

# 基礎研 レポート

## 地域医療構想を 3 つのキーワードで読み解く(1)

都道府県はどこに向かおうとしているのか

生活研究部 准主任研究員 三原 岳

(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

団塊の世代が75歳以上を迎える2025年に向けて、地域の医療提供体制を構築するための議論が現在、都道府県を中心に進んでいる。これは2017年3月までに各都道府県が医療計画の一部として策定した「地域医療構想」に基づいた議論であり、各都道府県は地域の医師会や医療関係者、介護従事者、市町村、住民などと連携・協力しつつ、地域の特性に応じて急性期の病床削減や回復期病床の充実、在宅医療等<sup>1</sup>の整備などを進めることが求められている。

しかし、地域医療構想の目的はあいまいである。国は表面上、「病床削減による医療費適正化」の目的を否定しつつ、介護や福祉との連携も意識した「切れ目のない提供体制の構築」を重視しているが、経済財政諮問会議（議長・安倍晋三首相）や財政当局は医療費適正化策の一環として位置付けており、「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制構築」という2つの目的が混在している中、国と都道府県の間で認識ギャップが見られる。

本レポートは全4回で地域医療構想の制度化プロセス、都道府県の対応を検証することで、地域医療構想を読み解くことを目的とする。第1回は地域医療構想を読み解く総論として、①病床削減による医療費適正化、②切れ目のない提供体制構築—という2つの目的が混在している点を検討した上で、国の議論が①に傾いていることを指摘するほか、各都道府県が策定した地域医療構想の文言を検証することを通じて、都道府県が①よりも②を重視している点を考察する。こうした検証を通じて、都道府県が向かっている方向性を明確になるほか、政策の目的について国と都道府県の間で認識ギャップが生まれている可能性が浮き彫りになると考えている。

第2回以降に関しては、「脱中央集権化」(decentralization)、「医療軍備拡張競争」(Medical Arms Race)、プライマリ・ケアという3つのキーワードを使いつつ、都道府県に期待する役割や対応を論じたい。

<sup>1</sup> 「在宅医療等」には介護施設や高齢者住宅での医療も含まれているが、本レポートでは煩雑さを避けるため、在宅医療と表記する。

## 2—地域医療構想の概要

### 1 | 地域医療構想とは何か

まず、地域医療構想の概要を検討する。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」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3月までに全ての都道

府県で構想が出そろい、合計の病床数は表1の通り、全国的には高度急性期と急性期、慢性期が余剰、回復期が不足するという結果となった。これは厚生労働省令で定めた数式に基づいた一つの推計に過ぎず、将来を反映しているとは限らない。さらに、病床機能報告は医療機関の申告ベース、必要病床数は一定の数式に基づいて計算されている違いがあるため、比較する際には留保が必要である。

しかし、大きな方向性が可視化された意義は大きく、構想に盛り込まれたデータや内容をベースにしつつ、各地域で2025年を意識した医療提供体制の構築に向けた議論が進む予定である。

議論の場として期待されているのが「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）である。これは構想区域ごとに設置される会議体であり、地域医療構想に盛り込まれた病床データや施策などを基に、2025年を見据えた提供体制改革について、都道府県や地元医師会、病院関係者、介護関係者、市町村などが各地域で合意形成を進めることが想定されている。

### 2 | 地域医療構想の進め方

具体的なイメージを持ってもらうため、人口当たり病床数が最も多い高知県を事例に考えよう。高知県は「安芸」「中央」「高幡」「幡多」の4つの構想区域に分かれており、病床数は次ページの表2の通りとなった。

表1：地域医療構想に盛り込まれた病床数

	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。

注3：秋田など13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。

このうち、人口が最も多い高知市を中心とした中央区域では高度急性期と急性期、慢性期が余剰、回復期が不足という結果になり、高度急性期と急性期の削減、回復期の充実、慢性期の削減と在宅医療の整備が求められることになる。そして、こうしたテーマを話し合う場として、県全体をカバーする調整会議と、各区域で調整会議が設置されており、地元医師会や介護従事者、市町村関係者などで構成する調整会議のメンバーが課題解決策などを話し合うことになる。

さらに、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「地域医療介護総合確保基金」(以下、基金)が創設

された。用途としては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、社会保障目的で引き上げられた消費税を活用する形で、国が3分の2、都道府県が3分の1を負担している<sup>2</sup>。

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も強化された。具体的には、医療機関が過剰な医療機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などを講じることができる。

### 3—2つの目的が混在

#### 1 | 病床削減の視点

ただ、地域医療構想の目的はあいまいである。厚生労働省は「病床削減のツールではない」と繰り返し強調しており、内閣官房に設置された「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」が2015年6月に病床数を試算した際も、メディアが「◎◎床削減」などと伝えると、3日後には都道府県宛に「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にならないようにお願いします」という通知を出した<sup>3</sup>。

しかし、地域医療構想で語られているのは病床数であり、在宅医療に関しても「慢性期に入院する軽度患者の70%程度が在宅医療等に移行する」などの前提に立っているに過ぎず、病床に関心が向かいがちである。

表2：高知県の地域医療構想に盛り込まれた病床数

構想区域	医療機能	2015年①	2025年②	①－②
安芸	高度急性期	0	0	0
	急性期	290	199	91
	回復期	42	205	▲ 163
	慢性期	235	225以上	10
中央	高度急性期	889	834	55
	急性期	4,224	2,065	2,159
	回復期	1,308	2,493	▲ 1,185
	慢性期	5,674	3,370以上	2,304
高幡	高度急性期	0	0	0
	急性期	299	265	34
	回復期	88	227	▲ 139
	慢性期	419	269以上	150
幡多	高度急性期	6	6	0
	急性期	669	331	338
	回復期	204	361	▲ 157
	慢性期	554	402以上	152

出典：高知県地域医療構想を基に作成

注1：慢性期は最小値。

注2：▲は不足を意味する。

<sup>2</sup> 2017年度予算の規模は医療分904億円、介護分724億円。

<sup>3</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。

こうした考え方が最も表れているのは2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書である。ここでは病床を「川上」、受け皿となる地域を「川下」と形容しつつ、「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入」「入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現」「受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実」と強調しており、病床を削った後に余った患者を在宅や地域で引き取る発想に立っているのは明らかである。

中でも、患者7人に対して看護師1人を配置する入院基本料要件を満たした急性期病床（いわゆる7：1要件）を圧縮したい思惑があったのは間違いない、政府は2006年度診療報酬改定に際して、7：1要件病床に対して報酬を手厚くしたが、手厚い報酬を期待した医療機関が国の予想以上に7：1要件を多く満たしたため、医療費を増やす原因となり、政府は急性期の圧縮を検討するようになった。

しかも、この考え方は10年ほど前から論じられていた。例えば、2008年6月の社会保障国民会議中間報告では、「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」と指摘していたほか、同様の文言は2008年11月の最終報告と2009年6月の安心社会実現会議報告、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」に継承されており、約10年の歳月を経て制度化された経緯がある。

さらに、政府が2016年末に改定した「経済・財政再生計画改革工程表」でも「医療介護提供体制の適正化」として地域医療構想を位置付けており、今年6月に閣議決定された骨太方針でも市町村国民健康保険の都道府県単位化<sup>4</sup>や医療費適正化計画<sup>5</sup>とのリンクを意識しつつ、「都道府県の総合的なガバナンスを強化し、医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供する」という文言を用いることで、都道府県主導による医療費適正化に期待している。

## 2 | 切れ目のない提供体制の構築という視点

では、厚生労働省が病床削減による医療費適正化という目的を否定しているのはなぜだろうか。それは制度化プロセスにおける日本医師会との調整が影響している。

厚生労働省は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、人員配置や構造基準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。これは急性期について国の要件に従わなければ急性期と見なさず、単価の高い診療報酬も渡さない意図だったが、日本医師会は「急性期医療をできなくなる地域が生まれる」と懸念した。

さらに厚生労働省は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。その理由について、日本医師会副会長は雑誌の対談記事で、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（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

<sup>4</sup> 慢性的な財政赤字に苦しむ市町村国民健康保険の財政を安定化させるため、財政運営を都道府県単位とする改革。

<sup>5</sup> 2008年度から導入され、国と各都道府県が策定する計画。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。



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（注：反対した）」と明らかにしている<sup>6</sup>。

その後、日本医師会は2012年5月、対案を示した。対案では、①各医療機関が担っている機能について、都道府県に情報を提供する仕組みを創設、②都道府県は情報を活用し、医療提供者の主体的な関与の下、地域の実情を踏まえた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、患者に示し、医療提供者、行政、地域住民、患者とともに、地域に実情に合った提供体制を作り上げる—といった内容であり、現在の制度に至っている。

こうした経緯を見ると、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分かる。

## 4— 病床削減に消極的な都道府県

### 1 | 「必要病床数＝削減目標」を否定

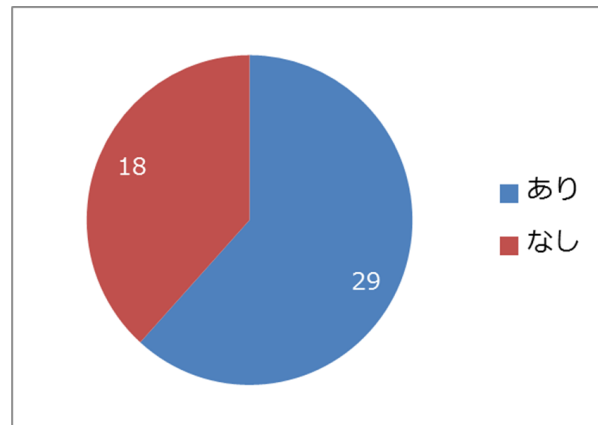
では、「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的が混在しているとして、どちらの目的を都道府県は重視したのだろうか。結論から言うと、後者の「切れ目のない提供体制構築」を重視している。

まず、都道府県のスタンスは必要病床数について表れている可能性が想定される。もし都道府県が「病床削減による医療費適正化」という目的を重視しているのであれば、必要病床数を一つのターゲットとして、削減の姿勢や努力を見せることが予想されるためだ。

だが、地域医療構想の文言を精査すると、図1の通りに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ていた。この背景には、必要病床数を削減目標と位置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ったと推察される。日本医師会は必要病床数を削減目標ではない旨を明記していない構想が見られる点を問題視していた<sup>7</sup>。

こうした中、地元医師会を中心とする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、都道府県が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ことになる。この点については、強化されたとされる知事の権限についても、11道府県が言及していた

図1：必要病床が削減目標ではないと明記したかどうか



出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成  
注：「強制的に削減するものではない」「機械的に当てはめない」といった表現を特記しているケースを「あり」と見なし、地域医療構想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「あり」にカウントしていない。

<sup>6</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。

<sup>7</sup> 例えば、日本医師会の常任理事は「地域医療構想では将来の病床の必要量が注目されがちであるが、重要なことは将来の姿を見据えつつ、医療機関の自主的な選択により、地域の病床機能が収れんされていくことである。病床の必要量は全国一律の計算式で機械的に計算されたものに過ぎない」と指摘していた。2016年9月20日『日医News』。

に過ぎなかったこととも符合する。

むしろ、近年の診療報酬改定では、医療機関が7:1要件を取得する際の条件を厳格にしている<sup>8</sup>ため、急性期の病床数については、地域医療構想に基づく調整よりも、報酬改定の影響を大きく受けることが予想されている。こうした状況の下、都道府県としては診療報酬改定の結果と影響を見極めようという機運が強かったと考えられる。

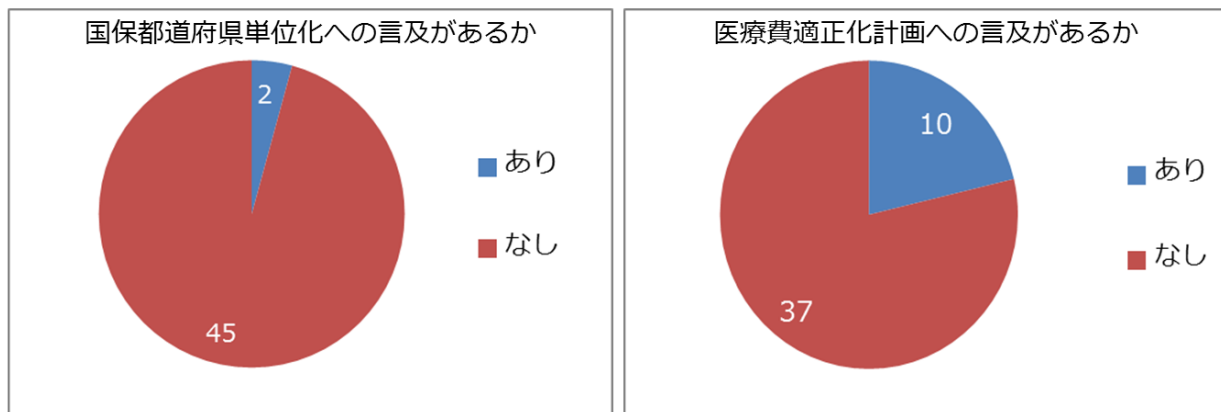
## 2 | 国保改革や医療費適正化とリンクさせず

都道府県が「病床削減による医療費適正化」という目的を重視している場合、2018年度の市町村国保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考えられる。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、地域医療構想との関係付けようとしているか探ることで、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、図2の通り、市町村国保の都道府県単位化に言及したのは奈良県と佐賀県の2県、医療費適正化計画に言及したのは10都府県にとどまり、3つを明確にリンクさせたのは実質的に奈良県だけだった。

奈良県の地域医療構想では「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り組を進める必要があります」としている。こうした文言が盛り込まれた背景としては、3つの関係をリンクさせた改革を進めようとする荒井正吾知事のスタンスが影響している<sup>9</sup>が、こうした事例は現時点で極めて少数であり、その背景としては地元医師会や医療機関関係者の反発を恐れ、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高い。

図2：国保改革、医療費適正化計画の言及があったかどうか



出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

<sup>8</sup> 7:1要件を取得する際、患者の医療・看護度などを評価するいくつかの条件をクリアする必要があり、2016年度報酬改定では手術や受け入れ患者に関する条件を追加することで、取得を難しくするように厳格にした。2017年10月25日の財政制度等審議会では、一層の厳格化が論じられている。

<sup>9</sup> 荒井知事は2015年9月のシンポジウムで、「(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」と述べていた。『医療経済研究』Vol. 28 No. 1。

### 3 | かかりつけ医や総合診療医に言及

では、「切れ目のない提供体制の構築」という点では、どんなスタンスが見て取れるだろうか。切れ目のない提供体制を構築する上で、在宅ケアなど住民の日常的なニーズに対応する医療が重要になるが、「川上」「川下」の言葉に代表される通り、地域医療構想は実質的に病床しか議論しておらず、いわば病床という医療提供体制のごく一部を議論することで、医療提供体制の全体を変えようとする欠点を持っている。

この点については、第4回で述べる予定だが、地域医療構想を策定した時点では受け皿となる医療サービスの充実について、都道府県に前向きな姿勢が見られた。

具体的には、37都道府県が日常的な医療ニーズに対応する医師である「かかりつけ医」<sup>10</sup>または日常的な疾病やケガに対応する「プライマリ・ケア」<sup>11</sup>の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。

両者の定義や役割などは第4回に詳しく述べることにしたいが、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。

目的があいまいな地域医療構想が「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ることが可能であろう。

#### 表3：かかりつけ医または総合診療医に関する言及

- ▶ 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）：（注：認知症対策で）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づ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」を養成及び支援します。
- ▶ 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、病气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を基に作成

### 4 | 地元医師会との協調・連携

次に、地元医師会との連携という点で都道府県のスタンスを検証してみよう。都道府県が切れ目のない提供体制の構築を図ろうとする際、最初に配慮するのは地元医師会と思われる。先に触れた通り、

<sup>10</sup> 日本医師会などが2013年8月に公表した報告書では、かかりつけ医の定義について、「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。

<sup>11</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。詳細は第4回で述べる。



日本の医療提供体制は民間中心であり、都道府県が構想を策定するだけでは実効性を持たず、現場で医療サービスの提供を担う地域の医師会との連携が欠かせない。

そこで、地域医療構想の策定プロセスに地元の医師会がどこまで参加していたか検証した。具体的には、①各都道府県の地域医療構想に出ている文言や資料、ウェブサイト<sup>12</sup>に掲載された議事録などを通じて、「実質的な検討の場」を設定<sup>13</sup>、②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の場に必ず参加しているケースが多いことを考慮し、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—といったプロセスを通じて、都道府県と各地域の医師会がどこまで共同歩調を取っていたかどうかを考察した。

さらに、(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、トップが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>14</sup>を除く 32 都道府県のうち、24 都道県で医師会関係者がトップを務めていた<sup>15</sup>。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。

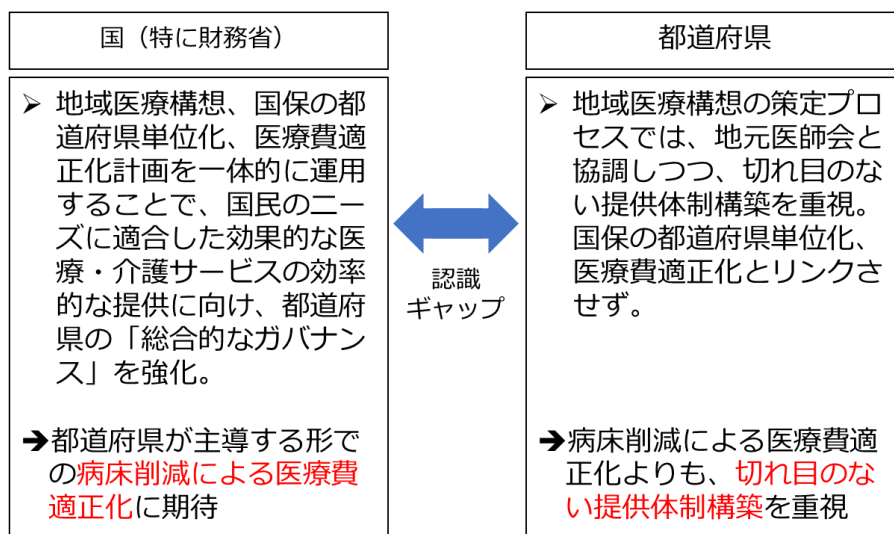
## 5—おわりに～国と都道府県の認識ギャップ～

以上、地域医療構想の制度化プロセスを振り返ることで、①病床削減による医療費適正化、②切れ目のない提供体制構築—という2つの目的が混在している点を検証するとともに、地域医療構想の内容を把握することを通じて、都道府県はどちらを重視していたのか考察してきた。

その結果、全体的な傾向として、(a) 必要病床数を削減目標としないことを明記、(b) 市町村国保の都道府県単位化、医療費適正化とのリンクを避けた、(c) 日常的な医療ニーズに対応する必要性に言及した、(d) 地元

医師会と連携・協力しつつ地域医療構想を策定していた—といった実態があり、「病床削減による医療費適正化」「切れ目のない提供体制構築の目的」という混在する目的のうち、都道府県は後者を優先し

図3：地域医療構想を巡る国と都道府県の認識ギャップ



出典：各種資料を基に筆者作成

<sup>12</sup> 2017年3月31日現在のデータ。以下、同じ。

<sup>13</sup> 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。

<sup>14</sup> 検討の場の議論に用いた資料や議事録の公表が不十分だったため、把握できなかった。

<sup>15</sup> 8つの構想区域のうち5構想区域で医師会関係者がトップだった秋田県も含む。



ている点を明確にした。

しかし、骨太方針 2017 の「都道府県の総合的なガバナンスの強化」という文言に代表される通り、経済財政諮問会議や財務省を中心とする国の議論は①に傾きがちであり、図 3 のように②に力点を置く都道府県の間には認識ギャップが見られる。

その一端については、3 ページで述べた基金のスタンスに表れていると言える。財務省は基金の分配先について、回復期病床の充実など病床削減に繋がる使途に重点配分するよう求めており、こうしたスタンスは①、特に急性期削減を重視していると言える<sup>16</sup>。

一方、都道府県のスタンスは異なる。近年の改定では 7:1 要件を厳格化しており、急性期の削減や回復期の充実が診療報酬改定の影響を受けやすい。こうした中、都道府県は 2018 年度改定の影響を見極めつつ、②を重視する観点に立ち、在宅ケアの整備や人材確保などに基金を使うことを期待している<sup>17</sup>。このギャップは 2 つの目的を混在させた結果であり、こうした認識ギャップは今後も制度の目標設定や進行管理の場面で一層、顕在化する可能性が想定される。

では、都道府県は今後どのような対応が求められるのだろうか。第 2 回以降は「脱中央集権化」(decentralization)、「医療軍備拡張競争」(Medical Arms Race)、プライマリ・ケアという 3 つのキーワードを用いつつ考察を深めたい。

<sup>16</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。

<sup>17</sup> 基金の使途については、大津唯 (2017) 『『地域医療介護総合確保基金』の現状と課題』『会計検査院』No. 56 が詳しい。同論文では「医療機能の分化・連携を進めるための医療機関の施設・設備整備など単年度会計になじみにくい事業と、医療従事者の確保のための国庫補助事業という異質のものを 1 つの基金に混在させたことは、妥当でなかった」と指摘している。