

# 研究員 の眼

## 「地域の実情」に応じた医療・介護体制はどこまで可能か(4)

同時並行で進む提供体制改革、求められる都道府県の対応は？

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

### 1—はじめに～同時並行で進む提供体制改革、求められる都道府県の対応は？～

2024年度は医療・介護分野で多くの制度改正が予定されており、様々な見直し論議が進んでいます。こうした中、[第1回](#)で確認した通り、国の審議会資料などでは、医療・介護提供体制を整備する際の視座として、「地域の実情」という言葉が多用されています。さらに[第1回](#)では、「地域の実情」に沿った対応が必要な理由とか、「地域の実情」を踏まえないまま、事業や制度ありきで物を考えてしまう自治体サイドの「事業頭」「制度頭」の悪弊なども指摘し、[第2回](#)と[第3回](#)ではデータによる実情把握（マクロ）と個別事例の収集・分析（ミクロ）の両面で「地域の実情」を把握する必要性とか、関係者との合意形成や庁内外のチーム形成の必要性などを指摘しました。

第4回以降は各論に入ることとし、今回は医療提供体制改革を取り上げます。医療提供体制改革に関しては、急性期病床の削減や在宅医療の充実などを目指す「地域医療構想」に加えて、医師の超過勤務削減などを目的とする「医師の働き方改革」など、都道府県を主な実施主体とした制度改正が同時並行で進められています。

そこで、今回は制度改正の動向を俯瞰しつつ、都道府県に求められる対応を考察します。中でも、医師の働き方改革や診療報酬改定などによる影響を緩和する役割が都道府県に求められる可能性を論じます。

### 2—同時並行で進む様々な医療提供体制改革

#### 1 | 2019年で論じられた「三位一体改革」の必要性

（筆者注：地域医療構想を）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推進をいたします——。2019年5月の経済財政諮問会議で、このように根本匠厚生労働相は述べました。さらに、この時に提出された資料では、「地域医療構想」「医師偏在」「医師の働き方改革」を同時に取り組むことで、40年をメドに「どこにいても質が高く安全で効率的な医療」を目指す考えが示されました<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> 2019年5月31日、経済財政諮問会議の議事録、根本匠厚生労働相提出資料を参照。以下、肩書は全て発言当時。

この後、3 つ以外でも制度改正が実施されたのですが、それぞれ異なる文脈で議論がスタートしている上、目標年次が微妙に違うなど、全体像が俯瞰されているとは言えない状況です。そこで、以下では本連載のメインテーマである「地域の実情」に関わる医療提供体制改革を列挙します。

## 2 | 地域医療構想(2017 年度～)

既述した三位一体改革のうち、地域医療構想は 2017 年 3 月までに都道府県が作成しました<sup>2</sup>。策定に際して、都道府県は人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が 75 歳以上になる 2025 年の医療需要を病床数で推計。さらに、医療機関の機能について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分し、それぞれの病床区分について、人口 20～30 万人単位で設定される 2 次医療圏（構想区域）ごとに病床数を将来推計しました。

図表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、表に含まれない。

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。

その上で、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、

需給ギャップを明らかにしました。その結果、図表 1 の通り、全国的な数字では、高度急性期、急性期、慢性期が余剰となる一方、回復期は不足するという結果が出ており、高度急性期や急性期病床の削減と回復期機能の充実、慢性期の削減と在宅医療の充実が必要と理解されています。

しかし、[第2回](#)と[第3回](#)で論じた通り、都道府県は民間病院などに対し、病床削減を命令できる権限を持たないため、医療機関の経営者などを交えた「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）での議論を通じた合意形成と自主的な対応が想定されています。

なお、地域医療構想については、都道府県が 6 年周期で策定している「医療計画」の一部として作成されており、2018 年度から始まった現計画に包摂されました。さらに、現計画が 2023 年度に期限切れを迎えるため、2022 年 12 月に公表された厚生労働省の「第 8 次医療計画等に関する検討会」（以下、検討会）の報告書では、次期医療計画に向けた考え方として、「基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく」と定められています。

このほか、地域医療構想の目標年次が 2 年後に迫っているため、検討会報告は「2025 年以降も地域医療構想の取組を継続していく」との考えを強調。厚生労働省幹部も「新たな地域医療構想の策定に

<sup>2</sup> 地域医療構想の概要や論点、経緯については、2017 年 11～12 月の拙稿 [「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(1\)」](#)（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 日拙稿 [「公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか」](#) を参照。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。

向けて検討を始めていきたい」<sup>3</sup>と述べており、2024年から見直し論議が本格化すると思われます。

### 3 | 医師偏在是正(2020年度～)

都会への医師偏在や地方での医師不足を解消する医師偏在是正も三位一体改革に位置付けられています。こちらに関しては、各都道府県が2020年3月までに策定した「医師確保計画」「外来医療計画」という2つの制度で進められており、「地域の実情」に沿った対応策が期待されています。

このうち、前者の医師確保計画では、奨学金の返済を免除する代わりに9年間の地方勤務を義務付ける「地域枠」を通じて、若手医師に地方で働いてもらうことが想定されています<sup>4</sup>。

具体的には、医療の需要や医師の年齢などを勘案した全国共通の「医師偏在指標」を基に、上位3分の1の都道府県や2次医療圏を「医師多数都道府県」「医師多数区域」、下位3分の1を「医師少数都道府県」「医師少数区域」に設定。都道府県は2020年3月までに「医師確保計画」を策定し、地域枠を通じて、若手医師を医師少数区域に誘導することが重視されています。

一方、後者の外来医療計画とは、医師が過剰な地域で新規開業する医師に対し、在宅医療や公衆衛生など、地域で不足する医療機能を実施するように求める仕組み。そのための場として、都道府県が運営する調整会議が主に想定されています。

### 4 | 外来機能分化(2022年度～)

医療提供体制を効率的にするため、大病院は診療所や中小病院からの紹介患者を中心に受け入れるなど、外来に関する医療機関の役割分担を明確にすることが想定されています。この関係では、いくつかの制度改革が絡んでおり、2016年度の診療報酬改定で、紹介状なしに大病院を受診した場合、追加負担を徴収する制度が創設され、「大病院」の対象は200床以上まで段階的に拡大されました<sup>5</sup>。

一方、「地域の実情」に沿った体制整備も期待されています<sup>6</sup>。具体的には、2021年通常国会で成立した改正医療法で制度化された「外来機能報告制度」を通じて、各医療機関が担っている外来機能を各都道府県に報告させ、都道府県を中心とした調整会議における合意形成と自主的な対応を通じて、紹介された患者を中心に受け入れる「紹介受診重点医療機関」を各地域で明確にすることが想定されています。つまり、現状の可視化と合意形成に力点を置いている点は地域医療構想と共通しており、言わば「地域医療構想の外来版」と言えます。

### 5 | 医師の働き方改革(2024年度～)

2024年4月から本格施行される制度であり、地域医療構想と医師偏在是正と並ぶ「三位一体改革」の一つに位置付けられていました。この制度では、医師の超過勤務を原則として年960時間、最大で

<sup>3</sup> 2023年10月21日『社会保険旬報』No. 2907における浅沼一成医政局長のインタビューから引用。

<sup>4</sup> 医師確保計画と外来医療計画に関しては、2020年2月17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\(上\)](#)」、2020年3月2日「[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。なお、2つの計画は2024年度から始まる医療計画に包摂される。

<sup>5</sup> 紹介状なし大病院受診の追加負担に関しては、2022年10月25日拙稿「[紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと今後の論点を考える](#)」を参照。

<sup>6</sup> 外来機能報告と紹介受診重点医療機関の選定に関しては、2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

も年 1,860 時間まで制限することに主眼が置かれており、上限が年 1,860 時間に設定される特例的な医療機関（B 水準、C 水準）については、都道府県の指定を受けることになっています<sup>7</sup>。

さらに、これらの医療機関における健康確保措置の確認などに関して、都道府県が現場で制度運用を担うことになっており、やはり「地域の実情」に応じた対応が都道府県に期待されています。

## 6 | 新興感染症への対応(2024 年度～)

新型コロナウイルスへの対応を通じて、新興感染症への脆弱性が浮き彫りになったことで、2022 年臨時国会で成立した改正感染症法に基づく対応が都道府県に求められています<sup>8</sup>。具体的には、都道府県が医療機関と協定を事前に結ぶことで、新興感染症が発生した際の対応を義務付けることに力点が置かれています。

さらに、正当な理由がないにもかかわらず、医療機関が協定に基づいて行動しない場合、都道府県は医療機関の名称を公表するほか、「地域医療支援病院」（かかりつけ医の支援などを担う医療機関）などを取り消すことができるようになりました。地域医療支援病院などの取り消しは医療機関にとって、診療報酬の減収に繋がるため、一種の「罰則」の要素を持っています。

こうした内容を含む改正法の施行は 2024 年 4 月であり、ここでも「地域の実情」に沿った対応が都道府県に期待されています。実際、新興感染症対策を特出しするような形で、2023 年 3 月に公表された検討会報告書では「地域の実情」という言葉が 11 回も使われています。

## 7 | かかりつけ医機能の強化(2025 年度～?)

2023 年通常国会での法改正を通じて、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」の機能強化も都道府県が担うことになりました<sup>9</sup>。具体的には、病床、外来に次ぐ第 3 の報告制度として、「かかりつけ医機能報告制度」が創設され、診療所や中小病院による夜間・外来の対応や在宅医療の提供などの状況を可視化。その上で、不足分の充実策に関して、都道府県が地域の医師会などと協議することが意識されています。

詳細については、新設された「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」を中心に議論される見通しで、早ければ 2025 年度から新制度が始動します。

## 8 | 一層、大きくなっている都道府県の役割

以上の記述を通じて、様々な医療提供体制改革が同時並行で進んでいる点に加えて、都道府県の役割が大きくなっていることをご理解頂けたと思います。しかも元々、都道府県が 6 年周期で策定している医療計画では、がんや災害、へき地など 5 事業 5 疾病と在宅医療<sup>10</sup>に関して、施策の方向性を示す

<sup>7</sup> 医師の働き方改革の詳細については、2023 年 9 月 29 日拙稿「[施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか](#)」、2021 年 6 月 22 日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」も参照。

<sup>8</sup> 2022 年 12 月 27 日拙稿「[コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか](#)」を参照。

<sup>9</sup> 2023 年 8 月 26 日拙稿「[かかりつけ医強化に向けた新たな制度は有効に機能するのか](#)」、同年 2 月 13 日拙稿「[かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか](#)」（上下 2 回、リンク先は第 1 回）をそれぞれ参照。

<sup>10</sup> 5 事業 5 疾病とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、救急、災害、へき地、周産期、小児医療を指す。2024 年度改定から始まる医療計画では、新興感染症対応も追加される。この時の法改正に関しては、2021 年 7 月 6 日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。



ことになっており、都道府県の主体性発揮が一層、期待されていると言えます<sup>11</sup>。

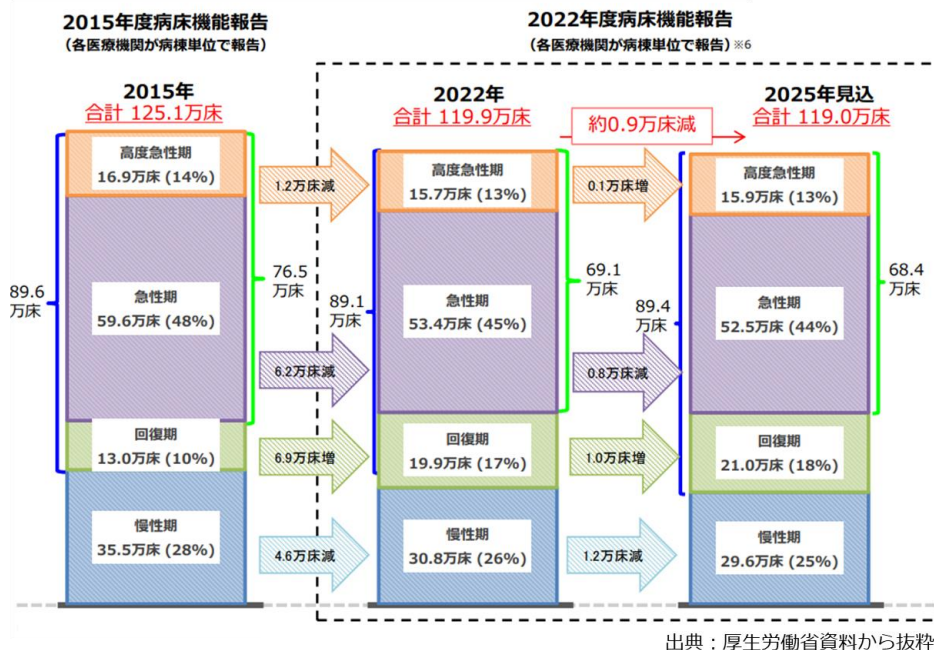
### 3—地域医療構想は見掛け上、達成済み？

では、「地域の実情」に沿った体制整備に向けて、どんな役割が都道府県に求められるのでしょうか。ここでは第2回で述べたマクロとミクロの融合について、もう少し考察します。

一般的な傾向として、地域医療構想の進捗が語られる際、図表1で示した「2025年必要病床数」に現状がどれだけ近づいているか、という点が重視されて来ました。分かりやすく言うと、「約119万床」という数字を意識しつつ、「どれだけ病床が減ったか」という判断が進捗の基準になってきた感があります。

しかし、図表2の数字をご覧ください。これは地域医療構想の推進に関して、厚生労働省の審議会で示された資料の抜粋であり、ここでは右側の数字に着目して下さい。右側の数字では2025年時点における予想として、「どんな医療機能を医療機関が果たそうとしているか」「どれぐらいの病床数になりそうか」といった見通しを医療機関に報告してもらった数字の合計が示されており、「約119万床」という数字が載っています。

図表2：地域医療構想の進捗状況



出典：厚生労働省資料から抜粋

これを図表1の中央に示した「2025年必要病床数」と比べると、総数は概ね一致します。つまり、地域医療構想が策定された時点で「目安」と見なされていた病床数の総数は見掛け上、クリアしつつあるわけです。

確かに図表1中央の「2025年必要病床数」は定量的な数字、図表2の右側は医療機関の報告をベースとした定性的な数字（分かりやすく言うと、言い値ベース）なので、一概に単純比較できないのですが、トータルの病床数で帳尻が合っていることは注目です。このため、「2013年のデータを基に病床の必要量を出した時、現在のままいくと152万床まで膨らむと言われていたことを考えれば、(略)地域医療構想は比較的うまくいっているのではないか」という指摘<sup>12</sup>が厚生労働省の審議会で示され

<sup>11</sup> ここでは詳しく触れないが、平均在院日数の削減などを目指す6年周期の「医療費適正化計画」も少しずつ強化されている。詳細については、2023年8月25日拙稿「[全世代社会保障法の成立で何が変わるのか\(下\)](#)」を参照。

<sup>12</sup> 2023年5月25日、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ議事録における全日本病院協会の織田正道副会長の発言を引用。

る背景も一定程度、理解できます。

しかし、病床機能の区分で比べると、高度急性期と急性期が多く、回復期が足りない数字になっています。このため、費用抑制を重視する健康保険組合連合会の代表は「(筆者注:診療報酬単価が高い)高度急性期、急性期は多いのではないかという印象が拭えない」とクギを刺しています<sup>13</sup>。

こうした中、都道府県はどのように振る舞う必要があるのでしょうか。まず、図表1~2の数字は地域ごとに違うため、「地域の実情」に沿って将来像を話し合う必要があることは言うまでもありません。

さらに言うと、数字だけに囚われない対応が求められます。例えば、今後は複数の慢性疾患を抱えつつ、自宅で療養する高齢者が増えるため、誤嚥性肺炎などの救急搬送に対応しつつ、リハビリテーションの提供や在宅復帰支援を担う救急機能(軽度救急と呼ばれる時があります)が求められます。さらに、コロナへの対応では救急医療資源が集中されていないことが一つの課題となったため、高度な医療機能への集中が欠かせないという指摘も出ています<sup>14</sup>。

つまり、病床機能報告などの数字を追っ掛けることは大事なのですが、地域で起きている事例を踏まえないと、「地域の実情」に沿った見直しは進められないことになります。言い換えると、病床数の帳尻を合わせるだけでは、「地域の実情」を反映できないため、データ(マクロ)に加えて、事例(ミクロ)を加味することが求められます。

#### 4—「軍拡」から「軍縮」へのマインドセット

それでも都道府県の立場から見ると、医療提供体制の太宗を占める民間病院に対する働き掛けが悩ましい点と思われます。[第2回](#)と[第3回](#)で触れた通り、国や都道府県は民間医療機関に対し、病床再編などをダイレクトに命令できないためです。

さらに、患者が自由に医療機関を選べる「フリーアクセス」の下、それぞれの医療機関は患者獲得を巡って競争しています。このため、他の医療機関と連携するよりも、自前で医療機能や診療科を持ちたがる傾向があります。こうした判断は医療機関の役割分担の明確化を目指す地域医療構想や外来機能分化のハードルになる可能性があります。

ここで、重要になるのが人口減少のインパクトの可視化と思われます。地域医療構想の目標年次である2025年、あるいは「団塊ジュニア」が65歳以上になる2040年を見通すると、日本のほとんどの地域では人口が減る見通しです。それに伴って入院需要だけでなく、外来の需要も落ち込むはずであり、医療機関としては、パイが小さくなる中、患者獲得を巡って争えなくなります。

このため、人口減少に見舞われる地域では、受療率や入院率の予想などを示すことで、民間医療機関の経営者の意識を「これ以上の競争は無理」「連携しないと生き残れない」と判断してもらえる対応が都道府県に求められます。

これを形容すると、「軍拡」から「軍縮」への転換と言えます。何やら「軍拡」「軍縮」という言葉は医療から縁遠いように見えるかもしれませんが、医療経済学では医療機関が高額な機器などを装備することで患者獲得を競い合う行動を「医療軍備拡張競争」(Medical Arms Race)と呼ぶ時がありま

<sup>13</sup> 同上における健康保険組合連合会の幸野庄司参与の発言を引用。

<sup>14</sup> 高久玲音(2023)「コロナ禍・コロナ後の医療提供体制」『健康保険』2023年9月号を参照。

す<sup>15</sup>。つまり、核兵器の増産・開発を競った冷戦期の米ソ両国のように、患者獲得を巡って争う医療機関が設備投資などを競い合う状態を指しており、日本の民間病院が急性期病床の維持などにこだわっている状況を説明できます（ただし、医療軍拡の実態は日本で実証研究されておらず、学術的な厳密性は割り引いて考える必要があります）。

しかし、希少な医療資源を有効に活用するためには、医療機関経営者の発想を軍縮モードに切り替えてもらうことが必要になります。実際、その必要性については、関係者の間で意識されており、地域医療構想の議論がスタートした頃には「共倒れや過当競争はやめていただきたい。そんな余裕は今の日本にはない。無駄の排除を含めて、（注：地域医療構想は）効率的な医療をみんなで提供して下さいという大事なフレームワーク」<sup>16</sup>、「このまま何もしなければ病院は共倒れになり、地域の人に迷惑をかける。協議しながら無駄を省いて連携することによって、安定的に医療を提供できないか。言い方を変えると許された談合」<sup>17</sup>といった発言が示されていました。

さらに、冷戦期の米ソによる核軍拡とか、最近の米中対立に見られる通り、相互不信は軍拡を招きやすい面があります。そこで、都道府県を中心に、関係者が対話できる環境整備も必要となると思われます。例えば、調整会議で取り上げにくい内容に関しては、非公開の会議や事前の調整で意思疎通を徹底する一方、逆に調整会議の議事録はオープンにして透明性を高める工夫が求められます。

合意形成に際しては、持ち株会社のような形態で、医療機関同士が「連携以上、統合未満」のネットワークを目指す「地域医療連携推進法人」の活用も選択肢の一つになり得ます。

このほか、同族経営の民間病院が少なくない点を踏まえると、「自分の親族に継がせたい」と考えている医療機関の経営者は将来の変化に対し、素早く対応する可能性もあります。実際、少子化でも日本の私立大学が破綻しない理由の一つに同族経営の柔軟さを挙げる書籍では、同じような現象が医療機関にも見受けられると論じられています<sup>18</sup>。つまり、文部科学省が大学の再編を促すため、新しい対策を講じても、私立大学は学部名の変更などで柔軟に対応しており、こうした行動は診療報酬改定など国の制度変更に対策を打ってきた民間医療機関と共通しているという指摘です。逆に言えば、都道府県の働き掛け次第で、民間医療機関の意識や行動は変わるのではないのでしょうか。

一方、人口減少が緩やかな都市部では、これらの対応が単純に当てはまりません。それでも「軍拡」を作り出す相互不信を払拭する努力は可能であり、コロナ対応で生まれた地域連携の継続・拡充とか、疾病別の入退院支援ルールを整備など、地道な連携の積み上げが考えられます。

## 5—国の制度改正の影響緩和が重要に？

さらに言うと、筆者自身は「国の制度改正のシワ寄せが地域で深刻化した場合、都道府県には影響を緩和する役割が求められる」と考えています。特にインパクトが大きいのが診療報酬改定とされます。地域医療構想が策定された頃、厚生労働省幹部は「地域の実情を全然考えずに、霞が関で設定

<sup>15</sup> 医療軍拡と地域医療構想の関係性については、2017年12月6日拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(3\)](#)」を参照。

<sup>16</sup> 2016年10月24日『m3.com』配信記事における厚生労働省の迫井正深保険局医療課長インタビューから引用。

<sup>17</sup> 2016年1月1日『社会保険旬報』No. 2626における全日本病院協会の西沢寛俊会長の発言から引用。

<sup>18</sup> Jeremy Breaden et. al (2020) “Family-Run Universities in Japan” [石澤麻子訳 (2021) 『日本の私立大学はなぜ生き残るのか』中公叢書] を参照。



した診療報酬が誘導することは、地域医療構想のコンセプトにはありません」『『経済誘導ありき』で地域の医療を形作るわけではない』と述べていました<sup>19</sup>。

その後、地域医療構想に基づく議論が各地で始まったものの、地域医療構想の推進→病床削減→歳出抑制という経路を期待する財務省は 2022 年度診療報酬改定に際して、医療提供体制改革の加速を要請。実際の報酬改定でも、急性期病床に関する基準の厳格化など、医療提供体制改革に関する内容が数多く盛り込まれました<sup>20</sup>。こうした傾向は今後も継続すると思われます。

しかし、診療報酬改定の影響は全国一律であり、地域差を考慮できません。例えば、膨らんでいる急性期病床をスリムにするため、救急患者の受け入れ実績に関する診療報酬の基準が厳しく設定された場合、人口が少ない地域では急性期病床を維持できなくなるかもしれません。このため、「地域の実情」に沿って、診療報酬改定の影響を緩和するような配慮として、医療提供体制改革に使える補助金である「地域医療介護総合確保基金」を使った支援とか、他の医療機関との連携を促すなどの対応が都道府県に求められます。

さらに、医師の働き方改革の影響も見逃せません。この改革では、厚生労働省は違反した際の罰則に加えて、労働基準監督署の指摘や査察を通じて、地域の医療提供体制を変えられる強制力を持ったことになり、診療体制の見直しなどに繋がる可能性があります。例えば、働き方改革を通じて、医師の超過勤務で確保されている救急や外来を維持できなくなるかもしれません。こうした状況で、都道府県は調整会議などの場を通じて、「月曜日から水曜日は A 病院で外来に対応する一方、残りの日は B 医療機関で対応」といった役割分担や連携が進むようにバックアップする必要があります。

さらに、超過勤務時間が制限されることで、人手不足になった大学病院が地域の医療機関に派遣している若手医師を引き揚げる可能性が懸念されており、医師偏在是正との関係性も強まります。以上のように考えると、筆者は「医師の働き方改革を通じて、好むと好まないにかかわらず、何らかの形で医療提供体制の変容を強いられる」と予想しています。都道府県としては、同時並行で進む様々な提供体制改革や国の制度改正による影響などを見極めつつ、主体的に行動することが求められます。

## 6—おわりに

今回は審議会の報告書で多用されている「地域の実情」という言葉に着目し、医療提供体制改革に関して、都道府県に必要な対応を指摘しました。地域医療構想や医師偏在是正、かかりつけ医など同時並行で様々な提供体制改革が進む中、都道府県には制度改正の影響を横断的に捉えつつ、地域の医療機関経営者や大学医学部など、広範な関係者と地道に合意形成を進める必要があります。さらに、地域医療構想に基づく病床数が見掛け上、実現に近付いている中、数字だけに囚われない対応が求められます。

第 5 回となる次回は高齢者介護に関して、主に市町村に求められるスタンスを考察します。

<sup>19</sup> 2016 年 5 月 24 日 『m3.com』 配信記事における保険局医療課の迫井課長に対するインタビュー記事から引用。

<sup>20</sup> 具体的には、医療資源を集中させた高度な急性期機能を評価する加算が創設されるなど、医療提供体制改革を加速する内容が盛り込まれた。詳細は 2022 年 5 月 27 日拙稿「[2022 年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」を参照。診療報酬改定で財務省のプレッシャーが及ぼした影響に関しては、2022 年 1 月 17 日拙稿「[2022 年度の社会保障予算を分析する](#)」を参照。