

ア病棟を支える医師になると予想されることから、上記のような医療の格に関するヒエラルキー意識は徐々になくなっていくのかもしれない。

Step 3 では高度急性期・急性期病床を減少し、回復期・療養病床を増床するための具体的な機能分化・連携の仕組みを検討することになる。国の指針では「医療機関の自主的な対応」に基づいてこれを行うことになっているが、実際にはハードルが高いことは自明である。特に、表 2 に示したように地域全体で減少の必要性が示されている場合は、減床は減収を意味するだけに、協議によって自主的に合意形成を行うことは難しいだろう。実際の経営に携わっていない研究者の机上の空論に過ぎないという批判を受けることを甘受した上で、あえて論を進めるとすれば、そうした難しい合意形成を行うためにも、地域で求められている医療提供体制はどのようなものであるのかという理念を共有した上で、それを実現するための戦略を具体的な数字を示しながら提示することが不可欠となる。この具体的な数字の多くは筆者らの研究成果をもとに厚生労働省から提示される資料集（データブック）が用いられることになるが、その解釈や追加の分析を支援する「地域のシンクタンク」が必要となる。筆者はこの役割を担うものとして各都道府県に少なくとも一か所必ずある医学部の社会医学系教室に期待している。もちろん資料作成にかかわった筆者らもできる限りの支援を行うつもりである。

Step4 では地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論を行うことになる。仮に、△山総合病院と○×病院がそれぞれ一般病床の 40 床を回復期病床（具体的には地域包括ケア病棟）に転床し、さらに地域の在宅医療・在宅介護ネットワークを支援するための情報システムを構築するということが協議の結果として合意されたとすれば、そのための費用が基金によって賄われるよう都道府県を通じて国に申請することになる。また、地域によっては現在国で検討が進められている「地域医療推進法人制度（仮称）」を形成することで、そのような機能分化と連携をスムーズに行おうという事例も出てくるであろう。その場合は、その整備も当然基金による財政的支援の対象になるものと考えられる。

(3) 地域医療構想調整会議について

以上のような検討を行うのが地域医療構想調整会議であるが、ここには原則として診療に関する学識経験者としての団体その他の医療関係者、行政関係者、保険者の代表者などが入ることになる。検討内容の中心が機能別病床再編である以上、病院団体の代表者が入ることは不可欠である。加えて、個々の病院の経営問題にかかわることであるがゆえに、関係する病院関係者が多く参加して議論することができるような分科会を設置するといった丁寧な対応が必要だろう。また、在宅ケアの整備が重要な検討項目である以上、合議内容によっては介護関係者や介護保険の保険者である市町村関係者、住民代表なども検討に加わる必要がある。検討に際して多

くのデータが用いられるが、その解釈が正しく行われるために、この分野の研究者が入ることも必要だろう。例えば、そうした研究者がファシリテーター的な役割を担うことで中立的な議論の展開が可能になるかもしれない。

ところで、すでに種々の調査で明らかになっているように、患者は二次医療圏で受療を完結しているわけではなく、隣接する二次医療圏の医療機関にかかることが地域によっては普通である場合も少なくない。例えば、福岡県の宗像医療圏、粕屋医療圏の患者は相当数が福岡糸島医療圏の病院に入院しており、しかもその割合は傷病や病期（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）によって異なっていることが明らかとなっている。このような現状は筆者らの研究成果に基づいて厚生労働省が各都道府県に配布しているデータを見ることで把握が可能である。こうした場合、病床機能別病床数の配分や医療機関相互の連携について構想圏域をまたいだ議論が必要となる。県境の医療圏の場合、隣接する他県の構想圏域関係者との協議が必要となる。都道府県は適宜そのような調整の場を設定しなければならない。

(4) 都道府県知事による措置

今回の事業で現場の医療関係者がもっとも関心を持っているのが都道府県知事による措置の具体的な内容であろう。ガイドラインでは「協議の場での協議が調わず、自主的な取り組みだけでは機能分化・調整が進まない場合」、「都道府県知事は、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関には指示）することができることとする」とされている。また、稼働していない病床についても、現行の医療法上の規定で公的医療機関に対する病床削減命令に加えて、それ以外の医療機関に対しても医療審議会の意見を聞いたうえでその削減を要請できることとなった。

この規定に関しては大きな懸念を示す医療者側も少なくないが、医療が地域住民、特に高齢者にとって安心を保証するものになっていることを考えれば、都道府県知事が強権を発動する事態になることは考えにくい。もちろん、各地域の財政状況によってはその改善のための協力を依頼されることはあるだろう。ただし、どのような改革を進めるにしても地域住民の納得が必要となる。なぜならば、高齢化が進む中で病床を削減することは、在宅ケア量を増やすことを意味するが、それは必然的に今よりも家族及び本人の心身面及び経済的な負担を増加させる可能性が高いからである。

結局のところ地域医療提供体制の改革は、各地域においてどのような「まちづくり」を行うかという基本構想との整合性を持ったものでなければうまく行かないであろう。この点において長野県の第6次医療計画に相当する信州保健医療総合計画は参考になる³⁾。これは保健医療計画、健康増進計画などの保健医療に関連する7つの計画を一体化したものであり、かつ県の基本計画と整合性のとれたものになっ

ている。今回の地域医療構想についてもそれを策定・実現することでどのような社会システムを作ろうとしているのかという基本的理念が住民と共有されていなければ単なる作文に終わってしまう可能性が高い。こうした基盤がない状況で都道府県知事の何らかの措置を取ることは難しいだろうし、また基本的理念が共有されるのであれば、知事がそのような要請や指示をするまでもなく病床機能の見直しは医療者の自律的な検討の中で進んでいくものと考えられる。

3. まとめ

以上、地域医療構想策定ガイドラインについてその概要とポイントを説明した。自明のことではあるが、地域医療構想は病床削減が第一の目標ではない。「地域の医療介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考えることが第一の目標である。地域医療構想では病床機能別の病床数の適正配置が議論の中心になっているが、それは在宅医療や介護サービスといった地域の受け皿の状況、そして何よりも地域住民がどのような医療提供体制を望んでいるのかということに大きく依存する。したがって、数字の裏側にあるリアルな地域医療の現状についての理解が不可欠であり、その共通理解の場が地域医療構想調整会議であると考えている。国から示される数字はあくまでそれぞれの地域であるべき医療提供体制を考えるための一つの参考資料に過ぎない。また、あるべき医療提供体制を実現するための方法は一つではない。各地域の持つ制約条件を踏まえたうえで、複数のシナリオを持つことが重要であると考えている。

今回のガイドラインはこれまでの医療計画策定のそれと異なり、記述内容のテンプレートを示しているというよりは、その考え方の道筋を示しているものになる。したがって、各地域の地域医療構想調整委員会では、数字の裏側にある現状を勘案しながら、それぞれの地域のふさわしい医療提供のあり方を計画することになる。したがって、民間シンクタンクに計画を丸投げするようではうまく行かない。外部組織を使うにしても、中核となる数字の解釈に関しては地域の関係者で行わなければならない。地域医療構想は第7次医療計画、そして平成30年度に予定されている地域包括ケア計画（仮称：現在の介護保険事業計画）につながる重要な計画である。各地域の将来がかかっているという認識が関係者に共有されることが必要である。今回の地域医療構想の策定は医療者側が「どのような医療を提供しようと考えているのか」を行政関係者のみならず地域住民に示す絶好の機会である。住民の理解なしに医療に適切なファイナンスを求めることはできない。他方で、少子高齢化の進行は社会として支払うことができるコストにも制限をもたらすことになる。費用を財政との見合いで医療費の適正化が必要であると地域住民も考えた場合には、医療者としてもその努力を惜しむべきではないだろう。このようなことがデータをもとに具体的に議論することができるようになること、それが今回の地域医療構想策定のもっとも大きな意義であると筆者は考えている。

引用文献

- 1) 厚生労働省医政局： 「第8回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」
資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000073913.html> （平成27年2月21日閲覧）
- 2) 松田晋哉：医療機関の病床区分や人員配置等に関する研究（平成27年度厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進研究事業・H26-医療-一般-001）報告書、平成27年3月。
- 3) 長野県：第6次長野県保健医療計画（信州保健医療総合計画）：
<http://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/kenko/iryo/shisaku/hokeniryo/index.html>
（平成27年2月26日閲覧）

図1 地域医療構想策定の流れ

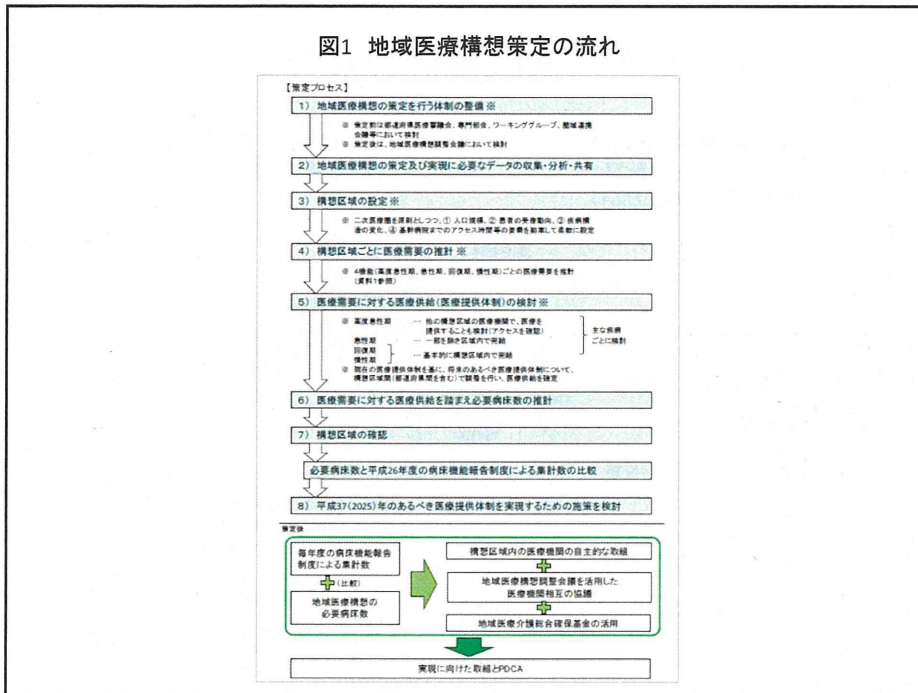


図2 C1、C2、C3設定の基本となった医療資源投入量（中央値）の推移の分析結果（入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの）

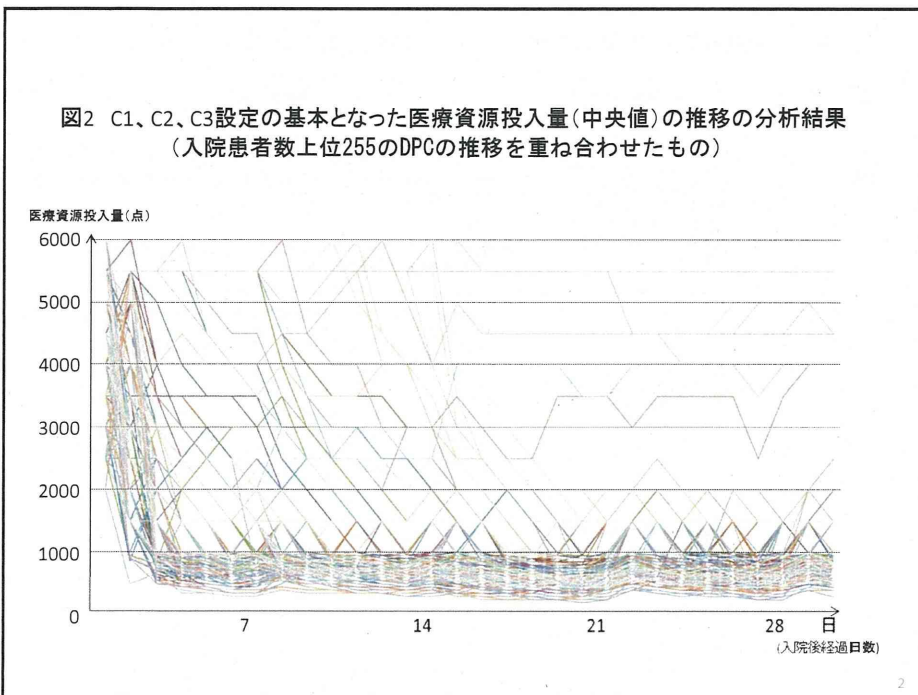
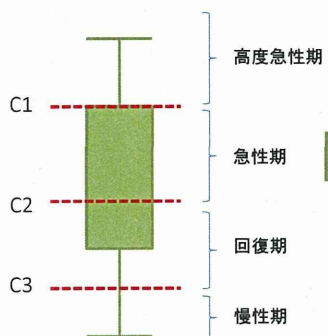
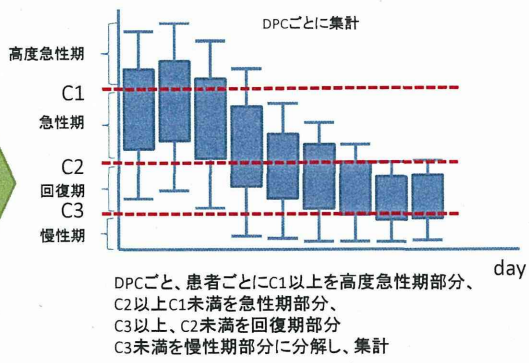


図3 機能別病床推計の具体的手順

(1) 1日当たり出来高換算コストの分布(入院1日ごとに計算; 入院期間の平均ではない)



(2) 1日当たり出来高換算コストの入院後日数ごとの分布



DPCごと、患者ごとにC1以上を高度急性期部分、C2以上C1未満を急性期部分、C3以上、C2未満を回復期部分、C3未満を慢性期部分に分解し、集計

(3) 病床稼働率で割り戻し、病床数とする

表1 医療資源投入量の基準(C1~C3)の考え方と患者像の例について

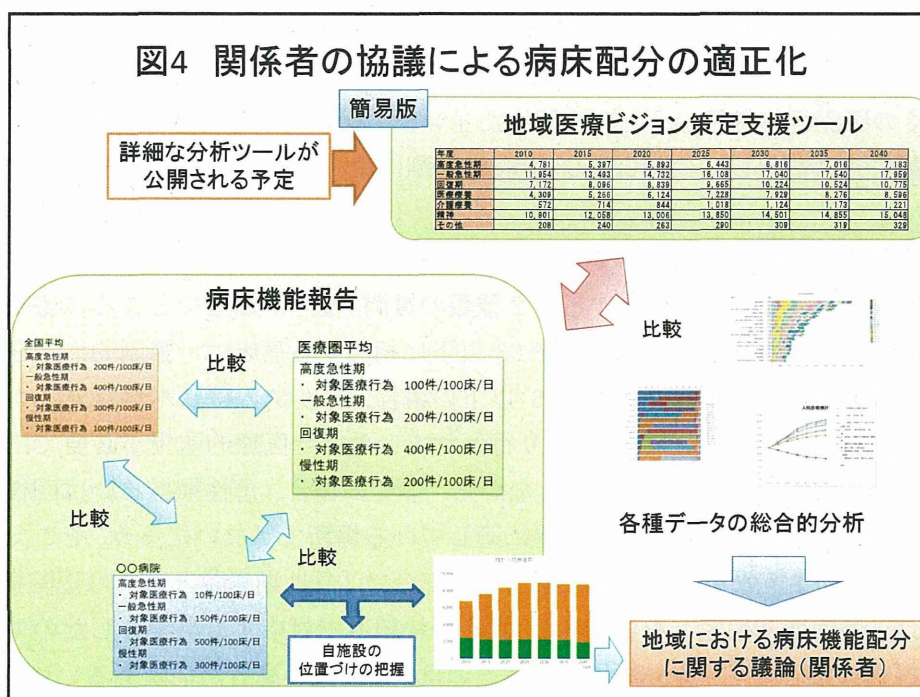
	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1	救命救急病棟やICU、HCUに加え、一般病棟等で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうて、検査や評価の頻度も下げていけそうである。 <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期	C2	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。 <p>[参考] DPCデータ及びNDBのレセプトデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
回復期	C3	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。 <p>[例] 補液+点滴管理+ドレナージ</p>
在宅医療等		○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込む。	

表2 病床機能別病床数の議論のための基礎資料(仮想例)

構想圏域人口: 100,000人

医療機関名 (病床数)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
〇〇市民病院					
社会医療法人 △山総合病院	DPC対象病院	100	260	0	360
医療法人 □□会 凸凹病院	DPC対象病院	40	100	0	140
医療法人 △□会 ○×病院		0	40	40	80
医療法人 ○○会 記念病院		0	40	0	80
医療法人 □▽脳神経外科病院	地域包括ケア病床	0	20	40	100
医療法人 ○○会 ◎◎病院		20	20	20	80
医療法人 ○○会 ◎◎記念病院		0	0	80	80
病床数合計(構想圏域)	160	480	140	220	1000
人口10万対病床数(構想圏域)	16%	48%	14%	22%	100%
人口10万対病床数(県)	160	480	140	220	
人口10万対病床数(県)	145	355	210	300	
人口10万対病床数(全国)	140	360	220	270	
参酌標準値(2015年: 構想圏域)	80	320	200	300	900
	9%	36%	22%	33%	100%
参酌標準値(2025年: 構想圏域)	60	250	220	320	850
	7%	29%	26%	38%	100%
(該当医療行為: 100床・1日当たり)					
〇〇市民病院	DPC対象病院	120	180	0	0
社会医療法人 △山総合病院	DPC対象病院	90	140	0	0
医療法人 □□会 凸凹病院		0	140	120	0
医療法人 △□会 ○×病院		0	120	140	0
医療法人 ○○会 記念病院	地域包括ケア病床	0	40	200	100
医療法人 □▽脳神経外科病院		50	160	140	80
医療法人 ○○会 ◎◎病院		0	20	0	130
医療法人 ○○会 ◎◎記念病院		0	20	0	120
構想圏域平均	104	157	151	116	
県平均	150	180	120	70	
全国平均	180	200	80	60	

図4 関係者の協議による病床配分の適正化



産業医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋哉

1. はじめに

当初の連載予定では第6回で医療費支出目標について説明する予定であったが、地域医療構想に関連する厚生労働省及び内閣府での議論が長引いているため、今回はテーマを変えて地域医療構想調整会議における議論の内容について研究者の立場からの私見を述べてみたい。また、平成27年2月12日に地域医療構想策定ガイドライン(案)(以下ガイドライン)が出された後、様々な憶測が流れ現場が混乱している状況もある。筆者のところにも種々の誤った理解に基づく質問や意見が数多く寄せられている。そのいくつかについて本稿でも紹介し、それに対する筆者の見解を述べてみたい。

2. 病床機能別病床数について

(1) C1、C2、C3に関する誤解

ガイドラインでC1、C2、C3という基準が示されたことで種々の憶測が広がっている。その代表的なものはこの基準がそのまま診療報酬上の区分に使用されるのではないかというものである。結論から言うとこれは全くの誤解である。1日当たり出来高換算医療費をもとに算出されるC1、C2、C3という基準はあくまで、現状の病床をマクロで区分するためのものでそれを個々の医療機関の区分に用いることはない。1入院で考えたとき、1日当たり医療費は入院期間を通して変動するものであり、個々の患者にそれを统一的に適用することは技術的に不可能である。そもそもこのような基準を設定すると、より多くの医療行為を行おうという誤ったインセンティブにつながりかねない。したがって、厚生労働省としてC1、C2、C3を診療報酬に用いることはないだろう。

(2) 慢性期病床の推計に関して

療養病床については大きく分けると2種類の質問・疑念が筆者のところに寄せられている。まず、第一のものは一般病床でC3以下に相当する病床は「強制的に」在宅扱いにされてしまうという誤解である。C3以下の場合、確かに入院基本料以外にコストがかかっていないが、「医療行為があまり行われていない=医療的監視が必要ではない」ではないことは明らかである。しかしながら、多くの場合、急性期あるいは回復期としての一般病床がそのような患者の療養に適している場所ではないだろう。そこで一般病床としてはこのような患者の療養に相当する部分は「急性期病院としては退院扱い」とし、それを「慢性期と在宅とを合わせた」大きな枠組みで対応する患者としたのである。ここで、「慢性期と在宅」を一体的に考えるのは、慢性期の患者が病院あるいは在宅(介護施設を含む)で過ごすのかは、それぞれの地域の療養病床や介護サービスの整備状況

に依存するという事実に基づいたものである。したがって、こうした患者を療養病床でみるのが良いのか、在宅でみるのが良いのかは、まさに各構想会議で議論することになる。

慢性期の病床数に関して、もう一つ大きな話題になっているのは図1に示した地域差の格差解消に伴う各構想圏域での病床数の適正化の議論である¹⁾。図1の考え方では、都道府県レベルの療養病床における受療率（施設医療圏ごと）について、最大都道府県の値を中央値の都道府県のそれに合わせ、それに比例する形で各構想圏域（当面は二次医療圏）の受療率も削減するというものである。目標年度は2025年であるが、削減幅の大きい地域については2030年を目標年度として計画することが可能であるとされている。このような削減が本当に可能であるのかについては、おそらくクリアしなければならない課題が大きいことからそれほど簡単ではないというのが筆者の私見である。まず、第一に住民の理解が得られるのかという問題がある。療養病床入院に関して医療側のpullの要因がないとは言えないが、患者及び患者家族の要求が大きいことも事実である。老老介護や共働きが当たり前となっている今日の家族の状況を考えたとき、医療や中等度以上の介護ケアを必要とする高齢者に関して療養病床への入院を望む声はそれほど小さくはならないであろう。ただし、それが本当に「病院」でなければならないかについては検討が必要である。医療が保証された「住まい」、例えばサービス付き高齢者住宅や看護小規模多機能施設のようなものでも住民のニーズに応えることは可能であろう。また、医療保険財政の持続可能性についても考える必要がある。現在、多くの地方の自治体では歳入における自主財源が30%、歳出における義務的経費が60%~70%という状況になっている。少子高齢化の進行により税収は少なくなる一方で、特別会計である医療介護の補てんに回せる一般財源に限界があることを理解しなければならない。さらに将来的には諸外国では自己負担となっている療養病床における「ホテルコスト」の大半をこれからも医療保険でカバーし続けることができるのか、またすべきなのかということについても議論が必要だろう。低所得者層に十分配慮しながら、ホテルコストについてはある程度までの額を自己負担（＝年金保険）というようにすべきなのかもしれない。

いずれにしても慢性期の患者に関する入院・入所・在宅のバランスと相互の連携をどのようにすべきかを考えるのが地域医療構想調整会議の重要な役割になる。

3. 何を構想するのか

まず重要なことは地域医療構想調整会議は「病床削減」をその第一の目的として話し合う場ではないということである。話し合うべき重要な事項は、各構想圏域においてどのような医療・介護の機能が現在不足しているのか、あるいは将来不足すると予想されるのかを明らかにした上で、それにどのように対応していくかを話し合い、そして具体的な計画に落とし込んでいくかという具体的なプランである。地域の医療ニーズや将来

の人材確保の可能性、人口推計などを総合的に分析した結果として、病床の削減や機能転換が適切であるという地域は出てくるであろう。同じ結果が出るとしても、地域の関係者の合意の上でそのような結果が出た地域とそうでない地域では、その後の計画の実現可能性で大きな差がつくであろう。また、仮に保険者や住民の合意として国が示す需要以上の病床を維持すべきであるというのであれば、それは当該地域の財政的負担で賄うことに関して関係者が同意すればよいことである。構想会議で重要なことは、データに基づく議論を通じて地域の関係者が合意形成を行うプロセスにある。したがって、その過程は民主的でなければならず、すべての関係者が自らの意見を述べるができるような機会があるべきだろう。その意味で分科会やタウンミーティングのようなものも積極的に開催されるべきであろう。

以下、地域医療構想調整会議で検討されるべき事例のいくつかを研究者の立場からの示してみたい。

(1) 人口推計の結果から考えるべき事項

例えば、2010年から2030年に図2に示したような人口構成に変化すると推計される二次医療圏を考えてみよう。人口の大幅な減少の一方で後期高齢者、特に後期高齢女性が増加する。おそらくこれらの後期高齢者のかなりの数が、医療や介護を必要とするであろう。こうした高齢者の看護や介護を誰が担うのであろうか。こうした地域に看護師や介護士、PT/OTとして勤務するために転居してくる若年者はほとんどいないであろう。そうであれば、こうした高齢者のケアの担い手は、今この地域に住んでいる子供たちということになる。そうするとこうした子供たちが地域に残ってケアワーカーとして働いてくれるような仕組みづくりを今から準備する必要がある。すなわち将来のケアワーカー確保のためのプログラムが基金の対象となりうるのである。

(2) 傷病構造の将来推計から考えるべき事項 (1)

図3は首都圏のある都市部の二次医療圏の傷病別入院患者数の変化についてみたものである。現在の入院受療率と在院日数を前提とすると、この圏域では団塊の世代の高齢化に伴い入院患者数が総体で2010年より50%増加する。特に脳血管障害、肺炎、骨折が増加する。脳血管障害については介護保険との関係で地域ケアの仕組みが理論的にはほぼ完成しているが、肺炎と骨折はどうであろうか。近年、急性期病院の救急部門に後期高齢者の肺炎（特に誤嚥性肺炎）と骨折の搬送例が増加している。しかもそうした高齢者の相当数がすでに要介護状態で介護サービスを受けている。これからも現在と同じような体制でこうした高齢者を急性期病院で受け入れ、今と同じような入院期間で治療することが可能であろうか。おそらく難しいであろう。とすれば、脳血管障害と同じように医療機関間及び医療と介護との連携の中でこうした高齢者を診ていく仕組みづくりが必要となる。具体的には受け皿としての地域包括ケア病床の整備が課題となるだろう。また、介護施設では誤嚥性肺炎や転倒・骨折を予防するような取り組みの強化が

必要となるであろう。要介護状態の悪化のもっとも重要な要因は肺炎や骨折、脱水などの医学的なイベントの発生であることが明らかになっており、これを踏まえて厚生労働省の介護の質評価事業ではこうしたリスクを把握し、適切な予防的サービスを計画することが求められることとなっている²⁾。こうした医療と介護との総合的な取り組みをどのように実現するかが高度高齢社会では重要であり、したがってこれに対応したプログラムは医療介護総合基金の対象となりうる。

(3) 傷病構造の将来推計から考えるべき事項 (2)

図3をもう一度見てみよう。多くの傷病別入院数が増加している一方で、分娩が約40%減少している。これまで分娩の多くは民間の有床診療所で行われているが、こうした環境変化の中で個々の経営判断に産科医療のあり方を任せっぱなしにしているとどのような状況になるであろうか。おそらく分娩を行う施設が減少し、気が付くと地域に分娩ができる施設がなくなっているという事態が生じてしまう。実際、筆者がかかわっているある地域では今回の地域医療構想策定にあたって調べたところかつて14か所あった分娩可能な施設が1か所になってしまっていた。国として少子化対策を進めるとして、分娩施設がない地域に若い世代は住もうとは思わないであろう。図3のような状況は多くの地域で起こっている。また、出産の高齢化は周産期医療そのものの総合性を要求する。したがって、図3の推計結果を踏まえて、多くの圏域で産科施設の集約について検討することが必要になるであろう。これも地域医療構想調整会議の重要な役割であると考えられる。

(4) 急性期入院と在宅をつなぐ入院体制の整備

これまでの連載で説明してきたように現在の平均在院日数と受療率を前提とすれば、非常に大きな人口減少が起きない地域以外では入院医療の需要は増大する。しかしながら、財政面を考えれば公的負担が増加する入院医療の整備に国として舵をきることは難しい。むしろ図1に示したように慢性期の入院についてはそれを圧縮する圧力がかかることは間違いないだろう(ただし、それを地域として受け入れるかどうかは別問題である)。いずれにしても現状の病床数を維持するとしてもこれまで入院で療養をしていたような医療ニーズの高い在宅患者が今後増加することは間違いないだろう。このことに関してはすでに本連載の第4回で福岡県の医療レセプトと介護レセプトとを連結した分析結果を紹介した³⁾。こうした患者に在宅医療を安定して提供するためには、必要であれば入院ができる仕組みがあることが望ましい。具体的には地域包括ケア病床の整備が必要なのである。地域包括ケア病床を急性期と回復期のどちらに位置付けるかについては明確な指針が出ていないが、機能的には回復期に相当するものと考えべきだろう。しかしながらその機能を考えればそれは回復期リハビリテーション病床よりは一般病床に近くかつて全日病が提唱していた「地域一般病床」に相当するものであると考える

4)。その意味では平成 26 年度の病床機能報告で急性期病床が 43.8 万床、回復期病床が 4.6 万床（2014 年 7 月 1 日時点・速報値）⁵⁾というのは病用機能に関する共通理解ができていないことによる結果であると思われる。このような概念整理の問題はあるが、多くの地域では地域包括ケア病床をどのように体系的に整備していくかが地域医療構想調整会議では重要な議題になるだろう。

（5）構想圏域間の関係性に関する議論

自明のことではあるが医療サービスは一つの構想圏域では完結しない。例えば、本誌において福留らは鹿児島県においては他の二次医療圏が特にがん診療において鹿児島医療圏に依存していることを示した上で、各二次医療圏でこうした医療を自己完結することは実際的でなく、医療圏間の協力体制をどのように明文化するかが重要である説明している⁶⁾。加えて、例えば首都圏のように患者の移動が県境を越えるのが当たり前の地域も少なくない。したがって、こうした地域では異なる医療圏間の関係性の調整を行うことが求められる。仮にこれが周産期救急や災害医療のように補助金の絡むものであるとすれば、異なる医療圏の自治体間でその経済的負担をどのように配分するのかという議論にもつながるだろう。この点に関しては各都道府県の地域医療構想担当部門が相互に連携することが必要になる。

他方、首都圏や大阪、名古屋、福岡といった大都市圏の場合、構想圏域が広すぎるという問題も生じるだろう。この場合、構想圏域を患者の受療圏をもとに分割した上で、分科会を設定するといった工夫も必要だろう。この際、患者の移動を正確に把握するために、こうした大都市圏では区市町単位でのデータ作成が必要になる。これについては各都道府県から厚生労働省にそのような分析の依頼をかけ、それが厚生労働省保険局に設置された「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の審査を受けるという一連の手続きが必要となる。

4. まとめ

以上、地域医療構想調整会議における議論の内容について研究者の立場からの私見を述べた。この会議のもっとも重要な目的は各構想圏域の医療・介護を保証することである。高度高齢社会において医療・介護サービスの提供体制が充実していることは、そこに暮らす住民にとって安心が保証されるためのもっとも重要な条件の一つである。したがって、それは各自治体の基本構想との整合性を持って計画されるべきものでもある。これまで策定されてきた地域医療計画や介護保険事業計画も本来そのような性格のものであるが、残念ながらその重要性が十分に認識されてきたとは評価しがたい。我が国は計画経済の国ではない。その意味で地域医療構想や医療計画に強制力を持たせることは妥当ではない。しかしながら、社会保険という公的財源を使いながら、各提供主体が自主的に医療機能を作ることが許されている我が国では、その適正配置を実現するため

に、どのような機能が必要とされているのか、及び国・地方自治体としてどのような医療提供体制を望ましいと考えているのかという情報を「市場」に提供する必要がある。その情報を参考にしながら各提供主体が医療機能を整備していくことが我が国の場合は实际的である。この機能を具体化するものが今回の地域医療構想であると筆者は考えている。しかも、今回の構想策定では、これまでよりも住民に近いレベルで議論が行われる。各地域で医療を担う関係者がどのような医療・介護提供体制が望ましいと考えているかを住民に示す機会でもある。住民の理解なしにどのような制度改革も難しい。その意味でも地域医療構想調整会議の場は重要である。拙速ではなく、丁寧に地道な議論が行われることが期待される。

引用文献

- 1) 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会： 地域医療構想策定ガイドライン（案）、平成 27 年 3 月 18 日。
- 2) 第 7 回介護報酬改定検証・研究委員会資料：介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業、平成 27 年 3 月 20 日。
- 3) 松田晋哉： 医療の可視化と病院経営 第 4 回 医療介護の総合的データベースの開発と運用、病院、74 号(4)、2015。
- 4) 猪口雄二：「地域一般病棟」について、病院 62 号(12)：988-92, 2003
- 5) 第 6 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（平成 26 年 12 月 25 日）資料。
- 6) 福留 亮、松田晋哉、村松圭司、藤野善久、久保達彦： DPC および患者調査データを用いた鹿児島医療圏における急性期入院医療の分析、病院 73、(6) 476-483, 2014。

図1 療養病床数適正化の考え方

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、現状の受療率を維持することとする。

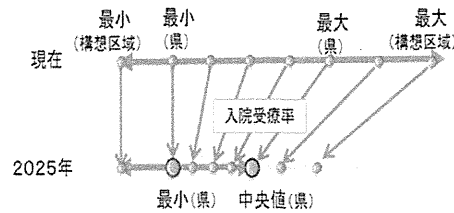


図2 少子高齢化の進む構想圏域での検討事項

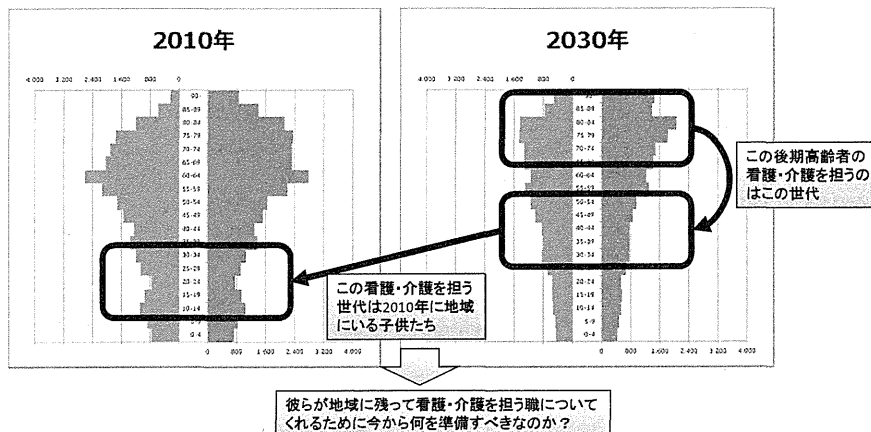


図3 肺炎・骨折で入院する患者の急増に
どのように対処するのか、また分娩の減少を
どのように考えるのか？

