

2018・2019 年度 病院委員会審議報告

「今後を見据えた地域医療提供体制と医師会の役割」

2020 年 3 月

日本医師会 病院委員会

2020 年 3 月

日本医師会長

横 倉 義 武 殿

病院委員会

委員長 松 田 晋 哉

2018・2019 年度病院委員会審議報告

「今後を見据えた地域医療提供体制と医師会の役割」

本委員会は、2018 年 12 月 26 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「今後を見据えた地域医療提供体制と医師会の役割」について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、これまでの本委員会の審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

2018・2019 年度病院委員会 委員

委員長	松田	晋哉	(産業医科大学医学部 教授)
副委員長	渡部	透	(新潟県医師会 会長)
委員	青木	秀俊	(北海道医師会 常任理事)
〃	生野	弘道	(大阪府私立病院協会 会長)
〃	池口	正英	(鳥取県医師会 理事)
〃	伊藤	健一	(愛知県医師会 理事)
〃	猪口	正孝	(東京都医師会 副会長)
〃	太田	圭洋	(日本医療法人協会 副会長)
〃	小熊	豊	(全国自治体病院協議会 会長)
〃	河北	博文	(東京都病院協会 名誉会長)
〃	神野	正博	(全日本病院協会 副会長)
〃	齊藤	正身	(埼玉県医師会 理事)
〃	末永	裕之	(前 日本病院会 会長代行副会長) (～2019 年 7 月)
〃	鈴木	龍太	(日本慢性期医療協会 常任理事)
〃	仙賀	裕	(日本病院会 副会長) (2019 年 7 月～)
〃	竹重	王仁	(長野県医師会 副会長)
〃	中島	豊爾	(岡山県医師会 監事)
〃	長瀬	輝誼	(日本精神科病院協会 副会長)
〃	野村	秀洋	(鹿児島県医師会 副会長)
〃	長谷川	友紀	(東邦大学医学部 教授)
〃	村上	秀一	(青森県医師会 副会長)
〃	本竹	秀光	(沖縄県医師会 理事)

目 次

1. はじめに	1
2. 地域医療構想を冷静に考えるためのデータ活用	3
3. データから考える 2040 年の地域医療	7
3.1. 過疎が進む中山間地域（愛媛県・宇和島医療圏）	7
3.2. 地方の中核都市を中心とした地域（鳥取県・東部医療圏）	15
3.3. 大都市（東京都・区東部医療圏）	21
4. 公立・公的病院の機能の在り方	27
5. おわりに ～医師会の果たすべき役割～	30

1. はじめに

2019 年 9 月 26 日に厚生労働省は病床機能の見直しが必要と考えられる 424 の公立・公的医療機関等のリスト公開を行った¹。この公開にあたって厚生労働省はがん・手術・救急を高度急性期/急性期病院の主たる機能としたうえで、これらの診療実績が少ない病院及び近隣に当該施設以上の類似機能を有する病院について、自施設の機能選択（ここでは高度急性期・急性期）の見直しを求める説明を行った。具体的には、再検証対象医療機関は以下のような定義によって選定された。

高度急性期病床と急性期病床を持つ病院について、診療実績と他病院との機能の類似かつ近接の視点から集計されたもので、

公立・公的医療機関等 1,455 病院のうち、

- (A) 診療実績 9 領域のすべてで「特に診療実績が少ない」病院 277 施設
- (B) 診療実績 6 領域のすべてで診療実績が「類似かつ近接」している病院 307 施設
- (A) (B) 両方に該当する病院 160 施設

であり、合計 424 病院（公立・公的医療機関等 1,455 病院のうち約 29.1%）が再検証対象医療機関となった。

このリストの説明には「必要に応じて近隣の施設との統合も検討することが望ましい」と記載されていたことから、メディア等がこの部分のみを取り上げ、「病院を統廃合する方針が示された」という論調の報道を行った。リストに挙げられた病院の責任者及びその設置主体である自治体や組織の中には、これらの報道に反応して「厚生労働省を告発する」といった批判を行った例もあった。

厚生労働省がこのようなリスト公開に踏み切った理由としては、各施設が作成した「新公立病院改革プラン」と「公的医療機関等 2025 プラン」の内容が不十分であったことが指摘されている。これらのプラン策定にあたって、日本医師会は DPC や NDB に基づいて作成されている各種資料を活用し、データに基づいて地域の現状と将来、そしてその中での自施設の立ち位置を検討した結果をプランの記述に反映させることの必要

¹ 厚生労働省： <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000551037.pdf>（2020 年 1 月 7 日閲覧）

性を繰り返し述べてきた。実際に、福岡県や山形県、奈良県などでは県医師会と大学とが共同で関連データの解析を行い、分析結果に基づく検討会などを行っている。しかしながら、全体としてデータ活用はあまり進んでいない状況がある。地域医療構想の基本は、関連データを参照しながら、各施設が当該地域における今後の医療需要と他施設との関連性も踏まえながら、自らの意思で自施設の今後の病院機能について選択を行うことである。

2012 年 11 月から 2013 年 8 月にかけて開催された社会保障制度改革国民会議で永井良三委員が指摘したように²、我が国の場合は、医療サービス提供体制の変革をアメリカのように「市場経済」に委ねることもできないし、フランスのように「強い国の力」で強制的に行うこともできない。各施設が自施設の在り方を考えることができるデータを整備し、それに基づいて各施設が自主的に対応することしか方法がないのである。もちろん、国は診療報酬制度を介して間接的にサービス提供体制をコントロールすることはできる。2018 年度の診療報酬改定が「地域医療構想に寄り添ったもの」になっているという評価があることから、各施設はその対応を求められることになる。いずれにしても各病院ごとの立場の情報分析能力だけでなく、各地域全体での情報分析ができ、共有することが重要になってきている。

² 第 9 回 社会保障制度改革国民会議 議事録（2013 年 4 月 19 日開催）：
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/gijiroku9.pdf>（2020 年 1 月 7 日閲覧）

2. 地域医療構想を冷静に考えるためのデータ活用

2.1. 日本医師会地域医療情報システム（Japan Medical Analysis Platform: JMAP）

我が国のような成熟社会において、医療介護需要に最も大きな影響を与えるものは人口構成である。人口の動向は最も「確実な未来」である。日本のように人口の動態の地域格差が大きい国では、現時点で少子高齢化の進んでいる地域の状況が、それ以外の地域の「未来の状況」になる。こうした検討を行う上で最も参考になる資料の一つが日本医師会地域医療情報システム（Japan Medical Analysis Platform: JMAP）である。また、産業医科大学医学部公衆衛生学教室で公開している AJAPA（All Japan Areal Population-change Analyses）、CAREST も参考になる。

◆ JMAP: 日本医師会地域医療情報システム

<http://jmap.jp/> （2020 年 1 月 7 日閲覧）

※ JMAP の将来推計人口の出典：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（平成 30（2018）年推計）』

◆ AJAPA: 産業医科大学公衆衛生学教室 地域別人口変化分析ツール・CAREST

<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1> （2020 年 1 月 7 日閲覧）

◆ 他にも、国際医療福祉大学石川ベンジャミン光一教授のデータ公開サイトも参考になる。

<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>

2.2. 厚生労働省 DPC 公開データ

現在、国内の 3,800 以上の病院が厚生労働省の DPC 調査事業に参加し、そのデータが公開されている。このデータから MDC 別、DPC6 桁＋手術の有無別、救急車による入院の有無別などの視点から、病院別の実績を時系列で分析することが可能である。例えば、圏域全体での急性期入院医療のボリュームの推移、圏域内の各施設の特徴などが把握できる。

◆ 厚生労働省：平成 29 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00001.html (2020 年 1 月 7 日閲覧)

2.3. 病床機能報告

病床機能報告については、その導入経緯についての理解が重要である。2011年11月の第23回社会保障審議会医療部会において、厚生労働省から「医療法上、一般病床について、新たに急性期医療を担う病床群（急性期病床群（仮称））を位置づける」との提案があった。その後、急性期医療に関する作業グループにて議論が重ねられた中で、厚生労働省は2012年2月には急性期病床群を「認定」する仕組みを、2012年5月には「登録」する仕組みを提案した。これに対して日本医師会は、「病床機能を報告」し、「地域にあった医療提供体制」を構築することを提案し、現在の病床機能報告制度になっている。病床機能報告は、地域医療構想の基本理念である「地域のニーズにあった医療機能の病院による自主的な対応」の基礎となるものであり、そのデータが地域医療構想調整会議では十二分に活用されなければならない。

病床機能報告のデータには、施設票と病棟票の2つがある。前者は施設単位のデータで、病院全体の常勤医師数、非常勤医師数、常勤看護職員数、非常勤看護職員数などの人員の状況や、CT・MRIなどの設備の保有状況などが記入されている。病棟票は、当該病棟の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に加えて6月1か月間の入院患者数、入院の経路、手術や化学療法など行った医療行為の数などが記入されている。

◆ 厚生労働省：病床機能報告、年度別病床機能報告公表データ

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html> (2020年1月7日閲覧)

2.4. 内閣府経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト

このサイトからは、NDB（National Database）から作成される SCR（standardized claim data ratio）が取得できる。SCR は、各医療行為に対応したレセプト数を性・年齢調整したスコア（実測値÷期待値）であり、100 が全国平均の医療提供状況を示し、100 を上回ると性・年齢調整後の人口規模に対して当該の医療提供が多い、100 を下回ると少ないことを意味する。ただし、分母となる性・年齢調整のための人口データは、その地域（都道府県別、二次医療圏別、市区町村別）であり、分子となるレセプト数はその地域の医療機関で算定されたものである。従って、周辺地域からの流入が多ければ分子は大きくなるため SCR は高めとなり、流出が多ければ分子は小さくなるため SCR は低めとなることに注意が必要である。

◆ 内閣府：経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>（2020 年 1 月 7 日閲覧）

3. データから考える 2040 年の地域医療

本節では、前節で説明した各情報をどのように検討に用いるのかを説明する。2.1. で説明したように、日本のように人口動態の地域格差が大きい国では、現時点で少子高齢化の進んでいる地域の状況が、それ以外の地域の「未来の状況」になる。ただし、人口動態から見たとき、地域はいくつかのパターンに区分できる。そして、このパターンごとに対応すべき課題も異なっている。そこで、本節では過疎が進むことが予想される中山間地域、地方の中核都市を中心とした地域、大都市の3つに分けて検討する。まず、JMAP を用いて上記3つの類型の地域分析を行ってみる。

3.1. 過疎が進む中山間地域（愛媛県・宇和島医療圏）

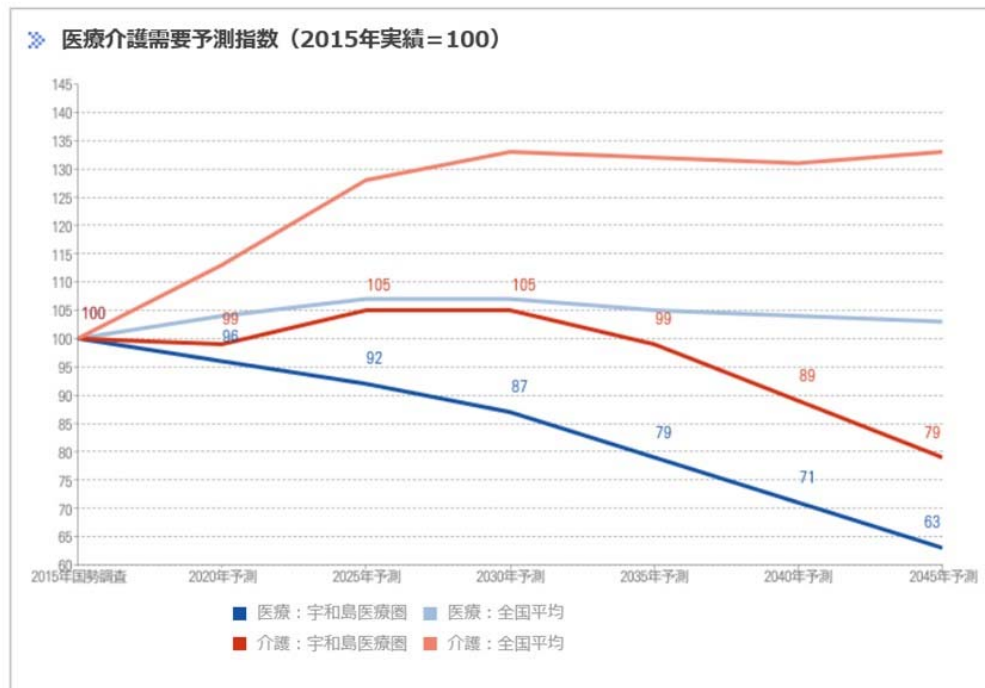
表1は愛媛県の宇和島医療圏（宇和島市・松野町・鬼北町・愛南町）の人口推計を示したものである。総人口、14歳以下人口、生産年齢人口（15～64歳）のいずれも減少しており、65歳以上人口は2020年を、そして75歳以上人口は2030年をピークとして、以後減少局面に入る。このような人口動向の結果、医療需要についてはすでに減少しており、介護需要についても2030年をピークに以後急速に減少する（図1）。しかも、介護に関してもその需要増は、2015年を100とすると2030年は105程度になっている。

表1 愛媛県・宇和島医療圏の人口推計

年齢階層		国勢調査	将来推計人口					
		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	年少人口（0～14歳）	12,133	10,202	8,568	7,073	5,785	4,812	4,021
	生産年齢人口1（15～39歳）	20,528	16,676	14,058	12,262	10,502	8,711	7,288
	生産年齢人口2（40～64歳）	38,324	33,365	29,174	25,382	22,108	18,207	14,963
	高齢者人口（65歳以上）	43,159	43,468	41,758	39,057	35,869	33,261	30,124
	後期高齢者人口（75歳以上＝再掲）	23,192	22,797	24,883	25,227	23,903	21,515	19,019
総人口		114,144	103,711	93,558	83,774	74,264	64,991	56,396

出典： 日本医師会JMAP

図1 愛媛県宇和島医療圏の医療・介護需要の将来推計



9 ページの表 2 は分析対象の 3 医療圏における SCR を示したものである。宇和島医療圏の場合、急性期と回復期については全国平均（100）に比較して提供量が少ないという状況ではない。慢性期についても全国より多く提供されていると考えられるが、その主体は「療養病棟入院基本料 2」となっている。在宅医療の提供については、全国よりも若干低いレベルにあると推察される。

表2 分析対象となった3医療圏のSCRの状況（平成29年度）			
診療行為名称	東京都 区東部	鳥取県 東部	愛媛県 宇和島
一般病棟7対1入院基本料	88.7	152.7	3.5
一般病棟10対1入院基本料	72.1	35.3	473.2
一般病棟13対1入院基本料	151.8	52.3	168.7
一般病棟15対1入院基本料	59.3	45.5	57.8
回復期リハビリテーション病棟入院料1	31.3	292.2	
回復期リハビリテーション病棟入院料1（生活療養）	68.5		
回復期リハビリテーション病棟入院料2	155.5	152.0	436.4
回復期リハビリテーション病棟入院料2（生活療養）		147.6	
回復期リハビリテーション病棟入院料3	42.1		
回復期リハビリテーション病棟入院料3（生活療養）	445.0		
地域包括ケア病棟入院料1	46.7	118.4	94.0
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養を受ける場合）	270.8		
地域包括ケア入院医療管理料1	56.4	86.8	280.5
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養を受ける場合）			
地域包括ケア病棟入院料2	664.5		
地域包括ケア病棟入院料2（生活療養を受ける場合）			
地域包括ケア入院医療管理料2	32.3		
地域包括ケア入院医療管理料2（生活療養を受ける場合）			
療養病棟入院基本料1（入院基本料A）	30.0	172.3	14.3
療養病棟入院基本料1（入院基本料B）	20.1		
療養病棟入院基本料1（入院基本料C）	30.9	91.4	
療養病棟入院基本料1（入院基本料D）	29.1	191.0	38.8
療養病棟入院基本料1（入院基本料E）	23.8	31.1	5.2
療養病棟入院基本料1（入院基本料A）（生活療養）	50.6	72.1	16.9
療養病棟入院基本料1（入院基本料B）（生活療養）	25.6	56.7	6.2
療養病棟入院基本料1（入院基本料C）（生活療養）	12.7	65.1	
療養病棟入院基本料1（入院基本料D）（生活療養）	38.6	126.7	60.4
療養病棟入院基本料1（入院基本料E）（生活療養）	27.6	110.8	7.7
療養病棟入院基本料1（入院基本料F）	39.3	174.4	
療養病棟入院基本料1（入院基本料F）（生活療養）	19.3	92.2	
療養病棟入院基本料1（入院基本料G）	13.9	61.2	40.7
療養病棟入院基本料1（入院基本料G）（生活療養）	33.8	149.9	91.3
療養病棟入院基本料1（入院基本料H）	43.8	144.9	
療養病棟入院基本料1（入院基本料H）（生活療養）	39.0	133.6	24.9
療養病棟入院基本料1（入院基本料I）	6.3	45.0	44.9
療養病棟入院基本料1（入院基本料I）（生活療養）	15.1	92.3	1.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料A）	12.0	99.7	98.7
療養病棟入院基本料2（入院基本料A）（生活療養）	36.4	171.6	345.1
療養病棟入院基本料2（入院基本料B）（生活療養）	23.2	159.5	341.3
療養病棟入院基本料2（入院基本料C）（生活療養）	2.0	234.8	514.0
療養病棟入院基本料2（入院基本料D）	14.3	290.0	188.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料D）（生活療養）	17.2	199.9	319.2
療養病棟入院基本料2（入院基本料E）		28.9	400.6
療養病棟入院基本料2（入院基本料E）（生活療養）	8.5	254.5	264.2
療養病棟入院基本料2（入院基本料F）	8.0	15.3	244.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料F）（生活療養）	5.2	274.8	214.5
療養病棟入院基本料2（入院基本料G）	5.8	227.1	31.7
療養病棟入院基本料2（入院基本料G）（生活療養）	35.8	171.1	500.4
療養病棟入院基本料2（入院基本料H）		529.8	217.4
療養病棟入院基本料2（入院基本料H）（生活療養）	6.5	299.7	295.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料I）		87.8	382.7
療養病棟入院基本料2（入院基本料I）（生活療養）	7.6	271.7	201.7
【在宅】在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）	144.1	115.4	69.5
【在宅】在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	59.6	56.2	81.2
【在宅】訪問看護指示料	103.1	69.4	82.0
出典： 内閣府（2019）			

図2は同医療圏のDPC調査対象病院の平成29年（2017年）度の診療実績である。市立宇和島病院が圧倒的なシェアとなっており、また全MDCに対応した急性期入院機能を担っていることがわかる。宇和島市立津島病院、宇和島市立吉田病院はそれぞれ152人、68人と非常に少ない入院患者数となっている。

図3は各病院の受け入れている患者のMDC別の割合を示したものである。入院患者数の少ない宇和島市立津島病院、宇和島市立吉田病院でも多様な傷病の患者を受け入れていることがわかる。

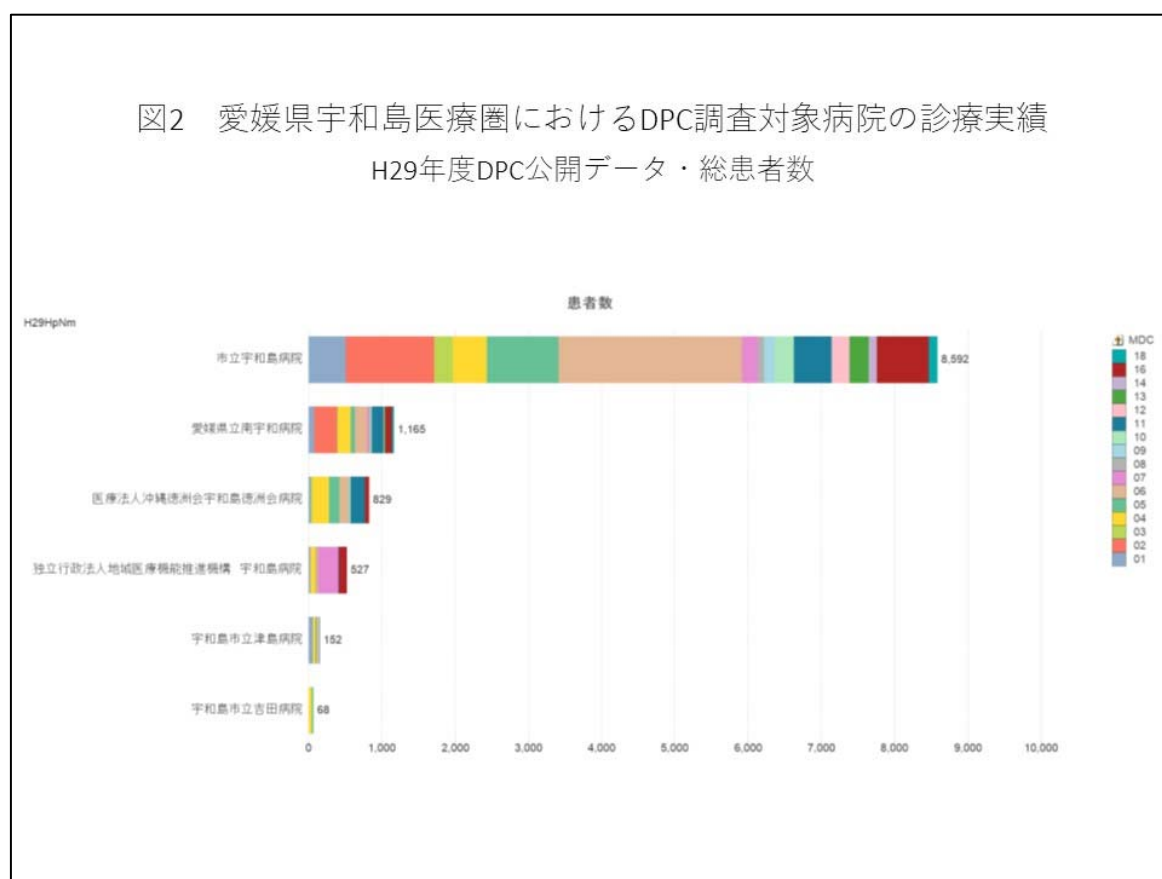


図3 愛媛県宇和島医療圏におけるDPC調査対象病院の診療実績
H29年度DPC公開データ・総患者数MDC別の割合

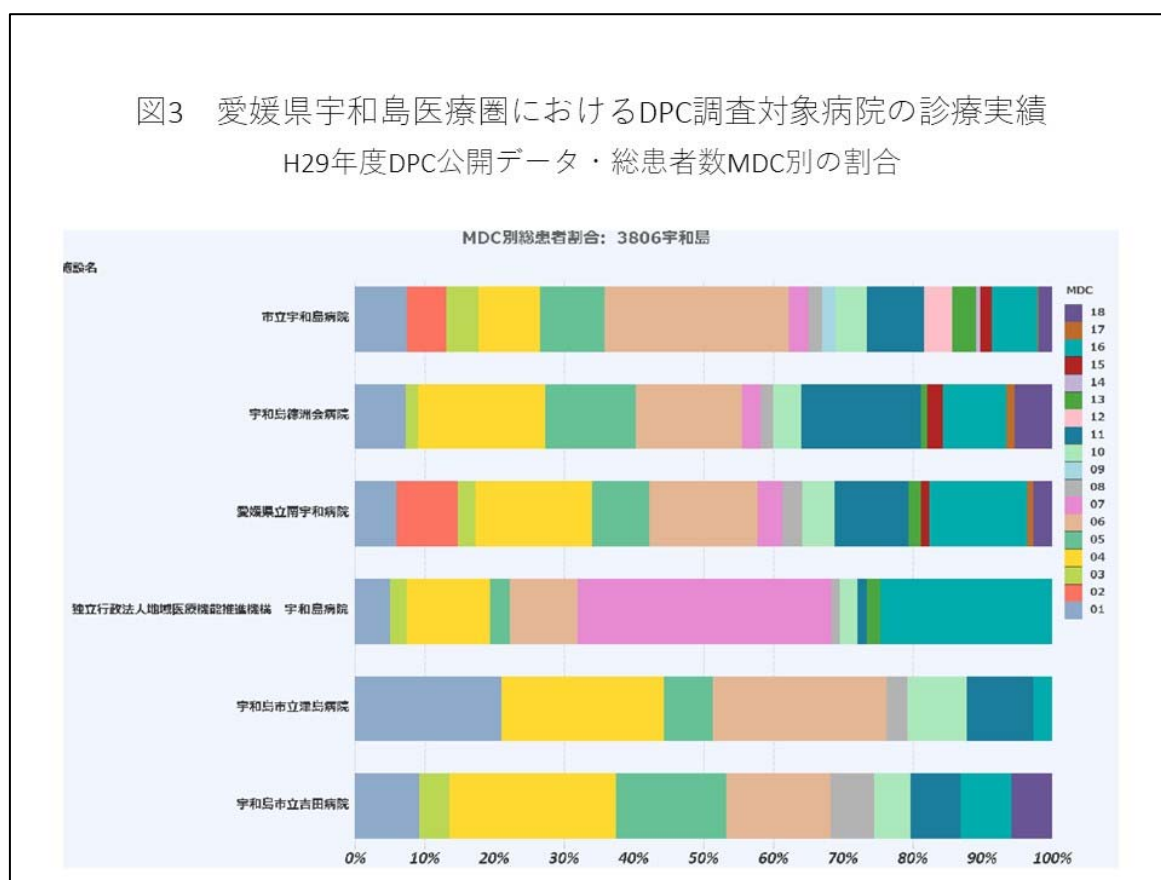


図4は平成29年度（2017年度）病床機能報告公開データから、年間入院患者数と病床稼働率を計算した結果を示したものである。宇和島徳洲会病院と宇和島市立津島病院が病床稼働率80%以上となっているが、他は80%未満となっている。

図5は平成29年度（2017年度）病床機能報告公開データから、入院経路を高度急性期、急性期病棟についてみたものである。宇和島徳洲会病院、JCHO宇和島病院、宇和島市立津島病院、鬼北町立北宇和病院は20～40%、宇和島市立吉田病院は80%が他の診療所・病院、介護施設・福祉施設からの入院となっている。

図6は同じく退院経路を見たものである。全般的に院内他病棟への転棟が多くなっている。また、宇和島市立吉田病院は死亡退院の割合も多い。

図7は2010年の傷病別入院受療率が今後も続くとして、各年度の傷病別入院患者の増加率を推計した結果を示したものである。推計は急性期から慢性期まで含んでおり、肺炎とその他心疾患（心不全など）、脳血管疾患が2030年度まで若干増加するが、全体としては減少傾向にある。

図4 愛媛県宇和島医療圏における病院の診療実績
H29年度病床機能報告公開データ・患者数と病床稼働率
(高度急性期・急性期)

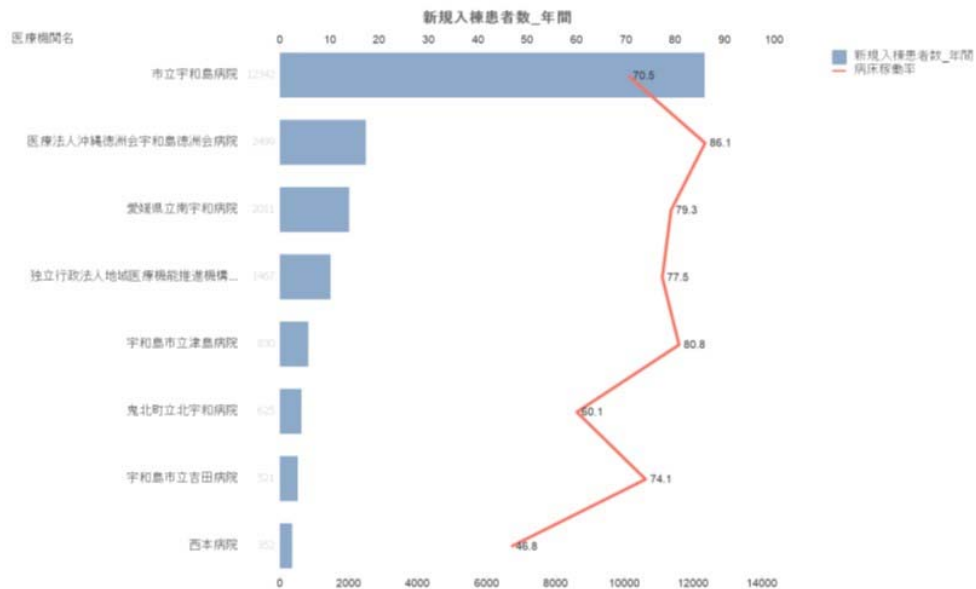


図5 愛媛県宇和島医療圏における病院の診療実績
H29年度病床機能報告公開データ・入院経路(%)
(高度急性期・急性期)

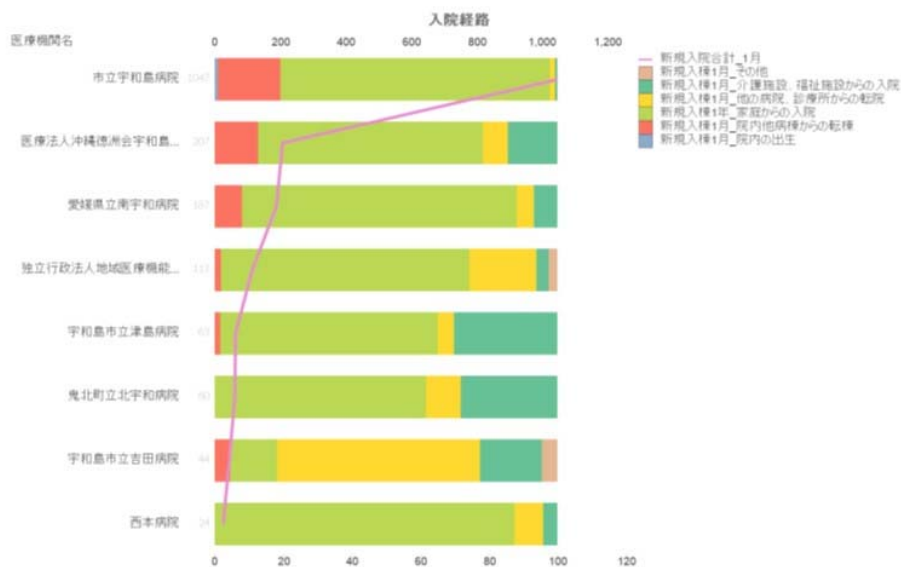


図6 愛媛県宇和島医療圏における病院の診療実績

H29年度病床機能報告公開データ・退院経路（％）
（高度急性期・急性期）

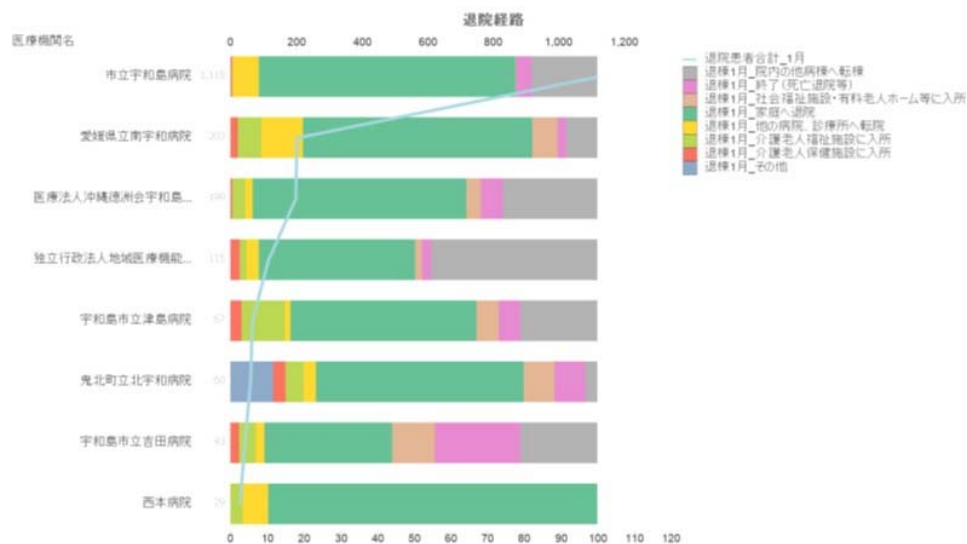
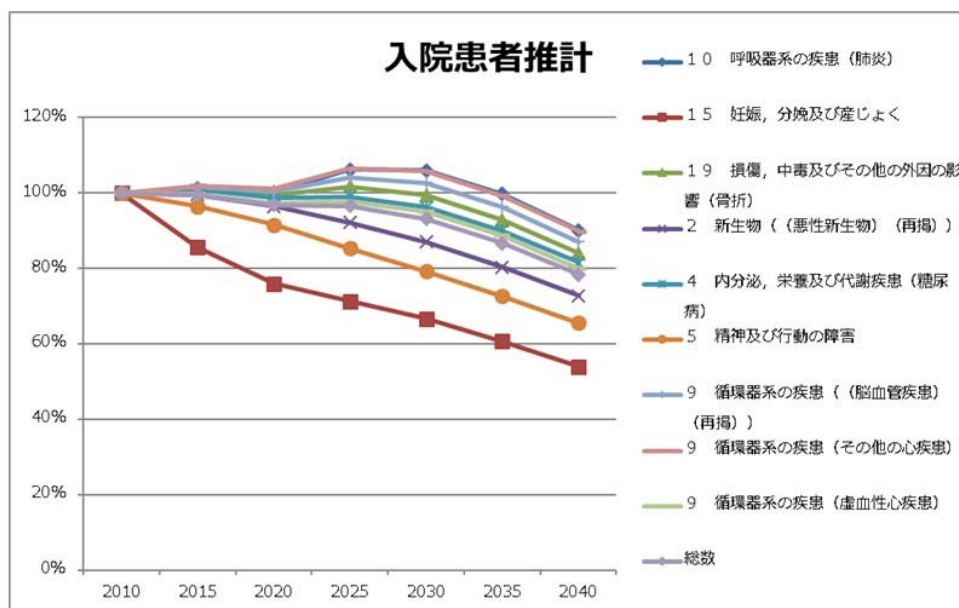


図7 愛媛県宇和島医療圏の入院医療の将来推計



以上より、宇和島医療圏では、手術を必要とするような典型的な急性期患者は減少傾向にあり、ケアミックス体制での対応が必要な高齢患者の肺炎、心不全、脳血管疾患、骨折などが増加していることが推察される。このような人口構造と傷病構造の変化を考えたとき、現在の医療提供体制の在り方が適切なのかを考える必要がある。

まず、高度急性期、急性期に関しては病床過剰状態にあることが推察される。また、入院患者数の少ない病院の機能についても検討が必要だろう。患者数の少なさを考えると、各診療科に対応した専門医を配置することは難しい。地理的な条件も勘案しながら、医療職の確保という視点から病院機能の統合や機能転換を地域全体で考えることが必要であるのかもしれない。また、小規模病院における入院患者の傷病の多様性を考えると、そのような施設ではそれに対応できる病院総合医の配置が望まれる。

さらに宇和島医療圏の場合、今後慢性期への対応をどうするかが課題となる。具体的には、現時点で在宅医療が全国平均より少ない状況であり、しかも人口減少地域である状況を考えたとき、在宅医療を積極的に担う診療所の新規開業が増えるということは想定しにくい。このような状況では、既存資源の活用が実地的な対応だろう。具体的には「療養病棟入院基本料2」が主体ではあるが、全国より提供量が多いと考えられる慢性期入院医療体制をどのように活用するかについて検討される必要がある。療養病床として維持するのであれば、看護職員の確保が課題となる。介護医療院への転換も選択肢の一つだろう。人口減少と高齢化の進行が進む宇和島医療圏においては、慢性期をいかに支えるかという視点で、高度急性期・急性期、回復期の機能を検討することが必要であると考えられる。「療養病棟入院基本料2」の病院が平成30年度の診療報酬改定でどのような選択を行ったかについて調査を行い、今後の在り方について検討することが必要である。

3.2. 地方の中核都市を中心とした地域（鳥取県・東部医療圏）

表3で鳥取県・東部医療圏（鳥取市・岩美町・若桜町・智頭町・八頭町）の人口推計をみると、総人口、14歳以下人口、生産年齢人口（15～64歳）のいずれも減少しており、65歳以上人口は2030年を、そして75歳以上人口は2035年をピークとして、以後減少局面に入る。このような人口動向の結果、医療需要については2023年を、介護需要については2035年をピークに、以後急速に減少する（図8）。しかも、介護に関してはその需要増が2015年を100とするとそのピークが2035年の126であるのに対し、医療はピーク時でも2030年の103となっている。

表3 鳥取県・東部医療圏の人口推計								
年齢階層		国勢調査	将来推計人口					
		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	年少人口（0～14歳）	30,063	28,104	26,094	24,191	22,443	21,087	19,792
	生産年齢人口1（15～39歳）	60,092	53,974	49,211	46,067	43,738	40,966	38,375
	生産年齢人口2（40～64歳）	77,286	72,650	68,742	64,739	60,752	54,938	49,879
	高齢者人口（65歳以上）	65,169	70,202	72,094	72,094	70,840	70,823	69,315
	後期高齢者人口（75歳以上＝再掲）	34,663	36,015	40,704	44,334	45,397	44,453	42,286
総人口		232,610	224,930	216,141	207,091	197,773	187,814	177,361
出典： 日本医師会JMAP								

9ページの表2で東部医療圏におけるSCRをみると、急性期から慢性期まで全国平均（100）よりも提供量が多くなっている。急性期については看護配置基準7：1が、慢性期については「療養病棟入院基本料2」が多いことが特徴である。在宅医療の提供については全国並みのレベルにあると推察される。

図9は同医療圏のDPC調査対象病院の平成29年度（2017年度）の診療実績である。最も入院患者数の多いのは鳥取県立中央病院で、次いで鳥取赤十字病院、鳥取市立病院となっており、この3病院で大部分の急性期患者の診療を担っている。

図10で各病院の入院患者のMDC別割合をみると上位3病院の機能はほとんど同じであること、入院患者数の少ない病院も概ね多様な疾患を診ていることがわかる。

図11は平成29年度（2017年度）病床機能報告公開データから年間入院患者数と病床稼働率を計算した結果を示したものであるが、鳥取赤十字病院等を除くと概ね85%以上の病床稼働率となっている。

図8 鳥取県東部医療圏の医療・介護需要の将来推計

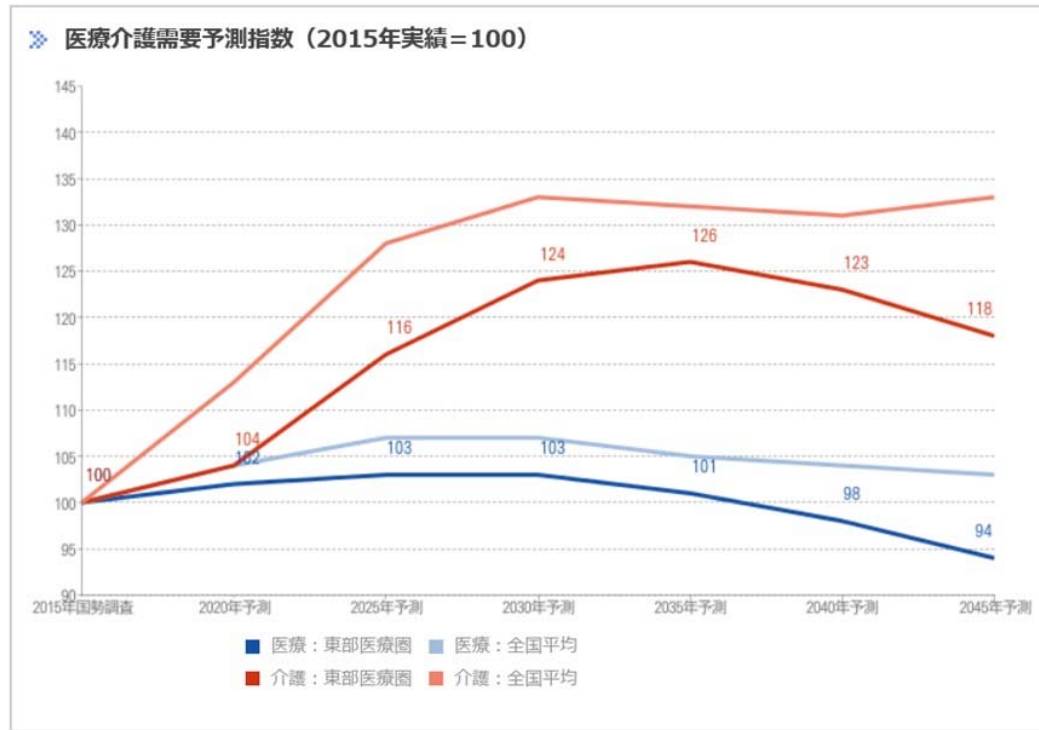


図9 鳥取県東部医療圏におけるDPC調査対象病院の診療実績
H29年度DPC公開データ・総患者数

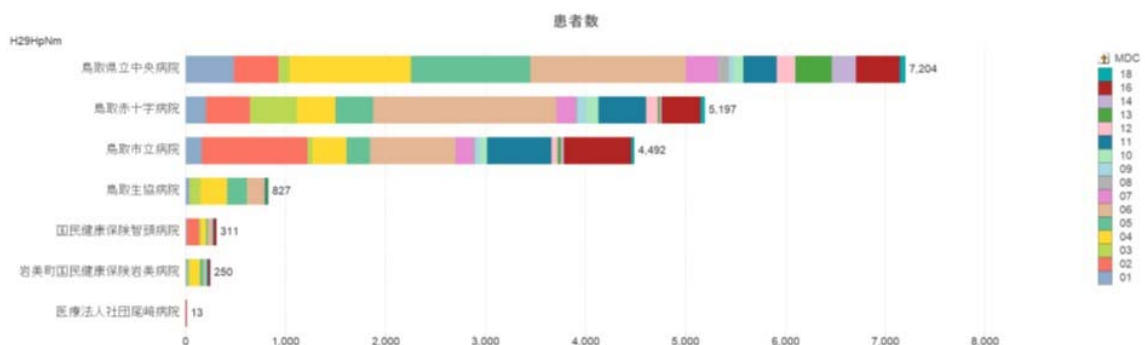


図10 鳥取県東部医療圏におけるDPC調査対象病院の診療実績
H29年度DPC公開データ・総患者数MDC別の割合

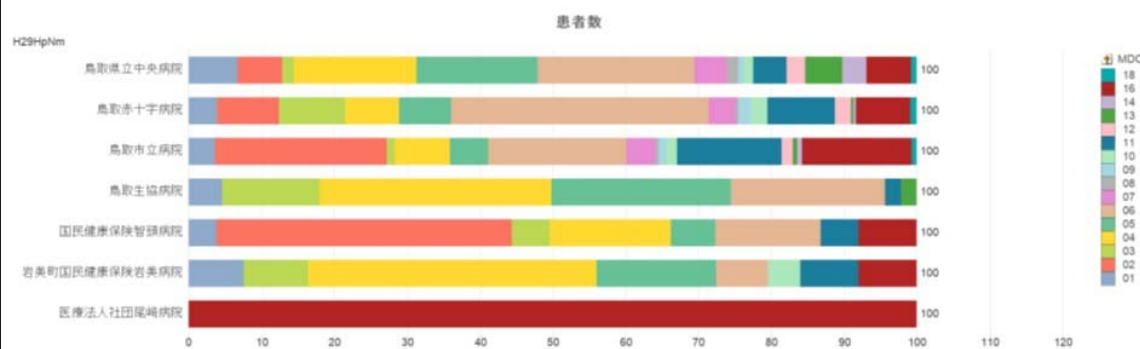


図11 鳥取県東部医療圏における病院の診療実績
H29年度病床機能報告公開データ・患者数と病床稼働率
(高度急性期・急性期)

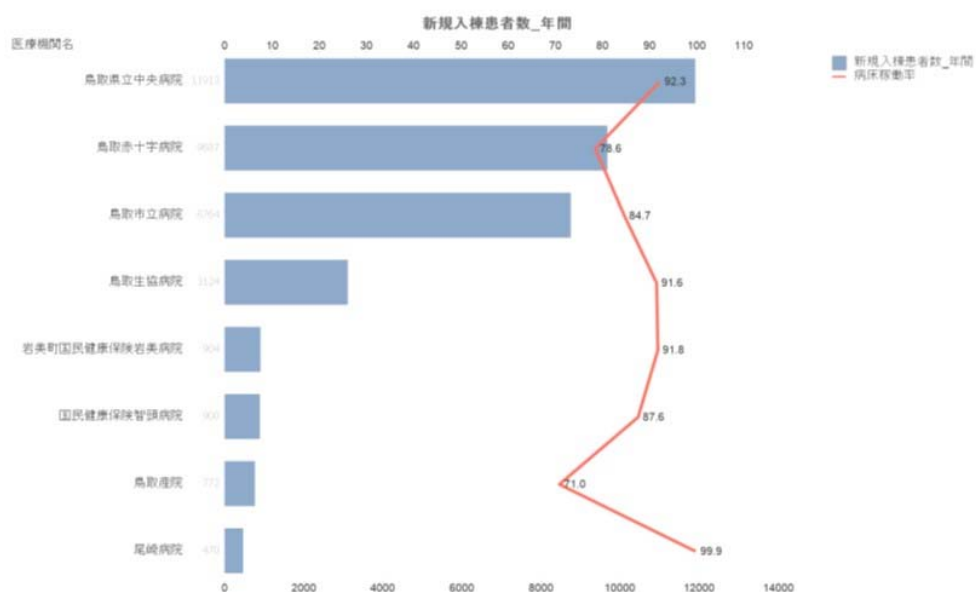


図 12 は平成 29 年度（2017 年度）病床機能報告公開データから入院経路を高度急性期、急性期病棟についてみたものであるが、上位 4 病院は院内他病棟からの転棟による入院がほぼ同じ割合（30%前後）であること、概ね入院患者数が少ない施設ほど他の診療所・病院、介護施設・福祉施設からの入院が増加する。図 13 は同じく退院経路をみたものである。全般的に院内他病棟への転棟が多くなっている。

図 14 は 2010 年の傷病別入院受療率が今後も続くとして、各年度の傷病別入院患者の増加率を推計した結果を示したものである。推計は急性期から慢性期まで含んでおり、総数では 2030 年度まで増加し、以後減少傾向となる。傷病別では、肺炎とその他心疾患（心不全など）、骨折、脳血管疾患が 2035 年度まで 20%前後増加する。

図12 鳥取県東部医療圏における病院の診療実績

H29年度病床機能報告公開データ・入院経路（％）
（高度急性期・急性期）

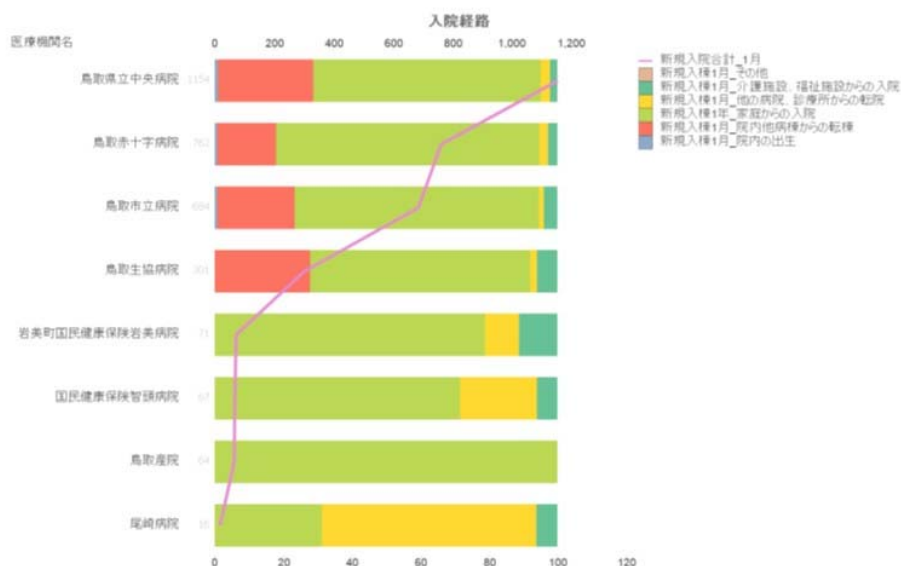


図13 鳥取県東部医療圏における病院の診療実績

H29年度病床機能報告公開データ・退院経路（％）
（高度急性期・急性期）

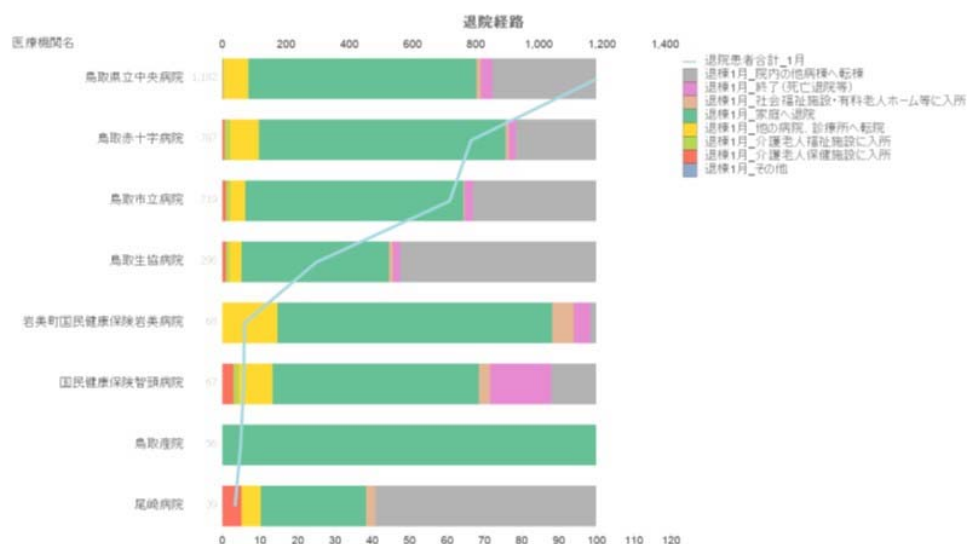
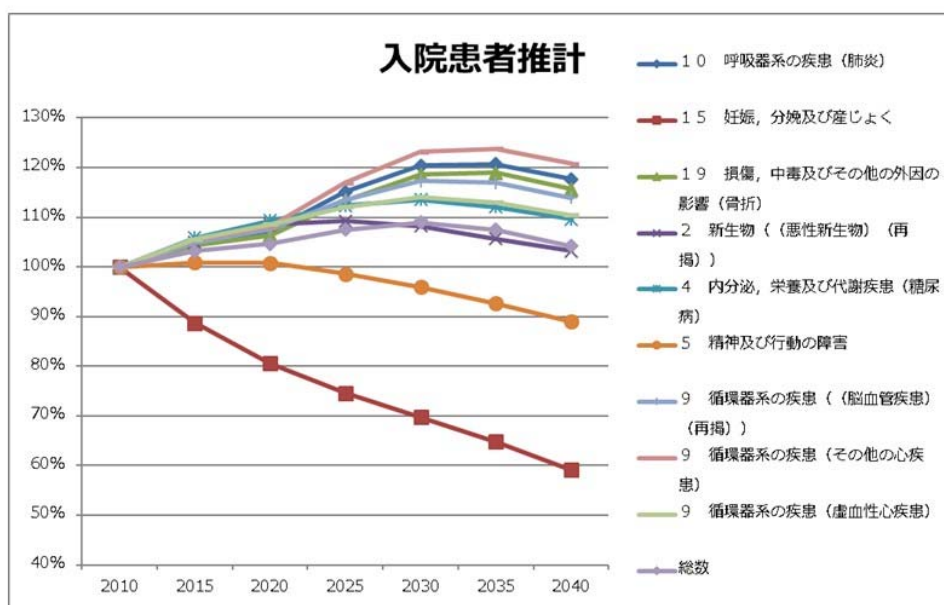


図14 鳥取県東部医療圏の入院医療の将来推計



以上より、東部医療圏では、手術を必要とするような典型的な急性期患者はほぼピークに達しており、今後ケアミックス体制での対応が必要な高齢患者の肺炎、心不全、脳血管疾患、骨折などの重要性が増大することが推察される。このような人口構造と傷病構造の変化を考えたとき、現在の医療提供体制の在り方が適切なのかを考える必要がある。

まず、高度急性期、急性期に関しては機能が重複しており、病床過剰状態になるであろうことが推察される。上位 4 病院において院内他病棟からの転棟による入院がほぼ同じ程度であること、MDC 別にみた入院患者のパターンがほぼ同じであることを考えると、がん・手術・救急という厚生労働省が急性期の中核と考えている機能について類似の役割を担っていることが推察される。今後、医師の働き方改革や新専門医制度への対応を考えたとき、現状のままで良いのかについて検討が必要だろう。すでに上位 4 病院は急性期・回復期のケアミックス体制になっていると考えられるが、施設レベルではなく地域レベルでのケアミックス体制をどのように考えていくかが課題ではないだろうか。

また、入院患者数の少ない病院の機能については宇和島医療圏と同様、病院総合医の配置等が適切であるように考えられるが、この点については地理的条件を踏まえて検討が求められる。

さらに東部医療圏の場合、今後の慢性期への対応をどうするかが課題となる。具体的には、現時点で在宅医療は全国平均並みであるが、今後、在宅医療を維持・強化できるのかがまず検討課題となる。また、宇和島医療圏と同様、「療養病棟入院基本料 2」が主体ではあるが、全国より提供量が多いと考えられる慢性期入院医療提供体制をどのように活用するかについて検討される必要がある。療養病床として維持するのであれば、看護職員の確保が課題となる。介護医療院への転換も選択肢の一つだろう。これについては宇和島医療圏と同様「療養病棟入院基本料 2」の病院が平成 30 年度の診療報酬改定でどのような選択を行ったかについて調査を行い、今後の在り方について検討することが必要である。

3.3. 大都市（東京都・区東部医療圏）

表4で東京都・区東部医療圏（墨田区・江東区・江戸川区）の人口推計をみると、総人口は2035年、14歳以下人口と生産年齢人口1（15～39歳）は2020年、生産年齢人口2（40～64歳）は2025年まで増加し、その後減少すること、そして65歳以上人口と75歳以上人口は2045年まで増加し、その後もさらに増加することが予想されている。このような人口動向の結果、医療需要、介護需要ともに継続的に増加し、特に介護需要の増加が著しい（図15）。

表4 東京都・区東部医療圏の人口推計								
年齢階層		国勢調査	将来推計人口					
		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
	年少人口（0～14歳）	179,879	180,791	178,536	176,251	174,686	174,809	172,892
	生産年齢人口1（15～39歳）	451,397	444,115	441,340	442,942	441,645	429,709	419,117
	生産年齢人口2（40～64歳）	499,019	526,755	552,394	551,820	530,167	502,362	487,093
	高齢者人口（65歳以上）	305,386	312,558	308,101	316,052	340,594	375,104	392,433
	後期高齢者人口（75歳以上＝再掲）	139,197	159,807	179,090	176,839	168,676	174,746	196,563
総人口		1,435,681	1,464,219	1,480,371	1,487,065	1,487,092	1,481,984	1,471,535
出典： 日本医師会JMAP								

9ページの表2で区東部医療圏におけるSCRをみると、回復期を除くといずれの入院機能も全国平均よりも提供量が少なくなっている。在宅医療の提供については全国並みのレベルにあると推察される。

図16は同医療圏のDPC調査対象病院の平成29年度（2017年度）の診療実績である。最も入院患者数が多いのは、がん研究会有明病院で、次いで東京都立墨東病院、昭和大学江東豊洲病院と続いている。図17で各病院の入院患者のMDC別割合をみると、概ね多様なMDCに対応していることがわかる。

図18は平成29年度（2017年度）病床機能報告公開データから、年間入院患者数と病床稼働率を計算した結果を示したものであるが、昭和大学江東豊洲病院など90%以上の病床稼働率となっている病院もあるが、80%前後でばらついている。

図15 東京都区東部医療圏の医療・介護需要の将来推計

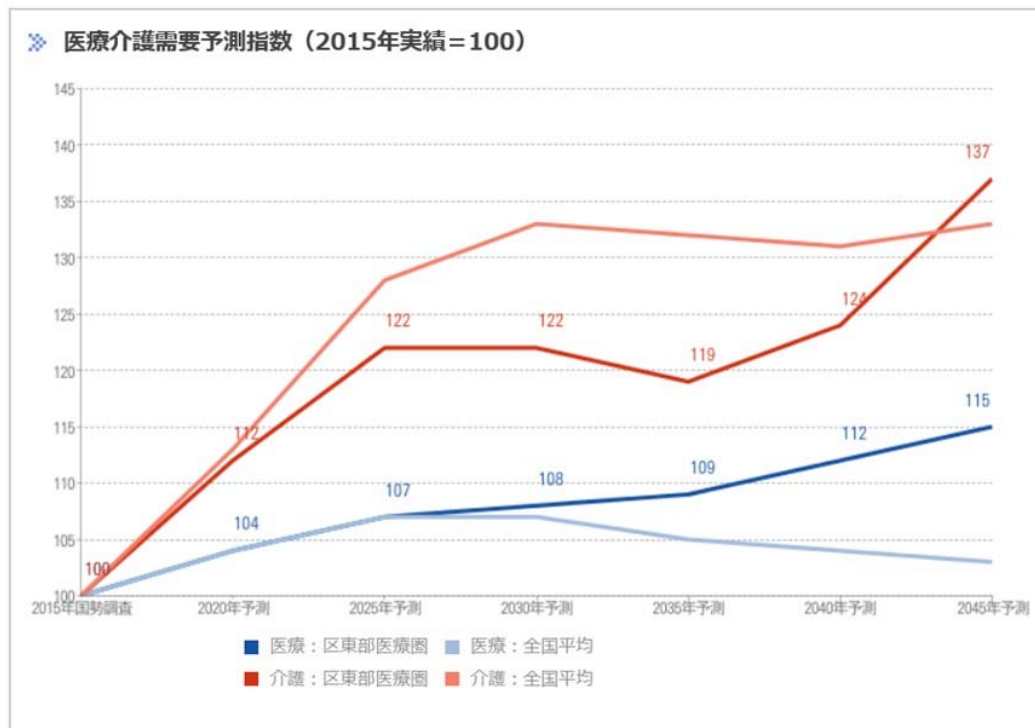


図16 東京都区東部医療圏におけるDPC調査対象病院の診療実績

H29年度DPC公開データ・総患者数

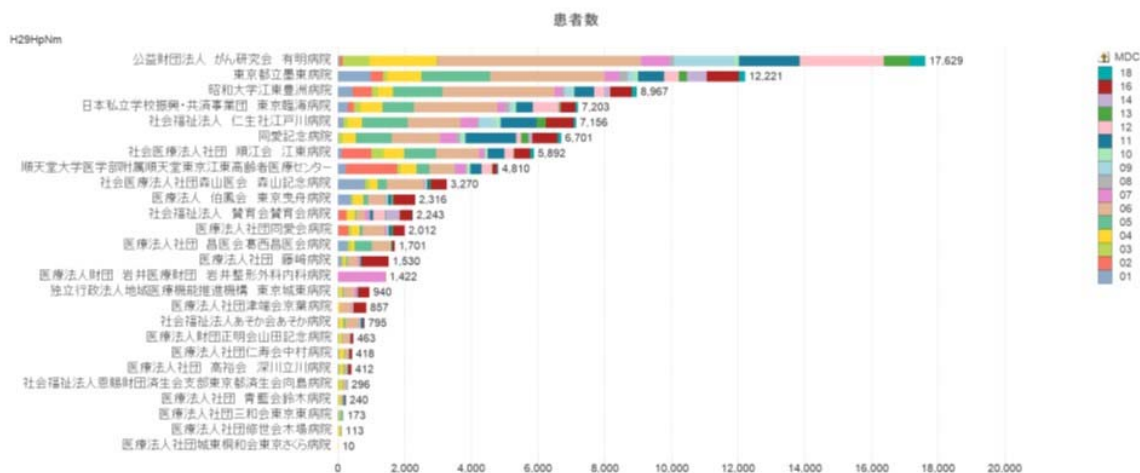


図17 東京都区東部医療圏におけるDPC調査対象病院の診療実績
H29年度DPC公開データ・総患者数MDC別の割合

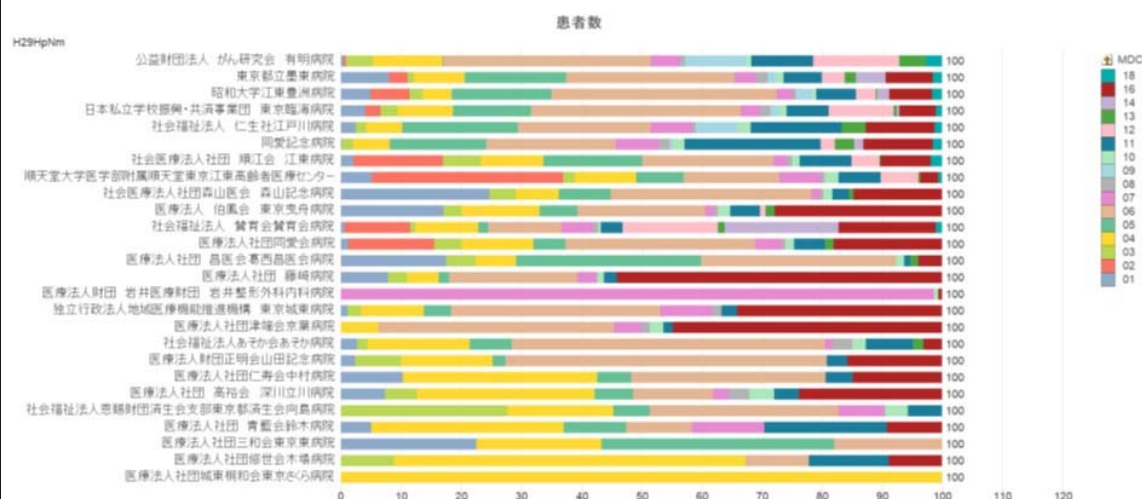


図18 東京都区東部医療圏における病院の診療実績
H29年度病床機能報告公開データ・患者数と病床稼働率
(高度急性期・急性期)

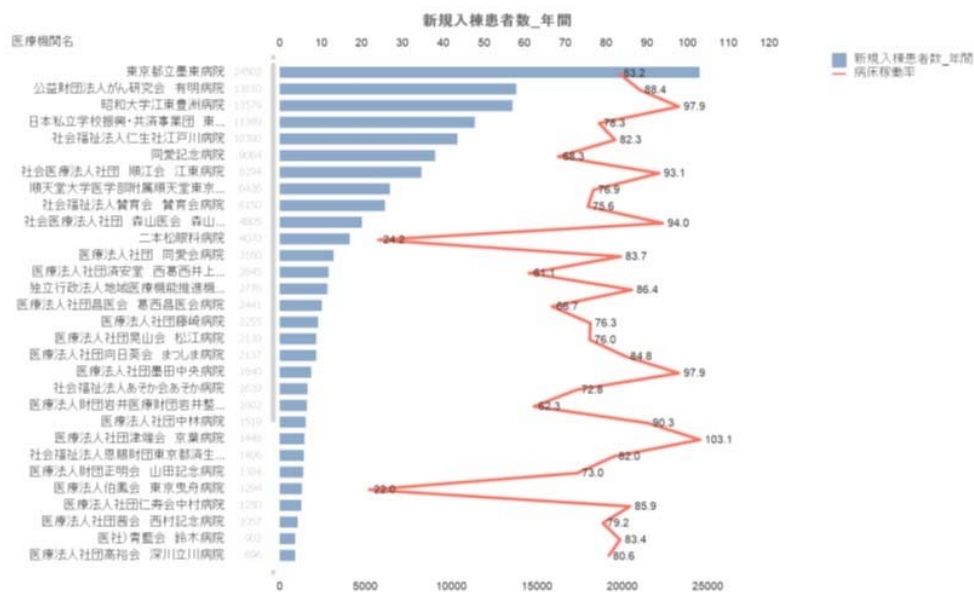
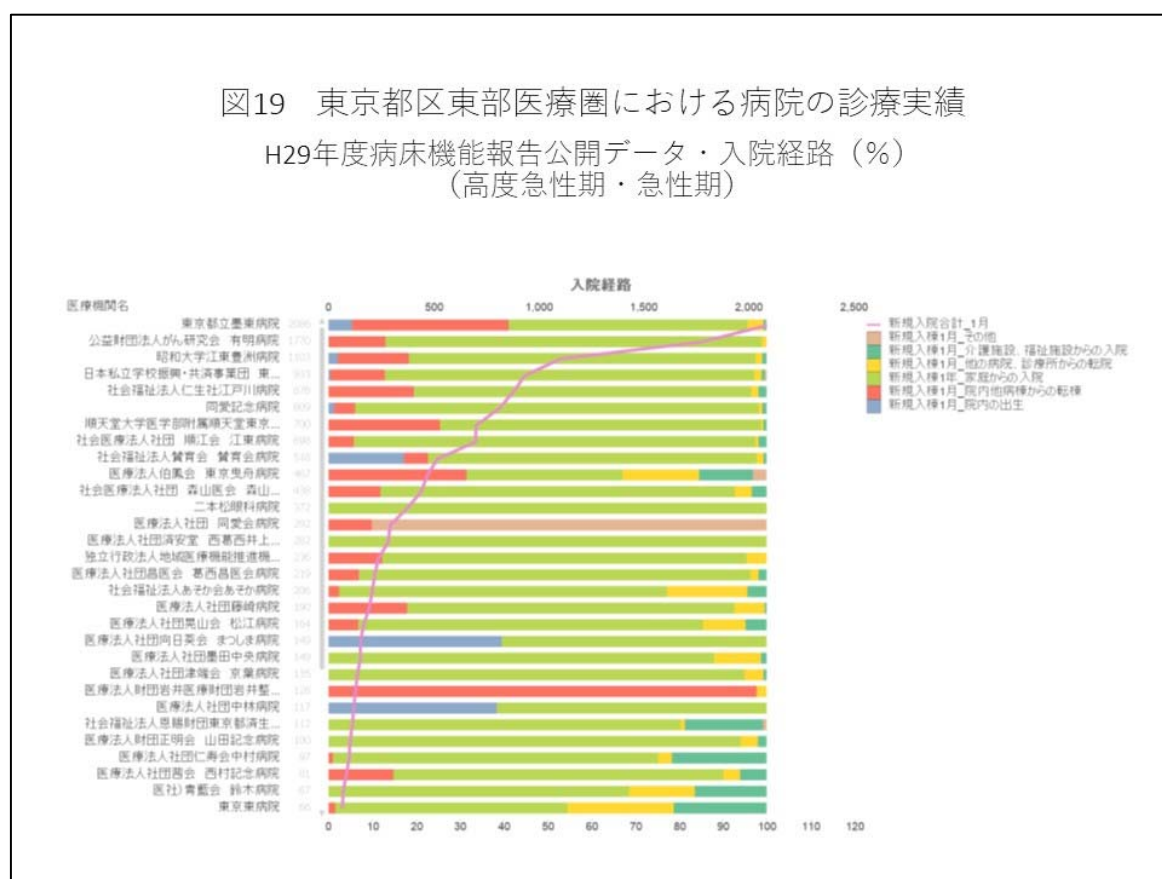


図 19 は平成 29 年度（2017 年度）病床機能報告公開データから、入院経路を高度急性期、急性期病棟についてみたものであるが、上位の病院は院内他病棟からの転棟による入院の割合が高く、入院患者数が少ない施設ほど他の診療所・病院、介護施設・福祉施設からの入院が増加する傾向がある。図 20 は同じく退院経路をみたものである。全般的に院内他病棟への転棟が多くなっている。

図 21 は 2010 年の傷病別入院受療率が今後も続くとして、各年度の傷病別入院患者の増加率を推計した結果を示したものである³。推計は急性期から慢性期まで含んでいるが、分娩を除いていずれも入院が必要な患者数は急増すると予想される。



³ 産業医科大学公衆衛生学教室：地域別人口変化分析ツール All Japan Areal Population-change Analyses(AJAPA): <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1> （2020 年 1 月 7 日閲覧）

図20 東京都区東部医療圏における病院の診療実績

H29年度病床機能報告公開データ・退院経路（％）
（高度急性期・急性期）

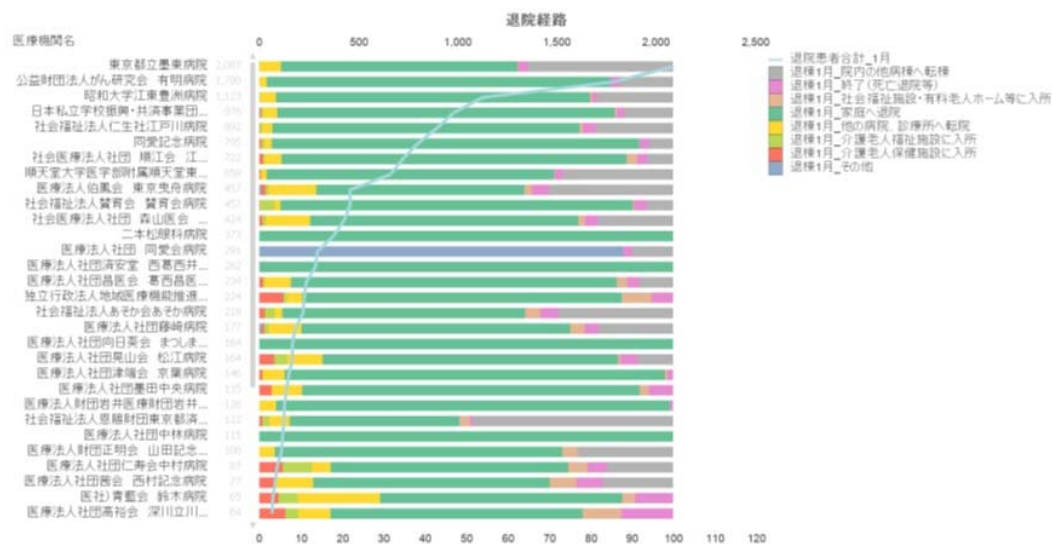
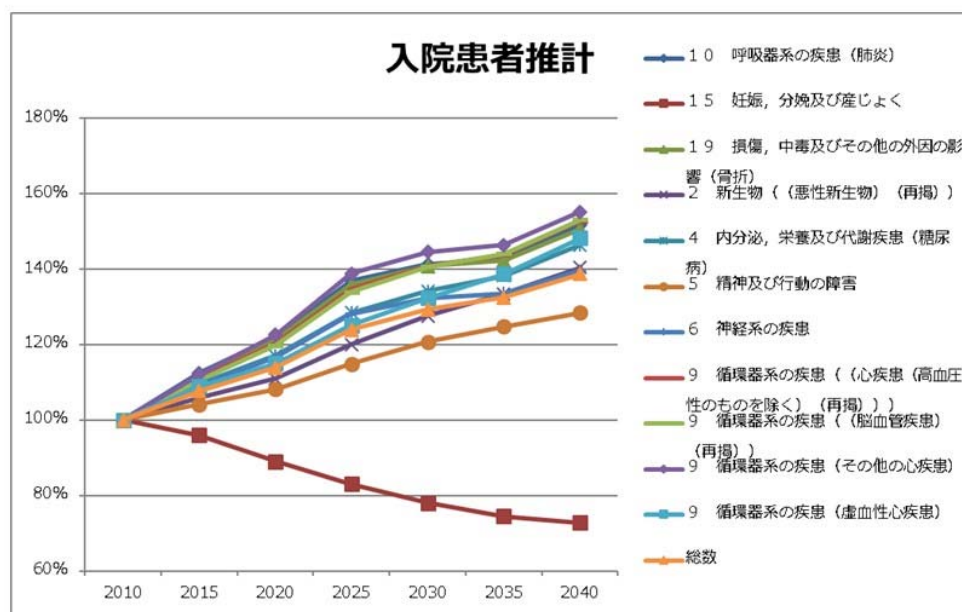


図21 東京都区東部医療圏の入院医療の将来推計



以上より、区東部医療圏では、手術を必要とするような典型的な急性期患者への対応と、急増する急性期以後の患者への対応を同時並行的に行わなければならないことがわかる。しかも東京の場合、人口に占める外国人の割合も増加することが確実であり、その対応も求められることになるだろう。

特に、区東部医療圏の場合、今後急増する慢性期への対応をどうするかが喫緊の課題となる。具体的には、現時点で在宅医療は全国より多く提供されているが、今後、在宅医療をさらに強化できるのかがまず検討課題となる。二次医療圏内の療養病床が現時点で不足しているが、都内及び隣接する他県その他医療圏の療養病床を持つ医療機関との連携が可能であるのか、在宅を支える地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を持つ病院の整備が可能であるのかといった視点から、地域医療構想調整会議での議論が必要だろう。

4. 公立・公的病院の機能の在り方

2018・2019年度の当委員会では公立・公的病院の機能の在り方に関する議論が多く行われた。特に、公立・公的病院について収益的収入に対する繰入金と資本的収入に対する繰入金の合計が年8,000億円程度であること（図22）、ランニングコスト（収益的収入）に対する繰入金が1病院当たり7億円に上っている（図23）ことなどが地域医療構想に関するワーキンググループにおいて示され⁴、公私それぞれの病院が担っている機能と財政支援の公平性について議論が行われた。

図22 公立病院 繰入金の推移



⁴ 第22回地域医療構想に関するワーキンググループ・参考資料4 中川構成員提出資料より抜粋

図 23 公立病院 1 病院あたり収益的収入に対する繰入金

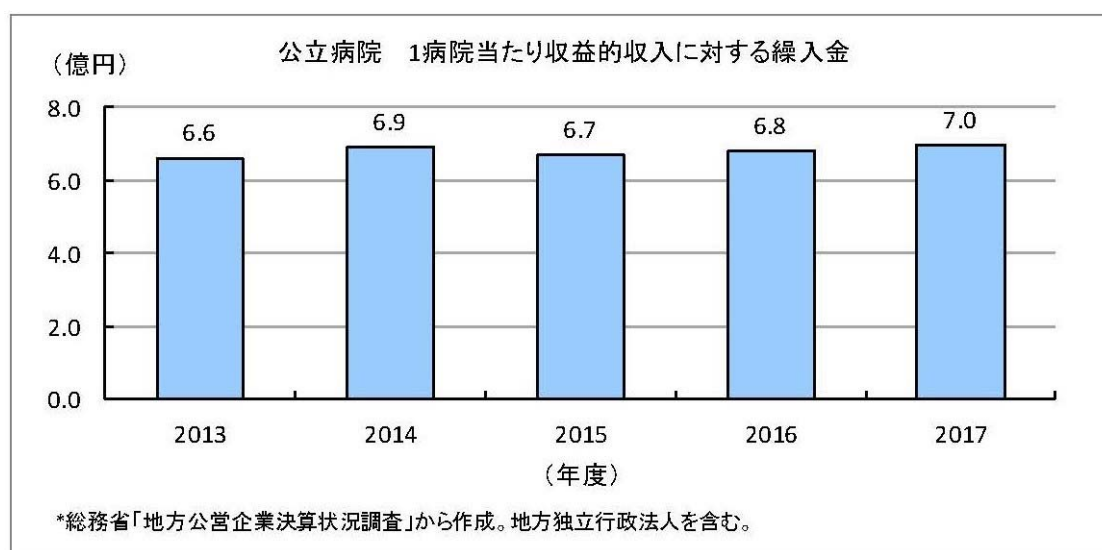
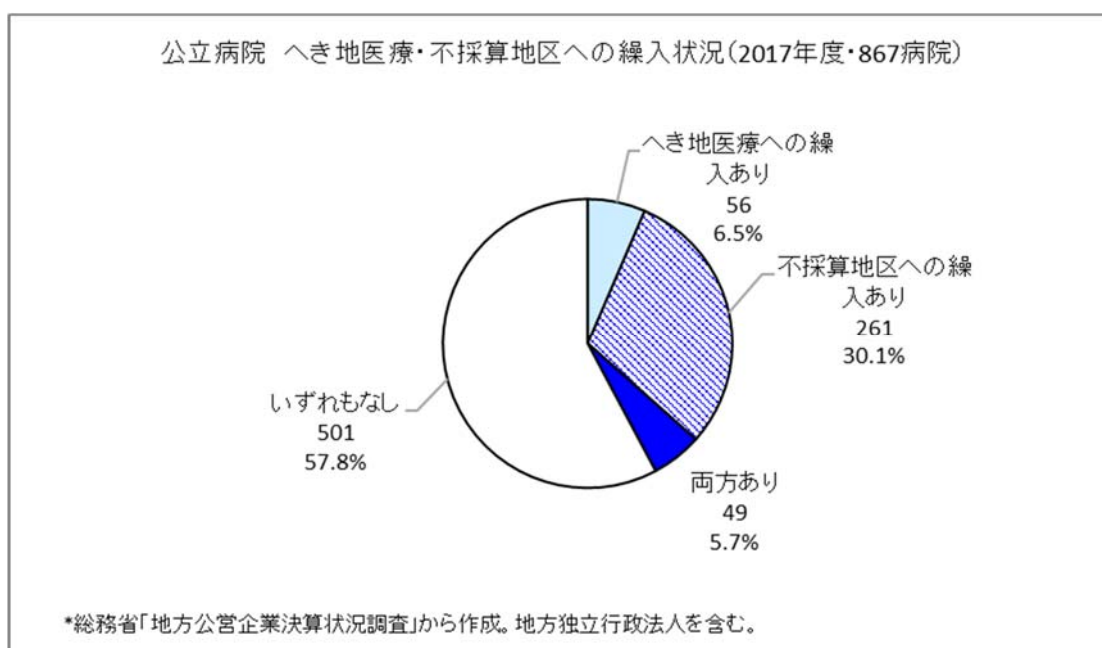


図 24 公立病院 へき地医療・不採算地区への繰入状況 (2017 年度)



公立・公的病院については、「民間病院が担うことが難しい領域」を中心に医療機能を担うべきであるという意見が多かった。具体的には民間病院の少ない過疎地域、へき地などである。これについては、へき地医療や不採算地区に対する繰入金がある公立病院が約 4 割あることが総務省のデータで示されている（図 24）。これらの病院は、民間

病院では担えない機能を担っているケースも多いと想定されることから、公私の病院の役割分担と連携関係の在り方については、それぞれの地域の現状を踏まえて検討が行われるべきであろう。その意味でも、地域医療構想調整会議及びそれをリードする郡市区医師会の役割は大きい。

ちなみに、フランスには公的病院サービス（Service Public Hospitalier：SPH）という概念がある⁵。そして、SPH 施設は患者の社会経済的状況に関わらず、すべての患者を 24 時間 365 日受け入れることを基本理念として、

- ①継続的なケアの提供、
- ②緩和ケアの提供、
- ③大学および大学院教育、
- ④研究、
- ⑤病院医師および開業医の継続的な専門的研修、
- ⑥助産師とコメディカルの初期研修と継続的な専門能力開発および関連研究の実施、
- ⑦健康教育と予防、
- ⑧開業医およびその他の医療専門家およびサービスとの連携による救急医療の実施、
- ⑨公衆衛生活動

などを行っている施設であると定義されている。SPH を行っている施設は公私に関わらず、当局と医療提供にかかる契約を結び、それに応じた財政的支援を受けることができる。また、地域ニーズに対応するために、公的病院と民間病院がアライアンスを組むことを契約し、その機能分担と連携に対しても財政的な支援が行われる体制となっている。また、こうした地域ニーズの評価は地域ごとに設立されている地域保健・自立委員会（Conference Régional de la Santé et de l'Autonomie: CRSA）で検討される仕組みとなっているが、病院代表者及び開業医代表者がこの委員会のメンバーになることが定められている。このようなフランスにおける取組は、我が国の公立・公的病院と民間病院の機能分化及び連携の在り方、及び地域医療構想調整会議の役割を考える上で参考になるのではないだろうか。

⁵ 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆、勁草書房、2017。

5. おわりに ～医師会の果たすべき役割～

以上、2018・2019年度の病院委員会での議論を踏まえて、地域医療提供体制を考える上での検討課題を記述した。これまでの議論を踏まえて、「今後を見据えた地域医療提供体制と医師会の役割」として以下の事項を提言する。

（１）医師会によるデータ分析及び助言機能の向上

本提言で具体的に示したように、すでに公開されているデータを分析することで、各地域の医療ニーズ及び医療サービス提供体制の現状と課題について、相当程度の検討が可能になっている。しかしながら、こうした分析を行うこと及びその結果を解釈することは、医療職以外の方々にとってハードルが高いことも事実である。したがって、こうした分析を行い、その結果をわかりやすく医療職以外の方々に説明することは、医師会関係者の重要な役割である。また、これらのデータの中には全国共通の仮定のもとで推計されたものも含まれており、各地域の現状（特に医療資源、介護資源の状況）に必ずしも合うものではない。したがって、日本医師会と都道府県医師会の連携のもとに、より意味のある議論に資するための追加の調査を行い、その分析結果をもとに地域医療構想や医療審議会等で積極的に助言を行うべきである。このような取り組み無しに議論が進んでしまうと、単なる数合わせになるだけではなく、現場のニーズに合わない計画策定や整備が行われてしまい、地域医療の混乱とレベル低下をもたらしかねない。そのためにも日医総研が中心となり、各都道府県の地域医療構想アドバイザーや大学などの研究者を巻き込んだデータ分析及びその結果を用いた助言機能が期待されている。

（２）地域医療構想調整会議におけるリーダーシップの発揮とその支援

前述のように、地域医療構想で用いられるデータは必ずしもわかりやすいものではない。しかし、これらのデータを用いて議論が行われることが前提になっており、したがって、これらのデータを現場での医療の実践経験を踏まえて解釈できる郡市区医師会の代表者による適切なリーダーシップが、地域医療構想調整会議がその本来の役割を果たす上で不可欠である。

現在、多くの地域医療構想調整会議で郡市区医師会の代表者がその議長を務めているが、必ずしもそのようなリーダーシップを発揮できていない。その理由の一つが、会議を円滑に運用するための指針や技術的な支援の不足である。したがって、日本医師会として、日医総研を活用し、地区医師会でその任に当たっている会員を対象とした地域医療構想調整会議の運営に関する研修会の開催や、マニュアル作りなどを通じた支援が必要であると考ええる。

（３）高齢精神障害者への対応

高齢化が進む我が国では、認知症高齢者の増加や複数の慢性疾患を持った高齢患者の増加が今後大きな問題となっていく。薬物療法等の進歩により、在宅で過ごすことが可能な精神障害者が増加していること、高齢の精神障害者が増加していることなどを考えると、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの在り方があらためて検討されなければならない。高齢の患者が増加していることを考えれば、高血圧や糖尿病といった身体合併症の管理についても精神科と他診療科の有機的な連携、そして介護との連携をいかに確立していくかが課題となる。

（４）マスメディアや国民に対する広報機能の強化

2019年9月26日の厚生労働省による424の公立・公的医療機関等のリスト公開後の混乱からもわかるように、医療制度改革や介護保険制度改革に関してマスメディアの関係者が正しい認識を持っているとは限らず、その結果として国民が誤った認識を持ってしまう可能性がある。このような状況で、適切な医療提供体制の見直しを行うことは困難である。医師の働き方改革及び新専門医制度により、医療提供体制の見直しが不可欠になってくるが、それは一部で今までより利便性が悪い状況をもたらすことになる。国民の理解が不十分な状況でそのような医療提供体制の見直しが行われると、医療界がその批判の対象となる可能性が高い。そのような状況を避けるためにも、日本医師会としてあるべき医療提供体制について、客観的なデータに基づく広報活動を強化する必要がある。

（５）公民の役割分担と連携に関する議論の深化

2018・2019 年度の病院委員会では公民の役割分担と連携に関して多くの議論が行われた。財政面・税制面での処遇に公平性を欠いているという点、公立・公的病院による民業圧迫といった意見が出されたが、公民の病院の役割分担と連携の在り方については、各地域の状況を踏まえて個別の慎重な議論が必要である。公民の病院の役割分担と連携の在り方は、フランスやドイツ、イギリス等公的医療保障制度を有している国に共通した課題であり、フランスでは前述のように公的病院サービス SPH という概念のもと、機能に着目した公平な処遇が行われている。我が国においても、こうした諸外国の検討事例をもとに、より建設的な議論に深化していく必要がある。