

2026年2月28日 10:35 - 11:20
厚労省DPC研究班セミナー

DPCデータなどを活用した地域課題の解決方策 - 千葉県・市町村の事例から -

吉村健佑

医師・公衆衛生修士・医学博士
社会医学系指導医・精神保健指定医・労働衛生コンサルタント

千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授

- 千葉県 医療整備課 医師確保-地域医療推進室
- 慶應義塾大学医学部 特任教授
- 市原市 医療政策参与
・船橋市 すこやかプラン21協議会会長
・船橋市 船橋市 密着員教授
- 獨協医科大学 特任教授
・自治医科大学 客員教授
- （一社）地域幹医師等キャリアデザイン機構 (CORD) 理事
- （一社）日本医療政策学会 理事
- （一社）日本専門医機構 必要専門医数検討ワーキンググループ委員

総論

医療のレイヤー：3層+1

吉村まとめ

経済・政治： 全分野の政策・GDP ↑？

超長期

医療政策： 被保険者・納税者の納得

長期

病院経営： 【診療報酬 - 経費】の最大化

中期

臨床： 患者利益の最大化

短期

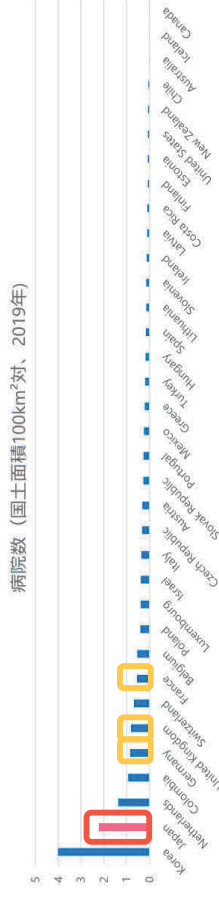
【ポイント】

- ①「時間軸」により「回答」は異なる
- ②真の目的は質の高い医療を「持続的に」提供・享受する

本日の内容「データ×合意形成」

- 1：医療政策の全体像
- 2：新たな地域医療構想の先：DPCデータ/市原市事例
- 3：人的資源の配置と大学病院の未来像

病院数（人口あたり、国土面積あたり）



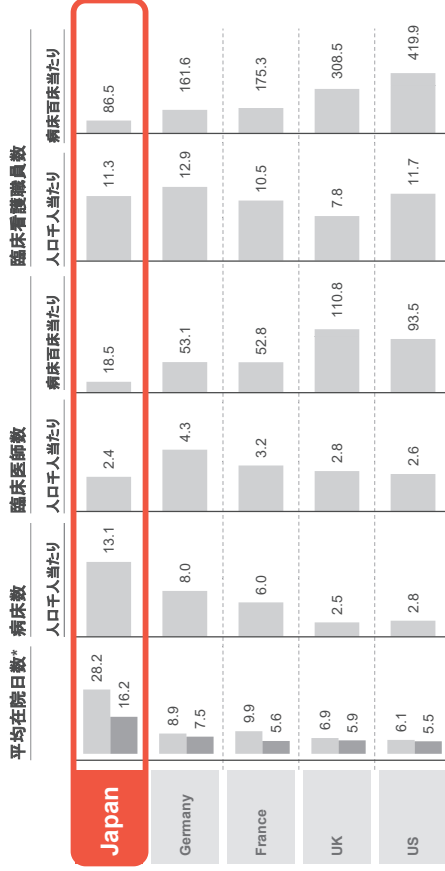
引用データ：OECD Health Care Resources of Hospitals and Land Used of the Total area

定義：OECDは、主に医師・看護師・看護師、その他の医療サービスを含む医療・診断・治療サービス、および入院患者が必要とする特別な宿泊サービスを提供する認可施設と定義。
日本は医療施設調査における病院の数であり、有床診療所を含まない。

全国8,000カ所 = 病院数多い

医療提供体制の国際比較 (2017年)

Source: OECD Health Statistics 2019, OECD Health Data
*Average Length of Stay, Upper: Total, Lower: Acute



在院日数・病床数：世界最高

病床当たり医師数・看護師数：最低水準

医療の「トリレンマ」と長期目標 吉村まとめ

コスト

現状は公平で十分な負担か
現在の給付だと病院経営の維持困難

アクセス

従来は最重視してきたが、維持困難
身近な医療を維持し、高度医療を集約
高度医療機関まで移動補助は重要

質

下げると患者は痛手、医師も望まない
質の維持のための病院の集約は必須

何をとり、何をとらない？

【参考】Kissicki 氏の三角形論 "Medicine's Dilemmas" 1991

「致命的な痛み」を避けるための方策

- ① 医療提供の効率化・セルフケア手段の充実
- ② 身近な医療は近場で・高度医療はやや遠方でも

内閣・財務省：財政規律を保ちたい

医療費適正化の強い要請

厚労省：適切な医療提供・体制構築

「地方分権」/医師法・医療法

都道府県：保健医療計画の立案・実施

市町村

三位一体改革/5疾病6事業など

医療現場：政策への対応

大学病院

医療政策立案・実践の最前線

都道府県の限界 (吉村私見)

1. 職員に専門家が少ない
→ 世の中・専門分野の最新知見についていけない
2. 利害関係者と「対立を辞さないスタンス」とれない
→ 地元の人々と直接対立避けたい
3. 庁舎に窓口がない・「県議会」を誰も見ない
→ 議会・県庁・利害関係者に閉じた議論なりがち

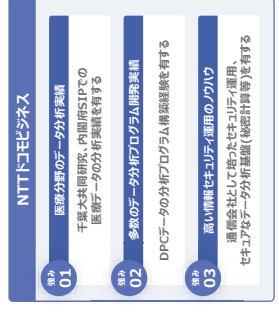
どう医療を動かしてゆくか

千葉県事業

千葉県データ分析事業：業務体制

データ分析基盤とセキュリティに強みのあるNTTドコモビジネスと、千葉県内のデータ分析における知見、人的ネットワークを有する千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センターとの連携体制を構築

千葉大学医学部附属病院
次世代医療構想センター
Center for Next Generation of Community Health

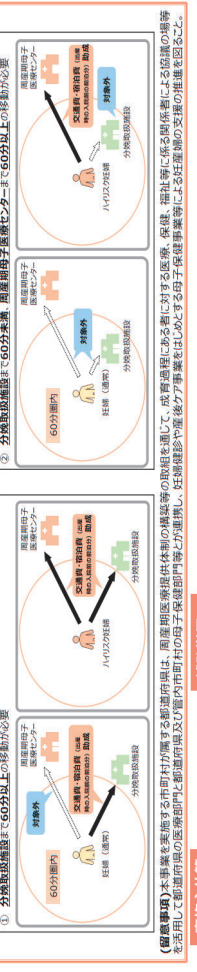


ご家族も、**ご家族の目的**
妊婦に対する遠方の分娩取施設への交通費及び宿泊費支援事業 成育局 母子保健課
 令和7年度予算 3.5億円 (4.7億円) 【令和6年度創設】

○ 地方の分娩取施設体制の不足を補い、妊婦本人の負担に付かず、安全、安心に妊婦、出産後まで、適切な医療や保健サービスが受けられる環境を全国で実現するため、遠方の分娩取施設を設置する必要がある妊婦に対する、当該分娩取施設までの移動にかかる交通費および宿泊費を自己負担分を減免する等の仕組みの整備の取組を進め、遠方の分娩取施設体制の構築において、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進め、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医師機関・機能の集約化・重点化や産科医の確保を推進した場においても、妊婦の分娩取施設までのアクセスを確保する。

事業の概要
 ◆ 対象者
 自宅（又は原則同居）から最寄りの分娩取施設（医学上の理由等により、周産期母子医療センターで出産する必要のある妊婦（以下「ハイリスク妊婦」という。））において、最寄りの周産期母子医療センター）まで距離60分以上の移動時間が必要な妊婦

◆ 内容
 ① 自宅（又は原則同居）から最寄りの分娩取施設までの距離が60分以上の妊婦の移動の取組（出発時の入院前の宿泊費）を助成する。また、ハイリスク妊婦の場合は、最寄りの周産期母子医療センターまでの交通費及び宿泊費を助成する。当支援事業の対象となる分娩取施設は、当該施設までの交通費を有する（他の施設は対象外）。
 ② 自宅（又は原則同居）から最寄りの分娩取施設までの距離が60分未満だが、最寄りの周産期母子医療センターまで距離60分以上の移動が必要となる場合は、最寄りの分娩取施設までは助成が、ただし、ハイリスク妊婦の場合は、最寄りの周産期母子医療センターまで交通費及び宿泊費を助成する。



（原則事項）本事業を実施する市町村が属する都道府県は、周産期医療提供体制の構築等の取組を通じて、取組過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係者による情報の漏洩等を活用して都道府県医師会等が都道府県及び市内関係市町村の母子保健部門等と連携し、妊婦健診や産後ケア事業をはじめとする母子保健事業等による妊婦健診の交通の阻害を図ること。

実施主体等
 ◆ 実施主体：市町村
 ◆ 補助率：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
 ※ 都道府県からの関係補助による交付

移動支援の例：ハイリスク妊婦→「交通費」+「宿泊」支援

千葉県事業

各分類の分析内容（サマリ）

小児・救急・周産期・在宅医療・循環器・手術の各分類において、分析の対象とするリサーチアクションを整理し、リサーチアクションを検証するための分析ストーリー（仮説・想定分析）を検討し、データ分析を実施。

分類	リサーチアクション	主な分析観点
小児	千葉県の小児に關わる医師の数は、現在既に供給の限界に近づいており、将来的に不足して行くのではないか。	<ul style="list-style-type: none"> 小児科/小児科以外の医師数 小児入院患者数
救急	千葉県の救急搬送率はどこまで低くなっていくのか。	<ul style="list-style-type: none"> 医療圏毎の応需率・傾向要因 救急搬送患者の属性
周産期	千葉県のハイリスク妊婦への診療提供体制は、将来的に不足して行くのではないか。	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク妊婦数、産婦人科医師 ハイリスク新生児数・ハイリスク新生児に關わる医師・病床数
在宅医療	急性期病院が「入退院の接続点」として、在宅医療をどこまで支援できているのか。	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院の医療資源・入退院経路 医療圏毎の在宅医療の需給量
循環器	千葉県内における循環器疾患患者への病院機能の配置が重複・分散しているのか。	<ul style="list-style-type: none"> 循環器疾患の手術実績 循環器疾患を処置する医師数
手術	千葉県において医療機関毎の手術機能（外科）の配置が重複・分散しているのではないか。	<ul style="list-style-type: none"> 領域ごとの手術実績 領域ごとの医師の配置

小児、救急、周産期、在宅医療、循環器・手術を分析

4つの医師偏在と対策 吉村まとも

- 保険診療
- ① 地域の偏在
 - ② 診療科の偏在
 - ③ 病院・診療所偏在
- +
- ① 「地域枠」制度
 - ② 新専門医制度
 - ③ 開業制限？
 - ④ 地域別診療報酬？

- オンライン診療（保険）
- ・重要だが不足分野あり
 - ・自由診療「質・内容」見える化
 - ・保険診療（特定機能病院内の高度医療）の待遇改善
- ④ 保険診療の外へ
- ・研究教育・行政・産業医
 - ・ヘルスケア業界・企業
 - ・自由診療（美容・抗加齢など）

対策 ① 生身の医師配置 ② オンライン診療 ③ 保険外へのモニタリング

医師の働く場：4分類

吉村まとめ

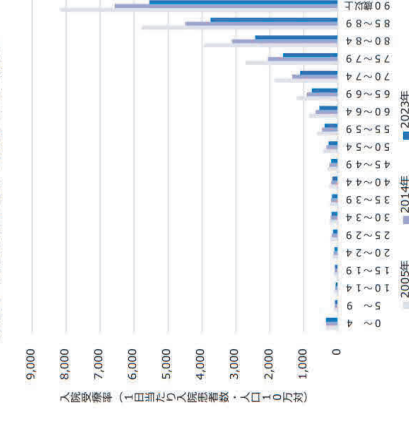
診療内容	自由orなし	開業医	約10万人	勤務医	約15万人	大学病院医師	約6万人
患者層	健康度高い	外来・在宅	外来中心	入院・救急・外来	入院・救急・外来	入院・救急・外 来	入院・救急・外 来
年収	美容外科++ 産業医++ 行政+	2,900万	2,900万	外来~入院	1,436万	300-1250万	300-1250万
夜勤当直	自分次第	原則なし	あり	あり	あり	あり	あり
年齢	自分次第	中堅	若手	若手	若手	若手	若手
身分	自分次第	経営者	労働者	労働者	労働者	労働者	労働者+研究者
平均年齢	不明	約60歳	約46歳	約46歳	約46歳	約46歳	約46歳

今後：若手医師が「早期に左側」にシフトが

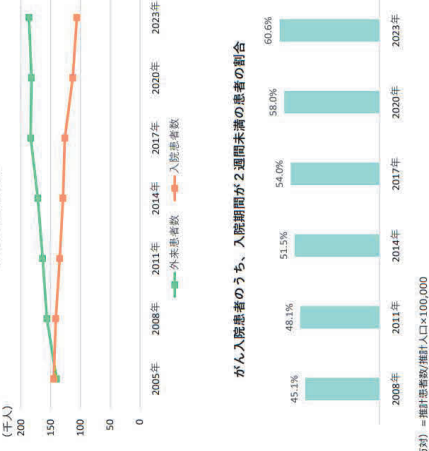
入院受療率の低下について

例えばがん患者は入院患者数が減少し、外来患者数が増加する等、医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等を背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向にある。

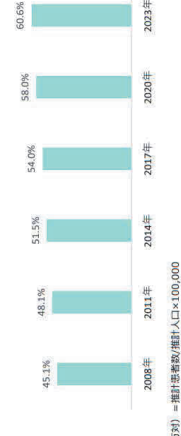
一般病床・療養病床における入院受療率の推移



がん患者数の推移



がん入院患者のうち、入院期間が7日間未満の患者の割合



資料出所：厚生労働省

28

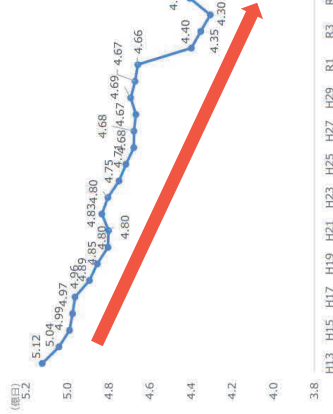
例 がん治療：低侵襲化・在院日数の短縮

近年の入院受療の推移について

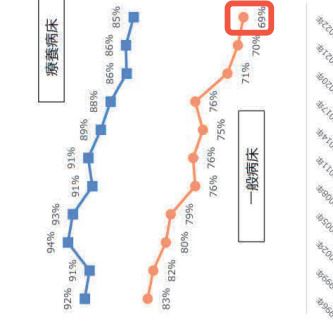
令和6年12月3日現在33都府県における地域医療機能推進機構に関する統計資料

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移



病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」(2023年度) 表1 一般病床・療養病床の病床利用率、平均1日当り診療費
 ※1 一般病床については、平成8~11年度まではその他の病床(療養病床等)と併せて記載されている。令和2年度からは療養病床(療養病床)として記載されている。
 ※2 一般病床については、平成8~11年度まではその他の病床(療養病床等)と併せて記載されている。令和2年度からは療養病床(療養病床)として記載されている。
 ※3 療養病床については、平成8~11年度まではその他の病床(療養病床等)と併せて記載されている。令和2年度からは療養病床(療養病床)として記載されている。

延べ入院患者数↓・稼働率の低下：69%

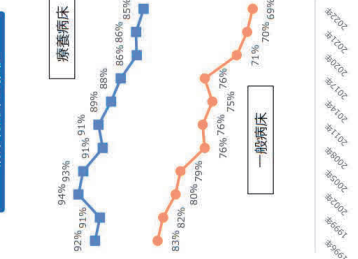
病院の経営状況について

一般病院において、医薬・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このようなか、一般病院等の医薬利益率は低下している。

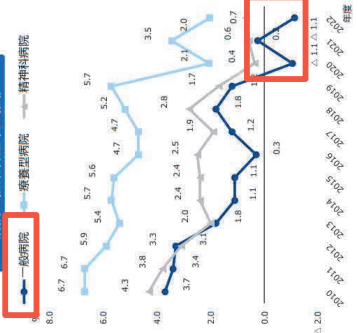
一般病院の費用構造



病床利用率の推移



病院の医薬利益率の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」(2023年度) 表1 一般病床・療養病床の病床利用率、平均1日当り診療費
 ※1 一般病床については、平成8~11年度まではその他の病床(療養病床等)と併せて記載されている。令和2年度からは療養病床(療養病床)として記載されている。
 ※2 一般病床については、平成8~11年度まではその他の病床(療養病床等)と併せて記載されている。令和2年度からは療養病床(療養病床)として記載されている。
 ※3 療養病床については、平成8~11年度まではその他の病床(療養病床等)と併せて記載されている。令和2年度からは療養病床(療養病床)として記載されている。

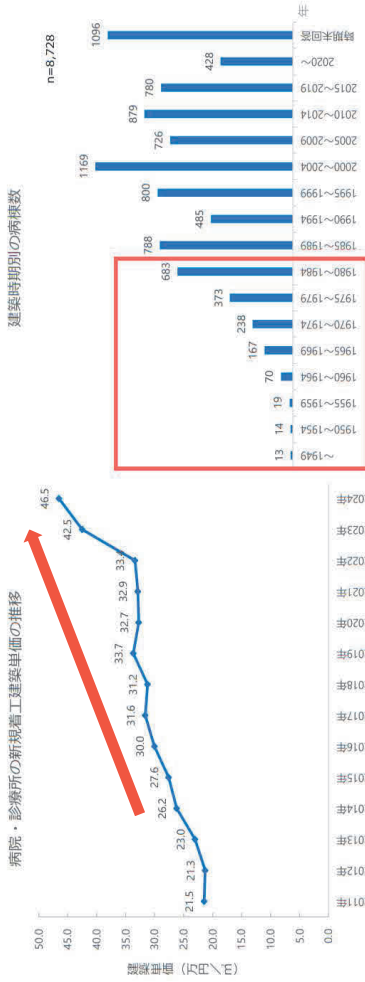
出典：「2023年度 病院の経営状況について」WAKI Research Reportより

一般病院：利益マイナスイ

6

医療機関の建替えについて

- 医療機関の経営が悪化している中、再編や統合の取組、老朽化のための建替えは必要であるが、医療機関の建築費は年々増加している。
- 現時点では約1,600病棟、約16万床で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。



※国立病院「医療施設設計調査」に基づき作成
 ※国公立病院、工部局等直営の施設について
 ・令和6年度末現在建設中の建築時期より集計（病棟数については、許可取得を指す）
 ・建設中の病棟は同一建設時期に建設が完了した病棟の数に含めず別として計上
 ※例に承認済みの建築時期/分区分をとりすると、約1,800病棟、約19万床の建築単価が必要

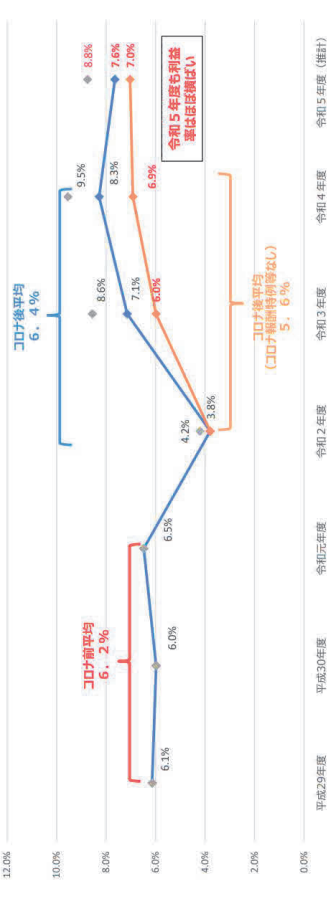
医療機関の建築単価：10年間で約2倍

厚生労働省公表資料より

一般診療所（医療法人）の利益率について

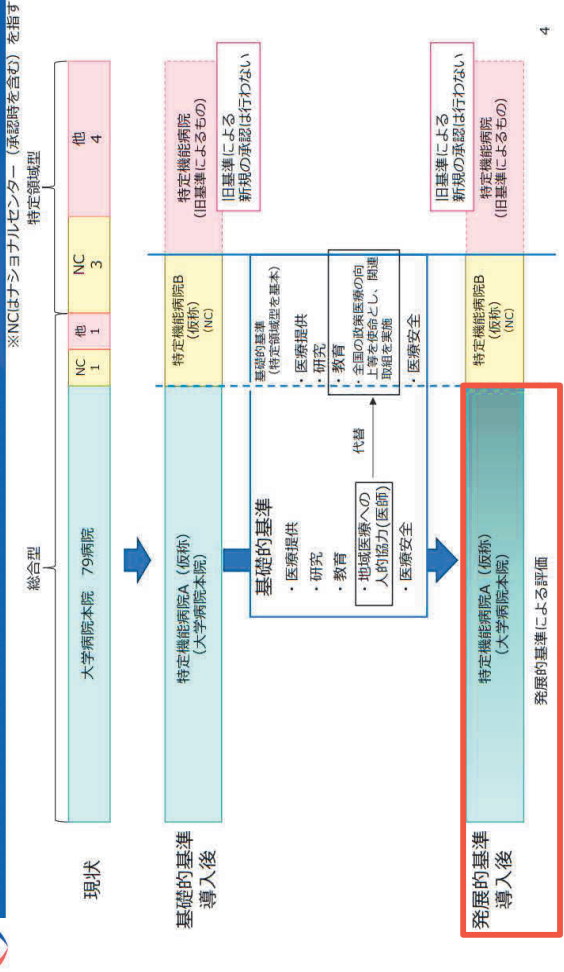
- 令和3年度、4年度の医療利益率については、コロナ報酬特例等による収入やかかりつけ費用などのコロナ影響を除いた場合、医療利益率はそれぞれ1.1%、1.4%程度減少、コロナ後（令和2～4年度）の平均（5.6%）は、コロナ前（令和1～2年度）の平均（6.2%）を下回る見込み。
- 令和5年度については、医療経済実態調査によるR3年度からR4年度の収入や費用の伸び前戻し、コロナの類型見直しや、物価高騰、賃金上昇の影響などを踏まえ推計すると、▲0.7%程度減少する見込みであり、コロナ報酬特例等を除いた医療利益率は令和4年度と比較するとほぼ横ばいとなる見込み。

医療利益率	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度（推計）
医療利益率	6.1%	6.0%	6.5%	3.8%	7.1%	8.3%	7.6%
コロナ報酬特例等を除いた医療利益率（推計）	-	-	-	-	6.0%	6.9%	7.0%
総損益率	6.1%	6.0%	6.5%	4.2%	8.6%	9.5%	8.8%



一般診療所：利益率約7%

（参考）特定機能病院見直し後のイメージ



大学病院本院を「発展的基準」により「序列化」

<基礎的基準> 地域医療への人的協力（医師）

項目	現行基準 (現行基準なし)	新基準 (案)
地域に一定の人的協力(医師)を行っていること		<ul style="list-style-type: none"> ・雇用形態によらず、大学病院本院と派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣された医師の常勤医師換算数を評価する。 ※大学病院本院の「分院」、「サテライト診療所」については、原則として派遣先と見なさないが、これらが医師少数区域等に所在する場合は派遣先として算入可能 ※派遣医師は派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること ※病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと ・地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県等と連携していること。
		<ul style="list-style-type: none"> 具体的な基準については、現時点では大学病院本院が認識している派遣実績の報告に基づき、実際に行われている派遣実績を基本とした基準を設定する。 令和9年度を目処に実績確認を開始し（後述）、確認された人数を報告する。その報告実績に基づき、適切な基準を改めて定める。

※その他、派遣先の所在地による評価の補正等は発展的基準において行う

「特定機能病院」= 地域医療への人的協力へ



特定機能病院的あり方に関するとりまとめ ～ 基礎的基準 (案) ～

○ 基礎的基準については、原則として速やかに適用することとするが、適用することで、大学病院本院であって満たせなくなるものについては、一定の経過措置を置きつつ、各大学病院本院の取組状況を確認しながら適用していく。

基礎的基準：現在の承認要件を基本とし、すべての特定機能病院が満たすべき基準。

項目 (案)	内容
医師提供	紹介率、逆紹介率、基本診療科の幅広い設置、専門医配置、高層度新規医療技術への対応、先進医療又は難病医療等の実施等
教育	いわゆるStudent Doctorの育成、研修医数、専攻医数、幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること、地域の医療機関への学習機会の提供等、看護師・薬剤師その他専門職の学習受け入れ・育成等
研究	査読付英語論文、IRB設置、COI管理、研究支援組織設置等
地域医療への人的協力 (医師) ※	地域に一定の人的協力を (医師) を行っていること
医師安全	管理者の要件 (医師安全に係る経験、研修受講義務等)、医師安全管理部門の設置 (重大事案発生時の対応の強化等、専従の医師、看護師等の配置等)、医師安全管理責任者の配置 (要件 (医療安全にかかわる経験)、業務内容の明確化等)、シミュレーション (内容の明確化等)、監査委員会の設置、監査の要件の追加、監査内容の明確化)、高層度新規医療技術への対応等 (重大事案の考え方や、患者への影響度及び回避可能性が一定以上のものを明確化)

(注) 本字下線が解説。

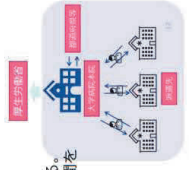
※ 地域医療への人的協力 (医師) に関する実績の確認方法 (イメージ)

医師派遣については、雇用形態を問わず
 ・大学病院本院と派遣先との間で一定の連携、調整が行われていること
 ・派遣医師本人が派遣先、派遣先との連携、調整のうえで派遣されていることと認識していることが必要と考えられる。
 医師派遣の実績の把握に当たっては、こうした考えに基づき、具体的な実績確認方法を定め、一定の経過措置期間を認けた上で、実績を収集していく。

←やることはこちら！

- ＜実績確認のイメージ＞ (R9年度を目前に実施予定)
- ① 派遣実績の確認について (雇用形態を問わず)
 - 大学病院本院で派遣医師の名簿を作成
 - 派遣先との連携で派遣された医師の名簿を作成
 - 派遣医師の認識確認 (大学病院本院と派遣先で連携して行う)
 - ② 上記の確認ができたら人数を毎年の業務報告で報告

(出典) 厚生労働省「第7回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」4頁資料1、資料2を基に、文部科学省医学教育課で作成。

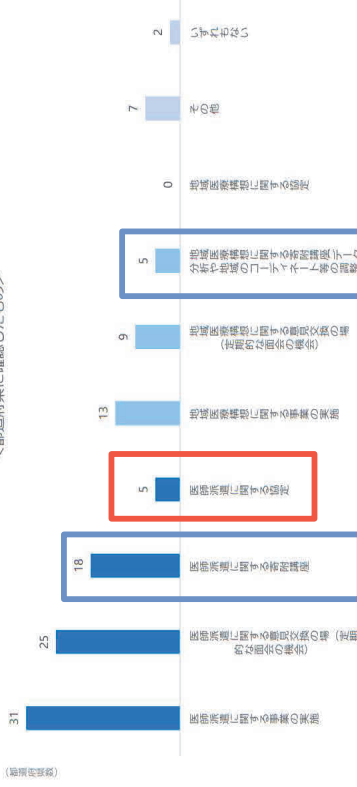


都道府県と大学病院の関係について

地域医療構想・医師配置

都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携を行っている。

都道府県と大学病院との連携状況(複数回答可)
<都道府県に確認したものを>



※ 厚生労働省医政局地域医療設計推進部(一部経度中)

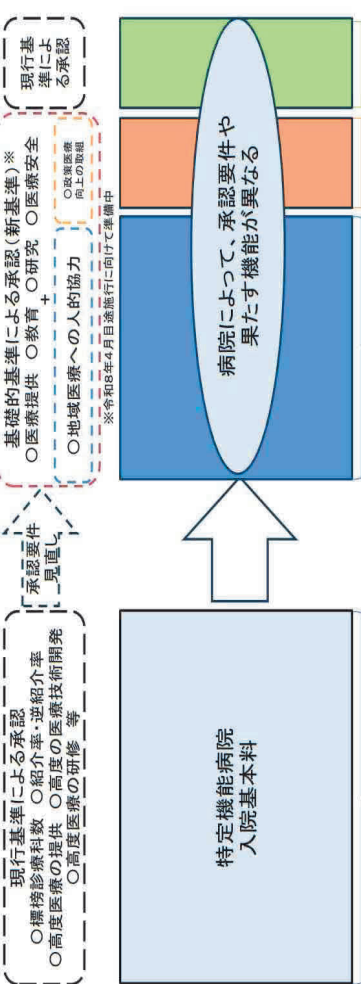
都道府県と大学病院の「協定締結」が期待されている

特定機能病院的承認要件の見直し②

○ 「基礎的基準」については、大学病院本院を念頭として、現在の「承認要件」に地域医療への人的協力などの新たな要件を加えた基準として整理された。

○ ナショナルセンター等については、全国の医師等に対する高度な教育・研修を行っているものについて、大学病院本院の地域医療への人的協力等に準じた役割を果たしていることとなった。

○ 一方で、特定機能病院入院基本料については、重症度、医療・看護必要度を満たせば、特定機能病院であれば、その果たす役割や機能が異なる病院でも、同じ入院基本料を算定可能となっている。



特定機能病院 (n=88) 大学病院本院 (n=79) ナショナルセンター等 (n=5) その他 (n=5)

特定機能病院入院管理料 → 十約300点

令和8年度 診療報酬改定から読み解く①

特定地域医療提供医師(連携型含む)の時間外上限の扱いを見直し
地域医療体制確保加算1(620点)の施設基準

- ・対象医師の年の時間外・休日労働について、客観的記録(ICカード等)で把握し、基準を段階的に運用
- ・数値自体も改定:毎年75時間上限削減
- ・令和6年度1785時間、令和7年度1710時間等の記載

→ **令和8年度1635時間、令和9年度1560時間**

外科など不足する診療科で、交代制/チーム制・休息確保・タスクシフト・研修・給与上乘せ・地域連携を「やっている病院」に、入院(地域医療体制確保加算)と手術(外科医療確保特別加算)で評価

令和8年度 診療報酬改定から読み解く②

地域医療体制確保加算2（720点）

- 入院初日に算定する「地域医療体制確保加算」
- 加算2は特に、地域で医師確保が必要な診療科
消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科から
最大3つまで特定し、その診療科以下を求める
・ 地域内の他院と、機能分化・集約（手術等）について協議している
・ 他院と連携して、臨床研修後の研修・育成を行う
・ 特定診療科に対し、毎月固定で支給する形の特別な処遇（給与面の上乘）を設ける

特定診療科の勤務の回し方として、どちらか（+周辺支援策）を求め
る形：

- 交代勤務制（夜勤後は翌日勤を休日にする等、休憩確保も含めた
設計）
- チーム制（休日等の呼出当番体制、夜間の休憩時間確保 など）
加えて支援策として
- 医師事務作業補助者が当該診療科に配置されている
- ICU/術後疼痛/呼吸ケア等の研修を受けた看護師が配置されている
といった「周辺人材の整備」も要件に入る。

令和8年度 診療報酬改定から読み解く③

新設：外科医療確保特別加算（手術ごと）

- 長時間かつ高難度の手術を行ったとき、その手術の点数に対して一定割合（15%）を上乗せする新加算。
ただし条件がかなり重い。代表的には：
 - 特定機能病院内院基本料 or 急性期総合体制加算の届出
 - 指定された「長時間・高難度手術」を年間200例以上
 - 対象診療科に経験5年以上の常勤医師が6名以上
 - チーム制または交代勤務制の導入
 - 夜間を含む休憩時間の確保（特定対象医師がどうかに関わらず配慮）
 - 地域の他院と、手術実施体制・術後フォロー体制を事前協議し公表、患者にも説明
 - 研修（臨床研修後を含む）体制の整備
 - そして重要：この加算で増えた分の一部以上を、当該診療科の医師への手当として支給し、院内の医師へ周知する（配分割合まで規定）

千葉大版

吉村健佑はじめ

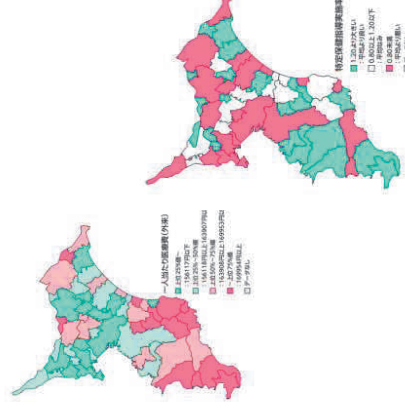
2027年度に向けて：関連病院へのお願い

- ①所属医師「千葉大の勤務調査」にご協力いただく
 - ➡「在籍3年以上」をリストアップ＝当院と共有
 - ➡「現在は医局人事外」でも対象になる
- ②当該医師へ連絡・通知（当院と連携）
 - ➡当院から行政に報告➡当院の報酬に直結
- ③厚労省より「発展的基準」示された場合に継続協議
 - ➡少数地域/診療分野への派遣を加点
 - ➡千葉県からの要請もありうる

【当院】全診療科の医師配置を戦略的に実施
【関連病院】政策動向の把握とより密な連携



千葉県国保ヘルスアップ支援事業 2020-2022年



千葉県54市町村を徹底比較



【今後】医療の持続可能性高める

- ① 病院の利益最大化へのたゆまぬ努力
- ② DPCデータ分析➡「面」での合意形成の加速
- ③ 病院再編×人材の確保と育成は国家的課題

政策と連動し、自院の役割明化を

病院職員/専門職の行動が変わる➡医療が変わる

