

The Tokyo  
Foundation

東京財団

政策研究

# 地域医療構想の成果と課題

～合意形成を軸とした切れ目のない提供体制を～

2017年8月

## 本報告書について

本報告書は、東京財団「医療・介護・社会保障制度の将来像」プロジェクトの成果である。本プロジェクトでは政策提言として2012年度に『医療・介護制度改革の基本的な考え方』、2015年度に『医療保険の制度改革に向けて』を公表し、その後は医療提供体制改革の論点や課題を模索するため、各都道府県が2017年3月末までに策定した「地域医療構想」に着目し、その成果や課題、あるべき提供体制改革の姿や実現方策などについて、プロジェクト・メンバーで議論などを重ねてきた。

本報告書では医療提供体制改革のあるべき姿を提示しつつ、地域医療構想の成果と課題を論じている。

### 【プロジェクト・リーダー】

三原岳 東京財団研究員兼政策プロデューサー

### 【プロジェクト・メンバー】

加藤久和 明治大学政治経済学部教授

西沢和彦 日本総合研究所主席研究員

亀井善太郎 東京財団研究員（～2017年3月）

富田清行 東京財団研究員兼政策プロデューサー

### 【本報告書に関する問い合わせ】

三原岳 東京財団研究員兼政策プロデューサー

電話：03-6229-5492     / e-mail：[mihara@tkfd.or.jp](mailto:mihara@tkfd.or.jp)

## はじめに

---

日本の高齢化は世界に先駆けて進んでいて、すでに全人口の 4 人に 1 人が 65 歳以上になっています。その中、医療費の国庫負担を含む社会保障費は年々増加し、日本の健康保険制度そして財政そのものの持続可能性も、疑問視される状態になっています。2025 年に団塊の世代が 75 歳を迎えるという「2025 年問題」が指摘されるようになりましたが、今のままでは 2025 年を待たずして日本の医療・介護制度が綻びを見せ始めることは確実でしょう。

医療・介護制度を、その費用に着目して持続可能なものに改革していくのは当然必要ですが、提供される医療・介護サービスの質も併せて議論しなければなりません。本報告書では、医療・介護サービスが切れ目なく提供される制度改革を目指すとして、政府が進めている「地域医療構想」を取り上げています。2018 年度も、この改革が国、自治体の両方のレベルで進む予定だと言われています。改革は現在の医療・介護サービス提供体制の問題を正しく認識しているのか？各自治体のレベルでの改革はそれぞれの現状を反映しつつ問題を解決するような方向に進んでいるのか？こうした重要な議論のために、本報告書での分析が役に立つことを願います。

公益財団法人東京財団  
理事長 星岳雄

## 要旨

---

本報告書では高齢化に伴う疾病構造の変化を受け、切れ目なく生活を支える提供体制改革を「あるべき姿」に位置付け、その実現のためには都道府県や提供体制の大半を占める民間医療機関だけでなく、介護事業者、住民など多様なセクターの連携・協力が必要である点を指摘した。

一方、政府は提供体制改革として「地域医療構想」を進めており、あるべき提供体制改革に向けた成果と課題を考察した。具体的には、地域医療構想には「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的があることを明らかにし、2017年3月までに策定した各都道府県は後者を重視した点を地域医療構想の成果として明らかにした。

しかし、①日常的な医療ニーズをカバーする視点がない、②都道府県と市町村の連携が不十分、③住民自治・住民参加の取り組みが不十分、④政策的な対応が現場のニーズと噛み合っていない——という4つの課題がある点を指摘し、それに対応する政策提言として以下の4つを挙げた。

### 提言（1）プライマリ・ケアの制度化

在宅医療を含む日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの制度化として、報酬制度やフリーアクセスの見直しを進める。

### 提言（2）市町村医療計画制度（仮称）の導入

プライマリ・ケアや在宅医療に関する市町村の関与を高めるため、市町村に医療計画の策定を義務付ける「市町村医療計画制度」（仮称）を導入する。

### 提言（3）住民自治・住民参加、合意形成の促進

### 提言（4）都道府県の裁量拡大

財政運営に関する都道府県の裁量を拡大するため、独自の診療報酬設定や地域医療介護総合確保基金の用途拡大、将来的な税源移譲を進める。

## 目次

はじめに .....	1
要旨 .....	2
第1章 地域医療構想を考える視点 .....	6
1. あるべき姿としての切れ目のない提供体制 .....	6
2. 地域医療構想に着目する理由 .....	8
3. 地域医療構想におけるコストとアクセスの2つの目的 .....	9
(1) 医療費適正化と切れ目のない提供体制の構築 .....	9
(2) 2つの目的に必要なこと .....	10
4. 本報告書の視点と構成 .....	11
第2章 病床削減による医療費適正化の視点 .....	13
1. 制度化のプロセスと背景 .....	13
(1) 病床削減を通じた医療費適正化の視点 .....	13
(2) 医療費の増加と世界的に突出した病床数 .....	14
(3) 急性期病床の膨張 .....	15
2. 財務省、厚生労働省の動向 .....	16
3. 都道府県のスタンス .....	18
(1) 必要病床数に対する都道府県の姿勢 .....	18
(2) 医療機関の役割分担明確化の状況 .....	19
(3) 知事の権限行使 .....	19
(4) 国保の都道府県単位化、医療費適正化計画との関係 .....	20
(5) 診療報酬改定を見極める雰囲気 .....	21
第3章 切れ目のない提供体制の構築という視点 .....	22
1. 制度化のプロセスと背景 .....	22
(1) 厚生労働省と日本医師会の調整 .....	22
(2) 幅広い関係者との合意形成 .....	23
(3) 地域の課題は地域で解決するコンセプト .....	25
2. 国の動向 .....	28
3. 都道府県のスタンス .....	29

(1) 策定プロセスにおける関係者の参加 .....	29
(2) 策定プロセスにおける都道府県独自の調査 .....	32
(3) 策定プロセスにおける情報共有・情報開示 .....	33
(4) 構想における医療・介護連携、かかりつけ医等への言及 .....	34
(5) 構想における関係者、住民の役割の言及 .....	36
4. 地域医療構想の成果としての都道府県の変化 .....	38
第4章 地域医療構想の課題 .....	39
1. 地域医療構想をめぐる4つの課題 .....	39
2. 日常的な医療ニーズをカバーする発想がない .....	40
(1) 医療の「川上」と「川下」をめぐる議論 .....	40
(2) プライマリ・ケアをめぐるイギリスの事例 .....	40
(3) 提供体制改革におけるプライマリ・ケアの意義 .....	42
(4) プライマリ・ケアの制度化という視点 .....	43
3. 都道府県と市町村の連携が不十分 .....	46
4. 住民自治・住民参加の取り組みが不十分 .....	47
(1) 住民を含めた合意形成の重要性 .....	47
(2) 団体自治と住民自治 .....	48
(3) 住民自治から見た地域医療構想の課題 .....	49
5. 政策的な対応が現場のニーズと噛み合っていない .....	49
(1) 地域医療介護総合確保基金、知事の権限をめぐる不一致 .....	49
(2) 診療報酬との関係 .....	51
第5章 政策提言 制度改正の方向性 .....	52
1. プライマリ・ケアの制度化 .....	52
2. 市町村医療計画制度（仮称）の導入 .....	52
3. 住民自治・住民参加、合意形成の促進 .....	53
4. 都道府県の裁量拡大 .....	53
おわりに .....	54
1. 想定される今後の論点 .....	54
(1) 人材確保の視点 .....	54
(2) 負担に関する合意形成 .....	54

(3) その他の問題 .....	55
2. 医療計画制度の原点から見る本質 .....	56
補論 .....	57
1. 地域医療構想の概要 .....	57
(1) 策定プロセス .....	57
(2) 地域医療介護確保総合確保基金、知事の権限 .....	60
2. 地域医療構想と医療計画制度 .....	63
3. 病床削減失敗の歴史と地域医療構想 .....	65
データ集 .....	67
1. 合計の病床データ .....	67
2. 都道府県別の病床データ .....	68
(1) 病床の余剰または不足の割合 .....	68
(2) 余剰または不足のパターン .....	71
3. 構想区域別のデータ .....	72
(1) 構想区域の概況 .....	72
(2) 余剰または不足の割合 .....	73
(3) 余剰または不足のパターン .....	73

## 第1章 地域医療構想を考える視点

---

### 1. あるべき姿としての切れ目のない提供体制

長寿は人類にとって永年の夢であり、日本は戦後、世界最高レベルの平均寿命（2015年現在で男性 80.79 歳、女性 87.05 歳）を実現した。ここで果たした医療制度の貢献は大きく、国際的にも日本の医療制度は高く評価されており、経済協力開発機構（OECD）が 2014 年 11 月に公表した日本の医療制度に関するレポートでは「比較的低コストで良好な健康を実現している。平均寿命の長さとともに、医療の質を示す指標の一部は加盟国で最高」と指摘した<sup>1</sup>。

しかし、寿命の延伸は新たな論点を生み出している。例えば、疾病の中心が急性期から慢性期にシフトしたことで、国民の健康観が変化している点である。従来の健康とは主に「病気がない状態」を指しており、医療は急性疾患（あるいは感染症）をターゲットに据えつつ、病気を治したり、社会復帰を促したりすることに力点を置いていた。しかし、慢性疾患は完全な治癒が難しく、患者は病気とともに生活することになる。この結果、健康とは単に「病気がない状態」ではなく、「各個人が自分のために立てた目標の到達に適した状態」を指すようになっている<sup>2</sup>。高齢化で増加が予想されている認知症の人に対するケアの場合、専門的な医療による初期診断や悪化防止だけでなく、患者の生活実態に沿って生活の質（QOL）を維持・向上させることが重要となる。

こうした状況で求められる提供体制とは医療分野に限定されない上、単に病気を治す医療ではなく、看護師や介護職など他の職種や地域社会との連携も視野に入れつつ、患者の生活全般を切れ目なく支えることが求められる。この点

---

※本報告書の執筆に際しては、研究会メンバーに加えて、土屋了介氏（東京財団上席研究員、地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長）、澤憲明氏（英国家庭医）、医療経済の研究者、都道府県の担当者、ジャーナリストから有益な指摘をいただいた。ここに感謝の意を表す。

<sup>1</sup> OECD (2014) “OECD Reviews of Health Care Quality: Japan Raising Standards Assessment and Recommendations” 「OECD 医療の質レビュー 日本 スタンドアールの引き上げ 評価と提言」p37。

<sup>2</sup> René Dubos (1959) “Mirage of Health” [田多井吉之介訳 (1977) 『健康という幻想』紀伊國屋書店 pp208-209]。



について、先の OECD リポートでは「長期的に一貫したケア拠点を提供でき、複数の医療ニーズを有する患者に対するケアを個々に合わせて調整でき、患者の自己教育及び自己管理を支援できるような、地域社会のケア制度を備える必要性が示唆される」「複雑で慢性の疾患を1つ以上抱える高齢者には、健康を維持し、社会への参加能力を最大限に発揮するため、継続的で予防的に個々に合わせたサービスが必要である」<sup>3</sup>と指摘しており、2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書も「治す医療」ではなく、QOLを重視した「治し、支える医療」への転換を訴えた。特に2025年には団塊世代が75歳以上を迎え、医療・介護需要の増加が予想されており、これを意識した提供体制改革が求められている。

さらに、あるべき提供体制の構築には多様な関係者の協力・連携が必要となる。第1に、日本の医療提供体制は民間中心だからである。医療制度における国や都道府県の影響力は弱く、地域の現場で実際にサービス提供を担っている医療機関の協力・連携が欠かせない。第2に、切れ目なく生活を支える上では医師に限らず、看護師や介護職との連携・協力、住民同士の支え合いが必要となる。第3に、住民や患者の主体的な参加も必要となる。この点については、医療の質を改善する要素が含まれているとして患者の経験や語りを重視する動きが強まっている<sup>4</sup>ほか、病気の発生メカニズムが急性期からストレスなどの社会的要因に変わったとして、「(筆者注：医療は) 専門家や科学者のみで律せられる分野ではなくなっている。医療政策プロセスへの患者・市民参加が求められる」という指摘がある<sup>5</sup>。

つまり、住民を含めた幅広い関係者が合意形成を図りつつ、生活を切れ目なく支える形に転換することが本報告書で掲げる提供体制改革の「あるべき姿」である<sup>6</sup>。

---

<sup>3</sup> OECD (2014) p37, 41-42.

<sup>4</sup> アメリカの医療提供体制改革として導入されている ACO (Accountable Care organization) という枠組みでは、患者と医師がともに意思決定を行う「Shared Decision Making」が診療報酬の支払いで重視されている。イギリスも健康管理に向けた患者の知識や技能を確保する手段として患者の主体的活動 (Patient Activation) プログラムを拡大している。

<sup>5</sup> 広井良典 (2005) 『ケアのゆくえ 科学のゆくえ』岩波書店 p55。

<sup>6</sup> なお、政府は日常生活圏域で医療・介護・生活支援などを一体的に提供する「地域包括ケア」を推進しており、「あるべき姿としての切れ目のない提供体制」と共通点が多いが、この言葉は在宅医療や医療・介護連携、介護保険制度改革、保険外サービスなど多様な文脈で使われており、

## 2. 地域医療構想に着目する理由

一方、政府は医療提供体制改革として、地域医療構想を最も重視しており、2017年は「構想が具体化していく大事な年」と位置付けられている<sup>7</sup>。

地域医療構想は「病床の機能分化・連携を進めるため、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの」<sup>8</sup>とされ、医療計画の一部として都道府県が策定した。具体的には、患者の受療行動や人口動向、高齢化の進行などを加味しつつ、2次医療圏<sup>9</sup>を軸とした「構想区域」ごとに高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能について、現状と2025年の需給ギャップを明らかにし、在宅医療等<sup>10</sup>の充実を含めて課題解決の方策を考えることに主眼を置いている。

今年4月までに全ての都道府県で出そろい、合計の病床数は表1の通りとなった。全国的には高度急性期と急性期、慢性期が余剰、回復期が不足する結果となり、高度急性期と急性期、慢性期の削減、回復期の充実と慢性期の受け皿としての在宅医療の整備が求められる。今後、構想に盛り込まれたデータや内容を基に医療提供体制の構築に向けた議論が各地域で進む予定である(制度の概要や4つの病床機能の考え方、都道府県・構想区域ごとのデータは巻末の補論、データ集を参照)。

では、地域医療構想は冒頭に触れた「提供体制のあるべき姿」の実現にどこまで役立つのだろうか。そして、策定主体の都道府県は地域医療構想に向けてどこまで積極的な対応を取った、または取ろうとしているのだろうか。本報告書は地域医療構想に着目し、その課題や成果を考察する。

---

その意味は曖昧である。本報告書は用語の混乱を避けるため、引用などの場合を除き「地域包括ケア」という単語を使わないこととする。

<sup>7</sup> 四病院団体協議会の賀詞交歓会における塩崎恭久厚生労働相の発言。2017年1月15日『m3.com』。以下、新聞は掲載日、ネット媒体は配信日。肩書は全て当時。

<sup>8</sup> 厚生労働省ウェブサイト。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>

<sup>9</sup> 医療法では「主として病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域」とされている。都道府県が作る医療計画では過剰な病床を抑制する基準病床の設定で用いられている。

<sup>10</sup> 地域医療構想における「在宅医療等」には自宅での療養(在宅医療)に加えて、介護施設や高齢者住宅での医療も含まれており、全てが自宅ではないことに留意する必要があるが、本報告書では煩雑さを避けるため、在宅医療と表記する。

表 1：地域医療構想に盛り込まれた必要病床数と現状の差

	現状 (A)	2025年 必要病床 (B)	A - B
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典：各都道府県の地域医療構想を基に筆者集計・作成

注 1：▲は不足を意味する。

注 2：「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとしており、2014年度と2015年度の双方が含まれる。さらに、秋田、新潟、石川、山梨、静岡、愛知、京都、兵庫、香川、徳島、福岡、佐賀、熊本各県は未報告などの「その他」を計上しておらず、表1の数字にも含まれていない。

### 3. 地域医療構想におけるコストとアクセスの2つの目的

#### (1) 医療費適正化と切れ目のない提供体制の構築

しかし、地域医療構想の目的は曖昧である。例えば、2015年3月に策定された国の「地域医療構想策定ガイドライン」には「目的」が明記されておらず、「経緯」から始まっている。目的が曖昧になった理由は第3章で考察するが、以下では医療制度の原則に沿って、地域医療構想の目的を再設定する。

一般的に医療制度改革を考えると、アクセス、コスト、質の3つが判断基準として使われ、往々にしてトレードオフの関係になるため、「鉄のトライアングル (The Iron Triangle of Health Care)」と呼ばれる<sup>11</sup>。これら3つのうち質について、日本の医療制度では評価システムの整備が後れており、地域医療構想でも質の視点は見られない。先に触れた日本の医療制度に関するOECDのレポートが「質に関するイニシアチブが制度レベルでほとんど組み

<sup>11</sup> William L.Kissick (1994) “Medicine’s Dilemmas” Yale University Press, pp1-10.

込まれていない」と指摘<sup>12</sup>しつつ、国レベルで質の評価システムを整備するよう訴えており、今後の課題と言える。

しかし、本報告書は地域医療構想の成果と課題を考察する観点に立ち、考慮されていない質を分析の対象から除外した上で、コストとアクセスの視点で地域医療構想を考察する。まず、コストに関しては「病床削減による医療費適正化」という視点である。後に見る通り、地域医療構想は国際的に見ると過剰な病床の削減、特に急性期病床の削減からスタートしたのは明らかであり、今も医療費適正化策の一つと位置付けられている。さらに、全国的には人口減少で医療需要が減るため、病床が過剰となるのは避けられないことを考えると、需要減に対して病床をスリム化する視点は重要である。

確かに大都市部など病床が将来的に不足する地域も見られるため、全ての地域で病床の過剰が課題になるわけではないが、厳しい医療保険財政の現状を踏まえると、これらの地域でも病床を大幅に増やす選択肢は考えにくく、医療費抑制の重要性に変わりはない。

一方、アクセスに関して、日本の医療制度は患者が自由に医療機関を選ぶ「フリーアクセス」を採用しており、アクセス性に優れているようにもみえる。だが、冒頭に触れた通り、人口の高齢化などを受けて提供体制のあり方は変容を迫られており、単なる医療機関に対するかかりやすさを単に意味しない。例えば、日本の医療制度に関する OECD リポートは「(筆者注：現在のフリーアクセスは) 超高齢化社会の医療ニーズに最も適うものではない可能性がある」と指摘<sup>13</sup>しており、介護や予防を含めた統合的な切れ目のない提供体制が求められている。つまり、患者による医療機関の自由選択ではなく、「切れ目のない提供体制の構築」こそ患者にとって必要なアクセスであり、これは冒頭に触れた「提供体制のあるべき姿」と同じである。

## (2) 2つの目的に必要なこと

では、コストとアクセスの視点で地域医療構想を考えると、それぞれどのようなことが必要だろうか。「病床削減による医療費適正化」で期待されている

---

<sup>12</sup> OECD (2014) p38。

<sup>13</sup> OECD (2014) p37。

のは都道府県のリーダーシップである。地域医療構想の制度化に際して、国は都道府県知事の権限を強化し、公立病院について過剰な病床機能の再編・削減を命令できる権限を付与した<sup>14</sup>ほか、消費税収を使った「地域医療介護総合確保基金」（以下、「基金」と表記）を都道府県単位の設置することで、財政的な誘導も想定している（知事の権限、基金の仕組みは巻末の補論を参照）。さらに、2018年度に控えた市町村国民健康保険の都道府県単位化や医療費適正化計画<sup>15</sup>との関係を強めることを通じて、都道府県の主導による医療費適正化を期待している。例えば、6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」（以下、骨太方針2017）は「都道府県の総合的なガバナンス」の発揮に期待している。

一方、「切れ目のない提供体制の構築」で必要なのは多くの関係者の合意形成である。日本の医療提供主体の大半は民間医療機関が占めており、地元医師会や医療機関関係者の協力・連携が欠かせない。さらに、切れ目のない提供体制の構築には医療関係者にとどまらず、介護サービス事業者の協力・連携が必要となるほか、保険者として介護保険の制度運営に責任を持つ市町村、公的医療費を負担しつつサービスを利用する住民との協力・連携も求められ、都道府県に求められるのは、住民を含めた多くの関係者の利害調整や合意形成を促すファシリテーターの機能である。

#### 4. 本報告書の視点と構成

では、地域医療構想を策定した時点で、都道府県はどちらを重視したのだろうか。本報告書では策定プロセスや文言の検証を通じて、策定時点での都道府県のスタンスを明らかにすることで、地域医療構想の成果を指摘するとともに、冒頭に挙げた「あるべき姿としての切れ目のない提供体制」に向けた課題を考察する。その際、各都道府県が策定した地域医療構想に加えて、各都道府県の

---

<sup>14</sup> 民間病院に対しては勧告や要請にとどまる。

<sup>15</sup> 医療費適正化計画は2008年度から導入され、国と各都道府県が策定する。平均在院日数の削減、特定健康診査・特定保健指導（メタボ健診）の実施が主な目的で、都道府県計画は5年に一度改定される。次期計画から周期は6年に変わる。

ウェブサイトに掲載された資料や議事録、2016年5～11月に13都道府県<sup>16</sup>を対象に実施したヒアリングの内容を加味する。

本報告書の構成は以下の通りである。まず、第2章では医療費の増加などに触れつつ、地域医療構想が病床削減、特に急性期病床の削減を目的に制度化された経緯を検討するとともに、その残滓を引きずっている点を考える。その上で、「病床削減による医療費適正化」について、多くの都道府県が消極的だったことを明らかにする。

第3章では、切れ目のない提供体制の構築という視点に沿って、制度化のプロセスや背景、各都道府県の策定プロセスや地域医療構想の内容を分析する。具体的には、各都道府県が多くの関係者の参画を促していた点、策定後の受け皿として住民の日常をカバーする医療の重要性に言及していた点などを考察し、一部に独自の発想に立った地域医療構想が見られるなど、医療行政に対する都道府県の意欲と関心が高まっている点を成果として指摘する。

第4章は第3章を踏まえ、あるべき提供体制の構築に向けた地域医療構想の課題として、①日常的な医療ニーズをカバーする視点がない、②都道府県と市町村の連携が不十分、③住民自治・住民参加の取り組みが不十分、④政策的な対応が現場のニーズと噛み合っていない——という4つの点を挙げ、これらに対応する制度の改正や運用を第5章で提言する。

さらに、補論として制度の概要に加えて、医療計画制度や病床削減失敗の歴史から地域医療構想を考察するほか、地域医療構想に盛り込まれた病床の余剰または不足割合や分布をデータ集として示す。

---

<sup>16</sup> 北海道、青森県、栃木県、千葉県、東京都、福井県、静岡県、大阪府、奈良県、鳥取県、岡山県、高知県、佐賀県が対象。人口動向や医療資源などに地域差があることを考慮し、1ブロックで最低1カ所のヒアリング先を選定した。構想を先行して策定した都道府県を中心に選んでいるため、全体像の把握には限界がある。

## 第 2 章 病床削減による医療費適正化の視点

---

### 1. 制度化のプロセスと背景

#### (1) 病床削減を通じた医療費適正化の視点

地域医療構想<sup>17</sup>の制度化プロセスを見ると、病床削減が念頭に置かれていたことは明らかである。以下、時系列で政府文書を検討する。

地域医療構想に通じる考え方が最初に示されたのは 2008 年 6 月の社会保障国民会議中間報告である。ここでは「過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化」がうたわれ、同年 11 月の最終報告と 2009 年 6 月の安心社会実現会議報告は「病床機能の効率化・高度化」、「医療機関の機能分担と集約」をそれぞれ規定した。同様の文言は民主党政権期に取りまとめられた 2011 年 7 月の「社会保障・税一体改革成案」、2012 年 1 月の「社会保障・税一体改革素案」に継承され、社会保障制度改革国民会議報告書では「急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある」とし、地域医療構想の制度が必要と訴えた。以上のような経緯を見ると、病床削減、特に急性期病床の削減に力点を置いていたのは明白である。

実際、地域医療構想のスキームは病床数にフォーカスしており、地域医療構想の根拠を定めている医療法も省令に基づいた計算式を使い、病床の機能区分

---

<sup>17</sup> 地域医療構想についての先行研究は少ないが、村上正泰（2016）『医政羅針盤』医薬経済社、池上直己（2015）「地域医療構想の現状と課題」『社会保険旬報』No.2620、島崎謙治（2015）『医療政策を問いなおす』ちくま新書、二木立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房、松田晋哉（2015）『地域医療構想をどう策定するか』医学書院のほか、『社会保障研究』Vol.1 No.3、『病院』第74巻第3号、第74巻第8号、「座談会 地域医療構想の課題と展望」『社会保険旬報』No.2626、厚生労働省ウエブサイト「地域医療構想」などを参考にした。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>

ごとの将来の病床数の必要量を定めるとしている。この結果、病床の現状と2025年の必要病床数を比べることになるため、病床の余剰または不足割合が目ざされ、「病床数ありき」の議論になりがちである。

確かに末尾のデータ集に見る通り、大都市部など病床が将来的に不足する地域も見られるため、全ての地域で病床の過剰が課題になるわけではない。しかし、制度の基本的な考え方として、「病床に関する需給ギャップを明らかにすることで、医療費適正化に向けていかに病床削減を進めるか」という点が存在するのは否めない。

## (2) 医療費の増加と世界的に突出した病床数

高齢化を受けて国内総生産（GDP）の伸びを超えて医療費は増えており、団塊の世代が75歳以上を迎える2025年には一層の費用増加が予想されているため、医療（および介護）制度の持続可能性が問われている。こうした中、病床削減の量やスピード感に配慮が求められるとはいえ、病床削減による医療費適正化の視点は論じられる必要がある。

特に日本の病床数は世界的に突出している。人口1,000人当たりの病床数は13.3床であり、OECD加盟国で見ると最も多く、平均4.8床を大幅に上回る。さらに、平均在院日数もOECD平均で7.8日に対し、日本は17.2日とOECD加盟国で最高であり、こうした病床の多さは医療費を引き上げている可能性がある。病床と医療費の関係では「作られた病床は埋まる」(A built bed is filled bed)という「レーマー効果 (Remer effect)」が有名であり、病床数が多くなると入院医療費が増加する相関関係を説明する考え方として、医療経済学では医師需要誘発 (Physician Induced-Demand) 仮説が指摘されている。

これは患者 - 医師の情報格差に着目しつつ、医療のニーズが患者の受療行動だけでなく、医師の判断や行動で作られるという考え方である。実際の診療現場では、患者 - 医師の意思決定プロセスは複雑であり、需要誘発仮説の是非は今でも論争の対象となっているが、程度の差はあるにしても日本で需要誘発仮説を完全に否定する意見は少なく、約1.5倍に及ぶ都道府県別医療費の地



域差を説明する理由として、病床の差が注目されている<sup>18</sup>ほか、医療費を一般、老人に区分しつつ、入院、入院外で詳細に整理した実証研究を通じて、医師数と病床数が医療費を増やしている可能性が指摘されている<sup>19</sup>。

さらに、秋田県、高知県など一部の地域では人口が減少するだけでなく、2025年時点で65歳以上人口も頭打ちになるため、病床が過剰になるのは避けられない。地域医療構想で定めた必要病床数は一定の条件で計算されており、必ずしも将来像を反映しているとは限らないが、将来の病床が過剰または不足するかどうかを判断する際の一つの目安となりえる。

### (3) 急性期病床の膨張

地域医療構想が制度化された背景として、急性期病床の増加も挙げられる。病床機能の役割分担を明確にするため、政府は2006年度診療報酬改定に際して、患者7人に対して看護師1人を配置する急性期病床の入院基本料要件（いわゆる7:1要件）を満たす医療機関に対して診療報酬を手厚く分配したが、高い報酬の取得に期待した多くの医療機関が7:1の要件を満たしたため、医療費増加の原因となった。こうして政府は適正化の必要性を強調するようになり、本章の冒頭で紹介した一連の政府文書に繋がった。しかし、第3章で述べる通りに人口減少や高齢化のペース、病床数は地域ごとに異なるため、診療報酬以外の方策として地域医療構想が制度化された。

多くの医療機関が急性期を取得した背景には診療報酬改定の影響だけでなく、「急性期を格上、回復期を格下」と見る医療界の認識があるとされている<sup>20</sup>。日本の医療制度では患者が自由に医療機関を選べるフリーアクセスを採用しているため、患者は「設備の良い医療機関で、早く検査結果を知りたい」「大きい病院で診てもらいたい」と考えた結果、大病院を選ぶ志向が強い<sup>21</sup>。こう

---

<sup>18</sup> 地域差研究会編（2001）『医療費の地域差』東洋経済新報社 pp214-220。

<sup>19</sup> 印南一路編著（2016）『再考・医療費適正化』有斐閣 pp47-120。

<sup>20</sup> 伏見清秀（2016）「医療需要将来推計に基づく地域医療構想が示す医療機能の分化・連携のあり方」『社会保障研究』Vol.1 No.3 では、医療機関経営者や医師、患者などに急性期病院指向があると指摘している。

<sup>21</sup> いくつかの研究がこの可能性を示唆している。松嶋大ほか（2009）「紹介状を持参しない大規模病院初診患者の特性とその受診理由」『医療の質・安全学会誌』Vol.4 No.4 では、紹介状を持参しない患者が受診した理由として、「すぐに検査ができる」「設備が良い」という答えが有意だった。

した中、患者獲得を巡って競っている各医療機関が大規模な建物や設備に投資したり、それに要する人員を確保したりする方向に働きがちである。この状況は冷戦期の米ソ軍拡競争になぞらえて、医療軍備拡張競争（Medical Arms Race）と呼ばれており、急性期機能を維持したがる経営行動は医療軍備拡張競争の一つと言える。

地域医療構想が医療軍備拡張競争を抑止する側面を持っている証左として、厚生労働省幹部は「共倒れや過当競争はやめていただきたい。（筆者注：中略）無駄の排除を含めて、（筆者注：地域医療構想は）効率的な医療をみんなで提供してくださいという大事なフレームワーク」と指摘している<sup>22</sup>。さらに、医療機関関係者からも「地域で際限なく消耗戦を続ける愚を終わらせる」<sup>23</sup>、「何もしなければ病院は共倒れになり、地域の人に迷惑をかける。協議しながら無駄を省いて連携することによって、安定的に医療を提供できないか。（筆者注：中略）言い方を変えると、許された談合」<sup>24</sup>との発言が出ている。これを見ると、地域医療構想が医療軍備拡張競争の抑制を通じて、医療費適正化を目指していることが理解できる。

## 2. 財務省、厚生労働省の動向

厚生労働省は地域医療構想が病床削減の政策ではないと説明し、2025年の医療提供体制を構築する必要性を強調している<sup>25</sup>。これは医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（以下、専門調査会）が2015年6月に示した試算をめぐる一件から理解できる。専門調査会が2025年の必要病床

---

<sup>22</sup> 2016年10月24日『m3.com』における迫井正深保険局医療課長インタビュー。

<sup>23</sup> 2016年7月21日医療介護福祉政策研究フォーラム第40回月例社会保障研究会における栗谷義樹地方独立行政法人山形県酒田市病院機構理事長の発言。

<sup>24</sup> 「座談会 地域医療構想の課題と展望」『社会保険旬報』No.2626における西沢寛俊全日本病院協会長の発言。

<sup>25</sup> 例えば、当時の厚生労働省の担当官は「あくまで機能分化と連携の推進、つまり役割分担をはっきりさせて、お互い連携することが目的で、削減のためにつくった施策ではありません。役割分担を明確にして連携した方が、医療提供にあたっての効率性という点で、国民側のメリットも大きいし、経営資源の選択と集中による効率化など、医療機関の経営上のメリットにもつながるだろうと思っています」と述べている。『フェイズ・スリー』2015年11月号。

を114万8,000～119万1,000床と試算したところ、メディアが「◎◎床を削減」と報じたため、厚生労働省は3日後に、「単純に『我が県は◎◎床削減しなければならない』といった誤った理解とならないようにお願いします」という通知を出し、病床削減のための数字ではないことを強調した<sup>26</sup>。

しかし、先に触れた通り、スタート時点では明らかに病床削減に力点を置いており、その考え方を現在も引きずっている。例えば、政府が2016年12月に決定した「経済・財政再生計画改革工程表」（改定版）では地域医療構想を「医療介護提供体制の適正化」の一つとしており、4つの病床機能がどこまで再編できたか進捗率を把握するとしている。

そして病床削減による医療費適正化を進める方策として、政府は地域医療構想を通じた都道府県知事の主導性に期待している。例えば、骨太方針2017では医療費の適正化に向けた「都道府県の総合的なガバナンス」の発揮に期待感を示しており、骨太方針2017を議論した経済財政諮問会議でも「地域差の問題について、都道府県にコントロールしていただく」（塩崎厚生労働相）「病床のスムーズな転換方策等を実施していただきたい」（安倍晋三首相）といったやり取りがあった<sup>27</sup>。さらに、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）が2016年11月に示した建議では、民間医療機関に対する知事の権限が要請などにとどまっているとし、さらなる権限強化を求めた。

同じ傾向は厚生労働省にも共通している。例えば、2017年2月の検討会で示した資料では、地域医療構想に基づく議論や調整を進める際のイメージとして、各地域で医療機関が担う役割を構想策定時点で明記した青森県と岐阜県の事例<sup>28</sup>を基に、2017年10～12月に「機能ごとに具体的な医療機関名を挙げ、機能分化連携もしくは転換についての決定」、2018年1～3月に「具体的な医

---

<sup>26</sup> 2015年6月18日、厚生労働省医政局地域医療計画課長の名前で各都道府県衛生担当部長に示された「6月15日の内閣官房専門調査会で報告された必要病床数の試算値について」という通知。

<sup>27</sup> 2017年4月12日経済財政諮問会議議事要旨を参照。

<sup>28</sup> 青森県の地域医療構想では、青森市を含む青森地域について、県立中央病院が高度医療や専門医療の提供などを、青森市民病院が救急医療の確保と回復期の充実を進めると定めている。構想の公表時点では医療機関の役割を書き込んでいなかった津軽地区についても、弘前市立病院と国立病院機構弘前病院を統合する病院が救急医療を担うとともに、他の病院が担うべき機能も示した。2016年10月9日『毎日新聞』。厚生労働省幹部が青森県を最初に先進事例に挙げたのは2016年6月の神田裕二厚生労働省医政局長の発言。同年7月6日『CB News』、同年7月1日『メディ・ウオッチ』。

療機関名や進捗評価の指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う」という考え方を示した。これは合意形成を促す都道府県のリソース能力よりも都道府県の主導性に期待した動きであり、その狙いとして病床削減に対する思惑があることは否定できないだろう。実際、この方針は病院団体に「時期尚早」「スピード違反」と批判された<sup>29</sup>が、骨太方針 2017 では「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する」という文言が入った。

### 3. 都道府県のスタンス

#### (1) 必要病床数に対する都道府県の姿勢

では、病床削減による医療費適正化という視点について、各都道府県はどのように対応したのだろうか。まず、都道府県の対応は必要病床数に対する姿勢に表れると言える。もし都道府県が病床削減を重視しているのであれば、必要病床数に少しでも近付ける努力を見せることが予想されるためだ。

だが、現実には 29 道府県が「強制的に削減しない」「機械的に当てはめない」などの表現を用いつつ、必要病床数が削減目標ではないことを明示した<sup>30</sup>ほか、宮城県、高知県、広島県は必要病床数を「以上」とし、削減目標ではない趣旨を強調していた。

この背景には、必要病床を削減目標と位置付けないように要請していた日本医師会に対する配慮があると推察される。日本医師会は必要病床数を削減目標ではないと明記されていない構想が見られると問題視していた<sup>31</sup>。こうした中、医療機関関係者との関係が悪化すると、切れ目のない提供体制の構築というもう 1 つの目的達成が困難になるため、病床削減に消極的だった様子が窺え、病床削減に向けた都道府県の主導性を求める政府とは明らかに異なるスタンスを取っていた。

<sup>29</sup> 2017年3月8日『CB News』、同年2月17日『CB News』。同年2月20日『m3.com』。

<sup>30</sup> なお、制度の一般的な説明として「自主的な判断」と書いている場合はカウントしていない。

<sup>31</sup> 2016年9月20日『日医 News』。

## (2) 医療機関の役割分担明確化の状況

次に、都道府県主導で医療機関の役割分担を明らかにする方法について、どう記述していたか考える。これは先に触れた通り、厚生労働省が青森県と岐阜県を先進例に挙げる理由となっており、急性期を担う病院が専門医育成の拠点となっていることを考えると、都道府県の主導で役割分担を明確にするのは一つの方法である。

しかし、地域医療構想の文言を精査した結果、この手法を用いていたのは青森県、岐阜県、三重県、広島県、大分県にとどまった<sup>32</sup>。ここで重視しなければならないのは青森県の特殊性である。開設者別に見た医療機関のうち、25%を自治体病院が占めており、都道府県が議論を主導しやすい環境がある。青森県と比べると、同様の手法を用いた岐阜県や三重県、広島県、大分県は公立病院の割合が小さく、関係者の意識など別の要因が働いた可能性があるが、構想策定時点では極めて少数にとどまった。ある都道府県の担当者はヒアリングで「民間医療機関が競争している地域で行政主導の議論は無理」と話していた。

## (3) 知事の権限行使

都道府県知事に付与された権限についても、行使には消極的な態度が見られる。地域医療構想で知事の権限に言及したのは11道府県にとどまった上、ヒアリングでは全ての都道府県が慎重な姿勢を見せていた<sup>33</sup>。ある都道府県の担当者はヒアリングに対し、「公立病院について知事の権限が付与されたと言っても、地域の政治的な対立を引き起こしかねない病床削減に深く関与することは難しい」とした上で、制度改革を経ても民間病院に対して何ら権限を持っていない<sup>34</sup>点を理由に挙げつつ、「どうせ行使できないのに、『強化された』と言わない方がいい。医療機関の不信感を招くだけではないか」と話していた。

<sup>32</sup> 北海道、秋田県では一部の区域について同様の記述がある。

<sup>33</sup> 実は、国自身も権限行使には消極的なスタンスを示していた。当時の厚生労働省幹部は「懐に武器を忍ばせている」と形容しつつ、「実際に使うことを想定しているわけではない」と述べた。2014年4月23日第186回衆議院厚生労働委員会会議録における原徳壽医政局長の答弁。

<sup>34</sup> 医療計画による現行の病床規制についても、病床過剰地域での病床新設を見送るように勧告する権限しか持っておらず、直接の規制は医療法ではなく、健康保険法に基づく保険医療機関に指定しないことで対応している。

#### (4) 国保の都道府県単位化、医療費適正化計画との関係

もし都道府県が病床削減を通じた医療費適正化に主導的な役割を果たそうとしているのであれば、2018年度の市町村国民健康保険の都道府県単位化や、医療費適正化計画の改定との関係を意識することが予想される。前者は財政運営の責任主体、後者は医療費を抑制する主体として、いずれも都道府県の主導性発揮が期待された制度であり、地域医療構想の記述を検証すると、病床削減による医療費適正化に向けた都道府県のスタンスを把握できると考えられる。

そこで、各都道府県の地域医療構想を見ると、市町村国民健康保険の都道府県単位化に言及したのは奈良県と佐賀県、医療費適正化計画に言及したのは10都府県にとどまった。このうち、佐賀県は2025年までのロードマップを示す中で市町村国民健康保険の都道府県単位化に触れている程度である。医療費適正化計画も大半の都府県は地域医療構想との整合性を記したにすぎず、3つを明確にリンクさせたのは実質的に奈良県だけであり、市町村国民健康保険の都道府県単位化と医療費適正化、地域医療構想を通じて都道府県に医療費適正化の主導性を期待する政府のスタンスとは明らかに異なる結果となった<sup>35</sup>。

ここで奈良県の記述を確認すると、「地域医療構想の策定は社会保障改革の一環であり、医療費適正化計画の推進や、国民健康保険の財政運営とともに都道府県が一体的に取組を進める必要があります」としている。これは「(筆者注：地域医療構想、医療費適正化計画、市町村国民健康保険の都道府県単位化の)3つは関係している。高度医療、看取り、終末期医療、頻回受診、頻回薬剤投与など議論が進んでいない分野がある。地域でそのようなことを探求していくことも可能」とする荒井正吾知事の考え方が反映している<sup>36</sup>。

ただ、こうした事例は全国的に少数だった。むしろヒアリングでは「診療団体が地域医療構想を医療費削減の手段と警戒しかねないので、議論をリンクさ

---

<sup>35</sup> ここでは詳述を避けるが、市町村国民健康保険に関する都道府県の財政負担について、全国知事会は消極的な態度を続けていた。恒常的な赤字状態の市町村国民健康保険を支援するため、1988年に都道府県の財政負担を導入した後、2005～2006年度の三位一体改革に伴う制度改革、2008年度の後期高齢者医療制度の導入、民主党政権期の後期高齢者医療制度見直し論議で、都道府県の財政負担を拡大させる案が争点となり、いずれも全国知事会は財政負担の増加に難色を示していた。さらに、医療費適正化計画についても、都道府県単位で1人当たり医療費や平均在院日数に違いがあることに着目しつつ、地域差を埋めるための取り組みを都道府県に促していたが、その対応は積極的と言えなかった。

<sup>36</sup> 『医療経済研究』Vol.28 No.1「第10回研究大会シンポジウム」における発言。

せなかった」との声が複数から出ていた通り、病床削減や医療費適正化を想起させるテーマを避けた可能性が想定される<sup>37</sup>。

#### (5) 診療報酬改定を見極める雰囲気

急性期病床の削減を通じて医療費適正化を図る方策は地域医療構想に限らない。2年に1回の診療報酬の改定を通じて、人員や施設などに関して急性期病床の取得要件を取りにくくすることを通じて、急性期を削減することは可能である。実際、近年の改定は急性期病床の7:1要件を厳格化する傾向が続いており、2018年度改定を控える中、高度急性期と急性期の病床削減については診療報酬で左右される可能性がある。

こうした中、ヒアリングで把握した範囲では、ほとんど全ての都道府県が診療報酬改定による影響を見極めようという動きが見られた。

以上のことを踏まえると、病床削減による医療費適正化に向けた積極的なスタンスは見え、診療報酬改定の影響を見極めようという機運が強かった。

---

<sup>37</sup> 市町村国民健康保険の都道府県単位化や医療費適正化計画の改定について、構想策定時点では制度改正の詳細が見えていなかったため、言及を避けた可能性がある。

## 第3章 切れ目のない提供体制の構築という視点

---

### 1. 制度化のプロセスと背景

#### (1) 厚生労働省と日本医師会の調整

この章では、地域医療構想のもう1つの目的である「切れ目のない提供体制の構築」を考察する。前章で見た通り、地域医療構想は当初、病床削減を目指していたが、この目的は制度化のプロセスで薄まった。

先に触れた通り、厚生労働省は当初、急性期病床の圧縮による医療費適正化を目指しており、2011年11月の社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療部会では、人員配置や構造基準の設定を通じて、これをクリアした病床を急性期として認定する「急性期病床群」（仮称）の新設を提案したのに対し、日本医師会が「急性期医療をできなくなる地域が生まれるのでは」と懸念した<sup>38</sup>。そこで、厚生労働省は2012年4月、急性期病床の登録制度を提案したが、これにも日本医師会は実質的に認定と変わらないと反対した<sup>39</sup>。その理由について、日本医師会副会長は雑誌の対談記事<sup>40</sup>で、2008年6月の社会保障国民会議報告書で急性期病床に医療資源を集中する方針が示されたことについて、「急性期だけでなく慢性期・在宅まで切れ目なく（筆者注：提供することが）大事であって優劣はないと一貫して主張した」とした上で、急性期病床の認定制度には「認定される施設とされない施設では診療報酬で大きな差がつき、特に地方では急性期医療が提供できなくなると反対した」、登録制度には「登録でも要件があるはずだから認定と変わらないと（筆者注：反対した）」と明らかにしている。

その後、日本医師会は2012年5月、対案を示す。ここでは、①各医療機関が担っている機能について、都道府県に情報提供を行う仕組みを創設、②都道

---

<sup>38</sup> 2011年11月17日第23回社会保障審議会医療部会議事録。

<sup>39</sup> 2012年4月21日『m3.com』。

<sup>40</sup> 『病院』74巻8号p535における中川俊男日本医師会副会長の発言。



府県は情報を活用し、医療提供者の主体的な関与の下、地域の実態を踏まえた医療提供体制を検討する、③都道府県は報告の仕組みを通じて得られた情報を住民、患者に示すとともに、医療提供者、行政、地域住民、患者とともに、それぞれの地域にあった医療提供体制をつくり上げる——といった内容<sup>41</sup>であり、現在に至っている。これらの経緯を見ると、日本医師会との調整プロセスを経て、「病床削減による医療費適正化」という当初の目的が薄まるとともに、「切れ目のない提供体制の構築」という目的が加わったことがわかる。

しかし、これは望ましい軌道修正だったと言える。その理由の第1として、第1章で触れた通り、医療制度改革はコスト削減だけで語れない点である。第2に、高齢化に伴う医療需要の変化に対応する際、あるべき姿としての切れ目のない提供体制の構築が欠かせない点が挙げられる。第1章で言及したOECDのリポートは日本の医療制度について、▽高齢化の進展に伴って複数の疾病を持つ人が増え、一部は健康面の弱さや社会的孤立に悩む、▽高齢者の受診率が高く、一部病院のデータでは、計画外の再入院率が増加しており、地域社会のサービスが適切なケアの提供に四苦八苦している可能性がある——とした上で、切れ目のない一貫した医療提供体制が必要としている<sup>42</sup>。

## (2) 幅広い関係者との合意形成

その際に重要となるのが幅広い関係者との合意形成であり、冒頭に述べた通り、それにはいくつか理由がある。第1に、日本の医療提供体制の特徴が挙げられる。日本の医療制度では、国・自治体・保険者が保険料と税金で費用の約8割を調達しているが、サービス提供は民間が担っており、病院数を開設者で見ると、表2の通りに医療法人と個人が約70%を占めている。このため、都道府県が構想を策定したり、将来像を予想したりするだけでは何の実効性を持たず、民間医療機関との連携・協力が欠かせない。

<sup>41</sup> 2012年5月31日「急性期医療に関する作業グループ」第7回会合議事録。

<sup>42</sup> OECD (2014) p41。

表 2：開設者別に見た病院の状況

	病院数	割合 (%)
国	329	3.9
公的医療機関	1 227	14.5
社会保険関係団体	55	0.7
医療法人	5 737	67.4
個人	266	3.4
その他	866	10.2

出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査・病院報告」を基に作成  
注：2015年現在の数字。

第2に、切れ目のない提供体制の構築に向けた関係者は医療機関だけで完結しない点である。最もわかりやすいのは慢性期を削減したケースである。地域医療構想では慢性期の病床推計について、軽度な入院患者の70%程度が在宅医療等に移行する前提となっている。しかし、地域で在宅医療や介護サービスが十分に提供されなければ、高齢者が必要なサービスを受けられなくなる危険性があり、受け皿となるサービスの充実が必要となる。ここでは医療機関関係者だけでなく、在宅・施設でサービスを提供する介護関係者の協力・連携が欠かせない。特に在宅医療については、医師や看護師、介護関係者など多くの職種間で連携が求められる。認知症や糖尿病、がんなどの患者の生活を支援する際も、介護や福祉を含めた幅広い職種との連携に加えて、住民同士の支え合いなども求められる。

市町村の存在も重要である。市町村は基礎自治体として住民の生活に身近な存在であり、分野を横断した総合性が求められる。さらに、介護・福祉の面では介護保険の保険者として保険料や保険給付の範囲を決定する立場であり、地域福祉計画<sup>43</sup>を策定するなど福祉行政にも責任を持っている。切れ目のない提供体制の構築を図る上では、地域医療構想や医療計画の策定など医療行政の多くを担う都道府県と、介護・福祉行政を所管する市町村の連携が課題となる。

さらに、住民も重要な関係者である。例えば、都道府県と医療機関関係者が

<sup>43</sup> 社会福祉法に基づく計画。2016年3月現在、全体の69.6%の1,211市町村が策定している。

病床削減で合意したとしても、住民の不安が高まると、その合意は頓挫する可能性があり、住民の意見を反映させる必要がある。住民の意見を医療制度の立案・運営に反映させる重要性としては、地域医療を患者主体で作る担い手としての民間非営利団体（NPO）や市民組織が各地で誕生している点<sup>44</sup>に加えて、第1章で述べた通り、医療の質を改善する要素が含まれているとして患者の経験や語りを重視する動きが強まっている点<sup>45</sup>からも説明できる。

つまり、切れ目のない提供体制を構築する上では、住民を含めた幅広い関係者との協力・連携が求められる。多様な関係者との連携・協力が必要な点については、「マルチステークホルダー・プロセス」において、①関係者同士の信頼関係の醸成、②多様な意見の反映による社会的な正当性の確保、③全体最適の追求——などが期待できるという指摘と符合する点が多い<sup>46</sup>。

### (3) 地域の課題は地域で解決するコンセプト

切れ目のない提供体制を構築する上で、地域特性への配慮が欠かせない。医療需要に影響する人口や高齢化率の動向は都道府県ごとに大きく異なる。図1は2015～2025年の人口減少率と高齢者人口の増加率を都道府県別で見た結果である。これを見ると、関東など都市部では人口減少率が相対的に低いものの、高齢化が進む。一方、東北、北陸、中四国、九州の各地方では高齢者人口の伸び率は低い、人口減少率が大きい。人口減少や高齢化のスピードに地域差があることがわかる。

---

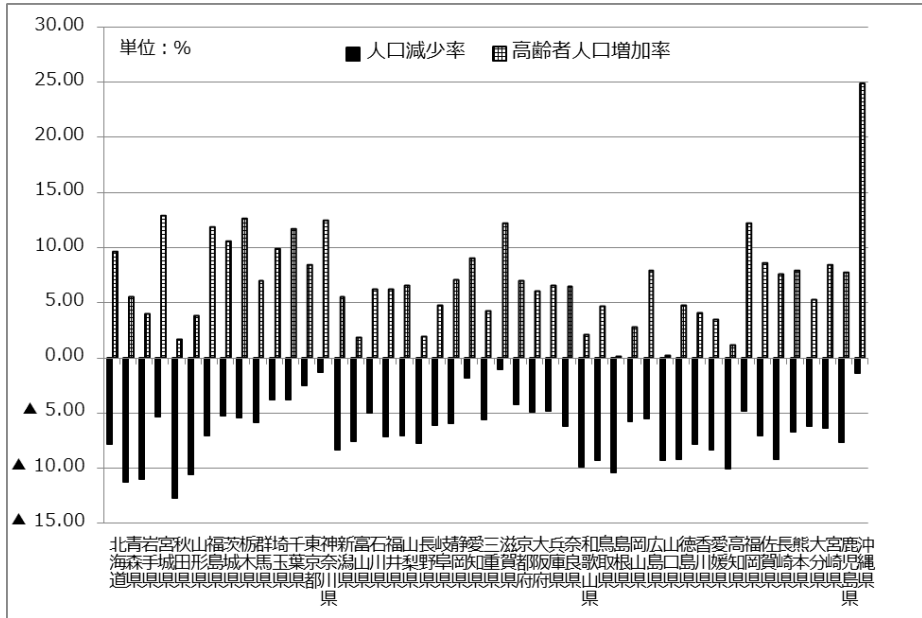
<sup>44</sup> 千葉県東金市を拠点に活動する「地域医療を育てる会」、福井県高浜町の「たかはま地域医療サポーターの会」などが代表例。

<sup>45</sup> 医療政策決定プロセスだけでなく、診療現場でも病気の原因や症状の初期段階、病気の経過、治療法などについて患者自身の「物語」を引き出し、それに基づいたケアを提供するナラティブケアが注目されており、富山県砺波市でナラティブケアを進める医師は「日頃の患者と医療者の対話が必要。日頃の関わり合いが最終的に難しいときに役立つ。これからは対話・関係性の時代になるのではないか」としている。佐藤伸彦（2015）『ナラティブホームの物語』医学書院 p34。医療人類学の領域でも患者の語りや経験が重視されている。皆藤章編・監訳（2015）『ケアをすることの意味』誠信書房。

<sup>46</sup> 内閣府ウェブサイト「マルチステークホルダー・プロセスの定義と特徴」。ここではマルチステークホルダー・プロセスを「3者以上のステークホルダーが、対等な立場で参加・議論できる会議を通し、単体もしくは2者間では解決の難しい課題解決のために、合意形成などの意思疎通を図るプロセス」と定義している。

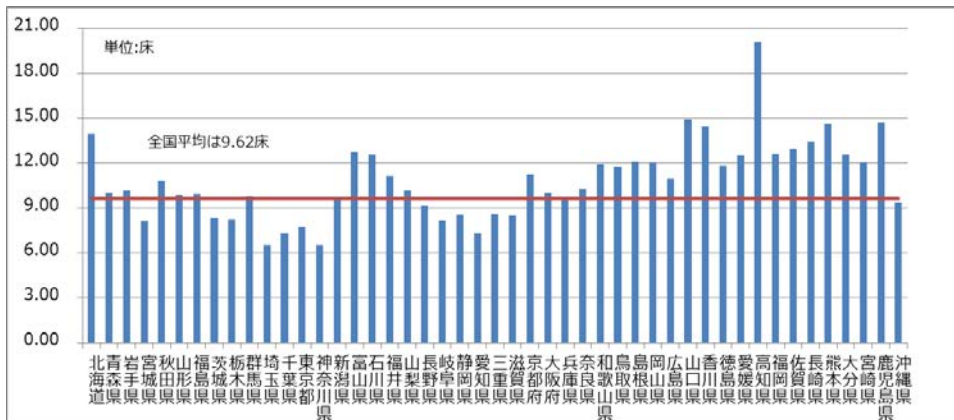
<http://www5.cao.go.jp/npc/sustainability/concept/definition.html>

図 1：2015～2025 年までの都道府県別人口と高齢者人口の増減率



出典：国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』、総務省『人口推計』を基に作成

図 2：人口 1,000 人当たりの都道府県別病床数



出典：厚生労働省『医療施設（動態）調査・病院報告』、総務省『人口推計』を基に作成

注：2015 年現在の数字。

一方、人口 1,000 人当たりの病床数（一般、療養の合計）を見ると、図 2 の通りに「西高東低」の傾向が著しく、これから高齢化が進む埼玉県、千葉県の少なさが目を引く。

地域医療構想に基づく必要病床数や将来の需給ギャップについても、都道府県ごとや構想区域ごとの差も大きい。第 1 章の表 1 で示した通り、全国的には高度急性期と急性期、慢性期が余剰となり、回復期が不足する結果となったが、都道府県単位で見ると人口減少が進む 39 道県が余剰となる一方、高齢者人口が増える 8 都府県では病床が不足する。機能別で見ても、慢性期は 44 都道府県で将来的に余剰となるが、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府は不足する。さらに、構想区域単位では回復期が余剰となる構想区域さえ存在しており、地域差が大きい（詳細は巻末のデータ集を参照）。

こうした状況では診療報酬による全国一律の誘導だけでは課題解決が難しくなり、地域の課題を地域で解決する考え方が必要である。実際、このコンセプトは地域医療構想の制度化に際して語られており、「地域差がある前提で物事を考えないと、リアリティーがないという（筆者注：国の情報）発信」<sup>47</sup>、「地域でニーズを把握して細かく対応しようというのが、今回の改革（筆者注：の趣旨）である」<sup>48</sup>などの指摘が出ている。

地域の課題を地域で解決する方向性については、一部の先進国や開発途上国が 1980 年代以降、取り組んでいるヘルスケア領域における decentralization（脱中央集権化）の議論と共通している<sup>49</sup>。ここでは計画や財政などの権限を中央政府から地方政府に移譲する重要性が論じられており、例えば地方自治の先進国と言われるスウェーデンでは医師数などを定めた国の必置規制を廃止し、日本の都道府県に相当する「ランスティング」に医療政策を委ねるととも

<sup>47</sup> 2016 年 10 月 24 日『m3.com』における迫井正深保険局医療課長インタビュー。

<sup>48</sup> 「座談会 地域医療構想の課題と展望」『社会保険旬報』No.2626 における森田朗国立社会保障・人口問題研究所長の発言。

<sup>49</sup> 脱中央集権化という言葉は①同じ政府組織内で現場に責任を委ねる deconcentration（分散化）、②異なる行政機関に責任を委ねる devolution（移譲）、③民間向け規制を緩和する deregulation（規制撤廃）、④民間にサービス提供を委ねる privatization（民営化）に類型化されており、②は権限、財源、説明責任などに分ける議論がある。脱集権化の定義については、Krishna Regmi et.al. (2014) “Decentralizing Health Services” Springer, Dennis A. Rondinelli et.al. (1983) “Decentralization in Developing Countries” World Bank Staff Working Papers No.581, Dennis A.Rondinelli (1981) “Government Decentralization in Comparative Perspective” *International Review of Administrative Science*, Vol.47 Issue 2.

に、地域によるパフォーマンスの差を解消するため、国がランスティングごとに医療サービスの質を評価・比較することで、住民に情報を公表している<sup>50</sup>。

地域の課題を地域で解決するコンセプトを持った日本の地域医療構想は脱中央集権化と共通点が多く、脱集権化のメリットとして、「地理的・行政的な地域をベースにしつつ、合理的で統合されたヘルスケアサービスの提供が可能になる」と指摘されていることは注目に値する<sup>51</sup>。

## 2. 国の動向

国の地域医療構想策定ガイドラインでも、構想の策定に際して多くの関係者との協力が重要と指摘している。具体的には、「策定するだけでは十分ではなく、実現に向けた取組等と併せてこそ意味がある」と強調しつつ、構想を検討する際の留意点として、「精神病床等の他の入院医療機能や外来医療機能、在宅医療との連携により、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といったその他の様々な医療ニーズに対応することが求められる」「(筆者注：地域の医療提供体制に関する)住民の理解を深めるとともに、市町村や地域社会を巻き込んだ、医療だけではなく地域全体としての取組が求められる」と定めていた。

さらに、関係する職種として、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー、介護、福祉(児童、障害等)、教育、就労支援などを列挙し、「幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当」との考えを示しており、在宅医療の普及については地元医師会と連携する重要性にも言及していた。

---

<sup>50</sup> 伊藤暁子(2013)「イギリス及びスウェーデンの医療制度と医療技術評価」『レファレンス』2013年10月号、新井光吉(2011)『日欧米の包括ケア』ミネルヴァ書房を参照。

<sup>51</sup> Anne Mills et.al. (1990) “Health System Decentralization” World Health Organization, p142.

### 3. 都道府県のスタンス

#### (1) 策定プロセスにおける関係者の参加

##### ① 「検討の場」の設定と委員構成

では、地域医療構想の策定に際して、各都道府県はどこまで関係者の参加を意識していたのだろうか。ここでは、①各都道府県の地域医療構想に出ている文言や資料、②各都道府県のウェブサイト<sup>52</sup>に掲載された資料や議事録——を参照し、各都道府県の策定プロセスを検証し、考察を深めることとする。

まず、切れ目のない提供体制の構築に向けて、どのような関係者の参加をどこまで配慮したか把握することにする<sup>53</sup>。その際には地域医療構想の資料やウェブサイトを通じて、「実質的な検討の場」（以下、「検討の場」と表記）を設定した。具体的には、都道府県全域をカバーする専門的な検討組織（例：専門部会）を医療審議会の下に置いている場合、これを検討の場と見なし、その開催頻度が少ない場合、構想区域単位の会議を検討の場と位置付けた。例えば、東京都は保健医療計画推進協議会の下に置かれた「地域医療構想策定部会」、高知県は医療審議会の下に置かれた「地域医療構想策定ワーキンググループ」とし、山形県、福井県などは構想区域ごとの会議体を検討の場とした。

##### ② 医師会との関係

切れ目のない提供体制の構築に向け、各都道府県が最初に配慮するのは地域の医師会であろう。地域の課題を地域で解決する上で、地域の医師会との協力・連携抜きにはありえないためである。

ただ、地域医療構想に限らず、医師会関係者は地域の医療政策に関する検討

<sup>52</sup> 2017年3月31日閲覧。一部の県では素案段階も含む。以下、全て同じ。

<sup>53</sup> なお、医療保険制度を運営する保険者も重要な関係者である。特に2014年の制度改正を経て、各都道府県は医療計画の改定に際して、都道府県単位の設置された保険者協議会の意見を聞くことが定められ、地域医療構想の検討に際しても35都道府県で保険組合の関係者が検討の場に参加していた。さらに、国民健康保険中央会の集計によると、今年3月までに全ての保険者協議会が地域医療構想に関する意見書を提出しており、その内容は切れ目のない提供体制の構築や住民への周知など多岐にわたる。ただ、独立性の高い民間大企業の健康保険組合でさえ「国の代行機関」と位置付けられるなど、現在の保険者は自主性や権限を持っておらず、医療制度における位置付けは必ずしも明確とが言えないため、今回は分析の対象から外した。

の場に必ず参加しているケースが多い<sup>54</sup>ことを考慮し、委員枠として確保されているかどうかではなく、医師会関係者が検討の場のトップに就いているかどうかを検証した。このことを通じ、都道府県と各地域の医師会が共同歩調を取っていたかどうかを測れるとの判断である。

その際、(a) 地域医療構想に掲載されている委員名簿、(b) 名簿が掲載されていたとしても、トップ判別できない場合は議事録、(c) 委員名簿が掲載されていない場合はウェブサイトの資料または議事録——をそれぞれ検証する方法で集計した。その結果、検討の場のトップの氏名や所属先、肩書などが判明しなかった 15 府県<sup>55</sup>を除く 32 都道府県のうち、23 都道県で医師会関係者がトップを務めていた<sup>56</sup>一方、保健所長などの「その他」がトップを占めていたのが 8 県だった。以上を踏まえると、切れ目のない提供体制の構築に向け、地元医師会と連携・協力を図ろうとする都道府県が多かったことを指摘できる。

### ③ 介護・福祉関係者の参加

次に、介護・福祉関係者の委員枠が検討の場で確保されているかどうかを検証する。切れ目のない提供体制の構築は医療関係者だけでなく、介護・福祉関係者の協力・連携が重要である。そこで、②と同様、(a) 地域医療構想に掲載されている委員名簿を検証、(b) 委員名簿が掲載されていない場合はウェブサイトの資料または議事録を検証——という方法で集計した。

その結果、構想の内容やウェブサイトを通じて委員名簿を把握できた 41 都道府県のうち、21 道府県が介護・福祉関係者の委員枠を確保<sup>57</sup>しており、その顔触れとしては、老人保健施設や居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、社会福祉協議会の関係者が多かった。以上を踏まえると、切れ目のない提供体制の構築に向けて、半分程度の都道府県が介護・福祉関係者と連携・協力

---

<sup>54</sup> 日本医師会は都道府県医師会、地区医師会に対し、策定プロセスへの積極的な参加を求めている。2015年4月20日『日医 News』。

<sup>55</sup> 通常、名簿の一番上に掲載されている委員がトップを務めていると考えられるが、議事録や他の資料を参照し、トップを務めたことが把握できない限り除外した。

<sup>56</sup> これとは別に、検討の場が区域単位となった秋田県では、8区域のうち5区域で医師会関係者がトップに就いていた。

<sup>57</sup> これとは別に、検討の場が区域単位となった兵庫県では、10区域のうち4区域で社会福祉協議会の関係者らが参加していた。



を図ろうとしていたことを指摘できる。

ヒアリング対象となった都道府県で委員選定に工夫していたのは高知県である。高知県は人口1人当たりの病床数が全国一であり、特に慢性期の削減と在宅医療の充実が課題となるため、切れ目のない提供体制の構築に向けて、介護・福祉関係者の参画が重要と判断し、3人の介護・福祉関係者（県介護老人保健施設協議会、県老人福祉施設協議会、県社会福祉協議会）を委員として選んでいた。

#### ④ 市町村関係者の参加

さらに、市町村関係者の委員枠が検討の場で確保されているかどうか検証した。切れ目のない提供体制の構築、特に慢性期削減の受け皿として在宅医療を充実させる際、医療・介護連携が重要であり、介護・福祉行政を司る市町村との連携が求められる。

そこで、③と同じ手法を使って集計したところ、41都道府県のうち、36都道府県が市町村関係者の委員枠を検討の場に確保していた<sup>58</sup>ほか、それ以外でも石川県と愛媛県、福岡県は構想区域単位の会議に市町村の関係者が参加しており、意見を反映する機会を確保していた。以上を踏まえると、切れ目のない提供体制の構築に向けて、ほとんど全ての都道府県が市町村関係者と連携・協力を図ろうとしていたことを指摘できる。

#### ⑤ 住民の参加

住民は多くの局面で地域医療に関わっている。具体的には、医療政策に責任を担う首長や議員を選ぶ主権者の側面に加えて、医療サービスを利用する患者、医療サービスの費用を負担する納税者や被保険者、行政とともに地域医療を患者主体で作る担い手としてのNPOなどの立場が想定され、地域の実情を踏まえた医療体制の構築を目指す際、住民の参加は欠かせない。

そこで③と同じ方法を使い、各都道府県がどこまで住民代表の参加に配慮し

---

<sup>58</sup> 市町村は介護・福祉を担当するとともに、予防・保健行政の運営者、国民健康保険を運営する保険者、公立病院を運営する病院管理者の側面も持っているが、その違いは委員名簿だけでは判別できないため、全てが介護・福祉との連携を意識した結果とは言い切れない可能性がある。

たか検証した。その結果、41都道府県のうち、19都府県が検討の場で住民の委員枠を確保していた。その大半が民生委員など行政と接点を持つ関係者だったが、福島県、東京都は住民から公募した委員を充てていたほか、北海道では地域医療を考える住民組織の関係者が参加していた。

ヒアリング対象では高知県が市民枠として建築士の女性に委員として参加してもらい、積極的な意見陳述を引き出していた。ヒアリングに対し、建築士の女性は「自分は医療の素人。医療機関を利用する一市民の感覚を遠慮なく述べさせてもらった」と話していた。

以上を踏まえると、切れ目のない提供体制の構築に向けて、住民との連携・協力を図ろうとする都道府県が一部に見られたが、介護・福祉関係者や市町村関係者の枠を確保した都道府県の数と比べると、住民代表の枠を確保した都道府県数は少なく、その取り組みは十分とは言えなかった。

## (2) 策定プロセスにおける都道府県独自の調査

先に触れた通り、地域医療構想は地域の課題を地域で解決するコンセプトを有しており、これに従うと関係者の間で地域の現状や課題が共有される必要がある。その点で考察すると、必要病床の推計方法は省令で定められているため、都道府県に裁量はないが、地域医療構想の策定に際して、一部の都道府県では住民のニーズや療養病床の実態を独自に調査していた。

具体的には、千葉県、福井県、長野県、静岡県がネット県民意識調査を実施し、かかりつけ医の有無や医療・介護に対する認識などを調べたほか、三重県は未稼働病床の実態調査を実施していた。新潟県は疾病別に病床数を積み上げた独自の需要推計、熊本県は医療機関に対する聞き取り調査を実施した上で、地域事情を加味した必要病床数を独自に推計した。

このほか、宮城県、富山県、長野県、京都府、島根県、広島県、高知県、鹿児島県、沖縄県の9府県が入院患者に関する実態調査を実施していた。国の支援ツールによると、慢性期の必要病床を計算する際、医療区分Ⅰの軽度患者の70%が在宅医療に移行する前提に立っており、地域の実情に合わない可能性があるため、独自に実態を調査したとみられる。確かに調査に踏み切ったのは一部の府県にとどまったが、切れ目のない提供体制の構築に向けて実情を把握

しようとするスタンスが見て取れる。

### (3) 策定プロセスにおける情報共有・情報開示

幅広い関係者との合意形成を図る上では、関係者が相互不信に陥らないように議論の透明性を確保する必要がある。さらに、実際の合意形成プロセスについても、関係者が折り合える部分から少しずつ改革を進める漸増主義的なアプローチが重要であり、資料や議事録、議論の結果、議論に参加した人の顔触れなどの検討プロセスが公開されなければならない。この点については、ヘルスケアシステムの良いガバナンス（統治）や住民参加に必要な要素として、「透明性」(transparency) が論じられていることと合致する<sup>59</sup>。

そこで各都道府県のウェブサイトを通じて、策定プロセスの公開度合いを検証した。まず、全ての都道府県がパブリックコメントを実施し、このうち 39 都道府県がパブリックコメントで寄せられた意見に対し、その回答や反映内容を公表していた<sup>60</sup>。さらに、図 3 の通り、33 都道府県が構想の策定に用いた資料を公開しており、30 都道府県が検討の場に関する議事録や議論の結果を公表していたが、議事録を実名で公表しているのは 12 都県、議事録の全文（または細かい内容を把握できる要旨）を公開しているのは 15 都道県にとどまり、透明性が確保されているとは言えない状況だった。

確かに具体的な病院名や病床機能などを議論する際、会議を非公開としたり、発言者や内容を伏せたりする判断は有りうる。実際、岐阜県では県病院協会が音頭を取る形で地域医療構想の説明会を開催した際、自由な発言を促すために議事録を取らないことにしたという<sup>61</sup>。

しかし、税金で運営されている行政機関が主催する会議については、策定プロセスを幅広く公開することが大原則である。資料や議事録も例外ではなく、策定プロセスにおける情報開示・情報共有の点では課題が残った。

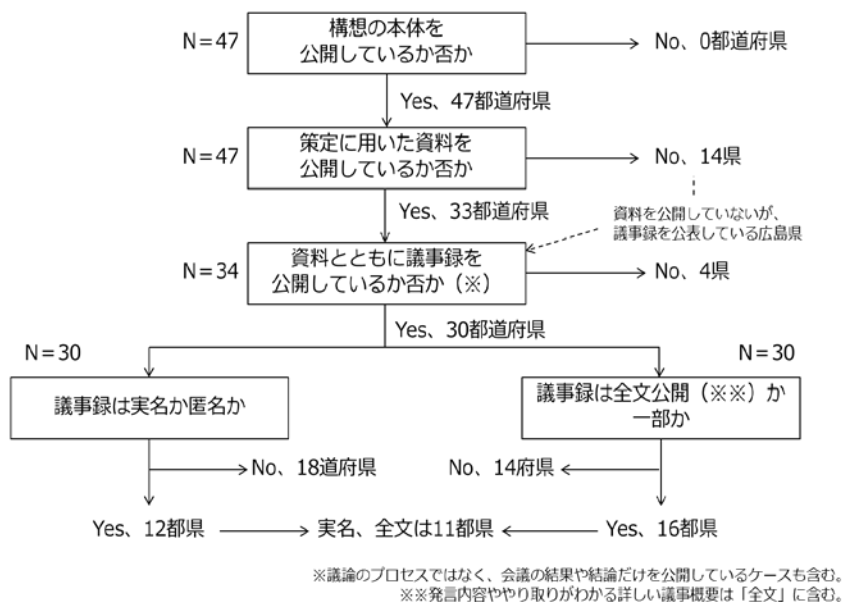
---

<sup>59</sup> Scott L. Greer et.alL. (2015) “Strengthening Health System Governance” European Observatory on Health Systems and Policies Series,pp32-41.

<sup>60</sup> 香川県は地域医療構想に関するパブリックコメントに寄せられた意見がゼロだったが、他の案件では対応していたため、「反映結果を公表」でカウントしている。

<sup>61</sup> 『日経ヘルスケア』2017年3月号。

図 3：地域医療構想に関する議事録の公開状況



出典：各都道府県のウェブサイトを基に作成

注：ウェブサイトの閲覧は2017年3月31日。

#### (4) 構想における医療・介護連携、かかりつけ医等への言及

次に、構想の内容を考察する。切れ目のない提供体制を構築する上で、医療・介護連携が求められる。この点で見ると、介護サービスの充実や医療・介護との連携などの形で、全ての都道府県が介護との関係に触れていた。さらに、37都道府県が日常的な医療ニーズに対応する「かかりつけ医」またはプライマリ・ケア<sup>62</sup>専門医として全人的・継続的な医療を担う総合診療医に言及した<sup>63</sup>。

<sup>62</sup> プライマリ・ケアの定義や詳細は第4章で説明する。

<sup>63</sup> かかりつけ医の定義は曖昧だが、日本医師会などが2013年8月に公表した報告書では、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。一方、総合診療医の中核的な能力としては、「人間中心の医療・ケア」「包括的統合アプローチ」「連携重視のマネジメント」など6点が挙がっており、両者の違いは必ずしも明確ではない。さらに、診療報酬上の評価としては、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を持つ患者に対する全人的かつ継続的なケアを提供する「主治医」の診療行為に加算する措置が設けられている。似た言葉が並立しているのは1980年代後半の経緯が影響している。当時、厚生省は英国のGP (General Practitioner=GP) に似た「家庭医」の創設を目指したが、「医療の国家管理につながる」「医療費削減の手段に使う」と警戒する日本医師会が構想に反対し、既存制度の枠内で進め

表 3：かかりつけ医、総合診療医に関する言及の一例

- ▶ 北海道：高齢化の更なる進展に伴い、複数の疾患を抱える患者の増加が見込まれる中、総合診療医は、その学術的な専門性を背景に他の領域別専門医や多職種と連携し、地域の医療、介護、保健等のさまざまな分野において地域のニーズに対応できる重要な役割を担うことが期待されています。
- ▶ 青森県：へき地医療を担う総合診療医の養成が必要です。
- ▶ 秋田県：住民が地域医療を理解し、その中で自分に合った医療・介護サービスを自ら選択できるよう、医療機関の役割、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、在宅医療、看取り、介護サービス、医療・介護相談窓口等について啓発に努めます。
- ▶ 千葉県（1）：患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるよう、患者との信頼関係に基づいて、日頃の健康管理から医療機関の紹介、在宅療養の支援等を担う「かかりつけ医」を中心とした在宅医療提供体制の整備を図ります。
- ▶ 千葉県（2）高齢化の更なる進展に伴い、複数の疾患を抱える患者の増加が見込まれるなか、総合診療専門医は、他の領域別専門医や他職種と連携し、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において地域のニーズに対応できる重要な役割を担います。そのため、総合診療専門医の育成と医療現場への配置を進めます。
- ▶ 福井県（1）：患者の紹介や逆紹介の促進、開放病床の利用など、地域の中核的な病院とかかりつけ医の役割分担と連携を推進します。
- ▶ 福井県（2）かかりつけ医をはじめ、急性期から回復期、慢性期までの医療機関の役割分担と連携に対する県民の理解を深め、適切な受療行動を促進するため、各種媒体を通じた広報や情報提供を行います。
- ▶ 長野県：病院への患者の集中を防ぐため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及を推進します。
- ▶ 静岡県（1）：住民に身近なところで日常的な医療サービスを提供する機能を担うかかりつけ医と地域医療支援病院との連携強化を通じて地域医療の確保を図ります。
- ▶ 静岡県（2）：（認知症対策）地域における連携体制の構築を図るため、かかりつけ医を対象に、日常診療における認知症の早期段階での気付きや家族への適切なアドバイス等を行うための研修を実施するとともに、かかりつけ医への助言・支援、専門医療機関や地域包括支援センターとの連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成および支援します。
- ▶ 岡山県：急性期医療機関・回復期医療機関・かかりつけ医の医療連携の推進を図ります。
- ▶ 広島県：糖尿病対策については、病気への正しい理解と健康管理の推進や特定健診などの受診率向上、かかりつけ医と専門的医療機関の効果的な医療連携体制を構築する必要があります。
- ▶ 愛媛県：特に疲弊の激しい救急医療を維持・確保するため、かかりつけ医を持つことを推奨するとともに、救急医療の適正受診について普及啓発を行います。
- ▶ 熊本県：（注：県民の役割として）かかりつけの医師、歯科医、薬局を持ち、地域の医療提供体制に関する情報を得ながら、症状に応じた必要な医療を受けるなど、限りある医療資源を有効に活用できるよう、医療に関する適切な選択を行い、医療を適切に受けるよう努めます。

出典：各都道府県の地域医療構想から抜粋

両者に期待する役割としては、表 3 の通り、(a) 患者が病状に応じて適切な医療機関を選べるようにする支援、(b) 疾病管理や生活習慣病対策を含めた

---

る方策として、1993 年度からかかりつけ医のモデル事業がスタートした経緯がある。

予防医療、(c) 在宅医療の充実、(d) 病院・診療所連携、(e) 医療・介護連携、(f) 過疎地医療一などに整理可能であり、いずれも住民にとって身近な日常生活をカバーする医療が想定されている。第2章で述べた通り、地域医療構想が「病床数ありき」の議論に傾きがちなか中、これらの記述は、切れ目のない提供体制の構築に向けた都道府県の積極的な姿勢と受け止めてよいだろう。

この観点で積極的なのは高知県である。高知県は人口比で見た病床数が日本で一番多く、中でも療養病床の多さが突出しているが、慢性期の削減は在宅医療だけでなく、日常生活に近い医療提供体制の整備が求められる。そこで、高知県の地域医療構想は東部、中央、高幡、幡多の4つの構想区域のうち、最も人口が多い中央区域の下に、保健所ごとに4つの「サブ区域」を設定し、保健所を拠点に市町村や関係者と連携しつつ、かかりつけ医機能や福祉・介護との連携、リハビリテーション、退院調整などの「日常的な医療」の強化を図るとしている。

北海道の地域医療構想も受け皿づくりに前向きな姿勢を示しており、住まいに注目したのが特色の一つである。北海道は面積が広大な上、豪雪地帯が多く、この状況で訪問診療や訪問看護を導入しようとしても、医療機関から自宅までの往復時間が極端に長くなり、採算が悪くなる可能性があり、都会で想定されている在宅医療は現実的とは言えない。そこで、国民健康保険病院の3階部分を改修してサービス付き高齢者向け住宅<sup>64</sup>に転用した奈井江町などの取り組みを紹介しつつ、集住の選択肢を含めた居住環境を確保する重要性を強調した。

ヒアリングの対象外だったが、医療機関と訪問看護ステーションを対象に在宅医療の取り組みなどを把握する長野県の「県在宅医療提供体制等調査報告」、在宅医療の取り組みを市町村ごとに可視化する三重県の「在宅医療フレーム」など独自の取り組みが見られ、都道府県サイドの関心の高さを指摘できる。

## (5) 構想における関係者、住民の役割の言及

切れ目のない提供体制の構築には関係者の協力・連携が重要であり、地域医療構想を策定した時点で各都道府県がどこまで意識したかを把握するため、関

---

<sup>64</sup> 面積など一定の要件を満たしつつ、安否確認や生活相談などのサービスを提供する高齢者向け賃貸住宅。

係者を明記しつつそれぞれの役割を列挙したケースに着目した<sup>65</sup>。

表 4：関係者の役割に関する東京都地域医療構想の記述

- 行政の役割
- 地域医療構想の推進に向けた取組等
  - ・ 都は、地域医療構想調整会議を設置し、地域に必要な医療体制の確保に向けた検討が進むよう、策定後の患者の受療動向の状況変化や病床機能報告のデータ等、必要な情報を提供
  - ・ 地域医療構想調整会議における検討の進捗状況や地域の医療体制の整備状況を勘案しながら、必要な施策を展開
  - ・ 都は、地域医療構想の実現を目指し、区市町村や保険者と連携して、医療提供施設や都民等に対する普及啓発を実施
  - ・ 区市町村は、自らの地域の実情をきめ細かく把握しながら、都や地域の関係機関等と緊密に連携し、地域の医療提供体制の確保を推進
  - ・ 区市町村は、地域包括ケアシステムの構築に向け、都や構想区域内の他の区市町村等と連携を図り、在宅療養の取組を主体的に推進
- 医療提供施設の役割
- 地域医療構想への正しい理解
  - ・ 自主的な取組と相互の協議によって推進する地域医療構想の趣旨を理解し、その実現に向け、地域における必要な医療体制の確保に参画
- 病床機能等の報告と活用
  - ・ 「病床機能報告制度」の趣旨を理解し、自施設の診療に関するデータ等の分析を行い、毎年度報告を実施
  - ・ 病床機能報告制度の報告データ等を活用し、構想区域における自施設の状況を把握
- 保険者の役割
- 被保険者への普及啓発
  - ・ 被保険者の健康づくりと適正な受診の促進や、医療費適正化に向けて、実効性ある普及啓発を実施
- 地域医療構想調整会議等において活用する分析・評価データの提供
  - ・ 医療レセプトや、特定健康診査及び特定保健指導結果等のデータを分析・評価し、地域医療構想調整会議等において、地域の医療の現状把握等に資する情報を提供
- 都民の役割
- サービスの受け手でなく「主体」としての自覚と積極的な参画
  - ・ 自らの健康に自覚と責任を持ち、健康づくりや介護予防に努めるとともに、積極的に健康診査を受診
  - ・ かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師を持ちつつ、日頃から、様々な保健医療情報を収集・活用し、適切に医療機関を受診
  - ・ 地域包括ケアシステムにおける「支え手」として、どのような役割を果たすことができるか自ら考え行動

出典：東京都地域医療構想から抜粋

そこで各都道府県の地域医療構想を検証したところ、16 都県が関係者を列挙しつつ期待される役割を明記していた。具体的な事例として、東京都は表 4 のように記述しており、医療機関関係者、行政（都、区市町村）、保険者、都民の順で役割を列挙していた。さらに、関係者の役割を列挙した 16 都県の全てが市町村と保険者、医療提供者の役割に言及し、11 県が介護事業所の役割としてサービス提供などを挙げた。

一方、住民の主体的な役割や住民に対する普及啓発の必要性など、何らかの形で住民の役割に言及したのは 45 都道府県に及び、適正な受診行動、健康づくり、人生の終わり方に備えた意思決定、在宅医療の啓発などを盛り込んでい

<sup>65</sup> 関係者を列挙せずに役割を記述した事例、主体や責任を明確にしない形で「連携」「推進」と記述した事例はカウントしていない。「医療関係団体」「介護関係団体」などの表記は医療関係機関、介護事業者と見なした。「都民」「県民」の表記は「住民」に統一した。

た。さらに、関係者の役割を列挙した 16 都県のうち、15 都県が住民の主体性に言及しており、青森県、滋賀県、徳島県、高知県、沖縄県が関係者の役割を挙げる際、住民をトップに据えることで、住民の主体的な役割を強調していた。

#### 4. 地域医療構想の成果としての都道府県の変化

第 3 章の記述を通じて、地域医療構想の成果として、医療行政に対する都道府県の関心と意欲が高まっていることが挙げられる。第 2 章で指摘した通り、確かに都道府県は病床削減による医療費適正化について、総じて消極的な態度を取っており、特に高度急性期と急性期の病床削減と回復期の充実に関しては、2018 年度の診療報酬改定による影響を見極めようとしている。

これに対し、切れ目のない提供体制の構築という目的では、医師会との関係構築、介護関係者や市町村関係者の参加促進、医療・介護連携、かかりつけ医等の言及を通じた受け皿の整備といった点で積極的な対応があり、地域の課題を地域で解決しようとする機運が生まれつつある。そして、地域医療構想の策定を通じて、明らかになった患者の受療行動や将来の医療需要をベースにし、地域の合意を形成する基盤ができつつあると言える。

これらの点については、従来の都道府県のスタンスと比べると、変化が見られる。巻末の補論で述べる通り、各都道府県は 1980 年代以降、医療計画の策定を義務付けられていたが、実質は病床規制以外に何の実効性も持っておらず、「作文」の域を出ていなかった。しかし、地域医療構想の制度化を通じて、各都道府県は住民を含めた関係者との連携を意識しつつ、切れ目のない提供体制の構築に乗り出しており、この点は地域医療構想の成果と言える。



## 第4章 地域医療構想の課題

---

### 1. 地域医療構想をめぐる4つの課題

本章では、第1章の冒頭で示した「あるべき姿としての切れ目のない提供体制」の構築に向け、地域医療構想の課題を挙げる。第1に、日常的な医療ニーズをカバーする発想を欠いている点である。あるべき提供体制では患者の生活全般を切れ目なく支えることが必要であり、かかりつけ医に言及した都道府県も多かったことを考えると、日常生活をカバーする医療に対する現場のニーズは大きいのに対し、地域医療構想は病床コントロールの域を出ていない。

第2に、都道府県と市町村の連携が不十分な点である。あるべき提供体制の構築には関係者の合意形成が重要であり、第3章で見た通り、多くの都道府県で地域医療構想の策定プロセスに市町村関係者が参画していたが、医療・介護連携を図る上で、両者のさらなる連携が求められる。特に医療行政に対して市町村が関与していない点は連携を妨げる可能性がある。

第3に、「あるべき姿としての切れ目のない提供体制」の構築に向け、住民自治・住民参加の取り組みが不十分な点である。住民代表の参加などに工夫している事例が見られたものの、住民を含めた幅広い合意形成に向けて、もう一段の取り組みが求められる。

第4に、地域医療構想の推進に向けた政策的な対応が現場のニーズと噛み合っていない点である。これまで述べた通り、地域医療構想には「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的が混在している。国は前者、都道府県は後者を重視しており、地域医療構想の推進に向けて国が整備した制度が現場のニーズと噛み合っていない可能性がある。以下、この順番で課題を考察する。

## 2. 日常的な医療ニーズをカバーする発想がない

### (1) 医療の「川上」と「川下」をめぐる議論

まず、第1の課題として、日常的な医療ニーズをカバーする医療の発想が地域医療構想で希薄な点である。患者の医療ニーズは通常、日常的な疾病やケガに対応するプライマリ・ケア<sup>66</sup>と呼ばれる1次医療に始まり、一般的な入院である2次医療、専門性の高い救急医療などを提供する3次医療に分類され、入院医療や在宅だけでなく、予防、外来、退院支援など多岐にわたる。

しかし、国、中でも財務省で中心的に語られているのは病床の話、厳密に言えば病院における入院医療の議論にすぎない。それが典型的に表れているのは社会保障制度改革国民会議報告書の「川上」「川下」という一節である。報告書は病院の機能分化を「川上」、退院患者を受け入れる地域を「川下」と形容し、両者のネットワーク化を訴えた。つまり、地域医療構想は日常的な医療ニーズに対応する考え方を持っておらず、住民の生活の場である地域は「慢性期の削減後の受け皿」という意味合いしか持っていない。

しかし、患者が通常、医療機関とアクセスを持つのは入院医療に限らないし、病院だけではない。むしろ、患者から見れば、日常的な疾病やケガに対応する医療が「川上」であり、「川下」が入院医療ではないか。本来の意味で「川上」の医療に対応するのがプライマリ・ケアである。以下、イギリスのプライマリ・ケアの実例<sup>67</sup>を検証しつつ、日常的な医療ニーズをカバーする医療を考える<sup>68</sup>。

### (2) プライマリ・ケアをめぐるイギリスの事例

世界の医療制度改革を見ると、プライマリ・ケアを重視する共通点があり、

---

<sup>66</sup> 日本プライマリ・ケア連合学会はプライマリ・ケアを「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」と定義している。

<sup>67</sup> イギリスの医療制度に関しては、NHS England (2016) “General Practice Forward View”、堀真奈美 (2016) 『政府はどこまで医療に介入すべきか』 ミネルヴァ書房、田畑雄紀 (2014) 「NHS改革と財政状況」『健保連海外医療保障』No.103、健康保険組合連合会 (2012) 「NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」、伊藤善典 (2006) 『ブレア政権の医療福祉改革』 ミネルヴァ書房を参照。

<sup>68</sup> 2017年4月に公表された厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」では、地域を支えるプライマリ・ケアの構築が明記されており、そのための方策として人材育成、専門職の連携・統合などに言及している。

その事例として頻繁に取り上げられるのがイギリスである。イギリスは公的医療費の大半を税金で賄う国民保健サービス (National Health Service=NHS) を整備しており、2次医療や3次医療を受ける場合、原則として家庭医 (General Practitioner=GP) と呼ばれるプライマリ・ケア専門医の紹介を必要とする。その際、国民は平均3~5人程度のGPが勤務する診療所に登録することが義務付けられており、GPは幅広い年齢層や病気・ケガに対応するだけでなく、病気やケガの種類や状態、緊急性などに応じて専門的な医療機関や社会資源を紹介する。

実際のGPによるケアについては、英国の診療所に勤務する澤憲明氏の事例がわかりやすい<sup>69</sup>。例えば、患者が「頭痛がひどいのでCT検査を受けたい」と求めた場合、イギリスのGPは頭痛が重大な疾患でないことを確認できれば、対話の中から「なぜCT検査を望んでいるのか」を聞き、「若い頃に父親が脳出血で亡くなった。それが怖くて不安だからCTをやって欲しい」といった患者の不安を引き出すように訓練されている。その上で、GPは明らかに風邪の症状であることを説明しつつ、「脳の出血が見付かる可能性は限りなくゼロに近く、CT検査をすると放射線で体に負担がかかる」といった医学的なエビデンスに基づいて対話する。

さらに、GPは医学的な解決策だけに頼らず、幅広いアプローチを使って患者に対応する。例えば、先に取り上げた患者の頭痛の原因がストレスと診断される場合、患者との対話を通じて、「育児と仕事の両立で余裕がない」といった生活上の問題を引き出し、ストレスを生み出している家庭や職場の環境を改善することを考える。こうした日常生活について何でも相談できる医療こそ本来の意味で、住民にとって「川上」の医療と言えるのではないだろうか。

---

<sup>69</sup> 澤氏の事例については、澤憲明 (2012) 「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No.2489・2491・2494・2497・2500・2513に加えて、澤氏出席の研究会などに関する東京財団ウェブサイトを参照。

2013年6月6日「医療・介護制度改革を考える連続フォーラム <第1回>」

<http://www.tkfd.or.jp/research/healthcare/a00822>

2013年12月18日「英国の家庭医とプライマリ・ケア」

<http://www.tkfd.or.jp/research/healthcare/a00825?id=1221>

2015年9月18日「対談シリーズ 医療保険の制度改革に向けて (全3回)」

<http://www.tkfd.or.jp/research/healthcare/s00359?id=432>

### (3) 提供体制改革におけるプライマリ・ケアの意義

では、上記のようなプライマリ・ケアは提供体制改革で意味を持たないのだろうか。1961年に公表された研究<sup>70</sup>では、1,000人のうち、750人が1カ月間で何らかの病気やケガを訴え、250人が医師のカウンセリングを受けたが、高度な医療機関に紹介された患者は5人にすぎなかった。日本の2000年代にも類似の研究があり、人口1,000人に対して862人が心身に何らかの異常を感じたが、一般病院に入院した人は7人とどまった<sup>71</sup>。つまり、日常的な病気やケガを気軽に幅広く診るプライマリ・ケアの体制が整備できれば、生活全般を切れ目なく支援する「あるべき提供体制」の構築に役立つ可能性がある<sup>72</sup>。

しかし、日本の医療制度ではプライマリ・ケアを制度として明確に位置付けておらず、地域医療構想でも発想されていない<sup>73</sup>。確かに政府としては、在宅医療の充実を進めている。例えば、2018年度からの次期医療計画で在宅医療の目標を設定する考えを示しており、2016年6月に設置した「在宅医療会議」でも在宅医療に関するエビデンスの収集などの議論を始めた。「受け皿となる在宅医療等の実現可能性等について、ミクロからの積み上げを行わなければ、

---

<sup>70</sup> White K L et.al. (1961) “The Ecology of Medical Care” *The New England Journal of Medicine*, 265, pp885-892.

<sup>71</sup> Tsuguya Fukui et al. (2005) “The Ecology of Medical Care in Japan” *Japan Medical Association Journal* Vol.48 No.4, pp163-167.

<sup>72</sup> プライマリ・ケアを通じて患者の受療行動を変えられれば、急性期など高度な医療機能の負担を減らせる可能性があり、医療費適正化の効果も期待できる。フリーアクセスを採用している日本では、患者がいきなり大病院にかかる「大病院志向」が強いとされ、主要大都市における患者の行動を調べた塚原康博ほか(2006)「外来患者の病院志向とその関連要因」『季刊社会保障研究』Vol.42 No.3によると、診療所での治療がふさわしいのに大病院を選んでいる患者は全体の約4分の1を占めているという。ここでGPのようなプライマリ・ケア医が診断や対話を通じて適切な受療行動を支援できれば、大病院が軽度患者を診る非効率な状況の改善が期待できる。患者の不安解消などを通じて、プライマリ・ケアの整備が救急医療の利用を減らす研究もみられる。例えば、イギリスと同様にプライマリ・ケアが定着しているオランダの研究では、プライマリ・ケアの強化が不適切な時間外救急利用を半分に減らせたという結果が出ている。Caro J. T van Uden et al. (2005) “The Impact of a Primary Care Physician Cooperative on the Caseload of an Emergency Department” *Journal of General Internal Medicine*, Vol.20 Issue.7, pp612-617.

<sup>73</sup> 個別の実践例として、岩手県旧藤沢町(現一関市)、宮城県涌谷町、広島県旧御調町(現尾道市)などでは1980年代頃から公立病院を中心にプライマリ・ケアを実践している。さらに、高齢化が進む東京都新宿区の団地を拠点に高齢者の健康相談などを受け付ける「暮らしの保健室」などの事例もある。秋山正子(2012)『在宅ケアのはぐくむ力』医学書院、大久保圭二(1998)『希望のケルン』ぎょうせい、東京財団ウェブサイト2014年4月3日「医療・介護制度改革を考える連続フォーラム第4回」(<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=1262>)、山口昇(1992)『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会などを参照。

地域医療構想は机上の空論となる」という指摘<sup>74</sup>を踏まえると、これらの対応は評価できるが、ここで問われるべきは「在宅」という場所に着目した医療ではなく、住民の日常的なニーズをカバーする医療、つまりプライマリ・ケアである。

第3章で指摘した通り、多くの都道府県が受療行動の適正化や予防医療、医療・介護連携などの文脈で、かかりつけ医や総合診療医に言及したのも、医療の「入口」を担う役割に期待した結果と言える。

#### (4) プライマリ・ケアの制度化という視点

##### ① 報酬制度の見直し

だが、あるべき提供体制の構築に向けては、現場における工夫にとどまらず、国全体としての制度改革も必要である。プライマリ・ケアの能力を持った専門医の育成<sup>75</sup>など多くの論点が存在するが、ここでは報酬制度と医療機関へのかかり方に限定して議論を進める。

このうち、報酬制度について考えると、主にプライマリ・ケアを担う診療所の部分は現在、項目別（出来高）払いである。このため、必要な治療行為に対して確実に報酬が支払われるメリットがある反面、不必要な治療や検査を誘発する過剰診療を通じて、医療費を増加させるだけでなく、医学で対応せずに済む問題を医学で解決しようとする「医療化」、不要な検査や診断が新しい病気を生む「医原病」<sup>76</sup>を招くマイナス面が想定される。特にプライマリ・ケアの領域では、先に触れた通り、医学的な処置が不要な時があるため、項目別（出来高）払いがそぐわない可能性がある。実際、イギリスではプライマリ・ケアの部分について、登録した人口に応じて報酬を支払う人頭払いを中心的に採用

---

<sup>74</sup> 島崎謙治（2015）『医療政策を問いなおす』p180。

<sup>75</sup> 専門人材の育成については、プライマリ・ケア専門医である総合診療医の教育が2018年度からスタートする一方、日本医師会も2016年度から「かかりつけ医機能研修制度」を進めており、両者の違いは明確ではない。しかし、日本はプライマリ・ケア専門医の育成が遅れており、日本におけるプライマリ・ケアの先駆的实践者にインタビューを行った舟見恭子（2015）『家庭医という選択』エイチエス pp11-12 では、実践者たちがイメージする医師になるためのルートがシステムとして整備されていなかったことを「壁」と形容している。

<sup>76</sup> 医療社会学では、患者 - 医師の情報格差で患者が自己決定できなくなる点に着目し、医療化や医原病が起きる「専門家支配」を指摘した。例えば、Ivan Illich（1976）“Limits to medicine” [金子嗣郎訳（1979）『脱病院化社会』晶文社] を参照。

しており、日本でも報酬制度の見直しが必要であろう<sup>77</sup>。

## ② フリーアクセスの見直し

プライマリ・ケアでは医師などの専門職が患者の状態を深く知る必要があり、患者 - 医師の継続的な関係が重視される。そこで、医療の入口を1カ所に絞るため、イギリスでは登録制を採用しているが、日本は自由に医療機関を選べるフリーアクセスを採用しており、患者 - 医師が継続的な関係を作るのが難しい。

一見すると、両国の仕組みはかけ離れているように見えるが、患者 - 医師関係に着目すると、両国の仕組みには共通点も見出せる。ここでは両国に加えて、フランスの仕組みも加味しつつ考察を深めたい。

まず、以前のイギリスのシステムでは、国民は診療所を選ぶ権利を付与されず、かかりつけとなる診療所が居住地に応じて自動的に決まる仕組みだった。この状況では良いGPに当たるかどうか選ぶ住所次第で決まっていたため、「郵便番号による宝くじ (postcode lottery)」と揶揄されていた。しかし、現在は複数の診療所から1つを選択できるようになった。つまり、診療所に対する登録義務を維持しつつ、患者に選択権を付与したのである。

一方、日本ではフリーアクセスを制限する動きが生まれている。例えば、2016年度診療報酬改定では、医療機関の機能分化を進める観点に立ち、いきなり紹介状なしに大病院に行った場合に5,000円を徴収するルールが始まった。2016年12月に決定された政府の「経済・財政再生計画改革工程表」(改定版)でも「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について検討」としている<sup>78</sup>。これらは経済的な誘導を通じて、患者の行動を制限しようとする動きであり、一種のフリーアクセスの見直しである。つまり、イギリスは医師の選択に関する患者の自由度を拡大し、日本は自由を制限する方向と言える。

---

<sup>77</sup> ここでは詳しく取り上げないが、人頭払いについては、必要な治療行為を行わない過少診療を伴うマイナス面がある。このため、イギリスは過少診療を防ぐため、①患者満足度調査の実施、②診療所を選べる選択制の導入、③ケアの質評価、④電子カルテによる専門職同士の情報共有、⑤患者や地域の健康指標が改善した場合にボーナスを付与する成績払い—といった制度を組み合わせている。

<sup>78</sup> 2018年度診療報酬改定で論点となる見通しだが、中央社会保険医療協議会(中医協、厚生労働相の諮問機関)では否定的な意見が多い。2017年2月22日『CB News』。

ここでフランスの仕組み<sup>79</sup>を加味すると、日本、イギリスとの共通点と相違点が明確になる。フランスは日本と同じフリーアクセスだったが、2005年から「かかりつけ医」(Médecin Traitant) 制度を導入し、かかりつけ医への登録を国民に義務付けた。しかし、GPが働く診療所に登録を義務付けるイギリスと異なり、フランスの場合、大学病院の勤務医なども指名できるほか、かかりつけ医を経由しない場合、患者の負担が増える。つまり、登録制を義務としつつ、それ以外の受診も認めるが、経済的な誘導を通じて、かかりつけ医での受療を担保しようとしている。

以上のように考えると、登録制度を通じて患者 - 医師の固定的な関係を維持しつつ患者の自由度を高めたイギリスに対し、経済的な誘導と登録制度で医療機関の選択に関する患者の自由を制限したフランス、登録制度を採用しないまま経済的な誘導で患者の自由を制限しようとしている日本という整理が可能である。さらに言えば、フリーアクセスを修正したフランスは日本とイギリスの中間に位置し、かかりつけ医を経済的な誘導だけで普及させようとしている日本はフランスに近付いていると言える。

こうした整理を踏まえると、医療のかかり方をどう設計するのかについては、いくつかのバリエーションがある<sup>80</sup>。日本としても、登録制度の導入を通じて、フリーアクセスの修正または制限を検討する余地はあると考えられる。だが、医療機関の選択の自由を制限することには反対意見も予想されるため、登録を任意とする代わりに、登録した医師や医療機関ではないところで受診した場合、窓口負担を多く徴収する選択肢もありえる。

これらの点については、日本の医療制度に関する OECD リポートで、①患者が指名したプライマリ・ケア専門医に登録するシステムの導入、②プライマリ・ケアへの人頭払いの導入——などを求めた点と符合している<sup>81</sup>。

---

<sup>79</sup> フランスの事例については、松田晋哉(2016)「フランスの専門医」『健保連海外医療保障』No.112、加藤智章(2012)「フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制」『健保連海外医療保障』No.93を参照。

<sup>80</sup> 患者が専門職を指名する仕組みとしては、2016年度の診療報酬で創設された「かかりつけ薬剤師(薬局)」が挙げられる。要件を満たした保険薬剤師が患者の指名を受け、薬歴管理、服薬指導などを実施した場合、報酬上の加算を受けられる。これも登録制の一種と言えるが、指名した患者の負担が増えるため、患者にとって金銭的なインセンティブは存在しない。

<sup>81</sup> OECD(2014) pp59-63。

### 3. 都道府県と市町村の連携が不十分

あるべき提供体制の構築に向けた第2の課題として、都道府県と市町村の連携が不十分な点を指摘できる。日常生活を支える提供体制の構築には医療・介護連携が重要であり、医療行政を所管する都道府県と、介護行政を担う市町村の連携が求められる。国としても両者の連携強化に努めており、2018年度の医療計画と介護保険事業計画の同時改定に際して、前者を策定する都道府県と、後者を作る市町村との間で協議の場を設置するよう促している。さらに、地域の医療・介護サービス資源の把握などを進める「在宅医療・介護連携推進事業」の実施を市町村に求めている<sup>82</sup>。

しかし、ヒアリングでは全ての都道府県が市町村との連携を課題に挙げた。特に医療提供体制について担当窓口を置いていない市町村が多く、市町村が医療行政と接点を持っていないことが連携を妨げる可能性がある。これを解消する先進事例として、2016年3月に作成された東京都稲城市の「医療計画」が注目される。この計画は「市版地域医療構想」であり、国民健康保険、後期高齢者医療制度のレセプト（診療報酬明細書）のデータを使い、他市への患者流出入を明示したり、地域包括支援センターごとに医療・介護資源の位置情報を地図に落とし込んだりしつつ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期について医療提供体制の現状と2025年の医療需要を予想した。さらに、市民向けアンケートに加えて、地元医師会にもアンケートを実施し、市民のニーズと医師の認識ギャップを明示し、施策の方向性を「あるべき姿」という別紙で整理した。この取り組みは市町村による医療計画の策定を通じて、「医療＝都道府県、介護＝市町村」の分断を解消できる可能性を示しており、プライマリ・ケアや在宅医療に関する計画策定を市町村に義務付ける制度の導入は検討に値する。

その際、他の計画との整合性を取る必要がある。特に6年ごとに策定される都道府県の医療計画<sup>83</sup>と、3年ごとに改定される都道府県の介護保険事業支援計画と市町村の介護保険事業計画との関係が重要であり、市町村に医療計画の

<sup>82</sup> 在宅医療・介護連携推進事業は計8種類の事業で構成しており、2018年4月までに全市町村で実施することが義務付けられている。

<sup>83</sup> 医療計画の見直し周期は5年だったが、2018年度に始まる次期計画から6年に変更される。



策定を義務付ける場合、その周期設定に留意する必要がある。さらに、広域行政を担う都道府県としては、①現状や課題の可視化に必要な情報提供、②同じ医療圏・構想区域に所属する市町村同士の連携促進、③人材育成の支援—などを通じて市町村をバックアップする必要がある。

#### 4. 住民自治・住民参加の取り組みが不十分

##### (1) 住民を含めた合意形成の重要性

第4の課題として、住民自治・住民参加の取り組みが不十分な点を考察する。第1章の冒頭で触れた通り、あるべき提供体制の構築には患者・住民の参加が必要である。さらに、第3章で述べた通りに医療の質を改善する要素として、近年は患者の経験や語りを重視する動きが強まっている点も見逃せない。

もちろん、「住民」と言っても一様ではないし、いわゆる「モンスター患者」と呼ばれるような人も含めて、ニーズや状態は千差万別である。ここで注意しなければならないのは全ての関係者の利害を満たすことはできない点である。例えば、病床削減による医療費適正化を通じて、納税者や被保険者の利害が確保されたとしても、切れ目のない提供サービスが確保されなければ、患者が満足するとは限らない。一方、患者の言い分を最大限に尊重し、急性期など高コストな医療機能を維持すると、納税者や被保険者の利益が損なわれかねない。

同様の対立は慢性期病床の削減でも起こる可能性がある。慢性期を大幅に削減すれば、費用の節約を通じて納税者や被保険者の負担は軽減されるが、受け皿となる在宅医療や介護施設などを整備しなければ、必要な医療が受けられなくなり、「医療難民」「介護難民」に向けた患者の不安や不満が高まる。さらに慢性期を削減した後、その受け皿を介護保険施設に求めた場合、介護保険料が上昇する可能性がある。しかし、介護保険は市町村国民健康保険と異なり、税金の投入を通じた保険料の軽減が原則として禁じられている<sup>84</sup>ため、実際に費

---

<sup>84</sup> 市町村国民健康保険の場合、財政赤字の補填や保険料軽減などの名目で一般財源が投入されているが、介護保険は原則禁じられており、3年間の事業計画で財源不足が発生した場合、都道府県単位で設置された財政安定化基金から資金を交付・貸付するとともに、貸付金については次期計画の保険料で償還する仕組みとなっている。

用が増えたわけではないにもかかわらず、給付費の増加がダイレクトに保険料上昇として現われやすい。このケースでは医療保険から介護保険に財源がシフトする結果、異なる制度の被保険者同士で利害が対立することになる。

このように複雑に利害が絡み合う状況では、可能な限り多様な意見を取り入れなければ、誰かが極端に不満を持つことになりかねないため、地域医療構想の推進には広範な合意形成が必要である。この点については、「参加は全員の幸せを意味するわけではなく、透明性の確保も全ての人が理解できることを意味しない。（筆者注：良いガバナンスとは）さまざまな手続きや優先順位の中で起きる数多くの摩擦から持ちこたえるための能力を持ったシステムであり、首尾一貫した健康政策の計画・推進を可能にする」という指摘と符合する<sup>85</sup>。

## (2) 団体自治と住民自治

あるべき提供体制の構築に向けて、患者や住民の意見を反映することは行政学の「団体自治」と「住民自治」の議論でも説明できる。前者の団体自治は「自治体の自律的領域（の拡充）」を目指す自治体に対する権限移譲であり、「国から自治体に多くの権限を移譲することによって自治体の仕事の範囲を広げ仕事量を増やすこと」「自治体による事務事業執行に対する国の統制を緩和すること」と定義されている。一方、後者の住民自治は「住民が自治体の運営に日常的に参加し、住民の総意に基づいて自治体政策が形成・執行されるように仕組みを変革していくこと」とされている<sup>86</sup>。

これを地域医療構想に当てはめると、地域の課題を地域で解決することを目指し、都道府県知事の裁量と責任を拡大した点は医療行政に関する都道府県の団体自治の強化と言える<sup>87</sup>が、団体自治と住民自治の考え方に沿うと、地域の提供体制について、住民の意見が反映されるシステムにしなければ、団体自治は積極的な意味を持たないことになる。

---

<sup>85</sup> Scott L. Greer et.alL. (2015) “Strengthening Health System Governance” p43.

<sup>86</sup> 西尾勝 (2007) 『地方分権改革』東京大学出版会 pp241-253.

<sup>87</sup> 2017年4月に公表された厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」報告書では、医療行政に関する都道府県ごとのマネジメント強化に言及している。

### (3) 住民自治から見た地域医療構想の課題

これらの点を踏まえつつ、地域医療構想の現状を考察すると、第3章で見た通り、策定プロセスで合意形成に向けた取り組みが始まりつつあるとはいえ、住民への周知や住民参加はパブリックコメントにとどまった。構想の実行段階では取り組みを充実させ、構想区域ごとにシンポジウムの開催、市民組織や市町村との連携、ワークショップでの多様な意見の吸収など工夫の余地がある。

特に不十分だったのは情報開示・情報共有の点である。合意形成を図る上では、医療・介護提供体制の現状や課題、費用負担の現状、議論のプロセス、議論の結果などが広く公開され、関係者間で共通認識を持つ必要があるが、第3章で考察した通り、策定プロセスの公開は不十分と言わざるを得ない。

## 5. 政策的な対応が現場のニーズと噛み合っていない

### (1) 地域医療介護総合確保基金、知事の権限をめぐる不一致

第3の課題として、地域医療構想の施策が現場のニーズと噛み合っていない可能性である。これまで述べた通り、地域医療構想には「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的が混在し、国は前者、都道府県は後者を重視している。こうした中で、地域医療構想の推進に向けて創設された基金について、国と都道府県で意見の不一致が見られる。

基金の使途としては、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業——がある。しかし、財務省は基金の分配先として①を優先している<sup>88</sup>。これは病床削減、特に急性期削減を通じた医療費適正化を重視する考えに基づいている。

しかし、都道府県に対するヒアリングでは「診療報酬のインセンティブの方が強く働くため、医療機関は診療報酬改定の影響を見極めようとしており、急

---

<sup>88</sup> 財政制度等審議会が2016年11月に示した建議で、「病床機能の転換等に直接資するものに交付を重点化すべき」と求めた。

性期と回復期に関する基金のニーズは少ない」との声が複数で出た。むしろ、第3章で述べた通り、都道府県は慢性期削減の受け皿としての在宅医療の整備を含めて、切れ目のない提供体制の構築に力点を置いており、関心事は②③④⑤にある。このため、複数の都道府県担当者がヒアリングで「在宅ケアの充実に使おうとしても、国の財政当局による制限が厳しい」と指摘した。

つまり、基金の用途について、財務省を中心に国は主に急性期病床の削減を重視しているが、都道府県は診療報酬改定による影響を見極めつつ、切れ目のない提供体制の構築を重視しており、基金の分配先をめぐる優先順位が異なる。これは「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的をめぐる優先順位の違いが現われていると言えるであろう。

知事の権限についても、財務省や厚生労働省は行使に期待する一方、都道府県は積極的な行使を検討しておらず、意見の不一致が見られ、地域医療構想を推進するための制度が有効に機能しない可能性がある。

では、どのような解決策が考えられるだろうか。第3章で述べた通り、地域医療構想は地域の課題を地域で解決するコンセプトを持っている。この観点に立つと、基金の用途に関する国の縛りを緩めることが一つの選択肢となる。2000年代の地方分権改革論議では国庫補助金改革の一環として、補助金の区分を大きな括りに見直すとともに、一定の枠内で年度・用途に関する国の縛りを緩める「交付金化」改革が進められた。これを参考にしつつ、医療・介護提供体制改革の範囲であれば、都道府県や市町村の判断で基金を柔軟に使えるようにするなどの制度改革は検討に値する。

さらに、議論を一步進めて、基金という手法の是非も問われる必要がある。1990年代後半から展開された地方分権改革論議を振り返ると、2001年6月の地方分権委員会最終報告が国庫補助金の課題として、「コスト意識の希薄さや責任の所在の不明確さなど様々な問題を発生させており、必ずしも地域の行政需要に合致しないものも行われている」と指摘するなど、地方自治体の財政自主性を広げる税源移譲の必要性が強調されていた<sup>89</sup>。

以上の議論を踏まえると、基金という手法である必然性は感じられない。基金の財源が目的税化された消費税であることを考えれば、相当額の消費税を地

---

<sup>89</sup> その後、小泉純一郎政権期の三位一体改革を経て、3兆円規模の税源移譲が実現した。

方消費税<sup>90</sup>に振り替える税源移譲を通じて、各都道府県が医療機関に対する補助金を全額自主財源で分配できるようにする制度改革も一案である。これらの点は第3章で触れた脱中央集権化（decentralization）の動きと符合する。

## （2）診療報酬との関係

第2章で述べた通り、診療報酬の影響を受けやすい高度急性期・急性期の病床削減と回復期病床の充実について、各都道府県は2018年度診療報酬改定の影響を見極めており、むしろ切れ目のない提供体制の構築に力点を置いている。

これに対し、厚生労働省は地域医療構想と診療報酬の関係について、「地域で話し合った結果が報酬で裏打ちされることが重要なのであり、地域の実情を全然考えずに、霞が関で設定した診療報酬が誘導することは、地域医療構想のコンセプトにはありません」<sup>91</sup>、「（筆者注：地域医療構想が描く）医療提供体制を推進していくことに対して、診療報酬がどう支援するのか、どう“寄り添う”のかについてはまさに今後議論してもらおう課題」<sup>92</sup>と述べるなど、国と都道府県のスタンスは一致していると言えない。

そこで、地域の課題を地域で解決する地域医療構想のコンセプトに沿って、考えられる制度改革の方向性を考察すると、国一律で決まっている診療報酬について都道府県の裁量を拡大する可能性が考えられる。現在も医療費適正化の推進に必要な時には独自の報酬設定を認める制度改革が講じられているが、まだ実施に踏み切った都道府県はない。例えば、地域医療構想の推進に必要な部分について、都道府県独自の報酬設定を認めることを通じて、地域の実情に沿った医療提供体制の構築を可能とする制度改革が必要と考えられる<sup>93</sup>。

---

<sup>90</sup> 消費税収のうち1.7%は地方消費税であり、5%から8%に引き上げた際の地方消費税分（0.7%）は国と同様、社会保障目的に使うことが義務付けられている。最終的に消費税が10%に増税されると、地方消費税は2.2%に引き上げられる。

<sup>91</sup> 2016年10月24日『m3.com』における迫井正深保険局医療課長インタビュー。

<sup>92</sup> 2017年1月26日『m3.com』、同年1月25日『CB News』。中医協における迫井正深保険局医療課長のコメント。

<sup>93</sup> 財政制度等審議会は2016年11月の建議で、同様の制度改革を指摘している。

## 第5章 政策提言 制度改正の方向性

---

### 1. プライマリ・ケアの制度化

本章では以上の議論を踏まえて、第1章で掲げたあるべき提供体制の構築に繋がる政策提言として、制度改正（制度の運用を含む）の方向性を提示する。

第1に、在宅医療を含む日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの制度化として、報酬制度やフリーアクセスの見直しを進める。このうち報酬制度では、項目別（出来高）払いの見直しを図り、包括払いや人頭払いの導入を進める<sup>94</sup>。

フリーアクセスの見直しについては、かかりつけとなる医療機関を患者が指名する登録制度を導入する。しかし、医療機関を選択する自由が制限されることについての否定的な反応も予想されるため、登録を任意とする代わりに登録した医師や医療機関以外で受診した場合、窓口負担を多く徴収する選択肢も視野に入れる。

### 2. 市町村医療計画制度（仮称）の導入

第2に、「医療＝都道府県」「介護＝市町村」という分断を解消するため、提供体制改革、特にプライマリ・ケアや在宅医療に関する市町村の関与を高める方策として、市町村に医療計画の策定を義務付ける「市町村医療計画制度」（仮称）を導入する。医療計画制度と同様に年限は6年間とし、市町村は在宅医療の必要量や需要予測を明示するとともに、介護保険事業計画や地域福祉計画との一体的な運用を図る。その際、都道府県は広域行政体として、医療・介護提供体制をめぐる現状や課題の情報提供、医療圏や構想区域ごとの調整、市町村

---

<sup>94</sup> 包括払いや人頭払いには過少診療のリスクを伴うため、ケアの質評価や成績払いの導入などと組み合わせることを検討する。

同士の連絡調整、人材育成などを通じて市町村の支援を図る。

### 3. 住民自治・住民参加、合意形成の促進

第3に、住民自治・住民参加、合意形成の促進である。そのための方策として、各都道府県は区域やテーマに応じたきめ細かい議論を進めるとともに、住民や医療機関関係者を対象にした小規模なワークショップやシンポジウムを開くなどの工夫が求められる。住民にとって身近な市町村やNPO、市民組織などと連携することも選択肢となる。

さらに、地域での合意形成を促す方策として、都道府県は幅広い関係者の参加を促すとともに、策定プロセスや議事録の公開を徹底する。国は合意形成に向けた地域医療構想調整会議の先進事例や医療・介護の将来像に関する情報を収集・開示する。

### 4. 都道府県の裁量拡大

第4に、財政運営に関する都道府県の裁量を拡大する。全国一律で決まっている診療報酬について都道府県の自由度を高め、地域医療構想の推進に必要な部分については、独自の報酬設定を可能とする。さらに、年度・使途の自由度を高めた交付金化など過去の補助金改革を参考にしつつ、基金の使途に関する都道府県の自由度を高める。将来的には基金の税源移譲とともに、財源相当額を国の消費税から地方消費税に移管することを通じて、各都道府県が医療機関に補助金を全額自主財源で分配できるようにすることも検討する。

## おわりに

---

### 1. 想定される今後の論点

#### (1) 人材確保の視点

本報告書は地域医療構想の成果と課題を考察したが、論点としてフォローできなかった課題がある。例えば、医師や看護職、リハビリテーション職の確保などにはほとんど触れられなかった。厚生労働省は医師需給について議論を進めているほか、医療資源の不足に悩む一部の自治体は人材を確保するため、奨学金の創設や医学部への寄付講座開設などに取り組んでいる。地域医療構想の推進に際しては、こうした専門職の育成・配置や偏在是正のあり方を併せて考える必要があり、今後の課題として残された。

#### (2) 負担に関する合意形成

本報告書では、地域医療構想に混在する「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的のうち、前者をほとんど取り上げなかったが、これも重要な論点である。

しかし、これを地域レベルで合意形成を進めるのは難しい。日本の医療保険制度では、保険料や税金が複雑に入り組んでおり、被保険者から見ると負担と給付の関係がわかりにくい。さらに、過剰な病床を維持しても、その費用を他者に分散できる構造を持っている。具体的には、協会けんぽは国庫補助金で、市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度では国・自治体の税金投入や被用者保険の財政調整、地方交付税措置を通じて、負担が納税者や他の保険組合に所属する被保険者に転嫁される。

しかし、地域住民の判断で増えた負担を他者に広く薄く分散させることができるシステムは、負担の平等性は高まるとしても、公平とは言い難い。地域医療構想を通じて、医療需要や病床推計に関して一つの目安を示したことで、合意形成の議論が進みやすくなったが、併せて負担の問題も考えなければ、過剰



な病床を維持する方向に議論が傾く可能性に留意する必要がある。その際、被保険者の利益を代弁する観点に立ち、医療費適正化に関する保険者の役割を強化することも検討に値するが、今後の課題として残された<sup>95</sup>。

### (3) その他の問題

本報告書で取り上げた論点のうち、プライマリ・ケアの制度化は十分に議論し切れなかった。報酬制度やフリーアクセスの見直しだけでなく、人頭払いの単価設定、公衆衛生を担う保健所との関係、過少診療を防ぐ成績払いの導入や質評価、医療提供法人改革など多くの論点が想定される。

公立病院の位置付けも論点として残された<sup>96</sup>。地域医療構想の推進に際して、各都道府県は地域の合意形成を図るファシリテーターの機能が求められるが、都道府県が都道府県立病院の利益を優先した場合、民間医療機関の不信感を招く危険性がある。さらに、将来的な課題として、地域医療構想を通じて民間病院の役割が明確になり、その結果として民間病院の公共的な性格が高まれば、公立と私立で区分する意味合いが薄れる可能性すら想定する必要がある。

さらに、質の評価が大きな課題として残されている上、あるべき提供体制の構築がどこまで進んだのかを把握するための指標づくりも検討しなければならないテーマである。

このほか、ヒアリングが一部の都道府県にとどまったため、全体像を把握できているとは言えない面もある。2018年度は国による診療報酬と介護報酬の改定、都道府県による医療計画の見直し、市町村による介護保険事業計画の改定が同時に到来する節目の年に当たる。これらの制度改正に都道府県、市町村がどう対応しようとしているのか、今後も注視する必要がある。

---

<sup>95</sup> 負担と給付の明確化に関して、東京財団（2015）『医療保険の制度改革に向けて』では、年齢調整した全国平均の医療費を国の税金で対応し、医療の利用を通じて平均を上回った各地域の費用については都道府県住民の保険料または自己負担に求めることで、給付と負担の関係を明確にするとともに、都道府県単位に統合された保険者に対して、診療報酬決定権限を移譲する考えを示した。ただ、これには医療保険制度の地域一元化などが必要であり、今回は触れなかった。

<sup>96</sup> 総務省が2015年3月に取りまとめた「新公立病院ガイドライン」では、「公立病院改革と地域医療構想は、地域において必要な医療提供体制の確保を図る目的は共通しており、検討も重なり合う。今後の公立病院改革は地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある」としている。

## 2. 医療計画制度の原点から見る本質

実は、本報告書の論点は全て新しいとは言い切れない。医療計画制度が創設された直後の論文では、合意形成や関係者の参加について、「(筆者注：日本の医療制度は民間が大半を占めているため、医療計画は)関係者の合意した努力目標に近い性格をもつ。良い計画に近づけ、実行し、評価していくには、関係者の主体的な参加が必要条件となる」と指摘されている<sup>97</sup>。さらに、当時の日本医師会長の書籍でも「医療計画は都道府県の医師会が自主的に行政と協議のうえでつくっていくべき」との記述がある<sup>98</sup>。

日常的なニーズをカバーする重要性に関しても、同じ時期の論文では「医療提供の大きな問題は住民と医療提供側の『最初の接触』<sup>99</sup>、「病床総数を規制する部分的な手直しによって全体としてシステムがどうなっていくかを考察しなければならない。プライマリ・ケアに関する明確なビジョンと推進の環境を整備することこそ医療計画の課題」<sup>100</sup>との記述が見られる。

言い換えると、本報告書の指摘事項は以前から指摘されており、30年前の指摘が今も色あせないのは、その実現が今も容易ではないことを示している。実際、地域医療構想の推進に際しては、医療機関同士の利害調整や合意形成、在宅医療の充実に向けた介護との連携など幅広い論点が想定され、「(筆者注：医療と介護の連携に力点を置いたイギリス、ドイツの制度改革と比べると)地域医療構想は病院部門内、入院と外来、医療と介護の役割を同時に調整する作業であり、複雑さと困難さが非常に高い」との指摘がある<sup>101</sup>。

しかし、地域の課題は地域で解決する地域医療構想のコンセプトに沿うと、地域医療構想を生かすも殺すも都道府県の対応次第である。そして都道府県の担当者だけでなく、住民や地域の医師会、介護関係者、市町村、保険者など多くの関係者にとって、地域医療構想は地域の医療・介護体制を自ら作り上げる好機である。2025年に向けた議論が各地域で盛り上がることに期待したい。

<sup>97</sup> 郡司篤見監修(1987)『保健医療計画ハンドブック』第一法規 pp9-10。

<sup>98</sup> 羽田春寛(1987)『現代の医療』ベクトル・コア p72-73。

<sup>99</sup> 倉田正一・林喜男(1977)『地域医療計画』篠原出版社 p203。

<sup>100</sup> 郡司篤見(1991)「地域福祉と医療計画」『季刊社会保障研究』Vol.26 No.4。

<sup>101</sup> 泉田信行(2016)「医療サービスの供給確保・地域医療構想」『社会保障研究』Vol.1 No.3。

## 補論

---

### 1. 地域医療構想の概要

#### (1) 策定プロセス

地域医療構想は国の地域医療構想策定ガイドラインに沿って、図4のような策定プロセスが各都道府県で進められた。具体的には、構想を策定するための体制として、医療機関の関係者や保険者の代表、住民代表らで構成する会議を整備することから始まる。その後、構想策定に必要なデータとして、各都道府県が入院受療の現状、2025年における2次医療圏ごとの人口、病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況、病床機能区分ごとの医療提供体制の状況、疾病別（がん、脳卒中、急性心筋梗塞）医療提供体制、疾病別のアクセスアップと人口カバー率、介護保険関係の整備状況などを公表し、構想区域を設定する。これは主に2次医療圏を原則とする。

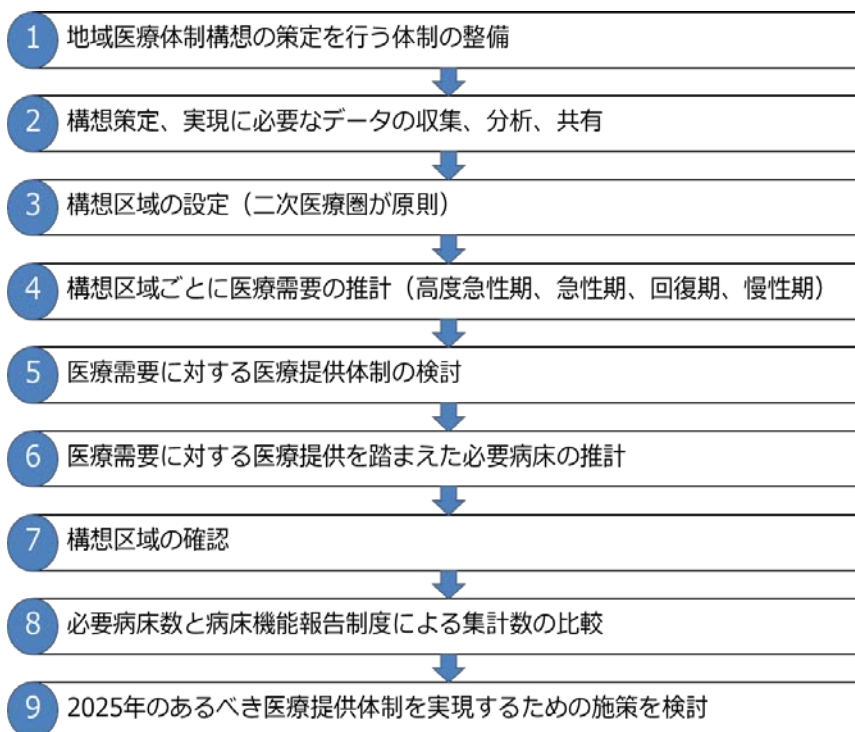
さらに、構想区域ごとに医療需要の推計→医療提供体制の検討→医療需要に対応した2025年時点の必要病床数の推計→構想区域の妥当性確認→現状と2025年時点の必要病床数の比較→必要な施策の検討——といったプロセスを踏むことが求められ、策定後に関しては、毎年度の病床機能報告制度による集計数と地域医療構想の必要病床数を比較しつつ、構想区域内での自主的な取り組みに加えて、構想区域ごとに病院関係者などで構成される「地域医療構想調整会議」を中心に合意形成を進めることが想定されている。

現状と2025年時点の必要病床数の比較に際しては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能ごとに実施し、4つの機能については表5のような考え方が示されている。

このうち現状に関しては、2014年に成立した地域医療介護総合確保推進法で導入された「病床機能報告制度」が使われる。これは地域の医療提供体制に関する現状を把握することが目的であり、医療機関に対し、医療機能の現状と将来の方向性を報告させ、その結果を1年に1回公表する。さらに、各医療

機関は地域の医療需要、国の政策動向などを踏まえて、今後の方向性についても提出、都道府県が公表する<sup>102</sup>。

図 4：地域医療構想の策定プロセス



出典：地域医療構想策定ガイドラインを基に筆者作成

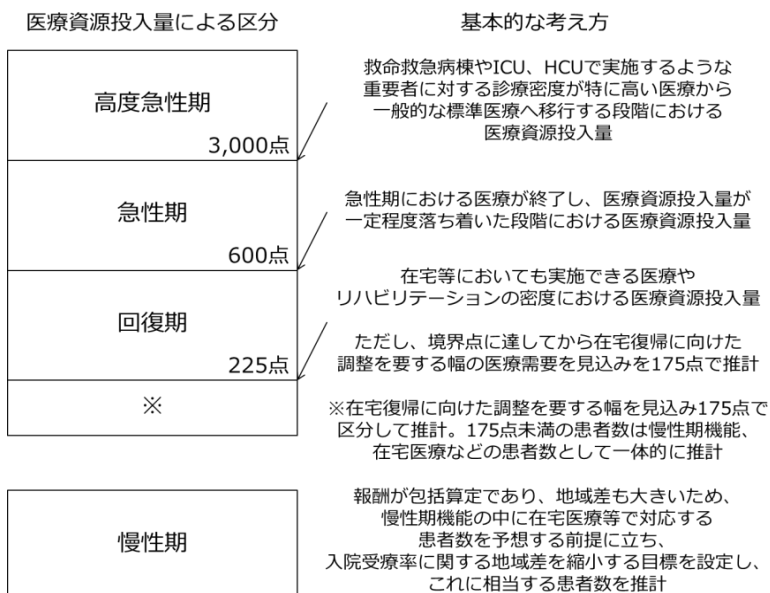
<sup>102</sup> さらに、▽病床数、人員配置、機器（例：許可病床数や看護師の数、高額医療機器の保有状況）、▽入院患者の状況（例：新規入棟患者数や退棟患者数、入棟前・退棟先の場所別患者数）、▽幅広い手術の実施（例：全身麻酔の手術件数）、▽がん、脳卒中、心筋梗塞の治療（例：悪性腫瘍手術件数）、▽重症患者への対応（例：ハイリスク分娩管理加算、救急搬送診療科）、▽救急医療の実施（例：院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理科）、▽急性期後、在宅復帰への支援（例：退院調整加算）、▽全身管理（例：中心静脈注射）、▽リハビリテーション（例：疾患別リハ加算）、▽長期療養患者・重度障害者受け入れ（例：療養病棟入院基本料）、▽有床診療所の多様な機能（例：往診患者数、訪問診療数）を開示する。

表 5：4つの病床機能の考え方

機能の名称	機能の主な内容
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などの患者に対し、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または難病患者などを入院させる機能

出典：地域医療構想策定ガイドラインを基に筆者作成

図 5：医療資源投入量による区分



出典：地域医療構想策定ガイドラインを基に筆者作成

一方、必要病床数については、「患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になる」という考え方の下、患者に行った診療行為を診療報酬(入院基本料を除く)の出来高で換算した「医療資源投入量」で分析している。だが、慢性期については、診療報酬が包括払いとなっているため、医療区分Ⅰの軽度患者の70%が在宅医療に移行する前提で慢性期の必要病床を計算しており、その残余が「在宅医療等」と整理されている<sup>103</sup>。その具体的な内容は図5の通りである。

その上で、必要病床数の算定に際しては、機能ごとに定められた稼働率で割り戻しており、稼働率は高度急性期で75%、急性期で78%、回復期で90%、慢性期で92%と定められている。

こうした考え方の下、国は必要病床数等の推計と構想区域の設定を支援する「地域医療構想策定支援ツール」を各都道府県に配布するとともに、DPC(診断群分類別包括評価)データ、総務省消防庁のデータも提供した。

## (2) 地域医療介護確保総合確保基金、知事の権限

地域医療構想を進める手段として、2014年度から都道府県単位の基金が創設されている<sup>104</sup>。そのイメージは図6の通りであり、使途としては①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備、②居宅等における医療の提供、③地域密着型サービスなど介護施設等の整備、④医療従事者の確保、⑤介護従事者の確保——に関する事業とされる。財源のうち、国は3分の2、都道府県が3分の1を負担しており、その財源は社会保障目的で引き上げられた消費税を充当している。国、都道府県を合わせた予算規模は2017年度で医療分904億円、介護分724億円となる。

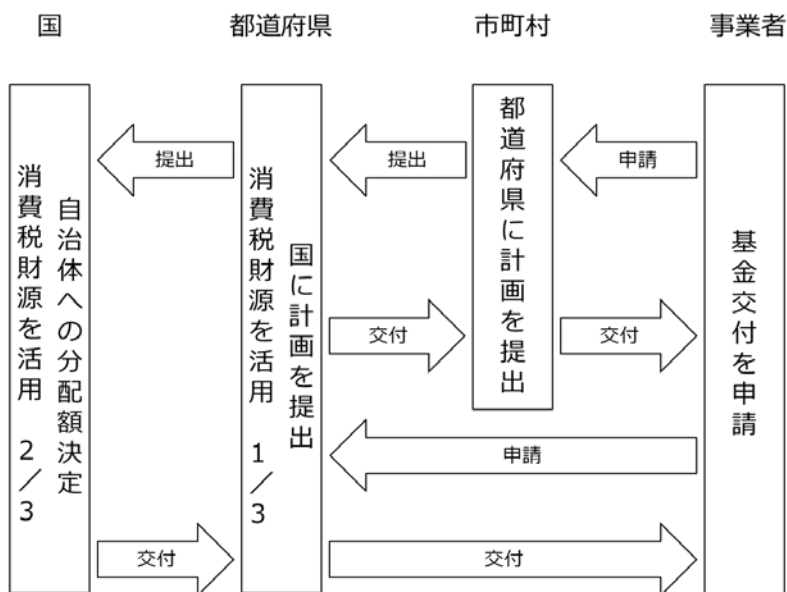
都道府県知事の権限強化については図7の通りである。地域医療構想では関係者の協議を想定しているが、協議だけで達成が難しい場合の手段として都道府県知事の権限行使が想定されている。具体的には、医療機関が過剰な医療機

<sup>103</sup> 175点未満の一般病床入院患者も在宅医療等に移行する前提となっている。このほか、都道府県の地域事情に応じて、「Aパターン：入院受療率を全国最少レベルに低下させる場合」「Bパターン：入院受療率の全国中央値レベルにまで低下させる場合」「Cパターン：Bの目標達成年次を2030年に延長した場合の2025年時点の値」のパターンで選ぶことも認められた。

<sup>104</sup> 2015年度から介護分が追加された。

能病床に転換する場合、都道府県知事は転換の中止を要請（公的医療機関の場合は命令）し、これに従わない時、医療機関名の公表、補助金交付対象からの排除、地域医療支援病院<sup>105</sup>や特定機能病院<sup>106</sup>の不承認または承認取り消しを講じることができる。

図 6：消費税を使った地域医療介護総合確保基金のイメージ

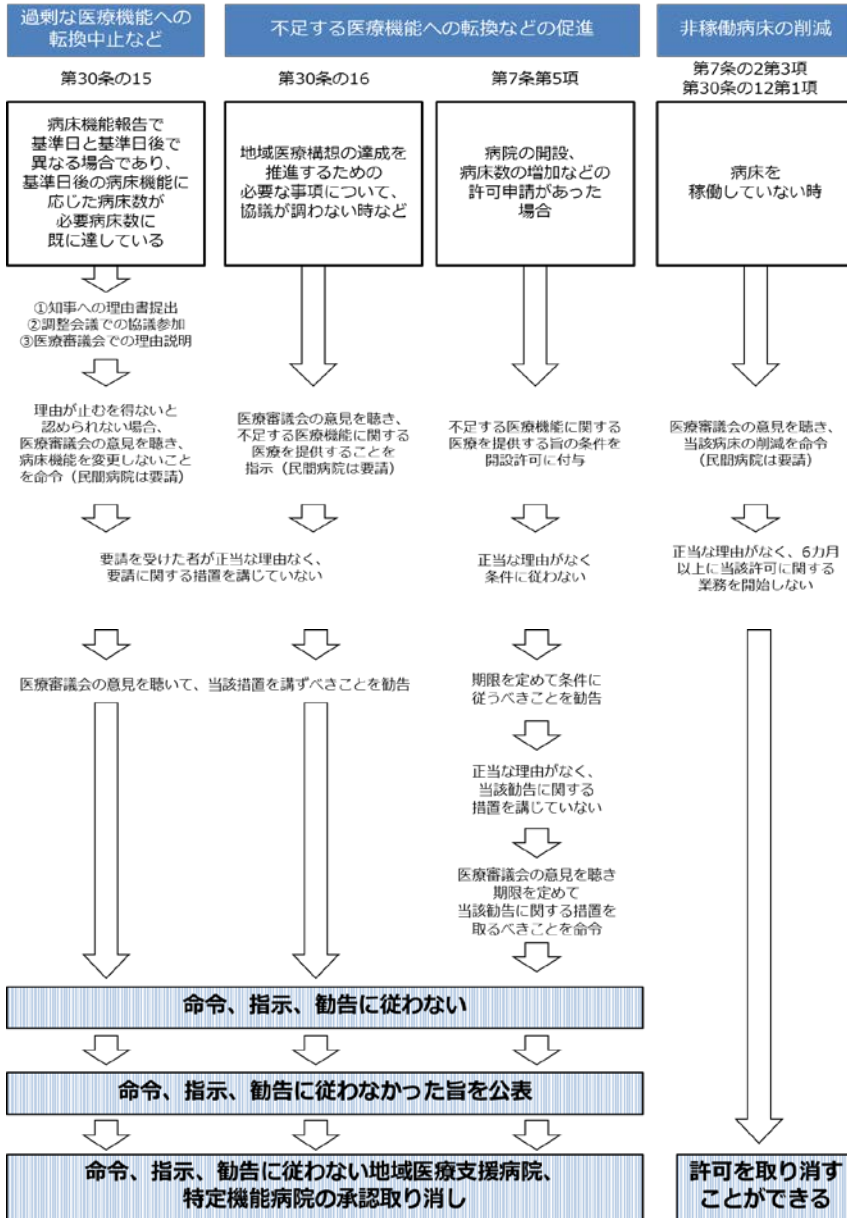


出典：厚生労働省資料を基に筆者作成

<sup>105</sup> 地域医療支援病院は地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から地域の医師らを支援する医療機関であり、1997年の第3次医療法改正で創設された。主な機能は「紹介患者の積極的な受け入れ」「施設・設備の開放」「救急医療の実施」「地域の医療関係者に対する研修」など。

<sup>106</sup> 特定機能病院とは高度医療の提供、高度医療技術の開発、高度医療に関する研修を実施する能力など備えた病院として、1992年の医療法改正で導入された。400床以上の病床数要件に加えて、初診患者のうち他の病院・診療所から紹介された者を指す「紹介」、特定機能病院から他の病院・診療所に紹介した「逆紹介」の患者数などで要件が定められている。

図 7：都道府県知事による権限行使の流れ



出典：厚生労働省資料を基に筆者作成

注 1：ここでの「審議会」は都道府県に設置される医療審議会を指す。

注 2：特定機能病院の承認取り消しは厚生労働相の権限。



## 2. 地域医療構想と医療計画制度

地域医療構想は医療計画の一部として位置付けられており、ここでは医療計画制度の歴史を検証することで、地域医療構想の特色を明確にする。

医療計画制度の導入論議は1970年代に始まり、医療に対する国家介入を恐れる日本医師会との調整が難航していたが、1980年代前半に「富士見産婦人科病院事件」などの不祥事が発覚し、医療法人の監督強化を求める声が強まった上、1980年代に医療費増加に対する懸念が広がり、医療資源の地域偏在と連携推進を目指した医療計画制度が1985年に創設された<sup>107</sup>。

具体的には、それまでの公的病院に関する病床規制<sup>108</sup>に加えて民間の病院についても、2次医療圏で基準病床数（当初は必要病床数という名称）を設定し、それを上回る病床過剰地域では病院開設・増床の中止を勧告できるようになった。この内容は「高齢化によって予想される医療費の伸びに対応する時代的要請」<sup>109</sup>、「民間を含むあらゆる医療資源の整備を法的コントロールに置いた改正は、日本の医療供給体制の従来のある方に対して大きな変化」<sup>110</sup>、「（筆者注：量的拡大政策が）過剰防止に一転することになった」<sup>111</sup>などに見なされていた。

その後、表6の通りに1992年の医療法改正では患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療機能の体系化、患者サービスの向上を図るため、特定機能病院と療養型病床群を制度化したほか、1997年の改正で地域医療支援病院制度の創設、2000年の改正で療養病床の創設などを盛り込んだ。

さらに、2006年の改正で医療計画の策定に際して、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）を具

---

<sup>107</sup> 国家介入を恐れる日本医師会は計画制度に反対していたが、当時は病院チェーンが規模を拡大させている時期であり、これが開業医の地位を危うくさせる可能性があるかと懸念するようになり、病床規制を望むようになったと指摘されている。西岡晋（2002）「第一次医療法改正の政策過程」『早稲田政治公法研究』70号 pp183-217。

<sup>108</sup> 公立病院に関しては、議員立法による1962年の医療法改正で病床規制が導入されていた。

<sup>109</sup> 長谷川敏彦（1998）「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』Vol.33 No.4。

<sup>110</sup> 郡司篤晃監修（1987）『保健医療計画ハンドブック』p15。

<sup>111</sup> 厚生省五十年史編集委員会編（1988）『厚生省五十年史』厚生問題研究会 p1,914における竹中浩治前健康政策局長の寄稿。

体的に位置付けることとなり、2012年の医療計画策定に向けた通知では病院・病床機能の役割分担や連携の推進、在宅医療の充実を規定するよう促したほか、精神疾患を追加して5疾病にし、2014年改正（地域医療介護総合確保推進法）で地域医療構想、病床機能報告制度が創設された。

表 6：医療計画改定の経緯

年次	改正の趣旨	主な改正内容
1985年 医療法 第1次改正	医療機関の量的整備が全国的にはほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在是正と医療施設の連携推進を目指す。	医療計画制度の導入 ・ 2次医療圏ごとに必要病床数を設定
1992年 医療法 第2次改正	人口の高齢化に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための必要な情報の提供などを進める。	特定機能病院の制度化 療養型病床群の制度化
1997年 医療法 第3次改正	要介護者の増大などに対応し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、情報提供体制の整備、医療機関の役割分担の明確化・連携の推進などを進める。	診療所への療養型病床群の設置 地域医療支援病院制度の創設 医療計画制度の充実 ・ 地域医療支援病院と療養型病床群の整備目標、医療施設間の機能分担や業務連携を2次医療圏で記載
2000年 医療法 第4次改正	高齢化の進展に伴う疾病構造の変化などを踏まえ、良質な医療を効率的に提供するための体制を確立するため、入院医療を提供する体制を整備する。	療養病床、一般病床の創設 医療計画制度の見直し ・ 基準病床数に名称を変更
2006年 医療法 第5次改正	質の高い医療サービスを適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直しなどを通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応などを進める。	都道府県の医療対策協議会制度化 医療計画制度の見直し ・ 4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）を医療連携体制に位置付け
2012年 通知	急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担や連携の推進、在宅医療の充実などを内容とする医療サービス提供体制の制度改革を規定。	疾病、事業ごとのPDCAサイクル導入 在宅医療の医療連携体制に求められる機能の明示 精神疾患を追加し、5疾病に
2014年 医療法 第6次改正	社会保障と税の一体改革として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じて、地域における医療・介護の総合的な確保を推進する。	病床機能報告制度の創設 地域医療構想の策定 地域医療介護総合確保基金の創設 地域医療構想調整会議の設置

出典：厚生労働省資料を基に筆者作成

こうした経緯を踏まえると、医療計画制度は病床機能の分化や病床削減を進めるため、段階的に強化されており、その延長線上に地域医療構想が位置付けられていることがわかる。しかし、実際には基準病床数<sup>112</sup>の設定を除けば、

<sup>112</sup> 医療計画の基準病床数と地域医療構想の必要病床数は計算式が異なるため、地域医療構想の策定に際しては、「基準病床は過剰となっているのに、必要病床数は将来不足する」という状態が一部の地域で生じている。

実効性はほとんど持っていなかった。提供体制の大半を占める民間の医療機関に対する強制力は限定的にならざるをえず、過剰病床地域での増床を認めない措置についても、医療法による直接規制ではなく、健康保険法に基づく保険医療機関に指定しないことで対応している。

### 3. 病床削減失敗の歴史と地域医療構想

次に、病床削減の取り組みが失敗した歴史を振り返ることを通じて、地域医療構想の特色を考える。国が病床削減に取り組むのは今回が初めてではなく、①1985年前後、②2000年前後、③2006年前後——に区分される。

このうち、①は先に触れた医療計画制度である。当時、関係者では「無秩序な病床の増加を抑制する方法を採り、医療供給体制の地域格差を是正する」とされていた<sup>113</sup>。さらに、同じ時期に医療施設と福祉施設、家庭を繋ぐ「中間施設」の必要性も指摘された。医療費適正化の旗振り役となった厚生省官僚の吉村仁氏は保険局長時代の1983年8月、160万床のうち40万床を高齢者のケア施設に再編する考えを示していた<sup>114</sup>ほか、1984年9月の事務次官就任に際しても「病院のベッドの一部を老人の福祉施設として開放し、費用を医療費で持つことなどが考えられる」と考えを示していた<sup>115</sup>。結局、この考え方はリハビリを目指す現在の老人保健施設（老健施設）に繋がったが、老健への転換はほとんど進まず、むしろ医療計画制度の導入が駆け込み的な病床増設を招き、1981年から1991年に病床は約30万床増加した。

次に、②は一般病床と療養病床を区分することで医療機関の機能分化を目指した。厚生労働省は2001年9月の「医療制度改革試案」で、急性期病床への重点化などを通じて、平均在院日数の短縮化と急性期病床の集約化、医療機関の役割分担が進むとの期待感を示し、急性期病床が2015年度までに42万～100万床の間に「収斂」するとの試算を示した。これについて、当時の幹部は

---

<sup>113</sup> 1986年10月30日第107回衆院社会労働委員会会議録における竹中浩治健康政策局長の答弁。

<sup>114</sup> 『社会保険旬報』No.1439。

<sup>115</sup> 『社会保険旬報』No.1481。

「最初に大枠ありきではなく、それぞれ（筆者注：一般病床、療養病床などの各機能に応じて）どの程度のベッド数が必要か考え、積み上げた結果として何床になる（筆者注：かが明らかになる）」としている<sup>116</sup>。医療機関の機能分化、病床削減という考え方は地域医療構想とほとんど同じだったが、1999年から2005年までに約7万床が減ったにすぎなかった。

さらに、同じ時期にスタートした介護保険制度でも療養病床（当時の名称は療養型病床群）の取り扱いが焦点となった。療養病床が介護保険に移行した場合、一部の地域では介護保険料が大幅に上昇することが懸念されたためだ<sup>117</sup>。結局、医療機関の判断で医療保険、介護保険のどちらを適用するか選べるようにしたため、療養病床の再編に至らなかった。

③のうち、1つは小泉政権下で決まった2005年の医療制度改革試案である。この時は社会的入院の是正を通じた医療費適正化を目指すため、療養病床38万床（医療型25万床、介護型13万床）のうち、医療型を15万床（その後22万床に修正）に削減するとともに、介護型は2011年度末に全廃して老健施設などに移行させる方針を決めた。2000年の時が「試算」という非公式な数字だったのに対し、この時は政府として削減目標を示したことに特徴がある<sup>118</sup>。だが、この方針は「介護難民を生む」という批判を招き、民主党政権期に2017年度末まで延長された後、2018年4月から「介護医療院」という枠組みに移行する。

このほか、2006年度診療改定で7:1に手厚く分配することで、病床機能の再編を目指したが、結局は7:1の病床が増える結果を生み、地域医療構想が制度化される一因となったのは第2章で考察した通りである。こうした経緯を見ると、国主導による病床削減は概ね失敗に終わり、地域の課題を地域で解決する地域医療構想が制度化されたことが理解できる。

---

<sup>116</sup> 『厚生』2001年12月号の篠崎英夫医政局長インタビュー。

<sup>117</sup> 介護保険制度史研究会編（2016）『介護保険制度史』社会保険研究所 pp492-501。

<sup>118</sup> 二木立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』p61。

# データ集

## 1. 合計の病床データ

ここでは地域医療構想に盛り込まれた病床に関するデータを整理する。病床機能報告に基づく現状のデータは医療機関の自主申告であるのに対し、2025年の必要病床数は定量的に積み上げており、両者の違いに留意する必要があるが、地域医療構想は現状と2025年の差を比べることに力点を置いており、人口動向を踏まえてどう変わるのか、病床データを把握する意味は大きい。

表 1：地域医療構想に盛り込まれた必要病床数と現状の差（再掲）

	現状 (A)	2025年 必要病床 (B)	A - B
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典：各都道府県の地域医療構想を基に筆者集計・作成

各都道府県の地域医療構想を集計した結果は表 1 で掲げた通りである。高度急性期は 13 万 449 床、急性期は 40 万 626 床、回復期は 37 万 5,240 床、慢性期は 28 万 4,483 床、合計は 119 万 799 床となり、現状と比べると高度急性期と急性期、慢性期が余剰、回復期が不足、合計では約 8 万床が余る結果となった<sup>119</sup>。2015 年 6 月に示された専門調査会の試算では、高度急性期 13 万床、

<sup>119</sup> 病床機能報告に基づく現状には 2014 年度と 2015 年度の双方が含まれる。これは各都道府県の策定期間によって採用する年次が異なっているためである。本報告書では地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとし、2014 年と 2015 年の双方を示している場合、2015 年のデータを採用した。しかし、東京都の地域医療構想では 2014 年度と 2025 年度のデータを比較していたため、

急性期 40 万 1,000 床、回復期は 37 万 5,000 床、慢性期は 24 万 2,000～28 万 5,000 床、合計 114 万 8,000～119 万 1,000 床とされており、概ね試算通りの結果となったと言える。

以上の傾向を踏まえると、全国的には急性期（高度急性期を含む）と慢性期が余剰となり、回復期が不足する傾向がわかる。このため、急性期と慢性期の削減、回復期の充実、慢性期の受け皿としての在宅医療の確保が課題となる。

## 2. 都道府県別の病床データ

### (1) 病床の余剰または不足の割合

次に、都道府県別に病床の余剰または不足割合がどうなるか、表 7 の計算式に沿って考察した。全体では図 8 の通り、39 道県が余剰となる計算となった。これは人口減少が進む地域が多く該当しており、富山県と熊本県で余剰割合が 30% 台となったほか、17 県が 20% 台、13 県が 10% 台となった。これに対し、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、沖縄県の 8 都府県で将来不足する。いずれも高齢者人口が増える地域であり、今後の人口動向を反映した結果となった。

4 つの機能別に見ると、高度急性期は秋田県、福島県、茨城県、大阪府、兵庫県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県の 8 府県で将来不足し、急性期は全ての都道府県で将来余剰という結果となった。ただ、高度急性期病床と急性期病床の両者を足した「急性期計」で見ると、図 9 の通りに全ての都道府県で余剰になる。両者の線引きは必ずしも明確とは言えず、急性期計の方が実態に即していると言える。

回復期に関しては、図 10 の通りに全ての都道府県で不足するという結果となった。特に、高齢化が進む首都圏の不足割合が突出している。慢性期は図 11 の通り、高齢者人口が増える埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府で将来不

---

2014 年度の数字を使った。さらに、未報告などの「その他」の取り扱いについても、各都道府県で対応が異なっており、地域医療構想の数字に基づいて集計した。具体的には、秋田、新潟、石川、山梨、静岡、愛知、京都、兵庫、香川、徳島、福岡、佐賀、熊本各県は未報告などの「その他」を計上しておらず、表 1 の数字にも含んでいない。

足するが、43 都道府県で余剰となる試算となった。

表 7：余剰または不足割合を計算する際の方法

[ステップ 1] 地域医療構想の病床データのうち、2014 年または 2015 年の病床機能報告に基づくデータを「現状」とし、2025 年の必要病床と比べる。

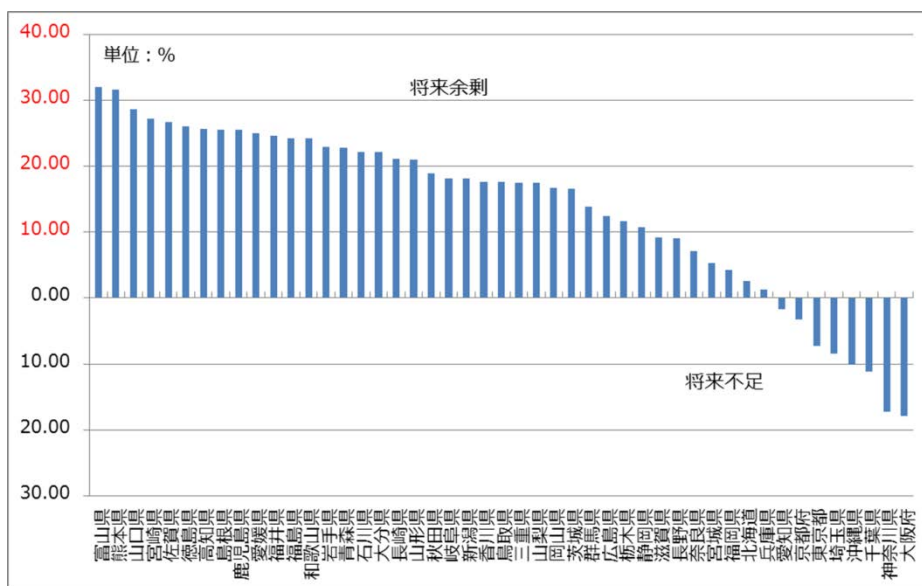
[ステップ 2] 以下の計算式で、将来の余剰または不足割合を示す。

$$\text{将来の余剰または不足割合} = \frac{\text{現状} - \text{必要病床数}}{\text{現状}} \times 100$$

(%)

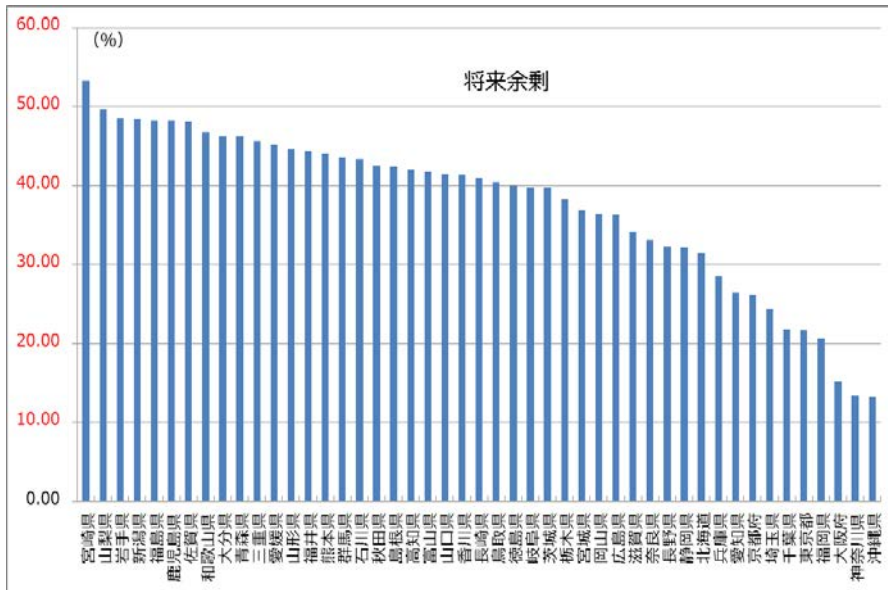
出典：筆者作成

図 8：都道府県別に見た病床全体の余剰または不足割合



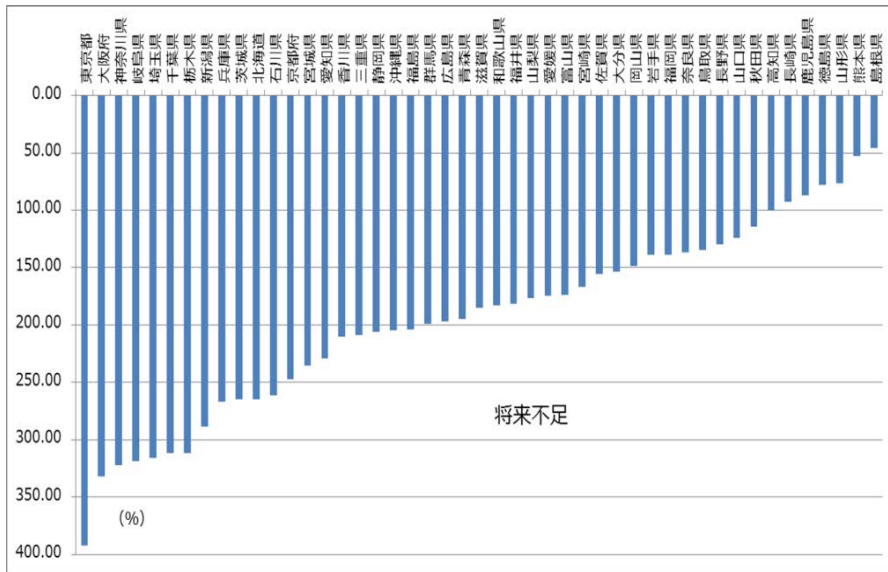
出典：各都道府県の地域医療構想を基に筆者集計・作成

図 9：都道府県別に見た急性期計（高度急性期を含む）の余剰割合



出典：各都道府県の地域医療構想を基に筆者が集計・作成

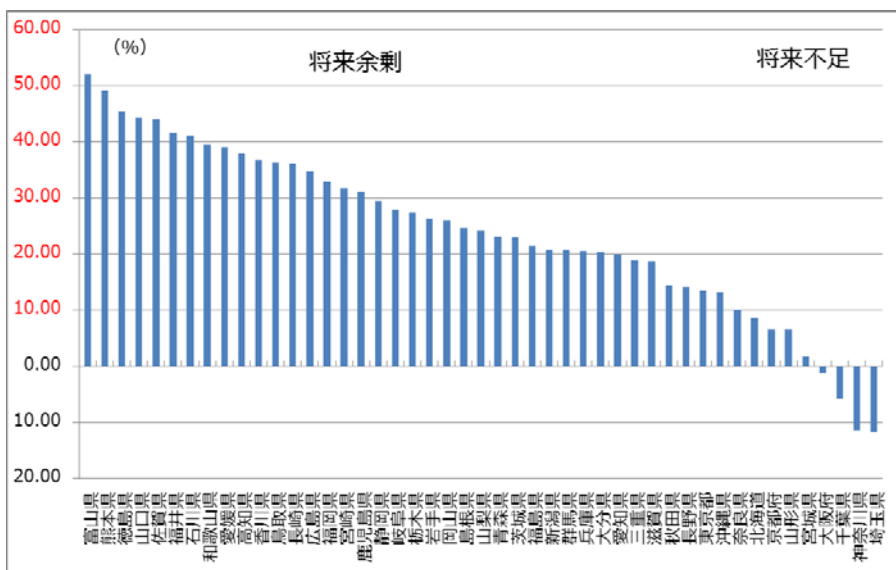
図 10：都道府県別に見た回復期の不足割合



出典：各都道府県の地域医療構想を基に筆者が集計・作成



図 11：都道府県別に見た慢性期の余剰または不足割合



出典：各都道府県の地域医療構想を基に筆者が集計・作成

## (2) 余剰または不足のパターン

次に、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各機能について、現状から2025年の必要病床数を差し引くことで、機能別に余剰または不足するかで分類し、その分布を考察した。この方式では、病床が1つでも上回ると「余剰」、1つでも下回ると「不足」と整理するため、その規模感を把握できない欠点があるが、各地域で事情が異なる中、一定のルールで大まかな傾向を理解できるメリットもある。

その結果は表8の通りである。この方式では2の4乗で最大16通りのパターンが出現することになるが、実際は4パターンしか出現せず、特に35都道府県で「高度急性期と急性期が余剰、回復期が不足、慢性期が余剰」となった。

さらに、高度急性期と急性期の区分が不明確であることを考慮し、両者を足した急性期計、回復期、慢性期の3機能について、機能別に余剰または不足するかで分類し、その分布を考察した。この方式では2の3乗で最大8通りのパターンが出現する計算になるが、「急性期計が余剰、回復期が不足、慢性期が余剰」が43都道府県、「急性期計が余剰、回復期が不足、慢性期が不足」

が4県と、2つのパターンに収斂した。ここでも多くの地域で急性期と慢性期の削減、回復期の充実、慢性期の受け皿としての在宅医療の確保が課題となることが浮き彫りとなった。

**表 8：16パターンで見た病床の余剰または不足の都道府県別分布**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 高度急性期＋、急性期＋、回復期－、慢性期＋：35 都道府県</li><li>・ 高度急性期－、急性期＋、回復期－、慢性期＋：7 県</li><li>・ 高度急性期＋、急性期＋、回復期－、慢性期－：4 県</li><li>・ 高度急性期－、急性期＋、回復期－、慢性期－：1 府</li></ul> |
|---|

出典：各都道府県の地域医療構想を基に集計・作成

注：「＋」は将来余剰、「－」は将来不足を意味する。

こうした傾向を踏まえると、全国的には急性期（高度急性期を含む）と慢性期が余剰、回復期が不足、慢性期の受け皿としての在宅医療が不足する一方、高齢者人口が増加する大都市部では病床、特に慢性期が不足する点を指摘できる。財政的な理由で慢性期を増やせる可能性が低いことを考えると、大都市部については、その分だけ在宅医療や介護サービスで対応しなければならない需要が多くなることを意味している。

### 3. 構想区域別のデータ

#### (1) 構想区域の概況

次に、構想区域別のデータを考察する。その前に構想区域の設定状況を概観する。国の地域医療構想策定ガイドラインは医療計画で採用されている2次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案し、構想区域を設定するよう求めていた。最終的に41都道府県が2次医療圏を踏襲した一方、福島県、神奈川県、愛知県、三重県、香川県、熊本県が2次医療圏と異なる形で構想区域を設定した。この結果、現医療計画の2次医療圏が344区域であるの

に対し、構想区域の数は 341 となった<sup>120</sup>。

## (2) 余剰または不足の割合

都道府県の時と同様、表 7 の数式を用いて、トータル病床の余剰または不足割合を考察した結果、261 区域で余剰となり、75 区域が不足となった<sup>121</sup>。75 区域の内訳を見ると、三大都市圏に属する埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県の都府県で 55 区域を占め、高齢化が進む大都市部の需要増への対応が課題になることが改めて浮き彫りになった。

## (3) 余剰または不足のパターン

ここでも都道府県別の時と同様、機能別に余剰または不足するかで分類し、その分布を考察した。この方式に基づく 2 の 4 乗で最大 16 通りのパターンが出現することになるが、表 9 の通り、9 通り（その他を含めると 10 通り）のパターンとなった<sup>122</sup>。最も多いのは「高度急性期が不足、急性期が余剰、回復期が不足、慢性期が余剰」のパターンであり、半数近くを占めた。

さらに、高度急性期と急性期の区分が不明確であることを考慮し、両者を足した急性期計、回復期、慢性期の 3 機能について、機能別に余剰または不足するかで分類し、その分布を考察した。この方式では、2 の 3 乗の 8 通り（その他を含めると 9 通り）が出現する計算になるが、図 12 で示した通り、最終的に 4 通りに収斂した（その他を含めると 5 通り）。特に「急性期計が余剰、回復期が不足、慢性期が余剰」が 78% を占めており、ここでも急性期と慢性期が余剰、回復期が不足、慢性期の受け皿としての在宅医療が不足する傾向が見られた。

しかし、個別に見ると、全国的に不足する回復期が余剰となる区域さえわず

---

<sup>120</sup> 福島県は南会津と会津を統合し、愛知県は名古屋と尾張東部、熊本県は熊本と上益城をそれぞれ統合したほか、神奈川県は横浜北部と横浜西部、横浜南部を横浜に一本化した。さらに、三重県は「地域に密着した医療のあり方の議論が求められる」という理由で 4 つの 2 次医療圏の下に、8 つの構想区域を設定し、香川県は人口や患者の減少予想を踏まえ、5 つの 2 次医療圏ではなく、県内を 3 つに区分した構想区域を設定した。石川県は 4 つの 2 次医療圏を踏襲したが、高度急性期は全県単位で設定した。東京都は構想区域を「病床整備区域」と呼称しているが、実質的な意味合いは変わらないため、本報告書では他の道府県と同様の構想区域として取り扱っている。

<sup>121</sup> 残りは±0 の島根県隠岐区域、高度急性期を全県単位で比較した石川県 4 区域の計 5 区域。

<sup>122</sup> その他は高度急性期を全県単位で比較した石川県 4 区域に加えて、±0 が生じた区域など。

かに存在しており、地域ごとの差異が明確になる。第3章で述べた通り、地域医療構想のコンセプトとして、地域の課題は地域で解決する重要性が論じられているが、こうした区域別の差異を見ると、その重要性が明確になった。

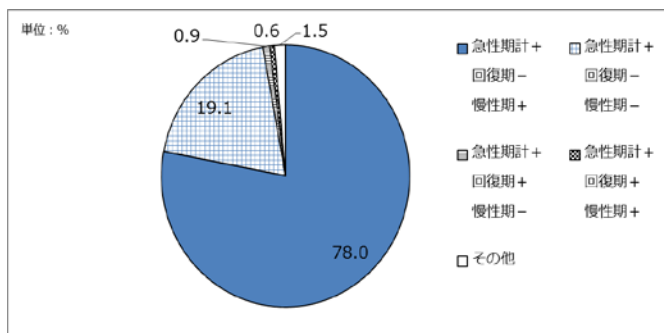
表 9：16パターンで見た区域別の余剰または不足の分布

分布	区域数
-+-+	159 (46.6%)
++-+	82 (24.0%)
-+--	33 (9.7%)
++--	26 (7.6%)
+---+	16 (4.7%)
+---	6 (1.8%)
-+++	2 (0.6%)
-++-	2 (0.6%)
++++	1 (0.3%)
その他	14 (4.1%)

出典：各都道府県の地域医療構想を基に集計・作成

注：分布は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の順。+は「将来余剰」、-は「将来不足」を意味する。

図 12：8パターンで見た区域別の余剰または不足の分布



出典：各都道府県の地域医療構想を基に集計・作成

注：+は「将来余剰」、-は「将来不足」を意味する。





---

## 地域医療構想の成果と課題

～合意形成を軸とした切れ目のない提供体制を～

2017年8月発行

発行者 公益財団法人 東京財団

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル 3F

Tel 03-6229-5504 (広報渉外) Fax 03-6229-5508

E-mail [info@tkfd.or.jp](mailto:info@tkfd.or.jp) URL <http://www.tokyofoundation.org>

---

無断転載、複製および転訳載を禁止します。引用の際は本書が出典であることを必ず明記してください。  
東京財団は、日本財団およびモーターボート業界の総意のもと、モーターボート事業の収益金から出捐を得て  
設立された公益財団法人です。

公益財団法人 東京財団 | 政策をつくる・人を育てる・社会を変える

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル3階 tel. 03-6229-5504 fax. 03-6229-5508 E-mail: info@tkfd.or.jp



政策提言・報告書のデジタルデータをダウンロード頂けます。  
<http://www.tokyofoundation.org>