

日本の医療提供体制における課題と対策

宇高 恭平

(内藤研究会 4 年)

小林 療平

(内藤研究会 3 年)

- I 序 論
- II 日本の医療提供体制
 - 1 根拠法
 - 2 民間中心の医療提供体制
- III 持続可能な医療提供体制に向けて
 - 1 医師偏在
 - 2 地域医療構想
 - 3 医師の働き方改革
 - 4 診療報酬
- IV 結 語

I 序 論

2020年前半から感染が拡大した新型コロナウイルスは日本国内だけでなく全世界に様々な影響を与えた。それでも5月に一応の収束を見た「第一波」に関して、日本は他国と比べると死者数を抑制できた。中でも医療機関のキャパシティを超える形で医療機関に殺到したり、院内感染で医療機関の機能がストップしたりする医療崩壊が懸念された。医療崩壊が起きると、医師やベッドなどの余裕が失われるため救急車で患者が医療機関に担ぎ込まれても対応できなくなり改善の見込みが少ない患者の治療を断念する選別が起きる。この結果、普段であれば救え

たはずの命が救えなくなり多くの人が命を落とすことになる。ここで1つの疑問が生じる。日本の医療制度改革論議では1980年代以降病床数の過剰ぶりが論じられ、2017年度から本格スタートした地域医療構想に関しても財政再建の立場から過剰な病床は減らすべきという議論が展開された。このように過剰な病床が議論されていたにも関わらず病床不足が顕在化した。この状況は2つの統計から説明できる。OECDに加盟する先進国の人口1000人当たりで見た病床数で日本は世界的に突出している¹⁾。これに対し人口10万人当たりICU(集中治療室)の数は他の先進国と比較すると決して多いとは言えない²⁾。要するに病床数が多いが重篤な患者を受け入れるICUは少ない。言い換えると医療必要度の低い人を対象にした病床が多く新型コロナウイルスのような医療ニーズの高い患者を受け入れる病床が少ないといえる。このように新型コロナウイルスによって日本の医療提供体制の課題が浮き彫りになったが他にも医師偏在や医師の過重労働などの問題がある。こうした問題の是正の必要性は今後の日本の人口構成からも確認できる。

現在の日本は少子高齢化社会であり、日本の人口は2008年頃をピークに減少に転じた。2025年には団塊の世代が75歳以上を迎え医療や介護の社会保障費の急増が懸念され、2040年には高齢者の人口の伸びは落ち着き現役世代が急減する。高齢者の人口は国立社会保障・人口問題研究所によると2042年に3935万人に達しピークを迎えるとされている³⁾。2042年をピークにその後は減少傾向に転じるが、総人口が減少するため2065年の高齢化率は38.4%に上昇する⁴⁾。こうした人口構造の変容は医療に直接影響する。加齢に伴い受療率⁵⁾は急カーブで上昇し外来は80歳前半でピークアウトするものの、入院についてはその後も増加が続くことがわかる⁶⁾。1件当たり診察日数や1日当たり医療費が同じであれば医療費は受療率に比例する。実際、75歳以上(後期高齢者)と75歳未満の者(後期高齢者以外)の平成30年度の1人当たりの医療費を入院と外来に分けて比較すると、外来は後期高齢者(42.0万円)が後期高齢者以外(12.6万円)の3.3倍であるのに対して入院は後期高齢者(47.0万円)が後期高齢者以外(7.2万円)の6.6倍である⁷⁾。このように高齢化は医療需要を増大させるとともに医療費を増加させる要因であることがわかる。

厚生労働省では先述した医療提供体制の問題を医療の需要の増大が予想される2040年に向けて整備していく必要があることを指摘しており、病床の最適化を目指す地域医療構想、医師の働き方改革の推進、医師の偏在の是正を三位一体で推進していくと記載されている⁸⁾。そのため本論文ではまず日本の医療提供体制の

改革を考えるうえでどのようなことが前提になっているのか、根拠法及び日本の民間中心の医療提供体制について概観する。それを踏まえたうえで医師偏在、地域医療構想、医師の働き方改革、診療報酬についてそれぞれの課題などを検討し2040年に向けた医療提供体制の改革の方向性について考えを示す。

Ⅱ 日本の医療提供体制

1 根拠法

現代のわが国においては人生の様々な場面において医療を受けている。心身の健康は人間のあらゆる活動の基礎となる基本的な価値であり、国家による国民に対する医療の保障は生存権保障の根本にも位置付けられうる最も基礎的な社会保障の1つである。憲法25条の生存権の規定は戦後日本が福祉国家の道を歩む礎となっただけでなく今後も重要である。医療政策を論じるうえでもう1つ重要な規定が憲法13条である。この条文の前段は個人の尊重あるいは個人の尊厳原理、後段は幸福追求権と呼ばれている。幸福追求権が重要な理由は「人間の1人ひとりが“自らの生の作者である”ことに本質的価値を認めてそれに必要不可欠な権利・自由の保障を一般的に宣言したものである」からである⁹⁾。幸福追求権が各種の権利・自由を包摂する基幹的な権利であるといわれるのはそのためであり、幸福追求権が保障されることにより個人の自己決定権や尊厳が確保される。医療政策を論じるうえで「患者中心の医療」という言葉が強調されるがその中核をなすのがこれらの個人の尊厳と自己決定権の尊重である。また国京教授¹⁰⁾は医療保障の目的を違った観点から指摘している。日本の場合医療の給付は社会保険方式であり、その給付は原則現物給付の形態をとっている。そのため医療保障を単なる所得保障の系列に位置づけ医療費の肩代わりという理解にとどめるのではなく、医療保障の積極的側面を捉えて傷病に際しての心身の障害状態を除去すること——健康の実現——を基本的な目的としていると理解すべきであると指摘している。それでは医療提供体制に関する法制度はどのようなものがあるのかについて検討する。

医療提供体制に関する法制度は1874年に制定された医制¹¹⁾を源流として形成され戦後1948年頃までにはおおむね現在の法制度の形が採られた。現在のわが国では疾病に罹患したときや負傷したとき、あるいは疾病を予防するためにすべての人が現在の医学・医療が到達し実施が可能な安全で質の高い医療を受ける権利

を有している。それだけでなく国及び地方公共団体は、このような安全で質の高い医療を提供する体制を確保するよう努める義務がある（医療法1条の3、同6条の9）。また医師、歯科医師、薬剤師、看護師などの医療の担い手には、このような安全で質の高い医療の提供に努めるべき義務があり（同法1条の4第1項）、医療機関の管理者には医療の安全を確保するための措置を講ずるべき義務がある（同6条の10）。そのため医療の担い手や医療機関には、より安全でより質の高い医療への取り組みが期待されている。

2 民間中心の医療提供体制

医療の財政は国民皆保険の下ではほぼ100%「公」で統制されているが、供給体制については自由開業医制の下で「私」中心主義が採られている。そして医療計画に基づく病床過剰地域における病床規制を別にすれば直接的な介入は極力規制されている¹²⁾。これは「私」中心主義と表裏の関係にある。医療は公共性が高いといっても経営主体が民間である以上、営業の自由や財産権の保障に対する配慮が求められるからである。そのため都道府県は6年サイクルで改定する医療計画に基づき病床過剰地域で病床数に上限を設定しているが、民間医療機関に対しては行政指導の性格しか持たない「勧告」にとどまっている¹³⁾。さらに病床の新設を認めない規制についても、医療計画制度の根拠法である医療法でなく健康保険法に基づく保険医療機関に指定しないことで対応している。すなわち医療法の開設許可は行方一方、保険医療機関の指定は行わないという方法である。このような病床規制は医療機関開設の制限と「営業の自由」との関係で違憲性があるかが問題となった。特に平成10年の改正前の健康保険法には医療法に基づく都道府県知事の勧告に従わない場合当該病床を健康保険の指定から除外できる旨の明文規定がなく¹⁴⁾ 保険医療機関の指定拒否が厚生省通知に基づく運用に過ぎなかったことからこの運用を巡って違憲訴訟¹⁵⁾ が提起された。当該訴訟¹⁶⁾ において最高裁では保険医療機関の指定を拒否することは公共の福祉に適合する目的のために行われる必要かつ合理的な措置ということができるのであって、これをもって職業の自由に対する不当な制約ということとはできないと結論付けられた。こうした病床規制についてはどの医療機関の病床が過剰であるかは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は大いに疑問が残るなどの指摘がある¹⁷⁾。また新規参入だけを規制し「既存の医療機関がどこまで必要かつ効率的なサービスを提供して

いるか」という点をチェックしているわけではない。そのため新規参入者の営業権を侵害することで病床制限をかける方法が適切なのかといった批判もある¹⁸⁾。

このような日本の民間中心医療提供体制は患者に医療機関の選択権を保障するという意義だけでなく、医療機関に対し患者から選択されるような医療サービスや質を向上させるインセンティブを付与するという意味合いもある。その反面、フリーアクセスの尊重は医療機関の機能分化を阻害している、病院整備の体系的・計画的性が損なわれるといった指摘がある¹⁹⁾。その例として考えられるのが地域偏在である。民間病院は不採算部門であるへき地医療には手を出さず都市部に病院が集中する。国や都道府県は民間法人にへき地に医療機関の設置を命じることもできない。したがってへき地医療の確保は現実問題として公立病院がカバーせざるを得ない。その公立病院は医師の偏在により入院患者を受け入れられなくなり病院の利用率が低下し病床の削減に迫られる。実際に休止を迫られる公立病院²⁰⁾もあり、地域医療では大きな問題となっている²¹⁾。

Ⅲ 持続可能な医療提供体制に向けて

1 医師偏在

(1) 現 状

医療を提供する体制の諸条件を考えると、医療の3要素としてコスト、アクセス、質が知られている。コストに関しては本論文では取り上げないが日本では現在の国民皆保険制度が維持されている限りは医療のかかりやすさに対する経済的負担のバリアーは低いといえる。アクセスに関しては医療機関が自宅から遠い場合、アクセスがよいとはいえない。そのような住民にとっては医療にはアクセス面でのバリアーがある。そのため医療機関は全国津々浦々にまんべんなく存在し、必要な医療を提供していかなければならないということになる。しかし、これは実現が難しく国も地方自治体も様々な努力を行っているがすべて解決したとはいえない。仮に医療機関が全国にまんべんなく設置され医療のかかりやすさが改善されたとしても医療のかかりやすさを妨げるもう1つのバリアーがある。それは医療の対象となる疾病やけがの種類が多様であって個々の医師はそのすべてに対応できるような知識や技術を持ち合わせていないことである。診療科偏在はもう1つの医療のバリアーである。そこで医師の偏在を是正していくためにどのようにすればいいか検討する。

医師の偏在は以前から大きな問題として指摘されてきた。偏在には大きく地域間の偏在と診療科間の偏在の2つがあり両者が絡み合って地域医療の現場に影を落としている。医師の地域的分布の不平等性を解消する必要性は国民皆保険制度が達成された昭和36年以降厚生白書、厚生労働白書等で述べられてきた²²⁾。厚生労働省の統計²³⁾によると日本の医師数は32万7210人で人口10万対医師数は258.8人である。これを都道府県(従業地)別にみると徳島県が329.5人と最も多く、次いで京都府323.3人となっており、埼玉県が169.8人と最も少なく、次いで茨城県187.5人となっている。人口10万対医師数を都道府県と比較すると西高東低の現象が見いだせる。この理由としては医学部が偏在していることが挙げられる²⁴⁾。関東地方は人口194万人に1つしか医学部がなく、これは東海地方と並び全国最低レベルである²⁵⁾。また人口当たりの医師数が少ない県は人口当たりの医学部数が少ないことも指摘されている²⁶⁾。以上のことから人口当たりの医師数は人口当たりの医学部数、つまり地元での医師養成数と相関していることがわかる。また医師が少ない都道府県をみると、さらに地域による偏りがある。医師の少ない県の県庁所在地などで医学部付属病院や基幹的な病院が立地する地域には医師が多く集まっている。したがってそれ以外の中小都市や郡部ではさらに医師が少なくなっている²⁷⁾。

次に診療科間の偏在について検討する。診療科間の偏在に関しては厚生労働省の統計²⁸⁾によると多くの診療科の医師は増加傾向にある。減少傾向にあった産婦人科・外科においても増加傾向にあるがいまだ診療科間の格差は大きい。

このようにみると地域間で医師の偏在、診療科の偏在があり2025年、2040年に向けて医療提供体制を整備していく必要があることがわかる。また、医療機関のある地域の医療提供を行うためにはある水準以上の医師数が必要であり人口減少が激しい地域では人口当たりの医師数が増えたとしても実際の医師数は減少し、その地域の医療水準が低下することがある。医師数の偏在に関する議論に関してはこれらのことを踏まえて考える必要がある²⁹⁾。

(2) 対 策

1項で検討したような医師偏在³⁰⁾が起きている原因としては主に医学部定員削減策、新臨床研修医制度、地方と都市の環境の違いなどが指摘されている。まず、医学部定員削減策に関しては医療費の高騰を抑制するため³¹⁾に昭和57年及び平成9年の閣議決定により医学部の入学定員を7625人まで抑制していた。この

政策により医師の高齢化、女性医師の増加と重なって医師不足が生じその結果医師の偏在が顕在化した。次に新臨床研修医制度は2004年に導入され特定の専門領域に限らず、幅広い分野の専門研修を義務付けるとともに希望に基づいて研修医と研修病院を組み合わせるマッチングシステムも導入された。この結果、以前は大学の医局が割り振った病院で研修を受けるのが普通だったが多くの研修医が都市部の民間病院を選択するようになった^{32) 33)}。最後に地方と都市の環境の違い³⁴⁾に関しては地方で勤務する意思のない医師に対してその理由を問うと20代医師は専門医資格の取得が都市部より困難になることを理由にあげる割合が高く30、40代の医師は子どもの教育環境が充分得られないことを理由に挙げる場合が多い。またどの年代においても希望する内容の仕事ができないこと、労働環境に不安をおぼえることの2点が共通の理由としてあがっている。

国民皆保険制度が確立した1960年代ごろから医師の需要が高まり地域偏在を解消するために一県一医大構想³⁵⁾、へき地医療対策³⁶⁾などが行われて一定程度当時の医師分布は正に影響を与えた。ここで留意する必要があることは医師数が増加してくれば医師はより均等な方向に拡散する現象が起き、医師の地理的偏在に向かうとする「空間競合仮説」³⁷⁾は日本では成立しない³⁸⁾。むしろ医師は増えれば増えるほど都市部に集積していく傾向にある。医師の地理的偏在の問題を医師の数を増やしていくという戦略だけで解決しようとするのは無理である。医師の総数が過剰と思われるほど増加しても医師不足に悩む地域はいつまでも取り残されるという状況が起きかねない。そのため桐野教授³⁹⁾は医師の偏在問題を別途の重要課題として解決する努力をしなければ医師数の問題はいつまでも解決しない恐れがあると指摘している。

これらを踏まえて地域偏在に向けた解決策としてまず考えられるのが地元出身者の医師を増やすことである。医学部の立地する都道府県と同じ出身の医師（地元出身医師）は同じ都道府県で勤務する可能性が高い。これに関するエビデンスとしてはノルウェー北部の地方都市で教育を受けた医師の多くがノルウェー北部に定着した研究⁴⁰⁾や医師養成段階での介入が重要と指摘しているWHOの2010年のガイドラインでも言及している⁴¹⁾。鮭が海を回遊して、生まれた川に帰還してくることにたとえて医師が出身地に根付く傾向があるという考え方をhomecoming salmon 仮説と呼ぶ。この傾向は日本の医学部卒業者でも表れている。厚生労働省が行った臨床研修医修了者アンケート⁴²⁾では大学のある都道府県の出身者（地元出身者）は同じ都道府県に勤務する割合は80%以上、地域枠で

入学したものが同じ都道府県に勤務する割合は88%に上った。このことから地域枠等に関わらず地元出身者の方が地元に着定する確率が高い事が確認された。江原教授の論文⁴³⁾においては北海道・東北・中国・四国・九州では、医学部医学科入学時に流入超過となり卒業時には流出超過となる。一方関東・信越・近畿では、入学時に流出超過となり卒業時に流入超過となる事が指摘されている。これらのことから医学部入学のために地方へ行き卒業と共に地元へ帰ってくるという点を指摘することができる。単に医師を増やす事では意味がなく地元に着定させることが必要になってくることが分かる。

地元で医師を着定させる方法として現在多くの大学で導入されているのが地域枠の導入である。地域枠とは2008年に導入された制度で医学生は地域枠という別枠で入試を受けて入学し、卒業後一定の期間地域の医療機関で勤務することを条件として奨学金を受ける制度⁴⁴⁾である。この制度の内容は奨学金を支給しない制度や卒業後の義務を厳しく負わせない場合などさまざまである⁴⁵⁾。地域枠には卒業進路が決まっているものなど課題も見られるが⁴⁶⁾先述したように地元出身者は地元に着定することが証明されているので制度面に関しては今後も議論が必要である。

他に地域偏在を解決する手段として考えられるのが総合診療医の養成である。専門医制度が日本専門医機構のもとに標準化された制度として2018年度から開始された。新しい制度では基本診療科19科の専門医を取得しその上でさらに専門性の高い分野の専門医を目指す仕組みになっている。この基本診療科の中に新たに総合診療専門医が組み入れられその専門医教育が始まった⁴⁷⁾。これに関して下沖教授⁴⁸⁾は臓器や患者を選ばず地域を診る医師として専門研修を受けた総合診療医には地域の偏在対策への切り札としての期待は大きいと指摘している。また北村教授⁴⁹⁾は、総合診療医は内科も外科も小児科も一通り診ることができるという医師ではなく、地域を診ることのできる医師と定義しインセンティブを付けるなど社会環境を整備することにより多くの若手医師が総合診療専門医を目指すような環境が必要と指摘している。総合診療医が順調に育てば、地域の医療を担当するとともに多くの医師が地域医療に参画するようなロールモデルとなっていくことも期待されている⁵⁰⁾。しかしこのような地域偏在を解決する上でキーとなるような総合診療医だが、いくつかの課題も指摘されている。総合診療専門プログラムを選んだ専攻医は2021年度206人（全専攻医の2.2パーセント）にとどまった⁵¹⁾。この要因としては目標とするべき総合診療医のロールモデルとの接点が少

なく若い医師が将来の自身の将来像をイメージしづらいことにあると指摘されている⁵²⁾。現状として臨床研修において活躍する総合診療医の「見せ場が乏しい」ことがあげられる。そのため現状の診療体制のなかで学生を引き付けるためには工夫が必要である⁵³⁾。

2 地域医療構想

(1) 現 状

地域医療構想とは2025年を見据えて過剰な病床の適正化や切れ目のない提供体制の構築を図ることを目指しており、具体的には二次医療圏⁵⁴⁾を基本に、全国で344の「構想区域」を設定し、4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの病床の必要量を推計するものである。都道府県を中心に地域の関係者が合意形成しつつ改革を進めることを想定している⁵⁵⁾。厚生労働省は地域の医療関係者による協議を行い、病床の機能分化と連携が進むことで、超高齢社会にも耐えうる効率的な医療提供体制が実現できるとしている。関連して地域包括ケアシステムについても述べると、これは高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進していくものである⁵⁶⁾。地域医療構想が医療それも入院の病床に絞ったものであるとすると、地域包括ケアシステムは医療と介護、それに暮らしそのものも含めて、総合的に高齢社会問題に対応しようとするものである。こうして国・都道府県のみならず医療関係者が総力を挙げて推進してきた地域医療構想だが、実際にはうまくいっているように見えないと指摘されている⁵⁷⁾。

地域医療構想の実現に向けた取り組みとして、厚労省はこれまで2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるよう要請している。公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、以下が挙げられている。

- ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
- イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提

供

エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供

オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

この上で各医療機関の足元の状況と今後の方向性を病床機能報告により見える化しつつ、各構想区域に設置された地域医療構想調整会議において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施する。病床の削減について、OECD に加盟している他の先進国と比べると日本の病床数は突出している⁵⁸⁾。医療政策の世界では以前から「病床が多いと医療費を増やす」という考え方が支持されている。これは医療経済学で「医師需要誘発仮説」として知られる考え方で、医療サービスでは患者—医師の情報格差が大きいと、患者のニーズだけでなく、医師の判断や治療が医療の需要を作り出すと考えられている。その結果、「病床が作られると、患者と医療費が増える」という現象が生まれやすくなる。実際、日本では都道府県別の人口当たり医療費と病床数の間に、高い相関関係が見られることが知られている。こうした状況を踏まえると、国際的に過剰な病床を削れば、増加する医療費を抑制できる可能性を期待できることになる⁵⁹⁾。このような背景から地域医療構想が制度化されたが、構想策定後の17年、18年の2年間の動向について、手を付けやすい部分から議論を始めていると指摘されている。これは民間中心の医療提供体制が影響している。先に触れた通り、都道府県は民間医療機関に対して実効的な権限を持っておらず、民間医療機関との協議を進める上では地元医師会などとの調整も必要になるため、都道府県が関与しやすい公立・公的医療機関に関する議論が先行していると言える。そのため、構想区域ごとの調整会議での協議は、協議が進んだ地域とまったく進まなかった地域に分かれ、一般的には地方で医療資源の乏しい構想区域では会議に参加する病院数も少なく、より具体的な話し合いや調整が進んだ区域が多かった。一方、都市部で多くの病院が存在する医療資源の豊富な区域では機能分化や連携の話し合いはほとんど進まなかったという印象であるという評価もある⁶⁰⁾。

また、コロナ禍の現在、医療提供体制の整備を再構築することを余儀なくされている⁶¹⁾。多大な病床を新型コロナ患者用に確保していたため、患者発生初期では使われない病床が大量に発生したこと、マンパワー等を新型コロナ感染症患者に集中させたため新型コロナ以外の疾病等の患者への医療について影響がみられたことが原因である。これに当たっては、新型コロナウイルスとの共存も見据え

た中長期的な目線で体制を整備するとともに、新型コロナ患者に対する医療と他の疾患等の患者に対する医療を両立させることを目標に、国内実績を踏まえた新たな患者推計を基に、感染拡大の経過や収束時期も見据え、時間軸を踏まえたフェーズに応じた病床確保を実施することとし、各都道府県に対して新たな病床確保計画の策定を依頼している⁶²⁾。

(2) 課題とその対策

新型コロナウイルスの影響でそもそもの構想の展開には影響が出ているが、それ以前の地域医療構想の推進に当たっての課題も指摘されている⁶³⁾。その1つ目で病床機能の分化・連携の推進に関しては限られた資源を最大限活用しながら、必要な機能への最適な配分を検討する必要があるというものがある。病院の経営を考えた時に需要要因というのは地域医療構想によってその資料やデータというのは得られる。一方で供給要因である自院以外の供給、つまり他の病院のことを知る必要もある。この役割を担うのが病床機能報告制度である。この制度の最も大きな価値は患者に提供している医療の内容にあると考えられている。こうして地域における自院の役割を意識した病院経営も展開できることになる⁶⁴⁾。例を挙げると、岩手県の必要病床数は2013年の実績ベースの医療需要は4機能全体で10478床であり、2025年の必要病床数10676床と比較すると12年間で全体で1.9%の増加となっている⁶⁵⁾。都市部では15%を超える需要の増加が見込まれる場合もあるが、岩手県のように必要病床数の大幅な変化が見込まれない地域では必要な機能へ資源を最適に配分することで将来必要な機能を確保していくという取り組みも必要になってくるだろう^{66) 67)}。日本の民間中心の医療提供体制によって機能分化や連携の話は民間医療の間で進みづらい状態にあるが、効率的な医療提供のためには必要な機能への最適な配分を検討することは急務である。

2つ目は上述の岩手県のような地域に都市部の議論を当てはめて議論しようとしていることに違和感がある、地域で唯一の病院がさまざまな機能を持っていることが想定されていないということが指摘されている。これは病床機能報告の限界にもかかわる課題であるが、1つの病棟で急性期から回復期、慢性期に至るまで幅広い医療ニーズに対応している中小病院が県内各地域に存在し、それぞれの地域で構想区域内の急性期病院や介護施設と連携しながら患者ニーズに応じた医療を提供している。病棟単位で医療機能を1つだけ選択する病床機能報告の結果だけではそういった病院機能の実態を把握することができない^{68) 69)}。ただ一方で

過剰な病床数に関して、急性期の病床が過剰なまま何も対策をしなかった地域ではやがて減少する急性期の入院患者を地域の病院で取り合うようになり、地域の急性期病院では軒並み病床稼働率の低迷に苦しみ、次第に病院経営が立ち行かなくなれば、地域の患者は急性期医療が受けられなくなるだけでなく、病院経営と地域の医療・介護の双方が破綻するという全員が苦しむ最悪の状況も想定されている⁷⁰⁾。地域での需要と供給の共有をしていくことは必要である⁷¹⁾。

三位一体改革であるから地域医療構想だけで日本の医療提供問題が解消されるわけではない。しかし、依然として今後も高齢化の進行や高齢世帯の増加に伴う医療・介護ニーズの多様化、医療の高度化・専門化にも対応した医療提供体制の構築が求められる。都道府県に求められる役割も増加し多様化しているが、地域それぞれの課題を踏まえた医療提供体制の構築を進めていくため、そうした変化を的確に捉え、適切な論点を設定し、必要なデータを提供しながら、地域の実情に応じた議論が展開されるよう取り組んでいく必要がある。

3 医師の働き方改革

(1) 現 状

医師の長時間労働は1週間の労働時間が60時間を超える雇用者の割合が高い割合となっていることからわかる⁷²⁾。長時間労働だけでなく医師と患者との関係等に絡むストレス等が相まって、うつ病の罹患、さらには自殺につながるケースもみられる⁷³⁾。このような状況を放置すれば勤務医の病院からの離脱、あるいは医療そのものからの離脱を加速させ、地域医療提供体制に深刻な影響を与え、国民の健康にも重大な影響を及ぼしかねない⁷⁴⁾。このようなことから医師の働き方改革の必要性を確認できる⁷⁵⁾。6月16日に閉会した2021年通常国会では医師の長時間勤務を制限する医師の働き方改革などを内容とする改正医療法が成立した。以前までは医師に関しては労働時間管理さえ行われていない場合がある上、大学病院医師をはじめ兼業によって地域医療を支えている側面が大きいなど通常の労働者と異なる側面が多く、一定の議論が必要とされ通常の労働者のものとは異なるものとなっている⁷⁶⁾。

応召義務が課せられていることや、手術中に執刀医が現場を離れることができないといった医療行為に内在する理由、医学の著しい発展に対して自己研鑽が常に求められること、地域や診療科の偏在があることといった医師の特殊性が絡み合って問題となっていることが指摘されている^{77) 78)}。これらを鑑みて、勤務医の

健康の確保だけでなく地域医療を守るために、他の職種では定められた労働時間
の上限の規制等について5年間の猶予期間を置いた。その間に医師の特殊性を考
慮した規制の在り方を議論するとともに政府をあげて改革に取り組むこととされ
た。

女性の医学部への入学は文部科学省の調査によると昭和55年頃は15%程度だっ
たのが右肩上がりで現在では30～35%を推移している⁷⁹⁾。女性医師の活躍によっ
て医師の長時間労働も軽減されると考えられる。女性医師の就業率は大学卒業後
11年後にあたる約36歳で76%ほどにまで落ち込んでいる。これは女性医師が出産
によって離職した後の復職率が低いことを示していると考えられる⁸⁰⁾。女性たち
が復職しないのは、出産や育児で職場を離れている間に医療現場では医療技術の
進歩や使える薬の変化などが起こっていて、知識ギャップが生まれることが大き
な理由であり、日々勉強し続けていないと、医療の最前線に立つことはできない。
医師不足とも共通した問題となるが、医師を育てるよりも経験者から補う方がす
ぐに手を打てる問題解決策であり、この体制を取れるかが喫緊の課題と言える⁸¹⁾。

(2) 実現に向けて

今回の改正医療法では医療機関を「A水準」「B水準」「C水準」の3つに大別
した⁸²⁾。医師が患者の生命を救おうと懸命に治療にあたった結果、時間外労働時
間の上限を超えて罰せられるなど上限時間の厳守のために地域医療にマイナスの
影響があってはならない。医師の健康と地域医療の両立の観点から上限規制を段
階的に引き下げるという制度設計に至った。実際に医師の時間のうち何が「労働
時間」なのか、についても整理が進められている。日当直や研鑽が問題となった
がこれについては2019年に発出された通知によって整理された⁸³⁾。現状の医療機
関の対応としては、現在の当直体制における勤務を見直し、当直として許可され
る体制を構築すること、あるいは従来当直としていた勤務を夜勤として取り扱う
こと、などが考えられるが、現実的には非常に難しいといわれている。宿日直許
可が受けられなければ、労働時間として算定するため、時間外労働の上限規制や
36協定の枠も影響してくる。救急の受け入れを制限することも視野に入れなけ
ばならない。地域医療をどう守るのかに関わる問題であり、一医療機関だけでは
解決しえない問題でもある⁸⁴⁾。

医師の労働時間短縮のためには、個々の従事者の業務負担を最適化しつつ、医
療の質を確保する方法の一つとして、「医師免許を保有していなくても実施可能

な業務」を他職種に移管し、医師は「医師でなければ実施できない業務」に専念するタスク・シフティング（業務の移管）を、「チーム医療」を発展させる形で有効活用すべきであるとされている⁸⁵⁾。その1つとして、医師の働き方改革の中で、2015年10月から「特定行為に係る看護師の研修制度」の運用が始まっている⁸⁶⁾。特定行為研修は、病態の変化や疾病を包括的にアセスメントする能力や治療を理解し安全に医療を提供する能力を身につけるためのものであり、決して特定行為を身につけるためのものではない。研修を修了することによって得られる国家資格などはないが、「特定行為研修を修了した看護師」を略して「特定看護師」と呼称することは問題ないとされている。これに対して、「診療看護師（NP）」は複数またはすべての特定行為研修を修了した看護師のことで現在全国の臨床現場で活躍している。どちらも特定の医行為を行うことができるが、特定看護師は医師の包括的指示のもとで行い、診療看護師は自立的に医師と連携・共同で行う。このように見ると両者には大きな差異があるように思えるが、アメリカのNPの判断基準は、すべてマニュアル化、プロトコール化されているが、そのマニュアルやプロトコールはすべての項目について医師と協働でつくり上げたものだ。NPはその基準に従って行動するわけだから、これは医師と連携・協働しながら、同時に包括的指示のもとに行動しているという解釈は可能であろう。この解釈を日本の現状に置き換えれば、診療看護師と特定看護師の看護師像と位置づけは一致させることができる。したがって、公的に検討するときの特定看護師は同時に診療看護師であると考えられる^{87) 88)}。なお、「医師の指示を待たず、自身の判断で一定の医行為を実施できる看護師」(NP)の制度創設を求める声も少なくないが、「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト／シェアの推進に関する検討会」ではNP創設については「将来的な検討課題」に位置づけられた⁸⁹⁾。厚生労働省が出す「2025年度までの10万人の特定行為研修修了者養成」に対して、現状では特定行為研修修了者ははるかに少ない⁹⁰⁾。特定行為研修制度が普及しない要因には、制度の認知度が低い、職員を研修に出す余裕がないなど様々な課題が残されている。将来的には、効率的な医療が提供できるようになり、在院日数の短縮につながる可能性はある。だが現時点では、特定行為研修修了者が活躍しても、医療機関に対する直接的なインセンティブは何もなく、研修修了者に十分な手当が支払われているケースもわずかである^{91) 92)}。また、在院日数の短縮につながる可能性もあるが、医師が担っている業務の一部を看護師に移譲することにより、看護師の業務が過剰になることが考えられるため、今後看護師の業務につ

いての他職種への移譲も検討する必要がある⁹³⁾。

4 診療報酬

(1) 診療報酬の法的性格

医療提供体制と医療財政をつなぐものとして診療報酬が重要な役割を果たしている。そこで診療報酬の法的性格について最初に検討する。

国は保険医療機関を指定する。医療機関は指定を受けないこともできるが自由診療だけで経営を成り立たせることは現実的には難しいためほぼすべての医療機関が指定を受けている。この指定の法的性格については、医療機関と保険者との間に「公法上の双務的付従的契約を成立させ、かつ、療養等の給付を行うことによって診療報酬債権を取得することのできる地位」を医療機関に付与する行政処分であると解される⁹⁴⁾。しかし、他方で裁判例は指定の拒否（健保65条3項）⁹⁵⁾や指定の取り消し（健保法80条）を行政処分としており指定を契約締結行為ととらえる解釈との間で整合性を欠いているとの指摘がなされてきた⁹⁶⁾。このため近年の学説では保険医療機関の指定自体は行政処分であり、指定の効果として保険者と保険医療機関の間で契約関係が形成されるという理解が有力である⁹⁷⁾。

保険者は保険給付の財源に充てるため保険料を賦課徴収することとされており、被保険者は保険者に賦課された保険料を支払う（健保法155条等）。そして被保険者は傷病が生じた場合は自ら選択した保険医療機関で受療し、保険医療機関は被保険者に保険診療サービスを提供する（健保法63条3項、70条）。ここで留意すべきことは日本の公的医療保険制度では保険者は「療養の給付」（現物給付）の形で給付するのが原則であり、被保険者は保険医療機関で受療する際、一定割合の一部負担金のみを支払えば済む。保険医療機関が被保険者に療養を行った場合、保険者は「療養の給付に要する費用」を保険医療機関に支払う。この「療養の給付に要する費用」の額として支払われるのが診療報酬である。保険医療機関は診療報酬を受け取る権利を得る反面、保険診療ルールに則り適正な診療を行う義務を負う（健保法70条1項、72条等）。以上で検討したように日本の公的医療保険制度は現物給付方式を採っており、診療報酬の法的性格は現物給付である「療養の給付」の対価である。

(2) 特徴及び意義

次に診療報酬の特徴、意義について検討する。日本の医療供給体制は民間中心

であるため強権的な手法が採りにくいことなどを理由に医療供給制度の改革は診療報酬による政策誘導に大きく依存してきた。診療報酬の特徴、意義については主に3点あげられる。

1点目が医療費のマクロ管理機能である。診療報酬の全体の改定率を調整することによって医療費総額の伸びを制御することができる。実際に大和総研のレポート⁹⁸⁾から診療報酬が改定された各年度における診療報酬(全体)の改定率の変化は、国民医療費の前年度比の変化にある一定の影響を与えてきたことが分かる。しかし診療報酬を通じて医療費が制御できるといってもそれはあくまで改定時点での制御にとどまりその後の医療技術の進歩や高齢化等に伴う医療費の増加までコントロールできるわけではないとの指摘がある⁹⁹⁾。

2点目が医療費のセクター間の配分調整機能である。診療報酬の改定に当たっては全体の改定率の枠内で医科・歯科・調剤の配分のほか病院・診療所間の配分、診療科間の配分調整が行われる。令和2年の診療報酬の改定¹⁰⁰⁾では医科0.53%、歯科0.59%、調剤0.16%と医科歯科に傾斜配分された。

3点目が医療供給制度の政策誘導機能である。その主なツールは点数票であり、点数項目の改廃、点数の増減、点数の評価単位の包括化など様々な方法でその時々の政策課題に即し政策誘導が行われてきた。その例として①医療機関の機能分化や連携の促進、②緊急性や必要性が高い医療分野の重点評価、③医療の質の評価などが挙げられる¹⁰¹⁾。

日本の国民保険は、国民をもれなくカバーするだけでなく混合診療を原則として禁止し国民が必要とする医療はすべて保険給付の対象としている。そのため医療機関は経営原資のほぼすべてを診療報酬に依存している¹⁰²⁾。診療報酬の点数を引き上げれば医療費は増大してしまう。他方診療報酬の点数を引き下げれば生産性が向上しない限り医療の質やアクセスの低下を招く。そこで点数の増減のほか算定要件の設定・変更などによって医療機関の行動を望ましい方向に誘導し好ましくない行動が生じないように制御している。この政策誘導によって医療費のマクロ管理機能、医療費のセクター間の配分調整が実質的に機能し医療供給制度と医療財政制度が結合している。診療報酬による政策誘導の重要な意義はこの点にあると島崎教授は指摘している¹⁰³⁾。

(3) 課題とその対策

診療報酬は日本の医療供給制度を改革するうえで有力な手法であるがいくつか

の課題が指摘されている。

まず1つ目は、診療報酬は医療の地域特性の相違を反映しにくいことである。例えば、医療機能の分化・連携が重要だといっても医療過疎地で基幹的な病院がプライマリ・ケアから高次医療まで一体的に行っているような地域では妥当しない。全国的にみれば急性期病床は過剰で回復期病床は不足しているが、その反対の地域もある。しかし、診療報酬は全国一律¹⁰⁴⁾¹⁰⁵⁾であり個々の地域の実態にあった政策誘導は行いにくい。これに関しては運営コストに地域差があるのでそれを反映すべきだという意見は古くからある¹⁰⁶⁾。実際に医療費適正化の観点から地域ごとに診療報酬の特例を設定できるという規定（高齢者の医療の確保に関する法律14条）があるがこれまでこの規定は発動されたことはない。

全国一律の診療報酬には上記のような課題が指摘されているがいくつかの優れた点も指摘されている¹⁰⁷⁾。第1に医師の適正報酬を決めることが難しいことからわかるようにもともと各医療サービスのコストを計算することは困難な作業であるといった点である。第2に実際のコストは都会の方が高くなっているが医師に限っては逆に農村の方が高くなっている¹⁰⁸⁾。原価補償という観点からすれば農村の中小病院の方が有利であるが必ずしも見かけほど大きな格差ではなく、また農村部における医療を確保するうえで貢献しているという指摘もある。

次に2つ目として診療報酬は患者の一部負担金に跳ね返るということである。これは2つの問題を引き起こす。1つは診療報酬の重点評価を行うと政策意図と反した患者の受診行動を招くということである。例えばプライマリ・ケアを重視する観点から病院に比べ診療所の初診料・再診料を高く設定すると一部負担金が安い病院での受診を助長しかねない¹⁰⁹⁾。もう1つはコストと受益のかい離である。例えばへき地等の不採算地域はコストが高いため診療報酬の上乗せを設けるべきという議論があるが、へき地等に住む患者からすれば医療へのアクセスが悪いうえに都会地の住民より自己負担が高くなるのは納得できないという反発が考えられる。

上記のことを踏まえるとコストと無関係に診療報酬の点数により政策誘導することは慎まなければならない。実際のコストとかい離した診療報酬点数が設定されると不採算分野は忌避され採算性の高い分野に集中するといった行動を誘発する。このことからコストに見合った点数設定は重要である。しかし原価に見合った診療報酬体系の構築は容易ではない¹¹⁰⁾。基本診療料の中で資本コストやオペレーションコストがどのように評価されているか明確にすべきだという議

論¹¹¹⁾があるが、これらのコストは基本診療料だけに含まれているわけではなく診療報酬点数すべてを洗いなおす作業が必要になる。

以上のような課題を踏まえて2013年8月社会保障制度改革国民会議の報告書において基金方式が提案された^{112) 113)}。全国一律の診療報酬では地域の実情に対応できないことが論拠である。これらの提案をもとに2014年「医療介護総合確保推進法」の一環として新たな財政支援制度の創設が国会で成立した。この新たな財政支援制度は都道府県が中長期的な将来の地域医療のあるべき姿である地域医療構想（ビジョン）を描いたうえで、その実現に向けて地域ごとに異なる課題を、基金を活用して解決・改善していくことが求められると佐々木氏は指摘している^{114) 115)}。あくまで基金は診療報酬を代替するものではなく補完する役割に立つ。このように今までのような診療報酬一本槍の改革ではなく他の改革手法と組み合わせることで診療報酬の限界を補完していく必要がある。

Ⅳ 結 語

本論では、現代のわが国における医療提供体制について検討を加えた。医師の偏在においては地域枠及び総合診療医の養成が偏在の是正に効果的であるということを確認した。最近では医師少数区域で働く医師に対するインセンティブ制度なども設けられている¹¹⁶⁾。医師の強制配置などは自由開業医制をとっている日本にはなじまないため養成段階に重点を置いていく必要がある。地域医療構想は国の方針に当てはめようとするとそれに馴染まない地域は必ず出てくるため改善の余地はあるが、地域の中で情報共有することで地域の実情に合わせた議論をすることが重要である。医師の働き方改革は、コロナ禍で看護師資格を有していながら職についていない人を臨時の入院施設で働くよう促すなどまだ眠っている人的資源を活用することで改善する見込みはあるが、負担が重い職な故にインセンティブを設けるなど就労意欲の向上が必要である。民間中心の日本の医療提供体制では診療報酬による政策誘導に大きく依存してきた。今後とも最も有力な医療供給制度の改革手法であるが先述した基金など他の改革手法との組み合わせによって診療報酬の限界を補完していく必要がある。

それでは、2040年に向けてそれぞれがどのように関係していくのだろうか。地域医療構想を通じて今後、病床数が削減され医療機関の統合などが起こると大学病院が若手医師などを派遣する病院が減少し、結果的に医師少数区域に医師を派

遣できる余裕が生まれる可能性がある。さらに医師の働き方改革のインパクトは大きい。具体的には医師の超過勤務で病床数や病院の機能を維持できていた病院の機能、特に急性期病床を継続できなくなる可能性がある。この状況では、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が必要になり結果的に地域医療構想が進む。また2020年の診療報酬の改定で地域医療提供体制確保加算が新設された^{117) 118)}。勤務環境が厳しくなりがちな救急医療機関の勤務医の働き方改革の取り組みを評価したものであり、こうした診療報酬の改定により医師の働き方改革の推進をサポートしている。

以上を踏まえて医療需要が増大する2040年に向けては診療報酬など既存の中央集権的な方法のみならず、より都道府県・自治体の主体的な対応が必要になってくると考える。いくら国が統制を強めても地道な合意形成や取り組みが必要であり、それぞれの地域の実情を考慮できるのは自治体だけである。島崎教授¹¹⁹⁾は、医療提供体制の改革は地域の実情等は異なっているうえ医療は複雑系であることに留意すべきであるから、国は制度の細部まで規律しようとしがちであるが複雑系では「急所」だけ押さえ、あとは関係者の創意工夫を活かすほうがうまくいくと指摘している。医師偏在対策においても都道府県の権限強化が進んでおり¹²⁰⁾、都道府県が大学・医師会等の医療関係者と連携して医師偏在対策を進めることができるよう「地域医療対策協議会」の機能強化¹²¹⁾が図られている。また、都道府県知事から大学に対し地域枠・地元枠の設定・拡充を要請する権限も創設された。医療需要が増大する2040年に向けて都道府県を中心とした地域の関係者による主体的な対応に期待したい。

また、昨今の新型コロナウイルスによる影響も指摘されている。本稿で確認したように日本の医療体制は、決して多いわけではない医師数、人口に比して極端に多い病床数、病院数に起因するアクセスの良さを引き換えに特に救急科や外科系診療科医師の労働時間の長さといった特徴があった。本来相反するはずの医療の質とアクセスの双方を高いレベルでバランスを保ってきた日本の医療は、国民皆保険という仕組みと医療従事者の献身的な努力で保たれてきた。しかし、今回の新型コロナウイルスの拡大でその限界も垣間見えてきた。昨年の閣議決定にあるように感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、可能な限り早期に工程の具体化を図る必要がある^{122) 123)}。また、その進む先が診療報酬や女性の復職による育成の時間の節約など医療のビジネスにとって有益であることは供給側の観点から当然に必要なだろう。

第二、第三の感染症の危機そして大規模災害にも備えることのできるような体制を整備するためにも、三位一体改革（不足している地域、診療科の偏在の是正、働き方改革、医療機関の最適配置の実現と連携）は医療従事者の献身のみに頼ることなく、持続的な医療提供体制を整備するために必要不可欠である¹²⁴⁾。最後に紙幅の都合上割愛したが、医療だけを整えるのではなく、介護もセットで制度改正することが将来的課題であるとの指摘もある^{125) 126)}。

- 1) OECD「health statistics 2019」、<https://www.oecd.org/tokyo/statistics/hospital-beds-japanese-version.htm>、最終閲覧日2021年11月1日。
- 2) 厚生労働省「ICU等の病床に関する国際比較について（2020）」、<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000627782.pdf>、最終閲覧日2021年11月1日。
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年集計）」、http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_gaiyou.pdf、最終閲覧日2021年10月8日。
- 4) 令和2年の高齢化率は28.8%、内閣府「令和3年版高齢社会白書」4頁、https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf、最終閲覧日2021年10月31日。
- 5) 推計患者数を人口10万対であらわした数、受療率（人口10万対）＝推計患者数／推計人口×100,000。
- 6) 厚生労働省「平成29年 患者調査」、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/02.pdf>、最終閲覧日2021年10月31日。
- 7) 厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料―平成30年度の医療費等の状況」、https://www.mhlw.go.jp/content/kiso_h30.pdf、最終閲覧日2021年10月31日。
- 8) 厚生労働省「医療提供体制の改革について」、<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000509327.pdf>、最終閲覧日2021年10月31日。
- 9) 佐藤幸治『現代法律学 憲法第3版』青林書院（1995）448頁。
- 10) 国京則幸「医療保障の体系と構造」井上英夫ほか編『社会保障法第4巻』日本社会保障法学会（2001）31頁。
- 11) 医制において既に自由開業医制を規定している。これは医制の最も重要な目的が「開業の自由と自己の採算によって医療を供給する開業医制度を国民医療の基礎とすること」にあったからである。厚生省50年史（1988）58頁、[https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/mhlw/%E5%8E%9A%E7%94%9F%E7%9C%81%E4%BA%94%E5%8D%81%E5%B9%B4%E5%8F%B2\(%E8%A8%98%E8%BF%B0%E7%AF%87\)_Part2.pdf](https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/mhlw/%E5%8E%9A%E7%94%9F%E7%9C%81%E4%BA%94%E5%8D%81%E5%B9%B4%E5%8F%B2(%E8%A8%98%E8%BF%B0%E7%AF%87)_Part2.pdf)、最終閲覧日2021年10月22日。
- 12) 医療法7条と7条の2は医師以外の者の診療所開設のほか、病院の開設や各種病床の増床に関しても都道府県知事の許可のもとにおいている。

- 13) この勧告は法的拘束力をもたない行政指導の性格しか有しておらず、開設許可の取り下げを都道府県知事が執拗に働きかけることも許されないと理解されてきた。鹿児島地判平成9年12月5日判例地方自治176号82頁。
- 14) 1998年及び2002年の健康保険法の健康保険法改正を通じて中止勧告の不服従を指定の拒否事由に明文化した（健康保険法65条4項2号）。
- 15) 保険医療機関指定拒否処分取消請求事件（最判平成17年9月8日）判タ1200号132頁。
- 16) 【事案の概要】
鹿児島県内でクリニックを開設していた原告が平成8年に鹿児島県知事に約100床の病院開設の許可申請を行ったところ開設予定地は病床過剰地域であり病院開設の必要性が認められないとして鹿児島県知事から病院開設中止の勧告を受けたが原告は勧告に従わず許可を申請したため同県知事は開設を許可。原告は翌年に病院の使用許可を得て保険医療機関としての指定申請を行ったところ地域医療計画に従わないことを理由に指定を拒否された事案。地裁（鹿児島地判平成11年6月14日）、高裁（福岡高判平成13年10月30日）ともに原告の主張が棄却され最高裁に上告された。
- 17) 加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子『社会保障法（第6版）』有斐閣（2017）149-151頁。
- 18) 三原岳『地域医療は再生するか』医薬経済社（2020）34頁。
- 19) 島崎謙治『日本の医療』東京大学出版会（2020）433頁。
- 20) 実際に千葉県銚子市立総合病院は医師不足となり患者が減少したのに伴い収益が悪化し、経営が悪化していくという悪循環に陥った。かつて毎年1万人が受診していたこの病院は平成20年に閉院した。この主な要因として銚子市の医師を集めにくい立地条件、医師の労働環境や若い医師の育成環境が十分には整えられていないことなどが指摘されている。伊藤恒敏『暴かれた地域医療の実像』日本医療企画（2011）21、22頁。
- 21) 上記の病院の休止により救急患者の市街搬送率を高めることになった。救急医療の4割は公立病院が担っており、災害拠点病院の半分は公立病院である。そのため公立病院の縮小に伴って、中核病院の充実、サテライト病院・診療所及び老人保健施設等の患者受け入れ体制の整備が急がれる。大坪宏至「医師偏在について」経営論集74号（2009）145、146頁。
- 22) 令和3年の厚生労働白書においても「我が国では、都道府県間及び都道府県内の医師の地域的な偏在、及び診療科間の偏在が課題になっている」と述べられている。厚生労働省「令和3年版厚生労働白書」350頁、<https://www.mhlw.go.jp/content/000810636.pdf>、最終閲覧日2021年10月29日。
- 23) 厚生労働省「平成30年（2018年）医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/kekka-1.pdf>、最終閲覧日2021年10月8日。
- 24) 実際医師の数が少ない茨城、埼玉においては1970年代になるまで医学部は存在

- しなかった。これに対して九州地域では戦後すぐの時点ですでに5つの大学医学部が存在していた。森剛志「医師数の地域間格差と医療需要格差」甲南経済学論集53巻1・2号(2013)59、60頁。
- 25) 上昌広『日本の医療格差は9倍』光文社(2015)100頁。
- 26) 井出よしひろ「都道府県別の医学部数と医師数には相関関係がある」(2010)、<https://blog.hitachi-net.jp/archives/51099816.html>、最終閲覧日2021年11月2日。
- 27) 医師少数都道府県である岩手県を例に挙げると盛岡医療圏は医師多数区域だが、それ以外の8圏域は医師少数区域。岩手県医師支援推進室「医師不足の現状」(2018年)、<http://www2.pref.iwate.jp/~hp0365/genjyo/01genjyo.html>、最終閲覧日2021年10月29日。
- 28) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第28回)」、診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化について、<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480275.pdf>、最終閲覧日2021年10月29日。
- 29) 福田昭一・渡部鉄兵・高橋泰「診療科別の医師数の地域格差及びその動向に関する研究」日本医療・病院管理学会誌55巻1号(2018)8頁。
- 30) 診療科間で偏在が起きる原因としては開業率の差が挙げられている。松本教授の研究において各診療科の開業率と医師数及び医師分布は互いに相関していた。その理由として松本教授は日本では開業医は勤務医の収入の2倍以上であり、勤務医に比べて当直などの負担が少ない。そのため医学生やキャリア早期の医師が自分の専門を選択する際にその科で将来的に開業できるかどうかを考慮している可能性が指摘されている。松本正俊「医師の偏在に関する国際比較研究」医療と社会21巻1号(2011)105頁。
- 31) 野村恭子「我が国の医師不足問題：医師臨床研修制度と医師の人的資源の活用」日本衛生学雑誌66巻1号(2011)23頁。
- 32) 三原岳「医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か(上)」ニッセイ基礎研(2020)10頁。
- 33) 日本勤務医委員会の答申においては、教育的見地からすると研修を義務化し身分と待遇をある程度保証した点は有意な制度であるが、大学医局離れと当直アルバイト禁止などによる実働人員の減少という副作用が生じたことは確かである。当直アルバイト医の不足は病院常勤医の夜勤を増やし医師の消耗と離職を促した点を指摘している。日本医師会勤務医委員会「医師の不足、偏在の是正を図るための方策—勤務医の労働環境(過重労働)を改善するために—」(2010)19-20頁。
- 34) 厚生労働省「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(2017年)、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161146.pdf>、最終閲覧日2021年10月29日。
- 35) 一県一医科大構想は医師の絶対数を増やしたことにより拡散効果、例えばとコップに入れた水があふれるようにして都会から地域に医師が向かうようになったことが指摘されている。またへき地医療対策自体は1956年ごろから行われてきた。1990年代のへき地医療対策では自治医科大学卒業生に加えて他の医科大学や

大病院からのローテーションシステムが導入されるなどした。以上の対策は当時の地域偏在に一定程度影響を与えたことが指摘されている。金子雅彦『医療制度の社会学』書肆クラルテ（2012）95-102頁。

- 36) へき地の保険医療に関して厚生労働省では国民皆保険制度が実現する前の1956年から2015年までの長期間11次にわたって計画を実施してきた。この事業ではへき地医療拠点病院を全国に指定し、へき地医療所、産科医療機関の運営やへき地巡回診察の実施を支援してきた。事業により無医地区の数やそこに住んでいる住民は1966年の2,920地区119万人から2014年の637地区、12万人まで大きく減少しており一定の成果を収めてきたといえる。厚生労働省「へき地医療の現状と課題」（2014年）、https://www.soumu.go.jp/main_content/000513101.pdf、最終閲覧日2021年10月29日。
- 37) Newhouse, J.P. 1990, “Geographic access to physician services”, *Annual Review of Public Health*, vol. 11, pp. 207-230.
- 38) Kobayashi, Y. & Takaki, H. 1992, “Geographic distribution of physicians in Japan”, *Lancet* (London, England), vol. 340, no. 8832, pp. 1391-1393. Toyabe, S. 2009, “Trend in geographic distribution of physicians in Japan”, *International journal for equity in health*, vol. 8, pp. 5. Tanihara, S., Kobayashi, Y., Une, H. & Kawachi, I. 2011, “Urbanization and physician maldistribution: a longitudinal study in Japan”, *BMC Health Services Research*, vol. 11, pp. 260.
- 39) 桐野高明『医師の不足と過剰』東京大学出版会（2018）154頁。
- 40) Jeanette H Magnus et.al (1993) “Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas?” *Medical Education*27, pp. 250-253.
- 41) WHO「Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention」、https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf;jsessionid=BC0739771111322B09804EFB3F89D294?sequence=1、最終閲覧日2021年10月29日。
- 42) 厚生労働省「平成30年臨床研修修了者アンケート調査 結果概要」、<https://www.mhlw.go.jp/content/000476311.pdf>、最終閲覧日2021年10月29日。
- 43) 江原朗「医学部医学科の所在地と入学者の出身地について」日本医師会雑誌142巻9号（2013）2005-2013頁。
- 44) 地域枠に関して詳しくは、厚生労働省「今後の地域枠のあり方について」、<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf>、最終閲覧日2021年10月29日。
- 45) 全国医学部長病院長会議「平成29年度地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告」、<https://www.ajmc.jp/pdf/chikiwaku-29.pdf>、最終閲覧日2021年10月29日。
- 46) 賀来敦・松下明「日本の医学部入試地域枠制度の全容並びに問題点と提言」日本プライマリ・ケア連合学会誌 Vol. 38, no. 1（2015）31-37頁。本論文においては、出身要件は過疎地出身者全国枠に統一する、学生に対して大学は卒業後進路制限

を課さないようにするべきなどの提言をしている。

- 47) 日本でも家庭医を設けるという議論がなかったというわけではない。1956年には専門医制の確立の一環として家庭医を設けるべきだという提言が行われている。また1985年には厚生省に「家庭医に関する懇談会」が設けられ翌々年に報告書がまとめられた。しかし、医師の分断化や医療費削減を警戒する医師会の強硬な反対に終わったのみならず家庭医という言葉自体が忌避される状況さえ生まれることになった。今井澄『理想の医療を語れますか』東洋経済新報社（2002）69、70頁。
- 48) 下沖収「総合診療医の役割と今後の展望」岩手医学雑誌71巻6号（2020）235-241頁。他に総合診療医が必要とされる背景として下沖教授は超高齢化社会により必要とされる医療が変化していること、専門医療の高度細分化と実際の医療ニーズとの乖離があること、増え続ける社会保障費と生産年齢人口の減少をあげている。
- 49) 北村聖「医師の地域・診療科偏在対策に専門医制度は貢献するか」病院78巻2号（2019）110頁。
- 50) 前掲39)、177頁。
- 51) 日本専門医機構「2021年度採用数」、https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2021/04/recruit_2021_03.pdf、最終閲覧日2021年10月31日。
- 52) 前掲48)、239頁。
- 53) 学生を引き付けるための工夫としてロールモデルのPR、多様な志向やキャリアパスに適切かつ柔軟に対応できる専門研修プログラムを構築すること、総合診療専門医の認定要件を緩めないことを島崎教授は指摘している。前掲19)、370頁。
- 54) 二次医療圏は、健康増進・疾病予防から入院治療まで一般的な保健医療を提供する区域で、一般に複数の市区町村で構成されている。医療計画は、この二次医療圏を中心に立案される。具体的には、二次医療圏ごとに、医療体制（病床数、医師・看護師等の数、診療所施設数など）が計画される。一次医療圏は日常生活に密着した保健医療を提供する区域で市町村単位となっている。三次医療圏は先進的な技術を必要とする特殊な医療に対応する区域で都道府県単位となっている。篠原拓也「二次医療圏思考—自分の二次医療圏を知っていますか?」ニッセイ基礎研究所レター（2019）1頁。
- 55) 厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>、最終閲覧日2021年11月4日。
- 56) 厚生労働省、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/、最終閲覧日2021年11月4日。
- 57) 佐藤敏信「地域医療構想はなぜうまくいかないのか」月刊保険診療75巻1号（2020）43頁。
- 58) OECD Health Statistics2018.
- 59) 三原岳「病床を減らそうとしているらしいけど、なぜ?」ニッセイ基礎研究所（2019）4頁。

- 60) 太田圭洋「地域医療構想は民間病院に何を求めるか」病院79巻1号(2020)45頁。
特に、筆者の病院のある名古屋・尾張中部構想区域は人口規模で250万人を超え、
病院数も130近くある。公立・公的のプラン作成病院だけで25もある。とても詳
細まで議論ができる時間的な余裕もなく、各公立・公的病院が提出したプランを、
事務局の案として承認してきたというのが実情であると述べている。
- 61) 厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/content/000641700.pdf>、最終閲覧日2021
年11月5日。
- 62) 鈴木健彦「地域医療構想の現状と課題」病院80巻1号(2021)18頁。
- 63) 野原勝「地域医療構想の進め方」病院79巻1号(2020)37頁。
- 64) 佐々木昌弘「地域医療の目指すところ」病院74巻8号(2015)554頁。
- 65) [https://www.pref.iwate.jp/area/dbps_data/_material/_files/000/000/038/190/
04_270805_siryou3.pdf](https://www.pref.iwate.jp/area/dbps_data/_material/_files/000/000/038/190/04_270805_siryou3.pdf)、岩手県医療政策室(2015)、最終閲覧日2021年11月5日。
[https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/002/863/
iwatekenchiikiiryoukousou.pdf](https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/002/863/iwatekenchiikiiryoukousou.pdf)、岩手県地域医療構想(2016)、最終閲覧日2021年
11月5日。
- 66) 前掲63)、37頁。
- 67) 東京都の2014年から2025年にかけての必要病床数の変化の記載 東京福祉保健
局「地域医療構想に関する基本的な考え方」、[https://www.fukushihoken.metro.
tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/kyogikai/27_2chiiki.files/1-1kyoutuu.pdf](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/kyogikai/27_2chiiki.files/1-1kyoutuu.pdf)、
最終閲覧日2021年11月6日。
- 68) 野原勝「地域医療構想の進め方」病院74巻8号(2015)555頁。
- 69) 病床機能報告制度の根本的な課題として、各病棟の主な機能1つを選択して報
告するため、病床機能報告は実情と食い違う可能性があることが挙げられている。
急性期以外の患者にも使われているのに、報告ではその病棟が急性期にだけ使わ
れているような表示となる。そのため、必要以上に病床を増減することになるお
それもある。望月泉「With コロナ時代の地域医療構想を考える」病院80巻1号
(2021)52頁。
- 70) 今村知明「データから考える地域医療構想の現状と課題」病院80巻1号(2021)
23頁。
- 71) 他にも都道府県の職員のスキルアップを図るべきだという指摘もある。都道府
県が実際に地域医療構想を策定し、推進していくためには、まず何よりも都道府
県の職員自身の専門的スキルの改善・向上が不可欠の前提となる。いわゆる
「データヘルス」について、都道府県の職員も十分対応できるようになる必要が
あるという意見や、ジェネラリストの養成を進めたことによって医療や衛生のス
ペシャリストが減ったことを指摘する意見もある。尾形裕也「地域医療構想の位
置付けと課題」病院74巻3号(2015)186頁。佐藤敏信「地域医療構想はなぜう
まくいかないのか」月刊保険診療75巻1号(2020)45頁。
- 72) 病院勤務医の週勤務時間で週60時間を超えている割合は全体の40.5%にものぼ
る。またこの勤務時間にはオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機し

て応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外されていることから数字以上勤務していることになる。厚生労働省「医師の働き方改革について」、<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000516867.pdf>、最終閲覧日2021年11月7日。

- 73) 医師の健康状況についてのアンケートで「他の医師への健康相談あり」を選んだ割合が平成21年45.9%から平成27年55.1%と最も大きな割合を占め、かつ最も伸び幅があったものであった。

出典:「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書(日本医師会)」、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000184244.pdf>、最終閲覧日2021年11月7日。

- 74) 今村聡「医師の立場からみた働き方改革」季労266号(2019)29頁。
- 75) 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成の在り方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、医療・介護連携や国民の医療のかかり方等における様々な課題が絡み合って存在している。また、個々の医師の健康確保と、医療の質や安全の確保は表裏一体であり、ともに進めていく必要がある。厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会報告書」平成31年3月28日。
- 76) 堀岡伸彦「COVID-19後の三位一体改革はどうなるのか?」日小外会誌57巻3号(2021)571頁。
- 77) 前掲76)、573頁。
- 78) 応召義務に関しては、医師にとって倫理規約のようなものであるが、基本的には医療体制が十分に整っていない時代に、本来であれば大規模病院が担うべき救急医療を一般開業医に求めるために定められた法律であり、医師の職・住の分離が進み、救急医療体制が発達した現代ではその存在義務に疑問があるという意見もある。渡辺雅彦「医師の働き方改革に関連し応召義務について思うこと」日本医事新報4993号(2020)65頁。
- 79) 女性医師の年次推移、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000069214.pdf>、最終閲覧日2021年11月7日。
- 80) 厚生労働省医政局「医師を取り巻く現状等について」(2011)、https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/_icsFiles/afieldfile/2011/01/18/1300372_2.pdf、最終閲覧日2021年11月7日。
- 81) 川田龍平『医療格差』角川新書(2011)112頁。
- 82) A水準は原則として時間外労働を年960時間以下に抑えることが求められる。B水準は地域確保暫定特例水準と呼ばれ地域医療提供体制を確保する観点に立ち、やむを得ずに960時間を超える医療機関であり、こちらは2035年度末まで年1860時間まで上限が緩和される。このほか多くの症例を集中的に経験する必要がある研修医などについてはC水準として年1860時間までの時間外労働時間が認められることになった。

- 83) 2019年7月1日基発0701第8号「医師、看護師等の宿日直許可基準について」。同日第9号「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」。同日基監発0701第1号「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」。
- 84) 福島通子「「宿日直」「研鑽」を意識した労働時間管理」病院79巻4号（2020）316頁。
- 85) 厚生労働省「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000160954.html>、最終閲覧日2021年11月8日。
- 86) 本制度は医師又は歯科医師の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師に厚生労働大臣が指定する指定研修期間における特定行為研修を義務付けるものである。
- 87) 草間朋子＝山西文子「診療ができる看護師「診療看護師」の機能と期待される役割」看護管理20巻8号（2010）725頁。
- 88) 診療看護師は日本NP教育大学院協議会の認定試験に合格し、さらに5年ごとに更新制度があるため、資格更新に向けて診療看護師として学会参加や実務、研究など絶え間なく活動する必要がある、養成機関や習得する知識や技術の難易度には差がある。しかし、教育の負担が少ないことから大学院以外の師弟研修機関で研修を行う特定看護師の数が増えるという指摘がある。高田美由紀＝花岡英二＝室谷典義＝小関由美子「医師の働き方改革に看護師の果たす役割」整形・災害外科63巻7号（2020）920頁。
- 89) 検討会では「将来的にはいわゆるナース・プラクティショナー（NP）など、従来の役割分担を変えていく制度的対応を検討していくべきとの指摘があった。一方で、更なるタスク・シフティングの推進は重要であり、そのためには、まずは現行の資格の下での各職種の役割分担をどのようにしていくかについて、さらに検討を進めるべきとの指摘もあった。いずれにせよ現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、看護師が医師の直接的な指示なく対応できるなど、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えることは重要であり、そのための議論を引き続き確実に深めていくことが必要である。」とされた。厚生省 医師の働き方改革に関する検討会報告書、<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000558384.pdf>、最終閲覧日2021年11月8日。
- 90) 令和3年9月時点で総数4393名が修了。厚生省看護科調べ、<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000842068.pdf>、最終閲覧日2021年11月8日。
- 91) 前掲88)、925頁。
- 92) インセンティブがつかない上に「包括的指示」があいまいであり、現場で看護師が「包括的指示」のつもりで実施した行為があるとき突然違法だと言われ当事者や管理者が罪に問われる危険性がある。しかしその一方、法律で厳しく線引きをしてしまうと医師と看護師双方の業務に過剰な足かせができてしまう恐れがあ

- り、看護師にとって魅力的な制度であるためにさらなる検討が必要だという指摘がある。細田満和子「看護師による裁量権拡大における課題」看護管理20巻8号(2010)738頁。特定看護師の優遇面に関しては、日本では医行為に対して診療報酬がついているから優遇することができるかもしれないという楽観的な意見もある。前掲87)、730頁。
- 93) 前掲88)、925頁。
- 94) 保険医療機関指定拒否処分取消請求事件(鹿児島地判平成11年6月14日)判例地方自治200号60頁。
- 95) 前掲15)事件。
- 96) 田村和之「保険医療機関の指定の法的性格」佐藤進ほか編『社会保障判例百選(第3版)』有斐閣(2000)50、51頁。
- 97) 石田道彦「医療保険制度と契約」季刊社会保障研究 vol. 45、No. 1(2009)47頁。
- 98) 亀井亜紀子「2016年度診療報酬改定による医療費への影響」大和総研(2016)1、2頁。
- 99) 前掲19)、455頁。
- 100) 厚生労働省「診療報酬改定について」(2019)、<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000577631.pdf>、最終閲覧日2021年10月24日。
- 101) 池上教授は診療報酬を改定する意義としては他にも新しい技術を保険でカバーし、その際医療費を抑制するように点数が設定されることなども指摘している。池上直己『医療・介護問題を読み解く』日本経済新聞社(2014)111頁。
- 102) 欧米の病院では病院に対する支払いと医師に対する支払いが別であることが基本である。このことをドクターフィーとホスピタルフィーの2本建てという。
- 103) 島崎謙治「医療提供制度を改革する政策手法」社会保障研究 vol. 1、No. 3(2016)601頁。
- 104) 新医療費体系導入時には地域差が設けられていたが1963年に撤廃された。https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta2970&dataType=1&pageNo=1、最終閲覧日2021年10月25日。
- 105) 昭和20年代の終わりに厚生省は国立病院を中心に大がかりなコスト分析を行ったが調査した病院の間にあまりにも大きな開きがあった。この調査に基づいて策定された新しい料金表に対して日本医師会が猛反発したため従来の料金表が残り、各医療機関はどちらの料金表を採用してもよいことになった。ほとんどの医療機関は従来の料金表を選択した。
- 106) 近年でも地域特性に応じた診療報酬にすべきだとの議論があるが同一の医療サービスを受けても住んでいる地域により患者の一部負担金が異なることや診療報酬が高い地域では保険料負担も高くなるという問題が生じることから診療報酬は原則として全国一律である。中医協総会資料「地域の特性を考慮した診療報酬点数について」(2010年9月29日)、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0113-4d.pdf>、最終閲覧日2021年10月25日。
- 107) 池上直己=J.C. キャンベル『日本の医療』中公新書(2007年)152、153頁。

- 108) 医師は都会に住むことを好むので高い報酬を出さない限り農村には行かないため。
- 109) 一般の市場では価格が上がれば供給は増え需要は減る。しかし、医療の場合医師と患者の情報の非対称性、受療の緊急性などを理由に診療報酬の改定は医療提供側には強く働くが患者の受療行動に与える影響は小さいことが指摘されている。そのため患者に十分な情報が提供されれば上記のような患者の受療行動が変化する可能性がある。遠藤久生「診療報酬政策の意味と課題」病院79巻12号（2020）902頁。
- 110) ①医療行為ごとにコストを計算することは困難、②実際のコストに応じて報酬額を設定するとコスト抑制の誘因がなくなるといった理由から医療のコストと診療報酬は乖離しているのが一般的である。したがって実際の診療報酬の議論においては診療行為ごとの収益率に一定のばらつきがあることには目をつむり、医療機関全体の収益率に大きな差が出ないように注意しているといった指摘がある。遠藤久生「診療報酬の決定プロセス」日本内科学会雑誌103巻12号（2014）2893頁。
- 111) 中医協協会資料「基本診療料及び技術料に係るコスト分析についての二号側の考え方」（2011年9月29日）、<https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000sqqu-att/2r9852000000sr0n.pdf>、最終閲覧日2021年10月27日。
- 112) 「社会保障国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（2013年）30頁、<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>、最終閲覧日2021年12月25日。
- 113) 2013年11月には財政制度審議会の建議も全国一律の診療報酬では医療提供体制の改革が行き過ぎるか、あるいは効果が乏しい結果に終わりがねないとして新たな財政支援制度の創設を支持している。財政制度等審議会「平成26年度予算の編成等に関する建議」（2013）79、80頁、https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia251129/01.pdf、最終閲覧日2021年12月25日。
- 114) 佐々木昌弘「新たな財政支援制度（基金）は、診療報酬による政策誘導を補填するものか」病院73巻12号（2014）928、929頁。
- 115) 基金と地域医療再生基金との相違に関しては前掲114)を参照。
- 116) 実際に2020年4月1日から医師偏在対策の一環として「医師少数区域等で一定期間勤務した医師」を厚生労働大臣が認定し、その認定を「医師派遣機能などを持つ地域医療支援病院」等の管理者（院長）となるための要件とする改正医療法が施行された。一定期間とは若手医師は6カ月以上、医師免許を取得して9年以上たった者は断続的な勤務が180日に達すればよいとされている。こうした医師に対して一定の病院の管理者としての評価や認定医師に対する経済的インセンティブが設けられている。厚生労働省「医師少数区域で勤務した医師を認定する制度について」、<https://www.mhlw.go.jp/content/000768854.pdf>、最終閲覧日2021年11月3日。
- 117) 厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要」、<https://www.mhlw.go.jp/>

content/12400000/000691038.pdf、最終閲覧日2021年11月3日。

- 118) これに関して全日本病院協会会長の猪口氏は400床の急性期病院で施設基準を満たしていれば概算で5000万円近くの増収になり経営に与えるインパクトは大きいと指摘している。『日経メディカル』(2020) 4号、40頁。
- 119) 島崎謙治『医療政策を問いなおす』ちくま新書(2015) 255頁。
- 120) 厚生労働省「医療法及び医師法の一部改正について」、<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000361462.pdf>、最終閲覧日2021年11月5日。
- 121) 都道府県によっては医師確保に関する各種会議体が乱立していたためそれらが整理統合され、都道府県・大学・主要医療機関等が合意の上医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を決定するようになった。
- 122) 福島靖正「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制」病院80巻3号(2021) 196頁。
- 123) 経済財政運営と改革の基本方針2020(令和2年7月17日閣議決定)。
- 124) 堀岡伸彦「COVID-19後の三位一体改革はどうなるのか?」日小外会誌57巻3号(2021) 574頁。
- 125) 前掲81)、160頁。
- 126) 医療と介護の連携に関しては、田中広秋「医療介護総合確保推進法と医療・介護の提供体制の整備について」病院75巻4号(2016) 256-261頁、江澤和彦「同時改定で医療・介護連携が進んだか」病院77巻12号(2018) 952-959頁を参照。