

地域医療対策委員会

報告書

「人口減少社会・新興感染症等を踏まえた地域医療提供体制の構築へ向けて」

2024年5月

日本医師会

地域医療対策委員会

令和6年5月22日

公益社団法人日本医師会

会長 松本吉郎 殿

地域医療対策委員会

委員長 中目千之

地域医療対策委員会報告書

本委員会は、2023年（令和5年）1月18日に開催された第1回委員会において、貴職より「人口減少社会・新興感染症等を踏まえた地域医療提供体制の構築へ向けて」について検討するよう諮問を受け、これまで7回の委員会を開催し、検討を重ねてまいりました。

ここに本委員会での検討を踏まえ、報告書を取りまとめましたので、答申致します。

地域医療対策委員会委員

委員	長	中目 千之	(山形県医師会会長)
副委員	長	鈴木 邦彦	(茨城県医師会会長)
委員		青木 秀俊	(北海道医師会常任理事) 令和5年7月4日より
		石塚 尋朗	(福島県医師会常任理事)
		小松 幹一郎	(神奈川県医師会理事)
		坂本 不出夫	(熊本県医師会副会長)
		佐々木 聡	(東京都医師会理事)
		笹本 洋一	(北海道医師会常任理事) 令和5年7月3日まで
		鈴木 章彦	(長野県医師会常務理事) 令和5年10月3日まで
		竹内 浩視	(静岡県医師会理事)
		谷口 洋子	(京都府医師会副会長)
		塚田 芳久	(新潟県医師会参与)
		中澤 宏之	(高知県医師会副会長)
		野邑 敏夫	(長野県医師会副会長) 令和5年10月4日より
		戸次 鎮史	(福岡県医師会常任理事)
		山村 善教	(宮崎県医師会副会長)
		美原 盤	(全日本病院協会副会長)
		大屋 祐輔	(琉球大学病院病院長)

目次

はじめに.....	1
1. 緒論 ～今期委員会の進め方について～	2
2. かかりつけ医・かかりつけ医療機関とかかりつけ医機能のあり方	3
2.1 制度創設の背景	3
2.2 国のかかりつけ医機能が発揮される制度整備について	3
2.3 かかりつけ医機能の定義	5
2.4 検討	6
3. 働き方改革の地域医療への影響	9
3.1 医師の働き方改革と地域医療への影響について	9
3.1.1 医師の勤務状況の現状	9
3.1.2 医師の勤務状況の現状	12
3.1.3 検討	14
3.2 地域医療への影響と地域医師会の対応	16
4. 人口減少下における医師確保・医師偏在対策	18
4.1 各地の医師確保・偏在対策	18
4.1.1 北海道	18
4.1.2 山形県	19
4.1.3 福島県	22
4.1.4 東京都	26
4.1.5 京都府	29
4.1.6 福岡県	34
4.1.7 沖縄県	36
4.1.8 検討	40
4.2 地域枠について 地域枠は医師確保及び地域医療体制の充実に有益 であったか	42
4.2.1 医学部長病院長会議（AJMC）からの報告	42
4.2.2 山形県医師会 令和6年度医学部地域枠の設定（案）について	47
4.2.3 茨城県における地域枠の現状と課題	49
4.2.4 新潟県のシームレスな医師確保の取組等について	51
4.2.5 宮崎県における地域枠医学生の卒前・卒後教育の充実に向けて	53
4.2.6 熊本県における地域枠（医師修学資金貸与制度）について	55
4.2.7 京都府における地域枠の現状と課題	57
4.2.8 静岡県における地域枠の現状と課題	59
4.2.9 群馬県における地域枠の現状と課題	63
4.2.10 神奈川県における地域枠医師とその課題について	65
4.2.11 東京都における地域枠の現状と課題	67

4.2.12 福岡県における地域枠の現状と課題	68
4.2.13 北海道における地域枠の現状と課題	70
4.2.14 高知県における地域枠の現状と課題	71
4.2.15 検討	72
5. 在宅医療並びに外来機能報告・紹介受診重点医療機関について	76
5.1 在宅医療について	76
5.1.1 概要	76
5.1.2 検討	80
5.2 外来機能報告・紹介受診重点医療機関について	82
5.2.1 概要	82
5.2.2 検討	86
6. 第8次医療計画を踏まえた今後の地域医療構想	87
6.1 二次医療圏（構想区域）の考え方について	87
6.2 医師が不足する都道府県の医療提供体制について	89
6.3 へき地における ICT を活用した医療提供体制の維持	91
6.4 現場で考える真の地域医療構想（神奈川県医師会）	93
6.5 東京都医師会地域医療推進委員会・TMA 医療会議	95
6.6 在宅療養支援病院について	96
6.7 現在の医療提供体制について ～国からの報告～	97
6.8 検討	101
6.8.1 医療計画について	101
6.8.2 地域医療構想について	102
6.8.3 その他	106

<会長諮問>

人口減少社会・新興感染症等を踏まえた地域医療提供体制の構築へ向けて

はじめに

本委員会は次の5点につき討議を行った。

1. かかりつけ医・かかりつけ医療機関とかかりつけ医機能のあり方
2. 働き方改革の地域医療への影響
3. 人口減少下における医師の確保・医師偏在対策
4. 在宅医療計画及び外来医療計画について
5. 第8次医療計画を踏まえた今後の地域医療構想

かかりつけ医に関しては、かかりつけ医機能の強化（日本医師会をはじめとする医療団体）とかかりつけ医の制度化（登録制等）（財務省）の論争が行われたが、財務省は現在、その主張を取り下げており、論点はかかりつけ医機能（が発揮される制度整備）に移っている。今後、国の提唱する医療情報提供制度、かかりつけ医機能報告制度等が議論され施行されるものと思われる。働き方改革の地域医療への影響は大きい。派遣を受けている医療機関では従来通りの就業体制が維持できるのか不安視しており、また、派遣元の大学病院では、かなりの経済的損失が生じるものと考えられる。

人口減少下における医師確保・医療偏在対策においては、地方では開業医減少時代に突入している事を念頭において対策を練らなければならない。医師の確保が勤務医のみの確保だけでは地域医療は守れない。開業医が減少することは、在宅医療、学校医、産業医、休日夜間診療所等の維持が困難になることを意味しており、地域医療の基盤崩壊につながっていくからである。医師偏在指標等は机上の論理に過ぎず、何ら医師確保の実現に効力がない。今後は、全国的に医業承継事業を展開し、開業医の確保、診療科偏在に取り組まないと医療における地域格差が社会的不満となって大きな混乱を招くことになる。一方で、地方に行くほど、基幹病院そのものが、かかりつけ医として機能しており、紹介受診重点医療機関が地域住民のニーズにそぐわない事も発生しており、大都市と地方では医療環境が大きく異なっていることから、一律に全国的にひとつの法律、制度を導入することには限界が来ている。大幅に県に権限を委譲すべきであり、その方が県や自治体はその本気度を試されることになり、飛躍することが期待される。本報告書にも述べられているように、現

在の若き医師らは、死に直面しない診療科を選択し、専門に特化し、地域医療やかかりつけ医に興味を持たない群像となっている。多くの課題は法律や制度を設けることでは解決しない。学生、研修生、専攻医の教育の再考が求められている。社会や若い人の変化を後追いする様では日本の医療の未来はない。

1. 緒論 ～今期委員会の進め方について～

本委員会では、今期の諮問「人口減少社会・新興感染症等を踏まえた地域医療提供体制の構築へ向けて」を受けて、第1回委員会において、各地における地域医療に関する課題を提示した。

そして、今期検討する予定としての5つの論点を提示した。また、委員会の検討過程において、適宜、変更を行った。

以下、5つの論点を提示する。

- ・ かかりつけ医・かかりつけ医療機関とかかりつけ医機能のあり方
- ・ 働き方改革の地域医療への影響
- ・ 人口減少下における医師確保・医師偏在対策その1～各地の状況～
- ・ 人口減少下における医師確保・医師偏在対策その2～各地における地域枠の現状と課題：地域枠は医師確保及び地域医療体制の充実に有益であったか～
- ・ 在宅医療計画及び外来医療計画について
- ・ 第8次医療計画を踏まえた今後の地域医療構想

【表1】

開催回	議題案
第1回委員会 1月18日(水)13:00～15:00	今期委員会における検討議題等、フリートーキング
第2回委員会 3月1日(水)16:00～18:00	1. かかりつけ医・かかりつけ医療機関とかかりつけ医機能のあり方
第3回委員会 3月29日(水)14:30～16:30	2. 働き方改革の地域医療への影響
第4回委員会 6月26日(月)16:00-18:20	3. 人口減少下における医師確保・医師偏在対策その1 事前に指定された委員より各地の状況の報告
第5回委員会 8月21日(月)15:00-17:00	3. 人口減少下における医師確保・医師偏在対策その2 各県における地域枠の現状と課題：地域枠は医師確保及び地域医療体制の充実に有益であったか？ 大塚委員：医師の地域偏在、診療科偏在と地域枠制度、各委員：各地の地域枠の現状、課題等について
第6回委員会 10月4日(水)15:00-17:00	4. 在宅医療と外来医療計画について 報告書案検討
第7回委員会 12月6日(水)15:00-17:00	5. 第8次医療計画を踏まえた今後の地域医療構想 報告書案検討

2. かかりつけ医・かかりつけ医療機関とかかりつけ医機能のあり方

2.1 制度創設の背景

令和 4 年 5 月に取りまとめられた全世代型社会保障会議「議論の中間整理」において、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、改革を進めるべきである」と示された。

同年 5 月の財務省財政制度等審議会では、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化すべき。これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること。利用希望者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みの段階を踏んだ検討を行うこと」とされた。

令和 4 年 6 月 15 日、「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取り組みを踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」において、「コロナ疑い患者がかかりつけ医を受診できないケースを踏まえ、各地域で役割分担を明確化して、感染症危機時には確実に受診できるよう、法的対応を含めた仕組みづくりが必要である。」とされた。

これらを踏まえ、令和 4 年度の骨太の方針に、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うことが記載された。

2.2 国のかかりつけ医機能が発揮される制度整備について

当初、国は、医療機能情報提供制度の拡充をもって、かかりつけ医機能が発揮される仕組みを整備することとしていた。しかし、後に国はさらに、かかりつけ医機能強化のための方策を打ち出した。

令和 4 年 12 月 5 日の社会保障審議会医療部会において「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」案として、医療機能情報提供制度の拡充のほかに、かかりつけ医機能報告制度の創設が示された。

【図 2.2.1】

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ	
◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方のとりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。	
医療機能情報提供制度の拡充	かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化
<p>◆～令和5年度目途</p> <ul style="list-style-type: none"> 今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。 <p>◆ 令和6年度以降</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する） あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映 	<p>◆令和5年度頃</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療法に基づく「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（告示）」の検討 <p>◆ 令和6年度～令和7年度頃</p> <ul style="list-style-type: none"> 個々の医療機関からの機能の報告 地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論 <p>◆ 令和8年度以降</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療計画に適直反映 <p>※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく計画との関係性についても検討が必要</p>

同会では、かかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージが示されたが、示された機能をすべて満たさないとかかりつけ医機能を有していないとの誤解が生じた。日本医師会はこれを確認し、例示として示された機能でありこれらの1つでも満たせばよいということを確認した。

【図 2.2.2】

地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ						厚労省案
<p><慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ></p> <p>※報告を促める具体的な機能については、考慮。看護者や専門職等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に追加、医療機関が病院の場合も検討）。</p>						
かかりつけ医機能 （サービス提供内容）	1. 1対1個別相談 （電話・オンライン）	2. 相談・情報提供	3. 入退院時の支援	4. 生活支援等の提供	5. 24時間対応相談	
A型機能	○	○	○	○	○	<p>地域の医療機関は、①～⑤の機能のうち、少なくとも1つ以上を確保し、2つ以上を組み合わせることで、かかりつけ医機能を確保。</p>
B型機能	○	○	○	○	○	
C型機能	○	○	○	○	○	
D型機能	○	×	×	○	○	<p>協議の場において、地域医療機関の①～⑤を組み合わせることで、地域で不足している機能を特定できる。連携や連携支援の方法を検討。</p>
E型機能	○	○	×	○	○	
F型機能	○	-	×	-	○	
G型機能	-	-	-	-	-	
<p>◎：自院のかかりつけ業務に追加。当該機能を継続で提供できる</p> <p>○：自院のかかりつけ業務に追加。当該機能を全面的に医療機関と連携して提供できる（連携する医療機関は複数。③④には他院と連携して連携を確保している場合が考えられる。）</p> <p>×</p> <p>-：当該機能を担う能力がない</p>						<p>※情報と連携する要の医療機関は、不足する機能を院内の協働に活用。</p>

かかりつけ医機能報告制度を含む医療法改正に向けては、2月3日、4日の2日に渡り自由民主党厚生労働部会で検討がなされ、2月10日に閣議決定された。

2日に渡る検討がなされた要因は、かかりつけ医機能報告制度は、医療機関から所定の機能を有するかどうかを都道府県へ報告し、これを知事が確認をすることとなっているが、この確認行為の法的性質について、質疑が相次いだためである。

結果的にその法的性質は、当初の行政行為から、事実行為へ変更となった。また、当初の案には、知事による確認行為を「取消」ことができたが、これも削除された。

その後、第96回社会保障審議会医療部会（令和5年2月24日開催）において「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の閣議決定について（報告）」がなされた。

かかりつけ医機能については、「かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する」ことが示された。

- (1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）
- (2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）
- (3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

を柱とすることが示されている。

2.3 かかりつけ医機能の定義

2013年8月8日付の日医・四病協合同提言では、かかりつけ医について「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。」と定義されている。この定義の前には、「病院、診療所そしてどの診療科を問うものではない」ことが記載されている。かかりつけ医機能は、医師単独であらゆることを果たすべきものではなく、医療機関で持てる機能を持ち、持てない機能は連携でカバーすることが重要である。

かかりつけ医機能に係る診療所・病院の連携、地域包括ケア機能、医療介護連携拠点機能を備えた病院や、在支診、在支病との連携を中心に実施し、患者の急病急変時は2次救急3次救急と連携することが重要である。

なお、「これからのかかりつけ医の在り方を考える会」において『かかりつけ医の社会実装に向けて～かかりつけ医機能を発揮するための制度整備～』が取りまとめられている。

- ・提言1：国は、かかりつけ医・かかりつけ医療機関を持つことを国民の権利と位置づける。
- ・提言2：国は、かかりつけ医機能の認定・公表・評価の仕組みを整備する。
- ・提言3：かかりつけ医・かかりつけ医療機関を持つことを望む国民に、かかりつけ医・かかりつけ医療機関を地域の医師会・医療界が紹介する。
- ・提言4：国は、かかりつけ医機能を発揮するために、患者情報を集約・管理する情報連携基盤を構築し、かかりつけ医・かかりつけ医療機関が共有する。

2.4 検討

令和4年6月から11月にかけて、日本医師会医療政策会議の下にかかりつけ医ワーキンググループを設置し、かかりつけ医機能について集中的な議論が行われ、報告書が示された。

まず、短期的には、「医療機能情報提供制度の充実強化」、「かかりつけ医機能の診療報酬上の評価」、「面としてのかかりつけ医機能の発揮」が重要とされている。

次に、中期的には、「日医かかりつけ医機能研修制度」の日本医師会会長名での修了証の発行のほか、「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」の拡充が示されている。

「日医かかりつけ医機能研修制度」を日本医師会の認定制度とするか否かは、将来の課題であり、この研修制度と「地域包括診療加算～研修会」の整合性をはかる必要がある。

2.2 で示された通り、国の示す政策に、我々医療者の見解をつたえるためには、日本医師会からの提言はもちろん、各都道府県医師会における地元選出の国会議員等に対する働きかけが大変に重要である。

【図 2.4.1】

地域の国会議員にお願いしていただきたいこと

1月下旬には法文案が固まることから、地域の国会議員には下記の働きかけを早急に行って欲しい。

- 「日医かかりつけ医機能研修制度」を実施するなど、かかりつけ医機能の充実に向けて医師会も取り組んでいる。
- かかりつけ医機能は、現在省令で定義されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」が法文に明記される予定である。
- 複数のかかりつけ医を持つ国民や県民も多く、かかりつけ医機能は単純に定められるものではない。かかりつけ医を固定するような法改正は、国民や県民も望んでいない。
- かかりつけ医機能は地域や診療科によって異なることから、定義以外のかかりつけ医機能の要件まで法文で一律に定めるのではなく、必要な機能を地域ごとに考えていくべきである。

一方で、かかりつけ医機能に関する報告制度が、医療費の削減を目的としている立場から主張されてきたことも無視できない。今回は最終的に「報告」と知事による「確認」となったが、今後もかかりつけ医機能に関する報告制度の変更を求める圧力がかかることは容易に予想される。

仮にかかりつけ医機能報告に対して、診療報酬を反映することになれば、かかりつけ医機能の取得や、さらなる範囲拡大について議論が活性化する。より多くの機能が認められれば、ある意味医療者にとって良い話である。しかし、次の布石として患者1人に対してかかりつけ医1人まで認めることとなれば、実質的な認定制度に変容する。さらに最終的には保険診療上の評価が包括診療料となり、今ある他の特定疾患療養管理料などが引き下げられるというシナリオもありうる。

これらの制度が換骨奪胎されないよう、制度に対する議論を注視していく必要がある。

また、最終的な目的を隠し、1つの診療科を指名すれば患者にとって「分かりやすい」というメリットを強調し、あたかも患者さん目線に立ったかのような論理展開をされることも懸念される。その結果、上記のような経緯をたどると、後からその不便さに気づいても、制度はもはや軌道修正できない。

そのため、我々医療者の側から、患者をはじめとする地域住民に対して、フリーアクセスのメリットを周知していく必要がある。

現在、かかりつけ医機能報告と診療報酬に関して、国は沈黙を守っている。かかりつけ医機能に該当するか否かの項目に着目するだけでなく、背後に潜むかかりつけ医とかかりつけ医でない医師の層別化を見抜き、日本医師会は、かかりつけ医とかかりつけ医でない医師を区別することに断固反対していくべきである。

そして、かかりつけ医と非かかりつけ医の層別化を考えていることを踏まえ、過去、総合診療専門医とかかりつけ医の違いという問題を、日医かかりつけ医機能研修制度を創設することで解消したように、日医が前に進めるというスタンスを示しながら独自の施策を打ち出すことで「解決」していく手段もある。

そして万一、診療報酬と関連したときは、過去、2002年頃の老人慢性疾患外来総合診療料では、1人が算定するとその周囲の医療機関は算定できなくなる仕組みであったが、地域で協力してこれを算定しないようにし廃止させたように、その実効性のなさを協力して示していく必要がある。

また、かかりつけ医機能にかかる制度が、実質的に医師と患者の登録制につなげる動きにも注意が必要である。日本医師会から反対することはもちろん、全国的に反対する必要がある。

次に医師においては、医師の研鑽と地域での連携を軸に地域住民の健康を守ることが重要である。

長年地元で自己研鑽に努め幅広い疾患に対応してきた医師にとって、自身がかかりつけ医であるという自負はあって当然である。しかし、外来総合診療料の創設、地域包括診療加算・地域包括診療料の算定に「研修の受講」が必要となると、国が指定する所定の研鑽のみ、かかりつけ医機能として認められているかのように感じるといった意見もあった。

地方において多くの患者を診てきた医師にとって、患者との信頼関係こそが、かかりつけ医の証であるという思いは強い。

この自負と実績に対して十分に尊重する必要がある。

この、かつて標榜科に関係なく幅広く診療にあたってきた医師から、世代が変わり、医師も専門性を志向し、幅広い診療を行うことが少なくなってきた。これは、かかりつけ医機能としてみると、やや弱くなったとも評価できる。一方で、若手医師の間で総合診療専門医の取得も増えている。

次世代の新たに開業される医師へ、医師会への参加と協力する意義を伝えていく必要がある。そのためにも世代によって開業のスタイルが変わってきていることを踏まえ、世代ごとのかかりつけ医の在り方を検討する必要もあるといえる。

そして地域連携の中心に医師会がかかわるべきである。

次に、非医師会員の医師へ、地域を面で支える水平連携の重要性と医師会への協力、さらには入会を要請していくことが重要である。しかしすべての医師へ浸透していくことは難しい。そこで、連携のあり方を検討する余地がある。

例えば札幌市等では、看護師が常駐する救急安心センターを市が運営している場合に、医師会が参画し、医療機関へ協力を要請し承諾をされた場合、これらの医師や医療機関は、地域を面で支えている、かかりつけ医機能を果たしているといえる。

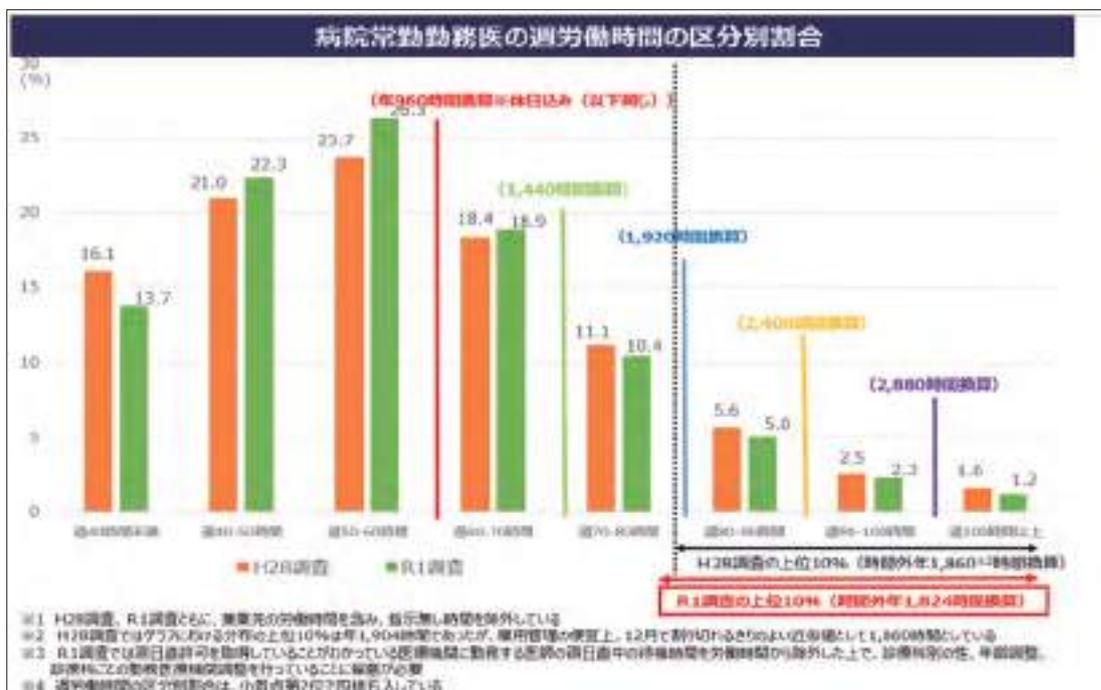
3. 働き方改革の地域医療への影響

3.1 医師の働き方改革と地域医療への影響について

3.1.1 医師の勤務状況の現状

平成 28 年の厚生労働省の調査では、約 4 割の医師の年間勤務時間が 960 時間を超過していた。そして、週 80 時間（年 1860 時間）を超過する医師が約 1 割いた。これは、精神疾患を生じた場合に労災認定基準となる勤務時間である。これらの医師の勤務時間を 1860 時間以下に移行する必要が出てきた。

【図 3.1.1.1】



これを踏まえ、医師の働き方の改革として、国は2024年4月から医療機関をA、B、C水準に区分し、知事の指定を受けた医療機関に従事する特定の医師のみ、年960時間超の時間外・休日労働が可能となることとした。また、B水準は地域医療を確保するために暫定的な特例として設けられた水準である。2035年末を目標に、さまざまな取り組みを通して解消されることが見込まれている。

各水準の指定と適用を受ける医師は、B水準に指定された医療機関のすべての医師に適用されるのではない。B水準に指定された場合、指定理由となった業務、臨床研修のプログラム等に従事する医師のみが適用される。

2022年4月に、日本医師会は、医療機関勤務環境評価センターの指定を受けた。同センターの目的は、各医療機関に所属する医師の労働時間短縮の取り組み状況の評価を行い、その取り組みへの必要な助言・指導を行うことである。

【図 3.1.1.2】



2023年は遅くとも上期で時短計画を作成して評価センターの評価を受けるフェーズであり、評価結果は、都道府県医師会と医療機関の両方に渡し、医療機関は評価と書類を添付して都道府県に指定申請する。都道府県はこれを審議して指定の諾否を決定する。この評価は、早くとも4箇月にかかる見込みである。また、都道府県ごとに、指定申請の時期は異なるため、申請時期の6箇月以前に評価センターへの評価申請が必要になる。

次に、C-2水準については、一般的には高度な技能を修得するための医師が所属する医療機関という位置づけである。実際には、相当数の医療技術が含まれている。各学会がこの該当する技術を選定している。

宿日直許可については、令和4年7月29日付で労働基準局より「救急」や「産科」等についても柔軟に解釈するよう求める事務連絡を発出した。また、大学病院・基幹病院で宿日直の許可を取るときは、時間帯／日時／業務の内容／診療科によって取得可能であることを認識するよう記載している。

宿日直許可の回数の限度は、医療機関ごと(本務先と兼業先それぞれ)で認められた回数を示している。例えば本院で週に1回当直。副業(2か所)で2回、合計週3回していても、それぞれの医療機関で1回ずつのカウントとなる。

宿日直許可の回数については宿直週1回、日直月1回の原則には例外がある。

医師不足の地域において、いわゆる連直(土曜夜～月曜朝まで連続して行うような宿日直)の体制を確保するために、遠方から非常勤の医師を確保する場合がある、という実態を踏まえた回数の例外などが認められている。

宿日直許可の申請書を円滑に作成、提出するために、各都道府県の勤務環境改善支援センターに相談することが考えられる。医療従事者は、労働関係の法規やルールに精通しているわけではない。また、勤務に対する考え方も労働環境一般に通用するものでもない。

そこで、勤務環境改善支援センターに所属する労務管理アドバイザーに同行を求め、医療者による実態の説明と、アドバイザーによるその法的整理を行うことが円滑な申請に向けて有効である。また、労働基準監督署の職員が言外に含む意味を理解するためにも社会保険労務士を同席させることも有効である。

勤務環境評価センターへの申請は、各医療機関がどう時間管理をするのか、宿日直許可はどうするかを確定しないと申請できない。これにより具体的な地域医療への影響は見えてくる。この影響を把握するために日本医師会は、厚生労働省に調査をするよう要請している。

ある県では義務である36協定を締結していない医療機関が35%ほどあった。また、時間管理をしていない医療機関が7割あるという事例もある。

3.1.2 医師の勤務状況の現状

神奈川県医師会では、初期救急 50 機関に調査を実施した。ほぼすべての医療機関より回答があったが、深夜帯の小児医療の提供が厳しいことが判明した。都市部においては、すべての区に小児科の診療を設けているが、ブロック化しないと維持できないのではないかと考えている。

背景には、神奈川県の医師不足があり、東京都（全国 2 位の医師数）からのアルバイトや派遣で補っている。よって、ここが途絶えると地域医療の維持に大きな影響がある。

休日夜間診療所については、医師の勤務時間が費用およびインターバルの点で問題となる。相模原と藤沢は 23 時から朝までの受診者数が非常に少ないため、宿日直許可が取れている。一方で、20時から24時に開いている診療所の多くは宿日直許可を取得できない。24時まで勤務した場合、そこから9時までインターバルでの休憩が必要となるため、8時から診療する医療機関に定時出勤できなくなる。

小児科診療は、特に一次救急と二次救急のバランスで支えられているため、一次救急が機能していないと二次救急に余計な負担がかかる。二次救急については、協議して極力従来どおりの体制維持を考えている。

地域によっては、主要 5 病院で救急の約 90%を補っている地域と、年間 1,000 件以上の救急搬送を受け入れている 10 以上の病院で支えている地域がある。これらの地域では、体制維持のためのサポートのあり方が異なることが分かった。前者は医師が集中しているため、代替や 2 人で夜勤するなどの継続の道筋が見えてくるが、後者の場合、10 病院中 2 病院の派遣が途絶えると代替手段がないという課題がある。

特例水準に関しては、ほとんどが A 水準を取得する意向であり、約 50 医療機関が B 水準の意向であった。令和 5 年 3 月の段階で宿日直許可について労働基準監督署と調整中であり、ペースを上げることが望まれる。

宿日直許可の申請状況については 3 割程度が終了している。本来のスケジュールでは、令和 5 年 4 月時点で宿日直許可の取得が完了し、時短計画を評価センターに提出する段階だが、該当する医療機関はほとんどない。

これらの議論は病院の問題に極小化されている。地域医療への大きな影響に気づいたときに、我々地域医師会や病院が批判の対象となりかねない。そのためにも、事前に住民へ広く説明していく必要がある。北海道医師会が実施したアンケートに

よると、病院は 341 件／541 件、有床診療所は 142 件／331 件が回答した。今回の働き方改革に関する回答医療機関は、北海道内で 872 機関であった。

検討状況については、B 水準を予定している医療機関が 39 機関、連携 B を検討している医療機関が 20 機関であり、合計 59 機関。C-1、C-2 を予定しているのは合計 15 機関であった。

全体の 67%が医師の派遣を受けており、その内訳は病院が 82%、有床診療所が 32%である。有床診療所がかなり多い印象がある。宿直や日直を行っているのは、病院が 96.8%、有床診療所が 27%である。

道内の 3 大学病院以外から派遣されているところは、病院が 42.7%、有床診療所が 38.5%であった。業務内容は病院の 80%が宿日直、有床診療所の 70.4%が日直・当直に該当する。

宿日直許可書があるのは全体で 21%、その内訳は病院が 23%、診療所が 5%であった。ただし、これには医療機関の開設時に取得した施設も含まれているため、すべてが現在の制度に適合しているわけではない。また、「宿日直許可を申請していない」、「許可書の所在がわからない」など申請準備ができていない医療機関が、病院で 30%弱、有床診療所で 70%あった。

有床診療所の多さを受け、道庁と相談し、全有床診療所に対して宿日直許可の説明と取得に向けて勤務環境改善センターへの相談を促すことを伝えた。審査には少なくとも 4 か月以上かかるとの報告があった。

夜間急病センターは道内に 16 か所あり、そのうち 3 か所が既に宿日直許可を取得している。どのような背景で取得しているのか調査中である。16 医療機関すべてに対して、勤務医環境改善センターより電話または訪問で宿日直許可を取得するよう連絡を行った。

東京都では、令和 4 年度第 2 回東京都地域医療構想調整会議に「令和 4 年度医師の働き方改革に係る準備状況調査結果」が示された。回答率は 41.9%。

特例水準申請の予定については、三次救急では 70.8%、都の指定二次救急では 27.5%であった。また、大学附属病院のうち、連携 B 申請予定は 76.7%。救急車受入件数 1000 台/年以上の医療機関では、23.4%が申請を予定している。

宿日直許可の取得状況は、24.7%、概ね 4 分の 1 の医療機関が取得済みである。28.1%は申請準備中であった。半数以上は 2022 年 9 月時点で許可を取得していた。

調整会議には各病院の関係者が出席するので課題や実情を把握する他にも非常に有益であると考えます。

2023年2月8日に東京都医師会へ、都内にある12の大学病院医師会や大学医師会と、都立病院医師会の13医師会が集まり、連絡協議会を開催した。その中で、勤務時間管理については、各部屋にビーコンを置いてアプリで入退出を管理し、在院時間における勤務時間と自己研鑽の区別ができるようになったとの報告があった。結果的には、勤務している時間が短いとの実態が分かり、大学病院はA水準を取れる可能性がある根拠になった模様である。

ある地域の地域医療支援病院（500床規模）は二次救急も受けているが、A水準で申請が可能であった。その少し離れたところにある400床の地域医療支援病院はB水準も取れないと伺った。同エリア同規模の病院でも、持っている医療リソースにより対応が変わってくるようである。

福岡県も地域医療支援病院に対しアンケートを行っている。38施設中A水準を取得した医療機関は28施設、B水準は17施設、連携B水準は3施設であった。二次救急医療機関にもアンケートを実施している。まだ20数%の医療機関がどの水準で申請すべきか迷っているようである。

本年3月にかけて、救急医療を実施について常勤医師だけで実施しているか、非常勤医師も含めているか、さらには非常勤医師のみでやっているのかについて調査を行った。今年度の調整会議には、二次救急医療機関にも出席してもらい協議しようと考えている。

宮崎県独自の調査では、特定労務管理対象機関の指定を受ける予定の医療機関が3か所と非常に少ない状況。宮崎医師会病院の夜間急病センターにおける、宿日直許可申請では、外科は患者が少ないので、内科の0時から7時の当直を22時から翌7時までの9時間にして、要件充足が見えてきた状況である。その他、郡部にある医療機関は救急はやめると聞いている。

3.1.3 検討

医学部を有する大学または医科大学自体に、医師の派遣を取りやめるという考えがなくても、各医局の考えが異なる場合がある。

各医療機関の管理者や、大学の理事長ごとに考え方があり、地域医療の維持に向けて、取得していただきたい水準を要請し続ける必要がある。派遣元医療機関の中には、地域医療のために B 水準を取得することを了解した管理者もおり、粘り強い説得が必要である。

他方で、2022年12月の調査時点で B 水準を取得する医療機関は44であり、現在は減少しているとの話もある。

派遣元の医療機関において A 水準を目指す目的の1つに、厳密な勤務時間管理により、今後は割増賃金を支払う必要が出てきたことが挙げられている。割増賃金を支払えるだけの増収に向けて、自院の外来診療の稼働を上げていく必要が出てきている。その結果、これまで派遣してきた医師を呼び戻すことが起きうる状況になっている。

また、改善計画・報告書等の作成の労力や要件に対応することが大変であるため A 水準を目指す医療機関もある。

派遣される医師については、従来とは異なり、現在は共働きで経済的な理由で派遣対象となることを了承するという状況ではない様である。むしろ医局から指示を受けて派遣に応じるという理由が多い模様である。他方で、大学病院の給与は相対的に安価であり、派遣を受けないと生活できないような環境下にいるという指摘もある。地域医療を守るために、医師の給与を低く抑えることがいいことなのかという意見もある。地域医療と医師の待遇の問題も併せて考えていく必要がある。

大学からの派遣で救急指定の要件を充足している医療機関については、今後、その必要性について地域の中で話し合いを行う必要がある。

宿日直許可については、厚生労働省労働基準局より、休日・夜間診療所に許可が下りているところがあるとの情報がある。なお、日直は、勤務時間が4時間以上ないと対象にならない。また12時をまたぐと宿直扱いになる。

派遣先医療機関では、宿日直許可の申請に先立ち自院の勤務状況を把握し、勤務環境改善支援センターへ相談して、早めに解決することが求められる。

遠方の医療機関へ派遣される場合、当直する地までの移動時間は勤務に入らないという前提である。ただし医療機関ごとに異なる可能性があるので確認する必要がある。

所謂、寝当直であれば、宿日直許可を申請していないという認識は危険である。宿日直許可を取っていない医療機関の夜の勤務は、すべて労働時間になり、深夜手当と割増し賃金を支払う必要がでてくる。

何より派遣元医療機関の勤務時間にも影響を与える。仮に派遣元の大学病院等で B 水準や連携 B 水準を取得していても、派遣先が宿日直許可を取得していないと、夜勤が連続時間労働となる。その結果、インターバルを取得する必要が生じ、診療に影響が出る。これを懸念し大学病院が派遣の引き上げを検討し始める。宿日直については必ず確認する必要がある。

また、休日・夜間の救急医療施設へ、あらゆる症状の患者を診察するという方針で派遣されている場合、宿日直許可の要件を満たさなくなる場合がある。

なお、医師以外は、基本的に「一般則」が適用される。「一般則」は 1 日 8 時間、週 40 時間を基本とし、超過する場合は 36 協定の締結が必要である。また 1 か月 45 時間、1 年間 360 時間の上限まで働ける。さらに特別条項を締結することで、例外として年 720 時間まで働くことが可能になる。就業規定や業務規定を確認する必要がある。

当直については、一般則における当直の規定があり、その規定に沿って実施する必要がある。

最後に、医療機関の開設者・管理者側の先生方は、労働者ではなく、使用者にあたる。そのため、働き方改革はご自身には、適用されない。

3.2 地域医療への影響と地域医師会の対応

医師の働き方改革の問題は、個々の医療機関の問題と認識されがちだが、地域の医師会にとって、休日夜間診療所や救急診療所の問題、地域の二次救急医療提供体制に大きな影響が出る問題であることに留意が必要である。

まず、医師会には、地域医療を守るため、個々の医療機関のご協力を得ながら地域を面で支えるという意識が求められる。

二次救急を守るべきことと、休日・夜間診療所への医師派遣の形態を把握することについて自治体と認識を共有する必要がある。個々の医療機関や医師会で解決するのではなく、都道府県医師会員、郡市医師会長や、国会議員・地方議会議員と問題を共有して解決を図る必要がある。

協力を仰ぐ代議士の中には「一部の医師が忙しいならば、皆でやればよい」という考えを持つ方がいる。協力を仰ぐ際には、特に救急領域および小児科、産婦人科等診療科によって、専門分化が進み、代替が難しいことを説明する。そして、医師には連続労働や長時間労働があることを理解してもらう必要がある。さらに、地域住民、行政、医療機関等、様々な利害を調整する場面が出る。その説明にも一役買っていただく。

また、労働基準監督署は働き方改革に合わせて増える仕事量に見合った増員をしていないため、労働基準監督署へ十分な人員体制の配置を求めていくことも有効である。

なお議員へ陳情すると議員は行政へ照会を行う。行政は不都合な事実を伝えずに医師会等と調整中と回答し万端であるかのような印象を与える。ここに注意する必要がある。

次に、都道府県の病院団体とは、協力して都道府県行政と申請について定期的に会議を行うことが有効である。地域で従来どおりの救急ができなくなったときに備え、持ち回りやブロックの集約等ハブ化なども検討する場合がある。その際、個々の医療機関ではなく、地域を面として医療提供できるかを推測しながら協議することが必要である。

そして、医師会も地域住民に向けて、現状の医療提供の質・量を今後も維持できるものではないことを理解してもらうよう周知していく必要がある。

主治医はいつでも来てくれる・専門医でなければ診てもらいたくないという考えが維持できなくなっていること、また住民 1 人 1 人が何かあったときにどうするかをきちんと話し合っておく必要があることを伝える必要がある。

直接地域住民へ市民公開講座等を通して、現状と今後の予想を伝えることが良いのか、先に県会議員等へ陳情するのがいいのか、試案が必要である。

住民への説明については、地元の有力紙（新聞社）に特集を組んで貰うことが有効である。そして民放、NHK等のローカル局へも特集を要請し、相当具体的に変わることを示す必要がある。また医療提供体制についての苦情相談窓口を設置し、対応することも説明の機会となる。それでも、今後救急対応が困難になった時、我々医療機関・医師会・病院関係団体がやり玉にあげられる。しかし我々はすでに考え、動いていることを、示していく必要がある。

地方・地域センター病院の強化にも取り組んでいる。大学以外の医療機関から医師を派遣する制度である。延べ3,000日派遣している。看護師等への補助または設備投資等への補助も併せて実施している。

自治医大卒業の医師の配置は、北海道庁担当者と協議し、へき地で医療従事されるよう学生の時点から協力を要請している。令和5年、現在22名がへき地等で勤務しており、今後も同数程度の派遣を予定している。

地域枠医師の配置は、北海道で奨学金貸付を実施し、卒後3～4年目及び7年目（3～4年時の選択により7～9年）に、主に200床未満の公的病院へ派遣されることを条件としている。これらの病院は、希望する診療科を叶えることができ、専門医の取得や留学も可能である。特に、総合医、救急医、産科等は優遇している。8年目（令和5年度）で計233名、来年252名となる予定である。

地域枠(北大5名、札医大15名、旭医大12名)における奨学金免除の条件については、在学中6年間で計1200万円を貸与し、卒後道内の医療機関に9年間以上勤務し、かつその期間中5年間地方の病院で従事することで、免除される。

ドクターバンク事業。男性・女性ともに常勤医を紹介している。期間は長期に限らず短期でもよい。令和4年度は常勤医師7名を就業斡旋した。短期の紹介は相当数(3,329日/年)に上る。常勤医師の確保が困難であることが伺える。

道内研修後・道外勤務となった先生と、道外研修後・道内勤務となった先生へのアンケートを取ったところ、1つの傾向として道外研修後・道内勤務の理由が、「北海道という土地への魅力」、「配偶者の居住地・勤務地」、「都会」が挙げられた。また、現在勤務する医療機関を選択した理由については、「病院の施設設備が充実」、「規模の大きい病院」が挙げられた。これらを満たす医療機関を提示すれば、医師が確保できるのではないかと考えている。

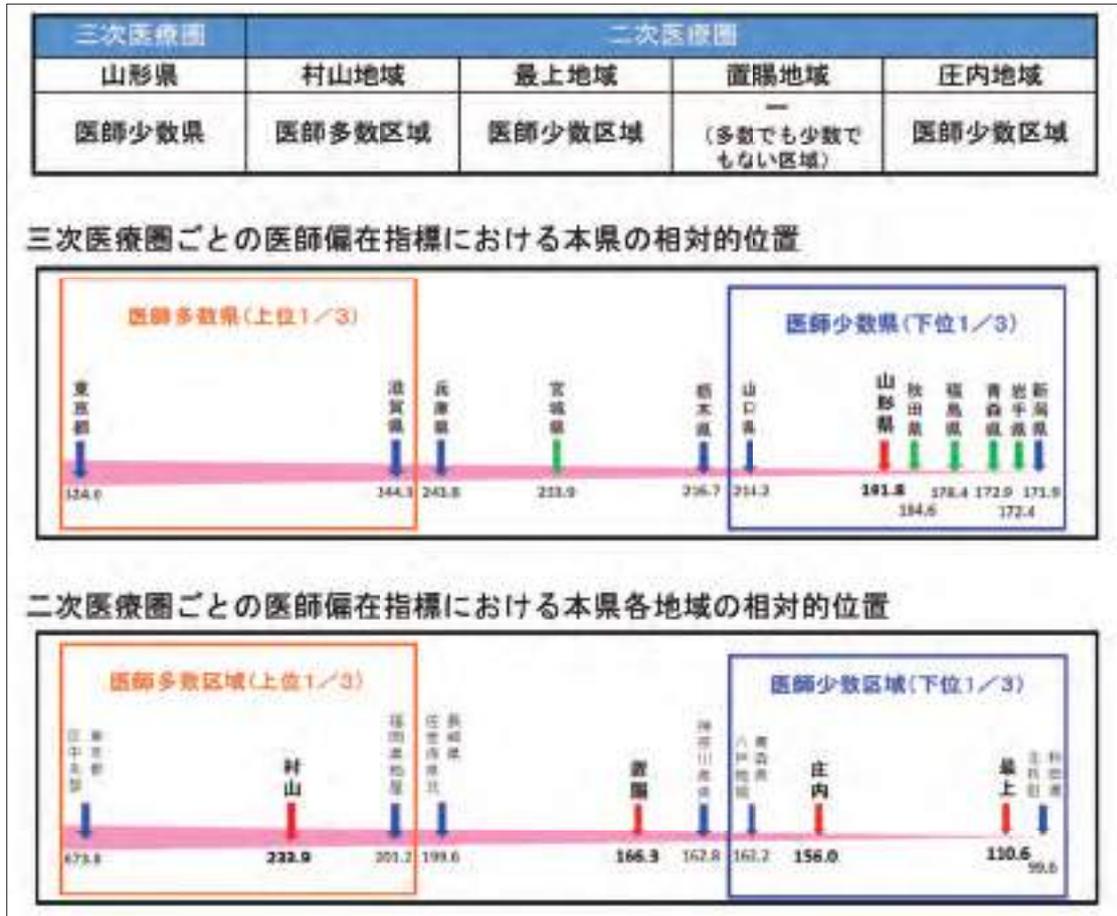
重要なのは地方議会等に補助金等の支援を働きかけることである。(国会議員、北海道議会議員、市町村議会議員)。そのために懇談会を毎年実施し。与党、時には、要望があれば野党とも政策に係る会議を開催し訴えている。

4.1.2 山形県

医師偏在指標に関する現状については、山形県の三次医療圏は県全体であり、全国40位（医師少数県）。二次医療圏は4つあり、村山地域が71位、最上地域が334位（全国下から2番目）。置賜地域が208位、庄内地域が241位である。

医師多数区域・医師少数区域等の設定については、二次医療圏単位では、村山地域（県庁所在地山形市がある地域）は、多くの開業医、大学、大きな病院が5～6つある医師多数区域である。最上地域、庄内地域は医師少数区域。置賜地域は少数でも多数でもない区域で166.3である。

【図 4.1.2.1】



医師少数スポットについては、医師多数区域である村山地域内でも山形市周辺（西村山地域、寒河江市、西川町、朝日町）等の各地区は医師少数であったため医師少数スポットを設定した。

山形県における医師確保・医師偏在に関しては、他県同様、地域医療対策協議会、(略称「地対協」)で議論し、決議等を行っている。

しかし、医師偏在指標及び医師確保については、何ら法的強制力もなく机上の空論と化しており有効性は見だせていない。

都道府県医師修学資金の貸与を受けた医師及び自治医科大学卒業医師の派遣については、医療法および厚生労働省医政局の通知に基づき、県が設置する「地域医療対策協議会」で協議の上決定している。令和5年度派遣対象医師数は、修学資金貸与医師が全体で67名、自治医科大学卒業医師が18名の合計85名である。

医師確保に向けた東北の特徴的な施策として、平成 28 年 4 月より東北医科薬科大学に医学部設置されたことが挙げられる。医学部設置の趣旨そのものに東北地方の医師不足の解消が挙げられている。そのため、初期研修後は東北各県に必ず派遣されることになっている。

第 1 期卒業生が初期研修を終える令和 6 年度から、7 名の県内における勤務が開始される。県内のどの医療機関へ配属するか決定する予定である。

東北医科薬科大学医学部に係る修業学資金の貸与は A・B の 2 方式があり、A 方式は東北医科薬科大学から貸与され、B 方式は同大学と東北各県から貸与される。後者は山形県からの貸与もあるため、臨床研修病院は、山形県内の 9 つの病院となる。A 方式の場合は推奨先は宮城県だが東北の他県でもよい。なお山形県内の勤務先の医療機関には、県・市町村・地方独立行政法人が開設する病院又は診療所、山大附属病院等がある。

現状初期研修後に県内に残る人は相当に低い。そのため、初期研修の歓迎パーティーや、症例報告会を実施し、少しでも県内に残るよう手立てを尽くしている。大学としての魅力をさらに増していただき、学部生や初期研修医に伝えてほしいと願っている。

【図 4.1.2.2】

東北医科薬科大学 在学生及び卒業生一覧（令和 4 年度時点）								資料 4-2
区分	1 期生 (H28入)	2 期生 (H29入)	3 期生 (H30入)	4 期生 (H31入)	5 期生 (R2入)	6 期生 (R3入)	7 期生 (R4入)	合計
A方式	1	1	1	1	1	1	1	7
B方式	6	3	7	7	6	8	9	46
一般枠		2			2			4
合計	7	6	8	8	9	9	10	57

臨床研修後の県内勤務見込者								資料 4-2
年度	1 期生 (H28入)	2 期生 (H29入)	3 期生 (H30入)	4 期生 (H31入)	5 期生 (R2入)	6 期生 (R3入)	7 期生 (R4入)	合計
R4	研修 1 年	6 年生	5 年生	4 年生	3 年生	2 年生	1 年生	0
R5	研修 2 年	研修 1 年	6 年生	5 年生	4 年生	3 年生	2 年生	0
R6	7	研修 2 年	研修 1 年	6 年生	5 年生	4 年生	3 年生	7
R7	7	6	研修 2 年	研修 1 年	6 年生	5 年生	4 年生	13
R8	7	6	8	研修 2 年	研修 1 年	6 年生	5 年生	21
R9	7	6	8	8	研修 2 年	研修 1 年	6 年生	29
R10	7	6	8	8	9	研修 2 年	研修 1 年	38
R11	7	6	8	8	9	9	研修 2 年	47
R12	7	6	8	8	9	9	10	57

令和 6 年度より卒業生の地域勤務が始まるため、令和 5 年度の地対協において、配置を協議する。

医師確保に関しては医業承継問題も大きな課題としてある。地域によっては高齢医師の閉院が続いており承継もないことから、地域医療への影響が懸念される。ま

た、ドクターバンク事業はここ数年応募者がなく機能していない。山形県医師会として、この承継問題を重要事業として、福島県の事例を参考にしよう見学を実施したところである。

医業承継に関するアンケートを酒田市医師会（酒田市人口 10～11 万）が実施した。開業医の約 7 割に後継者がなく、かつ確保が困難。現在市内及び周辺町村に約 80 医療機関があるが、10 年後は 50 施設に減少する。不足分 30 人の新規開業は期待できず、地域医療の基盤が崩壊することを懸念している。

修学資金貸与医師はそれなりに確保されているが、県内に終生定着してくれるかが課題である。

初期研修医の確保に向けて、4 年次に 2 単位の授業を山形県医師会が受け持ち、医師会活動、在宅医療、地域医療、山形県の医療体制を講義している。

本講義内で、県内の初期研修やその後の医療に従事してくれるように要望している。そして講義を担当する医師に非常に熱量があり、国家試験問題を含めながら、良い問題形式で授業してくれている。今年は 117/118 人受講した。

講義では、興味があること、わからなかったところなどのアンケートを必ず取る。聴講生の回答では、一番興味があるのは在宅医療、二番目がオンライン診療であった。

初期研修医の研修後の県内定着に向けて、初期研修医の歓迎パーティーと初期研修医の症例報告会を再開する予定である。パーティーは研修 1 年目の医師を対象とし、山形県の良いところ等々を伝えている。初期研修医症例発表会は主に 2 年目の医師が対象である。症例発表会の終了後には懇談会を開催し、大学教授・助教授をお呼びして後期研修（専攻医）の説明を山形大学をはじめ各病院から行ってもらおう。

4.1.3 福島県

福島県の人口は、約 20 年後、約 50 万人減少すると推計されている。人口減少により外来患者数そのものは減少するが、高齢化により在宅医療のニーズは上昇すると予想されている。今後は在宅医療を担う医師のニーズが高い。

しかし、県内の診療所数は、平成 21 年をピークに 2023 年 6 月 13 日時点の推計で 1,270 施設とこの 10 年減少が続いている。さらに東日本大震災後、減少した診療所の回復がなく、地域医療、在宅医療、学校医、産業医への影響が出てくる。

また、開業医・開設者の年齢は、凡そ 60 歳以上が半数以上を占めており、平均年齢は今後さらに上昇する。

これらを踏まえ、福島県医師会は、福島県から医業承継支援事業を受託した。費用は年間約 2,000 万円。その結果、2023 年 6 月第 2 週の時点までに 14 件の承継事業が成立している。医療機関 1 施設当たり約 5,000 万円と見込むと経済的な効果も無視しえないものである。本事業を最低でも維持、可能であれば発展させていくように県に強く要望を出している。

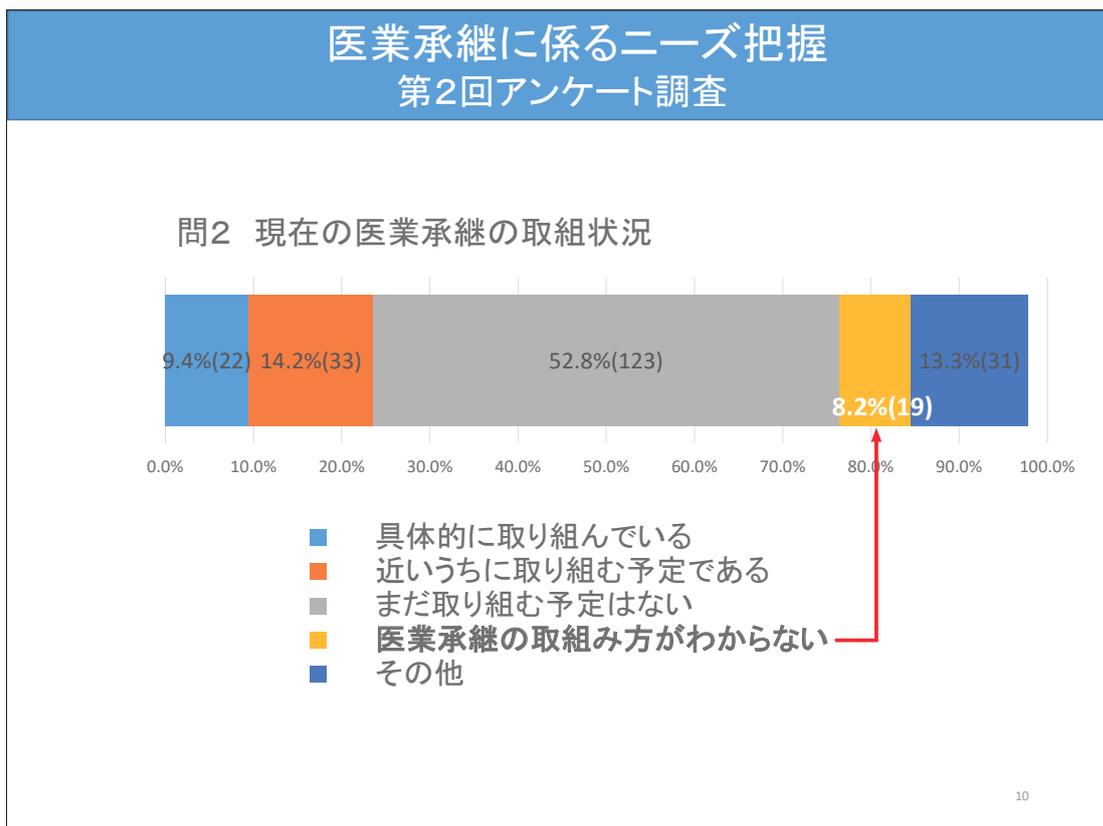
福島県医師会会員へ医業承継に関するアンケートを実施した。「医業承継について関心があるかどうか」については、75%の方が何らかの関心があるとの回答があった。また、関心ある事項については、「制度、手続きや税金がわからず手を出せないでいる」、「自分の医院の評価が知りたい」等の回答があった。

さらにアンケートの結果、実際の医業承継への、取り組み方が全くわからないとの回答が約 10%あった。ここを県医師会で支援していくようにしている。

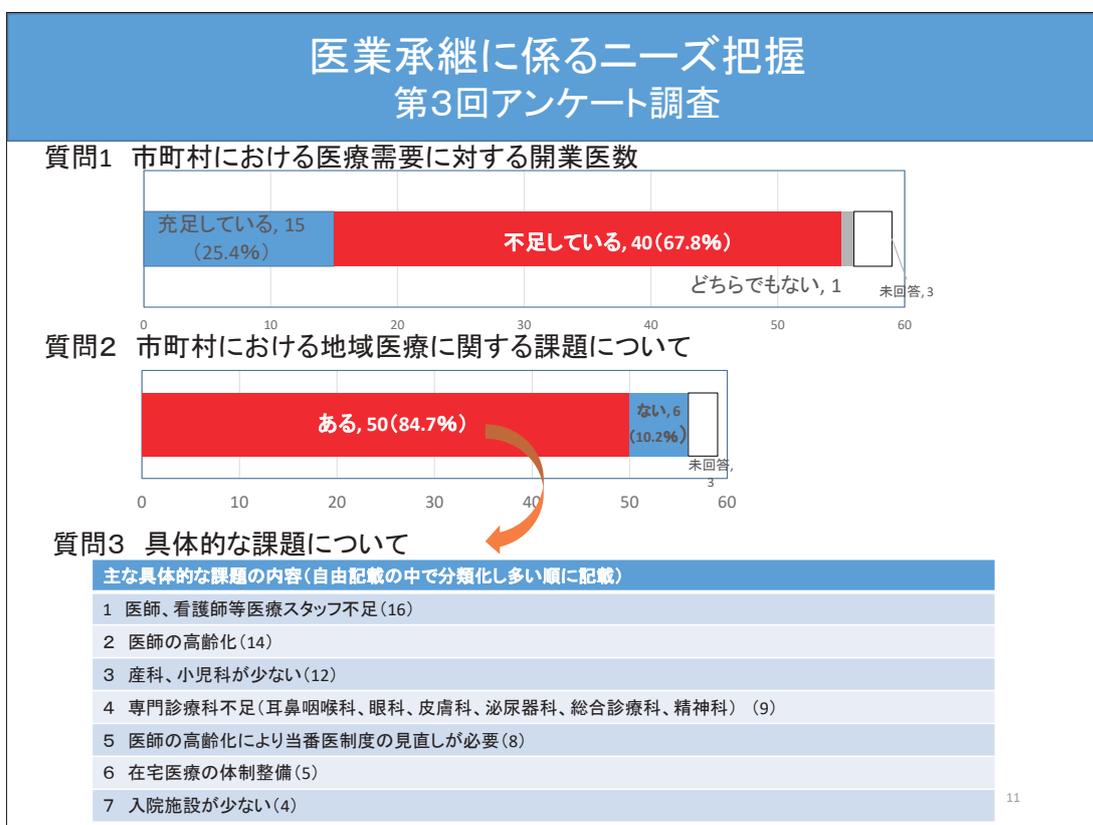
また、福島県下の市町村にアンケートを実施した。

「閉院や医師が辞めていくことに危機感があるか」については、「医療需要に対し開業医数は充足している」と答えた市町村が約 4 分の 1 あった。現場の医師に聞く限り、そのような状態ではないとの回答があった。ここから、自治体と医師会及び現場の医師の考えが違うことが分かった。

【図 4.1.3.1】



【図 4.1.3.2】



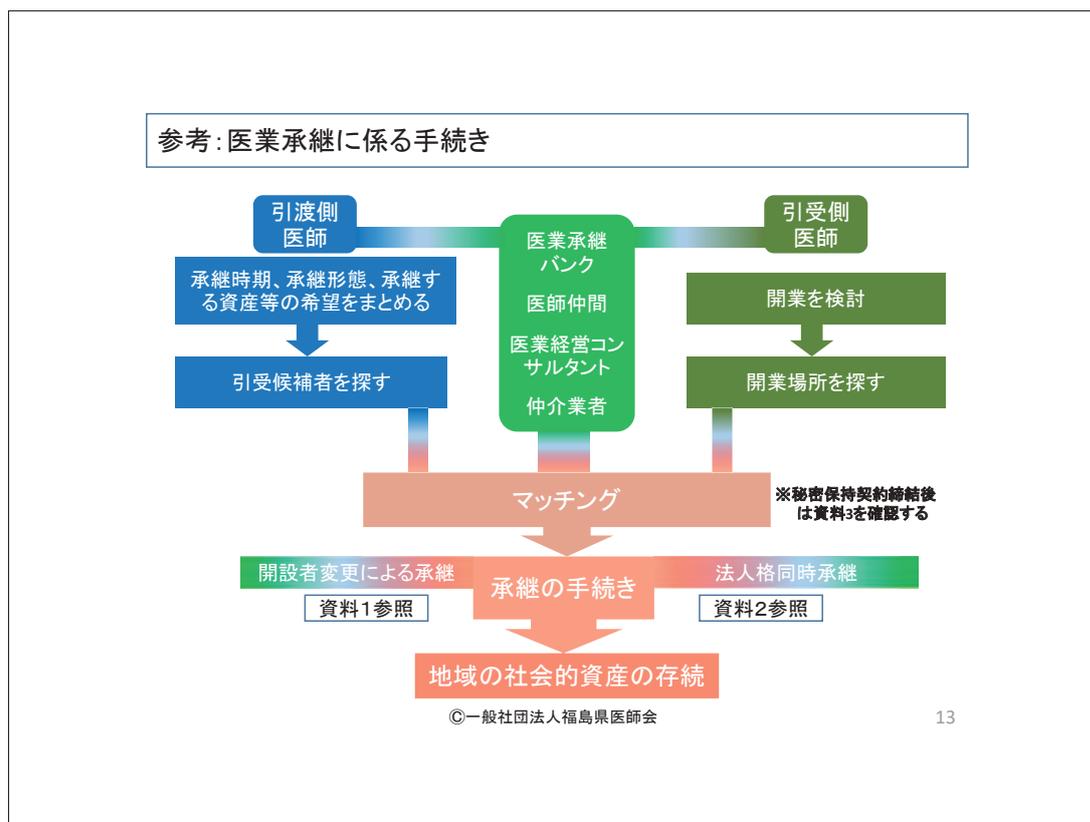
他方で、「地域医療に関する課題の有無」を聞いたところ、約 85%の市町村が「医師・看護師等医療スタッフ不足」、「医師の高齢化」、「産科・小児科が少ない」等、課題があると回答があった。

「閉院による地域医療に影響が出る場合の取組」については、83%の市町村が実施していない。ただ、その後 5 つの自治体で、協賛金、後援金を拠出するようになった。さらに、実施していない自治体に対し「今後、開業を希望する医師からの支援（補助等）の要望があった場合の対応について」聞いたところ、67%が、検討すると回答があった。

平成 31 年の 2 月 4 日に、福島県医師会は医業承継バンクを設立した。承継を仲介するバンクは、職業紹介所としての免許を取得する必要があった。

医業承継の手続は、医療機関を引渡し又は引受けを希望する医師（以下「引渡希望医師」、「承継希望医師」と呼ぶ）は、県医師会の所定のサイトへ登録を行う。県医師会の医業承継バンクの担当者が、医師を訪問して、承継の仕組みや流れを説明する。現在、専任スタッフは 1 名配備し、県医師会から臨時で 4 人ほど事務員がついている。その結果、同時に 3ヶ所まで話を進められるようになっている。そして、引渡希望医師と承継希望医師の双方の希望がある程度合致した場合には、秘密保持契約を締結した上で、面会を設定しその後は専門家に委託する。ここまでを無料で実施する。医師同士で最終契約まで進めることが困難な場合は、信用できる専門家を安価で紹介する。また、マッチング後のアフターフォローも実施している。これまで 26 件ほど手掛けて 14 件承継が成功している。

【図 4.1.3.3】



医業承継バンクがマッチングをして承継開業した診療所に対しては、福島県から補助金を受けることができる。4000万円を上限として総額の2分の1を単年度補助される。この費用は医療機器購入や改装費用に充てる。

この承継事業の課題は、承継成功した地域は、県北福島、県中郡山、県南白河など殆ど東北新幹線沿いであり、そこから外れた郡部では事例がない点が挙げられる。

医業承継バンクの延べ登録者数は、県内に37名、県外に22名いる。これまで14件成功したため、現在約40人が登録している。引渡希望側、承継希望側ともに、さらにプールしないと、マッチングが難しくなってくるのではないかと考えている。

マッチングまでの面談数は、引渡希望医師・承継希望医師ともに、ある程度頭の中で計画が練られているようで、円滑に進むことが多い。他方で最終的に、金銭面での折合が不調であったり、承継医療機関の場所が希望に沿わなかったケースもある。最初にきちんと話をしておかないと、最終段階まで進めない。

4.1.4 東京都

東京都は、2030年まで人口の高止まりが続き、その後、緩やかに減少していく。その間も高齢人口は増加し、老年人口のピークである2050年の後も、2065年まで

高齢化率 29%で推移する。高齢独居、老々世帯、老々介護、認々介護、8050 問題が起きてくる。

医療提供者も高齢化が進み、開業医の平均年齢は 2018 年時点ですでに 60 歳を超えている。

東京都の地域特性としては、まず、人口密度が非常に高い。次に、千代田区の 1460%に代表されるように昼夜間人口比率が高い。そして、13 医科大学・5 歯科大学・11 薬科大学が設立されている等、高度医療施設、医療人材養成施設が集中している。全国的に見れば、医師・医療者の供給地域とも言える。さらに、病院が 638 施設あり、その内 200 床未満の病院が 440(69%)あり、民間病院の割合が約 90%と、中小病院や民間病院が多い。最後に高齢者人口が増加し、これに伴う高齢独居、老々介護世帯、8050 問題等の問題が出ている。

保健医療計画における許可病床数、基準病床数は、都下 13 医療圏の基準病床数は計 99,446 床であり既存病床数は、108,523 床（約 9,000 程過剰）である。ただ、医療圏によっては病床不足地域もあり、都全体では病床は足りているが、病床配分が行われることが起きている。交通網が発達している東京都の特性に沿わない政策といえる。

東京都は都道府県レベルでは医師多数地域にあたる。

東京都の医療の特徴として、専門開業の診療所数が多い。他方で、必ずしも各地域の医療資源の特性に則した開業とは言えないような事例もある。また、大学病院本院、特定機能病院が多い。その影響か、患者さんの受療動向は大病院志向が高い。

東京都の医師偏在指標。区中央部は、医師偏在指標が 789(全国 1 位)。しかし、区中央部ですべて医療が足りているとは言えない。区中央部の台東区下には 2 つの医師会があるが、片方の医師会における耳鼻科の学校医は 1 人であり、1 人で 20 数校を担当している。また、区下の眼科医は約 45 人いるが、学校医は 10 人程であり、地域医療を担う人材が不足している。

医師を含む高齢化への対策には、まず人材育成が必要である。都医師会の常設委員会である地域医療推進委員会では「開業支援病院」という対策を提案し、試行を進めている。「開業支援病院」は、地域のニーズに合わない落下傘的な新規開業を防ぐため、地域の病院で一旦働き、地域を知り、その実情に合った開業をしてもらうことを骨子としている。

本案に関しては以下の課題がある。現場の医療機関にとっては競合医療機関を増やすことに消極的であることや、開業支援病院を担う「中小病院」では総合診療医の育成をプログラムできないことなどである。まずその検証のためモデル事業として実施する案も出ている。

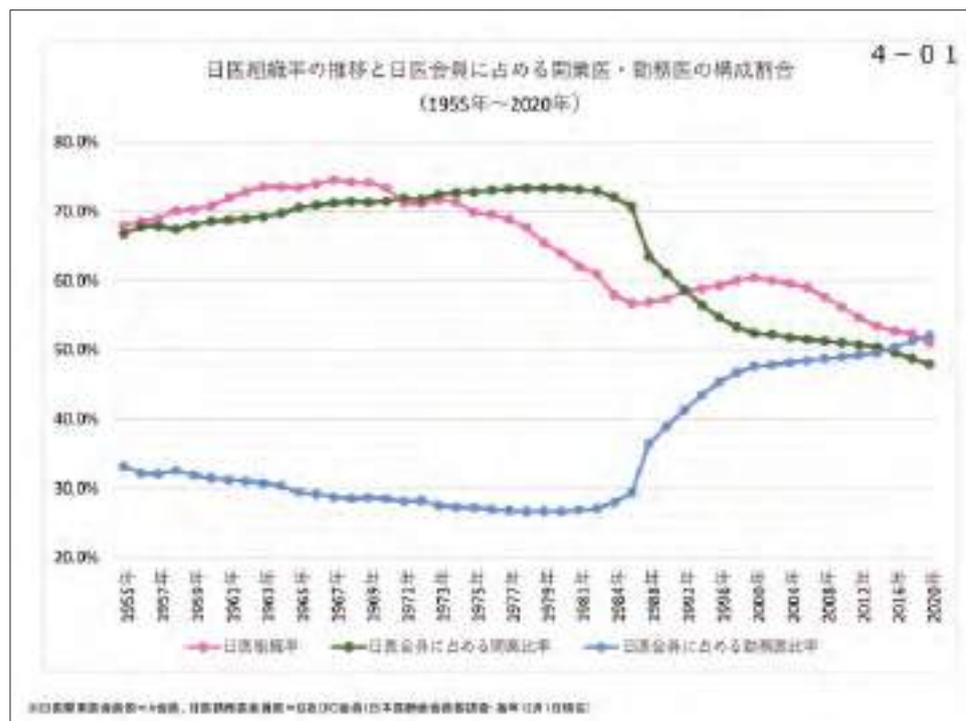
次に、開業医師数の推移と勤務医師数の推移をみると、開業医師数は維持されている一方、勤務医師数が大きく増加している。

【図 4. 1. 4. 1】



このことは、日本医師会の組織率構成から見ても、同様のことがいえる。

【図 4.1.4.2】



東京都においても、この12年間（平成20年度～令和2年度）9,900人増加しているが、病院勤務医が28%増、診療所開設者は11%増にとどまり、診療所勤務医が54%増となっている。

現在すでに開業されており、あまり医師会活動など地域医療に関与していない医師の意識等を変容させることは難しい。次世代の地域医療を担う人材の育成に注力していくべきである。東京都医師会においては、地域医療人材育成支援事業の具体化に向け、今期計画している。

このことは厚生労働省の幹部からも言及されている。地域医療を担う医師養成を進めるべきとのこと、そして、「病院勤務医が地域で開業して地域医療を担うための研修や支援の企画を実施」することに言及している。

結論として、地域医療を担うのは、今いる「開業医」だけでなく、これからを担う未来の開業医や勤務医も含めて考えていく必要がある。

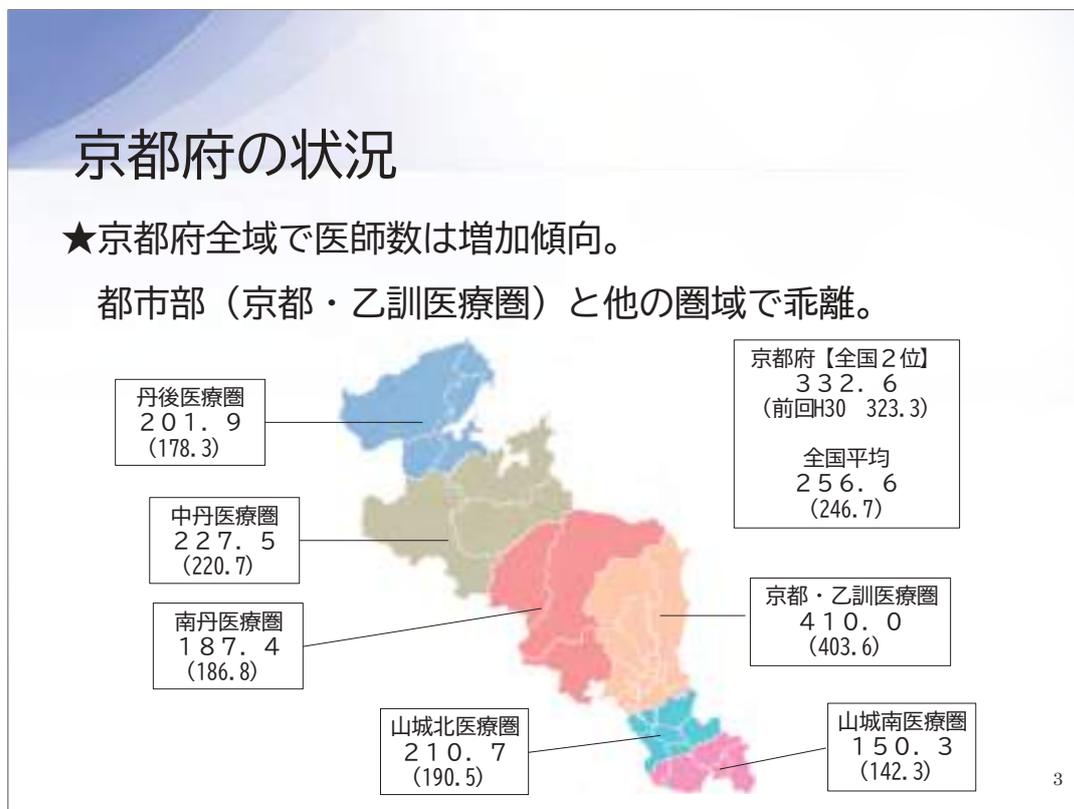
4.1.5 京都府

4.1.5.1 現状

令和2年「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、府内医療施設に従事する医師数は8,576人。人口10万人当たりの医師数は332.6人。全国平均を上回る。

人口 10 万対の医師数は全国第 2 位で推移。ただ近年の医師数の増加幅は、全国よりも低い。

【図 4.1.5.1.1】



京都府の 6 医療圏ごとの医師数。丹後医療圏は、京都・乙訓医療圏 410.0 の約半数。山城南医療圏は 150.3、地域ごとの医師偏在の対応が喫緊の課題。

京都府における最新の医師偏在指標は、国の医師少数区域の閾値が 179.3 に変更されたため、丹後圏域と山城南圏域に加え南丹地域も医師少数区域となった。新指標に基づいた計画の見直しは、京都府医師確保ワーキングチーム（委員）で今年度中に協議を行い来年 3 月までに施行する予定。

4.1.5.2 対策

地域の実態に即したものになるように、京都市の医師偏在指標の考え方として、3 つの独自要素を入れた。

- ・ 医療側の要因として、大学等医育機関の教員・大学院生の臨床従事時間を考慮に入れた。また、京都府で病院医師の勤務実態に関する調査を行った。
- ・ 患者側の要因として、患者受療率を活用して補正。
- ・ 地理的要因として、医療機関までのアクセス時間を考慮した。

国の医師偏在指標と、京都式の医師偏在指標を比較すると、国の指標では南丹地域が少数区域ではないが、京都式指標では南丹地域が医師確保の重点順位 2 位に来ている点、実感に沿う。

医師少数スポットについては、中丹医療圏と南丹医療圏のへき地診療所周辺の地域、約半径 4 キロ圏内ほどを指定。

京都府立医科大学の理解・協力のもと医師確保に向けたキャリア形成プログラムを策定・実施。また自治医科大学卒の医師や、地域卒の学生・医師の同意を得て、医師不足地域への派遣をより実効性を高めた内容で推進するとのこと。

医師確保・医師偏在対策のため、本年 3 月に厚生労働省医政局医事課長へ、京都府医師会の松井会長、京都大学病院病院長、府立医科大学病院長、京都府保健福祉部長の 4 名の連名で要望書を提出。内容は、京都府、京都・乙訓医療圏の突出した医師数は京都大学・府立医科大学の教官・大学院生、基礎医学研究に従事する医師が含まれているため、実際の臨床医数を表していない。そのため臨床研修定員の激変緩和措置の継続を要望。

【図 4.1.5.2.1】

医師確保・医師偏在対策として実施されていること

★令和 7 年度臨床研修定員に係る要望書の提出（令和 5 年 3 月 17 日）

（要望書の概要）

- 京都府の医師数は多いとされているが、京都大学および京都府立医科大学の教官・大学院生や研究機関等で基礎医学研究に従事する医師も相当数含まれており、実際に臨床医として勤務する者は数字ほど多くなく、他地域への医師派遣も容易ではない。
- こうした中、京都・乙訓を除く 5 圏域では、人口 10 万対医師数が全国平均を大きく下回り、地域偏在が大きくなっており、地域医療提供体制の確保が重要な課題となっている。
- 仮に激変緩和措置が廃止されると、京都府内外に対する両大学からの医師派遣は困難であり、一定引き上げも考えざるを得ないとの意見もあり、広範囲にわたり大きな影響が生じる恐れがある。
- 以上を踏まえ、令和 7 年度以降の臨床研修定員の算定においても、引き続き、「直近の採用実績を募集定員上限とすること」を継続するとともに、医師不足地域への配分のための「+ 5 名の定員確保」を要望。

※ 厚労省医政局長宛 府医会長、京大病院長、府医大病院長、府健康福祉部長連名で提出

10

医師確保対策事業に関する令和 5 年度京都府予算案の概要は大きく 3 つある。

- ・ 1 つ目は、オール京都体制の医師確保。京都府医師会で実施している研修事業。府内の 25 医療機関において、女性医師等の短時間勤務制度の導入等に対

する支援が行われているほか、京都府医師会も子育てサポートセンターを設立し、保育支援体制構築、窓口相談支援事業などを実施。

- ・ 2つ目は、地域医療を担う医師の育成。医師の養成・育成に係る資金面での支援。
- ・ 3つ目は、ICTを活用した地域医療ネットワーク構築事業。この中で「周産期医療ネットワーク基盤整備事業」として総合周産期母子医療センターと、北中部・山城地域の地域周産期母子医療センター及び分娩取扱施設にモニタリングシステムを導入し、入院妊婦・妊産婦の状態を共有しながら診療に対する助言、救急時の受入準備等を行うシステムを導入。都道府県全域での導入は全国初と聞いている。

面としてのかかりつけ医機能を補強するための後方支援病院との連携を促進する京都府独自の取組として、在宅療養あんしん病院登録システムを運用。

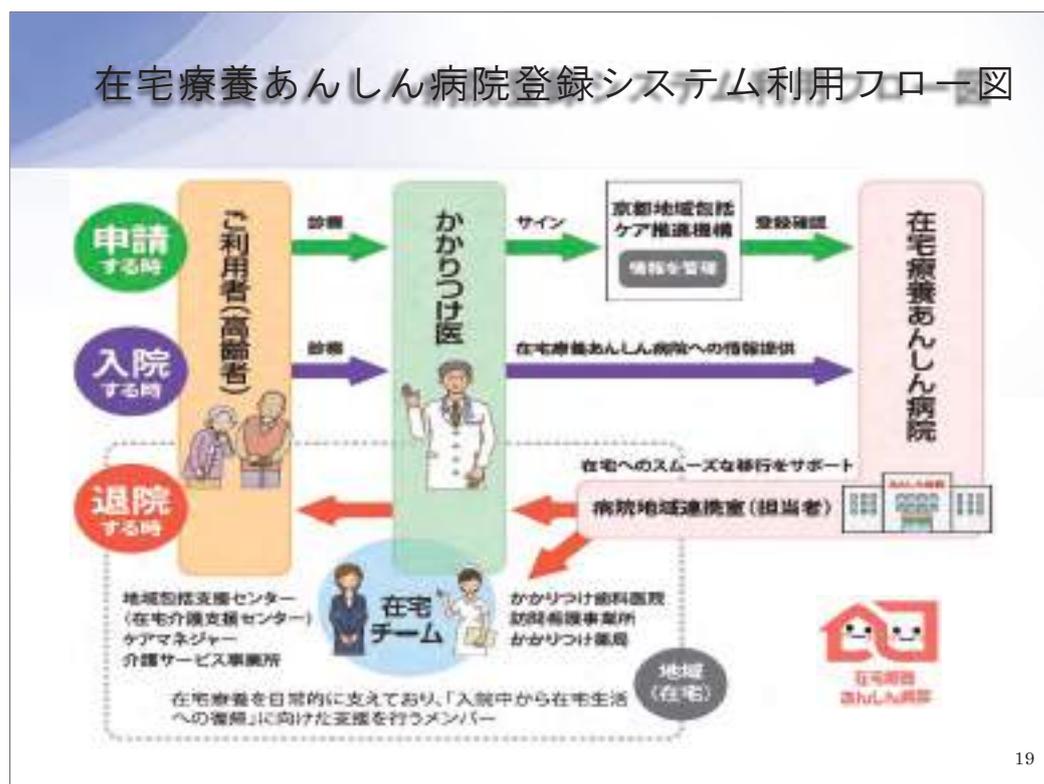
平成 23 年に京都地域包括ケア推進機構を設立（医療、介護、福祉、大学、行政など 39 団体で構成）。事務局は京都府医師会館 7 階に構え、京都府職員が出向。

京都地域包括ケア推進機構が推進する 3 大プロジェクトとして、「認知症総合対策推進プロジェクト」、「地域におけるリハビリ支援プロジェクト」、「看取り対策プロジェクト」に着手。

在宅療養あんしん病院登録システムについて、京都府内在住の 65 歳以上の高齢者が登録・利用可能。登録者が体調を崩された場合や悪化した場合、または在宅生活が困難になった場合、かかりつけ医の判断により、必要に応じて、短期間の入院を受け入れるという制度。受入先の病院は、あらかじめかかりつけ医と相談の上で登録。必ず入院できる制度ではないことを事前に登録者に伝えている。

体調悪化時は、まずかかりつけ医を受診。その判断により、あんしん病院へ受診もしくは入院。また、退院後の在宅療養に向けて、多職種間の情報共有を円滑にし、在宅生活への復帰をサポート。

【図 4.1.5.2.2】



システム利用状況について、平成 23 年度から新規登録者数は漸減。令和元年度はコロナ禍で落ち込んだものの、令和 2, 3 年度は徐々に増加。

登録者の内訳は、約 16,000 人中、京都市内 1 万人余。市以外 6,000 人余。

申込方法に関しては、申請書のセットを、病院や診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等に配布。そこで説明を聞いた上で申請。去年 7 月より電子申請にも対応。

システム利用状況について、アンケート調査を実施。実施期間は令和 3 年 10 月～11 月末 (2 ヶ月)。期間中システムを用いた入院利用実績のある病院数は、全 134 病院中 50 病院。実登録者数 9,144 人中 423 人があんしん病院に入院。平均年齢 84.7 歳。平均入院期間 17.7 日。

各病院に入院されていた未登録の患者中約 3 割の患者さんに本システムを紹介していただいた。

在宅療養あんしん病院登録システムは、かかりつけ医と病院を円滑につなぐシステムとして、後方支援を中心に、地域を面で支えるかかりつけ医機能を高めるためのシステムであると考えている。

4.1.6 福岡県

4.1.6.1 現状

福岡県は、医師偏在指標では全国 3 位で医師多数県とされている。産科は全国 12 位、小児科 18 位である。

しかし、二次医療圏別では、久留米医療圏が全国 3 位である一方、京築医療圏が全国 283 位と地域差が大きい。

【図 4.1.6.1.1】

医師偏在指数及び県内・全国順位(二次保健医療圏別)

	医師偏在指標(医師全体)			医師偏在指標(産科)			医師偏在指標(小児科)		
	数値	県内順位	全国順位	数値	県内順位	全国順位	数値	県内順位	全国順位
福岡県	300.1	—	20/47	13.1	—	12/47	315.8	—	18/41
福岡+北九州	367.9	2/13	1/205	16.9	3/13	20/294	316.6	3/13	60/311
福岡	339.4	8/13	118/205	8.1	7/13	200/294	75.2	15/13	289/311
京築	372.8	11/13	192/205	7.4	9/13	281/294	74.5	16/13	294/311
筑豊	242.9	3/13	64/205	3.4	10/13	260/294	72.5	13/13	283/311
筑後	206.2	7/13	308/305	4.9	11/13	272/294	124.8	3/13	80/311
北九州	414.8	1/13	1/325	17.2	1/13	34/294	353.6	1/13	6/311
八女+東海	189.4	9/13	231/205	12.8	5/13	100/294	81.1	8/13	224/311
糟屋	207.6	6/13	92/205	7.5	9/13	258/294	122.1	4/13	30/311
豊前	303.5	2/13	23/205	12.2	6/13	105/294	390.1	6/13	126/311
直方+柳井	372.5	12/13	193/205	4.9	12/13	273/294	78.2	9/13	233/311
那珂	377.9	10/13	304/205	14.4	4/13	63/294	96.1	7/13	132/311
北九州	282.4	4/13	41/205	16.9	2/13	37/294	126.4	2/13	84/311
京築	342.4	13/13	292/205	2.2	13/13	276/294	49.5	13/13	302/311

(令和2年3月福岡県医師確保計画別冊より) 3

福岡県の医師少数スポット。離島 4 地域（藍島、大島、相島、玄界島）、へき地 4 地域を指定している。

平成 30 年度と令和 2 年度の対 10 万人医師数は、平成 30 年度時点で県下に 15,454 名の医師がおり、令和 2 年度までに、461 名医師が増えている。他方、診療科で見ると眼科と婦人科と放射線科の医師数が減少している。

課題として、福岡県は、医師偏在指標（300.1）は上位 33.3%に属しているため、医師多数県に設定されている。そのため、新たな施策による他県からの医師確保を実施するのではなく、県内の医療施設に従事する医師の定着を通じた医師確保に取り組む。

また、医師少数区域である京築保健医療圏や医師少数スポットにおける医師確保を図っている。

4.1.6.2 対応

まず、臨床研修は4大学で実施しており、毎年440名の学生が入学する。44か所の臨床研修病院で臨床研修を実施しているが、臨床研修医がどのくらい残るか具体的なデータはなかった。

次に、専門研修では、2019年度から19の基本領域において約140の専門研修プログラムで研修を実施しているが、福岡県では、将来、医師が充足すると想定される8領域（内科、皮膚科、精神科、整形外科、眼科、放射線科、麻酔科、形成外科）について、専攻医の募集定員にシーリングがかかっており、医師確保に影響を及ぼすのではないかと懸念している。

医師少数区域に配慮した医師配置の必要がある。

そして、令和2年度から専門研修資金貸与事業を開始している。産科・小児科・総合診療は、月15万円を3年以内で貸与する。指定医療機関での研修中の医師が対象となる。専門研修修了後、県内の特定医療機関において特定診療科の医師として従事した場合は返還が免除される。令和2年に8名、令和3年は13名の計31名が対象となっている。

医師確保・医師偏在対策として実施されている事業に、「特定診療科の医師確保」、「自治医大卒業医師の派遣」、「寄附講座の設置による医師派遣」、「総合診療医の養成」、「キャリア形成プログラムの活用」、「女性医師の支援・確保」が挙げられる。

「特定診療科の医師確保」として、平成22年度から久留米大学医学部に福岡県特別枠（定員5名）を設け、特定診療科の医師確保を行っている。貸与額は月10万円であり、卒後9年間県内に勤務することで返還が免除される。令和5年までに45名が対象となっている。

「自治医大卒業医師の派遣」は、へき地対策として、昭和47年より実施されている。自治医科大学で養成した医師を卒後9年間を義務年限として、主にへき地等の公的医療機関に派遣している。現在も8名が対応している。

「寄附講座の設置による医師派遣」では、県内4大学全てに寄附講座を設置し、医師派遣を実施。6医療機関11診療科へ約20名の方が従事している。

「女性医師の支援・確保」では、女性医師支援・確保に向けて、平成30年より女性医師の交流会を開催し、また、医師のためのキャリアプランガイドブックを作成している。

その他、4大学の医学部2年生へお昼休みの1時間をいただき、ランチ交流会を実施している。また、平成30年より医師のためのキャリアプランのガイドブックを配布（各臨床研修医、専攻医、女性医師交流会）。

以上を含め、県医師会からの情報発信は、主にSNS公式アカウント、YouTube、フェイスブック、ツイッターで実施している。

4.1.7 沖縄県

4.1.7.1 現状

県下の人口推計は、2025年まで概ね増加する。また、高齢者の増加比率は1990年の7~8%台から2040年の30%まで直線的に上昇し、現在日本一である。（沖縄1.5倍、東京1.35倍）

地域医療構想の将来推計における病床の必要量では、2025年までに増床すべき地域とされている。ただ、推計上は回復期が増加し、急性期、慢性期は減少するべきとなっている。

全年齢を通して入院受療率が高く外来受療率が低い。ただ入院は精神科が多い。それ以外の診療科はそれほど多いわけではない。

【図 4.1.7.1.1】

沖縄県の入院および外来の受療率(全国との比較)

図14 年齢階級別入院、外来受療率(人口10万人対)(歯科除く)



他方で、外来受療率が低い。その要因を分析すると、まず救急件数が非常に多い。疾病の予防、管理が不十分で、悪化してから救急外来に来ていることが推測される。その一因として、非正規の雇用形態が多く、勤務時間に一般外来を受診しにくい背景があるのではないかと推測される。また、ER 型救急（深夜帯でも受ける救急外来）を実施している医療機関が多いため、結局ここに頼ることが常態になっている可能性がある。

医療施設、特に診療所数が全国と比較して少ない。これが、外来受療率が少ない原因の 1 つに挙げられると推測される。この影響として、コロナ禍では地域のかかりつけ医で支えるのが難しかった。

また、訪問診療・往診の実施割合が低い結果、高齢者のカバーが難しい状況にある。

医師確保にかかる現状については、人口 10 万人あたり医師数はほぼ全国平均であるが、医師偏在指標では多い方に位置する。両者は必ずしも一致しないが、その原因を分析すると外来受療率が少ないため、今いる医師だけでも十分対応できるという数値として表れてくる。外来医療が不十分であるという現場の認識と齟齬がある。

地域偏在に関しては、南部地域(那覇市を中心)は全国平均よりも高いが、他の地域は全て少ない。八重山(石垣島が中心)、宮古(宮古島が中心)は、人口 5 万人に対し 1 つの急性期病院で対応しており医師の確保が 1 大課題である。現在も八重山、宮古のコロナ病床はほぼ満床で、へりで運ばざるを得ない。中部地区は、県立病院など急性期病院が多く開業医が少ない。

診療科偏在では、以前は産婦人科・脳神経外科・病理診断科・放射線科が少なかった。このうち産婦人科は改善し、病理診断科・放射線科がやや改善している。現在では、循環器内科・消化器内科・小児科・透析が不足している。例えば、10 万人の北部地域で循環器専門医で開業医は 1 人という状況である。

沖縄県医師確保計画では、沖縄本島北部及び離島・へき地に対し、医師を県立病院で育成する他、自治医科大卒業生、琉球大学の地域卒学生、複数の奨学金制度を始めとする様々な方法で県内外からきた医師を派遣している。令和 4 年度は 135 人確保しており、その内訳は、琉球大学の地域卒が最多 21 名、自治医科大 7 名、県立病院 12 名、民間病院からの派遣（数ヶ月から 1 年間）18.9 名である。これらは県が資金を拠出している事業である。また、各地域の急性期病院を維持しなければならぬため、医療機関ごとに独自の取組を実施している。

2002～2014（12年間）における医師の増加率は、全国平均 1.19 倍に対し沖縄県は 1.35 倍である。2002 年より沖縄において医師確保が進められてきたが、当時の判断は、魅力ある研修制度と魅力ある職場が医師を定着させるとの考えであり、現在、沖縄の行政、医療界、大学もその通りだと思っている。

なお、2023 年 6 月末の時点で、沖縄県においてはコロナ患者が爆発的に増えている。第 9 波といえる状況である。陽性患者は 1 日約 1,000 人出ており、拡大再生産率で凡そ 1.2 倍、毎週 1.2～1.3 倍と増えていると推測される。家族・親戚、学校・保育園、高齢者施設等へ連鎖している。接種と感染者数に鑑み、予防効果は今のワクチンはあまりないかもしれないという印象を受ける。処方薬はラゲリオンが急激に広がっている。

4.1.7.2 対応

医師確保については、現状の医療体制を維持するために、急性期病院を支える医師が必要である。他方、先述の通り地域医療構想の将来推計では回復期病床を今後増やすべきとされており、現場の感覚と齟齬がある。また、総合診療能力、リハビリや高齢者医療ができる医師、訪問診療、往診などを担当できる医師が必要である。県の強みとして比較的若手の医師が多いことが挙げられるので、定着に向けた対策が必要である。

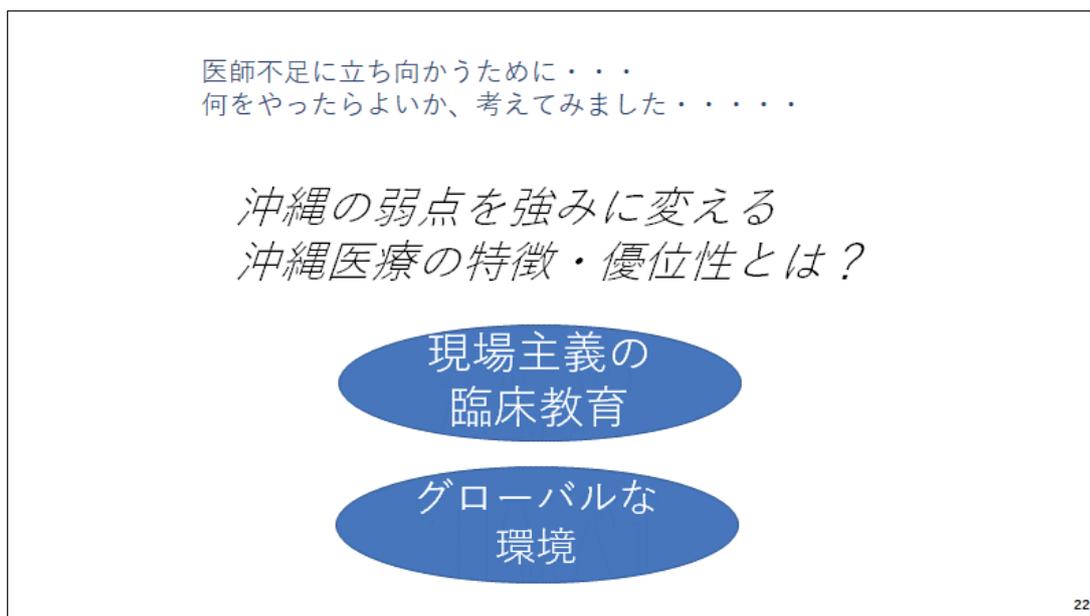
沖縄県の医師は、なぜ増えたか、そしてなぜ急性期病院が多く、若い医師が多いのかを紐解くと、太平洋戦争沖縄戦終結時までさかのぼる。沖縄戦終結時、生存していた医師は 64 名であった。占領下では、米軍が病院、診療所を作り、軍医あがりやを医介輔として配置した。また県が医学生を米国へ留学させた。1951 年時点で医療は完全な官営で、開業は禁止されていた。

医師確保に向けて、1953 年～1986 年まで本土や米国へ国費で留学させる制度を全国の医学部に向けて実施した。しかし帰沖率が 50%程度まで下がり、奨学金制度だけでは地域医療を支えられないことが分かってきた。

私は、魅力ある研修制度と魅力ある職場が医師を定着させると考える。

2003 年臨床研修制度を開始し、複数の民間病院が臨床研修を開始した。そのため研修医は 60 名増と大きく増えた。しかし、地元定着率は、3 年目に 75%、5 年目は 5 割まで減少する。少しでも沖縄に残ってもらうよう、県・県医師会そして全国医学部長病院長会議で共同して、沖縄での研修の魅力向上を図った。

【図 4.1.7.2.1】



その特徴として、現場主義の臨床教育が挙げられる。研究を犠牲にしても、現場主義のグローバルな環境での臨床教育を行ってきている。

また、地域医療再生基金を活用して、おきなわクリニカルシミュレーションセンター（注射、挿管のトレーニングにとどまらない様々なシミュレーションができる）を設置した。

沖縄県医療人育成事業は、前述のシミュレーションセンタープロジェクトの継続、研修病院同士の協力や切磋琢磨、病院や病院群を超えた研修医の教育、研修医確保等を行っている。また、医師の就職先紹介等に赴き、研修医をスカウトしている。

現在 160 名(昨年の県の定員数が 163 名)ほぼ全員マッチング。県外からは 86 名、主に本土の都市部から来ており、地方の地域医療に影響が出ないように配慮している。琉球大卒業生は 74 名いる。

沖縄県内の臨床研修病院の若手指導医へグローバルな教育を提供できるよう、平成 24 年度よりハワイ大と協力して「ハワイ-沖縄 医学教育フェローシッププログラム」を開始している。1 年間 6 名若手指導医を育成しているが、その効果は大きく卒業生の 8 割以上が、その後も沖縄に留まり後輩の指導をしているような、地域医療を守るために、非常に有効なプログラムとなっている。

4.1.8 検討

医師確保については、医師の絶対数が少ない地域は、診療科を問わず医師に来てほしいという段階である。そこから、ある程度医師が充足が進むと、特定の診療科の医師が来てほしい、という段階を経る。

地域に局所的にへき地がある場合や、特定の科（産科、小児科）の医師がいない場合もある。その解消に向けては、属人的な要素は否定できず、例えば宮崎市における麻酔科では常に十分な常勤医を確保できている。バイタリティある責任者がいると医師の定着率も上がるものと推測する。

以下、ここでは、地域枠医師の地元への定着と、医業承継による医療機関の存続を大きな柱として挙げる。

4.1.8.1 対策 その1 医師確保に向けた施策

勤務医が開業するまでの流れは多彩であり、大病院からダイレクトに開業するケースもあるが、中小病院を経ての開業や、地域の開業医を経ての再開業もある。他方で、かつては大病院に所属していた医師が、中小病院への就職を経て、診療所を開業するケースに較べると、大病院から専門開業をするケースも増えている印象がある。

医師確保計画や外来医療計画は、地域における医療機能の確保と、新規に開業する医師に地域の状況を事前に伝えることを目的としている。他方で医療機関の自由開業性がある。現在、新規に開業される医師へ地域医療構想調整会議で地域医療を担うかどうかを聞くことがあるが、この時点で担わないと宣言する医師・医療機関はいない。しかし、地域医療の担い手が少ないという問題は、なお残っている。ただ、この解決策として、強制的に地域医療を担わせるような方法は、医師に対する強制となり、ひいては制度化の契機となる恐れがある。したがって、現状は、意識改革、行動変容、そのための研修の充実に努めていくべきである。

医師確保計画は、相対的な医師の過少を比較するものである。医師確保に注力して成果を上げることは、県下における医師数の確保には貢献するが、他方で、他県の減少にも関連するため、自県のことのみを考えて実施することが良いことなのか、考えるところがある。

医師確保、地域医療の堅持のためには、都道府県市区町村の立法府（国会議員、都道府県議会議員、市区町村議会議員）及び、行政（都道府県行政、市区町村行政）

に、地域医療の存続に向けた問題意識をもってもらう必要がある。議員との懇談会を毎年実施し、与党、時には、要望があれば野党とも政策に係る会議を開催し訴えていく等の地道な努力を継続していく必要がある。

4.1.8.2 対策その2 医業承継について

医業承継は、地域医療を維持するために取り組むべき喫緊の課題である。一方で、医業承継の経験の豊富な地域からは、医業承継は最適解の1つだが唯一解ではないとの意見もあった。

医業承継を手掛けるに際しては、引渡希望医療機関がある地域の「今後の医療ニーズ」があるかの見極めが必要である。また、「地元行政の現状認識と協力」とを確認して、現場の感覚と異なる場合は、説明を尽くし支援を得るように働きかける必要がある。

「医師会が手掛ける承継支援のレベル」については、事業として軌道に乗せるためには、マッチングから成約までを経験者に委ね、当事者の本心を丁寧にくみ取る必要がある。

「承継医療機関を譲受する医師の確保」については、単独県では限界があるので、公益的な事業として展開することが望ましい。地元から始め各ブロックへ普及し、次いで他ブロックの隣県を含めて承継希望医師を確保すること、そして実施主体は、あくまで各県医師会とすることが適切な事業の普及であると考えられる。

一方で、地元の医師会・医療機関の中には、承継開業に抵抗を持つところもある。引渡希望医師と承継希望医師ともに現地に内密にすることを希望するケースもあるので、承継地については慎重な検討が必要である。

「医業承継事業の原資」については、医療介護総合確保基金の活用がある。福島県医師会の事業では年間2,000万円の2分の1ずつを国及び県が負担している。

また医師会が医業承継事業を実施していても、医師会員がそのことを知らない場合が多いため、定期的な周知が必要である。

また、地域医療の確保には市区町村の取組が必要である。自治体にもう少し覚悟を持っていただき、より多くの開業希望医とより多くの承継希望医療機関を集めることが、マッチングの相乗効果を上げていくことにつながる。

4.1.8.3 対策 その3その他

今後、在宅医療の重要性はさらに高まる。診療科によっては、眼科在宅医療を実施するためには、現場での検査機器が使用できなければ、効果は上がらない。そのために機器を共有する仕組みが必要である。(在宅医療、パラメディカルの活用、D to N with P 等)

また、通院補助、検査入院、巡回診療等、入院医療・外来医療・在宅医療・遠隔医療を組み合わせた活用が必要と考える。

オンライン診療も今後、医療資源が減少し、住民の医療へのアクセスが困難な地域への実施には有効である。ただ、オンライン診療は、全国を基盤とした事業者によるオンライン診療のプラットフォームが増え、アルバイト感覚で参加している医師・医療機関もある。オンライン診療の活用は、営利的に行うか、地域医療を守るために行うかで、その意義が異なってくる。都市部の医師会員と地元の医師会員をつなぎ、D to P with D または、D to P with N を含めたオンライン診療を活用して、地域を支えていくことは、営利的な医療の参入を阻止し、地域医療を守るために有効である。

4.2 地域枠について 地域枠は医師確保及び地域医療体制の充実に有益であったか

4.2.1 医学部長病院長会議（AJMC）からの報告

全国医学部長病院長会議(AJMC)における地域枠の学生と卒後キャリアについて調査結果の報告があった。

AJMC は全国の国立・公立・私立の全ての医学部長、大学病院長を会員とする唯一の団体である。

4.2.1.1 指標等を基にした医師数

我が国は、基本的に1,000人当たりの対人口医師数は少ない方であるが、医師数は直線的に増加しており、平成16年～26年で約4万人増加している。そして、国は相対的に医師の多い地域から少ない地域へ行くよう政策を実施している。

地域ごとの医師数については、厚生労働省は、医療計画に掲載する人口10万人対医師数と、医師偏在指標を公表している。

人口 10 万人対医師数は、医師偏在指標の結果と一致しない。双方を比較しながら検討するのが望ましいといえる。

地域偏在が改善しない対策として、

- ・地域枠の増員（臨時定員）
- ・都道府県ごとのマッチングの上限数の設定
- ・専攻医募集定員のシーリング

などが始まった。

診療科偏在とその地域偏在について。診療科別の医師数の推移を医師調査で見ると、平成 6 年を 1.0 とした場合、平成 26 年度では、外科、産科・産婦人科はほぼ変わらず、内科が漸増¹、麻酔科、放射線科、精神科は増加した。²

全体では、外科が減り、一部の内科、麻酔科、整形外科が増えている。若手 35 歳未満では、内科、外科、小児科、循環器内科が減り、糖尿病内科、腎臓内科、消化器内科、泌尿器科、救急が増えている。

国は、産科と小児科につき医師偏在指標を公表しており、概ね産科が不足する地域は小児科も不足している傾向がある。

国は、今後三師調査を原則 WEB による回答として、報告から公表までの期間を短縮することを計画している。

臨床研修医に対するマッチングは、医師免許を得て臨床研修を受けようとする者（研修希望者）と、臨床研修を行う病院（研修病院）の研修プログラムとを、研修希望者及び研修病院の希望を踏まえて、決定する。

マッチングは、各地域により上限が決まっている。都市部は厳しく、地方は余裕を持って募集できる仕組みとなっている。

さらに専門医研修もシーリングを設定し、大学の都道府県の上限が決まっている。

4.2.1.2 医師確保と医師偏在対策

地域枠は、医師養成課程における取組の中で、大学病院が特に大きく関係する分野である。

AJMC は地域枠制度について調査を行った。なお、本節では「地域枠制度」とは、「地域医療に従事する医師の養成とそれによる医師不足の軽減を目的とし、大学に

による入学定員枠の設定や、主に自治体による奨学金貸与等の優遇策を導入した制度」と定義する。

地域枠は、元々は 1997 年より大学が個別に設定してきた制度である。2006 年に新臨床研修制度が始まり、大学に残る研修医が減り、医師の派遣ができないという事態が生じた。また、2010 年の新成長戦略により、医師養成数を増加することとなり、急激に臨時定員枠等が設定された。全国の医学部で設定している地域枠の定員は約 1,700 名程度である。

【図 4.2.1.2.1】



地域枠の制度には、「別枠方式」(他の入学者と区別して選抜を行うこと)と「一般方式」がある。

別枠方式は、一般的に卒業後に履行すべき義務がある。対象となる学生は、基本的に地元から選抜するが、他都道府県の学生を選抜して医師不足県へ卒業後一定期間、従事するという仕組みもある。

地元出身者枠は、従事要件の有無や入局の条件の有無は、多種多様である。

厚生労働省と文部科学省は、地元出身者枠を上手に活かすべきという方向性を示しているが、地元出身者枠が地域枠の代用となるかどうか、まだ判断できない。

地域枠の卒業生に対する課題に、義務履行や脱落対策がある。地域枠で入学したが、地域で働く義務と、診療科の義務を履行したくない／できない問題である。

4.2.1.3 令和3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

本調査は、一般社団法人全国医学部長病院長会議が平成27年度より実施しているものである。

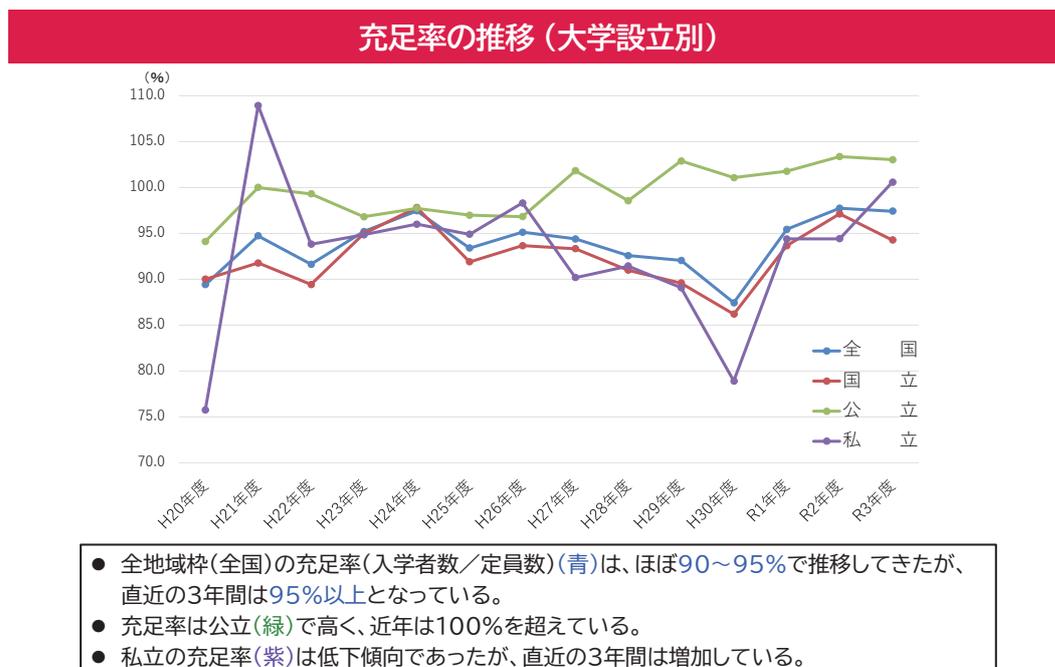
平成20年以降の入学生を対象に調査している。最初の卒業生でもなお移動の可能性を残すほど若いため、最終的な定着地は完全には判別していない。

本調査における地域枠とは、地域医療に従事する医師の養成とそれによる医師不足の軽減を目的とし、大学による入学定員枠の設定や主に自治体による奨学金貸与等の優遇策を導入した制度と位置付けている。

地域枠の分類について。本調査では、①奨学金の有無、②選抜時期、③義務履行年数設定のうち、①に注目して、A：奨学金を支給する制度（A1：別枠で入学選抜を実施し、卒後一定の年数の義務履行を課すもの。A2：入学後選抜し、卒後一定の年数の義務履行を課すもの）と、B：奨学金を支給しない制度（B1：別枠で入学選抜し、卒後、一定の年数の義務履行を課すもの。B2：別枠で入学選抜するが、卒後義務履行年数が明示されていないもの）に分けた。

地域枠は充足率に貢献しないという懸念について、結論として基本的に充足率は良い。特に公立の大学が充足率が良い。

【図 4.2.1.3.1】



「令和3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(令和4年3月)一般社団法人全国医学部長病院長会議」より作成

医学部における成績も、基本的に地域枠はストレートで卒業する。また現役合格率も一貫して高い。

卒後、義務履行先として指定する病院については、A 区分は、多くが都道府県の指定する公的病院（大学を含む都道府県等が指定した公的病院）を指定している。A 区分では、医師不足地域（義務年限のうち、特定地域もしくは医師不足地域の病院・診療所での就労義務）が比較的多い。B 区分では、「1.指定された大学病院およびその関連病院」が多く、大学病院での初期・後期研修を義務付ける制度が多い。

義務履行については、卒業生の 85.5%が履行している。

【図 4.2.1.3.2】

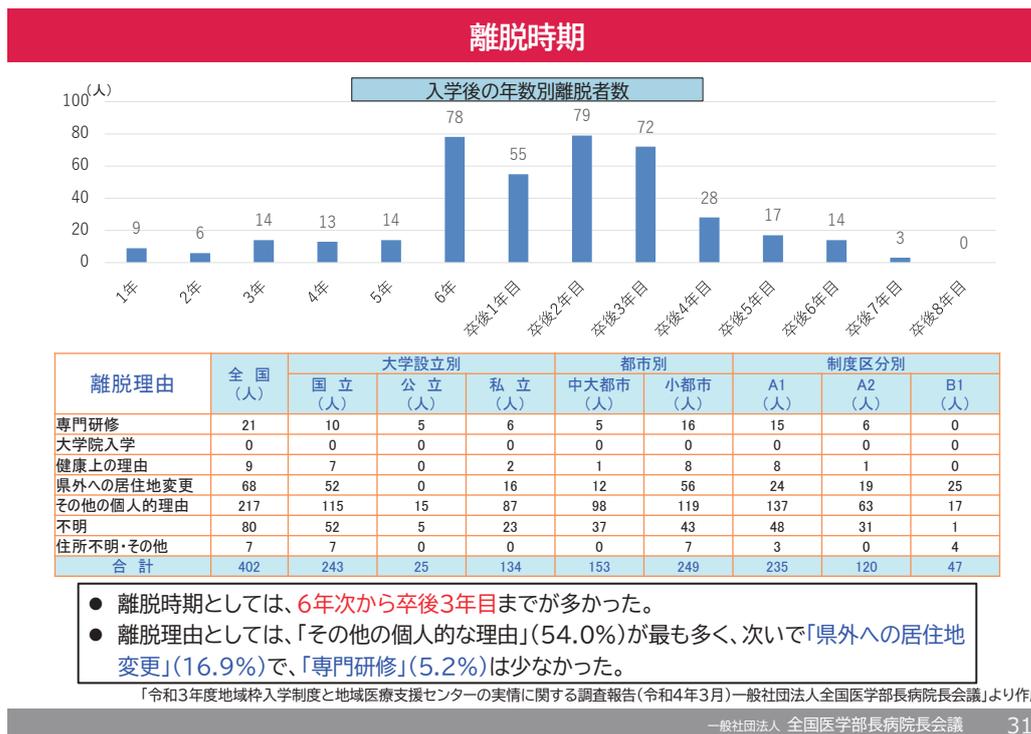
医師国家試験合格以降の状況（義務履行をしているかどうか）									
	全地域枠	大学設立別			都市別		制度区分別		
		国立	公立	私立	中大都市	小都市	A1	A2	B1
国家試験合格者数	6,259	3,953	1,149	1,157	2,132	4,127	3,507	979	1,773
義務履行者数	5,166	3,342	964	860	1,704	3,462	3,039	700	1,427
うち病院勤務者数	3,083	2,001	571	511	980	2,103	1,804	467	812
うち大学院進学者数	7	7	0	0	3	4	2	4	1
うち初期研修者数	2,076	1,334	393	349	721	1,355	1,233	229	614
中断者数	449	268	79	102	156	293	203	88	158
義務履行修了者数	186	145	0	41	82	104	53	78	55
義務履行機関外初期研修者数	171	21	67	83	110	61	57	42	72
離脱者数	262	173	21	68	76	186	151	70	41
調査打ち切り者数	25	4	18	3	4	21	3	1	20
義務履行率(%)	85.5	88.2	83.9	77.9	83.8	86.4	88.2	79.5	83.6

- 令和3年度調査時点(令和3年5月末)では、編入学卒業生や留年生等を除くと、平成20年度～平成27年度(8年間)の入学生が卒業した段階である。
- 8年間の義務履行者数(義務履行中の者と義務終了者の合計)の集計では、卒前離脱者を除く医師国家試験合格者6,259人のうち、義務履行中の者(義務と見なされる初期研修中の者を含む)は5,166人であった。
- 令和3年度調査時点(令和3年5月末)における8年間の義務履行率(医師国家試験合格者に対する義務履行者・義務終了者の割合)は85.5%であった。
- 私立大学(77.9%)で低かった。A1区分(88.2%)とB1区分(83.6%)で高く、A2区分(79.5%)で低かった。

「令和3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(令和4年3月)一般社団法人全国医学部長病院長会議」より作成
一般社団法人 全国医学部長病院長会議 1

換言すれば 15%近くが脱落している。中断者というカテゴリがあり、これは今は義務履行できない（出産、育児、転居、院進）が後で履行するという状態で、最終的な履行の有無は不明である。

【図 4.2.1.3.3】



離脱は6年生並びに、卒後1～3年目が多い。卒後3年目まで警戒しながら指導していく必要がある。なお、離脱理由は「その他の個人的理由」が非常に多く、この調査から真相は明らかにならなかった。

これに対し、都道府県が実施した調査では、離脱理由は突出して「希望する進路と不一致のため」内訳として「地域的要因」が大変多く、「研修内容」・「キャリア設計」(≒専門性)と続いている。

診療科の指定については、全地域枠定員中、約10%に診療科指定がある。診療科には、産科、小児科、救急、外科、内科、麻酔科、総合診療が多く、また、地方国立大学と公立大学に多い。

そして、地域枠に診療科の指定があると脱落率は約2倍に増える。

第8次医療計画の策定に向けた指針では、地域枠離脱に関する対応として、離脱の理由を明らかにし、過去の経験に照らし合わせて、やむを得ないときだけ離脱とするよう記載されている。

4.2.2 山形県医師会 令和6年度医学部地域枠の設定(案)について

山形県の地域枠は地域医療対策協議会により決めている。令和6年度の山形大学医学部の「地域枠(臨時定員)」では、地域枠は、県内の高等学校を卒業、奨学金、医

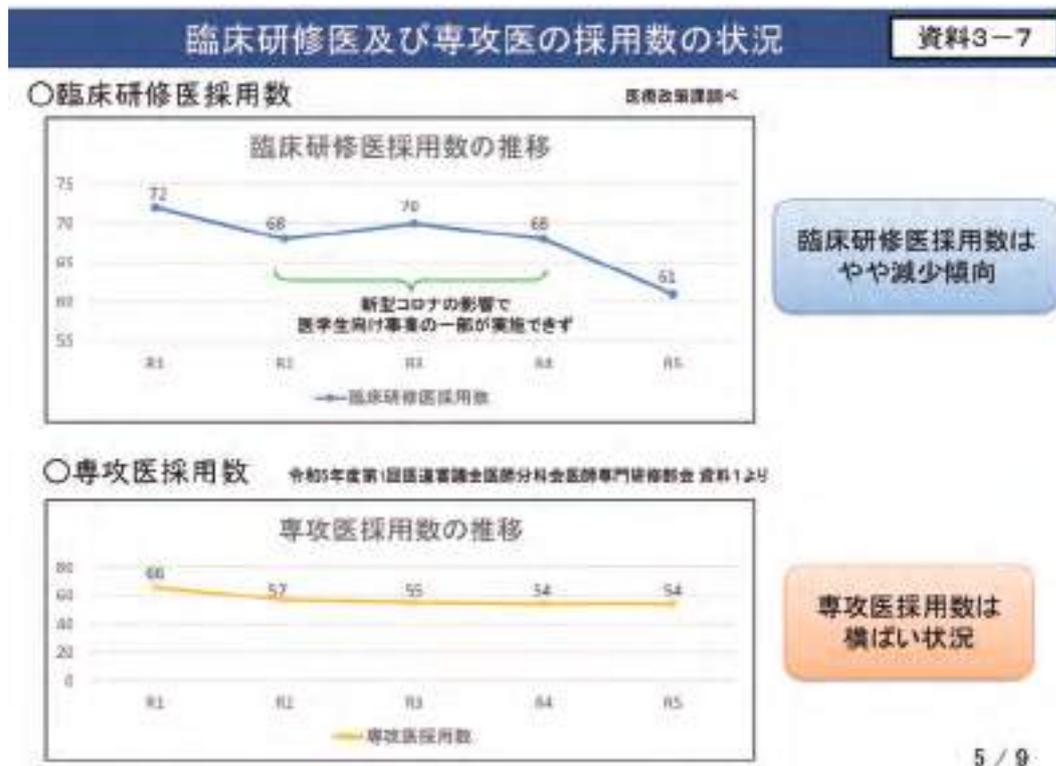
師修学資金の貸与を必ず受けるという条件を課している。設定数は 8 人。

山形大学医学部は当初、地域枠に消極的であった。ようやく令和 3 年度から地域枠を設定している。地域枠が 8 名、来年度より、恒久定員 105 人中 5 人を地域枠として、計 13 人まで拡大した。

東北 6 県に関して東北医科薬科大学を新設。東北 6 県を中心に医師を派遣することを目的としている。令和 6 年から初期研修が終わり山形県には 7 名入る予定。

山形県の臨床研修医数は低下している。図の 61 人は他県から山形県に戻って臨床研修をやっている人も含めている。山形大学を卒業して初期研修に残る先生方は半分程度。

【図 4.2.2.1】



地域枠入学生の状況は、地域枠学生の医師国家試験合格率は毎年 100%。県内の定着状況も 100%。

令和 3 年度、4、5 年度（東北地方のみ）各県で地域枠の人数をどの程度設定しているか。現在問題になっているのは地域枠の増加ではなく、修学資金制度の拡充である。大学は地域枠を増やす考えを持っていないと思われる。今後、県、県医師会、大学で地域枠の妥当な人数を考えていく必要がある。

4.2.3 茨城県における地域枠の現状と課題

4.2.3.1 本県の現状について

本県の医師偏在指標は、193.6 で全国 43 位の医師少数県である。9 つの二次医療圏別では、つくばと水戸が医師多数区域、土浦が中位で、他の 6 医療圏が医師少数区域である。

【図 4.2.3.1】

図 1

医師偏在指標について

○本県の医師偏在指標（暫定値） ※二次医療圏の区別を行わない場合は、暫定値が確定値となる。

・県及び全ての二次保健医療圏において、多数・少数の区分に変更なし

区分	二次・三次医療圏	旧指標	全国順位	遷移前 (H17/2016)	新指標	全国順位
	全国	239.8	*	253.6	255.6	*
少数	茨城県	180.3	42 / 47	192.6	193.6	43 / 47
多数	つくば	350.3	14 / 335	341.2	337.7	23 / 335
	水戸	203.4	100	230.7	231.2	95
中位	土浦	183.5	151	184.1	184.4	204
少数	取手・竜ヶ崎	159.9	231	171.4	173.3	236
	筑西・下妻	125.9	316	147.6	153.0	288
	西河・坂東	128.4	312	147.1	148.8	296
	日立	124.9	319	139.9	140.3	309
	常陸太田・ひたちなか	125.6	317	137.5	140.3	310
	鹿行	130.1	310	132.8	137.2	318

(参考) 医師偏在指標の概要

- ・全国ベースで医師数の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための指標として、厚生労働省において次の 5 要素を考慮し算定
 - ①医療圏別人口・人口構成の変化、②患者の流入・流出、③地域別の医師の確保、④医師の偏在・不足、⑤医師偏在の緩和（旧医、新卒科、入国・外国）
- ・指標の上位 1 / 3 を医師多数区域、下位 1 / 3 を医師少数区域として区分。
- ・報道内容は、上記区分を踏まえ、医師確保の方針や施策を定めた「医師確保計画」を策定。

本県の修学資金貸与制度のうち、地域枠については、県内での従事義務年数が 9 年間で、うち医師不足区域（医師少数区域）での従事期間は、4.5 年以上である。

【図 4.2.3.2】

図 2

本県の修学資金貸与制度

制度名	地域枠	医師修学資金	海外修学研修資金
開始年度	H21～	H18～	H29～
各制度の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の子弟を活用 ・工前地域枠の国大生入学者が対象 ・国の助成を請求する必要あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・県の子弟を活用 ・県内高校卒業生等又は筑波大学医学部生が対象 ・貸与期間と従事期間、医師不足地域で従事 	<ul style="list-style-type: none"> ・県の子弟を活用 ・外国医学校卒業生が対象（子エコ・ハンガリー等） ・医師不足地域での従事期間なし
県内での従事義務年数	2年間	貸与期間と同期間 （貸与期間が2年以上の場合は2年間）	貸与期間の2倍（筑波大生対象） （貸与期間が1年以上の場合は3年以上の期間に相当する期間）
医師不足地域（医師少数区域）での従事期間	4.5年以上	貸与期間と同期間 （貸与期間が2年以上の場合は2年間）	なし
研修機関	県内医療機関に限る	県内医療機関又は県外大学病院（猶予あり）	県内医療機関に限る
専門研修	キャリア形成 P-G を参考に本人が希望診療科を選択	キャリア形成 P-G を参考に本人が希望診療科を選択	日本専門医機構の専門研修 P-G から本人が希望診療科を選択
貸与制度 【国大専門研修】	県外研修可（猶予あり） ※知事が必要と認めた期間（4.5年程度）	医師不足地域外又は県外研修可（猶予あり） ※1年を超えない範囲で知事が必要と認めた期間	県外研修可（猶予あり） ※1年を超えない範囲で知事が必要と認めた期間
【その他の県大】 【専修大、県立大等】	知事が必要と認めた期間	知事が必要と認めた期間	知事が必要と認めた期間
キャリア形成支援方針	<ul style="list-style-type: none"> ・修学生医師本人のライフイベントやキャリア形成上の希望に配慮（診療科制限なし） ・研修期間内（就業義務年数を経過し）に専門医資格（専任医職）を取得できること 		

本県では、これまで水戸医療圏を医師不足地域扱いにして臨床研修医を集めてきたが、医師確保計画の開始に伴い、令和 2 年度以降水戸医療圏を医師不足地域扱いすることが認められなくなったため、今後の特例を含めた修学生医師の義務履行要件の取り扱いについて、令和 4 年 12 月に県がアンケート調査を行った。

その結果は令和 5 年 3 月の地対協で報告されたが、特例を認めるべきとの回答が 20、特例を認めるべきでないとの回答が 11 であった。茨城県医師会の意見は後者であったが、「①地域枠や修学資金学生は入試や学費で優遇されていることを了解して入学しているので、特例を認めるべきではない。②自治医大卒業生のように、義務履行を踏まえて診療科選択およびキャリア形成と時期を考えるべきである。③義務後半にプログラムに入れる。④研修終了後に少数区域で勤務する。⑤少数区域の一般医療機関での非常勤勤務は認める。⑥診療科ごとに定員を設ける。⑦臨床研修後義務年限を満たすために、各自必要な年数を少数区域の一般医療機関で勤務する。」ことを主張した。

本県の修学生医師の今後の見込みは最大 87 名である。

【図 4.2.3.3】

図 3



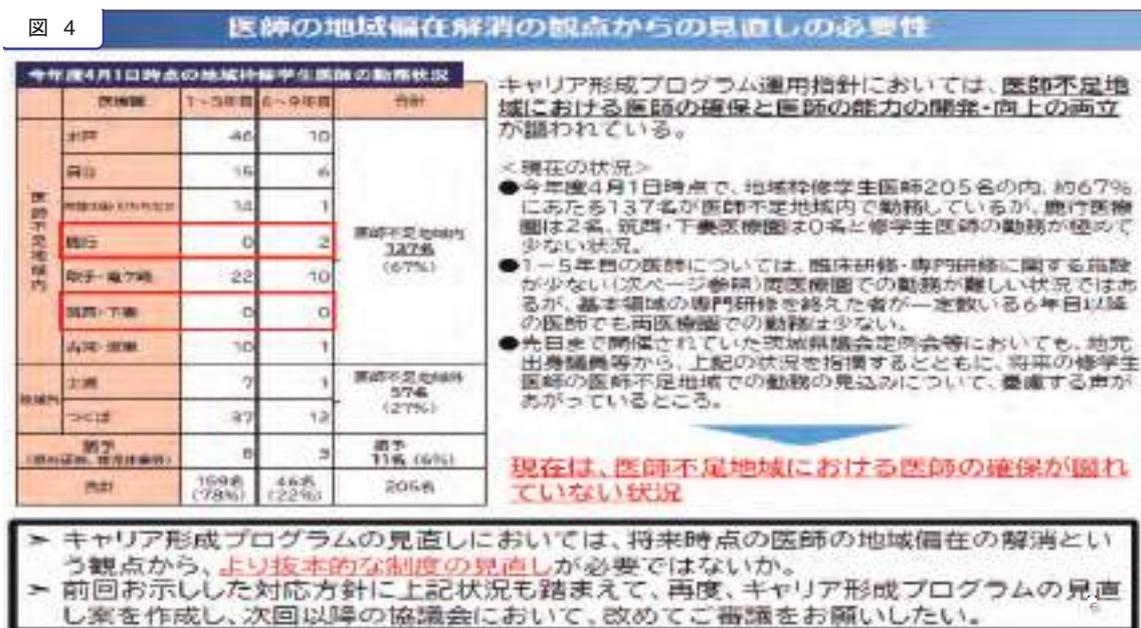
私からは、「地対協運営指針を見ると、①キャリア形成プログラムは、医師確保と派遣される医師のキャリア形成の両立を目指したものである。②大学からの医師派遣先でないことなどにより、必要とされる医師が確保できない医療機関に対して都道府県が協議対象医師を配置する等、都道府県による医師派遣と大学による医師派遣との整合性の確保を図るものとする。」とあることから、「①特例は認めるべきで

はない。②診療科選択の自由は認める。③義務年限9年および医師少数区域勤務4.5年は守る。④キャリア形成の内容によっては、義務年限を超えることを了解する。⑤臨床研修後3～5年目に、各自医師少数区域での義務年限4.5年を満たせるように、医師少数区域または医師少数スポットの一般医療機関（診療所、有床診療所、許可病床数200床未満の中小病院）にマッチングにより勤務する。」ことを提案した。

その後、令和5年7月の地対協において、

「現在は、医師不足地域における医師の確保が図れていない状況」であることから、「より抜本的な制度の見直し」を行うことになった。

【図4.2.3.4】



今後卒業する医師が働き盛りを迎える2040年前後は、わが国の超高齢社会のピークであり、このまま臓器別専門医だけを養成し続けていると、将来現場でのミスマッチが起ることになる。総合診療専門医の養成が微増にとどまっている以上、わが国の医師は高齢になっても勤務を続ける方が多いので、将来臓器別専門医がかかりつけ医になれるように、地域枠等修学生医師だけでも、医師不足地域での勤務期間中に、将来かかりつけ医になれるよう、地域の一般医療機関での研修を行うことを、ポジティブに伝える必要があると考えている。

4.2.4 新潟県のシームレスな医師確保の取組等について

一般卒業生で卒後地元へ残るのは約3・4割であるのに対し、地域枠の地元定着率は9割であり、その実績は進んでいる。医師偏在指標が全国47位で、100人/年の

臨床研修医に+148人増加させる必要があると推計された。しかしこれは非現実的な数値である。

【図 4.2.4.1】

各県における地域枠の現状と課題：地域枠は医師確保及び地域医療体制の充実に有益であったか？

- データ的には地域枠の定着率は高い(p25)
- 新潟県の臨床研修医数／人口は46位(p6)
- 新潟県は高齢(p8・9)不足数も多い(p11-14)
- 新潟県は地域枠を急拡大(p26-32)
- 医学部進学者増の呼びかけ・支援体制(p33-38)
- 臨床研修医確保策(p39-50)
- 専攻医確保策等(p51-73)
- マッチ者は増加(p49・p50)

結果に期待、コスパなど評価はその後

1

現実的な地域枠の拡大に向けては、100人から140人に増加することとした。奨学金貸与生も85名まで増えた。人気のある県外病院での研修などを含む魅力あるプログラム、魅力ある病院・地域でなければ集まらない。そのため、支援体制の拡充や各月の研修先の病院担当者を集めた研修プログラムの情報共有に向けた会議等プログラムの作りかたを共有している。

奨学資金の貸与方式については、相当な金額を投入しているが、効果との関係で現状のままでよいのかという問題がある。また、臨床研修ではマッチングが増えたが、3年目に県外に離脱する人が出たことが今年発覚した。地域枠や奨学生制度は、臨床研修3年目を期限にほころびを見せるものではないかとの懸念がある。

【図 4.2.4.2】

地域枠医師等の義務履行の実績について								
● 地域枠等の状況（実績） （令和5年4月1日現在）								
大学名	R5定員	累計人数※1	卒業医師	義務履行状況			医学生	離脱※3
				研修	指定勤務	義務修了		
新潟大学	40名	241名	92名	43名	49名	0名	147名※2	2名
順天堂大学	1名	25名	13名	7名	6名	0名	12名	0名
関西医科大学	2名	8名	0名	0名	0名	0名	8名	0名
昭和大学	7名	16名	0名	0名	0名	0名	16名	0名
東邦大学	7名	12名	0名	0名	0名	0名	12名	0名
東京医科大学	3名	5名	0名	0名	0名	0名	5名	0名
杏林大学	3名	5名	0名	0名	0名	0名	5名	0名
日本医科大学	2名	2名	0名	0名	0名	0名	2名	0名
日本大学	2名	2名	0名	0名	0名	0名	2名	0名
北里大学	3名	3名	0名	0名	0名	0名	3名	0名
新潟県育成枠※4	15名	91名	48名	24名	19名	5名	38名※2	5名
【まとめ】								
大学名		累計人数※1	卒業医師	研修	指定勤務	義務修了	医学生	離脱※3
地域枠		319名	105名	50名	55名	0名	212名※2	2名
新潟県育成枠		91名	48名	24名	19名	5名	38名※2	5名

※1 累計人数には2名の離脱者も含む
 ※2 国試浪人1名含む（R4国試不合格1名）
 ※3 新潟大学地域枠離脱者2名の内訳：臨床研修1年目で1名離脱（医師辞める）、R1在学中に1名離脱（学力不足）
 ※4 新潟県育成枠には10名の新大医学生枠も含む

73

本県は医師が少なく、科を問わず残ってほしいという局面である。医師確保の他、機能を集中させるため、外科手術をする医療機関を集約化し、高度医療、急性期医療を担う医療機関は二次医療圏に1つか2つまで絞り込むこととしている。

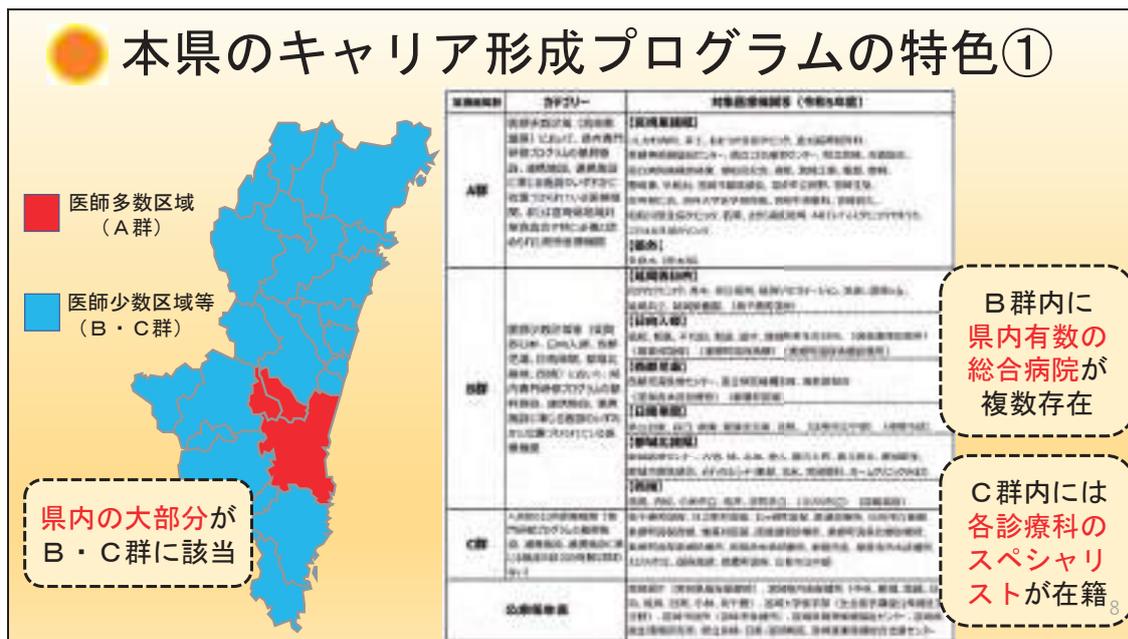
4.2.5 宮崎県における地域枠医学生の卒前・卒後教育の充実に向けて

医師の高齢化（平均 52.6 歳）と地域偏在について、宮崎東諸医療圏は 1,644 人で、57.1%、人口比で西都児湯の 2.91 倍である。偏在指標全国 35 位、九州唯一の医師少数県。7つの医療圏のうち、5医療圏が医師少数区域である。

対策として、令和元年度「宮崎県キャリア形成プログラム」を策定した。令和2年度に宮崎県、県教育委員会、宮崎大学、県医師会が一体となって、「県医師養成・定着推進宣言」を発出した。

地域枠は、令和4年度から拡充し40人まで増加した。元々、県内現役高校卒業者を10名、地域特別枠で県内の卒業生（既卒1年目まで）と全国の高校卒業生10名中5名を指定していた。彼らを各ABC地域に分けて受け入れる。

【図 4.2.5.1】



宮崎県のキャリア形成プログラムの特徴は、その自由度にある。

基本 19 領域の専門研修中、18 領域を自由に選択可能であり、全専門研修プログラムの 90%相当の 28 コースから自由に選択可能である。また、キャリア形成に資する県外・海外研修、大学院、留学等は、通算 5 年間の一時的中断が可能であり、女性が、妊娠・出産・育児等のライフイベント発生時には無期限の中断が可能である。

他方、この自由度は、特定科（小児科・産科・総合診療科）の不足解消を直接解決しないという点で、デメリットでもある。

今後の課題に「キャリア形成卒前支援プランの運用」がある。現在実施している「地域枠医学生への卒前教育+α」の魅力あるキャリア形成卒前支援プランの運用に向けて、学生と共に教育プログラムを策定する。地域枠と連動した教育プログラムコース KANEHIRO プログラムと連動する。

今後の課題として、最大 40 名×9 年=360 名近くの医師の配置調整がある。受け皿となる医療機関が不足している。またキャリア形成プログラム対象医療機関を拡充する必要がある。

【図 4.2.5.2】



宮崎大学地域枠の定員及び合格者数

入学年	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R05														
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023														
区分 R5																																
	専攻③												専攻②		専攻①		臨床②		臨床①		6年生		5年生		4年生		3年生		2年生		1年生	
地域枠 定員	10																															
地域枠 合格者数	11	9	10	13	2	12	12	9	10	10	7	5	6	10	9	7	—	—														
地域特別枠 定員	—	—	—	5	10													15		—	—											
地域特別枠 合格者数	—	—	—	3	5	12	8	10	10	10	10	9	10	10	15	9	—	—														
地域枠A 定員	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10															
地域枠A 合格者数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	8														
地域枠B 定員	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15															
地域枠B 合格者数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	18														
地域枠C 定員	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15															
地域枠C 合格者数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	14														
合計 定員	10	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	25	25	40	40														
合計 合格者数	11	9	10	16	7	24	20	19	20	20	17	14	16	20	24	16	33	40														

女性の割合…令和5年入学：23/40、令和4年入学：17/33

26

4.2.6 熊本県における地域枠（医師修学資金貸与制度）について

熊本県には約5,000人の医師がいるがその6割が熊本市に集中している。他の地域では、全国平均を下回っている。

へき地等の医療機関への従事を敬遠する若手医師が多い印象（専門医志向、勤務環境等への不安）がある。熊本市以外に勤務する医師2,000人、65歳以上が約30%。

県は県内の医師不足地域の医療提供体制を確保する目的で、平成21年度から熊本県医師修学資金の貸与制度を開始している。卒後一定期間県内の医師不足地域へ勤務することで、修学資金返還が全額免除する。

熊本県内の医学部は熊本大学医学部のみである。地域枠は、県内高校出身者、中学を県内で過ごした者を対象として定員8名で、推薦入試で選抜している。修学資金は、6年間総額は約900万円であり貸与は必須である。

貸与対象者が勤務する医療機関は3グループに分類される。第1グループは基幹型臨床研修病院など。第2グループは自治医科大学卒業医師の派遣先でもあるへき地医療拠点病院等。第3グループはそれ以外の公立公的医療機関。2年間は第2グループで勤務（医師不足が著しいため）。

【図 4.2.6.2】

熊本県地域枠（医師修学資金貸与制度）について							
●令和5年4月1日現在、95人に対して、修学資金を貸与 <内訳> 医師60人、医学生35人							
【熊本県医師会調査委員会調べ 令和4年度末】							
区分	専攻	地域枠	一般枠	海外枠	計	借	済
地域勤務 (地域枠)	1専攻	—	2	—	2	2	1
	2専攻	—	1	—	1	1	1
	3専攻	4	4	—	8	7	3
	4専攻	5	2	—	7	4	2
	5専攻	5	4	—	9	7	2
	6専攻	2	2	—	4	3	1
	7専攻	5	2	—	7	5	2
合計		26	20	0	46	24	12
熊本病院	2専攻	5	3	0	8	5	3
	1専攻	5	1	0	6	2	4
	合計	10	4	0	14	7	7
医 生	1専攻	7	1	1	9	3	5
	2専攻	9	0	0	9	2	4
	3専攻	4	—	1	5	3	2
	4専攻	5	—	—	5	2	2
	5専攻	2	—	—	2	0	0
	6専攻	3	—	—	3	4	4
合計		35	1	2	38	12	15
合計		64	21	2	87	37	27

※「一般枠」・「県外枠」は令和元年度までで募集終了

女性医師の増加に伴い、子育てと両立支援が必要。本県の場合、地域勤務義務がある自治医科大学の卒業医師（学生含）の女性医師割合は約40%。現在まで出産を契機とした離脱事例は起きていない。

4.2.7 京都府における地域枠の現状と課題

京都府では最北端の丹後医療圏が医師少数区域、最南端医療圏に山城南医療圏が医師少数区域。特に北部地域の医師不足の対応が喫緊の課題。

府内の自治医大そして地域枠、それから京都府独自の一般枠など義務年限を有する医師の配置状況。2020年度（45人）、2021年（47人）、2022年（51人）、2023年（60人）と漸増している。

【図 4.2.7.1】

2. 自治医大等の義務年限を有する医師等の配置状況

※臨床研修・後期研修等の医師は除く

2020 R2	自治医大、地域枠等の義務年限を有する医師（4月1日時点）					
		丹後医療圏			中丹医療圏 (対象:8病院)	南丹医療圏 (対象:2病院)
		北部医療C	左記以外 (対象:2病院)			
自治医	14	11	9	2	3	0
地域枠	21	4	4	0	8	9
一般枠	10	3	2	1	3	4
計	45	18	15	3 1病院当たり1.5	14 1病院当たり1.8	13 1病院当たり6.5

2021 R3	自治医大、地域枠等の義務年限を有する医師（4月1日時点）					
		丹後医療圏			中丹医療圏 (対象:8病院)	南丹医療圏 (対象:2病院)
		北部医療C	左記以外 (対象:2病院)			
自治医	14	8	5	3	4	2
地域枠	24	5	4	1	9	10
一般枠	9	3	2	1	3	3
計	47	16	11	5 1病院当たり2.5	16 1病院当たり2.0	15 1病院当たり7.5

【図 4.2.7.2】

2. 自治医大等の義務年限を有する医師等の配置状況

※臨床研修・後期研修等の医師は除く

2022 R4	自治医大、地域枠等の義務年限を有する医師（4月1日時点）					
		丹後医療圏			中丹医療圏 (対象:8病院)	南丹医療圏 (対象:2病院)
		北部医療C	左記以外 (対象:2病院)			
自治医	16	6	4	2	7	3
地域枠	26	5	4	1	8	13
一般枠	9	4	4	0	2	3
計	51	15	12	3 1病院当たり1.5	17 1病院当たり2.1	19 1病院当たり9.5

2023 R5 (予定)	自治医大、地域枠等の義務年限を有する医師（4月1日時点）					
		丹後医療圏			中丹医療圏 (対象:8病院)	南丹医療圏 (対象:2病院)
		北部医療C	左記以外 (対象:2病院)			
自治医	16	8	4	4	7	1
地域枠	37	9	9	0	10	18
一般枠	7	2	2	0	4	1
計	60	19	15	4 1病院当たり2.0	21 1病院当たり2.3	20 1病院当たり10.0

地域枠の制度と自治医大の派遣を併せて、丹後医療圏の北部医療センターを中心に、医師確保が進んできている。

地域枠の卒業医師の診療科の選択状況。内科、外科、小児科、産婦人科、麻酔科、救急科など特定診療科という京都府が指定した診療科を選択した医師は 72%、その他が 28%であった。

自治医大の卒業医師の診療科の選択は、内科、外科、小児科、産婦人科、救急科が 80%。残り 20%であった。

府の地域枠の課題。入学生・在学生に地域枠の政策趣旨が十分浸透していないこと。(大学医局の人事ゆえ) 京都府による配置調整が困難であること。北部地域医療機関での最低 9 年間の従事がスムーズに機能していない、従事する医療機関に偏りがある、学生の診療科選択が地域医療のニーズとミスマッチ。義務年限の履行とキャリアデザインとのバランス調整が難しい。

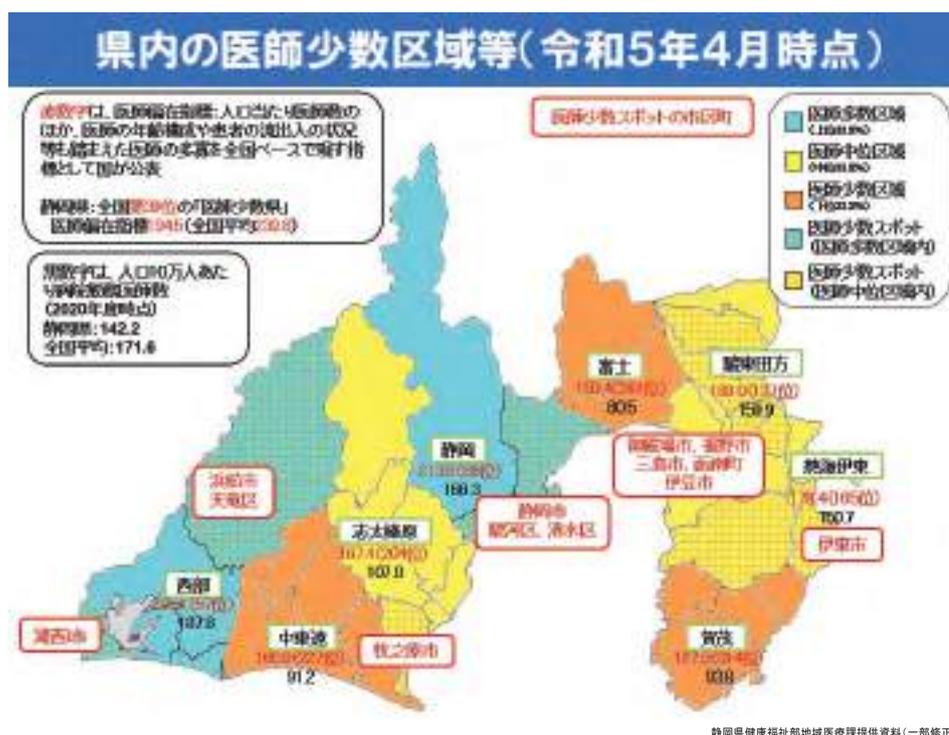
対策のための取組として、(1)入試の仕組み。府立医大へ地域枠のキャリア形成プログラムに一層寄り添った配置を行うよう働きかける。(2)教育・卒後の仕組み、地域枠学生の教育方法、義務年限中の従事要件の設定、地域枠医師を配置、調整する仕組みを府と府立医大で検討している。(3)北部地域への配置策、府、府立医大が合同で高校生への説明会を実施している。地域枠の医学生や臨床研修医との面談、地域枠医学生の早期地域実習や、自治医大生との交流の設定。奨学金制度は、必要に応じ、キャリア形成プログラムとの整合性を検討。

4.2.8 静岡県における地域枠の現状と課題

静岡県は、人口 360 万人を擁しながら医科大学が 1 つしかなく、同じ人口規模の四国 4 県の 4 大学、北陸 3 県・山梨県の 4 県での 5 大学と比べ、圧倒的に県内の医学部定員が少ないため、強い危機感の下、早い段階から奨学金制度や地域枠設置など、積極的に医師確保対策に取り組んできた。

医師少数県である静岡県では、県指定の医師少数スポットを追加指定するなど、医師の地域偏在の解消に向けた取組を進めているが、引き続き課題として取り組んでいく必要がある。

【図 4.2.8.1】



また、診療科偏在も課題となっている。医師数が少ない東部地域においては、県内における外科や脳神経外科の地域別構成割合は高いが、中小病院が多く、医師が分散しているため、充足感は必ずしも高くない。

今後、少子高齢化と人口減少が同時進行する中、高度専門医療の「重点化・拠点化」が求められる一方、通院困難な高齢者等の在宅医療を担う医療機関における医師の確保も課題となっている。

静岡県では、直近の10年間で30代後半から50代前半の男性医師が減り、同年代の女性医師が増えている。この年代は、病院勤務医の中核となる年代であり、マンパワーとして足りているか懸念される。

浜松医大も開学50周年を迎え、病院勤務を続けている初期の卒業生が定年時期を迎えている。病院内での世代間によるマンパワーの補強が難しくなる中、これから本格化する働き方改革への対応が大きな課題となっている。

静岡県の奨学金制度(医学修学研修資金制度;平成19年度開始)は、月額20万×6年間で、一般枠、大学特別枠、地域枠の3種類がある。奨学金制度は、令和5年3月時点で全国の75大学の医学生1,518人に利用されており、「ふじのくにバーチャルメディカルカレッジ」として卒前・卒後支援を行うほか、中高生や保護者から

一方、専攻医募集におけるシーリングの導入と医師の足下充足率が低い都道府県を含む連携プログラムは、必ずしも十分に機能しているとは言えない。そのため、静岡県を含め、地域医療を担う医師の確保を目指す12県の知事で有志の会を設立し、国に提言をしている。

地域枠については、県内外の10大学に計68人の地域枠（令和5年度入学定員）を設置しているが、卒業後、専門研修での受入れ体制の整備が課題となっている。

【図 4.2.8.4】

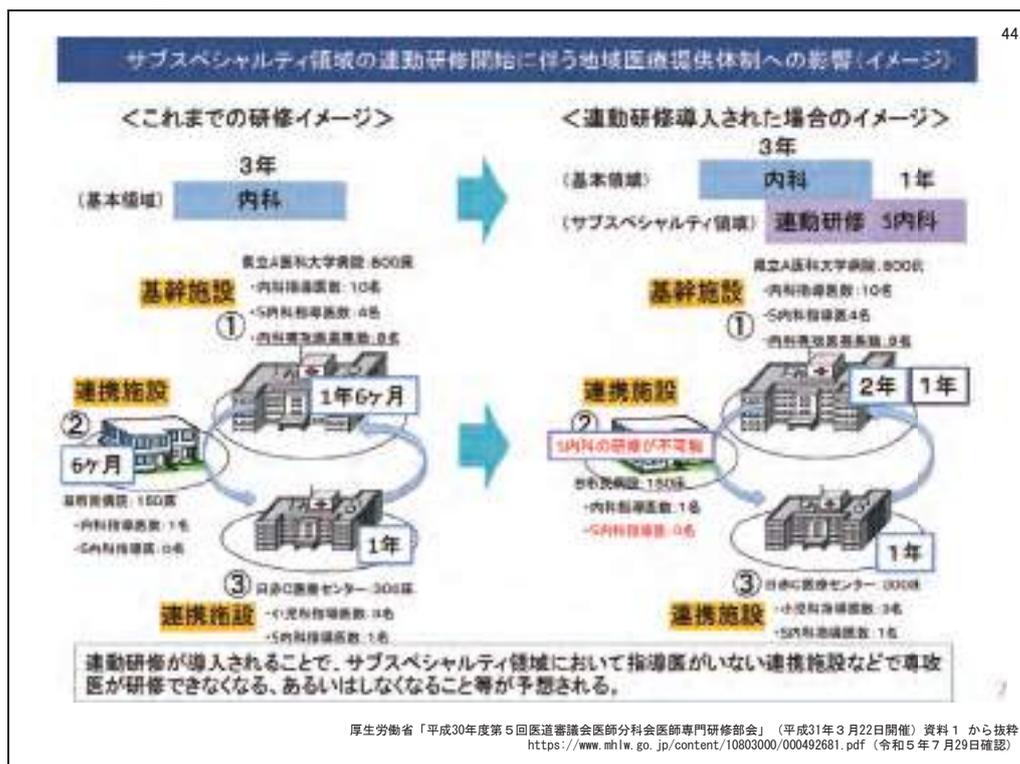


若手医師の県内定着を促進するためには、「キャリア形成プログラム」による専門研修の充実が求められるが、大学病院での勤務が必要な診療科もあり、県内唯一の浜松医大が西部地域にあることも、地域・診療科偏在を生じる要因の一つとなっている。

また、一部の診療科では、専門研修でのサブスペシャリティ領域との連動研修が導入されたが、地域医療を担う連携施設、特に指導医の少ない中小病院に専攻医が派遣されなくなることが懸念されている。

このほか、地域枠医師の増加に伴い、一般の入局者を含む医局全体での調整が必要となるが、一般の入局者に不利益を生じないように、地域枠医師の派遣調整には慎重な対応が求められる。

【図 4.2.8.5】



4.2.9 群馬県における地域枠の現状と課題

群馬県は全国的に見て医師が少ない。医師多数区域は群馬大学がある前橋市のみで、それ以外は少数区域である。

医師確保のため、群馬県緊急医師確保修学資金制度を群馬大学で実施している。平成30年に、「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」に参加することが、免除要件に追加されている。

【図 4.2.9.1】

群馬県の地域医療枠	5
群馬県医学部：群馬大学1校のみ	
◆群馬県緊急医師確保修学資金制度◆	
群馬県と群馬大学が 県内の医師不足に対し相互に連携し 平成21年度から群馬大学医学部の定員増を図っている	
■貸与額：10万円/月 または 15万円/月(所得に応じる)	
■貸与期間：6年間	
■免除要件：①10年間 県内の特定病院で臨床研修および診療業務に従事	
②4年間以上は 将来勤務することとなる時点の保健医療計画に明記される「医師不足地域の」特定病院または「特に不足する診療科」のうちから 被貸与者の意見を聴取の上 群馬県知事が指定する医療機関又は診療科に勤務すること	平成30年に追加
③従事必要期間は 群馬県地域医療支援センターが用意する「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」に参加すること	5

「ぐんま地域医療用リーダー養成キャリアパス」は、目指す将来像に応じて勤務可能な病院や専門医資格等の選択肢を具体的に示したキャリアアッププランである。

医師確保のため、群馬県では2つのローテーションによる卒後医師の地域医療への従事を行っている。「地域間ローテーション」は県内を4つに分け、うち3ブロック以上を経験することであり、「病院間ローテーション」はABCのグループから最低1施設は経験することである。

地域医療枠の実績として、一般枠90人、地域枠は平均18人で、累計121人。離脱者が13名。県外での勤務希望、家庭の事情が原因に挙げられている。

【図 4.2.8.2】

地域医療枠の実績									
2024年募集人員 医学部医学科 一般枠：90人 地域医療枠：0(18)人 最大16.7%									
※地域医療枠の募集人員については 医学部臨時定員増の認可申請中であり申請が認められた場合の数									
	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	合計
卒業者数	6	14	12	18	22	16	17	16	121
→ 15%程度増へ貢献しているか？(私見)									
〈地域枠の離脱者〉									
離脱者の人数	13名								
離脱の理由	県外での勤務を希望 家庭の事情等								
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・地域枠受験希望者に対して 地域枠制度への理解を深めるための説明動画を配信 ・在学生や卒後医師に対して 県職員及び地域医療支援センター専任医師が定期的に面談を実施 ・セミナーや情報交換会の開催などにより 地域医療に貢献する意思を高め 連携を強化する取組を実施 								

「医師不足の課題とその効果」現状は、地域枠は十分に効果があったかについては、現時点では判断がつかない。数は増えたが、高齢化の速度に追いつているのか等、検証すべき課題は多い。

今後の課題として、現在地域枠の約1割が離脱している。貸与額が返済できない額ではないことが大きい。また、地域枠は現状臨時定員で認められているため、国の定員制度が変わった際の存続のあり方について検討が必要である。

検討すべき事項。医師数増と地域偏在のすり合わせ。増加による医師少数地域等の充足率について検討される必要がある。まずデータの集積が必要。わが県は1大学が、地域に医師を派遣するが、公立・公的医療機関を優先し、民間にこない。地域医療構想の点でも、人口の少ない医師もいない地域に、脳卒中の専門家が欲しいという要望を出して、公的医療機関へ漫然と派遣していいものか再考が必要。

4.2.10 神奈川県における地域枠医師とその課題について

神奈川県の特徴として、病院数・医療従事者が少なく、病床数は全国最低という状況が挙げられる。

県下の地域枠は、いわゆる地域枠（横浜市立大学、北里大学、聖マリアンナ医科大学、東海大学ごとに各 5 名）と、横浜市立大学の地域医療枠の 2 つある。指定診療科は、8 科ある。横浜市立大学の地域医療枠は、定員 25 名で修学資金貸与はなく、診療科の制限もない。

従来のキャリア形成プログラム。医師少数地域での診療義務はなく、当初は入学後の手挙げ方式だった。今年度から来年度で医師少数地域での診療義務等を設定していこうと検討している。ただ大学は 4 つあるため進展が遅い。

県の地域枠医師をグリップする組織として地域医療支援センターがある。しかし、トップが県庁医療課の職員なので大学病院や地域枠の医師に指導力を発揮できない。また、地対協（神奈川県医療対策協議会）には、4 大学、県医師会、病院協会、自治体病院協会が参加している。

地域枠の医師の勤務地域は、令和 4 年 4 月時点で殆ど横浜である。また、横浜市大の地域枠 210 人中、63 人県外に出た。正直グリップが効いていない。

【図 4.2.10.1】

二次医療圏	地域医療枠 91	横浜市大地域枠 212	割合
横浜	39	100	45.8%
川崎	14	9	7.5%
相模原	9	2	3.6%
横須賀・三浦	6	5	3.6%
湘南東部	6	17	7.5%
湘南西部	6	1	2.3%
県央	3	4	2.3%
県西	2	11	4.3%
県外	3	63	21.8%

地域枠医師の指定診療科の充足状況は、総合診療科が増えていない点が課題である。

【図 4.2.10.2】

地域枠医師の診療科ごとの状況（R4.4月時点）

※指定診療科のみ

診療科	臨床研修中	専門研修医	合計
産科	7	11	18
小児科	4	13	18
外科	5	13	18
麻酔科	1	7	8
内科	13	16	29
救急科	1	2	3
総合診療科	0	0	0
合計	34	59	93

7

医師少数地域はほとんどない。おそらく全国的には希な地域であると思う。

離脱は毎年 3, 4 名。指定診療科が理由ではないかと推測。

課題。宿命的に東京の影響を受ける。かつて医師多数地域として、シーリングが課されていたが、実態がそうでなかったためシーリングは外れた。その結果、東京のシーリングの影響を受けた医師が本県へくる。4つの大学病院本院と3つの東京の大学病院分院への派遣は、各大学の事情で医師が動いている印象。毎年 45 名ほど輩出する地域枠の医師の約 1 割が医師確保数の上昇に貢献している。

指定診療科制の継続と、離脱医師の防止が今後の課題と考える。

地域枠制度について、生みの親（地域医療支援センター）の意向が育ての親（大学医局）に反映されない。地域医療支援センターによるグリップが効いていない。医師や大学の先生方が主張されることは専門医についてであり地域枠の話ではない。大都市で 9 年間就労して地域枠の義務を修了することも可能であり、寄与していない。

県下の 4 大学病院にキャリアコーディネーターを置くことを、県と大学病院で折衝しているが難航している。地域枠の学生 1 人につき、6 年間＋義務年限の 9 年間、計 15 年間関わることになる。これを担うには、大学の事情に通じ、コーディネートができ、かつ地域枠の医師を理解して、若手の医師と接するのが好きという人材像が上がるが、稀少である。

4.2.11 東京都における地域枠の現状と課題

都は12年間で9900人増加しているが、開業医は増えてない。また、医師多数地域だが、医師の診療科偏在と地域偏在の問題がある。

二次保健医療圏では、13圏域中、8が医師多数区域、3が医師少数地域、残りは中間地域である。

地域枠、東京都地域医療医師奨学金について。いわゆる4領域（小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療）のいずれかに勤務することを条件に、奨学金を貸与している。現在1年間に25名。順天堂や日医大は大体3,000万円と聞いている。義務年限は9年間である。

これまでの実績。現在343名の被貸与者がいて、うち138名が地域枠医師として、東京で勤務している。（小児医療44名、周産期医療44名、救急医療39名、へき地医療11名）。また、東京都の地域枠は離脱率が低い。

【図 4.2.11.1】



臨時定員との関連では、今25名中20名が、東京都地域枠の臨時定員として医学生となっている。そのため臨時定員枠が減ると、地域枠について再考する必要がある。

また専攻医についても、小児科医療がシーリングの対象になっているが、外すよう要望している。

へき地医療に必要な定員が 36 名（西多摩医療圏 6 名、島しょ医療圏 30 名）。ほぼ充足されている。地域枠（へき地医療）が 11 名。残りは、都の地域医療支援ドクター事業で対応している。（公立病院、都立病院とキャリア形成を組み合わせた医師派遣）。

【図 4.2.11.2】

	地区名	世帯数 (H17)	人口 (H17)	65歳以上人口 (H17)	医療機関等	医床数	医師数	拠点病院	医師派遣先	
西多摩医療圏	増原村	1,121	2,018	1,073 (53.2%)	増原診療所	—	2	西多摩医療圏		
	奥多摩町	2,558	4,748	2,444 (51.5%)	奥多摩病院 谷美診療所(出張) 藤原診療所(出張)	41	4			
山間地域計(計)		3,679	6,766	3,517 (51.8%)			41			
島しょ保健医療圏	大島町 (199km)	4,400	7,150	2,317 (32.3%)	大島医療センター	18	7	東京都立保健医療圏	島しょ医療圏	大島医療圏
	利島村 (134km)	167	317	74 (23.2%)	利島村診療所	—	1			
	原島村 (131km)	1,328	2,465	1,021 (41.3%)	本村診療所 遊原診療所(出張) 式根診療所	8	2			三宅島医療圏
	神島町 (172km)	824	1,618	834 (51.5%)	神島町診療所	9	2			
	三宅町 (179km)	1,488	2,301	939 (40.8%)	中央診療所 浮島診療所(休止) 阿古診療所(休止)	12	2			八丈島医療圏
	御蔵島村 (183km)	164	292	58 (19.8%)	御蔵島診療所	2	1			
	八丈町 (227km)	4,301	7,003	2,821 (40.3%)	都立八丈病院	54	7			八丈島医療圏
	青ヶ島町 (218km)	117	188	37 (19.7%)	青ヶ島診療所	2	1			
	小笠原町 (304km)	1,514	2,581	444 (17.2%)	小笠原診療所 小笠原村診療所	3	3			小笠原島医療圏
	島しょ地域計(A)	14,233	24,170	8,715 (36.1%)			118			
総計(A)+(B)		18,018	30,934	12,232 (39.5%)			159	36		

東京都保健医療局「第2回東京都保健医療計画推進協議会改定部会資料」²¹

問題は、4 領域ともに都が指定する医療機関に勤務することを要請しているが、へき地医療以外すべて大病院であることである。

4.2.12 福岡県における地域枠の現状と課題

福岡県の地域枠の設置状況について、県下の 4 大学中 2 大学に地域枠がある。（久留米大学 20 名、福岡大 10 名）

修学金貸与と有効性については、14 年間で 45 名（平成 22 年～令和 5 年）輩出している。卒業生（20 名、平成 29 年度より前）指定勤務 11 名、臨床研修 8 名、国試不合格 1 名。各医師のキャリア形成プログラムは県の地域医療対策協議会で承認している。

【図 4.2.12.1】

1. 福岡県の地域枠設置状況

- 九州大学医学部（地域枠なし）
- 久留米大学医学部（地域枠20名）
 - ① **福岡県特別枠5名**（行政の貸与事業※1）
 - ② 地域枠推薦15名※2
- 福岡大学医学部（地域枠10名※2）
- 産業医科大学医学部（地域枠なし）

※1 医師確保が困難な診療科の医師を育成し、将来県内の外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療に
従事しようとする医学生に対し奨学金を貸与。卒業後9年間、県内の医療機関において従事することで返還免除。

※2 大学が独自に設置したもので、対象者は医局のプログラムに沿って県内を異動予定。奨学金等の貸与はない。

2

地域枠の問題。①離脱者の防止、②地域定着のための方策、③医師偏在解消として有益か、があげられる。

対策としては、①離脱者の防止（年1回の面談、助言、夏季休暇中のセミナー開催、地域医療関係者同士のネットワーク構築の支援）。②地域定着のための方策（地域医療に対する興味・関心の喚起や学習機会の提供、面談、助言）。③医師偏在解消として有益か（地域枠の活用は必要と考えるが、医療対策協議会で議論を行い検討していく必要がある）。

【図 4.2.12.2】

4. 課題を受けての施策、提案

①離脱者の防止

・県において、特別枠の学生に対して年1回程度の面談を実施し、就学状況、進路希望等の把握及び義務履行に係る確認・意識の涵養を図るとともに、義務履行と整合性のとれたキャリア形成に関する助言を行う。

・夏季休暇期間を利用し、将来地域医療に従事することになる学生や地域医療に興味を持つ県内医学部生を対象とした「地域医療セミナー」を開催し、興味関心を一層喚起し、求められる役割と責任の自覚を促す。

・大学においては、医学部長及び担当教授による面談を実施するとともに医師会主催の医医学会等への参加を推奨し、地域医療に対する興味・関心の喚起、地域医療に関する知見を深める機会の提供、地域医療関係者同士のネットワークづくりの支援を実施。

②地域に定着していただくための方策

・①に記載のとおり、地域医療に対する興味・関心の喚起や学習機会の提供を通じ、地域医療に従事する適正の高い医師の養成を図る。面談を通じた意向の把握やキャリア形成に関する助言を実施して必要に応じて義務終了後の定着策の検討が必要。

③医師偏在解消として有益か

・医師偏在解消として、地域枠の活用は必要と考えるが、医療対策協議会で議論を行い検討していく必要がある。

5

4.2.13 北海道における地域枠の現状と課題

地域枠における貸付制度は、年 32 名、6 年間、1,200 万円である。卒後、道内の医療機関に 9 年以上勤務し、かつ内 5 年以上は指定公的機関等に勤務した場合に償還免除となる。

【図 4.2.13.1】

北海道における地域枠制度の運用状況①													令和5年6月 地域枠医師の配属等の考え方 (北海道地域医師連携支援センター)	
入学定員・奨学金貸付枠の推移													(単位:人)	
区 分	H19	H20	H21	H22	H22-H24	H25	H26	H27-H29	H30-R1	R2-R3	R4	R5		
札幌医科大学	300	195	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110		
地域枠	-	10	15	15	15	55	70	90	90	90	90	90		
貸付枠	-	10	15	15	15	65	65	15	15	15	15	15		
旭川医科大学	300	300	112	122	122	122	122	122	117	105	105	105		
地域枠	-	15	50	55	55	55	55	55	52	47	47	47		
貸付枠	-	-	7	17	17	17	17	17	12	-	12	12		
北海道大学	300	300	105	112	112	112	112	112	112	112	112	112		
地域枠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
貸付枠	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5		
合 計	300	305	327	344	344	344	344	344	339	327	327	320		
地域枠	0	25	65	78	78	105	125	145	142	137	137	137		
貸付枠	0	10	22	32	32	32	32	32	32	39	32	32		

【制度開始年度】
札幌医科大学（平成20年度）、旭川医科大学（平成21年度）、北海道大学（平成30年度）

地域枠医師の中断や離脱状況については、令和 4 年 12 月末現在で計 17 名離脱している。時期は在学中や卒業後 3 年以内が多い。離脱率は卒後 2，3 年目が高かった。

【図 4.2.13.2】

北海道における地域枠制度の運用状況⑤										令和5年3月3日 北海道医療対策協議会 「第2回 地域医療を担う医師養成検討分科会」 「第4回 専門医制度検討分科会」	
◆キャリア形成に係る義務の中絶利用状況 (15名)										(令和4年12月末現在)	
	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目		
札幌大学			2名				3名	1名	1名		
札幌大学			3名	1名			2名	2名			

【主な中絶事由】

- 大学院で研究を行い、基礎を固石とした上で地域医療へ貢献するため。
- 国内最先端の研究で研究業務に携わり、今後の地域勤務に役立てるため。
- 大学院で専門研修を受講し、地方で暮らす患者さんの救命や救急に役立てるため。
- 大学院において、専門的な診療、後継の指導方法などを学び、地方に専門的な医療を提供できるようにするため。

① 離脱理由別（離脱者数累計）					(令和4年12月末現在)	
当科大学	離脱理由				合計	
	専攻の 志	専攻の 志	専攻の 志	専攻の 志		
札幌医大	5名	3名	5名		13名	
旭川医大	2名	7名	6名		15名	
合計	7名	10名	11名		28名	

○昨年卒に前回の事例で2名、個人の事情で2名、今年度に入試不合格を理由として1名が制度から離脱している。

地域枠の効果は、現時点で少数区域の医師減少に歯止めがかかっていることが挙げられる。ただまだ期間が短く判定には早いと思われる。

地域枠の現在の課題としては、キャリアの中断や離脱する医師が一定数みられることが挙げられる。現在、キャリア形成プログラムの見直しと、キャリア形成卒前支援プランの策定に向けて検討を進めている。

キャリア形成プログラムの見直しについては、幅広い診療を通じて、地域医療制度に貢献ができる診療科として、特定診療科を設定して誘導できるよう、インターンや、配置医療機関の見える化、インセンティブ等を検討している。令和 7 年度からの開始が予想される。また、地域医療に貢献する意思を持つ学生のキャリア形成を目的として、キャリア形成卒前支援プランの策定についても検討している。

4.2.14 高知県における地域枠の現状と課題

高知県は医師数が多く 10 万人対の医師数は全国 3 位である。但し医師多数区域の高知市・南国市へ集中しており、東部地区、西部地区は、医師少数区域である。

医学部のある大学は 1 校であり、地域枠は年 25 人（一般入試 5 人、推薦入試 20 人、推薦は臨時定員 15 人。）、奨学金は強制貸与であり、月額 15 万、特定診療科目（産婦人科・小児科・外科・麻酔科・脳神経外科）に進む予定の医学生には+8 万円貸与する。

義務年限は 9 年である。ただし、(1)基幹型臨床研修病院、(2)県内指定医療機関(医師多数区域を除く地域にある①から⑥のような医療機関に勤務、(3) 特定科目(分娩、血液内科、放射線治療、心臓血管外科)に該当する医療機関への勤務により償還は免除される。

令和 4 年度で奨学金貸与学生総数は 166 人。義務年限償還期間内の医師数は 213 人である。地域枠以外の医学部卒業生を含め、臨床研修後 8 割の医師が県内に定着する。残る医師の 6 割前後が奨学金貸与の医師である。

なお、40 歳未満の医師数が漸減していたが平成 26 年度から増加に転じた。二次医療圏単位では、東部地区（安芸地区）医師数が増加に転じた。診療科医師数の推移は、産科・婦人科の医師数が増加に転じている。

他の地域と同様に離脱の発生が課題である。地域枠の医師にとって従事要件とキャリア形成を両立できる環境を整備している。キャリア形成プログラムの充実などを行っている。県内医療機関、地域医療支援センター（大学内に設置）、高知医療再生機構、高知県が連携して取り組む。

また、育休、介護休暇等の期間は利息免除や、猶予期間の免除とするような奨学金貸与制度の運用面の見直しを検討している。

地域枠制度の効果と課題を、大学側、医療機関側から意見聴取した。

地域枠制度を含め、奨学金を受領している医師を、シード医師と呼称しているが、彼ら彼女らがいないと郡部の医療提供体制は成り立たないこと、また、学生と医師の地域医療に対するモチベーションが向上したことなどが挙げられた。

課題としては、診療科の指定がないと地域枠制度では診療科偏在の解消には効果が薄いこと、小規模医療機関や、へき地等医療機関への配置が改善しないこと、若手医師の増加によりやや危機感が薄れていること、医師の充足の予測を踏まえた具体的な議論をもっとすべきことなどが挙げられた。

4.2.15 検討

【図 4.3.1】



地域枠については、地元出身者の定着率が高い。他方で全国から選抜する地域枠の仕組みは、定着率の点で地元出身者に較べて低い。今後どのように改善していくべきか、議論が必要である。

地域枠の離脱の課題については、個人的な「やむを得ない理由」等の理由による離脱に、どのように対策していくかが重要である。その1つに募集時の説明や、入

学時の説明と同意が挙げられる。また、入学時に限らず 6 年の間にキャリア形成を教え、卒後のキャリア形成プログラムを作成していく等、継続的な支援が必要である。

医師のキャリア形成プログラムの作成を支援するキャリアコーディネーターの役割も重要である。キャリアコーディネーターに必要とされる資質は、大学病院、大学の医学部と大学病院をある程度知っていて、かつ地域医療を知っている、そして、若い先生の考え方を知っていることが挙げられる。また、コーディネーター同士の連携が大事で、県の方針とマッチすれば、選択肢の広がる方策が提示することができる。

しかし実際は、各都道府県の、地域医療支援センターの教職員等に、コーディネーターの役割が与えられていたが、個人の力量に依存しており実効性が上がらないケースもある。

厚生労働省では、この課題の解消に向けて、令和 4 年度から、キャリアコーディネーター育成事業が開始されており、今後の成果が期待される。

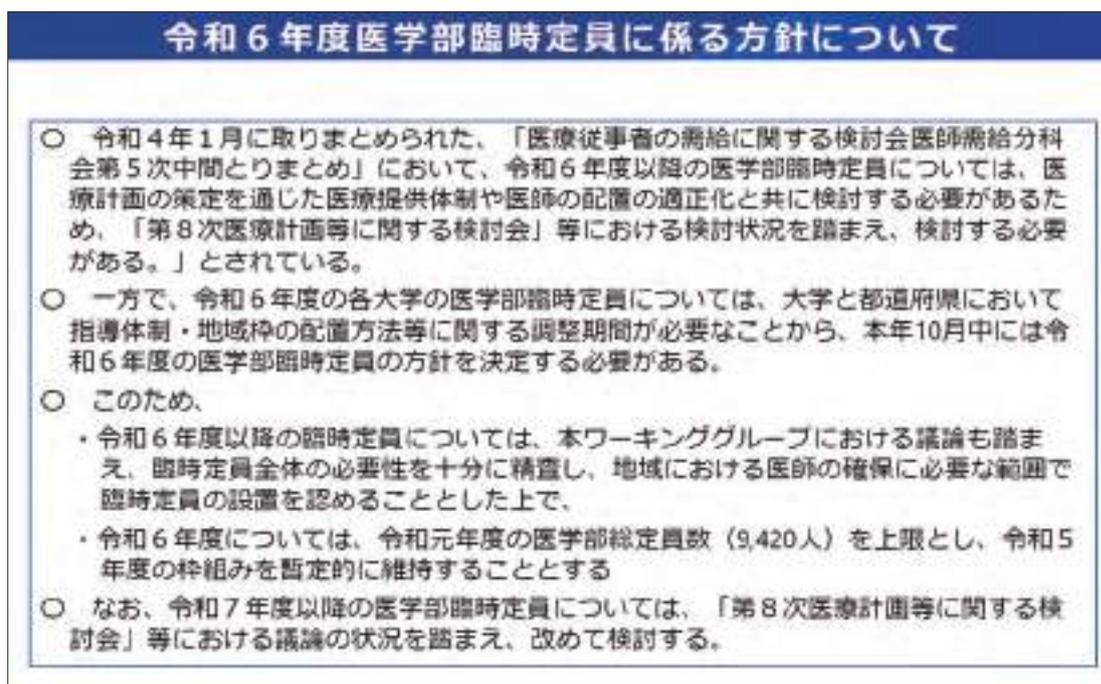
2016～2018 年の医師偏在指標や医師確保計画の実施によっても、医師少数県における医師数は増加していない。医師多数都府県と中間の県が増加している。もっとも中間の県でも、医師多数県の周辺地域を希望するためと推測される。

他方で、臨床研修におけるマッチングの効果は上がってきており、シーリングの効果も出てきている。

データから直ちに判断できるものではないが、年齢層により、宿日直のない診療科、患者の生死に立ち会わない診療科への志向があるようにも見える。

令和 4 年の厚生労働省第 9 回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では、令和 6 年度の医学部臨時定員は、令和 5 年度の枠組みを暫定的に維持し、令和 7 年以降の医学部臨時定員は、今後第 8 次医療計画等に関する検討会で議論を踏まえ、改めて検討することが示された。

【図 4.3.2】



臨時定員の今後の取り扱いについて、かつては近い将来削減が始まるとの観測が流れたが、国は現在、工程表等を示していない。各自治体や団体等から、削減することに対する疑問・批判を呈していると推測される。

しかし今後、臨時定員を削減する方向に改めて進むこともありうる。この場合に地域枠の定員をどのように扱うかが問題となる。地域枠を維持するためには、恒久定員枠に地域枠を設ける必要があるが大学側にはこのような措置を取ることに抵抗がある。研究者の養成等の必要があるためである。

研究機関としての大学と医師養成・派遣機関としての大学の両面を尊重しつつ、医師会、行政と協力して、相互に意見交換を重ねていく必要がある。

次に、自治体内に複数の大学があるところでは、地域枠の医師に対して行政や医師会による希望が通りにくいところがある印象がある。

1 都道府県に複数の医学部・大学があるところは、大学間や大学・行政間でも調整がまとまりにくい傾向があり地域医療支援センターとも情報交換ができない。また、1 県 1 医大でも昔からある大学と新設医大では対応が異なってくる。新設大学では、地域の希望が通りにくく、また人材派遣能力が十分でないところもあり、臨床研修制度で、地域に医師確保（地元定着）ができず地域が疲弊しているところがある。

地元定着に向けては、究極的には魅力的な働く場の作出が解決策であると考えられる。しかし、すべての箇所を魅力的にすることもまた難しく、ある程度強制的な配置が必要とされる場面もあると考えられる。

また、外科を標ぼうし、かつ、手術を行う医療機関には、麻酔科の医師が必要である。麻酔科の医師数は全体として増えているが、35歳未満では漸減している。

外科手術を行う病院が多いと、各医療機関に麻酔科が必要になる。外科の再編等がない限り改善は厳しいといえる。

義務年限の数年を、医師少数区域の専攻医の研修を行っていない中小病院・有床診療所等をはじめとする医療機関へ派遣するという条件の設定は、対策の1つとなる。沖縄県、新潟、北海道の旭川等ではベースはかかりつけ医として、総合診療能力を身につけた上で、専門性をつけることを目指している。

一部の大学には、今なお臓器別の専門医の養成を優先する考えがあり、総合診療医の増加も微増にとどまっている。過去には厚生労働省より総合診療のキャリアパス形成のために、地域医療総合診療センターを各大学に設置してほしいという要望があったが、十分に実現していない。地域医療と専門医療の両立は、なお難しい。

かかりつけ医になるという仕組みを大学教育に組み込むことは、これからの医師のマインドを形成するためにも必要なことである。現在の学生教育では、かかりつけ医という教育がなされていないように見受けられる。琉球大学では、私から強く主張して総合診療の講義で「かかりつけ医」について講義するようになった。

診療科の偏在は、学生の一定比率を特定の診療科に割り当てる方法が考えられる。医師が非常に不足している地域では診療科の自由な選択には限界を感じ、そのような要望もある。他方で今から制度化することは困難であり、また、18歳の青年に、この将来を決めることは大変負荷が高いと考えられる。医師となった時点で選択させるべき問題と考える。将来的には、改めて自由標ぼう、自由開業というこれまで日本の医療を支えていた仕組みが少し疲弊していることを踏まえて、再度検討する必要あるかもしれない。

地域枠と専門医機構における専門医の認定について、当初は医師不足地域で働いてもらうということを目的にスタートして成果を上げてきた。今後は、地域枠出身の医師が次のステップへ進むときに、地域で高齢者を診療するための専門的資格を専攻してほしいところである。当初専門医機構は、地域枠の途中離脱、不同意離脱は専門医にさせないと宣言していたが、最近は異なる見解を示してきた。厚生労働省は、専門医にさせないという方針は貫くと声明しているため、継続してほしい。

基本的に地域枠は、所定の条件のもと医師になるという、いわば契約であるため、専門医機構において専門医にさせないという方針をとることは、一方で職業選択の

自由を侵害することになりかねない。地域枠の学生には、違約について金銭賠償で対応できる問題と捉えず、地域枠の目的を正しく理解した上で履行してほしい。

また、地域で働く医師の重要性を伝えていく必要があり、そのためにはこれから求められる医者像を示さなければならない。慢性期病院とか地域包括ケア病棟で働く医者は、地域枠の学生たちがそちらに進むことが一番適切だからである。

5. 在宅医療並びに外来機能報告・紹介受診重点医療機関について

在宅医療及び外来機能報告・紹介受診重点医療機関について、現在の制度と国の考え方を把握するため、厚生労働省から担当官の講演をいただいた。

5.1 在宅医療について

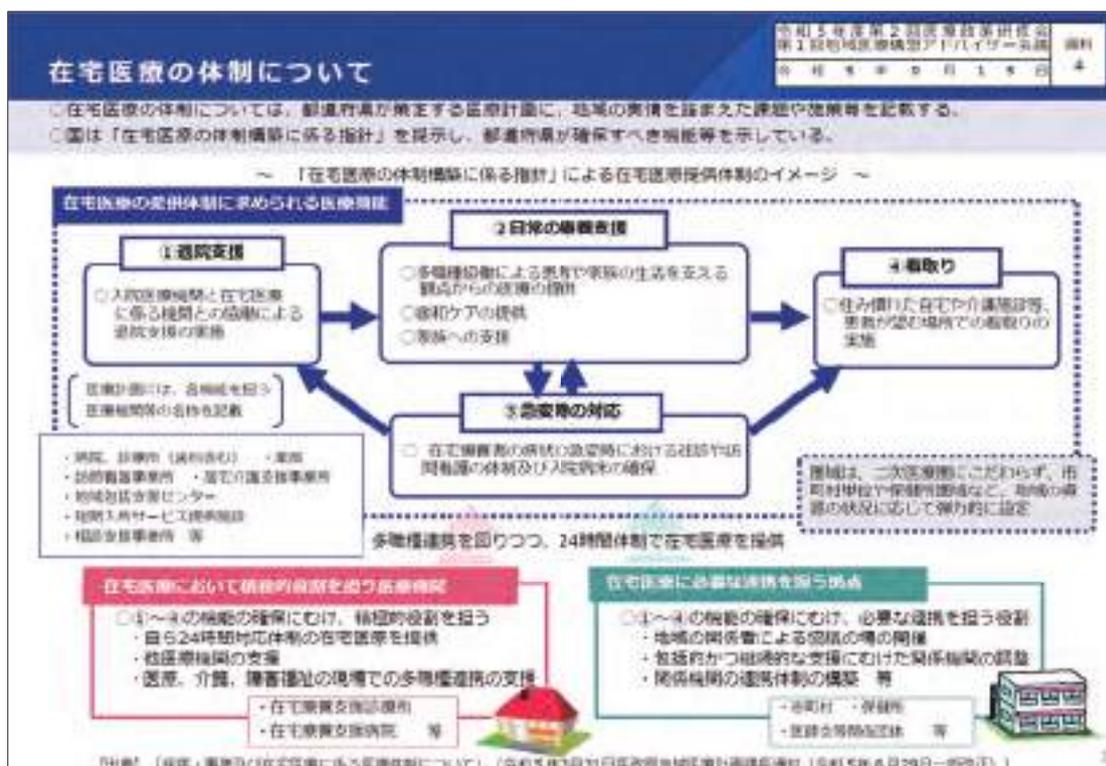
5.1.1 概要

第8次医療計画における「在宅医療」の体制整備について、国は2023（令和5）年3月に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示した。

この指針には、在宅医療の機能として、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つを掲げている。そして、これらの機能を満たす体制を構築するものとしている。

特に、③急変時の対応には、消防機関、後方支援医療機関など関係する機関を明確にして、地域の在宅医療の協議の場へ参加を促すことを記載している。④看取りについては、本人や家族の希望に沿った医療ケアの提供を進めることが重要であるとともに、平時からの在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めていくべきことを記載している。

【図 5.1.1.1】



「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は第8次医療計画に設定することとしている。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に求められる事項は、以下の通りである。

- ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる事項は、以下のとおりである。

- ・地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的を開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと
- ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

なお、第7次医療計画では「積極的役割を担う医療機関」が担うべきとされていた事項で、今回「拠点」に移行した事項として「在宅医療を担う人材育成」「住民への普及啓発・情報提供」「基本的知識・技能に係る研修や情報共有」がある。

在宅医療の圏域設定については、第7期医療計画から引き続き、二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等、また介護資源等を踏まえ、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの状況を踏まえて、弾力的に設定することとしている。また「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも1つは設定する。

【図 5.1.1.3】



さらに、国から都道府県に対し在宅医療のデータなどを示し、データに基づいた体制構築を進めるようにしている。

5.1.2 検討

都道府県が示してくる議論の前提となるデータは、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数などに限られている。しかし、これらは、24 時間体制をはじめ施設要件や算定要件の関係で取得していない医療機関が数多くある。また、長年見てきた患者から金銭等とりたくないという医師も少なからずいる。

そのため、行政が把握している数字と実態が大きく異なる。これは議論をミスリードするものであり、厚生労働省は実態を把握できるようなデータを示すべきである。

この点、都道府県医師会は、これらの実態を把握するためにアンケートを実施すること等、数字のトリックに騙されないように留意して議論に臨んでいる。

また、在宅医療の実態を把握するためのツールとして、内閣府が公開している SCR などがある。

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/tiikisa.html>

<市区町村 診療行為コード(Excel)>

【参考】留意事項：

https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/scr_ryuuintentou_r02.pdf

また、日医総研では、二次医療圏ごとや市町村ごとの高齢者人口 1000 人当たりの訪問診療や訪問看護や訪問介護を、偏差値化してした WP を発出している。

<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-3737/>

これらの活用が有効である。

在宅医療圏域については、今後医療資源の不足する地域では、圏域が広がる可能性がある。問題は、保険医療機関と患者との距離が 16km を超える往診・訪問診療は、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がなければ保険診療として算定が認められていない点である。（絶対的な理由には、重症児の在宅医学管理など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合であって、近隣に対応できる保険医療機関を患者が見つけれず、往診等を依頼された保険医療機関も患者の近隣に対応できる保険医療機関を実態上知らない場合が挙げられる。）

これらの関係について、地方厚生局へ照会しているが、回答がない。他方で、都市部においては、在宅医療専門クリニックが大規模化してきており、16 km要件が緩和されれば、これらの活動範囲はさらに広がる。この点についても留意するべきである。

厚生労働省には、これらを踏まえて早急な回答が求められる。

同じ県内での圏域の設定でも、二次医療圏全体でまとめた方がいいという医療圏と、郡市医師会単位でまとめた方がいいという医療圏、そして市町単位がいいという医療圏がある。地域によって多様性があるので、在宅医療圏の範囲は地域によって変わっていくものである。市町村合併で、郡市医師会の所管地域と市町村の行政区域が一部食い違っているので、特に注意して調整する必要がある。

元々、地域包括ケアシステムは、広いエリアを対象としていないので、在宅医療圏を広く設定したところは、「積極的な医療機関」も複数必要になってくる。多くの医療圏では、市町村単位だと 1～数か所程度になると推測する。

在宅医療の推進は、地域によって異なるため、全国一律に論ずることなく、地域の実情に応じて検討する仕組みを整理するべきである。

介護老人保健施設（老健）に対しては訪問診療ができないという問題がある。確かに緊急往診は可能であり、手技料等も対象とはなるが、薬剤費を算定することができない。難病に限らず心不全、糖尿病、骨粗しょう症などの薬剤を処方する必要がある患者の受け皿になり得ていない。

介護老人保健施設は平成 29 年の介護保険法の一部改正により、在宅復帰に加えて、在宅療養支援も目的となっている、介護老人保健施設における医療のよりよい活用に向けて、まずは、医薬品の処方について、国において検、見直しについて検討するべきである。

地域によっては 24 時間対応が厳しく、在支診・在支病等の医療資源が乏しいところでは、公立の医療機関が対応をせざるを得ない地域もある。

他方で、大都市における大規模な在宅専門クリニックには、アルバイトの医師が対応している等、家族の満足度は高くなく、急変時に自院で対応しない医療機関もある。都市部には都市部の在宅医療のニーズがあり、そこに参画しようとする医療従事者にも何らかのルールを設ける必要がある。在宅医療を後方で支援する医療機関は、単なる名義貸しではなく実態を伴うものでなければならない。

また、在宅医療だけを行う専門医療機関が、介護施設やケアマネージャーと提携してかかりつけ医から患者を引き離している問題がある。施設に入った患者や家族は、ケアマネージャーからかかりつけ医のいる医療機関へ赴き、連携先の医療機関宛の紹介状を書くよう促されている。訪ねてきた患者や家族に対し、我々かかりつけ医は、紹介状を書かざるを得ず、そこで患者さんとの関係が切れてしまう。これが常態化している。

在宅医療の推進は、全国一律にできるものではなく、地域のニーズと人材がいて始めて推進されるものである。地域の中には「在宅」より「施設」の方を選択するところもある。国においては、地域ごとの多様な文化や事情を踏まえ、医療機関を守るような体制構築に向けて、引き続き支援を行うべきである。

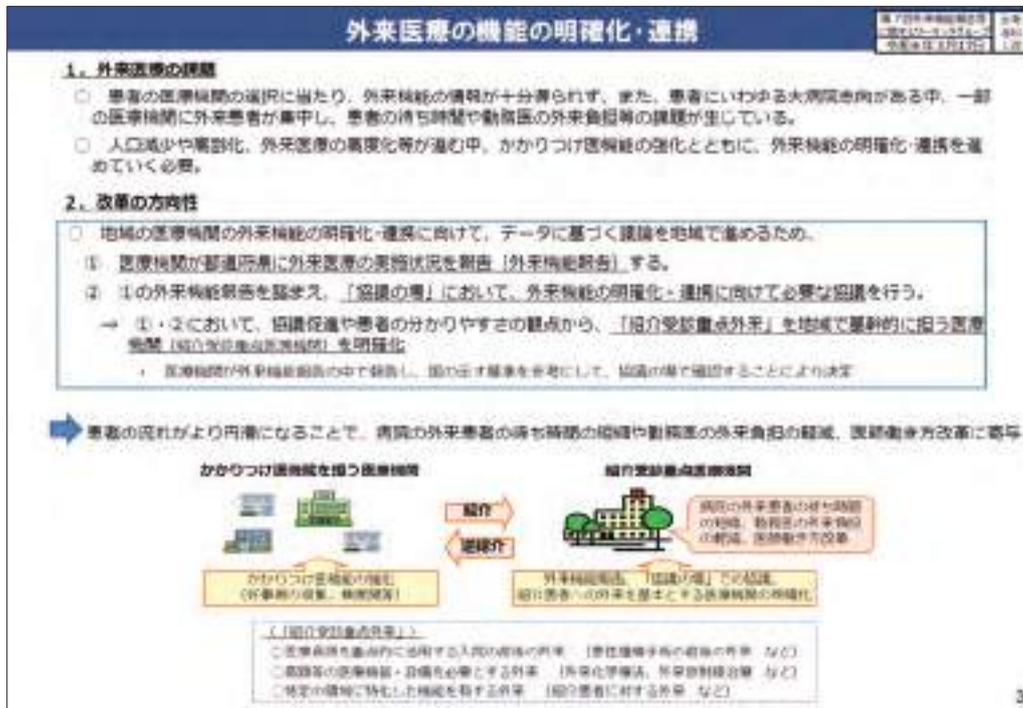
5.2 外来機能報告・紹介受診重点医療機関について

5.2.1 概要

令和 3 年に成立した「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」において、「外来機能報告制度」と「紹介受診重点医療機関」が新設された。施行は、令和 4 年 4 月 1 日である。

本制度の成立背景には、患者側には今なお大病院志向が見受けられ、一部の医療機関に外来患者が集中し、待ち時間や、効率的な医療の提供になっていないとの認識がある。そのため、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていくというものである。

【図 5.2.1.1】



その仕組みは、まず、外来機能報告制度によりデータを収集し、紹介状を用いることが多い外来を、「紹介受診重点外来」として集計する。

外来機能報告の対象医療機関は、病院と有床診療所には報告義務がある。また無床診療所は任意で報告することが可能である。特定の医療の実施状況や、紹介・逆紹介の状況等に加え、紹介受診重点医療機関となる意向の有無について報告を行う。

外来機能報告の報告項目は、NDB や病床機能報告からの連携により医療機関の負担軽減を図っている。入力が必要な項目は、紹介・逆紹介率、および、医師、外来部門の看護師、専門看護師・認定看護師等について常勤、非常勤などの人数等である。また、紹介状を要する診療の占める割合は、「初診の外来件数の 40%以上」かつ、「再診の外来件数の 25%以上」を基準としている。

そしてこの「紹介受診重点外来」の中で、特に地域で基幹的に担う医療機関を「紹介受診重点医療機関」として明確化していく。これは、医療機関が手上げし、「協議の場」で外来機能の明確化・連携に向けた協議を行い、合意に至ったものが対象となる。

「協議の場の参加者」については、医療保険者や市区町村の参加者などを示している。また、地域医療構想調整会議を活用することも可能であるとしている。調整会議の構成員も常に同一ではなく、議事により変わると考える。同様に、議事に鑑み実態を踏まえて対応していただければ、問題ない。

「協議の場」において医療機関に意向があり、合意に至った場合には、紹介受診重点医療機関として医療機関を都道府県が公表する。(①)

基準は満たすが意向がない場合は、協議の場で意向がないことを確認した上で、意向を踏まえた対応になる。(②)

基準を満たさないが意向がある場合は、当該施設がどのような外来医療を提供しているのかを「協議の場」で協議を行い、その結果も踏まえて、紹介受診重点医療機関となるか否かを取りまとめる。(③)

【図 5.2.1.2】



なお、「基準を満たさないが紹介受診重点医療機関となる意向があるところで、協議の場で認めたところは、紹介受診重点医療機関となるか」については、基準を踏まえて意向を確認するという原則を踏まえつつ、データが一過性のものか恒常的なものかを見極めて合意形成していくこととの説明があった。

そして、基準を満たさない場合の参考水準として、医療機関ごとの「紹介率が50%以上」かつ「逆紹介率が40%以上」とのデータを都道府県へ提供し、協議の場の資料とするようにしている。

また、「紹介受診重点医療機関について、協議の場で意見がわかれたときに、どのように決めるべきか」という疑問については、最終的には、医療機関の意向と「協議の場」の結論が合致して初めて、紹介受診重点医療機関として公表するとの説明があった。

【図 5.2.1.3】

都道府県からの照会例（外来機能報告制度に関する説明会（令和4年12月開催）より）	
照会内容	回答
① 地域の医療機関の多数区域において、地域内で基準を満たさないが紹介受診重点医療機関となる意向があり、協議の場の意向とも合致するようになっている場合、紹介受診重点医療機関として公表することが想定されるのか。	想定される。なお、特に紹介受診重点外来の基準を満たさない場合においては年により患者負担が急に増加すること等により、地域の住民に対して混乱を生じさせることがないように、紹介受診重点医療機関になることが一時的なものや恒久的なものを発生しにくく、丁寧に協議することが必要である。
② 紹介受診重点医療機関については、協議を行い地域で確認することとされており、意見がわかれたときに、どのように決めるべきか、継続して再協議することによってよいのか。	意見がわかれた場合においては、再協議となる。また、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致した場合には、紹介受診重点医療機関として公表する。
③ 協議の場における協議方法（全会一致、多数決など）について、どのように設定すべきか。	協議の場における協議方法については、現在まで各都道府県において様々な協議がなされており、各都道府県において望ましい協議方法を検討いただきたい。なお、混乱が生じないように、協議開始前に協議方法については、示しておくことが望ましい。
④ 協議の場の範囲として、医療保険者や市区町村等を加盟者として示している一方で、地域医療機能調整会議を活用することも可能とされている。地域医療機能調整会議のメンバーには、医療保険者や市区町村が含まれないが、どのような協議体で協議すべきか。	医療法第30条の4において「都道府県は機能区域その他の当該都道府県の府県が理念と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け」と示している。また、非常災害時の診療の場の設定においては、各都道府県の判断によることとしているが、ガイドラインにおいては、「都道府県は各都道府県の地域における学識経験者、代表者を考慮して選定した病院（「協議」実施所の管理者、医療保険者、承認町村等）、「協議場」に就いて追加的に加盟を求めた関係者を選定する」と記載しており、地域医療機能調整会議を活用した場合には、協議により参加する関係者は異なるものと考えられる。

令和4年度診療報酬改定で、紹介受診重点医療機関に関する評価として、「紹介受診重点医療機関入院診療加算」また「連携強化診療情報提供料」が新設されている。また、一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関へは、紹介状なしで受診する場合、患者へ定額負担を求める。

紹介受診重点医療機関と「地域医療支援病院」の違いについては、「地域医療支援病院」は、医師の少ない地域を支援する役割を担うこと、医療機器の共同利用等、地域医療に資することを目的とし、都道府県知事が個別に承認を行う。これに対して「紹介受診重点医療機関」は、患者の流れの円滑化を重点に置いている。そのうえで、地域における外来の役割を、地域で議論し、合意に至った場合に公表を行い、これをもって「紹介受診重点医療機関」となる。

通年スケジュールは、9月頃から準備し、10月～11月に報告の実施する。報告用のHPを10月1日に開設し、11月1日にはデータが表示される形を想定している。12月はデータの不備の確認や、トラブルがないように準備する期間としている。そ

して、1月～3月に協議を行い、紹介受診重点医療機関を取りまとめて、都道府県から公表することを想定している。

報告結果の公表だが、病床機能報告は、都道府県が医療法に基づき、インターネット等により公表する。また、紹介受診重点医療機関のリストは、都道府県のホームページに掲載するとともに、都道府県から厚生労働省に報告する。

5.2.2 検討

まず、名称として「地域医療支援病院」という名称が何を意味するのか患者に伝わりにくいが、「紹介受診重点医療機関」であれば、紹介状が必要な医療機関だと伝わりやすいといえる。

しかし、この制度創設の背景は、骨太の方針に200床以上の病院は基本紹介状を持たないと受診できないという文章が入ったためとみている。これを受けて創設せざるを得なかった無理のある制度であり、「医師の働き方改革に資する」、「患者から見て医療の流れがわかる」という理由は、後付けの美辞麗句である。

かかりつけ医の機能を有する地方の病院に、紹介状の持参を要求する仕組みは、地域医療の崩壊を招くことになる。そのためある意味骨抜きにすべく、手挙げの要件を厳しくし、また、調整会議に拒否権を持たせている。

都市部も地方も一律に網をかけるところに無理がある。基準に合致するが、かかりつけ医機能も果たしている病院は数多くある。そこに紹介状を持っていかないと診られないという制限をかけることに、院長や医師は非常に抵抗があることを、国は理解すべきである。

例えば、熊本県では20医療圏中、協議で合意に至らない圏域が3つあり、芦北構想区域では、国保水俣市立総合医療センター（361床（一般病床357床・感染症病床4床））だけが合意に至っている。しかし、当該医療センターは、地元医師会の理解や同意も得て、初診を担い、その後の継続診療、経過観察を逆紹介で対応する流れを取っている。医療法に位置づけをしてまで、医療資源が不足する地域に紹介受診重点医療機関を設定していく必要があるのか疑問である。地域住民の混乱が懸念される。

地域の実情に応じた対応を行うという地域医療構想の中に明記されている趣旨を踏まえ、柔軟に実施できるようにするべきである。

紹介受診重点医療機関から逆紹介する際の懸念事項として、複数の診療科を受診しているケースが挙げられる。ある病院で複数診療科を受診して逆紹介をするにあ

たり、あちこちの内科・皮膚科・眼科などへ逆紹介することになる。これが患者にとって負担になる。また逆紹介元としてもすすめにくい。都市部においてはこのような課題があることも前提とするべきである。

また、紹介した医療機関でない医療機関へ逆紹介される場合が、想定されていない点も、制度として不十分である。

現在の公表は、あくまで合意を得た対象としてのデータと理解しているが、患者の流れを円滑にするためには、詳細な情報を提供しないと制度趣旨に添わない。を出さないと、患者の便利には資さない。

なお、診療報酬上は、一般病床 200 床以上が対象だが、今後 100 床、150 床規模の病院にもこの制度を敷衍していくのか、注意が必要である。対象病床を下げることは、当初の患者の流れの円滑化や大病院志向の訂正から外れた趣旨である。また、この制度は、紹介受診重点医療機関か、かかりつけ医機能を持つ医療機関か、どちらかを選ぶことを求める方向に進むことはないよう注視していくべきである。

6. 第 8 次医療計画を踏まえた今後の地域医療構想

6.1 二次医療圏（構想区域）の考え方について

二次医療圏の設定について、北海道より問題提起があった。

北海道では、昭和 55 年に 21 の二次医療圏を設定して以来現在まで変更していない。道内には 179 の市町村があり一次医療圏を形成している。そして 21 エリアに集約して二次医療圏を形成している。さらに 6 つの三次医療圏に集約している。面積の大きさは、圏域内の距離や交通に要する時間の問題につながる。例えば東京-博多間（1174 km）5 時間と、札幌-稚内間(400km) 5 時間強とほぼ同程度である。また、札幌-網走間も同程度である。

国の方針では、二次医療圏は、人口が 20 万人以上、患者の流出 20%以下、患者の流入 20%以上がふさわしいとしている。北海道では、11/21 医療圏がこれを満たしていない。そこで、継続か再編か議論になっている。

二次医療圏の設定については、病床配分のための圏域、人口で圏域を分ける場合（この場合でも離島等・物理的に連携が困難な地域は独立させる（新潟県佐渡医療圏、沖縄県宮古医療圏等）、医療機能ごとに圏域を分ける等の考え方がある。

この点、基幹病院までのアクセス時間を考慮し、圏域は見直すことができないとの意見があった。これは医療圏ごとに提供できる医療体制、医療資源に限界があり、

今後の人口減少による医療提供を考えるとすべてを充足することは難しいからである。

次に、国の示すような一律の基準で二次医療圏を決めるのではなく、将来的な道筋を示しつつ、地域住民の意見を聞いて決めるべきとの意見があった。

その他、高度医療は県単位で集約化し、二次医療圏では普段の医療の中で連携が取れるものを整えていく地域や、機能分化ができてきている医療圏とそうでない医療圏間で相互に機能を融通し合っている地域がある。このような場所では医療圏の見直しは行われていないとの説明があった。もっとも二次医療圏で全ての医療機能を完結しなければいけないものであり、流入・流出が悪いことであるかのように捉えている行政があるとの報告も出た。

そして国や都道府県が出して来る、データと地域の実情を念頭に置いて解釈することは、医療者にしかできないことであるので、医師会として、行政に発信していく必要があることが提言された。

高度医療の提供については医療機関の設立ではなく、北海道や沖縄県・京都府北部のように、診療科によって、飛行機、ヘリコプター、ドクターカー等で対応し、相対的に時間的切迫性を求められない科は、より広い範囲で圏域を設定することも可能である。

医療圏の統合については、却って圏域内にへき地的部分ができ、見落とされがちになる危険がある。そのため、ある程度の面積や人口などの柱で分けたものはある程度残すべきであると考える。

地域医療構想は、病床機能報告、外来機能報告、今度は病院-診療所-在宅医療の連携の話が出てきている。すべて圏域の大きさが異なる。次の地域医療構想の進め方として、圏域について各委員の案があれば教えていただきたい。

圏域や調整会議自体の在り方は今後の検討課題だと捉えている。かつて三重県に出向した際、4つの医療圏を8つの構想区域に増やして、在宅や地域単位での議論ができるようにした。

東京は在宅医療に係る医療圏は市区町村単位であり、茨城も同様である。在宅医療の圏域を二次医療圏としている地域もあるが、大きすぎる場合があるのではないかと考える。

6.2 医師が不足する都道府県の医療提供体制について

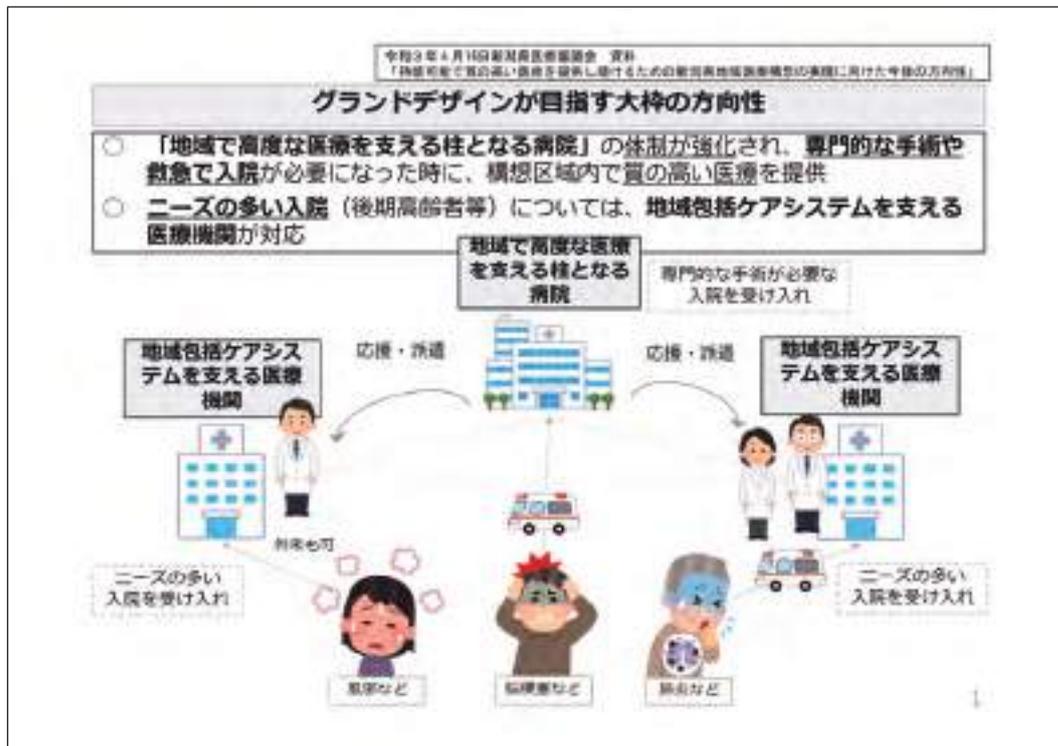
都道府県単位の医師偏在で全国 47 位、県面は全国 2 位である新潟県より今後の医療提供体制構築に向けた施策について報告があった。

まず、現場では医療機関の消滅を危惧する声や医療機関のスタッフ不足が起きている。そこで、行政とともに医療機能の分化・連携を達成するという視点でグランドデザインをまとめた。

グランドデザインの概要は、医療機関のうち「地域で高度な医療を支える柱となる病院」の体制を強化するとともに、「地域包括ケアシステムを支える医療機関」による入院受け入れ等を示している。「地域で高度な医療を支える柱となる病院」は、新潟市に 3 つ、長岡に 2 つ、その他に 1 つ設定する予定である。大量迅速な救急の受入、24 時間 365 日の高度医療の提供と、転院連携を行う。そのため、手術や救急を担う医師等を集約する。

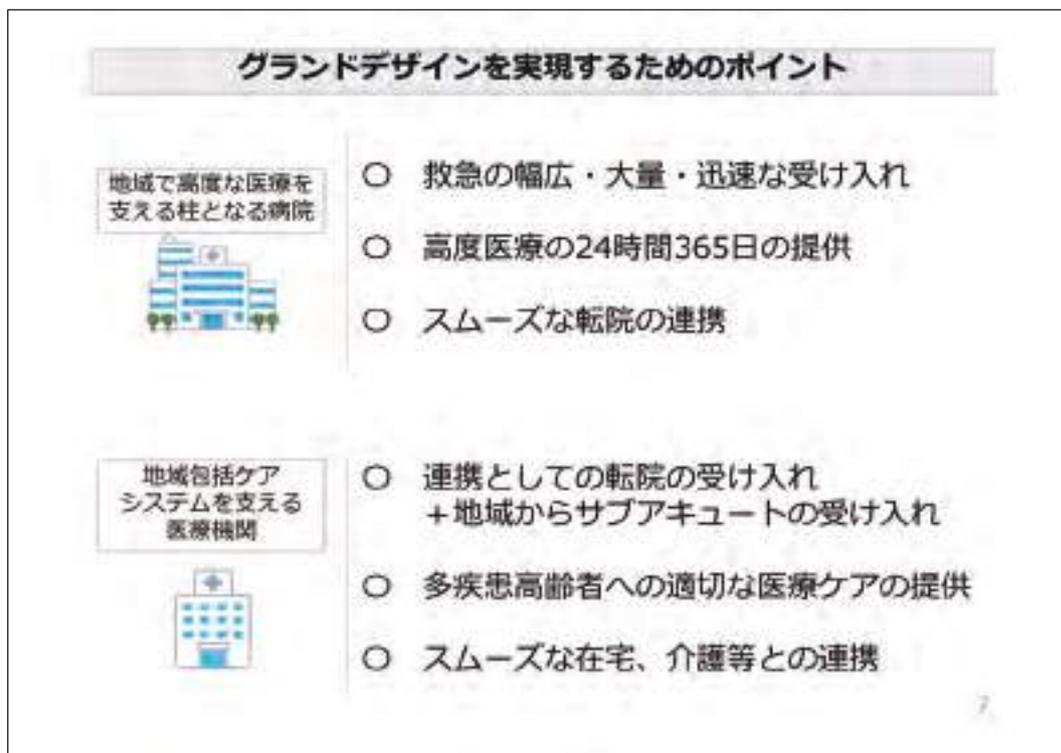
「地域包括ケアシステムを支える病院」は、(1)転院機能、(2)救急受入、(3)外来、(4)入院機能、(5)退院支援、(6)在宅医療、(7)関係機関との連携強化を担うことにより医療提供体制を確保する。

【図 6.2.1】



現在の医療機関がそれぞれ「地域で高度な医療を支える柱となる病院」若しくは、「地域包括ケアシステムを支える病院」となるために、どのように見直すかを示した。

【図 6.2.2】



柱となる病院の課題は、①機能強化、②転院連携の強化が挙げられ、地域包括ケアシステムを支える病院は、①受入能力、②連携の強化が挙げられた。1医療機関当たり、400～500床を想定している。すべて医療機能は急性期である。ただ、ICUは管理料など診療報酬の算定要件を満たせないところもある。

自県の課題をより分かりやすくするため、熊本県と比較して特徴を分析した。新潟県の現状は、7:1の病床利用率が8～9割に対し、熊本では9割半ば～8割弱であった。また、1床当たりの手術数と病床利用率が低く、平均在日数が長い。そして、1床当たりの手術数と医師数が低い。

10:1医療機関では、疾患のカバー率が高く、救急医療への医療資源投入量が多く、病床利用率が低い。そして、7:1からの転院割合が少ない。これらのことから7:1の機能を一部担っているのではないかと推測される。

新潟県の県庁所在地である新潟市には、ある程度の医療資源があり、新潟市民病院は年間6,000台の救急搬送を受けている。今、その次の規模である大学病院が、救命センターをさらにもう1つ設置したいとの意向を示している。その他、公立病院も救命センターの設置に手上げをしてきたのでコンペティションを開催する予定である。

6.3 へき地における ICT を活用した医療提供体制の維持

へき地における医療提供体制の維持に向け ICT を活用した事例を熊本県より報告があった。

熊本県は、第 8 次医療計画においても、二次医療圏を現行の 10 つ維持することが決められた。二次医療圏は、熊本市と周辺地域の医療圏に人口が集約しており、その他の 6 医療圏は、国の示した構想区域の 3 条件を満たさない。

水俣芦北医療圏では、前期まで鹿児島県の北部地域からの患者流入率が 20%を超えていたが、今回のコロナ禍等により 10%台に低下している。現在、へき地の診療所を維持・存続するため週 2 回午前中に医師を派遣している。しかし、1 日あたりの患者数が減少（5 名/日）しており、また、近い将来、全ての科で 24 時間救急医療提供体制は維持できなくなる。

そこで継続診療また経過観察を、オンライン診療で対応できるのではないかと考え、地元医師会、薬剤師会、他関連機関と協力し連携を強化した。

ツールの 1 つに「くまもとメディカルネットワーク」がある。登録人数は、熊本県全体で 10 万人超である。水俣芦北医療圏は県人口の約 3%だが、既に 1 万 2000 人の登録がある。登録者は地域で通院歴のある患者だけでなく一般住民の参加も増えてきている。オンライン診療は、特に移動困難な患者さん等への医療提供に加え、医療スタッフの移動負担軽減、効率化に大きなメリットがある。

【図 6.3.1】

新型コロナにより加速した医療DX

私たちは「くまもとメディカルネットワーク」等を活用して、今後持続して地域住民に安心して信頼していただけるような医療・介護のサービス提供に関する実証研究を芦北圏域で実施している。

1. 僻地・離島のオンライン診療
2. 移動困難や施設入所患者さんに対するオンライン診療
3. 高次医療機関との救急患者に対するリアルタイム連携による救命率向上
4. 消防署（特に救急救命士）と連携した救急活動のスムーズ化、診療体制の迅速化
5. 地域高校、専門学校、大学と連携した将来の医療従事者確保の取り組み

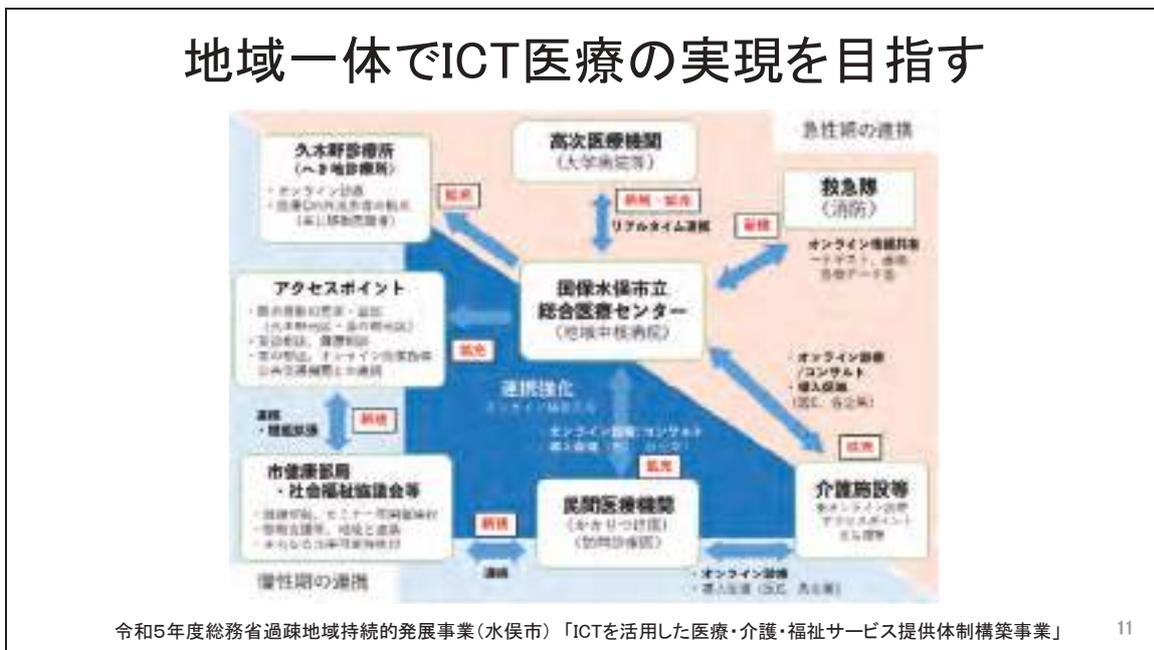
くまもとメディカルネットワーク等での連携で、救命率の向上を図っているところである。そのため、消防署、救急救命士と連携した救急活動により、時間短縮と救命率の向上を目指している。

高齢者等の ICT に不慣れな者に対する、直感的で優しいオンライン診療環境整備のため、現在熊本の高等専門学校と協定を結び、それを端末開発中である。

水俣医療センターでは、院長直属の組織として ICT の医療推進センターを立ち上げ、ライブを含めた連携やネットワーク構築支援など裁量権を与えて活動している。

本事業は、総務省過疎地域の持続的発展事業に採用された。令和 3 年度は「医療アクセス困難者に対するオンライン診療の実証」、昨年度は「つながる拠点による安心なくらしづくり事業」、今年度は「ICT を活用した医療・介護・福祉サービス提供体制構築事業」等、ICT 医療の結果検証を継続している。

【図 6.3.2】



機能の1つ消化器疾患のホットライン (D to Dのコンサルト) は、専門外でも連携・経験を積むことで、かかりつけ医機能の向上、ひいては総合診療医の役割も果たしていける。

緩和ケア支援 (N to N) では、オンライン服薬指導と市営コミュニティバスによる薬配送を実施。誤服薬の防止に向けて薬剤師会の訪問薬剤指導と密に連携し、朝1回の服薬を1本化ができる場合には、積極的に採用するよう努めている。

ICT を活用した院内連携として、初期対応方針決定までの時間を平均 10 分に短縮した脳卒中画像トリアージや、急性腹症画像トリアージ、および COVID-19 対応における隔離病棟への遠隔管理などを行っている

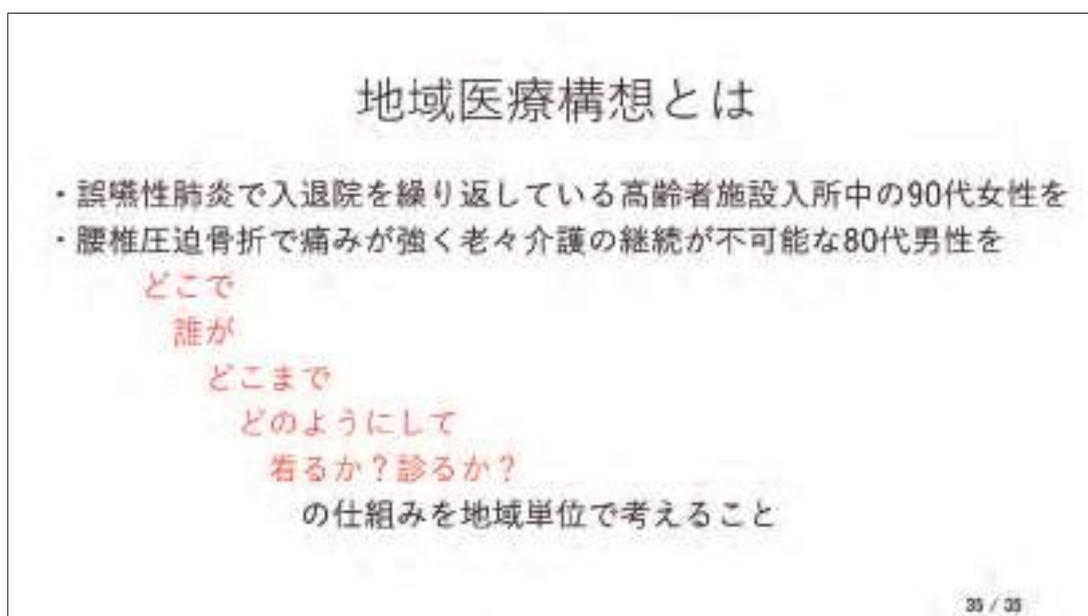
熊本大学病院との間で、消化器がん連携を実施し治療の標準化、迅速化、患者満足度向上に貢献している。

6.4 現場で考える真の地域医療構想（神奈川県医師会）

神奈川県医師会の小松委員より説明があった。

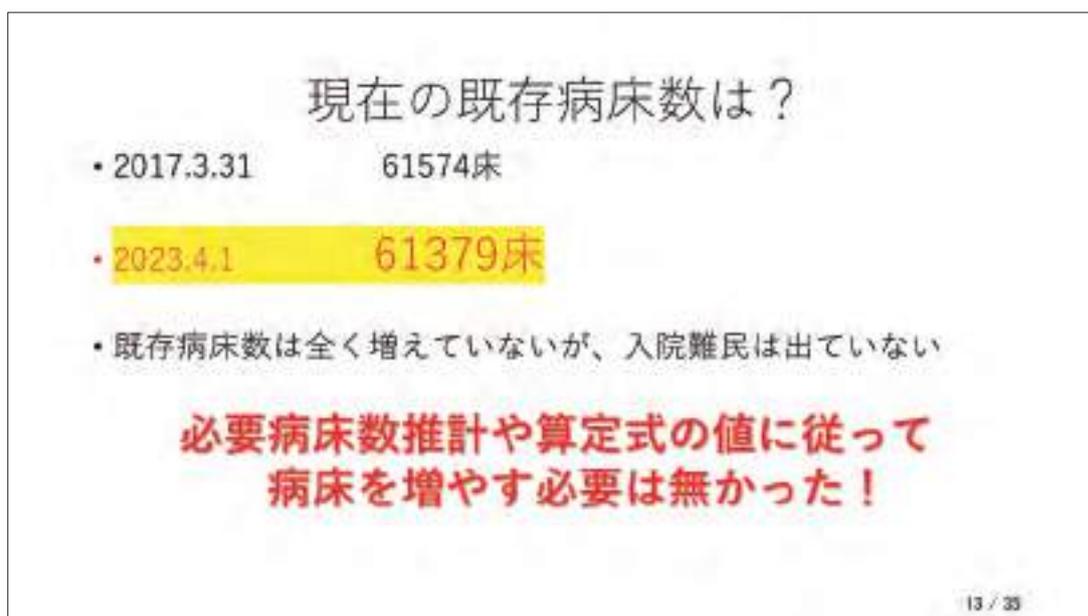
「地域医療構想」は、どこで・誰が・どこまで・どのようにして見るか（診るか）という仕組みを地域単位で考えることだと考える。例えば、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す高齢者施設在住の90代の女性や、腰椎圧迫骨折で老老介護の継続が不可能となり入院が必要な80代男性等の患者に対する医療と介護をどのように提供するかを検討することである。

【図 6.4.1】



神奈川県の医療計画における既存病床数は、2016年時点で約6万床で、地域医療構想における2025年の必要病床数は7万2410床であり、この時点で1万床近く不足と推計された。しかし当時既に空床があった。その一方で医療従事者が不足しており、増床すれば人材争奪が起きる懸念があった。また、回復期の病床が不足することが示されたが、回復期リハビリテーション病棟が増えてきた時期でもあった。

【図 6.4.2】



他方で、高度急性期の病院の当事者からは病床が不足しているとの意見が寄せられた。入院 10 日で転院ができれば平均在院日数は短くなり、さらに救急医療に対応できるとの意見があった。

10 年後の医療は予測不可能である。現行の地域医療構想のように病床の必要量の計算式を用いて将来を予測することには限界がある。

地域における医療提供は、各構想区域単位で全ての医療を完結させるという発想に陥らず、アクセスが悪くない圏域間であれば、複数の圏域間や都道府県で回復期や慢性期病床をカバーする方が適当である。

そして各医療機関の主となる医療機能は、これまでの多くの診療科を揃えた総合病院や専門特化した病院による競争ではなく、入院が必要になる高齢者への慢性期医療である。これは競争より共生が必要である。

そして、在宅医療は、都市部はさらに進展すると予想されるが、維持できない地域も出てくる。そこで在宅医療が必要な患者をどこで診るのか整理しなければならない。また、在宅医療や施設から急性期病院へ搬送された患者が、急性期病院から回復期等に医療機関へ転院されたところ、そこから、別の施設等に移されているという事例がある。

また、医療提供のためには多くの医師や医療従事者が必要である。しかし、医療従事者をさらに増やすことには限界がある。他の業界に過剰に流出しないよう維持していく必要がある。そのためにも、スペシャリストよりもジェネラリストを目指

してほしい。この点については、正直に医師が選択する場所や診療科について再考すべき時期に来ていると考える。

さらに、患者側も「いつでも主治医」「どこでも専門医」という認識を改めて、地域全体で診ていることを知ってもらう必要がある。急性期の病院から転院をお願いされても、追い出されたのではないという意識を持ってもらうために啓発が必要がある。転院や施設への逆搬送のために、患者の移動手段の確保も必要である。

ある年齢以上の患者は、かかりつけ医が面として診療を行い、その上で必要に応じて、専門家へ適切につなぐという体制を構築していく必要がある。病院完結型から地域完結型に移行することが必要がある。

なお、現在の地域医療構想が、どのような意義を残したかについては、地域のことを皆が考えて協議するというカルチャーができたことが挙げられる。新型コロナウイルスの流行下や医師の働き方改革の検討の際に大いに役に立ったといえる。

6.5 東京都医師会地域医療推進委員会・TMA 医療会議

東京都医師会佐々木委員より説明があった。

今期の東京都医師会の地域医療推進委員会における諮問「かかりつけ医機能が発揮される地域医療体制の構築について」の検討にあたり、二木立先生（日本福祉大学元学長、現在名誉教授）を招聘し「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化ーこの間の論争と西欧医療の現地調査を踏まえてー」との講演を受けた。その概要を報告する。

結論としては、かかりつけ医を持つことに賛成する。それは権利であって義務ではなく、制度化されるものではないことが掲げられた。

次に、プライマリケアの拡充で医療費は抑制できないことと、プライマリケアを充実させることが医療費の抑制には繋がらないとした。また、かかりつけ医については、元々COVID-19の流行下においてかかりつけ医が患者を診なかったとの主張がなされ、制度化の議論が始まった。しかしそもそも、国や一部の団体が参考としたイギリス型GP制度については、西欧医療調査の結果、GPが機能していなかったことが判明した。イギリスではCOVID-19の対応について国民の満足度は低下していると報告があった。

そして地域医療構想については、今後、医療機関の役割分担と連携が進んで、患者の大病院志向も是正されると期待されることと、診療所のフリーアクセスを維持

し、かかりつけ医を必要とする患者さんが選択できるような仕組みを進めるとの見解が示された。この点については、他方で、行き過ぎ行き過ぎたフリーアクセスについては懸念するとの見解もある。

なお、西欧医療調査において、COVID-19 の対応が 1 番うまくいっていたのがドイツであった。その理由として、PCR 回検査体制が最初から充実していたこと。診療所に対する所得補償が充実していたことが挙げられた。

6.6 在宅療養支援病院について

医療法上、400 床以上の大病院には特定機能病院という枠組みがある。200 床以上の大病院には地域医療支援病院がある。200 床未満の中小病院は、診療報酬上の在宅療養支援病院だけである。そこで在宅療養支援病院を、「地域包括ケアを支える地域密着型中小病院」として位置付けることを目指すことが示された。

また、人口 50 万から 100 万に 1 か所「高度急性期大病院」を設置する。高度急性期、重症急性期の入院医療に特化し、高機能病床は 10%以上、医師が 200 人以上、新型コロナの重症患者を 10 人以上診ることができるような病院を指す。

そして、中小病院は、慢性期病院、単科専門病院以外は、「地域包括ケアを支える地域密着型中小病院」になることを期待している。「地域包括ケアを支える地域密着型中小病院」としての在宅療養支援病院は、地域包括ケアシステムでは、多職種のマンパワーを地域に派遣して、まちづくりの中心となり、地域医療構想では、高度急性期大病院とともに病院の 2 つの軸の 1 つとなる。

2040 年に地域共生社会を実現するための医療の条件は 3 つあり、「高度急性期大病院の計画的整備による集約化」と「地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の分散化」そして、「かかりつけ医のさらなる充実・強化」と考える。

かかりつけ医機能では、「地域包括ケアを支える地域密着型中小病院」は、ソロプラクティスの診療所を支援し、地域を面で支える中心となる。単独のソロプラクティスの診療所だけで全てのかかりつけ医機能に対応することには、限界がある。ソロプラクティスの診療所の支援を担うのは、1 つは在宅療養支援病院、1 つは在宅療養支援診療所、1 つは総合診療専門医の先生方等によるグループプラクティスの診療所である。

次の地域医療構想では、2025 年までの病床機能の議論ではなく、病院機能の機能分化と連携の議論が必要である。

6.7 現在の医療提供体制について ～国からの報告～

第 8 次医療計画及び現在の地域医療構想、並びに新たな地域医療構想について、厚生労働省から担当課長による講演を実施した。

まず、「医療計画」は地域の医療提供体制の設計図であり、今回特に「5 疾病 6 事業及び在宅医療に関する事項」は重要との認識が示された。

また、今回から「新興感染症発生・まん延時における医療」が 6 事業目として追加された。この「新興感染症発生・まん延時における医療」では、都道府県は、COVID-19 に相当する感染症を想定して最大規模の体制を目指す計画を立てる。国は、新しい司令塔機能や、統括庁により知見を収集と情報提供を行う。今後発生する新興感染症が、当初の想定と大きく異なる場合は、国として判断を行い、必要な情報提供、そして各都道府県において計画を修正し対応を図る。

そして、都道府県は、新興感染症発生時に備え医療措置の協定を医療機関と締結する。感染症法を根拠法とし、平時から通常医療を損なわないようにしつつ地域における役割分担を担保するものである。

医療措置協定は、「病床確保」・「発熱外来」・「自宅療養や施設療養」・「後方支援」・「医療人材派遣」について締結を検討する。厚生労働省からは、地域で役割分担と連携を図り急性期以降の患者を受け止める連携体制構築が重要との認識が示された。

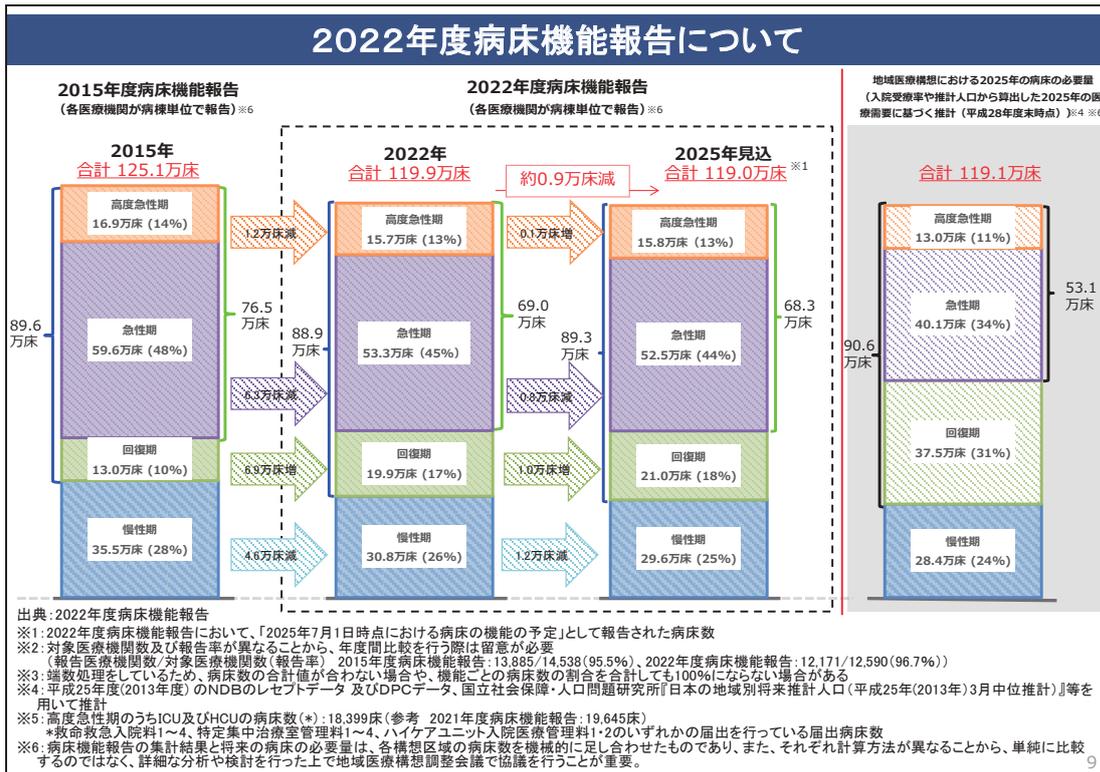
感染症法上、都道府県は「連携協議会」を設置して、救急搬送等の入院調整のルールを構築する。構成員は、医療機関、消防機関、保健所、地方衛生研究所、保健所設置市等自治体である。

2023 年度の補正予算で新興感染症対応力強化事業（148 億円）が組まれた。事業主負担分もあるが、補助内容として、施設整備（個室病床の整備、多床室を個室化するための可動式パーテーションの設置、ゾーニングのための病棟出入り口の扉の設置等）や設備整備（簡易陰圧装置や検査機器、HEPA フィルター付き空気清浄機等）をそろえた。これらを通して 5.1 万床（3000 施設）の病床確保、4.2 万の発熱外来施設を整備する計画である。また補助として、「災害・感染症医療業務従事者派遣設備整備事業」も追加した。DMAT、DPAT 等、災害時にチームを派遣する医療機関に対して、派遣用資機材の整備、服や防護材などの携行、通信用整備や緊急車両に対して補助するものである。

次に、「地域医療構想」について説明があった。「地域医療構想」は、人口構造と医療ニーズの変化をとらえて、医療機関の機能分化と連携を進めていくものである。

地域医療構想と病床機能報告のグラフについて、一番右のグラフが2025年の病床の必要量の総計であり地域医療構想の目指す姿である。左から2015年の病床機能報告の結果で、2025年の見込みでは119.0万床になる。施策が功奏しているとの評価を受けている一方で、4つの機能の数量が目標と乖離しているとの指摘がある。

【図 6.7.1】



また、2023年10月4日に本課より発出した、事務連絡「地域医療構想を踏まえた基準病床数の算定における基本的な考え方について(参考)」(令和5年10月11日付日医発第1265号(地域)で都道府県医師会宛にご案内)の補足があった。

今回、基準病床数を算定する式に機械的に数値を代入すると、基準病床数が病床が増えるという事態が生じた。

元々基準病床数制度は、過剰地域から少ない地域に対して移行させることで全国的にバランスのとれた医療提供体制を目指すものである。

そしてこの算定式は、「一般病床」・「療養病床」とともに「入院率」を見て、「病床利用率」で割り戻す構造となっている。入院率は、性・年齢階級別人口と平均在院日数を考慮して算出するが、第7次医療計画時よりも高齢者人口が増え、平均在院日数長くなったため、増えた。これを踏まえ「これまでの基準病床の算定に当たっ

て使用した数値や各医療圏の実態を勘案して独自に設定することが望ましい」との見解を示した。

地域医療構想を実現するために国が用意した財政的支援を紹介する。

「地域医療介護総合確保基金」は地域医療構想を実現するためのものであり、医療分は年間約 1000 億円、対象事業は I-1 でハード面での支援、I-2 で病床のダウングレードが示されている。II は在宅医療、IV は医療従事者の確保、VI は勤務医の労働時間短縮への取組である。事業の負担割合は国が 3 分の 2、都道府県が 3 分の 1 である。

「病床機能再編支援事業」は、「単独医療機関」タイプと「複数医療機関」タイプがあり、ダウンサイズする 1 病床当たりの病床稼働率に応じた金額が支給される。

「複数医療機関」の場合は、再編統合に伴い発生した債務整理の利子負担を軽減するものである。国が全額負担している。

「重点支援区域」は、複数の医療機関の医療機能再編を目指す取り組みであり、地域医療構想調整会議での合意を前提に都道府県の申請を経て厚生労働省が選定する。これまで 13 道県 20 区域が選定され 4 区域で完了している。

その他「地域医療連携推進法人」制度がある。医療機関が連携し、診療科や病床の融通、共同研修、共同購入等を行う制度である。2023 年 7 月 1 日現在で計 34 法人が設立されている。2023 年医療法上の制度改正がなされ、個人立医療機関や介護事業所の参加が可能となった。ただし個人立医療機関が参加した場合、連携推進法人から参加法人等への貸付や出資はできない。施行日は令和 6 年 4 月 1 日である。

2025 年以後の地域医療構想の検討に入る前に、まず

現在の地域医療構想の達成に向けた残り 2 年の施策について、昨年度末に「PDCA サイクル等による地域医療構想の推進について」という通知を発出した。都道府県は、毎年度構想区域ごとに目標を立てて、対応方針の策定率が 100%になるよう取り組みを行う。また、病床機能報告と将来の病床の必要量との間に乖離がある区域は、地域医療構想調整会議で要因分析や評価を行い、理由を明確にする。そのために調査を行う。さらに、非稼働病棟に対する対応状況についても調査して把握する予定である。

2023 年 9 月末の時点では、対応方針の策定率の見込みはほぼ 100%。一部有床診療所の方針が整理されていないとの回答があった。

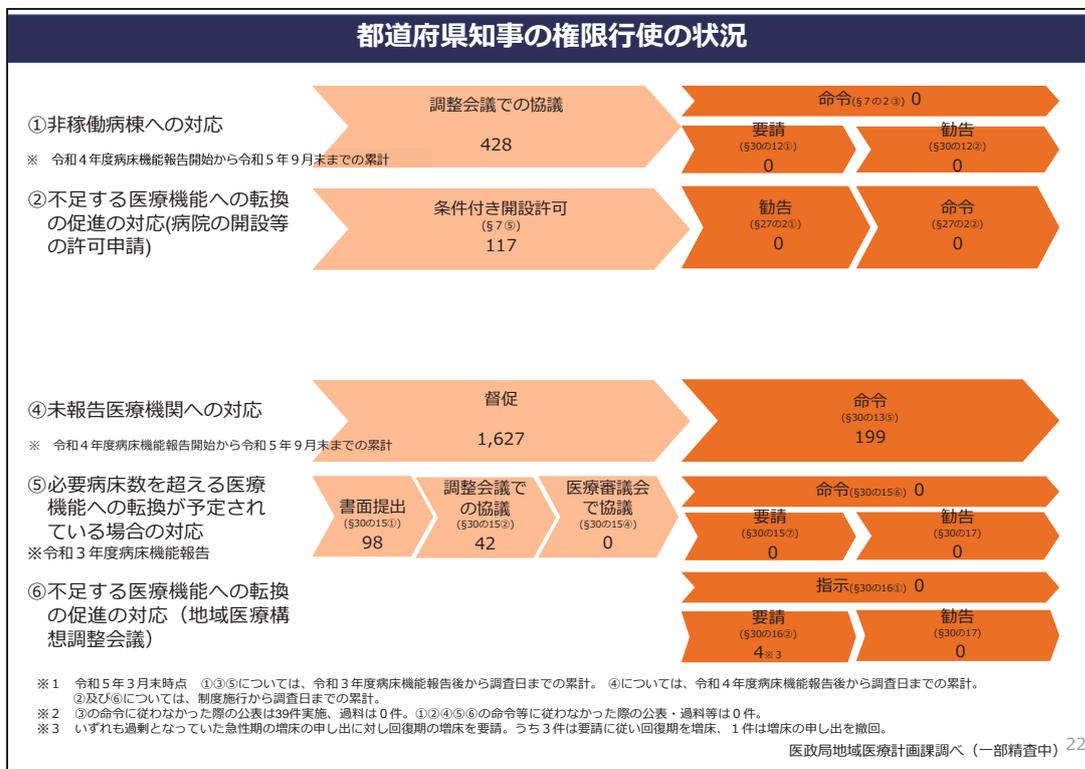
「再検証対象医療機関の対応状況」は、「検証済」及び「措置済」の医療機関の対応方針は、「病床機能を見直す」、「許可病床数を見直す」が挙げられた。「従前通り」とする回答には「二次救急やへき地など、地域医療を支える重要な役割を担っているため」を理由に挙げたところもある。

「再検証対象医療機関における病床数の変化」を抽出すると「急性期」は、1万831床の減少、「回復期」以後で、6,955床の増加であり再検証による一定の効果が認められる。

「都道府県知事の権限の行使の状況」について、①非稼働病棟への対応、②不足する医療機能への転換の促進の対応(病院の開設等の許可申請)、③命令に従わなかった際の公表、④未報告医療機関への対応、⑤必要病床数を超える医療機能への転換が予定されている場合の対応、⑥不足する医療機能への転換の促進の対応（地域医療構想調整会議）がある。

- ① 非稼働病棟への対応は協議のみで命令要請はされていない。③は 39 件実施されたが過料は 0 件であった。これを受けて、知事の権限が十分でないとの意見もある。

【図 6.7.2】



新たな地域医療構想について、「今後の対応方針」は、国の方から、構想区域の効果的な事例の周知等を実施し、今後中長期的な課題について整理し、2026年度以降の構想の策定に向けた検討を進める。

スケジュールは、2024年度に国の方で方針を取りまとめ、2025年度に都道府県で策定していただく。

なお、2023年度の骨太の方針で都道府県知事の権限強化を示唆する文言が盛り込まれた。2023年10月4日の「第14回全世代型社会保障構築会議における主な意見」では、「振り返りをする必要性」や「都道府県の責務の明確化」が必要という意見が寄せられている。

6.8 検討

6.8.1 医療計画について

6.8.1.1 二次医療圏について

二次医療圏の圏域を見直すことも考えられるが、長期に渡り病床数や5疾病・5事業の検討の基礎となっている地理的要件を再編することは地元の負担が大きい。また、医療圏を統合するとは、却って圏域内にへき地的部分ができ、その対応が見落とされる危険がある。

すべての医療を二次医療圏で完結させるのではなく、疾病・事業ごとに、ICTや緊急移動手段（飛行機、ヘリコプター、ドクターカー等）を活用することで圏域を跨いだ対応を行うようにするべきである。また、相対的に時間的・切迫性を求められない疾病や事業については、二次医療圏より広域の圏域を設定することが考えられる。

6.8.1.2 基準病床数について

基準病床数については、2023年10月に厚生労働省から発出された通知の通り、計算式へ単純に数値を代入した結果と地域の実情との間の齟齬が大きくなっている。我々医療者は、数字に振り回されず、データと地域の実情を念頭に置いて解釈し、医師会として、行政に発信し是正していく必要がある。

次に、2024年4月から介護医療院の病床が、医療計画における既存病床数の対象から除外される。これにより、医療提供体制は変わらないが既存病床が減るという

現象が起きる。国は、基準病床数と既存病床数のギャップを考慮した考え方を示すべきである。

6.8.2 地域医療構想について

6.8.2.1 病床の必要量について

病床の必要量は 4 つの機能分類がされているが、機能の分化・連携よりもそこで働く医療従事者の育成が重要である。これは次の地域医療構想における医療機能を考えていく際にも必要となる。例えば回復期病院の医師はどのような機能を担う必要があり、どのように育成するか整理が必要である。

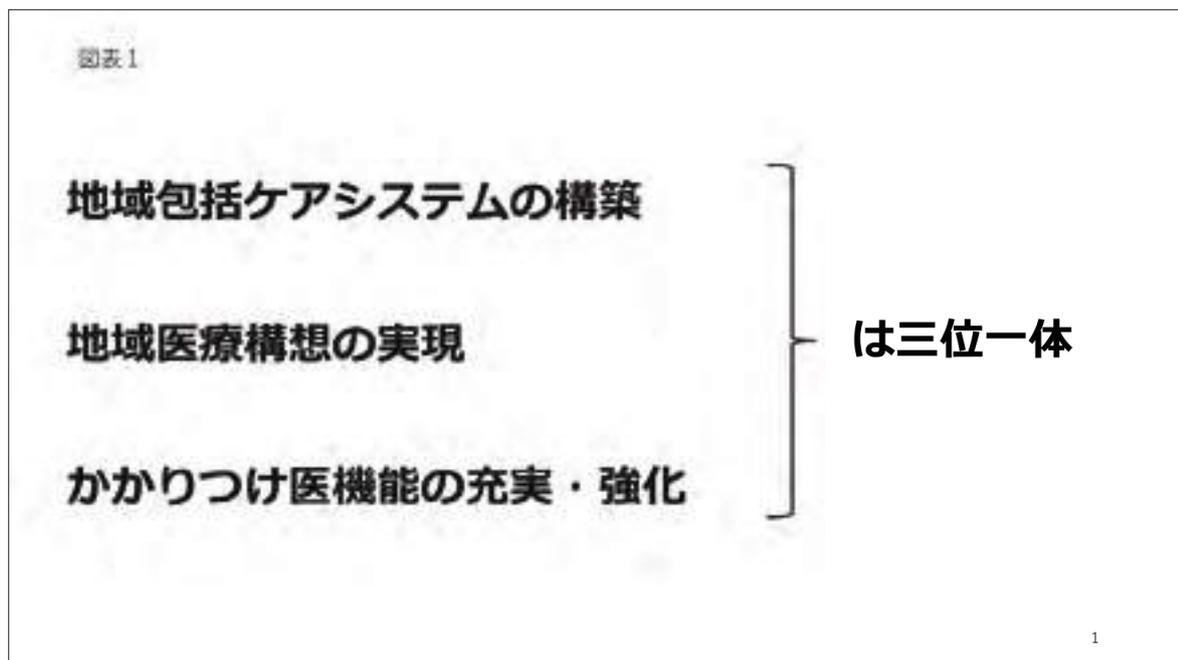
在宅医療等のサービス必要量については、療養病床に入院している患者が今後増加することを前提に、居宅で医療を受けるか施設に戻るか、介護医療院に転院するかという概念だが、6 年前から更新がない。5.1 在宅医療についてののように、国が在宅医療を推進するのであれば、地域の実情に即した、最新の情報となるよう更新して行くべきである。

6.8.2.2 これからの地域医療構想について

わが国が本格的な超高齢社会の入口に立つ 2025 年から超高齢社会のピークを迎える 2040 年に向けて、われわれは世界一の超高齢国として超高齢社会を乗り切る体制を確立しなければならない。

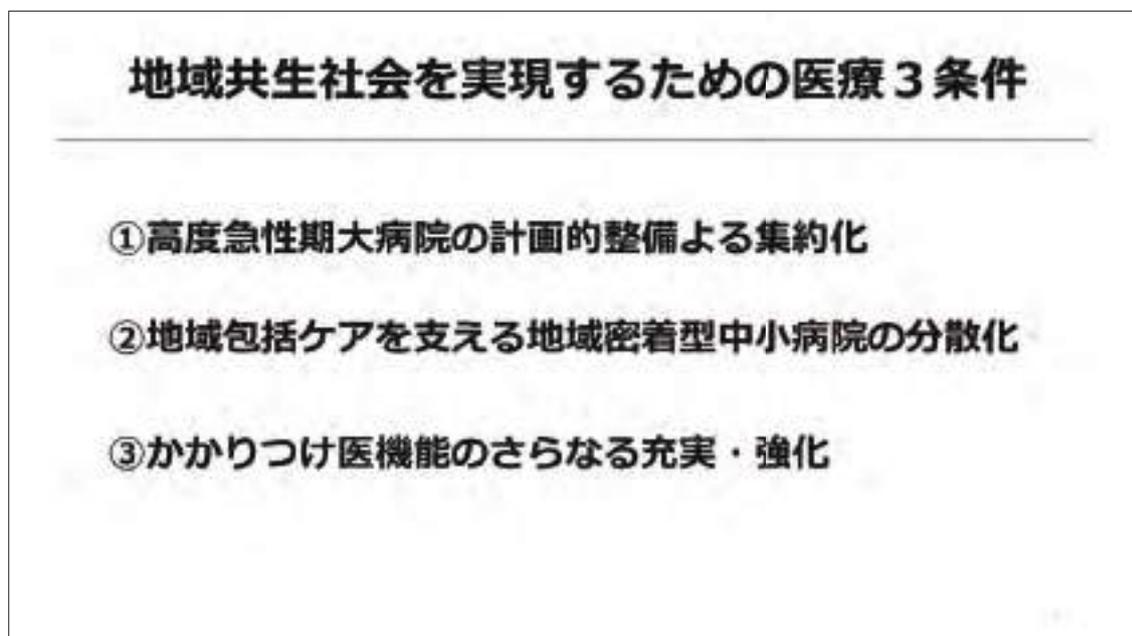
地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築およびかかりつけ医機能の充実・強化は三位一体の取り組みが必要であり（図 6.8.2.2.1）、ポスト 2025 の地域医療構想では病院単位の機能分化と連携を進めることが求められる。

【図 6.8.2.2.1】



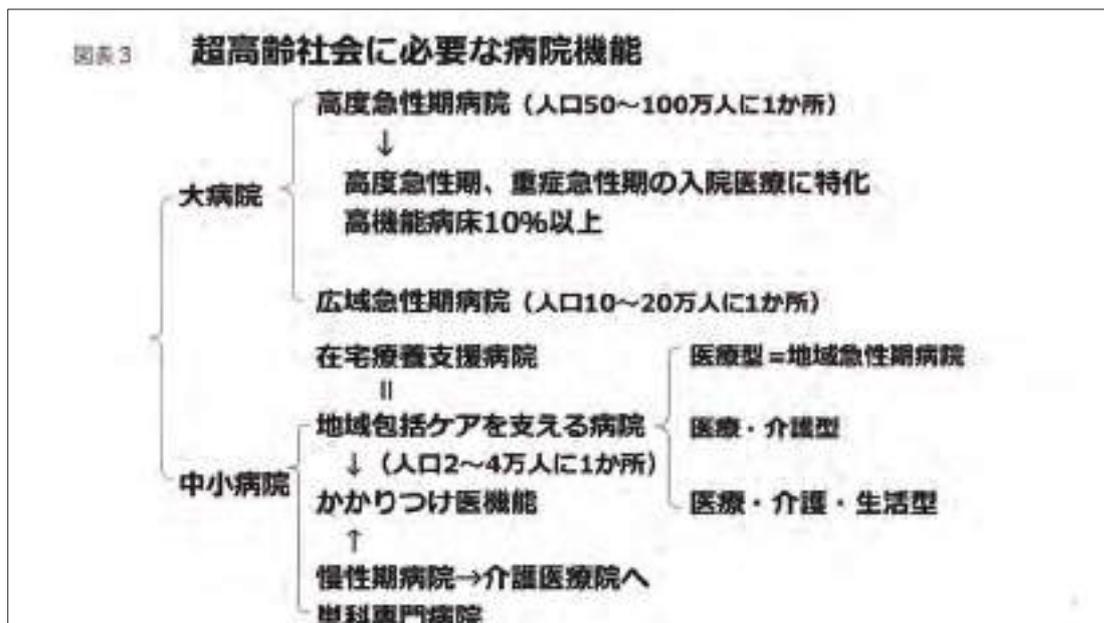
2040 年を目指した地域共生社会を実現するための医療 3 条件は、①高度急性期大病院の計画的整備による集約化、②地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の分散化、③かかりつけ医機能のさらなる充実・強化であり（図 6.8.2.2.2）、これからの病院は高度急性期大病院と地域包括ケアを支える地域密着型中小病院が 2 つの軸になると考えている。

【図 6.8.2.2.2】



超高齢社会に必要な病院機能としては、その 2 つを軸として、大病院は高度急性期病院と広域急性期病院に分かれ、中小病院は地域包括ケアを支える地域密着型病院以外に単科専門病院と慢性期病院が存在する（図 6.8.2.2.3）。

【図 6.8.2.2.3】



このうち、高度急性期大病院は、人口 50～100 万人に 1 か所と集約化する必要がある、高度急性期と重症急性期の入院医療に特化する。

さらに、ICU など高機能病床が全病床の 10%以上あり、医師が 200 名以上勤務するとともに、新型コロナのような新興感染症発生時には重症患者を 10 人以上受け入れられる病院である。広域急性期大病院は、人口 10～20 万人に 1 か所必要であり、市民病院や民間の大病院が相当する。一方、地域包括ケアを支える地域密着型中小病院は人口 2～4 万人に 1 か所と分散化する必要がある、私は在宅療養支援病院（以下、在支病）がふさわしいと考えている。在支病は①医療型、②医療・介護型、③医療・介護・生活型に分けられると考えているが、このうち医療型は地域急性期病院にも相当する。また、地域包括ケアを支える地域密着型中小病院は慢性期病院ともにかかりつけ医機能を有する。

かかりつけ医機能については、現在検討が進められているが、今後のかかりつけ医機能の担い手として、①地域密着型中小病院（在支病）、②在宅療養支援診療所（以下、在支診）（有床・無床）、③グループプラクティス診療所、④ソロプラクティス診療所グループの 4 つを考えている（図 6.8.2.2.4）。このうち、グループプラクティス診療所は総合診療専門医によく見られる形態であり、今後の診療所の一つの方向性を示唆していると考えられる。わが国に多いソロプラティス診療所は、グループ化する場合に、在支病や在支診と組むことも考えられる。

【図 6.8.2.2.4】



地域医療構想の実現には、都道府県医師会と都道府県行政およびアカデミアとの連携と強力なリーダーシップが必要であり、日本医師会や厚生労働省の力強いバックアップを期待している。

構想区域については、これまでは病床機能の分化・連携を図ることを目的とした地理的単位であった。次の地域医療構想では、病床機能報告や外来機能報告だけでなく、在宅医療やかかりつけ医機能についても考えていかねばならない。また、今後は、介護との連携がより重要になってくる。介護を所管しているのは市町村である。そこで、在宅医療を市町村単位として医療の単位である二次医療圏と緊密な連携を図る必要がある。

また、限られた医療資源を有効に活用するため、医療機関の機能を、都道府県に数か所程度の「高度な医療を提供する医療機関」と、「地域包括ケアシステムを支えるための医療機関」を明確化していく必要がある。そして、これからの地域医療構想は、病床数だけでなく医療従事者の数も考慮して議論していかねばならない。

2025年以降の地域医療構想に向けて検討が開始されているが、日本医師会は、地域の意見を伝え、地域が混乱しないようにしていただきたい。

6.8.2.3 その他

急性期病院の病床の必要量と病床機能報告の数字を比較した記事を見るが、この2つは単純に比較できるものではない。今後も誤解を招かぬよう、是正を求める必要がある。

6.8.3 その他

6.8.3.1 地域医療連携推進法人

地域医療連携推進法人設立の動機は、病床融通の他、圧倒的な病院とその傘下の医療機関という関係がある場合が見受けられる。他方で、過疎地で医療機関同士が連携していかないと継続できないという場合もある。

推進区域が病床過剰地域であり増床できない場合に、病院が病床融通のために、有床診療所と地域医療連携推進法人を設立したケースがある。

他方、山形県の日本海ヘルスケアネットのように、地域の医師会と歯科医師会、市の理解を得ながら進めていく組織もある。地元の理解を得ながら行う望ましい例が身近にあれば、市立病院と民間の病院が連携推進法人や、あらたな設立などが進められていく。

一方でこれから連携推進法人を設立する場合は、本来の目的である過疎地域における医療連携を進める目的の場合に、病院それぞれにプライドがあり気運が上がらないという問題が起きる。

福島県において、赤字である3つの公立病院の統合にむけて、医師会からも奨めている進展がない。多くの地域で同じ問題を抱えている。例えば水戸地区の5大病院の再編を、水面下で続けているが、意見交換会を県医師会が主催して意見交換会を継続して、ようやく「再編検討区域に申請する」という文言を入れた。県か県医師会が相当にパワーをかけないと、基本的に現状維持の考えが多い。

6.8.3.2 医療措置協定について

現在の医療計画における6事業目「新興感染症への対応」は、新型コロナウイルスを想定感染症に偏りすぎているとの懸念がある。ただ、現時点で我が国のパンデミックに対する蓄積されたデータはCOVID-19であるため、まずはCOVID-19の経験を踏まえた体制構築を行った上で、次の感染症において相違がある場合に、機動

的に修正することとなっている。この仕組みが、結果的にすべてを現場任せにするような体制とならないようにする必要があります。

また今回のコロナ禍においては、初動で各都道府県の感染症指定医療機関の対応に限界があった。その要因の1つに、感染症指定医療機関の要件が、専門の医師がいることのみであることが挙げられる。今後は、行政と感染症指定医療機関で定期的にチェックをするとともに、専門の医療従事者の確保と予算の適用が必要である。

医療措置協定については、一度契約すると解除ができない内容の協定案を示してきた都道府県があった。都道府県医師会は異議を唱え、解除条項を盛り込むようにすべきである。安定的な薬剤提供体制の確保なども必要だと考える。

新興感染症への対策には、平時を守る病院を設置するとともに、緊急時の医療にも対応するため臨時医療施設の設置をすることも地域によっては必要である。

医療機関が新興感染症等に専念できるようにするためには、充実した支援が必要であることを伝えてほしい。万一にもマイナスの影響があれば協力できなくなることを国に明確に伝える必要がある。