

地域医療対策委員会

答申

地域の実情に応じた地域医療に
ついて

日本医師会 地域医療対策委員会

2026年3月

令和8年3月18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 石塚尋朗

地域医療対策委員会 報告書

本委員会は、2024年（令和6年）12月5日に開催された第1回委員会において、貴職より「地域の実情に応じた地域医療」について検討するよう諮問を受け、これまで8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 委員名簿

委員長	いしづか じんろう 石塚 尋朗	福島県医師会会長
副委員長	たな たけし 田名 毅	沖縄県医師会会長
副委員長	まなか ひでお 間中 英夫	山形県医師会会長
委員	あおき ひでとし 青木 秀俊	北海道医師会常任理事
委員	あさい としや 浅井 俊弥	保土ヶ谷区医師会会長
委員	いしだ のぶひろ 石田 亘宏	三重県医師会理事
委員	いとう しんいち 伊藤 伸一	秋田県医師会副会長
委員	おおや ゆうすけ 大屋 祐輔	琉球大学病院病院長特別補佐
委員	おかはら かずひろ 岡原 和弘	堺市医師会会長
委員	おちくぼ ひろゆき 落久保 裕之	広島県医師会常任理事
委員	かねまる よしまさ 金丸 吉昌	宮崎県医師会副会長
委員	こやなぎ りょう 小柳 亮	新潟県医師会理事
委員	さかもと ふでお 坂本 不出夫	熊本県医師会副会長
委員	ささき さとし 佐々木 聡	東京都医師会理事
委員	たけうち ひろみ 竹内 浩視	静岡県医師会理事
委員	たにぐち ようこ 谷口 洋子	京都府医師会副会長
委員	ながさか もとお 長坂 資夫	群馬県医師会理事
委員	べつき しげふみ 戸次 鎮史	福岡県医師会常任理事
委員	まるやま やすゆき 丸山 泰幸	埼玉県医師会理事
委員	みはら ぼん 美原 盤	全日本病院協会副会長

(委員：50音順、計20名、敬称略)

目次

第1章	緒論.....	1
◆	はじめに	4
第2章	各地域における医療提供体制の実情について	5
◆	～北海道における医療の現況について～北海道.....	5
◆	～秋田県地域医療の現状・構造課題と政策提言～秋田県.....	10
◆	～地域完結型医療としての地域医療連携推進法人～山形県	15
◆	～地域の実情に応じた地域医療～福島県.....	19
◆	～群馬県における新たな地域医療構想の課題と展望～群馬県	24
◆	～高齢化社会を迎える埼玉県の医療情勢とその対策～埼玉県	26
◆	～大都市東京だからこそ抱える地域医療の課題と対策～東京都.....	32
◆	～横浜市における課題と診療科偏在への対応～横浜市	37
◆	～地域の実情を踏まえた課題と対応～新潟県	39
◆	～静岡県における地域医療の実情等について～静岡県	42
◆	～人口減少の現実化に対応するための地域医療対策～三重県	51
◆	～京都府における地域医療構想～京都府.....	57
◆	～大都市の実情からみたこれからの地域医療について～大阪府堺市 ..	64
◆	～広島県における地域医療の現状と課題～広島県.....	67
◆	～福岡県の医療状況について～福岡県	72
◆	～新たな地域医療構想と熊本県の課題・提言 —ICT と連携で支える持続可能な地域医療モデル—～熊本県	75
◆	～県と大学と医師会がオール宮崎で～宮崎県	80
◆	～沖縄県民のヘルスリテラシーを向上させるために出来ること～沖縄県.....	81
◆	地域医療における大学の役割～働き方改革期の大学病院の再定義と持続可能性確保に向けて～大学病院の立場より	87
◆	～地域医療対策について～病院団体の立場より.....	94
第3章	地域の類型に応じた検討について	98
◆	大都市型ワーキンググループ報告書.....	99
◆	地方都市型ワーキンググループ報告書	100
◆	過疎地域型ワーキンググループ報告書	104
◆	おわりに	106

<会長諮問>

地域の実情に応じた地域医療について

第1章 緒論

松本吉郎日本医師会長から「地域の実情に応じた地域医療」という諮問をいただいたときに、地域医療対策委員会のなかでどのように協議を進めていくべきかはっきり言って迷いました。しかしながら、協議をすすめる中で、委員の先生方それぞれの地域での医療提供体制が、微妙に異なっていることに気づきました。大所高所而言えば、新しい地域医療構想、並びに医師の確保、偏在の問題が主眼点になる事は明らかですが、今回の答申では委員の先生方に、それぞれの地域での実情、問題点、解決策等を書いていただき、内容を一つに要約することはせずそのままの形で答申といたしました。また、地域をそれぞれ「大都市型」、「地方都市型」、「過疎地域型」に分けてワーキンググループを作り、討議内容をまとめていただきました。

超少子高齢化の中で、患者数の減少、高齢疾患の増加、救急搬送の増加、並びに介護との連携、在宅医療の重要性が浮き彫りになってきていますが、医療提供体制の安定化には医業経営基盤の安定化が最低限必要であるとの意見も出ております。また、医療機能の分化、偏在化に対する集約化、地域医療連携推進法人設立の有用性、医師の高齢化による診療所の閉廃院対策としての医業承継、へき地医療における医療DXの有用性、そして地域医療を担ってもらわなければならない若手医師の教育の必要性等、様々な論点・視点が書かれております。

地域の実情とははなれて、大屋委員には「地域医療における大学の役割」、美原委員には「地域医療に対する病院団体としての視点」をテーマに書いていただきました。

最後に、能登半島地震により地域医療の近未来を先取りしたかのような現状を、石川県医師会会長の安田先生にご講演いただき、本委員会の答申作成にあたり参考にさせていただいたことに深謝いたします。

緒論としまして、以下のように委員会できりあげられました種々の問題点について簡単にまとめさせていただきました。

○ 新たな地域医療構想について 一地域の実情は一

2040年を見据えた外来、在宅、介護連携等を含めた新たな地域医療構想、85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応していく事が重要であり、これまでの病院中心の構想から地域包括ケアも取り込んだ在宅医療、医療・介護連携を含めた対策が必要となってきます。従って、自治体、開業医、訪問看護師、介護職、そして後方支援病床の責を担うものが相談する場、狭い範囲での地域医療構想調整会議の設置が必要となるでしょう。

しかし医療のインフラを構成するさまざまな面で対応策を考えておかないと新たな地域医療構想を形作ることも難しいこととなります。以下、現在問題となっていることを示しながら今後の方策を考えていきたい。

○ 医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響

医師の絶対数は年々増加していますが、医師確保、偏在が問題になっています。医療環境（医師本人のキャリア形成、家族を含めた教育、文化環境等）がよいところに医師が集まるのは当然ですが、医師少数地域における医師確保、偏在対策の解決策を考えるのは難しい。経済的優遇策で医師を確保できても、一時的なものではないかと考えます。医師多数地域での種々の制約を打ち出す政策も医師の本意を聞かないで行っているようで、本質的な解決策ではないと考えます。以前のように大学医局から地域の医療に万遍なく医師を派遣する機構が、自治体間での医師確保競争が引き起こされない一案とも考えます。いずれにしろ、医師が自ら判断して地域医療に従事できるような対策を考えていく必要があります。

○ 地域医療における大学の役割(働き方改革を含めて)医師派遣について

臨床研修医制度と専門医制度により大学医局からの医師の派遣は実態として機能していません。研究・教育・臨床という名のもとに大学は運営されていますが、その基盤は地域に根ざしたものでなければと考えます。地域医療が崩壊すれば、大学の存在そのものが危うくなります。文科省が打ち上げたように、大学の機能のひとつとして人材派遣が必要であり、そのためだけでも政府は十分な予算計上に努めるべきでしょう。さらには地域と大学の緊密な関係を構築すべきと考えます。

○ 病院機能の集約化、再構築「いわば勇気ある撤退」について、さらに地域医療連携推進法人について

医師の偏在、診療科の偏在、そしてこれからの人口構成の変化、少子高齢化等を考えると、今までの病院完結型での医療は一部地域を除いては成り立たなくなり、地域完結型の医療を構築していく必要があります。さらに、高齢者の医療、在宅医療、介護を考えると、地域の中でそれぞれの地域特性に応じた医療機能の分化を考えていく必要があるでしょう。すなわち、既存の病院の再構築、統合、あるいは地域医療連携推進法人を組織し、診療所、病院、そして介護施設間での機能分化を考えざるを得ない状況になるかもしれません。医師の高齢化に伴い、諸事情による診療所の閉院という大きな波が来る前に、今まで地域医療のインフラを支えてこられた先人のご苦労を存念においた地域医療の再構築が必要と考えます。

○ 地域医療活動（住民啓発、保健担当、初期救急、学校医、産業医等の成手不足対策）について

地域の医療活動を支える医師の存在も今後慎重に考えていかなければならない重要な案件です。学校医、住民健診、幼児検診に携わる医師、産業医、警察医、そして介護審査に携わるなど、医師は地域の重要な保健業務の役目を担っています。今まではそれらの仕事に疑念も持たずに献身的に従事する医師で何とか支えてきましたが、今般、なり手がいないことが問題になっています。若

手医師に奮起してもらいたいのですが、現在の医療を取り巻く環境を考えると、空いた時間に地域の保健医療にまで責任をもってやるということは、使命感がないとできません。学生時代から、保健医療の大事さを教育していくことが使命感を育てる一助となるかもしれないと期待します。

○地域医療における医療 DX の利活用、遠隔医療、へき地診療等

医師の確保、偏在、診療科の偏在、そして医療機能の偏在等、それぞれの地域で問題となっています。日本全国すべての地域ですべてを解決することは物理的に困難です。それではいかにしてその問題を打破するのか、一つの策として考えられるのは、医療 DX 下での遠隔診療でしょう。

ICT を利用し、地方の医療情報ネットワークを利用して、D to P with N や D to D のシステムで広域での医療を可能にすると、一人の医師が多くの患者を地理的問題を超えて診察できるひとつのシステムとなり得ます。もちろん看護師や介護職、医療資源の充実がその基礎にありますが、電子カルテや電子処方箋、さらにはドローンを利用した薬の配送等、遠隔診療という目的がひとつになれば、現代の技術でできないことはないと考えます。

一つの案として、医療過疎地域、へき地医療において都市部の医師によるオンライン診療への参加も可能ではと考えます。もちろんシステム自体、看護師や介護職は自治体が手配し、3 か月に 1 回程度の対面診療の際に、学校医や住民健診といった地域の保健診療にも携わってもらう。

自治体側からの十分な手当があれば、今後すすめていくべき方策ではないでしょうか。

○ 少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療（救急、介護、小児、周産期医療等）対策

2040 年に向けてさらなる少子高齢化が進みます。高齢者を支える若年者が減れば、高齢者は自立した生活を考えねばならなくなりますが、老化とともに疾病罹患率は高くなり、医療機関に頼らねばならなくなることが多くなります。しかも、独居、高齢夫婦世帯が増えてくると、急病に際して救急車の利用も多くなるとことは容易に推測されます。医師少数地域では、医師も高齢化してくると在宅医療という手段も使えなくなります。高齢者は今後どのように健康を御するかよく考えておかねばなりませんし、自治体も介護職の連携を得て、高齢者の健康状態をよく把握しておく必要があります。

小児医療も問題となります。少子化の波で小児科医が地域によっては減少し、小児救急に頼らざるを得なくなるかもしれません。電話相談を幅広く利用するという手段もありますが、それでも対応しきれない場合の小児救急医療センターといったものの充実を各自治体あるいは二次医療圏単位で考えていかなければならないでしょう。

周産期医療もしかり、産科医が減っていく中で、妊娠・出産が地元でできなくなってきたおり、もしかの場合は遠方にまで搬送という事態も聞いています。今後ますます人口減少の一因とならないよう、小児・周産期医療の大切さを肝に銘じ、行政と一体になって対策を立てていく必要があります。

○ 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

医は仁術といわれますが、現在の医療は医師だけで行えるものではなく、看護師等パラメディカルとの協力で成り立っています。すなわち、彼らの雇用が滞れば医療の円滑な遂行はできなくなります。経済の法則に則ると医業収入が潤沢でなければ、医療資源も潤沢には賄えません。

医業収入の基本は診療報酬です。診療報酬は長年国によって決められた公定価格であり、物価によってスライドできるものではないとされてきました。医業のために必要な消耗品購入、医療検査機器の購入には消費税がかかりますが、物価高騰のおり、診療報酬でその分を転嫁できているのかさだかではありません。人件費も上がってきており、十分な手当が支給できず、医療現場から他職種に転出していくという現実も聞こえてきます。健康保険に頼らない自由診療に向かう医師が多くなることと懸念します。適正な診療報酬は社会経済の推移に即したものでなければならぬと考えます。

今のままでは、温厚な人が多いとされている医療現場も我慢できなくなるのではと危惧しています。

地域医療対策委員会委員長 石塚尋朗

◆ はじめに

地域医療対策委員会は地域の実情に応じた地域医療について令和6年度、令和7年度に8回開催された。地域医療に関しては新たな地域医療構想、医師確保、医師偏在、診療科の偏在ばかりでなく、救急医療、人口減少による患者の減少、少子高齢化、医師の高齢化、医療機能の集約化などにおいてそれぞれの地域で実情を評価して課題を明らかにする必要がある。また地域医療における大学病院の役割、急性期病院の機能の見直しも必要とされてきている。在宅医療、医療・介護連携による地域完結型医療が推奨されているが実現できているところはまれである。本委員会では、各都道府県の個々の実情を把握し、課題を明確にして対策を検討した。また、地域を大都市型、地方都市型および過疎地域型の3つのワーキンググループに分け、各グループ共通の現況、課題および課題に対する目指すべき方向性について討議した。医療機関の経営難は全国共通である。本委員会の討論から地域の実情に応じた地域医療について答申する。

第2章 各地域における医療提供体制の実情について

本章では、各地域における医療提供体制の実情を明らかとするため、各委員により作成された報告書を示す。

◆ ～北海道における医療の現況について～北海道

I. 新たな地域医療構想について

1. 地域医療構想調整会議

これまでの地域医療構想調整会議は活発な議論が少なかったように思われる。今後、人口減少に伴う最大の課題は、病院の病床削減と機能分化そして最終的には再編統合にあると考える。道内では札幌市以外の都市部において、オンリーワンの病院がある地域以外の約6都市が対象となると思われる。しかし、調整会議において散発的に意見がだされても、再編統合の実現にこぎ着けたのは道内21医療圏中2医療圏のみであり、このうち1医療圏は10年以上の期間を要した。大人数の調整会議のなかで医療機関の統廃合を議論するのは無理があるため、当該医療機関の代表、関連首長、郡市医師会長、関連医育大学代表者、そして道庁からの行政代表者等によるワーキンググループを作り、率直な意見交換を行うべきと考える。また、新たな地域医療構想では、介護と精神疾患が加わり調整会議に参画する委員の増員が予想されることから、専門的に特化した分科会を複数設置するとともに、濃厚でスピーディな議論を行うことができるよう、議長にはリーダーシップのある郡市医師会長や首長、行政代表者を選択するべきと考える。

道内には地域医療連携推進法人が4圏域で設立されているが、2法人は設立してから2年を経過していないことから、具体的な効果がまだ出ておらず、ウィン・ウインの関係にはまだ不十分であり、より密接な連携や効果的な取り組みを協議していくことが必要と思われる。

令和7年3月中旬に申し込みが締め切られた医療施設等経営強化緊急支援事業（病床数適正化支援事業）の内示が同年4月11日付け厚生労働省医政局医療経理室事務連絡通知にて示された。内容の詳細については現時点で非公表であり、取り扱い注意となっているが、内示率は全国平均で約13%、北海道は約7%となっている。

病床数適正化支援事業（第1次内示額）

(単位：床)		(単位：千円)		(単位：床)		(単位：千円)	
都道府県	配分対象病床数	配分額 (第1次内示額)		都道府県	配分対象病床数	配分額 (第1次内示額)	
北海道	352	1,444,608		滋賀県	100	410,400	
青森県	100	410,400		京都府	139	570,456	
岩手県	138	566,352		大阪府	197	808,488	
宮城県	100	410,400		兵庫県	107	439,128	
秋田県	147	603,288		奈良県	100	410,400	
山形県	135	554,040		和歌山県	100	410,400	
福島県	220	902,880		鳥取県	100	410,400	
茨城県	260	1,067,040		島根県	100	410,400	
栃木県	107	439,128		岡山県	100	410,400	
群馬県	100	410,400		広島県	147	603,288	
埼玉県	100	410,400		山口県	138	566,352	
千葉県	276	1,132,704		徳島県	129	529,416	
東京都	539	2,212,056		香川県	100	410,400	
神奈川県	411	1,686,744		愛媛県	100	410,400	
新潟県	260	1,067,040		高知県	100	410,400	
富山県	100	410,400		福岡県	181	742,824	
石川県	108	443,232		佐賀県	100	410,400	
福井県	100	410,400		長崎県	210	861,840	
山梨県	100	410,400		熊本県	100	410,400	
長野県	116	476,064		大分県	100	410,400	
岐阜県	100	410,400		宮崎県	153	627,912	
静岡県	108	443,232		鹿児島県	253	1,038,312	
愛知県	139	570,456		沖縄県	100	410,400	
三重県	100	410,400		合計	7,170	29,425,680	

病床数適正化支援事業（活用意向状況）

(単位：床)		(単位：床)	
都道府県	活用意向を示した 病床数	都道府県	活用意向を示した 病床数
北海道	4,862	滋賀県	477
青森県	575	京都府	2,047
岩手県	1,022	大阪府	2,514
宮城県	812	兵庫県	2,395
秋田県	1,103	奈良県	328
山形県	603	和歌山県	424
福島県	2,361	鳥取県	233
茨城県	1,009	島根県	464
栃木県	647	岡山県	909
群馬県	753	広島県	994
埼玉県	878	山口県	952
千葉県	1,759	徳島県	439
東京都	2,595	香川県	646
神奈川県	1,569	愛媛県	1,242
新潟県	1,112	高知県	628
富山県	506	福岡県	2,400
石川県	589	佐賀県	512
福井県	361	長崎県	2,303
山梨県	557	熊本県	1,076
長野県	794	大分県	853
岐阜県	795	宮崎県	1,405
静岡県	1,198	鹿児島県	1,698
愛知県	1,424	沖縄県	418
三重県	335		

この事業の問題は地域医療構想との整合性であると考えられる。初期の頃の地域医療構想は病床の管理制度を意味していると考えられ、それぞれの調整会議では必要病床数に向けてチェックや意見交換に時間をかけてきた印象があるが、今回削減される病床の区分が不明となっているため、地域医療構想調整会議での議論に支障をきたす可能性があると感じている。本事業を活用することによる病床削減は病院の経営改善にはやむを得ないと感じるところだが、補助金という言葉につられて病床削減が実行されてしまうのは、地域医療構想の意義について個人的に疑問を感じるところである。

2. 医療圏

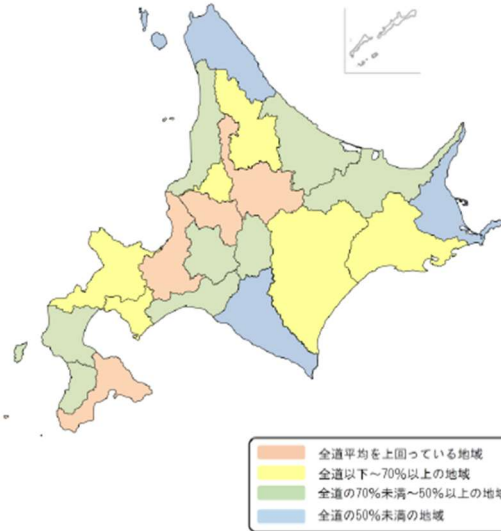
医療圏の設定は医療だけではなく、在宅・介護なども踏まえ検討する必要がある。道内二次医療圏の面積をみると、全国上位15圏域に12圏域が入り北海道の広大さがうかがわれるが、人口は全国100位以内に札幌医療圏が4位に入っている一方で、下位300～335位には5医療圏が入っている。

道内の人口10万人対医療施設従事医師数は平成22年から全国平均を下回っており、医師の約半数が札幌医療圏に集中している。全道平均は254.0となっており、平均を超えているのは4圏域しかなく、3圏域は全道平均の50%未満となっている。

人口 10 万対 医療施設従事医師数

(令和 4 年 12 月末)

圏域名	人口 10万対	全道との 比較
1 上川中部	353.4	139.1%
2 札幌	299.8	118.0%
3 中空知	263.3	103.7%
4 南渡島	255.9	100.7%
5 西胆振	234.3	92.3%
6 北空知	214.5	84.4%
7 後志	205.8	81.0%
8 十勝	197.8	77.9%
9 上川北部	196.1	77.2%
10 釧路	191.9	75.5%
11 南空知	172.9	68.1%
12 東胆振	171.0	67.3%
13 北網	156.1	61.4%
14 遠紋	145.5	57.3%
15 北渡島檜山	137.8	54.3%
16 富良野	137.7	54.2%
17 留萌	136.8	53.8%
18 南檜山	134.7	53.0%
19 宗谷	113.9	44.8%
20 根室	105.6	41.6%
21 日高	94.7	37.3%
全道	254.0	100.0%
全国	262.1	103.2%



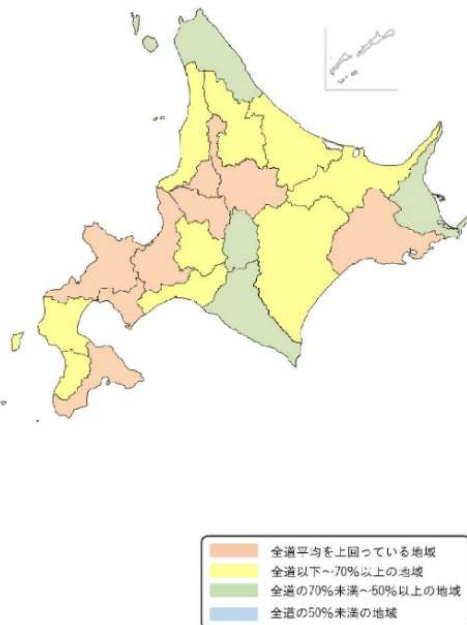
※厚生労働省 令和 4 年度
「医師・歯科医師・薬剤師統計」

また、本道の令和 4 年 12 月末現在の人口 10 万人対看護職員就業者数は 1,438.9 と、全国平均の 1,135.8 を上回っているものの、全国平均を下回る 2 次医療圏が 7 カ所みられ、その後ますます札幌圏への集中化が進行していることから、地域の看護職員不足が問題になっている。

人口 10 万対 看護職員就業者数 (看護師・准看護師)

(令和 4 年 12 月末)

圏域名	人口10万対(常勤換算後)			全道との 比較
	看護師	准看護師	計	
1 北空知	1,286.1	660.5	1,946.6	135.3%
2 中空知	1,492.5	404.4	1,896.9	131.8%
3 上川中部	1,437.4	327.9	1,765.3	122.7%
4 南渡島	1,324.8	345.0	1,669.8	116.0%
5 西胆振	1,431.2	217.0	1,648.2	114.5%
6 札幌	1,327.0	148.8	1,475.8	102.6%
7 後志	1,162.7	302.2	1,464.9	101.8%
8 釧路	1,228.8	234.9	1,463.8	101.7%
9 南空知	1,026.3	346.5	1,372.8	95.4%
10 上川北部	1,047.6	308.8	1,356.4	94.3%
11 北渡島檜山	1,003.2	339.9	1,343.1	93.3%
12 十勝	1,008.1	269.6	1,277.7	88.8%
13 北網	950.2	310.6	1,260.8	87.6%
14 留萌	858.3	355.7	1,214.0	84.4%
15 遠紋	767.2	348.1	1,115.3	77.5%
16 東胆振	827.2	248.3	1,075.5	74.7%
17 南檜山	833.7	215.6	1,049.3	72.9%
18 富良野	840.3	162.0	1,002.3	69.7%
19 宗谷	854.7	143.5	998.2	69.4%
20 口室	743.9	209.4	953.3	66.3%
21 根室	600.8	181.0	781.7	54.3%
全道	1,214.3	224.7	1,438.9	100.0%
全国	960.0	175.8	1,135.8	78.9%



※北海道保健福祉部 看護部等業務課事務室

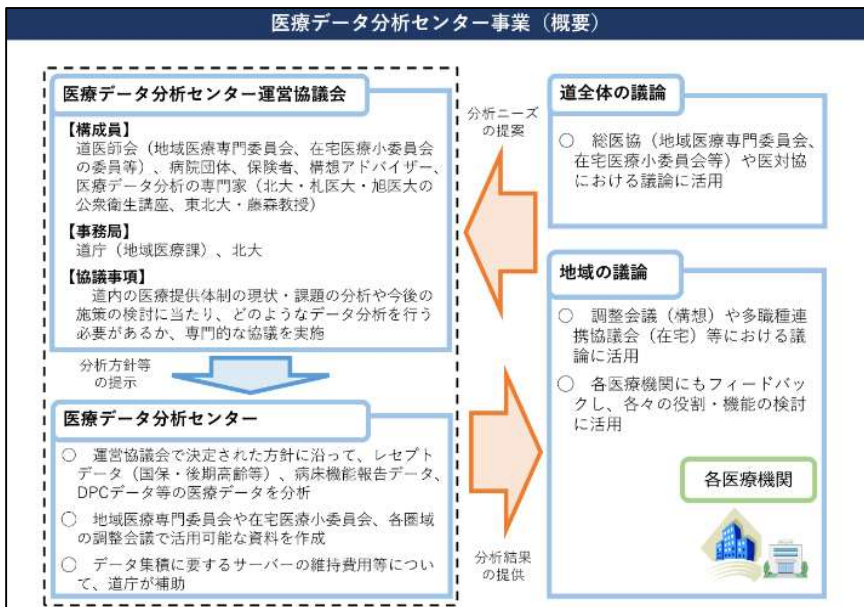
国の方針に基づくと、人口規模が20万人未満の二次医療圏については、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合は設定の見直しについて検討することとされている。全国的に二次医療圏数の減少がみられており、北海道は面積が広大で二次医療圏の設定は重要な問題であることから、第8次医療計画の策定に向け、令和4年の早期より北海道が設置する専門委員会において議論を開始し、複数の医療圏の統合について検討したが、地域に勤務する医療従事者数が改善するなど、全体として医療提供体制が向上するという明確な変化が期待できず、アクセス面での負担増や新型コロナウイルス感染症の対応、医療と介護に対する対応面等から二次医療圏の統合は見送ることとした。ただし、次期医療計画においても二次医療圏の再編・統合について議論する必要があることから、早期に検証することとしている。

II. 医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響

● 病院機能の集約化、再構築について

人口減少は全産業において避けられない大問題であり、就労人口は今後15年間で約1000万人減少すると言われている。また、コロナ禍後の受診抑制等による入院患者数の減少、職員賃金や物価高騰等に伴うコストの大幅増による経営状況の悪化によって、公的・民間などの設立母体や地域を問わず医療崩壊が始まってきている。このような状況を踏まえると、病床の削減や病院の再編統合は避けられないものと考えるが、これらを進めるためには前述しており、調整会議やワーキンググループにおける強いリーダーの存在とともに病床必要量等の喫緊の数字が重要であると思われる。北海道では電子レセプト情報などを活用し、地域医療構想調整会議等において議論を活性化させ、各医療機関の役割分担や連携強化、効率的な医療提供体制を構築すること等を目的に、2020年（令和2年）度から医療データ分析センター事業を実施している。本事業では二次医療圏内における市町村間の入院・外来患者の受療動向や心疾患や糖尿病など主要な疾患別の受療動向のほか、MDC（主要診断群）毎の医療機関別診療実績などを各調整会議に提供しているが、道内21の二次医療圏のデータを出すには約4年を要することから、常に最新のデータを扱うことができない課題がある。また、神奈川県の実績によると、横浜市では10,000床の病床必要量が不足しているが、救急患者のたらい回しや長期の入院待機患者などの事象が発生しておらず、必要病床数推計や基準病床算定式の値に従って病床を増やす必要は無かったと述べていることから、医療提供体制等について地域で協議する際は常に最新のデータを取り扱うことが重要であり、全国どの地域からでも希望すれば即日、データを提供できるような機関の設置が必要であると考えられる。

分析の目的・使用データ			
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療構想調整会議等におけるデータを活用した議論については、これまでも行われているところであるが、二次医療圏（構想区域）の設定も含め、各圏域において検討を進めていくため、引き続き、より効果的なデータを調整会議等へ提供し、地域での議論を活性化させることが必要。 ○ 地域医療構想の達成に向けた議論の活性化に向けては、各医療機関の機能や圏域全体としての医療提供体制の見える化に資するデータを提供し、調整会議等において共有することが重要。 ※医療経済研究機構との連携により、データ分析・可視化を実施 ○ この点を踏まえ、従来活用してきたレセプトデータによる受療動向の把握はもとより、個別の医療機関の診療実績がわかるDPCや、病床機能報告（診療実績部分）を引き続き活用していく。 			
レセプトデータ	病床機能報告	DPC (DPC導入の影響に係る調査)	救急搬送データ
○診療報酬明細書（レセプト）を基とした情報（患者住所地、受診した疾病、医療機関等）	○医療機能、構造設備・人員配置等 ○入院医療に関する医療の内容（幅広い手術の実績、がん等の治療実績）	○診療報酬の包括算定を行う急性期病院の診療実績（患者件数等）	○当該地域の搬送者数 ○曜日別、時間帯別など



III. 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

2026年度診療報酬改定に向けて、国が設置している各種会議体において検討が行われることになるが、財務省は2023年11月1日に行われた財政制度等審議会財政制度分科会において診療所の不足地域と過剰地域で異なる報酬単価の設定について提言しており、2024年4月16日に行われた同分科会では「骨太の方針」の策定に向け、診療所の偏在是正を目的とした診療報酬の地域別単価導入について提案がなされていた。

2024年度診療報酬改定		効率的提供
財審建議における指摘	2024年度診療報酬改定における対応	
<p>【賃上げ対応、診療所の適正化、地域間偏在への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療所の極めて良好な経営状況等を踏まえ、診療所の報酬単価を適正化すること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当 診療所の報酬単価については、国民負担を極力抑制する観点から、診療所の経常利益率（8.8%）が全産業やサービス産業平均の経常利益率（3.1～3.4%）と同程度となるよう、5.5%程度引き下げるべき（改定率▲1%程度） 現場従事者の処遇改善に向けて、毎年生じる単価増・収入増を原資とすることを基本としつつ、診療所を経営する医療法人に積み上がった利益剰余金（1医療法人当たり1.24億円）の活用、強化される賃上げ税制の活用、その他賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置を検討していくべき 診療所の地域間の偏在への対応として、将来的に地域別の報酬体系への移行を視野に入れつつ、当面の措置として、<u>診療所過剰地域における1点当たり単価の引下げを先行させ、それによる公費節減等の効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化すべき</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬については改定率0.88%、うち看護職員、リハビリ専門職等の医療関係職種に賃上げに0.61%、40歳未満の勤務医や事務職員等の賃上げに0.28%程度 診療所を中心に、管理料や処方箋料等の再編等による効率化・適正化▲0.25%を実施 (適正化の例) <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）について、特定疾患療養管理料（月2回算定可）の対象から除外した上で、生活習慣病管理料Ⅱ（月1回算定可）を新設 処方箋料について▲8点引下げ（68点→60点） など 医療機関等においては、過去の賃上げ実績をベースとしつつ、今般の報酬改定による加算措置などの活用や賃上げ促進税制を組み合わせることにより、2024年度に+2.5%、2025年度に+2.0%のベースアップの実現を図る 賃上げ対応について、実効性を確保する観点から、賃上げの計画及び実績の報告を含めたフォローアップの仕組みを構築 	
<p>【今後の検討課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> データに基づく政策策定に資するよう、医療機関の経営状況を継続的に把握（P48参照） 診察実態に医療機関によって大きな差があるとの指摘等も踏まえ、生活習慣病や他の疾病の管理の在り方について引き続き検討（P49、50参照） 診療所と病院の医師偏在是正の観点から引き続き検討（P67、69参照） 		

46

全国どこでも高度な医療を受けることができる日本の医療制度において地域に応じて診療報酬を変えることは全くなじまないだけではないと考える。地域によって異なる診療報酬を設定することで入院患者や外来患者が二次医療圏・三次医療圏を超えて受診することが予測され、医療機関のキャパシティを超える患者が来院し、地元住民が近隣の医療機関を必要な時に受診することができなくなるなどの弊害が出てくると思われる。医療の地域間偏在や社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による伸びに抑えることなどを目的として地域別単価を導入することは阻止しなければならないと考える。

～秋田県地域医療の現状・構造課題と政策提言～

秋田県

I. 背景と危機認識（需要増×供給減）

秋田県の地域医療は、全国でも突出した人口減少と高齢化の進行を背景に、医療需要の増大と医療提供体制の縮小が同時並行で進む「需要増×供給減」の構造問題に直面している。県は全国トップの高齢化率（2022年38.6%、2045年50.1%見込み）に加え、医療従事者の偏在、医師数の世代間バランスの崩れ、過疎地域の拡大という複合課題を抱え、地域によっては医療資源の維持が困難となる懸念が示されている。

さらに生活習慣病リスクが高く健康寿命が全国平均を下回ること、独居・老老世帯や要介護高齢者の増加により医療・介護の継続的支援体制が必要になることは、秋田の地域医療を「治す医療」だけでなく「暮らしを支える医療」へ転換させる圧力となっている。

こうした環境下で地域医療構想は、団塊世代が75歳以上となる2025年問題と、2040年以降の医療・介護需要の変化に対応するためのビジョンとして、急性期から慢性期、在宅までを一貫して支える医療体制の整備を目指す。病床機能の適正配置や医療圏の再編を通じて、質の高い医療の持続可能な提供、医療費の適正化、医療人材の確保を同時に達成することが意義である。

II. 提供体制の再設計（医療圏再編・集約化／医療グランドデザイン2040）

秋田県では第8次医療計画で二次医療圏の広域化を進め、国の見直し基準に該当する都道府県が多数ある中で、実際に二次医療圏の再編が行われたのは秋田県のみだったとされる。

その背景として、コロナ禍を通じて地域医療維持の困難が将来現実化するという危機感が自治体・医療提供者・住民・関係団体に共有され、日頃から行政・大学病院・医師会等の間に良好な関係があり、行政の主体的関与と住民との対話を通じて理解形成が進んでいた点が強調されている（図1）。

図1

2023年7月、医療審議会で二次医療圏の再編が、決った。
2019年3月、秋田県医師会では「秋田県の医療グランドデザイン2040」で、3医療圏を提言していた。



秋田県医師会は2019年に「医療グランドデザイン2040」を提示し、バックキャストで2040年を見据え、現役世代人口の急減という新たなフェイズに耐える持続性の高い医療提供体制を構築するための課題を明確化した。

そこで浮かび上がった課題として、少子高齢化・人口減少、人材不足、医師不足・偏在、地域医療構想の実現と医療機関の役割分担、医療圏再編、働き方改革、デジタルイノベーション、住民の上手な医療のかかり方等が列挙され、医療・介護連携を基盤としたまちづくりと住民対話の必要性が示された。

この大枠の中で、最も基盤的な制約は医師の地域偏在と診療科偏在である。秋田市への一極集中が進む一方、北秋田、湯沢・雄勝、能代・山本などの二次医療圏では深刻な医師不足が続き、人口 10 万人当たり医師数にも大きな差がある。

III. 人材・資源制約への対応（医師偏在・診療科偏在／確保・定着策）

内科・外科・産婦人科・小児科など基幹診療科で医師数減少が見られ、特に外科、産婦人科、小児科では平成 12 年当時より減少しているとの指摘がある。

さらに医師の高齢化と新規開業の停滞、40～50 代の厚みが十分でないという世代構造は、一次医療の継続性を脅かす。

したがって、医師確保計画の実施、研修医の育成・定着、若手医師 WG による提言、女性医師の就労支援、医療機関の魅力向上といった対策を、単発ではなく「地域の提供機能を守る投資」として一体的に進める必要がある。

IV. 急性期・専門医療の維持（救急／周産期・小児：アクセスと安全性）

救急医療では、搬送の長距離化・長時間化と受け入れ調整の困難が顕在化している。年間 4～5 万件の救急搬送が発生し、2022 年の平均搬送時間は約 45 分、へき地では 1 時間以上かかる例もある。

受け入れ先が見つからず複数病院への照会が必要となる事例や、夜間・休日の受け入れ体制の脆弱性も課題として整理されている。

背景には高齢者救急の増加があり、在宅医療・訪問看護の不足が「救急車を呼ぶしかない」状況を生む点も示される。

そのため、プレホスピタルケアと病院連携の強化、輪番制の改善、#7119 の活用促進、ドクターヘリ・ドクターカーの活用、救急人材育成、遠隔医療・AI の応用などを組み合わせ、搬送の適正化と受け入れ能力の底上げを同時に進めることが求められる。

周産期医療は少子化の影響を強く受け、2022 年の出生率約 1.19、出生数 6,000 人未満という環境の下で、分娩件数減少に伴う小規模施設の廃止・統合が進む。

体制は秋田大学医学部附属病院、秋田赤十字病院、大館市立総合病院を核に構成されるが、NICU は秋田大学の 10 床に限られ、県北・県南に NICU 保有病院がないため重症新生児が秋田市へ搬送される構造がある。

産科医・助産師不足は統廃合を促進し、産前産後ケアの手薄化につながり得る。

医療・介護の連携は、地域包括ケアを前提とする秋田の地域完結型医療を支えする基盤である。医療・介護・福祉サービスが ICT を通じて情報連携し、

多職種が協働して支援する体制（ナラティブブック秋田、あきたハートフルネット等）を推進し、役割分担と連携を強化することが中核に据えられている。

V. 在宅医療・地域包括ケアの強化（多職種連携／ACP／安全対策）

高齢者の幸福を考えると、医療・介護サービスへの依存を増やすだけでなく、住民自身が健診受診、体力維持、社会性の維持を行うというセルフケアの土台が不可欠である。

在宅医療は、秋田の地域医療を持続可能にする上で中核となる。後期高齢者と85歳以上の増加により訪問診療・訪問看護のニーズは2040年まで増大すると見込まれる一方、在宅医療を担う医師や訪問看護師の高齢化・人材不足が顕著であり、支援体制の構築が急務とされる。

県は第8次医療計画に基づき秋田県医師会に秋田県在宅医療推進センターを委託設立し、全県で医師・拠点整備と多職種連携促進、圏域ごとの協議体と市町村事業の連動、看護協会・消防との連携による高齢者救急への対応力強化、ACP普及と医療DXによる地域情報共有を推進するとしている。在宅医療の現場では従事者の安全確保も不可欠であり、暴力・ハラスメントの実態把握と防止策を研修等で進めることが重要な論点として掲げられている。

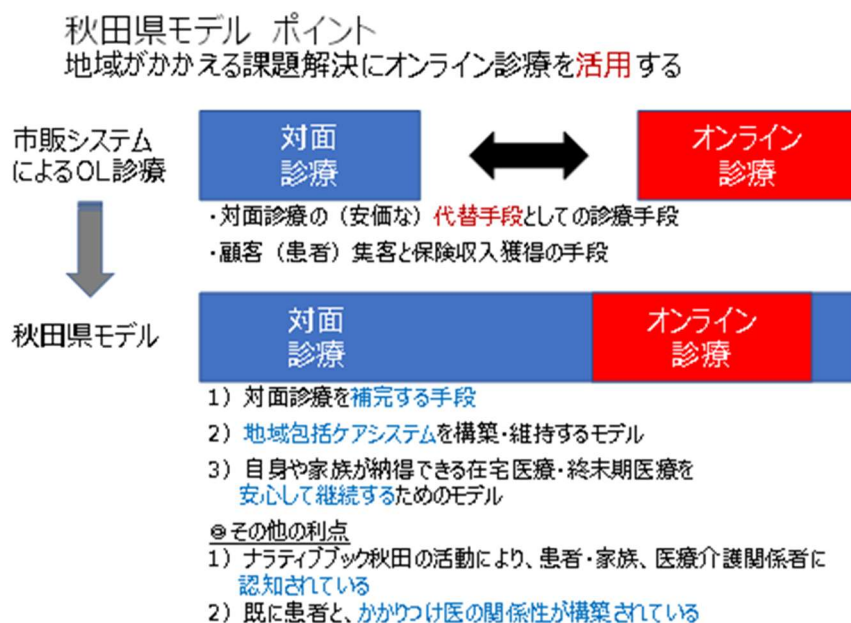
VI. 医療DX・遠隔医療による地域実装（オンライン診療／へき地モデル／評価と横展開）

医療DX・遠隔医療は、偏在と不足の制約下で質と効率を引き上げるための切り札である。秋田大学は2025年に株式会社アルムと連携協定を締結し、モバイル・クラウド・AI技術を活用した医療ソリューション開発を推進している。

一方でオンライン診療は、対面に比べ得られる情報が限定されること、IT機器不慣れ、診療報酬体系といった課題を抱える。

そこで、診療情報共有を目的とする「秋田ハートフルネット」の運用強化に加え、無医地区・医療過疎地域で訪問看護師が患者宅を訪問し医師と連携して診療する「D to P with N」を中核とする地域が抱える課題解決のための独自のオンライン診療「秋田モデル」を構築し、実証事業を通じた運用マニュアル整備と評価データ収集を進める取り組みが提示されている（図2）。

(図 2)



へき地・過疎地医療では、単独診療所への常勤医師固定配置が難しくなり、診療所間のグループ診療体制が必要になるとの認識が示される。

地元で根差した複数の診療所がネットワーク化し、診療所を毎日開設しなくとも2～3人の医師が交互に行き来して医療を確保するパターンも見られ、電子カルテ・画像診断等の共有や遠隔医療の活用により、少ない資源でも非効率を減らす方向が述べられている。

また、修学資金医師の政策的配置や若手医師のへき地研修誘導といった人材政策に加え、オンライン診療をACP・看取り、施設と医療機関のホットライン、不要な救急搬送抑制にも活用できる「仕組み」として設計するために、5G等の通信環境整備、マイナンバーカードによる本人認証、HPKIによる医師資格確認の普及が不可欠であるとされる。

資源制約下で地域医療を守るには、住民側の受療行動の最適化が不可欠となる。住民が医療のかかり方を見直すことは、医療費の抑制につながり、医師や医療従事者のリソースを逼迫させずに、急病や重症患者の対応ができるようになる。上手に医療にかかる上では、身近な診療所やクリニックなどの医師である「かかりつけ医」を持つことが重要である。身近で相談でき、必要時に専門医療へ確実につなぐ「かかりつけ医」を持つことが重症化予防と救急逼迫の緩和に直結し、患者自身も時間内受診や情報収集、PHR/PLHRとして自分の医療情報を自分で持つという主体性が求められる。

また小児医療は、少子化で患者数が減少しても夜間・休日や重症対応の需要は残るため、県全体で戦略的・総合的に体制と質を維持する視点が欠かせない。

VII. 総括・提言

秋田県の地域医療の課題は、医療資源の偏在と人材の高齢化、救急・周産期など高リスク領域の集約とアクセスの両立、在宅医療と多職種連携の強化、へき地での提供モデル転換、医療 DX の実装と基盤整備、住民参画と受療行動の最適化が相互に関連する課題群として整理できる。最終的に、偏在解消と役割分担・広域連携の枠組み強化、在宅を支える多職種育成と ICT 活用、市町村と医師会による地域包括ケアの機能化、量から質へのパラダイムシフト、住民参画を得ながらの段階的制度改革と資源配分が提言として掲げられており、秋田での実装と検証は全国にとっても重要な先行モデルになり得るであろう。

◆ ～地域完結型医療としての地域医療連携推進法人～山形県

I. 地域の実情

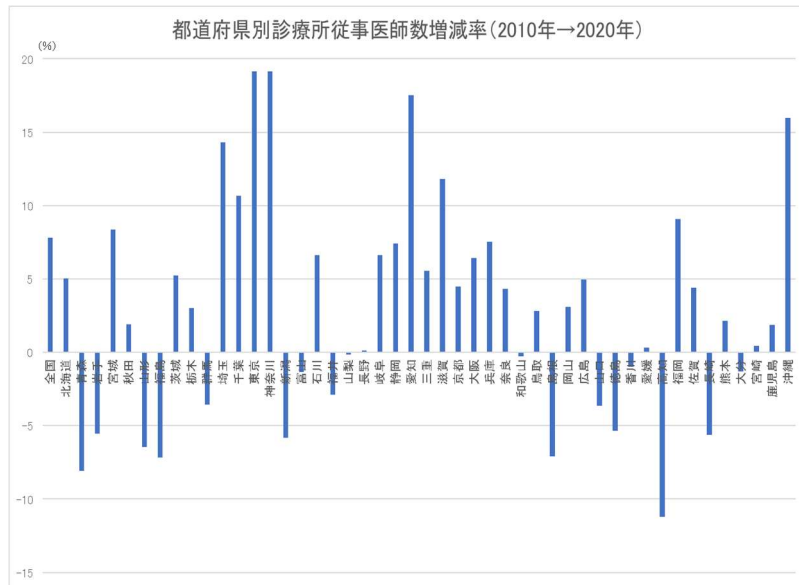
山形県は面積が全国 9 番目であり、東京都、神奈川県、大阪府、香川県を合わせた面積よりも広い。人口は約 100 万人なので人口密度が低く、また高齢化が進んでいる県である。二次医療圏は 4 つに分けられているが、医療圏間の医師数や診療科には大きな差がある。

山形県内の医師数の推移では、2000 年 2159 人（診療所 809 人、勤務医 1350 人）、2010 年 2411 人（診療所 869 人、勤務医 1542 人）、2020 年 2448 人（診療所 813 人、勤務医 1635 人）であり、医師総数はわずかに増加しているが、診療所の医師は減少している。

2010 年から 2020 年の診療所医師の減少率は約 8%であり、全国 2 位と高率である（図 1¹）。

¹ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（旧「医師・歯科医師・薬剤師調査」）により山形大学医学部医療政策学村上正泰教授作成

(図 1)



山形大学医学部村上正泰教授らの調査では、山形県内の医師異動状況の概要 2012 年と 2020 年の比較では山形県内への流入医師数に比し、山形県外への流出医師数が 139 人上回っている。

山形大学医学部は 1973 年に開設され、1979 年から卒業生を輩出している。山形大学出身の初期研修医の動向では、山形県内の医療機関で初期研修を行うのは約 40% であり、初期研修修了後も比較的県内に留まっているが、関東地方での初期研修を開始する医師が少なくない。

山形県医師会は山形県と共催して 2018 年から県内の全ての新初期研修医を対象に知事の出席を仰いで歓迎レセプションを開催している。2020 年から 2023 年まではコロナ禍のため開催できなかったが、2024 年から再開している。また 2023 年からは 2 年目の初期研修医を対象に症例報告会を開催している。いずれも初期研修医の山形への定着を図るために開催している。

山形県では人口減少に伴い患者数の減少があり、病院機能の見直しから病院の統合が進められている。山形県では、2000 年に長井市立病院・南陽市立病院・川西町立病院が再編されて公立置賜総合病院が開院、2008 年に山形県立日本海病院と酒田市立病院が再編されて独立行政法人日本海病院が開院、2023 年米沢市立病院と三友堂病院は同じ敷地内に新築移転して機能分化した病院群として開院している。さらに、2031 年には山形県立河北病院と寒河江市立病院の統合が予定されている等、山形県では病院再編を進めている。

救急医療に関しては、救急搬送患者の受け入れでは、山形市を含む村山地区には 500 床以上の病院である山形大学附属病院・山形県立中央病院・山形市立病院済生館が主に受け入れている。山形市立病院済生館は他の 2 病院の受入総数に等しいくらい受け入れているので、負担が大きい状態である。最上医療圏では山形県立新庄病、置賜医療圏では置賜総合病院、庄内医療圏では日本海病院と鶴岡市立荘内病院が主に受け入れている。

夜間休日診療所では山形市医師会が、山形市及び周辺の地区の患者に対応している。他に新庄市、米沢市、鶴岡市において夜間休日診療所を開設している。休日診療所のみ開設しているのは、村山市、東根市、長井市・西置賜郡、南陽市・東置賜郡、酒田市のみであり、他は地区医師会内の診療所が当番制で休日診療に対応している。しかし、山形市以外では小児科医が常駐できていない。

II. 「医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響」、「地域医療における医療 DX の活用遠隔医療、へき地診療」

義務年限が定められている自治医科大学以外に山形県では東北医科薬科大学医学生への奨学金貸与事業により初期研修修了後の地域に派遣する医師の増加に期待されている。山形大学医学部と地域の病院で構成された蔵王協議会には医師適正配置委員会があるが、必ずしも地域の病院の希望に対応した派遣にはなっていないので、検討が必要である。

山形県庄内医療圏における地域完結型医療の取組として地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットが 2018 年に発足した。現在の構成は地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構、酒田地区医師会・歯科医師会・薬剤師会の三師会、酒田市、4 医療法人、特定医療法人、4 社会福祉法人で構成されている（図 2）。

日本海ヘルスケアネットの基本的な考え方は、①参加法人の事業を継続させて地域全体の最適化、②業務調整を通じて診療・介護報酬の再分配、③地域の医療、介護事業の継続、④施設の共同利用、地域フォーミュラリによる地域での重複投資の阻止、⑤各法人間で情報処理分析、意思決定、価値の共有である。ICT の整備も進んでおり、地域で進める医療 DX としては、ちようかいネット調剤情報共有システム、救急十二誘導心電図があり、国が進める医療 DX としてはオンライン資格確認、電子処方箋、電子カルテ共有がある。また山形県唯一の離島である飛島では日本海病院が医療 DX を利用した診療を行っている。庄内医療圏での地域完結型医療はさらなる最適化に取り組んでいる（図 3）。

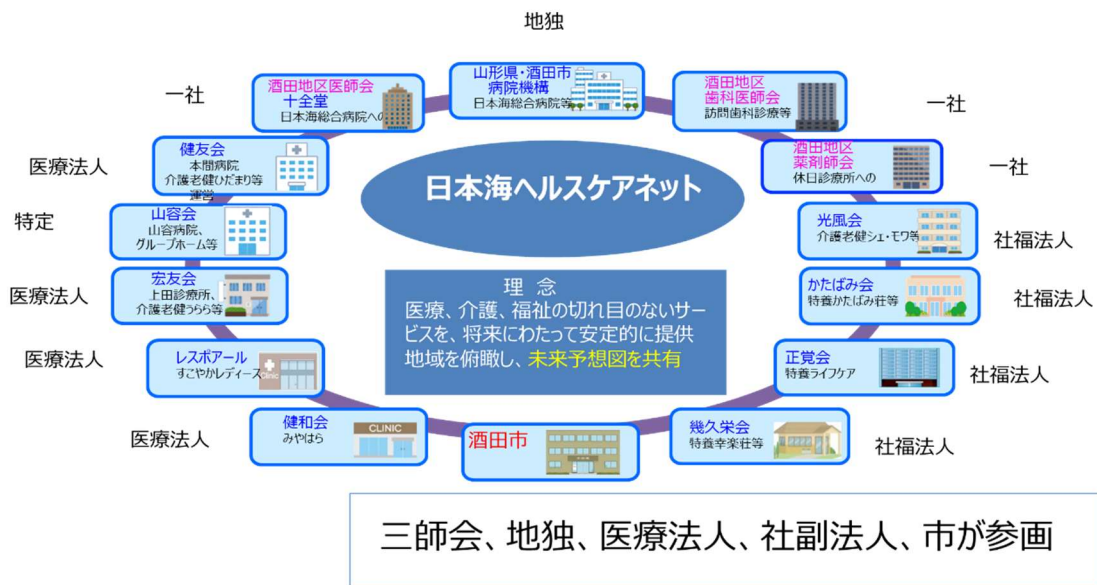


図 2. 日本海ヘルスケアネットイメージ

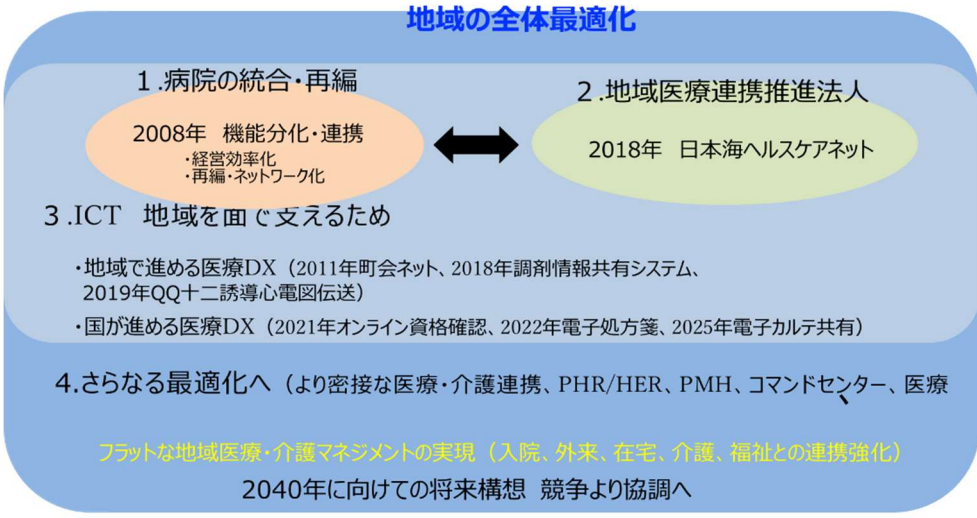


図 3. 山形県庄内医療圏（過疎地域）における地域完結型医療のための取組

III. 少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療対策

図 1 に示したとおり診療所診療所数は減少しているが、高齢化も進んでいる。山形県内の 65 歳以上の診療所医師は 2006 年 289 人、2016 年 292 人だが、2026 年 446 人に増加すると推計されている。

山形県医師会が診療所医師に後継者についてアンケート調査を実施したところ、後継者は決まっていなかったりあるいは後継者の確保は困難との回答が約 60% だった。医業承継については「関心がある・何らかの関心がある」との回答が

約 80%だったことから山形県医師会では山形県の予算措置を受けて医業承継事業としてマッチングサイトを 2025 年 1 月に立ち上げている。医業承継マッチングサイトの周知、承継希望者の受け入れ体制の構築が必要である。

山形県では年間出生数の減少傾向が続き 5000 人以下になっている。NICU の病床稼働率が低下しており、県内 4 医療機関に NICU が併設されているが、2026 年 4 月からは山形済生病院の NICU は山形県立中央病院に集約される。

IV. 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

診療報酬改定により病院は軒並み赤字、診療所も経営が困難になってきている。このような状況下では人口減少の大きな地域での新規開業希望者は少ないので、開業後一定期間の優遇税制等の検討が望まれる。物価の変動への対策はわずかな補助金のみであり診療報酬で示すことが望まれる。消費税に対応した診療報酬とされているが、物価が上がれば消費税額も増加するので、対応しているとはいえ、改善が必要である。

◆ ～地域の実情に応じた地域医療～福島県

これからの日本の地域医療を考えるには、これまでの画一的な施策から一歩進めて、異なるそれぞれの地域の実情を踏まえた施策を検討していく必要がある。

I. 福島県の医療実情

福島県はもちろん医師少数地域であり、医師の偏在も際立っている。まず現在の福島県の医療実情について述べる。

福島県は全国 3 番目に広い面積をもち、医師数は令和 4 年に 4096 名にのびているが医師偏在指標によれば、47 都道府県中 42 位と医師少数県である。福島県には 6 つの二次医療圏がある（図 1）が、多くの医師は福島県中央部の県北、県中地域で働いている。

図 1 福島県の二次医療圏



II. 自治体間での医師偏在

病院がある市町村ではある程度医師数を保っているが、それ以外の市町村では医師数は少ない。敢えて言うと、医師を取り巻く文化的環境が備わっていないような地域での医師数が少ないことが気になる。というわけで自治体間での医師偏在も際立っている。相双医療圏の医療機能は、東日本大震災、原発事故以来まだ復興がなされていない。(資料1参照)

III. 65歳以上の受療率

福島県の将来人口をみると、高齢化と少子化、とくに生産年齢の減少が著明となる。年代別医療需要をみてみると、今後10年間総需要にあまり変動はないものの65歳以上の医療需要が増加し、それ以下では減少すると予測されている。

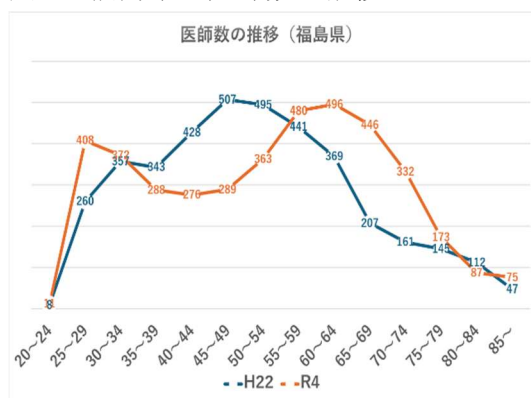
さらに外来受療率と入院受療率をわけてみても、全国統計に比し低くとどまってはいるが、65歳以上に限っては全国と同様に高い傾向となる。

IV. 医師の偏在

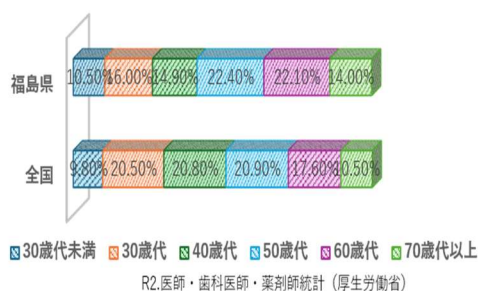
福島県の年齢階級別医師数は東京電力福島第一原子力発電所事故前の平成22年に3,880名で、令和4年には4,096名と微増しているが、微増は若年層の医師の増加によるものであって、医師の大部分を占める年代層は40歳以上～65歳未満から50歳以上～75歳未満へと右にスライドしているのがわかる(図2)。30代、40代の医師数が全国平均と比し少ないが、これは東日本大震災、原発事故による医師の流出が多かったせいではと考えている(図3)。

図2 福島県の医師数の推移

図3 医療施設従事医師の年齢構成



医療施設従事医師の年齢構成 (福島県と全国の比較)



10万人あたりの診療科別の医療施設従事常勤医師数は、皮膚科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、救急科でとくに偏在化が際立っている。

厚労省が、市町村における2020年の診療所数と2040年のその見込み資料を出しているが、診療所医師が75歳で引退し、承継がなく、当該市町村に新規開業がないと仮定した場合、福島県の診療所医師数は2020年の1,303人か

ら 2040 年には 579 人に減少し、診療所がなくなる町村も増加することが予測されている。

V. 地域医療の問題点と課題

一定の人口が維持出来つつも高齢者数が大幅増加する大都市部、高齢人口が一定の増となるが支え手が減少する地方市部、高齢者人口も減・支え手は大幅減となる中山間地域とそれぞれ、需要と供給の前提が異なる概ね 3 区分を視野に対応していくことが必要と考えるが、ここでは福島県の二次医療圏、県中の中にある私が所属する医師会員数 52 名の田村医師会での地域医療の問題点と課題を取り上げたい。

県中医療圏（図 1 参照）は、3 市 2 町 1 村（郡山市、須賀川市、田村市、三春町、小野町、平田村）の一次医療圏からなり、田村医師会はそのうち田村市、三春町、小野町の一市二町を管轄している。郡山市とはほぼ同程度の面積を保有しているが、郡山市は人口 317,949 人で医師数が 866 人、一方田村医師会管轄の自治体は 56,871 人で医師数は 52 人という医師少数地域であり、詳細は省くが診療科、医療機能の偏在も際立つ地域である。

高齢化率は年々高くなり（65 歳以上：R2 で 34.9%、R7 で 38.4%、75 歳以上：R2 で 18.5%、R7 で 20.2%）、高齢者を含む世帯、高齢者独居世帯、高齢者夫妻世帯の割合（それぞれ 40%、15%、15%）も高く、現在、高齢者の救急搬送は、全搬送数の約 7 割を占めている。今後の医療資源の減少を踏まえ、高齢者の医療、とくに在宅医療や救急医療を考えると、何らかの解決策を早急に求めていかないといけない事態にある。とくに二次救急を受ける病院が田村地区にはなく、約 86%は田村地区以外へ搬送せざるを得ない状況である。新たな地域医療構想の取組みの中で、高齢者の医療・介護等を自治体・保健所・在宅医療介護連携支援センターを交えた協議の場の設定が早急に必要と考える。

当地域での医師の確保、偏在の是正は、冷静に考えても無理と考えるしかない。承継・新規開業がないとして 75 歳以上の医師が引退すると仮定すると現在の 40 診療所は 10 年後には 1/3 程度まで減少する。医師のキャリアアップ、家族の生活・教育環境を考えると、今後開業希望者が増えるということは期待できず、先行き真っ暗な状態である。しかし、住民の予防医療も含めた健康管理を考えると匙を投げるわけにもいかない。

県立医科大学の地域枠に頼りたいところもあるが、研修医、専攻医の指導者の配置の問題もあり直ちに解決策とはなりづらい。医業承継を期待したい。県・県医師会では平成 30 年から医業承継事業を行っており（資料 2 参照）、令和 2 年の初マッチング以降の 6 年間で 23 件の成功例がある。医業を譲渡したいと希望されている医療機関は現在 70 件を超えるが、いかんせん開業希望医のほとんどが前述した医療を取り巻く環境を重視するようで、都市部での開業を希望される先生が多く、田村地区のような中山間部での承継は難しいものがある。厚生労働省がしめした地域医療支援パッケージに準じた県および自治体の強力な支援が必要と考える。

解決手段の一つとして、遠隔診療（オンライン診療）の活用が考えられる。福島県にはキビタン健康ネット（資料3参照）があり、これを活用することで広大な面積の中で少数の医師が住民の健康管理に携わっていただけるのではと考える。もちろん多職種連携がこの遠隔診療の要でもある。県中保健所の協力で、市民病院と診療所をつないだ遠隔診療も始まっており、ドローンを使つての薬剤配送の試みがなされているのは心強い。（資料4参照）

VI. 答えを求めて

医師数の不足・偏在ともに、これで解決できるという魔法の杖はない。かぎられたパイの中で取った取られたでは何の解決にもならない。診療所の数を維持し、地方の保健福祉、救急対応のインフラを支えることは重要であることはいうまでもないが、医師の高齢化で将来的には非常に不安である。しかし、ない袖はふれないとあきらめることはできないので、地域の実情に応じた地域の医療機能の再構築がひとつの方策かもしれない。

例えば3市町にそれぞれある公立・公的病院を中心に、地域にあった医療機能の再構築を進めていくべきなのか（例えば病院機能の集約化や統廃合、地域医療連携推進法人の設立等）、自治体の協力のもと医業承継事業を積極的に展開していくべきなのか、いずれにせよ経済的、文化的インフラを充実させ、医療を取り巻く環境を魅力あるものとする事で医師の移住、定住を促進すべきではと考える。

地域の実情を考えると、地域医療提供体制の維持は今後ますます困難になっていく、県・地方自治体・医師会・介護関連職種の連携で、各地域それぞれで住民の健康管理がおろそかにならないようなシステムを早急に整える時期である。

資料1 相双医療圏の医療提供体制の再構築

時間の経過とともに移住してきた者もいるが、いまだ多くの避難者が帰還できない状態が続いている中では、人件費等の運営コストの高騰もあり、医療機関が診療報酬により採算を確保することは困難であると思われる。介護資源についても乏しく、退院支援を行う上で困難な状況にある。

避難地域の医療機関では、医師、看護職員等の医療人材が不足しているため、再開できないまたは一部機能を休止しているケースもあることから、医療機関の再開支援と合わせて必要な医療人材を確保していく必要がある。

帰還環境の整備により避難指示区域の解除は進んでいるが、住民の帰還の意向、帰還の判断に必要な条件などの調査の結果では、判断がつかないと回答した方で帰還を判断するための必要な条件として、「医療機関の拡充」、「医療介護・福祉施設の再開や新設」などが上位に挙げられており、医療提供体制の整備は住民帰還に当たっての重要な条件となっている。

避難地域における医療機関の稼働状況

医療機関種別	震災前 H23	震災直後	R7.7 現在
病院	8	1	2
診療所（うち企業内診療所）	61 (17)	3 (3)	31 (9)
歯科診療所	32	0	9
薬局	31	0	5

資料2 福島県医業承継バンク

平成30年6月に県の委託事業として福島県医業承継支援事業を受託。その後、全医療機関に対する後継者の有無などについて及び市町村に対して当該地域の医療の状況をどのように感じているかをアンケート調査し、後継者のいない医療機関が多数あること、医療機関不足を感じている自治体が多数あることを確認。

令和2年に初めてマッチングが成立し医療機関が開業した。そして約6年が経過した現在までに23件のマッチングが成立。

【登録とマッチングまでの手順】

登録開業希望医、譲渡希望医療機関に対して面談を行い、ある程度一致する医療機関を開業希望医師に紹介して、希望があれば相手の医療機関に連絡して了解をいただき、日程調整後、医療機関で面談していただき、施設内の見学をしていただく。

その後、両者に秘密保持契約の取り交わしをしていただき、医療機関から決算書や患者数のわかる資料などをいただき、専門家を介して開業希望医に説明をしていただくことになる。

ここで、今後の自身の開業医としての見通しをたてていただき、さらに話を進めることになれば基本合意書の作成となる。基本合意書には、承継日や土地建物と施設内設備等の売却額などの詳細を記す。

基本合意書に両者署名していただければマッチング成立ということになり、ここまでで福島県医業承継バンクの役目は終了となる。

【補助金の効果】

福島県医業承継バンクにおけるマッチングの事例が増えている理由のひとつとして補助金がある。福島県では、医業承継バンクを通じて承継開業した医療機関という条件付きで対象費用の2分の1で最大2000万円の補助金を用意している。他、少なくない自治体でも補助金を準備している。厚生労働省がしめした地域医療支援パッケージにも期待したい。

資料3 キビタン健康ネット

キビタン健康ネットとは、福島県内の医療機関、薬局、介護施設等をインターネット回線で結ぶことにより、各施設を受診した際の検査、診断、治療内容、説明内容をその後の診療に生かすことができる地域医療情報連携ネットワークシステムである。福島県全域で使えるため、キビタン健康ネットに参加している施設間で二次医療圏を超えた医療機関との連携が可能となる。

活用方法

情報提供施設に限り、キビタン健康ネットに登録がない患者であっても、救急搬送や災害などの緊急時に閲覧可能となる救急運用が利用可能。

救急搬送時において、お薬手帳を持っていない場合でも調剤情報の確認が行えるだけでなく、高次医療機関への転院が必要な場合、画像情報を相手先の医療機関へ前もって送ることができるので、より迅速で適切な対応ができる可能性が増える。

キビタン健康ネットを通じ、新型コロナウイルス感染者の画像検査情報や服薬情報を関係医療機関や行政機関間で共有し、重症化した場合の高次医療機関への転院や症状が安定した際の宿泊療養施設への転所に活用するなど、感染症治療に多大なる効果を発揮した。

資料4 キビタン健康ネットを活用した在宅遠隔診療・服薬指導の推進について

医療DXがすすめられているが、メリットのPR不足や患者側のプライバシー保護の不安から導入が飛躍的に進んでいる状況ではない。今回の事例を通じてさらなる医療機関側、患者側のメリットがPRできれば、導入がいっそう進むものと期待される。また、遠隔診療・服薬指導に本システムを導入できたことで医療機関におけるキビタン健康ネットのさらなる導入促進が期待される。今回、医薬品のドローンによる配送を実現したことにより、さらなる利便性の確保、人員不足のデメリットの軽減が図られるものと期待する。

◆ ～群馬県における新たな地域医療構想の課題と展望～群馬県

I. はじめに

2040年を目途に始まる「新たな地域医療構想」は、人口減少社会へ突入する我が国の地域医療の在り方を示していると考え、関係する医療機関間は勿論、介護保険施設や事業所、在宅・居住系施設に関わる多職種（訪問看護、訪問介護、ケアマネ等）間での情報格差から生じるとされる方向性の違いを調整することができないまま個々の範疇を超えられないで不統一で凸凹な状況が進展しており、残念ながら地域という視点で住民や医療提供体制をとらえることができていないのが偽らざる現場感覚である。

その上、地方にあって何より厳しいのが人材確保であり、人材希少社会における社会保障の在り方を踏まえた現実的な動きを始める時期に突入していると考え。

しかし、現下の報酬体系では現状の医療・介護のレベルを維持しながら何とか経営することに疲弊しており、それぞれの地域を俯瞰する視点で医療・介護提供体制を論じる余裕を持たないまま時間だけが過ぎていく状況に虚無感を抱かざるを得ない。

II. 新たな地域医療構想について -地域の実情は-

地域包括ケアにおける在宅医療の重要性は現実味を帯びてきている。地方でも居住系施設を中心に着実に進展している一方で、不適切な在宅医療や囲い込みが目に見える勢いで展開されている。貴重な保険財源と人的資源を私的利潤追求の道具として使われては困る。

地域包括ケアシステムは、高齢化社会において住み慣れた地域で自分らしい生活を続けるための支援体制である。医療・介護・生活支援などが一体となり、切れ目なくサービスを提供することが目的であって、地域に生きる住民を含めた皆にとっての体制作りであらねばならないと考えるが、「強化型在宅診療」の医療機関であってもその実情は玉石混合であり、利用者視点からも、医療経済の視点からも看過できない状況がある。

これは、在宅医療の推進に当たり介護側を起点にして進展したことも影響していると考えられるが、既存の医療提供体制とは別に新たな訪問専門の医療機関が誕生する結果につながり、地域連携という視点からすると残念な状況が展開されている。

しかし、その一方で、医師不足、人材不足に悩む地方では、在宅医療を依頼されても賄いきれる実力もない地域も存在することから「必要悪」と諦めている市町村もある中で、適正化を進める手順を行政と医師会とで連携して地域マネジメントを展開していく必要性を強く感じている。

III. 医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響

群馬では幾多の地域がその対象になるが、医師少数区域が医師数的に回復困難な場合は、「勤務インセンティブ」「医療体制の再設計」「規制的手法」等検討されているが、国・自治体・大学・医療機関が連携し、総合的かつ実効性のある対策を継続的に講じる必要がある。

単なる医師派遣だけでなく、構造的な改革と地域特性に応じた柔軟な政策が不可欠と考えるが、基本となる地域診断が果たして適正に実行されるか如何かが甚だ疑問である。市町村行政も地区医師会も真の意味での必要性について問われることになるが、例えば診療科の偏在一つにしてさえも相互に納得のいく、妥当性の高い回答を提示することができるであろうか？

また、医師の偏在・診療科偏在の解消を目指す一方で、偏在そのものを活かすことも重要な取組であると考えられる。そのためには、都市部の高度医療拠点化や多様な働き方、人材派遣、また遠隔医療の活用など、柔軟な発想も重要であり、今後も現場の声を反映しつつ、複合的な取り組みが求められる。

その観点からすると、前橋地区は医師過剰地域に該当するものの、群馬県全体では医師少数地域にある中で、首都圏からの医師確保対策にあっては地域を区別することより、診療科やその機能に着目した偏在の在り方を視野に入れて検討を進めるべきであると考えられる。

今後の方向性としては、地域の医療機関同士の支え合い、IT活用による遠隔医療、勤務医の働き方改革など、多角的なアプローチが求められる一方で、医

師多数地域であっても、夜間やスポット的な医師不足を的確に把握し、柔軟な対応策を講じることが、地域医療の質の維持に不可欠と考える。

特に、病院機能の集約化と病院機能の再構築が地域全体の医療機能を担保する上で重要な課題である。病院機能の集約化は、医療資源を効率的に活用し、特定の医療機能を特定の病院に集中させる取り組みとして重要であり、医療の質向上が期待される。病院機能再構築の背景には「勇気ある撤退」が必要不可欠な状況が具体性を帯びてきている。現状のままでの継続が困難な状況や限界を冷静に見極め、無理に事業や治療を継続せず、適切なタイミングで撤退を決断することが求められていると考える。

IV. おわりに

地域医療連携推進法人は、地域医療構想の達成や地域包括ケアシステムの構築を目的に、複数の医療機関が機能分担や業務連携を進めるための法人制度であることから病院機能の集約化や再構築に有効な手段であると考えられる。

経営や医療提供の現場では「勇気ある撤退」も重要な選択肢となっており、地域医療連携推進法人制度は、こうした変革を支える枠組みとして活用されるべきであろう。

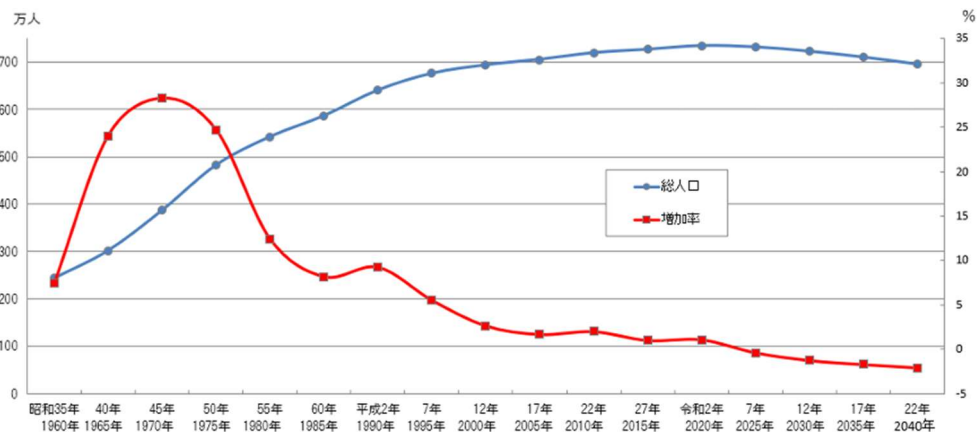
◆ ～高齢化社会を迎える埼玉県の医療情勢とその対策～埼玉県

I. 始めに

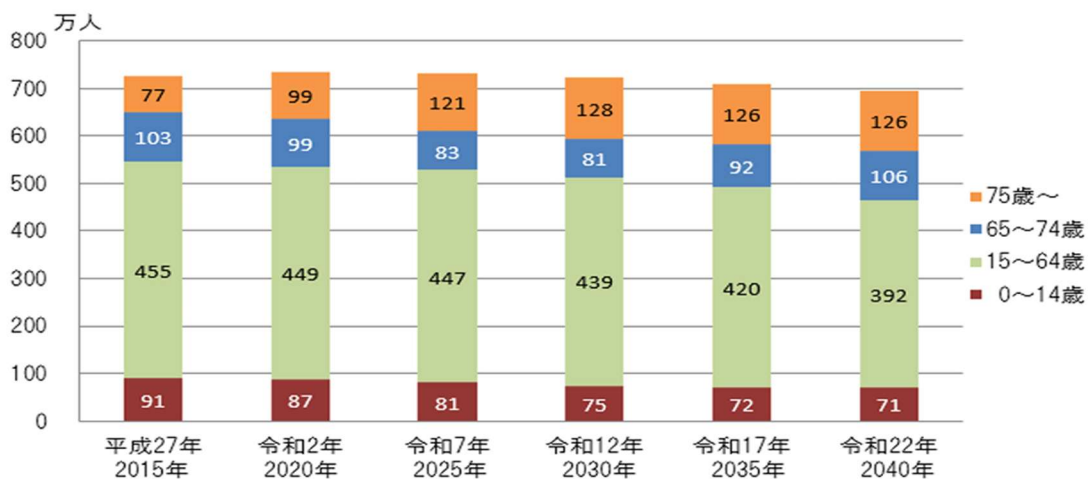
埼玉県の地域保健医療計画によると、2022年4月に総務省が公表した人口推計において、本県でも人口減少が示されている。人口減少・高齢化に加え、地域間の人口偏在も顕著であり、県全体人口約737万人のうち、さいたま市が約132万人と県人口の6分の1強を占めている。一方、北部や秩父地域では人口減少と過疎化が深刻な状況となっており、中長期的な地域医療の課題となっている。

II. 埼玉県の総人口推移と高齢化

埼玉県の総人口は2025年以降減少に転じ、2040年には700万人を下回ると推計されている。2024年10月1日時点の総務省人口推計では、自然減であるものの転入超過により一時的な社会増が報告されている。



人口構成では、65歳以上の高齢者および後期高齢者が2025年以降増加し、2040年にかけてさらに増加する一方、生産年齢人口は減少すると見込まれている。

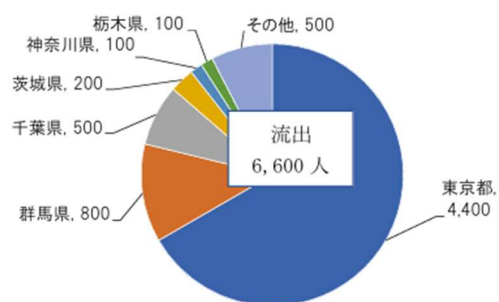
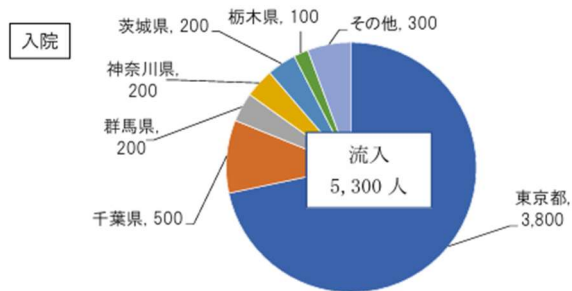


資料：令和2年までは国勢調査（総務省）、令和7年以降は埼玉県推計

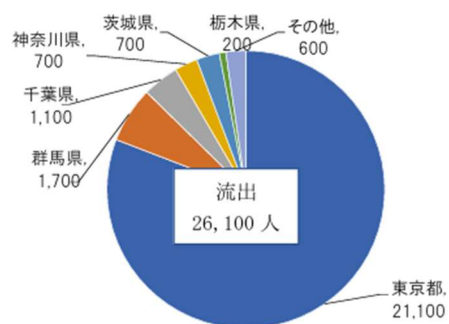
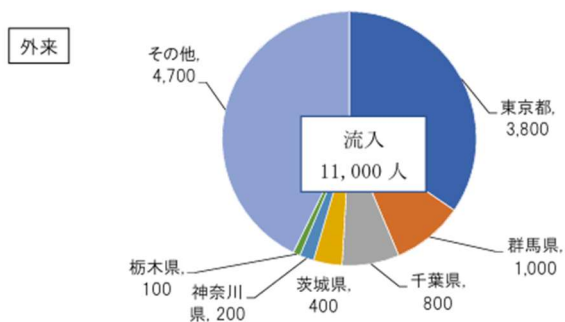
県, ZUU

III. 入院・外来患者の流入出について

東京都に隣接している地理的要因から、埼玉県では東京都への患者流出が多く、入院・外来ともに同様の傾向がみられる。



資料：令和2年患者調査（厚生労働省）



IV. 医師数および医療資源

埼玉県の医師数は全国で8位であるが、人口10万人あたりの医師数では全国最下位となっている。これは患者流出に加え、県内居住・都内勤務の医師が多いことも一因と考えられる。

【図表 1-2-5-4 診療科別医師数（埼玉県）】

	医師数(人)	割合	全国順位	人口 十万人対 医師数(人)	全国順位
内科	3,130	24.0%	7	42.7	47
呼吸器内科	217	1.7%	9	3.0	46
循環器内科	447	3.4%	9	6.1	47
消化器内科	492	3.8%	9	6.7	47
脳神経内科	198	1.5%	9	2.7	47
皮膚科	433	3.3%	6	5.9	43
アレルギー科	2	0.0%	13	0.0	27
リウマチ科	60	0.5%	9	0.8	35
感染症内科	21	0.2%	9	0.3	19
小児科	850	6.5%	7	11.6	43
精神科	625	4.8%	9	8.5	47
心療内科	26	0.2%	9	0.4	32
外科	498	3.8%	9	6.8	45
消化器外科(胃腸外科)	238	1.8%	7	3.2	37
泌尿器科	299	2.3%	9	4.1	46
脳神経外科	285	2.2%	8	3.9	47
整形外科	875	6.7%	9	11.9	47
形成外科	127	1.0%	7	1.7	29
美容外科	24	0.2%	6	0.3	21
眼科	626	4.8%	6	8.5	40
耳鼻咽喉科	422	3.2%	6	5.7	43
産婦人科・産科	475	3.6%	6	6.5	47
婦人科	98	0.8%	4	1.3	22
リハビリテーション科	107	0.8%	9	1.5	41
放射線科	214	1.6%	10	2.9	47
麻酔科	419	3.2%	8	5.7	39
救急科	174	1.3%	5	2.4	32
その他診療科	1,675	12.8%	6	22.7	43
合計	13,057	100.0%	8	177.8	47

※医療施設に従事する医師数であり、県内の届出医師数とは異なります。

資料：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

二次医療圏別にみると、県平均の医師数増加率23.7%に対し、秩父地区では▲6.9%と減少し、地域偏在が課題となっている。

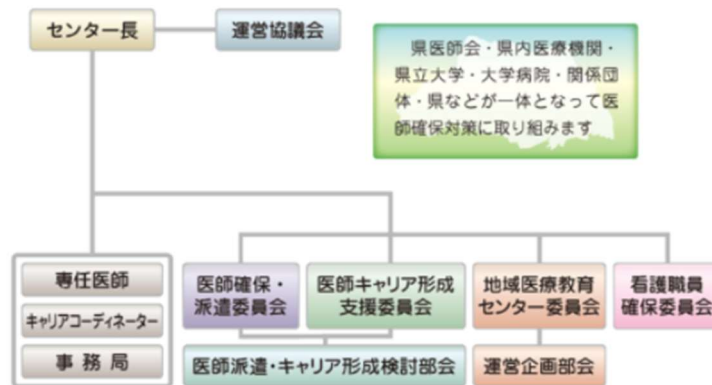
種別	平成24年	令和4年		平成24年→令和4年	
	医師数 (人)	医師数 (人)	10万人 当たり 医師数(人)	増加数 (人)	増加率 (%)
埼玉県	10,688	13,224	180.2	2,536	23.7
南部	1,022	1,260	156	238	23.3
南西部	746	1,010	138.2	264	35.4
東部	1,568	1,948	169	380	24.2
さいたま	2,005	2,670	199.3	665	33.2
県央	692	948	179.1	256	37
川越比企	1,678	1,907	241.2	229	13.6
西部	1,351	1,744	227	393	29.1
利根	809	899	142.7	90	11.1
北部	672	703	141.6	31	4.6
秩父	145	135	147.4	▲10	▲6.9

こうした状況を受け、埼玉県および埼玉県医師会は2013年12月に埼玉県総合医局機構を設立し、県内大学や医療機関と連携して医師確保対策を進めている。

平成25年12月 埼玉県総合医局機構 創設



● 埼玉県総合医局機構の組織



また、人口10万人あたりの医療施設数は、病院が全国6.5施設に対し、埼玉県は4.7施設、診療所についても全国84.2施設に対し、埼玉県は61.3施設と病院・診療所ともに全国平均を下回っている。

V. 病床機能と地域医療構想

令和5年度病床機能報告では、県全体として高度急性期・急性期は充足している一方、回復期・慢性期が不足している。さいたま市でも同様の傾向がみられ、県東部地区では急性期以外の病床不足が指摘されている。

さいたま	高度急性期	1,646	200	1,846	1,039	607	807	79.2%	7.3
	急性期	3,235	600	3,835	2,770	465	1,065	71.6%	10.6
	回復期	700	0	700	2,301	△1,601	△1,601	83.3%	46.0
	慢性期	1,301	0	1,301	1,554	△253	△253	82.7%	170.5
	休棟・未報告等	179	-	179	-	-	-	-	-
	計	7,061	800	7,861	7,664	△603	197	-	-

圏域	医療機能	令和5年度 報告結果 (A)	R5,7,2以降 整備(予定)病床 (B)	A+B (C)	2025年 必要病床数 (D)	比較		(単位:床)	(単位:%)	(単位:日)
						A-D	C-D	【参考】 病床稼働率	【参考】 平均在棟日数	
県計	高度急性期	6,378	286	6,664	5,528	850	1,136	75.9%	8.1	
	急性期	24,132	916	25,048	17,954	6,178	7,094	70.5%	11.4	
	回復期	6,293	1,103	7,396	16,717	△10,424	△9,321	78.4%	39.1	
	慢性期	12,220	553	12,773	14,011	△1,791	△1,238	83.0%	128.1	
	休棟・未報告等	2,324	-	2,324	-	-	-	-	-	
	計	51,347	2,858	54,205	54,210	△2,863	△5	-	-	

第8次地域保健医療計画では、人口減少と超少子高齢化を踏まえ、がん、循環器、精神疾患、救急、小児、感染症、在宅医療などの体制強化が急務とされている。

VI. 救急医療体制

埼玉県地域保健医療計画では、救命救急センターの整備・充実、搬送困難事案への対応強化、疾患別ネットワークの充実などが課題として示されている。

特に心疾患分野では大動脈ネットワークが構築され、急性大動脈解離に対して迅速な搬送・治療体制が進められている。急性冠症候群の患者に対しても今後心電図伝送などを活用し、迅速な診断・治療可能な直近施設への搬送を進めていく取り組みがされている。また、さいたま市内では複数の高度急性期病院（自治医科大学附属さいたま医療センター、さいたま赤十字病院、さいたま市立病院）がドクターカーを運用し、迅速な医療提供体制が整備されている。

他に救急電話相談（#7119）以外にもスマートフォンによるAI救急相談の活用も進んでおり、救急車の適正利用促進が期待されている。

埼玉県メディカルコントロール協議会の調査においても（2）照会回数4回以上の割合に関しては、四肢開放骨折・消化管出血・などが多い一方、緊急透析や心筋梗塞などに関しては比較的早い段階での受け入れが可能となっている施設が多く、三次救急や急性冠症候群に対する受け入れ施設は充実しているものの、それ以外の開放骨折・消化管出血・精神疾患・急性中毒などでは受け入れ困難事案が多く、今後の受入体制強化が必要であることが示されている。

令和6年度「傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準」実態調査結果

ウ 分類基準別搬送人員

重篤	心肺機能停止	580人	緊急性	頭部外傷	1,151人	専門性	周産期疾患	63人
	ショック	227人		脊髄損傷	40人		小児科疾患	1,719人
	呼吸不全	509人		四肢切断	0人		精神科疾患	73人
	心筋梗塞	190人		重症外傷(L&G)	78人		急性中毒	228人
	大動脈緊急症	55人		多科(複数科)外傷	74人		緊急透析	4人
	脳卒中	863人		指趾切断	17人			
	急性腹症	608人		四肢開放骨折	23人			
	消化管出血	293人		熱傷	46人			

(2) 照会回数4回以上の割合

	中央	東部	西部第一	西部第二	南部	北部	県全体
R 6	7.5%	10.2%	3.6%	5.6%	9.6%	4.5%	7.1%
R 5	9.6%	11.4%	4.1%	6.2%	12.5%	5.2%	8.5%
R 4	17.2%	14.2%	5.4%	10.6%	17.9%	5.5%	12.5%
R 3	6.1%	10.0%	3.5%	6.5%	14.5%	5.6%	7.5%
R 2	2.7%	9.0%	2.0%	5.3%	5.4%	2.5%	4.7%

ア 割合の高い分類基準

①四肢開放骨折(34.8%) ②消化管出血(17.1%) ③多科(複数科)外傷(16.2%)

イ 割合の低い分類基準

①緊急透析(0.0%) ②心筋梗塞、重症外傷(L&G)(2.6%)

更に増加する救急需要対策に関する検討として、転院搬送等において病院救急車や民間救急車を有効に活用することなども、本来救命すべきである患者を一人でも多くすることに関して大変重要な取り組みであるものと考えられる。

転院搬送に関しては救命救急士などを雇用し有効活用している医療機関などもあり、今後このような取り組みに対する連携も重要ではないかと考える。

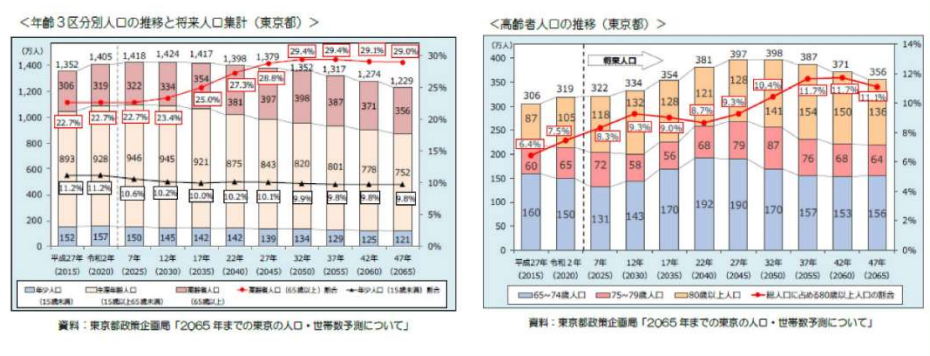
◆ ～大都市東京だからこそ抱える地域医療の課題と対策～東京都

I. 新たな地域医療構想について -地域の実情は-

1. 東京都の実情について

これからの東京都は、人口は緩やかに増加し2040年頃をピークに減少に転じるものの、高齢化率は上昇を続け、2045年以降は約29%で推移する。一方で、年少人口および生産年齢人口は減少する。世帯構成においては単独世帯が50%を超え、とりわけ75歳以上の高齢単独世帯の増加が顕著となる。高齢単独世帯と高齢夫婦のみの世帯が全世帯の3割を占めるに至り、東京都においては医療・介護ニーズが増大する一方で、家庭内の介護力が乏しい「高齢独居・老老世帯」が増加し、それを支える医療・介護人材の不足が深刻化することが懸念される。

- 都の総人口は2030年の1,424万人をピークに減少、2040年には1,398万人となる見込
- 一方、高齢者人口は2020年の319万人から2050年の398万人まで上昇
高齢化率は、2020年の22.7%から2040年には27.3%に上昇し、2050年に最大の29.4%の見込
- うち80歳以上人口は2020年の105万人(人口割合7.5%)から2040年に121万人(人口割合8.7%)、2055年に最大の154万人(人口割合11.7%)の見込



2. 新たな地域医療構想について

これまでの地域医療構想調整会議では、地域における病床機能の分化と連携の推進が目的とされたが、実際は少子・高齢化に伴う疾病構造の変化と、それに見合う病床数の削減・再編に関する協議が中心で、特に東京をはじめとする都市部では、今後も高齢人口が増え医療需要が減少しないことから、病床再編の議論は進まなかった。一方、2020年からの新型コロナ禍における急激な医療・介護需要の増加は、2040年の医療・介護の姿の前倒しともされ、医療連携や医療・介護連携、在宅医療の推進について議論は活発化した。

新たな地域医療構想調整会議では、病床機能の分化・連携に加え、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保などが議論されることになっている。東京都においては、既に平成29年度より調整会議の分科会として「在宅療養ワーキンググループ（以下WG）」が設置されており、在宅療養に関する地域の現状・課題について議論が先行して行われている。

3. 東京都の二次保健医療圏について

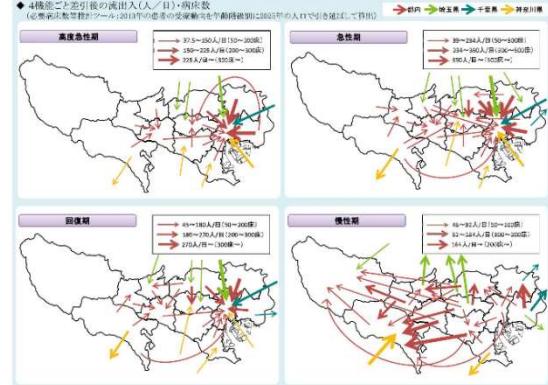
東京都では特別区・多摩部・島嶼部の計13の二次保健医療圏を構想区域としているが、人口の移動が多く昼夜間人口比率が高いこと、患者の流入流出が激しいこと、二次保健医療圏が単なる地図上の区割りであり都民の生活圏、通勤・通学圏、交通網、患者の受療行動などの実態と乖離していること、医療機能や病床数などの医療資源配置と二次保健医療圏が必ずしも結びついていないこと、などが問題点として指摘されている。

東京都地域医療構想における構想区域

〇都は、13の二次保健医療圏を構想区域として設定



二次保健医療圏間の患者の出入状況(全疾患/2025年)



4. 地域医療における病診・診診連携、在宅医療、多職種連携の課題

都では13の二次保健医療圏を構想区域とし、構想調整会議を年2回、在宅療養WGを年1回開催してきた。しかし、病床機能報告・外来機能報告の段階でさえ議論の内容と二次保健医療圏が噛み合っておらず、今後加わる在宅医療の議論は、本来は二次保健医療圏単位ではなく、区市町村単位で行われるべき性質のものであり、これを既存の枠組みでどう扱うかが課題となる。

解決策の一つが今回の在宅療養WGで実施された手法で、予め設定したテーマについて事前に区市町村ごとに関係者間で協議を行い、その結果を二次保健医療圏ごとのWGで発表し意見交換を行うというものである。これにより、区市町村ごとのきめ細かな議論と、二次保健医療圏単位での広域的な情報共有を効率的に両立できると思われる。

もう一つの課題であった親会と部会との情報共有不足については、それぞれの会議参加者が相互にオブザーバー参加できるようにすると共に、調整会議にて在宅療養WGの開催結果を報告するなど、連携強化を図っている。

II. 医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響

1. 医師偏在指標は必ずしも地域医療の実情を反映していない

(1) 東京都の医師偏在指標と昼夜間人口比について

東京都は医師偏在指標が高いとされるが、その分母は常住人口あたりの医師数であり、昼間人口の増大が加味されていない。特に特別区中心部は昼間人口が大幅に増加するため、人口あたりで見ると診療所数が過剰に見える千代田区・中央区・港区であっても、昼間人口で評価すると1,000人あたりの診療所数はそれぞれ0.53、0.73、0.70となり、全国平均の0.84より低くなる。従って一概に医師過剰という主張は成立しない。

また、診療科による常住人口と昼間人口との関連を見ると、小児科は常住人口に比例して増加する一方、内科診療所数は常住人口よりも昼間人口との間に

強い相関が見られる。これは、小児科は居住地の医療機関を、内科は勤務地の医療機関を利用しているという実態を示唆している。

東京都特別区の昼夜間人口比と診療所数

	昼間人口 増加率(%)	診療所数/ 1,000人	診療所数/ 1,000人		昼間人口 増加率(%)	診療所数/ 1,000人	診療所数/ 1,000人
		常住人口	昼間人口			常住人口	昼間人口
千代田区	1,355.4	6.81	0.53	大田区	96.5	0.79	0.80
中央区	374.4	2.69	0.73	中野区	94.5	0.95	0.97
港区	373.4	2.62	0.70	北区	93.5	0.75	0.77
新宿区	227.1	1.69	0.73	世田谷区	90.6	0.93	0.91
渋谷区	226.1	2.22	0.91	板橋区	89.5	0.67	0.71
文京区	147.3	1.08	0.68	足立区	89.1	0.60	0.67
台東区	145.3	1.03	0.68	荒川区	89.0	0.78	0.84
品川区	137.8	1.02	0.72	杉並区	84.3	0.85	0.97
豊島区	136.6	1.47	0.99	葛飾区	83.2	0.75	0.91
江東区	120.9	0.72	0.58	江戸川区	81.9	0.62	0.75
目黒区	104.8	1.10	1.00	練馬区	79.9	0.74	0.87
墨田区	103.6	0.75	0.73	区部	126.8	1.37	0.79
				※全国	0.84		

(2) 都心区のかかりつけ医からみた地域医療提供体制の特性と課題

港区の例を見ると、2023年12月時点で一般診療所数は835カ所あり、人口10万対では320.55で全国平均の4.41倍に相当する。しかし、港区の昼間人口は118万人と推計され、住民約26万人の4倍以上となることから、診療所数が約4倍であることと整合性がとれる。

一方で、港区の在宅療養支援診療所数は52カ所であり、全国平均の1.66倍にすぎない。昼間人口と診療所数が共に4倍程度多い中でこの数値ということは、港区内医療機能の約4分の3は在勤者等の現役世代を対象とした専門的医療サービス機能であり、残りの4分の1程度が地域密着型のかかりつけ医機能であると推察される。

以上のことから、次のことがわかる。

第一に、東京都心部は定住人口からすれば診療所数が過剰に見えるが、昼夜間人口比率が高いため、昼間人口で見れば全国平均を下回る。単に人口と診療所数だけで医師多数かどうかを判断するのは早計であり、人口の流入を含めた精緻な検討が必要である。

第二に、患者の受療動向を見ると、ライフステージや診療科によって住所地の診療所と勤務地の診療所を使い分けていることがわかる。それぞれのステージに応じたかかりつけ医が必要であり、生涯にわたる医療情報の継続のためには、かかりつけ医療機関同士の連携が不可欠である。

III. 地域医療における医療 DX の利活用、遠隔医療、へき地診療等

1. 医師偏在対策について

厚生労働省の「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」にも示される通り、医師偏在の要因は経済的格差、教育・研究機会、研修制度、家族の生活環境など多岐にわたり、単一の取り組みでは是正されるものではない。以下に具体的な対策の視点を挙げる。

● 経済的インセンティブのあり方

現在、「重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業」などが行われているが、支援の多くは開業から一定期間に限られている。医師少数区域は人口減少地域であり、将来的な患者増が見込めない以上、経済的支援はその地域に従事する期間すべてを担保する継続的なものでなければならない。

● 医師としての教育・研修・研究・研鑽

医師少数区域で勤務する医師への支援として、認定制度や学費補助、女性医師の復職支援などが行われているが、十分な実績があるとは言えない。医師少数区域での勤務理由は、自発的意欲よりも大学医局の人事が依然として最多である。学会参加への経済支援だけでなく、医師不在時の診療体制への支援（代診確保等）も不可欠である。

● 家族の生活環境・利便性

若手医師の多くは子育て世代であり、子供の教育環境や配偶者の生活満足度も重要な決定要因となる。これは、その医療機関に勤務する看護師等の職員確保においても同様の課題である。

● 医局制度の見直しと再評価

かつての大学医局制度は、医師の人事・教育を一元管理し派遣機能を担っていたが、2004年の「新医師臨床研修制度」導入により変容し、結果として地域偏在が深刻化した。「医師偏在対策パッケージ」等でも、2040年に向けて大学病院や地域中核病院に「医師派遣機能」「医育機能」を求めており、かつての医局制度の弊害は見直しつつも、その機能自体を再評価し、制度を見直すべき時期に来ていると考える。

● 医師派遣機能の充実と経営支援

医師少数区域での勤務は、個人の開業や就職に依存するのではなく、大学病院や地域中核病院からの派遣で行うことが現実的である。さらに勤務先医療機関は、病院のサテライト運営や自治体による公設、地域医療連携推進法人など、個人の負担やリスクに頼らない安定した運営体制が望ましい。

※医師偏在対策で注意すべきこと

地域の中核病院が近隣の医師少数区域を直接支援する場合は問題が生じにくいですが、遠隔診療を行う場合、支援側と被支援側の医療機関との連携・信頼性・継続性の確保が重要となる。特に遠隔診療には営利的事業者等の参入も想定されるため、不適切な事例を防ぐためにも、医師会が関与した上で進めることが望ましく、医師会側にもそのための体制整備が必要である。

IV. 少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療対策

近年の医療政策では、全国一律の対応ではなく、地域特性に応じて「大都市型」「地方都市型」「過疎地域型」に区分し、それぞれに適した医療体制を構築する方向へ進んでいる。これは人口動態や医療資源の分布差を踏まえた現実的なアプローチである。これからは全国一律の政策ではなく、地域の特性に応じた施策が必須である。地域医療構想調整会議や二次保健医療圏のあり方も含め、医療計画はその地域の特性に応じて独自に策定すべきであり、国が行うべき役割は、議論に必要な当該地域のデータ提供と助言に留めるべきであろう。

V. 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

財務省は、規制的手法による医師偏在対策や、診療所の偏在是正のための地域別単価の導入などを主張している。しかし、地域別単価の導入は国民皆保険制度の公平性を損なうものであり、新たな地域格差や偏在を助長する懸念がある。前述の通り、医師偏在は経済的操作のみで解決できる単純な問題ではない。さらに、このような診療報酬の操作が、将来的には医療費抑制の方策として利用されることは明らかであり、断じて認められるものではない。

一方で、地域医療において必要な機能を果たしているかどうかを適切に評価し、それによるインセンティブあるいはディスインセンティブを設けても良いのではないかとの声もあり、今後検討を進める必要があるかと思われる。ただしその場合、診療側へのインセンティブ／ディスインセンティブと患者側の負担の矛盾が生じないような仕組みを考えなければならない。

また、物価高騰が続くなか、病院を中心に医療機関の経営は極めて厳しくなっている。今後は、診療報酬への物価スライド制の導入など、経済情勢に即した新たな診療報酬体系の議論を早急に進めるべきであると考えている。

◆ ～横浜市における課題と診療科偏在への対応～ 横浜市

I. 大都市圏における地域医療構想の課題

これまで増加傾向にあった横浜市の人口は、2021年から減少に転じているが、75歳以上の人口は年々急速に増加していく見込みである。このため、横浜市の医療需要は2045年頃まで増加し続けると予測されており、2020年と比較して2040年には入院医療の需要が約16%増加、外来医療の需要が約7%増加す

ると見込まれている。基準病床の計算式に従うと、2017年の基準病床数に対し、647床の不足が指摘されていた。2023年にかけて739床の増加があったが、高齢者人口増を反映し、2023年の基準病床数はなお1693床の不足と試算された。平均在院日数、病床利用率などを考慮した地域の実情に近い数値を用いて算出した結果、2029年の目標病床数は902床の不足と算定されている。ただし、現状を見ると、既存病床の伸びが少ないにもかかわらず、救急患者のたらい回しや長期の入院待機患者などのネガティブな事象は発生しておらず、必要病床数の予測はこれまで通りの計算式が当てはまらないことを認識した。

大都市圏共通の課題として、高度急性期及び急性期の病床は今後も充足が見込まれる一方で、高齢者人口が増加することから回復期（包括期）、慢性期の病床数は不足が見込まれている。現在、全病床に占めるこれら病床の割合は34%にとどまっていて、病床機能の再編が課題となっている。在宅や高齢者施設で発生した肺炎、脱水等に対する救急医療体制は、2024年の診療報酬改定で設置された地域包括医療病床での受け入れが期待されていたが、思うように転換が進んでいない現状がある。現場では要件が厳しいとの声が大きく、今後要件の緩和を国に働きかけていく必要がある。

一方で、大都市圏においても人材不足が極めて深刻であり、病床数増加のハードルになっている現状があり、限られた医療資源を効率的に運用することが最も重要である。地域全体としての医療提供体制を入院だけでなく、外来医療、在宅医療、入所施設での医療すべてを包括した仕組みを構築し、病床を効率的に運用することを目指すべきである。そして、人材確保のために、看護師などの医療従事者の養成、定着、復職、専門性向上に対する行政の支援が必須である。また将来を見据えた医療人材の確保のため、学童等に医療専門職の魅力を開発する事業にも期待をしている。

II. 医師の診療科偏在と直美（ちよくび）問題

自費診療、特に美容医療に何しては、これを適切に行うための法整備が必要である。これに関しては令和6年12月18日第114回社会保障審議会医療部会資料で示された「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革」にも医師偏在対策とともに課題として提出された。診療所における皮膚科、形成外科、美容外科に従事する医師は、他の診療科に比べて30歳代以下の医師が占める割合が多く、特に美容外科については若年医師の割合が増加している。「直美（ちよくび）」と呼ばれ話題になった、初期研修を終えた若手医師が、保険診療を経ずに直接美容医療などの自由診療分野に進む医師が少なくないことを、大学病院や市中病院の部長、科長から聞く機会が増えた。この現象は、診療科偏在を加速させる要因の一つとされており、特に外科や産婦人科などの労働環境が厳しい診療科で医師不足が深刻化する可能性がある。「直美」の背景には、保険診療と自由診療の間にある収入格差や労働環境の違いが影響していると考えられ、自らの幸福を優先する最近の若手医師が自由診療へ流れる傾向は今後も強くなっていくと考えられる。この問題に対する対策として、保険診療

の処遇改善や地域医療へのインセンティブ強化が求められている。承継、地域定着の支援のほか、派遣医師への手当増額、派遣元医療機関の支援などは、行政が負担すべきである。さらに診療報酬の引き上げや、従事医師を対象とした税制優遇措置など、国が検討すべき事項も含まれていると考える。

III. 医療過疎地域におけるオンライン診療の利活用

令和6年12月18日第114回社会保障審議会医療部会資料で示された「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革」において、示された通り、遠隔医療、僻地医療における活用を推進する必要がある。オンライン診療を医療法で規定し、基準や要件を明確化し、それを基盤として、全国津々浦々に配置されていて、インターネット環境も整備されている郵便局、公民館などの施設をオンライン診療が実施可能な施設として定め、医療過疎地域の住民の医療ニーズができるよう、法整備を行っていくことが解決の一つになると考える。特に画像診断である程度診断が可能な皮膚科領域や、日々のバイタルチェックで管理を行うことのできる高血圧症などには有用性が高いと思われる。一方で、サイバーセキュリティ対策に関しては、それに精通している医療関係者が、必ずしも多くない。環境整備や日々の運用には行政の支援が欠かせないことも考慮する必要がある。

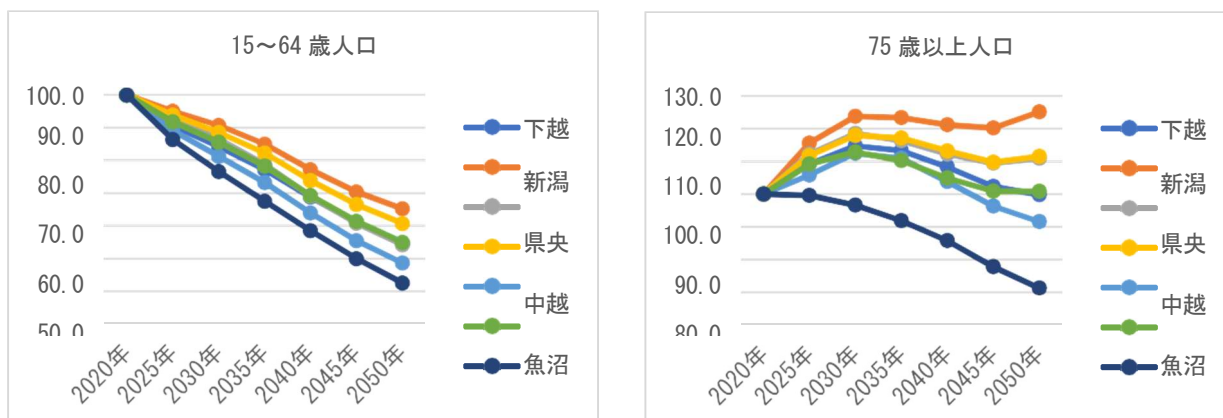
◆ ～地域の実情を踏まえた課題と対応～新潟県

新たな地域医療構想は、従来の病床機能分化に加え、外来・在宅、介護連携を含む「地域完結型の医療・介護提供体制」の構築を目的としている。

病診・診診連携、多職種連携、在宅医療の強化により、医療資源の制約や医師の高齢化に対応することが求められる。

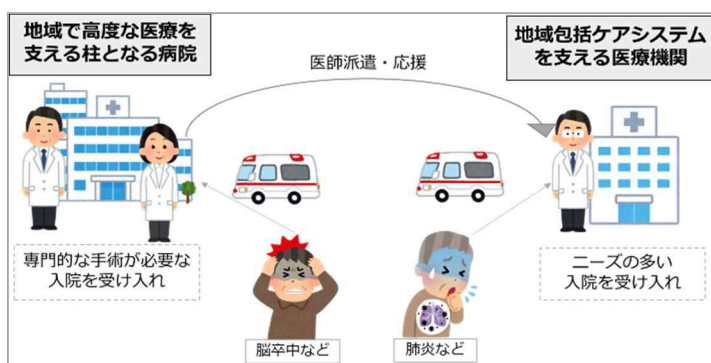
全国的に今後、75歳以上人口の増加と生産年齢人口の急減が見込まれ、地域ごとの人口構造の違いを前提とした医療提供体制の再構築が不可欠である。限られた医療資源を有効に活用するため、二次医療圏ごとに医療機関の機能分化と連携を進め、県全体として持続可能な体制を構築する必要がある。

○ 二次医療圏別の将来推計人口（2020 年を 100 とした場合の増減率）²



医療ニーズの変化に対応するため、医療資源が比較的集積する地域では中核病院の機能強化を進める一方、高度医療については医療圏を越えた役割分担を明確化する。循環器疾患や重症外傷など広域対応が可能な分野と、回復期・慢性期・在宅医療のように地域完結型で対応すべき分野を整理し、急性期から在宅まで切れ目のない医療提供体制を構築することが重要である。

○ 医療機関の役割分担の大枠の方向性（イメージ）



※筆者注：地域で高度な医療を支える柱となる病院を超急性期・急性医療を担う「治す医療機関」、地域包括ケアシステムを支える医療機関を地域完結型の医療・介護提供体制に参画する医療機関を「治し支える医療機関」と読み替えていただきたい。

² 社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

I. 課題解決の方向性

第一に、地域で質の高い医療を持続的に提供できる体制の確立である。医療機能の再編や集約化により中核病院の機能を強化し、医師会が主体となって周辺医療機関との役割分担と連携を推進する。救急医療ではICTを活用し、消防等との情報共有を進め、迅速な受入体制を整備する。小児・周産期医療についても役割分担を明確にする。

在宅医療については、第8次医療計画で定められ在宅医療の拠点（新潟県では医師会が設置する「在宅医療推進センター」）を中心に、訪問診療・訪問看護体制の整備、医療と介護の連携、患者情報共有を進める。同センターは、かかりつけ医機能の普及啓発や住民理解の促進、初期救急や学校医・産業医等への関与を促す拠点として位置付ける。

将来的には「在宅医療推進センター」を「地域医療推進センター」へ発展させ、郡市医師会が市町村と密接に連携し、地域の医療・介護・福祉課題解決の中核を担う体制を構築したい。地域医療の実施主体が市町村であることを踏まえ、県・市町村・医師会の連携強化、県庁内の医療・介護部局間の連携促進にも医師会が主体的に関与すべきと考えている。

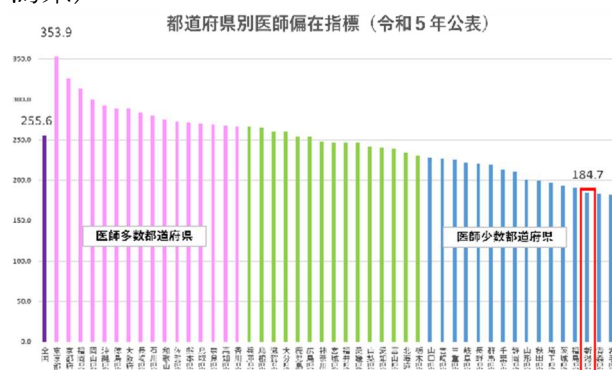
第二に、どこに住んでいても必要な医療にアクセスできる環境整備である。ドクターヘリの活用や近隣県との相互補完により広域救急体制を確保するとともに、へき地や専門診療科不足への対応としてオンライン診療を積極的に活用する。都道府県の広汎な地域を一つのオンライン診療圏と捉え、トリアージ機能を備えた体制を構築し、人口密度の低い地域医療を補完する仕組みが有効である。

II. 医師確保と偏在への対応

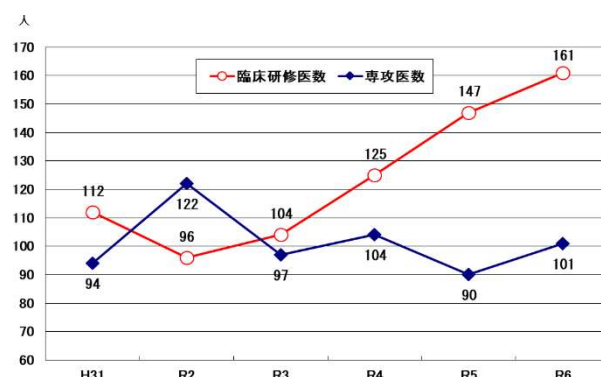
新潟県などの医師少数県においては、臨床研修医・専攻医の確保と定着が重要課題である。臨床研修医数は増加傾向にあるものの、専門研修への移行や県内定着には課題が残る。

県・医師会・大学が連携し、研修環境の魅力向上、キャリア形成支援、地域枠や修学資金制度の活用により、切れ目のない医師養成と地域定着を図る。また、勤務環境改善、女性医師支援、院内保育や休憩環境整備を通じ、働きやすい環境を整備する。（新潟県ではこれにより、令和14年までに臨床研修医230名体制を目指すこととしている。）

○県内の臨床研修医・専攻医の推移（新潟県）



○臨床研修医と専攻医の推移（新潟県）



III. むすび

病床再編や経営改善が先行し、地域住民や現場医療者の声が置き去りにされることがあってはならない。地域の声を丁寧に汲み取り、不可欠な医療を守る政策判断能力を、地域医師会が一層高める必要がある。

日本医師会・都道府県医師会・郡市医師会はそれぞれ異なる役割を担い、地域医療を支えてきた。今こそその知見を結集し、世代や地域を越えた連携を強化すべき時期である。将来的には、医師会が蓄積してきた政策・医学・地域医療の知見をAIとして活用し、政策判断の基盤とすることも検討に値すると考える。

◆ ～静岡県における地域医療の実情等について～ 静岡県

I. はじめに

静岡県（以下、本県）は、首都圏と中京圏の中間に位置し、47都道府県中13位の面積で、東西の直線距離が約155kmと長い。東部には太平洋に約60km突出した伊豆半島と日本最高峰の富士山を擁し、中部から西部にかけては3,000m級の山々が連なる南アルプス（赤石山脈）につながる山岳地帯から、日本三大深海湾のひとつに数えられる駿河湾、太平洋の一部である遠州灘まで、海岸線が長く、起伏に富んだ地形となっている。

また、本県は、全国10位となる約358万人（令和7（2025）年1月1日時点）の人口を擁しながら、昭和49（1974）年6月に開学した浜松医科大学が県内唯一の医学部であり、現在に至るまで首都圏・中京圏・関西圏の多くの大学から医師派遣を受けている、医師偏在指標が全国39位の医師少数県である。

このような背景などから、本県の医療提供体制は、地域により大きく様相が異なる。

II. 緒論

現行の地域医療構想である「静岡県地域医療構想」は、本県全体の施策の方向性を示す「静岡県総合計画」の分野別計画である「静岡県保健医療計画³（以下、医療計画）の一部として、平成26（2014）年6月の第6次医療法改正、医療介護総合確保推進法の成立を受け、平成28（2016）年3月に策定された。

³ 「静岡県保健医療計画」は、本県の保健医療の基本指針として策定され、医療法上の医療計画に位置づけられており、医療法上の二次医療圏は「二次保健医療圏」として設定されている。

本県の構想区域は、医療計画上の二次保健医療圏*1（以下、二次医療圏）と一致している。ただし、本県の二次医療圏については、人口規模や入院患者の流出入などから、医療計画の改定や中間見直しの度に圏域の見直しが議論されてきたが、地理的条件や日常生活の状況等から、現在の圏域が維持されてきた経緯がある。

III. 新たな地域医療構想について ー地域の実情はー

今回、新たな地域医療構想の策定期が医療計画の中間見直しの時期と重なるが、本県で構想区域の見直しまで議論が進むかは、現段階で不透明な状況である。

ただし、構想区域を考える上で、本県の医療計画における「疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制」のうち、二次救急、周産期、精神科救急、在宅医療では、地域の実情に応じて独自の圏域等が設定されている（図1）ことに留意しておく必要がある。

特に、在宅医療圏については、二次医療圏ごとに地域の実情に応じて圏域を検討した結果、人口10万人未満を含む市町・郡市医師会単位の小規模の圏域から人口50万人超の二次医療圏と一致する広大な圏域まで様々な形があり、在宅医療で必要な連携を担う拠点や積極的役割を担う医療機関の選定状況も圏域により異なっている。

このほか、地域医療構想の協議の場である地域医療構想調整会議（以下、調整会議）は構想区域単位の設置を原則としつつ、多くの市町を含む構想区域（駿東田方構想区域）では、日常生活の状況等を勘案して、構想区域を2つに分割して調整会議が設置された。しかしながら、2つの調整会議は当初個別に開催されたものの、現在は合同開催が通例となり、構成員が多く協議時間も限られるため、事務局からの報告が主な議事であることも多く、その他の構想会議を含め、必ずしも活発な協議の場とはなっていない。

今回、新たな地域医療構想が医療計画の上位概念となり、医療計画に代わって介護保険事業支援計画等との整合性を図ることとされたが、このような現状や患者の受療動向、将来推計人口や医療介護需要予測等を踏まえ、新たな地域医療構想の策定に当たり、構想区域や調整会議のあり方（構想区域や構成員の見直し等を含む）、他の会議体との整理等について、今一度、丁寧な議論を行っておく必要がある。

IV. 医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響

冒頭に述べたような背景から、本県は従前から医師数が少なく、直近の医師偏在指標では全国39位の医師少数県である。その中でも、指定都市である静岡市、浜松市を含む二次医療圏がいずれも医師多数区域であるのに対し、伊豆半島先端部の賀茂医療圏や医師多数区域に隣接する富士医療圏、中東遠医療圏が医師少数区域であるほか、医師多数区域や中位区域の中にも、人口当たり病

院医師数が医師少数区域を下回る医師少数スポット（市区町単位）があるなど、地域偏在が大きく（図2）、診療科偏在も同様の状況にある。

本県では、医師確保や偏在解消を図るため、平成19（2007）年度から医学修学研修資金貸与制度（以下、奨学金制度）を導入した*2ほか、県内外の10大学に地域枠（臨時定員枠；令和7年度計68枠）を設置し、別に1大学と協定を締結する⁴など、積極的に医師確保対策を推進してきた。また、浜松医科大学は、直近5年間の入学者の県内出身者比率が48.0%、卒業者の県内就業率が55.4%（奨学金制度利用者含む）と比較的高い⁵。

これらの結果、県内の臨床研修医は増加し、若手医師の増加につながっている（図3）一方、医師臨床研修必修化や新専門医制度導入以降、大都市圏の大学医局から常勤医師（指導医・専攻医）の派遣が受けられず、基幹病院の勤務医の減少や高齢化に伴う診療体制の縮小、輪番制による二次救急医療への影響が生じている医療圏もある。年齢階級別医師数をみると、中堅クラスが横ばい状態の一方、新設医大創設期前後のシニア世代（長時間労働を長年経験した男性医師比率が高い）が大きく増加しており（図3）、マンパワーの世代間支援で地域の医療提供体制が確保されている状況が伺える。

このほか、高齢者の救急搬送件数や入院患者数の増加に伴い、二次救急医療機関など（特に高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能を担う中小規模の病院）から、総合的な診療能力を有する医師（病院総合医）の養成を望む声が高まっている。

V. 地域医療における医療DXの利活用、遠隔医療、へき地診療等

本県におけるICTを活用した医療連携システムとしては、協議会形式による「ふじのくにバーチャルメガホスピタル」、静岡県医師会が県委託事業として運営する在宅医療・介護連携システム「シズケア*かけはし」のほか、既存のアプリケーションソフト等を活用した地域や施設独自のシステムなど、目的や共有する情報等に応じて多様なネットワークが構築・運用されている。医療機関の機能分担・連携を推進し、効率的で質の高い医療を地域全体で構築していくためには、ICTを活用した医療連携システムによる診療情報等の共有は大変有用であるが、システムの維持・更新に係る費用が大きく、参加施設の負担となっている。また、患者には参加施設が多いほどメリットは大きくなるが、施設の利用率負担は、参加施設数が伸び悩む一因ともなっている。

⁴ 静岡県医学修学研修資金ガイドブック（ふじのくにバーチャルメガカレッジガイドブック）2025. <https://fujinokuni-doctor.jp/documents/vmc2025.pdf>

⁵ 浜松医科大学 NEWSLETTER 掲載資料から算出 <https://www.hama-med.ac.jp/about-us/publication/newsletter/index.html>

へき地の医療については、へき地で地域医療を担うへき地診療所やへき地病院を、巡回診療や医師・代診医派遣を行うへき地医療拠点病院、県内を2機体制でカバーするドクターヘリ基地病院（救命救急センター）2病院などが支援している。本県の中山間地域の面積は総土地面積の約4割で、全国平均の約6割よりも少ないが、長いリアス式海岸や急峻な山岳地帯などには、交通アクセスに乏しい無医地区・準無医地区が散在している。

このような中、浜松市では、中山間地域（同市天竜区・浜名区引佐町北部）のへき地等を担当する「地域支援看護師」を雇用し、医療機器を搭載したワゴン車で在宅療養患者を訪問してかかりつけの診療所医師との間でオンライン診療（D to P with N）を展開している⁶が、全県的には、へき地診療所やへき地病院は医師の高齢化が進み、後継者が不在で診療体制の縮小や閉院を余儀なくされる場合もある。また、へき地を含む中山間地域以外においても診療所の承継に不安を感じる開業医は多く、在宅医療の提供体制の維持・再構築が課題となっている。（参考・新聞記事）

VI. 少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療（救急、介護、小児、周産期医療等）対策

救急医療については、本県の年間救急搬送人員が令和4（2022）年にコロナ禍前のピーク（平成30（2018）年）を上回り、その後も増加が続いているが、その約2/3は65歳以上の高齢者である（図4）。また、傷病程度別では半数近くを占める軽症患者の割合が微増傾向にあり（図4）、消防機関と救急医療機関の負担が増加している。また、本県のドクターヘリ2機の出勤回数は、令和6（2024）年度には計1,320件（東部1,062件、西部258件）に上り、交通アクセスに乏しい中山間地域・へき地の住民にとっては命綱となっているが、夜間は飛行できないため、救急車による遠距離搬送が患者や消防職員の大きな負担となっており、狭隘で老朽化の進む交通インフラの改修や高規格道路の整備が急務となっている。

在宅医療・介護連携については、前項の医療連携システム等も活用しつつ、居宅以外の介護保険施設や療養病床を含め、地域の実情に応じた連携が図られている。本県では、今後も訪問診療・訪問看護の需要の増加が見込まれ、訪問診療を主とする診療所や訪問看護ステーションが増加しているが、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等に入所した高齢者が、必ずしも本人の意向に沿って主治医が選択できていないとの報告もある。このことは国の検討会においても議論がなされているが、入所者の選択が尊重され、実効性のある施策が望まれる。

⁶ 浜松市公式ホームページ：浜松版 MaaS 構想

<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/documents/111253/maas.pdf>

周産期医療については、本県においても将来予測を上回るペースで少子化が進んでおり、令和6（2024）年の合計特殊出生率は1.19（人口動態統計（確定数）以下同じ）と全国の1.15を上回っているが、出生数は令和4（2022）年の15%減となっている。本県の分娩取扱医師偏在指標は全国29位と中位にあるが、分娩可能な医療機関は都市部に偏在し、地域偏在が大きい。令和7

（2025）年3月には、伊豆半島先端部の賀茂医療圏（人口約5万5千人）で分娩可能な医療機関がなくなり、地元の消防機関が出産の迫った妊婦を圏域外の医療機関へ救急車で搬送するサービスを開始したほか、隣接する熱海伊東医療圏では、熱海市が妊婦の市外の医療機関への搬送サービスを提供している。

小児医療については、少子化が急速に進む一方、小児虐待や発達障害（神経発達症）、医療的ケア児など、小児科医には幅広い対応が求められているが、本県の小児科医師偏在指標は全国46位と最下位レベルで、地域偏在も大きい。本県では、周産期・小児医療の提供体制が脆弱な東部地域で産婦人科医や小児科医の養成を図るため、地域医療介護総合確保基金を活用して、当該地域の中核である順天堂大学医学部附属静岡病院を基幹施設とする専門研修プログラムの構築が進められており、医師偏在の解消が期待されている。

また、静岡県は、令和7（2025）年3月に浜松医科大学と、同年10月には順天堂大学と、それぞれ地域医療提供体制の確保に向けた協定を締結し、医師不足地域への医師派遣、地域医療を担う人材の育成を通じて、地域医療提供体制の確保に向けた取り組みが進められている⁷。

少子高齢化や医師（特に診療所医師）の高齢化が進む中、本県の地域医療には様々な課題があるが、行政（静岡県・市町）、医療機関、そして静岡県医師会・各都市医師会、病院協会等の医療関係団体、保険者等が必要な情報を共有し、相互に連携することにより、それぞれの地域の実情に応じた方策を検討し、取り組んでいく必要がある。

VII. 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

最近の物価高騰と賃上げにより人件費が増大する中、医療・福祉分野の平均賃金の改定率は全産業を大きく下回る一方、事業費用に占める人件費の割合が高い医療機関の収支構造への影響は大きく、医療従事者・医療機関双方にとって大変厳しい状況にある。また、医薬品費、医療材料費、給食材料費、光熱水費等は直近の5年間で約2割増と、医業経営を圧迫しており、医療機関が継続的に医療を提供できる環境を整える必要がある。

また、今後さらに増加が見込まれる高齢者救急に対する救急医療機関の負担を減らすためには、在宅医療の充実を図り、医療・介護連携や病院間の機能分担と連携をこれまで以上に推進する必要があるが、医療・介護人材の確保はより一層厳しくなることが見込まれる。限られた医療資源で効率的かつ質の高い

⁷ 静岡県公式ホームページ（記者提供資料 2024, 2025）

医療を提供するためには医療DXの推進が不可欠であるが、システムの整備・運用・更新等に係る費用負担は大きく、十分な財政的支援が必要である。一方、高齢化率の高い医療過疎地の診療所医師の高齢化と後継者不足も深刻な状況にあるが、遠隔医療の導入や医療DXの推進は容易でなく、医師派遣や後方支援などへの十分な経済的インセンティブが必要である。

さらに、地域医療を支える医師の養成・派遣機能を担う大学病院が、教育・研究とともに、地域から求められる役割を十分果たすことができるような環境整備も不可欠である。

これらの複合的かつ複雑な課題が山積する中、今後の診療報酬改定の動向は、他の省庁横断的な施策と併せて、地域医療の持続可能性に大きな影響を及ぼすことが考えられる。

図1 静岡県保健医療計画・静岡県地域医療構想における圏域等の設定状況

2次保健医療圏・構想区域	構成市町数(人口)	2次救急医療圏	周産期医療地域	精神科救急医療圏	在宅医療圏	地域医療構想調整会議
賀茂	1市6町 (53,461人)	賀茂	東部	東部	賀茂	賀茂
熱海伊東	2市 (92,725人)	熱海 伊東			熱海伊東	熱海伊東
駿東田方	6市4町 (609,959人)	駿豆 御殿場			田方	三島・田方
					三島	
					沼津 御殿場	駿東
富士	2市 (361,521人)	富士	富士	富士	富士	
静岡	1市 (668,452人)	清水 静岡	中部	静岡	静岡	静岡
志太榛原	4市2町 (435,152人)	志太榛原		志太榛原	焼津市	志太榛原
					藤枝市	
			島田市・川根本町			
			牧之原市・吉田町			
中東遠	5市1町 (453,176人)	中東遠	西部	中東遠	中東遠	中東遠
西部	2市 (826,540人)	北遠 西遠		西部	西部	西部

人口は令和7(2025)年4月1日時点の推計人口(静岡県統計活用課)

静岡県：「第9次静岡県保健医療計画」第6章第1節2 2次保健医療圏等構成市町 を基に作成

図2 静岡県における医師少数区域・医師少数スポットの状況

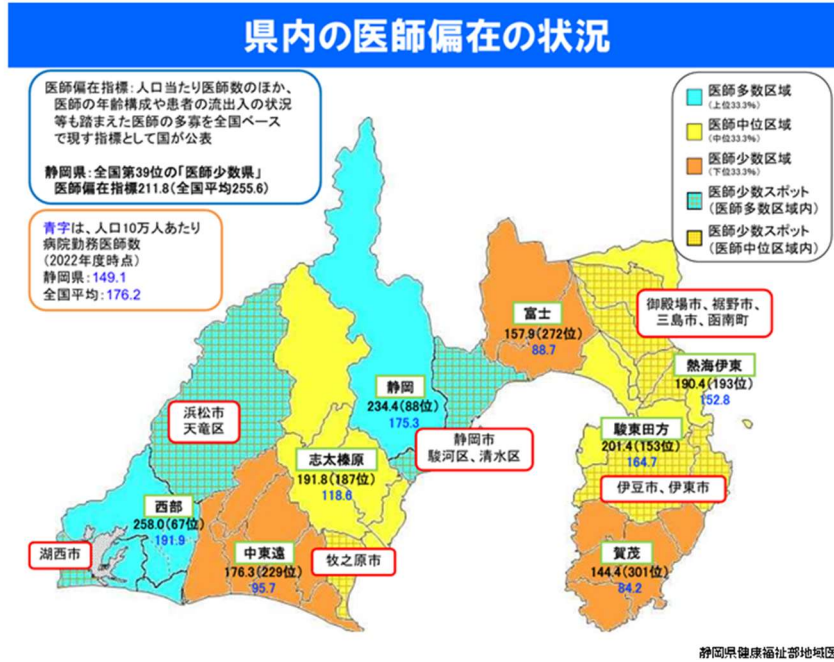


図3 静岡県における医療施設従事医師数の変化(総数/年齢階級別/2012・2022年)

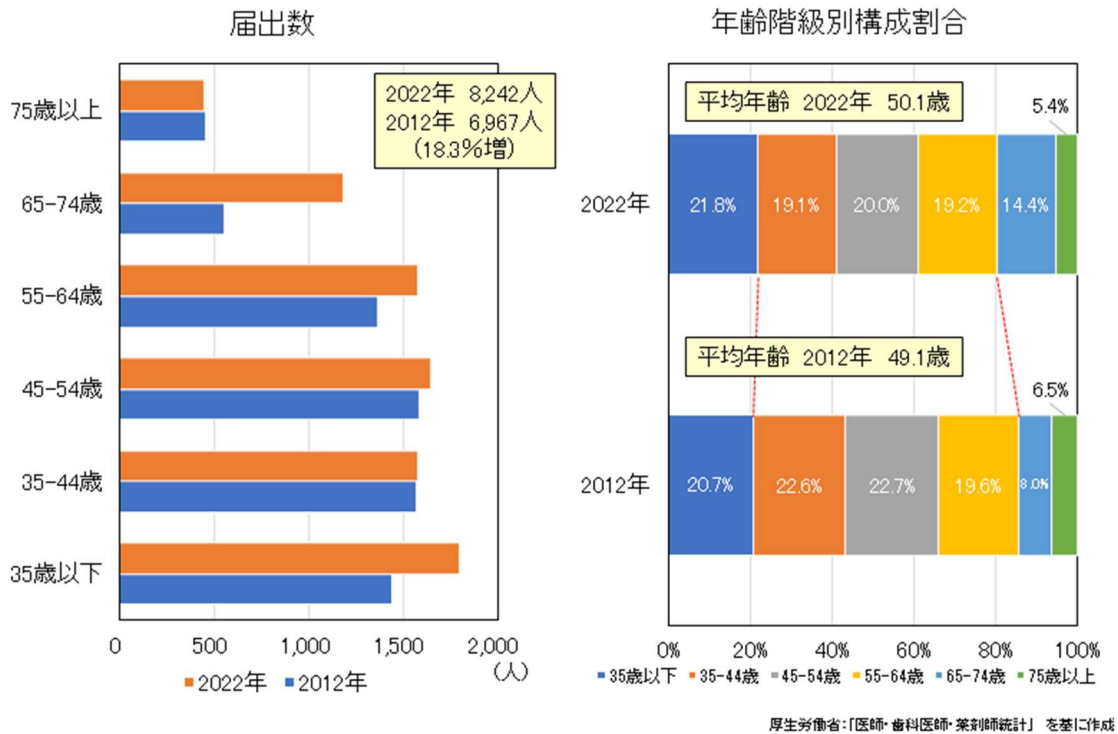
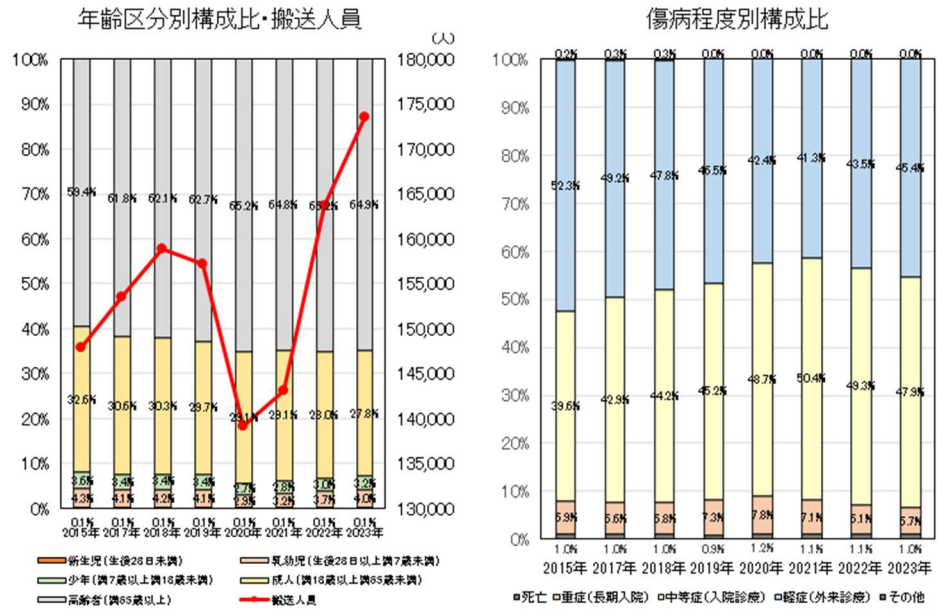


図4 静岡県における救急搬送の状況(年齢区分別・傷病程度別構成比)



総務省消防庁「救急・救助の現況」(平成28年～令和5年版)を基に作成
<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/>(令和7年12月4日確認)

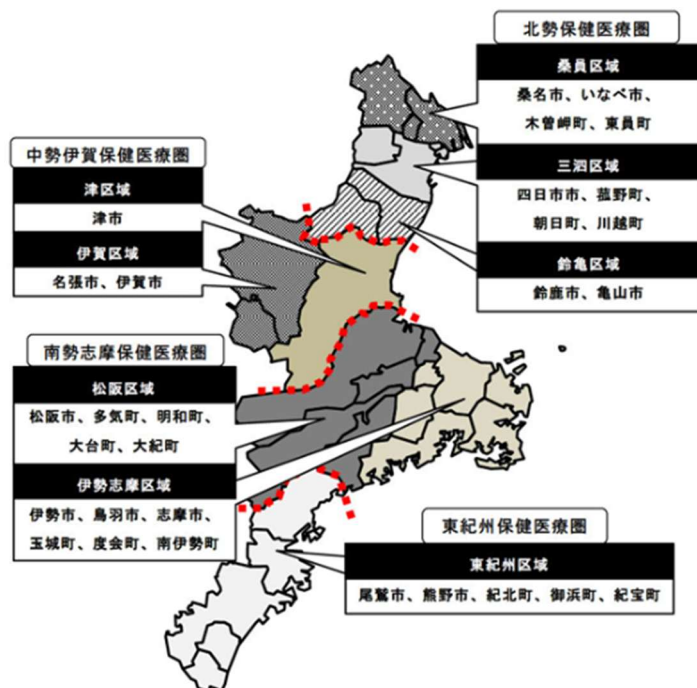
◆ ～人口減少の現実化に対応するための地域医療対策～三重県

I. 新たな地域医療構想について

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて推し進められてきた地域医療構想ですが、コロナ禍が明けて気が付けば、2025年は既に通過点となってしまいました。2025年の病床総数見込みは当初の想定であった119.1万床を下回る119.0万床となっております。病床利用率は療養病床、一般病床とも落ちており、稼働率も下がっております。入院患者数は2005年をピークとして徐々に減少し、外来患者数は日本中の多くの地域でピークアウトしており、在宅患者数は多くの地域で2040年以降にピークを迎える予測となっております。

今後は、2040年を見据えた外来・在宅、介護連携等を含めた新たな地域医療構想が必要となってきております。85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応していく事が重要であり、これまでの病院中心の構想から地域包括ケアをも取り込んだ、在宅医療、医療・介護連携を含めた対策が必要となってきます。一方、令和6年12月18日に取りまとめられた「新たな地域医療構想等に関する検討会」において、「構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を基本としつつ、人口規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持、アクセス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見直すことが適当である。なお、二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行うことも考えられる。」としております。「地域医療構想」から「地域医療介護構想」へとシフトしていく場合、これまで在宅医療圏と二次医療圏が同一であった区域が人口減少により二次医療圏が維持できなくなってくるところが多くなってくるものと思われます。在宅医療圏は原則市町村単位とし、これらを包含する二次医療圏（構想区域）で病床機能等との緊密な連携を図るとの事ですが、構想区域の見直しはこれまでの医療介護連携にも大きく関係してくるものと思われ、まさしく、今回の地域医療対策委員会への諮問書「地域の実情に応じた地域医療について」を模索していかなければなりません。

構想区域 8 区域を維持し、隣接する区域との連携を強化（三重県）



三重県は南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在しております。二次医療圏は（北勢・中勢伊賀・南勢志摩・東紀州）の4つですが、在宅医療などより地域に密着した医療のあり方にかかる議論が重要と考え、地域医療構想区域を8つに定めて議論してきました。人口減少に伴う二次救急、三次救急体制の在り方を考えた場合、構想区域内での対応は今後困難になってくることが考えられますが、当初から「地域医療介護構想」を目指して策定した経緯もあり、構想区域は従来の区域を維持し、各構想間、さらには、県境においては隣接する県を跨いでの連携を強化しております。最南端の東紀州区域においては、地域医療構想調整会議において和歌山県内の病院にもオブザーバーとして参加して頂いております。

II. 医療機能の集約化・再構築について

医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響として、医療機能の集約化・再構築があげられておりますが、根本的な問題は、人口減少であると思われま

す。今後も人口減少や少子高齢化が進む中、各地域において将来の医療需要を見据えつつ、新興感染症等や大規模災害など緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できる医療提供体制を整備する必要があり、各地域において、将来を見据えた病床機能の転換・再編成が計画されております。

モデル推進区域の取組み例（三重県松阪区域）

国は、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域を都道府県あたり

1～2 か所設定し、当該推進区域のうち全国に10～20か所のモデル推進区域を設定してアウトリーチの伴奏支援を行うとしております。

①2025年度に向け、医療機関の統廃合や再編などの動きがあり、今後、機能分化・連携体制を特に協議する必要がある地域であること。②モデル推進区域となることによる国のアウトリーチ支援を効果的に受けることができること。もしくはアウトリーチ支援を活用することで、現在進行している再編等の取組をよりバックアップできる事案があること。が条件となっており、三重県は松阪地域をモデル推進区域に選定しております。

松阪地区には二次救急を担う3つの公立・公的総合病院として、松阪市民病院（328床）、済生会松阪総合病院（430床）、厚生連松阪中央総合病院（440床）が半径3キロ以内に存在しており、これらの3病院で休日夜間の二次救急を分担する輪番制を取り、救急体制を整備してきております。松阪区域においては、2030年（2025年以降の医療需要のピーク）における必要病床数と比較し、現状（2024年7月時点の定量的基準適用後）は高度急性期・急性期機能の病床で249床過剰となり、回復期機能の病床で98床不足の見込みが示されております。このような社会情勢において、松阪市民病院が松阪区域の住民の安心を確保し、今後の医療を取り巻く厳しい環境に対応していくために、病床機能や経営形態等の在り方について検討されてきました。主な検討課題は、①役割・機能の最適化と連携の強化、②医師・看護師等の確保と働き方改革、③経営形態の見直し、④新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組についてです。

松阪市内の基幹病院の再編の動きに合わせ、松阪構想区域内の医療機関同士および隣接する津・伊勢志摩・東紀州構想区域との連携を強化し、機能分化を図ることで、限られた医療資源を効率よく活用し、地域医療の充実を図る必要性から、今後の対応方針が決められました。

【今後の対応方針】

松阪市民病院は令和8年4月1日から済生会が指定管理者となり、済生会松阪市民病院として今後は回復期を中心とした医療機関へ転換する方針であり、また済生会松阪総合病院は病院の建替えを予定しており、これらは一体的に進められております。

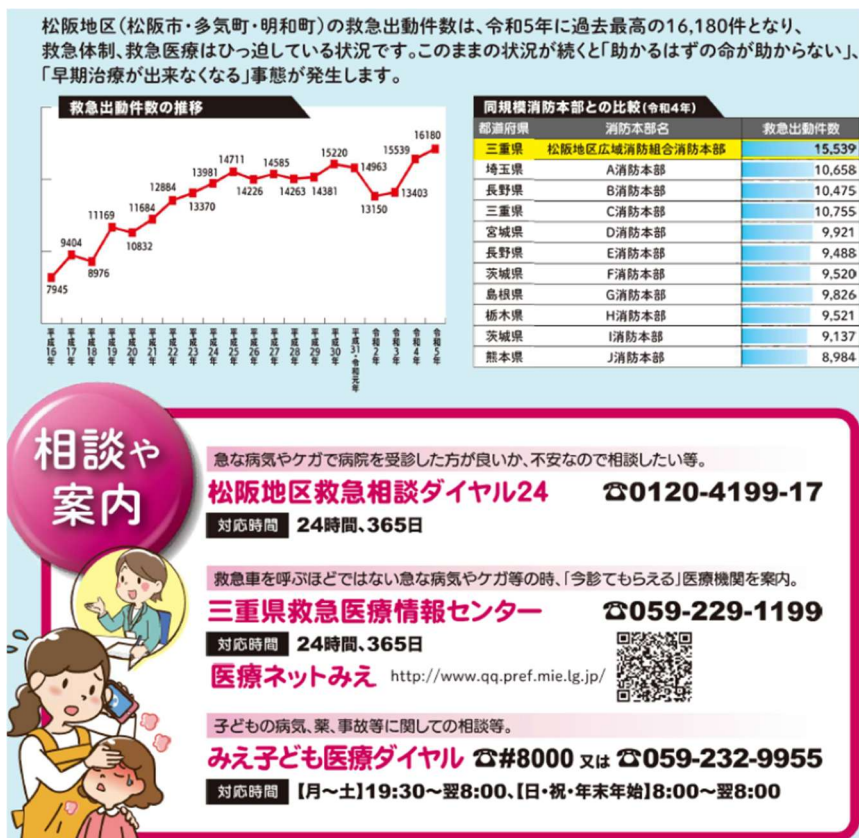
松阪中央総合病院は、令和6年10月に救命救急センターに指定されたことから、三次救急を担う医療機関としてより広域的な高度急性期の役割を踏まえた協議をおこなうとされており、2022年8月に県内で初めて導入されたドクターカーの運用活動を、患者が搬送可能な救急車型と医師や救命士のより迅速な派遣を目的とした乗用車型の2台を駆使し、近隣消防とも協定を結んで活動範囲を8市町まで広げております。人口減少により地域全体の医療需要は減少することは紛れもない事実であり、地域全体としての病床数はダウンサイジングされますが、各区域の今後の人口動態を見据えて基幹病院を再編し、隣接する区域とも連携を図りながら、地域の医療提供体制を考えていかなければなりません。

III. 一次二次救急医療体制のあり方

救急車による搬送に対する選定療養費の徴収（三重県松阪市）

2024年6月に三重県松阪市で開始された救急車利用の一部に対する「選定療養費」の徴収ですが、救急車の有料化として全国ニュースで取り上げられました。その後、2024年12月から茨城県においても県内22の大規模病院において開始されておりますが、三重県内においては平成20年4月から伊勢赤十字病院において既に実施されておりました。

松阪市は救急出動件数が非常に多く、これは3基幹病院が輪番制で救急を受け入れていることに加え、以前は総合病院が深夜でも一次救急を診ておりましたが、一次・二次救急を棲み分ける形に変更したことが影響しております。その結果、夜間は救急車がないと診療を受けられないケースが増え、救急搬送件数が増加しております。同規模の消防本部で、松阪市の救急搬送件数は特に多く、救急相談ダイヤルの充実等の対策を進めておりました。



松阪地区救急相談ダイヤル24、三重県救急医療情報センター、みえ子ども医療ダイヤルという3つの電話相談サービスがある程度周知されてきた状況をふまえて、松阪地区において、病院と地域の医院・診療所等の機能分担の推進と地域の救急医療を守るため、三基幹病院（松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院。以下「三病院」という。）において、救急車で搬送された際にも軽症の方に対しては選定療養費を徴収しております。

令和6年6月から令和7年5月までの1年間において、救急車で搬送された病院収容者数は15,800件で、対前年比1,616件、10.2%と導入による抑止効果が顕著に表れております。また、同時期に選定療養費を徴取したのは9.9%でした。救急車による搬送に対する選定療養費徴収導入後3か月間の一次救急医療機関（松阪市休日・夜間応急診療所）の受診者数は前年と比べて内科68.2%増加しており、「松阪地区救急相談ダイヤル24」の利用状況は7,969件と前年と比べ2,390件（+42.8%）増加しております。選定療養費導入後、大きなトラブルもなく、医療機関の適正受診に繋がる状況が確認でき、今回の取組は「一次二次救急医療の機能分担」、ひいては「救急車の出動件数の減少」等、持続可能な松阪地区の救急医療体制の整備に一定の寄与が確認できております。これらの結果を踏まえ、平成29年から松阪市休日夜間応急診療所において行ってきた土曜日深夜帯（24時～翌6時）の診療を令和7年6月から休止し、令和7年4月から三基幹病院において二次救急輪番日に土曜日深夜から日曜日早朝にかけ、試験的に救急搬送（救急車）以外に救急外来患者の受け入れを実施しました。まず県救急医療情報センターに問い合わせ、同センターが搬送の可否を判断した上で患者と当番病院をつなぐという新制度を導入し、休日・夜間応急診療所が休止した6、7月の実績は、延べ8日間で問い合わせ7件、同センターが当番病院で受け入れ可能と判断したのは2件、実際に受け入れたのは1件でした。この試験実施結果等を検証し、令和8年4月以降は新たに火曜日と金曜日の深夜帯にも追加実施を決めており、将来的には三基幹病院における救急搬送以外の救急外来患者受入の「全日深夜帯実施」を検討しております。

開始当初、救急車の有料化と問題視されましたが、今後の救急医療体制を維持していく上での有用な手段の一つと思われ、全国に広がっていく事を期待します。

休日・夜間応急診療所の小児科医師の公募（三重県松阪市）

松阪市休日・夜間応急診療所では、休日（9時～12時及び14時～17時、日曜日、祝日、年末年始、年間71日）に地区医師会小児科医師が執務し診療を行っておりますが、近年の乳幼児健診業務、学校・園等業務、行政関係業務等の多様化に加え、小児科医師の高齢化等にともない、持続可能な休日等の小児科一次救急医療体制の実現のため、令和6年11月から年間執務日数の一部（令和7年度は、35日）を松阪地区外から小児科医師の公募を行い、地区医師会小児科医師と公募による小児科医師にて協働し運営を行っております。医師不足、偏在を解消する一つの手法かと思われま。

IV. 地域医療活動について

「かかりつけ医機能報告制度」がもたらすもの

2025年4月に、かかりつけ医機能報告制度が施行されました。すべての医療機関（特定機能病院、歯科診療所を除く）が、「各医院が持つかかりつけ医機能を都道府県に報告する」という制度です。

かかりつけ医機能が法制化されることの意味するものは、今後の診療所の診療体制や診療方針に大きな影響を及ぼしてくるものと思われます。「かかりつけ医」として広く地域医療に関わっていくか、自分の専門性を活かした診療でやっていくかの決断を迫られております。今後も「かかりつけ医」として診療していくためには、かかりつけ医機能に関する研修修了の有無の報告は必須です。「日医かかりつけ医機能研修制度」を是非修了して頂きたいと思ひます。医療DXにも取り組んでいかなければなりません。今後、在宅医療においても国はオンライン診療を積極的に取り入れていきたい意向ではないかと思われます。現在その必要性を感じていなくても、診療報酬改定によっては取り組まざるを得なくなってくるかも知れません。生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少後も生き残れる医療機関となるためには、健診・予防接種・地域活動（学校医、産業医、警察業務等）など幅広く活動することが必要であると思われます。

人口減少は着実に進んでおり、入院を必要とする患者数も減少してあります。その地域の2040年以降の次世代の医療を考えれば、地域に根差した「かかりつけ医」としての役割を担うための新規開業は採算性を考えれば難しく、今後は既存の診療所の承継を中心とした開業支援が重要になってきます。三重県は、診療所の承継・開業支援事業における重点医師偏在対策支援区域として、厚生労働省が提示する候補区域（東紀州）だけでなく、人口10万人対医師数が厚生労働省が提示する候補区域より少ない構想区域（伊賀構想区域）、第8次（前期）三重県医師確保計画で定める医師少数スポット、可住地面積当たり診療所医師数が県内平均より少ない市町のいずれかに該当する県内市町を重点医師偏在区域として津市（白山町、美杉村）、松阪市（飯南町、飯高町）、名張市、尾鷲市、亀山市、鳥羽市、熊野市、いなべ市、志摩市、伊賀市、木曾岬町、東員町、菰野町、多気町、明和町、大台町、玉城町、度会町、大紀町、南伊勢町、紀北町、美浜町、紀宝町を指定しました。また、三重県医師会は2026年1月19日に地方銀行である百五銀行との「医業承継等に関する連携協定」を締結しました。相互に連携や協力を行い、地域医療を支える診療所などの事業承継を支援するのが目的で、持続的な地域医療体制の構築に貢献するものと思われます。医業承継や開業ニーズに関する情報交換体制の整備、承継・開業の助言や指導、資金調達支援、医業承継に関する研修やセミナーの共同開催などを想定してあります。2040年まで、あと15年を切りました。その地域の2040年以降の医療を考えれば、限られたパイのなかでの取りあいでは共倒れになる事は明白です。金融機関ではすでに多くの合併・統合が進んであります。自動車業界においても再編の動きが出てきてあります。国の将来を決

める政党においてもしかりです。国が推し進めている 2040 年のさらなる先を見据えた地域医療対策を次世代のために。

◆ ～京都府における地域医療構想～京都府

I. 新たな地域医療構想について -地域の実情は-

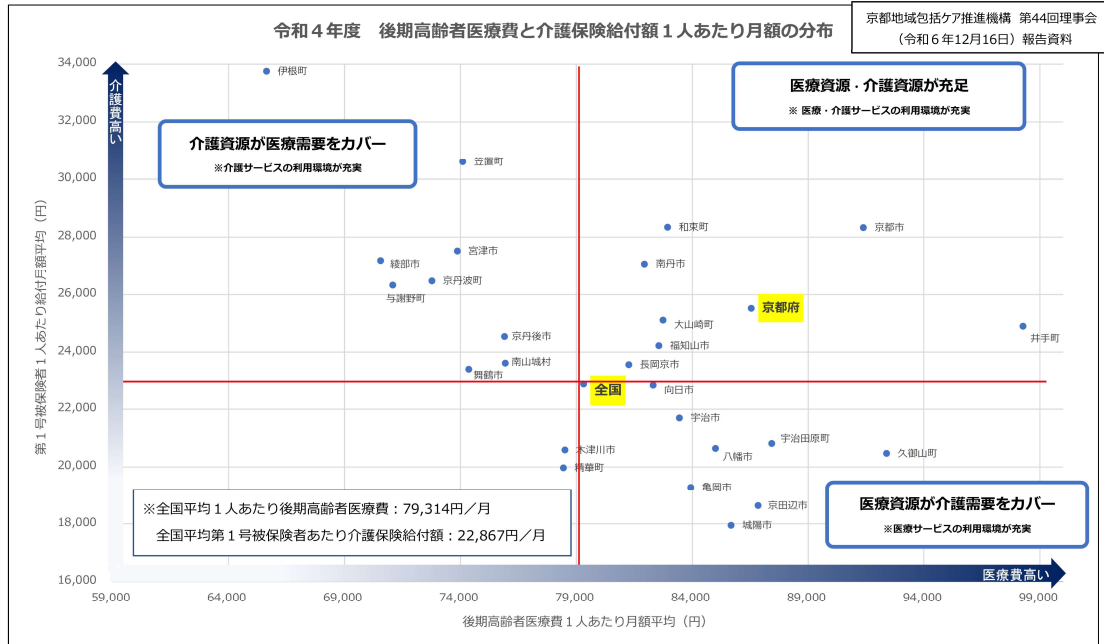
京都府では、府民が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、医療・介護・介護予防・住まい・日常生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現に向け、「京都地域包括ケア推進機構」(※)を設立し、医療・介護・福祉の推進にオール京都体制で取り組んできたことから、地域医療構想の策定にあっても当初から、その地域にふさわしい、バランスの取れた医療・介護の提供体制構築に向けた指標として位置付け、その名称も「京都府地域包括ケア構想」として取り組んできたところである。

※京都地域包括ケア推進機構：高齢者の方が介護や療養が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせる「京都式地域包括ケアシステム」を実現するため、医療・介護・福祉・大学等のあらゆる関係団体が結集してオール京都体制で設立した組織。39 団体で構成。京都府知事、京都市長、京都府社会福祉協議会長、京都府医師会長が代表幹事を務める。

令和 6 年 12 月 18 日に厚生労働省が公表した「新たな地域医療構想等に関する検討会」の取りまとめにより、地域医療構想については、2040 年に向け、病床（病院機能）だけでなく、かかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進する考え方が示された。

元々、京都府においては、地域医療構想を「健康づくり」「疾病予防」「在宅」等での QOL を高める生活支援を含めた医療・介護サービスを住み慣れた地域で受けることのできる体制整備を図るための構想・計画であると位置づけ、「地域包括ケア構想」という名称で策定した経緯があり、今般、国が示した「地域医療介護構想」という概念とも合致すると考えている。引き続き、京都府においては、府内の医療・介護の提供体制の現状を評価・分析し、2026 年度に行われる新たな地域医療構想に関する協議に向けて準備を進めていく所存である。

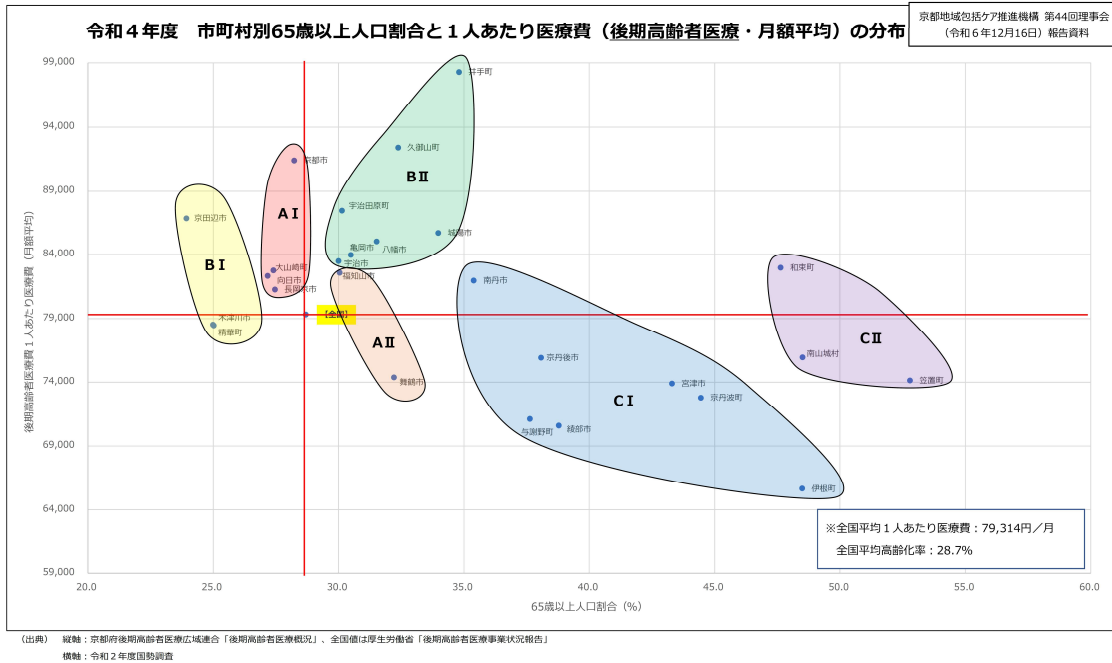
(図 A)



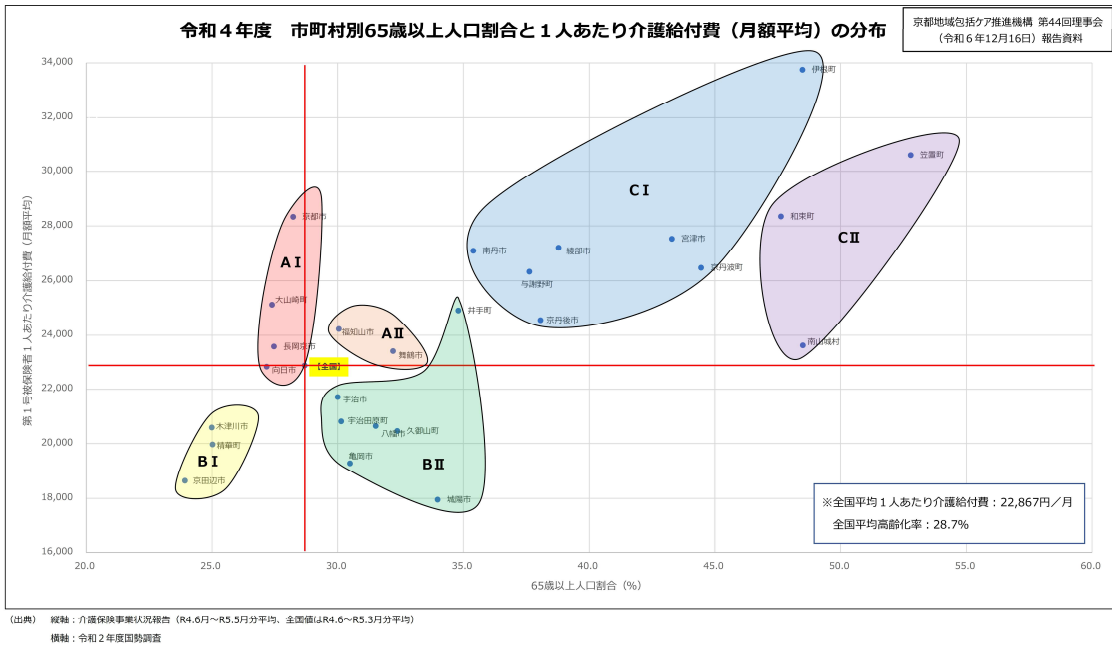
(出典) 縦軸：介護保険事業状況報告 (R4.6月～R5.5月分平均、全国値はR4.6～R5.3月分平均)
横軸：京都府後期高齢者医療広域連合「後期高齢者医療概況」、全国値は厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」

図 A に京都府内市町村における医療と介護の提供状況について示す。令和4年度の後期高齢者医療費と介護保険給付額一人あたり月額を指標に分析したところ、全国平均と比べ、京都府は全体として、医療資源・介護資源が充足していると言え、市町村によっては医療・介護間で補足し合っている状況が窺えた。(図 A)。

(図 B)



(図 C)



次に、後期高齢者1人あたり医療費と65歳以上人口割合（高齢化率）の分布と、市町村別1人あたり介護給付費と65歳以上人口割合（高齢化率）の分布を分析したところ、京都府は医療・介護ともに充足している地域のほか、医療費が多い地域では医療で介護を支え、介護給付費が多い地域では介護が医療

を支えるといった相互補完の関係が読み取れる。これが「地域の実情に応じた」医療介護提供体制を表しているとする向きもあるが、医療が不足している状況に甘んじることは適切とは言えない。一方で、高齢者や要介護認定者の増加に対し、病床稼働率は低下するなど、当初は想定されていなかった事象も生じている。地域の実情に応じつつも、日医が提唱する「地域を面で支えるかかりつけ医機能」の在り方を検討し、「必要な人に適切な医療がしっかりと提供できる」体制を構築しなければならないと考えている。京都府内の各市町村を、その「地理的状況」、2040年に向けた「人口構造」・「医療介護需要」の将来推計を基本に3類型（A：都市型、B：住宅街型、C：中山間地型）に分類して分析したところ、大きな傾向としては、類型が同じ市町村は2040年に向けた人口動態、医療介護サービスの需要推計が同じような傾向であるといえる。

(図D)

客観的データによる2040年の市町村別状況を見据えた類型化

京都地域包括ケア推進機構 第44回理事会
(令和6年12月16日) 報告資料

【3類型の考え方】

各市町村の「地理的状況」、2040年に向けた「人口構造」「医療・介護需要」の将来推計を基本に3類型に分類

類型	市町村	地理的状況	人口構造(2040年)			※ 医療需要予測指数			介護需要予測指数		
			85歳以上人口 (2020年=100)	生産年齢人口 (2020年=100)	2040年の 65歳以上人口 ÷生産年齢人口 (人)	2030年 (2020年=100)	2040年 (2020年=100)	2040年 以降	2030年 (2020年=100)	2040年 (2020年=100)	2040年 以降
A 都市型	特徴	85歳以上人口が約2倍弱の増、生産年齢人口は約2割減	医療需要は「横ばい」、介護需要は「微増」								
	I	京都市	165	84	0.6	103	102	→	116	115	↗
		向日市	202	84	0.6	104	103	→	121	116	↗
		長岡京市	187	86	0.6	102	100		118	111	
		大山崎町	169	94	0.5	103	100		112	103	
	II	福知山市	128	82	0.7	99	96	↘	111	109	↗
舞鶴市		133	72	0.7	95	87	108		98	↘	
B 住宅街型	特徴	85歳以上人口が約2倍強の増、生産年齢人口は最大4割減	医療需要は「横ばい～微増」、介護需要は「微増～大幅増」								
	I	京田辺市	225	92	0.5	109	113	↗	128	129	↗
		木津川市	237	97	0.6	114	120		141	148	
		精華町	249	72	0.8	108	111		139	150	
		宇治市	194	73	0.8	101	95		120	113	
	II	城陽市	214	73	0.8	99	88	↘	120	101	→
		八幡市	231	72	0.8	101	95		126	115	↗
		久御山町	209	72	0.8	98	89		123	105	→
		井手町	154	60	1.0	96	85		114	104	↘
		宇治田原町	208	65	0.9	103	98		130	130	→
亀岡市		210	71	0.8	103	96	130		125	↘	
C 中山間地型	特徴	85歳以上人口は維持～1.5倍増、生産年齢人口は最大7割減	医療需要は「微減～大幅減」、介護需要は「横ばい～微減」								
	I	南丹市	126	72	0.8	97	90	↘	109	104	↘
		京丹波町	120	49	1.5	90	75		105	90	
		綾部市	114	71	0.9	92	82		102	89	
		宮津市	112	56	1.3	90	75		102	88	
		京丹後市	116	60	1.1	93	82		104	96	
		伊根町	95	65	1.2	87	69		97	79	
	II	与謝野町	126	56	1.2	93	82	↘	107	99	↘
		笠置町	126	33	2.4	83	62		97	75	
		和束町	166	42	1.8	91	71		114	94	
南山城村		153	43	1.8	90	69	107		86		
全国値(参考)		162	82	0.6	112	101	→	117	117	↗	

出典:「人口構造」国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」、「医療介護需要予測指数」日本医師会「地域医療情報システム」

※ 2015年の医療費、介護サービス費用と将来人口推計から各年の需要量を推計し、2020年国勢調査に基づく需要量=100として指数化
2040年の指数値が2020年と比べ、「±15以内は横ばい」、「±16～±20を微増・減」、「±21以上を大幅増・減」と表した

「A：都市型」(京都市、向日市、長岡京市、大山崎町、福知山市、舞鶴市)では、85歳以上人口が約2倍弱の増、生産年齢人口は約2割減で、医療需要は「横ばい」、介護需要は「微増」となる。「B：住宅街型」(京田辺市、木津川市、精華町、宇治市、城陽市、八幡市、久御山町、井手町、宇治田原町、亀岡市)では、85歳以上人口が約2倍強の増、生産年齢人口は最大4割減で、医療需要は「横ばい～微増」、介護需要は「微増～大幅増」となる。「C：中山間地型」(南丹市、京丹波町、綾部市、宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町、笠置町、和束町、南山城村)では、85歳以上人口は維持から1.5倍増加、生産

年齢人口は最大7割減で、医療需要は「微減～大幅減」、介護需要は「横ばい～微減」となる見込みである。以上を踏まえ、京都府における2040年に向けた地域包括ケア（医療・介護提供体制）の対応方向（仮説）を示す。（図E）。

（図E）

類型	市町村	課題	担い手（市町村ヒアリングより）			対応方向【仮説】	
			医師会	中核病院	介護施設	短期（～2030）	中長期（～2040）
A 都市型	I 京都・乙訓 圏域	●医療は当面現状維持 ●介護は需要増で逼迫	京都市13地区 乙訓	公的、民間病院 など多数	・多様な主体による運営	【各地域の実情に応じた「医療・介護の一連携体制の強化」（行政・地区医師会等関係団体の連携）】	●介護人材の確保 ●介護現場のICT化等生産性向上
	II 福知山市 舞鶴市	●中心部以外では在宅療養が困難 B・Cの深刻度が 高いと推測	福知山 舞鶴	福知山市民病院 舞鶴4公的病院			
B 住宅地型	I 京田辺市 木津川市 精華町	●医療・介護ともに需要急増 ●担い手は維持（2040年時点）	綴喜 相楽	民間病院 山城総合C	・医療法人が母体の社福による運営	●在宅医療を実施する医師の拡大 ●介護人材の維持（流出防止） ●介護現場のICT化等生産性向上	
	II 山城北圏域 亀岡市	●担い手激減（自然減+京都市流出）で特に介護が逼迫	宇治久世 綴喜 亀岡	民間病院			
C 中山間地型	I 南丹市 京丹波町 綾部市 丹後圏域	●担い手激減（高齢化）で介護の維持が困難 ●独居増で在宅療養が困難	船井 綾部 北丹 与謝会	中部総合C 綾部市立 北部医療C	・社福、社協による運営	●オンライン診療等ICT化推進 ●介護人材の維持（従事者の勤務環境改善、離職防止）	
	II 笠置町 和束町 南山城村	●担い手激減で医療・介護の維持が困難	相楽	山城総合C			
R6.11～R7.3	・関係団体と検討会を実施 ・先進事例の研究等（地域での医療・介護連携の取組 ex.地域医療連携推進法人等）						
R7.4～	・各地域で2030・2040年を見据えた、地域状況の共有や連携体制づくり（医療・介護連携体制の強化に向けたスキーム（枠組）等） →深刻度が高い類型「B」「C」の地域を重点的に実施						
R7後半～R8	・地域医療構想調整会議※において、新たな地域医療構想（R9～）を議論 2040年を見据えた新たな地域医療構想（R9～）は、病床機能だけでなくかかりつけ医療機能、在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制が検討対象とされる <small>＜出典＞「経済財政運営と改革の基本方針2024」</small>						

II. 医師確保、偏在が地域に及ぼす影響

都市部のように所謂「ビル診療所」が多い地域においては、日中は病院・診療所ともに医師数が充実し、医師多数地域でありながら、夜間・休日は特定のシフト担当医師や救急医・当直医など限られた医師による応需体制となるため、医師数としては「多数区域」でありながらも夜間のカバー率としては「医師少数区域」になってしまうケースが存在する。京都府においては、これまで二次救急病院等による尽力で支えられてきたが、2024年4月から医師の働き方改革が施行されたことで、市中の民間病院では宿日直許可による医師の勤務時間制限が課題となり、医療の「量」という観点からマイナスとなることが懸念された。しかし、時を同じくして京都府立医科大学附属病院、京都大学医学部附属病院の両大学病院が救命救急センターに指定され、特に上半期および年末年始において非常に高い応需率で対応したことで、大過なく救急医療体制が維持された。その効果は市中の二次救急病院の意識にも影響を与え、二次救急病院全体としての応需率が高まったことにより、救急医療のニーズが増加する中でも救急搬送困難事案が増えずに済んでいる状況である。今後は、救急医療の集約化や機能分化が進むことが予測される中、若手では「もっと働きたい」と

いう医師とそれ以外の医師に二極化されているとの話も聞くので、若手医師のモチベーションを下げないためにも、しっかり技術を身に付けることを妨げない働き方改革を実現する必要がある。医師偏在については、厚労省が2025年12月に公表した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に日医の提案内容が概ね盛り込まれている。医師偏在は一つの取組で是正が図られるものではないという認識のもと、「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」を基本的な考え方とし、中堅・シニア世代に対する総合的な診療能力などのリカレント教育も含め、日医としての取組に協力していきたい。

目の前の課題としては、大学の医局制度が崩壊して20年以上が経った現在、若手医師の教育は都市部にある大学病院やハイボリュームセンターが担いつつ、都道府県知事の権限で医師少数地域へ派遣することが必要となるため、大学の「地域枠」や自治医大出身者への指導を強化し、9年の義務年限を必ず果たすように強く働きかけ続けるべきである。都市部以外の地域医療に学ぶべきことがない訳ではなく、地域ごとの地域医療を学ぶことも非常に貴重な機会、チャンスであることを強調していきたい。また大学病院や基幹病院が中心となり、周辺地域の医療機関と連携して、三次医療圏の医療の質向上を牽引する役割もある。具体的には、人材育成として大学病院において救急医療もできる総合内科医を養成し、周辺地域に送ることなどが考えられる。医師少数地域においては、山形県酒田市の「日本海ヘルスネット」のように地域医療連携推進法人制度を活用し、病院の統合・集約化と行政の参画による地域を面として支える仕組みが肝要となる。ここで重要なことは、核となる拠点病院が救急を含む急性期を担い、他の医療機関への「下り搬送」を円滑に行うための共通理解と連携であり、そこに地域の自治体が主体性をもって参画し、無料巡回バス等の交通インフラ支援等に取り組むことで、住み慣れた地域をより住みやすい地域に変革させることに繋がるのではないかと考える。

III. 地域医療における医療 DX の利活用、遠隔医療、へき地診療等

医療 DX については、「手段の目的化」に陥らないよう留意すべきであるとともに、IT に不慣れな人であっても、日本の医療制度から誰一人として取りこぼされることがあってはならない。国民・患者への安心・安全でより良い医療の提供と医療現場の負担軽減に資するものでなくては、医療 DX とは言えない。京都府では医師少数地域である宮津市において、2023年12月～2024年3月末にかけて、「医療 MaaS」（医療とモビリティを組み合わせたサービス）の実証事業が行われた。宮津市が主体となり、与謝医師会、京都府立医科大学附属北部医療センターの医師がオンライン診療に協力した。丹後海陸交通株式会社が提供するオンライン医療機器などを搭載した車両に看護師が同乗し、患者宅へ向かい、テレビ会議システムを通して、医療機関にいる医師が看護師に指示しな

から車内でオンライン診療を行うものであるが、実用化には車両における通信環境の確保など、課題も見られたとのことである。総合的に考えると、郵便局でのオンライン診療の導入が現実的であり、地元自治体・郵便局による積極的な導入を期待したい。

IV. 少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療（救急、介護、小児、周産期医療等）対策

少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療を検討する上では、医療現場の声を丁寧にくみ上げ、施策の決定プロセスに適切に反映させることが肝要である。京都府では、救急・災害委員会、地域ケア委員会、乳幼児保健委員会等の常任委員会において、診療所医師はもちろん、病院勤務医や看護・介護に関係する諸団体、各種専門医会の協力のもと今後の地域医療の在り方を検討している。また、勤務医部会、研修サポート委員会、若手医師ワーキングにおいて、病院勤務医、指導医、研修医の意見を吸い上げ、若手医師に寄り添った研修事業（屋根瓦塾 in 京都など）を展開しており、全国的にも広がりを見せているところである。

さらに若手に向けた取組として、特に医師少数地域の中学・高校に通学する学生に対し、医療に携わる進路もあるという授業、催しを提供することも一考の価値があるのではないかと感じている。すでに日医においては、3～15歳の子どもを対象とした職業・社会体験施設「キッズニア東京」での「診療所」パビリオンの出展などへの取組があり、問診・健診や予防接種を体験してもらうことで、医療行為や健康への理解を深めるとともに、医師の仕事への興味を喚起するという趣旨に大いに賛同したい。この流れを16歳以上の若者にも継続する手段を講じることも大変有効であると考えます。

V. 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

京都府においても、2024年度診療報酬改定で新設された生活習慣病管理料（Ⅱ）などについて廃止を求める声や、物価変動に対応できない現在の診療報酬に対する不満や要望が相次いでいる。

病床機能報告において、地域医療構想が示すほど急性期病床が減らなかったことについても、診療報酬への影響に対する警戒感があると受け止めている。新たな地域医療構想においては、「回復期」を「包括期」と改称し、高齢者救急等への対応も含めた考え方に変更したが、病床機能としての移行にあたっては、診療報酬における「地域包括医療病棟」の評価に左右されるのではないかと考える。いずれにせよ、次期改定に向けては、社会保障予算を「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」といった「目安対応」を撤廃することが重要であり、賃金・物価上昇による人手不足の影響に関わらず、「必要な人に適切な医療がしっかりと行き届く」医療提供体制を維持するための柔軟かつ充実した報酬の確保が必須である。

◆ ～大都市の実情からみたこれからの地域医療について～大阪府堺市

I. 大都市特有の地域医療構想の課題

高齢化に伴う医療需要の変化と在宅医療体制の整備

2040年に向けて、大都市部では高齢者人口の急増が見込まれ、医療ニーズは「治す医療」から「治し支える医療」へと急速に変化している。大都市では医療機関が集積しているものの、救急搬送件数は年々増加し、特に高齢者の搬送の増加が顕著である。高齢者は入院中にADL（日常生活動作）が低下しやすいため、入院初期からのリハビリテーションを積極的に行い、可能な限り早期に自宅や施設へ復帰する体制の整備が重要である。

大都市における地域包括ケアシステムの推進においては、在宅医療提供体制の整備が最重要課題である。現在、在宅医療専門の診療所が多くを担当しているが、地域包括ケアシステムでは、本来、通院困難となった患者に対して、かかりつけ医が継続して在宅医療を提供する体制を想定している。大都市では単独開業医が多く、24時間365日の対応を求められる在宅医療への参画には大きな負担が伴う。このため、地区医師会による支援体制の構築が不可欠である。堺市では、医師会が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を受託し、在宅診療代診体制を整備することで、相互の協力・連携による在宅医の負担軽減と在宅医療提供体制の強化を推進している。

2025年から開始された「かかりつけ医機能報告制度」においても、在宅医療の実施状況は極めて重要な評価項目とされている。特に2号機能（地域医療の充実を担う機能）には、時間外診療、入退院支援、在宅医療の提供、介護サービスとの連携などが求められている。地区医師会がこの制度へ対応することは、医師会加入の意義を明確にし、地域医療支援体制を強化する上で重要である。

大都市における医療機関の機能分化と病病・病診連携の強化

大都市部では医療機関が多数存在するものの、その機能分化と連携が不十分である。急性期病床の集中、中小病院の経営難、診療所との連携不足など、医療資源の非効率的配分が課題となっている。

病病連携において、急性期から包括期への移行の円滑化は、急性期病床の有効活用や適切なタイミングでのリハビリテーション開始、早期の在宅復帰という観点からも重要である。大阪府では、地域医療構想調整会議の下部に「医療・病床懇話会」を設置し、主要な病院の病院長が委員となり、医療機関の役割分担や病床機能の分化・連携の推進について議論している。さらに、病床機能報告対象の全病院が参加する「病院連絡会」を開催し、医療機関同士の認識共有を図っている。これらにより、地域医療の質の向上と効率的な病床利用が促進されている。

病診連携では、地域における急性期医療の集約化と、かかりつけ医による継続的・日常的な医療の提供という役割分担を明確にしつつ、患者の病態や状態の変化に応じて、双方向的に連携できる体制の強化が求められる。その実現には、電子カルテの相互参照や地域医療ネットワークを活用した診療情報の共有、地域医療支援病院と診療所との定期的な情報交換、ICTを活用した情報連携の強化が不可欠である。

病診連携の充実は、救急医療の適正化にも資する。在宅患者の急変時においては、あらかじめ診療所と病院が情報共有しておくことで、スムーズな受け入れや救急搬送時の適切な判断が可能となる。今後は、地域包括ケア病棟との連携により、救急搬送後の早期退院や在宅復帰を支える体制の強化が求められる。

II. 大都市特有の医師偏在問題への対応

夜間・休日における医師不足への対応

大都市は医師多数地域とされているが、特定時間帯（特に夜間・休日）には医師が極端に少なくなる時間帯別の医師偏在が顕在化している。これは医師の働き方改革により、勤務医の時間外・休日労働に年 960 時間の上限が設定された影響である。この改革により、地域医療機関への医師派遣が困難となり、休日夜間診療所の運営に影響を及ぼしている。

開業医も診療所の診療以外に職員の労務管理、診療情報提供書や保険会社への診断書、介護保険意見書作成、複雑な請求業務など、多くの業務をこなさなければならない、これが業務負担の増大につながっている。これらに配慮しながらも、夜間・休日の医師不足の解決策として、開業医の休日夜間診療所への出務協力を得る必要がある。地区医師会による支援体制の整備が不可欠である。

大都市における医師の高齢化対策

大都市部においても、診療所を担う開業医の高齢化は深刻な課題である。後継者不在による診療所の閉鎖は、地域医療の空白化を引き起こす懸念がある。対策として、診療所の円滑な医療承継支援、若手医師の地域定着促進、複数医師による共同開設やサテライト診療所の設置など、柔軟かつ持続可能な診療体制の構築が不可欠である。近年、民間企業による医療承継支援サービスが乱立しているが、地域医療を安定的に維持するためには、地域の実情に通じた医師会が主体となって承継支援を行うことが望ましい。

地域医療活動の担い手確保

学校医、介護認定審査委員、産業医などの地域医療活動はこれからの地域医療構想においても不可欠である。しかし、開業医の高齢化、若手医師の業務多忙、意識の変化などから成り手が不足し始めている。これらの活動は「かかりつけ医機能報告制度」における 2 号機能に該当する。地区医師会がこれらの地域医療活動についての支援体制を整備し、会員を支援することが望まれる。地

区医師会が医師間、医療機関間の連携を促進し、地域住民にとって信頼される地域医療提供体制を確立するための調整役としての役割を果たすことが極めて重要である。

III. 大都市における医療 DX の課題と展望

医療 DX 推進の基盤整備

大都市部では、ICT を活用した診療情報の共有、遠隔診療、救急搬送支援などの基盤整備が進みつつある。電子カルテ標準化と共有化、地域包括ケアの情報共有基盤の整備などを推進すべきである。ただし、医療 DX の拙速な推進が、高齢の診療所医師が廃業するきっかけとなっているケースが多いことを考慮すべきである。医師不足への対策としての医療 DX が医師の減少の一因になってはならない。

堺市においては、2024 年 12 月より開始されたマイナンバーカードを活用した「救急時医療情報閲覧」サービスに加え、二次医療圏内の全地域医療支援病院が参加する地域医療ネットワークシステム（ICT）を活用し、救急隊が患者の受診歴や薬剤情報等を閲覧できる体制を整備している。これにより、救急現場において患者の状態に応じた迅速かつ適切な搬送先の選定が可能となっている。

IV. 大都市における遠隔診療の適正化

医療資源が相対的に充実している大都市においては、遠隔診療の安易な利用が、かかりつけ医による継続的・包括的な診療体制を損ない、地域医療の質的低下を招くおそれがある。実際に、都市部では「アレルギー性鼻炎の薬をすぐに配達」「頭痛の診断と薬の処方をも即時対応」などの広告を掲げたオンライン診療が増加している。

このようなオンライン診療は利便性が高い一方で、安易な受診や不必要な医療提供につながる。通院不要で気軽に受診できるため、軽症や不安感だけで過剰に診療を受けるケースが増加し、医療資源の無駄や医療費の増大を引き起こしている。かかりつけ医機能や医療の適正利用の観点から、こうした「利便性偏重型」の遠隔診療の蔓延は、明らかに医療の質の低下や過剰な医療資源消費につながる可能性がある。

したがって、遠隔診療の推進に当たっては、地域の医療提供体制に即した制度設計と運用が不可欠であり、全国一律でなく、地域の実情に応じた対応が必要である。国によるインフラ整備支援とともに、民間事業者に対する規制・指導体制の構築など、制度的支援が不可欠である。

V. 診療報酬改定による大都市医療への影響

全国の病院の約 70% が赤字経営に陥っており、病床利用率が 90% を超えていても経営が成立しないという深刻な状況にある。大都市部においても、状況は同様である。2024 年度の診療報酬改定においては、ベースアップ評価料が新

設されたものの、急激な物価上昇や人件費の高騰に対しては十分に対応しきれていない。

今後の診療報酬改定においては、物価や人件費の変動に連動する報酬体系、いわゆる「物価スライド制」の導入などについても検討すべきである。また、地域完結型医療を推進するためには、制度的インセンティブの強化が不可欠である。具体的には、急性期から包括期・慢性期への円滑な移行を促す診療報酬上の誘導策、地域包括ケア病棟の拡充、在宅復帰支援加算のさらなる充実が求められる。

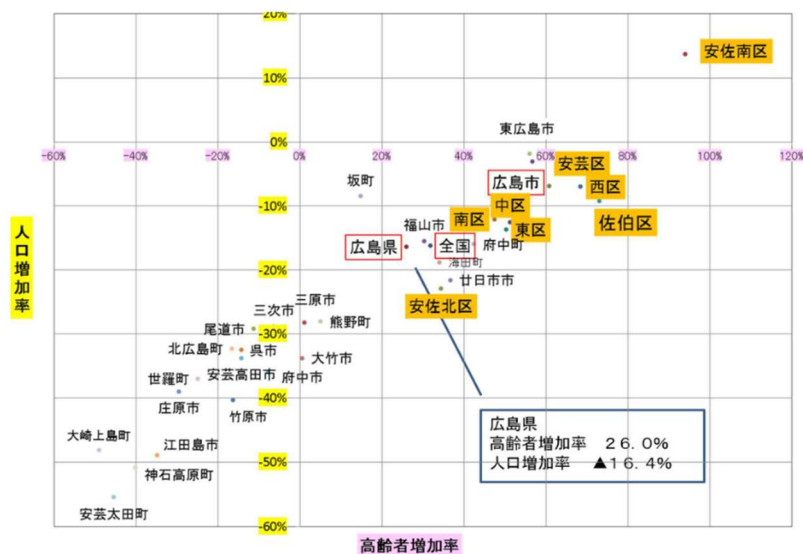
在宅医療に関しては、在宅医療機関への後方支援に対する評価、かかりつけ医機能の可視化とそれに対する報酬上の評価などを診療報酬体系の中に明確に位置付ける必要がある。また、救急医療の適正化やICTの利活用に対しても、評価指標を明示した上で、診療報酬による積極的な支援体制を整えるべきである。

診療報酬制度は、単なる医療費の抑制手段ではなく、大都市における地域医療の持続可能性を制度的に支える「公共的投資」であるべきである。その根幹には、医療を社会的共通資本として位置付けるという視点、持続可能で効率的な地域医療提供体制の構築を目指す明確な政策方針が存在しなければならない。

◆ ～広島県における地域医療の現状と課題～広島県

I. 新たな地域医療構想について -地域の实情は-

広島県は2024年1月1日現在、総人口275万人、65歳以上の高齢者人口比率29.9%、75歳以上が17.0%、85歳以上が5.6%である。また、総務省が発表した2024年の人口移動報告で、人口の転出数が転入数を上回る転出超過は、広島県が全国で最も多い状況が続いている。政令指定都市の広島市（人口約120



万人)が県西部に位置し、県東部、中央部に人口20~30万人の地方都市が点在、さらに県北部は中山間地域、瀬戸内海には島嶼部地域が広がっており、全国の縮図とも称されることもある。それぞれの地域は図1のごとく高齢化率、高齢者人口の増減など大きく異なっており、地域ごとに課題を抽出した上での対応が求められる。

図1 広島県内市町における人口増加率と高齢者の増加率(2010年→2040年比較)

広島県では、昭和44年に、県内における医療および公衆衛生に関することがらを総合的に調査協議し、県民の健康の保持増進に寄与することを目的として広島県地域保健対策協議会を設立している。設立当初は広島県、広島大学、広島県医師会の3者構成であったが、平成6年に広島市が加わり、4者構成となり、「官学民」一体で「県民のいのちと健康を守る」という公益性を念頭に置いた県内唯一の包括医療の推進母体として活動している。

広島県が抱える医師不足・地域偏在、在宅医療・介護の在り方、大規模災害への対策、新興感染症対策など、各種委員会で幅広く調査検討、政策提言、県民への広報活動を行っている。新たな地域医療構想に関連する委員会は、在宅医療・介護連携推進専門委員会、医師確保対策専門委員会、救急医療特別委員会、医療情報活用推進専門委員会などがあり、それぞれが必要な対策を検討している。

医療介護連携については、平成30年からは、すべての市町村で、介護保険地域支援事業の包括的支援事業の一環として在宅医療介護連携推進事業が執り行われている。広島県においては、市町の状況によってその内容は異なるが、政令指定都市である広島市の取り組みについて紹介する。

広島市では、広島市連合地区地域保健対策協議会に委託して、医療・介護関係者及び行政で構成する「広島市在宅医療・介護連携推進委員会」を設置し、これらの取組を推進している。推進に当たっては、現状の把握が必要不可欠なため、医療・介護関係者の協力を得て、3年ごとに「在宅医療に関する実態調査」を実施し、在宅医療に対する認識、提供状況、連携等に関する現状の把握や課題の抽出を行っている。

事業運営は、広島市8行政区ごとに、区医師会に事業委託し、市全体の共有する内容、またそれぞれの区の特性に応じた独自の取り組みを行い、年度ごとに広島市在宅医療・介護連携推進委員会で、8区の事業内容を共有し、さらに調査や各区の取り組みを踏まえ、同委員会において協議している。その上で広島市として目指すべき在宅医療、在宅医療・介護連携の推進に関するビジョンである「広島市における在宅医療及び在宅医療・介護連携の推進方策」を3年ごとに策定し、広島市の高齢者施策推進プランに内容を反映させている。

また同委員会では、各区の取り組みの他、在宅医療推進のために専門委員会を設置している。現在まで、ACP専門委員会、「摂食嚥下・口腔ケア対応力の向上に向けた多職種連携の体制づくりの検討」専門委員会、認知症専門委員会を

設置し、医歯薬看をはじめ、介護関係者とともにそれぞれの課題検討、専門職としての共有、市民への啓発活動を行っている。

広島市はこれらの活動を平成27年度から開始しており、10年近く行ってきた結果、医療介護連携は以前に比して大きく推進してきたと医療介護関係者は感じているものの、依然として入退院支援、独居高齢者の支援、認知症の人たちへの尊厳ある支援方策など検討すべき課題は多く残されている。

医師の高齢化については、広島県の開業医の平均年齢が徐々に上昇しつつあり、地区医師会によっては、開業医（A会員）の平均年齢が、60歳代以上となっている地域も少なくない。またA会員が引退を検討する際、継承者がいないために、閉院を選択することも多くなっている。実際に広島県医師会においても、A会員の会員数は減少傾向であり、地域医療に支障をきたすことが懸念される。それに対して、広島県医師会では、令和5年度より組織強化委員会を立ち上げ、まずはC会員の医師会への加入促進を行うとともに、今後は継承者不足に対するマッチング事業などを展開していくことを検討している。また令和4年の「無医地区等調査」では、広島県の無医地区は53地区あり、全国で2番目に多い状況であることから、行政・大学・医師会が連携し、無医地区対策を行っていく必要がある。

II. 医師確保、偏在が地域に及ぼす影響

広島県の現状を見ると、急性期の医療資源はやや分散傾向にあり、若手医師が県外へ流出する傾向がある。また、先の項にも記載したが、無医地区を含め地域・診療科間の偏在の拡大が懸念されている。（図2）

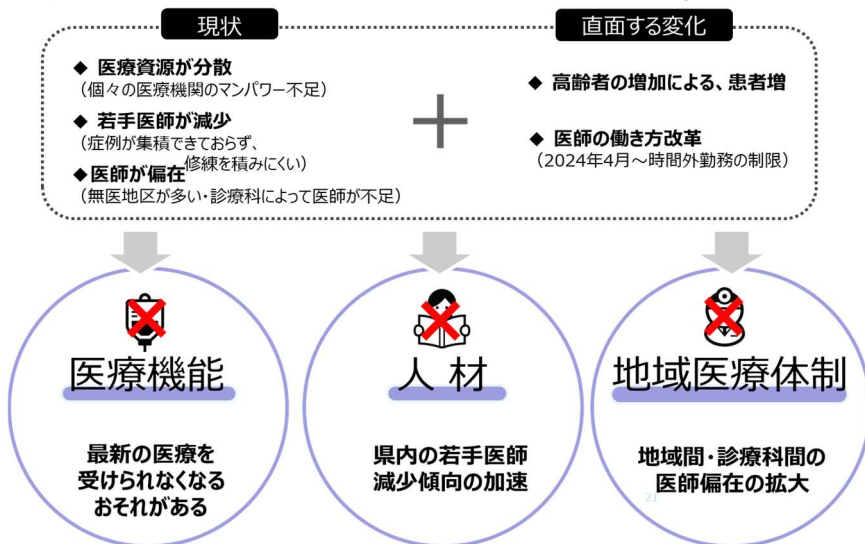


図2 広島県 医療提供体制 現状・課題

広島県では、地域医療構想の名のもと、適切な医療機能の分化と連携による地域完結型医療の実現を目指し、広島都市圏に1,000床規模の新病院構想の整備が進んでいる。新病院構想は「高度医療・人材育成拠点構想」として、高度

医療と医師の育成並びに、中山間地域、島嶼部などの医師過疎地域への人材派遣機能も検討しており、地域医療の観点からも期待されている。急性期の3病院を中心に統合し、医療資源の集約により県全域を対象とする質の高い医療の提供や「断らない救急」を実践しつつ、広島大学と密に連携することで、地域医療を支援するという人材確保を含めた好循環が広島県の地域医療課題解決につながると考えられている。(図3、図4)

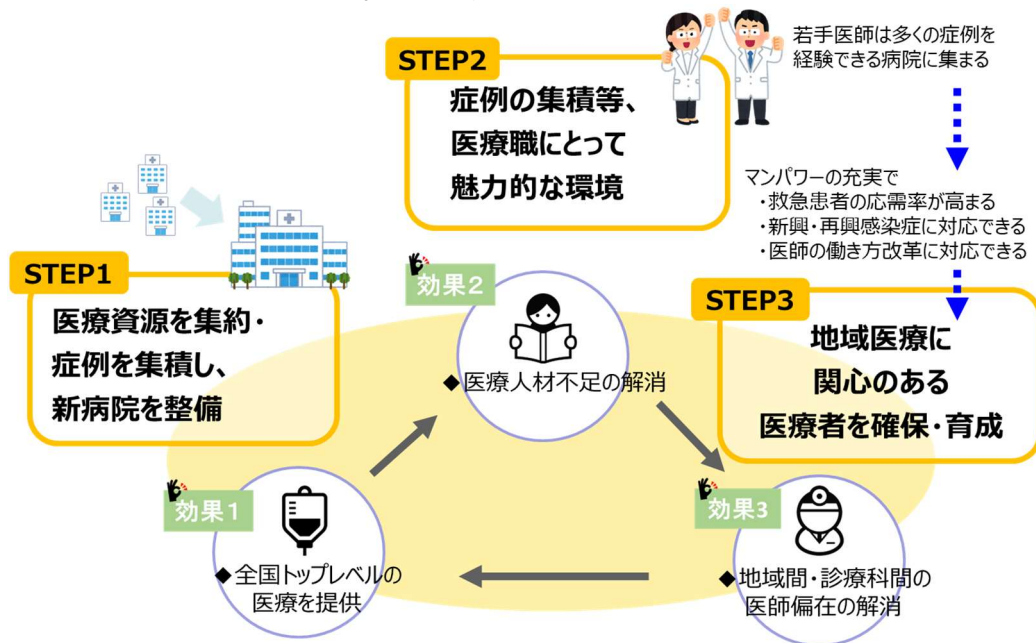


図3 広島県 人材確保の好循環

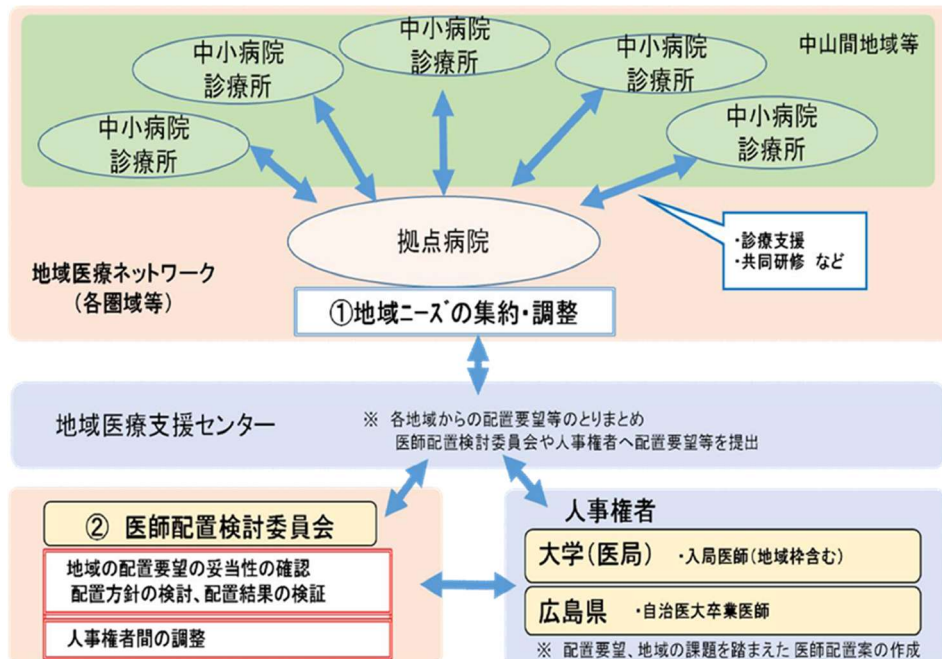


図4 中山間地域における医療提供体制、県内医師の適正医師配置調整の仕組み

しかし一方で、2040年を見据えた新たな地域医療構想と照らし合わせた時、果たしてこういったメガホスピタルを巨額を投じ新設することが、ますます超高齢化・人口減が進むであろう時代のニーズに沿うものであるのかとの懸念の声もある。病院機能の集約化、再構築は地域医療のあり方を大きく左右するものであることから、良い選択となるよう、丁寧に議論を重ねることが重要と思われる。

III. 地域医療における医療 DX の利活用、遠隔医療、へき地診療等

広島県では、平成25年より「ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）」を広島県と広島県医師会が運営し、病診連携にかなり寄与している。地域の基幹病院が開示病院となり、開業医などの診療所を中心に利活用している。患者が、複数の医療機関の診療情報を結びつけるための地域共通 ID 番号を格納している HM カードを作成することにより、カードを提示することで、他の医療機関で患者の画像、検査、処方歴などの診療情報が参照できる。さらに医療介護連携ツール、アナログ情報やデジタル情報を格納できる HM ボックス、AI 画像診断システムなど多様な機能を実装している。課題としては、開示病院側のシステム更新に多額の費用を要すること、参加費の関係で参照施設である診療所が当初予想より伸び悩む状況など、ネットワーク維持運営にはかなりの課題が残されている。また、国が推し進める医療情報システム及び電子カルテの標準化などの連携など、今後の検討課題も多く存在する。

またオンライン診療に関しては、広島県にオンライン診療活用検討委員会が設置され、その活用法などが議論され、広島県で「情報通信機器を用いた診療等に係る活用支援コンサルティング業務」が展開されている。今後はさらに、中山間地域、島嶼部のネットワークインフラの整備や、診療報酬においてオンライン診療に対して十分な報酬および弾力的な考え方の推進が望まれる。

IV. 少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療（救急、介護、小児、周産期医療等）対策

先の項で報告した広島県地域保健対策協議会でそれぞれ、官学民で議論を続けている。具体的には、救急医療特別委員会、小児医療体制検討専門委員会、地域医療対策連絡調整委員会などの委員会で広島県独自の対応、対策を検討している。しかし、地域医療課題の根幹である少子高齢化の進展、開業医の高齢化、県外への若手医師の流出、医師偏在などが相まって、都市部においても一次救急輪番の受け入れ病院不足などが露呈してきている。今後は、高度急性期病院、地域の身近な病院、かかりつけ医機能の中心となる診療所の医療機能を明確にするとともに、住民に対する救急を含めた医療の受け方の啓発活動も重要である。

V. 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

広島県でも、2024年度診療報酬改定で新設された生活習慣病管理料や、急性期一般入院料1の要件の厳格化などにより、診療所・病院を問わず、その経営は厳しさを増している。加えて物価上昇に対して、価格転嫁できない保険診療において、診療報酬に対する不満や要望が多く寄せられている。

コロナ禍以前からの「社会保障予算を高齢化の伸びの範囲内に抑制する」が、基本原則化しており、このままの状況では、ある日突然、病院や診療所が閉鎖となるということも現実のものとなる。現在国は2040年を目途にバックキャストで課題を検討する方針であるが、国民が地域医療を安心して受けられるよう、次期改定に向けて、医師会内でもしっかりと議論し、医師会員、国民ともに納得できる診療報酬体形となるよう、政府、与野党に働きかけていただきたい。

◆ ～福岡県の医療状況について～福岡県

I. 地域医療構想の基本方針と現状課題

新たな地域医療構想について検討する前に、平成29年に策定した現行の地域医療構想について各地域で検証と評価をすることが重要である。現行の地域医療構想の取組み等を継続するためにも、この検証作業は必要不可欠と考えられる。

地域医療における病診連携・診診連携、在宅医療、多職種連携は着実に進展している。しかしその一方で、精神疾患を抱えた患者の急性期病変の対応等、精神医療との連携に関する検討が十分になされていない現状がある。また、医療介護の重要性は広く理解されているものの、介護分野を取りまとめるキーパーソンが不明確なため、その明確化が急務となっている。

医師の高齢化と医療資源の不足について、もはや医療分野だけで解決をする段階ではなくなっている。地方では人口減少が既に始まっており、人口減少下での地域医療のあり方を真剣に検討しなければならない時期を迎えている。その検討を行う前に、各自治体が考える将来に向けた街づくりの方針について十分に理解することが重要であると考えられる。

II. 地域包括ケアシステムと医療提供体制の構築

地域共生社会の実現に向けて、地域特性に応じた医療・介護の提供体制を構築し、地域包括ケアシステムを推進することが極めて重要である。医師の高齢化など、医療・介護従事者のマンパワーの確保が困難となる中、ICT、特に地域医療情報連携ネットワークを利活用すること等により、効率的かつ効果的な医療・介護を提供することが必要不可欠となっている。

医療提供体制の構築にあたっては、各地域における医療資源の状況のみならず、高齢者の住処となる施設や高齢者住宅の整備状況も十分に踏まえて検討す

る必要がある。高齢者が安心して暮らせる環境を整備するためには、医療と住まいの両面からのアプローチが求められる。

福岡県医師会では、介護現場における医療的対応力の向上及び多職種間の情報共有を円滑に行うことを目的として、「介護現場で役立つ医療連携ハンドブック」を作成している。今後はこのような資源を各地域で積極的に活用し、医療・介護職双方が共通理解を持てる研修等を地域単位かつ体系的に実施することが求められる。あわせて、ICTを活用した情報連携体制の構築とその活用促進を図り、関係職種間の連携を一層強化することが重要である。

III. 医師確保と偏在対策の具体的取組

福岡県における医師確保に関する取組として、福岡県医療対策協議会を中心に、初期臨床研修医の確保、専門医の養成、大学における特別枠(医学部定員増による)の設置、へき地医療に従事する医師の確保(自治医科大学)、寄附講座による医師派遣(3大学20名)、女性医師支援、医療従事者の勤務環境改善の取組みなど、多岐にわたる施策を実施している。

福岡県は全国においては「医師多数県」とされているが、福岡県医師確保計画では「医師少数区域」が1箇所、離島やへき地などの「医師少数スポット」が8地域設定されており、特に夜間や休日には医師不足が顕著になる地域が存在する。このような医師多数区域におけるスポット的な医師少数区域や夜間の医師不足への考慮が必要である。自治医科大学卒業医師の派遣、医療勤務環境の改善などの施策を着実に実施している。

地域・診療科偏在の対策と偏在の有効活用として、医師確保が困難な診療科の医師を育成するための地域枠の設置や、診療科偏在・不足や地域偏在を解消するため、都市部の医師が地域の医療機関を支援する「遠隔指導」を実施している。

IV. 地域における大学の役割と医師派遣体制

県内には4つの大学医学部があり、若手医師の育成や県内外への医師の派遣を担っている重要な役割を果たしている。一方で、大学院生や基礎研究者、医療関連学校の講師、行政に勤務する医師、出産・育児休暇中の女性医師等、臨床現場から離れた医師も多数存在しており、医師偏在指標は地域の実情が十分に考慮されていないという課題がある。

地域枠として、人材が不足する診療科に限定した5名(久留米大学)に県からの財政支援を行い、医師少数区域の研修環境が整い実績のある医療機関への研修医定員の追加、大学寄附講座の設定などを実施している。寄附講座は大学が主体的に教育研究の進展を図るものであり、各大学から研究プログラムの一環として、救急医療体制や周産期医療体制等に課題のある医療機関へ医師を派遣し、地域・診療科偏在の解消を図っている。

医師の働き方改革では、地域での救急医療提供体制への影響を鑑み、地域医療構想調整会議において、二次救急のみならず一次救急の維持確保のために、派

遣元である大学医局と派遣先医療機関で宿日直許可や働き方改革施行後の人材派遣等についての情報を共有するなどの対策を講じている。

V. 医師の働き方改革と医療 DX・へき地医療対策

今後の地域医療を支える若手医師の日々の研鑽や成長、キャリア形成への不安、診療能力の質の低下や大学における研究の停滞など、さまざまな影響が懸念される状況となっている。若手医師の育成環境を整備しながら、働き方改革を推進することが求められている。

地域医療における医療 DX の利活用は、人口減少社会において必然的な流れであるが、国や厚生労働省の対応が丁寧ではないという指摘がある。医療現場の実情を踏まえた、より細やかな支援と指導が必要である。

へき地診療について、対応は一義的にへき地を有する自治体の問題であると考えられる。自治体がへき地における医療提供体制をどうしたいのか明確な方針を示した上で、医療提供側として何が協力できるのかを検討する必要がある。人口減少化社会において、そもそもへき地が増加することが容易に想定できる中、へき地になる可能性を有する自治体が先に対策を検討する必要があるのではないか。

地域において医師の高齢化が進む中、後継者不在により診療所の休廃業件数が増加しており、地域医療の継続に深刻な影響を及ぼしている。地域医療を維持するためには、自治体や医師会が連携し、医業承継を支援・仲介する体制の整備が強く求められる。

VI. 診療報酬改定の影響

令和 6 年度診療報酬改定により、医療機関の経営基盤の弱体化や人材確保の困難さが顕在化しており、地域医療に多大な影響を及ぼしている。近年の物価や人件費の上昇率を踏まえると、診療報酬全体の水準については、より実態に即した引き上げが強く求められる状況にある。

特に、今回の改定で新設されたベースアップ評価料については、恒常的な賃上げを継続的に実施するための財源としては十分とは言い難い。このままでは医療人材の流出を招き、地域医療体制の維持が困難となる可能性がある。

また、特定疾患療養管理料の対象疾患から一部の疾患が除外されたことは、特に内科系診療所において経営上の重大な影響を及ぼした。診療報酬制度の設計や見直しにあたっては、医療現場の実情を十分に反映させることが不可欠である。

VII. 京築区域の医療提供体制の課題と将来展望

京築区域では、今後 20 年間で総人口の減少が進行する一方、85 歳以上人口の大幅な増加が見込まれており、医療需要の質的变化への対応が急務となっている。加えて、患者の約 3 割が他区域へ流出している現状や、診療所開設者の

高齢化が進んでいることから、地域内で医療を完結できる体制の脆弱化が懸念される。

救急医療においては、高齢者搬送の割合が高く、軽症例や高齢者施設からの搬送も多いことから、救急医療の適正利用に向けた住民啓発とともに、ICTを活用した情報共有体制の構築やACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及が重要である。

在宅医療分野では、担い手となる医師の高齢化が顕著であり、将来を見据えた人材育成、研修体制の整備、地域内での役割分担の明確化が求められる。

こうした課題を踏まえ、京築区域は地域医療構想における推進区域として位置付けられており、今後はPDCAサイクルを通じて、行政、医師会、医療機関等が連携し、持続可能な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進めていく必要がある。

福岡県では、京築区域での「地区診断」を基に、各13医療圏構想区域で協議を開始していく予定である。

◆ ～新たな地域医療構想と熊本県の課題・提言

—ICT と連携で支える持続可能な地域医療モデル—

～熊本県

I. 新たな地域医療構想について -地域の実情は-

2008年をピークに日本の人口は減少に転じており、少子高齢化は進み、生産年齢人口も減少し、2040年には65歳以上の人口が全人口の約35%となると推計されている。

また、近年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大では、医療提供体制に多大な影響が生じ、救急医療をはじめ、地域医療における様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・連携等を行う必要性などが改めて認識された。

このような中、2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築するべく新たな地域医療構想が開始される。

新たな地域医療構想では、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととなる。

現行の地域医療構想では、病床の機能分化・連携を推進するために2025年に向けた地域医療構想を策定していたが、2040年に向けた新たな地域医療構想

では、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む医療提供体制全体の課題解決を図ることとなる。病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能に着目し、「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。

新たな地域医療構想でまず、検討が必要なのは、保健医療圏についてである。保健医療圏は、医療法において、病床の整備を図るべき地域的単位（二次保健医療圏）、特殊な医療を提供する地域的単位（三次保健医療圏）をそれぞれ定義し、医療計画の中で各圏域を定めることになっている。この他、5疾病・6事業及び在宅医療に係る圏域については、二次保健医療圏を基礎としつつ、地域の実情に応じた弾力的な設定が可能となっている。

今後、病床の機能分化・連携のみではなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む医療提供体制全体を検討するなかで、それぞれの内容に応じた保健医療圏の設定が必要である。また、道州制まではいかずとも、疾患や内容によっては後述の通り県境を越えた保健医療圏を設定するべきと考える。現在議論が進められている、厚生労働省地域医療構想及び医療計画等に関する検討会においても、人口減少地域で急性期医療を維持するために隣接する都道府県と医療提供体制を連携・統合する広域的対応について議論されています。

II. 医師確保、偏在が地域医療に及ぼす影響

本県は、医師多数県であるが、医療施設に従事する医師数については、約6割が熊本市に集中しており、県内での地域偏在が大きい状況である。へき地等の地域の医療機関で勤務する自治医科大学卒業医師や医師修学資金貸与医師は、着実に増加しており、今後も増加が見込まれる一方で、これらの医師の中には、地域勤務の際の専門医資格の取得、更新に対する不安など、地域勤務に不安を抱く医師もいることから、不安解消のための支援体制の強化等が求められている。また、地域で勤務する女性医師や子育てをする医師の就労継続に向けた環境整備が求められている状況である。

● 施策の方向性

(1) 地域医療を志す医学生・医師の養成

- 自治医科大学生、医師修学資金貸与学生及び地域で勤務する医師が、地域で安心して勤務しながらキャリアを形成できるよう、熊本県地域医療支援機構を中心として、メンター制度などによる相談体制の強化やキャリア形成プログラムに基づくきめ細やかな支援を行う。
- 地域で必要とされる総合診療専門医の更なる増加に向けて、地域医療・総合診療実践学寄附講座及び地域医療実践教育拠点を中心として総合診療専門医を養成するとともに、総合診療に関する情報発信の強化や総合診療マインドの醸成に取り組む。

- 令和4年度(2022年度)以降、入学定員を5人から8人に増員した地域枠を熊本大学医学部に設け、地域医療を志す学生を別枠方式で選抜し、医師が不足する地域の医療機関で勤務する医師の養成・確保に取り組む。
- (2) 将来の地域医療の姿を見据えた医師派遣
- 自治医科大学卒業医師、医師修学資金貸与医師、熊本大学に設置する寄附講座に所属する医師及び社会医療法人等からへき地診療所に派遣する医師について、地域の実情を踏まえた一体的な派遣調整を行う。
 - 熊本大学に設置する寄附講座からの医師(ネットワーク推進医)派遣による地域の拠点病院の医療機能向上や人材育成機能の強化、拠点病院からへき地診療所等への医師派遣等により、地域の医療機関が相互に連携するネットワーク構築を推進する。
 - へき地診療所の医療提供体制を維持するため、設置主体の市町村が行うへき地医療拠点病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、住民等と連携したへき地診療所の課題の共有や今後のあり方についての協議を踏まえ、へき地診療所の計画的かつ効率的な運営を支援する。
- (3) 地域で安心して勤務しながらキャリアアップできる環境の整備
- 令和6年(2024年)4月の医師の働き方改革開始後も、引き続き労働時間の短縮をはじめとした医療機関における勤務環境改善の取組を推進するため、熊本県医療勤務環境改善支援センターによる地域の医療機関への支援を行う。
 - 地域で勤務する女性医師及び子育てをする医師の勤務継続や復職を支援するため、メンター制度などの相談体制の強化をはじめ、短時間勤務制度などの柔軟な勤務体制の普及、病院内保育所の運営支援等を行う。
 - 一般社団法人日本専門医機構による専攻医募集定員に関する都道府県別・診療科別の上限(シーリング)や医師修学資金貸与医師等を中心とした地域医療を担う医師の専門研修における配慮等について、国への施策提案等を行う。
 - 地域で勤務する際のキャリア形成に資するよう、医師少数区域経験認定制度を活用し、学会参加費等、認定を受けた医師が医師少数区域等で勤務する際の専門性の維持や向上に要する経費を支援する。
- (4) 本県出身者及び新規学卒者の県内就業の促進
- 県内の医療機関において初期臨床研修医を確保し、研修後の県内就業を促進するため、臨床研修合同説明会等を通じて県内で働くことの魅力をPRするとともに、臨床研修指導医の養成支援等により臨床研修体制を強化する。
 - 地域で勤務する医師を確保するため、本県出身の医師など県内外に居住する医師を対象に、「熊本県ドクターバンク」を活用した地域の医療機関の情報発信に取り組む。

III. 「地域医療における医療 DX の利活用、遠隔医療」、 「へき地診療等・少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療（救急、介護、小児、周産期医療等）対策」

本県の無医地区は、令和2年7月豪雨の影響もあり、令和元年度から令和4年度までに6地区増加して26地区、準無医地区は1地区増加して3地区となっている。また、無歯科医地区は令和元年度から5地区増加して26地区、準無歯科医地区は1地区増加し4地区である。無医地区等及び無歯科医地区等においては、巡回診療や遠隔医療等、住民が必要な医療サービスを受けることができる体制の整備が求められている。

一方で、本県のへき地診療所は15か所、へき地歯科診療所が1か所あるが、へき地診療所においては医師、歯科医師、看護師等の人員体制が小規模であり、赤字経営であるなど、運営が不安定な状況である。

へき地診療所での、医療設備・人員の充実、整備は難しく、いかに維持、存続していくかが必要である。

へき地診療所での、ICTを活用した遠隔診療など、慢性疾患を抱えた高齢者の対応は一部地域でも既に検証が行われた一定の成果が上がっているようである。

また、ICTの活用は、へき地のみならず、三次保健医療圏から離れた地域でも大変有用であり、芦北圏域では、ICT遠隔連携による大学病院とのリアルタイム連携やくまもとメディカルネットワーク（地域連携NW）による情報連携、後述のとおり県境を越えた救急疾患連携、緩和治療、多職種連携をおこなっている。

ICTの活用は、医師の育成でも効果があり、ベテラン医師の指導をリアルタイムで得られる環境があれば、若い医師でも地方勤務がしやすくなる。

少子高齢化、医師高齢化を見据えた地域医療においてもICTを活用した連携が大変有効である。

IV. 今後の診療報酬改定が及ぼす地域医療への影響

- 医療機関の経営は深刻な状況でありベースアップ評価料では国の目標を賄えない＝ベア評価料は診療の対価と言えない。
- 公立病院は診療報酬と関係なく人事院勧告に準拠し賃上げを行わなければならないため、地方では官民格差が生じてきている。適切な賃金上昇率と消費者物価指数の伸びとの整合性を、今後も国の政策として続けるのなら医業費用の人件費分は、毎年単価を算出し改定を行っていくべきである。
- 地域医療の現状を考えれば遠隔診療は、住民の医療アクセスを確保する重要なツールであるが現場のアイデアや努力等に国のルールが追い付いていない。

- 遠隔診療の診療報酬で患者からの報酬は高度医療機関が提供した医療サポートや患者紹介した医療機関等にも納得のできる対価を算定できるようにすること。

V. 地方県においては県境を越えた2次医療圏の設定も必要

今回の「地域医療構想」では、トリプル20の原則はそのままに、急性期機関病院は20～30万人規模に1機関、そして今後2次医療圏の見直しもありうると記されている。

熊本県最南端の水俣市においては、おそらくこのまま経過すれば2040年には市中心部だけの町になり、以前に示された消滅都市に向かっていくのは確実である。県境に接する鹿児島県の2市も同様に人口減少は加速している。そういう危惧の中で我々は「医療に県境無し」をキーワードに活動し、県境を越えた救急車の直接搬送を最初に成し遂げ、広域搬送の予後悪化リスクを抑えるよう努力してきた。

昨年、九州市長会で「県境を越えた2次医療圏の設定」が主要議題に取り上げられたこともあり、鹿児島県北薩2市の消防本部とのICT連携協定が結ばれ、さらなる実績を上げている。また、医療機関と介護福祉施設間でも「オンライン連携診療モデル」を構築し、迅速な情報共有による高齢者救急対応や、通院に伴う拘束時間短縮、患者・家族・施設の負担を軽減している。現在、「くまもとメディカルネットワーク」（厚生省標準規格）登録は、当圏域人口の43%、鹿児島県域では3000人を超えている。ICTの活用は、圏域間の連携だけでなく、熊本大学病院とのリアルタイム連携も構築でき、3次救急への対応、迅速搬送にも効果を上げている他、医師の育成にも効果がありベテラン医師の指導をリアルタイムで得られる効果があれば、若い医師でも地方で勤務がしやすくなることを実際に経験している（昨年、第125回日本外科学会定期学術集会において「地域外科医療における質向上と働き方改革の両立を目指して～ICT連携モデルの構築～」の演題が特別企画として採用された）。

今後、少子化及び高齢化が進む地域においては「医療・介護包括的支援センター」（仮）を設立し、その提供体制を効率化する必要があると考え、地元医師会他関連団体と協議を始めたところである。

このような対策によって、地域社会のSDGsの一助になると考えているが、現場だけでは解決困難な課題も多い（制度・行政・財源、情報システム、医療・介護連携及び参加動機付け等）ため、普及促進のためには1. 広域連携協議会を設立し（県境医療連携に特化した関係県部局、医師会、主要病院で構成される組織）、2. 同組織化で広域連携に必要な施策を一括して調整する（診療報酬等の制度設計・財源確保、医療・介護関連リソースの相互活用、情報システム標準化・ICT相互活用、救急医療連携等）ことが必要と考えられる。

以上、今回の答申を基に、日本医師会、更には国の積極的指導及び協力をお願いしたい。

◆ ～県と大学と医師会がオール宮崎で～宮崎県

I. 地域の実情に応じた医療提供体制

宮崎県は陸の孤島である。九州で唯一の医師少数県。県内では過半数の医師が宮崎東諸地域の医療圏に集中。それ以外の二次医療圏は県南を除きすべて医師少数医療圏。県内7つの二次医療圏のうち10万人を超える人口の医療圏は3つしかなく残りは10万人をきっている。これらの圏域は更に人口減、高齢化が加速していく。各圏域の医療・介護ニーズも変化していく。高齢者救急への対応、医療・介護連携の強化、在宅医療の推進が大いに期待されてくるが、それに支えるだけの医療・介護体制が持続できるかが大きな課題だ。

また、宮崎県では40代の医師が少なく、60代、70代の医師が増加し医師の高齢化が進んでいる。診療科、特に脳外、外科を目指す医師も激減している。医業継承に関して令和7年4月、宮崎県医師協同組合で組合員にアンケート調査を実施した。対象791医療機関で回答が151医療機関（回答率20%）。現在の診療形態では75%が無床診療所。開設者の年齢は60才以上70%、70才以上24%と高齢化している。今後の継承については「事業売却、第三者への継承、閉院」が全体の35%を占めていた。医業の継続、継承で負担に感じることはい順に①診療報酬による収入減の不安②後継者がいない③物価高騰による経費増加④医療人材の確保が困難⑤施設・設備の老朽化であった。

地域に応じた地域医療を提供するためにはまずは医療機関の安定した経営の確保、そして医師をはじめ必要な医療従事者の確保が不可欠。そのためにも現在の診療報酬の在り方では限界になっているので期中改定も含め、今の物価高騰への対応、人件費の上昇に対応できるような体系になっていくことが急務。また補正予算で現在の切迫した経営の改善につながるよう手当が必要。

宮崎県の医師確保の現状は令和2年度より宮崎大学医学部定員を100人とし、その内40人を地域枠とした。令和元年度から地域枠医師のキャリア形成プログラムを開始した。また令和5年11月には宮崎大学医学部卒前キャリア形成支援プログラムを策定して運用を開始している。

県と大学と県医師会がオール宮崎で医師確保に関する様々な事業に連携して関わっている。また、今年度、宮崎大学・宮崎大学附属病院連携病院理事長/病院長協議会が発足。大学からの医師派遣体制への準備が始まった。文科省の省令に大学の機能に医師派遣が追加明記された。大学に指導医が多く集まらなければこれは絵に描いた餅になってしまいかねない。大学の医師派遣が適切にできるためには、大学の魅力が増すよう、指導医の処遇改善、大学病院での勤務評価の加算（文部教官の評価に加えて）、所得税の税額控除の導入、また大学運営の安定のため運営交付金の増額など実現して頂きたい。

宮崎県のへき地は県北西部を中心に点在しているが、自治体立のへき地公立病院・へき地診療所が医療を提供している。これらの医療提供が持続可能とするため、医療機関の経営統合、分化・連携を進めている。具体的には①県北の

西臼杵郡において令和6年4月より高千穂町国保病院、五ヶ瀬町国保病院、日之影町国保病院の3つが経営統合、機能再編し、西臼杵医療センターがスタート。②令和2年4月より美郷町内にあった国保病院、診療所を機能分化、ネットワーク化し美郷町地域包括医療局としてまとめた。町内の有床診療所を無床化し、もう1つの無床診療所をサテライト診療所化し、中心の病院へ救急、入院機能を一体化した。いずれも首長の英断がなかったら成しえなかったと感じている。③県西部の西諸県域において2市1町の公立病院で地域医療連携推進法人の検討会が設置され協議されたが、合意形成に至らず現在は中断している。医師派遣の受け皿となる地域の医療機関の医療機能を明確化し、医療機関の連携強化の中で地域を面としてかかりつけ医機能を発揮していく事が増々重要になると感じている。

II. 新たな地域医療構想に向けて

令和9年度から新たな地域医療構想が計画されている。令和8年1月からかかりつけ医機能の報告が始まる。できるだけ多くの診療科の診療所、病院に勤務する医師の参加が望まれる。高齢者救急への対応、医療・介護連携の強化、在宅医療の推進、看取りへの対応などが期待されている。まさに地域包括ケアの深化・推進とほぼ一体化した姿ではないか。それぞれの二次医療圏域、あるいは生活圏域で郡市医師会が中心となり、場合によっては隣の郡市医師会との連携も含め、広域的な医療提供も可能となるよう、かかりつけ医機能を面として発揮していくことが地域に応じた医療・介護提供体制へと繋がるものと考えている。県医師会として日医の支援を頂きながら郡市医師会と連携して地域で面としてかかりつけ医機能が発揮できるよう取り組んでいきたい。

◆ ～沖縄県民のヘルスリテラシーを向上させるために出来ること～沖縄県

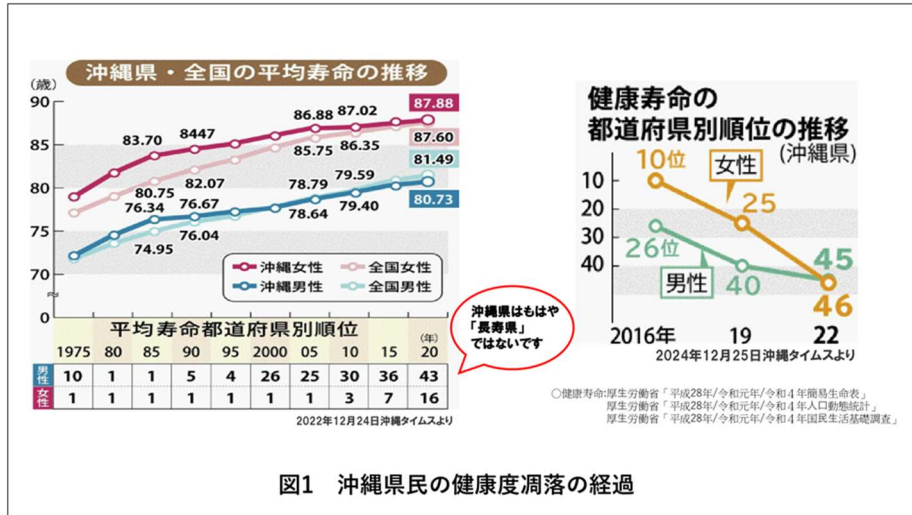
I. はじめに

沖縄県は一時期平均寿命の都道府県順位の高さから「長寿県」とされてきたが、2000年以降その順位の低下が進行し、保健医療界ではその原因を探りながら様々な取り組みを行ってきた。しかし、最近発表された健康寿命において前回2019年の調査と比較して男性45位（前回40位）、女性46位（前回25位）といずれも悪化した。今後県民の健康度を改善方向に舵を切るために、医療を取り巻く現状・問題点を整理した上で、将来取り組むべき施策を考え、これを基に沖縄県の実情に合わせた地域医療構想を練る契機としたい。

急速な高齢化の進展、小児時間外診療受診の多さ、看護師不足による稼働病床制限等の問題はあがあるが、今回は表題の内容に焦点をあてて紹介する。

II. 沖縄の医療を取り巻く現状

1, 沖縄県民の健康度凋落の経過 図1



2, 令和4年人口動態統計保管統計表都道府県編死亡・死因調査からすると、働き盛り世代での早世率が高いことが指摘されており、その中でも高血圧関連疾患による死亡率の高さが指摘されている。

図2

順位	死亡原因	死亡数	男性	女性
1位	高血圧関連疾患	301人	238人	63人
2位	自殺	159人	115人	44人
3位	その他の肝疾患	156人	134人	22人
4位	女性特有のがん	116人	1人	115人
5位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	77人	65人	12人
6位	結腸の悪性新生物	69人	34人	35人
7位	膵の悪性新生物	59人	31人	28人
11位	糖尿病	35人	26人	9人

高血圧性関連疾患内訳は以下のとおり

- 高血圧性心疾患及び心腎疾患
- 急性心筋梗塞
- その他の脳血管疾患
- くも膜下出血
- その他の虚血性心疾患
- 大動脈瘤及び解離
- その他の高血圧性疾患
- 脳内出血
- 脳内出血
- 脳梗塞

令和4年人口動態統計保管統計表都道府県編死亡・死因第2表-47 沖縄県医師会集計

図2 65歳未満（30-64歳）の死亡原因（2022年：令和04年）

その内訳をみると虚血性心疾患、くも膜下出血、脳出血が多いことが分かっている。

図3

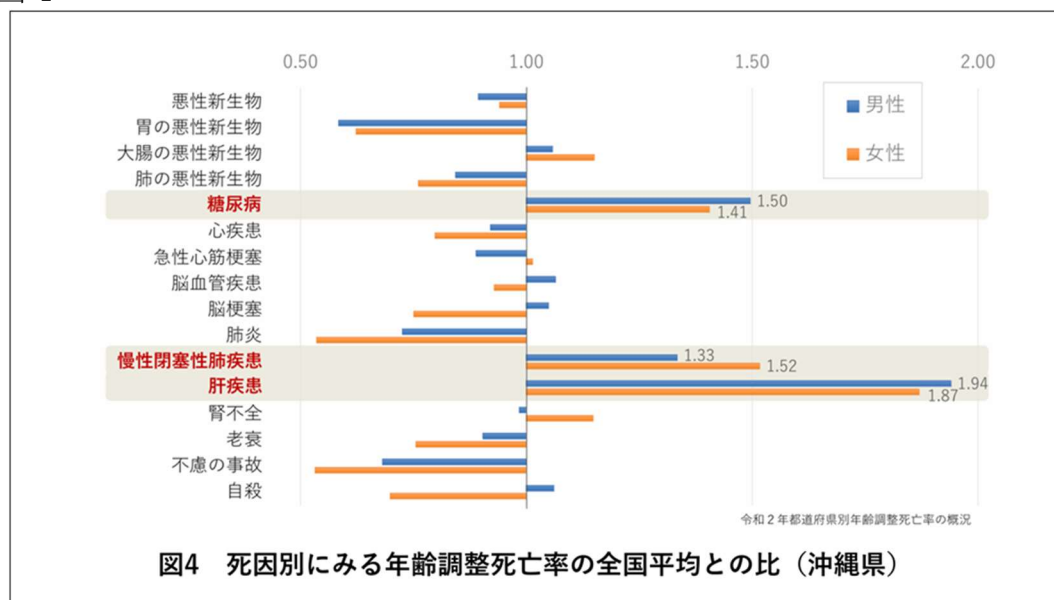
分類名	総数	男性	女性
高血圧性心疾患の及び心腎疾患	12人	11人	1人
その他の高血圧性疾患	24人	19人	5人
急性心筋梗塞	42人	35人	7人
その他の虚血性心疾患	55人	48人	7人
くも膜下出血	47人	32人	15人
脳内出血	81人	61人	20人
脳梗塞	13人	9人	4人
その他の脳血管疾患	人	人	人
大動脈瘤及び解離	27人	23人	4人
	301人	238人	63人

令和4年人口動態統計保管統計表都道府県編死亡・死因第2表-47 沖縄県医師会集計

図3 高血圧性関連疾患内訳

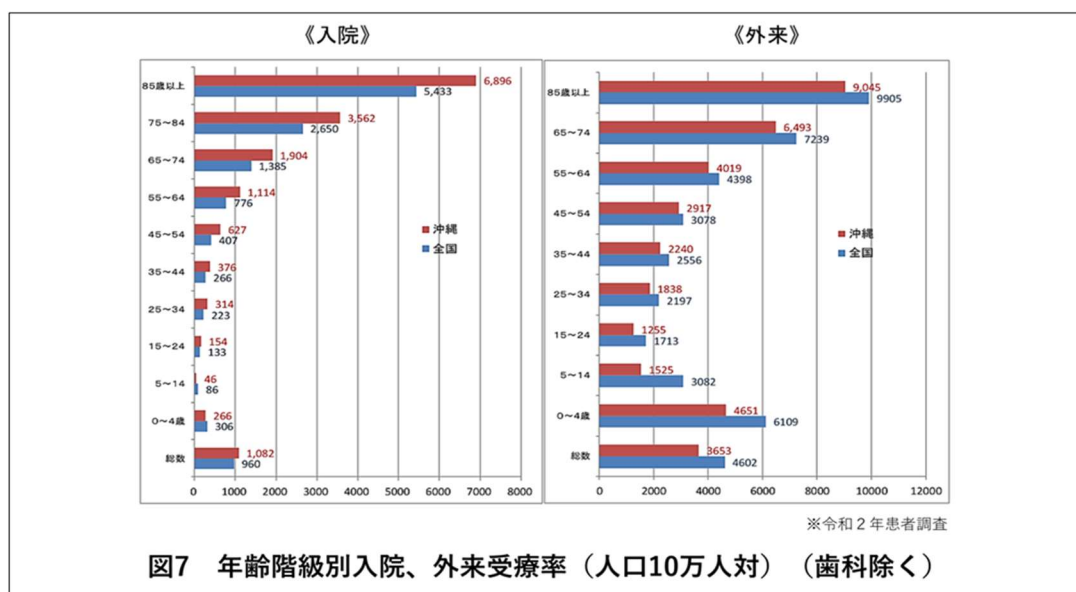
3, 令和2年度年都道府県別年齢調整死亡率調査からすると、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、肝疾患が高いことがわかる。

図4



4, 前期高齢者の健康度の悪化

2, 3の状況を反映するかのように2021年度の前期高齢者における要介護3~5認定率をみても沖縄県は全国で一番高い結果になっていた。図5



Ⅲ. 県民のヘルスリテラシーを向上するために

① 壮年期の高血圧関連疾患の死亡者の多さは、高血圧の未治療者が多いことが推測され、すべての県民に血圧管理の重要性を啓発する必要がある。

年齢調整死亡率の糖尿病の高さは肥満、慢性閉塞性肺疾患の高さは喫煙、肝疾患の高さはアルコール、とそれぞれ生活習慣に関わる疾患が多いことが分かった。①の高血圧と合わせて啓発していくことが重要と考える。

② 上記を反映するかのように労働者の有所見率が高くなっており、産業保健を活用しながら産業界と一体となった取り組みが必要である。しかし、沖縄県は産業医が関われない中小企業労働者・自営業者が人口の半分を占めていると考えられるので、全県民を対象としたポピュレーションアプローチが必要と考えられる。

Ⅳ. 最近の取り組みの事例

特定健診受診率の向上、かかりつけ医をもつことの推進等、沖縄県行政とともに2000年以降取り組んできたが、残念ながら平均寿命、健康寿命の順位に改善の兆しはない。最近の取り組みの一部を紹介する。

① 5者協定

沖縄県・沖縄労働局・沖縄県医師会・全国健康保険協会沖縄支部《協会けんぽ》・沖縄産業保健総合支援センターの5者で沖縄県の労働者の健康状態の改善を目指す取り組みを2021年3月から開始している。

健康経営を実践する企業を募集し、その取り組みの支援を行ったり、郵便局に自動血圧計を設置するなどの取り組みを行っている。今後、各企業に家庭血圧計の設置を推進し、血圧測定を労働者にとって身近なものにする取り組みを行う予定である。

図8



② うりずんフェスタの開催

沖縄県医師会の駐車場、会館内を利用し県民向けに健康啓発を兼ねたお祭りを1年に1回実施している。県内で人気のキッチンカー、カフェに出店を依頼し、30～40歳代を中心とした世代の県民が来場している。今年の2月は3400人の来場があった。楽しみながら医師、医師会を身近に感じてもらう機会になっており、今後は来場者をSNSで繋ぐことにより、「沖縄健康応援団」のようなネットワークづくりを目指している。

図9



これらの取り組みが、今後外来受療率を上げ、入院受療率を減らしていくことを期待する。

◆ 地域医療における大学の役割～働き方改革期の大学病院の再定義と持続可能性確保に向けて～大学病院の立場より

I. はじめに

地域医療における大学の役割は、これまで「医師の育成」と「地域への医師派遣」の2つに大別されてきた。全国の大学は、医学教育と専門研修を通じて地域医療を担う医師を育成し、同時に地域の医療機関へ体系的に医師を派遣することで、地域医療提供体制を支えてきた。特に地方圏においては、大学医局の派遣が医療の質と量の根幹を成してきたと言ってよい。しかし2006年の新臨床研修制度開始以降、大学からの若手医師流出により、各地で医師不足や医局からの引き上げが発生し、「医療崩壊」が現実味を帯びたことは記憶に新しい。こうした危機を受け、国・都道府県・大学がさまざまな医師確保策を講じてきたものの、2024年に本格施行された医師の働き方改革、加えて大学病院の経営悪化や労働環境の相対的な不利が重なり、大学から地域への人材供給機能が再び揺らぐ可能性が高まっている。

II. 地域医療を支えてきた大学の医師確保機能

厚生労働省による医師確保政策の全体像の中で、大学が担う役割は「医師養成数の調整」と「地域枠制度を通じた地域への定着促進」である（図1）。とりわけ地域偏在対策として機能してきたのが、2000年代以降に全国へ拡大した地域枠である。地域枠は、入学段階から地域医療に従事する意志を持つ学生を選抜し、修学資金貸与と義務年限を組み合わせることで、卒業後に地元地域で診療する医師を確保する仕組みである（図2）。また、地元出身者がその地方に定着しやすいということがこれまで経験的に知られており、北海道、東北、北陸地方を中心に地元出身者を優先して入学させる地元出身者枠も作られており、その効果が期待されている。

地域枠制度がスタートした初期には義務履行からの離脱が問題化したが、大学と都道府県の連携強化、入学前の説明と契約書の明確化、専門研修における離脱抑制策などにより、近年は不同意離脱が大幅に減少している。

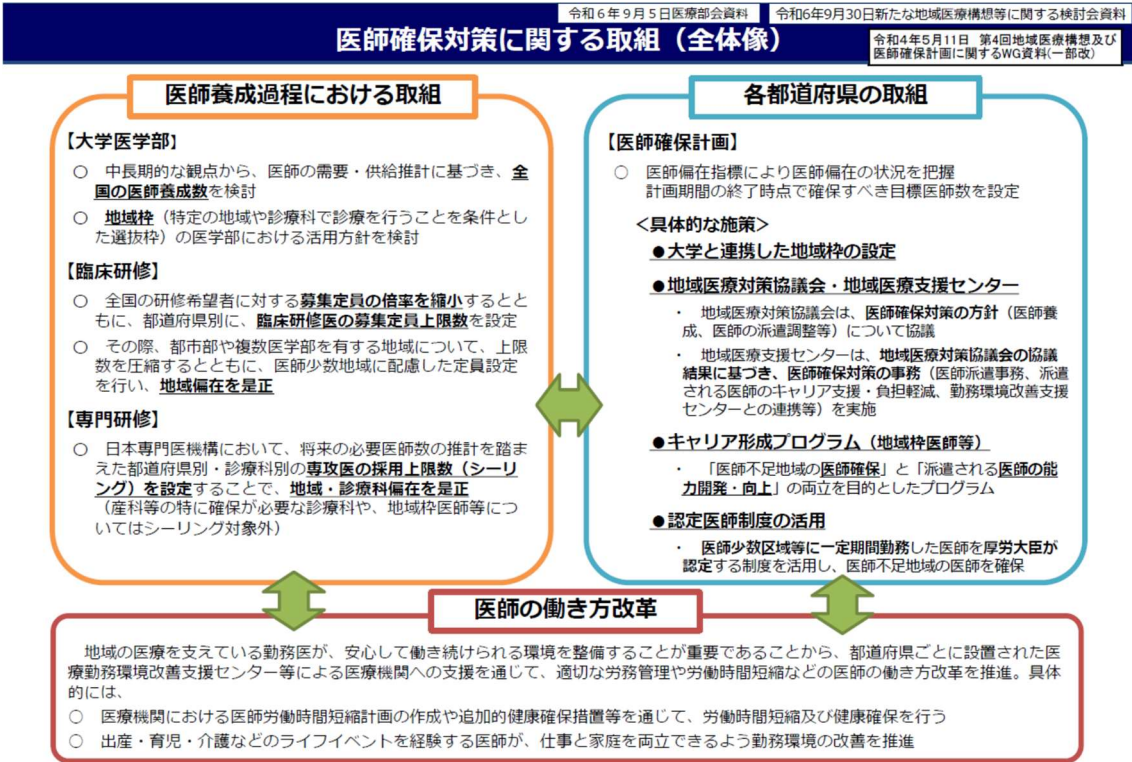


図1 医師確保対策に関する取り組み（全体像）⁸

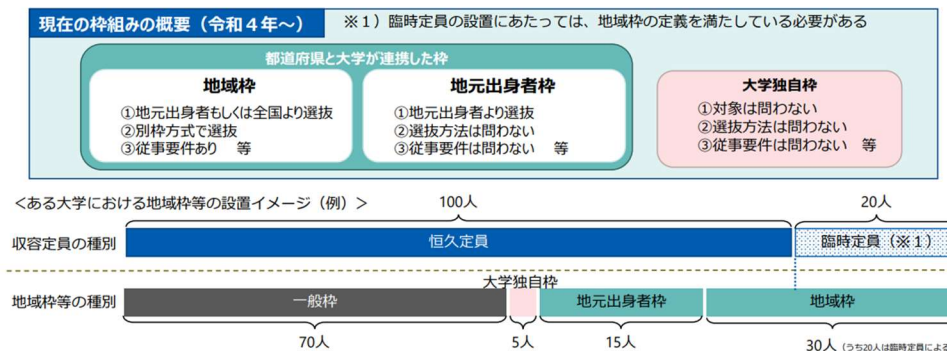
⁸（厚生労働省第9回新たな地域医療構想等に関する検討会：資料1.2024.9.30.20p：80p
（URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001309841.pdf>）

地域枠及び地元出身者枠の概要

第8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
資料1
令和4年10月12日

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。
(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度以降については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。



医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

14

図2 地域枠及び地元出身者枠の概要⁹

現在、地域枠制度の効果として、医師数の少ない地域における若手医師の増加が明確に示されている（図3）。特に35歳以下の医師の伸びは大きく、初期研修から専攻医、さらに義務年限の勤務へとつながるキャリアパスの中で、地域枠制度が一定の成果を挙げている。しかし、義務年限後の定着や中堅医師・専門医の地域偏在改善にはなお課題が残り、専攻医の都市部集中抑制や、地域へ指導医を派遣する仕組みなど、大学と都道府県が協調して取り組む追加施策が求められている。

⁹（厚生労働省第8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（オンライン会議）：資料1.2024.10.12.15p:55p
(URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000999862.pdf>)

参考 **二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）**

- 医師少数区域では、その他の区域と比較して、特に若手医師（35歳未満）の増加数及び増加率ともに大きい。
- 全ての世代の医師については、医師少数区域における増加率はやや大きいものの、増加数は小さい。

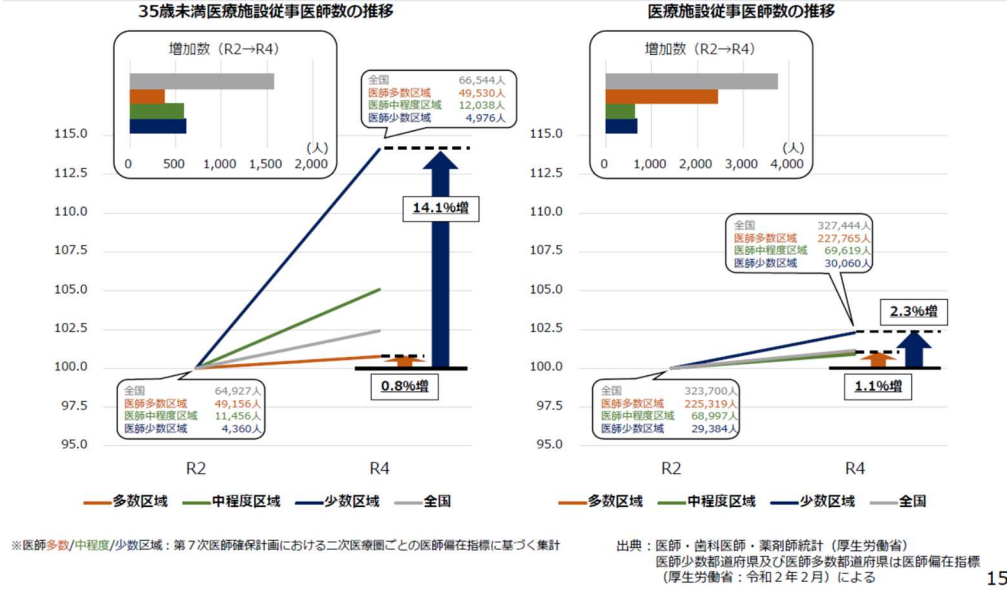


図3 二次医療圏別における医療施設従事医師数推移¹⁰

III. 大学医局による医師派遣の重要性と危機

かつての医局システムは、臨床・研究・教育を担う人材を大学に蓄積し、その上で地域医療機関へ計画的に派遣する循環構造を形成していた。若手医師は大学に所属しながら、地域での臨床経験、大学院進学、研究、留学など、長期的視点でのキャリア形成が可能であった。しかし新臨床研修制度後、若手医師が市中病院を初期研修先として選好する傾向が強まり、大学への入局者減少、大学病院自体の診療体制の脆弱化、さらには研究時間の減少による学術力の低下が生じた。とりわけ地方大学では医師数が少ない中での負荷が大きく、地域医療の基盤が大きく揺らいだ。

大学の努力と地域枠制度の定着、自治体との連携強化などにより、地域への派遣状況は徐々に改善しており、ある一定数の大学からの派遣が県内および県をまたいで行われている（図4）。一方、2024年からの医師の働き方改革は新たな課題をもたらしている。大学医師は本務だけでなく、地域医療機関での当直、検査、外来などの応援業務（いわゆるアルバイト）を通じて地域医療を実質的に支えてきた。しかし労働時間上限の適用により、この「大学医師による地域医療の下支え」が大きく制限される恐れがある。特に医師数が限られた離

¹⁰（厚生労働省第12回新たな地域医療構想等に関する検討会：資料1. 2024. 11. 20. 15p：102p
 (URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001335627.pdf>))

島・へき地や地方圏では、大学医師の応援が途切れれば診療体制の維持が困難となる可能性が高い。

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会資料1
令和6年9月6日

R5.5.26 「今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）資料4より作成

大学病院による医師の派遣機能

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

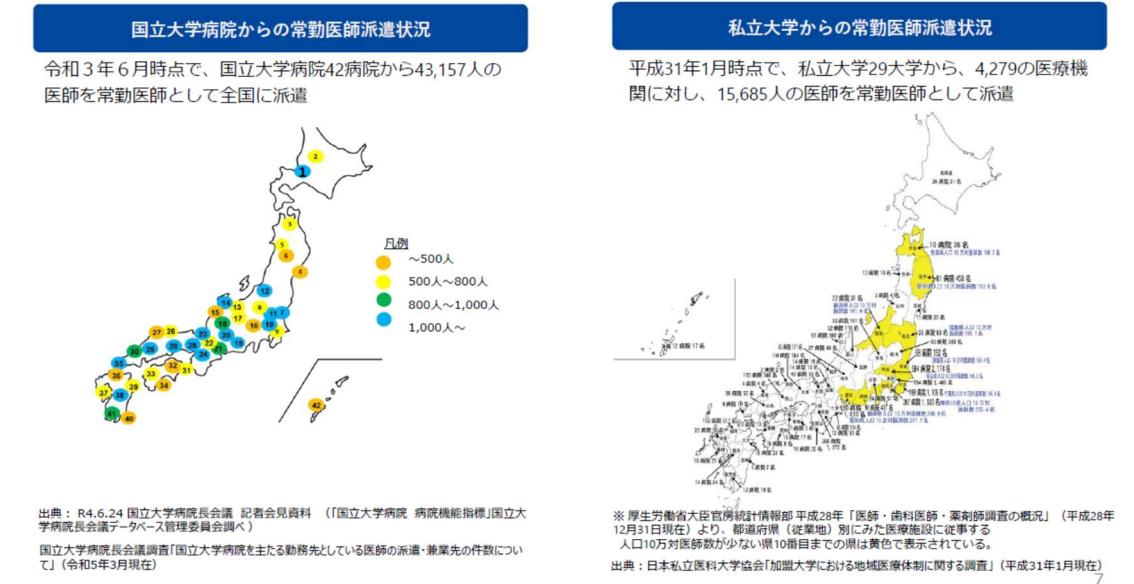


図4 大学病院による医師派遣機能¹¹

大学からの派遣が地域で働く動機として最も大きいことを示すデータもあり（図5）、大学医局が担う派遣機能は現状でも地域医療の生命線となっている。だが大学医学部・大学病院では、賃金が他の医療機関に比べて低く、教育・研究・診療の「三本柱」をこなしながら、最新機器の更新もままならない厳しい環境に置かれている。この環境の中で若手医師が大学に残るメリットを見出せず、人材流出の懸念が一段と高まっている。大学の働き方改革対応、設備更新、教育・研究環境改善には明確な財政支援が不可欠である。

¹¹（厚生労働省第8回新たな地域医療構想等に関する検討会資料
1. 2024. 9. 6. 22p : 38p
(URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001300617.pdf>))

医師少数区域等所在病院等での勤務理由

○ 令和5年3月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が54となっている。

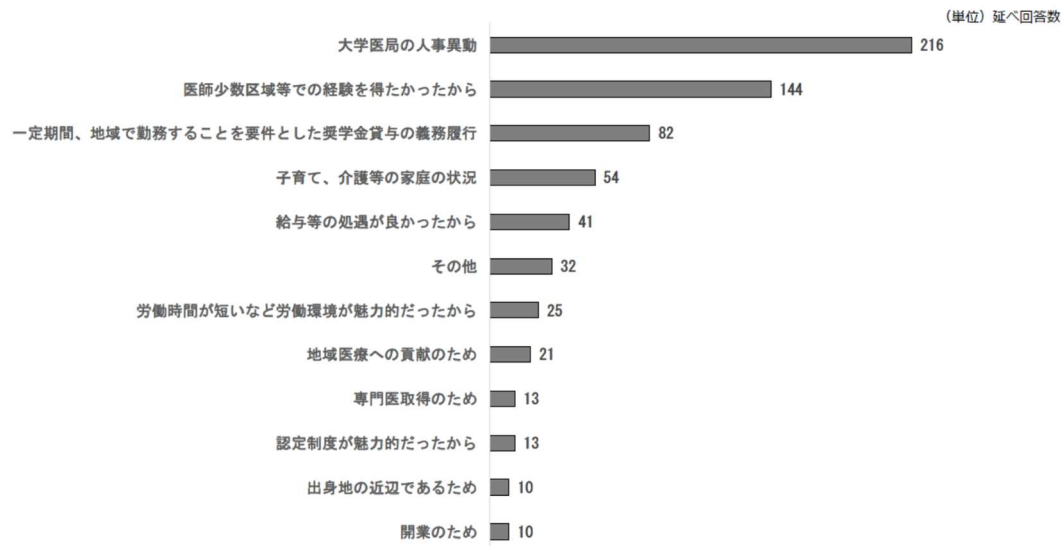


図5 医師少数区域等所在病院での勤務理由¹²

IV. 働き方改革期における大学病院の役割の再定義

厚生労働省は、新しい地域医療構想の中で、大学病院の役割を「広域的機能」として再定義する議論を開始している。その中心は、①医師派遣機能、②医育機能、③広域的診療機能の3点である。これらは今後、病床機能報告や医療機能報告、さらには特定機能病院の要件に含まれる可能性があり、大学病院の責務が制度上も明確化される方向にある。しかし、形式的に「機能強化」を求めすぎると、大学が過度に負担を抱え、若手医師が大学を敬遠するという逆効果を生む。大学機能の強化は、大学の働きやすさやキャリア形成の魅力を高める施策とセットで行うことが不可欠である。となることを、大学、医療界、行政等で社会に対して発信して欲しい。

¹² (厚生労働省第9回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

1.2024.9.30.36p : 80p

(URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001309841.pdf>)

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）



図6 2040年に求められる医療機関機能（イメージ）¹³

V. 政策提言としての視点

本稿で示した現状は、大学が地域医療において果たしてきた役割が依然として不可欠である一方、その持続可能性が過去にないレベルで脅かされていることを示している。とくに次の点は政策上の重要課題である。

①大学医師の働き方改革を地域医療崩壊につなげないための特段の支援が必要である。

大学医師の応援・派遣が制限されることで地域医療の維持が困難となる地域が確実に出てくる。このギャップを埋める政策設計が急務である。

②大学に人材が集まる環境整備が地域医療の生命線である。

賃金水準、教育・研究環境、最新医療機器へのアクセスなど、大学が魅力ある職場となるための投資が不可欠である。

③地域枠制度の効果を中長期的定着策へと進化させる必要がある。

義務年限後のキャリア支援、専攻医の都市部偏在是正、地域で働く専門医の育成体制強化が求められる。

¹³（厚生労働省第8回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

1.2024.9.6.36p : 38p

(URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001300617.pdf>)

- ③ 大学病院の広域的機能の制度化は、財源措置とセットで行うべきである。
機能だけ求め、支援が伴わなければ若手医師の流出を招き、結果として
地域医療が脆弱化する。

VI. 終わりに

大学は、地域医療を支える医師の供給源であり、教育・研究の拠点であり、同時に高度医療の提供者でもある。この多機能を維持するには、大学の負担に依存するのではなく、社会全体で大学の役割を再評価し、必要な資源を投じることが求められる。働き方改革の時代にあって、大学が地域医療を支え続けるための環境整備は急務であり、本稿が今後の議論に資することを期待したい。

◆ ～地域医療対策について～病院団体の立場より

I. はじめに

武見太郎先生は「医療とは医学の社会的適用である」と定義された。そして「医療提供側は、社会(国民や患者)が求める医療を提供しなければならない」と述べている。その意味から、我々は医療制度に適切に対応することが求められる。すなわち、現在進められている地域医療構想、そして診療報酬制度に対し、我々は、真摯に向き合わなければならない。とは言うものの、行政の示した方針をただ漫然と受け止めるのではなく、医療現場の最前線に立つ医療提供者として国民や患者のニーズをしっかりと受け止め、適切に医療が提供できるような制度の構築を目指し、行政に対して提言することが必要である。

令和7年3月、日本医師会、および全日病をはじめ6つの病院団体が物価高などの影響で多くの病院が深刻な経営難に陥っていることを公表した。「ご存じですか? あなたの街の病院がいま危機的状況なのを!! 地域医療はもう崩壊寸前です。」これまで多くの国民は病院経営がこのように深刻な状態であることを理解していなかったかもしれない。その意味からこの公表は、国民をターゲットとし、国民に医療提供体制が危機的状況であることを浸透させ、国民を医療提供者の味方につけるためのメッセージとして大きな意義があったと考えている。

II. 新たな地域医療構想について

新たな地域医療構想においては、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者の増大に対応すべく、これまでの地域医療計画のテーマであった「病床の機能分化・連携」から、入院医療だけではなく、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携などを含め、地域の医療提供体制全体のあり方を検討することになった。検討するにあたっては、国民にとって分かりやすいものかどうかについて議論されるべきである。

入院医療(病院)について留意すべきは、病床機能と医療機関機能について整理することにある。

これまでの地域医療構想において病床機能は【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】に区分されていたが、【回復期】については国民にとっても医療提供者にとっても分かりにくい名称であったことは否めない。【回復期】はポストアキュート、リハビリだけではなく、今後増加することが想定される、いわゆる高齢者救急の受け皿としての急性期医療の一部も担うことも求められる。【回復期】を【包括期】としたことは実際に提供されている機能を示したもので分かりやすい。これまでの地域医療構想で進められた病床機能分化は、一定のアウトカムが得られていると評価される。【包括期】は、これまでの病床機能区分との連続性を保つものでもあり、今後もこの病床機能区分報告が医療提供体制のあり方の指標として有用と考えられる。

これからの我が国の人口構成、疾病構造を鑑みると、必要とされるそれぞれの病床機能の病床数、全病床数に占める割合は大きく変化することは間違いのない。このような状況において病院は、自分が「やりたい医療」ではなく、「地域から求められる医療」を提供すべく、地域の中での自院の果たすべき役割を確認し、運営方針を検討しなくてはならない。そのために地域医療構想調整会議は有用なツールであると認識している。しかし、個人的な見解ではあるが、地域医療構想調整会議のアドバイザーとして出席した会議において、ほとんど議論がなく単なる報告会で終始し、会議を開催したというアリバイ作りでしかないように感じられる場合が少なくない。地域医療構想調整会議というツールが活用されるには、会議を開催する行政の方も含めて、参加者が自分事として積極的に議論を展開することが必須である。全ての参加者が当事者意識を持って議論に参加できるようにファシリテートすることがアドバイザーに求められるように感じられた。

高齢社会を迎えるにあたり、医療を提供する側として「治す医療」を担う病院と「治し支える医療」を担う病院の役割分担を明確化する必要性は、十分に理解できる。一方、医療を受ける側の国民は、そのことを理解しているであろうか。病院の役割分担の必要性について、広く国民に知っていただく取り組みも必要と思われる。そうして国民が病院を受診する際、国民は「どのような病床機能なのか」ではなく「どのような機能の病院(医療機関機能)なのか」を目安に病院を選択すると想定される。その意味から医療機関機能は国民にとってより分かりやすいものでなくてはならない。

現在、地域ごとの医療機関機能として【高齢者救急等機能】【在宅医療連携機能】【急性期拠点機能】【専門等機能】が検討されている。【高齢者救急等機能】は、一般の(超重症ではない)救急医療、高齢者救急、そして早期からのリハビリ(回復期を含めた)を担うなど、地域に密着した中小民間病院がイメージされる。【在宅医療連携機能】は、在宅医療支援としての役割が求められる。すなわち、訪問診療、訪問看護、訪問診療と連携し、レスパイトケア目的の短期入院なども含めた「ときどき入院」に対応すること必要である。これまでの慢性期病院(療養型)がイメージされるが、療養目的の長期入院は介護医療院や

施設の担う役割とされ、慢性期病院としてのあり方を変えていかななくてはならないと思われる。【急性期拠点機能】は、地域の基幹病院、あるいは三次救急として役割が求められる。【専門等機能】は脳神経疾患、循環器疾患、整形外科などのある診療科に特化した専門病院、そして回復期リハビリテーション病院などがイメージされる。この医療機関機能として慢性期病院(療養型)が含まれないことは、国民目線から理解しやすいと思われる。

以上のような医療機関機能が想定されるが、それぞれの地域の実情を鑑みると、一つの病院が複数の医療機関機能を有するとして報告するケースは少なくないと思われるし、それは当然であろう。とは言うものの、一つの病院が三つも四つも機能を有すると報告することになれば、国民にとって分かりにくいものになってしまう可能性はないだろうか。また、【急性期拠点機能】である地域の中核病院が【高齢者救急等機能】や【在宅医療連携機能】という機能も有すると報告した場合(そのようなことが必要な地域もあるかもしれないが)、地域の中小病院の運営を圧迫するものにならないか、あるいは本来求められる役割分担を促す本制度の目的に反するものにならないか、地域医療構想調整会議の場で十分に議論されなければならない。

今後、新たな地域医療構想の運用面を決めるガイドラインが、国において作成されることとなるが、その作成過程、内容についてしっかりと注視していきたい。

III. 診療報酬制度について

前述した日本医師会・6病院団体合同声明において、①「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という社会保障予算の目安対応の廃止、②賃金・物価の上昇を反映できるような仕組みの導入を訴え、これらが6月に閣議決定される「骨太の方針2025」に反映されることが期待される。

しかし、急激に進む物価高騰のなか診療報酬制度改定を待っていられる状況ではない。このような状況下、それぞれの病院は補正予算として挙げられた重点支援地方交付金や地域医療介護総合確保基金の活用を考えなくてはならない。これら資金の分配は都道府県に委ねられていると認識している。これらの活用状況は、都道府県によってかなりの違いがあることが示されている。例えば、物価高騰にかかる医療機関等への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用調査(食材料費)に関しては、許可病床1床あたりで交付する県、稼働病床1床あたりで交付する県(当然後者が適切と考える)、病院の規模別に交付する県など様々である。また、地域医療介護総合確保基金に関しても予算の執行率(執行額/交付額)は、それぞれの地域、それぞれの内容に大きな差がみられる。何を言いたいのかと言うと、国民に対して適切に医療が提供されるために、我々は、それぞれの地域において行政や議員の方々に対して、もっと積極的にものを言うべきであったと。反省を込めて自身の状況を語れば、ほとんどこのような活動をしてこなかった。国レベルに対して日本医師会や病院団体の本部はしっかりと対応している。一方、それぞれの地域において、我々は、そ

の地域で医療を提供する当事者として、その地域で適切な医療提供がなされるように、その地域の行政や議員の方々をターゲットに、働きかけすることが期待される。遅ればせながら、当地域では、市長、県会議員の方々をお招きし、過日公表された日本医師会・6病院団体合同声明について説明させていただく会の開催を予定している。

地域において適切に医療が提供されるためには、その地域における医療提供者である我々と、医療を受ける地域住民の方々と、行政の方々が、地域医療を自分事として意識し、理解し、対応することが望まれる。

第3章 地域の類型に応じた検討について

各地域の人口密度に応じて、地域医療提供体制の課題、対策は異なることを踏まえ、大都市型、地方都市型及び過疎地域型に地域の類型を分類のうえ、それぞれの類型に係る検討を行うワーキンググループを設置した。

○ 大都市型ワーキンググループ構成員

委員氏名	所属・役職
浅井 俊弥	保土ヶ谷区医師会会長
岡原 和弘	堺市医師会会長
落久保 裕之	広島県医師会常任理事
佐々木 聡◎	東京都医師会理事
谷口 洋子	京都府医師会副会長
丸山 泰幸	埼玉県医師会理事

○ 地方都市型ワーキンググループ構成員

委員氏名	所属・役職
青木 秀俊	北海道医師会常任理事
大屋 祐輔	琉球大学病院病院長特別補佐
竹内 浩視	静岡県医師会理事
長坂 資夫	群馬県医師会理事
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

○ 過疎地域型ワーキンググループ構成員

委員氏名	所属・役職
石田 亘宏	三重県医師会理事
伊藤 伸一◎	秋田県医師会副会長
金丸 吉昌	宮崎県医師会副会長
小柳 亮	新潟県医師会理事
坂本 不出夫	熊本県医師会副会長

本章では、各ワーキンググループにおいてとりまとめられた報告書を示す。

◆ 大都市型ワーキンググループ報告書

I. はじめに

本ワーキンググループでは、大都市部における地域医療の現状と課題について検討し、その課題への対応の方向性および大都市部だからこそ果たすべき役割について議論を行った。本報告では、各委員の意見を踏まえた総合的な整理を提示する。

II. 大都市部ならではの課題

大都市部では、救急・急性期医療の集中や医療機能の偏在、医療需要と医療提供体制の乖離などのため、地域完結型医療の実現が困難な状況にある。特に東京などにおいては二次医療圏を超えた患者の移動・流出入が多く、地域完結型医療そのものが成り立たない。

また高齢化の進展、高齢世帯・高齢独居世帯の増加に伴い医療介護ニーズが増大する一方で、生産年齢人口の減少により医療・介護従事者の不足・過重労働・定着困難が顕在化してくる。加えて外国人を含む多様な住民層への対応、美容医療など地域医療に資さない分野への人材の流出など、地域医療の質を低下させかねない課題が複合的に存在している。

III. 課題に対する目指すべき方向性

これらの課題に対応するためには、医療機能の分化と病診・病病連携を強化を推進することが不可欠である。在宅医療の推進、ACPの普及、救急搬送ルール整備を通じて救急の適正化を図るとともに、医師・看護師の働き方改革やタスクシフト、人材定着策を推進することが求められる。

さらに、ICTや医療DXを積極的に導入し、効率的で持続可能な医療体制を整えることが重要である。外国人や多様な住民層への対応体制を強化し、多言語対応や医療相談体制を整備することも必要である。あわせて、医師養成・教育において使命感の涵養、総合診療能力の育成、リスキリング・リカレント教育の充実を図ることが求められる。

IV. 大都市部だからこそ果たすべき役割

大都市部は、高度急性期・専門医療の拠点として全国を支えるとともに、医師養成・研修・派遣の中核的機能を担うことが期待される。また、災害や感染症など広域的な危機管理における拠点機能を果たすことも求められる。

さらに、遠隔医療を活用した人口減少・医師少数区域への支援、多文化・多世代共生型医療体制のモデル提示、急性期から包括期・在宅まで切れ目のない医療提供の実現など、大都市だからこそ可能な役割を果たしていく必要がある。

そこで重要なのは、単に供給を確保するだけでなく、質の担保である。そのためには供給側および受容側ともに地元医師会がしっかり関与し、営利的でない適切な体制を構築する必要がある。

V. 大都市部の医師会として果たすべき役割（総括）

大都市部の医師会は、地域医療の公平性を確保するために医療機能分化と連携を主導し、人材養成・定着・派遣の仕組みを整備する責務を負っている。また、多様な住民層に対応する包括的医療モデルを提示し、ICT・医療DXを活用した効率的な医療提供体制を構築することが求められる。

さらに、災害や感染症においては広域的支援の拠点となり、遠隔医療や多文化対応を先導することで、全国的な展開を牽引する役割を担う。すなわち、大都市部の医師会は、自らの地域医療を守るのみならず、全国の地域医療を支える牽引役としての使命を果たすべきである。

◆ 地方都市型ワーキンググループ報告書

I. 現状の評価と課題

1. 現行の地域医療構想策定時の振り返りと評価（人口動態及び推計含む）

地方都市では人口減少と高齢化が進む一方、医療需要の増加は鈍化し、入院医療は病床利用率から見ると過剰の可能性がある。コロナ禍以降、入院需要は回復せず、疾病構造は変化し、高齢者肺炎や尿路感染症などによる救急搬送・入院が増加している。こうした状況に対応するため、病院の機能分化や再編・統合、在宅療養支援診療所・病院の機能強化が急務である。しかし、病床機能報告と実態の乖離や関係者の理解不足などが課題となっており、「病床中心」から「地域完結型医療」への転換を進める必要がある。今後は、人口動態と疾病構造の変化を踏まえ、柔軟で持続可能な医療提供体制の再構築が求められる。

2. 地方都市（都道府県）内の現状の評価と課題

地方都市では医師養成機関が限られ、医師不足と地域・診療科偏在が深刻化している。若手医師の大都市圏への流出や指導医の高齢化により育成も困難で、医療資源の分散や施設老朽化が質・効率に悪影響を及ぼしている。

新たな地域医療構想では、急性期拠点、高齢者救急・地域急性期、在宅医療等連携、専門等の機能分担・連携が期待されるが、急性期偏重や7:1看護体制を病院のステータスとする意識が再構築を阻害している。開業医の高齢化・後継者不足、在宅医療の担い手不足、訪問看護の営利化も課題である。地域特性に応じた政策対応が必要であるが、国の施策は全国一律で柔軟性に欠けるため、制度設計の見直しが不可欠である。

3. 5 疾病・6 事業及び在宅医療の評価と課題

地方都市では、人口減少・高齢に加え、医療資源の偏在や大都市圏への人材流出等により、医療提供体制の維持と質の確保が困難となっている。従来の二次医療圏単位では限界があり、地域の実状に応じた柔軟な連携と区域の見直しが求められる。

(1) 5 疾病

がん・脳卒中・心疾患では、専門医やコメディカルの偏在、糖尿病・精神疾患では慢性疾患管理や介護、障害福祉との連携が課題である。

(2) 6 事業

救急医療では、二次・三次救急医療機関の機能分化が進まず、三次救急医療機関（救命救急センター等）に高齢者救急や軽症患者が集中し、本来の機能が発揮できていない。

災害医療では、災害拠点病院等と地域との連携が必ずしも十分でなく、実効性ある体制整備が必要である。

感染症・へき地医療では、医師以外の医療従事者や連携する介護従事者を含む人材不足が顕著で、遠隔医療も人材・設備・費用の面から導入が困難。

周産期・小児医療では、従来からの施設・医師の不足・偏在に、急速な少子化の進行による経営悪化が加わり、地域格差が拡大しており、医療のアクセスも課題である。

(3) 在宅医療

開業医の高齢化・後継者不足に加え、医療 DX の遅れと多職種連携のための人材不足が課題である。調整会議の構成員に在宅医療・介護関係者が少なく、医療・介護連携のあり方が多様化する中、在宅医療の質の担保も課題である。

II. 目指すべき方向性

1. 今後の大学病院の医療提供体制の在り方

地方都市の大学病院は、ほとんどの地方において医師養成と高度医療提供の二重の役割を担い、特に県内に一つしかない場合は、専門医研修の基幹施設として指導医の確保が重要となる。また、地域医療の「最後の砦」としての責務に加え、常勤医師の派遣元としての機能も期待されている。

しかし、医師の働き方改革や新制度の影響、コロナ後の空床、人件費・光熱費の高騰などにより、勤務医の確保や経営が困難となっている。これにより診療時間が増加し、研究・教育時間が減少、医師のモチベーション低下と人材流出が進行している。

新たな地域医療構想では、大学病院に対し、広域的な医療提供、人材育成、医師派遣の三機能が求められ、これらの機能に対する評価と予算措置が検討されている。一方で、若手医師の大学離れが進み、派遣機能の維持が困難になる懸念もある。

大学病院の類型化においては、単なる都会・地方の区分では不十分であり、地域の医育機関の歴史や医局機能の強さに応じた類型に分けて対策を講じる必要がある。また、地域ごとの医師偏在や診療科偏在の実態に応じた柔軟な政策が求められる。

医師派遣の継続・強化には、財政支援による経営基盤の強化と、地域枠制度を活用した若手医師の育成・定着が不可欠である。

2. 医療機関機能におけるそれぞれの医療機関の役割

2040年を見据えた地域医療構想では、地域特性に応じた医療機能の明確化が求められている。地方都市型の地域では、以下のような機能分担と課題が浮き彫りとなっている。

(1) 高齢者救急・地域急性期機能

在宅・施設から的高齢者救急が増加する中、複数機能を担う病院では人材確保や急性期機能の維持が困難となり、経営破綻のリスクもある。脳卒中や心筋梗塞などの超急性期対応は、急性期拠点機能に偏らない体制整備が重要である。

(2) 急性期拠点機能

地域医療の「最後の砦」としての高度専門医療の提供と、地域で不足する診療科の医師派遣機能が期待される。若手医師の研修先としての魅力を高め、医師確保とキャリア形成支援の両立を図る必要がある。また、病院数など地域の実情により、高齢者救急・地域急性期機能との役割分担が困難な場合もある。

(3) 在宅医療等連携機能

医師の高齢化・後継者不足により訪問診療の継続が困難となる中、中小病院が介護事業者や行政と連携し、地域の在宅医療を支える体制整備が求められる。

(4) 専門等機能

脳神経外科や整形外科、循環器科など特定疾患に対応する病院や、リハビリテーションに特化した病院などは専門病院として位置づけやすいが、有床診療所や慢性期病院を専門病院と位置づけることには住民感覚との間に乖離がある。

(5) 医育・広域診療機能

複数大学や基幹病院の連携による医師派遣が行われており、医育機能の強化が地域医療の持続性に貢献している。包括期や高齢者救急を担う病院で働く医療者の育成には、リカレント教育の充実や医学部教育段階からの地域医療体験が不可欠であり、総合診療医の育成も重要な課題である。

3. 協議の場としての構想区域の見直し

これまでの調整会議には課題が多く、運営方法の見直しが進められてきた。今後は、病床・外来機能に加え、かかりつけ医や在宅医療、介護との連携も議論の対象となるため、会議の構成自体の再検討が必要である。

医療計画は二次医療圏を基本単位としてきたが、介護は市町村単位で進められており、制度間で単位が異なる。さらに、当地域では患者の受療行動や基幹病院へのアクセスを踏まえると、二次医療圏完結の発想を見直し、柔軟な構想区域の設定が求められる。

在宅医療圏には地域差があり、公立病院や医師会の管轄範囲も異なるため、区域の見直しには現行の在宅医療圏の再検討を含め、地域関係者による丁寧な議論が不可欠である。

4. 急性期から在宅までのそれぞれの段階的医療提供体制・連携

急性期から回復期、慢性期、在宅・施設医療まで、地域の医療機関が役割を分担し連携する体制の構築が求められている。特に高齢者医療では、病院が急性期から慢性期まで柔軟に対応し、在宅医療との連携を強化することが重要である。

現在、急性期から在宅への移行は一定程度機能しているが、在宅医療の質の確保や介護保険制度の運用に課題がある。ケアマネジャーの専門性や中立性、主治医の意見反映の難しさ、認定審査会の実効性など、制度全体の見直しが必要とされている。

地域医療構想の実効性を高めるには、地域診断に基づく医療機能の明確化と、病院単位から地域全体への最適化の視点転換が不可欠である。また、行政の縦割りを超えた協議と意識改革を通じて、将来の人口構成や生活実態に即した医療・介護体制の再構築が求められる。

5. 人材不足下における医療 DX・タスクシフトの取組

少子高齢化と若年層の都市部流出により、医療・介護分野の人材不足が深刻化している。2040年には高齢者人口がピークを迎える一方、医療・介護を担う現役世代は減少し、サービス維持が困難になる。

医師の業務を他職種に分担する「タスクシェア」や、ICTを活用した医療 DX の推進が不可欠だが、地方では電子カルテ未導入や ICT に不慣れな高齢職員の存在など、導入への障壁が多い。さらに、医療 DX 推進のためのシステム導入・維持のための費用負担が大きく、中小病院では対応が困難である。

診療報酬制度が人材配置に基づく構造評価であるため、効率化による人員削減が収入減に直結するという制度的矛盾もある。看護補助者（介護職員）の確保も困難で、病院よりも介護施設の方が処遇改善加算により給与が高いことが一因となっている。

医師不足への対応として遠隔診療が注目されているが、救急対応や介護事業者との連携など、地域住民の定住条件を満たすには限界がある。今後は、医療 DX と多職種連携を組み合わせた総合的な体制整備が求められる。

6. 街づくり（地区診断）の取組

地方都市では医療資源の偏在が顕著であり、人口流出が進む中、限られた資源で効率的かつ質の高い医療体制の構築が喫緊の課題である。その対応には、関係職種が連携し、中長期的視点で地域づくりを進める必要があり、地域の現

状と将来を見据えた「地区診断」が不可欠である。診断では、病床機能報告、外来機能報告、(広域)各構想区域間や隣県構想区域間を対象に患者の(流れ)流入・流出や各種統計・レセプトデータなどを分析し、医療提供体制の実態を可視化することが求められる。この取組は、行政と関係機関が協働して、地域住民の安心・安全な生活を支える基盤となるものである。

◆ 過疎地域型ワーキンググループ報告書

I. 過疎地域における医療提供体制の現状と課題

全国的に人口減少と高齢化が同時に進行する中、特に過疎地域では医療提供体制の維持が限界に近づいている。人口減少は患者数の減少を招き、医療機関の経営を逼迫させる一方、高齢化の進展により慢性疾患や多疾患併存、高齢者救急への対応など、医療需要の質は増大している。この結果、需要の減少と複雑化が同時に生じ、地域医療に二重の負荷を与えている。

医療資源の確保は喫緊の課題であり、医師・看護職員・薬剤師などの人材不足が深刻である。若手医師の都市部志向や専門医制度の影響により、地方への定着率は低下している。診療所管理者の高齢化や後継者難も顕著で、特に産科・小児科・外科など体力負担の大きい診療科では廃院・閉院が相次ぐ。結果として、地域完結型医療が成り立たず、広域搬送が常態化している。

さらに、**地理的条件や気象条件による交通制約**も過疎地域特有の課題である。地域によっては、冬季の積雪や道路事情により、救急搬送や通院が困難になり、重症患者の予後や住民の安心感に影響を及ぼしている。加えて、公共交通機関の縮小や運転免許返納の増加が通院困難層を増やしている。

経営面でも、物価高騰や人件費上昇に対して診療報酬が追いつかず、医療機関の経営悪化が進む。電子カルテ導入・更新費用の負担、控除対象外消費税の問題も重なり、医療のICT化が遅れている。特に小規模診療所では電子カルテ標準化への対応が困難で、ICT格差が地域間の医療格差を拡大している。

一方、地域包括ケアの推進に向けた在宅医療の整備も地域差が大きい。夜間・休日対応や急変時の入院連携が脆弱な地域もあり、医療と介護の切れ目のない連携が十分に機能していない。高齢者のICTリテラシー不足や通信基盤の未整備も課題であり、遠隔医療やオンライン診療の普及には社会的支援が必要である。

過疎地域のもう一つの特徴は、**医療需要と供給の不均衡**である。需要の減少によって診療所同士が競合関係に陥り、一方で広域的な専門医療は不足する。経済的採算性の観点から新規開業も難しく、結果として「必要な医療がない」「あっても維持できない」状況が拡大している。これらの要因が複合的に絡み合い、地域医療の持続可能性を大きく揺るがしている。

II. 目指すべき方向性と今後の展開

過疎地域の医療提供体制の再構築には、①**広域・県境を越えた医療連携**、②**ICTを核とした効率的ネットワーク形成**、③**人材の確保・育成と新しい働き方改革**、④**地域包括ケアと在宅医療の統合強化**、の4本柱が必要である。本答申P.74～新たな地域医療構想と熊本県の課題・提言―ICTと連携で支える持続可能な地域医療モデル―の熊本県・鹿児島県の連携が好事例である。

まず、**県境を越えた救急医療体制の整備**が不可欠である。県境医療において重要なことは県境を越える医療圏連携を前提に、ICTで救急搬送と医療・介護の情報共有の強化、消防機関と病院間の救急ICT連携を推進する。熊本県水俣市では、救急現場から病院へ心電図や映像情報をリアルタイム共有する体制を構築し、搬送時間の短縮と医師の負担軽減に成功している。こうしたモデルは、広域医療連携の先進事例として他地域にも展開可能である。

次に、**ICTと遠隔医療の積極的活用**が求められる。オンライン診療や遠隔画像診断を介護施設や在宅現場とも連携する仕組みを構築する。電子カルテや退院サマリのオンライン共有を標準化し、医療・介護間の情報断絶をなくす。これを支えるため、5G通信網整備、マイナンバーカード・HPKIを活用した本人認証、自治体によるICT支援員の配置など、制度・技術両面での基盤整備が急務である。

人材確保と働き方改革では、大学・医師会・自治体が連携し、地域勤務医へのインセンティブやキャリア形成支援を強化することが重要である。広域連携協議会と包括的支援センターを整備し、制度・財源・システム標準化を調整、住民負担を減らし医師育成を支えることも重要である。地域枠医師や修学資金貸与医師を機能強化型診療所に優先配置し、過疎地域での研修・勤務の仕組みも検討する必要がある。また、医師のみならず訪問看護師・リハ職・薬剤師など在宅支援人材を計画的に育成し、定着を図る必要がある。医師派遣力強化のためには、大学病院への運営交付金増額や指導医への税制優遇（税額控除）など、国レベルの支援が不可欠である。

さらに、**地域包括ケアの深化と在宅医療の強化**を進める。在宅診療・看護・介護を統合した「地域在宅推進センター」を医師会主導で設置し、24時間対応体制と電子情報共有を整備する。住民・自治体・医療機関が一体となった見守り・支援ネットワークを形成し、予防医療や健康づくりを地域全体で推進することが重要である。

最後に、**診療報酬制度と財政支援の抜本的見直し**が必要である。物価・人件費上昇に対応した期中改定の実施、電子カルテ導入費への公的補助、控除対象外消費税問題の解消、地域医療基金の創設など、持続的な財源確保策を講じるべきである。

III. まとめ

過疎地域の医療は、単に医師不足の問題ではなく、**人口動態・経済・交通・ICT・教育・社会構造の複合課題**である。これを克服するには、行政・大学・医師会・住民が一体となり、「ICT×人材×地域包括ケア」を軸とする新たな地域医療モデルを構築することが求められる。過疎地域の課題解決は、地域の生存戦略そのものであり、「医療から始まる地域創生」として取り組むべき国家的課題である。

◆ おわりに

本報告書はまず全委員がそれぞれの地域における医療課題、新たな地域医療構想について文章を作成し委員皆が各地域の状況を把握するよう努めました。その上で、各地域の人口密度ごとに大都市型、地方都市型、過疎地域型のワーキンググループを設置しました。それぞれの課題を整理し、再度原稿を集めまとめました。各章からキーワードを拾ってみました。

住民のヘルスリテラシーの向上、東日本大震災の影響、幅広もしくは広大な地域の中で地域医療構想を進める難しさ、昼夜間の人口の変化を加味する必要性、医療圏を都市型・住宅型・中山間方に分ける考え方、医療圏の整理統合、地域枠の有用性と今後の課題、県による総合医局構想、直美問題対応、オンライン診療の必要性、救急医療を守るための選定医療費の導入、かかりつけ医が在宅医療をになう必要性、病病連携の必要性、メガホスピタルによる地域医療連携、どこに住んでいても必要な高度医療、等々です。

まさに全国の地域医療の課題、そしてその対策が含まれた内容になりました。会員のそれぞれの地域において、本報告書が明日からの地域医療を考える参考になれば幸いです。