

地域医療対策協議会

日 時：令和7年2月1日（土） 16：00～18：00

場 所：ホテル日航熊本5階天草A・B

熊本市中央区上通町2-1 TEL 096-211-1111

〔次 第〕

1. 開 会

2. 挨 拶

3. 協 議

- (1) 「1 か月児健診」及び「5 歳児健診」の体制構築への取り組みについて（福岡県）
- (2) 複数医療機関で向精神薬の処方を求める患者（不正入手を疑われる事案）への対応について（鹿児島県）
- (3) 「紙カルテを使い続けても恩恵を受けることができる医療DX」の具体的方策について（佐賀県）
- (4) 医師偏在、医師不足に対する取り組みについて（宮崎県）
- (5) 医療介護に関わる人材確保対策について 特に人材斡旋業者による職員雇用に関する問題点について（沖縄県）
- (6) 地域医療の安定と公平性を守るための課題と対応策について（大分県）
- (7) 精神障害者の身体合併症治療連携について（長崎県）
- (8) 新たな地域医療構想について（熊本県）

4. 閉 会

九州医師会連合会
令和5年度第1回各種協議会（地域医療対策協議会）報告書

日 時：令和7年2月1日（土） 16：00～18：00

場 所：ホテル日航熊本5階天草A・B

出席者：（役員）大屋常任理事、比嘉理事、稲富理事、出口理事
（職員）平木係長、高良

1. 開会

熊本県医師会の江上理事より開会が宣言された。

2. 挨拶

開催県を代表して、熊本県医師会の坂本副会長より挨拶が述べられた後、日本医師会の今村常任理事、坂本常任理事、濱口常任理事より挨拶が述べられた。

3. 協議

慣例により、開催担当県（熊本県）の坂本副会長が座長に選出され議事に入った。

（１）「１か月児健診」及び「５歳児健診」の体制構築への取り組みについて（福岡県）

【提案要旨】

令和５年に閣議決定された成育医療等基本方針により、母子保健施策の一環として、出産後から就学前までの切れ目のない健康診査の実施体制を整備することを目的とし、全国の自治体での健康診査の実施を目指す「１か月児」及び「５歳児」健康診査支援事業が開始された。１か月児健診は、「疾病及び異常を早期に発見し、適切な指導を行うことで、その進行を未然に防止するとともに、養育環境を評価し、養育者への育児に関する助言を行い、もって乳児の健康の保持及び増進を図ること」が、５歳児健診は「こどもの特性を早期に発見し、特性に合わせた適切な支援を行うとともに、生活習慣、その他育児に関する指導を行い、もって幼児の健康の保持及び増進を図ること」が目的とされている。

母子保健関係者の長年の悲願であった乳幼児健診の回数の増加が実現しようとしているが、健診医確保、健診後のフォローアップ体制構築などの理由から国の補助金を使った「１か月児」及び「５歳児」健診の実施が広がっていない。

福岡県医師会では、課題抽出を目的として郡市医師会にアンケート調査を行い、その結果を会内の母子保健委員会で検討し、県行政とともに県内市町村での早期の実現を目指して、市町村への働きかけを開始した。アンケートから、医師、保健師、心理職、その他専門職職員の確保、予算や場所の問題等、地域によって課題が様々であることが明らかとなった。

「１か月児健診」及び「５歳児健診」の体制構築が期待される中、各県での取り組みがあればご教示いただきたい。また、日医として両健診実現の推進についてどのように考えるかお聞かせいただきたい。

<九州各県の主な意見>

１か月児健診及び５歳児健診については、令和５年度から支援事業が開始され導入からまだ期間も短いことから、各県ともに現時点では自治体側と今後の健診の体制構築に向けた議論が行われている状況であるとの回答が主な回答であった。

また、１か月児健診については、鹿児島県が令和７年度より全市町村において実施予定、宮崎県では多くの自治体が令和７年度から実施予定であるとの回答がある等、一部の県では実施に向けた取り組みが進ん

でいるが、5歳児健診については、各県ともに健診医の確保や健診後のフォローアップ体制の構築が難しいことから、実施に向けた調整は難航しているとの意見が多く上がった。

＜各県の追加発言＞

鹿児島県医師会＞

当県では、産婦人科に協力いただくことで1か月児健診は令和7年度から全市町村で実施することが決定しているところである。一方、5歳児健診については、やはり健診医の確保の問題と健診後のフォローアップ体制の構築が課題であることから、全県的な広がりには繋がっていない。

他県でも、5歳児健診の体制構築が難航しているようであるので、この点も含め日本医師会よりご意見いただきたい。

日本医師会 坂本常任理事＞

各県から、貴重なご意見をいただき感謝申し上げます。

1か月児健診および5歳児健康診査においては、令和5年度補正予算から国の支援事業として開始されたところである。

我々日本医師会としては、1か月児健診及び5歳児健診は多くの自治体で既に実施されているものと認識していたが、本日の課題として上げられた健診医の確保や健診後のフォローアップ体制は、健診体制を確保する為にも非常に重要であると考えている。

各県よりご報告のある通り、健診体制を構築することについては医師の確保、健診後のフォローアップ体制構築が大きな課題であることは理解しているが、地域の医療資源と実情に応じた行政との連携した対応が重要であると考えている。

日本医師会においては、来る2月9日に開催する令和6年度母子保健講習会において、こども家庭庁から1か月児、5歳児健診に関する講演もいただく予定であるので、各県医師会の担当理事の先生もそちらの方にもご参加いただければ幸いである。

乳幼児健診は自治体と現場の医師が両輪になって進むことが非常に重要であると考えている為、各県医師会においても、自治体に対して補助金の交付申請を積極的に働きかけていただくようご協力を賜りたいと考える。まだ開始されたばかりの健診事業であるので様々な課題等あるものと理解しているが、引き続きご協力をお願い申し上げます。

（２）複数医療機関で向精神薬の処方を求める患者（不正入手を疑われる事案）への対応について

（鹿児島県）

【提案要旨】

複数医療機関で向精神薬の処方を求める患者について、郡市医師会や会員医療機関から情報提供を受けることが時折ある。しかし、事例の真偽や、個人情報保護法の観点から、会員に対して具体的な注意喚起ができず、県行政への情報提供程度に留まっているのが現状である。また県内の薬局でオンライン診療を利用した向精神薬の不正入手事案が発覚しており、県内医療機関の他、東京都、大阪府、愛知県所在の医療機関にてオンライン診療での受診を繰り返していたとのことである。

このような不適切事例については、国民皆保険制度を維持する上でも厳粛に対応すべきであり、横覧点検によって実態を把握できる保険者が対応すべきと考える。各県の現状と対応、また日医におかれては有効な対応方法があればご教示いただきたい。

＜九州各県の主な意見＞

複数医療機関で向精神薬の処方を求める患者への対応については、各県ともに様々な対応や対策が行わ

れてるものの、個人情報の観点から不正入手が疑われる際の対応に苦慮しているとの意見が主であった。

なお、大分県では薬の転売が疑われる場合、九州厚生局麻薬取締部や警察に相談する等の対応を取っているとのことであった。

また、佐賀県からは、電子処方箋が今後普及していくことで、薬の不正入手に一定の防止効果が期待出来るのではないかと意見が示された。

＜九州各県追加発言＞

福岡県医師会＞

福岡でも薬の不正入手が疑われるケースが度々発生している。県の薬剤師会から情報提供のあった事例を報告させていただきたい。

当県の薬局へ来院した方がマイナンバーカードを使用し、向精神薬の処方を求めるものであったが、マイナンバーカードの履歴から、前回処方からあまり期間が経過していなかったことから不正を疑う事例であった為、本人へ直接事情を確認し対応することが出来たとのことであった。今後は、マイナンバーカードの普及が広がっていくと考えるので、これまで以上に不正を疑われる事例を早めに発見できる可能性があるのではないかと考えているところである。

日本医師会坂本常任理事＞

日本医師会としては、オンライン診療については、何よりも安全性の担保が最も重要であると考えていることから、引き続き国と連携して適切に実施されるようしっかりと対応していきたいと考えている。

本会としても、本件のような不適切な事案を未然に防ぐためにも情報収集を行っていききたいと考える為、各県医師会においても情報収集に協力をお願いしたいと考えている。

また、電子処方箋が今後普及していけば、各医療機関において確認が現在より容易になると考えているので、電子処方箋の導入・推進についても検討いただければ幸いである。

（３）「紙カルテを使い続けても恩恵を受けることができる医療DX」の具体的方策について

（佐賀県）

【提案要旨】

ご承知の通り、政府は医療DXの実現に向けて、全国医療情報プラットフォームの構築を進めており、その推進に関する評価として「医療DX推進体制整備加算1～3」（8～11点）（以下、「本加算」）が設けられている。

本加算の施設基準の中に、「令和7年9月30日までに電子カルテ情報共有サービス（以下、「共有サービス」）を活用できる体制を有していること」とある。電子カルテ情報共有サービスは、（１）診療情報提供書送付サービス、（２）健診結果報告書閲覧サービス、（３）6情報閲覧サービス、（４）患者サマリー閲覧サービスと厚労省は説明している（詳細は別添参照）。先般、別添資料の通り、長崎県医師会からの質問に対し、日本医師会としての考えが示されたところだが、本加算について、紙カルテを使用しながら共有サービスの導入を行った場。合でも算定可能なのか不明確であり、電子カルテ導入が事実上必須となる懸念がある。多様な医療現場の実情に即した「紙カルテを使い続けても恩恵を受けることができる医療DX」の実現に向けた具体的な方策について、各県のご意見と、改めて現在の状況を踏まえた日医の見解をお伺いしたい。

＜九州各県の主な意見＞

各県ともに、医療DXの実現に向けた体制構築には、何らかのシステム導入を検討せざるをえない状況であることから、日本医師会に対し財源確保を求める要望が主であった。

＜九州各県追加発言＞

鹿児島県医師会＞

医療 DX の推進は重要な点として理解しているが、現状では、IT 業社には、導入費、ランニングコスト等の多額の金額が支払われている状況の中、医療界には補助が少ない状況であることを非常に危惧しているところである。

医療 DX を推進するのであれば、IT の導入費用のみではなく、ランニングコストも国で負担する等の検討をいただかなければ、本当に医療機関の経営は厳しい状況であるということを改めて強調させていただく。

宮崎県医師会＞

デジタル機器の導入はもちろんだが、やはり数年に 1 度必ず発生する更新費用も導入と同じ程度で費用かかる為、導入費用、更新費用、ランニングコスト全てが医療機関の負担になっている状況であるということをこの場で改めて述べさせていただきたい。

佐賀県医師会＞

医療 DX 全般を普及するためには、導入や事業を強制するのではなく、医療機関が積極的に利用したくなるようなメリット、インセンティブを提示していくことが重要ではないかと考える。鹿児島からも意見があったように、導入を進めていくのであれば、システム導入の初期費用、環境を維持する為のランニングコストを含めて検討いただきたいと考える。

日本医師会今村常任理事＞

日本医師会としては、オンライン資格に関しては導入すれば電子カルテの導入がなくとも、紙カルテだけでも加算が取れるよう引き続き対応したいと強く考えているところである。日本医師会の対応としても国に対し、最後まで、医療 DX 加算に関しては、電子カルテの導入を前提としないというところを訴えているところである。

また、費用の部分についてであるが、この点については、そもそも国が医療 DX の導入の推進を求めるのであれば、全額国が出すべきであるということが日本医師会の考えである。今の補助金という形自体がそもそもおかしいものであると考えている。我々としても、国がしっかり費用を担保してくれるということを確認してくれない限りは、医療 DX は先に進まないということを国に理解いただくことが重要であると考えている。

日本医師会には多くの医療機関、特に中小病院から、病院負担で医療 DX を推進していく状況となると、これ以上の負担が生じる場合には、医療機関が持たないとの切実なご意見もいただいているところである。我々日本医師会も、引き続き政府にしっかりとこのような医療機関がギリギリの現状であるということを訴えていきたいと考えているところであるが、我々だけでは限界がある為、各県医師会の先生方にもご協力をお願いしたい。各県選出の国会議員の先生方に、都道府県医師会の先生方より、今まさに医療崩壊の危機であるということの現状を訴えていただきたいと考えている。

まだまだ、医療界の危機的な状況を理解されていない国会議員の先生方も多くいると考える為、各都道府県の先生方から、地元選出の国会議員の先生方にこの課題を訴えていかないと大変厳しい状況にあると考えているので、何卒ご協力をお願いしたい。

（４）医師偏在、医師不足に対する取り組みについて（宮崎県）

＜提案要旨＞

厚生労働省は医師偏在対策として、「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。あわせて、2026 年度の医学部定員の上限については、2024 年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027 年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」という方針を決定している。

本県の医師不足は働き方改革による影響も加わり、夜間急病センター当直医の不足や、公的病院における消化器専門医不足による消化管出血対応困難など診療体制の縮小といった影響が出ている。

各県の実情と取組みについて伺いたい。

＜九州各県回答＞

九州各県では、医師偏在や医師不足に対し様々な対策を講じている。特に福岡県は全国 3 位の医師多数県とされるが、地域ごとの偏在が課題であり、地域枠の設置や大学寄附講座などによる医師確保を進めている。鹿児島県では、医師の働き方改革による救急・小児・周産期医療の縮小が顕著であり、国に対し早急な対策を求めている。佐賀県では「SAGA Doctor-S プロジェクト」を展開し、医学生・若手医師の県内定着を推進。沖縄県では離島・へき地の医師確保が深刻で、小児医療の逼迫が課題となっている。熊本県は「地域医療連携ネットワーク」を構築し、大学・地域医療機関と連携した医師派遣を強化。九州各県はそれぞれの地域特性に応じた医師確保策を講じているが、共通課題として診療科偏在や若手医師の不足、医師派遣体制の強化が求められている。

【日医坂本常任理事コメント】

昨年末、公表された医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの内容は、医師確保計画の取り組みを進めるとともに、経済的インセンティブを含めた地域の医療機関の支援、医師養成課程を通じた施策などを組み合わせた総合的な対策となっている。

具体的に、医師確保計画の実効性を確保して、優先的かつ重点的に対策を講じる方針で、重点医師偏在対策支援区域を設定し、地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取り組み等を定める「医師偏在是正プラン」を策定する。

経済的インセンティブとしては、重点区域における診療所の継承・開業、地域定着支援、派遣医師の勤務・生活環境の改善、派遣元医療機関への支援制度などが設けられている。

また、規制的手段としては、医師少数区域等での勤務経験を求める等管理者要件の対象医療機関の拡大、外来医師過多区域における新規開業希望者へ地域で必要とする医療提供の要請、保険医療機関の管理者となるためには、保険診療に 3 年以上従事することの要件を設定している。

重点支援対策の支援区域は、医師多数県にも設定されることとなっている。今後も定住人口が見込まれるものの必要な医師を確保できる人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等、へき地でなくても、地理条件、人口動態などを考慮した上で、優先的な対策を講じていくものとなっている。

さらに、医師過多区域における新規開業希望者に対しても、必要な医療機能の確保という観点から対応が求められるが、これは開業制限を目的とするものではない。外来医師偏在指数が標準偏差の一定数値を超える地域においては、開業の 6 か月前に提供予定の医療機能の報告を求めることにより、多様な医療ニーズに対応しつつ、地域の医療提供体制の整備を進める方針である。なお、行政側が一方的に開業を制限するものではなく、必要に応じて医療審議会での協議を行うこととなる。

また、2024 年 4 月以降の医師の働き方改革の影響について、日本医師会が 2024 年秋に実施した「医師の働き方改革と地域医療への影響」に関するアンケートでは、全体的には当初想定されたほどの影響は出ていないとする見解がある一方で、医師の引き上げや宿日直の応援医師の確保などにより、各地域の医療提供体制にどのような影響を及ぼすか、地域で実際に生じていると考えられる問題点がどのように変化していくか注視している。

地域医療の実態については、現場での課題も多く、公立・公的病院や民間病院の経営環境が厳しくなっている。四病院協議会でも、経営の厳しさについての訴えが続いている。松本会長もこの状況を深く理解しており、単なる医師確保策だけでは問題が解決しないとの認識を示している。

更に、地域枠、臨床研修医やシーリングにおける専攻医等の対策も含め、若手医師の定着を促す施策が進められる一方で、大学病院に過度な負担が集中しないよう配慮する必要がある。少数地域の病院においては、給与の支援や待遇改善策が出されているが、東北地方の病院の医師からは「人口減少により患者も減少し、経営危機にある、たとえ医師を確保できても給与を支払うのが難しい」という意見も寄せられている。このような厳しい経営環境の中で、単なる医師確保対策だけでは不十分であり、医療機関の経営支援も含めた包括的な対策を求めていく必要がある。

【日医今村常任理事コメント】

現在進められている働き方改革や医師偏在対策も、ある程度以前から検討されていたものではあるが、特に働き方改革については、後方から突如として矢が飛んできたような形で進められている。

医師の過労死問題を背景に社会的要請として進められ、従来の「24 時間 365 日対応」からの転換が求められた。しかし、これを単純に週 40 時間勤務へ移行させれば、現行の医療体制は維持できない。したがって、どのように調整するかが最大の課題である。加えて、医師偏在対策に関しても、財務省は「本来、医師のプロフェッショナル・オートノミーのもとで解決されるべき問題である」との立場をとっているが、それが十分に機能しない場合、規制的手法を用いて対策を講じる方針を示している。その手段として、ゲートキーパー制度の導入や自由開業制の制限、医療機関の設置場所の指定といった措置を示唆している。これは公式の場でも明言されている。

これに対し、松本会長は「ゲートキーパー制度の導入にしても、自由開業制を放棄することは絶対に認められない」との立場を示している。この点は、医師の働き方改革や地域医療構想とも密接に関連しており、今後の医療制度全体のあり方を左右する重要な論点である。

また、地域医療構想に関しても、実際に人口が減少している地域にどのように医療を提供するかという課題がある。この点について、国は基本方針を示しているものの、具体的な対応策の策定については「国がすべてを決めるのではなく、むしろ医師側で考えてほしい」という立場を取っている。

解決策の一つとして、オンライン診療の活用が挙げられる。日本医師会としては、オンライン診療に対して慎重な立場を取っているが、過疎地域では常勤医師の補完手段として有効と考えられる。医師会側から積極的に改革案を提示することで、国による一方的な規制導入を回避できる可能性がある。国としても、厚生労働省を中心に、医療提供側の意向を尊重しつつ制度設計を進める方針を示している。しかし、それが実現しない場合には、より強制力のある政策が導入される可能性もある。

これらの点を踏まえ各関係者からの意見を伺いながら、行政との協議を進めていく考えである。

【日医濱口常任理事コメント】

医師の働き方改革は 4 月に施行され、数か月後に厚生労働省がアンケート調査を実施し、日本医師会も秋に独自の調査を行った。現時点では厳しい影響は確認されていないが、これは現場の医師の献身的な努力によるものであると考えられるが、改革施行から 1 年が経過する 4 月以降に再度調査を行えば、より現実的なデータが得られる可能性が高い。特に、新たな医師が医療現場に加わることを考慮すると、異なる視点からのデータが明確になると期待される。

日本医師会としては、救急医療を含めた医療体制全体の課題について、現場の実情をふまえた提言を行い、政策決定に反映させる必要がある。そのため、医療現場の声をしっかりと伝えていくことが重要であると考えている。

（５）医療介護に関わる人材確保対策について

特に人材斡旋業者による職員雇用に関する問題点について

（沖縄県）

＜提案要旨＞

現在医療介護業界においては人材確保が喫緊の課題であり、人材確保の可否が医療介護施設の生命線を握っていると言っても過言ではない。人材確保は医療人材育成を守備的な分野とすれば、今現在の人材確保の課題を早急に解決する事は攻撃的な分野である。攻守一体とした対策を講じなければ医療介護業界は社会に於いて遅れをとり、自助、共助に於いて未来へ禍根を残す結果となる。

さて、人材斡旋業者による雇用は既に多くの施設において大きなウエートを占める様になっており、今や医療介護施設はそのスタッフ確保において人材斡旋業者を如何に上手に利用するかが問われている。

このような現状において、いくつかの人材斡旋業者は過大な人材斡旋手数料を要求したり、早期に離職を促し、次の施設へ流動させる事により斡旋手数料をその都度請求するなどかなり悪質な業者もいるとの調査結果がある。既に多くの基幹病院に於いても斡旋手数料のみで年間数千万の出費を余儀なくされている病院もある。

このような現状において我々医師会も何らかの防衛策を講じ、足元を見られない横の連携を図る必要があるのではないか。あるいは医師会が人材斡旋の窓口になる事も視野に入れる必要があるのではないか。可能ならば外国人スタッフに対しての窓口も医師会として検討する余地は無いだろうか？

各医師会において人材確保、人材斡旋業者への対応、外国人スタッフ確保などの取り組みについて情報共有をし、今後医師会が担うべき人材確保の方向性について議論したい。

＜九州各県回答＞

九州各県では、医療・介護分野の人材確保に向け、地域枠の活用、外国人材の導入、シルバー人材の活用、ICTを活用した業務改善など多様な対策を講じている。

特に福岡県では、シルバー人材センターと協定を結び、患者送迎や清掃などの補助業務を担う仕組みを構築。鹿児島県は、医療従事者向けの無料職業紹介事業を運営し、費用負担を軽減している。一方で、人材斡旋業者に関する問題として、高額な紹介手数料、早期離職、契約条件の不透明さが指摘されており、宮崎県や大分県は公的な職業紹介事業の強化や、不適切な業者への指導強化を求めている。外国人材の確保については、福岡県がミャンマーやインドネシアで日本語教育を実施し、准看護師の養成を支援するなどの取り組みが進められている。

【日医坂本常任理事コメント】

医療機関や介護施設において、高額な手数料を取る有料職業紹介事業者の存在が経営を圧迫する問題が指摘されている一方で、求職者はその利便性やサービスの質を評価し、事業者を利用している現状があり、医療機関側も、職業紹介事業者に頼らざるを得ないが、その負担が大きくなっているのも事実である。

手数料の上限設定は国として難しいが、職業安定法により「２年以内の転職勧奨」は禁止されている他、悪質業者への対策として、「適正な有料職業紹介事業者認定制度」において、新たに早期離職時（就職後６か月以内）の返戻金制度の導入が認定要件に加えられている。

また、近年、職業紹介事業者だけでなく、求人メディアや人材データベースを利用した募集情報提供事業に関するトラブルも増加しており、昨年１１月には、職業安定法施行規則の一部改正に伴い、注意喚起が行われた。トラブルの例として、医療機関では、複数の求人サイトに登録し、募集情報を掲載するケースが多い。医療機関がＡ社のサービスを通じて人材を採用したにもかかわらず、Ｂ社の求人サイトからも成

功報酬を請求される二重請求の事例がある。また、一度面接を受けたものの不採用となった求職者が、数か月後に医療機関へ直接応募し採用された場合でも、一定期間内であれば求人サイト側が「当初の紹介による採用」と主張し、料金を請求する事例がある。契約条項に「一定期間内の採用には料金を支払う」といった内容が含まれているため、医療機関が支払いを求められることがある。こうした場合、訴訟に発展しても求人サイト側の契約条項が有効とされることが多い。

これらの背景には、金銭的インセンティブの過度な利用があることから、これを受け、職業安定法施行規則の改正により、有料職業紹介事業者と同様に求人サイトにおける「お祝い金」の提供が禁止されることとなった。

一方、医療機関の防衛策として、どの媒体サービスを通じて面接を行ったかを記録し、日付を明記すること、採用決定に至った経緯を、面接官の記録も含めて詳細に残すことが重要となってくる。

また、福岡県医師会とシルバー人材センターとの連携は非常に素晴らしい取り組みで、全国的に展開可能なモデルと考える。今後も好事例を共有し、医療・介護現場における公平な人材確保策を推進していけるよう、各医療機関が主体的に取り組むとともに、必要な財源の確保についても政府の支援を求めている。

（６）地域医療の安定と公平性を守るための課題と対応策について

（大分県）

＜提案要旨＞

ここ数年、全国展開を行う医療・介護複合型事業体が地域に進出してきている事例が増えている。これらの事業体が掲げる企業理念や先進的な取り組みには、賛同すべき部分も多い一方で、豊富な資金力を背景に、地域の介護施設や医療機関を次々と買収し、その結果として患者を囲い込むような状況が発生しているケースもある。

さらに、これらの事業体が地域医師会に所属していないこともあるため、地域の医療ネットワークや住民との連携が十分に図られないケースも散見される。

これにより、地域における医療提供体制が分断されるリスクが生じているように思われる。加えて、高水準の賃金を提示して地域の医療機関や介護施設の職員を引き抜き動きも見られ、これが地域の医療や介護サービスの安定性を揺るがす要因となっているように思う。結果として、地域全体の医療・介護環境がゆがめられ、住民が不利益を被る可能性が危惧される。

こうした問題に対し、各県の行政や医師会としてどのように対応していくべきか、各県のご意見を伺いたい。また、全国的な政策としてどのような方向性を持つべきかについて、日医の意見を伺いたい。

＜九州各県回答＞

福岡県では、地域医療の維持を目的に、新規開業や開設者変更時に医療機能の役割を確認する報告書制度を導入し、地域医療構想調整会議での合意形成を進めている。熊本県も同様に、新規開業や病床を有する医療機関の開設者変更時に意向確認を行い、調整会議で議論する仕組みを整備。長崎県では、全国展開する医療法人が新規開院する事例があり、地域医療への影響を注視している。佐賀県や宮崎県、本県では地域進出は確認されていないものの、職員の引き抜き問題に関しては懸念を示し、高賃金の提示により地域の医療機関が人材不足に陥る状況が発生している。

【日医坂本常任理事コメント】

この問題は日本医師会としても重要課題と認識している。全国展開を行う医療・介護複合型事業体については、原則として地域医療や地域包括ケアシステムの一翼を担う存在として、医師会活動に参画し、地域を面で支える役割を果たすことが求められるべきである。

厚生労働省の新たな地域医療構想に関する検討会では、従来の病床規制である基準病床数について、基準病床数を下回る地域であっても、地域医療構想上の病床数を超過している場合には、都道府県が地域調

整会議を通じて必要性を審議し、認められた場合に限り病床増設が可能となる仕組みが明示されている。

民間病院に対し厳しい制限を課すことは難しい場合もあるが、協議の場においては、都道府県医師会をはじめとする関係者がしっかりと協議を行える制度設計を進めていくことが求められる。福岡県医師会から紹介のある「新規開業に伴う外来医療提供等報告書」の仕組みは、今回の医療法改正により、外来医師過多区域で法制化されるものと考えている。法制化により、救急医療、産業医、学校医などの分野に関係するため、医師会に加入することが重要となる。日医としては、都道府県医師会や郡市医師会との連携を強化し、全国の医療機関へ、初期救急や在宅医療、乳幼児保健、学校保健、産業保健、介護保険等、地域での活動をより一層行っていただく事を働きかけていきたい。

外来医師過多区域かどうかに関わらず、全国の地域医師会にとってかかりつけ医機能の推進は重要な事業である。そのような活動が、地域で不足している機能を面で支えることに繋がるので、多くの医師により積極的に医師会活動に関与することを求めている。

（７）精神障害者の身体合併症治療連携について

（長崎県）

＜提案要旨＞

精神科病床のほとんどは単科精神科病院で、身体疾患の加療には限界があり、地域の一般科病院との連携が必要である。症状が比較的安定している患者については、問題なく一般科病院での加療が行えている。しかし、精神症状が活発な状態であれば、身体疾患治療の受け入れを拒否されることがほとんどである。

長崎県内の精神科病院で精神科救急・合併症入院料を算定している病院はなく、これまで、長崎医療センター精神科と長崎大学病院精神科で身体合併症の治療を担ってきたが、長崎医療センターの精神科病床が精神科医不足から休床となり、受け入れ可能病院が長崎大学病院のみとなっている。搬送の問題もあり、地域の一般科病院との連携を模索する必要がある、各県での精神疾患患者の身体合併症治療の連携の状況についてご教示願いたい。

＜九州各県回答＞

精神疾患患者の身体合併症治療については、単科精神科病院が多く、一般病院との連携が不可欠であるものの、精神症状が活発な患者の受け入れが困難なケースが多い。大分県は、精神科医が総合病院へ往診し、治療後に精神科病院へ転院する体制を整備。鹿児島県では、民間総合病院に精神科病床を設置し、身体疾患治療の受け皿を確保。宮崎県は、精神医療センターを開設し、精神科救急・合併症入院料を算定することで対応を強化。熊本県では、精神科医不足により支援機能が低下したが、OB 医師の協力や救急病院との意見交換を通じて対応を模索。全体として、精神科医の確保、一般病院との連携強化、診療報酬の見直しが課題であり、国レベルでの制度改革が求められるとの意見であった。

【日医坂本常任理事コメント】

精神障害者の身体合併症への対応の困難さは、かねてより課題となっている。令和３年１月には、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する検討会」や「精神科救急医療体制整備に関するワーキンググループ」において、精神疾患と身体合併症を同時に診療できる体制について議論が行われた。

その中では、単一の医療機関を身体合併症対応施設として指定する方法や、複数の医療機関が連携して対応する方法が検討された。いずれの方法を採用する場合でも、地域の事情に応じて精神科救急医療施設と他科の医療機関が連携し、役割を分担しながら対応する仕組みの構築が求められる。現在、各都道府県や地域において、こうした体制整備が懸命に進められているが、引き続き厳しい状況が続いていることを改めて確認した。

また、2025 年までの現行の地域医療構想では、精神病床はその対象に含まれておらず、将来的な医療提供体制の検討においても、精神医療に関する議論が十分に行われてこなかった。しかし、2040 年ごろを見据えた国の新たな地域医療構想等に関する検討会では、精神医療の将来を見据えた課題に対応するための

十分な機会を設けるという上で、精神医療を地域医療構想に位置付けることが適当であると結論づけられた。

今後、2040 年を視野に入れた精神医療の改革として、以下のような点が課題となる。入院患者増や医療ニーズの変化に対応するため、急性期・回復期の精神入院医療の機能を強化するために、精神病床の機能分化と連携を推進し、精神科病院の構造改革を進めること

精神医療以外の一般医療との連携体制の強化をすすめる必要がある。

さらに、精神疾患の医療提供体制については、従来の入院医療から地域生活中心のモデルへと移行するという理念のもと、多職種・多機関の連携強化が重要視されている。将来的には、さらなる地域移行を推進するため、精神医療と一般医療を統合的に捉えた医療提供体制の議論を進めていく必要がある。都道府県の医療提供体制の整備においては、精神医療と一般医療の連携を強化するため、地域医療構想調整会議で十分な協議を行うことが求められる。

（８）新たな地域医療構想について

（熊本県）

＜提案要旨＞

厚労省においては 2040 年に向けた新たな地域構想等に関する検討会が 2024 年 3 月 29 日から開始された。

地域医療構想は 2016 年度に策定され、議論を進めるにあたっては、社人研の人口推移などのデータを踏まえた病床の必要量や、病床機能報告等の情報を活用して、地域での協議を踏まえながら、医療機関が自主的に取り組むこととされ、地域医療構想調整会議で議論が進められている。

本県においては、地域によって、二次医療圏の人口も大きく変わり、また、調整会議構成員の実際の肌感覚では病床の過不足の捉え方が異なる意見も散見される。病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、一定水準以上の医療を確保するための基準病床と病床の必要量が混在し、調整会議のあり方について不満の声も少なくない。

検討会のスケジュールでは 2024 年の年末に検討会の最終とりまとめが出るとお聞きしている。

前回の地域医療構想では 2025 年の病床の必要量の推計値で現場はかなり混乱した。現時点での新たな地域医療構想における病床の必要量の考え方と検討会における日医の懸念事項等ご教示頂きたい。

＜九州各県回答＞

九州各県において、新たな地域医療構想の検討が進められているが、病床の必要量の算定と実際の医療ニーズの乖離、地域ごとの人口減少の差異、医療機関の負担増といった課題がある。福岡県は、病床数の議論ではなく、医療資源の効率的配置や救急・在宅医療の充実を重視しており、宮崎県では、地域医療構想と医療計画の算定基準が異なり、ダブルスタンダードの問題が発生していることが挙げられている。大分県は、新たな医療機関機能報告制度や病床機能の分類が抽象的であり、中小病院の負担増を懸念。長崎県は、二次医療圏ごとの人口減少率の差により、病床数や医療人材確保の必要性が異なることの指摘があった。

＜追加発言＞

・長崎県：現行の 2 次医療圏の枠組みがよいのか。地域によって医療資源の分布に偏りがあり、長崎市のような都市部では医療機関が充実している一方で、佐世保市を含む地方では医療提供体制に課題がある。また、道路などのインフラも医療資源の一部として考慮すべきとの意見もある。特に佐世保市では、以前から県境を越えたいろんな事業の取り組みが進められており、この流れにのって医師会としてもそのような場を作っていく必要がある。患者の実際の動線を考慮し、医療圏の再編を進める必要がある。

・宮崎県：県境を越えた医療圏の設定は十分に検討可能であると考え。現実的に患者の流入・移動が生じているため、その実態を反映した地域医療構想の推進が求められている。

・佐賀県：佐賀大学の小児科医派遣数の減少が課題となっており、長崎県側の波佐見町や川棚町などからの患者流入が多い状況がある。このため、県境を越えた医療連携が不可欠であり、県単位の医療圏ではなく、実際の患者の流動を考慮した枠組みが必要である。

【日医坂本常任理事コメント】

県境の問題、圏域の見直しに係るご意見は重々承知している。今後、圏域の面積やアクセスや人口動態、医師の高齢化など、様々な問題を含め圏域・県境問題は検討していく必要がある。

2024 年末には「新たな地域医療構想」の最終とりまとめが行われ、今後、医療法改正によりガイドラインが策定される予定である。令和 8 年度には、医療提供体制全体の病床数推計方法が策定される見込みである。

今回の検討では、病床の機能分化と連携の推進が重視されており、日医の主張も反映された。特に、高齢者救急の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ病床区分が重要視され、回復期に代わる「包括期機能」が位置づけられている。また、2040 年の必要病床数の推計は定期的に見直されることが決定された。現在、一般病床および療養病床は減少傾向にあるが、介護施設が在宅医療を補完する役割を果たしていることが確認されている。

日医は、地域医療構想が単なる病床削減政策とならないよう、病床機能への着目や地域ごとの適切な議論の必要性を主張している。また、医療機関の厳しい経営状況を踏まえ、健全な運営の維持も重要視している。都道府県は、民間医療機関に対し、基準病床数を超える場合や将来の必要病床数を上回る場合には、病床機能の転換や削減を調整会議で議論するよう求めることとなる。当初、厚生労働省は必要に応じて行政勧告や公表を行う方針だったが、日医の反対により、調整会議への出席を求めるにとどめている。

将来の病床必要量の推計は、厚生労働省の医療需要推計（入院患者数）を基に行われるが、その算出方法は年齢階級別の現状モデルに依拠しており、将来の医療ニーズの変化を十分に反映していない可能性がある。日医は、これに対して柔軟な対応を求めている。また、基準病床数と将来の必要病床数の関係について、病床を増床する場合には、地域医療構想調整会議の承認を必須とする仕組みが整備される予定である。これにより、無計画な病床増設を防ぎつつ、地域に適した医療提供体制の確保が求められる。

今後の議論については、3 月 19 日に予定されている「都道府県医師会新たな地域医療構想・医師偏在対策担当理事連絡協議会」において詳細が提供される予定であり、関係者の積極的な参加をお願いしたい。

4. 閉会

熊本県医師会の江上理事より閉会が宣言された。