

保険・年金 フォーカス

コロナ禍で医療提供体制改革を どう進めるのか

リダンダンシーの発想が必要、難しい舵取りを迫られる都道府県

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～コロナ禍で医療提供体制をどう改革するのか～

新型コロナウイルスの感染拡大が長期化する中、医療制度改革への影響が避けられない情勢となっている。中でも、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上となる2025年を意識し、病床削減や在宅医療の拡大といった提供体制改革を進める「地域医療構想」の部分的な軌道修正が迫られている。地域医療構想が策定された時点で感染症は考慮されていなかった上、コロナ禍で医療需要が急激に増えたことで、病床削減の要素を持つ地域医療構想の議論が進みにくくなっているためだ。

ただ、人口動態の長期的なトレンドは不変であり、地域医療構想のコンセプトを見直す動きには至っていない。このため、地域医療構想の推進主体である都道府県は、「短期的にコロナ対応で病床を確保しつつ、中長期的には病床を減らして在宅医療を増やす」という難しい舵取りが求められる。本稿は「コロナ禍における医療提供体制改革」という視点で、中長期的な方向性を考察したい。

2—コロナに対応する病床確保の動向

新型コロナ対策では国が基本方針を定める一方、都道府県が病床確保などの実務を担う役割分担となっている。そこで、国が示した方針や通知を概観する¹と、2月29日に安倍晋三首相（当時）が全国で緊急時には5,000床を確保する方針を表明するとともに、厚生労働省は3月6日の通知で都道府県に対し、医療需要の予測を踏まえた病床確保を要請した。その後、4～5月は病床が逼迫する時期があったが、入院患者や重症者数の減少を受けて、4月7日に発せられた「緊急事態宣言」（当初は7都府県だったが、同月16日に対象地域を全国拡大）は5月25日に解除された。こうした動向を踏まえつつ、6月19日の事務連絡では、▽即時受け入れが可能な「即応病床」の確保、▽一定の準備期間で患者を受け入れる「準備病床」の確保——などを都道府県に促した。

さらに、医療提供体制を確保する都道府県をバックアップする制度として、相応の財政措置がなさ

¹ 厚生労働省ウェブサイトや各種報道に加え、川崎将覚（2020）「新型コロナウイルス感染症に対応した病床確保の取組」『立法と調査』No. 427、『社会保険旬報』No. 2797、『m3.com』などを参照。

れた。具体的には、医療機関を支援する財源として、「緊急包括支援交付金」が2020年度第1次補正で1,490億円、第2次補正で1兆6,279億円がそれぞれ計上され、最終的に全額国費で支援する形となった。診療報酬上でも、重症患者を受け入れる病床の加算額が4月18日には2倍に、5月26日には3倍に引き上げられた。その後、第2次補正の予備費を活用する形で、緊急包括支援交付金を増やしたり、重症者を受け入れる病床の診療報酬を上乗せしたりする方針が9月8日に閣議決定された。

その一方で、医療提供体制改革では従来、病床削減の要素を持つ地域医療構想の推進が重視されていた。以下、地域医療構想の概要を考察するとともに、コロナ対策との相性の悪さを論じる。

3——地域医療構想との整合性

1 | 地域医療構想の概要

地域医療構想は2025年の医療需要を予測し、現状とのギャップを明らかにするとともに、病床削減や在宅医療の拡大などを目指す政策である²。具体的には、厚生労働省が定めた計算式に沿って、都道府県が2025年時点に必要となる病床数（必要病床数）を予測。さらに、各医療機関からの報告ベースで明らかになる現状と比較し、将来の需給ギャップを明らかにした。都道府県が2017年3月までに策定した地域医療構想を集計すると、人口減少を踏まえて計8万4,000床程度の病床が2025年に余剰になるとされており、全国的には病床削減や在宅医療の整備が必要と見なされていた。

中でも、病床削減を通じた医療費抑制に期待する政府の経済財政諮問会議では、「無駄なベッドの削減は増加する医療費の抑制のために大変重要」などの意見が出ていた³。さらに、厚生労働省は昨年9月に「再編・統合に向けて検討が必要な公立・公的医療機関」を公表するとともに、再編・統合の結論を1年程度で出すように都道府県に求めるなど、病床削減に向けたプレッシャーが強まっていた。

2 | 地域医療構想とコロナ対応の相性の悪さ

その後、新型コロナウイルスが情景を一変させた。病床削減の要素を持つ地域医療構想の議論はストップし、9月に設定されていた見直し期限の延長も決まった。人口減少などの影響は長期に及ぶため、地域医療構想を白紙にするような動きは見られない⁴が、地域医療構想とコロナ対応を比較すると、相性が悪いという厄介な問題を指摘できる。ここでは、①医療の内容、②施策の進め方——という2つの点で論じる。

まず、医療の考え方で見ると、地域医療構想は「生活モデル」をベースとしている。ここで言う生活モデルとは、在宅を中心に患者の暮らしを全人的に支える点を重視しており、多職種連携による生活支援などが求められる。一方、新型コロナ対応では軽症の陽性者は隔離、重症者は集中治療室などで治療が実施されており、一般的に「医学モデル」と呼ばれる医療が復活している。もちろん、生活

² 地域医療構想については、過去の拙稿を参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、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](#)」、2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『回帰』現象](#)」。

³ 2019年10月28日経済財政諮問会議議事要旨における民間議員の新浪剛史サントリーホールディングス社長の発言。

⁴ 例えば、菅義偉政権発足後に初めて開催された経済財政諮問会議の民間議員資料では、「経済財政一体改革における主な課題」の一つとして、「感染症にも対応可能な病床の弾力的活用と地域医療構想の実現」が挙げられている。2020年10月6日経済財政諮問会議「新内閣における経済財政運営と重要課題について（参考資料）（有識者議員提出資料）」を参照。

モデルにも病気を治す医療は必要であり、2つのモデルは常に対立する概念とは言えないが、地域医療構想の推進に必要な生活モデルとは異なる医療が現在、一時的に求められていることになる。

もう一つが施策の進め方である。地域医療構想は民間医療機関の関係者に加えて、介護事業者や市町村、住民などの合意形成が重視されている。日本の医療提供体制は民間中心であり、国や都道府県が病床削減や在宅医療の充実などを命令できない分、民間医療機関を含めた幅広いセクターの参加を前提としているためだ。これは行政学で言う「ガバナンス」と呼ばれるアプローチであり、一般的には関係者の合意形成を重視する⁵。実際、行政学では「ガバメントからガバナンスへ」といった言葉が使われる時があり、広い意味で地域医療構想も同じ流れに乗っている。

これに対し、新型コロナ対応では短期間で意思決定を強いられるため、公権力の行使がむき出しになる場面が見受けられる。例えば、先に触れた医療機関向け予算執行などについては、自治体が地方議会の議決を通さない専決処分で済ませているケースが散見される（ここでは詳しく触れないが、専決処分が相次いでいることは財政運営の民主的統制という点で問題を孕んでいる）。

言い換えると、これだけ相性の悪い新型コロナ対応を短期的に配慮しつつ、地域医療構想を進めるという難しい舵取りが都道府県に託されていると言える。実際、田村憲久厚生労働相も「それぞれの地域、医療機関が経営・運用をしていただかなければいけない話」「(筆者注：大規模な感染症が)起こっても十分に対応できるような体制はどういう体制なんだということも含めて、各地域でこの地域医療構想の検討をしていただきたい」との期待感を示している⁶。

では、こうした相性の悪さをどう克服すれば良いのだろうか。以下、①医療計画制度の改正、②冗長性を意識した病床確保——という2点を述べる⁷。

4——求められる方向性

1 | 医療計画制度の改正

第1に、医療計画制度の改正である。医療計画制度は1980年代に制度化され、病床過剰地域における病床数の上限設定として用いられている。近年は在宅医療の規定を加味するなど機能が強化され、地域医療構想も2018年4月に改定された医療計画に組み込まれた。

しかし、医療計画（及び地域医療構想）は感染症対策を想定していなかった。実際、地域医療構想で感染症対策に言及した都道府県は図1の通り、わずか9つに過ぎなかった。その後、こうした不備を補う方策が政府内で議論され始めた。例えば、10月1日に開催された厚生労働省の「医療計画の見直しに関する検討会」や、同月21日に開催された地域医療構想ワーキンググループでは、「平時の入院医療体制を想定した地域医療構想に関し、新興・再興感染症対応の内容を踏まえつつ、今後の取組

図1：地域医療構想で感染症対策に言及した都道府県数



出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

⁵ 岩崎正洋 (2011)「ガバナンス研究の現在」岩崎正洋編著『ガバナンス論の現在』勁草書房を参照。

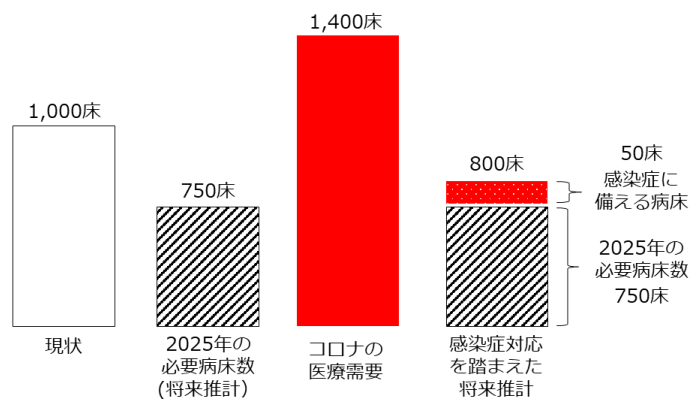
⁶ 2020年9月17日会見における発言。

⁷ ここでは詳しく触れないが、医療提供体制という点では公衆衛生を司る保健所の役割も重要となる。保健所の歴史や制度改正の方向性については、拙稿2020年9月15日「[感染症対策はなぜ見落とされてきたのか](#)」を参照。

についてどのように考えるか」などの論点が示された。

6月の会長選で勝利した日本医師会の中川俊男会長も「感染症対策の視点が不十分だった点は、反省しています。新興・再興感染症について、都道府県ごとに病床数、個人防護具、人工呼吸器などの配置目標を計画に盛り込んでおくべきでした」⁸との見解を示しており、感染症対策の要素を取り込むような形で医療計画の見直し論議が進む可能性が高い。

図2：感染症を織り込んだ地域医療構想見直しのイメージ



2 | 冗長性を意識した病床再編

今後の病床再編については、災害対策で重視されている冗長性（リダンダンシー、redundancy）の概念も参考になりそうだ。冗長性とは設備や人員に余裕を持たせる考え方であり、図2で挙げた事例で議論を進める。

仮に現在の病床数は1,000床だが、将来的な人口減少を踏まえ、地域医療構想に基づく2025年の必要病床数は750床という地域を想定する。こうした地域では従来、「将来的に余剰となる250床を削るか否か」という点だけがクローズアップされがちだった。ここで仮にコロナウイルスへの対応として1,400床が一時的に必要と試算された場合、病床削減の要素を持つ地域医療構想の議論はストップせざるを得ない。これが現在、各地域で起きている事態であろう。

しかし、地域医療構想は感染症対策を反映していない以上、感染症の医療需要を踏まえる必要がある。一方、コロナの医療需要に対応する1,400床、あるいは現状の1,000床は地域の人口減少を踏まえれば明らかに過剰になるため、見直しが求められる。そこで、感染症に対応するバッファ的な病床を確保する方向で関係者による協議が必要となる。図2では感染症に備える病床として50床を確保することで合意したケースを想定しており、この場合は必要病床の750床を含めて、計800床をメドに調整を進めることになる。その際、50床は休床状態にし、感染症の発生時にベッドや医療機器、人材を配置することで、感染症に伴う一時的な医療需要の増加に対応できるようになる。

もちろん、感染症にも様々な種類があり、どれぐらいの医療需要を見込むのか議論の余地がある。さらに現時点で不確実な部分が多い分、短期的な医療需要の動向を見極めにくい面もある。しかし、中長期的なスタンスに立つと、こうした対応が都道府県に求められるのではないだろうか。

5 — おわりに～難しい舵取りを迫られる都道府県～

今回の新型コロナを受けて、地域医療構想を含めた医療提供体制改革は一層、視界不良となったと言わざるを得ない。増してや新型コロナと地域医療構想は相性が悪く、短期的な有事対応と中長期的な平時対応を必要に応じて切り替える柔軟なスタンスが必要である。医療提供体制改革の推進に際して、都道府県は難しい舵取りを強いられる。

⁸ 2020年7月13日『日経メディカル』ウェブサイト掲載のインタビュー記事。