



2

日医発第 213 号（地域）

令和 8 年 4 月 2 1 日

都道府県医師会 会長 殿

公益社団法人日本医師会

会長 松本 吉郎

（公印省略）

2024・2025年度病院委員会審議報告の送付について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会の病院委員会では、諮問「新たな地域医療構想における病院のあり方～病院と医師会はお互いに何ができるか～」について、2年間にわたり検討を行ってまいりました。

今般、答申である審議報告が取りまとめられ、本職宛提出されましたので、ご参考までに1部お送りいたします。ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。

**2024・2025 年度
病院委員会審議報告**

2026 年 4 月

日本医師会 病院委員会

2026年4月14日

日本医師会長

松本吉郎 殿

病院委員会

委員長 松田晋哉

2024・2025年度病院委員会審議報告

本委員会は、2024年11月22日に開催された第1回委員会において、貴職より「新たな地域医療構想における病院のあり方 ～病院と医師会はお互いに何ができるか～」について検討するよう諮問を受け、7回にわたり議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取り纏めましたので、ご報告申し上げます。

2024・2025 年度病院委員会 委員

委員長	松田	晋哉	(福岡国際医療福祉大学教授)
副委員長	堂前	洋一郎	(新潟県医師会会長)
委員	猪口	雄二	(全日本病院協会名誉会長)
〃	浦田	士郎	(愛知県医師会理事)
〃	太田	圭洋	(日本医療法人協会副会長)
〃	大屋	祐輔	(沖縄県医師会参与)
〃	加納	繁照	(大阪府私立病院協会会長)
〃	河北	博文	(東京都病院協会名誉会長)
〃	佐古	和廣	(北海道医師会副会長)
〃	清水	正人	(鳥取県医師会会長)
〃	鈴木	昌八	(静岡県医師会理事)
〃	仙賀	裕	(日本病院会副会長・当時)(令和7年6月24日迄)
〃	谷口	健次	(日本病院会副会長)(令和7年6月24日より)
〃	土谷	明男	(東京都医師会副会長)
〃	鶴谷	英樹	(群馬県医師会理事)
〃	中澤	宏之	(高知県医師会副会長)
〃	西村	直久	(埼玉県医師会理事)
〃	橋本	康子	(日本慢性期医療協会会長)
〃	牧角	寛郎	(鹿児島県医師会会長)
〃	松井	隆明	(日本精神科病院協会副会長)
〃	望月	泉	(全国自治体病院協議会会長)
〃	淀野	啓	(青森県医師会常任理事)

目 次

1. 新たな地域医療構想の概要	
新たな地域医療構想について（在宅医療・介護との連携等）	1
2. 新たな地域医療構想で検討すべき課題	
(1) 地区診断と地域区分の考え方	3
(2) 大都市部における整備の考え	6
(3) 地方都市における整備の考え方	11
(4) 過疎地における整備の考え方	15
(5) 大学病院の役割	19
(6) 専門病院の役割	25
(7) 慢性期病院の役割	30
(8) 医師偏在対策と医療人材確保に向けた課題と展望 —病院団体と医師会の役割—	32
(9) 2040年を見据えた病院と地域医師会の医師同士の関係構築と 協力体制（病院勤務医の医師会活動への参画促進、医師会としての 勤務医の支援）	36
(10) 2040年を見据えた財政面の課題	40
(11) 2040年を見据えた病院の建て替え問題	46
3. まとめと提言	48

1. 新たな地域医療構想の概要

新たな地域医療構想について（在宅医療・介護との連携等）

新たな地域医療構想では、2040年頃を見据えた医療提供体制の再構築を目的とし、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、医療人材の確保を視野に入れ、地域全体で効率的かつ質の高い医療を提供する体制を構築する。背景には、急速な高齢化と人口減少がある。特に85歳以上の高齢者は2040年にかけて大幅に増加し、救急搬送や在宅医療の需要はそれぞれ増加すると予測されている。一方で、生産年齢人口の減少により医師・看護師などの医療従事者不足が深刻化し、地域偏在も顕著である。

医療機関は自らの機能を「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」などの区分で報告し、地域ごとに役割分担を明確化し、連携を強化する。

この構想においては、「治す医療」と「治し支える医療」との役割分担が強く意識され、特に在宅医療と介護の連携が重要な柱となる。増加する高齢者救急の対応に関わる医療と介護の連携として、医療機関と介護施設等との緊急時の対応を含めた連携体制の構築や、情報共有等を通じた肺炎、尿路感染症、心不全、脱水等に対する適切な管理によって、状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげることが重要であるとされており、医療と介護の連携は今後一層重要となる。

在宅医療の提供体制の確保に向けては、第8次医療計画において、地域ごとの役割分担と拠点整備が制度設計の基本とされ、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について各圏域で位置づけられたが、これは多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供する体制を構築するためのものであり、役割分担と連携の強化が必要である。

総じて、この構想は地域の医療資源を最適化しながら、持続可能で質の高い医療提供を実現するための重要な取り組みである。

2. 新たな地域医療構想で検討すべき課題

(1) 地区診断と地域区分の考え方

地域医療構想の議論においては【図1】に示したように「大都市型、地方都市型、人口の少ない地域の、3つのレイヤー等に区分し、地域の差異を踏まえた検討方法も提示しながら地域医療構想を策定する」という方針が示された¹⁾。

【図1】

厚生労働省が示した区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方の案

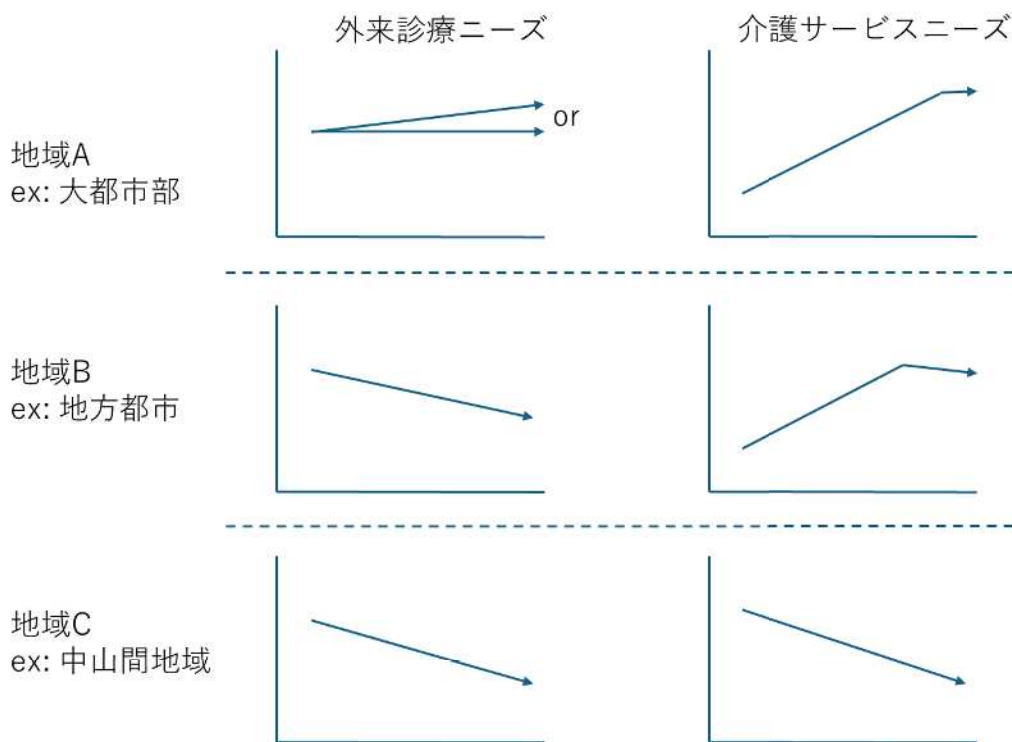
	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<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、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応。 手術等が必要な症例について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集約化し区域に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

この考え方は地域医療構想が実効性のあるものにするために非常に重要である。単純に過ぎるかもしれないが、急性期病院（病床）の必要量は地域ニーズと医師の働き方改革、そして専門医制度の制約などにより、東京都区部のような大都市を除けばある程度自然に落ち着くと予想される。他方、急性期以後の病院（病床）は在宅や介護サービスの提供体制との関係に大きく影響されるため、各地域の状況に応じて計画していくことが必要になる。そして、この点に着目して地区診断を行い、当該地域における慢性期の医療介護提供体制をどう整備するかを議論することが、地域医療構想調整会議の実効性を高めるためにも重要となる。

【図2】は地域区分に関する基本的な考え方を示したものである。

【図 2】 外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン



地域 A は外来診療ニーズが増加、横ばい、あるいは若干の減少傾向にあるが、前期高齢者から後期高齢者の人口が多いために、2045 年まで介護サービスのニーズが増加する地域である。具体的には東京都区部や福岡市などが相当する。この区分の地域では、急性期入院医療を担う病院の役割が重要であり続けることに加えて、急増する要介護高齢者の在宅医療を支える病院の役割が重要となる。

地域 B は団塊世代の高齢化がこれから本格化し、その人口構造の影響が大きい地域で、外来需要はすでに低下傾向だが介護サービスのニーズが 2040 年ころまで増加し、その後減少する地域である。地方の県庁所在地を含む中核都市の多くがこれに相当する。急性期入院医療については典型的な急性期が団塊の世代の高齢化に伴い急速にそのニーズが減少する。他方で、介護施設への入所や在宅医療のニーズのある高齢者の増加に対応して、地域 A と同様に在宅医療や介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割が重要になる。地域 B の場合、急性期病院において病床稼働率の低下が予測されるが、この資源をサービス付き高齢者住宅や介護医療院として高齢者を受け入れるインフラにす

ることなどが議論の対象になるだろう。

地域 C は高齢化が進み切って、後期高齢者数も減少傾向にあるため、外来需要と介護サービスニーズの両方がすでに低下傾向にある地域である。多くの過疎地がこのパターンになる。このような地域では、在宅ケアを担う診療所、訪問看護や訪問介護の事業所が不足するため、現在ある病院・有床診療所や介護施設で慢性期の高齢者を受け入れることが、これまでと同様に必要となる。また、介護施設のショートステイが、不足する在宅ケアを支えるサービスとして重要になる。そのため、介護施設の日常的な医療を支える病院の役割が重要になる。

今回の新たな地域医療構想においては、上記のような地区診断を行ったうえで、各地域で必要となる病院機能を明らかにし、それをどこが担うのかを、これまでの各施設の診療実績を踏まえて検討していくことが求められる。この際、重要な視点は Patient flow の起点が慢性期になっていることでの理解である。このためには Post acute を担う病院の役割を正しく評価することが必要となる。このような意識変革ができることが新たな地域医療構想の実効性を高めるために求められる。

引用文献

1) 厚生労働省 第3回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

(令和7年8月27日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001548611.pdf>

(2) 大都市部における整備の考え方

【要約】

大都市部では急増する高齢者救急への対応が大きな課題である。高度急性期病院への集中を避け、地域包括ケアの基盤を持つ地域の病院がまず高齢者の救急を担うべきである。データやACP (Advance care planning) に基づくトリアージで機能分化を推進していく必要がある。各医療機関の機能分化を進めると共に、医療情報を効率よく連携するための医療 DX の推進や情報共有基盤の構築も不可欠である。PHR (Personal health record) 進展も有効だろう。大都市部の医療・介護連携においても情報共有を見据えて、DX を進めていくことが重要である。現状の構想区域は形式的な点があり、実情に見合った構想区域に見直す必要がある。都道府県医師会は地域医療構想の中で議論をリードしていくことが求められる。

■ 大都市部における地域医療構想の問題点

これまでの地域医療構想では、人口減少に対応することが最も大きな課題であった。つまり医療需要が減少するとき、既存の医療の供給体制が過剰となる可能性があるため、どのような対策をとるべきか議論されてきた。その一方、東京を始めとした大都市部では、医療需要は減少せず、人材不足による供給体制の維持が重要な課題となる。前者は「需要<供給」で、後者は「需要>供給」であり、課題としては全く逆である。そのため国のガイドラインを適用するには難しい面がみられた。

■ 2040 年に向けた東京都地域医療構想

東京都地域医療構想において、2040 年に向けた課題及び取り組みの方向性について意見交換を開始した。これまでの地域医療構想では3つの大きな論点があった。1つは高齢者救急を含む救急医療。2つ目が在宅医療。3つ目が医療機関連携である。この3点は地域医療構想開始時からの論点であり、地域医療構想の目標年である2025年を迎えても、同様に課題として議論され

ている。最近は人材不足も課題として挙がってきた。都道府県医師会は地域医療構想の中で議論をリードしていくことが求められる。

ここでは特に大都市部の高齢者救急について論じる。東京においても前述のとおり、医療・介護の人材不足の傾向はさらに強くなると予測される中で、今後も急増する高齢者救急に対応していくことは大きな課題である。それに対応するためには、地域医療構想を通じて、現存する医療機関の機能分化と連携を深めることが非常に重要である。

■ 地域包括ケアシステムを見据えた高齢者救急

大都市部では現状、高度急性期病院が高齢者救急まで対応する事態となっている。高度急性期の医療だけでは病床利用率が低下するからである。幅広く救急応需する医療機関は、患者や救急隊からすればありがたい存在である。しかし、高度急性期病院で全ての救急患者に対応できるわけではない。特に高齢者の場合は地域包括ケアシステムとの連携を考えれば、むしろ地域の病院で対応することが、急性期後の対応に資することになる。なぜなら地域包括ケアシステムのネットワークの資産は地域の病院の方が多く持っているからである。高齢者救急を特に分けて考える所以はここにある。（医療経済的な観点からも同一の治療を行った場合、高度急性期病院での治療の方が高額になるという懸念はある）

■ 大都市部における高度急性期病院に求められる機能分化と課題

大都市部の高度急性期病院に求められる機能分化は、専門性の高い急性期医療に特化することである。その場合、病床数を減少させて医療密度を高めることは選択肢として検討されるべきだろう。病床を削減し、医療密度を高めることが高度急性期病院において経営上、利点となることが示されなければならない。

高度急性期病院が専門性の高い急性期医療に特化する場合の課題はトリアージである。高齢者救急では基本的に地域の病院に搬送するべきだが、その中で、どの患者を高度急性期病院へ搬送するか判定することになる。短い時

間で収容先を選定する救急隊の判断が求められるかもしれないが、客観的な指標を用いたトリアージが理想的である。指標としては年齢だけでなく、発病前のADL (Activities of Daily Living) や介護保険制度の利用状況、基礎疾患、既往歴等が参照されるだろうし、データに基づいた生成AIによる重み付け、ポイント化も近い将来、容易にできるようになるだろう。しかしながら、トリアージ技術が進んでも、最も重視されるべきは患者本人と家族・関係者を交えたACP (Advance Care Planning) である。(Up gradeの費用負担が課題となりうる)

■ 高齢者救急における下り搬送と上り搬送

高度急性期病院に搬送したのち、いわゆる「下り搬送」で地域の病院に転院することが注視されてきた。これは新型コロナウイルス感染症の流行で強く印象化づけられた。しかし、地域包括ケアシステムとの接合を考慮すれば、高齢者救急において地域の病院がまず救急対応することが有効だ。地域の病院は医療水準の維持・向上と地域包括ケアシステムにおけるネットワークの強化が一層求められる。地域の病院で対応が困難な場合には、より高次病院に搬送されることとなる。これが「上り搬送」である。「上り搬送」は新しい連携ではなく、既に行われていたものではあるが、「下り搬送」との対比として、改めて認識する必要がある。

■ 医療における情報連携

機能分化と連携が地域医療構想の要所であるが、大都市部における高齢者医療の機能分化については前述した。ここでは医療連携について付言する。連携は「連携できる関係」「連携する情報」「連携するための基盤」に要素分解できる。連携できる関係についてはいわゆる「顔が見える連携」と言われてきたが、医療の効率化を求めるなら、顔が見えなくても連携していかなければならない。連携する情報については医療DXの推進、生成AIの活用で情報抽出が容易になるだろう。問題は連携のための基盤である。現時点では情報連携の基盤が脆弱である。全国医療情報プラットフォームの構築が進め

られているが、見通しは決して明るくない。もしかしたら医療機関間の情報連携よりも、PHR (Personal health record) の進展の方が早いかもしれない。PHR の進展は、国民のヘルスリテラシーの向上にも役立つ。

■ 医療と介護の連携

新たな地域医療構想において、医療と介護の連携は大きなテーマの1つである。

介護施設での医療は新型コロナウイルス感染症の流行によって様変わりした。介護施設でも医療を提供することが多くなったのである。しかし、どの介護施設でも医療を提供できるようにする必要はない。重要なことは医学的な判断のために相談ができる体制があり、必要な場合は速やかに医療機関に受診できることだ。方向性を誤ってはならない。

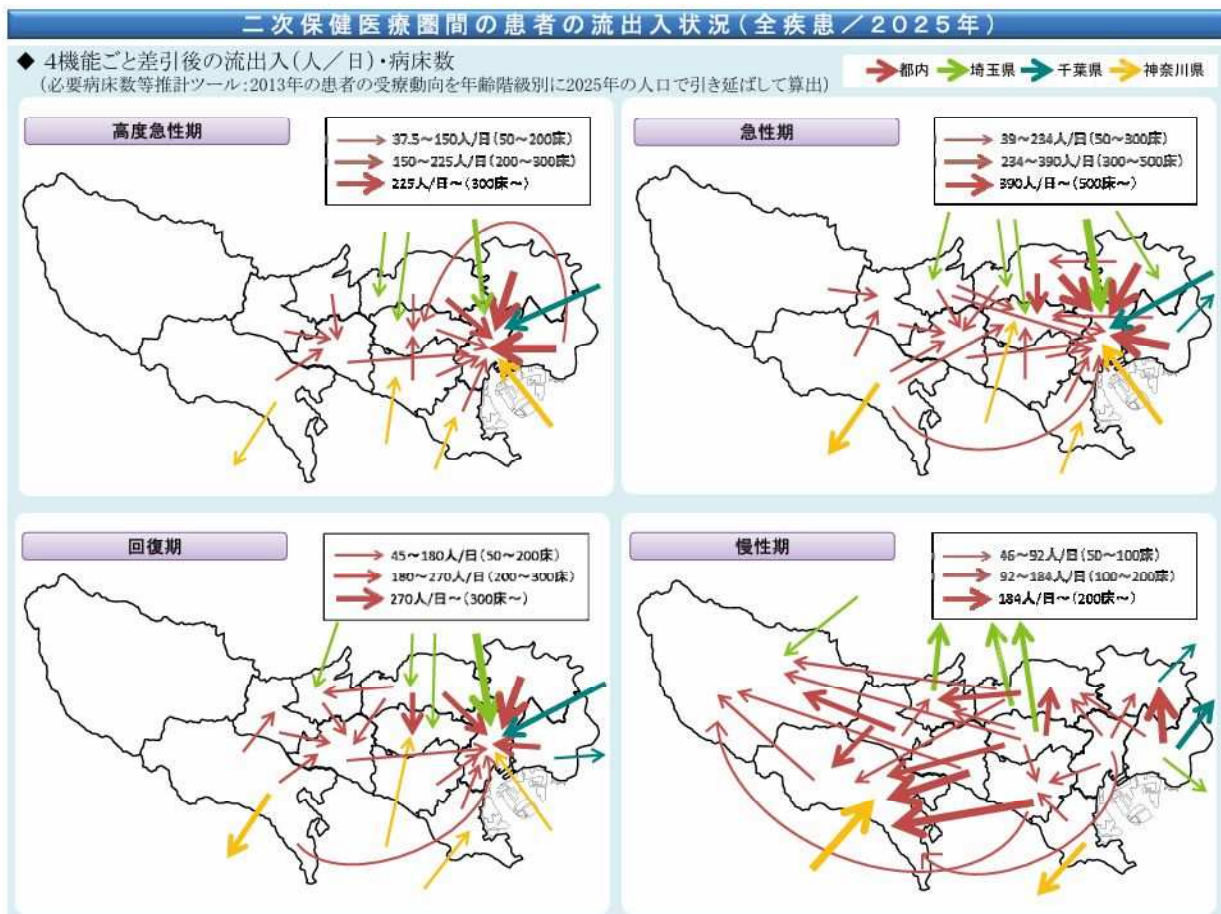
医療と介護ともに人が最終的に対応する分野であるが、どちらも今後人材不足は進んでいくため、事務的な作業はDX化されていく。大都市部では多数の医療機関と多数の介護施設が連携しているため、情報共有のDX推進は一層有効である。現状は医療と介護をつなぐ情報連携基盤の整備は進んでいないが、各施設で「たこつぼ化」することなく、情報共有を見据えてDXを進めていくことが重要である。

■ 構想区域・圏域について

大都市部の高齢者救急、医療・介護連携について述べたが、以下において構想区域の範囲について論考する。東京では、島しょを除くと12の構想区域に分かれているが、区域ごとでは医療は完結していない。区部で言えば区中央部と区西部に大学病院等の大きな病院があるため、特に急性期医療においては、その区域と周辺の区域の間で患者が移動している。また急性期後の慢性期の療養においては区部から多摩へ移動している。東京での構想区域は、単に隣り合っているという理由でまとめた人為的な区分けであり、人は構想区域に縛られることなく、交通網に沿って移動している。これまで区域ごとに調整会議が行われていたが、区域内で医療が完結している訳ではない

ため、有効な議論とはなりにくかった。東京の場合、一つの医療圏とみなした方が、实际的であることを強く主張したい。

参考：東京都地域医療構想（平成28年7月 p14）



(3) 地方都市における整備の考え方

■ 地方都市における整備の考え方

鹿児島県の県庁所在地である鹿児島市の人口は60万人弱で地方都市に該当する。恐らく全国の地方都市においても7大都市を除き、地方都市における医療体制整備の考え方は共通していると思われる。地方都市では、県庁所在地に人口が集中し、大学病院本院、救命救急センターや高度医療を担う急性期拠点病院があり、医療資源も医療人材も集中し、それ以外の人口の少ない地域では、急性期医療機能の確保をはじめとした診療科偏在、医師・看護師・医療従事者の偏在に悩まされていると推察される。

(鹿児島県の現状)

鹿児島県には9つの医療圏がある。鹿児島県医師会では、令和6年12月から各郡市医師会と2040年に向けた「新たな地域医療構想」をテーマに、地域が抱える課題について、地元市町村行政も交えた現地懇談会を行ってきた。各郡市医師会も医師・看護師不足・従業員不足に悩み、地域の医療機能の低下に悩む声が多くあった。もちろんそれぞれの地域で医療・介護の完結を目指す方向性は一致しているが、今後の需要と供給のバランス、医業経営の面を踏まえても、その実現のハードルは高い。救急医療で言えば、予期せぬ重症化のリスクがあった時に受け入れてくれる後方病床・高次医療機関の確保がなければ、患者を受け入れない場合があることが指摘された。県全体の医療提供体制を維持する上で、多くの医療資源を有する鹿児島市を含む鹿児島医療圏と、その他の医療圏とが連携を密にすること、さらには県境の地域においては、近距離の隣県の地方都市との連携体制の構築も詰めていくことの重要性を改めて認識した。

(地方都市の整備)

地方都市における整備については、当該地域の急増する高齢者への医療需要に注視しつつ、高齢者以外の世代への医療体制の維持と、周辺の人口の少ない地域の医療需要への供給体制を意識し、さらなる機能分化と集約化、在

宅医療提供体制の確保を意識して整備していく必要がある。

それには、まず地方都市の医療機関と人口の少ない地域の医療機関との役割分担、すなわち各々の地域における「治す医療」及び「治し支える医療」を担う医療機関機能を把握した上で、地方都市においては、人口の少ない地域において不足する医療機能を補完する体制作りが必要となる。

人口の少ない地域においては、高齢者が特有で繰り返す疾患の増加、入院することでのADL低下や認知症の合併症等に配慮すれば、患者の生活拠点に近い地域で完結できる体制を確立し、逆に医療資源が多く必要とされる医療については需要が減ることが予測されるため、地域医療支援病院等の基幹病院に医療機能を集約していく必要がある。その上で、地方都市の医療機関においては、人口の少ない地域への下り搬送をスムーズに行える体制を構築する必要がある。なお今後、高齢者世帯が増えていくことから、退院後は「家に帰る」のではなく、「地域社会に帰る」ことも目標に、施設在宅も視野に入れて検討すべきである。また地域医療の機能分化・集約においては、医師派遣機能を担う大学病院、そして都道府県行政との十分な協議・連携が重要となる。

介護に関しては、市区町村マターが入ってくることから、市区町村の役割は大きい。老年人口が増える中、介護ニーズの比重が大きくなる。限りある医療資源を有効に生かすためにも医療と介護の連携は欠かすことはできない。医療・介護も垣根を超えて郡市区医師会と市区町村、都道府県医師会と都道府県、そして大学が相応に連携し、県全体を俯瞰する視点で実効性のある地域医療提供体制の構築が重要である。

① 急性期拠点病院の考え方

大学病院本院・救命救急センターは、3次救急・高次医療に特化すべきである。それを踏まえて地方都市のその他の病院(準急性期拠点病院)は、地域の2次救急・医療を行うべきである。一方、人口の少ない地域の基幹病院(地域密着型病院)は、高齢者救急を中心に、地域の1次医療・救急にしっかりと対応し、地方都市の2次、3次病院に患者が集中しないような配慮が必

要である。そのためには、地域の医師が苦慮しないように地方都市の2次、3次対応病院との連携を緊密に行う必要がある。

② 高齢者救急の考え方

人口の少ない地域の病院(地域密着型病院)及び地方都市の準急性期拠点病院は、高齢者への対応を完結すべきである。また人口の少ない地域においては、患者のより身近な地域で対応できる医療・救急体制を構築すべきであり、本県においてはその方向である。課題は、その疾患への対応ができない時に、後方病床として受け入れてくれる都道府県庁所在地の2次、3次対応病院があるかの点である。地方都市の2次、3次対応病院との連携がうまくいけば受け入れ拒否も少なくなり、地方都市の2次、3次対応病院の負担が減ることになる。また在宅医療の需要も増えることから、在宅医療を行うかかりつけ医との連携、介護保険施設等とのスムーズな入退院ルールについても予め整備し、連携強化を図る必要がある。

③ 在宅との連携

コロナ禍以降、患者及び患者家族の終末期医療に対する考えも変わり、延命を望まず、看取りを希望する患者・家族も増えてきている。しかしながら人口の少ない地域では、在宅サービスの不足(対応できる医師の不足・看護師の不足等)で患者・家族が希望してもできず、結果的に病院での看取りが多いのが現状である。確かに看取り加算は増額されているが、地方都市の医療機関のように点数の恩恵は少なく、根本的なもの(人材育成)を増やさない在宅サービスは増えないのは自明である。訪問診療を行う日程を設定しても、患者自宅間の距離があり訪問できる患者数に限界があるので相応の診療報酬を得ることは不可能であり、緊急往診に対応できる人員調整・距離的な許容範囲には限界がある。

高齢者世帯も増えているため、地域では、「地域社会に帰る」ことを目標にすべきで施設在宅も検討すべき時期を迎えている。

④ 介護との連携

高齢者社会となり高齢者の救急患者も増えている。病院にとっては、救急患者対応を年齢によって峻別するものではない。しかしながら、自宅や介護施設から来られる高齢者は、治療後在宅復帰できる患者は良いが、多くの場合、叶わないことが多いことから介護施設に居を移す場合が多くなる。その場合、在宅復帰になるのかどうかは悩むところである。

今後の医療経営は高齢化の進展を考えると医療と介護の両方を必要とすることが多くなり、病院と介護施設との連携がこれまで以上に重要になってくる。

(4) 過疎地における整備の考え方

2040年に向けて日本全体としての人口減少、高齢化が進み、生産年齢人口は2025年7,300万人から1,100万人減少し、約6,200万人になると試算されている。労働者人口が減る一方で、85歳以上の高齢者人口は700万人から1,000万人以上に増加し、医療介護の必要数は上昇する。都市部と過疎地（人口の少ない地域）では人口減少の様相が異なり、過疎地の人口減少はより早く、高齢者人口までも減少していく。これまでの地域医療構想は2025年の必要病床約115万床に向けて病床数は減らしてきた。しかし4つの病棟機能を報告し、必要病床と稼働病床を比較するといった数合わせ的な議論が主体となり、それ以上の議論にはあまり進展はなかった。新たな地域医療構想では入院機能だけではなく、かかりつけ医や在宅医療等の外来機能、医療と介護の連携、医師の偏在対策等を含め、より広い議論を行っている。2040年を見据え、構想区域の見直し、急性期医療の連携・再編・集約化を進めていく必要がある、在宅医療需要は増加する地域もあるが、多くは減少していく。外来医療需要も減少していくと思われ、過疎地では生産年齢人口は10～50%程度と大きく減少し人の雇用がきわめて厳しくなるため、地域の実情に応じた必要な医療機能の維持が求められる。過疎地における高齢者救急、在宅、介護との連携、医療職の確保、2040年に向けた過疎地における整備の考え方について述べる。

■ 高齢者救急

都市部では医療介護の複合ニーズを持った85歳以上の年齢層は増加するため、救急搬送件数は増加していく。一方、過疎地では高齢者人口も含めて全人口が減少していくが、運転免許証返上、老老介護、高齢者のみの住まい・独居の増加により、病院へのアクセスが確保できないため軽症であっても救急搬送される件数はむしろ増加傾向にあり、全体としては高齢者の人口は減少しても、救急搬送件数はそれほど減少しない可能性がある。医療機関機能でいえば、高齢者救急・地域急性期機能を持つ病院の存在が重要で、急性期拠点機能病院と連携し、肺炎、心不全、尿路感染症、脱水等多くの高齢者が呈する患者の一次対応、必要に応じて急性期拠点病院への上り搬送、同時に下り搬送の受

け皿となる必要がある。また介護施設や在宅医療を担う診療所を支える機能も大切であり、構想区域内での病院同士の役割分担と連携がより重要となる。効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる。

■ 在宅、介護との連携

過疎地では医療介護の複合ニーズを持った85歳以上高齢者人口も減少していくが、それ以上に高齢者を支える若年者人口の減少が大きい。介護施設や在宅医療を担う診療所を支える機能が地域病院には求められ、在宅療養支援病院あるいは200床以上であれば在宅療養後方支援病院として在宅医療を支える機能が求められてくる。介護保険施設の協力医療機関としての役割については、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。その際、医療・ケアに関わる関係職種が、ICTを利用して診療情報を共有、活用して計画的な医学管理を実施する。とくに老人福祉施設入所者は高齢で要介護3以上の方や、認知症を有する方も多く、家族から「延命処置は望まない」「この施設で看取ってほしい」との希望も少なくないのが現実である。施設での看取りを含めたACP（Advance Care Planning）の推進は重要で、社会全体で看取りのあり方を考える必要がある。死亡場所の推移をみると、病院が減少傾向にあり、在宅、高齢者施設が増加傾向にある。ACPの普及により在宅、高齢者施設での看取りは増加、また尿路感染、軽い肺炎などは介護施設内で点滴処置などの医療対応が行われるようになると、病院への救急搬送は減少する。

■ 医療職の確保

人口の少ない地域における生産年齢人口の減少は10～50%と非常に大きく、ライセンスにかかわらずあらゆる医療者の雇用が難しくなっている。医師の地域偏在是正は喫緊の課題であるが実現はなかなか難しく、今般の医療法改正（令和7年12月12日公布）に医師偏在是正に向けた総合的な対策が盛り込まれた。今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保でき

ず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを都道府県が「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることとなる。具体的な政策としては地域偏在対策における経済的インセンティブとして、診療所の承継・開業・地域定着支援、派遣医師・従事医師への手当増額、医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援などがある。地域の医療機関の支え合いの仕組みとして、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大。外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請。保険医療機関の管理者要件が挙げられる。地域枠で奨学金養成医師には義務履行が生じるが、人口の少ない地域の中小病院勤務を是非組み込んでもらいたい。また若手医師の多くが都市部・専門領域志向を強める中、多様な疾患・患者を総合的に診る役割を担う医師は、今後の地域医療に不可欠であり、地域に密着した病院を主たる活躍の場とする「病院総合医」の育成・定着を重要な課題として位置づけるべきである。人員配置基準の議論は人材不足が加速していく現状を踏まえると緊急重要課題として検討すべきであり、診療報酬における現状のストラクチャー評価からプロセス、アウトカム評価も取り入れていく必要がある。薬剤師、看護師には処遇改善、派遣体制の構築も必須である。

■ 2040年を見据えた過疎地における整備の考え方

構想区域については、医療提供体制構築、必要病床数運用の2つの大きな役割があるが、過疎地では人口減少が大きいいため、今までの二次医療圏単位より構想区域も大きく設定する必要がある。ある区域について、単に人口20万人以上となるように見直す場合、区域同士の合併のほか、区域の交通の状況や急性期を担う医療機関の分布状況等を踏まえて、それぞれ別の区域と統合することも考えられる。また区域内では急性期医療の連携・再編・集約化を進めていくと同時に患者の医療へのアクセスを維持する観点から、地域の医療資源の状況や以下のような取組事例を地域医療構想調整会議で検討を行うことが重要である。

- ・オンライン診療 D to P : 外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施する場合がある。
- ・オンライン診療 D to P with N : 医療資源の乏しい過疎地にとってはきわめて有用であり、2つのタイプがある。ひとつは医療機関に患者は受診し、医師は離れた他の医療機関からオンラインで診察する。もう一つは看護師がタブレットのようなデバイスを持って患者の居宅に行き、医療機関に医師がいてオンラインで診察する。患者は難聴な高齢者が多く、そばに看護師がついて診療の手助けをすることにより診療がスムーズに進む。
- ・オンライン診療 D to D : 遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援する。
- ・巡回診療 : 医療従事者が乗車した移動診察車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施する。患者は遠方への通院の必要がなく、医師はこれまで訪問診療のために要していた移動時間を、外来の患者や緊急性の高い患者の対応に充てることが可能となる。地方自治体が巡回車を走らせて患者の負担を軽減するための事業を行っているところもある。

以上、人口の少ない地域は医療資源が乏しく、ICT を利用した医療提供体制の工夫がこれから進んでいくことが期待される。

(5) 大学病院の役割

■ 従来の特設機能病院としての役割の検証

近年、大学病院の経営の問題が顕在化してきた。その背景としては、抱える職員が多く、かつ、高度医療に加え医師育成等の教育や研究を行い、さらに政策医療等を含めた地域への貢献を行うべき大学病院にとって、昨今の診療報酬の仕組みは大学病院が健全な経営を行うには厳しすぎることもある。加えて、文部科学省としての大学病院への支援は原則的には教育や研究に関わるものに限られるため、経営に直接つながる支援はこれまで行われていなかった。また働き方改革が行われ、人員の確保や必要な投資が増加して、さらに大学病院の運営は厳しさを増している。全国医学部長病院長会議では、定期的に経営状況の調査を行い、その内容について記者会見等で発表してきている。

現在、厚生労働省と文部科学省による大学病院への支援のスキームが考えられており、その中で、特設機能病院としての役割を再定義することで、地域医療への関与を一層進めつつ、今後の大学病院の活動が持続可能な仕組みとなるように検討されている。2025年に行われた厚生労働省の特設機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会では、特設機能病院のあり方に関するとりまとめとして、現在の「承認要件」を、すべての大学病院本院が満たすべき「基礎的基準」として整理するとともに、個々の大学病院本院が地域の実情も踏まえて自主的に実施している高度な医療提供・教育・研究・医師派遣に係る取組を「発展的基準」によって評価し、その結果を公表するとしている。その中核となる基礎的基準を以下に示す【図1】。

【図1】

承認要件のうち基礎的基準（第27回厚生労働省の特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会の資料より）

基準	項目
医療提供	紹介率、逆紹介率、 <u>基本診療科の幅広い設置</u> 、専門医配置、高難度新規医療技術への対応、先進医療又は難病医療等の実施等。
教育	<u>いわゆる Student Doctor の育成</u> 、研修医数 [※] ・ <u>専攻医数[※]</u> 、 <u>幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること</u> 、 <u>地域の医療機関への学習機会の提供[※]</u> 等、 <u>看護師・薬剤師その他専門職の実習受け入れ・育成[※]</u>
研究	査読付き英語論文 [※] （Case Report や Letter については、 <u>本数制限や割引等を行う。</u> ）、IRB 設置、COI 管理、 <u>研究支援組織設置等</u>
医師派遣	<u>地域に一定の医師派遣を行っていること[※]</u>
医療安全	管理者の要件（医療安全に係る経験、研修受講義務等）、医療安全管理部門の設置（ <u>重大事案発生時の対応の強化等</u> 、専従の医師、看護師等の配置等）、医療安全管理責任者の配置（ <u>要件（医療安全にかかる経験）、業務内容の明確化等</u> ）、ピアレビュー（ <u>内容の明確化等</u> ）、監査委員会の設置（ <u>委員の要件の追加、監査内容の明確化</u> ）、高難度新規医療技術への対応等 【 <u>重大事案の考え方について、患者への影響度及び回避可能性が一定以上のものを明確化</u> 】

（注1）太字下線が新設。

（注2）※を付した事項については、地域の実情や地域において果たしている役割を踏まえた評価を行う。

■ 医師派遣

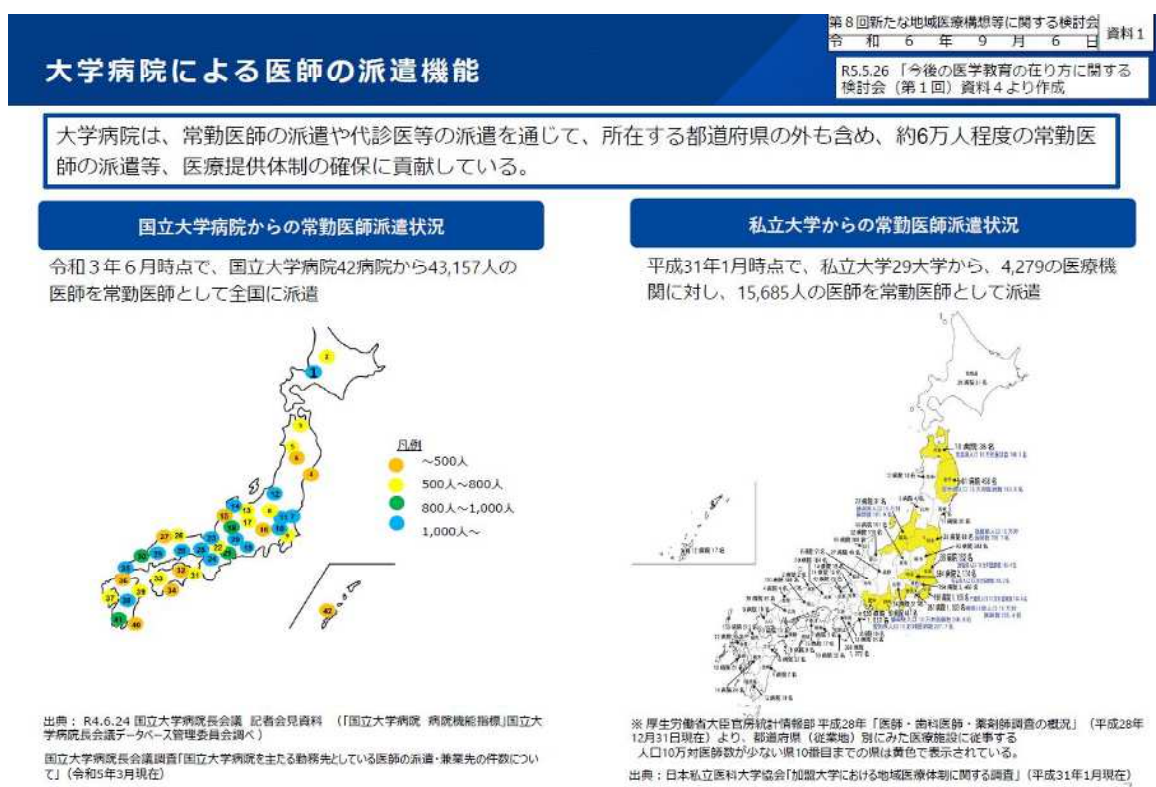
かつての医局システムは、臨床・研究・教育を担う人材を大学に蓄積し、その上で地域医療機関へ計画的に派遣する循環構造を形成していた。若手医師は大学に所属しながら、地域での臨床経験、大学院進学、研究、留学など、長期的視点でのキャリア形成が可能であった。しかし新臨床研修制度後、若手医師が市中病院を初期研修先として選好する傾向が強まり、大学への入局者減少、大学病院自体の診療体制の脆弱化、さらには研究時間の減少による学術力の低下が生じた。とりわけ地方大学では医師数が少ない中での負荷が大きく、地域医療の基盤が大きく揺らいだ。

大学の努力と地域枠制度の定着、自治体との連携強化などにより、地域への派遣状況は徐々に改善しており、大学からの県内や県をまたいだ派遣が一定数行われて、地域医療を支えている【図2】。

【図2】

大学病院による医師派遣機能（厚生労働省第8回新たな地域医療構想等に関する検討会資料1.2024.9.6.22p：38p

(URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001300617.pdf>)



大学医局が担う派遣機能は現状でも地域医療の生命線となっている。しかし、大学医学部・大学病院では、賃金が他の医療機関に比べて低く、教育・研究・診療の「三本柱」をこなしながら、最新機器の更新もままならない厳しい環境に置かれている。この環境の中で若手医師が大学に残るメリットを見出せず、人材流出の懸念が一段と高まっている。派遣体制を維持するには、大学病院が魅力ある場所となり、人が集まっている必要がある。そのためにも、大学の働き方改革対応、設備更新、教育・研究環境改善には明確な財政支援が不可欠と考える。

■ 総合診療

特定機能病院の新たな基準では、医療提供の中で基本診療科の幅広い設置及び、幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていることとして、その中に総合診療が含まれることとなった。しかし、総合診療科は、2025 年末時点の医療法及び関連する政省令において、一般のクリニック等で独立した標榜診療科としては認められていないため、今後の医療制度の中での位置づけについては更なる検討が必要となる。

総合診療は、病院においては病院総合医、外来診療においては初診の総合診療やプライマリ・ケアが想定されるが、その両者の役割をこなすには多くの総合診療医が必要となる。現状の専門診療科が中心の多くの大学病院の体制の中では、総合診療の役割は期待されているものの、実際には大きな組織改編が行われていないため、活躍する場は限られている。そのため、現状に合わせ、実質的な診療を担っている部門が存在していることで差し支えない、との記載も加えられている。一部の大学病院の総合診療担当部門では、地域の関連病院において、総合診療医としての活躍の場を創出している事例（佐賀大学、筑波大学、富山大学など）があり、注目されている。

新たな地域医療構想で目指すことになっている、治し・支える医療や地域包括ケアの実践においては、総合診療医の役割がより重要となるため、医育機関において、総合診療医の姿を学生や若手医師がロールモデルとして身近に感じることが重要である。

参考として、日本プライマリ・ケア連合学会の大学ネットワーク委員会が2022 年 4 月に、全国の大学総合診療関連部門を対象に大学総合診療関連部門に対して行った全国調査の結果を以下に示す。

- 全国 82 大学中、64 大学が回答（回答率 81.0%）。
- 部門の構成メンバー数は平均 9.1 人（本務メンバーは平均 7.3 人）。
- 総合診療専門研修プログラムの専攻医数は平均 5.4 人。
- 53 大学（81.5%）が基幹型施設として総合診療専門研修プログラムを有する。
- 外来診療を行っている大学は 58 大学（89.2%）、初診患者数は平均 811.4

人/年。

- 42 大学 (65.6%) が COVID-19 外来診療を担当、26 大学 (40.0%) が COVID-19 入院診療を担当。
- 全ての大学が医学生に対する卒前教育を担当。
- 55 大学 (84.6%) が初期臨床研修で指導を行っている。
- 46 大学 (73.0%) が博士課程を開講。
- 大学院生数は平均 2.7 人で、国公立大学が多い (3.1 人)。
- 47 大学 (72.3%) が外部資金を獲得。
- 学会発表は国際学会で平均 3.3 件、国内学会で平均 30.8 件。
- 地域医療連携や教育体制の構築に力を入れている大学が多い。

■ 2040 年を見据えた大学病院の役割【図 3】

「新たな地域医療構想等に関する検討会」で議論されてきたことは、地域の実情に応じて、医療機関の役割分担を明確化することである。その中で、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されることとなっている。

これまで大学病院は特定機能病院と分類はされていたが、地域医療との関係を含め、今回、広域な観点からの医療提供体制の中で定義されることとなった。そこでは、特定機能病院の定義の中に、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とが示された。

一方、大学病院の二次医療圏における二次救急や専門医療の役割について他の病院と競合する懸念もあり、地域ごとの話し合いが必要である。しかし、三次救急や高度医療に特化することは、人材育成においては必ずしも適切ではなく、人材育成機能と診療機能の両者のバランスを取るような話し合いが望ましい。

これらの役割および機能は、これまで大学病院が自明のこととして実施してきたことであるが、地域との関係、大学病院の歴史背景と病床数や職員数な

どの大きさ、そのミッションなどから、果たしている役割には各々の大学病院で強弱がある。それらの機能を報告し、評価されるのであれば、その背景については十分に考慮されるべきと考える。

【図 3】

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）（厚生労働省第8回新たな地域医療構想等に関する検討会資料 1. 2024. 9. 6. 36p : 38p

(URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001300617.pdf>)



(6) 専門病院の役割

■ 各地域の Patient flow 中での位置づけ

地域医療提供体制を考えるうえで最も重要なのは、地域における「Patient flow（患者の流れ）」を明確にし、①地域住民 → ②かかりつけ医 → ③一般病院 → ④専門病院 → ⑤回復期・慢性期 → ⑥再びかかりつけ医、という循環を確実に機能させることである。しかし現実には、地域ごとに医療機関の構成や機能が大きく異なり、Patient flow の各段階が曖昧なまま運用されている地域も多い。

特に「専門病院」は制度上の正式区分ではなく、がん・心臓・脳など特定領域に特化した医療機関を指すにとどまるため、一般病院との境界が不明瞭である。高齢化に伴い多疾患併存が増える中、この点が医療機関間の役割分担を不明確にし、地域医療の効率性を損なう大きな要因となっている。したがって、地域医療構想を再構築する上では、専門病院の定義と役割を制度的に整理し、かかりつけ医・一般病院との連携モデルを体系的に再設計することが不可欠である。

専門病院の役割を明確化するためには、まず各病院が「どの領域で、どの疾患・病態に対して、どの程度の専門性を有するのか」を明示する必要がある。そのうえで、各地域で人口の変動を踏まえ、症例数（量）や治療成績（質）を地域に定期的に公開する仕組みを整備すべきである。これにより、専門病院としての責任と専門性が可視化され、地域全体での医療資源の最適配置が進む。また、専門病院は診療報酬上も一般病院より高い単価となる傾向があるため、治療成績に差が出ない疾患は、一般病院で対応するという「機能分化の徹底」も求められる。

今後の地域医療構想では、特定機能病院・専門病院・一般病院・かかりつけ医の役割を明確に位置づけ、Patient flow を地域全体で共有することが不可欠である。かかりつけ医を中心とした循環型医療体制を確立することこそが、

地域医療を次の段階へ進めるための基盤となる。

■ 専門医制度への対応

日本の医療提供体制を考えるうえで、専門医制度と専門病院（基幹施設、連携施設）の役割は不可分である。専門病院は高度専門医療の中核として機能するが、その基盤となる専門医制度は長年学会主導で運営されてきたため、基準の統一性や透明性に欠け、公共性にも課題がある。この構造的問題は、専門病院の役割の曖昧さや地域医療構想の実効性低下につながっている。

学会（領域）ごとに専門医認定基準や研修内容が異なるため、専門医の質にばらつきが生じる。また、専門医更新に必要な講習や学会参加が学会の収益源となっているため、専門医数の調整が進みにくいという構造も制度改革を阻む要因となっている。

こうした制度の不統一は、専門病院の専門性評価にも影響を及ぼす。専門病院はがん、循環器、脳卒中、小児など特定領域の高度医療を担うべきだが、専門医制度の基準が統一されていないため、どの領域でどの程度の専門性を持つべきかが地域ごとに曖昧になり、医療資源の最適配置が難しくなる。また、専門医の都市部集中により、地方では専門病院としての機能が十分に発揮できない状況も生じている。

専門病院の役割を明確化するには、専門医制度の透明性と第三者性が不可欠である。症例数や治療成績の公開基準も学会ごとに異なるため、地域全体での比較が難しい。専門医制度と連動した客観的な評価基準の整備が求められる。

この点において現在制度の中心的役割を担う日本専門医機構だけでは十分といえるだろうか。日本専門医機構は従来の学会主導だった制度に公共性と透明性を持たせるために設立された第三者機関であるが、基準の実質的な統一化や地域偏在の是正といった政策的課題については、専門医制度と専門病院の役割を地域医療構想と整合的に再構築するために、日本医師会の関与は必要と考えられる。

このため、日本医師会・日本医学会ならびに日本医学会連合が緊密に連携し、

日本専門医機構と協働して、制度全体の基準の整理・統一化および公共性の強化を進めていくことが不可欠である。

そのうえで、日本医師会・日本医学会ならびに日本医学会連合・日本専門医機構が専門医制度の基準統一化、専門医数の需給調整、専門病院との連携強化について調整・協働し、制度の公共性を高めることで、専門医制度は透明性と公平性を備えた仕組みに進化し、専門病院は地域医療の中核として明確な役割を果たせるようになる。これにより地域医療構想の実効性が高まり、日本の医療提供体制の持続可能性が向上すると考えられる。

■ 回復期リハビリテーション

本項では、回復期リハビリテーションを専門とする病院における現状と課題を整理し、質の高い、地域で切れ目なくリハビリテーションを提供するための体制整備に向けた提案を以下に示す。

課題：質の高いリハビリテーションの提供

① ADL 訓練環境

- 1) 閉鎖的なリハビリ室で実施されるリハビリが問題
- 2) 病室、院内、院外、自宅や職場への出張リハの必要性
- 3) 他職種（医師、看護師、介護士等）との連携、情報共有不足
- 4) リハビリ室⇄機能訓練と ADL、社会参加練習のバランス

② 重症患者の捉え方

- 1) 主病名（脳梗塞、骨折等）と合併症（糖尿病、癌、腎不全等）、症状（低栄養、脱水、疼痛等）の整理が必要
- 2) 状態像（寝たきり）、FIM 点数（30 点以下）だけを見て、リハビリの必要性を論ずるのは間違い
- 3) 認知症患者+脳梗塞 or 骨折等の対応ができていない

③ 医療としてのリハビリテーション

- 1) 画像診断（X 線、CT、MRI）を医師だけでなくセラピストも勉強する必要あり

- 2) 予後予測、評価、プログラム立案に画像診断は必須
- 3) 医師（必ずしもリハ医でなくても良い。むしろ内科、脳外科等専門医を経た医師の方が望ましい）の関与がリハビリテーション医療には必須
チームリーダーとしての医師、患者の全身状態管理を行う必要性あり（2024年の体制強化加算が無しになったのは残念）

④ 社会復帰支援の不足

ADL向上を目的とするだけでなく、復職、修学を含めた社会復帰支援が不足している

⑤ 地域連携の強化

回復期リハ退院後の訪問、退所、外来リハの不足（特にST〔言語聴覚士〕）、介護サービス、家族サポート体制の不足

⑥ マンパワー不足

一部の回復期リハビリテーション病棟においてはセラピスト数が十分ではない

提案

- ・それぞれの課題に対して、診療報酬改定での除外基準緩和や評価制度の見直しが必要。（重症度、高次脳機能障害等）
- ・質向上のために専門職（歯科衛生士、管理栄養士等）の病棟配属に対する評価が必要。
- ・それぞれの職種に対して研修機会を確保し、リハビリテーション医学への理解を深める体制が必要。

■ 2040年を見据えた専門病院の役割

2040年の日本では、人口減少と超高齢化により医療需要が一層複雑化し、限られた医療資源を効率的に活用する体制が不可欠となる。その中で専門病院は、高度専門医療を担う「地域の中核」として、より明確な役割を果たすことが求められる。特に症例数が減少する2040年においては、専門病院が一定

の症例を集約し、専門性と医療の質を維持する仕組みが不可欠となる。

このため、各地域では専門病院の「統合・再編」が避けられない課題となる。現在のように複数の医療機関が同一領域で症例を奪い合う状況では、症例が分散し、専門性の維持が困難となる。少子化がさらに進む2040年に向けては、地域医療構想も従来の二次医療圏単位では限界があるため、場合によっては都道府県単位での再編が必要となる。そのうえで、専門領域ごとに中核病院を明確化し、類似機能を持つ病院の統合や役割分担の再整理を進めることが求められる。

特に、がんや循環器など高度治療を要する領域では、各地域に必ず存在する特定機能病院との役割分担を明確にしつつ、地域ごとに「1～2カ所の専門拠点」を設け、周辺病院からの紹介を一元化する体制が望ましい。これにより、症例の集中と専門性の維持が可能となり、医療の質向上にもつながる。

さらに、専門病院が症例数・治療成績・専門医配置などのデータを地域へ公開し、医療の透明性を高めることは統合・再編に向けた合意形成を促すうえでも重要である。データに基づく議論が進むことで、地域医療構想の実効性が高まり、医療資源の最適配置がより合理的に進められる。総じて、2040年の専門病院には「高度専門医療の提供」「症例集約」「地域での統合的役割分担」「データ公開による透明性向上」という役割を担う存在へと進化することが求められる。

(7) 慢性期病院の役割

慢性期病院の役割について、患者の流れ (Patient flow) の観点から整理した内容を示す。医療・介護の橋渡し機能を担う慢性期病院は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な存在である。また、多職種が連携し患者の長期療養を支える拠点として、医療資源の効率的活用および地域医療体制の維持に重要な役割を果たしている。

■ 各地域の Patient flow の中での位置づけ

(ア) 医療と介護の橋渡し

- ① 高度急性期治療を経た患者の回復期、中長期入院医療や慢性疾患管理を担う役割
- ② 地域医療構想における地域包括ケアシステムの中核として、在宅復帰や施設移行までの橋渡し機能を担う連携拠点
- ③ 医療と介護の評価方法の統一が必要

(イ) 多職種連携の拠点

- ① 医療・介護・福祉の多職種連携拠点として、患者の QOL 向上を目指したケアプランの作成を推進

(ウ) 医療資源の効率的な活用による地域医療体制の堅持

- ① 高齢者や慢性疾患患者の長期療養を支える地域資源として、家族や地域社会との協働を強化
- ② 急性期病院のベッド回転率向上を支援し、医療資源の効率的な活用に貢献
- ③ 地域の医療機関・介護施設・行政との情報共有を促進し、患者の途切れないケアを実現

■ 2040 年を見据えた慢性期病院の役割

2040 年には高齢者人口がピークを迎え、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加し、救急患者の病状も複雑化するため、単なる「リハビリ病院」「長期入院施設」ではなく、軽症救急患者を含めた医療・介護・生活支援を統合した包括的かつ多機能性が求められ、地域医療の要として、多職種連携・ICT 活用・個別ケアなど新たな役割を担うことが期待される。

(ア) 超高齢社会における「地域多機能型病院（ごちゃませ病院）」への進化

- ①慢性疾患患者や認知症高齢者の増加に対応する医療・ケア体制の強化
- ②軽症救急患者の受け入れ、治療の充実化（例〔7 病態〕誤嚥性肺炎・尿路感染症・その他の感染症・褥瘡・脱水・低栄養・慢性心不全）
- ③在宅医療・訪問看護・介護との連携をより深化させ、地域全体での患者支援体制を構築
- ④患者・家族への相談支援や意思決定支援を充実させることで、尊厳ある療養生活を支援

(イ) 人材不足対応と DX（デジタル変革）の推進

- ①ICT や AI 等のデジタル技術を活用した遠隔診療・リモートモニタリングによる効率的なケア提供
- ②医療従事者の働き方改革を推進し、職員の定着・育成を図ることで質の高い慢性期医療を維持
- ③災害時やパンデミック時の地域医療のバックアップ機能として、柔軟な体制を構築

(ウ) 地域共生社会の形成への貢献

- ①地域住民の健康増進活動や予防医療の推進拠点として、健康教育や地域イベントを積極的に展開
- ②多様化する患者ニーズに対応した個別化ケアの実現（多文化対応、生活背景への配慮など）
- ③地域全体の医療資源配分を最適化し、持続可能な医療体制の構築に寄与

(8) 医師偏在対策と医療人材確保に向けた課題と展望

—病院団体と医師会の役割—

■ 序論：日本医療を揺るがす構造的危機と「2024年問題」

わが国の医療提供体制は今、未曾有の転換期を迎えている。厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計」によれば、医師数は2022年時点で約34.3万人と、過去数十年にわたり増加の一途をたどっている。しかし、統計上の数字とは裏腹に、現場の医師不足感は解消されるどころか、むしろ激しさを増している。このパラドックスの根底にあるのが、「地域・診療科の偏在」という構造的課題と、2024年4月から施行された「医師の時間外労働上限規制（働き方改革）」の衝突である。

これまで日本の医療は、医師の自己犠牲を伴う長時間労働によって辛うじて維持されてきた。しかし、働き方改革は、医師の健康と医療の安全を守るために不可欠な一歩である一方、地方医療の現場にとっては、これまでの体制を維持するために、より多くの医師を必要とする「2024年問題」として重くのしかかっている。この労働力の「穴」を埋めるべく、医療機関は高額な手数料を伴う民間人材紹介会社への依存を強め、結果として病院経営が圧迫されるという悪循環に陥っている。本稿では、国が進める対策の限界を検証し、人口減少社会における人材確保に向け、病院団体と医師会が果たすべき役割を考える。

■ 医師偏在対策包括パッケージの概略と展望

政府は2024年度に包括的な対策パッケージを決定し2025年度に医療法の改正を行った。過去、都道府県ごとの医師確保計画において「医師少数区域」を定義し、医学部入学定員における「地域枠」の拡大を強力に推進してきた。現在、医学部定員の約1割から2割がこの地域枠で占められており、将来の地方医師確保の重要な供給源として期待されている。

今回のパッケージでは、さらに、外来医師過多区域での開業や、病院長（管理者）への就任を制限・条件化する「管理者要件」の導入により、中堅以上の医師を地方へ誘導するインセンティブ構造の構築を図っている。

しかし、これらの政策は「数」を物理的に移動させることに主眼が置かれ、医師という専門職のキャリア形成に対する配慮が希薄であると言わざるを得ない。特に、若手医師を地域枠で「縛る」手法は、義務年限中の教育環境の質の低下や、義務明けの都市部への一斉流出を招く「リバウンド現象」が懸念される。また、地理的な偏在のみならず、激務となりやすい外科や産婦人科を避け、比較的 QOL の確保しやすい皮膚科等へ流れる「診療科偏在」に対する対応策にはなっていない。診療報酬や税制面でのよりドラスティックな傾斜配分に関しては 2026 年改定でも、なかなか踏み出せていない状況である。現行のパッケージ政策は、とりあえず実施しないよりはよいというレベルと思われ、今後、さらなる施策の追加が必要となる可能性が高いと思われる。

■ 医療職業紹介業の台頭と医療経済の歪み

医師偏在の隙間を埋める形で急成長したのが、民間の医療職業紹介業である。病院団体が行った実態調査によれば、民間紹介会社を介した医師採用の手数料は年収の 20% から 30%、金額にして 1 人あたり 400 万円から 700 万円に達するケースも少なくない。本来、国民の保険料や税金によって賄われる診療報酬が、医療の質向上ではなく、民間企業の利益へと流出している現状は、医療経済の健全性を著しく損なうものであり、対策が必要である。

さらに、一部の悪質な業者による「早期離職の誘発」も問題となっている。紹介した医師に対し、一定期間が経過した後に別の好条件を提示して転職を促すビジネスモデルは、地域医療における「主治医としての継続性」を破壊し、病院経営を疲弊させる。紹介会社が医療機関の弱みに付け込み、短期的な利益を追求する現状は、医師と地域の信頼関係を断絶させる要因ともなっている。

現在、一部の医師会において独自のマッチング制度を導入している地域がある。今後、これらマッチング制度の拡充を、医師会・病院団体が協力して実施していく必要があると考える。

■ 病院団体と医師会が果たすべき自律的役割の再定義

これらの諸課題を解決し、持続可能な医療を構築するためには、病院団体と

医師会がそれぞれの立場から行動を起こさなければならない。病院団体は、紹介会社に依存しない「共同採用プラットフォーム」の構築を医師会と協力し、自ら汗をかき主導すべきと考える。岡山県の「医師確保支援センター」のように、行政と連携して医師のライフスタイル（教育・住宅・配偶者の就業等）までをトータルにサポートする体制を整えれば、高額な手数料を払わずとも良質な人材をひきつけることが可能である。

一方、医師会は、プロフェッショナルとしての自律（オートノミー）に基づき、地域内での医師の役割分担を調整する機能を果たすべきである。地域の開業医が、病院の夜間・休日診療を交代で支援する「地域内医師シェアリング」の構築は、病院勤務医の過重労働を直接的に緩和する。また、医師会が中心となり、住民に対して「適切な受診行動（コンビニ受診の抑制）」を啓発し、医療資源を有限な宝として守るための意識改革を促すことも、極めて重要な役割である。

■ 展望と結論：医療を「公共財」として守り抜くために

今後の日本医療にとって、制度による「強制的な医師の配置」は、あくまで短期的・対症療法的な手段に過ぎない。真の解決策は、医療を「市場の商品」として扱うのではなく、地域全体で支える「公共財」として再構築することにある。

人口減少社会においては、医療機関の集約化と機能分化を避けて通ることはできない。全ての病院が全ての機能を維持しようとするれば、医師は分散し、全員が共倒れになる。しかし、すべてを基幹病院に集約化すればよいというものでもない。今後の地域医療構想では、集約化すべき医療と分散配置すべき医療をしっかりと見定め、病院団体と医師会は、政治や住民の反発を恐れず、医療の質と安全を守るために地域医療提供体制の再編を推進し、また、空白をデジタル技術や多職種連携で埋めるという、新たな医療提供モデルを自ら提示すべきである。

わが国の医療人材確保の成否は、テクノロジーによる省力化と、人間のプロフェッショナルリズムによる調整の融合にかかっている。国が用意した地域医

療構想、包括パッケージというハードウェアを、現場の英知によって価値あるソフトウェアへと変えていく必要がある。

(9) 2040 年を見据えた病院と地域医師会の医師同士の関係構築と協力体制（病院勤務医の医師会活動への参画促進、医師会としての勤務医の支援）

新しい地域医療構想の実現には勤務医の参加が成功の鍵となる。なぜなら病院・病院連携、病院・介護連携においては勤務医の参画が是非とも必要であり、彼らの協力がなくしては成し遂げられない。また、勤務医の医師会への参加やかかりつけ医との顔の見える関係構築も重要と考える。

■ 病院勤務医の医師会への参画促進

① 医師会活動の理解促進

医師会の3層構造への理解や医師会が行っている仕事を特に若い勤務医に理解を深めていただくことが重要と考える。これは日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会ともにもっと積極的に広報に努めるべきである。医師会の開催する行事（例えば総会、研修会、講演会、産業医研修会など）に参加を促し、医師会の事業の理解を深める。日本医師会が医師の集団として日本では最大の団体であり、国へ医師の意見が届くには医師会を通して行うのが最も有効であるといった意識改革も必要かもしれない。

また、医師会にある各種委員会の委員を積極的に勤務医に参加を促し、委員に登用して勤務医の意見を反映させることも重要である。

② 病院内の環境整備

医師会活動が勤務医でも可能となる環境整備が必要である。特に公立病院では医師会活動が兼業となる可能性があり、容易に医師会活動が兼業として認められるように医師会が行政に働きかけるべきである。

③ 情報共有

勤務医と医師会の顔の見える関係づくりにおいては情報共有が重要である。情報共有では地域医療情報ネットワークの構築が必要となろう。病院と診療所との患者さんの情報共有ができる医療 DX の構築や、地域

に存在するネットワークを相互に診療録を共有できるものに進化させることにより患者さんの紹介や逆紹介がスムーズに行われる。現在行われている地域連携パス拡大も行わなければならない。

新潟県下で行われている大腿骨近位部骨折の連携パスは 2 次骨折予防として有効に機能している。大腿骨近位部骨折を治療した急性期の病院から回復期への病病連携がうまく機能し、回復期から診療所には病診連携として在宅における骨粗しょう症治療薬の継続投与が依頼され継続している。

④ 公共的な仕事の分担

医師会活動の理解の一つとして、公共的な仕事への参画を促すことである。具体的には、学校医、警察医、産業医などである。近年、診療所の先生方の高齢化や、診療所が少ない地域の公的なこれらの仕事は診療所の先生方で受け持つことは困難になってきている。そこで勤務医にこれらの仕事に参画してもらうことで医師会の理解促進となる可能性がある。それには病院の勤務時間内の参加や時間的融通が利くシフト調整などを考慮していただく必要がある。

■ 医師会としての勤務医支援

①働き方改革への対応

また医師の働き方改革の対応においても、病院の救急患者さんの負担の軽減においても一次救急患者を医師会で診ていく休日、夜診療所の開設、充実も大切と考える。

②生涯教育・キャリア支援

近年、定年退職まで勤務医を継続することが多くなり、定年後の就職では健診センターや介護施設など総合的診療能力が必要となる場合が多い。特に外科系の医師にとって総合的診療能力を身につけることで容易に再就職が可能となる。そのために医師会を中心として、リカレント教育を行う必要がある。総合的診療能力を持つ医師が増加すれば地域の

医師偏在解消にもなるかもしれない。新潟県医師会では勤務医を退職した医師の方々に、総合的診療能力を持っていただくために、新潟大学医学部の総合診療内科と共同で各疾患の専門家にビデオ作製を依頼している。

また、勤務医が容易に開業や事業継承ができるように県医師会報に事業継承の募集広告も載せているなどの環境整備を整える支援を行い、保険制度の知識を得るための講習会の開催も必要と思われる。

特に、女性医師支援では子育て中の女性医師のキャリア形成としての講演会や生涯教育プログラムなどの開催を医師会中心に行う。

③生活支援

女性勤務医のために女性医師相談窓口など行政と協力して設置し、子育てや介護と仕事の両立をサポートする体制の構築を支援する。特に新潟では女性医師の相談窓口の開設や、妊娠中の女性医師のためにマタニティースクラブを貸し出す事業も行っている。子育て中の医師には急な病院からの呼び出しや手術などで帰宅できない場合は夜間の病院保育も考える必要がある。ある県医師会ではベビーシッター制度を行っており、急な夜間呼び出しにこたえられるような制度も必要ではないかと思われる。

④医師確保対策

医師の不足している地域では、医師確保のためにまずは初期研修医の確保が重要となる。魅力ある初期研修医のプログラムを作成すべきであるが、これは行政、大学と医師会が協力して行うことが重要である。特に、医師会はその地域の魅力発信が重要で、その都道府県の魅力を知ってもらう必要がある。それには、全国からのインターン生を機会があるごとに医師会活動に招待し、医師会員の家にホームステイをしてもらうことなどのもてなしも重要と考えている。一般枠の学生に対しても卒業後、地元に残ってもらうために学生時代から地域の魅力を知ってもらうような教育（新潟では地域学習：医学部学生が数人で新潟の地域に出か

けていき、その地域の課題や魅力を発見し、課題解決や問題点を話し合う学習、また医学1年生に対する EME 学習：入学から初めての夏休みに医師会員の診療所や病院見学で医療を肌で感じ取る学習)が必要と思われる。

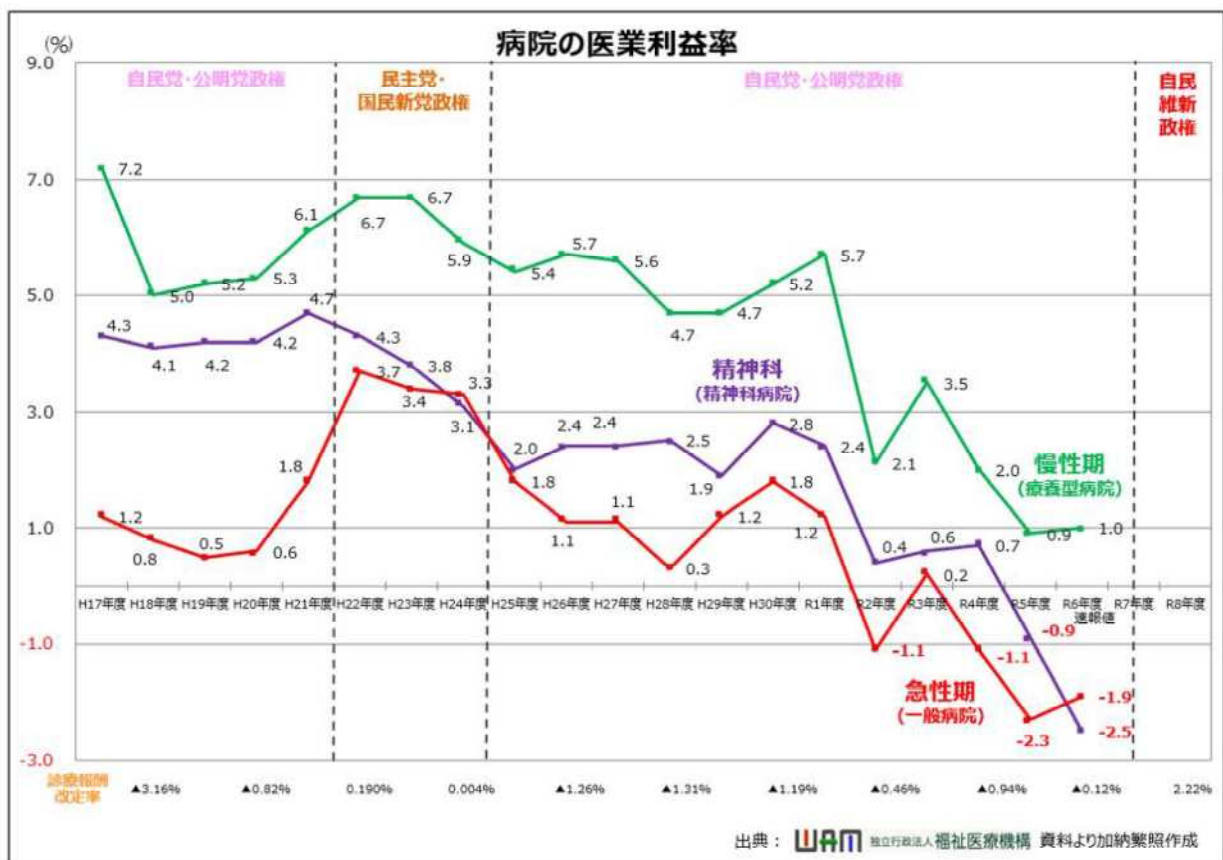
2040 年に向けた新たな地域医療構想の実現は病院と医師会が一体となり、地域で治し、支える医療の提供が可能となる。そのためには勤務医の医師会活動の参加が重要であり、医師会の多面的な支援が両者の協力体制の構築となる。あくまで住民にとってよりよい医療を提供できるかは行政、大学、医師会の良好な関係の上にあるといっても過言ではない。

(10) 2040 年を見据えた財政面の課題

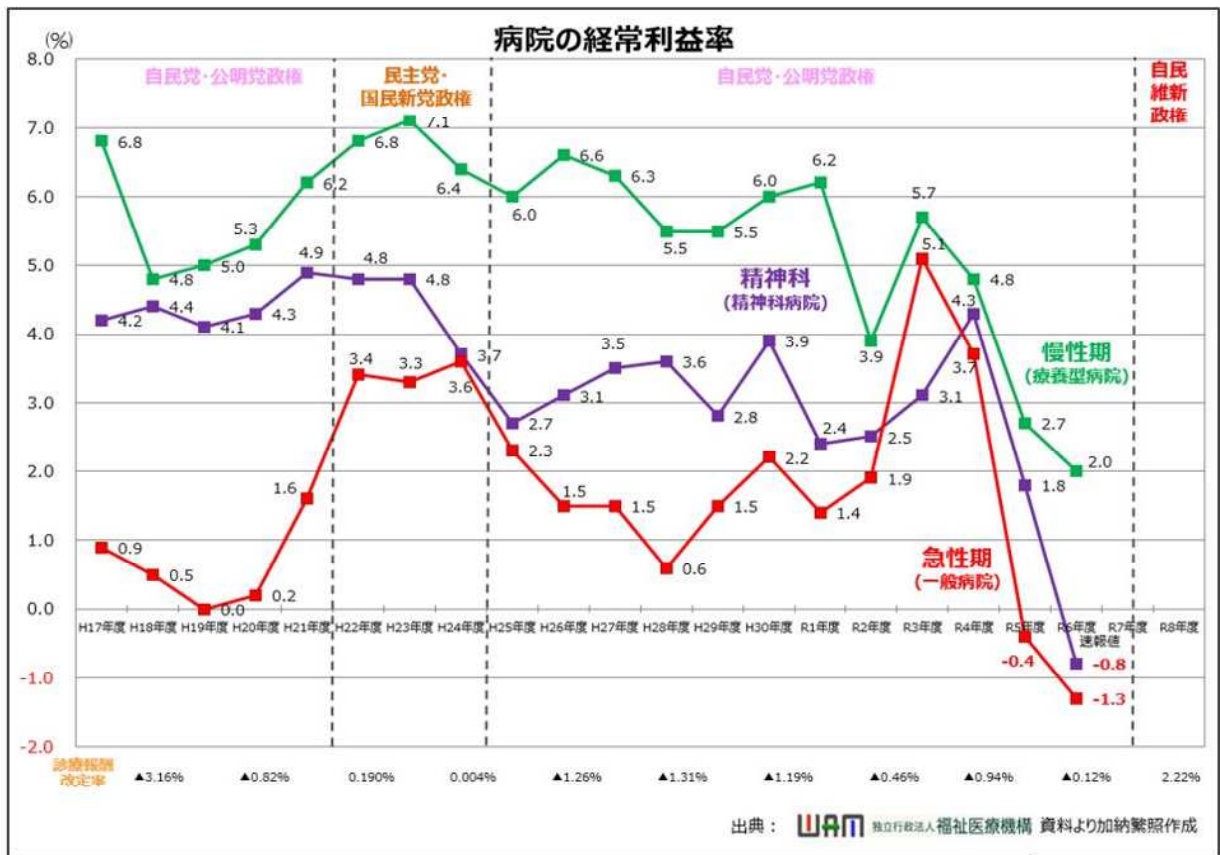
2040 年を見据えた地域医療構想を考えるにあたって、今一番の問題は、現在の病院経営の危機的な状況を議論するところから始める必要がある。

診療報酬が基本ベースとなる民間病院の基本データともいえる WAM（福祉医療機構）の過去 20 年間の資料を用いて病院の医業利益率と経常利益率を見てみると、時の政権によって大きく影響されていたことが分かる。

【図 1】病院の医業利益率



【図2】病院の経常利益率



急性期機能を担う一般病院で見ると、先の小泉政権下で進められた大きなマイナス診療報酬改定により、平成19年（2007年）度に経常利益率が0%となった後、政権が代わり、平成22、24年（2010、2012年）度にプラス改定が2度なされ、医業利益率、経常利益率が3.3~3.7%と一度回復したが、その後再び自民党・公明党政権時代に戻ると明らかに右肩下がりとなり、コロナ補助金が入らなくなってきた令和5年（2023年）度には経常利益率が初めてマイナス0.4%、赤字病院の割合も51%と半数以上が赤字となり、令和6年（2024年）度には過去最低最悪の経常利益率マイナス1.3%、赤字病院の割合も58.3%と6割近くが赤字となっている。前の地域医療構想の最終年度とされた令和7年（2025年）度はさらに赤字が拡大していると考えられている。令和6年（2024年）度には療養型（慢性期）病院は経常利益率プラス2.0%であったが、精神科病院は初めてマイナス0.8%となり、赤字病院も56.9%と急増している。WAMの数字と同様に第25回医療経済実態調査の分析【図3】においても、一般病院は医業利益率マイナス7.9%、経常利益率は

マイナス 4.4%、赤字病院の割合も 72.7%となり、国公立、公的病院を加えると更に低い数値となっている。

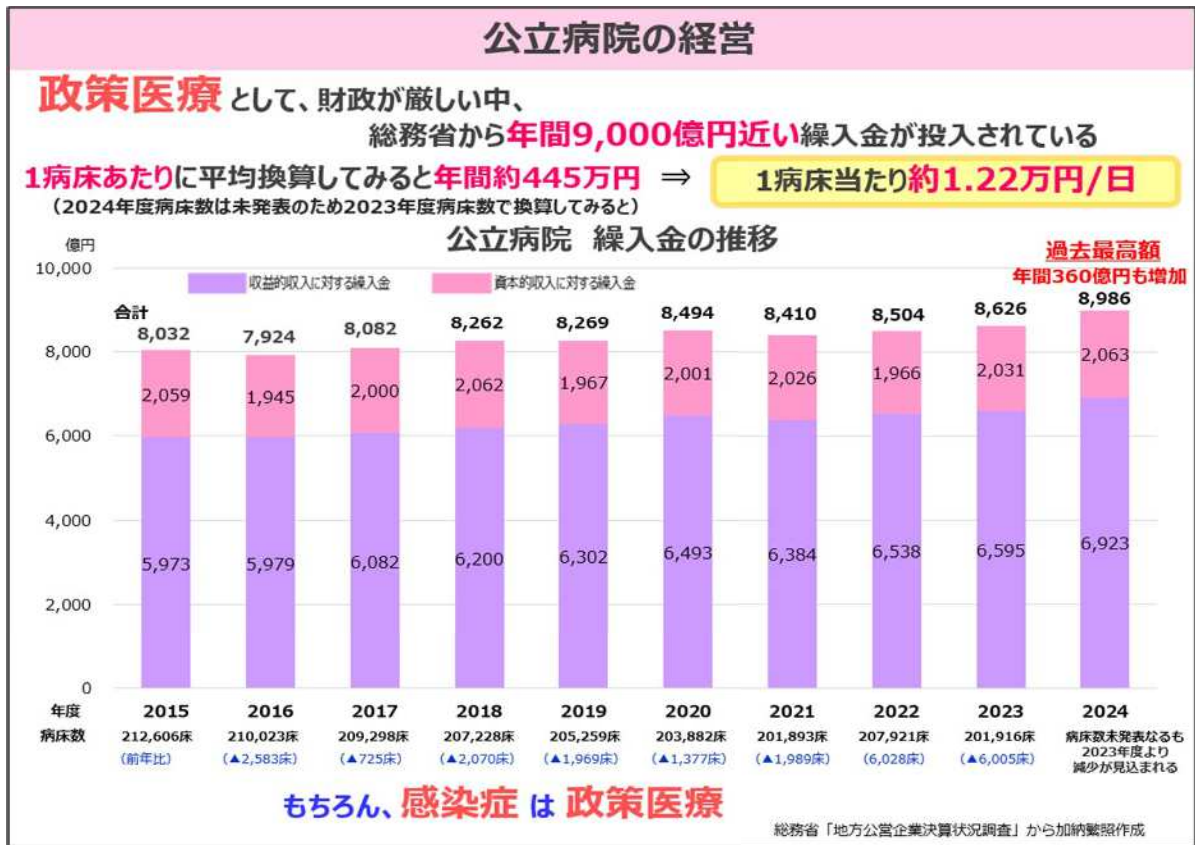
【図 3】 病院類型別経営状況（2025 年 11 月 26 日 中央社会保険医療協議会総会 資料
（第 25 回 医療経済実態調査の分析））

		経営状況（病院類型別）							
		全体		一般病院		療養型病院		精神科病院	
		2023 年度	2024 年度	2023 年度	2024 年度	2023 年度	2024 年度	2023 年度	2024 年度
施設数		914	914	528	528	164	164	194	194
医業 利益率	平均値	△7.2%	△7.3%	△8.2%	△7.9%	△0.8%	△1.5%	△4.2%	△6.1%
	中央値	△3.6%	△3.8%	△6.1%	△4.8%	△1.6%	△0.8%	△1.8%	△3.3%
経常 利益率	平均値	△1.7%	△3.7%	△2.5%	△4.4%	2.4%	1.0%	2.2%	△1.0%
	中央値	0.1%	△1.6%	△0.8%	△2.8%	1.3%	0.4%	2.2%	△1.4%

※医業利益率（%）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（%）＝経常利益÷医業収益×100

特に政策医療として総務省から毎年 1 兆円近い繰入金等の補助金が投入されている公立病院においても【図 4】、地方公営企業決算状況調査を見ると、令和 6 年（2024 年）度の繰入金を入れての赤字率は 83.3%となり、公立病院の経常損益は 3,952 億円となっている。

【図4】 公立病院の経営



ここで高市早苗政権が誕生し、また自民党・公明党政権が自民党・日本維新の会との連立政権に代わり、補正予算によって医療機関に1兆円を超す緊急の補助金が施行され、2026年6月からの診療報酬改定率が30年ぶりに3%を超す3.09%、ネットで2.22%という改定が行われた。これを基に診療報酬改定が行われ、赤字の状況が黒字化を含め、どのように改善するかであるが、この失われた30年間は日本はデフレ経済下にあり、その中での財務省、厚生労働省による異常な診療報酬改定率の決定であった訳だが、コロナ後、日本経済の状況は一転し、急激なインフレ経済になり、物価高騰、賃金上昇によってこの30年間とは明らかに違った医業費用の増加が進み、それに診療報酬が対応しておらず、特に急性期医療を行う一般病院の赤字が数年続く状況になってしまっている。民間病院では令和7年(2025年)度を含めると3期通年で赤字となり、銀行等の金融機関からは新たな融資を得ることができない破綻状態となっており、緊急の対応が急がれる。物価高騰、人件費上昇等のインフレ対応を考えた診療報酬の施行と、毎年改定も含めた方法

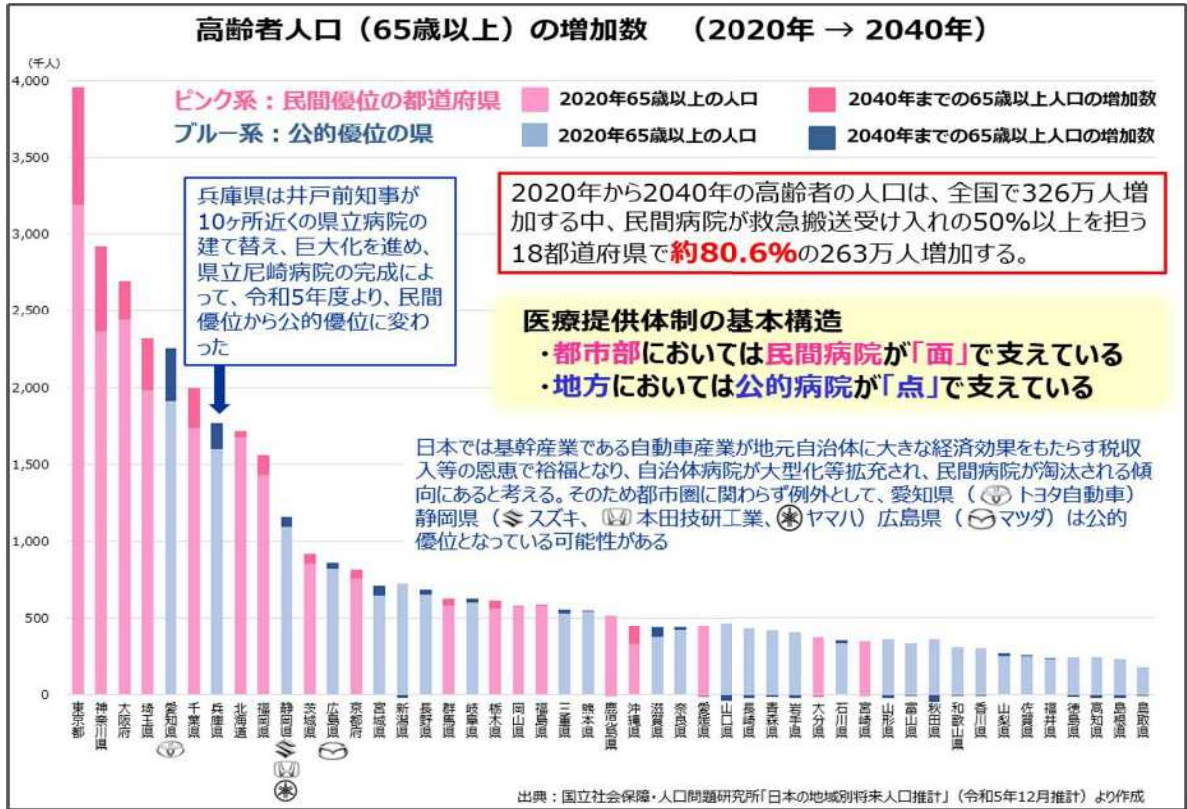
の立案と実行が急務である。また総務省から公立病院への補助金対応を、同様の政策医療を行っている民間病院に対しても行うことを考慮すべきと考える。

2040年に向かって残り14年、2040年以降は高齢者の医療も介護もピークアウトを迎え、その後は徐々に需要が減っていく中、施設等の供給が数的にその時点で十分であれば、次は減床政策を行う状況となる。既に地域によっては施設等が過剰となり稼働率が落ちてきている。これらを経済的に考えると、過度な新設の設備を整えるのではなく、いかに現状の施設を用いて効率化を進めるかが重要だと思われる。特に病院に関しては、高齢者が急増する大都市圏では主に民間病院を中心に高齢者救急等に対応しており【図5】【図6】、いかにこれらを維持するかが最も財政的に効率が良いと考える。しっかりとした病院経営対策をしていただきたい。

【図5】 令和5年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別順位



【図6】高齢者人口（65歳以上）の増加数



(11) 2040 年を見据えた病院の建て替え問題

① 現状の診療報酬で病院の建て替えは可能か？

現状の病院経営は、赤字病院が約 75%となっており、建て替えできる病院は極めて限られている。2025 年度補正予算での補助制度は、物価高騰・人件費高騰に対し行われるものであり、2025 年度収支を黒字化するには至らない。また、2026 年度診療報酬改定は、30 年ぶりの高い改定率となったが、まずは現状の収支を回復させることが目標となる。今後、高い診療報酬改定水準が続き、2040 年にある程度の利益率を確保できる状況になれば、建て替え可能となる可能性があるかもしれない。

② 病院の建て替え費用はこの数年で高騰しているというが実態はどうか？

まず、建築費指数（一般財団法人 建設物価調査会）であるが、2015 年を 100 とすると、2025 年の建設費指数は約 145 となっている。特に 2022 年より急激に高騰しており、現在も価格上昇は続いている。

続いて福祉医療機構調査による病院建築費の推移は下記の通りである。

病院建築費	2022 年	2023 年	2024 年
坪単価	118 万	136 万	150 万～
1 床あたり	1,821 万	2,386 万	2,565 万

このように、福祉医療機構調査でも 2022 年以降急激な建築費高騰を認める。

建築費高騰の原因は、1，慢性的な人手不足、2，時間外労働規制、3，諸物価高騰、などの複合的要素があり、今後も建築費は高騰を続ける可能性が高く、下落することはない。

さらに実際の建て替えでは、取り壊し費用、工事期間中の仮設費用などが必要となり、全面改築費用は、100 床規模で 30～40 億以上、300 床規模で 80 億～100 億以上と推計される。

③ このような状況の下、病院建て替えを可能とするには？

病院建て替えを可能とできるのは、建設費に対し公費補助制度を十分活用できる場合に限られる。公費補助制度としては、「医療施設近代化施設整備事

業」が存在するが、その経緯は下記のとおりである。

同制度は1993年に開始され、病床転換、病床削減、個室化、療養環境整備などの条件はあるが、2/3～3/4のように高い補助率となっていた。

2006年三位一体改革による交付金化において補助金が整理され、「医療提供体制施設整備交付金」に組み込まれた。その結果、補助率は1/3（国＋自治体）に制限されている。さらに基準単価が現状に追いつかず、補助率は1/5程度になってしまう。また、地域医療構想調整会議の承認や自治体（都道府県）の許認可が必要である。

今後、地域医療構想調整会議などで建て替えを希望する病院がある場合、地域における必要性、規模などを検討し、必要という結論がある場合には、補助制度の利用を認めるべきであろう。その場合、十分な補助率（3/4以上）と時価を反映した基準単価による補助制度が必要である。また、公費補助のため、個人持ち分がないことを条件にすることが適当と考えられる。

（まとめ）

- ✓ 現状の診療報酬制度の下での病院の建て替えは、極めて限られた病院以外には不可能である。
- ✓ 今後、建て替えを可能とするためには、3/4以上の補助率と時価を反映した基準単価による公費補助制度が必要である。

3. まとめと提言

本報告は、日本医師会病院委員会が「新たな地域医療構想における病院のあり方～病院と医師会はお互いに何ができるか～」をテーマに、2040年頃を見据えた医療提供体制の再構築について検討した成果を取りまとめたものである。背景には、人口減少と超高齢化の進行、特に85歳以上人口の急増、生産年齢人口の減少による医療人材不足、地域偏在の深刻化がある。こうした構造変化の中で、従来の「入院医療中心」の地域医療構想では限界が明確になり、外来、在宅医療、介護との一体的な再設計が不可欠である。

新たな地域医療構想では、病院機能を「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」などに整理し、地域ごとに役割分担を明確化することが求められる。その根底にあるのは、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担であり、特に高齢者医療では、在宅・介護と連動した継続的支援が医療の質と効率性を左右するとの認識が共有されている。肺炎、心不全、尿路感染症など高齢者に多い疾患について、状態悪化を防ぎ、必要時には円滑に入院につなぐ体制づくりが重視されるべきである。

新たな地域医療構想では地区診断を行うことが重要である。地域を一律に扱うのではなく、大都市型、地方都市型、過疎地型という人口構造と医療・介護需要の異なる三類型に分け、それぞれに適した医療提供体制を構築すべきと提言する。

大都市では高齢者救急が急増する一方、人材不足が顕在化しており、高度急性期病院は専門性の高い医療に特化し、高齢者救急は地域包括ケアの基盤を持つ地域病院が担うべきとされた。ACP（人生会議）やデータに基づくトリアージ、医療DXやPHRの活用も重要な要素と位置づけられる。

地方都市では、県庁所在地に医療資源と人材が集中し、周辺地域との格差が課題となっている。大学病院や三次救急病院は高度医療に特化し、二次救急や高齢者医療は地域の中核病院が担う。そのうえで、周辺の人口の少ない地域へ

の「下り搬送」を円滑に行い、在宅や介護施設と連携して「地域社会に帰る」医療を実現することが求められる。県境地域では隣県との連携も現実的な選択肢であると考えられる。

過疎地では、人口減少と高齢化が同時に進行し、外来・在宅医療需要そのものが将来的に縮小する一方、医療アクセス低下により軽症でも救急搬送が増える可能性が指摘される。このため、病院は高齢者救急・在宅・介護を支える多機能拠点として位置づけられ、オンライン診療や巡回診療など ICT を活用した医療提供体制の整備が不可欠である。構想区域についても、従来の二次医療圏にこだわらず、より広域での再編が必要であろう。

大学病院については、特定機能病院としての役割を再定義し、広域医療の担い手であると同時に、医師派遣と人材育成の中核として地域医療を支える存在であることが再確認されなければならない。新臨床研修制度以降に弱体化した医師派遣機能を維持・強化するためには、大学病院が「魅力ある職場」であることが前提であり、教育・研究・診療を支える財政的支援が必要である。また、総合診療医の育成とロールモデルの提示も重要課題である。

専門病院については、Patient flow（患者の流れ）の中での明確な位置づけが不可欠であり、症例数や治療成績の公開を通じた専門性の可視化、症例集約による再編・統合が 2040 年に向けて避けられない。これと密接に関係する専門医制度についても、制度全体の基準の整理・統一化および公共性の強化が提起されている。

慢性期病院については、急性期後の受け皿にとどまらず、医療と介護をつなぐ「地域包括ケアの中核」として、多職種連携や ICT を活用した包括的機能が求められる。2040 年に向けては、軽症救急への対応、在宅支援、意思決定支援を含む「地域多機能型病院」への進化が期待される場所である。

本報告全体を通じて一貫しているのは、病院単体の再編ではなく、かかりつけ医を起点とした Patient flow を地域全体で共有し、医療・介護資源を最適

配置するという視点である。新たな地域医療構想の実効性は、医師会が調整役として主体的に関与し、地域の合意形成をどこまで主導できるかにかかっていると考える。