

医療提供体制改革の展望 —医療機関の機能分化と連携、 医師偏在対策を中心に—

～日本医師会の立場より～

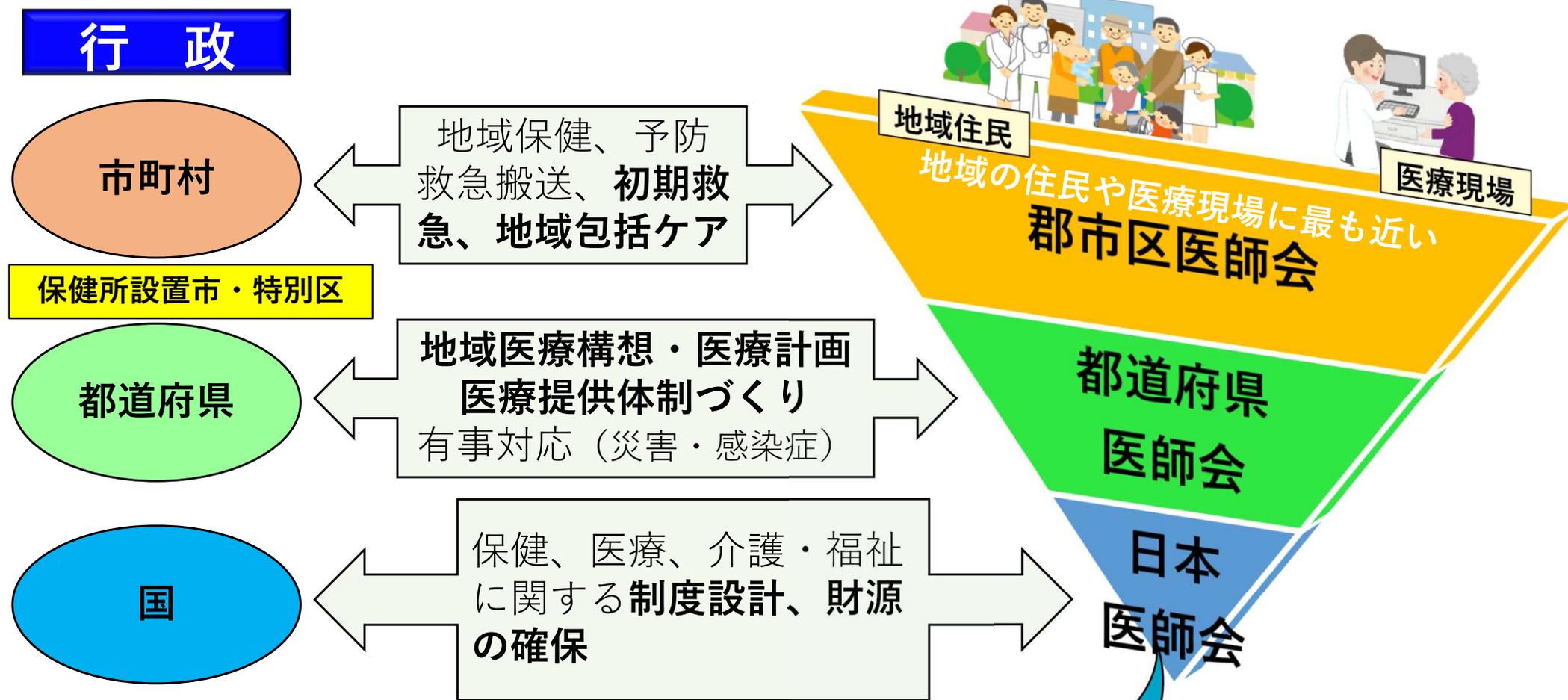


常任理事 城守 国斗



医師会の「三層構造」によるネットワーク

全国の地域医療、地域包括システムをカバー



日本医師会の使命

地域の住民や医療現場に最も近い郡市区医師会、地域医療構想や医師偏在対策など医療政策の実施を担う都道府県行政のカウンターパートの都道府県医師会と連携し、各地域でそれぞれの実情に応じた体制づくりができるよう国の制度設計や財源確保に努める

日本医師会員総数
会員数 177,383人
(2024.12.1現在)

医療現場の声を**国に伝え**、**届けて**制度や財政支援策に反映させる。
現場の声を反映した国の政策を**地域に伝え**、**届けて**円滑に地域医療、地域包括
ケアシステムが構築され、推進されていくようにする。



伝える。届ける。

優れた医療・介護を すべての人へ、次世代へ。



かまやち さとし

わたしの思い

「未来に」伝える。届ける。

国民皆保険制度による日本の優れた医療・介護体制を堅持します。
小児科医の経験を活かし、子どもたちの笑顔を作ります。
すべての人に明るい未来を目指します。

「国民に」伝える。届ける。

感染症等の有事にも、平時の医療体制を提供します。
予防できる病気を防ぐため、希望する人へのワクチン接種を推進しま
す。
すべての人が健やかに過ごせるよう、健康増進に努めます。

「地域に」伝える。届ける。

医療・介護の従事者を確保し地域医療を充実させます。
高齢化率の高い地域でも患者さんを支えます。
災害に強い街づくりを推進します。

「行政に」伝える。届ける。

地域保健・公衆衛生活動を充実させます。
日本医師会が目指すかかりつけ医機能を推進します。
地域の実情に応じた医療現場の声を行政に伝えます。

<全国知事会との意見交換会（2024年12月2日）にて>

- これから地域において、人口動態の変化、人口構成が大きく変わっていくことは、地域によって様々な違いがある。それぞれの地域に合った形できちんと対応の計画を考え、準備をしなければならないと強く思う。
- 新型コロナウイルス感染症の折に、各地域の状況は色々だったが、各知事の優れたリーダーシップのもとで情報共有され、**医師会も、大学病院や地域の病院も一致団結して取り組むことができた。非常に良い対応ができた。**
- そのことを参考に、情報を共有しながら、一番の課題はどこなのかという共通の思いの中、行っていくことが大事だと思う。
- 一方、**新たな地域医療構想ができ上がって「いざ」というところまでに、もう事態がどんどん進んでしまっていて間に合わないのではないかという強い懸念も、都道府県医師会から出ている。**
従って、**なるべく早い段階でしっかり構想を作り、着々と進めていくことが極めて重要**だと強く感じる。



上：釜淵副会長
左下：村井全国知事会会長
（宮城県知事）



かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて ～日医の考え方を基にした法改正～

国民

医療機関

平時

現在は「医療機能情報提供制度」という制度があることも国民には知られていない。

「医療機能情報提供制度」を国民に分かりやすい内容に改め、フリーアクセスにおいて国民が「医療機能情報提供制度」を活用し、適切な医療機関を自ら選択できるよう支援を行う。

各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を通じて横糸を紡ぎ、それによって「地域における面としてのかかりつけ医機能」が織りなされ、さらに機能を発揮していく。

日常診療時より、他の医療機関と連携し、急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行う。

令和5年5月成立の
改正医療法を含む全社法

かかりつけ医機能報告の基準は、
令和7年4月の施行に向け、
現在、厚労省分科会にて検討中

感染症発生・まん延時

有時

地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関を平時から明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていく。

令和4年12月成立の
改正感染症法等

医療措置協定の締結を進めている

かかりつけ医の定義(日医・四病協合同提言より)

かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつきり」、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、こうした活動を国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	行政等（国・都道府県・保健所・市区町村・自治会等）の委員、医師会・専門医会の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、レセプトの審査委員会、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、事業主健診（特定健診・特定保健指導）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医学部等における地域医療等についての講義・講演、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見制度における診断書の作成、死体検案、医療DX（地域医療情報連携ネットワーク等への参画等）、医療GX（医療機関等における温室効果ガス削減等の取組等）、論文執筆等の学術活動、高齢者・障害者施設への対応、地域における症例研究（J-DOME等）など

**地域に根差した活動は、医師偏在対策にもつながる。
地域医師会にとって、そうした活動は重要な事業であり、地域で不足している機能を面で支えていくことにつながっている。**

かかりつけ医機能の制度整備にあたっての 日本医師会の主な考え方

令和5年2月15日に日本医師会は定例記者会見を開催し、「かかりつけ医機能の制度整備」について以下8項目を中心に改めて考えを示した。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。

診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。

1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられない。

「人头払」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。

かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。

必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。

医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

新たな地域医療構想へ向けて

- まず、新たな地域医療構想の大義や目的の共有を
- 「医療機関機能」は「病棟機能」の総和→複数の選択可を
- 4区分継続であれば「回復期」の定義と名称の見直しを
- 構想区域は規模に応じた「分割」や「合併」の柔軟な対応を
- 在宅医療圏は「市町村単位」で構想区域と連携を
- 「地域医療介護構想」への変革と調整会議の活性化を
- 予測と異なる実態を踏まえ「現状投影型モデル」から「新たな推計」へ
- 地域特性を踏まえて地域の裁量拡大を
- 医療機関の健全経営の担保を踏まえた議論を
- 医療計画と整合した中間見直しを（2024/2030/2036年）

日本医師会として
「回復期機能」から
の名称や定義の
変更を提案

2040年頃を見据えた 新たな地域医療構想 包括期機能

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

制度改正につながる

病床機能区分

機能の内容

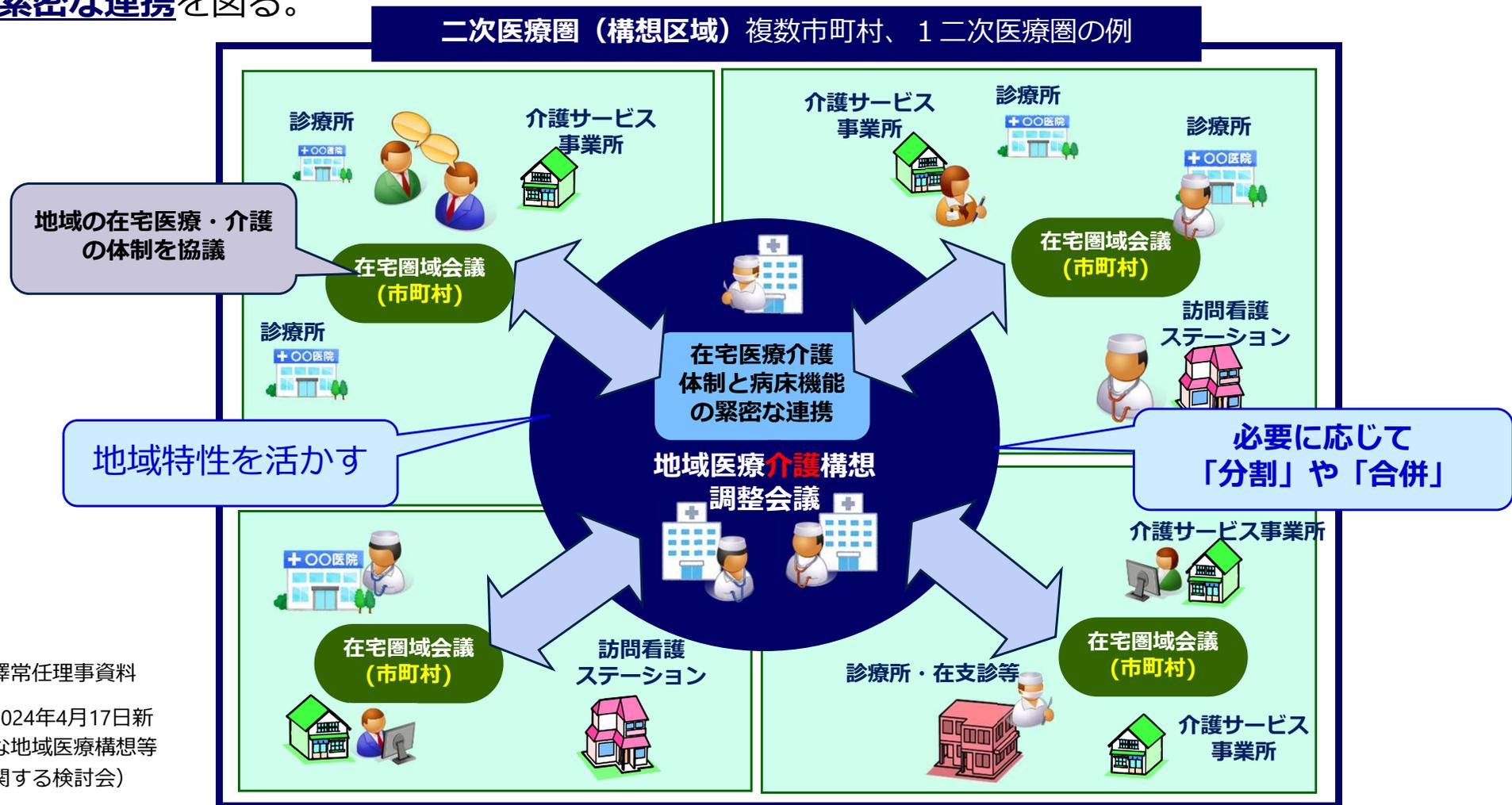
高度急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

日本医師会より、介護関係者や、介護事業を担う市区町村関係者が地域医療構想に大きく関わるべきと提案

「地域医療構想」から「地域医療介護構想」へ

新たな地域医療構想では、地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制を整理する

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。

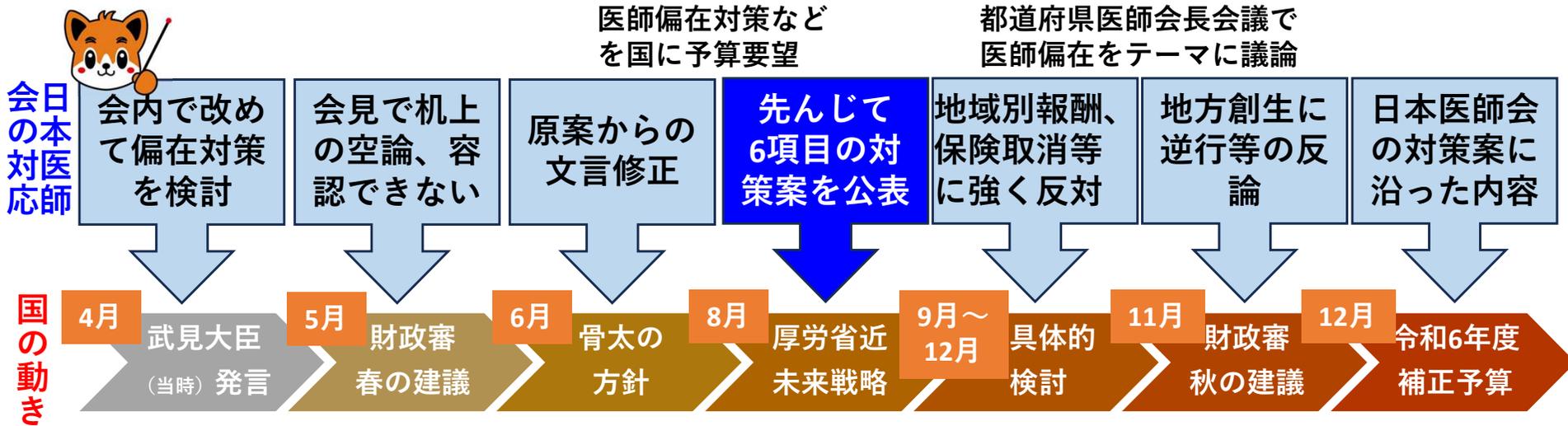


江澤常任理事資料

(2024年4月17日新たな地域医療構想等に関する検討会)

医師偏在対策

国の動きと日本医師会の対応



日本医師会
の対応

国の動き

- 前例にとらわれない偏在対策
- 地域ごとの医師数の割り当て
- 地域別診療報酬を活用したディスインセンティブ
- 医師過剰地域での新規開業規制
- 地域枠の活用、大学病院の医師派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育
- 経済的インセンティブ
- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大
- 総合的な対策のパッケージを年末までに策定
- 医師確保計画の深化
- 医師の確保・育成
- 実効的な医師配置
- まずは新たな地域医療構想検討会、医師養成課程の偏在対策検討会の2つの検討会で検討
- 保険医療機関の不指定、指定取消を求める主張は却下（そうした意見の掲載のみ）
- 次に、医療部会と医療保険部会で検討
- 自由開業制・自由標榜制の規制
- 外来医師多数区域での保険医新規参入制限
- 地域別診療報酬単価、診療科ごとの医師偏在基準
- 「特定過剰サービス」として診療報酬を減算するディスインセンティブ
- 医師不足地域の診療所の承継・開業の支援、リカレント教育の実施及び医師のマッチングの支援等（総額109億円）

総合的な対策パッケージ（12月25日）
医師偏在の是正に向けた

医師偏在に対する日本医師会の考え方（令和6年8月21日）

医師偏在については、一つの手段で解決するような魔法の杖は存在せず、解決のために、あらゆる手段を駆使して複合的に対応していく必要がある。日本医師会は、これまでも医師偏在対策に取り組んできたが、未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える中で、国民の生命と健康を守り適切な医療を引き続き提供していくため、もう一段階ギアを上げて、医師偏在対策に主体的かつ積極的に取り組み、地域医療の強化につなげていく。

都道府県における議論とこれまでの取り組みは引き続き充実させていくことを前提としつつ、以下6点の取り組みを進めるべきである。

1. 公的・公立病院の管理者要件

現在、2020年度に臨床研修を開始した医師から適用されている医師少数区域勤務経験を求める地域医療支援病院の管理者要件の対象病院を、今後医師免許を取得する医師のキャリア形成などに十分に配慮した上で、公的・公立病院にも拡大する。臨床研修医への導入や、いわゆる後期研修医などの若手医師の研修で、医師少数地域での研修期間をのばすプログラムも検討する。

2. 医師少数地域の開業支援等

医師少数地域において新たに診療所を開業する医師に対して、開設から一定期間の資金支援策を創設するとともに、医師少数地域で働く医師（勤務医・開業医）の確保・派遣を強化する。

3. 全国レベルの医師マッチング支援

医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を行いつつ、医師少数地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを創設する。

4. 保険診療実績要件

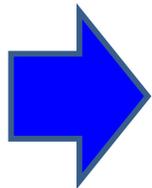
保険医療機関の管理者として、卒後一定期間の保険診療実績の要件を加え、保険診療の質を高める。

5. 地域医療貢献の枠組み推進

現行の地域に必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入する。

6. 医師偏在対策基金の創設

上記の施策を5～10年で推進するための1,000億円規模の基金を国において創設する。



厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」取りまとめ、令和6年度補正予算等の取りまとめ等に概ね反映

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に対する評価

日本医師会は、令和6年8月21日に医師偏在対策に対する6項目の提案を行ったが、これにより、議論が相当進み、令和6年12月25日には、厚生労働省より「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が公表された。



日本医師会の評価

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」では日本医師会の提案内容が概ね盛り込まれており、基本的には評価できる。

かねがね「医師偏在を一つの手段で解決するような『魔法の杖』は存在せず、その解決のためには、あらゆる手段を駆使して複合的に対応していく必要がある」と述べてきたが、今回の総合パッケージでは、その考えも踏襲し、「医師偏在は一つの取組では是正が図られるものではない」と認識した上で、「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、医師養成課程の取組等の総合的な対策」を基本的な考え方にしている。

医師偏在対策における予算編成

日本医師会の考え方

医師偏在には、一つの手段で解決するような「魔法の杖」は存在せず、様々な手段を駆使して複合的に対応する必要があります。一つの施策で対応すると大ナタを振るうこととなり、地域医療が崩壊しかねません。また、若い世代だけでなく、全ての世代の医師が地域偏在に対応しなければなりません。

今後、未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える中、将来の医療を担う若手医師の声を傾聴していくことも重要です。

骨太の方針2024(抜粋)

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、**総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定**する。



厚労省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」(2024年12月25日)が公表された。

令和6年度補正

全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援などできるものから対応

令和7年度予算

令和7年の通常国会で議論

令和8年度予算

令和7年6月の骨太の方針に財源について記載することが重要