

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

MetLifeSM
メットライフ生命

2015年(平成27年)10月26日

第222号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

東京都病院協会 会報

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒100-0003 千代田区一ツ橋 1-2-2 住友商事竹橋ビル 12階
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: http://www.tmha.net / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

医療資源の適正配分という 医療法の大命題と地域医療構想

前・厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長
文部科学省高等教育局・医学教育課企画官 佐々木 昌弘氏

地域医療構想の目的・手法について、同政策の企画・立案にあたって主導的な役割を果たされた佐々木昌弘氏が9月10日に東京青年医学会で講演。その概要をお届けする。



佐々木 昌弘氏

地域医療構想の主眼は「地域にに応じた医療提供体制の整備」

地域医療構想は1947〜49年生まれのいわゆる「団塊の世代」が75歳以上になる2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに25年の医療需要(患者数)を推計し、それをもとに病床の必要量を算出して、地域に応じた体制を整備していくというものである。なお病床機能報告制度では、各医療機関は、病棟ごとに担っている医療機能を、高度急性期、急性期、回復期、慢性期から選択し、今後の担おうとする方向と合わせて報告していただくものであり、地域医療構想で把握できる将来の姿を見据えながら、各医療機関は更なる機能分化を自主的に、結果として地域全体として推進することをめざしている。

計され、東京は10年後の病床数が不足すると推計される。ただし、同じ都道府県内でも、圏域ごとにみると、必ずしも同じ傾向ではないことに注意が必要だ。個々の病院にとって「自分の圏域の数字」こそが意味を持つからだ。医療界では行政が強制的に病床数を削減して行くのではないかという懸念もあつたと聞いているが、今回の制度改革にはそもそも行政権限を使って現在稼働している病床数を削減するという要素は入っていない。主眼はあくまで地域に応じた自主的な医療提供体制の整備なのである。そう制度設計したのは、我が国の医療の歴史が証明している、現場の高いモラルとモチベーションが背景にあるからだ。

第一次医療法改正で加わった「医療資源の適正配分」

今回の地域医療構想も含め、医療提供体制の整備の歴史をたどると医療法に行き着く。そもそも医療法は、医療機関と医療従事者の「質を担保しながら」量を確保するという命題にこたえるべく、個々の病院の最低限の基準を施設、人員配置という形で1948年に定めたものである。その後、85年には全国的には量は確保できたものの、地域偏在が見られたことから、「医療資源の適正配分」という新たな性格が加わることになった。

地域偏在の改善に向けてとられた手法はいわゆる病床規制だが、制度としては医療計画を都道府県が作るというものだった。その区割りとして344の二次医療圏を導入して一般病床と療養病床の合計数に対して総量規制をかけ、充足している地域ではそれ以上の参入を制限し、不足している地域に参入してもらうという流れを想定した。その後も病床の適正配分についての取り組みが進み、病床数という単なる量的な適正配分から、特定機能病院や地域医療支援病院、医療計画における5疾病・5事業というかたちで、中身や質に着目した適正配分に向けた制度も導入された。これらにより、医療人だけではなく、患者、住民が見ても共通して認識できるようになってきた。

以上、地域の医療の質・量を担保するための制度として、医療法は存在することを、今一度確認しておきたい。今回の医療法改正は、結果的には社会保障と税の一体改革のメニューに組み込まれたが、前回、2006年の改正から10年近くが経過するなかで蓄積された、さまざまな課題に対応する必要があつたことも、付言しておく。

新たな制度の目的は「病院と地域の「自主的運営支援」

地域医療構想や病床機能報告制度も、この流れのなかでとらえる必要がある。有限資源である医療資源の配分について地域の全体最適をめざす際に、公権力の介入をどの程度にするかは重要なテーマである。

特に日本は、診療報酬という公定価格で病院経営がなされているという点も加味しなければならない。こうした中で世界一の保健医療システムと評価されているのは、国民皆保険かつフリーアクセスという「需要側の要因」に対し、各病院や医療人が自主的に質を高める努力をするモチベーションを有し、かつ診療報酬の適正請求も含めた高いモラルを維持しているからだ。これからの課題である地域に応じた医療提供体制の整備や再構築には、この自主性を最大限尊重することが我が国ではもつとも効果的であり、管理強化型の政策を推進しても、国民にとって良い成果を得られるとは限らないのだ。各医療機関に工夫していただける余地を大きく残すことによつて、より国民にとって望ましい形になっていく。こうして新たな制度の基本的考え方が固まつた。

病院の経営判断や地域の方針決定のために、病床機能報告制度による報告項目で、「自院の立ち位置、地域の医療機関の相対関係」が把握できる点を強調しておきたい。医療は閉鎖的だと指摘する人も少なくないが、これだけの「市場データ」が公開されている業種は他にはなかなかないのでないだろうか。このこともまた、私は医療界に身を置くものとして誇りに思っている。なお地域医療構想では、10年後の患者数推計だけでなく、代入する人口データを替えれば25年後の推計も可能になり、建替えや改築、雇用を検討する際にお役に立てると考えている。

さらに工夫したのは、これらのデータをお渡しするだけでなく、それに基

づいて地域で議論していただく仕組みとして、地域医療構想調整会議を整備したことである。これにより、医療法に基づく議論となり、意思決定となる。恐らく初めから物事が決まることは少ないと思うが、回数を重ねていくことにより、顔の見える関係から手の内や腹の中まで見える関係となり、地域の全体最適をめざして欲しい。

病床機能報告、療養病床の「中身」、人的資源は今後の検討課題

今回のデータ算出については、解りやすさのためにいくつかの「割り切り」を行っている。

大きな割り切りの一つが、病床機能ごとの推計に診療報酬を用いたことである。今回、病床機能の境界点として高度急性期機能と急性期の間で3000点、急性期と回復期の間で6000点、回復期と慢性期及び在宅医療の間で2255点、運用上は1755点とした。これは、同じ高度急性期でも外科系と内科系といったように医療内容が異なる関係者同士でも「共通言語」で議論していただく必要があり、その際に最もわかりやすいのが診療報酬と考えたからだ。出来高部分の点数をイメージすれば、同じ土俵で共通理解に到達することも容易と考えられる。

もう一つ、将来推計する際に、「医療の中身は変わらない」という仮定に基づいた点にも言及しておきたい。2013年のレセプトデータを使用して発生確率を出しているが、12年後の25年まで医療の中身が変わらないという仮定で算出している。変わらないこととはありえないが、在院日数の短縮や予防効果など確実な数値化もまたでき

ない。こうした不確実な仮定を計算式に織り込むよりは、あえて何も入れずに算出し、確実に上がった段階で数値を再検討するのが解りやすいと考えた。さらに、療養病床における医療の中身も事実上、推計に反映されていない。このため、療養病床の在り方等に関する検討会を設置し、年内に選択肢を検討会で出していただき、年明けの社会保障審議会医療部会や介護保険部会で選択肢のなかからどれを制度化するのが適当か議論していただく予定だ。

地域医療構想策定の進捗状況と問題点

その1

東京都病院協会副会長
医療法人社団直和会理事長
猪口 正孝



猪口 正孝

初めに

昨年6月に可決された「医療介護総合確保推進法」は、効率的で質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを目的としている。そのうち地域医療構想は医療計画の一部と位置付けられ、2025年の医療需要と必要病床数を構想区域ごとに推計し、めざすべき医療提供体制を実現するための施策を示すものであるが、東京都では今年度中に素案の策定をめざ

また、各地域で地域医療構想を検討をしたり、実現に向けて取り組む際には、人的資源の確保が必ず課題になるだろう。このため、地域医療構想をもとにした医師等の需給推計や、地域定着策を議論する検討会も設置予定である。これに加え、病院にとって役に立つ病床機能報告は何かも検討を深める予定である。このように、療養病床、医療人材、病床機能報告については今後も各検討会で議論が進む予定なので、動向に注視していただきたい。

している。

大きな制度改革につながるため、策定にあたって東京都病院協会は病床に係わる当事者団体として東京都医師会とともに積極的にかかわっていかねばならない。

本稿の内容は既に都内の病院及びび有床診療所、地区医師会担当役員、区市町村行政担当者に対して7月29日から4回にわたって行われた東京都地域医療構想策定に係る説明会の内容に加え、第6回までの策定部会の進捗状況について紹介する。また多くの資料が以下ウェブサイトへアップされている。今後はその資料をご覧になりながら読んでいただきたい(欄外参照)。

地域医療構想の策定

本年3月に発出された地域医療構想

策定ガイドライン(以下、ガイドライン)では8段階の策定プロセス(6)が示されており、第1段階目の体制の整備として、東京都では地域医療構想策定検討部会が組織され小生が部長を務めるものである。2段階目として病床機能報告制度によつて集計された現状の機能ごとの病床数(策定部会第2回資料5、以下2回5)と2013年のNDB・DPCから抽出した医療資源投入量による25年医療需要推計が示された(3回3)。

25年の医療需要推計は13年に使われた医療資源量から25年の推計人口を乗じて計算したもので、患者住所所在地と医療機関所在地ベースの2推計がある。どちらも現行の二次医療圏単位で推計を出しており、患者住所所在地と医療機関所在地ベースの差は患者受療行動の医療圏間の流入によるものである。言い換えると医療機関所在地ベースは患者の受療行動の実態を反映したものであり、現状の医療提供体制の延長線上にあると言える。一方患者住所所在地ベースは患者の地元で、すべて診療を行うとするならばこのように推計できるといえる。また、慢性期病床に関しては受療率の調整が行われており、本稿では緩やかな抑制を図る「パターンB」を用いることとする。

全国でみると既存病床に比して必要病床が約20万床少なくなると見込まれた(3回3①)。東京都全体としては患者住所所在地ベースで約7000床、医療機関所在地ベースで8400床の不足が見込まれた。全国で不足が見込まれたのは東京、千葉、埼玉、神奈川、大阪、沖縄の6都府県のみである。東

京都は一日当たりの入院患者として高度急性期1156人、急性期1686人、回復期203人が流入し、慢性期では1647人が流出しており、トータルとして1397人の流入と推計された。今後この数字をもとに都道府県間の流入の調整を行うことになる。

東京の推計

区中央部を例にとつてみると夜間人口が約75・2万人に対して昼間人口が295・2万人であり、都民のみならず近県からも通勤通学で人が流入している地域である。医療資源としては大学病院本院が4つ他にナショナルセンターが2つありその他にも準大学病院と呼べるような有力な病院が林立している。一方中小民間病院は少なく、療養病床は約600しかない地域である(3回3参考資料)。

「3回3②」によると現在の基準病床数は5258床であるが、既存病床は1万3556床もあり、約8000床超の病床過剰地域である。この地域の2025年の医療需要推計は患者住所所在地ベースではトータル7247床となった。内訳は高度急性期が1133床、急性期が2676床、回復期2259床、慢性期1179床で、既存病床と比較し既に6309床過剰であるとの推計になる。が、医療機関所在地ベースで見ると高度急性期3298床、急性期6712床、回復期3906床、慢性期559床となり、既存病床との比較では918床足りないとの結果が出た。両推計の差が流入患者数であり、大学病院をはじめとして高度急性期、急性期、回復期病院への流入が多い反面、慢性期病床の患

者は約600床流出している。患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの差が流入患者数7200であるが、仮に病床稼働率0.9として割り戻せばちょうど8000床となり、現在の過剰病床分が流入患者を診るのに使われていることが分かる。

もう一つ西多摩医療圏を例にとる。西多摩医療圏は人口39万5785人、面積572.71km²、人口密度は東京の平均が6016人/km²に対して691人/km²で、他の医療圏に比し山間部があるため面積は広いが人口が少なく(3回3参考資料)、既存病床が基準病床を約1100床ほど上回っている(3回3②)。その他介護福祉施設、介護保険施設、介護療養病棟なども多い。25年推計を見てみるとトータルで患者住所地ベース3213床、医療機関ベース3758床の推計となった(3回3②)。高度急性期から回復期までは流出であるのに対し、慢性期が流入状態にあり、東京都の療養病床を担っている地域と言える。将来療養病床の削減を含んでいるため慢性期病床があまり増えずに、既存病床と比較し両推計とも病床過剰の結果になったと考えられる。

その他の医療圏については各自ご検討いただきたい。

医療機能報告制度

医療機能報告制度の結果は第2回5①②③に示されている。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の定義は2回5①に見られるように漠然としている。2014年7月1日時点の東京都

全体として病床機能ごとの分布は高度急性期3万1071床、急性期4万3202床、回復期7038床、慢性期2万4289床となった。回復期ではリハビリテーションの要件が強く出されているため、回復期リハビリテーションを行っていている病院中心の手上げとなったことから、回復期が少ない結果となった。6年後の病床予定と25年における病床予定は14年とほぼ同比率で、病床転換に関する意識付けは今後の課題と言える。

2025年医療需要予測と医療機能報告制度の比較

地域医療構想策定後は必要病床数と毎年度の病床機能報告制度による集計数を比較し、構想の実現を図るとされていることから(ガイドラインp36)、現状のデータである3回3②の上段と下段の表と比較してみる。東京全体にみると病床機能報告制度では高度急性期は3万1071床に対して医療需要推計では医療機関所在地ベースとして1万5893床しかなく需要推計が半減してしまうように、そして急性期と慢性期はほぼ同数、回復期は7038床に対して3万4671床で需要が激増するように見える。

結論から述べると現状では両者の比較は無意味である。傾向を知ることができるが多くの不明点があったり、両者の算定根拠が違うこと(5回3②)などから意味がない。これから病床機能報告制度が変わっていくと思われる。

また大事な点は、医療需要推計では高度急性期の病床稼働率を75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%とし

て計算されていて、東京における需要病床の総数として70000床から84000床の増加が見込まれているが、これを高度急性期85%、急性期90%に計算しなおしてみると、医療機関所在地ベースで高度急性期は1万5853床が1万3210床となり2643床の減、急性期は4万2302床が3万6661床となり5641床の減、推計総数として8284床もの減となる。つまり病院稼働率を変えて計算した場合には、東京の病床を拡大する必要がないという数字が得られてしまう。まさに数字のマジックである。C1、C2、C3といった数字でNDBなどから導き出した数字は患者数であり、そこから稼働率を割り込んで病床数を見込んだ数字が医療需要推計として覆いかぶさってきている。必要人員の雇用確保の困難性や2045年以降の需要激減、東京の病院経営の困難性を考慮すれば、現在の既存病床の転換適応をもって対応したほうがいいのではないかとの見方もあるであろう。今後東京の病院の病床稼働率と経営などの実態を調査したうえで構想の策定を行う必要があるであろう。

構想区域

構想区域は策定ガイドラインp9から12によると、「現行の二次医療圏を原則としつつ、(一)体となる医療が提供できない場合は、(二)別の構想区域を策定できるが、2018(平成30)年度から始まる次期医療計画の策定において二次医療圏と構想区域を一致させることが適当」としている。つまり新しい二次医療圏を策定することも可能と読

み取れる。東京においては、医療関係者の誰もが現行の二次医療圏に疑問を持つていない。医療圏の設定が間違っているのだから、その上に立てられている医療計画は効率性が悪いと、皆思っている。

第3回構想策定会議では二次医療圏の患者流出が示され、区中央部に高度急性期の流入が多いことをはじめとし、都民は二次医療圏の枠など全く意識せずに、ダイナミックな受療行動をとっていることが示された(3回4、5回2.4)。東京は皇居を中心に放射状に拡張し、近隣三県に至るまで切れ目なく広がっている。特に23区の生活圏は交通網に沿った放射状が基本である。それに合わせる形で都心部に特定機能病院をはじめとした高度急性期病院が集中し、多摩に療養病床が多く集まるなど東京全体が一つの医療圏として機能している。

1985年の第一次医療法改正により医療計画が定めた二次医療圏はいったいどのような過程で、どのような理屈をもって現行の二次医療圏として定められたのか私にはよくわからない。二次医療圏は本来病床規制を行うもので、医療費削減が一番の目的であったと一般に言われている。同時に都心部偏在の病院配置を是正し、23区周辺部や多摩地区に病院新設の後押しをするという目的を持っていた。区中央部以外のどの地域も基準病床と既存病床はほぼ一致するまでに病院の新設が行われ、偏在は病床数的には解消している成果をもたらしている。しかしながら、都心部に特定機能病

最新補助金情報のお知らせ

エネルギー・フロンティア TOKYO GAS

今がチャンス!

補助金最大1/2

空調改修にも最適な補助金です!

節電&省エネ・省コストシステムの導入を東京ガスグループがお手伝い致します。

中小事業所熱電エネルギーマネジメント支援事業(対象:病院[200床未満]・福祉施設)

●お問い合わせは

東京ガス株式会社 都市エネルギー事業部 公益営業部 東京都港区海岸1-5-20 TEL.03(5400)7735(ダイヤルイン) <http://eee.tokyo-gas.co.jp/product/index.html>

私の医道

福井光壽

元東京都医師会会長

院などの高度急性期病院が集中する一方で多摩地域には療養病床が多く存在するなど機能的偏在の解消には寄与しなかった。今回の病床機能報告や医療需要推計はそれを証明している。現行の二次医療圏は医療圏ごとに医療が完結するとは程遠い状況にあり、医療法の定める一体区域を満たしていないことは明らかとなった。

しかるに地域医療計画は医療法の改正ごとに、病床規制以外の何かしらの医療機能を二次医療圏に盛り込むようになった。例えば医療提供体制の情報

提供事業(ひまわり)や生活習慣病をはじめとする疾病に対する事業や救急医療をはじめとする事業で、いわゆる5疾病5事業がそれにあたる。問題はこの医療計画の多くが、機能が偏在している二次医療圏を中心に行われるようになったことである。

東京が医療を連携によって行う場合、高度医療を都心部の病院が担い、それ以外の日常的な疾患は生活に身近な区周辺部や多摩地域の病院が行うという機能的住み分けがもともと存在していた。近年に至っても交通網の発達

などでその傾向は現在も変わっていない。むしろ多摩地域に療養型が集中するなど地域的機能特化ともいうべき状態となっている。そうした機能に対して全くの配慮がないまま設定されたのが12医療圏である。85年の第一次医療法改正により医療計画が定めた二次医療圏は結果として一体となっていた東京の医療圏を12に分割した。

次回その2では構想区域と医療計画のかかわり、今後の調整会議の運営、構想区域間調整などについて解説する。

慶應義塾大学医学部外科学教室に入局後、島田信勝教授の外科外来病理研究室に入った。昭和28年、島田教授が外科学会

で「慢性胃炎の共同研究」を担当することになり、研究チームを結成。私は胃鏡を任せられた。まず取り掛かったのが、症例を重ねることだった。胃鏡を行う医師はほとんどなく、教科書も桐原真一先生の『桐原胃鏡学』があるのみで、ほとんど口伝で教えられていたからだ。1年後輩の池

た。そこで私は両者の機能を兼ね備えたものを「ガストロフォトスコープ」と命名し、装置の開発に専念した。そのこともあり、約10年も教室に残されることになった。

37年、ドイツ留学の帰途、アメリカに立ち寄った前田病院の前田昭二君が内視鏡のカタログを送ってきた。前年にミシガン大学のハーシヨヴィツ教授らにより開発されたファイバースコープを用いたものだった。東京大学の近藤台五郎先生にこのことを話すと、近藤先生はエーザイを通して

第4回

「胃鏡」に没頭した医局時代

田邦太郎君とともに病院の各病棟を回ってカルテから胃疾患の患者さんを探し、検査をお願いした。ただ、当時主流のシンドラー社製の軟性胃鏡による検査はかなり苦しく、思うように症

「慢性胃炎」の研究も、胃鏡による診断の分類が主題となり、「結果を出したのは新人の福井君だな」と島田教授に誉めていただいた。

それ以後も胃鏡の研究に没頭したが、テーマの一つが「記録保存」だった。胃鏡は目で確認できるが、スケッチでしか記録できない。一方、昭和27年に発表された胃カメラは患部を肉眼で確認できず、撮影時やみくもに写すだけ。ただし、写真というかたちで記録に残せる。どちらも一長一短だっ

順天堂大学の常岡健二先生をキャップに、私、東大の竹本忠良君の3人で検査方法の確立を研究し、生産化に向けて町田製作所と協議を重ねた。

38年、鹿児島で開かれた日本内視鏡学会第一回秋季大会で私は「ファイバースコープの出現は内視鏡のルネッサンスである」と主張したが、その後の内視鏡の発展を見れば、間違っていないことがお分かりいただけるだろう。そして、その火付け役はカタログを送ってくれた前田君と言える。

また胃鏡をする検査室もなく、転々と手術場を借りて検査を行っていた。この時、看護婦さんが嫌な顔をせず協力

してくれたのはうれしかった。ある時、一躍、胃鏡が注目される出来事が起きた。CPC(臨床病理検討会)で「脾腫」の診断の症例を検討した際、私は手を挙げて「これは胃癌です」と言い切った。新人でもありその場では相手にされなかったが、開腹手術をするとはたして胃癌だった。「どうしてわかったのか」と詰め寄せられたが、私は一言、「胃鏡で、この目で確かめていますから」。以降、胃鏡への評価は一変した。

た。そこで私は両者の機能を兼ね備えたものを「ガストロフォトスコープ」と命名し、装置の開発に専念した。そのこともあり、約10年も教室に残されることになった。

37年、ドイツ留学の帰途、アメリカに立ち寄った前田病院の前田昭二君が内視鏡のカタログを送ってきた。前年にミシガン大学のハーシヨヴィツ教授らにより開発されたファイバースコープを用いたものだった。東京大学の近藤台五郎先生にこのことを話すと、近藤先生はエーザイを通して

東京都病院協会 会員病院の皆様へ

医療共済制度のご案内

新医療保障保険(団体型): 手術特約/特定疾病給付特約/家族特約/家族手術特約/家族特定疾病給付特約

例 加入プランと月額掛金 1入院支払限度の型:120日型

入院給付金日額	手術給付金額
5,000円	5・10・20万円

プラン1
35歳~39歳
(男女共通)

970円

- ### 医療共済制度の特徴
- ① お手頃な掛金で、病気やケガによる入院・手術などに備えることができます。
 - ② 入院の保障は初日から対象となります。
 - ③ 3大特定疾病(ガン*・急性心筋梗塞・脳卒中)も保障の対象です。
(オプション)
※上皮内ガン、悪性黒色腫以外の皮膚ガンを除きます。
 - ④ ご本人といっしょに、配偶者、お子様もお申込みになれます。
 - ⑤ 医師の診査がなく、告知書の提出のみで簡単にお申込みになれます。

※年齢は2015年12月1日現在の保険年齢となります。※上記掛金には月額保険料に加え50円の制度運営費が加算されています。
 ※月額掛金は本人の被保険者数1,000名以上の場合の概算です。正規掛金は募集終了後に算出し初回より適用します。
 ●詳細につきましては、「パンフレット」「ご契約内容(契約概要)・特に重要なお知らせ(注意喚起情報)」および「ご加入のみなさまへ(重要事項)」をご覧ください。

問合せ先:メットライフ生命保険株式会社 EBダイレクト推進部 担当:小関 03-5637-5808 (2015年9月作成) 補1510-0032
 引受保険会社:メットライフ生命保険株式会社