



地域医療構想と地域包括ケア

～2018年度同時改定と医師の働き方改革の視点から～

慶應義塾大学法科大学院・医学部外科

TMI総合法律事務所

参議院議員

古川俊治

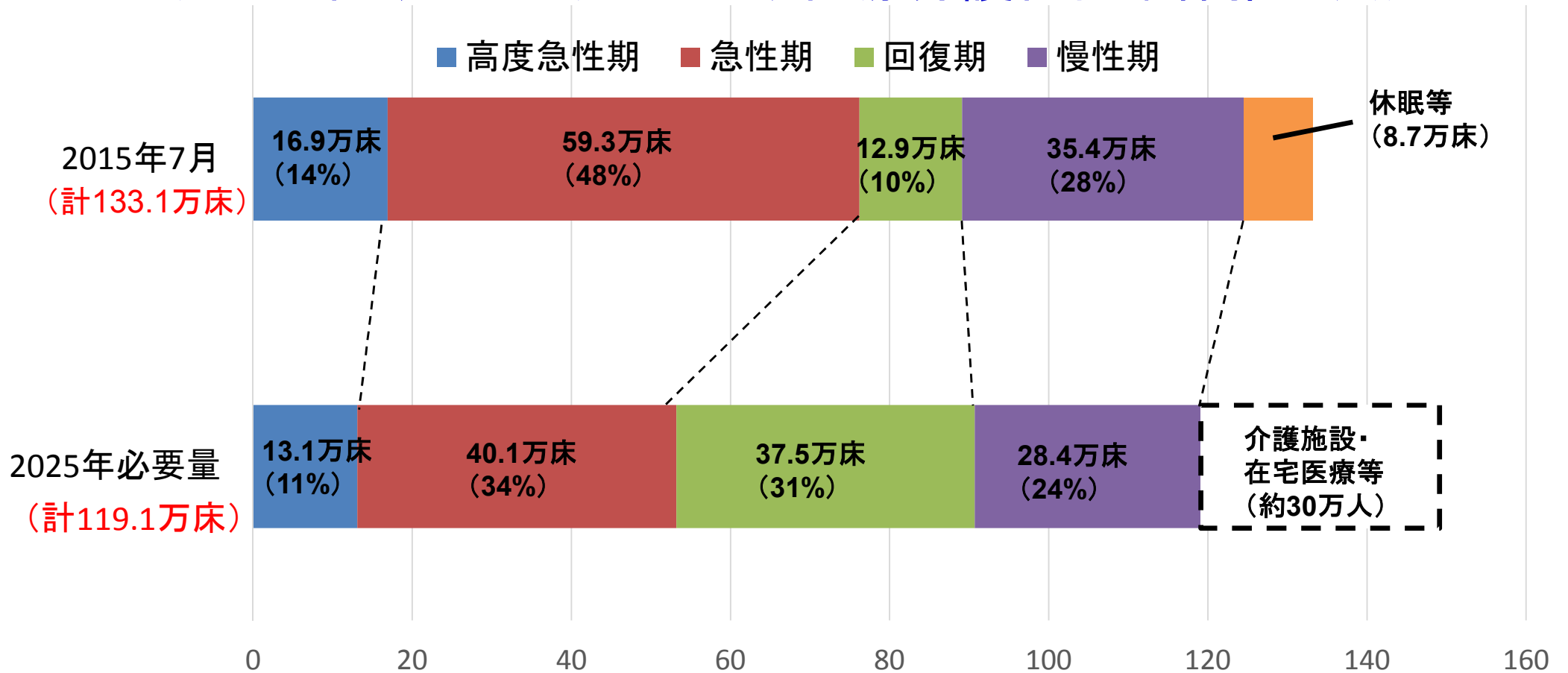
地域医療計画（医療法30条の4）で定められる主要事項

- 5疾患・5事業
- 在宅医療
- 医療連携体制（情報提供推進）
- 地域医療構想（機能分化・連携推進、病床機能報告制度、基準病床数等）
- 医療従事者確保
- 医療安全確保

診療報酬改定 ⇔ 地域医療構想
医師の働き方改革 ⇔ 5疾患・5事業

地域医療構想

(2014年6月18日成立 地域医療介護総合確保推進法)



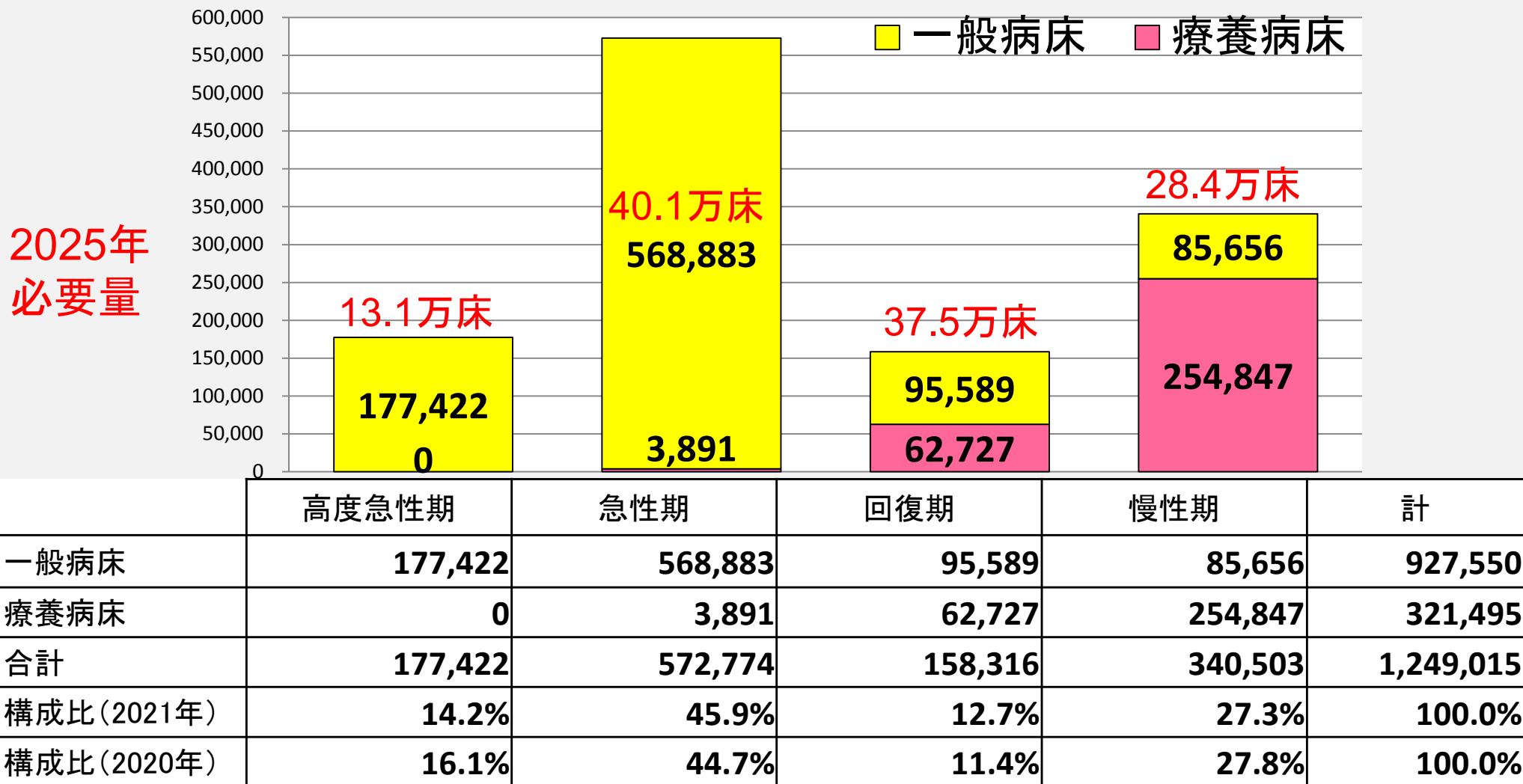
病床機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2025年までの増減	▼ 3.8万床	▼ 19.2万床	△ 24.6万床	▼ 7万床

(概ね、高度急性期・急性期→回復期、慢性期→在宅・介護)

2015年度病床機能報告における機能別病床数の報告状況(速報値)

- 2015(平成27)年7月1日から6年が経過した日(2021(平成33)年7月1日)における予定する病床機能別の病床数を4機能別に集計した。
- 2014年の報告(6年後(2020年))において予定する病床機能の病床別構成比)を合わせて表記する。

《6年が経過した日(2021(平成33)年7月1日時点)における予定する病床機能別の病床数》



(注)集計対象施設のうち、6年が経過した日における病床の機能について未回答の病床が21,668床分あり、上表には含めていない。

地域医療構想に関する誤解

● 医療法上の病床機能と診療報酬上の入院基本料・特定入院料等との関係の混乱

(本来無関係なはずだが、行政実務では関連性が強く意識されている。)

[高度急性期⇔7対1、急性期⇔10対1？

回復期⇔回復期リハビリテーション病棟入院料？]

医療機関が疑心暗鬼になり、自院の素直な機能の報告を躊躇する。

● 医療法施行規則上の病床機能とガイドライン上の推計量の齟齬 必要量推計では、「回復期病床」とは医療資源投入量が低い病床のことであり、必ずしも回復期リハビリテーション治療の病床を意味せず、急性期の軽症疾患治療の病床を含み得る。

「地域完結型」のキャッチフレーズが、「高度急性期・急性期 → 回復期 → 慢性期・在宅等」の患者の転院パターンを意識させる。

「地域医療構想」の基盤となる2つの要請

「今後、医療・介護の実態ニーズ(実需)の増大が、安定成長・低成長基調への移行の中で進むことになるという展望の中で、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、必要な安定財源を確保していくための努力を行いつつも、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続していかねばならない。」(社会保障制度改革国民会議最終報告書23頁)

「改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たなしで断行していかねばならないのである。」(同26頁)

医療費抑制



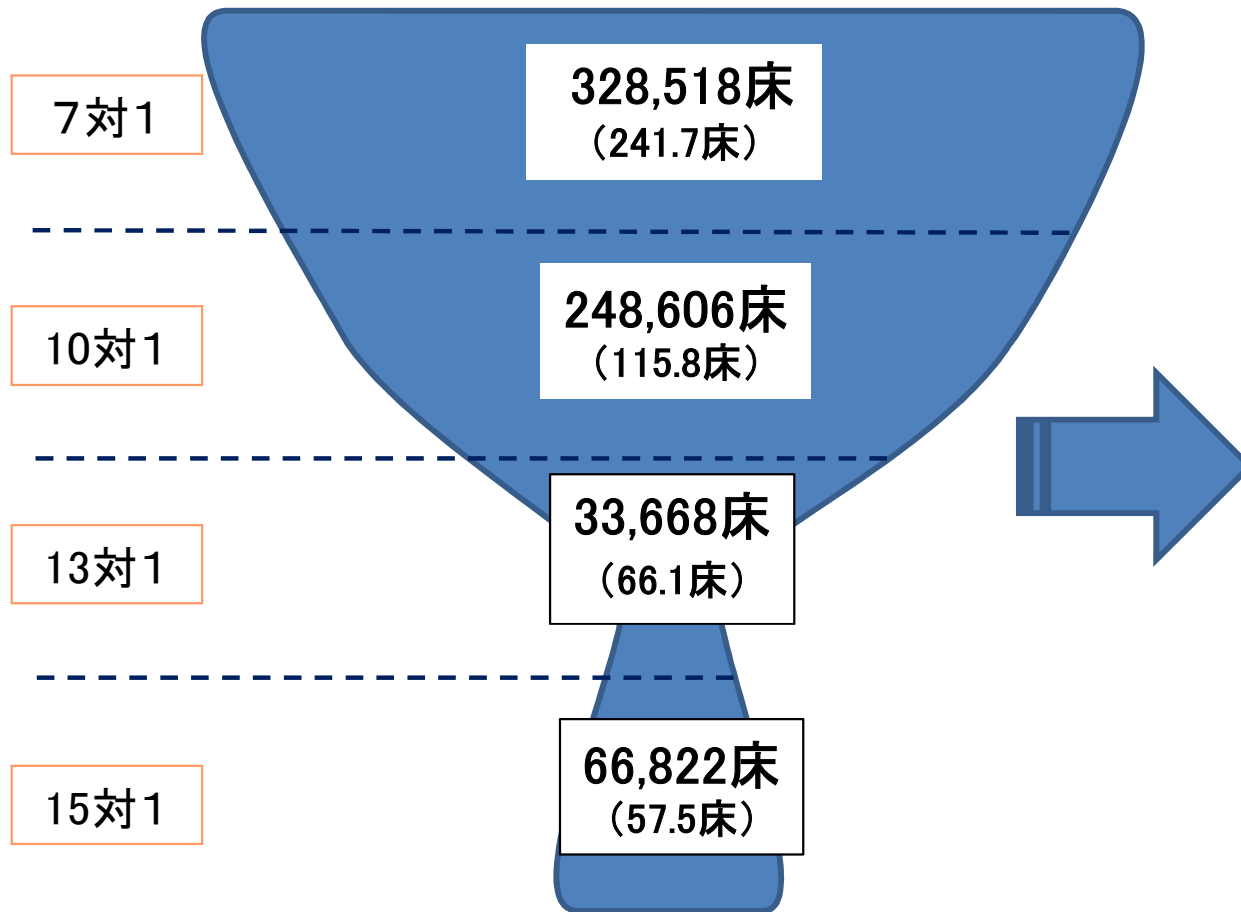
医療ニーズへの対応

地域医療構想のルーツ

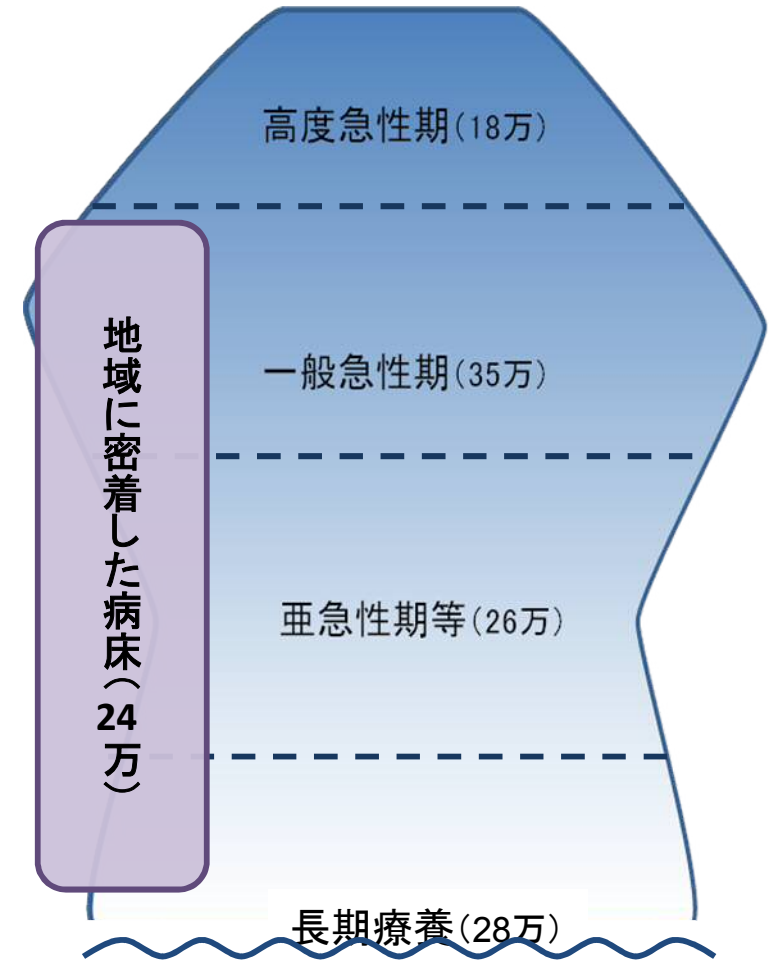
(2011年11月25日 中医協総会資料総-1 p9)

【一般病棟入院基本料】

<2010(H22)年の病床数>



<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

(括弧内は1医療機関あたり平均病床数)

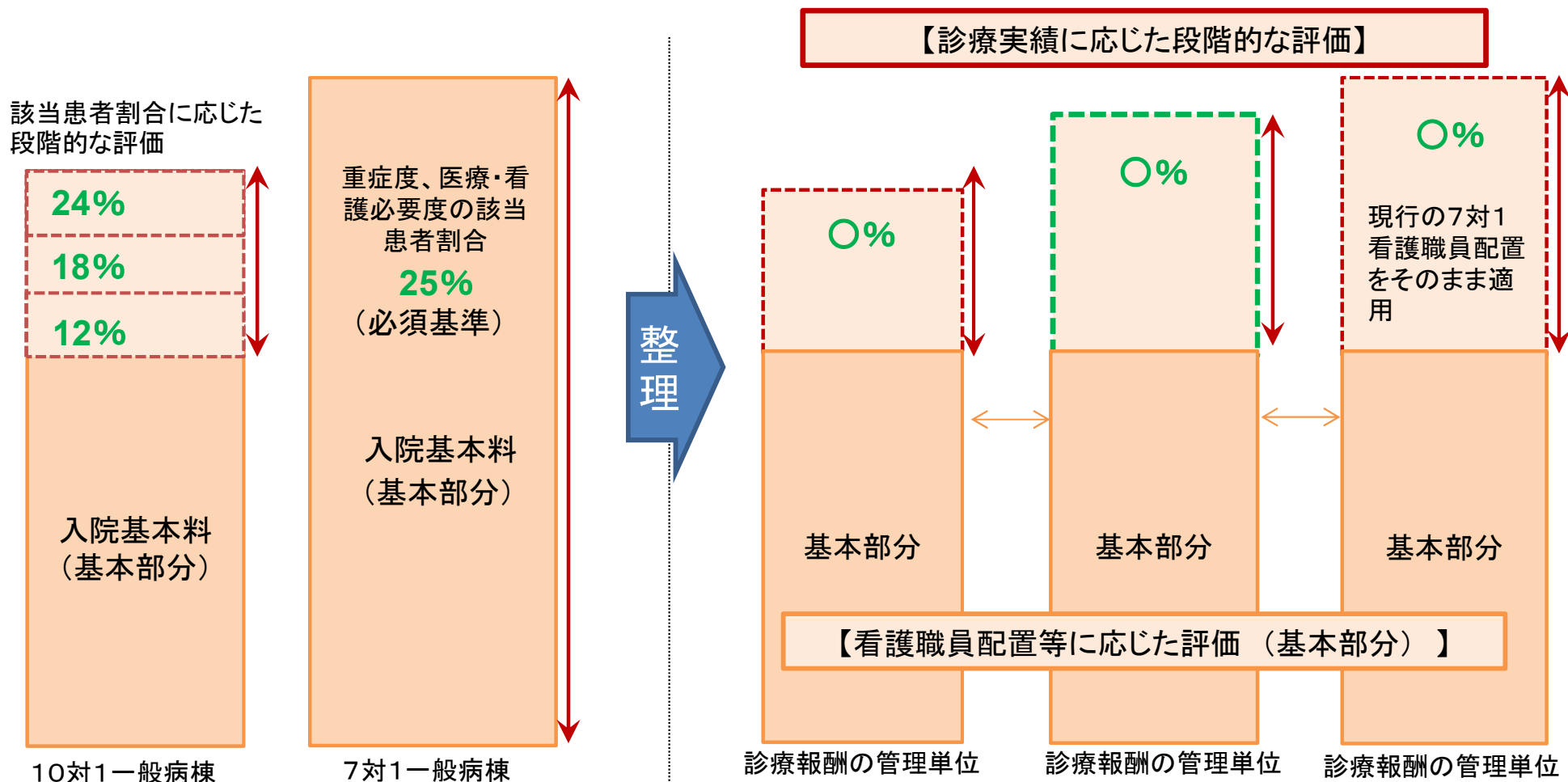
○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価体系(案)

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、7対1一般病棟と10対1一般病棟の現行の評価を参考にしつつ、急性期の入院医療の評価体系について、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。

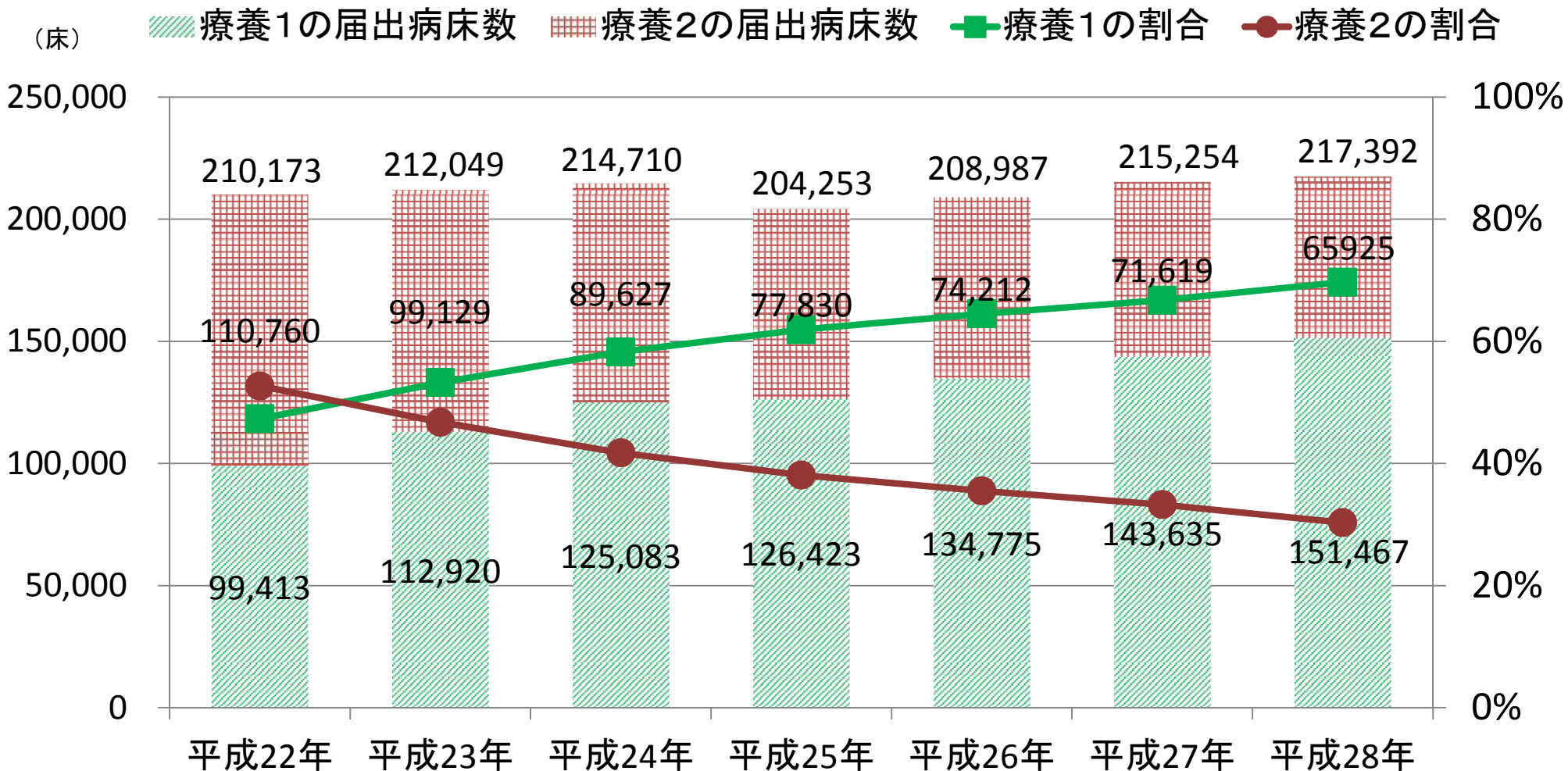
なお、実績に応じた評価の最も高い部分には、現行の7対1一般病棟との整合性に配慮し、7対1看護職員の配置基準をそのまま適用してはどうか。

- また、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。



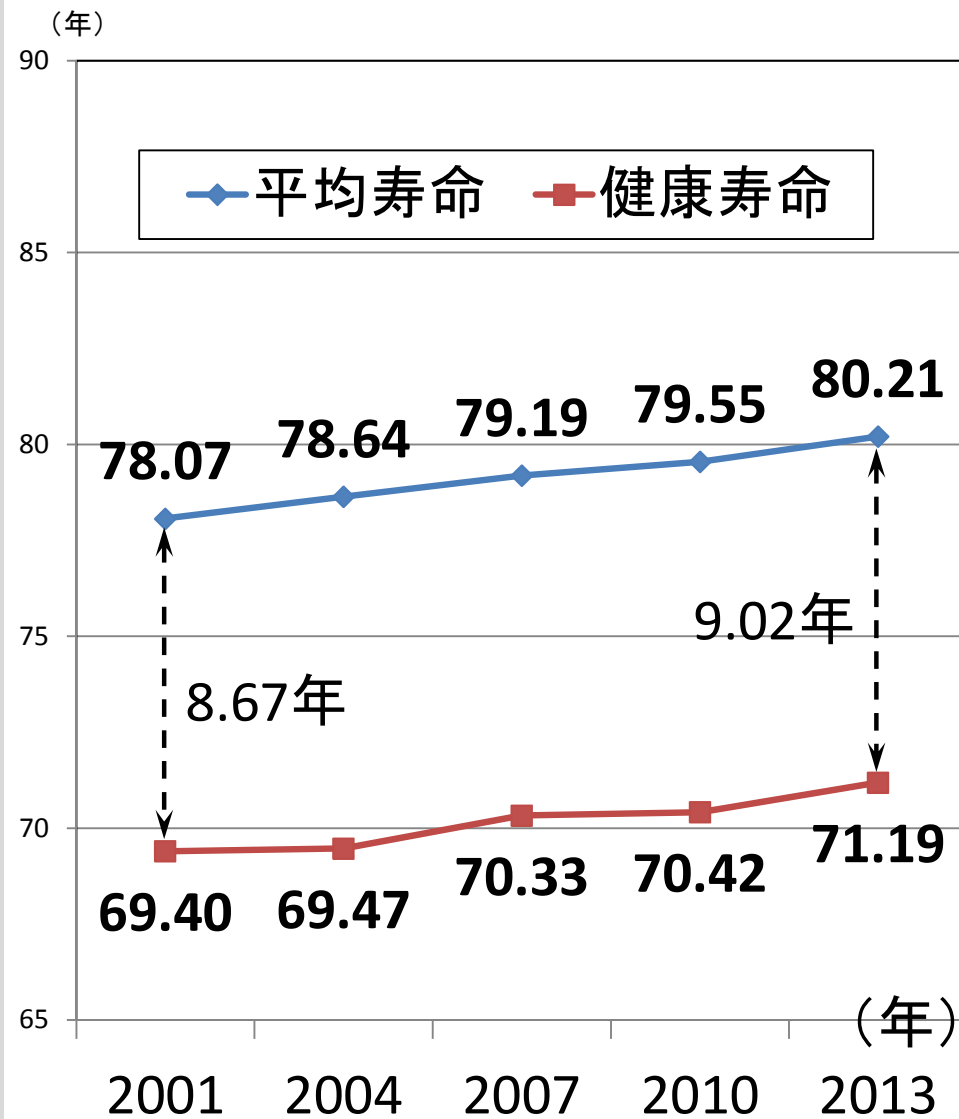
療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

- 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
- 療養1の病床数は増加傾向。

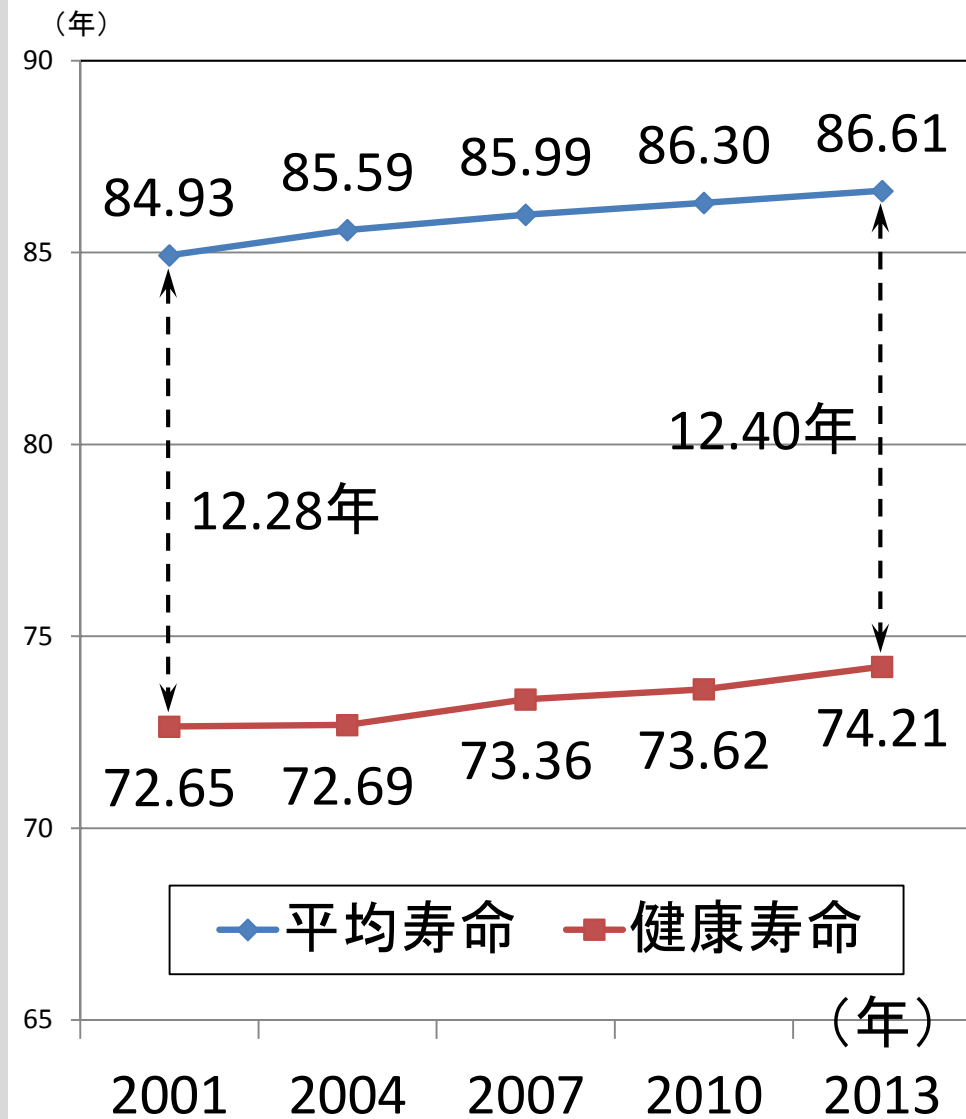


平均寿命と健康寿命の推移

【男性】



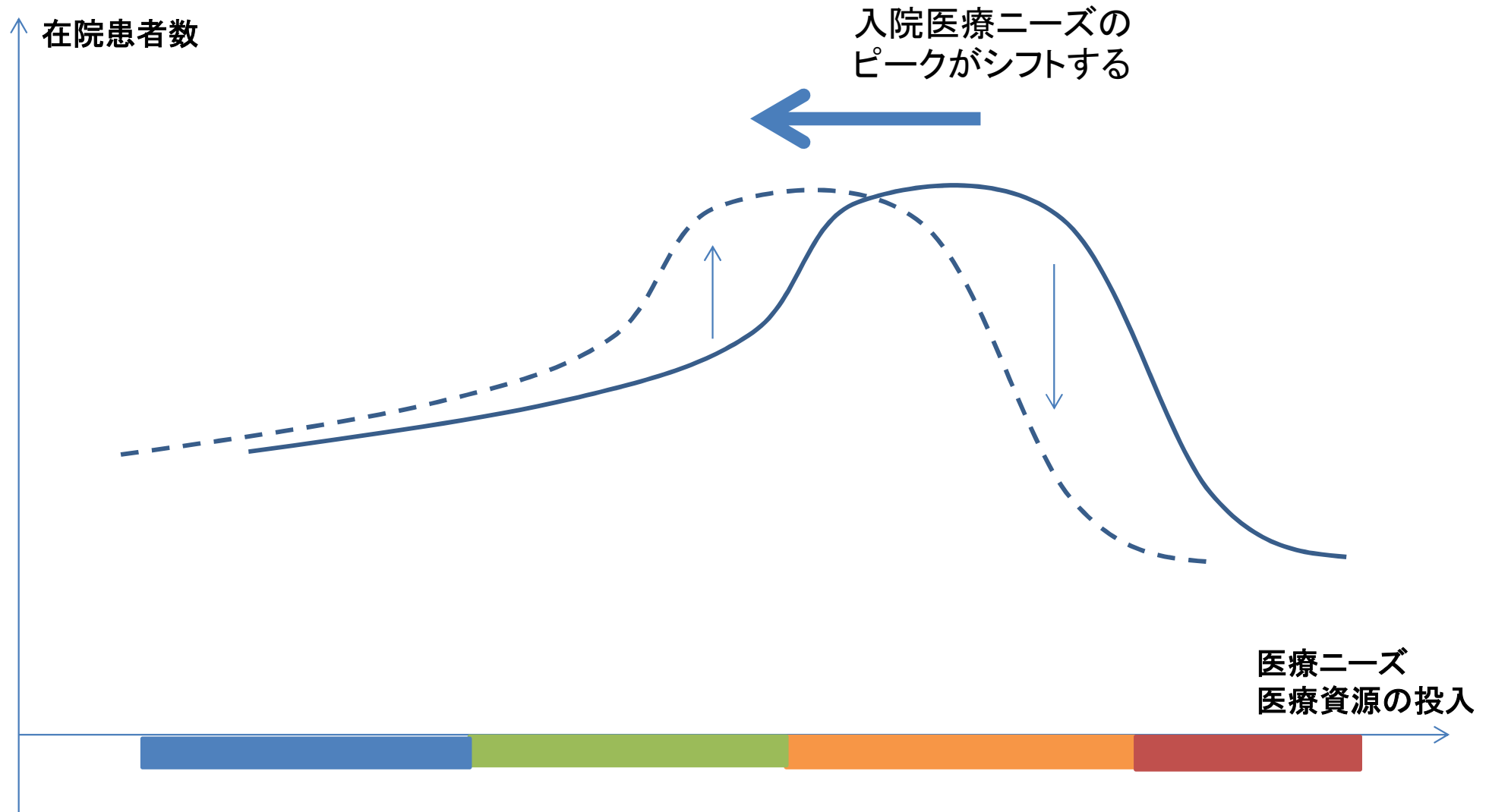
【女性】



資料：平均寿命：2001、2004、2007年、2013年は、厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表」、2010年は、厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「完全生命表」
 健康寿命：2001～2010年は、厚生労働科学研究補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、2013年は、「厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料」(2014年10月)

入院医療ニーズの将来予測③ ～変化のイメージ～

- 予防医療の普及や高齢化の進展などで、将来の入院患者の疾患構成と年齢構成は大きく変化すると考えられる。
- このため、入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズは減少し、中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増加すると考えられる。



地域医療構想における 2025年の医療需要の推計方法

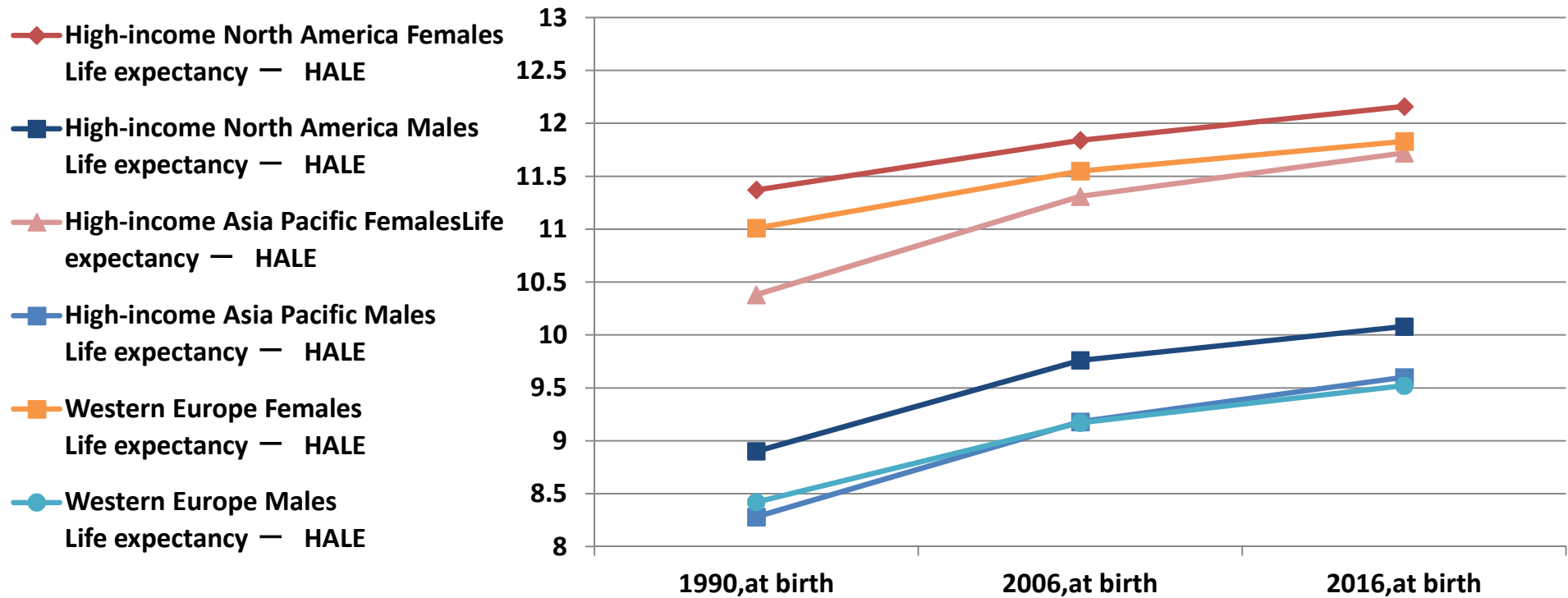
構想区域の2025年の医療需要

= [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口]を総和したもの

「このうち、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ12及びDPCデータ13に基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数(人)を365(日)で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率とする。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計することとする。」

2025年以降も平均寿命は延び続けるため、更に医療資源投入の少ない病床の方向へ不断の見直しを行っていく必要

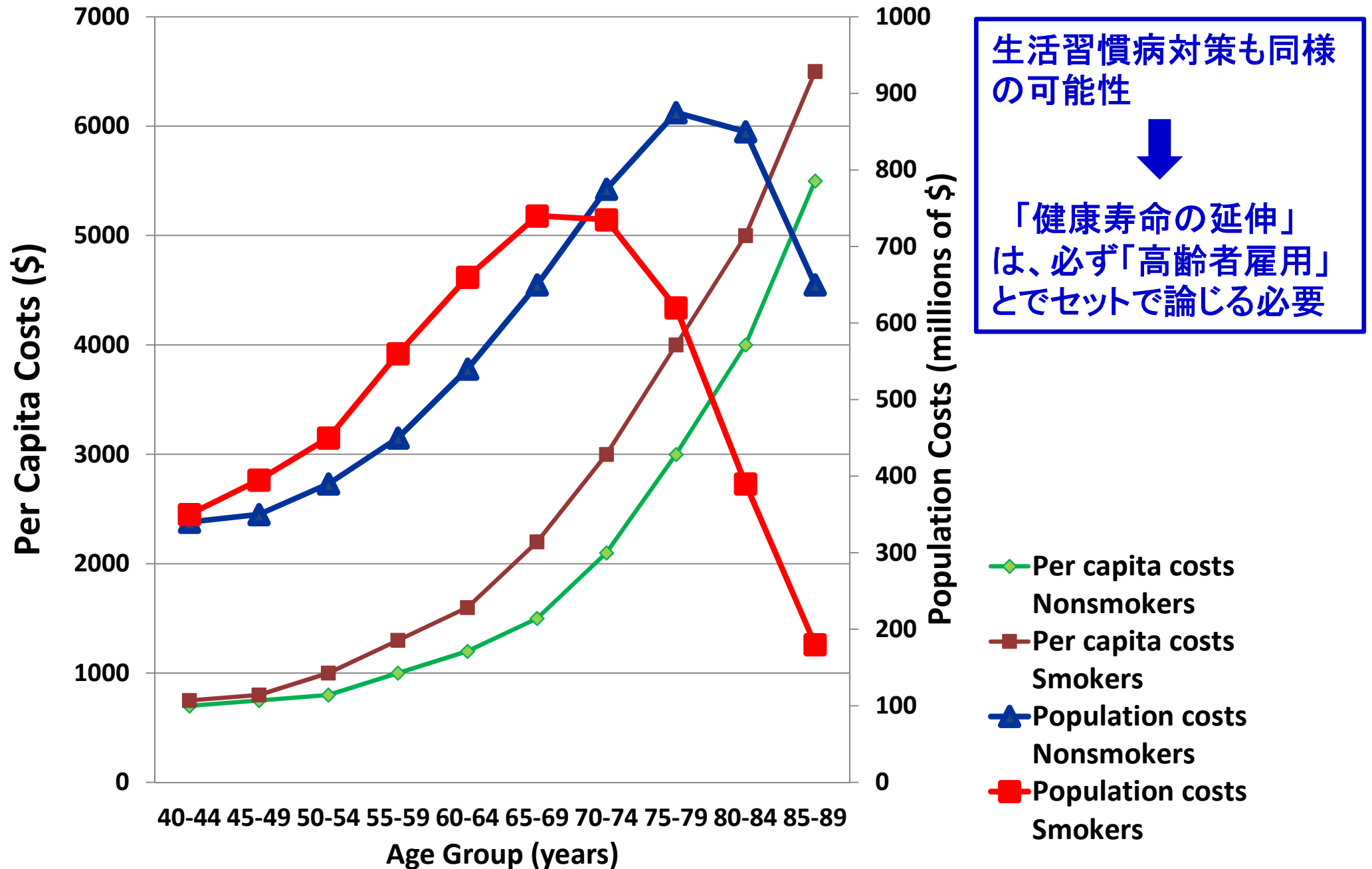
世界の寿命と健康寿命の差



			1990,at birth	2006,at birth	2016,at birth
			High-income North America	Females	Life expectancy
		HALE	67.67	68.83	69.34
	Males	Life expectancy	72.15	75.63	76.79
		HALE	63.25	65.87	66.71
High-income Asia Pacific	Females	Life expectancy	80.68	84.95	86.42
		HALE	70.3	73.64	74.7
	Males	Life expectancy	74.1	78.06	80.07
		HALE	65.82	68.88	70.47
Western Europe	Females	Life expectancy	79.5	82.79	84.1
		HALE	68.49	71.24	72.27
	Males	Life expectancy	72.94	77.24	79.21
		HALE	64.52	68.07	69.69

The Health Care Costs of Smoking (Barendregt JJ et al, NEJM 1997; 337: 1052-7)

禁煙政策を進めると、総医療費は、最初の15年程度は医療費は減るが、それ以降は増加する。

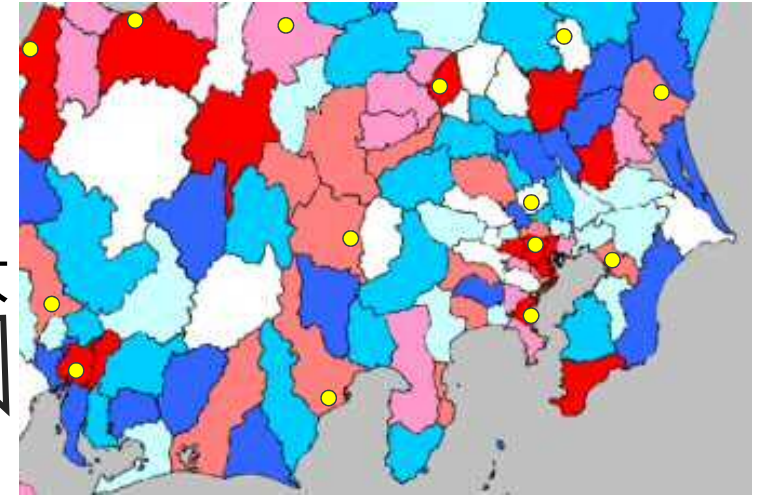
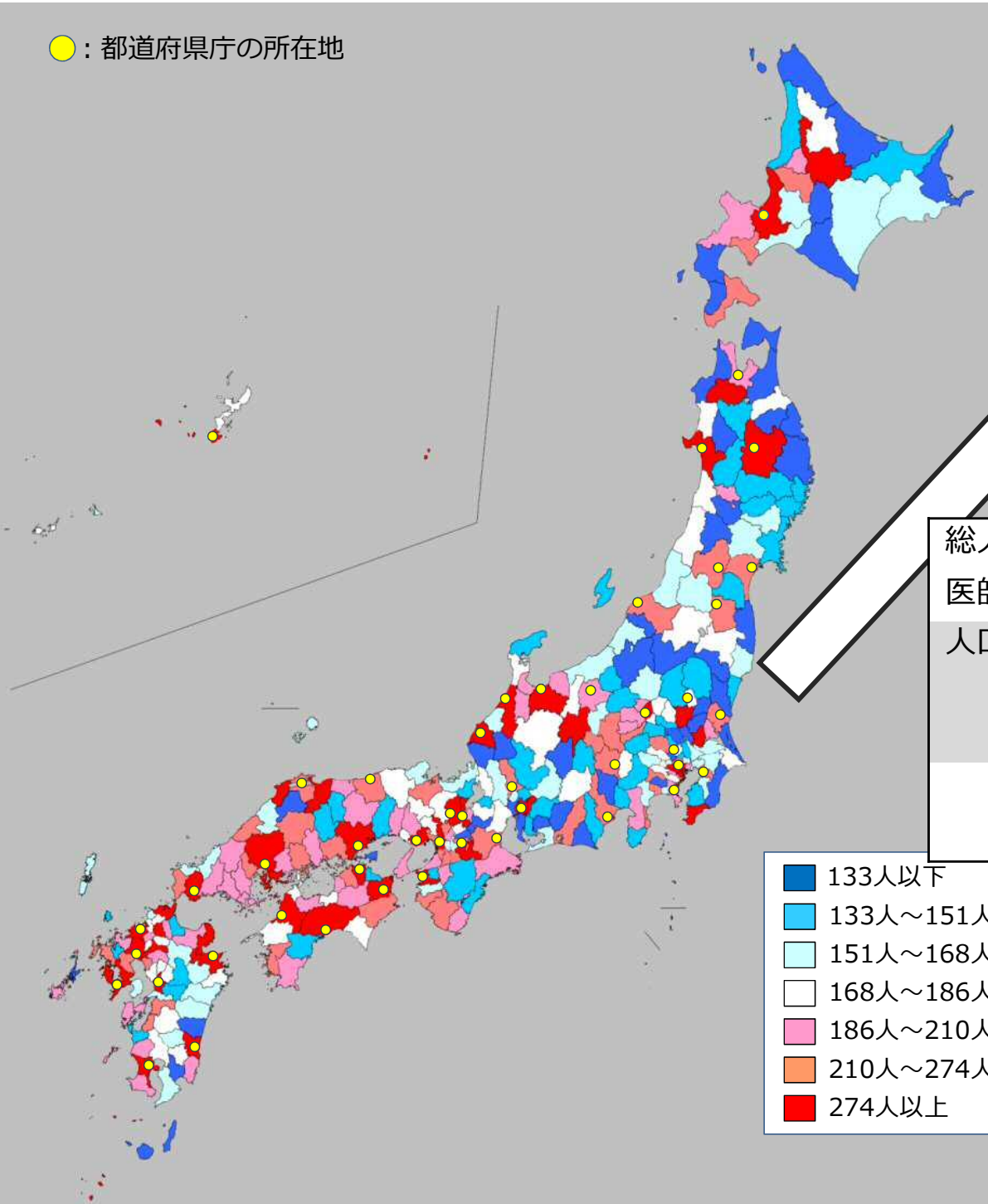


2018年度の医政の大テーマ：医師の働き方改革

- 労働時間のとらえ方
自己研鑽・研究、アルバイト
 - 応召義務の在り方
医師法上の義務を勤務医だけ緩和することの適切性
 - 主治医制・担当医制の功罪
 - 女性医師支援
 - 地域医療体制の確保
地域偏在・都道府県内格差
＝医師養成制度（専門医制度）との関連性
医師集約の必要性vs地域・住民の理解
- 解の無い多元連立方程式**
- 大幅な改変は地域医療にとって危険？
 - 2年で検討、その後5年で適用 → 2025年には既に新たな事態
⇒ 議論しているうちに医師過剰？

二次医療圏ごとの人口10万対医師数(平成26年)

● : 都道府県庁の所在地



拡大

総人口 (全国)	128,226,483人
医師数 (全国)	296,845人
人口10万対医師数 (全国)	(中央値) 176.8人
	(平均) 231.5人

(平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査)

- 133人以下
- 133人～151人以下
- 151人～168人以下
- 168人～186人以下
- 186人～210人以下
- 210人～274人以下
- 274人以上

数

医師の働き方改革と地域医療

- 専門医制度＝高い技術を持つ医師を育成することが目的
地域の医師不足：過疎化の必然的結果の1つ
専門医制度に地域医療維持・充足の役割を求めること自体が不合理

- 公立病院・公的病院等の特徴（平成29年10月26日経済財政諮問会議厚労大臣説明資料）

- ① 7対1病床の約5割強
- ② 地域によっては政策医療の拠点
- ③ 病床利用率は約7割（他は約8割）
- ④ 知事は構想推進のために指示・命令が可能（民間には要請・勧告）

医療は、病院ではなく医師

勤務医は、教授や先輩医師の指示には従うが、知事の指示に従う理由が無い。

→ 公立病院・公的病院の集約化、機能分担
臨床研修制度の廃止を含む抜本的見直し

地域医療構想と地域包括ケア～政治の視点から

●地域医療構想を医療費抑制の帳尻合わせに用いない。

→ より効率的・効果的な医療資源活用の結果としての医療費効率化

「日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。…だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、…政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準7対1を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている…。政策当局は、…病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要であろう。」(社会保障制度改革国民会議最終報告書24頁)

●2030年、2040年を見据えた社会保障制度の総合的な改革

●医師の働き方改革:「2年で検討、その後5年で適用」の無意味。
医師過剰へ向けて準備が必要

●相変わらず、効率良く儲けているところを叩く改定。

「生産性革命」を打ち出しているが、経営効率を上げたセクターが制裁を受ける改定でいいのか?(規模の経済を否定?)