

地域医療対策委員会 報告書

「地域医療構想に基づく将来の医療提供体制に向けて」

平成30年3月

日 本 医 師 会
地域医療対策委員会

平成30年3月

日本医師会長
横倉 義武 殿

地域医療対策委員会
委員長 田畑陽一郎

平成28・29年度地域医療対策委員会報告書

「地域医療構想に基づく将来の医療提供体制に向けて」

本委員会は、平成28年11月4日に開催された第1回委員会において、貴職より「地域医療構想に基づく将来の医療提供体制に向けて」を検討するよう諮問を受け、7回にわたり議論を重ねてまいりました。

ここに、本委員会の報告書を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

地域医療対策委員会

委員長	田畑陽一郎	(千葉県医師会会長)
副委員長	中目千之	(山形県医師会副会長)
〃	松井道宣	(京都府医師会会長)
委員	安藤高夫	(全日本病院協会副会長)
		(平成28年9月27日より平成29年12月26日まで就任)
〃	小林利彦	(静岡県医師会理事)
〃	笹本洋一	(北海道医師会常任理事)
〃	高橋泰	(国際医療福祉大学大学院教授)
〃	長坂資男	(群馬県医師会理事)
〃	中村康一	(三重県医師会常任理事)
〃	二宮保典	(岐阜県医師会常務理事)
〃	弘山直滋	(山口県医師会常任理事)
〃	戸次鎮史	(福岡県医師会常任理事)
〃	牧角寛郎	(鹿児島県医師会常任理事)
〃	美原盤	(全日本病院協会副会長)
		(平成29年12月26日より就任)
〃	守山正胤	(大分大学医学部長)
〃	渡辺象	(東京都医師会理事)

目次

はじめに.....	1
1. 地域医療構想の課題	2
(1) 地域医療構想調整会議.....	2
(2) 地域医療構想は病床削減のための制度でないこと	4
(3) 病床機能報告の結果と病床の必要量は単純には比較できないこと	4
①病床機能報告制度について	4
②病床機能報告の結果と病床の必要量の比較について	7
2. 在宅医療等について	9
(1) 在宅医療等についての国の推計方法.....	9
(2) 在宅医療等に関する国の推計の妥当性についての検証.....	11
①サービス必要量についての考え方	11
②サービス必要量の妥当性についての検証	11
③在宅医療の供給量を把握するための取り組み	13
(3) 在宅医療に関して地域医療構想調整会議で検討すべき課題について	14
①在宅医療の需要と供給の把握	14
②在宅医療について考える都道府県、市区町村のメンバーの選考	14
③離島山間部等、在宅患者が点在する地域への対応.....	14
④医師の確保とサポートする医療従事者の確保	15
⑤その他	15
(4) 在宅医療に対する地域の取り組み.....	16
3. 地域医療構想調整会議の求められる役割について	17
(1) 調整会議の進め方のサイクル.....	17
(2) 医療機能の役割分担について.....	17
①新公立病院改革ガイドラインと新公立病院改革プランについて	17
②公的医療機関等 2025 プランについて.....	18
(3) 「回復期機能」について.....	19
(4) 地域への新規参入等について.....	20
①既存病床数が基準病床数を下回り、将来の病床の必要量が既存病床数を下回る地域について.....	20
②非稼働病床の再稼働の場合について.....	21
③新たな医療機関の開設や増床の許可申請について	21
④開設者の変更について	22
4. 地域医療構想に影響を与える施策.....	23
(1) 医療従事者の確保.....	23
(2) 地域医療連携推進法人.....	23
(3) 地域医療介護総合確保基金	25
(4) 報道機関との関係.....	25

1 はじめに

2 地域医療対策委員会は、平成18年度に日本医師会常設の会内委員会として設置
3 され、これまで、医療法の改正、医師確保対策、在宅医療、地域医療構想、医療計
4 画等、地域医療提供体制の確固たる構築のため、喫緊の課題や長期的に取り組むべ
5 き課題について検討が行われてきた。

6 今期は、「地域医療構想に基づく将来の医療提供体制に向けて」について会長諮問
7 を受け2年間検討を重ね報告書として纏めたので、以下に概略を記す。

8 本報告書は、1. 地域医療構想の課題、2. 在宅医療等について、3. 地域医療
9 構想調整会議の求められる役割について、4. 地域医療構想に影響を与える施策の
10 4つの大枠で構成している。

11 1. 地域医療構想の課題では、地域医療構想調整会議、地域医療構想は病床削減
12 のための制度ではないこと、病床機能報告の結果と病床の必要量は単純には比較で
13 きないことについて検討した。

14 2. 在宅医療等については、在宅医療等についての国の推計方法、在宅医療等
15 に関する国の推計の妥当性についての検証、在宅医療に関して地域医療構想調整会
16 議で検討すべき課題について、在宅医療に対する地域の取り組みについて検討し
17 た。

18 3. 地域医療構想調整会議の求められる役割については、調整会議の進め方の
19 サイクル、医療機能の役割分担について、回復期機能について、地域への新規参入
20 等について検討した。

21 4. 地域医療構想に影響を与える施策では、医療従事者の確保、地域医療連携推
22 進法人、地域医療介護総合確保基金、報道機関との関係について検討した。

23 本報告書では、可能な限り地域の具体的な事例を示し、地域の実情を踏まえ議論
24 を行ってきた。地域医療構想は既に策定が完了し運用する段階にある。中でも、地
25 域医療構想調整会議は郡市医師会の役割が非常に重要であり、それを支援する立場
26 にある都道府県医師会、そして日本医師会の連携が必要不可欠である。

27 本報告書が、日本医師会の医療政策へ貢献し、地域の医療ニーズに対応した過不
28 足のない医療提供体制の構築に寄与すれば幸いである。

29
30
31

1. 地域医療構想の課題

(1) 地域医療構想調整会議

前期の本委員会では、諮問「地域医療構想（ビジョン）・第7次医療計画に向けての医師会の役割について」を受け、①地域医療構想策定に関する各地域の具体的な対応事例、②地域医療構想に病床の必要量は「参考値」であることを軸に答申を行い、地域医療構想に対する正しい理解に資するよう努めた。

地域医療構想は、平成28年度にすべての都道府県での策定が完了した。今後は、地域医療構想調整会議（以下、調整会議と呼ぶ）において個々の課題について検討することになる。

厚生労働省は、平成29年1月より医療計画の見直し等に関する検討会において、調整会議における議論の進め方等を議題とした。詳細は第3章に記載するが、構想区域ごとに自主的に将来の医療提供体制を構築していくことが基本原則であることは論を俟たない。

調整会議では、会長が議長を務めるなど、郡市区医師会の役割は非常に重要である。

他方、多くの調整会議は、その主催者・事務局が都道府県本庁や保健所が担当していると思われる。その場合、行政側と郡市区医師会との間には情報の格差があるため、特に都道府県本庁が資料を用意し、これに基づく方向性を示した際には、有効な反論を行うことが難しいこともある。

そのため、地域医療構想の策定で主要な役割を果たし、郡市区医師会を支援する立場にある都道府県医師会には、都道府県本庁との連携・折衝や地域への適切な情報提供の要請等が一層求められる。

さらに、前期本委員会より提言した『病床の必要量（必要病床数）』はあくまで参考値であること、及び『地域医療構想における病床の必要量（必要病床数）』と、病床機能報告における機能区分ごとの病床数は単純に比較できないことを、改めて確認していくことが必要である。

その上で、問題がある場合には、地域医療構想は病床の必要量を参照しつつ、自主的に地域で不足している病床の機能を充足する仕組みであり、機械的に病床の転換や削減を強制する仕組みではないことを確認する。自らの都道府県にこのような記載がない場合に、他都道府県の地域医療構想との相違を指摘し、都道府県庁等の調整会議の事務局による地域医療構想の理解が画一的にならないよう要請する。

繰り返しになるが、病床の必要量は、あくまで将来の医療提供体制を検討する際

- 1 に参考とする推計値であり、必ずこれに依拠して考えなければならないものではない。
2 い。以下、地域の事例を紹介する。
3

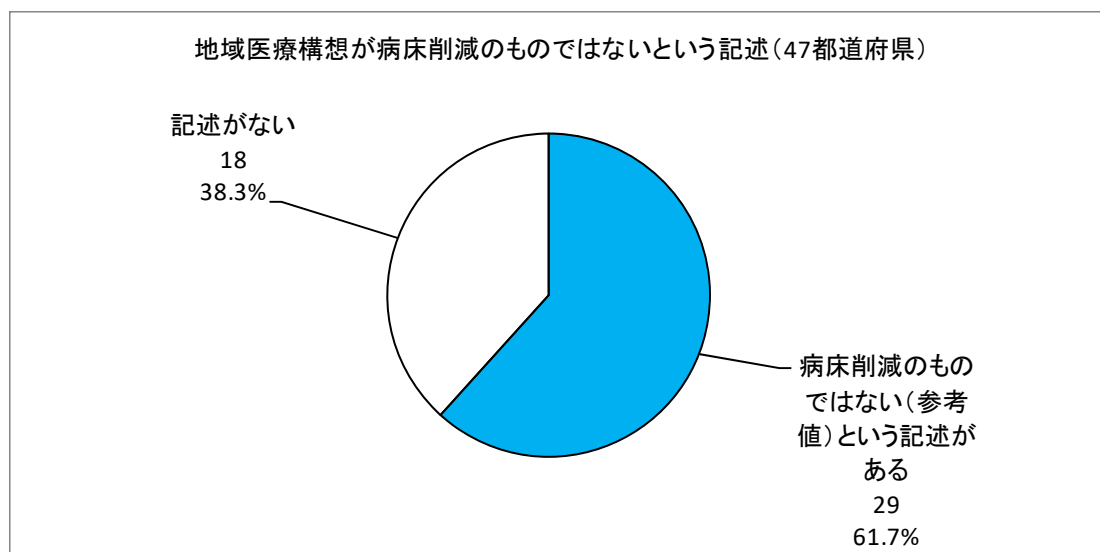
地域の事例

- 「自主的に、地域の実情に応じて病床機能は転換されるべき」ことを強く押し出し「地域医療構想」との表題を外して独自の名称とした。
- 地域医療構想策定の段階から、そもそも国が示した病床の必要量（必要病床数）の推計方法に妥当性があるのかについて、全病院に対するヒアリングと、大学に推計方法として妥当性を検証した。
この検証は、地域医療構想の策定段階だけではなく、策定後においても有効である。療養病床と在宅医療のサービスの推計量が示されたことで、この推計値に基づいて療養病床や在宅医療提供体制を整備に向け、都道府県が動くことがある。推計量についての妥当性を、地域医療介護総合確保基金を活用して検証するという事業を開始することも可能である。また、実際に実施している県がある。
- 地域医療構想の記載から医療需要を外した。特に、医学的に高度急性期と急性期はともに、高度医療を提供するケースがあることを踏まえ簡単に区別することは難しいことを以て「高度急性期と急性期は一緒に考える」こととしている。
- 地域医療構想の策定段階から、実際の地域における医療機関の取り組みの具体例をまとめた。例として「患者の実際に住まいはどのようになっているか」について調査する等の取り組みを掲載している事例がある。このような詳細な地域の実情を把握してから、将来の医療提供体制に向けて検討するべきであるといえる。
- 全地域医療構想区域における在宅医療の実施状況について掲載した。そこでは、約27%の一次医療圏（市町村）で、「在宅医療に関する施設がない」との回答であった。これは、実際に在宅医療を行っていない地域が多いことを示すものではない。都道府県庁、市区町村では把握できる「在宅医療」とは、地域で実際に在宅医療を実施している医療機関ではなく、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所を把握するにとどまっていることを意味する。調整会議に提出される資料の基となる数値をしっかりと見極める必要がある。
- 現在の病床数から将来の病床の必要量が大きく減少する構想区域に対し、「病床の必要量の確保、分化に向けた前提条件」を地域医療構想に書き込み、拙速で安易な病床転換が行われないようにしている。
- 医師を含めた医療従事者の確保について、多くの紙面を割いて「医師確保」「住民の協力」「コンビニ受診をしない」ことを記載している。医療提供体制の確保に際し、医療従事者の確保ができなければ体制整備もできないことを主張することができる。
- 都道府県が保健所単位で全医療機関に聞き取り調査を行い、国のデータに基づく推計量と県独自の推計量の両方を掲載している。また、各構想区域でどちらの数値を採用するのかについて、県庁より「数値は目標値ではなく、あくまで複数ある推定値の中の一つである。各構想区域で判断してほしい」旨回答を引き出した。

1 (2) 地域医療構想は病床削減のための制度でないこと

2 地域医療構想では、「病床の必要量（必要病床数）」を推計する。地域医療構想策
3 定ガイドラインの通り、「地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充
4 足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを
5 次第に促していく」（26 頁）ものである。

6 日医総研の調査によれば、全都道府県の約 6 割で「地域医療構想は病床削減」の
7 ための制度ではない」という具体的な記述があった。



13 (3) 病床機能報告の結果と病床の必要量は単純には比較できないこと

14 ①病床機能報告制度について

15 厚生労働省は、平成 29 年 5 月より、厚生労働省は医療計画の見直し等に関
16 する検討会「地域医療構想に関するワーキンググループ」（以下「WG」）を再
17 開し、病床機能報告において、同じ病床機能を選択した同じ診療科の病棟でも
18 診療実績に差が認められる場合があることを示した。

19

20 まず、病床機能報告における病床機能の選択は、あくまでも各医療機関の自
21 主性に委ねられる。

22 ただし、たとえば、「重症度、医療・看護必要度」としては密度の高い診療が
23 行われているものの、医師・看護職員等の不足に鑑みて、「高度急性期」ではな

1 く、「急性期」機能を選択している病棟がありうる。反対に、全病棟で「高度急
2 性期」を選択している特定機能病院の中には、看護職員の傾斜配置により、必
3 ずしも「重症度、医療・看護必要度」が高くない病棟があるという実態もある。

4 そのため、調整会議で検討する場合は、施設基準など表に現れる情報だけで
5 なく、その医療機関が担っている役割やその実態についても確認していく必要
6 がある。

7
8 また、大学病院や地域の基幹病院等の中には、運営費交付金等の削減を受け、
9 診療拡大路線（病床の増加や手術症例等の集約化など）を取らざるを得ない場
10 合や、公的医療機関が空き病棟を回復期・慢性期機能で利用した結果、地域の
11 民間病院が疲弊していくことが危惧される。

12 地域医療構想の実現は、「病床削減ありきではない」とはいえ、上記のような
13 医療機関の財政上の優遇や本来求められる役割等を考えると、後述の通り、調
14 整会議の中で、それぞれの新公立病院改革プランや公的医療機関等2025プ
15 ランを中心に、該当医療機関の在り方を適切に議論していく必要がある。

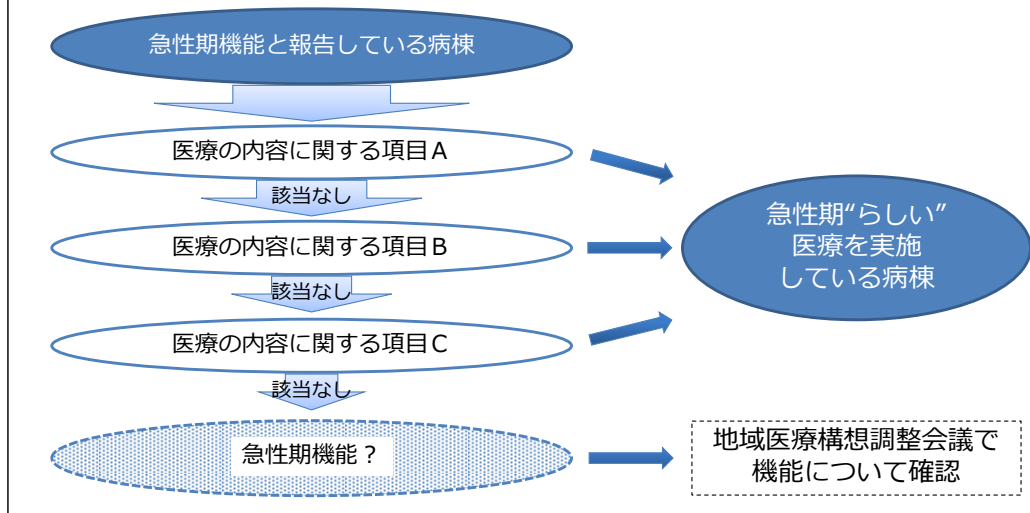
16
17 医療計画の見直し等に関する検討会の地域医療構想に関するWGでは、ある
18 機能を選択した病棟に対し、「その機能らしい」医療の内容に関する項目を複数
19 選択し、それらに全て「該当しない」、すなわち「外れ値」の病棟の機能につ
20 ては、調整会議において確認することとした。

21 調整会議における協議の対象として、「外れ値」の病棟を挙げることは、実態
22 に即した病床の機能区分の報告に近づけるため、一定の理由はあると考えられ
23 る。もっとも、行政が調整会議に提出するデータは、単なる数値のデータでは
24 なく、「疑義の有無」がわかる形でデータを示す必要がある。そのためにも、平
25 時より行政と郡市区医師会がデータのあり方について密に情報共有する必要が
26 ある。

具体的な医療の内容に関する項目の分析方法（案）

- ある機能を選択した病棟に対し、「その機能らしい」医療の内容に関する項目を複数選択し、それらに全て「該当しない」病棟の機能について、地域医療構想調整会議において確認する。

【イメージ】（例：急性期）



1
2
3 　しかし、調整会議において、仮にある医療機関が密度の高い治療行為を行っ
4 ていないため急性期に該当しないと指摘を受けた結果、急性期の区分から押し
5 出され、回復期を選択せざるを得なくなった場合、当該医療機関にとってこの
6 ような選択をすることに大きな抵抗がある場合もある。また、医療機能の変更
7 は、たとえ自院の提供してきた医療に変更はなくとも、若手医師や看護職の意
8 識に影響を及ぼし、離職・雇用の面での影響が出てくる可能性がある。その結
9 果、診療内容自体に変更がなくても、医療機関の経営に影響を及ぼすことも懸
10 念される。調整会議は、これまで地域医療を担ってきた当該医療機関の誇りも
11 尊重する必要がある。

12 　したがって、これらの「外れ値」に該当し、調整会議の議題に上ることがあ
13 っても、機械的に病床機能の転換を要求するのではなく、その医療機関の実態
14 を十分に斟酌して、どのような病床機能に当てはまるのが妥当か検討する必要
15 がある。調整会議では、「転換」という結論ありきの議論を進めるようなことが
16 あってはならない。

17
18 　なお、医療機関側も、調整会議において実態と異なることを指摘されたとし
19 ても、自院経営や地域の医療提供体制との関係を考え、今後もこの病棟は急性
20 期で報告することは可能である。

②病床機能報告の結果と病床の必要量の比較について

病床機能報告は、各医療機関が『病棟単位』で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を自主的に報告するものである。

これに対して、地域医療構想における病床の必要量は、現在の医療需要と、将来の推計人口から、将来の医療需要（患者数）を推計し、病床稼働率で割り戻した『病床数』である。

各医療機関が自主的に定性的に報告する病床機能報告と、一定の仮定の下に推計した参考値である病床の必要量は、性質が異なるものである。

従って、病床の必要量と病床機能報告の機能ごとの病床数は、単純に比較できるものではない。

しかし、第4章（4）でも記載するが、一部報道機関は、全国規模、都道府県規模で、病床の必要量と病床機能報告の結果の数を単純比較して「〇〇県内の病床数 〇〇床削減」との記事を発信する例が見られる。

地域医療構想は構想区域単位で検討するものである。地域の実情を把握するための集計も構想区域単位にとどめるべきである。都道府県単位や全国規模で集計すると、単純な数の比較になり、地域の実情に応じた医療提供体制から離れたものになる。都道府県単位や全国規模で、病床の必要量や病床機能報告数を集計し、比較することには意味がない。

地域医療構想策定ガイドラインにも、病床の必要量と病床機能報告の病床数を単純には比較できないと記載されている。

平成 29 年度の病床機能報告制度においても、記入要綱には、下記の記載が追加された。

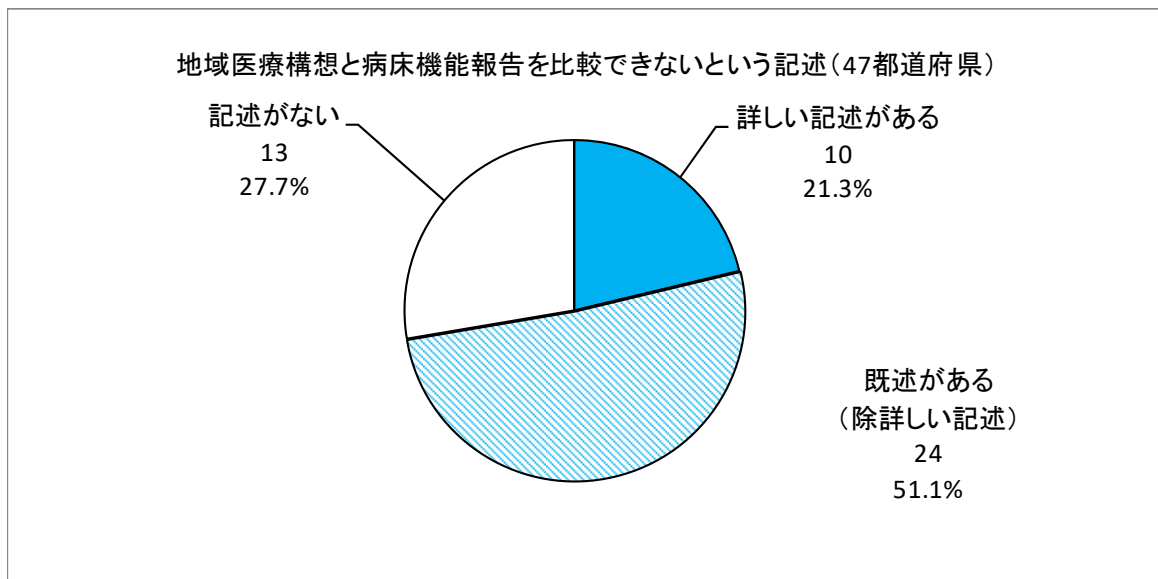
- 「地域医療構想における病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないこと」
- 「今回の病床機能報告において、いずれの医療機能を選択した場合であっても、診療報酬の入院料等の選択に影響を与えるものではないこと」
- 「『介護保険施設等へ移行予定』を選択した場合における6年後の移行予定先にて、今回の報告をもって、今後の移行先が限定されるものではないこと」

なお、各地の地域医療構想において、病床の必要量と病床機能報告制度による病床数は単純に比較できない趣旨の記述は、都道府県の約 73%でその旨の記

1
2
3

載があり、27%では触れられていない。

このことを、広く医療関係者、地域住民の方々へ周知していく必要がある。



4
5
6
7

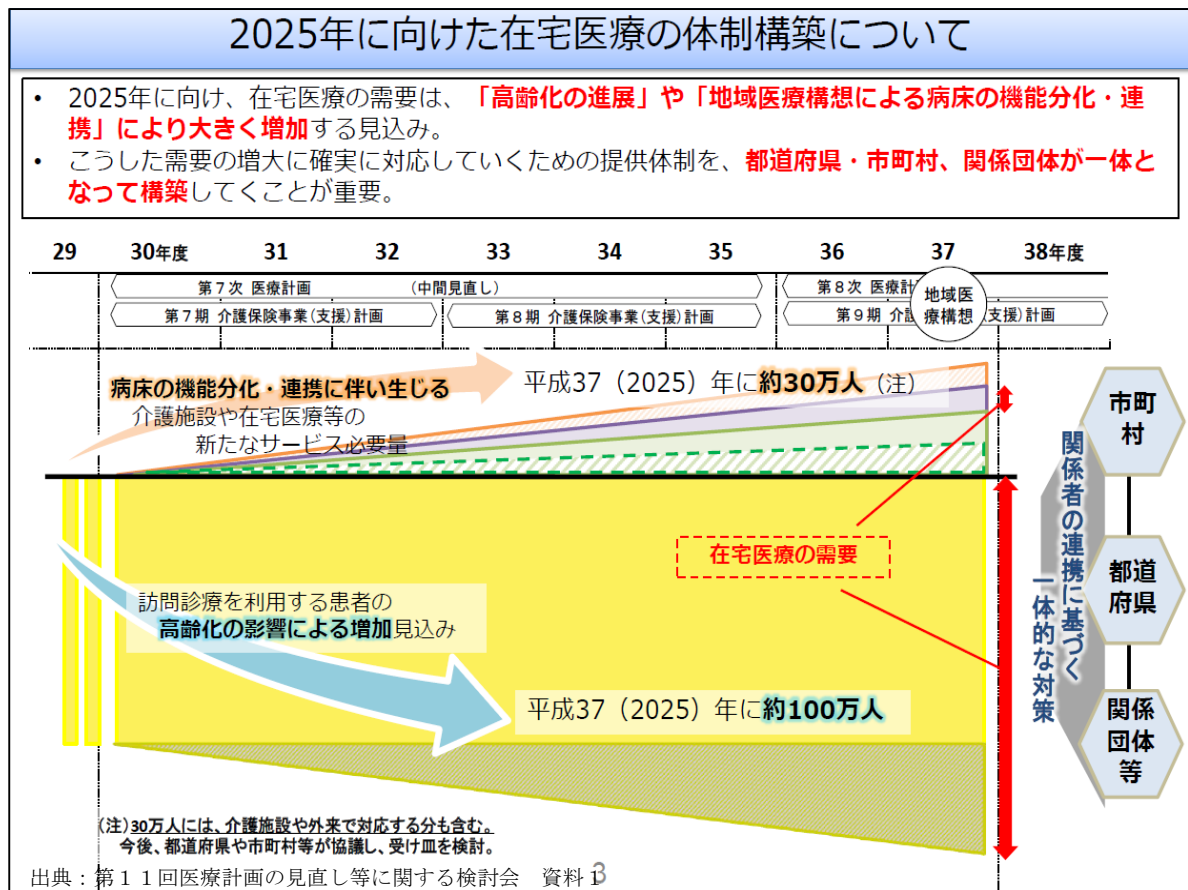
2. 在宅医療等について

(1) 在宅医療等についての国の推計方法

国の推計に基づく膨大な在宅医療等のサービス量の推計について、どう考えていくべきか。

厚生労働省は、病床機能の分化により発生する約30万人の在宅医療等の追加的需要について、どのような機関で受け止めるかを大まかに示した。2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込みである。

こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築していくこととしている。



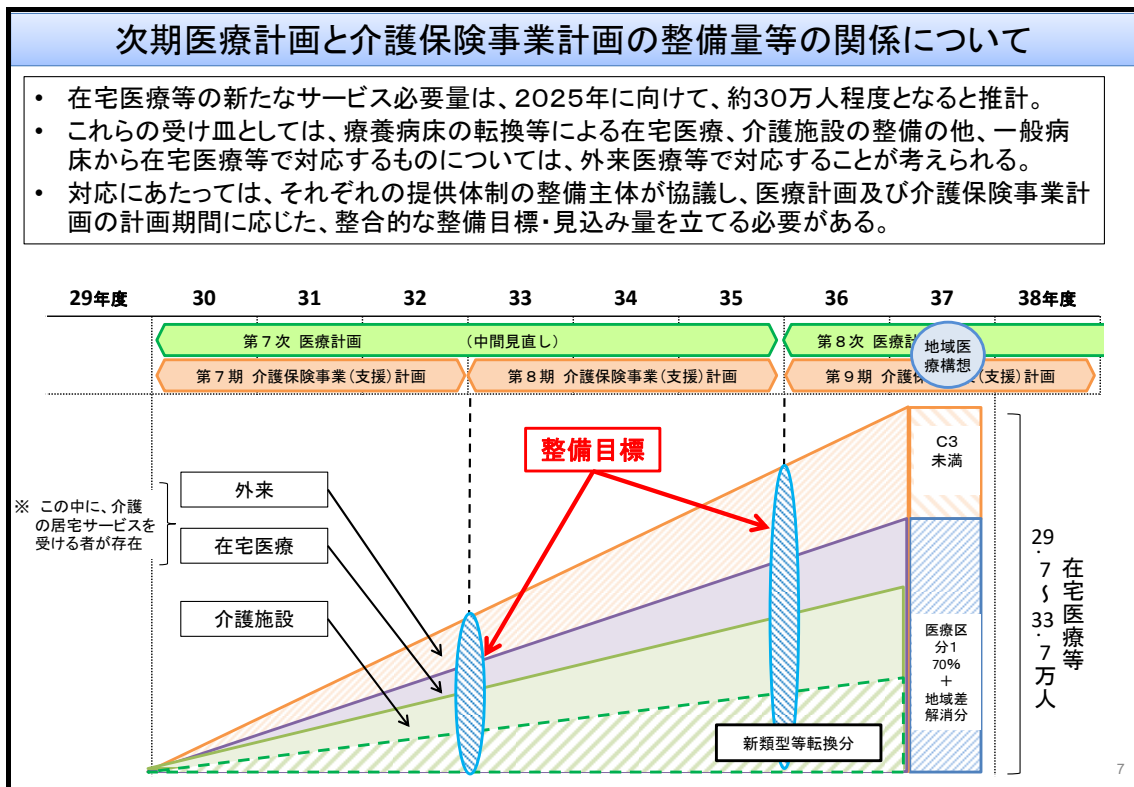
在宅医療は現在でも、訪問診療を利用する患者はおよそ60万人いるとされているが、高齢化の進展により、さらに40万人増加し、およそ100万人になると想定されている。

地域医療構想による追加的な在宅医療の需要である約30万人と、高齢化による

1 自然増の 40 万人、あわせて 70 万人の在宅需要の増加に対し、医療と介護の連携に
 2 よって対応が、平成 30 年度からスタートする医療計画と介護保険事業計画との目
 3 標となっている。

4
 5 この 30 万人は、「医療資源投入量の出来高換算で 175 点未満の C3 未満の患者数」
 6 と、「医療区分 1 の 70%」と、「地域医療構想で策定された療養病床の地域差解消分
 7 により出てきた在宅医療の見込み患者数」からなる。

8
 9



10
 11

12 このうち、一番上の部分「医療資源投入量の出来高換算で 175 点未満の C3 未満
 13 の患者数」は外来医療で対応することとされた。

14 次に、「医療区分 1 の 70%」と「地域医療構想で策定された療養病床の地域差解
 15 消分により出てきた在宅医療の見込み患者数」は、それぞれ上から「在宅医療での
 16 対応」、「特別養護老人ホームや介護老人保健施設といった介護保険施設での対応」、
 17 そして「療養病床からの転換施設で対応」で対応することとされている。この新類
 18 型等転換分の中には介護医療院が含まれる。

19

20 なお、医療計画上、ある医療機関が介護医療院に転換した場合、介護医療院の病
 21 床は、法令上医療計画上の既存病床として計上されることになる。

1 介護医療院は、医療法上の医療機関に該当すること、並びに仮に既存病床数に計
2 上しない場合、地域によっては既存病床数が基準病床数を下回ることになる。新た
3 な病床の整備が可能になる結果、外部から医療機関の参入を招く危険も生じる。よ
4 って、既存病床に含めることとしている。

6 (2) 在宅医療等に関する国の推計の妥当性についての検証

7 ①サービス必要量についての考え方

8 今回、国が示した在宅医療のサービス必要量は、地域医療構想策定により新
9 たに在宅医療等に対応することが必要となった量である。この量とは別に、も
10 ともと現在ある 60 万人の在宅医療患者が今後、人口動態の変動等により 100
11 万人まで増えることを念頭に置く必要がある。すなわち 30 万人の部分を除い
12 てもなお、40 万人は在宅医療で対応する必要があると、国は推計している。

13 次に、この 30 万人と示した、地域医療構想の策定に伴い新たに派生した在
14 宅医療のサービス必要量は、決して確定的で実態に即した数字ではなく「推計
15 値」として考えるべきである。

16 「推計値として考える」とは、サービス必要量を整備すべき具体的な値とし
17 てとらえるのではなく、今後、この構想区域において在宅医療が必要となる量
18 についての方向性を示した数値としてとらえることを意味する。

19 無批判にこの数値に現実を近づけようとする施策に対しては、地域の医療機
20 関を守る観点からも簡単には同意できないことを、指摘するべきである。

21 その上で、まず、調整会議において示されるこれらのサービス必要量の傾向、
22 つまり今後在宅医療が急激に／なだらかに、増える／減る、といった方向性に
23 ついて合意するかどうかを決める必要がある。

24 この合意を得るために、①国の示したサービス必要量の妥当性を検証する必
25 要と、②現在及び将来の在宅医療の供給量を把握する必要とがある。

26 この二つを押さえて初めて、サービス必要量の示す傾向に合意するか否かを
27 判断できる。

28 ②サービス必要量の妥当性についての検証

29 サービス必要量の方向性が妥当であるか否かの検証については、構想区域単
30 位で検証させるには、費用的・能力的に限界がある。また、調整会議の事務局
31 を所轄の保健所が担っている場合、都道府県が策定した地域医療構想の数値に
32 対し、検証を提案・実施することをためらうことも考えられる。

1 そこで、推計量の妥当性の検証は、実際の人口変動や医療へのアクセス状況
2 の変化等も踏まえ、基本的に都道府県に行わせることも検討すべきである。そ
3 の際、都道府県医師会は、地域の実情に応じた検証となるよう、地域医療構想
4 策定時と同様に主体的な関与が求められる。

5 こうした検証について、地域医療介護総合確保基金を活用できるよう、基金
6 の使途の柔軟化や国から都道府県への助言等について、日本医師会は、引き続
7 き国に要請していくべきである。

8
9 また、都道府県庁が、財政的・人的資源等の理由から検証事業の実施を躊躇
10 する場合もあり得る。これに対しては、都道府県医師会から都道府県庁に対し、
11 国の値を無批判に採用して計画を立てて、それに基づいた施策を実施して、仮
12 に結果が異なった場合、都道府県庁は責任をとれないことを強く指摘していく
13 必要がある。

14 計画によって様々な対応を強いられるのは、個々の医療機関である。医療機
15 関の経営に大きな影響を及ぼすことを、都道府県庁に理解させる必要がある。

16 以下、関連する事例を紹介する。

17

都道府県の事例

- 地域医療介護総合確保基金を活用して、本当に国の支援ツールの推計結果が正しいのか、特に在宅医療の推計量についてモデル地区を設定して検証を行っている。
検証事業を実効的にするため、次の視点を提案する。現在のサービス必要量の推計方法は「1日に何人患者が発生する」形で出てくるが、「1ヶ月に何人まで診られる」という推計を合わせて出せるようにすると、今後の妥当性の検証がより実効的になる。
- 在宅医療の推計量について、検証することが難しい地域もある。これに対して、都道府県医師会が独自に、会員にアンケートを採り、サービス必要量の妥当性を検証している。
この事業は当初は、地域医療構想の策定時に、在宅医療の必要量について推計をしたが、その前提となる療養病床の区分Ⅰの70%が在宅医療に移行できるとの仮定について、現場から疑問が呈されたことを端緒に、実施されている。
結果として、推計方法に対する現場の実情を指摘した内容となり、推計値の妥当性について一定の留保を認めさせることとなっている。
アンケートの内容は、主として、療養病床を有する医療機関に対して、現在「医療区分Ⅰ」として入院している患者が、今後在宅医療で対応することが可能かについて確認している内容が多い。
さらにその際、純粋に医療的な見地から在宅医療へ移行することが可能かについて確認しているアンケートと、患者が戻ることでできる住居の有無や、在宅医療へ移行した際にこれを支える家庭の事情等を含めて、今後、対応可能かを確認しているものに分かれる。
- 医師会員の開設・所属する医療機関に対し、在宅医療の実施状況についてアンケートを実施している。その際、医療圏ごとに集計結果をまとめ圏域ごとの傾向を明らかにしたほか、月当たりの訪問回数、年間往診回数に加え、訪問先の居住形態、年間の看取りの数、及び在宅での看取りができなかった数について集計している。

1

③在宅医療の供給量を把握するための取り組み

2
3 行政が、調整会議へ在宅医療に関する供給量に関する資料を提出した場合、
4 注意する必要がある。在宅医療については、これらの情報を有しているのは市
5 区町村である。そのため、都道府県が主体となって資料を出してきた場合、そ
6 の情報は、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院についての集計情報である
7 ことが多い。しかし、現実に上記の施設基準を届け出ていなくても、在宅医療
8 を実施している医療機関は数多くあり、都道府県の提出する在宅医療に関する
9 情報の集計は極めて不十分である。

10 都道府県医師会は都道府県に対し、実態としての在宅医療の推計量を把握さ
11 せる必要がある。また、各地域の医師会で、独自に、会員へアンケートを実施
12 して実態としての在宅医療の供給量を把握することが重要となってくる。

1 (3) 在宅医療に関して地域医療構想調整会議で検討すべき課題について

2 ①在宅医療の需要と供給の把握

3 在宅医療等の需要には、「新たに増える『在宅医療等』需要（病院から外に出
4 される需要）」と「『訪問診療料』算定患者の増加予測需要」、「『老健』の将来
5 的推移予測からみる需要」、「レセプトでは見えない『在宅医療等』の実態需要」
6 があると考えます。

7 「訪問診療料」算定患者の増加予測に対して、「居宅在宅」への供給増加で解
8 決すべきとの考えがあるように思われるが、施設（介護系・居住系）による吸
9 収（需要への供給）が相当数あるのではないかと。これに関しては、都道府県、
10 構想区域、市区町村単位での「在宅医療供給」の実態調査を定期的に行うべき
11 である。開業医の中で訪問診療を行っているのは5-6割程度とみられる。その
12 中には「ヘビーパーフォーマー（たとえば、月1例の看取りなどを行う）」と、そ
13 うでない診療所とがある。看取り対応などを含め、どの程度の供給増大予測を
14 考えるべきか、施設系での吸収力とのバランスによる検討が重要となる。

15 ②在宅医療について考える都道府県、市区町村のメンバーの選考

16 次に、地域医療構想において在宅医療を検討する作業部会等を設置するケー
17 スもあるが、その部会の構成員の選出については特に注意しなければならない。
18 都道府県の選考は、ともすると肩書により選出することがあり、その結果、現
19 実に在宅医療を実施していなかったり、地域医療を代表するとは言いえないメン
20 ンバーで構成される危険がある。部会設置の際には、「地域の在宅医療を担う中心
21 的な人間が必ずメンバーに入る構成とする」よう、都道府県に提言することが
22 必要である。

24 ③離島山間部等、在宅患者が点在する地域への対応

25 地方には、在宅医療患者の居住場所へのアクセスに時間がかかる場合もある。
26 このような場合、1日に訪問できる患者が少なくなる。また、通信環境が悪い
27 ため、在宅医療を実施しても効果的に情報を収集・発信できない地域もある。

28 このような地域の患者に対応するため、在宅医療を実施しやすいようにする
29 方法を考える必要がある。たとえば、へき地、豪雪地帯、離島や山間部に点在
30 する患者を訪問することは、特に冬期は実際上困難である。そこで1つの考え
31 方として、患者に夏期は地元で過ごし、冬期はふもとの集団住宅で過ごすとい
32 う方法を考えることも考えられる。

1 もっともこのような施策を実施する場合、この集団住宅をどのように提供する
2 にかについて留意する必要がある。現在サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)
3 を中心に、高齢者で軽度の要介護者に向けた居宅が整備されているが、その中
4 には提携する医療機関を固定し、それ以外の医療機関による患者への在宅医療
5 の提供を拒否しているところがある。ある地域では、在宅医療を実施している
6 医師から、患者が皆施設に入ってしまう往診できなくなったという事例もある。

7 また、他の県から医師が来て在宅専門診療を始めているというケースもある。

8 これに対し、自治体が以前より特別養護老人ホームを整備してきた地域もあ
9 る。この地域はもともと広い地域に人口が分布しており、対応できる医師があ
10 まりいなかった。そのため集住化を計画的に実施してきた。その結果、現在住
11 民の幸福度が高いとのことである。

12 在宅医療とそれを担う地域の医師会の役割を、行政並びに当該施設設置者に
13 十分理解させる必要がある。

14 ④医師の確保とサポートする医療従事者の確保

15 地域によっては、医師の高齢化が進み、地域医療を担う若手医師の割合が減
16 っているところがある。そのような地域は、今後増えていくことが予想される。
17 医師確保をどうするかは、調整会議で検討すべき課題の1つである。いくつ
18 かの地域では、都道府県内の基幹病院から医師を派遣してもらうことを検討し
19 ているが、基幹病院にも医師が十分にいないわけではない。

20 また、地域において在宅医療を進めるためには、訪問看護職の人材確保が不
21 可欠である。特に小さな自治体やへき地では、訪問看護ステーションに所属す
22 る看護職員数が極端に少ないかあるいは全くいない地域もある。今後、訪問看
23 護職を充実させないと、在宅医療の推進は、実質的に非常に困難になると考え
24 られる。

25 ⑤その他

26 在宅療養支援診療所に関しても、特に診療報酬で請求できる金額を、患者に
27 本当に請求することが難しい場合がある。かかりつけ医として常日頃接してい
28 るため、居宅での看取りを深夜に実施した場合も、残された家族の方に、看取
29 り加算を請求することが苦しい場合がある。在宅療養支援診療所の届け出をし
30 ても、実際には看取りを「往診」で処理している医療機関もある。

31 在宅医療に看取りは不可欠である。在宅医療を推進するために、看取りの敷
32 居をより低くする仕組みが必要であると考えられる。

1 (4) 在宅医療に対する地域の取り組み

2 在宅医療の推進に向けて、新規に在宅医療に興味を持った医療機関に対する研修
3 の機会を設けている医師会がある。ただし、開催資金が比較的潤沢な地域とそうで
4 ない地域により、実現可能か否かが分かれている。講師は外部から招聘するケース
5 もあるが、多くの医師会では長らく地元で在宅医療を行ってきた先生方を講師とし
6 て実施している。

7 また、この講習会の財源として「地域医療介護総合確保基金」での対応が考えら
8 れる。基金の対象事業区分で考えると、柱2の在宅医療の推進になる。しかし、地
9 域によっては、この講習会を「連携推進のための人材育成」の名目で、柱1として
10 計画を立て承認を得ている地域もある。事業計画に際し、計画の目的を工夫するこ
11 とが求められる。

12 また、講習会に加え、実際に在宅医療を開始した医師へのサポートとして、ある
13 一定の期間、在宅医療を実施してきた医師が同行して、ノウハウを伝えたりアドバ
14 イスをする等の事業を行っている地域もある。在宅患者が急変した時に備え、後方
15 病床（バックベッド）を確保している地域もある。

16 これらの事業を組み合わせることで在宅医療の拡充を図っていく必要がある。
17

18 民間病院の中には救急車を所持しているが、使用頻度がそれほど多くないところ
19 もある。そこで、在宅医療の最中に患者の容体が悪くなったときに、かかりつけ医
20 の指示で、病院救急車で搬送する事業を展開しているところがある。この病院救急
21 車への同乗者は、かかりつけ医、看護職員、介護福祉士、ドライバーである。また、
22 かかりつけ医の判断で、ドクターの同乗が不要と判断すれば、看護職員、介護従事
23 者、救急救命士、ドライバーだけで搬送することも可能である。

24 この事業は、都道府県の基金が一部充てられている。しかし残部は、病院自らの
25 出捐で実施している。
26
27

3. 地域医療構想調整会議の求められる役割について

(1) 調整会議の進め方のサイクル

地域医療構想調整会議は、毎年 10 月に行われる各医療機関に対する病床機能報告の内容を参考にしながら、各構想区域における医療提供体制の構築に向けた状況を確認する定期的な開催を想定している。

またこれとは別に、各構想区域の描く医療提供体制と異なる病床整備等を行おうとする計画などが明らかになった場合や、新たに地域医療への参入を希望する医療機関の計画等が明らかになった場合は、その都度関係者を交えて検討する臨時開催する会も想定している。

調整会議の進め方のサイクルについて、厚生労働省は、年 4 回程度の開催する案を示した。1 回目に病床機能報告制度や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認し、2 回目に機能・事業ごとの不足を補うための具体策についての論議、3 回目に次年度における基金の活用等を視野に入れた議論、4 回目に次年度の構想の具体的な取り組みについて意見の整理を行うこととしている。

(2) 医療機能の役割分担について

構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、厚生労働省は、まず、調整会議で構想区域における医療機関の役割の明確化を図ることとしている。当該構想区域の医療機関であって、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にすることが必要である。その際に、「構想区域の救急医療や災害医療等の中心的な医療機関が担う医療機能」「公的医療機関等及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能」「地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能」について、調整会議の場で検討を進めることとしている。

①新公立病院改革ガイドラインと新公立病院改革プランについて

この内、「公的医療機関等及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能」については、まず病院事業を実施する都道府県・市区町村は「新公立病院改革ガイドライン」（平成 27 年 3 月 31 日総務省自治財政局長通知）を参考に、各医療機関毎に「新公立病院改革プラン（以下、新改革プランと呼ぶ）」を策定することとしている。

ガイドラインでは、各公立の医療機関が策定する新改革プランは、地域医療構想と整合的であることが求められており、仮に、新改革プラン策定後に、プ

1 ランの内容と調整会議の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プ
2 ランを修正すべきとしている。

3 厚生労働省は、この新改革プランを調整会議の議題に載せることを要求して
4 いる。

5 ②公的医療機関等 2025 プランについて

6 平成 29 年 8 月 4 日付厚生労働省医政局長通知により、公的医療機関等の長
7 に対して、「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」について
8 (依頼)」が発出された。

9 これは、これまでの日本医師会の主張を踏まえたものであり、都道府県市区
10 町村立の病院が策定する新改革プランと同様に、公立病院以外の公的医療機関
11 等が設置する病院にも、「公的医療機関等 2025 プラン」(以下「2025 プラン」
12 と呼称)を策定させて、地域医療構想調整会議へ提示し、議論を進めることが
13 求められているものである。

14 さらに、新改革プランと同様に、2025 プランと調整会議における協議の方向
15 性と齟齬が生じた場合は、2025 プランの見直しを行う等、構想区域全体におけ
16 る医療提供体制との整合性を図るものとされている。

17 2025 プランの策定のスケジュールについては、「救急医療や災害医療等の政
18 策医療を担う医療機関」は、本年 9 月末までに、その他の医療機関においても
19 遅くとも本年 12 月末までに策定することが依頼されている。

20 調整会議は、法令・通知・事務連絡等により、多岐にわたる事項について検
21 討することを求められている。その設置目的は、将来の構想区域の医療提供体
22 制をどのようにするかを決めるという、非常に権限の強い機関である。このこ
23 とを地域の医療関係者は、強く認識する必要がある。

24 また、新改革プラン並びに 2025 プランを調整会議の議題として提出させる
25 よう、行政へ積極的に働きかけるようにする必要がある。そのうえで、国立、
26 公立、その他公的医療機関等と民間医療機関の役割の分担を適切に図っていく
27 必要がある。

28 その場合において、公的医療機関側から民間医療機関にも類似のプランの提
29 出を要求することが起きうる。しかし、これらのプランを提出させることとし
30 た趣旨は、官民の競合を行うためではない。これらのプランは、将来の医療提
31 供体制を構築するに当たり、国立、公立、その他公的医療機関がこれまで不採
32 算事業として執り行ってきた事業のうち、民間医療機関が担える機能について
33 は、民間医療機関が担うことを見据えた官民の適切な役割分担を決めるための

1 ものである。

2 勿論、地域によっては公的医療機関等しかないところもある。そのような地
3 域は別途適切な医療提供体制を考えていくべきである。

4
5 地域医療構想調整会議において、顔の見える関係にある公立病院や公的医療機関
6 等に対し、機能の縮小を強いることに躊躇することがあるかもしれない。また、公
7 立病院や公的医療機関等が、地域の医療提供体制より今後の自院の欲する方向性を
8 優先して、プランの提出を以てプロセスは順守したとの既成事実とする場合がある。

9 そのようなことがないよう、まずは、地域の関係者が納得するまで調整会議で練
10 り上げていく必要があるが、都道府県庁が、調整会議の議論を踏まえた将来の構想
11 を描く必要がある。その際に、「地域医療構想の進め方に関する議論の整理」に記載
12 されている通り、「対象医療機関でなければ担えない分野へ重点化されているかどう
13 かについて確認する」必要があり、「具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が
14 生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議」できることを指摘していく
15 必要がある。

16 また、ある都道府県のように都道府県医師会が全ての病院・有床診療所に「将来
17 の自院への思い」を調査して、これを議論の一つのデータとする方法がある。

18 他にも、行政に対し民間医療機関がどのような役割を担えるのか「役割を協議で
19 きるような状態のデータ」を提出するよう、要求することが考えられる。

21 (3)「回復期機能」について

22 厚生労働省医政局地域医療計画課は、平成 29 年 9 月 29 日付の事務連絡で「地域
23 医療構想・病床機能報告における回復期機能について」を発出し、回復期機能に対
24 する見解を示した。その概要は以下の通りである。

- 25 ● 地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を推
26 計するものに対し、病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟に
27 ついて最も適する機能 1 つを選択して報告する仕組みであること
- 28 ● 現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を
29 受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えていること
- 30 ● 各医療機関は、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告することが
31 必要であること
- 32 ● 地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要
33 の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めることが重要
34 であること

1 また、本事務連絡で、病床機能報告において回復期機能を選択する基準病床機能
2 報告と診療報酬に関係はないことや、2025 プランの通知に記載された回復期機能の
3 担い手について、Q&Aを示した。

4 平成 26 年度より病床機能報告が始まり、これまで 3 回結果が公表されているが、
5 病床の必要量と病床機能報告の結果を単純に比較して「回復期機能が不足している」
6 という見解が、一部で広まっている。

7 しかし、このように厚生労働省も、病床機能報告制度の各機能の報告と地域医療
8 構想における病床の必要量は、単純には比較できないものであることを認めている。

9 地域医療構想において、病床の必要量と病床機能報告の結果は、単純に比較でき
10 るものではない。その比較も構想区域単位で傾向を把握する程度にとどめるべきで
11 ある。この通知の根底には、回復期病床イコール回復期リハビリテーション病棟や
12 地域包括ケア病棟の病床であるとの誤解がある。

13 本通知は、この誤解を厚生労働省自ら払拭するものであることを理解し、調整会
14 議に臨む必要がある。

16 (4) 地域への新規参入等について

17 我が国の医療は、その地域に根ざし、地域社会に密着した中小病院や診療所が礎
18 となってきた。超高齢社会を迎え、地域包括ケアシステムが構築されていく現代に
19 おいては、このあり方はさらに重要となる。

20 全面的に否定するかは別として、外部の医療機関経営主体等が地域へ新規参入す
21 ること（非稼働病床の再稼働含む）に対しては、調整会議において事前に十分な協
22 議を重ね、その結果は、病院開設や増床を許可する立場にある都道府県においても
23 重く受け止めなければならない。

24 以下、こうした趣旨により、厚生労働省が通知や事務連絡により対応した例を概
25 説する。

27 ①既存病床数が基準病床数を下回り、将来の病床の必要量が既存病床数を下回る 28 地域について

29 厚生労働省医政局地域医療計画課長は、平成 29 年 6 月 23 日付で通知「地域
30 医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」

31 (医政地発 0623 第 1 号) を発出した。「現状では既存病床数が基準病床数を下
32 回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、
33 将来の病床の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、基準病床数と

1 の関係だけでなく、地域医療構想における将来の病床の必要量を勘案し(中略)、
2 追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があること」とし
3 て、これまで地域医療を担ってきた医療機関以外のものによる新規参入に対し、
4 実質的な歯止めを示している。

5 また、「平成 29 年改正医療法の規定による現状では既存病床数が基準病床数
6 を上回り、追加的な病床の整備ができないが、将来、病床の必要量が基準病床
7 数を上回る場合は、基準病床数について毎年見直すほか、医療法第 30 条の 4
8 第 7 項に基づく基準病床数賛定時の特例措置を活用できるとする場合も、将来
9 の高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移や、他の二次医療圏との
10 患者の流出入の状況や、交通機関の整備状況、等の地域の事情を考慮すること
11 が必要となること」と記載している

12 ②非稼働病床の再稼働の場合について

13 厚生労働省医政局地域医療計画課は、平成 29 年 11 月 6 日付の事務連絡で「地
14 域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について」を発出し、全病床が
15 非稼働の病棟を有する医療機関に確認する件について、周知させた。

16 全病床が非稼働の病棟を有する医療機関に対しては、「病棟を稼働していない
17 理由」と「当該病棟の今後の運用見通しに関する計画」について説明を求め、
18 当該病棟を再稼働する計画がある場合は、医療従事者の確保の方針、地域にお
19 ける他の医療機関の診療実績、将来の医療需要の動向等を踏まえた上で、現在
20 稼働している病棟の稼働率を上げてもお、追加的な病棟の再稼働の必要性か
21 否か、十分に議論することとしている。

22 ③新たな医療機関の開設や増床の許可申請について

23 平成 29 年 6 月 23 日付通知において、新たな医療機関の開設や増床の許可申
24 請への対応では、全ての医療機関を対象としている。

25 その中で、「都道府県は新たに病床を整備する予定の医療機関を把握した場合
26 には、当該医療機関に対し、開設等の許可を待たずに調整会議に出席して、①
27 新たに整備される病床の整備計画と将来の病床の必要量との関係性②新たに整
28 備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの
29 将来の病床の必要量との関係性」、その次に「③当該医療機能を担う上での、雇
30 用計画や設備整備計画の妥当性等について説明するよう」求めている。

31 これに関連して、医療機関によっては、病床機能報告における将来の医療機
32 能を変更しないまま、看護配置基準の入院基本料を算定している一般病棟を地
33 域包括ケア病棟に変更するなど、実質的な病床の機能区分を転換して、既成事

1 実とする事例がある。

2 これに対して、福岡県の地域医療担当課と県医師会が連名で、地方厚生局に
3 対し、上記の場合に届け出（変更を含む。）や事前相談がなされる際に、それが
4 病床の機能区分の変更にあたると判断される場合は、県の地域医療担当課に事
5 前に相談するよう案内する旨を要望した。また、この文書を県下の全医療機関
6 に送付している。

7
8 このように、各医療機関に地域における一員であることを改めて周知することが
9 重要である。また地域の医師会も、所謂抜け駆けが起きないように都道府県行政と協
10 力して、様々な仕組みを作ることが求められる。

11 ④開設者の変更について

12 医療機関の全くの新規開設だけではなく、たとえば、いわゆる「病院買収」
13 のように開設者が変更する場合（医療法上は、開設手続きが必要）であっても、
14 調整会議に出席して説明を求めることになる。親から子へ医療機関を継承する
15 場合も含まれる。これは、開設者が変更すれば経営方針が変わり、その結果、
16 地域医療構想の趣旨に沿わなくなる場合もあるためである。

17 ③でも述べた通り、地域医療構想に基づいた将来の医療提供体制を構築する
18 ため、個々の医療機関も、今後は自院のこのみならず地域の中で役割を果た
19 す立場であることを認識する必要がある。

20

4. 地域医療構想に影響を与える施策

(1) 医療従事者の確保

医学部定員増が重ねて行われ、2つの医学部新設がなされた現在、医師の確保は医師の絶対数の不足ではなく、偏在の問題である。

医師偏在対策について、平成18年の医療法改正により「地域医療対策協議会」が設置され、特定機能病院や地域医療支援病院、公的医療機関の管理者や、市区町村の担当が参画し、地域に必要な医療の確保に関する事項を検討し、公表することになっている。しかし現在、この地域医療対策協議会を開催していない県もあるなど、十分に活用されていない。

次に、地域医療介護総合確保基金を活用して平成28年4月までに全都道府県に「地域医療支援センター」が設置され、都道府県内の医師偏在の解消に取り組む司令塔として活動することが期待されてきたが、同様に機能してきたとはいえない。

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会」第二次中間取りまとめ（平成29年12月）では、「医師少数区域（仮称）」「医師多数区域（仮称）」という概念を提示した。この概念に必要な医師の偏在に関する指標はまだ具体的に示されていないが、医師偏在の度合いを示す指標を設定することにより、「都道府県内で医師が多い地域と少ない地域の可視化」を示す狙いがあるとの説明がなされている。

このように医師偏在に対する国の施策は複数あるが、相互の連動性が低い可能性がある。

都道府県医師会、郡市区医師会においては、行政と連携して、いわば「地域医療構想の医師版」を策定・周知し、医師に対して各地域の将来の医療需要を示し、将来の開業ないし病院勤務継続、また診療科や専門領域等の選択が適切になされるよう、支援していくことが求められる。

(2) 地域医療連携推進法人

地域医療連携推進法人は、地域医療構想を達成する1つの選択肢として、平成29年4月2日より施行された。

しかし同法人制度は、営利法人との連携も含めた規制改革の一環としても打ち出されてきたという側面がある。従ってその設立や運営に対しては、地域医療の観点から厳しく監視する必要がある。

最終的には、一般社団法人が、医療機関相互間の機能の分担および業務の連携を推進するために、都道府県に対して申請して認定される制度となった。地域医療構想を達成するための一つの選択肢と位置付けられている。

1 制度の概要としては、①法人の活動区域である医療連携推進区域はあくまで「構
2 想区域と整合的」に定めることが原則とされている。

3 ②参加法人は、原則、医療連携推進区域において開設する病院等の非営利法人に
4 限られている。③その他社員には、個人の開業医、学校、医療従事者の養成所の開
5 設者、自治体、医師会がなることができる。④これら社員や参加法人の議決権は、
6 原則1人1票である。

7 ⑤この法人の最大の特徴は、地域医療連携推進評議会という内部監視組織である。
8 メンバーには地域の医師会等の代表が入る。評議会は社員総会に意見を具申するこ
9 とができ、法人はこの意見を尊重しなければならない。

10 ⑥また、都道府県知事は「地域医療構想の推進に必要であること」「地域医療連携
11 推進法人内で合計病床数が増加しないこと」「減少する場合にはその区域で医療提供
12 体制の確保に支障が生じないこと」と認めた場合、地域医療連携推進評議会の意見
13 を聴き、その上で医療審議会の意見を聴いた上で、参加法人間の病床の融通を許可
14 することができる。この特徴は、病床過剰地域であっても融通可能なことである。

15 詳細は、日医総研のリサーチエッセイ¹に詳しい。

16 平成29年12月現在、全国に4法人設立されており、山形県、岐阜県等でも検討
17 がなされている。

18
19 この法人を設立する法律上のメリットとしては、⑥の病床の融通制度の活用のほ
20 か、事業として認められた、連携推進法人からの社員への資金の貸付、機材等の共
21 同購入や、共同研修などがある。また、「患者紹介や逆紹介の円滑化」「医薬品・医
22 療機器等の共同購入」「人的・医療機器の再配置」などもメリットにあげられる。

23 しかし、地域医療提供体制の確保という本来の目的から外れ、特定の医療機関の
24 拡大を目的とした法人になっては、地域医療構想に基づく将来の医療提供体制の構
25 築を阻害する要因となりかねない。これらの懸念を排除するため、地域の医師会が、
26 同法人の理事や地域医療連携推進評議会に医師会の関係者を送り込むほか、都道府
27 県医師会は医療審議会において慎重に検討する必要がある。

28 地域の医師会、並びに都道府県医師会は、以下のa～cに留意する必要がある。

29 a.医療審議会における、地域医療構想との整合性、地域医師会の関与のチェッ
30 ク

31 b.必要に応じて定期的に同法人の運営状況を監視する旨の付帯決議を付ける

¹ 日医総研 日医総研リサーチエッセイ No.62 地域医療連携推進法人制度について（概要）
http://www.jmari.med.or.jp/research/essay/wr_616.html

1 c.法人の目的が地域医療構想と整合的であるか不明確な申請について、医療審
2 議会において「継続審議」するなどの決定

3
4 実際にbの通り、ある医療連携推進法人について、設立の際、地域医療構想との
5 関連性が薄いなどの理由で県の医療審議会が付帯決議が付せられている。

6 付帯決議は、当該連携推進法人は「各構想区域で、現在すでに行いつつある将来
7 の医療提供体制構築に向けた取り組みを十分理解し尊重すること」、及び「法人運営
8 が宣言通りか、愛知県医療審議会下の医療体制部会に毎年報告すること」である。

9 また、cの通り継続審議として実質的に否決された例もある。

11 (3) 地域医療介護総合確保基金

12 平成26年度より地域医療介護総合確保基金が創設され、平成29年度で4年目と
13 なる。しかし基金は、用途を区分ごとに指定されているため機動的に使用できない
14 との批判がある。

15 また、29年度は、基金の執行残を理由に内示額が減額された都道府県もあり、本
16 来、医療介護の総合確保のために設置された制度が、医療機能の分化・連携のため
17 だけに用いられるような形になっている。

18 基金は、医療分の「1の柱」である「病床機能分化・連携」に関する事業は十分
19 な額が提示されるが、在宅医療や医療従事者の確保等の「2の柱」、「3の柱」に関
20 しては、既存事業以外の提示額が十分でない。

21 基金の区分間の柔軟な運用ができるような施策となるようにする必要がある。

23 (4) 報道機関との関係

24 平成29年3月8日、一部のメディアより「病院ベッド15.6万床削減、25年まで
25 に41道府県で縮小」との記事が全国に配信され、各地の新聞等においてもこれを
26 基にした記事が配信された。これにより「地域医療構想は病床削減のための制度」
27 という危惧が再び起こった。

28 日本医師会は、都道府県医師会宛に文書(地I305)「地域医療構想に関する一部
29 の報道について」を発出し、当該記事が誤りであることを示した。

30 また、同月13日に当該メディアの担当記者と面会の上、改正医療法では、病床
31 削減となるような権限をなくすような仕組みとなるようにしたこと、並びに、同メ
32 デディアは、地方紙のみならず全国紙にも配信していることにより、自分たちの影響
33 力について自覚してほしい旨、抗議した。

1 以下、各都道府県医師会の報道機関との取り組みにつき記載する。

各地の事例

- 県内の報道関係者と年に一回程度、懇談の機会を設けている。ここ数年、地域医療構想と将来の医療機関の規模の話は必ず出てくる。その場で、繰り返し地域医療構想は、病床削減のための仕組みではないこと、および山口県の現状について説明をしている。報道の方々と話し合ってお互いの見解について交換する場を設けることは良いことだと思う。
- この報道を受けて正式に新聞社へ抗議文を送った。県では病床削減等々の懸念が根深く残っていてこれを取り払うのに苦勞した。ようやく落ち着いてきたところで今回の記事が出た。こういうことは必ず出てくるので継続的な啓発が必要だと考える。そして、今回の事態を踏まえ、3ヶ月に1回懇談の機会を設ける方向で調整している。
- 県医師会として、これまでも報道機関と懇談する機会を設けてきた。その成果もあり今回の共同通信の報道に関して、地元紙が問題となるようなことはなかった。
- 県医師会は年に3～4回程度、報道関係者と懇談の機会を設けている。ただ、どうしても記事の発信が先行し、それに対する事後的な説明となる。良好な関係を築く点、懇親会の効果は大きいですが、どのような内容で記事を発信されるかはやはり報道機関次第になる。懇談の機会は、彼らの考え方や興味があるところを知る点にあると思う。

2

3

4 地域の医療提供体制を構築するための仕組みと、今後、その体制がどのようにな
5 っていくかは、医療関係者だけでなく、広く住民の方々にも「正しく」理解してい
6 ただく必要がある。したがって、報道機関の発信する情報は、非常に大きな役割を
7 果たす。

8 上記の事例の通り、都道府県医師会においても、定期的に報道機関とのお互いの
9 立場を意見交換する機会を設けることが有効である。

10 医師会の立場を繰り返し伝えることで、メディア報道において、特に国が示した
11 全国の需要推計の集計は機械的な計算結果に基づくものに過ぎないことや、回復期
12 機能は実際には不足してはいないことなど、地域医療構想に拘わる誤解が解消され、
13 正しい理解が住民や様々な関係者に伝わることを期待される。住民の理解が進めば、
14 最終的には、都道府県の医療行政においても、医療の現場や実際のニーズに応じた
15 施策づくりにつながっていく。

16