

令和7年度 医療政策研修会 新構想検討の重要性と留意点について

令和8年3月17日(火) 14:00 - 15:00

@オンライン

本発表は登壇者個人の見解に基づくものであり、厚生労働省の公式見解を示すものではありません。

藤田医科大学大学院医学研究科
病院経営学・管理学

佐藤 大介

自己紹介（経歴）

佐藤 大介（さとう だいすけ）

専門：病院経営学、医療政策情報学

- 2004年 慶應義塾大学 総合政策学部
- 2012年 東京医科歯科大学大学院 博士（医学）
東京大学医学部附属病院 助教
- 2016年 国立保健医療科学院 主任研究官
（**地域医療構想**・費用対効果評価制度に従事）
- 2019年 千葉大学医学部附属病院 特任准教授
- 2021年 University of YORK Postgraduate Certificate
Health Economics for Health Care Professionals
- 2023年～ 藤田医科大学大学院医学研究科 病院経営学・管理学
- 2024年～ 千葉県地域医療構想アドバイザー
- 2025年～ 愛知県地域医療構想アドバイザー



わが国の医療が直面している課題

日本の医療機関は、超高齢化や人材不足といった大きな外部要因により、厳しい環境変化への対応を迫られています。持続可能な医療を提供するためには、地域医療体制、経営、連携における戦略的な改革が不可欠です。

影響の大きい外部要因

影響の大きい要因

超少子高齢化・人口減少

- 特に医療従事者の不足

医師の働き方改革

- 医師の働き方改革及び医師確保

経営環境の悪化

- 医療機関の持続可能性が問われる
財政的課題



求められる対応と改革

経営改善の取り組み

- 費用管理や組織改革といった内部からの体制強化

地域連携の強化

- 医療と介護のスムーズな連携体制を構築し、包括的なケアを目指す

実現に向けた検討要素

地域の医療を担う
医療機関・施設の機能の現状

限られた資源で医療機能を強化するための踏み込んだ連携

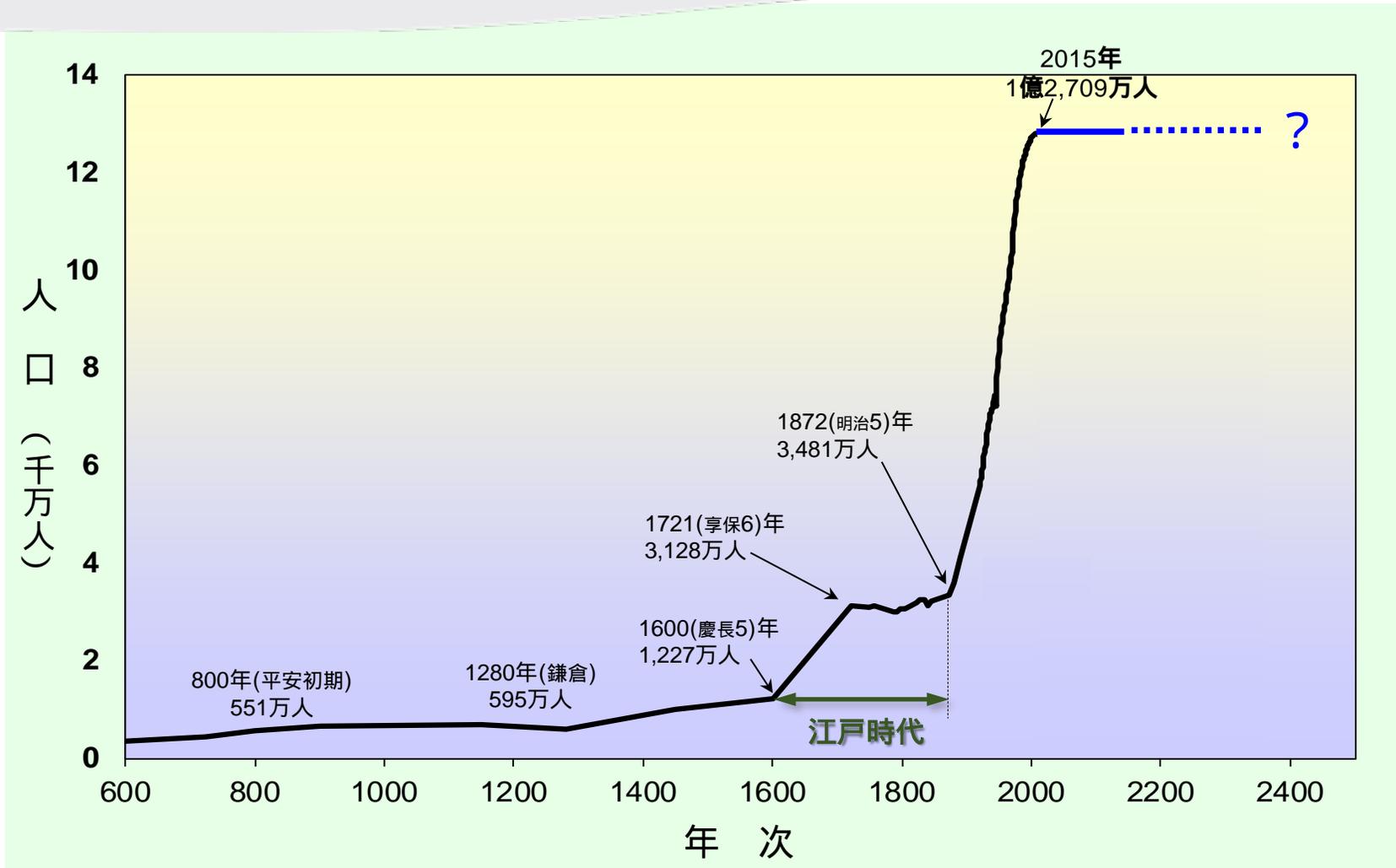
病床や医師の医療資源配分

本日の内容

1. **新たな地域医療構想の必要性：地域が直面している課題**
- 超少子高齢化・人口減少・働き方 -
2. **新たな地域医療構想を進めるうえでの病院目線での障壁**
3. **都道府県に求められる市町村における医療・介護連携のための状況把握**
4. **都道府県がこれから取り組むこと（私見）**
5. **まとめ**

1. **新たな地域医療構想の必要性：地域が直面している課題**
- 超少子高齢化・人口減少・働き方 -
2. 新たな地域医療構想を進めるうえでの病院目線での障壁
3. 都道府県に求められる市町村における医療・介護連携のための状況把握
4. 都道府県がこれから取り組むこと（私見）
5. まとめ

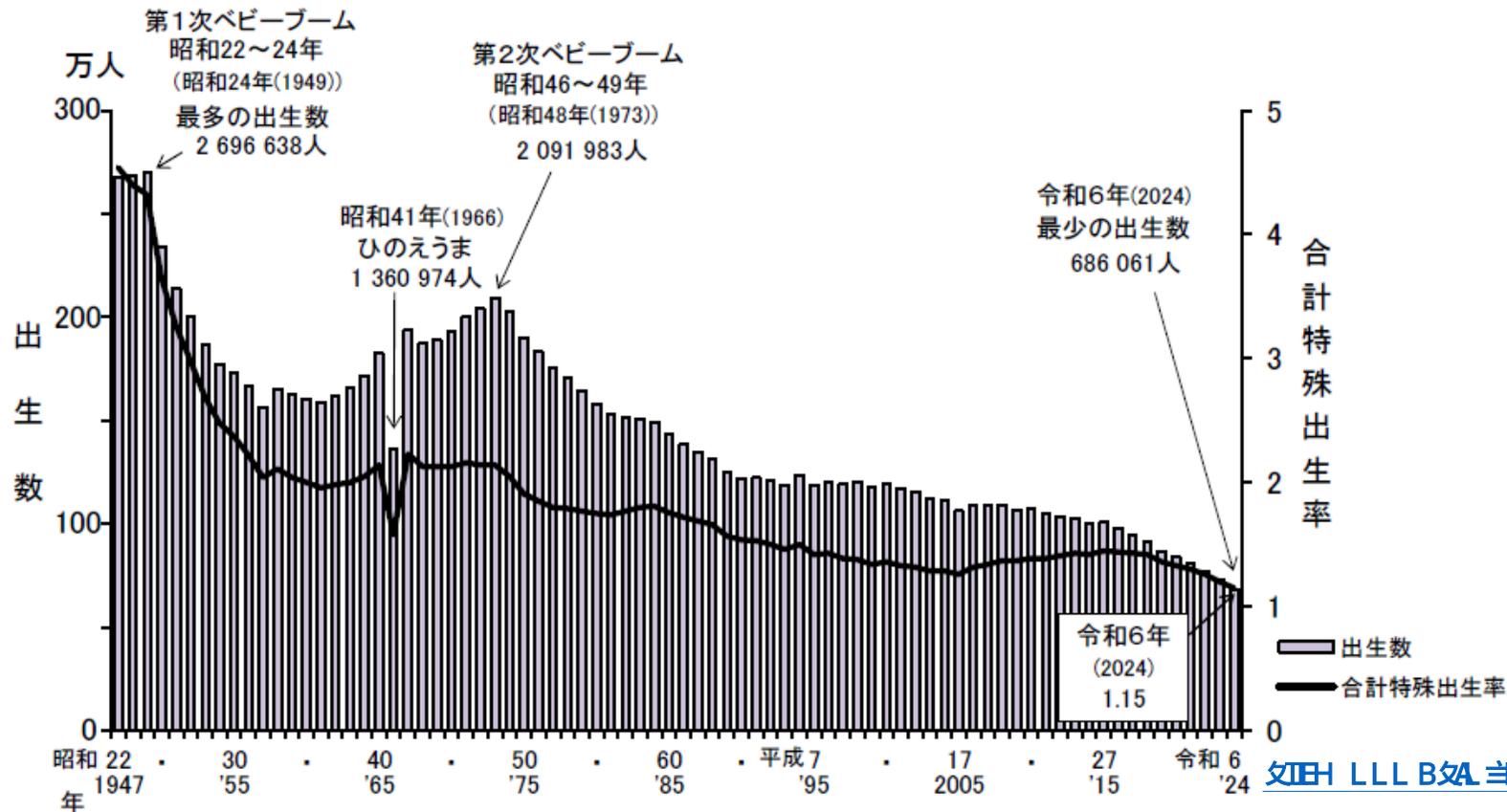
わが国の医療が直面している課題 超少子高齢化・人口減少



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 森田優三「人口増加の分析」、1872～1920年 内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2015年 総務省統計局「国勢調査」「推計人口」、2016～2115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29年推計)」「死亡中位仮定」
内閣府, https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/sentaku/s3_2_11.html

わが国の医療が直面している課題 超少子高齢化・人口減少

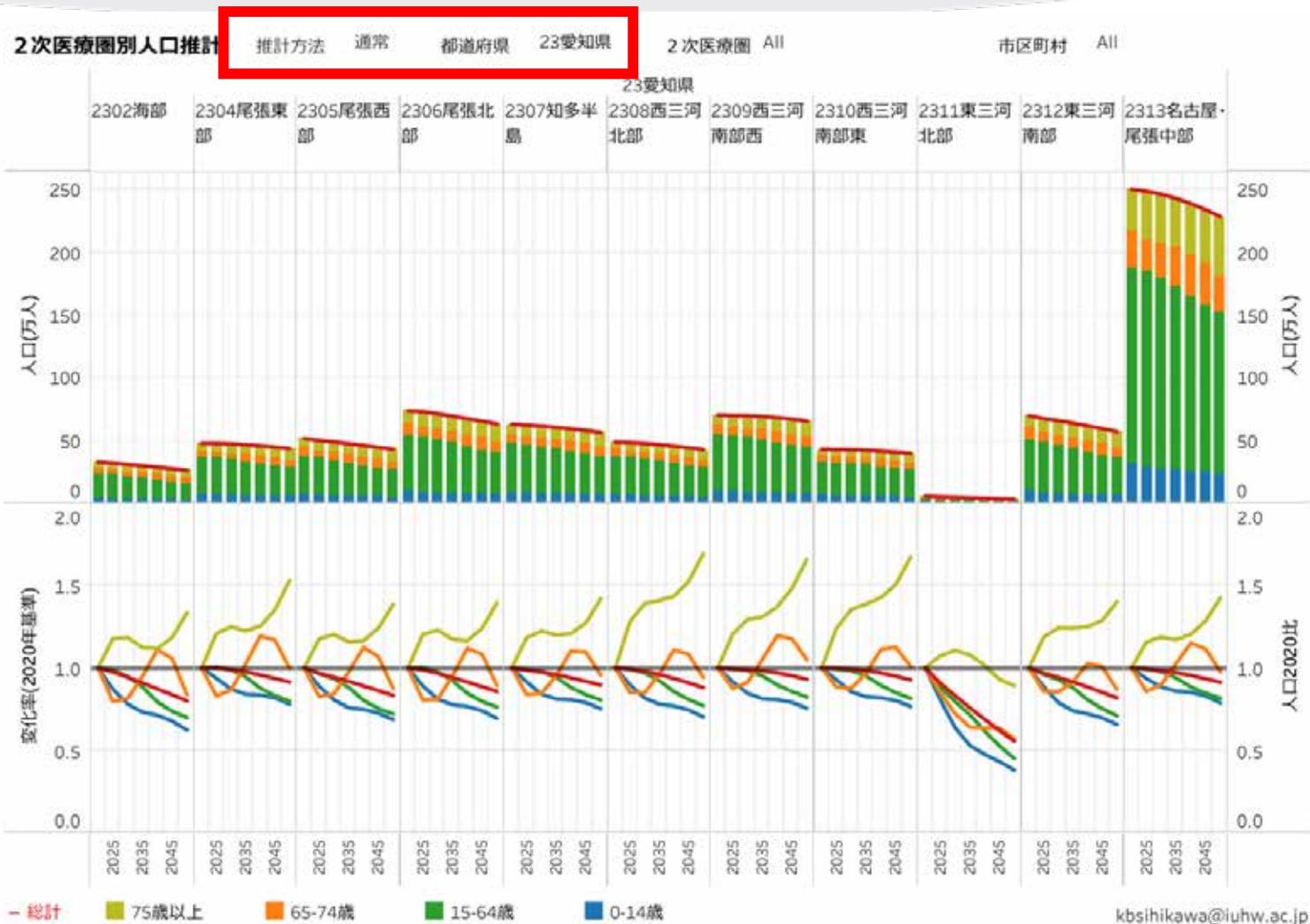
- 2024年の出生数68万6061人。（9年連続の過去最少更新という衝撃的な結果）
- 合計特殊出生率は1.15。今後、人材確保はより一層困難となることが見込まれる。



令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況

[人口動態統計月報年計\(概数\)の概況](#)

日本の地域別将来推計人口 - 2023年推計 -



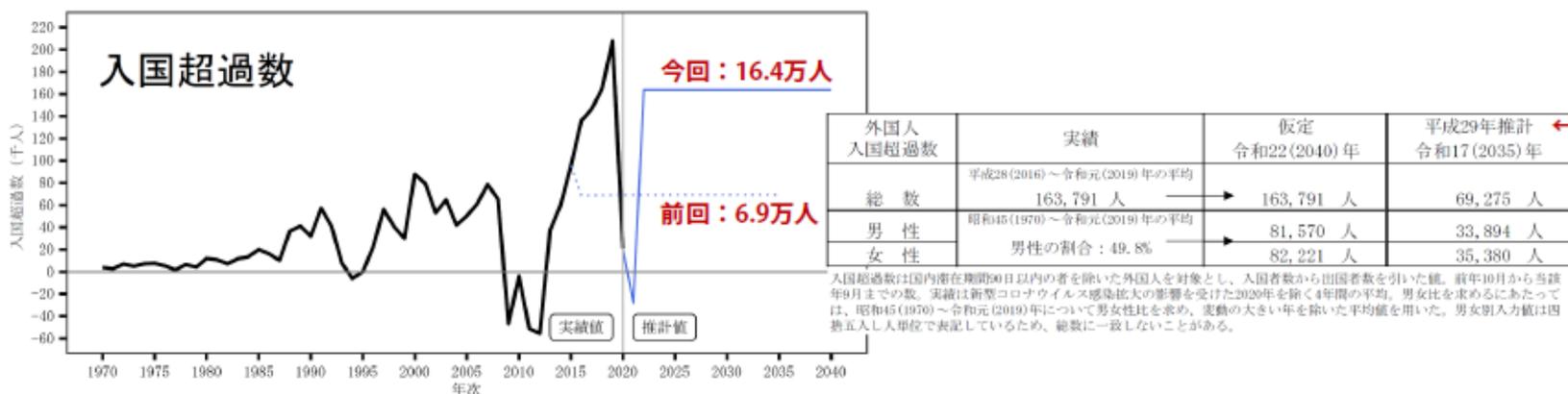
Data Source : 国立社会保障・人口問題研究所 : 日本の地域別将来推計人口 (令和5 (2023) 年推計) <https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp>

<https://public.tableau.com/app/profile/kbishikawa/viz/EstPop2023/sheet2>

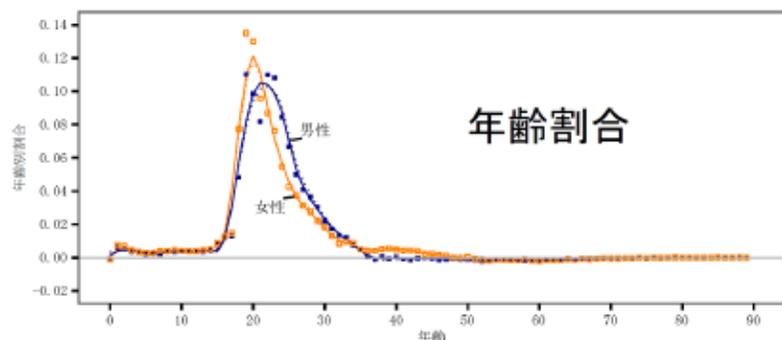
赤は資料に追記した箇所

国際人口移動仮定(外国人)

- 外国人の入国超過数は、新型コロナウイルス感染拡大期を除く近年の水
準上昇を反映し、**長期的投影水準は、前回推計の年間約6万9千人**
(2035年)から**今回推計の年間約16万4千人**(2040年)へと増加(p.46,
表4-4~4-5、p.48、図4-4~4-5)。



破線は前回推計。外国人入国超過のうち男性の割合：49.8%



破線は前回推計仮定値。ドットは昭和61(1986)~令和元(2019)年の内、一時的な変動を除いたものの平均値。実績はそれらを平滑化した今回推計仮定値。

- 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。
 - ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
 - ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
 - ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

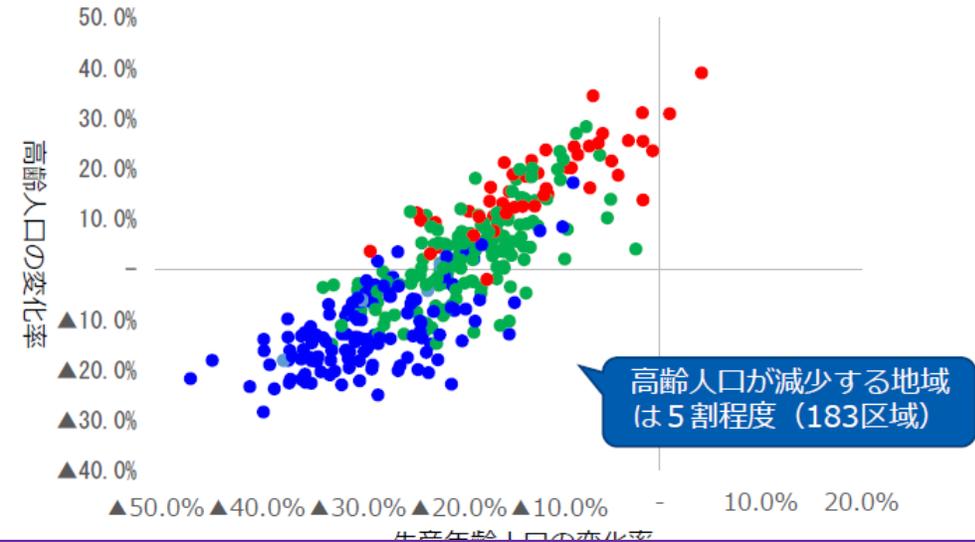
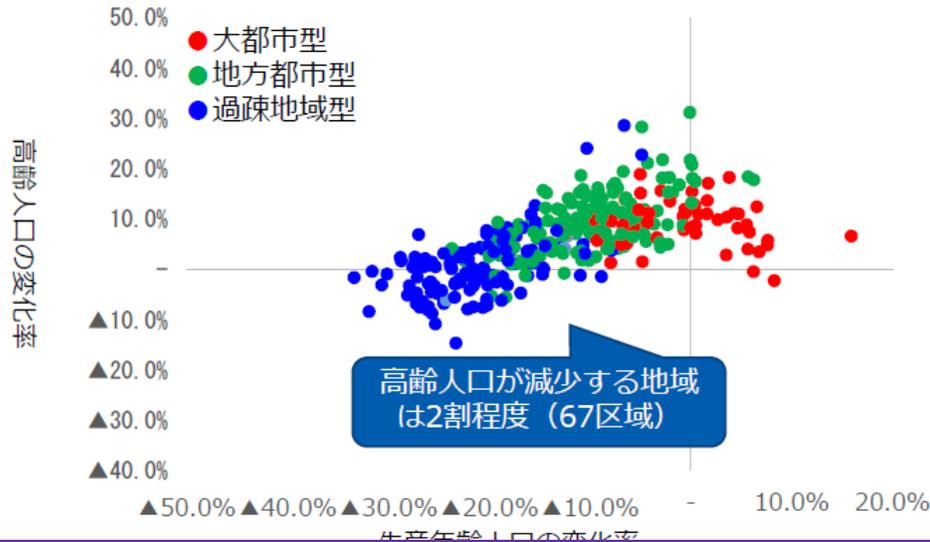
大都市型：人口が100万人以上（又は人口密度が2,000人/km²以上）
 地方都市型：人口が20万人以上（又は人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上）
 過疎地域型：上記以外

<2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

<2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況>

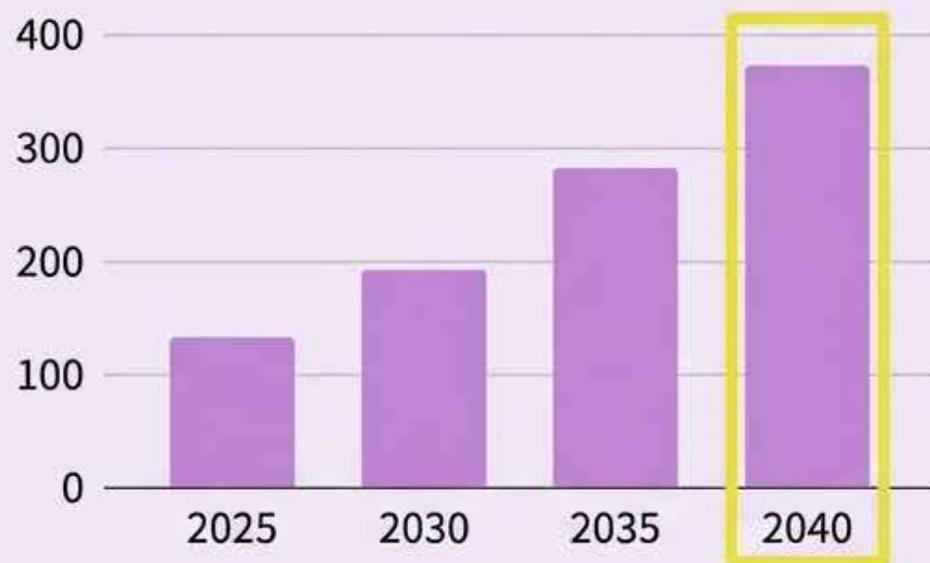
	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



**医療圏によっては、高齢人口&生産年齢人口が減少
 医療資源が乏しくなれば、対応する手立てが打てなくなる危機感**

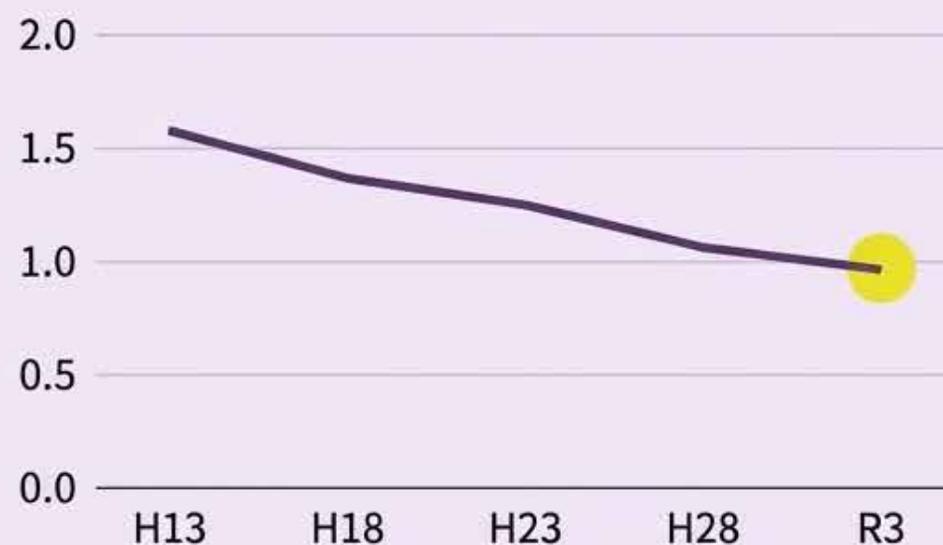
需要のパラドックス：高齢者は増えるが、入院患者は減っていく

85歳以上の人口は急増



85歳以上では要介護認定率が57.7%に達し、医療と介護の複合的ニーズが激増する。

しかし、入院受療率は低下傾向



医療技術の進歩、在院日数の短縮、在宅医療へのシフトにより、一人あたりの入院需要は減少。

「高齢者人口の増加 ≠ 入院需要の増加」という現実が、急性期病床の過剰を招いています。

近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

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

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

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。

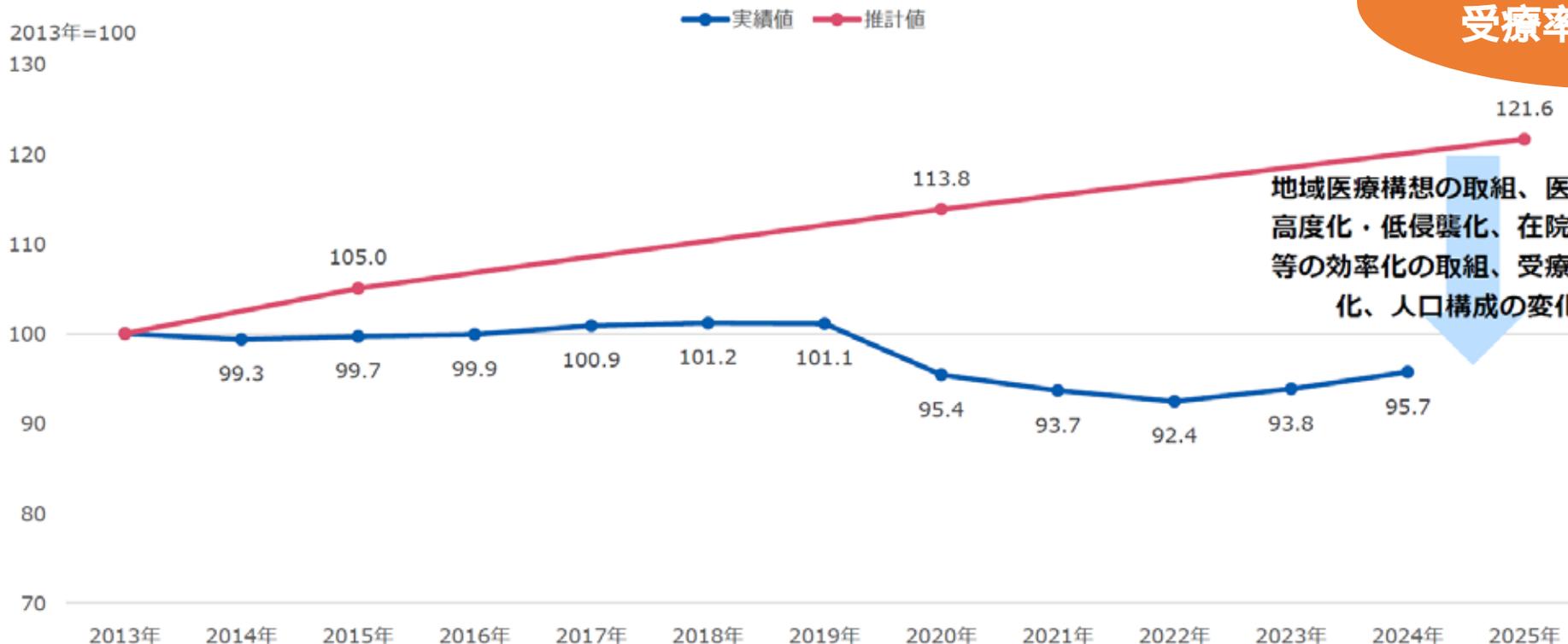
※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

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。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



一人あたりの受療率は減少傾向

地域医療構想の取組、医療技術の高度化・低侵襲化、在院日数短縮等の効率化の取組、受療行動の変化、人口構成の変化等

資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

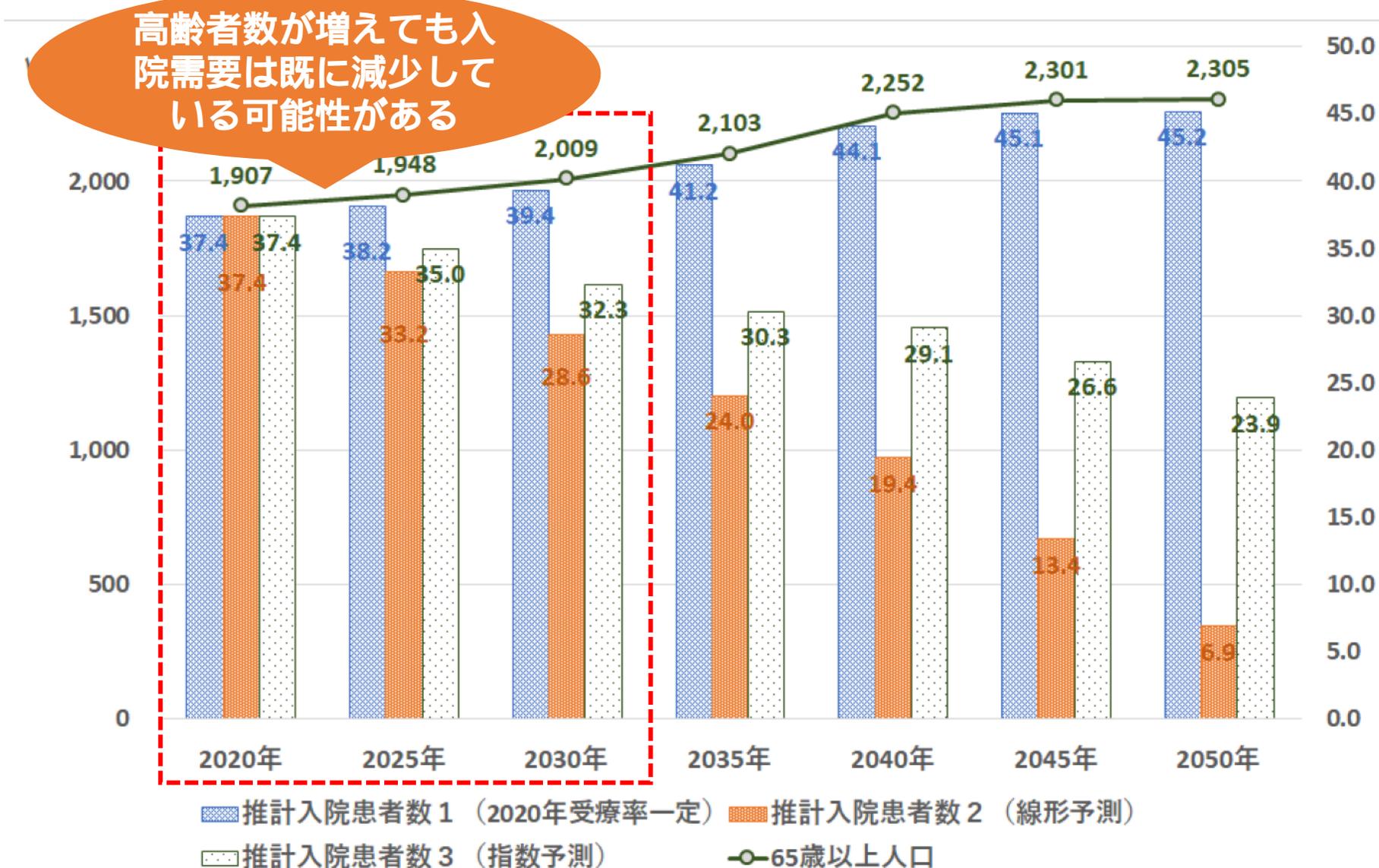
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※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。



65歳以上人口と入院患者数の将来推計（愛知県）

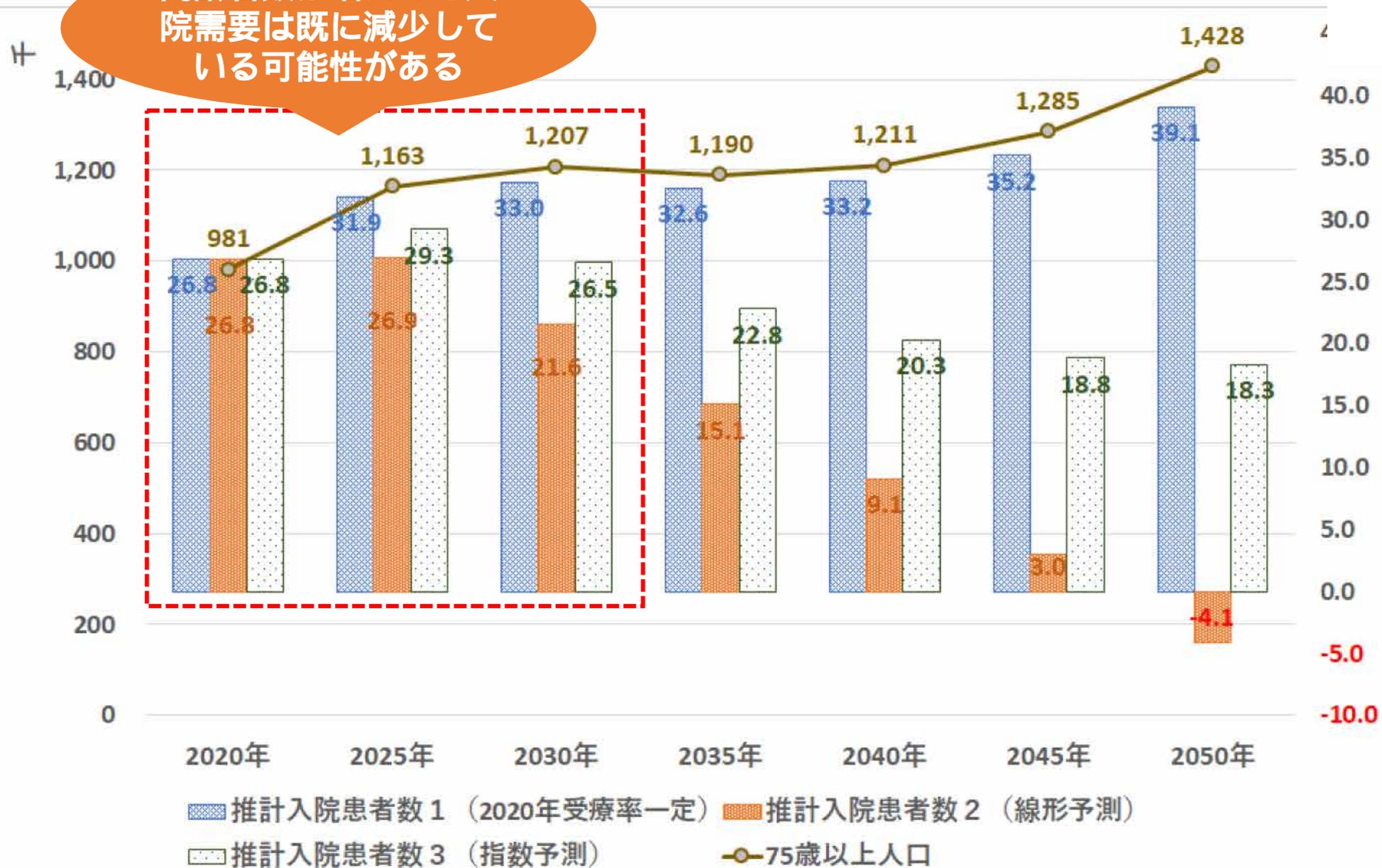


注：推計は各年齢階層計ではなく、65歳以上人口総数による患者数推計値



75歳以上人口と入院患者数の将来推計（愛知県）

高齢者数が増えても入院需要は既に減少している可能性がある



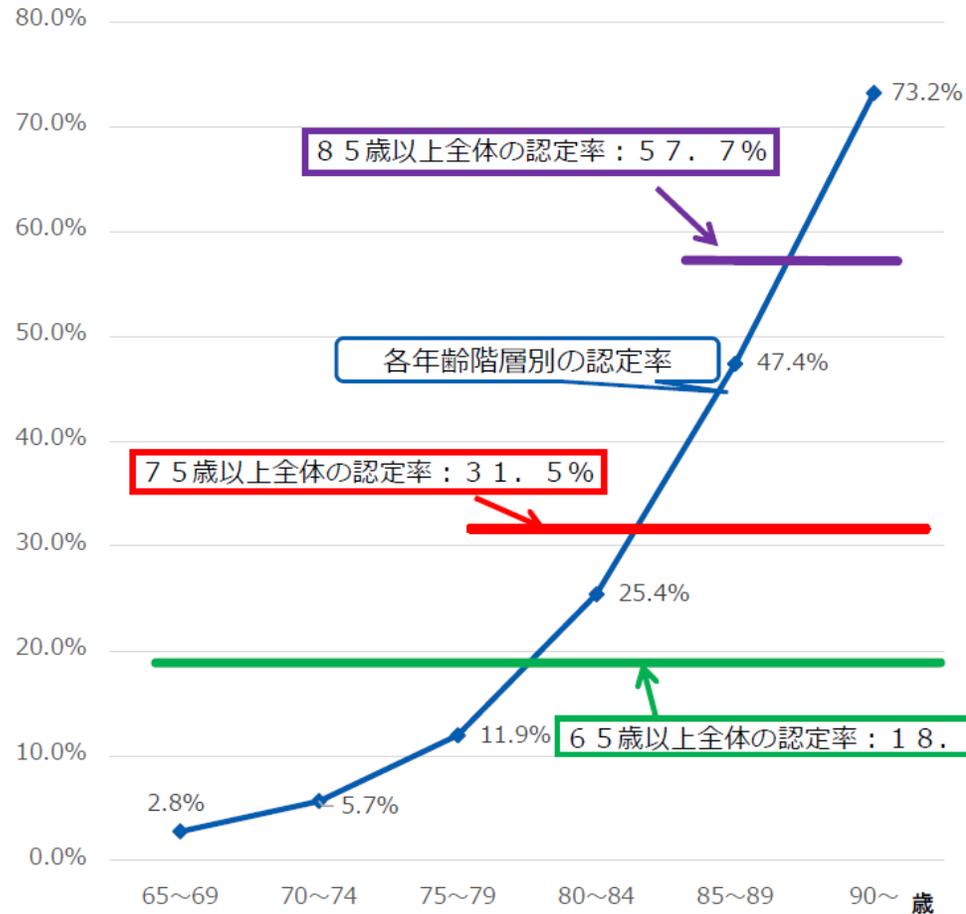
将来、医療需要は本当に増えるのだろうか？

- 総人口は減少傾向にあるが、75歳以上人口は増加傾向
- 過去データは高齢者人口の増加割合よりも受療率の減少割合が大きい。つまり、「高齢者人口増 = 入院需要増」とは必ずしも言えない。
- 受療率の減少要因には「医療技術の進歩」、「介護需要の増加」、「患者行動の変化」が挙げられる。

将来予測は難しいが、統計資料や推計手法と現場感覚と照合し、
将来の病院機能・規模を考えなければならない。

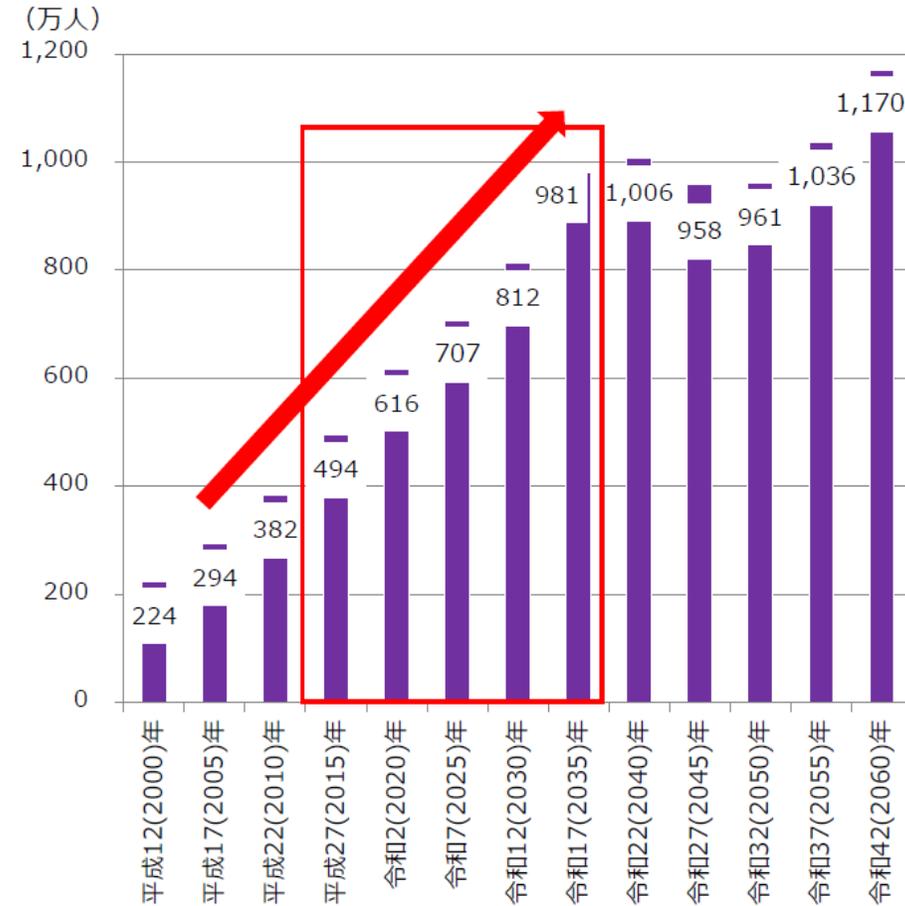
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移

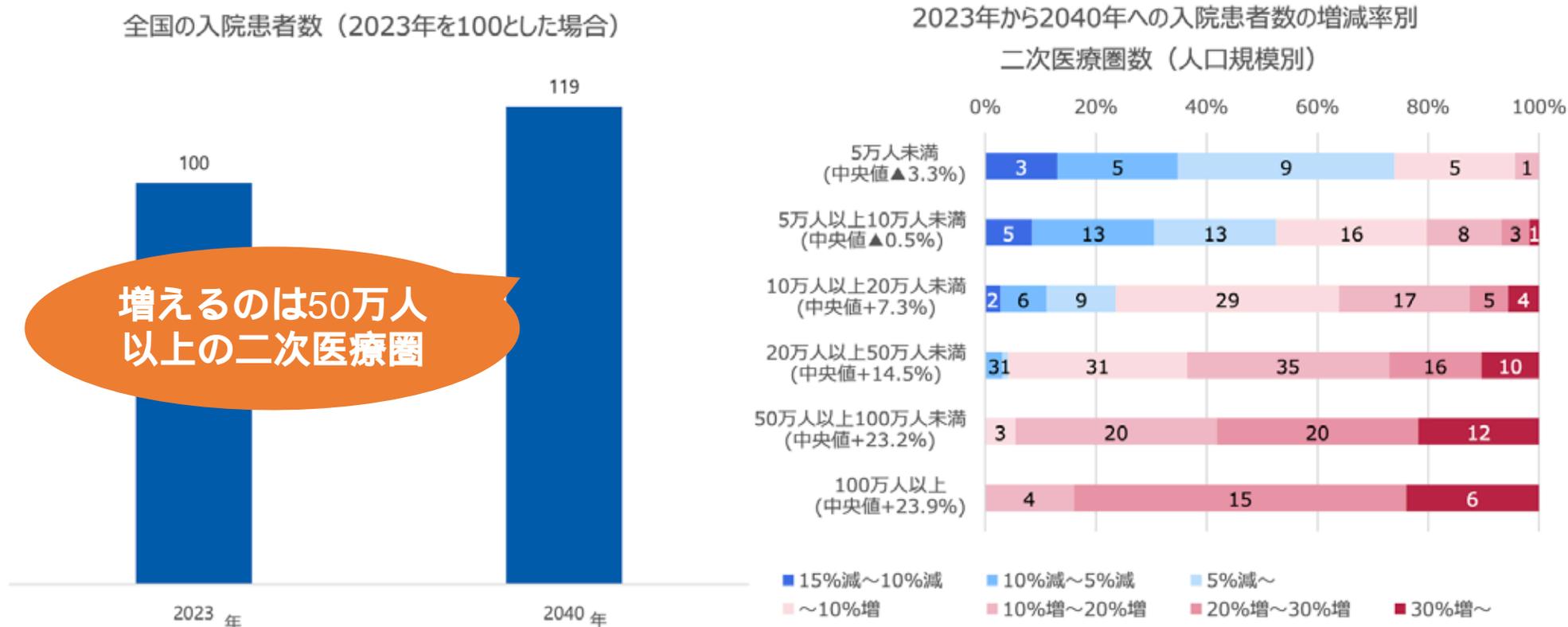


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

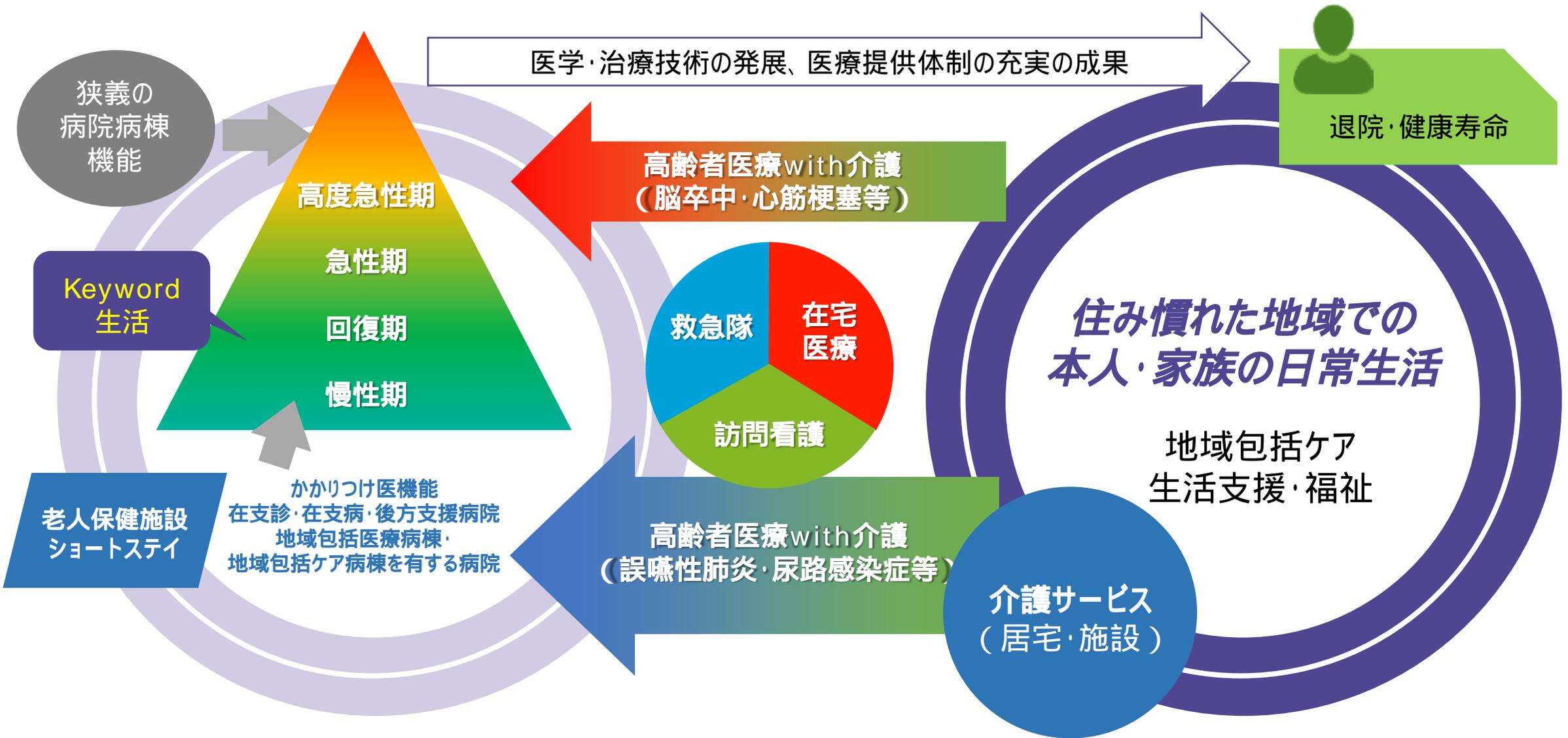
入院医療の需要について

○ 2023年から2040年にかけて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらなると仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるものの、圏域ごと人口規模ごとにみると、10万人未満の二次医療圏では半数以上で入院患者数は減少する見込みである。



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）ごとの入院患者数は医療機関所在地ベース。人口規模は2020年国勢調査人口から区分している。

医療需要の変化：介護を必要とする高齢者という流れ



がん



心不全、呼吸不全



老衰、認知症



入院日数の短縮と病床利用率の低下が継続。

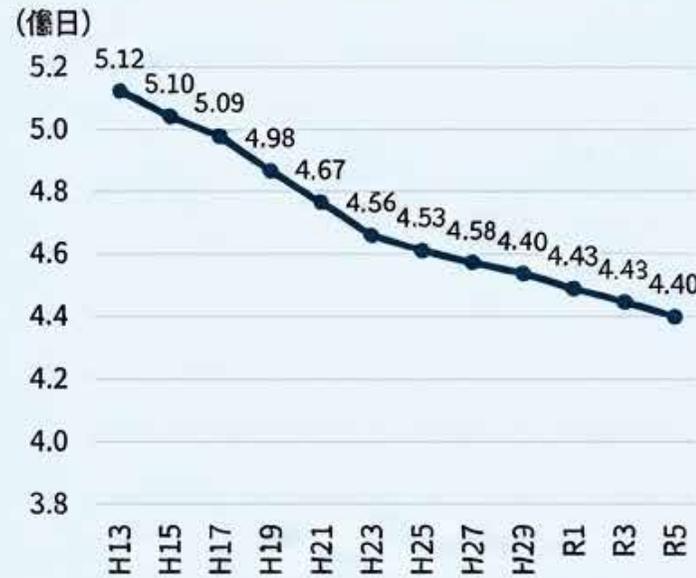


がん治療ですら、入院患者は減少し外来患者が増加。

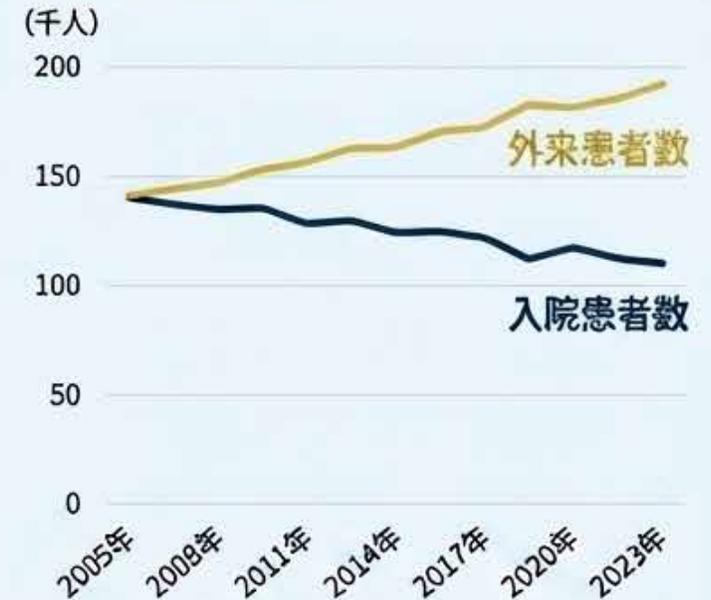


これからの課題は、心不全や誤嚥性肺炎のように、増悪と寛解を繰り返し、医療と介護の両方を必要とする超高齢者が増加。

入院受療延日数の推移



がん患者数の推移 (入院 vs 外来)



実務活用の視点：病院の機能が短期集中型にシフトする中、退院後の患者を地域でどう支えるかについて検討が必要。

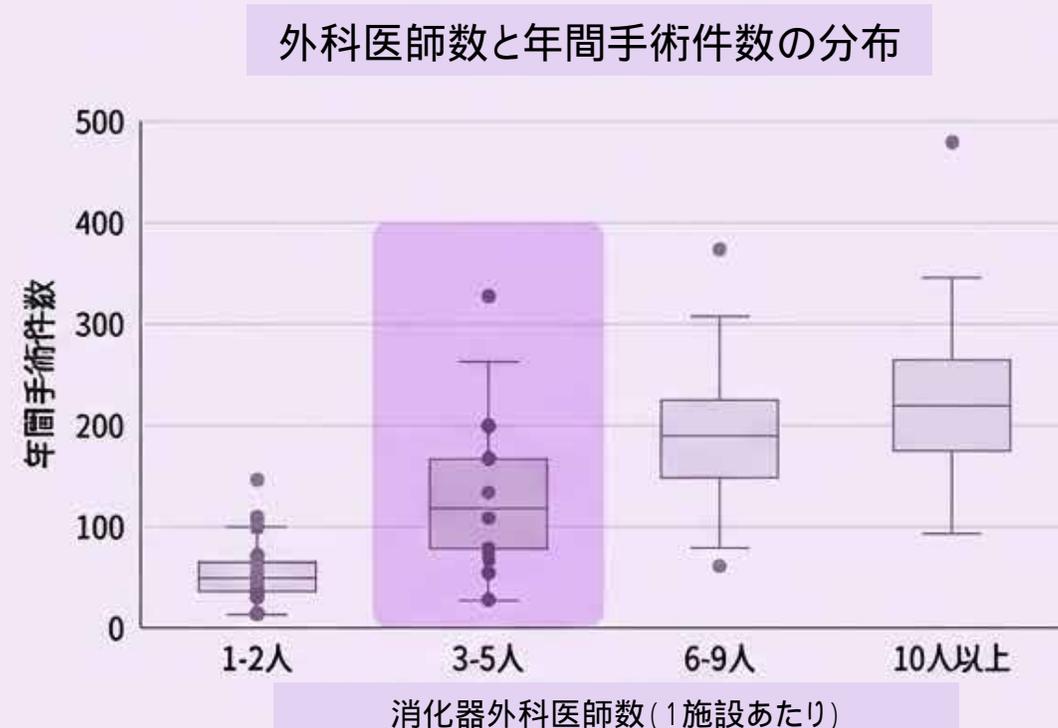
データが示す集約化の必要性：質と効率を両立させる規模の経済

急性期医療を担うには人口規模が必要



インサイト:人口30万人未満の医療圏では、高度急性期機能を担う病院は1施設確保できるかどうか。人口30万人～60万人では1～2施設が目安

手術の質を維持するには症例数が必要



インサイト:医師を集約することで、個々の医師の経験値が向上し、チーム体制も強化され、患者安全および医療の質向上につながる。

医療機関の分散は医療の質と非効率経営のリスクが高い。

戦略的な集約化は、地域全体の医療の質を向上させ、経営効率化による健全経営につながる

1. **公立病院の経営環境が直面している課題**
- 超少子高齢化・人口減少・働き方 -
2. 新たな地域医療構想を進めるうえでの病院目線での障壁
3. 都道府県に求められる市町村における医療・介護連携のための状況把握
4. 都道府県がこれから取り組むこと（私見）
5. まとめ

日本の医師31万人の構造

施設種別・役割に見る勤務実態（2014年時点）

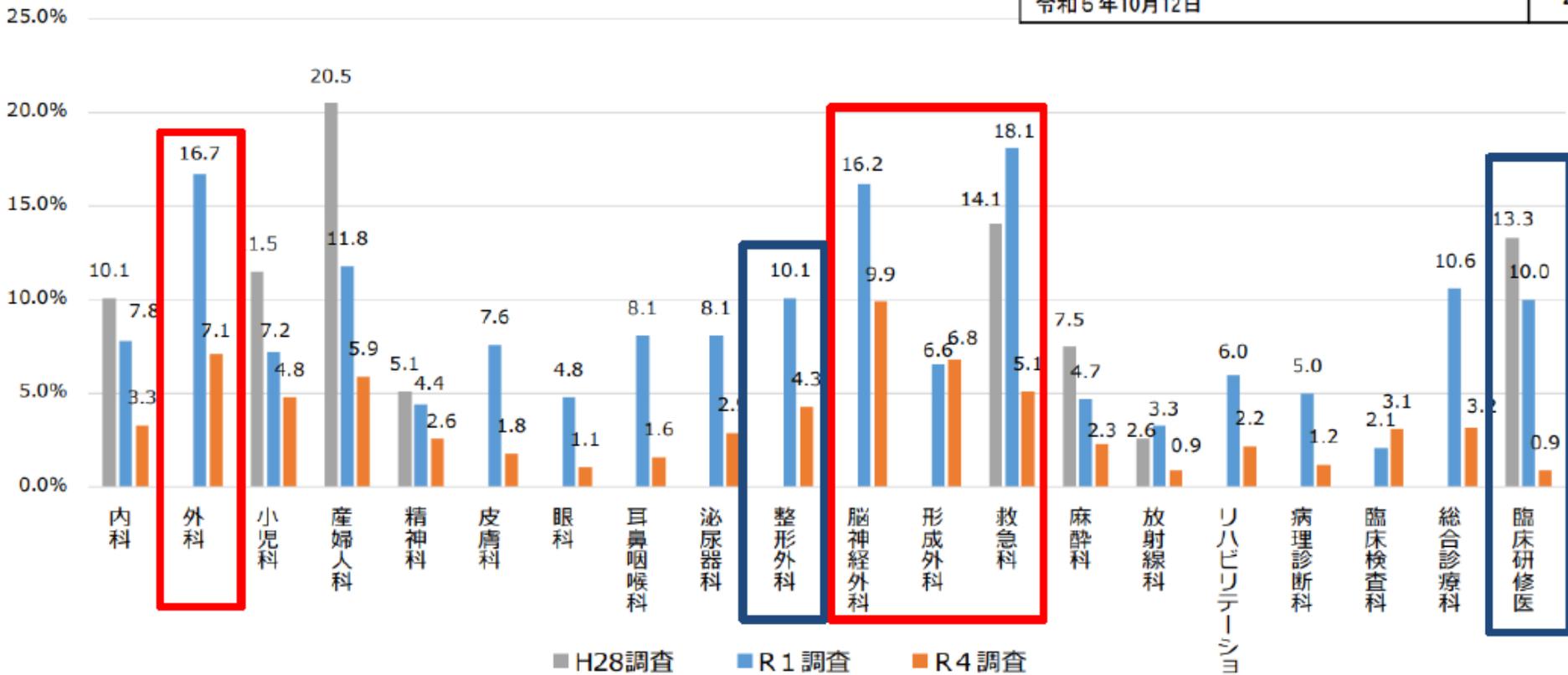
診療所	病院（大学病院等除く）	大学病院等	老健施設	その他
開設者又は法人の代表 72,074人 (23.2%)	開設者又は法人の代表 5,334人 (1.7%)	臨床系の教官又は教員 28,064人 (9.0%)	開設者又は法人の代表 364人 (0.1%)	左記以外の者 7,597人 (2.4%)
勤務者 29,810人 (9.6%)	勤務者 137,321人 (44.1%)	臨床系のその他勤務者 24,242人 (7.8%)	勤務者 2,866人 (0.9%)	
		臨床系以外の勤務者等 3,533人(1.2%)		

※平成26年12月31日時点。医師総数は311,205人。

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

- H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。
- 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

第18回 医師の働き方改革の推進に関する検討会	資料 2
令和5年10月12日	



※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。

5%以上1860時間：脳外科・外科・形成・救急



時間的拘束から 「時間的自由」へ

決められた時間働くのではなく、生活と仕事を両立できる柔軟性を重視。



自己犠牲から 「持続可能性」へ

安定だけでなく、心身ともに健全で長く働ける環境を求める。



均質性から 「多様性の受容」へ

様々な背景を持つ人材が、それぞれの事情に合わせて活躍できる環境が必須。

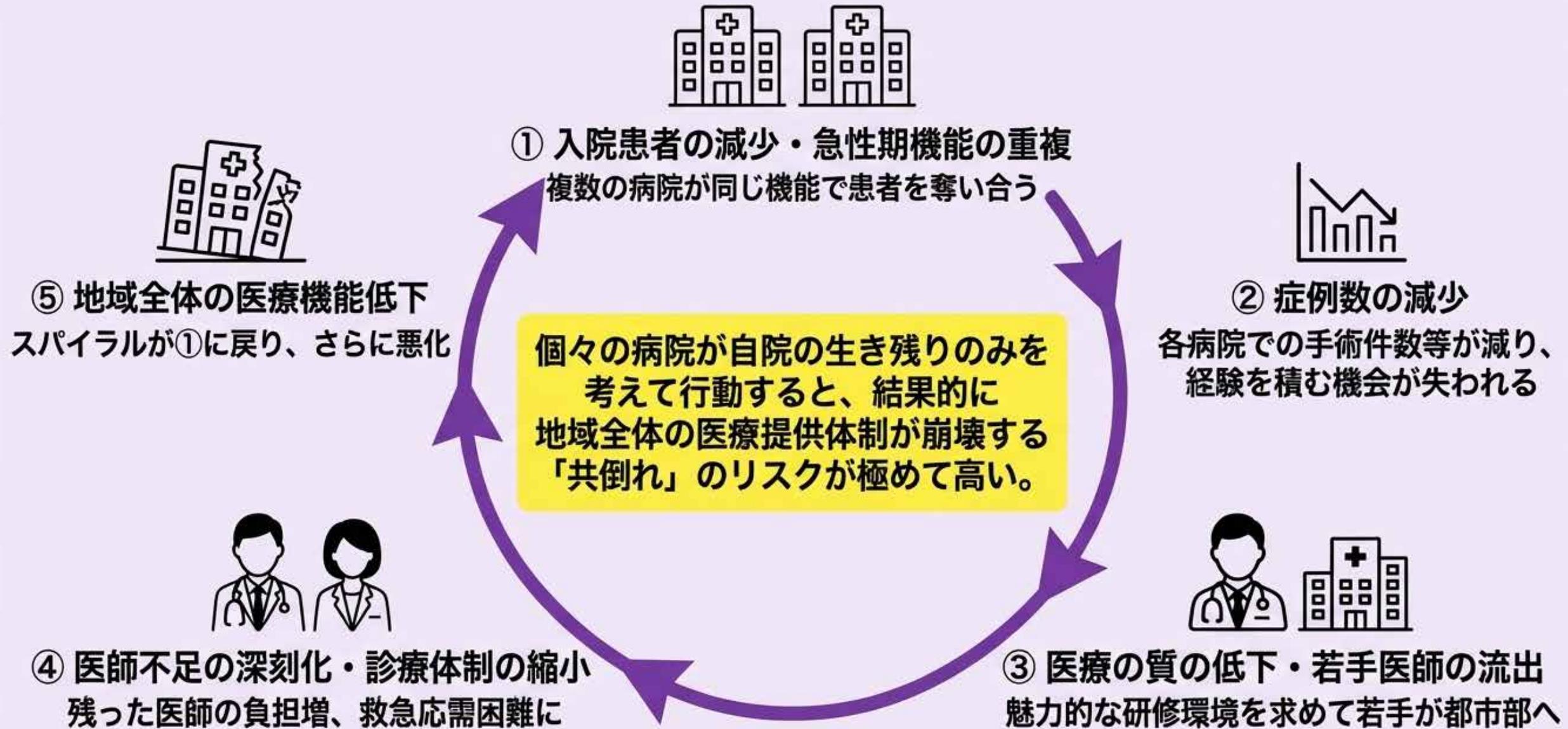
- 1** 人材獲得競争の激化：労働市場は構造的に変化し、もはや待ちの姿勢では人材は確保できない。
- 2** 変わる働く価値観：「持続可能性」「柔軟性」「多様性」が、職場選びの新たな常識となっている。
- 3** 「選ばれる」ための変革：働き方の魅力を再設計し、積極的に発信・実践することが、今後の医療機関の方向性を左右する。

急性期病院が過剰な医療体制は、地域に何を引き起こすか。



医療需要・供給構造の劇的な変化という巨大な潮流の変化を直視することなくして、地域の医療機関の存続および新たな地域医療構想の実現はあり得ない。

何もしなければ「共倒れ」へ。負のスパイラルが地域医療を蝕む



本日の内容

1. 公立病院の経営環境が直面している課題
- 超少子高齢化・人口減少・働き方 -
2. **新たな地域医療構想を進めるうえでの病院目線での障壁**
3. 都道府県に求められる市町村における医療・介護連携のための状況把握
4. 都道府県がこれから取り組むこと（私見）
5. まとめ

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。 <p>※ 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</p>

広域な観点の医療機関機能

- ・ 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。

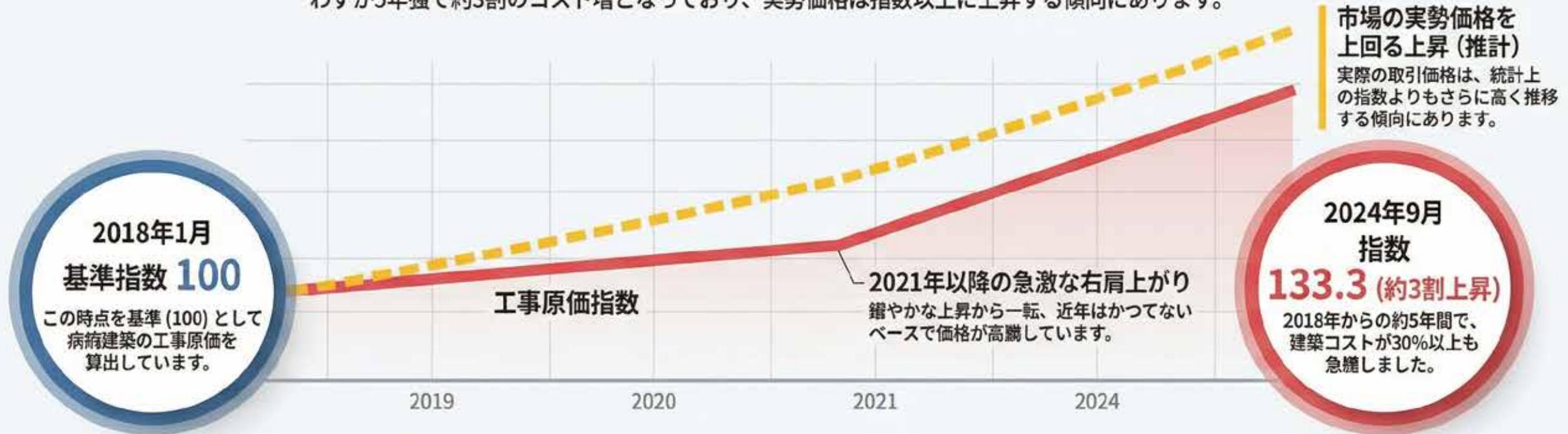
医療機関の役割のイメージ（案）

	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
地方都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、<u>区域内に1～複数医療機関を確保</u> 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について<u>集約化し区域に1医療機関を確保</u>する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

病院建築費の急騰：5年間で約3割上昇の現状と対策

東京のRC造病院における建築費指数は、2018年を基準（100）とすると、2024年9月時点で133.3まで上昇しました。
 わずか5年強で約3割のコスト増となっており、実勢価格は指数以上に上昇する傾向にあります。



実勢価格の現状と再整備への影響

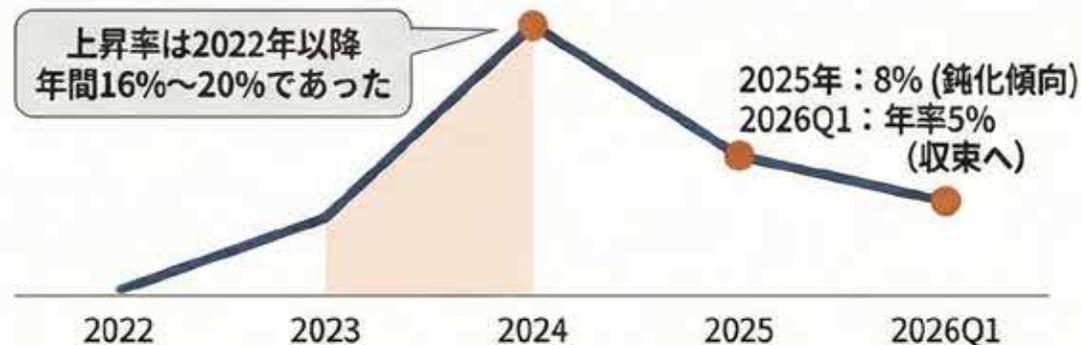
実勢価格は指数を上回る上昇傾向
 実際の取引価格は、統計上の指数よりもさらに高く推移する傾向にあります。

病院再整備計画への基大な影響
 5年前の予算策定時と比べ、事業費の大幅な見直しが不可欠な状況です。

時点	工事原価指数（RC造病院・東京）	備考
2018年1月	100.0	基準値
2024年9月	133.3	直近の確定値

建設物価上昇の収束と今後の展望：2026年度コストマネジメント・エグゼクティブサマリー

記録的高騰からの転換点

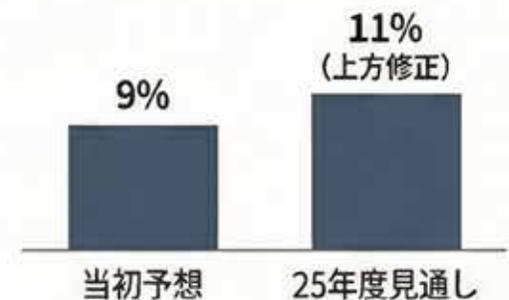


建築工事：鉄筋・鉄骨の下落 設備・生コン・労務費：依然として注視

急激な上昇期を脱し、騰勢は全体として沈静化の兆し

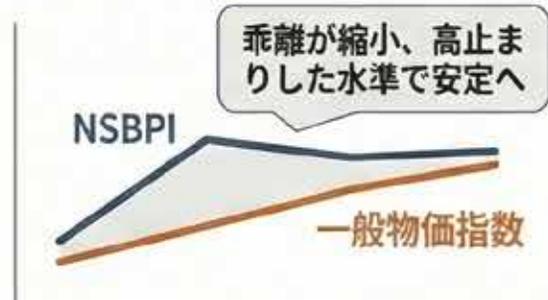
業界動向と収益性の変化

ゼネコン大手4社の完成工事利益率



受注環境の変化により、さらなる採買向上は難しくなる予測

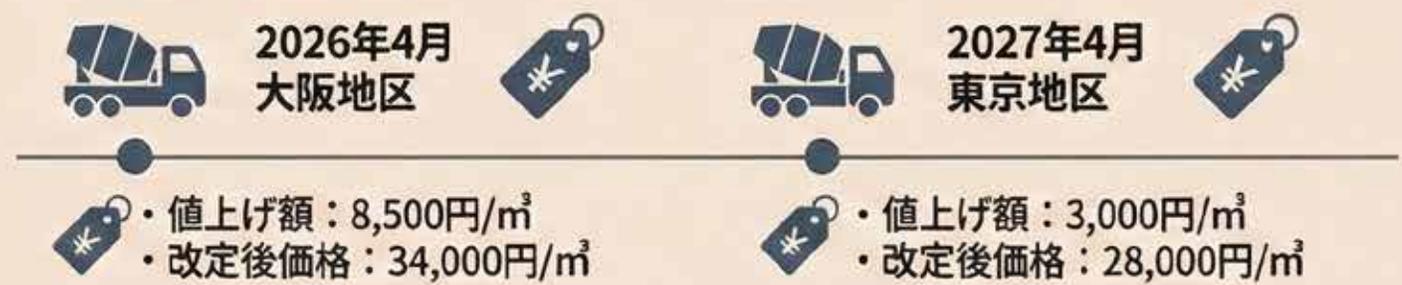
NSBPIと一般物価指数の乖離



労務費上昇分を反映した水準での安定が予測される

今後の見通し：注視すべき特定リスク要因

生コン価格の追加値上げスケジュール



局所的なコスト増に留意が必要

依然として高い労務不足感と対応

雇用人員判断DI
厳しい需給状況、全産業の中でも高い水準
高止まりが続く

賃金・労働環境改善
生産性向上と労働環境改善が不可欠。建設コストの下支え要因となる

なぜ、急性期病院は急性期機能から包括期への転換をためらうのか

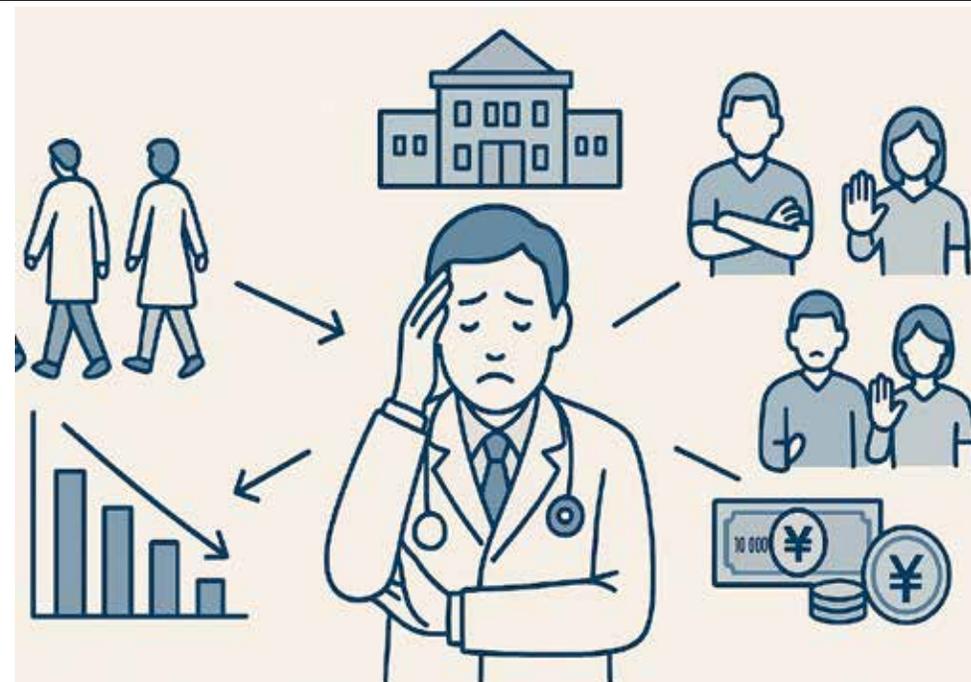
理由 転換後の経営モデルが見えない

1. 包括期機能等に移行するとどのような収益構造になり、どれだけの収益改善が見込まれるのか。また、転換に要する投資費用等が不明。
2. 既存の医療機器・設備を廃棄しなければならず、投資回収を諦めることの抵抗
3. 機能転換を進める経営基盤が弱い/組織ガバナンスが硬直で、変革の余力がない。
4. 人員の減少 = 医業収益の減収 = 赤字という誤解。より高い施設基準を志向する経営の限界



理由 雇用する医師・看護師の確保が困難になるという不安

1. 医局が医師派遣の条件として、一定以上の手術件数や高度医療を要求する。病院が機能転換をすれば、医師の確保が困難になる。
2. 看護理念の転換を余儀なくされるのではないかと不安から、キャリア観やモチベーションに影響を与え、離職につながるリスクが懸念される。看護部等の実態が見えにくく、どの程度の離職が生じるのか不明。



「新たな地域医療構想」が示唆する現実的な課題

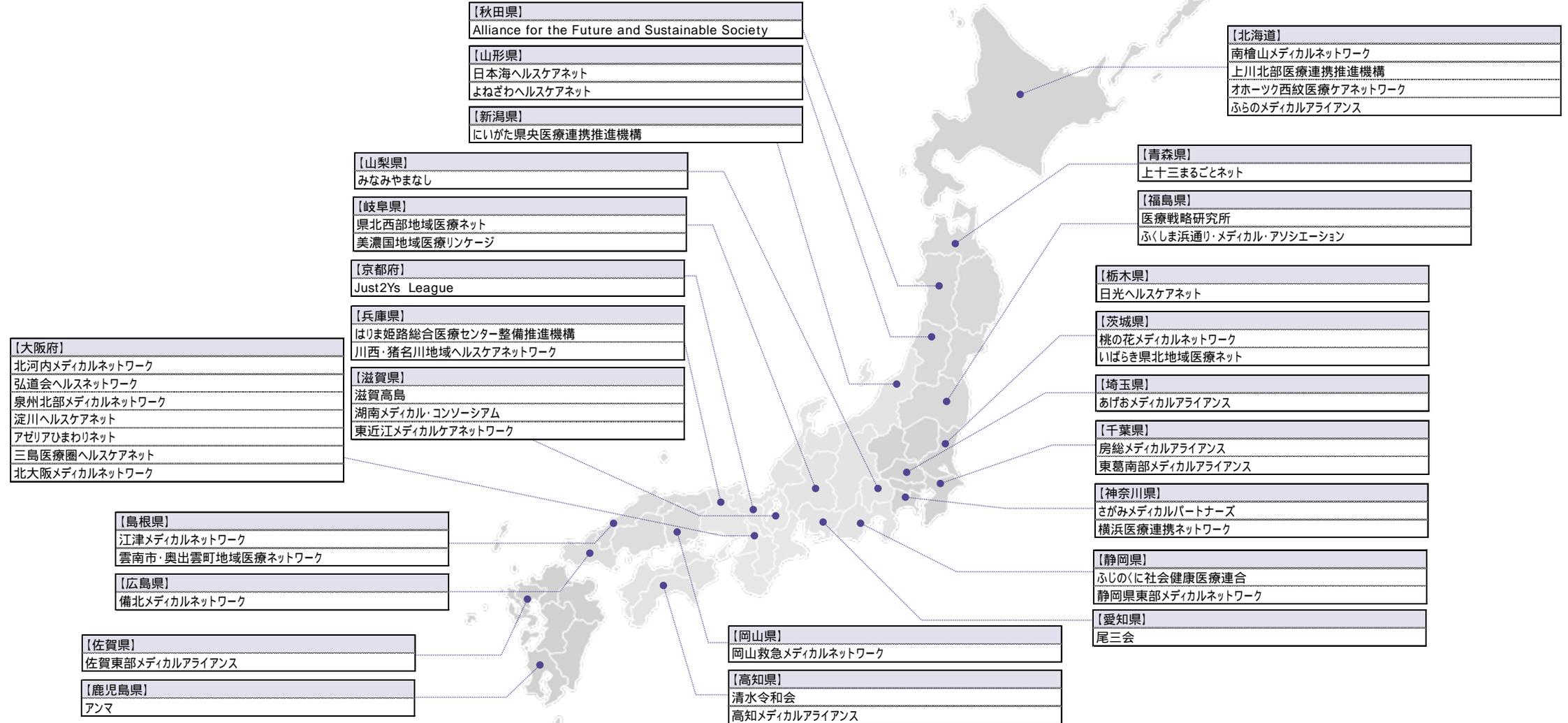
- ✓ 病院の機能転換や再編統合による集約化の検討本格化（今後さらに加速）
- ✓ 85歳以上高齢者の医療介護ニーズに応える病院機能が整備できるか
- ✓ 地域の課題や現場の状況は様々（特に病院経営が厳しい）である中、新たな地域医療構想の実現は「言之易而行之難」。

それぞれの役割を担う地域の医療機関なくして、
新たな地域医療構想の実現はあり得ない。

参考：全国の地域医療連携推進法人

2024年7月時点では45法人
1年間で+10法人。まだ増加中

令和6年10月1日現在



地域医療連携推進法人制度の概要

制度改正後（令和6年4月1日以降）
下線部分が改正箇所

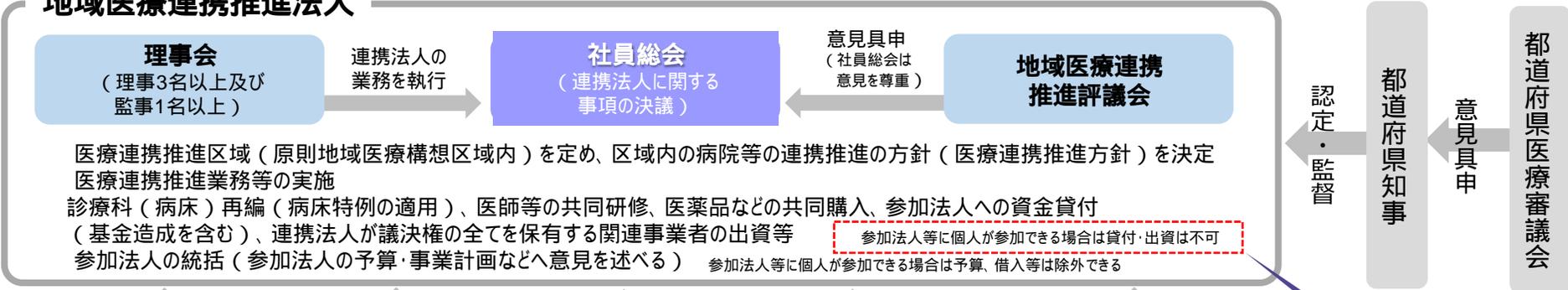
▶ 新類型

地域医療連携推進法人制度の概要

医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
複数の医療機関等が法人に参加することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

現行型も制度上残っている。
違いは
・「個人病院の参画有無」
・「資金貸付と監査の有無」

地域医療連携推進法人



持ち分あり医療法人は参加法人になれる。
(資金貸付も可)

法人間の資金貸付は不可。
推進法人の監査が不要。
(監査費用の負担軽減)

一般社団法人のうち、地域における医療期間等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定

- (認定基準の例)
- ・病院、診療所、介護老人保険施設、介護医療院のいずれかを運営する法人が2以上参加すること
 - ・医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
 - ・参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求められることを定款で定めていること

出所：
厚生労働省医政局「医療法の一部を改正する法律について（平成27年改正）」より作成

設立目的と構成主体による5つの類型 (Typology)

Type A: 官民連携型



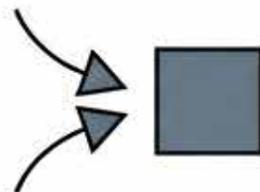
自治体病院 + 医師会
地域医療の維持・死守

Type B: 大学主導型



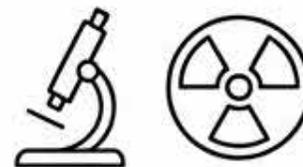
大学病院 + 関連病院
高度医療・人材循環

Type C: 再編・統合型



統合予定病院間
経営統合・ダウンサイジング

Type D: 特定機能型



単科専門病院
高額機器・特殊人材の共有

Type E: 民間連携型



中小民間病院・診療所
経営安定・事業承継

キーワード分析：「持続可能」「人口減少」「新興感染症」

各法人の「医療連携推進方針」に見る戦略的課題の変化

人口・過疎

「人口減少と高齢化が急速に進行する中...
住民が将来にわたり住み慣れた地域で...」

#南檜山 #ふらの #北秋田

経営・効率

「スケールメリットを活かした共同購
入...各医療機関の経営健全化を図る」

#よねざわ #浜松 #東葛南部

感染症・危機

「新興感染症への対応力を高める...感染
症医療と一般医療の両立」

#志太榛原 #美濃国

DX・在宅

「医療DXの導入...365日24時間対応の
積極的な在宅医療」

#在宅オンライン #Just2Ys

地域医療連携推進法人の特長と実例（現時点の私見）

参加法人の機能分化を円滑に進めるネットワーク経営基盤

参加法人間の合意形成がポイント（合併やグループ傘下となるものではない）

医師や看護師等の医療専門職の人材派遣・相互派遣・人材育成の深化

管理業務の共通化・委託業務の共同交渉

医薬品、医療材料の共同購入・価格交渉、地域フォーミュラリー

実際にはスケールメリットが出るとは限らない

医療機器等の共同利用・調達価格交渉・リース事業

患者情報の共有・電子カルテネットワーク

在宅事業・介護事業・給食事業への出資・統合

医師派遣機能を有する大学病院主導による地域連携推進法人の登場

再編統合前の組織体制の再編・文化の醸成としての活用

地域医療連携推進法人は地域医療構想の唯一解か？（私見）

下記の設立条件を一定程度満たす必要がある。

- ✓ 同一地域で医療介護が完結し得る地域である
- ✓ リーダーシップが取れる医療機関・関係団体がある
- ✓ 組む相手となる医療機関が存在し、連携が取れている
- ✓ 組む相手となる医療機関の経営が健全（財務的な意味ではない）である
- ✓ 地域医療連携推進法人を通じて解決できる課題がある

Take Home Message

1. **地域の医療介護を守り、この難局を乗り越えるために、地域連携をより格段に進める以外の解決策はない。そのためにはどうすべきか。**
2. **社会経済情勢と経営状況を共有し、地域で協調し行動が必要な局面。**
3. **地域医療連携推進法人は1つの解。その他の解を含めてより深い地域連携・再編についての検討が必要な地域は、当面増加すると見込まれる**
4. **地域医療連携推進法人の認可は都道府県知事。都道府県の関わりは重要**

本日の内容

1. 公立病院の経営環境が直面している課題
- 超少子高齢化・人口減少・働き方 -
1. 新たな地域医療構想を進めるうえでの病院目線での障壁
2. **都道府県に求められる市町村における医療・介護連携のための状況把握**
3. 都道府県がこれから取り組むこと（私見）
4. まとめ

新たな地域医療構想は「地域完結型」の医療・介護提供体制を目指しています

これまでの議論

病床の機能分化と連携



これからの議論

入院にとどまらない、
地域完結型の医療・介護提供体制



医療機関機能（急性期拠点、高齢者救急、在宅医療等連携など）の設計には、地域の「介護機能の状況」が直接影響します。各地域の現状把握と需給推計が不可欠です。

制度構築における市町村と都道府県の役割



85歳以上人口の急増と、変化する地域の医療ニーズ



急性期医療



リハビリ・在宅復帰



疾患特性の変化

誤嚥性肺炎や尿路感染症などの疾患が増加（多くの医療機関で対応可能）。

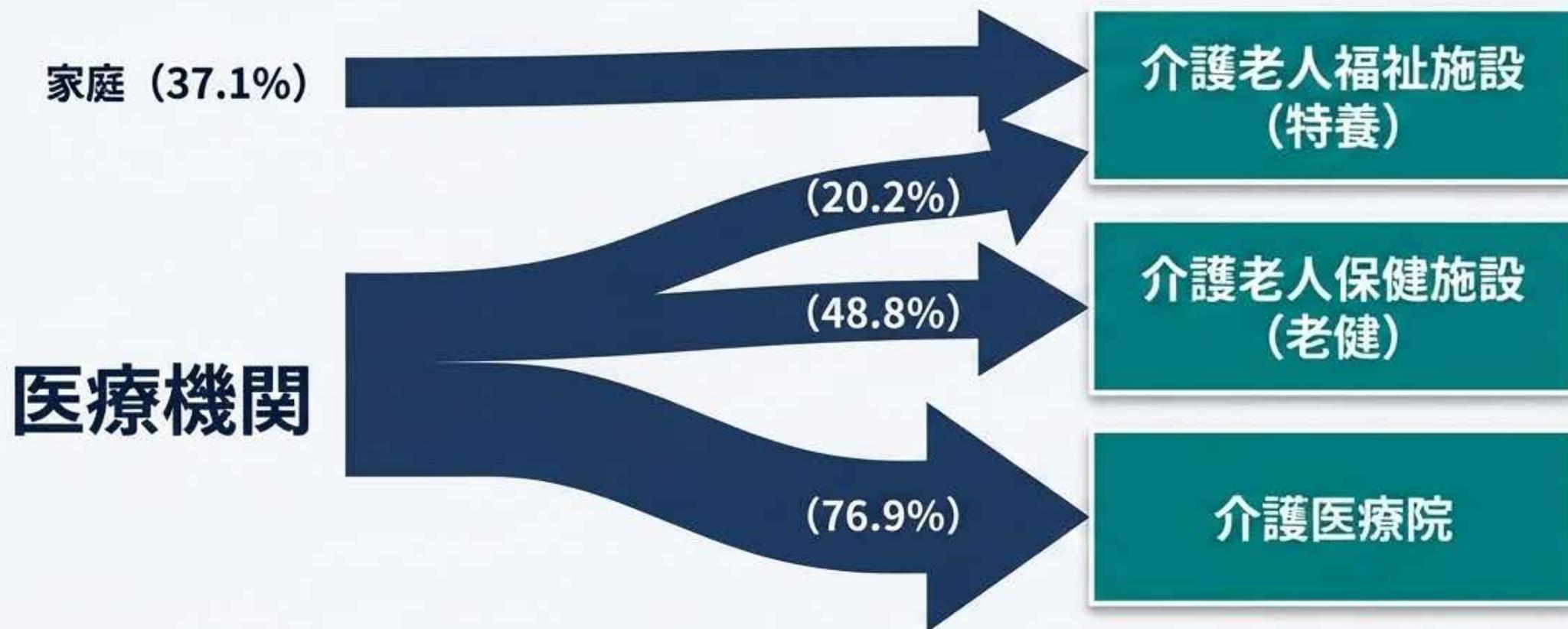


求められる機能

急性期経過後、入院早期からのリハビリテーション、栄養・口腔管理、早期の在宅復帰機能。

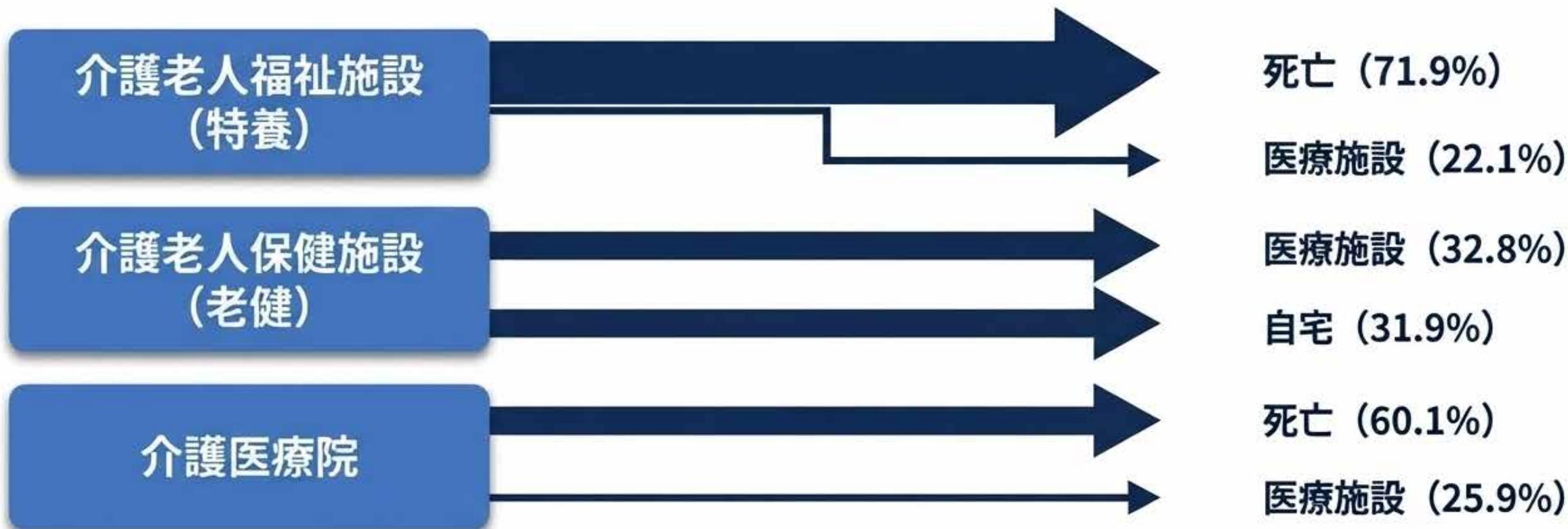
地域における介護サービスの需給状況を把握しなければ、地域の医療需要を踏まえた「入院から退院の円滑な流れ」を設計することは不可能です。

データが示す入所経路：介護施設に入る前はどこにいたのか？



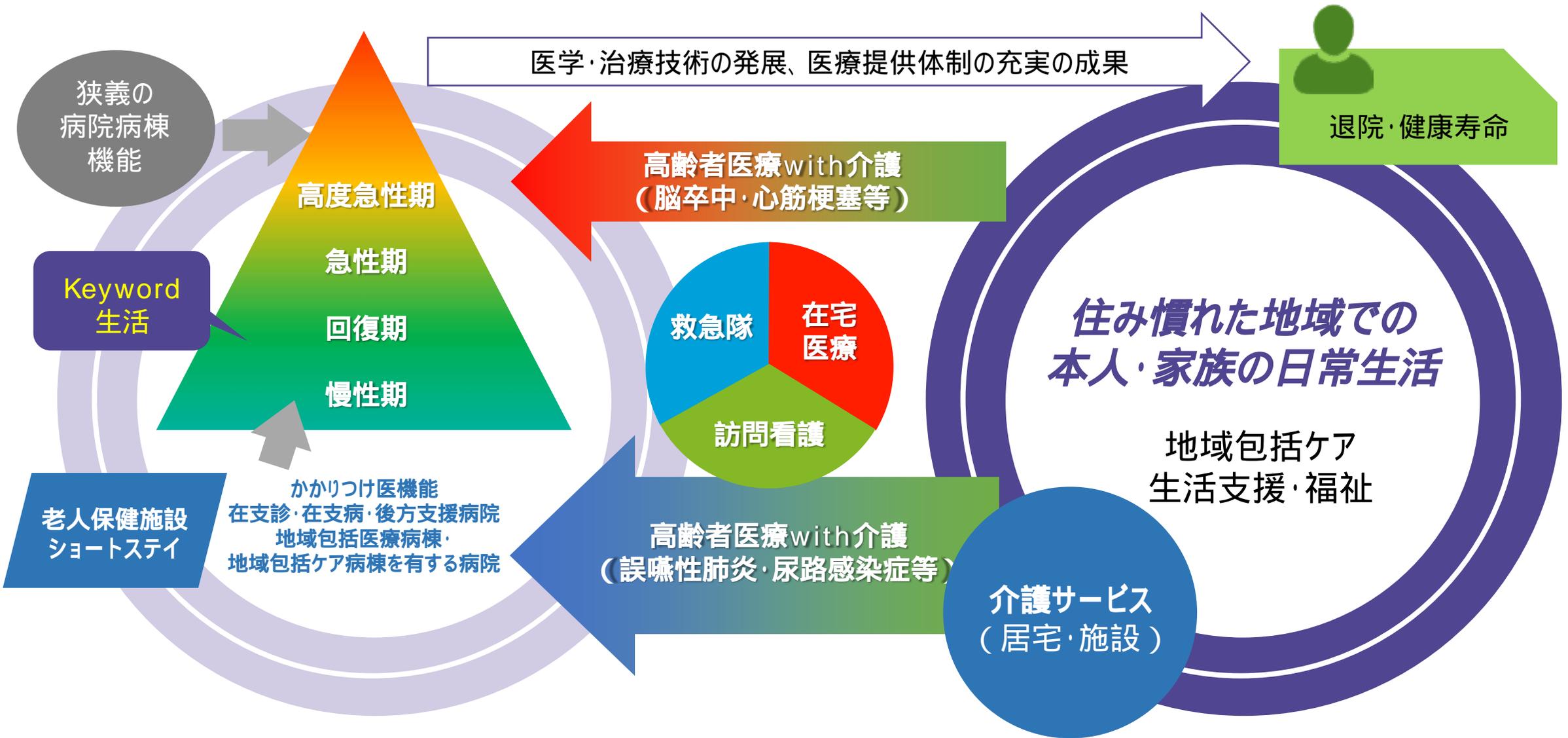
施設種別によって医療施設との結びつきの強さが明確に異なります。

データが示す退所経路： 介護施設を出た後はどこへ行くのか？



退所後も医療施設への依存度が一定数存在し、切れ目のない連携が求められます。
(第128回社会保障審議会介護保険部会「有料老人ホームの現状と課題について」参照)

医療需要の変化：介護を必要とする高齢者という流れ



2024年度介護報酬改定と「協力医療機関連携加算」の新設

目的は、平時からの連携による状態悪化時の対応強化、不要な救急搬送の削減、救急医療の逼迫回避。（定期的な会議開催が求められる）

【2024年度～】

協力医療機関との連携体制構築の推進（経過措置期間）。

【2027年度以降】

施設事業者に対し、以下の3要件を満たす協力医療機関との連携体制構築が義務化。

1. 急変時などの対応等への常時相談体制の確保
2. 常時診療体制の確保
3. 原則入院の受け入れ体制の確保

※連携医療機関は指定権者（都道府県・市町村）への届出が必要です。

高齢者の受け皿の多様化と、把握すべき対象の拡大

介護保険施設

介護老人福祉施設、介護老人
保健施設、介護医療院。

(これまで指定・指導・監督を
担ってきた領域)



高齢者向け住まい - 急増中

有料老人ホーム、サービス付き
高齢者向け住宅（サ高住）など。

(第9期介護保険事業計画の基本指針
で、設置・利用状況の把握が新た
に強く求められています)

これら「高齢者向け住まい」の状況も、
地域の医療・介護連携の検討には不可欠な情報基盤となります。

介護需要を定量把握するためのデジタルツール

公開・無料・定量的な把握が可能なツールを活用し、客観的な現状認識を出発点とする。



地域包括ケア「見える化」システム

保険者単位で人口、要介護認定者数、サービス利用状況等を時系列・地域間比較。



介護保険 保険者シート

介護保険事業の運用状況（事業費、地域資源）を網羅したフェイスシート。全国・都道府県平均との比較。



JMAP（地域医療情報システム）

将来推計人口、医療・介護の施設数、病床数、職種別人数を二次医療圏別に確認。



ReMHRAD / NewCarest

精神保健福祉資源の分析、および保険者別の要介護度別推計。

厚生労働省調査データの戦略的活用

ツール化されていない詳細データは、以下の政府統計から都道府県別・保険者別に抽出可能。
仮説を持ってデータに当たる。

介護サービス施設・事業所調査	✓ 施設・事業所の全数、サービス提供体制の基盤整備状況。
介護保険事業状況報告	✓ 第1号被保険者数、要介護認定者数、居宅/施設サービス受給者数、給付費の状況。
介護給付費等実態統計	✓ サービス種類別の年間受給者数、要介護状態区分の変化、1人当たり費用額。
介護サービス情報公表公表システム	✓ 各施設のサービス内容、設備、従業者情報、加算状況（全国約21万か所）。

まとめ・今後のアクション：データ駆動型の連携構築に向けて

- 地域医療構想は「地域完結型」へシフトし、介護との連携が不可欠。
- 2027年の連携義務化に向け、多様化する高齢者の受け皿の実態把握が急務。
- 定量データに基づく現状把握がマネジメントの大前提。

都道府県職員の皆様へ

客観的なデータを用いて現状と課題を可視化し、市町村・医療機関・介護施設の「マッチングと課題解決の橋渡し」を主導してください。

皆様の積極的な調整支援が、持続可能な地域医療・介護体制の要となります。

本日の内容

1. 公立病院の経営環境が直面している課題
- 超少子高齢化・人口減少・働き方 -
1. 新たな地域医療構想を進めるうえでの病院目線での障壁
2. 都道府県に求められる市町村における医療・介護連携のための状況把握
3. **都道府県がこれから取り組むこと（私見）**
4. まとめ

都道府県がこれから取り組むこと（私見）

都道府県職員チームと地域医療構想アドバイザー等との連携
－ 具体的な取り組みに向けた定期的な議論 －

都道府県がこれから取り組むこと（私見）

地域医療構想アドバイザー等との定例MTG

1. 「地域の課題は何か」という問題を明確に設定し、関係者との共通理解を確実なものにする。

やみくもなデータ分析よりも先に、「地域の課題は何か」という都道府県にとっての問いを明確に設定する。

地域によって人口規模や医療資源等が異なり、課題も大きく異なるため、地域特性を踏まえた課題設定が必要である。

設定した地域の課題について、地域医療構想アドバイザー、調整会議事務局・主たる構成員（少なくとも座長）が合意する。

2. 都道府県の取り組みにつながる現状把握・実施計画を設計する

設定した課題に対する分析は、都道府県が実行できるアクションにつながる項目となるよう分析方法を決める。

県担当者・地域医療構想アドバイザー・分析担当者等が、共同で分析項目や指標を設計する。

課題に必要なデータソースを決める。（介護関係は介護保険、高齢福祉保険、長寿社会、保健指導、高齢者支援等と連携）

3. 医療機関機能の把握

医療機関機能について、新たな地域医療構想が示す目安と、どの程度一致しているかを都道府県自身が把握する。

前項の分析項目から医療機関の実績を把握する。

4. 適切な医療圏・在宅医療圏・介護圏の設定・見直し

二次医療圏等の行政区分だけでは実態を十分に捉えられない場合がある。生活圏や医療資源配置を踏まえた適切な範囲を検討。

地域医療の実態を理解するためには医療機関の所在地と、患者がどの地域から利用しているのかというアクセス分析が重要。

5. 医療介護需要と医療提供能力を考慮した将来推計・今後の課題の把握（ 1へ戻る）

機械的な人口動態だけでなく受療率を加味した需要推計が必要。

病床数のみの指標では不十分。医師数（年齢階級別）、診療実績などを含めた医療介護提供能力の現状を把握する。

都道府県職員や専門人材の育成・チーム体制の構築は重要である。

構築・育成は時間を要するが、新たな地域医療構想に向けた強いエンジン

千葉県における分析課題及び想定分析の例

特に県内で優先的に取り組む課題である小児、救急、周産期、在宅医療、循環器・手術について

分析課題と想定分析

#	分類	見える化すべき課題	想定分析内容
1	小児	小児医療の需要と提供体制の配備状況	小児人口あたりの小児科医師数/各種病床数/診療実績等
		小児救急の搬送患者の特性や各医療機関の負担状況	小児人口あたりの年齢区分・重症度別小児救急算定件数
2	救急	85歳以上の高齢者救急における中等症の救急搬送状況	医療機関ごとの全救急車受け入れ件数に占める85歳以上中等症患者の割合
		高齢者救急搬送における入院経路内訳	尿路感染症・誤嚥性肺炎高齢救急患者の搬送元（施設または自宅）・要介護度別患者数内訳
3	周産期	ハイリスク妊婦の発生状況	各医療機関におけるハイリスク分娩件数
		ハイリスク妊婦の医療機関へのアクセス状況	ハイリスク妊婦の医療機関へのGISアクセス分析
4	在宅医療	現在の在宅医療の実施状況および移行状況	入院前後の在宅医療の有無と入退院経路をクロス分析
		将来の介護需要の動向	要介護認定率、要介護者認定数・介護サービス需給率の将来推計
5	循環器・手術	容態別の循環器患者のアクセス状況	急性期群の循環器疾患患者と慢性期群の循環器疾患患者における各医療機関へのGISアクセス分析
		手術数が少ない急性期病院	急性期病院における病床あたりの手術件数

千葉県における分析課題及び想定分析の例（2024年度実績）

DPCデータを用いたアクセス解析によって、地域の見える化すべき課題について、深掘りした分析を実施

アクセス解析（昨年度報告書より抜粋）

全入院患者のアクセス圏
（出典：DPCデータ）

受診患者アクセス（GIS空間解析）

範囲	総計*	割合
20分以内	34,290	71.3%
40分以内	11,708	95.6%
60分以内	1,113	97.9%
90分以内	600	99.2%
90分以上・不明	409	100.0%

到達圏 - 空間解析

- 0 - 20分
- 20 - 40分
- 40 - 60分
- 60 - 90分

※施設への自動車による移動時間
※東京湾の青色は除く

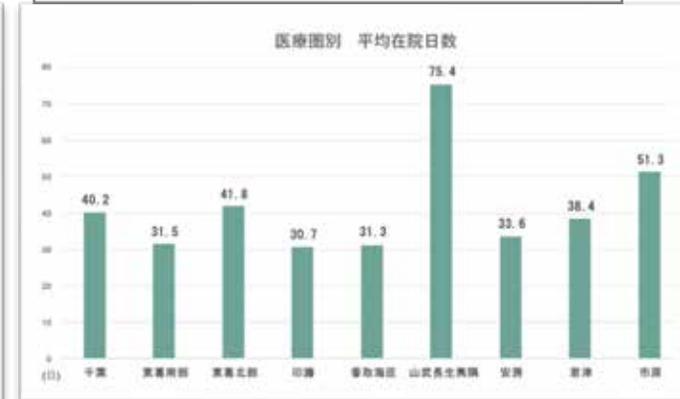
出典：DPCデータ（2018年4月から2024年3月まで）、基へ退院患者数データを対象

データ集計（昨年度報告書より抜粋）

ある医療圏における年齢階級別専門医数
（出典：医師・歯科医師・薬剤師統計のうち、医師届出表調査）



医療圏別 平均在院日数
（出典：DPCデータ）



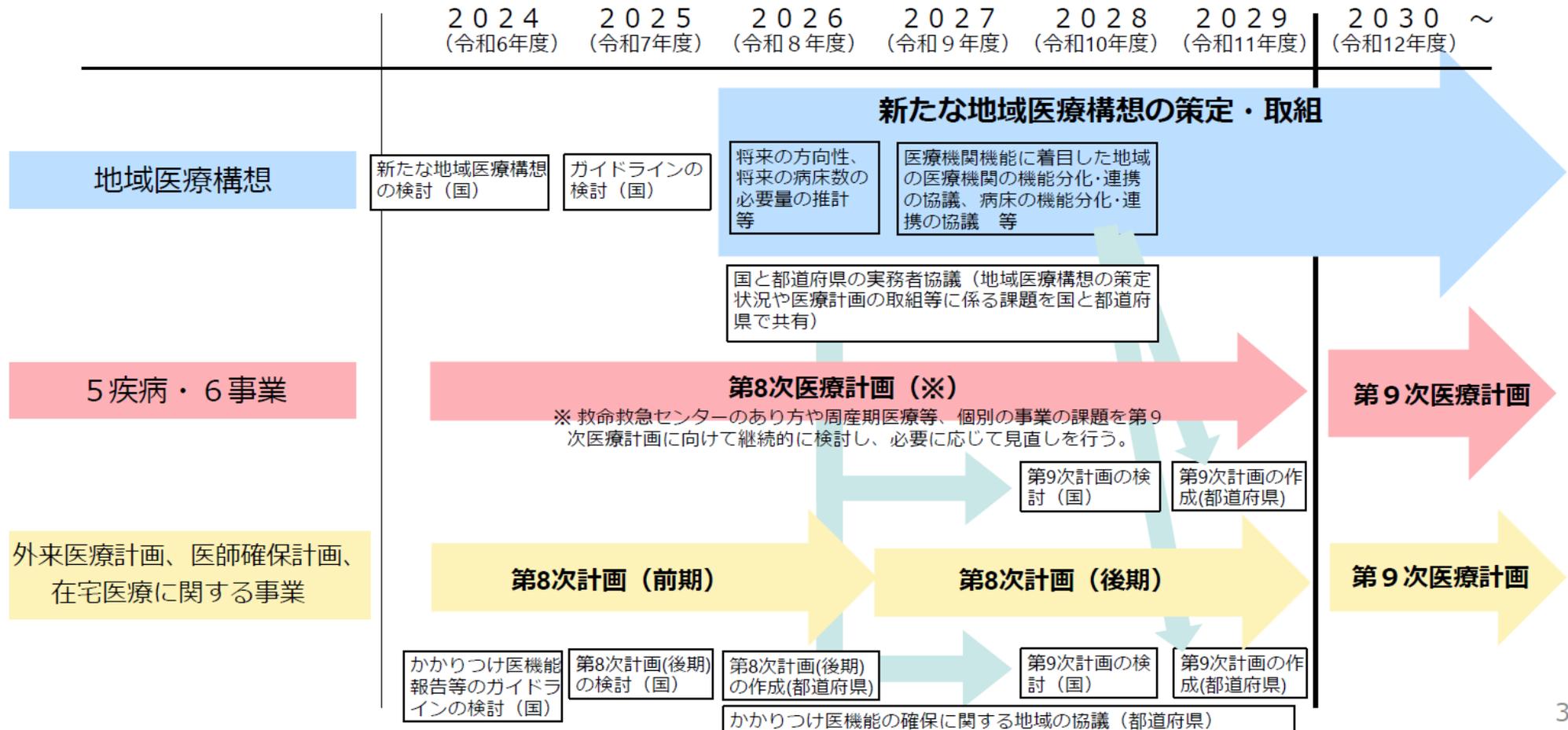
使用したデータ

- 医療計画作成支援データブック（2018年度 2023年度）
- 病床機能報告データ（2017年度 2023年度）
- 外来機能報告データ（2021年度 2023年度）
- 千葉県救急搬送実態調査（2017年度 2023年度 隔年）
- 千葉県小児救急医療体制の現況調べ（2023年度 2023年度）
- 千葉県周産期医療調査（2017年度 2023年度）
- DPCデータ（2018年度 2023年度）
- DPCオープンデータ（2020年度 2024年度）
- 医師・歯科医師・薬剤師届出票調査のうち、医師届出票データ（2018年度 2022年度 隔年）
- 医療施設調査データ（2018年度 2022年度 隔年）
- 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年度 2023年度）

昨年度は65/69のDPC対象病院からDPCデータの提供をいただきました。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



本日の内容

1. 公立病院の経営環境が直面している課題
- 超少子高齢化・人口減少・働き方 -
2. 新たな地域医療構想を進めるうえでの病院目線での障壁
3. 都道府県に求められる市町村における医療・介護連携のための状況把握
4. 都道府県がこれから取り組むこと（私見）
5. **まとめ**

都道府県は持続可能な医療介護提供体制を実現する 戦略的ファシリテーター

都道府県は、様々な地域特性と医療介護の課題発見・解決をデザインする「戦略的ファシリテーター」として期待される。

医療機能の可視化、介護状況の把握、地域の関係者との調整を通じて、2040年も持続可能な医療提供体制を構築する重要な役割を担う。