

医療提供体制改革の現況

No.32

医療政策関連情報



改正医療法による「新たな地域医療構想」 「開業規制」への対抗のために

社会保障制度としての医療保障制度が今日、どのように変えられようとしているか。

その分析には「医療保険制度」と「医療提供体制」の両面から捉える必要がある。

医療保険制度に関しては、OTC 類似薬の保険適用除外に端を発した保険外併用療養費制度への新類型の創設や高額療養費の見直し、高齢者の窓口一部負担金増、国民健康保険制度をめぐる問題、「子ども子育て支援金」の保険料上乗せといった「改革」が進められている。

一方、医療提供体制に関しては、供給を絞ることで需要を抑制する「改革」、すなわち「供給誘発需要仮説」に基づく改革が推進されている。

本稿では主に医療提供体制改革を通じた医療費抑制政策に関して検討を試みる。

1. 医療提供体制政策の意義と現状

(1) 「医療提供体制」が皆保険体制を実効性あるものにしていく

国民皆保険制度は「いつでも・どこでも・誰でもが保険証1枚で必要な医療を必要なだけ保障される」仕組みであり、生活保護の「医療扶助」の対象となる人以外は、原則全員が住民票のある地方自治体（都道府県・市町村）の運営する「国民健康保険制度」への加入義務（強制加入）がある（被用者保険の対象となる場合は被用者保険に加入）。

強制加入とされるのはそれが社会保障制度の一環であるがゆえであり、国家責任による生存権保障の仕組みである証左でもある。

だが「必要な医療を必要なだけ受けられ」ない

とすれば、皆保険体制は保険料収奪の仕組みに過ぎなくなる。

皆保険が社会保障制度としての目的を達成するためには、身近な場所に医療が受けられる医療提供体制が確保され、なおかつ「フリーアクセス」で受診が保障される必要がある。

つまり地域の保険医療機関としての病院・診療所・歯科診療所等の「医療提供体制」は、国民皆保険体制の本来目的である「生存権保障」機能を実効あるものにするために存在している。

(2) 医療計画と供給誘発需要仮説

医療提供体制改革を通じた医療費抑制政策は1985年の第1次医療法改正から始まったものと考えられる。この時点から都道府県は「医療提供体制の確保」を計るため「医療計画」策定が義務付けられた。

医療計画において定める事項のうち「基準病床数」は、都道府県内を1次から3次までの医療圏に分け、医療圏ごとの医療提供体制の整備の目標に関する事項を定めるのと同時に、国の準備した一律の計算式によって設定される。「基準病床数」は、それを上回る地域での増床や新設に対し、都道府県知事が公立病院なら「開設不許可処分」、民間病院なら「病床削減や病院開設辞退の勧告」が出来るようにするためのものである。

つまりもともと医療計画における基準病床数は本質的に「病床規制」の仕組みであり、「不必要又は過剰な医療費が発生し、医療保険の運営の効率化を阻害する事態」を生じさせないため「供給誘発需要仮説」¹に基づく医療費抑制策なのである。

¹ 「医療費抑制の大合唱と医療の危機」（横山壽一著、『経済』2025.12 新日本出版社）

その意味では今日の「地域医療構想」による医療機関数・病床数の淘汰・コントロール策のさきがけとでもいえるものである。

とはいえ、実際に都道府県が策定する医療計画は住民への医療保障を真摯に目指すものにもなり得る。なぜなら策定主体は地方自治体であり、国の姿勢がどうであれ、地方自治のから住民の生命・健康を守るために行動する自治権を持つからである。

そこで国が講じたのが2025年12月5日に国会成立した「医療法等の一部を改正する法律」(同年2月14日提出)における「医療計画」と「地域医療構想」の関係を上下逆転することであった。

(3) 医療計画と地域医療構想の逆転

改正医療法はこれまで「医療計画の一部」であった「地域医療構想」を上位概念に据え、「医療計画」を下位に置き、逆転させた。

地域医療構想は2014年の「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(医療介護総合確保推進法)」に基づく医療法改正によってスタートした仕組みである。

先に述べたように、医療計画も医療費抑制策としての面があるとはいえ、現実には地方自治体として都道府県内の医療の供給に対する計画として機能してきている。

これに対し、地域医療構想は国が全国一律の「医療需要推計」によって全都道府県・全二次医療圏(全構想区域)の「機能別(高度急性期・急性期・回復期²・慢性期)必要病床数」を決め、その達成を自治体と医療機関に求めるものであり、その目的は国の医療費支出を減らすための計画である。

したがって医療計画と地域医療構想の逆転は、都道府県に対して「医療の提供」よりも「医療費抑制」を優先させることを意味する。

目指されるのは、地域医療構想を使った国による医療機関コントロールの強化である。

(4) 地域医療構想のねらいと達成状況

今年度(2025年度)、現在の地域医療構想が

本来の「目標」達成年度を迎えている。

地域医療構想は「医療介護総合確保推進法」(2014年)によって導入された。

小泉政権のもとで開始された医療制度構造改革で、国は「都道府県の医療費の一人当たりの地域差」を解消することを目的に据え、「都道府県医療費適正化計画」策定を都道府県に義務付けた。後期高齢者医療制度創設や国民健康保険制度の都道府県化もそのための改革である。そして医療保険制度改革のみならず「都道府県単位に医療費が高い原因」が「医療提供体制」にあるとして、「病床数」「医師数」のフラット化(低位平準化)を目指す改革に着手した(図①)。それが「地域医療構想」と医師偏在指標を使った「医師確保計画」である。

地域医療構想は全都道府県に策定させた計画(2017年3月末)であり、国が示す「算定式」に基づく病床数の「低位平準化」を目指し、「2025年度の必要病床数」を定めたものである。

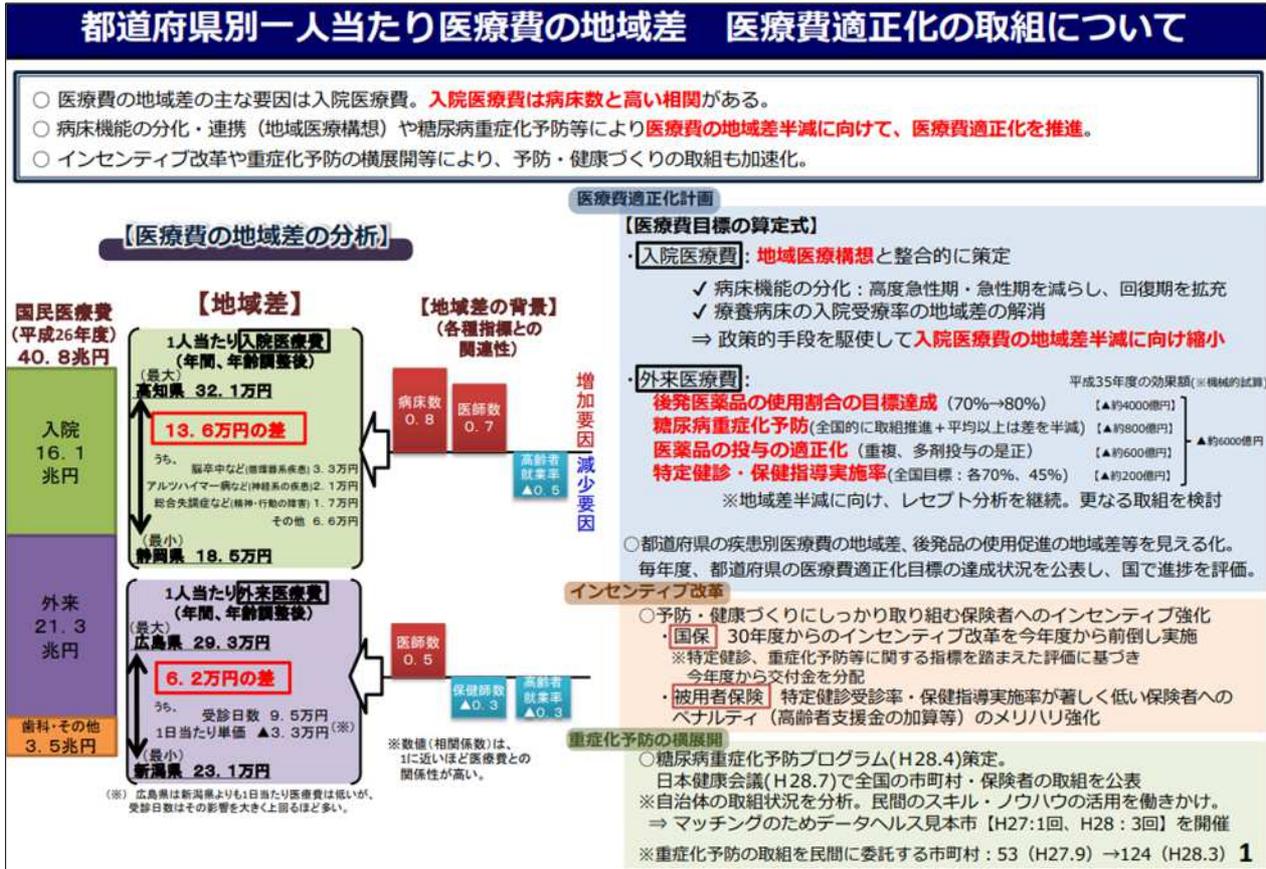
これまで国は地域医療構想で定めた「必要病床数」を目指し、診療報酬や基金、補助金を使い、自治体と病院を誘導してきた。その結果、「2022年度病床機能報告」によると、国の想定する「必要病床数」である119万床への削減は実現しつつあるようにみえる(図②)。

国は達成に向け、「病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられるモデル推進区域及び推進区域を設定してアウトリーチの伴走支援を実施する」として、12都道府県の15医療圏を「モデル推進区域」に指定(2024年3月に通知)。京都府で丹後医療圏が対象となっている。

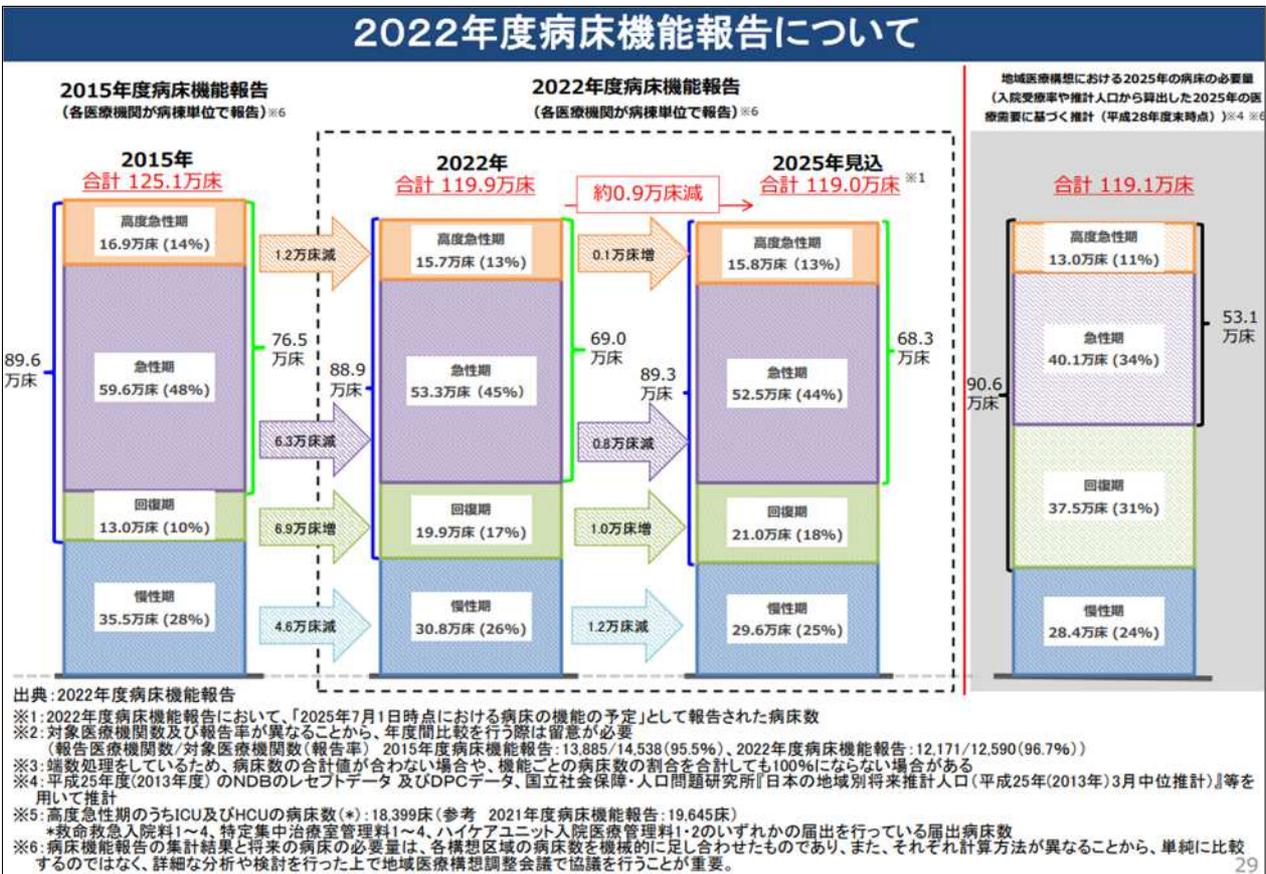
丹後医療圏の「地域医療構想調整会議」(2025年3月6日開催分)資料の「丹後構想区域対応方針」(案)によると、「必要病床数(医療法施行規則に基づき算定)と比べて、総病床数が過剰(病床機能別には急性期病床が過剰、回復期病床が不足)」「人口減少が続き、65歳以上人口も減少する中、今後の医療需要は低下する見込み」「多くの急性期病院において、コロナ禍前と比較

² 今後は「包括期」との呼称が使用されることになっている。

図① 経済財政諮問会議(2016年10月21日)資料より



図② 地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(2023年11月9日)資料より



図③ 丹後地域医療構想調整会議(2025年3月6日)資料より

⑥各時点の機能別病床数

	2015年 病床数	2023年度 病床機能報告 (A)	2025年の 予定病床数 (B) ※	2025年 病床数の必要量 (C)	差し引き (C) - (A)	差し引き (C) - (B)
高度急性期	16	16	16	71	55	55
急性期	836	702	667	263	▲439	▲404
回復期	96	196	245	352	156	107
慢性期	233	185	185	184	▲1	▲1

※ 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計又は各医療機関における対応方針の予定病床数の合計

して、病床利用率が減少」とダウンサイジングにつながる記述がほとんどである(図③)。その上で「病院間の機能分担と連携を強化」を対応方針に挙げている。

(5) 病床数適正化支援事業

2025年度末、日本維新の会が政権に参加して発足した高市政権は、病院の経営危機が叫ばれる中で成立させた「令和7年度補正予算」に1兆3,832億円の「医療・介護等支援パッケージ」を盛り込んだ。「医療・介護等支援パッケージ」には、病院に対する1床あたり19.5万円(救急受入の加算別途あり)、有床診療所8.5万円、医科無床・歯科診療所32.0万円といった、賃上げ・物価上昇に対する支援の一方で、「病床数適正化緊急支援基金」が盛り込まれている。

具体的には、病床を削減する場合に、病院(一般・療養・精神)・有床診に4,104千円/床(休床の場合2,052千円/床)を支払うものである。

これは「医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援」であり、前年度補正予算における「病床数適正化支援事業」の強化版である。

前年度の「病床数適正支援事業」は、全国の一般・精神の病院から「53,576床」の活用意向があり、予算の許す範囲の410万4000円×「11,278床」分が配分された。なお、京都の配分対象病床数は1次分・2次分合計で291床である。

今回補正予算での「緊急支援基金」は、総額3,490億円。1床410万4,000円(休床の場合は205万2,000円)。稼働病床6万床、休床3.8万床の削減を見込んでいる³。

2回の病床数適正化支援金を使った削減策が「首尾よく」進んだとすれば、国は約「11万床」の削減を達成することになる。

「11万床削減」とは、自民・公明・維新の「合意書」(2025年6月11日)に書き込まれ、自民・維新の政権合意に引き継がれた「社会保険料引き下げ」(を建前に推進される医療費抑制策)のための目標値⁴の一つに他ならない。

厚労省は、2025年8月に公布・施行した改正医療法施行規則で、地域医療構想の達成期限を「2025年6月30日」から「2026年6月30日」へ延長した。

これは病床数適正化支援事業も活用して必ず達成するための措置と見られ、「2027年4月の新地域医療構想スタートまでに病院病床11万床を削減」することへの意欲を示したものと考えられる。

2. 改正医療法の目指す医療提供体制

次に、「新たな地域医療構想」が盛り込まれた「改正医療法」が目指す「2040年」の医療提供体制を検討する。

(1)「病床機能分化」から「医療機関機能分化」へ
2040年に向けた「新たな地域医療構想」は

³ メディファクス(2025.11.28)報道

⁴ 「合意書」のベースとなった「11万床」とは一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。1.1床は既に2024年度補正で削減済扱いである。

2026年度から「将来の方向性・将来の病床数の必要量の推計等」が開始され、2027年度から策定・取組が本格化する見通しである。

新たな地域医療構想では、病院・有床診療所はこれまでの「病床機能報告」「外来機能報告」に加え、新たに「医療機関機能報告」を求められることになる。

報告すべき機能とは「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」(2025.12.9 現在の呼称)である。

病院はそのうち、どの機能を果たすのかを選択させられる。

厚生労働省医政局は「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」で都道府県向けのガイドラインを検討しており、そこで持ち出されているのが「区域の人口規模」である。

ここでいう「区域」とは「地域医療構想」における「構想区域」である。

構想区域について現在までは多くの都道府県が「二次医療圏」をそのまま用いてきた。しかし新たな地域医療構想では「区域」自体を「人口規模」

とそれぞれの「機能」や医療資源の配置状況に合わせて「柔軟性」を持たせる方向と見られる。

(図④)にあるように、区域を「大都市型」(100万人以上)、「地方都市型」(50万人程度)、「人口の少ない区域」(~30万人)に分け、例えば人口30万人までの区域であれば「急性期拠点機能」は「1病院」で良い(ので医療資源を集中し手術件数等を集約化できるように病院を再編・統合しろ)と読み取れる書きぶりをしている(たとえば京都府の各二次医療圏のうち、京都・乙訓と山城北以外のすべての医療圏は人口30万人を大きく下回っていることから「1病院」ずつということになる)。なお、国は12月12日の検討会で「急性期拠点機能は遅くとも2028年までに決定」との考え方を示している。

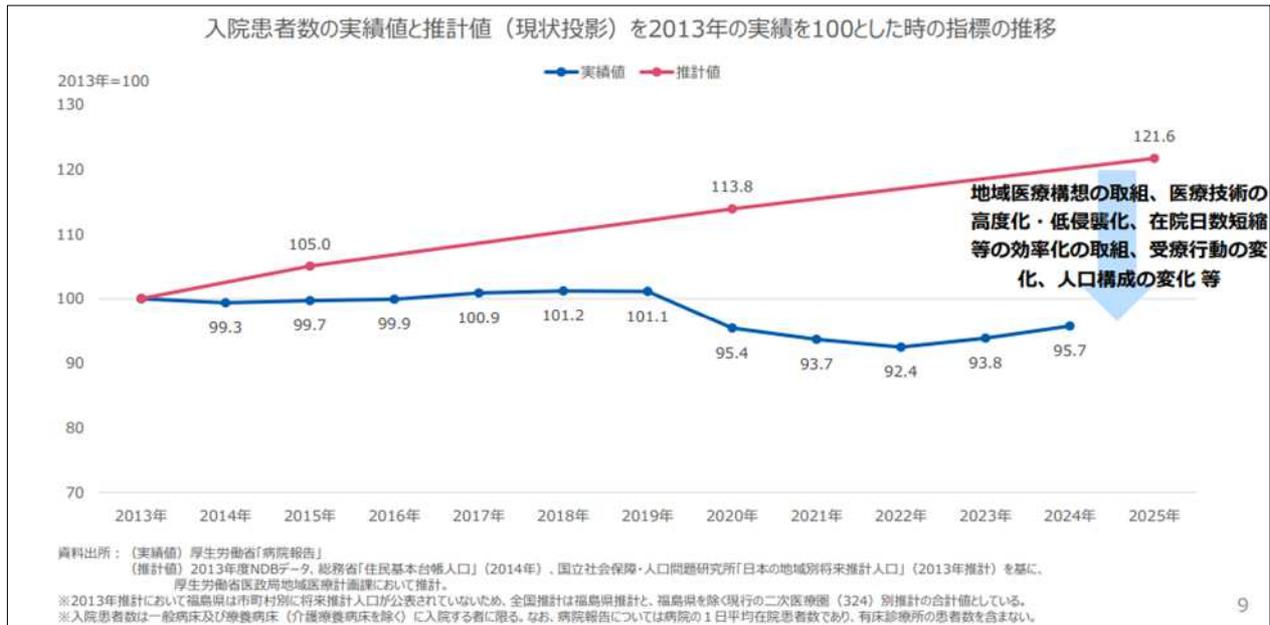
また、10月15日の検討会では、地域医療構想における「必要病床数」の需要推計に用いてきた「受療率」について、「これまでの実際の入院患者数(実績値)と比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には・・・減少している」として、2040年に向けてはさらに受療率を低く見積

図④ 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(2025年8月8日)資料より

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方(案)					
区域	現在の人口規模の目安	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	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<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問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	50万人程度	<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れ等の連携 	
人口の少ない地域	~30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<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内に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れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

図⑤ 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(2025年10月15日)資料より



もる（さらに病床削減させる）との考えが披露された（図⑤）。

つまり国の見通しは新たな地域医療構想のスタートまでに11万床、さらにその後も病床は減らし、病院自体の数も淘汰・減少させるというものである。

(2)「外来医師過多区域」での開業規制

一方、新たな地域医療構想は「病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制の構想」とされ「外来医療・在宅医療についても、地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ」ることが求められている。仮に外来医療の「地域ごとの将来の医療需要推計」がこれまでの地域医療構想における「機能別必要病床数」と同様に国による一律の計算式で弾き出されるとしたら（間違いなくそうなるであろう）、国によって外来医療の必要数が低く弾き出された地域での「開業規制」を含む、診療所をはじめとした外来医療機関数の縮小目標（≡閉院数目標）の設定さえ推進される危険性がある。

一方、今回の改正医療法には「医師偏在対策」を名目に、これまでとは質の違う開業規制策が盛り込まれた。「外来医師過多区域」の設定である。

「外来医師過多区域」の定義について法文には

「外来医療を行う医師の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省が定めるところにより算定した率その他厚生労働省で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域」とある。

12月12日の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」で厚労省は「外来医師偏在指標で、全国平均値＋標準偏差の1.5倍以上」かつ「可住地面積あたり診療所数が上位10%」となる2次医療圏を外来医師過多区域の候補とすることを提案し、「外来医師過多区域の候補区域について（案）」を公表した。京都府では京都・乙訓医療圏が候補とされている（図⑥）。

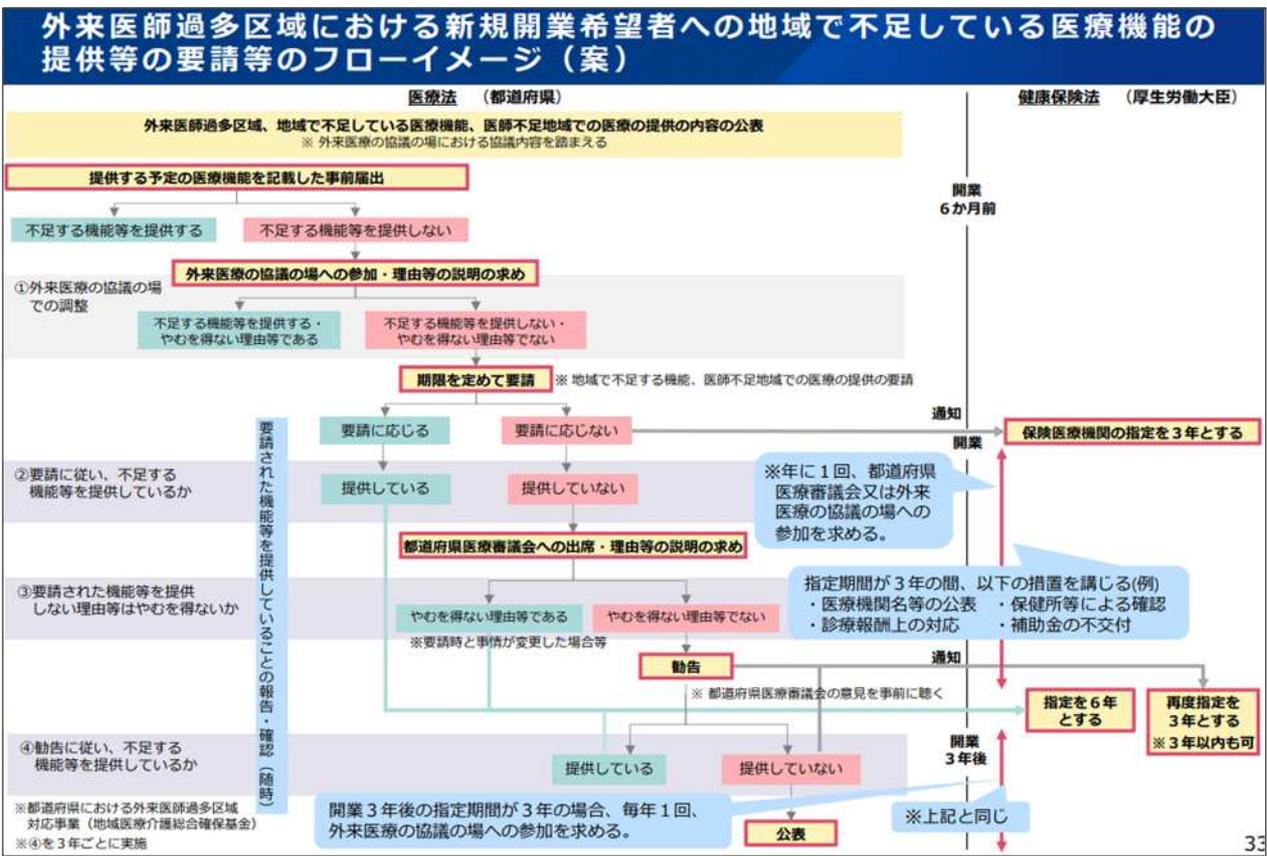
同区域では新規開業希望者に「6カ月前に提供予定の医療機能等の提出」や協議の場への出席を求めたうえで「地域で不足する医療の提供」（地域外来医療）を強く求め、応じない場合は「診療報酬上の措置」や「補助金の不交付」も視野に入れるという（図⑦）。これは、従来とは質の違う、実効性の高い開業規制＝自由開業規制の本格導入と考える。

なお改正医療法にはそれとは真逆といえる「重点医師偏在対策区域」の指定も盛り込まれている。同区域は①各都道府県の医師偏在指標が最

図⑥ 社会保障審議会医療部会(2026年1月19日)資料より「外来医師過多区域の候補区域について」

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

図⑦ 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(2025年12月12日)資料より



も低い二次医療圏、②医師少数県の医師少数区域、③医少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏(全国下位 1/4)―のいずれかに該当する区域とれ、厚生労働省は 109 区域を候補に挙げている(京都府では丹後医療圏が候補)。当該区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援、保険財政を財源とした「医師手当」の支給等のインセンティブが図られる。これらの取組について今後、実効性が問われるとともに

医師手当の財源に保険財政が充てられることから、特に被保険者にとって保険料負担増の要因になりかねない懸念がある。

(3)外来機能報告と「かかりつけ医機能報告制度」―外来機能の2分化へ

外来を標的にした新たな規制は、今回の改正医療法に限らず、多方面から追求されている。

2026年1月から報告開始となった「かかりつけ医機能報告制度」もその一環である。

かかりつけ医機能報告制度は2023年の医療法改正で導入された。

「特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院及び診療所」に報告義務が課されている。

〈都道府県への「報告」内容〉(図⑧)(図⑨)

「1号機能」

「17の診療領域⁵への対応可能の有無」、「患者の相談に応じることができること」「院内掲示をしていること」等。

「2号機能」(1号機能を有する医療機関が報告)

「通常の時間外の診療」「入退院時の支援」「在宅医療の提供」「介護サービス等と連携した医療

提供」等。

2026年1月より、医療機関から報告と都道府県の「確認」「公表」「協議の場」の設定が始まっているが、この仕組みがどのように使われるのか、あまり見えない。

但し、「病床機能報告」が「地域医療構想」の基礎データに使われ、「病床機能分化」と「必要病床数設定」による病床数抑制ツールであることに照らせば、外来(特に診療所)の機能分化と「数」の抑制に用いられることは必至であろう。

かかりつけ医機能報告制度の位置づけについて、財政審の「令和8年度予算の編成等に関する建議」(2025.12.2)は明確に書いている。

図⑧ 厚生労働省 医療機関向け制度周知リーフレットより

1号機能	<p>継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能</p> <p>【報告事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること(★) ● かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可) ● 所定の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること(★) ● 一次診療を行うことができる疾患 ● 医療に関する患者からの相談に応じることができること(★) 等 <p>※★：これらの項目を「可」と報告する医療機関は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行います。</p>
2号機能	<p>(1) 通常の診療時間外の診療、(2) 入退院時の支援、(3) 在宅医療の提供、(4) 介護サービス等と連携した医療提供</p> <p>【報告事項】</p> <p>(1) 通常の診療時間外の診療</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況 ● 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況 等 <p>(2) 入退院時の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自院又は連携による後方支援病床の確保状況 ● 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況 ● 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況 ● 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況 ● 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数 等 <p>(3) 在宅医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況 ● 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況 ● 自院における訪問看護指示料の算定状況 ● 自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況 等 <p>(4) 介護サービス等と連携した医療提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況 ● 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況 ● 介護保険施設等における医療の提供状況(協力医療機関となっている施設の名称) ● 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況 ● ACP(人生会議)の実施状況 等
その他の報告事項	
<ul style="list-style-type: none"> ● 健診、予防接種、地域活動(学校医、産業医、警察業務等)、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動 等 	

⁵ 【17の診療領域】皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

図⑨ 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(2024年7月31日)報告書より

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症(関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17. 小児
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
肩こりしょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス(神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17. 小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17. 小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛(片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・脾臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

令和7年度(2025年度)の「かかりつけ医機能報告制度」の開始により、医療機関は自らの有するかかりつけ医機能を都道府県に報告し、患者は医療機能情報提供制度(ナビイ)等を通じて確認できるようになった。

他方で、国民一人ひとりのニーズに寄り添い、患者本位のかかりつけ医機能を実現するためには、公的にかかりつけ医療機関を認定する仕組みや、かかりつけ医療機関に患者を登録する仕組みなどが必要と考えられる。このように、我が国におけるかかりつけ医療機関の普及・定着に向けては道半ばではあるが、それでも本制度の開始は重要な一歩とも考えられる。令和8年度(2026年度)診療報酬改定においては、かかりつけ医機能を十分に果たす医療機関を重点的に評価する報酬体系の構築が必須だが、その前提として、「1号機能」をすら有さない医療機関には厳しく対応すべきである。具体的には、かかりつけ医機能報告制度における1号機能を有しない医療機関については、初診料・再診料の減算を行うべきである。

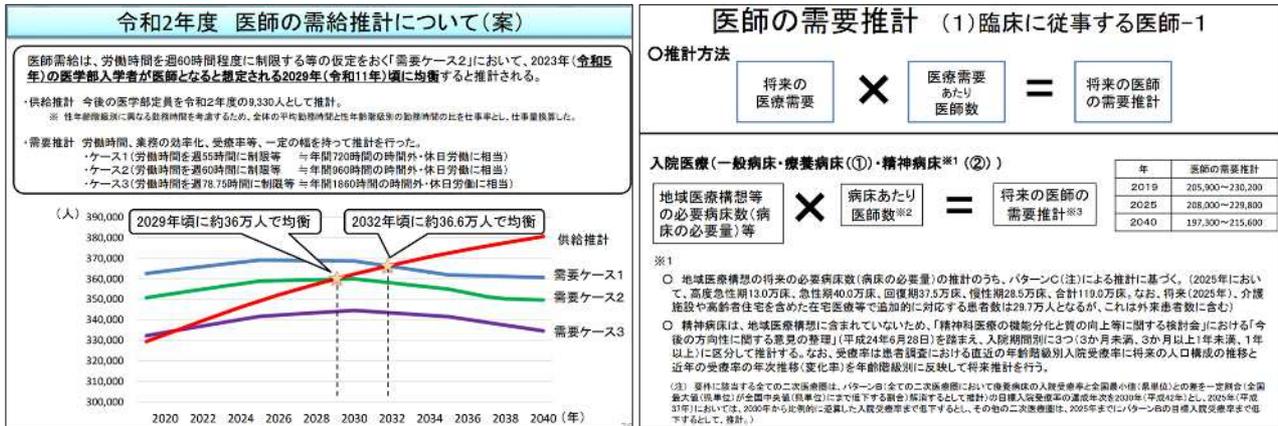
「令和8年度予算の編成等に関する建議」31ページ

その上で財務省は「かかりつけ医機能」にかかる点数と見做されてきた一連の報酬の根本見直しを主張。具体的には「特定疾患療養管理料」と「特定疾患処方管理加算等」の併算定一律不可、「機能強化加算廃止」「外来管理加算は廃止または地域包括診療料等に包括」するよう提言している。

さて、かかりつけ医機能報告制度と2022年から先行実施されている「外来機能報告」を組み合わせると厚労省が目指す「(診療所をはじめとした)外来機能分化」の方向性が「かかりつけ」と「紹介受診」の二分化にあることが見えてくる。

外来機能報告制度は、入院医療機関に対し、自らの外来機能(具体的には「医療資源を重点的に活用する外来」の占める割合や「紹介率」「逆紹介率」等)の報告を求め、地域の「協議の場」で当該地域において一定の要件を満たす「紹介受診重点医療機関」を明確化し、「かかりつけ医機能を担う医療機関」との「連携」を協議させるものである。しかし外来機能報告を義務付けられるのは入院医療機関のみで無床診療所は任意であり、その時点では「紹介受診重点医療機関」は明確化されるものの「かかりつけ医機能を担う医療機関」の要件は曖昧なままであった。

図⑩⑪ 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(2020年8月31日)より



しかし今回、かかりつけ医機能報告制度が開始されたことで、地域の外来機能を大きく「かかりつけ医機能」と「紹介受診を受ける機能」に2分化するための基本的な仕組みが出来上がったと考えるべきであろう。「紹介受診重点医療機関」は、紹介状なしに受診すると選定療養の対象となるため、患者の通常アクセスルートは、かかりつけ医機能を担う医療機関→紹介受診重点医療機関となる。

このように「外来医師過多区域」の設定により外来医療機関数の抑制をはかりつつ、「かかりつけ医機能報告制度」と「外来機能報告制度」を使って外来医療機関の機能分化を図る取組が、これからいよいよ本格化することになると考える。

(4) オンライン診療受診施設

改正医療法で看過できないのは「オンライン診療受診施設」の創設である。改正医療法では「オンライン診療」が法定化された。

現在「指針」運用となっているオンライン診療を法律に定め、濫用を規制すること自体は必要である。法定化したからにはオンライン診療はあくまでアクセス制限時における対面診療の補完に止めるべきであり、最低限「日本医学会連合オンライン診療の初診に関する提言」(2021年)に準拠し「オンライン診療に適さない症状」や麻薬や抗精神薬など「適さない処方」について明確にルール化が必要となる。

しかし改正医療法のねらいは別にある。

改正法には「オンライン診療受診施設」が新設されることとなった。

同施設は患者がオンライン診療を受けるための新たな「医療提供施設」だが、厚生労働省は「設置は、株式会社等でも可」(医療従事者でなくても設置できる)、「施設利用の負担料を保険診療にかかる窓口一部負担金とは別に設定できる」との方針を、第124回社会保障審議会医療部会(2026年1月26日)に表明した⁶。

設置主体が限定されておらず、民間企業の参入も可能とされる。

オンライン診療が医療の市場化・産業化政策に使われる危険性がある。

日本医学会は「問診と画面越しの動画のみで診断を確定することのできる疾患はほとんどない」と指摘しており⁷、適切な規制なしに普及していくと医療の在り方を大きく変質させる恐れがある。

3. 潜在化する医療ニーズ

(1) 医師需給推計と医師偏在指標

さて、今回の「外来医師過多区域」の候補要件に登場した「医師偏在指標」(ならびに外来医師偏在指標)は2018年の改正医療法における都道府県「医師確保計画」新設にあたって導入されたものである。

それに先立つ2016年、厚生労働省は「医療従

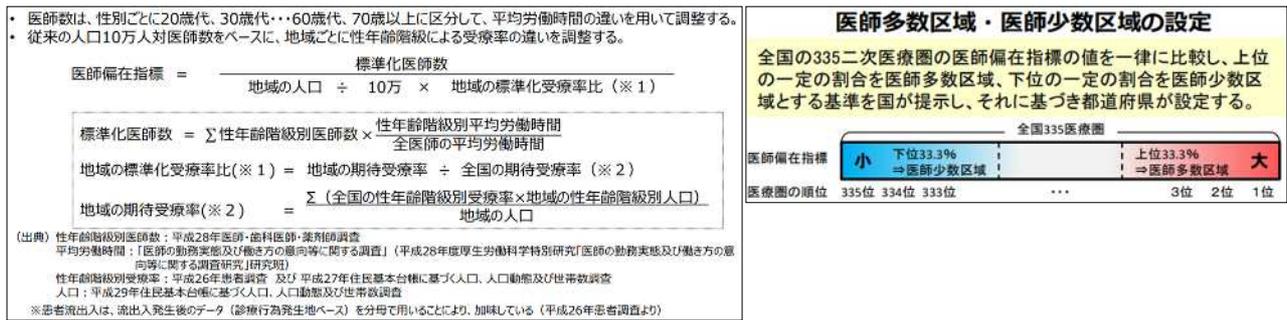
⁶ 第124回社会保障審議会医療部会(2026年1月26日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001642125.pdf>

⁷ 日本医学会連合「オンライン診療の初診に関する提言」2022年11月24日版

<https://files.jmsf.or.jp/uploads/medium/file/280/20221124163108.pdf>

図⑫⑬ 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(2020年8月31日)より



事者の需給に関する検討会「医師需給分科会」の「中間とりまとめ」を発表し、絶対的医師不足を否定し、むしろ将来は過剰となる推計を示した(図⑩※より新しいものを掲載)。

この推計の役割は「医師総数を増やせ」という要求を牽制し、医師不足問題とは偏在問題に過ぎないという国の見解の裏付けを作るものだったと考えられる。

この「需要」推計には、地域医療構想と同じ「医療需要推計」が用いられている(図⑪)。その上で国が準備したのが「医師偏在指標」(計算式・図⑫)である。

国にいわせるとこれは医師の地域偏在を測る統一の「物差し」であり、全国の三次ならびに二次医療圏を上位 33.3%は「医師多数区域」、下位 33.3%は「医師少数区域」「どちらでもない区域」に分別し、外来医療についても「外来医師多数区域」を明らかにさせるものである(図⑬)。

都道府県は自らの三次医療圏・二次医療圏が「多数」か「少数」か、それ以外か、の別に応じた「医師確保計画」を医療計画とともに策定することが求められている。

そこで設けられたハードルが、「医師少数三次医療圏」の「医師少数区域」では医師を増やすことを基本とするが、「医師多数三次医療圏」の中にある「医師少数区域」では、他の三次医療圏から医師を連れてくることは原則してはならないということ。そして今回の「外来過多区域」での規制のベースになったのが「外来医師多数区域」において新規開業を希望する医師は都道府県への届出様式において「地域で定める不足医療機能を担う」ことに合意する欄が設けられ、合意しない医師は〈地域での協議の場〉に出席させられ、そこでの協

議結果を公表するというものであった。

なお、国は都道府県別・二次医療圏別の「必要医師数」や医師偏在指標とは別の手法での「診療科別必要医師数」まで公表している。

目指されているのは、国のいうところの「医療需要」を充たすだけの医師の確保であり、それ以外は「余剰」な医師として就業や開業を制限する仕組みをつくることである。

(2) 国の「医療需要推計」

さて、医師の需要推計にも用いられた国の「医療需要推計」は、もともと地域医療構想における「必要病床数」を導き出すための「計算式」によるものである。

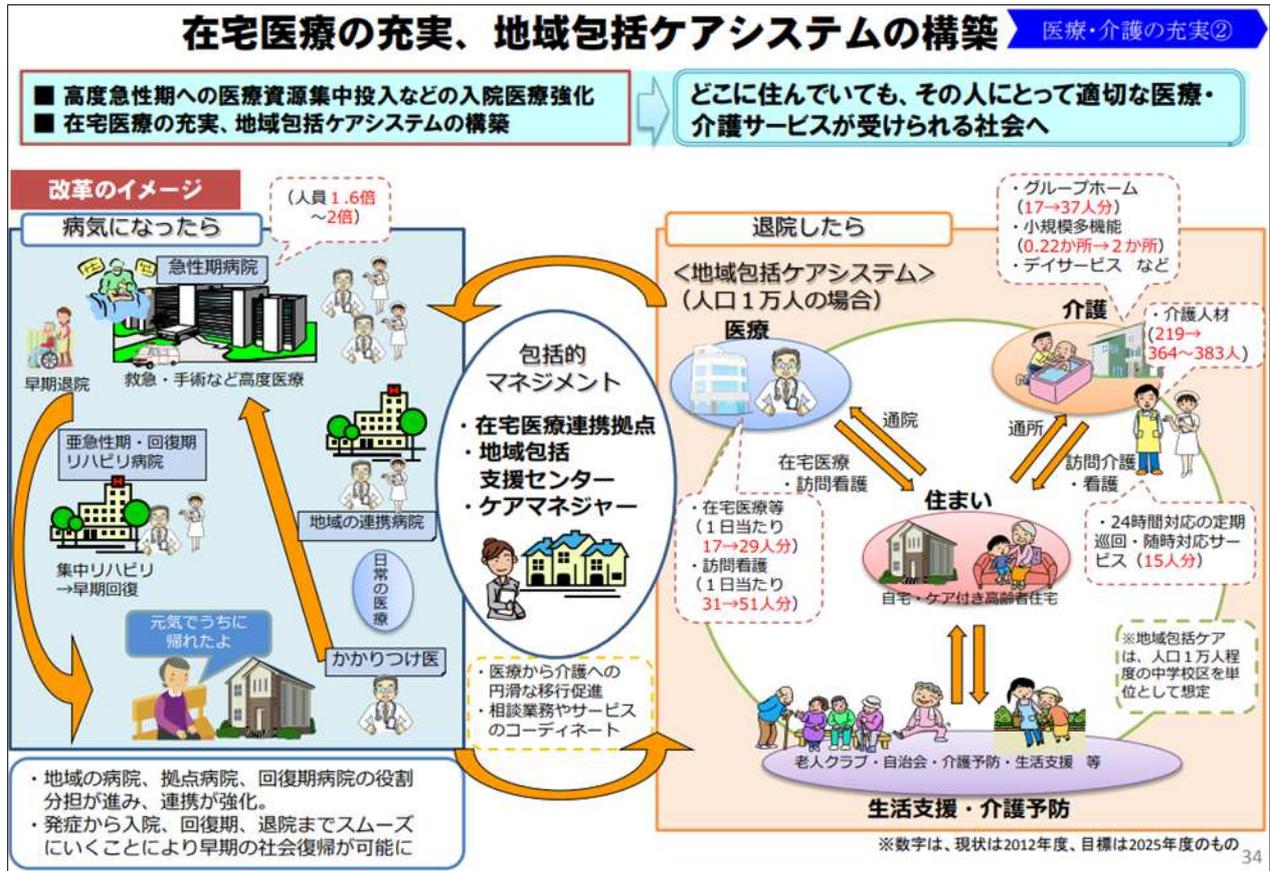
そもそも国の進める医療提供体制改革は「必要な医療需要」を充たすことを目的にしていない。あくまで医療費抑制のためのものである。したがって、そこで使われている「医療需要」もそのために恣意的につくられたものに過ぎない。

ごく単純化すればその計算式は「レセプト等の実績×推計人口」に過ぎない。これでは「潜在的な医療需要」が全く想定されていない。つまり、極めて「適当なもの」と言わざるを得ないのである。

重要なのは「潜在的な医療需要」とは政策的に生み出されるものだ、ということである。

はじめに述べた「供給誘発需要仮説」は、供給がなければ需要は誘発されないという考えである。そこでいう需要とは何なのか。実は「医療需要推計」の計算式に「需要」についての国の思想がよく表れている。それは、制度利用をしていない人のニーズはニーズとして捉えない、という基本姿勢である。

図⑭ 厚生労働省「社会保障・税一体改革の基本的考え方」資料より



(3) 漂流する「需要」

その問題は医療提供体制と介護の提供体制を一体的に見たときに鮮明になる。

国は新たな地域医療構想にあたって、あらためて地域包括ケアシステムの必要性を強調している。そのくせ、「ケアマネジメントに関する給付の在り方」、「軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方の見直し」、「利用料負担引き上げ」を狙っている。

医療では病院を減らし、介護では介護事業所を倒産させ、サービスを制限する政策が進められるのはなぜか。

これを「入院医療」を川上、「外来医療・介護・福祉」を川下として整理してみると次のようになる。

- ①川上の医療提供体制改革では病院・病床を減らし、平均在院日数を短縮し、早期に地域へ患者を戻すようにする。
- ②川下ではかかりつけ医・介護事業所等による「地域包括ケアシステム」が、川上から溢れた「かつては医療が受け止めていたニーズ」も含めてそれを受け止める。

③その結果、介護保険財政が膨張しないよう、ニーズ自体を制度の外へ追いやる。

④行き場を失ったニーズは「互助」や「ヘルスケア産業」へ漂流する。

「川上」から「川下」にニーズを流し、たどり着くのは公的責任のない「助けあい」や「市場」である。国は、自らのサービスの切り捨てによって助け合いや市場に頼らざるを得なくなった「需要」をいかなる意味でも需要とは見做さないであろう。

そのこと自体が、実は国の「思惑」なのではないだろうか。

4. 保険医運動への期待

以上のように考えると日々、地域で患者さんの困難に寄り添い、医療を提供する医師・歯科医師の役割は重要である。

保険医は常に地域住民の困難に目配りし、地域に潜在した「ニーズ」をも把握しながら医療活動を行っている。保険医運動は患者さんとともに自治体、国を動かす中核になり得る何よりの根拠がそこにあると考える。 (中村 暁)