資料５

令和８年 10 月 20 日
医　　務　　課

第８次富山県医療計画の中間評価・見直しについて

１　医療計画の概要

医療計画は、医療法第 30 条の４の規定に基づき、国の定める基本方針に則して、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るために策定するもの

（１）計画期間

令和６～11 年度（６年間）

（２）主な記載事項

５疾病６事業及び在宅医療に関する事項

・疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等を策定

５疾病（医療法第 30 条の４第２項第４号）
　がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患
６事業（医療法第 30 条の４第２項第５号）
　救急、災害、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地、周産期、小児医療
在宅医療（医療法第 30 条の４第２項第６号）

２　中間見直しについて

現在、現行計画をベースに、５疾病・６事業及び在宅医療等に係る指標（数値目標）の中間評価及び記載事項などについて、「医療計画作成指針」等を参考に「介護保険事業支援計画」や「障害福祉計画」等との調和を図りながら、見直しを行うこととしている。

３　今後のスケジュール

令和８年.10-11 月　地域医療推進対策協議会開催
　　12 月　　富山県医療審議会
　　「素案の提示」
令和９年.１-２月　パブリックコメント、市町村等への意見聴取
令和９年.３月　　富山県医療審議会
　　「第８次富山県医療計画中間評価・見直し」の策定

＜地域医療構想調整会議＞

資料６

医師確保計画の策定について

令和８年10月
富山県厚生部医務課

医師確保計画の策定について

出典：厚労省HP

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景
- 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示すために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた医師偏在指標の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「５要素」
- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

「医師確保計画」（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針
（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

（例）・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
・中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする 等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

（例）・大学医学部の地域枠を15人増員する
・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

都道府県による医師の配置調整のイメージ



3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）



* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

医師確保計画の策定について

現行の富山県医師確保計画（第8次前期）の概要

1．計画期間　2024（令和６）年度～2026（令和８）年度の３年間

2．医師の確保の方針

本県は医師少数都道府県でないため、目標医師数を既に達成しているものとして取扱うが、各医療圏の医師の偏在状況など、各地域の実情に十分配慮し、引き続き県全体での医師の総数の確保に努めることとする。

3．確保すべき医師の数の目標

本県は医師少数都道府県でないため、目標医師数（2026（令和８）年）は、設定上限とされた計画開始時の医師数（2,706人（2020（令和2）年））。

参考：2024（令和６）年末現在：2,747人(厚労省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

ただし、引き続き、医師確保・偏在解消に取り組んでいくこととしている。

4．目標医師数を達成するための施策

①短期的施策

- 医学生向け修学資金貸与制度の継続・拡充及び医学生の確保
- 地域医療の従事に向けたキャリア形成支援
- 医師の派遣調整、自治医科大学卒業医師の派遣
- 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援
- 臨床研修医及び専攻医の確保

②中長期的施策

- 特別枠の定員については、今後の国の方針を踏まえて検討
- 富山大学医学部の恒久定員内への地域枠増員等について、必要に応じて富山大学と協議

医師確保計画の策定について

「医師確保計画策定ガイドライン（第8次後期）」を厚生労働省が提示
（計画期間：2027（令和9）年度～2029（令和11）年度の3年間）
⇒（第8次前期）の内容に加え、実効性ある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランの策定等が示された。

「重点医師偏在対策支援区域」の設定

○都道府県が、重点的に医師を確保すべき区域として「重点医師偏在対策支援区域」を設定可能

○区域の設定にあたっては、厚生労働省が提示する候補区域を参考としつつ、二次医療圏のほか、地域の実情に応じて市町村単位、地区単位等の設定も可能

○区域設定にあたっては、地域医療対策協議会や保険者協議会で協議が必要

【参考】厚生労働省が提示する候補区域
- 医師少数県の医師少数区域
- 医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏(全国下位1/4)
- 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏

のいずれかに該当する区域

医師確保計画の策定について

「重点医師偏在対策支援区域（以下「重点区域」という。）」の施策

事業名	概要	補助率
①診療所の承継・開設支援事業	重点区域において診療所を承継又は開業する場合、当該診療所に対する施設・設備整備費、運営費に補助	施設・設備： 国1/3,県1/6,事業者1/2 運営費： 国4/9,県2/9,事業者1/3
②医師派遣元医療機関支援事業	特定機能病院からの医師派遣とは別に、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に補助	国1/2,県1/4 事業者（派遣元医療機関）1/4
③医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業	土日祝日の代替医師を新たに雇用する重点区域内の医療機関に補助	国1/3,県1/6 事業者（派遣先医療機関）1/2
④医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業	環境改善に係る施設整備を行う重点区域内の医療機関に補助	国1/3 県1/6 事業者1/2

※本県で実施する施策・対象機関等については、今後検討予定。

医師確保計画の策定について

【今後のスケジュール】

令和８年10月 ～12月頃	本県の重点区域に関する考え方の整理、方向性の検討
令和８年12月	富山県医療審議会・富山県医療対策協議会に、本県の重点区域における医師の確保の方針等を含む「医師確保計画」の素案を提示、ご意見を聴取
令和９年１月 ～３月頃	関係機関等との調整 地域医療構想調整会議に「医師確保計画」の案を提示、協議
令和９年３月	富山県医療審議会・富山県医療対策協議会で、「医師確保計画」の案をご審議、策定

資料７

外来医療計画にかかる協議事項について
＜砺波医療圏＞

外来医療計画の概要

外来医療計画は、地域における外来医療の偏在や不足を把握・可視化し、外来医療機関の機能分化・連携を促進することで、住民が必要な外来医療を適切に受けられる体制を確保するための計画です。

計画期間：2027（令和９）年度から2029（令和11）年度　　※３年毎に見直し
（現行計画：2024（令和６）年度から2026（令和８）年度）

主な記載事項：

１．外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- 外来医師多数区域の設定
- 外来医師多数区域における取組
- 新規開業希望者等への情報提供

２．地域において特に必要とされる外来医療（地域外来医療）について

３．紹介受診重点医療機関について

４．医療機器の効率的な活用に係る計画

本日の協議事項：

地域において特に必要とされる外来医療は何か

外来医師多数区域の設定および地域で不足する外来医療機能について

＜外来医師偏在指標（令和８年４月版）＞

1601	富山県	新川	90.8
1602	富山県	富山	112.6
1603	富山県	高岡	98.0
1604	富山県	砺波	96.9

（二次医療圏別）　　上位33.3%

外来医師多数区域　に該当
（全二次医療圏の上位1/3）

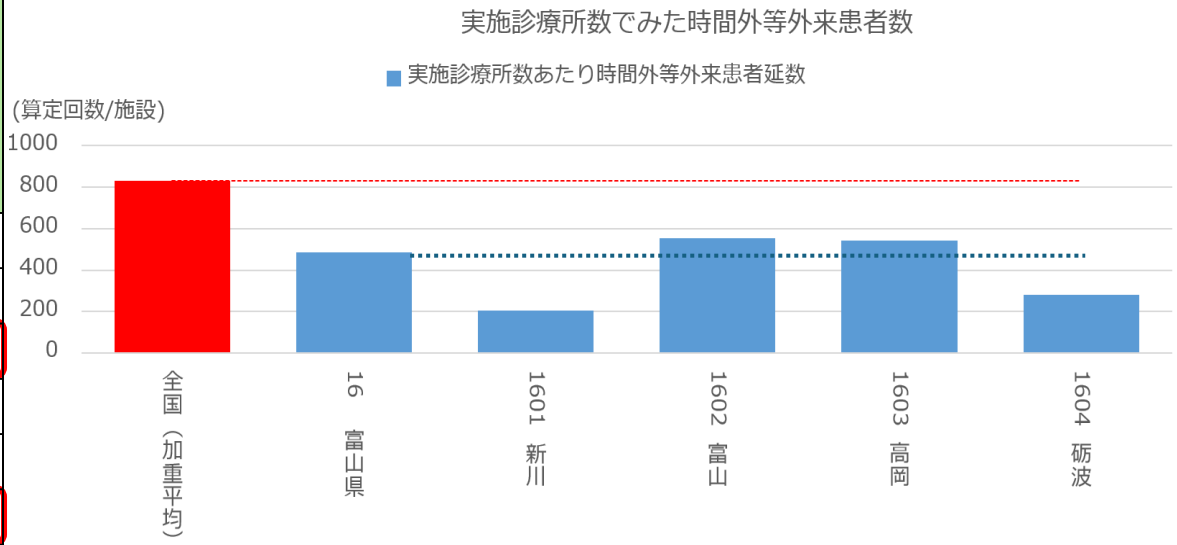
※外来医師偏在指標の算出には、
下記５点の要素が勘案されている
①医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化
②患者の流出入等
③へき地等の地理的条件
④診療所医師の性別・年齢分布
⑤医師偏在の単位（区域、病院／診療所）

本県において、外来医師多数区域に該当するのは富山医療圏のみ

地域外来医療に係る参考データ

＜時間外等（時間外、夜間、休日、深夜）外来医療について＞

	時間外等外来患者数（人／人口10万対）		診療所対応割合	時間外等外来診療所数（施設／人口10万対）
	病院	一般診療所		
全国	6,461	45,797	87.6%	55
富山県	5,562	22,482	80.2%	46
新川	11,349	9,196	44.8%	45
富山	3,703	25,472	87.3%	46
高岡	5,610	27,351	83.0%	51
砺波	7,585	10,773	58.7%	38



＜在宅医療について＞

	訪問診療患者数（人／人口10万対）		診療所対応割合	訪問診療診療所数（施設／人口10万対）
	病院	一般診療所		
全国	2,755	20,804	88.3%	19
富山県	1,902	13,405	87.6%	22
新川	2,245	9,465	80.8%	18
富山	1,963	15,498	88.8%	18
高岡	1,916	10,968	85.1%	27
砺波	1,304	14,604	91.8%	25

	往診患者数（人／人口10万対）		診療所対応割合	往診診療所数（施設／人口10万対）
	病院	一般診療所		
全国	222	2,602	92.1%	25
富山県	179	1,363	88.4%	24
新川	178	881	83.2%	20
富山	182	1,261	87.4%	20
高岡	146	1,356	90.3%	31
砺波	251	2,226	89.9%	26

外来医療に係るデータ集・グラフ（厚生労働省提供）

地域外来医療に係る参考データ

＜学校医について＞

		小学校			中学校			高等学校			特別支援学校		
二次医療圏	市町村	①学校医数	②児童数	②/①	①学校医数	②生徒数	②/①	①学校医数	②生徒数	②/①	①学校医数	②在学者数	②/①
富山県		540	42,441	79	256	23,235	91	141	22,947	163	65	1,278	20
新川医療圏	魚津市	78	4,199	54	31	2,423	78	18	1,947	108	4	174	44
富山医療圏	富山市	249	21,173	85	110	11,497	105	63	12,387	197	33	617	19
高岡医療圏	高岡市	144	12,240	85	71	6,574	93	39	6,518	167	19	333	18
砺波医療圏	砺波市	69	4,829	70	44	2,741	62	21	2,095	100	9	154	17

学校基本調査　令和８年度報告書（速報値）

＜産業医について＞

二次医療圏	郡市医師会	人数	
新川医療圏	下新川郡医師会	10	21
	魚津市医師会	11	
富山医療圏	滑川市医師会	9	136
	中新川郡医師会	5	
	富山市医師会	122	
高岡医療圏	射水市医師会	22	63
	高岡市医師会	37	
	氷見市医師会	4	
砺波医療圏	砺波医師会	13	32
	南砺市医師会	11	
	小矢部市医師会	8	

富山県医師会ホームページ　認定産業医名簿（2026.6.11現在）
※日本医師会認定産業医制度に基づく　認定産業医資格を有し、ホームページ掲載に同意した県医師会会員数

協議事項　地域において特に必要とされる外来医療について

全医療圏

（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）～）
・地域において特に必要とされる外来医療（以下「地域外来医療」という。）に関する事項を、（中略）協議の場において、関係者との協議を行い、その結果を取りまとめ、公表、周知すること

県としては、地域において必要な外来医療に関する情報発信を行うことで、
新規開業者の行動変容や、地域の関係者（既存・新規の開業者を問わず）の取組を促進したい

地域において特に必要とされる外来医療は何か

（例：下記参考、特定の診療科（内科）等）

＜参考＞国が示す地域で不足する外来医療機能の例

- 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
- 在宅医療の提供体制
- 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制

今後のスケジュール

令和８年

10～11月　第１回地域医療構想調整会議（本日の会議）

12月　第１回医療審議会：医療計画（外来医療計画を含む）素案の提示

令和９年

２月　パブリックコメント、市町村等へ意見照会

２～３月　第２回地域医療構想調整会議：パブリックコメント等の結果共有

３月　第２回医療審議会：計画策定、外来医師多数区域の指定

外来医師偏在指標に係る参考データ

参考資料

第８次前期計画（現行計画）（令和５年度策定）

	外来医師偏在指標	順位
全国	112.2	－
富山県	100.2	36 / 47
新川	94.8	199 / 335
富山	105.3	134 / 335
高岡	97.6	187 / 335
砺波	92.6	219 / 335

第８次後期計画（令和８年度策定予定）

	外来医師偏在指標	順位
全国	115.7	－
富山県	104.8	33 / 47
新川	90.8	234 / 330
富山	112.6	104 / 330
高岡	98.0	192 / 330
砺波	96.9	199 / 330

一般診療所・診療所医師数

	全国	富山県	新川	富山	富山市	中部HC管内	高岡	砺波
一般診療所数（令和5年医療施設調査）	104,894	744	71	378	337	41	212	83
診療所医師数（令和６年三師統計）	111,699	754	66	412	383	29	202	74
一般診療所数(人口10万対)（R7.1.1時点 住民基本台帳人口）	84.4	73.8	64.3	78.3	83.5	52.1	71.9	68.8
診療所医師数(人口10万対)（R7.1.1時点 住民基本台帳人口）	89.8	74.8	59.8	85.4	94.9	36.8	68.5	61.4

医療機器の共同利用計画の確認について（砺波医療圏）

資料８

医療機関名	所在地	共同利用対象機器	設置年月日	共同利用の有無	共同利用を行わない理由
独立行政法人国立病院機構 北陸病院	南砺市	診療用エックス線装置	令和8年1月15日	無	共同利用を行う体制が整っていないため

【参考】

・富山県外来医療計画において、医療機器の効率的な活用を推進するため、医療機器の配置状況や共同利用状況を把握するとともに、地域医療構想調整会議で共同利用の状況の確認を行うなど、各医療機関の自主的な取組みや医療機関相互の連携の促進に努めることとしている。

・対象となる医療機器は、対象となる医療機器（ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ（ＰＥＴ及びＰＥＴ－ＣＴ）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）、マンモグラフィ。

砺波医療圏　医療療養病床と介護療養病床の許可病床数の推移

参考資料１

医療機関名	病棟名	H30		R1		R2～3		R4～5		R6		R7		
		医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	医療療養	介護療養	
公立学校共済組合北陸中央病院	5階病棟	53	0	53	0	53	0	53	0	53	0	53	0	
公立南砺中央病院	6階病棟	21	24	21	24	21	24	21	24	21	24	0	0	→R6.10.1介護医療院へ（45床）
ふくの若葉病院	2階病棟	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	
ふくの若葉病院	3階病棟	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	
あおい病院	1病棟	48	0	48	0	60	0	60	0	60	0	60	0	
あおい病院	2病棟	0	48	0	48	0	36	36	0	36	0	36	0	
砺波サンシャイン病院	2階病棟	0	50	0	50									→R1.11.1介護医療院へ（50床）
砺波サンシャイン病院	3階病棟	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	
となみ三輪病院	2階病棟	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	50	0	
となみ三輪病院	3階病棟	15	35											→R1.6.1介護医療院へ（50床）
砺波誠友病院	2階病棟	45	4	45	4	49	0	49	0	49	0	49	0	
砺波誠友病院	3階病棟	0	50	0	50	0	50							→R4.5.1介護医療院へ（50床）
つざわ津田病院	2階病棟	34	0	34	0	36	0	36	0	36	0	36	0	
つざわ津田病院	3階病棟	2	40	2	40									→R2.4.1介護医療院へ（40床）
西野内科医院	療養病棟1	36	0	36	0	36	0	36	0	36	0	36	0	
西野内科医院	療養病棟2	27	0	27	0									→R2.4.1介護医療院へ（27床）
太田病院	病棟	13	16	13	16	13	16	20	0	20	0	20	0	→R5.4.1介護医療院へ（9床）
小矢部大家病院	内科病棟	34	0											→H31.3.1介護医療院へ（34床）

病床機能報告より（例年7月1日時点の報告）

H30～R7	医療療養病床	→	介護療養病床	0床
	医療療養病床	→	介護医療院	97床
	介護療養病床	→	医療療養病床	59床
	介護療養病床	→	介護医療院	208床

参考資料2

砺波医療圏　一般病床の医療機能と許可病床数の状況

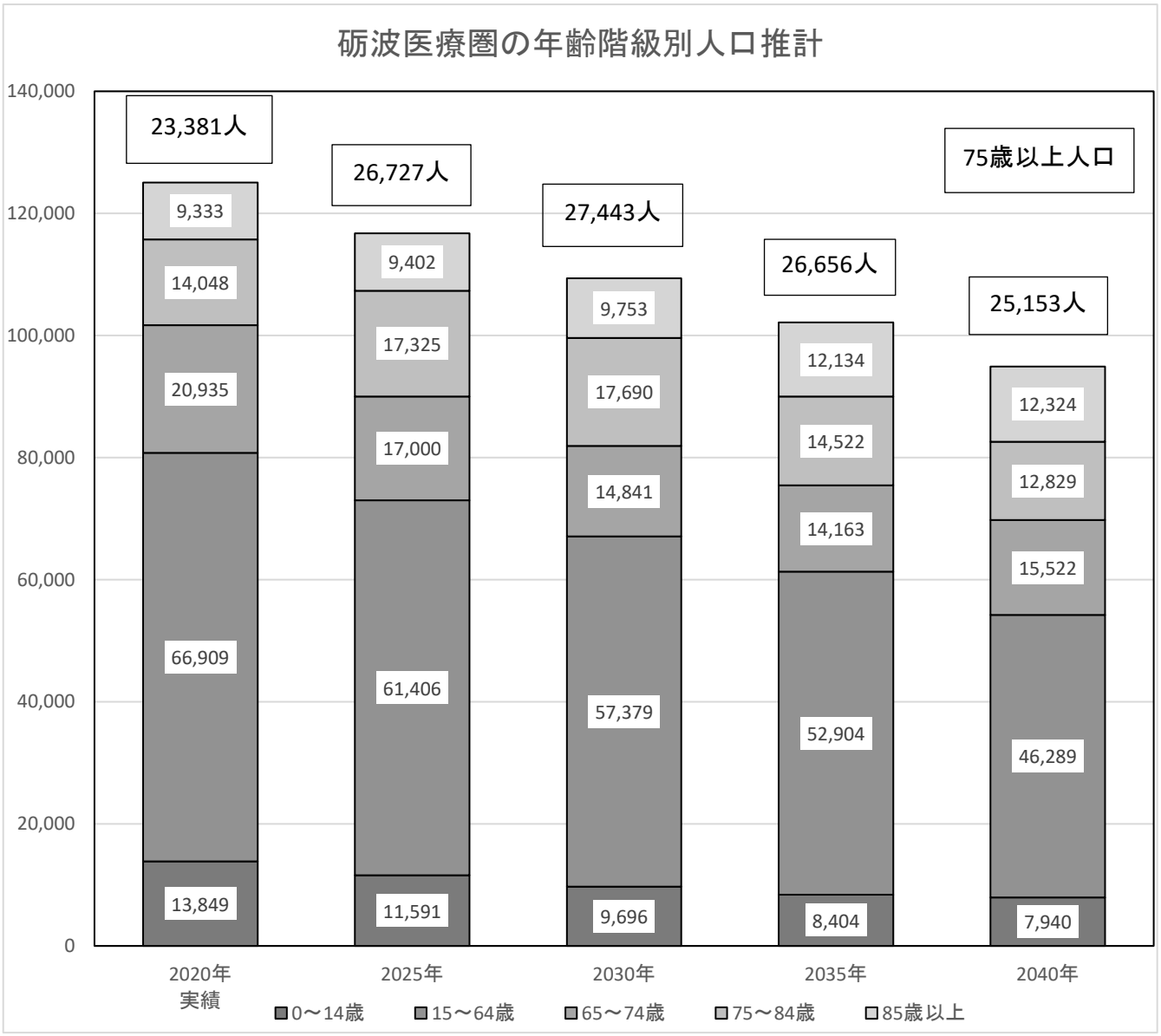
医療機関名	病棟名	医療機能			許可病床数		
		2024(R6)年7月1日時点の機能	2025(R7)年7月1日時点の機能	2026(R8)年7月1日時点の機能	2024年（令和6）	2025年（令和7）	2026年（令和8）【予定】
市立砺波総合病院	HCU	高度急性期	高度急性期	高度急性期	12	12	12
市立砺波総合病院	ICU	高度急性期	高度急性期	高度急性期	4	4	4
市立砺波総合病院	西棟3階	急性期	急性期	急性期	42	42	42
市立砺波総合病院	西棟4階	急性期	廃止	廃止	49	0	0
市立砺波総合病院	西棟5階	急性期	急性期	急性期	49	49	49
市立砺波総合病院	西棟6階	急性期	急性期	急性期	49	49	49
市立砺波総合病院	西棟7階	急性期	回復期	回復期	40	14	14
市立砺波総合病院	東棟3階	急性期	急性期	急性期	47	47	47
市立砺波総合病院	東棟4階	回復期	回復期	回復期	48	48	48
市立砺波総合病院	東棟5階	急性期	急性期	急性期	39	39	39
市立砺波総合病院	東棟6階	急性期	急性期	急性期	39	39	39
公立学校共済組合北陸中央病院	2階病棟	回復期	回復期	回復期	30	30	18
公立学校共済組合北陸中央病院	3階病棟	回復期	回復期	回復期	53	53	53
公立学校共済組合北陸中央病院	4階病棟	急性期	急性期	急性期	57	57	57
南砺市民病院	回復期リハビリテーション病棟	回復期	回復期	回復期	36	36	36
南砺市民病院	第2病棟	回復期	回復期	回復期	43	43	43
南砺市民病院	第3病棟	急性期	急性期	急性期	48	48	48
南砺市民病院	第4病棟	急性期	急性期	急性期	48	48	48
公立南砺中央病院	4階病棟	回復期	回復期	回復期	52	52	52
公立南砺中央病院	5階病棟	急性期	急性期	急性期	52	52	52
独立行政法人国立病院機構北陸病院	西1階	慢性期	慢性期	慢性期	50	50	50
独立行政法人国立病院機構北陸病院	西2階	慢性期	慢性期	慢性期	50	50	50

※R8病床数内訳(予定):高度急性期16　急性期470　回復期264　慢性期100

※※診療所一般病床
津田産婦人科医院　12　、吉岡整形外科　19（休床）

砺波医療圏の年齢階級別人口推計

参考資料3



出典：国立社会保障・人口問題研究所　「日本の将来推計人口（令和5(2023)年推計）」

砺波医療圏の年齢階級別人口推計

（人）

	国勢調査	推計（R5推計）			
砺波医療圏	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	13,849	11,591	9,696	8,404	7,940
15～64歳	66,909	61,406	57,379	52,904	46,289
65～74歳	20,935	17,000	14,841	14,163	15,522
75歳以上	23,381	26,727	27,443	26,656	25,153
総人口	125,074	116,724	109,359	102,127	94,904
（再掲）75～84歳	14,048	17,325	17,690	14,522	12,829
（再掲）85歳以上	9,333	9,402	9,753	12,134	12,324
砺波市					
0～14歳	5,919	4,978	4,282	3,935	3,830
15～64歳	27,529	26,987	26,040	24,429	21,919
65～74歳	7,140	5,900	5,409	5,803	6,813
75歳以上	7,566	8,857	9,394	9,310	9,138
総人口	48,154	46,722	45,125	43,477	41,700
（再掲）75～84歳	4,646	5,876	6,149	5,142	4,772
（再掲）85歳以上	2,920	2,981	3,245	4,168	4,366
小矢部市					
0～14歳	2,948	2,497	2,066	1,747	1,629
15～64歳	15,183	13,323	12,267	11,281	9,753
65～74歳	5,136	4,195	3,594	3,179	3,353
75歳以上	5,716	6,563	6,735	6,568	6,130
総人口	28,983	26,578	24,662	22,775	20,865
（再掲）75～84歳	3,415	4,259	4,321	3,561	3,083
（再掲）85歳以上	2,301	2,304	2,414	3,007	3,047
南砺市					
0～14歳	4,982	4,116	3,348	2,722	2,481
15～64歳	24,197	21,096	19,072	17,194	14,617
65～74歳	8,659	6,905	5,838	5,181	5,356
75歳以上	10,099	11,307	11,314	10,778	9,885
総人口	47,937	43,424	39,572	35,875	32,339
（再掲）75～84歳	5,987	7,190	7,220	5,819	4,974
（再掲）85歳以上	4,112	4,117	4,094	4,959	4,911

「推計（R5推計）」の出典は、国立社会保障・人口問題研究所　「日本の将来推計人口（令和5(2023)年推計）」
人口推計の総人口には、年齢不詳を含む

令和7年国勢調査） 砺波管内市町村別人口

（単位：人）

区分	令和7年（速報）	男	女	令和2年	増減数	増減率
砺波市	45,823	22,280	23,543	48,154	△ 2,331	△ 4.8
小矢部市	26,691	13,018	13,673	28,983	△ 2,292	△ 7.9
南砺市	43,945	21,276	22,669	47,937	△ 3,992	△ 8.3
砺波圏域計	116,459	56,574	59,885	125,074	△ 8,615	△ 6.9
県計	985,675	480,516	505,159	1,034,814	△ 49,139	△ 4.7

※令和7年国勢調査人口速報について（県統計調査課作成）から抜粋

参考資料４

病床数適正化緊急支援事業の申請状況について

病床数適正化緊急支援事業

背景：自由民主党、公明党、日本維新の会　３党合意（令和7年（2025）6月6日）

・人口減少等により不要となると推定される、約11万床の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、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つつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。
・約11万床の内訳は一般病床・療養病床が約5.6万床（必要病床数の超過）、精神病床が約5.3万床（基準病床数の超過）

事業概要

【〇病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算額　3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
（内線4095、2665）

施策名：オ　病床数の適正化に対する支援

① 施策の目的

・効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

・「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
（概要） 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
（交付対象・交付額）病院（一般・療養・精神）・有床診：4,104千円／床（ただし、休床の場合は、2,052千円／床）

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



・ 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）

⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床（※）の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、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つつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約５万６千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約５万３千床を合算した病床数（厚生労働省調べ）。
※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

厚生労働省HPより抜粋

病床数適正化緊急支援事業

対象医療機関

・ 令和7年（2025）12月16日から令和9年（2027）3月31日までの間に病床を削減する医療機関（削減済含）
・ 令和7年度の「病床数適正化支援事業」の対象となり病床を削減した医療機関のうち、 削減数に対して満額給付されていない医療機関

支給額

・削減した病床１床につき4,104千円。休床の場合は2,052千円
・既存制度の病床再編支援事業補助金（最大2,280千円）と併用可。上記単価との差額を支給
・令和7年度に「病床数適正化支援事業」の対象となった病床の削減については対象外

スケジュール

※ただし、第３回については国予算や申請状況により、実施されない場合がある。支給時期については、未定。

	申請期限（医療機関→県）	国への提出期限
第１回	令和8年（2026）6月23日から7月14日まで	８月末
第２回	令和8年（2026）9月30日まで	10月31日
第３回（予定）	令和8年（2026）11月30日まで	12月28日

第１回申請の概要

⇒　既に削減済みの病床含め、382床の申請があり、その内訳は以下のとおり。

病床別 / 医療圏	一般・療養	精神	合計
新川	33床		33床
富山	129床	5床	134床
高岡	109床	2床	111床
砺波	104床		104床
計	375床	7床	382床

参考資料５

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

○　医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携･再編･集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民･患者に共有。

○　構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

	具体的な内容
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を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力･連携しながら、入院早期からのリハビリ･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	• 地域での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、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※　人口20～30万人に１つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	• 地域での在宅医療の実施、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行う。 ※　在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。 また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	• 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※　有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点での医療機関機能

医育及び広域診療機能	• 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前･卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ※　大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。 また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

厚生労働省ホームページ　医療機関機能・病床機能報告の概要

医療機関機能報告について

報告期間は10月19日から12月11日

医療機関機能報告制度の概要

○　医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。

○　医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

○　**2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告**し、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。

○　**在宅医療等連携機能については**、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能**や**急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については**、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、**両機能を併せて報告しない。**

＜留意点＞

- 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

厚生労働省ホームページ　医療機関機能・病床機能報告の概要

砺波地域医療推進対策協議会の各部会での主な意見

参考資料６

	部会名 開催年月日	主な意見
がん	がん・在宅医療部会 R8.9.17	・すべての病院がすべての機能をもつ必要はない。総合診療医が多い病院では、在宅医療やリハビリなどへの対応をより強化していく必要がある。 ・全国的に外科医が減少し、人材の確保が非常に厳しい状況。 ・病院ではもっと薬剤師を活用していく必要がある。他職種で連携していくことで、解決していけることがあると思う。
脳卒中	砺波地域循環器病連絡会議 R8.8.13	・急性期については砺波医療圏で対応できている。2040年も現在の医師体制が維持可能と思われることから、急性期については対応可能と思われる。また、手術や血栓溶解療法の対象外の脳卒中患者についても砺波医療圏で対応できており、今後も対応可能である。 ・回復期リハビリテーションが必要な患者の約６割を砺波医療圏で受け入れ、残りは圏外へ流出。流出分を砺波医療圏で受け入れることは、スタッフの増員がないと難しい。 ・理学療法士、言語聴覚士は確保が難しい。特に言語聴覚士は県内に養成校もなく、日常的に不足を感じている。
心血管疾患	砺波地域循環器病連絡会議 R8.8.13	・心筋梗塞のカテーテル治療は対応できているが、複数ケースを同時に対応することは困難であり、その場合は他医療圏へ依頼している。 ・回復期の外来での心臓リハビリテーションは、マンパワーが不足しており、市立砺波総合病院では受けられる時間も限られていること等から、外来に結びつかない。 ・圏域全体の在宅の指導士は２名しかおらず、回復期での心臓リハビリテーションの実施は困難。育成に対する県の支援をお願いしたい。
糖尿病	R8.8.21 糖尿病対策推進強化事業連絡会議	・尿中アルブミン検査を行い、糖尿病を早期に発見し治療に繋げることで、重症化を防ぐことができる。 ・透析導入患者の年齢について、50～60歳代は減少しているが、70歳以上の高齢期の透析導入が増えており、腎症の予防を重視した介入が必要である。 ・糖尿病治療については圏域内で対応可能だが、血管閉塞の対応や透析シャント造設・トラブルへの対応については、圏域外へ対応を求めることもある。 ・医療機関では、糖尿病患者に対し個別指導を実施するとともに、眼科や歯科等との病診連携を運用している。

周産期	管内小児・周産期連絡会 R8.8.26	・正常分娩等は、砺波医療圏で対応できている。分娩数は今後想定より速いスピードで減少していくのではないかという印象がある。新規開業者が少なく、産婦人科医の高齢化やマンパワー減少、女性医師の増加に伴う就労形態の変化等を踏まえ、集約化が必要である。 ・集約化が進んだ場合、助産所が異常時に依頼する病院が限られ、距離的な問題等で対応できないケースが生じる可能性があり、妊婦の希望に答えられなくなることが懸念される。
小児医療	管内小児・周産期連絡会 R8.8.26	・入院を要する小児救急患者に対する医療は、砺波医療圏で対応できている。複雑な症例、新生児等リスクの高い手術は専門病院や金沢大学病院等へ紹介する体制である。今後も今の体制を維持。小児科医の人数増加が見込めないため、大学病院等と協力して対応していく必要がある。 ・小児救急は、砺波医療圏で対応できている。小児の急患センターを集約化して砺波からなくなると、市立砺波総合病院の小児の救急対応の負担が増大することが予想される。 ・児童精神科は、予約が取りにくい状況である。 ・小児科外来の受診者数は減っても、発達障害や精神疾患等で一人当たりの外来対応時間が長くなっている。
在宅医療	がん・在宅医療部会 R8.9.17	・開業医、訪問看護師、ケアマネジャーが高齢化し、マンパワーとして訪問診療等が困難になってきている。 ・在宅医療は診療所が担うだけではなく、在宅で過ごしてもらうために病院という機能を生かせるとよい。在宅医療を担う拠点として、地域のネットワークづくりを病院の立場でやっていく必要がある。 ・後方支援の病院では、レスパイトだけではなく、軽症での入院等で再び在宅に戻れるよう適切なタイミングでバックベッドとしての役割を果たす必要がある。 ・急変時の連携がうまくいかないことがある。 ・住民の高齢化で独居や老老世帯がかなり多く、生活を支えるサービスが追いついていない。医療関係者だけでは支えきれない部分をどうしていくかが今後の課題。

参考資料７

精神医療に関する地域医療構想に係る今後のスケジュール（見込み）

	精神医療に関する地域医療構想	医療計画
令和８年度	• 精神医療を含む地域医療構想策定ガイドラインの作成に向けて国で議論 • ガイドラインの作成（令和８年度末を目途）	• 第８次医療計画（後期）に向け、都道府県において見直しの議論
令和９年度	医療機関機能等報告制度への報告開始（令和９年10月施行） 都道府県において精神医療を含む地域医療構想の策定（令和11年３月末までに策定）	• 第８次医療計画（後期）施行
令和10年度 地域医療構想に精神医療が追加 令和10年４月施行※ ※令和11年３月末までの間既存の地域医療構想について、精神医療を含む地域医療構想とみなす	都道府県が策定した地域医療構想に基づく取組を進める。	• 地域医療構想を踏まえ、第９次医療計画見直しに向けて国において議論
令和11年度		• 地域医療構想を踏まえ、第９次医療計画策定に向け、都道府県において見直しの議論
令和12年度		• 第９次医療計画施行

富山県における介護保険施設等及び在宅医療の提供体制について

１　介護保険施設等（居住系サービス含む）の整備状況（第９期介護保険事業支援計画期間中）

施設種類	R5年度末設置数	第9期における整備状況			整備目標との差
		R6 年度末	R7 年度末	R8 年度末(見込)	
特別養護老人ホーム(地域密着含む)	6,280 床	6,303 床	6,303 床	6,332 床	▲17 床
（第9期計画整備目標）		6,320 床	6,349 床	6,349 床	
介護老人保健施設	4,222 床	4,087 床	4,094 床	4,094 床	▲128 床
（第9期計画整備目標）		4,222 床	4,222 床	4,222 床	
介護医療院	1,717 床	1,763 床	1,772 床	1,772 床	▲3 床
（第9期計画整備目標）		1,775 床	1,775 床	1,775 床	
認知症対応型グループホーム	2,689 床	2,647 床	2,636 床	2,645 床	▲143 床
（第9期計画整備目標）		2,716 床	2,752 床	2,788 床	
特定施設入居者生活介護	260 床	260 床	260 床	260 床	▲40 床
（第9期計画整備目標）		260 床	300 床	300 床	

２　在宅医療・介護連携の推進

① 在宅医療を行う医療機関数

	第 9 期目標	R3.7（計画策定時）	R6.7	増減数
在宅医療を行う医療機関数	維持する	295 箇所	258 箇所	▲37 箇所

② 訪問診療を行っている医療機関数

	第 9 期目標	R3	R4	R5	R6
訪問診療を行っている医療機関数（人口 10 万人当たり事業所数）	増加させる	24.3	24.8	25.3	26.0

③ 在宅療養支援を行っている医療機関数

	第 9 期目標	R4.4	R5.4	R6.7	R7.4	R8.4
在宅療養支援を行っている診療所数（人口 10 万人当たり事業所数）	増加させる	6.9	7.0	7.5	7.7	8.9
在宅療養支援を行っている病院数（人口 10 万人当たり事業所数）	増加させる	1.6	1.7	2.2	2.1	2.3

④ 訪問看護ステーション数

	R5.4	R6.4	R7.4	R8.4
訪問看護ステーション数（人口 10 万人当たり事業所数）	9.4	10.3	11.2	11.30

⑤ 訪問看護ステーションの開設・運営支援を行う「富山県訪問看護総合支援センター」（令和4年4月開設）の運営支援

参考資料９

多職種連携について

- 2040年に向けた地域医療構想は、入院における病床の機能分化のみならず、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るためのものとして位置付けられており、外来での医歯薬連携や、在宅医療・介護との連携における多職種連携や施設間連携の取組を進めることが重要。

	基本的な考え方	具体的事項
外来医療	○　**リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導等**を含めて外来で切れ目なく提供できる体制を整備するとともに、退院後の診療継続や外来リハビリテーション等の受け皿を確保する。	• 口腔機能の低下が疑われる患者や口腔管理を要する患者について、医科医療機関が**歯科医療機関**への受診につなげる。 • 医療機関と**薬局**が連携し、患者の服薬情報、副作用の状況、重複投薬や多剤投与の状況等を共有し、適切な服薬指導を行う。
在宅医療	○　休日・夜間を含む24時間の急変時対応、往診、緊急入院の受け入れ等を地域で切れ目なく提供するとともに、**患者の状態に応じたサービス**を適切に提供する体制を構築する。	• 患者の状態や生活の状況に応じて、**訪問診療・往診、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービス**を適切に提供し、地域の在宅療養患者を面で支える体制を確保する。
介護との連携	○　高齢者救急の増加に伴い、退院後の受け皿として**介護保険施設や居宅サービスを適切に活用**できる体制を整備する。 ○　高齢者施設入所者の状態悪化時に、適切な介入を行い、必要時の円滑な入院につなげられるよう、**高齢者施設と医療機関との連携**を進める。	• 介護保険施設における医療やリハビリテーション等の提供機能について地域の関係者が理解を深め、**医療と介護の相互理解**を進める。 • **医師、看護師、歯科医師、薬剤師、高齢者施設職員等**が、それぞれの役割を踏まえて連携し、必要な医療及び生活サービスが切れ目なく提供される体制を構築する。 • **ケアマネジャー**がかかりつけ医等と連携して、個々の利用者へのマネジメントを行い、適切なサービスへつなぐ。

厚生労働省　地域医療構想策定ガイドライン参考資料　より