

# 医療計画の見直しに必要な視点 —望ましい医療提供体制の構築に向けて—

調査部 主任研究員 飛田 英子

## 目 次

1. はじめに
2. 医療計画の概要と第7次計画の特徴
  - (1) 医療計画とは
  - (2) 第7次計画の特徴
3. 医療計画の問題点
  - (1) 意思決定能力に欠ける地域医療構想調整会議
  - (2) 「適正」ではなく「必要」な位置付けとしての基準病床数
  - (3) 医療関係者中心の医療審議会
4. 今後の医療計画の見直しに際して必要な視点
  - (1) 都道府県の権限強化
  - (2) 量的規制の在り方の再検討
  - (3) 住民参加の視点
  - (4) 2025年以降の対応

## 要 約

1. 新しい医療計画の下で医療提供体制の再編が進行中。医療計画とは、地域の実情に応じた医療提供体制を整備するために都道府県が策定する計画のこと。団塊世代全員が後期高齢者入りする2025年に向けて医療需要が量・質ともに大きく変化するなか、医療提供体制の再編は喫緊の課題。そこで、2018年度から始まった第7次計画では、新しい取り組みが考慮。

2. 具体的には、地域医療構想の導入と他計画との整合性確保の2点が指摘。

まず、地域医療構想とは、2025年に必要な機能別（高度急性期、急性期、回復期および慢性期）病床数と在宅医療の量を推計したもの。2025年には、現在に比べて高度急性期と急性期の患者が減る一方、回復期と慢性期の患者は増える見通し。これに合わせて病床を再編する必要があるが、ただし慢性期については、在宅医療と介護サービスの充実を通じて病床数自体は減らす方針。年4回開催される地域医療構想調整会議での協議を通じて実現が図られることに。

一方、他計画については、介護提供体制の整備計画である「介護保険事業（支援）計画」との整合性を確保することに。具体的には、サービス必要量や整備目標の推計に使用する人口推計や入退院の状況等に関するデータの整合性が図られる他、介護保険事業（支援）計画のスパンが3年であることから、医療計画の期間をこれまでのおおむね5年から6年に変更。医療計画の中間見直しと介護保険事業（支援）計画のサイクル終了の時期を合わせることで、それぞれの進捗状況を踏まえたいうでの見直しや次期計画の策定が可能に。

3. もっとも、これにより望ましい医療提供体制が整備されるかといえば、甚だ疑問。これは、地域医療構想の実現が極めて不透明なため。地域医療構想調整会議はあくまで協議がベースであるが、病床再編に関する都道府県の現在の権限が極めて限定的なことを考慮すると、病床の機能転換や削減等について医療機関の賛同が得られる保証はなし。実際、医療機関の今後の病床整備の計画をみると、地域医療構想の下で2025年までに病床数を削減する必要があるにもかかわらず、医療機関サイドでは増床を計画している地域が散見。

4. 加えて、医療計画そのものにも見直すべき点。具体的には、以下の二つ。

一つは、病床規制の在り方。そもそも1985年に医療計画が導入された目的は、病床数の抑制。人口や患者移動等を考慮したうえで地域に必要な病床数（基準病床数）を算定し、これを既存病床数が上回る地域での病床の新設や増床を認めないというもの。医療計画導入時に病床数が基準病床数を上回っていても、病床数を減らす必要はなし。このため、現在でも病床数に大きな地域偏在が存在。

もう一つは、医療計画を最終的に答申する都道府県医療審議会。医療計画は地域住民のために策定されるにもかかわらず、審議会のメンバーは医療提供者が中心であり、地域住民の視点が適切に反映されているとは言い難い状況。

5. 以上を踏まえ、医療計画見直しに必要な視点を整理すると、以下の通り。

第1は、病床削減を可能とする等、都道府県の権限強化。医療機関の賛同を得られない場合でも、

---

必要であれば病床の機能転換や削減が円滑に進むような仕組みを取り入れる必要。

第2は、医療提供体制の量的規制の在り方の再検討。まず、病床については、「必要」ではなく「適正」さの観点から基準を設け、過剰部分について存続させるか精査し、適正と判断されなければ削減を検討。また、わが国の高額医療機器の設置台数が国際的に突出した水準であることを考えると、これらについても適正基準を算定し、稼働率の低い医療機関に対しては更新を認めない等、適正化を進めるべき。

第3は、地域住民の意見が反映されるスキームの導入。タウンミーティングや公聴会の開催だけでなく、地域住民が計画に納得できない場合には見直しを求めることができるようにする等、地域住民のための計画であることを徹底。

さらに、高齢者数がピークを迎える2040年以降医療需要が減少に転じることを考えると、医療提供体制の縮小・集約がスムーズに行われるような環境を早い段階から整備する必要。

## 1. はじめに

都道府県主体のもとで医療の再編が進められようとしている。例えば、医療保険体系では、これまで市町村によって運営されてきた市町村国民健康保険の財政運営責任が都道府県にシフトすることになった。2018年度以降、市町村は引き続き被保険者の資格管理や保険料率の決定、保険料徴収等の業務を行う一方、市町村が保険料率決定の際に参考にする標準的な保険料率の決定、事務の効率化・広域化、給付財源の管理等、財政運営に関する業務は都道府県が担うことになる。

同様に、医療提供体制についても都道府県主導のもとで見直しが進められている。そもそも、わが国の医療提供体制は、諸外国に比べて人口当たりの病床数や高額医療機器の設置台数が多く、これが長期入院や重複検査を通じて過剰な医療費を生み出しているとの問題が指摘されてきた。加えて、団塊世代全員が75歳以上の後期高齢者になる2025年に向けて医療需要の量・質両面での変化が見込まれるなか、現在の提供体制をそのような変化に応じて適宜見直していく必要がある。

こうした状況下、2018年度から第7次医療計画がスタートした。医療計画とは、地域にとって望ましい医療提供体制を整備するために都道府県が作成するアクション・プランのことである。第7次計画には、これまでの計画にはなかった新たな視点やアイデアが盛り込まれており、今後、都道府県はこの計画に従って提供体制を再編していくことになる。

そこで、本稿では、第7次計画の特徴を整理し、今期計画だけでなく医療計画自体の課題を考察すると同時に、今後医療計画を見直す際に必要な視点を検討する。具体的な構成は、まず、第2章では、医療計画の概要と第7次計画の特徴を整理する。続く第3章では、今第7次計画の問題点や医療計画そのものが抱える課題を考察する。最後に第4章では、今後医療計画を見直す際に必要な視点を検討する。

## 2. 医療計画の概要と第7次計画の特徴

### (1) 医療計画とは

医療計画とは、医療提供体制を地域の実情に応じて整備するために策定される計画である。医療機関の適正配置と医療資源の効率的な活用を目的として、1985年の第1次医療法改正において導入された。都道府県が作成するので、「都道府県医療計画」、あるいは「地域医療計画」とも呼ばれる。

そもそも、わが国では、医師は要件を満たせばどこでも自由に医療機関を開業できる「自由開業医制」のもとで医療提供体制が整備されてきた。公的な医療機関についても計画的な配置がなされなかったこともあり、医療資源の地域偏在が指摘されていた。その後、国民皆保険の導入（1961年）や高度経済成長に伴う国民所得の向上等により医療需要が増加すると、地域偏在が残った状態で病床の総数が増加することになり、事態はさらに深刻化した。

そこで、地域ごとに必要な病床数を算定し、実際の病床数が必要量を上回る地域では病床の開設や増床を認めないことで総量を抑えると同時に、過剰な地域から過少な地域に病床を誘導することで地域偏在を是正していく、というアイデアが導入された。これが医療計画である。

医療計画における量的規制のプロセスを具体的にみると、まず、都道府県は医療圏を設定する。一般に医療圏は大きく3次に分かれており、医療計画の対象になるのは、一般的な入院医療を提供するのに相当とされる「二次医療圏」と、専門性の高い救急医療、先進的技術を必要とする医療、特殊な医療機

器の使用を必要とする医療等、特殊な医療が提供される「三次医療圏」である（注1、図表1）。次に、全国統一の算定方式に基づいて「基準病床数」を計算する。基準病床数は、一般病床と療養病床は二次医療圏ごとに、精神、結核および感染症病床については都道府県単位で算定される。仮に、既存の病床数が基準病床数を上回る医療圏で病床の開設や増床の申請があった場合、都道府県は公的医療機関については許可しないことができる。また、民間医療機関については計画の中止について勧告を行うことができ、勧告に従わない場合には、保険医療機関としての指定を行わないことができるとされている。保険医療機関の指定を外されると、当該医療機関を受診した患者は自己負担だけでなく、保険から支払われていたはずの医療費も自身が支払うことになる。患者離れを阻止するためには開設・増床を断念せざるを得ないというわけである。

（図表1）医療圏の内容

医療圏	医療圏の内容	単 位
一次医療圏	健康相談や疾病予防、一般的な治療等、日常生活に密着した保健医療サービスが提供される圏域。	基本的に市町村
二次医療圏	一般的な入院医療を提供することが相当とされる圏域。その際、地理的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等を考慮。	多くの場合、複数の市町村をまとめた範囲
三次医療圏	専門性の高い救急医療、先進的技術を必要とする医療、特殊な医療機器の使用を必要とする医療等、特殊な医療が提供される圏域。	基本的に都道府県（例外は北海道と長野県）

（資料）厚生労働省資料等を基に日本総合研究所作成

（注）三次医療圏の例外として、北海道は6圏域、長野県は必要に応じて4圏域に分かれる。

医療計画はおおむね5年をめぐりに見直しを重ねられており、2008年度を起点とする第5次計画以降は、医療機関の連携推進や疾病別、分野別の目標設定等、医療資源の量だけでなく質についても踏み込んだ内容になっている（図表2）。現在の第7次計画で具体的な記載事項を見ると、5疾患（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、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（小児救急を含む））および在宅医療について医療資源や連携の現状を把握

（図表2）医療計画の主な記載内容

医療圏の設定	病床の整備を図るべき地域的単位として、二次医療圏と三次医療圏を設定
基準病床数の算定	療養病床および一般病床（二次医療圏単位） 精神、結核および感染症病床（都道府県全体）
5疾患・5事業および居宅等における医療（在宅医療）に関する事項	医療資源・医療連携に関する現状の把握 必要な医療機能 課題、数値目標、目標達成に向けた施策、等 ・5疾患…がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患。 ・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）。
医療従事者の確保	地域医療対策協議会の議論および施策 医療従事者の現状および目標
医療の安全の確保	安全確保のための措置に関する現状および目標 医療安全支援センターの現状および目標
地域医療構想	地域医療構想の策定、病床機能の分化・連携の推進
病床機能に関する情報提供	病床の機能の分化および連携の推進

（資料）厚生労働省「第7次医療計画について」、「医療計画作成指針」等を基に日本総合研究所作成

（注）下線は第7次計画で新たに追加された事項。

し、数値目標を設定する。これらの数値目標は、ただ立てるだけではなく、PDCAサイクルを通じて次の計画の改善に活かされることになる。さらに、病床の機能分化や連携推進についても情報が提供されることになっている。

## (2) 第7次計画の特徴

2018年度からスタートした第7次計画の特徴は、①地域医療構想の導入と②他計画との整合性、の大きく二つである。

### A. 地域医療構想の導入

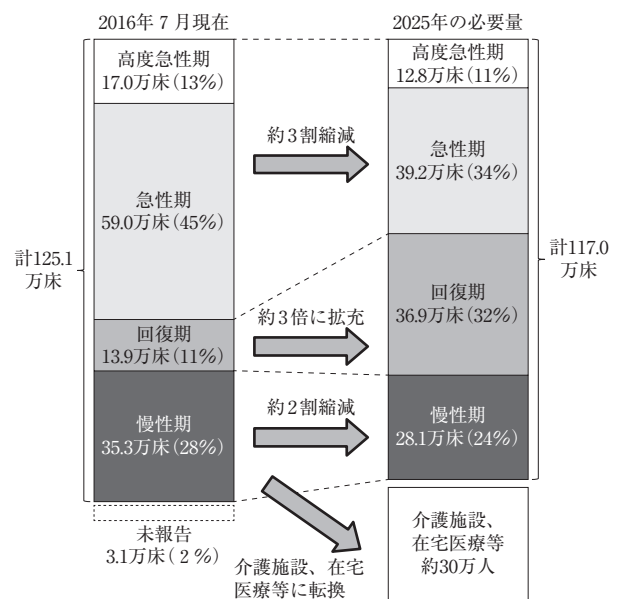
一つは、「地域医療構想」の導入である。

地域医療構想とは、2025年に望ましい医療提供体制を実現しようというビジョンである。2025年は団塊世代全員が後期高齢者入りする年であり、医療ニーズが量・質ともに現在と大きく変わることが見込まれている（図表3）。具体的には、早期の治療が必要な高度急性期と急性期の患者が減少する一方、在宅復帰に向けたリハビリ等が提供される回復期と、長期にわたる療養を必要とする慢性期の患者は増加する。ただし、医療費抑制の必要性や自宅で暮らしたいという患者の意向を考慮すると、慢性期患者については病床を増やすのではなく、介護施設へのシフトや在宅医療への切り替えによって対応する方が望ましい。

そこで、地域医療構想では、医療需要の将来推計や医療機関の情報等を活用し、2025年で必要な機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病床数と在宅医療の必要量が構想区域（二次医療圏が原則）ごとに示されている。また、目指すべき提供体制を実現するための施策（医療機能の分化・連携を進めるための施設整備や医療従事者の確保・養成等）も盛り込むこととされている。

地域医療構想が実現するためには、医療機関だけでなく介護事業者、保険者等、多方面の関係者との合意形成が不可欠である。そこで、医師会や歯科医師会、病院団体をはじめとする医療提供者、保険者および市町村で構成される「地域医療構想調整会議」を開催し、地域医療構想の達成に向けて必要な事項が協議されることになる。具体的には年4回、①現在の病床機能の状況と地域医療構想での必要病床数を比較、②地域で整備すべき必要な医療機能を整理、③医療機関名を挙げたうえで機能連携や転換について具体的に決定、④医療・介護提供体制の整備のために各都道府県に設置された「地域医療介護総合確保基金」（注2）の次年度の活用方法の検討、というPDCAサイクルを通じて協議が進められることになる。

（図表3）現在の病床数と2025年で必要な病床数（機能別）



（資料）各都道府県の「地域医療構想」と「病床機能報告調査」を基に日本総合研究所作成

ちなみに、現在の病床機能の状況は、2014年10月に導入された「病床機能報告調査」の結果が用いられている。これは、都道府県が病床を有する医療機関（病院と有床診療所）に対してそれぞれの医療機能を毎年報告させる制度であり、具体的には現在の機能別病床数、6年後に予定している機能別病床数の他、職員数、医療機器の保有状況等が報告される。

## B. 他計画との整合性確保

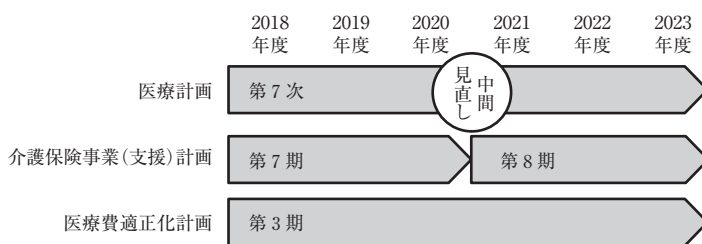
もう一つは他計画、具体的には「介護保険事業（支援）計画」と「医療費適正化計画」との整合性の確保である。

まず、「介護保険事業（支援）計画」は、介護保険の保険者である市町村が制度を円滑に運営するために作成する「介護保険事業計画」と、より広域な調整を必要とする事項に関して都道府県が作成する「介護保険事業支援計画」の二つの計画の総称である。具体的には、介護保険事業計画では、各年度の介護サービスの種類ごと、および区域（日常生活圏域）ごとの量と見込み、その見込み量を確保するための方策、保険料の設定、等が記載される。一方、介護保険事業支援計画では、介護保険施設の種類ごとの必要入所定員総数の区域（老人福祉圏域）ごとの見込み、施設整備に関する事項、人材確保や資質向上に資する事業に関する事項、等が盛り込まれる。

地域医療構想が実現するには、療養病床の代わりに慢性期患者の受け皿となる介護施設の他、在宅での療養を可能とする居宅介護サービスの整備が不可欠である。そこで、2018年度以降、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性が図られることになる。

具体的には、両計画の区域（医療計画は二次医療圏、介護保険事業（支援）計画は老人福祉圏）を可能な限り一致させるとともに、サービス必要量や整備目標の推計に必要な人口推計や患者の入退院の状況等のデータについて整合性が確保される。また、より緊密な連携が図れるよう、都道府県と市町村の関係者、地域の医療・介護関係者で構成される協議の場が設けられることになった（原則として二次医療圏単位）。さらに、介護保険事業（支援）計画のサイクルが3年毎であることを踏まえ、医療計画の期間がこれまでのおおむね5年から6年に変更された。医療計画の中間見直しと介護保険事業（支援）計画の1サイクルが終了する時期を合わせることで、それぞれの進捗状況を踏まえたうえでの見直しや次期計画の策定が行われるようになる（図表4）。

（図表4）各計画のスケジュール



（資料）日本総合研究所作成

次に、医療費適正化計画についてである。医療費適正化計画とは、特定健康診査・指導の実施率や平均入院日数、後発医薬品使用率等について目標を定め、医療費の適正化を目指すもので、都道府県により作成される。地域医療構想の導入により、2018年度から始まる第3期計画から、病床機能の分化・連携を踏まえて適正化の効果が図られることになる。具体的には、記載内容について、これまでの健診実

施率や平均入院日数の目標値に加えて、地域医療構想と統合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標についても設定するようになった。

また、地域医療構想と医療費適正化計画を統合的かつ速やかに策定する観点から、医療費適正化計画の期間も医療計画と合わせて5年から6年に変更された。今後、医療費適正化計画と医療計画は都道府県によって一体的に運営されることになる。

(注1) 一次医療圏は医療計画のなかではなく、地域保健事業の一環として市町村ごとに整備されている。

(注2) 高度急性期から在宅医療、介護までの一連のサービスを地域で総合的に確保するため、2014年度に導入された財政支援制度。病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進の他、医療従事者の確保等が対象になる。財源は国が2/3、都道府県が1/3で、都道府県および市町村が策定した基金事業計画に沿って配分される。

### 3. 医療計画の問題点

このように、病床数の規制を目的に導入された医療計画は、医療の機能分化・連携という質的側面にまで範囲を広げることになった。さらに、第7次計画では、2025年に見込まれる医療の需給ギャップの解消に向け、地域医療構想の導入や他計画との整合性確保が盛り込まれた。

では、これで病床機能の再編が進み、医療資源の効果的・効率的な配置が達成されるかといえば、疑問が残る。それは、地域医療構想の実現が極めて不透明であるだけでなく、医療計画そのものについても見直すべき点があるためである。具体的には、以下の通りである。

#### (1) 意思決定能力に欠ける地域医療構想調整会議

第1は、地域医療構想の実現には病床の機能再編や削減等、大きな課題を克服する必要があるにもかかわらず、協議の場である地域医療構想調整会議の運営プロセスを見ると、意思決定能力に欠けることである。

地域医療構想調整会議は、基本的に協議をベースに運営される。しかし、病床再編実現のカギは医療機関との合意形成であるにもかかわらず、現在の都道府県の権限が極めて限定的であることを考えると、協議が紛糾した場合に利害関係者の意見が調整されるか極めて不透明と判断せざるを得ない。現在、都道府県の権限は、既存病床数が基準病床数を上回る地域での開設・増床を回避するのにとどまっており、既存病床数を基準病床数に一致させる、すなわち既存病床を廃止する権限はないためである（注3）。

地域医療構想での基本病床数を、2016年に実施された病床機能報告調査の結果と比較すると、2025年に向けて回復期病床は13.9万から36.9万に約23万増やす一方、それ以外の高度急性期は17.0万から12.8万へ約4万床、急性期は59.0万から39.2万へ約19万床、慢性期は35.3万から28.1万へ約7万床減らすことになる（図表3）。トータルの減床数は約6万床となるが、病床機能報告で機能が報告されていない病床数約3万床の削減を合わせると、トータルで約9万床減らす必要がある。この10年の病床数の減少が病院（一般と療養の計。精神、感染症および結核は除く）で4.2万、診療所で5.6万の計9.8万であることを考えると、これとはほぼ同じスピードで病床を削減することになるわけである。公的医療機関や診療所を中心に病床の廃止が進められるとしても、地域に公的医療機関や診療所しかない地域では病床の廃止は難しく、地域医療構想の通りに病床数が削減されるとは考えにくい。



また、医療機関の意向を踏まえると、病床数の削減だけでなく病床機能の転換についてもスムーズに進む公算は小さい。病床機能報告調査では医療機関に対して6年後の病床機能についても尋ねており、その予定を地域医療構想での機能別病床数の方向性と構想区域ごとに比較した結果が図表5である。

(図表5) 構想区域ごとにみた機能別病床数の増減状況

			〈2025年必要量の実現に向けた方向性〉 地域医療構想 (2016→2025)			
			増床	維持	減床	計
病床機能報告 (医療機関の計画における方向性) (2016→2021)	高度急性期	増床	44	0	39	83
		維持	156	10	60	226
		減床	3	0	19	22
		(小計)	(203)	(10)	(118)	331
	急性期	増床	5	0	59	64
		維持	4	1	75	80
		減床	7	0	180	187
		(小計)	(16)	(1)	(314)	331
	回復期	増床	207	0	2	209
		維持	97	1	4	102
		減床	19	0	1	20
		(小計)	(323)	(1)	(7)	331
	慢性期	増床	13	0	38	51
		維持	18	3	105	126
		減床	17	0	137	154
		(小計)	(48)	(3)	(280)	331

(資料) 各都道府県ホームページより日本総合研究所作成

(注) 石川県と三重県は除く。

縦欄は病床機能報告の結果から得られた医療機関の今後の予定を構想区域単位で集計したもので、圏内の病床数が2016年から2022年に向けて増床する、現状維持、あるいは減床する構想区域の数である。例えば高度急性期では、石川県と三重県を除く(注4)全国331の構想区域のうち、増床となるのが83、現状維持が226、減少となるのが22となる。病床機能の再編に消極的な医療機関の態度をうかがうことができよう。一方、横欄は、地域医療構想の実現に向けて必要な病床数の方向性をみたものである。例えば、高度急性期で見ると、増床、現状維持、減床が必要な構想区域の数は、各々203、10、118となる。なお、マクロでの病床数は前掲の通り減らす方向であるものの、地方には急性期病床が絶対的に不足している地域が多いことが分かる。

このように、病床機能報告調査と地域医療構想の結果をマトリックスで見ると、医療機関の意向が必ずしも地域医療構想と一致していないことが分かる。例えば、高度急性期では、地域医療構想では減床が必要とされているながら、病床機能報告で医療機関が増床を予定している構想区域が39ある。同様に、他の医療機能についても、地域医療構想と医療機関の計画が逆方向の構想区域が存在することが確認される。このことは、地域によっては地域医療構想で目指される医療提供体制の姿と医療機関の意向が異なることを示しており、地域医療構想調整会議での協議の難航が予想される。

また、地域医療介護総合確保基金により病床の機能転換や削減等、医療機関の自主的な取り組みを促すことについても疑問が残る。毎年900億円程度が医療分として計上されているが、医療従事者の確保や居宅での医療提供体制の整備等にも使われていることを考えると、その予算規模で医療機関のマイン

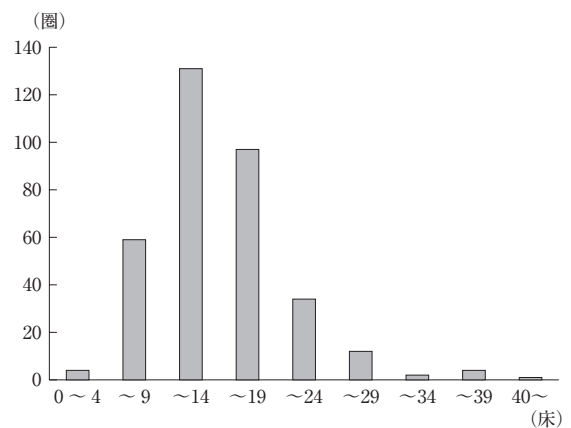
ドを変えることができるのか、心もとない感は否めない。病床転換や廃止は医療機関の経営に中長期的な影響を与えることを考えると、現在の規模での基金頼みの対応には限界があるといえよう。

## (2) 「適正」ではなく「必要」な位置付けとしての基準病床数

第2は、医療計画における「基準病床数」のそもそもの発想である。基準病床数とは、基準を上回る部分が過剰とみなされるという意味で「適正」な病床数ではなく、地域の入院需要が充足されるのに「必要」な病床数を意味する（注5）。よって、それを上回っても無駄ということにはならない。実際、必要量を上回る病床については、長期入院の温床になっているだけでなく、病床を多く抱える医療機関の既得権益になっているとの指摘はあるものの、病床数を必要な水準に収束すべきとの議論には至っていない。このため、医療計画導入前だけでなく、導入後一定の猶予期間内に開設・増設された病床数については、基準病床数を上回っていても規制の対象にはならない。

その結果、医療計画の導入によって医療資源、具体的には病床の地域偏在の是正が図られてきたものの、人口当たり病床数を二次医療圏ごとに見ると、相変わらず大きな地域格差が存在している（図表6）。基準病床数は、性別や年齢階級別人口、病床利用率や入院患者の地域間異動等を基に全国統一の算定式で算出される。人口以外の変数も算定要素に入るので、人口当たり病床数が二次医療圏で異なるのはある意味当然である。しかし、人口1,000人当たり病床数を二次医療圏ごとに見ると、最少の2床から最高の48床まで20倍以上の開きがあり、病床規制導入当時の地域格差が残存している。

（図表6）人口1,000人当たり病床数別にみた二次医療圏数



（資料）厚生労働省「医療施設調査」、総務省「国勢調査」より日本総合研究所作成

また、わが国の病床数は近年減少傾向にあるものの、人口1,000人当たり病床数を諸外国と比較すると、わが国の13.2に対してドイツは8.1、フランスは6.1、イギリスは2.6であり、国際的に高水準であることが分かる。このことが国際的にみて長い平均在院日数や、少ない病床当たり職員数の一因となっていることを考えると、医療費の増加や医療従事者の長時間労働を是正する観点からも、現在の病床の水準が適正か否かを改めて精査する必要があるだろう。仮に過剰と判断された場合、都道府県には病床削減の権限はないとしても、医療関係者だけでなく地域住民においても病床過剰という認識を共有することは、地域医療構想の円滑な進行にとってプラスになると思われる。

## (3) 医療関係者中心の医療審議会

第3は、医療計画を最終的に答申する都道府県医療審議会の構成メンバーが、医療提供者をメインに構成されている点である。

医療審議会の委員は、①医療を提供する者、②医療を受ける者、③学識経験者、の3者で構成される

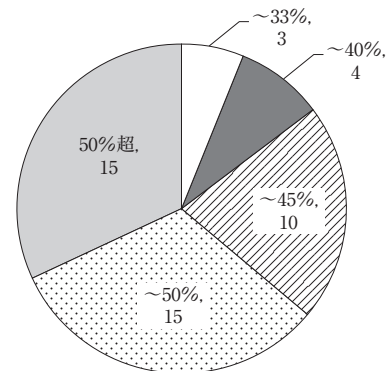
決まりではあるものの、これらをどのような割合で委員を選任するかは都道府県の判断にゆだねられる。

そこで、47都道府県の医療審議会の構成を整理してみた。なお、厚生労働省（注6）によると、①医療を提供する者としては都道府県の医師会、歯科医師会、薬剤師協会、病院団体、②医療を受ける者としては市町村の代表者、医療保険の代表者、③学識経験者としては医学、公衆衛生、看護、救急等に関する事項についての学識経験者、が例として挙げられているが、その他の基準は極めて曖昧である。例えば、病院長や看護協会関係者等は、病院サービスや看護サービスを提供するという意味で①医療を提供する者と考えられるが、③学識経験者に分類する県もみられた。そこで、本稿では、病院長や看護協会関係者等を①医療を提供する者としてカウントしている。

その結果をみると、医療審議会委員の中心は医療提供者であることが分かる（図表7）。医療提供者が40%超を占める都道府県数は40、うち15で過半を占めており、3分の1以下はわずか3であった。また、審議会での議事が可否同数であった場合決定をゆだねられる立場にある会長の役職を確認できた46都道府県のうち、医師会や薬剤師会等の代表者が会長になっているところは37と8割に達していた。

さらに、公募委員の参加が確認できたのは11県にとどまっており、市民目線の乏しさが目立つことも指摘される。もちろん、医療計画の策定に際してタウンミーティングの開催等、地域住民の声を聴く仕組みはあるものの、最終的に医療計画を答申する場で、地域住民の視点が極めて反映されにくい現状が明らかになったといえよう。

（図表7）医療提供者のシェア別にみた都道府県数



（資料）日本総合研究所作成  
（注）医療提供者には大学病院長と看護協会関係者を含む。

（注3）基準病床数は、地域における病床数の上限ではないことに留意。

（注4）6年後の機能別病床数の計画について、石川県は高度急性期について二次医療圏別データが公表されていない（県内総数のみ）。また、三重県は6年後の計画について調査結果が公表されていない。

（注5）医療計画導入当初、基準病床数は「必要病床数」と称されていた。

（注6）「医療法人制度の改正及び都道府県医療審議会について」健政発第410号（1087年6月26日）。

#### 4. 今後の医療計画の見直しに際して必要な視点

以上を踏まえて、今後の医療計画の見直しに際して必要な視点を整理すると、以下の通りである。

##### （1）都道府県の権限強化

第1は、都道府県の権限強化である。「協議」、言い換えれば「話し合い」を基本に進める病床機能の再編では効果に限界がある。

現在、地域医療構想の実現に向け、新たな都道府県知事の権限の創設が検討中である。具体的には、既存病床数が基準病床数を下回っており、追加的な病床の整備が可能であるものの、人口の減少が進むこと等により将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合、医療機関の新規開設、増床等の申請を

許可しないことができるように検討が進められている。

もっとも、地域医療構想実現のためには病床の機能転換だけでなく絶対数の削減が必要であることを踏まえると、病床の新設や増設を許可しただけでは不十分であり、都道府県が過剰な病床を削減できるような権限なり仕組みを導入する必要があると考える。同時に、国からの押し付けではなく、都道府県自らが積極的に取り組むようなインセンティブの付与が強く求められよう。

## (2) 量的規制の在り方の再検討

第2は、量的規制の在り方の再検討である。具体的には、①現在の病床規制の在り方の見直しと、②病床以外の医療資源に関する規制の導入、が挙げられる。

まず、現在の病床規制については、基準病床数の定義を見直すことが求められる。前述の通り、病床規制のメルクマールとなる基準病床数は、地域の入院需要にとって必要な病床数であり、それを上回る部分が過剰とみなされるという適正水準という位置付けではない。しかし、相変わらず大きな病床数の地域偏在が残る一方で、国際的にみて多い人口当たり病床数が医療費の増加や医療従事者の過酷な勤務環境の一因になっていることを踏まえると、病床数を適正な水準に収束させる必要がある。このようにみると、基準病床数の概念を「必要」ではなく「適正」な病床数に転換すると同時に、過剰病床数の削減を可能とするスキームを導入することが求められよう。

加えて、病床以外の医療資源については、入院だけでなく外来や薬剤処方、CTやMRI等の高額医療機器についても規制を設けるべきである。そもそも医療計画の目的は、地域に望ましい医療提供体制を整備することであり、対象を入院に限定する必要はない。とくに、高額医療機器については、わが国の人口当たり設置台数は国際的に突出しており、このような過剰投資が医療機関の経営を圧迫し、ひいては診療報酬引き上げの圧力になっていることを踏まえると、基準病床数のような全国的な設置基準を設け、適正配置を進めるべきと考える。

現在、高額医療機器の保有状況については、病床機能報告調査で報告されることになっている。使用状況も報告事項に加えるとともに、全国的な設置基準を導入すれば、稼働率の低い施設については医療機器の更新を認めず他医療機関との共同利用を促すことで、過剰設備の適正化を進めることが可能ではなかろうか。

ところで、病床や高額医療機器の新設・増設に関する規制については、全国民を対象にする医療制度を持たないアメリカでも州法ではあるものの存在する。CON（Certificate of Need）規制である。

そもそもCON規制は、1974年に制定された連邦法「国家医療計画・資源開発法（National Health Planning and Resources Development Act）」の一環として導入された。具体的には、連邦政府は州政府に対して医療機関等から申請された病院の新設や増床・病床転換、高額医療機器の購入等について必要証明（CON）審査を行うよう義務付け、州政府がこれに従わない場合には、公的医療制度（高齢者を対象とするメディケアと低所得者を対象にするメディケイド）にかかる州への補助金が凍結される。

その後、連邦法としてのCON規制は1986年に廃止されたが、現在でも34州とコロンビア特別区で適用されている（注7）。規制の内容や手続きのプロセスは州によって様々であり、参考までに各州の主な医療資源と高額医療機器のカバレッジの状況を整理すると、図表8の通りである。

(図表 8) 主な医療資源と高額医療に関する各州CONカバレッジの状況 (2016年)

州	急性期病床	ナーシングホーム 病床／慢性期病床	CT	MRI	PET	ガンマナイフ	超音波	直線加速器	ICF/MR	LTAC	精神科サービス	産科サービス	心臓カテーテル	放射線治療	腎不全／透析	臓器移植
アラバマ	○	○				○			○	○	○	○	○	○	○	○
アラスカ	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○
アーカンソー		○							○		○					
コネティカット	○		○	○	○			○		○	○		○	○		
デラウェア	○	○			○					○			○	○		
フロリダ	○	○							○	○	○		○			○
ジョージア	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○		
ハワイ	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
イリノイ	○	○							○	○		○	○		○	○
アイオワ	○	○	○	○	○	○			○	○	○		○	○		○
ケンタッキー	○	○		○	○				○	○	○	○	○	○		○
ルイジアナ		○							○							
メイン		○				○	○			○	○		○	○	○	
メリーランド	○	○							○	○	○	○				○
マサチューセッツ	○	○		○	○	○			○	○	○		○	○		○
ミシガン	○	○	○	○	○	○				○	○		○	○		○
ミシシッピ	○	○		○	○	○			○	○	○		○	○	○	
ミズーリ	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○		
モンタナ	○	○							○	○						
ネブラスカ		○							○	○						
ネバダ	○	○							○		○					
ニュージャージー	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○
ニューヨーク	○	○	○	○					○	○		○	○	○	○	○
ノースカロライナ	○	○		○	○	○		○	○	○	○		○	○	○	○
オハイオ		○														
オクラホマ		○							○		○					
オレゴン	○	○	○	○	○				○	○	○					
ロードアイランド	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○		○
サウスカロライナ	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○		
テネシー	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○		
バーモント	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
バージニア	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○		○
ワシントン	○	○								○	○	○	○		○	○
ウェストバージニア	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
コロンビア特別区	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○

(資料) AHPAホームページより日本総合研究所作成

(注1) 直線加速器は、放射線治療用のX線や電子線を発生させる装置。

(注2) ICF/MR (Intermediate care factory for the mentally retarded) は知的障害者向け中間ケア施設。

(注3) LTAC (Long-term acute care) は長期急性期医療。

### (3) 住民参加の視点

第3は、住民参加の視点である。

前述の通り、医療計画を最終的に答申する医療審議会は医療提供者中心で構成されている。そもそも、わが国の医療制度の特徴のひとつとして、国や医療提供者の意向が重視される一方、保険者や地域住民の意見が反映されにくいとの指摘がある。そこで、保険者については、第3期医療費適正化計画から、策定にあたって都道府県に保険者で構成される保険者協議会に事前に協議することを義務付けたことに加えて、地域医療構想調整会議に医療保険者の参加を求める等、地域医療行政において保険者の関与が拡大している。

一方、地域住民については、地域医療構想調整会議で議論を進めるに際し、今後の地域における医療提供体制をどのように整備していくかについて、できるだけ分かりやすく周知し、地域住民の理解を深めるとされているものの、構成メンバーの必須要件ではない。

一方、アメリカのCON規制では、地域住民の反対がある場合、当局は医療機関からの設備投資に関する申請に否と判断することができる。例えば、規制レベルが中程度のワシントン州では、医療機関により提出される申請書には住民への影響に関する定量分析が記載されている必要があり、住民から出されたパブリック・コメントは当局が決定を下す際に重要な判断根拠として扱われる。また、住民の要求があれば公聴会が開かれ、その通知は地元新聞や当局のウェブサイトに掲示される。さらに、承認の決定がなされた後も、決定に不服がある場合には再審査を求めて公聴会の開催を再度求めることができるうえ、最終決定の後も満足しなければ承認の無効を提訴する機会が与えられている。

医療計画が地域住民のために策定されることを考えると、わが国でも医療計画の策定に際して住民のニーズを汲み上げるとともに、住民が賛同できない場合には計画の再考を要求できる仕組みを講じる必要があるだろう。

### (4) 2025年以降の対応

第4は、2025年以降の対応である。

わが国の医療需要は2025年に向け量・質ともに大きく変化することが見込まれているが、高齢者人口がピークを迎える2040年以降は医療需要そのものが減少に転じる見通しである。医療提供体制の縮小・集約に対しては医療機関からの大きな反発が予想されるが、都道府県主導のもとで、病床の削減や高額医療機器の適正配置等がスムーズに行われるような環境を整備する必要がある。地域医療構想調整会議での協議が円滑に行われるためにも、早急に取り組むべきと考える。

また、経済産業省〔2015〕の試算によると、外来に対する需要は2025年、入院に対する需要は2040年をピークに減少に転じるが、75歳以上の入院需要については、2040年以降も2010年の約2倍の水準で推移し続ける見通しである。20~74歳人口が現在の8,700万から7,200万人に大きく減ることを考えると、負担能力の観点から療養病床を中心に大きく削減することが不可避であり、代わりに受け皿となる在宅医療や介護サービスを今まで以上に充実させる必要がある。

病床再編だけでなく医療・介護の連携強化を含め、2040年以降の対応に現段階から取り組むことが求められる。

---

最後に、わが国の医療提供体制は、医療資源の地域偏在という国内問題だけでなく、国際的に突出した病床数や高額医療機器設置台数等、インターナショナル・スタンダードの観点からも大きな課題を抱えている。現在、既存病床数が基準病床数を上回っている地域では、多くの病床を抱える医療機関が既得権益を享受する形になっており、高度専門技術を備える効率的・効果的な医療機関の新規参入が阻まれる事態も生じている模様である。地域に望ましい医療提供体制をどう整備していくか、今後、都道府県の手腕が問われることになるであろう。

(注7) アリゾナ、ミネソタおよびウィスコンシンでは、CONという名称ではないものの、何らかの医療資源について同様の規制が存在する。

(2018. 7. 12)

#### 参考文献

- [1] 経済産業省 [2015]. 「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会報告書」(2015年3月)
- [2] 東京財団 [2017]. 「地域医療構想の成果と課題～合意形成を軸とした切れ目のない提供体制を～」政策研究
- [3] 飛田英子 [2014]. 「医療計画の実効性を高めるためにアメリカCON規制から学べ」JRIレビュー Vol.4, No.14
- [4] American Health Planning Associationホームページ