

<特集「地域医療の課題と未来」>

地域医療の課題と未来 ～行政の立場から～

奥 田 司^{*1,2}

¹京都府健康福祉部

²京都府立医科大学

Review Article “Issues and Prospects of Regional Medical Care in Future: From the Administrative Perspective”

Tsukasa Okuda^{1,2}

¹*Department of Health and Welfare Kyoto Prefectural Government*

²*Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

わが国の医療制度は「国民皆保険」を軸とする制度設計によって、国民の医療機関への容易なアクセスを担保するとともに、支払い可能な額の窓口負担のみで高いレベルの医療を平等に受けることができる社会の構築に大きく貢献してきた。もって世界に冠たる平均寿命や健康状況が達成されているところである。しかしながら、近年急速に進む国民の高齢化と人口減少、そしてわが国の経済成長の停滞等によって、この社会保障システムの維持に大きなストレスがかかり始めている状況にある。また、他にも、医療提供体制の今後についてもいろいろと懸念が生じている。本稿ではわが国の医療制度を多面的に検証するとともに、この方針に則って遂行されている京都府の医療体制の現状について簡潔に紹介する。加えて、可能な範囲ではあるが、地域医療における未来に向けての課題点を洗い出してゆく。この小文によって、地域医療の現場で課題解決に向けて日夜奮闘努力されている多くの方々の共通理解・共通認識の醸成に資することができれば、と望むものである。

キーワード：医療制度、国民皆保険、京都府、地域医療、医療提供体制。

Abstract

Japan's healthcare system is designed on the basis of a universal health insurance system, which ensures that citizens have easy access to medical institutions. At the same time, this system has created a society in which everyone can receive high-quality healthcare equally within their means, and has achieved world-class average life expectancy and health. However, the rapid increase in the elderly population and population decline in Japan in recent years, as well as the stagnation of economic growth, are beginning to pose major challenges to the maintenance of this social security system. Concerns have also been expressed about the future of the healthcare delivery system. In this paper, the author examines the current state of Japan's healthcare system from various angles, briefly introduces the current status of the healthcare system in Kyoto Prefecture, which is operated based on this social system, and extracts important issues for the future of regional healthcare. The author hopes that this article will contribute to fostering a common understanding and shared

令和7年7月22日受付 令和7年7月22日受理

*連絡先 奥田 司 〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪之内町 京都府健康福祉部

t-okuda66@pref.kyoto.lg.jp

doi:10.32206/jkpum.134.08.479

recognition among those who are working hard to solve regional healthcare issues.

Key Words: Japan's Healthcare System, A Universal Health Insurance System, Kyoto Prefecture, Regional Healthcare, Social Security System.

はじめに

本稿では我が国の医療システムの概略と課題を簡潔に記述するとともに京都府の現状について行政の立場から簡潔に紹介する。もって「地域医療の課題と未来」と題する本号の特集記事を理解するうえでの基礎知識・背景認識を提供することをその目的としたい。ただし紙幅に限りあることから、いずれも網羅的・体系的なものではなく、いくつかのポイントに絞った記事にとどまることになるが、この点についてはご容赦いただきたい。

なお、本稿内で記述されている考察は、あくまでも、一個人の「個人的な立場からの考え」であり、京都府をはじめ著者の所属するいかなる団体を代表するものではないことをあらかじめ断っておく。また、提示する資料は原則としてすべてアクセス可能な公知のものをを用いた。また図表の引用も少ないが、煩雑さを避けず、できる限り出典を記載するので、気になるものあればぜひ原典に当たってご自身でご確認いただきたい。

わが国の医療の基本的な仕組みを再確認する

1. 制度設計上の理念と国民皆保険制度

我が国では、憲法 25 条に謳われるように¹⁾、すべての国民に「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を享受できるよう保健医療福祉のインフラを整えてきた。医療に関していえば「診療報酬制度」によって各々の医療処置に対する全国一律の医療費を国が設定し²⁾、くわえて国民それぞれが手の届く支出で医療を受けられることを目的として 1961 年に「国民皆保険制度」を整備した。また、個々の収入の手に余る額の医療費御支出については「高額医療費制度」または「生活保護制度」のいずれかでカバー

する、というのが本邦の医療システムの基本的な建付けとなっている。そして、2008 年からは、医療負担の一層の均霑化を目標として、75 歳以上の高齢者については「後期高齢者医療制度」に振り分けることとした³⁾⁴⁾。ちなみに日本医師会によると、虫垂炎などいくつかの代表的疾患の医療費についてのみの記載ではあるものの、我が国の公定の医療費は国際的に見てひじょうに安価に設定してあるものと分析されている⁵⁾。

この制度は、医療へのアクセスが公平でスムーズな国を作り上げるうえで非常に有効であった。結果的に、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準をうちたてるところとなり、こうした医療政策の国際的にも抜きんでたアウトカムは国民の誇りとなっているところである⁶⁾⁷⁾。しかしながら、現行システムは、人口構成に若者が多く、また経済が右肩上がりで成長する安定な財政状況の時代にうまく機能するよう整備された社会保障システムであった。昨今のように、急速に進む高齢化・人口減少に陥っている現在の我が国にあっては、より高額の医療費を要する高年齢の被保険者層を、より少ない数の若年の保険加入者が支える状況となってしまうことから、経済的な負荷が大きくなってきているところである⁸⁾。

2. 国際比較の視点から検証する我が国の医療システム

1) 医療費と医療システム

ある国の医療システムを客観視する方法の一つは、国際間の比較を行うことであろう。1980 年代から OECD (Organization for Economic Co-operation and Development: 経済協力開発機構) 諸国のデータが出揃うようになり、医療状況についても比較的信頼性のある国際間比較を行うことができるようになってきた⁹⁾。最新のデータは 2025 年のものであり (OECD Health

Statistics 2025), WEB 上で OECD Data Explorer と呼ぶ分析ツールを用いて自由に解析することができるようになっている⁹⁾. 本邦では厚生労働省資料¹⁰⁾と日本医師会日医総研ワーキングペーパー¹¹⁾の両者が独立して 2021 年時点のデータ (OECD Health Statistics 2021) に基づく本邦の医療システムの論評を別個に公表している. 4 年後の OECD Health Statistics 2025 時点でも⁹⁾, 筆者が解析するかぎり (下記), わが国の立ち位置はほぼ同様の状況であり, 以下にそのデータに基づいて簡潔に紹介する.

まず医療費であるが, 我が国の医療費総額は令和 3 年ベースで約 45 兆円であり¹²⁾, 国家予算約 113 兆円¹³⁾ (国民衛生の動向 2024-2025, 15 頁) の約 40% に相当する額となっている. そして 2024 年の日本国民 1 人当たりの保健医療支出は 4,691 ドル (米ドル換算) であり, OECD 加盟 38 か国中 19 位と中位である (図 1)⁹⁾. また, 総額では GDP の約 11% を占めることにな

り, こちらも OECD 諸国の中で 12 位 (図 2)⁹⁾ と中位に相当し, これらはそれぞれの国家がどの時期に新型コロナウイルス感染症の蔓延が生じたかによって幾分の上下があるものの, 先行研究時の結果と大きく変わるものではなかった¹⁴⁾¹⁵⁾.

一方この医療支出の財源の内訳では約 11.6% が患者負担分となっており¹⁶⁾, 他方, 公費と保険料の和が 87.8% を占め, 大半が公的な資金からの支出となっている. この公費支出割合は OECD 諸国内でも, ノルウェイなど北欧諸国と並んで最も高いグループに入ることとなり⁹⁾¹⁷⁾, これが課題とされている. また, 全国健康保険協会 (協会けんぽ [旧 政府管掌保険組合]) や健康保険組合連合会 (けんぽれん) や共済組合などの被用者保険の加入者を例にとると, 保険料の半額は雇用主が支払うことになるが, 残額は一般に本人給与から天引きの形で徴収する¹⁸⁾ ことになっている. 一方, 「国民健康保険」の場合は保険料の全額を本人が負担す

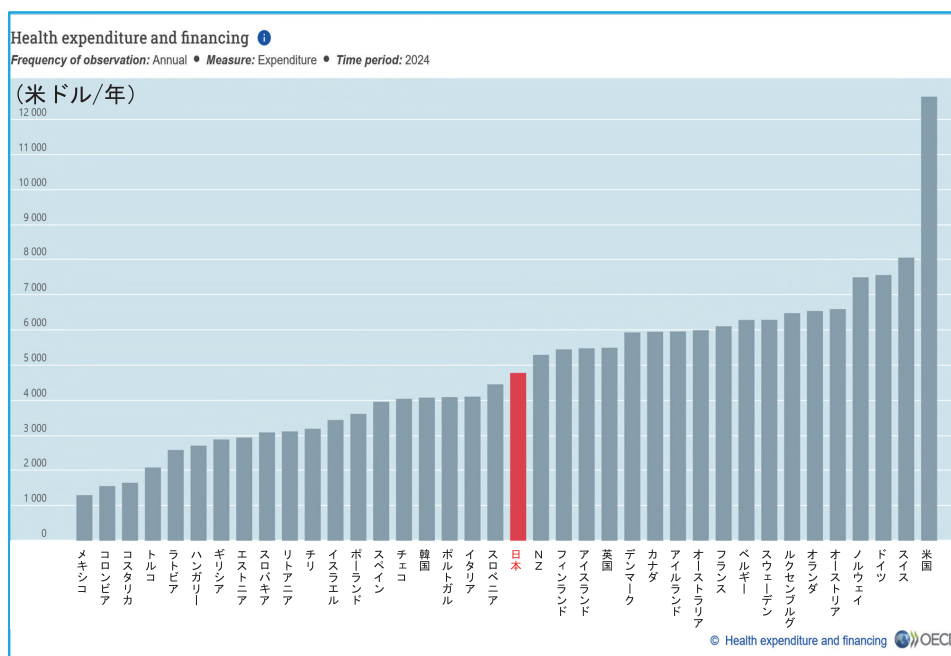


図 1 OECD Health Statistics 2025⁹⁾ にもとづく 2024 年の医療費支出の国際間比較

日本は一人当たり 4779.6 米ドルの支出であり, OECD 38 か国の中では 19 位と中位に当たる額である. (OECD Data Explorer⁹⁾ を利用して筆者が作成. 国名は筆者が邦訳の上加筆した.)

オンライン版はカラー掲載

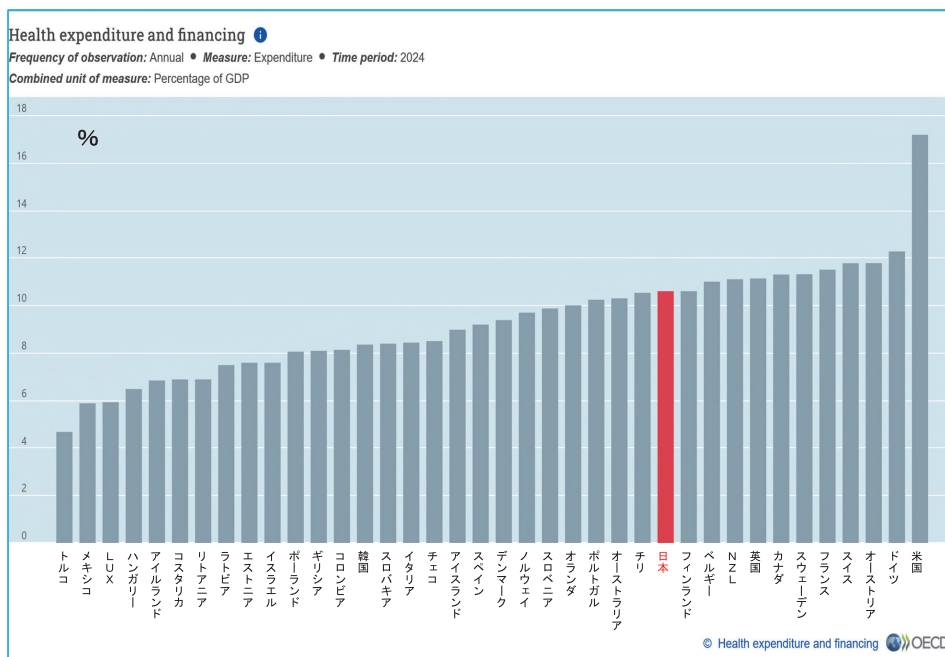


図2 2024年におけるGDPに占める年間医療費支出割合の国際間比較（OECD Health Statistics 2025⁹⁾を利用して筆者が作成。国名は筆者が邦訳の上加筆した。）

ハイライトしたカラムで示される日本は、10.6%を占める支出であり、OECD 38 各国の中では12位となる。

オンライン版はカラー掲載

る¹⁸⁾。また、2003年から医療費の窓口負担割合が1割から3割に引き上げられた⁸⁾。

2) 医師数と医師養成数

次に、医師数に目を転じると、実は、我が国は国民10万人対では医師数と医師養成数の両者ともOECD諸国間では最も少ない水準にある（図3,4）⁹⁾¹⁹⁾²⁰⁾。以前は「医師数が多くなると医療費総額の高騰がもたらされる」という意見を発出する有識者も居たと聞くが（文献21, p47 最下段記述）²¹⁾、少なくともこの国際比較の観点からは、我が国の医師数や医師養成数は現状で少ない状況にあり、むしろ、この比較的少ない医師数で多くの患者や高度医療を担っている現状が浮き彫りにされたものと考ええる。

それでもなお、わが国の医師数は、少なくとも最近10年間に限ると、毎年約4000名ずつ実質増加している²²⁾。この表²²⁾によると、筆者が医師になった年（1982年）、医師の総数は

167 952名であり、人口10万当たりでは141.5名であった。翻って、2024年4月現在医師数は343 275名と総数で2倍以上に増え、人口10万人当たりでも274.7名に増加している。にもかかわらず「医師不足」が叫ばれる昨今である²³⁾。前段に記述した「医師の絶対数が実は我が国ではそもそも少ないのではないか」という議論を仮に棚上げしたとしても、医師の「地域偏在」と「標榜科偏在」の問題が大きくクローズアップされているところである²³⁻²⁵⁾。筆者の研修医時代、大学の「医局」が若手医師の人事派遣機能を發揮して、過疎地などのいわゆる「医療の谷間」を埋める機能を發揮していた。しかし2004年の「臨床初期研修必修化」の導入以降、大学医局は力を失って、関係病院への医師配置は、それまでの医局指示による派遣ではなく、希望者の手挙げを待つかたちとなったことが、「医療の谷間」が再度増加してきた大

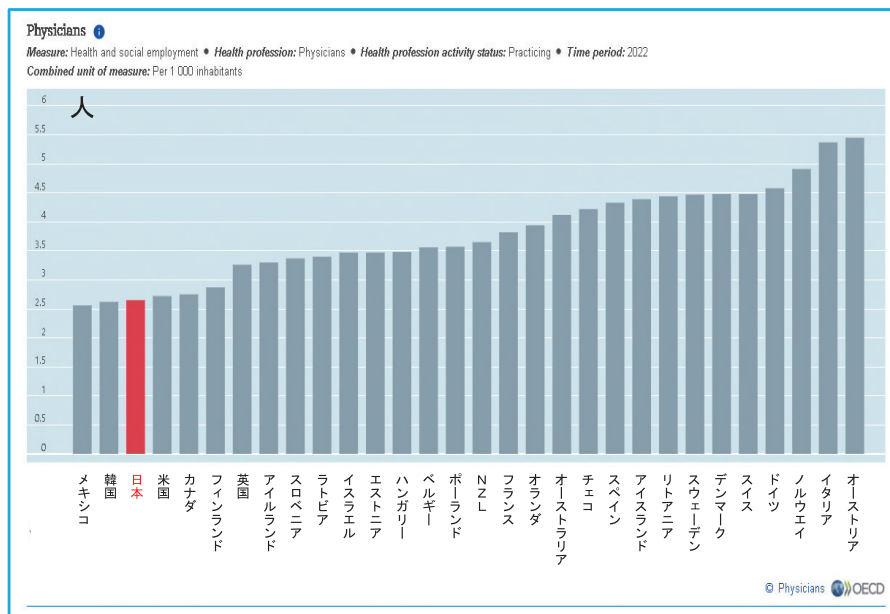


図3 2022年データに基づく1000人当たりの医師数（OECD Health Statistics 2025⁹⁾）を利用して筆者が作成。国名は筆者が邦訳の上加筆した。）

ハイライトしたカラムで示される日本は、2.65人であり、OECD諸国の中では最少レベルにある。

オンライン版はカラー掲載

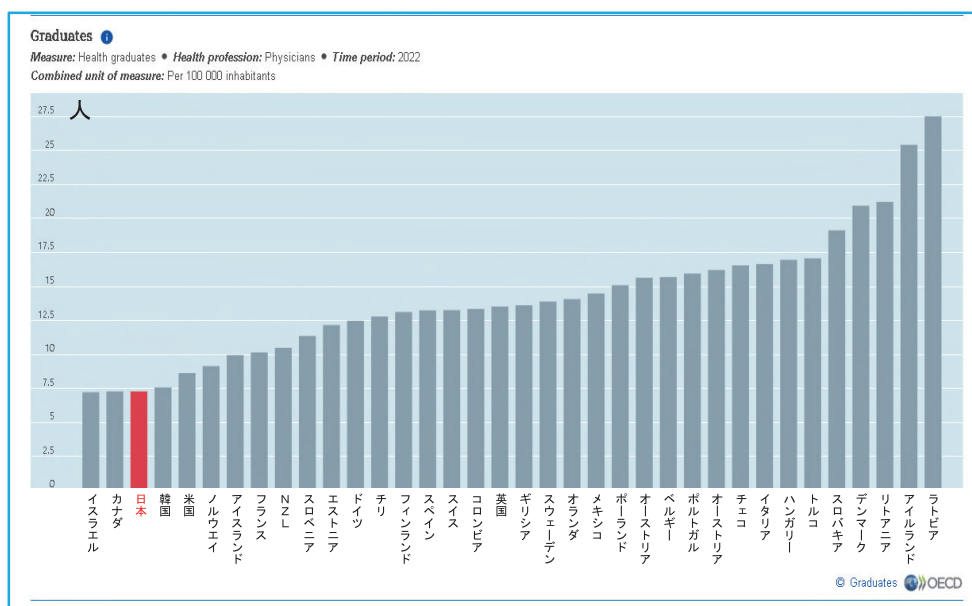


図4 2022年データに基づく住民10000人当たりの医師養成数（医学部卒業生）（OECD Health Statistics 2025⁹⁾）を利用して筆者が作成。国名は筆者が邦訳の上加筆した。）

ハイライトしたカラムで示される日本は、OECD諸国の中では最少レベルにある

オンライン版はカラー掲載

きな原因のひとつとされている²³⁾²⁴⁾。現在、国・地方あわせてこの2つの偏在に対処すべく努力されているところである²³⁻²⁵⁾。本件に関しては、最近になって、国側に「大学の医師派遣機能」を再評価する動きも出ている²⁵⁻²⁷⁾。ただし大学が医師派遣機能を再度発揮するためには、以前のように多くの若手医師が大学に所属する必要がある、それを今後どのように担保するかという課題が残されている。

3) 日本は病床と病院が多い国

他方、多方面から問題視されているのは「病床数過剰」と「病院数過剰」である。OECD データを用いて国際間比較すると、この両項目ともに日本はとびぬけて多いことがわかる(図5, 6)⁹⁾²⁷⁾²⁸⁾。気にしておかねばならないのは、日医総研のワーキングペーパーにおいて、この統計で病床の数え方に国ごとの違いがある可能性が指摘されていることである²⁹⁾。たとえば日本の病床数は精神科のベッドを含めているのに

対し、他の国々ではそれを含まないのでは、という疑義である。確かにこうした統計の取り方については再確認すべき余地があるように見える。

ここで一つだけ海外における入院加療状況についての個人的な経験を記載したい。筆者は1990年代に米国のセント・ジュード小児疾患研究所病院で勤務した経歴があるが(著者略歴参照)、赴任初日に最も驚いたのは、世界に冠たる小児研究病院であるにもかかわらず、ベッド数が「27床(当時)」とたいへんに少数だったことであつた。当時、最初は、長旅の疲れで英語が聞き取りできなかったのかとわが耳を疑ったくらいである。その後、年間予算が約19億米ドル(FY2024)³⁰⁾という巨大研究病院へと成長した現在でも、この病院のベッド数は77床と未だ極めて少数である³¹⁾。じつは、ベッド数は少ないが、じっさいは多くの患者が近隣の民間宿泊施設やマクドナルドハウスなどに宿

Hospital beds by sector

Measure: Hospital beds * Time period: 2022
Combined unit of measure: Per 1 000 inhabitants

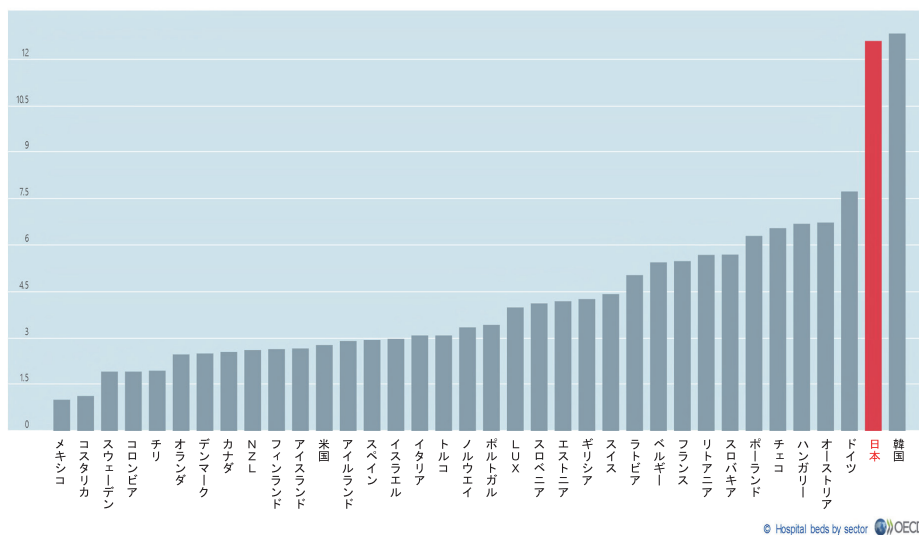


図5 2022年データに基づく人口1000当たりの総病床数(OECD Health Statistics 2025⁹⁾を利用して筆者が作成。国名は筆者が邦訳の上加筆した。)

ハイライトしたカラムで示される日本は12.59であり、OECD諸国の中では韓国と並んで最多レベルにある

オンライン版はカラー掲載

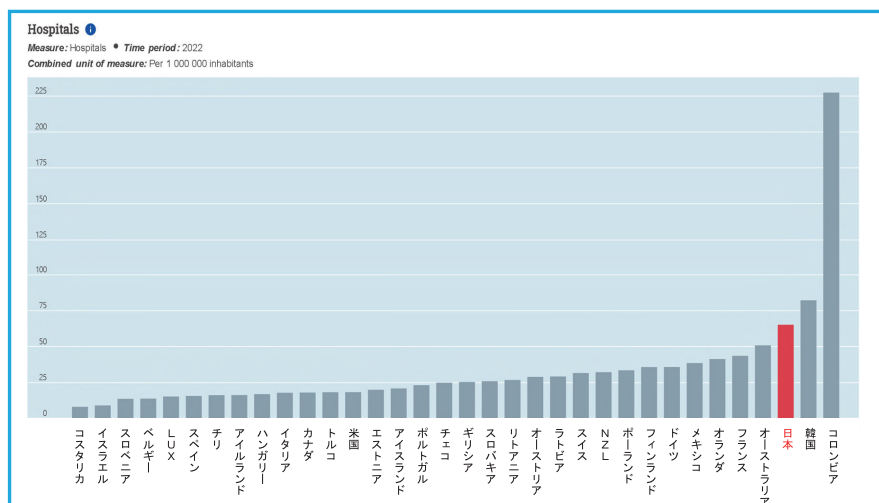


図6 2022年データに基づく住民1000000人あたりの病院総数（OECD Health Statistics 2025⁹⁾）を利用して筆者が作成。国名は筆者が邦訳の上加筆した。）

ハイライトしたカラムで示される日本は、65.28であり、OECD諸国の中ではコロンビア、韓国に次いで多い

オンライン版はカラー掲載

泊して、「外来扱いで」治療を行っており³¹⁾、そしてそれがその病院の方針なのだ³¹⁾、という種明かしを知るまでは、ずいぶん驚いたものである。たしかに、国際比較の際には、こうした国や施設ごとの入院治療に係る事情・考え方の違いや国民性・社会性などに留意して慎重に解釈を行うことが求められる場合があるものと思われる。

4) 小括：我が国の医療

以上のように、国際間比較のデータから判断する限り、我が国は比較的少数の医師を養成している国であり、比較的少数の医師が効率よく（あるいは長時間勤務することで）高度な医療を担当して、OECD諸国において平均的な額の医療費の範囲で医療が行われているものの、医療費に占める公的資金・保険料の割合が多いこと、病床数が多いこと、そして医療機関数の多いことを特徴としている、という姿が見えてくる。ここで人口の高齢化がわが国の誇る「国民皆保険」診療を経済的に追い込みはじめていることが伺われる。じっさい厚生労働省は、病床数と病院数の「多さ」を課題ととらえ、2015年に策定され2025年を目途とした「地域医療

構想」によって、病床の機能分化・連携を推し進めた³²⁾。結果的に、2015年から2023年にかけて、わが国は125.1万床から119.2万床へと病床数を減じ、2025年の必要病床数とされていた119.1万床と同程度の水準へと病床数の削減を達成したところである³²⁾。京都府の病床数についてもホームページで公表している³³⁾。

京都府の医療の現状と課題

1. 京都府の地政学

京都府は26の自治体（市町村）によって構成され³⁴⁾、約4600km²の面積を占める。北西端や半島部に位置する久美浜町や伊根町から南東端の南山城村までの距離は150km近くになる「細長い」地形であり、場所を選ぶものの、この距離は東京・新潟間に匹敵する。また本府は山間地区が多いため可住地面積は比較的小さく、くわえて、道路や鉄道の整備のために多くのトンネルを掘る必要があったことなど、アクセスの改善のために多大な努力を必要として来たことをその特徴の一つとしている³⁵⁾。現在もなお高速道のミッシングリンクを埋める努力や

鉄道網の電化・複線化・高速化の余地が残されている³⁶⁾。人口は274万人（2020年時点）であり、我が国全体の約50分の1の規模となっている。そのうち半数を超える人口が京都市域に集中しているという強い一極集中の傾向が見られる。また丹後地域のように2040年人口が2015人口よりも30%以上減少し、かつ75歳人口が30%を超えることが予想される高齢化・人口減少速度の速い地域を抱えている（表1）³⁶⁾。言うなれば、京都府は「人口がおおよそ日本の約50分の1」であり「細長く山間部に富んだ、交通にストレスの多い土地柄」であり「人口の強い一極集中が見られ」ながらも「北

部など高齢化・人口減少の著しい地域が存在する」といった、いわば、「ミニ・ニッポン」になぞらえてもおかしくない地域性となっている。

健康・医療の指標に目を転ずると、平均寿命（2020年）は男性82.24歳（全国4位）、女性は88.25歳（全国3位）とそれぞれ上位になっている³⁷⁾。一方健康寿命（2022年）は男性72.14歳（全国33位）、女性は75.78歳（全国17位）と国の中位に位置している³⁸⁾。また、京都府の合計特殊出生率は最新2024年（令和6年）のもので1.05となっており、これは前年（2023年）の1.11から0.06ポイントの低下となっている。

表1 京都府全体（A）と地域別（B）の人口増減予想と高齢化の状況³⁶⁾

A

京都府の高齢化の状況							
	2015	将来推計					
		2020	2025	2030	2035	2040	2015年比較
京都府の人口	261.0	257.4	251.0	243.1	233.9	223.8	▲ 37.2 (▲ 14.3%)
うち75歳以上 (人口割合)	33.7 (12.9%)	40.0 (15.5%)	47.6 (19.0%)	48.8 (20.1%)	47.0 (20.1%)	46.0 (20.6%)	12.3 (36.3%)

(出典：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 平成30(2018)年推計)

B

京都府の地域別の高齢化の状況							
	2015	将来推計					
		2020	2025	2030	2035	2040	2015年比較
京都市域 人口	147.5	147.2	145.2	142.3	138.7	134.3	▲ 13.2 (▲ 8.9%)
うち75歳以上 (人口割合)	18.7 (12.7%)	22.3 (15.2%)	26.6 (18.3%)	27.1 (19.1%)	26.4 (19.0%)	26.4 (19.7%)	7.7 (41.1%)
山城地域 人口	70.4	69.4	67.4	64.8	61.7	58.5	▲ 11.8 (▲ 16.8%)
うち75歳以上 (人口割合)	7.9 (11.3%)	10.1 (14.6%)	12.6 (18.7%)	13.1 (20.2%)	12.3 (20.0%)	11.8 (20.2%)	3.9 (48.5%)
南丹地域 人口	13.7	13.0	12.3	11.5	10.6	9.8	▲ 4.0 (▲ 28.8%)
うち75歳以上 (人口割合)	2.0 (14.2%)	2.2 (16.9%)	2.6 (21.1%)	2.7 (23.9%)	2.7 (25.1%)	2.5 (26.0%)	0.6 (29.8%)
中丹地域 人口	19.7	18.8	17.9	17.0	16.0	15.0	▲ 4.6 (▲ 23.6%)
うち75歳以上 (人口割合)	3.2 (16.1%)	3.3 (17.7%)	3.7 (20.7%)	3.7 (21.7%)	3.5 (22.0%)	3.3 (22.0%)	0.1 (4.1%)
丹後地域 人口	9.7	9.0	8.3	7.5	6.8	6.1	▲ 3.6 (▲ 37.0%)
うち75歳以上 (人口割合)	1.9 (19.9%)	2.0 (22.2%)	2.2 (26.1%)	2.1 (28.3%)	2.0 (29.8%)	1.9 (31.5%)	▲ 0.0 (▲ 0.2%)

(出典：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 平成30(2018)年推計)

オンライン版はカラー掲載

全国平均は 1.15 であり、都道府県別では 43 位と低い位置である。こうした低い出生率の持続を反映して、それまで増加傾向にあった府人口は 2005 年をピークに減少に転じており、今後この傾向が続くものと予測されている³⁷⁾。このような地域性に対応した医療提供体制を整えることが課されている状況にある。

2. 京都府の医療提供体制

京都府では府全域を三次医療圏とし、北から丹後、中丹、南丹、京都・乙訓、山城北、そして山城南の 6 つの二次医療圏を設定し³⁹⁾、それぞれの二次医療圏内で一般の入院に係る医療を提供することができるよう所管している(図 7)。京都府の診療所の総数は 2449 (2020 年)であり病院数は 163 (2020 年；なお 2025 年時点では 160 に減)である。また、病床数は 25,934⁴⁰⁾ となっており、前述のとおり「地域医療構想」の取り組みに沿ったかたちの、ほぼ基準病床数と同様³⁷⁾ の水準となっている。

3. 医師の配置・養成について

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計(いわゆる三師統計)」によると 2020 年末時点で京都府は、人口 10 万人当たりの医師数で全国で 2 番目に多い都道府県となるが(医師数 332.6 人[全国 256.6 人]、対 2016 年比 105.6%[全国 106.9%]、なお 2022 年時点では 3 番目[参考文献 41 の図 5, p14]⁴¹⁾ となった)、二次医療圏で見ると京都・乙訓医療圏のみが全国平均

を大きく上回る一方、それ以外の 5 つの医療圏は全国平均以下となっており、府内での強い地域偏在がみられる³⁹⁾。とくに丹後、南丹、そして山城南の 3 つの二次医療圏はいずれも全国 335 区域(総数)の第 7 次医療計画での二次医療圏の中で下位 3 分の 1 に入る、いわゆる「医師少数地域」に該当する(表 2)。それ以外にも医師少数スポットが多数存在する(後述)。京都府ではこうした地域での医師確保に課題を抱えている実情がある。

2019 年に発表された厚生労働省の医師偏在指標は性年齢階級別人口や受療率を用いて地域の標準化受療率比を算出し、これに地域人口を乗じた数字で標準化医師数を除して求めるものとされている⁴²⁾。この数字を参考とすることによってわが国の医師養成や医師配置の方向性が定められることになっている。しかしながらこの指標は地形や交通の困難さなどの地理的係数は全く考慮されていないため、京都府のような 150 km に及ぶ、細長く、海岸もあってかつ山間地やへき地の多い府県にはうまく適用できないのではないかと考えられる。そのため京都府では京都府立医科大学生命基礎数理学の吉井健悟教授の協力を得て地域性を考慮した独自要素を加味する「京都式医師偏在指標」を算定し³⁷⁾、これを適用することによって府内の医師配置を行うこととしている³⁷⁾。

京都・乙訓地域に医師が多数存在する理由と

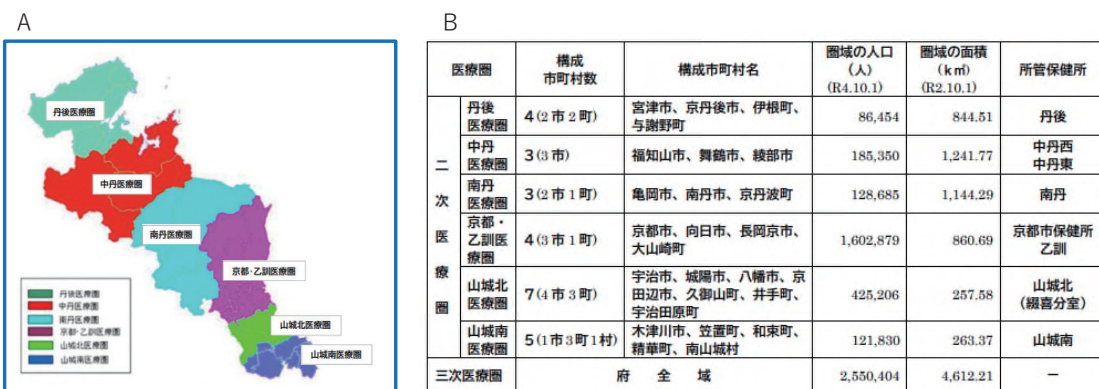


図 7 A. 京都の二次医療圏の地理的關係, B. 面積と人口³⁷⁾

オンライン版はカラー掲載

表2 京都府の各二次医療圏における国の医師偏在指標³⁷⁾

医療圏	指 標	全国順位		区域
		全国比*		
全国	255.6	100		
京都府	326.7	128	2	多 数
丹後	155.6	61	280	少 数
中丹	198.2	78	170	
南丹	177.1	69	228	少 数
京都・乙訓	401.4	157	5	多 数
山城北	207.1	81	133	
山城南	160.8	63	267	少 数

しては、京都府では1872年に京都府医学校（京都府立医科大学〔1921大学昇格〕の前身）が開校し⁴³⁾、次いで1879年に京都帝国大学医学部ができて⁴⁴⁾、この2校がその後間絶え間なく医師を輩出し続けて、我が国の医療を守ってきたことに遠因がある。1973年に立案された「一県一医大構想」が1981年に一応の完遂を見る⁴⁵⁾までは医師不足県や地域への医師派遣に大きく貢献し、それ以降も、指導医を派遣し、技量維持のための人事交流の中心地となるなど、この2大学は現在の医療技量の維持・推進のうえで大きく貢献している状況にある。また、京都府には研究医や医学科大学院学生が集まっていることも、見かけ上の医師数が多い（臨床にそれほど携わっていない医師の多い）地域とされる原因となっている。実際、京都府内の医師数は2022年時点で8520人であり、その10%を超える813人が大学院生である³⁷⁾。また、わが国全体の医学部大学院生総数6912人の11.8%を府内院生が占めている³⁷⁾。このように臨床を担当する医師数に焦点を当てる場合に、京都府の医師数は過剰に算定される恐れがある³⁷⁾ものと思われる。

他方、府中北部を中心として医師確保困難地域が多数存在する要因もいくつか考察することができる：たとえば、北部では降雪量など生活環境が南部とかなり異なることから市内部から転居を躊躇する医師が多い。遠方で交通アクセスも良くないため京都市内から夜勤や当直など

の医療支援に出向くことが容易ではない。さらに若い医師が重要視する自身の医師としてのキャリアアップや子女の教育などの環境が、中北部では満足できない、といったことなどが挙げられると思われる。

こうした状況に対し、京都府の多くの市町村が地域の魅力をアップさせ、また地域の産業を振興させており、また地域の病院も魅力的なプログラムや実力のある指導医をそろえるといった形で努力しており、若い医師を集める努力をされているところである。京都府では応援として、こうした医師少数地区、また、医師配置困難地域への医師配置を促進するさまざまな仕組みを立ち上げている³⁹⁾。

もっとも重要な取り組みの一つは京都府立医科大学と協働して設置している地域枠医師の養成と自治医科大学医師の育成である。また、各種の地域医療確保奨学金、北部勤務医師への大学院授業料等助成制度、そして地域医療確保研修・研究支援事業などを医師確保事業として予算措置を行って展開している³⁹⁾。さらに、北部勤務の義務年限のある医師のモチベーションを高め、キャリアを助ける目的で、キャリア形成プログラムを2023年に策定し⁴⁶⁾、くわえて北部キャンパス地域医学コース（博士課程）を京都府立医科大学と協同で2024年に設置するなど⁴⁷⁾、義務年限内での専門医や博士（医学）の獲得を支援する仕組みを整えた。実際、京都府の地域枠医師は、初期研修や専門研修の期間を除いて、医師少数地域や医師少数スポットの病院で勤務している（参考資料21, pp13-14）²¹⁾。こうした新事業を通じて、京都府北部地域勤務の若い医師たちの育成や支援を行っている。

前述のように京都府は人口当たりの医師数が多い「医師多数県」とみなされていることから、厚労省の医師偏在対策では医師の配置を制限する地域とされている。医学部入学定員数、研修医数、そして専門研修プログラム数（いわゆるシーリング）の調整などである²⁴⁾。臨時枠入学生の削減については、京都府立医科大学と話し合いの上、国の方針にしたがって、昨年（2024年）と本年（2025年）、1名ずつ順次減員した

ところである。しかしながら、京都府は前述のように6つの医療圏の3つ、面積で48%に及ぶ医師少数地域を抱え、南北に長く山も多く医師の派遣に困難を抱えるところである。また、大学院生や研究医が多いため実際に臨床に携わる医師の数が過剰に見積もられてしまう懸念のある³⁷⁾ところである。上述のように医師配置上の絶え間ない努力を続けているところではあるが、こうした京都府ならではの事情・状況をできるだけご理解いただいて医師配置政策を行っていただけるよう、厚生労働省や関係団体の方へ説明と働きかけを続けてゆく必要があるものと考えている。

4. 京都府の保健医療計画

医療法に基づく「医療提供体制の確保に関する基本方針」⁴⁸⁾に沿って、各都道府県は5疾病6事業（医療法に基づいて都道府県が取り組むべき5つの疾病〔がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患〕の対策と6つの事業〔救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療、そして新興感染症〕を指す言葉）について医療計画を策定し、3年ごとに評価を行って見直し、そして6年ごとに改訂してゆくこととなっている。京都府では2024年3月に6年計画を更新・策定し、公表した³⁷⁾。それ以外にも、肝炎対策やリハビリテーション支援など府独自の計画もこの計画の中に織り込んでいる³⁷⁾。また、この医療計画とは別個に、京都府新型インフルエンザ等対策行動計画を2025年3月に策定し公表した⁴⁹⁾。加えて、現在、小児の神経発達症の診療ニーズが増加していることへの対応策として「京都府子どもの心の診療ネットワーク事業」を立ち上げて予算措置を行い、実働を開始したところである。

以下にこの6事業のなかから、しばしば問い合わせを受ける、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、そして小児救急医療について概要を「計画」³⁷⁾に沿って記述する。そのほかの疾病対策や事業の詳細については「京都府保健医療計画」³⁷⁾を参照していただきたい。

1) 救急医療

京都府では階層性をもって連携する医療機関群によって、救急医療に対処する体制を組んで

いる。すなわち、休日夜間における比較的軽症な急病患者的の医療を確保するための初期救急医療体制（在宅当番医制、休日夜間急患センター）と休日夜間における入院治療等を必要とする救急患者の医療を確保するための二次救急医療体制（病院群輪番制）をまず整備した³⁷⁾。そのうえで、心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷、そして多発外傷などの重篤救急患者の医療を24時間体制で担当する三次救急医療として6か所の救命救急センター（京都第一赤十字病院、国立病院機構京都医療センター、洛和会音羽病院、市立福知山市民病院、京都府立医科大学附属病院、そして京都大学医学部附属病院）を指定している（図8）。このうち両大学附属病院については2024年4月1日に指定したところである。この連携体制の中で、府中北部地域では、市立福知山市民病院が中核受入医療機関としての役割を担う形である。そのうえで、通常の救命救急センターでは対応困難な外傷や疾患（広範囲熱傷、指肢切断、および急性中毒等の特殊疾病）等の診療を担うことのできる高度救命救急センターとして2024年4月に新たに2箇所（京都第二赤十字病院と宇治徳洲会病院）指定した。

この体制となる直前の令和3年度の記録によると、府内97（2021年度）の救急告示病院の連携によって、その年、124174件（2021年度）の救急搬入を受け入れている³⁷⁾。新体制となった2024年度の救命救急医療対応連携でどのような状況となったのか、またその持続性はどうか、情報収集と解析の待たれるところである。

2) 災害医療

京都府では、災害発生時に24時間緊急対応し、被災地内の傷病者等の受入れ及び搬出を行うことが可能な体制を確立させるため、京都第一赤十字病院を基幹災害拠点病院として指定し、併せて12カ所の地域災害拠点病院と連携する形の体制を敷き、府内の6つの二次医療圏全てに拠点を置くようデザインしている（図9）³⁷⁾。また、京都府はこれら病院を含む14医療機関と連動し、56のDMAT（災害派遣医療チーム）災害派遣医療チームと323名のDMAT隊員（2023年時点）を育成・組織して

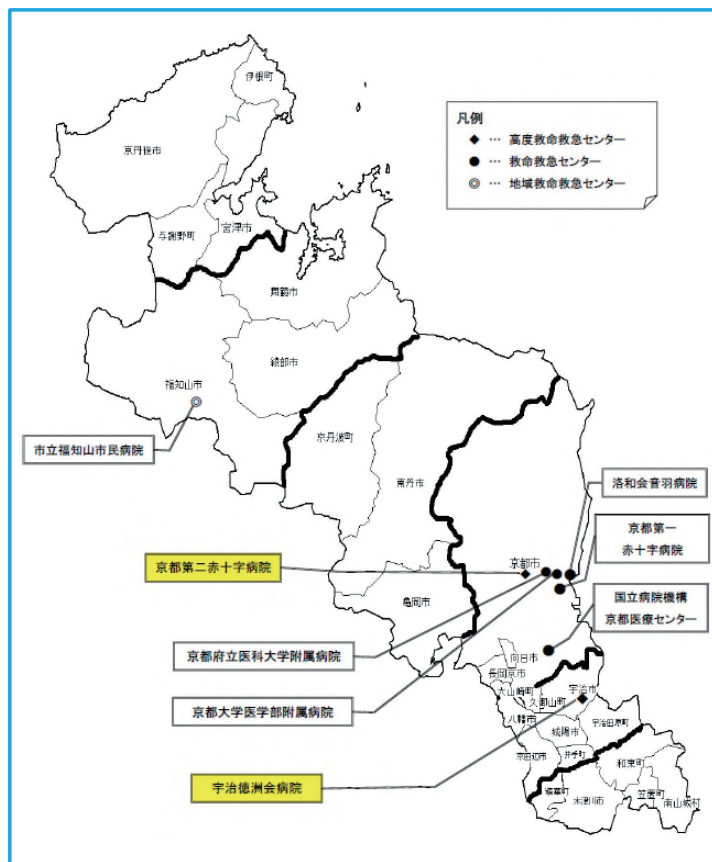


図8 京都府三次救急体制（2024年4月1日時点、京都府保健医療計画³⁷⁾および京都府医療課まとめ）

オンライン版はカラー掲載

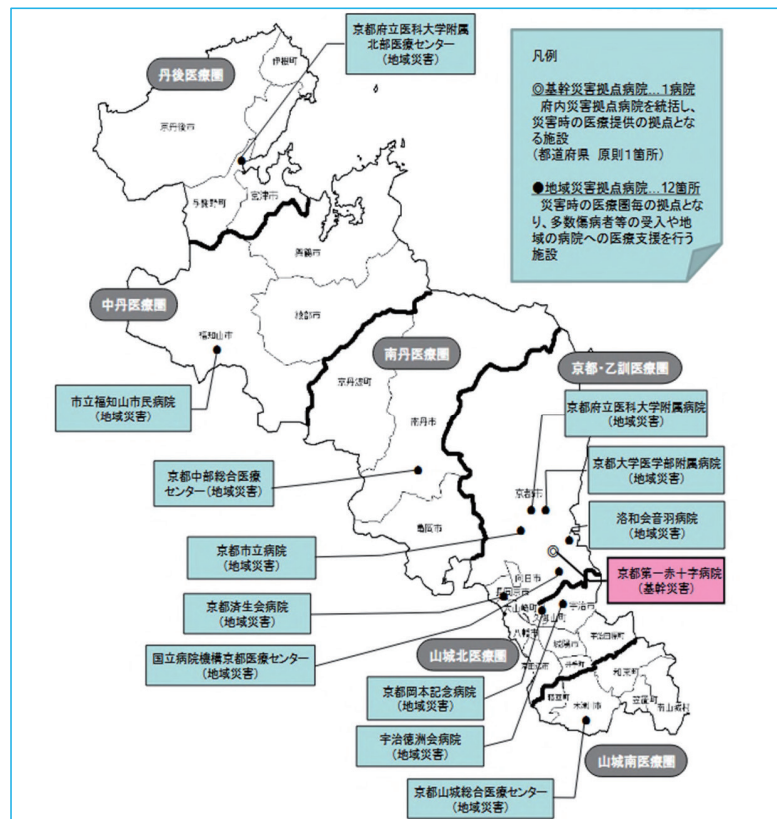
いる³⁷⁾。実際、2024年1月の令和6年能登半島地震の際には、ロジスティクス隊員を含め延べ939名が現地派遣され⁵⁰⁾、被災者医療活動を支援した。また2013年度から「京都府災害拠点病院等連絡協議会」を開催し、関係機関の連携体制を強化するとともに、DMAT研修及び訓練を実施している³⁷⁾。たまたまであるが本年度（2025年度）は京都府が令和7年度DMAT近畿ブロック訓練を担当することになっており⁵¹⁾、開催に向けて鋭意準備中である。

3) へき地医療

医療機関開設地に制限を設けていないわが国では、一般的に、人口集積地や交通至便地に民間医療機関の開設が集まる傾向がある。した

がって医療機関が過疎になる地域、医療の谷間、が、どうしても出てくることになる。こうした場所には公的医療機関を配置して対応するのが医療行政の常であり、京都府でもそのような対応が行われてきた経緯がある。

京都府内には無医地区が6市町村10地区に及んでいる（2022年調査時点）³⁷⁾。また、6つの二次医療圏のうち3医療圏（丹後、南丹、そして山城南）が医師少数地域となっている³⁷⁾。図10に京都府のへき地医療がどのような連携システムの上に成り立っているか示す。ここでは府内で一か所、京都府立医科大学附属北部医療センター（旧 京都府立与謝の海病院）に中核的な役割を担う「へき地医療支援機構」を設

図9 京都府災害医療体制 (2023年4月1日時点)³⁷⁾

オンライン版はカラー掲載

置し、10カ所の「へき地医療拠点病院」と市町村が設置する府内17カ所の「へき地診療所」(図10)との連携を通じて対応している³⁷⁾。

ここでの最大の課題は医療人材の確保である。とりわけ医師の確保は毎年頭を悩ます課題である。先述したように自治医大卒医師や地域卒医師、そして地域医療確保奨学生医師を配置することと、こうした医師たちのキャリア(専門医取得・学位取得)を支援する仕組みを新設して対応を図っているところである³⁷⁾。もちろんこれだけではなく、京都府では以前から、大学病院からの医師派遣や、多くの一般の医師の方々の協力をいただいて地域医療を守ることができているところであり、たいへん感謝しているところである。今後も、医師確保の自助努力を最大限に行うとともに、十分な量の若手医師

養成への協力を各所へ訴え続ける必要があるものと考えている。

4) 周産期医療

周産期医療についても府内に階層性を持った医療機関連携を築くことで対応を行っている。京都府では1997年に、この年改築した京都第一赤十字病院を母子医療センターと指定し、同時に周産期情報ネットワークのコーディネーター機能を担っていただくことでハイリスク分娩や周産期救急に対応するシステムを立ち上げた。この時は府内の南北2カ所にサブセンター(舞鶴医療センターと京都府立医科大学附属病院)を置き、さらにいくつかの中核病院とネットワークを築くかたちで対応を開始した⁵²⁾。現在も京都第一赤十字病院が中核となってコーディネーター機能も担っているところである

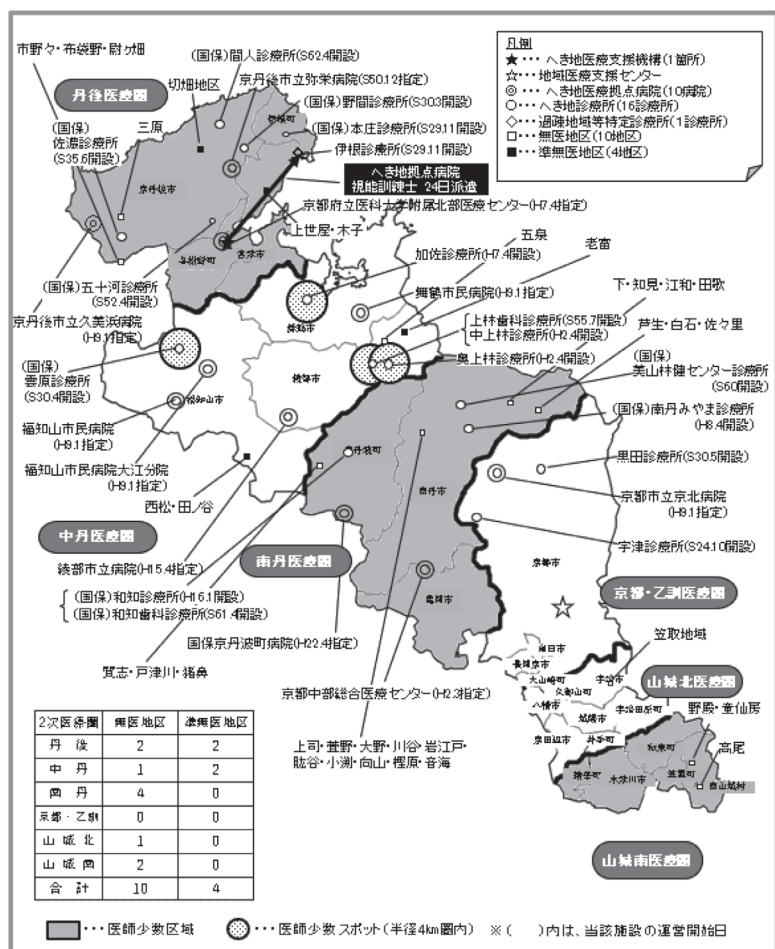


図10 京都府のへき地医療体制（2024年4月1日時点、京都府保健医療計画³⁷⁾および京都府医療課まとめ）

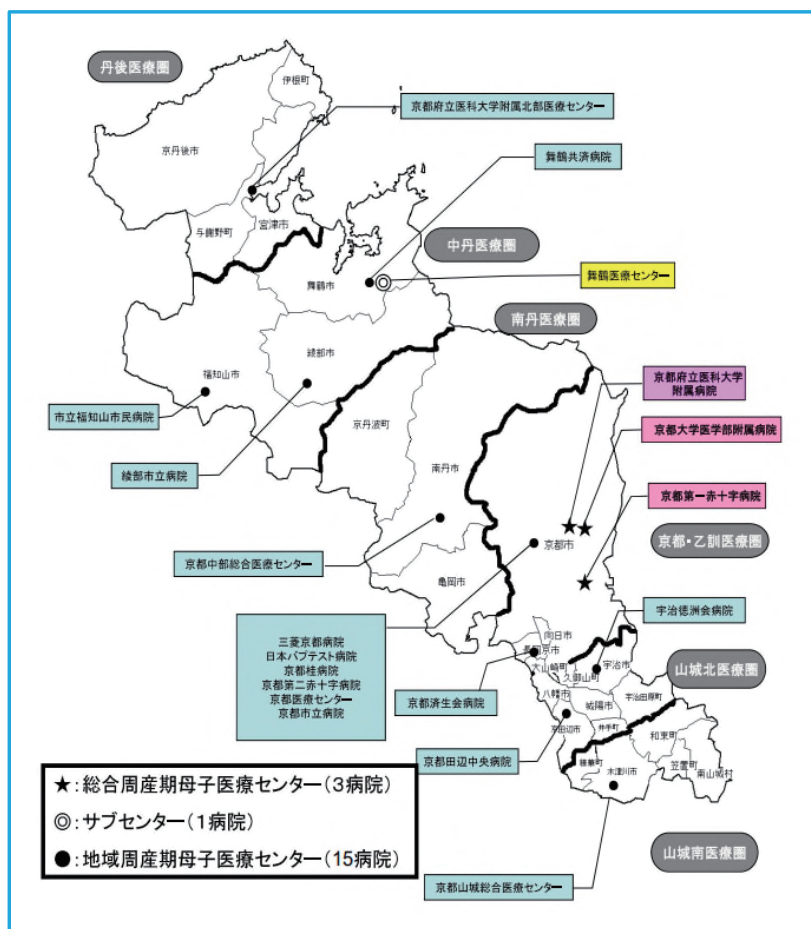
が、くわえて京都大学医学部附属病院（2019年）と京都府立医科大学附属病院（2021年）をあわせて3病院を総合周産期母子医療センターに指定し、その他に17病院を地域周産期母子医療センターとして指定している³⁶⁾³⁸⁾。この階層性を持った連携を京都第一赤十字病院がコーディネートするかたち（図11）で府内の分娩（たとえば15068件⁵³⁾〔2023年実績〕の安全・安心をカバーしている。

ただし、出生率の低下を反映して分娩数は年ごとに減少傾向を示している。京都府でもこれに呼応して、実際に、分娩取り扱いから撤退する医療機関が散見される⁵⁴⁾。国は、出産に係る

費用高騰が出生率低下の一因であるものとみなし、出産費用の保険収載を検討しているというニュースが伝わっている⁵⁵⁾。一方で、正常分娩が保健診療の枠組み内になると、多くの産科医療機関でサービスや医療安全等にかかる費用を削らなくてはなくなることが懸念され、産科医療機関の減少や「産科」を選択する若手医師の減少などを助長して、かえって妊婦にとって不利益をもたらすのではないか、という意見もあり⁵⁶⁾、京都府でも今後の成り行きが懸念されるところである。

5) 小児救急医療

本府では地域の中核病院と診療所とが連携し

図11 京都府における周産期医療体制（2023年4月1日時点）³⁷⁾

オンライン版はカラー掲載

て役割分担を行い、平日夜間・休日の小児救急体制を確保している（図12）。ところによっては二次医療圏を越えた体制確保も行っている。また、府内全域を対象として、小児救急電話相談（#8000番）事業を実施している³⁷⁾。なお各二次医療圏での対応システムは図12の通り、輪番制を立ち上げるなどして体制を整えている。

5. 「地域医療構想」と「新たな地域医療構想」

現行の「地域医療構想」は、2015年に立ち上がったものであり、ここでは2025年に見込まれる医療需要を踏まえた病床の必要数を検討し、そのうえでその必要量に寄せる方向で、病

床の機能分化・連携を推進させる取組であった⁵⁷⁾。実際、多くの二次医療圏や都道府県では病床数の削減の方向ですすめられた経緯があり、京都府も例外ではなかった。この取組の目標年に至った本年、厚生労働省は次の期間の取組として、2040年頃の状態を視野に入れ、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて、中長期的課題を整理して検討を行うかたちの「新たな地域医療構想」を推進することを打ち出した⁵⁸⁾。2025年度内にガイドラインが発

りその後減少する。ただし、山城南二次医療圏については外来患者数が最大となるのは2040年以降まで持ち越される、という予測がなされている⁵⁹⁾。

同様に同資料のp22には入院患者数の予測が図示されている⁵⁹⁾が、それによれば入院患者数は、「全体としては増加傾向にある」とのことで当座は「全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる」そして「65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となることが見込まれる」とのことである。これらは我が国全体的に高齢化が進み、あと10年間くらいは85歳以上人口の増加に伴ってある程度入院医療ニーズが出てくるものの、その後の人口の減少に伴ってそのニーズが縮小してくるとの予測である。

京都府に注目すると、丹後二次医療圏は2020年以前に入院需要はピークを越しており、既に減少のフェーズに入っている。一方、中丹、南丹、京都・乙訓、そして山城北のそれぞれの二次医療圏では、多くの国内の他の二次医療圏での予測と同様に、今後しばらくは入院医療ニーズが増加するものの、2035年をピークにそのニーズは減少に転ずる、となっている⁵⁹⁾。ただし、山城南二次医療圏のみ入院医療のニーズは2040年以降に持ち越されることが予測されている。

地政学の章で記述したように、丹後二次医療圏では人口減少と高齢化の進行速度が速く³⁶⁾、上記の厚労省分析はこの人口減少の速さを反映したものと思われる。京都府でも独自にデータ解析を進めているところである。他方、山城南二次医療圏は人口減少の速度がもっとも遅い地域であり³⁶⁾、少なくともこの地域に関しては、当面医療ニーズに一定の「伸び」が期待できるものと思われる。

7. 各二次医療圏の課題とその対策

前段で見てきたように、今後は高齢化と人口減少時代にどのような医療提供体制を整えてゆくのかが問われている。もちろんこうした影響や課題はただ人口比のみで理解できるものではなく、各地域には地理的背景や歴史的経緯にと

もなった各地域独自の課題や問題点がある。当然、京都府の6つの二次医療圏もそれぞれ固有の事情や課題に満ちている。こうした背景のとり、府内各二次医療圏について、それぞれの圏域における事情を丁寧に拾い上げつつ、対応してゆくことが必要になる。京都府では「あたらしい地域医療計画」を策定してゆくうえで、各二次医療圏・各府保健所管内に「地域保健医療協議会・地域医療構想調整会議」を立ち上げ⁶⁰⁾、現場の声や状況と折り合いをつけながら今後の医療をどのように支えてゆくか、問題点を洗い出し、新たな構想策定を進めているところである。特に、厚労省分析によって今後医療ニーズの減少が進行するとされた丹後地域については地域医療構想のモデル推進地域に指定し⁶¹⁾、「丹後地域医療構想調整会議」を立ち上げて⁶²⁾、今後の医療提供体制の在り方についての検討を行っている。また、舞鶴市においては公的病院の今後の病院間の連携方針について「舞鶴市医療機能最適化検討会議」が組織されて精力的に意見交換されているところである⁶³⁾。本稿では紙幅の制限もあり、またその多くが現在進行中のものであることから、ここの記述は避け、別の機会を待ちたい。なお、こうした課題や協議進行状況などの一部はそれぞれの医療圏での会議体などで公表されているので⁶⁰⁻⁶³⁾ぜひその報告を参照していただきたい。

ま と め

わが国の医療制度は「国民皆保険」「医療機関へのフリーアクセス」そして「窓口負担のみで必要な医療を平等に受けることができる」という意味で⁶⁴⁾、大変すばらしいものであり、国民に対し高いレベルの医療と安心を、この半世紀の間、提供し続けてきた。しかしながら、国民の高齢化・人口減少や経済状況の停滞によって、この医療システムの維持に重大な危機が訪れようとしている。また、京都府でも、地域医療を守ってゆくうえで、こうした社会的なストレスにともなって多くの課題に直面するものと懸念される。このような課題を克服するためには、多くの方々の叡智と力を結集して対処して

ゆく必要がある。本稿では医療行政状況についてその現状と課題について簡潔に紹介した。紙幅の制限もあって、本稿で触れていない重要な課題がいくつもあることはご容赦をいただきたい。いずれにせよ医療提供システムが人口減少や高齢化に見合った形へと変貌してゆくことは避けられないものと思われるが、その地域の事情や診療科の特性、さらに医療人確保計画とのすり合わせが必要であり、未来に向かって保健医療上の安心・安全な社会を維持してゆくため

には、きわめて丁寧な作業が必要となる。この小文が、こうした課題に取り組もうとされている多くの方々にとって、医療システムの現況や課題を共有していただくうえで、少しでも役立つことを期待したい。

著者は京都府職員であり、京都府から給与所得を得ている。その他に開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) “日本国憲法” 衆議院ホームページ. https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_annai.nsf/html/statics/shiryo/dl-constitution.htm (参照 2025-07-06)
- 2) “日本の医療の現状” 日本医師会ホームページ. <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/currently/> (参照 2025-07-06)
- 3) “医療保険制度” 一般社団法人 厚生労働統計協会 校正の指標 増刊. Vol.71 No.9, 国民衛生の動向 2024/2025. pp208-219,2024.
- 4) “我が国の医療保険について” 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001416337.pdf> (参照 2025-07-06)
- 5) “諸外国における医療費の状況” 日本医師会ホームページ. <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/compare/> (参照 2025-07-06)
- 6) “生命表” 一般社団法人 厚生労働統計協会 厚生 of 指標 増刊. Vol.71 No.9, 国民衛生の動向 2024/2025, pp70-73, 2024.
- 7) “世界に誇れる日本の医療保険制度” 日本医師会ホームページ. <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/> (参照 2025-07-06)
- 8) 御領奈美. “国民皆保険制度は大丈夫か?” 望星. シリーズ日本の医療の現在地. 第1回. 2025年4月18日. <https://web-bosei.jp/?p=4625> (参照 2025-07-06)
- 9) OECD Health Statistics 2025, OECD Data Explorer. <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html> (参照 2025-07-16)
- 10) “医療提供体制の国際比較” 厚生労働省ホームページ. 2022年3月4日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000906892.pdf> (参照 2025-07-06)
- 11) “医療関連データの国際比較 — OECD Health Statistics 2021 および OECD レポートより—” 日医総研ワーキングペーパー. No. 464 2022年3月24日. 日本医師会総合政策研究機構. pp1-57, 2022. <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/WP464.pdf> (参照 2025-07-06)
- 12) “国民医療費” 一般社団法人 厚生労働統計協会 校正の指標 増刊. Vol.71 No.9, 国民衛生の動向 2024/2025. pp216-219,2024.
- 13) “国の財政の状況” 一般社団法人 厚生労働統計協会 校正の指標 増刊. Vol.71 No.9, 国民衛生の動向 2024/2025. P15, 2024.
- 14) “図 2.3.1 1人当たり保健医療支出” 医療関連データの国際比較 — OECD Health Statistics 2021 および OECD レポートより—日医総研ワーキングペーパー. No. 464 2022年3月24日. 日本医師会総合政策研究機構. p8. <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/WP464.pdf> (参照 2025-07-06)
- 15) “図 2.1.1 対 GDP 保健医療支出” 医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2021 および OECD レポートより—日医総研ワーキングペーパー. No. 464 2022年3月24日. 日本医師会総合政策研究機構. p3. <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/WP464.pdf> (参照 2025-07-06)
- 16) “財源別国民医療費” 厚生労働省. 令和4(2022)年度 国民医療費の概況. p8. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/22/dl/data.pdf> (参照 2025-07-06)
- 17) “図 2.2.1 保健医療支出に占める一般政府財源割合” 医療関連データの国際比較 — OECD Health Statistics 2021 および OECD レポートより—日医総研ワーキングペーパー. No. 464 2022年3月24日. 日本医師会総合政策研究機構. p7. <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/WP464.pdf> (参照 2025-07-06)

- 18) “日本の医療保険の仕組み” 日本医師会ホームページ . <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/system/> (参照 2025-07-06)
- 19) “医師数 (Practising physicians)” 厚生労働省医療提供体制の国際比較～ OECD 加盟国との比較～. 2022 年 3 月 4 日. p24. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000906892.pdf> (参照 2025-07-06)
- 20) “人口当たり医師数” 医学部卒業生” 医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2021 および OECD レポートより—日医総研ワーキングペーパー. No. 464 2022 年 3 月 24 日. 日本医師会総合政策研究機構. p17-19. <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/WP464.pdf> (参照 2025-07-06)
- 21) “医学部定員に関する意見” 厚生労働省 第 9 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. 2025 年 1 月 21 日. p47. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001379581.pdf> (参照 2025-07-06)
- 22) “結果の概要 医師・歯科医師・薬剤師数の年次推移” 厚生労働省 令和 4 (2022) 年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況. 2024 年 6 月 3 日. p3. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_1gaikyō.pdf (参照 2025-07-06)
- 23) 小池雅美監修 “医師不足はなぜ起こる？原因と対策, 現状についてわかりやすく解説” マイナビ DOCTOR ホームページ. 公開日 2022.08.31. 更新日 2025.03.10. <https://doctor.mynavi.jp/column/shortage/> (参照 2025-07-06)
- 24) 松前光紀. “日本の医療の現在地を知る” 望星. シリーズ日本の医療の現在地. 第 1 回. 2025 年 4 月 18 日. <https://web-bosei.jp/?p=4212> (参照 2025-07-06)
- 25) 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ 厚生労働省 ホームページ. 2024 年 12 月 25 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001363488.pdf> (参照 2025-07-06)
- 26) “大学病院に「医師派遣機能」追加へ 厚労省, 特定機能病院の新基準案” 朝日新聞デジタル. 2025 年 2 月 26 日. <https://www.asahi.com/articles/AST2V2GY5T2VUTFL01PM.html> (参照 2025-07-06)
- 27) “大学病院による医師の派遣機能” 地域医療構想, 医師偏在対策等の検討体制について. 2025 年 7 月 4 日. p37. <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001512865.pdf> (参照 2025-07-06)
- 28) “全病床数 (人口 1,000 対)”. 厚生労働省ホームページ. 医療提供体制の国際比較. p4. 2022 年 3 月 4 日. p4 . <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000906892.pdf> (参照 2025-07-06)
- 29) “5.5.1 医療施設 (病床数)” 医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2021 および OECD レポートより—日医総研ワーキングペーパー. No. 464 2022 年 3 月 24 日. 日本医師会総合政策研究機構. pp36-39. <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/WP464.pdf> (参照 2025-07-06)
- 30) “Fiscal Year 2024 combined Financial Highlights”. 2024 ALSAC/St. Jude Annual Report. セントジュード小児疾患研究所病院ホームページ. https://www.stjude.org/content/dam/en_US/shared/www/about-st-jude/financial-information/alsac-st-jude-financials-annual-report-2024.pdf (参照 2025-07-06)
- 31) “Facts for Media : Patients”. St. Jude facts. セントジュード小児疾患研究所病院ホームページ. <https://www.stjude.org/media-resources/media-tools/facts.html#d4040cbc8256f70d0951fd2e37abe2b6dd32456f8766b2b64276f241e12fe2c0=3> (参照 2025-07-06)
- 32) 新たな地域医療構想等に関する検討会. “新たな地域医療構想に関するとりまとめ”. 厚生労働省ホームページ. 2024 年 12 月 18 日. pp1-26. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf> (参照 2025-07-06)
- 33) “医療機能ごとの病床数一覧”. 京都府ホームページ. 2025 年 7 月 1 日. <https://www.pref.kyoto.jp/iryo/byousyokuinou/documents/r5byoushouitirann.pdf> (参照 2025-07-06)
- 34) “京都府の行政区域”. 京都府ホームページ. 2025 年 3 月 31 日. <https://www.pref.kyoto.jp/tokei/map200703.html> (参照 2025-07-06)
- 35) “京都府のすがた”. 京都府ホームページ. 2016 年 1 月 21 日. <https://www.pref.kyoto.jp/intro/index.html#a1> (参照 2025-07-06)
- 36) 京都府総合計画 (詳細版). ～府民と共に～暖かい京都づくり. 京都府. 2022 年 12 月策定. 2024 年 11 月 15 日更新. <https://www.pref.kyoto.jp/shinsougoukeikaku/> (参照 2025-07-06)
- 37) 京都府保健医療計画. 京都府. 2024 年 4 月 1 日. <https://www.pref.kyoto.jp/hofukuki/news/keikaku6to11.html> (参照 2025-07-06)
- 38) “健康長寿・データヘルス推進プロジェクト報告書を作成しています”. 京都府ホームページ. 2025 年 6 月 6 日. <https://www.pref.kyoto.jp/kentai/news/kenkouyumyoukoujyoutaisakujigyō-houkokusyo.html> (参照 2025-07-06)
- 39) “京都の医療状況”. 京都府ホームページ. 京都に縁のある医師との絆ネット (Kyoto Medical Career support Center; KMCC). <https://www.pref.kyoto>

- jp/drkyoto/condition/ (参照 2025-07-06)
- 40) “京都府における医療機能ごとの病床の現状 (2023 年)”. 京都府ホームページ. 2024 年 9 月 30 日. <https://www.pref.kyoto.jp/iryo/byousyouden/byousyouden-5nendo.html> (参照 2025-07-06)
- 41) “令和 4 (2022) 年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況”. 厚生労働省ホームページ. 2024 年 3 月 19 日. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_1gaikyo.pdf (参照 2025-07-06)
- 42) “医師偏在指標の算定式”. 厚生労働省ホームページ. 第 4 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ. 令和 4 年 5 月 11 日. 資料 1. p27. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001005808.pdf> (参照 2025-07-06)
- 43) “府立医大の歴史”. 京都府立医科大学ホームページ. <https://www.kpu-m.ac.jp/doc/about/history/index.html> (参照 2025-07-06)
- 44) “125 周年記念サイト”. 京都大学医学研究科・医学部. 京都大学ホームページ. <https://125th.med.kyoto-u.ac.jp/> (参照 2025-07-06)
- 45) “医師の需給に関するこれまでの経緯”. 厚生労働省ホームページ. 医療従事者の需給に関する検討会 第 18 回 医師需給分科会 資料 2 218 年 3 月 23 日. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000199257.pdf> (参照 2025-07-06)
- 46) “京都府キャリア形成プログラム等 について”. 京都府 KMCC ホームページ. <https://www.pref.kyoto.jp/drkyoto/cope/scholarship/careerpro.html> (参照 2025-07-06)
- 47) “北部キャンパス地域医学コース (博士課程)”. 京都府立医科大学ホームページ. <https://www.kpu-m.ac.jp/doc/departement/igaku/chiiikiigaku.html> (参照 2025-07-06)
- 48) “医療提供体制の確保に関する基本方針”. 厚生労働省ホームページ. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00005220&dataType=0&pageNo=1 (参照 2025-07-06)
- 49) “京都府新型インフルエンザ等対策行動計画”. 京都府ホームページ. 2025 年 3 月. <https://www.pref.kyoto.jp/kentai/documents/shinfluplanr7.pdf> (参照 2025-07-06)
- 50) “令和 6 年能登半島地震への対応について”. 関西広域連合ホームページ. 広域防災局. 2025 年 3 月 1 日. https://www.kouiki-kansai.jp/material/files/group/4/20250301_siryou.pdf (参照 2025-07-06)
- 51) “令和 7 年度 DMAT 技能維持研修及び統括 DMAT 登録者技能維持・ロジスティクス研修 日程表”. 厚生労働省 DMAT 事務局ホームページ. 2025 年 5 月 22 日. <http://www.dmat.jp/schedule/2025ginouijinittai.pdf> (参照 2025-07-06)
- 52) 大久保智治, 北脇 城. 京都府における産科医療. 京府医大誌, 118: 371~377, 2009. <http://www.f.kpu-m.ac.jp/k/jkpum/pdf/118/118-6/02-ookubo.pdf> (参照 2025-07-06)
- 53) “京都府保健福祉統計 第 4 章 母子保健 (令和 4 年)”. 京都府ホームページ. 2025 年 2 月 26 日. <http://www.pref.kyoto.jp/hofuku-tokei/r4/4toukeinenpou-4.html?edit=1> (参照 2025-07-06)
- 54) “分娩取扱いおよび NICU 診療終了のお知らせ”. 日本バプテスト病院ホームページ. <https://www.jbh.or.jp/news/17115.html> (参照 2025-07-06)
- 55) “出産費用を無償に, 26 年度までに具体策 厚労省検討会”. 日本経済新聞ホームページ. 2025 年 5 月 14 日. <https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUA133UN0T10C25A5000000/> (参照 2025-07-06)
- 56) “「正常分娩」の保険化に対する日本産婦人科医会の考え方”. 厚生労働省ホームページ. 第 2 回妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会. 資料 1. 2024 年 8 月 1 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001282557.pdf> (参照 2025-07-06)
- 57) “地域医療構想について”. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html> (参照 2025-07-06)
- 58) “新たな地域医療構想に関するとりまとめ”. 厚生労働省. 新たな地域医療構想等に関する検討会. 2024 年 12 月 18 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf> (参照 2025-07-06)
- 59) “医学部臨時定員について”. 厚生労働省ホームページ. 第 9 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 1. 2025 年 1 月 21 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001379581.pdf> (参照 2025-07-06)
- 60) “地域における主な課題と対策 ～地域保健医療協議会・地域医療構想調整会議 合同会議における検討～”. 京都府ホームページ. 2024 年 3 月. <https://www.pref.kyoto.jp/hofukuki/news/documents/chiiiki.pdf> (参照 2025-07-06)
- 61) “推進区域及びモデル推進区域について”. 厚生労働省ホームページ. 第 15 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ. 資料 3. 2024 年 7 月 10 日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001273461.pdf> (参照 2025-07-06)
- 62) “丹後地域医療構想調整会議”. 京都府ホームページ.

- 2025 年 7 月 15 日. <https://www.pref.kyoto.jp/tango/ho-tango/tangotiikiiryokousou.html> (参照 2025-07-06)
- 63) “舞鶴市医療機能最適化検討会議 概要報告”. 舞鶴市ホームページ. 2025 年 3 月 31 日. <https://www.city.maizuru.kyoto.jp/kenkou/0000012520.html> (参照 2025-07-06)
- 64) “日本の医療保険制度の優れた特徴”. 日本医師会ホームページ. <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/feature/> (参照 2025-07-06)

著者プロフィール



奥田 司 Tsukasa Okuda

所属・職：京都府健康福祉部 保健医療対策監

京都府立医科大学 名誉教授・特任教授

略 歴：1982年3月 京都府立医科大学 卒業（医師免許取得）

1982年4月 京都府立医科大学附属病院研修医

1984年4月 国立鯖江病院（現 公立丹南病院）内科

1985年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科（医学博士取得）

1989年4月 大阪府済生会吹田病院 内科

1991年4月 St. Jude Children's Research Hospital Postdoctoral Research Associate

1996年4月 St. Jude Children's Research Hospital Associate Investigator

1996年10月 京都府立医科大学 衛生学 講師

2003年4月 京都府立医科大学 保健・予防医学 講師

2005年2月 京都府立医科大学 保健・予防医学 助教授

2007年4月 京都府立医科大学 保健・予防医学 准教授

2007年11月 京都府立医科大学 分子生化学教授

2012年4月～2015年3月 研究部長兼務

2017年4月～2021年3月 副学長兼務

2023年4月～現職

専門分野：血液内科学，腫瘍生化学，保健・予防医学，行政医学

主な業績：1. Kuwahara Y, Iehara T, Matsumoto A, and Okuda T. Recent insights into the SWI/SNF complex and the molecular mechanism of hSNF5 deficiency in rhabdoid tumors. *Cancer Med* 12: 16323-16336, 2023.2. Matsumoto A, Yoshida T, Shima T, Yamasaki K, Tadagaki K, Kondo N, Kuwahara Y, Zhang DE, and Okuda T. *C11orf21*, a novel RUNX1 target gene, is down-regulated by RUNX1-ETO. *BBA Adv* 2: 100047, 2022.3. Yoshida T, Yamasaki K, Tadagaki K, Kuwahara Y, Matsumoto A, Sofovic AE, Kondo N, Sakai T, and Okuda T. Tumor necrosis factor-related apoptosis-inducing ligand is a novel transcriptional target of runt-related transcription factor 1. *Int J Oncol* 60: 6, 2022.4. Mizutani S, Yoshida T, Zhao X, Nimer SD, Taniwaki M, and Okuda T. Loss of RUNX1/AML1 arginine-methylation impairs peripheral T cell homeostasis. *Br J Haematol* 170: 859-873, 2015.5. Fukushima-Nakase Y, Naoe Y, Taniuchi I, Hosoi H, Sugimoto T, and Okuda T. Shared and distinct roles mediated through C-terminal subdomains of acute myeloid leukemia/Runt-related transcription factor molecules in murine development. *Blood* 105: 4298-4307, 2005.6. Nishimura M, Fukushima-Nakase Y, Fujita Y, Nakao M, Toda S, Kitamura N, Abe T, and Okuda T. VWRPY motif-dependent and -independent roles of AML1/Runx1 transcription factor in murine hematopoietic development. *Blood* 103: 562-570, 2004.7. Nakao M, Horiike S, Fukushima-Nakase Y, Nishimura M, Fujita Y, Taniwaki M, and Okuda T. Novel loss-of-function mutations of the haematopoiesis-related transcription factor, acute myeloid leukaemia 1/runt-related transcription factor 1, detected in acute myeloblastic leukaemia and myelodysplastic syndrome. *Br J Haematol* 125: 709-719, 2004.8. Fujita Y, Nishimura M, Taniwaki M, Abe T, and Okuda T. Identification of an alternatively spliced form of the mouse AML1/RUNX1 gene transcript AML1c and its expression in early hematopoietic development. *Biochem Biophys Res Commun* 281: 1248-1255, 2001.9. Okuda T, Nishimura M, Nakao M, Fujita Y. RUNX1/AML1: a central player in hematopoiesis. *Int J Hematol* 74: 252-257, 2001.10. Okuda T, Takeda K, Fujita Y, Nishimura M, Yagyu S, Yoshida M, Akira S, Downing JR, Abe T. Biological characteristics of the leukemia-associated transcriptional factor AML1 disclosed by hematopoietic rescue of AML1-deficient embryonic stem cells by using a knock-in strategy. *Mol Cell Biol* 20: 319-328, 2000.11. Okuda T, Cai Z, Yang S, Lenny N, Lyu CJ, van Deursen JM, Harada H, Downing JR. Expression of a knocked-in AML1-ETO leukemia gene inhibits the establishment of normal definitive hematopoiesis and directly generates dysplastic hematopoietic progenitors. *Blood* 91: 3134-3143, 1998.12. Okuda T, van Deursen J, Hiebert SW, Grosveld G, Downing JR. AML1, the target of multiple chromosomal translocations in human leukemia, is essential for normal fetal liver hematopoiesis. *Cell* 84: 321-330, 1996.13. Okuda T, Shurtleff SA, Valentine MB, Raimondi SC, Head DR, Behm F, Curcio-Brint AM, Liu Q, Pui CH, Sherr CJ, Beach DA, Look AT and Downing JR. Frequent deletion of *p16^{INK4a}/MTS1* and *p15^{INK4b}/MTS2* in pediatric acute lymphoblastic leukemia. *Blood*, 85: 2321-2330, 1995.14. Okuda T, Cleveland J, and Downing JR. *PCTAIRE-1* and *PCTAIRE-3*, two members of a novel cdc2/CDC28-related protein kinase gene family. *Oncogene*, 7: 2249-2258, 1992.15. 京都府立医科大学 大学昇格100周年記念誌 ～比叡は明けたり～. 2021年10月22日.
(編集担当) <http://www.f.kpu-m.ac.jp/k/library/denshi/kinenshi/shokaku100/index.html>