

第31回全国医師会共同利用施設総会
特別講演

(2025年8月30日)



日本医師会の医療政策

新たな地域医療構想を中心に



会長 松本 吉郎



第27回参議院比例代表選挙結果について(ご報告)

比例代表候補者 当選 釜范敏
全国得票数 174, 434. 254票
(自民党 8位 獲得議席は12人)

* 総務省 令和7年7月20日執行 参議院議員通常選挙 発表資料 開票結果(比例代表)より

第27回参議院議員通常選挙(令和7年7月20日)

日本医師連盟組織内候補である釜范敏先生が、自由民主党比例代表候補者31名のうち第8位（特定枠を除くと6位）、医療・社会保障関係候補者7名のうちトップの174,434票余りを獲得し、当選を果たしました。

【当選した与党の医師】

- 釜范 敏（比例・自民）
- 古川 俊治（埼玉・自民）
- 小林 孝一郎（岡山・自民）
- 原田 大二郎（比例・公明）
- 川村 雄大（東京・公明）



都道府県医師連盟
都市区医師連盟の先生方の日頃の政治活動に
厚く御礼申し上げます。

＜自由民主党比例代表候補の獲得得票数＞

		得票数	氏名		経歴・主な支援団体
1	当	特定枠	舞立 昇治	現	参議院農林水産委員長
2	当	特定枠	福山 守	新	元環境政務官
3	当	482,058.000	犬童 周作	新	全国郵便局長会相談役
4	当	381,185.819	山田 太郎	現	元デジタル政務官
5	当	218,072.000	見坂 茂範	新	元国土交通省近畿地方整備局長（建設関係）
6	当	187,946.383	東野 秀樹	新	JA関係 道北なよろ農業協同組合会長理事
7	当	176,404.000	橋本 聖子	現	元スケート選手
8	当	174,434.254	釜范 敏	新	医師 日本医師会副会長
9	当	166,025.000	有村 治子	現	元女性活躍担当大臣
10	当	152,649.103	石田 昌宏	現	看護師 日本看護連盟
11	当	152,518.704	本田 顕子	現	薬剤師 日本薬剤師連盟
12	当	132,633.351	鈴木 宗男	元	元北海道・沖縄開発庁長官
13		127,619.000	佐藤 正久	現	元自衛官
14		127,001.000	宮崎 雅夫	現	土地改良関係 元農林水産省職員
15		126,381.993	山東 昭子	現	元参議院議長
16		110,391.368	岸 博幸	新	大学院教授
17		102,834.000	赤池 誠章	現	元衆議院議員（1期）、元内閣副大臣
18		101,975.000	比嘉 奈津美	現	歯科医師 元衆議院議員（2期）日本歯科医師連盟
19		88,432.000	田中 昌史	現	理学療法士 日本理学療法士連盟

・
・
・

日本医師会の医療政策

新たな地域医療構想を中心に

1. これから医療の需要と供給はどうなっていくか
2. 日本医師会として、どのように「新たな地域医療構想」の議論に臨んだか
3. 現在、新たな地域医療構想と医療計画について検討されていること
4. 2040年の前にすべきこと～現在の医療機関の危機的状況に向けて

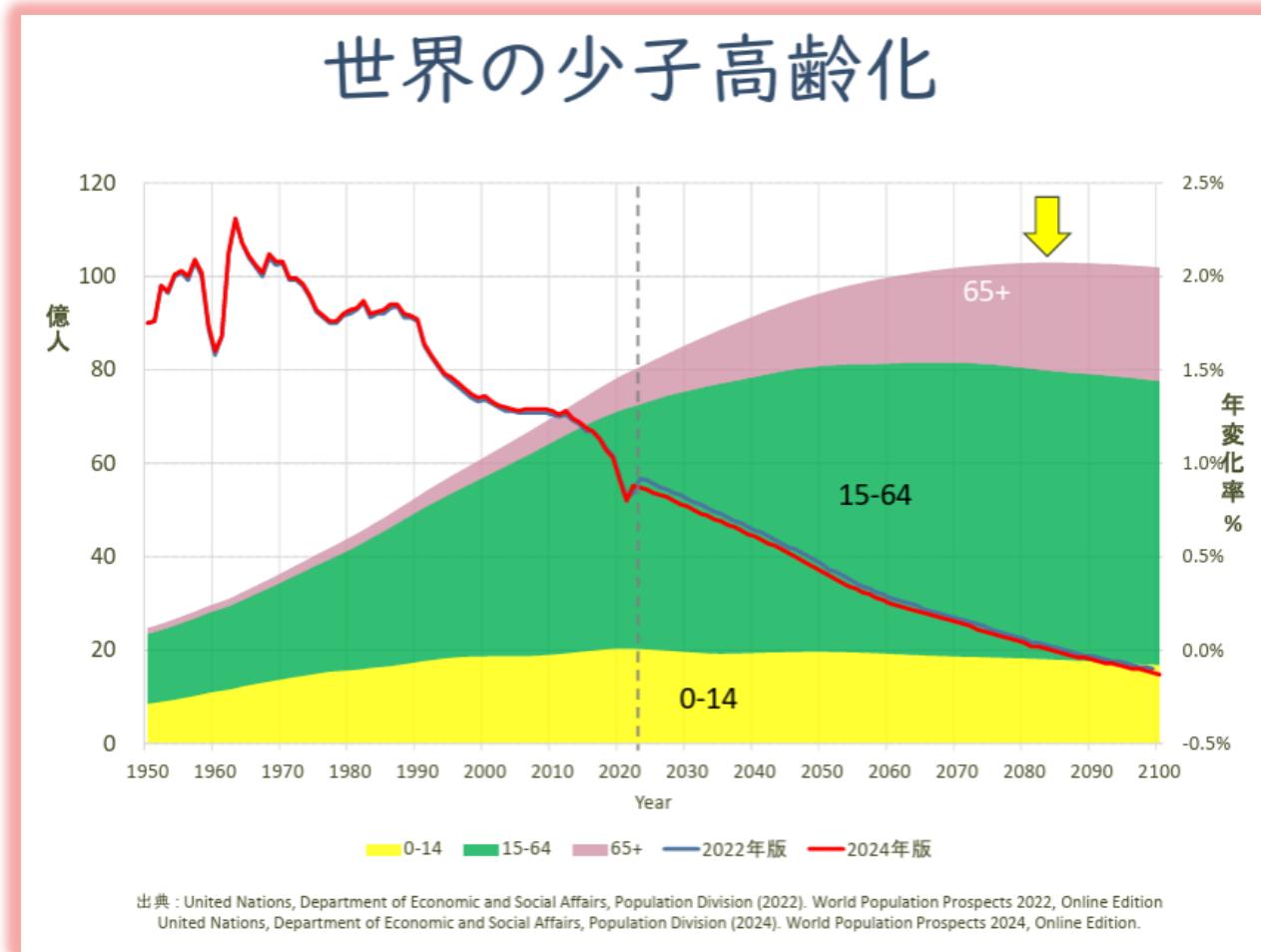
日本医師会の医療政策

新たな地域医療構想を中心に

1. これから医療の需要と供給はどうなっていくか
2. 日本医師会として、どのように「新たな地域医療構想」の議論に臨んだか
3. 現在、新たな地域医療構想と医療計画について検討されていること
4. 2040年の前にすべきこと～現在の医療機関の危機的状況に向けて

これからの医療の需要と供給

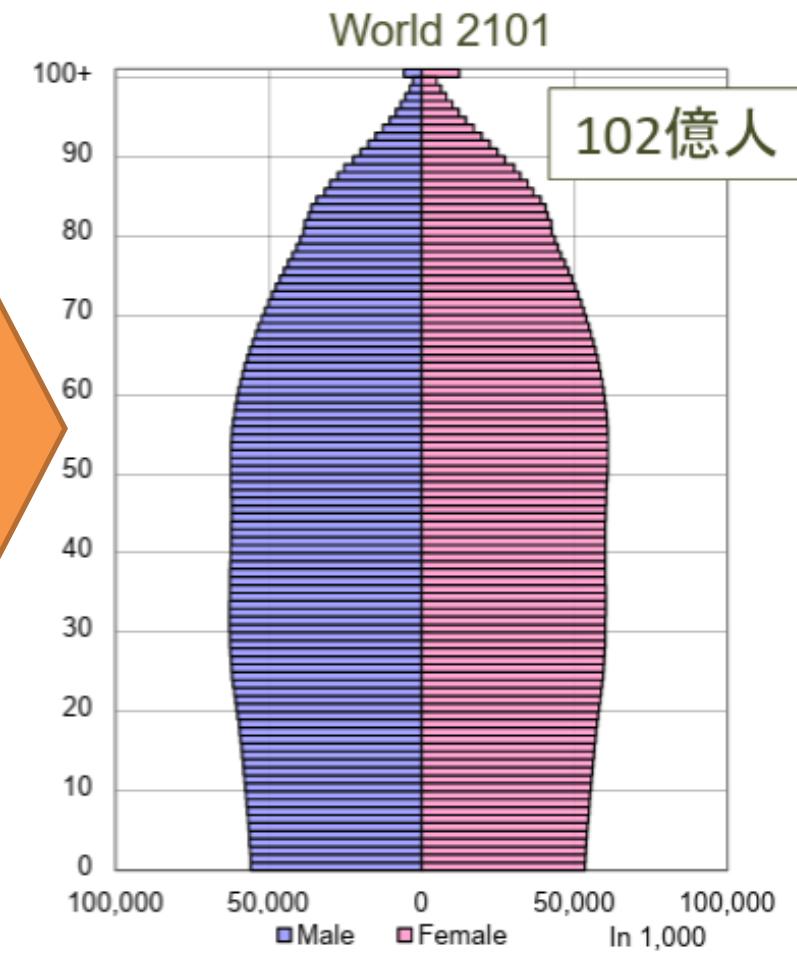
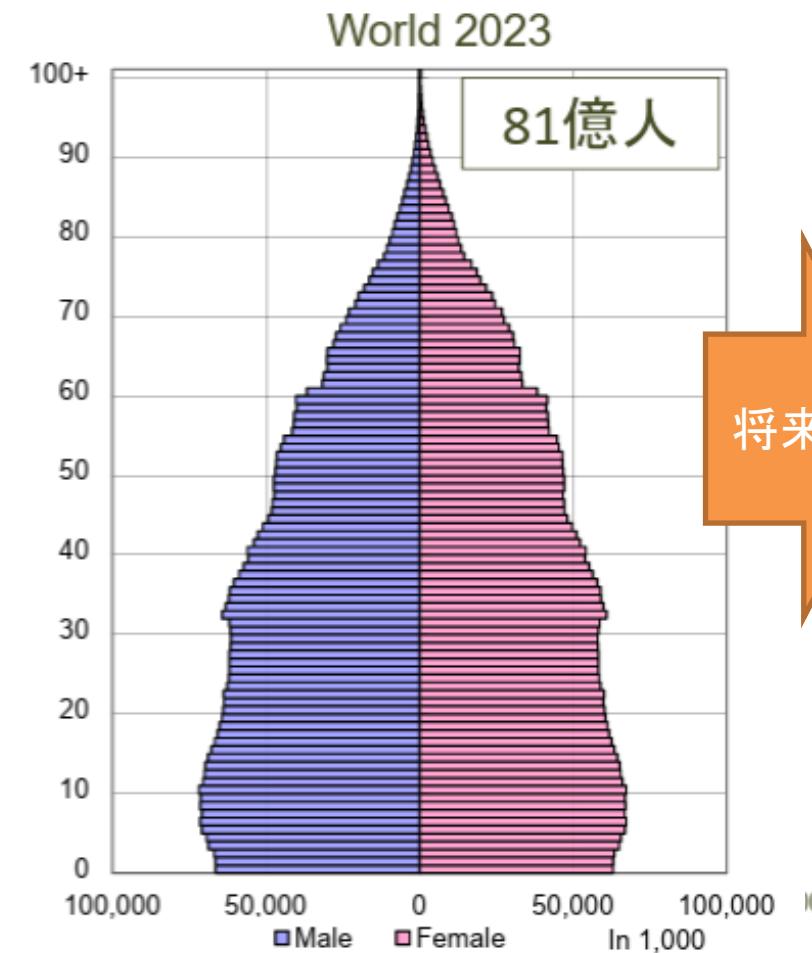
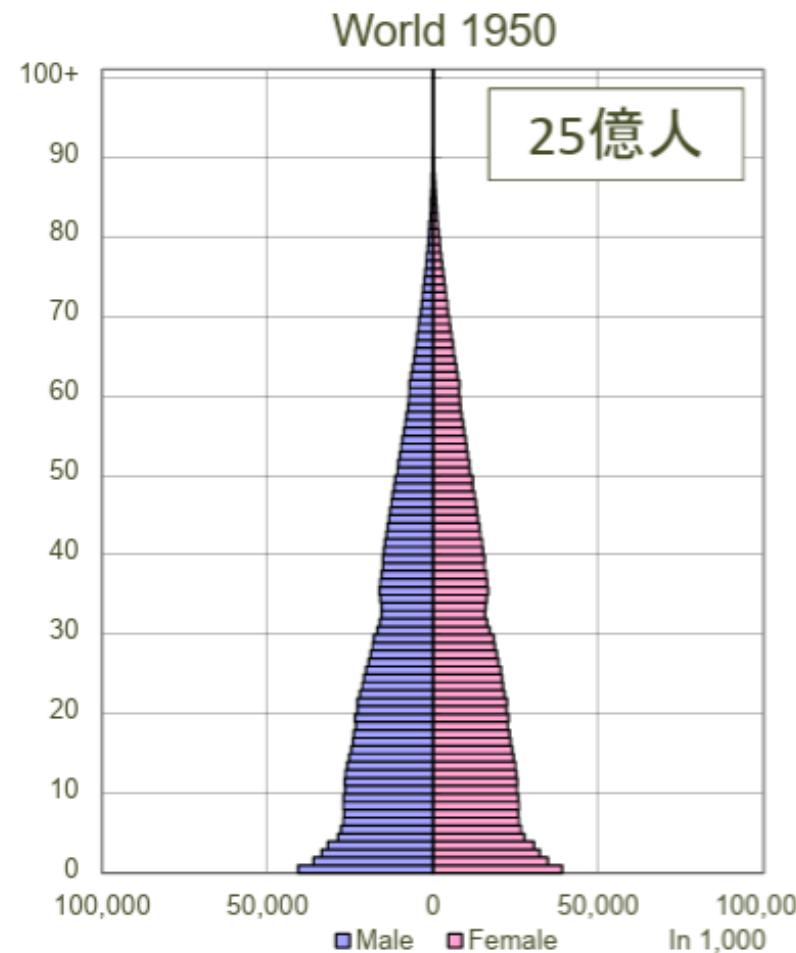
世界的に、少子高齢化が進んでいく
とりわけ、日本は世界に先駆けて少子高齢化を経験する



「国連世界人口推計World Population Prospects 2024年版について」(林玲子国立社会保障・人口問題研究所所長)
https://www.ipss.go.jp/international/files/WPP2024_Hayashi.pdf

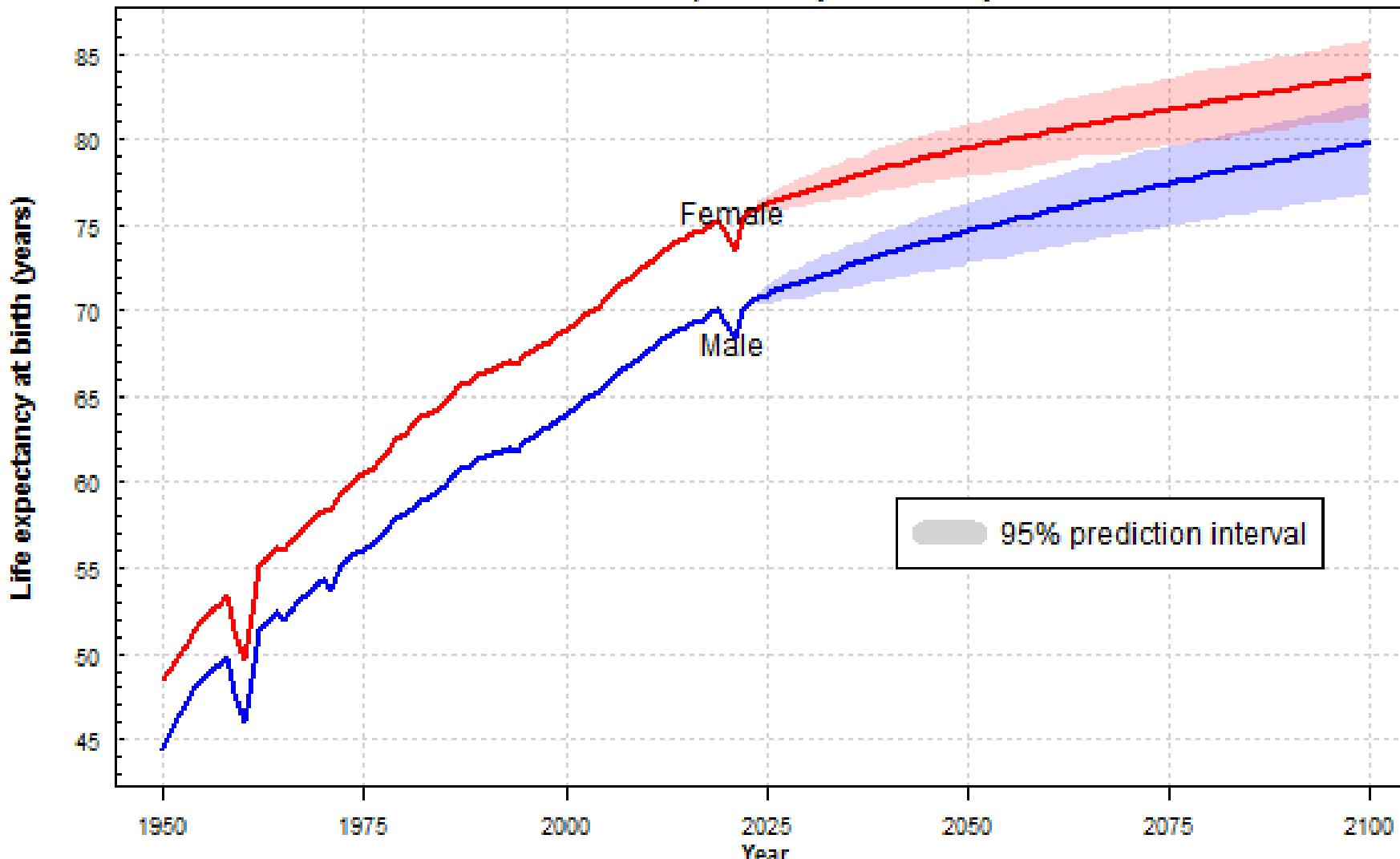
世界の人口ピラミッド

世界的にみても、「ピラミッド型」から「寸胴の釣り鐘型」へ



世界の平均寿命の推計（男女別）

World: Life expectancy at birth by sex

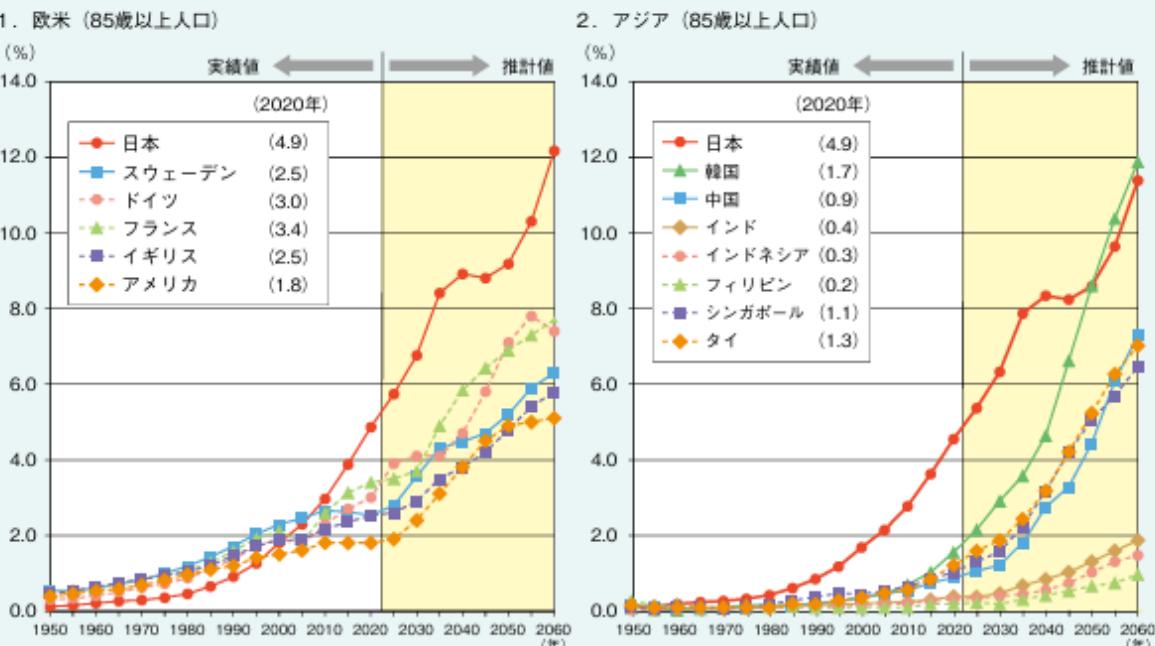
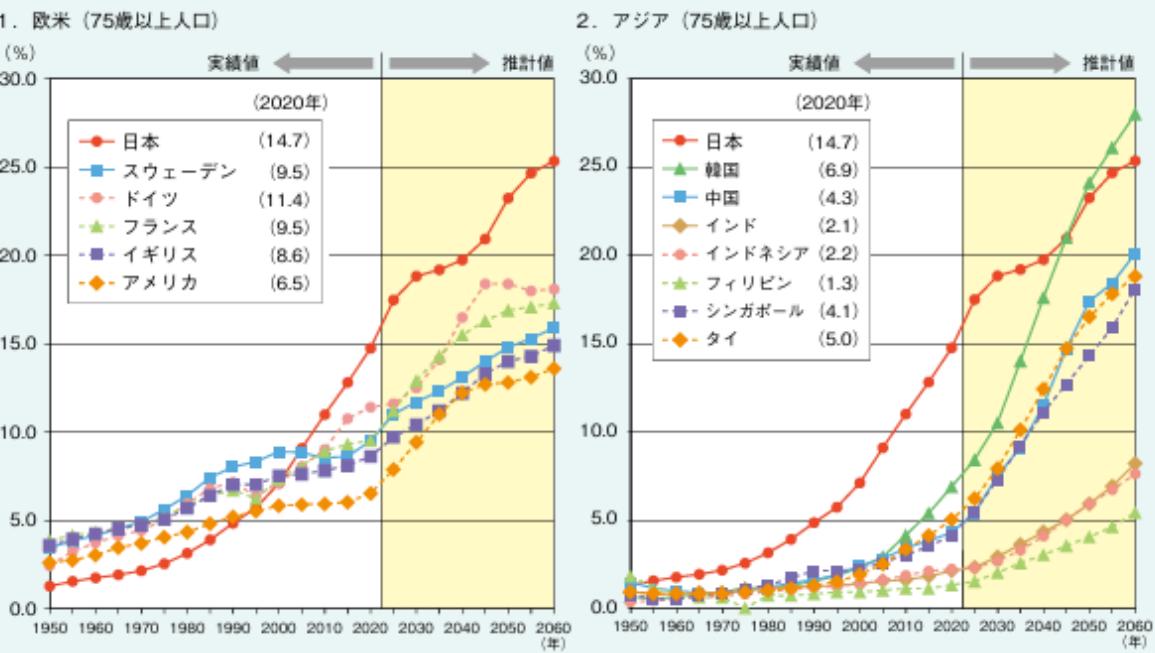


© 2024 United Nations, DESA, Population Division. Licensed under Creative Commons license CC BY 3.0 IGO.

United Nations, DESA, Population Division. *World Population Prospects 2024*. <http://population.un.org/wpp/>

世界の高齢化は急速に進展

日本と欧米（左）、アジア（右）の75歳以上、85歳以上人口について、1950年からの伸び率を表したもの
日本は、世界よりも早く、急速に高齢者人口が増加



資料：UN, *World Population Prospects: The 2024 Revision*

ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

OECD諸国の中で高齢化が一番進んでおり、その傾向は続く

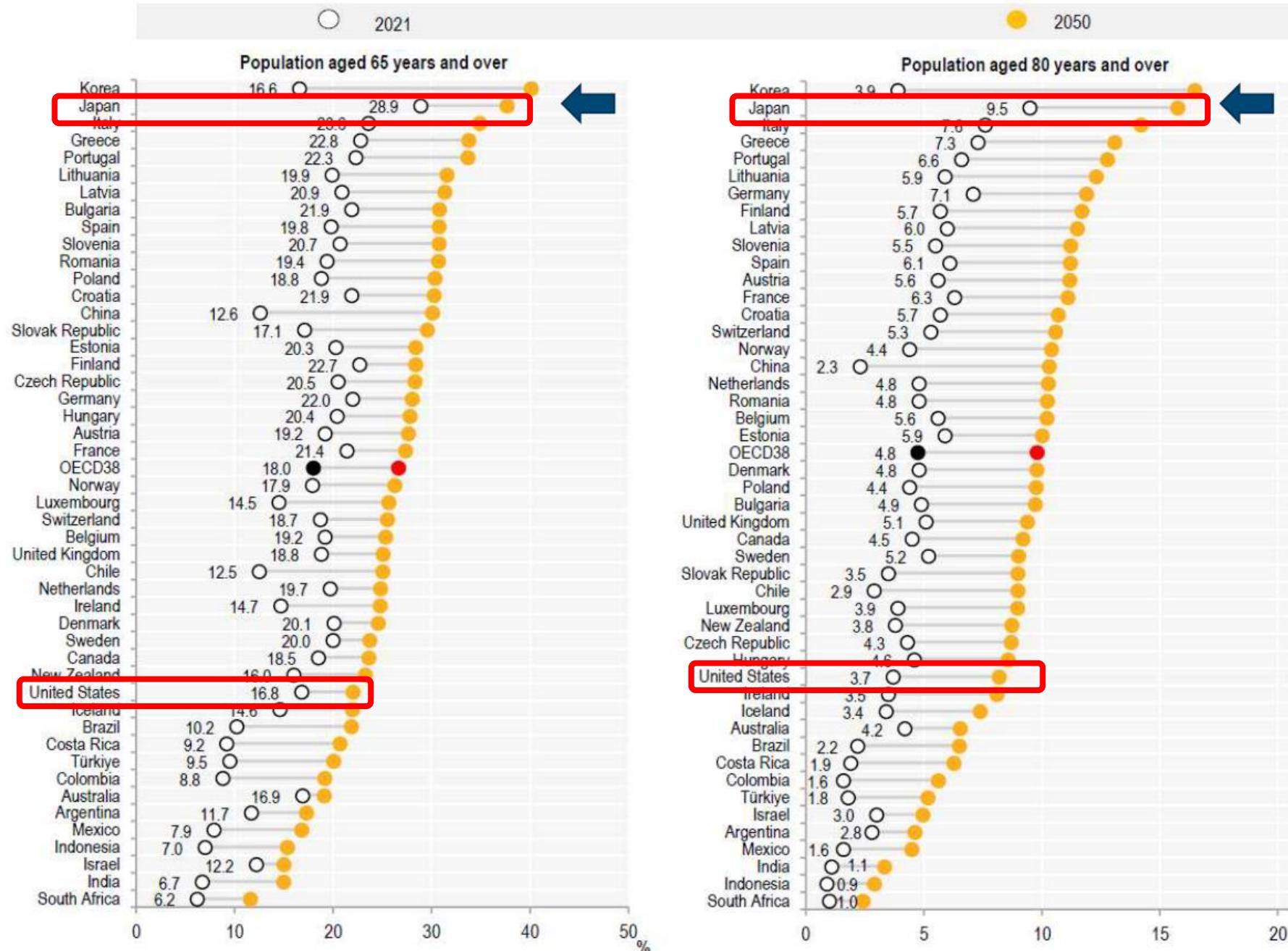


表10.1 65歳以上と80才以上の高齢者の割合、2021年と2050年

出典: OECD Health Statistics
2023.

世界からみた日本の医療への評価

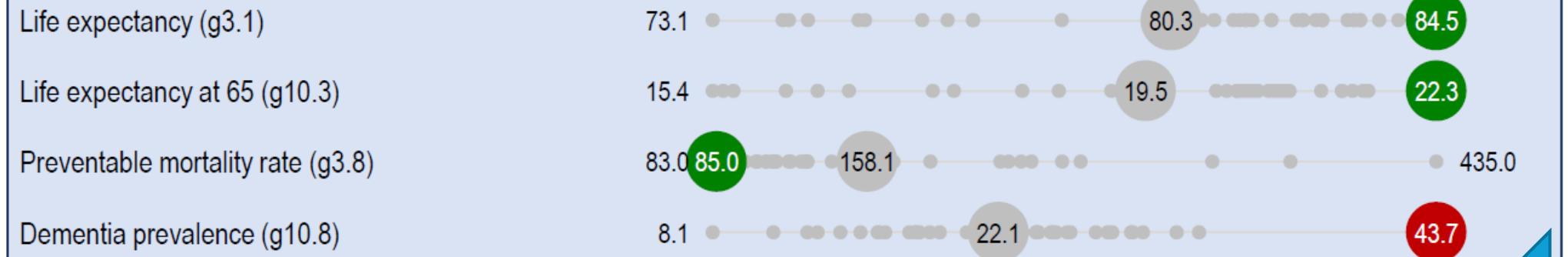
世界よりも早く、急速に少子高齢化が進む中、
高い評価を得ている医療提供体制を守り抜くことはできるか



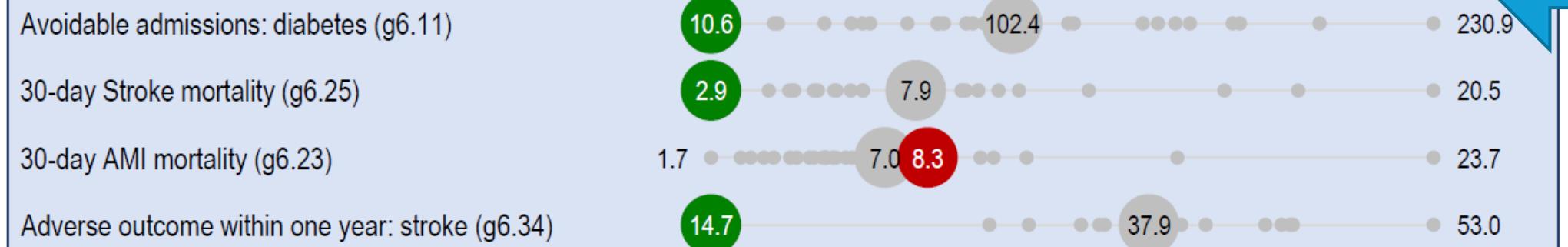
Japan: ● Better ● Worse ● Higher ● Lower

● OECD average ● Other OECD countries

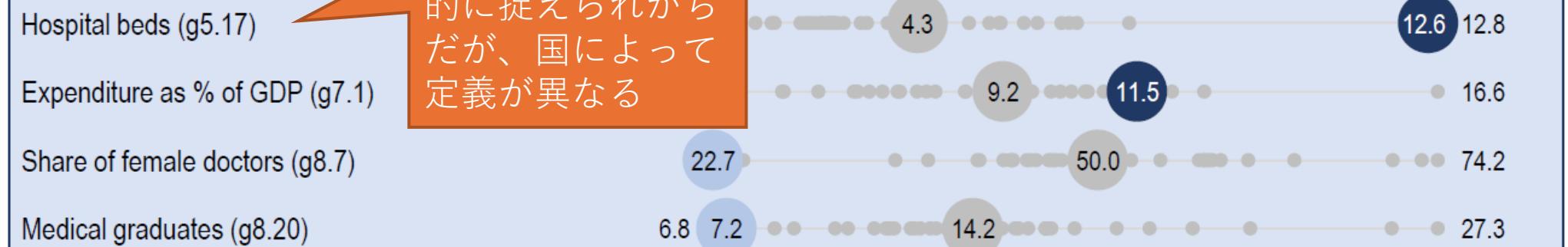
Health status



Quality of care



Health system resources



病床の多さは否定的に捉えられがちだが、国によって定義が異なる

平均寿命、
65歳時点平均余命、回避可能な死亡率のいずれも高評価

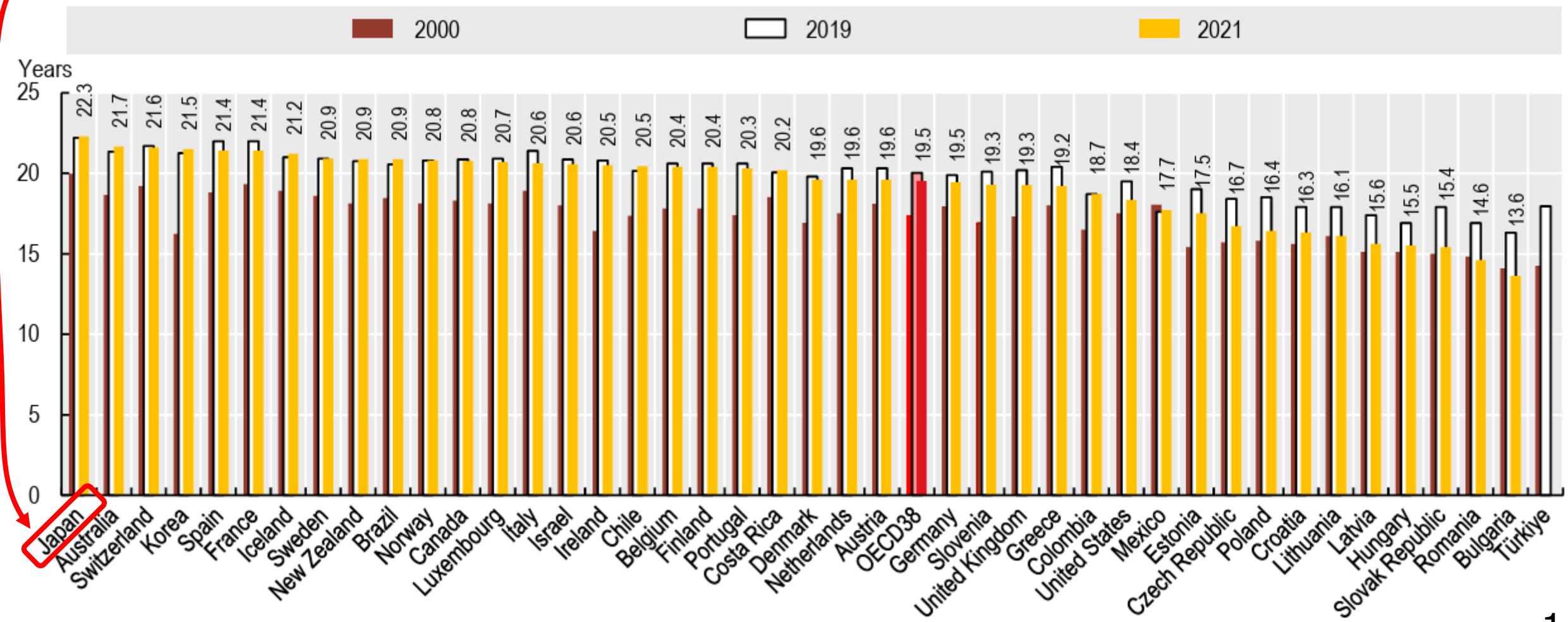
認知症患者の多さが指摘されるが、WHOは日本の認知症対策を高く評価

糖尿病、脳卒中のアウトカムも高い実績

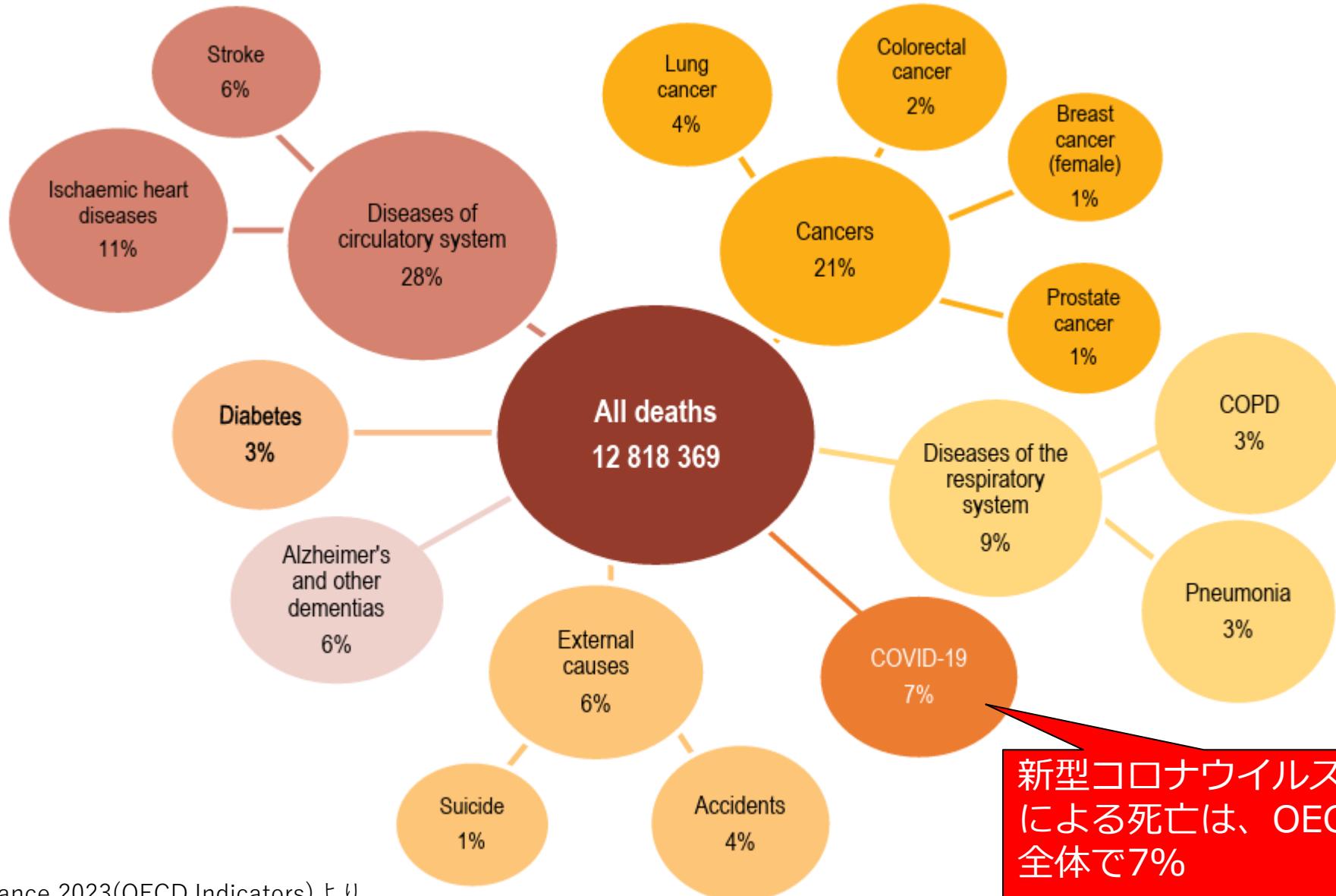
世界からみた日本の医療への評価

65歳時点平均余命の国際比較

65歳の時点で余命が何年あるかの指標をみると、日本は最長。
かつ2000年に比べて大きく伸びている



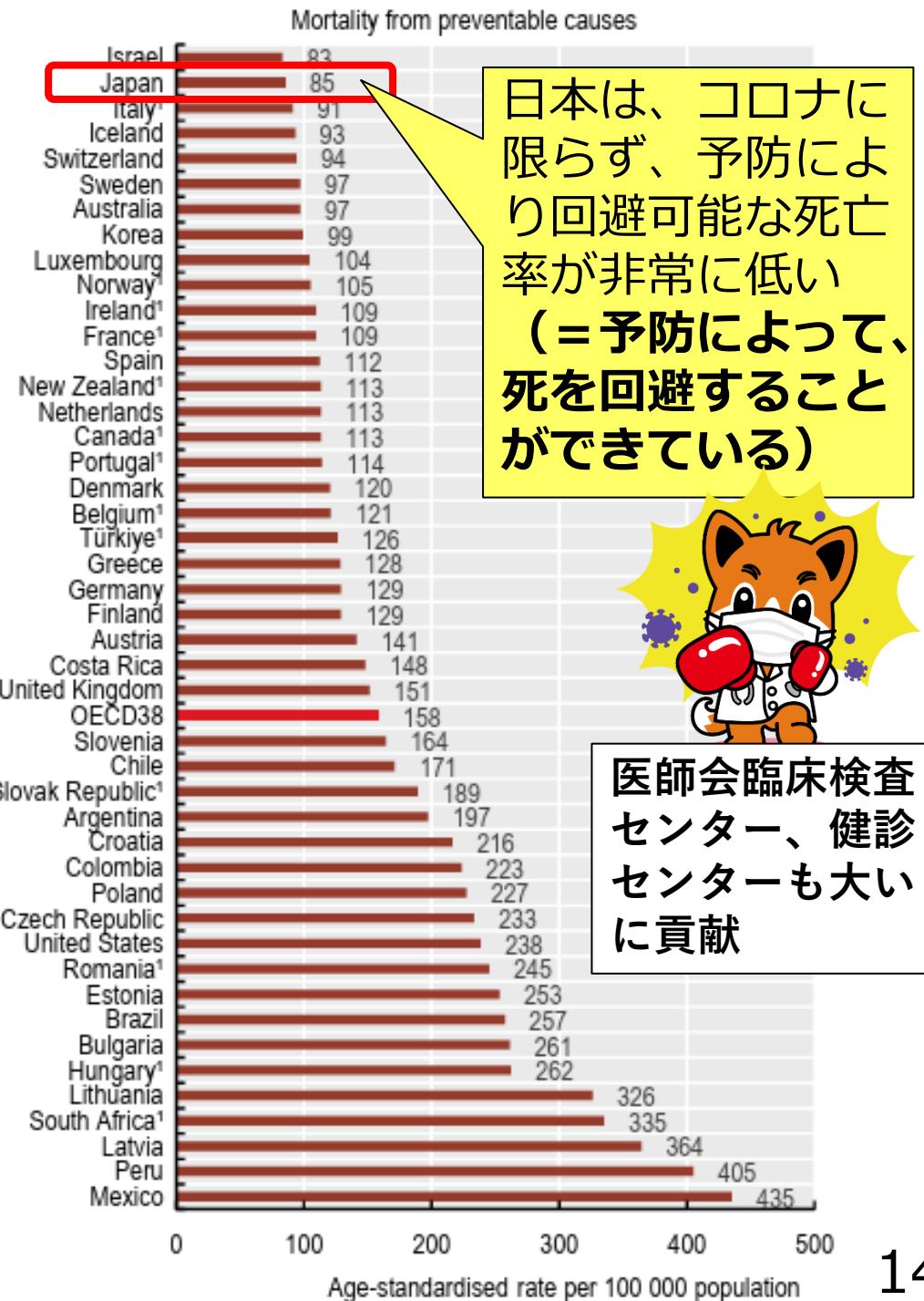
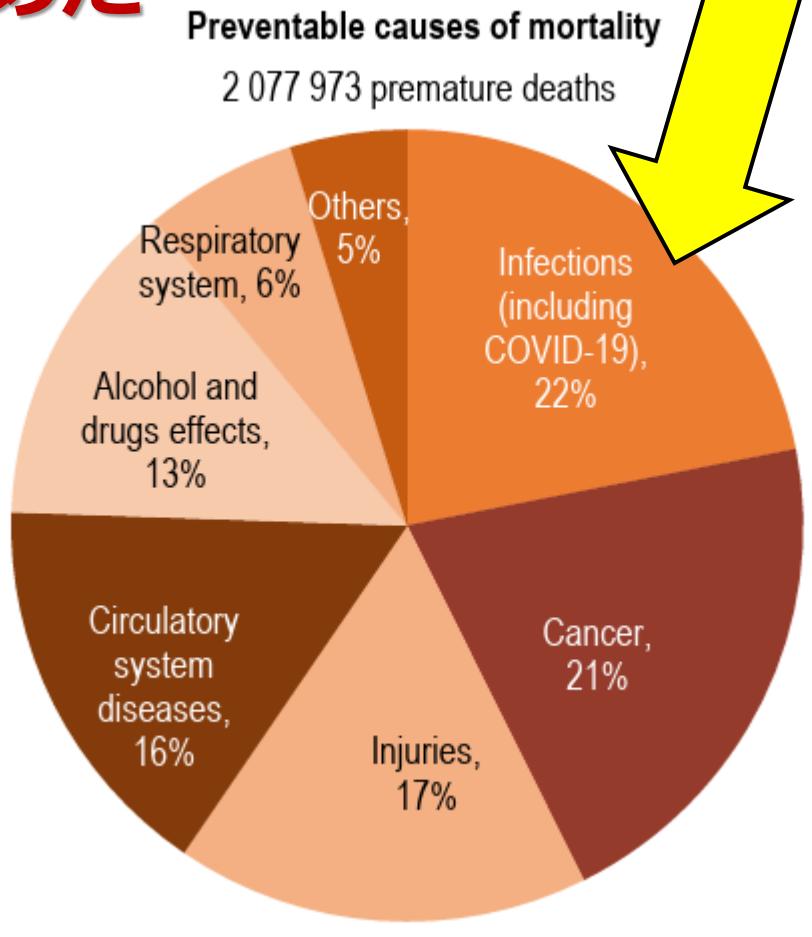
OECD諸国の死者数と、主な死因 (コロナ禍の2021年)



新型コロナウイルス感染症
による死亡は、OECD諸国
全体で7%



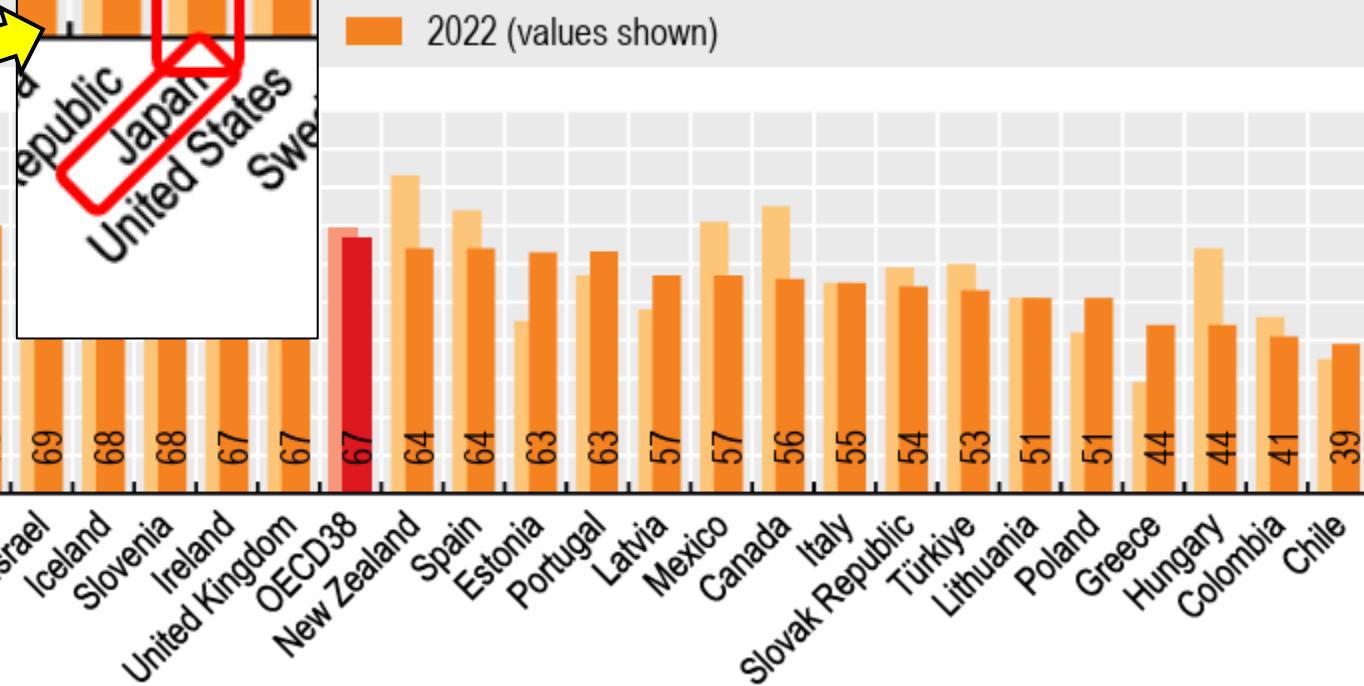
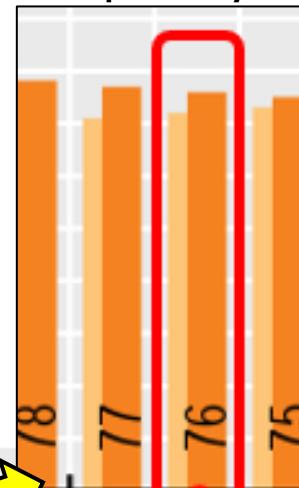
2020/2021年 OECD諸国 予防により死亡を回避できた死因 (preventable causes of mortality) の22%を新型コロナを含む感染症が 占めた



自地域で質の高い医療を受けられることに満足している人の数

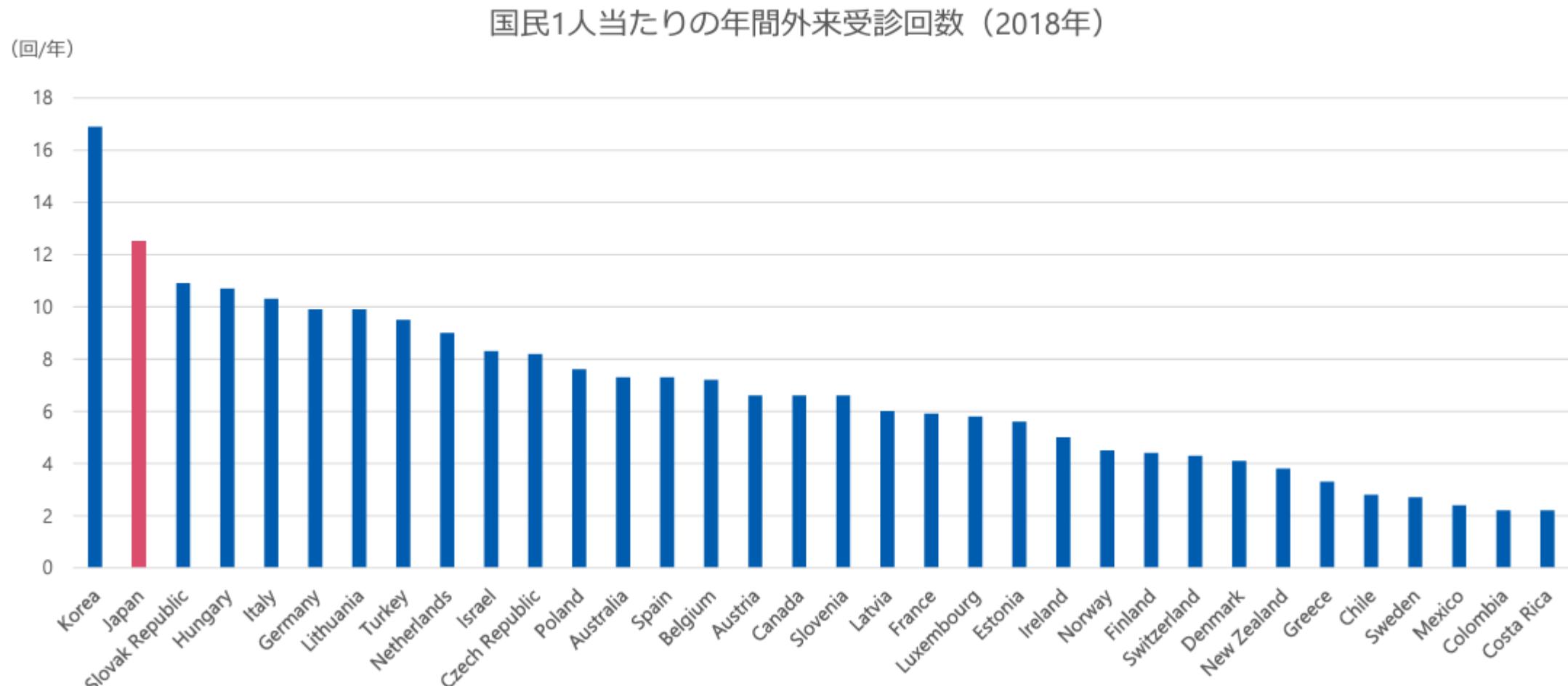
Population satisfied with the availability of quality healthcare in the area where they live

日本は、コロナ前の2012年よりも、2022の方が割合が高くなっています。医療に対する信用は高まったといえる。



日本の医療へのアクセスの良さ：外来

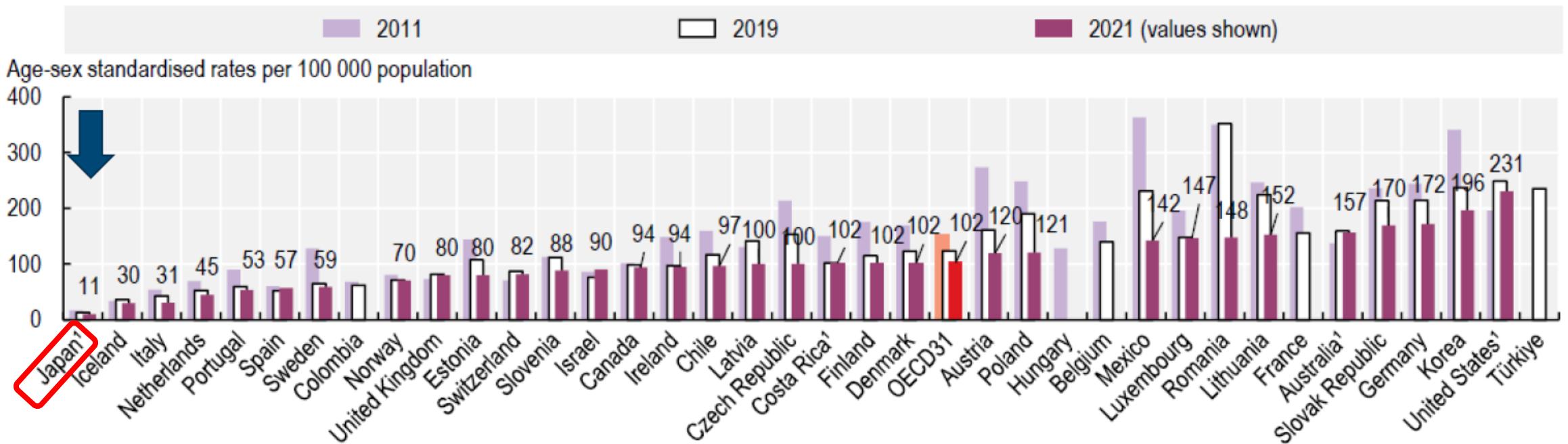
国民1人当たりの年間外来受診回数



※米国は2011年、イギリスは2009年とデータが古いため掲載なし。

糖尿病患者はプライマリケアで治療を受けている

表6.11. 糖尿病による入院、2011年、2019年と2021年（または直近年）



注：1. 最新年は2021年ではなく、2020年（コスタリカは2022年）
出典: OECD Health Statistics 2023.

日本の医療へのアクセスの良さ：入院

全病床数と長期療養施設ベッド数の合計と内訳（人口1,000人対）

「介護医療院」の創設前のデータのため、介護療養病床も含む

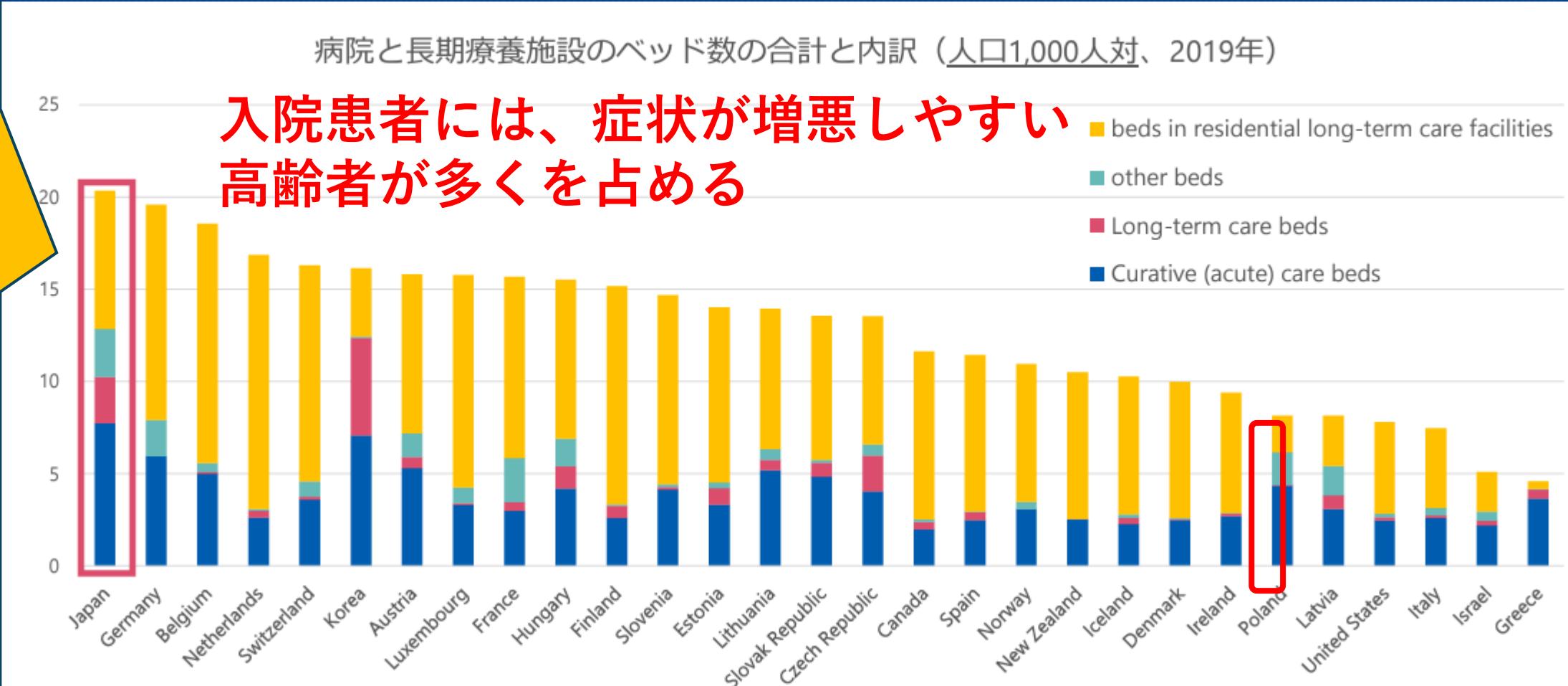
病院病床に長期療養施設のベッド数を加えた場合、日本の病床数は、ドイツなどと比べても多すぎとはいえない

“beds”的定義は国によって異なる。また、日本は長期療養が必要な高齢者の割合が非常に高い国である。

18

病院と長期療養施設のベッド数の合計と内訳（人口1,000人対、2019年）

入院患者には、症状が増悪しやすい
高齢者が多くを占める

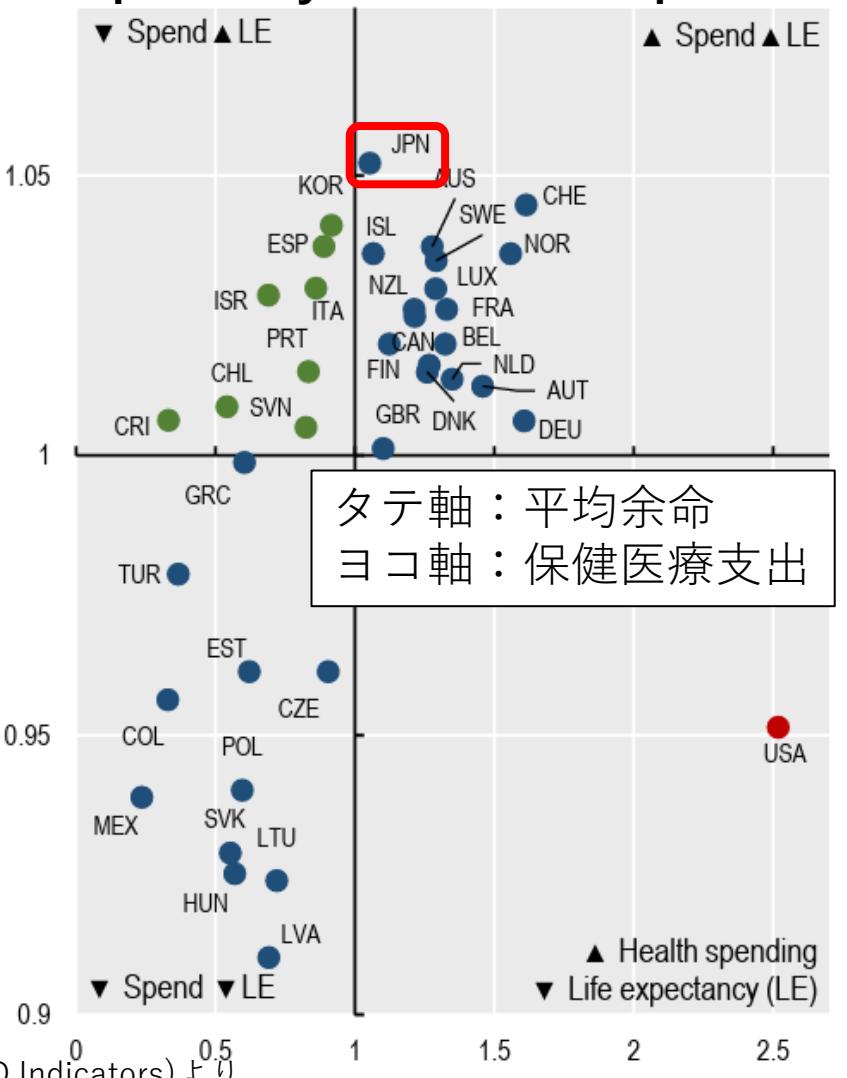


日本は、保健医療支出の額に対し、比較的平均余命が長く、 回避可能な死亡率が低い (=予防や治療によって、本来は救えたはずなのに死 亡したというケースが比較的少ない。つまり、多くの死が回避されている)

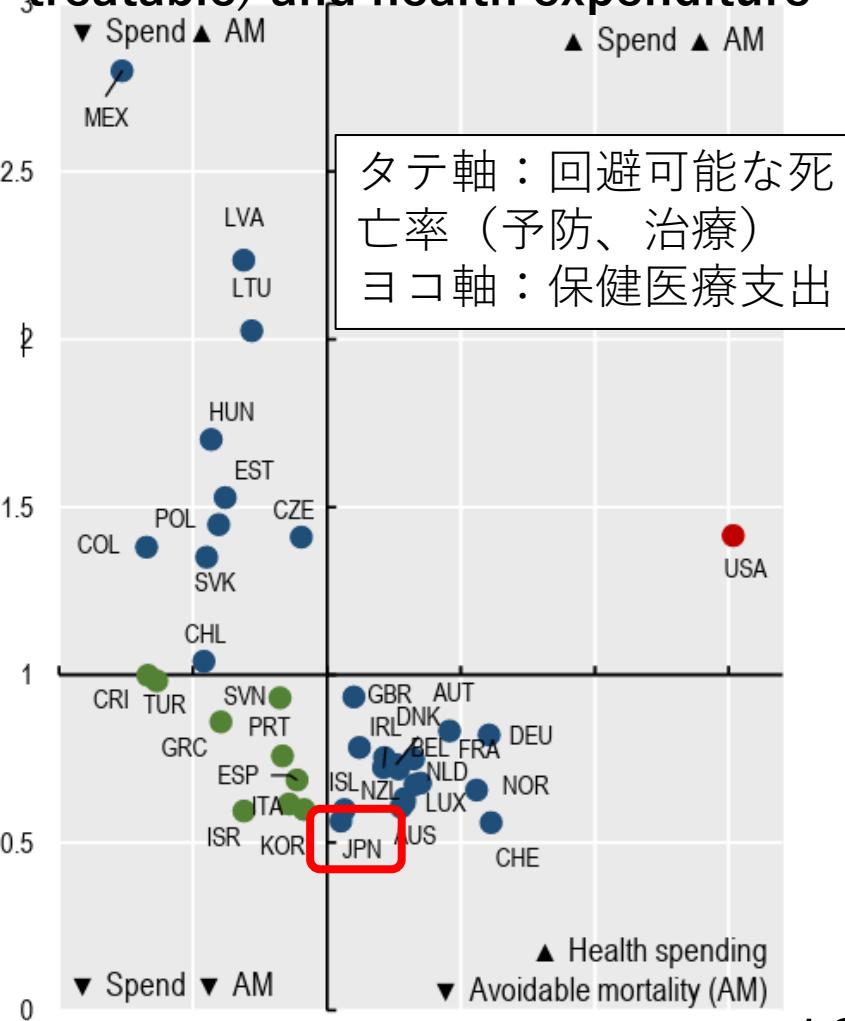
保健医療支出と
回避可能な死亡
率のOECD平均
を「1」として、
各国の数値を
プロットしたもの

"Health
expenditure"
「保健医療支出」
医療のみならず介護や
予防も含んだ健康に関する費用

Life expectancy and health expenditure



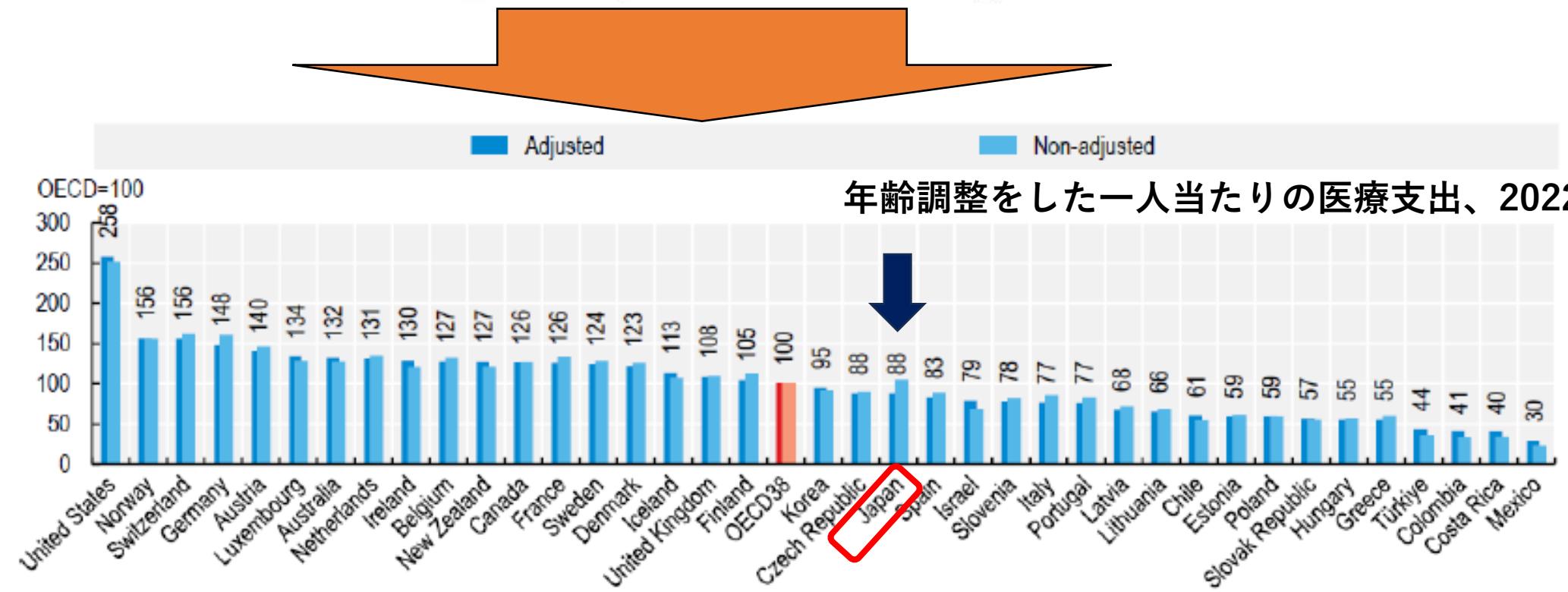
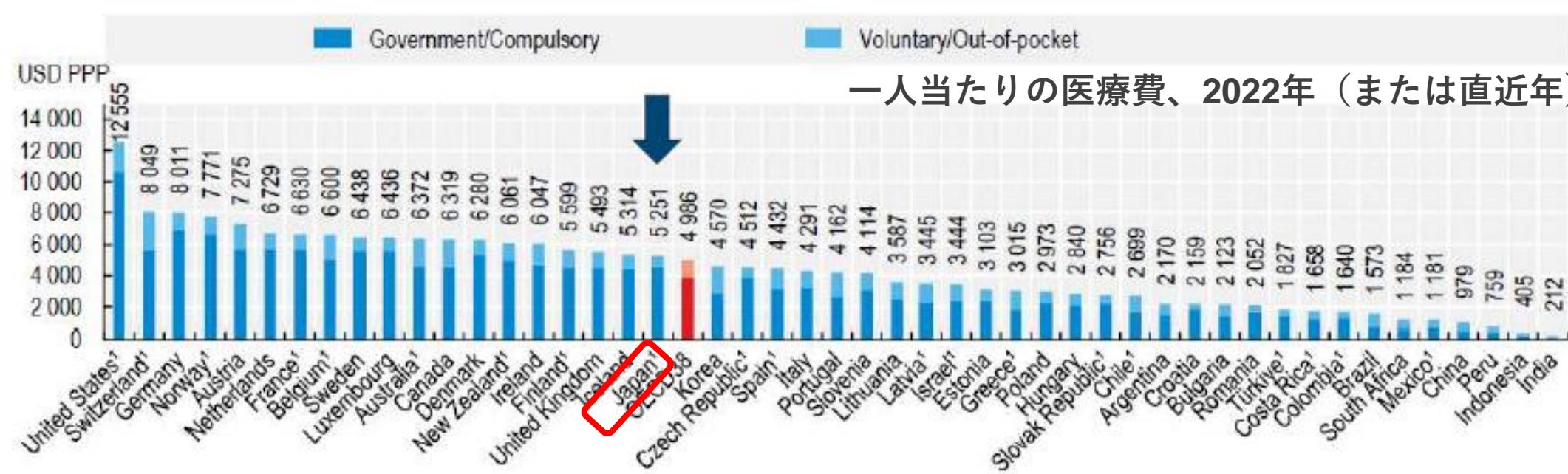
Avoidable mortality (preventable and treatable) and health expenditure



OECD平均より少し高い
一人当たりの医療費は

しかし

高齢化を鑑みると
支出は抑えられている医療



少子高齢化

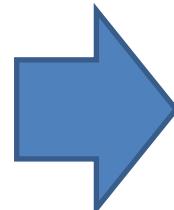
日本の少子高齢化への取り組みは、
世界の先駆けとなりうるか？



新たな地域医療構想へ

日本の少子高齢化への取り組みは、 世界の先駆けとなりうるか？

- ・ いつでもどこでも誰でもが最善の医療を受けられる体制の堅持
- ・ かかりつけ医機能の推進、地域に根ざした医師の活動
- ・ 地域連携、医療と介護の連携、地域包括ケアシステムの構築・充実
- ・ 健康寿命の延伸、健康寿命と平均寿命の差の縮小

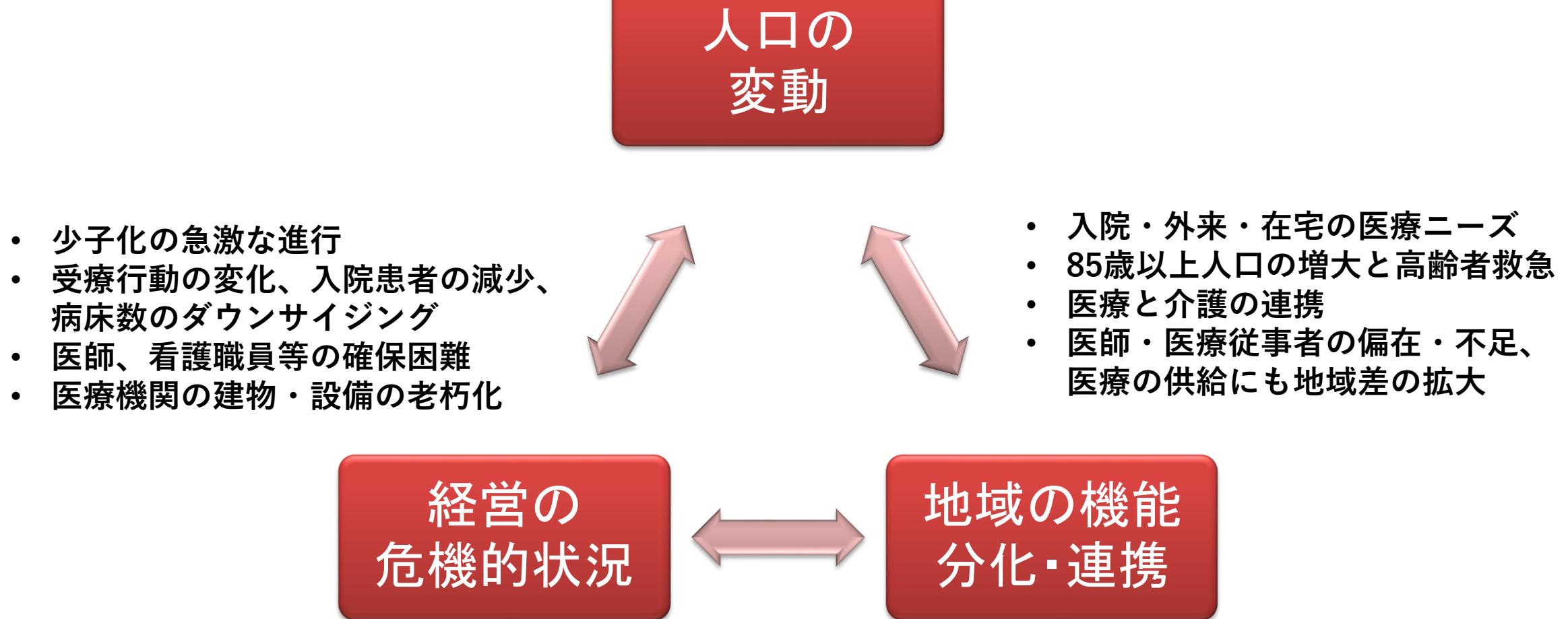


少子高齢化への取り組みの一つが、**新たな地域医療構想**



地域の医師会活動と、かかりつけ医を支える医師会共同利用施設

これからの医療の課題



これから的人口変動と医療・介護ニーズ

✓ 人口変動と医療・介護ニーズの変化

- 地域によって大きく異なるが、将来的には東京都も含め人口減少
- 外来患者 ⇒ ピークはすでに過ぎた
- 入院患者 ⇒ 全体的には増加傾向だが、入院日数、病床利用率は低下
- 在宅患者の増加 ⇒ 新たな地域医療構想の対象に在宅医療を追加

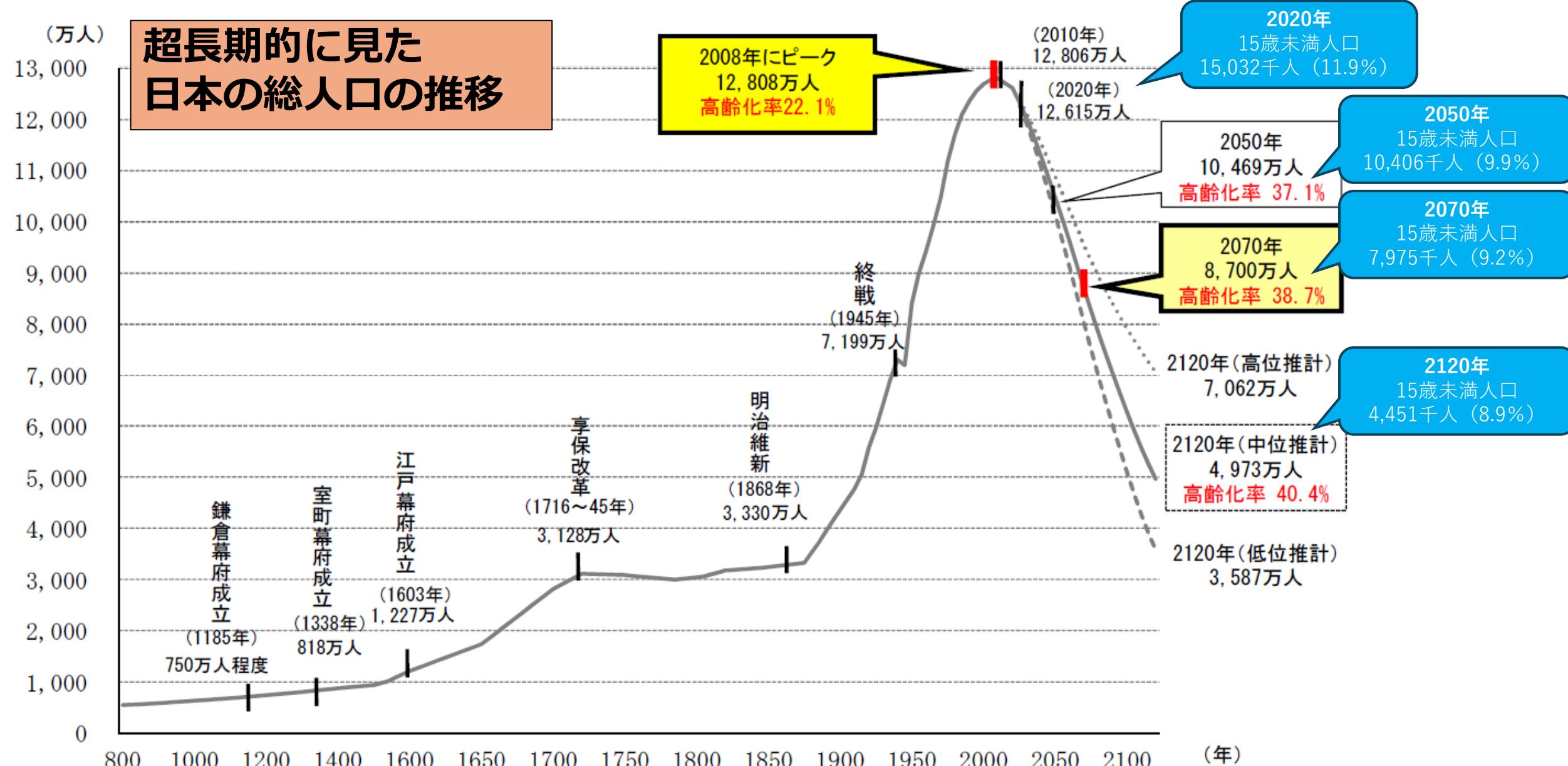
✓ 高齢化

- 「治す医療」、「治し支える医療」を担う医療機関単位の機能分化
- 地域に密着した医療提供 ⇒ 在宅医療、医療と介護連携が重要
- 高齢者救急の増大 ⇒ 新たな地域医療構想の重要事項

✓ 人材の確保

- 外科領域の医師数減少 ⇒ 医療機能、医療機関の集約への流れ
- 地方、診療科の医師偏在 ⇒ 国、医療関係団体の対応
- 看護職等の医療従事者、事務、医療関連サービス従事者の確保困難

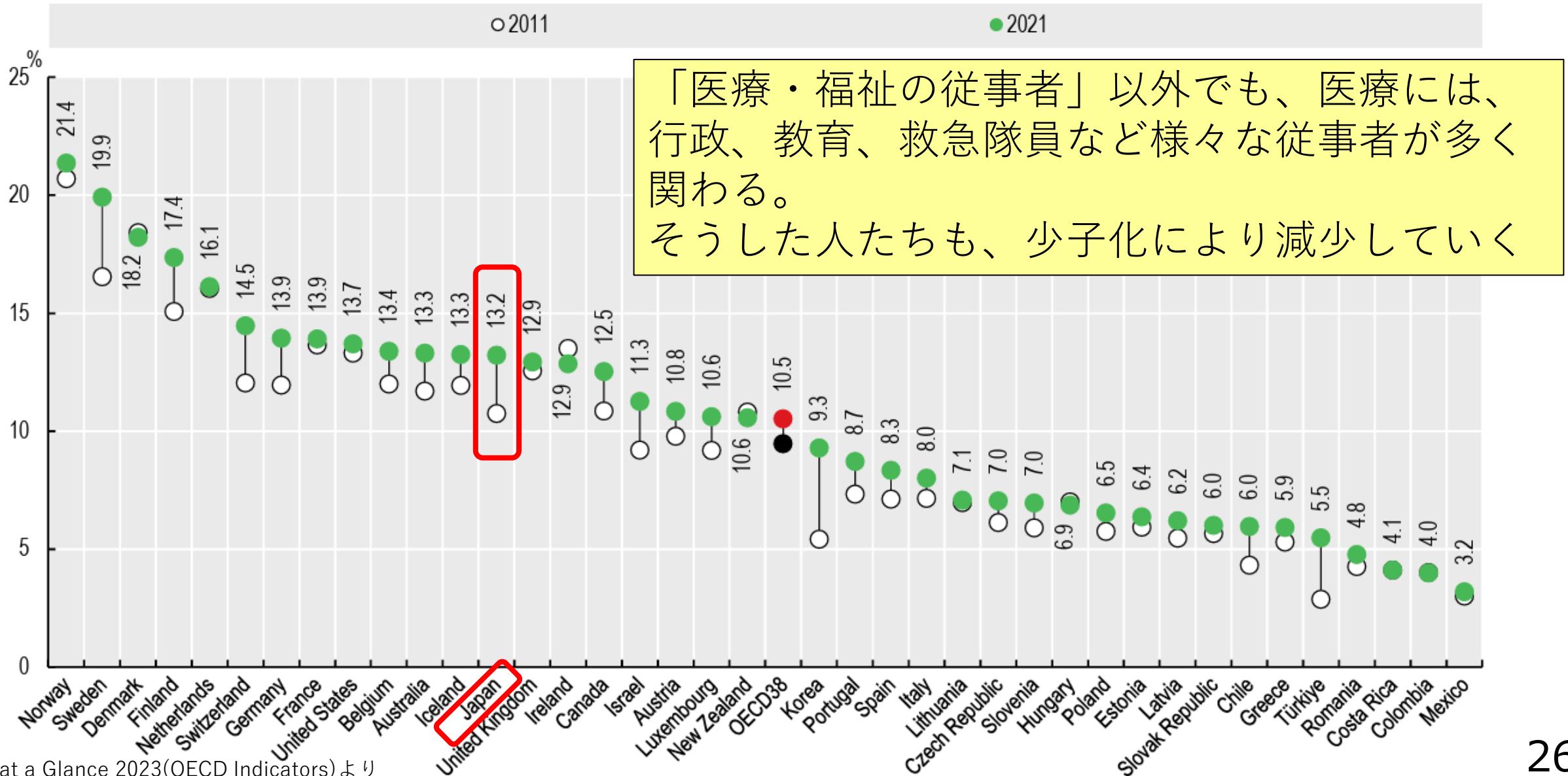
人口の変動～激変する医療の需要と供給にどう対応するか



高齢化の影響

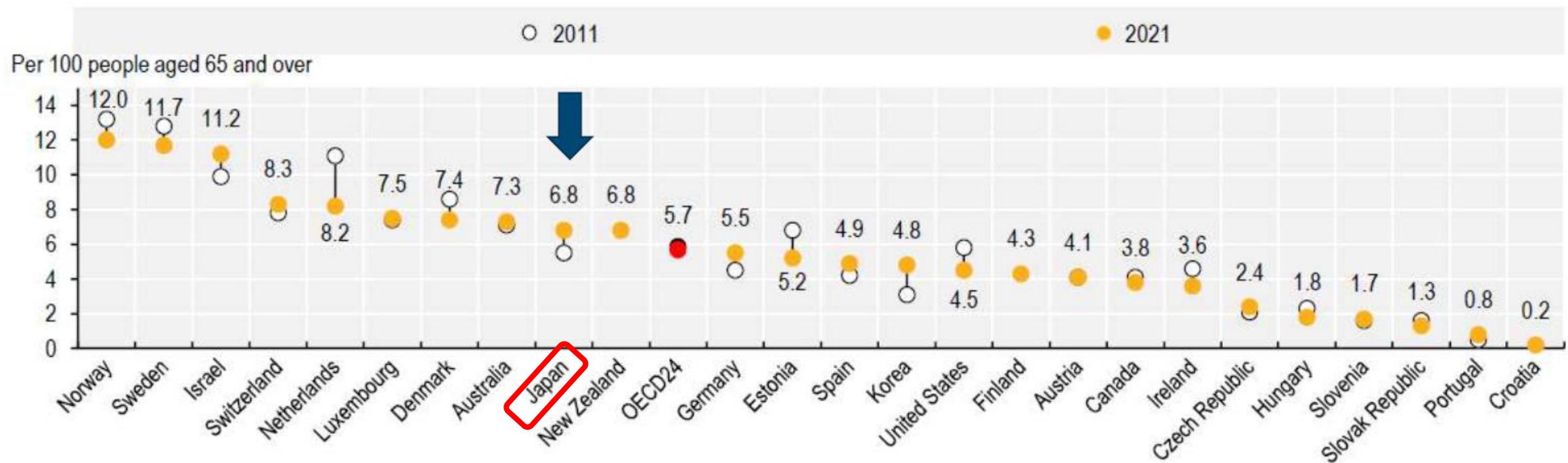
日本は、10年間で医療・福祉の従事者が総雇用数に占める割合が大きく増加

Employment in health and social work as a share of total employment, 2011 and 2021 (or nearest year)



高齢化が進んでいる割には、介護従事者の数も少ない

表10.18. 65歳以上の人団当たりの介護従事者数, 2011年と2019年(または直近年)



1. 時系列でのデータの比較には注意が必要。2. スウェーデンのデータは公的施設の従事者。2016年には、20%の65歳以上の介護受療者のベッドが（公的に財政支援をしていたが）私的な施設で提供されていた。

出典: OECD Health Statistics 2021とEU-LFS.

将来推計人口（2023年公表）

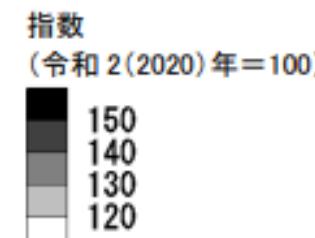
2050年の75歳以上人口の指數（2020年=100とした場合）

都道府県別 75歳以上人口の割合

2020年

2035年

2050年



0 400km

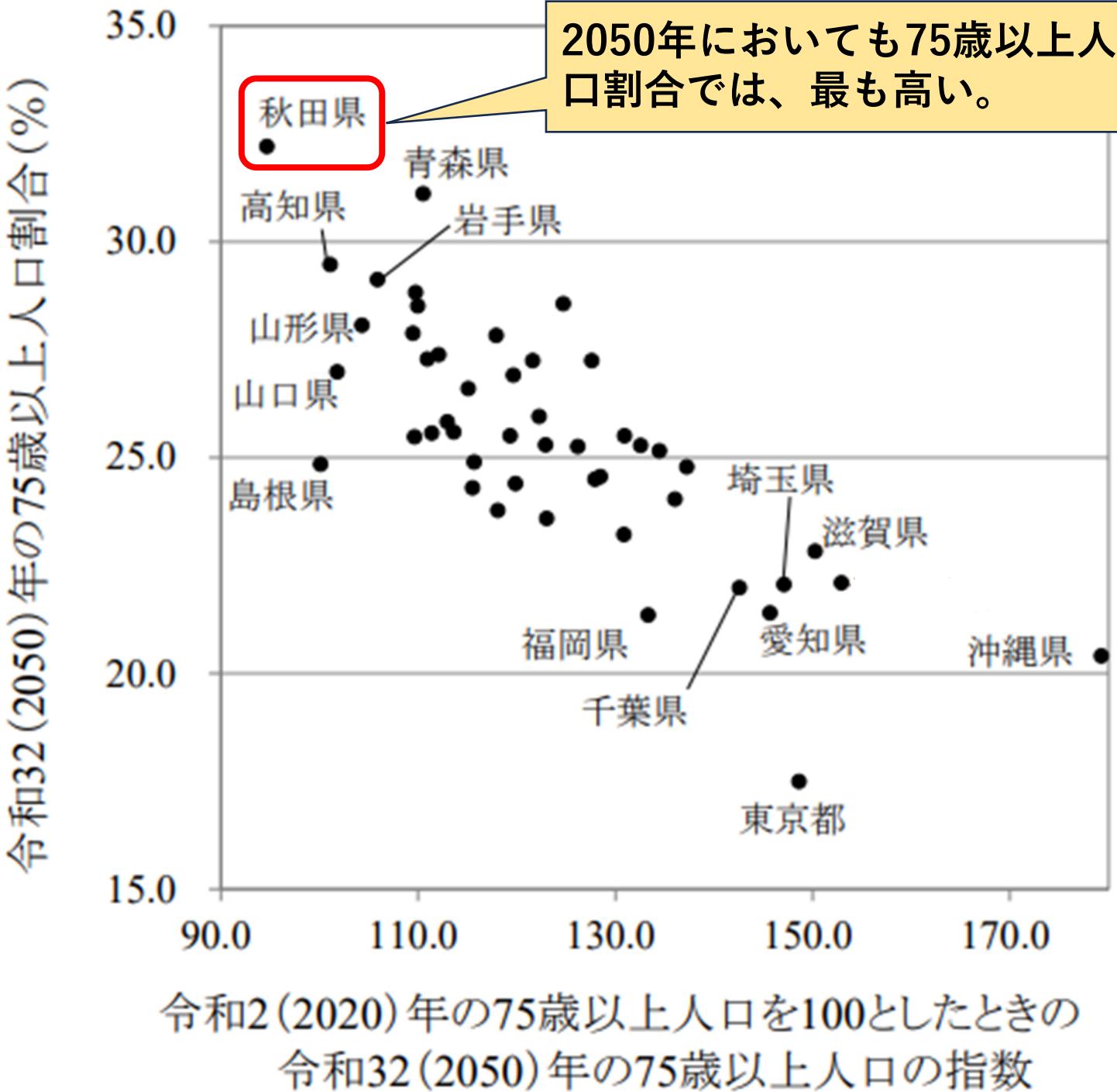


0 400km



人口変動

都道府県単位で見た将来的な高齢化



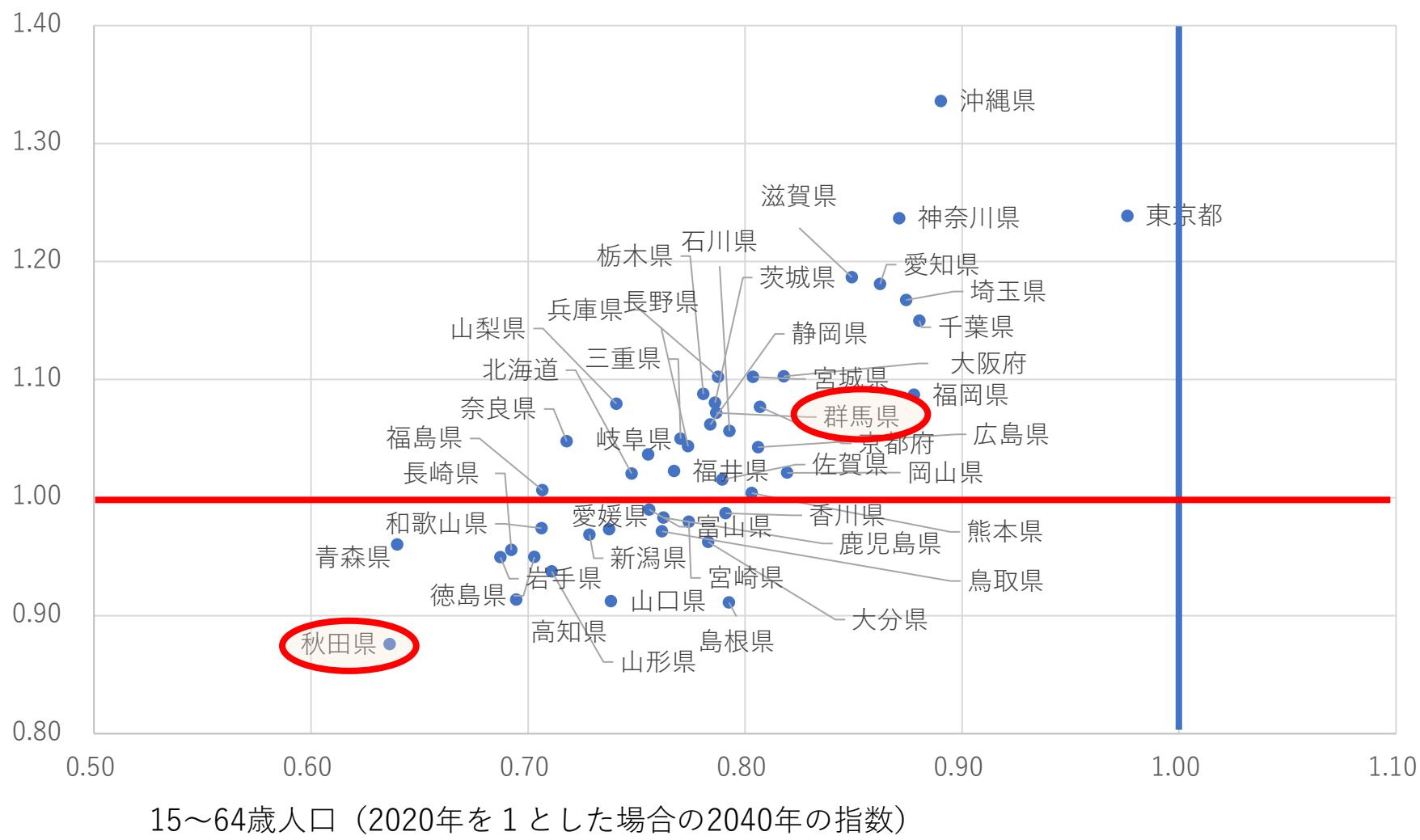
2050年においても75歳以上人口割合では、最も高い。

- ✓ 多くの地方で、能登半島北部のように高齢化が進展
- ✓ 平時から孤立、アクセス困難な地域が増大
- ✓ 地方の過疎化は、ライフラインの老朽化、公共交通機関の削減、耐震化整備の遅れにもつながる
- ✓ 都市部では75歳以上人口の実数が増加
- ✓ 在留外国人の増加は、日本の人口の将来推計にも影響を与えるようになった

令和2(2020)年の75歳以上人口を100としたときの
令和32(2050)年の75歳以上人口の指標

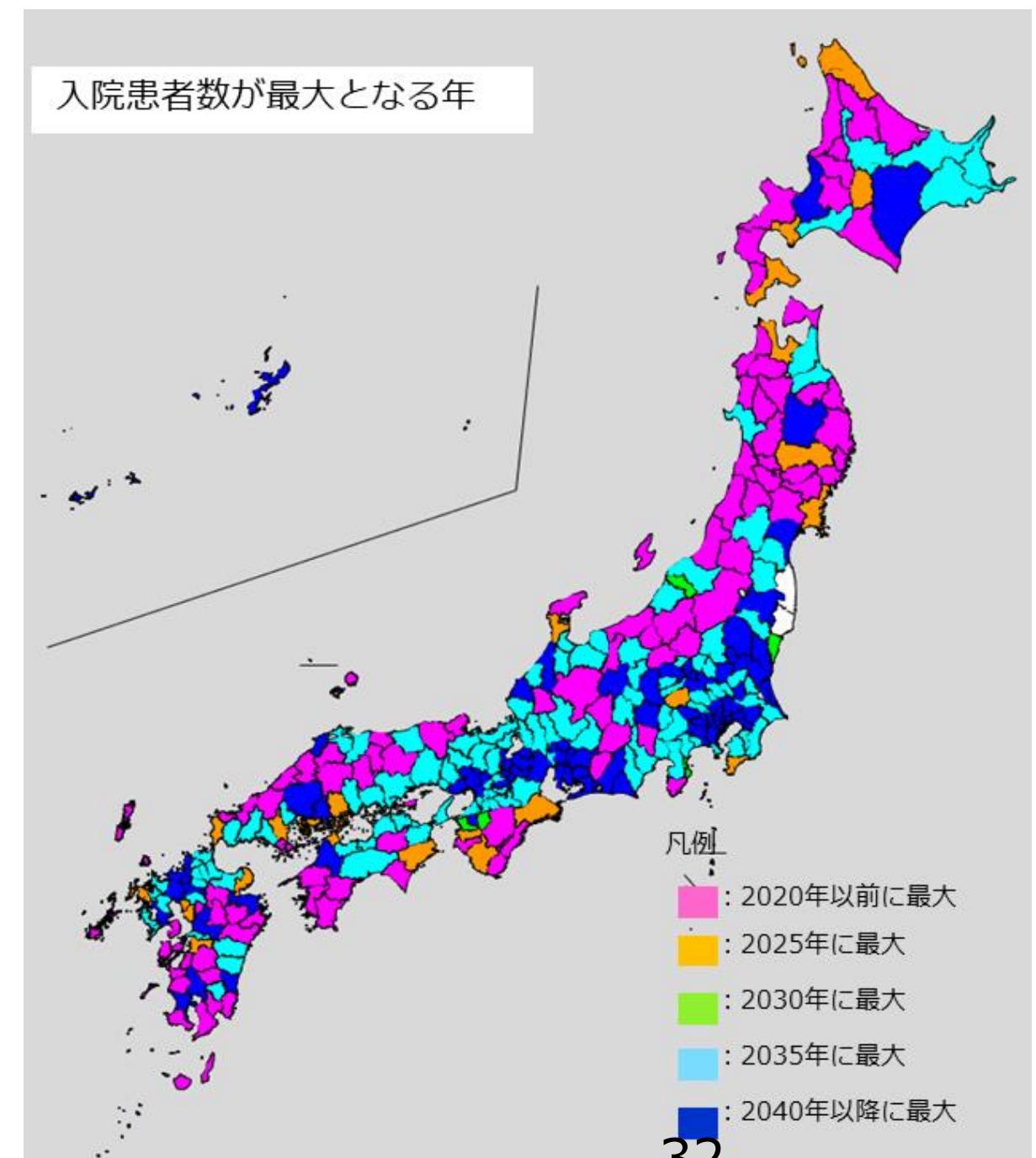
都道府県別人口の増減予測（2020年→2040年）

65歳以上人口（2020年を1とした場合の2040年の指数）



入院患者数は、全体としては 増加傾向にある

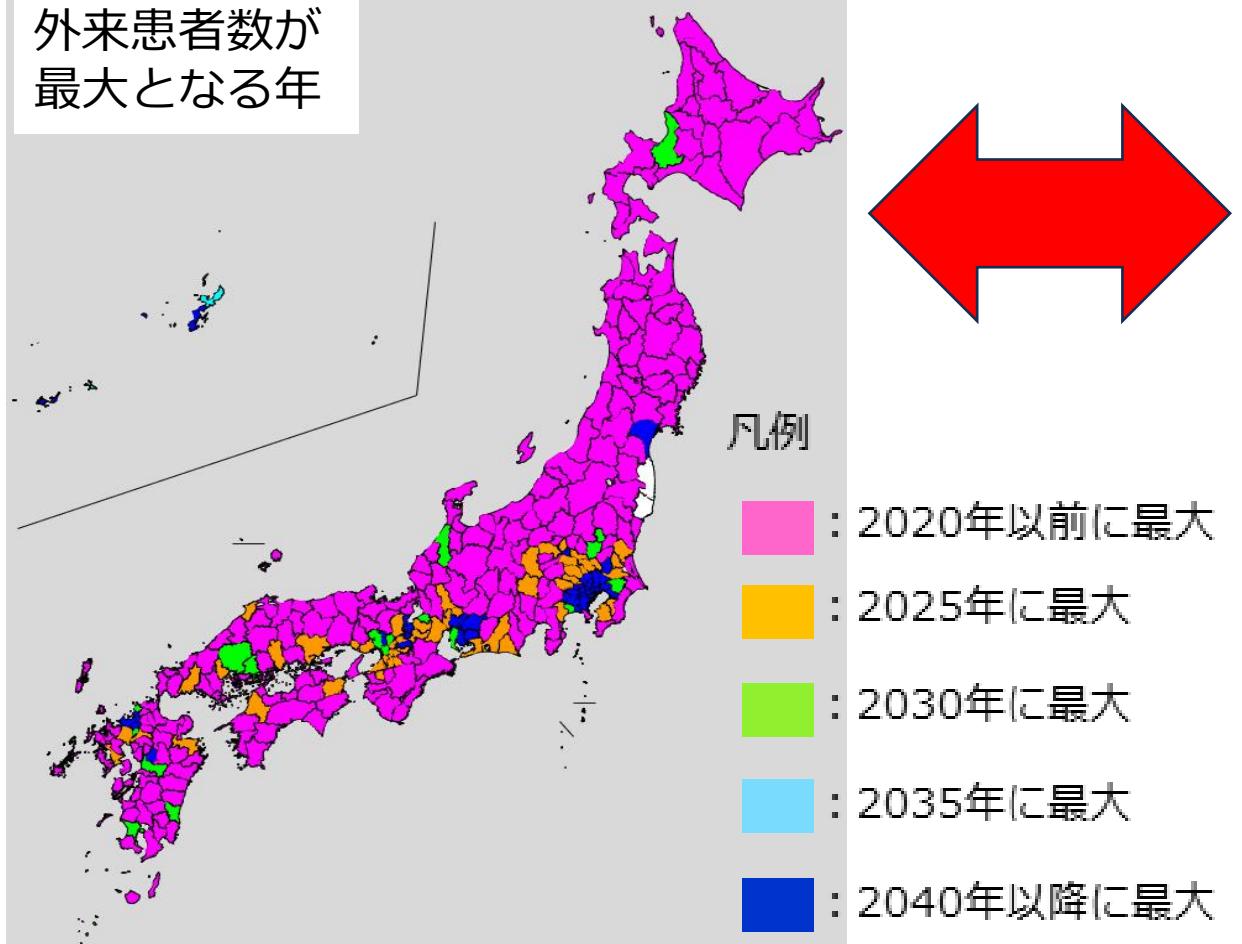
- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となることが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。



外来患者数は、既に減少局面にある 医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となることが見込まれる。
- 既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

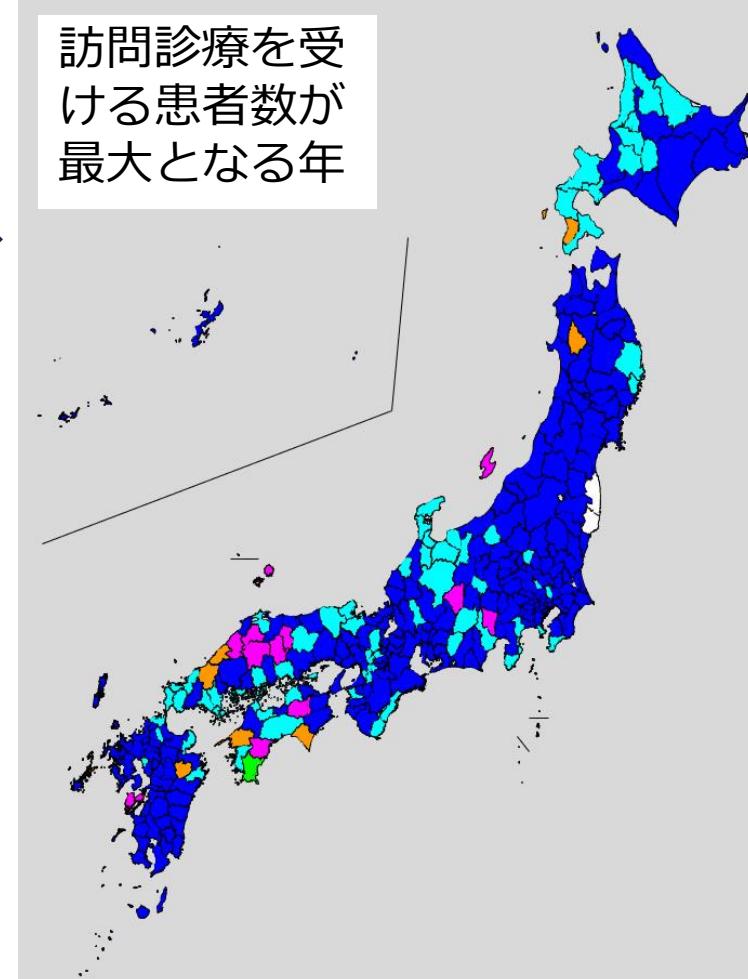
外来患者数が
最大となる年



在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療を受
ける患者数が
最大となる年

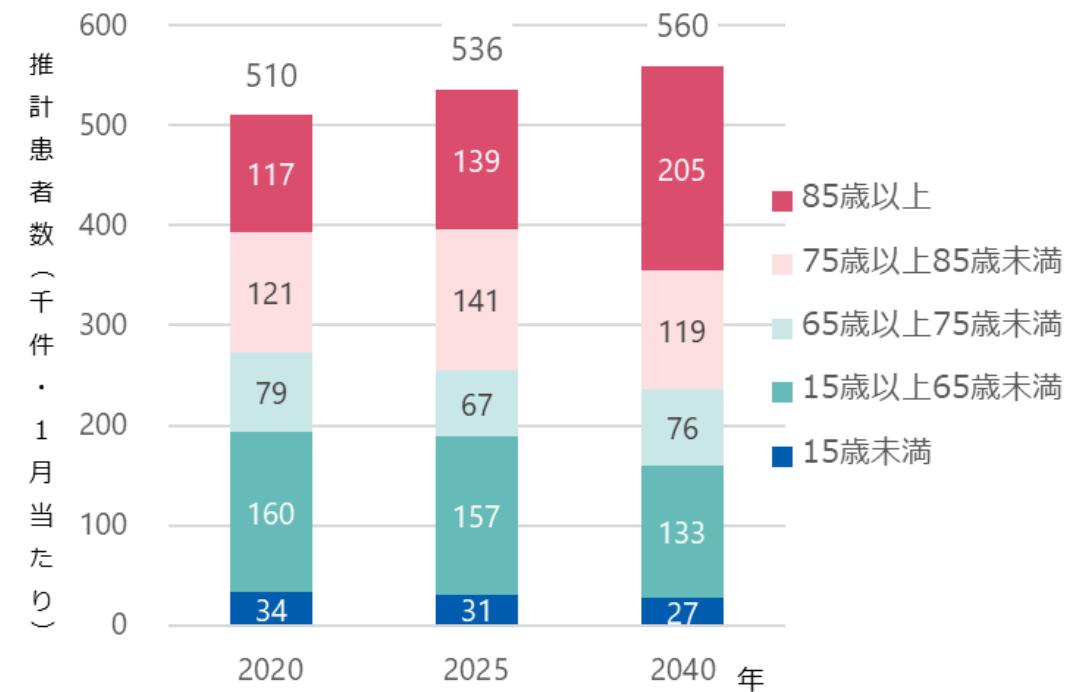


2040年の救急搬送、在宅医療需要

今後、85歳以上の高齢救急搬送の増加、在宅医療の需要増加が推計されている。特に首都圏などでは、高齢者が増加していく。

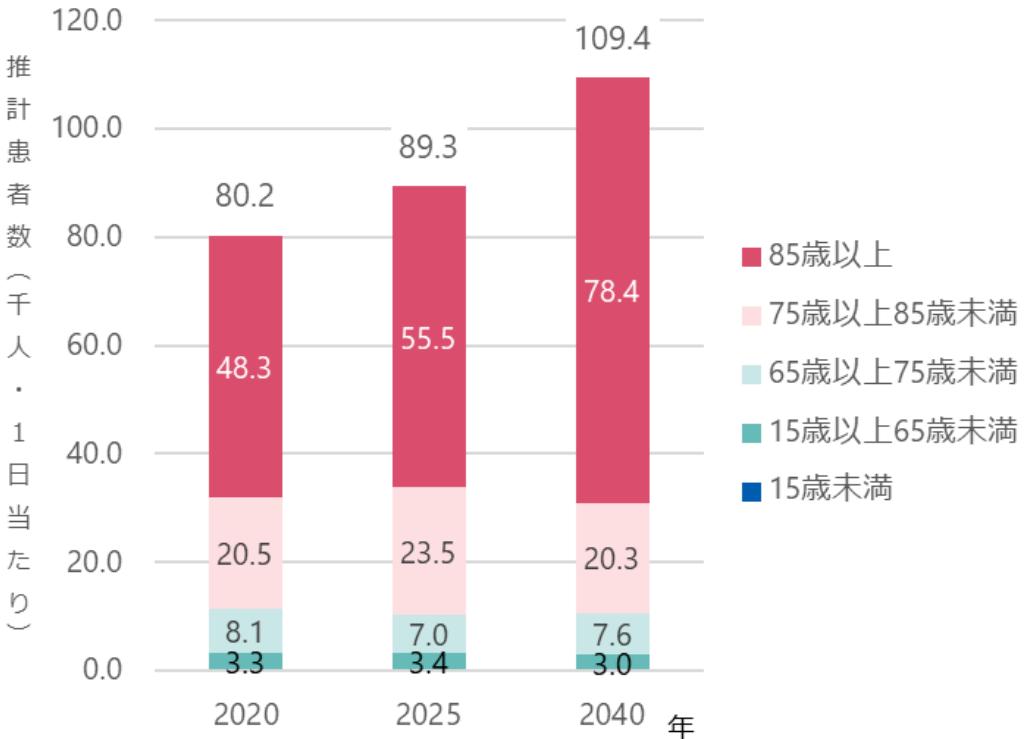
救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



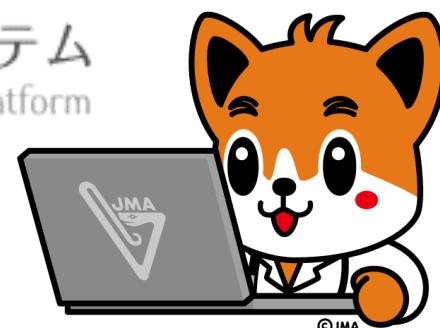
地域単位で
みてみる！

群馬県内の人口変動と 医療・介護ニーズ

日本医師会 地域医療情報システム“JMAP”より

JMAP 地域医療情報システム
Japan Medical Analysis Platform

<https://jmap.jp/>



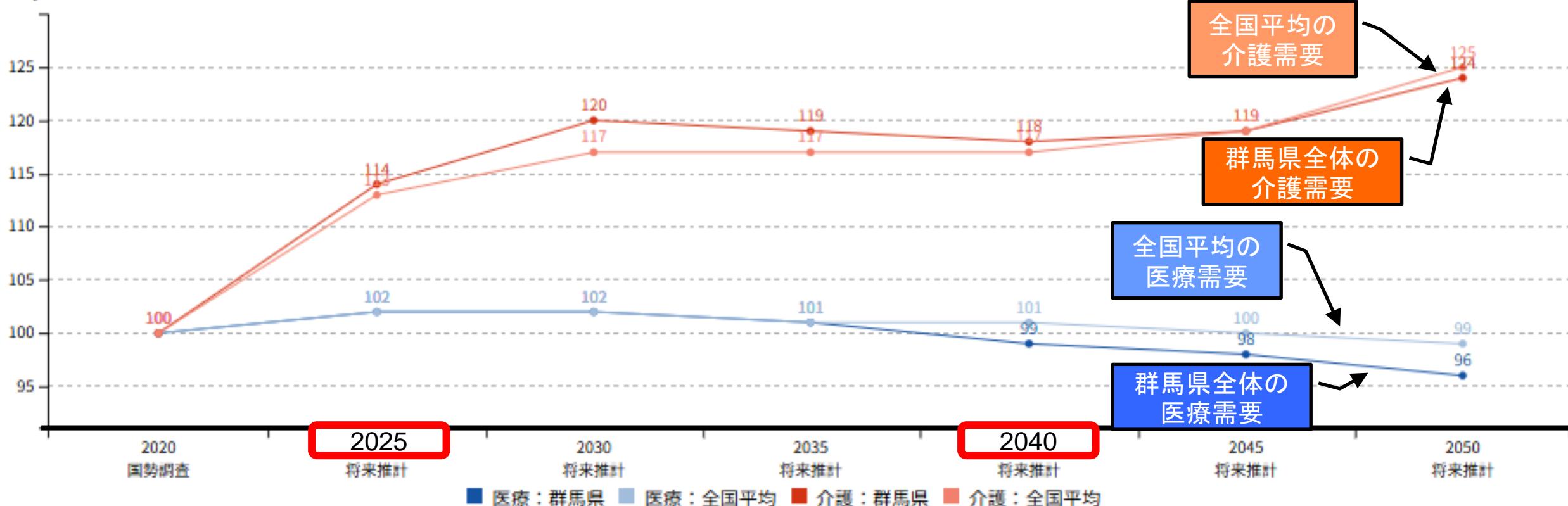
地域単位で
みてみる!

群馬県全体の医療・介護ニーズ



群馬県全体では、医療ニーズは2035年以降に全国平均を下回り、
介護ニーズは全国平均と同程度に推移していく。

※ 医療介護需要予測指数（2020年実績=100）



2020年を100とした場合

注)各グラフは尺度が異なる

JMAP 地域医療情報システム
Japan Medical Analysis Platform

日本医師会地域医療情報システム(JMAP)より <http://jmap.jp/>

地域単位で
みてみる!

高崎・安中医療圏の医療・介護ニーズ

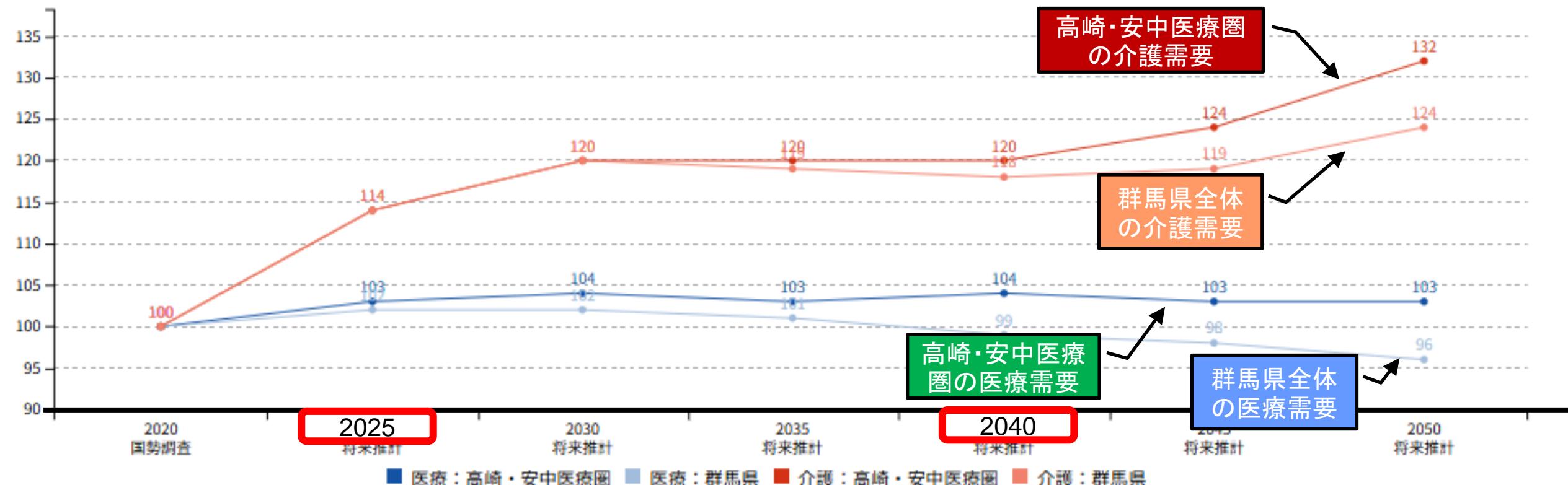


群馬県の中で、本日の会場であり、新幹線駅のある高崎市を含む「高崎・安中医療圏」と群馬県全体を比べてみた。

高崎・安中医療圏は、群馬県全体に比べて医療、介護需要が上回って推移する。

→ 高崎・安中医療圏の中ではどうか？

» 医療介護需要予測指数（2020年実績 = 100）



2020年を100とした場合

注)各グラフは尺度が異なる

JMAP 地域医療情報システム
Japan Medical Analysis Platform

日本医師会地域医療情報システム(JMAP)より <http://jmap.jp/>

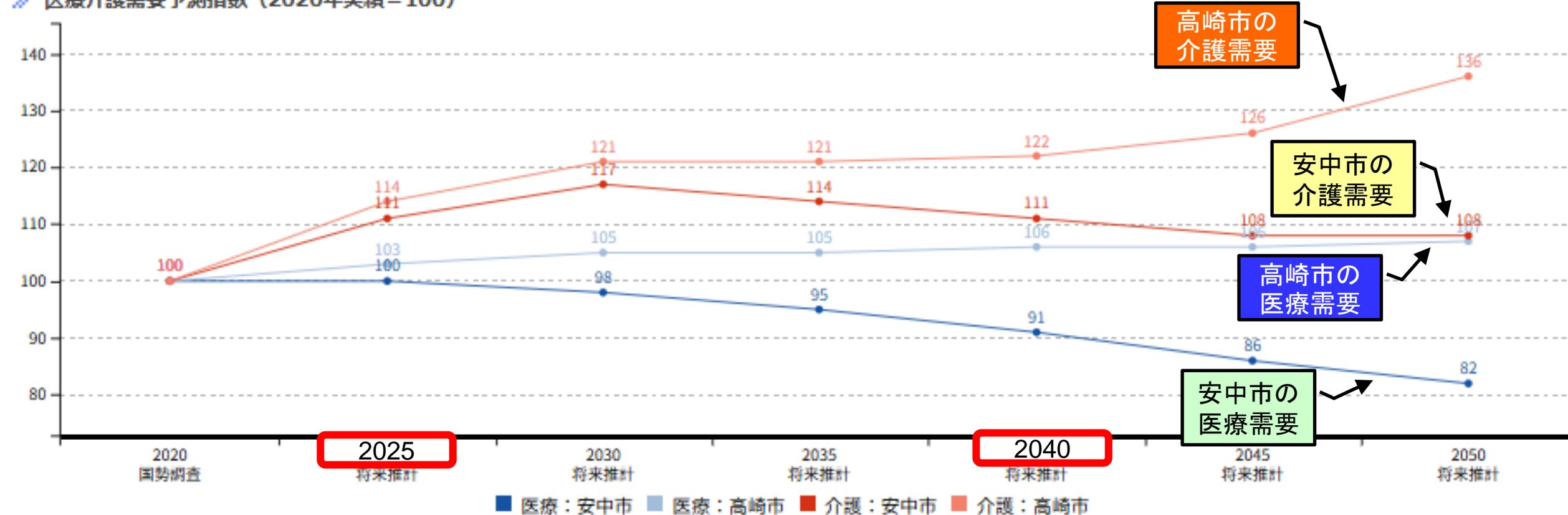
地域単位で
みてみる!

安中市と高崎市の医療・介護ニーズ



同じ「高崎・安中医療圏」の安中市と高崎市を比較した場合、将来の医療ニーズ、介護ニーズは、全く対照的。

※ 医療介護需要予測指数（2020年実績=100）



2020年を100とした場合

注)各グラフは尺度が異なる

JMAP 地域医療情報システム
Japan Medical Analysis Platform

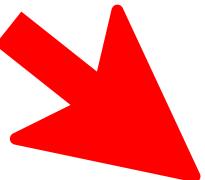
日本医師会地域医療情報システム(JMAP)より <http://jmap.jp/>

地域単位で
みてみる!

関東各都県の人口変動

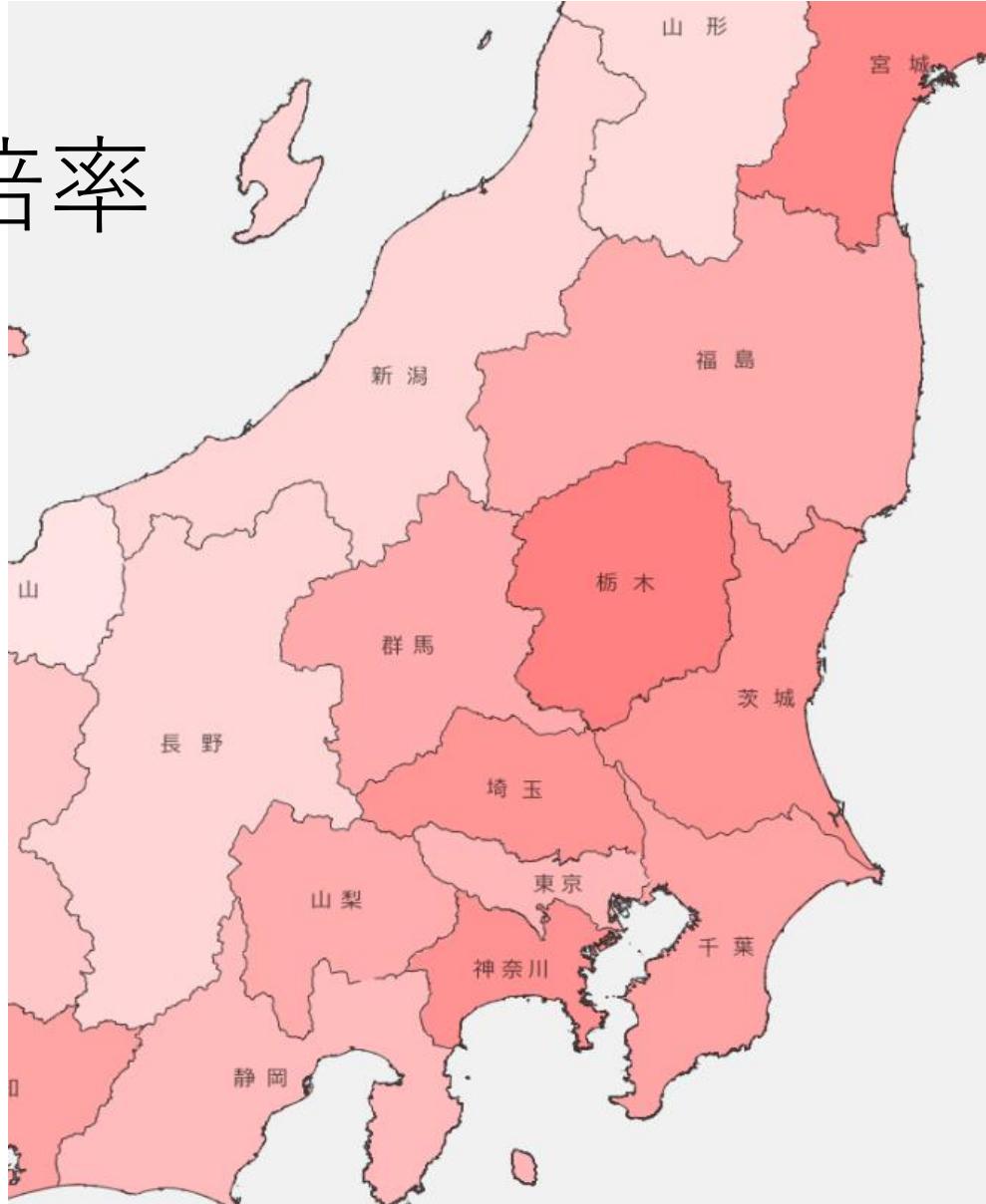
2040年の75歳以上人口の倍率

各県の2040年の75歳以上人口を、
2020年の75歳以上人口で割って、
色分けをしてみたもの（倍率）



2040年の75歳以上人口

2020年の75歳以上人口



地域別指標(A÷B)

A:将来推計75歳以上人口（2040）

B:75歳以上人口（2020）

1.038859 1.597629

**地域単位で
みてみる！**

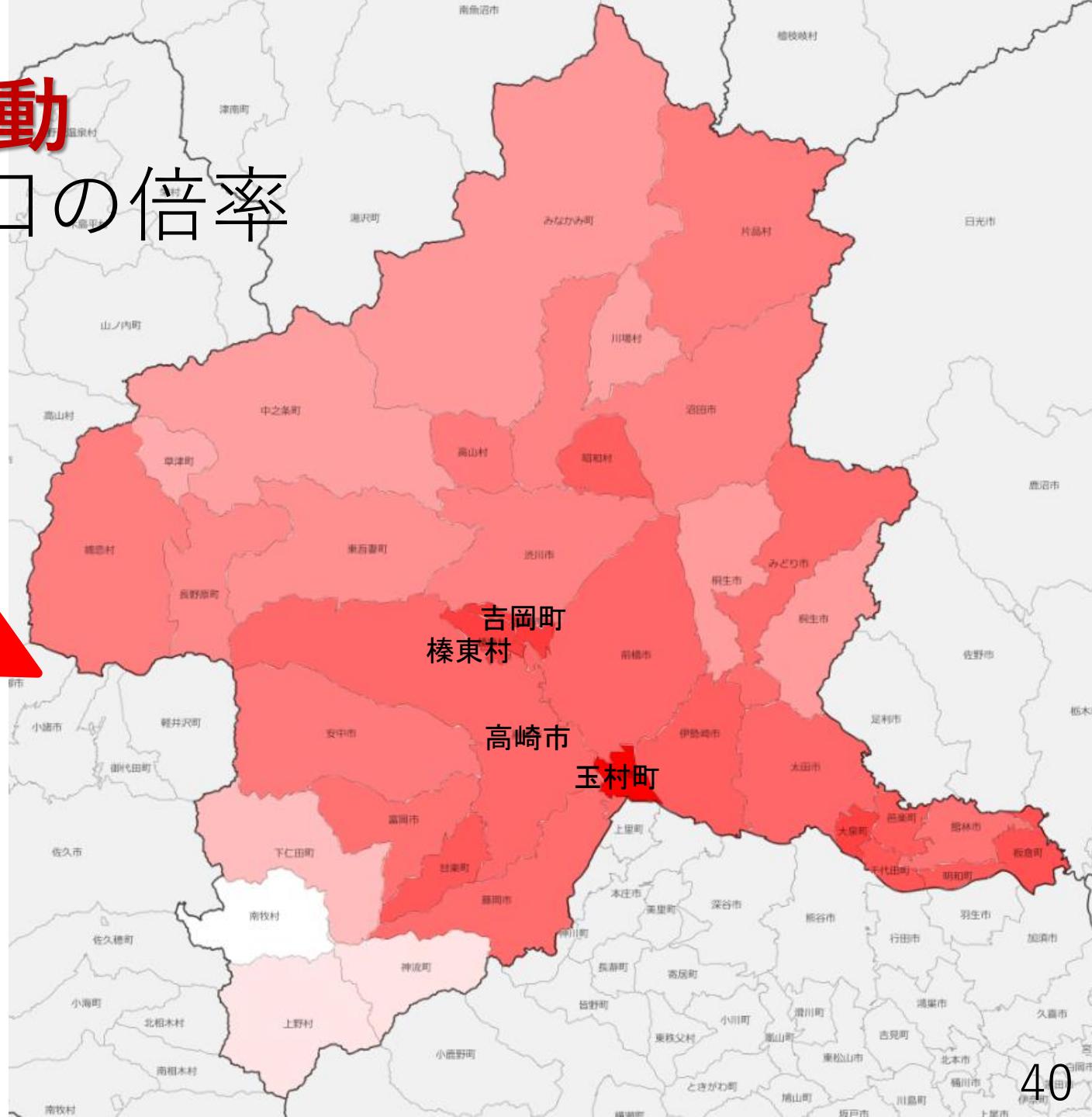
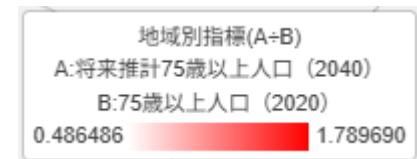
群馬県の人口変動

2040年の75歳以上人口の倍率

群馬県内の市町村における2040年
の75歳以上人口を、2020年の
75歳以上人口で割って、色分けをしてみたもの
(倍率)

2040年の75歳以上人口

2020年の75歳以上人口



(地域医療に影響を与える最近のテーマ)

日本に生活の拠点を置く外国人の増加

主な課題

・ 医療ニーズへの対応

- 外国人住民のかかりつけ医機能
- 医療通訳：インフォームドコンセント、診療、検査・手術同意、保健指導等、受付・会計

日医A1会員の医療機関には、無料の電話医療通訳サービスがあります：
通話の記録、通訳保険

・ 健康保険

- 2019年医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律により、下記の見直し

被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化

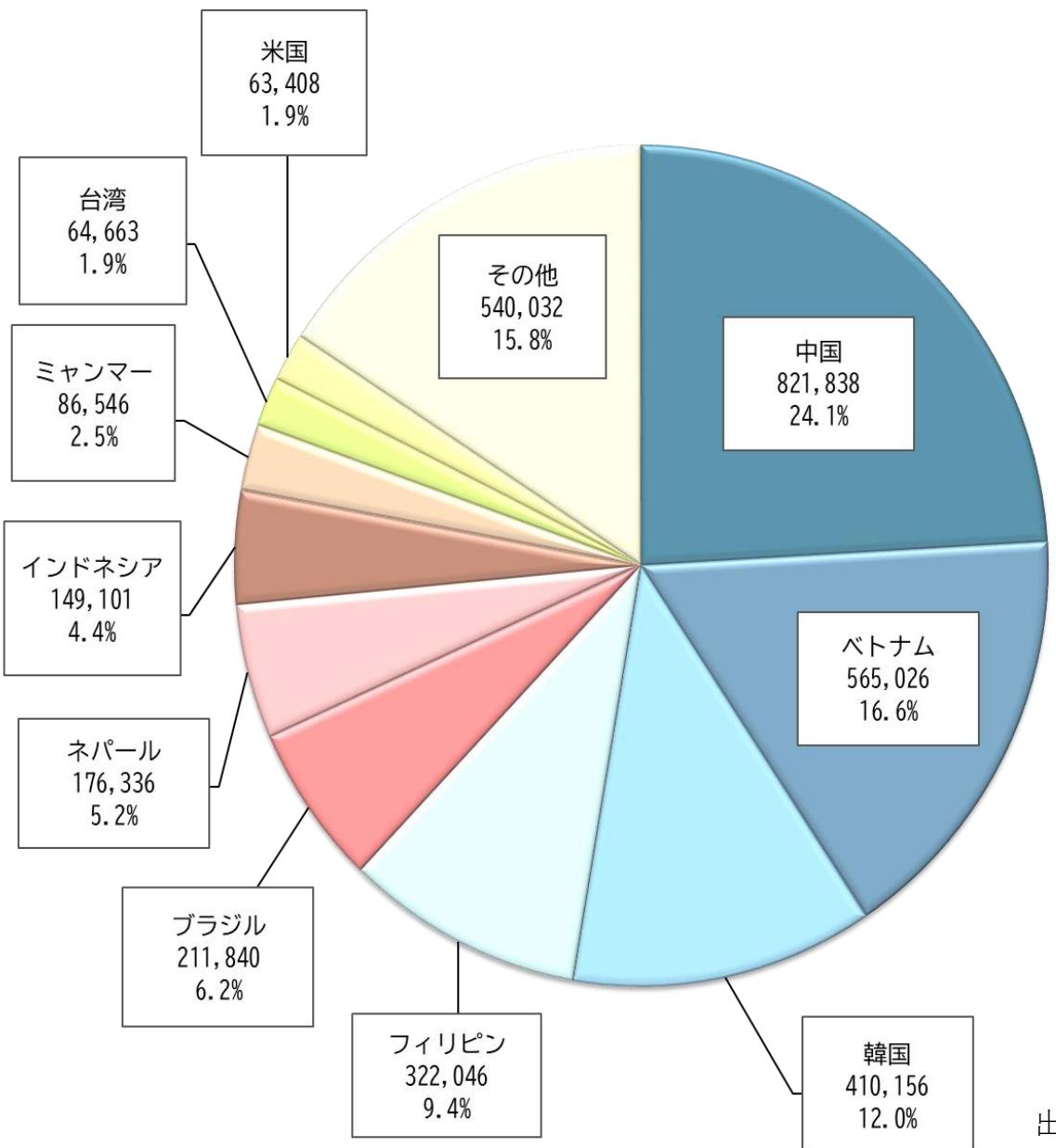
- (1)被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加
- (2)市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加

・ コミュニケーションの支障、低所得の方が多い

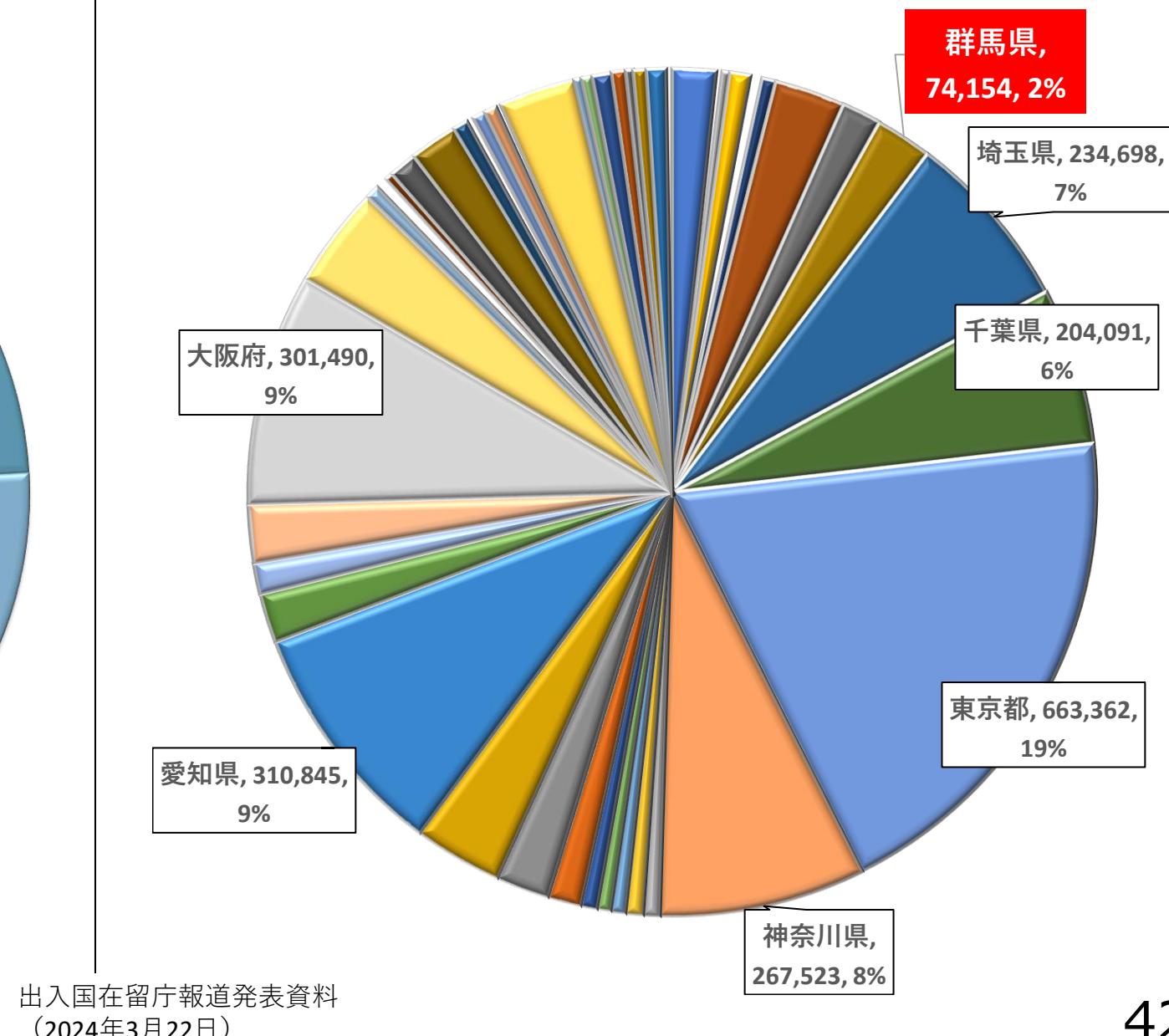
- 必要な医療を受けられない可能性
- 重症化するまで未受診、治療の遅れ
- 未収金

→ いずれ、高齢化

国籍・地域別 在留外国人の構成比（2023年末）

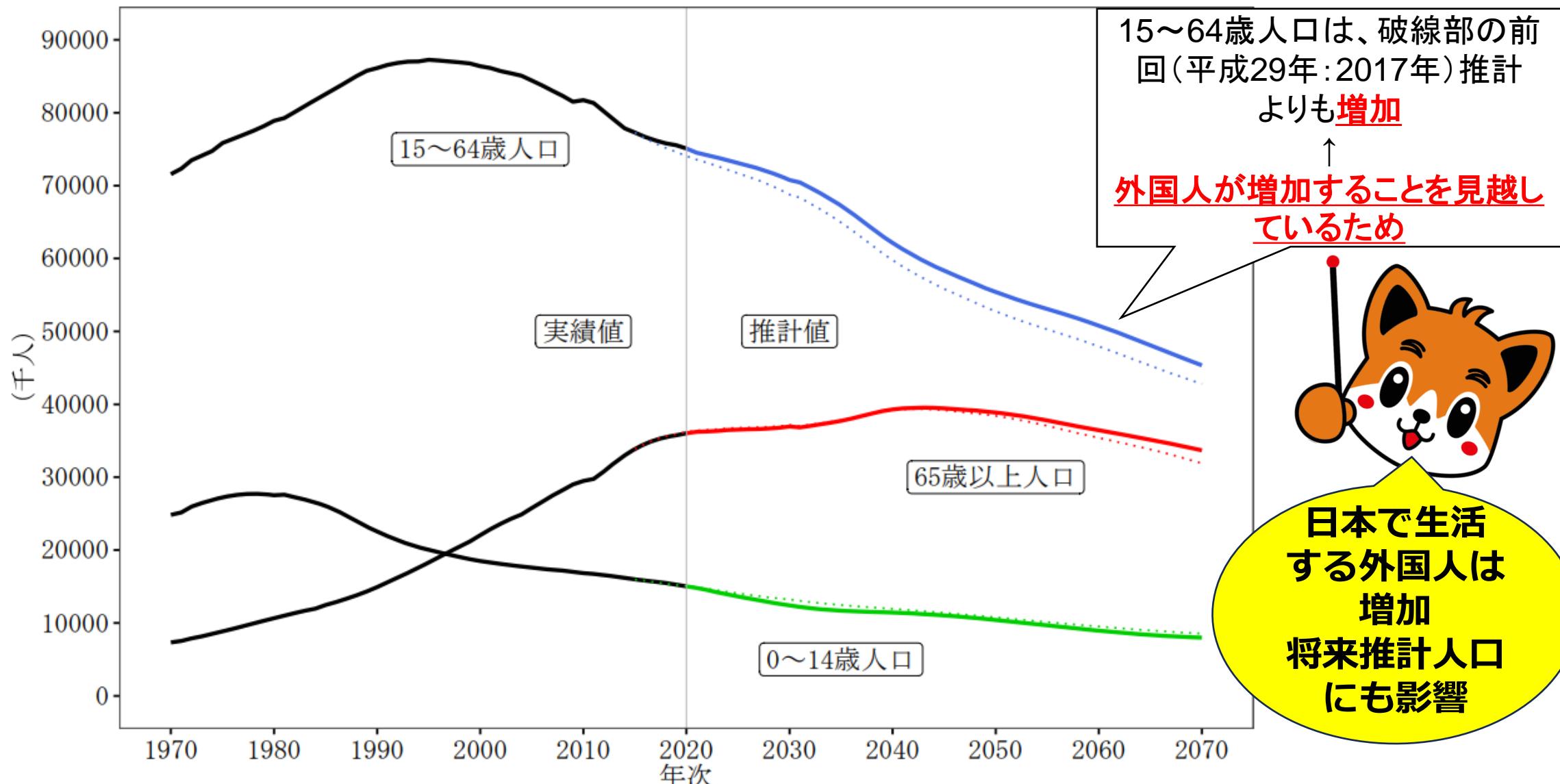


都道府県別 在留外国人数の推移（2023年末）



年齢3区分別人口の推移：出生中位（死亡中位）推計

日本の将来推計人口（2023年）



破線は前回中位推計。

地域医療への影響例：在留外国人数の増加

- 訪日外国人だけでなく、在留外国人数も増加傾向。
- 2023年末現在の中長期在留者数は、312万9,774人、特別永住者数は、28万1,218人で、これらを合わせた在留外国人数は、341万992人となり、前年末（307万5,213人）に比べ、33万5,779人（10.9%）増加。

「中長期在留者」とは、入管法上の在留資格をもって我が国に在留する外国人のうち、次の(1)から(4)までのいずれにも当てはまらない人。

なお、次の(5)及び(6)に該当する人も中長期在留者には当たらない。

(1) 「3月」以下の在留期間が決定された人

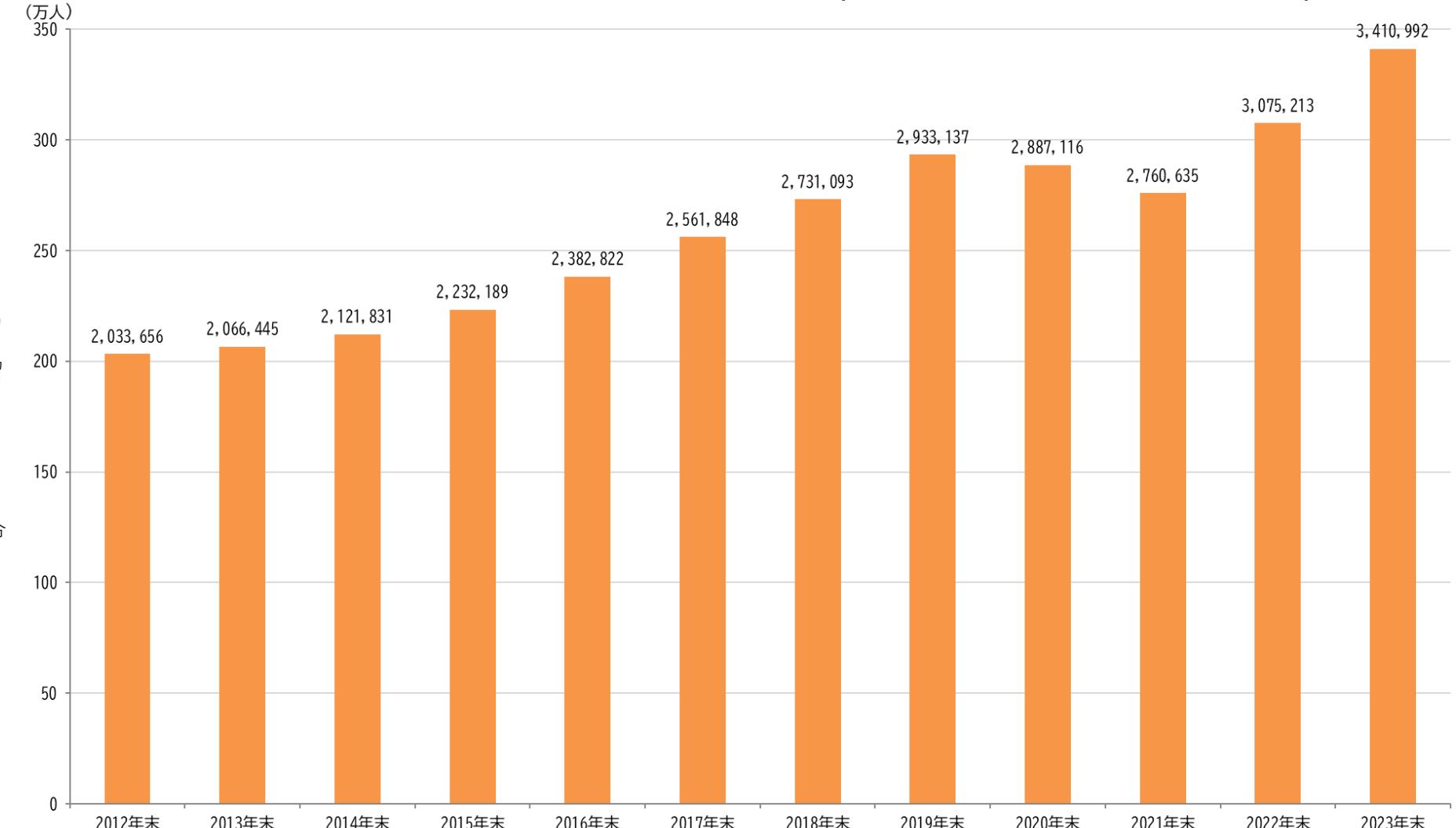
(2) 「短期滞在」の在留資格が決定された人

(3) 「外交」又は「公用」の在留資格が決定された人

(4) (1)から(3)までに準ずるものとして法務省令で定める人（「特定活動」の在留資格が決定された台湾日本関係協会の本邦の事務所若しくは駐日パレスチナ総代表部の職員又はその家族の方）

(5) 特別永住者

(6) 在留資格を有しない人



日本医師会の医療政策

新たな地域医療構想を中心に

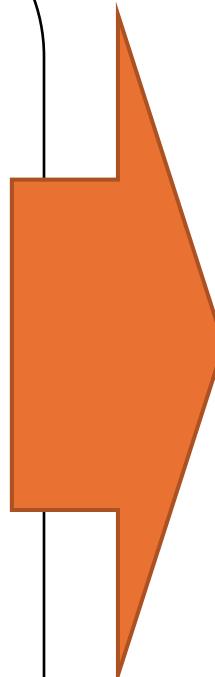
1. これから医療の需要と供給はどうなっていくか
2. 日本医師会として、どのように「新たな地域医療構想」の議論に臨んだか
3. 現在、新たな地域医療構想と医療計画について検討されていること
4. 2040年の前にすべきこと～現在の医療機関の危機的状況に向けて

これからの日本の医療は、世界の先駆けとなり得るか

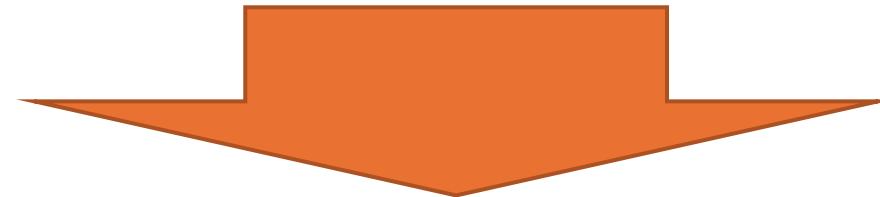
さらに進む人口変動（超高齢社会、少子化による人口減少）と医療の需給変化に対し、
持続可能な公的医療保険と、地域における
医療機能の分化と連携で対応

日本の医療のよさ

- ・ **国民皆保険、現物給付、フリーアクセス**により、いつでもどこでも誰でもが最善の医療を受けることができる
- ・ 人口あたりの**病床数**（回復期、慢性期含む）、**CT等の多さ**
- ・ **高度な医療技術**と全国各地への普及（多くの国民が享受）
- ・ **各地域の予防・重症化予防**（フレイル、認知症対策など）、健康増進活動
- ・ 介護保険制度の創設、地域包括ケアシステムにより、**医療・介護を中心とした体制づくり、まちづくりを実現**
- ・ 高い職業倫理と専門性を持ち、地域医療を担うかかりつけ医
- ・ 各地でかかりつけ医機能を推進する医師会活動



**さらに進む人口変動（超高齢社会、少子化による
人口減少）と医療の需給変化に対し、
地域における医療機能の分化と連携で対応**



新たな地域医療構想

- ・これまでの日本医師会の主張、
- ・新たな地域医療構想のすがた
　～治す医療と治し支える医療
- ・現在の検討状況



2011年～地域医療構想に至る経緯



2011年当初の厚労省案

- ・「急性期型病床群」制度の創設を提案

- ・要件を満たした病床群（病棟）を認定ないし登録する制度
- ・要件を満たせない場合は、実質上、診療報酬の低減などで急性期医療から撤退を余儀なくされる懸念があった。

2012年日本医師会提案

2013年四病協との合同提言

- ・後の病床機能報告と地域医療構想の基礎となる内容の提案

- ・地域の医師会等を中心としてネットワークを構築。
- ・各医療機関が担う機能を情報提供し、都道府県は、医師会等の主体的な関与の下で、地域の実態を踏まえた医療提供体制を検討する。

2014年医療法改正

- ・病床機能報告、地域医療構想を導入
(地域医療介護総合確保基金も)

- ・各医療機関が、病床機能報告によるデータ等をもとに自院の立ち位置、将来を考え、機能が自主的に收れんされていく仕組み
- ・地域の関係者が協議する調整会議
- ・「地域の実情」に応じることを重視

2011、2012年当時の日本医師会の主張（現在も基本的には同じ）

地域の医療ニーズは、住民の年齢・疾病構造、受療行動や交通事情などによって多様であり、かつ変化しうる。1つの医療機関が様々な機能を持ち、地域に密着して医療を提供していることが、日本の医療を支えてきた。さらに、今後の高齢化の進展により、患者の病態は様々なものとなる。

まずは、急性期医療及び在宅医療の中間に立つ一般の病院や診療所の機能強化こそが重要である。そして、医療の機能分化や連携は、あくまでも地域の関係者が参画、議論した上で作成する医療計画により推進するべきである。

新たな地域医療構想へ向けて

- まず、新たな地域医療構想の大義や目的の共有を
- 「医療機関機能」は「病棟機能」の総和→複数の選択可を
- 病床機能報告の「回復期」を「**包括期**」へ見直しを
- 構想区域は規模に応じた「分割」や「合併」の柔軟な対応を
- 在宅医療圏は「市町村単位」で構想区域と連携を
- 「**地域医療介護構想**」への変革と調整会議の活性化を
- 地域特性を踏まえて地域の裁量拡大を
- 予測と異なる実態を踏まえ「現状投影型モデル」から「**新たな推計**」へ
- 直近の実績を踏まえた見直し修正を→医療計画：2024/2030/2036年
- 医療機関の健全経営の担保を踏まえた議論を

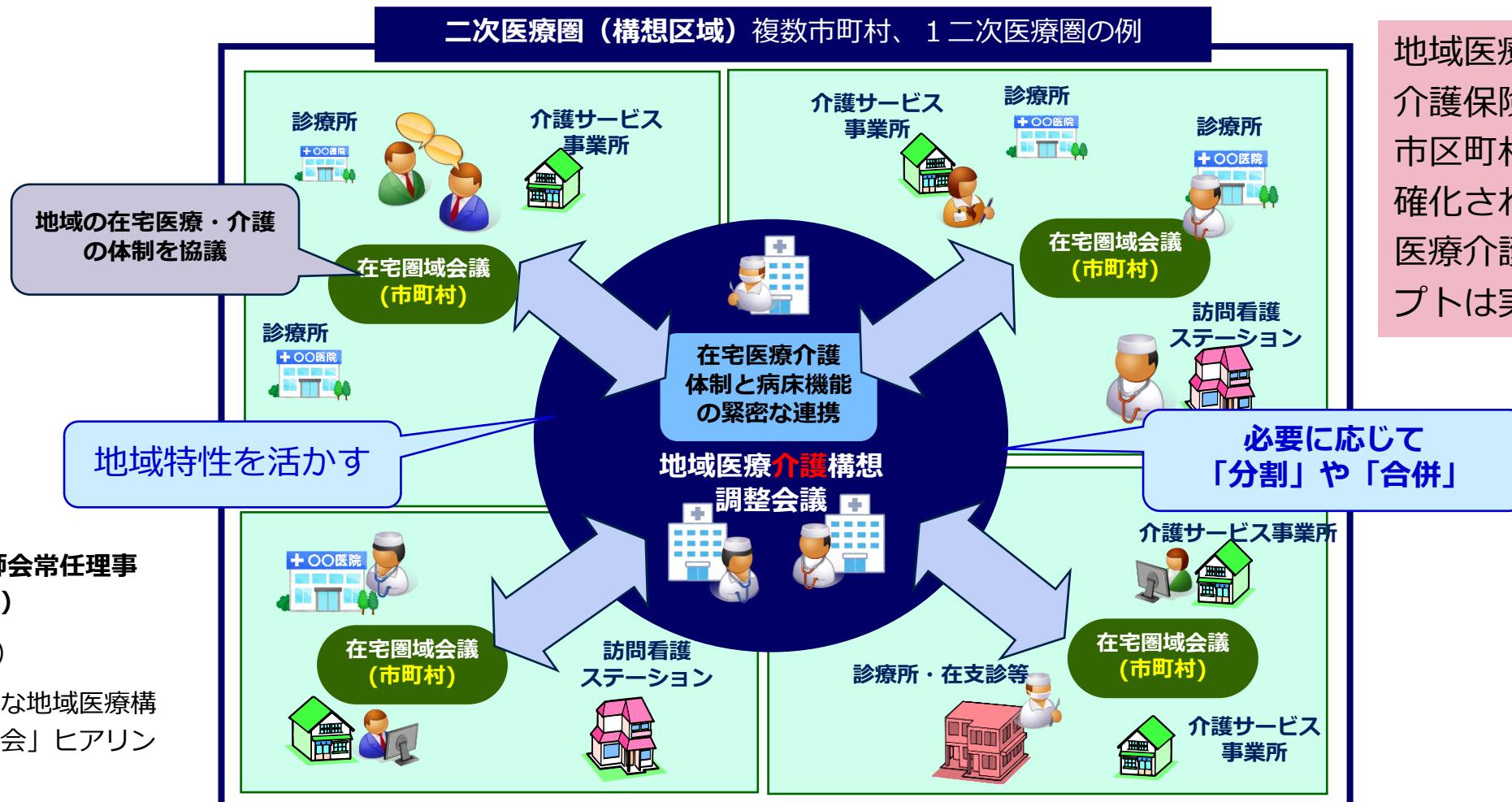


日本医師会による提案 **病床機能の「回復期」を「包括期」へ**

- 高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能
- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能

日本医師会では、「『地域医療構想』から『地域医療介護構想』という象徴的な表現を用いて、医療と介護の連携を推進していくことを主張

新たな地域医療構想では、地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制を整理する
在宅医療圏は原則市町村単位とし、これらを包含する二次医療圏（構想区域）で地域医療構想調整会議との緊密な連携を図る。



地域医療構想調整会議に、介護保険事業を運営する市区町村行政の参加が明確化されるなど、「地域医療介護構想」のコンセプトは実現に近づいた

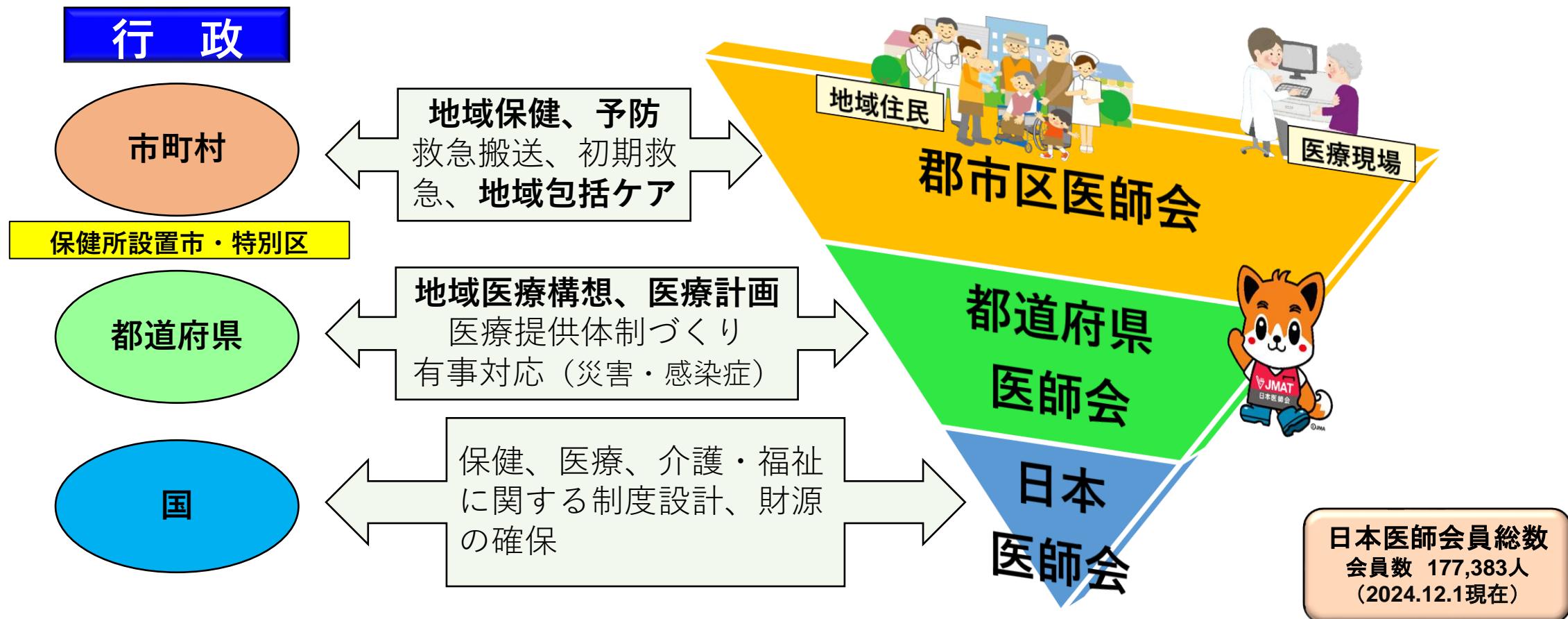
新たな地域医療構想と 密接にかかわる課題

**～医師の高齢化、医師偏在と
医師会の組織力～**



地道な医師会活動が、日本の医療の成果につながってきた

- ・ 郡市区医師会は、地域住民や医療の現場に最も近い
- ・ 都道府県医師会は、医療行政を担う都道府県のカウンターパート



医師会組織は、全国あまねく設立され、市区町村、都道府県、国の単位で連携を取って活動。こうした強みを活かし、平時だけではなく、有事においても国民の生命と健康を守る体制を充実させていく。

マンパワー 提供者側（医師）の高齢化も進展している

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で6.1万人増加しているが、**60歳以上の医師が占める割合は18%に増加**しており、平均年齢は45.4歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で1.7万人増加しているが、**60歳以上の医師が占める割合は53%程度**で、平均年齢は60.4歳まで上昇している。

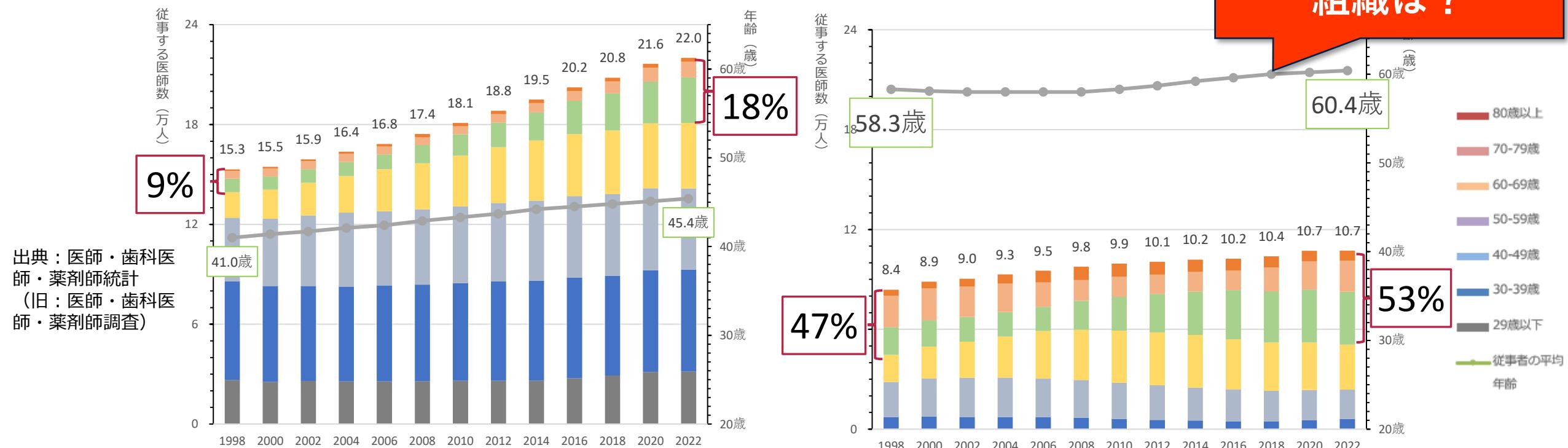
年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移

厚生労働省資料を一部改変

病院

診療所

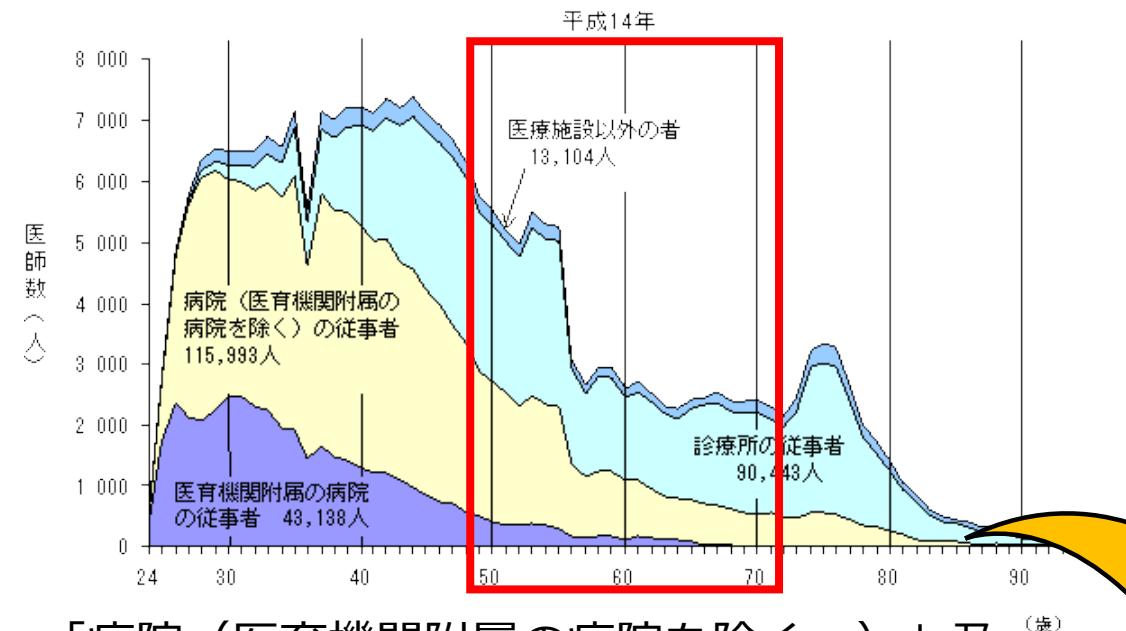
2040年は？
地方のかかりつけ
医機能、医師会
組織は？



帝国データバンク調査より；医療機関（病院・診療所・歯科医院）**経営事業者の休廃業・解散が急増**している。2023年度（2023年4月～2024年3月）は、倒産件数の12.9倍となる709件の休廃業・解散が確認され、過去最多を更新。10年前と比較して2.3倍に増えた。**背景には経営者の高齢化や後継者不在の問題**がある。なかでも「診療所」の増加が著しく、事業を断念するケースは今後さらに増加することが予想される。

平成14年（医師・歯科医師・薬剤師調査）

各年12月31日現在



「病院（医育機関附属の病院を除く。）」及び「医育機関附属の病院」では「30～39歳」、「診療所」では「40～49歳」、「70歳以上」が多い。

平均年齢をみると、「病院（医育機関附属の病院を除く。）」では43.6歳、「医育機関附属の病院」36.6歳、「診療所」58.0歳となっている。

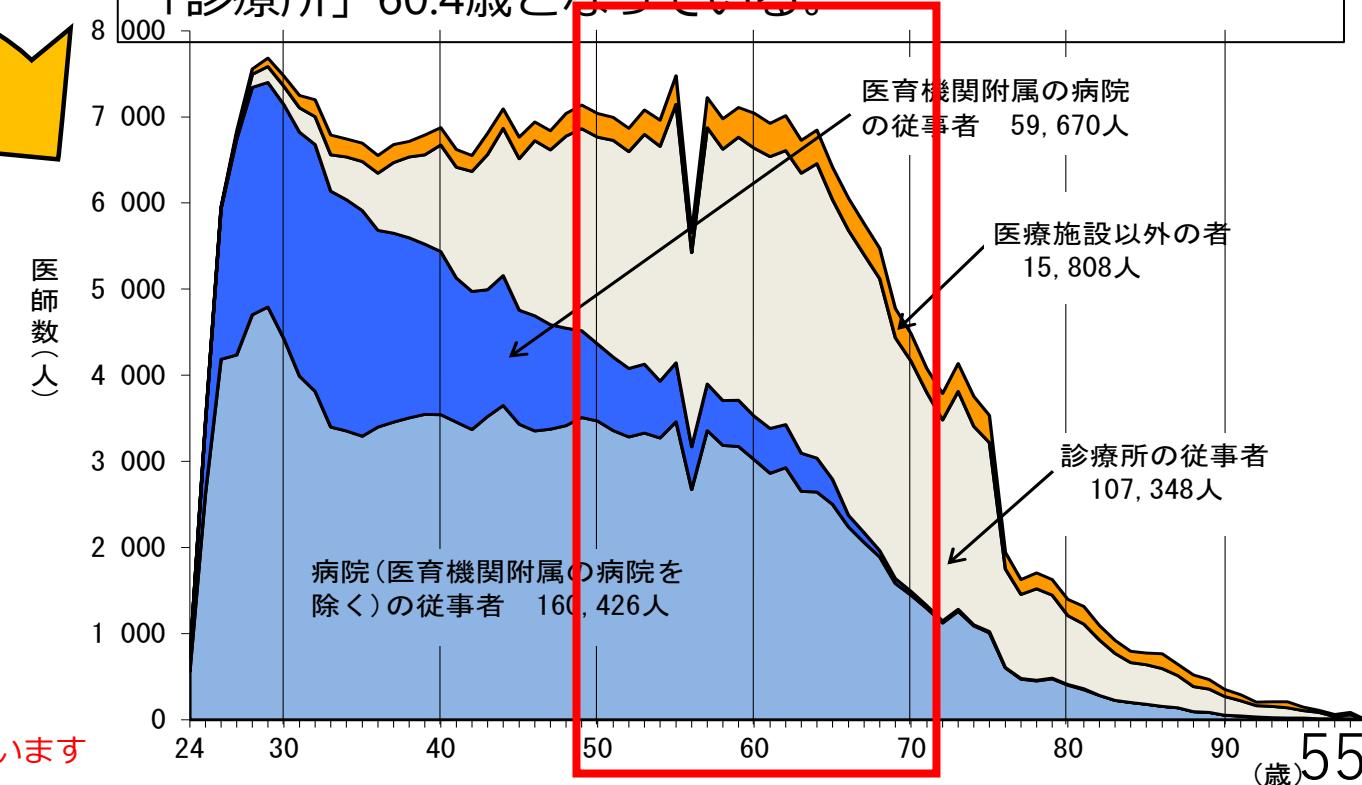
※グラフでは、医育機関とそれ以外の病院の位置が入れ替わっています

医師の高齢化

50～70代の医師の層が、新医師臨床研修前の平成14年に比べて厚くなっている

令和4年（医師・歯科医師・薬剤師統計）

年齢階級別にみると、「病院（医育機関附属の病院を除く。）」「医育機関附属の病院」では「30～39歳」、「診療所」では「60～69歳」が最も多い。
平均年齢をみると、「病院（医育機関附属の病院を除く。）」では47.6歳、「医育機関附属の病院」39.6歳、「診療所」60.4歳となっている。



医師偏在（医師偏在指標より）

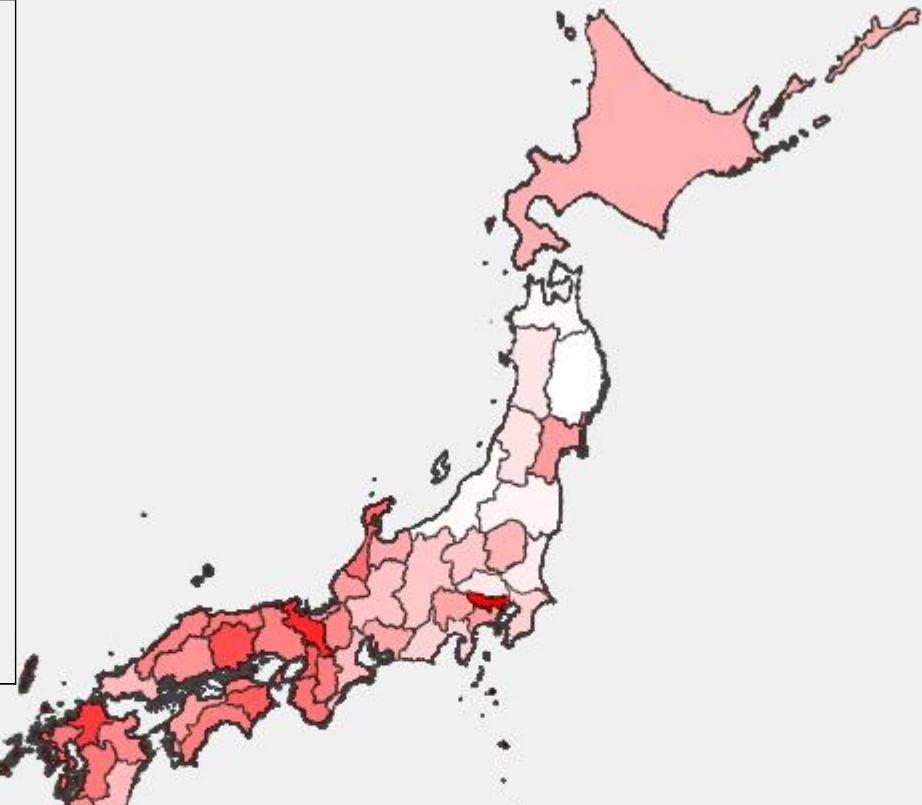
(都道府県別)

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

■ 上位1/3 ■ 下位1/3



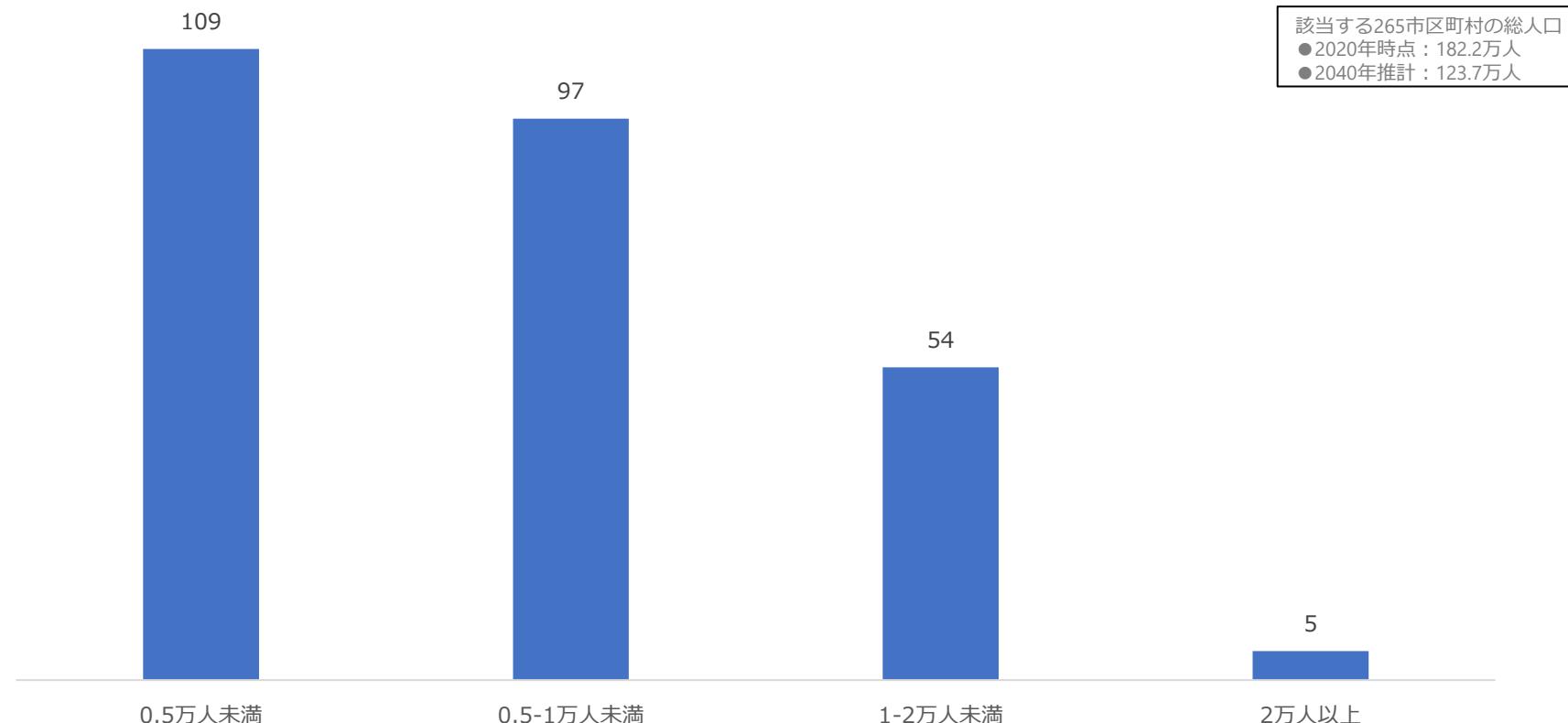
※厚生労働省資料においても、「医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意したうえで、活用する必要がある」とされている

市区町村における診療所数と2040年の見込み

診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定

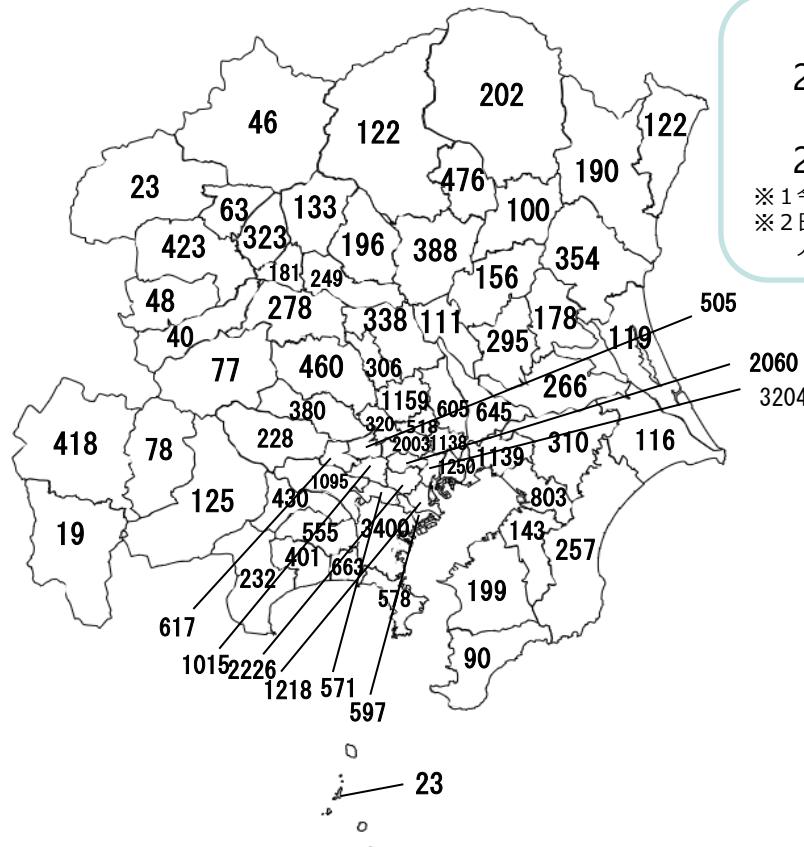


関東地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 関東地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、41.5%の減少が見込まれている。
- 関東地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、70の二次医療圏のうち、24（34.3%）の二次医療圏において、50%以上の減少が見込まれている。

2022年 診療所医師数 :37,596



2040年

診療所医師数 : 22,011

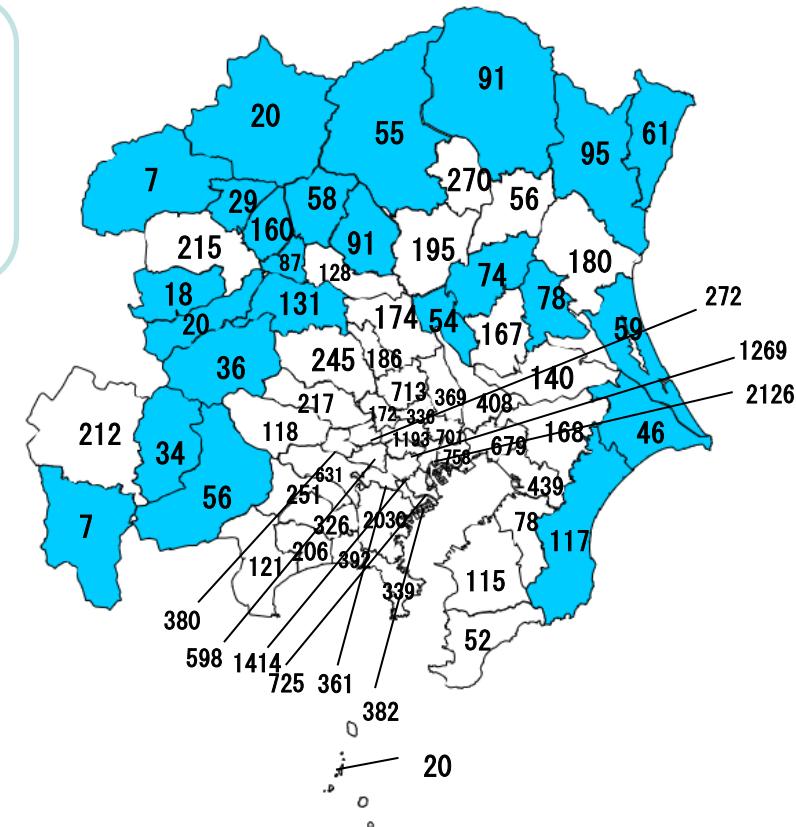
※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

【関東地方の人口推移】

2020年 4,446.3万人※1
(3.8%減)

2040年 4,277.1万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）
※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

地域医師会の解散

会員の高齢化、減少による
郡市医師会の解散、近隣
医師会への統合の事例

岡山県医師会WEBサイトより

○ 久米郡医師会が解散（9月）

久米郡医師会は2022年9月30日をもって解散した。「会員の減少による減収とコロナ禍での活動制限などで会の運営が行き詰った」（岩本博通元同医師会長）。久米郡医師会は1947年発足、2005年の市町村合併により旧久米郡久米町が津山市に編入されたことで、医師会会員の減少に拍車がかかったうえ、高齢化による退会や閉院があり、ここ数年は5医療機関（久米南町2、美咲町3）、会員7人となっていた。会員は2023年3月末まで契約業務を遂行、4月1日から津山医師会の所属となる。

東白川郡医師会 白河に統合へ

今、年5月末現在の会員数は
白河147人、東白川郡20人。
（県立医大医師会を含む）
うち、白河は5番目に多い
。一方、東白川郡は2番目に少
く、50代と60代の
計2人以外は70代以上で高
齢化が著しい。

「統合は白河との間で2
年ほど前から検討してい
た」と、東白川郡医師会の
会長（55歳）は明かす。
会員医師の減少や高齢化の
ほか、事務局作業の負担の
大きさも統合に向かわせた
理由に挙げる。

小規模な医師会では、会
長が當る医院などの関係者
や会長の家族が事務担当と
なる例が多い。東白川郡で
も、星会長が施設長を務め
る介護老人保健施設を運営

高齢化や会員減 事務重荷



する埼玉県病院の元事務職員が週2日、事務処理しているが「国や県からの依頼案件が近年激増し、処理が追い付かない。一方で会員減により財務が厳しく、事務職員の手当額は据え置かれている」という。

統合後は休日当番医や予防接種、学校医など、自治体の要請などを受けて医師会が抱ってきた地域医療の維持が課題となる。星会長は「住民が困らないよう現行の水準を保ちたい」と語るが、詳細は両医師会の間

時間を重視する医師の増加もあり、10年後には、奉仕の精神で続けてきた医師会活動は成り立たなくなるかもしない」と危ぶむ。

福島県南の東白川郡医師会が高齢化による減少を理由に、管轄地域が隣接する白河医師会に統合されることになった。将来的存続を断念する形で、この地区（都市）医師会の再編は県内初のケースで、東北でも異例だ。地域医療を支える医師会の統廃合の行く末に關心が集まっている。



でまだ決まっていない。規模の大きい医師会も人繰りは課題だ。県内最大の約700人が加入する郡山医師会は10日、会員の高齢化や働き方改革などで特に小児救急医療の維持が困難だとして、市に支援を求めると要書を提出した。

これまでの国への予算要望活動（医師偏在対策関係）

超高齢社会による地域の過疎化の進展や、救急等の医療需要の変化に対応し、同時に少子化が急加速する中、特に小児医療・周産期医療体制の強力な方策を展開していく必要がある。また、日本医師会の医師偏在対策（2024年8月公表）等、喫緊の課題となっている人材の養成・確保対策を講じなければならない。

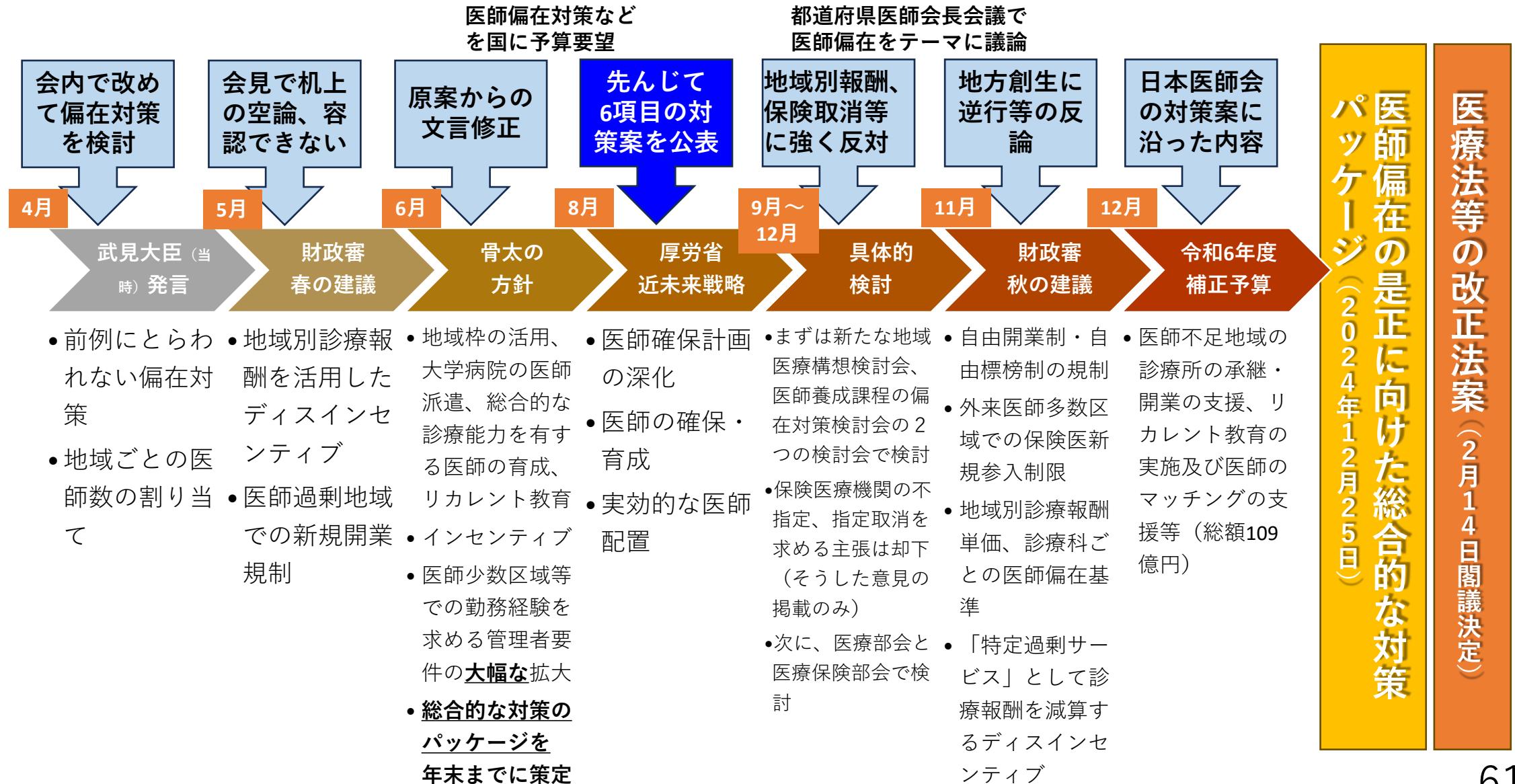
- ① 都道府県医師会・都道府県行政・大学等が一体となって臨床研修修了後や地域枠義務年限終了後も地域に留まつてもらうための取り組みに対する支援
- ② 医師少数の地域の医療機関に赴任・勤務する医師への支援、学会・研修等の支援、後任者確保、派遣元医療機関への支援
- ③ 地域医師会や自治体による診療所の医業承継支援事業（マッチング、地方銀行等との連携、改築・改装・機器整備並びに承継後の支援）への支援
- ④ 重点医師偏在対策支援区域の診療所承継・開業支援事業の拡充・周知徹底、地域で必要な診療領域の診療所の医業承継・開業への支援
- ⑤ 医師少数地域への広域マッチング事業の拡充、女性医師バンク・復職支援、都道府県医師会ドクターバンクへの支援

医師偏在対策 国の動きへの日本医師会の対応



日本医師
会の対応

国の動き



「医師偏在に対する日本医師会の考え方」の公表

- ・医師の偏在解消は、国民皆保険制度を堅持し、フリーアクセスの下、必要な時に必要な医療を受けられる体制を確保するため必要不可欠な取り組みである。
- ・医師の偏在解消策を考えるに当たっては、医師多数区域・少數区域といった全国一律の基準で物事を言うのではなく、行政、大学病院や派遣する病院、医師会、医療関係団体、住民の協議等を踏まえ、それぞれの地域で今何が足りないのか、どういったところが本当に必要なのかをまず議論すべきである。
- ・医師偏在の解消は一朝一夕にいくものではないが、若手の医師にモチベーションをもってもらうことが大事になる。
それを支えるためにも経済的インセンティブを付けることが一番効果がある。



医師偏在に対する日本医師会の考え方（令和6年8月21日）

医師偏在については、一つの手段で解決するような魔法の杖は存在せず、解決のために、あらゆる手段を駆使して複合的に対応していく必要がある。日本医師会は、これまで医師偏在対策に取り組んできたが、未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える中で、国民の生命と健康を守り適切な医療を引き続き提供していくため、もう一段階ギアを上げて、医師偏在対策に主体的かつ積極的に取り組み、地域医療の強化につなげていく。

都道府県における議論とこれまでの取り組みは引き続き充実させていくことを前提としつつ、以下6点の取り組みを進めるべきである。

1. 公的・公立病院の管理者要件

現在、2020年度に臨床研修を開始した医師から適用されている医師少数区域勤務経験を求める地域医療支援病院の管理者要件の対象病院を、今後医師免許を取得する医師のキャリア形成などに十分に配慮した上で、公的・公立病院にも拡大する。

臨床研修医への導入や、いわゆる後期研修医などの若手医師の研修で、医師少数地域での研修期間をのばすプログラムも検討する。

2. 医師少数地域の開業支援等

医師少数地域において新たに診療所を開設する医師に対して、開設から一定期間の資金支援策を創設するとともに、医師少数地域で働く医師（勤務医・開業医）の確保・派遣を強化する。

3. 全国レベルの医師マッチング支援

医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を行いつつ、医師少数地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを創設する。

4. 保険診療実績要件

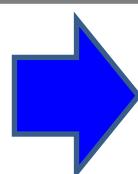
保険医療機関の管理者として、卒後一定期間の保険診療実績の要件を加え、保険診療の質を高める。

5. 地域医療貢献の枠組み推進

現行の地域に必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入する。

6. 医師偏在対策基金の創設

上記の施策を5～10年で推進するための1,000億円規模の基金を国において創設する。



厚生労働省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」、令和6年度補正予算等に概ね反映

NHKの不適切な番組内容に対する抗議文を送付

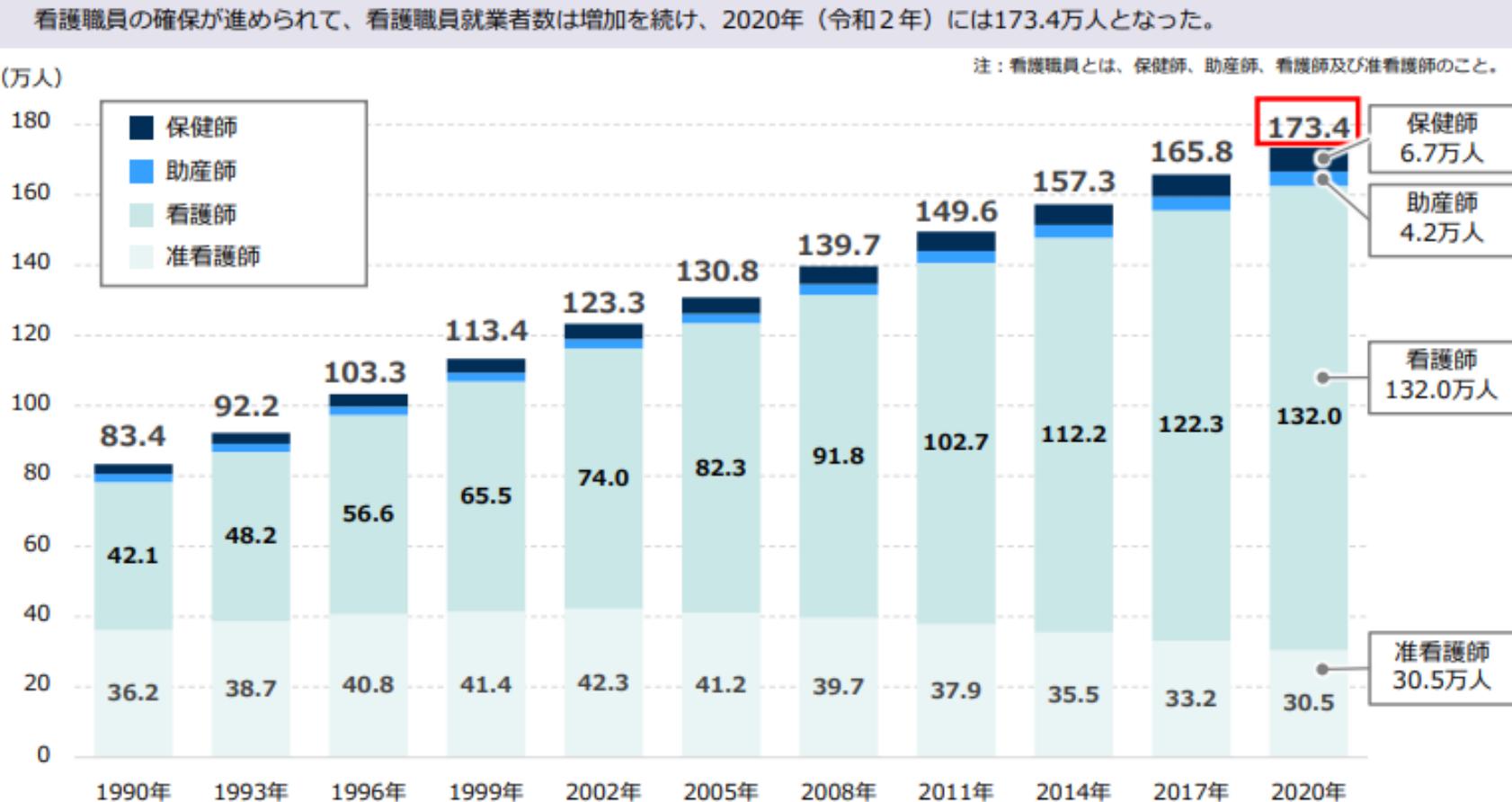
令和7年（2025年）6月20日（金）/日医ニュースより

- ・日本医師会は6月1日に放映されたNHKスペシャルドキュメント「医療限界社会追いつめられた病院で」について、不適切と思われる箇所があったとして担当ディレクターに直接抗議を行うとともに、抗議文を送付した。
- ・その中では、今回の番組がおおむね特定の病院への取材や、客観的な事故の検証を受けていない視聴者等の声に依拠した構成となっていたことについて、**あたかも全国各地の医療機関において、医師不足のため医療事故やいわゆるヒヤリハット事例を頻回に起こす医師を雇用せざるを得ない状況にあるとの印象を与えかねないと指摘。**
- ・また、国家資格ではなく、法的には資質や権能が担保されてはいない「診療看護師」が取材先の医療機関の医師の処置等について自身の見解を述べている場面もあったことに触れ、「公共放送でこのような場面を放映することは、全国の医師に対する国民・患者さんの信用、あるいは医師・看護職員等のチーム医療の推進が損なわれかねない」と強い懸念を伝えた。
- ・更に、今回の番組では「医師偏在」と「医療機関経営」という極めて大きなテーマが取り上げられているにもかかわらず、**日本医師会の意見も聞いていないことを問題視**。今後はこれらの点に十分配慮の上、番組を制作するよう要望した。

これからの医療提供体制

～地域に根付いた看護職の確保が重要～

看護職員就業者数の推移



資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

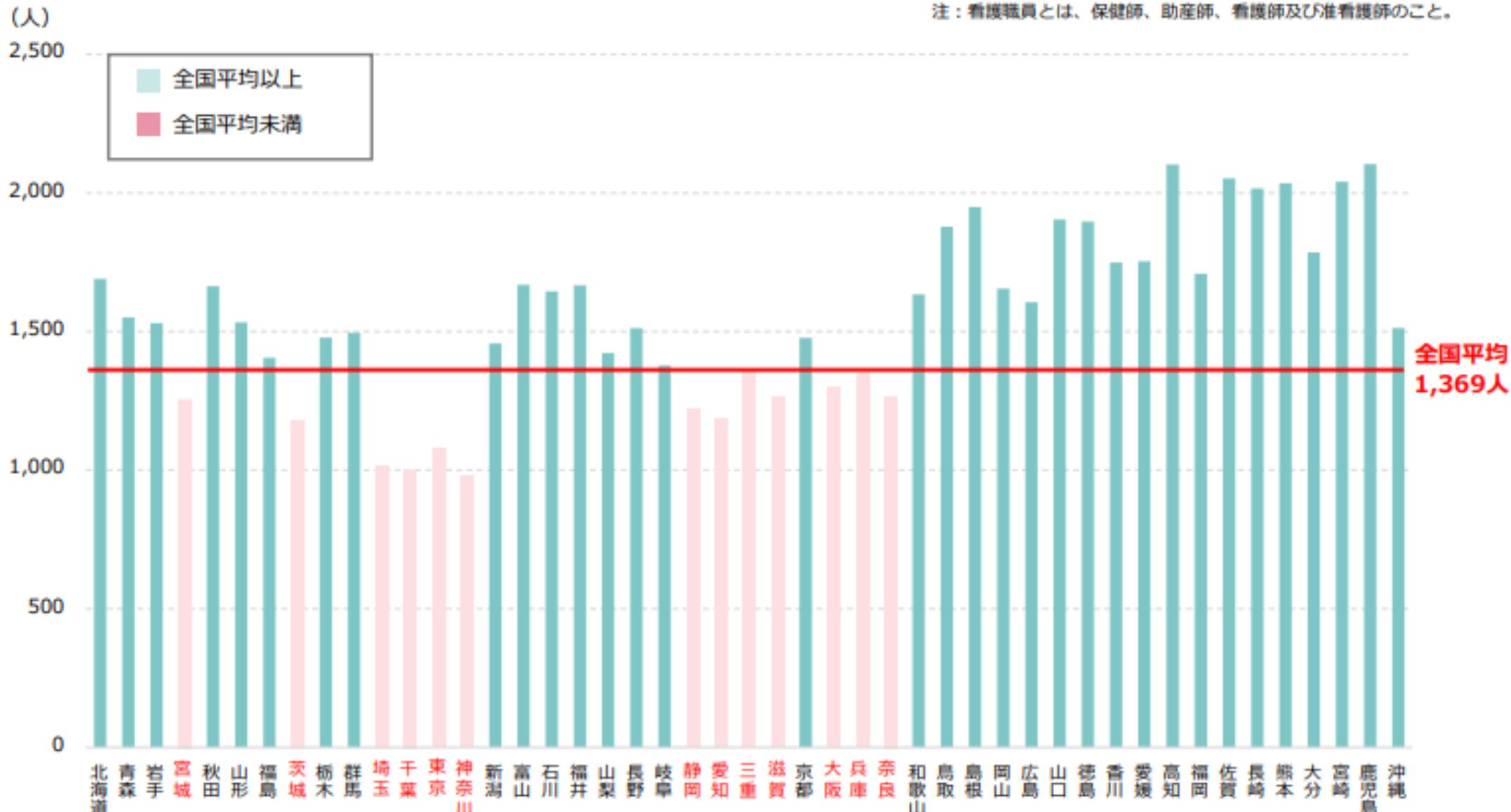
・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。

・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。

・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

都道府県別 人口10万人当たり看護職員就業者数（2020年（令和2年））

人口10万人当たり看護職員就業者数については、首都圏等の都市部において、全国平均よりも少ない傾向。



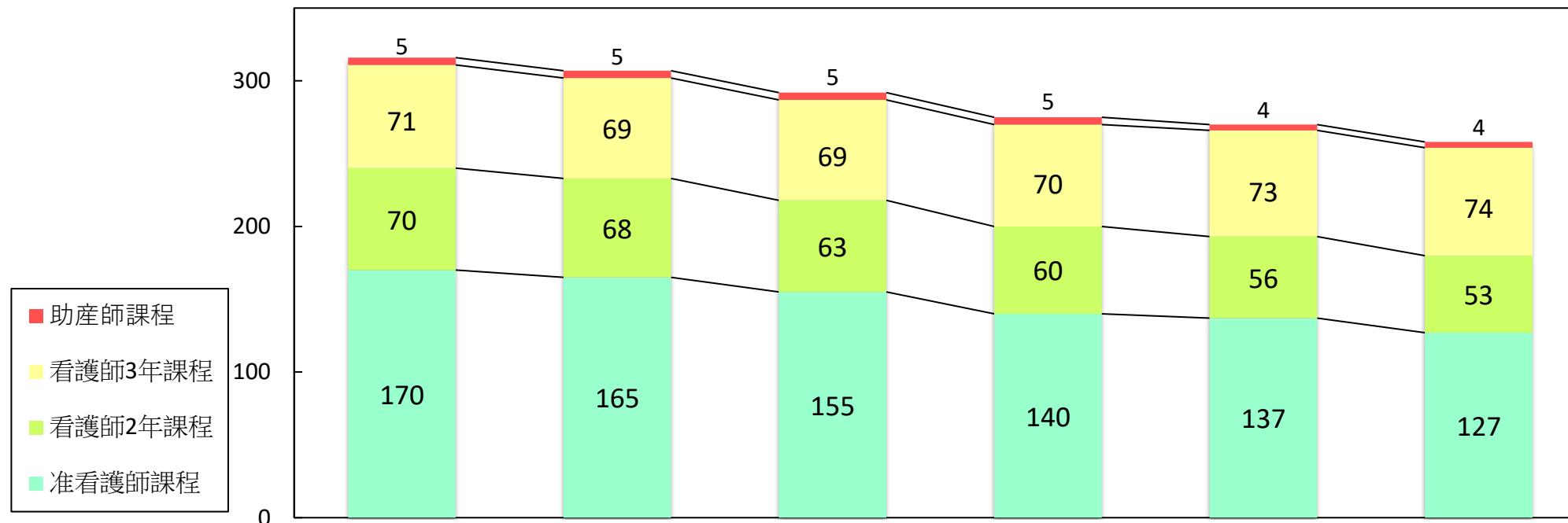
資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査（令和2年）」「衛生行政報告例（隔年報）」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（令和3年1月1日現在）」

地元に定着し、地域に根付いて看護を担う人材育成

～医師会看護師等学校養成所も深刻な状況

学校数の推移

今年度生徒募集を行ったのは、准看護師課程が127校、看護師2年課程が53校、看護師3年課程が74校、助産師課程が4校であった。准看護師課程の募集停止数は10校にのぼり、平成31年度比では43校の減となっている。



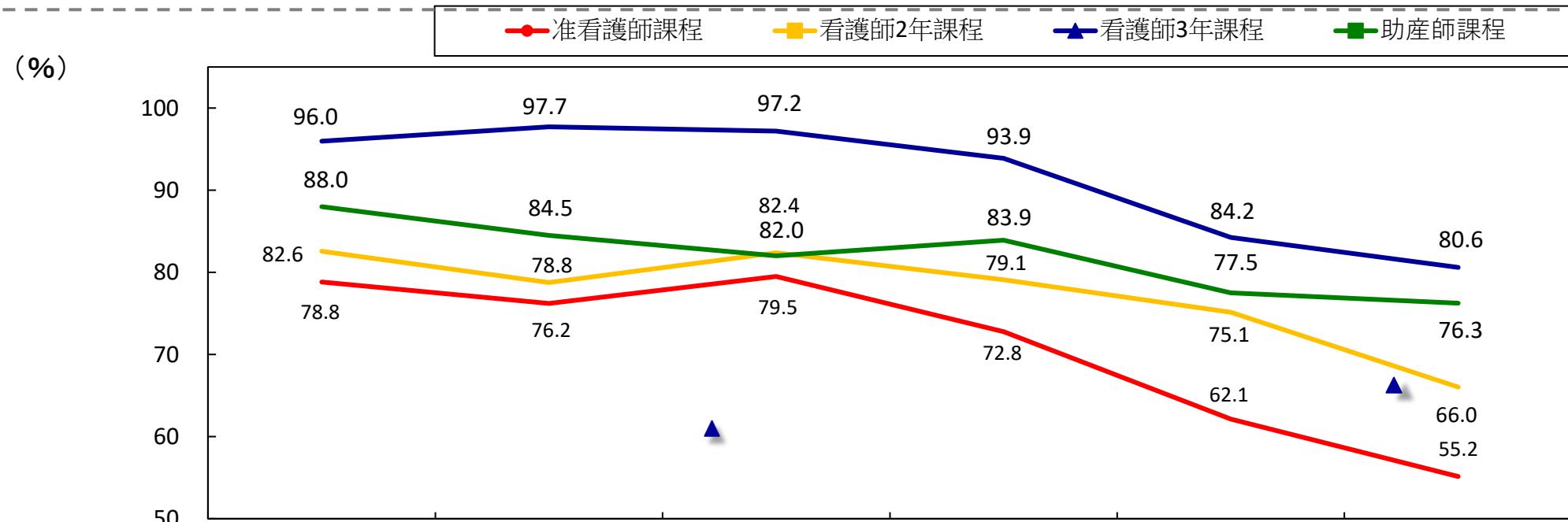
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
准看護師課程	170	165	155	140	137	127
看護師2年課程	70	68	63	60	56	53
看護師3年課程	71	69	69	70	73	74
助産師課程	5	5	5	5	4	4

地元に定着し、地域に根付いて看護を担う人材育成

定員充足率（入学者／定員）の推移

～医師会看護師等学校養成所も深刻な状況

昨年度に引き続き定員充足率の低下は著しい。特に看護師2年課程は66%、准看護師課程は55.2%と一段と低下した。定員を90%以上満たしている学校は看護師2年課程は53校中10校(18.8%)、准看護師課程は127校中15校(11.8%)であった。



	平成31年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度		令和6年度	
	回答校数 (n)	充足率										
准看護師課程	(n=170)	78.8	(n=165)	76.2	(n=155)	79.5	(n=140)	72.8	(n=137)	62.1	(n=127)	55.2
看護師2年課程	(n=70)	82.6	(n=68)	78.8	(n=63)	82.4	(n=60)	79.1	(n=56)	75.1	(n=53)	66.0
看護師3年課程	(n=71)	96.0	(n=69)	97.7	(n=69)	97.2	(n=70)	93.9	(n=73)	84.2	(n=74)	80.6
助産師課程	(n=5)	88.0	(n=5)	84.5	(n=5)	82.0	(n=5)	83.9	(n=4)	77.5	(n=4)	76.3

地方創生2.0基本構想

(6月13日、骨太の方針2025等とともに閣議決定)

(33) 地域におけるエッセンシャルワーカー等の養成

大学、短期大学、高等専門学校、専門学校及び養成校において、各地域の実情に応じたエッセンシャルワーカーや地域の担い手となる人材の養成を、関係機関と連携しながら進めるほか、大学等を核とした地域の産学官金等の連携基盤を整備する。

閣議決定に先立つ5月26日、自見はな子参院議員も参加する自民党「新地方創生本部」(本部長:山口 俊一衆議院議員)では、「地方創生2.0の起動に向けた提言【新地方創生本部 シン・提言】」を石破茂内閣総理大臣に申し入れた。

地方創生2.0基本構想

(6月13日、骨太の方針2025等とともに閣議決定)

(74) 地域医療提供体制の維持・確保

- 臨床実習に専念できる環境の整備や、大学・大学病院での医学教育や卒後の研修など医師養成過程を通じ総合的な診療能力を有する人材養成を促進する。
- 医療MaaS、郵便局等を活用したオンライン診療を始めとして、**患者が看護師等といいる場合のオンライン診療（D to P with N）**の積極的な活用を含めたオンライン診療や訪問看護の推進を図る。
- あわせて、妊娠期から産後における健診・分べん、へき地医療等のアクセス確保策に取り組む。
- また、全国規模で実施している医療DX等についても、地域において実施可能な体制構築を進める。さらに、地域の特性に応じた移植医療体制の構築を進める。

閣議決定に先立つ5月26日、自見はな子参院議員も参加する自民党「新地方創生本部」(本部長:山口 俊一 衆議院議員)では、「地方創生2.0の起動に向けた提言【新地方創生本部シン・提言】」を石破茂内閣総理大臣に申し入れた。

医師会立看護師等養成所の全国会議をはじめて開催

- ・中国・四国・九州では毎年開催している医師会立看護師養成所の会議を、はじめて全国規模で開催。
- ・都道府県医師会、郡市区医師会の役員とともに、養成所の教員も参画。
- ・看護師等養成所における厳しい現状が共有される一方、自治体に地域医療への貢献をアピールしてふるさと納税の寄付先に追加された事例など、新たな取り組みも紹介された。
- ・冒頭のあいさつで松本吉郎会長は、「今、一番苦労されているのは学生の確保だと思う。少子化や大学志向の影響に加え、他産業と比べて十分な待遇改善ができていないことも、大きな要因である」と指摘。命を預かる職務の内容に見合い、医療・介護現場で貢献したいと思う気持ちに応えられるような待遇改善に向け、引き続き政府に財源の確保を求めていくとした。

- (1) 医師会立看護学校の存亡（須藤英仁群馬県医師会長／日本医師会医療関係者検討委員会委員長）
- (2) 看護学校におけるパワハラ問題について
- (3) 医師会立看護師等養成所の事例報告
- (4) 福井県「看護師養成所学生確保重点支援事業」について
- (5) 諸問題に関する協議



令和7年度医師会立看護師等養成所会議

令和7年5月16日

※令和7年度初開催 厚生労働省医政局看護課も参加

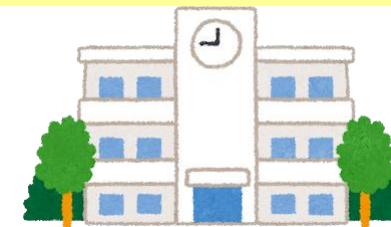
趣旨

看護職希望者の減少や看護系大学の増加など、養成所が置かれている状況は厳しいが、だからこそ地域の医療・介護を担う看護職を輩出する医師会立看護師等養成所が果たす役割は大きい。

従来、医師会立看護師等養成所をめぐる諸課題については、「都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会」において協議してきたが、現場の看護教員の意見交換の場を求める声も寄せられていた。そこで、担当理事連絡協議会を拡大し、看護教育に携わる教員の技術向上を目指し、各養成所が抱える教育上の課題について意見交換する場としても位置付ける。

参加者

各都道府県医師会医療関係者担当理事
医師会立助産師・看護師・准看護師養成所役員、教職員
日本医師会医療関係者検討委員会委員

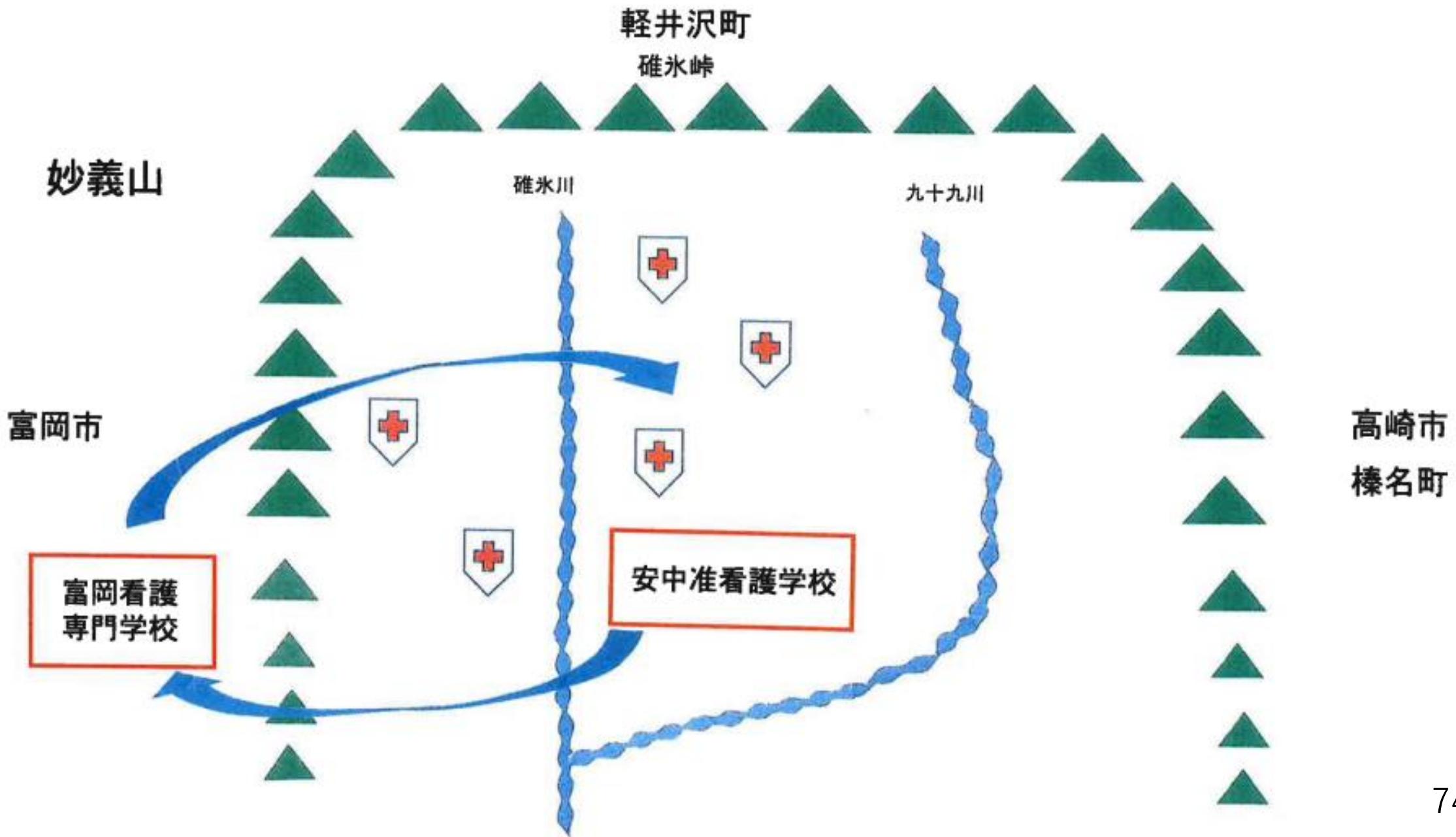


プログラム

1. 医師会立看護学校の存亡 群馬県医師会長／日医医療関係者検討委員会委員長 須藤英仁
2. 看護学校におけるパワハラ問題について 日本看護学校協議会会長 水方智子
3. 医師会立看護師等養成所の事例報告 泉佐野泉南医師会看護専門学校 校長 野上浩實
教務主任 上野雅子
4. 福井県「看護師等学生確保重点支援事業」について 福井県医師会会长 池端幸彦
5. 諸問題に関する協議

群馬県の准看護師養成の現状

- ・現在養成を継続しているのは前橋市、高崎市、桐生市、安中市、沼田市、吾妻地区、の合計6校である。
- ・前年は富岡准看護学校が養成中止となり、この数年で3校減少。
- ・残された准看護学校は高崎、前橋の群馬県中央部を除いて山間部、医療過疎地域である。
- ・これら山間部の准看護学校が閉校されれば将来的に看護職員の供給は全く見通しが立たなくなる。



安中市看護職員の安中准看卒業生は？

- 准看護師 74名。看護師 90名 合計 164名
385名の看護職のうち 164名、43%の看護職が安中准看卒業生であった。
- 看護師 258名のうち安中准看卒業生は 90名 35%
が安中准看の卒業生であった。
- 看護師 258名のうち富岡看護専門学校卒業生は 89名
34%であった。

廃校になれば地域へ 30～
40% の看護職員の供給が
ストップされる。

地域の看護学校存続のために

- ・一校当たりの経費削減 群馬県内ならば准看護学校6校がオンラインによる同一時間、同一教科書、同一講師による講義
- ・同一講義による講師陣の人員削減、看護教員の効率的配置
- ・実習は地元医療機関で行い看護学生の負担軽減。極めて重要。
- ・実習病院を都市部に移せば地元病院との関係の希薄化が起こり地域定着の低下が起こりうる。
- ・さらに現在各地にある看護大学や看護学校のサテライトとして地域の看護学校を使用し看護学生の負担軽減や地域密着を図る。
- ・更なる行政への働きかけ。2040年を前に地域医療介護の崩壊がせまっている。

「公益的なオンライン診療」について

(2024年12月21日 日本医師会にてオンライン診療に係る情報共有会を開催)

挨拶
来賓挨拶
議事

日本医師会会長 松本吉郎
参議院議員 自見はなこ

1) 国、公益団体からの情報提供

- ① 厚生労働省「オンライン診療の利用手順の手引き書」
- ② 総務省「遠隔医療モデル参考書」
- ③ 「へき地におけるオンライン診療について」

(厚生労働省医政局、日本郵便地方創生推進部、ねがみみらいクリニック院長
根上昌子先生：石川県七尾市)

- ④ 能登半島地震におけるオンライン診療の活用の報告（佐原博之常任理事）

- ⑤ オンライン診療に関する医療法改正について

2) 厚生労働科学研究での成果の紹介 山口県立総合医療センター

離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築

へき地医療支援センター長 原田昌範先生

- 3) 事例の紹介 東京都医師会理事 西田伸一先生

- 4) ディスカッション 指定発言 仙台市医師会会长 安藤健二郎 先生

総括 日本医師会副会長 角田 徹

情報共有会を踏まえ、今後、地域医療、関係省庁、
へき地支援の関係者とともに、公益的なオンライン診療を推進していく。



公益的なオンライン診療に関する協議会

日本医師会として、オンライン診療には、平時や有事で、医療へのアクセスが困難な場合に地域のかかりつけ医機能を補完することができるよう取り組む。

そして、過疎地など医療機関への物理的アクセスが困難な地域について、日本医師会においても、公益性があり、適切かつ安全性が担保されていることを前提としてオンライン診療の活用も検討している。

6月18日、日本医師会館にて、物理的に医療へのアクセスが困難な地域のため、「公益的なオンライン診療に関する協議会」を、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本郵政、日本郵便、全国郵便局長会、自治医科大学、内閣官房、総務省郵政行政部、厚労省医政局とともに開催。今後もいかなる方策が有効か、検討を進めていく。



向かって中央の松本会長の左が根岸一行日本郵政新社長、その隣が長谷川英晴参院議員。

松本会長の右が勝又一明全国郵便局長会会长、長島常任理事、自見英子参院議員。

永井良三自治医科大学学長は、ビデオメッセージにて参加

岩国市医師会病院における来院型オンライン診療体制（小児夜間診療）

岩国市における小児医療体制の現状と課題

岩国市並びに山口県全体として不足する小児科医の状況、また、国病における負担増大については今後対応が必須となります。岩国小児医療圏として不足する小児科医師資源の確保がこれまで以上に求められています。



小児科開業医の減少



医師会病院における医師確保困難



3次救急医療機関における小児患者增加
(80%以上が軽症扱い)



山口県全体における
小児医師不足

地域の先生方の高齢化、並びに山口県全体として不足する小児科資源を、
オンライン診療を用いて遠隔から確保することについて協議

医師会病院の小児科の夜間外来診療は市内の開業医が交代で担ってきたが、高齢化による引退などで開業医の数が減ったため、維持するのが困難になった。
茶川治樹院長「救急医療の体制維持は大切で、検証を重ねながら小児科以外にも広げられないか検討したい」

受付時間：木曜日・日曜日 午後7時から午後9時30分

来院型小児オンライン診療の流れ

患者さん視点でオンライン診療の流れは以下の通りとなります。赤枠で囲っている③問診情報入力④オンライン診療が対面診療との相違点となります。そのほかについては対面診療の流れと同様になります。



～受診の流れ～

- 電話にて問い合わせ（年齢・症状等の確認）
- 来院（保護者同伴で医師会病院へ）
- 問診情報の入力
- 診察（看護師同席によるオンライン診療）
- 会計・処方箋
- お薬受け取り（隣接の薬局等で受け取り）



必要に応じて
医療センターと連携



オンライン診療では不十分である場合には、対面受診を促します。
(紹介状作成の上、申し送りを実施)

「医師会共同利用施設」と小児外科医療に係る地域連携

医師会共同利用施設は地域のかかりつけ医機能を担う医師会員が診療等のため利用できる医療・介護・福祉等の施設

医師会共同利用施設の主なカテゴリー

- 医師会病院（公設民営も含む）
- 医師会臨床検査・健診センター
- 医師会立介護施設など

医師会共同利用施設は、特に地方においては、住民の健康と生活を守る重要な役割を担っている

熊本市医師会 熊本地域医療センター



- 1981年熊本市の中心部に165床で開院し、休日夜間急患センター（一次救急）と医師会員のバックアップとしての急性期医療を開始。1987年227床に増床され、地域の中核病院として現在に至る。

- 病院理念は「かかってよかった、紹介してよかった。働いてよかった。そんな病院をめざし、地域社会に貢献します。」

<主な指定> 地域医療支援病院、熊本県がん拠点病院、小児救急拠点病院 など

<標榜診療科目>

内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病代謝内科、外科、消化器外科、**小児外科**、小児科、放射線科、麻酔科、病理診断科、皮膚科、アレルギー科
以上 計14診療科



一般社団法人 熊本市医師会
熊本地域医療センター
Kumamoto Regional Medical Center

熊本市医師会 熊本地域医療センター オープンシステム

を用いた小児外科手術（829例）と休日夜間救急 オープンシステム

熊本地域医療センター
外来 小児病棟 手術室



開業医（熊本市医師会員）

熊本地域医療センターバックアップ体制

小児科・外科・麻酔科の医師・医療関連職種

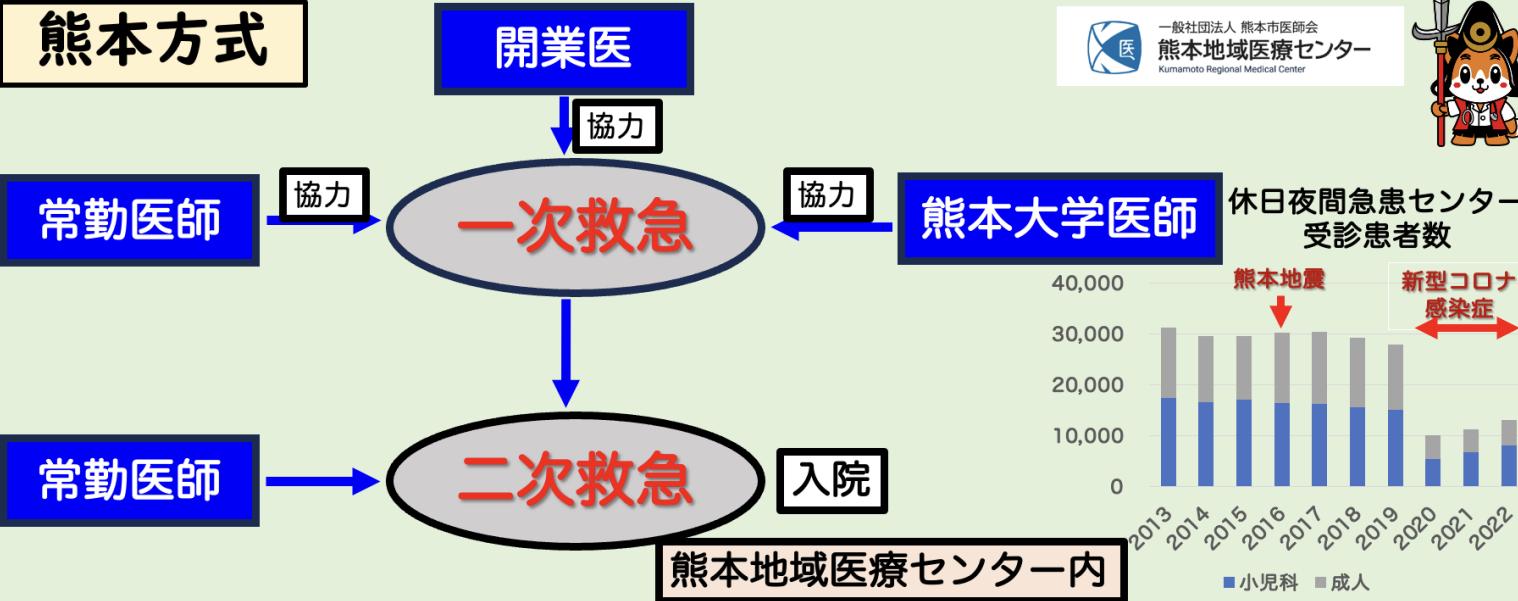
外来、病棟、手術室、事務部門のスタッフ

厚生労働省は診療の一貫性を保つため、すなわち、主治医が変わらない、一定の主治医が一貫して術前・術後を診療するために、病院と診療所の連携を強めることを推進している。オープンシステムは、その趣旨に沿って開始された。

期間：	2002年12月～2024年12月（合計22年1ヶ月間）	
手術対象疾患：	鼠径ヘルニア	694例（右331、左234、両129）
	臍ヘルニア	81例
	停留精巣	53例
	白線ヘルニア	1例
手術合計	829例（男児510、女児319）	



熊本市医師会 熊本地域医療センター 休日夜間急患センター



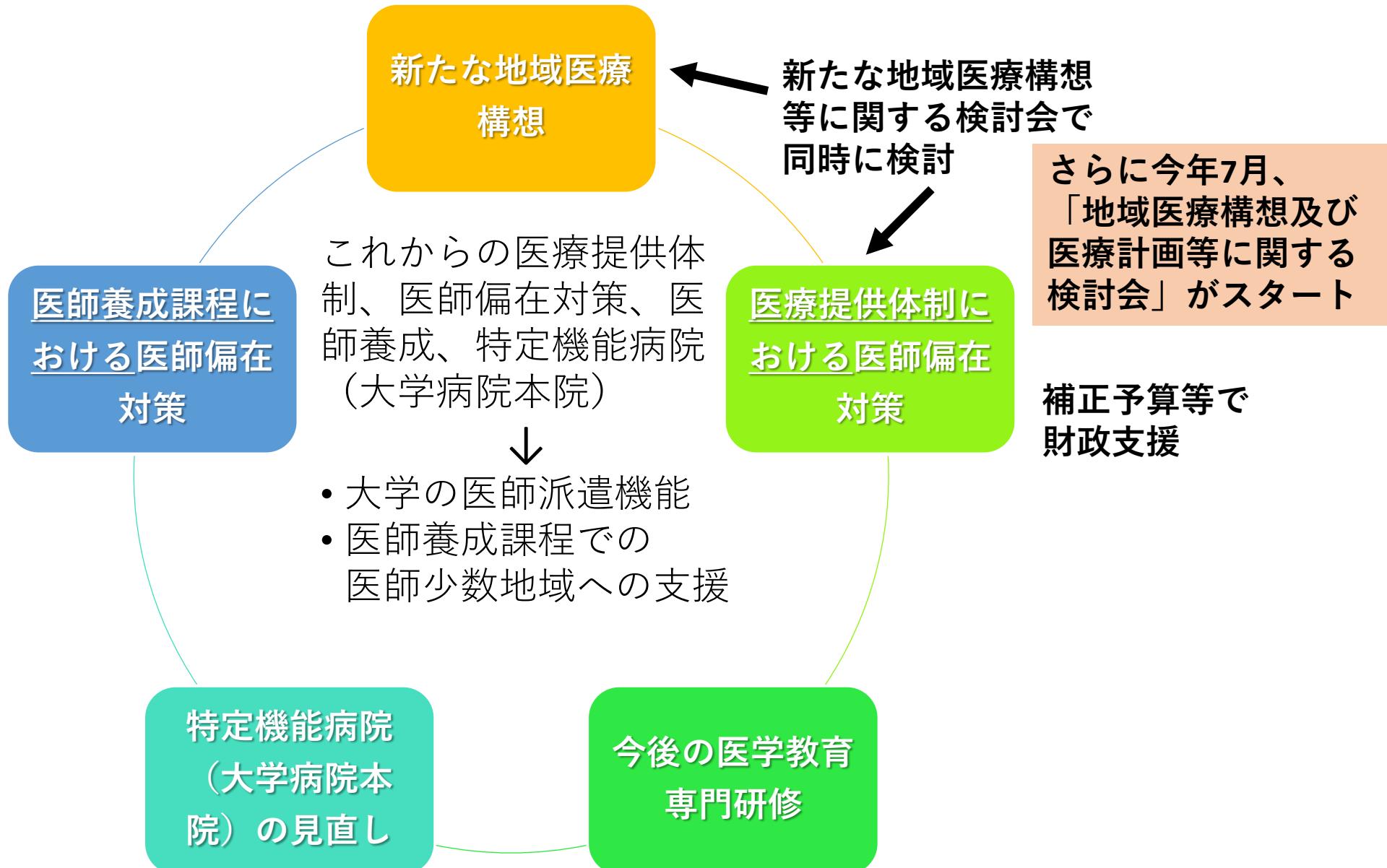
日本医師会の医療政策

新たな地域医療構想を中心に

1. これから医療の需要と供給はどうなっていくか
2. 日本医師会として、どのように「新たな地域医療構想」の議論に臨んだか
3. 現在、新たな地域医療構想と医療計画について検討されていること
4. 2040年の前にすべきこと～現在の医療機関の危機的状況に向けて

新たな地域医療構想

直近では、新たな地域医療構想、医師偏在対策、医師養成、特定機能病院などが同時並行、相互関連して検討されてきた



新たな地域医療構想の概要

医療機関単位の役割の分化は、集約の流れを加速

新たな地域医療構想は、外来、在宅、介護連携も対象。地域包括ケアシステムにも関わる

病床機能の「回復期」を「包括期」へ
医療機関機能報告が追加

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

—病床機能—

日本医師会として
「回復期機能」か
らの「**包括期機
能**」へ定義の変更
を提案

- 高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能
- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能

機能の内容

高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none">・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D L の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none">・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能・長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

—医療機関機能—

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

新たな地域医療
構想では、医療
機関単位の報告
も行う

地域ごとで機能
を担う場合、ま
た大学病院本院
のように広域的
に担う場合があ
る

地域ごとに求められる医療提供機能

最新の医療を提供しうる病院は、地域医療を担う診療所・病院との連携が重要

医師の派遣機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

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。
- 二次医療圏等を基礎とした地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。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|----------------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none">・ 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。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
|----------------------|---|

- | | |
|------------------|---|
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none">・ 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。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
|------------------|---|

- | | |
|----------------|--|
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none">・ 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。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
|----------------|--|

- | | |
|--------------|--|
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none">・ 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。 |
|--------------|--|

※ 高齢者医療においては、マルチモビティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- | | |
|-------------------|--|
| 医育及び広域診療機能 | <ul style="list-style-type: none">・ 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。・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。 |
|-------------------|--|

2025年7月より、厚生労働省に新たな検討会設置

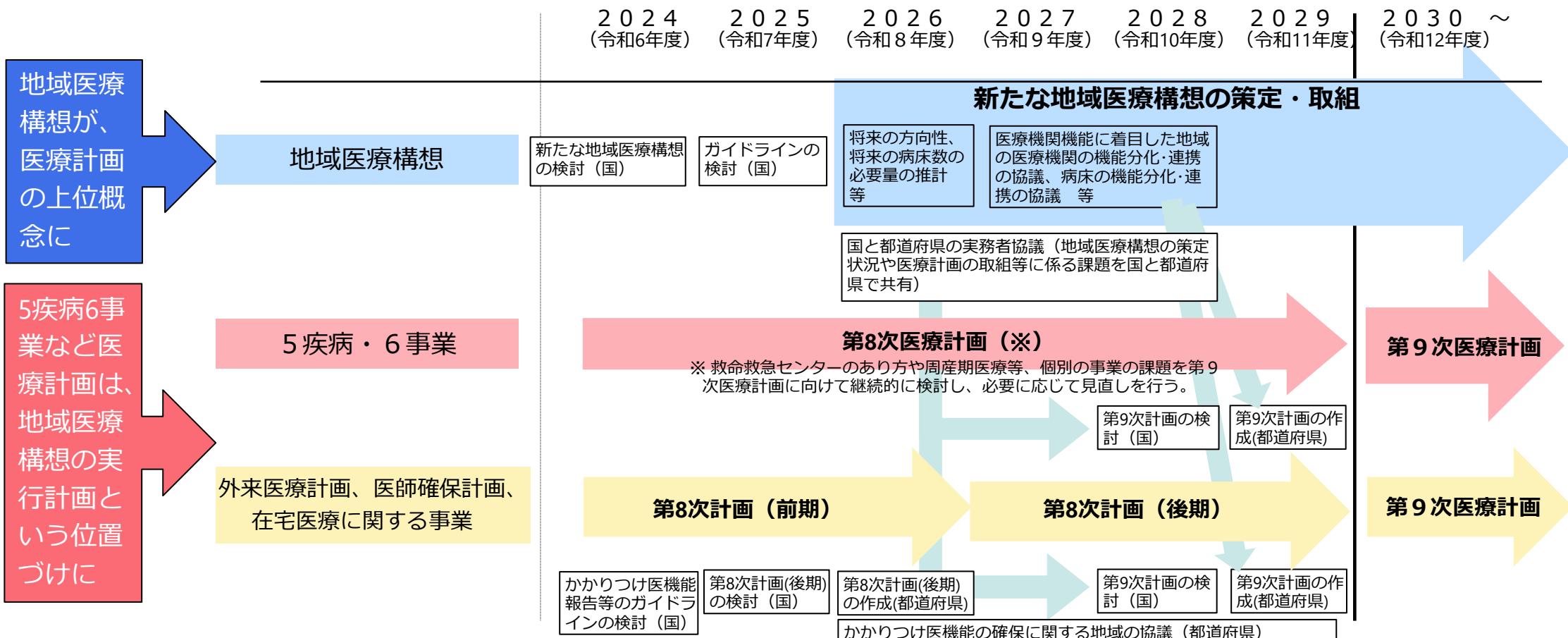
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会



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 :

- ・2025年度（令和7年度）、国でガイドラインを検討・策定
- ・2026年度（令和8年度）、都道府県において、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
- ・2027～28年度（令和9～10年度）、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



2025年7月～ 地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- ・新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会・関連WGを設置
- ・日本医師会からも、親検討会に今村常任理事、坂本常任理事が参画。WGにも担当役員がそれぞれ参画。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- ・地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的な内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- ・医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- ・医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- ・外来医療計画に関する事項
- ・その他本検討会が必要と認めた事項



連携

その他5疾患等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- ・在宅医療に関する事項
- ・医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- ・小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- ・救命救急センターに関する事項
- ・救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- ・災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～ 秋頃	議論の開始 中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ → ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の議論の進め方

- ・ 地域医療構想策定のためのガイドラインについて、これまでと同様、①**地域医療構想区域**の設定、②議論のためのデータ（**必要病床数**）、③**対応案**の策定等、④**策定後の取組**の推進に向けた事項を基本的な構成としつつ、医療機関の機能等の内容を踏まえながら、地域医療構想の具体的な記載事項について検討を進める
- ・ **医師確保対策や医師偏在の是正**については、令和9年度からの次期医師確保計画や「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の実施に向けて、具体的な内容の検討を進める

＜医療法改正法案を前提とせずに検討する事項＞

- ・ 必要病床数、医療機関や病床の機能
- ・ 構想区域のあり方
- ・ 医師偏在指標

等

医療法改正法案は、秋の臨時国会へ継続審議に

＜医療法改正法案の成立後に検討する事項＞

- ・ 地域医療構想への精神病床の追加
- ・ 医師手当事業の創設
- ・ 外来医師過多区域における無床診療所の新規開設者への要請等

等

各WGでの検討事項（案）

救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 救命救急センターの充実段階評価の見直しと救命救急センターのあり方について ◆ 効果的な救急搬送体制のあり方について 等
小児医療 周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域における小児・周産期医療体制のあり方に関する事項 ◆ 安全な無痛分娩の体制整備に関する事項 等
災害医療 新興感染症医療	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 大規模災害に備えた災害拠点病院等の医療機関の強靭化 ◆ 保健医療福祉調整本部における災害医療コーディネーターの役割 ◆ EMIS（広域災害・救急医療情報システム）の整備とITを活用した災害医療支援の効率化 ◆ 国民保護事案における医療提供支援のあり方 ◆ 新興感染症発生・まん延時の迅速な対応・運用のあり方 等
在宅医療 医療・介護連携	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療計画における在宅医療及び医療・介護連携の体制整備の取組 ◆ 在宅医療に関わる多職種の役割明確化及び多職種間連携の強化に係る取組 ◆ かかりつけ医機能報告の活用による在宅医療提供体制の検討 等

【救急医療】

- 85歳以上の高齢者が増加し、生産年齢人口が減少

【小児・周産期医療】

- 一般的な分娩や小児医療についても、地域によって持続可能な連携体制の構築や集約化

【災害・新興感染症】

- 大規模災害への備えや、医療措置協定締結による新興感染症発生・まん延時の医療提供体制と、新たな地域医療構想も踏まえた平時の医療提供体制と整合した体制のあり方

【在宅医療】

- 地域ごとで求められるニーズや担い手の状況等の地域の実情を踏まえつつ、在宅医療提供体制の整備、質を担保した効率的な在宅医療の提供、多職種連携の推進

これまでの主な論点と日本医師会委員の主張

- 医業経営問題

日本医師会より、

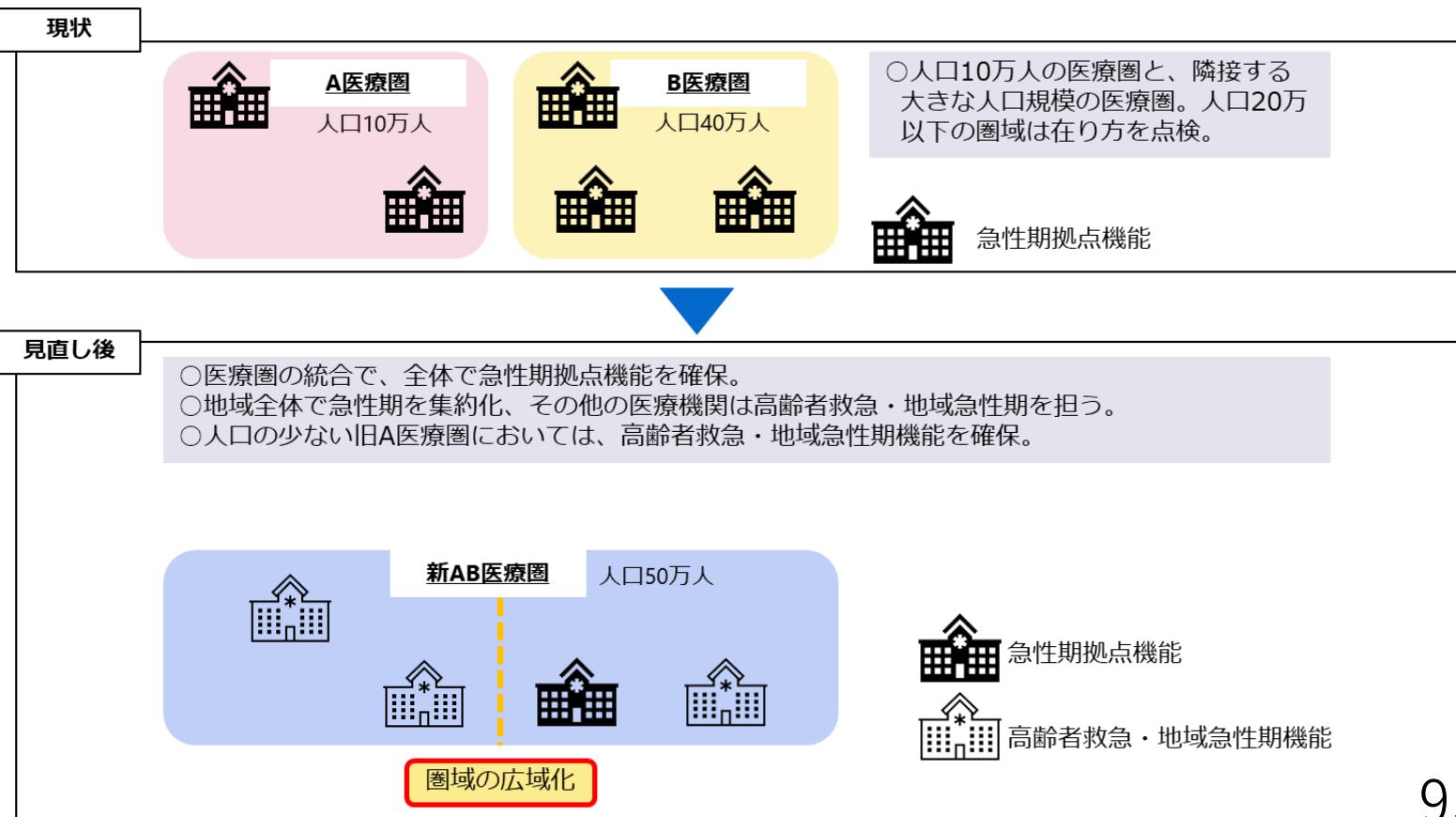
- 医療政策と関係ないところで病院が地域からなくなることが現実に起こっていることを指摘し、「病院経営が非常に厳しい現状を踏まえ、まずは医療機関の現状がどうなっているかをチェックするとともに、定期的に見直しを図っていくべき」「健全経営の担保のため、財政支援の強化」を主張。
- 病院経営上、一定の病床数が必要と主張。
- 全国的に老朽化した医療機関が増えているため、建て替え支援の検討も要望。
- (医療機関機能に関する議論が、「急性期拠点機能」に比重が置かれていることに対し) 急性期以外の病院の経営も厳しい状況にあり、健全な経営の担保を前提に協議を進めるよう要望。

これまでの主な論点と日本医師会委員の主張

・ 地域医療構想区域の設定

日本医師会より、（人口の少ない地域における圏域の合併、広域化の例が示されたことに対して）、複数の二次医療圏の統合により、地方の病院が必要の大きい都市部へ移転するなど、医療資源の過度な集約化が進みかねないことを指摘。

医療圏の統合、病院の集約化に当たって、集約される地域にも一定の医療ニーズが残っているため、**地域に密着した診療所や中小病院を支えていくことができるような支援も必要**と主張。



2025年7月～地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

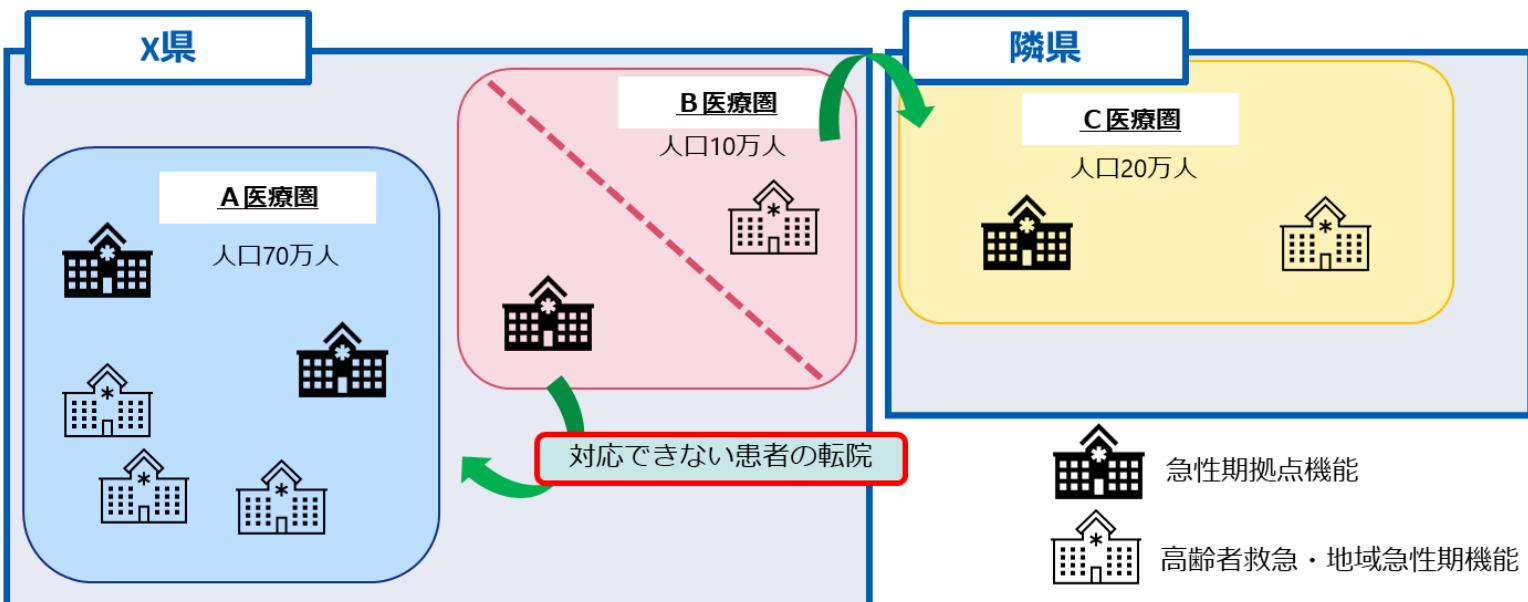
これまでの主な論点

・ 地域医療構想区域の設定

圏域の見直しにあたり、都道府県域を超える対応も議論。他県の圏域とも一体的に拠点を整備しうることも検討へ。

- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏においての完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。圏域の見直しにあたり、隣接する医療圏での対応や県をまたいだ連携・圏域の設定の必要性も指摘されている。

- B医療圏からは県内のA医療圏が最寄り。B医療圏の一部では隣県の医療圏へアクセスしやすい。
- こうした場合、B医療圏で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



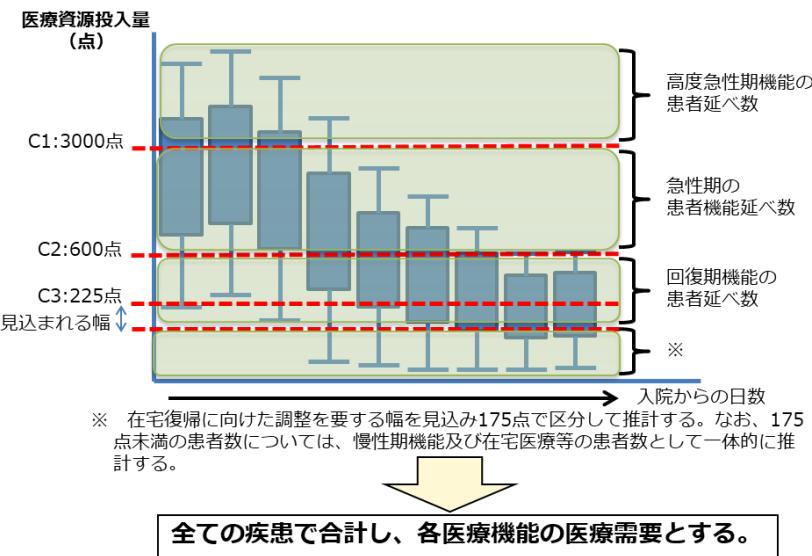
これまでの主な論点と日本医師会委員の主張

・ 病床数の必要量（必要病床数）

日本医師会では、かねて「高齢者や要介護認定者の増加の一方で、入院患者数の減少や介護保険施設の稼働率低下が生じ、在宅医療提供の伸びが大きいことを考慮すると、これまでの現状投影モデルによる推計に加えて、足元の状況を加味したより精緻な推計が求められる」と主張

現行の地域医療構想（～2025年）の必要病床数の推計方法

患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。



都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	○○○○人／日
急性期機能	□□□□人／日
回復期機能	△△△△人／日
慢性期機能	▽▽▽▽人／日

病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

[・高度急性期75% ・急性期78%
・回復期90% ・慢性期92%]

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■■■■床
回復期機能	▲▲▲▲床
慢性期機能	▼▼▼▼床

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3.000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整をする幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

これまでの主な論点（下記は、厚生労働省提案）

・ 医療機関機能

- ・ **急性期拠点機能**の数については、**人口の少ない地域については一つ**、地方都市型等における拠点機能の数は人口規模に応じて設定することとしてはどうか。東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く地域格差是正や医師偏在などの課題が指摘されていることも踏まえ、その取扱いについては例外的に定めることとしてはどうか。
- ・ **急性期拠点機能**について、地域で協議する際には、**救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、急性期を担う病床数・稼働率、医師数等の医療の提供状況等**に関するデータの他、**医療機関の築年数等、今後必要となる施設整備などの観点も参考**にすることとしてはどうか。なお、それらの値については、絶対的な基準とした場合の留意点も踏まえて整理することとしてはどうか。
- ・ **高齢者救急・地域急性期機能**について、高齢者救急を受け入れ、入院早期からのリハビリ等の実施が可能なこと、高齢者施設等の協力医療機関となることに加え、地域によって救急搬送等の受入れ実態、求められる役割が様々であることを踏まえ、その機能として、**救急の受入れ件数の他、例えば、施設等からの受入れを地域で開放して、平日日中の救急車を受け入れるような地域間での合意・連携体制がとられていること**、また、診療所が少ない一部の地域では、一次救急等の外来医療を提供していることを求めるとしてはどうか。
- ・ **在宅医療等連携機能**について、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関や高齢者施設等の協力医療機関となること**や、協力状況を地域の医療機関、高齢者施設、消防などとの間で共有することを求めるとしてはどうか。さらに、地域において在宅医療の提供が少ない場合は、訪問看護ステーションを有する等、常時在宅医療や訪問看護を提供すること等が考えられる。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期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等
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例についてでは地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下データについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU等）
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護S.T.を有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科

これまでの主な論点と日本医師会委員の主張

・ 医療機関機能

【日本医師会では、検討会において次のように主張 その1】

- 特に、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の両方を報告する場合も想定した対応を検討すべき。
- 「地方都市型」、「人口の少ない地域」では、「手術等が必要な症例については（地域の医療資源に応じて、）急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送」と提案されている。

これに対し、胆囊摘出術や虫垂切除術消化器外科手術を例に、ここでいう「**手術が必要な症例**」は、**高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で対応可能なもの**であれば、**急性期拠点機能への搬送は必ずしも必要ない**。

- 高齢者救急のあり方では救急車搬送に頼らない仕組みもあることから、今後の救急搬送のあり方は「救急車 + α」で考える必要がある。

これまでの主な論点と日本医師会委員の主張

・ 医療機関機能

【日本医師会では、検討会において次のように主張 その2】

- 病床規模のみで議論することが適切なのかを慎重に検討すべき。
- 人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方に対し、大都市圏、地方都市圏、人口の少ない地域には連続性があり、明確に区分できるものではないため、ガイドラインの作成は慎重にすべき。
- 地域で求められている医療機能を数値基準のみで判断すると機械的な評価となり、実態に即して医療機関が役割を担えなくなる恐れがあり、地域の医療提供体制をゆがめる可能性がある。
絶対的な基準として設定する提案には明確に反対である。調整会議で協議できる仕組みを構築すべき。

日本医師会の医療政策 新たな地域医療構想を中心に

1. これから医療の需要と供給はどうなっていくか
2. 日本医師会として、どのように「新たな地域医療構想」の議論に臨んだか
3. 現在、新たな地域医療構想と医療計画について検討されていること
4. 2040年の前にすべきこと～現在の医療機関の危機的状況に向けて

目下、喫緊の課題

- ・ 物価・光熱費等の高騰
- ・ 医療・介護分野における人材確保難、医薬品の流通
- ・ 医療DXへの対応
- ・ 医療機関建物の老朽化等

地域の医療・介護は、目下の課題と、2040年に向けた対応とで、両面作戦を強いられている。

医業経営
への対応

少子・高齢化
の進展

2040年に向けて

- ・ 医療・介護の需給変化
- ・ 人材養成や医業承継等の供給面も難しい環境
- ・ 大都市圏では高齢者の急増、地方では需給の減少
- ・ 実際には各地の地域の実情に応じて様相や度合いも異なる

このような状況で、**いつでも、だれでも、どこでも最善の医療を受けることができる体制**を堅持していくためには、一人の医師、一つの医療機関に依存するのではなく、多くの関係者が参画する**地域連携**により、**地域を面とした医療・介護の提供体制**を築き、充実させていく必要がある。

全国知事会とも医療機関の経営危機を共有し国にその改善に向けた対応を求めていくことを確認（2025年7月9日）

松本会長

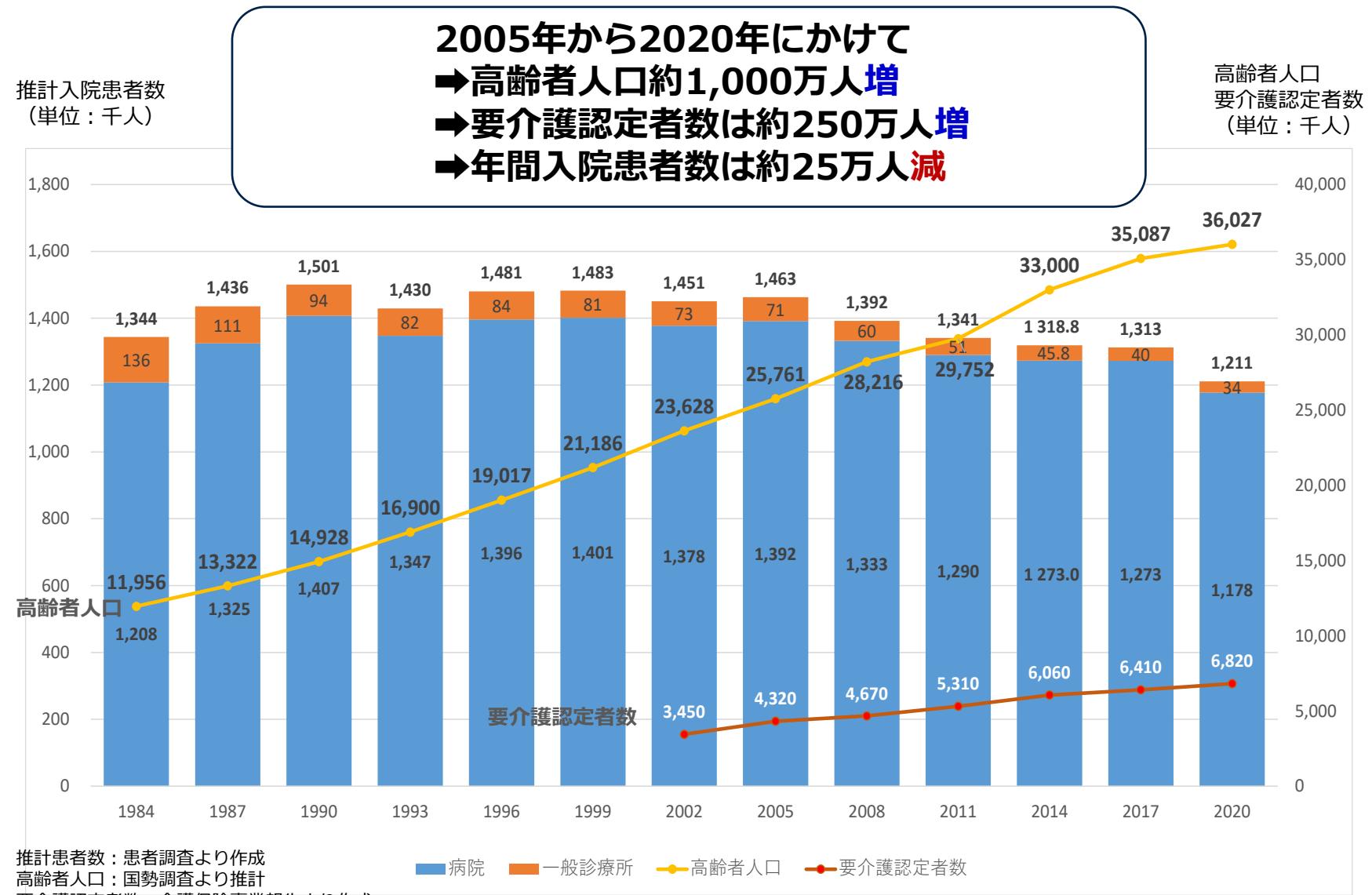
- 日本医師会として、首尾一貫していることは、平時・有事のいずれにおいても強靭な医療提供体制を構築していくということであった。そのためには確固たる財源確保が不可欠である。
- 医療界を挙げた取り組みが大きな力となり、「骨太の方針2025」では、賃金・物価対応分を「加算する」という「足し算」の論理となり、年末の予算編成における診療報酬改定に期待できる書きぶりになった。
- 地域医療提供体制の崩壊が迫っている状況の中、診療報酬改定において、高齢化の伸びに加え、特に賃金・物価の上昇、医療の高度化への対応のためには、本体のプラス改定とともに、そのような増加の伸びが適切に反映されるような報酬体系や適切な補助金も必要である。



村井嘉浩全国知事会長／宮城県知事

- 全国の医療機関において、少子高齢化の進行、医療従事者の不足等、複合的な要因により経営は深刻な状況に直面しております、特に地方においては医療提供体制の維持が危機的状況にある。
- 地域医療を守り、持続可能な医療提供体制を構築するためにも、行政と医療関係団体が連携し、現場の声を政策に反映させることが不可欠であり、制度改革等の推進に今後も全力で取り組んでいく。

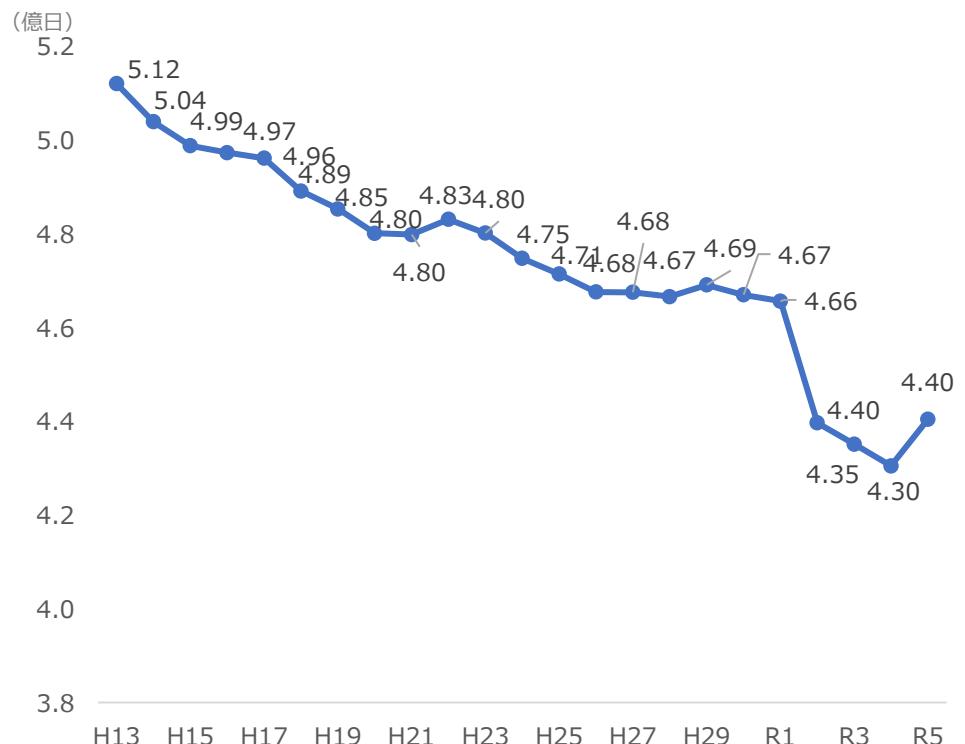
高齢者人口、要介護認定者数、推計入院患者数の推移



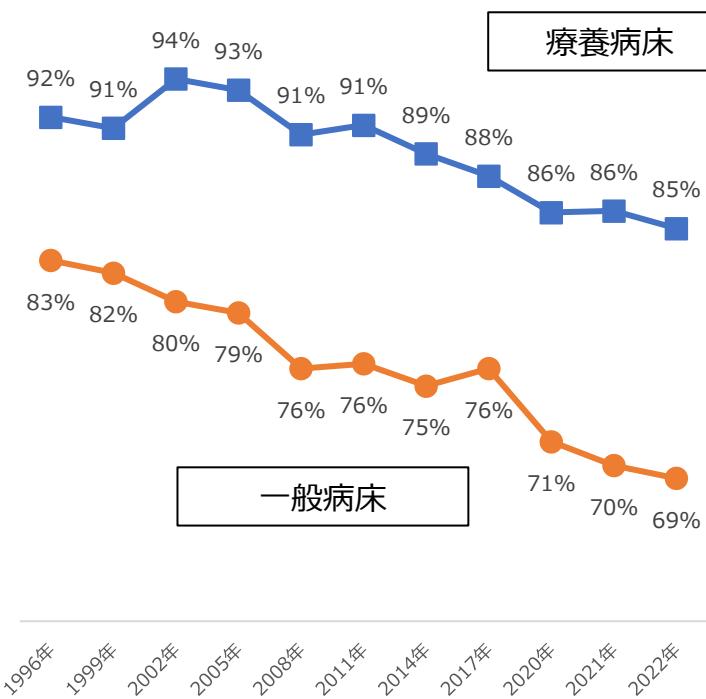
近年の入院受療の推移について

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）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をしたもの。

資料出所：厚生労働省「病院報告」

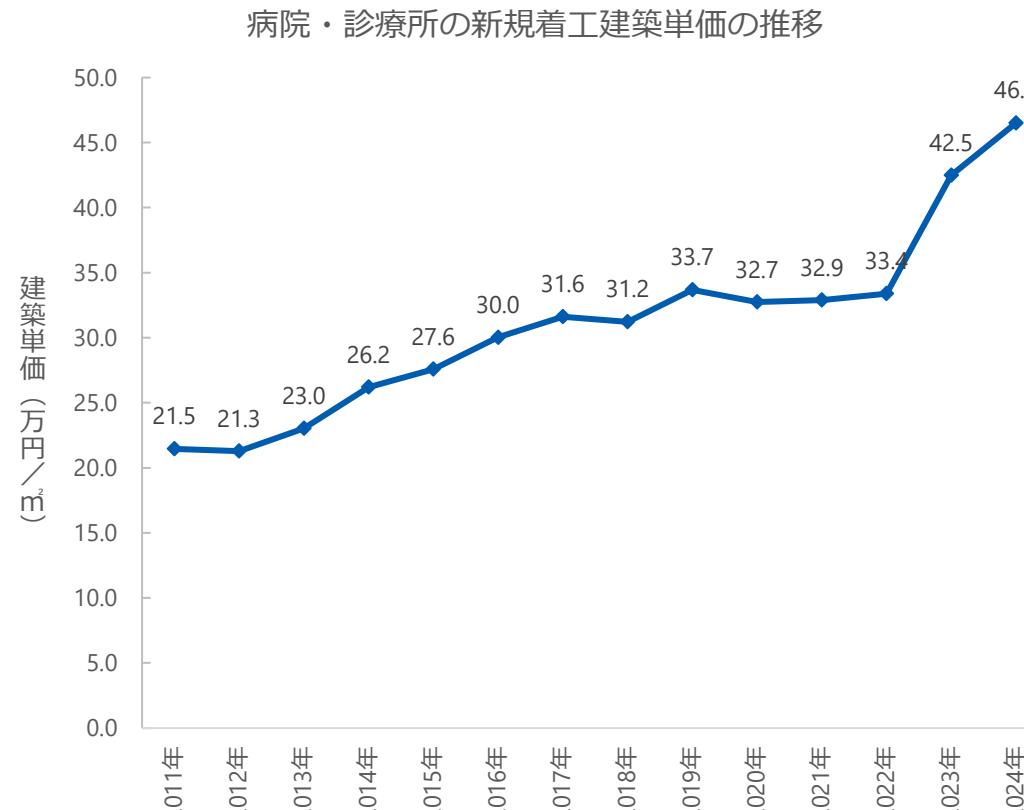
※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

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16万床分で築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。



・国土交通省「建築着工統計調査」に基づき作成
・建築単価は、工事費予定額÷床面積にて算出



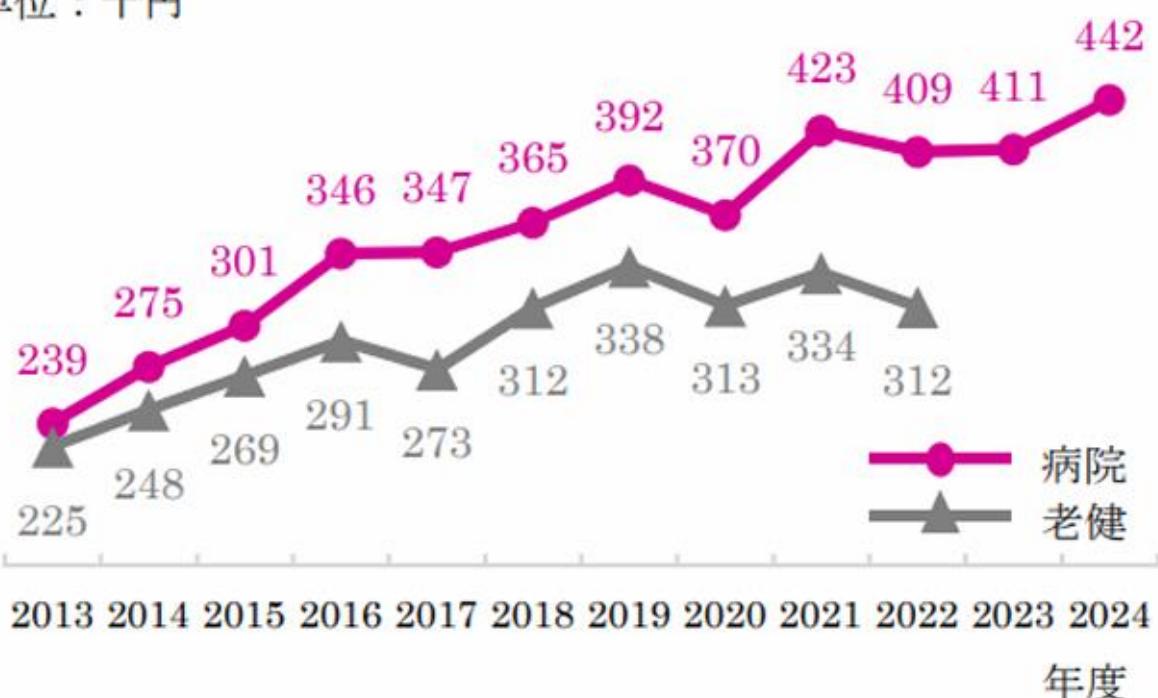
- ・令和6年度病床機能報告の建築時期より集計（病床数については、許可病床数を集計）。
- ・同一病院内の同一建築時期の病棟を1棟として計上。
- ・未回答の病棟数は同一病院内に複数の建築未回答の病棟がある場合も1棟として計上
- ※仮に未回答分の建築時期が分布通りだとすると、約1,800病棟、約19万床分の建替えが必要

病院の老朽化と建設費の高騰

平米単価は442千円、定員1人当たり建設費は25,656千円となり、2010年度以降で最高額を記録

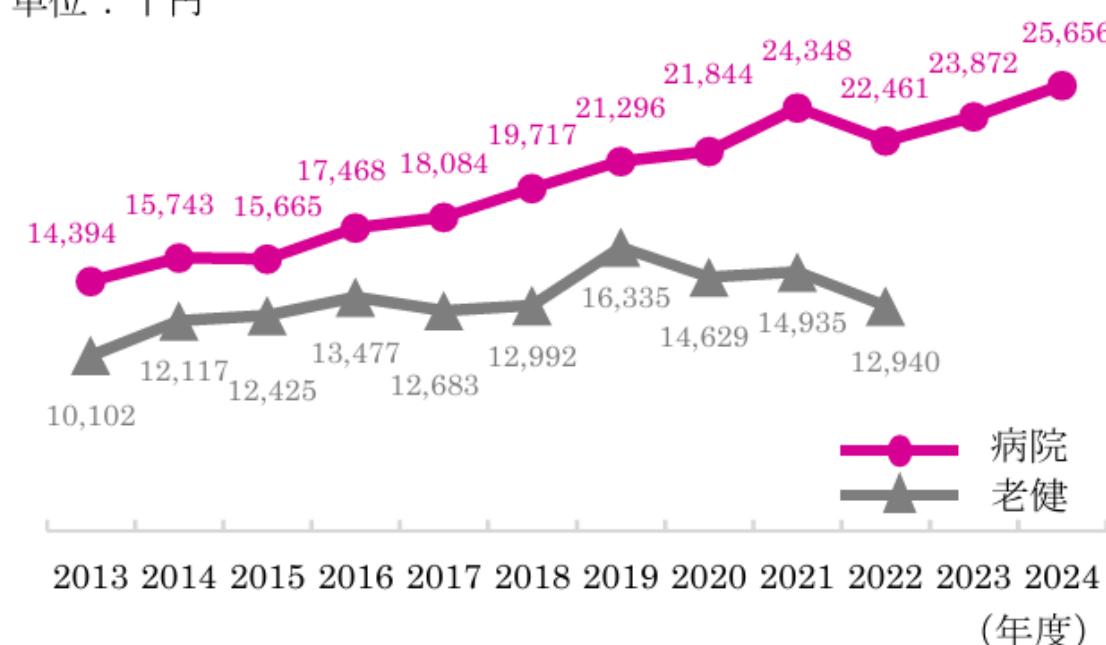
(図表 9) 病院および老健の平米単価の推移

単位：千円



(図表 11) 病院および老健の定員 1 人当たり建設費の推移

単位：千円



これまでの国への予算要望活動（医療施設への支援関係）

医療機関建物の老朽化対策を含め、大規模災害や新興感染症パンデミック等の有事に対応できる強靭さ（レジリエンス）を持った医療提供体制を構築することが重要である。そのため、関係省庁とも連携の上、地域医療介護総合確保基金の拡充や柔軟な運用等による有効活用とともに、新たな予算措置及び現行予算の大幅な増額を求める。

病床数の適正化支援、建物の老朽化対策支援関係

- ① 令和6年度補正予算（翌7年度に繰り越し）による病床数適正化支援事業で対象外となった病床の適正化（削減）への支援
- ② 地域医療構想との整合性、地域の実情や将来の医療需給などを考慮しつつ、自発的に病床削減を決断した医療機関を支える財政支援の実施
- ③ 都市部・地方の立地にかかわらず病院や診療所の建物の老朽化対策の支援（建替、新改築、設備の更新、リフォーム、医療施設近代化施設整備事業の再拡充等）

人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ

令和6年度補正予算額 1,311億円（事務費込）

病床数適正化支援事業

令和6年度補正予算（7年度に繰り越し）

- 高齢化や新型コロナ後の受診行動の変容も含めた患者像の変化等によって、足元の経営状況の急変に直面する医療機関のうち、病床削減を早急に実施する医療機関に対しては、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速する観点から、必要な支援を実施する。
- また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。
- 加えて、更なる賃上げに向けて、生産性向上・職場環境改善等を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

医療機関への緊急的な支援（補正予算）

- ①更なる賃上げに向けた生産性向上・職場環境改善等の支援 ※828億円

※ 人件費に充当可能

- ②経営状況の急変等を踏まえた支援

・医療需要等の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関への支援

また、物価高騰等により施設整備等が困難となっている医療機関への支援 ※428億円

・急激な分娩減少等に係る産科・小児科の経営支援 ※55億円

- ③食材料費・光熱水費等の支援

※ 電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金により対応（入院の食費等の支援）

WAMによる融資（財投要求）

独立行政法人 福祉医療機構（WAM）の長期運転資金融資について、通常よりも、低い利率、長期の償還期間等の有利な条件によって融資する。

人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ (医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援)

事業目的

効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて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、経営状況が厳しい医療機関に対して入院医療を継続してもらうことを目的に支援を行う。

事業概要

患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援

(概要) 医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした経費相当分の給付金を支給する。

(交付額) 病院（一般病床・療養病床・精神病床）・有床診：4,104千円／床

支給対象

(支給対象) (※1)

予算成立日（令和6年12月17日）以降、令和7年9月末までに
病床数を削減

・令和7年9月末時点で、廃院をしていないこと (※2)

(※1) 令和7年度への繰越しが認められた場合 調整中

(※2) 地域医療構想に基づく再編統合は除く

(算定除外)

- ・産科・小児科病床の削減
- ・同一開設者による病床融通
- ・事業譲渡による削減
- ・病床種別の変更によるもの（病床数の減を伴わないもの）
- ・特例病床により増床した病床の削減
- ・既存病床の算定から除外される病床の削減

※提出のあった事業計画を踏まえて、予算の範囲内で国から都道府県に配分を行う



病床数適正化支援事業

【〇医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援】

施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ
 (医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援)

令和6年度補正予算額 428億円

医政局地域医療計画課(内線2550、2665)

① 施策の目的

- 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて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。
- また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

○ 患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援

(概要) 医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした経費相当分の給付金を支給する。

(交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診:4,104千円／床

○ 現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援

(概要) 整備計画を進めており、国庫補助事業の交付対象となる医療機関等を対象として、施設整備を進めるために必要な給付金を支給する。

(交付額) (市場価格 - 補助事業単価) × 国負担分相当

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



I 医療機関は都道府県に交付申請する際に病床削減数又は補助対象床数を申請し、都道府県が内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請

II 国は都道府県に所要額を交付決定(補助率10/10)し、都道府県が医療機関に支給

III 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

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)

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等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。

病床数適正化支援事業 第1次内示 (4月11日付事務連絡抜粋)

1. 本事業の第1次内示の配分額の算定方法

本事業の第1次内示の配分額の算定方法については、以下の(1)から(3)までとした上で、**各都道府県に100床以上を配分(→各県最低でも100床)**している。なお、配分額の内示に当たっては、**削減した病床1床につき4,104千円**とする。

- (1) **一般会計の繰入等がない**医療機関であって、令和4年度から3年連続経常赤字の医療機関又は令和5年度から2年連続経常赤字かつ令和6年度に病床削減済みの医療機関
- (2) 給付額 ($4,104\text{千円} \times \text{給付対象とする病床数}$) の上限は、(1)の**赤字額の平均の半分を目安**とする
- (3) 1医療機関あたりの給付は**50床を上限**

※ 次期内示以降の配分額の算定方法については、変更があり得る。

2. 都道府県から医療機関への給付金の支給方法

各都道府県におかれでは、地域の医療提供体制の維持を図る観点から、1の算定方法を踏まえ、医療機関の選定の上、医療機関に給付金を支給すること。支給に当たっては、1床当たり4,104千円を下回らないようにすること。

また、**経常赤字であって既に病床削減を行っている医療機関については、経営に支障を来すおそれがあり、緊急の支援を要するため、当該医療機関に対して速やかに給付金の支給をお願いしたい。**

3. その他

現在、事業計画（活用意向調査）については、約5万床を超える計画が提出されているところで、本事業の第1次内示の配分額の内示に当たっては、提出されている事業計画（活用意向調査）を元に、予算の範囲内で内示を行うものである。本事業に係る**次期内示については、医療施設等経営強化緊急支援事業の他の事業（生産性向上・職場環境整備等支援事業など）で生じた残余を活用して6月中旬目処に行うこと**を検討している。なお、今回各都道府県から給付金が支給された医療機関であっても、事業計画に基づく減少病床数に達していない場合には、6月中旬目途に行う次期内示において、再度、支給の対象となり得る。



「病床数適正化支援事業」の第2次内示について

1. 経緯

- 患者数の減少等により経営状況の急変に直面する医療機関を支援する事業（病床削減への給付金 4,104千円／床）
- 令和6年度補正予算で措置された「医療施設等経営強化緊急支援事業」のメニューの1つ。
- 4月に都道府県へ第1次内示（7,170床）
- 「医療施設等経営強化緊急支援事業」における他の事業の執行残を活用し、都道府県へ第2次内示（4,108床）

2. 2次内示の基本的な考え方

- 予算配分の対象 : **医療機関（R 4～6年度 連続赤字 + R 5・6年度 連続赤字）**
※ 公立病院を含む。1次内示の対象医療機関を除く。
- 1医療機関当たりの予算配分 : **最大 10床（最大 約4,100万円※）**
※ 1医療機関あたりの支給額の上限は、平均赤字額の半分。
- 配分対象となる病床数 : **4,108床**
- 都道府県に対して、病床削減を行う医療機関への支援に当たり、新興感染症の確保病床であるか否かなど、地域の医療提供体制への影響を踏まえた上で判断いただくよう依頼。

【参考】1次内示の予算配分の基本的な考え方

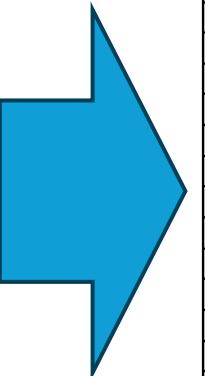
- ・ 一般会計の繰入等がない、
 - 令和4～6年度連続赤字の医療機関
 - 令和5～6年度連続赤字かつ令和6年度に病床削減済の医療機関
- ・ 1医療機関当たりの支援対象病床数の上限は、50床
- ・ 1医療機関当たりの支給額の上限は、平均赤字額の半分

病床数適正化支援事業 第1次、第2次内示

3月時点で意向のあった病床数
(約53,700床)

都道府県	活用意向を示した病床数
北海道	4,862
青森県	575
岩手県	1,022
宮城県	812
秋田県	1,103
山形県	603
福島県	2,361
茨城県	1,009
栃木県	647
群馬県	753
埼玉県	878
千葉県	1,759
東京都	2,595
神奈川県	1,569
新潟県	1,112
富山県	506
石川県	589
福井県	361
山梨県	557
長野県	794
岐阜県	795
静岡県	1,198
愛知県	1,424
三重県	335

都道府県	活用意向を示した病床数
滋賀県	477
京都府	2,047
大阪府	2,514
兵庫県	2,395
奈良県	328
和歌山県	424
鳥取県	233
島根県	464
岡山県	909
広島県	994
山口県	952
徳島県	439
香川県	646
愛媛県	1,242
高知県	628
福岡県	2,400
佐賀県	512
長崎県	2,303
熊本県	1,076
大分県	853
宮崎県	1,405
鹿児島県	1,698
沖縄県	418



第1次内示の病床数
(7170床)

都道府県	配分対象病床数	配分額 (第1次内示額)
北海道	352	1,444,608
青森県	100	410,400
岩手県	138	566,352
宮城県	100	410,400
秋田県	147	603,288
山形県	135	554,040
福島県	220	902,880
茨城県	260	1,067,040
栃木県	107	439,128
群馬県	100	410,400
埼玉県	100	410,400
千葉県	276	1,132,704
東京都	539	2,212,056
神奈川県	411	1,686,744
新潟県	260	1,067,040
富山県	100	410,400
石川県	108	443,232
福井県	100	410,400
山梨県	100	410,400
長野県	116	476,064
岐阜県	100	410,400
静岡県	108	443,232
愛知県	139	570,456
三重県	100	410,400
合計	7,170	29,425,680

都道府県	配分対象病床数	配分額 (第1次内示額)
滋賀県	100	410,400
京都府	139	570,456
大阪府	197	808,488
兵庫県	107	439,128
奈良県	100	410,400
和歌山県	100	410,400
鳥取県	100	410,400
島根県	100	410,400
岡山県	100	410,400
広島県	147	603,288
山口県	138	566,352
徳島県	129	529,416
香川県	100	410,400
愛媛県	100	410,400
高知県	100	410,400
福岡県	181	742,824
佐賀県	100	410,400
長崎県	210	861,840
熊本県	100	410,400
大分県	100	410,400
宮崎県	153	627,912
鹿児島県	253	1,038,312
沖縄県	100	410,400
合計	7,170	29,425,680

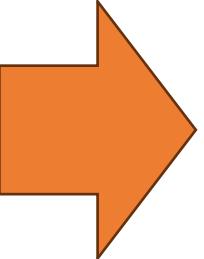
都道府県	配分対象病床数	配分額 (第2次内示額)
北海道	398	1,633,392
青森県	72	295,488
岩手県	97	398,088
宮城県	70	287,280
秋田県	116	476,064
山形県	48	196,992
福島県	161	660,744
茨城県	27	110,808
栃木県	18	73,872
群馬県	56	229,824
埼玉県	83	340,632
千葉県	171	701,784
東京都	176	722,304
神奈川県	134	549,936
新潟県	69	283,176
富山県	50	205,200
石川県	40	164,160
福井県	49	201,096
山梨県	36	147,744
長野県	70	287,280
岐阜県	131	537,624
静岡県	92	377,568
愛知県	88	361,152
三重県	42	172,368
合計	4,108	16,859,232

第2次内示の病床数
(4108床)

三党合意（自由民主党、公明党、日本維新の会）

6月6日、自民・公明党、日本維新の会は、病床再編の拡大（約11万床の削減など）、医療DXの加速化について、実務者レベルで合意。6月11日、役員レベルで6項目について正式合意。

➤ 「約11万床」は、一般病床と療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6000床と、精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3000床を合算した病床数。2040年を見据えた新たな地域医療構想が始まる2027年度までに削減。この削減が実現した際には、日本維新の会の試算では約1兆円の削減が見込まれること。

骨太の方針2025では、本文に「新たな地域医療構想に向けた病床削減」と記述。その上で以下の通り注釈が記載された。

注釈

人口減少等により不要となると推定される一般病床・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。**

日本医師会の見解～三党合意について

5月28日、日本医師会定例会見にて

- ・人口の変動、医療の需給や受診行動の変化に医療機能も対応していくための政策手段も大切。
- ・「11万床削減」という数字が独り歩きすることにより、患者や医療現場に不安、混乱が起こることを懸念。「病床削減ありき」ではなく、**地域で必要な入院医療が無くならないよう勘案することも求められる**。それらに加えて、財政面での手当ても不可欠。
- ・将来の医療需給などを考慮する必要性や地域医療構想及び地域での協議も重要である。
- ・病床の削減は、方法論を間違えると、住民、患者・家族、医療現場に不安や混乱を与える。
- ・関係者の理解と納得が得られる政策となることに期待。

6月6日、実務者レベルでの合意を受けて（プレスリリース）

今般の合意については、以下の二点について十分な配慮をしていただいた上で、基本的に総論としては賛同

(1) 病床再編の拡大

- ・病床数の適正化を進めていく際には、**丁寧に意見を聞きながら進めていただきたい**。なおその際、**病床数適正化支援事業の対象外となつた4万数千床の病床については、優先的な支援の対象としていただくよう配慮をお願いする**。
- ・病床の削減ありきではなく、感染症パンデミック等の有事対応も含め、地域で必要な入院医療が無くならないよう勘案することも、同時に求められる。
- ・全国の地域住民、患者・家族、医療現場で懸命に命や健康を守っている医療従事者等にご理解、ご納得いただける施策を望む。

(2) 医療DXの加速化

- ・日本医師会が本年4～5月に紙カルテを利用中の診療所に対して行った調査結果では、「導入費用が高額であり、負担できない」などの要因で「電子カルテの導入が不可能」という回答が全体（約5,400件）の5割強を占めた。これらの医療機関に電子カルテを強要することは、懸命に医療提供に取り組んでいる医師に医療からの撤退を促し、確実に地域医療の崩壊につながる。そのため、電子カルテ導入の義務化については賛同いたしかねる。
- ・まずは、最大の要因である費用負担の軽減（導入・維持費用の低減と十分な補助）の実現を強く要望する。
- ・一方、導入や更新がしやすい電子カルテを現場は期待している。導入を希望する医療機関への財政支援も強く要望する。

最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受けた
期中改定の必要性について

2025年 最低賃金・春闘・人事院勧告 引上げ率

最低賃金

プラス5.97%

5年前の2020年に比べて
約24%上昇

春闘

プラス5.26%

1991年(5.66%)以来
34年ぶり高水準

人事院勧告

プラス3.62%

上げ幅3%以上は1991
年(3.71%)以来34年ぶり

*「令和7年度地域別最低賃金額改定の目安」
どおりに引上げが行われた場合の全国加重
平均は昨年の1,055円から63円上がり1,118
円、率にするとプラス5.97%となる見込み。

厚生労働省「令和7年度地域別最低賃金額改定の
目安について」(令和7年8月4日)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_60788.html

* 骨太の方針2025に記載の2025年春季労使交渉
平均賃上げ率。

内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2025」(令和7
年6月13日)
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/decision0613.html>

* 人事院「令和7年人事院勧告」(令和7年8月7日)
https://www.jinji.go.jp/seisaku/kankoku/archive/r7/r7_top.html

最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受けた期中改定の必要性について(1/3)

医療機関の経営悪化が深刻化している状況を踏まえ、松本吉郎会長と城守国斗常任理事は8月20日の定例記者会見で、最低賃金が引き上げられる秋から年末に向けて期中改定が必要だと認識を改めて強調し、国に働き掛けていく姿勢を示した。

冒頭、松本会長は最低賃金について、プラス5.97%が見込まれ、2025年春季労使交渉の平均賃上げ率が5.26%、人事院勧告が3.62%など、賃上げに関する指標が軒並み高水準で上がっていることに言及。一方、医療機関は人員配置基準の要件もあり、医療職一人当たりの労働生産性を上げて全体の人数を減らすような対応は難しい状況で人員を確保し続ける必要があるとし、東京商工リサーチでは今年上期の医療機関の倒産が16年ぶりの高水準、帝国データバンクの調査でも上半期における医療機関の倒産が過去最多のペースとなっているなど、極めて憂慮すべき状況であることを指摘した。

その上で、「**診療報酬は公定価格であり、賃上げにとても対応できる状況にはない。特に最低賃金は、ベースアップ評価料の対象として含まれない医療機関の従事者に大きな影響があるため、ベースアップ評価料の更なる引き上げで対応することには無理がある**」として、基本診療料を中心とした引き上げが必要な理由を説明するとともに、期中改定の実施を訴えた。



*令和7年8月20日日本医師会記者会見より

最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受けた期中改定の必要性について(2/3)

続いて城守常任理事は、(1)8月4日の中央最低賃金審議会で公表された「令和7年度地域別最低賃金額改定の目安」によると、全国加重平均は昨年の1,055円から63円上がり1,118円(プラス5.97%)となる見込みである、(2)8月7日には人事院から令和7年度の国家公務員給与を平均3.62%引き上げるよう勧告がなされ、11月以降に公布施行されることを説明。

更に、この数年、最低賃金は4~6%前後の伸びを示しているものの、医療は公定価格で運営されており、診療報酬改定は2年に一度のみ。その本体改定率は令和4年度改定ではプラス0.43%、令和6年度改定ではプラス0.88%と、最低賃金や人事院勧告の高い伸び率や、「骨太の方針2025」の注釈でも示された2025年春季労使交渉の平均賃上げ率5.26%等に対応できるような状況ではないことを指摘した。



*令和7年8月20日日本医師会記者会見より

最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受けた期中改定の必要性について(3/3)

城守常任理事は、「医療職は専門的な教育を受け、職務内容を反映した賃金体系となっているが、これがマスコミで報道されるような最低賃金に近い状態になると、他産業への人材流失に更に拍車が掛かることは明白で、介護における人材流出は更にひどい状況である」と述べ、公定価格の引き上げが必須であるとした。

特に最低賃金は、ベースアップ評価料の対象として含まれない「専ら事務作業を行う者」に大きな影響があることから、ベースアップ評価料の更なる引き上げではなく、基本診療料を中心に引き上げるべきとし、「最低賃金が引き上げられる秋から年末に向けて期中改定が必要だと考えており、国に働き掛けていきたい」との意向を示した。



*令和7年8月20日日本医師会記者会見より

【参考④】ベースアップ評価料の対象職種

厚生労働省「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)専用
届出様式作成の手引き【令和7年1月改定版】」8頁

賃金改善の対象職種

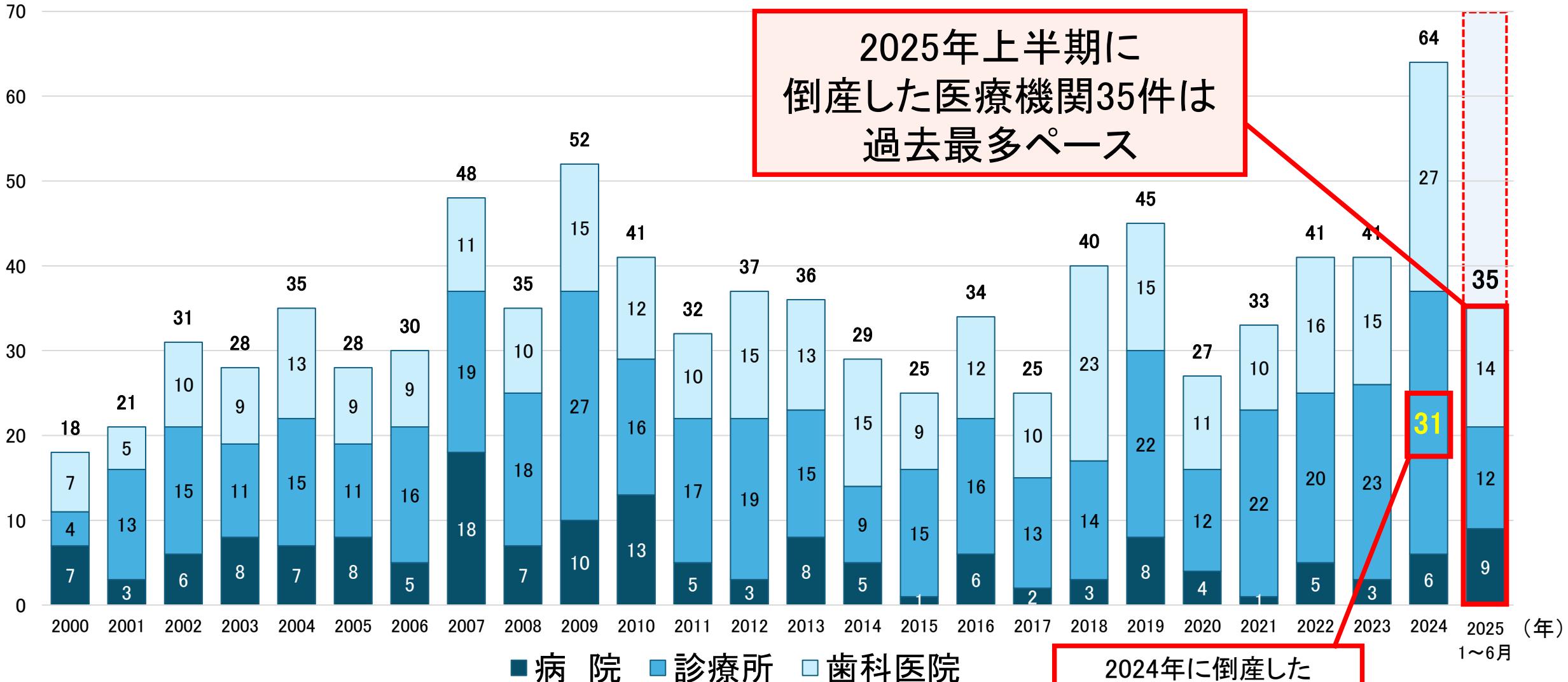
ベースアップ評価料の対象は、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）であり、以下に示すとおりです。専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれません。

薬剤師	歯科衛生士	社会福祉士
保健師	歯科技工士	介護福祉士
助産師	歯科業務補助者	保育士
看護師	診療放射線技師	救急救命士
准看護師	診療エックス線技師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師
看護補助者	臨床検査技師	柔道整復師
理学療法士	衛生検査技師	公認心理師
作業療法士	臨床工学技士	診療情報管理士
視能訓練士	管理栄養士	医師事務作業補助者
言語聴覚士	栄養士	その他医療に従事する職員
義肢装具士	精神保健福祉士	（医師及び歯科医師を除く。）

医療機関の苦しい経営状況

医療機関(病院・診療所・歯科医院)経営事業者の倒産件数推移

(件数)



2025年上半年に
倒産した医療機関35件は
過去最多ペース

2024年に倒産した
診療所の件数31件は
過去最多

NHK「倒産した医療機関 上半期で全国35件 過去最多ペース」

ことしの上半期に倒産した医療機関は全国で35件となり、倒産が過去最多となった去年を上回るペースであることが信用調査会社のまとめでわかりました。

帝国データバンクによると、ことし1月から先月までに倒産した医療機関を経営する事業者は全国であわせて35件となり、年間で64件が倒産して過去最多となった去年を上回るペースとなっているということです。

内訳をみると△歯科医院が14件△診療所が12件△病院が9件となりことは病院の倒産が目立つとしています。

主な要因は、医療機器の価格や人件費、入院患者の給食費や光熱費が高騰する一方で、診療報酬がその上昇分に対応できることによる収益の悪化だということです。

また、主に診療所や歯科医院では経営者の高齢化で、事業継続が困難となる事業者が急増しているほか、病院では建物が法定耐用年数の39年を超えて建設費の高騰や資金難で新しい施設を建設できずに入院危機に陥る施設が今後相次ぐのではないかと指摘しています。

帝国データバンクは「これまで小規模の事業者の倒産が多くたが、中規模の病院にも影響が及んできた。このままでは年間の倒産件数が初めて70件に達する可能性がある」としています。

茨城新聞「つくばの社団薬善会 破産手続き開始決定 負債3億7000万円」

東京商エリサーチつくば支店は15日、臨床薬理試験受託サービスの社団薬善会(つくば市観音台)が水戸地裁土浦支部から破産手続き開始決定を受けたと発表した。負債総額は3億6944万円(2022年3月期決算時点)。

1991年開設された「観音台クリニック」を引き継ぐ形で、2010年3月に設立。臨床試験受託専門の医療機関「つくば国際臨床薬理クリニック」を運営していた。

設立当初から採算的には厳しい状況が続き赤字決算が常態化。20年3月期は売上高1億6430万円に対し当期損失3794万円、21年3月期は売上高1億8518万円に対し当期損失1486万円を計上するなど欠損が続いた。業績は改善せず、給与遅配も発生するなど資金繰りが逼迫(ひっぱく)し、事業継続が困難となつた。

日本経済新聞「自治体病院の86%赤字 インフレや人件費増響く」

公立病院などが加盟する全国自治体病院協議会は7日までに、2024年度決算で86%の病院が経常赤字だったとの調査結果を公表した。物価や人件費の上昇が経営を圧迫しているとして、診療報酬の引き上げや地方交付税の拡充などを求めた。

全体を合算すると3633億円の赤字で、赤字幅は前年度から9割増えた。経常費用が4.2%増え、0.9%増だった収益の伸びを上回った。本業にかかる医業費用(県立大の付属病院など除く)をみると、人件費と材料費がそれぞれ5.2%、3.1%増えた。

病院の役割別でみた赤字の比率は感染症指定医療機関と災害拠点病院とともに94%で最も高かった。規模の大きい病院の指定が多く、人件費が膨らみやすい。

協議会は「人事院勧告に伴う賃上げが診療報酬でカバーできない」と分析した。地方公務員の賃金は国の人事院勧告の影響が大きい。

調査は6～7月にかけて841の会員病院に実施し、657病院から有効な回答を得た。

中医協 診療報酬調査専門組織
入院・外来医療等の調査・評価分科会における議論

入院・外来医療等の調査・評価分科会 委員名簿

本委員

氏名	所属
あきやま ともや 秋山 智弥	名古屋大学大学院医学系研究科 客員教授
いいじま かつや 飯島 勝矢	東京大学 未来ビジョン 研究センター／高齢社会総合研究機構 教授
いかわ せいいちろう 井川 誠一郎	日本慢性期医療協会 副会長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いまむら ひでひと 今村 英仁	日本医師会 常任理事
おがた ひろや 尾形 裕也	九州大学 名誉教授
こいけ そういち 小池 劇一	自治医科大学地域医療学センター 医療政策・管理学部門 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤健康センター 総合管理部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つる えいち 津留 英智	全日本病院協会 常任理事
とりうみ やすお 鳥海 弥寿雄	東京慈恵会医科大学 前医療保険指導室室長
なかの めぐみ 中野 恵	健康保険組合連合会 参与
はやしだ けんし 林田 賢史	東京大学大学院医学系研究科 特任教授
まきの けんいち 牧野 恒一	旭川赤十字病院 特別顧問・名誉院長
まの なりやす 眞野 成康	東北大学病院 教授・薬剤部長
まにわ よしまさ 眞庭 謙昌	神戸大学国際がん医療・研究センター センター長

◎ : 分科会長 ○ 分科会長代理

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について 検討結果(中間とりまとめ)(令和7年7月31日)

1. 急性期入院医療について
2. 高度急性期入院医療について
3. DPC/PDPSについて
4. 包括的な機能を担う入院医療について
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
6. 療養病棟入院基本料について
7. 重症度、医療・看護必要度について
8. 救急医療について
9. 入退院支援について
10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
11. 病棟における多職種でのケアについて
12. 外来医療について
13. 情報通信機器を用いた診療について
14. 入院から外来への移行について
15. 個別的事項

急性期入院医療について

【分科会での意見】

- 急性期の機能としては、特に救急医療を評価すべき
- 人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシェアも考えていくべき
- 人口20万人未満の二次医療圏を支える医療機関を評価する仕組みが重要

【今後の検討の方向性】

- 急性期機能に関する指標について、一般的な急性期機能と拠点的な急性期機能のそれぞれについて、救急搬送件数、手術件数、総合性の観点から検討する。
- その際、救急搬送件数や手術件数の絶対数だけでなく、地域で果たす役割を評価する観点から、地域や医療機関の状況を踏まえて、地域シェア率等の指標について、更に分析を進める。

高度急性期入院医療について

【分科会での意見】

- 救急部門の設置や一定の救急患者受入件数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないか
- 特定集中治療室の現行の「治療室内に医師が常時勤務」という配置要件は厳しいものであり、緩和する方向での検討が必要ではないか

【今後の検討の方向性】

- 救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室において、その重症度等がどのように異なっているのか、更に分析を進める。
- 専任の医師が宿日直を行う医師ではない「特定集中治療室管理料1～4」を算定する治療室と、専任の医師が宿日直を行うことができる「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室における専任の医師の違いについて、更に分析を進める。

回復期リハビリテーション病棟入院料について

【分科会での意見】

- ほぼ全ての患者が実績指標の計算除外基準に該当している施設もあり、現行の基準で病棟の機能を正しく評価されているのか疑問である

【今後の検討の方向性】

- 専門的リハビリを一定期間集中的に行う回復期リハビリテーション病棟入院料の趣旨を踏まえ、実績指標や重症患者割合等に係る適切な基準や、疾患別リハビリテーション料の評価のあり方等について、更に検討する。

療養病棟入院基本料について

【今後の検討の方向性】

- 前回改定時の医療区分の見直し後の、それぞれの入院料における満たす割合について詳細に検討する。
- 身体的拘束の実施について、患者像や治療内容を踏まえて分析し、本来必要な身体的拘束があるか検討する。
- 経腸栄養への移行を評価するために設けられている各種加算の届出状況や届出できない理由を踏まえつつ、これらを算定している医療機関におけるアウトカムを含めて分析を行い、経腸栄養への移行をめざすにあたっての適切な評価・分析について検討する。

救急医療について

【今後の検討の方向性】

- 救急患者連携搬送において、受入側医療機関の評価や、患者等搬送事業者の活用を検討する上での課題について、更に分析を進める。
- 救急外来応需体制に関する評価について、「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」「救急医療管理加算」等の実態を踏まえ、更に分析を進める。

入退院支援について

【今後の検討の方向性】

- 入退院支援加算や入院時支援加算等について、病院・病棟の機能ごとに入退院支援部門に期待される機能や、医療介護連携の更なる推進の観点から、令和7年度入院外来調査の結果をもとに、更に検討を進める。

外来医療について

【今後の検討の方向性】

- 複数疾患や生活の場を含めた全人的な診療を必要とする患者について、更に分析を進める。
- 令和7年度入院外来調査の結果を踏まえ、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する患者の特性等について、更に分析を進める。
- 特定機能病院等の再診患者の特性や、地域の診療所と連携して診療にあたっている患者数について、更に分析を進める。
- 特定機能病院等が再診患者の逆紹介を行う上での課題や、診療所において病院からの紹介患者を受け入れる上での課題、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行う取組の状況について、更に分析を進める。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度病院類型別の経営状況 | 病床規模別の比較

- 一般病院では全体的に医業利益率がマイナスの病床規模が多く、200床以上299床以下、300床以上499床以下、500床以上の大規模な病院は経常利益率もマイナスとなっている。
- 療養型病院では中規模病院よりも小規模の病院の方が医業利益率が低い傾向にある。経常利益率はプラスであるが同様の傾向である。
- 精神科病院では医業利益率はプラスの病床規模もあるが、中央値でみるとどの区分もマイナスである。

一般病院		20床以上49床以下	50床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上499床以下	500床以上
施設数		207	404	509	132	87	16
医業利益率	平均値	△1.2%	△1.1%	△0.9%	△3.1%	△2.8%	△0.9%
	中央値	△2.2%	△1.6%	△0.9%	△2.3%	△1.9%	0.4%
経常利益率	平均値	1.4%	1.2%	0.8%	△1.5%	△1.1%	△0.6%
	中央値	0.7%	1.0%	0.7%	△0.7%	△0.1%	△0.1%

療養型病院		20床以上49床以下	50床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上
施設数		135	321	381	88	39
医業利益率	平均値	△2.5%	△0.6%	1.4%	3.5%	4.5%
	中央値	△2.6%	△0.9%	0.4%	3.1%	3.5%
経常利益率	平均値	0.2%	1.7%	3.3%	5.0%	5.9%
	中央値	0.6%	0.9%	2.4%	4.5%	5.1%

精神科病院		20床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上499床以下	500床以上
施設数		24	235	200	119	14
医業利益率	平均値	△1.6%	△0.6%	0.3%	0.2%	△2.6%
	中央値	△3.1%	△1.0%	△0.3%	△0.5%	△3.0%
経常利益率	平均値	0.6%	1.8%	2.7%	2.9%	4.4%
	中央値	0.7%	1.3%	1.7%	2.3%	2.7%

*療養型病院の500床以上については該当施設数が少ないことから、300床以上499床以下とまとめて300床以上として表示している。また同様に、精神科病院の20床以上49床以下についても該当件数が少ないとことから、50床以上99床以下とまとめて20床以上99床以下として表示している。

<参考>

衛生検査所（検体検査会社、
臨床検査センター）からの
集荷料等の請求にかかる調査

2025年実施



<参考> 衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの 集荷料等の請求にかかる調査

趣旨

一部の衛生検査所において、昨今の燃料費等の高騰、人件費増や人手不足を要因として、検体の集荷料を委託元の医療機関から徴収する動きが出ている。しかしながら現在、医業経営が危機的な状況にある中で、医療機関によっては費用の追加負担に対応困難な場合も想定される。そのため、まずは医師会臨床検査センター、健診・検査複合体のある都道府県における医療現場の声をお聴きし、実態の把握を行う。
なお、必ずしも「集荷料」「検体回収料」等とは限らず、衛生検査所より集荷に係る諸費用の高騰等を理由に負担を求められた場合（別途徴収、検体検査委託料の価格の適正化・改定（値上げなど）を対象とする。

対象

医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体（一部の医師会病院を含む）のある36都道府県に所在する会員医療機関実施。他の11府県は任意回答

※調査対象36都道府県医師会：北海道、青森県、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、島根県、岡山県、広島県、山口県、愛媛県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

調査の方法

- (1) 実施方法：都道府県医師会を通し、郡市区医師会を経由して会員医療機関に依頼
(当該郡市区医師会に医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体がない場合を含む)
- (2) 回答方法：WEB (FAX 可)

期間 2025年6月30日～7月31日（8月11日まで延長）

短い期間でしたが、
二千数百件の回答を
いただきました。
どうもありがとうございました。



ご清聴ありがとうございました

2年後の令和9年度（2027年度）第32回総会は、
宮崎県にて開催！



日本医師会
Japan Medical Association

過去の総会記録集は
こちらにて提供
【日医の電子ブックアプリ】

