

国立国会図書館 調査及び立法考查局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	人口減少と地域医療を取り巻く課題—2040年頃を見据えて—
他言語論題 Title in other language	Issues Surrounding Declining Population and Regional Medical Care: Looking toward 2040
著者 / 所属 Author(s)	木村 志穂 (KIMURA Shiho) ／国立国会図書館調査及び立法考查局 社会労働課
書名 Title of Book	人口減少と地域の課題：総合調査報告書
シリーズ Series	調査資料 2024-3 (Research Materials 2024-3)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考查局
発行 Publisher	国立国会図書館
刊行日 Issue Date	2025-3-13
ページ Pages	177-199
ISBN	978-4-87582-936-2
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	日本の医療提供体制（医療機関、医療人材）に焦点を当て、その特徴及び現状を概観し、現状に至る経緯を整理した上で、2040年頃を展望した地域医療の課題及びその対応について紹介する。

- * この記事は、調査及び立法考查局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。
- * 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

人口減少と地域医療を取り巻く課題

—2040年頃を見据えて—

国立国会図書館 調査及び立法考査局
社会労働課 木村 志穂

目 次

はじめに

I 日本の医療提供体制

- 1 日本の医療提供体制の特徴及び現状
- 2 日本の医療提供体制の変遷

II 2040年頃を見据えた地域医療の課題

- 1 2025年から2040年にかけての医療を取り巻く状況
- 2 2040年の医療提供体制を見据えた三つの改革
- 3 人口減少と地域医療

おわりに

キーワード：医療提供体制、地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き方改革

はじめに

日本の医療制度においては、近年、いわゆる「団塊の世代」（1947～1949年生まれ）が全て75歳以上の後期高齢者となる2025年頃に向けて、「地域医療構想」⁽¹⁾等に基づく制度改革が行われてきた。今後は、「団塊ジュニア世代」（1971～1974年生まれ）が65歳以上の高齢者となり高齢者数がピークを迎える2040年頃に向けて生産年齢人口が急減する局面に突入し、高齢化の進展により増える医療需要に限られた資源でどのように対応していくかがますます問われるうこととなる⁽²⁾。この対応に当たっては、医療資源や人口構造の変化の地域差に配慮しながら適切な医療提供体制の整備を図る必要性が訴えられており、「地域の実情」に応じた対応が求められている⁽³⁾。本稿では、主に医療提供体制（医療機関、医療人材）に焦点を当て、I-1においてその特徴及び現状を概観する。I-2において現状に至る歴史的経緯を整理した上で、IIにおいて2040年頃を展望した地域医療の課題及びその対応について、具体的な事例も交えて紹介する⁽⁴⁾。

I 日本の医療提供体制

1 日本の医療提供体制の特徴及び現状

日本の医療制度の特徴としては、一般的に、①国民皆保険、②フリーアクセス（国民は、どの診療所、病院で診療を受けることも自由）、③開業の自由（医師は、基本的に全国どこでも診療所や病院の開業が可能）、④民間医療機関中心の医療提供体制（公的な病院が少なく、医療法人や個人の病院・診療所が多い）が挙げられる⁽⁵⁾。また、欧米主要国と比較した日本の医療提供体制の現状として、人口当たりの病院数・病床数の多さ（中小規模病院の多さ）、病院・病床当たりの医師・看護師数の少なさ、在院日数の長さ等が指摘されている⁽⁶⁾（表1）。

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、令和6（2024）年12月26日である。本稿では、年は主に西暦で表記する。「看護師」等の資格の名称は、「保健婦助産婦看護婦法」（昭和23年法律第203号。現「保健師助産師看護師法」）の2001年改正以前の記述については、基本的に「看護婦」等を用いる。

- (1) 地域医療構想については、後述I-2(1)(iii)参照。
- (2) 「第8次医療計画、地域医療構想等について」（第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1）2022.3.4, pp.10-11. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000911302.pdf>>
- (3) 尾形裕也「日本の地域医療の課題及び将来像」『東北活性研』52号, 2023.夏季, pp.12-13. <https://www.kasseiken.jp/kasseccms/wp-content/uploads/2023/07/vol.52_04.pdf> 近年の政府文書においては、「地域の実情」という言葉が多用されていることが指摘されている。三原岳「地域の実情」に応じた医療・介護の体制整備はどこまで可能か』『Monthly IHEP』343号, 2024.8, pp.25-40. なお、日本では、「地域」の定義が曖昧で明確な法律が存在せず、「地域医療」を定義するのは難しいとされる。井伊雅子『地域医療の経済学—医療の質・費用・ヘルスリテラシーの効果—』慶應義塾大学出版会, 2024, p.1.
- (4) 日本の医療制度の体系（法制度）は、医療の費用を保障するための医療保険制度と、医療サービスを供給する施設・人材等に関する医療提供体制の二つで構成されている。岩渕豊『日本の医療—その仕組みと新たな展開—』中央法規出版, 2015, p.21. 医療保険と医療提供体制は医療制度の両輪に相当するものであるが、本稿では基本的には医療提供体制に焦点を当て、医療従事者については主に医師と看護師を取り上げる。
- (5) 厚生労働統計協会「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策—（第1回）日本の医療制度とその特徴」『厚生の指標』63(7), 2016.7, pp.44-45. <<https://www.hws-kyokai.or.jp/images/book/chiikiiryō-1.pdf>> (4)については、都道府県により差が見られる。へき地等を多く抱える都道府県ほど、全病床数に占める公立病院の病床数の割合が高い傾向にあるとされる。[総務省] 自治財政局準公営企業室「公立病院の現状について」p.3. <https://www.soumu.go.jp/main_content/000742388.pdf>
- (6) 島崎謙治『日本の医療—制度と政策— 増補改訂版』東京大学出版会, 2020, pp.373-374; 尾形裕也『看護管理者のための医療経営学—働き方改革と医療機関の健康経営— 第3版』(看護管理実践 Guide) 日本看護協会出版会, 2021, pp.59-60 等

表1 日本及び諸外国の医療提供体制について

	在院日数 (急性期)	人口 100万人 当たり病院数	人口 1,000人当たり			病院当たり			病床当たり	
			病床数	医師数	看護師数	病床数	医師数	看護師数	医師数	看護師数
日本	16.1	65.3	12.6	2.7	12.2	192.9	40.6	186.6	0.2	1.0
英国	7.5	29.7	2.5	3.2	8.7	82.4	107.3	292.6	1.3	3.6
フランス	5.6	43.8	5.5	3.2	8.8*	125.8	73.1	201.8*	0.6	1.6*
ドイツ	7.5	35.6	7.7	4.6	12.0	215.2	127.8	336.6	0.6	1.6
米国	6.0	18.4	2.8	2.7	12.0*	149.8	148.1	653.6*	1.0	4.4*

(注) *印(2021年のデータ)を除き2022年のデータに基づく。病院・病床当たりの数については、人口100万人当たりの病院数、人口1,000人当たりの病床数、医師数及び看護師数を基に算出した。

(出典) OECD, *Health at a Glance 2023*, 2023. <https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html>; OECD Stats. を基に筆者作成。

日本の医療提供体制の現状を都道府県別に見ると、人口10万人当たりの病床数は関東及び東海地方の大都市やその近郊等で、人口10万人当たりの看護師数は関東、東海及び近畿地方の大都市やその近郊等で全国平均より少ない傾向が見られる。これに対し、人口10万人当たりの医師数は、東京都を除き、「西高東低」と言われる地域差が見られる（表2）。

表2 都道府県別に見た医療従事者数等

都道府県	人口10万対 病床	人口10万対 医師	人口10万対 看護師	都道府県	人口10万対 病床	人口10万対 医師	人口10万対 看護師
全国平均	709.6	274.7	1,253.3	三重県	632.1	252.3	1,327.4
北海道	1017.0	264.8	1,561.1	滋賀県	640.1	253.7	1,151.1
青森県	805.8	232.1	1,481.5	京都府	884.0	355.6	1,292.1
岩手県	831.8	233.5	1,427.8	大阪府	746.1	302.0	1,111.6
宮城県	667.5	269.3	1,138.0	兵庫県	728.3	288.8	1,246.6
秋田県	894.1	262.2	1,543.9	奈良県	787.4	296.2	1,220.7
山形県	820.0	252.2	1,418.8	和歌山県	954.8	333.3	1,569.6
福島県	830.4	228.8	1,336.1	鳥取県	887.3	345.2	1,744.3
茨城県	628.1	212.3	1,074.8	島根県	864.6	327.2	1,783.4
栃木県	636.2	259.2	1,258.8	岡山県	947.4	336.8	1,519.6
群馬県	746.5	243.4	1,358.0	広島県	754.5	285.1	1,549.3
埼玉県	515.9	186.2	894.2	山口県	841.9	284.6	1,817.6
千葉県	583.5	215.8	924.9	徳島県	898.4	352.0	1,809.6
東京都	582.6	346.0	974.3	香川県	927.3	304.7	1,663.1
神奈川県	511.6	232.0	892.7	愛媛県	885.4	297.7	1,648.0
新潟県	769.3	227.3	1,314.1	高知県	1,130.6	347.0	2,093.2
富山県	799.6	284.1	1,573.2	福岡県	849.5	326.9	1,546.7
石川県	875.4	303.2	1,576.9	佐賀県	792.8	303.4	1,968.4
福井県	831.2	283.1	1,601.4	長崎県	909.8	344.8	1,927.4
山梨県	782.5	267.8	1,298.7	熊本県	948.4	315.9	1,935.8
長野県	742.5	261.9	1,409.6	大分県	1,063.0	312.5	1,847.4
岐阜県	660.2	237.9	1,214.9	宮崎県	857.6	276.4	1,939.8
静岡県	584.7	238.3	1,159.5	鹿児島県	985.5	298.7	1,967.9
愛知県	536.8	247.0	1,040.9	沖縄県	657.8	274.5	1,416.3

(注) 人口10万対病床（一般病床）は、2022年10月1日現在、人口10万対医師（医師総数）及び人口10万対看護師（看護師及び准看護師）は、いずれも2022年末現在の数値である。全国平均値を上回る数値を網掛けで示した。

(出典) 「令和4年医療施設（動態）調査 都道府県編 第15表（報告書第28表）」／「医師・歯科医師・薬剤師統計／令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計 医師」／「令和4年度衛生行政報告例 統計表 隔年報 就業保健師・助産師・看護師・准看護師数及び率（人口10万対）、都道府県別」政府統計の総合窓口ウェブサイト <<https://www.e-stat.go.jp/>> を基に筆者作成。

都道府県内や二次医療圏⁽⁷⁾内においても、医療提供体制の地域差が見られる。例えば、東京都について、医師の相対的な偏在の状況を示す医師偏在指標⁽⁸⁾（2024年1月現在）を見ると、東京都は47都道府県で最大（353.9）であるほか、二次医療圏単位で見ても、区中央部（789.8）、区西部（569.1）、区西南部⁽⁹⁾（413.7）が上位3位を占めるなど、区部の二次医療圏は全て医師多数区域⁽¹⁰⁾に該当する（括弧内の数値は医師偏在指標の数値。以下この段落において同じ。）。他方で、西多摩（138.1）や島しょ（131.6）は医師少数区域に該当し⁽¹¹⁾、西多摩保健医療圏のうちの檜原村及び奥多摩町並びに島しょ保健医療圏は、東京都がべき地保健医療体制の対象として医師確保の支援等を行っている⁽¹²⁾。

2 日本の医療提供体制の変遷

日本の近代医療提供体制は、明治初期の1874年に制定された「医制」を源流として形成され、戦後の1948年頃までにおおむね現在の形が整えられたとされる⁽¹³⁾。戦後、医療施設の基本規定として「医療法」（昭和23年法律第205号）が制定されたものの⁽¹⁴⁾、1980年代前半までの医療提供体制は、医療法の改正ではなく医療保険制度や診療報酬による対応が中心であった⁽¹⁵⁾。しかし、1973年の第一次石油危機以降の国の財政悪化を背景に1981年に「増税なき財政再建」を掲げた第二次臨時行政調査会が設置されるなど行財政改革が求められるようになる中、病院

(7) 「二次医療圏」とは、一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として、地理的条件等の社会的条件を考慮して設定される区域である。複数の市町村で構成されることが多く、2024年1月現在、330の二次医療圏がある。「医療圏・基準病床数、指標について」（第8回第8次医療計画等に関する検討会 資料1）2022.5.25, p.2. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000946893.pdf>> 等参照。二次医療圏は、保健医療圏などと呼ばれる場合がある。

(8) 「医師偏在指標（都道府県別）」2024.1.10更新. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/001188442.pdf>>; 「医師偏在指標（二次医療圏別）」2024.1.10更新. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/content/001188443.pdf>> 医師については、2019年度以降、都道府県が医師確保計画を策定する際の指標として、医師偏在指標が用いられている。医師の年齢分布・男女比、医療機関の受療に影響する住民の人口構成（性・年齢構成）や昼夜の人口が人口10万人対医師数では考慮されていないことから、医師偏在指標が設けられた。医師偏在指標は、偏在状況を直接把握したり医師の絶対的な充足状況を示したりするものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものとされ、「標準化医師数」（医師数を性・年齢階級別の医師の勤務時間が異なることを背景に全医師の平均労働時間との比を用いて標準化したもの）を「地域の人口 ÷ 10万 × 地域の標準化受療率比（地域の人口に地域の性・年齢階級別人口の受療率の違いを反映させたもの）」で割ったものである。医師が若ければ労働時間が長くなるとして標準化医師数（分子）が大きくなり、高齢化率が低ければ受療率が低くなると見積もられて分母が小さくなる。医師偏在指標と人口10万対医師数との相関は高いとされている。小池創一ほか「医師偏在指標とその推移に関する研究（厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）令和3年度分担研究報告書）」2022, pp.9-10. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122052A-buntan1_0.pdf>

(9) 区中央部は、千代田区、中央区、港区、文京区、台東区から成る二次医療圏である。区西部は、新宿区、中野区、杉並区から成り、区西南部は、目黒区、世田谷区、渋谷区から成る。

(10) 医師偏在指標上位1/3の医療圏は医師多数区域、下位1/3の医療圏は医師少数区域とされる。

(11) 「西多摩」は、青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町から成り、「島しょ」は、都の島しょ部から成る。330二次医療圏中、「西多摩」の医師偏在指標は314位、「島しょ」は320位である。

(12) 東京都「東京都保健医療計画 令和6年3月改定」2024.3, pp.305-306. <https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/zenbun_2> 島しょ部については、東京消防庁及び海上自衛隊のヘリコプター等により、べき地医療拠点病院で島しょ医療の基幹病院である都立広尾病院を中心として、高度医療機関に365日24時間搬送する体制を整備している。同, p.309.

(13) 岩渕 前掲注(4), p.105. 自由開業制や民間医療機関が多いという特徴は、明治時代には既に生きていたとされる。島崎 前掲注(6), pp.37-38.

(14) 岩渕 同上, p.106; 厚生省医務局編『医制百年史 記述編』ぎょうせい, 1976, pp.435-438. <<https://doi.org/10.11501/12012110>>

(15) 1985年まで医療法の大きな改正があまり行われなかった背景として、医師会の力が強かったことのほか、医療の質や経済性の観点からの規制等は衛生法規である医療法になじまないとされたこと、診療報酬による経済的誘導により機動的に対応できたことなどが挙げられている。なお、医療法の改正は、1985年の改正を起点（第一次改正）として改正の年次順に第何次改正と呼ばれる。島崎 前掲注(6), pp.106-107.

の都市部への集中、医療の高度化や疾病構造の変化に対応した医療機能の分化、急速な高齢化の進展に伴う医療・介護の役割分担の整理等が大きな課題となり、1985年以降、病院の病床規制を中心に医療法の改正等による対応が重ねられることとなった⁽¹⁶⁾。以下、(1)において、1985年以降の医療法の改正を中心に医療提供体制をめぐる制度の変遷を概観し、(2)において、医師及び看護職員の養成等をめぐる制度の変遷を記述する。

(1) 1985年以降の医療提供制度—医療法の改正を中心に—

(i) 医療計画制度導入及び医療機関の機能分化—1985年医療法改正（第一次改正）～2000年医療法改正（第四次改正）—

1985年の医療法改正では、医療資源の地域偏在の是正と医療機関の連携の推進を図るために、都道府県に医療提供体制の確保に関する計画（「医療計画」）の策定を義務付け、医療計画で二次医療圏ごとの必要病床数⁽¹⁷⁾を設定することとした⁽¹⁸⁾。また、病床過剰地域では都道府県知事が病院の開設・増床の中止を勧告できることとされ、民間病院も含めた病床規制が導入された⁽¹⁹⁾。

その後の1992年の第二次改正（高度医療への対応を図る観点からの「特定機能病院」及び長期入院をする患者の適切な処遇を確保する観点からの「療養型病床群」の制度化等）、1997年の第三次改正（地域医療の中核的役割を果たす病院としての「地域医療支援病院」の導入等）⁽²⁰⁾、2000年の第四次改正（一般病床と療養病床の区分の見直し等）においても、医療機関の機能分化を促す内容が盛り込まれた⁽²¹⁾。

(ii) 医療制度構造改革—2006年医療法改正（第五次改正）—

2001年に発足した小泉純一郎内閣の「聖域なき構造改革」路線の下、2006年に「医療制度構造改革」が実施された⁽²²⁾。医療提供体制については、患者等への医療に関する情報提供の推進、

(16) 同上, pp.106-107. 第二次臨時行政調査会の答申を受けて1980年代は「医療費の適正化」が政策課題となり、『厚生白書』では1981年から1990年まで「医療費適正化」が頻繁に使用された。印南一路ほか『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社, 2011, pp.77-80. 1980年代前半には医療保険改革を通じた医療費抑制と医療保険制度間の給付と負担の公平化が進められたのに対し、1980年代後半には医療費抑制を念頭に置いた医療提供体制の改革が進められたとされる。田多英範編著『『厚生〈労働〉白書』を読む—社会問題の変遷をどう捉えたか—』ミネルヴァ書房, 2018, p.132.

(17) 「必要病床数」は、2000年の第四次改正により「基準病床数」と改められた。

(18) 1986年の『厚生白書』では、医療提供体制について、施設数や病床数はかなりの水準に達し、医療従事者についても量的には充足しつつある半面、病床数や医師数については相当の地域差が見られ、格差が拡大する傾向が示されていること、医療施設等の医療資源の偏在が見られること、病院・診療所間の連携不足、医師の将来的な過剰のおそれ等を挙げている。こうした課題や、人口の高齢化に伴う疾病構造の変化、医療の高度化・専門化の進展等に伴う保健医療に対する需要の多様化・高度化に対応して医療資源の適正配置、機能連携を図り、地域医療のシステム化を図る必要性が記されている。『厚生白書 昭和61年版』厚生省, 1987, pp.79-80.

(19) 島崎 前掲注(6), p.108.「勧告」は行政指導の性格しか持たないとされる。三原岳『地域医療は再生するか—コロナ禍における提供体制改革—』医薬経済社, 2020, p.33.

(20) 第三次改正の検討は「介護保険法」(平成9年法律第123号)案の検討と並行して進められた。「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策—(第28回)医療施設の機能分化の推進—第二次・第三次医療法改正—」『厚生の指標』66(1), 2019.1, p.50. <<https://www.hws-kyokai.or.jp/images/book/chiikiiryo-28.pdf>>

(21) それまでの病床区分は、①結核病床、②感染症病床、③精神病床及び④その他の病床であったが、④「その他の病床」区分に代わって、長期にわたり療養を必要とする患者のための⑤「療養病床」と、①②③⑤以外の病床である「一般病床」が設けられた。

(22) このときの医療保険制度改革としては、①都道府県の「医療費適正化計画」策定義務付け、保険者による特定健診・特定保健指導開始、②老人保健制度に代わる後期高齢者医療制度創設、③都道府県単位を軸とした保険運営のための保険者の大幅な見直し等が行われた。改正法案は、健康保険法改正と医療法改正とがセットで提

医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応（医師の需給については I-2(2)(i) 参照）等が盛り込まれた²³。都道府県は、厚生労働大臣の定める「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ための基本的な方針」（「医療提供体制の確保に関する基本方針」）に即し地域の実情に応じて医療計画を策定することとされた。また、4 疾病（脳卒中、がん、心筋梗塞、糖尿病）・5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療）について、具体的な医療連携体制を構築するための方策を医療計画に盛り込むことが求められた²⁴。

（iii）地域医療構想に基づく医療提供体制の再編—2014年医療法改正（第六次改正）—

2008 年 1 月、社会保障と税の一体改革の方向性を議論する有識者会議として、「社会保障国民会議」が内閣総理大臣の下に設置された²⁵。社会保障と税の一体改革という基本路線や医療の機能強化が必要であるという問題意識は、二度の政権交代を経ても引き継がれ、2014 年 6 月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号。いわゆる「医療介護総合確保推進法」）²⁶が成立した。この法律の主な内容は、①消費税増収分を活用した新たな基金（地域医療介護総合確保基金）の創設と医療・介護の連携強化、②地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（「地域医療構想」及び「病床機能報告制度」²⁷の創設）、③地域包括ケアシステムの構築²⁸である。

このうち、②の「地域医療構想」は、都道府県の医療計画の新たな記載事項の一つとして制

出されたが、改正内容や検討プロセスは必ずしも密接に関連していたわけではないとされる。松谷有希雄ほか「第 8 回「2006（平成 18）年医療提供体制改革」座談会（医療政策ヒストリー座談会録 第 8 回「2006（平成 18）年医療提供体制改革」）」『医療と社会』32(2), 2022.8, pp.162-163. <<https://doi.org/10.4091/iken.32-159>>

(23) 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（平成 18 年法律第 84 号）

(24) 医療法第四次改正までは、病床規制及び病床の種別を作る改正であったが、第五次改正では、医療提供の中身そのものに踏み込んだとされる。松谷ほか 前掲注²², pp.161, 164-165. その後、2013 年度からの第六次医療計画では、疾病として「精神疾患」が、2024 年度からの第八次医療計画では、事業として「新興感染症発生・まん延時における医療」が加わり、5 疾病・6 事業となった。

(25) この会議の最終報告は、2025 年の医療・介護費用について、急性期医療の充実強化・効率化、平均在院日数の短縮、病院病床の機能分化、在宅医療・介護の充実、マンパワーの充実確保を前提とする改革シナリオと現状投影シナリオに基づくシミュレーションを提示した。社会保障国民会議「社会保障国民会議 最終報告」2008.11.4, pp.4-5, 8-9. 首相官邸ウェブサイト（国立国会図書館インターネット資料収集保存事業（WARP）により保存されたページ）<https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/233240/www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf>；社会保障国民会議「社会保障国民会議最終報告 付属資料」2008.11.4, pp.12-24. 同 <https://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/233240/www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_2.pdf> このシミュレーションでは日本全体を対象としたが、地域ごとの事情や特性を踏まえた地域医療のビジョンを構築する必要があり、地域医療構想の策定が次の大きな政策課題となったとされる。尾形裕也『日本の医療政策と地域医療システム—医療制度の基礎知識と最新動向— 第 4 版』日本医療企画, 2018, p.48.

(26) 地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じて地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法など医療、介護に関する 19 本の法律を一括して改正したものである。

(27) 「病床機能報告制度」は、各医療機関が、毎年、病棟単位で、その有する病床において主に担っている医療機能（病床機能）の「現状」と「今後の方向」を、自ら一つ選択して都道府県に報告するものである。

(28) 地域包括ケアは、介護保険制度の中で生成発展したとされる。2005 年の介護保険法改正において、地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設等が盛り込まれたが、2014 年の医療介護総合確保推進法において「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」の名称が「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に改められ、地域包括ケアシステムとは「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」という定義規定が設けられた。島崎 前掲注⁶, pp.382-383.

度化された。人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療の効率的な提供体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進める必要があるものの⁽²⁹⁾、日本の医療提供体制は民間中心であり、都道府県は実効権限を持たないことから、地域医療構想では「データをもって民間医療機関などの経営行動を変容させる」ことに力点が置かれた⁽³⁰⁾。具体的には、都道府県は、二次医療圏を基本とする構想区域⁽³¹⁾を単位として、四つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに2025年の必要病床数を推計し、これと各医療機関が都道府県に対して行う病床機能報告の病床数等を基に、病床数の需給ギャップを可視化する。これを受けて、医療及び介護の関係者が各構想区域の地域医療構想調整会議において協議することで、地域の実情に応じて医療提供体制を改革することを目指すこととされた⁽³²⁾。

2017年3月には各都道府県が検討・作成した地域医療構想が出そろったが、同年8月、厚生労働省は、地域医療構想において公立・公的医療機関の見直しを優先するよう求めた⁽³³⁾。経済財政諮問会議や財務省等による「過剰な病床の削減による医療費抑制」を重視する議論が強まる中、厚生労働省が2019年9月に再編・統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等として424病院を名指して都道府県に対し2020年9月までの再検証を促すと、名指しされた病院を有する自治体を中心に激しい反発が起きた⁽³⁴⁾。

(29) 金光一瑛「医療提供体制改革における医療の持続可能性への期待と病院の果たす役割」『健康保険』77(10), 2023.10, p.7.

(30) 三原 前掲注(19), p.25.

(31) 「構想区域」とは、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として定める区域であり、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討されるものである。最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当とされている。地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「地域医療構想策定ガイドライン」2015.3, pp.9-12. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>>

(32) 四つの病床機能については、高度急性期及び急性期の病床削減と回復期病床の充実が求められた。また、在宅（高齢者施設等も含む。）医療の整備が必要になるとされた。三原 前掲注(19), pp.22-27.

(33) 病院事業を設置する地方公共団体については、総務省の通知により、2016年度中に「新公立病院改革プラン」を策定することされていた。また、2017年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2017」（いわゆる「骨太の方針2017」）において、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を速やかに策定するため、2年間程度で集中的な検討を促進することとされた。厚生労働省は、これらに触れた上で、地域医療構想調整会議における具体的な議論の促進に資するよう「公的医療機関等2025プラン」を2017年12月までに策定し、これを地域医療構想調整会議に提示して具体的な議論を進めよう、公立・公的医療機関に求めていた。厚生労働省医政局長「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について（依頼）」（医政発0804第2号）2017.8.4. <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000182333.pdf>>

(34) 地域医療構想については、当初の「過剰な病床の削減による医療費抑制」を重視した議論に、「切れ目のない提供体制の構築」という目的が加わったため、制度化の時点で目的が曖昧になり、前者を重視する財務省や経済財政諮問会議と後者を重視する都道府県との認識に乖離（かいり）が生じ、混乱を招いたとされる。総務省が厚生労働省と地方の間を取り持つ形で「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」が設けられて2019年12月に国と地方の関係の「正常化」宣言が発せられるに至り、地域医療構想実現に向けた協議が再始動する見込みとなつたが、その後の新型コロナウイルス感染症の流行拡大を受けて、スケジュール等が大幅に変更された。三原 前掲注(19), pp.6-8, 56-71, 87-89, 100-110. 2023年3月、厚生労働省は、地域医療構想に係る対応方針の策定や検証・見直しを公立・公的医療機関だけでなく民間医療機関も含めた形で2022年度及び2023年度に実施するよう、各都道府県に通知した。

(iv) 外来医療計画の策定及び外来機能の明確化・連携—2018年医療法等改正及び2021年医療法改正一

前述のとおり、医療法では病院の病床規制を行ってきたが、外来医療については、無床診療所が都市部に偏っていることや、救急医療体制等の医療機関間の連携が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の課題があった。そのため、医療法及び医師法⁽³⁵⁾を改正し、都道府県が地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応に向けた施策内容を2019年度中に「外来医療計画」として定めることとした⁽³⁶⁾。また、二次医療圏等の区域ごとに協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめて公表することとした。

2021年には、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療機関の管理者（一般的には院長）が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告する「外来機能報告」が医療法に位置付けられた⁽³⁷⁾。

(v) かかりつけ医機能報告制度の創設—2023年医療法改正一

複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有する高齢者の更なる増加や生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくため、それまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能（身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能）が発揮される制度整備を進める必要があるとされた⁽³⁸⁾。

2023年の医療法改正により、「かかりつけ医機能報告制度」が創設された（2025年4月施行）⁽³⁹⁾。これにより、「慢性疾患有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能」（日常的な診療の総合的・継続的実施、在宅医療の提供、介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告することとされた⁽⁴⁰⁾。

(35) 「医師法」（昭和23年法律第201号）

(36) 「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（平成30年法律第79号）による改正。この改正法は、「医師の偏在是正に特化した法律」とされている。島崎 前掲注(6), pp.396-399. 外来医療計画においては、「外来医師偏在指標」が導入された。外来医師偏在指標は、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を可視化したものであり、「標準化診療所医師数」（診療所の医師数を年齢・性別ごとの労働時間の違いを用いて調整したもの）を「地域の人口 ÷ 10万人 × 地域の標準化受療率比 × 地域の診療所の外来患者対応割合」で割ったものである。外来医師偏在指標の上位1/3に該当する二次医療圏は、外来医師多数区域に設定され、外来医師多数区域での新規開業希望者に対して情報提供を行うこととされた。「医師確保計画を通じた医師偏在対策について」（医療従事者の需給に関する検討会第35回医師需給分科会 参考資料3）2020.8.31. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665196.pdf>>

(37) 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）

(38) 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「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた議論の整理」2024.7.31, p.1. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001281024.pdf>>

(39) 「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第31号）かかりつけ医機能報告は、病床・外来に次ぐ第三の報告制度となった。診療所や中小病院による夜間・外来の対応や在宅医療の提供などを可視化し、その上で、都道府県が不足分の充実策を地域の医師会などと協議することが意識されている。三原岳「医療提供体制改革の今後を展望する（18）『地域の実情』に沿った対応策は可能か？—さまざまな制度改正で大きくなる役割—」『厚生福祉』6853号, 2023.11.14, pp.3-4.

(40) 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 前掲注(38), p.1. かかりつけ医制度は、かかりつけ医個人ではなく「機能」に着目したものである。「かかりつけ医機能」を報告する施設には、診療所だけでなく病院（特定機能病院や歯科を除く。）も含まれる。「かかりつけ医機能は単独の医療機関の問題でなく、地域という面で果たしていく」という考えに基づく。同機能には、通常の診療時間外の診療も含まれており、医師一人で運営している診療所が全てのかかりつけ医機能を果たすのは難しいとされている。永井学「かかりつけ医機能報告制度、「小さな一歩だが、総合診療にとって大きな前進」」『日経メディカル』（オンライン）2024.8.20.

報告内容は、医療機能情報提供制度の全国統一システム⁽⁴¹⁾に掲載される。

(2) 医療従事者の養成等をめぐる制度の変遷

(i) 医師一医師の養成及び偏在対策等

医師の養成については、1961年の国民皆保険導入時の医学部入学定員（2,840人）では医療需要の増大に応ずるのに十分とは言えず、その後入学定員が徐々に増加していたものの、保険給付等の拡充（国民健康保険の7割給付の実現、老人医療費無料化）により医療需要がますます高まったため、1973年の経済社会基本計画⁽⁴²⁾に無医大県解消構想（いわゆる「一県一医大構想」）が盛り込まれた。これに基づく医科大学・医学部新設の結果、1981～1984年度には医学部入学定員が8,280人となった。一方で、1980年代に入ると将来の医師過剰による医療費の増大を懸念する声が高まり、これを受けて医学部入学定員は抑制傾向に転じ、その後2008年度までの医学部入学定員は7,000人台となった⁽⁴³⁾。

2001年の医師法改正により2004年4月から新臨床研修制度が開始されると⁽⁴⁴⁾、研修医の都市部の研修施設への集中及び大学病院の研修医減少、そしてそれに伴う大学病院の医師不足地域への医師派遣機能の低下が指摘されるようになった⁽⁴⁵⁾。2005年には、特定の地域や診療科における医師不足を指摘する声の高まりを受け、厚生労働省に「医師の需給に関する検討会」が設置された⁽⁴⁶⁾。同検討会の2006年7月の報告書は、地域間偏在の調整が困難な中、大学医学部入試における地域枠⁽⁴⁷⁾の設定や9年間程度の勤務地を指定した奨学金の設定等について今後一層推進・拡大すべきであるとし、また、既に医師の地域定着策を講じているにもかかわらず医師が不足している県の大学医学部に対して、更に実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があると指摘した⁽⁴⁸⁾。

(41) 「医療情報ネット（ナビイ）」<<https://www.iryou.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>>

(42) 経済企画庁編『経済社会基本計画—活力ある福祉社会のために—』大蔵省印刷局、1973.<<https://doi.org/10.11501/12002380>> 田中角栄内閣において1973～1977年度の期間における経済運営の指針として決定された計画であり、国民福祉の充実と国際協調の推進の同時達成を目的としている。

(43) 島崎 前掲注(6), pp.389-390; 厚生労働省医政局「医学部臨時定員と地域枠等の現状について」（第2回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1）2024.2.26, p.9. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001214420.pdf>> 医師の需給に関しては、1986年、1994年、1998年の厚生省の検討会等の報告書等において、いずれも将来的には医師数が過剰になることが予測されていた。「医師の需給に関する検討会報告書」2006.7, pp.1-2. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>>

(44) 1947年にGHQの指導の下で導入されたインターン制は、医学部卒業後国家資格取得前に1年間行うものであったが、1968年の医師法改正により廃止され、これに代わり、医師資格取得後2年間の臨床研修制度が導入された。しかし、研修参加は努力義務であり、幅広い臨床経験が積みにくく上、施設間での格差が大きいことなどが指摘されていた。中島正治「新医師臨床研修制度の経緯と概要」『日本医師会雑誌』130(11), 2003.12.1, pp.1551-1558. 新制度では、2年間の臨床研修の必修化と臨床研修専念義務が明確化された。また、研修医が大学病院や臨床研修指定病院の中から研修先を自由に選び、病院側の希望と突き合わせるマッチング方式が採用された。

(45) 2004年の新臨床研修制度と医師不足・医師偏在との関係については、2005年12月12日の全国知事会の「医師確保対策に関する要望」等においてその関連性が指摘されている。他方で、新臨床研修制度によって都道府県単位では医師の地域偏在が進んだとは考えられないものの、大学病院の医師派遣機能が低下した結果、同一県内の地域偏在を拡大させた可能性は否定できないとする論考、1999年の患者取り違え事件から急激に増加した医療事故報道を契機に医師と患者との関係性が変化し医師の業務量が増えたことで新臨床研修制度導入前から「医師不足」報道が増えていたという指摘等が見られる。全国知事会「医師確保対策に関する要望」2005.12.12. <https://www.nga.gr.jp/item/material/files/group/3/20051212_02.pdf>; 遠藤久夫「医師の卒後研修の現状と課題—医師の地域偏在問題を中心に—」『社会保障研究』11号, 2019, pp.476-491. <<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh19030403.pdf>>; 権丈善一『ちょっと気になる医療と介護 第3版』勁草書房, 2023, pp.126-128.

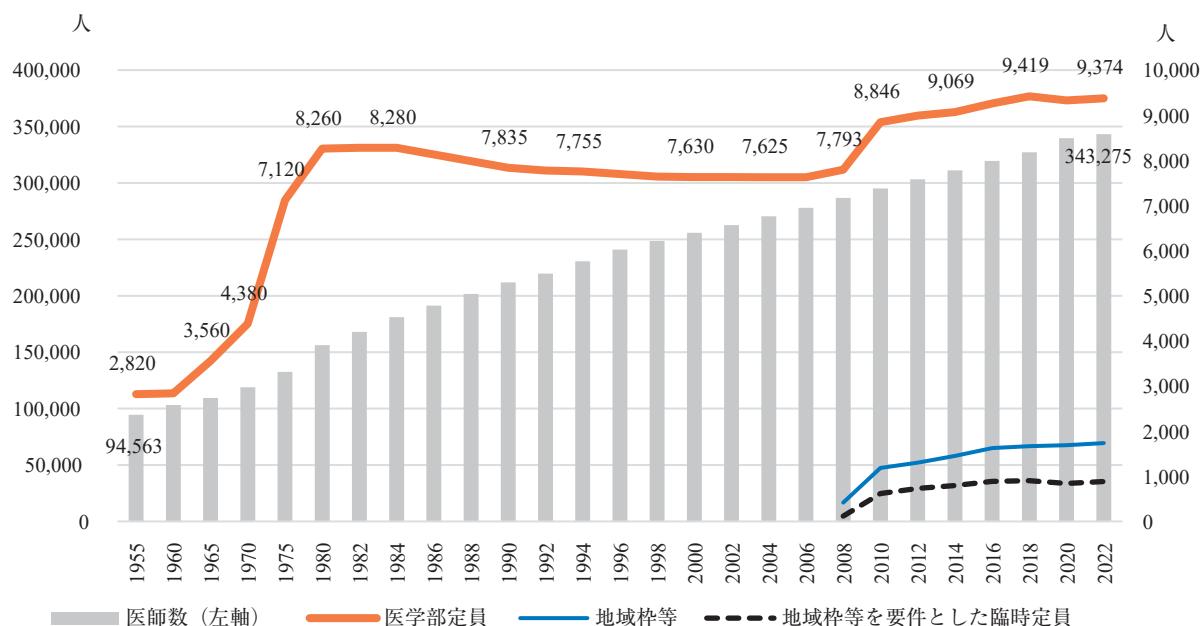
(46) 「医師の需給に関する検討会報告書」前掲注(43), pp.2-3.

(47) 地域枠については、後掲注(45)参照。

(48) 「医師の需給に関する検討会報告書」前掲注(43), pp.25, 27.

2006年8月の「新医師確保総合対策」を皮切りに、2008年度から医師不足県や医師確保が必要な地域・診療科への医師配置のための暫定的な定員増（臨時定員増）や、大学が医師不足の深刻な地域や診療科の医療を確保するための地域医療貢献策を講じること等を目的とした恒久定員増が行われた。これにより、2013年度には医学部の定員が9,000人を超えた（図）。

図 医師数及び医学部入学定員等の推移



(注1) 自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み、地域枠等から除かれている。医師数は各年末、入学定員は各年度の数字である。「地域枠等」の人数は「医学部定員」の内数であり、「地域枠等を要件とした臨時定員」は「地域枠等」の内数である。

(注2) 年代について、1955年から1980年までは5年刻み、それ以降は2年刻みで示している。

(出典) 「令和4（2022）年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」2024.3.19. 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_1gaikyo.pdf>; 厚生省五十年史編集委員会編『厚生省五十年史 資料編』厚生問題研究会, 1988, p.784. <<https://doi.org/10.11501/13097449>>; 厚生省編『厚生白書 平成7年版』大蔵省印刷局, 1995, p.104; 文部科学省高等教育局医学教育課「これまでの医学部入学定員増等の取組について」(今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会(第1回)資料2) 2010.12.22, pp.2-4. <https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousha/koutou/043/siryo/_icsFiles/afielddfile/2011/01/18/1300372_1.pdf>; 厚生労働省医政局「医学部臨時定員と地域枠等の現状について」(第2回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1) 2024.2.26, p.9. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001214420.pdf>> を基に筆者作成。

2015年12月、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の観点を踏まえ、厚生労働省に「医療従事者の需給に関する検討会」が立ち上げられた⁴⁹。その下に設置された「医師需給分科会」の「中間とりまとめ」では、全国レベルの医師需給推計が提示され、将来的には医師が供給過剰になること、また、医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分に図られなければ地域の医師不足の解消にはつながらないことが示された⁵⁰。

(49) 医師、看護職員、理学療法士及び作業療法士の需給の見通しを行い、従事者の確保対策、偏在対策について検討するために立ち上げられた。理学療法士及び作業療法士は、かつては不足していたが、2019年時点で既に需要数を上回っており、2040年には供給数が需要数の約1.5倍になると推計された。「理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方針について」(医療従事者の需給に関する検討会 第3回理学療法士・作業療法士需給分科会 資料2) 2019.4.5, p.16. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000499148.pdf>>

(50) この医師需給推計では、医師の労働時間の縮減度合い等の仮定を3パターンに分けて計算している。一定程度医師の需要が大きくなると仮定した中位推計においては、2024年頃に需給が均衡し、その後は供給過剰になるとされた。「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 中間とりまとめ」2016.6.3, pp.3-6. 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120207_6.pdf>

2018年には、医師の偏在是正を目的とする医療法及び医師法の改正が行われた⁽⁵¹⁾。この法改正の主な内容は、①医師の少ない地域での勤務を促す環境整備、②都道府県における医師確保計画の策定、③医師養成課程（医学部、臨床研修及び専門研修）を通じた医師確保対策の充実、④地域の外来医療機能の不足・偏在等への対応であった。特に、④は、無床診療所の開設が都市部に偏っていることを背景に、外来医療においても医師偏在是正の取組を行おうとするものであった⁽⁵²⁾。

（ii）看護職員一看護師等の養成一

看護職員については、医療保険制度の充実による病院病床数の増加、労働法制の整備による勤務体制の変化、医療技術の進歩・高度化など、看護需要が高まる中での不足が大きな社会問題になるなどしたため、人材不足に対する施策が1974年の「看護婦需給計画」策定から継続して行われるようになった⁽⁵³⁾。また、高齢者の増加を見据えて1989年に「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定されるなど医療・福祉に関する人材確保対策が本格化する中、看護婦の育成や処遇改善を目的とした「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」（平成4年法律第86号。現「看護師等の人材確保の促進に関する法律」）が1992年に制定された⁽⁵⁴⁾。

同法施行後、看護職員の確保が政策的に進められ、1990年に約83.4万人であった看護職員就業者数は2020年には約173.4万人となった⁽⁵⁵⁾。その一方で、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」（前述I-2(2)(i)）に設置された「看護職員需給分科会」の「中間とりまとめ」（2019年11月）では、2025年の看護職員の需給について、全国的には需要が供給を上回ること、また、都道府県別では看護職員総数が充足されているように見えるところも生じているものの、そうした県においても、領域別に見ると訪問看護や介護保険施設での不足が見込まれたり、より小規模の単位で見ると山地や離島を始めとする一部の地域での看護職員不足が見込まれたりすることが示された⁽⁵⁶⁾。看護職員は、2040年に向け、訪問看護を含む介護分野での需要がますます増大することが見込まれている⁽⁵⁷⁾。また、2020年以降に急拡大した新型コロナウイルス感染症への対応では、感染管理を担う看護職員の不足や過酷な勤務による心身の疲労等を理由とした離職の増加が指摘され、新興感染症等の発生に備えた看護師等の確保対策の実施が必要とされた⁽⁵⁸⁾。

(51) 前掲注(36)

(52) この法改正後も、医師の偏在対策の検討が続けられている。2019年以降の動きについては、IIで記載する。

(53) 第一次計画が、厚生大臣の私的諮問機関である社会保障長期計画懇談会により1974年に策定された。以後、看護職員の需給については、第七次需給見通しの推計（2011～2015年）までおおむね5年ごとに、病院等への全数調査により把握した数字を積み上げる方法により策定されてきた。

(54) 永山博美「政策にみる看護職の育成—「看護師不足」対策の実際と問題点一」『市大社会学』14号、2017.3.30, pp.20-33. <https://dlisv03.media.osaka-cu.ac.jp/il/meta_pub/G0000438repository_13458019-14-20>

(55) 「看護師等（看護職員）の確保を巡る状況」（第2回看護師等確保基本指針検討部会 参考資料2）2023.7.7, p.2. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001118192.pdf>>

(56) 「医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会 中間とりまとめ」2019.11.15, pp.9-12. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000567572.pdf>> 従来の積上げ方式（前掲注(53)）ではなく、将来的医療需要を踏まえた推計が行われた。

(57) 厚生労働省の看護職員の需要推計によれば、2025年度は194.5万人、2040年度は210.1万人である。「看護師等（看護職員）の確保を巡る状況」前掲注(55), p.8.

(58) 鎌田久美子「コロナ禍における看護職員確保の現状と課題」（第4回第8次医療計画等に関する検討会 資料1）2021.11.5, p.5. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000851588.pdf>>；「特集ワイド：この国はどこへ コロナの時代に 日本赤十字看護大名誉教授・川嶋みどりさん 看護師軽視しないで」『毎日新聞』2021.1.12, 夕刊等

看護職員を取り巻く環境の変化を受けて、2023年10月、看護婦等の人材確保の促進に関する法律の下で策定されていた「看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」が約30年ぶりに改定された⁽⁵⁹⁾。新たな指針には、社会人経験者も含めた看護師等の養成、病院等に勤務する看護師等の処遇（夜勤を始めとした業務負担、給与水準、勤務環境等）の改善、研修等による資質向上、就業の促進（支援の充実）、新興感染症や災害等に対応できる看護師等の確保などが盛り込まれた⁽⁶⁰⁾。

II 2040年頃を見据えた地域医療の課題

1 2025年から2040年にかけての医療を取り巻く状況

2025年から2040年までにかけては、高齢者の増加が緩やかになる一方、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが予測されている⁽⁶¹⁾。

この間の医療需要の予測では、入院医療について、全国の患者数は2040年にピークを迎えるものの、2020年までに既に入院患者数が最大を迎えた二次医療圏が過疎地域を中心に約29.4%あり、2035年までに約70.9%がピークを迎ることが見込まれている。外来医療については、全国の外来患者数が2025年にピークを迎るとされている。外来患者数は2020年までに約65.5%の二次医療圏が既にピークを迎えたとされ、2040年以降にピークを迎えるのは、大都市の二次医療圏にはほぼ限られる。他方で、在宅患者数については、全国では2040年以降にピークを迎え、地域別でも約71.2%の二次医療圏が2040年以降にピークを迎ることが見込まれている。入院、外来、在宅いずれにおいても、全般的に過疎地域はピークを迎えるのが早く、大都市は2040年以降にピークを迎える傾向にある⁽⁶²⁾。

医療や介護を支える人材については、2022年の日本全体における医療・福祉職種の就業者が約897万人であるところ、2040年には1070万人程度必要とされている⁽⁶³⁾。診療所の医師の

(59) 「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」(令和5年文部科学省・厚生労働省告示第8号) 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/001160932.pdf>> 当該指針の題名中の「看護婦」も「看護師」に改められた。

(60) 看護職員の確保で最も重要なのは離職率の低下であるとされる。人口減少を考えると新卒看護師数の増加は難しく、また、潜在看護師の活用や復職支援も離職から年数が経つと難しいとされる。島崎 前掲注(6), pp.407, 499. 2023年に改定された指針では、病院等に勤務する看護師等の処遇の改善に関して、夜勤等の業務負担の軽減及び業務の効率化、人材確保の観点に立った給与水準、キャリアアップに伴う処遇改善、看護業務の効率化・生産性向上、勤務環境の改善（仕事と育児・介護の両立、メンタルヘルス対策等）、雇用管理体制の整備・ハラスメント対策、チーム医療の推進、タスク・シフト／シェアが盛り込まれている。「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」同上, pp.9-15.

(61) 「新たな地域医療構想に関する検討の進め方について」(第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2) 2024.3.29, pp.98-99. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001237357.pdf>> これに伴い、2040年には2020年と比較して救急搬送の約10%増や訪問診療患者数の約36%増（85歳以上の者については、前者約75%増、後者約62%増）も見込まれている。「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」(第7回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1) 2024.8.26, p.6. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001294917.pdf>> 人口動態については、本報告書「序論—人口減少と東京一極集中—」を参照。

(62) 「新たな地域医療構想に関する検討の進め方について」同上, pp.101, 103-104.

(63) これは生産年齢人口が減少する2040年時点においては全就業者の18~20%に相当すると見積もられている。「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」前掲注(6), p.18. なお、OECDのレポートによれば、2021年時点でのノルウェーの医療・福祉分野の就業者数は全就労者数の21.4%、スウェーデンでも19.9%に上る。OECD, *Health at a Glance 2023*, 2023, p.175. <https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html>

高齢化も進んでいるところ⁽⁶⁴⁾、一県一医大構想に基づく医大・医学部新設により急増した医師が2025年頃には70歳近くになることから、今後高齢の医師が引退することにより、地方の医療を担う医師の更なる減少も懸念されている⁽⁶⁵⁾。

地域ごとに異なる様相を呈する医療ニーズに対し、限られた人材でどのように対応していくのか。2019年4月、厚生労働省は、2040年の医療提供体制を見据えて2025年までに着手すべき三つの改革として、「地域医療構想の実現等」、「医師・医療従事者の働き方改革の推進」及び「実効性のある医師偏在対策の着実な推進」を挙げ、これらを「三位一体」として推進する目標を提示した⁽⁶⁶⁾。以下、II-2において、2040年の医療提供体制を見据えた三つの改革についての議論や取組の概要を紹介する。

2 2040年の医療提供体制を見据えた三つの改革

(1) 地域医療構想の実現等—2040年を見据えた新たな地域医療構想の検討へ—

これまでの地域医療構想では、2025年の医療需要を踏まえた必要病床数を定めた上で、病床の機能分化・連携の取組を行ってきた⁽⁶⁷⁾。しかし、外来や在宅医療を含めた医療提供体制全体の議論が不十分であること、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の人口が増大する中で、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要であること、地域ごとに人口変動の状況が異なること、生産年齢人口が減少する中で医師の働き方改革を進めながら地域で必要な医療提供体制を確保する必要があることなどが課題とされていた⁽⁶⁸⁾。

そこで、現行の地域医療構想について引き続き進捗状況の評価や更なる取組等の検討を行う一方、2040年頃を見据え、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて地域の医療提供体制全体の地域医療構想について検討することを目的として、2024年3月から「新たな地域医療構想等に関する検討会」における議論が行われた⁽⁶⁹⁾。

同検討会の取りまとめ（2024年12月）では、新たな地域医療構想の基本的な考え方として、①2040年に向けて、病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた、あるべき医療提供体制の実現に資すること、②高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、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・集約化を推進す

(64) 2022年の医師届出票情報の集計によれば、診療所の医師は過半数が60代以上であり、人口20万人未満の二次医療圏では60代以上の医師が60%以上を占める。「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」同上, p.24. 開業医の高齢化を背景に、2023年度の医療機関の休廃業・解散は過去最多となった。「医療機関休廃業最多709件 昨年度 開業医の高齢化背景」『読売新聞』2024.4.26. また、地方を中心に、病院勤務医の高齢化も指摘されている。「医師不足 地方悲鳴 70代でも月8回当直・夜間や休日救急撤退・理事長が外科医復帰」『産経新聞』2024.12.23.

(65) 小川洋輔「医師高齢化、廃業増え「充足することはない」」2019.10.7. m3.comウェブサイト;「老いる医療態勢逼迫へ懸念 働き方改革も開始 時間外救急の維持図る」『朝日新聞』(山口版) 2024.5.19 等

(66) 「医療提供体制の改革について」(第66回社会保障審議会医療部会 資料1-1) 2019.4.24. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504323.pdf>>;「2019年4月24日第66回医療部会」(議事録) 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212218_00008.html>

(67) 全国の病床機能報告上の病床数（119.2万床（2023年））は、2025年の必要病床数（119.1万床）に近づいた。「新たな地域医療構想等に関する検討会「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」」2024.12.18, p.4. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>>

(68) 「新たな地域医療構想に関する検討の進め方について」前掲注⁽⁶¹⁾, p.163.

(69) 同上, p.162;「新たな地域医療構想等に関する検討会 開催要綱」(第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1) 2024.3.29. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001236255.pdf>>

ることが示された⁽⁷⁰⁾。

新たな地域医療構想については、2025年度に国がガイドラインの検討・作成を行い、医療機関からの報告データ等を踏まえて都道府県が2026年度に地域の医療提供体制全体の方向性や必要病床数の推計等を検討・策定する考えが示されている⁽⁷¹⁾。

(2) 医師・医療従事者の働き方改革の推進

(i) 医師の働き方改革

日本の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられてきたものの、医師の健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、出産等のライフイベントのある女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を推進する必要性が指摘されていた⁽⁷²⁾。また、少子高齢化が進む地域における医療従事者のマンパワー不足が指摘される中、多様な医療従事者が勤務しやすい環境を作り、地域に必要な医療を持続的に提供できる社会の実現が必要とされた⁽⁷³⁾。

2021年の医療法改正により、いわゆる「医師の働き方改革」が規定された（2024年4月まで段階的に施行）⁽⁷⁴⁾。医師の時間外・休日労働については、「労働基準法」（昭和22年法律第49号）の2018年の改正（いわゆる「働き方改革」）による上限時間の規制が2024年3月まで適用が猶予され同年4月以降の上限は厚生労働省令により定めるとされていたところ、一般的な診療従事勤務医については年960時間、また、地域医療の確保の観点等⁽⁷⁵⁾からやむを得ず年960時間を超える場合には年1,860時間を上限とすることができることとされた⁽⁷⁶⁾。なお、地域医療確保のための年1,860時間の上限については、都道府県単位で医師の偏在を解消する目標年である2036年に向けて、2035年度末に解消することが目標とされている⁽⁷⁷⁾。

医師の時間外・休日労働時間に上限が設けられたことで、その適用が開始される前には、地域に医師を派遣していた大学病院が労働時間の上限超えを心配して派遣医師を引き揚げたり、医師の派遣を受けられない地域の医療機関で夜間救急等の対応ができなくなったり手術件数が

(70) 新たな地域医療構想等に関する検討会 前掲注(67), p.15. 新たな地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとしてではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等に関する事項を定めるものとして医療計画の上位概念として位置付けること（医療計画については、新たな地域医療構想の実行計画として具体的な取組を定めること）とされている。

(71) これまでの地域医療構想における取組については2026年度も継続し、新たな地域医療構想については2027年度から順次取組を開始することとし、円滑な移行を図ることが適当であるとされている。同上, p.15.

(72) 医師の働き方改革に関する検討会「医師の働き方改革に関する検討会報告書」2019.3.28, pp.2-3. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf>>

(73) 「医師の働き方改革～患者さんと医師の未来のために～」厚生労働省ウェブサイト <<https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/files/Attachment/488/>

医師の働き方改革解説スライド「医師の働き方改革～患者さんと医師の未来のために～」_詳細編.pdf>

(74) 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）における医療法の改正。労働時間の上限規制については、福井祥人「労働時間の上限規制について」『レファレンス』874号, 2023.10, pp.51-78. <<https://doi.org/10.11501/13036570>> 参照。

(75) 地域医療の確保のため、大学病院等から副業・兼業として派遣される場合や、救急医療や高度ながん治療等地域医療の確保のため自院内での長時間労働が必要な場合等が該当する。他に、臨床・専門研修を行う研修医や高度技能の習得研修を行う医師も1,860時間を上限とすることができる。「医師の働き方改革～患者さんと医師の未来のために～」前掲注(73); 福井 同上, pp.74-75.

(76) 年960時間の上限は「労働基準法施行規則」（昭和22年厚生省令第23号）において、年1,860時間の上限は「医療法第128条の規定により読み替えて適用する労働基準法第141条第2項の厚生労働省令で定める時間等を定める省令」（令和4年厚生労働省令第6号）により規定された。なお、年960時間は過労死ラインの月80時間、年1,860時間は過労死ラインの2倍近くの月155時間に相当する。

(77) 医師の働き方改革に関する検討会 前掲注(72), pp.11, 29-30. 研修医等の上限については、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証していくこととされている。同, p.30.

減ったりすること等を危惧する指摘がなされていた⁷⁸。適用直前の2024年2月に全国の国民健康保険診療施設に対して行われたアンケート調査⁷⁹によれば、医師の働き方を変えていく取組に関して、100床以上の病院のほとんどが何らかの取組を行っていたものの、99床以下の病院では約18%、有床診療所では約50%が特に取組をしていないと回答するなど、医療機関の規模により状況が異なった。各医療機関が取り組んでいる項目としては、医師事務作業補助者の配置、カンファレンスや委員会の勤務時間内実施やその時間の短縮化、病状説明の勤務時間内実施の周知徹底、特定行為研修修了看護師⁸⁰の配置やその他のタスク・シフト⁸¹の実施、宿日直体制や分担の見直し等が挙げられたが、これらの具体的な取組についても、医療機関の規模により大きな差が見られた⁸²。

適用開始後の2024年8月から9月にかけて行われた日本医師会の調査によれば、調査時点では全体的に想定されていたほどの影響は出ていないという結果が示されたものの、全国の医療機関の約15.6%が「救急搬送の受入困難（断り）事例の増加」を挙げるなど、今後も注視する必要性が指摘されている⁸³。

（ii）タスク・シフト／シェア

医師の時間外労働規制に伴い、医療資源の配分の見直しは避けられないとされる⁸⁴。医師の働き方改革を規定した2021年の法改正では、タスク・シフト／シェアとして診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の業務範囲の拡大も行われた⁸⁵。

看護師については、医師の指示の下で診療の補助を行えるものの、その範囲が必ずしも明瞭ではない中で、看護師業務の裁量範囲の拡大等が課題となっている⁸⁶。2000年代半ば以降、規

(78) 「時間外労働に上限 地域に影響も」『朝日新聞』2023.9.6等。日本の医療は、給与の低い大学病院の医師が地域の医療機関に派遣されて兼業することで医師不足地域の医療に貢献しつつ同世代の医師との給与格差を埋めてきたが、労働時間短縮により大学病院の診療機能が低下して経営規模が縮小した場合には雇用できる医師数も減ることから、地域への医師派遣数も減少するとされている。塩崎英司「大学病院における医師派遣機能の構造的課題」『日本医師会雑誌』152(11), 2024.2, pp.1267-1271.

(79) 全国国民健康保険診療施設協議会「国保診療施設における医師の働き方改革の現状報告書 令和5年度調査」2024.3. <<https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/Report-houkokusyo/R5/> 医師の働き方改革に関する調査報告書令和5年度版.pdf> 国民健康保険診療施設（「国保直診」とも呼ばれる。）は、国民健康保険の療養給付の円滑化や、無医村・無医地区、医師不足町村地区の解消等のため、国民健康保険の保険者（市町村）が設置した医療機関である。多くの国保直診が中山間地、離島、へき地等医療提供が困難な地域の医療機関として地域包括医療・ケアを推進しているとされる。伊闇友伸『自治体病院の歴史—住民医療の歩みとこれから—』三輪書店, 2014, pp.183, 232-236; 全国国民健康保険診療施設協議会「住民の健康と福祉を支える地域包括医療・ケアと国保直診」2012.9, p.1. <<https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/> 紹介パンフレット・資料 / 住民の健康と福祉を支える地域包括医療・ケアと国保直診 / 住民の健康と福祉を支える地域包括医療・ケアと国保直診（平成24年9月版）.pdf>

(80) II-2(2)(ii) 参照

(81) 同上; 後掲注⁸⁵参照

(82) 全国国民健康保険診療施設協議会 前掲注⁽⁷⁹⁾, pp.11-20.

(83) 日本医師会「医師の働き方改革と地域医療への影響に関する日本医師会調査結果（制度開始後調査）」2024.10.23. <https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20241023_2b.pdf>;「医師の働き方改革と地域医療への影響に関する調査結果を公表」2024.11.20. 日本医師会ウェブサイト <<https://www.med.or.jp/nichionline/article/011926.html>>

(84) 島崎 前掲注⁽⁶⁾, pp.403, 498.

(85) 2017年の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 報告書」において「医師 - 他職種間等で行うタスク・シフティング（業務の移管）／タスク・シェアリング（業務の共同化）」という言葉が使われるようになり、現在では、「業務の移管・共同」を意味する言葉として、一体的に「タスク・シフト／シェア」が用いられている。」とされる。日本看護協会「看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに関するガイドライン及び活用ガイド」2022.6.15, p.7. <https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/shift_n_share/guideline/tns_guideline.pdf>;「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 報告書」2017.4.6, p.33. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161081.pdf>>

(86) 島崎 前掲注⁽⁶⁾, pp.410-411. 医師から看護師へのタスク・シフト／シェアをしている病院では、「注射、採血、

制改革会議等において医師と看護師の役割分担の見直しが議論され、医師があらかじめ作成した「手順書」に基づいて看護師が患者の状態を見極め適切なタイミングで38の特定行為（診療の補助）を行うことができる制度として、2015年10月に「特定行為に係る看護師の研修制度」（いわゆる「特定看護師」の養成）が開始された⁸⁷。国は当初、2025年までに10万人以上の特定看護師の養成を目指していたが、2023年3月時点の研修修了者は6,875人にとどまる⁸⁸。

タスク・シフト／シェアの活用に際しては、医療関係職種の人員確保等の制約も受ける⁸⁹。また、タスク・シフト／シェアをめぐる議論が医師の業務の移管（シフト）ではなく医師の指示の下での業務共同化（シェア）の領域拡大にとどまっていることや、医師以外の医療人材の待遇が改善されていない等の課題を指摘するものも見られる⁹⁰。

(3) 実効性のある医師偏在対策の着実な推進

(i) 医師偏在対策

日本の医師は、時期による養成数の増減があるものの、その総数は戦後一貫して増加してきた（図参照）。中長期的な医療ニーズや働き方改革を踏まえると、医師の需給は2029年頃には均衡し、それ以降、人口減少に伴い医師需要は減少局面となるとされる⁹¹。しかし、明治期以来指摘されてきた医師の地域偏在は、2008年以降の医学部定員の增加以降、むしろ格差が広がっていることが指摘されていた⁹²。

このような状況に対し、2024年末、医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージが策定された⁹³。医師偏在は一つの取組では是正が図られるものではなく、医師の価値観の変化、医師

- 静脈路の確保等」や「診察前の情報収集」等が行われているとされる。日本看護協会編「2023年病院看護実態調査 報告書」（日本看護協会調査研究報告 No.100）2024.3, p.43. <<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/100.pdf>>
- (87) 臨床実践能力の高い特定の看護師（特定看護師）に限り一般的には診療の補助に該当しないような難易度の高い特定の医行為（特定行為）を医師の包括的指示の下で実施することを可能とする案もあった。しかし、医師会などの反対により、特定看護師という資格制度を設けるのではなく、研修制度の創設となつた。島崎 前掲注(6), pp.411-412. なお、日本看護協会は、医師の指示を受けずに一定の診療行為を行える「ナース・プラクティショナー（NP）」の創設を要望している。
- (88) 市川慶幸「特定行為研修修了看護師の導入促進にむけての課題—看護師特定行為研修制度の課題と解決策—」『日本心臓血管外科学会雑誌』52(4), 2023.7, pp.283-290. <<https://doi.org/10.4326/jjcv.s.52.283>>; 「特定行為研修制度の現状及び推進策の推進状況等について（報告）」（第33回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会 資料6）2023.8.23, p.3. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001137304.pdf>> 地方の病院では看護師不足の中で地域の病院を離れて研修を受けさせる余裕がないなどの課題も指摘されている。「特定看護師 育成時間なく」『北海道新聞』2024.3.31.
- (89) 看護職員については、前述（I-2(2)(ii)）のとおり、今後の需要増大に伴い不足することが見込まれている。なお、看護師から看護師以外へのタスク・シフト／シェアは、薬剤師（入院患者の持参薬の内容確認等薬学的管理、薬剤の在庫管理、抗がん剤等の無菌調製等）や臨床検査技師（病棟・外来における採血業務）を始め、様々な職種で行われている。日本看護協会編 前掲注(86), pp.44-46.
- (90) 「医療の効率化 待遇改善カギ 伊藤由希子 津田塾大学教授（経済教室）」『日本経済新聞』2024.11.5. 例えは、特定看護師になんでも手当を支給するといった特別な支援策がないとの指摘も見られる。「特定看護師 育成時間なく」前掲注(88)
- (91) 労働時間の上限を週60時間とする等の仮定を置いた場合である。「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第5次中間とりまとめ」2022.2.7, p.3. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000894411.pdf>>
- (92) 厚生労働省医政局「令和3年度 全国厚生労働関係部局長会議（医政局）」p.48. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000888940.pdf>> 地域偏在のみならず診療科偏在も拡大しているとされる。2008年の人数を1として2022年の人数を比較した場合、リハビリテーション科は1.6、形成外科は1.5、麻酔科及び放射線科は1.4であり、医師数が増えているが、外科はほぼ1である。厚生労働省医政局「今後の医師偏在対策と令和8年度医学部臨時定員に係る方針について」（第7回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1）2024.10.30, p.4. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322761.pdf>>
- (93) 「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」2024.12.25. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001363488.pdf>>

の意向⁹⁴⁾や地域の実情等を踏まえながら様々な取組を幅広く実施することが必要であるとされた。従来の医師偏在対策は、若手医師養成課程中心の対策であり、①大学医学部における、地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生選抜枠（地域枠⁹⁵⁾等）の設定、②臨床研修制度における都道府県別の採用枠上限設定、③専門研修制度⁹⁶⁾における都道府県別・診療科別の上限数設定の三段階であった。新たな医師偏在対策では、若手だけでなく中堅・シニア世代を含む全世代の医師を対象とし、これまでのへき地医療対策を超えた対策を行い、国、地方自治体、医療関係者、保険者等全ての関係者が協働し、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応⁹⁷⁾、オンライン診療の推進等と一体的に取り組むこととされている⁹⁸⁾。

具体的な取組としては、①今後も一定の定住人口が見込まれるも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方が早い地域等を都道府県が「重点医師偏在対策支援区域」として選定し、優先的かつ重点的に対策を進めること、②管理者になる要件（管理者要件）として医師少数区域等における勤務経験を求める対象医療機関の範囲を拡大するほか、求める勤務経験の期間を6か月以上から1年以上に延長すること、③外来医師多数区域で新規開業する医師に対し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）を要請し、これに応じない場合には勧告や医療機関名の公表、補助金の不交付、診療報酬上の対応等を行うことができるようになると、④経済的インセンティブの付与、⑤中堅・シニア世代を対象とした全国的なマッチング機能やリカレント教育の支援、⑥都道府県と大学病院等との連携等が挙げられている⁹⁹⁾。

(94) 医師が地方での勤務を希望しない理由は、年代により異なる。20代では労働環境への不安、希望する内容の仕事ができないこと、専門医取得への不安等が上位を占めるが、30代・40代になると、労働環境や仕事内容を抑えて子供の教育環境が最上位となる。50代以上では、子供の教育環境という理由は減る。回答した医師の44%は、地方（東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外）で勤務する意思があるとしていた。厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」研究班・厚生労働省医政局「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 資料2）2017.4.6, pp.24, 27-29. <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-0000161146.pdf>>

(95) 地域枠は、地元出身者又は全国から別枠方式で選抜し、卒業後の従事要件がある（奨学金の貸与は問わない）。勤務先の地域等が指定される場合のほか、地域等に加え一定の診療科の中から専攻する必要がある場合もある。地域枠で奨学金が医学部在学中の6年間貸与される場合、その1.5倍の9年間の義務を履行することで奨学金の返済義務がなくなることが多い。全国医学部長病院長会議「令和5年度地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告」2024.3, pp.6, 12. <https://www.mext.go.jp/content/20230617-mxt_igaku-100001063_1.pdf> 2008～2017年に地域枠で入学した医師の義務履行率は85.9%、医師不足地域での勤務は31.4%とされ、地域枠制度は、医師の偏在是正策として有効であるとされている。同, pp.24, 45.

(96) 医学部卒業後2年の臨床研修を終えた後、専門医取得を目指す者が受けける研修である。2017年度以前は、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設けていたが、2018年4月以降は、医師国家試験合格後約2年間の臨床研修を終えた医師は、専攻医として3～5年の専門研修を受けた後に認定試験を受けて合格すると専門医を名乗ることができることとされた。専攻医は3年程度の研修期間中に必要症例数を確保する必要があるため、専攻医が都市部の大規模医療機関に集中して地域偏在が更に拡大するのではないかという懸念を受けて、上限数（シーリング）が設けられた。

(97) 若手医師が近年美容医療の領域に流れていることについては、医師の偏在是正の観点からも検討をしていく必要があるとの指摘が見られる。臨床研修修了後にすぐに自由診療の美容医療の道に進む「直美（ちょくび）」と呼ばれる医師の正確な人数は把握困難であるとされるが、医学部二つ分に相当する年間200人に上るとも試算されている。「美容医療の適切な実施に関する検討会報告書」2024.11.22, p.15. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-001337817.pdf>> ; 「インタビュー◎東京慈恵会医科大学形成外科学講座主任教授の宮脇剛司氏に聞く『保険医の待遇を改善しないと美容医の増加は食い止められない』」『日経メディカル』（オンライン）2024.11.27.

(98) 新たな地域医療構想等に関する検討会「医師偏在対策に関するとりまとめ」2024.12.18, pp.3-4. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-10800000/001357308.pdf>> ; 「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」前掲注⁹³⁾, p.2. とりまとめを土台に、総合的な対策パッケージが策定された。

(99) 「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」同上, pp.4-9. 医師偏在対策の検討過程においては、様々な

(ii) プライマリ・ケアへの対応

複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、医療機関には、生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診る役割、すなわち、プライマリ・ケア⁽¹⁰⁰⁾への対応が求められている⁽¹⁰¹⁾。

2018年4月から始まった専門研修制度の下では、「総合診療専門医」⁽¹⁰²⁾が19番目の専門医として位置付けられた。しかし、初年度の専攻医のうち総合診療領域を選択した者は2%程度にとどまった。その要因としては、大学医学部のプライマリ・ケアに対する関心の低さや総合性に対する評価が低いこと、総合診療専門医のキャリアパスが明確でないことなどが挙げられている⁽¹⁰³⁾。そのような状況ではあるものの、2025年4月に開始するかかりつけ医機能報告制度では、内科等の専門医ではなく総合診療専門医の有無を記載する形になることから、「若い医師や医学生に総合診療に目を向けてもらう一つのきっかけにもなる」との期待も見られる⁽¹⁰⁴⁾。

3 人口減少と地域医療

人口減少が既に進んでいる地域では、どのような課題に直面し、どのように対応しているのか。以下では、まず、産炭地として石炭産業の盛衰とともに人口が著しく増減した地域を有する北海道空知総合振興局管内の二次医療圏⁽¹⁰⁵⁾について取り上げる。次に、生産年齢人口の減少と高齢化の「先進地域」とも呼ばれる秋田県⁽¹⁰⁶⁾における県医師会の提言を取り上げる。

指摘がなされた。管理者要件の対象医療機関の拡大については、管理者には幅広い経験や資質が求められることや、若手医師を中心に管理者となることを避ける傾向があることから、管理者の確保に課題が生じるおそれがあることが指摘された。新規開業希望者に対し地域で不足する医療機能の提供等の要請を行うことに関しては、その実効性担保のため要請や勧告に従わなかった場合の保険医療機関の不指定や取消を盛り込むかどうかについて、賛否様々な意見が噴出した。経済的インセンティブの原資を保険者の拠出財源に求めることについては、保険給付との関連性の乏しい使途に保険料を充当することに対し保険者側から反対意見が提示された。新たな地域医療構想等に関する検討会 同上, pp.6, 8-9, 11.

(100) プライマリ・ケアの定義や意味合いは幅広いが、「患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス」と説明され、「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」と考えられている。「プライマリ・ケアとは? (医療従事者向け)」日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト <<https://www.primarycare-japan.com/primarycare.htm>>

(101) 医療計画の見直し等に関する検討会「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」2020.12.11, pp.1-2. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000704605.pdf>>

(102) 総合診療専門医は、「特定の臓器や疾患を専門とするのではなく、幅広い視野で患者や家族を見守り、地域を支えるオールラウンドプレイヤー」であり、「扱う問題の広さと多様性」が特徴とされる。「一般の皆さんへ」日本専門医機構総合診療専門医検討委員会ウェブサイト <<https://jbgm.org/ippan/>>

(103) 島崎 前掲注(6), p.370.

(104) インタビューにおける、草場鉄舟日本プライマリ・ケア連合学会理事長のコメント。永井 前掲注(40)

(105) 北海道については、主に、清水芳行『医師偏在と地域経済—北海道からみた過疎医療問題—』北海学園大学出版会, 2023 を参照した。清水北陸大学医療保健学部教授は、医療を「地域内需要に対応したサービス産業」と捉え、医師偏在の出発点は、供給サイドの医師の動向ではなく、需要サイドの人口変動、とりわけ「地方の過疎化」にあるとし、その背後には「地域産業の盛衰」があるとする。地域産業が発展した地域では医療も拡充するが、それらの衰退が顕著になると、地域の衰退に伴い人口が減少して医療需要が縮み、地域から医師が離れるという現象を「医療の過疎化」と呼び、過疎医療に至る経過や背景は地域ごとに異なるとして、医師偏在と地域経済を関連付けて「過疎医療の地域性」の分析を行い、医師偏在の発生メカニズムを検討している。清水教授は、過疎医療問題への医療政策的対応には限界があり、この問題を医療の枠組みの中だけで解決することは困難であるとしている。同, pp.11-17, 71-74.

(106) 「二次医療圏を3つに再編、「連携」に活路」『日経ヘルスケア』411号, 2024.1, p.28.

(1) 北海道

(i) 南空知医療圏

南空知医療圏は、北海道の中央南西部の4市（夕張市、岩見沢市、美唄市及び三笠市）5町（南幌町、由仁町、長沼町、栗山町及び月形町）から成り、佐賀県と同程度の面積（約2,562km²）である⁽¹⁰⁷⁾。同圏域の2024年1月1日現在の住民基本台帳人口は、約14万5000人である⁽¹⁰⁸⁾。

同圏域の夕張市は、1888年の炭層発見の翌年に創設された北海道炭礦鉄道会社（北炭）により採炭が開始され、炭鉱都市として発展した。北炭が1890年に設置した簡易診療所が1910年に夕張炭鉱病院となり、総合病院としてその後の夕張の医療の中心的役割を果たした。夕張では炭鉱企業宮の炭鉱病院が炭鉱関係者のみならず一般住民の医療も担っており、また、炭鉱産業の発展に伴う地域の人口増加を背景に1900年頃から医師の開業も相次ぎ、石炭産業繁栄期の夕張における医療提供体制は空知総合振興局管内随一であったとされる⁽¹⁰⁹⁾。しかし、1890年代以降ほぼ一貫して増え続けた夕張市の人口は、1960年に国勢調査人口が10万8000人近くに及ぶなどしたのをピークに炭鉱の衰退とともに激減し、炭鉱が全て閉山した1990年には2万人余となった⁽¹¹⁰⁾。人口減少とともに医療機関及び医師数も減り、1959年当時市内7病院24診療所に合計78人いた医師は、産業が衰退した1980年末には3病院20診療所に合計35人となった⁽¹¹¹⁾。1982年には、北炭夕張新炭鉱閉山に伴い夕張炭鉱病院が夕張市に移管されて夕張市立総合病院となった。その後、同病院は2007年の夕張市財政破綻後に有床診療所（介護医療院併設）となり、市内の病院はなくなった⁽¹¹²⁾。

同じ南空知医療圏の美唄市は、夕張市とは異なり、当初は農地開拓が進み、その後1910年代に入ってから炭鉱開発が本格化した⁽¹¹³⁾。炭鉱医療は炭鉱企業関係者に対してのみ提供され、一般住民は開業医を受診していた。戦時下の美唄では、炭鉱関係者と一般住民との間の地域内医療格差を背景に、自治体病院が設立された。また、1955年には地元の熱心な誘致活動を受けて美唄労災病院が開院した。その結果、夕張では一般病床のほとんどが炭鉱病院であったのに対し、美唄では公立病院と労災病院が全体の半数弱の病床を占めた⁽¹¹⁴⁾。美唄市の人口は1956年4月の約9万2000人をピークに1972年の三菱美唄炭鉱閉山まで急減した（約4万2000人）が、その後の人口減少は夕張市よりも緩やかであった⁽¹¹⁵⁾。また、美唄市においては、市立美唄

(107) 北海道空知総合振興局保健環境部（北海道岩見沢保健所）「北海道医療計画南空知地域推進方針（令和6年度～11年度）」2024.9, p.1. <https://www.sorachi.pref.hokkaido.lg.jp/fs/1/0/8/3/0/5/2/6/_第1基本的事項.pdf>

(108) 「令和6年住民基本台帳人口・世帯数（令和6年1月1日現在）」北海道ウェブサイト <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/1/1/2/2/8/4/7/_901brr2401n.xlsx> 各市の人口は、岩見沢市約76,000人、美唄市約19,000人、三笠市約7,500人、夕張市約6,400人であり、岩見沢市が同圏域の人口の約52%を占める。同

(109) 夕張市は「純粹な炭鉱都市」とも形容され、その開発経緯や険しい山間部にわずかな平地しかないという地形的特徴から計画的な都市形成が困難であったとされる。清水 前掲注⁽¹⁰⁶⁾, pp.79-81.

(110) 夕張市「夕張市の統計書（平成21年版）第10号」2024.3.22更新, pp.6-8. <<https://www.city.yubari.lg.jp/uploaded/attachment/1555.pdf>> 国立社会保障・人口問題研究所によれば、夕張市の2040年の人口は約3,300人と推計されている。「都道府県・市区町村別の男女・年齢（5歳）階級別将来推計人口」『日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）』国立社会保障・人口問題研究所ウェブサイト <<https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/3kekka/Municipalities/01.xlsx>>

(111) 清水 前掲注⁽¹⁰⁶⁾, pp.97-101; 北海道衛生部『北海道衛生統計年報 昭和55年』1982, pp.307, 330. <<https://doi.org/10.11501/12137872>>

(112) 清水 同上, pp.77, 101. 同市の2021年末の医師数は7名である。「第66-1表 保健医療従事者数（人口10万対）」『令和3年度（2021年度）地域保健情報年報』北海道ウェブサイト <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/1/0/7/7/6/8/4/8/_R3-07_64~70%E8%A1%A8.xlsx>

(113) 清水 同上, pp.84, 90.

(114) 清水 同上, pp.84-86, 96-97, 103.

(115) 美唄市百年史編さん委員会編『美唄市百年史 資料編』美唄市, 1991, pp.20-22. <<https://doi.org/10.11501/13199462>>

病院や美唄労災病院の機能充実や規模拡張が行われ、さらに石炭産業繁栄期に開設された診療所が対応として病院化するなどして、炭鉱撤退後に医師数が急増した⁽¹⁶⁾。

このように、地域の成り立ちや医療機関の特色等により、人口減少後の地域医療の姿は異なる。ただし、現在の美唄市の医療提供体制は、夕張市と比較した場合には充実しているものの、両市共に入院自給率が5割を下回っており、入院患者は札幌医療圏等に流出している⁽¹⁷⁾。

(ii) 中空知医療圏

中空知医療圏は、5市（芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市）5町（奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町）から成り、東京都と同程度の面積（約2,162km²）である⁽¹⁸⁾。同圏域の2024年1月1日現在の住民基本台帳人口は、約9万3000人である⁽¹⁹⁾。同圏域の人口10万人当たりの医師数は、道内で上川中部医療圏、札幌医療圏に次いで多く、特に砂川市については道全市町村の中で最も多い（691.4人、2022年末）反面、同圏域内の他の多くの市町の医師数は少なく、圏域内の医療格差が著しいとされる⁽²⁰⁾。

中空知医療圏は、自然環境と産業の発展経過から、一般的に旧産炭地域の東部、農商工業地域の中部、農村地域の西部の3地区に分けられる⁽²¹⁾。このうち、東部地区は、1960年の人口は中空知全体の60%を超えていたが、石炭産業の衰退に伴い人口が減少し、1960年から2020年までに芦別市・赤平市では80%以上、歌志内市・上砂川町では90%以上の人口減少が起き⁽²²⁾、2040年にかけて更なる人口減少が見込まれている⁽²³⁾。中部地区は、幹線道路が交差していることから中空知経済の中心として発展し、都市機能も集積されつつある⁽²⁴⁾。

かつて、東部地区の炭鉱地帯では炭鉱医療が地域医療の中心であり、炭鉱関係者以外の住民

(16) 1970年代に40人程度であった同市の医師数は、1990年代後半から2000年代前半には80人程度となった。その後はまた医師数が減少し、2021年の医師数は42人である。清水 前掲注⁽¹⁶⁾, pp.100-103;「第66-1表 保健医療従事者数（人口10万対）」『令和3年度（2021年度）地域保健情報年報』前掲注⁽¹²⁾; 美唄市百年史編さん委員会編『美唄市百年史 通史編』美唄市, 1991, pp.1448-1450. <<https://doi.org/10.11501/13199470>>

(17) 夕張市の入院患者の主な流出先は札幌医療圏、美唄市の入院患者の主な流出先は中空知医療圏及び札幌医療圏である。なお、外来の圏域内自給率は、夕張市が約79%、美唄市が約90%である。北海道空知総合振興局保健環境部（北海道岩見沢保健所） 前掲注⁽¹⁰⁾, p.7.

(18) 北海道空知総合振興局保健環境部滝川地域保健室（北海道滝川保健所）「北海道医療計画中空知地域推進方針（令和6年度～令和11年度）」2024.9, p.1. <https://www.sorachi.pref.hokkaido.lg.jp/fs/1/0/7/2/9/6/5/2/_R06suisin02.pdf>

(19) 「令和6年住民基本台帳人口・世帯数（令和6年1月1日現在）」前掲注⁽¹⁰⁾。各市の人口は、芦別市約12,000人、赤平市約8,700人、滝川市約37,000人、砂川市約16,000人、歌志内市約2,700人であり、滝川市に同圏域の人口の約40%が集中し、砂川市も約17%を占める。同

(20) 清水 前掲注⁽¹⁶⁾, p.112. 医師偏在指標は二次医療圏単位であるため、市単位の比較では人口10万対医師数を用いる。「表8 従業地別医師・歯科医師・薬剤師数及び率（人口10万対）、二次保健医療福祉圏別」『令和4年（2022年）北海道保健統計年報』北海道ウェブサイト <<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/sum/hoso/hotou/hotou01/197226.html>>;「第64表 医師・歯科医師・薬剤師数および率（人口10万対）、従業地による保健所・市町村別」同

(21) 東部地区（芦別市、赤平市、歌志内市、上砂川町）、中部地区（滝川市、砂川市、奈井江町）及び西部知区（雨竜町、新十津川町、浦臼町）。北海道空知総合振興局保健環境部滝川地域保健室（北海道滝川保健所） 前掲注⁽¹⁸⁾, pp.1-4.

(22) 国勢調査人口に基づく。総理府統計局『国勢調査報告 昭和35年 第4巻都道府県編 その1北海道』1963, p.55. <<https://doi.org/10.11501/9548804>>;「国勢調査／令和2年国勢調査／人口等基本集計（主な内容：男女・年齢・配偶関係、世帯の構成、住居の状態、母子・父子世帯、国籍など）」政府統計の総合窓口ウェブサイト <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?statdisp_id=0003445078>

(23) 国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、各市町で2020年比45～55%程度の人口減少が見込まれている。「都道府県・市区町村別の男女・年齢（5歳）階級別将来推計人口」『日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）』前掲注⁽¹⁰⁾

(24) 北海道空知総合振興局保健環境部滝川地域保健室（北海道滝川保健所） 前掲注⁽¹⁸⁾, pp.1-3.

の医療は主に開業医が担っていた。他方で、他地区の開業医は僅かであり、昭和に入ると住民から自治体病院設置の要望が高まり、1934年には現在の滝川市で、1940年には現在の砂川市で自治体病院が開院した⁽²⁵⁾。その後、石炭産業の衰退に伴う東部地区の地域産業の縮小とそれに伴う人口減少によって地域の中心が中部地区に移るとともに、1970年代以降、砂川市立病院への医療機能の集中が進行した⁽²⁶⁾。2004年の医師臨床研修必修化が過疎医療地域での医師不足を招いたとも言われる中、砂川市立病院については、2004年以降、医療者から選ばれる病院として、急激に医療従事者が増えた⁽²⁷⁾。

2004年、この地域では、滝川市及び砂川市を含む4市2町⁽²⁸⁾による市町村合併協議が行われた。しかし、地域医療をけん引する砂川市と人口集積都市である滝川市との病院建設地をめぐる対立等から合併計画は頓挫した⁽²⁹⁾。結果的に地域医療再編の機会を逸した各自治体は、現在でも厳しい財政状況の中で自治体医療を展開している⁽³⁰⁾。

このような状況については、医療提供の効率性の観点から問題視する指摘がある。中空知医療圏には、芦別市、赤平市、滝川市及び砂川市に救急告示医療機関として認定された市立病院が一つずつある⁽³¹⁾が、2019年度から2021年度にかけて、これらの市立病院の全てにおいて、救急搬送の受入れ、休日・夜間・時間外の受診及びその後の入院が減少している。中でも、同

(25) 現在の滝川市立病院及び砂川市立病院。清水 前掲注⁽¹⁶⁾, pp.136-137.

(26) 1971年には、当時社会問題化していた交通事故への対応を担うため北海道庁からの依頼により建設された救急医療センターが完成し（道内4か所目）、最新鋭の医療機器を配備した。この背景には、砂川市立病院が国道沿いに立地しているという地理的要素のほか、それまでの診療体制の充実や砂川市の医療に対する姿勢への評価があるとされている。その後、1981年には二次的基幹病院（地域医療センター）に指定され、これにより道から地域センター病院整備費補助金やセンター病院等拡充強化事業費補助金を受け、専門医療体制の充実が図られた。また、その後も災害拠点病院、地域周産期母子医療センター、地域救急救命センターを始めとする多くの医療機能に関する指定を受け、砂川市立病院は地域の中で圧倒的な発展を遂げた。清水 同上, pp.141-142, 206-213.

(27) 道や医育大学との連携による砂川市立病院への医師及び高度医療の集約化が行われ、その結果として医療圏内における医療格差が拡大し、砂川市立病院を「主」、周辺市町自治体病院を「従」とする医療的ヒエラルキーが生み出されたとされ、更には現在見られるような過疎地域における人口減・医師増現象発現の要因となったとされる。清水 同上, pp.123, 145-146.

(28) 赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、上砂川町及び浦臼町。「<そらねっと27>自治体合併 難問山積 管内各地の協議は今＊3＊中空知編＊上（2の1）＊砂川市の中核病院＊建設地が焦点に」『北海道新聞』2004.6.25.

(29) 病院問題の検討の中で、砂川市は市立病院を中心とした街づくりを推進してきた歴史的背景や病院移転に伴う空洞化等の懸念から新病院の建設地には既存市立病院の隣接地が最適であるとの主張を行ったのに対し、滝川市は最も人口が集積している現状から新病院の建設地として滝川市寄りの候補地を主張した。周辺市町についても、それぞれの利害から意見が異なり、建設地の一本化に至らず、各自治体病院の機能分担の面でも結論が出なかった。最終的に滝川市が合併協議会からの離脱を表明し、合併協議は破綻した。清水 前掲注⁽¹⁶⁾, pp.142-144; 「滝川市「中空知合併協」離脱へ 中核病院など調整つかず」『読売新聞』（北海道版）2004.7.30.

(30) 中空知医療圏を構成する自治体のうち、新十津川町及び雨竜町を除く8自治体では自治体が医療機関を運営している。なお、石炭産業及び炭鉱医療への依存度が高かった歌志内市・上砂川町では人口、産業就業者数の減少と同様に医師数の減少も激しく、市町村単位での地域医療は崩壊の危機に瀕しているとされている。清水 同上, pp.117-119, 132.

(31) 市立芦別病院、あかびら市立病院、滝川市立病院及び砂川市立病院。なお、中空知医療圏では民間病院を含め6機関が救急告示医療機関に指定されている。令和4年7月1日時点の病床機能報告によれば、同圏域では砂川市立病院が全408床のうち高度急性期26床、急性期338床を有し、滝川市立病院が全270床のうち急性期181床を有するいわゆる急性期病院であるのに対し、市立芦別病院は、全99床のうち急性期60床、慢性期39床、あかびら市立病院は全120床のうち、急性期60床、慢性期60床となっている。ほかに、地域内で脳疾患の治療を完結することを目標として開院した民間病院が急性期30床を有する。「別表10 初期救急医療機関及び二次救急医療機関一覧（R5.10.1現在）」『北海道医療計画（令和6年度～令和11年度）』2024.3. 北海道ウェブサイト <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/9/9/1/5/0/5/_別表10.pdf>；「R4 病床機能報告（確定版） 北海道における医療機能ごとの病床の状況」<[https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/1/0/2/2/7/1/2/0/_01_【北海道（公表用）】北海道における医療機能ごとの病床の状況_240514\(確定値\).xlsx](https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/1/0/2/2/7/1/2/0/_01_【北海道（公表用）】北海道における医療機能ごとの病床の状況_240514(確定値).xlsx)> なお、砂川市立病院では、2023年春から看護師不足のため診療体制の縮小を迫られており、精神科病床80床のうち40床を休床としている。「特定看護師 育成時間なく」前掲注⁽⁸⁸⁾

圏域の急性期医療の中核を担う砂川市立病院と滝川市立病院については、患者が減少する中、経営面で互いに足を引っ張ることで各病院の医療人材が減り患者のケアの低下を招き得ることが懸念されている。あかびら市立病院や市立芦別病院では、1日平均1件以下の救急搬送のために医師が夜間・休日も常駐しており、費用対効果が低いことが指摘されている⁽¹²⁾。

他方で、同圏域では、砂川市立病院と滝川市立病院を中心とする急性期医療の提供と、いわゆる後方支援的な役割を果たすその他の自治体病院との間で病院機能が分化していることから、「一見すると地域完結型医療提供体制が構築されているようにみえる」ものの、「医療圏内の医療格差、特に地域住民が受けられる医療の質や地域中核病院までのアクセスといった観点から現状を捉えると必ずしも理想的な地域医療の形とはいえない」との指摘もなされている⁽¹³⁾。

2024年、厚生労働省は、中空知医療圏を、医療提供体制上の課題や重点的支援の必要性がある区域であるモデル推進区域（全国10～20か所）の一つに選定した⁽¹⁴⁾。同圏域内の医療機関の役割分担や連携等について、国や北海道の支援が行われることになる。

(2) 秋田県

秋田県⁽¹⁵⁾では、2019年に県医師会が行政・大学・医療関係者等と問題意識を共有するための文書を取りまとめ、公表した⁽¹⁶⁾。これによれば、2040年に向けて、県内全ての二次医療圏で総人口が減少する。受療率も長期的には減少傾向であり、入院患者数より外来患者数が早く減少するとされている⁽¹⁷⁾。他方で、1日当たりの往診・訪問診療は、増加することが見込まれている⁽¹⁸⁾。医療従事者について見ると、県内の医師数は増加しているものの必要数に対して不足しており、また、偏在が著しい。若手医師が過疎地で開業しない傾向が続ければ、診療所医師の高齢化と後継者不足により地域医療の維持に大きな支障が生じる可能性が高いとされている。また、若年層の看護師の減少により看護師の確保が更に難しくなり、看護師不足のため病床を維持できなくなる事態が想定されるほか、2040年の後期高齢者の看護・介護を担う人材不足が深刻であり、特に急増する90歳以上の女性の高齢者をどこでどのように支えていくかが大きな課題であるとされる⁽¹⁹⁾。

その上で、同文書では、①公・民の垣根を越えた新たな枠組みによる質の高い医療の提供、②二次医療圏の再編による三次医療機能の配置、③少子高齢化仕様の医療による住民の安心確保、

(12) 伊藤由希子「医療提供体制の課題と将来（社会保障読本2023年版 医療制度 理論編）」『週刊社会保障』77(3231), 2023.8.14-21, pp.75-76.

(13) 清水 前掲注⁽¹⁵⁾, pp.117-119.

(14) 「中空知医療圏 モデル区域に」『北海道新聞』2024.12.11.

(15) 秋田県の人口は、1956年の約135万人をピークに減少し、2020年の国勢調査人口は約96万人である。年少人口（14歳以下）の割合は9.7%、生産年齢人口は52.8%で、共に全国最下位であり、老人人口は37.5%で全国1位である。国勢調査における対前回調査比の人口減少率は、2000年以降5回連続で全国最大である。高度経済成長期には集団就職により年間2万人前後の中学・高校新卒者が県外に転出、2014年に卒業した高校生の卒業後調査においても半数以上が県外に流出しているなど、戦後一貫して人口の社会減が続いている。秋田県「秋田県人口ビジョン」2022.3改訂, pp.2, 11, 18-19. <https://www.pref.akita.lg.jp/uploads/public/archive_0000063573_00/>秋田県人口ビジョン（R4.3改訂）.pdf>秋田県の人口増加率の推移については、本報告書「序論—人口減少と東京一極集中—」表1を参照。

(16) 秋田県医師会「秋田県の医療グランドデザイン 2040～人口減少下の医療提供の方向～」2019.3. <http://www.akita-med.or.jp/_app/webroot/js/kcfinder/upload/files/chousa/granddesign.pdf>

(17) 秋田県医師会 同上, pp.7, 11, 18, 28.

(18) 秋田県医師会 同上, p.32. ただし、居宅での往診・訪問診療は施設への移行により減少する可能性が高いとされる。同

(19) 秋田県医師会 同上, pp.55, 57, 62.

④予防・健康づくりによる健康寿命の延伸と医療機関へのアクセス確保の4点を提言している。具体的には、①医療機関の競合から共生へと舵（かじ）を切り、その際、地域医療連携推進法人制度を活用すること、②二次医療圏を8から3に再編し、医療の量的整備から質的向上にシフトすること（急性期病床を縮減する一方、再編後の二次医療圏では三次医療機能を持つ総合医療センターを整備すること）、③地域の高齢者医療ニーズに応える新たな病院のほか、地域の病院からの患者の受け皿機能を持ち、在宅医療にも対応でき、家族支援のためのショートステイ、小規模多機能型居宅介護などを併設することが可能な有床診療所、④情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療や医療・介護情報の共有化等のほか、過疎地では在宅医療の需要が少ない上面積が広大なため移動距離が長いなど訪問看護や訪問介護の一体的な提供は困難であることから、医療・介護サービスの提供を継続するための「集住化」も選択肢として示された⁽⁴⁰⁾。

その後の2023年、秋田県は、二次医療圏を8から3へと再編することを決定した⁽⁴¹⁾。

以上のように、人口減少が著しい地域といつても一律ではなく、地域の成り立ちや医療機関の種類、更には周辺自治体との関係により、対応が必要な課題や対応方法についても、それぞれ異なる様相を見せている。

おわりに

地域の実情に応じた対応が期待されている制度改革は、医療面だけでも、地域医療構想／医療計画のほか、医師確保計画、外来機能分化、かかりつけ医機能強化、医師の働き方改革、新興感染症対策など多岐にわたるが、これらは相互に関係又は重複するものであるにもかかわらず、個別の制度改革が別々に議論されてきたため、目的や背景、目標年次が一致していないことが指摘されている⁽⁴²⁾。

2024年から2025年にかけては、医療提供体制に関する計画や制度が入れ替わる時期であるとともに2025年以降の取組についての検討が同時並行的に進められており、「将来像も含め、一種のカオス状態を呈していると言っても過言ではない」と評されている⁽⁴³⁾。2040年に向けてどのような議論と取組が重ねられていくのか、その行方が注目される。

(きむら しほ)

⁽⁴⁰⁾ 秋田県医師会 同上, pp.71-73.

⁽⁴¹⁾ 「二次医療圏を3つに再編、「連携」に活路」 前掲注⁽⁴⁰⁾, pp.28-30. 再編後の「県北医療圏」は、再編前の「北秋田医療圏」、「能代・山本医療圏」及び「大館・鹿角医療圏」の3医療圏で構成されることとなった。しかし、地理的、歴史的背景から、これまで秋田市、青森県弘前市、岩手県盛岡市に分かれていた三次医療の流出先が2040年までに変わることはないと考えられており、このような体制を前提とした医療がどうあるべきかを疾患、事業別に考えていくべきとの指摘も見られる。神谷彰「学会長講演 少子高齢化の先進地から持続可能な医療を考える」『日本農村医学会雑誌』72(6), 2024.3, pp.445-452. <<https://doi.org/10.2185/jjrm.72.445>> なお、再編前の「北秋田医療圏」は、2019年2月の医師偏在指標が最下位であった。2024年1月現在の「県北医療圏」の医師偏在指標は、330医療圏中306位である。「医師偏在指標」(医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会(第28回) 参考資料-2) 2019.2.18, p.7. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480270.pdf>>;「医師偏在指標(二次医療圏別)」前掲注⁽⁸⁾

⁽⁴²⁾ 三原 前掲注⁽³⁾, pp.31, 37.

⁽⁴³⁾ 尾形裕也「医療提供体制の課題と将来 (社会保障読本 2024年版—医療・介護・年金制度の現状と課題・将来—医療制度 理論編)」『週刊社会保障』78(3280), 2024.8.12-19, p.72.