

令和8年度 第1回 福井県医療審議会	資料2
令和8年9月11日（金）19時～	

第8次福井県医療計画の中間見直しについて

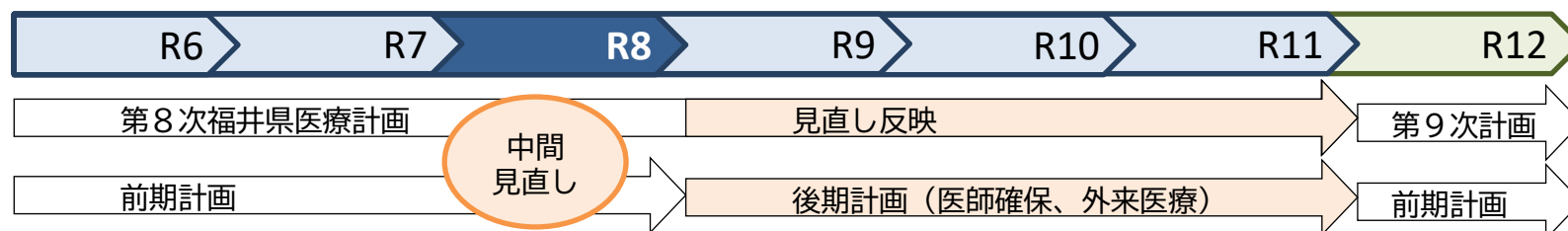
第8次福井県医療計画の中間見直し

医療計画の概要

- 福井県医療計画は、医療法第30条の4（国が定める基本計画に即し、かつ、地域の実情に応じた医療計画の策定を都道府県に義務付け）の規定に基づき、5疾病・6事業・在宅医療を中心に、福井県における医療施策の基本的方向性を策定したもの。
- 現行の第8次福井県医療計画の計画期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間

中間見直しの趣旨

- 計画の中間年となる令和8年度は、国の方針に基づく見直しを行う。
- 「在宅医療」、「医師確保」、「外来医療」については、3年ごとに調査・分析・評価を行い、必要に応じて計画を見直し。
- 医師確保計画と外来医療計画は3年間の計画期間のため、令和8年度に後期計画を策定（医療法第30条の6）



中間見直しの基本的な方針

- 国の「医療計画作成指針」および「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」に基づき見直し。
 - 在宅医療**：地域別の課題や在宅医療に積極的役割を担う医療機関の状況把握、多職種連携、意思決定支援 等
 - 精神疾患**：精神病床の基準病床について国から示された算定式の時点更新を踏まえて見直し
- 国ガイドラインに基づく後期計画の策定
 - 医師確保計画**
 - 外来医療計画**

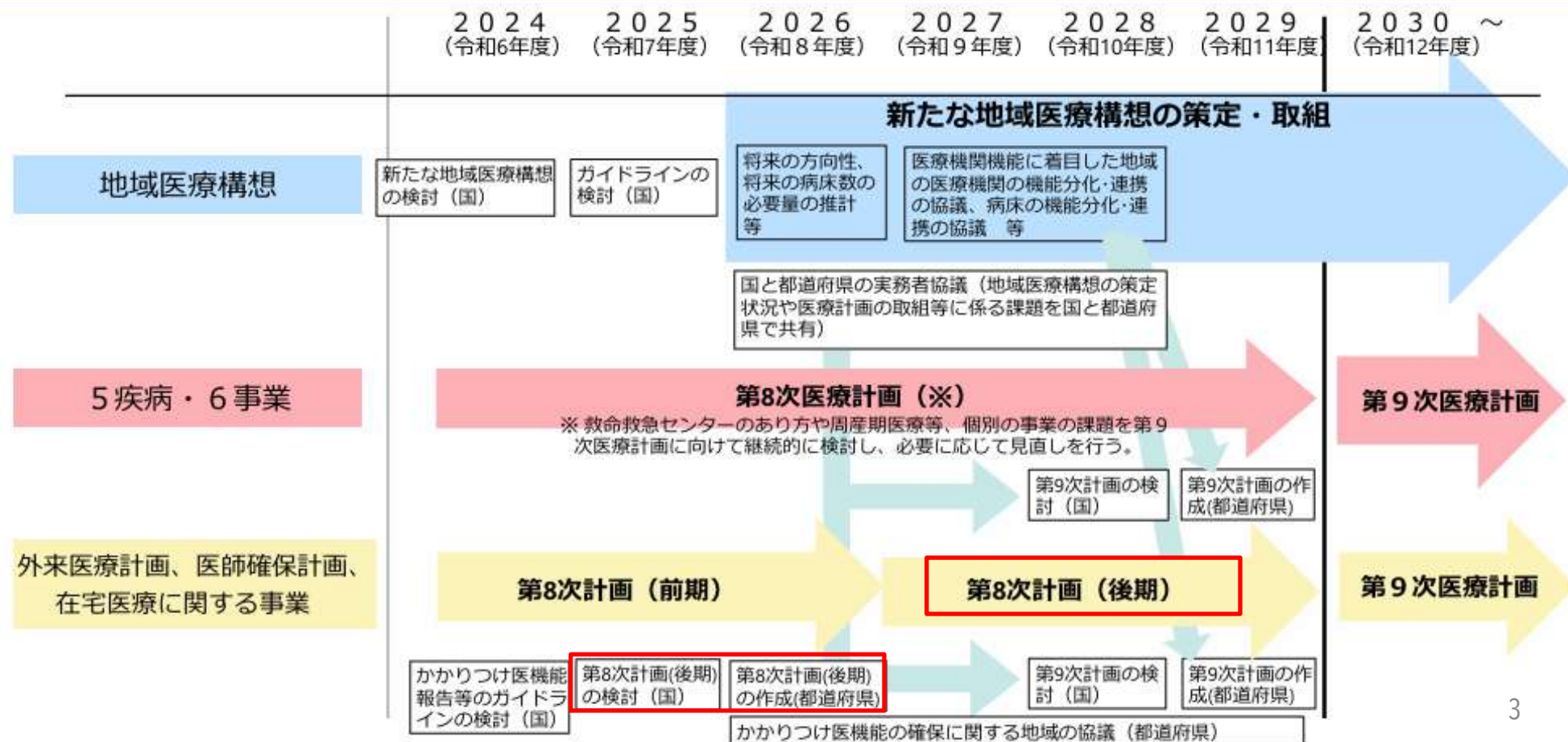
本日は、本県における在宅医療、精神疾患、医師確保計画、外来医療計画の中間見直しの内容、方向性等について説明

国の方針に基づく見直し

- ・ 在宅医療
- ・ 精神疾患

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

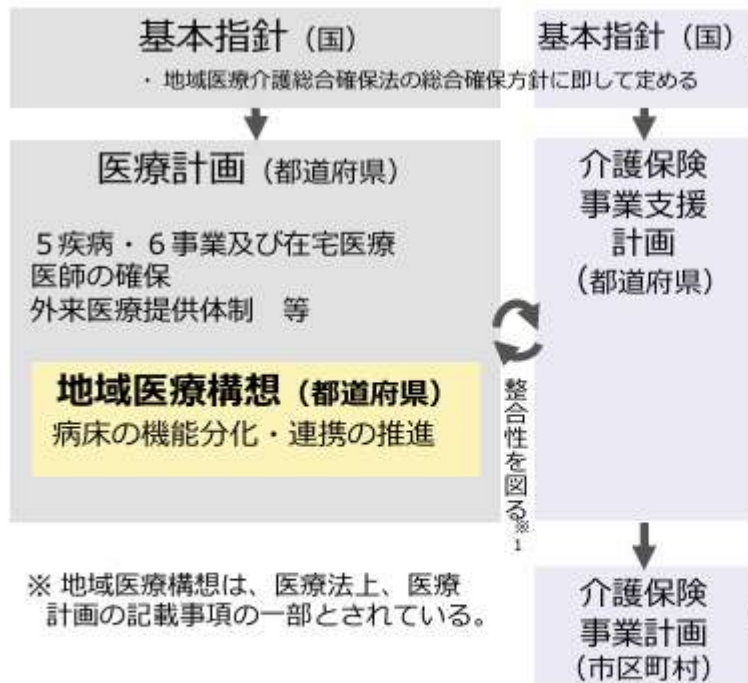
- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直し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



新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
 - ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
 - ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。

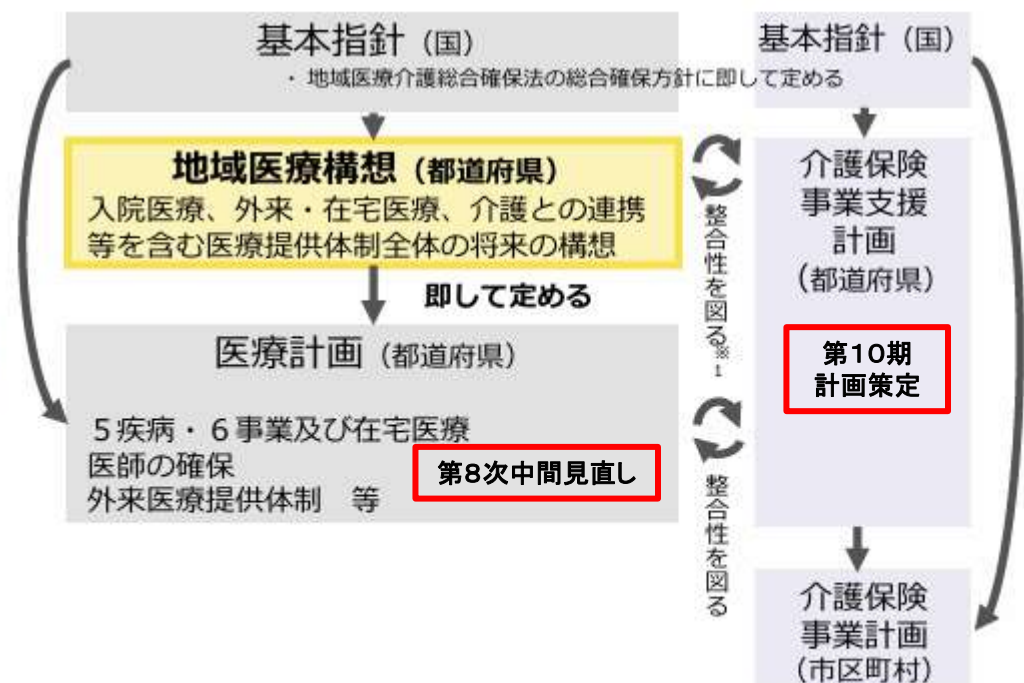
<現行>



※ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の記載事項の一部とされている。

※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

<今後>

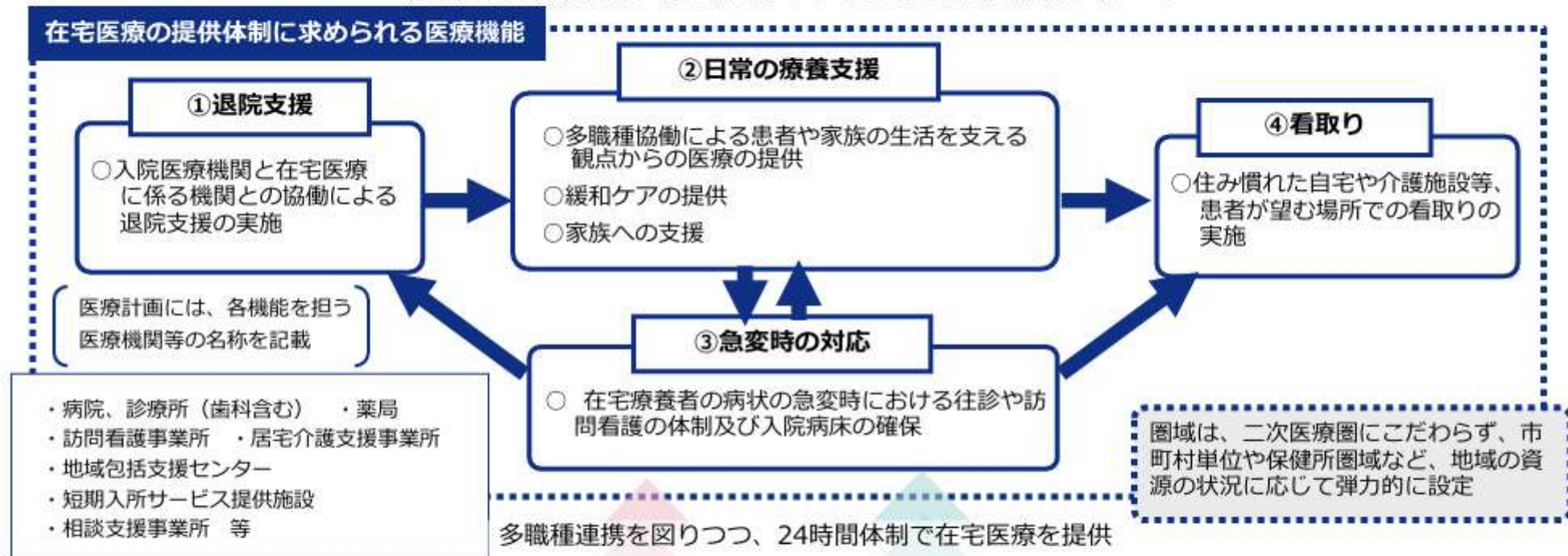


※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

・市町村 ・保健所
・医師会等関係団体 等



在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

在宅医療の提供体制

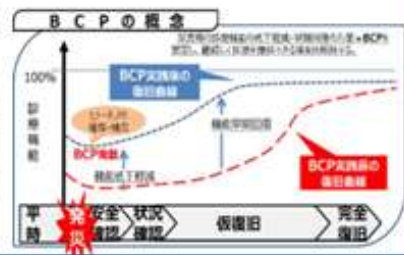
在宅医療の圏域の設定



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

在宅医療分野の医療体制構築に係る指針の概要(令和8年6月10日付け厚労省通知)

主な項目	第8次医療計画中間見直し(後期計画)における国通知のポイント
在宅医療圏域の設定	- 従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療・介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等で弾力的に設定する - 設定した圏域内には、積極的役割を担う医療機関および必要な連携を担う拠点を少なくとも1つ設定する
積極的役割を担う医療機関	- 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供し、他の医療機関の夜間・休日や病状急変時の診療支援、多職種連携の支援等を行う病院・診療所を位置づける - 地域で担う役割を定期的に把握し、必要に応じて位置づけの見直しを行う
必要な連携を担う拠点	地域の実情に応じ、地域医師会、市町村、病院、診療所、訪問看護事業所、保健所等を「拠点」として位置づけ、多職種協働の構築、人材育成、住民啓発、災害対応等の連携機能を包括的に担う体制を整える
24時間の在宅医療提供体制	- 主治医のみによる往診等を前提とせず、夜間・休日の輪番制や、在宅療養支援病院以外も含めた病院による往診・訪問診療の提供を推進する - 地域における急変時の受入病床の明確化および確保を推進する
専門性の高い在宅医療	- 小児や医療的ケア児等への対応は、高齢者等に対する在宅医療の提供体制と併せて検討し、対応可能な医療機関、薬局、訪問看護等を把握する - 圏域にこだわらず、隣接圏域や二次医療圏全体での広域的な提供体制構築も検討する
災害の発生に備えた体制整備	- 発災後も医療を継続できるよう平時から業務継続計画(BCP)の策定を推進し、被災状況把握のため自治体と連携する方策を検討する - 災害拠点病院や介護保険施設等における在宅療養患者の受入可否や受入れ可能人数をあらかじめ把握しておく
介護計画との整合性・目標	- 令和9年度から始まる第10期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、介護サービスの提供量や状況を十分考慮する 2026年度末までの整備状況を評価した上で、2029年度末における目標を設定する

第8次医療計画 在宅医療に関する主な意見

会議	主な意見(在宅医療・医療介護連携に関する論点・現場の実態)
在宅医療体制検討部会 (R5.8.1) 【第8次医療計画策定時】	・在宅医療の圏域は原則二次医療圏を維持しつつ、圏境に近い地域では幅を持たせて柔軟に対応可能とすべき。 ・「積極的役割を担う医療機関」には特定の病院・診療所名は出さず、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所を位置づける。 ・在宅医療・介護連携推進事業との連動を図るため、「必要な連携を担う拠点」として市町および郡市医師会を位置づける。 ・広域的な災害を想定した場合、BCPの策定には行政との連携が不可欠。
R7年度 第1回 医療審議会 (R7.9.2)	・若手医師が24時間オンコール対応等の精神的・肉体的負担感から在宅医療への参入に消極的で、在宅が伸び悩んでいる。オンライン診療(D to P with Nを含む)の活用によるカバー体制の整備が必要。 ・「つぐみ」は1人で書くのは難しく、重い病態になってからは書けない。比較的軽い入院初期等からのアプローチが必要。
R7年度 第2回 医療審議会 (R8.3.24)	・人口減少下において、高度医療から在宅まで最適な体制を検討するため医療圏(構想区域)の再編は避けて通れないが、あまり広域化しすぎると、かえってローカルな在宅・介護の提供体制が動かしにくくなる懸念がある。
R6年度 第1回 調整会議 (R6.7～8月)	・人手不足の介護施設において、利用者の受入れがスムーズにいかないと、後方支援病院からの退院が停滞し、結果として急性期病院のベッドが空かず「玉突き」で地域医療が回らなくなる(福井)。 ・軽症高齢者の救急搬送件数が増加しており、医療・介護連携による在宅での事前対応が必要(丹南)。 ・多重疾患(ポリファーマシー)対策として多職種連携SNS「ふくいみまもりSNS」が有効(奥越)。
R6年度 第2回 調整会議 (R7.2～3月)	・介護施設において、もう少し医療的行為ができるようになれば、病院と施設の連携がしやすくなる(坂井)。 ・介護施設における人手不足や医療機能強化の遅れにより、胃ろうや中心静脈ポート等がある患者の受け入れが難航する。介護申請の開始段階から入所手続きを同時並行で進められるようにすることで、病院から施設への移行がスムーズになるのではないか(二州)。
R7年度 第2回 調整会議 (R8.2～3月)	・構想区域の点検・見直しや二次救急・高齢者救急・在宅などの複数機能の選択は人口の少ない地域共通の課題。診療報酬との整合も踏まえ、地域で最適な機能の組み立てを行う重要な時期である(奥越)。 ・医療・介護連携では、訪問看護・介護の人材不足や地理的条件による非効率など、地域特性を踏まえた支援が必要(丹南)。 ・在宅医療や訪問サービスの人材不足が在宅看取りの減少にも影響している。地域で継続的に人材を育成・確保する仕組みづくりが必要(若狭)。

在宅医療の圏域の設定状況について

R8.3.17 厚生労働省
令和7年度医療政策研修会資料より抜粋

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和7年9月24日
資料2
(一部改)

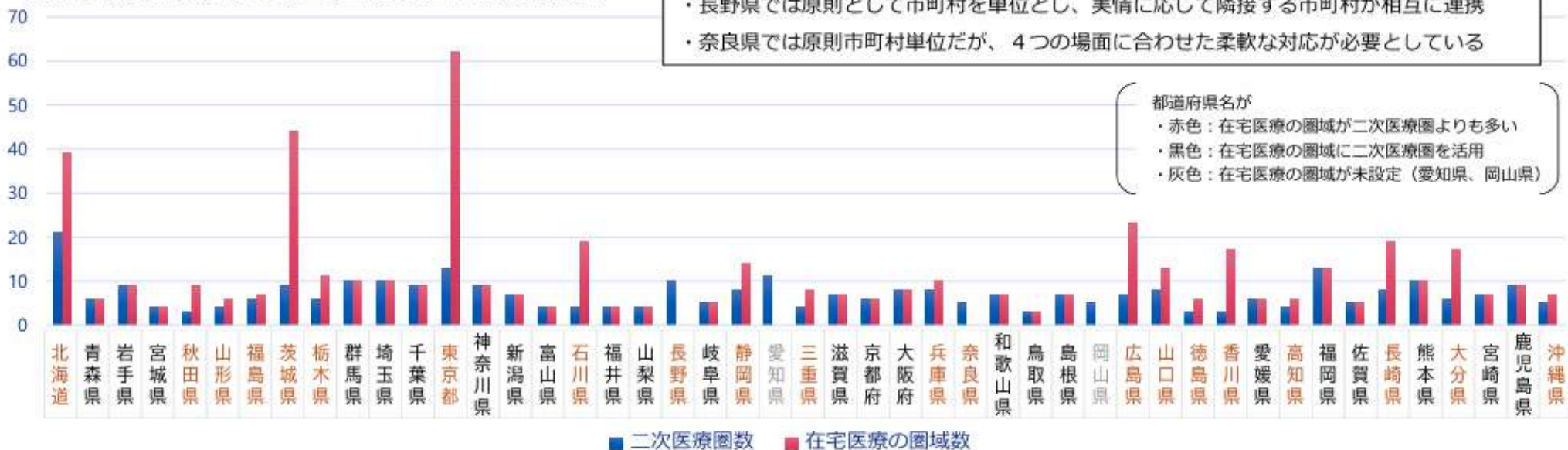
都道府県調査

- ・在宅医療の圏域として二次医療圏を活用していたのは24府県、二次医療圏よりも多い圏域を設定していたのが21都道県であった（2県は未設定）。
- ・二次医療圏よりも多い圏域を設定していた都道府県では、市町村、郡市区医師会、保健所等の単位で設定されていた。

各都道府県における在宅医療の圏域設定状況

※令和7年10月時点の報告情報に基づき再作成

- ・長野県では原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携
- ・奈良県では原則市町村単位だが、4つの場面に合わせた柔軟な対応が必要としている



各都道府県における在宅医療の圏域の設定単位



【その他】

- ・地域の実情により組み合わせて設定（二次医療圏単位、郡市区医師会単位、市町村単位）
 - ・急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう設定
 - ・基本市町村単位であるが、一部医師会単位で設定
 - ・地域医療構想の区域と同じ
- 等

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出状況

在宅療養支援診療所・病院（在支診・在支病）とは

24時間対応や往診体制等を備え、在宅での療養生活を支える中核的な医療機関。第8次医療計画では、「積極的役割を担う医療機関」として位置づけ。

令和8年7月時点(近畿厚生局データ)

圏域	機能強化型 在支診 (単独)	機能強化型 在支診 (連携)	従来型 在支診	機能強化型 在支病	従来型 在支病	合計
福井	5	1	17	2	6	31
坂井	0	0	11	0	2	13
奥越	0	1	4	0	1	6
丹南	4	0	5	2	3	14
二州	0	0	3	0	1	4
若狭	0	0	5	0	1	6
合計	9	2	45	4	14	74

項目	機能強化型 (単独型)	機能強化型 (連携型)	従来型 (その他在支診 ・在支病)	令和8年度(2026年度) 改定ポイント
内容	常勤医3人以上、緊急往診10件以上、看取り4件以上などの厳しい基準を自院単独で満たす高機能な医療機関。	地域の複数の医療機関が連携・グループ化することで、共同で24時間往診・連絡体制を確保する医療機関。	24時間対応体制を満たしつつも、機能強化型の医師数や実績基準には達しない医療機関。	①看取り実績等を評価する「在宅医療充実体制加算」を新設 ②業務継続計画(BCP)の策定・定期見直しを義務化 ③在宅医療情報連携加算におけるICT活用や、医師・薬剤師の同時訪問による服薬調整の評価を新設

国の医療需要推計に基づく目標値の見直し検討例

① 現状(R7)

訪問診療患者数は増加傾向

- 実績値はR3:3,491人 → R6:4,000人 → R7:4,033人
- R3を100とするとR7は116(16%増)
- 現行計画のR11目標値3,945人を既に上回っている。

年度	R3	R4	R5	R6	R7
実績値(人)	3,491	3,784	3,739	4,000	4,033

② 将来需要

国の推計(厚生労働省「将来の在宅(訪問診療)需要推計」)では訪問診療需要は今後も増加

年度	R6	R11	R12
需要推計(人)	4,031	4,470	4,563

R12にはR6比約13%増と見込まれている(※R11(8次計画の最終年)は伸び率により県において計算)

③ R12(2030)年訪問診療需要推計(圏域別)と実績値の比較

圏域	R7実績患者数 (補正後)	R12需要推計	増加数	増加率
福井・坂井	2,257	2,692	+435	+19.3%
奥越	287	284	▲3	▲1.0%
丹南	921	931	+10	+1.1%
嶺南	568	656	+88	+15.5%
合計	4,033	4,563	+530	+13.1%

※R7実績患者数は国保レセプトによる訪問診療患者実数(圏域別)に社保レセプトを按分配賦。R12需要推計は国の推計に基づく。

第8次福井県医療計画 第5章【在宅医療】中間見直しの方向性(全体像)

今後の目指すべき方向

高齢化の進展に伴う在宅医療需要の急増を見据え、地域の実情に応じた体制整備と機能強化を図る

R8在宅医療検討部会で検討予定

主なテーマ	【R8.6国通知の主な内容】現状と課題(求められる対応)	今後の目指すべき方向(具体的な施策)
提供体制の整備	高齢化に伴い在宅医療を必要とする患者が今後さらに増加することから、これに対応する体制の確保が必要 (地域別の課題の把握、積極的役割を担う医療機関の状況把握)	増加する需要に対応できる在宅医療提供体制の確保・充実 (医療・介護連携会議における協議、かかりつけ医機能報告制度に基づくデータの活用して必要な機能の確保を検討)
機能の確保	患者の状態に応じた適切な医療提供(退院・日常・急変時・看取り等)の確実な実施が課題 (在宅医療の24時間提供体制の確保)	「退院支援」「日常の療養支援」「急変時対応」「看取り」の各フェーズに対応する体制整備 (訪問看護ステーションの連携・機能強化、「福井県入退院支援ルール」の内容と運用体制の継続的な充実化)
連携・多職種	医療機関同士、および医療・看護・介護・福祉等に関わる関係機関間の連携構築が必要 (小児や医療的ケア児等に対する在宅医療を含む)	医療機関の役割分担と、多職種協働による包括的なサービス提供・連携体制の構築 (「ふくいみまもりSNS」等の活用)
意思決定支援	人生の最終段階において、本人や家族の希望に沿った医療・ケアの提供が求められる (ACPの普及・啓発)	本人の意思決定支援(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)の強力な推進 (県版エンディングノート「つぐみ」の普及拡大)
災害時対応	災害発生時における在宅医療の継続を担保するための平時からの備えが課題 (関係機関(医療・介護提供機関等)の連携体制の整備)	平時からの連携体制構築と、実効性のある事業継続計画(BCP)の策定推進

数値目標の項目	第8次医療計画(前期)の目標		進捗状況	
	計画策定時(R3)	目標(R11)	R7実績	評価
訪問診療を受けた患者数	3,491人	3,945人	4,033人	目標達成水準
訪問看護の利用者数	6,999人	13%増	7,899人	目標達成水準(13%増)
訪問看護ステーションの看護職員数	565人	638人	646人	目標達成水準
介護支援連携指導を受けた患者数	2,276人	13%増	2,995人	目標超過水準(32%増)
在宅ターミナルケアを受けた患者数	626人	13%増	732人	目標達成水準(17%増)
訪問診療を実施している医療機関数	288施設	現状維持	273施設	減少傾向

在宅医療圏の弾力的な設定

従来の二次医療圏(福井・坂井、奥越、丹南、嶺南)にこだわらず、医療資源の状況や介護との連携実態を踏まえ、「退院・日常・急変時・看取り」の機能が確保されるよう、**保健所単位(福井、坂井、奥越、丹南、二州、若狭)**など**地域の実情に応じて弾力的な医療圏の設定を検討**する。

- 国の指針や在宅医療関連データ等を踏まえ、在宅医療分野における課題解決に必要な施策、進捗評価指標の見直し、数値目標の設定など、検討を進めたい。
- 具体的な検討にあたっては、専門部会である在宅医療体制検討部会において実務的・具体的な議論を重ねるとともに、その検討結果を各地域の地域医療構想調整会議や医療・介護連携の関係協議体に報告し、現場の実情に即した幅広い意見を丁寧に聴きながら合意形成を図る。
- 次回の医療審議会(12月予定)においては、これらの検討結果を反映し、具体的な施策内容、指標、数値目標の(案)などを盛り込んだ、第8次福井県医療計画(中間見直し)における在宅医療分野の素案をお示ししたい。

精神疾患（精神病床の基準病床数）の中間見直し

R6. 3月 第8次福井県医療計画（P28）

II 県全域における精神病床、感染症病床および結核病床

精神病床に係る基準病床数は、県全体の人口や県内外の流入流出患者数等を基に、医療法施行規則等により定められた計算方法により算出しています。

感染症病床および結核病床に係る基準病床数については、厚生労働省が定める基準により算出しています。

病床の種類	基準病床数	参考：既存病床数 (令和5年10月31日時点)
精神病床	1,707 ²	2,144
感染症病床	20	20
結核病床	17	28

【用語の解説】

●病床の種別

・一般病床

…療養病床、精神病床、感染症病床および結核病床以外の病床

・療養病床

…精神病床、感染症病床および結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床

・精神病床

…精神疾患を有する者を入院させるための病床

・感染症病床

…感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症の患者および同条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるための病床

・結核病床

…結核の患者を入院させるための病床

2 精神病床は令和8年度までの基準病床数。計画の進捗により見直しを行います。

R8. 6. 10 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」の一部改正について

別表：精神病床に係る都道府県別の基準病床数算定式の計算結果

都道府県	基準病床数算定式の計算結果 (注1) (注2)	都道府県	基準病床数算定式の計算結果 (注1) (注2)
北海道	13,358 (13,196 ~ 13,522)	滋賀県	1,671 (1,655 ~ 1,675)
青森県	3,018 (2,989 ~ 3,047)	京都府	3,703 (3,664 ~ 3,720)
岩手県	2,723 (2,692 ~ 2,755)	大阪府	13,504 (13,363 ~ 13,539)
宮城県	4,293 (4,239 ~ 4,348)	兵庫県	8,032 (8,541 ~ 8,721)
秋田県	2,716 (2,683 ~ 2,747)	奈良県	2,086 (2,064 ~ 2,108)
山形県	2,538 (2,509 ~ 2,565)	和歌山県	1,192 (1,177 ~ 1,205)
福島県	3,666 (3,621 ~ 3,712)	鳥取県	1,176 (1,153 ~ 1,187)
茨城県	4,788 (4,725 ~ 4,851)	島根県	1,516 (1,501 ~ 1,533)
栃木県	3,356 (3,312 ~ 3,401)	岡山県	3,547 (3,513 ~ 3,581)
群馬県	3,887 (3,837 ~ 3,938)	広島県	6,426 (6,354 ~ 6,498)
埼玉県	10,644 (10,533 ~ 10,678)	山口県	4,077 (4,023 ~ 4,132)
千葉県	8,811 (8,705 ~ 8,916)	徳島県	2,613 (2,578 ~ 2,647)
東京都	16,836 (16,689 ~ 16,883)	香川県	2,432 (2,402 ~ 2,461)
神奈川県	10,791 (10,506 ~ 10,723)	愛媛県	2,795 (2,759 ~ 2,829)
新潟県	4,599 (4,544 ~ 4,654)	高知県	2,362 (2,336 ~ 2,386)
富山県	2,231 (2,201 ~ 2,260)	福岡県	14,808 (14,626 ~ 14,969)
石川県	2,581 (2,552 ~ 2,611)	佐賀県	3,089 (3,052 ~ 3,126)
福井県	1,480 (1,466 ~ 1,495)	長崎県	4,887 (4,822 ~ 4,953)
山梨県	1,531 (1,513 ~ 1,548)	熊本県	6,032 (5,961 ~ 6,101)
長野県	3,293 (3,256 ~ 3,329)	大分県	3,601 (3,556 ~ 3,646)
岐阜県	2,894 (2,854 ~ 2,934)	宮崎県	3,967 (3,916 ~ 4,017)
静岡県	5,007 (4,956 ~ 5,020)	鹿児島県	6,639 (6,556 ~ 6,720)
愛知県	10,035 (9,925 ~ 10,114)	沖縄県	3,846 (3,807 ~ 3,887)
三重県	3,423 (3,382 ~ 3,464)		

注1 基準病床数算定式の計算結果については、「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」及び「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」を、それぞれ最大または最小に設定した場合の値を示す。

令和11年の精神病床に係る本県の基準病床数は、1,480床

注2：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に、それぞれ、当該割合が0を下回らない範囲で最も小さくなるよう、0以上0.02以下の値を減じた場合

第8次福井県医療計画のP28の表、精神病床の基準病床数については、下記のとおり見直しを行う。

(現行)

病床の種類	基準病床	参考：既存病床数 (令和5年10月31日時点)
精神病床	1,707	2,144

(見直し案)

病床の種類	基準病床	参考：既存病床数 (令和8年3月31日時点)
精神病床	1,480	2,098

国ガイドラインに基づく後期計画の策定

- ・ 医師確保計画
- ・ 外来医療計画

論点

- 医師偏在是正プランについては、医師確保計画に位置づけるものの、重点医師偏在対策支援区域という新たな概念における支援策であることから、「5. 医師確保計画」の中に新たな項目として位置づけることとする。

第8次後期ガイドライン 構成

1. 序文

確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等

2. 体制等の整備

都道府県における議論の場
厚生労働省により提供する情報（データ）

3. 医師偏在指標

4. 医師少数区域・多数区域の設定

5. 医師確保計画

5-1. 計画に基づく対策の必要性

5-2. 医師確保の方針

5-3. 目標医師数

5-4. 目標医師数を達成するための施策

5-4-1. 施策の考え方

5-4-2. 医師の派遣調整

5-4-3. キャリア形成プログラム

5-4-4. 働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援

5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用

5-4-6. その他の施策

5-5. 医師偏在是正プランの策定

5-5-1. 重点医師偏在対策支援区域の考え方

5-5-2. 支援対象医療機関の考え方

5-5-3. 区域における必要な医師数

5-5-4. 区域における医師偏在対策を推進するための施策

6. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

7. 産科・小児科における医師確保計画

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等

地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定

医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策

各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

主要な追加項目

④医師偏在是正プランの策定

重点医師偏在対策支援区域の考え方、支援対象医療機関の考え方、区域における必要な医師数、区域における医師偏在対策を推進するための施策を記載。

⑤計画の効果測定・評価

次期医師確保計画に向けて、医師偏在是正プラン含め計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

○見直しに当たっての考え方

- ・ 医師確保計画は計画期間6年間の医療計画の一部に位置付けられており、**今回は中間見直しという位置づけ**
 - ・ 最新の医師偏在指標の全国順位や医師多数、少数区域の該当等は、計画（前期）策定時から大きな変化はない
- ⇒このため、今回の医師確保計画の見直しは、ガイドラインに新たに追加された項目（医師偏在是正プランの作成等）
以外は、**計画前期の方針を継続することを基本に、計画後期の目標達成に向けて必要な見直しを行うこと**としたい。

見直しのポイント	見直しの方向性
①医師確保の方針 ・ <u>診療科偏在に配慮した医師確保の方針</u>も新たに定めるよう、ガイドラインに記載	・ 県内で働く医師数を増やし、医師少数区域（奥越・丹南）や嶺南医療圏からの医師派遣要請数を充足するとともに、診療科偏在の解消を図る ・ 地域の医療提供体制を充実するため、政策医療を担う民間医療機関の医師確保を支援
②目標医師数 ・ 引き続き、①公立・公的医療機関の派遣要請を充足する医師数+②地域における民間医療機関の役割に応じた必要医師数とする	・ 二次医療圏ごとに目標医師数を設定（医師多数区域である福井・坂井医療圏は参考値） ・ 今後、各公立・公的医療機関等に対し、今後の欠員見込み等を調査し、その結果を精査・協議したうえで目標医師数を設定
③医師確保のための施策 ・ 現計画の施策の柱（①医師を増やす、②地域偏在解消、③診療科偏在解消、④働き方改革）を継続	・ 目標医師数の未達、地域偏在・診療科偏在が存在する現状を踏まえ、現計画の施策の柱を継続 ・ 今後、関係者間で協議検討し、実現可能性が高く効果が見込める施策を検討
④医師偏在是正プランの策定 ・ 人口減少よりも医療機関の減少スピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」として設定した上で、当該支援区域を対象とした医師偏在是正プランを新たに策定	・ ガイドラインの内容を踏まえ、以下のとおり検討 (1) 奥越・丹南・嶺南医療圏を「重点医師偏在対策支援区域」に設定 (2) 地域医療対策協議会および保険者協議会の合意を得て、個別事業ごとに支援対象医療機関を選定 (3) ②目標医師数を支援区域（奥越・丹南・嶺南）における「必要医師数」として設定

- ・ 上記のほか、産科・小児科における医師確保計画について、今後、周産期医療協議会や医療審議会小児医療体制検討部会に意見聴取を行い、医師確保の方針や施策に盛り込むべき内容等について検討

外来医療計画の中間見直し

外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第8次後期）について

令和8年1月16日 厚生労働省 第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料抜粋

第8次後期ガイドライン 構成

1. はじめに

- 1-1. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方
- 1-2. 外来医療計画の全体像
- 1-3. ガイドラインの位置づけ

2. 外来医療計画の策定を行う体制等の整備

- 2-1. 都道府県の体制
- 2-2. 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場
- 2-3. 外来医療計画策定のプロセス
- 2-4. 外来医療計画の策定スケジュール

3. 外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

4. 外来医師偏在指標と外来医師多数区域・外来医師過多区域の設定

- 4-1. 区域単位
- 4-2. 外来医師偏在指標
- 4-3. 外来医師多数区域の設定
- 4-4. 外来医師過多区域の設定

5. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

5-1. 外来医師多数区域における取組

- 5-1-1. 新規開業者等に対する情報提供
- 5-1-2. 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項
- 5-1-3. 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
- 5-1-4. 合意の方法及び実効性の確保

5-2. 外来医師過多区域における取組

- 5-2-1. 新規開業者等に対する情報提供
- 5-2-2. 新規開業者の届出の際に求める事項
- 5-2-3. 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
- 5-2-4. 合意の方法及び実効性の確保
- 5-2-5. 患者や住民に対する公表
- 5-2-6. 各医療機関での取組

今回追加

6. 医療機器の効率的な活用に係る計画

- 6-1. 医療機器の効率的な活用に関する考え方
- 6-2. 協議の場と区域単位
- 6-3. 医療機器の効率的な活用のための検討

7. 外来機能報告

8. 外来医療計画の実行に関するPDCAサイクル

9. 留意点

①計画策定に向けた体制整備

都道府県が、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を設け、国から提示する外来医療計画の策定及び実現に必要と考えられるデータ等を活用し、外来医療計画を策定する。

②外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標を用い、外来医師多数区域及び外来医師過多区域を設定する。

③外来医師多数区域における新規開業者への取組

外来医師多数区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。

④外来医師過多区域における新規開業者への取組

外来医師過多区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。要請に従わない医療機関への対応として、医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表等を行う。

⑤医療機器の共同利用

地域の医療機器の配置状況を可視化し、外来医療に係る協議を通じて、医療機器の共同利用を推進し、人口減少に対応した効率的活用と共同利用計画の整備を図る。

現行計画における
本県の主な取組み

○福井・坂井医療圏を
「外来医師多数区域」
に設定

○福井地域では、新規開
業者に地域で不足する
医療機能を担うよう要
請

○その他の取組み

- ・ ICT等を活用した病診・
診療・医療介護の連携
促進
- ・ 「上手な医療のかかり
方」の普及啓発
- ・ 医療機器の共同利用計
画に基づく高度医療機
器の効率的な活用
- ・ 紹介受診重点医療機関
の選定による役割分担
の明確化
- ・ 医師不足地域での
承継・開業支援

- ・ 現行計画では福井・坂井医療圏を「外来医師多数区域」に設定、福井地域の新規開業者に対し地域で不足する医療機能の提供を要請
- ・ 今回の中間見直しでは、新規開業者に対する取組を強化する「外来医師過多区域」が新たに追加
- ・ あわせて、最新の外来医師偏在指標や各種統計調査に基づき、外来医師多数区域や外来医療提供体制の状況を確認

見直しのポイント	見直しの方向性
外来医師過多区域の設定および取組の検討 国の提示に従って区域を設定	- 国は、大都市圏の9医療圏を外来医師過多区域として提示 ※医療圏：東京都心の5医療圏、京都・乙訓、大阪市、福岡・糸島、神戸 - 本県は該当する区域が無いため、制度内容のみ記載を追加
外来医師多数区域の確認 - 国が提示する最新の「外来医師偏在指標」が、全国の上位1/3に該当する二次医療圏が外来医師多数区域 <現行：福井・坂井> - 新規開業希望者に地域で不足する医療機能を要請する対象範囲について、最新状況を踏まえて検討 <現行：福井地域>	- 本県では福井・坂井医療圏の外来医師偏在指標が全国の上位1/3（84位/全体330）であり、引き続き外来医師多数区域に設定 ※外来医師偏在指標：福井・坂井84位／奥越196位／丹南137位／嶺南261位 - 一方で、坂井地域（坂井市、あわら市）は診療所医師数が相対的に少ない状況にあるため、不足する医療機能を要請する対象地域は引き続き福井地域（福井市、永平寺町）に限定 ※人口10万対診療所医師数：福井108.8／坂井52.6／奥越50.5／丹南61.3／二州58.4／若狭55.4
新規開業者に要請する地域で不足する医療機能の確認 対象の福井地域において、地域の実情を踏まえ追加すべき事項等がないか意見を伺う <現行：訪問診療・往診、休日当番医、休日外来>	- 福井・坂井地域医療構想調整会議福井分科会で意見聴取 - 訪問診療・往診、休日当番医、休日外来について要請を継続 - 新規追加すべき医療機能について意見なし - 休日当番医については、内科の新規開業者に福井市休日急患センターへの出務を促すべきとの意見があり、届出様式への記載方法を検討する。
参考データの更新 厚生労働省の各種統計調査をもとに外来医療提供体制の最新状況を把握	- 医師数や医療施設数等の人口当たり指標の変動は、全国・他県と同様に人口減少の影響が大きい。 - 外来患者数や、人口当たりの訪問診療実施施設数、時間外等外来施設数は減少 新たな制度対応や施策追加を要する状況は認められないため、現行の取組を継続し、引き続き外来医療提供体制の動向を注視していく。