

参考資料 データブックを活用した地域医療構想調整会議運用のための資料
(地域医療構想調整会議で活用する構想試案の作成)

地域医療構想をどう策定するのか

～福岡県京築医療圏を例とした策定案～

産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 松田晋哉

はじめに

現在、全国の都道府県で地域医療構想の策定が進んでいる。すでに、岡山県は第 7 次地域医療計画として、そして広島県は地域医療構想を策定し公開している。これらの自治体は地域医療構想策定ガイドラインに従って、まず数字を書き込んだ計画を策定し、その後その実現のための議論を地域医療構想調整会議（以下、調整会議）で行う、という地域医療構想策定ガイドライン（以下、ガイドライン）に沿った形で作業を進めている（したがって、今後策定された構想に基づいて各調整会議での議論が行われることになる）。

他方、筆者が関係している福岡県の構想策定では、計画の実効性を担保するためには関係者の理解を事前に得ておく必要があるという認識から、県の医療審議会での議論と並行して、二次医療圏ごとに地域医療構想会議を行いながら、平成 28 年 12 月を目途に地域医療構想を策定するという段取りで行っている。この原稿を書いている平成 28 年 4 月 21 日時点で、すでに 2 回の調整会議を各構想区域（二次医療圏）で行い、また医師会会員、調整会議委員を対象とした研修会延べ 10 回以上行っている。

おそらく県医師会と県、そして大学が協力しながら地域医療構想策定に取り組んでいるという点において福岡県は特殊な事例であるかもしれない。しかしながら、筆者はこれが本来の姿であると考えている。地域医療構想策定の目標が何かと言えば、合意された共通の理念の下で、あるべき医療提供体制を実現するためである。そのためには現状に関する客観的なデータ分析が必要であり、その支援は大学の役割である。そして規制する側とされる側の適切な緊張関係の中であるべき医療提供体制の絵姿を構想し、その進捗管理を行うのは県と県医師会の役割である。批判を恐れずに言えばこれまでの医療計画は策定すること自体が目的化してしまい、その実効性は担保されてこなかった。しかしながら、少子高齢化の進行と長引く経済成長の低迷の中で、公的医療保険制度の持続可能性が疑問を持たれるようになり、医療関係者の間でも将来の方向性に関して漠然とした不安が強くなってきているように思われる。これまでと異なる右肩下がりの中の経済環境の中で、医療サービス提供者も保険者も、また地方自治体も今後の運営方針を考えるための具体的な数字を求めているように見える。おそらくこれがこれまでの地域医療計画に比較して、数段、地域医療構想への関心が各レベルで高まっている理由であると筆者は考えている。

本稿では、こうした問題意識に正しく応えるために、地域医療構想そしてそれに続く地域医療計画と地域包括ケア計画をどのように策定すべきなのかについて、この事業に研究者として関わった立場から論考するものである。あくまで一研究者としての私見であり、厚生労働省や内閣府の関係部局の見解とは異なる部分もあると思われる。本稿の内容は筆

者の考える「あるべき論」であり、したがって本稿の内容に関する一切の責は筆者に帰するものであることをあらかじめお断りしておく。

・地域医療構想策定に関して使用されるデータの理解

A.1. 1. データブック

今回の地域医療構想策定にあたっては、各二次医療圏における現在の医療提供体制を分析するためのデータブックが各都道府県に提供されている。このデータブックには以下に説明する各種ツールが入っており、地域医療構想の策定に際しては、まずこれらのデータを用いて現状に関する認識を関係者で共有することが適切である。この過程を除いて、「(5)病床機能別医療需要」で説明する推計ツールから導き出される病床機能別病床数の推計結果を議論したとしても、なぜそのような推計結果になるのかがわからず、実効性のある地域医療構想や地域医療計画を策定することは難しいだろう。

(1) DPC データ (図表 -1)

DPC データについては、欠けている機能はないか、すなわち地域の DPC 病院ですべての色 (MDC : 主要診断群) は現れているかを確認する。すべての色が現れているということは、急性期入院機能について全診療科で対応ができていることを意味する。そして欠けている機能がある場合、それは他の病院が補っているのかを次に検討する。DPC データはあくまで厚生労働省の DPC 調査に参加している病院のデータであり、それに参加していない施設の診療実績はわからない。DPC 調査に参加していない病院が、DPC データにはない機能を補っている場合はそれで良いが、仮に補っていない場合、その診療機能が欠けていることで何か不都合が生じていないかについて検討する。

DPC データで確認すべき第 2 の点は、各病院の機能が年度間で安定しているかである。具体的には、年度間で各病院の診療機能に大きな変更が生じていないかを確認する。安定していない場合 (例えば、特定の MDC の入院患者数が大きく減少している場合) その理由が何であるのか、そしてそのために何か不都合が生じていないかを検討する。

第 3 の確認事項は、圏域内の各病院の機能分化の状況の検討である。総患者数の多少にかかわらず、圏域内の病院の診療パターンが同じである場合は、機能分化が進んでいないことを示唆している。同程度の医療資源がある複数の地域があった場合、機能分化の進んでいる地域の方がそうでない場合に比較して、個々の MDC での症例数が多い傾向となることが経験的に知られている。仮に機能分化の進んでいない地域の場合、このような不効率が生じていないかを検討する。

(2) NDB データ (図表 -2)

NDB については、当該医療行為 (診療報酬上の医療行為等で示される。例えば、二次救急など) の患者居住医療圏における自己完結度 (患者が自分の居住する医療圏にある施設で

治療を受けることができているか)を検討する。そして、自己完結していない医療機能がある場合、そのために何か不都合は生じていないか、生じている場合、それをどう解決すればよいのかを検討する。具体的には、自己完結率を高めるのか、あるいは他医療圏と連携するのかを議論することになる。

(3) 消防庁データ(図表 -3)

今回、国から各都道府県に配布されるデータブックには、消防庁から提供されたデータをもとに作成した各二次医療圏における救急搬送時間に関する資料が含まれている(ただし、消防庁にデータを提出していない東京都の資料はない)。覚知(連絡が救急隊に入った時間)から病院収容までの平均時間を検討することで救急搬送に関して何か問題はないかを分析する。具体的には、搬送時間が長い場合、その原因はどこにあるのかを検討する。覚知から現場到着までの時間が長い場合は救急隊側の問題があることが、そして現場到着から収容までの時間が長い場合は、受け入れ側の問題であることが多い。また、覚知の時間帯や年齢による搬送時間の差がないかを検討する。そして、DPC データからわかる各病院の救急搬送症例の状況(ただし入院のみ)、NDB で示される救急搬送の自己完結率のデータと合わせて分析することで、救急医療の課題を分析し、その改善策を議論する。なお、示された結果は平均時間であるが、数分の差が実際には各地域の救急搬送の大きな差を示していることに留意されたい。

(4) 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)

SCR(Standardized Claim Ratio)とは年齢調整標準化死亡比(Standardized Mortality Ratio: SMR)と同様の手法で、当該地域における特定のレセプトの出現状況を指標化したものである。計算式は図表 -4 の通りである。ここでは標準集団を全国としている。SCRが100.0より大きければ、その医療行為は全国平均よりも多く行われていること、100.0より小さければ少なく行われていることを意味する(図表 -5)。各圏域で性年齢を補正したとき、全国よりも多く出ている機能・欠けている機能はないかを検討し、そのような機能があることで何か不都合はないかを分析する。例えば、ある機能が全国に比べて少ない場合、それはそもそもそれを必要とする患者が少ないのか、それを提供する医療施設がないことのどちらかの理由が考えられる。仮に後者である場合、そのような不足する機能があることで、地域に何か不都合が生じていないかを検討する。

(5) 病床機能別医療需要

今回の地域医療構想策定にあたっては国から、NDB から推計される現在の各病床機能別稼働ベースのデータをもとに、図表 -6 のような二次医療圏ごとに病床機能別病床数の参照値が示される。この内容については次節「2.病床機能別病床数の推計ロジック」で説明する。

データブックには含まれていないが、地域医療構想及び医療計画策定に資する目的で、厚生労働省内の研究班（以下、研究班）や日本医師会から、地域別の人口推計や傷病構造の分析を行うためのツールも提供されている。¹将来の医療需要を決定する最も重要な条件の一つは人口構成の変化である。したがって、各地域における地域医療構想策定にあたっては、これらのツールを使った分析を行うことが望ましい。

(6) 人口の将来予測

人口の将来予測について、本稿では産業医科大学公衆衛生学教室が提供している AJAPA (All Japan Areal Population-change Analyses: 地域別人口変化分析ツール) を用いた検討例について紹介する。今後我が国の多くの地域では図表 -7 に示した人口構造になる。すなわち、後期高齢者（特に女性）が増加し、若者層が減少する。2030 年にこのような人口構造となる地域では、後期高齢者の看護・介護を担う人材の確保が課題となる。このような人口構造になる地域に、看護職・リハ職・介護職として働くために他地域から移住してくる現役層が増えるということは想定しにくい。したがって、これらの地域では現在そこに住んでいる子供たちが将来、当該地域に残って看護職・リハ職・介護職として働いてくれるためのプログラムを考えることが必要となる。また、確保できる看護職・リハ職・介護職に制限があるのであれば、それを前提として効率的なサービス提供体制のあり方を検討しなければならない。具体的には病床の介護施設等への転換なども含めて検討する必要がある。このような検討が必要な地域の場合、コンパクトシティのような街づくり構想と連動することが求められることになる。

(7) 傷病別入院患者数の推移の推計

前述の AJAPA では、傷病別の入院患者数も推計できるようになっている。ただし、この推計は患者調査のデータに基づいているため、一つの傷病名での推計になっていることに注意が必要である。おそらく、多くの地域では人口の高齢化の結果、総数で患者数が増加し、特に肺炎、脳血管障害、骨折の患者が対 2010 年比で相当程度増加すると予想される(図表 -8)。脳血管障害や骨折については、地域連携パスの一般化やリハビリテーション体制の体系化、さらには介護保険側での対応など一定の定式化が進んでいる。しかしながら、肺炎については医療介護の連携のもとで対策を立てるレベルにはまだない。高齢化の進んだ地域では、すでに高齢者の肺炎が救急搬送例で最も多いものになっているが、こうした急激な患者増に現在の救急体制で対応することは難しい。結論から言えば、こうした肺炎症例については急性期病院の救急部門で初期の治療を行った後、搬送元である介護施設や

¹ ツールを確認・活用できる主なウェブサイト

- ・産業医科大学公衆衛生学教室 <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
(患者推計ソフト AJAPA・病床数推計ソフト・-各種講演資料)
- ・国立がん研究センター臨床経済研究室 石川ベンジャミン光一氏 資料サイト
<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>
- ・日本医師会地域医療情報システム <http://jmap.jp/>

在宅、あるいは慢性期病床で治療されることが望ましい。このようなことが可能になるためには、急性期以後の施設における看護力を高めることが必須となる。すでに先進的な病院では、アライアンスを組んでいる地域の他施設（主に慢性期病院）と看護師の人事交流を行っており、そうした対応の準備を行っている。今後、こうしたネットワークが全国で必要になるとともに、介護施設や在宅介護の場での肺炎予防や骨折予防の実践が重要になる。いずれにしても、高齢者の肺炎対策をどうするのかといったような具体的な議論を通して病床機能の分化及び医療介護の連携の必要性が関係者に認識されることが重要である。

A.2. 2. 病床機能別病床数の推計ロジック

病床機能別病床数の推計については、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（以下、GL 検討会）等で、人口構成や傷病構造の地域差を踏まえた上で検討を行うこととなった。そこで、一般病床レセプトについては高度急性期、急性期、回復期、慢性期を DPC に展開して推計を行うこととした。その上で、上記 4 区分をどのように定義するかが厚生労働省内の研究班内で検討された。図表 -9 に示したような分析を個々の DPC ごとに行った結果、医療資源投入量が落ち着くまでを急性期、落ち着いてから退院準備ができるまでを回復期とした上で、急性期については ICU、HCU、無菌室の利用頻度などに着目して高度急性期を分離という考え方が採用された。それぞれの区分点を C1、C2、C3 とした上で、その推計値の幅が GL 検討会に提示され、その議論を踏まえて区分점에相当する出来高換算コストが決定された（図表 -10）。なお、出来高換算コストの算出にあたっては、入院基本料と急性期以外のリハビリテーションについては計算範囲から除外されている。

ここで C1、C2、C3 について留意すべき点として、これらの値はあくまで地域レベルでの傷病別・病床機能別の入院受療率を推計するために設定したものであり、個々の医療機関にあてはめて個別に病床機能別病床数を計算することに用いる、あるいは診療報酬上の基準になるものではないということがある。

専門調査会の推計において採用された仮説は以下の通りである。

- ・ 一般病床のレセプトについては、高度急性期と急性期を区分する 1 日あたり出来高換算点数（以下点数）を 3,000 点、急性期と回復期とを区分する点数を 600 点、回復期と慢性期とを区分する点数を 225 点（175 点）として、DPC 別にそれぞれに対応する患者数を推計（各病床機能別の平均在院日数は DPC ごとに実際の値を使用）。非 DPC の一般病床レセプトについては、NDB データを患者ごとにつないで 1 入院データとして DPC でコーディング。回復期リハビリテーションレセプトについては回復期病床として推計。
- ・ 療養病床入院患者については、医療区分 1 の 70%は在宅で対応可能と仮定し、残りを慢性期病床として推計。

- ・ 障害者病床は慢性期として推計。
- ・ 一般病床の入院については、1日あたり点数が175点未満の者は在宅で対応可能と仮定。
- ・ 療養病床の性年齢調整後の受療率の地域間格差を縮小。(図表 -11)
 - パターン A は都道府県別療養病床受療率が最低の山形県(人口10万対81)を基準として、これより高い二次医療圏については2025年にすべて山形県と同じ受療率になるとして病床数を推計。
 - パターン B は2025年に都道府県別療養病床受療率が最高の高知県(334)を中央値の滋賀県(144)にする比率で、山形県よりも受療率の高い二次医療圏の受療率を縮小するとして病床数を推計。
 - パターン α (特例) はパターン B で達成年度を2030年にした場合の病床数を推計。
- ・ 病床利用率を高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%と設定。

GL 検討会で議論されて決定された以上の仮定に基づいて、研究班が患者数を推計するロジックを開発して厚生労働省に提供し、このロジックを用いた最終的な推計を厚生労働省内部で実施している。

図表 -12、図表 -13 に病床推計の概要をまとめた。まず、2013年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別の患者数(1日あたり、生保・労災・自賠責等についても補正)を求め、これを性年齢階級別・患者住所地別人口で除することで、DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別の受療率を算出する。これに国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計から得られる目標年度における当該地域の性年齢階級別・患者住所地別を掛け合わせることで、各年度の病床機能別病床数を推計するロジックとした。繰り返しになるが、今回の検討で推計されたのは病床機能別の患者数であり、それぞれに病床利用率を別途設定して必要な病床数が推計されたことに留意する必要がある。

・ 地域医療構想の例 - 福岡県京築医療圏を例として -

第 節では前節で説明したデータを用いて地域医療構想をどのように策定するのかについて、福岡県京築医療圏を例として説明する。福岡県医師会では検討にあたって必要なデータについては別途調査を行っており、ここではその内容も含めて記載を行う。GLにはないデータも含まれるが、実効性を担保するためにはこうした追加の調査を行い十分な検討を行うという作業が行われるべきであろう。なお、記述の混乱を避けるため本節では図表の番号をあらためてふり直すこととする。例えば第 章の最初の図表は「図表 -1」と振り直しているので注意されたい。さらに記述に関しては実際の構想にならって「です・まず」調で記述することとする。

第 章 総論

1. 地域医療構想の背景と目的

少子高齢化の進行により、我が国の医療提供体制の見直しが課題となっています。具体的には後期高齢者の急増により、医療と介護ニーズが混在する高齢者のケアをどのように総合的に行っていくのか、しかもそれを減少する現役世代でどのように支えていくのが課題となっているのです。

高齢化の状況は地域によって異なります。したがって、前述の問題への対応は地域ごとに計画されなければなりません。団塊の世代が後期高齢者になる2025年を一つの目途として、そのための対策を考えるというのが地域医療構想の目的です。

また、社会の成熟化により、国民が医療に対して求める内容は質的に高度化しています。こうした要望に応えるためには、(高度)急性期、回復期、慢性期の各サービスを一定の質を担保しながら提供するためには、それぞれにふさわしい構造及び体制で対応することが必要であり、これは機能分化と連携を要求します。このことが医療関係者のみならず、広く地域住民全体に理解される必要があります。

医療は地域の安心を支える重要な社会共通資本です。一定の仮定のもとに、各地域の人口構造及び傷病構造の将来像と病床機能別の患者数を推計した結果をもとに、各地域の将来の医療のあり方を住民を含めた地域の関係者全員で考え、そしてその実現のためのロードマップを考えること、これが地域医療構想の目的です。

なお、厚生労働省は病床機能を以下のように定義しています。

高度急性期：

- ・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

急性期：

- ・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能()

回復期：

- ・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)

慢性期：

- ・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- ・ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2. 医療計画と地域医療構想

地域医療構想は医療計画の一部です。後述のように、地域医療構想では一定の仮定のもとで推計された病床機能別の患者数と必要病床数が示されます。この数字を参考にしながら、各地域で医療提供体制のあり方を考えることとなります。今回の地域医療構想の策定にあたっては種々のデータが準備されています。このデータをもとに多面的に検討を行うことで、それぞれの地域で将来のビジョンを持って、医療関係者が自施設の将来像を、そして住民が自分の居住する地域の医療の将来像を考えることが可能になりました。地域医療計画と各施設の将来計画とを、データの裏付けを持って医療者が考えることができる基盤ができたと同時に、住民も医療関連データをもとに地域のあり方を考えることができるようになったことが重要です。このような基盤をもとに、平成30年度に第7次医療計画が策定されることとなります。少子高齢化の進行と経済成長の低迷という社会経済環境下で、いかにして質の高い医療サービスを効率的に提供していくかについて、地域ごとに工夫することが求められているのです。今回の地域医療構想はそのための具体的な羅針盤として機能することが求められています。単に病床機能別病床数を決めるというよりも、データに基づいて医療全般について各地域の課題を明確にし、その対策を具体的に記述することが重要です。それが第7次医療計画そして地域包括ケア計画の策定につながっていきます。

第 章 地域医療構想策定で利用される資料および機能別病床数推計のロジック

(前述の「 . 地域医療構想策定に関して使用されるデータの理解」で)説明したので、ここでは省略する)

第 章 医療供給体制の現状および将来の医療需要・医療供給体制の見通し

本章では付録につけたチェックリストをもとに京築医療圏の医療供給体制の現状および将来の医療需要・医療供給体制の見通しについて検討します。資料(図表)の番号はチェックリストの通りとします。(筆者注: チェックリストはA3版の大きなものになるので、産業医科大学公衆衛生学教室のホームページからダウンロードして参照されたい。また、資料(図表)についても数が多いため、本稿に示すのは必要最小限のものにとどめる。全体は産業医科大学公衆衛生学教室のホームページから閲覧されたい)

1 地域の現状

人口の変化

京築医療圏の人口推移についてみると2015年現在18万人くらいいる人口が2040年には15万人をきるレベルまで減少していきます(資料12-1)。コホート別の人口変化では、かつては10代の人口流出が大きかったのですが、最近はそれが小さくなっています。これからの京築医療圏の人口減少は高齢者の減少、すなわち多死化によることがわかります(資料12-2)。超高齢社会になって死亡が増えるのです。このことは医療介護サービスの提供体

制に大きな影響があるだけに、十分に理解されておく必要があります。人口ピラミッドの変化では、後期高齢者、特に女性が増えます。この急増する後期高齢者の医療介護需要にどのように応えるのが課題になります。(資料 12-3)

年齢階級別医療職数

病床数の配分を決める大きな要素に医療職の確保可能性があります。資料 15 は平成 27 年における京築医療圏の病院と有床診療所における医師と看護師の年齢階級別・男女別の人数を福岡県医師会が調査したものです。医師については 50 歳以上が多くなっていますが、30 代もそれなりの数があることから、その確保はある程度対応が可能であると考えられます。他方、看護師については、京築医療圏の場合、約 30%の看護師が准看護師であり、その退職に伴って看護師不足が予想されるため、その確保策を現時点から検討することが喫緊の課題です。仮にその確保が難しい場合、限られた看護職数で地域のニーズに応えるための病床配置の見直しが必要になります。そのシナリオについても検討が必要でしょう。

医療機関の分布

九州厚生局のデータをもとに一般病床、療養病床、精神病床、結核病床、感染病床の届け出病床数を地理的分布とともにみると、京築医療圏の場合、病床、特に一般病床が北部に集中しており、南部は精神病床が主体となっています(資料 1)。

圏域内における医療の自己完結率

入院基本料別の自己完結率では、一般病床のうち、看護基準 7 : 1 および 10 : 1 の自己完結率は 50%強の自己完結率で 30%が北九州医療圏、20%が大分県(北部)に流出しています(資料 2-1)。13:1、15 : 1 の自己完結率は 60%強で、残り 20%ずつが北九州医療圏と大分県に流出しています。(資料 2-2-1) 回復期リハビリテーション病床の自己完結率は 80%強で、残り 10%ずつが北九州医療圏と大分県に流出しています。(資料 2-2-2) 療養病床の自己完結率は 90%弱となっています(資料 2-3)。

推計ツールを用いた医療機能別の自己完結率では、高度急性期の自己完結率が自己完結率 49%、急性期の自己完結率は 55%となっています。(資料 2-4・5) 以上の結果は入院基本料別の結果より若干低い値となっています。入院基本料別のデータは国保及び長寿医療のみのデータなので、職域健康保険まで含めると隣接する北九州医療圏への流出が若干多くなることが考えられます。回復期の自己完結率は 60%、慢性期の自己完結率は 85%で、入院基本料別の自己完結率と矛盾しません。(資料 2-6・7・8)

SCR では、DPC と一般病床の入院はいずれも 60 台、回復期リハビリテーションは 126、療養病床は 231 で、高度急性期・急性期の医療提供体制が弱い一方で、慢性期の入院医療機能は高いことがわかります(資料 2-9)。回復期は回復期リハビリテーションは比較的充実しているが、全体としてはまだ改善の余地があることが推察されます。

DPC 対象病院のデータでは、2つのDPC病院と1つのデータ提出加算をとっている病院のデータが示されています。MDC12(産婦人科)を除くとすべてのMDC対応した入院医療が提供できており、そして年度間でも機能は安定していること、さらに耳鼻科と眼科は2つのDPC病院がそれぞれを行っており機能分化もできています(資料2-10)。

救急医療

DPC 対象病院のデータでは、MDC12 婦人科を除くと、救急で問題となるMDCについてはすべての色が出ており、おおむねすべての診療科で対応ができています。年度間でも機能は安定しています。2つの病院の診療領域は類似していますが、京築北部の上と下で地域的にカバーしている範囲が違うという理解で良いと考えられます(資料3-1)。

国保・長寿のデータで見た二次救急の自己完結率は50%で15%が北九州医療圏、35%が大分県に流出しています。(資料3-2)

SCR では、二次救急・入院のSCRは31でありやはり救急に関しては提供量が少ないと考えられます。他方、療養病床における急性期や在宅からの受け入れのSCRが316で、療養病床がある程度救急患者の対応ができる力があることが示唆されます(資料3-3)。

救急隊の搬送時間データでは、新生児については覚知から現場到着は5分と非常に速いのですが、現場到着から収容までが34分と非常に長くなっています(資料3-4)。乳幼児については平均搬送時間は覚知から現場到着は7分と速いのですが、現場到着から収容までが28分と長くなっています(資料3-6)。小児については覚知から現場到着は7分と早いのですが、現場到着から収容までが24分と長くなっています(資料3-8)。成人については、覚知から現場到着は7分、現場到着から収容までが22分と県の平均に近いものとなっています。(資料3-10) 高齢者については、覚知から現場到着は7分、現場到着から収容までが23分と後者が県の平均より2分長くなっています(資料3-12)。

脳血管障害

脳梗塞・TIAの自己完結率は約80%で、残り約15%は隣接する北九州医療圏に流出しています。(資料4-1) くも膜下出血の自己完結率は100%となっています。(資料4-2) いずれも大きな問題はないと考えられます。

SCR では急性期の治療に関して提供量が特に問題になるものは急性期リハビリテーション以外ありません。ただし、廃用症候群に対するリハビリテーション、連携パスについてはいずれも80未満と提供量が少なくなっています(資料4-3)。

DPC データを用いたアクセシビリティの評価では、くも膜下出血の場合、医療圏北部はほとんどの住民が30分以内にくも膜下出血の治療を行っているDPC病院にアクセスできるところに住んでいます。中部は60分、南部は90分の地域があります(資料4-4・5)。

虚血性心疾患

心筋梗塞の自己完結率は約 90%ですので、問題はないと言えます。(資料5 - 1) 狭心症では自己完結率は約 75%で、20%が隣接する福岡・糸島医療圏に流出しています。(資料5 - 2) SCR では欠けている機能はないと考えられます。(資料5 - 3) DPC データを用いたアクセシビリティの評価では、ほとんどの住民が 15 分以内に急性心筋梗塞の治療を行っている DPC 病院にアクセスできるところに住んでいることが読み取れます。(資料5 - 4)

悪性腫瘍

DPC 対象病院では、MDC13 の血液の悪性腫瘍以外はすべての入院治療が行われています。(資料6 - 1) また、医療機能にも大きな変化はないようです。そのうち手術ありの症例に限定した場合、MDC03 の耳鼻咽喉科、MDC09 の乳腺、MDC13 の血液以外は外科的な治療もおこなわれています。(資料6 - 2) がん入院治療の自己完結率は約 40%で、50%が福岡糸島医療圏に流出しています。(資料6 - 3) 臓器別の評価や主要な悪性腫瘍手術の自己完結率についても、その多くが福岡・糸島医療圏への流出が認められています。(資料6 - 4~21; 本稿では省略した。産業医科大学教室ホームページに示したので、興味ある方は参照されたい) 入院化学療法については、自己完結率は 30%で、60%が福岡糸島医療圏に流出しています。(資料6 - 22) 外来化学療法については、自己完結率は 50%で、35%が福岡糸島医療圏に流出しています。(資料6 - 23) SCR では、全般的に 80 未満のものが多く、筑紫医療圏ではがん治療についてはあまり提供できていないことがわかります。

小児

小児入院の自己完結率は 50%で、40%が隣接する福岡糸島医療圏に流出しています。(資料9 - 1) 乳幼児の入院治療自己完結率は 70%で、20%強が福岡糸島医療圏に流出しています。(資料9 - 2) 小児医療の SCR を見ると入院診療体制は 60 台となっていますが、夜間休日の診療体制はいずれも 120 以上の値になっています。いわゆる筑紫方式の成果であると考えられます。(資料9 - 3)

在宅

SCR では、訪問診療は同一施設と特定施設が 120 以上になっていますが、居宅の訪問診療は 50 台で、往診は緊急往診も含めて 50~60 台となっています(資料10)。また、訪問看護や在宅での看取りも 50~60 台となっています。入院機関における退院時カンファレンスや入院期間とケアマネージャーの連携、連携パスの使用等の SCR も低く、在宅医療に関してはその充実のための課題が多いことが示唆されます。

肺炎・骨折

平成 24 - 26 年度の DPC データでは、肺炎による入院の約 50%が誤嚥性肺炎になっていることがわかります。(資料12 - 6) 骨折では、約半数が大腿骨頭近位骨折と前腕骨折、す

なわち転倒と関係が深いものになっていることがわかります。(資料12-7)

2 2025年の医療需要と医療供給体制

将来人口推計を用いた患者数の推計

人口変化を前提としたときの傷病別外来患者数の将来推計では、総数としてはすでに減少傾向にあり、2040年にかけて10%程度減少します。(資料12-4) 傷病別入院患者数の将来推計では、総数としては2030年くらいまで約15%伸び、その後減少します。傷病別では脳血管障害、骨折、肺炎が約25%増加すること、妊娠・分娩は減少一方で2040年には約35%減少することが見て取れます。ここで脳血管障害の入院受療率が80%のびることと、肺炎・骨折のそれが70-80%伸びることでは意味が異なることに注意が必要です。入院期間の長い脳血管障害の場合、新規発生が増えるというよりは急性期、回復期、慢性期と積みあがってくるイメージで入院患者が増えます。他方、入院期間が総体的に短い肺炎と骨折の場合は新規発生が増えることが予想されます。これらの疾患の新規発生の多くはすでに要支援・要介護高齢者になっている高齢者です。脳血管障害や廃用症候群のために嚥下障害や移動障害、さらには認知症がある高齢者が誤嚥や転倒による骨折を起こして急性期病院の救急部門に運ばれてくることが想定されます。要介護者の将来推計では、いずれも2030年から2035年をピークとしてその後減少していくことが読み取れます。

必要病床数の推計

高度急性期の必要病床数は410床(医療機関所在地)、急性期の必要病床数は1273床(医療機関所在地)、回復期の必要病床数は1444床(患者住所地)、慢性期の必要病床数は935床(患者住所地)となっています。(資料14-1・2) 病床機能別の患者流入入については、福岡県においてはデータ分析の結果を地域包括ケア体制の確立という観点から考えたとき、高度急性期と急性期については医療機関所在地ベース、回復期と慢性期については患者住所地ベースで病床を考えることが適切であるという結論になったことから、回復期の流出を改善する必要があります。(資料14-3) 現状の病床数と必要病床数の推計値との比較では、高度急性期と急性期の合計は病床機能報告とほぼ同じになっていますが、回復期の大幅な増床が必要なが読み取れます。(資料14-4) 慢性期については病床数が減少することが示されていますが、実現可能かどうかは在宅医療と介護サービスの状況に依存します。

第 章 将来のあるべき医療・介護供給体制を実現するための施策

1. 医療機関の分布と自己完結率

高度急性期及び急性期医療を担う医療機関が充実している北九州医療圏及び大分県北部医療圏への交通の利便性を考慮すると、高度急性期・急性期については現状でも問題はないように思われます。他方、回復期と慢性期については、これらの病床が地域包括ケアを

支えることで、入院と在宅を柔軟に提供する仕組みが構築できることになると考えられます。この機能の重要性を考えると、回復期と慢性期については80%以上の自己完結率が望ましいと考えられます。地区医師会長を対象としたアンケートでは地域包括ケア病床の必要度は「高い」と評価されている一方で、その増加は「難しい」と考えられていました。その理由としては「在宅の受け皿確保が困難」、「経営の悪化」、「地域包括ケア病床の基準が厳しい」があげられていました。

推計結果によると慢性期については療養病床の削減が必要とされています。そのためには受け皿である介護サービスの確保が必要となります。しかしながら、地区医師会長を対象とした意見調査では介護サービスの確保は「難しい」と回答しており、その理由としては「介護職の確保が困難」及び「介護保険料の負担の増加」でした。また、訪問診療についてもその充実は「難しい」と回答しており、その理由としては「医師の不足」及び「家族の介護力不足」があげられていました。

他方、療養病床を維持する場合には、平成29年度の療養病床の看護基準の経過措置の廃止による20:1への対応が必要となるため、看護師、看護補助職の確保が必要となります。医師会長を対象としたアンケートでは病院病床は「減少する」と考えられており、その原因としては「患者数の減少」と「看護師の不足」が指摘されてきました。以上のように、京築医療圏の場合、療養病床を削減する、あるいは維持するという2つのシナリオのいずれについても対応すべき課題があり、今後状況を見ながら実際的な対応策をとる必要があると考えられます。特に、平成30年の医療介護同時改定で導入が予定されている「新類型（後述）」について現時点から検討を始めることが必要です。

【必要な施策】

- ・ 高度急性期・急性期については、隣接する北九州医療圏、大分県北医療圏の高度急性期・急性期病院との連携を基盤とした診療体制の維持
 - 連携パスの利用量の増加（連携パス関連 SCR 100以上）
- ・ 回復期の充実
 - 13:1及び15:1の一般病床の回復期機能の強化（地域包括ケア病床への転換 100床）
 - 療養病床の回復期病床への転換（300床、特に南部）
 - 退院先・連携先となる受け皿（在宅医療・介護サービス）の充実
- ・ 慢性期医療の適正化
 - 療養病床を削減する場合：療養病床の一部を回復期に転換した上で、さらに推計結果に基づいて163床減少させる場合、その代替となる在宅医療及び介護サービスを確保することが必要となります。また、介護サービスへの移行は介護保険給付の増大につながるため、その影響を事前に検討する必要があります。

- 療養病床を一定程度維持する場合：平成 29 年度の療養病床の看護基準の経過措置の廃止に伴う 20：1 の義務化に対応するための**看護師、看護補助職の確保が必要**となります。
- 療養病床については病床の一部をいわゆる「新類型」に転換することが可能になります。平成 28 年度からこの施設類型の詳細に関する議論が始まります。**資料 17**は平成 28 年 4 月時点でわかっている内容について示したものです。病床の一部を「医療機能を内包した施設（2 類型）」、あるいは「外付けで医療を提供するすまい」に転換できるとされています。いずれも現在療養病床に入院している高齢者を、療養病床より人員基準が緩和された体制でケアすることになるため、**看護師等の確保可能性に課題のある地域の施設では一つの解決策**になります。今後、負担の在り方やケアの質を担保するための施設基準に関する詳細が厚生労働省内の委員会で検討される予定です。その経緯を踏まえながら、圏域内の療養病床について、**新類型への転換の可能性を検討すべき**であると考えます。なお、地区医師会会長のアンケート結果では新類型の導入の可否について「わからない」と回答されていました。

2．救急医療

内容的には**全科の救急入院に対応**できています。救急の自己完結率は約 85%で、搬送時間も**新生児の救急で長い傾向**がありますが、他の年齢層では搬送時間的には許容範囲であると言えます。救急の受け入れ能力には特に問題はないと言えます。

【必要な施策】

- ・ 現在の救急医療提供体制の維持
- ・ 小児入院体制の確保
 - 県内の 4 大学の小児科学教室と協議の上 2 つの DPC 病院のいずれかで対応

3．脳血管疾患

自己完結率も高く、SCR から供給量は十分であると考えられます。アクセシビリティの点においても良好です。**脳血管疾患の医療供給体制としては問題ない**と言えます。

【必要な施策】

- ・ 現在の脳血管疾患診療提供体制の維持

4．虚血性心疾患

自己完結率も高く、SCR からも供給量は十分であると考えられます。アクセシビリティの点においても良好です。虚血性心疾患の医療供給体制としては問題ないと言えます。

【必要な施策】

- ・ 現在の虚血性心疾患診療体制の維持

5. 悪性腫瘍

5大がんについては治療ができる体制があることがわかります。しかしながら、全体的に入院治療の約35%は隣接する北九州医療圏に依存しています。高度ながん医療が提供できる施設が数多くある北九州医療圏に依存することは、距離的に考えても大きな問題はなさそうです。ただし、がんの外来化学療法については自己完結率を80%以上に高めることが望ましいと考えられます。また、がんの緩和ケア、連携パスの利用についてもSCRが低く、急性期以後及び在宅のがん診療の推進について課題があることが示唆されます。京築医療圏にある急性期病院の力を考えると、もう少しがん診療の提供体制があった方が良いでしょう。がん診療施設の充実している北九州医療圏へのアクセスがよいことを考慮すると、入院医療については現状レベルでも良いという判断もあり得ます。

【必要な施策】

- ・ 北九州医療圏の高度急性期・急性期病院との連携による現在のがん入院医療提供体制の維持
- ・ 外来化学療法の自己完結率の向上：80%以上
- ・ がんの緩和医療に関する体制の強化：SCR 100以上
- ・ がん診療に係る連携の強化：SCR 100以上
- ・ がんの在宅医療に係る体制の強化：SCR 100以上

6. 小児・周産期

入院治療への対応が必要と考えられます。全診療科の入院医療に対応できるDPC病院が2つあることを考えると、いずれかの施設の小児入院の機能を強化することを検討しても良いように思われます。また、分娩件数の減少が予測される状況で、どのように周産期医療を確保するかが課題となります。

【必要な施策】

- ・ 小児入院の自己完結率の向上（乳幼児・小児の入院自己完結率80%以上）

- ・ 医師会の行っている休日夜間急患センターを基盤とした小児救急における地域連携体制の維持
- ・ 2つのDPC病院のいずれかに周産期機能を付与

7. 在宅

同一施設内以外の訪問診療や、その他の在宅関連医療の供給体制の包括的な整備が必要と考えられます。要介護者の将来推計ではいずれも2030年から2035年をピークとしてその後減少していくことが明らかとなっています。このことは、投資分を回収するだけの時間的余裕がないため、施設系のサービスに投資することが時間的に難しくなっていることを意味します。したがって、**今ある地域資源を活用した高齢者対策が必要**であることや、それを前提とした介護保険事業計画の立案が必要となります。また、多死社会になることを考えると、**在宅と入院・入所の柔軟なサービス提供体制**を作っていくことも必要です。核家族化が進んだ日本社会で、古典的な在宅死を増やすことは困難と考えられ、入院・入所を繰り返しながらも、できるだけ在宅にいて、最後は病院や施設で亡くなるというのが今後一般的になると考えられます。終末期の尊厳あるケアをどのように提供するのか、サービスの質の点からも関係者の協力によるケア体制の確立が求められていると言えるでしょう。そのためには**入院機関におけるケアカンファレンスを十分に行うこと等によるケアマネジメントの充実、そして療養病床における緊急時の受け入れ、緊急往診といったまさかの時の安心を保障する仕組みづくりが必要**であることを示しています。

【必要な施策】

- ・ 居宅への訪問診療提供量の増加（SCRで100以上）
- ・ 訪問看護提供量の充実（SCRで100以上）
- ・ 訪問看護事業体の大規模化（アライアンスを含む）
- ・ ケアマネジメントの質向上（医療ニーズを的確に評価するための研修会等の実施など）
- ・ 医療と介護の連携の充実（医療介護連携関連SCRを100以上）

8. 肺炎・骨折

資料12-6、資料12-7からも明らかなように、急性期病院における入院において誤嚥性肺炎と転倒と関連の強い大腿骨頭近位骨折や前腕骨折が重要になっています。**これらの傷病はすでに要支援・要介護状態になっている高齢者から繰り返し発生**します。こうした急性期のイベントに医療・介護サービス提供体制全体としてどのように対応するかが課題です。すでに要支援・要介護状態になっている高齢者からの肺炎・骨折が増えることは、**介護の現場における高齢者に対する予防サービスが必要**になることを意味します。具体的には看護診断・看護計画的なケアマネジメント体制を充実するために、医療の側から介護へのアプローチが必要になるでしょう。その意味でも**医療・介護の総合的なサービス**

が提供できるネットワークづくりが課題です。

【必要な施策】

- ・ 介護現場における誤嚥性を含む肺炎の予防及び治療体制の強化
 - 介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）
 - 介護施設における確実な予防接種の実施
 - 要介護高齢者の栄養改善（生活総合事業の強化を含む）
- ・ 介護現場における転倒予防プログラムの強化及び急性期以後の対応の強化（リハビリテーションを含む）
 - 介護職の予防的ケア技術の強化（研修等）
- ・ 認知症対策の強化（認知症にやさしいまちづくり）
 - MCI（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）の早期発見・早期対応
 - ◇ 認知症サポート医、物忘れ外来など地域医療における認知症対応の強化
 - ◇ 医療職・介護職の認知症に対する理解の向上（研修会等）

参考資料

（実際の構想では、ここに構想区域の人口動態や医療施設の一覧、根拠法などの資料がつけられることになるが、本稿では平成 27 年 9 月に福岡県医師会が行った「療養病床及び地域包括ケア病床に関する調査（抜粋）」のみを示し、あとは省略する。なお、本調査についても結果の詳細は省略する。福岡県医師会ホームページを参照されたい）

1. 「福岡県医師会：療養病床及び地域包括ケア病床に関する調査」結果の概要

（1）調査の目的

地域医療構想においては、療養病床の大幅な削減が推計されている。これは医療区分 1 の 70%が入院以外で対応可能、療養病床入院受療率の地域差を 2025 年までに縮小する、という二つの仮説に基づいて行われている。

しかしながら、今後高齢化の進行に伴いさらに増加すると予想される「現在は療養病床で治療をうけている状態像」の高齢患者を本当に療養病床以外でケアできるかについては慎重に考える必要がある。なぜならば、慢性期の患者を療養病床＋介護施設＋在宅医療の利用者とすれば、療養病床の必要量は後 2 者の状況に依存するからである。介護施設でケアを受ける高齢者が増えることは介護保険料に影響し、また在宅医療の提供体制は提供側（訪問診療の提供力）と需要側（在宅ケアの希望及び居住環境）に依存する。さらに少子化と若者の都市への集中が進む中、本件では医療従事者・介護従事者の確保の問題も想定され、それは医療介護全般の供給量に影響を及ぼす。

本調査では上記の問題意識について現状を明らかにし、福岡県における慢性期医療のあり方を考えるための基礎資料を提供するために行われたものである。

(2) 方法

調査は県内の医療機関を対象に平成27年9月に郵送法で行った。調査は、療養病床を持つ全施設を対象に行い、入院患者の医療区分、退院可能性、傷病と医療行為の状況、将来の人材確保の難易度を聞いた。また、各地区医師会会長を対象に圏域内の病床の動向や機能転換の可能性、回復期病床の必要性、新類型に関する意見、医療介護人材の確保の容易性などについて意見調査を行った。

(3) 結果 (省略)

(4) 考察

本分析の結果、以下の点が明らかとなった。

- ・ 医療区分1・1082名のうち退院可能は155名(14.3%)、条件が整えば可は401名(37.1%)で、両者の合計は51.4%であった。これは国が設定した70%よりも約20%ポイント低い。なお、101名(4.6%)が退院可能、601名(27.2%)が条件が整えば可で、両者の合計は31.8%であり、医療区分2の患者の間にも退院可能である者が30%強存在していた
- ・ 医療区分1・401名のうち、最も多いのは十分な介護サービス(278名・69.3%)で、次いで家族の受け入れ(254名・63.3%)、傷病の安定(123名・30.7%)となっていた。
- ・ 入院患者の高齢化が進んでおり、平均年齢は81.9歳であった。
- ・ 入院期間の平均は23.5か月であった。
- ・ 医療区分1の入院可能性に関連する要因を多変量解析によって分析した結果をみると、ADL区分で自立度が高い、入院期間が短い、年齢が低い、認知症がない、糖尿病がない、慢性肝炎・肝硬変がない、悪性腫瘍がない、経管栄養がない患者で退院確率が高くなっていた。
- ・ 将来の訪問診療体制の確保可能性については、地区医師会会長の95%が「難しい」、「どちらかと言えば難しい」と考えており、その理由としては「医師の不足(18名、94.7%)」で、次いで「家族の介護力不足(17名、89.5%)」、「訪問看護ステーションの不足(10名、52.6%)」であった。
- ・ 今後の「介護施設確保の容易性」については、地区医師会会長の75%が「難しい」、「どちらかと言えば難しい」と考えており、その理由としては「介護職の確保が困難(84.6%)」で、次いで「介護保険料の負担の増加(61.5%)」、「経営的に困難(53.8%)」であった。
- ・ 療養病床の看護基準20:1義務化については、地区医師会会長の50%が「反対」であり、その理由としては「看護師の確保が困難」が77.8%、「看護補助職の確保が困難」が55.6%で最も多かった。他方、「賛成」と答えた者は全員が「医療の質が向上」と回答していた。

- ・療養病床の「新類型導入」については地区医師会会長の55%が「反対」であり、その理由としては、「一部でも病院でないことに抵抗」が81.8%。次いで「質の担保が不可能」が72.7%と多かった。他方、賛成と回答した者は80%が「経営が安定」及び「地域のニーズへの対応が可能となる」と回答していた。
- ・急性期から回復期の病床転換については地区医師会会長の70%が「難しい」と「どちらかと言えば難しい」と回答していた。その理由としては「在宅の受け皿確保が困難」が78.6%、「経営の悪化」、「地域包括ケア病床の基準が厳しい」が71.4%であった。他方で、95%が当該二次医療圏における回復期病床の必要性を「高い」及び「どちらかと言えば高い」と考えていた。そして、地域包括ケア病床を持つ施設として望ましいと考えているのは「一般病床(13:1・15:1)を持つ中小病院」が80.0%と最も多く、次いで「一般病床(7:1・10:1)を持つ中小病院」が50.0%であった。
- ・近年の病床数減少の理由として地区医師会会長が考えている理由は、病院の場合は「看護師の不足」が65.0%と最も多く、次いで「患者数の減少」60.0%、そして診療所の場合は「看護師の不足」と「投資が困難」が85.0%と最も多かった。
- ・当該医療圏の病院病床数の今後の変化の予想では、地区医師会会長の70%が「減少」と考えており、その理由としては「患者数の減少」が85.7%と最も多く、次いで「看護師の不足」78.6%であった。その結果として、85.7%が「行き場のない高齢者の増加」を、そして71.4%が「一般病院の退院患者の受け皿不足」と「アクセスの悪化」を危惧していた。
- ・当該医療圏の病院病床数の今後の変化の予想では、地区医師会会長の95%が「減少」と考えており、その理由としては「看護師の不足」が89.5%と最も多く、次いで「投資が困難」と「患者数の減少」が84.2%、「後継者の不在」73.7%であった。その結果として、89.5%が「一般病院の退院患者の受け皿不足」、そして78.9%が「行き場のない高齢者の増加」が起これると予想していた。

以上の結果は、常時医療・介護を必要とする高齢者のケアに関して、福岡県では将来的に厳しい状況が生じる可能性が高いことを示している。仮に、政策的に病床削減を誘導しなくても、福岡県内の多くの地域で「看護師不足」、「看護補助者不足」、「投資の困難性」のために病床減少が進み、その結果として在宅でケアを受ける高齢者が増加すると予想される。しかしながら、多くの地域で「家庭の介護力は低い」現状があり、また介護サービスを増やすとしても介護労働者の確保が難しい状況がある。さらに介護保険料率の増加に各保険者が対応できるかという問題も提起された。

療養病床の入院患者の平均年齢が80歳を超えているということは、仮に退院できたとしてもその受け入れ家族も高齢化している可能性が高く、したがって退院可能の条件である「家族の受け入れ」は期待しにくい状況にある。仮にそれを推進するのであれば介護サービスの充実が必要となるが、その場合人材の確保、介護保険財源の確保が課題とな

る。しかし、前述のように地区医師会長の多くがその確保は難しいと予想されている。この問題については介護レセプトの分析により、医療から介護に患者が移ることにより、その程度のサービス量の増加とそれによる保険料の増加が生じうるのかということを経時点で推計しておく必要がある。この議論なしに、市町村の理解を得ることは難しく、したがって慢性期の高齢患者に対する適切なサービス提供体制を構築することは難しいだろう。

今回の調査では、55%の地区医師会長が「新類型」に反対し、また75%が「急性期から回復期への病床転換」が難しいと考えているが、今後の医師、看護師、看護補助者の確保が困難であると予想していることを考慮すると、療養病床を病院内住まいや施設に転換する「新類型」への転換可能性についても検討する必要がある。ただし、危惧されている理由として「質の担保が不可能」を上げていることは重要であり、質向上のための方策（研修体制の整備など）について十分に議論される必要がある。また、「新類型」への移行が「経営の安定性」につながり、また「利用者の過剰な負担をもたらさない」ようにするために、制度設計について現時点から医師会としてデータに基づいた提言を行う必要がある。

ところで、今回の分析では退院可能性は入院期間が長くなるほど低くなることが示されている。したがって、入院当初から可能であれば退院に向けた計画を持つことが必要であるのかもしれない。データブックの在宅関連SCR(Standardized Claim ratio)の値を見ると、全般的に医療・介護の連携が弱い傾向がある。国は「ほぼ在宅、時々入院」というコンセプトのもと地域包括ケア体制の構築を目指しているが、そのためには急性期入院、回復期入院、慢性期入院、在宅、介護サービスが切れ目なく連携できる体制づくりが必要となる。地区医師会が調整役となってそのような「ほぼ在宅、時々入院」を可能にするネットワークを構築することが实际的であろう。

2.(その他の資料については省略)

.まとめ

以上、地域医療構想の策定方法について私見を述べた。「はじめに」でも説明したように、福岡県では各地区での地域医療調整会議を地域医療会議と並行して行い、各地区での議論を踏まえて地域医療構想を平成28年12月を目途に策定するという段取りで行っている。また、地域医療構想の目的及び会議で使用される資料の説明を医師会関係者、病院関係者、医師以外の調整会議参加者のそれぞれに対して複数回行っている（延べで10回以上）。さらに、調整会議の司会役を担う各地区医師会長及び委員となる医師会会員を対象とした模擬調整会議も2回行っている。なぜ、これだけの準備をしているかと言えば、超高齢社会において適切な医療提供体制の再構築には医師会員自らが積極的にかかわることが県民の安心を保障するためには不可欠であるという松田峻一良福岡県医師会長の強い決意

のもと、医師会関係者、県庁関係者、そして大学関係者を含めたその他の関係者が地域医療構想策定の持つ意味の重要性を理解しているからである。

日本経済の現状と少子高齢化の進行を考えれば、今のままの形で我が国の国民皆保険を維持することは難しい。このことはほとんどの医療関係者に理解されているものの、具体的な対策になると先送りが続いてきた。しかしながら、高齢化の進行に伴う医療と介護ニーズの複合化は医療提供体制の見直しを不可欠なものにしている。厳しい財政状況を踏まえれば、いかなる改革を行うにしても医療サービス提供者、保険者、国民・患者、行政のすべての関係者にとって、何らかの痛みを伴うものにならざるを得ない。負担を如何に関係者間で分担すべきかという厳しい議論が要求されているのである。問題の先送りはできない状況になりつつある。

そのためには医療の現状と今後直面するであろう課題に関する情報を「見える化」し、それに基づいて関係者が議論し、そして共通理解を得るという作業が不可欠である。地域医療構想調整会議は、そのような議論が行われるべき場であり、行政側から一方的な説明を聞くようなものであってはならない。意思決定過程に住民も含めたすべての関係者がかわることができるように配慮されなければならない。そうした視点から見ると、現在構想調整会議に提供されている資料はそのままではわかりにくく、したがって住民代表にもわかりやすい見せ方を工夫する必要がある。

また、今回の構想では現在療養病床に入院している患者（多くは高齢者）を入院以外でケアすることを想定しているが、それは当然介護給付に影響を及ぼすことになる。ここで以下の仮説をおいて簡単なシミュレーションを行ってみよう。

- ・ 京築医療圏で 163 床削減する慢性期病床に入院していた患者がすべて介護保険サービスに移行
- ・ 上記患者の平均要介護度は 3
- ・ 要介護度 3 の高齢者の平均介護給付費を福岡県のデータで計算すると 29.5 万円となるので、これを適用
- ・ 2025 年の京築医療圏の総人口は 170,292 人で、うち高齢者人口は 57,923 人。従って、高齢化率は 34.0%
- ・ 2025 年の第一号被保険者の負担分を 25%とする（現在は 22%）

従って、第 1 号被保険者一人あたり月額保険料の増加額は

$163 \times 0.92 \times 295,000 = 44,238,000$ 円（総額） $\times 0.25 \div 57,923 = 191$ 円となる。仮に病床数を削減するとした場合、こうした負担増が生じることを自治体は住民に周知しておくことが必要となる。そして、その前提として今回の地域医療構想策定に際して、都道府県は各自治体にその影響について具体的な数字をあらかじめ示しておくことが必要である。平成 30 年に策定される介護保険事業計画においては、この追加分も考慮に入れてサービス量及び介護保険料の推計が行わなければならない。

このように今回の地域医療構想は介護保険制度とも深く関連するものであり、したがっ

て各都道府県では地域包括ケア全体を見据えた検討を行うことが求められている。その意味でも、先に病床数を決めて、その後それを実現するための対策を考えるというやり方では、関係者間の合意形成が必ずしも容易ではないだろう。この点について関係者はあらためて考える必要があるのではないかというのが筆者の意見である。特に、各地域の療養病床、在宅医療、将来の人的資源の確保可能性などに関する将来像を検討するためには、今回厚労省から提供されているデータだけでは不十分であり、必要に応じて、福岡県医師会のように追加調査を行うことも必要だろう。

最後に筆者の考える地域医療構想策定の要点をまとめて稿を終えたい。

地域医療構想の目的に関する共通理解

- ・ わが国の社会保障財政の現状及び将来に関するデータを示し、医療提供体制のあり方を見直す必要性を示す

データブックを活用した各構想区域の医療の現状と将来の課題の整理

病床機能別病床数の推計ロジックの理解

の分析結果を踏まえた の推計結果の妥当性の検証

- ・ 特に傷病構成から考えた回復期の病床数の妥当性の検証と介護サービスの確保可能性及び介護保険財政への影響を踏まえた検証

領域別の課題の整理と具体的対策の記述（自己完結率や SCR などを活用した目標値の設定）

- ・ 慢性期については介護サービスの整備目標に関する記述も必要
- ・ 必要に応じて追加調査を実施

毎年提供されるデータブックを用いた の経時的評価と必要に応じた修正

謝辞

本論文の記述にあたっては、松田峻一良会長、戸次慎一理事をはじめとする福岡県医師会の方々、福岡県医療指導課の関係者の方々から多くのご協力をいただいた。この場を借りて深謝したい。

参考文献及びウェブサイト

1. 松田晋哉： 地域医療構想をいかに策定するか、東京：医学書院、2015.
2. 厚生労働省： 地域医療構想策定ガイドライン、2015.
3. 福岡県医師会： 療養病床及び地域包括ケア病床に関する調査報告書、平成 28 年 3 月 .
4. 厚生労働省医政局：平成 27 年度病床機能報告マニュアル
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/byousyokinou/dl/h27_houkoku_manual.pdf（平成 28 年 5 月 10 日閲覧）

5. 産業医科大学公衆衛生学教室ホームページ：
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>（各種ツール及び資料の閲覧、ダウンロードが可能）

