資料１

新たな地域医療構想について

岩手県保健福祉部医療政策室

目次

1　国のガイドラインの概要・・・・・・・・・・・・・・・ 3
2　ガイドラインを踏まえたスケジュール・・・・・・・14
3　本県の医療需要の分析・・・・・・・・・・・・・・・18
4　人口減少に伴う症例数の動向等・・・・・・・・・・35
5　医療従事者数の状況等・・・・・・・・・・・・・・・47
6　医療アクセス及び受療動向・・・・・・・・・・・・62
7　構想区域設定に向けた整理・・・・・・・・・・・・66

1　国のガイドラインの概要

2040年に向けた地域医療構想について

背景

○ **2040年頃**に向けて、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。

○ 増加する**高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持**が求められる。

- 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能**に着目した**医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- 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

- 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

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や、必要病床数の運用の単位として、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

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

高齢者救急・地域急性期機能

・高齢者をはじめとした救急搬送の受入
・入院早期からのリハビリ･退院調整等の実施

急性期拠点機能

・人口20万～30万に１つを目安に確保
・手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

・地域での在宅医療の提供
・他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

・集中的なリハビリテーション、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　・広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

6

地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

年度	地域医療構想の策定と取り組みの進め方	
～2027年度上半期頃	現状・課題の把握	・基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有**する
	区域の設定	・現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し** ➢ 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 ⇒人口20万人以上を目安としながら検討 ➢ 必要病床数の運用 ⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定 ・設定した構想区域における必要病床数を算出する
	設定した区域の課題の把握	・入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定
～2028年度末	取組の決定	・**遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する ・その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する
～2035年度	取組の推進	・2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する

※ 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。

ガイドラインにおける構想区域に関連する記載＜抜粋＞

1　現状と課題

○　構想区域は、地域医療構想に基づき**医療提供体制の構築**を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のため、の２つの役割がある。

○　医療提供体制の構築に向けては、将来にわたっても、当該区域の医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、**急性期拠点機能の確保**の観点から、当該地域で**緊急手術**等の**急性期医療の需要**が**一定程度発生**し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要がある。

○　人口の少ない地域においては、**医療需要**は**減少**し、**医療従事者の確保**もますます**困難**となる。こうした中、2040年やその先に向けて、入院医療を提供する単位として**構想区域**が**成り立たなくなる**場合があることが課題となる。

2　協議の進め方

○　区域調整会議において、構想区域の設定に係る**課題を把握**し、現在の区域を維持しつつ、**隣接する区域**との**連携体制を構築**することや、隣接する区域と**統合**すること等について、**症例数**や**医療従事者**の確保、**患者のアクセス等**の複数の観点から、それぞれのメリット、デメリットを整理・比較しながら**対応案を検討**する。その上で、都道府県調整会議においても協議の内容や対応案を共有し、必要に応じて協議を行いながら、構想区域の設定を行う。

3　協議事項

○　都道府県は、将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として**一定の医療提供の完結**が可能か、都市部を中心とした人口が多く公共交通機関が発達している地域においては、協議する単位として適切であるか等の**課題を整理**する。

○　その上で、都道府県は、**課題がある構想区域**については、現在の区域の**維持**、隣接する区域との**統合**又は**再編**等の対応について検討する。

ガイドラインにおける急性期拠点機能の確保に関連する記載①＜抜粋＞

1　現状と課題

○　入院医療については、地域ごとに、人口構造の変化や医療資源の状況が異なり、人口規模ごとに抱える課題が異なる。それら課題を踏まえ、**医療需要**の変化等に対応した**持続可能な入院医療提供体制**を構築することが重要である。

○　具体的には、医療機関機能の確保に向けた協議を通じて、**手術**や**救急医療**等の**医療資源を要する医療**を提供する体制を、集約化等を通じて**どのように確保していくか**、高齢者救急の受入やリハビリテーション、在宅復帰、慢性期医療需要への対応について、どのような役割分担を行って対応していくか等、具体的な取組を検討する。

○　人口の少ない地域においては、高齢者人口及び生産年齢人口の減少が見込まれる中、高齢者救急も含め、急性期医療の**需要そのものが減少**する一方で、**医療従事者の確保も一層困難**となり、従来どおりの入院医療の提供を完結させることがますます困難となる。こうした限られた医療資源の中で、必要な急性期医療等の体制を維持することが重要である。

○　さらに、一部の地域においては、**自動車で一時間程度**等と離れた複数の同規模の生活圏域により構成され、それぞれの圏域において同程度の急性期医療を提供する医療機関が存在する場合があり、**アクセスの確保**の観点から、一方の医療機関への**集約に課題**がある場合がある。こうした場合には、各生活圏域内における当該医療機関が、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関として一定の入院医療体制を確保した上で、それぞれの圏域に近接する**他の構想区域**に所在する急性期拠点機能を担う医療機関と**連携**する等の対応を検討することも考えられる。

2　協議の進め方

○　**都道府県調整会議**においては、**データに基づき**、各地域の現状や将来の見込みに加え、区域ごとに提供できる医療の差異や区域間での流入、流出の状況の確認、他の都道府県との比較等も踏まえ、地域ごとの**課題を把握**するとともに、患者のアクセスへの支援、隣接する他都道府県との連携、**大学病院**本院による**人的協力**のあり方、各構想区域では**確保することが困難な医療**への対応等について**協議**する。

○　**区域調整会議**においては、当該区域の課題に応じて、**医療機関機能の確保**や、手術、救急医療等の医療資源を要する医療の**役割分担**、**病床の整備**、その他入院医療提供体制の確保に向けた課題について**協議**を行う。

ガイドラインにおける急性期拠点機能の確保に関連する記載②＜抜粋＞

3　協議事項

○　急性期拠点機能の確保の目的は、**手術等の急性期医療を集約して提供**していくこと、また、急性期医療に従事する医師等について、都道府県と大学との連携により確保していくことで、地域において質の高い医療を提供するとともに、医療従事者も持続可能な働き方を確保し、地域における効率的な医療提供体制を構築していくことにある。

○　急性期拠点機能を担う医療機関については、**2040年の人口推計**をもとに、**人口20万人から30万人程度**につき一か所程度を目安に確保する。

○　区域における急性期拠点機能を担う医療機関数を検討するに当たっての具体的な考え方は以下のとおり。

・　地方都市型の区域や人口の少ない区域においては、**診療実績が同程度**の複数の急性期医療機関が存在する場合があるが、現状の診療実績が同程度であることを理由として、**急性期拠点機能**を当該**複数か所**確保するといった進め方は**適切ではない**。区域内での相対的な順位を確認するだけでなく、医師数当たりの症例数や人口当たりの手術件数等を、他の区域において急性期拠点機能を担いうる医療機関と比較することで、全国的に見て、当該区域内の**急性期医療**の提供が**効率的**か、将来に向けた集約化の必要性があるか等を併せて検討する必要がある。

・　人口規模が限られた構想区域であって、構想区域に係る協議を踏まえてもなお、地理的な要因等により**広域化等の見直しを行わない**こととした場合には、当該区域において一定の医療の完結を見込むことが困難であると考えられる。当該区域内においては、**急性期拠点機能**の確保は前提とせず、**隣接する区域と一体的に確保**することを検討する。この場合、当該区域内では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保することとし、当該医療機関が一部の頻度の高い疾患等を中心に、一定程度の急性期医療を担えるよう、連携・再編・集約化の取組や医師の確保等の取組を検討する。

○　以下のような場合については、医療機関間の**連携・再編・集約化**等を念頭に置いた上で、急性期拠点機能以外の医療機関機能を担っていくことを検討する必要がある。

・　**診療実績**等が相対的に低く、人材確保等の制約から、将来的には、手術等の急性期医療は、当該区域内の他の急性期医療機関や、隣接区域において急性期拠点機能を担う医療機関に集約して行っていくことが現実的であると考えられる場合

ガイドラインにおける病床機能の確保に関連する記載＜抜粋＞

1　病床整備の方向性

○　都道府県は、入院医療提供体制の確保に当たり、**必要病床数**及び**病床機能報告**の状況を踏まえながら、地域における病床数のあり方について検討する。この際、入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としては**ダウンサイズ**を進めつつ、今後**需要の増加**が見込まれる**包括期機能**の病床を中心に、**必要な機能**の病床を**整備**していくことが重要である。

○　病床整備の取組の検討に当たっては、病床機能のみならず、医療機関機能とも整合性を図る必要がある。具体的には、前記①で述べた、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能等の確保に向けた協議を踏まえた上で、各医療機関が担う役割に応じた形で病床機能の分化・連携を進めることが重要である

2　病床整備の留意点

○　**病床機能報告**に基づく病床数と**必要病床数**や基準病床数の関係については、Ⅰ．４．のとおりであり、両者の数値を比較し、マクロの病床規模を把握していくことは引き続き重要である一方、その差分には、**病棟単位**と**病床単位**での差分等が含まれていることには留意が必要である。入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、**差分**があることをもって直ちに**増床等が必要**と判断することは**適当ではない**。

ガイドラインにおける外来医療に関連する記載＜抜粋＞

1　現状と課題

・　外来医療については、人口の少ない地域を中心として、**人口減少**に伴う**外来医療需要の減少**により、小児科や産婦人科をはじめとした**一部診療科**の**維持が困難**となりつつあるほか、**診療所医師の高齢化**による**診療所の維持困難**、休日・夜間の初期救急体制の確保困難、専門的な外来機能の不足等、**様々な課題**が生じはじめている。

・　更なる人口減少が進む2040年を見据え、従来どおりの提供体制を前提とすることが難しくなる地域については、診療所の状況等を踏まえながら、地域の**医師会**等との連携や**病院**が補完的に役割を担うこと等により、限られた医療資源の中で**持続可能な外来医療提供体制**を構築することが求められる。

2　協議の進め方

・　外来医療に関する協議については、まず、都道府県調整会議において、**地域ごとの課題を把握**していく。具体的には、構想区域ごとに、将来推計人口、**外来医療の需要**の見込み、医療機関の配置状況、休日・夜間の診療体制、診療所の継続性、オンライン診療の活用状況等のデータ、かかりつけ医機能報告等を踏まえ、各構想区域において、**将来に向けた**外来医療の**提供体制に課題**がある地域が存在するか等を把握する。

・　そうした上で、課題に対する取組として、都道府県、市町村、医療関係者等が連携し、診療所を中心に、必要に応じて**病院も含めた地域全体**での**外来医療提供体制の構築**、**患者のアクセス支援**、**効率的な外来医療の提供**のあり方等について検討していく。

3　協議事項

① 休日・夜間も含めた**持続可能**な外来医療提供体制の構築
② **患者のアクセス**の確保
③ **効率的**かつ効果的な外来医療提供の推進

ガイドラインにおける在宅医療に関連する記載＜抜粋＞

1　現状と課題

・　今後、**医療と介護**の複合ニーズを抱える**高齢者人口の増加**に伴い、**在宅医療の需要**は**増加**していくことが見込まれる。一方、在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があることから、今後増加が見込まれる在宅医療の需要についても、そのすべてを在宅医療で受け止めるものではなく、広く**慢性期医療の需要**として、地域の実情に応じて、**療養病床**のほか、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームといった**介護保険施設**を含む地域の**既存資源を組み合わせて**対応していくことが必要である。

2　協議の進め方

・　地域医療構想の協議の枠組みとしては、都道府県の規模や検討体制等を踏まえ、都道府県調整会議又は区域調整会議において、まず、**将来の見込み**や**基本的な課題**を**把握**する。具体的には、構想区域ごとに、将来推計人口、在宅医療需要を含めた**慢性期の医療需要**の見込みを把握するとともに、慢性期の医療需要に対応するための**在宅医療**や**療養病床**、**介護保険施設**の**資源を把握**し、全国的な比較も行った上で、**どの程度在宅医療を提供**していくかの方向性を検討する。

・　そして、これまで在宅医療を担ってきた医療機関のみで**そうした提供が可能か**、在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割として、在宅医療の提供や在宅医療の後方支援がどの程度必要か、**介護資源**等を併せて**どのように活用**していくか等について整理していく。

・　そうした上で、在宅医療等連携機能を担う医療機関が担う**具体的な役割**や当該機能を担う**医療機関の確保**の方向性を検討するとともに、地域ごとの個別の課題に対する取組として、休日・夜間を含む急変時対応に地域で適切に対応できる**連携体制の構築**、**効率的な在宅医療の提供**のあり方等について検討する。

3　協議事項

①　慢性期の医療提供体制の**一体的な確保**
②　地域における**24時間の提供体制**の構築
③　**効率的**かつ効果的な在宅医療提供体制の整備

ガイドラインにおける介護との連携に関連する記載＜抜粋＞

1　現状と課題

・　今後、**高齢者人口の増加**に伴い、**医療と介護の複合ニーズ**を有する者、**認知症**を有する者等が**増加**することが見込まれる。このため、入院医療、在宅医療、介護保険施設が、それぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制を確保することが課題となる。

2　協議の進め方

・　介護との連携に関する協議については、都道府県調整会議又は区域調整会議において、まず、将来の見込みや基本的な課題を把握する。具体的には、**慢性期の医療需要**の見込みに加え、**医療・介護資源の状況**を把握した上で、当該区域の課題を把握する。

・　**慢性期の医療需要**の受け皿の整備については、療養病床、在宅医療及び介護保険施設を一体的に検討することが必要である。地域ごとにそれぞれの資源の状況が異なることから、現在の整備の状況や全国的な比較等も踏まえつつ、地域全体として**どのような組合せにより受け止めるか**という観点から協議を行う。

・　介護との連携に係る個別の課題については、**入院中の患者**の**早期退院**に向けた取組並びに**高齢者施設入所中**及び**在宅療養中**の利用者が**適切な医療**を受けることができる体制の整備の観点から協議を進める。

3　協議事項

①　慢性期の医療提供体制の**一体的な確保**
②　**医療と介護**の相互理解に基づく**切れ目のない退院・療養支援体制**の構築

ガイドラインにおける人材確保に関連する記載＜抜粋＞

1　現状と課題

・　今後、地域によっては**医師の確保が一層困難**となることが想定される。また、手術等の急性期医療の需要が相対的に減少する一方で、高齢者救急や在宅医療の需要は増加が見込まれる。このため、単に医師数の多寡のみを問題とするのではなく、医療機関機能に応じた医療機関の役割分担の内容を踏まえつつ、**どの地域に**、**どの診療領域**の医師を、**どの程度**重点的に確保するかが課題となる。

2　協議の進め方

・　区域調整会議において医療機関機能の確保に関する協議を進めていく中で、**医師の配置状況**等のデータを踏まえつつ、当該区域において**どの医療機関**に、**どの診療領域**の医師が、**どの程度**必要となるかを把握する。

・　そうした上で、都道府県調整会議において、構想区域ごとの医療機関機能等に係る協議の状況を踏まえ、**大学病院**本院による人的協力のあり方、**地域枠医師等の活用**の方向性、**構想区域を越えて**確保すべき診療領域の医師の確保の方向性等について協議を行う。特に、**急性期拠点機能**を担う医療機関への**外科医、麻酔科医等の派遣**、区域内では完結的に確保することが困難な専門的医療を支える医師の確保、人口の少ない地域等への代診医の確保等については、都道府県全体の観点から整理することが重要である。

3　協議事項

①　医師等の確保について

・　**急性期拠点機能**を担う医療機関において必要となる**外科医**、**麻酔科医**等の確保、**高齢者救急・地域急性期機能**を担う医療機関において必要となる**内科系医師**等の確保について、都道府県は**大学病院**本院と**連携**しながら**検討**していくことが必要である

②　大学病院本院との連携

・　都道府県は、地域医療構想に基づく医療提供体制の確保に当たり、**大学病院**本院と密接に**連携**し、地域に必要な人的協力等のあり方を整理する。

・　具体的な連携に当たっては、都道府県は、構想区域ごとの協議を踏まえ、**どの区域**において、**どの医療機関機能**の確保のために、**どのような診療領域**の医師が必要となるかを整理し、大学病院本院と**共有**することが重要である。一方、大学病院本院は、こうした地域の必要性を踏まえ、教育及び研究への影響も勘案しつつ、**急性期拠点機能**を担う医療機関への**外科医**、**麻酔科医**等の派遣、**高齢者救急・地域急性期機能**を担う医療機関への**内科系医師**等の協力、へき地や人口の少ない地域における代診医の確保等について、都道府県と調整を行う。

2　ガイドラインを踏まえたスケジュール

スケジュール　～主な論点ごとのスケジュール～

○　令和８年度は、**構想の前提となる構想区域について検討を進め、区域の決定後、各論点に係る取組の方向性について本格的な議論を行っていく。**

○　なお、**構想区域については、国の方針を踏まえ、令和11年度に策定予定の次期保健医療計画における二次保健医療圏へ反映する予定。**

<国の想定スケジュール>

項目		R8	R9	R10	R11	R12
★ 新たな地域医療構想（～2040）		構想の検討・策定			構想の推進	
論点	構想区域	区域の検討				
	医療機関・病床機能報告（見込み）	◎照会10月 ⇒報告11月	◎照会10月 ⇒報告11月	◎照会10月 ⇒報告11月		
	医療機関機能の確保	データの整理等	地域医療構想調整会議における議論等	地域医療構想策定		
	病床機能の確保		機能分化・連携の議論等			
	外来医療		持続可能な提供体制の検討			
	在宅医療		慢性期需要等の見込の共有 介護との連携に係る議論等			
	介護との連携					
	人材確保		各職種の確保対策を検討等			
	精神医療	国でガイドライン検討	ガイドライン・報告等を踏まえた協議等			
★ 保健医療計画（2024-2029）		中間見直し　第８次医療計画			次期計画の検討・策定	第９次

主な論点を検討する会議体

（参考）地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

都道府県

医療計画

都道府県医療審議会
・都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議
【医療法第72条】

医師確保計画

地域医療対策協議会
・医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議
【医療法第30条の23】

作業部会（医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置）
・５疾病・６事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議
【医療計画作成指針】

地域医療構想

地域医療構想調整会議
（都道府県単位）
・各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
・構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

医療計画

外来医療計画
（外来・かかりつけ医機能）

連携

圏域

圏域連携会議（必要に応じて設置）
・必要に応じ圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議
【医療計画作成指針】

地域医療構想調整会議
（構想区域単位）
・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、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について協議
【医療法第30条の14】

外来医療の協議の場
（二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置）
・外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
・対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

かかりつけ医機能の協議の場
・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

【医療法第30条の18の５】

医療及び介護の体制整備に係る協議の場
（二次医療圏単位での設置が原則）
・医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議
・地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能
【総合確保方針】

在宅医療・介護連携推進事業に係る協議の場
・在宅医療・介護連携推進事業において、在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策について協議
【地域支援事業実施要綱】

15

出典：令和８年７月28日　地域医療構想策定ガイドラインに係る都道府県説明会資料

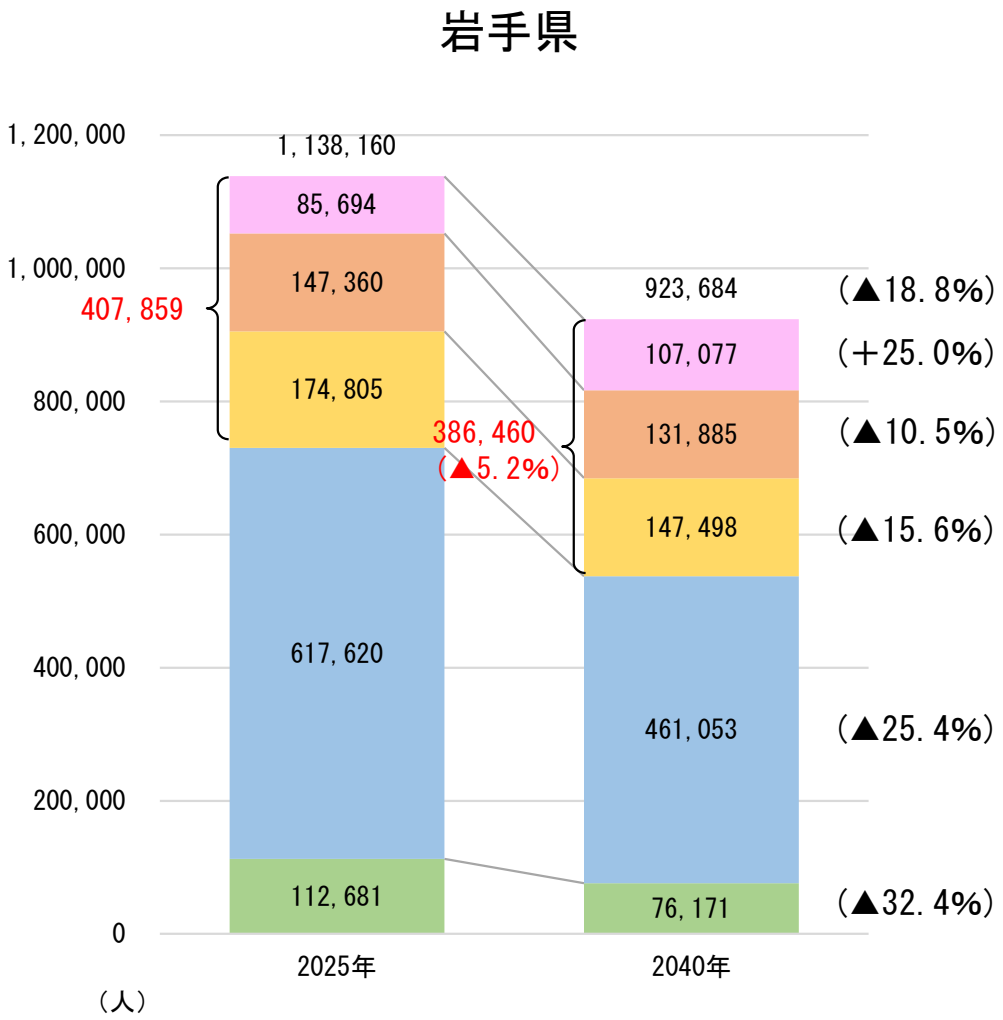
スケジュール　～構想区域設定に向けたR8スケジュール案～

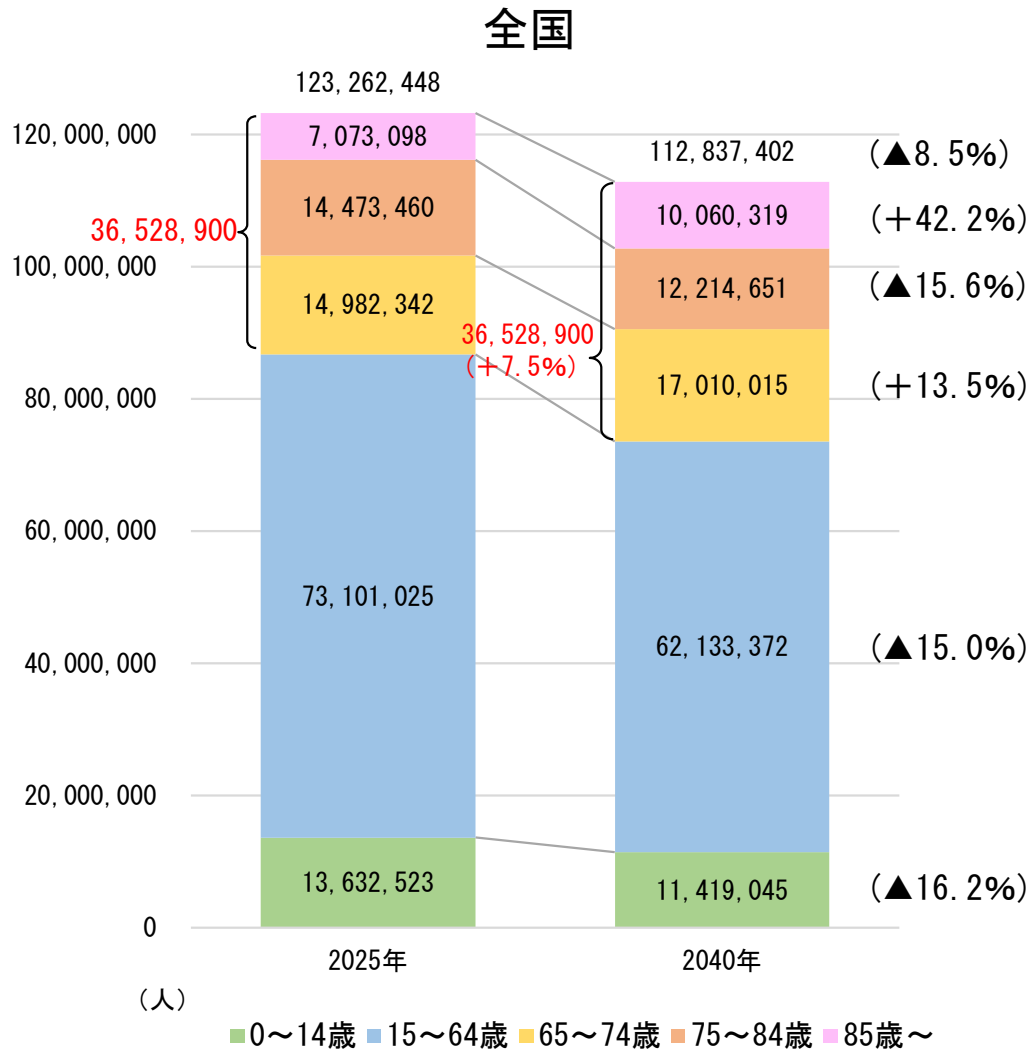
年度	R8								
	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療 計画部会		区域 課題整理 ①	区域 課題整理 ②		区域検討 ①		区域検討 ②		
医療 審議会			区域 課題整理		区域検討 ①			区域検討 ②	
調整会議		第１回調整会議			第２回調整会議				

3　本県の医療需要の分析

人口推計

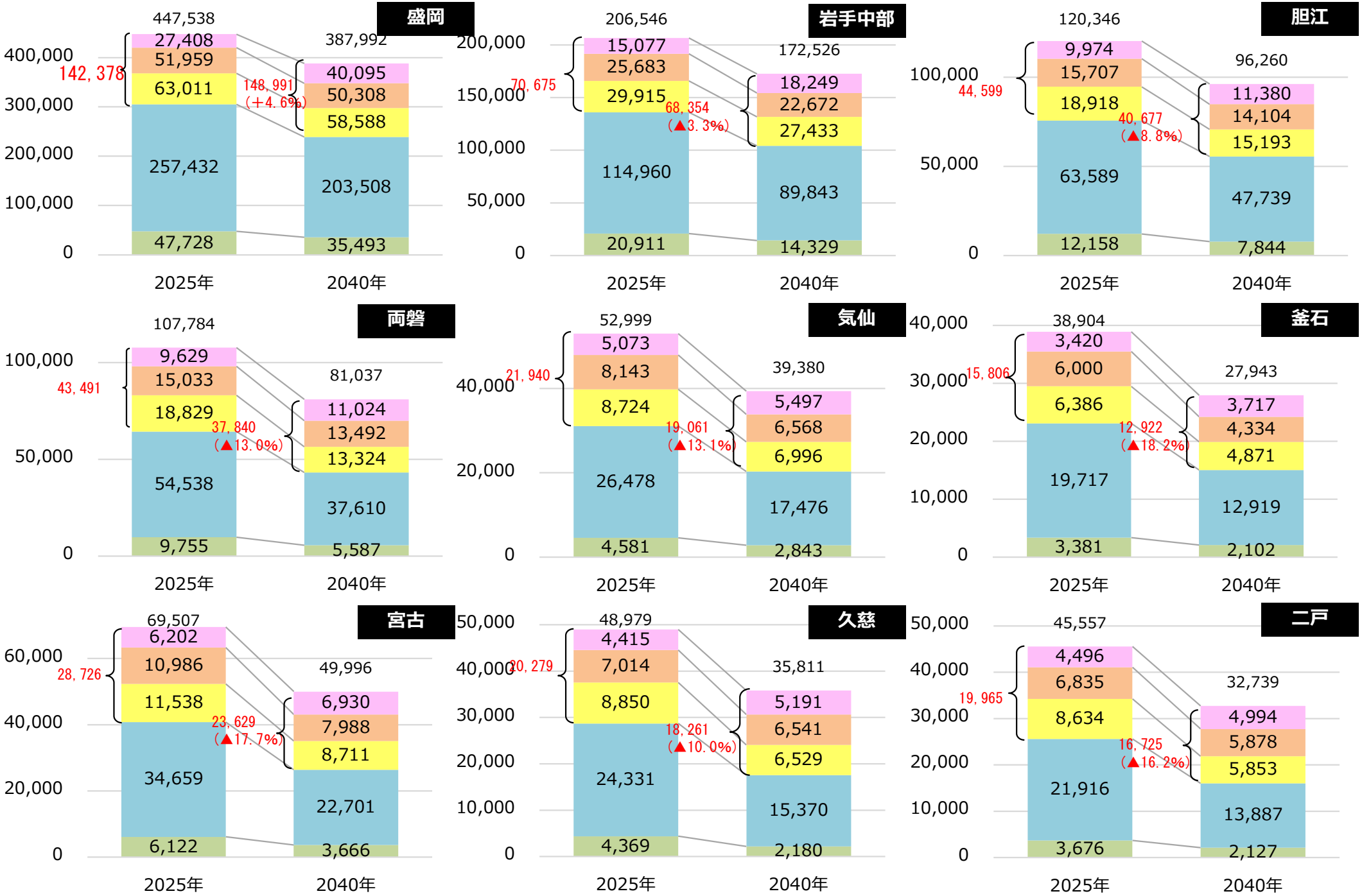
○　国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、岩手県全体の人口は、2025年から2040年までの15年間で、▲214,476人（▲18.8%）。
○　年齢構成別に見ると、85歳以上人口：＋21,383人（＋25.0%）、65歳以上人口は：▲21,399人（▲5.2%）、生産年齢人口（15～64歳）：▲156,567人（▲25.4%）。





※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 令和５(2023)年推計」を基に岩手県保健福祉部医療政策室において作成。

2040年の構想区域別人口推計



※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 令和5(2023)年推計」を基に医療政策室において作成

【医療需要】少子高齢化の進展（小括）

主なポイント

○　2040年に向けて岩手県の人口は約19%が減少

○　全ての構想区域で人口が減少していくことが見込まれる。

○　65歳以上人口は、盛岡区域以外は減少が見込まれており、既に高齢者人口は減少に転じている区域もある。

○　85歳以上人口は、全ての区域で増加していくため、医療・介護ニーズは高まっていくと見込まれる。

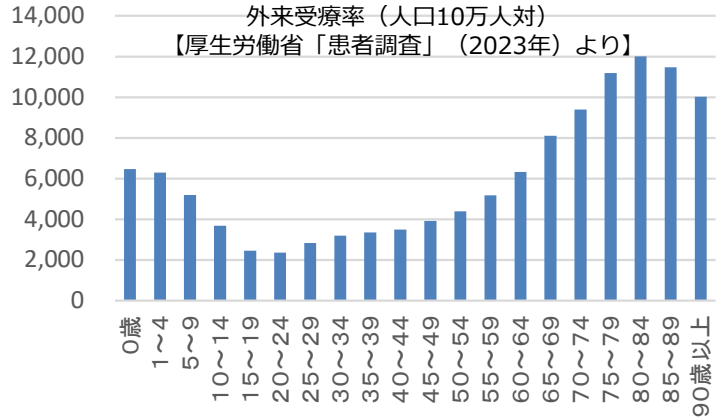
【医療需要】1月あたりの外来患者数の将来見通し

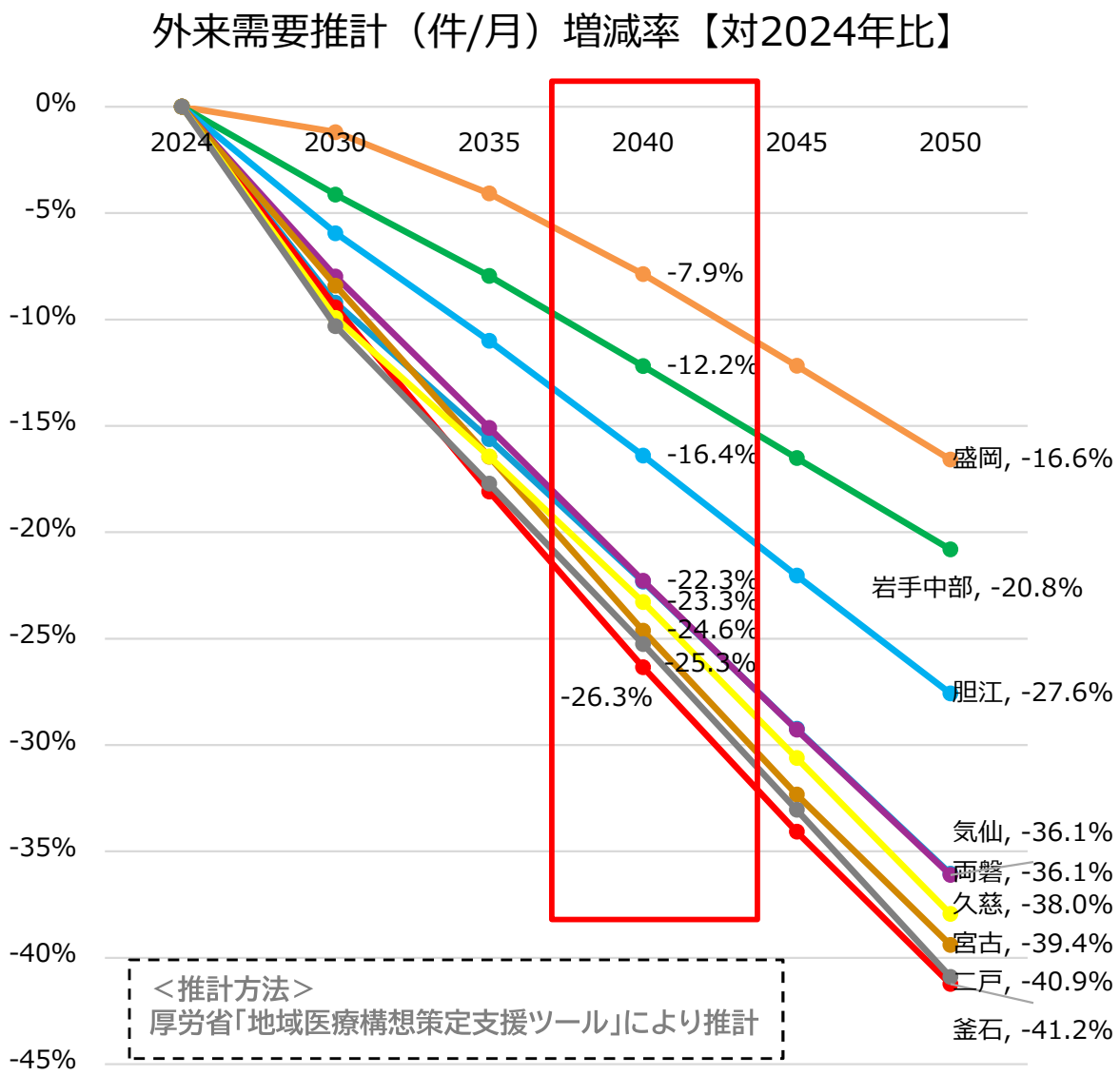
○　本県における１月あたりの外来患者数について、厚労省から提供されたデータによれば、すべての区域において減少していく見込み。

【１月あたりの外来患者数】

（単位：人）

構想区域	2024年	2040年	増減
全県	807,610	692,920	△114,691
盛岡	335,891	309,464	△26,427
岩手中部	148,323	130,235	△18,089
胆江	86,744	72,508	△14,236
両磐	80,676	62,658	△18,018
気仙	33,108	25,730	△7,377
釜石	24,794	18,262	△6,532
宮古	44,110	33,246	△10,864
久慈	24,538	18,824	△5,714
二戸	29,426	21,992	△7,434



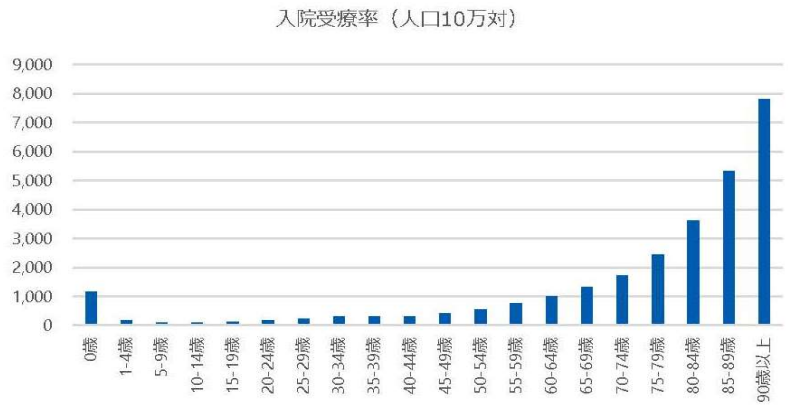


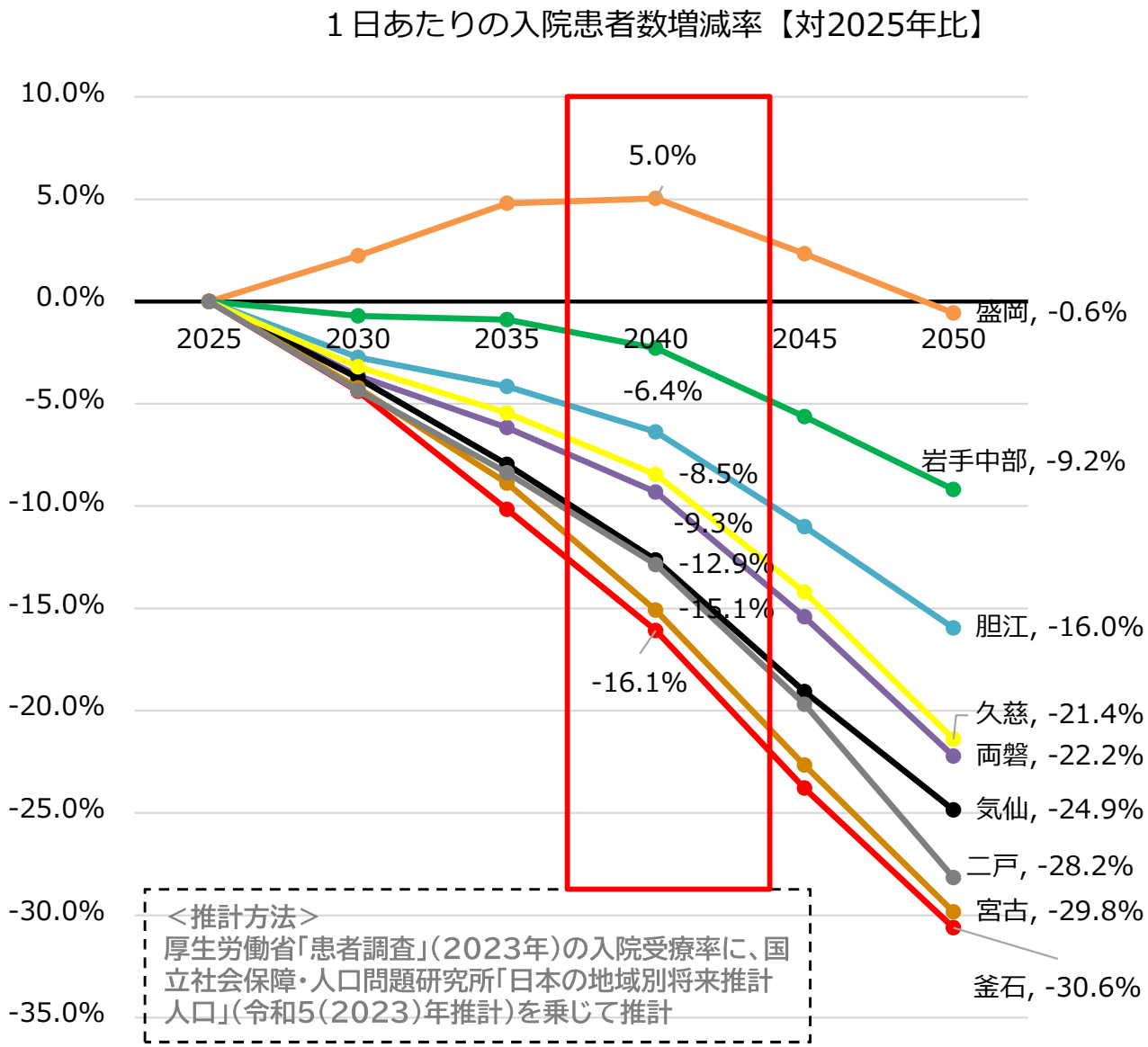
【医療需要】１日あたり入院患者数の将来見通し

○　本県における１日あたりの入院患者数は、入院受療率（患者調査）及び人口推計（社人研）に基づき、本県で推計した結果、盛岡区域は概ね横ばいであるが、その他の区域は、減少していく見込み。

【1日あたりの入院患者数】　（単位:人）

構想区域	2025年	2040年	増減
全県	12,078	11,646	△432
盛岡	4,321	4,539	+218
岩手中部	2,132	2,083	△49
胆江	1,317	1,233	△84
両磐	1,246	1,130	△116
気仙	639	558	△81
釜石	456	383	△73
宮古	825	700	△125
久慈	577	528	△49
二戸	561	489	△72





出典:厚生労働省「患者調査」(2023年)

【医療需要】手術件数の将来見通し

○　本県における手術件数は、NDBデータ等に基づき株式会社日本経営が試算した結果、すべての区域で減少していく見込み。

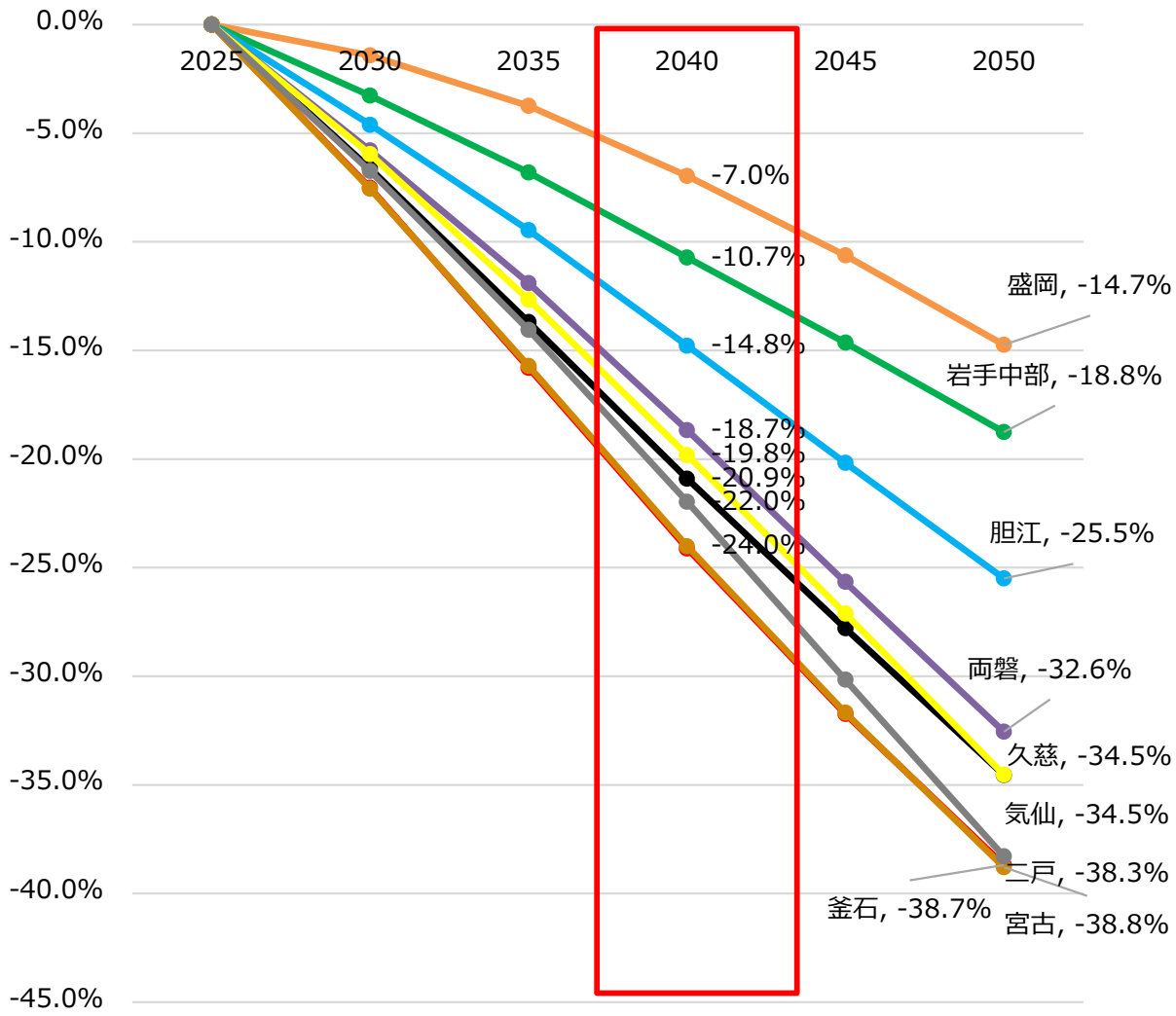
【年間の手術件数】

（単位：人）

構想区域	2025年	2040年	増減
全県	181,854	157,680	△24,174
盛岡	68,434	63,663	△4,771
岩手中部	32,364	28,892	△3,472
胆江	19,417	16,545	△2,872
両磐	17,976	14,619	△3,357
気仙	9,049	7,157	△1,892
釜石	6,590	5,000	△1,590
宮古	11,833	8,991	△2,842
久慈	8318	6,670	△1,648
二戸	7,873	6,143	△1,730

＜推計方法＞
・「人口推計（2023年10月1日現在）」（総務省統計局）および第10回NDBオープンデータ（厚生労働省）
・2023年4月～2024年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
・その発生率と「日本の地域別将来推計人口　令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

手術件数増減率【対2025年比】



※　出典元：医療需給総覧（岩手県各圏域）（株式会社日本経営）の数値をもとに作成

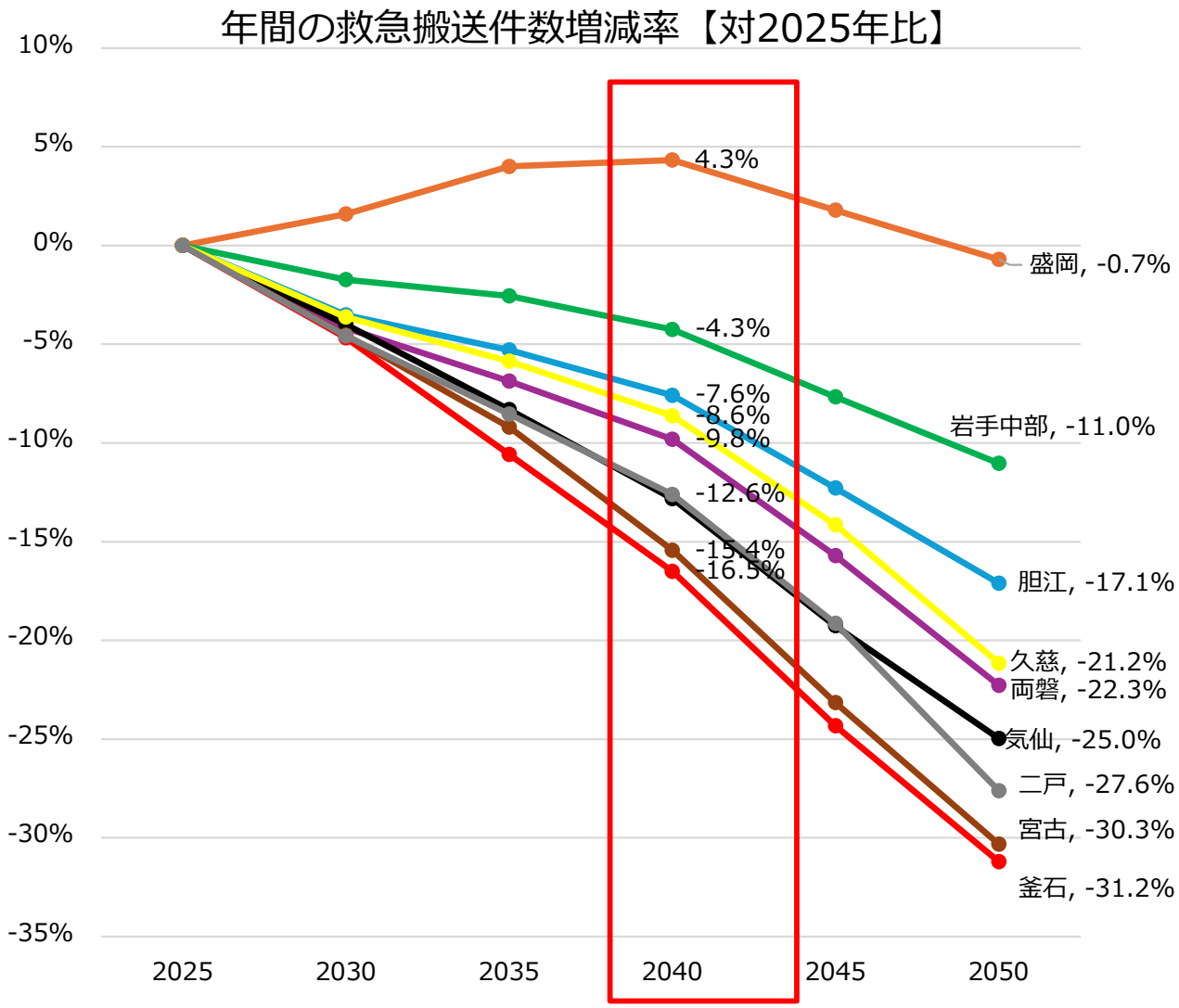
【医療需要】救急搬送件数の将来見通し

○　本県における救急搬送件数は、年齢別搬送率（岩手県消防防災年報）及び人口推計（社人研）に基づき本県で試算した結果、盛岡区域は2040年にピークを迎える見込みであるが、増加率は低くほぼ横ばい。その他の区域は、今後減少していく見込みである。

【年間の救急搬送件数】

（単位：人）

構想区域	2025年	2040年	増減
全県	50,402	48,214	△2,188
盛岡	18,200	18,988	＋788
岩手中部	8,949	8,568	△381
胆江	5,502	5,084	△418
両磐	5,157	4,651	△506
気仙	2,635	2,296	△339
釜石	1,884	1,573	△311
宮古	3,404	2,878	△526
久慈	2,370	2,165	△205
二戸	2,302	2,011	△291



○推計条件
　年齢区分別の全国及び本県の搬送率を踏まえて、以下のとおり搬送率を設定し、当該搬送率を推計人口に乗じて算出。
＜推定年齢別搬送率＞
　0歳～64歳：1.9%、65歳～74歳：4.2%、
　75歳～84歳：9.1%、85歳以上：18.6%

※2025年は病床機能報告数値とし、2030年以降の数値は「令和6年消防防災年報（岩手県）」により、年齢別搬送率を算出し、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」（令和5（2023）年推計）を乗じて推計

【医療需要】医療需要の変化（小括）

主なポイント

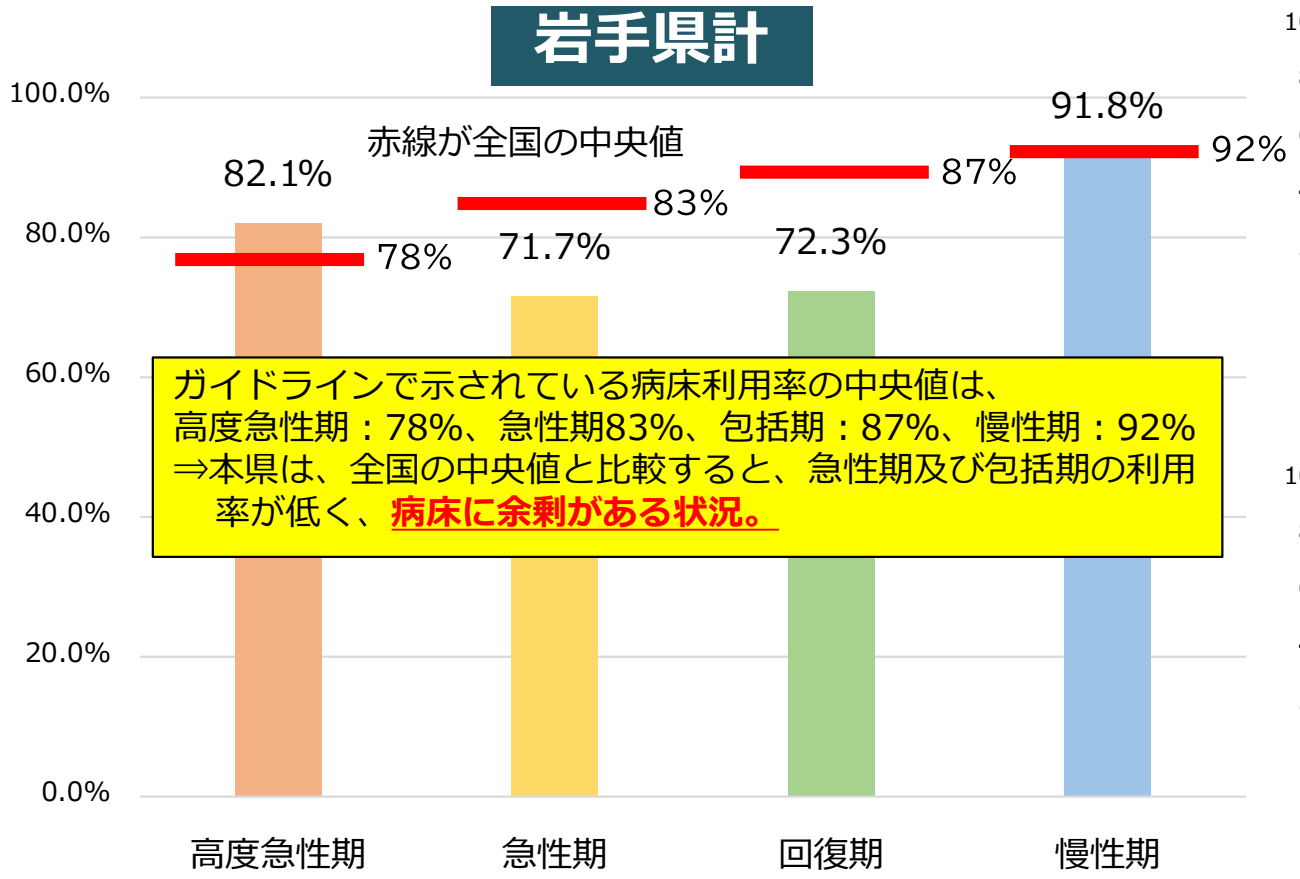
○　外来患者数は、全ての区域で減少していく見込み。

○　入院患者数は、盛岡区域を除く区域では減少していく見込み。盛岡区域についても、増加率は低くおおむね横ばい。

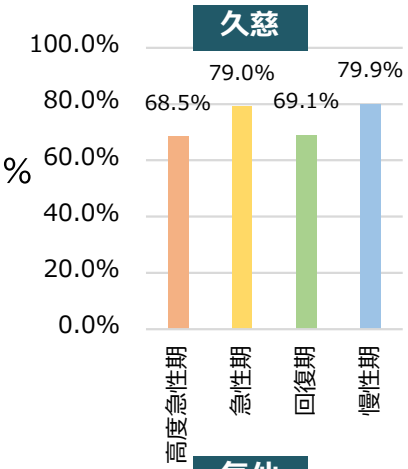
○　手術件数は、全ての区域で減少していく見込み。

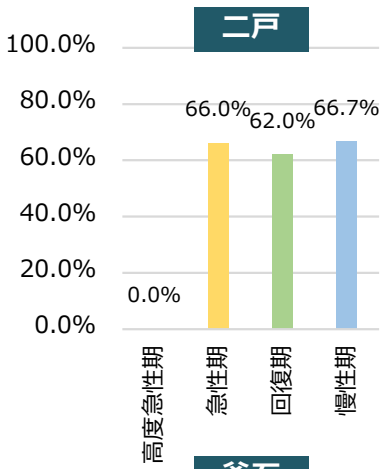
○　救急搬送件数は、盛岡区域を除く区域では減少していく見込み。盛岡区域についても、増加率は低くおおむね横ばい。

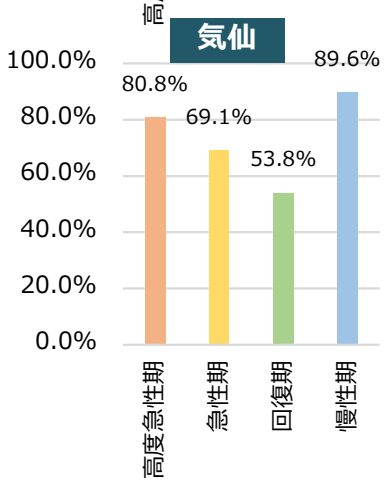
圏域ごとの機能別病床利用率（令和６年度の状況）

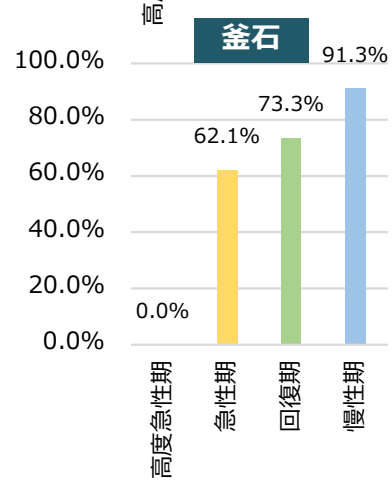


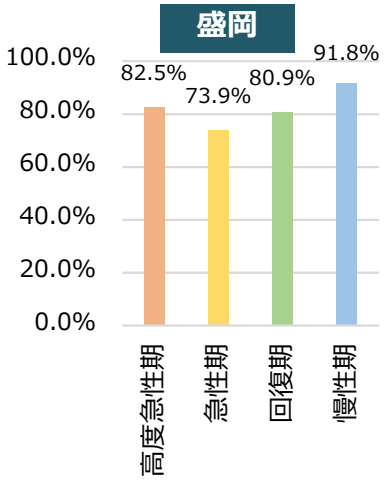
ガイドラインで示されている病床利用率の中央値は、
高度急性期：78%、急性期83%、包括期：87%、慢性期：92%
⇒本県は、全国の中央値と比較すると、急性期及び包括期の利用率が低く、**病床に余剰がある状況。**

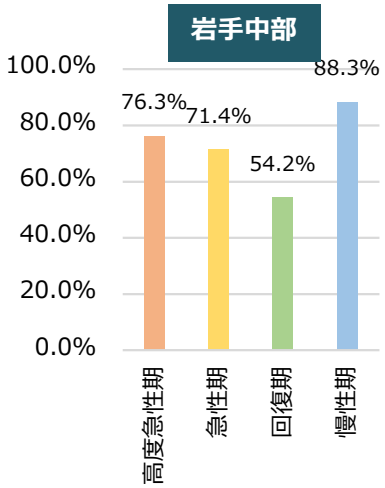


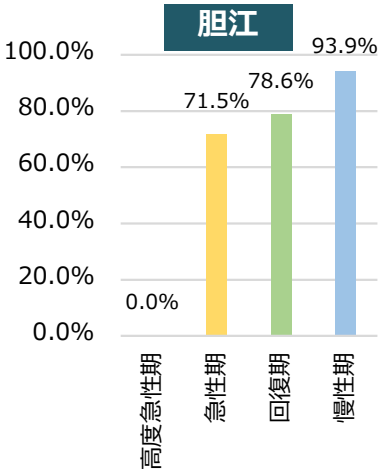


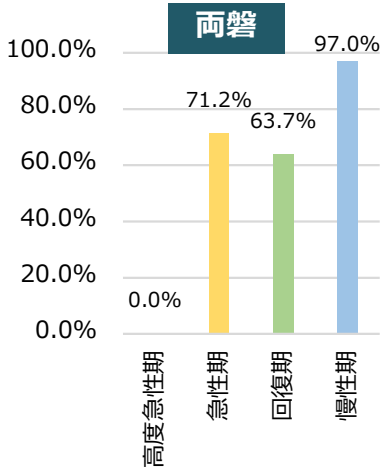


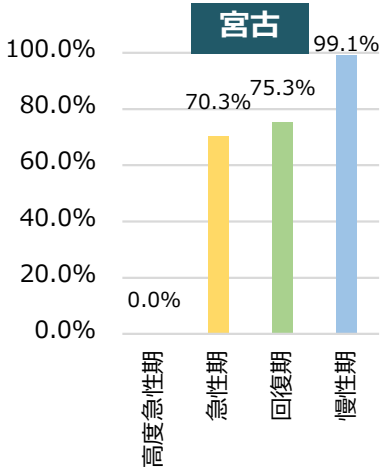






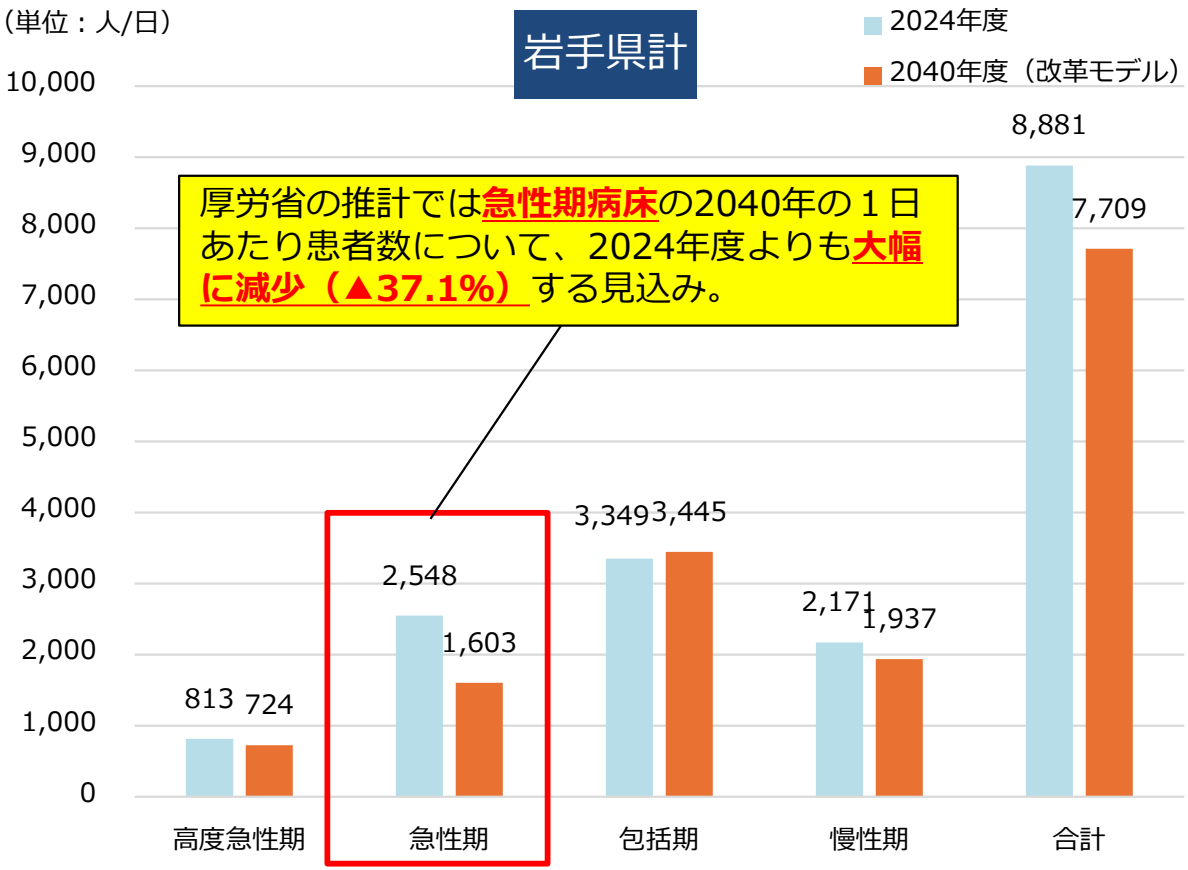




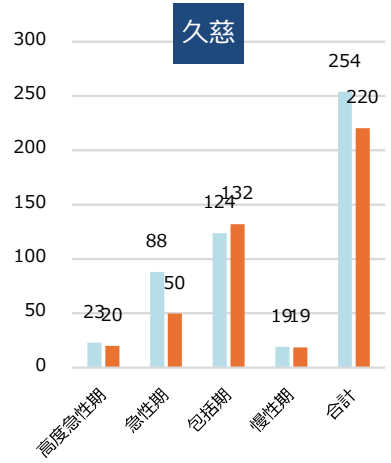


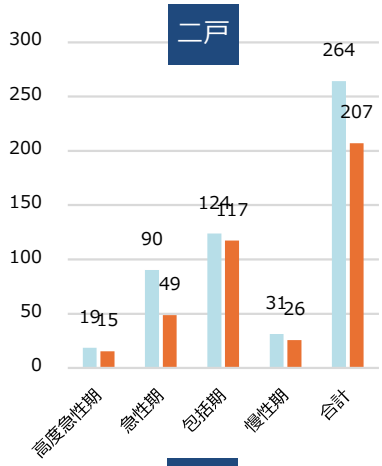
※　厚生労働省「令和７年度病床機能報告」の公表データを「在棟患者延べ数÷（許可病床数×365日）」で機械的に計算したもの。

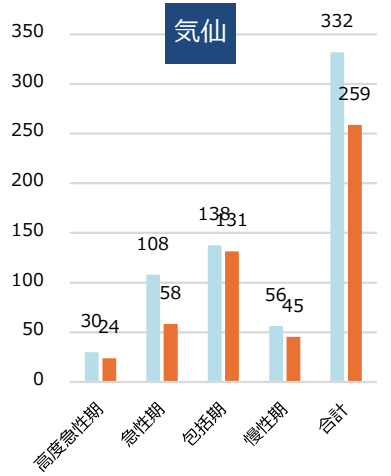
構想区域ごとの１日あたり患者数の見通し

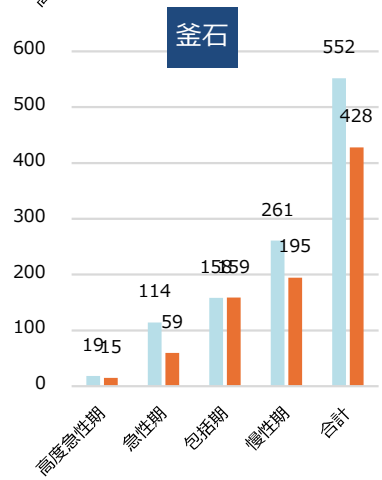


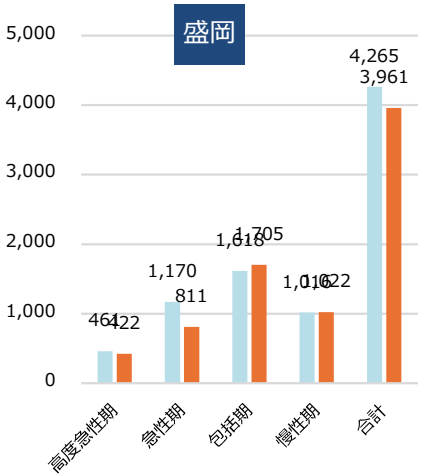
厚労省の推計では**急性期病床**の2040年の１日あたり患者数について、2024年度よりも**大幅に減少（▲37.1%）**する見込み。

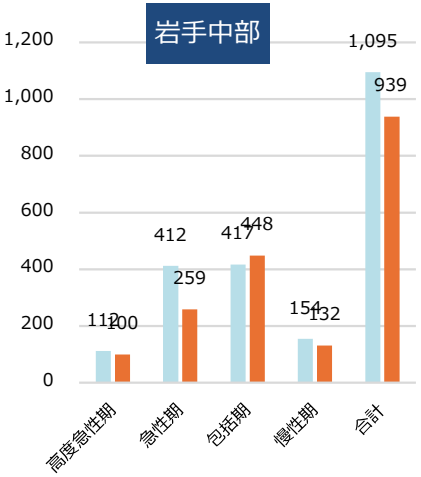


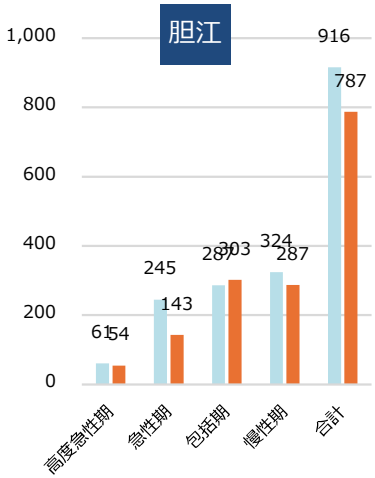


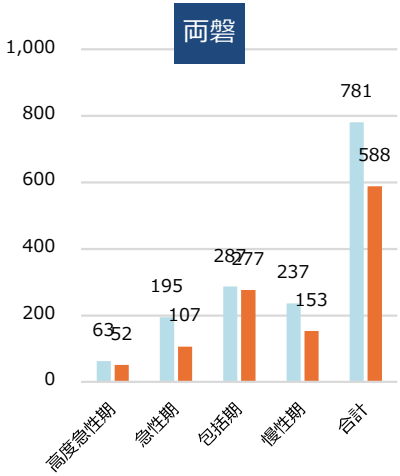


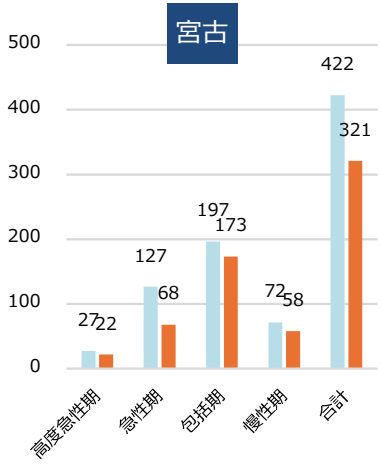






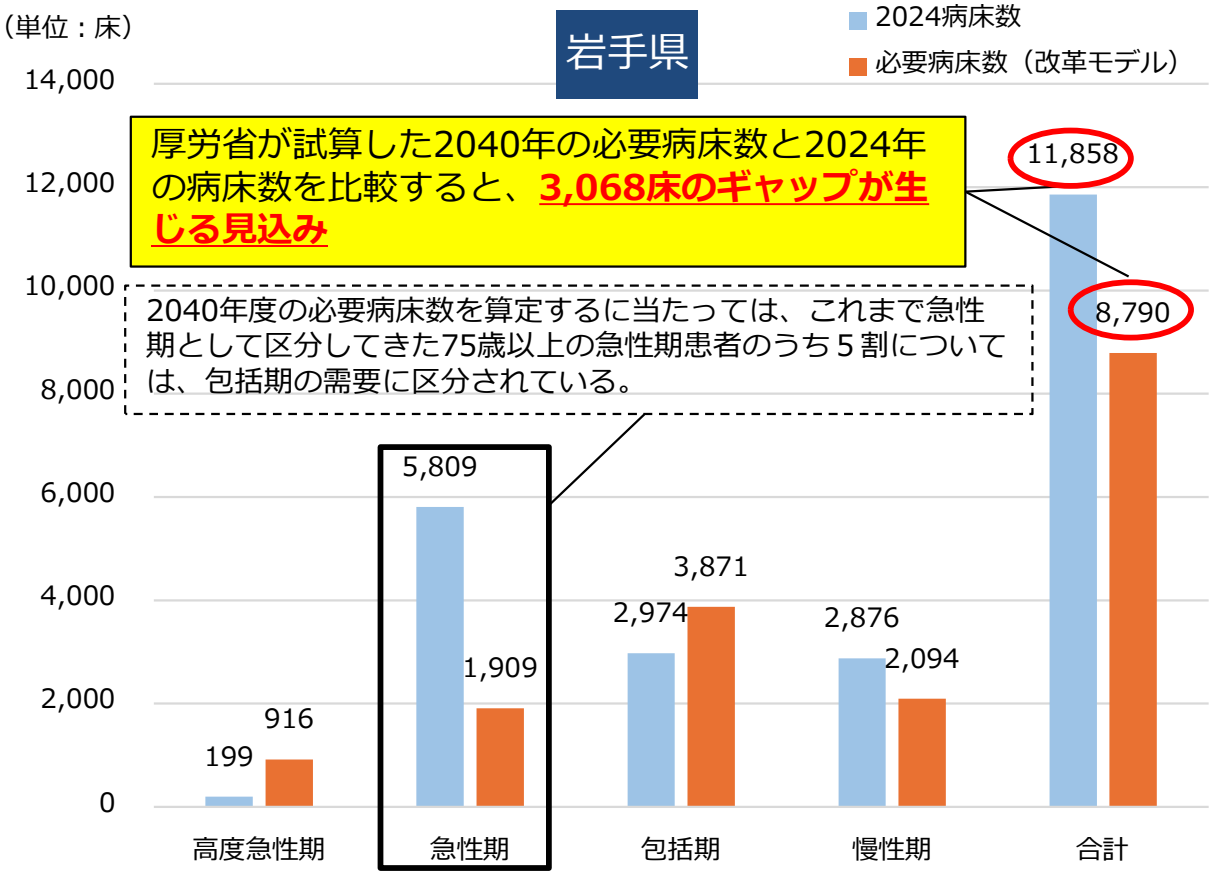


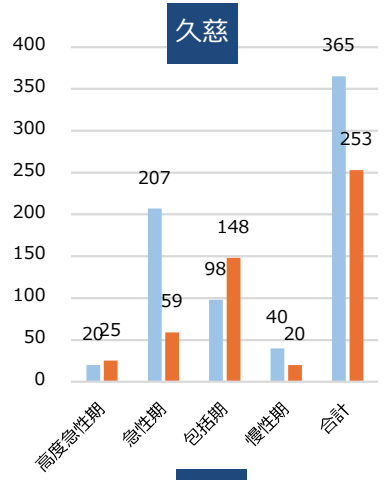


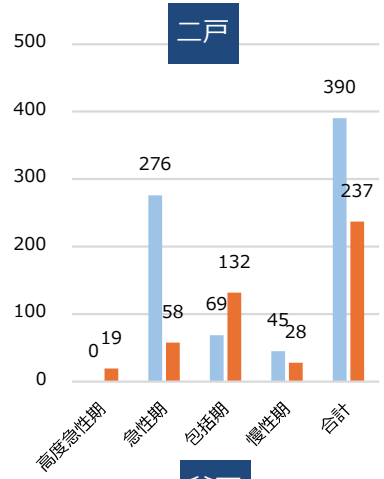


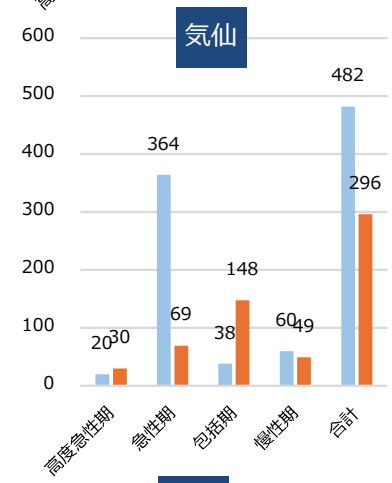
※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

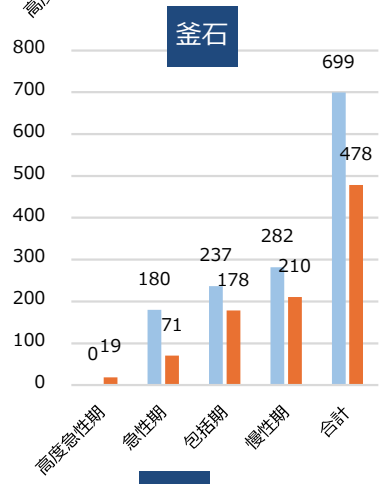
2024年病床数と2040年必要病床数の比較

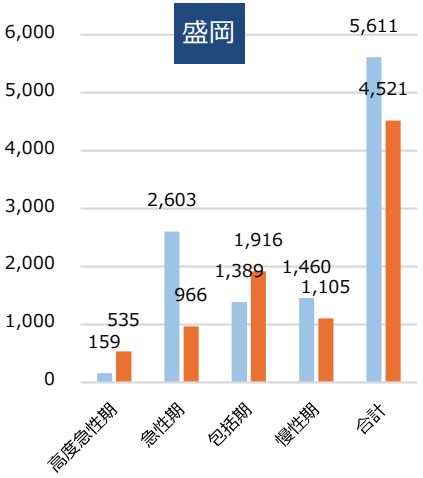


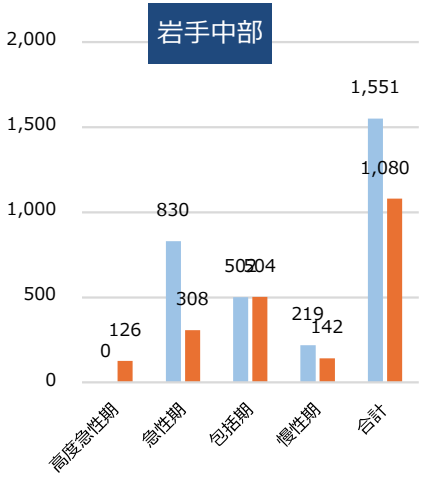


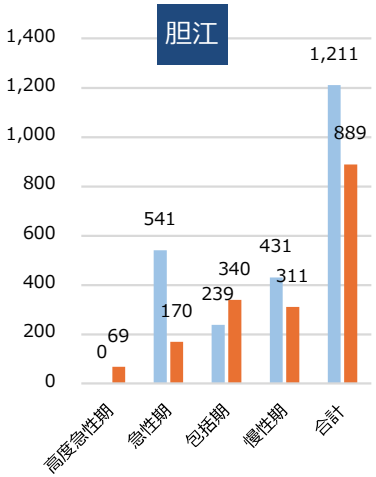


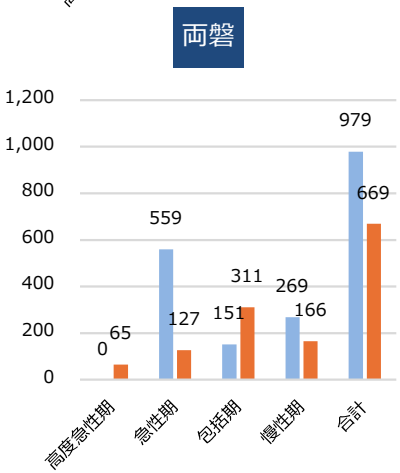


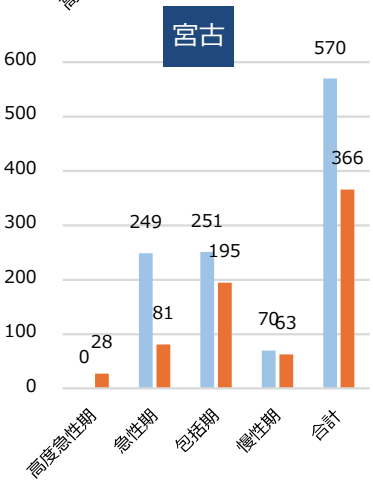












※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

【医療需要】病床機能の見直し（小括）

主なポイント

○　本県全体のR6病床利用率と全国中央値の病床利用率を比較すると、次のとおりであり、急性期病床及び回復期病床が全国よりも病床利用率が低く、病床に余剰がある状況。

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
岩手県全体①	82%	72%	72%	92%
全国中央値②	78%	83%	87%	92%
②－①	△4%	+11%	+15%	±0%

○　病床機能別の１日あたり患者数については、2024年の本県計と厚労省が試算した2040年の見込みを比較すると、次のとおりであり、急性期の患者数が大きく減少する見込み。

	高度急性期	急性期	包括期	慢性期
患者数/日（2024年）①	813	2,548	3,349	2,171
患者数/日（2040年）②	724	1,603	3,445	1,937
②－①	△89	△945	+96	△234

○　本県全体のR5病床数と2040年の必要病床数を比較すると、次のとおりであり、急性期病床・慢性期が現状のままでは過剰、包括期が不足する見込み。

	高度急性期	急性期	包括期	慢性期
2024年病床数①	199床	5,809床	2,974床	2,876床
2040年必要病床数②	916床	1,909床	3,871床	2,094床
②－①	＋717床	△3,900床	＋897床	△782床

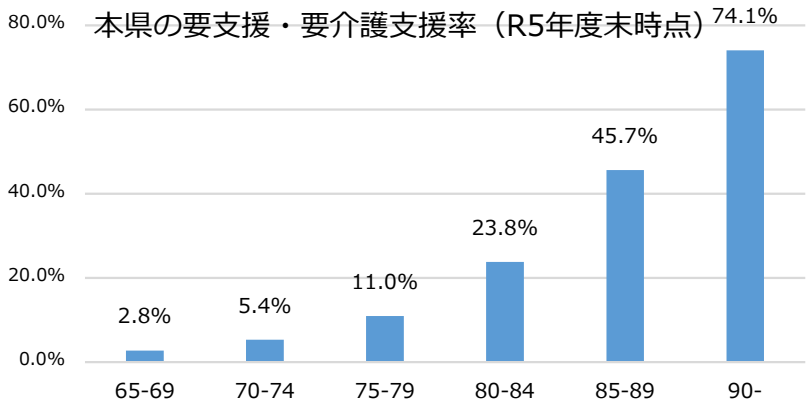
【医療需要】要支援・要介護者数の見通し

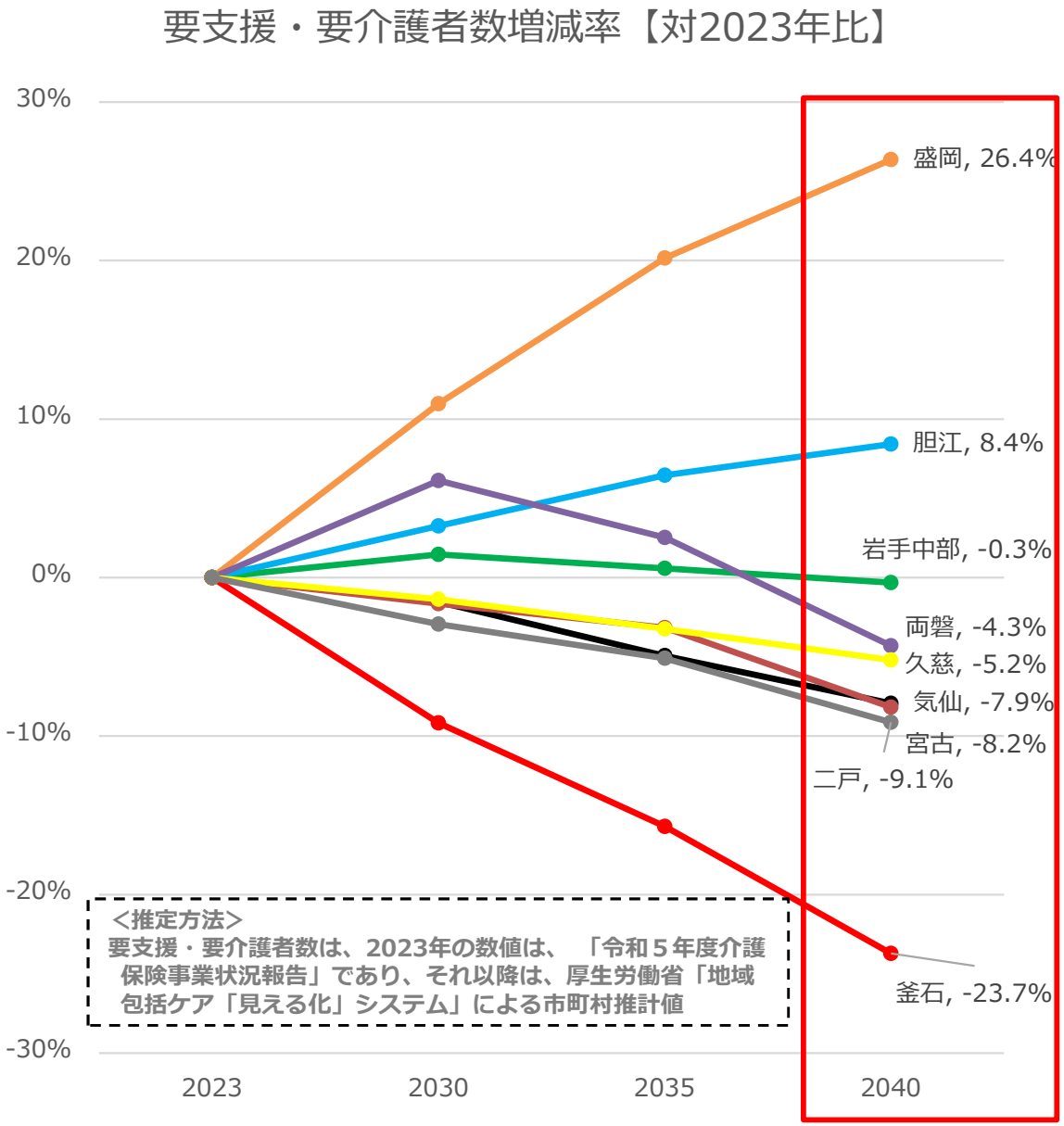
○　本県における要支援・要介護者数は、盛岡区域において2040年に向けて大幅に増加する見込み。
○　その他の区域は、今後、減少傾向となり、特に釜石区域において減少率が大きい。

【要支援・要介護者数】

（単位：人）

構想区域	2023年	2040年	増減
全県	80,693	86,038	+5,345
盛岡	27,492	34,744	+7,252
岩手中部	13,482	13,439	▲43
胆江	8,734	9,469	+735
両磐	9,860	9,435	▲425
気仙	4,258	3,920	▲338
釜石	3,458	2,638	▲820
宮古	5,345	4,908	▲437
久慈	4,016	3,807	▲209
二戸	4,048	3,678	▲370





出典：厚生労働省「令和５年度介護保険事業状況報告」（令和６年３月末）

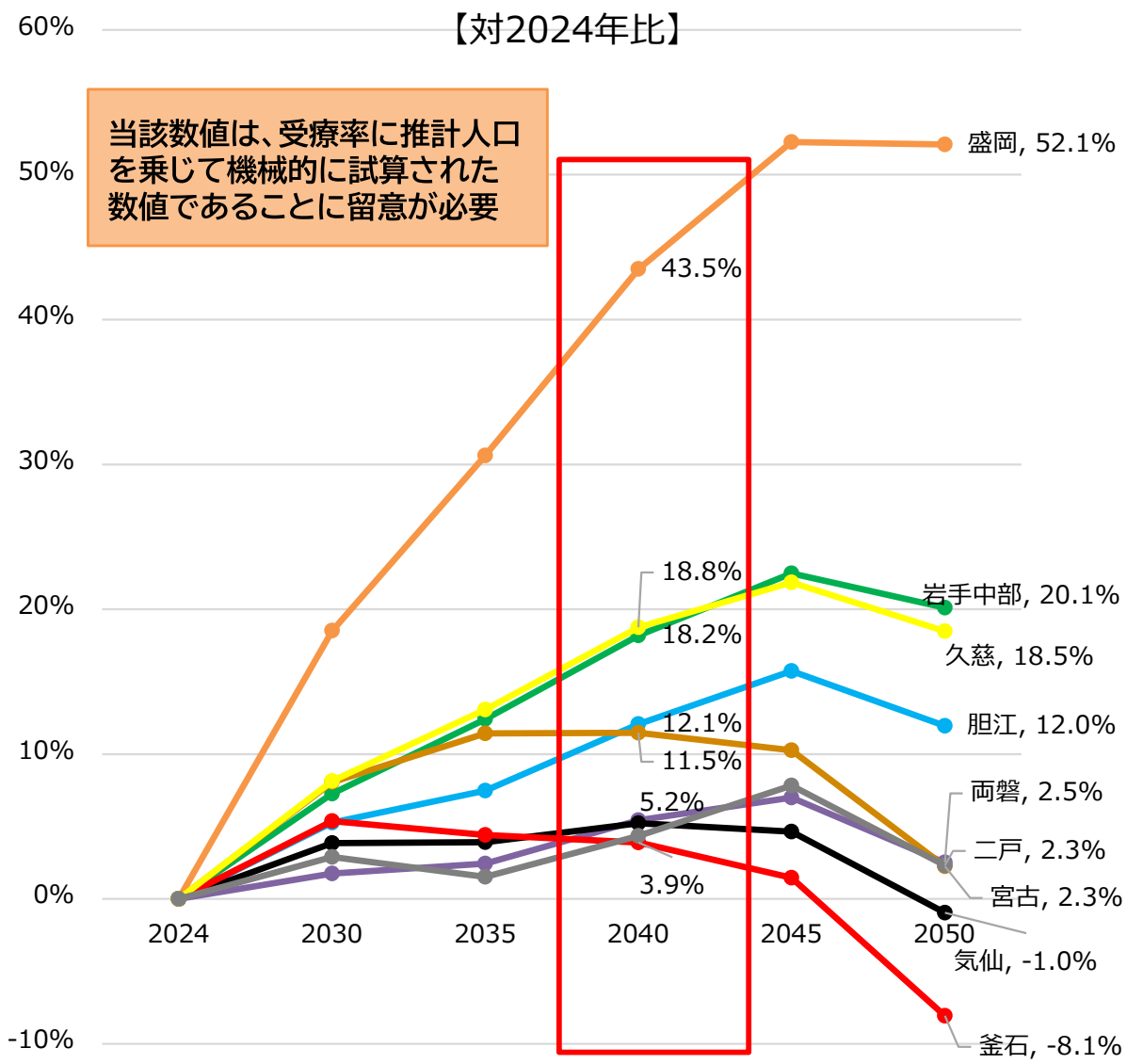
【医療需要】在宅（訪問診療）の見通し

○　本県における在宅（訪問診療）の需要は2045年にピークを迎える見込み。
○　その後は、全ての区域で減少傾向となっていく。

【１月あたり在宅（訪問診療）件数】　（単位：人）

構想区域	2024年	2040年	増減
全県	5,905	7,646	+1,741
盛岡	3,383	4,854	+1,471
岩手中部	833	984	+151
胆江	279	312	+34
両磐	850	896	+46
気仙	67	71	+4
釜石	272	282	+11
宮古	127	141	+15
久慈	40	47	+7
二戸	56	58	+2

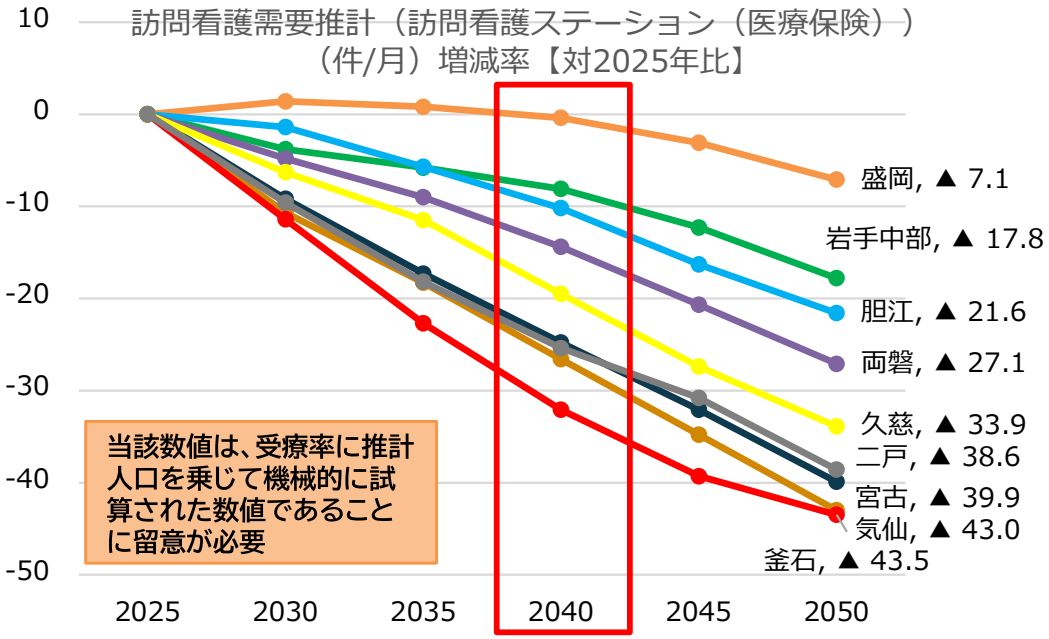
在宅（訪問診療）需要推計（件/月）増減率

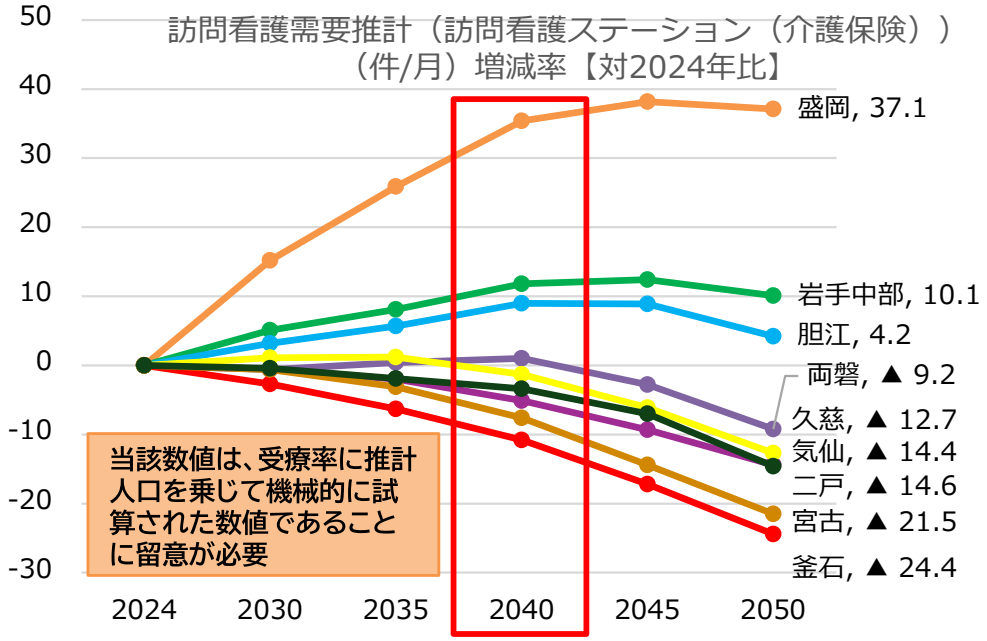


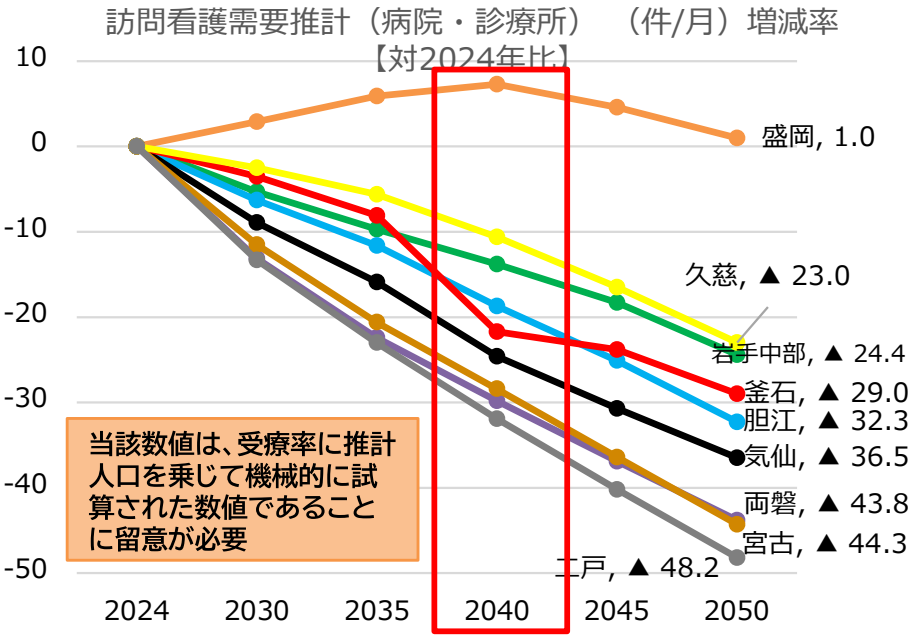
出典：厚労省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

【医療需要】訪問看護の見通し

○　訪問看護（介護保険）に係る需要が、盛岡、岩手中部、胆江は増加していく見込み。
○　訪問看護（医療保険）に係る需要は、全ての区域で減少していく見込み。







構想区域	訪問看護（医療保険）			訪問看護（介護保険）			病院・診療所		
	2025	2040	増減	2024	2040	増減	2024	2040	増減
全県	2,789	2,615	△175	6,272	7,479	+1,207	697	533	△164
盛岡	1,650	1,644	△7	3,140	4,252	+1,111	31	33	+2
岩手中部	455	418	△37	963	1,077	+114	163	141	△22
胆江	78	70	△8	433	472	+39	59	48	△11
両磐	279	239	△40	612	618	+6	183	129	△55
気仙	106	78	△28	326	309	△17	5	3	△1
釜石	19	13	△6	174	155	△19	3	2	△1
宮古	151	113	△37	270	249	△20	79	57	△23
久慈	31	25	△6	211	208	△3	10	9	△1
二戸	22	16	△5	144	139	△5	165	112	△53

出典：厚労省「地域医療構想策定支援ツール」により推計

【医療需要】在宅医療等への対応（小括）

主なポイント

○　要支援・要介護認定者数は、2040年に向けて盛岡区域、胆江区域で増加していく見込みであるが、その他の区域は減少していく見込み。

○　在宅医療（訪問診療）の需要は、厚生労働省の機械的な推計では、2040年に向けて全ての区域で増加の見込み。

○　訪問看護（介護保険）分の需要においても、厚生労働省の機械的な推計では、盛岡、岩手中部、胆江では増加していく見込み。

○　厚労省の推計は、将来推計人口に令和６年度の受療率を乗じて機械的に算出したものであり、精緻な需要を表したものではない。また、今後、高齢者の単身世帯の増加等による施設サービスの利用動向、医療・介護資源の確保状況等により、在宅医療需要は大きく変動する可能性があることから、これらの要素を踏まえつつ、在宅医療提供体制について検討していく必要がある。

４　人口減少に伴う症例数の動向等

人口減少に伴う症例数の動向等の分析について

背　景

- 急性期機能を維持し、医療の質を確保するため、症例経験・技能（スキル）をもった医師の確保が必要
- 国においても、地域医療構想ガイドラインにおいて、下記事項への対応が求められている。
  - 急性期においては、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能等の医療機関機能の確保
  - 医師育成
  - 人材確保
  - 医療機関の連携・再編・集約化　など
- また、医療に係る各専門領域の関係学会等においても、**専門医育成**や**医療の質の確保**のためには、**一定程度の症例数の確保が必要**とされている。

このパートで分析する内容

①　人口減少・高齢化による医療提供体制への影響

- ■　人口減少による医療需要の変化
- ■　各医療圏における症例数の現状と将来見通し

②　症例数の変化が専門医育成・医療の質に与える影響

- ■　外科及び内科における専門医取得に必要な症例数確保への影響を分析
- ■　本分析では、症例集積が医療の質や専門医育成に与える影響を把握するため、代表例として、外科及び循環器内科専門医を対象に将来推計を実施
  - □　外科：手術件数
  - □　循環器内科：症例数等

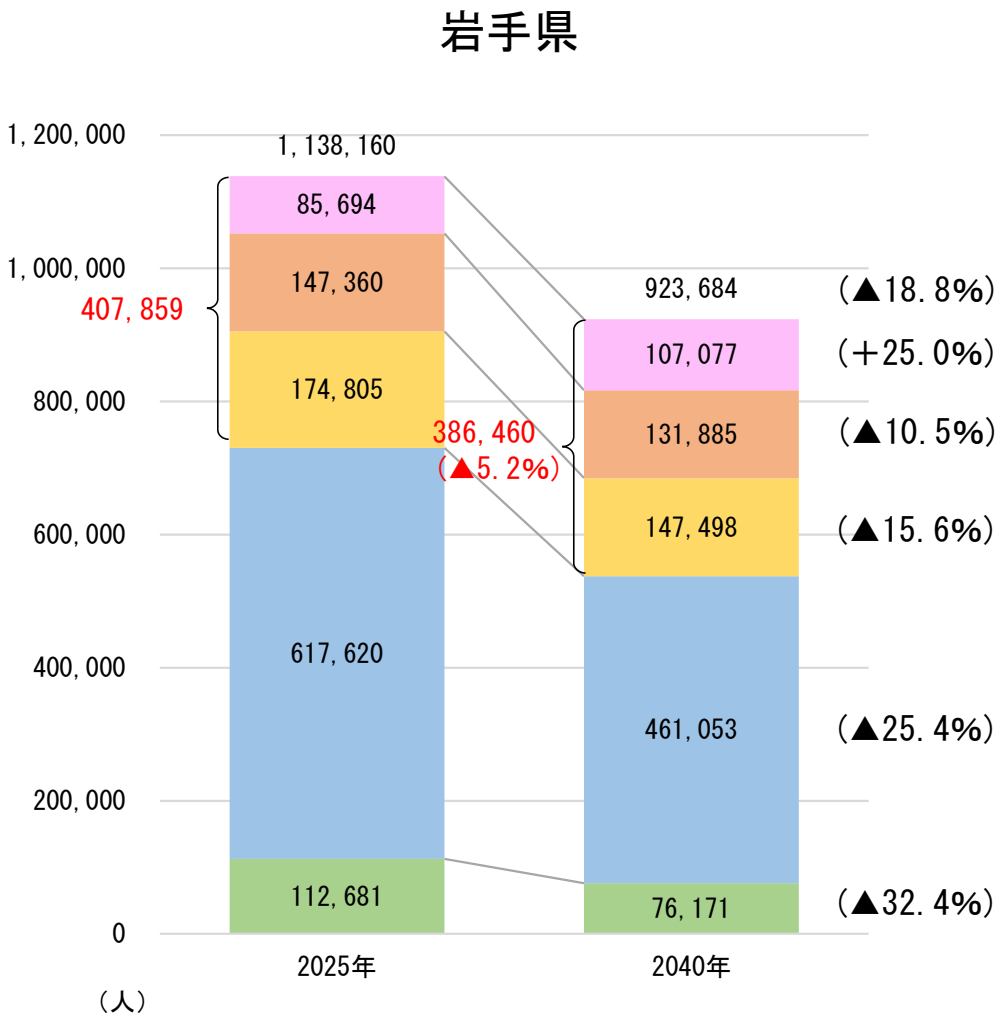
③　持続可能な医師確保・育成体制の課題

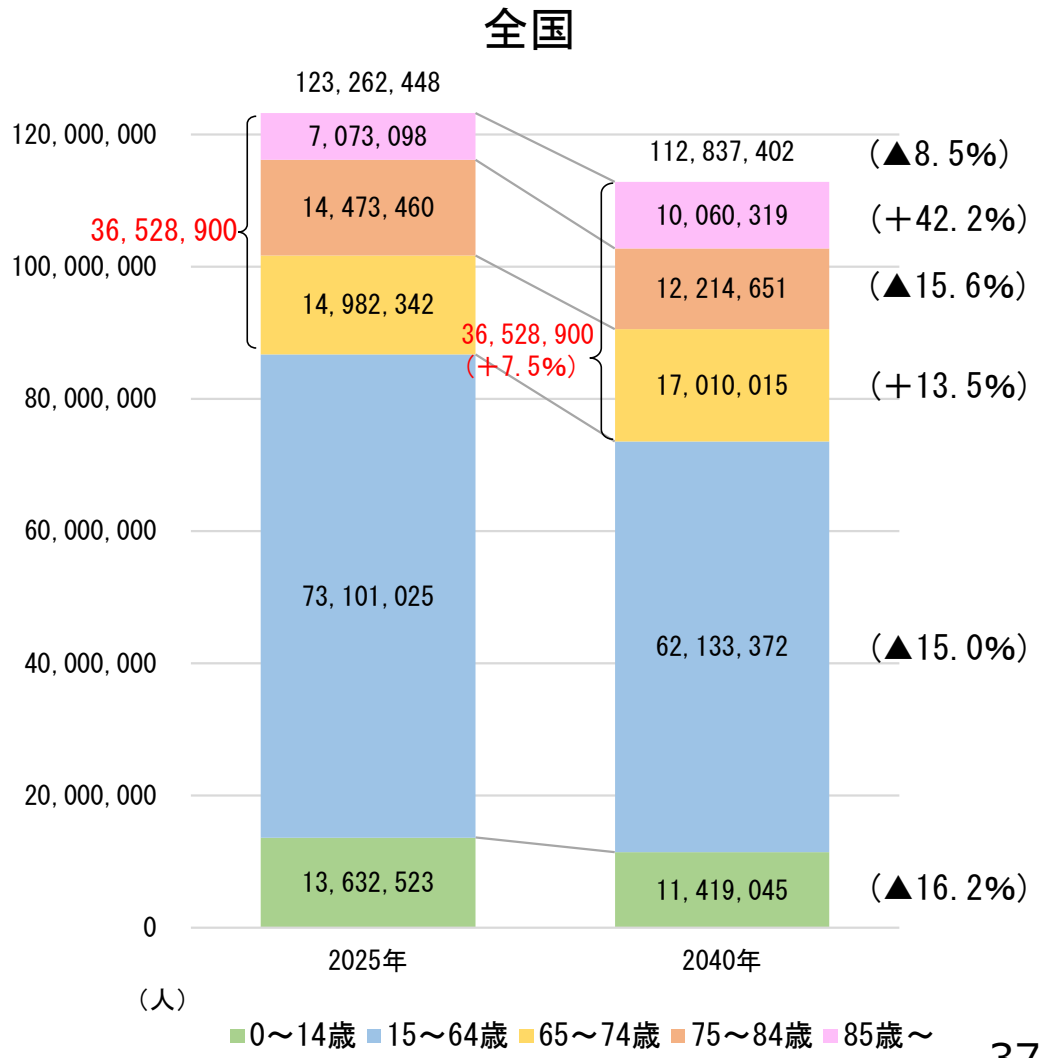
- ■　専攻医の確保（若手医師の定着）
- ■　医療機関の連携・集約化の必要性

人口推計と高齢化の進行

再掲
（一部追記）

○　国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、岩手県全体の人口は、2025年から2040年までの15年間で、▲214,476人（▲18.8%）。
○　年齢構成別に見ると、85歳以上人口：＋21,383人（＋25.0%）、65歳以上人口は：▲21,399人（▲5.2%）、生産年齢人口（15～64歳）：▲156,567人（▲25.4%）。
○　**本県では人口減少に伴う症例数の減少が見込まれ、専門医育成に必要な症例確保や医療の質の維持への影響が懸念**される。



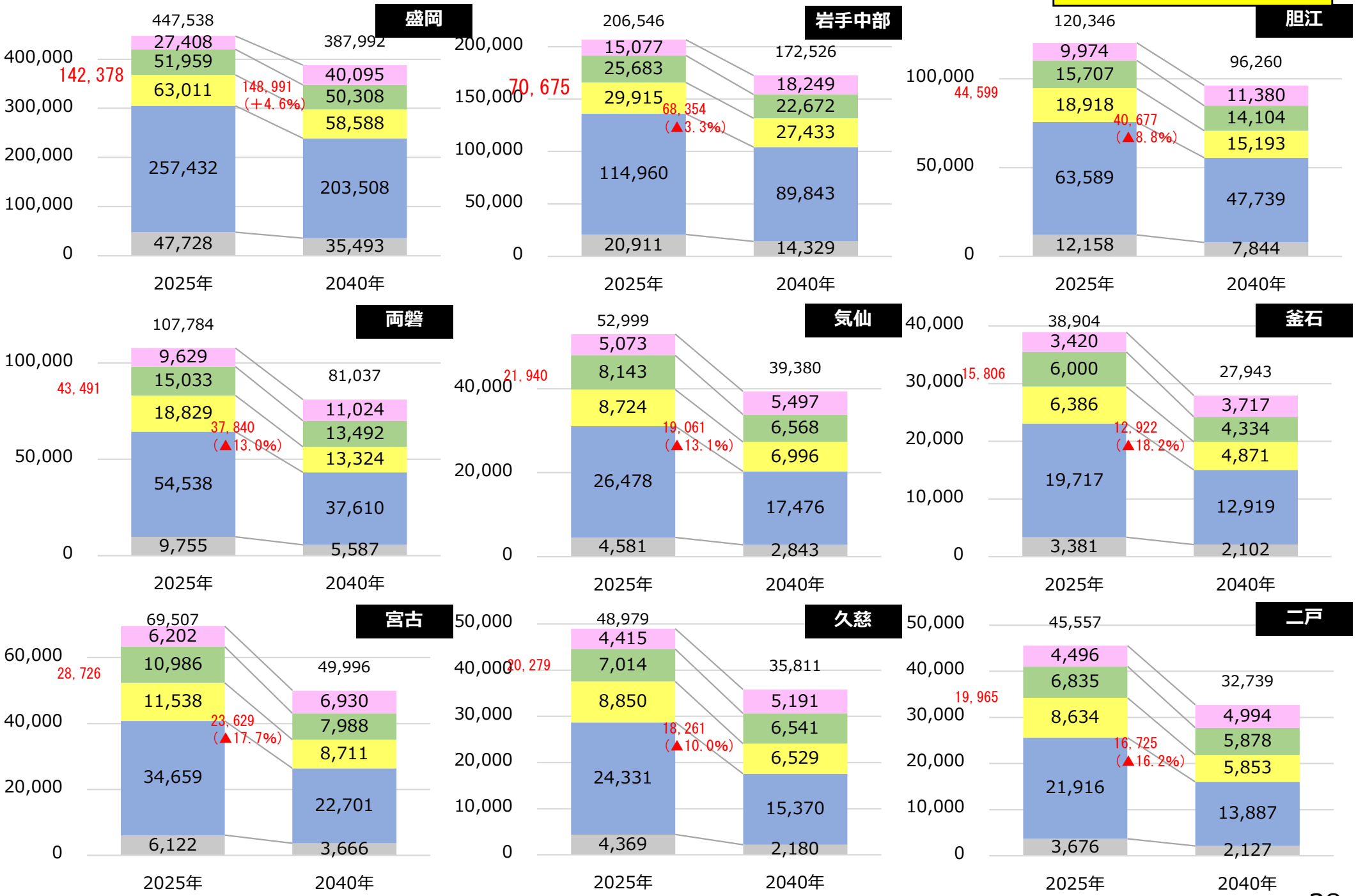


※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 令和５(2023)年推計」を基に岩手県保健福祉部医療政策室において作成。

※高齢化の進行により、誤嚥性肺炎や心不全などの高齢者救急に係る医療需要は、当面の間継続すると見込まれる。

構想区域別人口推計と高齢化の進行

再掲



※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 令和5(2023)年推計」を基に医療政策室において作成

【医療需要】手術件数の将来見通し

再掲
（一部追記）

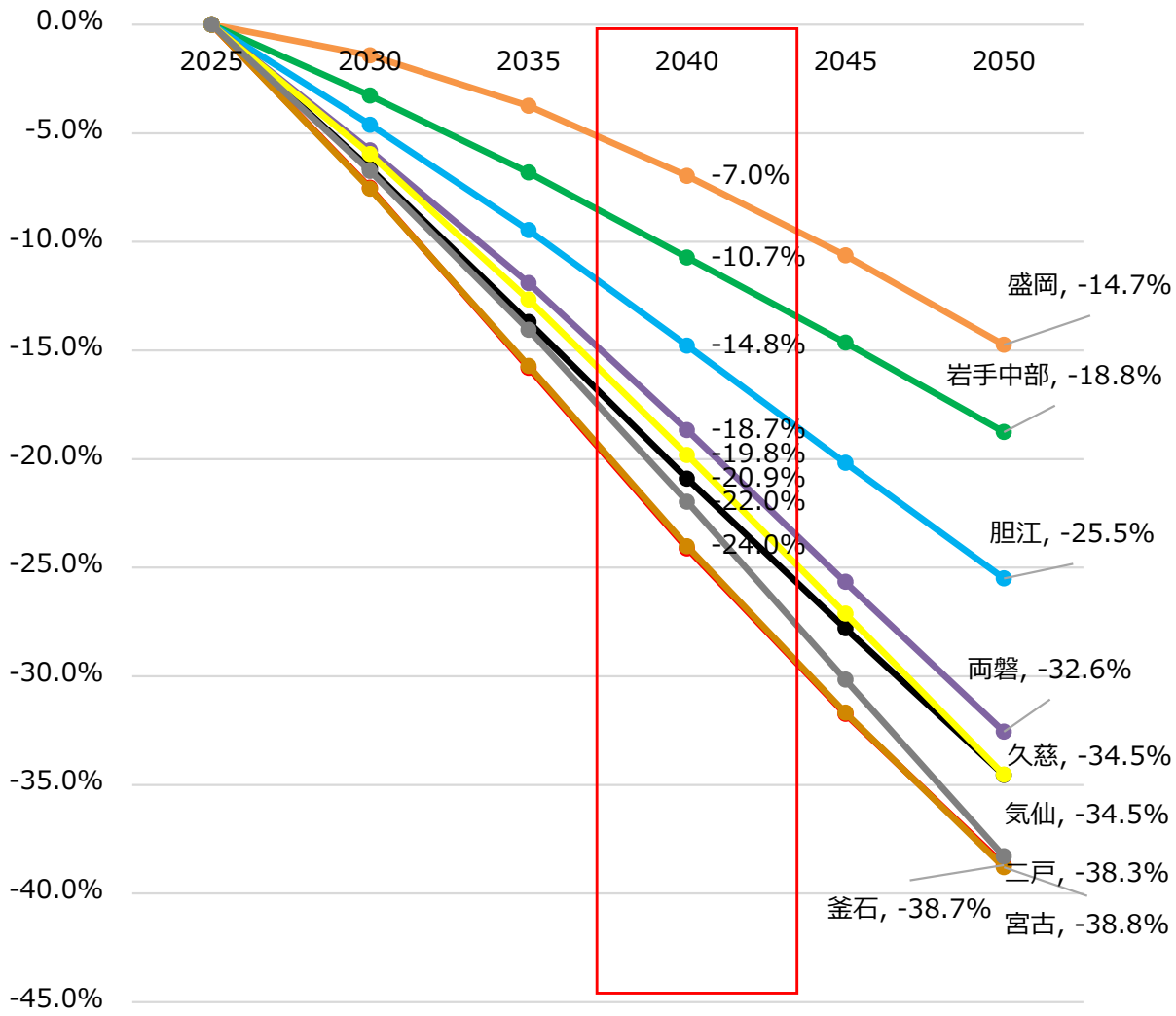
○　本県における手術件数は、NDBデータ等に基づき株式会社日本経営が試算した結果、すべての圏域で減少していく見込み。
○　**手術件数の減少は、医師1人当たりの症例数の減少に繋がり、必要な症例数の確保等の専門医の育成への影響が懸念される。**

【年間の手術件数】　（単位：人）

医療圏	2025年	2040年	増減
全県	181,854	157,680	△24,174
盛岡	68,434	63,663	△4,771
岩手中部	32,364	28,892	△3,472
胆江	19,417	16,545	△2,872
両磐	17,976	14,619	△3,357
気仙	9,049	7,157	△1,892
釜石	6,590	5,000	△1,590
宮古	11,833	8,991	△2,842
久慈	8,318	6,670	△1,648
二戸	7,873	6,143	△1,730

＜推計方法＞
・「人口推計（2023年10月1日現在）」（総務省統計局）および第10回NDBオープンデータ（厚生労働省）
・2023年4月～2024年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
・その発生率と「日本の地域別将来推計人口　令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

手術件数増減率【対2025年比】



※　出典元：医療需給総覧（岩手県各圏域）（株式会社日本経営）の数値をもとに作成

医師のキャリア形成

- 現在の医師キャリア形成では、**初期臨床研修修了後に専門研修（専攻医）へ進むことが標準的な進路**となっている。
- **専門医取得には一定数の症例経験が必須**であり、専攻医は専門医取得に必要な症例を確保できる研修医療機関を選択する傾向がある。
- このため、**症例数の少ない研修医療機関では専攻医等の確保が困難**となり、将来的な医師確保にも影響を及ぼす可能性がある。
- 指導医が多く、症例が集積する研修医療機関ほど、**専門医育成や人材確保の面で優位性を持ちやすい構造**となっている。
- 症例数や指導医を確保するためには、**医療機能の集約化**又は**機能分化による症例集積を図る**ことが必要。

医師のキャリア形成（標準）

① 医学部卒業

↓

② 医師国家試験合格（約9,500人）

↓

③ 初期臨床研修（２年間）

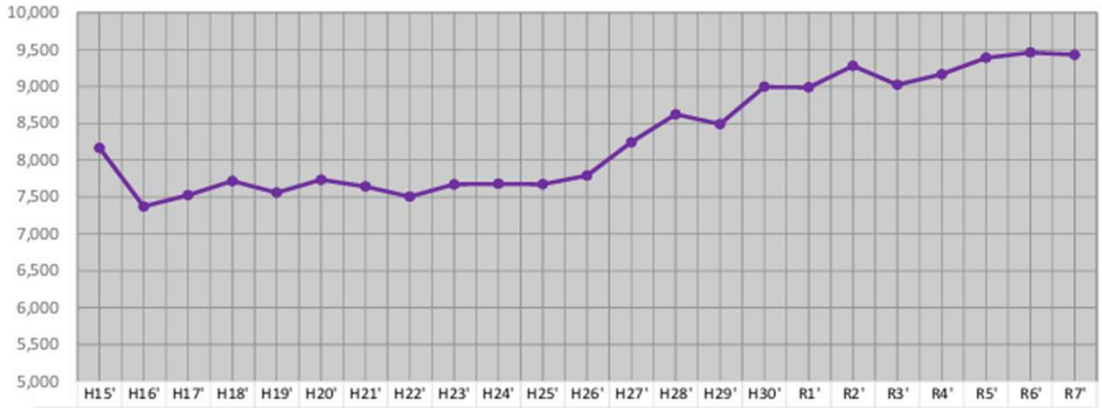
↓

④ 専門研修（専攻医）（３～５年）

↓

⑤ 専門医取得

✓ 医師国家試験合格者数は、近年おおむね 9,000～10,000人台 で推移
- ➢ 令和７年度の臨床研修医の採用実績は、**9,429人（岩手県は72人）**



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'	H30'	R1'	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'	R7'
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674	7,792	8,244	8,622	8,489	8,996	8,986	9,279	9,023	9,165	9,388	9,460	9,429

✓ 臨床研修を終える2年後には、その大半が専門研修へ進む構造
- ➢ 日本専門医機構によると、令和７年度の専攻医採用数は **9,762人（岩手県は57人）**

✓ **専攻医の確保**に当たっては、「充実した研修プログラム」や「優れた指導医」に加え、**「豊富な症例実績があること（量・質）」**が求められている（詳細は次項）

✓ 国によると、「臨床研修を終えた医師の90%以上が専門医資格の取得を希望している」 とされており、**症例の分散は医師確保・育成を難しくする**

①医師の多くが臨床研修後に専門研修へ進む → ② 専門医取得には領域ごとに必要な症例数の要件が設定 → ③ 専攻医は十分な症例・経験を積むことができる施設を選択 → ④ 専攻医・指導医が集まる施設に症例がさらに集積 → ⑤ 症例が集積する医療機関は専門医育成や医師確保に繋がる

岩手県における医師確保の構造と今後の課題

- **症例数の確保は、大学からの専攻医及び指導医の派遣**につながる。
- さらに、**専攻医が多くの症例を経験し専門医**となり、**当該医療機関に定着**することで**医療の質が確保**される。

人口減少がもたらす医療提供体制への影響イメージ

人口減少

↓

症例数減少

なかなか経験を積む機会がないな…

↓

以前に比べて症例数が減ってきたな…

↓

専攻医確保困難

↓

もっと症例数の多い病院で学びたいな…

やっぱり都市部の病院に行こうかな…

↓

医局派遣の縮小

↓

（医療の質の低下）

↓

地域医療提供体制の弱体化

↓

必要な医療を地域で受け続けることが難しくなる恐れ

1　岩手県の医師確保の特徴

- 岩手県の地域医療は、**岩手医科大学・東北大学等の医育機関による医師派遣機能が地域医療を支えている。**
- 当該医局から派遣される①指導医、②専攻医等の若手医師によって、**県立病院等の地域医療機関の診療体制が維持されている。**
- 専攻医は、**専門医取得に必要な症例経験を積む**ため、県立病院等（専門研修プログラムの連携施設）で研修を行う。

2　県立病院における医師派遣の現状（令和８年４月２日時点）

派遣元大学	派遣医師数	構成比	うち専攻医	構成比
岩手医科大学	291名	46.8%	52名	38.0%
東北大学	168名	27.0%	25名	18.2%
秋田大学	6名	1.0%	1名	0.7%
その他大学	11名	1.7%	0名	0.0%
大学外	146名	23.5%	59名	43.1%
合計	622名	100.0%	137名	100.0%

3　今後の懸念

- 人口減少・少子高齢化により、**県内の患者数及び症例数の減少が予測**される。
- 症例数の減少は、**専攻医確保**や大学からの**医師派遣機能**の**低下に繋がる**恐れ。
- 現状の体制を維持した場合、将来的に県立病院等が医局から十分な医師派遣を受けられなくなる可能性がある。

4　症例数確保が支える医師確保

- **症例数の確保・集約**による研修機能の維持
- **専攻医確保**と**県内定着**の好循環の維持

厚生労働省「R8.7.28都道府県説明会資料」より

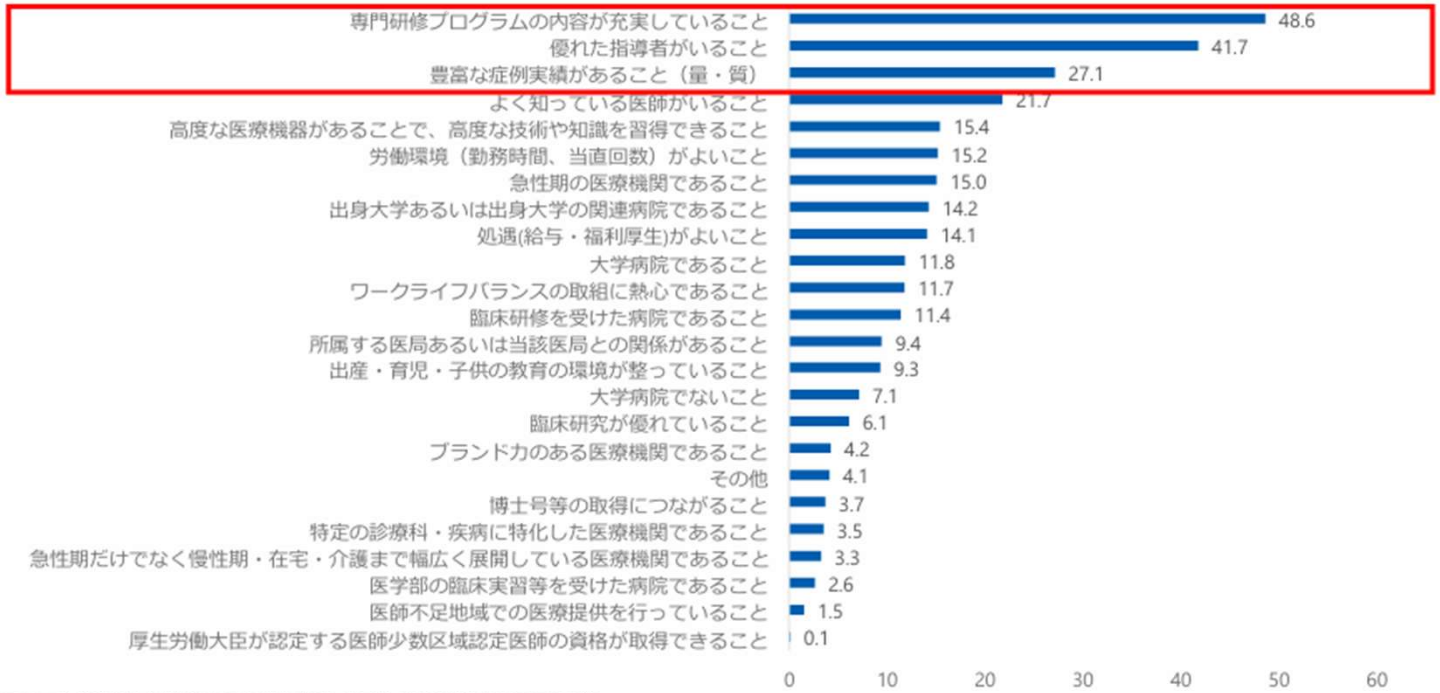
専攻医確保における症例の集約・集積の重要性

○　専門研修プログラムを選ぶ際に重要な要素として、「研修プログラム内容の充実」や「優れた指導医」に加え、「量・質ともに、豊富な症例実績があること」が上位を構成している。
○　専攻医の確保に当たっては、症例実績は重要な評価項目となっていることから、症例の集約・集積は専門医育成機能の強化にも資するものと考えられる。

専攻医等の確保について

- 専門研修プログラムの内容の充実、優れた指導者の存在、豊富な症例実績などが、専門研修を選ぶ際の重要な要素と回答されている。地域での医師の育成の観点においては、指導医レベルの医師の十分な配置や、各診療科の症例数の確保も重要と考えられる。

専門研修プログラムを選ぶ際に、重要な要素（複数回答、n=15,857）



出典：令和５年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業
「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者　渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

厚生労働省「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料」より

集約化による医療の質向上効果（外科）

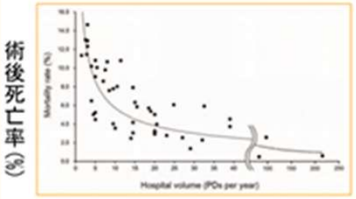
○　症例数の多い施設ほど良好な治療成績が得られることが報告されており、症例の集約・集積は医療の質の向上に寄与するとされている。
※　外科領域における代表例として引用
※　他の領域においても同様の結果が生じていることを確認

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

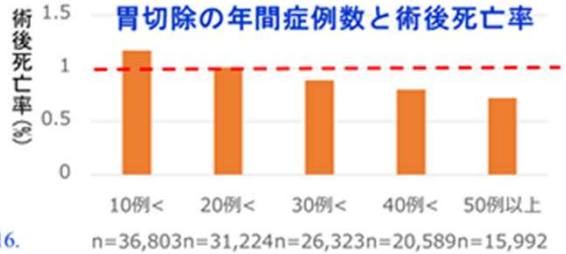
第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会発表資料
令和7年3月21日	資料3 改変

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-



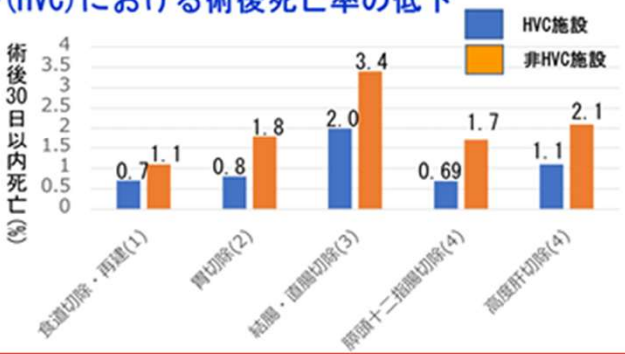
Hata T, et al. Ann Surg 2016.



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。

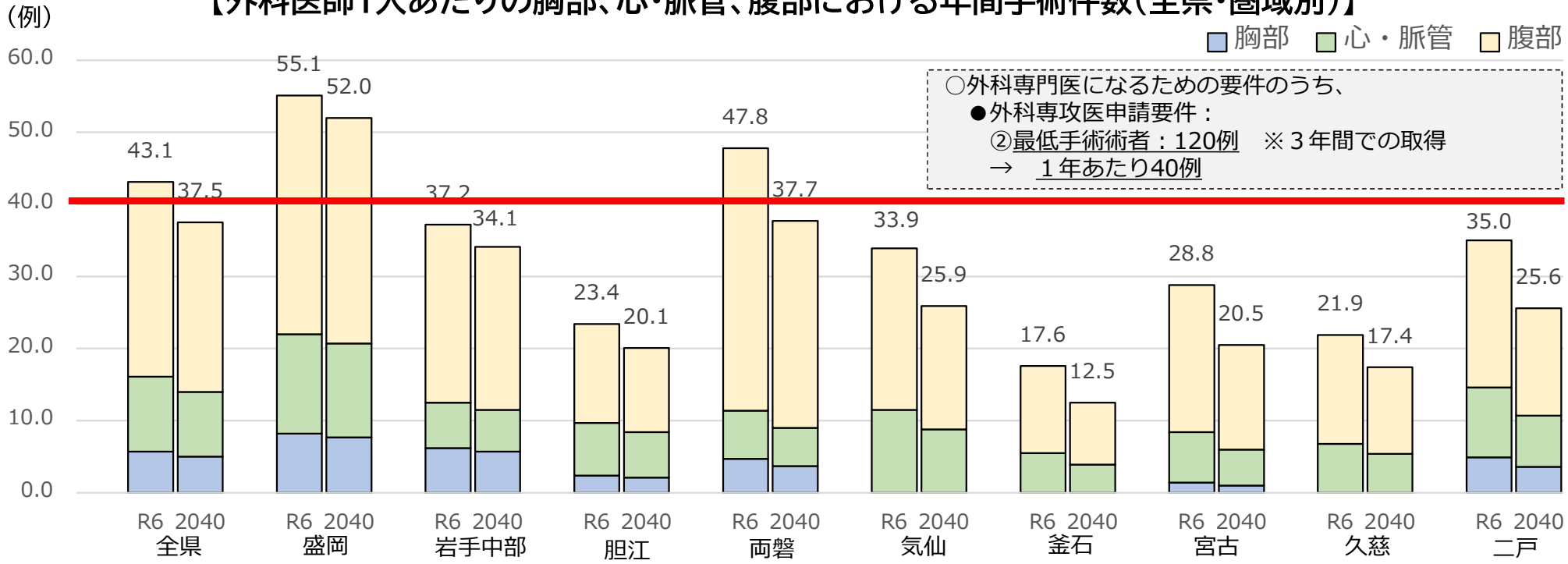
49

出典：第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料：https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf

外科専門医育成と症例数の現状

- 外科専門医取得には、**3年間**で少なくとも、**自らが執刀医として120例以上（年平均40例）の術者経験等**が必要。
- 令和６年度実績において圏域間で症例数に差がみられ、術者経験の年平均４０例を満たすのは、盛岡（55.1例）・両磐(47.8例)。
- 一方で、**釜石**（17.6例）・**久慈**（21.9例）・**胆江圏域**（23.4例）など、**大半の圏域では症例確保が課題。**
- 医師数に変更がないと仮定した場合、2040年においては、手術件数の減少により、**全県として平均40例を下回る見込み。**
- **このままでは、県内で外科専門医の育成に必要な症例数の確保が困難**となり、**外科医師の確保に影響を及ぼす**おそれがある。
- また、**現在の医師配置の維持が困難**となり、休日・夜間救急をはじめとする**救急医療提供体制に影響を及ぼす**おそれがある。

【外科医師1人あたりの胸部、心・脈管、腹部における年間手術件数（全県・圏域別）】



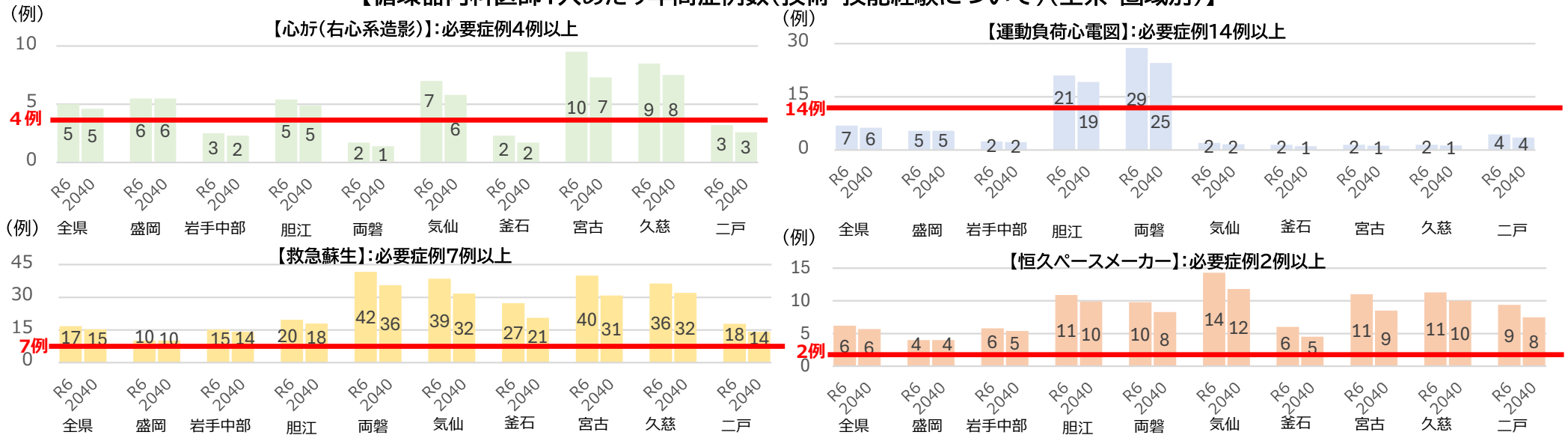
※**2040年推計は医師数に変更がないもの**と仮定した上で、㈱日本経営が発行する「医療需給総覧version1.0-二次医療圏でみる地域医療の構造-」の「部位別手術件数（腹部）」における2025年対2040年の増減率を一律に適用

○外科専門医になるための要件
<外科専門領域：消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、乳腺外科、小児外科>
- 外科専攻医申請要件：
  ①最低手術件数：**350例**　②**最低手術術者：120例**　※**３年間**での取得
- 必要症例内訳：
  ①心臓・大血管：10例　②消化管及び腹部内臓：50例　③呼吸器：10例　④乳腺：10例、⑤頭頸部・体表・内分泌外科：10例
  ⑥末梢血管：10例　⑦小児外科：10例　⑧内視鏡手術：10例　※その他論文、外傷等

循環器内科専門医育成と症例・技術技能経験の現状

- 循環器内科専門医取得には、**３年間**で**症例経験**(36例以上)、多様な**検査・治療手技の技術・技能経験**(393例以上)が求められる。
- 令和６年度実績における循環器専門医養成に必要な代表的な検査・治療手技の技術・技能経験を確認したところ、下グラフのとおり、**各医療圏において経験機会に差が生じており、2040年に向けては、差が生じる可能性がある状況。**
- 2040年において、特に心カテ（右心系造影）の症例数の減少が見込まれる**両磐**（1.4例）・**釜石**（1.7例）などは、専門医養成に必要な経験機会の確保が難しくなり、**将来的な循環器内科医の確保に影響が生じる懸念がある。**
- 現在の**医師配置の維持が困難**となり、休日・夜間救急をはじめとする**救急医療提供体制に影響を及ぼす**おそれがある。

【循環器内科医師1人あたり年間症例数(技術・技能経験について)(全県・圏域別)】



※2040年推計は、医師数に変更がないものと仮定した上で、㈱日本経営が発行する「医療需給総覧version1.0-二次医療圏でみる地域医療の構造-)」の「心カテ手術件数」における2025年対2040年の増減率を一律に適用

○循環器内科専門医になるための要件＜※内科専門医取得後＞

●**症例経験**:36例以上(3年間計)

・心不全:4例、ショック:1例、不整脈・心臓突然死:7例、血圧異常:3例、虚血性心疾患:6例　等

●**技術・技能経験**:393例以上(3年間計)

○循環器内科専門医になるための要件のうち、
＜※内科専門医取得後＞
●技術・技能経験:393例以上　※3年間での取得
→「検査・診断系」「右心系造影」が4例
→上表は、技術・技能経験要件の例示として、「右心系造影」の症例数とし、3例以下を着色

区　分	具体的な症例及び必要症例数の一例を抜粋		
■ 検査・診断系	胸部単純X線:1例、経胸壁心エコー:70例	頸動脈エコー:4例 、末梢血管エコー:4例	**左室造影:7例** 、右心系造影:4例　等
■ 心電図系	運動負荷心電図:14例	ホルター心電図:21例	
■ その他検査	心臓MRI:4例 、心筋シンチ:7例	24時間血圧:4例、ヘッドアップチルト:4例	
■ 救急・治療系	救急蘇生:7例 、一時ペーシング:2例	心膜穿刺:1例、IABP:1例	
■ 薬物治療(経験)	強心薬:11例、利尿薬:11例	抗不整脈薬:7例、抗狭心症薬:11例	降圧薬:11例、抗凝固・抗血小板薬:11例
■ デバイス系	恒久ペースメーカー:2例		

人口減少に伴う症例数の動向等（小括）

主なポイント

○　**症例数の減少**は、**専門医取得に必要な症例経験や技術・技能経験の確保に影響**を及ぼし、将来的な専門医育成、専攻医確保及び若手医師の定着を困難にする可能性がある。

○　また、症例数の減少は、若手医師の確保だけでなく、**既存の医療従事者の技術・技能の維持**や**医療の質の確保**にも**影響を及ぼす**ことが懸念される。

○　**岩手県の地域医療は大学等による医師派遣機能に支えられている**が、症例数の減少は専攻医確保や医師派遣機能の低下につながり、**地域医療提供体制の維持に影響を及ぼす可能性**がある。

○　**外科領域**及び**循環器内科領域**の分析では、いずれの領域においても**症例数や経験機会の確保が課題**となるなど、**概ね同様の傾向**が認められた。

○　限られた医療資源・医療人材の中で専門医育成や医師確保に必要な症例数を維持するためには、**医療機関の連携や機能分化・集約化等**、**症例集積を図る視点が重要となる。**

○　こうした点を踏まえ、**構想区域（二次医療圏）を検討**することが考えられる。（疾病・事業別医療圏については、設定した構想区域を基に次期医療計画において検討）

→　**症例数の観点から**は、将来にわたり、**必要な救急医療や急性期医療を確保**するためには、**医療機関の連携や機能分化・集約化による症例集積の検討が必要**

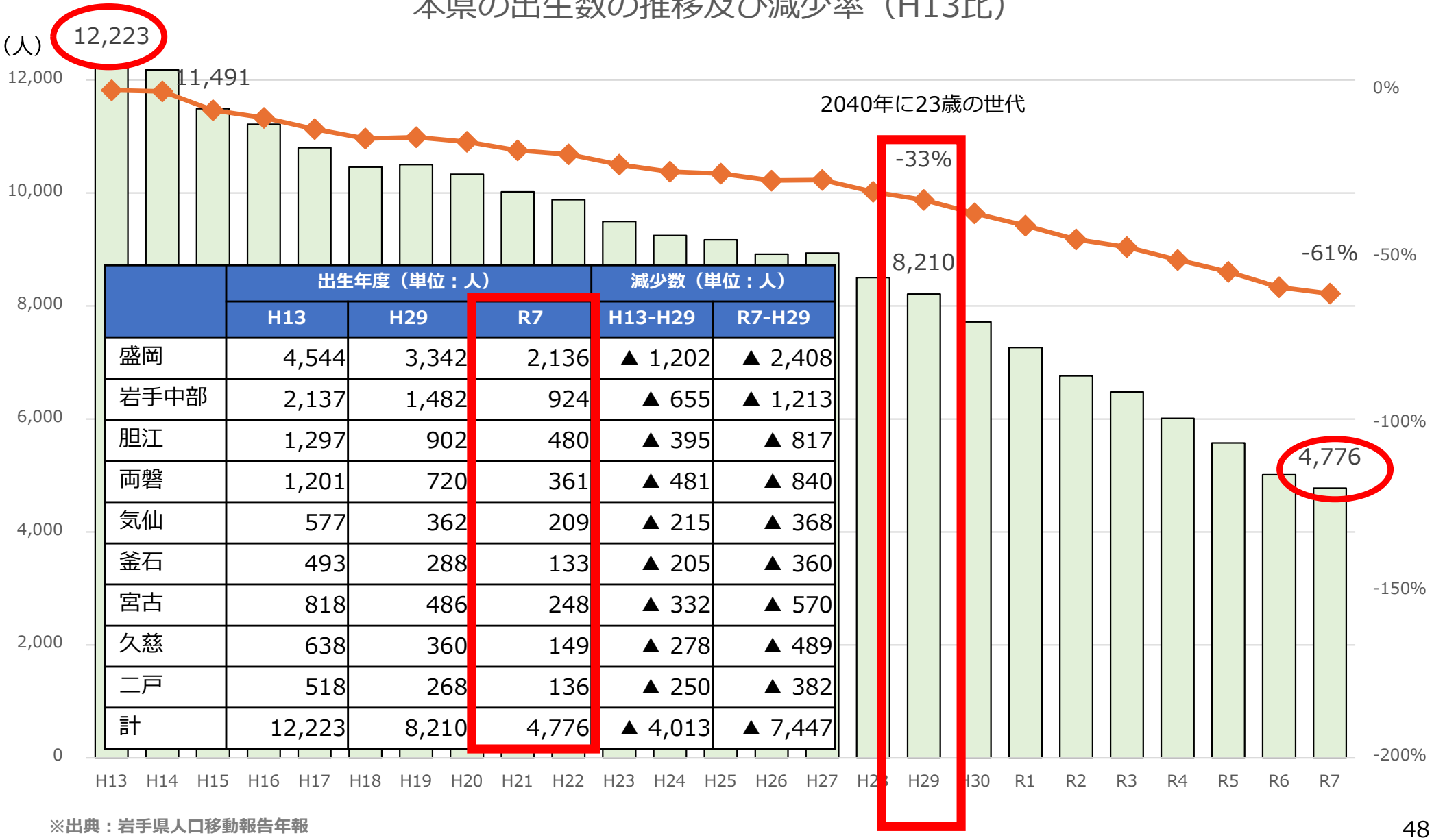
→　専門医育成や医師確保の観点も踏まえ、**構想区域の広域化**や**圏域間連携の強化**などを含め、**一定程度の症例数や経験機会を確保できる構想区域のあり方について検討が必要**

5　医療従事者数の状況等

岩手県の出生数の推移

○　**2040年に23歳を迎える世代**は8,210人であり、**令和６年度に23歳となる世代**（12,223人）**と比較して約３割減少**。さらに、**2050年を見据えれば、約６割減少**。

本県の出生数の推移及び減少率（H13比）

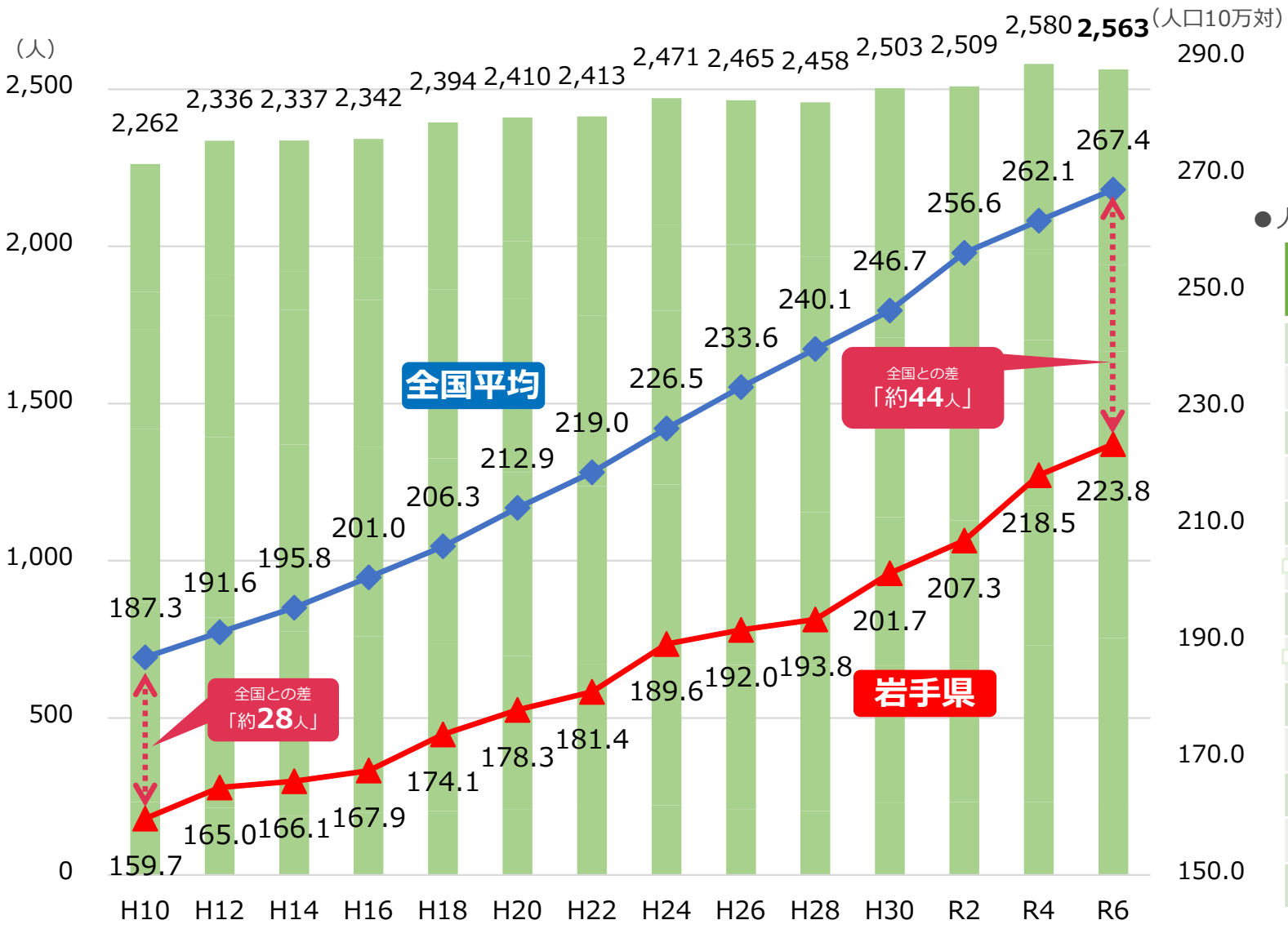


	出生年度（単位：人）			減少数（単位：人）	
	H13	H29	R7	H13-H29	R7-H29
盛岡	4,544	3,342	2,136	▲ 1,202	▲ 2,408
岩手中部	2,137	1,482	924	▲ 655	▲ 1,213
胆江	1,297	902	480	▲ 395	▲ 817
両磐	1,201	720	361	▲ 481	▲ 840
気仙	577	362	209	▲ 215	▲ 368
釜石	493	288	133	▲ 205	▲ 360
宮古	818	486	248	▲ 332	▲ 570
久慈	638	360	149	▲ 278	▲ 489
二戸	518	268	136	▲ 250	▲ 382
計	12,223	8,210	4,776	▲ 4,013	▲ 7,447

※出典：岩手県人口移動報告年報

医師数の推移

○　医師数は増加しているものの、**人口10万人当たり医師数は全国43位と全国下位の水準**にある。
○　全国平均との差は拡大しており、本県の医師確保は全国水準に追い付いていない。



●人口10万対医師数都道府県順位（R6）

順位	都道府県	人口10万対医師数
1	徳島県	345.4
2	長崎県	333.8
3	京都府	333.2
4	和歌山県	327.7
5	高知県	325.2
—	**全国平均**	**267.4**
43	**岩手県**	**223.8**
44	新潟県	222.2
45	千葉県	213.3
46	茨城県	198.1
47	埼玉県	189.1

※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」【各年12月31日現在】　備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

医師偏在指標（令和8年4月公表版）の状況

○　**本県の医師偏在指標は全国45位**であり、医師確保が全国的に見ても厳しい状況。

○　**９圏域のうち７圏域が医師少数区域に区分**されている。さらに、医師多数区域である盛岡医療圏においても医師少数スポット（安代、葛巻、川口）が設定されている地域が存在するなど、**医師の地域偏在が大きい。**

◆医師偏在指標（都道府県別）

全国順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位	前回指標
－	全国	266.8	－	255.6
39位	福島県	222.7	44位	190.5
40位	千葉県	221.9	38位	213.0
41位	山形県	216.5	40位	200.2
42位	秋田県	211.5	41位	199.4
43位	埼玉県	207.2	42位	196.8
44位	新潟県	201.7	45位	184.7
45位	**岩手県**	**200.4**	**47位**	**182.5**
46位	茨城県	197.5	43位	193.6
47位	青森県	194.4	46位	184.3

◆医師偏在指標（二次医療圏別）

全国順位	圏域	医師偏在指標	前回順位	前回指標	区　分
80位	盛岡	257.8	78位	244.6	医師多数
184位	二戸	205.1	156位	200.9	
260位	胆江	176.2	300位	144.9	医師少数
289位	気仙	160.9	303位	144.1	医師少数
298位	岩手中部	157.4	316位	135.4	医師少数
311位	久慈	148.2	305位	142.4	医師少数
312位	両磐	147.8	289位	151.1	医師少数
325位	釜石	129.6	330位	107.8	医師少数
327位	宮古	128.3	318位	134.5	医師少数

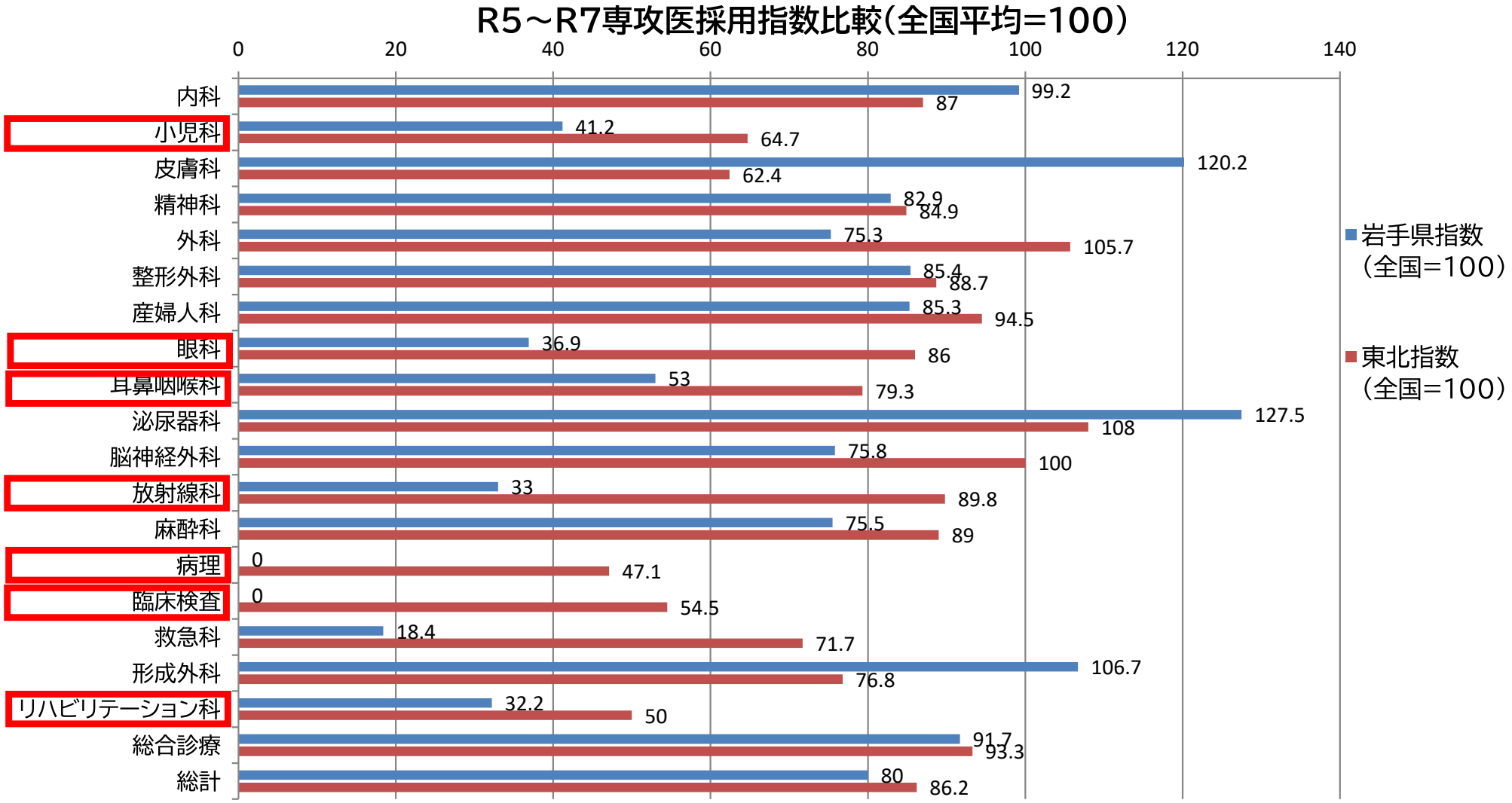
【出典】厚生労働省「医師偏在指標（令和8年4月公表）」

専攻医の採用状況

○　R5～R7の専攻医採用数平均を人口10万人当たりに換算し、全国平均を100とした指数で比較。

○　皮膚科、泌尿器科及び形成外科は、**全国平均100と東北６県平均を上回る水準**となっている。

○　一方で、**小児科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、病理、臨床検査及びリハビリテーション科**は、**全国平均の60未満**であることに加え、**東北６県平均も下回る水準**となっている。

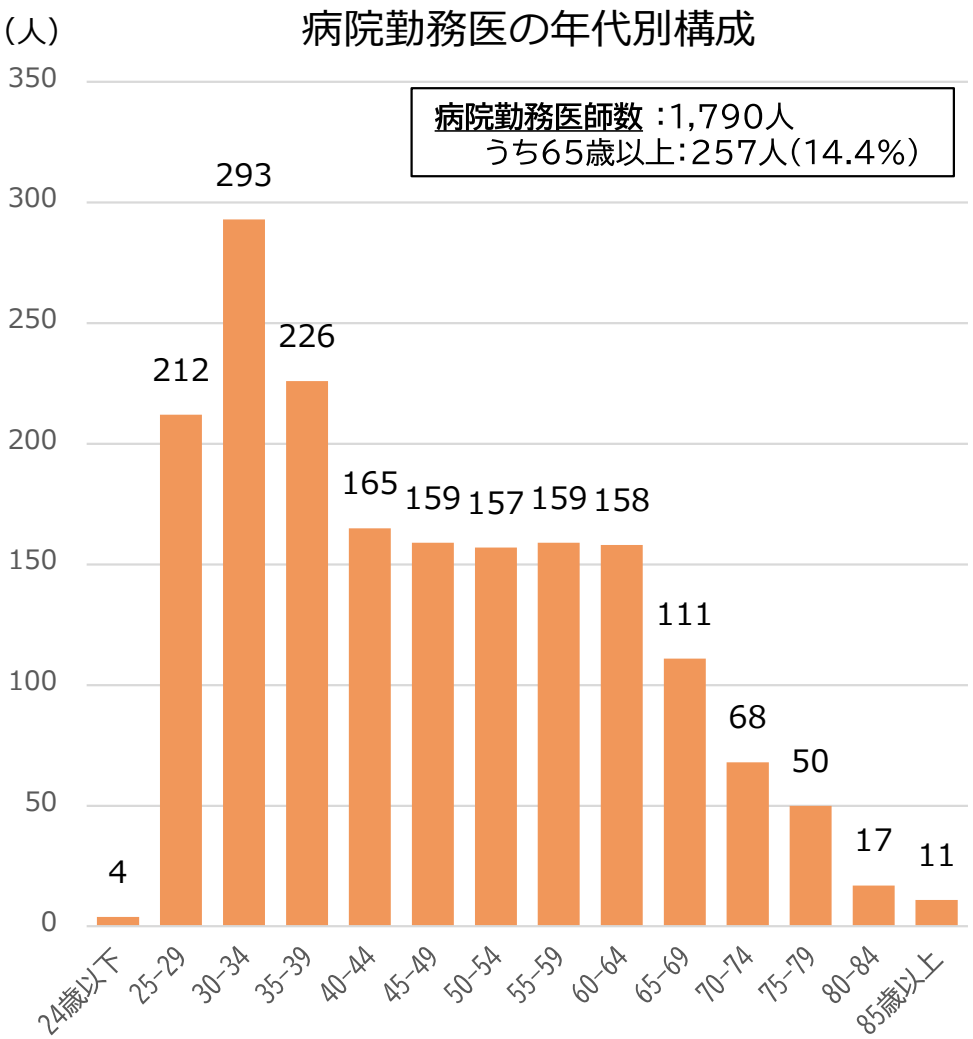


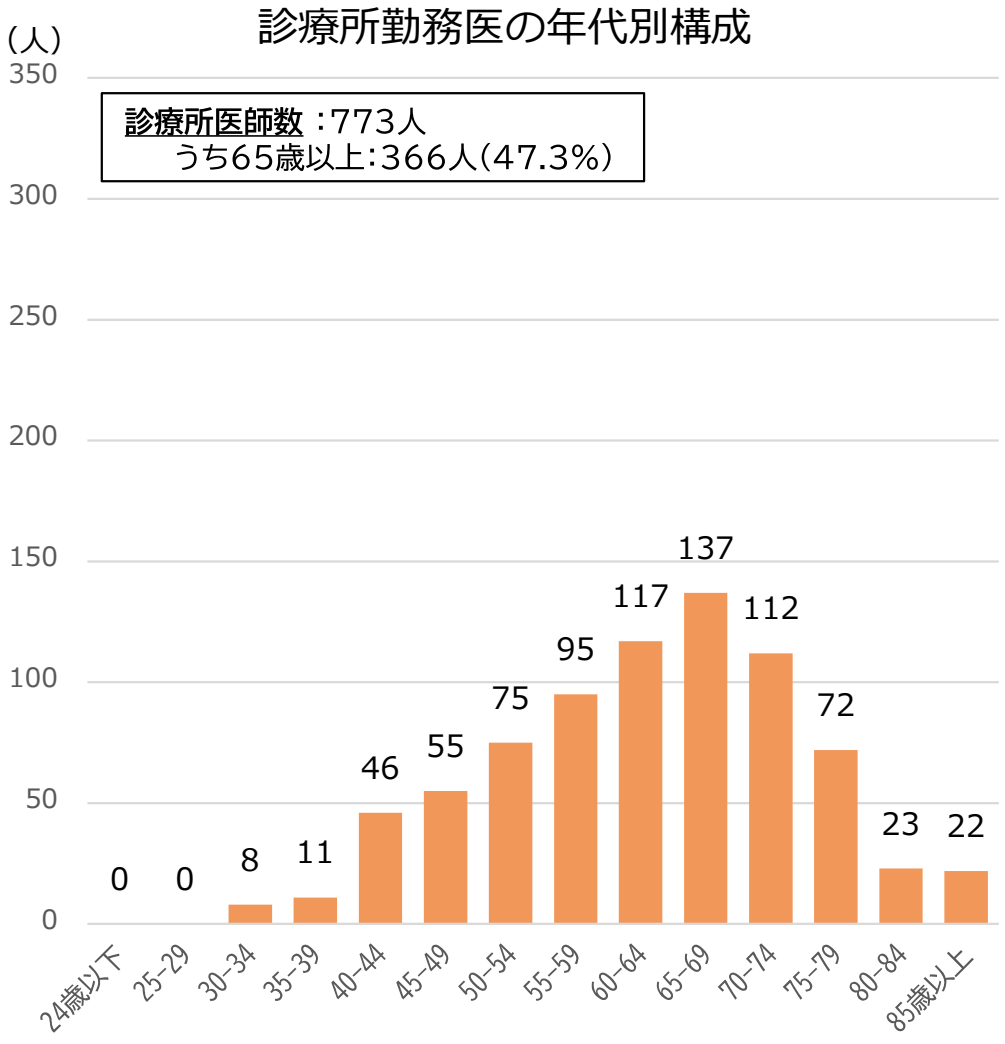
【出典】日本専門医機構「専攻医 年度採用数」総務省「人口推計（2024年10月1日現在）」

病院勤務医・診療所勤務医の年代別医師数（令和6年度時点）

○　**病院勤務医**については、若手医師の確保は一定程度進んでいるものの、**依然として高齢医師に依存**している状況。

○　**診療所勤務医は、65歳以上が約５割**を占めるなど、高齢化が進行。





【出典】厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

医師数（医療施設従事者）の供給見込み

○　下記の推計条件により医師の供給見込みを算出した場合、現状の定着率や養成医師数を維持することができれば、医師数はR16まで増加し、その後は横這いで推移すると見込まれる。

○　一方、上位のケースにおいては増加傾向が継続し、下位ケースにおいてはR16をピークに減少に転じると見込まれる。

【推計条件】

医師数＝①養成医師数＋②養成医師以外の医師数

①養成医師数

奨学金養成医師制度が継続（50人/年 or 55名/年）し、定着率を45%、55%、65%と仮定

②養成医師以外の医師数

＝前年度医師数

－引退医師数（R6～R16：35人/年、R17～：42人/年）

－流出・減少医師数（20人/年 or 25人/年）

＜３ケースの条件＞

	定着率	流出・減少医師数	貸付定員
上位	65%	15人/年	55人/年
中位	55%	20人/年	55人/年
下位	45%	25人/年	50人/年

■引退医師数推計方法

・R6～R16の引退医師数の算出方法

①R6時点での65歳以上の医師数：623人…(a)

②(a)のうち直近の実績から推計した

10年後に医師を継続する人の割合：44% …(b)

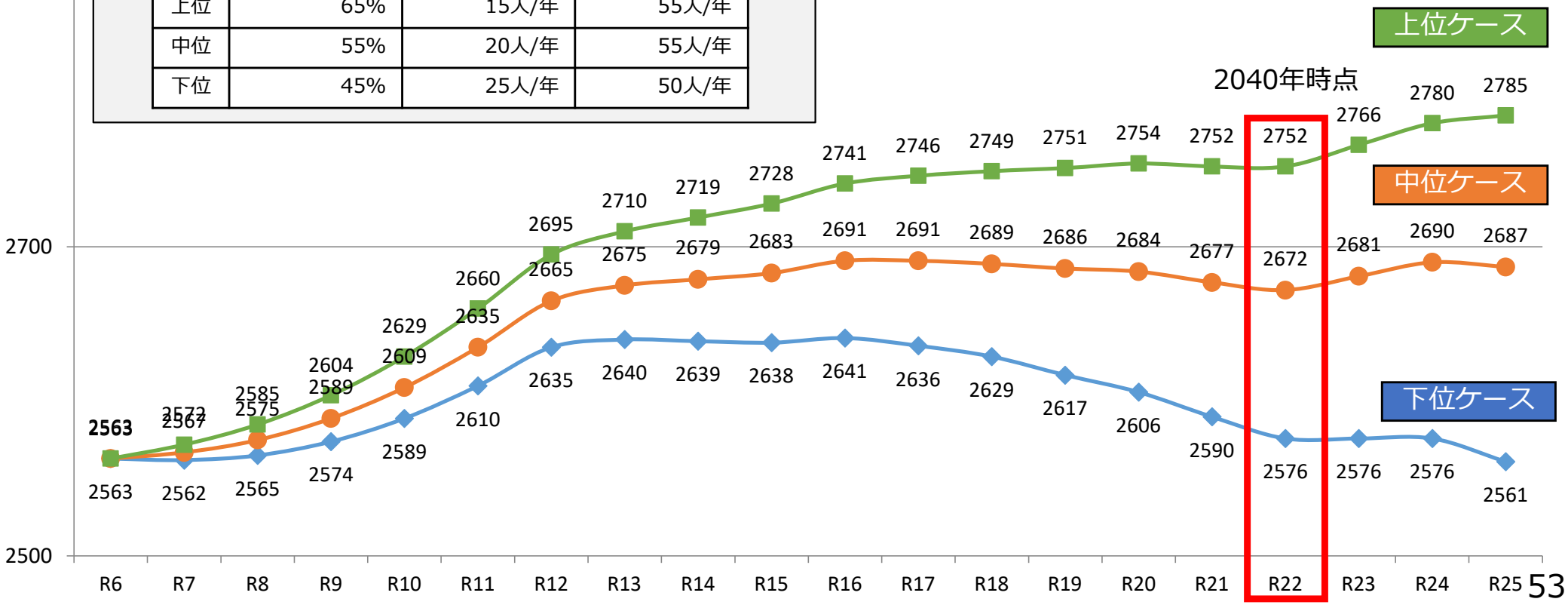
③R16時点での75歳以上の医師数見込

277人…(c)【=623人(a)×0.44(b)】

④R6～R16における75歳以上医師数の減少見込

623人(a)－277人(c)＝346人…(d)

⑤R6～R16における年間減少見込：346人(d)÷10年＝35人/年



主なポイント

○　現状の定着率や養成医師数を維持する条件設定により医師の供給見込みを推計した場合、医師数はR16まで増加し、その後は横這いで推移する見込みである。

○　一方で、人口減少に伴う**症例数の減少**により、専門医取得や技術・技能の維持・向上に**必要な症例数の確保が課題**となることが見込まれる。

○　このため、**将来にわたり必要な医療提供体制を維持**するためには、医師確保の取組を継続していくことに加え、症例集積を図るための取組を進め、**専門医育成に必要な研修・経験機会を確保していく必要がある**。

○　また、本県の二次医療圏別の医師偏在指標は９圏域中７圏域が医師少数区域に区分されるなど、医師の地域偏在が大きい状況にあることから、**地域偏在の解消に向けた取組を進める必要**がある。

○　さらに、**一部の診療科では専攻医採用数が全国平均を大きく下回って**おり、将来的な専門人材の確保も課題となっている。

看護師数の推移

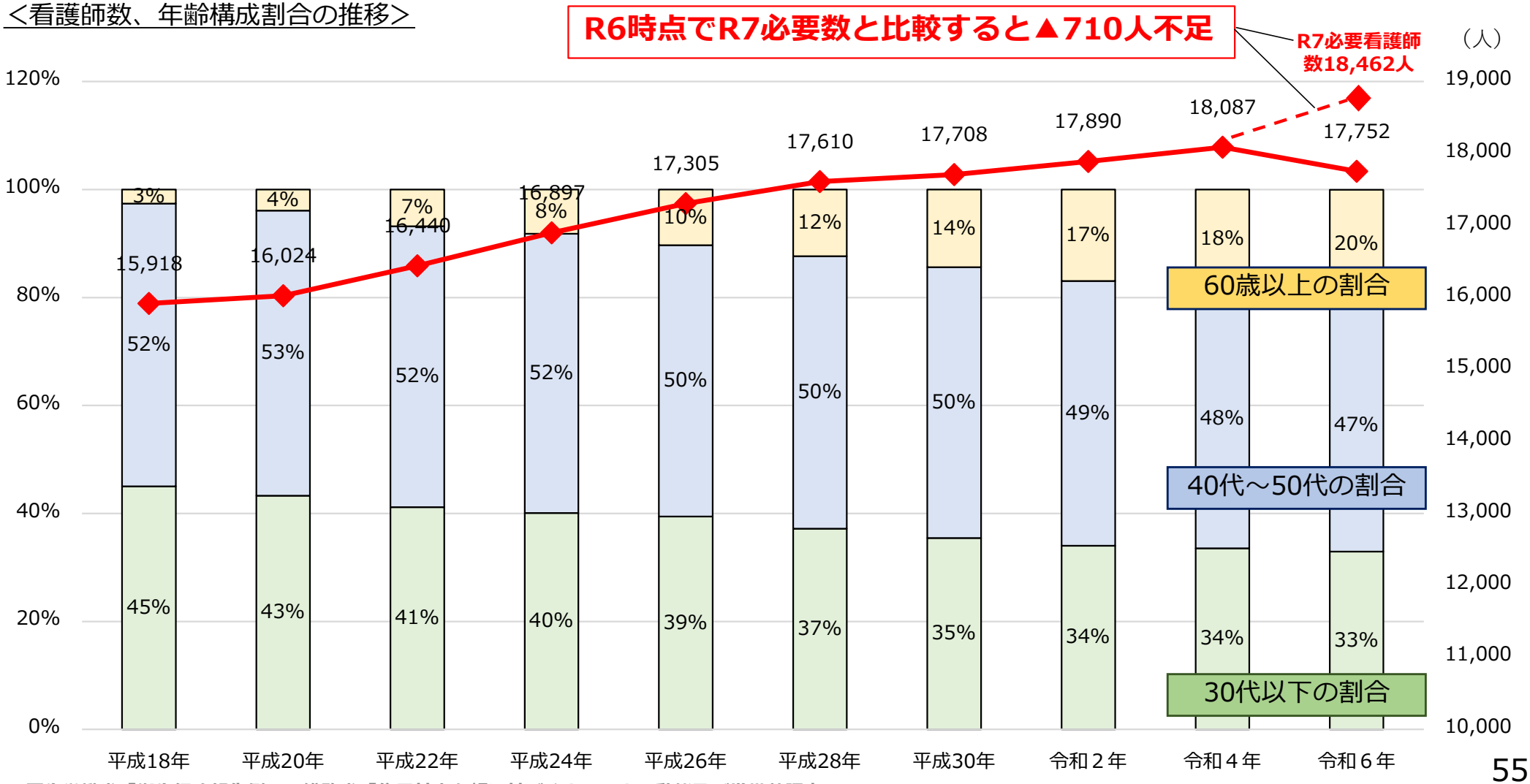
○　看護師数はＲ６年に17,752人となり、これまで増加傾向で推移してきたものの、直近では減少に転じた。

○　R7年に必要とされる看護師数※：18,462人と比較すると、**令和６年時点で既に710人不足。**

※看護職員需給分科会（R1.9月）が公表した、看護師の超過勤務10時間以内/月、有給休暇５日以上/年という条件の下で試算した必要数：18,462人

○　**看護師の年齢構成**は、30代以下の割合が低下する一方で、**60歳以上の割合が上昇。**

＜看護師数、年齢構成割合の推移＞



※厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

看護師の各構想区域における高齢化の状況

○　**全ての構想区域で看護師の高齢化が進行**しており、盛岡区域以外は50歳以上の看護師が４～５割を占めている。

○　令和６年度時点で**50歳以上の看護師は7,429人（全体の42%）**であり、**2040年までに多くが退職年齢を迎える見込み**である。

※厚生労働省「R6衛生行政報告例」

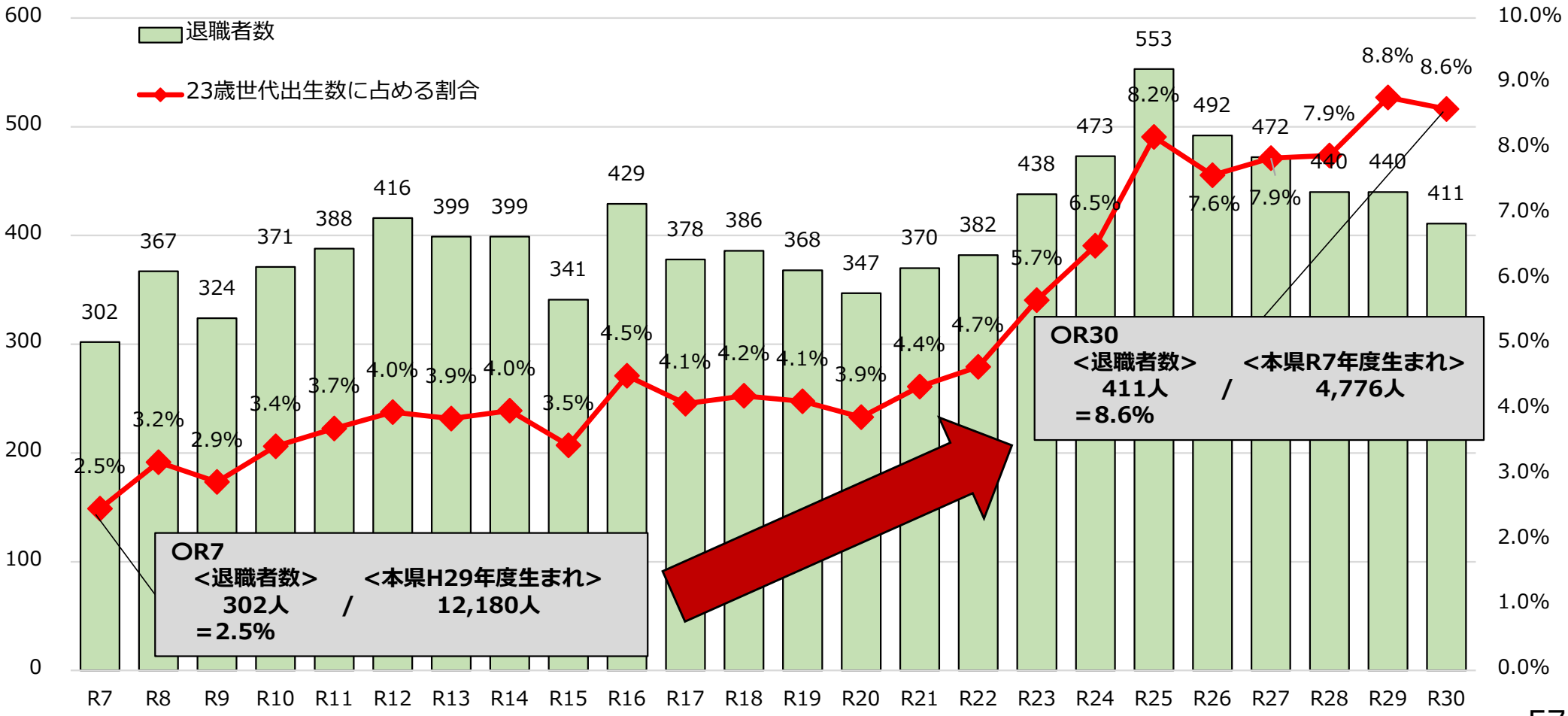
＜看護師の区域別50歳以上割合＞

	50歳以上人数 ①	総数 ②	50歳以上の割合 ①/②
盛岡	3,028	8,185	37%
中部	1,050	2,417	43%
胆江	832	1,682	49%
両磐	692	1,636	42%
気仙	393	790	50%
釜石	330	674	49%
宮古	485	1,011	48%
久慈	303	658	46%
二戸	316	699	45%
合計	7,429	17,752	42%

看護師における将来の人材確保の課題

○　現在の看護師の年齢構成から、65歳で退職すると仮定した場合、退職者数は令和22年度以降、400人を超える水準で推移する見込み。

○　一方で、**本県の出生数は大幅に減少**しており、**退職者を**その年度に23歳になる本県生まれ世代（**新卒者）で補うと仮定した場合、新卒者に占める看護師の割合を大幅に引き上げる必要**がある。
→　**現状は**2.5%（**40人に1人**）の割合が、**令和30年度**には、**概ね10人に１人**が看護師にならないと現状の体制が維持できない。



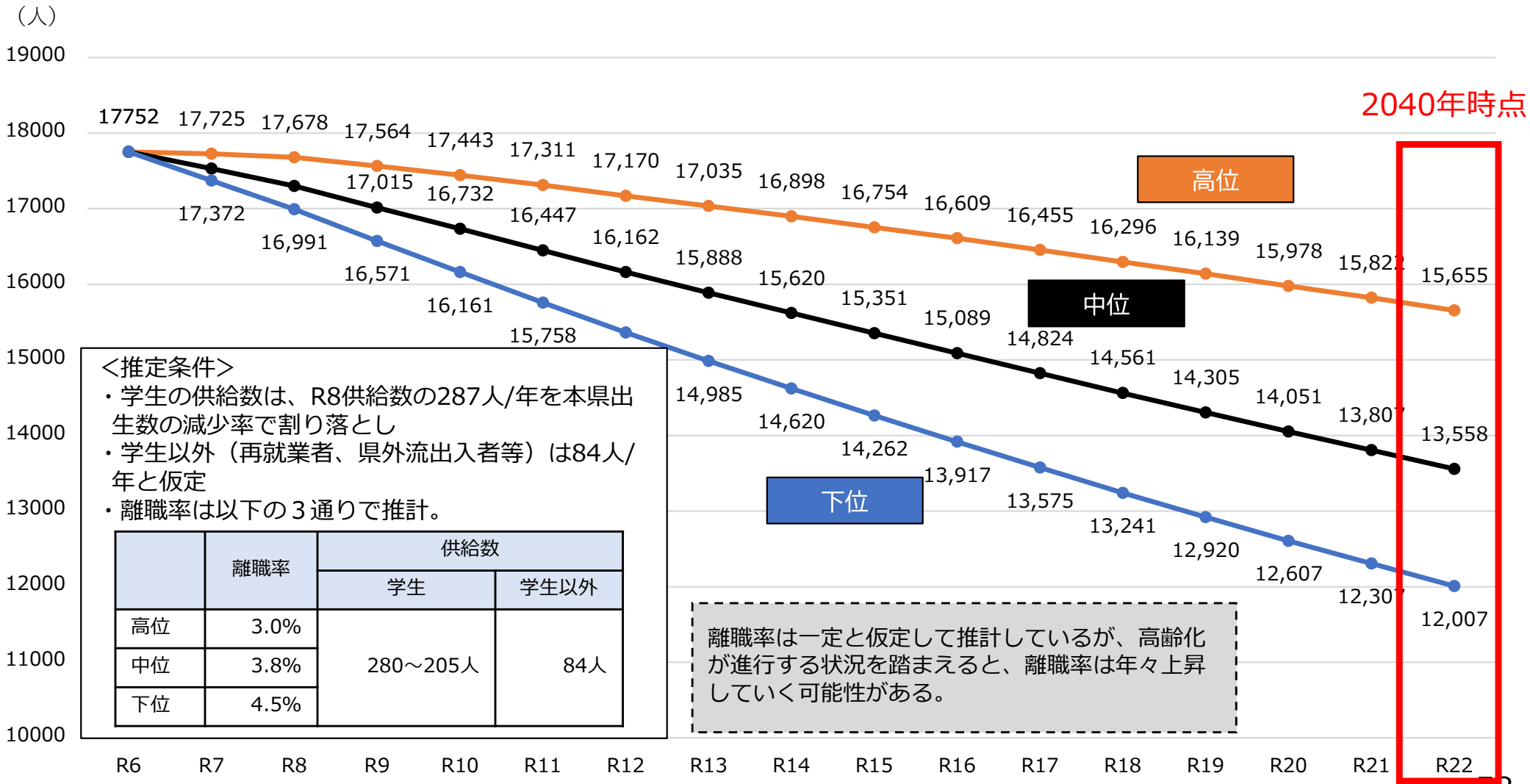
※厚生労働省「R6衛生行政報告例」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

看護師の今後の供給見込

○　本推計は、**新卒就職者に占める看護師の割合を現状と同水準**（2.5%）と仮定し、離職率について3つのシナリオを設定して算出。

○　中位シナリオの離職率3.8%は現状のデータをもとに算出した数値。一方、今後は看護師の高齢化の進展に伴い退職者数の増加が見込まれることから、下位シナリオの離職率4.5%も十分想定される水準。

○　中位又は下位シナリオで推移した場合、**2040年の看護師数は令和６年度時点と比べて、約２～3割減少。**



＜推定条件＞
・学生の供給数は、R8供給数の287人/年を本県出生数の減少率で割り落とし
・学生以外（再就業者、県外流出入者等）は84人/年と仮定
・離職率は以下の３通りで推計。

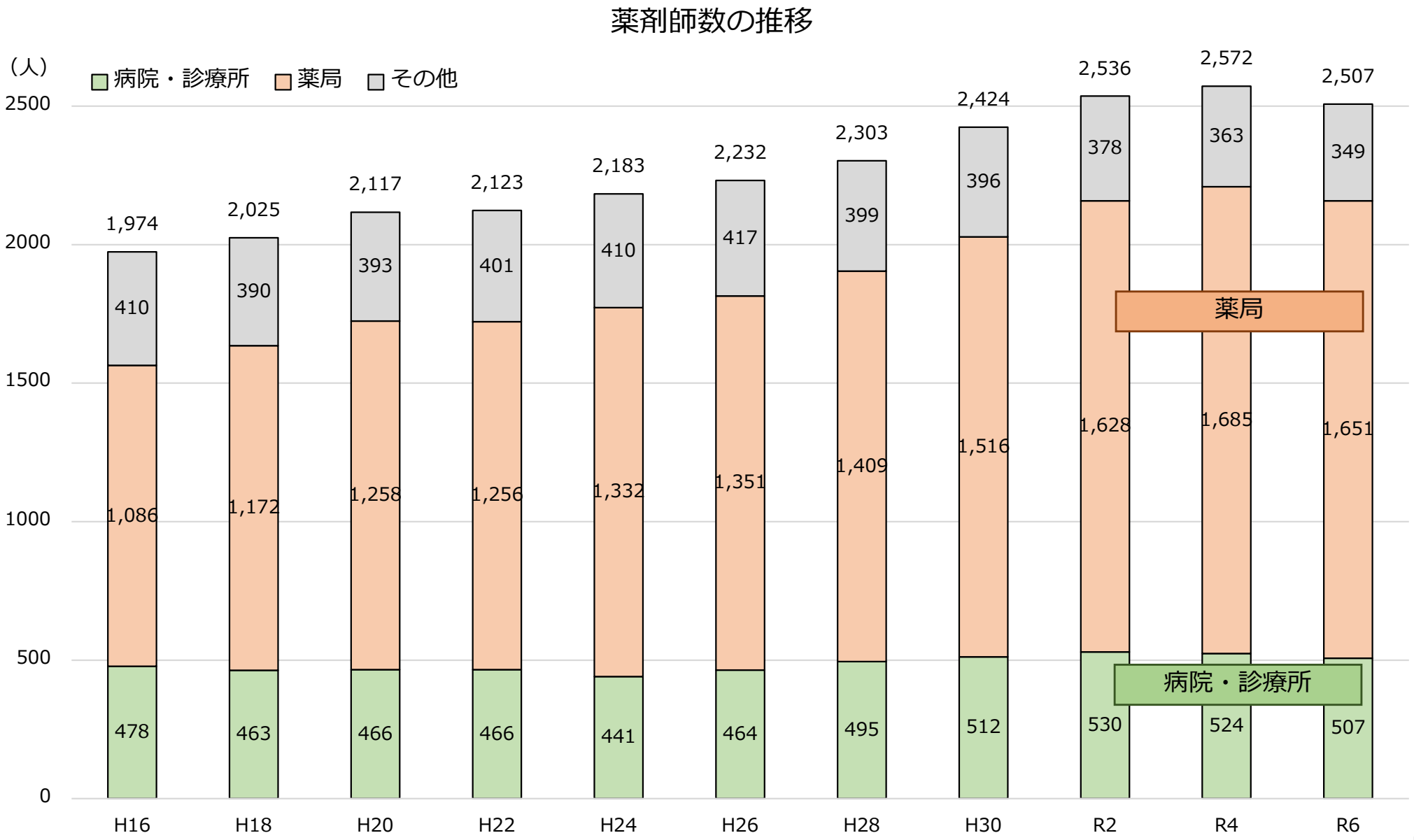
	離職率	供給数	
		学生	学生以外
高位	3.0%	280～205人	84人
中位	3.8%		
下位	4.5%		

離職率は一定と仮定して推計しているが、高齢化が進行する状況を踏まえると、離職率は年々上昇していく可能性がある。

薬剤師数の推移

○　**薬剤師数は増加傾向**で推移してきており、令和6年は2,507名となっている。

○　一方で、増加しているのは薬局薬剤師であり、**病院・診療所の薬剤師は横ばいで推移**している。



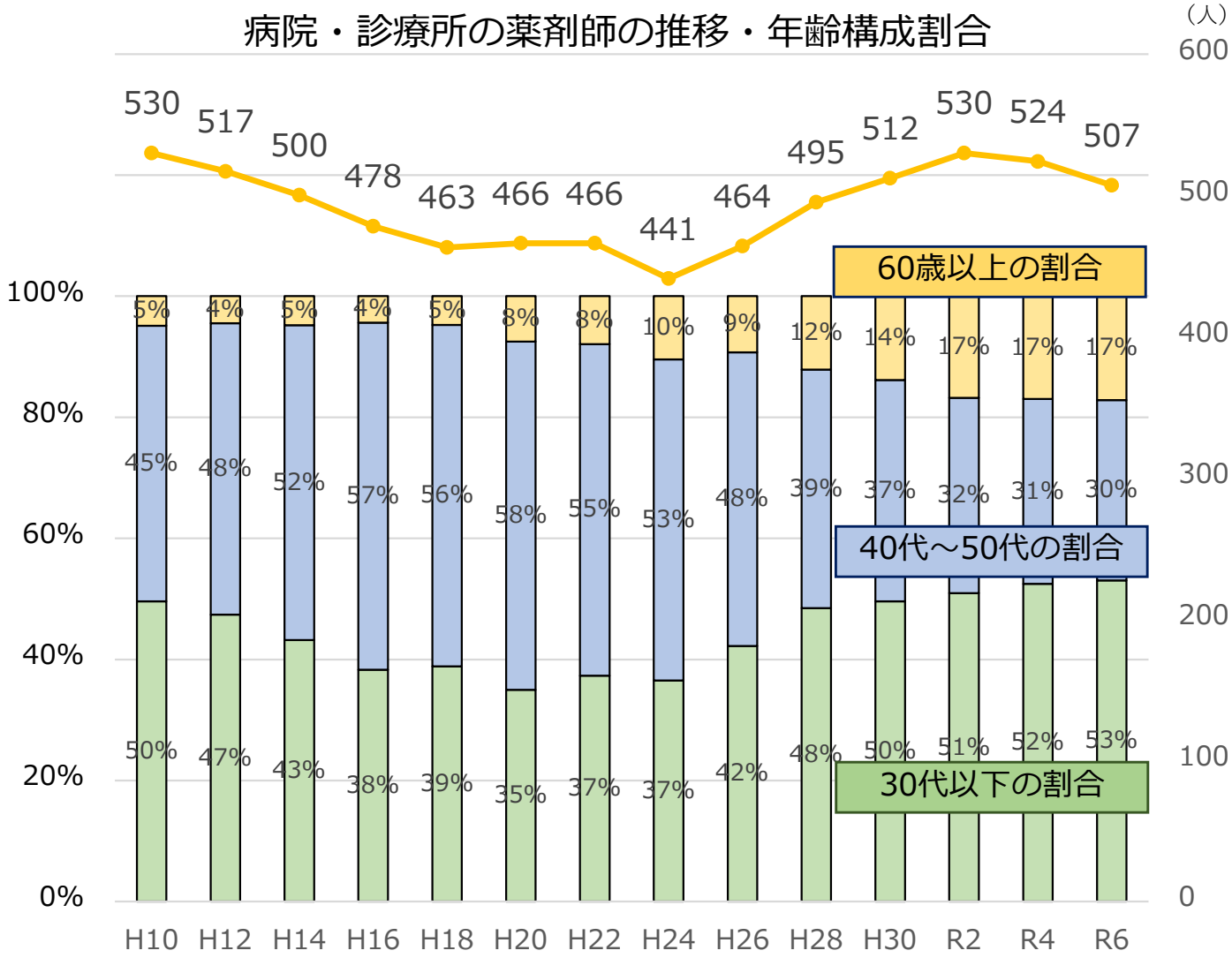
※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」

病院・診療所の薬剤師の推移

○　**病院・診療所に従事する薬剤師数**は、岩手医科大学薬学部が開設（H19）後、増加してきたが、近年は**減少傾向**にある。

○　岩手県出身薬学部在籍者数は令和元年の571人から令和７年には394人へと約３割減少しており、**将来の県内供給人材の縮小が懸念**される。

病院・診療所の薬剤師の推移・年齢構成割合



※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」

＜岩手県出身者薬学部在籍者数（単位：人）＞

	東北地方	その他	計
R1	**464**	**107**	**571**
R2	404	122	526
R3	373	104	477
R4	329	103	432
R5	291	108	399
R6	292	101	393
R7	**292**	**102**	**394**

本県出身薬学部在籍者数はR1からR7までに約3割減少している

出典：一般社団法人薬学教育協議会

看護師・薬剤師等の推移（小括）

主なポイント

○　**看護師数は**令和6年時点で17,752人となっているが、**令和7年に必要と見込まれる18,462人を既に710人下回っており、人材不足の状況**にある。

○　全ての構想区域で高齢化が進行しており、令和6年時点で50歳以上が約４割を占めていることから、**2040年までに多くの看護師が退職期**を迎える。
⇒出生数の減少に伴い若年人口が大幅に縮小しており、**将来にわたり現在と同水準の看護提供体制を維持することは困難**と考えられる。今後、国から2040年に向けた看護師の必要数が示される予定であることから、その内容も踏まえながら検討を進めていく。

○　**薬剤師数**はこれまで増加傾向にあったものの、岩手県出身薬学部在籍者数は減少しており、**将来的な供給人材の縮小が懸念**される。

○　**その他の医療従事者についても**、若年人口の減少や従事者の高齢化の影響を受けることから、**将来的に人材不足が生じる可能性**がある。

○　このため、医療従事者の確保に取り組むとともに、**限られた人材で必要な医療サービスを提供できる持続可能な医療提供体制について検討**する必要がある。

6　医療アクセス及び受療動向

交通アクセス

○　国のガイドラインでは、住民の医療機関へのアクセス時間の目安を、概ね1時間以内としている。

○　各市町村庁舎から隣接圏域の基幹病院までの移動時間を確認したところ、「岩手中部・胆江」、「胆江・両磐」、「気仙・釜石」については、構成市町村から概ね60分以内で移動可能である。

○　基幹病院から１時間程度で到達可能な範囲を見ると、「岩手中部・胆江」、「胆江・両磐」、「気仙・釜石」では、圏域を越えてアクセス可能な地域が多い。
※有料高速道路を利用した場合には、図の移動範囲（重複範囲）はより大きくなる。

■統合した場合のアクセス

各区域の構成市町村庁舎から各基幹病院までの所要時間が、１時間未満となる区域の組み合わせは、以下のとおり。

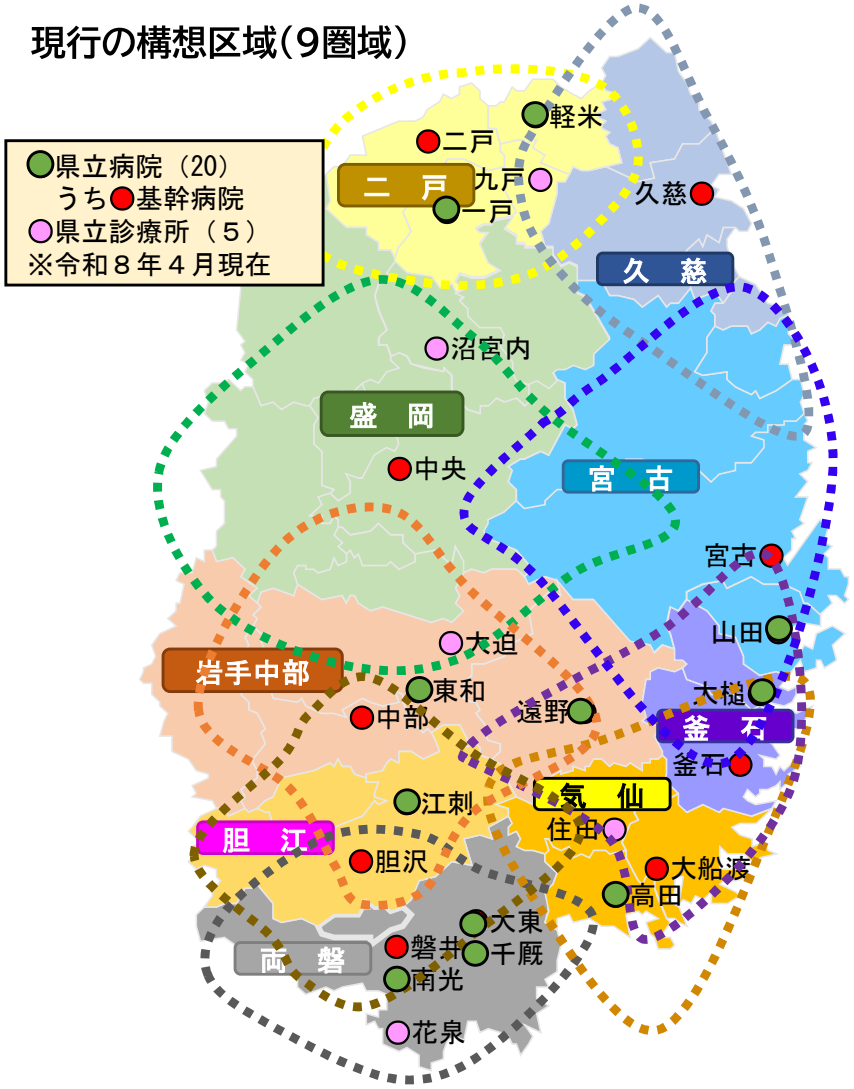
	移動時間（目安）	
中部－胆江	中部病院から ・奥州市役所：約30分 ・金ケ崎町役場：約30分	胆沢病院から ・花巻市役所：約40分 ・北上市役所：約30分 ・遠野市役所：約60分 ・西和賀町役場：約60分
胆江－両磐	胆沢病院から ・一関市役所：約30分 ・平泉町役場：約20分	磐井病院から ・奥州市役所：約40分 ・金ケ崎町役場：約50分
気仙－釜石	大船渡病院から ・釜石市役所：約40分 ・大槌町役場：約40分	釜石病院から ・大船渡市役所：約30分 ・陸前高田市役所：約40分 ・住田町役場：約40分

※復興道路･一般道路を利用した場合の所要時間（医療政策室調べ）

＜ガイドライン抜粋＞
Ⅱ.地域医療構想の策定について
3. 構想区域
(2)協議事項
①　構想区域の設定
　人口の少ない地域においては、「構想区域を広域化した場合、(中略)**医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合**がある。このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。」との記載がある。

■基幹病院から１時間移動した場合の移動範囲（精査中）

現行の構想区域（9圏域）



※一般道路を40km、復興道路を70ｋｍで１時間移動した場合

急性期の受療動向詳細

○　患者の流出率を見ると、盛岡区域を除く全ての構想区域で、他区域への流出が一定程度みられる。
○　このうち、岩手中部、気仙、釜石、宮古及び二戸区域では、盛岡区域への流出率が高くなっている。
○　久慈区域、両磐区域では、盛岡区域よりも県外への流出率が高い状況にある。

＜R6流出率＞

		医療機関所在地										
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸	県内計	県外
患者所在地	盛岡	97.0%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.3%	98.1%	1.9%
	岩手中部	19.1%	76.3%	1.3%	0.1%	0.1%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	98.0%	2.0%
	胆江	7.6%	10.3%	76.5%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	96.9%	3.1%
	両磐	4.8%	0.9%	6.1%	77.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	89.4%	10.6%
	気仙	13.5%	2.1%	2.1%	0.4%	68.4%	6.7%	0.1%	-	-	93.2%	6.8%
	釜石	13.9%	1.2%	0.3%	0.0%	6.5%	75.3%	0.9%	0.0%	-	98.2%	1.8%
	宮古	22.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.4%	3.1%	70.8%	0.8%	0.0%	97.9%	2.1%
	久慈	8.6%	0.2%	-	0.1%	0.0%	0.0%	0.3%	64.0%	1.4%	74.6%	25.4%
	二戸	18.6%	0.1%	0.1%	-	0.0%	-	0.0%	0.1%	66.6%	85.4%	14.6%

＜R6流入率＞

		医療機関所在地								
		盛岡	岩手中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸
患者所在地	盛岡	75.9%	1.1%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%	0.4%	1.6%	3.0%
	岩手中部	7.8%	88.7%	2.6%	0.2%	0.4%	4.1%	0.1%	0.0%	0.1%
	胆江	1.8%	7.1%	88.6%	3.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	両磐	0.9%	0.5%	5.8%	92.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	気仙	1.6%	0.7%	1.2%	0.3%	89.5%	8.2%	0.1%	-	-
	釜石	1.5%	0.4%	0.2%	0.0%	7.5%	82.1%	0.9%	0.1%	-
	宮古	3.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.7%	4.7%	97.1%	1.6%	0.0%
	久慈	1.0%	0.1%	-	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%	96.1%	2.1%
	二戸	2.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	0.1%	90.9%

※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

主なポイント

○　急性期患者については、多くの医療圏において完結率が８割を下回っており、特に、気仙、宮古、久慈、二戸において流出が大きく**、医療機能の利用実態が現行の構想区域と必ずしも一致していない**状況がみられる。

○　国のガイドラインでは、区域の見直しに当たっては、**住民が必要な医療にアクセスできるか**を併せて確認することが重要とされており、その目安は概ね1時間以内とされている。

○　このため、**構想区域のあり方**については、**患者の受療実態を踏まえた医療機能の完結性**と、**住民の医療アクセス**の双方の観点から検討していく必要がある。

7　構想区域設定に向けた整理

構想区域の見直しの必要性

国のガイドラインの記載

○　国ガイドラインでは、将来の医療需要、人材確保等を踏まえ、**区域として一定の医療提供の完結性が確保できるかを検証**し、**必要に応じて区域の統合・再編を検討**することとされている。

本県の状況

○　**医療需要**については、2040年に向けて人口減少が進行し、多くの区域において外来患者数、入院患者数及び手術件数が減少するなど、**縮小**していくことが見込まれる。

○　**医療供給**については、出生数の減少に伴い**医療従事者の確保が困難**になることに加え、生産年齢人口の減少に伴う手術件数の減少により、**医療の質の確保や医師養成に必要な症例数の確保が困難**となることが見込まれる。

まとめ

○　2040年に向けて、人口減少や医療需要の変化が見込まれる中においても、**県民が将来にわたり良質な医療を受けられる体制を確保していく**ためには、限られた医療資源を効果的に活用しながら、**地域の実情に応じた医療提供体制の転換を進める必要**がある。

○　このため、構想区域の見直しや区域間連携の強化について検討を進め、持続可能な地域医療の実現を目指していく。

構想区域見直しの基準案の検討

○　事務局としては、構想区域の見直しに当たり、ガイドラインで示されている考慮事項を踏まえて指標を設定し、その結果を総合的に勘案した上で、構想区域のあり方について検討を進めたいと考えている。

○　**本会議においては、指標の妥当性に加え、その他考慮すべき事項の有無について、ご意見をいただきたい。**

<国のガイドラインを踏まえた指標案>

項目	指標	具体的な指標（例）
将来人口推計	2040年推計人口	20万人以下
患者の流出入	流出率、流入率	流出率：20%以上、流入率：20%未満
医療機関の配置状況（地理的バランス）	急性期拠点機能の持続可能性	手術件数、救急搬送件数　など
医療従事者の確保状況	担い手減少や高齢化を踏まえた確保の可能性	医師偏在指標、医療従事者の高齢化率　など
医療へのアクセス	基幹病院までのアクセス時間	各市町村庁舎から基幹病院までの移動時間　など
症例数	専門医育成、医療の質の維持に必要な症例数	外科医年間症例数、全身麻酔件数　など

【今後の流れ】
第２回の地域医療構想調整会議において、構想区域の見直し案を複数提示し検討を行う予定