

平成 26・27 年度

医政研究委員会答申

福岡県の地域医療構想について

平成 28 年 1 月

福岡県医師会医政研究委員会

平成 28 年 1 月 27 日

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良 様

医政研究委員会

委員長 白石公彦

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「福岡県の地域医療構想について」鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

医政研究委員会

委員長	白石	公彦
副委員長	平田	泰彦
委員	長森	健
	渡辺	浩一
	林田	昌之
	野原	正敏
	松田	晋哉
	後	信
	白石	博昭
	宮崎	範文
	松尾	義人
	有留	秀泰
	古賀	丈晴
	鍋島	史一
	寺澤	正壽
	瀬戸	裕司
	原	祐一
	戸次	鎮史

目 次

はじめに	1
1. 福岡県医師会の地域医療構想の策定の際の基本的な考え方	1
2. 地域医療構想の策定と実現に必要な情報	2
3. 地域医療構想の策定について	3
4. 地域医療構想の実現について	4
5. 地域医療構想モデルケース	8
6. 地域医療構想における福岡県医師会の役割	21
7. 地域医療構想における郡市区医師会の役割	21
おわりに	23

はじめに

福岡県医師会での地域医療構想への対応は地域医療委員会と地域医療構想プロジェクト委員会で行われる。医政研究委員会では、福岡県の構想策定における福岡県医師会の理念、基本的な考え方等について自由な立場から検討し、厚労省が示した地域医療構想策定ガイドライン（以下ガイドライン）も踏まえながら、地域医療構想があるべき姿を検討した。一部の圏域について 2025 年の地域医療構想を試作した。この答申は講師を招聘しての研修とディスカッションに基づくものであるが、実際の地域医療構想策定とその実現の参考になれば幸いである。

1. 福岡県医師会の地域医療構想の策定の際の基本的な考え方

地域医療構想の策定から実現にあたって福岡県医師会は以下の事を基本的な考えとすべきである。

1) 地域住民に安全・良質な医療を継続的に提供するために医療構想を策定する。

2) 経済的に、また、医療資源的に効率的な医療を提供する。

現在の経済状況や生産人口の減少等を考慮し、地域ごとに異なる医療需要の変化に対して、地域の実情に見合った、効果的かつ効率的な医療を提供すべきである。

3) 医師、その他の医療従事者の適正な労働条件を確保する。

病床の機能分化による医療従事者の労働条件の悪化は避けねばならない。医師に関しては、医師の偏在を解消する施策を講じる必要がある。また、女性医師の活躍の場を確保することも必要である。

4) 医療機関の安定的な運営を維持する。

病床の機能分化によって医療機関の運営状況が悪化する事があるとはならない。公的病院と私的病院の病床が同じガイドラインで処理されることに配慮を必要とする。2025 年必要病床数の推計値は 2025 年の参考値である事を踏まえ、慎重に議論を進める。

5) 医療機関の実績を尊重する。

病床の機能分化を進める際には、医療機関の実績を尊重する。急性期病院が慢性期病床に移行するなど、不連続な病床の機能分化は原則認めない。また、公的病院と私的病院の果たしてきた役割を尊重する。病床の機能分化は必要で

あるが、国からの強制ではなく、国が算出した必要病床数を参考にしながら、各二次医療圏の実情を反映した取り組みが必要である。

6) 地域の振興に資する医療を提供する。

人口動態に従い医療提供体制を変化させる。一方、企業誘致、過疎化阻止など、人口動態に反した街づくりが政策的に進められる際には、医療機関に対しても政策的に配慮する。

7) かかりつけ医を中心にした地域包括ケアシステムを構築する。

かかりつけ医なくして、地域医療構想は成り立たない。機能分化した病床と地域包括ケアシステムを適切に繋ぐために、また、多職種間連携の要として、かかりつけ医の果たす役割は大きく、その機能強化が必要である。

8) 少子化対策の成果を地域医療構想に反映させる。

少子化対策は重要である。地域医療構想は人口推計に基づくものであるが、行政の少子化対策の成果を見込んだ数値で小児医療、周産期医療は構想する。

2. 地域医療構想の策定と実現に必要な情報

1) 推計の前提となる現状の入院受療に関する基礎データ

(構想区域ごとの性年齢階級別入院受療率)

2) 構想区域別および市町村別の人口推計

3) 病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況

4) 病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況

5) 疾病別の医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況

○DPC データ ○レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB)

6) 疾患別アクセスマップと人口カバー率

7) 介護保険関係の整備状況

8) 二次医療圏毎の高齢者の状況

(1) 高齢者の経済状況

(2) 高齢者の介護者の状況

(3) 住まいの状況

これらが社会的入院の大きな原因である。療養病床から出される高齢者の受け入れ先をつくる際に必要な資料となる。

9) 今後必要な医療専門職、介護専門職数と将来予測

医師、看護師・准看護師数・リハビリ専門職、介護専門職の確保が、地域医療構想、在宅医療を実現するための大きな要素になる。

参考資料 1:『福岡県 二次医療圏別 医療に関する需給推計』(日本医師会資料)

○病床過不足割合 (2025 年予測)

○患者流出入割合 (2011 年実績)

○ (疾患別・入院・外来) 患者数将来予測(2040 年まで)

参考資料 2:『福岡県 二次医療圏別 人口推計、医療概要、介護の状況』
(国際医療福祉大学 高橋教授資料)

○人口推計

○医療圏概要 ; 医師・看護師の状況、急性期医療の現状、療養病床・
リハビリの現状、精神病床の現状、診療所の現状、在宅医療の現状、
医療需要予測

○介護資源の状況

○介護需要の予測

参考資料 3:『福岡県 二次医療圏別 患者流出入状況』

(産医大 松田教授、医福研)

○患者数の推移(2040 年まで)

○医療費の推移(2040 年まで)

○患者数、病床稼働率、医療費推計(2040 年まで)

○疾患別患者流出入の現状

参考資料 4:『福岡県 二次医療圏別 有床医療施設 従業員調査 報告書』

(医福研)

○各医療圏の医療提供体制 ; 許可病床数、平均在院日数

○各医療職の年齢分布

参考資料 5:『高齢者の住まい』(厚生労働省)

参考資料 6:『高齢者の経済状況』(内閣府)

3. 地域医療構想の策定について

1) 構想区域の設定

現行の 13 の二次医療圏で構想を策定する。効率的な医療を提供するという観点から、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化等を勘案し、患者流出の多い構想区域では近隣の医療圏との合併も、将来検討する必要がある。

2) 構想区域ごとの必要病床数の推計

ガイドラインに従って、4 機能（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとに医療需要数が算出される。国が提示した必要病床数については、「参考値」ととどめ、医師会主導で構想区域ごとに本当に必要な病床数を判断するべきである。

病床機能分類を厳格化せず、病床の機能転換は緩徐に行い、回復期及び慢性期の必要病床数は、高齢者の状況、受け皿の整備状況を視野に入れながら進める。

3) 地域医療構想を実現するために必要な事項の提示

(1) 医療職、介護職の人材育成、人材確保を支援するための施策

地域医療構想は地域の医療職、介護職を確保してこそ成り立つものである。生産人口が減少している現在、当該構想区域内で専門職の確保が可能なのか、特に在宅医療において懐疑的であり、将来、在宅患者の受け皿整備が厳しい地域においては、具体的な施策を示す必要がある。

(2) 地域包括ケアシステムの構築を進めるための施策

医療は非営利であるが、介護には営利企業が参入している。理念の異なる中での連携は困難なところがある。厚生労働省と国土交通省が共に所管するサービス付き高齢者向け住宅等に、今後、医療管理に地域の医師が関与することを念頭に置いて、改善策を提示する必要がある。

(3) 地域医療構想についての啓発活動

サービス受給者側の地域住民の理解・賛同が得られないまま、サービス提供者が医療体制を変化させても、有効に機能しない。例えば、①家族を含めたインフォームド・コンセントなどの問題、②リビングウィルの確認、③守秘義務・個人情報について、十分検討されているとは思えない。タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、もう少し時間をかけた説明・周知徹底が必要である。

(4) 高齢者の状況の把握に基づく医療提供体制の整備

高齢者の経済状況、居住環境、家族の状況等に基づく、慢性期病床、在宅医療等の適切な受け皿の整備計画が必要である。

4. 地域医療構想の実現について

地域医療構想は、病床の機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに将来の医療需要と病床の必要量を推計し、2025 年のあるべき医療提供体制の姿を明らかにするとともに、その実現に必要な施策を示すものである。福岡県は13の二次医療圏を構想区域とし、構想区域ごとにデータを収集分析し、高度医療を維持し、地域包括ケアシステムと連携した高齢化に対応した医療提供体制を国の法律やガイドラインに基づいて作りあげることになる。

構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開き、地域の実情や今後の方策等に

について検討し、その内容を、地域医療構想策定会議で協議し、医療計画部会、医療審議会を通して、福岡県全体の地域医療構想を策定することになる。この過程で構想区域ごとの実情を組み入れることが重要である。

策定された地域医療構想を実現する過程には種々の制度が関連し、構想区域に複数の自治体が係ることになる。設立母体や規模が異なる医療機関の中で病床機能報告制度が機能し、適切な機能分化が行われるであろうか。医療資源を支えている医師や看護師等の医療従事者の経営環境や労働環境の悪化があってはならない。地域医療構想の策定や実現において、このような多くの課題に、どのように対応していくべきか、医師会に視点を置けば以下の事項が上げられる。

1) 地域医療構想の策定や実現において医師会がリーダーシップをとることの重要性

(1) 医師会と県行政との協議

地域医療構想の策定と実現の過程で、地域医療構想調整会議、地域医療構想策定会議、医療計画部会、医療審議会の役割が大きい。特に構想区域における「協議の場」と位置付けられる地域医療構想調整会議は、医療提供状況の把握、関係団体間の意見調整、行政との意見交換が行われ、構想区域に必要な政策の提案も可能である。地域の実情を理解している県医師会や郡市区医師会が中心となり運営される会議にする必要がある。

(2) 郡市区医師会との協議

構想区域の状況によっては、構想区域外の医師会と、あるいは構想区域内の複数の医師会間での協議も必要となり、医師会間の情報交換や意見集約が円滑に行わなければならない。地域の実情や意向を把握し、地域医療構想の策定や実現に反映されるように、県医師会は、郡市区医師会との連絡を密にし、情報提供や指針を示す必要がある。

(3) 関係団体との協議

医師会は他の医療系団体と地域医療構想や地域包括ケアシステムに関する情報を共有し、地域医療構想について、建設的な議論、意見集約を行い、行政との協議が単に利己的な要求にならないようにリーダーシップを取っていかなければならない。

2) 医療提供体制と地域包括ケアシステムの連携を構築する上での対応

(1) 地域の医療機関への対応

構想区域の医療提供体制を把握し、今後の病床の機能分化を適切に進めるために病床機能報告制度が導入されたが、報告は医療機関の自主的な判断に任されており、地域の実情を正確に示しているものではない。今後の病床機能、病床数の変更についても自主的に行われるものである。病床の機能分化が描かれた構想に収斂出来ないことも十分考えられる。また、病床数の減少によりこれまでの医療の質が保てない医療機関も出てくるであろう。

医師会は医療機関と情報を共有し、行政に対して病床数や実現時期について柔軟な対応をするように働きかけなければならない。また、全ての医療機関が、地域医療構想や地域包括ケアシステムについて十分に理解し、将来的な計画が

描けるようにサポートする体制を整える必要がある。

(2) 医師会の行政との連携

医療提供体制については県行政、地域包括ケアシステムについては各市町村行政の中で、制度や予算が決まっていく。また、構想区域によっては多数の自治体に関わってくる。地方行政との協議が効率よく行われるように、県医師会や郡市区医師会は、関係する自治体との連携を率先して進めなければならない。

(3) 公的医療機関の役割

私的医療機関では財政負担や今後の制度に対する不安が強い。構想区域での医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築する上で、公的医療機関においては、私的医療機関とは異なる役割について検討すべきである。

(4) 地域包括ケアシステムと新たに区分された病床について

医療依存度の高い在宅療養患者や合併症を持つ認知症患者が今後増えていくが、その病態は複雑であり、新たに区分した病床で予想される患者数を受け入れる体制が取れるのか、また、在宅療養においても、少ない医療資源の中で十分な体制がとれるのか明らかではない。病床の機能分化がどの程度地域包括ケアシステムの受け皿になり得るのか、困難なケースを把握し、問題点を多面的に検討すべきである。また、在宅療養と病床との連携が円滑行われるためには、かかりつけ医機能の強化や訪問看護等の整備を進めなければならない。

(5) 医学的な管理の必要な在宅療養患者の受け入れについて

地域ごとに、在宅での看取りが推奨される患者の数や受け入れる病床や在宅療養の在り方も異なる。医療機関密度の低い非都市部では、訪問診療が必要な在宅高齢者を医療機能も十分に持ち合わせた施設や地域、慢性期病床等に集約するなど、地域ごとに具体的な対策を検討する必要がある。

(6) 医師看護師等の人的な医療資源の確保

地域の高齢化率が高く人口の減少する地域では、医師や看護師等医療従事者も少ない傾向にある。その地域の医療従事者の高齢化も問題となる。今後の人的な医療資源を推計し、地域の状況に合わせ、訪問診療専門の医師や医療機関、病院での往診、副主治医制、訪問看護等具体的な対策について地域から提言すべきである。

3) 地域医療介護総合確保基金、診療報酬、介護報酬について

(1) 将来の医療提供体制や地域包括ケアシステムを確立させるために、地域医療介護総合確保基金制度がある。これは消費税の上乗せ分3%の中から配分されるものであるが、病床の機能分化に充当される予算としては不十分と思われる。また、申請した医療機関の経済的負担も大きい。今回の地域医療構想は公的な構想である。医師会は十分な予算を確保するために、県や構想区域に係る市町村と鋭意協議しなければならない。

(2) 地域医療構想は医療機関の自主的な取り組みにより実現されるものである。診療報酬や介護報酬改定が病床機能の選択に影響を与えることは避けなければならない。地域医療構想を所管する医政局と診療報酬を所管する保険局とが連携し、適正な診療報酬を設定するように、また平成30年度の医療保険、

介護保険の同時改訂が厳しいものにならないように、日本医師会から働きかける必要がある。また、日本医師会は病床機能を分化させる過程で生じる問題点などについて県医師会から客観的なデータを集約し、必要な対策を厚生労働省に提言する事が必要である。

5. 地域医療構想モデルケース

1) 北九州医療圏

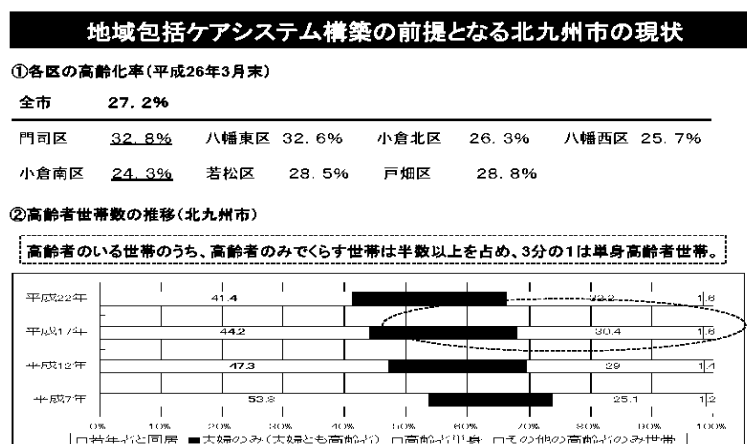
北九州医療圏は、福岡県の北部・北九州市とそれに隣接する中間市、遠賀郡を加えた地域で、人口約 110 万人高齢化率は 29.7%である（図表 1）。

（図表 1）人口動態（北九州医療圏、予測は JMAP 調べ）

	2015 年(実測値)	2025 年(予測値)	2035 年(予測値)
人口総数	1,097,809 人	1,027,674 人	936,879 人
65 歳以上人口	329,087 (29.7%)	347,240 (33.5%)	334,256(35.7%)
75 歳以上人口	163,711 (14.9%)	213,185 (20.7%)	213,996(22.8%)

北九州医療圏の中心をなす北九州市においては高齢化率 27.2%で区によってのばらつきが多く最も高い門司区 32.8%、最も低い小倉南区 24.3%となっている。この地域においては、高齢者のいる世帯のうち高齢者のみでくらす高齢者世帯は 55%を超え、さらに単身高齢者世帯は、全体の 3 分の 1 を超える（図表 2）。

（図表 2）地域包括ケアシステム構築の前提となる北九州市の現状



また北九州市の介護保険料による所得分布の資料によると低所得者層の割合が高いと報告されている（図表 3）。

(図表 3) 介護保険料による所得分布 (行政データ<北九州市>)

平成 27 年当初賦課ベース 第 1 号被保険者数 275,713 人

第 1 段階 74,078 人 (26.9%)	第 2 段階 23,224 人 (8.4%)	第 3 段階 24,078 人 (8.7%)	第 4 段階 36,336 人 (13.2%)	第 5 段階 24,740 人 (9.0%)	第 6 段階 29,739 人 (10.8%)
第 7 段階 20,861 人 (7.6%)	第 8 段階 11,794 人 (4.3%)	第 9 段階 18,150 人 (6.6%)	第 10 段階 5,005 人 (1.8%)	第 11 段階 3,567 人 (1.3%)	第 12 段階 4,141 人 (1.5%)

第 1 段階	本人が市民 税非課税	世帯全員が 市民税非課 税	生活保護受給者等 老齢福祉年金受給者で市民税世帯非課税の人
第 2 段階			本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下
第 3 段階			本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下
第 4 段階		世帯の中に 市民税課税 の人がいる	本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下
第 5 段階			本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下
第 6 段階	本人が市民 税課税	本人の合計所得金額が 120 万円未満の人	
第 7 段階		本人の合計所得金額が 120 万円以上 160 万円未満の人	
第 8 段階		本人の合計所得金額が 160 万円以上 190 万円未満の人	
第 9 段階		本人の合計所得金額が 190 万円以上 300 万円未満の人	
第 10 段階		本人の合計所得金額が 300 万円以上 400 万円未満の人	
第 11 段階		本人の合計所得金額が 400 万円以上 600 万円未満の人	
第 12 段階		本人の合計所得金額が 600 万円以上の人	

※課税年金収入額とは、国民年金、厚生年金等（遺族年金、障害年金は除く）の公的年金等控除前の総支払額

北九州医療圏には、特定機能病院 1 ヶ所、地域医療支援病院 9 ヶ所あり、それらの医療機関を中心として現時点での医療提供体制には特に問題なしと考えられる（図表 4）。

(図表 4) 北九州医療圏医療資源

①施設数（日医総研ワーキングペーパー No.323）

	病院数			診療所施設数		
	実 数	人口 10 万人 あたり施設数	偏差値 (全国)	実 数	人口 10 万人 あたり施設数	偏差値 (全国)
北九州医療圏 (県内シェア)	102 (22%)	9.1	56	1,061 (23%)	95	59

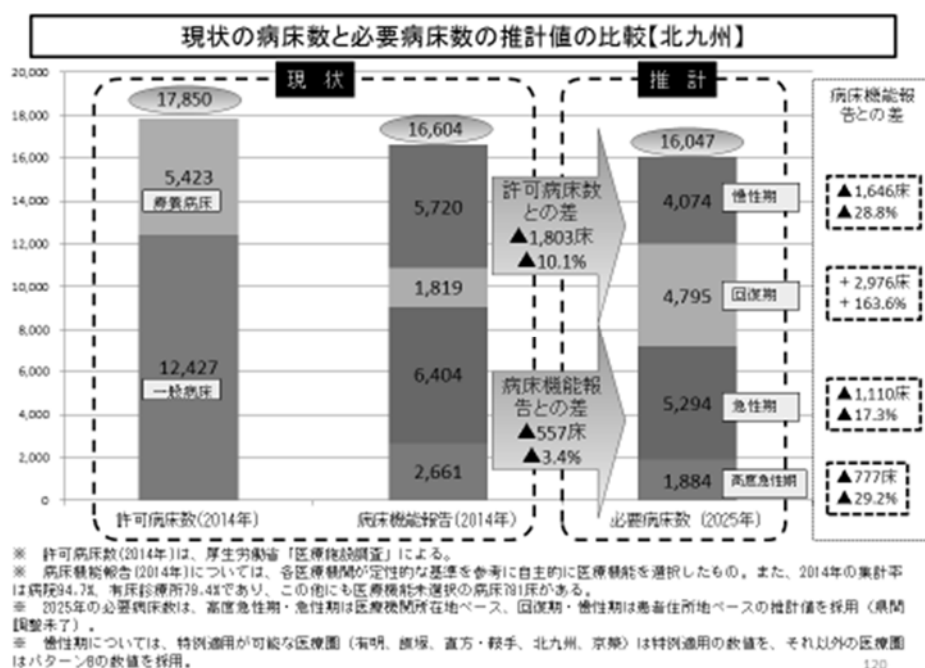
(JMAP 2014 年 7 月現在)

	在宅療養支援病院数			在宅療養支援診療所数		
	実 数	人口 10 万人 あたり施設数	—	実 数	人口 10 万人 あたり施設数	—
北九州医療圏 (県内シェア)	17	1.52 (0.84)	—	212	18.97 (11.37)	—

医療機関が充足していることもあり在宅での死亡率 11.7%は、全国平均 18.2%と比較して低値であり、最期は病院でと考える人達が多いのではないかと考える。

しかし、国がすすめる医療区分 1 の患者の 7 割を在宅へという方針を進めた場合、北九州医療圏においては前述したように単身の高齢化率は高く、さらに低所得者層の割合が高いため、民間の介護付有料老人ホーム、グループホーム、サービス付高齢者住宅等の費用を支払える人は限定されているので、大きな混乱が生じる可能性がある（図表 5）。

（図表 5）現状の病床数と必要病床数の推計値の比較（福岡県資料）



また、今後の医療介護職の不足を考えると、地域に散らばる在宅高齢者を施設やコンパクトに地域に集めて、安価であるが質の高い医療介護サービスを効率的に提供する事は必ず当医療圏において必要となってくる。現在ある療養病床は可能な限り確保し今後も有効に機能させなければならない。小倉南区の徳力団地(2016 室)、志徳団地(1068 室)において国土交通省関連の独立行政法人都市再生機構(以下 UR)が計画している地域医療福祉拠点の形成等(団地を中心として住み慣れた地域で最期まで住み続けることができる環境をすること)もそれを解決する一つの方策として、今後の高齢者の在宅生活の大きなヒントとなるであろう。

2) 筑紫医療圏

(1) 筑紫医療圏の概要

筑紫医療圏は福岡市の南隣に位置する 4 市一町から成る、人口約 42 万人の地方都市型二次医療圏である。当地区は、2015 年から 2025 年（更には 2035 年）にかけての人口減少が全国で最も少ない地域の一つであり、15 歳～64 歳までの労働人口がほとんど減少しない地区である。もう一つの特徴として 75 歳以上の高齢者が今後 30 年間で約 4 万人から約 8 万人へと倍増する 75 歳以上の高齢者の増加が最も激しい地域でもある（図表 1）。

（図表 1）人口動態（筑紫医療圏、予測は JMAP 調べ）

	2015 年(実測値)	2025 年(予測値)	2035 年(予測値)
人口総数	427,749 人	426,037 人	412,893 人
65 歳以上人口	94,118(22.0%)	113,325(26.6%)	123,863(30.0%)
75 歳以上人口	41,773(9.8%)	63,917(15.0%)	73,608(17.8%)
推定認知症高齢者数	約 1.4 万人	約 1.7 万人	約 1.9 万人

総人口は微減、後期高齢者が倍増する

※65 歳以上認知症有病率 15%と推定

（図表 2）筑紫医療圏における 2025 年必要病床数の推計値について

	2013 年 許可 病床数		2014 年 病床機能 報告制度	2025 年 必要病床数 医療機関所在地ベース	2025 年 必要病床数 患者所在地ベース
一般病床	2,667	高度急性期	640	410	553
		急性期	1,358	1,273	1,536
療養病床	1,628	回復期	363	1,190	1,444
		慢性期	1,564	775	935
合 計	4,295	合計	3,925	3,648	4,468

医療機関所在地ベースでは必要病床数がかなり減少する

（図表 3）筑紫医療圏における在宅医療等が必要な高齢者数の推計値について

	在宅医療等			
	パターン A	パターン B	特例	(再掲)訪問診療のみ
筑 紫	6,705	6,455	6,455	3,048

現在その高齢者の約 60%が、本人非課税（図表 6-1）。総世帯数の約 20%（5 世帯に 1 世帯）が、独居ないし高齢者 2 人世帯であり、この傾向は今後更に顕著になっていくことが予測される（図表 6-2）。又、認知症高齢者も今後数千人増加することが予測される。それを受け入れる介護施設数は 514 と、全国平均よりもやや多いが、病院数（28）・診療所数（283）は全国偏差値 50 と 44 で県内では最低レベルで、医師数（907）・看護師数（3,049）いずれも全国偏差値 46 と県内最低である。つまり、少ない人的資源・施設で、倍増する後期高齢者を中心とした医療や介護の需要に対して重点的な整備が必要な地域と云える（図表 4-①, 4-④, 図表 5）。

(図表 4) 筑紫医療圏 医療資源について

①施設数 (日医総研ワーキングペーパー No.323)

	病院数			診療所施設数		
	実数	人口 10 万人あたり施設数	偏差値 (全国)	実数	人口 10 万人あたり施設数	偏差値 (全国)
筑紫医療圏 (県内シェア)	28 (6%)	6.6	50	283 (6%)	67	44

② (JMAP 2014 年 7 月現在)

	在宅療養支援病院数			在宅療養支援診療所数		
	実数	人口 10 万人あたり施設数	—	実数	人口 10 万人あたり施設数	—
筑紫医療圏 (全国平均)	7	1.66 (0.86)	—	43	10.18 (11.37)	—

病院数偏差値 50 は県内最低。診療所施設数偏差値 44 は粕屋に次いで県内 2 番目に低い
在宅支援診療所数は全国平均をやや下回っている

③筑紫地区 訪問診療を行っている医療機関 (在宅医療の現状)

(H26 年度筑紫医師会作成 筑紫地域在宅医療社会資料情報ブック)

	総人口 (人)	65 歳以上 (人)	高齢化率	会員 訪問診療所	非会員 訪問診療所	会員 訪問診療病院	非会員 訪問診療病院
筑紫野市	101,812	23,411	23.0%	8	4	2	0
春日市	105,227	21,290	20.2%	7	8	2	1
大野城市	96,541	20,275	21.0%	9	5	2	0
太宰府市	72,532	18,850	26.0%	8	2	0	0
那珂川町	51,637	10,292	19.9%	3	3	0	0
合 計	427,749	94,118	22.0%	35	22	6	1

非会員の割合が 1/3 近くある

④医師数と看護職員数

(日医総研ワーキングペーパー No.323)

	医師			看護職員		
	実数	人口 10 万人対	偏差値 (全国)	実数	人口 10 万人対	偏差値 (全国)
筑紫医療圏 (県内シェア)	907 (6%)	215	46	3,049 (5%)	722	46

総医師数・総看護師数とも偏差値 46 は県内最低である

(図表 5) 筑紫医療圏 介護資源について

①施設数 (JMAP 2014 年 7 月現在)

施設種類別 施設数	施設数	75 歳以上 1 千人あたり施設数	
	筑紫医療圏	筑紫医療圏	全国平均
介護施設数 (合計)	514	15.22	13.57
訪問型介護施設数	113	3.34	3.15
通所型介護施設数	157	4.65	3.50
入所型介護施設数	74	2.19	2.16
特定施設数	20	0.59	0.30
居住介護支援事業所数	87	2.58	2.54
福祉用具事業所数	39	1.15	0.91

介護施設数の平均は全国を上回っている

②定員

(JMAP 2014 年 7 月現在)

施設種類別 定員数	定員数	75 歳以上 1 千人あたり施設数	
	筑紫医療圏	筑紫医療圏	全国平均
入所定員数（入所型）	2,540	75.19	77.34
入所定員数（特定施設）	981	29.04	17.57

③職種別の人員数

(JMAP 2014 年 7 月現在)

職種別 人員数	職員数	75 歳以上 1 千人あたり人員数	
	筑紫医療圏	筑紫医療圏	全国平均
看護師（常勤換算人数）	758.10	22.44	19.12
介護職員（常勤換算人数）	3,345.56	99.03	100.99

(2) 地域医療構想実現に向けて

①病床機能分化について

0～74 歳の人口は微減、75 歳以上の人口が倍増することを考えると、高度急性期・急性期病床は現状並かやや増床する必要がある。特に急性期病床は現在、脳血管障害・虚血性心疾患は地域内で完結できているが、悪性腫瘍・高度急性期に関しては 50～60%の完結率しかない。特に那珂川町には地域支援病院がなく、分娩施設が昨年閉院したため、地理的な特性を考え福岡市との連携は必須である。高度急性期・急性期病床に関しては、医療圏をもっと広げ（例えば県を 4 医療圏に分ける等）病床数は考えていく方が、当地区にとって現実的である。回復期・慢性期病床数に関しては、流出率が 13%と高いため、患者所在地ベースでの必要病床数でなくてはならない。介護療養病床は廃止され、医療療養病床の一部は介護施設への転換が促されている。比較的規模の大きな病院は新類型などを考えながらの転換になろうが、中小の病院・有床診療等では、こうした転換の仕方では経営的な問題で不安をお持ちの先生方が多いと聞いている。当地区では 75 歳以上の医療ニーズの高い高齢者が倍増することを考えると、こうした病床は必要不可欠であり診療報酬上での優遇や、転換する際のメリットを付加するなどいろいろ知恵をしばって、型は変わってもこうした病床を是非残さなければ、地域医療構想は成り立たない。

(2) 在宅医療等について

在宅医療を推進するうえで当地区でのポイントは、訪問診療を行うかかりつけ医をいかに増やすか、訪問診療の際大きなハードルとなる 24 時間 365 日体制をどう構築するかにつきる。当地区の訪問診療は、まず訪問診療を行っている医療機関の絶対数が少なく、且つ、非会員の訪問診療所が約 40%を占めている。

(図表 4-③) 又、福岡市や鳥栖市からの訪問診療医にも在宅医療が支えられているのが現状である。

まず地域内の全科のかかりつけ医の先生方に在宅医療に関する勉強会・研修会を通して在宅医療への理解を進め、診療科を問わず一人でも多くの先生方に

在宅医療に参画を得る必要がある。その為の大きなハードルとなる 24 時間・365 日体制をどう構築するかだが、まず一人の医師での 24 時間対応は限界があるので、複数の医師での対応を考える（副主治医制等）。次に平成 24 年より筑紫野市をモデルケースに筑紫野市在宅医療支援ネットワーク事業を行い、一定の成果をあげてきたがこの事業を四市一町に広め在宅医療のネットワーク作りを行う。更に医師会立の訪問看護ステーションを 24 時間体制にして、既存の 24 時間対応の訪問看護ステーションと協働し、訪問診療を行う医師の負担を軽減できる体制を作る。又、今年立ち上がる筑紫医師会在宅医療介護連携支援センターや、とびうめネット等 I C T を利用し在宅医と後方支援病院、多職種間の関係をスムーズにし、緊急入院の対応の構築をはかる等を考えていかねばならない。

(3) 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムはその基盤としての住居があって成り立つものである。当地区では今後 20 年程で 75 歳以上の後期高齢者が倍増する（図表 1）。現在でも高齢者の独居・2 人世帯は全世帯の 20% を占め、収入の面でも本人非課税の高齢者が約 60% と比較的低収入の高齢者が多数を占める。更に認知症高齢者も増加する（図表 6-1, 6-2）。

（図表 6-1）高齢者の状況（第 6 期介護保険事業計画より）

収入

2015 年（H27 年度）		本人非課税 （第 1～5 段階）	本人課税 （第 6～13 段階）
太宰府市	保険料段階別数	10,308	8,075
	市内全体に対する割合	(56.1%)	(43.9%)
筑紫野市	保険料段階別数	13,269	9,455
	市内全体に対する割合	(58.4%)	(41.6%)
春日市	保険料段階別数	12,633	8,888
	市内全体に対する割合	(58.7%)	(41.3%)
大野城市	保険料段階別数	11,492	8,186
	市内全体に対する割合	(58.4%)	(41.6%)
那珂川町	保険料段階別数	6,128	3,821
	町内全体に対する割合	(61.6%)	(38.4%)
筑紫医療圏	保険料段階別数	53,830	38,425
	全体に対する割合	(58.3%)	(41.7%)

本人非課税が約 60% に達している

（図表 6-2）高齢者の住まい方（世帯数からの推定）（2010 年 10 月 1 日 国勢調査）

		一般 世帯数	うち 65 歳以上の世帯員がいる世帯数			
			総世帯数	単 独 世帯数	2 人 世帯数	3 人以上 世帯数
筑紫圏域計	世帯数	160,791	48,978	10,918	20,819	17,241
	一般世帯数に 占める割合	—	30.5%	6.8%	12.9%	10.7%
	65 歳以上総世 帯数に占める 割合	—	100%	22.3%	42.5%	35.2%

65 歳以上の独居・2 人世帯が総世帯の約 20% に達している

“ときどき入院・ほぼ在宅”という理想にどの程度近づけるか？かかりつけの在宅医を増やし、多職種連携すれば確かに自宅でのケアも増えると思われるが、独居・老々介護・認知介護の高齢者では限界があり、こうした高齢者を受け入れる施設の充実が絶対条件と考える。高齢者収入を考えると 25 万円／月と言われる有料老人ホームやサ高住に入所できる高齢者は少数ではなかろうか？公的年金の範囲で対応できる比較的安価な施設の充実が望まれる。更に高齢者であれば当然医療ニーズも増えることが考えられるので、現在の療養病床・中小病院・有床診療所の病床は型を変えてでも必ず残す必要がある。又、これを支える人材確保も、当地区では労働人口があまり減少しないことを考えると積極的に行政にアプローチしてもらいたい。また四市一町、5 つの独立した自治体をいかにまとめるかが、地域包括ケアシステムを構築する上で肝要である。そこで平成 26 年度より四市一町担当課との連絡協議会を開催し四市一町同志、四市一町と医師会の意思疎通をはかっている。

平成 28 年 1 月には 筑紫医師会在宅医療介護連携支援センターが、医師会敷地内に開設され、ここを拠点として四市一町の医療・介護相談窓口を一本化することで四市一町の情報の共有化、および基本的な施策の統一化を図る。又、四市一町より在宅医療・介護連携事業を受託し、医師会主導で医療・介護連携強化を行い、基本施策において四市一町統一された地域包括ケアシステムを構築していきたい。

3) 有明医療圏

有明医療圏は福岡県最南部に位置し、農業と漁業が中心で過疎化が進む北部（柳川市・みやま市）と、旧産炭地で急速な高齢化が進む南部（大牟田市）とに分けられる。医療圏全体の2015年の人口は228,119人だが、2025年には195,314人まで減少すると予測されている。その一方で75歳以上の後期高齢者人口は、2015年は39,359人（17.3%）だが、2025年には44,642人（22.9%）となっており、北部と南部ともに等しく約2,600人ずつの増加が見込まれている。医療圏の北部である柳川市・みやま市と、南部の大牟田市との2015年における人口は108,441人（47%）対119,678人（53%）であり、2025年もその比率に変化はほとんど見られない（図表1、2）。

（図表1）人口動態（有明医療圏、予測は国立社会保証・人口問題研究所）

	2015年(実測値)	2025年(予測値)
人口総数	228,119人	195,314人
65歳以上人口	74,347(32.6%)	74,432(38.1%)
75歳以上人口	39,359(17.3%)	44,642(22.9%)

（図表2）各市の人口比（予測は国立社会保証・人口問題研究所）

	2015年(実測値)	2025年(予測値)
大牟田市	119,678人(53%)	100,970人(52%)
柳川市	69,084(30%)	61,095(31%)
みやま市	39,357(17%)	33,249(17%)

当医療圏の2015年における独居世帯比率は、医療圏全体では20.4%だが、南部の大牟田市においては24%で13,755人に上る。一方、北部の柳川市とみやま市では、両市合せても5,904人である（図表3）。

（図表3）各市の独居世帯数と割合（平成27年度）

	総世帯数	独居世帯数	独居世帯率
医療圏全体	96,346	19,659	20.4%
大牟田市	57,231	13,755	24.0%
柳川市	24,998	3,602	14.4%
みやま市	14,117	2,302	16.3%

また、当医療圏の2015年における高齢者（介護保険1号被保険者）の年収を見ると、80万円以下が40.9%で、80万円超120万円以下が33.5%となっており、さらに本人非課税世帯は、大牟田市で60.9%、柳川市で62.4%、みやま市で63.2%となっている。

年間の死亡者数を2014年の集計でみると、65歳以上だと北部が1,335人で南部が1,601人となっており、総死亡者数に対しいずれも90%に当たる。この中で、医療圏北部と地域を同じくする柳川警察署管内で報告された孤独死は、自

殺者も含めて 60 歳以上で 35 名となっていた。独居世帯の比率と高齢者の年収からみて、孤独死は今後増える可能性がある（図表 4）。

（図表 4）各市の年間死亡者数（平成 26 年度）

2014 年	総数(人)	65 歳以上(%)	75 歳以上(再掲)(%)
医療圏全体	3,251 人	2,936(90.3%)	2,447(75.3%)
大牟田市	1,775 人	1,601(90.2%)	1,358(76.5%)
柳川市	901 人	804(89.2%)	638(70.8%)
みやま市	575 人	531(92.3%)	451(78.4%)

当医療圏の 2014 年における医療機関数は、北部では 81 施設（診療所 75、病院 9）で人口 10 万人あたり 73.79 施設となり、南部では 142 施設（診療所 118、病院 24）で人口 10 万人あたり 117.39 施設となる。圏内にある地区医師会の A 会員数は、柳川山門医師会で 77 名、大牟田医師会で 134 名である。A 会員の年齢構成を見ると、柳川山門医師会では 50 歳代が 20 名で 60 歳代が 38 名であり、大牟田医師会では 50 歳代が 41 名で 60 歳代が 51 名であり、両医師会ともに平均年齢は 63 歳であった（図表 5）。

（図表 5）各医師会会員の年齢分布（平成 27 年度）

(人)	大牟田医師会		柳川山門医師会	
年齢区分	A 会員	B 会員	A 会員	B 会員
～39 歳	1	9	1	1
40 歳代	12	46	4	5
50 歳代	41	54	20	8
60 歳代	51	32	38	2
70 歳～	29	40	14	9
総数	134	181	77	25

A 会員の平均年齢；大牟田医師会（62.7 歳）、柳川山門医師会（63.5 歳）

当医療圏内の平成 27 年度における精神科病床をのぞく病床区分を見ると、北部では一般病床 618 床に対し療養病床 336 床で、総病床数が 954 床であった。これに対し南部では、一般病床が 2,218 床で療養病床が 958 床あり、総病床数は 3,483 床にのぼる（図表 6）。

（図表 6）現在の病院病床区分（平成 27 年 4 月福岡県病院名簿、精神科病床以外）

	医療圏北部（柳川市みやま市）	医療圏南部（大牟田市）
総数	954 床	3,483 床
一般病床	618 床	2,218 床
療養病床	336 床	958 床
（うち介護分）	30 床	239 床
（うち回復リハ）	0 床	48 床
結核病床	0 床	20 床

一方で、在宅医療に関わる医療機関は、柳川山門医師会管内で 2013 年には 32 施設あったが、2015 年に再度確認したところ 27 施設に減少していた。大牟田医師会管内では、2015 年に在宅訪問診療料算定医療機関が 72 施設であった。

(1) 2025 年の必要病床数と機能分化について（図表 7）

福岡県が推計した当医療圏の 2025 年における必要病床数は、2014 年の病床機能報告数 4,107 床に比較して 900 床少なく、その機能分化を見ると高度急性期が 4 床から 235 床に増やされているのに対し、急性期は 2,055 床から 924 床に半減されている。今後、高齢者が増える中で、在宅看取りを推奨されている高齢者に対し、若年者と同様な高度急性期医療が必要かどうかをしっかりと議論し、高齢者の疾病構造を勘案して、むしろ急性期病床の比率を上げるべきと考える。高度急性期は 50 床程度として、残り 1,100 床を急性期とするか、むしろ高度急性期と急性期の垣根を取り払い、急性期病床のみ 1,500 床とする方が、混乱は少ない。

一方で、回復期と慢性期の合計病床数は、2015 年も 2025 年もほぼ 2,000 床で横ばいだが、内容を見ると回復期と慢性期の比率が逆転している。これも、高齢者の独居率や医師会員の年齢構成及び在宅に関わる医療機関の施設数からみて、当医療圏においては、回復期を増やして早期に在宅に戻すことは現実的ではなく、むしろ慢性期を温存すべきであり、特に療養型の慢性期病床を増床するべきと考える。できれば回復期 700 床に対し慢性期 1,500 床とする。急性期病床を回復期病床や慢性期病床に転換することで対処することになるだろうが、もし慢性期病床の増床が困難であれば、「新類型」のような看取りが可能な医療看護機能付きの入居型介護施設への転換が速やかに行えるような施策を検討するべきである。

ここで注意すべきことは、人口比で一般病床が明らかに過剰な医療圏南部に対し、医療圏北部の病床数はすでに適正と思われる点である。もし、医療圏全体で地域医療構想を推進すると、北部の病床不足が発生し、入院医療の崩壊を引き起こす可能性が出て来る。北部の地域医療構想に関しては、一般病床の急性期を療養型の慢性期病床に変換するという病床種別の変更のみで対応すべきと考える。一方、独居高齢者の比率が今後高くなると予想される南部では、回復期病床や慢性期病床もしくは医療介護付き入居型介護施設を十分に準備することを前提に、急性期を含む一般病床をしっかりと時間をかけて適正化していくべきと考える。このように、医療圏内で病床数の偏在が見られる地区は、当医療圏だけではないと推測され、今後の構想策定で細心の注意が必要な項目である。

(図表 7) 現在の病床報告数と将来の必要病床数推計 (福岡県構想地区設定検討支援ツール)

	2014 年	2025 年
総数 (床)	4,107	3,202
高度急性期 (床)	4	235
急性期 (床)	2,055	924
回復期 (床)	476	1,135
慢性期 (床)	1,572	908

(2) 在宅医療等について (図表 8)

2025 年の在宅医療推計における当医療圏の訪問診療必要数は 1,510 人となっている。2015 年に在宅医療を行う医療機関数は医療圏全体で 99 施設あり、10 年後も施設数に変化がなければ、1 施設あたりの訪問患者数は 15.2 名となる。しかし、北部では 694 人を 27 施設で見るとなれば、1 施設あたり 25.7 名となるため、在宅診療医同士で連携したとしても、高齢化した在宅診療医には相当の負担になる。今後の 10 年で、在宅医療を行う若い医師の開業が増え、在宅医療専門診療所の開設などがあれば状況は変わるが、その可能性は低く、現状では自宅在宅医療は弱体化していく可能性が高い。

(図表 8) 将来の在宅医療需要推計 (福岡県構想地区設定検討支援ツール)

2025 年	在宅医療等	在宅医療等のうち訪問診療分
医療圏全体 (人/日)	3,880	1,510
大牟田市 (人/日)	2,093	815
柳川市 (人/日)	1,086	422
みやま市 (人/日)	700	272

また、2015 年の医療圏全体での独居世帯数は 19,659 世帯 (人) であり、今後の高齢化で数も比率もさらに増えて行くことが予測される (図表 3)。一方で、2014 年における看護職員数は、医療圏全体では 2,794 人おり、特に急性期病院が多い大牟田市では 2,167 人で人口 10 万人あたり 1,753 人となり、全国平均の 632 人に対して 3 倍近くになっている。これらの看護職員を在宅訪問看護にまわすことが目論まれそうだが、住民側の希望は訪問看護師ではなく介護職員で充分との認識が広く蔓延しており、訪問看護師の需要は思うほど伸びないと考えられる。この面からも、自宅在宅での医療介護よりも前項で述べた医療看護機能付きの入居型介護施設を重点的に整備し、適正化された急性期病床からの余剰看護職員を、そのような介護施設にあてての方が現実的である (図表 9)。

(図表 9) 現在の医師数と看護職員数 (平成 26 年度、JMAP)

2014 年 (人)	医師		看護職員	
	実数	人口 10 万人対	実数	人口 10 万人対
大牟田市	303	245	2,167	1,753
柳川市	57	80	409	573
みやま市	29	71	218	537
有明医療圏全体	389	165	2,794	1,202
福岡県平均		193		951
全国平均		152		632

(3) 地域包括ケアシステムについて

病床を適正化して整理することで入院患者数を制限し、入院の必要度が低い高齢者を在宅で見る受け皿として地域包括ケアシステムの構築が目論まれている。しかし、前項でも述べたように受け皿となる医師に限界があり、訪問診療も看取りも現状では困難である。そこで、すべての科の医師が自院へ通院する患者の「かかりつけ医」となって、医療と介護の知識を持ち、高齢者やその家族からの相談窓口となり、在宅診療医や介護施設などへの橋渡し役となるべきである。また、すべての科の医師は在宅診療医の求めに応じて、在宅患者への往診を行うべきである。さらに、地域ケア会議（医療介護利用者の担当者的会議）への参加もしくは意見書により、必ず関わりを持つべきである。地域ケア会議を主催する側も、医師の診療行為を阻害しない時間帯に会議を開くなどの配慮を行うべきである。そこから、多職種間の連携が深まるものと考ええる。

多職種が連携して住み慣れた自宅で高齢者を介護するのが理想であり、入院や入所に比べて経済的にも安価と思われるが、当医療圏の高齢者の経済状態や独居率からみて、自宅介護が必ずしも幸福かつ効率的とは限らない。むしろ、校区ごとに医療看護機能付きの入居型介護施設や介護村などを作り、狭い範囲に集まって暮らしてもらった方が医療も介護も効率的で効果的と考ええる。そこで、少子化で不要となった保育園や小学校の校舎や、市町村合併で規模縮小となった各庁舎や公民館などを開放あるいは改築し、地域の高齢者の集会所や、さらには集合住宅として活用する方法もある。そこに地域包括支援センターの出先機関を置けば、地域包括ケアが住民にとって身近な存在となり、世代を超えて交流を深める拠点とすることもできると思われる。ただ問題は、地方行政に経済的な余裕がないことと、地域の活力が減少していることである。そこが解決できれば、高齢者の QOL 向上にも地域の活性化にも繋がると考えられる。

6. 地域医療構想における福岡県医師会の役割

1) 地域医療構想策定への関与

適切な地域医療構想の策定、実現に必要な情報（データ）、事項を医療提供側から提案する。

2) 地域医療構想調整会議への関与

構想は当該構想区域に任すべきであるが、福岡県医師会の基本方針を郡市区医師会に明示する事が必要である。

3) 医療機関の支援

医療機関が病床の機能分化に対応する際に必要な助言や情報提供等を行う。

4) 地域医療構想の検証

(1) 地域医療構想の検証

医師会が医療提供体制を評価する指標を研究する上で、絶好の機会と捉える。医療構想を医療提供者側の切り口で検証する。

(2) 構想の実現に問題点が生じた場合、修正案を提示する。

(3) 日本医師会へ情報提供を行う。

5) 福岡県医師会認定総合医（新かかりつけ医）制度を推進する。

地域医療構想の実現にはかかりつけ医の診断、治療、連携能力の強化の必要がある。

7. 地域医療構想における郡市区医師会の役割

2025 年を見据えて、医療の形態が病院完結型から地域完結型へ変わり、急性期から在宅医療までの途切れの無いネットワークの構築のためには、「地域包括ケアシステム」と「地域医療構想」が車の両輪の如く機能し、かつ医師会がその一体的運用に中心的に関与していかなければならないのは自明の理である。

1) 地域包括ケアシステムの構築における郡市区医師会の役割

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現するために、既に多くの郡市区医師会で地域行政と連携のもとに各種の事業の実施がなされており、今後も医師会が積極的に係ることは当然であると考え。つまり「地域包括ケアシステム」の多職種連携・協働体制の中で、医師は他職種と平等・対等の立場であるものの、医療がその中核的立

場となることは紛れもない事実であり、そのためには医師がその中でコーディネーター的立場を果たすべきと考えられる。それゆえに医師の属する郡市区医師会の役割は重要なものとなり、医師会が中心となって各地域における病診連携や多職種連携等の取組を推進する必要がある。このことは各地域の実情に応じた在宅医療提供体制の整備に向けた取組を推進することであり、具体的には医師会内部で在宅医療部会等の設立を通じて、医師のグループ化、病院・かかりつけ医の役割分担の明確化、支援病院・診療所によるバックアップ体制の確立や連携強化による緊急時の受入体制の整備等々が求められる。その結果が在宅医療に取り組む病院や診療所、更には歯科診療所、薬局等の拡大・連携を図っていくことに繋がっていく。また一方、今後は地域住民に対して郡市区医師会が広報や市民公開講座、講演会を通じて在宅医療に関する知識の啓発・普及を行っていくことも重要な活動になると思われる。

2) 地域医療構想における郡市区医師会の役割

郡市区医師会の役割は、医療圏により自ずと異なってくる。例えば福岡・糸島のような医療圏では、若年者の流入、人口増加が予測され4区分とも現在よりも病床数が不足になると予測される。産科・小児科の病床の確保も必要となる。また多くの急性期病院を擁しその機能分化に関しては、DPCの枠組みや新たな専門医制度からくる医師の教育、研修という観点から過不足の無い診療科が必要になり、病院間の調整と連携が必要になってくると考えられる。また回復期の病床は地域包括ケア病床の中核となる地域包括病床が担うことになるのであろうが、福岡医療圏には多くの民間中小病院が存在し、これらの病院群がこの機能を担っていくと期待される。これらの検討を行うのが「地域医療構想調整会議」であるが、この会議は「地域医療構想」達成に向けた協議の場そのものに他ならない。しかし検討内容がただ単に病床転換の合意の場になるのであれば、個々の病院の経営意欲や収支にまで係わる問題であり、地域の医師会は公平な議論が出来るように、調整役を果たす必要がある。その場合、県医師会は情報を区域の郡市区医師会に還元し、医師会の代表が調整会議の議長として調整役を果たせるようにサポートすることが期待される。また郡市区医師会は会員医療機関の病床機能転換時の経営的影響が最小限になるように、県医師会に財政的支援を行う仕組みを作るように働きかけたり、地域包括ケア病床の主役たる総合診療医養成の仕組みや訪問診療に携わる看護師の養成・確保の仕組みを作るように働きかけることも必要となる。また郡市区医師会は、隣接する二次医療圏（構想区域）間だけでなく医療圏が他県の構想区域と隣接する場合、発生する必要病床数や医療機関の連携・協力に関する問題を協議する場を設定するように県医師会に要請する必要もあるであろう。

おわりに

平成 26・27 年度医政研究委員会へ出された諮問『福岡県の地域医療構想について』に対する答申を報告した。

前年度の当委員会のテーマであった「地域主導の医療政策のあり方」に対する答申では「地域包括ケアシステム」に絞り議論がなされてきたが、これは退院後の在宅の受け皿としての地域包括ケアシステム、つまり多職種連携という横への拡がりの話であったが、今回の「地域医療構想」は病床の機能分化・病床再編という病院間での縦の繋がりという話であると思う。車の両輪にも例えられるが実際は、連続した拡がりを持つイメージで議論が必要になると思う。このように「地域包括ケアシステム」と「地域医療構想」二つの議論をお互い連携して深めることによって、2025 年へ向けての医療・介護のロードマップが見えてくるのではなかろうか。今後はガイドラインに沿って医師会主導の下、各区域での「地域医療構想調整会議」で十分な議論が尽くされ、その結果として県での「地域医療構想策定会議」において適切な「地域医療構想」が策定されてくるものと思われる。その後、策定された構想に基づいて、個々の地域の実情に応じた医療提供体制が構築されることが望まれる。

しかし、「地域の実情に応じた医療提供体制の構築」とは別の観点の議論もあるようである。政府の 2020 年に向けたプライマリーバランス黒字化へ向けた議論である。一つは 2015 年 5 月の医療保険制度改革法の見直しにより「都道府県医療費適正化計画」が定められたことである。これにより医療費削減を実現する一つのツールとして、病床削減を診療報酬により導き、結果として入院医療費減少を図る可能性が出てきたことである。また二つ目は 2015 年 5 月の「経済財政諮問会議」の診療報酬を「病床再編する体系に」との民間議員の見過ごすことのできない圧力である。地域の実態を見ていない、経済優先の提言である。これらの政府内の動きは郡市区医師会としても注意深く見守って行き、県医師会、日本医師会を通じて粘り強く政府と交渉・説得していく必要があると思われる。

委員会講師一覧

○第 2 回（平成 26 年 11 月 19 日）

地域医療構想について／委員・産業医科大学公衆衛生学教授 松田晋哉

○第 3 回（平成 27 年 2 月 18 日）

地域医療構想について／福岡県医師会常任理事・医政研究委員会委員・日本医師会地域医療対策委員会委員 戸次鎮史

○第 5 回（平成 27 年 7 月 1 日）

急性期病院と地域医療構想について／JCHO 九州病院院長 多治見司、戸畑共立病院院長代行 今村鉄男

○第 6 回（平成 27 年 9 月 9 日）

慢性期病院と地域医療構想について／福岡県慢性期ケア協会理事 田中圭一、委員・福岡県医師会常任理事 原 祐一

○第 7 回（平成 27 年 11 月 18 日）

地域包括ケアシステムの構築、現状と 2025 年へ向けての課題／委員 長森健・渡辺浩一・野原正敏・平田泰彦・松尾義人