



# 全日病 NEWS 2024.10.15

## No.1065

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

## 「地域医療構想前夜」をテーマに全日病学会を開催

第65回 全日本病院学会 in 京都 嵐の中を航海する病院が羅針盤を得て、方向性を見定める機会に

「第65回全日本病院学会 in 京都」(学会長=清水鴻一郎京都府支部長)が9月28・29日、「地域医療構想前夜～嵐の中の航海 羅針盤を求めて～」をテーマに、国立京都国際会館で開催された。開会式で清水学会長は、「来年の2025年は地域医療構想が一つの完成を迎える年。今年はその『前夜』ということで、地域医療を取り巻く嵐の中を航海している地域の病院が、羅針盤を得て、方向性を見定めることができるように、このテーマを設定した」と京都学会開催の趣旨を説明した。

その上で、「地域医療構想は国民が質の高い効率的な医療を受けられるようにするためのものであり、かえって地域医療に混乱をもたらすものにならないように、本当の意味における地域医療構想とする必要がある」と述べ、京都学会では、そのためのプログラムを準備したとの考えを示した。

全日病の猪口雄二会長も、「団塊の世代がすべて75歳を超える2025年が間近に迫っている。地域医療構想の実現に向け、まさに各病院にとっての羅針盤が求められている」と述べた。

続けて、「すでに新たな地域医療構想に向けた議論も始まっている。今年4月には医師の働き方改革が施行され、6月には診療報酬改定が実施された。今後その影響が出てくるだろう。我々が対応しなければならぬ課題は山積している上に、非常に厳しい。9月18日に緊急発表した全日病、日本病院会、日本医療法人協会の病院経営調査の結果でも、病院経営が急速に悪化していることが明らかになった。9月27日の自民党総裁選で当選した石破茂総裁をはじめ与党や政府に対し、国民の生命を守り地域医療を守るために必要なことを訴えていく」と強調した。

終わりに、「各病院が自院の舵取りに悩んでいると推察する。京都学会において自院の方向性の最適解が見つかる

ヒントとなる多くの示唆に富んだ多様な議論が行われると思う」と京都学会への期待を示した。

厚生労働省の迫井正深医務技監は、現下の様々な課題を指摘。「2025年そして2040年を見据えた地域医療構想の実現に向けた取組みがある。今年4月には、医師への時間外・休日労働の上限規制が施行された。来年4月には、かかりつけ医機能を発揮するための制度整備が施行される。年内には医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージを皆様と相談しながらまとめる。さらに、新型コロナウイルスが5類になっても感染症の脅威は収まったわけではない」と述べ、これらの課題において病院の果たす役割を強調し、協力を求めた。

日本医師会の松本吉郎会長は、「地域医療構想は医療界にとって大変重要なテーマで時宜に合っている。日医はこれまでも全日病をはじめ病院団体と連携し、地域医療構想を含む医療政策を議論してきた」と医療界が一枚岩となって課題に取り組む姿勢を強調。その上で、「このたび石破新総裁が就任し内閣が組織される。日医は病院団体と一致団結し、攻めるところは攻める、守るところは守る、攻守一体で活動していく」と力を込めた。

### 一夜限りの清水寺の特別拝観

全日本病院学会は今年で65回目だが、京都での開催は初めて。京都学会では、テーマに関連したプログラムとともに、京都をよりよく知ってもらう企画を用意した。学会企画の特別講演として、武者小路千家・第14代家元である千宗守氏が「茶は薬用より始まる」をテーマとした講演、清



水寺貫主である森清範氏が「ことばの呪能」をテーマとした講演を行った。

28日には、一夜限りの特別拝観として、世界遺産である清水寺が京都学会参加者に限り開放された。十一面千手観世音菩薩が奉祀された本堂では、能登半島地震と大雨災害からの復興を願う祈りが捧げられたほか、広島学会論文受賞者等への表彰式が催された。

閉会式前には、俳優の藤原紀香さんと清水学会長による「役者と医者との共通点～一発勝負の厳しさ」の特別対談があった。藤原さんからは、演劇の舞台が一発勝負であり、そこにかかる集

中力や緊張は凄まじいが、お客様から喜ばれると報われるとの話があり、医療者の仕事との共通理解に至った。

学会企画ではそのほか、厚労省以外の省庁は医療をどのようにみているのかや、地域医療構想に関連した病院の経営戦略、テクノロジーの発展を医療に応用させる上での課題、働き方改革など多彩なプログラムが用意された。さらに、例年通り全日病の各委員会による企画、数多くの一般演題、ランチョンセミナーがあり、盛況に終わった。参加者は4,011人となり、4千人の大台を超えた。



清水鴻一郎・学会長



猪口雄二・全日病会長



迫井正深・医務技監



松本吉郎・日本医師会会長

## 病院を支える多職種による貢献で民間病院の存在感示す

### 学会長講演・清水学会長

清水鴻一郎学会長が「地方における民間病院団体の在り方」をテーマに、京都私立病院協会の活動について学会長講演を行った。清水学会長は京都私立病院協会の会長であり、同協会は今年60周年を迎える。清水学会長は、「京都私立病院協会は1964年10月設立で会員数は134病院。京都府内のほぼすべての民間病院で構成する。病院はそれぞれ切磋琢磨しているが、協会として



### 60周年を迎える京都私立病院協会の活動を紹介

活動するからこそできることがある。それを紹介したい」と述べた。

同協会では、5年ごとに記念事業を行っている。40周年記念(2004年度)では「禁煙宣言・禁煙キャンペーン」で、京都府内の病院の敷地内禁煙を推進した。45周年記念(2009年度)では、「環境宣言・環境キャンペーン」で、協会加盟施設による省エネなどに取り組み、職員一人ひとりが温室効果ガスの削減に努めた。50周年記念(2014年度)では、医療・介護・福祉関係者とのいっそうの「つながり」のため、各種事業を行った。55周年記念(2019年度)では、将来の医療の担い手育成事業として、映画「ありがとうの重さ～チームで守るいのちと健康」を製作し、中学校を訪問し出前授業を行った。

清水学会長は、同協会の特徴として、◇病院を支える多職種が関わる団体で

あること◇各職種が専門性を発揮し、連携して医療の課題に取り組めることが最大の強み◇行政とも密接に連携し、地域医療の充実に資する各種事業を実施◇フットワークが軽く、機動的で柔軟な対応が可能をあげた。

地域医療構想・地域包括ケアシステムの推進に関する取組みでは、在宅療養あんしん病院登録システムを構築し、体調不良時の病院への早期アクセスから早期治療、早期退院につなげることで、在宅療養の維持に貢献している。

人材確保・定着に関する取組みでは、京都府医療勤務環境改善支援センター事業により、「京都いきいき働く医療機関認定制度」を創設。現在、府内160病院中53病院が認定されている。

医師以外の医療従事者に対しても、「看護人材早期復職支援事業」、「医療従事者確保強化事業」などにより、医

療人材の確保・定着に努めている。

コロナ禍では、京都府新型コロナウイルス感染症対策専門家会議への参画や新型コロナ患者等の積極的な入院受入れ、集団接種事業、宿泊療養施設事業などに取り組んだ。

清水学会長は2040年に向けた展望も示した。まず、最も重要な点として、「多職種連携による地域貢献で民間病院の存在意義を示す」ことをあげた。続けて、「やりがいと誇りを持って働ける病院づくりを支援する必要性」を強調した。最後に、「国の医療・介護政策の方向性、制度改正の動向を迅速に情報共有し、対応力を強化する」と述べた。

### 本号の紙面から

新たな地域医療構想等検討会	2面
医師養成過程通じた偏在対策	3面
新内閣の厚労大臣に福岡氏	4面

# 新たな病床機能報告の回復期・慢性期・在宅医療を整理

## 新たな地域医療構想等検討会 回リハに特化した医療機関は「その他地域を支える機能」に分類

厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は9月30日、新たな地域医療構想における「回復期・慢性期・在宅医療」と医師偏在対策の議論などを行った。

新たな地域医療構想の考え方では、回復期リハビリテーション(以下、回リハ)や一部の診療科に特化した医療機関について、病床機能報告における医療機関機能の「その他地域を支える機能」に分類し、地域包括ケア病棟(以下、地ケア病棟)など高齢者救急のサブアキュート機能を備える医療機関とは別に扱う方向性が示された。

医師偏在対策については、医師養成過程を通じた医師偏在対策以外の偏在対策を同検討会で議論するとしており、厚労省が提示した総合的な対策パッケージの骨子案に沿って、規制的手法と経済的インセンティブの両面の対策を議論。構成員から様々な意見が出た。

### 回リハと地ケアの機能を分析

新たな地域医療構想においては、従来の「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4機能に加えて、医療機

関機能を病床機能報告で報告する方向にある。ただ、「回復期」については、今後増える高齢者救急の受け皿として、「急性期」と「回復期」を併せ持つ機能が重要になることを踏まえ、名称や定義を変更する考えが示されている。

一方、医療機関機能については、「高齢者救急の受け皿」となり、地域への復帰を目指す機能、「在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能」、「救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能」の3分類がある。今回新たに、「地域によっては、回リハや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮している」とし、3分類とは別に扱う考えが示された。

なお、回リハに特化した医療機関とは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定し、急性期病棟併設や地ケア病棟がない回復期リハ単独の医療機関と位置づけている(図表を参照)。

厚労省は同日の資料で、回リハ病棟と地ケア病棟の違いを強調。「高齢者救急の受け皿」とは異なる回リハ病棟が少ないとした。例えば、◇回リハ

病棟の平均在院日数は地ケア病棟よりも30日ほど長い◇回リハ病棟には一般の急性期病院より死亡率が高い病棟がある◇胸腰椎の骨折で、回リハ病棟は50日程度、地ケア病棟は30日程度の在院日数一などを示した。

しかし、これらの解釈に対しては、慎重な判断が必要との意見が出た。

全日病会長の猪口雄二構成員は、「回リハ病棟で在院日数が60日を超える疾病は脳血管疾患がほとんど。一方、地ケア病棟は報酬の算定日数の制限があり、60日以内で調整しているのだと思う。大腿骨頸部骨折の平均在院日数が、回リハ病棟で50日、地ケア病棟で29日ということも、急性期病棟後の在院日数が、自院で転棟する場合より転院した場合で長くなる傾向があることも、重症度や合併症など手間のかかる病態の違いなどを勘案してデータをみる必要がある」と、解釈には慎重な判断が求められるとの見方を示した。

また、「地ケア病棟は二次医療圏よりも小さい地域単位で役割を果たしている。回リハ病棟はそれより広い地域から患者が来ていると考えられ、これ



と一緒に論じるのは難しい。関係学会とも連携し、丁寧に見ていくべきではないか」と述べた。

「慢性期・在宅医療」については、「地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる等、地域での在宅医療提供を確保するための医療機関機能を位置づける」という整理で、概ね構成員の理解を得た。在宅医療の圏域は、従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療・介護資源等の実情に応じて、弾力的に検討することになっている。

猪口構成員は、2024年度診療報酬改定で報酬としても充実させた「高齢者施設等と医療機関の連携強化」の体制整備について、「平時からの連携強化が大事になるのはまったくその通りで、高齢者施設等から医療機関への早期の入院受入れが、高齢者救急を未然に防ぐ上で、非常に重要」と強調した。

国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰構成員は、独自の在宅医療分析の結果を紹介した。それによると、在宅医療提供量が多い二次医療圏は、東京23区をはじめとした大都市部を含む地域や、医師が比較的多い地域であり、全国的に非常に限られた地域となっている。一方、在宅医療提供量が少ない地域は、医師不足地域である東北や北関東を中心に全国的な広がりがあることがデータで示された。高橋構成員は、「医療機関の採算性が見込め、医師が比較的多い地域以外は、在宅医療の提供が困難であることが確認できる」と説明した。

また、新型コロナの感染拡大が生じた2019年度以降に、在宅死が急増したとのデータも示した。日本の在宅死の割合は2015年度で6%程度だが、2022年度に12%を超え、倍増した。在宅死の割合は大都市のある都道府県で高く、神奈川県(23.9%)、東京都(18.7%)、愛知県(17.3%)が高い。岐阜県も17.2%で高い割合である。

### 新規開業に対する規制に賛否両論

医師偏在対策については、厚労省が総合的な対策パッケージの骨子案を示している。①医師確保計画の深化②医師の確保・育成③実効的な医師配置の項目に沿って、規制的手法や経済的インセンティブの案がある。厚労省は同日、各対策の具体案を示した。

医療部会での議論と同様に、「医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法」に対しては、否定的な意見が多かった。

具体案では、認定医師を管理者の要件とする医療機関について、現行は地域医療支援病院のみだが、対象医療機関を拡大することを論点とした。また、認定医師に求める医師少数区域等での勤務経験を、現行の6か月以上から1年に延長することも論点となった。

構成員からは、病院の管理者の成り手が限られている中で、認定医師という要件が増えると、さらに成り手が限定されることになり、管理者に求めら

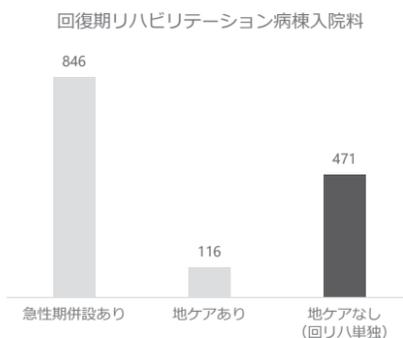
### 地域ごとに求められる医療機関機能

- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】(必要に応じて圏域を拡大して対応)を確保することが考えられる。
- このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮している。

■地域ごとに求められる医療機関機能

医療機関機能	具体的な内容(イメージ)
高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行う</li> <li>必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につなげ、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できる</li> </ul>
在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる</li> </ul>
救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる</li> </ul>

■その他の医療機関機能



### 規制的手法について(案)

骨子案 (略) 外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。

(主な論点) 9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
- 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。

#### I 現状・課題

- 「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとしている。
- 現行の地域に必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入すべきとの指摘がある。
- また、医師過剰地域における新規開業規制の導入について諸外国の例も参考に検討すべきとの指摘がある。
- 保険診療の質を高める観点から、卒後一定期間の保険診療実績を保険医療機関の管理者の要件にすべきとの指摘がある。

#### II 取組の方向性案

- 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保
  - 現行の仕組みを医療法に位置付けるとともに、外来医師多数区域の新規開業希望者に対して、事前に診療所で提供する予定の医療機能を記載した届出を求め、都道府県において当該届出の内容を踏まえ、不足している医療機能の提供を要請することについて、どのように考えるか。
  - また、外来医師多数区域において正当な理由なく要請した地域に必要な医療機能を提供しない場合は、都道府県において勧告・公表を行うこと、併せて、実効性を確保するため、保険医療機関制度における取扱いについて、どのように考えるか。
- 外来医師多数区域での開業を許可制とし、開業の上限を定めることについて、どのように考えるか。
  - ※ 検討に当たっては、憲法上の職業選択の自由・営業の自由との関係、規制の合理性、既存診療所との公平性及び新規参入抑制による医療の質等について留意が必要。
- 保険医療機関の管理者要件
  - 例えば、保険医療機関の管理者を法律に規定し、管理者要件として一定期間の保険医勤務経験を設定するなどの方策について、どのように考えるか。

れる能力を満たさない医師が管理者になり、ミスマッチが生じることに對する懸念が多く示された。勤務経験の延長については大きな反対はなかった。

外来医師多数区域で新規開業を希望する医師に対し、公衆衛生に関する貢献など地域に必要な医療機能の要請等を行う仕組みの具体案も示された。

現行の仕組みを医療法に位置づけ、新規開業希望者に、地域で不足する医療の提供を要請する上で、要請に従わない医療機関に対しては、都道府県が勧告・公表を行うとした。不足機能の要請は、現状でも一部地域で実施されているが、実効性の向上を狙う。

厚労省は今回、「外来医師多数区域での開業を許可制とし、開業の上限を

定める」ことに対する意見も求めた。ただし、検討にあたっては、憲法上の職業選択の自由・営業の自由との関係をはじめ、規制の合理性、既存診療所との公平性、新規参入抑制により新陳代謝が低下することの医療の質の問題などについて留意が必要と指摘した。

構成員からは、医療提供は公益性が高く、医療保険制度の財源の多くは税金と保険料であることから、許可取消しを含めた開業規制は認められるとの意見がある一方で、日本医師会常任理事の江澤和彦構成員などは反対した。日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一構成員も、開業規制を行ったとしても、医師が医師少数区域に移動することは考えにくく、効果的ではないとの考え

を示した。

なお、保険医療機関の管理者要件に一定期間の保険医勤務要件を追加するとの提案は、8月21日の日医系にも含まれている。

経済的インセンティブとしては、地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や、支援区域に医師派遣等を行う中核的な病院への処遇改善を含めた支援等がある。「基金等」の「等」には「保険者の協力」も想定されているが、健康保険組合連合会など保険者側は強く反対している。

猪口構成員は、医師少数都道府県の35歳未満の医療施設従事医師数が2012～2022年の10年間で27.8%増えたとのデータなどを踏まえ、「若手医師の地

域偏在の縮小は、医学部入学定員における地域枠の設置の効果が大きい。ただ、9年程度の特定期域での従事要件を過ぎた医師の地域定着が課題になる。指導医クラスの中堅医師が地域に残る対策が重要だ」と指摘した。

また、「高齢になった専門医がリカレント教育を受けて、地域医療に従事する環境の整備の充実も重要」と主張。厚労省からは、「全国的なマッチング機能の支援等」として、中堅・シニア世代等の医師を対象に、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、リカレント教育や現場体験につなげる事業について、地域医療介護総合確保基金等の活用により支援を実施することが提案された。

## 医学部恒久定員内の地域枠活用を議論、宮崎大学の事例紹介

### 医師養成過程を通じた医師偏在対策等検討会

### 地域枠を確保しつつ、将来的な臨時定員枠の解消が狙い

厚生労働省の「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は9月20日、政府が年内にまとめる医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージを踏まえ、医学部の恒久定員内地域枠の活用を議論した。厚労省は、恒久定員内で地域枠を増やせれば、地域枠を確保しつつ、臨時定員を減らす環境整備が進むと考えている模様。ただ、全日病をはじめ病院団体は、医師偏在対策の効果が明確にならない限りは、臨時定員は継続すべきとの意見を持っている。

同日は、宮崎大学の恒久定員内地域枠拡大の事例が紹介された。構成員からは、他大学への広がり期待し、どのようにして関係者の合意を得ることができたのかなどの質問が相次いだ。

医学部の臨時定員については、2026年度まで現状の定員を維持することになっている。その際に、医師多数県の配分は減らす一方で、医師少数県や一部の中程度県の配分については、増員の意向を確認した上で、配分を増やす方向にある。2025年度の臨時定員の具体的な調整が現在行われている。

将来的には、人口減少により医療需要は減少するため、いずれ臨時定員の削減を行う時期は来る。その環境整備の一環として、医師偏在対策としての効果が一定程度認められている地域枠を活用し、定員内地域枠の設置の推進を図っている。

#### 宮崎大学の恒久定員内地域枠の事例

同日は、宮崎大学の恒久定員内地域枠拡大の事例が紹介された。宮崎大学では、2022年度以降、医学部入学定員の臨時定員地域枠の設置は行わず、恒久定員内に地域枠を新たに15名拡充した。臨時定員増は行わず、医学部入学定員は110名から100名に縮小した。一方、教職員の負担軽減や教育資源の確保ができるため、研修体制が充実し、今後の学年進行にあわせて診療参加型臨床実習の指導にも質向上が期待されるという。

地域枠に理解を得る取組みとして宮崎大学側は、地域枠の医師に課される従事要件について、受験する学生に丁寧に説明することが大事であることを強調した。また、関係者間の合意をどのように得たのかの構成員からの質問に対し、宮崎大学側からは、地域枠の専門医を総合診療専門医に限るなどの制約を課していないことの説明があった。このため、いわゆる「マイナー科目」での専攻医確保が難しくなることを警戒し、関係者が定員減に反対することも少なかったという。

宮崎大学では、「宮崎県医師養成・定着推進宣言」を行っている。高齢化や医師の地域偏在が進み、「医師少数県」でもある。医師が宮崎県に「残る」のではなく、「選ばれる」ことを目指し、◇地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実◇宮崎県キャリア形成プログ

ラムに基づく若手医師の養成・確保◇医師の勤務環境の改善による県内定着促進一を掲げている。

#### 総合的な診療能力のリカレント教育

総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育も議題となった。超高齢社会を踏まえ、総合的な診療能力を有する医師が増えることが求められているが、日本専門医機構の基本診療領域における総合診療専門医を選択する専攻医は少ない上に、専門医として活躍するには年数がかかる。

キャリアパスを構築する事業や、専攻医募集時の都道府県別・診療科別の募集定員上限設定(シーリング)において、総合診療専門医は対象外とするなど、いくつかの普及策が講じられており、採用数は徐々に増加している。2025年度政府予算の概算要求では、総合診療専門医のキャリアに関するサポートや勤務先の調整、他科からの転向支援など行う総合診療医センター(事業実績8大学)の拡充を、厚労省は財務省に要望している。

一方、中堅の医師が地域に必要な診療科として、総合的な診療能力を学び直す際に、「システムとして学び直す機会」を設けることも重要な取組みとなる。厚労省概算要求では、リカレント教育(総合的な診療能力)のための全国推進事業を新規で要望している。総合医育成プログラム事業を実施してい



る全日病をはじめ病院団体の役割も期待される。

また、医師養成過程における診療科選択の資料が示された。2008年を1.0とした診療科別医師数の推移をみると、2022年の指数は、リハビリテーション科が1.6を超えており最も指標が高い。次いで、形成外科(1.52程度)、麻酔科(1.46程度)が高い。指数が低いのは、外科(1.0程度)、耳鼻咽喉科(1.05程度)、眼科(1.08程度)となっている。

日本専門医機構の調査によると、現在の基本診療領域を「選択した理由」(複数回答)で8割を超えているのは、小児科(86.0%)と産婦人科(81.5%)の「やりがいを感じるから」であった。逆に、希望していた基本診療領域を「選択しなかった理由」(同)では、脳神経外科の「ワークライフバランスの確保が難しいから」が41.4%、臨床検査の「その他」が50.0%、総合診療の「将来的に専門性を維持しづらいから」が39.8%で高くなっている。

#### 医師の年齢など考慮し配慮を行う

厚労省が年内に医師偏在対策の総合的な対策パッケージを策定することを踏まえ、今後の医学部定員の配分の考え方についても一定の合意を得た。

2026年度医学部臨時定員の配分において、医師多数県の臨時定員地域枠を一定数削減する一方で、若手医師が少ない場合や医師の年齢構成が高齢に偏っている場合などは配慮するとした。例えば、熊本県や徳島県は医師多数県だが、35歳未満医師数は15%未満で低い。徳島県、同じく医師多数県の長崎県、高知県は65歳以上医師数が多い傾向がある。

ただ、構成員からは、現状の医師偏在指標でも年齢別の労働時間などは考慮されていることから、配慮は限定的な範囲で行うべきとの意見があった。

また、2026年度までに恒久定員内地域枠を一定程度設置するなど、さらなる県内の偏在対策に取り組む都道府県については、配慮を行うことでも概ね意見が一致した。

なお、対策パッケージで求められた医師養成過程を通じた医師の偏在対策は、基本的にはこれまで同検討会で議論してきた偏在対策に沿っているため、新たな対策を案出するよりも、従来の議論を継続することに注力する。

### 医師養成過程での地域枠の活用について

#### 臨時定員地域枠について

- 今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっている。そのため、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数減じることとした。
  - 一方で、医師少数県や一部の中程度県については、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度と比較して臨時定員の意向の配分の増加を行うこととした。
- ↓
- 令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないため、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については令和6年度比増となることも許容してはどうか。

#### 恒久定員内地域枠について

- 恒久定員内地域枠については、既存の定員の中で、地域に必要な医師を安定的に確保することに一定の効果があると考えられることから、改めてその必要性を認識し、他の実効性ある偏在対策と併せて、**その設置について調整を行うよう促すこととしてはどうか。**
- 一方で、都道府県や大学の協議等の状況によっては、恒久定員内地域枠の設置が、まだ十分に進んでいない場合もあることから、**恒久定員内地域枠の設置が進んでいる都道府県と大学の取り組みを確認し、好事例を広めてはどうか。**

# 年齢に関わらない活動機会の拡大で持続可能な社会へ

## 内閣府・高齢社会対策大綱

## 地域包括ケアシステム構築を推進

内閣府は9月13日に高齢社会対策大綱を閣議決定した。2018年以来6年ぶりの改訂となった新たな高齢社会対策大綱では、高齢者の割合が大きくなる中で持続可能な社会を築いていくため、①年齢に関わりなく希望に応じて活躍し続けられる経済社会の構築②一人暮らしの高齢者の増加等の環境変化に適切に対応し、多世代が共に安心して暮らせる社会の構築③加齢に伴う身体機能・認知機能の変化に対応したきめ細かな施策展開・社会システムの構築一を基本的な考え方として示した。

基本的施策では、「地域包括ケアシステム構築の深化・推進」や「持続可能な高齢者医療制度の運営」などを盛り込んだ。

人口構成や社会構造の変化に伴い、経済社会の担い手不足、経済規模の縮小のほか、一人暮らしの高齢者の増加や、認知機能が低下する高齢者の増加などに伴う様々な課題が懸念される。

一方で、高齢者の体力的な若返りや、65歳以上の就業者が増加し続け、就労意欲も高いといったプラスの傾向もある。これらを踏まえて、年齢によって分け隔てられることなく、若年世代から高齢世代までのすべての人が、それぞれの状況に応じて「支える側」にも「支えられる側」にもなれる社会を目指していくことが必要とされている。

基本的施策では、「持続可能な介護保険制度と介護サービスの充実」として、「地域包括ケアシステム構築の深化・推進」をあげた。医療・介護の複合ニーズが高まる85歳以上人口の急増を見据え、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療や在宅介護の質・量両面での充実を含め、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を一層進めていくとした。

「持続可能な高齢者医療制度の運営」

では、後期高齢者の窓口3割負担の判断基準の見直しを2028年度までに実施することが検討されていることを踏まえ、現役世代の負担増加や、2022年10月に施行された後期高齢者医療制度における2割負担導入の状況等に留意しつつ、検討を進めるとした。

「認知症施策の総合的かつ計画的な推進」では、認知症基本法を踏まえて、誰もが認知症になりうることを前提に、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる社会を実現するため、「認知症施策推進基本計画」を策定し、認知症施策の総合的かつ計画的な推進を図るとした。また、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症初期集中支援チーム、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センターを含む専門医療機関等で、地域の実情に応じた機能強化や各機関の連

携強化を図るとした。

「人生の最終段階における医療・ケアの体制整備」については、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、これに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として行われることが重要とした上で、ACPについて、患者の相談に適切に対応できる人材の育成等による体制整備を行うとともに、国民向けの情報提供・普及啓発を推進するとした。

「身寄りのない高齢者への支援」では、地方版孤独・孤立対策官民連携プラットフォームの設置に向けた伴走支援等の実施や、重層的支援体制整備事業等の活用により、地域の多様な団体が連携して支援する環境整備に取り組む、日常生活での緩やかなつながりづくりや居場所づくりを推進するとした。

# 厚生労働大臣に元内閣府副大臣の福岡資麿氏

## 石破内閣が発足

## 12月2日の保険証新規発行の停止方針は堅持

自由民主党の石破茂総裁は10月1日の臨時国会で第102代総理大臣に指名され、与党党首会談を経て石破内閣が発足した。石破首相は就任会見で、社会保障制度の見直しに着手する考えを示した。厚生労働大臣には福岡資麿参議院議員が就任した。福岡厚労大臣は閣議後会見で、マイナ保険証に関して、「12月2日に保険証の新規発行を停止する方針は堅持したい」と述べた。

石破首相は就任会見で、基本方針として5つの「守る」を掲げた。

このうちの「国民を守る」では、「賃上げと人手不足緩和の好循環に向け、生産性と付加価値の向上、実質賃金の

増加を実現する。多様な人生のあり方、多様な人生の選択肢を実現できる柔軟な社会保障制度を構築する」と述べた。あわせて、「東日本大震災、能登半島地震をはじめとする大規模災害からの復興に全力で取り組むとともに、防災・減災、国土強靱化の取組みを加速する。巨大自然災害や頻発化・激甚化する風水害に対処し、国民を守るための体制整備を進める」との考えも強調した。

福岡厚労大臣は、三菱地所を経て、2005年の衆議院選挙で初当選。自民党厚生労働部会長や内閣府大臣政務官、内閣府副大臣、参議院自民党政務審議会会長などを歴任している。

マイナ保険証について福岡厚労大臣は、「患者本人の健康・医療情報に基づくよりよい医療の提供を可能にするほか、救急時の活用を含め、適切な医療提供に大きく寄与する」とし、12月2日の健康保険証廃止の方針を堅持する考えを示した。総裁選の最中に、石破氏が廃止時期の再検討を示唆する発言をしていたことを踏まえた記者の質問に答えたもの。

一方で、「マイナ保険証への移行で不利益を感じる方がないように、デジタルとアナログの併用を含め、当面は様々な対応を丁寧に講じていく必要がある」と強調した。



石破首相

福岡厚労大臣

ドラッグラグ・ロス問題に対しては、「極めて深刻な問題」との認識を示した上で、その解消のため、「医薬品の研究開発から薬事承認までのプロセス、そして薬価の評価まで、各段階で見直しを行う必要がある」と述べた。

また、厚生労働副大臣には、自民党の宮崎政久衆議院議員が留任し、公明党の鰐淵洋子衆議院議員が就任した。厚生労働大臣政務官には、自民党の塩崎彰久衆議院議員と自民党の三浦靖参議院議員が留任した。

## ■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページを参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
災害時の病院管理者等の役割研修 60名	2024年11月14日(木) WEB開催	7,700円(11,000円)(税込)	大規模災害等発生時に病院管理者等の取るべき処置、役割等の説明や、発災を想定したシミュレーションを実施。全日病の「AMAT(災害時医療支援活動班)」の受入れ対応を想定した講義も予定。全日病が認定する「AMAT隊員更新」のための研修(2単位)に該当する。DMAT隊員が本研修会を受講した場合、AMATとして認定する。
個人情報管理・担当責任者養成 研修会 ベーシックコース 48名	2024年11月22日(金) 全日病会議室	13,200円(17,600円)(税込)	座学だけの受け身の研修ではなく、全日病の個人情報相談窓口実際に問い合わせのあった事例を用いたグループワークで、より実践的な知識を身につける研修となっている。参加者には「受講認定証」を発行する。
特定保健指導実施者 初任者研修 60名	2024年11月23日(土) 全日病会議室	22,000円(33,000円)(税込)	厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」の「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った、2024年度の標記研修。全日病が交付した「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)食生活改善指導担当者」を継続更新するための単位(2単位)に該当。保健指導経験年数2年程度までの方を対象とする。
医療QMS(Quality Management System) WEBセミナー ~QMS導入に関する疑問に お答えします~ 100名	2024年11月23日(土) WEB開催	5,500円(8,800円)(税込)	QMSは、病院経営の質向上に貢献する経営科学・管理技術であるTQMを実現するため、組織的に質を管理し改善する仕組み。本研修は3部構成で、第1部はQMSの考え方に関する講義、第2部は実際にQMSを導入している大久野病院(東京都)と国立病院機構・埼玉病院(埼玉県)の事例紹介、第3部は参加者から事前に受け付けたQMS導入に関する疑問・質問等に講師が回答するという構成になっている。
医師事務作業補助者研修	2024年6月12日(水)~ 2025年5月31日(土) e-ラーニング研修の配信期間	27,500円(税込) (1アカウント・90日間有効)	本研修は「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求められている「32時間以上の研修」を補完するための研修であり、所定のレポート等を提出した方に授与する「受講修了証」は研修証明となる。