

視点

地域医療構想について



福島県医師会副会長

木田 光一

1. はじめに

地域医療構想は、「社会保障・税の一体改革」の一環として、平成26年6月18日に成立した「医療介護総合確保推進法」により、改正医療法に位置づけられたもので、「構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想」と定義されている。

しかし、今年6月15日に、医療・介護情報活用による改革の推進に関する内閣官房専門調査会から第1次報告が発表され、この中で2025年の医療機能別必要病床数の推計結果が示されたことにより、新聞等で「病床10年後1割削減」、「全国の病院、必要ベッド20万減」といった報道がなされた。

結果として「地域医療構想は病床削減を主眼としたもの」との誤解が全国に広がったため、日医が厚労省に確認をして、6月18日に厚労省が都道府県衛生担当部長宛てに「地域医療構想は不足している医療機能の充足等を

求めるものであり、稼働している病床を削減させるものではない」旨のコメントを出す異例の展開となった。

折しも今年3月末に厚労省から都道府県に「地域医療構想策定ガイドライン」が発出され、地域医療構想の策定が始まっている。本会では地域医療構想策定に向けて、「地域医療構想検討委員会」と「地域包括ケア検討委員会」の2つの小委員会からなる「地域医療対策委員会」を新たに設置し、県と必要に応じた打合せを行ってきた。本稿では地域医療構想の概略を紹介し、本県の地域医療構想策定の進捗状況と課題について述べてみたい。

2. 地域医療構想の概略

1) 地域医療構想の策定のプロセス

- ① 体制の整備
地域医療構想調整会議の設置など
- ② 必要なデータの収集・分析・共有
厚労省から基礎的データ（二次医療圏ごとの患者流出入情報、地域医療計画策

定支援データブック、医療需要等の推計ツール)が都道府県に提供され、都道府県は自ら整備したデータも含めて関係者と共有する。但し、データに表れない現実もあるので、地域医療構想調整会議で情報交換することが重要。

③ 構想区域の設定

現行の二次医療圏が原則であるが、患者の受療動向、将来の疾病構造の変化、人口規模などを勘案し、異なる構想区域を設定することも可能。その場合最終的には二次医療圏をその構想区域と一致させることが適当。

④ 構想区域ごとに医療需要を推計

構想区域における病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に機能区分する。高度急性期、急性期、回復期の医療需要については、構想区域ごとに性・年齢階級別入院需要率を病床の機能区分別に算定し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和して求める。次に、患者に対して行われた1日当たりの診療行為を診療報酬の出来高点数に換算した値(以下、「医療資源投入量」という)を用いて、高度急性期、急性期、回復期の機能ごとの医療需要を推計する。高度急性期は医療資源投入量が3,000点以上、急性期は3,000点から600点まで、回復期は600点から175点までで、175点未満については慢性期及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。なお、慢性期の医療需要には、療養病床の入院受療率の地域差の縮小を織り込むが、どのような目標設置を行うかは都道府県が一定の幅の中で選択することができ、また特例の条件に合致すれば目標達成年次の延長が可能であり、更に特別な事情がある場合には緩和措置として目標を変更することもでき

る。

⑤ 医療需要に対する医療提供体制の検討

⑥ 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計

構想区域ごとに病床の機能区分別の医療需要を推計したのち、必要に応じて、都道府県間、構想区域間の調整を行い、その上で、各構想区域の推定供給数を確定する。これを病床稼働率で割り戻したものを病床の必要量(以下、「必要病床数」という)とする。計算に用いる病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%である。なお、これらの推計方法は構想区域全体の需要を推計するためのものであり、この方法を用いて、個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数を推計するのではなく、各病棟の病床機能を選択する基準になるものでもない。

⑦ 必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較

⑧ 平成37年(2025年)のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

2) 地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議は地域医療構想策定段階から協議の場として、設置されることになっている。同会議は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広い関係者の参加が望ましいとされており、議長としては医師会の代表などが想定されている。協議内容については以下の4つのことが挙げられているが、まずは関係者が顔合わせを行い、地域医療のあり方等について率直な意見交換することが第一歩である。

① 地域の医療提供体制の現状を将来目指すべき姿の認識共有

病床機能報告制度による情報や既存の

統計調査等で明らかになる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数について、認識を共有。

② 地域医療構想を実現する上での課題の抽出

③ 具体的な病床の機能の分化及び連携のあり方について議論

例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論。現在、急性期病院や回復機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考え選定した関係者の間で、回復機能の充足のため、各病院がどのように役割分担を行うか等について議論。

④ 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

3) 都道府県知事の対応

地域医療構想は、医療機関の自主的な取組によって実現していくものであり、都道府県に病床削減の権限はない。都道府県知事が対応できるのは以下の4つのケースの場合のみである。

① 病院・有床診療所の開設・増床を許可する場合、不足している医療機能に係る医療の提供という条件を付することができる(勧告)。

② 過剰な病床機能に転換しないこと(公的医療機関に対しては命令、それ以外には要請)。

③ 不足している医療機能に係る医療の提供(公的医療機関に対しては指示、それ以外には要請)。

④ 稼働していない病床の削減(公的医療機関に対しては命令、それ以外には要請)。ここでいう稼働していない病床とは「病棟単位で病床が稼働していないこ

とに正当な理由がない」場合で、稼働していないとみなす期間はおよそ「1年」という見解が示されている。

従わない場合には、医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認または承認取消し、公的医療機関等に対しては管理者の変更命令を出すことができるが、その前に都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない。

なお、詳細については以下を参照されたい。
厚生労働省「地域医療構想」ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000080850.html>

「地域医療構想策定ガイドライン」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-Iseikyoku/0000080912.pdf>

「地域における医療及び介護の総合的な確保を維持するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について(推計式等の詳細)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000081854.pdf>

3. 本県の地域医療構想策定の進捗状況と課題

本県の地域医療構想策定は、今年5月に県が県医療審議会に対し構想策定の諮問を行い、実質的な検討がスタートした。6月には二次医療圏毎に医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村からなる意見交換会が開催され、10月6日には医療審議会保健医療計画調査部会で、医療需要の推計、構想区域の設定、地域医療構想調整会議の設置、地域医療構想策定スケジュールが諮られた。

県全体の医療需要は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4医療機能の合計が、2013年の1日当たり12,300人から2025年には13,000~13,300人と700~1,000人増加し、在宅医療

等に相当する患者は同じく18,800人から23,400～23,700人と4,600～4,900人増加すると推計されている。従って、今後増加する医療需要に対応できる医療提供体制を整備する必要がある。

構想区域の設定については、原則として現行の二次医療圏を構想区域とすることになっているが、7つの二次医療圏のうち、受療動向の分析から患者の圏外流出が顕著である南会津医療圏と相双医療圏をどう扱うかが議論となった。結論として、1) 南会津医療圏の入院を必要とする患者の74%が会津医療圏に流出していることから、南会津と会津を一体化すること、2) 相双医療圏については、今後の住民帰還の見通しが不透明であり、さらに、「双葉郡等避難区域の医療等提供体制検討会」において、双葉地区の医療提供体制の再構築が協議されている段階にあることから、同医療圏は現行の二次医療圏をそのまま構想区域とすることとなった。

地域医療構想調整会議については、構想区域ごとに会議を開催して、将来の必要病床量を達成するための方策を協議する予定である。具体的には構想区域ごとに居住する患者の、流入流出の分析も加味した将来の医療需要を推計し、さらに疾病・分野別や地域に特有な課題についても検討を行うことになって

いる。本県の構成メンバーは、以下の各会の代表者（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、県保険者協議会、市長会、町村会、保健所）に加えて、直接の当事者である各病院からもそれぞれ1名の代表者を出してもらったこととなった。なお、会議で取り扱われるデータについては、その読み解きをする公益的、学術的立場の人が必要であり、山形県のように大学の専門家が会議に加わっているところもあるので、本県においても専門家の参加を検討しているところである。

今後の策定スケジュールは、地域医療構想調整会議や医療審議会の議論を経て、患者の流出と必要病床数が決定し、また医療提供体制を実現するための施策が検討され、来年3月には最終案が取りまとめられる予定である。

4. 結びに

地域医療構想は構想区域内に必要な病床を充足させる仕組みである。データに基づく将来の医療需要推計を見ながら、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を通じて、地域の医療関係者、さらには患者、住民が一体となって、自らの地域医療を再構築していくことが望まれる。

