医療従事者の需給に関する検討会 第14回　医師需給分科会	資料2
平成29年11月8日	

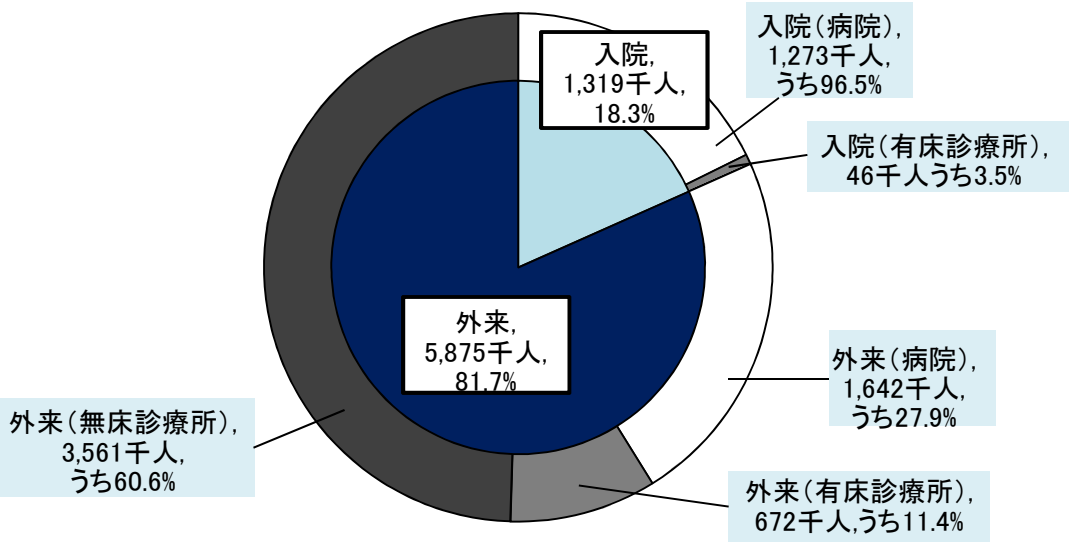
地域における外来医療提供体制について

地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応について

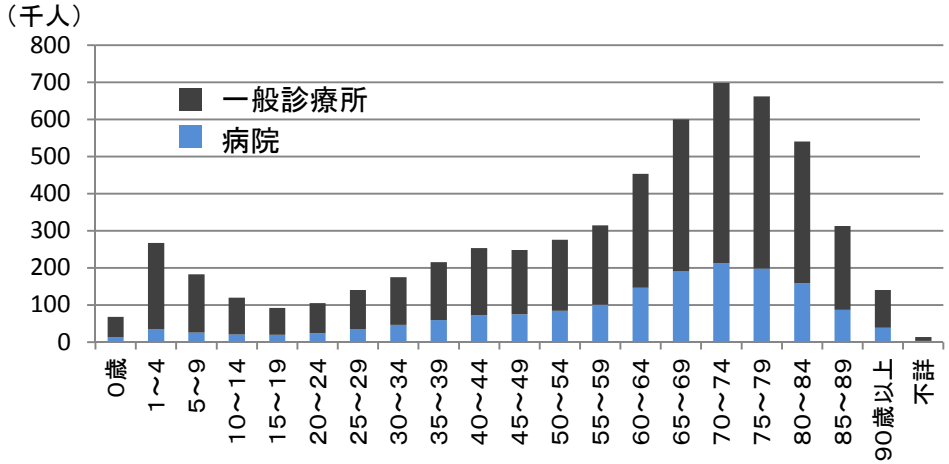
外来医療の提供の状況

○ 外来患者数は、入院患者数と外来患者数の合計の約8割で、そのうち無床診療所を受診する者が約6割を占める。

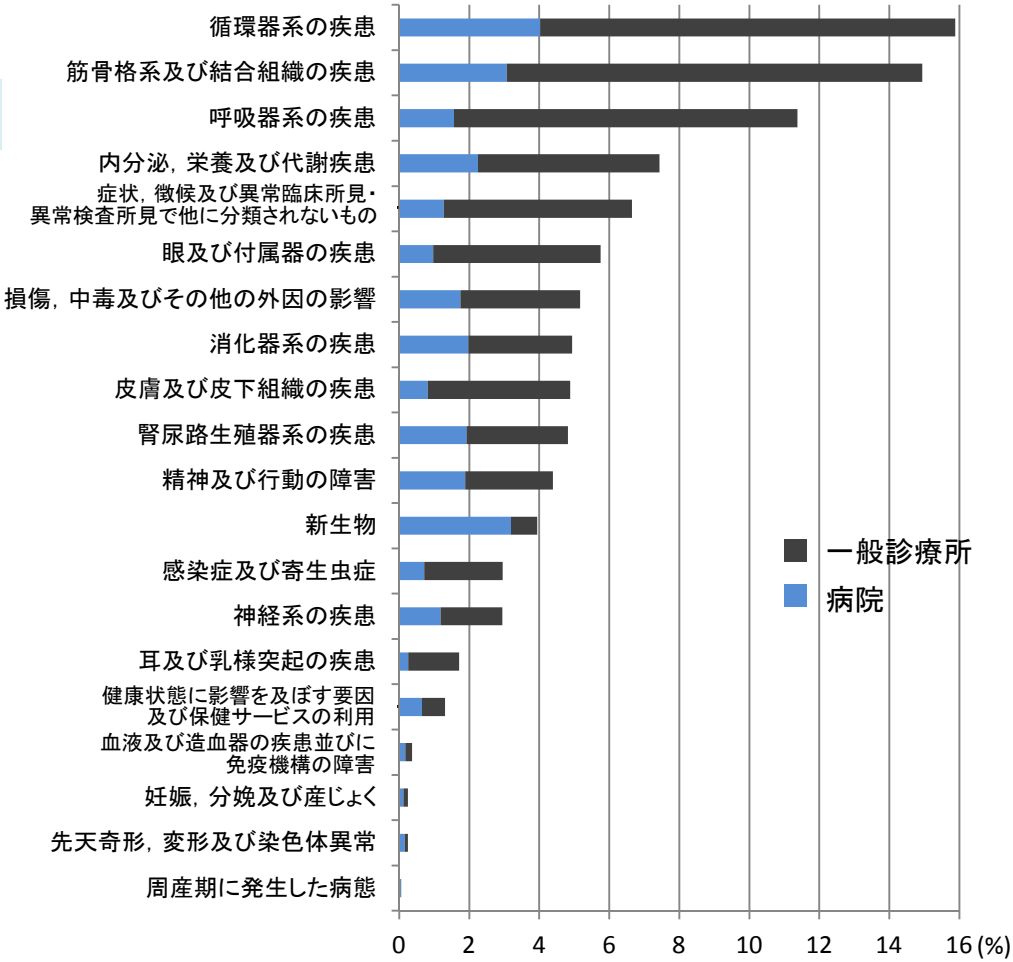
入院／外来患者の施設別割合 （歯科を除く）



外来患者の年齢階級別分布 （歯科を除く）



外来患者の傷病別割合 （歯科を除く）



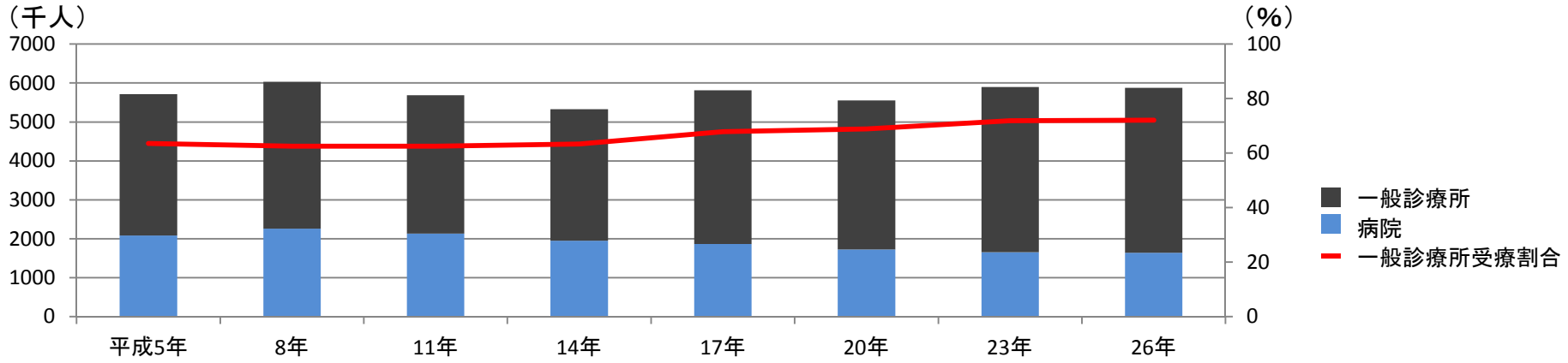
出典：平成26年患者調査

外来医療の提供の状況

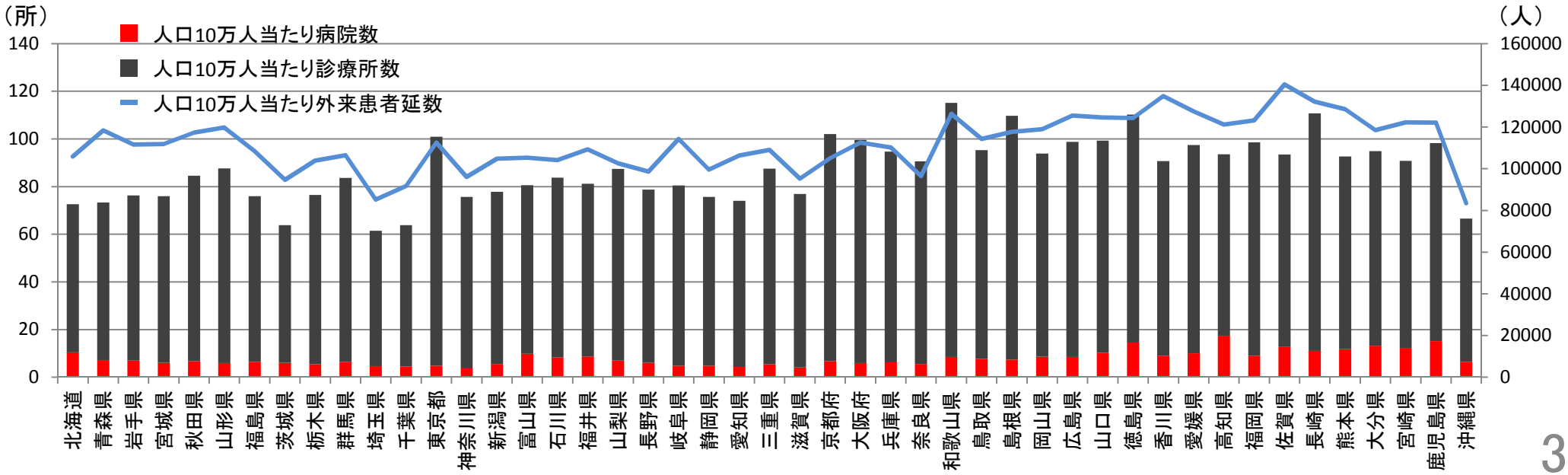
○ 外来患者数は、近年、ほぼ横ばいで推移しているが、診療所の受療割合が増加傾向にある。
○ 都道府県別にみると、医療機関の多い都道府県で、患者数が多い傾向にある。

外来患者数の推移（病院・診療所別）

出典：平成26年患者調査、平成27年住民基本台帳人口



都道府県別の医療機関数と外来患者数



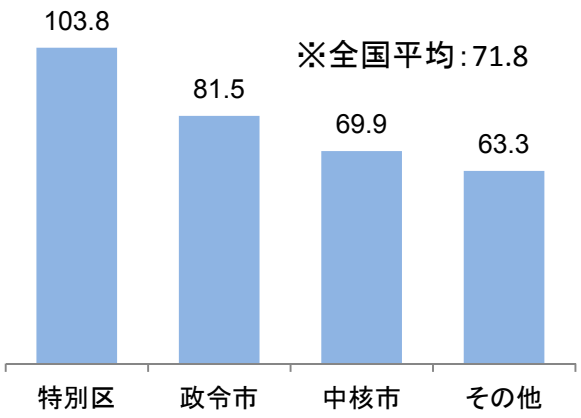
無床診療所の開設の状況

○ 無床診療所の医師数は、病院・診療所の約1／3。
○ 無床診療所は都市部に開設が偏る傾向がある。

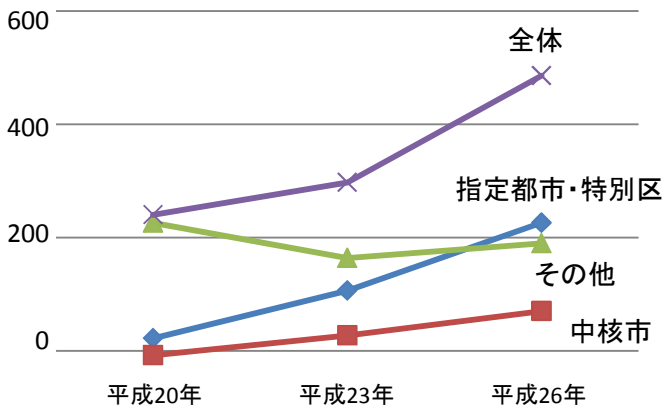
医療施設別の施設数・医師数（常勤換算）

	施設数	医師数
病院	8，493 （ 8%）	204，700 （61%）
有床診療所	8，355 （ 8%）	15，605 （ 5%）
無床診療所	92，106 （84%）	115，074 （34%）

人口10万対無床診療所数



診療所の純増数の推移（開設－廃止）



二次医療圏別の人口10万対無床診療所数

（上位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
区中央部	東京	248.8
大阪市	大阪	123.1
区西南部	東京	119.1
益田	島根	114.3
区西部	東京	113.5

（下位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
鹿行	茨城	37.1
熊毛	鹿児島	36.2
相双	福島	35.2
遠紋	北海道	32.9
根室	北海道	26.5

出典：平成20・23・26年医療施設調査

診療所における医師の専門性の分化について

日医総研ワーキングペーパー
No.351『診療所医師の現状と課題』
（平成27年11月17日）より抜粋

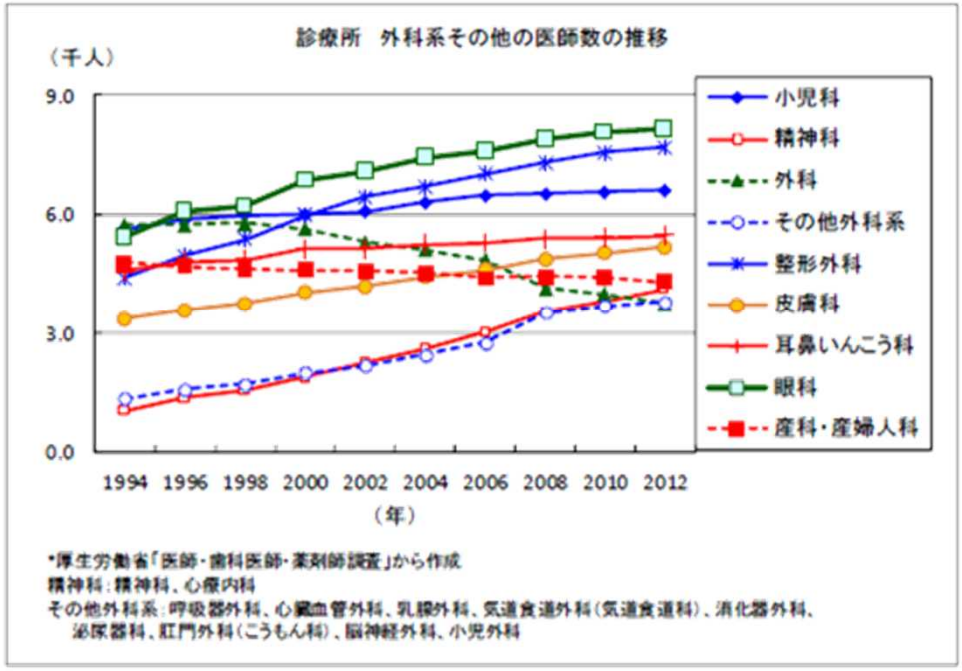
2.3. 診療所医師の専門分化

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、主たる診療科が「内科」である医師が頭打ちとなっており、消化器内科、循環器内科などその他内科系の医師が増加している（図 2.3.1）。

外科においても「外科」の医師が減少し、泌尿器科、脳神経外科など、その他外科系の医師が増加しており（図 2.3.2）、診療所医師の専門分化が進んでいる。

図 2.3.1 診療所 内科系医師数の推移

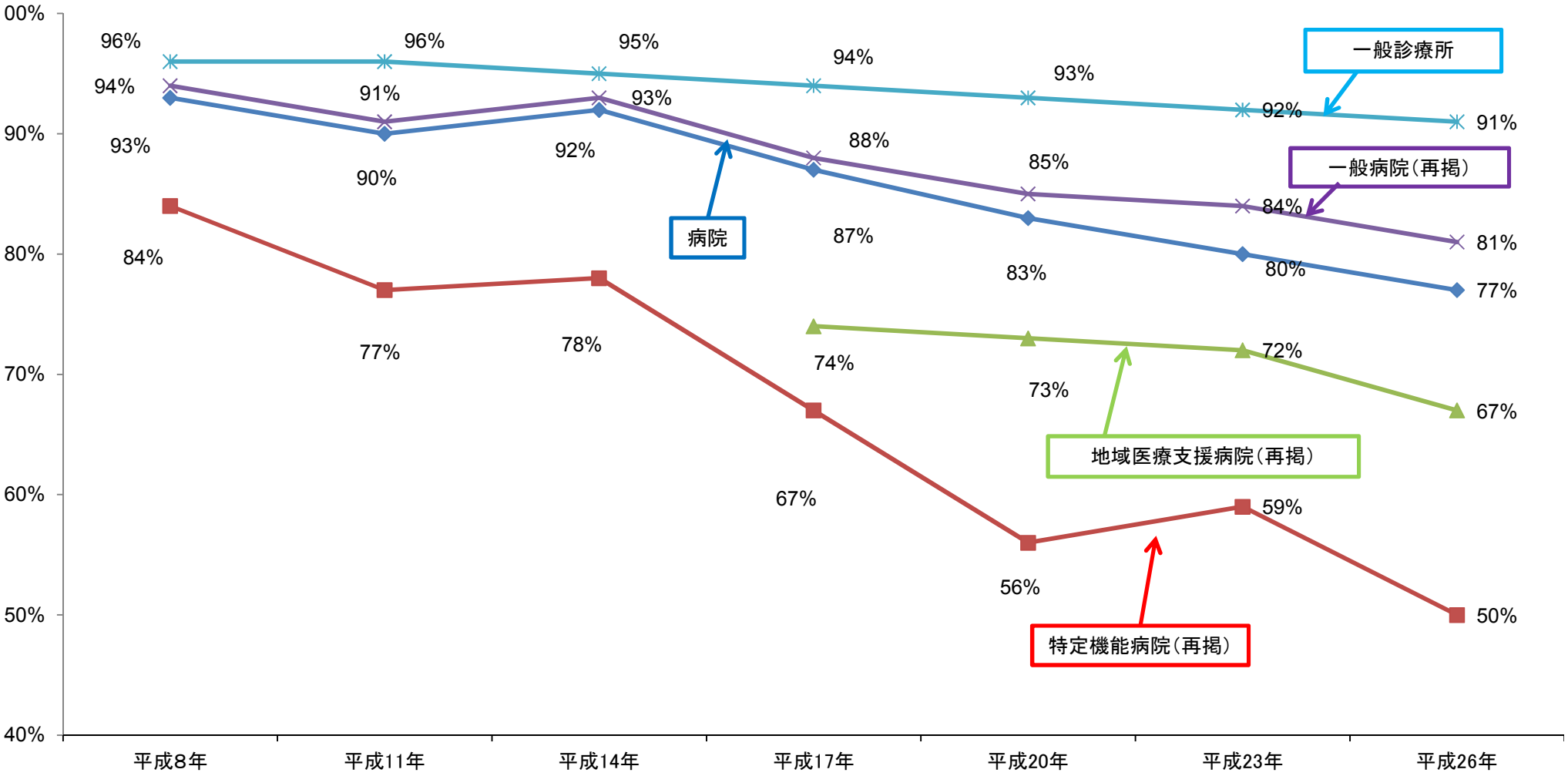
図 2.3.2 診療所 外科系その他の医師数の推移



紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（施設別）

中医協　総－３
２７．４．８改

○　紹介なしで外来受診した患者の割合は、診療所では多く、規模の大きな病院になるほど、低下傾向にある。

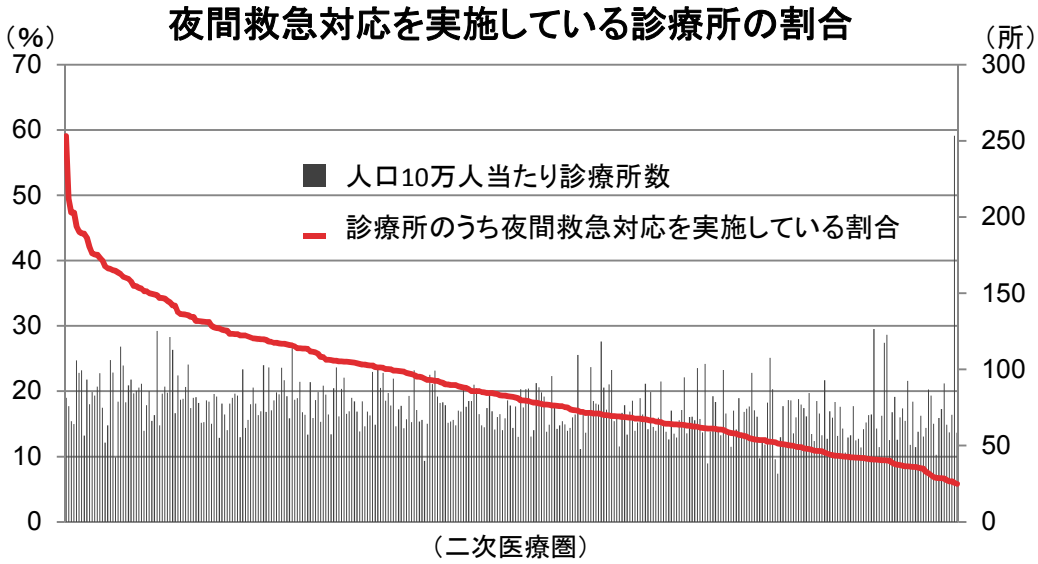


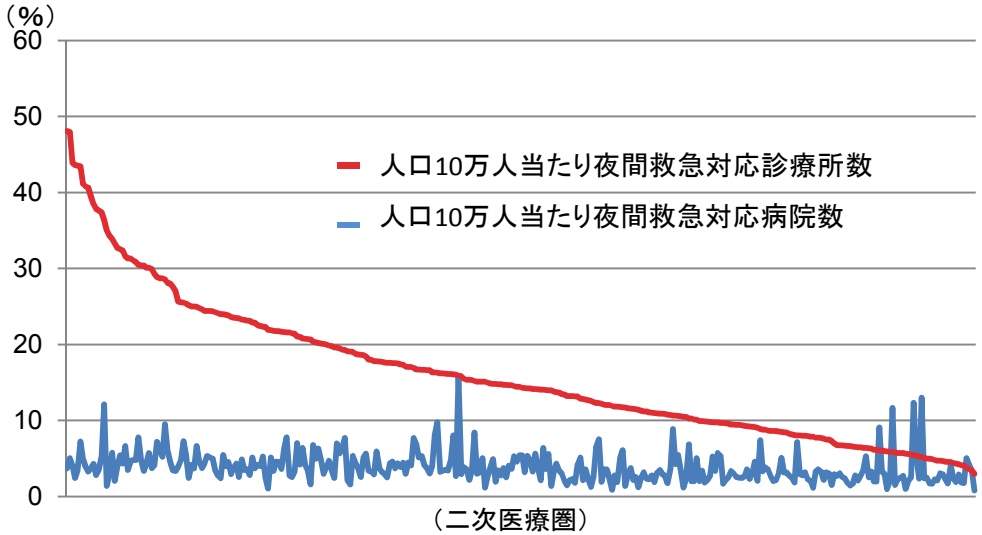
（出所）平成８年～平成26年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

地域における夜間救急医療の提供体制

○　診療所が夜間救急対応を行っている割合は、都市部において比較的高く、離島・へき地等において低くなる傾向にあるが、必ずしも、夜間救急対応を行う病院が多い地域で、診療所による夜間救急対応が少ないというわけではない。

出典：平成26年医療施設（静態）調査、平成27年住民基本台帳人口





	都道府県	二次医療圏	人口	人口10万人当たり診療所数			人口10万人当たり病院数	
					夜間救急対応			夜間救急対応
1	東京都	島しょ	27,039	81.4	48.1	59.1%	3.7	3.7
2	長崎県	県南	143,471	76.0	37.6	49.5%	11.8	3.5
3	福島県	南会津	28,737	66.1	31.3	47.4%	3.5	3.5
4	長野県	木曽	29,620	64.1	30.4	47.4%	3.4	3.4
5	長崎県	五島	39,614	106.0	48.0	45.2%	10.1	5.0
6	山口県	萩	55,235	97.8	43.5	44.4%	12.7	7.2
7	愛媛県	宇和島	120,770	99.4	43.9	44.2%	10.8	4.1
8	福井県	奥越	60,131	56.5	24.9	44.1%	10.0	6.7
9	長崎県	県央	273,086	93.4	40.6	43.5%	11.4	3.3
10	石川県	能登北部	73,790	77.2	32.5	42.1%	6.8	5.4
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
335	東京都	北多摩北部	727,505	64.3	4.4	6.8%	5.6	2.3
336	沖縄県	中部	505,525	43.9	3.0	6.8%	5.7	0.8
337	東京都	南多摩	1,404,275	68.1	4.6	6.7%	5.5	1.7
338	神奈川県	横浜西部	1,110,056	74.1	5.0	6.7%	4.5	1.7
339	長崎県	対馬	33,000	90.9	6.1	6.7%	9.1	9.1
340	東京都	西多摩	392,665	63.7	4.1	6.4%	7.6	1.8
341	北海道	西胆振	192,691	58.6	3.6	6.2%	10.9	4.2
342	沖縄県	南部	734,767	70.4	4.4	6.2%	6.5	1.9
343	東京都	区中央部	832,754	253.5	15.1	6.0%	6.1	3.0
344	茨城県	日立	265,301	58.4	3.4	5.8%	8.3	3.4

切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。

実施内容・方法

（1） 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。

（2） 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

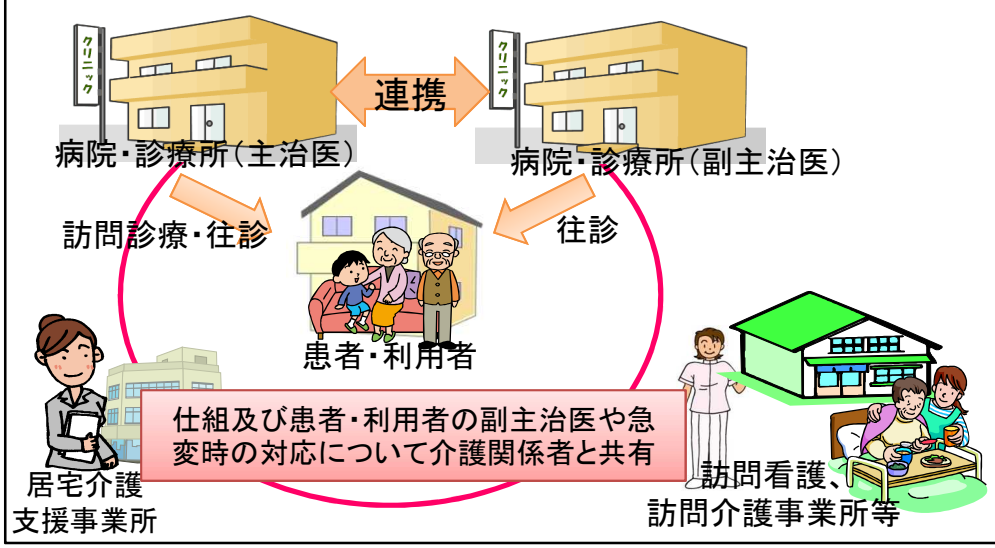
留意事項

（1） 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。

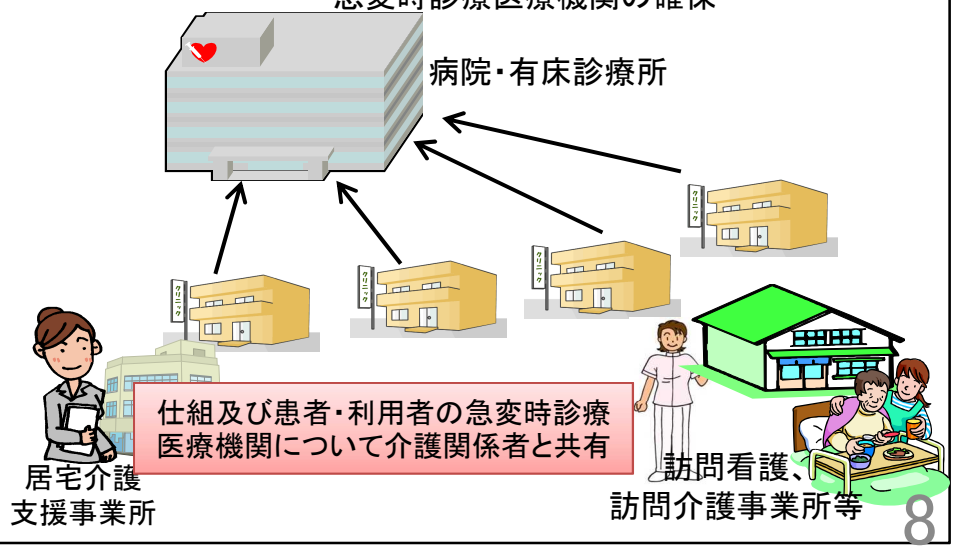
（2） 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

（取組例）主治医・副主治医制の導入



（取組例）在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保



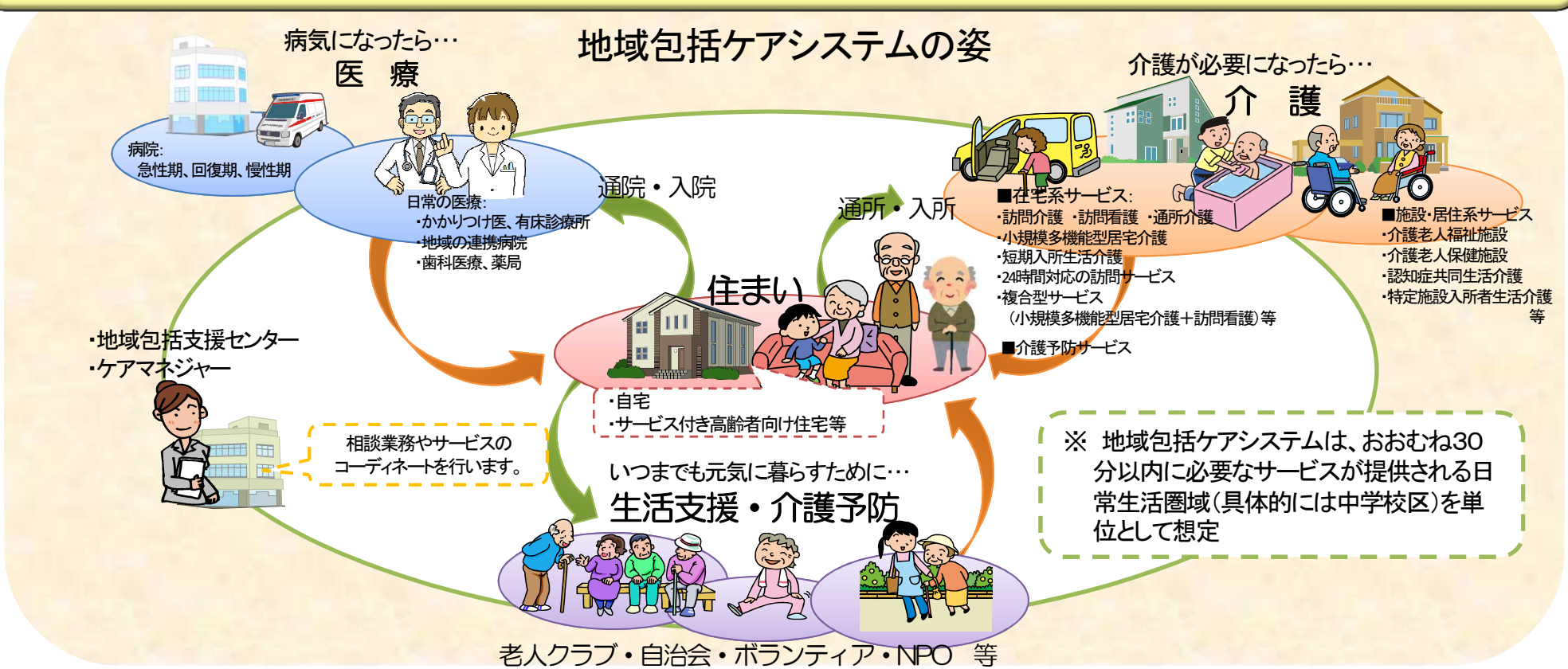
（参考） 地域包括ケアシステムの構築について

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。

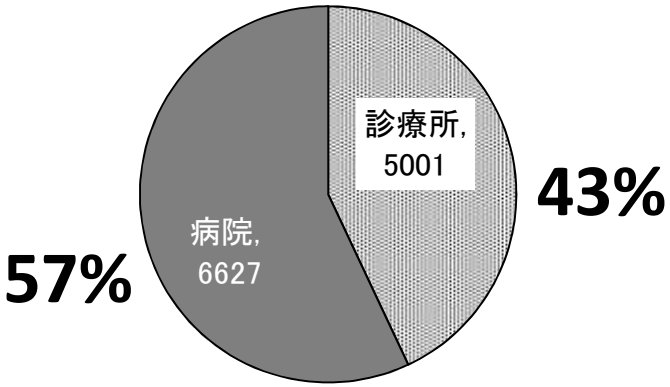


医療機関におけるCT及びMRIの保有状況について

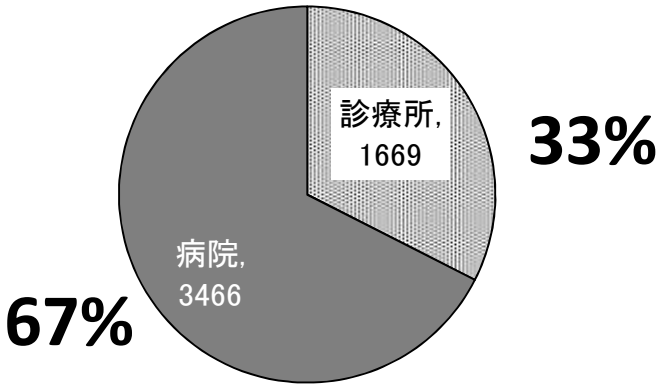
第3回医療計画の見直し等に関する検討会（平成28年7月15日）資料2（一部改変）

CT・MRI保有施設数（病院・診療所比較）

CT保有施設数



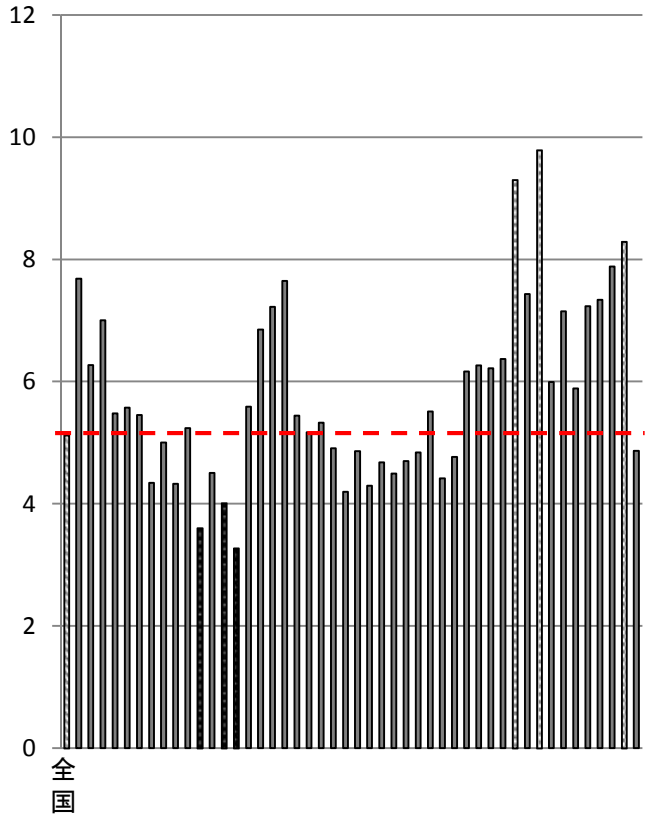
MRI保有施設数



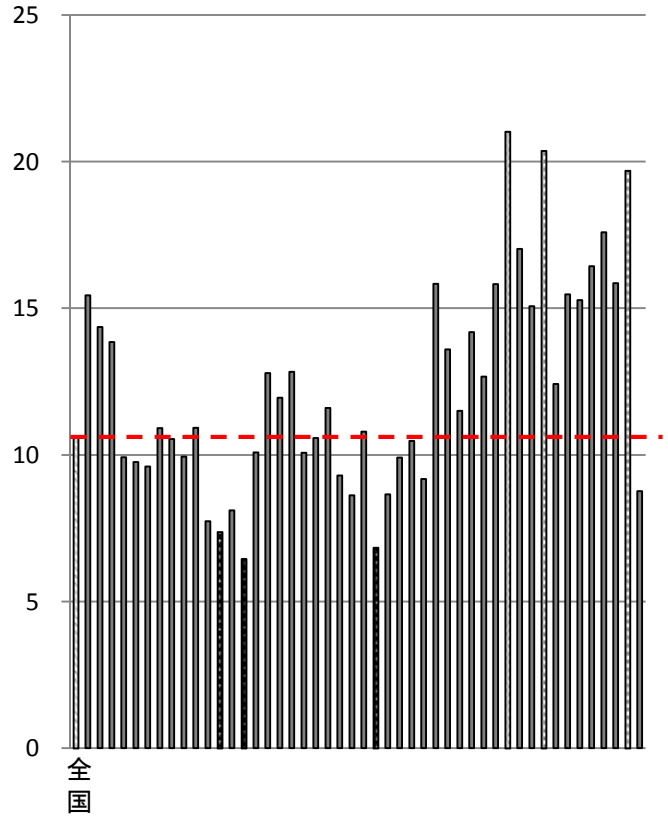
都道府県別の人口10万人対CT・MRI台数

人口あたりCT台数及び人口あたりMRI台数は、それぞれ最大3.2倍、3.0倍の差がある。

人口あたりMRI台数（台／10万人）



人口あたりCT台数（台／10万人）



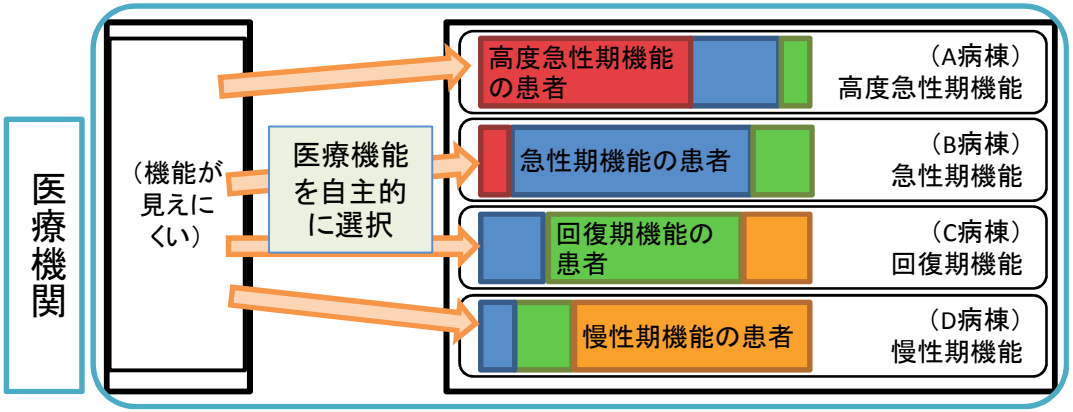
平成23,26年医療施設調査、平成25年3月31日住民基本台帳人口より集計

（参考） 地域医療構想について

○ 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。

○ 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



病床機能報告

医療機能の現状と今後の方向を報告（毎年10月）

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
・在宅医療等の医療需要を推計
・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

例） 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

（参考） 地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

都道府県医療審議会
（医療法第71条の2）
・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者等

地域医療構想
（医療計画の一部）

医療計画

地域医療対策協議会
（医療法第30条の23）
・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1　二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議
・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
・ 病床機能報告制度による情報等の共有
・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議
・ 地域医療構想の策定段階から設置し、地域医療構想の案について、二次医療圏（構想区域）としての意見を議論

活用※3

※3　圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

二次医療圏
（平成27年2月末現在344圏域）

圏域連携会議
（医療計画作成指針平成24年3月30日）
・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

地域医療構想調整会議　地域医療構想調整会議　地域医療構想調整会議

・複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能
・特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2　都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画
消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域連携会議　圏域連携会議　圏域連携会議

地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応について

課題のまとめ

○　外来医療については、
- 　開設状況が都市部に偏っている
- 　専門分化が進んでいる
- 　救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている

等の状況にある。

検討の方向性

○　今般、医師偏在の度合いを示すことによって、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる。

○　この地域の外来医療機能の情報は、新たに開業しようとしている者等の医療関係者が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、これらの者に提供されるべきである。

○　その際、地域ごとの疾病の構造や患者の受療行動といった特性など、より詳細な付加情報等を加えたり、患者のプライバシーや経営情報等の機微に触れる情報を除いたりといった対応のために、提供する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等がなされることが適当ではないか。

○　加えて、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の、外来医療機関間での機能分化・連携の方針についても、併せて協議を行うべきではないか。

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点について

第11回医師需給分科会（平成29年9月13日）における構成員発言

・　基準病床数制度では、医療法上、医療審議会の意見を聞いて、許可を与えるなり、それから、保険医療機関の指定の申請を却下できる。この医療審議会というところに地域の医師会とか医療団体とか、あるいは住民の方が入っている。そういう意味では、地方の意見を聞くという制度が基準病床数制度にはあると言える。

とすると、私はやはり無床診療所も同じであって、もちろん、自由開業制を拒むものではないですけれども、この医療審議会等で検討した上で、この地域には多過ぎるという話であったときに、保険医療機関の指定を行わないというのはありなのではないか、これが入院病床と同じ流れの原理原則というものはありなのではないか。

・　患者さんが外来にどのぐらい来るかというのは、単純な割り算でできない部分があるので、特に病院等、例えば病院の勤務医の先生の過重労働を減らすために、本来、病院で診る必要のないような外来患者さんは、例えば地域に出して機能分化したほうがいいと言えば、これは外来患者さんの数も大きく変わってしまうので、単純になかなか計算できない部分はあると思う。

だから、そこまで保険医を認めないという厳しいものをいきなり検討するのではなく、まずはきちんとした情報を提供する。ファクトに基づくことをきちんと、開業を考えている先生にお知らせをしてあげることによって、地方での開業を考える人は多いのではないか。

・　都市部での開業を規制する、制限するということで、結局、何を得ようとしているか。例えば都市部で開業ができないので、勤務医でそのまま今の職場に残るのか。あるいは地方で開業することを誘導しようとしているのか。そこがいま一つ見えていなくて、もし変なほうにいくと、例えば東京の周りのドーナツ現象で千葉や埼玉や、その辺でどんどん開業医が増えてなどという変な、いびつな現象が起きたりとかするので、やはりその辺は慎重に、何を目途にこれを行うのかということをはっきりさせておいたほうがいいのではないか。

・　これまで余り議論に登場していないアクターとしてあるのは被保険者だと思う。我々国民は、保険料を払って、どこでも最低限の医療、きちんとした医療を受けることができるのが日本の皆保険だと思うが、それが医師の偏在によって受けられなくなってきている。これは、国民の観点から見て何とかしていただきたいということだと思う。

医療機関の開設時の許可・届出について

許可制のもの

医療法上、
・病院を開設しようとするとき、
・臨床研修等修了医師及び臨床研修等修了歯科医師以外の者が診療所を開設しようとするとき、
・助産師でない者が助産所を開設しようとするとき
は、開設地の都道府県知事等の許可を得なければならないとされている。

第七条　病院を開設しようとするとき、（中略）臨床研修等修了医師（中略）及び（中略）臨床研修等修了歯科医師（中略）でない者が診療所を開設しようとするとき、又は助産師（中略）でない者が助産所を開設しようとするときは、開設地の都道府県知事（診療所又は助産所にあつては、その開設地が保健所を設置する市又は特別区の区域にある場合においては、当該保健所を設置する市の市長又は特別区の区長。（中略））の許可を受けなければならない。
２～６（略）

届出制のもの

医療法上、
・臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師が診療所を開設したとき、
・助産師が助産所を開設したとき
は、開設後10日以内に、診療所又は助産所の所在地の都道府県知事等に届け出なければならないとされている。

第八条　臨床研修等修了医師、臨床研修等修了歯科医師又は助産師が診療所又は助産所を開設したときは、開設後十日以内に、診療所又は助産所の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。

基準病床数制度における病院開設等の制限

○ 病院・有床診療所については、基準病床数制度を通じた一定の偏在解消策が存在。
○ 病院・有床診療所の1床当たり従事医師数は、病床規模別に一定割合で増加しており、病床数が間接的に医師数に影響を与えていると考えられる。

基準病床数制度

【公的医療機関等】※

病院の開設又は診療所の病床設置（増床含む）の許可申請

↓

当該申請に係る二次医療圏の既存病床数の数が既に基準病床数に達している、又は当該申請による病床数の増加によって超えることが認められる

↓

医療審議会の意見を聴いて、許可を与えないことができる

【その他の医療機関】

病院の開設又は診療所の病床設置（増床含む）の許可申請

↓

当該申請に係る二次医療圏の既存病床数の数が既に基準病床数に達している、又は当該申請による病床数の増加によって超えることが認められる

↓

医療審議会の意見を聴いて、申請の中止又は申請病床数の削減を勧告することができる

↓

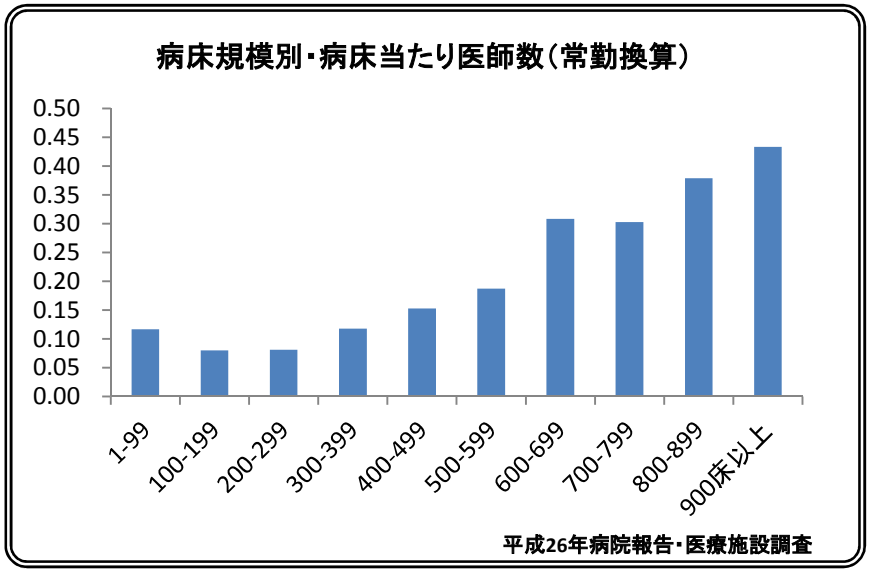
保険医療機関の指定の申請

↓

勧告に従わなかったときは、勧告を受けた病床数の全部又は一部を除いて、保険医療機関の指定を行うことができる

【医療法】

【健康保険法】



※ 公的医療機関等： 医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

地域医療構想における都道府県知事の権限の行使の流れ

【過剰な医療機能への転換の中止等】

医療法第30条の15

- 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
- 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量（必要病床数）に既に達している

↓

①都道府県知事への理由書提出
②調整会議での協議への参加
③都道府県医療審議会での理由等説明

応答の努力義務

↓

理由等がやむを得ないものと認められない場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、
病床機能を変更しないことを命令（公的医療機関等）又は要請（民間医療機関）

命令の場合（公的医療機関等）

要請の場合（民間医療機関）

【不足する医療機能への転換等の促進】

医療法第30条の16

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場での協議が調わないとき等

↓

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
不足する医療機能に係る医療を提供することを指示（公的医療機関等）又は要請（民間医療機関）

指示の場合（公的医療機関等）

医療法第30条の17

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

↓

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
当該措置を講ずべきことを勧告

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

↓

不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与

医療法第27条の2

正当な理由がなく、条件に従わない

↓

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて条件に従うべきことを勧告**

↓

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

↓

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令**

【非稼働病床の削減】

医療法第7条の2第3項
医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

↓

都道府県審議会の意見を聴いて、**当該病床の削減を命令（公的医療機関等）又は要請（民間医療機関）**

命令の場合（公的医療機関等）

要請の場合（民間医療機関）

↓

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

↓

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
当該措置を講ずべきことを勧告

命令・指示・勧告に従わない

↓

医療法第30条の18

○ **命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表**

医療法第29条第3項及び第4項

○ **命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し**

※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点

○　無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設ける場合には、例えば次のような法制的・政策的な課題を全てクリアしなければ、実現は困難である。

●自由開業制との関係

我が国においては、医療機関の自由開業制が原則とされている。無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けることが、憲法で保障された「営業の自由」との関係で許容され得るのかを整理する必要がある。

一方、国民皆保険において、保険料の支払い義務が課されている被保険者の平等な医療アクセス（法の下の平等）との関係の整理も必要となる。

●衛生規制としての医療法による新たな制度上の枠組み

医療法は「提供される医療の安全性の確保」、「（全国における）医療提供体制の確保」といった衛生規制であるため、過剰な医療資源の集中を防ぐために無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを医療法に設けることが許容され得るのかを整理する必要がある。

●新規参入と医療の質の関係

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設け、新規参入による開業が抑えられた場合には、既存の医療機関において医療の質を改善するインセンティブが低下するとの指摘がある。

●新制度導入前の駆け込み開設

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けた場合、規制導入前にいわゆる「駆け込み開設」が生じる懸念がある。

※昭和60年度の基準病床制度導入時にも、制度施行前に過剰な増床が行われた。

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点

【自由開業制との関係】

我が国においては、医療機関の自由開業制が原則とされている。無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けることが、憲法で保障された「営業の自由」との関係で許容され得るのかを整理する必要がある。

一方、国民皆保険において、保険料の支払い義務が課されている被保険者の平等な医療アクセス（法の下の平等）との関係の整理も必要となる。

■医師法（昭和23年法律第201号）

第十七条　医師でなければ、医業をなしてはならない。

第二条　医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

■医療法（昭和23年法律第205号）

第一条の五　（略）

２　この法律において、「診療所」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つて、患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

第八条　臨床研修等修了医師、臨床研修等修了歯科医師又は助産師が診療所又は助産所を開設したときは、開設後十日以内に、診療所又は助産所の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。

■医業について（医師法コンメンタールより抜粋）

「医業」とは「医行為を業とすること」であり、また、「医行為」とは、「当該行為を行なうに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」であり、「業とすること」とは、「反復継続する意思をもって行うこと」であると解される。

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点

【衛生規制としての医療法による新たな制度上の枠組み】

医療法は「提供される医療の安全性の確保」、「（全国における）医療提供体制の確保」といった衛生規制であるため、過剰な医療資源の集中を防ぐために無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを医療法に設けることが許容され得るのかを整理する必要がある。

■医療法（昭和23年法律第205号）

第一条　この法律は、**医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援する**ために必要な事項、**医療の安全を確保する**ために必要な事項、**病院、診療所及び助産所の開設及び管理**に関し必要な事項並びに**これらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進**するために必要な事項を定めること等により、**医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与する**ことを目的とする。

第八条　臨床研修等修了医師、臨床研修等修了歯科医師又は助産師が診療所又は助産所を開設したときは、開設後十日以内に、診療所又は助産所の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。

■医療計画の導入について（コンメンタールより抜粋）

わが国の医療提供体制は、（中略）トータルとしては量的に相当の水準に達しているものの、地域的な偏在がきわめて大きいこと、医療施設相互の機能分担及び連係の問題を始めとする医療供給体制のシステム化が図られておらず、全体として非効率な面がある（中略）。このため、（中略）医療法に医療計画の制度が創設され、無秩序な病院病床の増加のコントロールによる医療資源の地域的偏在の是正と医療関係施設間の機能連係の確保を図ることとされた。

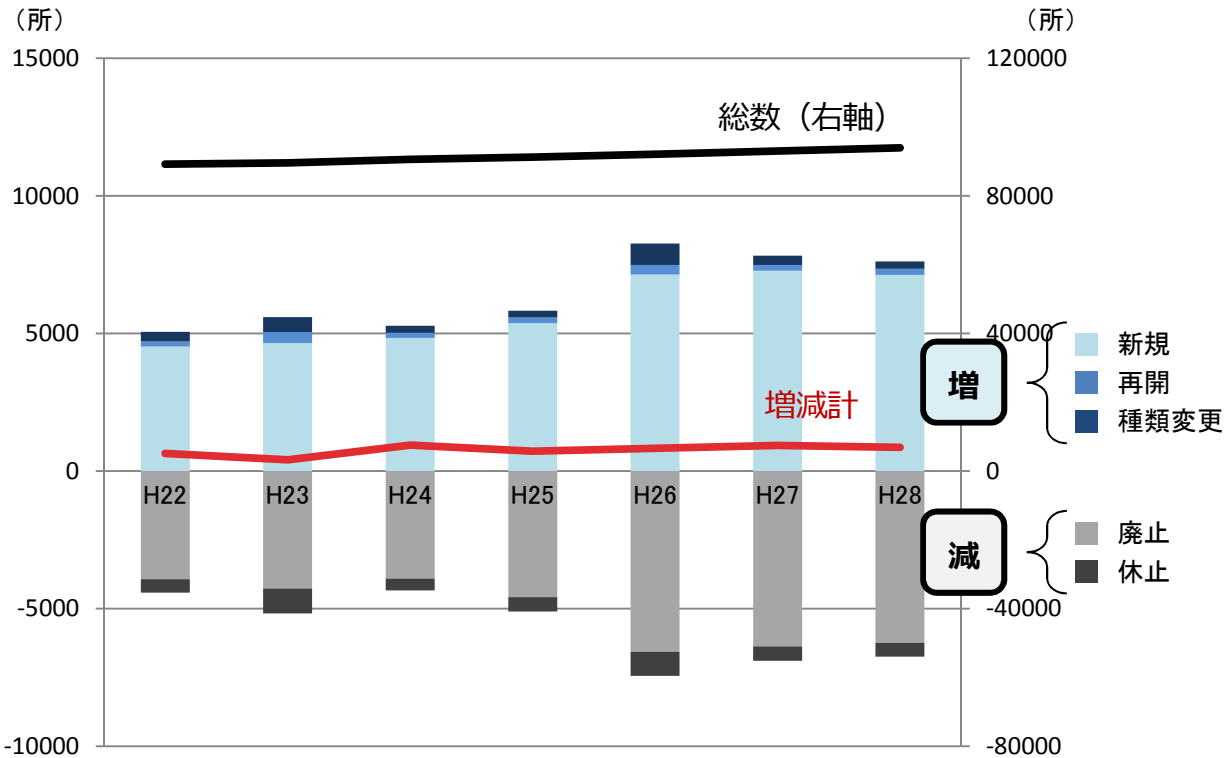
無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点

【新規参入と医療の質の関係】

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設け、新規参入による開業が抑えられた場合には、既存の医療機関において医療の質を改善するインセンティブが低下するとの指摘がある。

無床診療所（一般診療所）の増減

近年、無床診療所の増加数（新規開設等の増加数から、廃止等の減少数を除いた数）は、一定の値（総数の約１％）で推移している。

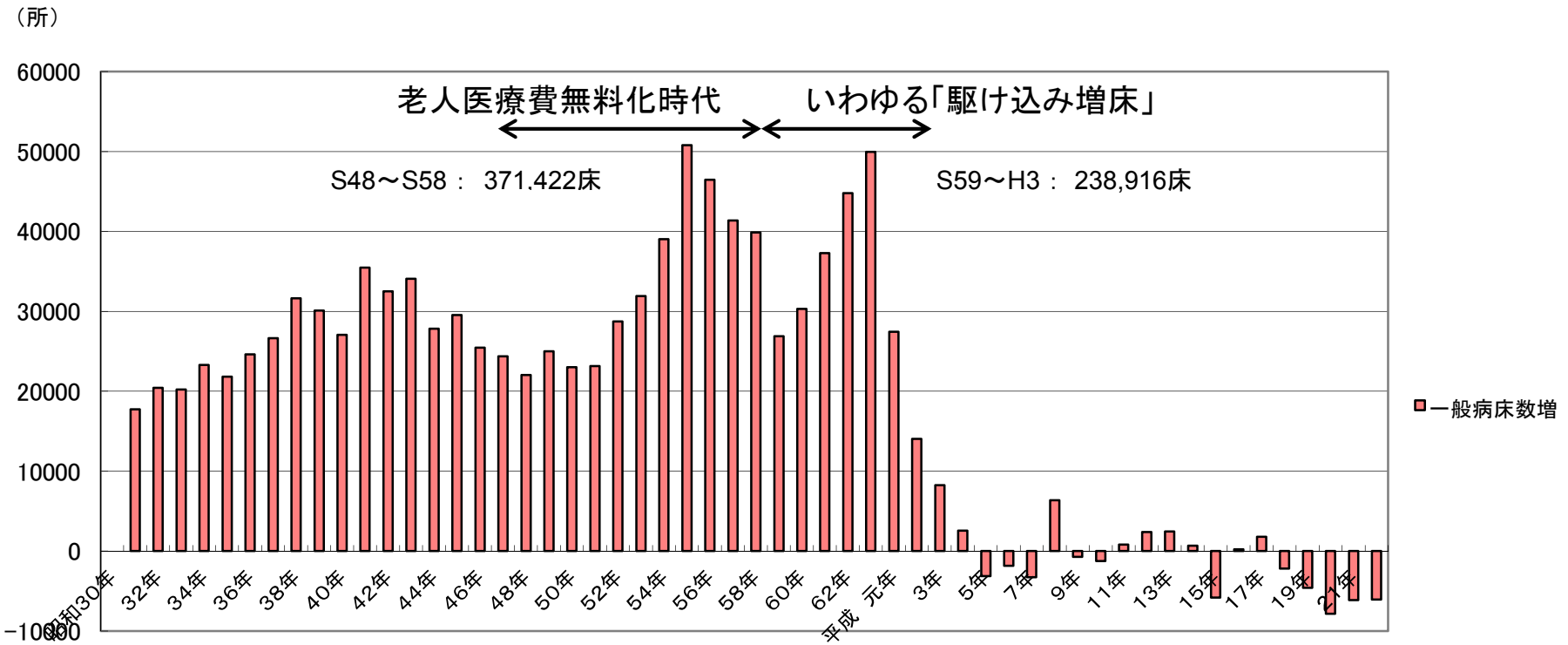


	総数	増			減		増減計	増減率（%）
		新規	再開	種類変更	廃止	休止		
H22	89204	4528	182	349	-3925	-493	641	0.72
H23	89613	4655	393	540	-4268	-911	409	0.46
H24	90556	4839	188	254	-3905	-433	943	1.04
H25	91279	5372	211	239	-4579	-520	723	0.79
H26	92106	7133	359	774	-6572	-867	827	0.90
H27	93034	7281	212	329	-6366	-528	928	1.00
H28	93900	7129	223	261	-6243	-504	866	0.92

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点

【新制度導入前の駆け込み開設】

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けた場合、規制導入前にいわゆる「駆け込み開設」が生じる懸念がある。

※昭和60年度の基準病床制度導入時にも、制度施行前に過剰な増床が行われた。

一般病床数の増加数の年次推移（平成12年以降は療養病床含む）