

日本の医療政策

4. 医療提供体制

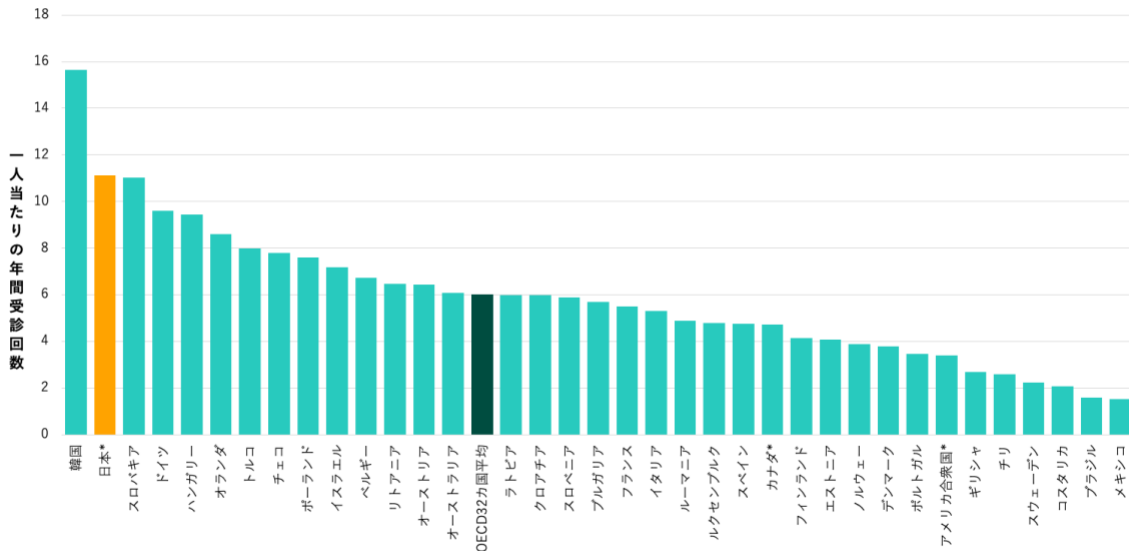
2026 年 9 月

4.1 医療提供体制 | 日本の医療提供体制の概要

医療提供体制の国際比較

日本の医療提供体制の特徴はその規模の大きさである。外来医療の規模を示す受診頻度を見ると、2021 年時点で一人当たり年平均 11.1 回と OECD 内で韓国に次いで高い。入院医療については、まず入院の頻度を示す退院率を見ると OECD 内で中程度であり、あまり高くないようにも見える。しかし、在院日数は群を抜いて長く、2 位の韓国の 2 倍以上の値である。したがって全体として提供される入院医療の規模も大きいと言える。

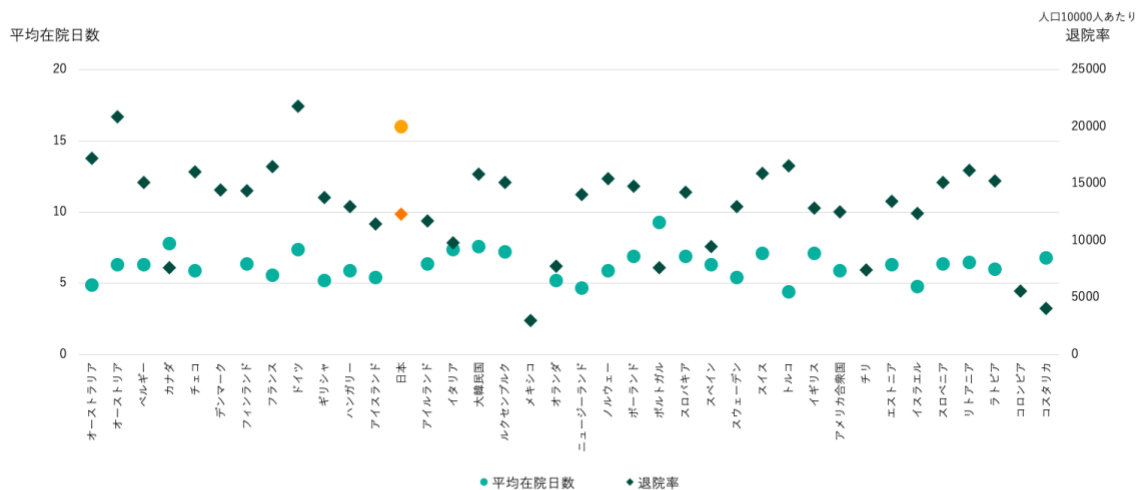
図4-1-1 一人当たり対面受診回数の平均（2021年）



注：*の国では、2020年のデータを用いている。

出典：OECD Health Statistics 2023.

図4-1-2 平均在院日数と10万人当たり退院率の国際比較



注1：平均在院日数に関して、カテゴリーは“Curative care”に該当する疾患で、1年間にすべての入院患者が滞在した日数の合計を、入院件数または退院件数で割ることで算出。

日帰り患者（デイケース）は除外している。また、すべての急性期治療ケースおよび合併症のない分娩の双方について示す。

注2：平均在院日数に関して、2021年の数値を使用しているが、ドイツ・スイスは2020年、ギリシャは2017年の値を利用している。デンマーク、メキシコ、チリ、コロンビアはデータなし。

注3：退院率に関して、カテゴリーは“all causes”に該当する疾患の退院率。

注4：2021年の数値を使用しているが、日本は2020年、トルコ・イギリスは2018年、アイスランド・ギリシャは2017年、ルクセンブルク・デンマークは2016年、アメリカ合衆国は2010年の値を利用している。

出典：OECD “Length of hospital stay”, “Hospital discharge rates”

入院医療提供量規模の大きさを反映して、日本は人口当たり病床数が多い。2021 年時点で人口 1,000 人当たり 12.6 床で、韓国と並んで群を抜いて高い水準である。他方で、高齢者人口当たりの長期療養施設の定員数は少ない。2021 年時点で 65 歳以上人口 1,000 人当たり 34.5 床であり、OECD 平均よりやや低い水準であるといえる。

図4-1-3 人口1000人当たり病床数（2021年）

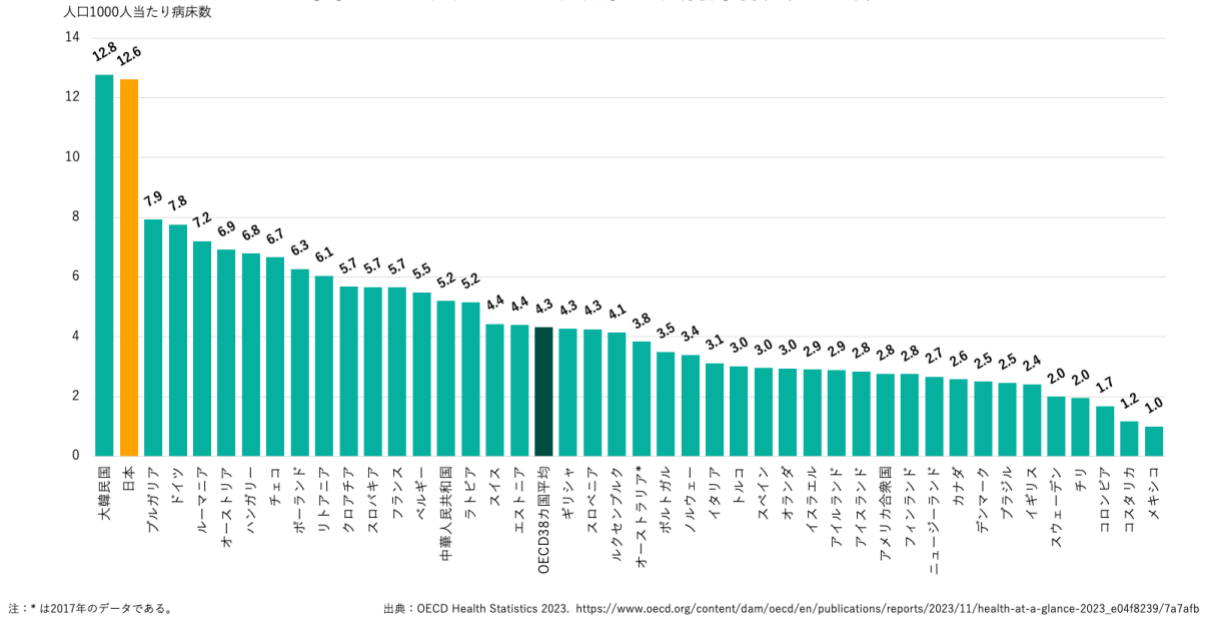
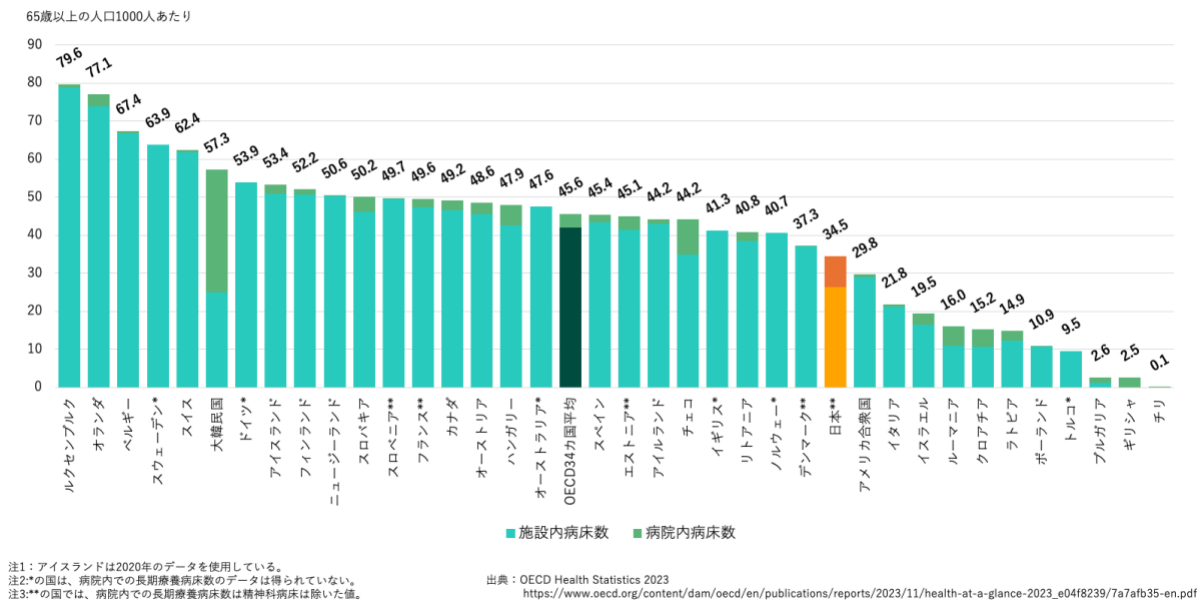
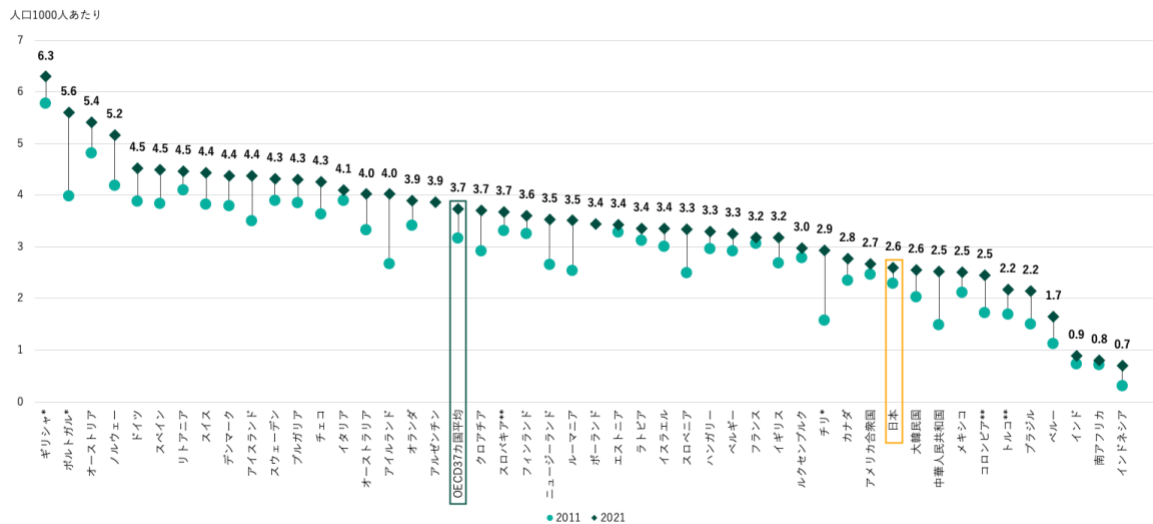


図4-1-4 施設および病院における長期療養用病床数（2021年）



医療提供規模が大きい一方で、医師の数は少ない。人口 1,000 人に対して 2.6 人という水準は、OECD の下位グループに属する。ただし国内の政策論議では、将来の人口減少を展望すると医師の供給過剰が推計されており、医師数を大きく増加させることはあまり検討されていない。むしろ、地域や診療科というミクロレベルでの医師数の配分を効率よく行うための政策が焦点となっている。一方で同様に OECD 諸国と比較すると、薬剤師と看護師の数は多いことが分かる。

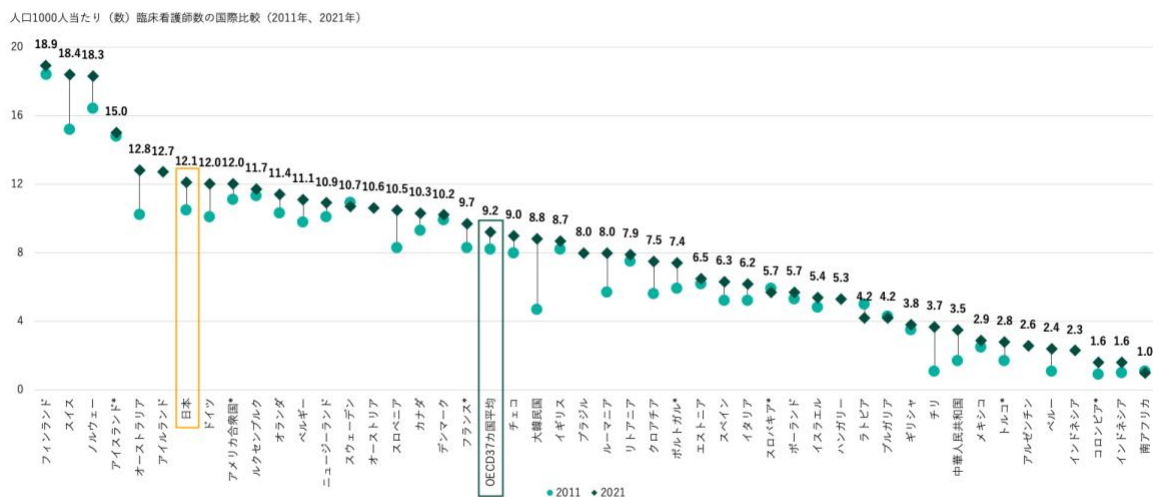
図4-1-5 人口1000人当たりの臨床医師数の国際比較（2011年と2021年）



注1: 国では、医師免許を持つすべての医師を対象としているため、実際に診療を行っている医師数を大きく過大推計している（例：ポルトガルでは約30%の過大推計）。
 注2: **の国では、患者への直接的な診療を行う医師だけでなく、保健医療分野で管理職、教育者、研究者などとして働く医師も含まれている（これによりさらに5~10%の上乗せとなる）。
 注3: ルクセンブルクのデータは2017年の値。

出典：OECD Health Statistics 2023.

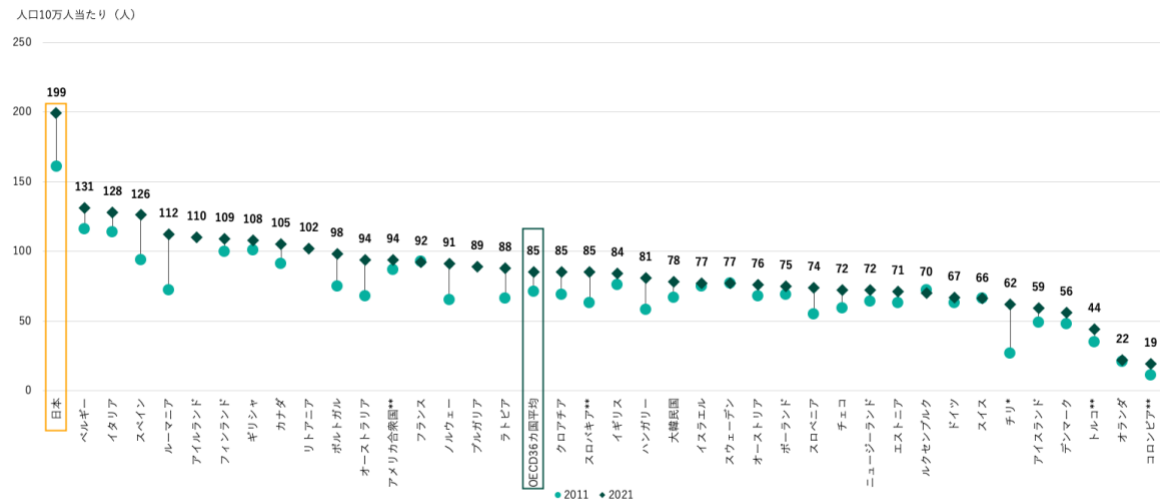
図4-1-6 人口1000人当たり臨床看護師数の国際比較（2011年と2021年）



注1: スロベニア、クロアチア、ルーマニアでは、准看護師が看護師全体の50%以上を占めている。ギリシャ、アイスランド、韓国、メキシコ、スイスでは33~50%（オーストラリア、カナダ、フィンランド、日本、イギリス、アメリカでは15~30%を占める。）
 注2: *の国のデータには、管理職、教育者、研究者など、医療分野で働く看護師も含まれている。
 注3: チリのデータには、診療を行う免許を持つすべての看護師が含まれている。
 注4: ギリシャのデータは、病院に雇用されている看護師のみを対象としている。
 注5: ルクセンブルクのデータは2017年のものである。

出典：OECD Health Statistics 2023.

図4-1-7 人口10万人当たりの臨床薬剤師数の国際比較（2011年と2021年）



注1：*の国では、診療（調剤）を行う免許を持つすべての薬剤師を対象としている。
 注2：**の国では、上記に加えて医療分野で研究者として、または製薬企業などで働く薬剤師も含まれている。
 注3：2011年の値に関して、カナダは2012年、日本は2012年、イタリアは2013年の値を用いる。
 注4：2021年の値に関して、日本・フィンランドは2020年の値を用いる。

出典：OECD Health Statistics 2023

民間セクターに傾斜した医療提供体制

上で述べた日本の医療提供の特徴は民間セクターの存在によって説明される部分が多い¹¹³。病床数の多い民間セクターにおいて外来医療が多く提供され、平均在院日数も長い傾向がある。なお、ここで言う「民間セクター」とは営利企業ではなく、公立ではない民間の医療法人を指している。

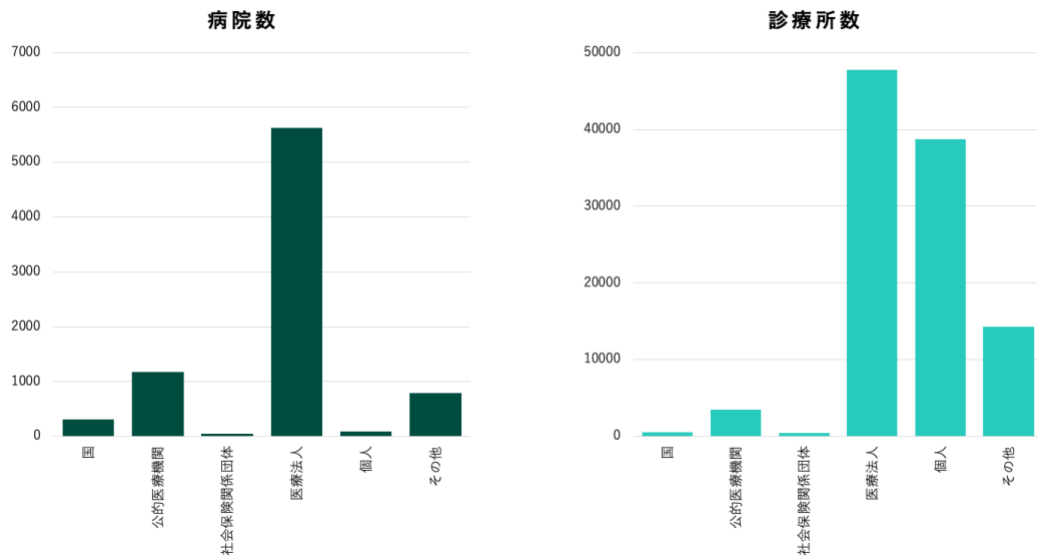
まず公的セクターに比べて民間セクターの規模が大きいことを確認したい¹¹⁴。医療機関の数で見ると民間セクターが病院においては7割以上、診療所では約82%を占めている（図4-1-8）。病床数で見ると、民間セクターが病院では約57%を、診療所では約93%を占めている（図4-1-9）。こうした状況は日本の医療提供体制の1つの特徴だと言われている¹¹⁵。

¹¹³ 本報告書では医療法人または個人を開設主体とする医療機関を民間セクターとする。歴史的経緯によって営利企業を開設主体とした医療機関も少数存在しているが、現在は営利目的による医療機関の開設は困難である。

¹¹⁴ 厚生労働省「医療提供体制に関する現状と課題」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjiikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184301.pdf

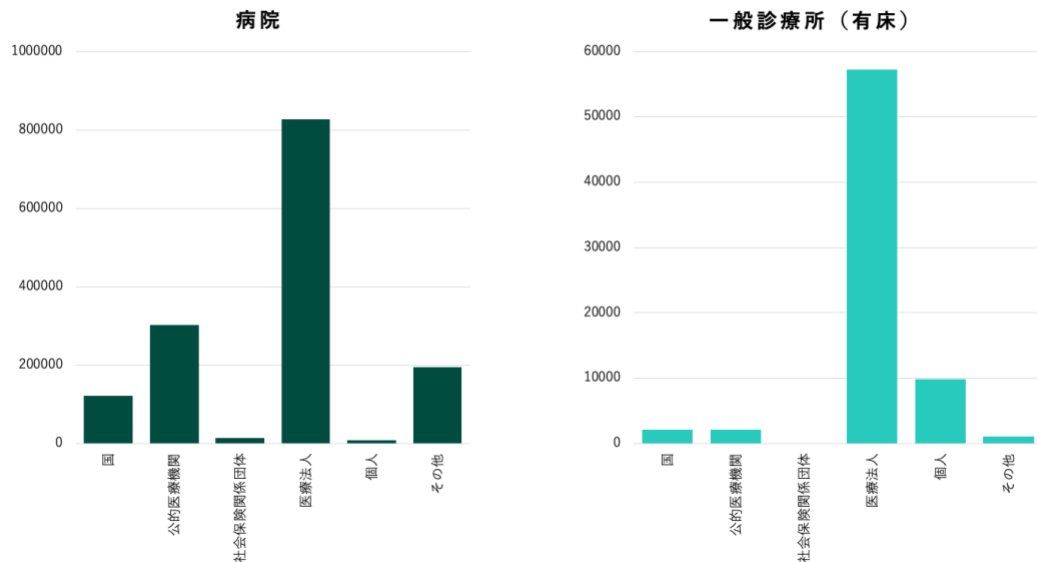
¹¹⁵ 厚生労働省「海外における医療法人の実態に関する調査研究」報告書 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/001_2.pdf

図4-1-8 開設者別病院・診療所数（2024年）



出典：令和6(2024)年医療施設（動態）調査の概況

図4-1-9 開設者別病床数（2024年）



出典：令和6(2024)年医療施設（動態）調査の概況

外来医療においても民間が占める割合が高くなっている。外来医療費は約 57.3%が診療所に占められており¹¹⁶、残る病院部分についても約 41%が民間セクターによって占められている。

¹¹⁶ 正確には必ずしも診療所の全てが民間によるものではないが、その多くが民間によるものだと考えられる。

表4-1-1 入院・入院外の医療費（2023年）

（兆円）

	入院	入院外
医科	18.7(99.6%)	16.4(59%)
病院	18.4	7
大学	2.3	1.29
公的	6.4	2.84
民間	9.8	2.87
診療所	0.29	9.4
歯科	0.075(0.39%)	3.22(12%)
保険薬局		8.31(30%)

注1:入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

注2:「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。

注3:「公的病院」には、病院のうち、国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（健康保険組合及びその連合会等）の開設する医療機関を分類している。但し、医育機関を除く。

注4:「民間病院」には、法人と個人の開設する医療機関を分類している。

注5: () の中の数値入院、入院外それぞれの合計値に対する割合の目安である。

出典：令和6年度 医療費の動向

平均在院日数は全体として短期化する傾向にもかかわらず、セクター別に算出すると、民間セクターにおいて短期化が緩慢であるかむしろ長期化している傾向が分かる。

フリーアクセス

一般的に、日本の医療アクセス保障は高水準であるとされる。これを支えているのが、国民が自分の判断で自由に医療機関を選択して受診することができる「フリーアクセス」である。国内の大多数の医療機関が公的医療保険制度のサービス提供者として登録しており、その被保険者であれば、一定の自己負担で必要な医療サービスを受けることができる¹¹⁷。

その結果、外来患者の診察等までの待ち時間をみると、「15 分未満」が 27.9%と最も多く、次いで、「15 分～30 分未満」が 24.9%、「30 分～1 時間未満」が 20.6%となっており、1 時間未満（「15 分未満」「15 分～30 分未満」「30 分～1 時間未満」）が約 7 割となっている。入院患者が入院が必要だと診断されてから実際に入院するまでの期間は、1 週間未満が 70.3%、1 週間～1 か月未満が 23.1%となっており、合わせて 75%以上を占めている¹¹⁸。入院までに時間がかかる理由については、「分からない」などの項目を除くと「手術や検査の予約が取れない」「自分や家族等の都合」が多く、次いで「ベッドが空いていない」が続き、「経済的な理由」が最も少なかった。

¹¹⁷ 厚生労働省「日本の医療保険制度について」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000172084.pdf>

¹¹⁸ 厚生労働省「令和 5 年_受療行動調査」

表4-1-2 入院までの期間別の入院までに時間がかかった理由（％）

	総数	ベッドが空いていない	手術や検査の予約が取れない	自分や家族等の都合	経済的な理由	その他	わからない	不詳
総数	100	15.1	20.6	21.7	1.2	21.5	10.8	9.1
1週間未満	70.3	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
1週間～1か月未満	23.1	4.11	3.93	4.76	0.3	4.85	2.86	2.31
1か月以上	14.3	1.56	3.76	3.36	0.16	3.19	1.19	1.09
覚えていない	4.3	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
不詳	5.5	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

注：1週間未満の中には緊急入院または救急搬送を含む。

出典：厚生労働省「令和5年_受療行動調査」

しかし近年では、フリーアクセスの弊害として、必要以上の受診が行われていると考えられるようになった。一部の病院に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていると言われている。例えば、軽症であるにもかかわらず、入院や手術を必要とする患者を対象とするような高度な医療機関を夜間に受診する行動が問題の一つとして指摘されている。近年では、夜間や紹介状無しでの高度な医療機関の受診では、通常に比べて追加の自己負担が発生する仕組みが導入され、患者の受療行動を誘導するための施策が実施されている。

4.2 医療提供体制 | 医療施設と病床

医療施設の類型

日本における医療施設は、病院、一般診療所（有床・無床）、歯科診療所に分けることができる。病院と診療所はベッド数によって区別されており、病床数が20床以上の医療機関を病院、19床以下もしくは入院設備がない医療機関を診療所という。2024年時点では、病院数8,060施設、有床診療所5,415施設、無床診療所99,792施設、歯科診療所66,378施設となっている。近年の医療機関の増減幅をみると、病院と有床診療所は緩やかに減少傾向にあるのに対して、無床診療所は増加傾向にある¹¹⁹。

病院の類型については、機能に基づいた類型がある。具体的には地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院の3つであり、それぞれ、地域における医療の確保、高度な医療提供・医療技術開発・医療研修、臨床研究の実施における中核的な役割といった機能が期待されている。そのため、これ以外のいわゆる一般病院とは異なる人員配置などの要件が定められている¹²⁰。

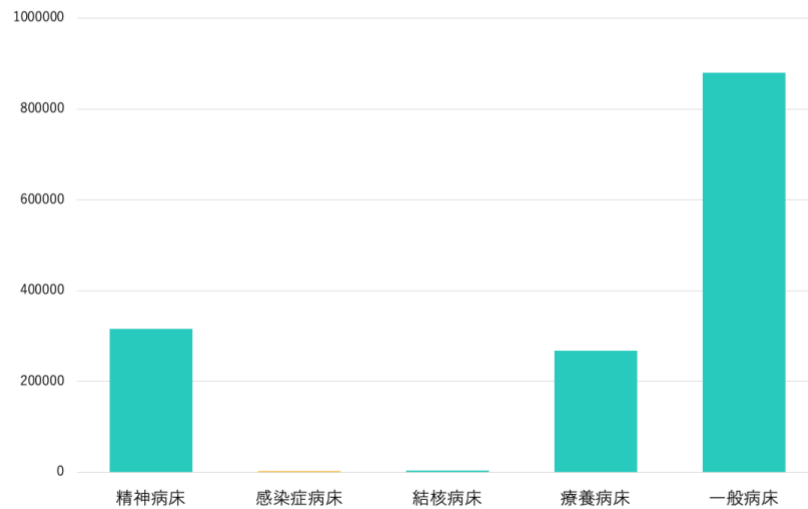
¹¹⁹ 厚生労働省「医療施設調査」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/24/dl/02sisetu06.pdf>

¹²⁰ 厚生労働省「平成29年度版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17-2/dl/02.pdf>

病床の種類

病床の種類には、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床がある¹²¹。病床類型ごとに人員配置基準が異なる。病床区分については、2000年の第4次医療法改正において、患者の病態にふさわしい医療を提供する観点から、「その他病床」の区分が「療養病床」と「一般病床」に区分された。図4-2-1からも分かるように一般病床が最も多くなっている。

図4-2-1 種類別病院病床数（2024年）



注1：精神病床には、精神科病院と一般病院の病床数を含む。

出典：令和6(2024)年医療施設調査の概況

一般病床のこうした動向の背景には、国民皆保険達成後に実施された、高額療養費制度など医療費の負担軽減策等により、医療に対する国民の需要が伸び、それにあわせて病院、病床数が増加したという状況がある¹²²。こうした背景の中には、退院して自宅に戻ったとしても生活ができない等の理由により退院できない「社会的入院」の患者が一般病床に多く入院しているという実態もある。

ベビーブーム世代（1947～49年生まれ）が2025年頃までに全員、後期高齢者となり、介護・医療費をはじめとした社会保障費が急増することが指摘されており、今後はさらなる高齢化の進展する中で限られた医療財源を効率的に利用する必要がある。医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域でも患者の状態にあわせて適切な医療を適切な場所で受けることができるように、政府は2025年に向けて、病床数を115万～119万床へ減らすとしている¹²³。

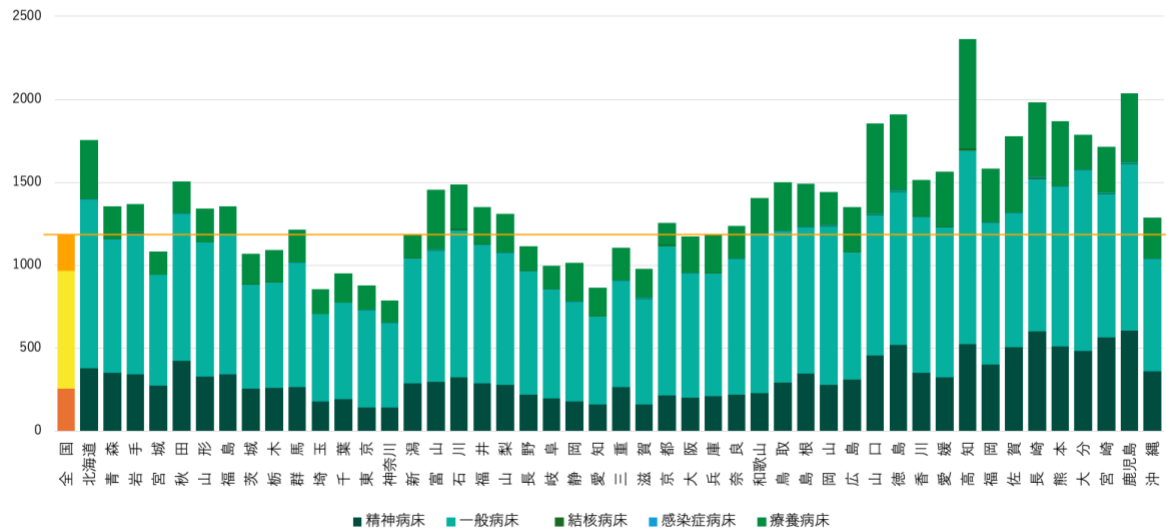
ここで病床数を都道府県別にみると、図4-2-2のように、地域によって大きなバラツキがある。人口10万人当たりの病院病床数が最も多い高知県と最も少ない神奈川県では約3倍の差がある。こうした地域差については、地域医療構想（Section 4.4 参照）を策定し、都道府県は知事に病床の医療機能等を報告し、それをもとに各医療機能の必要量等を含め、あるべき将来の医療提供体制の実現を目指す中で、解消されることが期待される。

¹²¹ 厚生労働省「平成29年度版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17-2/dl/02.pdf>

¹²² 健康保険組合連合会（2017）「図表で見る医療保障平成29年度版」ぎょうせい p.43

¹²³ 厚生労働省「全国厚生労働関係部局長会議資料」<http://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-03-01p.pdf>

図4-2-2 都道府県別にみた人口10万人当たりの病院病床数（2024年）

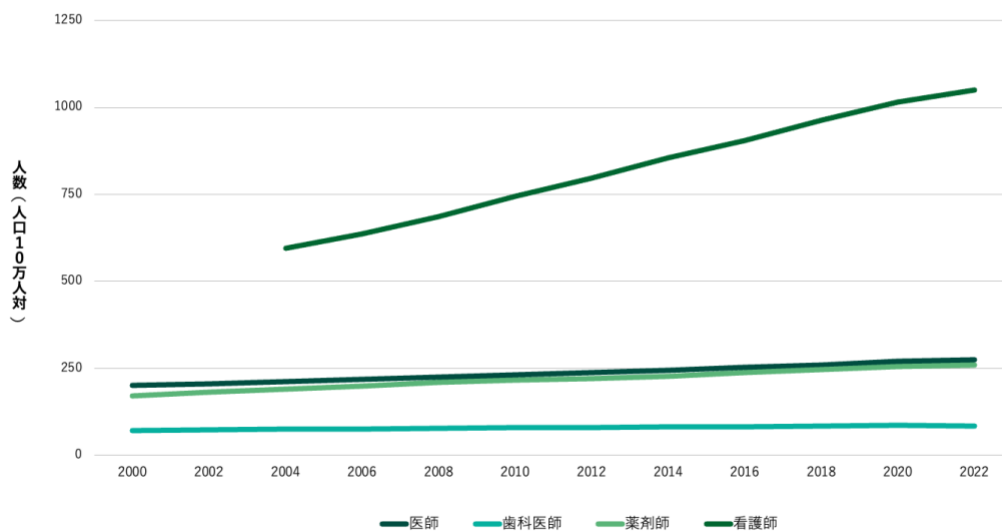


出典：令和6(2024)年医療施設（動態）調査の概況

4.3 医療提供体制 | 医療従事者

医療の従事に関連する資格として、多くの職種が法制化されている。医療関係職種の従事者は、当該国家資格を有さない者は当該業務を行うことができない業務独占、また、類似名称を含めて当該名称を用いて就業できない名称独占が法律によって定められている。ここでは、医師・歯科医師・薬剤師・看護師の4つの職種を中心に詳しくみていく。

図4-3-1 人口10万人当たりの医療従事者数推移



注1:医師、歯科医師、薬剤師は届出数、看護師は就業数の値をとる。

出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況、2004～2022年の衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況

医師

全国の届出医師数は年々増加しており、2022年時点では343,275人となった。一方、都道府県間では大きな差がみられ、西日本に多く関東以北の地域は少ない傾向となっている。また、医師の平均年齢は近年上昇傾向にあることが指摘されており、特に診療所における平均年齢は2022年現在で60.4歳となっている。臨床研修医を除いた医療施設に従事する医師の主たる診療科名別（1人につき1診療科）では多い順に、内科、整形外科、小児科となっている¹²⁴。

近年では、医師の地域偏在・診療科偏在が課題となっており、様々な対応が取られている。各都道府県では地域枠を活用した入学定員増加や、地域医療支援センターによる対応が進められている他、医師数が必要医師数を上回る都道府県・診療科には、一定のシーリングを設定している。また新たな専門医制度については、これまで各学会が独自に運営していたことから、学会の認定基準の統一性や専門医の質の担保について懸念があった。そこで、新専門医制度は、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築している。具体的には中立な第三者機関を設立し、専門医の認定、養成プログラムの評価・認定を統一的行うこと等を新たな仕組みとして、2018年から全面的にスタートした¹²⁵。

¹²⁴ 厚生労働省、「令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf

¹²⁵ 厚生労働省「2.医師偏在対策」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184302.pdf

2024 年からは「医師の働き方改革」が開始された。この政策は、医師の長時間労働慣行を見直し、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供することを目的として始まったものであり、特例水準を設けた上で、医師の時間外労働が原則 960 時間未満とするよう、上限規制が適用されるようになった¹²⁶。

歯科医師

全国の届出歯科医師数は近年大きく変化しておらず、2022 年時点で 105,267 人となった。また、医療施設に従事する歯科医師のうち診療所に従事する者が非常に多く、85%を超えているのが特徴である。都道府県間での歯科医師数の差も大きく、最も多い東京都では、最も少ない青森県に比べ、人口 10 万人当たりの分布状況が約 2 倍となっている。歯科医師の平均年齢は年々上昇傾向にあり、高齢化も進んでいる¹²⁷。

薬剤師

全国の届出薬剤師数は、右肩上がり増加しており、2022 年時点で 323,690 人となった。薬局の従事者が約 6 割と最も多くなっており、年齢階級別には 30-39 歳の薬剤師が最多である。都道府県別では、徳島・兵庫・東京が多く、沖縄・福井・青森が少ない状況にある¹²⁸。

薬剤師の勤務先としては、病院や薬局で調剤に従事する他、製薬企業や医薬品販売など多方面であるが、今後は新たな役割も求められている。2022 年 7 月の政府の取りまとめでは、今後医療ニーズが極大化する一方で、医療の担い手確保が困難になっていく中、薬局薬剤師には地域包括ケアシステムを支える重要な医療職種としての活躍が求められる。具体的には、対人業務のさらなる充実、調剤などのいわゆる対物業務の効率化、ICT 化への対応及び地域に必要な薬剤師サービスを地域の薬局全体で提供することが重要とされた。

看護職員等

看護職員には、看護師以外にも保健師、助産師、准看護師などが含まれ、それぞれ養成の過程が異なる。職員全体の総数は年々上昇傾向にあり、就業場所としては病院・診療所が多いが、近年では訪問看護ステーションや介護保険施設等での増加割合が高くなっている¹²⁹。看護職員は約 9 割が女性であり、出産や子育て、介護による休職・離職の機会が多く存在するため、復職支援や定着・離職防止対策が進められている。また、今後少子高齢化の進行に伴って現役世代が急減する中で、看護ニーズの増大が見込まれていることから、看護職員総数の不足への対応に加え、地域偏在や病院から訪問看護や介護領域への移行の必要性といった領域偏在も課題とされている。

看護職員の中で最も多くの人数を占める看護師は、2022 年時点で 1,311,687 人となっており、就業先別では病院が最も多く、次いで診療所、介護保険施設等となっている。日本看護協会は、専門看護師・認定看護師・認定看護管理者の 3 つの資格認定制度を設けており、より専門的かつ水準の高い看護師の育成を進めている。また、2015 年からは、特定行為に係る看護師の研修制度が開始された。この研修は、医師または歯科医師の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成するものであり、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／タスクシェアや在宅医療の推進が期待されている。

¹²⁶ 厚生労働省、「医師の働き方改革」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001129457.pdf>

¹²⁷ 厚生労働省、「令和 4（2022）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf

¹²⁸ 厚生労働省、「令和 4（2022）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf

¹²⁹ 厚生労働省、「看護師等（看護職員）の確保を巡る状況」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001118192.pdf>

また近年、EPA（経済連携協定）や技能実習制度に基づく外国人看護師の受け入れも進んでおり、インドネシア、フィリピン、ベトナムの3カ国からの看護師候補者を受け入れている。

表4-3-1 その他の医療関係職種免許取得者数（2023年度末）

診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
98,872人	217,369人	213,610人	113,830人	19,350人	39,860人	54,365人

義肢装具士	歯科衛生士	歯科技工士	救急救命士	あん摩マッサージ指圧師	はり師	きゅう師	柔道整復師
6,125人	314,143人	123,870人	72,849人	210,294人	192,521人	191,292人	93,105人

注1: 歯科衛生士と歯科技工士に関しては、2022年度末の値を用いている。

出典：一般財団法人 厚生労働統計協会 「国民衛生の動向」 Vol.71 No.9

医療従事者におけるジェンダー

日本の医療従事者のジェンダーバランスは偏りが大きいのが現状である。例えば 2022 年時点において、医師の 76.4%が男性であり、女性の医師は増えてつつあるが依然として少ない（女性医師は 50-59 歳では 20.9%であるが、29 歳以下では 36.2%と増加傾向にある）。他方で、薬剤師においては 61.6%、看護師においては 91.4%を女性が占めている。

4.4 医療提供体制 | 地域における医療提供体制の計画

日本は民間中心の医療提供体制となっていることから、医療施設間の連携を確保し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するために、都道府県を主体として医療圏と呼ばれる区域を設定したうえで様々な取り組みを行っている。その中でも特に重要な単位となるのが、二次医療圏である。二次医療圏とは、「病院と診療所における入院にかかる医療を提供することが相当である単位として都道府県が定める地域」であり、2024 年 4 月時点では 330 もの医療圏が全国に存在している。また近年では、地域によって人口構造や医療資源の偏りが大きいため、都道府県や医療圏単位での取り組みは、地域の実情に即した地域医療提供体制や介護との連携を考える上で重要な役割を果たしている。国は、都道府県が検討する材料となるように全国統一的な指標を提示し、医療計画の策定要件などを詳細に定めている。具体的な取り組みについては以下の通りである。

医療計画

医療計画は、地域における医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的活用等を目的に、1985 年の医療法改正において創設された。地域ごとに人口や医療資源の状況は異なるため、各都道府県が地域の実情に即した医療計画を策定し、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、地域全体で切れ目なく、必要な医療が提供される体制を構築することを目的としている。

医療計画の記載事項については、5 疾病（がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患）・6 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、新興感染症対応）および在宅医療に係る達成すべき目標、医療連携体制、人材確保、住民への情報提供推進策、医療の安全性の確保、二次、三次医療圏の設定、基準病床数の算定等がある。

医療計画の記載事項の見直し等は医療法改正などに伴い定期的に行われている。

地域医療構想¹³⁰

団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者になり、医療・介護費用が急増すると推測される 2025 年に向け、地域ごとに質が高く効率的な医療提供体制を構築するため、2018 年から医療計画の一部として「地域医療構想」の策定が規定された。都道府県は、構想区域ごと、かつ、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の 4 機能ごとに将来（2025 年）の医療需要と病床の必要量を推計して定め、その数値をもとに具体的な施策を打ち出すことが求められる。なお、この構想区域とは、現行の二次医療圏を原則としつつ人口構造の変化や医療需要の動向、医療従事者及び医療機関の配置状況の見直しを考慮して設定された単位である。

地域医療構想では具体的に、2025 年の医療需要（入院、外来別・疾患別患者数等）、2025 年に目指すべき医療提供体制（二次医療圏ごとの医療機能別の必要量等）、目指すべき医療提供体制を実現するための施策等が記載されている。策定後は、構想区域ごとに医療関係者、医療保険者その他の関係者との地域医療構想調整会議を随時設け、（1）個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応（2）病床がすべて稼働していない病床を有する医療機関への対応（3）新たな医療機関の開設や増床への対応について必要な協議を行うことが求められている。

¹³⁰ 一般財団法人 厚生労働統計協会「国民衛生の動向 Vol.71 No.9 2024/2025」

また、2025 年以降は、85 歳以上人口が増大し現役世代が減少する 2040 年ごろを見据えて新たな地域医療構想が策定される。従来の構想に加え、医療・介護の連携や、かかりつけ医機能や在宅医療等を含めた地域全体の医療提供体制の在り方の見直しが大きな課題となっている。

医師確保計画

2018 年の医療法改正では、地域間の医師偏在を通じて地域における医療提供体制を確保するため、医師確保計画の策定が定められた。都道府県は、医師偏在指標を用いて二次医療圏単位で医師少数区域と多数区域を設定し、その分類に応じて医師確保対策を実施する。

医師偏在指標が下位 33.3%の医師少数区域においては、医師目標数を定め、その達成の為に医師の派遣調整やキャリア形成プログラムの策定、医学部における地域枠・地元出身枠の設定などの施策を行う¹³¹。一方、医師偏在指標が上位 33.3%の地域は医師多数区域とされ、原則他の医療圏からの医師の確保は行わず、必要に応じて少数区域に医師の派遣を行う¹³²。

外来医療計画

外来医療については、診療科の専門分化や都市部に無床診療所が偏っている等の問題を是正するため、2018 年の医療法改正において、都道府県ごとに外来医療計画の策定が定められた。都道府県は、外来医師偏在指標を用いて外来医師多数区域を設定し、新規開業者に対する情報提供や外来医療に関する協議の場の設置、医療機器の効率的な活用に係る計画、地域の外来医療の提供状況を計画に定めている¹³³。

また、2022 年から外来機能報告制度が始まり、この報告の結果等を踏まえて協議が整った医療機関は「紹介受診重点医療機関」として公表されている。「紹介受診重点医療機関」とは、紹介状を持った人を受診することに特化した病院であり、紹介状がない場合は患者負担の 3 割とは別に特別料金（選定療養費）が必要となる。この政策により、外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の負担軽減が期待されている¹³⁴。

¹³¹ 一般財団法人 厚生労働統計協会「国民衛生の動向 Vol.71 No.9 2024/2025」

¹³² 厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン～第 8 次（前期）～」 <https://www.mhlw.go.jp/content/001083986.pdf>

¹³³ 一般財団法人 厚生労働統計協会「国民衛生の動向 Vol.71 No.9 2024/2025」

¹³⁴ 厚生労働省「紹介受診重点医療機関について」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00003.html

執筆者

島田 裕平（東京大学大学院法学政治学研究科博士課程）

アシスタント

小師 奈々花 / 桶谷 倫太郎

英語版執筆者

オミレケ フェイバー（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）

JHPN 改訂版企画担当

栗田 駿一郎（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

著作権・引用について

本資料は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。

<https://hgpi.org/copyright.html>

2026 年 9 月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒106-0032 東京都港区六本木 5-11-16 国際文化会館内

Tel: 03-4241-5020 Fax: 03-6859-9291

E-mail: info@hgpi.org