

平均在院日数の基準の見直し

厚生労働省保険局医療課。「令和6年度診療報酬改定【入院Ⅱ（急性期・高度急性期入院医療）】」（令和6年3月5日版）から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001224803.pdf>（令和6年12月4日確認）

令和6年5月時点		令和6年6月時点		令和6年10月時点	
東部地域	急性期一般入院料1 16病院	急性期一般入院料1 16病院	急性期一般入院料1 14病院	急性期一般入院料1 14病院	急性期一般入院料1 14病院
中部地域	急性期一般入院料1 14病院	急性期一般入院料1 14病院	急性期一般入院料1 11病院	急性期一般入院料1 11病院	急性期一般入院料1 11病院
西部地域	急性期一般入院料1 11病院	急性期一般入院料1 11病院	急性期一般入院料1 8病院	急性期一般入院料1 8病院	急性期一般入院料1 8病院

Department of Regional Medical Care Support

1 医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討

(4) 今後の地域医療の方向性

ア 新たな地域医療構想と医師偏在対策

(7) 2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

2025 年を目標年とする現行の地域医療構想では、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025 年以降も少子高齢化が進み、現役世代人口の減少に伴う医療人材の確保や、平成 30 (2018) 年の労働基準法改正や令和 3 (2021) 年の医療法改正等に伴う医療従事者の働き方改革などの課題にも対応が求められていることを前提に、2040 年の医療提供体制を見据えた対応が求められてきた。(図表 4-1)

このような中で、社会保障審議会医療部会では医療提供体制の改革について審議が重ねられ、令和 6 (2024) 年 12 月 25 日に、「2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」として公表された。その中では、現行の地域医療構想を引き継ぐ形となる「2040 年頃を見据えた新たな地域医療構想」と、地域医療構想と「一体的に取り組む」こととされてきた「医師偏在対策」が、2つの大きな柱として記載されている。(図表 1-6(再掲))

(イ) 新たな地域医療構想

現行の地域医療構想では、主に構想区域ごとの病床の機能分化・連携の推進に重点が置かれ、入院医療が対象となっていたが、今後は、高齢者世帯の状況（特に高齢者単独世帯の増加）や高齢者の住まい方の変化、高齢者救急の増加などから、全国の高齢者人口がピークとなる 2040 年頃を見据えて、外来・在宅医療や医療・介護連携を含めた医療提供体制全体の課題解決を図るための、新たな地域医療構想が策定されることとなり、令和 6 (2024) 年 12 月 18 日に、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」として公表された。(図表 3-27~29 (再掲)、4-2、図表 1-7(再掲))

新たな地域医療構想では、医療・介護連携の観点から、介護保険の保険者である市町村も地域医療構想に参画するとともに、地域移行が進められている精神医療についても地域医療構想に位置付けられることとなった。(図表 1-7(再掲))

このような背景から、これまでは地域医療構想が医療計画（静岡県では「静岡県保健医療計画」）の一部として位置付けられていたが、今後は医療計画が地域医療構想の「実行計画」として、「地域医療構想に即して」疾病・事業ごと及び在宅医療等に関する具体的な取組を定めるものとされ、地域医療構想と医療計画の上下関係が逆転する大きなパラダイムシフトが起きることとなった。(図表 4-3)

また、それに伴って、新たな地域医療構想の記載事項は、現行の地域医療構想の範囲から大きく拡がり、介護との連携等を含む地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を示すこととなったほか、病床の機能分化・連携に加えて、医療機関の機能分化・連携を推進するため、「医療機関機能」が新たな記載事項として加わること

となった。(図表 4-4)

病床の機能分化・連携のうち、病床機能の「回復期機能」については、今後増加する高齢者救急の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つことが重要となることなどから、「包括期機能」として位置付けられることとなった。(図表 4-5)

また、基準病床数と病床の必要量との関係については、基準病床数は連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に設定するものとしつつ、基準病床数の算定では将来の病床数の必要量が上限とされ、地域の実情に応じて、特例措置による都道府県の対応についても記載されている。(図表 4-5)

今回新たに設定される医療機関機能については、地域における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、医療機関からの報告を求めるものであり、地域ごとの医療機関機能として4類型、広域な観点の医療機関機能として1類型が示された。(図表 4-6)

このうち、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」については、入院受療率が高い高齢者人口（特に85歳以上人口）の増加に伴い、全体として、2040年頃までは入院患者数は増加傾向にあるとされる中で、全国の半数以上の構想区域で手術件数の減少が見込まれていることから、「急性期拠点機能」については「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」とするとともに、「構想区域ごとの病院数を設定」することとされている。(図表 4-6～8)

一方、外来患者数が既に減少局面にある二次医療圏が多い中で、2040年にかけては、高齢者を中心とした救急搬送と在宅医療需要の増加が見込まれることから、高齢者救急を含む救急搬送を受け入れる「高齢者救急・地域急性期機能」の確保も重要な課題となっている。(図表 4-9、3-42(再掲))

近年、外科や脳神経外科などの外科系医師の不足（若手医師のなり手不足）が大きな課題となっている^{*4-1,2}が、地域全体の医療提供体制における高度・専門医療の拠点化・集約化と一般的な医療の均てん化の両立^{*4-3}が求められる中で、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」の位置付けや医療機関内外における分化・連携は、地域医療構想調整会議などでの協議において大きな論点になるものと考えられる。

なお、各都道府県における新たな地域医療構想に関する具体的な議論は、令和8(2026)年度に予定されているが、それに先立って、国において新たな地域医療構想に関するガイドラインが令和7(2025)年度に検討・策定される予定となっている。(図表 1-9(再掲))

*4-1 厚生労働省：「第7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2 日本消化器外科学会 提出資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf>（令和7年3月31日確認）

*4-2 厚生労働省：「第7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3 日本脳神経外科学会 提出資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001323107.pdf>（令和7年3月31日確認）

*4-3 一般社団法人日本外科学会ホームページ：「新たな地域医療構想に対する外科からの提言」

https://jp.jssoc.or.jp/modules/info/index.php?content_id=488（令和7年3月31日確認）

今後の地域医療の方向性のまとめ ①-1

～新たな地域医療構想と医師偏在対策 その1～

○ 新たな地域医療構想

病床の機能分化・連携に重点が置かれた現行の地域医療構想に対して、全国の高齢者人口がピークとなる2040年頃を見据えた新たな地域医療構想が策定されることとなり、令和6（2024）年12月18日に「とりまとめ」が公表された。

新たな地域医療構想は、医療計画を構想の「実行計画」として位置付けることにより、これまでの地域医療構想と医療計画の上下関係が逆転することとなり、基準病床数と病床の必要量との関係では、基準病床数は将来の病床数の必要量が上限となった。

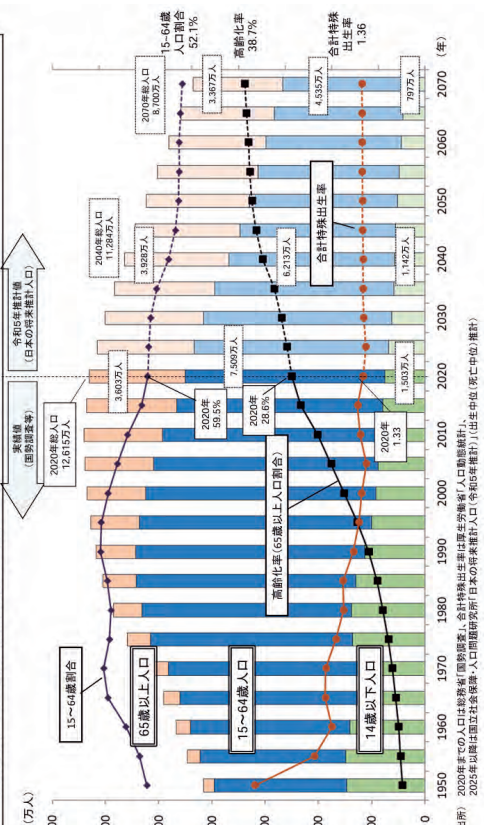
各医療機関からの報告事項では、病床機能の「回復期機能」が今後増加する高齢者救急の受け皿として「包括期機能」とされたほか、「医療機関機能」が新たな記載事項となったが、医療資源投入量が多い手術や救急医療等を担う「急性期拠点機能」と、今後増加が見込まれる高齢者救急を含む救急搬送を受け入れる「高齢者救急・地域急性期機能」の位置付けや医療機関内外における分化・連携は、地域医療構想調整会議などでの協議において大きな論点になるものと考えられる。

令和8（2026）年度に予定される各都道府県での具体的な議論に先立って、令和7（2025）年度に国において新たな地域医療構想に関するガイドラインが検討・策定される予定となっている。

図表3-27(再掲)

日本の人口の推移

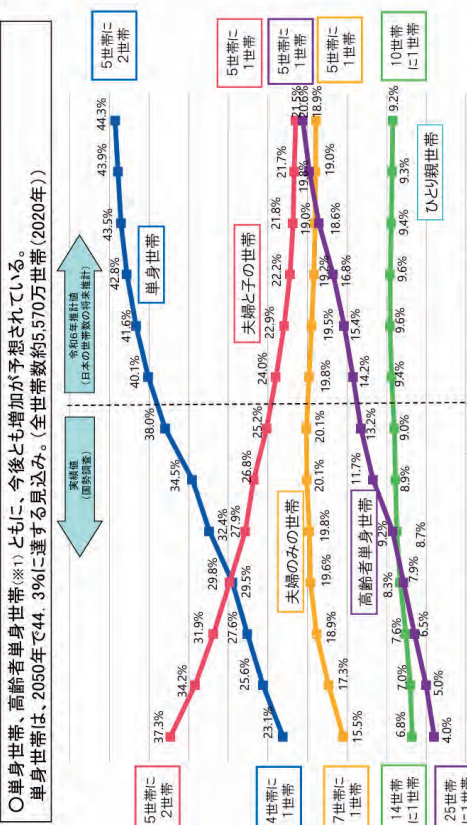
○日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



厚生労働省ホームページ:「日本の人口の推移」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/001483746.pdf> (令和7年3月31日確認)

圖表3-28(再掲)

起る構造の推移と見通し

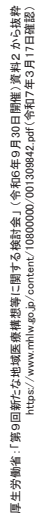


(参) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保険・人口問題研究所「日本の数の推移(全国国勢推計)(令和6年推計)」

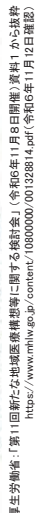
5歳以上世帯に対する割合は、35.2%(2020年)から45.1%(2050年)へと上昇。

厚生労働省ホームページ:「世帯構成の推移と見通し」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/001334405.pdf> (令和7年3月31日確認)

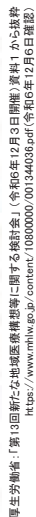
図表1-7(再掲)



論議的な主眼でこれまでも（新たな地域医療構想の基本的な方向性）（案）



新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理(案)



ア 新たな地域医療構想と医師偏在対策

(ウ) 医師偏在対策

医師偏在対策については、医師の確保と偏在是正が地域の医療提供体制の確保に直結することから、これまでも各都道府県による医師確保計画の策定・実施において、地域医療構想と一体的に取り組むとともに、医師の働き方改革とも連動する形で様々な施策が展開されてきた。**(図表 1-2(再掲)、4-10)**

このような中で、国の検討会では、医師の偏在を地域偏在と診療科偏在の2つの視点から検討し、医師偏在の要因、これまでの対策、今後の課題について整理した全体像が示された。**(図表 4-11)**

具体的には、これまでは若手医師を対象とした医師の養成過程を通じた偏在対策として、地域枠の設定による学部教育(卒前教育)での対策、研修プログラムの定員設定やシーリング等による臨床研修制度・専門医制度を通じた卒後教育での対策、あるいは学部教育における教育カリキュラムと連携した「キャリア形成卒前支援プラン」と臨床研修制度・専門医制度を通じた「キャリア形成プログラム」を連動させたキャリア形成支援などが実施されてきた。**(図表 4-12～14)**

検討会では、令和5(2023)年12月に閣議決定された「改革工程」^{*4-4}や、令和6(2024)年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針)2024」を踏まえて、さらに実効性のある取り組みについて議論が重ねられた結果、「医師是正是正に向けた基本的な考え方」が取りまとめられ、令和6(2024)年12月18日に、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」と併せて「医師偏在対策に関するとりまとめ」が、さらに、令和6(2024)年12月25日には、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ(概要)」(以下、パッケージ)が公表された。**(図表 4-15～19、図表 1-8(再掲))**

このパッケージでは、検討会での議論を踏まえて、医師偏在の是正に向けた基本的な考え方として、総合的な対策の実施、すべての世代の医師へのアプローチ、従来のへき地対策を超えた取り組みの3つが示されている。**(図表 1-8(再掲)、4-18)**

このうち、3つ目の考え方については、へき地でなくても、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、医療機関の維持が困難な地域もあるとして、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」として設定して、優先的・重点的に対策を進めるとともに、医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定し、医療法に基づいて各都道府県が設置している地域医療対策協議会(静岡県では「静岡県医療対策協議会」が該当)や保険者協議会で協議の上、具体的対策を進めることとされている。**(図表 1-8(再掲)、4-19)**

*4-4 全世代型社会保障構築会議：「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)について」

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20231222_antore.pdf(令和7年3月31日確認)

今後の地域医療の方向性のまとめ ①-2

～新たな地域医療構想と医師偏在対策 その2～

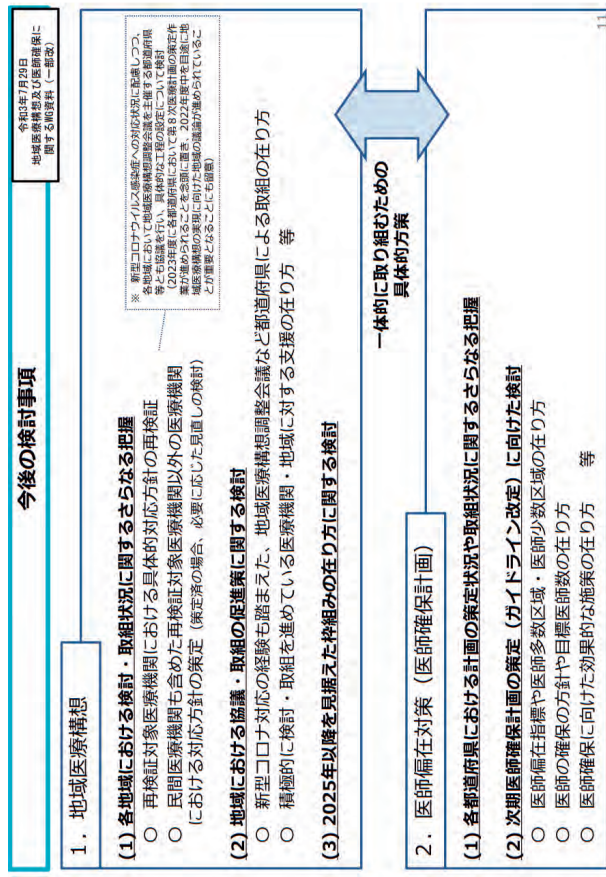
○ 医師偏在対策

医師偏在対策については、これまで若手医師を対象とした医師の養成過程を通じた偏在対策として、地域枠の設定による学部教育（卒前教育）での対策、研修プログラムの定員設定やシーリング等による臨床研修制度・専門医制度を通じた卒後教育での対策、あるいは学部教育における教育カリキュラムと連携した「キャリア形成卒前支援プラン」と臨床研修制度・専門医制度を通じた「キャリア形成プログラム」を連動させたキャリア形成支援などが実施されてきた。

国の検討会において、さらに実効性のある取り組みについて議論が重ねられた結果、令和6（2024）年12月18日に「医師偏在対策に関するとりまとめ」が、さらに、令和6（2024）年12月25日には「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）」（以下、パッケージ）が公表された。

このパッケージでは、医師偏在の是正に向けた基本的な3つの考え方として、①総合的な対策の実施、②すべての世代の医師へのアプローチ、③従来のへき地対策を超えた取り組みが示され、そのうち、③については、へき地でなくても、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、医療機関の維持が困難な地域を「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」に設定して、優先的・重点的に対策を進めるとともに、医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定し、医療法に基づいて各都道府県が設置している地域医療対策協議会（静岡県では「静岡県医療対策協議会」が該当）や保険者協議会で協議の上、具体的対策を進めることが示されている。

図表1-2(再掲)



厚生労働省:「第2回 第6次医師確保計画に関する検討会」(令和5年8月6日開催)資料1から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00003666.pdf>(令和5年3月31日現在)

図表4-11

医師偏在における課題の全体像(案)		
地域偏在	診療科間の偏在	診療科の細分化
考えられる偏在要因 ○ 医師少数区域の生活・教育環境 ○ 出身大学県への定着の低下 ○ 大学病院等からの医師派遣の変化 ○ 若手医師の価値観の変化(タイム・コストパフォーマンス) ○ 若手医師の価値観の変化(タイム・コストパフォーマンス)	○ 診療科間の働き方・処遇の違い ○ 外科・内科の対象疾病・手術の変化 ○ 若手医師の価値観の変化(将来性、タイム・コストパフォーマンス) ○ 自らの強い診療科からの中堅医師以降での離脱	○ 臓器別講座への細分化 ○ 高度な専門性への高い評価 ○ 専門性重視の教育 ○ 限られた再教育の機会
これまでの主な偏在対策 ○ 地域枠・地元出身者枠の設置 ○ 医師養成過程(臨床研修・専門研修)における採用数上限設定 ○ 医師確保計画の策定 ○ 医師派遣・ドクターバンク事業 ○ 医師全体での地域偏在 ○ 病院・診療所勤務の(ランス)を中心とした、若手医師の診療所勤務の増加 ○ 都道府県内における偏在 ○ 過疎地域における医師アクセス	○ 専門研修制度におけるシーリング ○ 診療科選定地域枠 ○ 医師の働き方改革 ○ 外科医を中心とした、一部の診療科医師の減少 ○ 美容外科医師等の増加	○ 臨床研修の必修化 ○ 総合診療専門医創設 ○ 総合診療医支援事業
なお残る課題	○ 外科医を中心とした、一部の診療科医師の減少 ○ 美容外科医師等の増加	○ 増加する高齢者等における併存疾患への対応 ○ へき地診療所、中小病院を中心としたプライマリケアの対応

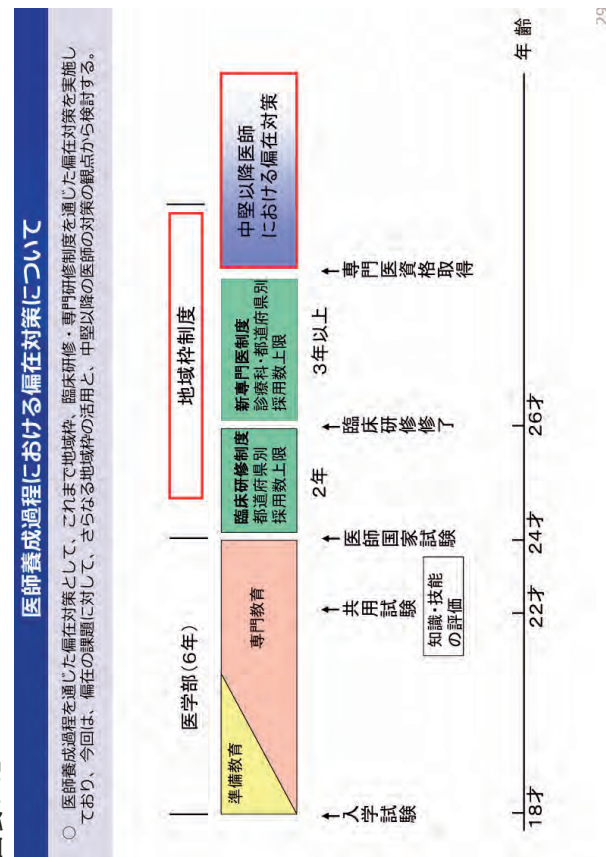
厚生労働省:「第4回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」(令和5年4月20日開催)資料1から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/00033000_001250705.pdf(令和7年3月31日現在)

図表4-10



厚生労働省:「第4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」(令和5年4月20日開催)資料1から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/00033000_001250705.pdf(令和7年3月31日現在)

図表4-12



厚生労働省:「第4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」(令和5年4月20日開催)資料1から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/00033000_001250705.pdf(令和7年3月31日現在)

