

新たな地域医療構想と 病院の将来

2025. 10. 15

【略歴】 ←

兵庫県神戸市生まれ←

東京大学工学部（都市工学科）、経済学部卒業←

1978年	厚生省入省←
1978年～81年	厚生省年金局年金課←
1981年～83年	OECD事務局（在パリ）出向←
1983年～85年	厚生省大臣官房政策課係長、会計課課長補佐←
1985年～86年	厚生省保健医療局老人保健部老人保健課課長補佐←
1986年～88年	厚生省保険局国民健康保険課課長補佐←
1988年～89年	厚生省健康政策局指導課課長補佐←
1989年～92年	在ジュネーヴ国際機関日本政府代表部一等書記官←
1992年～93年	厚生省大臣官房国際課課長補佐←
1993年～95年	千葉市環境衛生局長←
1995年～96年	厚生省健康政策局看護職員確保対策官←
1996年～98年	国家公務員共済組合連合会病院部長←
1998年～2001年	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長←
2001年～2013年	九州大学大学院医学研究院教授←
2013年～2017年	東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授 ←
2013年～	九州大学名誉教授←

【主要著書】 ←

尾形裕也（2000）『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画・吉村賞 ←

尾形裕也、田村やよひ編著（2002）『看護経済学』法研 ←

山崎泰彦、尾形裕也編著（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社 ←

黒川清、尾形裕也監修（2006）『医療経営の基本と実務（上）（下）』 ←

日経メディカル開発 ←

田近栄治、尾形裕也編著（2009）『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房 ←

尾形裕也（2010）『病院経営戦略論』日本医療企画 ←

尾形裕也（2017）『志なき医療者は去れ：岩永勝義、病院経営を語る 第2版』 ←

MAS プレーン ←

尾形裕也（2018）『日本の医療政策と地域医療システム』日本医療企画 ←

尾形裕也（2021）『看護管理者のための医療経営学：第3版』日本看護協会出版会 ←

尾形裕也（2022）『この国の医療のかたち：医療政策の動向と課題』 ←

日本看護協会出版会 ←

尾形裕也（2023）『志なき医療者は去れ！ 岩永勝義、病院経営を語る』増補改訂版 ←

日本看護協会出版会 ←

本日お話しする予定の内容

- 0. 2025年度の位置付け
 - 1. 医療需要の変化
 - 2. 医療供給の現状と課題
 - 3. 地域医療構想の現状と課題
 - 4. 新たな地域医療構想
 - 5. 病院医療における外来の位置付け
 - 6. 最近の政策論議

0. 2025年度の位置付け

- 2024年4月 第8次医療計画(～2030年3月)
第4期医療費適正化計画(〃)
医師の働き方改革始動
介護報酬改定、薬価改定
- 6月 診療報酬・材料価格改定
- 12月 **新たな地域医療構想**等に関するとりまとめ
- 2025年4月 かかりつけ医機能報告制度始動
薬価中間年改定
- ?月 医療法等改正
新たな地域医療構想GL検討開始

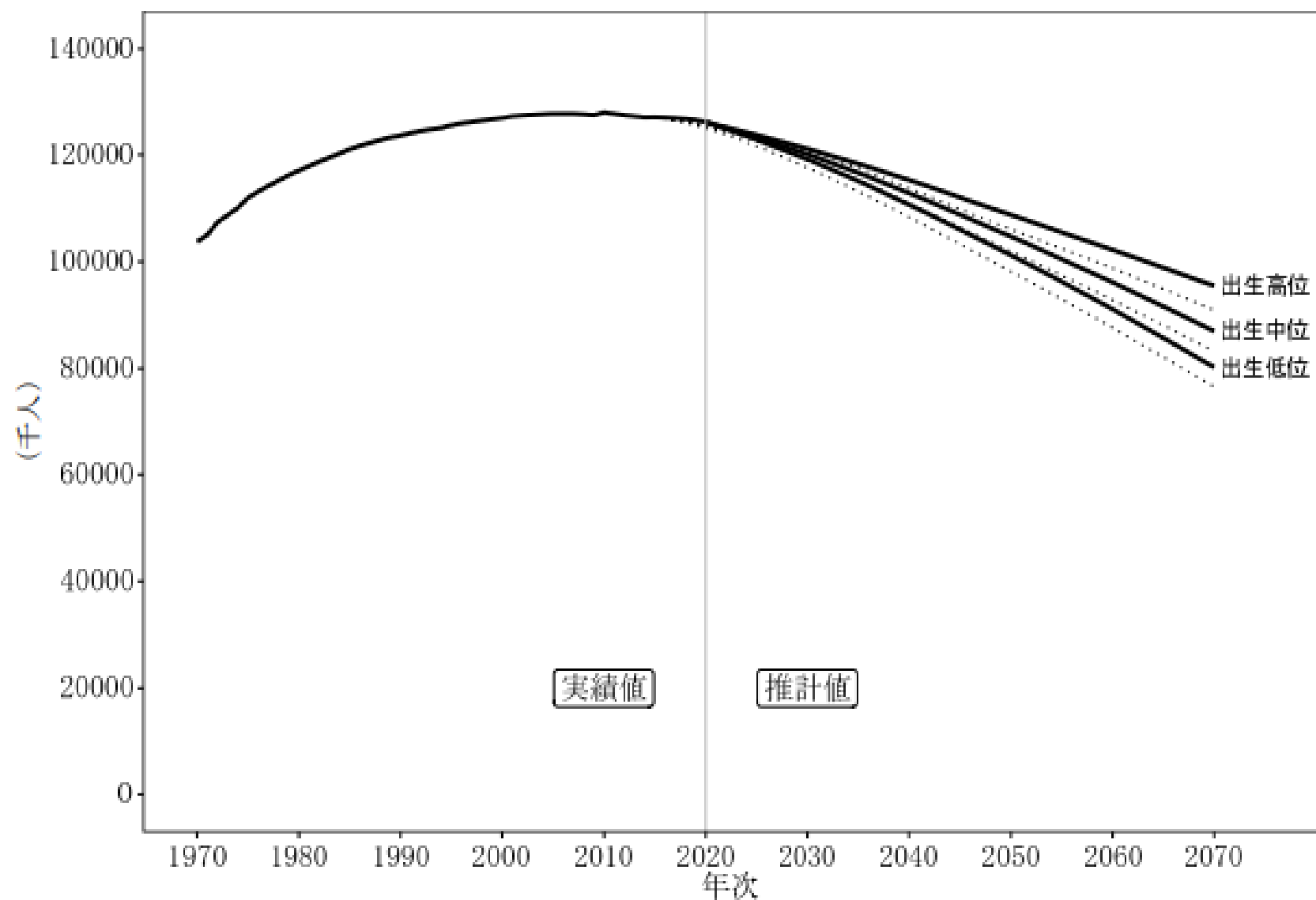
1. 医療需要の変化

(1) 医療需要に影響する諸要因

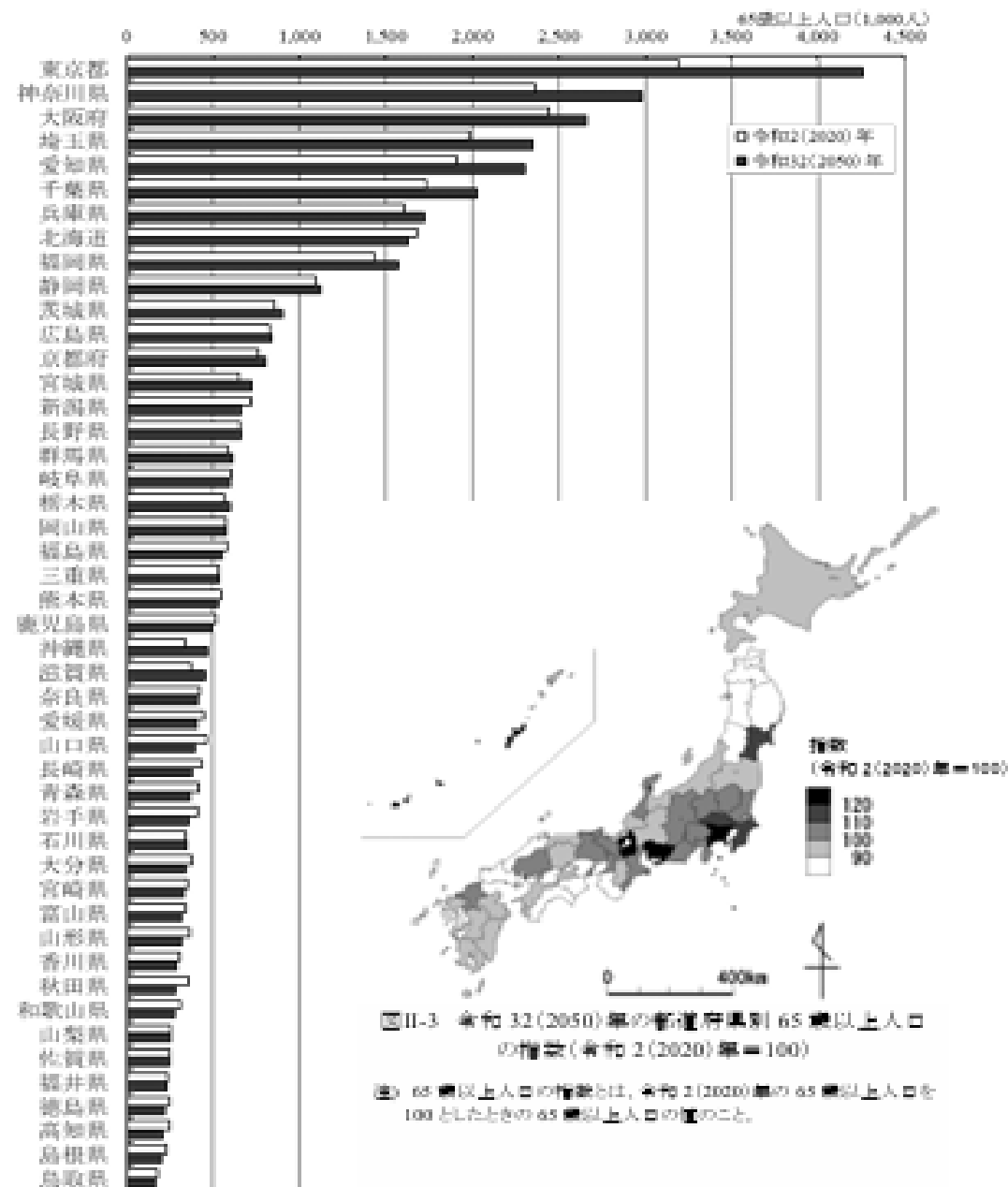
○人口構造の変化

- ・新人口推計(2023.4.26)
- ・「人口減少社会」という避けられない現実
 - 人口減少社会を前提とした制度、政策、仕組みを構築していく必要
- ・地域差についての考慮：神奈川県的位置付け

図1-1 総人口の推移 —出生中位・高位・低位（死亡中位）推計—

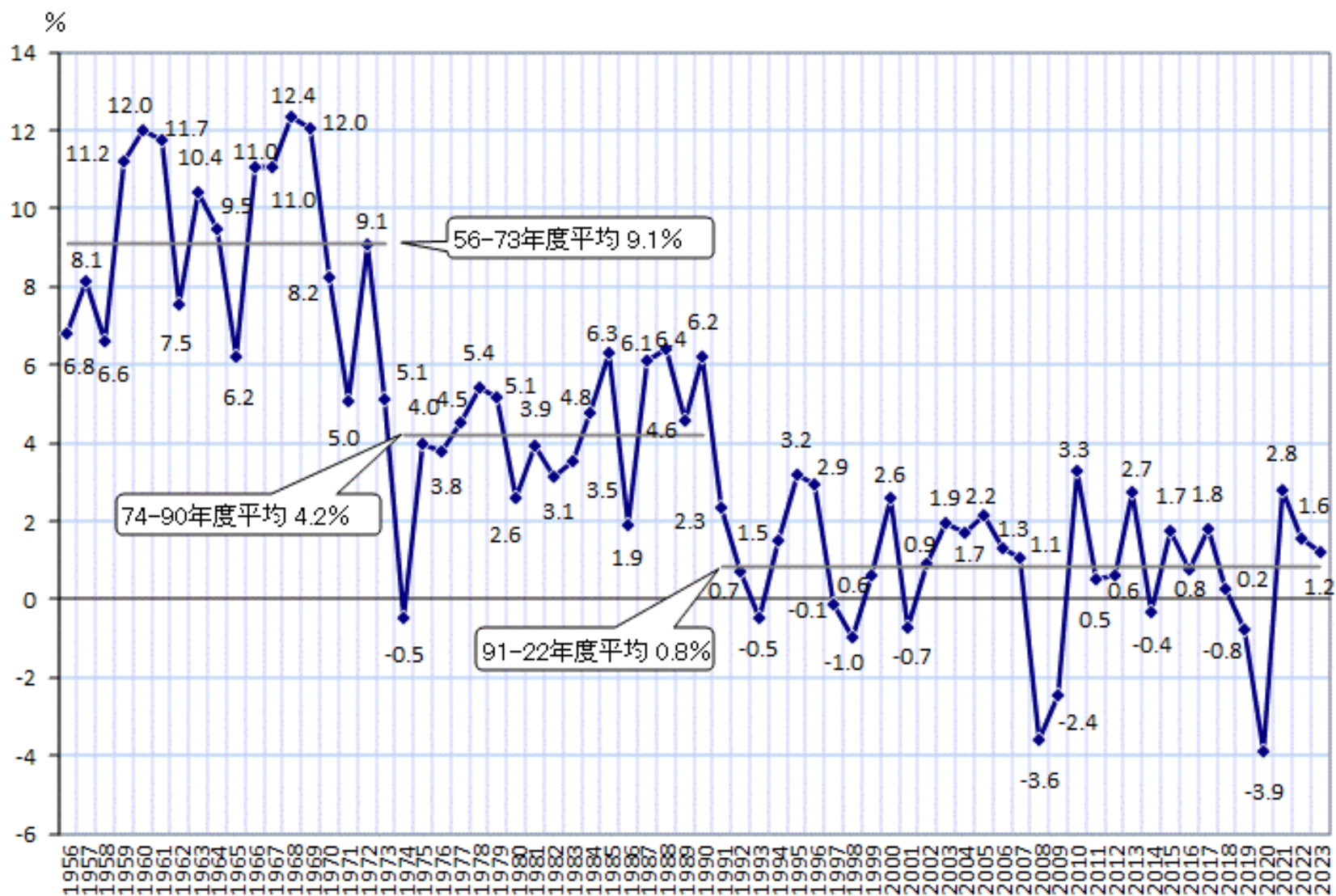


実線は今回推計、破線は前回推計。



図II-2 令和2(2020)年と令和32(2050)年の都道府県別65歳以上人口

○経済成長率(GDP伸び率)の推移



○技術進歩

- ・Newhouse(1993) An Iconoclastic View of Health Cost Containment,
Health Affairs 12, suppl 1 (1993):152-171.
- ・医療費の増加要因として最も大きいものは何か
→「**技術進歩**」
- ・公的医療保険でどこまで技術進歩を取り入れるか
→技術評価、費用対効果分析等

○人々のニーズの変化

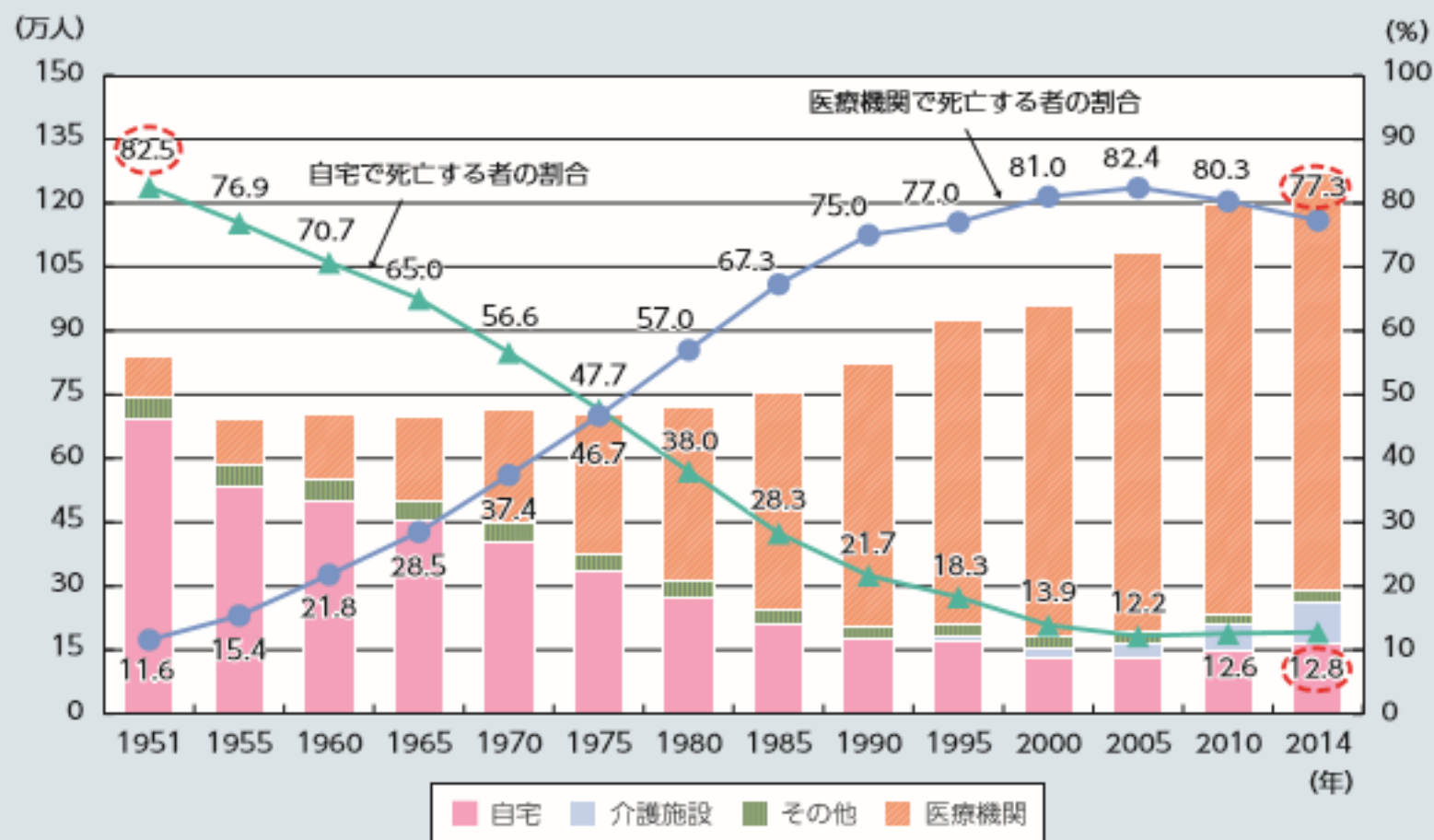
- ・価値観等の反映

 - ＜例＞「死に場所」の変化

- ・医療者の価値観とのギャップ

 - ＜例＞「闘病」→長期的に埋まるか？

図表1-1-12 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

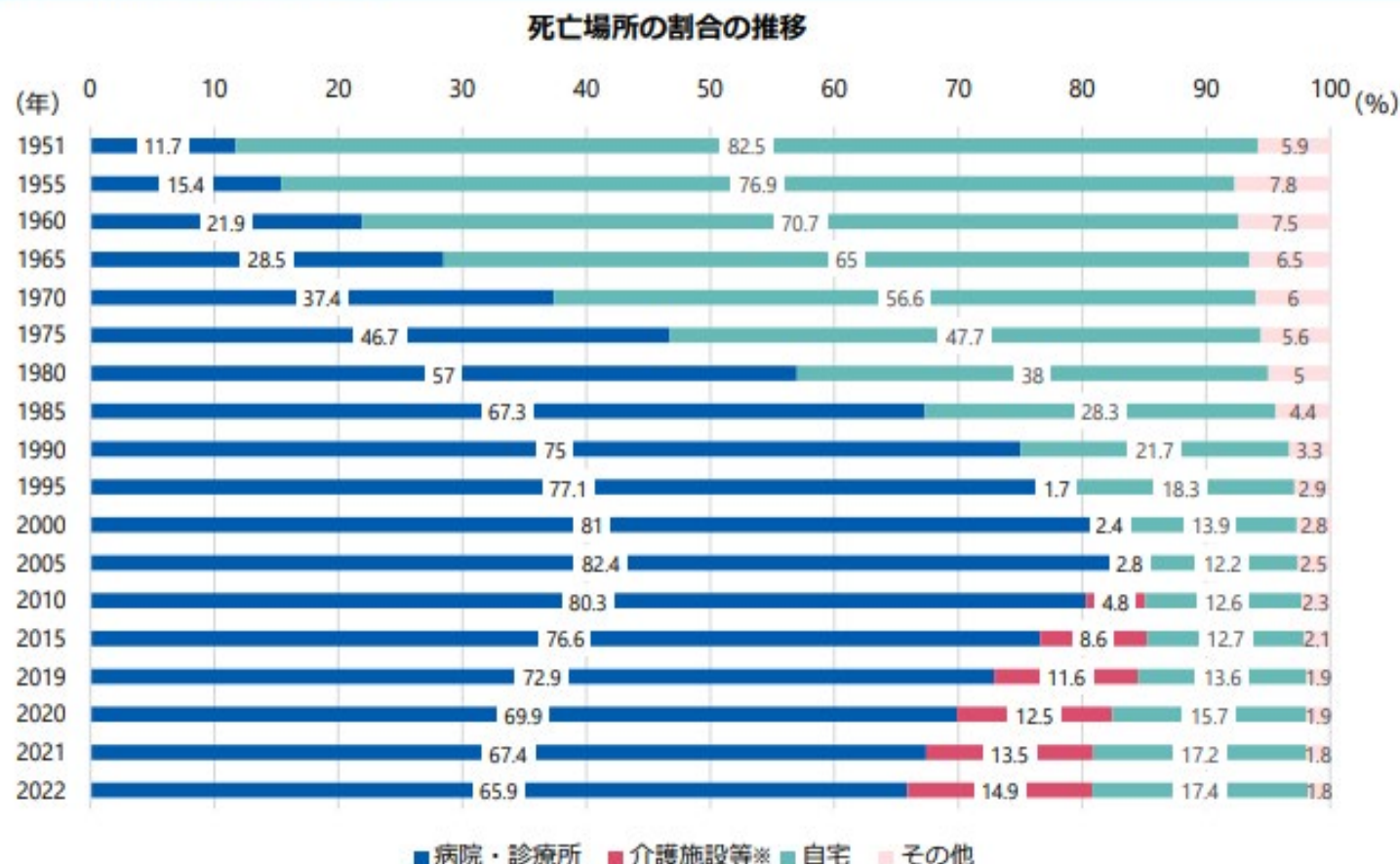
(注) 1. 「介護施設」は、「介護老人保健施設」と「老人ホーム」を合計したもの。

2. 「医療機関」は、「病院」と「診療所」を合計したもの。

3. 1990年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。



資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態

※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム)

※ その他には助産所を含む

※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

(2) 医療(・介護)分野の将来ニーズ

◎医療(・介護)は、長期的に見て、数少ない確実な「成長分野」

○医療・介護支出における日本の相対的位置

- ・最長寿国だが、比較的コントロールされている
- ・医療費4兆円削減論？

○ただし、**ポジショニング**の問題あり

- ・後述するように、入院、外来、在宅等、分野によって医療需要の変化は一律ではない

詳細データ①

OECD加盟国の保健医療支出の状況（2021年）

国名	総医療費の 対GDP比（%）		一人当たり医療費 （ドル）		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	17.4	1	12,197	1	
ドイツ	12.9	2	7,518	3	
英国	12.4	3	5,467	15	
カナダ	12.3	4	6,278	8	
フランス	12.3	5	6,106	12	
オーストリア	12.1	6	6,690	6	
スイス	11.8	7	7,582	2	
日本	11.3	8	4,899	19	
オランダ	11.3	9	6,739	5	
スウェーデン	11.2	10	6,228	10	
ポルトガル	11.1	11	3,830	25	
ベルギー	11.0	12	6,022	13	
デンマーク	10.8	13	6,372	7	
スペイン	10.7	14	4,087	22	
オーストラリア	10.6	15	6,226	11	
フィンランド	10.3	16	5,252	16	
ニュージーランド	10.1	17	4,921	18	
ノルウェー	9.9	18	7,043	4	
アイスランド	9.7	19	5,107	17	

国名	総医療費の 対GDP比（%）		一人当たり医療費 （ドル）		備考
		順位		順位	
チェコ	9.5	20	4,303	20	
スロベニア	9.5	21	3,885	24	
イタリア	9.4	22	4,043	23	
チリ	9.3	23	2,677	32	
韓国	9.3	24	4,189	21	
ギリシャ	9.2	25	2,736	31	
ラトヴィア	9.0	26	3,122	28	
コロンビア	9.0	27	1,532	37	
イスラエル	7.9	28	3,258	27	
リトアニア	7.8	29	3,336	26	
スロヴァキア	7.8	30	2,522	34	
コスタリカ	7.6	31	1,671	35	
エストニア	7.5	32	3,074	29	
ハンガリー	7.4	33	2,749	30	
アイルランド	6.7	34	5,861	14	
ポーランド	6.4	35	2,522	33	
メキシコ	6.1	36	1,262	38	
ルクセンブルク	5.7	37	6,274	9	
トルコ	4.6	38	1,560	36	
OECD平均	9.7		4,714		

出典：「OECD HEALTH Statics 2023」

（注）上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)2023.3.17改正

全国で見れば、65歳以上人口は令和22年(2040年)を超えるまで、75歳以上人口は令和32年(2050年)を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や一人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年(2025年)まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年(2035年)頃まで一貫して増加する。また、外来患者数は令和7年(2025年)頃、入院患者数は令和22年(2040年)頃、在宅患者数は令和22年(2040年)以降に最も多くなる。

一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。

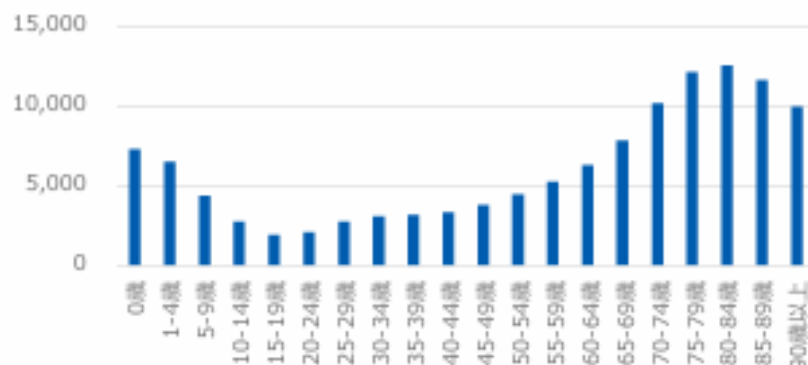
○医療内容(外来、入院、在宅等の種別)を横軸、2次医療圏等地域を縦軸とした、**2次元**の座標軸によって、医療需要を具体的に捉える必要

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

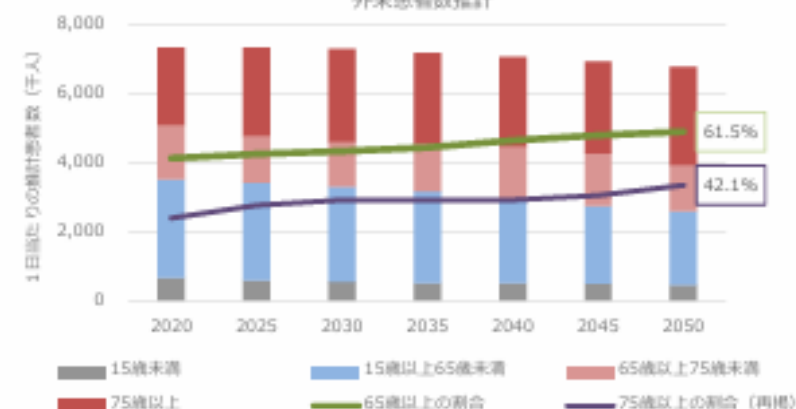
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 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。

外来受療率（人口10万対）

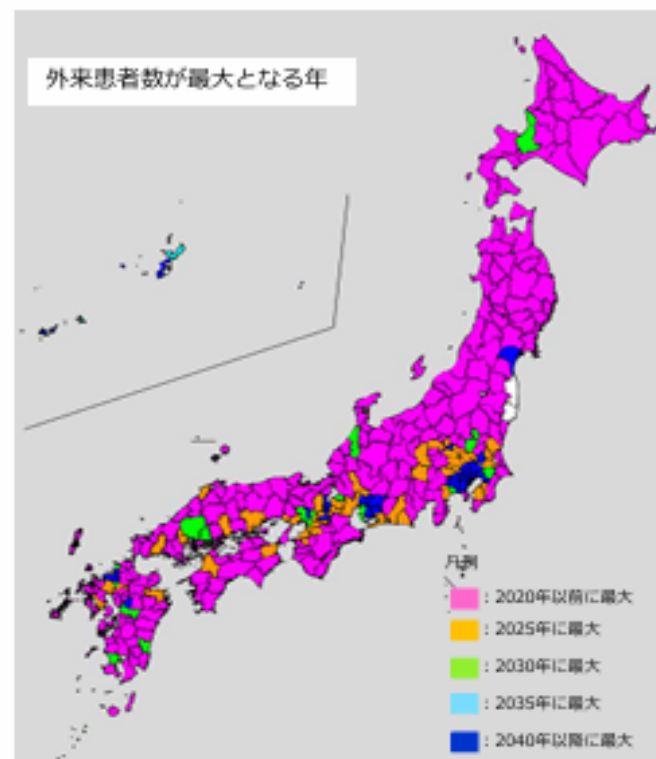


外来患者数推計



高齢者の占める割合（％）

外来患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

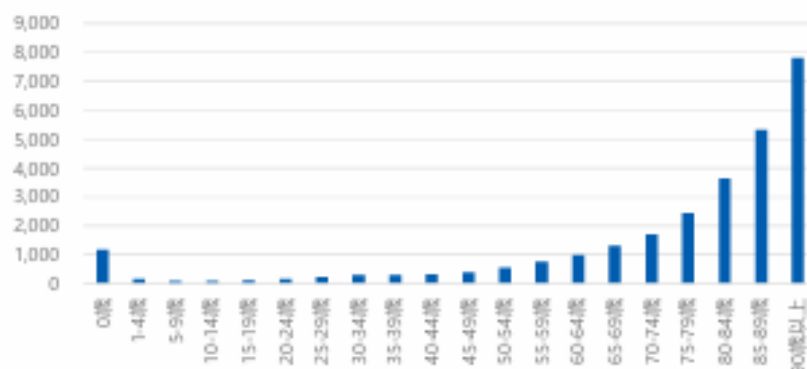
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む中通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

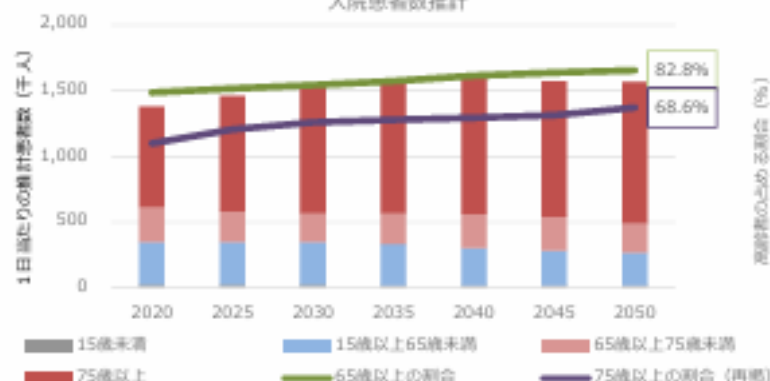
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 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。

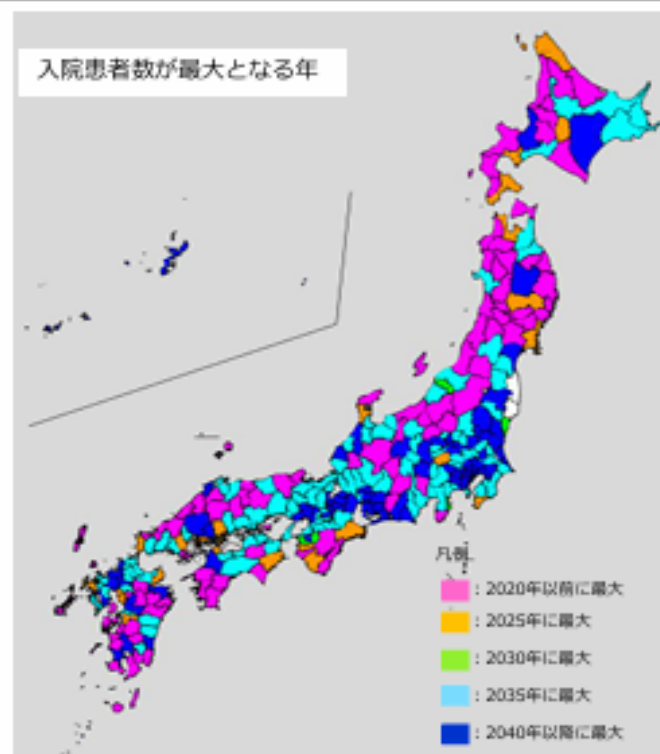
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏に属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

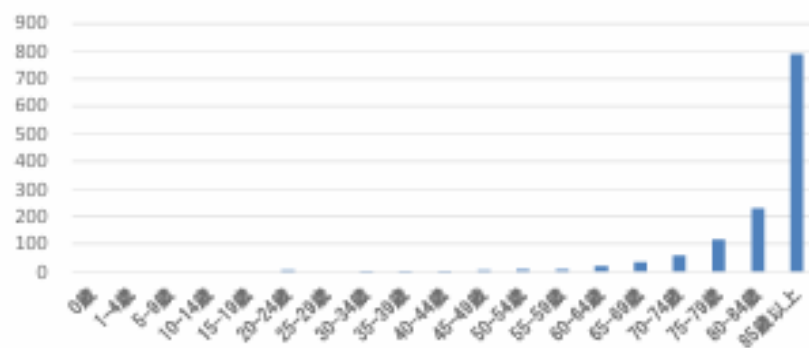
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の2次医療圏について集計。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

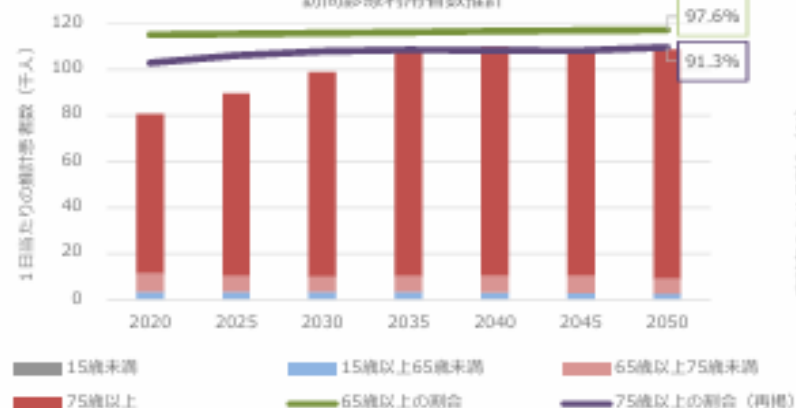
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 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。

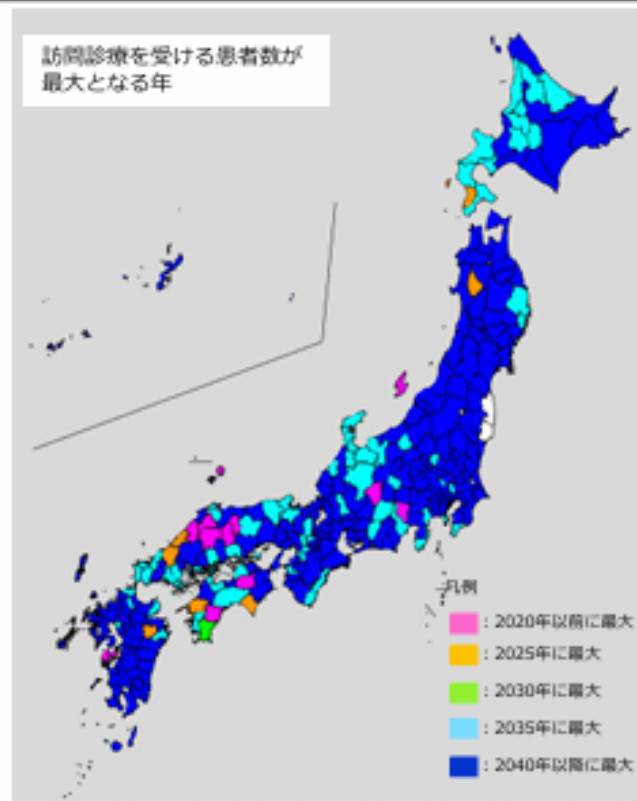
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む中通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

2. 医療供給の現状と課題

(1) 資本集約的(＝労働節約的)な医療提供体制

○医療は、一般的には「労働集約的」なサービスと考
えられている

○国際的に比較してみると、資本が豊富にある一方で
、手薄な人員配置という状況
→いわゆる「医療崩壊」の基本的背景

○主要な医療資本投入状況の国際比較(2017年)

←

国名	人口千人当り	人口百万人当り	人口百万人当り←
	病院病床数	CT 台数	MRI 台数←
日本	13.05	111.49	55.21←
カナダ	2.52	15.28	9.97←
フランス	5.98	17.36	14.21←
ドイツ	8.00	35.13	34.71←
イタリア	3.18	34.71	28.61←
イギリス	2.54	9.46**	7.23**←
アメリカ	2.77 *	42.64	37.56←

←

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019 より、講演者作成 (*2016年、**2014年) ←

○主要な医療労働投入状況の国際比較(2017年)

国名	病床 100 床当り 臨床医師数	病床 100 床当り 臨床看護職員数	人口 1,000 人当り 臨床医師数	人口 1,000 人当り 臨床看護職員 数
日本	18.5*	86.5*	2.43*	11.3*
カナダ	105.1	395.2	2.65	10.0
フランス	52.8	175.3	3.16	10.5
ドイツ	53.1	161.6	4.25	12.9
イタリア	125.4	182.3	3.99	5.8
イギリス	110.8	308.5	2.81	7.8
アメリカ	93.4*	427.6*	2.61	11.7

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019 より、講演者作成 (*2016 年)

(2) 地域差の問題

○都道府県間・内の双方において大きな地域差

→医療政策上無視できない

○いわゆる「西高東低」の問題(次ページ)

○神奈川県的位置

○病床数の地域差

(人口10万対都道府県別病院病床数:2023.10)

一般病床 710.0床 (最大最小比2.3)

1.高知1146.5	2.大分1074.9	3.北海道1018.0	4.鹿児島989.0	5.和歌山955.3
47.神奈川508.7	46.埼玉519.6	45.愛知531.6	44.千葉584.3	43.東京584.7

療養病床 220.1床 (最大最小比4.9)

1.高知669.8	2.山口550.1	3.徳島465.8	4.佐賀455.5	5.長崎451.4
47.宮城137.5	46.京都137.8	45.神奈川138.3	44.岐阜140.7	43.埼玉150.6

精神病床 256.5床 (最大最小比4.2)

1.長崎603.0	2.鹿児島600.5	3.宮崎559.3	4.徳島520.4	5.佐賀514.4
47.神奈川143.3	46.東京146.7	45.滋賀160.7	44.愛知163.5	43.静岡180.4

○病床数の地域差をめぐる議論

- 「わが県は病床数が多く、医療へのアクセスもよく、県民は大変満足している。病床数が多くて何が悪いのか」という議論について、どう考えるか？

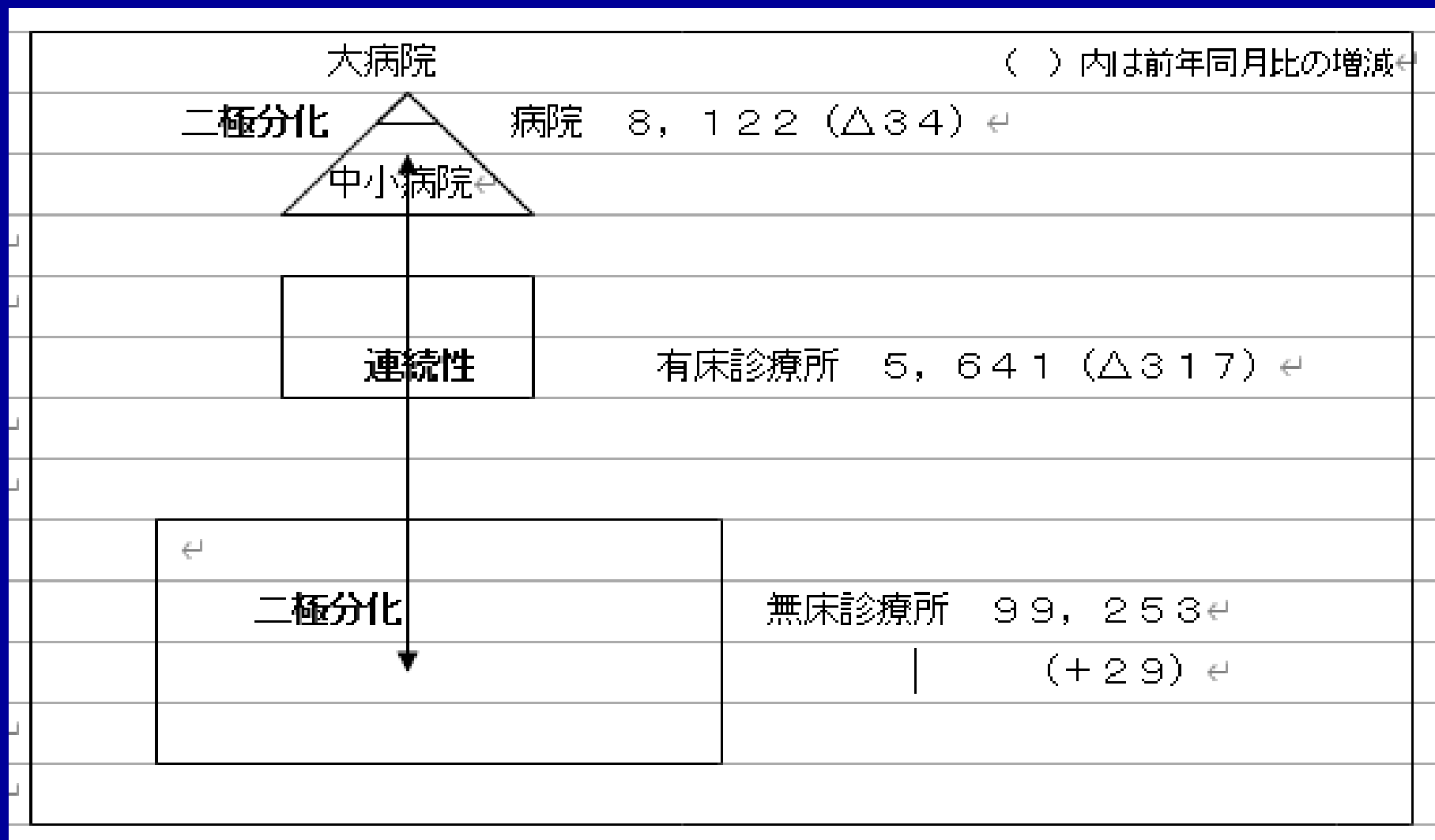
(3) 医療施設体系の連続性

○病院と診療所の区別、機能分担、連携が少ない
→「診療所が大きくなったものが病院」

○診療報酬も基本的に病院、診療所共通：出来高払

○Lack of differentiation and standardization
機能分化と標準化の欠落：OECD(2001)

日本の医療施設体系に関する概念図(2023.10)



(4) 民間主導の医療提供体制

○Publicly funded and privately delivered

- ・病院8,122のうち、医療法人69.7%、個人1.3%、公的14.7%、国3.9%
- ・少なくとも量的には、民間医療機関が大きなウェイトを占めている
- ・国際的には、公—公、民—民の組合せも

○公—民という日本の組合せの評価

- ・「保険あって医療なし」という当初の危惧は杞憂に
- ・むしろ、「需要が供給を引っ張る」形で、医療提供体制の整備が急速に進んだ
- ・問題はこれから：拡大局面→縮小局面にどう対応するか

→地域医療構想

(5) Laissez-faireの医療提供政策

○Laissez-faire(自由放任主義)

- 医療保障政策は、強い国家の介入: 皆保険体制、医療保険改革等々
- 医療提供体制については、「自由放任」
 - 基本的に自由開業制で、医療機器の規制もない
- 医療計画の病床規制も増床抑制のみ
 - 人口減少社会において今の体制で持つのか？

3. 地域医療構想の現状と課題

(1) 地域医療構想の位置付け

- 日本の伝統的な医療提供政策(Laissez-faire: 自由放任主義)から一步踏み出したもの
- 医療機関の自主的選択による地域の医療提供体制の実現

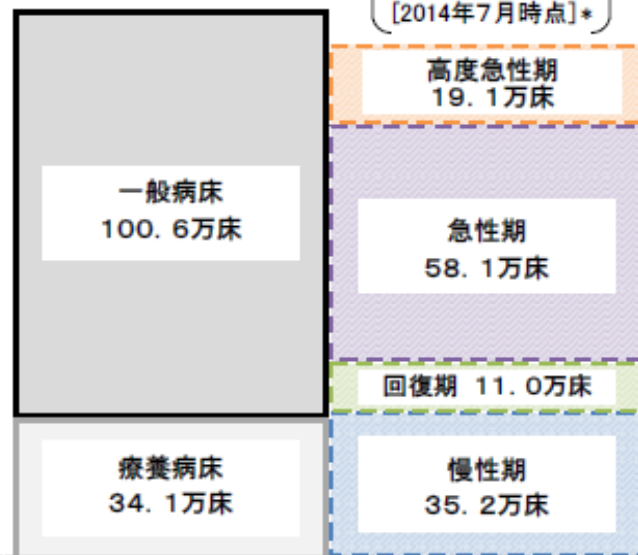
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
（→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒・地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、
・慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



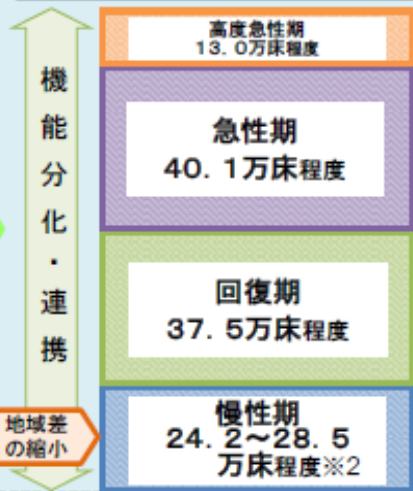
* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を
選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、 地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

115~119万床程度※1



※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

(2) 地域医療構想と医療機関経営

- 基本的な経営戦略(**ポジショニング**)に関する問題
 - ・公開データを基に、地域における自院のポジショニングをどう考えるか
- 診療報酬との比較
 - ・法律事項vs.大臣告示別表

<日本の法令の階層秩序>

日本国憲法

法律

(健康保険法)

政令

(健康保険法施行令)

省令

(健康保険法施行規則)

告示

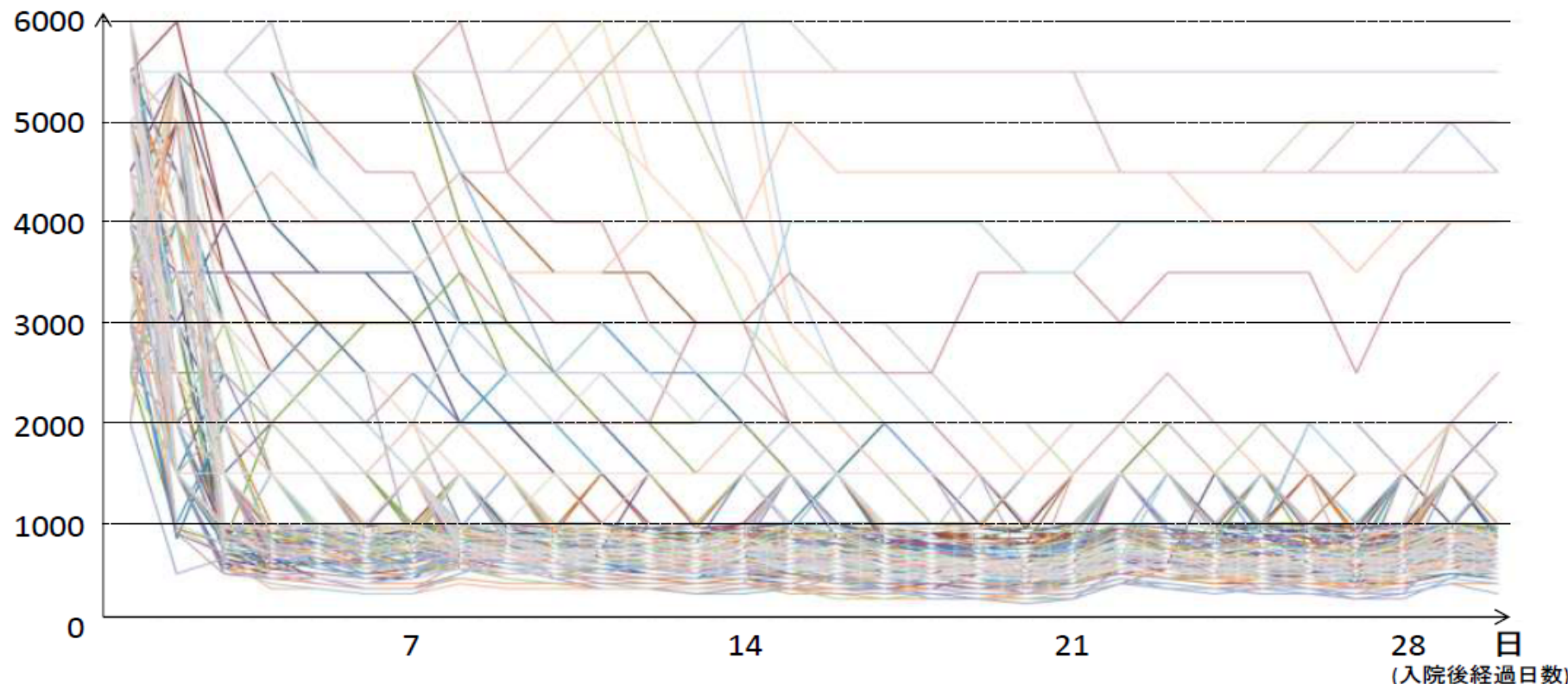
(診療報酬の算定方法)

通達

医療資源投入量(中央値)の推移

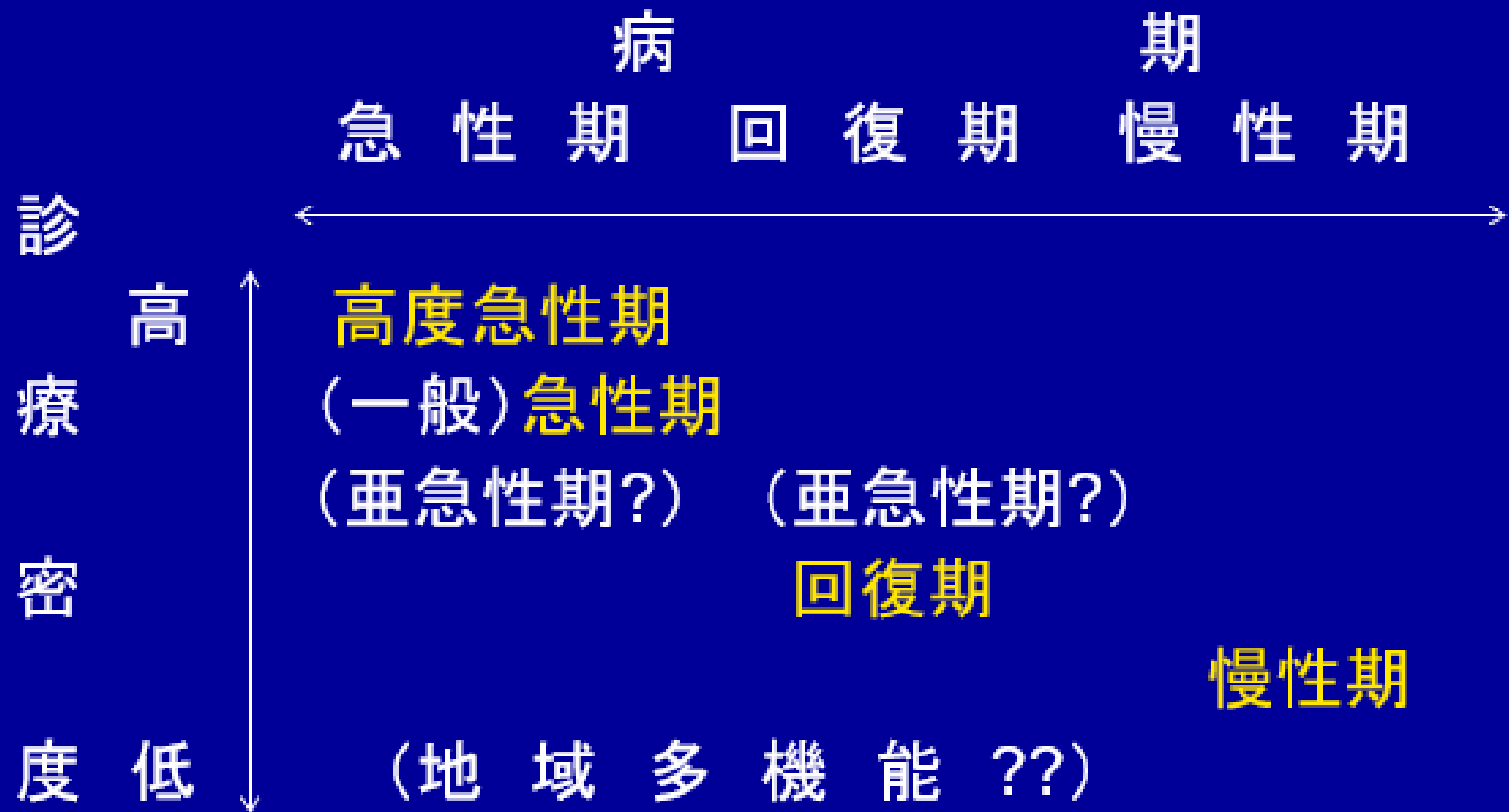
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

医療資源投入量(点)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

○病床機能区分の考え方(概念図)



(3) 地域医療構想の現状評価

○2023年度報告まで判明

- ・全体として、一定の進捗
→必要病床数に近づく方向にある
- ・地域によっては課題有り
- ・2025年に向けてさらに加速する必要

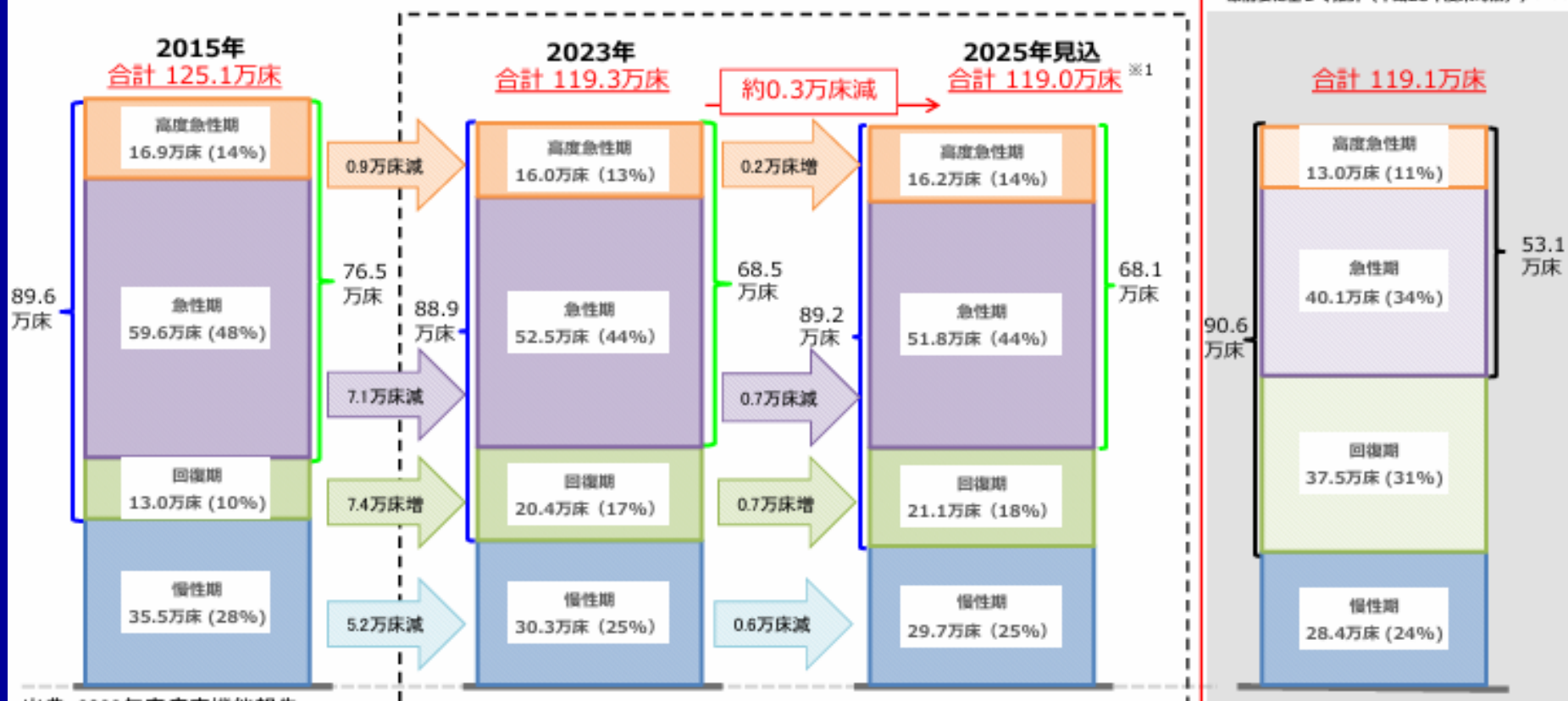
2023年度病床機能報告について

速報値

2015年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)※6

2023年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※4 ※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%), 2023年度病床機能報告: 12,203/12,402(98.4%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

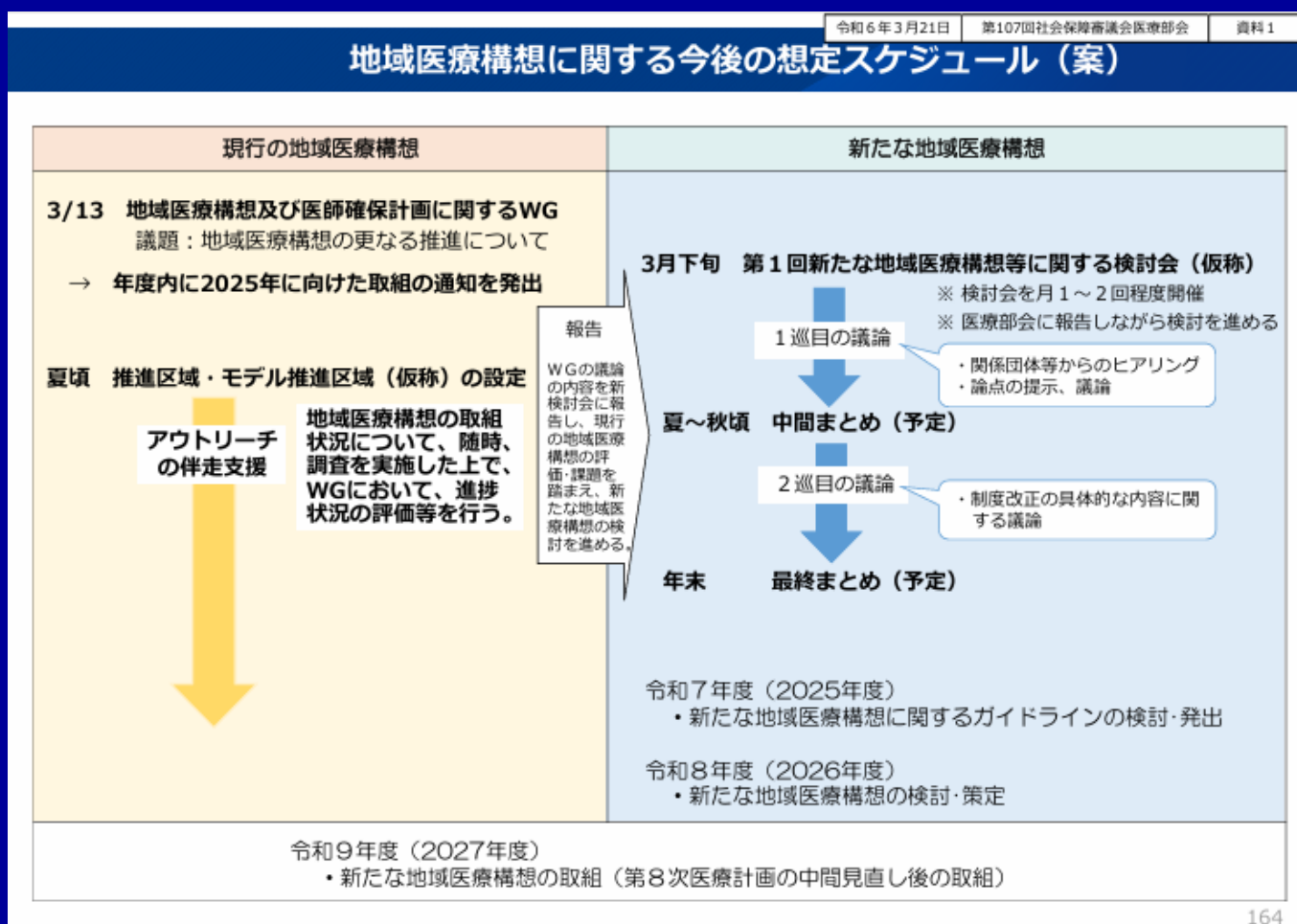
※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,423床(参考: 2022年度病床機能報告: 18,399床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

4. 新たな地域医療構想

◎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の概要

※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とりまとめより作成

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あ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

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。 |

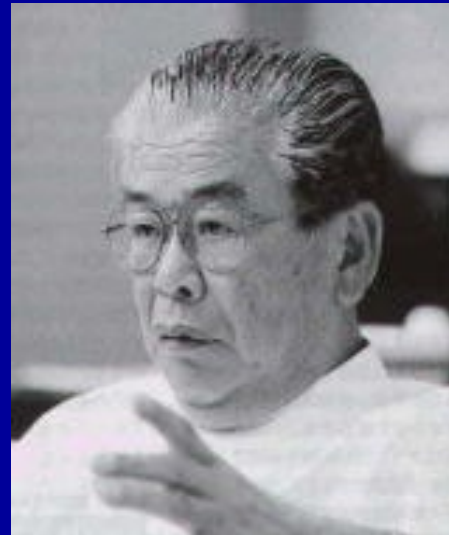
※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能**
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ 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。

5. 病院医療における外来の 位置付け

◎尾形(2023)『志なき医療者は去れ: 岩永勝義、病院経営を語る』増補改訂版
日本看護協会出版会



○「急性期(非救急型)高機能病院は、アクセスの悪いところにこそ立地すべきだ」

→「バスの入構」は困ったことか！？

○「ブティックで、コンビニと同じものを売っているか？」

→マイケル・E・ポーター「ポジショニング論」

「あれもこれも」、ではなく、「あれかこれか」の選択

○急性期(非救急型)高機能入院医療の立地戦略

- ・急性期病院の外来部門は一般的に赤字
中医協コスト調査分科会資料
病院・診療所共通の外来診療報酬の帰結
- ・外来→入院につなげるという「神話」
- ・きわめて効率の悪い方式
- ・経済的効率の問題だけではなく、職員も疲弊
- ・効率の良い方式: 紹介外来→機能分化・連携

6. 最近の政策論議

- 少数与党下での社会保障をめぐる議論
- 「経済財政運営と改革の基本方針2025」
(骨太の方針2025)
- 医療法改正、2026年度診療報酬改定等

（１）全世代型社会保障の構築

本格的な少子高齢化・人口減少が進む中、技術革新を促進し、中長期的な社会の構造変化に耐え得る強靱で持続可能な社会保障制度を確立する。このため、「経済・財政新生計画」に基づき、持続可能な社会保障制度を構築するための改革を継続し、国民皆保険・皆年金を将来にわたって維持し、次世代に継承することが必要である。

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めと

した必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げ²⁰⁷の実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

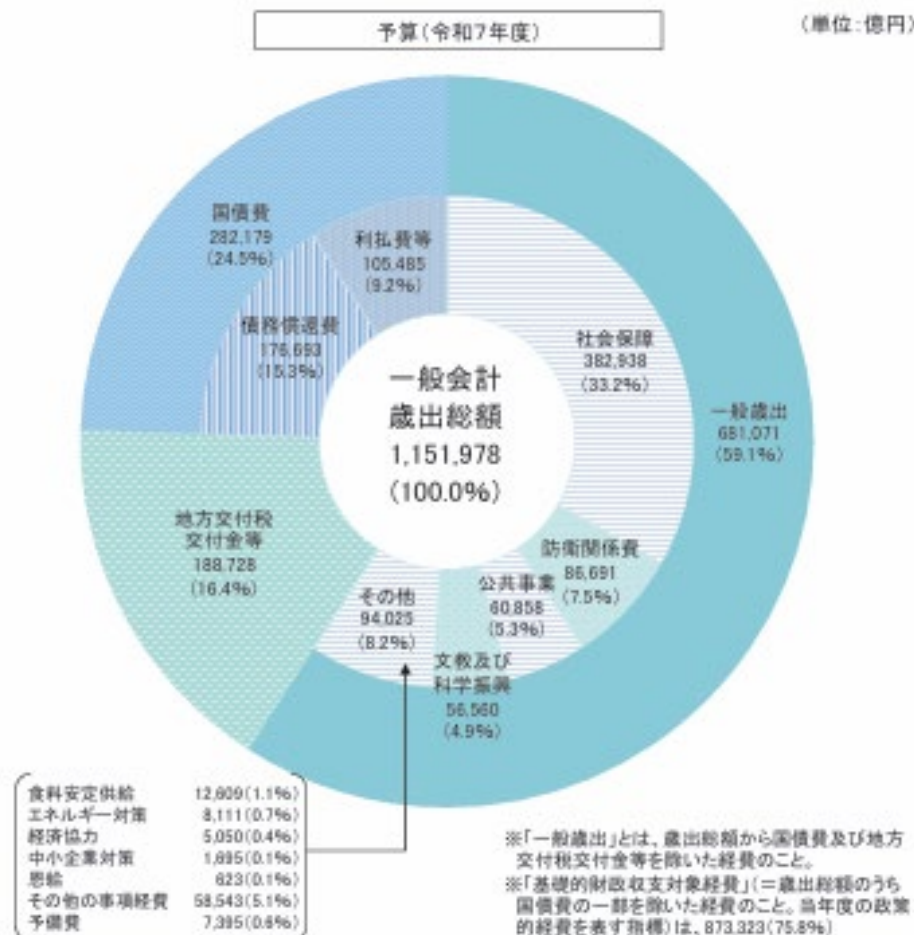
予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費²⁰⁴については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。非社会保障関係費²⁰⁵及び地方財政についても、第3章第4節「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」も踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映する。

○一部野党が主張する「医療費4兆円削減論」をどう考えるか

- ・日本の医療費の国際比較(P15)
- ・給付と負担のバランスをどう考えるか
- ・消費税減税論をどう考えるか
 - 社会保障目的税としての消費税
 - すでに最大の税収項目となっている現実

令和7年度一般会計予算歳出内訳

国の一般会計歳出では、社会保障関係費と地方交付税交付金等と国債費（国債の元利払いに充てられる費用）で歳出全体の約4分の3を占めています。



[注1] 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。
 [注2] 計数は修正後の予算による。[注3] 一般歳出における社会保障関係費の割合は56.2%。

令和7年度一般会計予算歳入内訳

令和7年度の一般会計予算における歳入のうち税収は約78億円を見込んでいます。本来、その年の歳出はその年の税収やその他収入で賄うべきですが、令和7年度予算では歳出全体の約4分の3しか賄えていません。この結果、残りの約4分の1を公債金すなわち借入に依存しており、これは将来世代の負担となります。

