

れの機能を担っているのか、また、将来担うことになるかと考えているのか」を毎年、都道府県に報告するように義務づけられています（病床機能報告）。

現在、各都道府県で地域医療構想の策定が完了し、今後は「いかに地域医療構想を実現するのか」が重要テーマとなってきます。安倍晋三内閣が2017年6月に閣議決定した『経済財政運営と改革の基本方針2017』（いわゆる骨太方針2017）では「病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議（以下、調整会議）において『2年間程度で集中的な検討』を促進する」よう指示されました（【資料1】）。

地域医療構想調整会議での関与に迷う都道府県

このように、地域医療構想の実現に向けた議論が調整会議で積極的に行われることが期待されますが、都道府県からは、「調整会議の進め方が必ずしも明確になっていない」、「どこまで都道府県が関与すれば良いのかわからない」といった疑問の声が上がっているそうです。このままでは地域医療構想の実現に黄信号が灯ってしまうため、厚労省は、「都道府県が何をしなければいけないのか」、「どういう点から検討していけば良いのか」などをより明確にすべく医療計画の見直しなどに関する検討会の下部組織である『地域医療構想ワーキンググループ』（以下、ワーキング）で、調整会議の進め方に関する整理を行っています。

地域医療構想の達成や実現に向けては、誰かが方針を示すのではなく

地域医療構想の実現に向け、地域で機能分化の議論が始まる

公立病院や公的病院、特定機能病院などの機能の明確化が、まず必要に

2025年における地域の医療提供体制のあり方を明確化した『地域医療構想』が、各都道府県で策定されています。

今後は、策定した地域医療構想をどう実現していくかが重要となります。厚生労働省（以下、厚労省）は、地域医療構想の実現に向けて

「地域医療構想調整会議の進め方」の具体例を示し、地域で活発な議論が進められるよう期待しています。今回は、この点にフォーカスを合わせてみましょう。

地域医療構想の実現に向け2年間程度で集中して検討を

2025年には、いわゆる団塊の世代（1947～1949年生まれ）がすべて後期高齢者となり、医療（特に回復期、慢性期）や介護のニーズが、これから飛躍的に高まると予想されます。このため、現在の急性期中心の医療提供体制では新たなニーズへの十分な対応が難しくなるので、体制の再構築が不可欠です。

具体的には（1）病院、病床の機能分化や連携の強化、（2）地域包

括ケアシステムの構築、の2本を柱とした改革が必要となり、（1）の機能分化や連携の強化を進めるため都道府県は「2025年における▽高度急性期、▽急性期、▽回復期、▽慢性期——の機能ごとの必要病床数」などをまとめた地域医療構想を策定しています。これは、いわば「2025年における医療提供体制像」に該当します。

一方、一般病床、療養病床を持つすべての病院や有床診療所は、「自院の病棟が、▽高度急性期、▽急性期、▽回復期、▽慢性期——のいず

都道府県が医療機関などの関係者と十分に連携し、地域特性を踏まえた方針を協力して構築していくことが必要です。ワーキングの整理は、そのための「道筋」の例を示すものと言えるでしょう。

病院名と機能別病床数を示し機能分化の議論を進める

前述したように、骨太方針2017では、地域医療構想の達成や実現に向けて「個別病院名や機能転換する病床数などの具体的な対応方針」（以下、対応方針）を地域ごとに策定することとされています。

そして厚労省は、この対応方針の中に、2025年における役割・医療機能ごとの病床数について「合意」を得た全医療機関の、▽2025年を見据えた役割、▽2025年における機能ごとの病床数——を包含するよう求めています。これは、個別医療機関の名称と機能ごとの病床数を記載した「地域医療提供体制マップ」に相当するものです。都道府県は「毎年度」、この対応方針を策定していきます（【資料2】）。

当初は「どの病院が高度急性期、急性期医療を担うのか」などで意見がそろわず、議論の難航も予想されるため、記載される「個別医療機関の名称と病床数」は少ないと考えられますが、徐々に議論が進み、最終的には、「地域の全医療機関の役割（各病棟が、▽高度急性期、▽急性期、▽回復期、▽慢性期——のいずれを担うのか）と、機能ごとの病床数」の明示が求められるでしょう。

地域の医療機関の合意を得て機能分化を進めるべき

このような対応方針を策定する前

【資料1】経済財政運営と改革の基本方針2017(抜粋)

3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の整合的な策定等

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的な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。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と整合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

地域医療構想における2025年(平成37年)の介護施設、在宅医療等の追加的必要量(30万人程度)を踏まえ、都道府県、市町村が協議し整合的な整備目標・見込み量を立てる上での推計の考え方を本年夏までに示す。

〔経済財政運営と改革の基本方針2017(2017年6月9日閣議決定)〕より抜粋

出典：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2017について」(http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2017/2017_basispolicies_ja.pdf)

提として必要なのは「医療機関の合意」です。たとえば、仮に調整会議で大多数の意見がまとまったからといって、民間の病院に「貴院の病床構成は高度急性期が▲▲床、急性期が●●床と決まりましたので、機能分化をいついつまでに完了してください」などと指示はできません（日本国憲法第22条から導かれる「営業の自由」に抵触する）。また、公立病院であれば都道府県知事の権限をもってこうした指示が一定程度可能ですが、果たして合意にもとづかない機能分化に実効性はあるのでしょうか。各医療機関が質の高い医療を提供するには、職員の高いモチベーションの持続が必要条件であり、そのためには納得し、合意したうえでの機能分化が必須でしょう。

このため調整会議では「地域の医療ニーズ」や「各医療機関の診療実績」などのデータにもとづき、「A病院は、病床機能報告では急性期と報告しているが、診療実績を地域その他病院とくらべると急性期機能を十分に担えていないのではないか。回復期や慢性期への機能転換を考慮すべきではないか」といった議論の展開が期待されます。

公立病院でしか果たせない機能を地域ごとに明確化

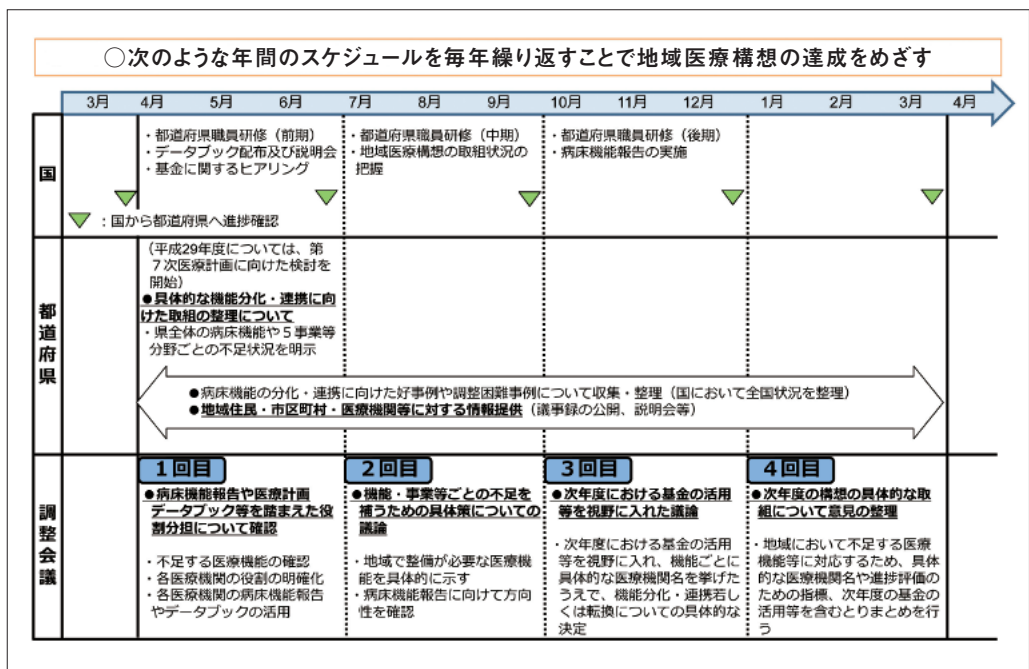
ただ、こうした「地域の個別医療機関の機能」を一時に議論はできません。特に、医療機関数の多い都市部では不可能と言えるでしょう。

そこで厚労省は、①公立病院、②公的病院等、③その他の医療機関の順で、機能分化に向けた議論を段階的に進めるよう提案するにいたりました。

公立病院や公的病院などには、救急対応や周産期医療など、いわゆる政策医療の提供が求められており、地域によっては「基幹的な役割」を担うケースも多いことから、まず公立病院や公的病院などの機能を明確にすれば、効率的な議論につながると考えられるからです。

①の公立病院には、『新公立病院改革プラン』（以下、新改革プラン）の策定が義務づけられることとなりました（2017年3月末時点で、800病院〈92.7%〉で新改革プランの策定が完了）。もっぱら経営改善を主眼に置くプランですが、所管官庁である総務省は「地域医療構想との整合性」を図るよう指示しています。こ

【資料2】地域医療構想調整会議の進め方(サイクル)イメージ



出典：厚労省医政局第9回地域医療構想に関するWG(2017年11月20日)資料1-1(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000185392.pdf>)

公的病院等では機能が必ずしも明確になっていない」と指摘し、調整会議で「機能や役割の明確化」を図るよう要請しています。

ところで、公立病院や公的病院等では、補助金などの財政補てんや税制上の優遇がなされています。こうした点にかんがみて、ワーキングでは、▽病床稼働率、▽紹介・逆紹介率、▽救急対応状況、▽医師数、▽経営に関する情報、▽地域医療介護総合確保基金を含めた各種補助金の活用状況——などを調整会

議で共有したうえで、個別の新改革プラン、2025プランを確認するよう強く要望しています。

そのため調整会議では、個別病院の新改革プランを踏まえた対応方針(こういった機能を持ち、各機能の病床数をどの程度にするのか)の協議が求められます(仮に新改革プランが地域医療構想と整合がとれていない場合には、新改革プランの変更、修正、再策定が必要となる)。

したがって、たとえば「民間病院で提供可能な回復期医療などを、その必要性が低いにもかかわらず公立病院や公的病院等が行う」ことには今後、風当たりが強くなると予想されます。ワーキングの中川俊男構成員(日本医師会副会長)は、「公立病院、公的病院等が7対1看護体制を維持できなくなった結果、一部を地域包括ケア病棟に転換するのは本来の動きではない。病床削減などを検討すべきである」とコメントしており、こうした発言が無視できない状況がつけられつつあります。

また、公立病院では、▽山間へき地、離島などでの一般医療提供、▽救急、小児、周産期、災害、精神などの、いわゆる不採算医療提供、▽がん、循環器など、民間では限界のある高度・先進医療提供、▽研修実施などを含む広域的な医師派遣拠点機能——などを行っていますが、厚労省は「地域の状況を踏まえてもなお、公立病院が提供する必要があるのか」の確認を求めています。

公的病院や特定機能病院には地域での役割の明示を求める

②の公的病院等(日本赤十字社や

済生会などの公的病院、共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構(JCHO)、全国健康保険協会が開設する医療機関、国立病院、労災病院、地域医療支援病院、特定機能病院が含まれる)においては、公立病院と同様に「地域の課題」、「地域における自院の役割」、「病床稼働率などの数値目標」などを記載した『公的医療機関等2025プラン』(以下、2025プラン)の策定が義務づけられました。

救急医療などを担う医療機関では2017年9月までに、そうでない医療機関では2017年12月までに策定していなければなりません。厚労省の調べでは、2017年10月末時点で、▽日本赤十字社:20施設、▽済生会:63施設、▽国立病院機構:91施設——などで2025プランの策定が完了しています(【資料3】)。

2025プランは、もっぱら地域医療構想の達成や実現をめざすものですが、厚労省は「公立病院にくらべて

2025プランを確認するよう強く要望しています。

もともと、公立病院や公的病院等の役割を全国一律に決めるのは不可能です。医療資源が豊富な都市部の公的病院等であれば、他院との機能分化を進め、高度急性期や急性期への特化もできますが、医療資源の少ない地域に唯一存在するような公立

病院には、高度急性期から回復期、慢性期にいたる総合的な医療提供機能が要求されます。2017年11月20日に開催されたワーキングでは、竹中賢治参考人（全国自治体病院協議会常務理事、福岡市立病院機構理事長兼福岡市民病院長。邊見公雄構成員〈全国自治体病院協議会会長〉の代理出席）がこの点に言及し、「全国一律ではなく、地域ごとに役割や機能を勘案していく」ように強く主張しました。他の構成員もこの意見に賛同しています。

民間病院などでも 自院の等身大の姿の把握を

①の公立病院、②の公的病院等の地域における役割や機能が明確にされたあとに（あるいは並行して）始まるのが、③のその他の医療機関の役割に関する議論です。

その他の医療機関の役割を考えるにおいて、もっとも重要なのは「自院の等身大の姿」の認識です。「当院は循環器が強い」と考えて機能強化を図っても、ベンチマークをして

みると他院に循環器患者が流れている状況が明らかになるかもしれません。ですから、データにもとづいた客観的な自院の等身大の姿の分析が必須なのです。そのようにして地域における自院の役割を明確にし、それを各医療機関が調整会議に持ち寄ることで、機能分化に向けた率直な議論が初めて可能となります。

厚労省は、公立病院、公的病院等だけでなく、その他の医療機関（たとえば社会医療法人など）にも、地域における役割などを明確にした改革プランの策定を期待しています（義務ではない点に留意）。

地域医療構想調整会議で 都道府県は重要な調整役

最後に、ワーキングが示した調整会議における都道府県の具体的な役目を見てみましょう。厚労省は、都道府県に対して単なる進行係ではなく、次のような役割や機能を果たすよう希望しています。

・新改革プランや2025プランなどから、「過剰な機能に転換しようと考

えている」医療機関を把握し、▽調整会議への出席、▽転換の理由説明——を求め、必要があれば「他の機能への転換命令や要請」などを行う

・休眠病棟（すべての病床が稼働していない病棟）を持つ医療機関を把握し、▽稼働していない理由、▽今後の運用見通し——などの説明を求め、病棟維持の必要性が乏しい（診療実績や医療需要動向を踏まえ調整会議で十分に議論する）場合、「病床数削減命令や要請」などを行う

・新たに病床を整備する予定の医療機関を把握して、開設許可を待たずに、▽病床整備計画と必要病床数の関係、▽新設される病床の機能と地域医療構想との関係、▽雇用計画や設備整備計画の妥当性——などの説明を求め、たとえば「過剰な機能への新規病床整備」などがわかれば開設許可への条件付与（不足している機能の病床整備のみ認めるなど）、条件にしたがわない場合は是正勧告などを行う

・個別医療機関ごとに各機能の診療実績を提示する。たとえば、高度急性期であれば、▽幅広い手術の実施状況、▽がん、脳卒中、心筋梗塞などへの治療状況、▽重症患者への対応状況、▽救急医療の実施状況——など、回復期であれば、▽急性期後の支援、在宅復帰への支援の状況、▽疾患に応じたリハビリ、早期からのリハビリの実施状況、▽市町村やケアマネジャーとの連携状況——などを提示する。「明らかに疑義のある報告」（外科病棟で高度急性期と報告しながら、手術を行っていないなど）については、調整会議で妥当性を確認する

【資料3】『公的医療機関等2025プラン』の策定状況

(2017年10月末時点)					
	策定対象	策定完了		策定対象	策定完了
日本赤十字社	92病院	20病院	公立学校共済組合	8病院	5病院
社会福祉法人 恩賜財団済生会	79病院	63病院	健康保険組合及び 健康保険組合連合会	9病院	1病院
厚生農業協同組合 連合会	103病院	39病院	独立行政法人地域 医療機能推進機構	57病院	24病院
社会福祉法人 北海道社会事業協会	7病院	7病院	独立行政法人 国立病院機構	137病院	91病院
国家公務員共済組合 連合会	32病院	23病院	独立行政法人 労働者健康安全機構	23病院	10病院

(注)・本資料は、厚生労働省医政局が各団体に直接確認し作成した
 ・統廃合の予定が決まっており、都道府県との調整の結果、プランを策定しないこととした病院等は、「策定対象」から除外した
 ・本部と調整中のものについては、「策定完了」から除外した
 ・策定期限について、主に政策医療を担う病院は9月末まで、その他の病院は12月末までの策定を求めているところであるが、実際には、各病院と都道府県が調整し、具体的な協議スケジュールに合わせて策定を進めている

出典：厚生労働省医政局第9回地域医療構想に関するWG(2017年11月20日)資料1-1 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Scumuka/0000185392.pdf>)



医療ジャーナリスト
鳥海 和輝