

今後の医療経営」



新型コロナウイルスで環境が一変 構想推進の必要性は変わらぬ

新型コロナウイルス感染症は、われわれの生活、社会、そして医療においてもそれまでの環境を一変させた。

入院医療は度重なる制度改正や診療報酬改定によって、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と機能分化が図られ、また感染症については感染症法の予防計画により感染症の医療提供体制が構築されてきた。

しかし、新型コロナウイルス感染症の急拡大によって、感染症法での指定病院どころか、急性期医療を担う病院だけでもベッドが不足、とくにこの春の第4波の感染拡大で、大阪・兵庫ではECMOなど必要な医療を受けることができず、多くの人が自宅などで亡くなるという惨劇が相次いだ。新型コロナウイルス患者の受け入れ病院のみならず、感染を恐れる市民が受診を控えたために、医療機関の経営にも大きな打撃を与えた。

感染拡大と入院ベッド・人材が不足する中で、一般の民間病院が患者を受け入れたり、回復期・慢性期病棟や介護老人保健施設などが、後方ベッドとして回復患者を引き受けたり、在宅での患者の治療に対応した

りするなど、さまざまな人の努力によって、新型コロナウイルス対応への医療の流れができた。ワクチンの接種が進み、感染しても重症化する人が今後は減少することも期待される。

ただ、これまでも新型コロナウイルスエンザ、SARS、MERSなど10〜20年ごとに新たな感染症が発生しており、新型コロナウイルスが収束しても、将来的に新たな感染症の拡大に見舞われることも覚悟しなくてはならない。そのためには、新型コロナウイルスへの対応がどうだったか、そしてこれまでの医療施策が妥当だったかを検証する必要がある。

その一方で、少子高齢化が進んでいくのは間違いなく、新型コロナウイルスで一部求める意見のあった入院病床の増加は現実的とは言いがたい。少子化によって現役世代の人口が減少し、そもそも担い手となる医療関係職種確保が難しくなる。高齢者数が最大になると予測される2040年に、現在と同じ体制で医療や介護を提供することが可能だろうか？ 現役世代の今後の減少などを見据えると、医療においても生産性をさらに向上し、効率的な提供を進めるために、国は地域医療構想の推進は急務とみている。医療現場で人材を確保する上で

「詳報! 改正医療法と



法律が成立した5月21日の参院本会議

改正医療法が成立し、外来機能報告制度が来年4月1日に、医師の働き方改革や医療計画の見直しは2024年4月1日に施行される。病床機能再編支援事業は即日施行されており、再編統合に伴う費用の補助が恒久化された。今回の制度改正により、国の進める地域医療構想と医師の働き方改革、医師の偏在対策の三つの政策の柱が促進されることになる。

今回の制度改正は今後の医療経営にどのように影響するのか。Visionと戦略8月号特集では、これから施行されるそれぞれの施策を紐解き、検証した。

は、医師をはじめとする医療関係職種がより長く、より多く定着するよう働き方を改革するのも必須だ。

医療構想、医師確保、医師の働き方 三位一体の改革の集大成

こうした状況を背景に、国は医療法等の一部改正法を国会に提出し、5月21日に成立した。同法の柱は①医師の働き方改革、②各医療関係職種の専門性の活用、③地域の実情に応じた医療提供体制の確保になる。近年、国は医療提供体制の改革で、地域医療構想の推進、医師の偏在対策、医師の働き方改革を三位一体の改革と位置づけてきた。医師偏在対策は前回の医療法改正で措置されていたため、今回の法改正は医

師の働き方改革と、外来医療を含む地域医療構想の推進を盛り込んでおり、いわば三位一体改革の集大成ともいえる。

厚生労働省は6月3日に開いた社会保障審議会医療部会で、改正内容と今後の検討体制などを委員に示した。いずれも既存の検討会などを活用して検討を進めるが、中でも2022年4月1日に施行される外来機能報告制度の創設などの議論を急ぐ方針だ。

同制度は、紹介状のない患者の大病院の外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充にリンクし、医療保険部会や中央社会保険医療協議会による診療報酬改定の議論にも反映される。年末に検討内容を取りまとめる方針だ。定額負担制度の拡充は国が想定していた当初よりも対象が限られるため、医療機関の注目度は低いようだが、報告自体は全医療機関に義務づけられる。今後新たな制度改正を検討する上での基礎資料になることも考えられるため、制度設計の行方は確認する必要がある。

医師の働き方改革は2024年4月1日に本格施行するが、勤務時間の長い医師の健康確保計画の策定や、評価機能の受審などはそれまでに行わなければならないが、猶予がありそうでないのが実情だ。医師の勤務態勢や健康確保措置の設定状況などは、医師が勤務先を選ぶ材料になることも想定される。医師に選ばれる医療機関になるためにも、長時間勤務を当然としていたこれまでの態勢からシフトしなければならない。

医療法等の改正で、これから何が変わるか、次ページから詳しく紹介する。

1948年に制定された医療法は、終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るために病院の施設基準などを創設した。これまでに大きく8回の制度改正が行われている。

第1次改正（1985年）は当時、老人医療費無料化政策により急速に病床が増加していたことから、今後想定される高齢化を見据えて医療計画制度を創設した。全国を340の2次医療圏に分け、医療圏毎に必要な病床数を設定して、これを超える病床の設置を制限する総量規制が導入された。第2次改正（1992年）では特定機能病院や療養型病床群が制度化され、急性期から長期療養までの医療施設機能の体系化が図られた。第3次改正（1997年）では、それまで入院期間が48時間以内と規定されていた診療所にも療養型病床群の設置を認め、地域医療支援病院制度が創設された。4次改正（2000年）は一般病床と療養病床を創設して区分して届け出ることとなり、一般病床の看護職員の配置基準は最低4・1から3・1に引き上げられた（経過措置あり）。04年から医師の卒後臨床研修が必修化された。

第5次改正（2006年）では改正健保法などを含めた東海法案として成立し、医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進や、患者等への医療情報の提供（医療機能情報提供制度の創設）が盛り込まれた。医療保険制度では医療費適正化計画や後期高齢者医療制度の創設などがあり、介護療養型医療施設を廃止する介護保険法改正も行われた。医療計画は4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付けた。医療法人制度改革では社会医療法人制度を創設するとともに、新規法人は持ち分なしに限定された。

第6次改正（2011年）では医療計画の疾病・事業ごとのPDCAサイクルの実施や、在宅医療の医療連携体制の機能の明示、精神疾患を加えた5疾病5事業とすること等が実施されている。更に地域包括ケアシステムが介護保険法に明記されたこと等を背景に、7次改正（2014年）には在宅医療の推進が盛り込まれた。このときに病床機能報告制度の創設、地域医療構想の策定と調整会議の設置が明記され、地域医療介護総合確保基金が創設された。小規模な改

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の概要

改正の趣旨

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等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・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労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や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制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】
タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

- ①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】
医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

正として、2015年には地域連携推進法人制度の創設、2017年に特定機能病院のガバナンス改革が行われている。

そして、直近の第8次改正(2018年)は、地域間の医師偏在が課題となったことを背景に、医師偏在対策にフォーカスした改革が行われた。医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設や、都道府県への権限付与による医師確保対策の実施体制の強化、医師養成過程を通じた医師偏在対策の充実が実施された。そのほか、外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するために、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者の協議の場を設け、外来医療機関間の機能分化・連携の仕組みを設けた。

9回目となる今回の制度改正では、医療における「三位一体の改革」の残る二つ、医師の働き方改革、地域医療構想の推進を盛り込んだ。

その柱は(図)、①医師の働き方改革、②各医療関係職種の特長性の活用、③地域の実情に応じた医療提供体制の確保、④その他。本稿では、それぞれの改正内容について、紹介していく。

医師の働き方改革

22年度から第三者評価開始 時短計画作成など準備を

改正労働基準法に基づき、2024年4月から医師の時間外労働で年間960時間の上限規制が導入される。このため、改正医療法では、医師の働き方改革で各種措置が盛り込まれた。

医師の時間外労働時間の上限は年間960時間(A水準)になるが、地域医療の確保の観点からやむを得ずこの上限を超える医療機関を「特定地域医療提供機関(B水準)」として、都道府県知事から指定されると上限は年1860時間となる。B水準の対象は三次救急や、二次救急で年間の救急車受け入れ台数が一定以上で、医療計画の5疾病5事業に位置付けられている医療機関、在宅医療で積極的な役割を担う医療機関などが想定されている。

自院での時間外労働時間は960時間以内でも、副業・兼業の時間を合わせると上限を上回る場合があるとして、制度を検討していた医師の働き方改革の推進に関する検討会でも課題にあげられていた。この解決

策の一つとして、中途に上がってきたのが「連携型特定地域医療提供機関(連携B水準)」だ。医師の派遣機能を担う医療機関が対象となり、

アルバイトを含め複数の勤務先の合計時間外労働時間の上限が1860時間となる。この場合、個々の医療機関の時間外労働の上限は960時間であればならない点に注意が必要だ。

一定期間集中的な技能向上のため診療を必要とする医師に対しては、臨床研修や専門医研修を行う医師が対象の「技能向上集中研修機関(C-1水準)、高度技能の修得研修を行う医師の「特定高度技能研修機関(C-2水準)」が設けられる。

A水準以外はすべて、指定される事由となった業務に従事する医師に対し適用されるため、B水準に指定されてもすべての医師に1860時間が適用されるわけではない。このため、勤務医のうち、A医師はA水準だが、B医師はB水準、C医師は連携B水準、D医師はC-1水準、

E医師はC-2水準というように、同一医療機関でも複数の水準が適用される場合があり、各医療機関はそれぞれの水準について都道府県知事の指定を受ける必要がある。

A水準以外の特例水準が適用される医療機関(特定労務管理対象機関)には、医師労働時間短縮計画の作成を義務づける。短縮計画の記載事項は現時点で、必須記載事項に労働時間数(前年度実績と当年度目標、計画期間終了年度の目標。時間外・休日労働時間数の平均、同時労働の最長、960時間超〜1860時間間の人数・割合、1860時間超の人数・割合)、労務管理・健康管理(労働時間管理方法、宿日直許可基準に沿った運用、追加的健康確保措置の実施など)、意識改革・啓発(管理者マネジメント研修など)、策定プロセス(各職種が参画する委員会や会議、チーム等で計画の検討を行い、策定したかなど)があげられている。任意記載事項では、労働時間短縮に向けた取り組みとして、タスク・シフト/シェア、医師の業務の見直し、その他の勤務環境改善、副業・兼業先の労働時間の管理などをあげた。

また、月100時間以上勤務の医師に対する面接指導と就業上の措

置（健康確保措置）がA水準の医療機関では、特例水準とともに義務となる。健康確保措置とは、連続勤務時間制限28時間と勤務間インターバル9時間の確保、代償休息のセット。

ただ、派遣先への移動時間は勤務間インターバルに含まれるほか、労働基準法上の宿日直許可があれば、労働時間に含めないことになっており（当直途中に緊急対応などをした場合、その時間だけ労働時間と算定）、宿日直許可の時間を勤務間インターバルに充てることができることとみられる。特例水準に該当する医療機関は所管庁に確認し、宿日直許可として扱えるケースがあるかどうかを確認することも有用だろう。

前述のとおり、特例水準が適用される医療機関は医師労働時間短縮計画を作成することが必要で、事前に第三者機関の評価を受けて都道府県に適用を申請し、適用後も3年ごとに計画を見直して第三者機関の評価を受けることになっている。医療機関の取り組み状況を確認し、評価する第三者機関の「医療機関勤務環境評価センター」は2022年4月1日に創設され、22年度から第三者評価が開始される。厚労省は医師の労働時間短縮などで関係者が適切に対

処するために必要な指針を22年3月末までに示す方針。国会提出前の医療法等改正案の附則には、時間外労働960時間を超える医師がいる医療機関に対し2024年4月までに労働時間短縮計画の策定を義務づけるという規定があったが、与党の審議で新型コロナ禍の中、計画を策定するのが困難という意見が根強く、最終的に努力規定になった。ただ、2024年の制度施行直前にセンターへの申し込みが集中する可能性があるため、準備を急ぎたい。

なお、厚労省は医師の時間外労働時間を段階的に縮小していきたいと考えて、B水準・連携B水準は2035年度末の終了を目標に据えている。

施行に向け、厚労省は追加的健康確保措置の詳細や、医療機関勤務環境評価センターの運営に関する事項など、省令で規定する内容を医師の働き方改革の推進に関する検討会で検討する方針だ。同検討会が昨年12月に公表した中間とりまとめでは、「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」「医師労働時間短縮計画策定ガイドライン」「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン（評価

項目と評価基準）」が添付されている。これらを参考に、自院の医師の

働き方改革に向けた態勢を整備していきたい。

医療関係職種専門性活用

タスク・シフト／シエアを推進

医学生は「共用試験」が必須に

前述の医師の働き方改革に関連し、医師の業務のタスク・シフト／シエアを推進し、医師の負担を軽減する目的で各職種の業務範囲を拡大する（今年10月1日施行）。診療放射線技師と臨床検査技師、臨床工学技士の各職種の根拠法を見直し、静脈路の確保をはじめとする業務に就けるようにする。救急救命士は医療機関に搬送されるまで実施できる救急救命処置を、救急外来（入院する前まで）でも実施できるように拡大する。実施するにあたっては事前の研修や養成課程の見直しを行う。厚

実させるために「共用試験」を医師国家試験の受験資格要件とし、共用試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができることを明確にする。

この改正には、医師の養成課程全体への問題意識が背景にある。医師養成は医学部6年を経て国家試験を受験し、初期臨床研修2年、その後の専門医研修3年以上と続いている。このうち医学部6年生の期間はほぼ1年間を国家試験の勉強に充てることになり、十分な臨床実習が実施できないという課題がある。また、医学生の臨床実習でも、一定程度実施可能な医行為の範囲は先行研究で示されているが、法的な裏付けがないため実際にはあまり進んでいない状況にあった。

労省はこれ以外の職種でも、法改正を伴わなくても実施できる業務内容などを明示する予定だが、タスク・シフト／シエアがどの程度、医師の業務負担軽減に結びつくかは未知数だ。

医師の養成過程で、医師法を改正して、医学部教育での臨床実習を充

医師法改正では、現在すべての医学生が受けている共用試験（CBT、臨床実習前OSCE）を明記し、共

用試験を合格した医学生が指導医の下、臨床実習で医行為を実施した場合における医師法第17条（医師でなければ医業が実施できない）の違法性を阻却できるとし、診療参加型実習を推進する。診療参加型実習でできない医行為は今後関係審議会で整理するが、厚労省は少なくとも処方せんの交付は認めない考え。

その後、共用試験に合格すること

を医師国家試験の受験要件とする。

共用試験の法制化は2023年4月1日、受験資格要件化は25年4月1日に施行し、23年の医学部4年生からが対象となる。厚労省は、この改革が実施された後に、医学部教育や医師国家試験、臨床研修などのあり方を検討する方針だ。

歯科医師も1年遅れで同じ課程の見直しが行われる。

地域の実情に応じた医療提供体制

医療計画・地域医療構想・外来報告

将来的な改革の布石に

医療計画の見直し

新興感染症が6事業目に 一般病院含め医療連携を

地域の実情に応じた医療提供体制の改革のうち、改正医療法では医療計画に「新興感染症等の感染拡大時における医療提供」を位置付ける。

(2024年4月1日施行)。

冒頭に記述したように、新型コロナウイルスの感染拡大によって、局所的な病床・人材不足の発生や医療機関間の役割分担・連携態勢の構築が課題になり、またマスク等の感染防護具や

人工呼吸器等の医療用物資の確保・備蓄なども地域で問題となった。このため、今後、新興感染症など広く

一般の医療提供体制に影響するような事態が生じたときに機動的に対策を講じられるように、6年ごとに都道府県が策定する医療計画に基本的な事項を記載する。

医療計画では5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）と5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））で、医療資源・医療連

携などの現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、具体的な施策などを記載することになっている。感染症は発生時期や感染力など、詳細の予測が困難な中で、速やかに対応できるようなあらかじめ準備を進める点が災害医療と類似しているとして、いわゆる「5事業」に追加して6事業とする。

これは2024～29年度の第8次医療計画から追加する予定であり、厚労省は今後、計画の記載内容（施策・取り組みや数値目標など）で詳細な検討を行い、大臣告示である基本方針や局長通知の医療計画作成指針などを22年度中に見直す。都道府県はそれを基に、23年度の医療計画を策定する。

具体的な記載項目として、厚労省は昨年開催した検討会で、おおよそのイメージを示している。平時からの取り組みとして、感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保として、感染症指定医療機関の整備のほか、一般病床でも感染拡大時に活用しやすい病床や感染症対応に転用しやすいスペースの確保に向けた施設・設備の整備などをあげた。感染管理の専門性を有する人材や、重症患者に対応可能な人材などの感染拡

大時を想定した専門人材の確保も必要とした。感染防護具の備蓄やクラスターが発生した際の対応方針の共有等も必要になるとみられる。

感染拡大時では、受入候補医療機関（重症例や疑似症例等を想定した受け入れ候補医療機関を含む）や、患者が入院する場所の確保に向けた取り組み（病床や病床以外のスペース等の活用）、感染症患者に対応するマンパワー確保のための院内の重点配置などの取り組みなどをあげた。感染症患者受け入れ医療機関と、それ以外に対応する医療機関との役割分担や、受け入れ医療機関への医師・看護師など応援職員の派遣といった連携・役割分担の整理も必要としている。

これらに関して、厚労省は6月18日に「第8次医療計画等に関する検討会」を開催し、早急に内容を詰めていく方針を示した。感染症法の予防計画との整理が必要になるため、感染症対策の検討の場と合同で議論する場を設けるなどとして、検討を進めていき、2022年9月末に方向性を定める。

また、病床確保に関して、新型コロナウイルスの第3波となる感染拡大を受け、厚労省は新たな感染想定に基づ

く病床・宿泊療養施設確保計画を6

月17日に公表している。都道府県では昨年、病床・宿泊療養施設確保計画を策定したが、流行の第3波では計画上の病床数と実際に受け入れ可能な病床数に乖離が生じるなどの課題が指摘されていた。これを受け、都道府県が医療機関との書面合意等に基づいて実効的に病床が確保できる新たな計画を策定している。第8次医療計画の検討を行う際には、これを参考にしていく方針とみられる。感染症患者に対応する医療機関だけでなく、医療連携の観点から一般の医療機関も計画に組み込まれていくことになる。

地域医療構想

病床の統合再編に対する費用支援を恒久化

2020年度に創設した病床機能再編支援事業について、地域医療介護総合確保基金の根拠法である「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（以下、医療介護総合確保法）に位置付け、支援措置が恒久化された（公布日＝5月28日施行）。病床削減を国として推進することを明確にしたものと

いえる。

既に周知のことではあるが、地域医療構想を改めて振り返る。今後の人口減少や高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するために、医療機関の機能分化・連携を進める必要があるとし、2014年に創設された同法律によって「地域医療構想」が医療法に規定された。都道府県の構想区域（二次医療圏が基本）ごとに、2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域の医療関係者の協議（地域医療構想調整会議）で病床の機能分化・連携などを議論して調整する仕組みだ。

厚労省は2015年3月に「地域医療構想策定ガイドライン」をまとめ、翌16年度中にすべての都道府県で地域医療構想（2025年の4機能ごとの必要病床量等）が策定された。医療機関は毎年10月に、自院の病床の医療機能の現状と今後の意向を報告（病床機能報告）しており、そのデータなどを基に調整会議で機能分化・連携を議論していくとした。その後、いわゆる骨太の方針20

17で、地域医療構想の達成に向けて構想区域ごとの具体的な議論を促進することが求められ、2年間程度で集中的に検討することになった。中でも公立病院と、公的医療機関のほか、地域医療支援病院などを含む公的医療機関等2025プラン対象医療機関に対し、25年までの具体的対応方針を決定することになり、19年3月には基本的に公立・公的医療機関の全てで具体的対応方針が策定された。

ところが、厚労省医政局の地域医療構想に関するワーキンググループの議論で、この具体的対応方針が「ほとんど協議らしい協議が行われていない」などと、単なる現状追認だという批判が出されるようになる。このため、具体的対応方針のうち急性期機能に着目して再検証のフレームワークをまとめ、それに沿ってすべての公立・公的医療機関等の個別の診療実績データと、再検証対象病院として424病院を19年9月に公表した。これが病院の廃止などと受け止められ、地方自治体の反発を招く。そのため、急きょ地方3団体代表者との協議の場を設けたり、ブロック別の意見交換会を開催するなど理解を求め、最終的に当初の想定から

大幅に遅れた2020年1月に都道府県に具体的対応方針の再検証を要請する通知を送付した。この時には対象病院名を公表しなかった。

厚労省は当初、具体的対応方針の見直し時期について、調整会議での議論の後、2020年3月末までに結論を得ること、さらに再編統合が必要になる場合には遅くとも20年9月末までとする方針だったが、そもそも通知を発出する時期が大幅に遅れたことに加え、2020年2月以降は新型コロナウイルスが都道府県行政や医療機関に大きな影響を与えたことから延期され、現時点でも明確な期限が示されていない。

一方で、再編統合を推進するために、対象医療機関を支援する観点から財政支援の仕組みを講じている。既に地域医療介護総合確保基金では病床機能分化のための施設・設備整備に必要な事業を設けているが、費用の1/3は都道府県負担であり、病床削減に対する費用などは対象外であったことから、2020年度予算で病床機能再編支援事業（84億円）を創設した。同事業では、全額国の負担であるほかに、病床削減にかかる経費などを支援した。ただし、補助事業はそのときの情勢によって廃

「詳報! 改正医療法と今後の医療経営」

止される可能性もあることから、今回の医療介護総合確保法改正で、消費税財源である地域医療介護総合確保基金の事業のひとつに位置付け、恒久化した。

基金の病床機能再編支援事業は2021年度予算で195億円が計上されている。設けられる給付金事業は、①単独支援給付金支給事業②統合支援給付金支給事業③債務整理支援給付金支給事業の三種類(図)で、基本的なスキームは20年度補助事業と同じだ。

具体的な内容は、①の単独支援給付金支給事業は、一般病床か療養病床をもつ病院・診療所で、病床機能再編を実施する際に減少する病床数に応じた給付金を支給する。

2018年7月1日時点の病床機能で、高度急性期、急性期、慢性期の3区分を報告した病床数の減少を伴う病床機能再編の計画(単独病床機能再編計画)を作成し、その内容は地域医療構想調整会議の議論や都道府県医療審議会の意見を踏まえて都道府県が認めたものであり、再編後の3区分の許可病床数が18年度病床機能報告の稼働病床数の合計から10%以上減少することが必要となる。経営困難で廃院した場合などは

対象にならない。また、当該年度の病床数の減少だけでなく、計画に記載された病床の減少を対象としており、複数年度にわたる病床数の減少を対象にすることができ。

②は複数の医療機関のうち1以上の病院が廃止し(診療所化を含む)、対象3区分の病床数が2018年病床機能報告に比べて10%以上減少する事業で、統合に参加する医療機関に給付金を支給する。2026年3月31日までに統合が完了する必要がある。病院の廃止は有床診療所や介護医療院として残るものも含めるが、有床診療所等の病床は給付金算定の対象とならない。

③は複数の医療機関が病床機能を再編して統合する際に、統合で廃止となる医療機関の未返済の債務を統合後に存続する医療機関が新たに融資を受けて返済する際の融資の利子に対し給付する。

助成額は①と②は減床させる病院の病床稼働率に応じて、減床1床当たり114万~228万円とする。

③は承認医療機関が統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために金融機関から受けた融資に対する利子の総額とする。融資期間は20年で、元本に対する利率

は0.5%が上限。
①②が支給される対象病床は、回復期以外の対象3区分の減床であり、回復期への転換分など過年度支給分は対象外となる。申請・支給

のタイミングで①は、調整会議で合意された計画に沿って申請するものであり、廃止手続は2020年度以降であればいつでも可能とした。国への支給申請は病床再編が開始され

令和3年度以降の病床機能再編支援事業(地域医療介護総合確保基金 事業区分I-2)
＜令和2年度との主な変更内容＞

1. 名称の見直し

令和2年度	令和3年度
病床機能再編支援補助金	地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業(通称:病床機能再編支援事業)
①病床削減支援給付金	①単独支援給付金
②医療機関統合支援給付金	②統合支援給付金
③病院の債務整理に必要な借入資金に対する支援給付金	③債務整理支援給付金

2. 支給対象の考え方(上記①・②関連)

- 直近の病床数(3区分)と比較することとした場合、回復期転換を妨げるおそれ ⇒ 基準年を固定
- 「当該年度の廃止病床について申請・支給」は、年度末の執行業務が煩雑 ⇒ 計画に沿って申請・廃止年度以降に支給

	令和2年度	令和3年度以降
支給対象医療機関の要件	○ 平成30年度病床機能報告時の病床数と比較 ○ 対象3区分(高度急性期、急性期、慢性期)で10%以上減	○ 平成30年度病床機能報告時の病床数と比較 ○ 対象3区分(高度急性期、急性期、慢性期)で10%以上減
支給額計算の対象病床数	○ 平成30年度病床機能報告時の病床数と比較(令和元年度に病床を廃止した場合には令和元年度の病床数) ※令和2年度以降の廃止病床数を対象とする趣旨 ○ 対象3区分の減床数 ※回復期転換分は対象外	○ 平成30年度病床機能報告時の病床数と比較(令和元年度に病床を廃止した場合には令和元年度の病床数) ※令和2年度以降の廃止病床数を対象とする趣旨 ○ 対象3区分の減床数 ※回復期転換分、過年度支給分は対象外
申請・支給のタイミング	○ ①病床削減給付金は、令和2年度に廃止した病床について年度内に申請・支給 ○ ②統合支援給付金は、調整会議で合意された計画に沿って申請・支給	○ ①単独支援給付金は、調整会議で合意された計画に沿って申請(廃止手続は、令和2年度以降であれば、いつでも可) ※国への申請は、病床再編が開始される年度以降に申請可 ※医療機関への支給は、病床を廃止した年度以降に支給。また、複数年度に跨って病床を廃止する場合は、年度毎に減少した病床数に相当する額を支給(減少した病床数に応じて複数年度分を一括して支給することも可) ○ ②統合支援給付金は、調整会議で合意された計画に沿って申請・支給

外来医療の機能分化

具体的なスキームは年内に取りまとめ

る年度以降可能で、医療機関への支給は病床を廃止した年度以降に支給する。ただし、複数年度に跨がって病床を廃止する場合は、年度ごとに減少した病床数に相当する額を支給することも、複数年度分を一括して支給することも可能だ。

①と②は、給付金の使途が限定されていないので個々の状況で広く使え、さらに実績報告書の提出の必要がないという比較的緩やかな建て付けになっている。地域医療構想調整会議での合意が必要であるなど支給に当たってプロセスを踏む必要はあるが、今後の自院のあり方を検討する上で、これらの制度の活用を視野に入れるのもよいかも。ただし、計画完了時点で減床後の許可病床数の中に休棟等を残すこととはできないことに注意が必要だ。実行する過程で減少する予定の稼働病床を一時的に休棟等にすることは可能だが、計画完了時点では休棟等が削減されて存在しない状態になっている必要がある（新型コロナウイルスへの対応による影響等で一時的に休棟として取り扱うなど、やむを得ない事情がある場合はこの限りではない）。また、計画が破綻すると支給後であっても給付金の返還が必要になる。

改正医療法で、これから検討が急ピッチで進められていくのが外来機能の明確化・連携だ。2022年4月に施行するが、医療保険制度や22年度診療報酬改定にも反映されていくため、具体的なスキームは年内に取りまとめられる。

外来医療をめぐるのは、これまで

に無床診療所の開設が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築などの医療機関の連携が、個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていることが課題となっていた。そこで、2018年度からの第7次医療計画の途中の20年度から「外来医療計画」が開始されている。外来医師偏在指標を示すなどして外来医療機能の情報を可視化し、協議する場を原則二次医療圏ごとに設けて、地域ごとに不足している外来医療機能を議論すること、新規開業希望者などには外来医師多数区域などの情報を提供するという仕組みが設けられている。

その後、2019年12月の全世代型社会保障検討会議の中間報告で、大病院への患者集中を防ぎ、かかりつけ医療機能の強化を図るための定額負担の増大として、大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来医療は紹介患者を基本とすると盛り込まれたことから、20年から社会保障審議会医療部会や医療保険部会などで、具体的な内容を検討してきた。

それらの検討を経て、改正医療法には、一般病床と療養病床をもつ病院・診療所に対し、外来診療で医療資源を重点的に活用する外来等を都道府県知事に報告する外来機能報告制度の創設が盛り込まれた。機能報告では、医療資源を重点的に活用する外来等を基幹的に担う意向がある医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）にはその旨の報告も求める。無床診療所は報告ができるとして、任意で報告する。厚労省は、外来機能報告を病床機能報告と一体的に行うことを想定しており、22年10月にも開始する予定だ。

ただ、現時点では医療資源を重点的に活用する外来については、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（紹介患者に対する外来等）——とするのみで、具体的な内容は明確になっていない。このため、第8次医療計画等に関する検討会の下に設置した「外来機能報告等に関するワーキンググループ」で今後詳細を検討する。ワーキンググループの検討事項は、医療資源を重点的に活用する外来（具体的な項目、呼称等）、外来機能報告（報告項目、報告スケジュール等）、地域における協議の場（参加者、協議スケジュール等）、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（国の定める基準、呼称等）、紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析その他の外来機能報告等の施行に必要な事項——と例示している。

ワーキンググループは7月7日に初会合を開き、月1回程度開いて論点ごとに1巡目の議論を行い、10月以降に2巡目を経て12月中に取りまとめの方針。併せて、医療保険部会で保険上の仕組みを、中医協で診療報酬上の対応を議論していく。

定額負担の仕組みは、2020年12月閣議決定の全世代型社会保障改

「詳報! 改正医療法と今後の医療経営」

革の方針の中で、現在、特定機能病院と一般病床200床以上の地域医療支援病院(666病院)で紹介状なしに外来受診した場合に定額負担(初診5000円)を求めているが、

紹介患者への外来を基本とする医療機関のうち一般病床200床以上に対象を拡大する方向性が示されている。保険給付の範囲から一定額(初診の場合、2000円程度など)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求める仕組みに拡充するとした。しかし、当初の議論では、定額負担が任意となっている200床以上の医療機関688病院をすべて対象とし、全1354病院に拡大することを想定していたが、最終的には紹介患者への外来を基本とする医療機関だと、自ら名乗りをあげた病院だけが定額負担の対象になることから、どの程度政策上の施策の効果があがるかは今の段階ではわからない。

その他

持分なし医療法人への認定
制度期限は24年9月

そのほかに、持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の期

限が2024年9月30日まで延長された(公布日施行)。

医療法人の非営利性の徹底等の観点から、2006年の医療法改正により、持分の定めのある医療法人の新規設立は認めないこととされ(07年4月施行)、国は既存の法人も持分の定めのない医療法人への移行を促進している。昨年3月末時点で医療法人は5万5674法人あるが、大半を占める3万8721法人は07年3月末までに設立された持分あり医療法人(経過措置医療法人)で、持分なし医療法人は1万6953法人だった。昨年3月末までに持分ありから持分なし法人に移行したのは1053法人に過ぎない。

2014年の医療法等の改正では、持分の定めのない医療法人への移行計画を厚労大臣が認定した場合の相続税・贈与税の猶予・免除制度が創設、随時延長されており、現行の延長措置は23年9月末までとなっている。このため、今回の法改正では税制優遇措置の延長に併せて、前提となる移行計画の認定制度も継続する。

最後に、制度改正において、6月3日の医療部会ではスケジュールが

示されたので掲載する。施行時期が改正内容によって異なるが、検討状況は随時本誌にも掲載していく予定であり、それぞれの医療機関に関係

する事項の審議の行方を見守っていただきたい。
(文/編集部)

主な改正内容に関する施行スケジュール

主な改正内容	施行日	施行						
		3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度
長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等	R6.4.11に 向け段階的に 施行		労働時間短縮計画の案の作成 医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価 審査組織によるC-2水準の個別審査 都道府県による特例水準対象医療機関の指定		労働時間短縮計画に基づく取組み 特例水準適用者への追加的健康確保措置 定期的な労働時間短縮計画の見直し、評価受審			
医療関係職種の仕事範囲の見直し	R3.10.1施行		タスクシフト/シェアの推進					
医師養成課程等の見直し ※歯科は医科のそれぞれ1年後に施行	R5.4.1施行 ※受験資格の 見直しは R7.4.1施行		共用試験の内容等の検討	医師法に基づく共用試験の実施 (合格者は臨床実習において医業を実施)		医師国家試験の受験資格において 共用試験合格を要件化		
新興感染症等の感染拡大時における 医療提供体制の確保に関する事項の 医療計画への位置付け	R6.4.1施行		基本方針等の改正 ※新興感染症等対応を含む ら疾病の事業、在宅医療 等について検討	第8次 医療計画 策定作業		第8次 医療計画 (上半期)		第8次 医療計画 (下半期)
地域医療構想の実現に向けた医療機 関の取組の支援	公布日施行		※登録免許税の優遇措置は 令和4年度まで					支援の実施
外来医療の機能の明確化・連携	R4.4.1施行		施行に向けた 検討	外来医療報告等の実施(施行状況等を踏まえ、改善検討) 外来医療ガイドライン見直し検討	外来医療計画 見直しの検討	8次医療計画(外来医療計画を含む)に基づく外来機能の明確化・連携の推進		
持ち分の定めのない医療法人への移 行計画認定制度の延長	公布日施行		制度の運用、令和5年10月 以降の制度の検討					