

論 説

続・地域医療構想の検討

佐 藤 卓 利

目次

はじめに

Ⅰ 地域医療構想に関する論点

- 1 地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス
- 2 「医療需要と病床の必要量」推計の問題点
- 3 病床機能報告制度の病床数と必要病床数

Ⅱ 地域医療構想調整会議の役割

- 1 地域医療構想調整会議の位置づけ
- 2 地域医療構想調整会議での議論
- 3 京都府内の2次医療圏の聴き取り調査から

Ⅲ 「京都府地域ケア構想（中間案）」

おわりに

はじめに

2015（平成27）年4月より、47都道府県において開始された地域医療構想の策定は、2017（平成29）年3月までに終了する見込みである。厚生労働省（以下、厚労省）は、「法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ばまでの策定が望ましい」としていたが、2016（平成28）年8月31日現在の策定の進捗状況は、「策定済み」が、19（40%）、「平成28年度半ばの策定予定」あるいは「平成28年度中の策定予定」が、あわせて28（60%）¹⁾であった。

前稿²⁾において、筆者は地域医療構想（以下「構想」）について、その背景とそれをめぐる議論をサーベイし、その中で特徴ある動向として、京都府の事例を紹介した。都道府県のなかでも、「構想」策定に慎重な姿勢であったと思われる京都府も、「構想」の京都版である「京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）中間案」を、2016年12月、京都府議会に示した。12月19日より翌年1月16日まで、パブリックコメントを募集し、府議会での審議も踏まえて、3月末までには策定が終了することになる。

筆者は、11月末から12月初めにかけて、京都府内の丹後構想区域、中丹構想区域、南丹構想区域、山城南構想区域に位置する、病院・診療所あわせて12医療機関の事務責任者と、それらの医療機関が事業展開している6市町の医療政策課などの主管課の担当者に面談し、地域医療の現状

と課題についての考えを聞き取った。

訪問した構想区域は、いずれも過疎化と高齢化が進行し、医師不足などの「医療過疎」が著しい地域である。聞き取りに際しては、それぞれの構想区域で京都府が「構想」策定のために医療関係者を招集し議論した「地域医療構想調整会議」の様子なども聞くように心掛けた。

本稿では、前稿に続いて「構想」の策定過程における議論をサーベイしつつ、医療現場の声に耳を傾けながら、「構想」策定後の課題について検討する。まず、Ⅰ「地域医療構想に関する論点」において、厚労省が示した「地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス」を確認し、そこで論点となっている「医療需要と病床の必要量」の推計と「病床機能報告」との関連について検討する。

次いでⅡ「地域医療構想調整会議の役割」において、構想区域ごとに設置された「地域医療構想調整会議」の「構想」策定における位置づけを確認したうえで、京都府のいくつかの「地域医療構想調整会議」の議論と、聞き取り調査で得た医療現場の声を紹介しながら、今後の課題を考える。

Ⅲ「京都府地域包括ケア構想（中間案）」では、公表されたばかりの京都府の「構想（中間案）」のポイントを紹介し、暫定的な評価を行う。

Ⅰ 地域医療構想に関する論点

1 地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

厚労省が都道府県に示した「構想」策定のプロセスは、「①「構想区域」の設定。②「構想区域」ごとに国が示すガイドライン等で定める推計方法に基づき、2012年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。③構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を開催。④地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。」という³⁾ステップを踏むことになっている。

①の「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、(1)人口規模、(2)患者の受療動向、(3)疾病構造の変化、(4)基幹病院へのアクセス時間の要素を勘案して設定することになっている。京都府の場合、現在の6つの2次医療圏がそのまま対応している。

③の「地域医療構想調整会議」（以下「調整会議」）には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者などが参加することになった。そこでは、病床機能報告制度の報告結果をもとに、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているかを検討し、医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整がなされることが期待された。

京都府は、「地域医療構想調整会議設置要綱」⁴⁾を定め、上記の4者以外に、薬剤師会、看護協会、医療保険者協議会、介護福祉施設、行政関係者、その他目的のために必要な団体を「調整会議」の委員とした。また病院団体には公的病院と民間病院の双方を含むものとした。委員数ないし出席者数は「構想区域」によって異なるが、筆者が調査した4つの「構想圏域」で見ると、丹後では20名、中丹では23名、南丹では33名、山城南では16名であった。

病床機能報告制度は、「構想」策定作業開始に先立って、2014（平成26）年4月より開始された

図1 京都府の構想区域



名 称	構 成 市 町 村
丹 後 構 想 区 域	宮津市, 京丹後市, 伊根町, 与謝野町
中 丹 構 想 区 域	福知山市, 舞鶴市, 綾部市
南 丹 構 想 区 域	亀岡市, 南丹市, 京丹波町
京都・乙訓構想区域	京都市, 向日市, 長岡京市, 大山崎町
山 城 北 構 想 区 域	宇治市, 城陽市, 八幡市, 京田辺市, 久御山町, 井手町, 宇治田原町
山 城 南 構 想 区 域	木津川市, 笠置町, 和束町, 精華町, 南山城村

出所 「京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）中間案」3 ページ

表 1 病床の機能区分

機 能 区 分	機 能 の 内 容
高度急性期機能	○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（救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟）
急性期機能	○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
回復機能	○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の向上や在宅復帰した場合の日常生活のQOL向上を目的とした支援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、在宅復帰支援強化機能）
慢性期機能	○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

出所 「京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）中間案」 8 ページ

が、その性格について京都府の「構想（中間案）」は、「それぞれの医療機関が自主的に、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）から一つを選択し、病棟単位で報告するものです。このことから、①個々の患者の割合等を正確に反映したものではないこと、②4つの機能を区分する定量的な基準がないことから地域の実情を的確に反映しているものではないなどの注意が必要⁵⁾」と断わっている。表1は、病床の機能区分とその機能の内容を示している。

この病床機能報告制度にもとづいて、医療機関が毎年10月に都道府県に報告する病床数と「構想」において推計された必要病床数（病床の必要量）は、まったく異なった概念であり、したがって数値も一致しないが、その関係については後述する。その前に、「医療需要と病床の必要量」の推計方法の問題点について確認する。

2 「医療需要と病床の必要量」推計の問題点

前稿において、筆者は塩見（2016）⁶⁾が指摘する推計の2つの問題点を紹介した。1つは、「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」ということ。

もう1つは、「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、医療にアクセスできない潜在需要は頭から捨像されてしまう」ことにより必要病床数が過少推計されてしまうことである。

さらに、「構想区域」= 2次医療圏ごとに見れば、相対的に医療供給体制が充実している「構想区域」もあれば、不足している「構想区域」もある。医療供給の格差は、前者には患者が流入し、後者からは患者が流出する現象をもたらす。たとえば京都府のがんの入院患者の流出の状況を2次医療圏ごとに見ると、南丹から京都市に51.1%が流出し、山城南から京都市に21.0%、府外

表2 京都府の「がん入院患者」の流出状況

		医療機関二次医療圏										合 計
		丹 後	中 丹	南 丹	京都市	乙 訓	山城北	山城南	その他 府内	府 計	府 外	
加入者二次医療圏	丹 後	630	164		155					951	201	1,152
		54.7%	14.2%		13.5%					82.6%	17.4%	100.0%
	中 丹		1,133		249					1,393	157	1,550
			73.1%		16.1%					89.9%	10.1%	100.0%
	南 丹		24	415	557	15				1,014	76	1,090
			2.2%	38.1%	51.1%	1.4%				93.0%	7.0%	100.0%
	京都市				9,953	55	131			10,155	527	10,682
					93.2%	0.5%	1.2%			95.1%	4.9%	100.0%
	乙 訓				615	259				880	113	993
					61.9%	26.1%				88.6%	11.4%	100.0%
	山城北				1,705	17	1,211	60	10	3,007	520	3,527
					48.3%	0.5%	34.3%	1.7%	0.3%	85.3%	14.7%	100.0%
	山城南				176		32	293		501	336	837
					21.0%		3.8%	35.0%		59.9%	40.1%	100.0%
	府 計	634	1,325	430	13,410	349	1,384	354	15	17,901	1,930	19,831
		3.2%	6.7%	2.2%	67.6%	1.8%	7.0%	1.8%	0.1%	90.3%	9.7%	100.0%

公表の基準：患者数やレセプト数などは、10未満を非公表とする。
 (レセプト情報・特定健診等情報データベースの第3者提供による)

府内の市町村国保加入率…約26%
 府内の協会けんぽ加入率…約27%

上段 (人)
 下段 (%)

出所 「京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）中間案」10ページ

（大阪府・奈良県など）に40.1%流出している。

したがって医療圏ごとに必要病床数が推計される際に、次のような問題が生じる。

「地域医療構想の需要推計は、各圏域の実際のレセプトデータをベースにしているが、供給体制の不十分な圏域では、その供給体制の不十分さゆえに相対的に受療率が低くなり、その低位水準化されたデータを基に将来需要を推計すれば、自ずと出てくる値が低くなるのは当然である」。

「そして何より重大なことは、この圏域間の供給体制の格差を何ら勘案せず、現状の各圏域の受療率をベースに当該圏域の将来需要を推計し、その推計に合わせて病床の再編を進めるとする⁷⁾なら、それは、この元々ある供給格差を固定化することにしかつながらないということである」。

さらに厚労省は、「将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数」を「病床稼働率」で除して得た数を、各構想区域における平成37年（2025年）の必要量（必要病床数）とする⁸⁾として、「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」ことを示している。

当然、病床稼働率が低くなれば、必要病床数は多く推計される。反対に、病床稼働率が高くなれば、必要病床数は低く推計される。問題は、厚労省が示す病床稼働率が、現実的に妥当なのかということである。ちなみに公益財団法人全国自治体病院協議会の「平成26年 病院経営分析調

9) 査の概要」では、一般病院の「病床利用率」は、規模別にみて20～99床で67.54%、100～199床で71.64%、大雑把に見て規模が大きくなれば率も高まる傾向にあり、700床以上では77.44%、総数では72.39%である。

「病床稼働率」と「病床利用率」は、算出方法が違い、前者は「取扱い患者延べ数×100」÷「稼働病床数×365」であり、後者は「在院患者数×100」÷「稼働病床数×365」であるので、分子が少ない「病床利用率」は低く算出されるが、そのことを勘案しても、厚労省の示す「病床稼働率」は、実際よりも高い数値であるように思われる。その数値を用いれば、必要病床数は少なく推計されるわけだが、その数値の妥当性は医療現場から検証されるべきである。

3 病床機能報告制度の病床数と必要病床数

病床機能報告制度における医療機能区分と「構想」の医療需要推計方法に用いられる病床の機能区分は、ともに「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」という同じ名称を使っている。それゆえ、同じ内容を意味していると誤解されがちであるが、先に述べたように両者はまったく異なる概念である。

その違いについて、日本医師会の「地域医療対策委員会 報告書」では次のように解説している。

「今回の地域医療構想で示される医療機能別必要病床数（病床の必要量）は、ガイドラインにおいて病名や病状を考慮せず便宜的に設定した、1日あたりの出来高点数換算で区分した患者数を元に推測されるものである。一方で病床機能報告制度では、入院患者の病状などを医師が判断して、4つの医療区分ごとに病棟単位で病床数を報告するものであり、両者は概念が異なるものである。また実際には、病棟内には複数の機能の患者が混在しているなど、両者は単純に比較できるものではない。その上で、地域医療構想の医療需要推測値は、それぞれの医療機関が今後10年間に於いて地域が必要とする病床機能への転換・収れんを考える際の参考値として利用できると考えられる。しかしながら、ガイドラインの慢性期機能の病床数は、入院受療率の格差を是正するとの名のもとに病床の削減を行おうとするかのような動きもあり、問題がある¹⁰⁾」。

こうした批判も意識してのことか、厚労省は2016年3月10日に開催された「第14回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」で「病床機能報告制度の病床数と必要病床数（病床の必要量）についての基本的な考え方」を示した。それによれば、

「○病床機能報告制度では、毎年10月に

- i 様々な状態の患者が入院している個々の病棟について、4つの病床機能の内容に照らして、いずれか1つを選択して報告
- ii 併せて、提供している医療の内容が明らかとなるように、構造・設備・人員配置や、手術件数等の医療の内容に関する項目を報告

することで、都道府県における地域医療構想の策定・進捗評価等に活用するとともに、患者・住民・他の医療機関に、それぞれの医療機関が有する機能を明らかにすることを目的としている。

○一方で、地域医療構想で推計する構想区域ごとの必要病床数（病床の必要量）は、

- i 2013年のNDBのレセプトデータおよびDPCデータにもとづき4機能ごとの入院受療率を算定し、
- ii 当該入院受療率を用いて、構想区域における2025年の推計人口を乗ずることにより医療需要を推計し、
- iii 推計した医療需要を4機能ごとに定められた病床稼働率で除することにより算出推計したもの

であり、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告制度の病床数と数値として一致する性質のものではないことに留意する必要がある¹¹⁾」

ということである。

それでもなお、上記の記述に続けて「その上で、都道府県は、策定した地域医療構想を踏まえたあるべき医療提供体制の実現に向けた取組を推進するため、その進捗評価等が必要である。従って、進捗を評価するための参照情報として、構想区域単位で集計するための各医療機関からの病床機能報告制度は不可欠である」と述べている。

日本医師会の「地域医療構想の策定状況（2016年夏）」調査によれば、各都道府県のホームページを通じて確認したところ、2016年8月23日現在で、「策定済」19、「案または素案作成済」14、合計33都府県のうち、「地域医療構想が病床削減のものではない」との記述があるのは、12であった¹²⁾。

「構想」策定を、地域の実情と住民の医療ニーズを踏まえた医療供給体制構築に向けてのステップとするのか、正確な医療需要を反映しない病床削減のための手段とするのか、各都道府県の姿勢が問われるところである。

II 地域医療構想調整会議の役割

1 地域医療構想調整会議の位置づけ

「調整会議」は、医療法第30条の14にその法的根拠を持つが、「地域医療構想ガイドライン」では、「調整会議」について次のように位置づけている。

「地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることや、構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。なお、この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当である¹³⁾」。

「構想」の策定段階よりも策定後の「構想区域全体の意見をまとめること」に、「調整会議」の働きが期待されている。策定後の取組として「調整会議」に期待されるのは、次のようなことである。

「構想区域全体及び都道府県内全体で、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域

医療構想における必要病床数が次第に収れんされていることを確認する必要があるが、不足する病床機能の解消のためには、過剰となっている病床機能からの転換を促すことにより、医療需要に応じた医療の提供が可能となるという視点の共有を進め、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と患者数との整合性が図ることができるよう、検討を重ねる¹⁴⁾」。

先に確認したように、病床機能報告制度の病床数と必要病床数は概念的に異なり、したがって数値は一致しないのが当然であるが、策定段階での病床機能報告制度の病床数と必要病床数の不一致を2025（平成37）年までにPDCAサイクルを機能させることより「収れん」させる。そのことを、できるだけ上からの強制という形を取らず実現することを厚労省は意図している、と見ることができよう。

策定後の「調整会議」の運営は、都道府県が担うことになるが、厚労省は「都道府県担当者に対する研修やその他のヒアリング等から、策定後の取組について、より具体的な方法や詳しい考え方を示してほしいとの意見が提示されている」として、「地域医療構想の実現に向けた取組についての留意事項（案）」¹⁵⁾を示した。

そこでは、「実際の調整会議の進め方は、地域の実情に応じて決定されるべきであり、必ずしもこのとおりに行うことを求めるものではない」と断わっているものの、i「地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有」、ii「地域医療構想を実現する上での課題の抽出」、iii「具体的な病床の機能分化及び連携機能の在り方について議論」、iv「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」という項目を立て、それぞれの項目をさらに3から7の小項目に分けて、細かに「例示」を与えている。

確かに、厚労省の言うように「実際の調整会議の進め方は、地域の実情に応じて決定されるべき」であるが、都道府県の自主性と調整能力はどの程度のものか、現時点での判断は保留せざるを得ないが、京都府がホームページ上にアップしている各「構想圏域」における「調整会議」の審議概要と、出席者から筆者が聞き取りした「調整会議」の様子的一端を、次に示すことで今後の動きを探る端緒としたい。

2 地域医療構想調整会議での議論

筆者が聞き取った限りでは、「調整会議」での議論については、まだその評価を確定できる段階にない。しかし「中身の無い会議」、「アリバイ作り」、「医療需要は統計のみで把握している」、「地域医療計画のための地ならし」、「地域医療構想は府の作文」というような辛辣な声があったことも事実である。とはいえ、これらの声はあくまで個人的かつ主観的なものであり、それらの声が出席者全体の評価を代表するものであるとはいえない。

ホームページ上で確認できる限りでは、「調整会議」の事務局は、「構想圏域」に対応する京都府2次医療圏に置かれた各保健所が担っている。また議長も各保健所所長が務めているか、振興局保健福祉部長や保健医療対策監など府の医療行政部門の幹部が務めている。このように仕組みとしては、府の主導が想定され、その調整能力の発揮が期待されているといえる。当面2017年3月末までの「構想」策定に向けて2015年10月以来、6つの「構想圏域」でそれぞれ3回から4回「調整会議」が開催されてきた。逐次その審議概要がホームページ上にアップされているが、その中からいくつか特徴的な声をピックアップしてみたい¹⁶⁾。

医療現場からの声として上がるのが、医師をはじめとしたマンパワーの不足である。それは、筆者が回った医療現場や行政でも例外なく聞かれた声である。

丹後地域では、「在宅医療を積極的にしている医師は高齢の方が多いので、開業医がどうなるか10年先はわからない」、「マンパワーによってできることとできないことがあり、在宅診療は、医師がいなくなかなかできないのが現状」、「在宅対応が難しい理由は、人が足りない、マンパワーが足りないの一言につきる」との声が上がっている。

中丹地域でも、「開業医がだんだん高齢化してきている。5年先10年先に増えた在宅患者を往診診療で対応出来るか疑問に思っている」との声が上がるとともに、住民の貧困化の現実が指摘されている。「臨床の場で肌で実感することは、住民の経済力がじわじわと下がってきており、これが医療需要に影響する段階にまできている。自己負担を賄えきれない、貧困が進み、医療機関にかかれぬ人が増えていると思う。こうした現実を事実として受け止めることが必要ではないか」。

患者の流出が著しい山城南地域では、その対応について議論があった。『「流出する」すなわち急性期には他府県病院を受診するのは個人の自由』との意見に対して、「ノーマルな疾患なのに、なぜ遠くの医療機関に行くのか。患者は近くを望んでいるのかもしれない。こうした人を受け入れるのにどうしていくか考えていこう」という意見が出た。「地域住民は病院の選択肢がなくて他の地域に行くのか実際の理由はわからないが、この辺りの原因を調査していくべきである」との提案もあった。

南丹地域では病床機能報告における慢性期の病床数が、2025年時点での国の推計値を上回っている。こうした現状は「ガイドライン」で示された療養病床の入院患者のうち、「医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者と見込む」という国の方針のターゲットとなる可能性があるが、在宅医療での対応は「困難である」との意見があった。筆者が聞き取った南丹市にある有床診療所の事務長は、「地域の有床診療所のベッド数は減らせない。その理由は、地域に他にいくところがない人がいるから」ということであった。

京都府は、2016年1月から4月にかけて病床機能報告制度対象の158病院と「構想」策定に関して意見交換を行ったが、「療養病床入院患者における『医療区分1の者』の在宅等対応での不可の患者割合」は、「医療療養病床で77%」「介護療養病床で74%」であった。「不可能」と回答した病院の主な意見として、「実際の受け皿は難しいのではないかと。訪問診療・訪問介護など在宅医療に取り組む医師・看護師が限られている」との声が紹介されている¹⁷⁾。

「構想」策定後の「調整会議」での必要病床数と在宅医療を巡る議論の行方が注目される。

3 京都府内の2次医療圏の聴き取り調査から

先に述べたように筆者は、丹後・中丹・南丹・山城南の4つの「構想圏域」を回っての聞き取り調査を行ったが、その際にも深刻な医師不足と在宅医療の困難状況、地域の高齢化と貧困化の進行が窺えた。以下にいくつかの声を紹介する。

「今の病床数を維持してほしい」、「病床数を減らすと医師も減る。いったん医師を減らすと元に戻らない」（丹後）。

「地域には高齢者が多いので、院内処方を実施している。高齢者にアンケートを取ったが、『院

外処方が不便』との声があり、院内・院外の両方を選択できるようにした」（中丹）。

「開業医がいてくれると良いのだが……。かつては開業医がいたが、今はいない」、「『医師会に頑張ってもらいたい』というのと、『マンパワー不足』という反論がある」（南丹）。

「患者の層が変わってきていることは、直視しなければならない。医師の訪問診療・在宅安否確認も含めて受診回数も減っている。年金問題があるかも。原因は、お金か、交通事情か、病気の回復か？」、「今年に入って受診が減っているような実感がある。『検査はやめてくれ』、『薬だけくれ』という要求が増えている。慢性疾患の人は、『ちょっと我慢しようか』となる」（南丹）。

「診療所の医師は、高齢化しており在宅診療ができない。地域が広いので1日10件程度の在宅診療では採算がとれない」（南丹）。

「公立病院としての役割として、国保診療所への支援をしている。民間診療所が閉鎖されたため、町立国保診療所への負担がかかっている。診療所の医師は高齢にもかかわらず頑張っているが、大変なので週2回病院から医師を派遣している」（山城南）。

「町の健診事業で異常が発見された場合、精密検査を受ける必要があるだろうが、紹介状がないので選定療養にならざるを得ない。受診を躊躇するケースもあるだろう」（山城南）。

以上のような、地域からの、そして医療現場からの声が「調整会議」に反映され、単なる数値の議論ではなく、「構想圏域」の総体としての医療ニーズの把握をもとに医療供給の不足と格差を前提としない「構想」が策定されるだろうか。策定作業を主導する京都府の姿勢を注目していきたい。

Ⅲ 「京都府地域ケア構想（中間案）」

京都府は2016年12月に「京都府地域ケア構想（中間案）」を公表し、本稿執筆時点（2017年1月6日）でパブリックコメントを募集中である。京都府のホームページからダウンロードした「構想（中間案）」から、そのポイントを紹介したい。

「各構想区域の必要病床数」として、以下の3点を示している。

- ① 丹後、中丹、南丹地域においては、医療・介護資源が少なく、高齢者（特に後期高齢者）の割合が多いため、訪問診療、訪問看護等と合わせ、現行の許可病床数を維持します。
- ② 京都・乙訓地域においては、現在は病床過剰地域ですが、介護療養病床が全体の約1割以上を占めており、その動向により病床数が減少する可能性があるため、現行の許可病床数を維持します。
- ③ 山城北、山城南地域においては、今後、回復期、慢性期の需要が見込まれることから、病床を確保するとともに、他地域への患者流出を抑制し地域内での完結率を向上させます¹⁸⁾。

府全体としては、病床数の推計値は現状の許可病床数を若干上回っている。また機能別の病床数については個別の推計値を示さず、府全体として大まかな数値を示しているだけである。府は、これに関して以下のコメントを付している。

- 各病院において、病棟単位で高度急性期及び急性期として提供する医療内容を明確に区分することが困難であることから、個別に推計せず、両区分で12,000～13,000床の範囲とし

表3 現行の医療提供体制（平成28年5月1日現在の許可病床数）

（単位：床）

	病 院					有床診療所			合 計
	一 般	療 養			一 般	療 養			
		医 療	介 護						
京都府計	28,989	22,738	6,251	(3,398)	(2,853)	701	(648)	(53)	29,690

表4 平成37年（2015年）における医療需要に対する提供体制の目標値）

（単位：床）

構想区域名	病 床 数					許可病床数 (H28.5.1現在)
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
京 都 府 計	29,957	12,000～13,000		8,000～9,000	8,000～9,000	29,690
丹 後	1,197					1,197
中 丹	2,205					2,205
南 丹	1,430					1,430
京都・乙訓	20,206					20,206
山 城 北	4,184					3,967
山 城 南	735					685

出所 「京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）中間案」29ページ

す。

○ 回復期は、病床機能報告制度における地域包括ケア病棟の位置づけが明確でなく、各病院により位置づけが異なっていることから、8,000床～9,000床の範囲とします。

○ 介護療養病床を含む慢性期は今後も維持する必要があること、入院医療と在宅医療を明確に区分することが困難であることから、8,000床～9,000床の範囲とします。¹⁹⁾

表4の空白を見ていると、現時点での京都府の調整が「お手上げ状態」にも思えるが、次のような評価もあることを紹介する。

「国が地域医療構想による病床機能分化を通じて病床数全体の抑制を図る意図を持っていることは明らかである。これに対して府は、すべての医療圏で病床数削減を避け、トップダウンによる機能分化ではなく、地域の医療関係者の調整に任せる姿勢を示したともいえ、それ自体は評価すべきであろう」²⁰⁾。

そうであるとすれば、今後の「調整会議」での医療関係者の自覚的で大局的な発言と対応が求められるであろう。さらに策定段階にあっては、事実上「蚊帳の外」に置かれた地域住民、患者、その家族が「当事者」として関わっていける仕組みと、行政・専門家の配慮が必要とされる。

おわりに

以上、厚労省が示した「地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス」を確認し、そこで論点となっている「医療需要と病床の必要量」の推計と「病床機能報告」との関連について検討

した。今後10年をかけて病床機能報告で示される病床数と、地域医療構想における必要病床数が、どのようなプロセスを経て「収れん」されていくことになるのかが焦点となろう。

さらに、京都府のいくつかの「地域医療構想調整会議」での議論と、筆者が聞き取り調査で得た医療現場の声からは、丹後・中丹・南丹・山城南などの「医療過疎地」で、高齢化とともに住民の生活困窮が広がっていることが確認できた。各医療機関の医師をはじめとする関係者の奮闘も伝わってきた。今後「調整会議」は、地域住民の医療ニーズに応えとともに、医療関係者のマンパワー不足と疲弊を解消するという、大変むずかしい課題に立ち向かうことになる。そこで京都府のイニシアティブが必要とされる。

最後に、公表されたばかりの「京都府地域包括ケア構想（中間案）」を紹介した。筆者の研究も「構想」が確定したあとの「構想」の具体化のプロセスへと移ることになる。

注

- 1) 厚生労働省「第3回地域医療構想に関するWG（平成28年9月23日開催）資料」<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000137612.pdf> 2016年12月30日アクセス
- 2) 佐藤卓利「地域医療構想の検討」『立命館経済学』第64巻第4号、2016年2月
- 3) 「全国厚生労働関係部局長会議資料（厚生分科会）平成28年1月19日（火）医政局」<http://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-03-01p.pdf> 2016年12月30日アクセス
- 4) 京都府「地域医療構想調整会議設置要綱」<http://www.pref.kyoto.jp/chutan/ehoken/documents/siryoul.pdf> 2016年12月30日アクセス
- 5) 「京都府地域ケア構想（地域医療ビジョン）中間案」（平成28年12月）8ページ。<http://www.pref.kyoto.jp/iryo/news/documents/281219vision-publiccomment.pdf> 2016年12月30日アクセス
- 6) 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集会資料集」2015年11月28日、その後、京都医労連政策委員会「地域医療構想の批判的検討」『国民医療』公益財団法人 日本医療総合研究所、2016年冬号 No. 329、として公表された。
- 7) 同上、66、67ページ。
- 8) 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』2015（平成27）年3月、23ページ。<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000088510.pdf> 2016年12月31日アクセス
- 9) 公益財団法人 全国自治体病院協議会「平成26年 病院経営分析調査報告書（平成26年6月現在）概要」1ページ。[file:///C:/Users/satoecon/Downloads/H26bunseki%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/satoecon/Downloads/H26bunseki%20(1).pdf) 2016年12月31日アクセス
- 10) 日本医師会「地域医療対策委員会 報告書」平成28年3月、2-3ページ。http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20160302_2.pdf 2016年12月31日アクセス
- 11) 厚生労働省「第14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28年3月10日）資料2、（別紙1）1ページ。<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000115828.pdf> 2016年12月31日アクセス
- 12) 公益社団法人 日本医師会（2016年8月24日定例記者会見）「地域医療構想の策定状況（2016年夏）」4ページ。http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20160824_1.pdf 2016年12月31日アクセス
- 13) 『地域医療構想策定ガイドライン』7ページ。
- 14) 同上、37ページ。
- 15) 第13回地域医療策定ガイドライン等に関する検討会（平成28年2月4日）資料3「地域医療構想の実現に向けた取組についての留意事項（案）」1ページ。<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000111451.pdf> 2017年1月2日アクセス

- 16) 京都府ホームページ <http://www.pref.kyoto.jp/> より, 2017年1月2日アクセス
- 17) 京都府地域ケア構想（地域医療ビジョン）中間案」（平成28年12月）87ページ。<http://www.pref.kyoto.jp/iryo/news/documents/281219vision-publiccomment.pdf> 2017年1月3日アクセス
- 18) 同上, 28ページ。
- 19) 同上, 29ページ。
- 20) 「京都保険医新聞」2016年12月10日号, 1 ページ。