

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）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成28年度）

【地域事例班】地域事例視察：上川中部医療圏

研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）

研究協力者 町田 宗仁（金沢大学医学部 教授）

研究要旨

本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方やポイントについて整理することを目的とした。

具体的には上川中部医療圏（北海道）に属する旭川医師会、旭川赤十字病院、北海道保健福祉部地域医療推進局を訪問し調査を行った。

地域医療構想の推進にあたって、病床数推計の議論までは、地域の医療資源の「見える化」が図られることや、「病床の削減ありき」ではなく「議論のテーブルに就く」ための環境整備が重要である。

一方で、この先の各病院による自主的な病床転換を期待するためには、地域の関係機関に発想転換を常に促し、調整する機能が必須と思われる。

回復期の先の在宅医療に、円滑に繋げていくためには、実際に稼働している施設数やマンパワーを知り、施設間での関係構築を図ることが重要であり、その前提としてまずは正確な実態把握が必要と思われる。

A．研究目的

各都道府県で地域医療構想の策定が進められている。病床の機能分化・連携の推進、病床の利用の効率化等を推進するそれぞれの施策について、プロセスの分析・整理を行う必要がある。本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方や議論のポイントについて整理することを目的とした。

B．研究方法

地域事例調査のため、上川中部医療圏（北海道）に属する旭川医師会、旭川赤十字病院、北海道保健福祉部地域医療推進局を訪問（平成28年11月22日）し調査を行った。

1）基礎情報

訪問先とした上川中部医療圏（北海道）の基礎情報として、圏域の位置（図 2-3 . 1）、面積、圏域構成、人口（表 2-3 . 1）、人口推移（表 2-3 . 2）、医療資源（表 2-3 . 3、表 2-3 . 4）、医療及び介護需要（表 2-3 . 5、図 2-3 . 2、図 2-3 . 3）を把握した。二次医療圏の人口は40万人を超えているが、今後人口減少および高齢化が進む地域である。このため、今後の必要となる病床数も急性期を中心に大きく減少が見込まれている。



地図出典：日医総研ワーキングペーパーNo.352 地域の医療提供体制の現状- 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2015年度版)より
http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_587.html

図 2-3 . 1 上川中部医療圏（北海道）

表 2-3 1 基本情報

訪問先	上川中部医療圏(北海道)
面積	4,238km ²
圏域構成	旭川市、上川郡鷹栖町、上川郡東神楽町、上川郡当麻町、上川郡比布町、上川郡愛別町、上川郡上川町、上川郡東川町、上川郡美瑛町、雨竜郡幌加内町
人口	403千人(H22年国勢調査による)

出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス（国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発）

表 2-3 2 人口推移

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2010 2035年 増加率
総人口	403,246	390,467	373,914	354,513	333,235	310,841	-23%
65歳以上	109,313	125,648	133,827	133,916	131,302	127,868	17%
75歳以上	53,819	62,932	70,891	81,621	85,414	82,857	54%

(H22年国勢調査による)

表 2-3 3 医療施設総従事者
(病院+診療所)

総医師数	1,309人
総看護師数	5,401人

平成 26 年 10 月 1 日病院報告

表 2-3 4 現在病床数(2015年)と
2025年必要病床数比較

	2015年7月1日現在 (許可病床)	2025年の必要病床 数推計
高度急性期	1,250	689
急性期	3,018	1,795
回復期	481	1,613
慢性期	1,723	1,528
休棟等	132	
合計	6,604	5,625

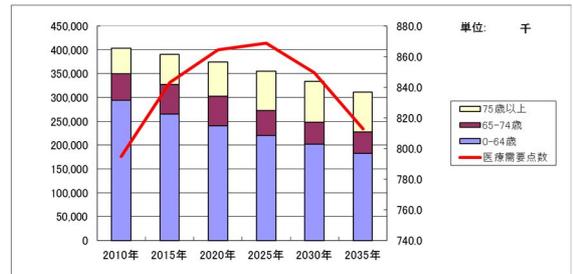
北海道 HP 病床機能報告
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/iyk/iry/imu/byousyokunou.htm>

表 2-3 5 医療需要点数増減率、
介護需要点数増減率

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口	403,246	390,467	373,914	354,513	333,235	310,841
0-64歳	293,933	264,819	240,087	220,597	201,933	182,973
65-74歳	55,494	62,716	62,936	62,295	45,888	45,011
75歳以上	53,819	62,932	70,891	81,621	85,414	82,857
医療需要点数	794,930.3	843,037.4	864,441.7	868,869.2	849,400.8	812,796.4
医療需要点数増減率		6.1%	8.7%	9.3%	6.9%	2.2%
介護需要点数	625,594.6	609,025.2	678,833.2	755,559.2	780,590.1	757,163.3
介護需要点数増減率		15.9%	28.8%	43.8%	48.5%	44.1%

出典：二次医療圏データベースシステム

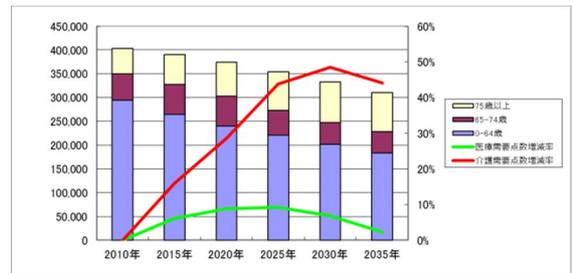
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス（国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発）



出典：二次医療圏データベースシステム

<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス（国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発）

図 2-3 . 2 医療需要点数の推移



出典：二次医療圏データベースシステム

<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス（国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発）

図 2-3 . 3 医療需要点数増減率、
介護需要点数増減率の推移

2) 地域事例視察項目

今回の事例視察では、以下に注目してヒアリングを実施した。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか
2. 「病床数推計値」に関する受け止め
3. 2次、3次救急診療体制について
4. 地域包括ケアに関する従前からの議論

- 5. 構想会議における議題
- 6. 患者の流出入
- 7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

C. 研究結果

調査結果は以下の通りであった。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか
 - ・今日の病床区分はあくまでも「点数区分」に基づくものであり、疾病内容、重症度経過、予後への配慮がない。
 - ・病床区分について、いずれ再定義がなされ、地域での再割振りを要するのではないか。
 - ・上川中部医療圏では、許可病床数(約7,000床)について、実際の稼働病床率を勘案すると、国が示した計算式に基づく5,600床を目指すことは、それほど困難ではないのかもしれない。
2. 「病床数推計値」に関する受け止め
 - ・地域で数値の「見える化」を図り、その後は病院の自主的な経営判断に委ねることに意義があるのではないか。
 - ・一方で、民間病院の経営を左右することまで、構想会議で議論することは事実上不可能である。
 - ・急性期病床から回復期病棟への転換は、いずれ余儀なくされる。一方で慢性期から回復期への転換は、人員や施設の増強などが容易には行えないため、難しいのではないか。回復期の先には、在宅医療が待っているため、その受け皿の正確な把握が必要である。医療の供給力は各種調査である程度正確に把握できるが、介護の供給力は公的な統計が医療分野ほど充実しておらず、受け皿の正確な把握は自身でも行う必要がある。
- ・北海道では、医療・介護の制度外にあるケアハウス(「高齢者下宿」と称されることもある。旅館業法の適用。)などの共同生活が行える住居も存在している。

(注:北海道では、在宅=自宅での医療とは限らない。「自分が馴染んだ地域」や「近隣に親族が居住する地区」へ転居し、独居した上で医療を受けることも多い。ケアハウスはこのような退院後の中間的な施設、そして、自宅で生活していた独居や老人世帯の高齢者が身体能力が低下して独立した生活が出来なくなった場合に、自宅から直接入居する施設と、考えられている。最近、看取りまでを行う施設も出てきており、一時的に滞在する施設という位置づけのみならず、終の棲家としての役割も果たす施設になりつつある。)
3. 2次、3次救急診療体制について
 - ・3次救急については救命救急センターを有する旭川赤十字病院、旭川医科大学病院が主として対応、それ以外は市内の病院で分担し、患者を受け入れている。幸い、受入れにかかる病院間の連携、棲み分けは出来ている。
4. 地域包括ケアに関する従前からの議論
 - ・この先に必要な議論であるが、各地域の実働している介護系マンパワーを正確に把握することで、介護サイドがどのくらい、受け皿として機能するかを議論が出来るのではないか。
 - ・地域の関係機関に発想転換を常に促す、献身的な調整役が必須である。拡大再生産の時代は、システム構築はうまくいくが、縮小均衡のご時世ではシステム再構築は厳しい。
 - ・地域包括支援センター自体は、うまく機能

していると感じるが、「実際の地域包括ケア」がどこまで構築されているかという不安が存在する。このギャップは、在宅医療・ケアハウスへ入る退院患者の実態数、稼働数が把握できていないためと思量される(上記「2. 「病床数推計値」に関する受け止め」でも同様の感想あり)。円滑に連携が図られているところは、比較的狭い地域で医師会との連絡会などがしっかりして、地域としての制度構築の判断が医師会からも確認しやすいところではないか。

- ・在宅や介護については、患者数や実稼働数を正確に把握することと、そのデータを元に医師会などが判断していくことが必要である(「見える化」の一環として)。
- ・近い将来、この上川中部医療圏内で、年間死亡者数が現状より1,000人多い時代に入る。仮に居宅療養で最期を迎える場合、単純に増加する1,000件の死亡診断書を開業医でできるのか。旭川では、医師会員が開業する240施設のうち、内科で往診してくれるのは40施設。これでは、マンパワーとしては厳しいのではないか。一般病院の先生方にも、居宅での看取りといった在宅医療にも参画いただかないと、在宅死を含む包括ケアの推進は難しいのではないか。

5. 構想会議における議題

- ・地域医療構想調整会議の場で、高度急性期病院、中規模病院、訪問看護など、それぞれの立場からの現状認識を6回に分けて話してもらい、危機感を共有したところである。この手法は、「危機感」の共有には極めて有効だった。
- ・法律で定めるような会議体では、あまりに広範かつ多人数で、情報共有ができることと、形式的な審議であること以外には、実

際的な議論をすることは厳しい。

- ・会議では、病床数に関する議論に加え、訪問看護、介護施設、救急車運用状況も聴取した。急性期病床のダウンサイジングまでは、地域全体での共通認識が得られるものの、その先については、誰が調整の労を執るかが難しい。
- ・急性期を脱した患者の回復期への橋渡しは、現在円滑に行われているものの、急性期病床の削減が必要とされて回復期へ転換した場合、従来良好な関係であった回復期病院と競合する懸念が出てくる。このような調整を誰がやるのか、よく考えていかないといけない。
- ・例えば、稼働率に合わせてベッド数を下げた場合、その先をどうするのかの検討がなされないとシステムとして成り立たない。

上川中部医療圏では伝統的に、大きな公的病院が急性期、中堅の私立病院が回復期や慢性期という役割分担が続いてきた。

公的病院の急性期病床数を足すと、病床過剰となる。過剰分を回復期病床に変えると、圏域の中での連携関係が崩れる。

ベッド数が減り、縮小した形での経営で、一定の機器・器具類や人材を持ってやっていけるのか。放射線部や手術部、管理部門などはベッド数が減ってもコストは比例的に減少しない。単純に病床数をダウンサイジングしただけでは経営が苦しくなる。苦しくなるから病院間で合併するなどの判断は、大きな問題になる。

ただし、旭川地方では、患者が入院しにくくなるような減らし方を目指す方は執られないと予想される。

- ・地域医療構想の到来は議論を賦活化させ、良かった。構想に伴う議論、調整について

は、今の時点までは関係者間でそれほど大きな痛みを伴わなかったのではないかと考えている。しかし、この先が問題である。地域全体としてどう動くのかが重要であり、課題は山積している。

6. 患者の流出入

- ・ 従前から周辺地域の患者受け入れは行われてきたことであり、今回の地域医療構想の影響は受けない。

(注：旭川では、地域の小さい自治体から大きな自治体である旭川への流入がほとんどなので、これまで通りに受け入れていける。例えば、宗谷、留萌、北空知、富良野などから、各地域の患者の10～20%が常に流入しているが、各地域の患者数が上川中部より圧倒的に少ないため、将来的な増減の影響は吸収可能である。)

7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

- ・ 在宅医療は、物理的な受け皿(施設)として、不自由を感じない程度存在をするものの、支えるマンパワーの育成とリクルートが課題である。
- ・ 居宅での医療については、旭川市医師会が「たいせつ安心i医療ネット」を立ち上げ、医師会員の視点から、提供しうる医療情報を一覧にして共有しうる状況となっている。
- ・ 地域包括ケアに関する会議体は、旭川市が平成28年4月より連絡会を開催したが、介護事業者間での競争もあり、同じテーブルで共通課題を議論するには、まだ時間がかかるのではないかと。
- ・ 看取りの問題というものは、いろいろな側面で存在する。ケアハウスや老健などでの看取りはまだ限られているものの、徐々に件数は増えている。一方、それらに聞くと、

往診可能な開業医のマンパワーで、対応できるかという懸念などがある。日常的に往診していない勤務医が、看取りの時だけ往診するというのは、現実的ではない。訪問看護ステーションなどと繋がりが強い勤務医が依頼されて、対応可能と判断すれば看取りを行うことはある。

- ・ 市町村が介護事業所の稼働情報を把握することで、医療側、特に医療連携室スタッフが、患者さんの退院調整を更に円滑に出来るのではないかと。
- ・ 旭川市界限では、突然の介護施設建設ラッシュがあって、それによりの確なキャパシティの把握が難しくなった。また、単に数の把握という側面に留まらず、医療機関と介護施設との間の関係構築も、施設数の激増によって難しくなり、病院側による介護施設の力量の把握も必要となっている。
- ・ 他職種連携の機運はあり、実際、地域包括ケアの講演会を実施すると、人口40万人程度の旭川圏域で、蓋を開ければ400名程度の聴衆が集まる。多くの関係者が関心を持ち続けることが、地域包括ケアの充実に繋がる。

(訪問後の追記)

旭川市訪問看護ステーション協議会と旭川市保健所で、在宅医療にかかる実稼働数とキャパシティを把握する動きがある。医師会との情報共有で無理のない在宅医療、在宅看取りの広がりを図る動きが出てきている。

D. 考察

地域医療構想の推進にあたって、病床数推計の議論までは、地域の医療資源の「見える化」が図られることや、「病床の削減ありき」ではなく「議論のテーブルに就く」ための環境整備が重要である。

一方で、この先の各病院による自主的な病床転換を期待するためには、地域の関係機関に発想転換を常に促し、調整する機能が必須と思われる。

回復期の先の在宅医療に、円滑に繋げていくためには、実際に稼働している施設数やマンパワーを知り、施設間での関係構築を図ることが重要であり、その前提としてまずは正確な実態把握が必要と思われる。

E．結論

地域包括ケアの推進および活性化には、各分野のデータ集積・周知により、一部のメンバーに過度の義務や負担をかけない、持続的かつ「緩やかな連携」が望まれる。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

特になし。