

医療提供体制改革の課題と私見

— 医師の偏在是正を中心に —

国際医療福祉大学大学院教授 島崎謙治

shimazaki-kenji@iuhw.ac.jp

結論から先に

1. 医療提供体制をめぐる政策の三本柱

① 働き方改革、② 地域医療構想、③ 医師の偏在是正

2. 働き方改革

B水準は、地域医療確保 **暫定** 特例水準

- ・ 2024年度を凌げば終わりではない。B水準は2035年度末に解消。
- ・ ボディブローのように効く。地域医療構想や偏在是正を促す要因。

3. 地域医療構想

- ・ 「土俵」の拡大に反対ではないが、実効性には多くの課題あり。
- ・ “チキンレース”の構図。賢明な経営判断を促す“仕掛け”が必要。

4. 医師の偏在是正

医療制度史研究者

長野県立病院機構理事

- ・ 日本にとって“宿痾”の難題。**歴史や現場から学ぶ姿勢が大切。**
- ・ 極端な規制や経済誘導は失敗する。医師の派遣機能強化が重要。
- ・ 診療科偏在は長期的に影響大。“専門家による自己規律”が肝要。

2040年の医療提供体制を見据えた改革

I. 医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進
総合的な医療提供体制改革を実施

II. 医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年度～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III. 実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

大学病院改革プランのイメージ

我が国の医学教育・研究の維持発展 地域ニーズに応じた診療の確保

持続可能な大学病院経営の実現

大学病院改革プランの策定（大学本部と一体となった改革の推進）

「大学病院改革ガイドライン」で示された以下の検討項目を参考として、自院の実情に応じた大学病院改革プランを策定

運営改革

【検討項目】

- 自院の役割・機能の再確認※
 - ・医学部の教育研究に必要な附属施設としての役割・機能
 - ・専門性の高い高度な医療人を養成する研修機関としての役割・機能
 - ・医学研究の中核としての役割・機能
 - ・地域医療構想等と整合した医療機関としての役割・機能

等

※改革の基本方針として記載が必須
- 病院長のマネジメント機能の強化
 - ・マネジメント体制の構築
 - ・診療科等における人員配置の適正化等を通じた業務の平準化
 - ・医療計画及び病床の在り方をはじめとした事業規模の適正化

等
- 大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化
- 人材の確保と処遇改善
- その他運営改革に資する取組等

教育・研究改革

【検討項目】

- 臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化
- 臨床研修や専門研修等に係るプログラムの充実
- 企業等や他分野との共同研究等の推進
- 教育・研究を支援するための体制整備
 - ・人的・物的支援
 - ・制度の整備と活用
- その他教育・研究環境の充実に資する支援策

これは深刻な問題

診療改革

【検討項目】

- 都道府県等との連携の強化
- 地域医療機関等との連携の強化
- 自院における医師の労働時間短縮の推進※
 - ・多職種連携によるタスク・シフト/シェア
 - ・ICTや医療DXの活用による業務の効率化等

等

※地域医療確保暫定特例水準（B水準・連携B水準）適用対象医師の時間外・休日労働時間を年間960時間以内に縮減する必要がある2035（令和17）年度末に向けて、2029（令和11）年度までの期間における医師労働時間短縮計画も記載
- 医師少数地域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業）
- その他診療改革に資する取組等

財務・経営改革

【検討項目】

- 収入増に係る取組の推進
 - ・保険診療収入増に係る取組等の更なる推進
 - ・保険診療外収入の拡充
 - ・寄附金・外部資金収入の拡充
- 施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制
 - ・自院の役割・機能等に応じた施設・設備・機器等の整備計画の適正化
 - ・費用対効果を踏まえた業務効率化・省エネルギーに資する設備等の導入
 - ・導入後の維持管理・保守・修繕等も見据えた調達と管理費用の抑制
- 医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減
 - ・医薬品費の削減
 - ・診療材料費の削減
 - ・その他支出の削減
- その他財務・経営改革に資する取組等
- 改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

※下線部は、文部科学省及び厚生労働省において財政支援等を予定。

2024年度から医師の時間外・休日労働の上限規制がスタート

医師の長時間労働

年960時間換算以上の医師の割合

- ・病院全体・・・37.8%
- ・大学病院・・・47.1%

※約1千万時間超えの時間外労働

医療提供体制の確保

国立大学病院からの医師派遣

- ・常勤医師：43,157名

患者紹介率

- ・令和3年度：87.6%

教育・研究時間の減少

助教の週当たり研究業務時間

- ・「0時間」・・・15%
- ・「5時間以下」・・・49.7%

大学病院の機能の低下

国立大学病院の設備の価値残存率

- ・H25:34.8%→R3:24.5

Covid-19関連論文発表数

- ・日本14位（主要7か国最下位）

増収減益の財務状況

国立大学病院の推移(H22→R1)

- ・業務収益・・・1.3倍
- ・業務損益・・・0.38倍

地域医療構想に関する演者の評価・課題

1. 地域医療構想の策定やデータに基づく解析は重要

(理由) 医療を取り巻く環境は激変。地域医療の将来像について、データに基づき関係者が共通認識を持ち議論することは大切かつ必要。

2. ただし、地域医療構想の実効性など課題は山積

本質的な問題は「チキンレース」の構造。他にも次のような課題。

① 医療機能の相対性

我慢比べ・根比べになりやすい構図

病床機能は相対的。病床と病棟は1対1で対応しない。

② 構想区域(原則二次医療圏)の現実妥当性

生活圏や患者の流れと一致しない二次医療圏は数少くある。

③ 地域医療構想の射程

本来は「地域総合生活構想」。地域包括ケアとの接合は必須。

④ 自治体の体制整備と人材育成

地域医療構想は総合計画に匹敵。医療人材の養成は追いついていない。

3. 地域医療構想と連動する「経営戦略の見直し圧力」は増大

ただし地域医療構想を軽視すべきではない。①これと連動した診療報酬改定、②金融機関の審査、③公立病院改革、④国民健康保険制度改革が効く。

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

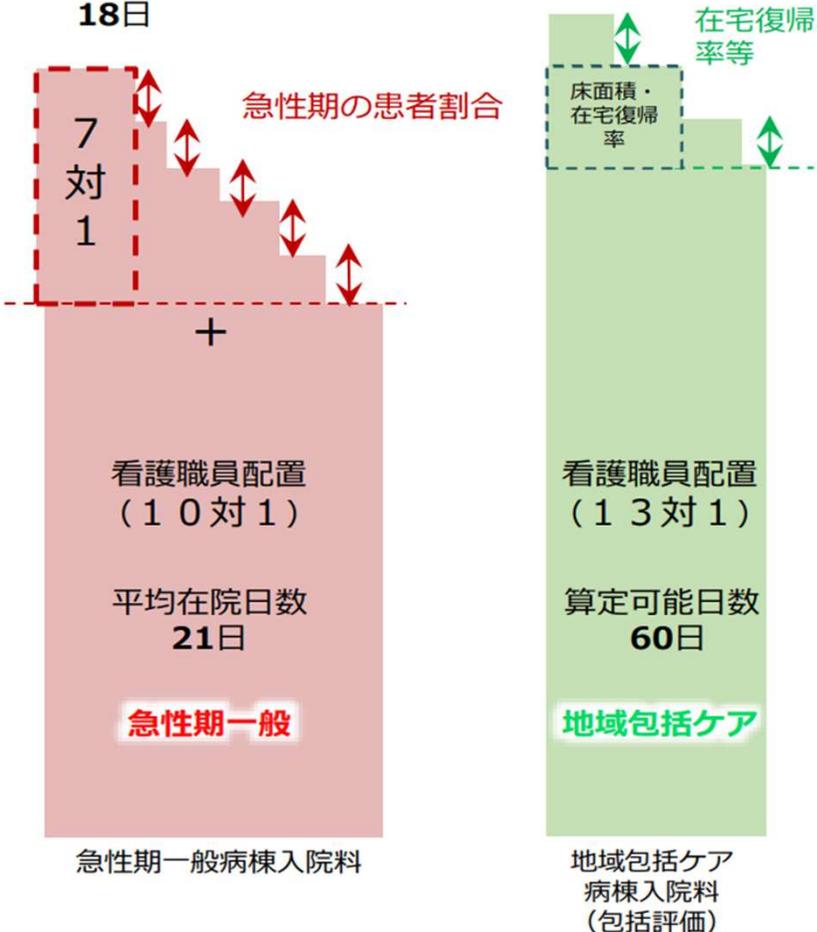
回復期医療

急性期医療

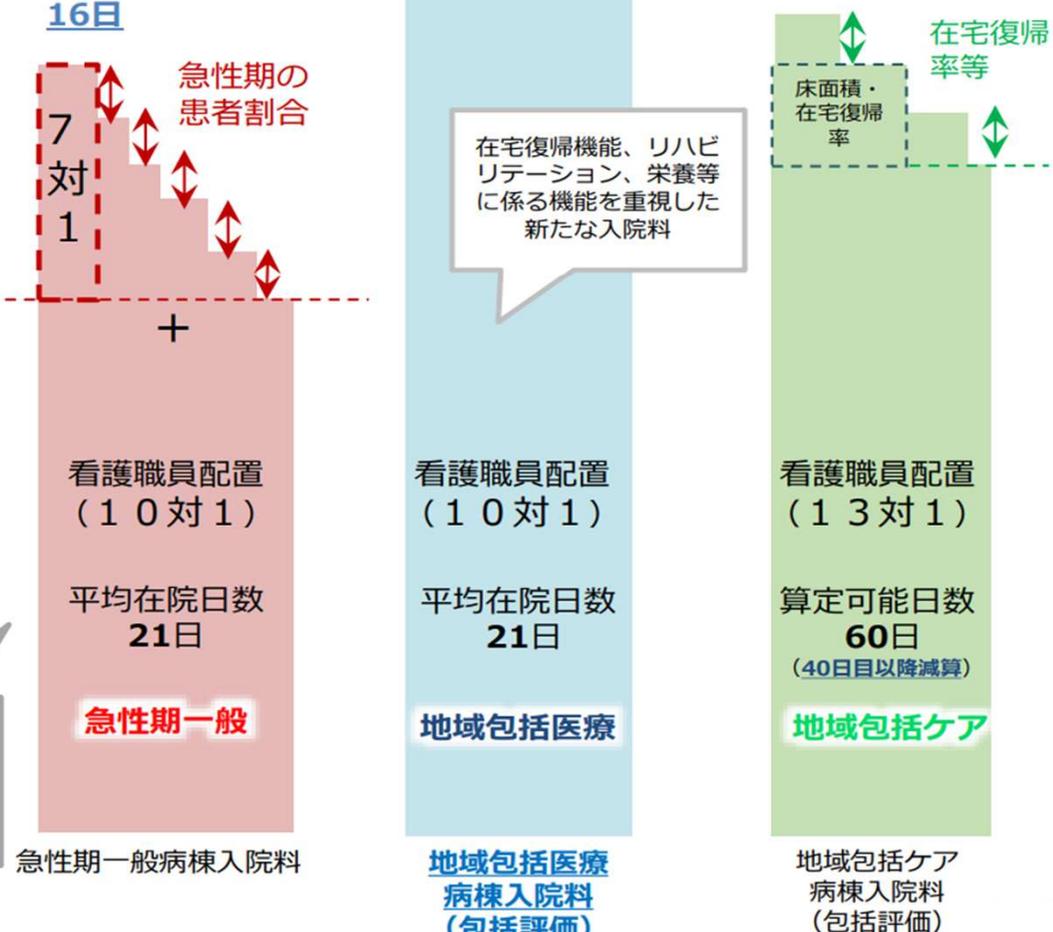
回復期医療

平均在院日数
18日

平均在院日数
16日



重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し



ストラクチャー(看護体制)の選択は自由だが、地域の需要に合わないとアウトカムの点数が取れない。

医薬制度調査会「医療制度改善方策」(1940年)の概要

※国家統制策が列挙。その大半は国民医療法(1942年)に盛り込まれた。

項目	内容
医療の普及	<p>医療機関の偏在是正を図るため、医療過密地における開業制限</p> <p>医師の勤務指定制度（厚生大臣が必要と認めるときは、免許取得後1年以内の医師に2年を限度として指定地の勤務を命じる）</p> <p>無医地区に対する公営医療機関の設置</p> <p>各種医療機関の整備統制</p> <p>医療費に関する整理合理化（診療報酬規程の制定）、保険制度の拡充</p>
医療内容の向上	<p>学校教育期間中の実地修練制度（1年以内のインターン制度の導入）、診療科名の整理と新たな診療科名の創設</p> <p>専門科名を標榜する場合の国家検定制度（一種の専門医制度）の創設</p> <p>医薬広告の制限（学位広告の禁止等）、医療内容の監督強化</p>
医師会の改組	医師全員を強制加入させるとともに、会長は内閣任命として行政監督を強化する

一種の病床規制

法律上も規定された

法制化されるも実施されず。

産業組合による医療利用組合の先駆性

(厚生連の前身)

要は、医療資源を
集積し、ネットワーク
で繋ぐ(連携)する。



1. 基本的な考え方

「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、此處に多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を「基地」として、此處より区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、又はこれらを置くことの出来ない地域には、巡回診療班を派遣する」

(出典)黒川泰一(1939)『保健政策と産業組合』167-168頁

2. 先駆性

・これは、偶然にも、1931年の国際連盟保健部による農村地区の医療制度の組織化の考え方と符合。

・また、戦後、WHOが開発途上国に対し勸奨した、3層制による地域医療確保構想の「先取り」。

・今日風に言えば、「コンパクト・アンド・ネットワーク」そのもの。

歴史の教訓

1. 医療資源が乏しくなると国家統制の議論が惹起。配給制と同じ。それを防ぐには、プロフェッショナル・オートノミーの発揮が必須。このことは特に診療科の偏在是正において肝要。

2. 勤務指定制の教訓は、日本で強制配置の立法があったことよりも、慎重な運用の配慮が行われていたこと。下記想定問答参照。

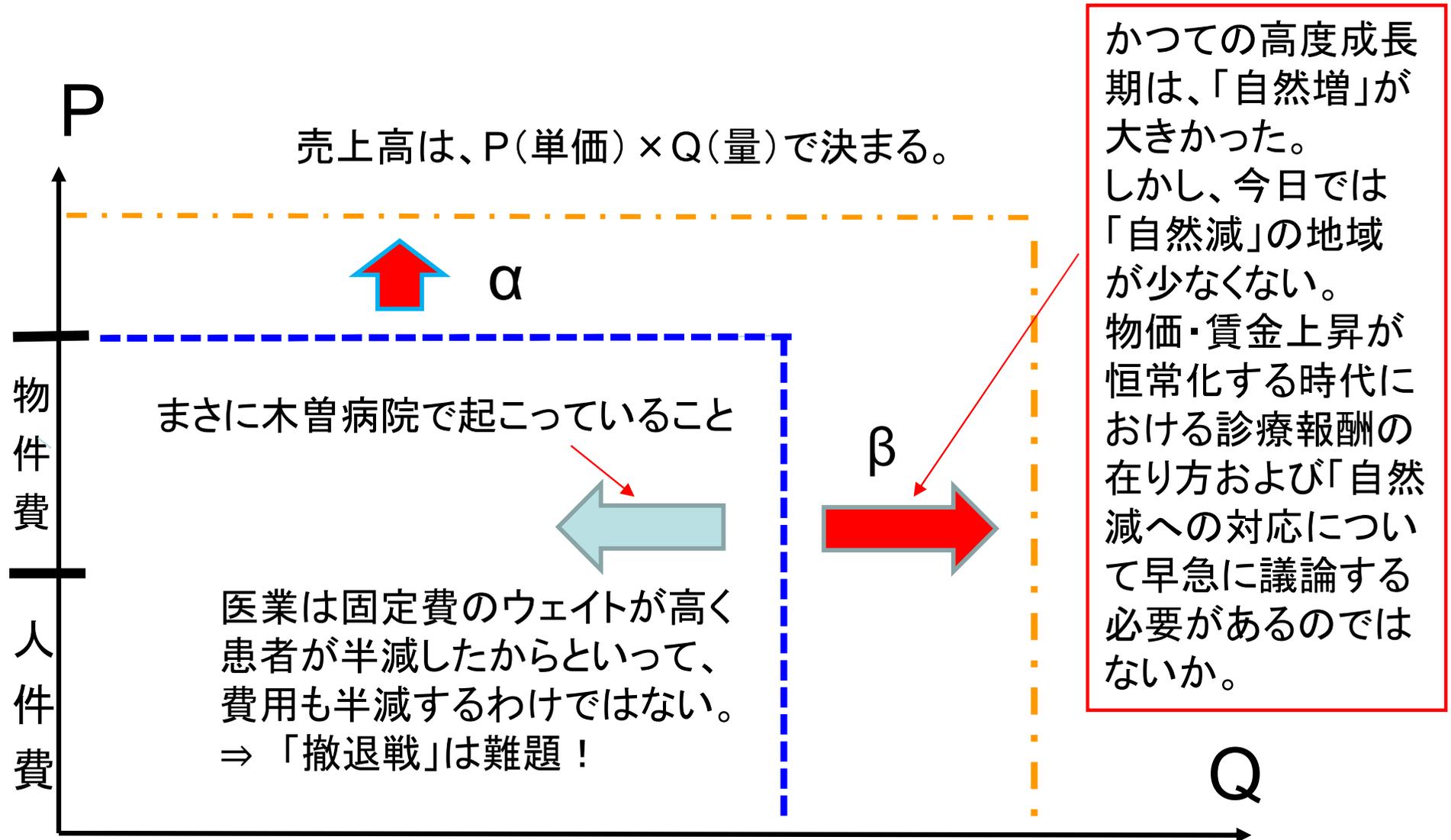
(問) 勤務指定制度を設けたために将来医師志望者が減少するおそれがないか。

(答) 勤務指定制度はたびたび申すように医師の適正な配置をするために、必要な場合に発令する途をひらいたもので、全医師に必ず指定するとか、無医村に配置する目的で設けたものではない。これを実施する結果は現在の医学校卒業者の就職斡旋方法の不合理的を是正できるし、また勤務指定を受けた者は将来安心して政府から就職の斡旋もしてもらえるほかに、総合病院等で診療の修練をする機会もあたえられるのであるから、この制度の趣旨がよく了解されたならば医師志望の減少などという現象は起こらないと思っている。

(出典) 厚生研究所(1942)『国民医療法と医療団』研進社, 138頁。

3. 基幹的な病院や地域医療支援病院は、大学医局等と連携し医師不足地域の医師の派遣元としての役割を担うべきである。

(参考) 診療報酬の物価・人件費スライド制



保険者拠出による経済的インセンティブの是非

1. 医師不足の地域の医師であれ、その人件費が診療報酬の対象であるのは事実。しかし、へき地など医療過疎地は医師や看護師等が不足しているだけでなく、患者数も少なく不採算になる。
⇒国や自治体が補助金を交付するほか、地域医療総合確保基金(以下、基金)によって必要な措置が講じられてきた。また、現実問題として、公立病院が対応せざるを得ない場合が多いので、不採算部分を一般財源で補填するほか地方交付税で財源措置してきた歴史。
2. 診療報酬と一般財源の組合せによる対応は、いわば「先人の知恵」。また、基金の創設は、島崎(2011)『日本の医療[初版]』377頁で主張。保険者の拠出を求める前に、こうした公費財源による対策との関係を十分整理することが必要。さらに言えば、医師不足地域の医師に限定したインセンティブの付与の是非も議論の余地がある。関連経費を含め基金により対応するのがベストチョイスであるように思われる。