

これからの地域医療における地域医療構想（ビジョン）と 地域包括ケアシステムのあり方

ツイ タカコ
筒井 孝子*

I はじめに —地域医療ビジョン策定の背景—

財務省が平成28年（2016）4月末に発表したデータによると、わが国の長期政府債務は、約1062兆円で名目GDPの約2.05倍に相当している¹⁾。こうした債務の増大による財務の悪化は、少子高齢化等の人口構成の変化、とりわけ生産年齢人口の減少による税収の低下が大きく影響している。「社会保障・税一体改革」は、このような状況に対応すべく実施されているものである。

例えば、地方税については、地方における社会保障の安定財源の確保と地方財政の健全化を同時に達成することを目指す観点から、地方消費税率の引上げや引上げ分の地方消費税収の社会保障財源化等の改革を行ってきた。しかし消費税の再延期の影響等もあり、その効果はまだ見えていない。

また、この改革の一つとして、医療サービス、介護サービス等の供給体制の適正化を目指した地域医療構想（以下、地域医療ビジョン）の策定が始まっている。この地域医療ビジョンでは、医療サービスの適正化方策の一環として都道府県が地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を医療計画において策定し、実行することが求められている。

この背景には、表1に示されるように、平成25年度までの10年間で国民医療費は28%増、入院患者1人当たり医療費も32%増、外来患者1

表1 医療費・病院数・患者数・病院従業者数の10年間の変化

	平成15年度	平成25年度	増加率 (%)
医療費			
国民医療費 (兆円)	30.8	39.3	28
病院 (兆円)	16.9	21.0	24
一般診療所 (兆円)	7.4	8.4	14
歯科診療所 (兆円)	2.5	2.7	9
薬局調剤 (兆円)	3.9	7.0	81
病院入院患者			
1日当たり医療費 (円)	25 839	33 994	32
病院外来患者			
1日当たり医療費 (円)	8 738	12 989	49
病院数			
病院数 (カ所)	9 122	8 540	△ 6.4
病床数 (万床)	163	157	△ 3.6
病床利用率 (%)	84.9	81.0	△ 4.6
平均在院日数 (日)	36.4	30.6	△15.9
患者数			
1日平均在院患者数 (万人)	139	128	△ 8.2
1日平均新入院患者数 (人)	38 158	41 686	9.2
1日平均退院患者数 (人)	38 218	41 744	9.2
1日平均外来患者数 (万人)	166	139	△16.3
従業者数			
病院従業者 (万人)	165	200	21.8
(100床当たり) (人)	100.8	127.3	26.3

注 医療費については、厚生労働省「国民医療費・結果の概要」。病院数、患者数、従業者数については、厚生労働省「病院報告」より作成。

人当たり医療費は49%増となったことや、特に75歳以上の医療費の伸びが著しいこと等がある²⁾。平成26年の医療法改正は、この状況への適正化を図るために27年4月から、各都道府県は医療機関からの病床機能報告を踏まえ、医療計画策定のプロセスの一つとして、この地域医療ビジョンを策定しなければならなくなった。

しかし、地域、とくに市町村行政や保健医療サービスの提供に携わる関係者らが、この地域医療ビジョンのあり様が、例えば、自らが働く自治体や保健所、あるいは病院とどのような関係があるかを実感として捉えることは容易ではないようである。

現状では、地域医療ビジョンの動向にかんが

* 兵庫県立大学大学院経営研究科教授

ここにおける医療制度改革の柱は、①病床機能報告制度の新設②各都道府県による地域医療構想の策定③「協議の場」の設置④新たな基金の設立⑤知事の権限強化とされ、介護保険制度の改革の内容は、予防給付の地域支援事業への移行等である。このため都道府県は、「医療介護総合推進法」の下で医療提供体制の再編に向け、病床機能を再編し、その前提として地域医療ビジョンを策定しなければならない。また都道府県は、医療機関に対して、病床の機能転換や削減等を要請することができるとされた。

このビジョン策定から実行にあたっては、図1に示したスケジュールで実施される。すでに策定が終わっている県もあるが、本年度半ばにはすべての都道府県で完了することとされている⁴⁾。

このビジョンでは、各都道府県は、2025年の医療需要の将来推計や、病床機能報告制度で集積された情報をもとに原則二次医療圏を単位とする構想区域ごとに「目指すべき医療提供体制」を示し、これを「実現するためのアクションプラン」をまとめることとなる⁵⁾。

当面の各都道府県の地域医療ビジョンにおける取り組みとしては、病床の整備・削減・機能転換等を進めていくことが中心となるが、この病床調整に医療機関が簡単に応じるはずもなく、とりわけ多数の医療機関が存在する都道府県においては、その調整は困難を極めることが予想される。都道府県の中には協議の場が設定されただけで、集まった関係者らに全く地域医療ビジョンの意図が届いていないという状況もあるという。

(2) 在宅医療の推進が必要な理由

地域医療ビジョン策定のガイドラインによると、慢性期病床は、療養病床の入院受療率が最も低い長野県の水準0.122%まで低下させることとされている。このことは「地域差の是正」として示されているが、最も療養病床の多い高知県と最も少ない長野県とでは約5倍の入院受療率の差があり、全国規模でいえば約40%も病床数を削減することになる。現行の療養病床数

約34万床（介護療養が7万床、医療療養が27万床）を20万床とすることと同義である。このことだけでも、病院側からみれば到底、許容できるレベルではないだろう。

過去にも、医療療養病床を15万床に削減するとともに、介護療養病床は介護施設に転換して廃止する旨の計画が提示されたが、頓挫している。療養病床だけでなく、このような医療における地域差の是正や、適切な医療供給体制整備という問題に対しては、国が診療報酬改定を利用して、10年以上行ってきたが成果を上げられなかったという歴史がある。にもかかわらず、このような重い課題を都道府県は担わねばならないということである。

地域医療ビジョンのガイドラインには、「都道府県の2次医療圏ごとに、2025年に必要な機能別病床数を算出し、それに近づける取組をする」ことが求められているが、これは端的に言えば、過剰である高度急性期病床を急性期・回復期等に転換させることや慢性期病床（＝療養病床）を削減し、在宅医療を推進することを意味している。このように国が示す地域医療ビジョンとその実行のためのガイドラインにおいては、療養病床の代わりを在宅医療が担うと考えられている。

このことは、これまでは病院に入院していたが、今後、病院に入院できないだろう「元患者」とでも呼ぶような病態あるいは状態像の人々（以下、在宅療養者）が地域で療養生活を送らねばならなくなることを意味しているが、その人数は、膨大である。

これらの膨大な在宅療養者らに対して医療および介護サービスの適切な提供を可能とする在宅医療の整備が求められているのである。しかしながら、これらの在宅療養者のおおむね半数以上は単身である可能性が高いことにかんがみると、医療や介護サービスだけでなく、地域で生活するための互助等を含む生活支援体制も創らねばならない。この体制のことを今日的には、「地域包括ケアシステム」と呼んでいる。だが、前述のとおり、このような体制を整備できている自治体はほとんどないのである。

表2 平均在院日数および病床数の国際比較

Ⅲ 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムの目的は、現在、患者として病院に入院している人々の一部、すなわち、在宅療養者が地域で尊厳を持って生活していくた

めに、彼らに必要な医療や介護サービスを適切に提供できることにある。先進諸国の社会保障体制において、このようなシステムが要求されるようになったのは、ごく最近のことである。

これまでの先進諸国の医療制度は、高度急性期医療を主とした制度設計がされてきた。高度な医療サービスはコストが高いため、これらのサービスは、できるだけ短期間での提供にしなければならない。このために、入院して集中的にサービス投下できる高度急性期病院という仕組みが創られた。この仕組みは、慢性疾患を持つ高齢患者にも適用できると考えられてきたが、高齢患者の場合、短期間で集中的に医療サービスが提供されることによって、身体へのダメージが大きく、入院期間は長期になってしまう。おおむね若年層の2倍以上の入院期間が必要となった。このため、日本では長年にわたって、高齢患者の長期入院がなされ、病院の平均在院日数の国際比較⁶⁾から、日本における入院期間の顕著な長さが明らかにされてきた(表2)。

一方、厚生労働省保険局医療課が実施した「平成24年度入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院などの実態調査」における分析結果からは、患者の年齢が高いほど在院日数が長期化する傾向が示されている⁷⁾。すでに入院患者の平均年齢が70.0歳であり、65歳以上が69.8%を占めていたことを考慮すると、在院日数は長期化するものと予想された。

しかし、実際は入院基本料の算定要件となっている「重症度・看護必要度」得点との関連性について分析した結果からは、療養上の世話を示すB得点は入院日数区分・年齢区分での有意

	平均在院日数 ¹⁾	急性期病床の平均在院日数 ¹⁾	病院病床数 ²⁾	急性期病床数 ²⁾³⁾	長期療養病床数 ²⁾³⁾⁴⁾	介護施設における病床数 ²⁾⁴⁾	1人当たりの年間外来受診数
日本	31.2	17.5	13.4	7.9	2.7(11.1)	6.0(25.0)	13.0
OECD平均	8.4	7.4	4.8	3.3	0.6(3.8)	7.7(48.5)	6.7
最も高い国	31.2	17.5	13.4	7.9	3.2(27.4)	13.5(72.2)	14.3
最も低い国	3.9	3.9	1.6	1.5	0.0(0.0)	2.4(17.7)	2.7

資料 OECD. 対日審査報告書2015年版。

注 1) 単位、日。

2) 人口1,000人当たりの病床数。

3) 病院における病床数。

4) ()内は65歳以上人口1,000人当たりの病床数。

差が見られるものの、医療処置を示すA得点については、入院日数区分で有意差が示されたが年齢区分では示されなかった。すなわち、この結果は入院日数の長短と医療処置の多さは関連しているが、年齢との関連は低いことを示している。

このことは、診療報酬算定基準に示された在院日数の厳しさから、各病院では、医療処置が終われば、速やかに退院を促している実態を反映している。同時にこのことは医療処置は終わったものの、日常生活には支援を必要とする状態で退院しなければならない高齢患者が増加していることも示しているのである⁸⁾。

つまり、高齢であろうが医療処置がなくなれば、退院しなければならない実態となっていることが示されている。それにもかかわらず、退院後の生活支援を含めたサービス体制、すなわち地域包括ケアシステムは未整備である。だからこそ、この体制を創ることが喫緊の課題となってきたということであろう。

後期高齢患者層の多くは、慢性疾患を持っており、しかも急性増悪状態に陥って、入院した患者である。したがって、急性期の疾患への対応は終わってはいるものの、手術の侵襲等により、ADL(日常生活動作)に支援を必要とする要介護状態となることが少なくない。これら的高齢患者は、今後の療養病床の削減により、在宅療養者となる。

彼らの地域で尊厳を持った生活が成り立つためには、先に述べたように地域包括ケアシステムが構築されていなければならない、すなわち医療や介護、福祉、あるいは互助による生活支

援サービスが統合され、提供されるシステムが必要となる。そして、このシステムにおいて在宅医療はその中核になる。

地域包括ケアシステムは、国際的な文脈から言うならば、community-based care（地域を基盤としたケア）とintegrated care（統合的なケア）の2つを包含し⁹⁾、地産地消的な性質を持つ介護や医療、福祉サービスを提供できる範囲で、地理的な圏域（日常生活圏域）において、提供主体別のサービスの重なりを省きながら、効率よく展開していくことを目的としている。

だからこそ、圏域内の提供主体をintegration（統合）し、この提供システムのビジョンを明らかにすることで医療・介護サービス供給体制における効率性を高めるためのマネジメントに向けた改革が求められている。そして、このマネジメントを行う主体は、地方自治体としての市町村とされ、その具体的な実動機関として想定されているのが地域包括支援センターである。

Ⅳ 地域の実情を配慮した地域医療ビジョンと地域包括ケアシステムの必要性

(1) 地域包括ケアシステムへの貢献

介護保険制度は、介護というサービスの提供者を家族という私的なものから、社会、端的に言えば、ホームヘルパーや訪問看護師という公的なものへと変えるという提供主体の変化を伴った¹⁰⁾のに対して、地域包括ケアシステムは、その本質として、医療や介護サービス供給体制のマネジメントの改革を求めている。

医療サービスの効率性を高めるための病床機能の適正化の責任主体は都道府県で、そのマネジメントも都道府県が担っている。しかし、対象となる在宅療養患者は、医療だけでなく、介護や福祉に係るサービスも必要となる。これらのサービス供給とそのサービスマネジメントの責任は、市町村が担うこととなる。

このように、これまで都道府県と市町村とに分かれていた医療と介護サービスの供給体制におけるマネジメント改革こそが、これから日本で行わねばならないことである。

だからこそ、この改革を実感として理解するためには、地域で自らが何を行うかを明確にできない限り、その実態は見てこないのである。つまり、市町村が地方自治体として主体的にこのシステムを構築しようとしているか、あるいは地域に存立する一般の病院は、今、この地域包括ケアシステムの下で、どのような役割を担うのかという立ち位置を自らが決めるのか、他者から規定されるのかということによって、その理解の深さは異なってくる。

というのも地域医療ビジョンでは、病床数の適正化が図られることとなっているが、在宅医療等の需要は療養病床等の一部の患者の在宅移行を進めるとしながらも、慢性期機能病床の医療需要と一体的に推計するとされているため、その実態はつかみにくい。このために在宅移行の目標設定は、推計方法が詳細に規定された高度急性期・急性期・回復期の病床とは異なり、都道府県の裁量を一定の幅で認める等、各都道府県の実情を踏まえた対応を一部認めた取り扱いとなっている。これは、地域差があまりに大きいことため地域の実情を配慮せざるをえないからである。

具体的に言えば、地方自治体は、どのように退院時の支援ができるのかということ自らの施策において問わねばならない。例えば、ADLに支援を必要とする高齢患者の退院時に最初に想定されるのは、現行では、やはり家族によるインフォーマルなサービスであろう。

だが、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合は、2015年現在の23.1%から、2035年には28.0%となると予想され¹¹⁾、しかも、認知症の高齢者数も2015年345万人から、2025年には470万人に上昇するという推計¹²⁾が示されている。単身で認知症の場合は、インフォーマルサービスを期待できない方々を想定して、地方自治体は、このサービスの代替案を提示できるかが問われている。

地方自治体においては、これから策定することになる第7期介護保険事業計画に向けて、従来、療養病床が担ってきた療養機能を地域で担う場合に、どのような人が、どのくらいの医療

や療養、介護、看護サービスを必要とするかについてのデータの収集を行い、そのデータを基にした地域包括ケアシステムを構築することが求められている。その際、地域に存立する病院の医療サービス提供量の一部を地域に移動するとしたら、必要な機関として、具体的にどのような機関を考えるのか、また、準備すべき医療や介護のサービス量をどのように見込むかを明らかにしなければならないのである。

(2) これから求められる地域の医療・介護提供供給体制とは

先の地域医療ビジョン策定に際して、国が示した推計式による病床数では、全国のはほぼすべての2次医療圏域で一般急性期病床は減少するとされたにも関わらず、各都道府県の動向を見ると、まず、協議の場においては、すでに廃止とされている「慢性期病床をどうするかが大きな課題」とされており¹³⁾、「稼働率が低いからといって全く療養病床なしにすると医療区分2、3の人は行き場がなくなる」といった意見や「DPCの考えから漏れる在院日数が長い患者をどうするか。どこかで受けざるを得ない。こうした役割を考えて欲しい」といった慢性期や医療療養に対する意見は少なくないことがわかる¹⁴⁾。また、「最大の問題は病院の病床機能をどうするかだろう。構想の考え方は重要だが、病院には経営があり、人材も養わないといけない」¹⁵⁾といった病院間での調整の難しさを指定する意見は、地域医療ビジョンの実行上の難しさを示している。

これらの現状は、国が想定しているよりもはるかに、この協議の場で医療機関の『自主的な取組』と医療機関相互の『協議』によって、高度急性期病床や療養病床の削減を進めることが困難なことを示している。

それでも協議会の設置により、高度急性期のような過剰病床への転換については「医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合」または、「過剰な病床機能に転換しようとした場合」に、知事が医療法上の立場から当該医療機関を「協議の場」に参加させ、協議を行うことができる

と地域医療ビジョンのガイドラインには示されている。

つまり、ある医療機関が、現状の急性期病床を高度急性期病床に転換しようとしても、その地域で高度急性期病床が過剰であると知事が判断すれば、転換は認めないことができるようになる。おそらく、この「協議の場」は、地域における病床コントロールにおいては、一定の機能を果たすようになるだろう。

とくに療養病床は、平成30年度の診療報酬・介護報酬同時改定において、かなり厳しい評価となることが予想され、療養病床から在宅医療への転換を視野に入れる必要もある。また同時に、公的医療機関の統廃合も進められるだろう。これらの公的機関の生き残りに際しては、民間では担えない役割（へき地・離島等の医療機関、救急・小児・周産期・災害・精神等）を持っていること等が重要となろう。

いずれにしても、今後も、在院日数の短縮は進められるため、退院患者は高齢者だけでなく、医療機器を装着した患者、とくに障害をもった乳幼児や児童、緩和ケア期に入ったがん患者も在宅を主とした治療となる。このことは、今後、地域に極めて多様な患者像が存在するようになることを想定し、彼らに対する医療のあり方や生活を支える方策を地域で検討しなければならないことを意味している。

つまり、医療と介護、福祉さらには、生活支援サービスといった複数の制度から提供されるサービスを統合し、利用者の病態やADL、社会状況等にふさわしいサービスを提供する仕組み、すなわち地域包括ケアシステムが必須となるのである。

このシステム下において、市町村ごとに創られる在宅医療連携拠点と日常生活圏域ごとに作られる地域包括支援センターが連携し、医療や介護を含めた様々な生活支援サービスが、どこにいても受けられる体制を構築しなければならないのである。そして、その基盤として、地域の病院のあり様が重要であることはいまでもない。

今日、地域医療ビジョンの下で市区町村が目

指すべき地域包括ケアシステムは、高齢者だけでなく、障害者、慢性的な精神疾患を抱える患者、特別な医療的なニーズのある子ども等にも応えられるシステムを前提とすべきであり、これらの人々の医療ニーズに対応できるような医療機関が地域に存在していることが求められている。

逆説的に言えば、これらの患者の医療ニーズに応えられない医療機関や介護事業所の存在は、もはや必然性がないということである。地域に医療機関が必要であることは、もちろんのことであるが、病院関係者がこれから構築されていく地域包括システムにおける在宅医療連携拠点として市町村行政に必要と認知されるためには、日常生活圏ごとに作られる地域包括支援センターとの連携が必須となるとともに、地域包括支援センターにおいても医療機関と密接な関係をもつことが、これから在宅で療養を継続する住民を支援する際に必要となるのである。

V おわりに

地域医療ビジョンのあり様と、地域包括ケアシステムの構築は、密接な関係をもっている。両者のあり方は、これから2025年までに、医療と介護の両輪を基盤としたサービス提供システムの基盤整備を進め、地域ごとに決め、実行していくための地域独自のシナリオが必要であることを示している。

ただ多くの地域で確かに、高齢者人口は増加し続けるが、これらの高齢者全員が同じレベルのケアを必要としているわけではない。また、ケアを必要とする人々も、それを常時、同じレベルで必要としているわけではない。

このことは、地域包括ケアシステム内で提供されるサービスが構成員の性質を踏まえ、選択的にサービスが提供されるシステムが構築されなければならないことを意味しており、だからこそ構成員との距離が近い市区町村がシステム構築の主体となることが求められたのである。

したがって、例えば、地域の病院としては、地域医療ビジョンという医療サービスの需要に

ついて、自病院が選択されることが前提となっているのであれば、市町村行政との連絡を密にし、他の介護や看護、福祉サービス事業所との連携を深め、患者の在宅生活を継続できるための仕組みづくりに参画していくことが存続のためには、必須の条件となる。

また、介護事業所にとっても、地域医療ビジョンで残された病院との連携は必須となる。このことは、地域の住民に選ばれる病院や介護事業所となるための戦略が求められているということでもある。

ただし、今回の地域医療ビジョンや地域包括ケアシステムの実現にあたって留意すべきことは、従来の施策と異なり、国が示した方針を進めるというトップダウン型の行政手法では、システムの実現は困難であり、継続的な地域のリーダーシップによって支えられることが必要である、ということである。こういった考え方は国外でも進められているが¹⁶⁾、地域独自のマネジメント戦略の組み込みが求められているのである。これらの施策が実行されること、このことこそが、日本の長年の課題とされてきた医療・介護提供体制のパラダイムシフトとなる。

文 献

- 1) 財務省ホームページ。財政関係基礎データ（平成28年4月）わが国の1970年度以降の長期債務残高の推移 (http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/basic_data/201604/sy2804h.pdf) 2016.6.1.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室。国民医療費統計係。平成25年度 国民医療費の概況。2015.
- 3) 社会保障制度改革国民会議。社会保障制度改革国民会議 報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～。2013. (<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>) 2016.6.1.
- 4) 厚生労働省医政局・老健局・保険局。医療・介護分野の改革の進捗状況について（平成26年11月6日）。
- 5) 厚生労働統計協会。「都道府県における地域医療ビジョン及び医療計画の策定にかかる課題に関する研究会」報告書。 (<http://www.hws-kyokai.or.jp/>)

- images/top/shinchaku/chiikihou-honbun.pdf)
2016.6.1.
- 6) OECD. 対日審査報告書2015年版. 2015: 32.
(<http://www.oecd.org/tokyo/newsroom/abonomics-third-arrow-key-to-revitalising-japanseconomy-oecd-says-japanese-version.htm>)
2016.6.1.
 - 7) 中央社会保険医療協議会. 平成25年度第1回入院医療費等の調査・評価分委会(平成25年5月16日)資料入-1: 11-14. (http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=1459538=2r98520000032ohv_1.pdf) 2016.6.1.
 - 8) 東野定律, 西川正子, 大塚賀政昭, 他. 一般急性期病棟入院患者の在院日数および年齢階層, 認知症の有無等の要因と「重症度・看護必要度」得点の関連性. 厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)「入院患者の看護必要度と看護職員配置に関する研究」平成27年度研究報告書. 2016: 85-91.
 - 9) 筒井孝子. なぜ地域包括ケアシステムか. こころの科学 2011: 161: 41-8.
 - 10) Tsutsui T, Matushige T, Otaga M, et al. From 'care by family' to 'care by society' and 'care in local communities': switching to a small government by the shift of long-term care provision. ISA world congress of Sociology, Gothenburg, Sweden, contribution paper, 2010.
 - 11) 厚生労働省ホームページ, 今後の高齢者人口の見通しについて (http://www.mhlw.go.jp/seisakunit suite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf) 2016.6.1.
 - 12) 厚生労働省. 「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の高齢者数について, 2012.
 - 13) 香川県ホームページ, 第3回香川県地域医療構想策定検討会議事録 (<http://www.pref.kagawa.lg.jp/imu/soumujji/kousoukentuokaigijiroku3.pdf>) 2016.6.1.
 - 14) 岐阜県ホームページ, 第3回岐阜県地域医療構想調整会議 主な意見等 (<http://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/iryu/horei/11221/tyouseikaigi3.data/3iken.pdf>) 2016.6.1.
 - 15) 長崎県ホームページ, 企画調整部会(県全体会)における議論の結果について (<https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2016/05/1462526638.pdf>) 2016.6.1.
 - 16) De Stampa M, Vedel I, Mauriat C, et al. Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. International Journal of Integrated Care, 2010: 10(1).