

基礎研 レポート

医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か(下)

外来機能で初の計画導入、開業規制との批判、問われる実効性

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1——はじめに～外来医療計画はどこまで有効か～

医師偏在の解消に向けて、都道府県による「医師確保計画」「外来医療計画」の策定が進んでいる。2つの計画を考察する2回シリーズのうち、(下)では外来医療計画を取り上げる。この計画はデータを通じて医師の偏在を巡る現状を可視化するとともに、民間医療機関など関係者との合意形成を図りつつ、外来機能の偏在是正を目指している。具体的には、医師が多い地域で開業を目指す医師に対し、在宅医療など不足している外来機能を担うように「自主的な行動変容」を促すとともに、MRI など医療機器の共同利用を図ることも盛り込んでいる。

(下)では厚生労働省が各都道府県に示したガイドラインを基に、外来医療計画の基本的な考え方を考察する。その上で、外来機能や医療機器に関して計画行政が初めて採用された点に触れる。しかし、民間中心の提供体制の下、合意形成や自主的な対応を期待せざるを得ない点で、実効性が問われる可能性を論じる。

2——外来医療計画とは何か

1 | 計画の目的

まず、外来医療計画の目的や概要を考える。医師の偏在を是正するため、2018年の通常国会では表1の通り、医療法など関連法が改正されており、[\(上\)](#)で述べた医師確保計画は(1)～(3)、今回のテーマである外来医療計画は(4)に該当する。外来医療計画の詳細については、厚生労働省は2019年3月に「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」(以下、ガイドライン)を計画策定主体である各都道府県に通知しており、以下はガイドラインを基に議論を進める。

ガイドラインは外来医療計画の目的として、「地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている」「診療所における診療科の専門分化が進んでいる」「救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている」と指摘した。その上で、地域ごとに外来医療機能に関する現状の可視化を通じて、「個々の医師の行動変容」を促すことで、偏在是正に繋げていくとしている。

表1：医師偏在是正に関して、2018年通常国会で成立した関連法の内容

- (1) 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】
 - 医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設
 - 当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設
- (2) 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】
 - 都道府県がPDCAサイクルに基づく実効的な対策を進めるための「医師確保計画」の策定
 - 都道府県と大学、医師会などが必ず連携することなどを目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化
 - 効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直しなど
- (3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】
 - 医師確保計画との整合性を図る観点に立ち、医師養成過程を見直すことで、各過程における医師確保対策を充実
 - 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
 - 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医に関する募集定員の設定について、国から都道府県に権限移譲
 - 専門研修：国から日本専門医機構などに対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設。都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構などに対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設など
- (4) 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】
 - 外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設置
 - 夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

出典：厚生労働省資料を基に作成

2 | 外来医療計画を理解する2つのキーワード

外来医療計画を理解する上では、「外来医師偏在指標」「外来医師多数区域」の2つがキーワードとなる。

表2：外来医師偏在指標の計算式の概要

$$\begin{array}{c}
 \text{外来医師} \\ \text{偏在指標} \\
 = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \frac{\text{地域の標準化受療率比}}{\text{性年齢階級別人口ごとの受療率を加味した受療率}} \right] \times \frac{\text{地域の診療所の外来患者対応割合}}{\text{診療所と病院の外来のべ患者数のうち、地域の診療所の外来患者数の比率}}}
 \end{array}$$

性年齢階級別医師数ごとの労働時間を加味した標準的な診療所の医師数

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：地域の標準化受療率比については、外来受療率などを加味する計算式が設けられているが、ここでは詳細を省略する。

このうち、「外来医師偏在指標」は外来の偏在を可視化するのが目的であり、表2のような数式で計算され

る。具体的には、[\(上\)](#)で述べた医師確保計画と同様、①医療需要、人口・人口構成と変化、②患者の流入、③へき地などの地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の種別（区域、入院／外来）——の5つを考慮する。なお、③の地理的条件について、ガイドラインは地理的条件を考慮せず、「へき地等における外来医療に係る医療提供体制の確保については医師確保計画の中で対応する」と定めている。さらに⑤については、「外来医療機能の多くは診療所で提供されていることから、外来医師偏在指標は診療所の医師数をベースとする」としている。

その上で、こうした指標をベースに、都道府県は人口20～30万人を基本とする2次医療圏の現状を可視化し、上位33.3%に該当する2次医療圏を「外来医師多数区域」に指定する。この外来医師多数区域が外来医療計画を進める上でのターゲットとなる。

3 | 外来医療計画で想定されている施策

では、外来医師多数区域をターゲットにして、どのような施策が想定されているのだろうか。日本は民間中心の提供体制であり、国や都道府県が民間医療機関に対して、ダイレクトに命令することは想定されていない。

具体的には、ガイドラインでは外来医療の提供体制について、全ての2次医療圏で偏在が進まないように、「新規開業希望者の自主的な行動変容が求められる」「外来医師多数区域においては、新規開業に対して、地域で不足する外来医療機能を求める」としており、「地域で不足する外来医療機能」の一例として、①夜間や休日における地域の初期救急医療、②在宅医療、③産業医、学校医、予防接種などの公衆衛生——を示している。

つまり、外来医師多数区域を対象に、新規開業に対して情報を提供し、不足する外来医療機能を提供しない新規開業者については、自主的な行動変容を求めるとしている。さらにガイドラインでは、都道府県が以下のような場面で自主的な対応を促すとしている。

- ・ 事前相談の機会や新規開業者が届出様式を入手する機会など、開業する前の段階で、開業する場所が外来医師多数区域に属することを情報提供する。
- ・ 新規開業者の届出様式には地域で不足する外来医療機能を担うことに合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認する。
- ・ 新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合などには、臨時に協議の場を開催し、出席要請を行う。
- ・ 合意に至らない場合、臨時の協議の場を開催し、主な構成員と出席要請を受けた新規開業者などの間で協議を行い、その結果を公表する。

ここで言う協議の場とは、都道府県や地元医師会などの関係者で構成する場を指しており、ガイドラインでは地域医療構想調整会議を活用することが可能であると注記している。地域医療構想や地域医療構想調整会議の詳細については、地域医療構想と外来医療計画を比較する際に後述する。

こうした内容を盛り込んだ外来医療計画を各都道府県は医療計画¹の一部として2019年度中に策定し、2023年度まで施策を進める。2024年度以降については、次期医療計画の中で外来の医師偏在是正に努めることとなる。

3——外来医師偏在指標に基づく外来医師多数区域の状況

では、実際に外来医師偏在指標を基に、どのような形で外来医師多数区域が設定されるのだろうか。厚生労働省は2019年3月、2次医療圏ごとに暫定的な数値を公表²しており、イメージを掴むために都道府県別の状況を模索してみよう。

暫定値によると、外来医師多数区域は335区域に及ぶ2次医療圏のうち112区域になり、都道府県

¹ 病床過剰地域における病床数の上限設定などを目的に創設された制度。都道府県が6年に一回、改定する。2017年3月までに採った地域医療構想も、(上)で述べた医師確保計画も医療計画の一部として作られた。

² 2019年3月22日、第7回医療従事者の需給に関する検討会第30回医師需給分科会資料。

別では東京都が9区域と最多となった。2位以下は福岡県の8区域、大阪府と和歌山県の6区域、群馬県と広島県が5区域という順だった。

一方、青森県、岩手県、秋田県、茨城県、新潟県の5県がゼロであり、全体として「西高東低」の傾向が見て取れた。

しかし、外来偏在指標は相対的かつ機械的な線引きであり、へき地などにおける外来医療機能の確保は医師確保計画の中で対応する分、外来医師偏在指標の算定に当たっては考慮しないとしている。このため、個別に見ると、東京都では島しょ区域が、人口減少が進んでいる鳥取県では3つに区分される2次医療圏の全てが外来医師多数区域に該当するなど、実際の感覚とは違う結果も示されている。

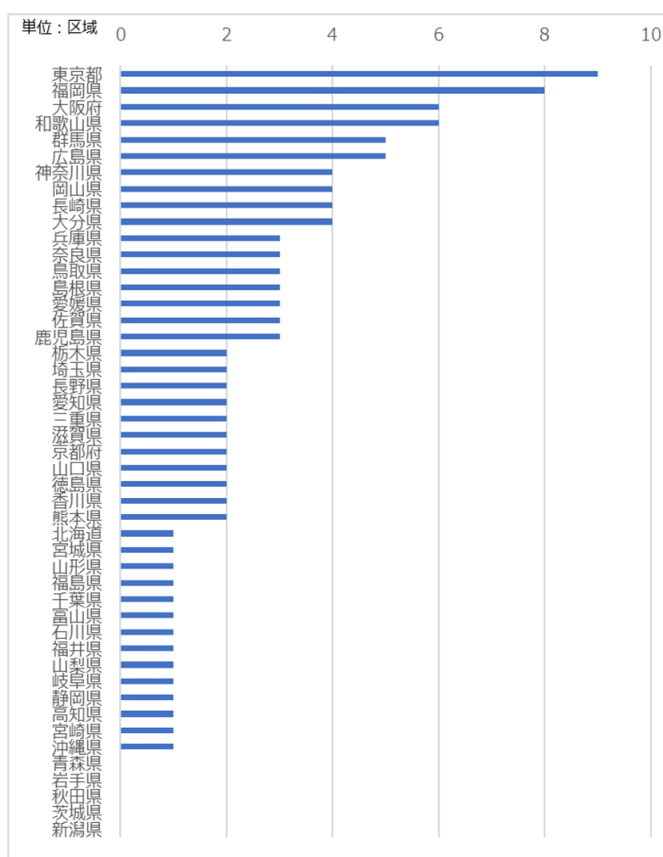
4—医療機器の効率的な利用に向けた計画

ガイドラインでは、MRI や CT といった高額な医療機器の効率的な利用について計画を策定する方針も定められている。具体的には、「人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応を行う必要がある」と強調。さらに MRI や CT など高額医療機器の配置状況を示す指標を作成・公表する必要性を示すとともに、これらの機器を有する医療機関を地図情報に落とし込むことで、地域の現状を可視化するとした。

こうした指標の計算方法は表3の通りである。つまり、地域ごとの性・年齢別人口を加味した標準的な検査率と医療機器の台数を比較することで、医療機器の過剰または過小ぶりを可視化することに主眼を置いており、計算方法の考え方や構造は医師確保計画、外来医療計画と同じである。計画の対象となる医療機器としては、MRI、CT、放射線治療、PET（陽電子放出断層撮影）、マンモグラフィの5種類を挙げている。

さらに、既存の医療機器に関する共同利用と効率的な利用を促すため、医療機器の購入を検討している医療機関に対し、こうした指標をベースにしつつ、共同利用に向けた協議を求めるとしている。さらに、ガイドラインは医療機器の共同利用を行わない場合、外来医療に関する協議の場などを開催

図1：都道府県別で見た外来医師多数区域数



し、医療機器の購入希望者に対して共同利用しない理由も確認するとしている。

その意味では、医師確保計画や外来医療計画と同様に、偏在指標をベースにした合意形成に力点を置く進め方は共通している。ただ、医師確保計画の場合は「医師多数区域」、外来医療計画の場合は「外来医師多数区域」といった形で、過剰な地域を明示する方法を採用しているのに対し、医療機器については偏在指標を基にした「多数区域」を設定することは想定されていない。

では、こうしたガイドラインをベースにして、こういった外来医療計画が作られようとしているのだろうか。暫定値の時点で最も外来医師多数区域が多い東京都の計画素案（2020年1月時点）を基に考えてみよう。

5——外来医療計画のイメージ～東京都の素案～

東京都の計画素案では、2次医療圏と同じ13区域を設定した上で、国が示している外来医師偏在指標に基づき、9つの2次医療圏を外来医師多数区域に指定した。

この結果、ガイドラインに基づく、外来偏在是正の対策は外来医師多数区域で実施されることになるが、東京都の計画素案は全ての2次医療圏を対象に、偏在是正の取り組みと規定。新たに開業する医師に対し、「地域の外来医療機能の状況を理解し、必要に応じて地域医療へ協力していくこと」を求めるとしている。

その上で、診療所の新規開業に関する手続きに合わせて、①診療所開設届の様式を掲載するホームページや窓口などで本計画について情報提供し、診療所の新規開業希望者が地域の外来医療機能の情報を得られるようにする、②診療所の新規開業手続きに合わせて、「地域の外来医療機能の状況を理解し、必要に応じて地域医療へ協力していくこと」についての合意を確認する様式により、合意の有無を確認する——という手続きを取ると定めている。

さらに、こうした合意形成のプロセスについては、地域医療構想調整会議を使うと規定しつつ、「外来医療機能の不足・偏在への対応に関する事項について協議を行い、その結果を取りまとめて公表する」「外来医師多数区域では、合意がない新規開業者に対し、地域医療構想調整会議への出席要請を行い、協議を行う」と定めた。こうしたプロセスはガイドラインをほぼ踏襲している形だ。

なお、島しょ区域が外来医師多数区域に含まれた点に関しては、「本数値はあくまで機械的に算出

された相対的な数値」「必ずしも実態を反映しない」である点を付記している。

一方、医療機器の共同利用に関しては、現在の配備状況について、国の示した指標の計算式に基づいて表4のような数値を掲載した。その上で、全ての2次医療圏で医療機器に関する「共同利用方針」

表4：東京都の2次医療圏ごとに見た調整人口当たり台数の状況

	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療 (体外照射)
全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
東京都	9.2	4.8	0.49	3.5	1.43
区中央部	26.0	16.6	3.09	12.3	12.73
区南部	8.4	4.6	0.21	3.0	0.94
区西南部	8.7	5.3	0.26	3.6	0.88
区西部	9.6	5.6	0.98	5.2	1.39
区西北部	7.6	3.4	0.30	2.5	0.66
区東北部	9.9	4.4	0.08	1.9	0.16
区東部	6.9	3.6	0.55	2.2	0.80
西多摩	8.8	2.0	0.49	2.4	0.74
南多摩	7.0	3.5	0.07	2.2	0.88
北多摩西部	7.9	4.4	0.66	3.3	0.66
北多摩南部	8.1	3.3	0.00	2.6	0.68
北多摩北部	6.9	3.1	0.29	2.2	0.29
島しょ	22.7	3.4	0.00	0.0	0.00

出典：東京都外来医療計画素案を基に作成

を定めるとし、ガイドラインで挙げた5種類の医療機器について、連携する医療機関との共同利用を促すとしている。さらに、共同利用を行わない場合、その理由を調整会議で確認するとしている。

では、こうした外来医療計画の仕組みはどう評価されるべきだろうか。以下、(1) 医師確保計画、地域医療構想との比較、(2) 医療行政の都道府県化との関係、(3) 医療機器に関して計画行政を採用した意義——の3点について、その意味合いを考察してみる。

6——外来医療計画の評価(1)～医師確保計画、地域医療構想との比較～

まず、医師確保計画や地域医療構想との比較である。医師確保計画は(上)で述べた通り、医師の養成プロセスから偏在是正に努める政策であり、医師偏在を目指す点では同じである。さらに、人口的ボリュームが大きい団塊世代が75歳以上となる2025年時点を意識した地域医療構想³も病床削減や在宅医療の拡大などを目指しており、医療提供体制改革を目指す点は共通している。

だが、相違点も見受けられる。最も大きな違いとしては、外来医療に関して計画行政が初めて導入される点である。例えば、医師確保計画に関しては、多くの都道府県が独自に実施していた医師偏在是正を全国化した側面があり、既に現場レベルでは取り組みが先行していた。病院についても、1980年代に導入された医療計画制度を通じて、病床過剰地域での病床規制や機能再編などを目指しており、これを加速させるために地域医療構想が制度化された面がある。

これらと比べると、診療所を中心とした外来機能に関しては、診療報酬改定による関与を除けば、ほとんど施策が講じられておらず、医師の偏在是正という切口中で、初めて計画行政が採用されたと言える。

こうした行政の関与は論理的な正しさを持っていると考えられる。つまり、医師の養成段階で偏在を是正しようとしても、サービスが提供される段階で取り組みを実施しなければ、偏在是正の努力は水泡に帰すかもしれない。その意味では、「医師養成、病床規制に続き、手付かずだった外来機能に関しても計画が必要」と考えられた点は当然の帰結と言える。

さらに地域医療構想を通じて、効率的な医療提供体制改革を進めようとしても、地域医療構想の力点はベッドコントロールに置かれているため、外来機能との連携が欠かせない。この意味でも外来分野に関して計画行政が持ち込まれた意味合いは大きく、外来医療計画に関するガイドラインでも「外来医療に係る医療提供体制の確保に当たっては、外来医療が入院医療や在宅医療と切れ目なく提供されるよう医療機関の自主的な取組や医療機関相互・地域の医療関係者間の協議等による連携が不可欠」との問題意識を示している。

しかし、日本は民間中心の提供体制であり、民間医療機関に対して、国や都道府県がダイレクトに命令するスタイルを取っておらず、外来医療計画は「現状の可視化→新規開業者に対する情報提供→協議の場による合意形成→民間医療機関の自主的な対応」という進め方を想定している。

こうした流れについては、地域医療構想の進め方との共通点を見出せる。地域医療構想では病床に

³ 地域医療構想については、2017年11～12月の4回連載の拙稿レポート「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」、2019年5～6月に2回連載した拙稿レポート「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」。(いずれもリンク先は第1回)、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2019年11月1日「[『調整会議の活性化』とは、どのような状態を目指すのか](#)」を参照。

関して 2025 年時点の需給ギャップを可視化した上で、都道府県や医療機関経営者、地元医師会などの関係者で構成する地域医療構想調整会議を通じて合意形成を図り、民間医療機関の自主的な対応を促すことが想定されており、「可視化→合意形成→自主的な対応」という方法は共通している。その意味では、外来医療計画は「地域医療構想の外来版」という側面を持っている。

7——外来医療計画の評価(2)～医療行政の都道府県化との関係～

外来医療計画は近年、進んでいる「医療行政の都道府県化」ともリンクする。この関係では、2017 年 6 月の骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）で地域医療構想を含めた医療計画の改定、医療費適正化計画の改定、国民健康保険の都道府県化⁴の「3 点セット」を意識し、医療行政に関する「都道府県の総合的なガバナンスの強化」に言及した。さらに、全世代型社会保障検討会議（議長：安倍晋三首相）が 2019 年末に取りまとめた中間報告でも、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在是正を「三位一体」として、都道府県の権限強化を検討する旨が示されており、外来医療計画は「医療行政の都道府県化」を構成していると理解できる。

例えば、ガイドラインでは外来医療機能に関する協議の場について、地域医療構想調整会議を使える可能性を示しており、例示した東京都の外来医療計画でも同じスタンスを取っている。今後、都道府県を中心に、地域医療構想との一体的な運用が進む可能性がある。

さらに、外来医療計画は国民健康保険の都道府県化とも絡んでくる。この点は [\(上\)](#) でも述べたが、2018 年度の都道府県化に際しては、高齢化率や所得など地域の責任で解決できない要素を考慮した上で、都道府県から市町村に税金が分配されるようになり、高齢化率と所得、世帯構成が同じであれば、保険料の水準が都道府県内で同じになる仕組みとなった。

この時、医療機関が林立している区域と、医療機関が極端に少ない区域を比較すると、前者の区域では患者が医療機関に簡単にアクセスできるが、後者では医療サービスを気軽に使えないのに、都市部の人と同じ保険料の水準を強いられる。この状況では負担の平等性が確保されるかもしれないが、受益は平等と言えなくなるため、都道府県としては医師を確保したり、外来機能や医療機器に関する偏在是正に努めたりすることが求められる。

言い換えると、保険料率を統一する上では、医療サービスに対する患者のアクセスを平準化することが必要であり、医師確保計画と同様、外来医療計画は国民健康保険の都道府県化とリンクしている。

8——外来医療計画の評価(3)～医療機器に関して計画行政を採用した意義～

医療機器についても、計画行政が採用されるのは初めてのことであり、その意義は大きい。中でも、日本の CT、MRI の保有台数は群を抜いて多いことで知られ、2019 年時点の OECD（経済協力開発機構）調査⁵に基づき、人口 10 万人当たりで見た日本の保有台数を見ると、CT が 111.49 台、MRI が 55.21 台であり、世界トップである。しかも、CT の 2 位はオーストラリアの 67.2 台、MRI の 2 位はアメリカの 39.1 台であり、群を抜いて多い。

⁴ 国民健康保険の都道府県化に関しては、2018 年 4 月に掲載された全 3 回の拙稿レポート [「国保の都道府県化で何が変わるのか」](#) を参照（リンク先は第 1 回）。

⁵ OECD Health Statistics 2019 database を参照。調査年次は国によって異なる。

こうした提供体制は高コストを招くと問題視されており、例えば財務省は2018年度の予算執行調査では、人口10万人当たりのCT、MRIの台数で見ると、CTは全ての都道府県で、MRIはほぼ全ての都道府県でOECD平均（CTは2.6台、MRIは1.6台）よりも多い点を指摘し、「既存の医療資源の効率的な活用を促すとともに、医療機関における過剰投資を防止する観点からも、配置の在り方について検討する必要がある」と指摘していた。

こうしたデータや経緯を踏まえると、医療機器について計画行政が初めて採用された意義は大きいと言える。

9——外来医療計画の限界～自由と統制のバランスをどう確保するか～

1 | 民間中心の提供体制における難しさ

しかし、こうした外来医療計画の実効性を担保するのは難しいと言わざるを得ない。先に触れた通り、日本は民間中心の提供体制であり、国や都道府県が民間医療機関に対してダイレクトに関与できる余地は少ない。具体的には、医師や医療機関には「どこで開業するか」「どんな医療機器を買うか」という判断に際して、「営業の自由」が認められている。このため、外来医療計画の策定を経ても、外来医師多数区域で新規開業を希望する医師に対して、都道府県や地区医師会が強制力を行使することで、医療機関の行動を完全に統制できるわけではない。

例えば、ある医療機関が外来医師多数区域で開業を希望した場合、認可に際して都道府県から「その地域は外来機能が過剰気味です」とか、地区の医師会から「不足している外来機能に転換して下さい」「高額な医療機器は近くの大学病院で共同利用して下さい」などと働き掛けられても、医師や医療機関に従う義務はない。誤解を恐れずに言えば、「開業した者勝ち」「医療機器を買った者勝ち」になってしまう可能性がある。

つまり、民間中心の提供体制の下、医療機関の「営業の自由」を侵害せず、都道府県が関与する計画行政を採用したため、実効性の面では大きな課題を残している。

こうした難しさは [\(上\)](#) で述べた医師確保計画、あるいは病床再編を目指す地域医療構想と共通しており、だからこそ外来医療計画、医師確保計画、地域医療構想は民間中心の提供体制の下、行政が強制力を行使できない分、「現状を可視化→会議の場での合意形成→民間医療機関の自主的な対応」という流れを想定していると言える。

2 | 日本医師会は開業規制ではないと繰り返し否定

こうした難しさを裏付ける一例として、外来医療計画に対して「診療所の開業や医療機器の購入が制限されるのではないか」という懸念が示されている点が挙げられる。この点については、日本医師会が繰り返し否定しており、「開業するにはどの地域が適切かを“見える化”する。(略)これは強制力を持つものではなく、決して国の管理でも、自由開業規制でもありません」⁶、「同意が得られれば、協議の場に出てくる必要はない。また協議の場に強制権限はないので、仮に協議が決裂したからとい

⁶ 2019年7月4日『m3.com』配信記事。インタビュー記事における今村聡副会長のコメント。

って、開業ができないわけではない」⁷などと述べている。

さらに、厚生労働省も審議会の席上、「憲法上の医師の営業の自由を保障するという観点から、強制というのは難しいということが（筆者注：制度化のプロセスで）ありました」「開業を強制力をもって制限するものではないということだけは改めて申し添えさせていただきたい」と強調している⁸ほか、例示した東京都の外来医療計画素案でも「開業者自身の自主的な行動変容を促すものであり、開業を制限するものではありません」と明記しており、関係者が気を配っている様子を見て取れる。

言い換えると、開業規制にならない範囲で計画行政を採用した結果、その分だけ「自主的な対応」に期待する点で、実効性や強制力を伴わない形となったのは事実である。今後は「営業の自由」と「計画行政による統制」のバランスが争点になる可能性がある。

3 | 新規参入者だけ規制するのは公正か？

外来医療計画の今後を展望する上では、医師確保計画、地域医療構想と違う点も念頭に置く必要がある。例えば、医師確保計画の場合、医師養成への関与であり、医師の行動の自由を縛るわけではない。地域医療構想についても、既存の病床のコントロールであり、病床の新設に対する制限ではない。これに対し、外来医療計画は既存の事業者に手を付けずに、新規開業を希望する者だけに規制を掛けようとしており、他の制度とは大きく異なる。

むしろ、外来医療計画は医療計画制度に基づく病床過剰地域における病床数の上限規制との共通点を見出せる。医療計画制度では、病床が過剰な2次医療圏に上限（基準病床）を設定し、新設を認めない対応を取っているが、社会保障法の分野では「どの医療機関の病床が過剰であるか一概に判断できない以上、常にその責めを新規参入者に負わせていることが職業選択の自由を制限する態様として合理的といえるか大いに疑問が残る」との指摘がある⁹。

ここで引用した部分の「病床」を「外来」「医療機器」に置き換えれば、そのまま今回の外来医療計画にも当てはまる議論である。つまり外来医療計画では、新規開業を希望する医師や診療所よりも、既存の医師や診療所が優れているとは限らないのに、新規希望者だけに責任を負わせており、これが果たして公正と言えるのか、議論の余地がある。このため、「新規開業者だけに規制を掛ける点が競争政策的に望ましいのか」といった指摘が浮上する可能性も想定される。

10—おわりに

以上、2回シリーズで医師偏在是正に向けた「医師確保計画」「外来医療計画」を考察してきた。いずれも可視化されたデータを基に、都道府県を中心とした関係者の合意形成に力点を置いており、医師の養成プロセスだけでなく、外来機能や医療機器も意識した総合的な対策が企図されていると言える。中でも、外来機能、医療機器について計画行政が採用されたのは初めてであり、かなり踏み込んだ内容も含まれている。

しかし、民間中心の提供体制の下、どこまで実効性が担保されるのか疑問が残る。このため、今後

⁷ 2019年7月24日『m3.com』配信記事。定例記者会見における釜范敏常任理事のコメント。

⁸ 2019年7月18日、社会保障審議会第67回医療部会における鈴木健彦地域医療計画課長のコメント。

⁹ 加藤智章ほか（2019）『社会保障法（第7版）』有斐閣 p149。

の展開次第では、国や都道府県の強制力を強化するよう求める意見が強まることが想定され、移動や開業、医療機器の購入など「営業の自由」と、「計画行政による統制」のバランスが争点として浮上するかもしれない¹⁰。

このほか、都道府県の役割も争点になる可能性がある。[\(上\)](#)で述べた医師確保計画、本レポートで紹介した外来医療計画は医師偏在是正を促す施策として位置付けられており、2つの計画で進めようとしている医師偏在是正は地域医療構想、医師の残業時間の上限を設ける医師の働き方改革を加味した「三位一体」と意識されている。このため、都道府県は医療提供体制改革の「司令塔」として複雑かつ多面的な調整が求められる。

さらに先に触れた通り、全世代型社会保障検討会議が昨年末に取りまとめた中間報告では、医療行政の都道府県化を意識した制度改正に取り組む方針が示されており、今後は国民健康保険を含めた保険制度の見直しも絡んでくる可能性がある。こうした中で都道府県は今後、複雑かつ多面的な調整を図りつつ、医療提供体制改革に取り組むという難しい舵取りを迫られる。

¹⁰ 今回はガイドラインを中心とした記述になったため、詳しく述べなかったが、日常的な病気やケガに対応するプライマリ・ケアの強化を含めた外来機能の役割分担や、病院・診療所連携なども重要な論点として残されている。