

基礎研 レポート

コロナ禍で成立した改正医療法 で何が変わるか

医療計画制度の改正、外来医療機能の見直しを中心に

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～改正医療法で何が変わるか？～

6月16日に閉会した2021年通常国会（第204国会）では、医療提供体制改革を目指す改正医療法が成立した。今回の改正では、医師の長時間勤務を制限する「医師の働き方改革」に加えて、新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、医療計画に新興感染症への対応を位置付ける改正が盛り込まれた。さらに、医療提供体制改革を目指す「地域医療構想」を進める一環として、統廃合などで病床を削減した医療機関を財政支援する財政制度の恒久化とか、外来医療機能の明確化、医師の業務範囲を見直す「タスクシフト」など、かなり広範な内容が含まれている¹。さらに、医師の働き方改革や地域医療構想の推進などを通じて、医療や自治体行政の現場が影響を受ける可能性もあり、国会審議ではコロナ禍で医療提供体制を改革する是非が焦点となった。

本稿は改正内容のうち、①新興感染症への対応を医療計画に追加、②病床再編・削減を支援する予算措置の恒久化、③外来医療機能の明確化——という3つの点を中心に、改正内容や背景・経緯を簡単に説明する。その上で、別稿²で触れた医師の働き方改革の影響も加味しつつ、医療機関の経営や地域医療の体制、都道府県の実務に及ぼす影響などを考察する。

2—改正医療法の概要

改正医療法について、厚生労働省が公表した概要は資料1の通りであり、医療法や医師法、地域医療介護総合確保促進法など多くの法律が一括して取り扱われた点、さらに医療提供体制改革に関する数多くの内容を含む点を理解できる。

このうち、資料1の1番目に挙がっている医師の働き方改革については、別の拙稿で内容や影響を取り上げたため、以下は筆者の関心事に応じて、改正内容のうち、①新興感染症への対応を医療計画に追加、②病床再編・削減を支援する予算措置の恒久化、③外来医療機能の明確化——という3点に

¹ 正式には「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」という名称で、医療法や医師法、感染症法、労働基準法など幾つかの法律が一括して提出された。ここでは煩雑さを避けるため、「改正医療法」「医療法改正」と総称する。

² 医師の働き方改革に関しては、2021年6月22日「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

ついて、背景や経緯を考える。

ただ、医師の働き方改革の影響は決して無視できない上、一連の制度改正は相互に複雑に絡み合っている。このため、後半では医師の働き方改革の内容や影響も加味しつつ、制度改正が及ぼすインパクトについて俯瞰を試みる。

資料1：改正医療法の内容

改正の概要
< I. 医師の働き方改革 > 長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 （医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。 <ul style="list-style-type: none">・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等
< II. 各医療関係職種専門性の活用 > 1. 医療関係職種の業務範囲の見直し （診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】 タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。 2. 医師養成課程の見直し （医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置 ①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。
< III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 > 1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け （医療法）【令和6年4月1日施行】 医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。 2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援 （地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日等施行】 令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。 3. 外来医療の機能の明確化・連携 （医療法）【令和4年4月1日施行】 医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。
< IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

出典：厚生労働省資料から抜粋

3——改正医療法の内容と影響(1)～新興感染症への対応を医療計画に追加～

1 | 改正の主な内容と経緯、背景

1 番目の新興感染症への対応を医療計画に位置付ける改正については、昨年来の新型コロナウイルスを踏まえて実施された。医療計画とは、各都道府県が6年サイクルで策定する計画であり、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）と5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療）と在宅医療を計画に位置付けることが義務付けられている。

一方、感染症は専ら感染症法の枠組みで実施されてきたため、医療計画では新興感染症が位置付けられていなかったが、新型コロナウイルスへの対応では医療提供体制の逼迫に伴い、病床確保などが焦点となった。そこで、新興感染症への対応を医療計画に位置付けることで、都道府県を中心とした対応の強化が企図された。

2 | 2024 年度の次期医療計画への反映が必要に

この制度改正については、2024 年度の施行が予定されている³。2024 年度とは次期医療計画の改定

³ ただ、施行時期に関して、日本医師会（日医）は「新型コロナは依然として予断を許さないし、新たな感染症がいつ発生するか分からない」として前倒し実施を要請している。2021 年 5 月 26 日の中川俊男会長による記者会見の発言。『社会保険旬

年次であり、ここでは少し議論を俯瞰するため、医療計画の歴史を簡単に振り返ろう。

医療計画は元々、1985年改正の医療法で導入された。当時は「増加する医療費を抑制したい」という点が意識され、病床過剰地域における民間病院の病床について、上限を設定するための計画を各都道府県が5年周期で策定することになった。同様の病床規制については、既に公立・公的病院に導入されていた⁴が、この改正を通じて民間病院にも規制が掛かった形となった。このため、当時は「民間を含むあらゆる医療資源の整備を法的コントロールに置いたこの改正は、日本の医療供給体制の従来からのあり方に対して大きな変化をもたらす」と理解されていた⁵。

その後、計画は段階的に拡充され、先に触れた通り、現行制度では5疾病、5事業と在宅医療を計画に位置付けることが定められており、2018年度に始まった現行計画では、医療・介護連携を確保する観点に立ち、市町村が3年周期で作る介護保険事業計画と平仄を合わせるため、見直しのサイクルが5年から6年に変更された。

さらに、この後から詳しく述べる「地域医療構想」も制度上、医療計画の一部を構成しており、2018年度からスタートした現行医療計画に取り込まれた。このほか、医師の偏在を是正する観点に立ち、都道府県が2020年3月までに策定した「医師確保計画」「外来医療計画」についても、医療計画の一部として策定された⁶。このため、2024年度にスタートする次期医療計画では、従来の5疾病、5事業と在宅医療、地域医療構想に加えて、医師確保計画と外来医療計画の内容、さらに新興感染症への対応も盛り込まれることになる。

なお、制度改正の詳細に関しては、厚生労働省が6月に設置した「第8次医療計画に関する検討会」を中心に、2022年末の取りまとめを目指して議論が進む見通しだ。

3 | 既存の感染症法、予防計画との整合性が論点に

今後の論点の一つは既存の感染症法に基づく予防計画との整合性である。元々、感染症対策は保健所を中心とする公衆衛生の枠内で実施された⁷経緯があり、都道府県は発生時の対策や医療提供、患者の移送などを定める「予防計画」を策定している。これに対し、今回の制度改正で医療計画に新興感染症対策が位置付けられたことで、医療計画と予防計画の整合性が問われることになる。

さらに、保健所を所管する市区と、都道府県の関係も論点になる可能性がある。感染症対策を最前線で担っている保健所については、原則として広域自治体である都道府県が設置主体となっているが、政令指定都市、中核市、東京都の特別区は特例的に保健所を所管している。このため、新興感染症対策を医療計画に組み込む上では、感染症対策を担っている保健所を所管する市区と、医療計画・予防計画を策定する都道府県との連携が重要になる。

報』No. 2822を参照。

⁴ 公立・公的病院に関しては、議員立法による1962年の医療法改正で病床規制が導入されていた。

⁵ 郡司篤見監修(1987)『保健医療計画ハンドブック』第一法規p15。

⁶ 医師偏在是正については、2020年2~3月の[「医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か」](#)(2回シリーズ、リンク先は第1回)を参照。

⁷ ここでは詳しく触れないが、保健所を中心とする感染症対策の歴史に関しては、2020年9月15日拙稿[「感染症対策はなぜ見落とされてきたのか」](#)を参照。

4—改正医療法の内容と影響(2)～病床再編・削減を支援する予算措置の恒久化～

1 | 改正の主な内容と経緯、背景

2 点目については、医療提供体制の改革を目指す地域医療構想に関係している。地域医療構想は 2017 年 3 月までに各都道府県が医療計画の一部として策定し、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 年に向けて、病床削減や在宅医療の普及など医療提供体制を改革することが想定されている⁸。

具体的には、「病床機能報告制度」に基づいて各医療機関から都道府県に報告される現状と、2025 年の医療需要を病床数で比べることで、病床数の需給ギャップを明らかにした上で、都道府県を中心に、民間医療機関や介護事業所、市町村などとともに、そのギャップを穴埋めする方策を各地域で模索することが想定されている。

その際には医療機関の機能や役割に応じて、病床の機能が高度急性期、急性期、回復期、慢性期に区分されたほか、2 次医療圏を中心とした「構想区域」も設定され、それぞれの病床区分に関して、341 に上る区域ごとに病床数のギャップが明らかになった（現在の構想区域の数は 339 区域）。

各都道府県の地域医療構想に盛り込まれた数字は表 1 の通りであり、全国的には高度急性期、急性期、慢性期の削減、回復期の充実、さらに慢性期に入院する軽度な患者の受け皿となる在宅医療の整備が必要と理解されている。

しかし、日本の医療提供体制は民間中心であり、国や都道府県は民間医療機関に対し、病床削減や機能転換、合併再編などを命令できない。このため、地域医療構想の推進に際しては、構想区域ごと

に設置された「地域医療構想調整会議」を中心に、民間医療機関や介護事業所など関係者の合意形成に力が置かれており、一気に議論が進む状況ではない。

一方、財務省は「地域医療構想の推進→病床削減→医療費適正化」という経路を期待し、地域医療構想の加速を迫っている。例えば、財務省は財政制度等審議会（財務相の諮問機関）の席上、「高度急性期・急性期▲21 万床」「回復期+22 万床」「慢性期▲7 万床」という数字を具体的に示しつつ、病床削減に関する都道府県の権限強化などを訴えた⁹。さらに、2019 年 10 月の経済財政諮問会議でも地域医療構想が話題になった際、民間議員から「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であり、官民合わせて 13 万床の過剰病床の削減、急性期から回復期への病床転換等について、期限を区切って必ずやり遂げて行かなくてはならない」といった期待が

表 1：地域医療構想に盛り込まれた病床数

単位：床数	現在	2025年 必要病床	将来の姿
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

注1：▲は不足を意味する。

注2：「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとしており、2014年度と2015年度の双方が含まれる。

注3：秋田など13県は未報告などの「その他」を計上しておらず、表の数字にも含まれていない。

注4：一部の数字に小数点が含まれるため、合計が一致しない。

⁸ 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 月の拙稿「[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](#)」、2020 年 5 月 15 日「[新型コロナがもたらす2つの『帰帰』現象](#)」。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

⁹ 2018 年 10 月 9 日、財政制度等審議会財政制度分科会資料。

示される一幕もあった¹⁰。

こうしたプレッシャーの下、厚生労働省は2019年9月、病床再編の議論を「活性化」させるため、「再編・統合に向けた検討が必要な公立・公的病院」¹¹として、424病院を名指しした（通称「424リスト」、後に436病院に修正）。これに対し、全国の首長や関係者から反発が出たため、国と地方の関係が正常化する際の条件の一つとして、財政支援の充実が挙げられ、全額国費の予算措置が2020年度予算から創設されるに至った。

この予算措置のポイントとしては、医療機関の合併再編で稼働病床を10%以上削減した場合、それに伴う損失分が全額国費で補填される点である。既に地域医療構想を後押しする制度として、社会保障目的に引き上げられた消費税収を充当する形で、「地域医療介護総合確保基金」が整備されており、再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費、急性期から回復期病への転換に必要な建設費、不用となる建物の処分に関する損失、早期退職で退職する職員の退職金の割増額などを支援する体制が整備されていたが、病床を削減した場合の穴埋めを支援する財政制度の創設を通じて、厚生労働省は「財政支援の死角を無くし、地域医療構想の推進を加速化させる」と説明していた¹²。

その後、2020年に入って新型コロナウイルスの感染が国内で拡大したことで、医療提供体制改革の議論は足踏みを余儀なくされているが、厚生労働省は「（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」として、都道府県を主体にして地域医療構想を推進する考え方自体を変えていない¹³。こうした経緯と状況の下、今回の法改正では予算制度の恒久化を図るため、「病床機能再編支援事業」という名称で、地域医療介護総合確保基金の事業メニューの一つとして位置付けられた¹⁴。

2 | 予算の本格的な執行はコロナ収束後？

では、こうした財政制度が今後、どれくらい活用されるだろうか。地域の動向をウオッチすると、コロナ禍にもかかわらず、病院再編の動きが少しずつ進んでおり、その一例として、病院再編を重点的に進める地域として、厚生労働省が指定する「重点支援区域」を指摘できる。

これは元々、「国自身が重点区域を設定して直接助言を行う」という考え方¹⁵でスタートした仕組みであり、厚生労働省は指定のメリットとして、地域の医療提供体制や医療機関の経営に関するデータ提供とか、地域医療介護総合確保基金の優先配分、病床機能の再編支援に向けた一層の財政支援などを挙げている。具体的な区域は2020年1月から段階的に指定されており、これまでに表2の通り、▽宮城県仙南区域、▽同県石巻・登米・気仙沼区域、▽滋賀県湖北区域、▽山口県柳井区域、▽同県萩

¹⁰ 2019年10月28日、経済財政諮問会議議事要旨における新浪剛史議員（サントリーホールディングス社長）の発言。

¹¹ 正式名は「再検証対象医療機関」、政府は都道府県に対し、2019年3月までに期限を設定する形で、公立・公的医療機関の機能を民間医療機関で担えない部分に限定するよう求めたが、見直しが不十分と判断され、再検証を促すため、「424リスト」が公開された。

¹² 2019年12月24日、第3回地域医療確保に関する国と地方の協議の場に提出された厚生労働省の資料を参照。

¹³ 2020年9月17日会見における田村憲久厚生労働相の発言。

¹⁴ これらの財政支援とは別に、再編に伴って土地や建物を取得・建築する際の登録免許税を軽減する支援制度が2021年度から創設されている。

¹⁵ 2019年5月31日、経済財政諮問会議議事要旨における根本匠厚生労働相（当時）の発言。

区域——など14区域が指定されている。

注目点は重点支援区域の選定プロセスである。重点支援区域の選定に際しては、地元における協議と申請を踏まえることが前提となっており、2019年9月に厚生労働省が一方的に示した通称「424リスト」(後に436

病院に修正)とは性格が異なる。このため、地域レベルでは一定程度、病院再編を議論することについて合意形成がなされていると言える。実際、厚生労働省によると、いずれの区域でも再編に向けた協議が始まったり、再編に関する基本的な方針が

表2：地域医療構想の推進に関する重点支援区域

1回目 (2020年1月31日)
<ul style="list-style-type: none">宮城県仙南区域 (公立刈田総合病院、みやぎ県南中核病院)宮城県石巻・登米・気仙沼区域 (登米市立登米市民病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院)滋賀県湖北区域 (市長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院)山口県柳井区域 (周防大島町立大島病院、周防大島町立東和病院、周防大島町立橋病院)山口県萩区域 (萩市立萩市民病院、医療法人医誠会都志見病院)
2回目 (2020年8月25日)
<ul style="list-style-type: none">北海道南空知区域 (岩見沢市立総合病院、北海道中央労災病院)北海道南檜山区域 (北海道立江差病院、厚沢部町国民健康保険病院、乙部町国民健康保険病院、奥尻町国民健康保険病院、町立上ノ国診療所、上ノ国町立石崎診療所)新潟県県央区域 (県立燕労災病院、新潟県厚生農業協同組合連合会三条総合病院、県立加茂病院、県立吉田病院、新潟県済生会三条病院)兵庫県阪神区域 (市立伊丹病院、公立学校共済組合近畿中央病院、市立川西病院、医療法人協和会協立病院)岡山県県南東部区域 (玉野市民病院、玉野三井病院)佐賀県中部区域 (多久市立病院、小城市民病院)熊本県天草区域 (天草市立牛深市民病院、天草市立栖本病院、天草市立新和病院、天草市立河浦病院)
3回目 (2021年1月22日)
<ul style="list-style-type: none">山形県置賜区域 (米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター)岐阜県東濃区域 (土岐市立総合病院、岐阜県厚生農業協同組合連合会 東濃中部医療センター 東濃厚生病院)

出典：厚生労働省資料を基に作成

注：カッコ内は医療機能再編等の対象となる医療機関名。

合意・実行されたりしているという¹⁶。このため、今後の展開次第では、重点支援区域に立地する医療機関の再編に関して、恒久化された病床機能再編事業が充当される可能性がある。

さらに、これらの地域だけでなく、病院再編の動きは幾つか広がっている。例えば、青森県では青森市民病院と県立中央病院の統合・再編を意識した議論が外部有識者会議で模索されているほか、広島県では三原赤十字病院と三菱三原病院の統合論議が持ち上がっているという¹⁷。詳細については、今後の協議に委ねられる面があるものの、以上のような病院・病床再編を支援する一環としても、恒久化された病床機能再編事業が使われる可能性がある。

しかし、病床機能再編事業が大々的に使われる事態も想定しにくい。まず、そもそもの問題として、重点支援区域の指定が直ちに病院再編や病床削減に繋がるわけではない¹⁸。さらに、コロナ禍を受けて、多くの医療機関では逼迫する医療需要に対応するため、病床の確保が求められている上、見直しのターゲットとなった公立・公的病院が積極的にコロナ患者を受け入れているため、再編の議論を進められる環境にない。実際、知事からも「うちとあの病院を統合しようとか連携病院にしようとか、話し合いができる状況ではない。この議論は差し控えてほしい」という声も出ている¹⁹ほか、改正医療法の国会審議でも「地域医療構想、やはり一旦立ち止まって考えるべき」という批判が野党から示

¹⁶ 2021年2月12日第28回地域医療構想に関するワーキンググループ資料を参照。

¹⁷ 青森県の事例は2021年4月6日『読売新聞』、広島県の事例は2021年6月26日『中国新聞』を参照。

¹⁸ 実際、重点支援区域に指定されている山口県萩区域では、市が運営する萩市民病院と民営の都志見病院を統合して中核病院を作る構想が協議されていたが、2021年3月の市長選で当選した田中文夫市長がゼロベースで再検討すると述べたことで、協議に暗雲が垂れ込めている。2021年6月30日『毎日新聞』などを参照。

¹⁹ 2021年5月18日『m3.com』配信記事における平井伸治鳥取県知事(全国自治体病院開設者協議会長)の発言。

された²⁰。こうした事情を踏まえると、2番目の制度改革に関する影響については、一部の事例を除けば、新型コロナウイルスが収束した後に本格化することになりそうだ。

5—改正医療法の内容と影響(3)～外来医療機能の明確化～

1 | 改正の主な内容と経緯、背景

3番目の外来医療機能の明確化では、医療機関の役割を明確にする意図が込められている。この点を考える上では、医療機関の役割や機能が不明確という日本の医療制度の特徴を踏まえる必要がある。通常、医療サービスは身近な病気やケガに対処する1次医療（プライマリ・ケア）、精密検査や入院手術に対応する2次医療、重篤な患者を手当する3次医療に区別されるが、日本の医療制度では医療機関の役割分担が不明確であり、難しい手術や治療に備えて、専門的な人材や高額機器を配置している大病院でさえ、外来では日常的な病気やケガに対応している。

しかし、こうした状況は非効率であり、機能分化を進める一環として、紹介状を持たずに500床以上の大病院などを受診した場合、5,000円の追加負担を求めめる制度が2016年度に創設された。その基本的なイメージは図1の通りであり、

図1：紹介状なしに大病院に行った場合の追加負担のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：救急は対象外。

対象病院は2018年度に400床以上に拡大された。つまり、紹介状なし追加負担の対象を拡大するため、右端の「大病院」の対象を大きくする制度改革が実施されたと言える。

その後、首相官邸に設置されていた「全世代型社会保障検討会議」が2019年12月、紹介状なし追加負担の対象医療機関の一層の拡大を提唱した²¹。これを受けて、2020年度診療報酬改定²²では、紹介状なし追加負担の対象が200床以上の地域支援病院²³に広げられた。

さらに、全世代型社会保障検討会議や厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論が進んだ結果、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域の実情に応じて明確化する方針が固まった。以下、厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会が2020年12月に公表した「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」に沿って、制度改革の大枠を捉える。

まず、「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージとしては、医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来とか、高額な医療機器・設備を必要とする外来、特定の領域に特化した機能を有する外来などが挙がっており、紹介患者を基本とする外来として位置付ける考えが示されている。

しかし、日本は民間中心の提供体制であり、国や都道府県がダイレクトに民間医療機関に介入しに

²⁰ 2021年5月13日、第204国会会議録参議院厚生労働委員会における田島麻衣子参院議員の発言。

²¹ 併せて、負担額の引き上げが模索されたほか、患者の追加負担を医療機関の収入にしない代わりに、保険財政に繰り入れる方針も決まった。

²² 2020年度診療報酬改定の動向に関しては、拙稿4月24日「[2020年度診療報酬改定を読み解く](#)」を参照。

²³ 地域医療支援病院とは、紹介患者に対する医療の提供や医療機器の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修などを担う病院であり、200床以上のベッド数などが要件。

く。そこで、実際の運用では地域の実情に応じた合意形成に力点が置かれており、報告書は「不足する医療機能の確保を含め、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有」「地域における必要な調整を行う」としている。さらに報告書では、議論の実効性を高めるため、医療機関から都道府県に現状を報告させる「外来機能報告制度」（仮称）を創設することで、各医療機関が果たしている外来の機能・役割を可視化する考えが示されている。このほか、報告書は「外来機能報告制度」の対象として、「一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本」とし、無床診療所は任意とする考え方を示した。

つまり、「医療資源を重点的に活用する外来」は紹介患者を基本とする病院として位置付けられるとともに、「外来機能報告」で可視化されるデータなども参考にしつつ、「どの医療機関が担うか」という具体的な協議については、地域の議論と合意形成に委ねられたわけだ。

ただ、「医療資源を重点的に活用する外来」「外来機能報告制度」の詳細は詰まっておらず、厚生労働省の「第8次医療計画に関する検討会」に設置されたワーキンググループで調整が進む見通しだ。

2 | 外来医療計画との一体化

今後の制度化の焦点としては、▽「医療資源を重点的に活用する外来」に期待される機能の具体化、▽「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関に対する支援策、▽外来機能報告制度に基づいて提出を義務付ける情報などの詳細な制度設計——といった点が想定される。さらに、大きな論点として、①「外来医療計画」との一体化、②地域医療構想との一体化、③曖昧な「かかりつけ機能」の明確化——も考えられるため、以下は3つの点について私見と予想を述べる。

まず、1つ目に挙げた外来医療計画とは、2018年の医療法改正を経て、都道府県が2020年3月までに策定した計画であり、医師の偏在是正を目的としている²⁴。具体的には、「外来医師偏在指標」という指標を国が設定した上で、外来医師の過不足を全国一律の水準で可視化した。さらに、外来に携わる医師が過剰とされた区域（外来医師多数区域）に開業しようとする医師に対しては、初期救急や在宅医療など地域で不足する機能を担うように要請する仕組みが導入された。その際には医療機関を交えた協議の場を中心に協議し、その結果に沿って医療機関が自主的に対応することが意識されている。

ここで外来医療計画の目的や事務の流れを確認するため、東京都のケースを考える。東京都では13区域に分かれた2次医療圏のうち、9つが外来医師多数区域に該当しており、これらの地域で診療所を新規開業しようとする場合、医師は地域で足りない医療機能の実施を求められることがある。

その際には東京都のウェブサイト²⁵で公開されている「(様式) 地域医療への協力意向の確認について」という書類をダウンロードした上で、電子メールまたは郵送で東京都まで送るように求められる。さらに、書類には「新規に診療所を開設するにあたり、開設場所の二次保健医療圏における外来医療機能の状況をはじめとする『東京都外来医療計画』の内容を理解し、地域医療の充実に向けて、可能な範囲で協力・貢献していきます」という一文とともに、これに沿って地域医療に協力する意向を持っているか確認する質問も設定されており、「合意します」「合意しません」というチェックボックスが記載されている。ここで言う「地域医療に協力」とは、在宅医療など各地域で足りない医療機能へ

²⁴ このほか、医療機器の共同利用を促す規定も盛り込まれている。ただ、コロナ禍の影響で一部の県で策定・公表が遅れた。

²⁵ 東京都ウェブサイト「東京都外来医療計画」を参照。

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoy/iryoy_hoken/kanren/gairaikeikaku.html

の協力を意味する。

さらに、「合意しません」と答えた場合、合意できない理由を記述するコーナーもあり、回答内容に関して、地域医療構想調整会議で確認する可能性があるとして定めているほか、「合意いただけなかった開設者の方には、同会議（筆者注：地域医療構想調整会議）へ御出席いただき、地域医療における課題解決に向け、御発言を御願いさせていただく場合がございます」としている。

しかし、こうした要請や文書は強制力を有しておらず、診療所を開業しようとする医師に従う義務はない。実際、東京都の外来医療計画でも「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」と記しており、実効性という面で疑問があった。

さらに筆者としては、競争政策の観点でも問題含みと考えていた。つまり、地域で足りない医療機能を充足する義務を既存の事業者ではなく、新規開業希望者だけに課している制度設計が公正とは言えないのではないか、という問題意識である²⁶。

一方、今回の法改正を通じて、開業の自由が制限されるわけではないが、競争政策上の欠点が解消される可能性がある。具体的には、外来機能報告制度（仮称）が作られることで、各医療機関が果たしている外来機能の役割や内容が明らかになる上、既存の医療機関も平等に自主的な対応を促されるような展開も想定される分、新規参入者だけに責任を負わせる不公平な現行制度が是正される可能性がある。

3 | 地域医療構想との一体化

次に、2点目として挙げた地域医療構想との一体化という点でも、現行の外来医療計画がヒントとなる。外来医療計画の推進では、地域医療構想と同じく医療機関の自主的な対応が想定されており、その場として地域医療構想調整会議が意識されていた。

例えば、2019年3月に定められた国の「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」では、協議の場に関して、「地域医療構想調整会議を活用することが可能」と定めていた。さらに、筆者の集計によると、2020年3月までに策定された各都道府県の外来医療計画では、43都道府県が協議の場として地域医療構想調整会議、あるいは医療計画を議論する場を活用すると定めていた²⁷。このため、「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化に向けた協議の場は今後、地域医療構想調整会議に委ねられる可能性が高く、地域医療構想との一体化が進みそうだ。

むしろ、地域医療構想は提供体制改革のうち、病床という一部に着目しているに過ぎず、提供体制の全体を見ているわけではなかった。このため、外来医療機能の見直しと地域医療構想が一体化することで、地域の医療提供体制の将来像を全体的に議論しやすくなる可能性がある。

4 | かかりつけ医の曖昧さが焦点に

さらに、曖昧な「かかりつけ医」機能の明確化も焦点になる公算が大きい。この点は既に厚生労働省の審議会や検討会で繰り返し話題になっている²⁸ので、私見も含めて論点を整理しよう。

²⁶ 外来医療計画に関する評価は2020年3月2日拙稿「[医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か（下）](#)」を参照。

²⁷ 奈良県は2021年6月30日現在で本文、概要が開示されていないため、46都道府県で集計。

²⁸ 2021年6月4日、2020年12月25日『m3.com』配信記事、『社会保険旬報』No. 2822、『週刊社会保障』No. 3124を参照。

そもそも、紹介状なし追加負担の対象拡大とか、「医療資源を重点的に活用する外来」の導入論議を考える上では、「大病院に患者を集中させない仕組みをどう作るか」という点が重要なポイントとなる。さらに具体的に言うと、大病院への患者集中を防ぐ上では、身近なケガや病気に対応するプライマリ・ケアに関しては、かかりつけ医となる診療所や中小病院で対応する一方、重度な病気やケガの場合、かかりつけ医が2次医療機関や3次医療機関に患者を紹介する流れを作る必要がある。このため、外来医療機能の明確化議論は「医療資源を重点的に活用する外来」の医療機関の対象範囲や機能に限らず、かかりつけ医機能の議論に発展する蓋然性を有している。

しかし、「かかりつけ医」の制度的な位置付けは曖昧である。例えば、かかりつけ医の要件は特に定められておらず、しかも患者は複数の医師を同時に訪ねることができる点で、制度的な縛りは非常に緩い。ここで、かかりつけ医の定義や機能を整理すると、日医などは2013年8月の報告書²⁹で、かかりつけ医の定義として、表3の通りに「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」と定めた。

表3：かかりつけ医の定義、かかりつけ医機能

かかりつけ医の定義
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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。
かかりつけ医機能
<ul style="list-style-type: none"> ▶ かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。 ▶ かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。 ▶ かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。 ▶ 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典：2013年8月、「医療提供体制のあり方 日医・四病院団体協議会合同提言」

さらに、その定義に対応する機能としても、「日常的に行う診療で、患者の生活背景を把握し、適切な診療と保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合、地域の医師、医療機関などと協力して

解決策を提供」「地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健などの社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携」「地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進」「患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供」などを列挙した。

それにもかかわらず、かかりつけ医の役割は曖昧である。何よりも、かかりつけ医は「機能」であり、一定の要件を満たせば認定されるような「能力」に着目した概念ではない。この曖昧さについては、プライマリ・ケアの専門医として、全人的かつ継続的に患者の生活をカバーする総合診療医との対比で浮き彫りになる。

例えば、2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、言葉遣いを微妙に使い分けている。

²⁹ 2013年8月8日「医療提供体制のあり方 日医・四病院団体協議会合同提言」。

まず、総合診療医に関して、報告書では「高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い」とし、総合診療医が高齢者の健康増進や保健活動、在宅医療に従事する重要性が指摘されており、「地域医療の核となり得る存在」という期待感さえ示されている。

これに対し、かかりつけ医に関しては、「幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須」と定めており、期待されている役割は同じように見える。

ここで注目すべきは「総合診療医＝能力」「かかりつけ医＝機能」という言葉遣いの違いである。つまり、総合診療医に求められているのは「能力」であり、専門医の試験や更新手続きを通じて、「総合診療医としての能力を果たしているか否か」が客観的に定められる。これに対し、かかりつけ医は「機能」であり、総合診療医よりも緩やかに定められている。

こうした言葉遣いの違いとか、似た言葉が乱立している背景に関して、ここでは詳細な説明を省く³⁰が、外来医療の在り方を議論するのであれば、曖昧なかかりつけ医機能の明確化が欠かせない。さらにオンライン診療の拡大策でも、かかりつけ医機能の議論が浮上している³¹点を踏まえると、「かかりつけ医とは何か」「どういう医療機関がかかりつけ医に相応しいか」「総合診療医との違いは何か」という疑問を払拭するような議論は不可欠となっている。

以上、改正医療法のうち、①新興感染症への対応を医療計画に追加、②病床再編・削減を支援する予算措置の恒久化、③外来医療機能の明確化——の3つに関して、それぞれの内容と背景、想定される影響などを考察した。

しかし、医師の働き方改革を含めて、それぞれの制度改正は複雑に絡み合っており、個別の点だけで見ていると、「木を見て森を見ず」になる危険性がある。さらに民間中心の提供体制の下で、国や都道府県が関わる余地は限定的であり、以上のような制度改正が「絵に描いた餅」になる危険性も想定される。

³⁰ これには歴史的な経緯が絡む。厚生省（当時）は1980年代半ばに「家庭医構想」を掲げ、イギリスのGP（家庭医、General Practitioner）のようなプライマリ・ケアの能力を持つ医師の育成を企図したが、国家管理の色彩が濃いイギリスの医療制度を参考にしようとしたことで、日医は「国家統制に繋がる」と反対した。さらに当時、厚生省は医療費抑制に力を入れ始めた時期であり、日医は厚生省の方針について、医療費適正化の意図が込められていると警戒した。このため、厚生省の企図は失敗に終わり、現行制度をベースとした形で、緩やかなかかりつけ医の仕組みが導入された。その後、専門医制度の見直しの過程で、高齢化に対応したプライマリ・ケア専門医の必要性が意識され、総合診療医の制度的な育成がスタートした。当時の経緯などについては、厚生省健康局総務課編（1987）『家庭医に関する懇談会報告書』第一法規などを参照。2018年5月2日の拙稿「[2018年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」も参照。

³¹ かかりつけ医機能の明確化に関しては、オンライン診療の拡大策でも焦点となっている。オンライン診療は2018年度診療報酬改定で初めて導入されたが、「対面の補完」とする日医の意向に配慮する形で、初診を対面で診た患者に限定する「初診対面原則」が導入された。さらに対象となる病気の種類も限定されるなど、要件が厳しく設定されたことで、必ずしも拡大しなかった。このため、2020年度に要件が部分的に緩和されたものの、新型コロナウイルス対応で院内感染を防ぐ観点に立ち、オンライン診療の拡大策が焦点になり、コロナ対応の特例として、安倍晋三政権による政治主導で初診対面原則の事実上の撤廃が決まった。さらに2020年9月に発足した菅義偉政権がオンライン診療の特例恒久化を言明し、厚生労働省の審議会でも拡大策が議論された。しかし、日医はオンライン診療では、触診など患者から得られる情報が限定的になると主張しており、過去の受診歴があることを基本としつつ、かかりつけ医などから情報が提供されれば、初診でもオンライン診療が認められる方向となっている。つまり、この文脈でも「かかりつけ医はオンライン診療可」「初診を対面で診ていない患者も、かかりつけ医からの情報があればオンライン診療可」という方向になっており、かかりつけ医の機能が焦点になっている。オンライン診療を巡る経緯に関しては、拙稿2020年6月5日「[オンライン診療を巡る議論を問い直す](#)」を参照。最新の動向は『社会保険旬報』No. 2822を参照。

以下、医療行政における都道府県の役割と権限を強化する「医療行政の都道府県化」という切口で、今後の改革の論点や課題を展望する。

6——大きくなる都道府県の役割

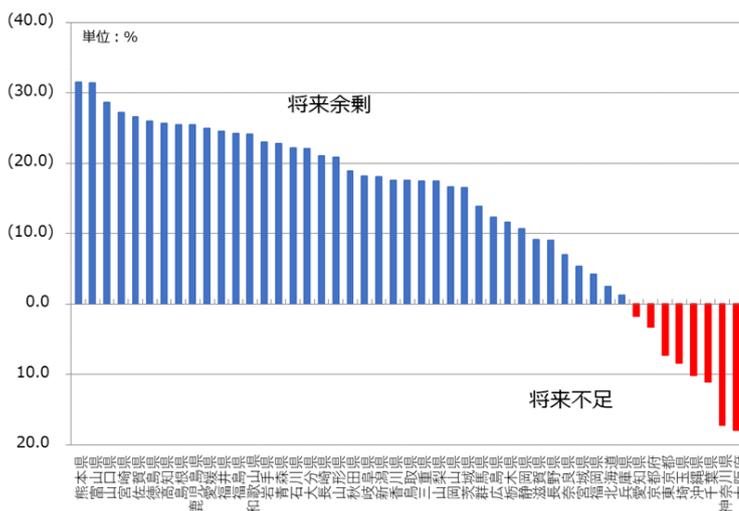
1 | 病床数などを巡る地域差

元々、地域医療構想が制度化された際、医療行政に関する都道府県の権限や役割を強化する意図が込められていた。具体的には、高齢化や人口減少のスピードとか、医師数や病床数の偏在などについて地域格差が大きいため、国一律の政策誘導が困難なため、都道府県を中心に地域の実情に応じて提供体制改革を進めることが重視されていた。

その一例として、地域医療構想に盛り込まれた病床数について、「どれだけ余剰、または不足が2025年時点で発生するか」という点を見ると、図2の通りに都道府県別の格差が大きい。さらに、医療制度を考える上では費用だけでなく、医療機関のアクセス面まで考慮する必要があるため、負担と給付のバランスも含めて、それぞれの地域の

実情に沿った提供体制改革が求められている。実際、2015年3月に策定された国の地域医療構想策定ガイドラインでは、地域の実情に応じた地域医療構想の策定と運用に言及していた。

図2：都道府県別で見た必要病床の余剰または不足の状況



出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

2 | 医師の働き方改革による影響

今後は改正医療法で導入が決まった医師の働き方改革についても、地域の医療提供体制や都道府県の実務に影響を与える可能性がある。その大枠のイメージは図3の通りであり、ポイントとしては、医療機関が「A水準」「B水準」「C水準」の3つに大別された点である。このうち、A水準は勤務時間を原則として年960時間以下に抑える医療機関であり、「地域確保暫定特例水準」と呼ばれるB水準は地域医療提供体制を確保する観点に立ち、止むを得ずに960時間を超える医療機関であり、2035年度末までの時限的な措置として、年1,860時間まで上限が緩和される。このB水準には「連携B水準」という分類も作られており、主な勤務先の時間外労働時間が年960時間に収まるものの、副業・兼業先の労働時間を通算すると年960時間を超えてしまう医師が所属する医療機関が対象となる。

このほか、多くの症例を集中的に経験しなければならない研修医などについては、「集中的技能向上水準」(C水準)として年1,860時間までの時間外労働時間が認められた。具体的には、臨床研修医・専攻医が研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を習得する際に適用する「C-1水準」、医師登録後の臨床従事6年目以降の医師の高度技能育成に必要な場合に適用する「C-2水準」に分かれている。

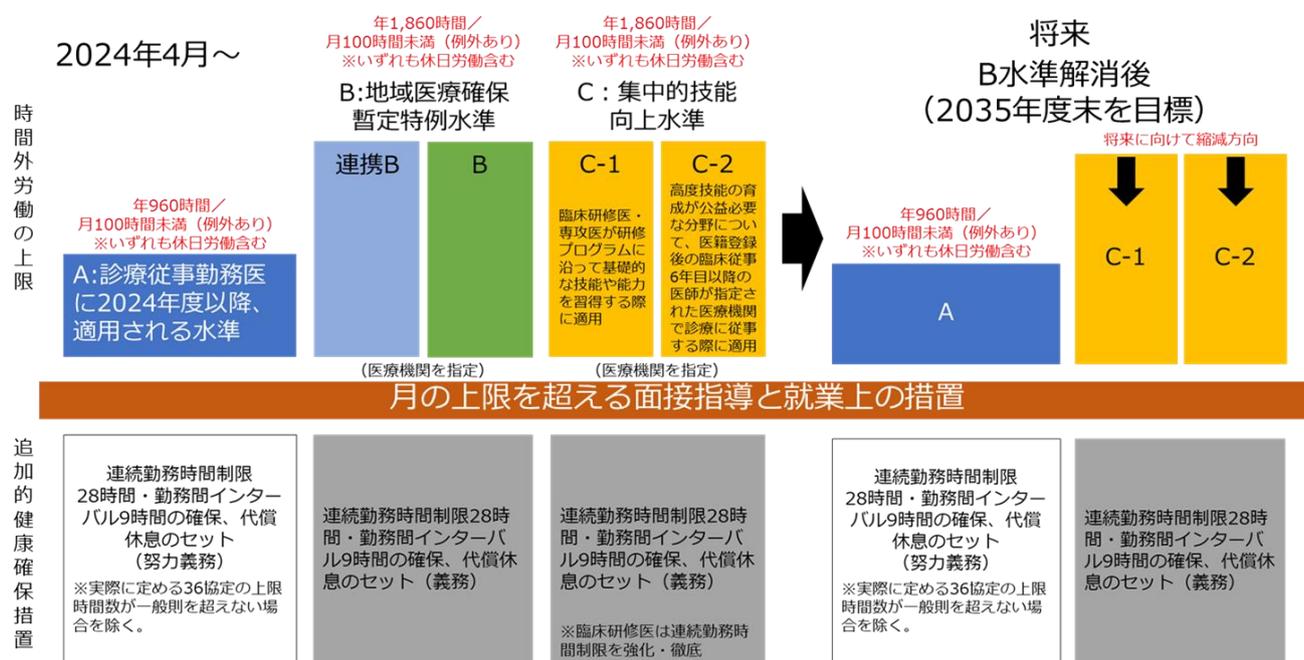
要するに、A水準の年960時間を目指しつつも、地域の医療確保に向けて超過勤務が必要と判断さ

れる B 水準の医療機関と、研修医の技能向上などの観点で超過勤務が必要と考えられる C 水準の医療機関については、約 2 倍に相当する年 1,860 時間の超過勤務が認められた形だ。さらに、B 水準と C 水準の医療機関に対し、健康確保や労働時間の短縮に向けた取り組みが課された、

こうした制度の運用を現場で担うのが都道府県であり、都道府県が B 水準や C 水準の医療機関を指定するほか、超過勤務の制限など、医療勤務環境改善に関する相談や助言について、都道府県が設置する「医療勤務環境改善支援センター」での対応が想定されており、既述した地域医療構想や医師偏在是正と相互に絡み合う可能性を想定する必要がある。

では、こうした前提を踏まえつつ、今回の改正医療法を通じて、都道府県に何が期待されるだろうか。以下では「リダンダンシーの確保を含めた有事への対応」「平時における丁寧な合意形成、情報共有」「トータルで提供体制改革を捉える視点」の 3 つを指摘したい。

図3：医師の働き方改革のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：連携Bの場合、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

注2：C-2は医師の発意で計画を作成し、医療機関が審査組織に承認を要請

3 | リダンダンシーの確保を含めた有事への対応

まず、新興感染症という有事に考慮しつつ、平時の提供体制改革を進める重要性であり、これは地域医療構想と新興感染症対応の組み合わせと言える。

そもそも、既述した通り、感染症対策は感染症法を中心に実施されてきた経緯があり、感染症法では感染症指定医療機関が指定されている³²が、今回のように医療需要が急増すると、感染症指定病院では対応し切れず、通常の医療提供体制との整合性が求められる。

しかし、地域医療構想の病床推計に感染症対応は考慮されておらず、筆者が集計した範囲では、2017

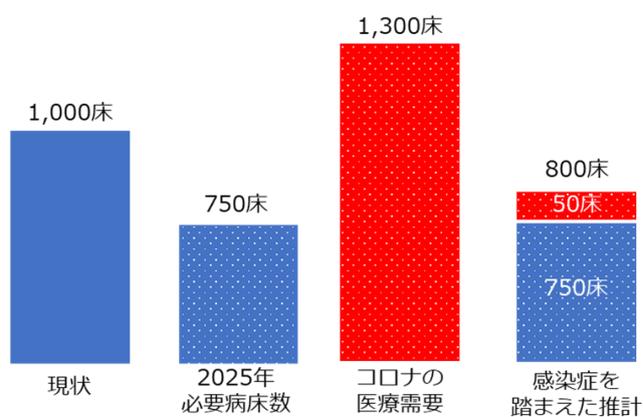
³² 2020年10月現在で、国指定の「特定感染症指定医療機関」が4機関10床、都道府県が指定する「第一種感染症指定医療機関」が56機関105床、結核や重症急性呼吸器症候群（SARS）などに対応する「第二種感染症指定医療機関」のうち、感染症病床を有する指定医療機関が351機関1,752床、結核病床を有する指定医療機関が173機関3,207床となっている。

年3月までに出揃った地域医療構想に何らかの形で「感染症」に言及していたのは僅か9都府県に過ぎなかった。このため、地域医療構想の推進主体である都道府県としては、「新興感染症など有事に備えつつ、平時の医療提供体制改革を進める」というバランスが求められる。

その際には災害対策のリダンダンシー（冗長性、redundancy）の発想に基づく方策が必要になると考えられる。ここで言うリダンダンシーとは、有事に備えて予備の人員・施設を事前に準備する考え方であり、地域医療構想の軌道修正でも取り入れることが可能と考えられる。

その一例として、図4のような対応策が考えられるのではないかと仮に現状が1,000床、2025年の必要病床数が750床という地域を仮定すると、今までは「250床を削減するか否か」といった議論に傾きがちだった。しかし、感染症のリスクが顕在化した今、750床ではリダンダンシーを確保できない。そこで、感染症に伴う医療需要の急増に備えて、バッファとなる病床を確保する必要がある、仮にバッファの病床を50床確保すると想定すれば、必要病床数の750床に50床を加えた800床を目指して調整を進めることになる。これは簡略化したイメージであり、感染症に備える病床数の推計の確保に際しては、複雑な計算と調整が求められるが、こうした方向性に関しては、日医からも「病床稼働率が低い公立・公的医療機関等、特に病棟単位で空いているケースは、そのまま空けておくのも一つの在り方」という意見が示されている³³。

図4：感染症対策を織り込んだ提供体制改革のイメージ



出典：各種資料を基に作成

もちろん、病床だけ確保しても有効に機能しないため、▽新興感染症に備えた専門人材の確保・育成、▽保健所における有事対応の強化——なども都道府県レベルでは必要になる³⁴。特に、人材や資材の確保に関しては、今回の新型コロナウイルスへの対応でも焦点になっており、都道府県が医療機関と協定を事前に結ぶ選択肢も考えられる。この点は災害対策で重機の手配などについて、国や自治体が建設会社と協定を結んでいる事例が参考になるかもしれない。さらに、ベッドや人員、機材の確保に要する財源については、都道府県単位に設置されている地域医療介護総合確保基金を活用することも考えられる。

人材育成に関しては、地元大学や民間医療機関との連携が必要になり、実際に岐阜県や鳥取県は感染症の専門医育成に向けた寄付講座を地元大学に開設するなどの動きも始まっている³⁵。

このほか、平時と有事の制度が余りにも違い過ぎると、切り替えに伴うコストや手間暇が大変になるため、有事も意識した平時の制度改革が求められる。このため、平時の取り組みを有事に、有事の備えを平時に生きる面を意識する必要がある。例えば、新型コロナウイルスへの対応では回復した患者を中等症病床や軽症病床にシフトさせることで、重症患者を受け入れる病床を少しでも効率化させる病床調整が焦点になっているが、これは地域医療構想で想定されている医療機関の連携と似ている。

³³ 2020年5月2日『m3.com』配信記事における日医の中川副会長（当時）インタビュー。

³⁴ ここでは詳しく述べないが、国レベルでも専門人材のプールと広域調整、人材の派遣などが必要になる。

³⁵ 2021年3月26日『岐阜新聞』、2020年10月14日『日本海新聞』。

まず、新型コロナウイルス対応に関する好事例³⁶を見ると、神奈川県は患者の状態・症状に応じて療養先を選定する取組を早くから展開した。具体的には、ICU（集中治療室）の病床で重症患者の入院管理を行う「高度医療機関」、中等症患者の入院管理に当たる「重点医療機関」、軽症患者又は退院基準を満たした患者の入院管理を担う「重点医療機関協力病院」に区分けし、状態に応じて患者を入退院・転院させる対応を取った。

さらに、長野県松本医療圏では民間の相澤病院を中心に、公立・公的病院が患者の重症度に応じて役割分担しつつ、コロナ患者を受け入れている。千葉県安房医療圏でも民間の亀田総合病院を中心に同様のネットワークが構築されているほか、長崎市を中心とする長崎医療圏では大学病院を核としたネットワークが立ち上げられた。つまり、医療需要の増加に伴って病床確保だけでは対応しきれないため、病床稼働の効率性を高めるため、医療機関同士の連携が重視されているわけだ。

一方、こうした対応は地域医療構想にも共通していた。具体的には、地域医療構想を通じて、医療機関の役割分担を明確にした上で、急性期で治癒した患者を回復期に移した後、最終的に在宅医療に移行させる対応が期待されており、政府の社会保障制度改革国民会議報告書では、救命・延命、治癒、社会復帰を担う「病院完結型」の医療から、リハビリテーションや介護も含めて地域全体で支える「地域完結型」の医療への転換を主張していた。つまり、病院単体で患者を抱え込むのではなく、診療所から大病院への紹介、大病院から診療所への逆紹介、在宅医療の充実など、医療機関が役割を分担しつつ、患者の生活を支える医療への転換が重視されていた。

実際、こうした事例として、和歌山県は円滑な退院支援と在宅移行を促すため、「地域密着型協力病院」という枠組みを独自に創設し、急性期病床から退院した患者を在宅で受け入れるまでの中間的な受け皿を作ろうとしている。さらに、生活に密着したレベルで在宅医療のネットワークを構築することで、急性期病床と地域密着型協力病院、在宅医療の間でのネットワークを強化し、スムーズな入退院と在宅療養の支援を進める方針を掲げている。

つまり、こうした役割分担の明確化や医療機関同士の連携は地域医療構想の実現だけでなく、新型コロナウイルスへの対応にも共通しており、「希少な医療資源を効率的に社会的に供給することは地域社会全体にとって有益」として、新型コロナウイルス対応で実施されている医療機関の機能分化が平時にも求められる意見が示されている³⁷。

このため、平時の連携を有事に、あるいは今回の有事対応を平時にも生かす取り組みを通じて、有事に備えつつ、平時の提供体制改革を進める発想が必要となる、その際には調整役、あるいは司令塔として、都道府県の役割が大きくなると考えられる³⁸。

³⁶ 新型コロナウイルス対応における病院の役割分担については、神奈川県資料に加えて、2021年5月7日『長崎新聞』、同年3月28日『朝日新聞』デジタル配信記事、同年2月3日『中日新聞』、2020年4月9日『朝日新聞』デジタル配信記事などを参照。

³⁷ 今野浩紀（2021）「医療機関の機能分化と地域包括ケアの重要性」『週刊社会保障』No. 3124。

³⁸ ただし、都道府県に期待される役割やアプローチは異なる。地域医療構想の推進に際しては、都道府県が民間医療機関に行使できる権限が限定的であるため、都道府県には合意形成を主導するファシリテーターやモデレーターの役割が期待される。これに対し、新型コロナウイルスへの対応で都道府県は陽性者を隔離したり、民間医療機関に病床確保を要請したりする必要があり、公権力の行使を含む行政中心のアプローチが必要となる。両者の違いに関しては、2020年5月15日拙稿「[新型コロナウイルスがもたらす2つの『回帰』現象](#)」を参照。

4 | 平時における丁寧な合意形成、情報共有

都道府県に求められる第2の対応として、丁寧な合意形成と情報共有を指摘できる。元々、病床再編は住民の反発など、地域社会に分断を招くことが多い³⁹。このため、議論の経過や合意形成プロセスを住民や関係者に開示するとともに、改革の必要性を丁寧に説明することが求められる。

その際には都道府県の決定事項を一方的に説明するのではなく、住民や関係者の不安も考慮しつつ、例えば「病院が再編されると、医療機関が遠くなるので、利便性が悪くなる」という不安に対しては、日常的なケガや病気に対応する能力を持つ総合診療医を確保するとか、在宅医療の普及、高齢者の移動支援などに力を入れることで、都道府県が策定した原案を修正することもいとわず、地道に合意形成を図ることが求められる。

しかし、筆者が2017年度、2018年度の地域医療構想調整会議に関する資料、議事録の開示状況を把握したところ、議論の内容を把握できるような情報を丁寧に開示している事例は僅かだった⁴⁰。こうした状況やスタンスが続くと、「コロナ禍なのに病床を削減しようとしている」という住民や関係者の不安や不満を助長しかねない。さらに、医師確保では地元大学の医学部との連携も欠かせず、その分だけ利害調整の関係者が多くなるため、合意形成に至る議論は複雑になる。このため、都道府県には一層の丁寧な説明や対話、情報共有が必要となる。

5 | トータルで医療提供体制を捉える重要性

3番目として、都道府県が医療提供体制をトータルで捉える重要性である。例えば、地域医療構想に基づく医療機関の再編や病床削減が進めば、大学病院が若手医師などを派遣する病院が減り、結果的に医師の働き方改革を進めやすくなるかもしれない。逆に医師の働き方改革を通じて、医師の超過勤務で病床数や機能を維持できていた病院、特に急性期病床を継続できなくなる可能性がある。医師を確保できない医療機関は再編・統合、あるいは病床の転換を求められる展開も予想される。

実際、厚生労働省は2019年5月頃から医師の働き方改革、地域医療構想、医師偏在是正を「三位一体改革」と称するようになり、「2040年どこにいても質が高く安全で効率的な医療へ」という目標の下、「医療従事者の働き方改革や医師偏在対策といった医療人材に関する施策と三位一体で」（筆者注：地域医療構想を）推進する」と説明している⁴¹。さらに、厚生労働省幹部が「まずは個々の病院の課題を洗い出し、自院でできることを、しっかり検討して実施していただく。その上で、『自分の病院は、今のこの診療体制では働き方改革への対応は無理』となった時、地域でまとめた地域医療構想を一つの対応の方向として、重点化や集約化も視野に取り組むのが自然」「医師の働き方改革は、将来の医療需要を見据えた適切な医療提供体制とマンパワーの配置に向かって、体制を転換するための非常に強いドライビングフォースになる」と述べる一幕もあった⁴²。

このため、今回の改正医療法に盛り込まれた内容は相互に関係し合っており、個々の制度改正だけ

³⁹ 最近の動きとしては、愛知県東栄町では病院再編が引き金となり、町長のリコール（解職請求）を求める署名が集まり、出直し選挙が実施される流れとなっている。2021年6月26日『毎日新聞』、同年4月5日『中日新聞』などを参照。

⁴⁰ 詳細は省略するが、地域医療構想調整会議に関する議事録・資料の開示は不十分である。詳細については、2019年6月5日拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える（下）](#)」を参照。

⁴¹ 2019年5月31日、経済財政諮問会議議事要旨、根本厚生労働相（当時）説明資料。

⁴² 2019年6月5日『m3.com』配信記事における迫井正深官房審議官（当時）に対するインタビュー記事のコメント。

に対応すれば済む話と思えない。実際、筆者の集計では、都道府県が2020年3月までに策定した医師確保計画を見ても、全ての都道府県が医師の働き方改革、あるいは勤務環境の改善に言及しており、複数で同時並行的に進む提供体制改革の整合性を取る必要がある。

逆に言えば、どこか1つの改革が上手く行かなければ、全ての改革が「絵に描いた餅」になり、医療現場が影響を受ける複雑性を有していることになる。こうした複雑かつ多面的な調整をどう取って行くのか、都道府県の対応とともに、国のバックアップが求められる。

トータルで医療提供体制を考える重要性に関しては、外来医療機能の明確化でも言える。既に述べた通り、患者の視点に立つと、「医療資源を重点的に活用する外来」の線引きは単なる病床数で決まるわけではなく、かかりつけ医機能の明確化と不可分である。しかし、厚生労働省の調査によると、地域医療構想調整会議で外来機能を含めて議論した構想区域は339区域のうち、37区域（毎回のように行われている、一定程度行われているの合計）に過ぎない⁴³。さらに、筆者の集計でも外来医療計画で「かかりつけ医」に言及した都道府県は3分の1程度の19にとどまる⁴⁴。このため、今後は病床や外来の調整とか、医師の勤務環境改善や人材確保、さらには在宅医療の充実まで視野に入れつつ、地域における提供体制改革を検討する必要がある。

7—おわりに

今回のレポートでは、医師の働き方改革、新興感染症への対応、外来医療機能の明確化といった改正医療法の内容を踏まえつつ、医療計画の策定主体となる都道府県に求められる対応を論じた。本稿で論じた通り、様々な医療提供体制改革が同時並行で進められており、それぞれは複雑に影響し合う。例えば、顕在化した新興感染症へのリスク対応に加えて、地域医療構想では病床数の調整や在宅医療の充実、外来医療の重点化、医師偏在是正では医師確保、医師の働き方改革では医師の勤務時間や医療機関の経営や機能・役割、他の職種へのタスクシフトといった点である。

このため、「司令塔」となる都道府県としては、バラバラで示される国の方針や通知に沿って、それぞれの制度改正に対して各個撃破的に対応するのではなく、地域の実情に応じて、様々な論点や関係者に目配りしつつ、多面的かつ複雑な医療提供体制改革を主体的に進めることが求められる。今回の新型コロナウイルスへの対応では、幾つかの都道府県が国に先じた施策を展開し、医療行政に関する都道府県の実力が向上しつつあることを立証した感があるが、こうした流れは平時でも継続していく必要がある。その際には国としても都道府県に「丸投げ」するのではなく、データ提供や人材育成、財政支援などのバックアップが必要になる。

⁴³ 2020年10月30日、医療計画の見直し等に関する検討会資料を参照。2020年3月現在。

⁴⁴ 奈良県は2021年6月30日現在で本文、概要が開示されていないため、46都道府県で集計。現状分析で「かかりつけ医」の文言を用いているケースや、地域医療構想調整会議で出た意見の紹介で言及している事例は除く。