

【照会先】

健康保険組合連合会

医療部医療・情報グループ

TEL : 03-3403-0987

医療提供体制の諸課題に関する健保連の考え方

2016年10月17日
健康保険組合連合会



1. はじめに

わが国では、急速な高齢化の進展や医療の高度化により、2025年に向けて全体の医療費が増大していく一方、財政面で下支えしている現役世代は少子化により減少傾向にある。このため、国民皆保険制度の持続性を担保しつつ、国民が将来にわたって良質な医療を受けられるようにするには、効率的・効果的な医療提供体制への再構築と医療費の適正化を同時並行で計画的に進めていかなければならない。

これまで健保連は、「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」（2007年6月）、「医療提供体制に関する健保連の見解」（2013年7月）において、患者中心の効率的・効果的な医療提供体制を構築すべきと訴え、関係審議会などでも主張し続けているが、その実現は未だ道半ばである。

国は、社会保障・税一体改革に基づく措置として、いわゆる医療介護総合確保推進法を公布・施行した。同法には、各都道府県の医療計画の実効性を高める観点から、医療機能毎の将来の必要病床数を定める地域医療構想の策定、構想の実現に向けた財政支援としての地域医療介護総合確保基金の設置などが盛り込まれた。

また、医療提供体制の見直しにおける保険者の役割が法律上、明確化されたのも大きな特徴であり、こうした中で2017年度には、2018～2023年を1期とする第7次医療計画のとりまとめ作業が各都道府県で開始される。2018年度は第7期介護保険事業計画の開始期でもあり、診療報酬・介護報酬の同時改定も予定されているため、関係審議会においては2018年度まで一体的な検討が必要となり、地域における将来の医療介護の過不足ない確保に向けて極めて重要なものとなる。

このため、前回の見解以降の動向変化や現下の状況を踏まえ、医療提供体制の諸課題に関する健保連の現時点の考え方について、以下のとおり整理した。

2. 効率的・効果的な医療提供体制の構築

(1) 医療の機能分化、連携

○ 病床の機能分化、連携

現在の入院医療は、状態の早期安定に向けた医療の提供を中心とする急性期病床の割合が高く、将来の不足が見込まれている高齢者などの生活復帰を支援する回復期病床等は不足している。また、在宅医療や介護の受入体制も十分でないため、居宅や施設で療養可能な患者もやむを得ず医療機関に長期入院するという状態も解消されていない。

こうした現況の下、患者が高度急性期から急性期、回復期、慢性期に至るまで状態に合った病床や、居宅、施設で適切な医療・介護を切れ目なく受けられるようにするためには、各都道府県において2025年以降の人口動向も見据え、病床機能の分化、連携の推進ならびに在宅医療・介護の体制整備について、地域医療構想を含む医療計画に沿って、PDCAサイクルの中で進捗管理しながら計画的に進めていかなければならない。

○ 外来医療の機能分化、連携

高齢期を迎えても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるには、医療、介護、生活支援、介護予防が日常生活圏内で包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築も急務である。その推進にあたって健保連は、当該圏内において、特定の診療科に偏ることなく、どのような疾患・症状を抱える患者に対しても継続的・一元的な診療や服薬管理・指導が可能で、状態に応じ適宜適切に高機能医療機関を紹介することができる「総合診療医」の早期養成・普及を求めてきた。

国は、これまで新たな専門医制度における専門医の 1 つとして「総合診療専門医」を作り、2017 年度からの養成開始に向けた準備を進めており、健保連としても評価しているが、正式な養成開始は 1 年先送りされ、2018 年度から開始される見通しとなった。

この「総合診療専門医」の養成・普及には相当の時間を要するが、高齢化の進展は待ったなしである。したがって、「総合診療専門医」が各地域に普及するまでの間は、現在、診療報酬上で定義されている「主治医」や「かかりつけ薬剤師」の機能強化を図ることで、高齢患者の増加に対応すべきである。

○ 在宅医療・介護体制の整備

国の「高齢者の健康に関する意識調査」では、治る見込みがない病気になった場合に最期を迎えたい場所として、5 割強が「自宅」を希望しており、医療機関や介護施設を上回っている。一方、実態として、医療機関以外の場所における死亡は近年微増傾向にあるが、依然として医療機関での死亡が 8 割近くを占めている。

このような状況下にあって、患者が自宅や介護施設等において快適で安心できる療養生活を送れるようにするためには、都道府県が地域医療構想を含む医療計画などにおいて、将来需要も適切に見込んだ上で質の確保された在宅医療・介護サービスの確保に向けた課題を抽出し、課題解消に向けた施策を実施する必要がある。さらに、患者の状態急変時ならびに看取りの対応力向上に資する目標も設定し、介護保険の実施主体である市町村との連携の下で計画的に進捗管理していく必要がある。

現在、社会保障審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」では、2018 年 3 月末の廃止が法律上決まっている介護療養病床と、医療法による看護配置の緩和措置が同月末に切れる 25 対 1 医療療養病床の移行先として、「医療機能を内包した施設」「医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設型」の 2 つの施設類型の制度化に向けた検討が進んでいる。これらの施設・人員配置の基準については、快適で安心できる療養環境が確保され、医療の必要度は比較的低いさまざまな状態の高齢患者等に適切な医療・介護を提供でき、かつ状態急変時や看取り対応も行えるものとすべきであり、その上で円滑な転換を着実に進める必要がある。

○ 医療・介護人材の確保

各地域で必要となる医療機能を担う人材の確保はもちろん、在宅患者を支える介護人材の確保も重要な課題である。

既に策定された地域医療構想では、今後の需要増が見込まれる在宅医療を担う医師の確保・養成、在宅医療・介護の連携にあたる人材育成などが課題として挙げられている。これらの医療機能を担う医師など医療従事者の確保が急務となるが、医師の確保に向けては、地域医療構想を踏まえ、都道府県が地域における医療機能毎の医師必要数も推計し、その上で、医療計画に当該医師の確保に関する目標値と施策を設定すべきである。

また、医師に関しては以前から指摘されている地域偏在・診療科偏在の対策が講じられなければならない。

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」は、医師偏在対策について年内のとりまとめを目指すとしている。わが国では、診療所は自由に開業することができ、診療科についても自由に標榜できるが、これが医師の地域偏在・診療科偏在の一因との指摘がある。このため、医師の自由開業・自由標榜の見直しを含め、一定の規制的手法による偏在対策についても検討し、解消に向けた方向性を打ち出すべきである。

なお、在宅医療・介護人材の確保に関しては、前述の課題の解消とともに医療計画ならびに介護保険事業計画の双方で整合性のある数値目標と施策を設定し、PDCA サイクルの中で進捗管理しながら一体的に進めていく必要がある。

○ 地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療介護総合確保基金は、病床の機能分化・連携、在宅医療の推進、介護施設等の整備、医療・介護従事者の確保に活用できる。

具体的な用途としては、例えば病床機能の転換であれば、全国的な過剰が指摘されている急性期病床から不足が見込まれる回復期病床への転換に活用すること等が挙げられるが、このような好事例を収集し、都道府県間で共有できるような対応を国が継続して実施すべきである。

また、基金については、事後評価が重要である。都道府県は前年度の使用実績を評価し、その結果を基金対象事業の実施計画等を定める次年度の都道府県計画に反映させるとともに、「医療機能別の病床数」「在宅復帰した患者の割合」などの数値目標も同計画に盛り込み、効果的に活用することが求められる。

(2) 地域医療構想

○ 構想の策定、実現

地域医療構想に定める将来の必要病床数については、目指すべき目標であるとの認識を関係者間で共有し、構想上に明確化すべきである。その実現に向けては、将来的に過剰が予想される病床から不足の見込まれる病床への転換、療養病床の地域間格差

の解消や在宅医療・介護の体制整備が大きな課題となるが、医療従事者や保険者などによる協議を経て、具体的な工程表に基づき PDCA サイクルの中で進捗管理することが求められる。

都道府県において必要病床数の不足が見込まれる場合でも、構想区域の中には病床が過剰となるところもあると考えられることから、まずは隣県を含め近隣の構想区域との連携により不足する病床機能をカバーすることができないかについて、十分な検討がなされるべきである。また、患者負担や保険料を過重なものとしたくないという視点も忘れてはならないため、病床の増床に関しては 2025 年以降の人口動向や今後の交通網の整備なども見据え、慎重に判断すべきである。

さらに、地域医療構想の実現に向けては、前述の基金の活用だけでなく、病床の機能や患者像に合った適切な診療報酬の設定による後押しも重要となる。2016 年度中には、構想の策定が全都道府県で完了するため、2018 年度の診療報酬改定に向け中医協などの関係審議会では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 機能の分化・連携、在宅医療の推進等に資する診療報酬体系・評価に整理すべきである。

加えて、関係者間の協議や自主的な取り組みに委ねるだけでは機能分化・連携が進まないなどの場合にあっては、医療法の改正により強化された都道府県知事の権限が適切に行使されることを期待する。

○ 構想の精度の向上

地域医療構想は、医療計画に反映した後、次期医療計画まで見直さなくてよい性質のものではない。将来推計人口の見直し、診療報酬や介護報酬の改定など、特に医療・介護需要への影響が大きい制度改正が行なわれた場合等には随時構想の見直しを検討し、目標としての精度を向上させる必要がある。

現在、必要病床数算出の前提値や計算式は、「地域医療構想策定ガイドライン」に定められているが、都道府県の実態によっては過剰に推計されてしまう懸念があることから、国は定期的に推計の前提値を更新するとともに計算式の妥当性について検証すべきである。特に病床稼働率については、都道府県の判断で実態に基づく値も使えるよう運用上のルールの明確化を求める。

また、必要病床数の比較対象となっている病床機能報告の精度も向上させる必要がある。医療機関が病棟機能を選択する際の基準について、特定集中治療室を持つ病棟は高度急性期を選択するなど一定程度は明確化されたが、病床機能報告でも地域医療構想のように 4 機能について医療資源投入量に基づく分類（選択）基準を検討すべきである。

○ 地域住民に対する周知等

地域医療構想に関しては、医療提供体制への住民の理解や適切な医療機関の選択・受療の促進につながるよう、その内容の分かりやすい周知が求められている。

そのためには、都道府県単位または構想区域単位において、各医療機関が高度急性

期、急性期、回復期、慢性期のうち主にどの医療機能を担っているか、さらには、医療機関毎のがん診療、救急医療、産科医療、小児医療、在宅医療への対応状況や、それらの診療実績が分かりやすく示された地図やグラフなどを都道府県のホームページに掲載するほか、冊子として配布するなどの取り組みが必要である。

また、限りある医療資源を効率的に利用する必要性を理解してもらうためには、医療保険制度全体の財政状況や現役世代の負担の現状を併せて周知することも重要であり、このような広報に関しては都道府県や他保険者との連携の下で、健康保険組合も積極的に展開していく必要がある。

(3) 第 7 次医療計画、第 3 期医療費適正化計画

○ 過不足ない医療提供体制の確保

今後、都道府県が国の示す指針に沿って策定していく第 7 次医療計画では、がん診療、救急医療などのいわゆる 5 疾病・5 事業ならびに入院医療や在宅医療の提供体制について、患者の流出入の実態や今後の交通網の整備、さらに地域医療構想の必要病床数も踏まえた数値目標を設定し、その上で達成に向けて進捗管理することにより、地域で必要な医療が過不足なく確保されなければならない。なお、数値目標の妥当性については、定期的に検証することが重要である。

また、在宅医療に関しては、自宅や介護保険施設等における在宅医療と介護の分担・連携を地域においてどのように推進するかという課題もあることから、介護保険事業計画と整合ある計画となるよう留意すべきである。

○ 基準病床数と必要病床数の関係整理等

地域医療構想では、将来の医療需要に応じた 2025 年の必要病床数を定めることとなっており、一方、医療計画における基準病床数は、現時点で必要とされる病床数を定めるものだが、第 7 次医療計画の期間は 2018～23 年であり、地域医療構想の目標年度と 2 年しか差がない。このため、あるべき医療提供体制の整備を阻害しないよう基準病床数の考え方を整理する必要がある。

また、既存の病床数が基準病床数を超過しているものの、2025 年の必要病床数は不足が見込まれる都市部の課題が指摘されているが、このような都市部を有する都道府県では、既に述べたように、まずは、構想区域間または都道府県間の連携により不足する医療機能をカバーすることができないかについて、十分な検討が行われるべきである。病床の増床に関しては、高齢化の進展など医療需要の動向についての定期的な検証結果や 2025 年以降の人口動向も視野に入れ、慎重に判断すべきである。

○ 医療機器等の医療資源のあり方

わが国では、高額な医療機器である CT・MRI の台数が諸外国と比べて多いことが以前より指摘されており、そうした中で、人口あたりの CT・MRI の台数が多いと患者数

も多くなる傾向にあるほか、CT・MRIの台数が多い地域では患者数が少なく、効率的に利用されていない可能性も示唆されている。

限りある医療資源の効率的・効果的な利用を推し進めるためには、CT・MRIをはじめとした高額な医療機器についても、将来の必要台数を踏まえた適正配置が地域で検討されるべきであり、医療計画に適正配置の数値目標を定めた上で管理すべきである。

また、患者が必要な検査を受けられる体制を確保する観点から、CT・MRIなど高額医療機器の共同利用の推進も重要である。

○ 第3期医療費適正化計画

2018～2023年までを1期とする第3期医療費適正化計画では、各都道府県が地域医療構想と整合ある医療費目標の設定をはじめ、後発医薬品の数量シェア80%以上、重複投薬の是正など医薬品の適正使用等についても数値目標化する方針が国から示されたが、当該目標の達成に向けては都道府県における定期的な評価が重要であり、評価結果についてはその後の取り組みに反映する必要がある。

さらに、今後、国は後発医薬品の使用促進や重複・多剤投薬などに関して、ナショナルデータベース（NDB）の分析から地域差を可視化し、都道府県の分析作業の参考データとして提供するとしている。

健康保険組合においても、後発医薬品の使用ならびに投薬状況に関するレセプト分析の結果を踏まえたアプローチを通じて加入者の行動変容を促していくべきであり、こうした取り組みから得られた情報の関係者間での共有も求められる。

(4) 医療提供体制の見直しにおける保険者の参画

医療計画・地域医療構想を取りまとめる都道府県の医療審議会に、被用者保険の代表委員が参画していない場合がある。改正医療法などにより、医療提供体制の見直しにおける保険者の役割が明確化された趣旨に沿って、医療審議会にも被用者保険の代表委員を参画させるべきである。

しかし、医療審議会の委員について規定している医療法施行令には、「医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者」の中から任命するとあるだけで、保険者委員に関する記述がない。したがって同施行例を改正し、医療審議会の委員として保険者を明示すべきであるが、差し当たり、委員構成がバランスあるものとなるよう、国から都道府県への働きかけを求める。

地域医療構想調整会議に関しても、医療法において、「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者」により構成すると定められたものの、被用者保険の代表委員が参画していない事例がみられる。原則、被用者保険の代表者が調整会議の構成員となるよう、国が改善を促すべきである。

また、都道府県が医療計画を策定・変更する際は、あらかじめ保険者協議会の意見を聴かなければならないなど、法改正により、保険者協議会の機能が強化された。

このことにより保険者協議会は、健康保険組合、全国健康保険協会、国民健康保険等の保険者間の相互連携の下、地域医療構想を含む医療計画案に関し、効率的・効果的な医療提供体制を構築するという方針を共有した上で意見を発信する責務を果たさなければならない。なお、都道府県に対しては、保険者協議会が提出した意見への文書による回答の提示を求める。

以上