

論 説

地域医療構想の検討

佐藤卓利

目次

はじめに

I 地域医療構想の背景

- 1 医療提供体制の特徴
- 2 診療報酬制度の機能
- 3 医療の機能分化とネットワークの構築

II 地域医療構想の策定をめぐる議論

- 1 地域医療構想策定ガイドライン
- 2 「専門調査会」の第1次報告をめぐる議論
- 3 医療需要の推計方法について

III 京都府の地域医療構想に対する姿勢

- 1 京都府の地域医療構想に対する意見書
- 2 京都府の地域医療構想策定の動向

おわりに

はじめに

地域医療構想は、2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下、「医療介護総合確保推進法」と略す）により、都道府県が医療計画の一部として策定するものである。

医療介護総合確保推進法は、医療法をはじめとする医療・介護関係の19本の法律を一括して改正した法律である。厚生労働省は、その概要を以下のように整理している。1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法関係）、2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）、3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）、4. その他、である。

本稿が検討する地域医療構想は、概要の「2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）」に位置付けられている。そこでは、「①医療機関が都道府県知事に病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想¹⁾（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定」と記載されている。

2015（平成27）年度から、都道府県において地域医療構想の策定作業が開始されている。これに先立って、厚生労働省に設置された「地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会」は、同年3月31日に「地域医療構想策定ガイドライン」を公表し、都道府県に対して「地域医療構想の策定プロセス」を示した。同省は、「都道府県が法令の範囲内で本ガイドラインを参考に、地域の実情に応じた地域医療構想の策定が進むよう、周知を図りたい」として、医療需要の考え方や必要病床数の推計の仕方など、具体的な手順を示している²⁾。

なお同日、厚生労働省医政局長が各都道府県知事あてに通知した「地域医療構想策定ガイドライン等について」（医政発0331第53号）では、ガイドラインを「全国的に標準と考えられる手続等をまとめたもの」であるとして、これを参考に「地域医療構想の策定を含む医療計画の策定・変更を行う」ことを求めている。

地域医療構想は、「社会保障制度改革国民会議 報告書」（平成25年8月6日）が提起した「社会保障4分野の改革」のなかの「Ⅱ医療・介護分野の改革」を具体化するものである。そこでまず、「報告書」の当該部分を振り返ることから検討を始める。

I 地域医療構想の背景

1 医療提供体制の特徴

「報告書」は、日本の医療政策の難しさは、その医療提供体制にあるという。それは「西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた」ため、「日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない」。それ故、欧州のいくつかの国のように「公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革でき」るが、「日本ではなかなかできなかった」ということである。

「報告書」は、「医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はない」と断言したうえで、改革の方向は、「医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれのある政府の力でもないものとして」、いわば第三の道として「データの可視化を通じた客観的データに基づく政策」、³⁾「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立」を訴えている。

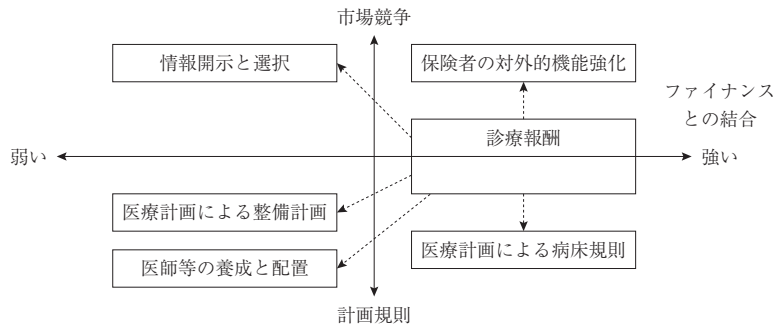
島崎（2011）によれば、「医療制度は、医療サービスの供給（デリバリー：delivery）に関する医療供給制度と費用の調達・財政（ファイナンス：finance）に関する医療保険制度の2つに分けられる」が、この2つの医療制度は診療報酬制度によって媒介されている。すなわち「診療報酬制度は医療保険制度の一部を構成するが、医療機関の経営は診療報酬の価格設定（診療報酬点数）に大きく左右されるため、医療供給制度に深く関わっている」⁴⁾。

同書において、島崎は「医療供給の改革手法の位置づけ」を図示している。

島崎は、この図における診療報酬による改革手法の位置づけを以下のように説明している。

「1つは、第1象限と第4象限にまたがっていることである。診療報酬は、『飴』（例：各種加算の新設）により競争を喚起することもできるし、『鞭』（例：算定要件の厳格化）により規

図1 医療供給の改革手法の分類



（出所） 島崎謙治『日本の医療、制度と政策』東京大学出版会、2011年、361ページ。

制と同様の効果をもたせることもできる。2つ目は、診療報酬による改革手法は医療機関に経済的インセンティブを与え政策誘導するという間接的手法であり、極端な市場競争や計画規制ではないことである。3つ目は、診療報酬は（その当否は別にして）他の改革手法との組み合わせは可能だということである⁵⁾。

図で示されている診療報酬から出ている破線の矢印はそれを示しているが、第3象限への矢印は「医療計画による整備計画」に、第4象限への矢印は「医療計画による病床規制」に向かっている。この図を参考にして、何故「報告書」において、「医療・介護サービスの提供体制改革」として、「病床機能報告制度と地域医療ビジョンの策定」の早期導入が提起されているのかについて考えたい。

2 診療報酬制度の機能

「報告書」は、診療報酬による政策誘導効果が、「効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面」があると述べている。たとえば「看護配置基準7対1」の導入に対応して、医療機関が取った「過度な危機回避的な行動」が、「現在の提供体制の形を歪めている一因となっている」との判断から、「政策当局者は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要であろう⁶⁾」と述べている。

「看護配置基準7対1」問題とは、2006（平成18）年度の診療報酬改定において、「急性期医療を提供する病院の体制強化のために看護師の配置を7対1（患者7人に対して看護職員1人）に厚くした病院の診療報酬の評価を高めたところ、医療機関が競って看護師を増員して看護師不足の深刻化につながった⁷⁾」事態を指している。看護師の都市の大病院への移動と過疎地・中小病院の看護師不足という、政策当局の意図とは異なった医療提供者側の行動を誘発した典型的な事例である。

診療報酬制度は、政策誘導以外の機能も有している。1つは「医療費のマクロ管理機能」である。それは「診療報酬の全体の改定率を調整することによって医療費総額の伸びを統御」する機能であり、「診療報酬による疑似的な総額予算制」ともいえる機能である。もう1つは「医療費のセクター間の配分調整機能」である。つまり「全体の改定率の枠内で、医科・歯科・調剤の配

分のほか、病院・診療所間の配分、診療科間の配分⁸⁾を調整する機能である。

診療報酬の改定は、「医療費にかかる予算編成の際の算定根拠となることから、その決定は内閣の権限とされている⁹⁾」。国の予算制度と連動することから、厚生労働省のみならず、財務省、保険者、被保険者、医療提供者、それぞれの利害を背負った政治家などが、診療報酬の改定を巡って対立することになる。しかし、「近年の傾向として、政府における医療政策の立案の主導権が厚生労働省から官邸、財務省に移行している¹⁰⁾」状況下で、総額医療費の伸びを抑制する圧力は一層強まっている。

こうした方向で「医療費総額の伸びを統御」することを、診療報酬制度によるだけでなく、医療提供体制それ自体をコントロールするによって遂行しようとする意図が、「報告書」の考えの背後にあると思われる。「報告書」は、「今後、医療・介護の実態ニーズ（実需）の増大が、安定成長・低成長基調への移行の中で進むことになるという展望の中で、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、必要な安定財源を確保していくための努力を行いながらも、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続しなければならない¹¹⁾」と述べている。「医療費のマクロ管理」と「医療費のセクター間の配分調整」を目的とした、医療・介護資源の「患者のニーズに適合した効率的な利用」、そのための医療提供体制への転換が意図されている

3 医療の機能分化とネットワークの構築

都道府県が策定する地域医療構想は、「報告書」が提起した「病院完結型」から「地域完結型」への医療提供体制の転換を、原則として二次医療圏において具体化することを目的としている。地域医療構想の検討の前に、「報告書」のわが国の医療についての基本認識を確認しておこう。「II 医療・介護分野の改革」の冒頭、「(1)改革が求められる背景」で、「報告書」は以下のよう¹²⁾に述べている。

「日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL（Quality of Life）の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない」。

「医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいる」。

こうしたわが国の医療が抱える問題を解決するには、「ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には『選択と集中』による提供体制の『構造的な改革』が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである」というのが「報告書」の基本的な考えである。

こうした考えに基づいて、「医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指す」という、改革の基本方向が示された。

それは、「医療の機能分化」と「医療から介護までの提供体制間のネットワークの構築」を、診療報酬や介護報酬による政策誘導に加えて、地域医療構想と地域包括ケアシステムの具体化を同時に図ることで実現しようというものである。¹³⁾

II 地域医療構想の策定をめぐる議論

1 地域医療構想策定ガイドライン

「ガイドライン」が示した地域医療構想の策定プロセスは、図2に示されている。本稿の「はじめに」で紹介したように厚生省医政局長通知「地域医療構想策定ガイドライン等については、都道府県知事に対し「貴職におかれては、全国的な標準である『地域医療構想策定ガイドライン』を参考に、医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて、地域医療構想の策定を含む医療計画の策定・変更を行うとともに、本通知の内容について管下の指定都市、保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に通知するようお願いする」と記述している。

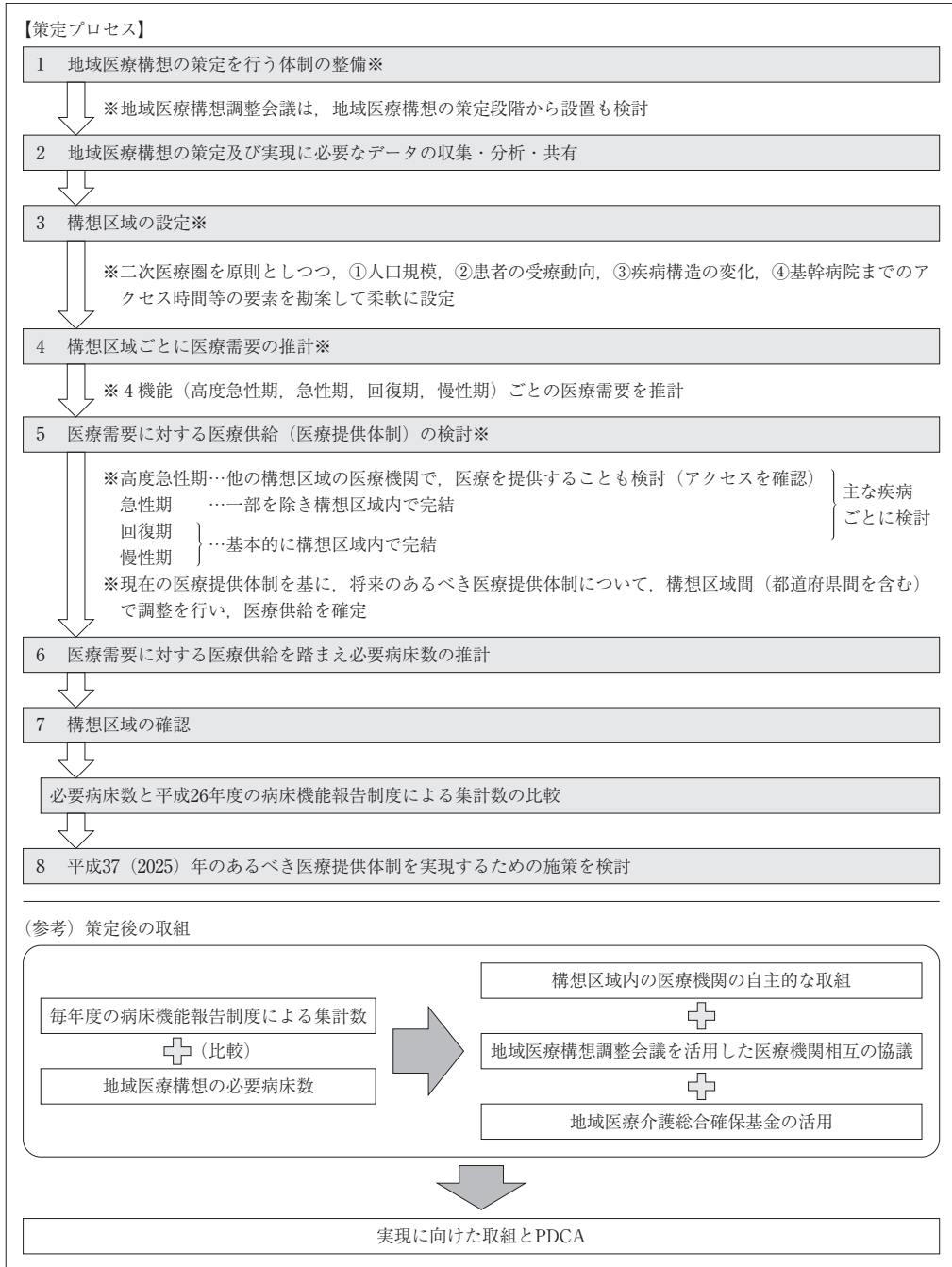
この通知がいう「全国的な標準」と「地域の実情」との摺合せが、各都道府県における地域医療構想策定作業の焦点となる。

本稿の課題は、この「策定プロセス」を事細かに検討することではない。「ガイドライン」が示されて以降、地域医療構想の策定に関して出されている諸見解を参考にしつつ、現在進行中の策定作業に対し注視すべき点を、いくつか検討する。

まず、前田（2015）を取り上げる。これは、最も有力な「関係団体」といえる日本医師会のシンクタンクである日本医師会総合政策研究機構の「日医総研ワーキングペーパー」として公表されたものである。¹⁴⁾

前田は、地域医療と地域医療計画に対する日本医師会横倉会長の「見解」（2012年6月28日）を紹介している。「地域医療は、それぞれの地域で必要とされる医療を適切に提供していく仕組みである。人口の大小にかかわらず、地域で作り上げ、地域で完結できる、その特性を生かした地

図2 地域医療構想の策定プロセス



（出所）「地域医療構想策定ガイドライン」6ページ。

地域医療計画を尊重すべきである。国が制度として、画一的な提供体制を押し付けることのないよう、地域医師会からの情報を収集し、それを反映できるしっかりとした支援策を講じる¹⁵⁾。こうした立場から、前田は「ガイドライン」は「参考」であり、「策定プロセスにも拘束力はない」¹⁶⁾

と主張している。

「策定プロセス」によれば、「構想区域」を設定し、「構想区域」ごとに医療需要を推計し、医療需要に対する医療供給（医療提供体制）を検討し、医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数を推計することになっている。「はじめに」で述べたように、地域医療構想は都道府県が策定するものである。この策定過程において、医師会等の関係者がどの程度、地域の実態を反映した情報と意見を表明し、その内容を地域医療計画に落とし込めるかが肝要である。

松田（2015）は、地域医療構想の立案および運営方法について、具体的な事例を用いて解説しているが、今回の地域医療構想が、従来の医療計画と違うのは、その策定作業が「都道府県の担当者がデータを分析し、それに基づいて計画を書くのではなく、おおむね二次医療圏に相当する構想区域で地区医師会の代表や保険者を含めた関係者が合議で計画を策定するという、民主的な手続きが予定されていることである¹⁷⁾」と、述べている。今回の策定作業が、過去の医療計画策定とは異なるという松田の見解を以下に引用する。

「今回の地域医療構想策定作業では調整会議の場にデータが提出され、それをもとに関係者が現状とその課題を把握し、2025年のあるべき医療提供体制を構想し、それを医療者のイニシアティブにより実現していくことになる。これまでの医療計画は、どちらかという都道府県の担当部局が厚生労働省の示すガイドラインに従って『作文』し、その内容を事後的に医療委員会で承認するというプロセスで策定されるのが一般的で、そこでの医療関係者や住民が主体的に関与することは少なかった。また、記載されている内容も散文的なものが多く、その実行が行動計画として保証されたものは少ないのが実情であった¹⁸⁾」。

松田は、地域医療構想は「地方自治の根幹にかかわるような計画」であり、「この構想策定を単に病床削減という目的で行ってしまうと、本質を大きく外れてしまうだろう¹⁹⁾」と警告している。

二木（2015）は、「ガイドライン」を子細に検討し、「ガイドライン」を字義通りに解釈すれば「各都道府県で、『医療機関の自主的な取組』をベースにした現実的な地域医療構想が策定され、それが柔軟に運営された場合には、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）が提起した、『データによる制御機能をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステム』、『競争よりも協調』を重視した医療提供体制ができます」と述べている。

しかし「『ガイドライン』がまとまる前後から、財務省、経済財政諮問会議、経済産業省、および総務省から病床削減圧力が急に強まっている」ことを考えると、実現可能性が高いのは、前者の「バラ色のシナリオ」と後者の「地獄のシナリオ」の間の「中間シナリオ」であろうという。それは、「一般病床は微減また微増、療養病床も大幅減少はない」という予想である。

二木は、おそらく期待も込めて「賢明な厚生労働省が、今後の『死亡急増時代』に、病床を大幅削減して、大量の『患者難民』・『死亡難民』が生じ、それが社会問題化する愚を犯すはずがなく、それを予防するために、病床の大幅削減を回避する最大限の努力を払うと思う」予想している。さらに付言して「各構想区域の病床数は、国の施策だけでなく、各都道府県の財政力とそこにおける政治的力関係の影響も受けて決まる²⁰⁾」と指摘している。

したがって、地域医療構想の具体化を検討するためには、都道府県における医療関係者、住民・患者団体、行政当局の動向分析が必要となるが、この点は本稿の後半に回し、その前に2015（平成27）年6月15日に公表された「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

第1次報告²¹⁾（以下、「専門調査会」、「第1次報告」と略す）をめぐる議論を検討する。

2 「専門調査会」の第1次報告をめぐる

内閣総理大臣を本部長とし関係閣僚（官房長官・財務大臣・総務大臣・厚生労働大臣・特命担当大臣）によって構成される社会保障制度改革推進本部の下に設置された「専門委員会」（会長は永井良三・自治医科大学学長）が、2015（平成27）年6月15日に「第1次報告」を公表した。「第1次報告」は、「専門調査会」の下に置かれた「ワーキンググループ」（主査は松田晋哉・産業医科大学教授）が、まとめたものである。「専門調査会」の庶務は、「関係府省の協力を得て内閣官房において処理する」（平成26年7月1日 社会保障制度改革推進本部決定）というように、内閣官房主導による策定作業であったといえる。

この「第1次報告」の「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果」は、それが正式の公表前にマスコミにリークされたこともあり、医療関係者に動揺と混乱をもたらした。日本医師会は、6月17日の定例会見において、以下²²⁾の見解を表明した。

「地域医療構想は、構想区域内で、必要な病床を手当てする仕組みである。手当の仕方は地域の事情によってさまざまであり、構想区域の必要病床数を全国集計していくらになったということに意味はない。そうしたことを踏まえ、単純集計を公表したことは納得できない」。

「また、報告書の公表以前に、情報が流出し、一部で『病床10年後1割削減』、『全国の病院、必要ベッド20万床減』と報道され、地域の医療現場を混乱させ、地域住民を不安に陥れた。きわめて遺憾である」。

「本調査会は、医療・介護情報の活用方策等の調査及び検討を行うことを目的として設置されたが、今回の報告では医療・介護提供体制の改革そのものにまで踏み込んでおり、行き過ぎであるとする」。

さらにいくつかの問題、懸念を指摘している。たとえば、「地域の実情を踏まえることに制限をかけている」、「都道府県知事の権限の強化が懸念される」、「平均在院日数のさらなる短縮化を求めていることも問題である」、「地域医療構想と診療報酬をリンクさせるべきではない」、「地域医療構想は拙速に策定すべきではない」など。

「必要病床数の推計結果」について、実際に作業に携わった松田は、「2025年の必要病床数の推計（精神病床を除く）は、115～119万床で現在の入院受療率をそのまま伸ばした値（152万床）より大幅に少ないものであった。これは医療関係者の大きな戸惑いと反発を招いた。特に、多くのメディアが推計値を削減目標と表現したことが、医療界の不興を買った」、「専門委員会の推計値は、あくまでも参考値である」、「今回検討会から示された数字は厳密な意味では目標ではない。本来、目標となる病床数は各調整会議でそれぞれ決めるものである」と²³⁾釈明している。

「第1次報告」をめぐるのは、「必要病床数の推計結果」とその推計方法について、医療関係団体側からの懸念をもう一つ紹介する。京都府保険医協会が発行する「京都保険医新聞」（2015年8月5日付）の「政策解説」は二つの問題²⁴⁾を指摘している。

「大幅な病床削減を示された都道府県や地域の医療者の動揺は大きいであろう。……必ずしも都道府県は医療計画を医療費抑制のために策定したわけではない。むしろ策定作業を契

機に、医療保障の前進を図ろうとしてきた。しかし国がトップダウンで『機能別病床数』を示し、その枠内での提供体構築を求めると、都道府県の主体的判断の余地は狭まる。

もう一つの問題は、「報告書の推計方法で導き出された医療需要はどの程度正しいか」ということである。この点については、次の項で論じたい。

3 医療需要の推計方法について

「ガイドライン」は、都道府県に対し、現行の二次医療圏を原則としつつ構想区域を設定し、厚生労働省が示した基礎データを使って、構想区域ごとに2025（平成37）年における医療需要（推計入院患者数）を推計することを指示している。ちなみに、二次医療圏とは「地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位」と「ガイドライン」では、解説している。

2025年の医療需要の推計方法は、「構想区域の2025年の医療需要＝[当該構想地域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率×当該構想区域の2025年の性・年齢各級別推計人口]を総和したもの」、として示されている。

「性・年齢階級別入院受療率」は、2013年度のデータに基づいた「1日当たり入院患者延べ数（性・年齢階級別の年間患者延べ数（人）÷365日）÷「性・年齢階級別の人口」で示される。この「性・年齢階級別入院受療率」を病床機能区分ごとに算定し、それぞれに「2025年における性・年齢別人口」を乗じたものを、総和することで2025年の医療需要を推計するというものである。

高度急性期、急性期、回復期の病床機能ごとの医療需要の推計には、「医療資源投入量」という新しい考え方が使われている。それは、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数に換算した値（いわゆるレセプトデータ）をもとに推計される。3000点、600点、225点を、それぞれの機能を区分する境界点としている（図3参照）。

回復期と慢性期の境界点225点未満から175点までの患者は、回復期として推計するが、175点未満の慢性期の患者は、「医療資源投入量」を用いずに、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域間の差を縮小するように目標を設定する。療養病床の入院患者数のうち、「医療区分1」の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数と見込むとしている。

「医療区分1」とは、療養病床の入院基本料の算定において医療の必要度を3つに区分したなかで、いちばん医療の必要度が低いと評価される範疇である。入院基本料は、定額払いのため、出来高点数による換算はできない。

以上が、「ガイドライン」が示した医療需要の推計方法の概要である。この推計方法に対しては、先に紹介した「京都保険医新聞」の「政策解説」が、疑問を呈しているが、塩見（2015）は、二つの問題点を指摘している。

「その第一は、慢性期について、出来高点数175点未満や療養病床の医療区分1の70%等については頭から、一律に入院需要からは除外し、また、地域差解消を当然のこととして受療率の低減を盛り込んでいることである。この『仮定』により、実際の入院よりも確実に低い推計値が算出されることになる」。

「第二は、急性期等について、レセプトデータを基にした推計では、個別的・地域的な

図3 病床の機能別分類の境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）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
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、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
※	C3 225点	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 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。
（出所）「地域医療構想策定ガイドライン」16ページ。

様々な要因で潜在し顕在化していない需要はいっさい反映されないということにある。経済的理由で『病人が患者になれない』、あるいは『身近に必要な医療がない』など、医療にアクセスすらできない潜在需要は頭から捨像されてしまう。また、医療関係者からは、点数に反映されない患者へのアプローチがある事も指摘²⁵⁾されている。

「ガイドライン」の作成に携わった松田は、「この推計値については、現在療養病床に入院している『医療区分1』の患者の70%が在宅あるいは介護施設で対応可能、療養病床の入院受療率の地域差を改善という仮定に基づいている」が、「医療区分1の70%の患者が在宅および介護施設で対応可能であるという仮定については、実際のデータに基づいて検証する作業が不可欠である」と述べている²⁶⁾。

「ガイドライン」に示された「策定プロセス」に従えば、医療需要の推計がなされた後、医療供給（医療提供体制）が検討され、それを踏まえて必要病床数が推計されることになる。必要病床数の推計は、「都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数を確定」し、これを「病床稼働率」で除して必要病床数を推計することになる。「病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%とする」というが、その数値の根拠は示されていない。

これらの「仮定」に基づく数値や、根拠が示されていない数値をもとに、先に紹介した「第1次報告」は、「2025年の医療機能別必要病床数の結果」（全国ベースの積上げ）を公表したのであるが、それは「機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合」が152万床程度であるのに対し、「2025年の必要病床数（目指すべき姿）」は115～119万床程度というものであった。

都道府県が地域医療構想の策定作業に本格的に取り掛かる前に、内閣官房が庶務を司る「専門調査会」が、「2025年の必要病床数（目指すべき姿）」は115～119万床程度」を一方的に示した政治的意図についての推測は控える。しかし「第1次報告」の公表の仕方とタイミングは、ワーキンググループの主査として「第1次報告」の作成に当たった松田の主張とは相容れない。

松田は次のように主張する。「病床機能の配分や削減といったことは、こうしたあるべき（地

域医療構想調整会議での一引用者）医療提供体制の議論の副次的な結果と考えた方が現実的である。先に病床転換ありき、削減ありきで話を進めていっても、議論はかみ合わないだろう。そうした議論には専門職への敬意が感じられない。「地域医療構想調整会議を1つの機会として、各地域でタウンミーティングなどを通して議論する必要があるだろう。議論への参加を通して、住民を含めた関係者が広くこの問題に関心を持つという『保健民主主義』的なアプローチが必要である²⁷⁾」。

内閣官房、安倍政権の政治姿勢と「保健民主主義」は、どのように絡み合うのか。次に京都府における地域医療構想に関わる行政当局、医療関係者の動向を見ながら、その点を考える端緒としたい。

III 京都府の地域医療構想に対する姿勢

1 京都府の地域医療構想に対する意見書

京都府は、2015年6月に厚生労働省に対して「地域の実情を踏まえた地域医療構想（ビジョン）の策定について」と題した意見書²⁸⁾を提出した。そこでは、「京都府においては、医療法の改正に基づき、平成27年度からの地域医療構想（ビジョン）の策定に向け検討を進めているところであり、ビジョンの実効性を確保するため、以下の措置を講じていただきたい」として、「地域医療構想策定ガイドラインの見直し」を求めた。

その求める点は二つである。一つは「国が定めた地域医療構想策定ガイドラインでは、病床機能別の必要病床数算定に当たって、推定する病床稼働率を全国一律に設定するなど画一的な基準が採用されている。地域の実情を踏まえた対応となるよう、地域医療構想策定ガイドラインの見直しをされたい」という点である。

もう一つは「ガイドラインによると2025年の本府における慢性期病床は現状から大幅に減少するなど、病床需要の見込みが大きく引き下げられるおそれがあるが、このような急激な見直しにより入院患者の行き場がなくならないよう慎重な対応が必要であり、医療現場や住民に混乱をきたすことがないよう地域の実情を十分に踏まえた柔軟な対応を検討し、慎重に対応していただきたい」という点である。

さらに地域包括ケアについても「なお、地域医療の質を維持するためには、国において、受け皿として期待される在宅医療や介護施設の整備などの地域包括ケア体制の早期充実を図る必要がある」とも指摘している。

この意見書に添えられた資料には、慢性期病床の必要病床数の考え方に対する問題点として、以下の指摘がなされている。

「2025年には医療療養及び介護療養のうち、医療区分1相当の患者の70%をそれぞれ控除し、さらに、入院受療率を全国最小レベルもしくは中央値まで減少するよう補正することとなっている。慢性期病床は大幅に減少することとなるが、そもそも全国最小レベルもしくは中央値まで減少させることが地域の実情に合致しているか慎重に検討すべきである」。

京都府の意見書は、「ガイドライン」の問題点を指摘した筋の通った「意見書」であると評価

できる。こうした「意見書」が出された背景には、京都府議会における議員と知事との問答があったことも紹介しておこう。²⁹⁾

「○光永敦彦君（略）これまで私は、京都府の現行医療計画及び医療費適正化計画の作成に当たり、医療費削減が目的とならないようにと繰り返し求めてきましたが、それに対して京都府は「医療費削減を目的とはしない」、「京都府の目標は結果としてのもの」と答弁し、中期的な医療費の推移に関する見通しとして取りまとめてきました。

そこで伺います。

さきに述べた政府の方向をどう考えるのか、まずは知事の御所見をお聞かせください。

また、あくまで病床機能報告制度は自主的なもので、各病院はレセプトデータの集計などだけでは見えてこない地域ごとの実情やその中で担っておられる役割があります。その点をどう評価されるのか、お答えください。

さらに、地域医療ビジョンは、医療費削減のためのツールとなつてはなりません。今後、地域医療ビジョンを策定するに当たり、京都府としてどう対応するのか、その基本的な立場をお示しください」。

「○知事（山田啓二君）光永議員の御質問にお答えいたします。

地域医療ビジョンについてでありますけれども、これから超高齢社会を迎える2025年を見据えて、患者像や疾病ごとの人口構造などの医療需要と急性期から維持期を含めた医療の供給体制は今しっかり考えていく必要があります、政府の方針はまだこれから出てくるのでしょうか、私どもはそのために明確なビジョンを都道府県としてつくっていかなければならない、これは間違いないと思っています。（略）

（略）もちろん国が想定しているレセプトデータからの必要病床量の算出では、地域によって医療資源や疾病構造、交通事情や患者の流出・流入状況が異なる中で画一的に算出するのは地域の実態と乖離してしまうことになりかねませんので、そうした点には弾力的な計画づくりができるよう、全国知事会も通じまして、国に対して強く申し出ているところであります」。

2 京都府の地域医療構想策定の動向

京都府は、2015年8月20日に第1回地域医療構想策定部会を開催した。同部会は京都府医療審議会の下に設置されたものである。審議会の役割は「地域医療構想策定部会等の設置、地域医療構想の設定、必要病床数の設定、その他必要事項」であり、策定部会の役割は「構想区域の検討、地域医療の現状分析、構想区域ごとの2025年の医療需要と病床の必要量の推計、地域医療構想実現のための施策の検討、その他必要事項」である。策定部会は、10名の医療審議会委員と4名の専門委員から構成されており、「地域医療構想策定のための体制図」によれば、策定部会が実質的な策定作業を行うワーキンググループであるようだ。

「体制図」では、地域医療構想調整会議の設置については、京都府の二次医療圏に対応する「既存の『地域保健医療協議会』を活用し、構成等については別途調整」と記されている。京都府の二次医療圏は、丹後、中丹、南丹、京都・乙訓、山城北、山城南の6つである。³⁰⁾

京都府保険医協会発行の「京都保険医新聞」（2015年11月20日付）の記事によれば、「京都府は二

次医療圏ごとに調整会議を設置し、10月に入って急ピッチで検討を進めている。調整会議は医師会、病院団体や行政関係者などで構成される。『協議の場』と位置づけられ、当事者（病院等）間で病床の役割を調整させるのが本来の機能である。京都市域は論議する組織が設置されていなかったため、乙訓地域と分離して新たに組織を設置した。／調整会議は公開で行われるため協会からも傍聴に参加している。これまで京都市域（10月8日）、乙訓（14日）、中丹（22日）、山城北（29日）、南丹（11月9日）で開催されており、他地域でも順次開催される予定だ」ということである。³¹⁾

筆者は、2015年11月下旬に、京都のある二次医療圏の2つ病院を訪れ、病院関係者から調整会議の状況を聞く機会を持った。そのインタビューからは、調整会議はまだ立ち上がったばかりで、議論の焦点を絞り込めていない様子であった。調整会議の下に病院事務長・市町村の医療担当者・地域医師会長・保健所長からなるワーキンググループを作ることになったが、何をするのかについても関係者間ではっきりしていない、ということであった。また参加者の中から「知事の責任が重くなったということを知覚して地域医療計画を作してほしい」という意見があったという。

一般住民が地域医療構想策定に関わるには、ハードルがある。京都府医療審議会地域医療構想策定部会は、これまで2回開催された（2回目は12月21日開催）が、その広報のタイミング・方法については、改善が望まれる。筆者は、京都府のホームページを通じて、事後的に開催を知った。よほど注意深く関心を持って、府の医療課に問い合わせるなどの働きかけをしなければ、策定部会の開催は見逃されてしまう。また傍聴の定員を10名に限定しているのは、住民・患者にとって地域医療構想が持つ重大な影響を考えれば、大問題である。少なくとも府は医療関係者とともに、住民・患者への情報提供と意見聴取に一層の努力と工夫をしなければ、住民・患者からは疎遠な地域医療構想になってしまうであろう。

おわりに

地域医療構想に対する住民・患者側の対応については触れることができなかった。現状では、住民・患者側に地域医療構想についての情報がほとんど伝わっておらず、したがって本来は住民・患者側も参加し意見を表明できるはずの地域医療構想調整会議、あるいはその下に置かれる専門部会（ワーキンググループ）も「住民参加の場」としては機能していない。そもそも住民・患者側が、それらの「住民参加の場」において専門的知識を持った行政担当者や医療関係者と対等に議論できるのかという根本的な疑問もある。

「医療介護総合確保推進法」により改正された医療法の第2章は「医療に関する選択の支援等」であり、その第1節は「医療に関する情報の提供等」である。その「第6条の2」は、次のように謳っている。

「国及び地方公共団体は、医療を受ける者が病院、診療所又は助産所の選択に関して必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療を受ける者が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、当該医療提供施設の提供する医療について、正確かつ適切な

情報を提供するとともに、患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない。

- 3 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

この法律の趣旨は、「医療を受ける者」=住民・患者側は、「保健医療サービスの選択」をする者=保健医療サービスの消費者であり、消費者として「医療を適切に受ける」ためには、医療提供者側の情報について「理解を深め」る努力義務があるということである。消費者主義（consumerism）の色合いが強い法律である。

住民・患者側が保健医療サービスの消費者であるという一側面は否定できないし、医療提供者側の情報が必要なことも確かである。しかし住民・患者側は、医療法が想定するように、「正確かつ適切な情報」が提供されれば、適切に保健医療サービスを理解し選択できるわけではない。医療法では、「国及び地方公共団体」は、住民・患者側に「選択に関して必要な情報」を提供すれば、あとは住民・患者側の「自己選択」・「自己決定」・「自己責任」という一連の推論の系が成り立つはずと想定されている。

筆者は、地域医療構想が、住民・患者側は、保健医療サービスの消費者であるという一面的な理解に立って策定されることを危惧する。地域医療構想の策定作業は、内閣官房主導の下に進みつつある。これに対し住民・患者側が、医療関係者とともに、都道府県に働きかけを強め、「地域の実情」とそれぞれの地域の医療ニーズを反映した地域医療構想を作り上げることが課題である。

注

- 1) 厚生労働省「地域における医療及び介護の総合的な確保に関するための関係法律の整備等に関する法律案の概要」<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-06.pdf>（2015年12月3日最終閲覧）
- 2) 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「地域医療構想ガイドライン」<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>（2015年12月3日最終閲覧）
- 3) 「社会保障制度改革国民会議 報告書」（平成25年8月6日）、22-23ページ。<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>（2015年12月3日最終閲覧）
- 4) 島崎謙治（2011）『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会、19-20ページ。
- 5) 同上、361ページ。
- 6) 前掲『報告書』、24ページ。
- 7) 岩淵豊（2015）『日本の医療 その仕組みと新たな展開』中央法規、90-91ページ。
- 8) 島崎『前掲書』、365ページ。
- 9) 加藤智章（2012）「公的医療保険と診療報酬政策」日本社会保障学会編『新・講座 社会保障法1 これからの医療と年金』法律文化社、117ページ。
- 10) 二本立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房、56ページ。
- 11) 前掲『報告書』23ページ。
- 12) 同上、21-22ページ。
- 13) 二本『前掲書』は、『報告書』の提起を以下のように評価している。「ここで注意していただきたいのは、報告書が『支える医療』（単なるケア）ではなく『治し、支える医療』（キュア&ケア）を、病

院抜き・在宅医療偏重の『地域完結型医療』ではなく、病院を重要な構成要素として含む『地域完結型医療』を提唱したことです。これは、医療界・医療機関に地域包括ケアシステム構築への積極的参加を求めたメッセージでもあり、事実、この報告書を契機にして、医師会・病院団体の地域ケアシステムへの取り組みが急速に強まっています」（5ページ）。

また、「地域包括ケアシステムと地域医療構想は、法・行政的にも、実態的にも、同列・同格であり、相補的（車の両輪）だ」（13ページ）とも述べている。

- 14) 前田由美子「日医総研ワーキングペーパー 地域医療構想の理解のために」No. 341（2015年5月15日）<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP341.pdf>（2015年12月30日最終閲覧）
- 15) 同上，5ページ。
- 16) 同上，21ページ。
- 17) 松田晋哉（2015）『地域医療構想をどう策定するか』医学書院，「まえがき」。
- 18) 同上，46ページ。
- 19) 同上，45ページ。
- 20) 二木『前掲書』，42-49ページ。
- 21) 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「第1次報告」（平成27年6月15日）<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>（2015年12月30日最終閲覧）
- 22) 公益財団法人 日本医師会「『2025年の医療機能別必要病床数の推計結果』等について」http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20150617_2.pdf（2015年12月30日最終閲覧）
日本経済新聞は、2015年6月12日付の記事で「必要ベッド20万床減も」「政府試算 全国の病院、25年時点」という見出しで、推計結果を報じている。
- 23) 松田『前掲書』，27ページ，77-78ページ。
- 24) 京都府保険医協会「京都保険医新聞」（2015年8月5日）第2937号，4ページ。
- 25) 塩見正（京都医労連政策委員会）「第6回地域医療を守る運動全国交流会資料集」（2015年11月28日），95ページ。
- 26) 松田『前掲書』，27ページ，80-81ページ。
- 27) 同上，82ページ。
- 28) 京都府「地域の実情を踏まえた地域医療構想（ビジョン）の策定について」（2015年6月）<http://www.pref.kyoto.jp/seisakuteian/documents/35teian.pdf>（2016年1月4日最終閲覧）
- 29) 京都府議会会議録「平成26年9月定例会（第5号）本文」<http://asp.db-search.com/kyoto/>（2016年1月4日最終閲覧）
- 30) 京都府「第1回地域医療構想策定部会の開催概要について」<http://www.pref.kyoto.jp/iryu/documents/siryu2.pdf>（2016年1月4日最終閲覧）
- 31) 京都府保険医協会「京都保険医新聞」（2015年11月20日）第2947号，4ページ。