

地域医療対策委員会

報告書

令和2年4月

日本医師会

地域医療対策委員会

令和2年4月14日

日本医師会

会長 横倉 義武 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、2018年（平成30年）11月21日に開催された第1回委員会において、貴職より「今後の地域における医療提供体制に向けた医師会の役割 ～地域医療構想、医師確保対策等を中心に～」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。

2019年（令和元年）10月15日には医師確保等に関する中間答申を行ったところであります。

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	松井 道宣	(京都府医師会会長)
委員	小林 利彦	(静岡県医師会理事)
〃	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)
		(令和元年7月より就任)
〃	笹本 洋一	(北海道医師会常任理事)
〃	鈴木 邦彦	(茨城県医師会理事)
〃	高橋 泰	(国際医療福祉大学赤坂心理・医療 マネジメント学部長)
〃	塚田 芳久	(新潟県医師会理事)
〃	中澤 宏之	(高知県医師会常任理事)
〃	中村 康一	(三重県医師会常任理事)
〃	戸次 鎮史	(福岡県医師会常任理事)
〃	美原 盤	(全日本病院協会副会長)
〃	守山 正胤	(大分大学理事)
〃	渡辺 象	(東京都医師会理事)
		(平成30年9月より令和元年6月まで)

目次

はじめに	1
1. 地域医療構想について	2
(1) 地域医療構想が策定されるまでの経緯	2
(2) 地域医療構想とは	3
(3) 地域医療構想調整会議	3
(4) 都道府県知事の対応	4
(5) 具体的対応方針の再検証	9
(6) 地域医療構想アドバイザーについて	11
(7) 都道府県別の定量化基準について	12
(8) 本委員会における地域医療構想の検討について	12
2. 各都道府県の状況について	12
(1) グループ A (大都市を含む都道府県)	12
① 地域医療構想の進め方について	12
② 地域医療構想アドバイザー	16
③ 都道府県単位の定量的基準	16
④ 病床機能報告	17
⑤ 個別案件に関する調整会議の重要性	17
(2) グループ B (都市部・地方部ともにある都道府県)	19
① 地域医療構想の進め方について	19
② 地域医療構想アドバイザー	20
③ 都道府県単位の定量的基準	21
(3) グループ C (地方部が中心の都道府県)	21
① 地域医療構想の進め方について	21
② 地域医療構想アドバイザー	23
③ 都道府県単位の定量的基準	24
④ 病床機能報告	24
(4) 地域医療構想についてのまとめ	25
3. 医師確保対策等について	26
(1) 医師確保計画策定ガイドラインについて	27
(2) 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ついて	29
(3) 医師確保計画・外来医療計画に対する意見	30
(4) 医師偏在についての意見	31
(5) 中間答申について	33

1 はじめに

2 近年、地域医療体制を取り巻く環境は日に日に厳しくなっており、
3 多くの課題に直面している。医師不足、医師偏在、少子高齢化や人口
4 動態の変化に起因する病床需要の変化等、緊急に解決しなければな
5 らない重要な課題が山積しているのが現状である。本報告書では、は
6 じめに地域医療構想の正しい理解と、それに対する本委員会の姿勢
7 を謳っている。中でも重要なのは調整会議への取り組み方であり、す
8 べてが調整会議で決まると言っても過言ではない。調整会議を経て
9 医療審議会で審議される規則となっており、調整会議が低調で終わ
10 ることは許されず、調整会議の重要性をあらためて強調したい。

11 地域医療構想は本来、すべての地域で独自に打ち立てられるべき
12 であり、全国一律で討議されるべきものではない。本委員会ではグル
13 ープA（大都市を含む都道府県：東京都、神奈川県、京都府、福岡県）、
14 グループB（都市部・地方部ともにある都道府県：北海道、茨城県、
15 三重県、高知県）、グループC（地方部が中心の都道府県：山形県、
16 群馬県、新潟県、静岡県、熊本県）の三つのグループに分け、それぞ
17 れのグループで地域医療構想の進め方、地域医療構想アドバイザー、
18 定量的基準、病床機能報告等に関して討議し見解を出していただい
19 た。

20 医師確保計画、特にそのガイドラインに関しては、現時点で了承で
21 きることが出来ない記述も多く存在し、変更を強く求めるとし、数合
22 わせにすぎない形での計画には基本的に反対の立場を堅持したいと
23 考えている。

24 地域医療体制の構築は、調整会議、地域医療対策協議会、都道府県
25 医療審議会において、地域の実情に即して議論されることが重要で、
26 なかでも都道府県医師会の強いリーダーシップが求められていること
27 を強く認識し行動を起していかなければならない。

28
29 地域医療対策委員会

30 委員長 中目 千之

1 1. 地域医療構想について

2 本委員会で地域医療構想の検討を行うにあたり、まずその正しい
3 理解が必要であることが確認された。

4 地域医療構想のあり方については、厚生労働省の医療計画の見直
5 し等に関する検討会の下に設置された「地域医療構想に関するワー
6 キンググループ」（以下、「地域医療構想 WG」と呼ぶ）において、
7 2016年（平成28年）以降、継続的に検討している。そこで、地域
8 医療構想 WGにおける日本医師会の主張と、示された政策の目的や
9 趣旨を通して、地域医療構想の正しい理解について説明する。なお、
10 経緯や説明については、日本医師会総合政策研究機構の研究成果を
11 参考にしている¹。
12

13 (1) 地域医療構想が策定されるまでの経緯

14 地域医療構想の策定までの経緯は、最初に2008年（平成20年）
15 6月に社会保障国民会議「中間とりまとめ」²で、急性期病院へ資源
16 を集中投入する方向性が示された。その後、2013年（平成25年）8
17 月の「社会保障制度改革国民会議報告書」³で、都道府県が「地域医
18 療ビジョン」を策定することが提案され、現在の「地域医療構想」に
19 つながっていく。

20 2014年（平成26年）9月、厚生労働省に「地域医療構想策定ガイ
21 ドライン等に関する検討会」が設置され、地域医療構想は地域の事情
22 を勘案して次第に収れんしていくべきものであることを確認しつつ
23 議論が進められた。

¹ 「地域医療構想の理解のために」日医総研ワーキングペーパーNo.341 2015年5月15日<<https://www.jmari.med.or.jp/download/WP341.pdf>>

「基準病床数と病床数の必要量等の関係について」日医総研リサーチエッセイ No.67 2018年12月27日<<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE067.pdf>>

² 社会保障国民会議サービス保障（医療・介護・福祉）分科会「中間とりまとめ」2008年6月19日

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryou_4.pdf

³ 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」2013年8月6日

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

1 2015年（平成27年）3月にとりまとめられた地域医療構想策定
2 ガイドラインでも、ガイドラインはあくまで参考であり、地域の実情
3 に応じて地域医療構想を策定する旨があらためて明示されている。

4 5 **（2）地域医療構想とは**

6 2014年（平成26年）6月に成立した「地域における医療及び介護
7 の総合的な確保の促進に関する法律」（医療介護総合確保推進法）よ
8 り、医療法が改正され、都道府県の医療計画の一部として地域医療構
9 想を策定することになった。

10 地域医療構想は、医療法で、構想区域における病床の機能区分ごと
11 の将来の病床数の必要量および病床の機能分化および連携の推進の
12 ために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（2015年
13 4月1日施行改正医療法第30条の4第2項第7号）とされている。

14 地域医療構想は、不足する病床機能を整備するためのものであり、
15 各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を通じて自然に収
16 れんされていくことを目指している。また、地域医療構想は、不足す
17 る機能を手当するものであり、既存病床の削減を強いるものではな
18 い。ただし、病院の新たな開設や増床については地域での協議事項と
19 なる（後述）。

20 21 **（3）地域医療構想調整会議**

22 地域医療構想は、構想区域単位の調整会議（医療法では「協議の
23 場」。以下「調整会議」と呼ぶ。）で協議される。調整会議では、特に
24 公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化されている
25 かを確認する。

26 調整会議の開催には、定期的な開催と随時開催がある⁴が、このよ
27 うな個別具体的な議論が行われる場合には、参加者を絞り込んだ随
28 時開催により、議論を尽くしていく必要がある。

⁴ 地域医療構想策定ガイドライン 40頁 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000196935.pdf>

1 病床が不足している地域では病院が新設されるケースもあるが、
2 この場合にも、当該医療機関に調整会議への出席を求め、雇用計画
3 (医療従事者の引き抜きが生じないか) や、設備計画が地域医療に悪
4 影響を与えないか協議する。

5 病床機能報告において、各医療機関が病床機能を適切に選択して
6 いるかを確認することも、調整会議の役割である。現実には、回復期
7 機能を担っている医療機関が急性期機能を選択しているケースもあ
8 るが、これについて、厚生労働省は、「回復期機能を担う病床が各構
9 想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると
10 想定される」とし、「地域医療構想調整会議において、地域の医療機
11 関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った
12 上で、機能分化・連携を進めて」いくことを求めている⁵。

13 地域医療構想調整会議での議論の活性化に向けた方策として、日
14 本医師会の提案を受けて、都道府県単位の調整会議の設置、地域医療
15 構想アドバイザーの養成等を行うこととなっている⁶。

16

17 (4) 都道府県知事の対応

18 2018年(平成30年)7月の医療法改正前から、都道府県知事には
19 以下の権限が付与されていた。

20 ① 過剰な機能への転換

21 公的医療機関等⁷へは転換中止命令、民間医療機関へは要請、勧告。

⁵ 2017年(平成29年)9月29日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」

⁶ 2018年(平成30年)6月22日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」

⁷ 「公的医療機関(国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である社会医療法人、社会福祉法人北海道社会事業協会)、国家公務員共済組合及びその連合会、地方公務員等共済組合、上記以外の共済組合及びその連合会、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構」の開設する病院、診療所

1 ② 調整会議での議論が整わない場合
2 地域で不足している医療機能を担うよう公的医療機関等へは指示、
3 民間医療機関には要請・勧告。

4 ③ 病院の開設等
5 地域で不足している機能を担うよう条件を付与。

6 ④ 稼働していない病床（おおむね1年間を通じて非稼働の病床）
7 公的医療機関等へは削減命令、民間医療機関へは削減の要請・勧
8 告。

9 さらに、2018年（平成30年）7月の医療法改正により、「既存病
10 床>将来の病床数の必要量」の場合には、公的医療機関等には新規開
11 設や増床の許可を与えないことができるようになった。

12 医療法改正等により許可病床数、病床数の必要量との関係が明確
13 化された。法改正部分を詳述すると、

14 病床非過剰（基準病床>既存病床⁸）の医療圏であっても、「許可病
15 床≧病床の必要量」かつ「基準病床>病床の必要量」の場合には、都
16 道府県知事が公的医療機関等には新設、増床の許可を与えないこと
17 （民間医療機関の場合には従前の通り勧告）ができるようになった。
18 具体的には、① 許可申請者が都道府県へ新設、増床の理由書を提出
19 し、② 申請者が調整会議に出席し協議が整わない時または出席しな
20 い場合で、③ 申請者が都道府県医療審議会⁹で理由等を説明し、それ
21 がやむを得ないと認められない場合である。

22 次に、通知⁹により病床過剰地域であっても、将来「許可<必要量」
23 となる場合には、毎年基準病床数を見直し、特例で基準病床数を引き
24 上げることができるようになった。なお、将来の高齢者人口のピーク

⁸ 「許可病床数」とは、県知事の許可を受けた、病院・診療所の病床の数（医療法第7条第1項から第3項まで）

「既存病床数」は、「許可病床数」から①平成18年12月31日以前に許可を受けた診療所の一般病床②宮内庁病院・自衛隊病院・刑事施設等・労災病院、特定の事業者等の従業員及びその家族の診療のみを行う医療機関、障害者総合支援法に規定する療養介護を行う施設、児童福祉法に規定する入所施設、独立行政法人自動車事故対策機構法に規定する施設の一般の患者の利用に供さない病床、③放射線治療室の病床、④ハンセン病療養所の病床、⑤医療観察法に基づく指定入院医療機関

⁹ 平成29年6月23日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」

1 アウト後を含む医療需要の推移、他の二次医療圏との患者の流出入
2 の状況、交通機関の整備状況などの、それぞれの地域の事情を考慮す
3 ることが求められる。

4

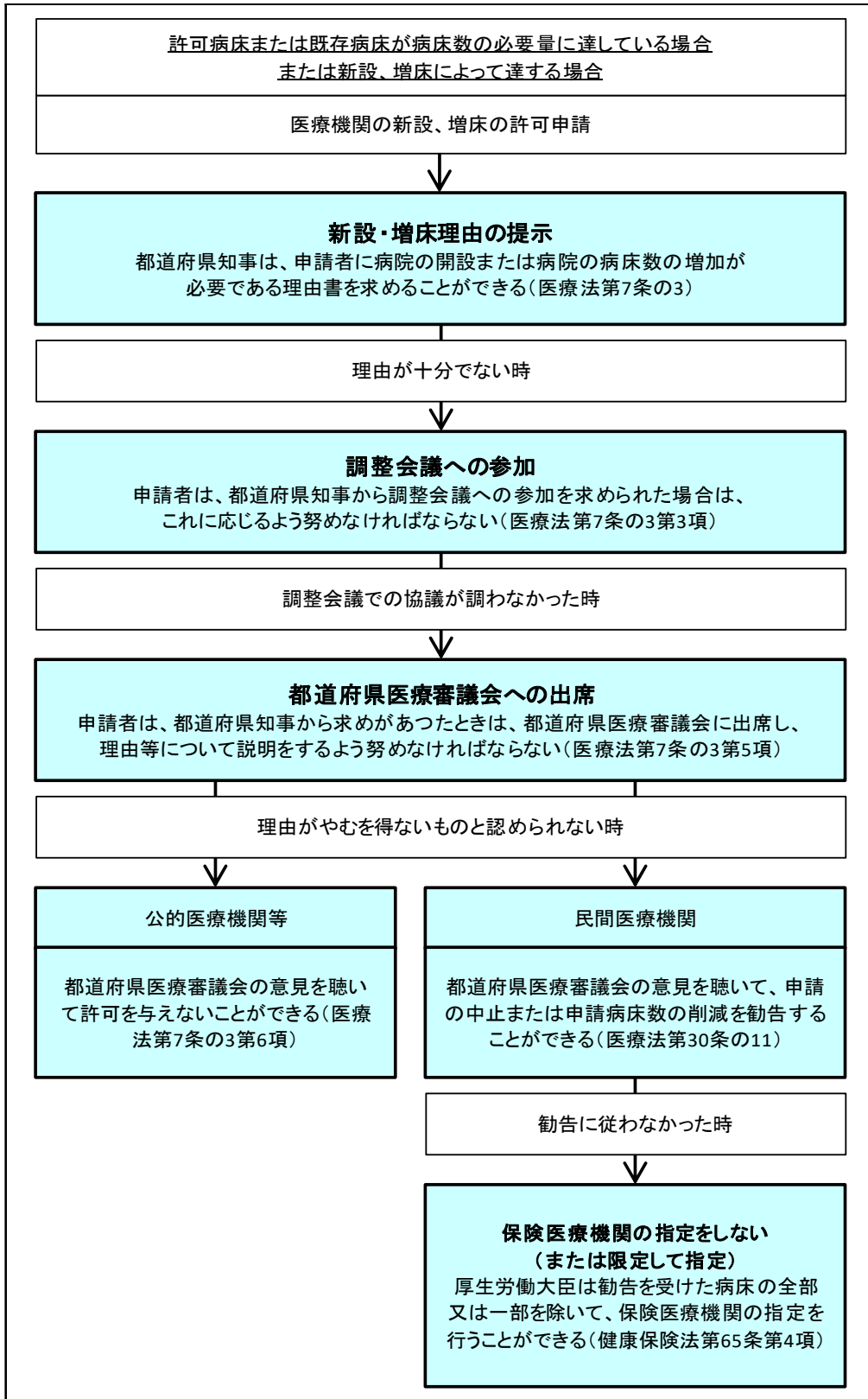
5 医療機関が新設または増床を申請した場合、ポイントは、調整会議
6 と都道府県医療審議会の議論を経るということである。

7 まず調整会議で協議を行い、協議が調わなかった場合には、都道府
8 県医療審議会で審議する。「協議が調わない」とはどのような状態か
9 規定はないので、早々に「協議が調わない」として協議を切り上げる
10 のではなく、調整会議の協議が調うまで、関係者が誠意を尽くし時間
11 をかけて議論することが望まれる。また、その後の都道府県医療審議
12 会では都道府県医師会の役割が重要である。

13

14

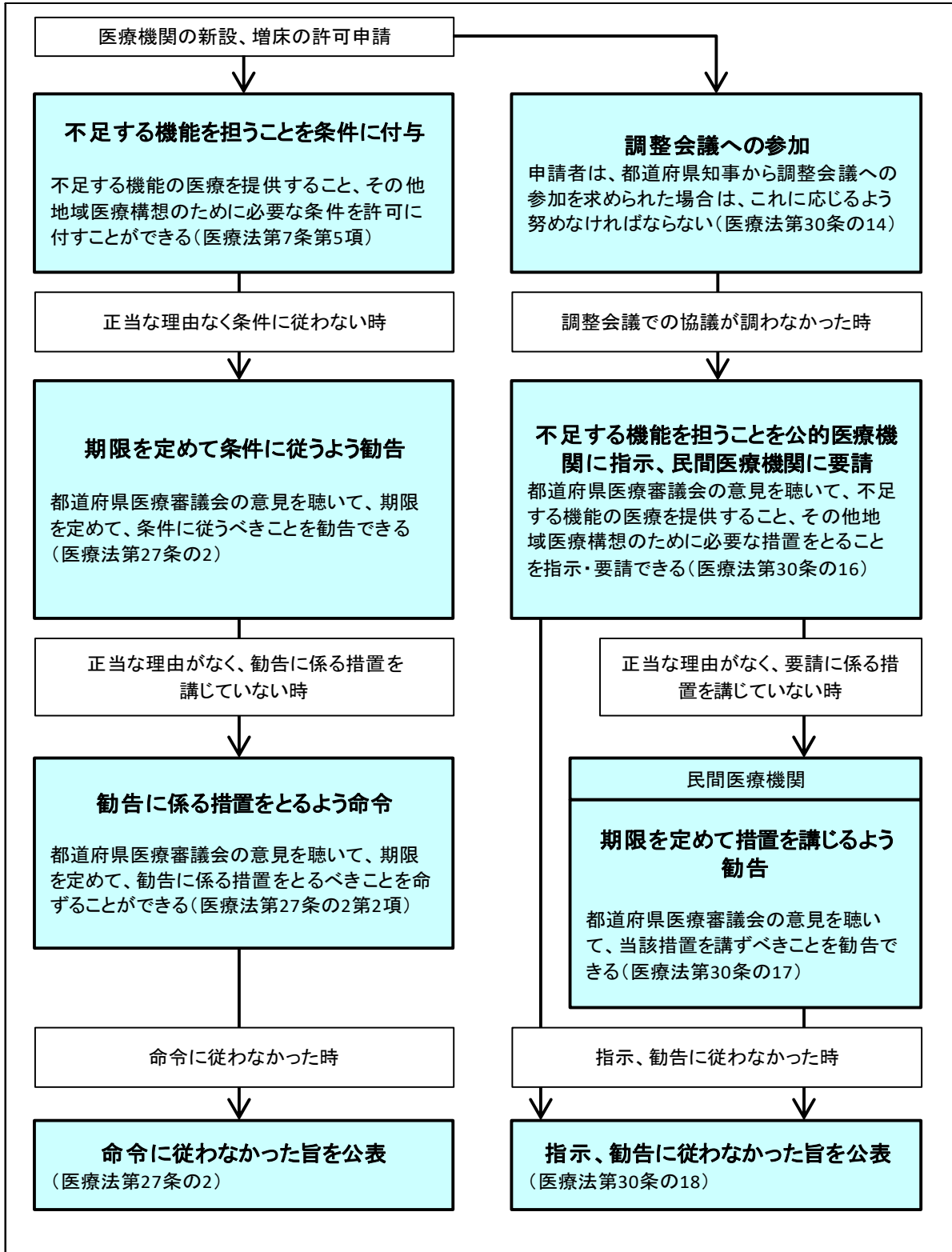
1 医療機関の新設または増床（過剰地域への参入時）



2

3

1 医療機関の新設または増床（不足する医療機能がある場合）



2
3

1 (5) 具体的対応方針の再検証

2 2019年(令和元年)9月26日、厚生労働省は、高度急性期、急性
3 期を選択した公立・公的医療機関等のうち、2025年の地域医療構想
4 を踏まえた具体的対応方針の再検証を要請する病院を公表した。

5 これまで、公立・公的医療機関等はそれぞれ「新公立病院改革プラン」、
6 「公的医療機関等2025プラン」を作成し、公立・公的医療機関
7 等が、民間が担えない機能に重点化しているかという視点で協議が
8 進められてきた。しかし、調整会議での議論が進みにくい実態もあ
9 り、調整会議での議論の活性化に資するデータのひとつとして、「再
10 検証対象医療機関」の公表にいたった。

11 再検証対象医療機関は、高度急性期病床と急性期病床を持つ公立・
12 公的医療機関等1,455病院のうち、(A)9領域のすべてで「特に診
13 療実績が少ない」病院277施設、(B)6領域でのすべてで診療実績
14 が「類似かつ近接」している病院が307施設および(A)(B)両方に
15 該当する病院が160施設で、計424病院¹⁰(公立・公的医療機関等
16 1,455病院のうち29.1%)である。

17 2019年(令和元年)9月27日に厚生労働省医政局からプレスリ
18 リースされた「地域医療構想の実現に向けて」¹¹にもあるとおり、具
19 体的対応方針の再検証対象医療機関の公表は、「今回の分析だけでは
20 判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も補いながら、地
21 域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くし」、「2025年のあ
22 るべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行って」いくものであ
23 り、今回の取組は、「病院が将来担うべき役割や、それに必要なダウ
24 ンサイジング・機能分化等の方向性を機械的に決めるもの」ではな
25 い。

26 各構想区域の調整会議が地域の実情等を十分に踏まえて協議する
27 ことが重要であり、「現状維持」あるいは「機能充実」といった結論
28 もある。

¹⁰ 令和2年1月17日付厚生労働省医政局長通知「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」とともに7医療機関が対象から外れ、20医療機関程度追加された

¹¹ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000552445.pdf>

1 公表の仕方については、唐突な印象があり、またマスコミが、医療
2 機関の統合や廃止というセンセーショナルな見出しで報道したため、
3 公立・公的医療機関等の中には、住民の不安への説明に時間を費やさ
4 れるだけでなく、職員の動揺にも対応が必要となり風評被害に悩ま
5 されるどころがあった。とくに大学医局からの医師派遣の中止や、医
6 師本人からの辞職や転勤辞退などは医療機関にとって死活問題であ
7 る。今回の公表方法は、個々の医療機関にとって唐突でその受ける影
8 響への配慮に欠けたものであった。そのために反発が強まり、本来す
9 るべき理性的な協議がおざなりになってしまうとしたら本末転倒で
10 ある。

11 他方、公表については、公立・公的医療機関等の実情が明らかになり、
12 改めて地域医療を考える契機となったことを評価するところも
13 あることに留意が必要である。

14 具体的対応方針の再検証の要請を受けた医療機関および当該医療
15 機関を有する構想区域に関する今回の分析は、病床機能報告の報告
16 項目である診療行為から機械的に分析したものである。

17 たとえば地域医療支援病院の機能である紹介・逆紹介や共同利用
18 の実績は勘案されていないが、これらの機能は急性期機能にとって
19 重要なものである。調整会議では、こうした地域医療連携への貢献度
20 も加味して今後の方針を決めていく必要がある。その結果、「現状維
21 持」あるいは「機能拡大」といった結論もある。

22 民間医療機関のデータの取り扱いについては、今回公表に至った
23 公立・公的医療機関等の分析において、いわゆる「類似・近接」では、
24 民間医療機関を含めて分析をしており、既にこれらを踏まえたもの
25 になっている。民間医療機関のデータは、医療機関の経営に関する情
26 報である。調整会議で扱う場合は非公開¹²とし、その提供も当該調整
27 会議限りとするべきである。

28

¹² 地域医療構想策定ガイドライン P42 ウ公表「(前略) 地域住民等に対する協議の透明性の観点から、患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開とし、(攻略)」と記載している。

1 その理由として、第一に、民間医療機関は国民、住民からの直接的
2 な財政支援なく自立的に経営されている。地域医療構想の理念に沿
3 った需要の縮小による自主的な収れんを見守るべきである。一方、公
4 立・公的医療機関等は、税金の投入や税制優遇に見合った役割を担っ
5 ているか、すなわち国民、住民の負担に込えているかという点が重要
6 な論点であり、民間医療機関と同じ土俵に立つものではない。

7 第二に、データが公表されると、一部の報道機関等によるランキン
8 グ化等の、本来の目的から外れた利用をされる危険がある。これらの
9 事態は絶対に防がなければならない。

10 2020年（令和2年）1月17日に、厚生労働省医政局長通知「公
11 立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」および医
12 政局地域医療計画課長通知「公立・公的医療機関等の具体的対応方針
13 の再検証等における各都道府県の公立・公的医療機関等の診療実績
14 データの分析結果および民間医療機関の診療実績データに関する資
15 料の提供について」が発出されたが、課長通知において、民間医療機
16 関に関する情報については留意が必要であり、当該資料や調整会議
17 の議事録については非公開として取り扱うこと等とされている。

18 これは、日本医師会から発出した文書「都道府県に提供する民間医
19 療機関の情報について」（令和元年12月27日付（地369））におい
20 て案内した通り、厚生労働省より提供される民間医療機関に関する
21 情報は随時開催の調整会議においてのみ利用することで十分である
22 ことを徹底するよう要請したことを踏まえたものである。

23 調整会議に民間医療機関に関する情報が提供された場合に、この
24 ことを、行政および医療関係者に十分に説明していく必要がある。

25 26 **（6）地域医療構想アドバイザーについて**

27 「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（医政地
28 発0622第2号平成30年6月22日付厚生労働省医政局地域医療計
29 画課長通知）と、それに続く「「地域医療構想アドバイザー」の推薦
30 について(依頼)」（平成30年6月26日付厚生労働省医政局地域医療

1 計画課事務連絡)により、厚生労働省は、「地域医療構想アドバイザー」
2 の養成を進めることとしている。

3

4 (7) 都道府県別の定量化基準について

5 「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定
6 量的な基準の導入について」(平成30年8月16日付厚生労働省医
7 政局地域医療計画課長通知)により、調整会議における議論を活性化
8 する観点から、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上
9 で、同年中の地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたいとし
10 ている。

11 これは必ず策定しなければならないものではなく、あくまで調整
12 会議における議論を活性化する1つのツールであることに留意が必
13 要である。

14

15 (8) 本委員会における地域医療構想の検討について

16 地域医療構想の検討をするにあたっては、大都市のグループ(グル
17 ープA)、都市部地方部ともにあるグループ(グループB)、地方部が
18 中心のグループ(グループC)に分け、それぞれの特徴を踏まえ、地
19 域医療構想について以下の項目ごとに検討を進めることとした。

20

21 2. 各都道府県の状況について

22 (1) グループA(大都市を含む都道府県)

23 グループAは、東京都、神奈川県、京都府、福岡県の委員で構成
24 した。

25 ① 地域医療構想の進め方について

26 グループAの大都市を含む構想区域では、2025年の病床の必要量
27 が大幅に不足すると推計されるところがある。このような地域では、
28 機械的に病床の整備を計画することが可能である。しかし、数値だけ
29 を見て計画を立てることは、地域の実情にそぐわない場合がある。ま

1 た、これまで地域医療を担ってきた医療機関とは異なる病院グルー
2 プ等を外部から呼び込む可能性がある。

3 深刻な人材不足と人件費、土地代、建設費の高い大都市圏で、数十
4 年の一過性の需要増のために新たな医療機関を開設することは近隣
5 医療機関との人材獲得競争を過熱させることになり共倒れになりか
6 ねない。

7 そしてなにより現場の医療機関から『満床だから患者の受入れが
8 出来ない』という声はほとんど聞かれず、ほんの一部の急性期病院の
9 繁忙期に一過性に聞かれる程度である。

10 このような状況下のグループ A においては、安易な病床新設によ
11 らず、高齢化による一過性の医療需要増には病院間、地域間の連携の
12 効率化により乗り切るべきであり、増床は必要最低限にとどめるべ
13 きである。

14 医療計画の基準病床数の算定式の特徴として、分母が病床利用率
15 になっており、病床利用率が下がると、基準病床数が増える。つまり
16 ベッドが空いているにもかかわらず、ベッドを増やすという矛盾を
17 生み出す。

18 2018年(平成29年)の厚生労働省の通知¹³では、病院台帳の月次
19 報告を採用しても良いとされている。神奈川県横浜市においては、病
20 院団体が月毎の病床利用率の変動の実態を調査した。その結果、一般
21 病床の病床利用率は年間平均 82.22%、最大 86.76%、最小 80.04%
22 となり月毎に最大 6%強の開きがあることが見られた。大都市である
23 横浜市では病床利用率が 6%異なると、算定される病床数は約 1,800
24 床も異なる。調査結果は算定式の限界を示すものであり、どの病床利
25 用率を採用して算定するかが今後の調整会議で議論されることにな
26 る。

27 地域の実情を一番よく知るものは、地域の医師会である。そしてそ
28 の意見を出す場は調整会議である。調整会議で検討を行い、不必要と
29 判断した場合は、これに「待った」をかける必要がある。

¹³ 平成 29 年 9 月 20 日厚生労働省医政局地域医療計画課「基準病床数の算定方法における留意事項について」

1 調整会議で検討させるためには、都道府県行政に調整会議の重要
2 性を理解させる必要がある。仮に、調整会議の議論を経ずに、都道府
3 県の医療審議会に病院の新設・増床・転換等の議題が諮られた際は、
4 「この事案は調整会議での議論を経ているのか」を確認していくこ
5 とが重要である。

6 また、地域の住民からの不満や医療機関から病床が不足している
7 という意見等がない中で、無条件に増床することは問題があるとい
8 うことを行政に説明し理解を得ていく必要がある。

9 次に、今回の再検証対象の基準は全国一律に決められており、地域
10 の特性を考慮されておらず、必ずしも調整会議での再検証が必要と
11 は限らない。

12 そして、再検証対象医療機関以外の公立・公的医療機関等であって
13 も、例えば地域に地域包括ケア病棟が十分ある状況にもかかわらず、
14 自院の存続だけを考え「地域包括ケア病棟の取得」を要望する場合な
15 どは、調整会議において慎重に検討する必要がある。このような要望
16 が、政策医療を担う公立・公的医療機関等としての本来の役割と異な
17 っていると判断された場合や、公立・公的医療機関等の提供する医療
18 が、民間医療機関では担えない機能に重点化しているとは言えない
19 場合などは、要望に対しその妥当性を指摘していくべきである。

20 さらに、非稼働の病床を持つ公立・公的医療機関等に対しては、ま
21 ず、今後の予定を必ず報告書を提出させて調整会議に挙げるように
22 していく必要がある。これに関しては厚生労働省が発出した事務連
23 絡¹⁴が参考になる。事務連絡では、病床が全て稼働していない病棟を
24 有する医療機関が確認された場合には、当該医療機関に調整会議へ
25 の出席を要請し、病棟を稼働していない理由や今後の運用見通しに
26 関する計画の説明を求めることとしている。その上で、病棟を再稼働
27 しようとする計画がある場合には、医療従事者の確保、地域の他の医
28 療機関の診療実績、将来の医療需要の動向等を踏まえ、追加的な病棟
29 の再稼働の必要性があるか否かについて十分に議論すること、特に、

¹⁴ 「地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について」（平成 29 年 11 月 6 日付
厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）

1 再稼働を予定する病棟の病床機能が、過剰な病床機能である場合は、
2 慎重に議論を進めることとされている。

3 なお、この点、「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道
4 府県が留意すべき事項について」（平成 29 年 6 月 23 日付厚生労働
5 省医政局地域医療計画課長通知）において、「現状では既存病床数が
6 基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減
7 少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回
8 ることとなる場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけでは
9 なく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を勘案し、医療需
10 要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追
11 加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があるこ
12 と。」と記載されている。

13 病床の非過剰地域であっても、常に追加的な病床の整備ができな
14 いことも留意が必要である。

15 グループ A は他の地域と異なり、人口減がそのまま患者減となる
16 ことが確実なため、病床の再編を議論する段階ではない。むしろ、ど
17 のように効率的な医療提供を維持するかの協議が必要であり、ベッ
18 ドの数や看板の議論よりは、在宅医療や介護施設の実態把握や課題
19 整理に注力すべき地域である。

20 また、大都市部は将来、医療需要が増える。これは医療従事者の確
21 保が必要となることを示唆している。しかし、医師確保計画等におい
22 ては、大都市部は医師多数区域とされていることが多い。そのため、
23 医療需要は将来増えるが医師は他の地域から確保できないことにな
24 る。これらの制度間の相克を考えなければいけない点に、グループ A
25 の特徴がある。

26 地域医療介護総合確保基金は、2017 年（平成 29 年）より事業区
27 分 1 「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備
28 に関する事業」に重点的に配分されているが、上記のような事情下
29 ある都市部においては、使用しにくい状況が続いている。地域ごとに
30 医療介護を総合的に確保するための課題は異なるはずであり、地域
31 医療構想のすすめ方や、基金の使用用途を国が全国一律に仕切って

1 いくやり方の矛盾と限界に直面していることも、グループ A の特徴
2 と言える。

3

4 ② 地域医療構想アドバイザー

5 地域医療構想アドバイザーは、実務的には調整会議での役割は果
6 たされていないとの報告があった。

7 しかし今後、各地の調整会議においては、①に出たような病院の開
8 設や医療法人の認可等について検討することが必要になる。これら
9 の検討に慣れていない医療関係者をサポートして、このような場合
10 に、どの点に注意して検討することが必要かアドバイスすることが
11 求められる。そのため、東京都のように、様々なデータの分析や必要
12 となる資料の提案、行政側との調整などの役割を担うことが求めら
13 れる。

14

15 ③ 都道府県単位の定量的基準

16 都道府県が独自の基準を策定することを検討している地域と、他
17 の都道府県で策定した基準を導入するという地域があった。後者を
18 採用した一部の県では、基準をそのまま適用したところ、何ら施策を
19 行う必要がないという結果になった。機械的な適用は、必ずしも地域
20 の実情に合わないことも留意する必要がある。

21 定量的な基準を活用する際は、改めて調整会議を活性化させるこ
22 とが目的であることを前提にして考えていく必要がある。基準を根
23 拠に病床機能報告の変更を求めていくことがあってはならない。そ
24 のために、都道府県の定めた定量的基準に対して、「個別の医療機関
25 を強制的に変更させることや、診療報酬上の変更を要求することが
26 ないように」約束させることが有効である。

27 地域の実情や、地域医療構想の目的である「自主的な収れん」に沿
28 った運用が求められる。

29 東京都などでは、特に回復期において定量的基準と病床機能報告
30 との間に差があるとされている。しかし、調整会議における議論によ
31 れば、機能的には回復期機能は不足しておらず、その理由としては、

1 高度急性期・急性期の医療機関が回復期機能までを担っているため
2 という意見であった。今後、果たして定量的基準に無理に合わせてい
3 く必要があるのか、議論が必要である。

4

5 ④ 病床機能報告

6 大都市においては、民間医療機関の割合が公立・公的医療機関等と
7 比較しても高い地域がある。このような地域では、類似の機能を持つ
8 中小病院が多くあり、分化・連携に向けた調整が難しい。

9 開設者・管理者が、お互いに急性期機能を名乗らないと、患者やス
10 タッフの維持が難しくなると考えたり、将来、地域医療構想と診療報
11 酬がリンクするようなことを不安視して、報告を変更しないところ
12 がある。最終的には、各医療機関の報告を尊重するが、ここに述べて
13 きたような誤解を解くために、地域の将来の医療需要を示して、丁寧
14 に説明を続け、コンセンサスを得ていく必要がある。

15

16 ⑤ 個別案件に関する調整会議の重要性

17 地域で問題となる案件は、地元医療関係者との意思疎通が不十分
18 なことが多い印象であるため、行政にできるだけ速やかに医師会、病
19 院協会に情報を提供してもらい、当該医療機関を開設しようとする
20 者に調整会議に出席して説明してもらい、最終的に地域医療構想調
21 整会議にて地域としての結論を出すというプロセスを徹底するよう
22 にすべきである。また、個別案件に関しては都道府県行政とも相談
23 し、議題を非公開にするなどの配慮を行っている。

24 これまでに調整会議で協議した主な個別案件を紹介する。

25 a. 医療法第7条第3項の許可を要しない診療所について

26 分娩を扱うおよび地域包括ケアに貢献する等の診療所に関しては、
27 病床過剰地域であっても特例による届出により開設が可能とされて
28 いるが、今回、病床事前協議を行った横浜地域で問題が出た。横浜で
29 は約850床の病床公募に対して2,000床近い要望があり、協議の結果
30 800床強を認めることになった。一方で、有床診療所に関しては

1 協議を要さない形で3つの診療所から60床弱の要望があり、病院か
2 らの要望と比較すると、整合性の点で問題がある（産科の増床希望が
3 あった病院は今回許可されず、実績のない新設の産科有床診は許可
4 される）。この件に関しては、次年度以降も対応方針を協議して、有
5 床診療所であっても病床事前協議の対象にするか地域ごとに協議し
6 ていく方針である。

7 b. 川崎地域における医療ツーリズム病院開設の提案について

8 病床過剰地域である川崎南部地域において、外国人専用、自由診療
9 の医療ツーリズム病院（100床）の提案が出された。問題点は、①病
10 床過剰地域であっても自由診療専門の病院であれば、知事の勧告を
11 経て行われる保険医療機関の指定の除外からは外れるという、医療
12 法の抜け穴をついた提案であること、②医療ツーリズム専門病院の
13 提案は日本初であったが、計画内容が未熟なもので、周辺地域医療機
14 関への影響が予測されること、③神奈川県内での提案医療法人への
15 従来からの不信感、および県行政の弱腰対応があった。特に①に関し
16 ては、これが認められると日本全国で日本人を対象とした自由診療
17 専門の病院が開設され、皆保険制度が崩れ、医療格差が広がる懸念も
18 あるため、神奈川県医師会は、川崎市医師会および病院協会と共同し
19 て川崎市長、黒岩県知事に反対要望書を提出し、県議会議員への働き
20 かけを行った。またいち早く、日本医師会や14大都市医師会協議会
21 で問題提起を行い、その結果、県議会でも与党議員の代表質問でこの問
22 題が取り上げられ、県知事から地域医療団体の意見を無視しないとい
23 う答弁があり、神奈川県・川崎市で医療ツーリズムを検討する会が
24 立ち上がることになった。

25 先日、医療ツーリズム病院の理事長から川崎市長宛に、「ツーリス
26 ム病院開設提案の一時凍結」が文書で届けられた。ひとまず東京オリ
27 ンピック・パラリンピック競技大会までに開設という早急な提案に
28 は、歯止めがかかることとなった。

29 引き続き、医療法の抜け穴をふさぐべく、国に対して「病床過剰地
30 域においては、たとえ自由診療専門であっても新たな病床の増設・新
31 規開設は認めない」との働きかけを、行っていく予定である。

1 最も大切な点は、地域の医療のことはどんなことでも調整会議で
2 協議するという慣習を、醸成していくことである。医師会は、調整会
3 議の中心的存在として行政との折衝だけでなく、大学病院や病院団
4 体との意見調整、関係多職種との協調など多くの役割が求められる。
5 まさに地域の調整役として医師会の存在意義が高まっている。

6

7 (2) グループ B (都市部・地方部ともにある都道府県)

8 グループ B は、北海道、茨城県、三重県、高知県の委員で構成し
9 た。

10

11 ① 地域医療構想の進め方について

12 グループ B では、例えば、病床機能の分化・連携を検討するため
13 の会議体の構成を、公立・公的医療機関等に限るほか、非稼働病床の
14 有効活用と称して、病床の過剰地域において増床を認めようとした
15 り、公立病院を再建するため複数の医療機関を統合して新築する
16 というような、公立・公的医療機関等を優先して医療機能を検討して
17 く自治体があることが報告された。

18 公立病院の新築を伴う統廃合は、周辺の民間医療機関の経営に大
19 きなインパクトを与える。この新築という考えの背景には、非稼働病
20 床を抱える原因を、病院の老朽化に求め、新築することで稼働率が上
21 がるとの考えが見える。しかし、新築により患者が集まるという考え
22 は、必ずしも当を得ていない。

23 他の地域への流出や、民間医療機関と競合している場合に、公立・
24 公的医療機関等の今後のあり方を考える場合は、民間医療機関の役
25 割とのバランスを考えるべきである。

26 そのために、地域の実情をよく知る地域医療関係者が集まる調整
27 会議で、十分に検討する必要がある。そして、都道府県庁に対し粘り
28 強く、官民協力してあるべき医療提供体制を構築するよう提言する
29 べきである。

30 都道府県行政に提言する際の論拠として、国の審議会・検討会にお
31 ける日本医師会の提言や、議論の経緯を伝えることが効果的である。

1 そのために都道府県医師会は、国の検討会等の情報をチェックして、
2 今後進んでいく方向を把握しておくことが必要である。また、都道府
3 県医師会相互間で情報を共有することも有効である。

4 また、日本医師会においては、都道府県医師会に対し、各課題に対
5 する見解や議論の成果を発信していくことが重要である。

6 もちろん、その地域に公立・公的医療機関等しかない場合は、引き
7 続き地域医療を支えて貰う必要がある。

8 次に、構想区域によっては、地方都市に三次救急医療機関等が集中
9 し、周辺の二次医療圏の二次救急も同時に担っている地域があるこ
10 とが報告された。

11 また、地方によっては在宅医療の整備を進めているが、在宅医療を
12 充実するか、療養病床等を充実させるかは、地域により異なるもので
13 ある。

14 そして、在宅医療を充実させるためには、地域の開業医の高齢化を
15 合わせて考えていく必要がある。その対策として若い医師を地域へ
16 招くことはもちろん、中堅の医師、勤務医として勤め上げた高齢の医
17 師に対し、既にある医療機関の承継等により、地域医療への協力を要
18 請していくことが必要である。

19 また、新規に在宅医療を実施する医師に対しては、既に在宅医療を
20 実施している医師が同行してサポートする仕組みが有効である。

21

22 ② 地域医療構想アドバイザー

23 地方都市を有する都道府県においても、地域医療構想アドバイザー
24 は機能していないとの意見が見受けられた。その原因としては、必
25 要性が少ないほか、広域分散型の北海道(国土面積の22%を占める)
26 などの地域特性のあるケースや、医局の担当者である等の理由で就
27 任されているケース等、地域の実情を知らない場合が挙げられた。

28 今後は、行政とアドバイザーが連携し、調整会議の中でそれぞれの
29 地域の実情に応じた助言を引き続き行うとともに、各圏域から頼ら
30 れる存在となることが求められる。

31

③ 都道府県単位の定量的基準

ある県では、地域医療構想策定時の構想区域の設定において、基幹病院が各区域に必ず入るようにして、また、地理的範囲を地域住民の歴史的共同意識に十分配慮して決めていった。そのように、地域の実情に即した構想区域を設定した結果、県独自の定量的な基準を策定して適用したところ、病床機能報告とほぼ近似の割合を示した。構想区域の考え方や、調整会議で協議する事項の事前準備等、地域医療構想を考える際に、行政と医師会が協力して入念な準備をすると、その後の施策により大きな乖離を生じない好事例であると言える。

また、他の都道府県で採用された基準を、例えば、回復期機能に限りて適用するなど、限定して適用させるという方法を取った地域もあった。このような地域の医療機関に配慮した対応も有効である。

(3) グループ C (地方部が中心の都道府県)

グループ C は、山形県、群馬県、新潟県、静岡県、熊本県の委員で構成した。

① 地域医療構想の進め方について

本グループにおいても、グループ B と同じく、公立・公的医療機関等を優先して医療機能を検討していく自治体があることが報告された。

また、市町村等の基礎自治体が、合併を繰り返した地域がある。その結果、合併前に設立された公立・公的医療機関等が複数残っている地域があり、その整理が今後必要となるとの状況が報告された。

その際も、地域の実情を十分に斟酌して、施設を新設する際は、他の構想区域との流入・流出や、民間医療機関との関係には十分配慮していく必要がある。

他方、公立・公的医療機関等が、地域医療の中心を担う地域も報告されている。本地域においては、引き続き公的資金を投入して地域医

1 療を支えて貰う必要がある。自治体の財政が厳しい中、医療機関の再
2 検証を求められると、いかに調整会議で「引き続き公的資金を投入し
3 てでも地域医療を維持する」よう要請されても、引き続き投入するこ
4 とは難しいという事情がある。このような場合に、医師会を通して市
5 区町村長へ地域医療の維持のため、「当該公的医療機関の存続」を要
6 請していく必要がある。

7 さらに、地域によっては、民間医療機関と実質的に競合しない、公
8 立・公的医療機関等の 424 病院として公表されたことを根拠に、行
9 政が無条件に再編・統合を前提とした議題を進めようとしているこ
10 とも報告された。

11 1（5）で示した、令和 2 年 1 月 17 日付厚生労働省医政局長通知
12 では、「再検証対象医療機関の中には、今回の分析において設定した
13 領域以外の一部の診療領域に特化し、疾患特性に応じて一定の急性
14 期機能を有しており、特定の領域において地域の民間医療機関では
15 担うことのできない」等の記載がされている。単純に今回の領域だけ
16 で判断はできないことを国も踏まえている。このことを行政に伝え、
17 誤解を解いていく必要がある。

18 また、調整会議では、提示されたデータに対して大きな議論も指摘
19 もなく終了したが、そのことをもって議事録に「了承」と記載される
20 場合がある。

21 これに対しては、提示されたデータの表面的な説明に満足せず、デ
22 ータの意味するところを行政に確認していくことが必要である。

23 それと同時に、調整会議の構成員として、データの意味するところ
24 を自らも見極めていくことが必要である。そのときに参考になるの
25 は、都道府県医師会の状況や、日本医師会の見解や国での検討の経緯
26 である。

27 これらの情報は、現場に降りてくるまでタイムラグがあるため、適
28 時にチェックする必要がある。そして、あらかじめ国等の意向を把握
29 していれば、都道府県行政に先んじて提言することができる。

1 そして、地域の医療提供体制に影響を与える市区町村長や議会議員の動静に対しても、行政が示す機械的データだけで判断させない、
2 現場の意見を織り込んだ提言を行うことができる。

3 本グループにおいても、県庁所在地は病床過剰地域であり、新たな
4 増床はできない場合が多い。しかし、産科等、一部の診療科が不足し
5 ている等、十分に地域医療を確保するために工夫が必要となる。ある
6 県庁所在地の構想区域では、不足する産科を充実させるため、救急医
7 療や周産期医療等に関する特例を適用して調整会議、医療審議会に
8 て了承を受け、産科の有床診療所の開設が可能となった事例もある。
9 この特例は、地域に不足する診療科を十分斟酌して活用することが
10 重要である。
11

12 ② 地域医療構想アドバイザー

13 本グループでは、地域医療構想アドバイザーの必要性について検
14 討した。

15 地域医療構想アドバイザーは、1（6）の事務連絡にある通り、役
16 割は「都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること」と、
17 「地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言する
18 こと」である。

19 その意図するところは、都道府県庁が提出する資料の意味・意図を
20 伝えるという翻訳者としての役割である。各調整会議に出席した際
21 は、病床の議論や医療機関の新規開設の検討に慣れていない関係者
22 を、適切にサポートしていく必要がある。

23 そのために、「助言者として」アドバイザーに必要な能力を検討し
24 たところ、
25

- 26 1) 各種医療統計データに基づく、各構想区域の現状分析、課題分
27 析、解決策案の検討、報告
- 28 2) 政策立案に対するアドバイス、調整会議での研究報告
- 29 3) 医師確保施策・外来医療に関するデータ分析
- 30 4) これら1から3のエビデンスに基づいた助言ができること

1 5) 適切な医療提供体制構築のために、特定の病院や団体の立場に
2 依らずに、専門家の見地から客観的に助言を行えること

3 6) 高圧的に結論を押し付けるのではなく、丁寧に共通理解や合意
4 の形成に努めること

5 となった。

6 さらに、一步進めて、都道府県庁にはその能力にばらつきがあり、
7 地域医療構想のような高度な政策立案が求められる場面では、2)に
8 関する助言者にとどまらず、政策立案者としての役割を果たすこと
9 が期待される。

10 そのためには、

11 1) 学術的な知見に基づく助言ができること

12 2) 地域の臨床現場の実態や地域の事情もよく知り、医療データの
13 分析ができること

14 が必要とされた。

15 さらに、アドバイザーの助言等が調整会議において実質的に機能
16 するためには、地域の医師会の協力が不可欠である。アドバイザーは
17 医師会関係者が就任するほか、日頃よりデータの解説や政策の趣旨
18 説明等を行い、顔の見える関係を築くことが重要である。

20 ③ 都道府県単位の定量的基準

21 現在でも、DPC データ等を集計・分析すれば、各医療機関のおお
22 よその傾向はつかめる。都道府県庁の作成するデータに対して、地域
23 医療構想アドバイザー等が、より現実に即した区分を作成すること
24 が重要である。

26 ④ 病床機能報告

27 行政から出される資料には、いまだに将来の病床の必要量と病床
28 機能報告が一致を目標とするようなものが提示される。しかし、病棟
29 単位の数量と病床と将来の患者数とが一致することは、原理的にあ
30 り得ない。

1 (4) 地域医療構想についてのまとめ

2 ここまで、グループごとに地域医療構想について検討してきたが、
3 まさしく地域ごとにその特性は、全く異なることが改めて明らか
4 になった。そのため、全国一律のやり方を強制するのではなく、地域の
5 実情に応じて地域医療を担う医師会が、医療提供体制を描いていく
6 方針は堅持しなければならない。

7 我々医師は、これからも行政に積極的に提言していく必要がある
8 それと同時に、社会的共通資本として医療が果たしている役割を、地
9 域の住民に伝えて協力してもらうことが重要である。

10

1 3. 医師確保対策等について

2 2018年（平成30年）7月に成立した医療法、医師法の改正によ
3 り、医療計画に定める事項として、新たに「外来医療に係る医療提供
4 体制の確保に関する事項」および「医師の確保に関する事項」が規定
5 された。

6 これらの事項を医療計画に追加するため、留意すべき事項等を取
7 りまとめたものが、「医師確保計画策定ガイドライン」と「外来医療
8 に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」である。

9 「医師確保計画策定ガイドライン」は、「医師確保計画」の策定に
10 あたり、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師
11 数、目標の達成に向けた施策内容という一連の方策を内容としてお
12 り、2019年（令和元年）度中に策定することとされている。

13 「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」（以
14 下「外来医療計画ガイドライン」と呼ぶ。）は、外来医療については、
15 無床診療所の開設が都市部に偏っている等の状況にあることと、医
16 師のプロフェッショナルオートノミーの調和の観点から、外来医療
17 機能は、地域ごとのデータを可視化して提供することで、開業を検討
18 する勤務医の行動変容を促していくものとされている。また、同計画
19 には、外来医療に係る医療提供体制を検討するための「協議の場」を
20 設置するが、地域医療構想調整会議等の活用が想定されている。その
21 他、外来医師多数区域における、新規開業者には、地域で不足する外
22 来医療機能を担うことを求めることや、医療機器の効率的な活用を
23 記載することとされている。

24 本委員会では、後述の通り、「医師確保計画」、「外来医療計画」と、
25 計画を策定するために、国から提示される「医師偏在指標」、「外来医
26 師偏在指標」について、中間答申として要望書を提出している。

27 一方で、どんなに精緻な医師配置計画を策定したとしても、2024
28 年までの働き方改革によって、医療提供体制が大きく変わってしまう
29 という問題がある。

30 現状では、県外の大学病院等からの医師派遣により医療提供体制
31 が維持されている医療機関は少なくないが、宿日直基準、兼業・副業

1 の解釈によっては、大学病院への医師の大量の引き揚げといった事
2 態も起こりかねない。これらの大波によって医師偏在指標は大きく
3 変化するため、働き方改革の影響を常に考慮しながら、医師確保計画
4 を柔軟に変更できるよう備えていく必要がある。

5 以下、医師確保計画策定ガイドラインと外来医療計画策定ガイド
6 ラインについての説明を示す。

7

8 (1) 医師確保計画策定ガイドラインについて

9 三次医療圏（都道府県）、二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・
10 客観的に比較・評価した指標を策定する。医師確保計画は、2020年
11 （令和2年）から実施され、初年度は4年間（2023年（令和5年）
12 まで）とし、次期計画からは3年サイクルで策定・実施・評価を繰り返
13 返し、2036年（令和18年）まで実施するものである。

14 医師確保計画は、具体的な目標医師数を二次医療圏ごとに設定し
15 て、この目標を達成するために必要な施策を計画に盛り込むことと
16 されている。

17 そのために、国は、地域ごとの医師の偏在度合いを表した「医師偏
18 在指標」を示すこととした。ただし、この指標は相対的な評価であり、
19 医師の絶対的な充足状況を示すものではないこと、そして、数値を絶
20 対的な基準として取り扱うことや、機械的な運用を行うことのない
21 よう十分に留意する必要があることとしている。

22 また、医師全体の医師確保計画とは別に、産科および小児科に特化
23 した医師確保計画も定めることとされている。

24 医師偏在指標は、分子として標準化医師数を設定する。この標準化
25 医師数とは、性年齢階級別医師数の平均労働時間を全医師の平均労
26 働時間で割り、性年齢階級別医師数に掛けて総和（ Σ ）したものであ
27 る。

28 分母は、その地域の標準化受療率に10万人当たりの地域の人口を
29 掛けたものである。分母の地域の標準化受療率は、地域の期待受療率
30 を全国の期待受療率で割り、地域の性年齢階級別の人口を掛けて総

1 和（ Σ ）して求める。また、今後「将来時点の医師偏在指標」が、国
2 から公表される。

3 患者の流出入を反映するため、全国の性年齢階級別調整受療率に、
4 患者住所地における流入・流出の情報を考慮する。

5 そして、全国の二次医療圏ごとに出された医師偏在指標を降順に
6 並べて、上位 1/3 を医師多数区域、下位 1/3 を医師少数区域とする。

7 次に、医師少数区域、医師多数区域に対して、以下の方策を規定し
8 ている。

9 医師少数都道府県および医師少数区域については、医師の増加を
10 基本とする。

11 医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わ
12 ないこととし、医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は
13 行わないこととする。ただしこれは、「外からの派遣を受けられない」
14 ものではないことに留意が必要である。

15 また、強制力を伴って調整するという仕組みではなく、本当に困っ
16 ている地域が適切な方策を実施し、医師を確保することの支援とな
17 ることが重要である。

18 重要な考慮事項として、「キャリア形成プログラム」がある。都道
19 府県は、「医師少数区域における医師の確保」と、「医師不足地域に派
20 遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的として、
21 キャリア形成プログラムを策定することとされている。

22 地域枠は、本計画との関係では、医師の少ない都道府県において医
23 師を充足させ、都道府県間の偏在を是正することが期待されている。
24 今後、国から、都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途提供する予定
25 とされている。その数値等を踏まえて、都道府県知事から各大学の医
26 学部に対して、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこととされてい
27 る。

28

29

30

31

1 (2) 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 2 ついて

3 地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に
4 偏っている現状に鑑み、新たに開業しようとしている医療関係者等
5 が、自主的な経営判断に当たって有益な情報として参照できるよう、
6 可視化して提供することで、個々の医師の行動変容を促すことを基
7 本的な考え方としている。

8 外来医療計画の設計は、基本的に医師確保計画と同じであり、地域
9 ごとに偏在指標を設定し、地域ごとに政策を立てることとしている。

- 10 ・ 地域ごとの外来医療需要は、地域ごとの人口を10万人で割り、
11 これに地域ごとの標準化外来受療率比を掛けて求める。
- 12 ・ この地域ごとの標準化外来受療率比は、分子として「期待外来
13 受療率」を設定する。これは、地域ごとの性年齢階級別の外来
14 受療率に、地域の性年齢階級別人口を掛けたものを総和したも
15 のである。
- 16 ・ 分母は、地域ごとの人口を用いる。
- 17 ・ 外来機能を検討する協議の場を、都道府県そして二次医療圏に
18 設置することになっているが、強制的な権限は一切なく、そも
19 そも国が強制力をもって臨むようなものではない。
- 20 ・ ただし、記載が強制力をにじませたような内容となっているた
21 め誤解を生じている。半面、本当に医師が不足している地域に
22 対しては、事態を動かす力として不足があるとの意見もあった。
- 23 ・ 本計画における対象は、診療所の外来機能だけとされている。
- 24 ・ 指標が示されると、外来医師偏在指標を用いた外来医師多数区
25 域が設定される。
- 26 ・ この情報を、新規開業を検討する医師等が閲覧できるようにす
27 るため、都道府県は、二次医療圏ごとの外来医師偏在指標およ
28 び外来医師多数区域である二次医療圏の情報や医療機関のマ
29 ッピングを提示し、新規開業希望者等が知ることができるよう
30 に周知することとしている。

- 1 ・ 外来医師多数区域において新規開業する場合には「その地域に
2 不足している医療機能を担ってくれるかどうか」を事前に相談
3 し、合意が得られない場合は、協議の場に出席することを要請
4 することになる。

5 この場における協議の結果は公表されることになる。この点が、協
6 議が不調に終わった場合の強権的な対応と読まれ、懸念が寄せられ
7 ている。これらの懸念を受けて、2019年（令和元年）7月18日の社
8 会保障審議会医療部会において、厚生労働省医政局地域医療計画課
9 長から「今回の外来医療計画の仕組みにつきましては、まずもって医
10 師の開業を強制的に制限するものではないということは最初に言わ
11 せていただきたい」との発言があった。

13 **（３）医師確保計画・外来医療計画に対する意見**

14 医師を確保するために、各地で様々な取り組みがなされている。

15 その代表的なものとしては、地域医療介護総合確保基金を活用し
16 て、大学に寄附講座（地域医療の支援を目的とした講座）を設置し、
17 医師の派遣を行うほか、各拠点病院にドクタープール制を設ける制
18 度などがある。

19 地域枠については、県内の医大卒の地域枠のうち2人程度が医師
20 少数区域・へき地の病院に赴くようにしている地域がある。

21 地域枠を活用した医師の確保の際は、例えば初期研修は希望する
22 地域や医療機関に派遣する等、若手医師の希望を可能な限り尊重し、
23 そして専門医を取得するまでのキャリア形成プログラムを整備する
24 ことが有効である。

25 また、研修先を大規模な病院とすると、専門性を追求できる反面、
26 経験できる範囲が広がらないことを受け、100～200床規模の医療機
27 関で研修を受けさせると、スタッフの協力のほか、医師としても専門
28 以外の患者を診る必要があるため幅広い経験を積むことができる。
29 このことを医学部生の時から、繰り返し教えていくことが必要であ
30 る。

1 これに関連して、大学における医師派遣の機能が昔より弱くなっ
2 たとの意見があった。これにより、若い医師をいわゆる「地方」に派
3 遣できなくなっている。そのため、地域の外来機能を年配の医師たち
4 が担う結果となっている。

5 大学等、医師派遣の機能を持つ機関と都道府県医師会が協力して、
6 地域医療に貢献する意義を医学部生に教えていく必要がある。また、
7 地域の住民そして国民の支持を得て、地域医療を担う「かかりつけ
8 医」機能の維持を、若き医師たちに訴えていくことが必要である。そ
9 して、若い医師が医師会へ加入していくことが望まれる。

10 その他の取組として、県外にいる県出身の医師の退職後の働き先
11 として、勧誘する試みを検討している地域もある。

12 なお、医師確保のために、高度医療機器の導入を検討する医療機関
13 があるが、それにより集まることがその地域で必要とされる医療と
14 は限らない。医師を確保するための魅力は、高度先進医療だけではな
15 いことを指摘していく必要がある。

16 東京都をはじめ大都市には大学病院等の大病院が多いが、これら
17 の医療機関は、地方への医師の派遣元としての役割も担っているこ
18 とも考慮しなければならない。（例えば福島県・山梨県の救急医の
19 30%は東京からの派遣医師である。）そして、東京都など、多くの医
20 育機関を有する地域においては、病院で働く医師の割合が低く、医師
21 数は全国では60歳代まで伸び続ける一方で、これらの地域では30
22 歳代をピークに減少している。これは医師が医育機関を有する地域
23 の外へ供給されていることを示しており、今後、この地域における人
24 口増加・高齢化の進展に伴い、医療供給体制の確保が必要となってく
25 る。

26

27 **（４）医師偏在についての意見**

28 まず、今回の医師偏在指標のベースとなるデータは、いわゆる三師
29 調査である。この三師調査の問題点と限界の整理が必要である。

1 三師調査では、主たる従事場所について集計するため、大学病院や
2 医学部がある地域は医師数が多い。ただ、兼務が多いため、実態と異
3 なる。数値上は0でも実際に医師がいる場合もある。また、2014年
4 (平成26年)までの「三師調査」は、主たる従事場所だけを届け出
5 ていたため、従たる従事場所の実態が把握されていなかった。2016
6 年(平成28年)の調査から従たる従事場所を報告するようにし、さ
7 らに2018年(平成30年)の調査から週ごとの派遣日数や宿直回数を
8 報告するようにしているが、医師偏在指標のもととなった時点で
9 は、兼務先の実態等が考慮されていないことに留意する必要がある。

10 15

11 次に、三師調査で報告するのは医師であるため、臨床をしていない
12 医師も含まれることになる。ある県では「小児療育センター」のある
13 二次医療圏において、臨床を行っていない小児科の医師が10数名報
14 告されたため、小児科の医師多数区域になったという事例がある。

15 一般に、国の方から数式を伴った考え方が出されると、その説明の
16 時点で思考停止に陥りがちである。しかし現実には、今回の医師確保
17 においても、医師派遣は、単なる医師数ではなく、「不足する機能を
18 担う医師」として要請が来る。したがって、「どういう医師が必要な
19 のか」という視点を入れて検討する必要がある。

20 指標はこのような要求に対応していないため、この医師偏在指標
21 は、あくまで一定の仮定の下に推計された参考値としてとどめ、調整
22 会議、地域医療対策協議会、都道府県医療審議会において、地域の実
23 情に即した議論を行うことが必要である。

24 これに関して、さらに様々な要素を考慮に入れて、医師偏在指標を
25 より精緻化していくべきという意見がある。一方で、数値の過度な精
26 緻化や公表は、医師少数区域にとって、医師不足の現実が顕わにな
27 り、労働条件が厳しいのではないか等の推測を生み、医師が来なくな

15 「医師偏在の解消にむけたデータの活用について―「医師・歯科医師・薬剤師調査」をそのまま活用することの限界―」日医総研リサーチエッセイ No. 68
2019年1月21日

1 るという危険がある。そして、医師不足地域であると意識した住民に
2 よる、医師増の要望だけが残り、対応はできないという状況になる。

3 医師確保計画・外来医療計画の策定は行うが、あくまで一つのステ
4 ップであり、自分たちに適した医療提供体制の検討を続けていくこ
5 とが必要である。

6 また、医育機関である大学病院等の大病院には研修医・専攻医も多
7 く、必ずしも医師数1としてカウントできるかどうかの議論も必要
8 である。

9 (5) 中間答申について

10 これらの議論を踏まえ、本委員会は、医師確保対策等に対する国へ
11 の要望を取りまとめ、2019年（令和元年）10月15日に中間答申と
12 して、報告した。

13

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

2018・2019年度
地域医療対策委員会
中間答申

2019年10月

日本医師会
地域医療対策委員会

令和元年 10 月 15 日

日 本 医 師 会

会 長 横 倉 義 武 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中間答申

本委員会は、平成 30 年 11 月 21 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「今後の地域における医療提供体制に向けた医師会の役割 ～地域医療構想、医師確保対策等を中心に～」について検討するよう諮問を受け、これまで 5 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、医師確保対策等につき中間答申を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

本委員会では、引き続き諮問につき検討を重ねてまいります。

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	松井 道宣	(京都府医師会会長)
委員	小林 利彦	(静岡県医師会理事)
〃	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) (令和元年 7 月より 就任)
〃	笹本 洋一	(北海道医師会常任理事)
〃	鈴木 邦彦	(茨城県医師会理事)
〃	高橋 泰	(国際医療福祉大学赤坂心理・医療 マネジメント学部長)
〃	塚田 芳久	(新潟県医師会理事)
〃	中澤 宏之	(高知県医師会常任理事)
〃	中村 康一	(三重県医師会常任理事)
〃	戸次 鎮史	(福岡県医師会常任理事)
〃	美原 盤	(全日本病院協会副会長)
〃	守山 正胤	(大分大学理事)
〃	渡辺 象	(東京都医師会理事) (平成 30 年 9 月より 令和元年 6 月まで)

「医師確保計画策定ガイドライン」ならびに「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」に関する要望

「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が2018年7月に成立したことにより、都道府県において、三次医療圏及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を医療計画の中に新たに「医師確保計画」として2019年度中に策定することが求められています。この偏在是正のための指標として、これまで一般的に用いられてきた人口10万対医師数に代わって、新たに「医師偏在指標」が示されたところです。

この「医師偏在指標」は全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化、②患者の流入・流出、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院/外来）の5要素を考慮したものとされていますが、これまで医師不足地域とされていた地域が医師多数区域とされる例が見られ、現場に混乱をもたらしており、その計算根拠も明確にされていない状況です。

また、現在、国及び地方では、大都市圏への一極集中の是正に向け、地方創生の取組を進めている一方で、必要医師数の基礎となる将来人口の推計値は将来のあるべき国及び地方の姿を反映していないことも問題があると考えます。

わが国には52の三次医療圏と345の二次医療圏がありますが、それぞれに事情は違い、また同じ医療圏内でも偏在の問題は存在します。今回示された「医師偏在指標」は全国ベースに画一的に求められたものであり、将来の医療提供体制をそれぞれの医療圏で検討する際の目標としては、今後、より精緻な指標が示されるとしても適切なものではないと考えます。医師確保対策はそれぞれの医療圏において医療の質並びに量の確保を検討されるべきものであって、全国画一的な数値によって規制されるものではありません。さらに『偏在』には量や質の『空間的偏在』だけでなく、昼夜や平日休日と言った『時間的偏在』もあることに留意していくべきです。

次に、わが国の自由開業制と医療へのフリーアクセスは、患者の選択権を保証し、二次的効果として、医療機関間の緩やかな競争原理が働くことによって、医療の質の向上をもたらしてきました。今回示された「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」は外来診療機能の偏在を解消するため、「外来医師偏在指標」を定め、外来医師多数区域を明示することによって開業しようとする医師の行動変容を図ろうとするものですが、この「外来医師偏在指標」を示された都道府県は、厚労省の示す計算式に則り画一的に実施することが求められると誤解する可能性が高いです。地域の実情を必ずしも反映しているとは言えない、この「外来医師偏在指標」は量的に全国標準化をめざすものであり、結果的に現在の医療提供体制を後退させかねないとも考えられます。

地域の医療提供体制の見える化によって不足している機能を明確にすることは有意義なことであり、それに基づいて自主的に医療提供体制は整えられるべきですが、「指標」による数合わせは、医療の質の確保の観点から適切ではありません。外来医療に係る医療提

供体制の確保はそれぞれの地域において医療の質並びに量の確保を検討されるべきものであって、全国画一的な数値によって規制されてはならないと考えます。そして、設定する区域は「二次医療圏」ごととされていますが、かかりつけ医機能と合わせて考えれば、その区域はさらに身近な単位であるべきと考えます。

また、偏在が生じる理由の考察や若手の勤務医等の意向調査を踏まえた考察を加えていく必要があります。さらには医療を受ける側である国民に対する議論の必要性についても触れていくべきです。

また、休日夜間等における初期救急医療、在宅医療、産業医・予防接種等の地域医師会の活動は、外来医師多数区域は勿論、外来医師少数区域でも協力を求めていくべきものです。

これからは、地域医療に貢献している医師が住民にわかるような加点型の評価も含めて進めていくべきと考えます。

以上より、「医師偏在指標」並びに「外来医師偏在指標」に示された「指標」はあくまで参考値であることを改めて確認し、この指標を活用するか否かは、この指標を活用することで医師の偏在対策に役立つかどうかにかかっており、それぞれの地域の取り組みを制限するものではないことの明記を要望いたします。

さらに医師少数区域について、今後地方の人口減少が進む中、過疎地域の医療を担っている医療機関やかかりつけ医に対する優遇策についても検討することが必要であると考えます。