

医療提供体制の調整について —地域医療構想を念頭に—

遠藤 久夫

医療経済研究機構所長

学習院大学学長

[委員等]

中央社会保険医療協議会会長、同薬価専門部会長、社会保障審議会医療保険部会
部会長、同介護保険部会部会長、社会保障制度改革国民会議会長代理、全世代型社会保障検討会議委員、医師の働き方改革の推進に関する検討会座長、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検討会座長、新たな地域医療構想等に関する検討会座長、こども未来戦略会議委員、日本専門医機構理事、医療経済学会会長、国立社会保障・人口問題研究所所長等を歴任。

現在、社会保障審議会会長、同医療部会部会長、医道審議会医師分科会医師専門研修部会部会長、医師養成過程を通じた医師の偏在対策に関する検討会座長、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会座長等を務める。

1. 病床数の需給調整の特徴

(1) 市場メカニズムが働かないので自律的な調整が難しい

- 情報の非対称性の存在

- 公的医療保険制度により価格メカニズムが機能しない

 - 過不足医療、過剰医療といった非効率な資源配分が生ずる

(2) 計画原理の限界

- 日本は民間医療機関が多い→私的財産の活用に関する制約

- 地域差が大きいため「国」の管理では非効率→自治体の役割が重要

(3) 準市場メカニズム

- 需給の可視化：情報の非対称性の低下

- インセンティブと規制的手法の補完

- 地域単位での意思決定

2. 政策手段

(1) インセンティブ

- ①診療報酬：例）在宅位医療の推進（←高い価格、要件緩和）
 - 政策効果は強力だが原則全国一律なので地域事情の反映が困難
 - 患者自己負担への反映をどう考えるか
- ②補助金
 - 自治体の自由度が高い→地域対応が可能
 - 患者自己負担への影響がない
 - 診療報酬と比較して継続性が懸念

(2) 規制的手法

- ①医療計画：元来「病床規制」→過剰な増床を抑制＝既存病床を削減できない
- ②保険医療機関・保険医数の地域別上限規制
 - 保険医療機関の規制→外来過多地域の診療所開設に部分的導入
 - 保険医の規制→議論はあるが基本的人権との関係で具体案無し

(3) 可視化

- 必要病床数の推計：需要見通し
- 診療情報を用いた医療機能評価

(4) その他

- 地域医療連携推進法人
- 自治体への分析アドバイザーの派遣

3. 地域単位の病床数のコントロール政策

(1) 医療計画

- 導入（1985年）

- 病床数の上限設定（基準病床数）←増加は抑えられるが、既存病床は減らせない

- 2次医療圏の設定

- 「4事業」⇒「5疾病・5事業」⇒「5疾病・6事業」

- 医師確保計画、在宅医療

- 地域医療構想との連動：地域医療構想が医療計画の上位概念へ

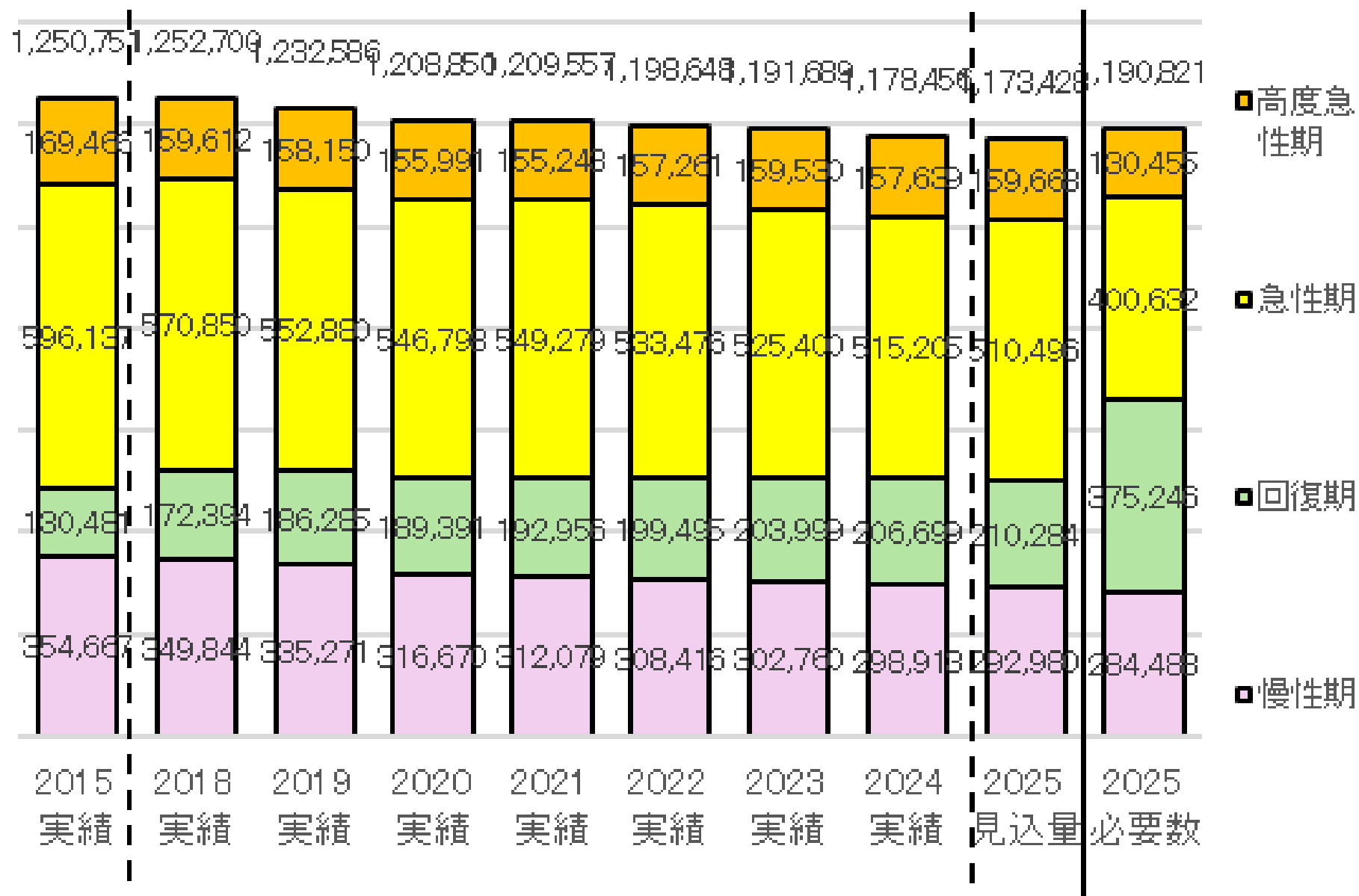
(2) 地域医療構想

- 目的：地域ごとの機能別病床数を2025年の必要数に調整する←減少も見込む

- 手法：可視化（必要病床数の算定・診療報酬による病床機能）、
話し合い（調整会議）、インセンティブ（補助金等）

4. これまでの地域医療構想の成果

- ①日本全体/病床全体：約5%の病床削減、必要病床数に近似
- ②病床機能別：急性期病床（実際＞必要病床数）、回復期（実際＜必要病床←定義の問題？）
- ③地域別：病床数が減少していない⇒埼玉、千葉、東京、神奈川、兵庫、（大阪）
このうち必要病床数を下回っている⇒ 埼玉、千葉、東京、神奈川、大阪
⇒大都市周辺に団塊の世代が多く高齢化が進むため



都道府県	2024年病床 数/2015年 病床数	2025年見通し 病床数/2025 年必要病床数	都道府県	2024年病床 数/2015年 病床数	2025年見通し 病床数/2025 年必要病床数
全国	0.94	0.99	三重県	0.93	1.07
北海道	0.91	0.96	滋賀県	0.97	1.02
青森県	0.86	1.01	京都府	0.90	0.84
岩手県	0.88	1.06	大阪府	0.99	0.83
宮城県	0.93	1.00	兵庫県	1.01	1.00
秋田県	0.86	1.02	奈良県	0.95	0.98
山形県	0.88	1.09	和歌山県	0.87	1.12
福島県	0.91	1.11	鳥取県	0.93	1.12
茨城県	0.93	1.05	島根県	0.87	1.14
栃木県	0.94	1.05	岡山県	0.93	1.07
群馬県	0.91	1.05	広島県	0.90	1.01
埼玉県	1.05	0.92	山口県	0.87	1.14
千葉県	1.04	0.96	徳島県	0.87	1.12
東京都	1.00	0.92	香川県	0.94	1.07
神奈川県	1.02	0.83	愛媛県	0.85	1.10
新潟県	0.87	1.01	高知県	0.85	1.11
富山県	0.85	1.19	福岡県	0.93	0.97
石川県	0.89	1.07	佐賀県	0.94	1.22
福井県	0.90	1.09	長崎県	0.87	1.08
山梨県	0.99	1.18	熊本県	0.85	1.21
長野県	0.93	1.06	大分県	0.95	1.11
岐阜県	0.89	1.04	宮崎県	0.84	1.17
静岡県	0.93	1.12	鹿児島県	0.92	1.19
愛知県	0.96	0.95	沖縄県	0.96	0.87

5. 新たな地域医療構想の特徴

(1) 前回からのマイナーチェンジ

①必要病床数算定の見直し

○社人研の推計値を適宜反映？

○現状投影→政策反映（前回も在宅医療の推進は反映された）

②地域医療構想区域の見直し

○2次医療圏にこだわらず実態に合わせる

③病床機能の見直し

○高度急性期、急性期、回復期、慢性期機 ⇒ 高度急性期、急性期、包括期、慢性期機

(2) 新たな取り組み：調整の対象が拡大

①医療機関機能の設定と報告：患者や地域にとっては病床機能より病院機能が重要

○機能

・高齢者救急地域急性期機能 ・ 性期拠点機能 ・ 在宅医療等連携機能

・専門等機能 ・ 医育及び広域診療機能

○医療機関機能報告制度（これまでの病床機能報告に加える）

②在宅医療・介護との連携

③精神科病床を対象に加える

(④医師の確保：地域偏在対策)

(3) インセンティブの追加

- 「病床数適正化緊急支援基金」の設置

(4) 課題

- これまでの地域医療構想でも必要病床数との乖離が見られる地域も少なくない
- 調整の対象が拡大する新たな地域医療構想ではどのように有効な調整ができるか