

# 地域や社会の新たなニーズに 第8次医療計画で対応

学習院大学経済学部 教授 遠藤 久夫

厚労省の各検討会の座長を務める学習院大学教授の遠藤久夫氏に、2回にわたりインタビューを行った。今回は、遠藤氏が座長の「第8次医療計画等に関する検討会」の意見のとりまとめについて、ポイントをきいた。医療計画は地域や社会の医療ニーズに合わせて、医療提供体制を構築していくもので、地域ごとに医療の各分野の見える化ができるという意味を訴えた。2024年度からの第8次医療計画に新たに盛り込まれた新興感染症への対策や地域医療構想の加速化、外来医療、在宅医療、救急・災害医療などについて解説した。

これまでの医療計画にない  
新興感染症対策を入れる

——今回の医療計画見直しに至る背景と、議論の経緯を教えてください。

第7次医療計画が2023年度に終了するため、それに続く2024年度からの第8次医療計画を今から考えることになる。第8次医療計画については今後も議論を継続するが、検討会では現時点での意見をとりまとめ

た。

第8次医療計画では、第7次までの医療計画の進捗状況をみた上で、あまり進んでいない部分はさらに加速させるようにする。地域医療構想はそれに近い。他方、これまでの計画にはなかった新たな課題には、第8次で対応していく。例えば、新興感染症への対策を今回、新たに入れていく。

医療計画とは一言でいえば、地域や社会の医療ニーズの変化に合わせて、医療提供体制

を構築していく計画である(図表1)。

従来から、医療提供体制に影響を及ぼす政策ツールとしては診療報酬がある。だからこそ、診療報酬を決める中医協は、非常に注目されている。診療報酬は、医療提供体制をコントロールするための強力な政策手段だが、やはり課題はある。その一番大きなものは、「全国一律」という部分である。というのも、医療のニーズは地域の人口動態により異なるし、医師数の地域差が大きいため地域ご



遠藤久夫 〈えんどう・ひさお〉

一橋大学大学院博士課程単位取得退学。専門は医療経済学、医療政策。1997年より学習院大学経済学部教授、2017年から2020年国立社会保障・人口問題研究所所長。現在、経済学部長、医療経済研究機構所長を兼ねる。

中央社会保険医療協議会（中医協）会長、社会保障審議会会長、社会保障審議会医療保険部会部会長、介護保険部会部会長等を歴任。現在は「医師の働き方改革の推進に関する検討会」「第8次医療計画等に関する検討会」「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者会議」の座長を務める。

との医療提供体制の充実度も異なる。したがって、それぞれの地域に適した医療の提供体制を考えていかなければならない。医療提供の基本的な部分は診療報酬でコントロールできるにしても、地域ごとの細かなニーズへの対応は診療報酬では難しいのである。

したがって、都道府県が主体になり、地域の医療者や住民と一緒にあって、その地域に適した医療の提供体制をつくっていくことが

必要になるわけである。

それに対して国としては、どのような視点で医療提供体制を見るべきなのかという指針を示し、国でなければなかなか把握できないデータを地域ごとに提供する。場合によっては、補助金を出すなどして、地域の実情に合わせた医療提供体制の構築を地域自らが行うことを財政的・情報的に支援する。そうした意味で医療計画は、その基本的な方向性は国

が示すが、地域が自らの地域に適した医療体制を構築していくものである。

地域の医療ニーズは非常に多様なので、医療計画の対象となる項目は多岐にわたっている。当検討会ですべての項目が詳しく議論されたわけではない。当検討会とは別に専門の審議会や検討会が厚労省の中で独自に動いているものもあり、検討会はその会議体と連携しながら議論を進めた（図表2）。

5 疾病や新興感染症対応などは他の会議体で議論されているもので、当検討会ではそれらの意見を踏まえて、医療計画に載せるべきものを選んだ。もともと当検討会の中で詳しく議論したテーマも少なくない。検討会の下に、個別の項目を議論するためのワーキンググループとして「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」「外来機能報告等に関するワーキンググループ」「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」を設置し、集中的に議論した。

### 人口の変化に応じて 地域医療構想を進める

———ようにして昨年12月28日にまとめられた「第8次医療計画等に関する意見のとり

図表 1

<b>医療計画について</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>〇 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。</li> <li>〇 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。</li> </ul>	
<b>計画期間</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>〇 <b>6年間</b>（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度、中間年で必要な見直しを実施。）</li> </ul>	
<b>記載事項（主なもの）</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>〇 <b>医療圏の設定、基準病床数の算定</b></li> <li>・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。</li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;"><b>二次医療圏</b></p> <p style="text-align: center;"><b>335医療圏</b>（令和2年4月現在）</p> <p><b>【医療圏設定の考え方】</b> 一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。 ・ 地理的条件等の自然的条件 ・ 日常生活の需要の充足状況 ・ 交通事情 等</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;"><b>三次医療圏</b></p> <p style="text-align: center;"><b>52医療圏</b>（令和2年4月現在） ※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）</p> <p><b>【医療圏設定の考え方】</b> 特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。</p> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>〇 <b>5疾病・5事業（※）及び在宅医療に関する事項</b></li> <li>※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。</li> <li>5事業（*）…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。</li> <li>（*）令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。</li> <li>・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>〇 <b>医師の確保に関する事項</b></li> <li>・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）</li> <li>・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>〇 <b>外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項</b></li> <li>・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>〇 <b>地域医療構想</b></li> <li>・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。</li> </ul>	

第1回「第8次医療計画等に関する検討会」資料

「まとめ」について、うかがいます。まず地域医療構想について、ポイントを教えてください。

地域医療構想とは、今後、高齢者の人口が変化するが、その変化の仕方は地域により異なるため、地域の実状に応じて機能別に分けた病床をどう再編するかを議論し、調整していくものだ。新型コロナの影響もあり、地域医療構想が当初の目標通りに進捗していない地域もある。そのため、まず2025年までは、当初の目的に沿って積極的に進めることが目標になる。

再検証対象病院はすでに指定されているので、まずはそこでの議論を、積極的に進めることを求めている。

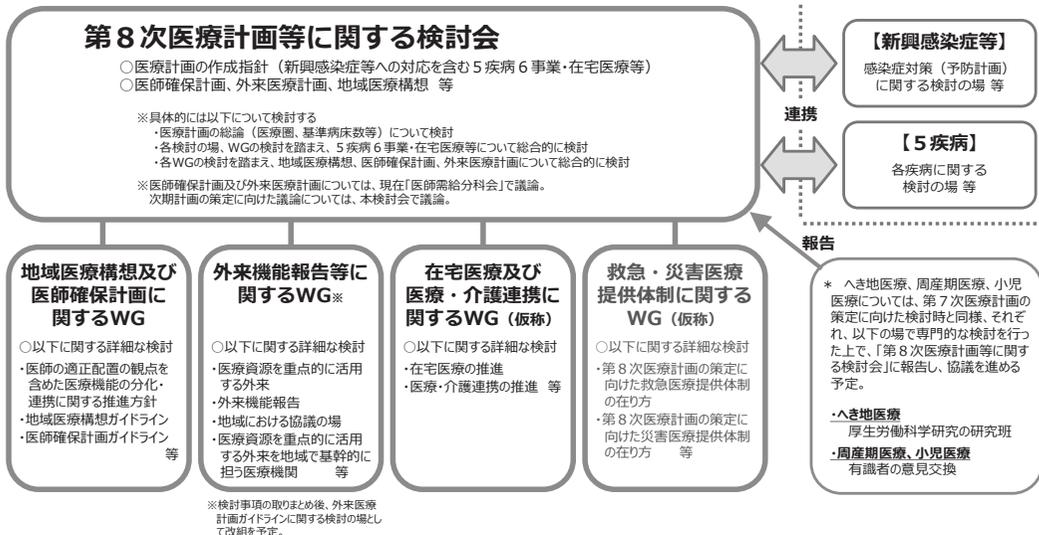
地域医療構想調整会議の透明性を高めていくべきということも、今回のポイントの一つだ。病床の調整をあまり積極的に進めていない地域医療構想調整会議もあるので、議事録や資料等の公開をしてもらおう。地域住民や地域の医療従事者に情報提供する意味で、とりまとめには、積極的に情報公開を進めてもらいたいと書いている。

必要病床数は国が算出しているが、それと個々の医療機関の申請による病床数との乖離が理由もなく大きい場合には、乖離の理由を分析してほしいとも述べている。

地域医療構想を考えた当初には感染症の問題が起こることは予想していなかったわけだが、新型コロナでは病床が逼迫する事態が起きた。「地域医療構想における必要病床数の考え方は当初のままでもいいのか」「もつと必要病床数に余裕を持たせるべきではないのか」という、いわゆるサージ・キャパシティ論という主張もされるようになった。

今後、新たな感染症がいつ、どのような規模で発生するかは不確定だが、それに備える対応を考えなければいけない。基本的には医療計画の中に、新興感染症への対応が加えられたので、それは爾々と進めることになる。新興感染症対策は基本的には平時と感染症発生時に分けて、平時には感染時を想定した人

図表 2



第2回「第8次医療計画等に関する検討会」資料

材育成や医療機関連携などの準備を行い、感染症発症時には準備した内容が着実に実施できる計画を作成することを求めている。私見ではあるが、この感染症対策の下で、必要病床数はこのままでよいのかという議論も今後ありうるのではないかと思う。さらに私見を述べれば、地域医療構想の病床再編の視点が、減らないう急性期病床と増えない回復期病床の議論に集中しすぎたように思う。これは回復期病床の定義に起因する部分も大きいと思われるので、回復期病床の再定義等も考えられるのではないか。さらにいえば、慢性期病床は在宅医療との関係が大きく、今後の在宅医療の重要性を考えたと、地域医療構想の議論が慢性期病床と在宅医療との関係があまり議論されなかったことも残念である。

地域医療構想は2025年で終わるものではなく、むしろ人口動態はそれ以降の方が変化するので、2040年に向けてさらなる病床の調整は必要である。第8次医療計画のなかでも、2025年以降の地域医療構想はどうあるべきかについては当

然、考えていくことになる。

**新興感染症が発生しても適切な治療が受けられる体制を**

——5疾病に関する見直しのポイントを教えてください。

5疾病については、それぞれの専門の検討会で議論が行われてきている。当検討会は、そのなかでも医療計画として取り上げるのにふさわしい内容は何かということでも議論した。5疾病のどれをとっても、それぞれの疾病対策として重要な内容を含んでいるが、ここではごく簡潔にポイントだけ述べたい。詳しくは「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」をご覧ください。

「がん」については、「高度医療機関の均てん化と集約化」「多職種連携の推進」に加えて、「新興感染症まん延時でもがん診療を維持できる体制の整備」を求めた。医療計画には計画の実施状況を把握するために指標を設けているが、新たな指標案として「診断から手術までの日数」「初診から確定診断までが1カ月未満の患者の割合」「緩和ケア研修会の修了者数」等が考えられている。

「脳卒中」については、「救急隊員による適切な患者評価」「t-PA 静注療法等の標準的医療の普及・均てん化」「回復期のリハビリ

テーションや就労両立支援の強化」を求めている。つまり、最初の救急隊が適切な対応ができるようにして、また救急隊員が運ぶ先の医療機関の均てん化、さらにはそこから急性期と回復期の医療機関の機能分化と連携の強化、さらには就労にも繋げられるようなシステムをつくっていくことである。指標としては「脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数」「脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数」「リハビリテーション科医師数」「両立支援コーディネーターの受講者数」をあげている。

「**心筋梗塞等の心血管疾患**」では、「感染拡大時に必要かつ十分な診療を行える医療体制を整備すること」「限られた医療資源を有効活用するためデジタル技術を活用」「個人の意思決定に基づいた終末期を尊重するためアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の推進」をあげている。指標としては、「急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率」「大動脈疾患患者に対する手術件数」「両立支援コーディネーターの受講者数」などが考えられている。

「**糖尿病**」については、これまでも言われてきたことだが、「診療科間および他職種との連携体制の構築」や「治療や重症化予防の観

点から、早期からの適切な指導や治療や治療中断者の受診勧奨の推進」がポイントである。これは糖尿病や糖尿病合併症の治療・重症化予防には、定期的な眼底検査や腎機能検査、栄養指導等の療養指導など、関係する多くの診療間での連携や職種間の連携が必要であることや、無症状であっても適切な指導・治療が大切だという疾病特性があるからだ。また、「新型感染症のまん延時における適切な糖尿病の診療体制の整備」も加えられた。

指標としては「特定検診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療者数」「妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数」[HbA1cもしくはGA検査の実施（患者もしくは割合）]などをあげている。

「**精神疾患**」のポイントは、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の連携体制を構築し必要なサービスを切れ目なく提供することだ。

指標の見直しとしては、「都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数」「相談支援の実施件数」「心のサポーター養成研修の実施回数、修了者数」をあげている。精神科の医師というよりも、自治体の職員やサポーターのような人たちの育成に着目する考え方になっている。

## 高齢者救急では患者の希望を 関係者が確認する方法を検討

——6事業についても、順にポイントをうかがいたいと思います。

遠藤先生は「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」の座長も務めておられますので、その救急医療から教えてください。

救急医療の大きな問題の一つは、今後高齢者が増加していくことを考えれば、疾患を有する高齢者の体調が急に悪くなった場合の救急の対応だ。特に、在宅や介護施設からの転送が増えることになるが、若い人が大けがをして三次救急の医療機関に運ばれるというのは違った仕組みが必要かもしれない。

それからもう一つは、感染症が拡大したときに備える救急体制をどうするか。大きな問題はこの二つである。

具体的な見直しの内容として、まず「救急医療機関の役割の明確化」である。自覚症状が軽い患者に対する主に夜間・休日の外来診療を担う初期救急医療機関。高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う第二次救急医療機関。重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施する第三次救急医療機関。今でもこのよう

に分かれているが、第8次医療計画でもこの機能分担を前提として、それぞれの特徴を踏まえてその役割を適切に果たすことを求めている。

次いで「高度救命救急センター等の体制整備」をあげている。高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行っておくことを求めている。

関連して「高次の医療機関からの転院搬送の促進」も求める。高次の医療機関に入院している患者が軽快すれば速やかに転院してもらい、新たな重症患者を受け入れられるようにするため。高次の医療機関が再び新しい患者を受け入れられるようにしてほしいということだ。また、救急外来に患者が集中するのを回避するため、電話相談#7119や#8000などの「相談体制等の整備」を求めている。

「居宅・介護施設の高齢者の救急医療」において、心肺蘇生を望まない心肺停止患者に対する救急対応が適切に行えるように、医療関係者、介護関係者、消防関係者が患者のACPについて情報の共有を行うことを求めている。ACPを作成して自分の末期をどうし

たいかという考えが決まっており、医師や家族がそれを理解していたとしても、救急搬送の際に来る救急救命士にそのような話が伝わらなければ、救急救命士は救命措置をして搬送しなければならぬ。第三次医療機関に連れていけば、そこで人工呼吸器を付けてしまったたりする。そのところを、事前にきちんと話し合っておいてほしいということである。

「新興感染症の発症・まん延時における救急医療」は新型コロナウイルス感染症のまん延を受けて設けた事項である。以下の内容を求めている。

- ・救急患者受入れのために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する。
- ・救急外来の需要が増加した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する。
- ・救急外来を受診しなくても済むような電話等による相談体制（#7119、#8000等）およびオンライン診療を実施する体制を平時から充実させる。

・救急医療機関が、通常の救急患者に対して適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関、および地域全体において必要な体制を構築する。

・精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を含め、新興

感染症の発生・まん延時に受け入れられる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。

指標としては、「心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合」「救命救急センターの応需率」などが考えられている。

### 災害拠点病院ではない病院も 平時からBCP策定し防災対策を

——災害時における医療のポイントを教えてください。

災害時の医療の見直しとしては、災害派遣を行うDMAT等に関するもの、多職種連携、災害拠点病院、浸水対策の四つがポイントだ。

「DMAT等の位置づけ」としては、隊員が研修・訓練や災害時の出動がしやすくなるよう仕組みを整えることや、災害派遣以外に新興感染症対応でも活動できるよう活動要領の改正を行うことを求めている。

「多職種連携」では、大規模災害時においては、様々な保健医療活動チームが投入されるため、都道府県を中心に総合的な調整を行うこと。

「災害拠点病院とその他の病院」としては、都道府県は、精神病院も含めて災害拠点

病院を指定し、災害拠点病院以外の病院も平時から事業継続計画（BCP）を作成し、施設の耐震化や自家発電の整備、燃料などの備蓄に努めることを求めている。また、災害時には多くの被災者が発生する可能性があるため、そのうち中等症患者を受け入れる医療機関の指定も重要としている。

最近では洪水などによる浸水被害が多く、新たに「止水対策」も盛り込んだ。浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は、止水板等の設置による止水対策や、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を講じるとしている。指標としては、「DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数及び割合」「災害拠点病院以外の病院における自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率」「浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において浸水対策を講じている病院の割合」などをあげている。

## オンライン診療でへき地医療を支援

——へき地医療については。

へき地医療対策は依然として重要な課題だ。医師の地域偏在対策は総合的に講じられているが、医師がどこで働くかは本来自由で

あるから、なかなか解決が難しい。ただ、近年、地域枠で医学部に入学した医師が増えているため、地域枠医師の配置による対策が考えられている。

医療計画では、へき地医療センターと地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターとの連携を引き続き強化することを求めている。

また、新型コロナウイルス対策で普及してきたオンライン診療を含む遠隔医療を活用してへき地医療を支援することも求められている。

指標としては「へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数」などが考えられている。

——周産期医療について教えてください。

周産期医療に携わる医師の勤務環境にも留意しながら、二次医療圏にこだわらず、周産期母子医療センターを基幹として集約化や重点化を行い、周産期医療圏を柔軟に設定して医療を確保するとしている。

ハイリスク妊産婦への対応としては、NICU・MFIICUや周産期・新生児専門医など高度専門人材を集約化・重点化して、合併症妊娠や胎児・新生児異常などのリスクが高い妊娠に対応できる体制を構築する。

集約化・重点化を進めることで、分娩施設

まで遠くなってしまう地域の妊産婦をどのように支援するかは、地域の実状に応じて検討していくこととする。すでに支援を行っている自治体の例を収集し、参考にしよう。

医師の働き方改革の観点からも、医療機関・機能の集約化・重点化を進めていく。ただ、ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センターに負担が集中しないよう、リスクが高くない分娩は、その他の産科病院や産科有床診療所で取り扱うことなどにより、医療機関の役割を分担して、周産期医療と母子保健を地域全体で支える考え方を示している。

——小児医療についてもおろかがいします。

小児医療も医師の勤務環境の改善を進めながら、医療機関・機能の集約化・重点化を進めることにしている。

周産期医療圏との連携のもと、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化する。一本化に当たっては、小児救急患者を常時、診療可能な体制がとれるようにする。

一般小児医療機能を担う小児科診療所は、医療と保健・福祉・教育との橋渡しの役割を担っている。小児医療に関する協議会を活用するなどして、その役割を推進していく。

医療的ケア児への支援も進める。医療的ケア児が入院する医療機関は、入院後に今後予想される状態についても家族と話し合い、退



院後、療養上必要となる事項について家族に伝えるようにする。転院あるいは退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーションとの連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援を行う体制も整える。また、退院後の医療的ケア児に緊急入院が必要となった場合に対応できる体制を整備することとしている。

## 増加していく在宅医療 介護との連携強化を求める

——在宅医療の見直しのポイントを教えてください。

在宅医療は今後増えることは間違いないし、そのように政策も誘導している。したがって、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備が必要になる。

医療計画では「在宅医療の提供体制」「急変時・看取り、災害時等における在宅医療の体制整備」「在宅医療における各職種の関わり」の視点から整理した。

「在宅医療の提供体制」においては、第一に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」とそれを支える「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の機能や役割を明確にし、適切な在宅医療領域の設定を行うことを求めている。この圏域は二次医療圏にこだわらず、柔軟に設定できるものとしている。第二に、

の重要性を強調している。指標としては、在宅医療をサポートする機能強化型在宅療養支援診療所と機能強化型在宅療養支援病院の数をあげている。

「急変時・看取り、災害時等における在宅医療の体制整備」では、急変時に対応する入院医療機関として在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の体制整備や連携強化を求めている。また、看取りの体制では、本人と家族が希望する最期を支えられるよう求めている。その際、訪問看護の役割は大きい。「訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数」を指標として追加することとした。

災害時の体制については、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において平時から関係機関との連携を進めるとともに、業務継続計画（BCP）の策定を求めている。

「在宅医療における各職種の関わり」では、在宅医療では、医師だけでなく各職種との連携協力が重要であるので、あらためて各職種の機能・役割を明確にしている。

医療と介護の連携を進めるため、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携強化を求めている。特に、自治体の医療政策担当部局と介護政策担当部局の連携、協力

訪問看護師については、特にターミナルケアにおける役割が大きいため、機能強化を図る。訪問歯科診療では、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりの強化、「在宅医療において必要な連携を担う拠点」としての歯科診療所の役割などもあげている。訪

問薬剤管理指導については、薬局と在宅医療の関係機関との連携が重要とし、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることを示した。

指標の見直しでは、訪問薬剤師を増やしたので、「麻薬の調剤・訪問薬剤管理指導を実施している薬局数と麻薬の調剤・訪問薬剤管理指導を受けた患者数」、「無菌製剤の調剤・訪問薬剤管理指導を実施している薬局数と無菌製剤の調剤・訪問薬剤管理指導を受けた患者数」などをあげている。

## 外来医師偏在指標で地域で不足する機能を明確に

——外来医療計画など、外来医療についてポイントを教えてください。

医療政策で「外来」が着目されている。それは次の二つの理由による。

第一が、医師の地域偏在対策との関連である。病床規制のように地域ごとに病床数を規制したり、研修医や専門医研修の専攻医を受け入れる研修病院に地域ごとに人数制限を課せば、勤務医の数はある程度調整できる。しかし、自由開業制の下では開業医が都市部に集中してしまい、医師の偏在対策の効果を低下させているという指摘がある。

第二が、外来でも医療資源を多く投入して高度な医療が行われるケースも増えてきてい

る。これらの外来にフリーアクセスすることは、医療資源の非効率な利用になるとして、紹介状なしで受診した場合、自己負担の増額を行っている。

「外来医師偏在指標を活用した取り組み」としては、外来医師偏在指標を用いて地域の外来医療の需給状況を明らかにする。そのうえで、外来医師多数地域で開業を考える医師に情報提供を行い過当競争であることを知らしめ、一方で、その地域で不足している医療機能（夜間休日の診療、在宅医療など）を明確にする。

「地域における外来医療の機能分化及び連携について」としては、これまでも病院機能報告により住民は病院の入院機能は把握できたが、外来の機能は十分把握できなかった。

今後は外来機能報告により、各医療機関の外来機能の可視化を進め、紹介受診重点医療機関への受診行動などの適正化を進め、また地域における外来医療提供体制の在り方を検討する。

「医療機器の効率的な活用」では地域の医療資源を可視化する観点から、新たに医療機器を購入する医療機関に対しては、購入後の当該医療機関の稼働状況について都道府県への報告を求めている。以前から、日本は人口当たりのCTやMRIなどの高額な医療機器

の配置割合が高いという議論があり、その点からこの問題も盛り込まれたのだろう。またこれまで同様、これらの共同利用も進められる。もつとも検討会の中で、CTについては、脳卒中のように発症後、早期に診断しなければならぬケースもあるので、従来通り集中配備、共同利用という方針でよいのかという意見もあった。

## 医師確保対策では医学部の地域枠を活用

——医師偏在対策など医師確保計画の実効性はあるのでしょうか。

医師偏在対策は、一県一医大政策、大都市部の臨床研修病院の受入れ人数の上限設定、医学部入学における地域枠などさまざまなものが実施されてきたが、特効薬は存在しない。医療計画では都道府県が行うものに限定されるが医師確保の計画策定が求められている。

医療計画では医師不足状態の「見える化」が中心となる。その中心となるコンセプトが「医師偏在指標」である。従来、医師偏在の指標として用いられてきたのは人口10万人当たり医師数であるが、これは需給実態を正確に表していない。なぜなら医療需要は患者の年齢とともに増加するし、医師の年齢と勤務

時間は一定の関係があるからだ。そこで医師需給分科会で、住民および医師について年齢調整を行った指標の作成が議論された。これが医師偏在指標である。

医療計画では、まずは都道府県内の医師の充足状況を明らかにする。医師偏在指数を用いて二次医療圏単位で医師少数区域、医師多数区域等を設定する。さらに二次医療圏より小さい単位で医師少数スポットも設定する。

さらに、国は参考として勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を都道府県に示す。また、分娩を行う医療機関の偏在が指摘されているため、現行の「産科・産婦人科医師数」を過去2年以内に分娩の取り扱いがある「分娩取扱医師数」に変更する。

医師確保のための手段としては医学部の地域枠・地元出身者枠の設定が考えられている。都道府県は自県に所在する大学に対して地域枠に加え、地元出身者枠を恒久定員内へ設置するよう積極的に調整する。

他県に所在する大学に対しても、地元出身者を対象とした地域枠の設置を働きかける。都道府県や大学等が連携してキャリア形成卒前支援プランを通じて、学生時代から地域医療に従事する医師としての姿勢を涵養する。

また、都道府県には、医師少数区域の医師確保に貢献してくれる医療機関に対して、寄

付講座の設置や逸失利益の補填を行ったり、女性医師の増加を考慮して子育て支援策の推進を求めている。

### 働き方改革の影響は都市部でも地域医療構想は回復期の再定義を

——第8次医療計画等検討会で、議論になった点は。

医師の働き方改革が医療計画に及ぼす影響について懸念が示された。働き方改革は勤務医の長時間労働の規制である。特例的に一般の労働者より長時間労働を認めてはいるが、医療サービスの供給削減につながることは間違いないので、それを考慮せずに地域医療構想や医師確保計画を考えることはできないのではないかとこのものである。

特に、医師の派遣が滞ることを懸念する声が多い。それはへき地に対する医師派遣だけではない。都市部の医療機関でも、すべての診療科に常勤医師がいるわけではなく、大学

病院や大病院からの非常勤の医師で賄っているところも多い。そのため、医師派遣が滞ることを、都市部の病院でも心配している。医師の働き方改革の行方を注視していく必要がある。地域医療構想については、新興感染症のまん延に対応できる病床数を考慮していない必要病床数をベースに議論してよいのかという意見があった。地域医療構想に関しては、急性期から回復

#### 第8次医療計画等に関する検討会 構成員

- 猪口雄二 日本医師会副会長
- 今村知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤和彦 日本医師会常任理事
- ◎ 遠藤久夫 学習院大学経済学部教授
- 大屋祐輔 全国医学部長病院長会議理事
- 尾形裕也 九州大学名誉教授
- 岡留健一郎 日本病院会副会長
- 荻野構一 日本薬剤師会常務理事
- 織田正道 全日本病院協会副会長
- 加納繁照 日本医療法人協会会長
- 河本滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 櫻木章司 日本精神科病院協会常務理事
- 佐藤保 日本歯科医師会副会長
- 田中滋 埼玉県立大学理事長
- 中島誠 全国健康保険協会理事
- 野原勝 全国衛生部長会
- 山口育子 ささえあい医療人権センター COML 理事長
- 吉川久美子 日本看護協会常任理事

※50音順

※◎ 座長 ○ 座長代理 ● 専門構成員

期への病床の移行がポイントになっている。回復期への変更が進まないのは、定義が不明瞭なこともある。回復期を再定義する必要があるのではないか。

また慢性期については在宅医療を含めて考えなくてはならないが、在宅医療の推進をうたっていないが、この部分の議論はあまり活発に行われたようには思われない。

第8次医療計画のなかで、これらの課題を今後どう考えていくのか。

## 医療計画で地域の実態を明らかにできる

——医療計画の今後の課題は何でしょうか。また、医療計画の意義とはどのようなところにあるのでしょうか。

第一に、医師の働き方改革や新興感染症の流行など、現時点では不確実な要素も多いため、状況の変化に対してどこまで柔軟な対応ができるのかということ。第二に、計画という図面は書いても実際にどこまで対応できるのかということ。これが医療計画の課題ではないか。

ただ、医療計画があることによって、地域ごとに医療の各分野で何が起きているのかが判明する。医療の見える化、全体の俯瞰、これは大変重要なことで、医療計画がなければ

わからないことも多い。医療計画は、実態を明らかにするという意味で、非常に意義がある。

一つ残念なのは、医療計画をわかりやすい形にして地域住民に積極的に公開している自治体必ずしも多くないことだ。医療計画は厚労省や医療関係者のためだけにあるのではない。わが県は、わが市は医療提供体制（介護体制）がどのようになっているのか。住民に知らしめることも大きな意義だと思う。

## かかりつけ医「1人」は難しい 医療DXは積極的に進めて

——今回の意見のとりまとめには盛り込まれませんでした。かかりつけ医制度や医療DXについて、遠藤先生のご見解をお聞かせください。

かかりつけ医機能については、日本医師会と四病院団体協議会が公表している提言の内容に、多くの人が納得するだろう。国民も医療者も、このようなかかりつけ医機能を持つ医師が必要であるという思いは共通しているだろう。

議論は二つある。一つは、実際にこのかかりつけ医機能をもつ、それは幅広く総合診療をできる医師といってもよいかもしれないが、そのような医師が身近にいるかという点

である。もう一つは、かかりつけ医をもつことを国民に強制するのか、もたないことも含めて自由に選べるのかという、いわば制度論についてである。

特に問題なのは、複数の医療機関や診療科に通っている人が大勢いて、かかりつけ医が複数いるのが現状だということである。かかりつけ医を誰か1人に決めることは、特定の疾患であれば可能だが、実際には難しい。制度をどうしていくかが、今後の議論になる。

医療DXについては、コロナ禍を経てオンライン診療のハードルが非常に低くなってきた。医師对患者だけではなく、へき地医療など医師対医師の活動にも大きく貢献する。情報共有の点では、現時点では、異なる医療機関の間でカルテの共有は難しい。しかし、大病院で複数の診療科を受診すれば、それぞれの診療科の医師は他科の電子カルテの内容を読むことができる。自分の患者が他のどの診療科にかかっている、どんな薬を出されて、どのような治療を受けているかがわかるわけだ。こうしたことを、患者の同意のもと地域の普通の医療機関の間でも実現できれば望ましい。

患者や医療機関にとって有益な手段となる医療DXは、積極的に進めるべきだろう。

——ありがとうございます。