

1 「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果」等について

2
3 公益社団法人 日本医師会

4 2015年6月17日 定例会見

5
6 2015年6月15日、医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調
7 査会から第1次報告が発表された。この中では2025年の医療機能別必要病床
8 数の推計結果も示されている。

9
10 地域医療構想は、構想区域内で、必要な病床を手当てする仕組みである。手
11 当の仕方は地域の事情によってさまざまであり、構想区域の必要病床数を全国
12 集計していくらになったということに意味はない。そうしたことを踏まえず、
13 単純集計を公表したことは納得できない。

14 また、報告書の公表以前に、情報が流出し、一部で「病床10年後1割削減」、
15 「全国の病院、必要ベッド20万床減」と報道され、地域の医療現場を混乱さ
16 せ、地域住民を不安に陥れた。きわめて遺憾である。

17 18 19 **医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「医療・介護情報** 20 **の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」について**

21
22 本調査会は、医療・介護情報の活用方策等の調査及び検討を行うことを目的
23 として設置されたが、今回の報告では医療・介護提供体制の改革そのものにま
24 で踏み込んでおり、行き過ぎであると考える。

25
26 具体的に問題、懸念がある部分は以下のとおりである。

- 27
28 (1) 地域医療構想は、地域の実情を踏まえて策定されるものである。今回の
29 報告でも「地域の医療ニーズに対応した医療機関別の病床が確保されるよう、
30 医療提供体制の改革を進めていくことが望ましい」(3頁)としているが、一

1 方で「地域の実情を勘案するに当たっても、人口構造の違いなど、客観的に
2 説明可能なものの範囲にとどめるべきである」(3～4頁)として、地域の実
3 情を踏まえることに制限をかけていることは問題である。

4 また、「解消しきれない地域差については、当該都道府県に、その要因等
5 の公表も含め、説明責任を求め、更なる是正の余地がないか、チェック・検
6 討できるような枠組みを構築することが重要である」(4頁)とある。地域差
7 の要因を分析することは重要ではあるが、地域差をすべて否定すること
8 になってはならない。

9
10 ※「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会について」
11 社会保障制度改革推進本部決定 2014年7月1日

12 1. 社会保障制度改革推進本部令(平成26年政令第218号)第1条の規
13 定に基づき、社会保障制度改革を推進する観点から、地域横断的な医療・
14 介護情報の活用方策等の調査及び検討を行うため、医療・介護情報の活
15 用による改革の推進に関する専門調査会(以下「専門調査会」という。)
16 を置く。
17 (以下略)

18
19 ※社会保障税・一体改革においても地域の実情を踏まえた改革を行うこと
20 となっている。

21 2011年7月1日 「社会保障・税一体改革成案」閣議報告

22 「地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を
23 図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のため
24 の一括的な法整備を行う。」

1 (2) 都道府県知事の権限の強化が懸念される。「都道府県においては、地域
2 医療介護総合確保基金に加え、医療介護総合確保推進法において整備した
3 都道府県知事が役割を発揮できる仕組みなどを最大限活用」(4頁)すると
4 ある。折しも、2015年6月10日の経済財政諮問会議では、有識者議員が
5 県の権限強化で病床再編を後押しすると言っている。医療法では地域医療
6 構想においては、都道府県知事が対応できるケースは以下の4つのみであ
7 る。行き過ぎた強制力の発揮は、地域医療にひずみを生じさせる。

- 8 1. 病院・有床診療所の開設・増床等への対応
- 9 2. 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応
- 10 3. 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけ
11 では不足している機能の充足が進まない場合の対応
- 12 4. 稼働していない病床への対応

13
14
15 ※経済財政諮問会議有識者議員「論点整理・社会保障のポイント②」

16 2015年6月10日 経済財政諮問会議資料

17 「都道府県別の医療提供体制の差を徹底したデータ分析により一層「見え
18 る化」し、適切な体制転換を促す。併せて、診療報酬体系の見直し、改
19 革が進まない地域における診療報酬の引下げ(制度運用のガイドライン
20 策定等)、大胆な病床再編を可能とする県の権限強化で後押し」

1 (3) 平均在院日数のさらなる短縮化を求めていることも問題である。

2 「退院計画を早めに策定するなど、患者の状態像に応じ、円滑な転棟・転
3 院等ができるような取組を進めていくことが重要」(4頁)、「平均在院日
4 数の短縮も図るなど、より質が高く効率的な医療提供体制の構築に向けた
5 検討を進めていくこと」(16頁)という記述である。日本医師会は平均在
6 院日数の短縮化は限界にきていると主張してきた。これ以上の短縮化は、
7 患者の追い出しにつながるうえ、勤務医の疲弊を増すことになる。

8 DPC では平均在院日数の短縮化が進んでいるが、その結果、治癒率が低下
9 し、再入院率が上昇するという事態になっている。

10 なお、地域医療構想の医療ニーズの算定にあたっては、平均在院日数では
11 なく医療資源投入量が用いられている。ここで平均在院日数が用いられな
12 かったことには評価をしている。

13
14 ※勤務医からは、入退院の入れかわりが早く、退院サマリ等を書く時間が
15 ない、入退院のサイクルが短縮したため、書類仕事が膨大になっている
16 という声がある(中医協・検証調査¹)

¹ 中医協・診療報酬改定結果検証部会「病院勤務医の負担軽減の実態調査報告書」(自由記述欄【抜粋】),
2009年4月22日 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0422-3d.pdf>

1 (4) 診療報酬について、具体的な記述があるが、診療報酬については中医協
2 でしっかり議論していく。地域医療構想と診療報酬をリンクさせるべきで
3 はないが、地域医療ニーズの充足を阻害している不合理な診療報酬要件(た
4 とえば回復期リハビリテーション病棟入院料1における専従医師1名以上)
5 は是正すべきであるとする。

6
7 専門調査会報告書 15 頁

8 「施設基準などの構造面を患者の状態像に合ったものとするよう見直して
9 いく必要があるとともに、その病床に求められる医療が提供されている
10 のかの評価も併せて進めていくことが重要であり、医療提供体制の持続
11 可能性という視点にも配慮しつつ、適切な診療報酬体系の構築に加え、
12 アウトカム評価を含めた診療プロセス等の分析・評価や臨床指標の策定
13 などが課題となる。

14
15 「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について（厚生労働省提出資
16 料） 1 頁

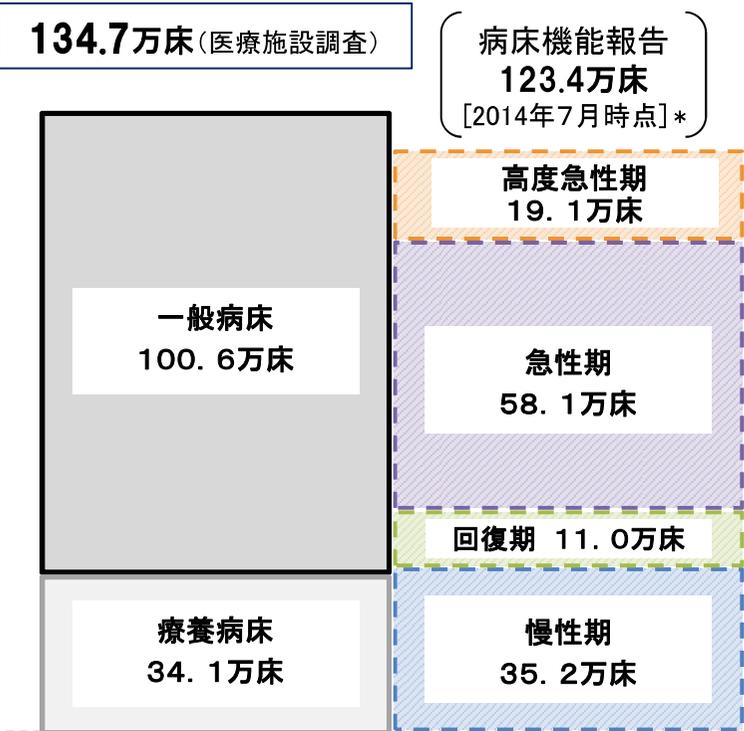
17 「各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当
18 たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要」

19
20
21 (5) 地域医療構想は拙速に策定すべきではない。今回の報告書は、「、早急に
22 地域医療構想を策定する」(5 頁) ことを求めているが、地域医療構想策定
23 ガイドラインにも「拙速に陥ることなく確実に、将来のあるべき医療提供
24 体制の実現に向け、各医療機関の自主的な取組等を促す」(地域医療構想策
25 定ガイドライン 12 頁) とある。地域の実情を見誤ることなく、関係者の理
26 解と納得を得て慎重に進めていかなければならない。

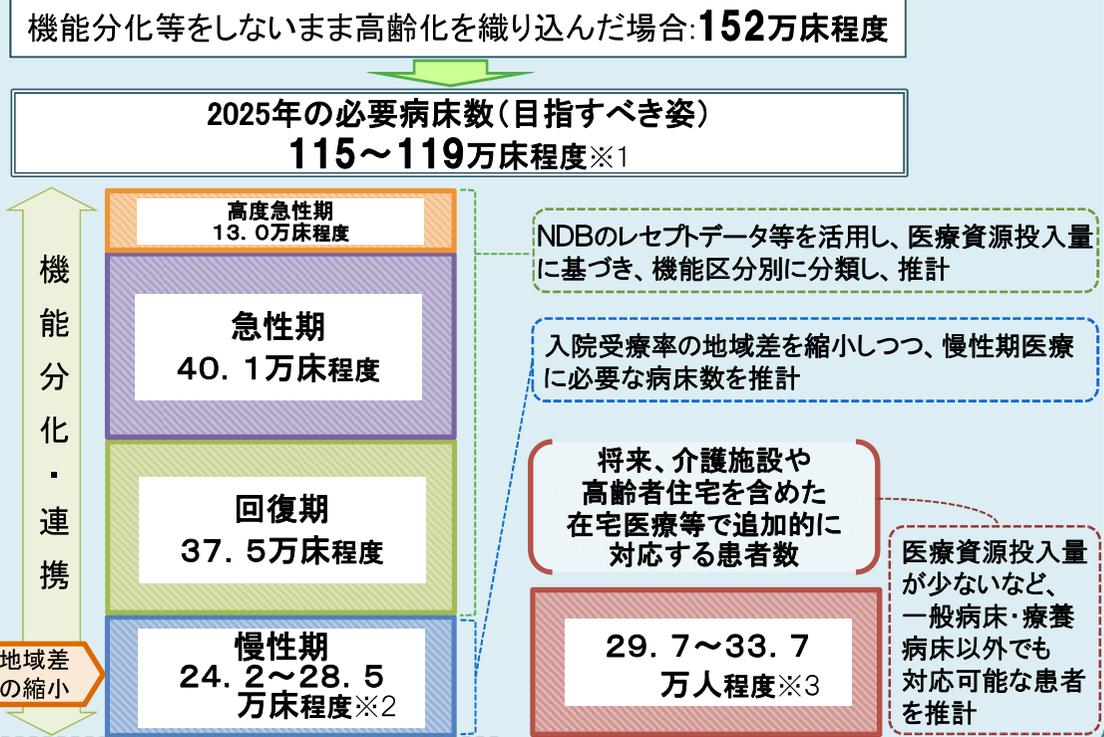
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の**病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供**することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の**医療・介護のネットワークの構築と併行して推進**。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

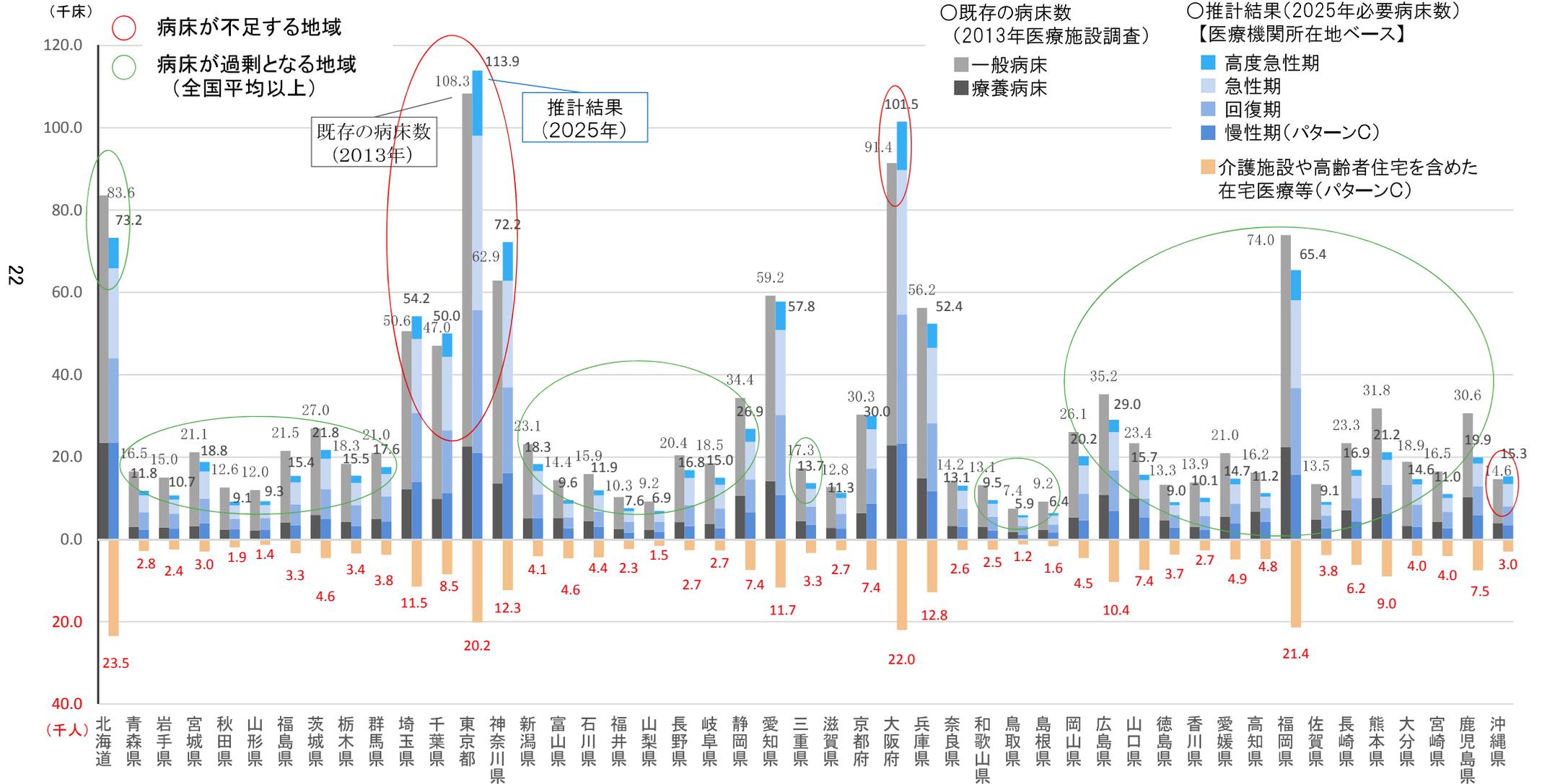


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2025年の病床等の必要量

(1000床)

