

特集

令和3年度 第1回 医療問題研究委員会

「医療法改正の推進」

(地域医療構想・働き方改革・偏在対策)

大阪府医師会副会長 中尾正俊



アジェンダ

- (1) 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
- (2) 高齢社会における医療・介護提供体制とは
- (3) 地域医療構想による病院の再編・統合
- (4) 医師の健康確保と長時間労働に対する働き方改革
- (5) 「医師偏在指標」を用いた医師偏在対策と医師確保計画・外来医療計画

この記事は、令和3年4月14日に開催された
「令和3年度 第1回 医療問題研究委員会」の様様をまとめたものです。



皆さん、こんにちは。

本来であれば昨年の12月にこの講演を行う予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響でこの委員会が開けなかったということで、4月の実施となりました。今回は国会において医療法改正が審議されましたので、その方向も踏まえてお話しさせていただきます。

医療法改正

3月18日の衆議院本会議に田村憲久・厚生労働大臣から出されました「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」について、まずお話しいたします。

趣旨としては、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という観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、新型コロナ対策、地域医療構想等を踏まえた医療提供体制の確保を進めるためにこの法律を提案したということになります。〈図①〉

改正の概要ですが、まず医師の働き方改革においては、長時間労働の医師の労働時間短縮および健康確保のための措置をきっちりと整備するということになります。今まで医師の需給分科会で話されていたことなどが法律の案になっ

ているということになります。各医療関係職種の専門性の活用ということで、救急救命士、臨床検査技師等の医療関係職種の業務範囲の見直しが図られています。また、医学部の5年生、6年生のところを中心に医師養成課程の見直しが行われております。地域の実情に関しては、新興感染症、地域医療構想、外来医療の機能の明確化・連携が改正の概要でございます。

まず、医師の働き方改革ですが、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の労働時間短縮計画を作成するということがあります。それから、地域医療を確保し、医師にとって必要な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という制度です。そして、健康確保措置として、面接指導、連続勤務時間の制限、勤務間インターバルの規制などが含まれているところです。医師の働き方を地域医療とのバランスを見ながら改革していくということで、地域医療を必ず確保するという点に関しては評価できる点ではないかと考えています。2024年4月というともうすぐですが、拙速に進めることは地域医療の混乱を招く恐れがあるので、この点は十分に配慮してほしいと思います。評価機能と特定高度技能の審査組織の部分に関しては、地域医療の確保、医療の質の維持と進歩にとって非常に重要なもので、この点は十分な配慮が必要です。派遣医師の引き揚げ

〈図①〉

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

【趣旨】

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観点から、「医師の働き方改革」「各医療関係職種の専門性の活用」「地域の実情に応じた医療提供体制の確保」を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取り組みに対する支援の強化の措置を講ずる。

によって地域医療に影響が出ることがあるので、大学病院に対しては、きっちりと周知をお願いしたいと思っています。

それから、タスクシフト・タスクシェアを推進し、医師の負担を少しでも軽減する。医療関係職種がより専門性をいかせるようにということです。業務拡大についてはあくまでも医療安全の観点が大切です。相当程度の教育、研修体制、メディカルコントロールが必須ではないかと思っています。また、医師の養成課程に関しては、スチューデントドクターという制度が創設され、臨床実習として医業を行うことができるようになります。CBTやOSCEの改善、そして診療参加型臨床実習の充実が求められますが、あくまでも医療安全を中心にと考えています。

地域医療構想の実現に向けた医療機関の再編に関しては、対象地域・医療機関の選定、執行に当たっては、地域医療構想調整会議や医療審議会ですら十分協議し、合意に基づいて行われることが大事です。新興感染症については、平時から有事に備え、感染拡大だけでなく、災害等にも強い医療提供体制を構築すべきです。新興・再興感染症による医療崩壊を防ぐためには、感染症法上の予防計画だけではなく、感染症への対応と通常の医療が両立する医療提供体制、医療計画に基づいた整備が行われるよう要望していきたいと考えています。

外来医療の明確化・連携に関しては、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として明確化するとされています。その際には、医療審議会において、各医療機関の自主的な取り組みの進捗状況を共有して、地域における必要な調整を医療審議会が行うべきです。あわせて、医療資源を重点的に活用する外来の機能を担う医療機関は、紹介外来だけではなく、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割も担うべきだと考

えていますが、状況に応じて検討しなければならないでしょう。

このように、医療法改正においては大きく3つの観点から議論がされているところでございます。

高齢社会における医療・介護提供体制とは

財政再建と経済成長と社会保障の機能強化は三位一体でなければならない——これは社会保障と税の一体改革において言われたことです。社会保障と持続的経済成長に関しては相互依存の関係があります。そして、この税の一体改革は、消費税率を引き上げるという国民に負担を強いる改革でありました。

大阪府の高齢者の推移を、2010年から2040年まで、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上で分けています。2015年には65歳～74歳の方々が一番多かったのですが、2025年には75歳～84歳の方々が最も多くなり、2035年の予測では85歳以上の方がこれまでの中で最大の数になると言われています。それから後は減少傾向をたどっていきますが、75歳以上の方々には、認知症、

〈図②〉

高齢者の推移：大阪府（万人）

	65-74歳	75-84歳	85歳－
2010年	114 (145)	64 (91)	21 (31)
2015年	128 (160)	78 (106)	29 (42)
2020年	116 (153)	92 (116)	39 (55)
2025年	93 (135)	104 (132)	49 (66)
2030年	93 (146)	95 (126)	63 (77)
2035年	107 (174)	77 (112)	71 (91)
2040年	121 (198)	78 (124)	70 (90)

() 内の数字は、東京都の高齢者人口の趨勢

75歳以上：認知症・骨関節疾患等慢性疾患の罹患率が増加

85歳以上：嚥下障害・骨折等の廃用症候群の罹患率が増加

骨折等の骨関節疾患等慢性疾患の罹患率が増加すると言われています。また、85歳以上になると、嚥下障害、廃用症候群の罹患率が増加することを踏まえると、2025年から認知症対策、2035年には嚥下障害、廃用症候群に対する医療が必要になってきます。〈図②〉

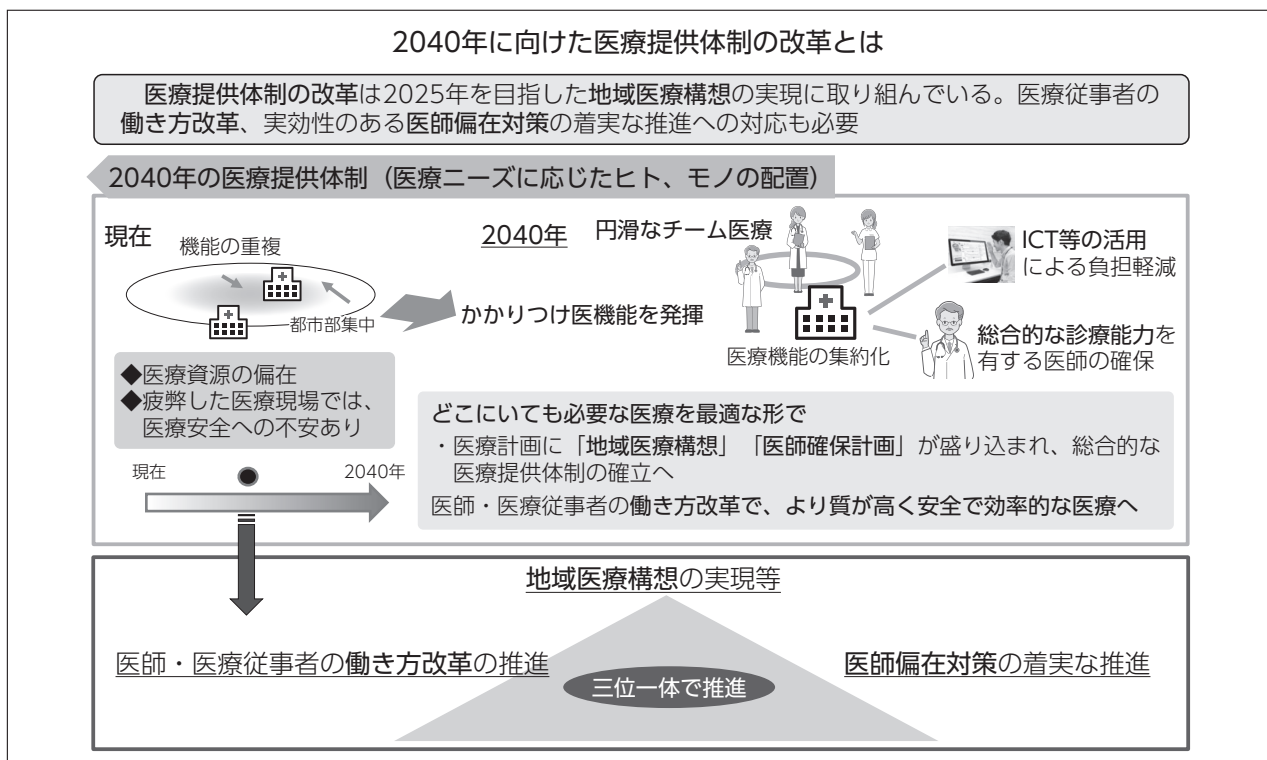
2012年のデータでは、生活習慣病が死亡割合の約6割を占めており、この時点では、感染症から生活習慣病へ疾病構造が変化しております。今後、高齢者の慢性心不全、脳血管障害、肺炎、骨折が増加するのは明らかであり、疾病構造の変化に向けて地域の医療・介護サービスをどのように提供すべきなのか、先生方もお考えいただければと思います。

傷病別に見た適切な医療・介護の在り方を考えます。【脳血管障害や骨折】に関しては、①発症予防、②発症後の適切な早期治療と早期リハビリ、③回復期での在宅復帰に向けたリハビリ、④維持期におけるリハビリ、⑤閉じこもり予防——が重要ではないかと思います。【下肢

の関節障害】は、①移動障害予防のために運動器機能向上のプログラムによる機能訓練、②地域医療における適切な痛みの管理、③閉じこもりの予防——が非常に大切です。【認知症】においては、現在、早期発見、早期対応が有効とされています。エイジング・イン・プレイスと尊厳が保障されたケアを担保し、ケアの継続性を持っていかないといけないでしょう。【がん、慢性心不全、慢性腎不全、COPD】に関しては、かかりつけ医あるいは専門医を中心とする適切な医学管理を行うということ、介護職と情報共有しながら、服薬管理、通院介助、日常生活の支援、最終的にACPも踏まえたターミナルケアへの対応等が必要です。これらを踏まえて今後の高齢者の医療についてお考えいただければと思います。

2040年に向けた医療提供体制の改革ということで、厚生労働省は、まず2025年を目指した地域医療構想の実現、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策の着実な推進ということを言っ

〈図③〉



います。図の中段にあります。都市部に医療機関が集中しているということで医療資源の偏在がある。かかりつけ医の機能を十分に発揮することによって、地域医療構想、医師確保計画が盛り込まれた総合的な医療提供体制の確立へ持っていくのだと。それから、健康確保を含めた働き方改革をきっちりと行い、質が高く安全で合理的な医療を提供していくということで、国は、地域医療構想の実現と働き方改革、医師偏在対策を三位一体として推進していくとの姿勢を打ち出しています。〈図③〉

地域医療構想による病院の再編・統合

地域医療構想による病院の再編・統合ですが、まずは平時の状態をお話しさせていただき、今回の新型コロナにおける有事の際にどのように対応するのかということを考えたいと思います。

まず、2014年に地域医療構想という概念が初めて法律に出てきました。2017年3月に、全都道府県においてガイドラインに基づいて地域医療構想が策定されました。2019年に、地域医療構想ワーキングにおいて公立・公的病院の具体的対応方針について議論がなされ、その年の9月、424の病院に具体的対応方針の再検証を求めました。しかし、これは地域医療に混乱を招くということで地方から異論が出てまいりまして、地方の意見交換会等が開催され、協議が進められました。そして、2020年3月4日、医政局長通知「具体的対応方針の再検証等について」が都道府県に発出されました。9月の時は424病院でしたが、440病院として発表されたところとご理解ください。

その後、COVID-19に対する医療提供体制をどのようにするのかということ等が地域医療構想の中で議論されています。ただ、この地域医療構想においては、あくまでもベッドの削減が

基本的な流れになっております。大阪は中小病院が多く、そのほとんどが一般病院で、ぎりぎりの体制で多くの診療科を標榜して、救急の対応、入院医療、外来医療も行っているのが実情です。限られた人的・物的資源の中でこの疾病構造の変化に対してどのように対応しているのか。急性期病院では、スタッフを集中的に投入し、患者の入院期間を短縮し、早期に自宅に帰すことを目指して一生懸命頑張られております。しかし、在院日数の短縮が真に患者のためになっているのかという点に関しては、退院後に地域での生活を支えるための在宅医療・介護が不十分な現状においては、体制強化が最も必要ではないか。そうすることで、病院でもきっちとした医療を提供できるのではないかと考えています。

病床機能報告による病棟ごとの診療実績の分析については、病床数の必要量と病床機能報告における病床機能は定義が異なっております。病床数の必要量に関しては、診療報酬の3,000点以上など診療報酬に基づいてということになりますが、病床機能報告に関しては、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供している機能ということで、医療提供機能に基づいて議論されています。その結果、病床機能報告という制度には限界があり、病床4機能のデータのみでは実態を把握できないと考えています。大学病院等を含めた特定機能病院は、全病床を高度急性期と報告し、一般入院基本料を算定している病床においても、急性期症状を脱した患者、重篤ではない急性期症状の患者の入院実態があると言われています。しかし、回復期での報告はほとんどされていないという状況です。

2018年に大阪府が病院プラン調査として病床機能別病床数を調べたところ、急性期、回復期、慢性期病床に関しては民間病院が多く、公立・公的病院は高度急性期、急性期が多いとい

う状況でした。各構想区域において、新公立病院改革プランと公的医療機関等2025プランが策定され、各構想区域の医療需要や病床稼働率を踏まえて、公立・公的病院でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針が決定されるという流れです。また、急性期医療の確保の観点から、公立・公的病院の再編統合の具体的取り組みを推進するということになります。

そこで、大阪府は国の指示等に従って診療実態分析を行いました。大阪府においては「報告様式②」ということで、▽幅広い手術の実施状況▽がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況▽救急医療の実施状況▽全身管理の状況——を急性期医療に関する項目として診療実態分析を行う方法を取りました。なぜかといいますと、実際の病棟には様々な病気の患者が入院していますが、「最も多くの割合を占める病気の患者」を病床機能報告として報告します。この病床機能報告の集計結果では、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているという、あえて「誤解」という言葉を使いますが、誤解を生じさせる状況がございます。この定量的評価を活用することによって、「病床機能報告」において高度急性期・急性期と報告した病棟のうち、急性期医療を全く提供していない病棟数が一定数含まれていることから、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認するという方向性が必要ではないかと考えています。〈図④〉

国では、重症の患者、手術対象の患者がいなものに関しては高度急性期、急性期と選択してはいけないという診療実態分析の指標を出しておりますが、大阪府におきましては、指標と算出方法、分類等を踏まえて実施しています。急性期を重症急性期、地域急性期と分け、地域急性期というのは回復期機能とほとんど同じであろうということで、2019年においては20.6%の病床割合という状況でした。現時点での「病

床数の必要量」30.9%との差は、10.3%（約9,100床）、この部分だけ急性期から回復期に転換することによって、2025年の地域医療構想の計画に合致するのではないかとされているところ です。

具体的対応方針とは一体どういうことで、何を再検証するのかということですが、まず診療実績のデータ分析を行うということと、地理的条件を確認し、地域医療構想調整会議で再検証を行うという流れになります。データ分析においては、近接、類似の部分ということが1つ出てまいります。それから、全く診療実績がないというこの大きく2つの部分で代替可能性があるとした公立・公的医療機関に関しては、再検証が必要ということになっています。そして、2019年に各医療機関の診療実績データを分析して、公立・公的医療機関の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているのかどうか、合意された具体的対応方針を検証して、地域医療構想実現に必要な協議を調整会議等で行うということになっています。分析内容としては、9領域の各分析項目について診療実績が特に少ない、6領域の各分析項目について近接および診療類似のところに 関して実施

〈図④〉

定量的な基準も含めた基準の検討

- 実際の病棟には様々な病気の患者が入院しており、最も多くの割合を占める病気の患者に提供する医療機能を報告することが**病床機能報告の基本**
- 「病床機能報告」の集計結果と将来の「病床数の必要量」とを単純に比較すると、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているとの誤解を生じさせる状況
- 定量的評価（回復期の平均在棟日数や救急患者の受け入れ件数や手術件数）を活用することにより、「病床機能報告」において、高度急性期機能または急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を全く提供していない病棟数が一定数含まれていることから、「**地域医療構想調整会議**」において、その妥当性を確認することが必要

するという事になっています。

これは9月に報告された具体的対応方針の再検証要請に対するもので、大阪府の部分です。大阪府では、61公立・公的病院中、9月の時点では10病院、あと1病院が加わりましたが、現在、豊能の大阪市立弘済院附属病院から大阪市の大阪中央病院までの10病院のうち再検証によって継続審議となっておりますのは、南河内の市立藤井寺市民病院のみであり、ほかの病院はすべて合意を形成している状況となっています。〈図⑤〉

具体的対応方針の再検証に関しては、医政局長通知が出ています。あくまでも議論の材料であり、議論を活性化させるためのデータである、これで機械的に決めるものではなくて、地域医療構想調整会議において地域の実情を踏まえて議論をしていただきたい、このような内容で具体的対応方針について検証するようになっています。

そして、今後、地域医療構想で再編等を進めていく際に、「重点支援区域」というものが厚労省から示されています。具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化さ

れ、2025年において達成すべき医療機関の再編、病床数の適正化に沿ったものとなるよう、重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うということで、国からの助言、支援が行われます。

どのような支援かといいますと、技術的な支援としては、地域の医療提供体制、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析、関係者との意見調整の場の開催——ということでもあります。財政的な支援としては、地域医療介護総合確保基金の2020年度配分による優先配分があり、2021年度においてもこの方向で進むことになります。また、新たな病床機能の再編支援も一層手厚く実施されます。

ただ、大阪府においては、現在、重点支援区域はどこも申請されず、認められてはいません。滋賀県、兵庫県で行われています。あともうひとつ、再編統合に向けて大きな部分として地域医療連携推進法人があります。大阪府においては関西医科大学を中心とした北河内メディカルネットワーク、弘道会ヘルスネットワークというものが現在認定されて法人で活動しています。

〈図⑤〉

厚生労働省の公表内容（暫定版）
（具体的対応方針の再検証要請に係る分析結果と再検証要請病院）

- ・全 国：1,455公立・公的病院中、424病院（29.1％）が要請病院
- ・大阪府： 61公立・公的病院中、 10病院（16.4％）が要請病院

二次医療圏	病院名	選定理由	許可病床数
豊能	大阪市立弘済院附属病院	A項目	90
三島	社会医療法人仙養会北摂総合病院	B項目	217
三島	高槻赤十字病院	B項目	439
中河内	市立柏原病院	B項目	220
南河内	市立藤井寺市民病院	B項目	98
南河内	済生会富田林病院	B項目	300
泉州	済生会新泉南病院	A項目・B項目	26
泉州	和泉市立総合医療センター	B項目	307
泉州	社会医療法人生長会阪南市民病院	A項目・B項目	185
大阪市	健康保険組合連合会大阪中央病院	A項目	143

地域医療構想調整会議において協議する事項は、現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化、医療機能を取り巻く環境等を踏まえて、2025年を見据えた自医療機関の役割を整理するということです。それから、4機能別の病床の変動、構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性ということで、地域医療構想実現に向けた議論を地域の実情に合わせてしっかりと行っていくということになります。

新型コロナを踏まえた医療提供体制の構築

新型コロナを踏まえた医療体制の構築ですが、まず、医療計画において医療の提供体制をきっちりと推進することになっています。そして、その中のひとつである地域医療構想の中で外来医療に関して機能の分化・連携を見ていくということで、かかりつけ医機能の強化についても議論を進めています。

感染症の医療提供体制の確保としては、感染症予防計画を策定することになっています。感染症指定医療機関の整備ということで、平時には大阪府は感染症指定医療機関の78床が確保されていましたが、今は病院の努力で、軽症、中等症、重症を含めて1,800床以上のベッドが確保されています。新型コロナの対応としては、感染症病床のみならず、一般病床においても多くの感染症患者を受け入れています。現状は、医療計画や感染症予防計画で想定されてない事態です。

新型コロナ流行における地域医療提供体制の行政の課題としてどういうものがあるのか。病床数の不足、医療機関間の役割分担・連携体制の構築、上り、下りの連携等もなかなか進んでいません。医療現場の課題としては、患者の受診控え、局所的な病床数の不足、医師・看護師不足ということが、地域医療に大きな影響を及

ぼしました。

地域医療構想は、あくまでも2025年を見据えた中長期的な取り組みとして、将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携を目指すということで議論を進めるという趣旨です。一方、新興・再興感染症の感染拡大時には、「短期的な」医療需要が発生する可能性があり、これに適切・機動的に対応できるようにとされています。感染症患者の受け入れ体制を確保するためには、病床、スペース、医療機器、必要な資質を備えた人材を確保しなければなりません。新興・再興感染症以外の医療連携体制への影響を考慮した上で、医療機関の間で役割分担・連携を推進していくということが議論されているところです。

受け入れ体制確保の在り方としては、平時からの備えとしての取り組みや感染拡大時の対策が必要です。そして、感染症指定医療機関における感染症患者の受け入れ、感染症指定医療機関以外の医療機関における感染症患者の受け入れ、病床過剰地域における感染症対応病院の開設や増床の手続きを簡素化し、臨時の医療施設の開設も可能にするということが、新型インフルエンザ等対策特別措置法において行われているところです。

現在、全医療機関のうち21%が新型コロナ患者の受け入れ実績があるとされています。感染症指定医療機関の87%、地域医療支援病院の88%、特定機能病院の89%が新型コロナ患者を受け入れている実績があります。その割合としては公的91%、公立82%、民間80%です。また、人口20万人未満の構想区域においては公立の占める割合が多く、大阪市のように人口100万人以上の構想区域では民間の占める割合が大きいというデータもあります。

地域医療構想に関する論点としての公立・公的医療機関に対する具体的対応方針の再検証の取り組みを進めていくに当たって、新型コロナ

への対応をどのようにされているのか、感染拡大に備えた取り組みも踏まえた検討を行っているかなければならないと思います。

感染拡大時の短期的な医療需要については、医療計画に基づき機動的に対応するということが社会保障審議会医療部会で指摘されています。あわせて、今後のスケジュールの留意点として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められることを念頭に置いて、2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められることが必要と

されています。その上で、第8次医療計画の記載事項として、新興感染症の感染拡大時における体制確保として、平時からの取り組みと感染拡大時の取り組みを記載することとされています。▽地域医療構想の実現に向けて、再検証対象病院がCOVID-19にどのように対応していくのか▽再編統合に向けての重点支援区域の活用▽地域医療連携推進法人の活用——この大きく3つのことを踏まえながら、今後、地域医療構想調整会議等で議論していかなければならないと考えております。〈図⑥、図⑦〉

〈図⑥〉

社保審医療部会「COVID-19への対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」

【地域医療構想とCOVID-19】

- ・感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応
- ・地域医療構想は、病床の必要量の推計や考え方などの基本的な枠組みを維持しつつ、引き続き着実に取り組みを進める

【今後のスケジュール】

- ・この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定について検討することが適当
- ・留意点として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められることを念頭に置き、2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要

〈図⑦〉

新興感染症の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

第8次医療計画（2024年度～2029年度）から「5事業」に追加して「6事業」に

具体的な記載項目

【平時からの取り組み】

- ・感染拡大に対応可能な医療機関・病床の確保
- ・感染拡大時を想定した専門人材の確保
- ・医療機関における感染防護具の備蓄

【感染拡大時の取り組み】

- ・受け入れ候補医療機関
- ・場所・人材等の確保に向けた考え方
- ・医療機関間の連携・役割分担

医師の健康確保と働き方改革

2016年と2019年に国が行った調査では、時間外で年1,860時間以上働かれている先生方が、あまり減っていないという状況でした。

医療機関、提供体制、施策ということでまとめますと、▽医療機関における業務や組織のマネジメントの課題に関しては勤務環境の改善支援▽医療機関における医師や医療従事者の人員不足については医師と看護師の確保の支援▽機能分化・連携が不十分な地域では地域医療構想を実現——というような、大きく3つの施策で長時間労働に対して検討することが重要です。一人ひとりの医師の健康確保と長時間労働の抜本的改革を二本柱として働き方改革に取り組むのですが、健康確保が基本になります。

では、なぜ医師の働き方改革が必要なのでしょう。今、長時間労働という自己犠牲の下で先生方が頑張っておられます。常勤医師の割合、緊急対応、手術などで長時間労働になっている状況です。そこで、年960時間という一般職と同じ時間外労働の上限規制を基本とする姿勢を出しました。地域医療確保のため、やむを得ない場合においては、段階的に引き下げて年960時間以内に持っていきましょう。健康確保のために連続勤務時間の制限28時間、インタ

ーバル9時間、代替休息といった休息確保と面接指導をきっちりと行っていきましょう、ということになっています。〈図⑧〉

時間外労働規制に関しては、一般職と同じ年960時間ですが、地域医療を確保していかなければならないということでB水準、それから、兼業・副業等も含めた連携B水準、集中的技能向上推進のC－1・C－2水準といったものが設定されています。B水準に関しては、3次救急医療機関、2次救急医療機関で、かつ年間救急車受け入れ台数1,000台以上、年間の夜間・休日・時間外入院件数500件以上等の要件等が決められています。

現在、大学病院においては91.4%が兼業・副業している状況です。大学病院等の常勤勤務医等の一定数が、主たる勤務先における時間外・休日労働は年960時間以内ですが、副業・兼業

先を入れると960時間を超えてしまっているという実態があります。このような時にB水準の中で連携Bというものを作り上げていくということになっています。

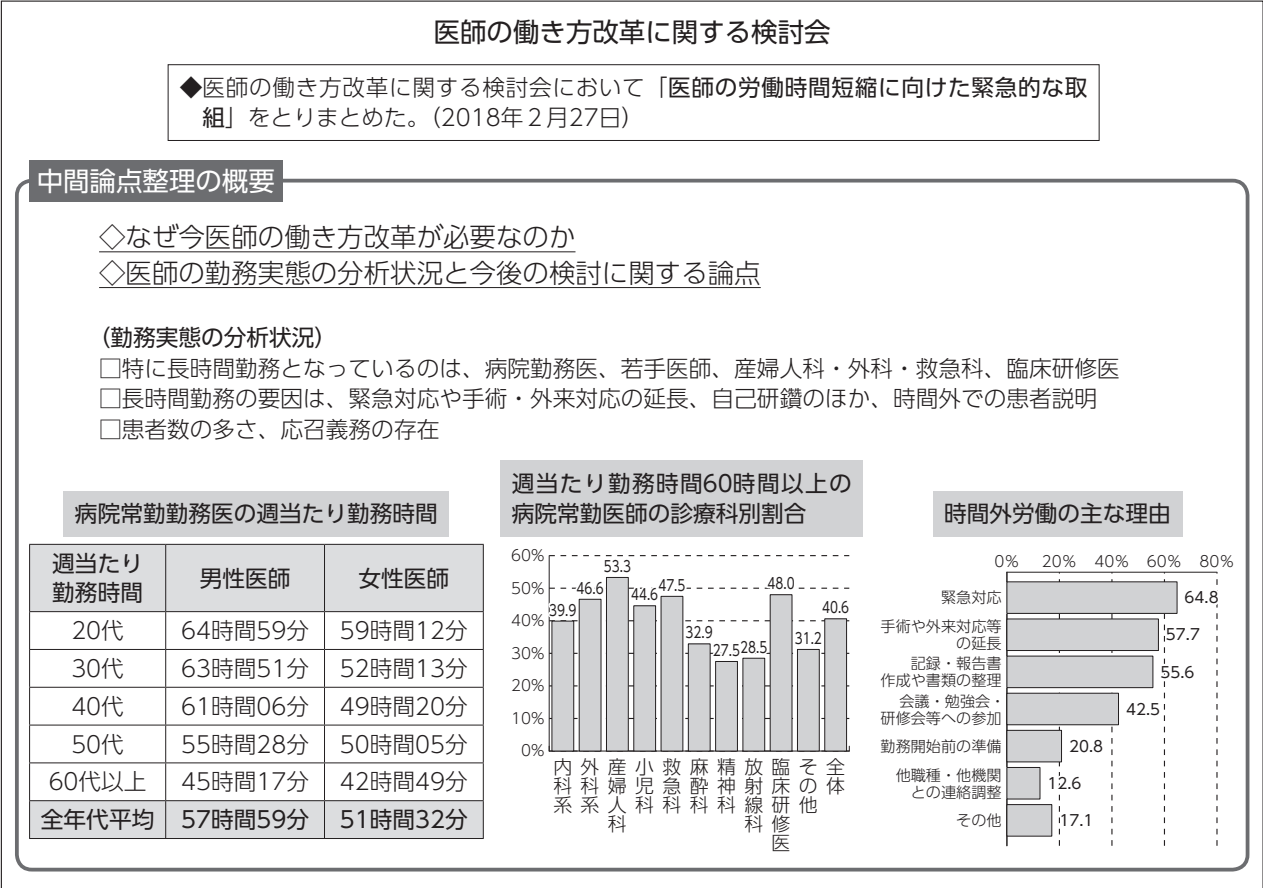
研修医・専攻医におけるC－1水準、特定な高度技能育成を要するC－2水準に関しては1,860時間とっていただいたら結構です。

医師偏在指標を用いた
医師偏在対策と医師確保計画

医師偏在指標に関しては図のような数式を用いて、上位3分の1、下位3分の1、真ん中、このところを335の医療機関で分けますが、大阪府に関してはすべて医師多数区域になっております。〈図⑨〉

医師確保計画に関しては、▽医師の確保の方

〈図⑧〉



針▽確保すべき医師の数の目標設定▽目標医師数を達成するための施策——この3つで作られています。目標医師数に関しては、全国下位33%の脱出に必要な医師数と定義されていますので、大阪は医師多数であり、設定していません。必要医師数に関しては、医師偏在指標で医師偏在が解消されている数値ということで、大阪府は現在、医師数よりマイナス値になっています。

国が目標と定める地域偏在解消年の2036年と2017年との比較で見た場合、国は医師過剰と指摘していますが、大阪府が独自で分析したところ、「過剰ではなくて不足になっている」というデータが出ました。また、医師の地域偏在と診療科偏在、勤務環境の改善が重要であると確保計画の中で記載されています。

医師偏在指標の値から算出される必要医師数

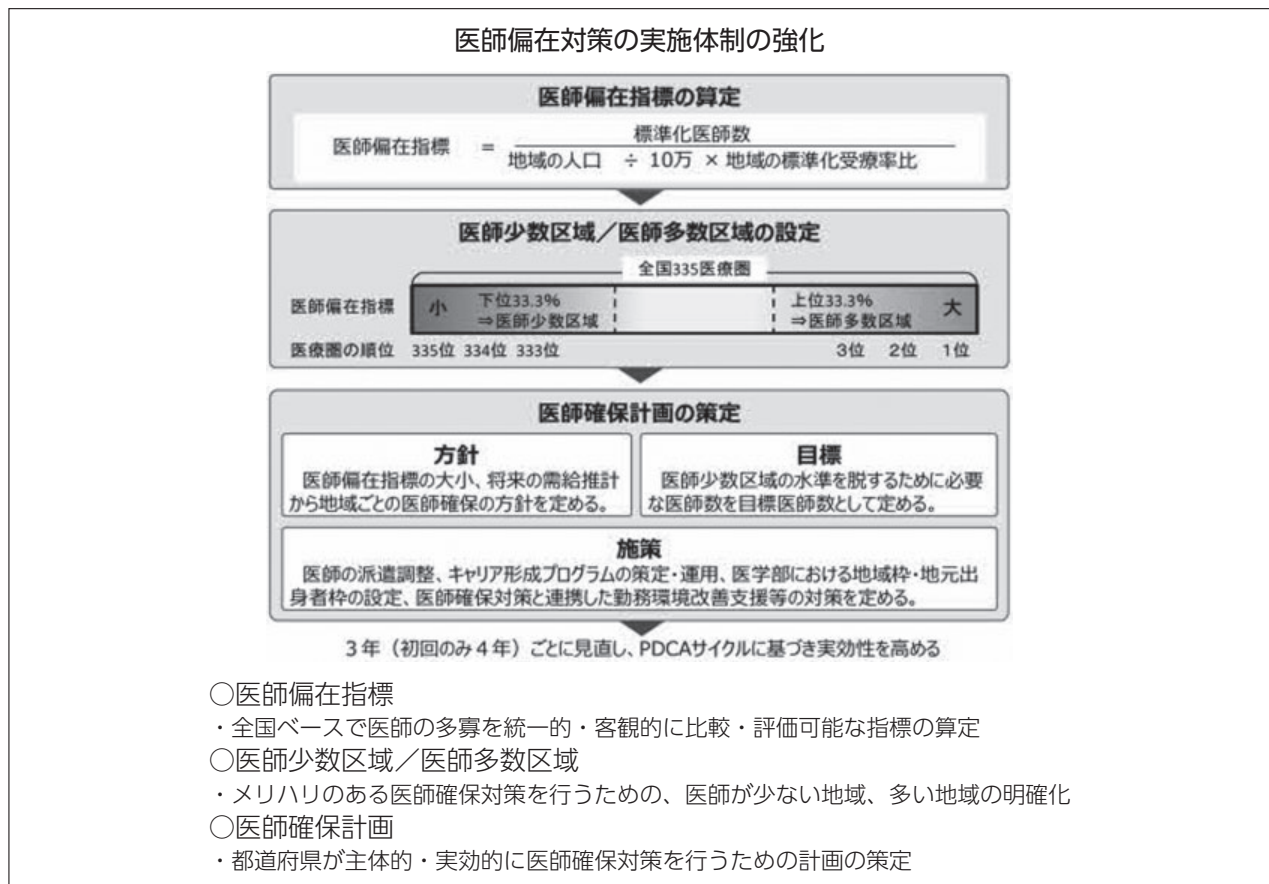
に関しては、府内の需要に基づく指標ではないと考えています。大阪府も同様に、病院、診療所、診療科別の状況などが十分考慮されておらず、働き方改革や地域医療構想の取り組みも反映されていないと考えており、大阪府から独自の指標を用いて医師の数が足りないということ厚労省に進言していくことになると思います。

大阪府の医師確保計画に関しては、医師派遣計画の策定やキャリア相談を行う地域医療支援センターの機能強化、臨床研修制度・専門医制度に対する関係機関との連携などを中心に取り組むとされています。

大阪府の外来医療計画について

先生方が一番関心のあるところだと思います

〈図⑨〉



が、地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っているということがひとつございます。診療所において診療科の専門分化が進んでいます。救急医療体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用、医療機関連携など、実質的には地域で個々の医療機関が取り組んでいます。国はこうした状況が問題と認識しています。

そこで、外来医師偏在指標が提示されたのですが、これは「一定の仮定」と「入手できる限られたデータ」により算出されたものであり、必ずしもすべての医師の偏在状況を表しているものではありません。医師の絶対的な充足状況を示しているものではなく、あくまでも「相対的な偏在の状況」に過ぎず、機械的な運用を行うことのないよう、注視していかなければならないと考えています。

外来医療計画は、「外来医療機能を見える化した情報」ということが法律でうたわれています。新規開設者には地域医療への協力に関する意向書を提出させることになっていますが、現在、新規に開業される先生方の提出が非常に少ないという状況です。

外来医療に関する検討の進め方としては、▽外来機能の明確化・連携▽かかりつけ医機能の強化▽多職種の役割▽かかり方に関する国民の理解——の4つから進めていくことになります。

まず、明確化・連携ですが、中長期的に、地域の医療提供体制は、人口減少や高齢化に直面し外来医療も高度化すると予想されています。高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加することで、「かかりつけ医機能」をより強化していかなければならないと考えられています。患者が医療機関を選択するに当たって、外来機能の情報が十分に与えられていないという現状を踏まえ、外来機能の明確化・連携を図っていかなければなりません。

〈図⑩〉

そこで、「医療資源を重点的に活用する外来」というものを新たに作っていかうということになります。今、法律が審議されていますので「仮称」となっていますが、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来②高額等の医療機器・設備を必要とする外来③特定の領域に特化した機能を有する外来——この3つを目指しているものを、医療資源を重点的に活用する外来と定義しています。それから、外来の機能を医療機関ごとに報告させる、地域における協議の仕組みが指摘されていますが、これは地域医療構想調整会議がその役割を担うことになっています。

かかりつけ医機能の強化ですが、新型コロナへの対応において、高齢者、基礎疾患を有する方は重症化するリスクが高いと報告されていますので、生活習慣病に継続的、総合的に対応するかかりつけ医機能の重要性は高いと考えています。

外来における多職種の役割としては、外来医療においては、地域や医療機関、薬局で、多職種が連携してそれぞれの専門性を発揮し、チームとして役割を推進していくべきだと考えてお

〈図⑩〉

外来機能の明確化・連携

【現状と課題】

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面、**外来医療の高度化も進展**
- 高齢化の進展により複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、**かかりつけ医機能を強化**
- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況ではない

【具体的方策・取り組み】

- (1) 「**医療資源を重点的に活用する外来**」(仮称)
 - ①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ②高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③特定の領域に特化した機能を有する外来
- (2) 外来機能報告 (仮称)
- (3) 地域における協議の仕組み

り、法律でも明記されています。

外来機能報告は、地域において外来機能の明確化・連携を進めていくに当たり、病床機能報告を参考にして、各医療機関から都道府県に、外来機能全体のうち「医療資源を重点的に活用する外来」に関して報告するとされています。現時点では、無床診療所に外来機能の報告を課するということではありません。

外来医療に関する協議の場の設置として、地域医療構想調整会議が担うということが想定されているのだと思います。外来医師偏在の度合いを示す指標の導入には、地域ごとの外来医療機関の偏在・不足の客観的な把握が必要ということで、情報を基に地域医療構想調整会議で議論して明確化・連携を図ります。外来医療機能報告を踏まえて、各医療機関の自主的な取り組みの進捗状況を共有し、地域における必要な調整を行うことになっています。今、200床以上の一般病院においては医療保険制度の見直しの議論がされています。このように、外来医療において医療保険制度の保険局マターと医政局マターが同時に動いているということにも注意しながら見ていただけたらと思います。

制度改正は現場の支えになるべき

最後に、改正法案に対する私見を述べて終わりにしたいと思います。

医療現場は、公民、施設の大小や機能にかかわらず、新型コロナの対応に大変な尽力をしています。今回の制度改正が、そうした現場の苦勞に報い、支えとなるべきものであってほしいと考えています。大規模な制度改革は想定外の問題を生じやすく、硬直的な制度運用では現場に不安、混乱を招きかねません。国や都道府県に対して、地域の不安が取り除かれ、混乱の発生を未然に防ぐということ、現場に対して丁寧かつ詳細な説明を行って、法律に基づいた地域

医療体制を作り上げてほしいと願っています。

ご清聴、どうもありがとうございました。

(文責：広報委員会)