

令和7年度第1回都道府県医師会長会議（報告）

日時：令和7年5月20日（火）14：10～

場所：日本医師会館1階大講堂

参加：田名会長

1. 開会

城守常任理事より開会が宣言された。

2. 松本吉郎日本医師会長挨拶

現在、国会では医療法の一部改正に向けた審議が進められており、この法改正により、地域医療構想の見直しや医師偏在対策の実施、そしてこれらを支える医療DX推進のための措置が講じられると認識している。日本医師会としては、法案成立を見据え、3月19日に担当協力者会議を開催し、今後の対応について協議している。今年度中に国において関連ガイドラインが作成され、都道府県においては2026年度に新たな地域医療構想が策定され、2027年度以降に順次取り組みが開始される予定である。本日は討議をコンパクトにしていただき、テーマ以外に報告事項があるのでよろしく申し上げる。

3. 協議

テーマ「地域医療構想について」

Dグループに所属する7医師会から事前に提出された意見を基に、以下のとおり発言があった。

①Dグループによる討議

○北海道医師会

北海道における人口10万人対医師数は、全国平均262人に対して僅かに下回り254人となっている。二次医療圏別にみると全国平均を上回っている医療券は21のうち3圏域しななく、地域によって格差がある。地域医療構想の目的である「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、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」ことを達成するためには、まず医師の地域偏在解消が前提となると考えている。

厚生労働省が示した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」については、多面的な対策が盛り込まれているが、医師の自主性と経済的誘導が

主であるため、実効性に疑問がある。これらの状況を踏まえ、このパッケージで医師の地域偏在が解消されるのかについて、日本医師会の考えを伺いたい。

○千葉県医師会

千葉県全体としては、将来的な人口減少はごくわずかで、高齢化率は少し上昇すると予測されている。地域医療構想調整会議が始まってからの10年間を振り返ると、かなりの変化が起こっており、地域医療構想は十分に役立っていると評価している。具体的な変化の例として、▷国立病院の一つが慢性期病院に転換した。▷千葉市立病院の一つが慢性期病院に変更した。▷規模の小さい自治体病院が入院機能を停止し、外来のみとなったところがある。▷民間病院が急性期病床を回復期病床に変更したり、高齢者施設に転換した。

調整会議で医療圏別の将来像を示すことによって、各病院の関係者が自身の病院の将来像を想定でき、経営面からも変更の方向性が見えてくるので役立っている。

○石川県医師会

石川県の4つの公立病院は、病床稼働率が6~8割と低く、物価高騰による人件費や物品費の増加が経営を圧迫している。危機的な状況から、それぞれの4つの病院はサテライトとなり、代わりに輪島市能登空港付近に新しい病院が建設されることになった。

新しい病院やサテライトでは、幅広い怪我や疾病を診られる総合診療医を大学で育成し派遣し、三次救急患者はドクターヘリで救命救急センターへ搬送する体制が取られる。また、在宅医療などのアウトリーチが必要であることから、石川県医療在宅ケア事業団を中心に、Doctor to Patient with Nurse (D to P with N) のオンライン診療を本格的に立ち上げている。これは在宅医療だけでなく、介護施設や高齢者施設の看護師がWith Nurseとして嘱託医のオンライン診療も行う計画である。

○静岡県医師会

特に過疎地域では高齢化率が高く高齢者単独世帯が広域に散在しており、在宅医療の提供体制を維持することが容易ではない状況であり、介護保険施設等での施設入所が在宅医療を補完する「施設在宅」を含めた検討が必要であると考えている。今後さらに高齢化が進み点在する在宅高齢者への対応で増大が見込まれる医療機関・介護事業者の人的・物的負担や経費増大に対して、国が必要かつ適切な費用を診療報酬で賄えるのか危惧している。

また、費用増大を緩和するための「効率化」として「施設への集約」が進む

可能性も懸念しており、施設入所による「かかりつけ医」からの切り離しが、高齢社会で「面で支えるかかりつけ医機能」を破壊し、地域医療崩壊につながる可能性があるのではないか。これらの懸念を踏まえ、日本医師会に対し、▷日本医師会として、在宅医療を将来にわたって維持・推進していくつもりがあるのか。▷その際、「施設在宅」にどう対応するのか。▷財源確保も含め、どのような方法で実現していくのか、考え方・方針を示してほしい。▷2040年の地域医療について、どのようなデザインを日本医師会として描いていくのか伺いたい。

○大阪府医師会

大阪府は「大阪アプローチ」として、地域医療構想調整会議にあたる保健医療協議会を通じて診療実態分析や病院プラン策定を進め、医療機能の分化を図っている。大阪府全体で約10,300床の回復病床が足りないとし、自主的な機能転換が進められている一方で、実際の入院実績が推計値を下回る状況も見られる。

今後の新たな地域医療構想では、入院医療だけでなく、外来・在宅医療や介護との連携を含む医療提供体制全体の在り方が問われている。

大阪府では全病院を対象とした病院プラン提出により、診療実態に基づく機能転換の議論を着実に進めており、地域医療構想調整会議の役割が今後さらに重要になると考えている。

医療提供体制の再構築は時間をかけて段階的に進めるべきであり、各医療機関には一定の経営的余力が必要である。しかし、現場は物価高騰、人件費上昇、診療報酬上の制約といった複合的な課題に直面しており、こうした状況での機能転換や役割分担の実行には限界がある。持続可能な医療提供体制の確保に向けて、「骨太の方針2025」に現場の声が的確に反映されるよう、日本医師会に強力な対応をお願いしたい。

○鳥取県医師会

今後、鳥取県では医療需要が減少すると見込まれており、この変化を見据えながら、必要な病床数と病床機能をどのように設定し、確保するかが重要である。

新しい2040年に向けた取り組みは医療機関の「機能の分化」が中心になる。計画されている連携・再編・集約化のうち、「連携」は聞こえは良いが、裏を返せば「病院の淘汰」を意味すると考えられており、厚生労働省が過去に整理対象病院リストを出したように、今回も同様のリストが出されるのではないかと危惧している。

新たに求められている介護分野との連携は、これまでの地域医療構想調整会

議ではほとんど議論されておらず、鳥取県内でも連携の話を持っている地区は少ない。

鳥取県は医師過剰県とされている、医師の3分の1が60歳以上であり、病院勤務医の平均年齢も50歳と高齢化が進んでおり、働き盛りの30代の医師が少数になっている。今後は医療の高度化・専門文化が進むことにより、医師の働き方改革の影響も懸念されることから、どのように医師を確保するかが重要である。残念ながら、鳥取県に将来的に残ってくれる若い医師は、ほとんどが地域卒の医師であり将来を考えると厳しい状況である。国に対して、鳥取県が医師多数県とされている考え方を改めてもらいたい。

医療提供体制の再編成を進めるためには、まず病院の経営の安定化が不可欠である。現在、税引き前利益でも赤字化している病院が徐々に増えており、こうした状況では機能転換や役割分担の実行に限界があると感じている。

○長崎県医師会

長崎県は、医師多数県である一方、65歳以上の高齢化率は全国で徳島県に次ぐ2位と非常に高く、また、有人離島が51あり全国的にも離島が多いという特徴がある。地域医療・介護・福祉等のあるべき姿を議論するため、3年前から長崎県の包括的な地域医療を考える研究会を作り、地域医療と介護の連携を進めている。この状況の中、情報共有のためのツールとして地域医療情報ネットワークである「あじさいネット」が存続の危機に直面しており、全国医療情報ネットワークに統合されることへの懸念や、行政からの支援・補助が削減・打ち切りになる可能性を危惧している。また、当ネットワークを会費で維持していること、情報提供病院のサーバー更新費用（約1,200万円）への基金活用について、国は機能追加等に伴う更新は基金対象と認める方向性を示しているものの、県がそこを納得できていない状況であり、基金の更なる活用を要望したい。

また、離島医療の難しさを克服するため、五島という離島ではモバイルクリニックとして、多機能な車を使って看護師が出かけて行き、オンラインで医師から指示をもらい、さらに薬の配送にドローンを使う実証も始めている。離島医療の難しさを様々なツールで克服しようと努力している。

Dグループ討議の後、Dグループ以外の参加者から述べられた意見は以下のとおりである。

②全体討議

○新潟県医師会

新しい地域医療構想が出てくるが、原稿の地域医療構想の総括や検証を行

う必要があると考えるがご意見があれば伺いたい。

○福井県医師会

検証は当然必要だと思う。福井県では病床目標は達成されつつあるものの、包括期（回復期）の不足や急性期とのバランスに課題があることを共有している。医療圏ごとに状況が大きく異なるため、次の2040年に向けては、疾病別（がん、在宅など）で医療圏の考え方も変えるべきではないかという声が出ており、福井県独自で検討を進めており、国もこのような取り組みを容認している。

○長崎県医師会

総括や検証をする前に、物価高騰などの影響で病院の経営が悪化し、閉院する病院が出始めている現状があるので、医師会として経営相談窓口を設置し相談に乗っている。地域医療構想の「集約化」に対して、住民視点では分散型で便利な場合もあるのではないか。特に分娩施設のように二次医療圏に一つでも必要とされる機能が失われる状況があることを挙げ、行政に寄り添うのではなく、住民に寄り添う形で考えるべきと考える。

○静岡県医師会

医療・介護連携を進める上での看取りに関する国民的な考え方を考えるための国家的な取り組み（ACPの啓蒙など）が必要である。これは病院で死にたい国民が多い現状に対し、在宅や介護連携には国民が自宅などで最期を迎えたい気持ちになる必要があり、それは国家的な事業としてやるべきだと考えている。

○群馬県医師会

地域医療構想の議論の出発点であった「ベッドの取り合い」は、ベッド数の返上希望が多数出ている現状ではもはや議論の対象ではない。今後は、介護系はより小さい地域、救急やがん医療はより大きい地域など、機能に応じて議論すべきと考えている。

○栃木県医師会

地域医療構想が開始された当初、国からの「急性期を減らし回復期を増やせ」という指示を県がそのまま伝える形で進められた。しかし、栃木県の実情としては回復期は十分に足りており急性期が必要であったため、県の計画は地域の実情に合わないものであった。このような状況について、県の行政力が弱く、国の指示をただ伝えるだけの「郵便配達業」のようになっている現状があり、県が自県の実情に照らして適否を判断し、国からの指示に対して力を持つべきだと考える。

③同テーマについて事前に寄せられた都道府県医師会からの質問に対する日本医師会執行部の答弁

まず、江澤常任理事より「新たな地域医療構想等について」以下のとおり回答が述べられた。

1. 新たな地域医療構想等について

(1) 現行の地域医療構想の総括・評価、新たな地域医療構想(2040)との整合性(茨城県、東京都、神奈川県)

(2) 地域医療構想の将来展望、2040年の地域医療についてのグランドデザイン(茨城県、静岡県)

- 2025年の全国における必要病床数119.1万床に対し、病床機能報告上の2025年の見込み数は119.0万床であり、急性期病床が減少し回復期病床が増加していることから、一定程度の進捗はみられると評価されている。しかし、この進捗は医療機関が厳しい経営環境下で診療報酬改定に対応した結果であり、地域医療構想調整会議の議論よりも診療報酬改定が牽引してきた側面があることが国の検討会でも指摘された。
- 新たな地域医療構想では、地域の実情と将来の医療需要に応じた、より実りある有意義な協議が求められるので、この協議において、都道府県医師会・郡市区医師会のより一層のリーダーシップが期待されている。
- 2040年の必要病床数の推計に関しては、「治す医療」よりも「治し、支える医療」の選択する高齢者の増加や在宅医療・介護の拡充等を背景に、入院患者数の減少や介護保険施設の稼働率低下といった足元の状況が生じている。従来の性年齢階級別現状投影モデルに加え、足元の状況と推計値の乖離を加味した必要病床数の修正見直しを適宜行うことを要望し、受療率の変化等を踏まえ定期的に(例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等)見直しを行うこととされた。
- 新たな地域医療構想において入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護連携等も対象とし、医療関係者、介護関係者、都道府県、市町村等の関係者が、かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータに基づき、地域の現状と将来の医療需要・資源状況を踏まえ、課題を共有し、対応を検討・協議を実施する。
- 本年6月に策定予定の「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」では、日本医師会は、医療提供体制の議論のみでは完結しないことから、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」への変革を従前から要望してきた。取りまとめに「地域完結型の医療・『介護』提供体制を構築する必要がある」と記され、介護保険事業を運営する市区町村関係者の調整会議への参画も明

記されたことから、内容的には「地域医療介護構想」に近づいたものと評価されている。

- 今後、地域医療構想は医療計画の上位概念となり、地域医療構想に即して定める医療計画についても、介護保険事業計画等との整合性を図りつつ対応していく方針である。
- 調整会議や協議の場の議論が極めて重要であり、各医師会がリーダーシップを発揮できるよう日本医師会からも情報提供や相談対応を行う。

(3) 都道府県の地域医療構想調整会議の権限と財源、調整会議への地域住民や医療従事者の意見反映、会議の透明化、医療機関間の利害調整・合意形成促進策、外来・在宅医療・医療介護連携等の地域の医療提供体制全体の協議、都道府県医師会・郡市区医師会の関与・役割（茨城県、神奈川県、兵庫県、広島県）

- 新たな地域医療構想においても、都道府県が構想を策定し、その財政支援として地域医療介護総合確保基金の都道府県計画を活用する枠組みに変更はない。
- 現行のガイドラインでも、構想策定段階から地域の医療関係者、保険者、患者・住民の意見を聴く必要があり、都道府県はタウンミーティングやヒアリング等、様々な手法で意見反映の手続きをとることが求められている。
- 協議の透明性を確保するため、患者情報や医療機関の経営に関する情報は非公開とする一方、その他の場合は公開とし、協議内容・結果は原則として周知・広報することが求められている。
- 医療機関間の利害調整や合意形成のため、医師会以外の構成団体への働きかけとして、関係団体との協議体の設置や、市町村単位での在宅医療・介護提供体制に関する協議の場の設置など、「顔の見える関係」の構築が有用とされている。

(4) 医療機関の集約化の在り方、患者の医療へのアクセス権（兵庫県）

- 新たな地域医療構想では、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進される。集約化は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例の医療提供が想定されている。
- この集約化に関する議論は、状況によっては構想区域や二次医療圏域を超えた議論も予測される。集約化が進む中で、かかりつけ医機能を担う医療機関と急性期拠点機能を担う医療機関の連携は益々重要となる。集約化に関する議論は、地域の実情に応じて展開されることが求められている。

(5) 圏域を超えた病院の再編・統合、大規模病院の新設（兵庫県、広島県）

- 個別事例について申し上げることはできないが、圏域を超えた病院の再編・統合や大規模病院の新設については、あくまでも郡市区医師会をはじめ地域の関係者による協議によって行われるべきものであり、地域医療対策協議会も都道府県が都道府県医師会等の関係者と協議の上で計画策定されるべきものと認識されている。
- 再編される大規模病院についても、データに基づいた将来の医療需要を見極め、提供する医療に応じて真に必要な病床数を検討することが求められ、健全経営の担保の視点も重要である。近隣の既存の医療機関等との役割分担と連携や、地域に支障のない人材確保についても、十分に事前協議が必要とされている。

(6) 各医療圏等での問題点、解決方法を事例毎に収集し、総括的な情報として提供（茨城県）

- 日医総研では、都道府県別・二次医療圏別や市区町村別の医療・介護提供体制のデータ集（偏差値等で数値評価したもの）を提供している。地域医療連携ネットワーク等や、地理情報システム（GIS）による医療アクセシビリティ分析等の調査研究も公開されている。
- また、日本医師会地域医療情報システム“JMAP”では、地域の人口や医療資源等のデータを組み合わせて分析でき、最近マップ表示機能等の改修も行われたため、活用が推奨されている。

(7) 都道府県知事の権限行使（大阪府）

- 新たに整備される病床の許可に当たっては、現行の医療法第7条第5項に基づき、都道府県は当該構想区域において不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与することが可能とされている。この規定は、一般論として、既存の医療機関の再編統合に伴う新医療機関の開設の場合にも適用可能であると認識されている。
- これらの規定の目的や内容を踏まえ、今後、新たな地域医療構想に関するガイドラインが検討される中で、医療機関の再編統合の場合における病床機能の選択の在り方も課題として議論に臨んでいく。

(8) 高齢者救急と下り搬送システム（山梨県）

- 「下り搬送」については、好事例をもとに令和6年度診療報酬改定で新たに評価されたが、下り搬送に付き添う職員の不足や、受ける側の医療機関のイ

ンセンティブがないこと等により、必ずしも円滑に取り組まれていない状況もあると考える。そのため、各医療機関の状況を踏まえた話し合いが重要。

- また、令和6年度診療・介護報酬改定における高齢者施設と医療機関の連携の促進により、「下り搬送」をしないで済むケースを増やすことも方策として考えられている。

(9) 在宅医療、地方における訪問診療実施医療機関の増加策、在宅医療への病院関与の促進策（山梨県、静岡県、山口県）

- 在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて地域によって大きく異なり、減少する二次医療圏もあれば、5割以上増加する二次医療圏も存在する。
- 現状では、高齢者人口に対する訪問診療患者数の割合は、東京都、神奈川県、大阪府のような都市部の二次医療圏で高く、地方都市等の人口規模が小さい二次医療圏では低い傾向にある。
- しかし、地方都市等の人口規模が小さい二次医療圏では、がん末期等の一部患者を除き訪問診療の提供ができない介護保険3施設の定員が、高齢者人口に対する割合として高い傾向にある。
- これは、介護保険施設が在宅の訪問診療を補完する役割を担っていることを意味する。したがって、在宅医療の提供を議論する際には、介護保険施設の配置も踏まえた提供体制の議論が不可欠である。
- 今後、地域医療構想調整会議で在宅医療を議論する際には、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の共有も含めて、地域の社会資源を考慮した過不足のない提供体制を構築する視点が求められる。
- また、在宅医療患者の約6割が集合住宅で医療を受けていることから、住まい政策との連携も必要で、特に近隣の住み替えの場合には、本人の意向を尊重し、これまでのかかりつけ医を継続することが望ましい。高齢者住宅において主治医の変更を入居要件としている場合は見直すべきと国の検討会でも強く主張されている。

(10) 介護保険の保険者単位、介護施設の必要数、介護サービス、介護財源と提供体制維持とのバランス、介護・医療の人員配置基準（兵庫県、鹿児島県）

- 保険者の単位について現時点でも、隣接する市町村が協力して広域連合や一部事務組合を設置し、保険財政の共同化や事務処理等が行われる。
- 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（2040検討会）では、将来的に人口規模の小さい市町村同士が合併して保険者となることも視野に入れるべきと発言されている。
- 今後、社会保障審議会の介護保険部会や介護給付費分科会等で制度や報酬等

の対応が検討される予定である。

- 人員配置基準の緩和については、質の確保に課題もあるため、今後の審議会等において慎重に検討する必要があると考えられている。
- 新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、調整会議でしっかりと議論できるよう、平素から介護構想を議論する協議の場を市町村に設置することが提案されている。
- 医療療養病床から介護医療院等への移行についても、調整会議で必要性を議論し共有していくことが方策として考えられている。

(11) 医療機関機能（急性期拠点機能）（山口県）

- 急性期拠点機能は、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、医師や症例等の集約化を目的としており、地域の実情を踏まえた一定水準を満たす役割を有する医療機関が報告を行う機能とされている。
- 急性期拠点機能を持つ病院の数は、アクセスや構想区域の規模も考慮して、構想区域ごとに設定されることになる。「どの程度の病院数」という意味合いや概念を含め、詳細は医療法等改正法案の成立後、ガイドラインにおいて検討される予定で、補助金のあり方も含めて、この議論に臨んでいく。

(12) 地域医療介護総合確保基金（山口県）

- 地域医療介護総合確保基金の事業区分 I-1 は、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」とされている。厚生労働省が示す標準事業例では、これに「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」が含まれており、具体的には、「急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備の整備を行う」ことが示されている。具体的な問題事例がある場合には、日本医師会に相談していただきたい。

(13) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け（福岡県）

- 厚生労働省検討会の「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」の報告を踏まえて、新たな地域医療構想における精神医療の位置付けについて、病床機能・医療機関機能の区分、精神科特有の構想区域、精神病床の必要病床数の推計方法、協議の場の範囲や参加者など、具体的な内容は今後、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論することとされている。
- 特に、病床機能・医療機関機能の区分や構想区域については、精神医療の特性に即した独自の制度整備とすることが適切であると考えられており、これ

らの点についても今後の検討の場で議論される予定である。

(14) 医療 DX の性急な推進に伴う高齢医師の廃業問題、医師の事務負担増への対策（茨城県、兵庫県）

- 日本医師会は医療 DX に対する基本姿勢として、日本の医療制度から国民も医療者も誰一人取り残さず、かつ医療 DX の恩恵を享受できるようにすることを掲げている。
- DX 推進の大前提として、紙カルテを利用中の医師が今後も医療提供を継続できることが重要視している。医療 DX が性急に推進され、IT が得意でない医師が廃業に追い込まれる事態を起ささないよう、引き続き努めていく。
- DX により新たな事務作業が発生し、医師の負担が増加する可能性が指摘されており、医療現場の負担が軽減されるよう取り組んでいく。

2. 医師偏在対策、医師・医療従事者確保等について

今村英仁常任理事より「医師偏在対策、医師・医療従事者確保等について」以下のとおり回答が述べられた。

(1) 厚生労働省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」で医師の地域偏在は解消するか、医師偏在が解消された後も医師が地域に長期的に定着するための対策（北海道、兵庫県）

- 厚生労働省の対策パッケージは、日本医師会が提案した医師偏在対策が概ね盛り込まれており評価できるものの、そのパッケージ単独では医師の地域偏在は解消されないと考えている。
- 医師の地域偏在を解消し、医師が地域に長期的に定着するためには、都道府県医師会・都道府県行政・大学等が一体となった取り組みが重要で、日本医師会は、臨床研修修了後や地域枠義務年限終了後も地域に留まるための取り組みへの柔軟な支援を国に求めており、これが医師の長期定着につながると考えている。
- 対策パッケージを踏まえた施策は大規模だが、これまでに各都道府県医師会が行政や大学等と取り組んできた様々な活動（地域医療対策協議会、地域医療支援センター事業、地域枠運用、ドクターバンク、啓発活動等）が、新たな地域医療構想や地域包括ケアシステム等と組み合わせることで効果が発揮されると認識している。これらの取り組みの効果を発揮するためには、人材確保に苦慮している地域の医療機関等に対する支援が不可欠で、日本医師会としては、医師偏在対策を5～10年で推進するための1,000億円規模の財

政支援を求めている。

- 医師偏在対策には、住民・患者の医療のかかり方・受療行動の意識改革、集住化等の都市政策や交通手段の確保等も関連してくるので、日本医師会として、これらの要素を多角的に捉え、多面的に医師偏在対策に取り組んでいく。

(2) 地方における医師、看護師等の医療従事者の不足問題への対策（富山県、山梨県）

- 日本医師会は、医師不足地域の判断は医師偏在指標だけでなく、住民の医療機関へのアクセスや人口動態など、地域の実情を多角的に考慮すべきだと主張している。重点医師偏在対策支援区域の選定も、地域の実情に応じて市区町村単位等でも考えられ、地域の関係者の協議を経て行うことが適当としている。
- 医師不足対策として、日本医師会は「医師偏在是正に向けた広域マッチング事業」を展開していく。
- また、令和9年度からの重点支援区域への医師手当事業開始に向けて、都道府県医師会等が主導性を発揮できる制度設計と財源確保に努める方針である。
- 医師だけでなく、看護師等の医療従事者確保も重要であり、特に地元定着率の高い医師会立看護養成所への財政支援やサテライト化などを協議している。日本医師会認定医療秘書の推進も含め、地方で地域医療を支える医療従事者の確保策にも取り組む。

(3) 特に人材の供給予測、人材確保、医療需要予測に基づく各職種の地域毎の必要量の提示と対策立案、地域医療構想と医師偏在対策との連携状況と具体的な連携内容、病床機能毎の必要とされる医師数（東京都、兵庫県）

- 「骨太の方針2024」では、地域医療構想の対象範囲が、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携に加え、「人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大する」とされた。
- 超高齢社会の進展に伴い、地域に根ざした医師・医療機関の活動が特に重要であり、これを支える事務職員を含む医療関係職種の確保も必要とされている。特に看護職員の将来需給見通しは2025年までが示されているが、今後の推計には新たな地域医療構想を算定の基礎に加える必要があるとされている。
- 他方、医療機関機能の「急性期拠点機能」により、人材の集約化が進むことが見込まれている。
- 大学病院本院の役割としては「医育及び広域診療機能」が明確化され、広域

的な観点での常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育を含む医療従事者の育成、および広域的な診療の総合的な担い手としての役割が求められ、都道府県と連携してこれらの機能を地域全体で確保するとされている。

- 日本医師会は、医療関係職種の確保を含む多面的な課題に対応していく。
- 「新たな地域医療構想等に関する検討会」においても医師偏在対策が検討されており、日本医師会も議論に参画している。
- ただし、医師を含む各職種の地域ごとの必要数や定数を算定することは非常に困難であり、上限設定や強制配置といった規制的な手法につながるおそれが非常に大きいため、慎重に対応していく必要がある。

(4) 新たな地域医療構想が医師の労働環境に与える影響（兵庫県）

- 医師の働き方改革は、2035年度末を地域医療確保暫定特例水準終了年限としており、これは2040年までの新たな地域医療構想の期間と重なる。医師以外の職種の働き方改革についても、例えば日本医師会は「勤務間インターバル制度導入促進のための広報事業」の検討に加わっている。
- 日本医師会は、四病院団体協議会との懇談会で、釜范副会長が「勤務医の環境改善も協議しながら、今後も医療界が分断されることなく、まとまって底上げを図らなければ国への影響力も弱まる」と医療界の協力の重要性を強調した。また、勤務委員会と病院委員会の合同委員会では、松本会長が「病院経営や医師の働き方に日本医師会がしっかりと関わっていくことが究極的には組織強化につながる」と述べた。
- 新たな地域医療構想においては、労働環境整備支援策の効果測定までは検討されて、今後の策定ガイドラインの検討の場などでは、医師の労働環境の改善も念頭に置いて議論が進められる予定である。

(5) いわゆる「直美」問題への対策（茨城県）

- いわゆる「直美」問題については、厚生労働省に「美容医療の適切な実施に関する検討会」が設置された。この検討会において、日本医師会は美容医療の安全性への懸念や、一般の保険診療に与える影響・弊害について問題提起を行い、行政による監督を強化する方向性が打ち出された。
- これを受けて提出された医療法改正案には、美容医療を行う医療機関に対し、安全確保の状況等を行政へ報告することを義務付け、その内容を公表することなどが盛り込まれている。
- 今後は、関係学会によるガイドラインの策定などが予定されており、日本医師会としても引き続き注視し提言を行うなど、美容医療の適正化に向けて努めていく。

(6) 医業承継のモデルづくり（茨城県）

- 日本医師会は、多くの都道府県医師会が取り組んでいる第三者医業承継を重要な事案と認識している。日本医師会自身も、医業承継を支援するために、日医総研による実態調査、「診療所のための医業承継（第三者承継）のてびき」の刊行、地理情報システム（GIS）による医療アクセシビリティ分析：承継シミュレーション等の取り組みを行っている。日本医師会は、これらの取り組みを継続して進めていく。

4. 報告

①令和7年診療所の緊急経営調査について

城守常任理事より以下のとおり説明が行われた。

- 調査の目的は、医療法人および個人を含む全国の診療所の令和5年度と令和6年度の経営データを取得し、今後の議論に備えることである。特に、地域に根差す診療所が患者への医療提供を安定的に継続するために必要な対応を検討すること、そして財務省からの財政的調査にも対抗できるデータを得る。このデータは、来たる令和8年度診療報酬改定に向けた重要な客観的根拠となる。調査の概要は以下の通り。
- 対象：日本医師会 A1 会員の診療所管理者（院長）約 72,000 名（ほぼ全数調査）。病院についても追って調査が実施される予定である。
- 調査内容：令和5年度および令和6年度の経営収支（医業収益、医業費用、医業利益、経常利益、給与費、医薬品・材料費、委託費など）。患者数、経営課題、経費削減のための対応なども含まれる（任意回答）。
- 調査手法：Web 調査と郵送調査を併用。対象者には Web 調査画面の URL、ID・パスワードが郵送され、Web 回答が難しい会員向けに紙の調査票と返信用封筒も同封される。
- 調査スケジュール：調査票の発送は5月30日（金）から6月12日（木）にかけて順次行われる。締め切りは7月14日（月）。
- 調査結果の報告時期は8月半ばから9月上旬頃を予定。

②ベースアップ評価料について

長島常任理事より以下のとおり説明が行われた。

- 令和6年度診療報酬改定で導入されたベースアップ評価料の届出状況は、4月末時点で病院が9割に対し、診療所は以前の2割から増えたものの4割にとどまっている。少なくとも5割以上の診療所に算定・届出をしてほし

い。

- 「賃金改善実績報告書」の提出が、大幅に簡素化されたので、算定・届出が済んでいない医療機関に安心して取り組める状況になった。

③日本医師会会費減免対象者の拡大について

城守常任理事より以下のとおり説明が行われた。

- 日本医師会では、令和5年度より、従来の臨床研修医A②(C)及びC会員を対象とした会費減免の対象を拡充するかたちで、医学部卒後5年間の会費減免を実施している。
- 地域医師会から、病気や留学などを理由に、医学部卒後5年間を経過しても、A②(C)及びC会員の対象となる医師の会費減免の適用について要望が寄せられてきた。
- そのため医学部卒後5年目以降の臨床研修医についても会費減免の対象とし、日本医師会入会の門戸を広げることを目的に、令和8年度より実施する。
- 今後の予定として本件は6月22日開催予定の第159回日本医師会定例代議員会に上程される予定である。

④外部理事・外部監事の選任について

城守常任理事より以下のとおり説明が行われた。

- 公益法人が適正に運営されるためには、理事会（理事）による職務執行の監督、監事による職務執行の監査等を通じたけん制機能が発揮されることが不可欠であり、理事会や監事がその機能を発揮する上で、法人外部からの視点を取り入れることが重要であることから、理事及び幹事の各一人以上は、法人外部の人材を選任することを公益認定の基準とすることを目的としている。
- 現在の理事・監事の選出状況において、各ブロックから推薦される候補者は外部理事・監事の要件を満たしていると考えられている。定款改正による理事・監事の増員は行わない。代わりに、各ブロック・地区から従来通り候補者を推薦してもらう中で、輪番制をもって、そのうちの各1名を外部理事・外部監事候補者として推薦する案が検討している。
- 今後は、第2回都道府県医師会長会議での報告（9月予定）を経て、令和8年6月開催予定の定例代議員会に、令和8年度の会費賦課徴収に関する議案とともに上程される予定である。

⑤難病こども支援「万博プロジェクト」について

- プロジェクトの目的は、難病と向き合う子どもとその家族に、旅行という楽しみを通じて元気を与え、「夢にまで見た家族旅行を叶えたい」「おでかけできる社会」の実現に向けた一歩と位置づけられている。プロジェクトの概要は以下の通り。
- 対象者：全国の難病ケア児・ご家族。特に、希少難治性疾患を持つ子どもたち（国内推定 750 万人～1000 万人）や、医療的ケアが必要な子どもたち（全国約 2 万人）が念頭に置かれている。参加にあたっては、主治医の診断書および紹介状の提出が必要で、「おでかけしても問題ない」と診断されている子どもに限る。
- 実施期間：2025 年 4 月 13 日から 10 月 13 日までの大阪・関西万博開催期間中
- 計画規模：最大 100 家族、400 名の招待。
- 資金：このプロジェクトは、企業・団体からの寄付や協賛によって支えられている。

以上