令和8年度　奈良県医師会　医療政策研究会

地域医療構想策定ガイドラインを踏まえた今後の取組・課題、最新の医療政策の動向等

2026年　9月　10日（木）

奈良県立医科大学
公衆衛生学講座
教授　今村知明

今までの経歴

約5年間　臨床（関西医大、東京大学）

麻酔科や救命救急センター（関西医大）
その後、大学院、呼吸器内科と医療情報部（東京大学）

約10年間　厚生行政

厚生省入省 統計情報部
⇒文部省 学校健康教育課
⇒厚生省 エイズ結核感染症課
⇒佐世保市 保健福祉部・保健所長
⇒厚生労働省 食品保健部

約5年間　病院経営　（東大病院）

東京大学医学部附属病院　准教授、企画経営部長

20年前より　大学　（奈良医大）

奈良県立医科大学　公衆衛生学教授　（旧　健康政策医学）

主な公職

	省庁	職務内容
1	厚生労働省　医政局	第8次医療計画等に関する検討会 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会 地域医療構想アドバイザー
2	厚生労働省　老健局	社会保障審議会専門委員（介護給付分科会） 匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会・専門委員会
3	こども家庭庁	CDR（Child Death Review ：こどもの死亡検証）の制度のあり方に関する検討会
4	文部科学省	国立大学法人評価委員会専門委員（国立大学法人分科会）
5	文部科学省 高等教育局	今後の医学教育の在り方に関する検討会
6	内閣府	消費者委員会
		食品安全委員会　企画等専門調査会
7	奈良県	奈良県後期高齢者医療広域連合　奈良県健康長寿事業有識者会議 奈良県後期高齢者医療広域連合　奈良県長寿医療制度懇話会 奈良県高齢者保健福祉計画及び奈良県介護保険事業支援計画策定委員会 「面倒見のいい病院」指標検討会 奈良県循環器病対策推進会議
8	日本赤十字社	日本赤十字社血液事業審議会
9	学校法人杏林学園	杏林学園理事
10	学校法人関西医科大学	関西医科大学評議員

令和8年度改定率

◆ 2%を超えるのは32年ぶり

全体　　プラス　2.22%

本体　　プラス　3.09%

薬価等　マイナス　0.87%

薬価　　マイナス　0.86%

材料　　マイナス　0.01%

本体 内訳
通常改定　0.25%
賃上げ対応　1.70%
物価対応　（1.29%）
・今後2年の上昇対応　0.76%
・過去2年の不足補填　0.44%
・食費/光熱水費　0.09%
適正化・効率化　▲0.15%

薬価のみ令和8年4月施行
（本体と材料は令和8年6月施行）

参考：令和8年度診療報酬改定について（2025/12/24）https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67942.html

令和８年度診療報酬改定について（令和７年12月24日大臣折衝事項）

１．診療報酬　＋3.09%（Ｒ８年度及びＲ９年度の２年度平均。Ｒ８年度＋2.41%、Ｒ９年度＋3.77%）（Ｒ８年６月施行）

※１　うち、賃上げ分　**＋1.70%**（２年度平 **7600億円** 9年度＋2.18%）

- 医療現場での生産性向上の取組と併せ、Ｒ８ 護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※２　うち、物価対応分　**＋0.76%**（２年度平均。Ｒ８年度＋0.55%、Ｒ９年度＋0.97%）

- 特に、Ｒ８以降の物価上昇への対応として＋0.62%（ **3500億円** 度＋0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。
（病院＋0.49%、医科診療所＋0.10%、歯科診療所＋ %）
- また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院 高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※３　うち、食費・光熱水費分　**＋0.09%**（入院時の食費 **400億円** /食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得 30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※４　うち、Ｒ６改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分　**＋0.44%**

- 配分に当たっては、Ｒ７補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持
（病院＋0.40%、医科診療所＋0.02%、歯科診療所＋0.01%、保険薬局＋0.01%）

※５　うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化　**▲0.15%**

※６　うち、※１～５以外の分　**＋0.25%**　各科改定率：医科＋0.28%、歯科＋0.31%、調剤＋0.08%

２．薬価等

薬価：　▲0.86%（Ｒ８年４月施行）
材料価格：▲0.01%（Ｒ８年６月施行）
合計：　▲0.87%

３．診療報酬制度関連事項

①Ｒ９年度における更なる調整及びＲ10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
②賃上げの実効性確保のための対応
③医師偏在対策のための対応
④更なる経営情報の見える化のための対応

４．薬価制度関連事項

①Ｒ８年度薬価制度改革及びＲ９年度の薬価改定の実施
②費用対効果評価制度の更なる活用

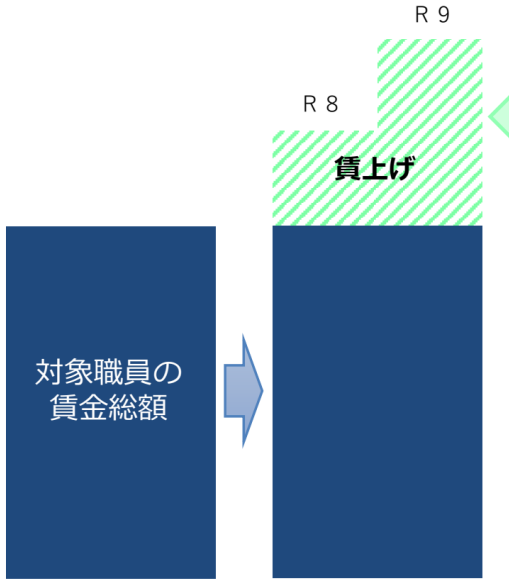
厚生労働省　令和8年度診療報酬改定説明資料等について　説明資料より抜粋
令和8年度診療報酬改定の概要【全体概要版】 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666305.pdf

令和８年度診療報酬改定

賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】

賃上げ対応

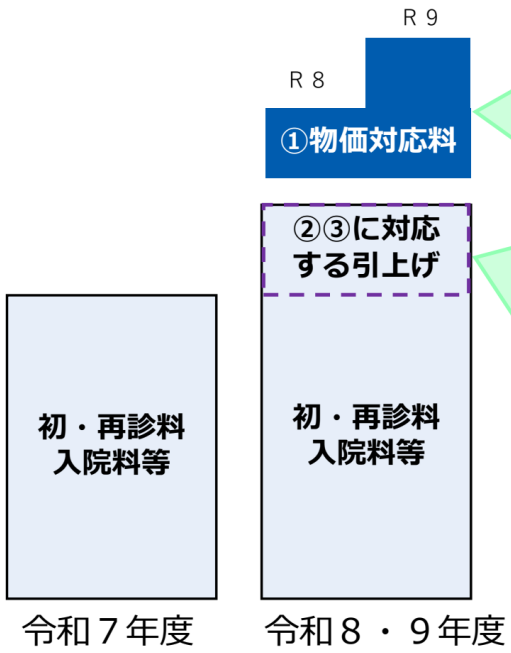


新水準のベースアップ評価料等による支援

■ 賃上げ余力の回復・確保のための特例的な対応を含む必要な措置を講じるとともに、医療現場での生産性向上の取組みと併せ、必要な措置を講じることで、以下のベースアップ実現を支援。

医療機関等の対象職員
令和８年度：＋3.2%
令和９年度：＋3.2%
（看護補助者・事務職員は＋5.7%）

物価対応



■ **物価対応料を新設**
（令和９年度は令和８年度の２倍となる予定）
①令和８年度以降の物価上昇への対応分

■ **入院料等に包括**
②令和６年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分
③高度機能医療を担う病院（大学病院を含む）への特例的な対応分

■ それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき配分を行う。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

【令和８年度以降の対応】

■ 令和８年度の医療機関の経営状況等について調査を実施。

■ 実際に支給される給与（賞与を含む）に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。

■ 実際の経済・物価の動向が令和８年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合は、令和９年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整（特例的な対応分を除く）を行う。

厚生労働省　令和8年度診療報酬改定説明資料等について　説明資料より抜粋　令和8年度診療報酬改定の概要【全体概要版】 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666305.pdf

物件費の高騰を踏まえた対応①

物価対応料の新設

➢ 令和８年度及び令和９年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

（新）　物価対応料（１日につき）

		R８年	R９年
1　外来・在宅物価対応料			
イ	初診時	2点	4点
ロ	再診時等	2点	4点
ハ	訪問診療時	3点	6点
2　入院物価対応料			
イ	急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点	132点
ニ	急性期一般入院料１を算定する場合	58点	116点
ヨ	療養病棟入院料１の入院料１を算定する場合	18点	36点
イミ	精神病棟入院基本料の10対１入院基本料を算定する場合	13点	26点
イス	特定機能病院入院基本料の７対１入院基本料（一般病棟の場合）を算定する場合※1	84点	168点
ハケ	地域包括医療病棟入院料１を算定する場合	49点	98点
ハモ	回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する場合	19点	38点
ニハ	地域包括ケア病棟入院料１（40日以内の期間）を算定する場合	27点	54点

大きい

［算定要件］
（１）　１のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
（２）　１のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
（３）　１のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
（４）　２については、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

※１　特定機能病院A入院基本料、特定機能病院Ｂ入院基本料及び特定機能病院Ｃ入院基本料はいずれも共通の点数を算定。
※２　その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

物件費の高騰等を踏まえた対応③

入院基本料等の見直し

➢ これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加や、継続的な賃上げに係る評価を行う必要性があることを踏まえ、基本診療料等について点数を引き上げる。

現行		改定後	
【初診料】	291点	【初診料】	291点
【再診料】	75点	【再診料】	76点
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料１	1,688点	【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料１	1,874点
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料１　入院料１	1,964点	【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料１　入院料１	2,035点
【精神病棟入院基本料】 10対１入院基本料１	1,306点	【精神病棟入院基本料】 10対１入院基本料１	1,471点
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院入院基本料 ７対１入院基本料（一般病棟）	1,822点	【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院A入院基本料 ７対１入院基本料（一般病棟）	2,146点
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料	3,050点	【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料１　入院料１	3,367点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,229点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,346点
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料１(40日以内)	2,838点	【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料１(40日以内)	2,955点

大きい

※初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。

厚生労働省　令和8年度診療報酬改定説明資料等について　説明資料より抜粋
令和8年度診療報酬改定の概要【全体概要版】 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666305.pdf

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

		急性期病院A	急性期病院B※1		急性期一般1	急性期一般2	急性期一般3	急性期一般4※1	急性期一般5	急性期一般6
看護職員		7対1以上（7割以上が看護師）	10対1以上（7割以上が看護師）		7対1以上（7割以上が看護師）	10対1以上（7割以上が看護師）				
看護・多職種※1				25対1以上					25対1以上	
該当患者割合指数の基準※2	必要度Ⅰ	指数①：28% 指数②：35%				28%	24%	20%	指数①：28% 指数②：35%	15%
	必要度Ⅱ	指数①：27% 指数②：34%				27%	23%	19%	指数①：27% 指数②：34%	14%
平均在院日数		16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内			16日以内	21日以内
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	－	8割以上	8割以上	－			8割以上	－
その他		医師の員数が入院患者数の100分の10以上	－	医師の員数が入院患者数の100分の10以上	医師の員数が入院患者数の	・入院医療等に関する調査への適切な参加			医師の員数が入院患者数の	
救急搬送等の病院の実績		以下を満たす ・救急搬送2,000件/年以上 ・全麻手術1,200件/年以上	以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数（1000件/年以上） ・離島医療圏で最大救急搬送件数							
データ提出加算		○（要件）								
点数		1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点

A：救急搬送2000件以上かつ麻酔手術1200件以上。平在16日以内
B:救急搬送1500件以上、または救急搬送500件以上かつ麻酔手術500件以上。平在21日以内

※１急性期病院Ｂ入院基本料又は急性期一般入院料４において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対１以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対１が配置される。

※２重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合＋救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般１：割合①A３点以上、又はC１点以上
割合②A２点以上、又はC１点以上
急性期一般２～５：A２点以上かつB３点以上、又はA３点以上、又はC１点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数×（当該病棟の救急搬送入院数 ／ 救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数）÷当該病棟の病床数

急性期B（1643点）は
当該加算２を合算して
1898点となる
（今までの7対1並）

多職種が病棟で協働する体制の評

看護・多職種協働加算の新設

➢ 地域の急性期医療を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。



（新）　看護・多職種協働加算（１日につき）

1	看護・多職種協働加算１	（急性期一般入院料４を算定する病棟の場合）	277点
2	看護・多職種協働加算２	（急性期病院Ｂ一般入院料を算定する病棟の場合）	255点

［算定要件］

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料４を算定している患者については看護・多職種協働加算１を、急性期病院Ｂ一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算２を、それぞれ所定点数に加算する。

［施設基準］

○　当該病棟において、１日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１以上であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）

○　重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が急性期一般入院料１と同等の基準を満たすこと。 入院料における看護職員の最小必要数＋本加算による看護職員配置数の７割以上が看護師であること。

○　医療機関内で多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有していること。

○　病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

看護・多職種協働加算における職員配置の例

➢ 看護・多職種協働加算は、**看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置**し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

［施設基準］

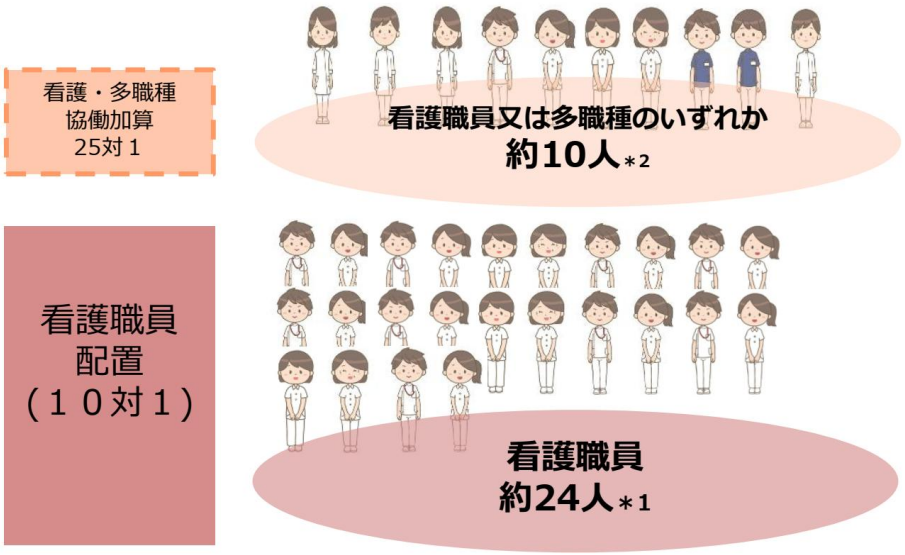
○ 当該病棟において、１日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１以上**であること。

○ **急性期一般入院料４又は急性期病院Ｂ一般入院料を算定する病棟**であること。

配置人数の例（イメージ）

● 急性期病院B一般入院料
● 急性期一般入院料４

１病棟50床の場合



（参考）

● 急性期病院A一般入院料
● 急性期一般入院料１

１病棟50床の場合



*1　10対１配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×5/1800時間＝24.3人（24人）

*2　25対１配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種２人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×２/1800時間＝9.73人（10人）

*3　７対1配置：　患者50人に対して、看護職員7.14→約7.2人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×7.2人/1800時間＝35.04人（35人）

重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

- 救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、急性期病院一般入院基本料等において、**救急患者応需係数を算出し、該当患者割合に加えることで求めた割合指数**を用いる。
- 救急患者応需係数は、**対象病棟における病床あたり年間救急搬送受入件数に応じて算出**する。

割合指数の算出方法

該当患者割合

○　例えば、急性期一般入院料４における、該当患者の基準※1を満たす患者割合が**15%**とする。

救急患者応需係数※2：
１病床あたりの救急搬送受入件数／年 × **0.005**
を**該当患者割合に加算**

割合指数

○　該当患者割合が15%であるため、割合指数※3は
15% + 5% = **20%**
になる。

この割合が、施設基準における**割合指数の基準**を満たす必要がある。

○　**救急搬送受入件数**は、入院しなかった場合を含む病院の受入件数全体を指す。割合指数を計算する病棟が複数種類ある場合は、それぞれの病棟に入院した救急搬送患者の比率に応じて、受入件数を按分したうえで計算する。



急性期一般４：100床　　**救急搬送受入1000件**

（計算例）
割合指数を算出する必要のある病床が急性期一般入院料４の**100床**である病院において、
年間**1000件の救急搬送**を受け入れている場合
1000（件）÷ 100（床）＝**10 件／床／年**

○　**0.005**を乗じて、該当患者割合への加算（＝救急患者応需係数）を計算する。

（計算例）
左例の場合、救急患者応需係数として
10 × 0.005 = **５%**
が該当患者割合に加算される。

※１　「Ａ≧２点かつＢ≧３点」「Ａ≧３点」「Ｃ≧１点」のいずれか
※２　救急患者応需係数の上限は１割
※３　患者該当割合の基準１と基準２がある場合は、それぞれの基準に係る該当患者割合に対し、それぞれ救急患者応需係数を加算する。

厚生労働省　令和8年度診療報酬改定説明資料等について　説明資料より抜粋　令和8年度診療報酬改定の概要【急性期・高度急性期】 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666308.pdf

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料における病院実績要件の新設

➢ 重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に特に密度の高い医学的管理を行うこと等が特定集中治療室を有する病院が担う役割であることを踏まえ、特定集中治療室管理料について、**救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件**とする。

改定後

【特定集中治療室管理料】
［施設基準］
○　病院の実績に係る要件
以下のいずれかを満たしていること。
ア　救急用の自動車等の搬送件数が、年間で1,000件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、 800件以上）であること。
イ　全身麻酔による手術件数が年間で1,000件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、 800件以上）であること。
ウ　小児系病棟が５割以上である病院（※）において、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、 400件以上）であること。

※　許可病床数のうち、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が５割以上の病院を指す。

救急搬送1000件以上、又は
全身麻酔手術1000件以上 が必要になった

SOFAスコアに係る要件の見直し

➢ 特定集中治療室に入室する重症患者について、その臓器機能障害の程度に応じた適切な評価を行う観点から、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者割合の要件を、現行の１割以上から**２割以上**に見直す。

現行

【特定集中治療室管理料**１・２**】
［施設基準］
(12)　直近１年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者の割合が**１割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。
【特定集中治療室管理料**３・４**】
［施設基準］
(12)　直近１年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者の割合が**１割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

改定後

【特定集中治療室管理料**１**】
［施設基準］
(12)　直近１年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者の割合が**２割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。
【特定集中治療室管理料**２**】
［施設基準］
(12)　直近１年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者の割合が**２割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

ハイケアユニット入院医療管理料１
7,202点（現行6,889点、313点UP）

ハイケアユニット入院医療管理料における病院実績要件の新設

➢ 重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に密度の高い医学的管理を行うこと等がハイケアユニットを有する病院が担う役割であることを踏まえ、ハイケアユニット入院医療管理料について、**救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件**とする。

改定後

【ハイケアユニット入院医療管理料】
［施設基準］
○　病院の実績に係る要件

救急搬送1000件以上、又は
全身麻酔手術500件以上　が必要になった

以下のいずれかを満たしていること。

ア　救急用の自動車等の搬送件数が、年間で1,000件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、 800件以上）であること。
イ　全身麻酔による手術件数が年間で500件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、 400件以上）であること。
ウ　小児系病棟が５割以上である病院（※）において、全身麻酔による手術件数が年間で250件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、 200件以上）であること。

※　許可病床数のうち、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が５割以上の病院を指す。

病院実績要件を満たさない治療室等への対応

➢ 救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績要件を満たさない特定集中治療室又はハイケアユニットについては、令和８年３月31日時点で特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っていた場合に限り、当面の間、ハイケアユニット入院医療管理料の注５に規定する管理料を算定可能とする。

（新）　ハイケアユニット入院医療管理料　注５
［算定要件］
ハイケアユニット入院医療管理料又は特定集中治療室管理料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合については、21日を限度として4,401点を算定する。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

地域医療体制確保加算の見直し

- 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。
- 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】
・地域医療体制確保加算　620点
（新設）

［施設基準］
１　地域医療体制確保加算の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和６年度においては、1,785時間以下
イ　令和７年度においては、1,710時間以下
（新設）

消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科のうち、3つ以内で特定

改　定　後

【地域医療体制確保加算】
1　地域医療体制確保加算１　620点
2　地域医療体制確保加算２　720点

［施設基準］
１　地域医療体制確保加算１の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和８年度においては、1,635時間以下
イ　令和９年度においては、1,560時間以下

２　地域医療体制確保加算２の施設基準
・特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を３つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。
ア　手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。
イ　専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。
ウ　特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。
・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。
ア　医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。
イ　各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

外科医療確保特別加算の新設

➢ 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

（新）　外科医療確保特別加算　（１回につき）

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったとき**は、外科医療確保特別加算として、**当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算**する。

［施設基準］
高難度手術　200例/年が必要

（１）外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
（２）**特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ている**こと。
（３）医科点数表第２章第10部に掲げる**長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施している**こと。
（４）当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
　ア　**当該診療科の経験を５年以上有する常勤の医師が６名以上配置**されていること。
　イ　**チーム制**又は**交代勤務制**を導入していること。
　ウ　当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の**勤務間インターバル及び代償休息を確保すること**。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するよう配慮していること。
（５）他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
　ア　地域の**他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っている**こと。
　イ　当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、**対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明している**こと。
（６）外科医療確保特別加算を算定する診療科の**専門研修体制が整備**されていること。
（７）**地域医療体制確保加算２を届け出ており、当該加算における処遇に係る配慮について、外科医療確保特別加算を算定する診療科が対象となっている**こと。
（８）当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、**当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給**（その８割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること。

特定機能病院等とかかりつけ医機能を担う医療機関との連携の推進

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

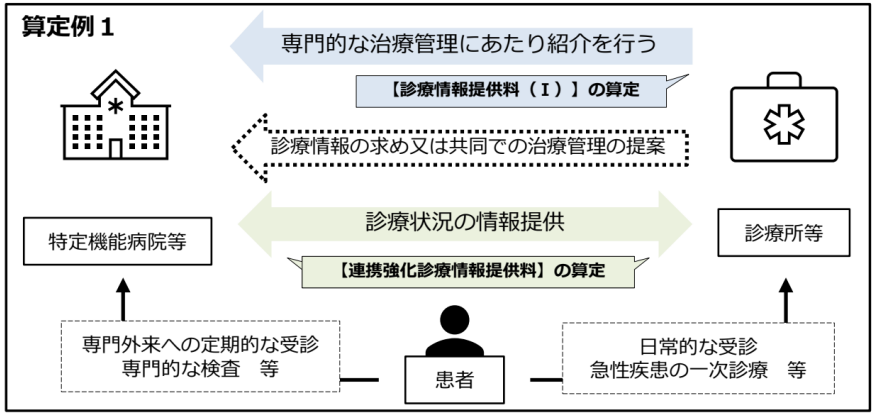
（新）　特定機能病院等紹介患者受入加算　60点

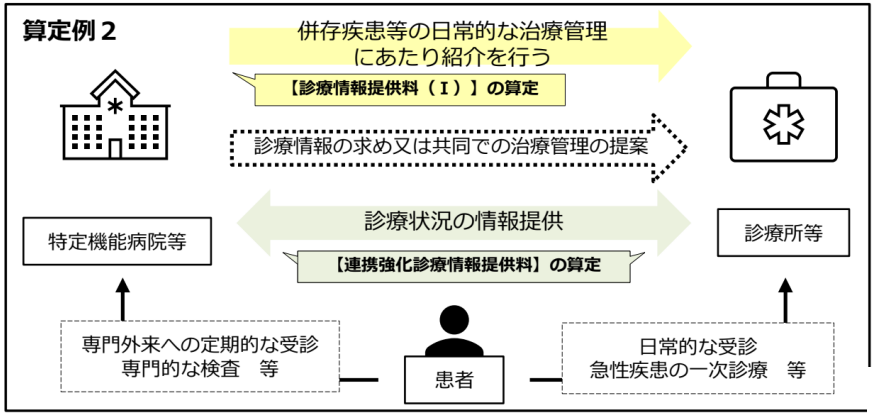
［算定要件］
保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合、所定点数に加算する。

連携強化診療情報提供料の見直し

特定機能病院も算定できるようになる

- 病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。
  - 算定対象医療機関を、**特定機能病院等並びに許可病床数200床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能**とする。
  - 他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、**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にあたり必要な情報提供を行った場合においても算定可能**とする。
  - 算定可能回数について、一律に、患者１人につき**３月に１回**へと見直す。





救急患者連携搬送料の見直し

救急患者連携搬送料の見直し

➢ 高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。

- 救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、**入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げる**とともに、**自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする**。

現行

【救急患者連携搬送料】

（新設）

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院初日の患者の場合	1,200点
3	入院２日目の患者の場合	800点
4	入院３日目の患者の場合	600点

（新設）

改定後

【救急患者連携搬送料】

1　救急患者連携搬送料１

イ　医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合

（１）	入院中の患者以外の患者の場合	2,400点
（２）	入院初日の患者の場合	1,200点
（３）	入院２日目の患者の場合	800点
（４）	入院３日目の患者の場合	600点

ロ　その他の場合

（１）	入院中の患者以外の患者の場合	1,000点
（２）	入院初日の患者の場合	500点
（３）	入院２日目の患者の場合	350点
（４）	入院３日目の患者の場合	200点

- 搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、**搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設**する。

（新）　2　救急患者連携搬送料２

イ　医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合　800点

ロ　その他の場合　200点

［算定要件］

- ２のイについては、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料１のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、救急搬送診療料及び２のロについては別に算定できない。
- ２のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料１のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。

［施設基準］

- 特定機能病院、救命救急センターを有している保険医療機関及び急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。
- 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、**医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分超）搬送を行う場合の評価を新設**する。

（新）　長時間加算　700点

厚生労働省　令和8年度診療報酬改定説明資料等について　説明資料より抜粋　令和8年度診療報酬改定の概要【全体概要版】 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001666305.pdf

高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

内視鏡手術用支援機器加算の新設

➢ 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における**医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化**を図る観点から、**悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術**のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が**年間200例以上**である場合の評価を新設する。



（新）　内視鏡手術用支援機器加算　　15,000点

［加算の対象となる手術（いずれも内視鏡手術用支援機器を用いるもの）］

- 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
- 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
- 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）
- 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
- 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
- 胸腔鏡下弁形成術
- 胸腔鏡下弁置換術
- 腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）
- 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）
- 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術に限る。）
- 腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- 腹腔鏡下肝切除術
- 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵体尾部切除の場合に限る。）
- 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術
- 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- 腹腔鏡下直腸切除・切断術
- 腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下腎盂形成手術
- 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下仙骨膣固定術
- 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

［主な施設基準］

（１）　以下の内視鏡手術用支援機器を用いた手術を合わせて**年間200例以上実施**していること。

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁置換術、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵体尾部切除の場合に限る。）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下仙骨膣固定術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

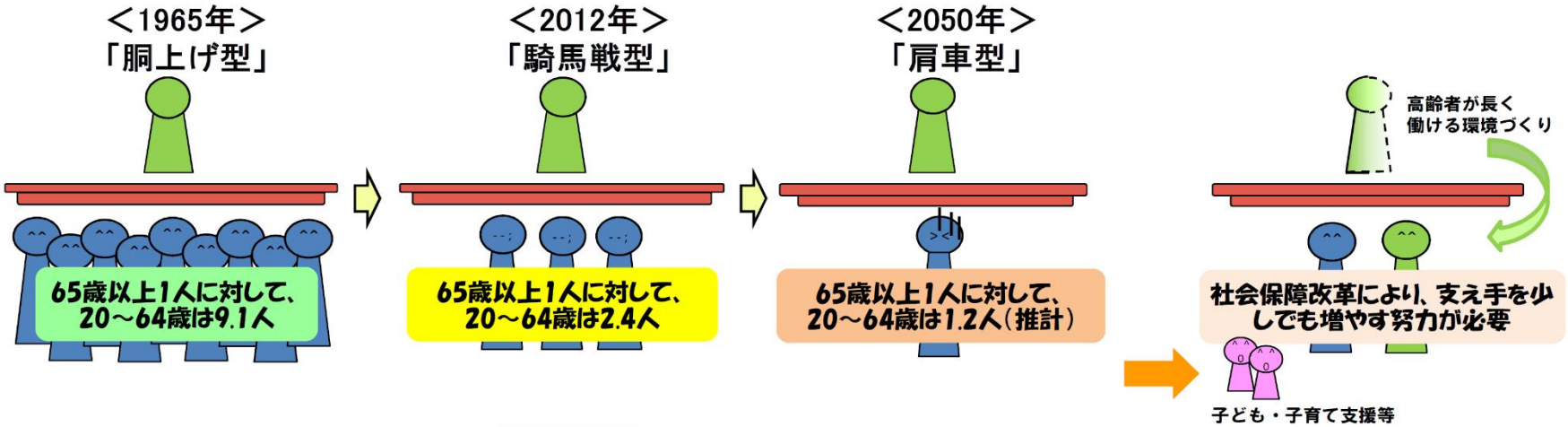
（２）　内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、**関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加していること**。

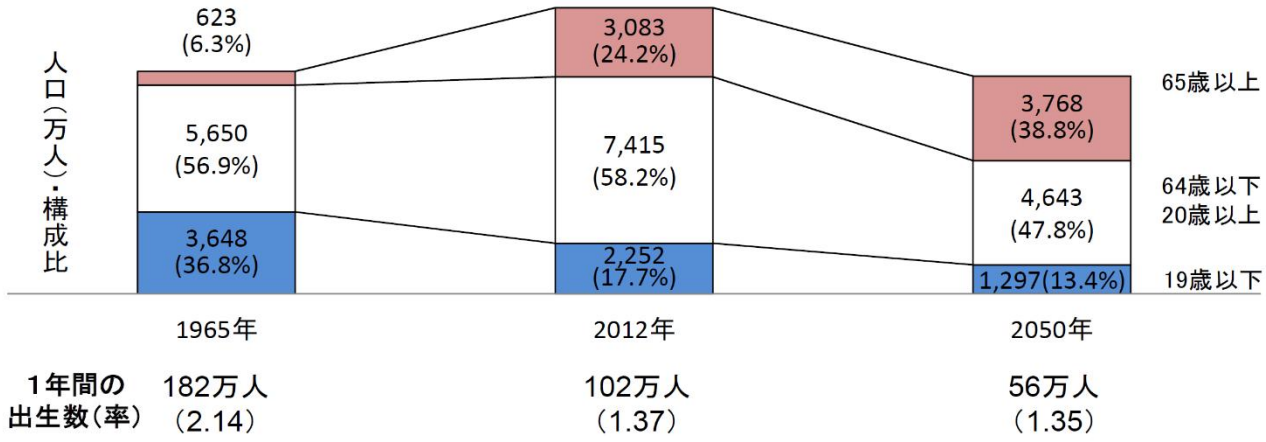
（３）　**内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績（症例数及び平均在院日数）について、ウェブサイトに掲載**していること。

これから日本でおこること
― 人口構成の変化は何をおこすのか ―

「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。





(出所)総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位)、厚生労働省「人口動態統計」

厚生労働省　今後の高齢者人口の見通し
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf

【2025年問題】次フェーズは2段階に分かれる

第一章 ～2025年
- 高齢者の急速な増加

第二章 ～2045年
- 高齢者の数はあまり変わらないが、就労人口の急速な減少

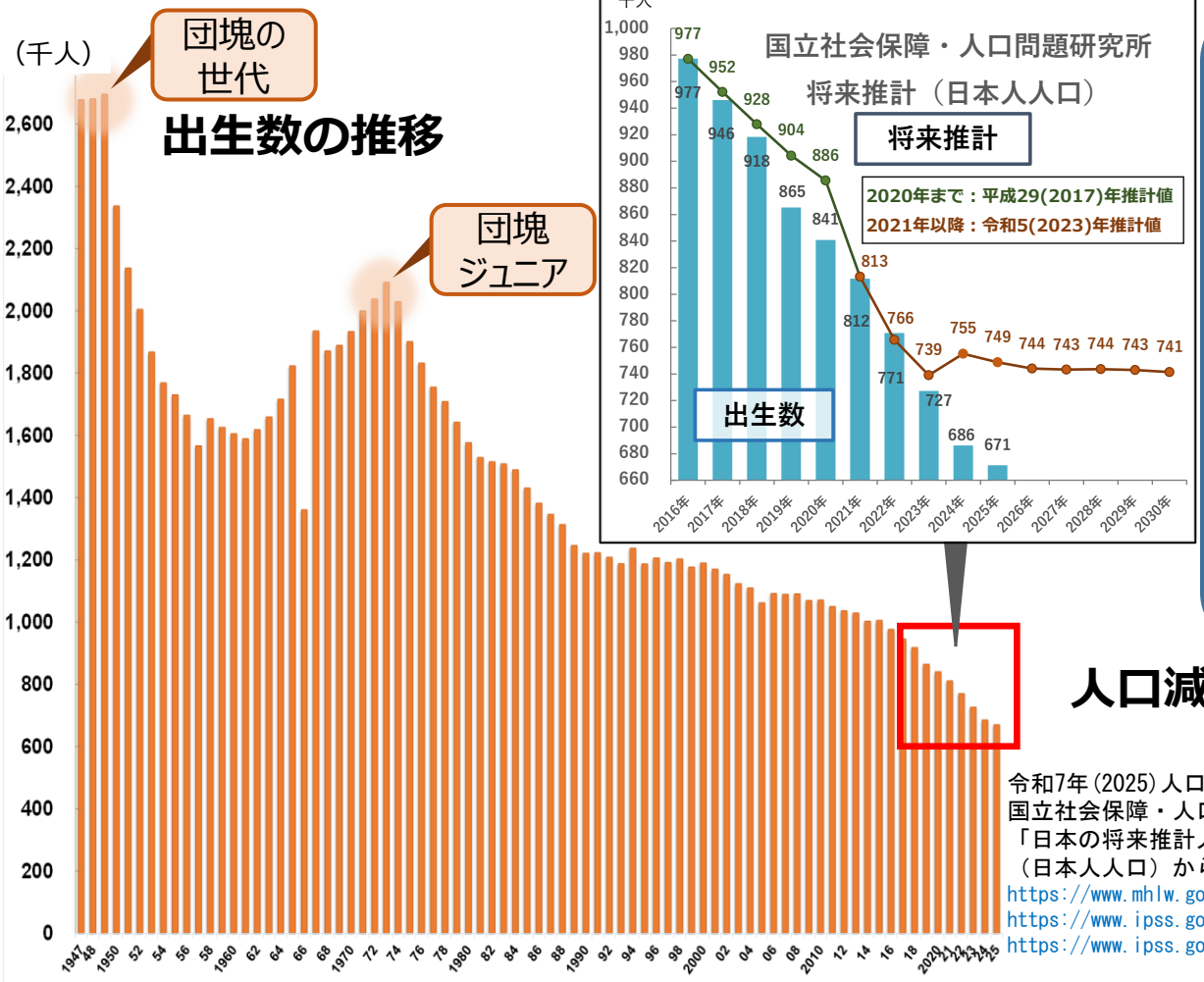
第三章 2045年～
- 高齢者数の減少（ピークアウト）

	高齢者数	就労人口	高齢化率
第一章 ～2025年	急激な上昇↑ ↑	減少↓	上昇↑
第二章 ～2045年	ほぼ横ばい→	急激な減少↓ ↓	上昇↑
第三章 2045年～	減少↓	減少↓	ほぼ横ばい→

出生数過去最少、合計特殊出生率過去最低 10年連続減少

令和7年（2025年）人口動態統計（**概数**）公表（2026年6月3日）

- 出生数は **671,236** 人（令和6年(確定数) 686,173人から 41,227人**減少**）←**過去最少を更新**
- 合計特殊出生率は **1.14**（令和6年 1.15 から 0.01 ポイント低下）←**過去最低、10年連続低下**
- 死亡数は**1,589,489** 人（令和6年(確定数) 1,605,378人から 15,889人減少）←**5年ぶりに減少**
- 自然増減数は **19年連続減少**△ 918,253 人（令和6年△919,205人から 952人減少）←**19年連続マイナス**



- 2023年5月の国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計（日本人人口ベース）では、**2022～2037年の15年間は出生数が70万人台**と予測、60万人台は2038年、50万人台は2048年と予測され、以前の推計より数年早く減少すると予測
  → **すでに60万人台になってしまった**
- 出生数の急減の最大の要因は、出産期の女性の人口減少：「女性数」要因
- 1971～74年生まれの団塊ジュニアが2019年に45歳以上になった影響：「年齢構成」要因
- 2016年以降は、合計特殊出生率が再び低下に転じ、出生数を押し下げる方向に働いている：「出生率」要因

人口減が予想より早く進む事態への備えが求められる

令和7年(2025)人口動態統計月報年計（概数）の概況
国立社会保障・人口問題研究所
「日本の将来推計人口（平成29年・令和5年推計）出生中位（死亡中位）推計」（日本人人口）からグラフ作成
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai25/index.html
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/s_tables/1-8(J).xls
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/db_zenkoku2023/s_tables/1-8(J).xlsx

- 国立社会保障・人口問題研究所が公表している「日本の将来推計人口（令和5年推計）」によると、
出生数が67万人台になるのは2040年の予測だった
→ 15年早く減少！！

- 死亡数は5年ぶりに減少
新型コロナウイ ルス感染症による死者が2万1497人と、前年を1万4368人下回ったことが影響した

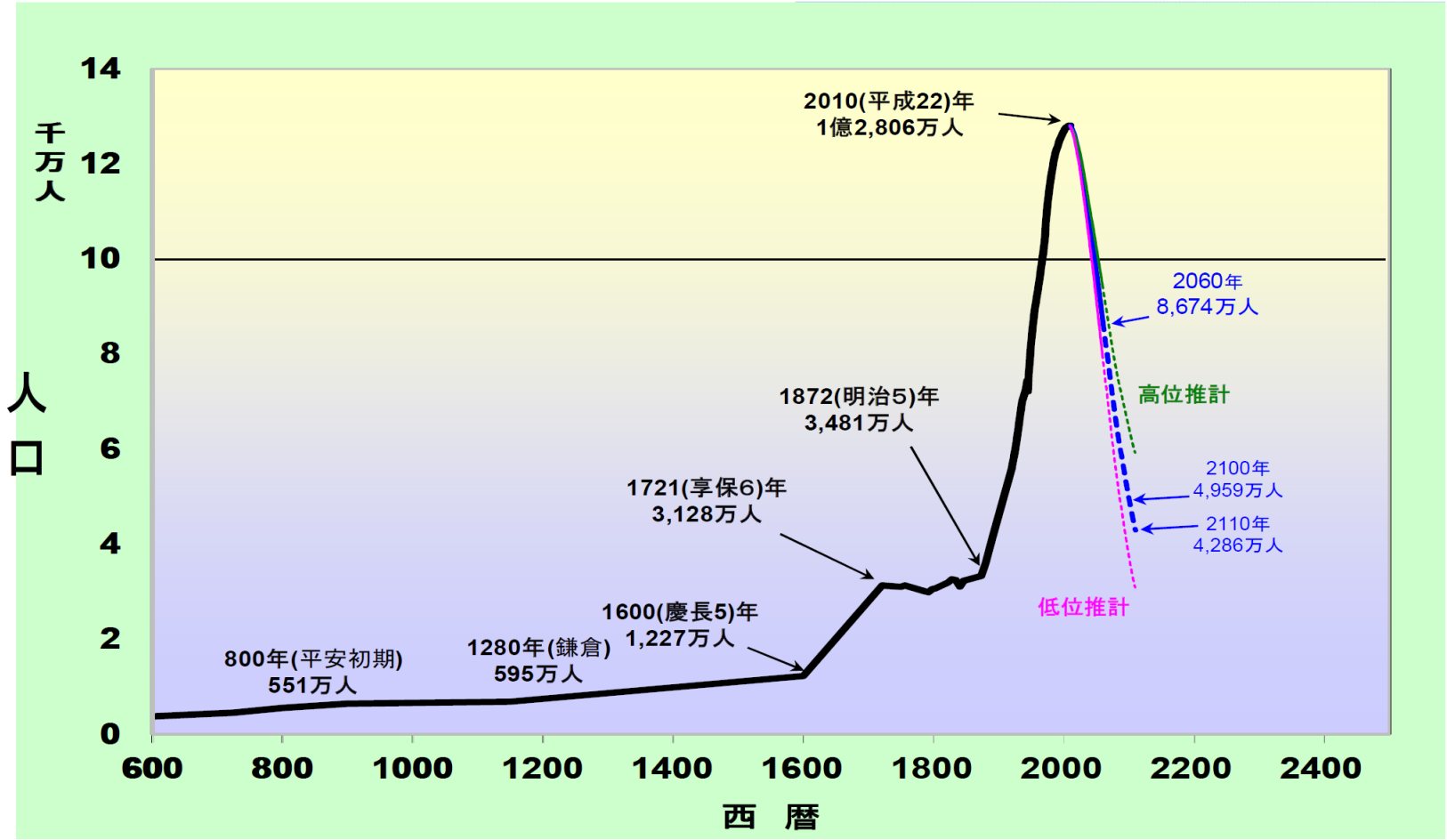
- 出生数から死亡数を引いた「自然減」は91万8253人となり、過去最大だった前年から952人減った

表1-8(J) 出生，死亡及び自然増加の実数ならびに率(日本人人口):出生中位(死亡中位)推計

年　次	実　数（1,000人）		
	出　生	死　亡	自然増加
令和 3 (2021)	813	1,438	-625
4 (2022)	766	1,524	-758
5 (2023)	739	1,482	-743
6 (2024)	755	1,499	-744
7 (2025)	749	1,516	-767
8 (2026)	744	1,532	-787
9 (2027)	743	1,546	-803
10 (2028)	744	1,560	-816
11 (2029)	743	1,573	-830
12 (2030)	741	1,585	-843
13 (2031)	739	1,596	-857
14 (2032)	735	1,606	-871
15 (2033)	730	1,616	-886
16 (2034)	723	1,624	-901
17 (2035)	716	1,632	-915
18 (2036)	709	1,638	-929
19 (2037)	701	1,643	-943
20 (2038)	692	1,647	-955
21 (2039)	684	1,649	-965
22 (2040)	675	1,649	-974
23 (2041)	666	1,647	-982

参考：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）（参考：日本人人口）出生中位（死亡中位）推計」
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/db_zenkoku2023/db_r5_suikeikekka_1_Japanese.html

日本人口の歴史的推移



資料:国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」)2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計]).

提供:国立社会保障・人口問題研究所　森田朗所長

厚生労働省　中央社会保険医療協議会総会（第341回）総-2参考
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167844.pdf

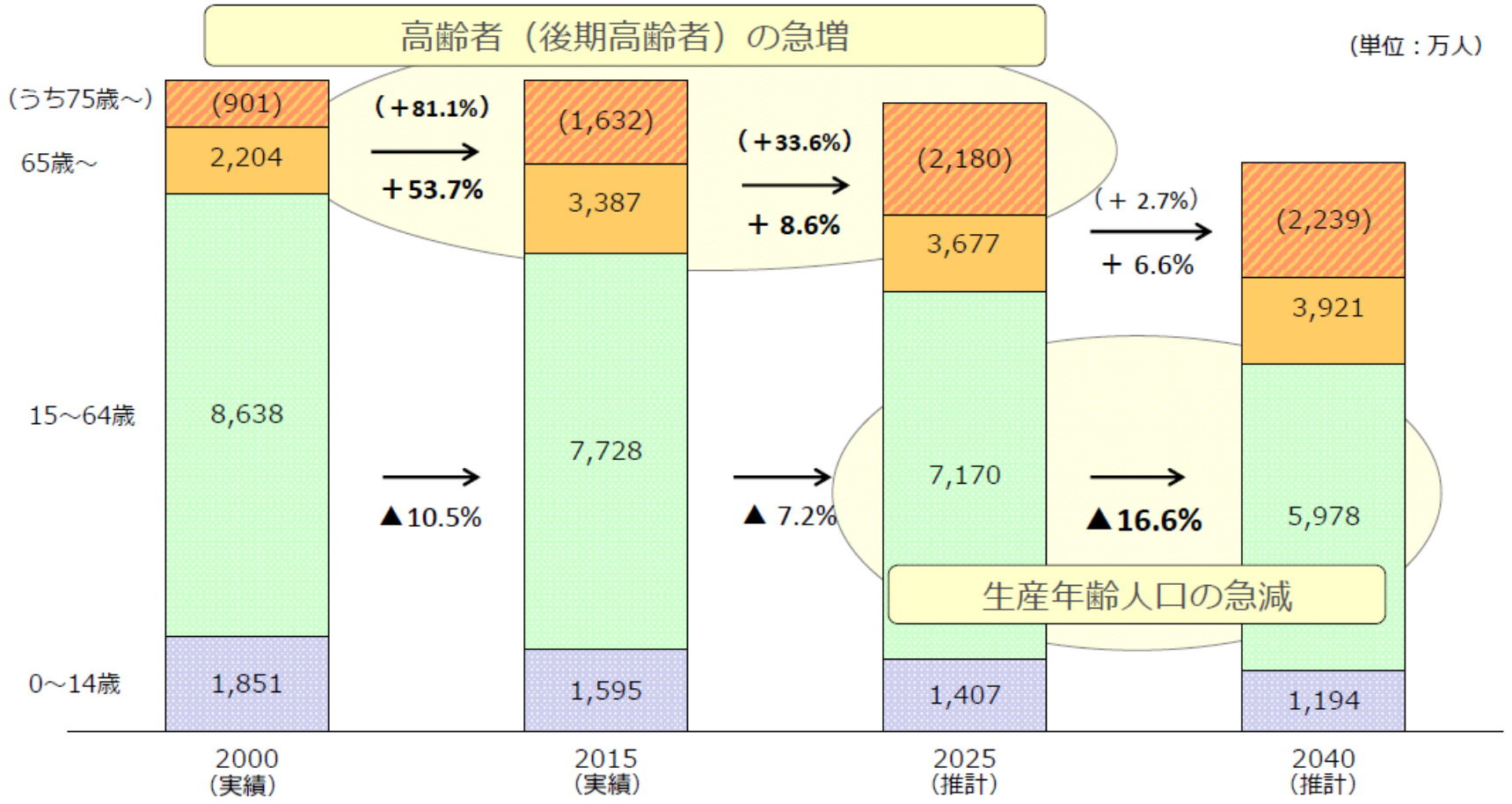
医療提供体制を取り巻く状況
～超高齢化・人口急減の到来～

出典：令和4年3月4日開催「第7回第8次医療計画等に関する検討会」資料1より抜粋

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

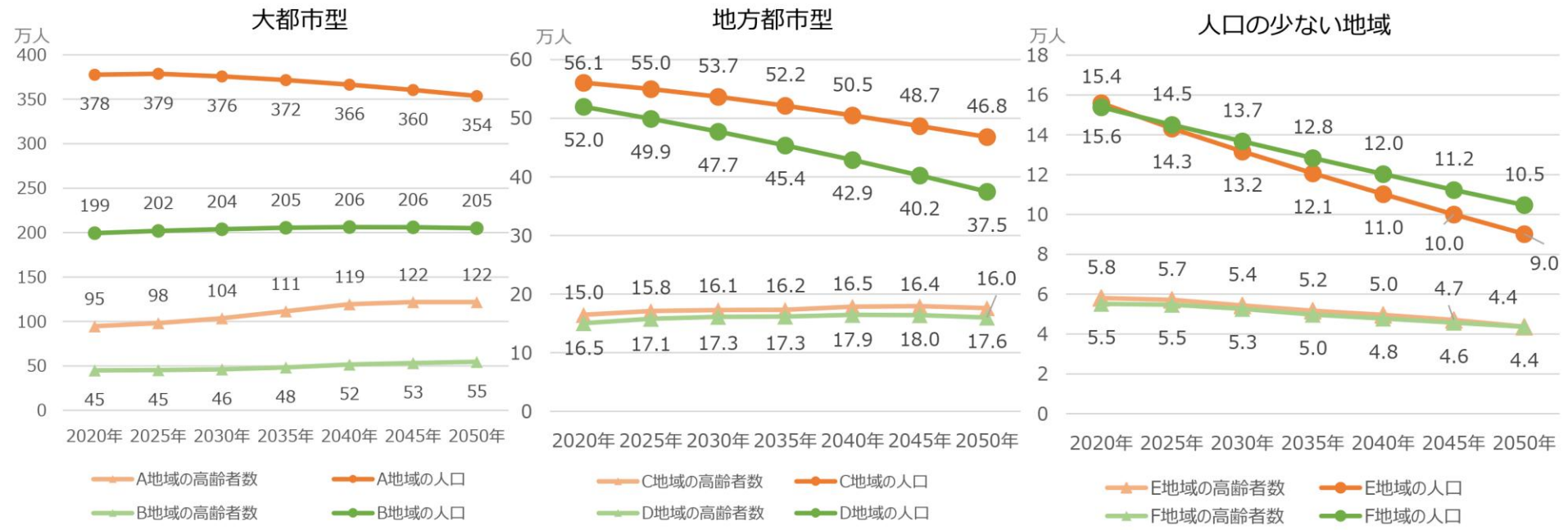
【人口構造の変化】



（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

現状の把握について（人口推計の把握）

- 地域医療構想の策定に向けては、まず、地域ごとに、人口推計や現状の医療資源等を認識することが重要である。特に人口は医療需要と相関するため、人口推計をもとに医療需要の見通しを検討することは検討の基幹となる。
- 大都市では人口は大きく減少せず、高齢人口の増加に伴う包括期の医療需要の増加が見込まれる。人口の少ない地域では高齢人口も含めすでに減少しており、今後医療需要は低下していくなど、人口規模ごとに共通する課題がある。
- また、現在の人口規模が同程度であっても、地域ごとに医療需要の変化のスピードや程度が異なるなど、地域ごとに特有の状況がある場合もあり、地域ごとの状況把握が重要。



資料出所：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）

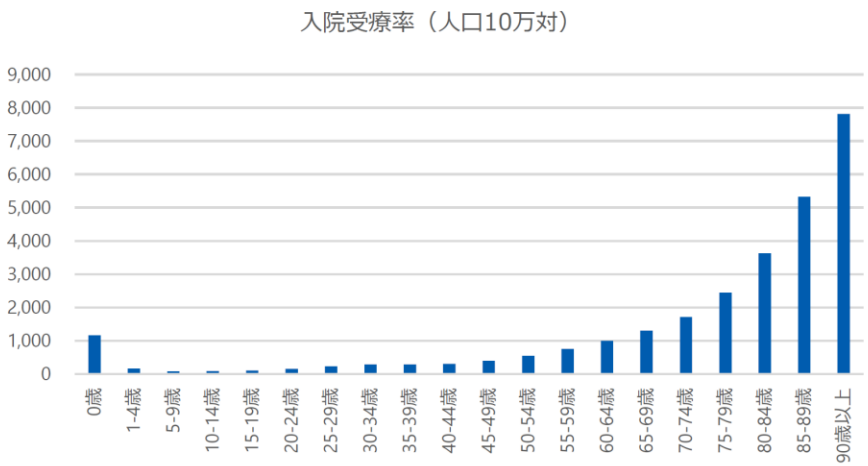
参考：2026/1/28第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料1　スライド6　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html

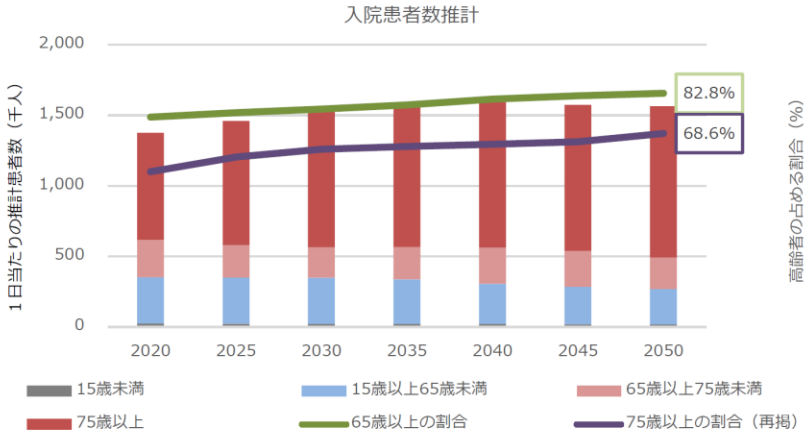
医療需要の変化①　入院患者数は、全体としては増加傾向にある

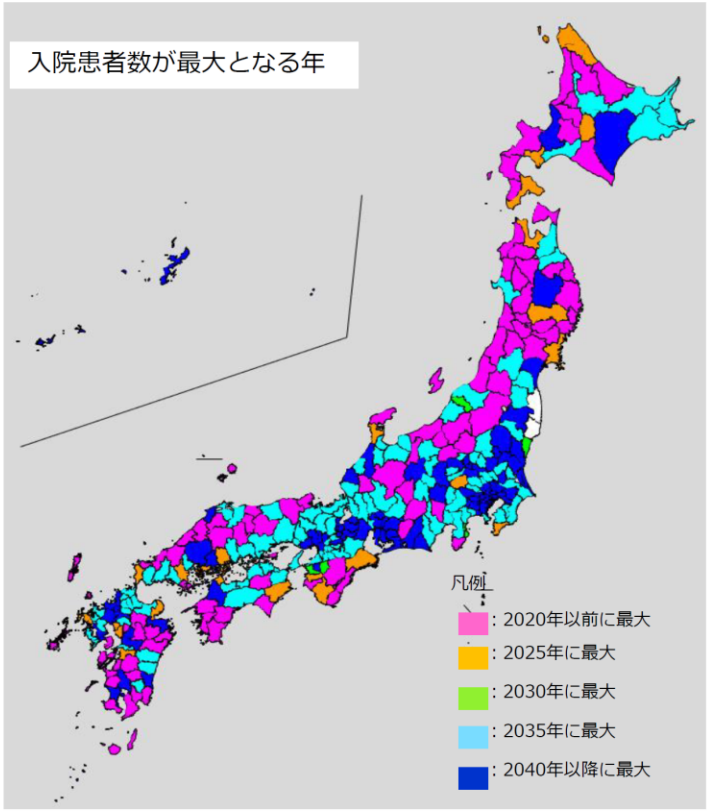
令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　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。







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。

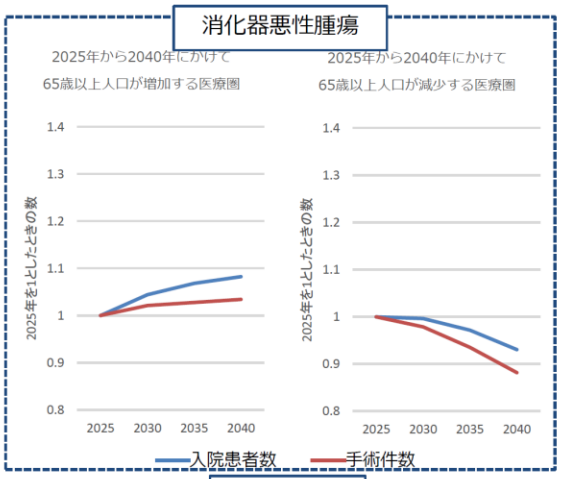
※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

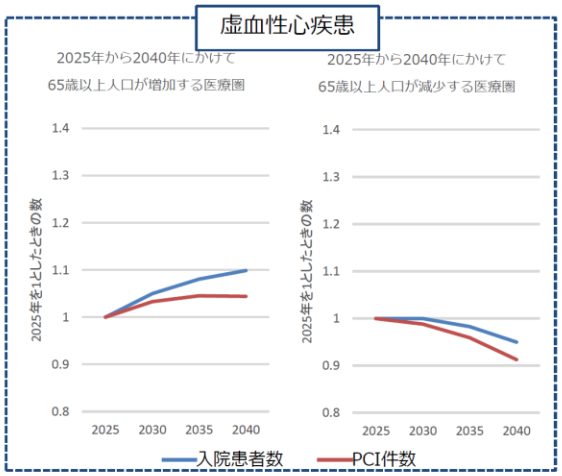
参考：2024/3/29第１回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

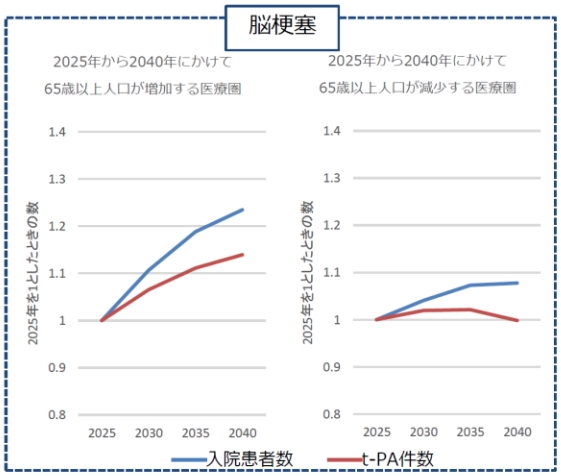
需要面：　超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化

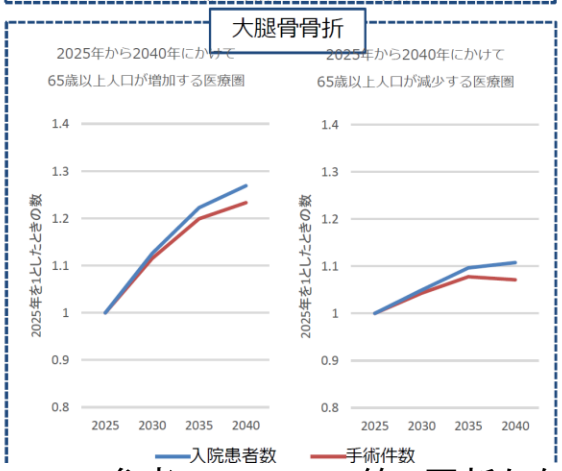
○　2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏（135の医療圏）では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。

○　2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏（194の医療圏）では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。









出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）
患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住基人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。

※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。

※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラーゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。

※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。

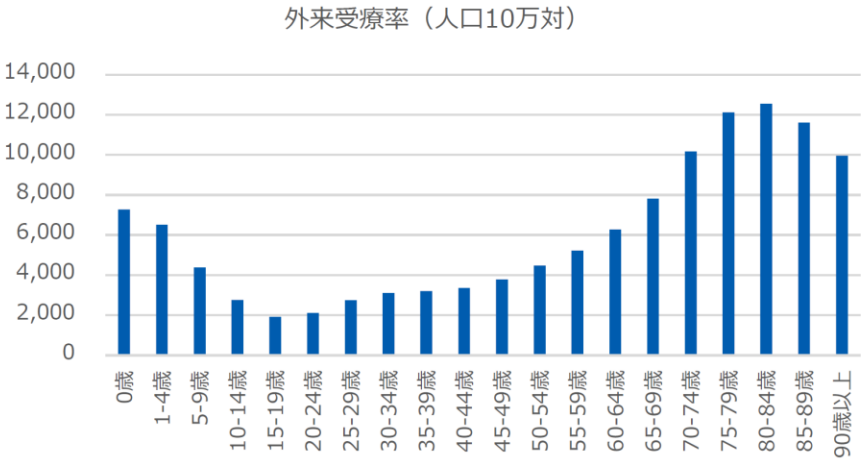
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

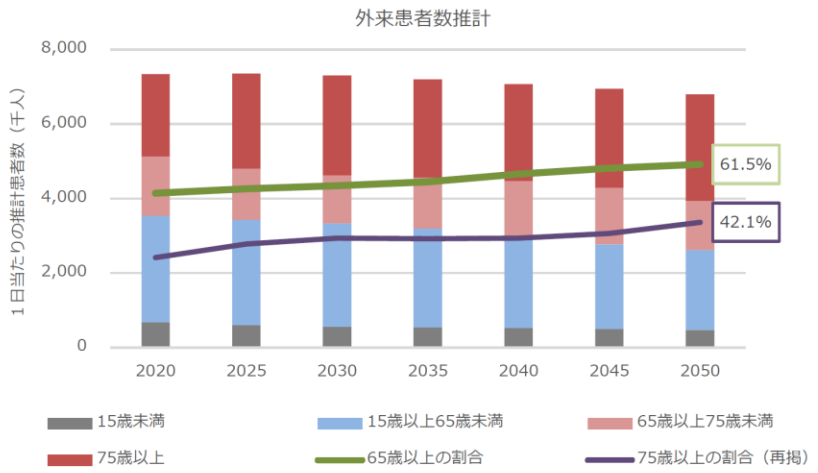
参考：2024/3/29第１回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

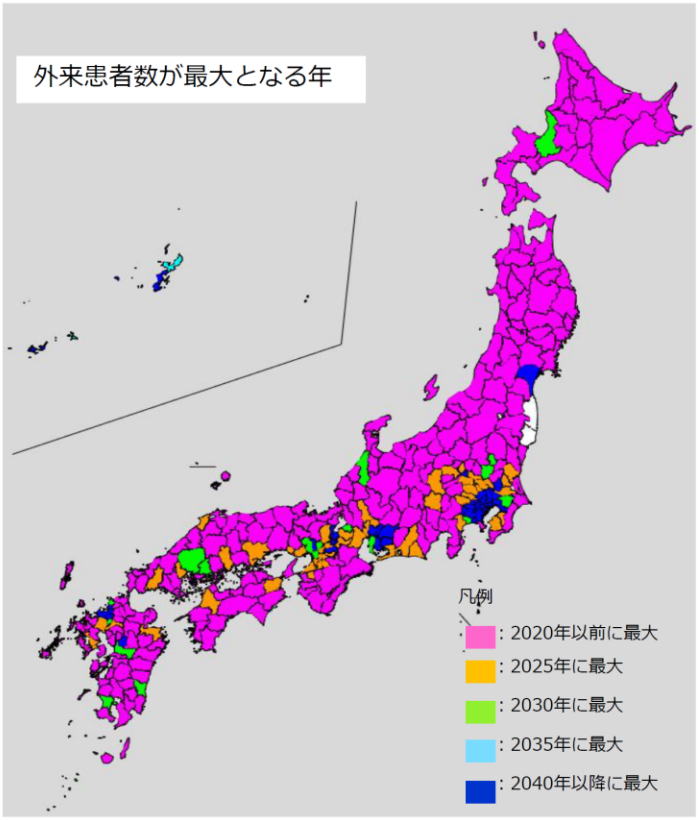
医療需要の変化②　外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

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。







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。

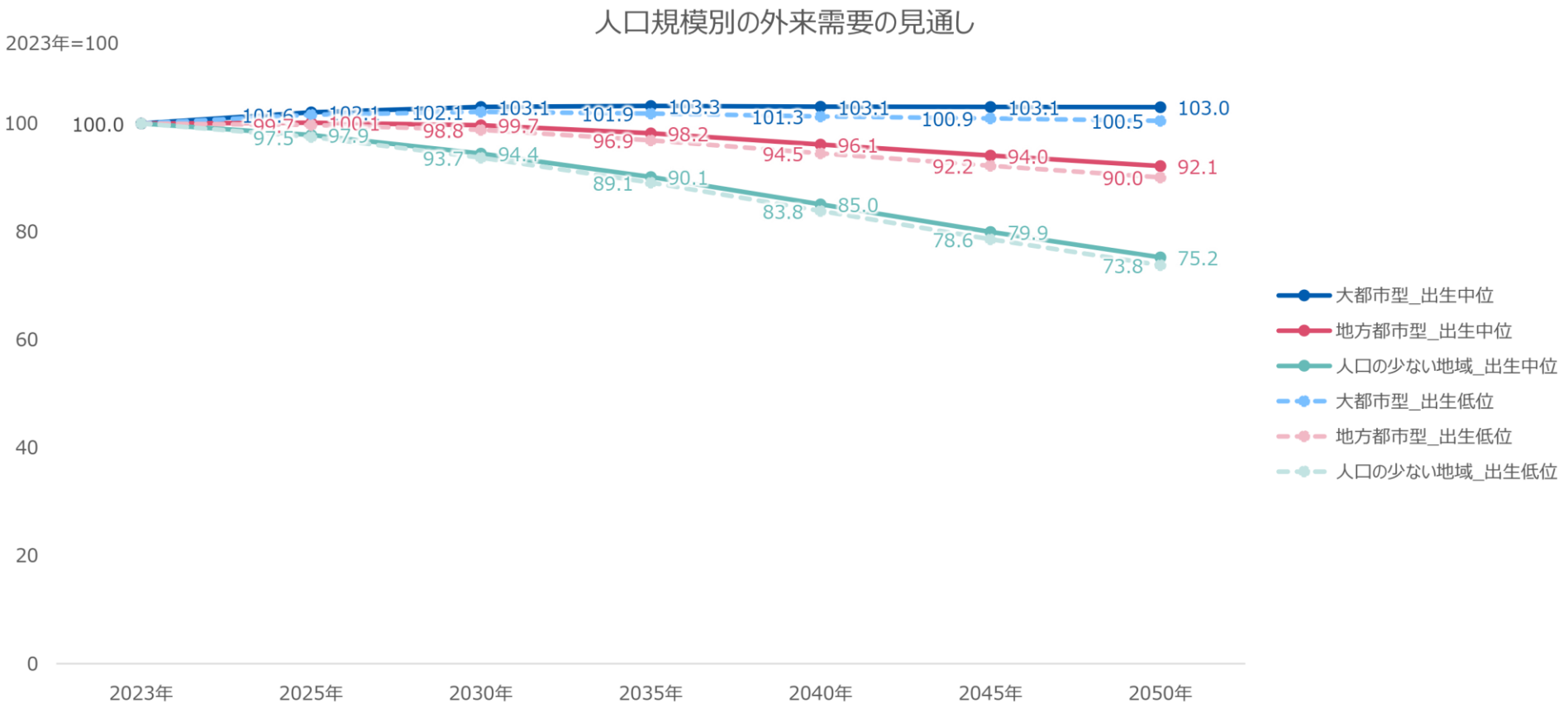
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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の二次医療圏について集計。

参考：2024/3/29第１回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少することが見込まれる。



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、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）」、「日本の将来推計人口（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。

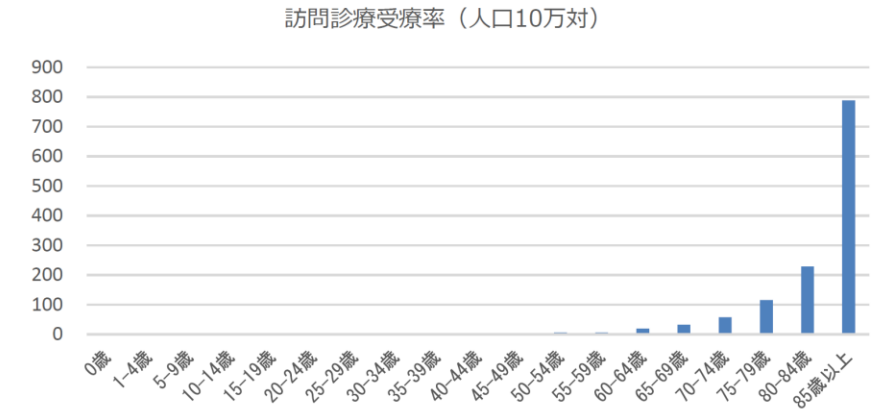
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。
※外来需要は通院患者に限る。
※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

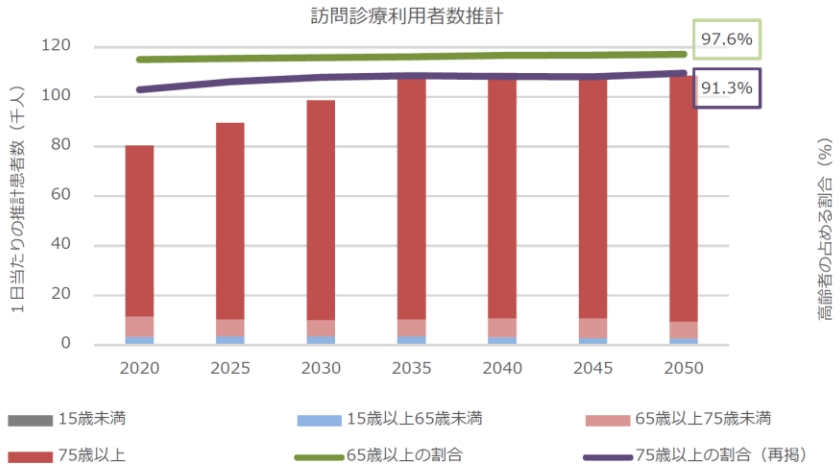
参考：2026/1/28第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料1　スライド8　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html

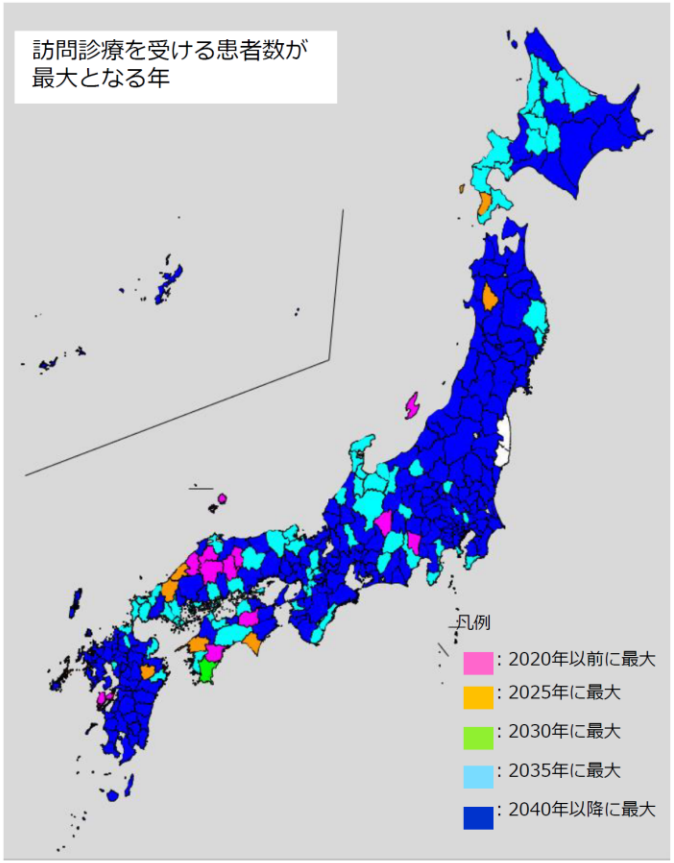
医療需要の変化③　在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

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。







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。

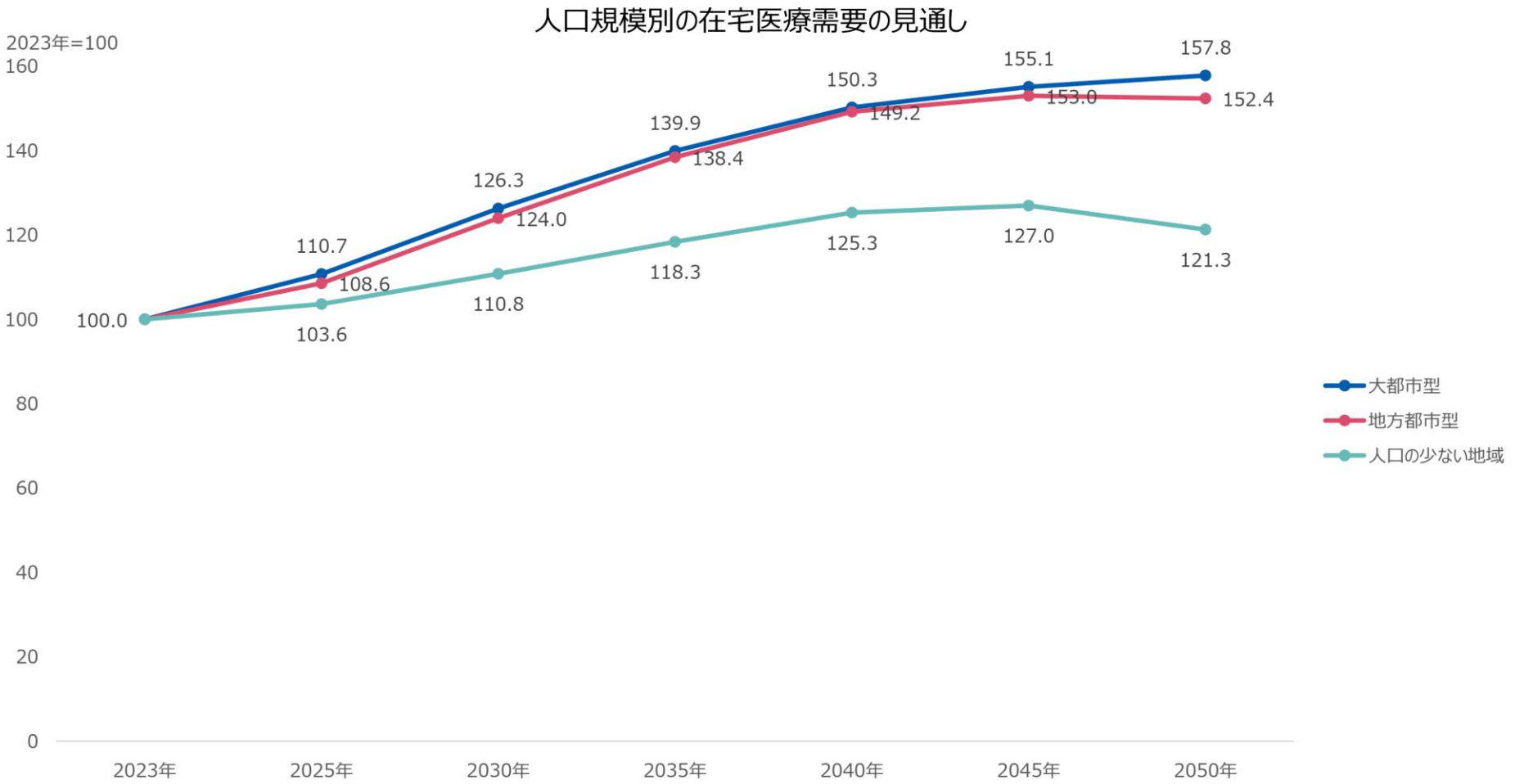
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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の二次医療圏について集計。

参考：2024/3/29第１回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39258.html

在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。

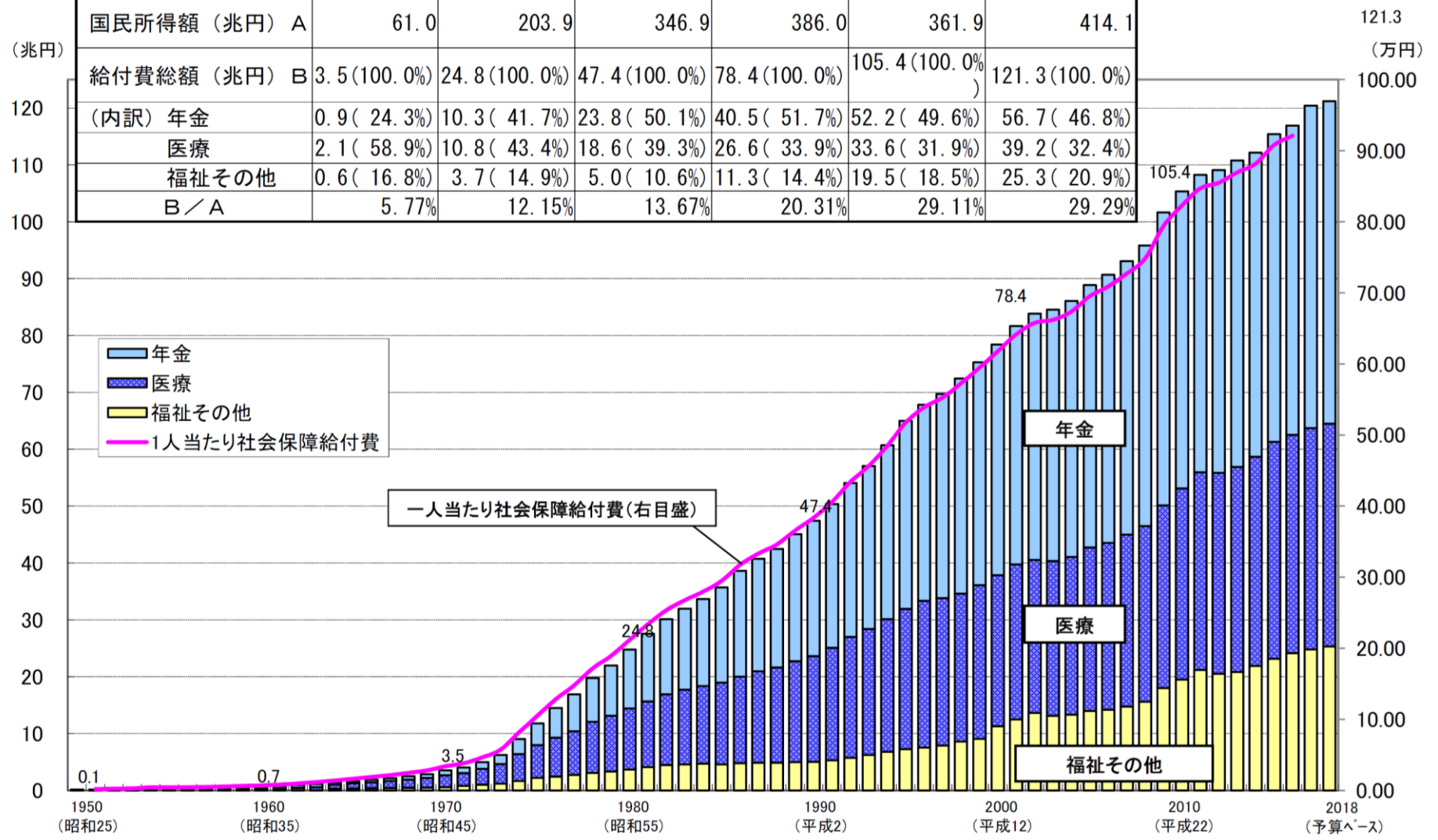


資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※二次医療圏（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

参考：2026/1/28第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料1　スライド9　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html

社会保障給付費の推移

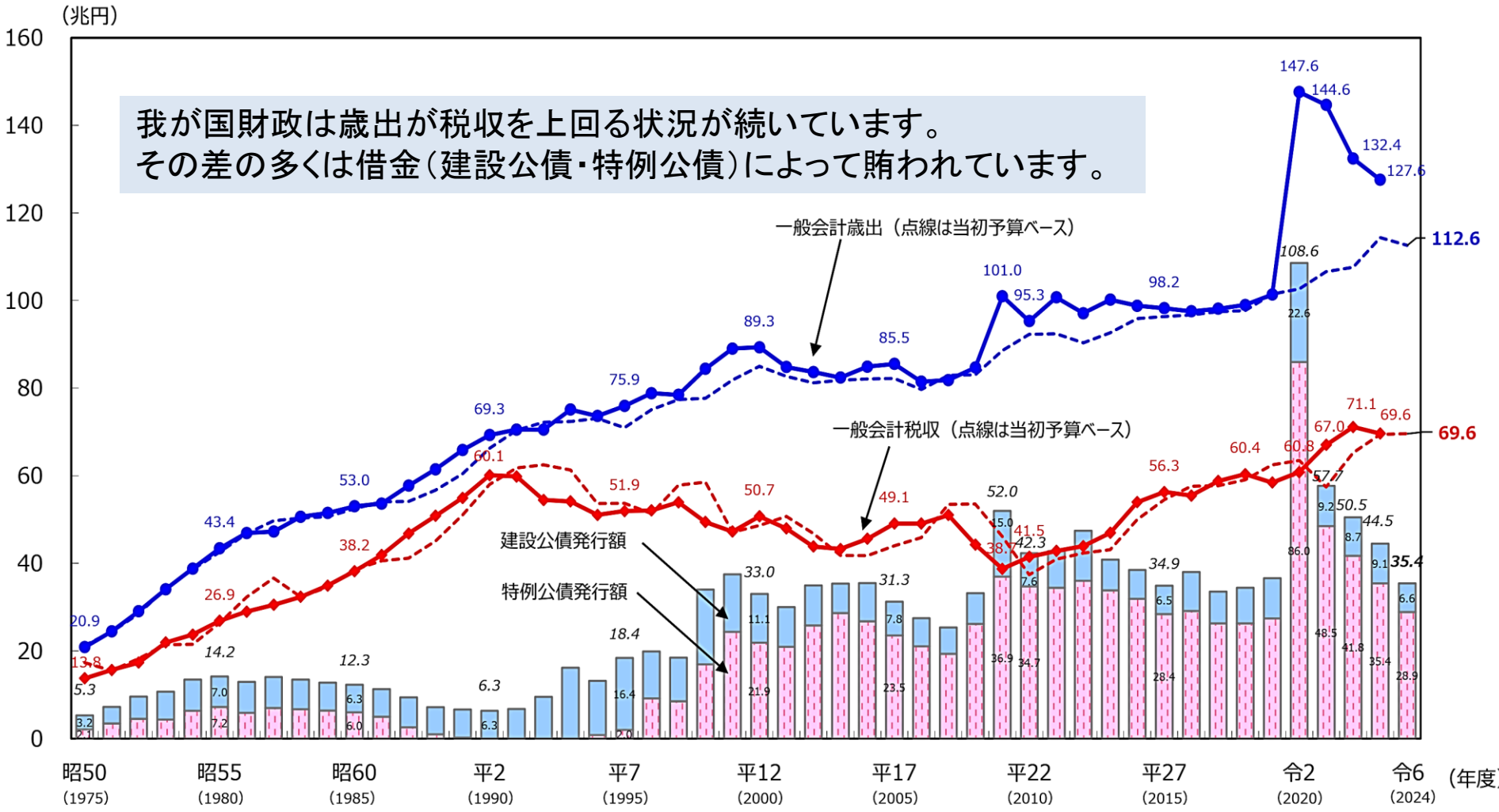
	1970	1980	1990	2000	2010	2018（予算ベース）
国民所得額（兆円） A	61.0	203.9	346.9	386.0	361.9	414.1
給付費総額（兆円） B	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.4(100.0%)	78.4(100.0%)	105.4(100.0%)	121.3(100.0%)
（内訳） 年金	0.9(24.3%)	10.3(41.7%)	23.8(50.1%)	40.5(51.7%)	52.2(49.6%)	56.7(46.8%)
医療	2.1(58.9%)	10.8(43.4%)	18.6(39.3%)	26.6(33.9%)	33.6(31.9%)	39.2(32.4%)
福祉その他	0.6(16.8%)	3.7(14.9%)	5.0(10.6%)	11.3(14.4%)	19.5(18.5%)	25.3(20.9%)
B／A	5.77%	12.15%	13.67%	20.31%	29.11%	29.29%



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」、2017年度、2018年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成30年1月22日閣議決定）」
（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2018年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

厚生労働省　中央社会保険医療協議会 総会（第411回）総－４－２（スライド25）参考　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000493996.pdf

一般会計における歳出・歳入の状況



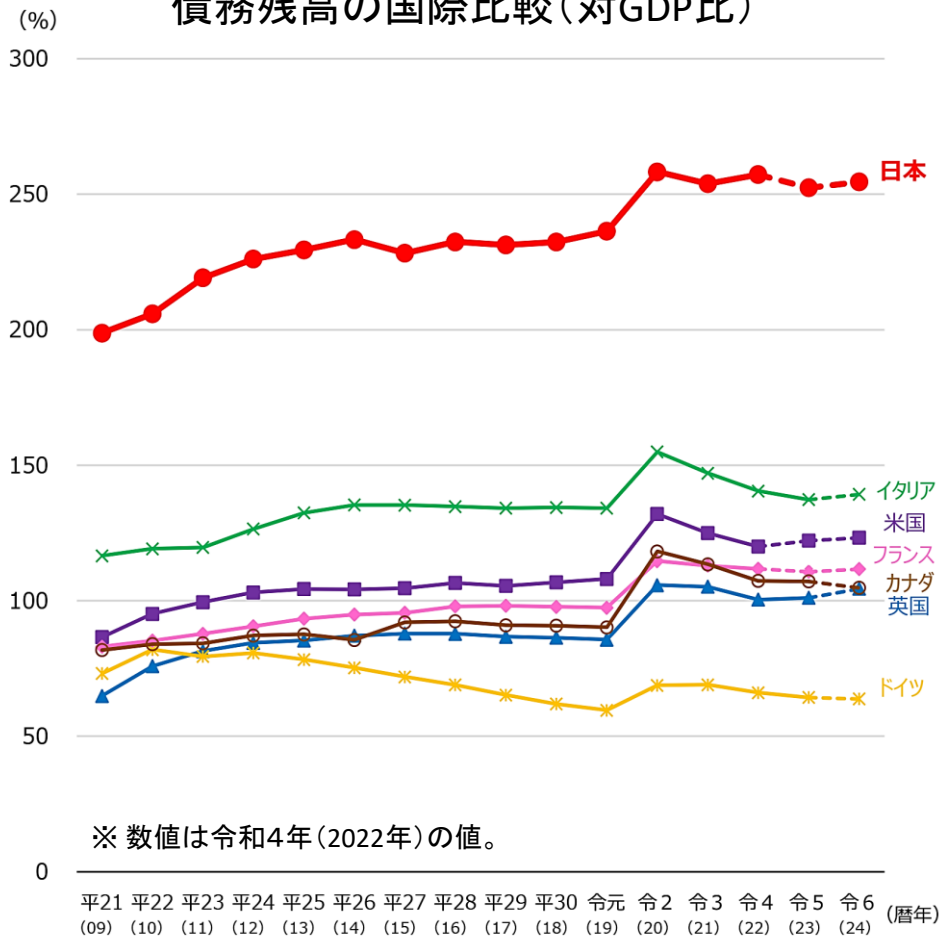
（注１）令和４年度までは決算、令和５年度は補正後予算、令和６年度は予算による。
（注２）公債発行額は、平成２年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成６～８年度は消費税率３％から５％への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担２分の１を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。
（注３）令和５年度の歳出については、令和６年度以降の防衛力整備計画対象経費の財源として活用する防衛力強化資金繰入4.4兆円が含まれている。

（出典）
R6財務省財政に関する資料「一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移」https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/003.pdf

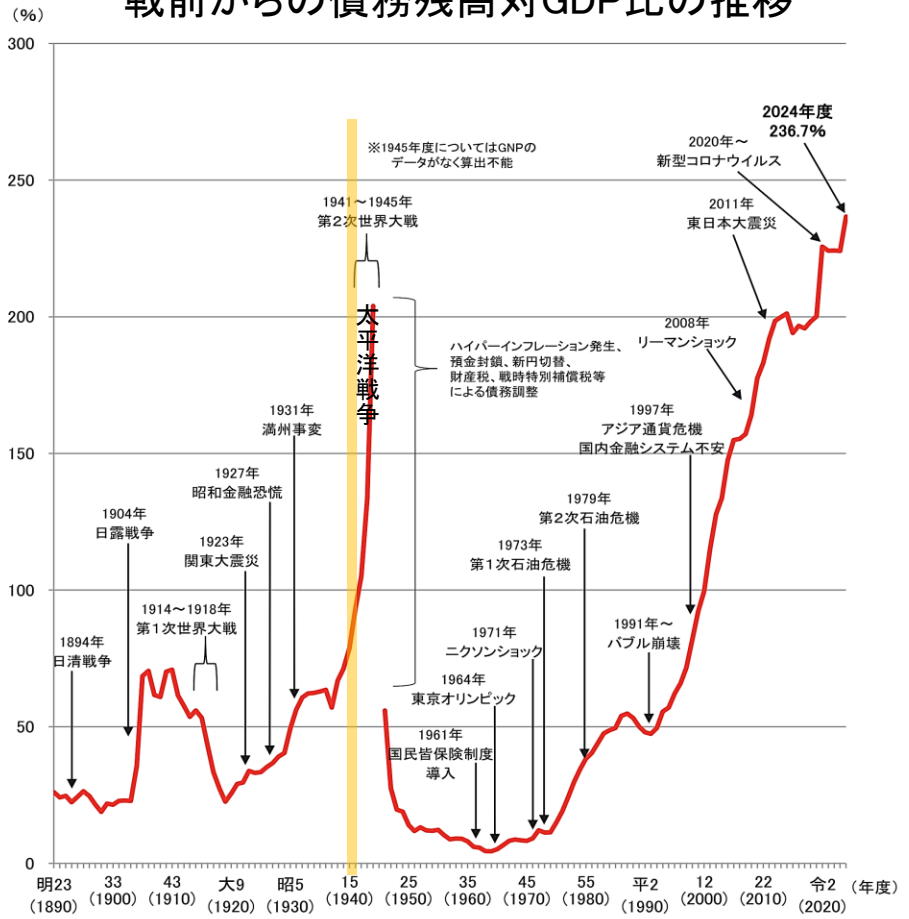
政府債務残高の現状

我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、国際的にも歴史的にも最悪の水準にあります（太平洋戦争末期と同水準）。
欧州諸国のような財政危機の発生を防ぐために、GDP（返済の元手）との対比で債務残高が伸び続けないよう、収束させていくことが重要です。

債務残高の国際比較（対GDP比）



戦前からの債務残高対GDP比の推移



政府債務残高は、「国債及び借入金現在高」の年度末の値（「国債統計年報」等による）。

（出所）IMF “World Economic Outlook” (2024年4月)
（注1）数値は一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの）ベース。
（注2）日本、米国及びフランスは、2023年及び2024年が推計値。それ以外の国は、2024年が推計値。

（出典）R6財務省財政に関する資料「債務残高の国際比較（対ＧＤＰ比）」https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/007.pdf
日本の財政関係資料（R6年4月）「参考 戦前からの債務残高対GDP比の推移」https://www.mof.go.jp/policy/budget/fiscal_condition/related_data/202404_00.pdf

地域医療構想

➢ 2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、医療・介護サービスの需要が著しく増大する（人口は減少するのに）

若年者が減少し、高齢者が増加する

- 高齢者人口　3600万人
- 慢性疾患を抱える高齢者
  要介護人口　約1.5倍増

急性疾患が減少し、慢性疾患が増加する
（高齢者の疾患が増える）

急性期の病床は余り、
慢性期の病床が不足する懸念がある

地域医療構想の企図するもの

2025年での医療需要の急増に対し・・・

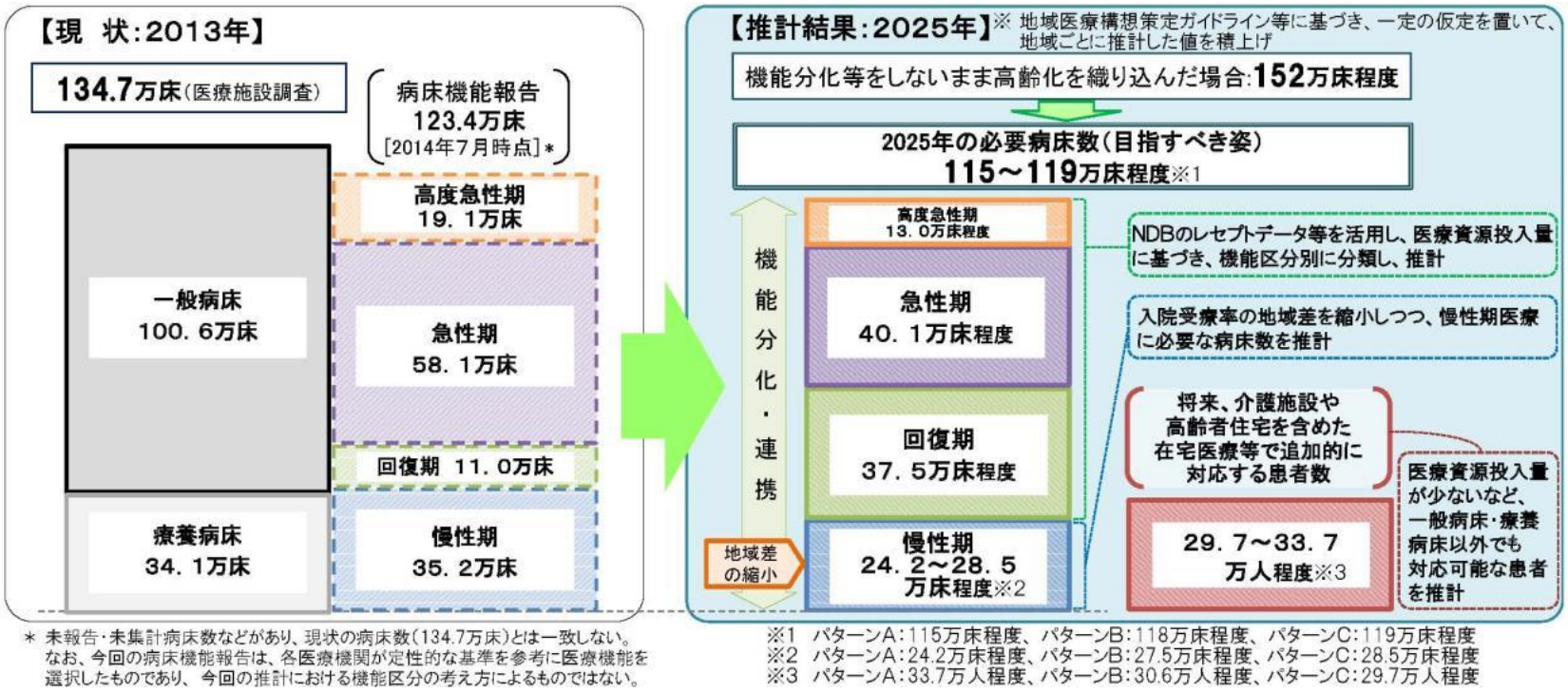
- **病床機能を分化する**
- **病床機能を急性期主力から回復期・慢性期・在宅へ誘導する**

以上により対応することを企図した政策

実際のところ、患者数が減少する地域では、
病院の統合・再編を促す政策

政府による
必要病床数の推計値について

- 平成27年6月、政府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」において、医療機能別の必要病床数の推計値が公表



政府　社会保障制度改革推進本部　第５回　医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年6月15日）　資料１
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai5/siryou1.pdf

最大の1つの問題点

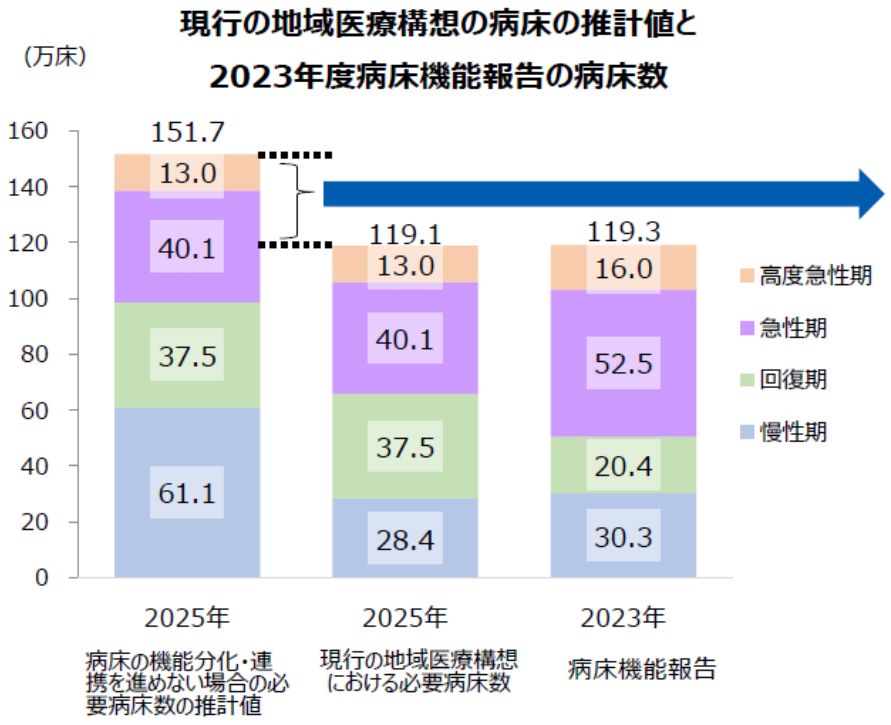
療養病床の入院患者のうち

医療区分1の患者の7割を在宅へ

本当に可能か？

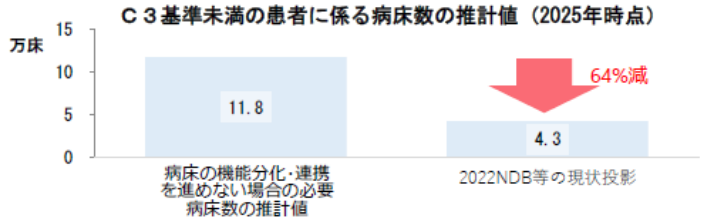
現行の地域医療構想の評価について

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化･連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分１の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分１の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分１以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

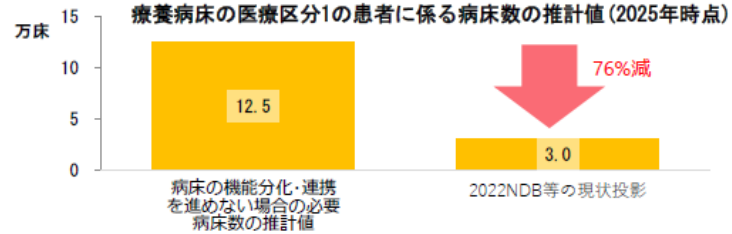


※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

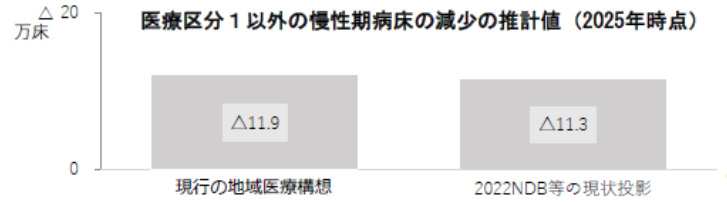
①C３基準未満の患者に係る病床



②療養病床の医療区分１の患者に係る病床

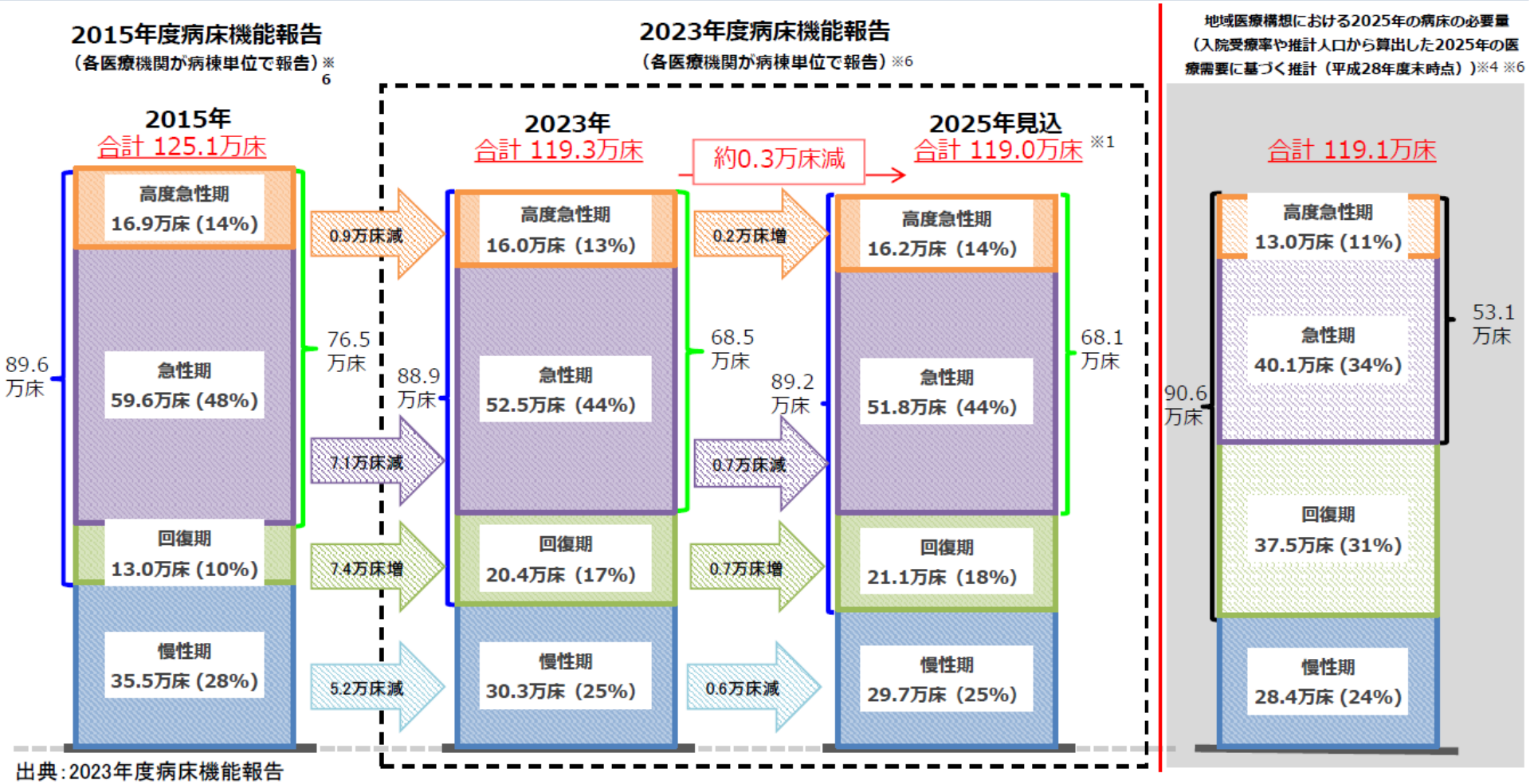


③医療区分１以外の慢性期病床の減少



2023年度病床機能報告について

速報値



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：12,203/12402（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

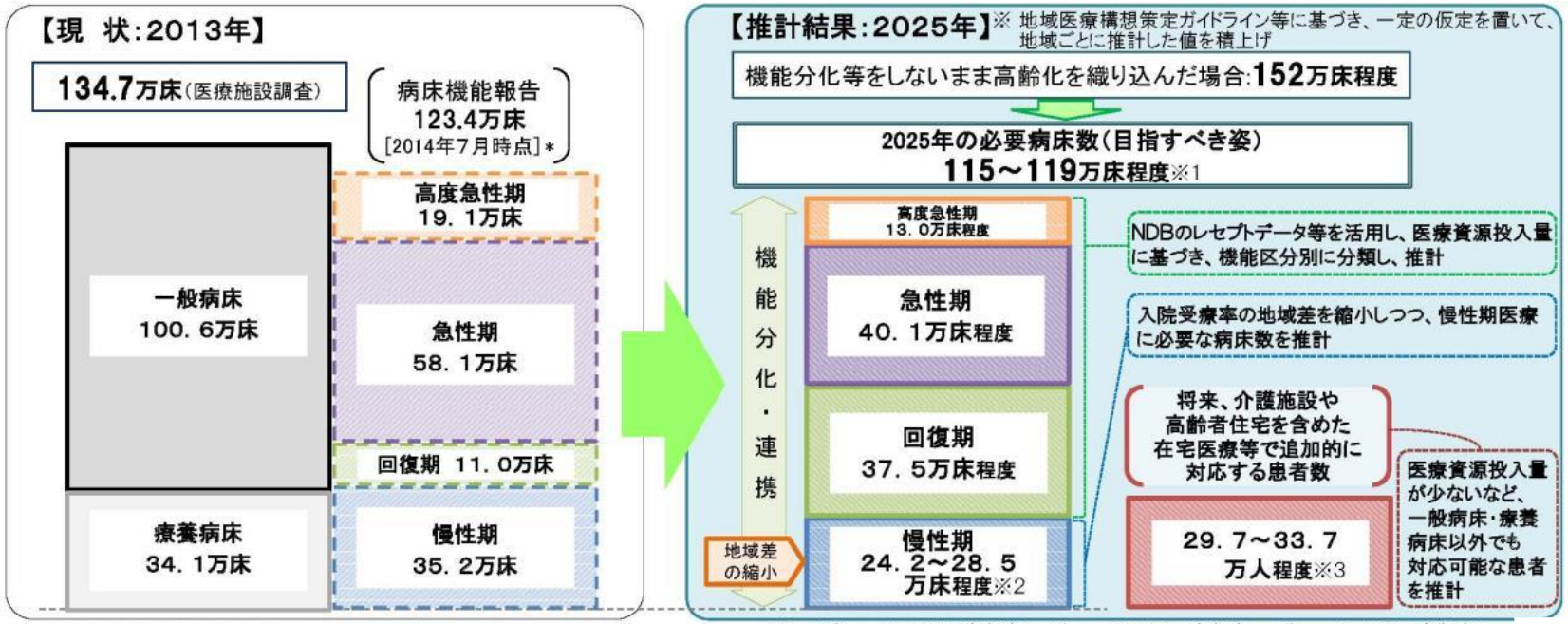
※6：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

地域医療構想

2013年からの患者推計値と実測値の比較について
変化の背景についての概略の解説

2013年の政府による必要病床数の推計値について

- 平成27年6月、政府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」において、医療機能別の必要病床数の推計値が公表
- 2025年に今のまま推移すると、152万床が必要とされたが、うち30万人は病院以外での対応可能とした。



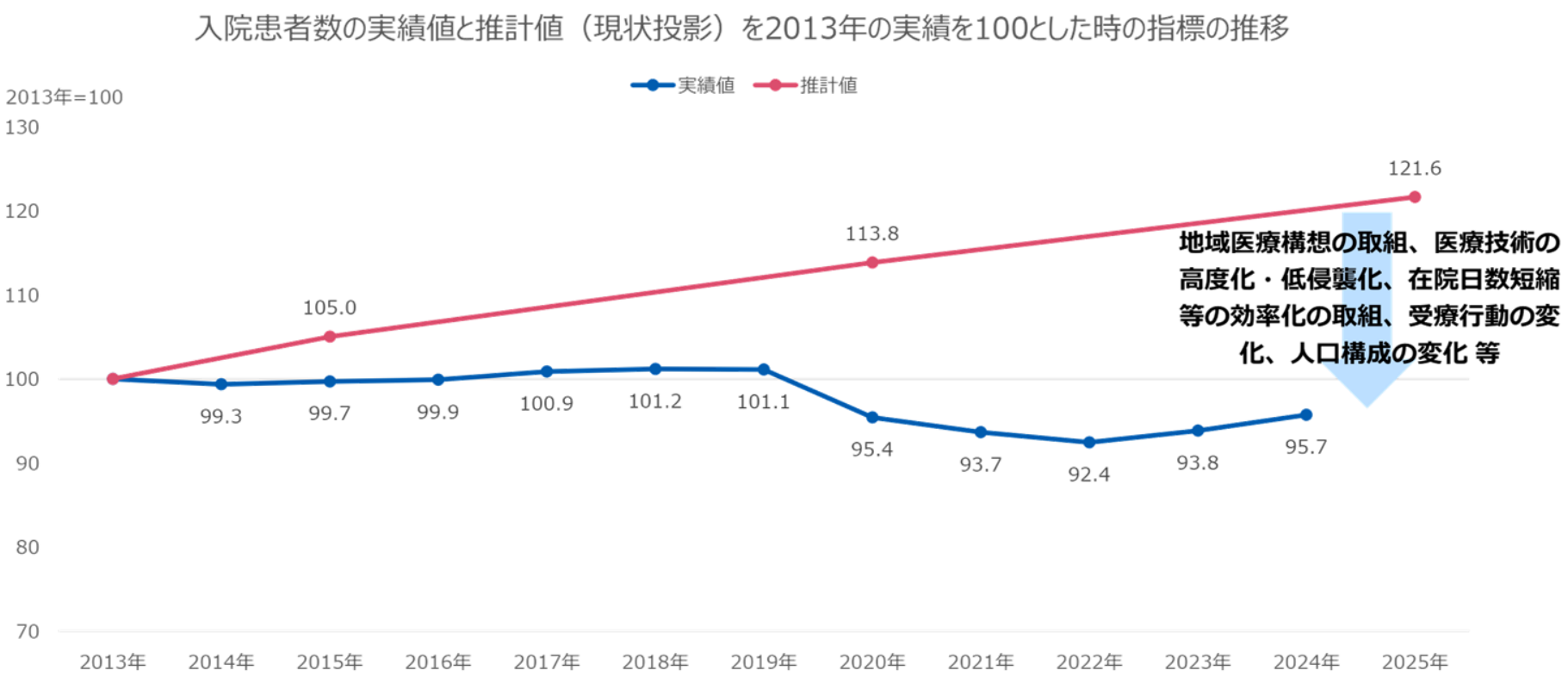
＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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

政府　社会保障制度改革推進本部　第５回　医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年6月15日）　資料１
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai5/siryou1.pdf

入院患者数の推計と実績について

- 現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した**入院患者数（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。



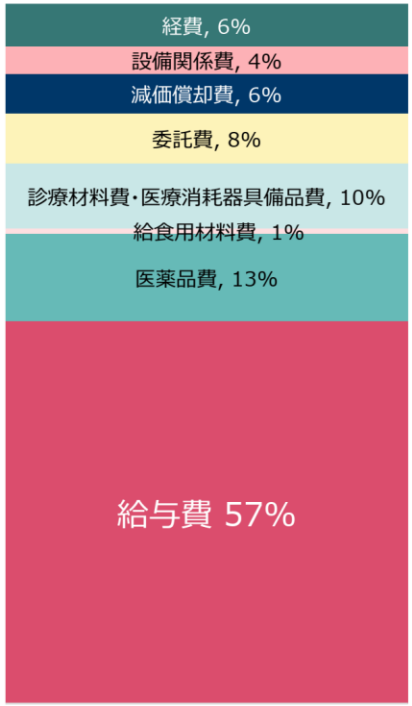
資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。
※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の１日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

参考：第5回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（2025/10/15） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_64631.html

病院の経営状況について

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

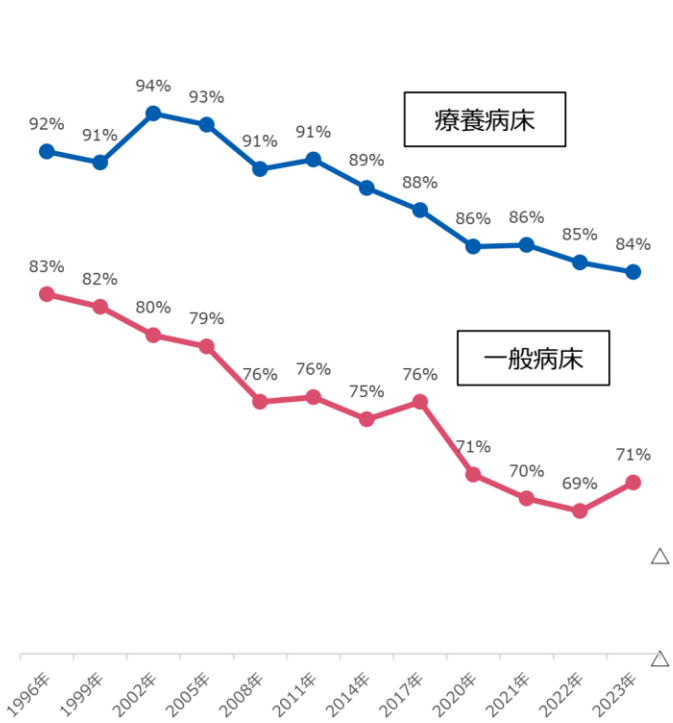
一般病院の費用構造



医業･介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和５年調査）

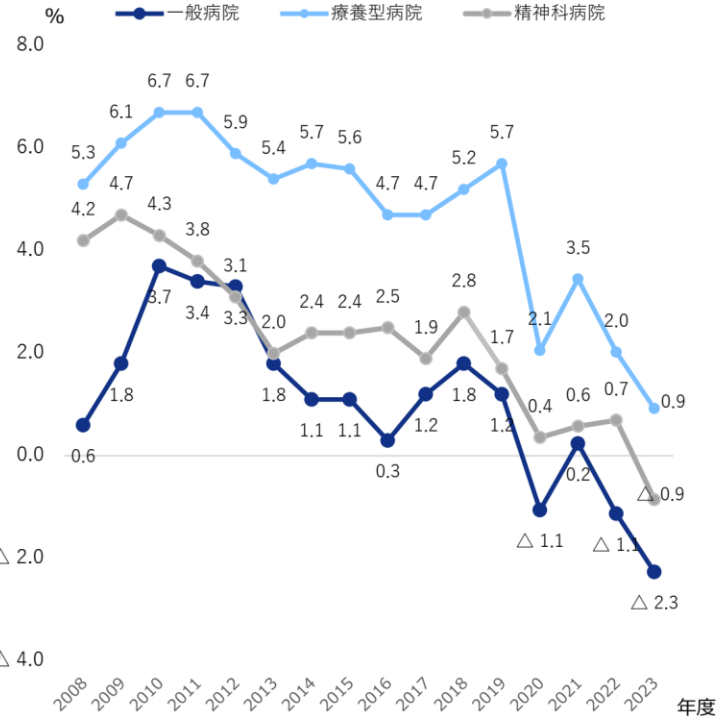
病床利用率の推移



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

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい
注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注１のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和６年11月）WAM Research Reportより

何故病床が満杯にならなかったのか（まとめ）

病院の在院患者延数

年　次	総　数（単位：人）
平成11年（1999）	509 438 114
令和元年（2019）	450 462 423

病院の在院患者延数は減少している

＋

病院の新入院患者数は増加している

病院の新入院患者数

年　次	総　数（単位：人）
平成11年（1999）	12 786 484
令和元年（2019）	16 473 879

↓

★つまり、総患者数は増加している
そして

病院の平均在院日数は短縮された

病院の平均在院日数（単位：日）

年　次	全病床	一般病床
平成11年（1999）	39.8	27.2
令和元年（2019）	27.3	16.0

病院の病床利用率（単位：%）

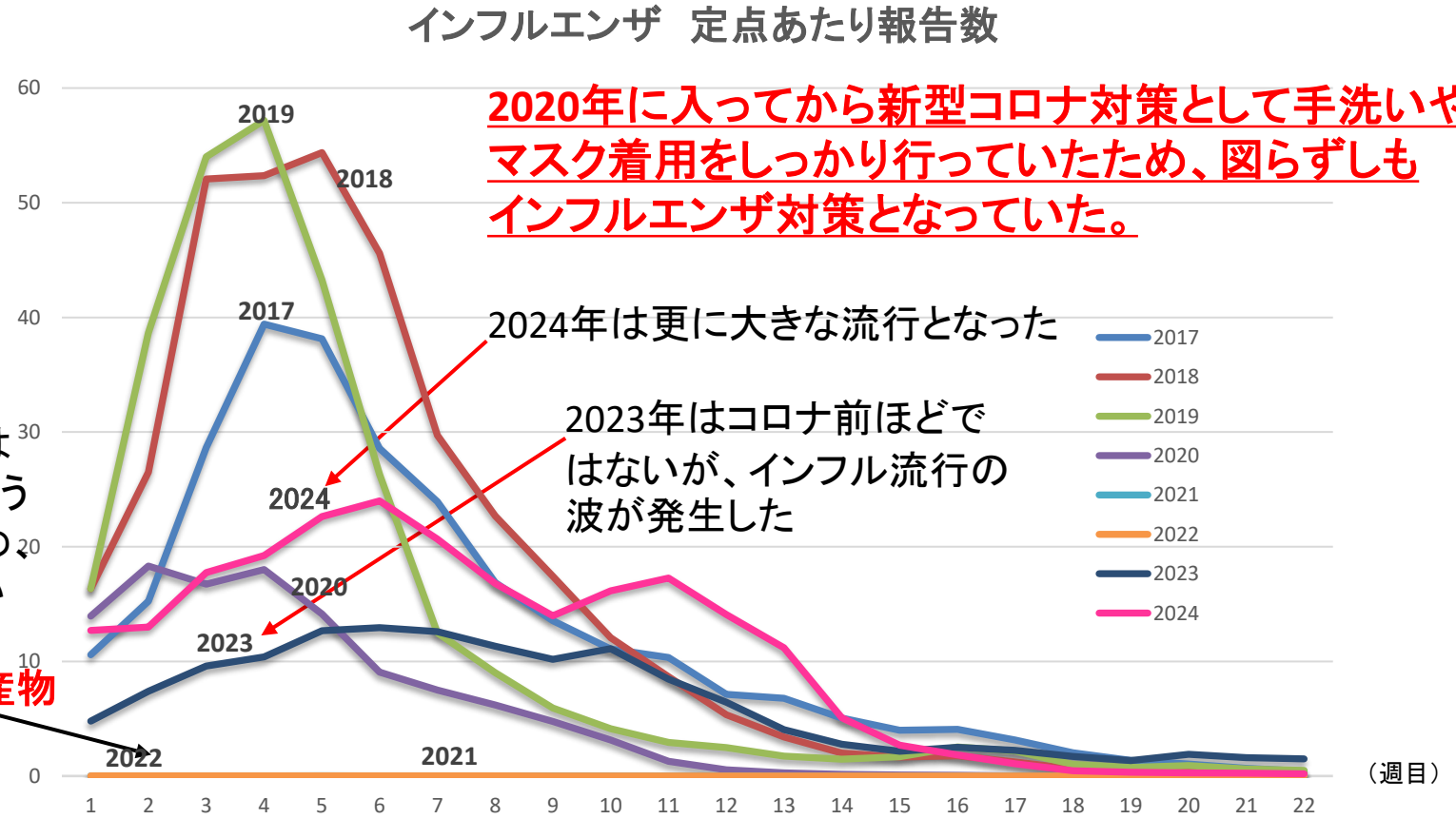
年　次	全病床	一般病床
平成11年（1999）	84.6	81.9
令和元年（2019）	80.5	76.5

★しかし、
患者数の増加よりも平均在院日数の短縮の方が　大きかったため、
結果として病床の利用率が落ちた

厚生統計要覧（令和2年度）　第2編　保健衛生　第2章　医療　より抜粋
https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html

ところで・・・

2020年以降は新型コロナウイルスばかり報道されていたが、
毎年猛威を振るうインフルエンザの状況は？



2020年に入ってから新型コロナ対策として手洗いやマスク着用をしっかり行っていたため、図らずしもインフルエンザ対策となっていた。

2024年は更に大きな流行となった

2023年はコロナ前ほどではないが、インフル流行の波が発生した

2021・2022年は0.01や0.02という数字だったため、0軸上に横ばい状態

コロナ禍の副産物

2022-2023年は、海外からの入国が緩和されて人的交流が増加し、国内へウイルスが持ち込まれる可能性が昨年以上に高くなった。
折しも、日本でも過去2年間、国内での流行がなかったため、社会全体のインフルエンザに対する集団免疫が低下しており、一旦感染が起こると、特に小児を中心に社会全体として大きな流行となった可能性が考えられる。

令和2年通年患者、外来9.9%減、在院5.6%減

- 厚生労働省が公表している病院報告から、2020年の外来患者数は前年比9.9%減、1日平均在院患者数は5.6%減であることが分かった。
  - 1～12月の1日平均患者数から年間平均患者数を割り出した。
  - 外来患者数は119万3137人（前年 132万4853人）
  - 在院患者数は116万5806人（前年 123万4503人）

- 外来・在院患者数はともに5月に大幅な減少が見られた。その後は回復傾向だが、前年を下回る状況にある。
  - 外来患者は4月が19.5%減、5月に25.2%減と大幅に減少。
  - 在院患者は5月に10.0%減、6月に8.0%減。以降は4～6%台の減少幅で推移。

参考：病院の外来患者9.9%減、在院患者は5.6%減　20年病院報告　メディファクス 8476号（2021/04/06）

コロナ後も病院（一般病床）の病床利用率は減少している

コロナ3年後

●病院の在院患者延数

年次	総数（人）
平成11年	約5.1億
令和元年	約4.5億
令和4年	約4.1億

コロナ前20年で1割の減

コロナ後3年でさらに1割の減

病院の在院患者延数は、ここ20年では約2割、10年でみると約1割減っている

●病院（一般病床）の新入院患者数

年次	総数（人）
平成11年	約1,227万
令和元年	約1,562万
令和2年	約1,416万
令和4年	約1,382万

コロナ前20年で3割程度の増

コロナ後1年で1割減少、その後横ばい

病院の新入院患者数は、ここ20年では約1割（7%）程度しか増えていない、10年でみると4%減っている

●病院（一般病床）の平均在院日数

年次	日
平成11年	27.2
令和元年	16.0
令和4年	16.2

コロナ前20年で約4割（11日間）短縮

コロナ後はほぼ横ばい

病院の平均在院日数は、ここ20年では約3割減っている、10年でみると約1割（7%）減っている

●病院（一般病床）の病床利用率

年次	%
平成11年	81.9
令和元年	76.5
令和4年	69.0

コロナ前20年で5%の減

コロナ後3年でさらに7%の減

病院の病床利用率は、ここ20年では10%減っている、10年でみると7%減っている

病床利用率の減少は
日本全体での新入院患者の減少が主原因であると考えられる

コロナ後も病院（一般病床）の病床利用率は減少している

コロナ5年後

●病院の在院患者延数

年次	総数（人）
平成11年	約5.1億
令和元年	約4.5億
令和6年	約4.1億

コロナ前20年で1割の減

コロナ後5年でさらに1割の減

病院の在院患者延数は、ここ20年では約2割、10年でみると約1割減っている

●病院（一般病床）の新入院患者数

年次	総数（人）
平成11年	約1,227万
令和元年	約1,562万
令和2年	約1,416万
令和6年	約1,532万

コロナ前20年で3割程度の増

コロナ後1年で1割減少、その後4年でようやくコロナ前の水準に

病院の新入院患者数は、ここ20年では約2割弱（16%）の増、10年でみると5%程度しか増えていない

●病院（一般病床）の平均在院日数

年次	日
平成11年	27.2
令和元年	16.0
令和6年	15.5

コロナ前20年で約4割（11日間）短縮

コロナ後はやや短縮傾向

病院の平均在院日数は、ここ20年では約3割減っている、10年でみると約1割（8%）減っている

●病院（一般病床）の病床利用率

年次	%
平成11年	81.9
令和元年	76.5
令和6年	73.3

コロナ前20年で5%の減

コロナ後5年でさらに3%の減

病院の病床利用率は、ここ20年では6%減っている、10年でみると約2%減っている

日本全体で新入院患者は戻りつつあるが、予想されていた新入院患者増はなく、病床利用率の減少は続いている

- その原因として日本全国での推計死亡数が予想よりもかなり多くなったことが関与していると考えられる。
- 国立社会保障・人口問題研究所（社人研）による推計日本人死亡者数（平成29年推計）と、人口動態統計における日本人死亡者数を用いて、超過死亡※を算出。

	2021年	2022年	2023年	2024年
超過死亡※	8,615人	115,089人	115,754人	116,387人
うち65歳以上		114,868人	96,712人	114,658人

※ここでは平成29年時点での推計死亡数を超えたぶんの実死亡数を「超過死亡」と仮称している。

- 仮に65歳以上の超過死亡者が生存していたとすると、入院患者数は121万人（R2患者調査）から約34,000人程度多くなる見込み。
  →稼働率に平均2.8%程度の影響が出ている可能性

- 病院の全病床の病床利用率は令和元年から令和4年にかけて5%減っている。
- 病床利用率5%減少のうち、日本全国での超過死亡数が推計よりも約20万人多かったことによる影響として2.8%程度≒5割程度は説明できる。
  これはサービス付き高齢者住宅の増加による影響が大きいと考えられる。
- 令和元年から令和6年では3%の減であるため、死亡による影響と高齢者の自然増にともなう患者増が相殺された結果と考えられる。
- 現時点で老人施設も空床が目立っている。
  老健施設での空床だけでなく、特別養護老人ホームでも空床が出て来ていた。今は特養は埋まりつつあるが、老健などでは稼働減が続いている。
- 日本全体で入院だけでなく施設入所する人が減ってきている状況である。

病院の経営悪化の現状



コロナ後、
多くの病院が
運営に
行き詰まっている



全国の病院で赤字化が進んでいる

大学病院では 計 508億円の赤字

- 昨年9/30の全国医学部長病院長会議（AJMC）にて、全国の大学病院・81病院の2024年度の経常利益について、計508億円の赤字になると公表された。
  - 24病院が黒字、57病院が赤字。内訳は下記のとおり

	全体の経常利益	黒字病院数	赤字病院数
国立大学病院（42病院）	286億円の赤字	12（平均黒字 6.5億円）	31（平均赤字 12.1億円）
公立大学病院（8病院）	91億円の赤字	1（黒字12億円）	7（平均赤字 14.7億円）
私立大学病院（31病院）	131億円の赤字	11（平均黒字30.7億円）	20（平均赤字23.5億円）

- 昨年10/3の国立大学病院長会議にて、42大学44病院の2025年度収支見通しで経常赤字が400億円を超える可能性が示された。（2024年度は286億円赤字）
  - 現金収支が赤字の病院は42病院中33病院が見込まれ、前年度より8病院の増加。

参考：「81大学病院、2024年度経常利益は508億円の赤字、AJMC」（2025/10/1）医療維新 https://www.m3.com/news/iryoishin/1298841
「国立大学病院、赤字400億円超も　25年見通し、「過去最大の危機」」（2025/10/6）medifax 9545号

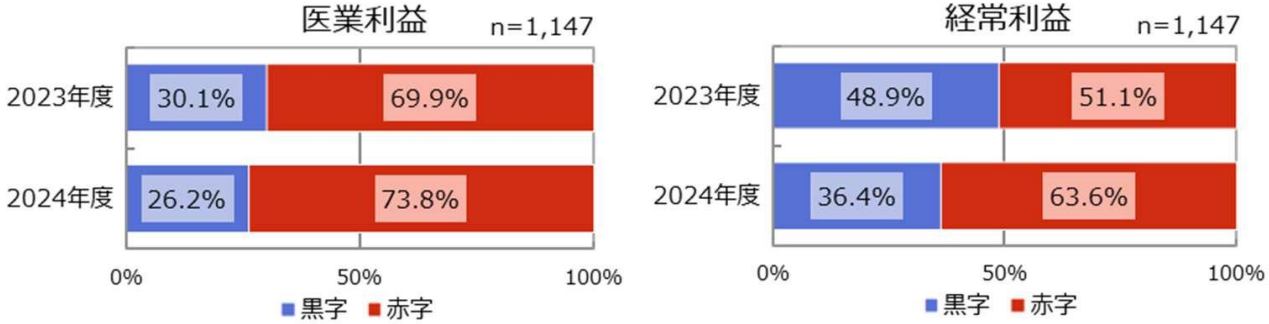
公立病院では 計 3952億円の赤字

- 昨年9/30に総務省が発表した「2024年度　地方公営企業等決算」によると、自治体が運営する全国678公立病院事業全体の経常収支は3952億円の赤字。過去最大。
  赤字となった病院の割合も過去最大の83.3%となった。
  - 診療収入は増加したが、人件費や材料費の高騰で医業収支が悪化したことが一因。

参考：「公立病院の83.3%が赤字に、2024年度は過去最大の3952億円」（2025/10/1）医療維新　https://www.m3.com/news/iryoishin/1299038

日本病院会らの提言：病院の7割が赤字

- 昨年10/6に日本病院会らが公表した「病院経営定期調査中間報告（集計結果）」によると、2024年度の赤字病院割合は、医業利益ベースで73.8%（前年度69.9%）、経常利益ベースで63.6%（前年度51.1%）であった。



済生会では 計 216億円の赤字

- 済生会 83病院全体での2024年度決算は、216億円の赤字。

日赤では 計 325億円の赤字

- 日本赤十字社は、2024年度の医療事業決算が実質325億円の赤字と公表。
  - 全体経常収支は648億円黒字だが、確定給付企業年金制度による退職給付債務の戻し入れ分973億円分の影響を除くと赤字となる。

参考：「2024年度決算「大幅な危機的赤字」- 済生会経営状況」（2025/9/1）医療維新　https://www.m3.com/news/iryoishin/1293278
「2024年度決算「あと数年で危険水域に」- 日本赤十字社経営状況」（2025/9/10）医療維新https://www.m3.com/news/iryoishin/1294407

日本病院会からの緊急提言

日本の病院の
約7割が赤字
破綻もうじき来る

医療利益

黒字	赤字
31%	69%

経常利益

黒字	赤字
38.8%	61.2%

2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成

日本病院会YouTubeチャンネルより

病院の倒産・廃業・解散など

2023年	2024年
80件	106件

（東京商工リサーチ調べ）

2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成

「病院の7割が赤字」について・・・

コロナの影響により患者の受診行動が変化

- **受診控え**の傾向や**入院期間の短縮**
  稼働率**8割** ▶ **7割**に
- **症状が悪化してから受診**する傾向も
- 助かる命も亡くなるケースが・・・

コロナ以降 赤字が加速

2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成



医師の働き方改革の影響

医師の長時間労働で医療体制が維持されていたが**働き方改革**により残業が制限され体制が破綻しつつある

医師が**「聖職」**から**「労働者」**に

やりがいよりも、美容などの**労働条件の良い職場**に

使命感だけでは続けられない人が増加



2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成



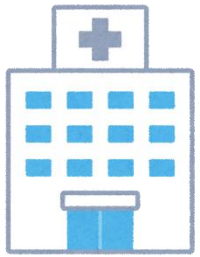
さらに病院の老朽化がとどめに

1980年代

病床規制の導入前に
全国で
病院の建設ラッシュ
現在 **建て替え**の時期に
しかし

建て替えを検討していたが**財政難で困難**

建築費は
かつての**倍に高騰**



1棟100億円
▶ 200億円

2025年6月12日「よんちゃんTV」（今村取材出演）放送内容から作成

患者はどこへ行ったのか

1．背景（1）

◆**日本全国での推計死亡数が予想よりもかなり多くなっている。**

◆**国立社会保障・人口問題研究所（社人研）による推計日本人死亡者数（平成29年推計）と、人口動態統計における日本人死亡者数を用いて、超過死亡※を算出。**

（単位：人）

	2021年	2022年	2023年	2024年
死亡者数	1,446,437	1,575,462	1,597,627	1,618,684
推計値	1,437,822	1,460,373	1,481,873	1,502,297
超過死亡※	8,615	115,089	115,754	116,387
うち65歳以上		114,868	96,712	114,658

◆**仮に65歳以上の超過死亡者が生存していたとすると、入院患者数は121万人（R2患者調査）から約34,000人程度多くなる見込み。**
→稼働率に平均2.8%程度の影響が出ている可能性

※ここでは平成29年時点での推計死亡数を超えたぶんの実死亡数を「超過死亡」と仮称している。

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

2．方法

- 一般化線形モデル
- 目的変数：都道府県ごとに増加死亡者数を人口で割ったもの
- 説明変数
  - 人口に占める75歳以上の人数
  - 人口当たりの病床数
  - 平均月収
  - 病院あたりの看護要員数
  - 人口当たりの老人ホーム定員数の増加量（2019年～2023年）
  - 人口あたりの訪問看護利用者数
  - 人口当たりのサービス付き高齢者住宅（サ高住）の戸数の増加量

増加死亡者数＝予測死亡者数と人口動態統計の死亡者数との差
都道府県ごとの上記データについては政府統計の総合窓口(e-Stat)、国立社会保障・人口問題研究所のホームページ等の公的統計から入手した

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

3．結果（1）投入変数間の関連　相関係数

	超過死亡者の割合	75歳以上人口割合	病床数	平均月収	病院あたりの看護要員数	老人ホーム定員数の増加	訪問看護利用者数	サ高住の増加戸数
超過死亡者の割合(注)		.627**	.666**	−.774**	.432**	−0.096	−.330*	.462**
75歳以上人口割合	.627**		.592**	−.563**	.465**	−0.177	−0.248	0.048
病床数(注)	.666**	.592**		−.646**	.337*	−0.150	0.052	.316*
平均月収	-.774**	−.563**	−.646**		−.606**	0.222	.339*	−.373**
病院あたりの看護要員数	.432**	.465**	.337*	−.606**		−.353*	−0.213	0.063
老人ホーム定員数の増加(注)	-0.096	−0.177	−0.150	0.222	−.353*		.318*	−0.037
訪問看護利用者数(注)	-.330*	−0.248	0.052	.339*	−0.213	.318*		−0.178
2019年から2023年のサ高住の増加戸数(注)	.462**	0.048	.316*	−.373**	0.063	−0.037	−0.178	

**. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

(注) 人口10万人当たりの数

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

3．結果（2）一般化線形モデル

（注）人口10万人当たりの数

単変量で比較的増加死亡者数と相関が大きかったが多変量では有意ではなかった変数

目的変数：人口あたりの増加死亡者数

	有意確率	係数	95%信頼区間	
75歳以上人口割合	0.261	1.004	0.997	1.011
病床数(注)	0.13	1.028	0.992	1.065
平均月収	0.01	0.993	0.988	0.998
病院あたりの看護要員数	0.754	1	0.998	1.002
老人ホーム定員数の増加(注)	0.096	1.142	0.977	1.336
訪問看護利用者数(注)	0.159	0.833	0.645	1.074
2019年から2023年のサ高住の増加戸数(注)	0.014	1.649	1.108	2.455
(切片)	0.049	1.002	1	1.004

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

3．結果（3）人口当たりサ高住数とその増加量

サ高住が今たくさんあるところでますます増加している。

サ高住数 多い順		増加量 多い順	
北海道	466.1	兵庫県	71.0
三重県	407.8	岐阜県	67.3
鳥取県	384.5	北海道	63.6
大阪府	374.7	島根県	63.1
和歌山県	373.4	埼玉県	52.9
島根県	366.9	三重県	48.5
愛媛県	362.7	滋賀県	48.0
徳島県	361.7	大阪府	45.4

※サ高住数、増加量とも数値は人口10万人あたりの戸数

サ高住数 少ない順		増加量 少ない順	
佐賀県	69.3	沖縄県	-11.3
宮崎県	103.3	岩手県	-7.8
東京都	129.7	山口県	-3.1
山形県	142.1	宮崎県	-2.0
沖縄県	152.3	佐賀県	0
愛知県	159.6	群馬県	0.84
静岡県	165.2	鹿児島県	1.29
神奈川県	166.6	茨城県	3.43

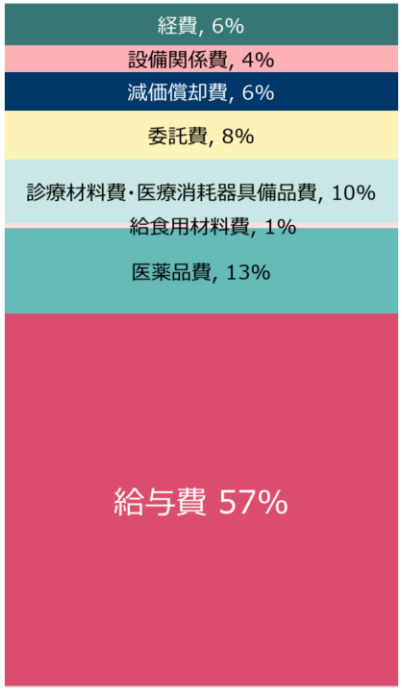
※サ高住数、増加量とも数値は人口10万人あたりの戸数

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

４．考察（１）病院の経営状況について

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

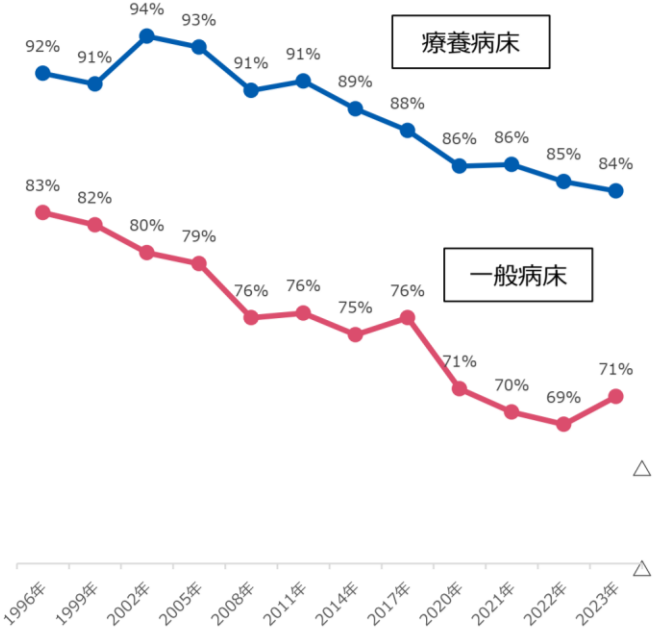
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和５年調査）

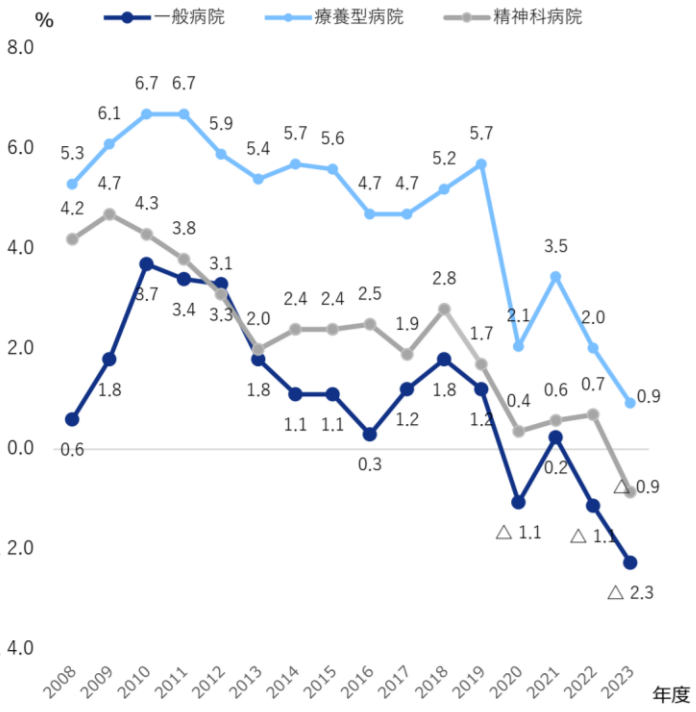
病床利用率の推移



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

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい
注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注１のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和６年11月）WAM Research Reportより

厚生労働省 令和7年1月10日開催 新たな地域医療構想について（長崎県地域医療構想セミナー）https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2025/01/1736226633.pdf

4．考察（5）

- 都道府県別の増加死亡者数はサ高住の戸数の増加量と平均月収と有意に関連した。
- 人口当たりサ高住数とサ高住の増加戸数の相関係数は0.626 ($p<0.01$)と高く、サ高住がいま多い都道府県でさらに増加している現状がある。
- 一方で、意外なことに、75歳以上人口はサ高住の増加戸数と有意な関連がなかった。
- 因果関係は不明だが、都道府県別の増加死亡者数はサ高住の戸数の増加量と関連があり、サ高住における終末期の医療提供状況に迫っていくことで増加死亡者数を一定程度説明できる可能性が示唆された。

出典：令和7年10月30日（木）第84回 日本公衆衛生学会総会　発表スライド

不適切を指摘される高齢者向け事業、適正化の流れ

- 近年、高齢者向け事業において、一部の事業者による不適切事例が問題視されている。

一例として・・・

- 老人ホームが、多額の診療報酬を得られる難病患者受入れの目的で紹介事業者に高額な紹介料を支払う。

サンウェルズ（PDハウス）など

- 訪問看護を過剰に提供し不正に診療報酬を請求する。
（ホスピス型有料老人ホームの入居者らに対し、必要性の低い頻繁な短時間訪問や複数人での訪問、早朝・夜間での実施で高額報酬を得ていると判断されるケースがある）

アンビスHD（医心館）、サンウェルズ（PDハウス）など

- 過度の身体拘束・薬物による科学的拘束の常態化

恵山恵愛会（北海道）、長船荘（岡山県） など

・・・など

- これらの状況をふまえ、厚労省は
  ・有料老人ホーム紹介の優良事業者認定制度の設立
  ・訪問看護の過剰提供に対する規制の強化
  ・その他、高齢者向け事業における不正・過剰請求やケアの質の監査
  …などを行っていく方針を示している

参考:「老人ホーム紹介に認定制度　優良事業者を公表へ」(2025/9/9) medifax 9528号
「老人ホーム会社、診療報酬28億円不正請求疑い　高額紹介料支払いも」(2025/2/19)朝日新聞
https://www.asahi.com/articles/AST2L3FPPT2LUTIL00MM.html
「過剰訪問看護の規制強化　厚労省、不正請求防止」(2025/10/2) m3.com　https://www.m3.com/news/general/1299100
「実態ない診療報酬の請求判明　医心館、訪問看護で6300万円」(2025/8/8)　共同通信
「「ホスピス型住宅」の過剰請求、厚労副大臣が問題意識　中医協で議論へ」(2025/10/3) medifax 9544号
「ベッドに柵、多量の下剤を飲ませる…函館の特養、市が虐待6通り認定」(2025/2/6)朝日新聞
https://www.asahi.com/articles/AST262QQJT26IIPE00TM.html
「瀬戸内の特養で入所者ら虐待　県、新規受け入れ停止6カ月処分」(2024/12/16)山陽新聞
https://www.sanyonews.jp/article/1653086
厚労省「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_56898.html

2040年頃を見据えた目指すべき医療「新たな地域医療構想に関する検討会」がとりまとめられ、

2026年7月3日「地域医療構想策定ガイドライン」が、厚生労働省HPで公表されました

参考：2040年に向けた地域医療構想「地域医療構想策定ガイドライン」 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001718620.pdf

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の体制（案）

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 開催要綱（案）（抜粋）

1．目的

○　今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や生産年齢人口の減少を見据え、地域医療構想や医療計画、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージをはじめとする医師確保の取組等を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要がある。

○　本検討会は、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の具体的内容や、地域医療構想及び医療計画の推進等について検討することを目的に開催するものである。

2．検討事項

(1) 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(2) 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
(3) 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（医師養成過程を通じた対策を除く）
(4) 外来医療計画に関する事項
(5) その他本検討会が必要と認めた事項

＜地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　構成員＞

（敬称略、五十音順）

石原　靖之	岡山県鏡野町 健康推進課長
伊藤　悦郎	健康保険組合連合会 常務理事
伊藤　伸一	一般社団法人日本医療法人協会 会長
猪口　正孝	公益社団法人全日本病院協会 副会長
今村　知明	奈良県立医科大学 教授
今村　英仁	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
遠藤　久夫	学習院大学 学長
岡　　俊明	一般社団法人日本病院会 副会長
小川　祐幸	島根県雲南市健康福祉部保健医療政策課 管理監
荻野　構一	公益社団法人日本薬剤師会 副会長
尾﨑　　誠	長崎大学病院 病院長（一般社団法人全国医学部長病院長会議）
川又　竹男	全国健康保険協会 理事
坂本　泰三	公益社団法人日本医師会 常任理事
櫻木　章司	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
菅原　琢磨	法政大学経済学部 教授
鈴木　美穂	認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事
瀬古口 精良	公益社団法人日本歯科医師会 副会長
玉川　　啓	福島県 保健福祉部次長（健康衛生担当）
土居　丈朗	慶応義塾大学経済学部 教授
橋本　美穂	公益社団法人日本看護協会 常任理事
東　憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
松田　晋哉	福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター 所長
望月　　泉	公益社団法人全国自治体病院協議会 会長

※　必要に応じて参考人の出席を要請

厚生労働省 令和7年7月4日開催　第116回社会保障審議会医療部会【資料1】 https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001512865.pdf

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方（案）

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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実現する必要がある。
- このため、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含め、地域における長期的に共有すべき医療提供体制のあるべき姿・目標として、地域医療構想を位置づける。人口や医療需要の変化に柔軟に対応できるよう、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議のあり方等を見直した上で、医療・介護関係者、都道府県、市区町村等が連携し、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「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、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
- 具体的には、
  - 増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急の受入体制を強化する。ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なリハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ることを目指す。その際、医療ＤＸの推進等により、日頃から在宅や高齢者施設等と地域の医療機関の連携、かかりつけ医機能の発揮等を通じ、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指す。
  - 増加する在宅医療需要に対応するため、必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で、地域の医療機関の連携による24時間の在宅医療の提供体制の構築、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等、効率的かつ効果的な在宅医療の体制強化を目指す。外来医療においても、時間外対応や在宅医療等のかかりつけ医機能を発揮して必要な医療提供を行う体制を目指す。
  - 医療の質やマンパワーの確保のため、手術等の労働集約的な治療が減少し、急性期病床の稼働率の低下による医療機関の経営への影響が見込まれる中、必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しつつ、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す。
  - 必要な医療機能を維持するため、特に過疎地域において、人口減少や医療従事者の不足が顕著となる中で、地域で不可欠な医療機能（日常診療や初期救急）について、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、ICT等を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指す。

2040年に向けた地域医療構想ガイドライン

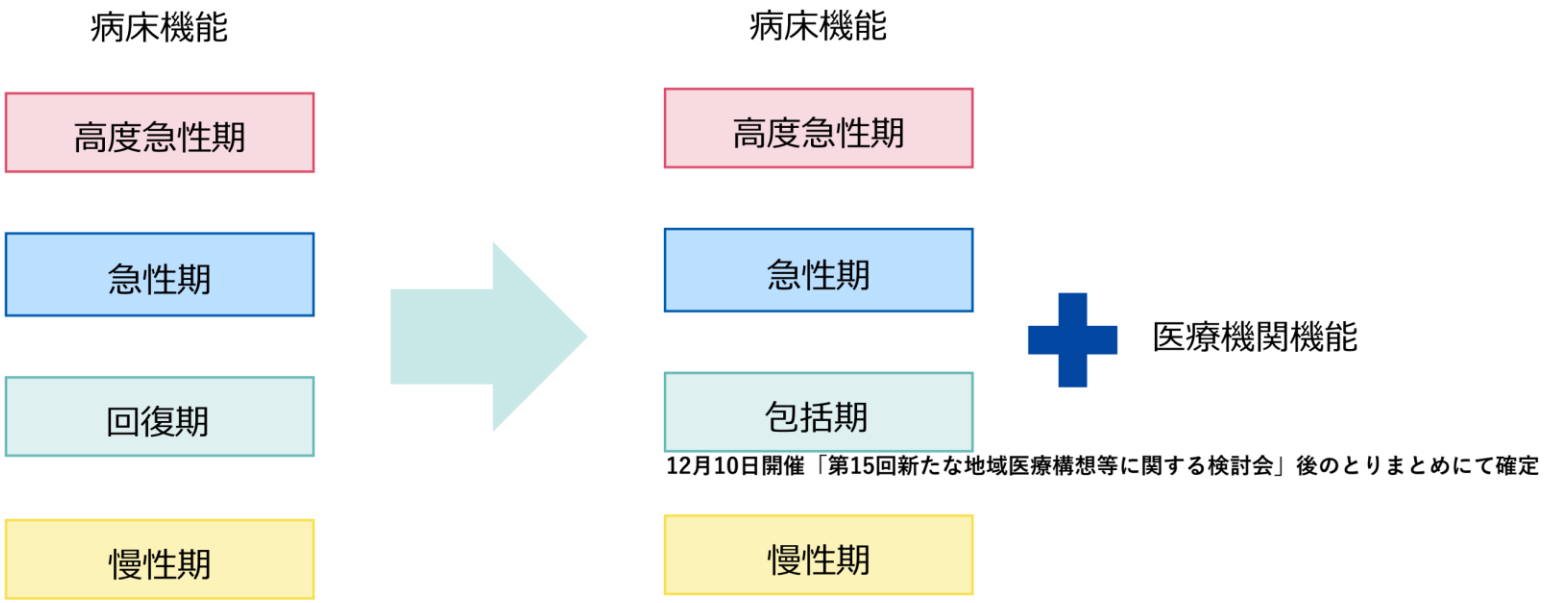
- 7/3厚労省より、2040年の医療提供体制構築に向けた「地域医療構想策定ガイドライン」が公表された。

- 今回、構想区域について「人口20万人以上」を基本としつつ、地域の実情を踏まえて見直すこととなった。
  - 現在の二次医療圏の半数近くが人口20万人以下。
    今後さらに人口減少が進行した場合、区域内で入院医療を完結させることが難しくなると見込まれている。
  - 都道府県境をまたいで患者の流出入が多い区域では、隣接する都道府県と合同で調整会議を開くなど、区域を超えた連携体制も考えられる。

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き４つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。

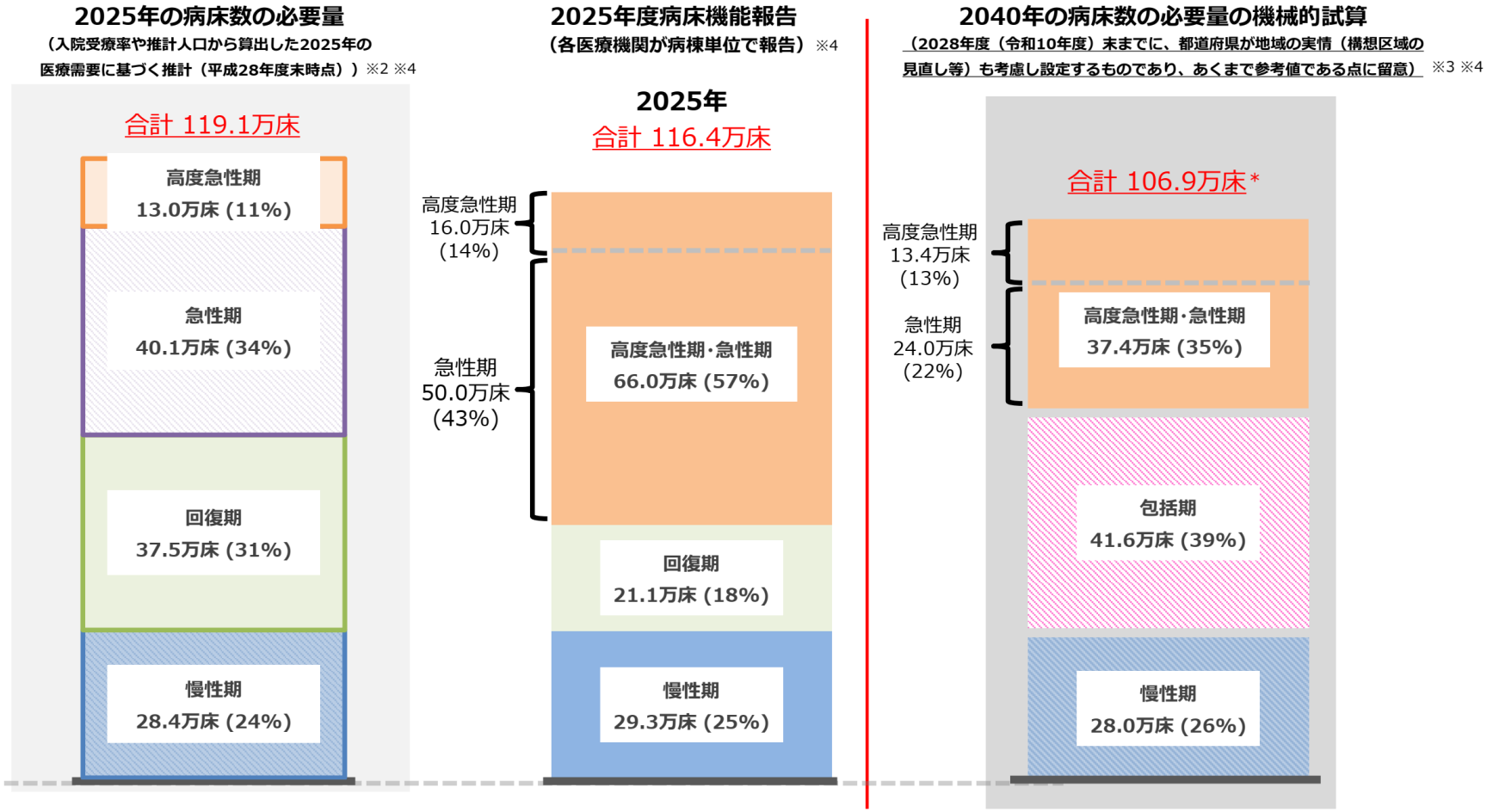


- 2040年に全国で必要となる病床数は106.9万床と推計。（2025年は116.4万床、約10万床 減）
- うち、急性期・高度急性期については37.4万床となる。（2025年は66万床、約29万床・約4割 減）

- ほか、包括期として41.6万床、慢性期として28万床が見込まれている。
  - 区分見直しにより、従来の「回復期機能」に「高齢者の急性期患者に治療と早期リハビリテーションを提供し在宅復帰につなげる機能」を加えた「包括期機能」が制定された。

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

２０２５年度病床機能報告について



出典：2025年度病床機能報告

※1：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
※2：平成25年度(2013年度) のＮＤＢのレセプトデータ 、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
※3：令和6年度(2024年度) のＮＤＢのレセプトデータ、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（令和5年(2023年）推計）』等を用いて、現在の構想区域（令和6年度）を前提に機械的に試算したもの
※4：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。

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

病床機能報告における報告の目安

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
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、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • ハイケアユニット入院医療管理料 • 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 • 小児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 • 総合周産期特定集中治療室管理料 • 新生児治療回復室入院医療管理料 • 一類感染症患者入院医療管理料
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	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） • 専門病院入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３
包括期機能	・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テーション等を行い、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に対し、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頚部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 専門病院入院基本料（13:1） • 有床診療所入院基本料１、４ • 地域包括医療病棟入院料 • 小児入院医療管理料４、５ • 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 • 特定一般病棟入院料 • 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 有床診療所入院基本料２、３、５、６ • 有床診療所療養病床入院基本料 • 特殊疾患入院医療管理料 • 特殊疾患病棟入院料 • 緩和ケア病棟入院料

※　診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

医療機関機能について（案）

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	• 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	• 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	• 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	• 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、マルチモビディティ（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	• 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。

厚生労働省 令和6年12月3日開催 第13回新たな地域医療構想に関する検討会【資料1】（参考：スライド53） https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001344036.pdf

- ガイドラインにおいて医療機関の役割が五つに整理され、担う役割が明確化された。
- 基本的には「高齢者救急・地域急性期機能」、「急性期拠点機能」、「在宅医療等連携機能」、「専門等機能」のうち、自らが担う機能を選んで都道府県に報告。
  大学病院本院はこれらとは別に、人材育成や広域的な診療を担う「医育及び広域診療機能」を報告する。
- 医療機関は「現在担っているものに近い機能」、「2040年に担う予定の機能」、「診療実績」などを毎年の医療機関機能報告で示す。
  2028年度までに、地域医療構想調整会議での協議を経て、各医療機関が2040年に担う機能を決定する。
  以降はその内容と診療実績を都道府県へ報告する。

参考：「厚労省、2040年見据え地域医療構想の新指針」（2026/7/5）事業構想
https://www.projectdesign.jp/articles/news/f1f0faf3-579b-41fb-b0e3-2ec4d57af287

- 「急性期拠点病院」は、人口20万～30万人程度につき一か所確保することが基本の目安となる。
  - 人口が少ない地域では一か所に絞り込む。
    人口100万人を超える大都市や患者の流出入が激しい首都圏の区域では、地域の実情に応じた協議が求められる。
  - 全身麻酔手術の件数や救急搬送の受入件数などの診療基本データを基本にしつつ、医師の確保見込みや建物の老朽化、補助金や繰入金の活用状況なども含め、公立・公的・民間の別を問わず、実際の診療実態に基づいて総合的に判断する。
  - 「高齢者救急・地域急性期機能」と「急性期拠点病院」は同時報告することはできない。
- 急性期拠点病院を担う医療機関の協議が難航する場合には、都道府県が最終判断する方向も示された。

参考：「新構想GL、「急性期拠点」と「高齢者救急・地域急性期」は同時報告不可」（2026/7/6）medifax9722号
「厚労省、2040年見据え地域医療構想の新指針」（2026/7/5）事業構想
https://www.projectdesign.jp/articles/news/f1f0faf3-579b-41fb-b0e3-2ec4d57af287

令和8年度医療機関機能報告の報告項目について

医療機能等

現時点で担っている医療機関機能

2040年において担う医療機関機能
※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告

構造設備・人員配置

構造設備等	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等
	標榜診療科
	築年数・構造†
	手術室数
	災害拠点病院指定の有無
	へき地拠点病院指定の有無
	周産期母子医療センター指定の有無
	小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無
	医療措置協定の内容
	初期臨床研修の実施状況
	専門研修の実施状況
人員に係る内容等	初期研修医数
	専攻医数
	診療科別の医師数
	在宅医療部門の従事者数（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）
	救急外来の人的体制（医師、看護師、救急救命士等）
	地域への派遣医師数、派遣医療機関数（大学病院本院のみ）
	休日/夜間・時間外の救急受入体制の有無
	休日/夜間・時間外の各種診療体制の有無（検体検査、CT検査、MRI検査、消化管内視鏡検査、血管造影検査、小児科診療、産科診療、全身麻酔を伴う手術）

†病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする
＊前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和９年度以降入力必須とする。
※入力負担の軽減等の観点から以下の対応を行う
・下線部の項目については、厚生労働省において確認や集計等を行い、結果をG-MIS上に表示する
・外来医療の提供状況については、外来機能報告の内容を踏まえ新たな報告は求めない

医療機関機能に関する内容

救急医療の提供状況	救急車受け入れ件数（年齢区分別＊、経路区分別＊、転院搬送件数（下り搬送、上り搬送を含む。）＊） ※年齢区分については、15歳、65歳、75歳、85歳で区分する ※経路区分については、既存の入棟経路区分を一部見直す
手術に関する実績	手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置） ※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る
	緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算定件数） ※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む
高齢者等への医療の提供状況	退院患者数（年齢区分別＊）
	休日におけるリハビリテーション実施体制の有無
	回復期リハビリテーション病棟退棟患者数（状態区分別、在棟期間区分別）
	外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等）
	在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）
高齢者施設等との連携状況	協力医療機関として連携する高齢者施設等の数
	協力対象施設入所者の受入のための確保病床数
	高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の外来診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算）
在宅医療の提供状況	連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先／後方支援に係る連携先）
	連携する訪問看護ステーション数
	訪問診療の対象としている施設等の数
	在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊）
	在宅療養患者の受入のための確保病床数
	在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算）

期間・時点　□ ７月１日時点　□ １年分（前年の実績等）

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

- 各都道府県は
  2028年度までに新たな地域医療構想を策定
  することになる。
  - 2026年度から2027年度上半期にかけて医療需要や医療提供体制の現状を分析し、構想区域の点検・見直しを行う。
    2028年度までに急性期拠点機能を担う医療機関など具体的な内容を協議し、地域医療構想として取りまとめる。

- 取組の進捗は
  定期的な点検と必要に応じた見直しを行い、
  2035年度頃を目途に、
  医療機関機能の役割分担などについて
  一定の成果を確保することを目指す。

地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

年度		地域医療構想の策定と取り組みの進め方
～2027年度上半期頃	現状・課題の把握	• 基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有**する
	区域の設定	• 現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し** ➢ 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論 ⇒人口20万人以上を目安としながら検討 ➢ 必要病床数の運用 ⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定 • 設定した構想区域における必要病床数を算出する
	設定した区域の課題の把握	• 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定
～2028年度末	取組の決定	• **遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する • その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する
～2035年度	取組の推進	• 2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する

参考：2040年に向けた地域医療構想　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

医師確保計画策定ガイドライン
～第8次（後期）～

参考：「医師確保対策」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/kinkyu/index.html
「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（後期）～」 https://www.mhlw.go.jp/content/001717174.pdf

医師偏在指標での医師少数区域とは

- 医師少数（多数）区域は二次医療圏単位における分類を指す。
  それに加えて厚労省から医師少数（多数）都道府県が設定される。
- 医師偏在指標の下位33.3%を医師少数区域（都道府県）の設定の基準とする。
  - 同様に上位33.3%を医師多数区域（都道府県）の基準とする。
- また中位33.3%に該当する区域のうち「へき地尺度※」が特に高い区域（上位10%）についても、医師少数区域として設定される。

※①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度

- 令和8年4月公表の医師偏在指標では、奈良県は医師多数区域に該当している。そのため、以前のように医師確保計画を積極的には進めづらくなっている。

（都道府県別）

上位33.3%　下位33.3%

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	266.8
01	北海道	243.6
02	青森県	194.4
03	岩手県	200.4
04	宮城県	267.8
05	秋田県	211.5
06	山形県	216.5
07	福島県	222.7
08	茨城県	197.5
09	栃木県	238.7
10	群馬県	231.5
11	埼玉県	207.2
12	千葉県	221.9
13	東京都	358.6
14	神奈川県	254.4
15	新潟県	201.7
16	富山県	252.5
17	石川県	283.2
18	福井県	265.5
19	山梨県	260.1
20	長野県	232.6
21	岐阜県	234.2
22	静岡県	228.8
23	愛知県	258.3
24	三重県	244.4
25	滋賀県	272.1
26	京都府	326.6
27	大阪府	294.7
28	兵庫県	281.1
29	奈良県	277.1
30	和歌山県	292.4
31	鳥取県	278.8
32	島根県	284.8
33	岡山県	302.7
34	広島県	264.0
35	山口県	241.1
36	徳島県	293.9
37	香川県	273.4
38	愛媛県	263.6
39	高知県	296.0
40	福岡県	320.4
41	佐賀県	281.8
42	長崎県	298.7
43	熊本県	270.4
44	大分県	270.9
45	宮崎県	243.0
46	鹿児島県	276.7
47	沖縄県	300.3

出展：医師偏在指標（都道府県）（令和8年4月公表）https://www.mhlw.go.jp/content/001691091.pdf

医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件

- 医師少数区域経験認定医師制度による認定を受けた医師は、下記施設の管理者となる資格を得る。

  （2020年度以降に臨床研修を開始した医師が管理者となる場合）

  - 地域医療支援病院
  - 公的医療機関である病院
  - 国立病院機構の開設する病院
  - 地域医療機能推進機構の開設する病院
  - 労働者健康安全機構の開設する病院

  令和８年４月より追加

- 認定に必要となる医師少数区域等での勤務経験期間について、令和８年10月１日より「１年以上」となる。（現行は6か月以上）

参考：「医師確保対策」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/kinkyu/index.html
「医師確保計画策定ガイドライン～第８次（後期）～」 https://www.mhlw.go.jp/content/001717174.pdf

- ただし、以下の場合は認定医師でない医師にも対象医療機関を管理させることができる。
  - 地域における医療の確保のために当該病院を管理させることが適当と認められる者（令和2年4月1日以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に限る）に管理させる場合
  - 医師少数区域等に所在する病院を管理させる場合
  - 「①医師少数区域等における診療」
    「②医師少数区域等における臨床研修」
    「③医師少数区域等所在病院等でない病院のうち、臨床研修病院等における臨床研修指導医としての業務や、医療従事者に対する指導に係る業務」
    上記を合計して6月以上経験した者であって、かつ、1年からこれら期間を除いた期間（②③は6月以内に限る）を「④病院等の管理者となるにあたり経験が必要となる業務（地域医療対策協議会において協議）」に従事した者として都道府県知事が認める者に管理させる場合

    ①のみで1年以上（現行6か月以上）の勤務が必要になるところを、②③＋④で補填
  - 前任の病院の管理者が不在となることが予測しなかった場合に、当該病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県知事が認める場合

地域医療支援病院等の管理者になるには（簡略版）

基本



医師少数区域に一定期間勤務し、医師少数区域経験認定医師になれば地域医療支援病院等の管理者になれる。

認定医師でない者に管理させる場合



令和2年4月1日より前に臨床研修を開始した医師は、地域における医療の確保のために適当と認められれば管理者になれる。

↓令和2年4月1日以降に臨床研修を開始した医師の場合↓



医師少数区域等の病院であれば管理者になれる。



前任の管理者が予期せず不在になった場合に、都道府県知事に認められれば管理者になれる。



下記を達成し、都道府県知事に認められた場合は管理者になれる。

業務内容	従事期間
①医師少数区域等における診療 ②医師少数区域等における臨床研修 ③医師少数区域等でない病院での指導業務	①～③を合算し計6か月以上の従事が必要 （②③は6か月まで）
④病院等の管理者となるにあたり経験が必要となる業務（地域医療対策協議会において協議）	1年から上記期間を差し引いた期間の従事が必要

例：「③医師少数区域等でない臨床研修病院で、臨床研修指導医とし1年業務（→6か月に読み替え）」＋「④（管理者となるにあたり必要な業務であると協議が調った）派遣診療を6か月」で計1年分従事

抜粋再掲

下記を達成し、都道府県知事に認められた場合は管理者になれる。

業務内容	従事期間
①医師少数区域等における診療 ②医師少数区域等における臨床研修 ③医師少数区域等でない病院での指導業務	①～③を合算し計6か月以上の従事が必要 （②③は6か月まで）
④病院等の管理者となるにあたり経験が必要となる業務（地域医療対策協議会において協議）	1年から上記期間を差し引いた期間の従事が必要

例：「③医師少数区域等でない臨床研修病院で、臨床研修指導医とし1年業務（→6か月に読み替え）」＋「④（管理者となるにあたり必要な業務であると協議が調った）派遣診療を6か月」で計1年分従事

外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

①外来医師過多区域の基準及び指定方法

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料３　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　**都道府県知事**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する**区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるもの**がある場合において、**当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域**があると認めるときは、**当該区域を指定する**ものとする。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、**外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）**における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

○　その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、**人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位**とすることも考えられる。

論点

①外来医師過多区域の基準について

- 外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。
- 具体的には、
  - **外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上　かつ**
  - **可住地面積あたり診療所数が上位10%**

  を基準とし、当該基準に該当する二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

②都道府県による外来医師過多区域の指定方法について

- 都道府県による指定に関して、医師確保計画策定ガイドライン・外来医療に係る医療提供体制の確保に係るガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。

  外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

外来医師過多区域の候補区域について（案）

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3　一部改

論点

外来医師過多区域の基準について

- **外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上　かつ**
- **可住地面積あたり診療所数が上位10%**

とし、当該基準に該当する以下の９箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	外来医師偏在指標の全国平均値との差が標準偏差の何倍か（1.5倍以上の圏域）	可住地面積あたり診療所数の対全国値比	該当市区町村
東京都	区中央部	7.22	52.90	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	4.28	28.20	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	3.56	26.98	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	2.54	8.52	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	1.94	19.42	大阪市
福岡県	福岡・糸島	1.86	5.95	福岡市、糸島市
東京都	区南部	1.82	15.37	品川区、大田区
東京都	区西北部	1.74	18.47	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	1.58	5.73	神戸市

※可住地面積あたり診療所数の上位10%の対全国値比は3.59倍に相当

外来医師偏在指標（令和６年１月公表）、令和５年医療施設静態調査を元に医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた2025」を出典とした。

②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の五　**都道府県**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について**協議を行い、その結果を取りまとめ、公表する**ものとする。

一　第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項

イ　**地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項**

第三十条の十八の六　（略）

６　**都道府県知事**は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　（略）また、**地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供**や**医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請する**ことができることとする。

○　その際、外来医師過多区域、**地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表**する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

論点

①　地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

○　**ガイドライン**において、**地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例として**、現行のガイドラインで示している内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、以下の内容を示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

- 夜間や休日等における**地域の初期救急医療の提供**（**夜間・休日等の診療**、**在宅当番医制度への参加**、**夜間休日急患センターへの出務**、**２次救急医療機関の救急外来への出務等**）
- **在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）**
- **学校医・予防接種等**の公衆衛生に係る医療
- **医師不足地域での医療の提供**（**土日の代替医師としての診療等**）　等

○　**都道府県**において、**外来医療の協議の場**で、ガイドラインの内容を踏まえ、**不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議**して、**取りまとめ、公表**することとする。

○　また、**ガイドライン**において、以下の内容を記載することとする。

- **外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない**。（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）
- 地域で不足する医療機能等を協議する際に、**かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考にすることが望ましい**。
- 医師不足地域での医療の提供の要請を行う場合は、都道府県は、**県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットを指定し、指定した区域で不足している医療を提供**するよう求めること、**特定の区域を指定せず、県内・近隣県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットで不足している医療を提供**するよう求めること。**あわせて全国マッチング支援への登録**を求めること。

②　公表方法

○　**各都道府県のHP等で公表**するとともに、**外来医療計画において、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容と、随時変更する場合がある旨を記載**することとする。

④事前届出の流れ

令和７年12月12日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

3　第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者**は、**やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き**、当該診療所を**開設する日の六月前までに**、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における**地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。**

4　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求める**ことができる。

6　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、**提供する予定の医療機能等を記載した届出**を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

○　事前届出の流れは、以下のフローが想定され、こうした取扱いを周知することとする。

○ 新手続
● 既存手続

開設検討開始

○　都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域外来医療」を公表

○　都道府県・保健所設置市区（※）は、医療法第８条の開設10日以内の開設届出に関するサイトや窓口等で都道府県が公表する外来医師過多区域、地域外来医療、届出様式について周知

※ 保健所設置市区に新届出に関する事務は法律上委任されていないが、周知を依頼する

開設６カ月前

○　新規開業希望者は、事前届出に関し、都道府県に事前相談

●　新規開業希望者は、医療法第８条の開設届出に関し、都道府県・保健所設置市区に事前相談

○　**新規開業希望者は、都道府県に地域外来医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出**

○　**都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療の協議の場の協議参加の求め・要請**

開設

開設10日以内

●　新規開業者は、都道府県・保健所設置市区に医療法第８条の開設届出を提出

※　現行の外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインの記載

・　個別の開業希望者に対する対応としては、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業者が医療機関の開設のための届出様式を入手する機会に、開業する場所が外来医師多数区域に属することや、外来医療計画に定められている当該区域の方針に関する事項を情報提供すること。したがって、届出様式を掲載するサイトや窓口等においては当該情報を明示的に掲げること。

⑤協議の場

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

３　第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、**当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求める**ことができる。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、**地域の外来医療の協議の場への参加を求める**ことができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

①　協議の場への参加を求める対象者

○　**事前届出をした者**に加え、**事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者**及び**事前届出義務の猶予対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者**を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、**必要に応じて協議の場の参加を求める**こととする。

②　協議の場において説明を求める内容

○　協議の場では、新規開業希望者に対し、**地域外来医療の提供をしない理由**及び**当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容**について説明を求めることができることとする。

⑤協議の場

論点

③　協議の場の開催形式

○　協議の場において、新規開業希望者に対して、地域外来医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域外来医療を提供するよう働きかけることの重要性にかんがみ、「新規開業希望者に協議参加を求める外来医療の協議の場は、**原則として対面又はオンラインで開催**することとして、**やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応を取ることも可能**である」こととする。

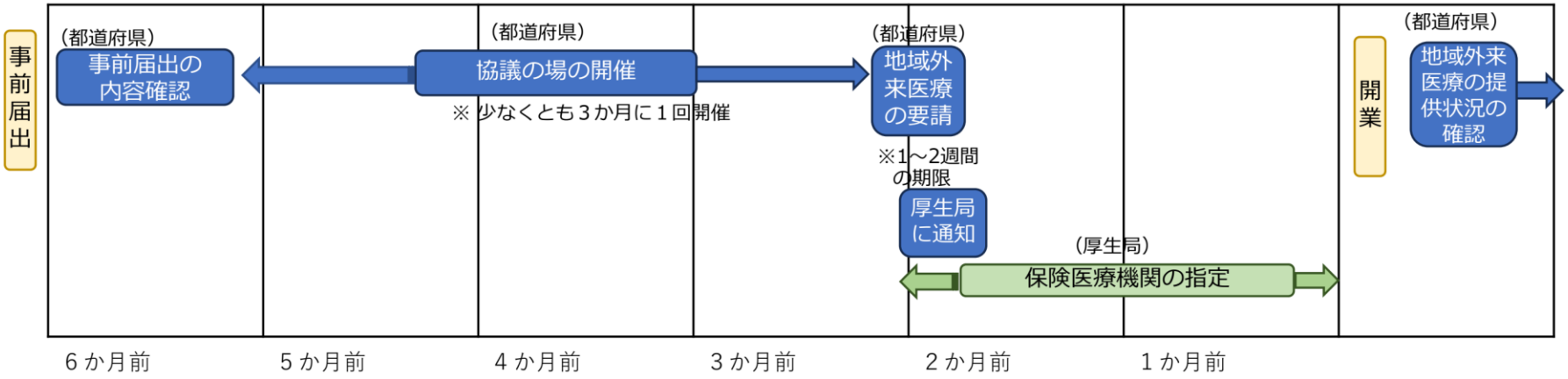
※　現行のガイドラインの記載

・　合意がない場合等の新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等には、臨時に協議の場を開催し出席要請を行うこととする。臨時の協議の場において、協議の場の構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その協議結果を公表することとする。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については適宜持ち回り開催とし、新規開業者からは合意事項に合意しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応を可能とする。

④　協議の場の開催頻度

○　届出内容の確認、地域外来医療の要請（１～２週間の期限）、厚生局への通知、保険医療機関の指定の期間が必要であり、協議の場は**少なくとも３か月に１回開催する**こととする。協議の場については、効果的、効率的な運用の観点から、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場に必要に応じてワーキング等を設置することも検討することとする。

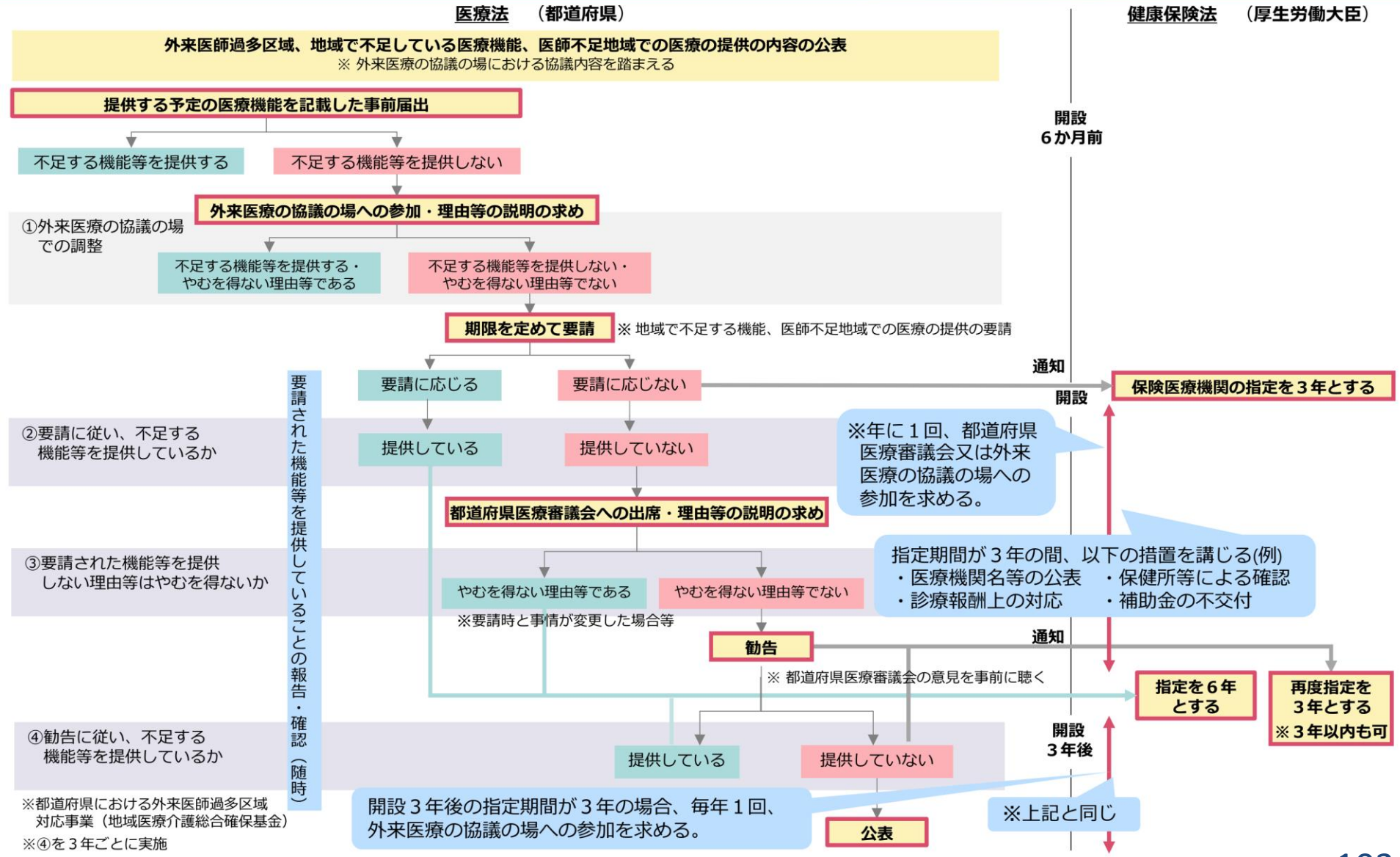
＜開業６か月前からのスケジュール（イメージ）＞



⑤　都道府県の事務負担に関する基金での対応

○　外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、**事前届出の内容確認、外来医療の協議の場の運営、地域外来医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担について、地域医療介護総合確保基金を活用可能**とする。

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）



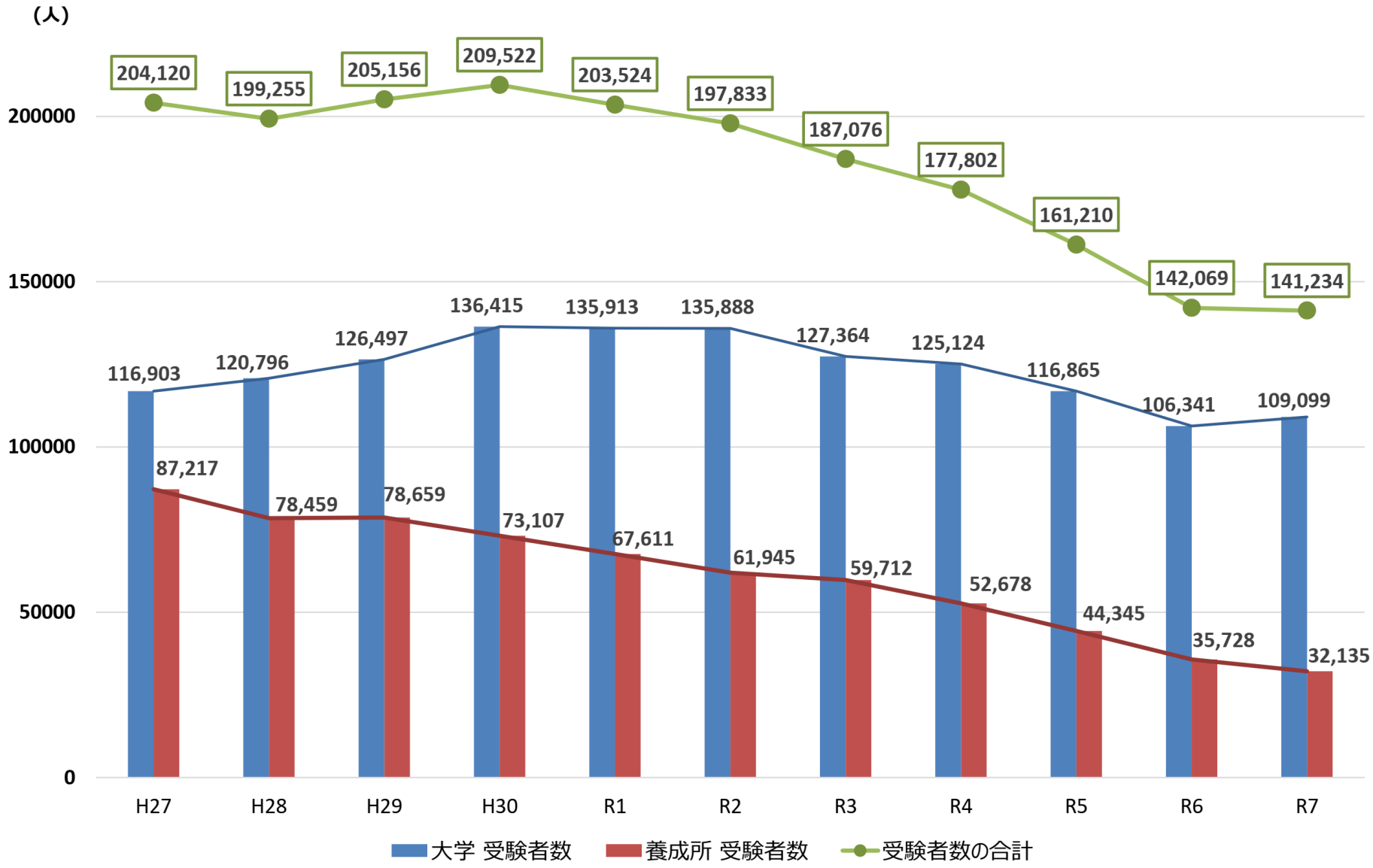
看護師学校養成所の定員割れについて

看護師学校養成所の定員割れについて

- 2025年度の専門学校と大学の看護学科の受験者数は計14.1万人と、10年前（20.4万人）と比べて3割程度減少している。
  - 18歳人口の減少割合（120万人→110万人、1割程度）を上回る速度。
- とくに看護師養成所（3年制）における2025年度の入学者は約2万人で、定員に対する充足率が初めて8割を下回った。
- 受験者の減少を受けて、生徒募集停止や閉校を選択する学校・学科も増加している。

参考：第1回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

大学・養成所別　看護師学校養成所（3年課程）受験者数の推移



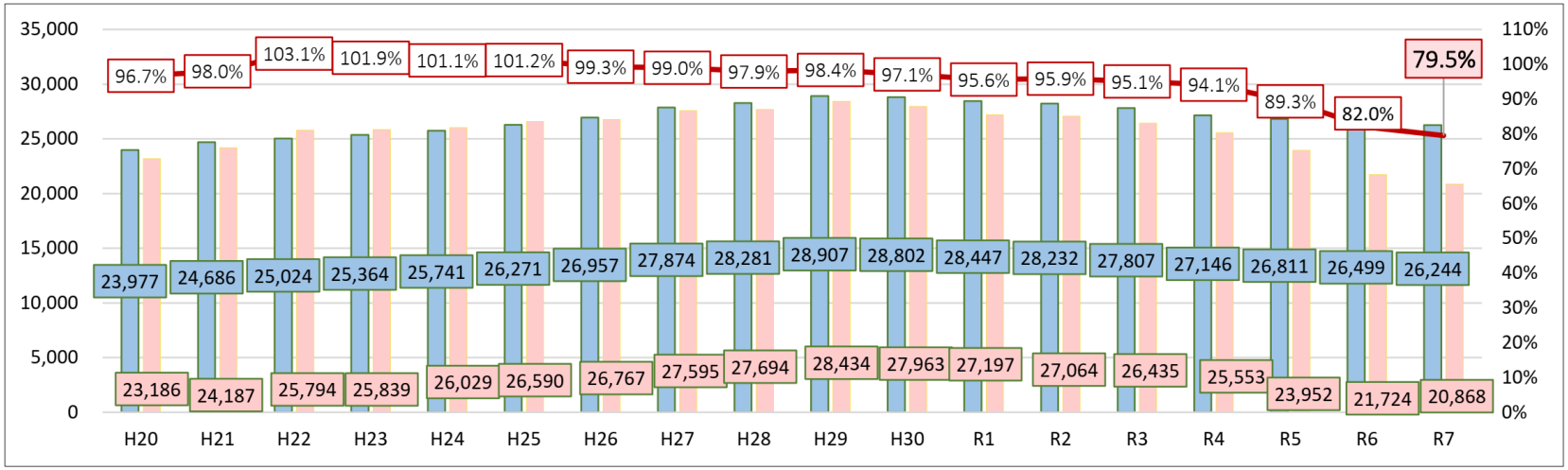
看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査

参考：第1回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

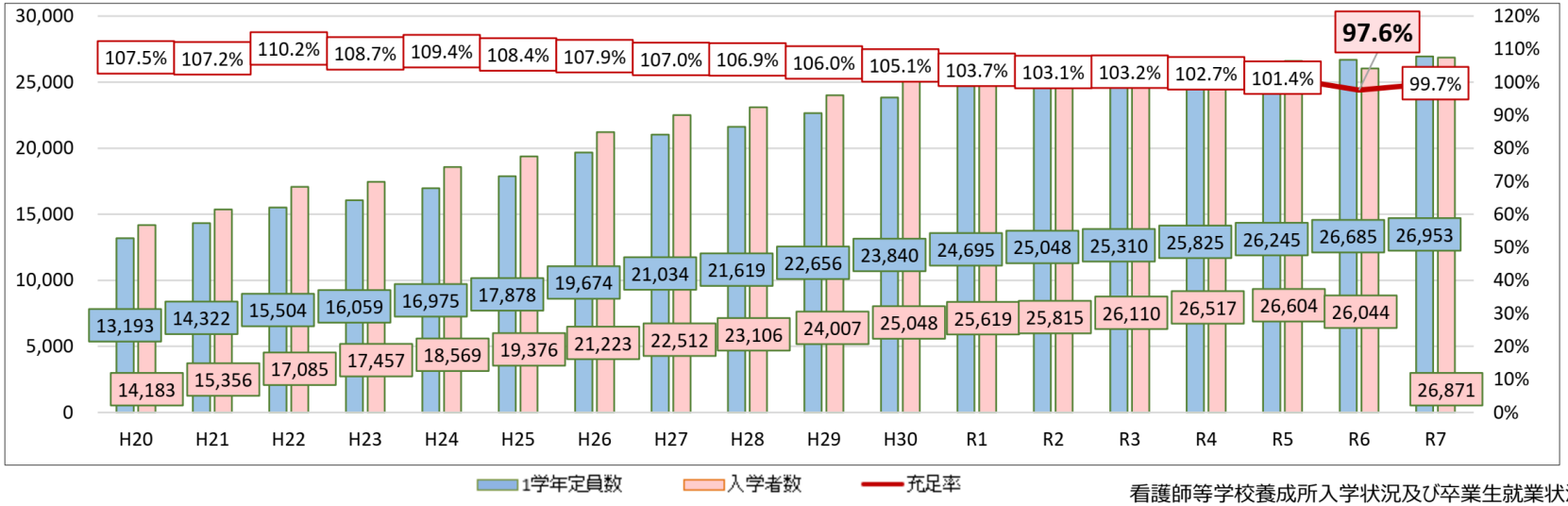
看護師学校養成所（3年課程）における1学年定員数、入学者数及び定員充足率

看護師学校養成所(３年課程)の定員充足率は低下傾向であるが、看護師養成所においてより顕著である。

■ 看護師養成所（3年課程）



■ 大学（３年課程）



看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査

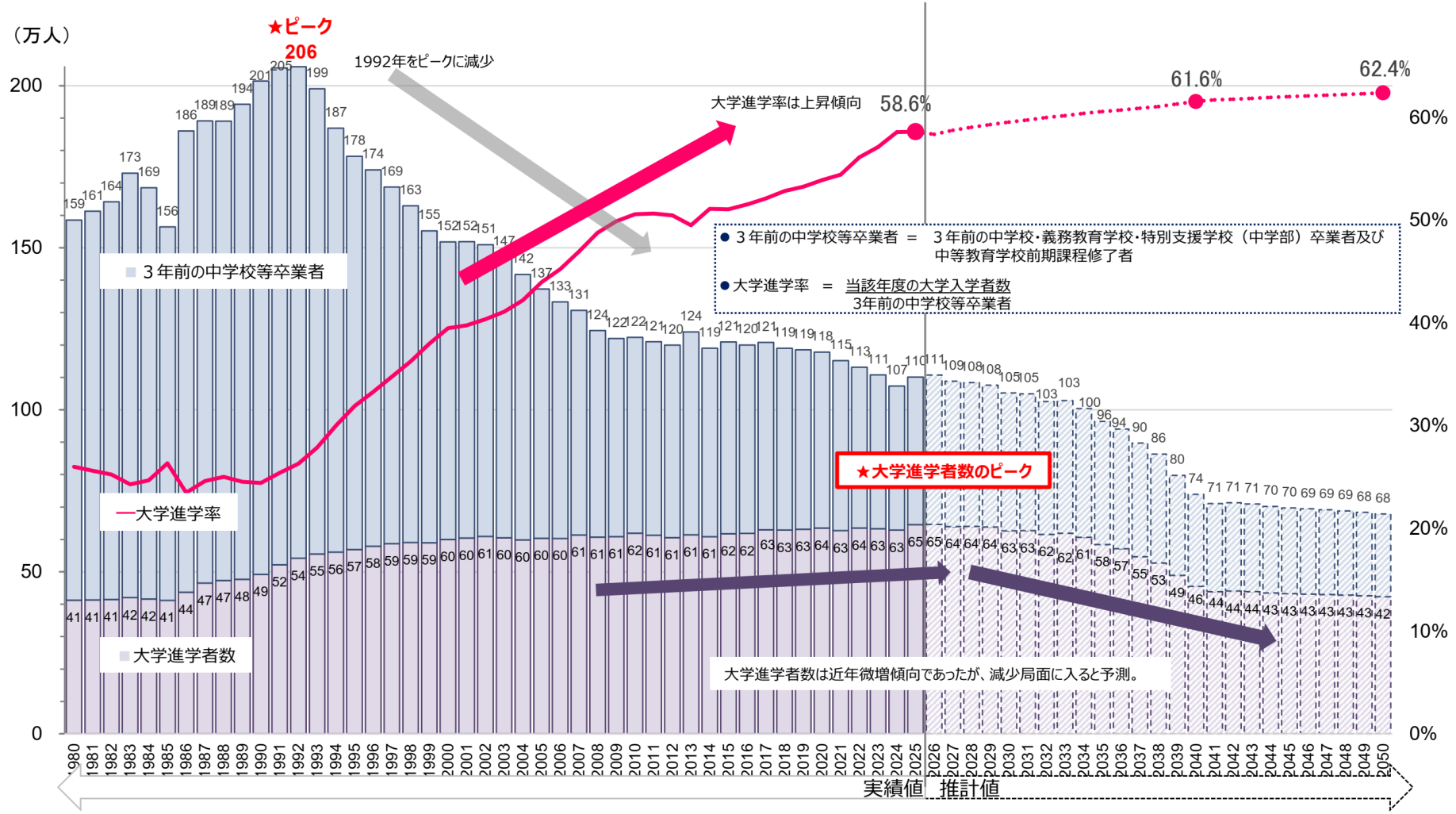
参考：第1回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

大学進学者数等の将来推計について

我が国の「知の総和」向上の未来像～高等教育システムの再構築～（答申）（中教審第255号）
令和７年２月21日

関係データ集(4)（一部改変）

大学進学率は上昇し、大学進学者数も増加傾向にあったが、2026年以降は大学進学率が上昇しても大学進学者数は減少局面に突入すると予測される。

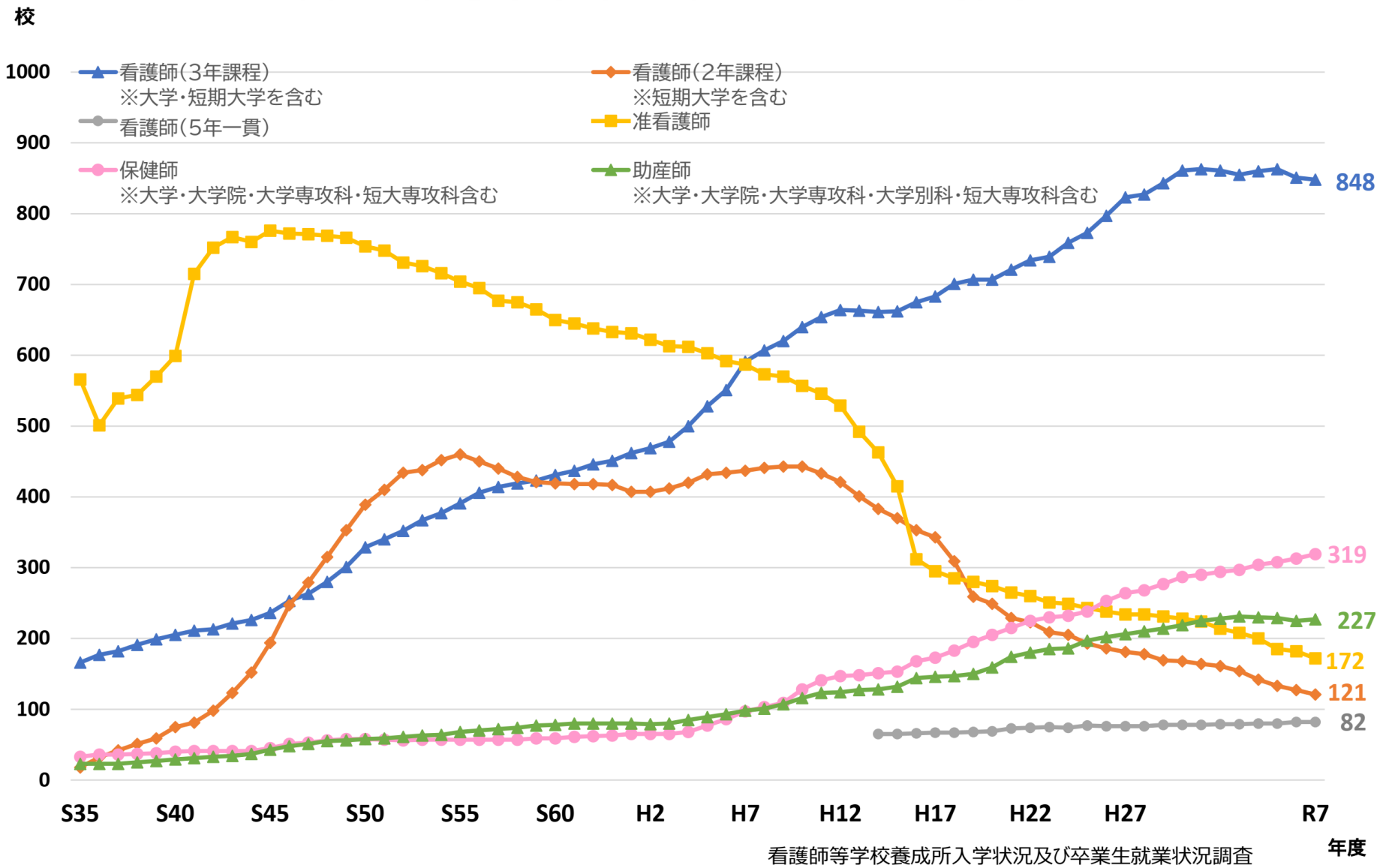


※ 出生低位・死亡低位での推計

（出典）推計値：国立社会保障・人口問題研究所

参考：第１回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

看護師等学校養成所施設数の推移



看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査

参考：第1回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会（2026/4/10） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_72355.html

学校養成所数（課程数）

○准看護師課程　112 校
- *令和7年度募集停止　15 校
- *令和7年3月閉校　10 校　計　137 校

○看護師2年課程　51 校
- *令和7年度募集停止　5 校　（うち、令和6年度より停止3校）
- *令和7年3月閉校　3 校　計　59 校

○看護師3年課程　74 校　（うち、令和7年度新設2校）
- *令和7年度募集停止　2 校
- *令和7年3月閉校　1 校　計　77 校

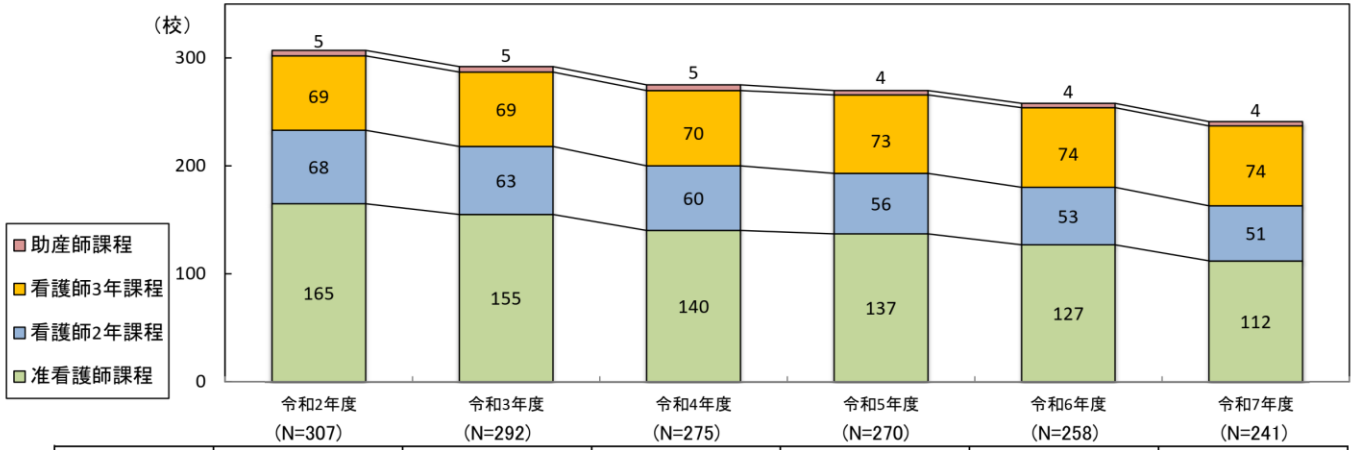
○助産師課程　4 校
- *令和7年度募集停止　0 校
- *令和7年3月閉校　0 校　計　4 校

参考：公益社団法人 日本医師会
令和7年 医師会立 助産師・看護師・准看護師学校養成所調査
https://www.med.or.jp/dl-med/chiiki/kango/survey_R0705.pdf

Ⅰ．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112校、看護師2年課程が51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15校にのぼり、令和2年度比では53校の減となっている。
看護師3年課程は、今年度は募集停止が2校、新設が2校となっている。

1．学校数の推移



	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	令和7年度
准看護師課程	165	155	140	137	127	112
看護師2年課程	68	63	60	56	53	51
看護師3年課程	69	69	70	73	74	74
助産師課程	5	5	5	4	4	4

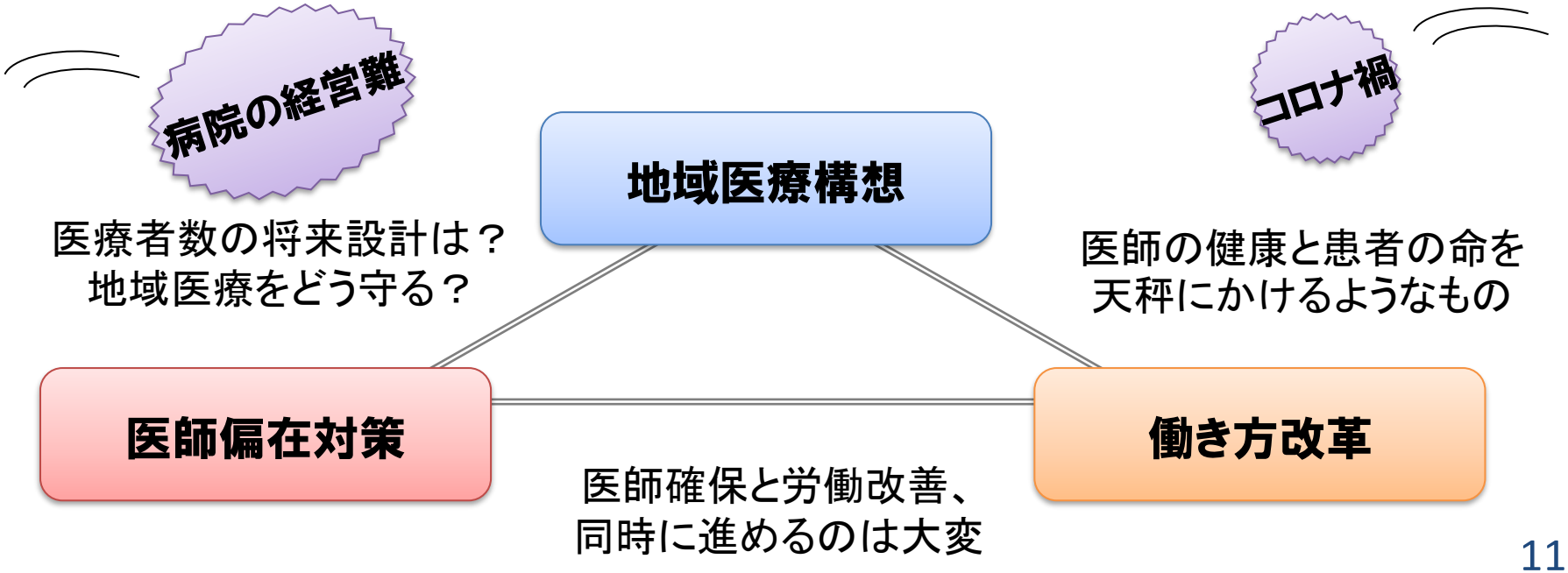
（校）

- 近年は訪問看護等への需要も高まり、高齢者人口がピークを迎える2040年に向けて看護師需要も高まることが予測される。
- 一方、18歳人口は2040年には約82万人と、現在の7割程度まで落ち込む見通し。
- 看護師学校養成所の定員割れが常態化し、新規の看護師就業者が減少し続けると、近い将来看護師不足によって地域医療の提供に深刻な影響が出ると考えられる。

参考:「看護師不足や質低下に懸念相次ぐ、厚労省検討会が初会合」m3.com（2026/4/13） https://www.m3.com/news/iryoishin/1330453

三位一体改革は可能か？

- 病院の経営難の中、政府は地域医療構想に加え、医師偏在対策と働き方改革を「三位一体」で引き続き推進していく方針を示している。
- だがこれらを同時に解決することはむずかしい



まとめ

- 人口構成の変化に医療界が正しく対応してゆくためには、医療界自身が正しく現状を認識する必要がある

➢**これにより、医療界が自主的に動き出すことが理想的である**

ここに「働き方改革」や「患者減少」「経営難」が入ってきて、一層複雑な状況に．．．

➢**2040年に向けて、新たな地域医療構想への対応など、各医療機関での厳しい判断が求められている**

以上

ご清聴有難うございました