許可病床数（削減前）								許可病床数（削減後）								削減予定病床数							
一般病床		療養病床		精神病床		合計		一般病床		療養病床		精神病床		合計		一般病床		療養病床		精神病床		合計	
	うち休床		うち休床	総数	うち休床		うち休床		うち休床		うち休床	総数	うち休床		うち休床		うち休床		うち休床	総数	うち休床		うち休床
83	-	-	-	159	33	242	33	83	-	-	-	128	2	211	2	-	-	-	-	31	31	31	31

（2）病棟の構成及び病床機能ごとの状況

病棟名 ※1	病床種別	稼働率 ※2	許可病床数（削減前） ※3						許可病床数（削減後） ※3						削減予定病床数 ※3					
				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床中		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床中		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床中
1病棟（感染・結核）	一般病床	13	6	-	-	-	6	-	6	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
2病棟（障害者）	一般病床	93.1	39	-	-	-	39	-	39	-	-	-	39	-	-	-	-	-	-	-
3病棟（回復期）	一般病床	96	38	-	-	38	-	-	38	-	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-
5病棟（精神一般）	精神病床	0	33	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	31	-	-	-	-	-
7病棟（精神療養）	精神病床	89.7	60	-	-	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8病棟（精神一般）	精神病床	92.3	66	-	-	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計			242	-	-	38	45	-	211	-	-	38	45	-	31	-	-	-	-	-

※1：病棟ごとに行を分けて記入し、行が足りない場合は適宜行を追加すること。診療所の場合は病棟名の代わりに診療所名を入力し一行とすること

※2：「病棟単位」で病床稼働率を記載すること。算出にあたっては直近1年間（令和7年4月～令和8年3月）の「（在院患者数+退院患者数）／（病棟又は診療所全体の病床数×12か月の日数）」とすること

※3：病床数は「病床単位」で記入すること

※4：精神病床のみを削減する場合は、I列・O列・U列を直接入力し、病床機能（高度急性期～休床中）は「-」を記入してください

（3）削減する時期（令和9年3月31日まで）

令和9年3月31日

2. 削減後の医療提供体制（今後担う医療機能や役割等）

地域医療構想の策定や取組の推進に向けての病床削減とともに、病棟の老朽化や病院の財政悪化を鑑み、今回申請をする事となりました。閉鎖病床減床に伴い、長期入院患者の退院を促進し、急性期患者の受け入れを積極的に行える体制を構築していく予定です。

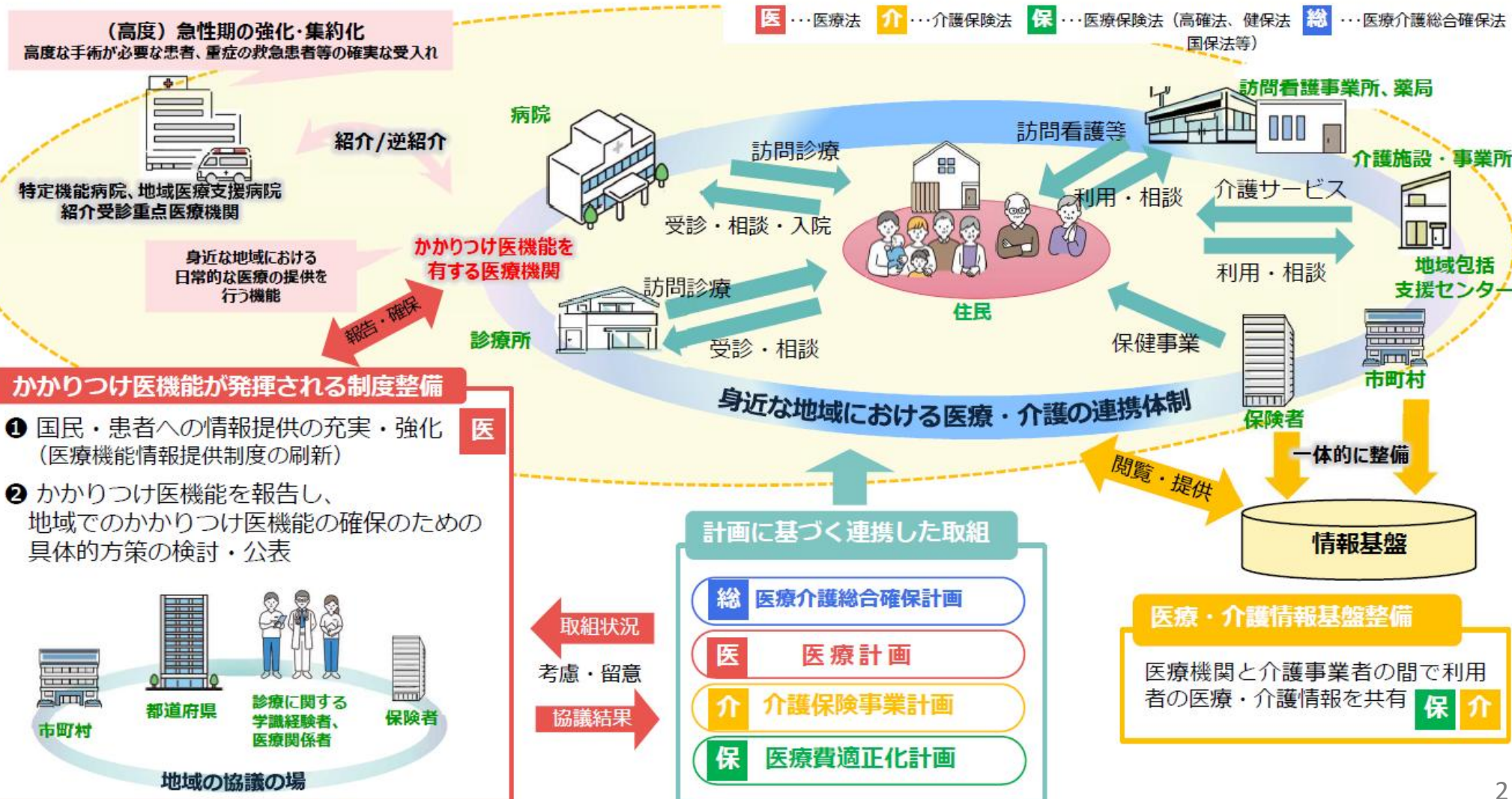
※今後の地域の医療提供体制を検討する上で重要な要素となるため、具体的かつ詳細に記入すること

かかりつけ医機能報告制度における 協議の場について

令和8年6月
潮来保健所

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1)医療機能情報提供制度の刷新(令和6年4月施行)

- ・ かかりつけ医機能(「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義)を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2)かかりつけ医機能報告の創設(令和7年4月施行)

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能(①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など)について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3)患者に対する説明(令和7年4月施行)

- ・ 都道府県知事による(2)の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

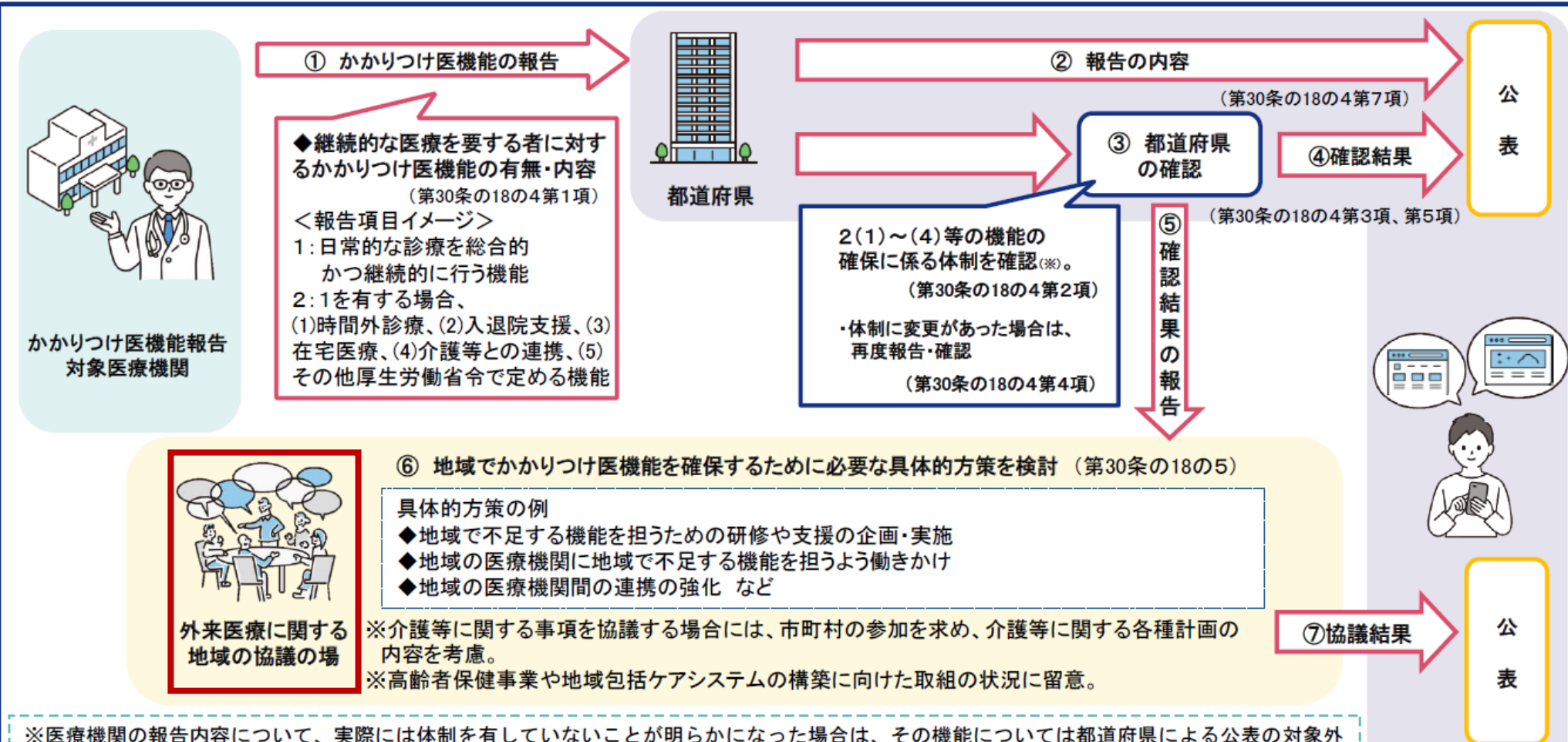
施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

ガイドライン（案）について （かかりつけ医機能報告制度の年間スケジュール）

医療機関からの報告期間は1月から3月です。医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に行います。都道府県は医療機関の報告に基づき、かかりつけ医機能に係る体制の有無を確認の上、報告内容とともに公表、協議の場の開催を行います。

年間サイクルのイメージ

11月頃～

医療機関への定期報告依頼

1月～3月

医療機関による報告及び都道府県による体制の有無の確認

4月

報告内容や体制の有無の確認結果の公表

4～6月頃

報告内容の集計・分析等

7月頃～

協議の場の開催

12月頃～

協議の場の結果の公表

11月頃

1～3月

4月～

11月頃

1～3月

4月～

厚生労働省においてNDBデータの抽出・取込
医療機関への定期報告依頼

医療機関による定期報告（医療機能情報提供制度と同時期に報告）

報告内容等の公表
都道府県がG・MISからデータ等を取り出し・分析等
都道府県から未提出医療機関へ催促

協議の場での協議

協議の場の結果の公表
医療機関への定期報告依頼
厚生労働省においてNDBデータの抽出・取込

医療機関による定期報告（医療機能情報提供制度と同時期に報告）

報告内容等の公表
都道府県がG・MISからデータ等を取り出し・分析等
都道府県から未提出医療機関へ催促

出典：令和6年5月24日 第5回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料（一部改）

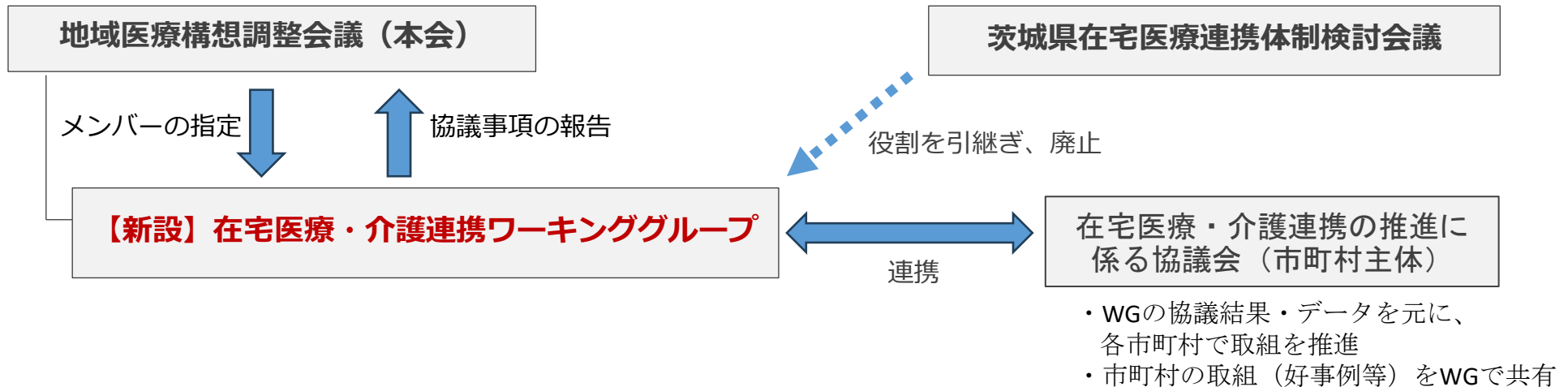
本県における「協議の場」の設置

- 協議の場の開催に係る事務負担及び財政負担の軽減を図るため、既存の二次医療圏単位の会議体を活用し、圏域内のすべての市町村の参画を求めることで、各地域の意見等を網羅。

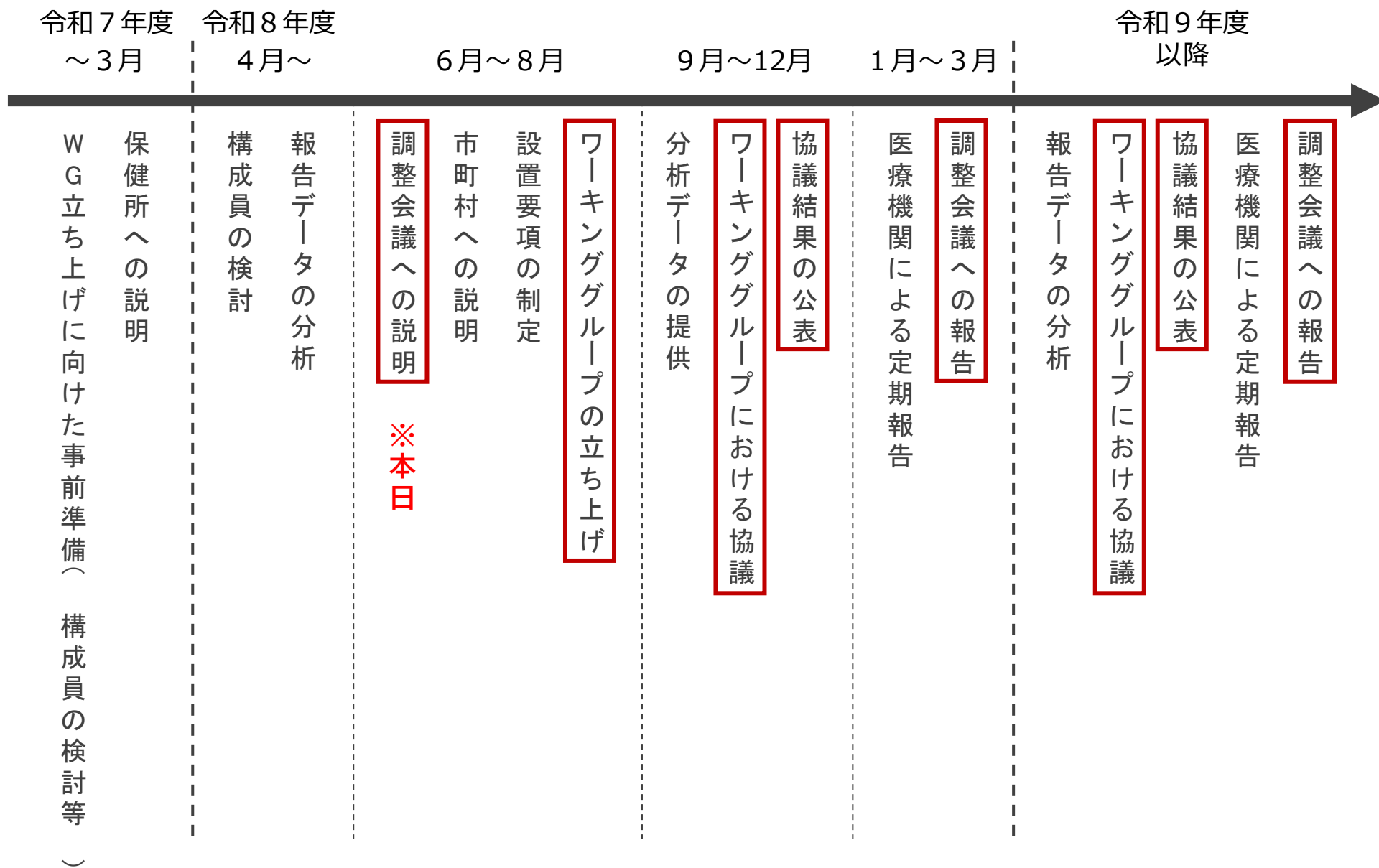


- 新たな地域医療構想において、在宅医療や介護連携が追加されることを踏まえ、協議の場は「**地域医療構想調整会議**」とする。
- 具体的な運用としては、**調整会議の下に「在宅医療・介護連携ワーキンググループ」を設置**する。
(現行の「茨城県在宅医療連携体制検討会議」の役割を当該WGが引き継ぎ、同会議を廃止することで、二次医療圏単位の会議数に増減なし。)

＜協議の場のイメージ＞



今後の進め方



参考) ワーキンググループの構成員について（検討中案）

区分	定数	保健所ごとの数	計（延べ数）
管内郡市医師会	各 1	2 ～ 5	26
保険者	1	1	9
介護事業者	1	1	9
住民代表	1	1	9
管内市町村	各 1	3 ～ 9	44
保健所	各 1	1 ～ 2	10
在宅医療を提供する 医療機関※1	管内市町村 1 ずつ	3 ～ 9	44
計		12～26※2	151

※1 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を想定

※2 **各保健所 3 名まで（区分問わず）適宜追加可**とする方針
（追加する構成員は上記以外の区分も可（例：福祉関係団体等））

以下の事項を協議するため、各地域医療構想調整会議に「在宅医療・介護連携ワーキンググループ」を設置し、毎年12月までに会議を開催して協議を行う。

●協議事項（想定）

地域のかかりつけ医機能の確保及び在宅医療提供体制の充実に係る次の各号に掲げる事項について協議する。

- (1) 現状の把握
- (2) 課題の整理、原因の分析
- (3) 前号の課題に対する具体的方策と役割分担の検討
- (4) その他必要な事項



「茨城県在宅医療連携体制検討会議」の役割を引継ぎ、同会議を廃止

<参考> 地域医療構想調整会議設置要綱（抜粋）

（ワーキンググループの設置）

第8条 調整会議に、専門の事項を調整審議させるため、会長が必要と認めるときは、ワーキンググループを置くことができる。

2 ワーキンググループに属すべき委員は、会長が指名するものとする。