



規制改革による持続可能な医療提供体制と
患者中心の医療の実現
～タスク・シフト/シェアの推進と経営効率化～

2024年4月

公益社団法人 経済同友会

I はじめに

2025年以降、私たちの社会は重要な局面を迎えることになる。社会保障制度を支える現役世代が急速に減少し、各産業で労働力不足が深刻化している中、2024年4月には医師にも時間外労働の上限規制等が義務化され、医療・ヘルスケア業界にとって大きな転換点となる。

2025年には全ての団塊の世代が後期高齢者に突入する。未曾有の高齢社会を迎え、医療・ヘルスケアサービスへの需要がさらに増加することは明白であり、医療の質の向上と提供体制の持続可能性を確保するためには、生産性の向上が不可欠である。

こうした背景を踏まえ、本委員会では、患者の生活の質（QOL：Quality of life）の向上と持続可能な医療提供体制を実現することを目的とした規制改革について検討を行った。具体的には、多職種間の連携を推進するタスク・シフト/シェアと医療機関の経営効率化を図るための規制改革について提言する。

II 多職種連携を実現するタスク・シフト/シェアのさらなる推進

（1）長期的な医療サービスの需要増と医療従事者の不足

医療サービスへの需要が長期的に増加する中で、提供の核となる医療従事者の数は慢性的に不足している。また、医師数・診療科には地域偏在が見られ、一部地域では医師不足が顕著となっている。特に、多様化するニーズに対応できる在宅医療は、今後、さらに需要が高まることが想定されることから、在宅医療の推進に向けた対策は喫緊の課題である。

医療におけるタスク・シフト/シェアは、医師の働き方改革の推進を主な目的として検討が進められてきた経緯¹があるが、現在では、単に医師の業務負担の軽減だけが目的ではなくなっている。医療現場の実状やニーズを把握しながら、各職種における業務の整理と見直しを図ることで、それぞれの職能・職域を拡大し、より質の高い、患者本位の医療を実現することができるはずである。しかし、医療の質の向上を目指して、長年にわたり議論が重ねられてきたが、現在でも、医療現場の実状に応じたタスク・シフト/シェアが十分に機能しているとは言い難い。

在宅医療の需要増と合わせて、居宅や介護施設における介護サービスの需要増への対応も避けて通ることのできない重要な課題である。総務省の調査²によれば、介護等を理由とした離職者は直近1年間で10万6000人に上る。また、高齢化に伴い、介護を必要とする高齢者は年々増加傾向にあり、家族を介護しながら働く人の数も増えてきている。同調査によると、介護者（介護をしている人）の内、半数以上が仕事に就いており、今後、さらに高齢化率が高まれば、個人のパフォーマンス低下や介護離職者数のさらなる増加を招くことは明らかである。

¹ 2017年3月に罰則付き時間外労働の上限規制等に関する政労使合意が行われたことを契機に、同年8月には厚生労働省に「医師の働き方改革に関する検討会」が設置され、医療におけるタスク・シフト/シェアの議論が本格化した。

² 総務省「令和4年就業構造基本調査」（2023年7月21日）

特に 40～60 代の介護離職は顕著であり、人口減少が進むわが国において、経済活動や社会機能の維持に深く関わる問題となっている。企業における支援制度の充実と並行して、必要な居宅や施設における介護サービスの提供体制を確保する必要がある。このためにも多職種の職能・職域を拡大することで勤労世代が離職しなくても介護をし続けられる社会制度設計が重要である。

(2) 多職種におけるタスク・シフト/シェアの領域拡大を推進する規制改革

医療従事者の業務負担を軽減し、患者に対し質の高い医療サービスの提供を可能にするためには、多職種におけるタスク・シフト/シェアの領域拡大を推進する規制改革を着実に実行し、医療提供体制の効率化を実現する必要がある。既に政府内で議論が進められている論点も交えながら、本会の意見を述べる。

①医師から看護師へ

<ナース・プラクティショナー (NP) 制度について>

米国等には、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる「ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner)」という国家資格が存在し、資格を持つ看護師が生活支援や医師の補助のほか、医師のいない過疎地域等では診療・診断や薬の処方を行っている。

日本では、公益社団法人日本看護協会が認定する「認定看護師」と「専門看護師」という看護資格があり、認定されることで、診療報酬で評価される一部の業務を実施することが可能になるが、医師法により診断や薬の処方は認められていない。また、同様の制度として、研修を受けることで看護師が「特定行為」を実施できる「特定行為に係る看護師の研修制度」があるが、いずれの行為も、医師が事前に作成した手順書に従うことが前提となっている。

しかし、医師に連絡がつかない時などは、一定の範囲で看護師が裁量をもって判断することも可能にしていく必要がある。例えば発熱時の水分投与の調整など、事前に全ての指示を出しておくことが困難な場合もある。その際には看護師の専門的知識に基づき総合的判断をして対応し、その後医師に報告できれば患者にとっても質の高い医療を受けることができる。

日本医師会は、厚生労働省が認定機関となっている「特定行為研修」の拡充が課題解決に寄与するとしているが、国家資格制度としての NP の創設には反対している。しかし、医師不足が深刻化している地方では、医療崩壊が既に始まっており、医療サービスに対する需要は今後も複雑化、多様化することが予想される。したがって、医療機関が少ない地方やへき地で NP が地域医療にどのように貢献できるか、またその課題を見極めながら制度化の検討を進めるべきである。また、現在の特定行為に係る看護師の研修制度では大都市での研修が中心であり、地域偏在が問題となっている。地方の事情を考慮し、e-learning の活用や現場研修の評価を推進すべきである。

②薬剤師から看護師へ

<訪問看護ステーションの配置可能薬拡大について>

在宅医療の現場において、突然の発熱、疼痛や主たる疾患以外の病態が起こることがある。その際、医師ではなく看護師が初動として対応することもあるが、必要

な薬剤が患者宅にない場合には、医師が処方箋を発行し、患者や家族は薬局に薬を取りに行く必要がある。しかし、地域によっては、24 時間対応の薬局が十分に整備されていないため、特に夜間に必要な薬剤がないことで患者の良質なケアが損なわれたり、やむを得ず緊急搬送されたりするケースが散見される。現状、訪問看護ステーションに配置可能な一部の薬剤だけでは十分な対応ができない。訪問看護ステーションへの配置可能な薬剤の範囲を拡大し、事前に患者宅で起こり得る病態を想定して、少量の薬剤を自宅や訪問看護ステーションに準備しておくこと（置き薬）を可能にする規制緩和が必要である。

③薬剤師からその他へ

日本では医師や薬剤師の専門性の活用、患者へのサービス向上、医療の安全性の向上、および医療費の効率化の観点から、医薬分業制度が導入された。ポリファーマシーとは、不必要または不適切に多くの薬剤を服用することで、有害事象などのリスクが高まる状態を指し、特に高齢者においてそのリスクが増加するため、昨今の課題となっている。本来であれば、医薬分業の推進により、薬剤師が薬剤使用の状況を継続的かつ的確に把握できれば、ポリファーマシーの課題は解決される可能性がある。実際に、2020 年 9 月に薬剤師法が改定され、「薬剤師は（中略）患者の当該薬剤使用状況を継続的かつ的確に把握する」という文言が加えられた。同時に医薬品医療機器法（以下「薬機法」）も改定され、「薬局開設者は（中略）薬剤師に（中略）当該薬剤使用の状況を継続的かつ的確に把握させる」「薬剤師は、（中略）医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供することにより、医療提供施設間の連携を推進しなければならない」という文言が加えられた。しかしながら、薬剤師は対物業務に追われ、対面業務や薬剤使用状況の確認に十分な時間を割けない現状がある。

したがって、IT の利用はもちろん、薬剤師を支援するスタッフの活用が重要となる。さらに、対物業務の効率化を促進するため、一部の調剤業務を他の薬局に外注する仕組みの推進も重要である。現在、大阪府および大阪市では、国家戦略特区のプロジェクトとして実証事業が行われており、その結果に注目したい³。

④看護師から介護職へ

<在宅酸素療法の開始・流量調整>

在宅医療サービスの利用者には、慢性的な呼吸器疾患や心疾患を抱える患者も多く、在宅酸素療法の需要は高い。在宅酸素療法の開始・流量調整は医療行為⁴であることから、介護士による対応は認められておらず、医師の指示の下に看護師が行うこととなっているが、自宅や看護師が 24 時間常駐していない施設では、看護師が来るまで患者は苦しむこととなる。看護師が不在の場合でも、介護士にも医師の事前指示があれば在宅酸素療法の開始・流量調整を認めることで、QOL の向上と業務の効率化を実現すべきである。

³ 大阪府・大阪市・薬局 DX コンソーシアムは、薬局における調剤業務の一部を他の薬局に外部委託する国家戦略特区事業を共同提案し、内閣府の国家戦略特別区域諮問会議において、2024 年度早期に実証可能とするため、23 年度中をめどに省令整備を含む措置が講じられることとなった。

⁴ 医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 37 条に基づき、医行為（医療及び保健指導に属する行為のうち、医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為）は医師または医師の指示の下に看護師が行うことと定められている。

<研修を受けた介護職員の胃ろうへの薬の注入>

2012年4月から法改正により、一定の研修を修了した介護職員であれば、喀痰吸引や経管栄養を行うことができるようになったが、薬の注入は現在もできない状態にある。在宅酸素療法と同様に、看護師が不在でも専門の研修を受けた介護職員であれば、胃ろうへの薬の注入ができるように見直しをすべきである。

⑤看護師から薬剤師へ

<薬剤師による在宅患者への点滴交換等>

在宅医療の現場では、医師や看護師が点滴交換等を実施することが一般的である。しかし、医師や看護師の訪問に時間がかかる場合には、点滴交換を薬剤師にも認め、早急な対応を可能とすることで、患者の苦痛や不安をより早く解消することができる。また、訪問看護師および薬剤師にとっても、業務負担を軽減することができる。ただし、点滴交換等の対応について適切な理解を得るために、学会や関連団体による一定レベルの技能研修の実施が必要だと考える。

<褥瘡への薬剤塗布について>

訪問看護師が行っている褥瘡⁵の処置においても、薬剤師の連携を可能とすることで業務負担の軽減につながると考えられる。例えば、褥瘡に対する処置としては、傷の状態に応じて軟膏を塗布、または貼付剤を貼付する必要がある。したがって、薬剤師と看護師で連携し、事前に医師または看護師からの指示がある前提で、褥瘡の状態によっては薬剤師でも薬剤塗布などの必要な処置を行うことも可能である。ただし、褥瘡に対する適切な理解を得るために、学会や関連団体による一定レベルの技能研修の実施が必要だと考える。

在宅医療の現場では、医療・介護提供者が一堂に会する機会は少なく、また別の事業所に所属することも多いものの、多職種連携が進んでいる。しかしながら、指示書による医師の指示が原則となっており、職種によって可能な行為が厳密に決まっているため、臨機応変に対応できない事態が発生しうる。したがって、関係者が情報をITを用いてリアルタイムに共有しながら、一定の教育を受けた専門職が柔軟に患者に対応する仕組みをさらに推進することが必要である。この教育は関連学会や関連団体が担うのが適切である。さらには、プライマリ・ケアの外来環境は比較的スタッフの多い大規模な病院と異なるため、在宅医療におけるタスク・シフト/シェアの概念の展開も望ましい。

2024年の診療報酬改定では医療のDX推進が評価された。この流れを加速し、医療従事者及び患者のニーズに合わせた政府のさらなる推進策が期待される。特に情報共有や指示・報告内容をデジタル化することはタスク・シフト/シェアの実現を容易にするであろう。

⁵ 寝たきりなどによって、体重で圧迫されている場所の血流が悪くなったり滞ることで、皮膚の一部が赤い色味をおびたり、ただれたり、傷ができてしまうこと。一般的に「床ずれ」ともいわれる。（出所：一般社団法人日本褥瘡学会）

Ⅲ 医療法人の経営効率化

(1) 医療法人経営の現状

現在、国内には8,000⁶を超える病院⁷が存在する。医療給付費は2021年に47兆円、2040年には67兆円に増加すると推計⁸されている。わが国の人口1000人当たり病床数は世界でも高いランクに位置している⁹が、国内に約150万ある総病床数のうち、病床を多く保有する医療法人の上位10位を足し合わせても、そのシェアは15%程度にしかない。このように医療法人あたりの病床数が小規模で、細分化された保有構造では、スケールメリットが働かず、コスト効率を上げることが難しい。

現実には、2022年度の医業利益は2021年度と比較して100床あたり平均で-19,966万円となり、直近の年度における赤字額は拡大傾向にある。さらに、医業利益の赤字病院割合は2年続けて60%を超え、2022年度には72.8%まで上昇しており、新型コロナウイルス感染症関連の補助金等を除くと赤字基調が続いている¹⁰状況にある。

医療法人の経営効率化が進まない要因の一つとして、医療法人が有する非営利性の課題がある。現状、医療費は公定価格が定められており、特に回復期や慢性期における医療ではサービスの質に関わらず、得られる報酬は変わらない。したがって、患者に対するサービスの質を高めたいとの志を持つ医療法人でも、質を上げようとするほどコストがかかり、利益が減少する構造になっている。意欲のある医療法人が質の向上に向けた投資を行うための原資を確保するためには、経営の効率化によって生産性を高め、コストダウンを図る必要がある。

一方、2010年以降、政府は日本の医療を海外展開する「アウトバウンド」事業を推進している。日本は、諸外国から高齢者福祉の先進国として注目を集めているが、国内の医療法人が海外での事業展開や投資を行う余力はなく、国際競争できる体力は有していない。このような状況を打破するためには、下記に挙げる規制改革を着実に実行することで、経営効率化による生産性の革新を実現し、強固な経営基盤を持つ医療法人が創出されやすい環境を整えなければならない。

(2) 医療法人の経営効率化に向けた規制改革

①医療法人の代表者である理事長の兼務

医療法人では、医療法第46条に基づき、原則として3名以上の理事及び1名以上の監事をおき、理事の中から代表者となる理事長を1名選出することとなっている。

⁶ 出所：厚生労働省「令和4（2022）年医療施設（動態）調査・病院報告」（2023年9月26日）

⁷ 医療提供施設の内、20床以上のもの。（医療法第1条「病院」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。）

⁸ 出所：内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」（2018年5月21日）

⁹ 公益社団法人日本医師会「病床数の国際比較」（2021年2月22日）

¹⁰ 出所：一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会「2023年度病院経営定期調査」（2023年11月28日）なお、一病院あたりの医業利益は2018年度から5年続けて赤字となっている（2018年度の-27,496万円から2020年度には-77,819万円に大幅に増加し、2021年度は-60,357万円に減少したが2022年度には-72,674万円へと再び増加している）。また、同調査における有効回答数1,116病院のうち、医療法人が占める割合は49.8%。次に自治体、その他公的（日赤など）と続き、それら3つの合計は全体の83.7%を占める。

各医療圏に定められた基準病床数を超えて病床を増やすことができず、有為な経営人材の獲得が困難になっている現状を踏まえれば、理事長に複数の医療法人の兼務を認めることは、医療の質向上や経営効率化の観点からも有効だと考えられる。法律上、他の医療法人の理事長を兼ねることについて禁止する規定はなく、医療法人（広域医療法人を除く）を所轄する都道府県知事の認可を得る必要がある。しかし、実状は認可が降りることはなく、複数の医療法人の理事長を兼務することは不可能となっている。

また、理事長は医師または歯科医師から選出されることとなっており、医師以外の者が理事長となるには、都道府県知事の認可が必要だが、これは理事長の死亡等によって医師を選出することが出来ない場合に、医師でない配偶者等が理事長を代行し、医療法人の継続を図るための制度であり、それ以外で認可が得られることはない。

人手不足の状況で、医療と経営スキルを有する有為な人物を広く活用する観点からも、理事長の兼務や医師以外の理事長就任を認める通達を行い、経営の効率化を図ることができるように環境を整備すべきである。

②医療法人による収益事業の認可

社会保険料及び税によって成り立つ公的医療では、医療法人が医療以外の事業を行うことが基本的に禁じられている。しかし、厚生労働省など国あるいは第三者機関¹¹によって一定程度の質の医療提供が認められた医療機関には収益事業を許可することで、診療報酬が大幅に削減されている現状を自ら打破できるようにすべきである。

（収益事業の例：医療法人の知見を活かした栄養食品の開発・販売や、自宅で使えるリハビリテーション機器の開発・販売、自費のリハビリテーションを提供する小規模な施設の設立など）

③混合診療が可能な領域の拡大

公的医療保険適用が認められた診療と、認められていない自由診療を同時に行う混合診療は、先端医療や差額ベッド代、紹介状がない大学病院受診時の費用増など、非常に限定的な状況でのみ可能とされている。

しかし、例えば、回復期リハビリテーション病棟では、公的保険が適用されるリハビリの時間に上限があるが、患者がより長期のリハビリを希望する場合がある。このようなニーズにおいて混合診療を認めることで、自費負担をする患者により長いリハビリを同じ医療機関で提供することが可能になり、患者の選択肢を広げることが可能になる。

④医療の質に応じた価格設定

公定価格の診療報酬が抑制されていることから、医療の質を上げるほど利益が減少する構造となっている現状では、医療の質に対する評価とそれに応じた対価を得ることが難しい。医療の質に対する価格が含まれた医療費が支払われるようにする

¹¹ 公益財団法人日本医療機能評価機構による「医療の質向上のための体制整備事業」では、医療の質指標の目的・意義、扱いなど基本的な考え方を整理し、我が国において医療の質指標についての共通理解が深まることを目途としたガイドの作成を行っている。

ために、外部の格付け機関による評価とそれに応じた価格設定が可能になるような制度について検討する必要がある。

IV おわりに

最後に、あらためて 2025 年を目前に控え、医療提供体制の持続性向上が一層重要になっていることを強調したい。急速な高齢化進行に伴い医療サービスへの需要が増加している一方で、労働力不足に直面している現在、これまでの延長線上にはない革新的な取り組みが求められている。多職種連携の促進、医療機関経営の効率化は、今後、持続可能な医療システムを実現する上で、確実に向き合わなければならない課題である。これらに加え、デジタル技術の活用による業務プロセスの変革や、オンライン診療の普及に向けた法的・技術的な障壁の撤廃も推進すべきである。

これらの規制改革の実現に向けて、本会は、政治的意思決定者や政府内の各検討会議に働きかけていく。また、ステークホルダーとの対話・協議、国家戦略特別区域制度やグレーゾーン解消制度等、規制改革の実証および効果検証を図る仕組みの活用による定量的なデータやエビデンスの提示を求めることや、世論を形成するための広報活動などのさまざまな取り組みを続けていく。その活動においては、同じ考えを持つ有志とも適宜連携し、民間として規制改革を牽引していきたい。

以上

規制改革委員会

(2024年4月現在・敬称略)

担当副代表幹事・委員長

間下直晃 (ブイキューブ 取締役会長 グループCEO)

委員長

轟 麻衣子 (ポピンズ 取締役社長)

武藤真祐 (鉄祐会 理事長)

副委員長

上田祐司 (ガイアックス 代表執行役社長)

瓜生健太郎 (瓜生・糸賀法律事務所 代表弁護士 マネージングパートナー)

木村尚敬 (経営共創基盤
共同経営者 (パートナー) マネージングディレクター)

松井敏浩 (大和証券 取締役副会長)

山田メユミ (アイスタイル 取締役)

アドバイザー

藤森義明 (日本オラクル 取締役 会長)

委員

浅沼章之 (浅沼建物 取締役社長)

浅野敏雄 (旭化成 相談役)

石塚雅洋 (スーパーナース 取締役社長)

大久保和孝 (大久保アソシエイツ 取締役社長)

大西 徹 (かんぼ生命保険 取締役兼代表執行役副社長)

奥谷禮子 (CCCサポート&コンサルティング 取締役会長)

北野泰男 (キュービーネットホールディングス 取締役社長)

窪田 昌一郎 (日本政策投資銀行 取締役常務執行役員)

窪田 政弘 (前澤化成工業 相談役)

熊谷 亮丸 (大和総研 副理事長 兼 専務取締役)

小林 英三 (日本証券金融 執行役会長)

小松原 正浩 (マッキンゼー・アンド・カンパニー・インコーポレイテッド・ジャパン
シニアパートナー)

小室 淑恵 (ワーク・ライフバランス 取締役社長)

三枝 則生 (三菱商事 常勤顧問)

ステファン・ジヌー (エアバス・ジャパン 取締役社長)

嶋村 尚子 (ファイザー 執行役員)

白石 徳生 (ベネフィット・ワン 取締役社長)

杉本文 秀 (長島・大野・常松法律事務所 事務所代表)

鈴木 雅子 (かんぽ生命保険 社外取締役)

反町 雄彦 (東京リーガルマインド 取締役社長)

竹川 節男 (健育会 理事長)

伊達 美和子 (森トラスト 取締役社長)

田中 孝司 (KDDI 取締役会長)

田中 能之 (湧永製薬 取締役)

富樫 直記 (TG Partners 代表取締役 パートナー)

檜崎 浩一 (SOMPOホールディングス グループCDO 執行役専務)

西 恵一郎 (富士通 Co-Head)

濱田 奈巳 (コカ・コーラボトラーズジャパンホールディングス
社外取締役)

林 明夫 (開倫塾 取締役社長)

板東 徹行 (ケーユーホールディングス 取締役社長)

平 石 洋 子 (ファイザー 執行役員)
平 野 大 介 (マイスターエンジニアリング 取締役社長)
藤 沢 久 美 (国際社会経済研究所 理事長)
古 田 未来乃 (武田薬品工業 チーフフィナンシャルオフィサー)
保 坂 雅 樹 (西村あさひ法律事務所・外国法共同事業 オブカウンセル)
星 久 人 (ベネッセホールディングス 特別顧問)
増 田 健 一 (アンダーソン・毛利・友常法律事務所外国法共同事業
パートナー)
三 嶋 英 城 (SMB Cクラウドサイン 取締役社長)
山 岡 浩 巳 (フューチャー 取締役)
由 利 孝 (テクマトリックス 取締役社長)
横 山 隆 吉 (不二工機 取締役社長兼グループCEO)

以上50名

事務局

宮 崎 喜久代 (経済同友会 執行役)
森 田 陽 一 (経済同友会 政策調査部 マネジャー)
窪 島 一 倫 (経済同友会 政策調査部 マネジャー)