



全日病NEWS

2025.2.1 No.1071

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

病院の危機的な状況を打破するために一致団結して行動

新年会員交流会 コロナ禍を経て5年ぶりに四病協の新年の会を開催



猪口会長

四病院団体協議会は1月10日、新年会員交流会を都内のパレスホテル東京で開催した。コロナ禍を経て、四病協主催の新年の会は2020年1月10日以来、5年ぶりの開催となった。全日病の猪口雄二会長をはじめ、日本病院会の相澤孝夫会長、日本医療法人協会の加納繁照会長、日本精神科病院協会の山崎學会長らが挨拶し、日本の病院の危機的な状況を打破するため、医療界が一致団結して、果敢に行動する年にしようとの意気込みを示した。

猪口会長は挨拶で、「病院の経営が本当に悪くなっている。かつての悪さとは違う状況だ。背景に、処遇をよくしないと病院に人が来てくれない、物価高騰で仕入れ価格がすべて上がっている状況がある。しかし、日本の医療を守る我々には大きな役割がある。地域医療を維持するために、我々は一致団結して行動していく」と力を込めた。

診療報酬の「期中改定」を訴える

今回は四病協会員の交流の場にするとの会の趣旨に従い、国会議員や中央省庁職員への案内は控えめにした。会場には536人が集まり、交流を深めた。



山崎会長

開会宣言は、日精協の山崎会長が行った。山崎会長は、「四病協の新年の会でみなさんにお会いできるのは5年ぶり。この間、コロナ禍を経て、ウクライナ戦争もあり、さまざまな出来事があった。経済環境の変化もあり、民間病院の3分の2が赤字という状況

になってしまった。一方、物価高騰で消費税は恐らく1兆円以上の増収となっているはずだ。消費税は本来社会保障のために使う税である。増収分は診療報酬の期中改定の財源にして、今年中に医療団体として期中改定を要求する」と具体的な提案を行った。



相澤会長

「厳しい、厳しいというだけでは解決しない。我々は行動する。正直、病院に対する仕打ちはこれまで温かくなかった。これまで耐えてきたが耐え切れなくなったらどうするか。謀反を起こすか、一揆を起こすか。それぐらいの気概を持たないと、この苦境は乗り越えられない。そのために、何が問題であるかのデータを作って、それに基づいて行動しないといけない。国民に何が大変なのかをわかってもらう必要がある。ここに集まった我々が頑張り、新たな未来を作っていこう」と訴えた。

まずは補正予算の執行に努める

来賓では福岡資麿厚生労働大臣と松本吉郎日本医師会会長も発言。福岡厚労相は、医療提供体制の確保について、「2024年度診療報酬改定で一定の措置を行ったが、医療機関が人材確保の困難や医療需要の急激な変化に直面している」との認識を示した。その上で、「昨年成立させた2024年度補正予算では医療機関に対する緊急的な支援パッケージを用意した。厚労省としてまずは補正予算を執行し、皆様に



福岡大臣

強しなかった。父の死に関しては以前から多少哲学書を読んでいたせいもあり、ニヒリズム、ベシズムによって、あまり感情を乱すこともなく、むしろ人は死ぬのだという現実を深く理解した。まもなく大学に進学し医師になった私は、母のいる地元の大学医局に入り、大学院に進学したが、自院の経営が危なくなり、大学院を中退し戻った。それは私が29歳の時であり、それ以来ずっと管理者をして今年で63歳となる。この年になるとようやく医者という



左から山崎会長、加納会長、猪口会長、相澤会長

届くように努める」と述べた。

中長期的な対応としては、「2040年を見据え、高齢者の増加や現役世代の減少に対応できるようにするため、入院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療を含め医療提供体制全体をカバーする新たな地域医療構想の策定に向け、検討を進める」と強調した。医師偏在是正に向けては、昨年12月25日に公表された総合的な対策パッケージに基づく取組みを順次進めるとした。そのほか、働き方改革や医療DXの推進、創薬への支援、医薬品の安定供給対策、災害や新たな感染症への備えといったさまざまな課題に取り組んでいく姿勢を示した。

巳年にちなみ「前進あるのみ」

松本会長は、巳年にちなみ、ギリシャ神話に登場するアスクレピオスが持つ杖に蛇が巻き付いており、医療の象徴になっていることを紹介。1月8日の日医会見で、山崎会長と同様に「期中改定も辞さず」と主張したことを踏まえ、「今年は蛇のように、我々の目標に向かって多少くねくねと曲がっても、蛇は後退しないので、前進あるのみ」と声高に話した。さらに目標



松本会長

の一つとして、2025年参議院選挙に日医連組織内候補として出馬する釜淵敏日医副会長の当選をあげた。

続いて、医法協の加納会長が乾杯の音頭をとり発言した。「今年の四病協は非常に気合が入っている。これまでとは違う病院団体の姿を見せた



加納会長

い。巳年は医療の年、これまでの姿を脱皮してヘビー級の幸せを実現したい」と述べ、会場を沸かせた。

猪口会長は中締め挨拶を行った。今回の会は従来の「賀詞交歓会」ではなく、「会員交流会」とした趣旨を伝えるとともに、冒頭に記したように、病院経営がかつてないほど悪い状況にあることを説明した。その上で、「日本の医療を守るために、我々は一致団結して行動していく」との姿勢を強調し、会場の人々に協力を呼び掛けた。

本号の紙面から

5病院団体が緊急要望	2面
2025年度政府予算案決定	3面
新地域医療構想のまとめ	4・5面
医師偏在是正策のまとめ	6・7面
医師の偏在対策等検討会	8面

清話抄

医師としての人生を振り返って

私は1962年に医家の家に生まれた。親戚も医家であり、私も当然その道を歩むものと自然と心に決めていた。

高校2年生の時に父親が46歳で急逝した。父親は非常に勉強に厳しく、私はその反抗心も手伝って、ほとんど勉

強しなかった。父の死に関しては以前から多少哲学書を読んでいたせいもあり、ニヒリズム、ベシズムによって、あまり感情を乱すこともなく、むしろ人は死ぬのだという現実を深く理解した。まもなく大学に進学し医師になった私は、母のいる地元の大学医局に入り、大学院に進学したが、自院の経営が危なくなり、大学院を中退し戻った。それは私が29歳の時であり、それ以来ずっと管理者をして今年で63歳となる。この年になるとようやく医者という

仕事の尊さを心の底から確信できるようになった。この仕事は何物にも代えがたい。どれだけお金を積まれようが医師を辞めるつもりはない。その確信まで至った昨今なのだが、数年前に始まった新型コロナウイルス騒動以降、天変地異が起こったような感覚に襲われている。

医者として患者のために懸命に働いたが、それが穢されていくように感じるのは私だけだろうか。医学部で医療経営のことなど全く学んだことのない

無垢な我らがどうして金の事で悩まないといけないのだろうか？ 医者は金のために働いているのではない!! だが従業員も養っていかないといけないし、我々は霞を食っては生きていけないのだ。

このなんとも不可解な昨今の国の方針には全くついていけない。トランプ大統領になったら少しは良くなることを望んでやまない!

(YS)

主張

健康先進国を実現するために

国民皆保険制度をはじめとする日本の優れた医療システムは、世界の注目を集めているようです。世界183の国・地域を対象とした2024年平均寿命ランキング(WHO)では、男女合計で第一位が日本(84.46歳)、第二位がシンガポール(83.86歳)、第三位が韓国(83.80歳)でした。男女別では男性で第一位がイスラエル(82.39歳)、第二位が日本(81.71歳)、第三位がシンガポール(81.58歳)であり、女性では第一位が

日本(87.16歳)、第二位が韓国(86.66歳)、第三位がシンガポール(86.25歳)でした。

経済的・社会的安定とグローバルな健康保障の基盤として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の必要性が高まっています。UHCとは、「すべての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態」を指します。世界で最も寿命が長い国である日本は、

UHCを早期に実現した国として、世界から注目を集めています。

日本の医療システムの特徴は、患者が自由に受診したい医療機関を選ぶことが出来るフリーアクセス制度が導入されていることで、日本全国どこでも統一された価格で医療サービスが提供されています。1973年に閣議決定された「一県一医大構想」により、すべての県に医科大学・医学部が設置されたことも、日本の質の高い医療提供体制が支えられてきた一因と言えます。

2015年に厚生労働省は「保健医療2035提言書」を公表しました。これは、2035年における日本の保健医療を取り

巻く課題を解決し、すべての人が安心して活躍し続けられるような保健医療システムを実現するためのビジョンです。三つの基本理念として、「公平・公正」「自律に基づく連帯」「日本と世界の繁栄と共生」を掲げ、健康先進国として世界のイノベーションに積極的に取り組んでいます。

さらに、2035年に向けた三つのビジョンとして、「保健医療の価値を高める」「主体的選択を社会で支える」「日本が世界の保健医療を牽引する」を掲げており、これらのビジョンを実現することが、今後の医療における重要事項となります。(山田一隆)

「病院経営は破綻寸前、地域医療崩壊の危機」を訴える

5病院団体

福岡厚労相に緊急的な財政支援措置や診療報酬の見直しなど要望



左から池端副会長、山崎会長、猪口会長、福岡厚労相、相澤会長、加納会長、太田副会長

全日病の猪口雄二会長、日本病院会の相澤孝夫会長、日本医療法人協会の加納繁照会長・太田圭洋副会長、日本精神科病院協会の山崎學会長、日本慢性期医療協会の池端幸彦副会長は1月22日、厚生労働省を訪れ、福岡資麿厚労大臣や鹿沼均保険局長、森光敬子医政局長らに緊急要望を行った。多くの病院がいま、深刻な経営危機に陥っており、緊急的な財政支援措置や物価・賃金の上昇に対応できる診療報酬への仕組みの見直しなどを求めた。

「病院経営は破綻寸前、地域医療崩壊の危機」であるとして、次の3項目を訴えた。

- ①直近の病院の経営状況を考慮し、地域医療を守るため、緊急的な財政支援措置を講ずること
- ②病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを導入すること
- ③社会保障予算に関し財政フレームの見直しを行い「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めること

2024年度診療報酬改定は医療従事者の処遇改善を目指したものの、改定率は0.88%で低い水準にとどまった。物価高騰・賃金上昇で、費用増が収入増を上回ることが経営悪化の主要因だが、診療報酬は公定価格で価格転嫁ができない。政府の予算編成では社会保障費の抑制方針が継続しており、2025年度予算案の方針でも堅持された。これらが病院経営を悪化させている状況にある。

四病協は、福岡厚労相らとの面談後、会見を開いた。全日病の猪口雄二会長は、「昨今、病院の経営がとて悪くなっていることは病院経営者にとって厳然たる事実。民間、公的、公立すべての病院で厳しい。このたびその事実をデータで皆さまに示すとともに、(緊急要望を)引き続き関係者に訴えていく」と強調した。また、「最近、全日病会員の退会理由で『廃院』が半分近くになっている。病院から診療所への変更も多くなってきた。病院が老朽化しても建築費高騰で、今の診療報酬では建替えができないという話もよく聞く。このような状

況が続けば、病院の存続が日本中でできなくなってしまう」と述べた。

過去20年間で最悪の医業利益率
福祉医療機構(WAM)の調査によると、過去20年間で病院の医業利益率は最も悪い状況にある。急性期(一般病院)では2023年度の医業利益率が▲2.3%になった。精神科(精神科病院)も2023年度にプラスからマイナスに落ち込み、▲0.9%となった。慢性期(慢性期病院)も過去は概ね5%程度の医業利益率を確保していたのが、2023年度には0.9%となっている。いずれも新型コロナウイルスの感染拡大が起きた2020年

度で急激に悪化し、その後政府の支援により若干持ち直し、再び悪化するという経過を辿っている。

過去20年間で最悪の医業利益率

度で急激に悪化し、その後政府の支援により若干持ち直し、再び悪化するという経過を辿っている。

度で急激に悪化し、その後政府の支援により若干持ち直し、再び悪化するという経過を辿っている。

全日病、日病、医法協の3病院団体合同調査では、悪化の要因を分析している。2018年度と2023年度の5年間を比較し、医業収入が9.9%増えたのに対し、医業費用は13.6%増えた。経費の増加のうち、給与費の増加は5年間で8.2%、その他経費の増加は18.9%である。その他経費の内訳をみると、医薬品費(27.6%増)、診療材料費(14.4%増)、委託費(22.2%増)、水道光熱費等(13.6%増)、控除対象外消費税等負担額(48.9%増)となっている。

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会

病院経営は破綻寸前 地域医療崩壊の危機

病院医療は、地域社会の最も重要なインフラのひとつです。しかし昨今の物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、多くの病院がいま深刻な経営危機に陥っています。

緊急要望

- 直近の病院の経営状況を考慮し、地域医療を守るため、緊急的な財政支援措置を講ずること。
- 病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを導入すること。
- 社会保障予算に関して、財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めること。

“看護師争奪戦”を懸念、救命救急センター評価の見直しで

救急・災害医療提供体制WG

全日病・猪口常任理事「試行調査で賃金など含む全体把握を」

診療報酬の「救命救急入院料に係る加算」に紐づいている救命救急センターの充実段階評価を見直す際、看護師配置に関する評価項目の新設については慎重であるべきとの意見が引き続き出ている。民間の中小病院の多くが赤字を計上する危機的な状況において、“看護師争奪戦”のような様相に拍車をかけるのではないかと懸念が根強い。2026年度と同評価見直しに向けて2025年度に実施する予定の試行調査の内容を検討している厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ(WG)」(大友康裕座長)で、全日病常任理事の猪口正孝構成員らが慎重な検討を求め続けている。

厚労省は2024年12月20日の同WGで同評価の見直しに向け、厚生労働科学研究の内容を踏まえた新規の評価項目案を提示し、2025年度の試行調査で実態などを把握する方向性について意見を求めた。新規の評価項目案は5本柱

の構成で、①救急外来における看護師の配置②充実段階評価に関するピアレビューの実施③重症外傷に対する診療体制整備④第三者による医療機能評価⑤診療データ登録制度への参加と自己評価一となっている。

厚労省は①の看護師配置について、評価項目を新設する理由として、◇薬剤師や臨床工学技士の配置に関する評価項目が既にある◇医師から看護師へのタスクシフト・シェアが進められている◇専門性の高い看護師は救急外来におけるチーム医療・患者支援を担う役割として重要一などをあげた。その上で、具体的な新規項目案として「救急外来に配置する看護師についてあらかじめ取り決めている(1点)」と「上記に加え、救急医療に関する専門性が高い看護師を配置している(1点)」を提示した。

このうち「配置する看護師についてあらかじめ取り決めている」の部分で

は、救急外来の業務を行う看護師を24時間配置するための内容と説明し、看護師の所属部署は問わず、「当該看護師が他の業務を行う場合、交代で配置された看護師が救急外来の業務を行ってれば可」との考えも明らかにした。また、「救急医療に関する専門性が高い看護師」に関しては、具体的に◇救急看護認定看護師◇集中ケア認定看護師◇クリティカルケア認定看護師◇急性・重症患者看護専門看護師一である旨も示した。

猪口構成員は、「急性期に関わっているナースは限定的なので、二次救急からどんどん三次救急へいく可能性がある」と述べ、看護配置に関する評価項目が新たに加わる可能性を厚労省が示した段階から争奪戦が始まってしまうとの懸念を改めて表明。「試行調査から詳しく、二次から三次への人の流れや、賃金も含めたトータルで見なければ懸念は払拭されない」と求めた。



日本医療法人協会会長で全日病常任理事も務める加納繁照構成員も、「看護師は非常に集めにくく二次救急でも苦慮している。三次救急とはコストの違いが明らかにあり、募集があればそちらにシフトする」との認識を示した。厚労省は今後、試行調査票の素案を作り、試行調査前に同検討会の構成員に確認を求めるとの方針。試行調査自体が問題を惹起してはならないとの認識を示しつつも、まずは救命救急センターにおける看護配置の実態を把握したいとの意向も示している。

薬価改定と高額療養費制度見直しで社会保障関係費を圧縮

政府 厚労省分の2025年度予算案は34兆2,904億円で過去最大を更新

政府は昨年12月27日、2025年度予算案を閣議決定した。厚生労働省分は34兆2,904億円で過去最大を更新した。その大部分を占める社会保障関係費は33兆9,723億円で対前年度比1.4%増。高齢化などに伴い増加する年金・医療・介護等の経費(いわゆる自然増)は例年、予算編成の基本方針により抑制が求められており、今回もその方針を踏襲した。

その結果、2025年度予算案では、経済・物価動向に配慮しつつ、薬価改定や高額療養費制度の見直しにより、自然増を1,300億円程度圧縮した。それでも政府全体の一般歳出(68兆2,452億円)に対し、こども家庭庁所管分など厚労省以外を含めた社会保障関係費は38兆2,778億円で56%を占める。

物価等に配慮しつつ社会保障費抑制

昨年12月25日の福岡資麿厚労大臣と加藤勝信財務大臣による大臣折衝で、2025年度厚労省予算に関連する主要事項を決定した。社会保障関係費について、「経済・物価動向等に適切に配慮しつつ、2025年度薬価改定等のさまざまな改革努力を積み重ねることにより、社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による増加分におさめるとの方針に沿った姿を実現する。その上で、社会保障の充実等とあわせて、2024年度社会保障関係費と比較し、+5,600億円程度の38兆2,800億円程度とする」という文言に整理された。

これらを数字で表すと、夏の概算要求時点での医療・介護等のいわゆる自然増が4,000億円、経済・物価動向等に配慮した分を加えて6,500億円増。ここから、制度改革・効率化等により1,300億円を削減し、社会保障の充実として300億円程度をあわせた金額が5,600億円になる(下図参照)。

経済・物価動向等への配慮である2,500億円程度の大部分は、年金スライド分2,200億円程度。公的年金には物価等の伸びに応じて年金額が増える仕組みがある。ただし、マクロ経済スライドにより、物価等の上昇分から、現役の被保険者の減少と平均余命の伸びに応じて算出する調整率を差し引く

ため、年金額改定率は1.9%となる。

また、2,500億円から2,200億円を除いた300億円は、人事院勧告等を踏まえた保育給付の増加分となっている。2024年の人事院勧告により、子どものための教育・保育給付が概算要求後に上振れした。

最近の物価・賃金の上昇により、経営状況が悪化している医療機関などに対しては、2024年度補正予算で措置した他の業界の事業者・生活者も対象である「重点支援地方交付金」の追加額(1.1兆円)で一部対応する。また、「人口減少や医療機関の経営状況の急変に対する緊急的な支援パッケージ」(1,311億円)も講じる(2024年12月15日号参照)。

食費基準を含め診療報酬上の対応も

制度改革・効率化等による1,300億円削減の主な内訳は、薬価改定(▲600億円)、高額療養費制度の見直し(▲200億円)、後期高齢者医療の患者負担の見直し(▲100億円)、被用者保険の適用拡大(▲100億円)となる。自然増を圧縮するため、今回も例年同様に薬価改定頼みの状況だが、高額療養費制度見直しも大幅な変更内容である。

薬価改定では、薬価と市場実勢価格の差の平均が5.2%であった2024年薬価調査の結果に基づき、医薬品の品目ごとの性格に応じて、対象範囲を設定した。前回の中間年改定(2023年度)は平均乖離率7%の0.625倍となる4.375%以上の乖離があった品目に対して実施され、全体の69%が対象となった。今回は、医薬品の種類別に対象範囲を設定した結果、全体の53%が引下げ対象となり、前回の中間年改定よりも狭まった。

具体的には、新薬創出・適応外薬解消等促進加算(新創加算)の対象品目と後発品は平均乖離率5.2%の1.0倍、新創加算対象品目以外の新薬は同0.75倍(乖離率3.9%)、長期収載品は同0.5倍(乖離率2.6%)、その他医薬品は同1.0倍を超える品目が対象となった。

今回の薬価改定は、診療報酬改定がない年の中間年改定に当たる。中間年改定の実施の是非は予算編成過程で決

定され、どの改定基準を適用するかもその都度、議論の対象となる。

結果としては、◇後発品の価格帯集約、基礎的医薬品、最低薬価および新創加算の適用◇追加承認品目等に対する加算を臨時的に実施◇安定供給確保が求められる医薬品に対して、臨時的に不採算品再算定を実施するとともに、最低薬価を引上げ◇既収載品の外国平均価格調整を適用◇新創加算の累積額を控除◇長期収載品の薬価改定や再算定などその他の既収載品の算定ルールは適用しない—という取扱いになった。

これらにより、2025年度で、薬剤費2,466億円(国費648億円)の削減となる。

薬価改定による削減分は一般会計の中で他の財源に用いられ、結果として、国民負担の軽減に結び付く。ただ、今回も診療報酬上の対応があり一部分が医療の中で使われることになった。

12月25日の中医協で了承した内容として、◇入院時の食費基準の見直し(23.8億円)◇歯科衛生士や歯科技工士の業務の評価に関する見直し(1.8億円)◇服薬指導の評価に関する見直し(2.0億円)がある。

入院時の食費基準については、現行670円の1食あたりの基準を690円に20円引き上げる。入院時食事療養費(保険給付)は食事療養基準額(総額)から標準負担額(自己負担)を差し引いたもの。今回も保険給付の180円は変わらず、20円引上げ分は自己負担増になる。ただし、低所得者には配慮し、患者負担増を軽減する措置を行う。

なお、2024年度診療報酬改定では、食費の基準を30円引き上げた。物価・賃金上昇で医療機関の食事提供がますます厳しくなっていることへの対応だが、実際の費用を考慮すると、不十分な金額と言わざるを得ない状況だ。

歯科では、高齢化の進展などにより歯科診療のニーズが増加しているなか、歯科診療所等において、より専門的な業務を行う歯科衛生士や歯科技工士を確保し、限られた人材で歯科医療を効率的に提供する観点から、歯科衛生士および歯科技工士の業務に係る評価を見直すことになった。

調剤では、長期収載品の選定療養化



予算案を説明する福岡厚労相(昨年12月25日)

や医薬品の供給不安下での保険薬局の各種業務負担に鑑み、服薬指導に係る評価の見直しを行うことになった。

高額療養費の月額上限を引上げ

高額療養費の見直しは、一連の見直しを行うと満年度で保険料削減効果が3,700億円、公費削減効果が1,600億円(国費1,100億円、地方費500億円)になる。3年かけて段階的に実施。2025年は8月実施であるため、国費の削減額は200億円にとどまる。

現役世代の被保険者の保険料負担の軽減を図るとともに、セーフティネットとしての役割を今後も維持していくとの趣旨で見直す。具体的には、自己負担額を所得区分に応じて引き上げるとともに、所得区分の細分化を行う。あわせて、70歳以上に設けられている外来にかかる自己負担限度額(外来特例)を見直す。

見直しのイメージとしては、高額な医療費がかかった場合の月額上限額をより細かく設定し、応能負担を押し進める。所得の高い区分での引上げ幅は大きく、年収約1,160万円以上では15%の引上げ。最も高い区分である年収約1,650万円以上では月額19万1,700円の負担増になる。年収約370万円～約770万円では1割の引上げ。年収約650万円～約770万円の層でも負担割合の増加が大きい。

70歳以上の現役並み所得以外に適用される外来特例については、厚労省の社会保障審議会・医療保険部会で廃止を求める意見もあったが、特に日本医師会の委員などが強く存続を主張した。大臣折衝では、年金収入が年80万円以下などの住民税非課税世帯を除き、一定額を引き上げる決着となった。

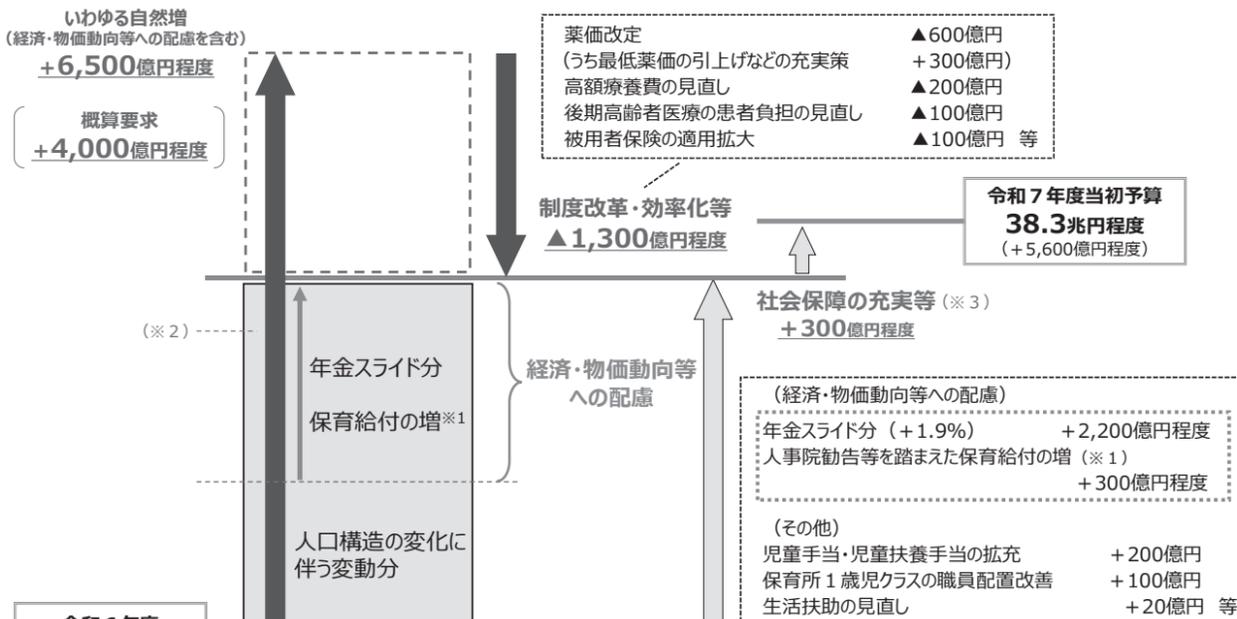
社会保障の充実としての300億円程度の内訳は、◇児童手当・児童扶養手当の拡充(200億円)◇保育所1歳児クラスの職員配置改善(100億円)◇生活扶助の見直し(20億円)など。

生活扶助については、物価・賃金などの上昇基調を背景として消費が緩やかに増加していることも考慮し、当面2年間(2025～2026年度)の臨時的・特例的な対応を実施する。2025年10月から実施し、2025年度の国費は20億円、2026年度は50億円程度を見込む。

社会保障関係費を除いた厚労省予算案の政策的経費の柱に、「全世代型社会保障の実現に向けた保健・医療・介護の構築」がある。その重点事項として、◇研究開発によるイノベーション(551億円)◇医薬品等の安定供給(4.4億円)◇医療・介護分野におけるDX(49億円)◇地域医療構想・医師偏在対策・かかりつけ医機能(762億円)◇地域包括ケアシステム(2,470億円)◇周産期・救急・災害医療体制(119億円)◇次なる感染症危機に備えた体制強化(313億円)◇認知症施策(135億円)◇がん対策、循環器病対策(399億円)などがある。

令和7年度社会保障関係費の全体像

○ 令和7年度の社会保障関係費は、前年度(37.7兆円)から+5,600億円程度の38.3兆円程度。骨太方針2024を踏まえ、これまでの歳出改革努力を継続。経済・物価動向等に適切に配慮しつつ、社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による増加分におさめるとの方針に沿った姿を実現。



新たな地域医療構想、制度の大枠が決まり議論はガイドラインへ

厚労省 複数を選択可能な「医療機関機能」と「病床機能」の連動や整合性の行方に注目

厚生労働省は昨年12月18日、2040年を見据えて新たな地域医療構想を策定するための制度改正に向けた内容をまとめた「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」と題する報告書を公表した。「新たな地域医療構想等に関する検討会」(遠藤久夫座長)が検討してきた内容で、厚労省は同報告書の内容を踏まえ、制度の大枠を定めるため関連法の改正案を2025年の通常国会へ提出する。制度改正の方向性が定まったことを受け今後は、新たな地域医療構想の具体的な運用面を定めるガイドライン(GL)作りに議論の場を移す。同検討会の報告書は、以下で構成。

- ① はじめに
- ② 2040年頃の医療をとりまく状況と課題
- ③ 現行の地域医療構想の評価と課題
- ④ 医療提供体制の現状と目指すべき方向性
- ⑤ 新たな地域医療構想
- ⑥ おわりに

新たな地域医療構想の制度化に向けた法律改正など、新たに講じる主な措置については、⑤「新たな地域医療構想」の項で次のように6項目に分けて記載している。

【新たな地域医療構想について法律改正を含む必要な措置を講ずべき事項】

- 「新たな地域医療構想」を医療計画の上位概念として位置付ける
- 「医療機関機能」(地域：高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能。広域：医育及び広域診療機能)の報告制度を創設し、「病床機能」の報告制度は「病床機能区分」を変更する(高度急性期、急性期、包括期、慢性期)
- 地域医療介護総合確保基金の対象に、「医療機関機能」に着目した医療機関の連携・再編・集約化に向けた施設・設備整備の支援を追加
- 「医療機関機能」や病床数に関する都道府県知事の権限を強化
- 国・都道府県・市町村の役割
- 精神医療も位置付け、適正化・機能分化を推進

新たな地域医療構想が最上位概念に「医療計画」は「構想」の実行計画へ

新たな地域医療構想の策定に関する最も大きな変化は、医療計画の上位概念として位置づけることだろう。現行の地域医療構想は医療計画の記載事項の1つだったが、医療提供体制全体を対象に、将来のビジョン・方向性、医療機関の機能分化・連携に関する事項を定める。医療計画は、新たな地域医療構想に沿った実行計画として、5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者確保等の具体的な取組みを定める構造になる。新たな地域医療構想の主な内容は、

- ・地域の医療提供体制全体(入院医療、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等)の将来ビジョン・方向性
- ・構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
- ・構想区域における将来の病床数の必要量
- ・地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組み
- ・地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組み
- ・医療機関機能の情報提供の推進
- ・病床機能の情報提供の推進

となっている。

また、新たな地域医療構想における必要病床数が、地域における病床の上限になるのも大きな変化だ。都道府県は今後、2026年度に地域の医療提供体制の方向性や将来の必要病床数の推計などを経て2027～2028年度に地域における医療機関の機能分化・連携などの協議に入る。新たな地域医療構想に基づく内容のうち、可能な範囲は第8次計画の後期見直しから反映される可能性があるものの、本格的には第9次医療計画での反映になる見通し。

さらに、新たな地域医療構想の策定に当たって構想区域を見直す地域も出てくる可能性がある。同報告書では、「2040年には、生産年齢人口が3割程度減少、高齢人口が1割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、

現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難となる可能性がある」と指摘。その上で、「医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域の見直しを検討することが求められる」と記した。

医療機関機能は1つの医療機関が2つ以上を報告することも可能に

新たな地域医療構想で特に注目したいのは、新設する「医療機関機能」の報告制度だ(下表)。その趣旨について同報告書では「地域の実情に応じて、『治す医療』を担う医療機関と『治し支える医療』を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要」と記載。二次医療圏等を基礎にする「構想区域」ごとに確保すべき医療機関機能を整理し、地域における4つの機能と大学病院本院が担う広域の機能で構成する「4+1」の体制整備を推進する。その際に、「診療報酬における届出等に応じた客観的性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当」と記述し、診療報酬と連動した報告内容とするための検討も必要との考えを示した。

「医療機関機能」については1つの医療機関が2つ以上の機能を報告する想定。同報告書にも「地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる」と明記した。だが、実際の具体的な運用面は2025年度に作成するGLで定めるため、どのようなルールで複数の医療機関機能を報告できるようになるかは不確かな状況であり、今後の議論に注目だ。

現行の地域医療構想では「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」の4つに分かれている病床機能区分については、「回復期機能」の名称を「包括期機能」に変更した上で報告制度を継続する。

「包括期機能」に関しては、「新たな地域医療構想」で見据える2040年に向け、増加する高齢者救急などの受け皿として急性期と回復期の機能をあわせ持つ病床の必要性を明示する考え。具

体的には、◇高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能◇急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能一をあげている。

今後のGLを作成する議論の過程では、「医療機関機能」と「病床機能」の報告制度がどのように連動し、整合性を確保するのかにも注目だろう。

都道府県知事の権限は“緩やか”に 猪口会長の意見が大きく反映

都道府県知事の権限強化は、地域における協議に委ねるとの緩やかな範囲で決着。既存の病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床や療養病床の許可病床数が将来の必要病床数を上回る場合、関係する医療機関の代表者らに対し調整会議への出席を求め、協議を調えるよう求めるとの範囲にとどめる。全日病の猪口雄二会長が構成員を務める同検討会で、医療機関の経営権を尊重するよう求めた内容が大きく反映された。

医療機関の再編・集約化に必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合など、地域の実情に応じた増床などは特例措置で認めるとの方向性でまとまっており、協議の場の重要性が高まるとも言える。

国・都道府県・市町村の役割については、下記のような分担を明確化する。

国…データ分析・共有、研修等の支援策を講じる。新たな地域医療構想の策定・推進に関するGLを策定し、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示す

都道府県…地域医療構想調整会議の開催回数や構成員の参加、データに基づく議論、地域医療介護総合確保基金の活用等の状況を見える化し、取組の底上げを図る

市町村…必要に応じて調整会議へ参画し、在宅医療、介護連携、かかりつけ機能の確保等に努める

精神医療も新たな構想に含める 「機能区分」などを今後検討へ

精神医療を新たな地域医療構想に位置づけるとの方針は、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」(尾形裕也座長)での検討を踏まえた内容。ただし、一般病床や療養病床と異なり、現行の地域医療構想では位置づけられていないため、新たな地域医療構想での取扱いなどは引き続き検討する。検討事項として同報告書では、◇精神病床の必要病床数の推計方法◇精神病床の機能区分◇精神科医療機関の医療機関機能◇医療機関機能・病床機能報告の報告事項◇精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者等一をあげている。

精神医療を新たな地域医療構想に位置づける意義は、①精神病床数の必要量を推計し、中長期的な精神医療の需要に基づく体制を推進②病床機能報告の対象に追加し、データに基づく協議・検討が可能③地域における協議の場に精神医療関係者が参画して身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要患者への対応等における連携等を推進④財政支援や都道府県の権限行使により、精神病床等の適正化・機能分化を推進一の4つをあげた。

医療機関機能について (案)	
医療機関機能の考え方	
○ 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関(病床機能報告の対象医療機関)から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。	
○ 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。	
・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。	
・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。	
地域ごとの医療機関機能	主な具体的な内容 (イメージ)
高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するかを設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。
※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ(多疾病併存状態)患者への治し支える医療の観点が必要	
広域な観点の医療機関機能	
医育及び広域診療機能	・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点で求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。	

全日病・猪口雄二会長による「新たな地域医療構想」の解説

新設の「医療機関機能」は病床機能報告制度との関係に注目を

2040年のあるべき医療提供体制の実現を目指す「新たな地域医療構想」の骨格が決まった。厚生労働省は、昨年12月18日に公表した報告書の内容に基づき必要な法律改正を進める。と同時に、「新たな地域医療構想」の策定と実現に向けた具体的な運用面を定めるためガイドライン(GL)作りに着手する。今回は、同報告書を取りまとめた「新たな地域医療構想等に関する検討会」(遠藤久夫座長)の構成員の1人である全日病の猪口雄二会長に、現時点で判明している新たな地域医療構想の内容における注目点や、GL作成に向けて焦点になり得る事項などを解説いただいた。

「基準病床数の大整理が始まる」 「構想」が医療計画の上位になる意味

まず大きな変化として、「新たな地域医療構想」が医療計画の上位概念に位置づけられることがあげられる。医療計画における基準病床数は医療計画の中で定めなければならない、計算式の構造上、病床利用率が下がっている近年の状況からは、基準病床数は高く出てしまう傾向にある。事実、第8次医療計画と第7次医療計画を比べた場合、基準病床数が減少したのはわずか10県であり、残りの37都道府県では増えている。兵庫(9,447床増)、大阪(8,937床増)、福岡(8,711床増)のように数千単位で増加した県もある。

このような状況に釘を刺すような形で、「新たな地域医療構想」の必要病床数を上限に、基準病床数を定める方向性へと大きく舵を切る。「新たな地域医療構想」に関する報告書では、必要病床数と基準病床数の関係性について「整合性を確保し、近年の病床利用率の低下等を踏まえ、効率的な病床整備を進める」との方針を掲げている。必要病床数を超えた増床も可能な枠組みにはしておくものの、地域医療構想調整会議において必要性が認められる場合に限る。

病床に関する都道府県の権限強化、 民間病院の経営者として認められない

既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床・療養病床の許可病床数が必要病床数を上回る場合については、病床の機能転換・減少などに向けて調整会議での議論が求められる。こ

の「病床の機能転換・減少などの対応」について厚生労働省は当初、都道府県が対応を求める医療機関に「要請」して、要請に従わない場合は「勧告」し、それでも従わない場合は「公表」との枠組みを提案していた。

「新たな地域医療構想等に関する検討会」において提案された際、私が反対し、「要請・勧告・公表」の枠組みはなくなった。既に地域医療に貢献している病院に「計算したら数が合わないの減らしてください」と名指しで半ば強制的に病床削減を求めるのはおかしいとの考えだ。ここは民間病院の経営者として認められない。それこそ調整会議での話し合いが重要であり、行政が強くなるのはおかしいと思う。

一方、「新たな地域医療構想」は2040年の姿を描くため、人口動態などを踏まえて再計算すると、想像以上に必要病床数が「小さく」出る可能性がある。従って大きな流れでは基準病床数、許可病床数は縮減の方向になる。

「新たな地域医療構想」が医療計画の上位概念に位置づけられ影響を及ぼし始めるのは2030年度から始まる第8次医療計画からになる見通し。どのように2040年の姿を目指すのかは、来年度のGL作成過程での議論が重要。注目していただき、全日病会員の先生方にはぜひ、より良い地域医療提供体制の構築に向け全日病での活動を通して厚生労働省での議論にも参画いただきたい。

【基準病床数】

○都道府県は以下の算定式に基づき、二次医療圏単位で一般病床及び療養病床に係る基準病床数を設定。

ア「一般病床」＝
((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別一般病床退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

イ「療養病床」＝
((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別療養病床入院需要率) - (介護施設等で対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

ウ「都道府県を越えた患者流出」＝
都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、「(流出患者数 - 流入患者数) × 1/3」を限度に基準病床数を加算できる。

新設「医療機関機能」は複数選択可能 四病協案の反映もあり一定の成果

新設する「医療機関機能」については、「構想区域」における4つと「広域な観点」での1つを合わせ「4+1」で構成することが決まった。全日病などで構成する四病院団体協議会(四病協)でまとめた意見も反映され、一定の成果が得られたと考えている。

四病協案の取りまとめに際しては、尽力くださった常任理事の津留先生にこの場を借りて改めて御礼申し上げたい。検討会での議論を横睨みで進めたため、わずか数日で四病協における喧々諤々の議論をまとめていただいた。特に、当初は「高齢者救急等機能」と「在宅医療連携機能」となっていた部分について反対の意見が相次いだ。また、療養病床が担う慢性期の機能も明確化すべきとの意見があった。

全日病としては検討会で私が、検討会での議論の進捗を随時確認していた社会保障審議会・医療部会では、委員を務める全日病・副会長の神野先生が連携して当初案の変更を求めた。

「高齢者救急等機能」では、高齢者しか診ていない病院という誤解を患者・国民に与えてしまう懸念が大きく、「在宅医療連携機能」に関しては、かかりつけ医との連携による24時間対応や入院・リハビリ機能を担う重要性が見えてこない。慢性期の機能は分けるべきとの意見も伝え続けた。厚生労働省との交渉過程では、現状投影ではなく2040年の姿として「医療機関機能」を定めたいという「打ち返し」もあった。我々からは、現在を投影できない将来の姿では実現が難しいとの考えを伝え続け、結果、微調整の範囲だが、意見を考慮してくれた内容だと思っている。

慢性期の機能を別立てにすることは叶わなかったが、「専門等機能」の説明として、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能を担う旨の明文化につながった。

「医療機関機能」の関係では、1つ

地域ごとの医療機関機能	
(当初案)	(決定)
高齢者救急等	→ 高齢者救急・地域急性期
在宅医療連携	→ 在宅医療等連携
急性期拠点	→ 急性期拠点
専門等	→ 専門等
広域な観点の医療機関機能	
医育及び広域診療	→ 医育及び広域診療



猪口会長

の医療機関が「地域ごと」の4つから複数を選択できる点も重要だ。厚生労働省が示す様々な資料からは、今後確実に増えていく高齢者救急や在宅医療を担う医療機関を強化したいとの意向が透けて見える。地域の医療機関が選択する機能のうち最も多くなるのも「高齢者救急・地域急性期機能」だろう。高齢者救急については、大規模な公立病院の合併で800床や1,000床といった病院がいまだに生まれ、ER化して地域の救急を根こそぎ受けて二次救急の病院が大変な目に遭うという事態が、特に関西で問題になっている。高齢者救急を強化するのであれば、二次救急やかかりつけ医機能を支援する病院が受ける体制で、ACPなどにも十分対応するのが理想だ。今後も引き続き訴えていく。

大学病院本院が担う想定「広域な観点の医療機関機能」については、特定機能病院の位置づけと関係すると考えている。私が構成員を務める「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」では、大学病院本院とそれ以外を分けるような方向性で結論を出そうとしており、こちらも注目してもらいたい。

病床機能と医療機関機能の連動は不明 GL作成や診療報酬関連の議論に注目

病床機能報告については、大きな枠組みは現行を維持したまま、病床機能の名称のうち「回復期」を「包括期」へ変え、必要病床数を再計算する。「包括期」の名称については、患者・国民側の代表として出席されている構成員からも「わかりにくい」との意見が出ていたが、説明文で補完するとの方針に落とし込んだ(4面参照)。

現時点で「病床機能」と「医療機関機能」がどのように連動するのかなどは不明であり、GL作成の議論に注目したい。

2024年度 第8回常任理事会の抄録 11月16日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
北海道 医療法人藻友会札幌いしやま病院
理事長 石山 元太郎
北海道 医療法人札幌ハートセンター札幌心臓血管クリニック
理事長 藤田 勉
北海道 医療法人西さっぽろ病院
理事長 渡邊 吾一
退会が3件あり、正会員は合計2,557会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
和歌山県 医療法人有紀会さとう内科
理事長 佐藤 晋一
準会員は合計128会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
東京都 総合メディカル株式会社

(代表取締役社長 坂本賢治)

- 賛助会員は合計114会員となった。
- 全日本病院学会の開催日程について審議し、可決確定した。
- 医療DX検討委員会委員の追加について審議し、承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について審議し、承認した。人間ドック実施指定施設は合計412施設となった。
- 熊本県支部事務局の変更を承認した。
- 特別相談役設置内規について審議し、可決確定した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中医協 入院・外来医療等の調査・評価分科会、診療報酬基本問題小委員会、薬価専門部会、調査実施小委員会、総会、診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会・費用対効果評価専門部会

合同部会」、「社会保障審議会医療部会」、「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」、「新たな地域医療構想等に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。

- 2024年度病院経営定期調査【3団体合同】結果報告・最終報告(集計結果)について報告が行われた。

●病院機能評価の審査結果について

- 主たる機能【3rd G:Ver.3.0】～順不同
- ◎一般病院1
神奈川県 よこすか浦賀病院
北海道 札幌南徳洲会病院
福島県 福島第一病院
東京都 浩生会スズキ病院
富山県 沢田記念高岡整志会病院
広島県 井野口病院
徳島県 近藤内科病院
熊本県 出田眼科病院
- ◎一般病院2

- 東京都 明理会中央総合病院
 - 神奈川県 総合相模更生病院
 - 山梨県 白根徳洲会病院
 - 北海道 吉田病院
 - 神奈川県 神奈川県済生会横浜市南部病院
 - 愛知県 名古屋記念病院
 - ◎リハビリテーション病院
 - 沖縄県 大道中央病院
 - 千葉県 船橋市立リハビリテーション病院
 - 静岡県 NTT東日本伊豆病院
 - 愛知県 尾張温泉かえ病院
 - ◎慢性期病院
 - 長崎県 サン・レモリハビリ病院
 - ◎緩和ケア病院
 - 東京都 等潤メディカルプラザ病院
- 10月4日現在の認定病院は合計2,098病院。そのうち、本会会員は866病院と、全認定病院の41.3%を占める。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ公表

厚労省 「負の動機付けとなる診療報酬上の対応を検討」で財務大臣と合意

厚生労働省は昨年12月25日、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」(以下、「対策パッケージ」)を公表した(図表)。実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、「新たな地域医療構想等に関する検討会」(遠藤久夫座長)と「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」(同)で検討した施策をまとめた。

これまで医師の偏在対策については、医学部や卒後臨床研修、そして専門医制度と、若手医師を対象にする施策が中心だったが、「対策パッケージ」では、中堅・シニア世代の医師も含む“全世代型”へ範囲を拡大しているのも特徴だ。5つの事項で構成する主な内容は次の通り。

【医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおける具体的な取組】

1. 医師確保計画の実効性の確保

- ①重点医師偏在対策支援区域
- ②医師偏在是正プラン

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ①医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- ②外来医師過多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
- ③保険医療機関の管理者要件

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- ①経済的インセンティブ
- ②全国的なマッチング機能の支援
- ③リカレント教育の支援

④都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

4. 医師養成過程を通じた取組

- ①医学部定員・地域枠
- ②臨床研修

5. 診療科偏在の是正に向けた取組

大きな柱となるのが、都道府県が選定する「重点医師偏在対策支援区域」(以下、「重点区域」)を対象に「医師偏在是正プラン」を策定し、経済的インセンティブも提供して推進する施策だ。

「重点区域」については、医師偏在指標、可住地面積当たり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、今後の人口動態などを考慮し、地域医療対策協議会や保険者協議会などの意見も踏まえ都道府県が決定する。区域の範囲については、厚労省が提示する「候補区域」も参考に、二次医療圏単位や市区町村単位、地区単位などで設定する。隣接県との協力が必要な区域の設定も可能になる見通し。厚労省が示す「候補区域」は、

- ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
- ② 医師少数県の医師少数区域
- ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏(全国下位1/4)

のいずれかに該当する区域を提示する予定。「新たな地域医療構想等に関する検討会」では、全国100カ所程度になるとの目安を示している。

「重点区域」を対象にする「医師偏在

是正プラン」(以下、「是正プラン」)は、国の定めるガイドラインを踏まえ、まずは緊急的な取組を要する事項から策定し、全体は2026年度に策定するとの方針。「是正プラン」を構成する要素とは次の通り。

- ◇承継・開業する診療所への支援
- ◇一定の医療機関に対する派遣医師らへの手当増額支援
- ◇土日の代替医師確保等による勤務・生活環境改善の支援
- ◇中核病院等からの医師派遣により医師を確保するための派遣元医療機関に対する支援

「是正プラン」の実効性を確保するのが、“経済的インセンティブ”となる各種支援策だ。具体的な項目は、

- ・当該区域での承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援
- ・当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援
- ・当該区域内の一定の医療機関に対する土日の代替医師確保等の医師の勤務
- ・生活環境改善の支援、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援

をあげている。

財源規模などについては、国が事業費の総額を設定した上で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定するとの方針だ。

医師の偏在是正へ、「保険者」が経済的インセンティブの財源を拠出

この「是正プラン」の実効性を担保するための経済的インセンティブを支える財源については、医療保険制度の保険者が拠出すとの方針で決着した。一方、具体的な措置の仕方については不透明だ。「対策パッケージ」では、

重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。

との記述にとどめた。

経済的インセンティブについて「対策パッケージ」には、「診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う」との記述も残った。



対策パッケージを説明する福岡厚労相(12月25日)

マッチング機能、リカレント教育 都道府県と大学病院が協定締結

このほか、中堅・シニア世代などの医師を対象に医師不足地域とそこでの診療に関心・希望がある医師とをつなぐ「全国的なマッチング機能の支援」や、中堅以降の医師を主な対象に総合的な診療能力について学び直す「リカレント教育」も充実させる。

また、都道府県の地域医療対策協議会などによる医師派遣調整機能を強化するため、大学病院との間で連携パートナーシップ協定の締結を推進する。医師派遣や配置にとどまらず、医学部の地域枠や寄附講座の設置などを促進し、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化する。かつての“医局文化”の再興と見る向きもあり、その動向は注視したい。

医師養成過程を通じた取組としては、①医学部定員・地域枠②臨床研修の2本柱をさらに強化する。特に、臨床研修では医師少数県などで24週以上の研修を組み込む「広域連携型プログラム」を2026年度から開始するため準備を進めていく。

医学部定員全体の“適正化”として縮減の方向性が続く地域枠については、◇個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら必要な対応を進める◇医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠の学生を受入れ育成する大学が恒久定員内に地域枠を設置するなど地域への定着の取組を促進する◇今後の医師の需給状況を踏まえ、2027年度以降の医学部定員の適正化を検討する一を掲げている。

診療科偏在の是正にも着手する。まずは、労働環境の改善や今後の医療需要の見込みなどを踏まえて、「新たな地域医療構想」などを通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性・男性を問わず、医師が必要とされる分野を若手医師が積極的に選べるような環境づくりや、処遇改善をする。特に、外科系医師の長時間労働に着目しており、業務負担への配慮・支援などの観点で手厚い評価を検討する。

どうなる「負の動機付け」 厚労・財務大臣の合意文書で記載

医師の偏在是正に向けた対策に関しては、年末の2025年度政府予算案の編成過程で厚労・財務大臣の折衝内容に2026年度予算に関係する事項として盛り込まれるという異例の事態が生じた。合意文書の記載は次の通り。

令和8年度診療報酬改定において、外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応とともに、その他の医師偏在対策の是正に資する実効性ある具体的な対応について更なる検討を深める。

厚労省によると、現時点で回答できる詳細はなく、次期診療報酬改定に関する検討事項として大臣間で合意された内容だという。詳細は不明であり、検討する時期や具体的な内容がどのようになるのか注目だ。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ (概要)

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進する。
- 総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。
※医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組み。

【基本的な考え方】

現状課題: 医師偏在は一つの取組では是正が図られるものではない。若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策。へき地保健医療対策を超えた取組が必要。

基本的な考え方: 経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の総合的な対策。医師の柔軟な働き方等に配慮した中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ。地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組。

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組む。

- ・医師偏在対策の効果は施行後5年目までに検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・医師確保計画により3年間のPDC Aサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手	中堅・シニア世代
<h4>医師養成過程を通じた取組</h4> <p><医学部定員・地域枠></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う <p><臨床研修></p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備 ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施 	<h4>医師確保計画の実効性の確保</h4> <p><重点医師偏在対策支援区域></p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等を含む) <p><医師偏在是正プラン></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討
<h4>地域偏在対策における経済的インセンティブ等</h4> <p><経済的インセンティブ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討 <ul style="list-style-type: none"> ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急に先行して実施) ・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認) ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援 ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援 ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討 	
<h4>全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援</h4> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進 <h4>都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定</h4> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進 	
<h4>地域の医療機関の支え合いの仕組み</h4> <p><医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加 ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施 <p><外来医師過多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></p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮 <p><保険医療機関の管理者要件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す 	
<h4>診療科偏在の是正に向けた取組</h4> <ul style="list-style-type: none"> ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施 ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う 	

1～2年など短いスパンで効果を検証する必要がある リカレント教育は“間口”も“蛇口”も拡げていきたい

厚生労働省が昨年12月25日に公表した「医師の偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」(以下、「対策パッケージ」)について、検討過程から即効性ある施策の不足を指摘してきたのが全日病の神野正博副会長だ。構成員を務める「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」のほか、委員を務める社会保障審議会・医療部会でも繰り返し問題提起してきた。完成版についても「やはり即効性に乏しい。民間企業がPDCAを回すように1～2年の短いスパンで効果検証して、追加の対策を講じなければならない」と語る。(取材は1月14日)

——まずは「対策パッケージ」の総括をお願いします。

即効性に乏しく、効果があるのかについては極めて懐疑的にならざるを得ないというのが率直な感想だ。昨年6月に政府が閣議決定した経済財政運営と改革の基本方針2024(骨太方針2024)で、「対策パッケージ」を年末までに策定するということが決まり、無理矢理12月で決めるという感じだった。拙速だという印象が強い。

——本質的な議論ができなかったというわけですね。

議論を尽くしたとは言えないと思う。検討の場も、全日病会長の猪口先生が構成員の「新たな地域構想等に関する検討会」では2回しか医師の偏在を個別に取り上げておらず、私が構成員を務める「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」でも、本質的な偏在対策の話は少なかった。

また、「経済的インセンティブ」に重きを置いた議論が中心で、医師1人当たり年に何百万円、何千万円と出るのであればすぐに動くかもしれないが、保険者の運営者でもある身として、財源の拠出元となった保険者が十分な額を出せるとも思えない。規制的手法をかませないと医師の偏在を是正するのは極めて難しいと強く思う。

近年、公立病院が僻地で医師を集めるために税金から高額を拠出しているが、そのお金とどちらが高いのかとい

う勝負のような話になってしまう。保険者が納得し、かつ効力のある金額になるか注目したい。近年の傾向として、ちょっとやさっとじゃ動かないという印象だ。

——外来医師過多区域での新規開業については緩やかな枠組みとなりました。

オブラートに包まれてしまったと感じる。都会の医師、勤務医からは、規制的手法は必要ないという意見が出ていたが、地方でどれほど医師が不足しているかという実感に基づく意見ではない。規制的手法はドイツでうまくいっていないとの発言もあったが、であれば、うまくいく仕組みを作ればよい。

全体的に、議論の場に参加している方々が都会中心で、地方の危機感がなかなか伝わらない会議体・組織になってしまっているのも残念だ。地方の先生方がたくさん集まる全日病の理事会や支部長会と対照的だ。

——やはり開業規制にまで踏み込むべきでしたか。

これまで、いわばプロフェッショナルオートノミーに頼り、医師の心に訴えかけてきたが、偏在は解消できていない。「要請・勧告・公表」も、全国紙の1面で公表するわけでもない。保険医療機関の指定期間を短くしても、怖くない。一方、診療科別で定数制のようなものを動かし、「東京ではダメだけど、新潟では枠が空いているよ」という状況になれば、大きく動く可能性

がある。せっかく「新たな地域医療構想等に関する検討会」で議論できたものの、実効性にこだわった議論がなかったと言わざるを得ない。

「開業規制は職業選択の自由を抵触する」と反対する方々は言うかもしれないが、対象はあくまで保険医療機関。自由診療での開業を制限するわけではない。地方は悠長なことを言っているような余裕はない。医師過多区域では、承継を促進するような仕組みも必要だと感じている。

一方、大臣合意文書に載った「負の動機付け」については、どのような検討になるか注目したい。

——医師の養成過程に関する偏在是正策も今後委ねる部分が多い印象です。

まず言うべきではないのであれば、偏在是正が進まないのであれば、医師の養成数は減らすべきではないということだ。あまり味方はいないようだが、正しい抵抗勢力として言い続けなければならない。人口が減ってくる中でさまざまな産業で自動化やAIを取り入れている。人が人に提供するサービスのため、地方に医師や医療職を供給するための養成が続く意義はある。

養成過程の関連では、根本的に医学部教育から見直す内容もあると考えている。厚生省の診療科区分でも60以上ある中の1つとして総合診療が存在するわけで、できることは少ない。もう少し大きく「総合診療の地域医療学」や「総合診療の救急」など、教授や講座を増やす努力が必要だと思っている。

——全日病も取り組む、リカレント教育については、いかがでしょうか。

間口も蛇口も狭めず、むしろ拡げていくべきだ。ある程度の年齢で特に地方勤務であれば、教育されていなくても経験学習として総合的な診療をできる医師は多い。その先生たちに、「リ

カレント教育がないと総合的な診療をしてはならない」というのでは不幸だ。

自信がなければリカレント教育を受ければ良いが、ある程度は時間がかかる。ただでさえ少ないのだから、地方で専門以外もできている先生方を排除しない枠組みを求めたい。

——社保審・医療部会では、「これが最終であれば反対だ」と発言されました。効果検証についてのお考えは。

報告書では、「5年を目途に」という方針だが、効果を発揮しないことが明白な施策に関して5年先では遅すぎる。民間企業がPDCAを回すように1年2年の短いスパンで効果検証して、追加の対策を講じなければならない。全日病として引き続き訴えていくべきだ。

——開業規制のほかに、どのような手を打つべきでしょうか。

地方の人間として、偏在の是正を進めつつ、都会の医師が田舎の患者をオンライン診療する仕組みを実現したい。規制的手法を講じないのであれば、AIを含むDXで打開するしかない。

臨床研修の直後から美容外科に行ってしまう“直美(ちよくび)”についても、何らかの規制を求めたい。年間100人くらいが行ってしまう状況を改善する具体的な施策を検討すべきだ。

今後は通常国会へ法案が提出されると思うので、どのような条文で法律に位置づけるのかにも注目している。



神野副会長

MCDBの第三者提供、医療法人などの特定で懸念消えず

医療法人の経営情報データベース検討会

報告制度以外のDBとの連結「合意していない」、日医副会長・角田構成員

政府が医療DXを進める柱の1つとして活用を検討している「医療法人の経営情報に関するデータベース」(MCDB)の情報を、政府が管理する医療施設調査など他の情報やデータなどと連携させて、第三者が利用する際、「一人医療法人」など小規模な医療機関名や個人情報が特定できてしまう可能性が高まるとの懸念が再燃している。厚生労働省の「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」(田中滋座長)が昨年12月20日、MCDBに関する第三者提供の枠組みや施行日を定めるための取りまとめに着手したものの、日本医師会副会長の角田徹構成員らがMCDBの第三者提供では「病床機能報告」と「外来機能報告」以外の情報と連携できないようにすべきと意見したことを受け、引き続き調整するとの結論に至った。

MCDBの第三者提供については、①一般からの委託を受けて厚生省(福祉医療機構(WAM))に委託)が統計データの作成と統計学的研究の結果を提供する「オーダーメイド集計」②公益性を有する調査や学術的な研究・分析を目的に研究者がデータベースの情報を利用する「医療法人情報の提供」一

の2種類を医療法に規定済み。社会保障審議会に関連する会議体で審査する前提で運用開始を目指している。

現在は、第三者提供制度の内容を公布した2023年5月19日から3年以内の施行日や、第三者提供の際の具体的な手続きや運用面の内容などを定めるため検討を進めている。

厚生労働省は同日、同検討会の報告書の取りまとめに向け、「病床機能報告」と「外来機能報告」以外のデータとも連携させてMCDBの情報を第三者が利用できる制度にする案を提示。第三者提供の可否を慎重に審査する旨も重ねて説明した。

角田構成員らが反対したのは、研究の目的などで第三者提供する②の「医療法人情報の提供」に関するMCDBと他のデータとの連携に関する部分。医療法に規定する際に取りまとめた同検討会の報告書では、「病床機能報告」と「外来機能報告」との連携については是認しているものの、その他の調査との連携に関し「政府内で活用することを前提」とし、「それ以外の活用」については「慎重な検討が必要」との記述にとどめているため、早急な結論の取りまとめに懸念を表明している。

MCDBの第三者提供制度を医療法に規定する際に取りまとめた報告書における当該部分は以下の通り。

【「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書(2022年11月9日公表)より抜粋】

- 新たな制度で収集する情報は、医療法人の経営情報となるが、関連する他の調査によって収集した情報と連携することにより多角的な分析の可能性が高まる。
- 具体的には、法に規定されている「病床機能報告」及び「外来機能報告」との連携を行うことが考えられることから新たな制度においては、これらの報告と共通のIDを用い、情報の連携を可能とすべきである。
- ただし、他の調査との連携により医療法人の属性に係る情報が付加されるため、連携したデータベースは政府内で活用することを前提とし、それ以外の活用については、本検討会において研究目的などのニーズへの意見があったことを踏まえつつ、慎重な検討が必要である。

角田構成員は、「2022年の報告書には『慎重に検討』とあり、引き続きしっかりと検討すべき」と訴えた。日本医療法人協会会長代行の伊藤伸一構成員も「病床機能報告と外来機能報告以

外の制度との連結で再識別できないと検証できたのちに検討すべき」などと述べ、角田構成員に同調した。

厚生労働省は、MCDBの第三者提供に際しては、公益性などを社会保障審議会に関連する会議体で個別に審査するため、個人などの識別に繋がらないようにするという前提と説明。その上で、「病床機能報告」と「外来機能報告」以外の情報とも連携を可能にしてはどうかという提案である旨を示し、理解を求めたが、角田構成員は譲らなかつた。

2022年の取りまとめにも参加していた日本精神科病院協会副会長の野木渡構成員は、「2年前は激論だった」と述べ。その上で、「病床機能報告と外来機能報告以外と連携できると、どういうデータが出るのか架空でもよいのでわからないと検討できない」と、現時点では可否を判断できないとの意見を表明。

一方、一橋大学大学院経営管理研究科教授の荒井耕構成員は、個人情報などを識別不能とした上で、他の情報とも連携可能にすべきと主張した。

厚生労働省は、同検討会としての報告書公表に向け文言調整を進めている。不調の場合は同検討会を再度招集する見通し。

医学部臨時定員、26年度の配分方法などを了承、27年度は“適正化”

医師偏在対策等検討会

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1月21日、医学部臨時定員に関する方向性として2026年度の配分・調整の方法を決めるとともに、2027年度については「地域の医師確保に大きな影響が生じない範囲」との前提を置いた上で、「適正化を図る」との方針を了承した。

全日病副会長の神野正博構成員は2026年度の配分・調整の方法について、「医師多数県の中での偏在や、若手と高齢の医師割合などについて配慮されており高く評価したい」と述べ、賛成した。

2026年度の医学部臨時定員の配分・調整方法は下記の通り。

① 医師多数県の臨時定員の調整

2025年度臨時定員から2024年度の臨時定員に0.2を乗じた数を減算した上で、以下を調整する。

—恒久定員100名あたり、2026年度

全日病・神野副会長「医学教育とオンライン診療で見直し検討を」

までに恒久定員内地域枠を4名以上設置する等、さらなる県内の偏在是正が必要な医師多数県については、2024年度臨時定員に0.1を乗じた数を復元する。

—この復元に加えて以下のいずれかの要件にあてはまる医師多数県については、2024年度臨時定員に0.1を乗じた数を復元する。

- ・35歳未満の若手医師割合が全国下位1/2の場合
- ・75歳以上の高齢医師割合が全国上位1/2の場合

② 医師少数県の意向を踏まえた調整

臨時定員の要件を満たし、教育・研修体制の範囲内であれば原則、2025年度比増の意向に沿う。

③ 残余臨時定員数の調整

①②の対応後も2025年度の臨時定員総数に達しない場合は、その範囲内で下記の通り配分する。

—医師中程度県：恒久定員100名あ

り、2026年度までに恒久定員内地域枠を4名以上設置する等、更なる県内の偏在是正が必要な医師少数区域がある場合、2025年度比増となる意向があれば地域枠の趣旨の範囲内で配分する。

—臨時定員研究医枠：2025年度比増の希望がある場合、その趣旨の範囲内で配分する。

2027年度の医学部定員に関する方向性の主な内容は下記の通り。

【医師養成過程を通じた地域の医師確保の方向性】

○2024年末に公表した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」については早期に効果検証等を行い、必要な対応を進める。

○地域の医師確保のためには必要な地域枠を適切に確保する重要性や、医学部定員全体の中で地域における医師確保をより効果的に進める方策について検討する。

恒久定員内への地域枠の設置を推進する際の課題や、国や都道府県等の関係者における必要な対応を検討する。

○地域の医師確保に向け、その他の医師養成過程を通じた取組を推進するために必要な対応を検討する。

【医学部定員に係る方向性】

○医学部臨時定員について、生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の状況や、医学部定員に係る取組の効果の発揮には一定の期間を要することを踏まえると、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲で、適正化を図る。

神野副会長提案に厚労省「検討」

神野構成員は、「総合診療など地域に必要な医師等に関する医学教育に問題があるのではないか」と述べ、検討を求めた。また、医師不足地域とそれ以外の地域でオンライン診療の条件を変えるべきとも提案した。厚労省医政局医師養成等企画調整室の和泉誠人室長は、どのような対応が可能かも含めて検討するとの意向を示した。

2025年度の配分、都道府県別で公表 群馬と新潟でのみ地域枠が増加

厚労省は同日、2025年度の臨時定員地域枠の配分結果を都道府県別で公表した(図表)。全体では936人。内訳は、医師多数県の16都府県で計30人分の枠が減り161人に、医師少数県では群馬県と新潟県で計8人分の枠が増え546人になった。医師中程度県では増減なく229人。

2025年度の臨時定員の配分結果

都道府県	臨時定員地域枠		
	2023年度	2024年度	2025年度
北海道	8	8	8
青森	27	27	27
岩手	37	37	37
宮城	7	7	7
秋田	29	29	29
山形	8	8	8
福島	47	47	47
茨城	59	62	62
栃木	13	13	13
群馬	18	18	24(+6)
埼玉	45	47	47
千葉	34	34	34
東京	20	20	16(-4)
神奈川	22	25	25
新潟	70	77	79(+2)
富山	12	12	12
石川	10	10	8(-2)
福井	10	10	10
山梨	22	24	24
長野	20	20	20
岐阜	25	25	25
静岡	68	68	68
愛知	32	32	32
三重	20	20	20
滋賀	5	5	5
京都	5	5	4(-1)
大阪	15	15	12(-3)

都道府県	臨時定員地域枠		
	2023年度	2024年度	2025年度
兵庫	16	16	16
奈良	15	15	12(-3)
和歌山	12	12	11(-1)
鳥取	19	19	17(-2)
島根	17	17	17
岡山	4	4	3(-1)
広島	15	15	15
山口	17	17	17
徳島	12	12	11(-1)
香川	14	14	11(-3)
愛媛	15	15	15
高知	15	15	14(-1)
福岡	5	5	4(-1)
佐賀	6	6	5(-1)
長崎	22	22	18(-4)
熊本	5	5	4(-1)
大分	10	10	10
宮崎	2	2	2
鹿児島	20	20	20
沖縄	12	12	11(-1)

医師多数県計	191	191	161(-30)
医師中程度県計	228	229	229
医師少数県計	522	538	546(+8)

臨時定員(地域枠+研究医枠)			
合計	968	985	975(-10)

※R7年度臨時定員研究医枠設置大学(19大学、39枠)：東北大学、埼玉医科大学、千葉大学、東京大学、東京科学大学、順天堂大学、金沢大学、金沢医科大学、名古屋大学、藤田医科大学、京都大学、大阪大学、関西医科大学、神戸大学、兵庫医科大学、奈良県立医科大学、広島大学、山口大学、長崎大学

は医師多数県
は医師少数県
※(カッコ)内は対前年度増減
※自治医科大学の臨時定員23枠のうち、栃木県指定枠3枠を除く20枠は計上していない。

一冊の本 book review

意思決定支援 こんなときどうする!?

著者●水野慎大
出版社●三輪書店
定価●3,850円(税込)

全日本病院協会会員病院であるおうちにかえろう。病院の水野慎大院長のご著書。本書では、自宅退院や治療方針の変更時など様々な場面における具体的な意思決定支援を題材にありがちなコミュニケーションエラーが描かれ、「もやもやポイント」「すれ違いポイント」「失敗ポイント」といった分析とともに「解決への糸口」が提示されている。

専門職としての知識と経験自体が、患者や患者家族、他職種の医療従事者とのコミュニケーションを難しくしてしまう場面はどうしても出てくる。どうすればより良いコミュニケーションをとれるのかを改めて考えることは重要であろう。より良いコミュニケーションは、より良い治療に結び付くだけでなく、患者の生活や人生をより良く支えることにもつながる。意思決定までの一連の流れのどこでエラーが起こり、どのようにすればうまくいったのか。ケーススタディとして考えながら読んでいただきたい。すべての職員におすすしたい一冊。(広報委員会委員長)



■ 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)(税込)	備考
病院看護師のための 認知症対応力向上研修会 100名	2025年2月20日(木) 2025年2月21日(金) WEB開催	16,500円(22,000円)(税込)	2020年の診療報酬改定で改称された「認知症ケア加算3」(2016年創設の「認知症ケア加算2」に該当)の施設基準に対応する研修会として開催。2日間通して参加された方には、「病院看護師のための認知症対応力向上研修」および「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の受講修了証を発行する(遅刻・早退・中抜けした場合は発行不可)。
災害時のBCP研修 60名	2025年2月21日(金) WEB開催	22,000円(23,100円)(税込)	地震や台風などの自然災害が発生した場合に、自院が被災しつつも事業の継続・速やかな復旧を遂行するための計画がBCP(事業継続計画)。本研修では、基礎知識の講義と大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状課題について「気付き」を得ていただく。
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 事務管理領域 80名 60名	2025年3月9日(日) 全日病会議室	8,800円(13,200円)(税込)	第1・2部通じての参加が必須。第1部前半では、評価の傾向とC評価になりやすい項目などを解説。後半は、前半の内容と事前視聴動画の内容について、質問を受け講師が回答する。第2部では、「診療・看護合同領域」「事務管理領域」に分かれ、評価項目の中から2項目(当協会指定課題1項目、参加病院選択課題1項目)を記入して提出していただく。