

1. はじめに —地域医療構想策定に向けた動向

医療介護総合確保法の成立により、各都道府県では、2025年に向け病床の機能分化・連携を進めるため、従来の一般病床と療養病床を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つに区分し、各医療機能の需要と病床の必要量を推計し定める地域医療構想の策定作業が進められている。法律上の策定期限は平成30年3月までであるが、この年の新年度からスタートする医療計画に盛り込み、同時期の医療費適正化計画に反映させるため、平成28年半ばごろまでの策定が望ましいとされ、京都府でも急ピッチで議論が進められている。この提供体制の再編構想が府県の医療費抑制政策の中核となるのである。

地域医療構想の内容は、①2025年の医療需要と病床の必要量、②目指すべき医療提供体制を実現するための施策の二つとされ、その具体化は「地域医療構想調整会議」で議論・調整するとしているが、自治体立には都道府県が命令することができるとしている。さらに、構想の具体化には、地域医療介護総合確保基金もリンクする。

国は、地域医療構想策定ガイドラインで医療需要などの推計方法を示し、6月15日には内閣官房専門調査会がその推計値を公表、新聞でも政府による大幅な病床削減計画として大きく報道された。北海道では、道内で1万~1万5千床も削減し、道南では45%減となる推計に衝撃が走り、徳島県議会は7月、地域医療構想について、地域の実情に応じた現実的な内容と柔軟な制度運用を求める意見書を国に提出している。

京都府では、国から示された二次医療圏ごとの推計値をベースに、圏域毎の調整会議で地域の関係者から意見聴取が行われている段階にある。同推計は、府全体の総病床数では他府県のような衝撃的な変化はないが、機能別では、高度急性期を4割も削減し、急性期も2割以上削減する。代わりに回復期を大幅に増やす機能再編を迫るほか、二次医療圏別では、圏域によっては総病床の4分の1削減という圏域もある。こうした病床の機能分化と縮小再編を進めることになる地域医療構想への批判的検討が求められている。

2. 2011年患者調査と2013年医療需要推計の比較

国は、将来推計と共に2013年の各病床機能の医療需要も示している。まず、国の政策意図を反映した「一定の仮定」に基づく推計と、実際の受療状況に関する統計調査である患者調査を比較してみる。

インターネット上で公表されている直近の2011年患者調査では、京都府の二次医療圏毎の病院の一般病床と療養病床の入院患者数は、患者住所地ベースでは2万4千1百人となっている。

■2011年患者調査 二次医療圏別入院患者数（患者住所地ベース） 単位：千人

	京都府	丹後	中丹	南丹	京都乙訓	山城北	山城南
総数	24.1	1.2	1.9	1.4	15.3	3.7	0.7
一般病床(再)	18.1	0.9	1.4	1.1	11.2	2.9	0.6
療養病床(再)	6.0	0.3	0.5	0.3	4.1	0.8	0.1

一方、京都府医療審議会地域医療構想策定部会の資料で示された二次医療圏毎の医療機関所在地ベースの2013年の医療需要は、府全体で2万1112人とされている。

■地域医療構想 2013年医療需要推計（医療機関所在地ベース）

単位：

人

	京都府	丹後	中丹	南丹	京都乙訓	山城北	山城南
総数	21,112	781	1,465	1,013	14,644	2,848	360
高度急性期	2,078	56	142	53	1,609	185	33
急性期	6,064	212	496	244	4,281	698	133
回復期	5,971	320	487	210	4,087	760	107
慢性期	6,999	193	340	506	4,667	1,205	87

府全体で約3000人もの入院患者を「需要」とカウントしない「推計」であると言え、重大な問題をはらんでいる事はこの比較ですでに明らかである。

患者調査では、京都乙訓圏域以外は、その圏域で必要な医療がまかなえず患者は流出している。すべての圏域で実際の入院患者数より需要を少なく見積もる地域医療の将来構想は、住民の望む身近なところで必要な医療がきちんと受けられる体制づくりには全く寄与しない。

3. 医療需要の推計方法とその問題点

次に、実際の入院患者数よりもはるかに少ない値をはじき出す医療需要の推計方法そのものの問題を見る。

国のガイドラインでは、高度急性期、急性期、回復期については、診療報酬の入院基本料とリハビリテーション料の一部を除いた出来高算定部分の点数を「医療資源投入量」と称し、その点数の3000点、600点、225点を、各機能を区分する境界点としている。

慢性期については、一般病棟で障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院基本料・特殊疾患入院医療管理料を算定している患者と、回復期との境界点225点未満から175点以上の患者は慢性期とし、一般病床の出来高点数175点未満と療養病床の医療区分1の70%は在宅医療等の需要にカウントして入院から排除し、療養病床のその他の入院は入院受療率の地域差解消のための2パターンのいずれかにより受療率目標を設定する。そして、病床数の必要量の試算は、医療機能ごとの医療需要を病床稼働率で割り戻して算出するとし、その試算に用いる稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としている。

この「一定の仮定」をおいた医療需要の推計がはらむ問題は、大きくは二つある。

その第一は、慢性期について、出来高点数175点未満や療養病床の医療区分1の70%等については頭から、一律に入院需要からは除外し、また、地域差解消を当然のこととして受療率の低減を盛り込んでいることである。この「仮定」により、実際の入院よりも確実に低い推計値が算出されることになる。

第二は、急性期等について、レセプトデータを基にした推計では、個別的・地域的な様々な要因で潜在し顕在化していない需要はいっさい反映されないということにある。経済的理由で「病人が患者になれない」、あるいは「身近に必要な医療がない」など、医療にアクセスすらできない潜在需要は頭から捨像されてしまう。また、医療関係者からは、点数に反映されない患者へのアプローチがある事も指摘さ

れている。

また、需要に基づく病床数の試算では、省令により各病床機能の稼働率を設定しているが、全国一律の稼働率の設定は、地域事情や医療機関の地域的・個別的事情はまったく勘案しない。設定された稼働率よりも実態が低い場合、その要因が医師・看護師不足にあらうとも、必要病床数の試算値は、結果的に実態より少なく算出される方向にしかはたらかない。

厚生労働省は、「不足している機能を充足すること」が地域医療構想の目的だとしているが（全日病支部長・福祉部長会議の医政局地域医療計画課長講演/2015年6月20日）、このように意図的に需要から除外し、また、くみ取るべき需要をくみ取らない推計方法は、「不足している機能」を明らかになどせず、提供体制を縮小することにしか役立たない。

4. 患者調査による実際の受療率と地域の人口構成から将来需要を推計

レセプトデータなどを元に点数で区分し、慢性期に関しては最初から一定割合を入院から排除し、その前提で将来需要を推計して、その数値を将来ビジョンとする地域医療構想に対し、現状で入手可能な患者調査の受療率から将来需要を推計して対置し、その問題点をより明らかにすることを試みる。

なお、地域医療構想の需要推計は、レセプトデータを基にしているため、潜在化している需要を反映しないことを問題点として指摘したが、本稿推計も、患者調査の受療率をペースとするため、医療機関を受診した結果に基づくという点では、同様の限界がある。しかし、地域医療構想の需要推計が、政府の政策的・政治的意図を反映して慢性期入院を作為的に需要から排除するのに対し、本稿推計では直近の実態をありのまま将来推計に反映するという点では大きな違いがある。供給体制の縮小・再編を促すための作為的な仮定を排除し、現状を投影した推計とのかい離を対置することにより、政策のもたらす影響を明らかにするという意味で、本稿推計には十分な意義があるものと確信する。

(1) 本稿推計に用いる京都の入院受療率の特徴

都道府県の地理的・文化的環境やその下での疾病構造の違い、また、医療供給体制の違いなどから、府県ごとに受療率には大きな開きがある。地域の実情から出発する意味でも、本稿の推計には京都の受療率を用いた。

まず、その特徴を見ると、2011年患者調査では、全国の受療率は人口10万人当たり1068人で、最大は高知の2208人、最少は神奈川の674人、京都は1133人で27番目とほぼ中位に位置している。

年齢5歳階級別では、0～4歳が全国より若干高く（全国349、京都370）、5歳から64歳までは全国より低いが、65歳以上では全国を上回る（65～74歳：全国1713、京都1751、75歳以上：全国4598、京都5451）。

疾病分類別では、5疾病を見ると悪性新生物、糖尿病、虚血性心疾患は、全国の受療率を100とした指数で1～2割高く、精神疾患は1割低く、脳血管疾患は全国と同程度となっている。

(2) 推計の方法

推計には、2011年患者調査の閲覧第129表「受療率(人口10万対)、性・年齢階級×傷病大分類×入院-外来・都道府県別(入院)」に示された京都の入院受療率、及び、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(2013年3月推計)」男女・年齢(5歳)階級別推計に示された数値を用いた。

推計の方法は、各年次の市町村別推計人口から二次医療圏毎に性・年齢階級別人口を求め、これに対応する性・年齢階級毎の傷病分類別受療率との積を算出した上、男女別の和を傷病分類別の総数とし、これにより得られた分類 I から X X I までの値を合計して圏域の入院需要総数とした。

(3) 推計結果 —2025 年の二次医療圏別入院需要と地域医療構想医療需要の比較

こうして求めた入院需要と地域医療構想で示されている推計を比較するとその差は一目瞭然である。

■患者調査受療率に基づく 2025 年の入院需要推計と地域医療構想の医療需要推計の比較 単位：人

	京都府計	丹後	中丹	南丹	京都乙訓	山城北	山城南
入院需要総数	37,868	1,564	2,829	2,005	23,582	6,295	1,593
除く「V 精神及び行動の障害」(再)	32,026	1,332	2,398	1,697	19,931	5,327	1,341
地域医療構想医療需要推計 4 機能合計	25,511	744	1,393	1,067	18,076	3,755	476

京都府の資料では、地域医療構想の推計値として入院 4 機能の合計は明示されていないので、4 機能の需要として示されている数値を合計し入院全体を求めている。

また、患者調査の性・年齢下級・傷病分類別の受療率には、傷病分類「V 精神及び行動の障害」も含まれ、その多くは精神病床への入院と考えられる。その点をふまえて比較しても、なお、特に府北部・南部では、その差は歴然としている。

この比較で見える推計値の大きなかい離の要因は二つある。

一つは、先に見たとおり、地域医療構想の需要推計では、慢性期患者の一部について頭から入院需要から排除していることである。一般病床や療養病床のいわゆる「社会的入院」を排除したい思惑かもしれないが、その背景にある社会的要因を解決せずに入院から排除すれば、別の社会問題、「医療難民」「介護難民」を生む。患者の個別事情も地域事情もまったく無視した極めて乱暴な話とししか言えない。

また、比較による値が大きくかい離する府北部・南部は、もともと医療体制の不十分さから患者流出地域となっている圏域である。地域医療構想の需要推計は、各圏域の実際のレセプトデータをベースにしているが、供給体制の不十分な圏域では、その供給体制の不十分さゆえに相対的に受療率が低くなり、その低位水準化されたデータを基に将来需要を推計すれば、自ずと出てくる値が低くなるのは当然である。もともと府内の 6 つの二次医療圏には、医療資源が高度に集積した京都乙訓医療圏とそれ以外の圏域では、医療提供体制の実態に大きなひらきがある。京都全体の受療率から各圏域の将来需要を算出した本稿推計との差は、まさに、これらの圏域の現状の提供体制の相対的な不十分さを傍証するものであり、これが、推計値が大きくかい離した二つ目の要因である。

(4) 圏域間の提供体制の格差と受療率の関係を検証する

この提供体制の格差による受療率の格差を確かめるためもう一つの試算を行った。

京都府は、審議会や調整会議の資料に 2013 年度の疾患別の医療需要推計（医療機関所在地別）を提示している。この資料に示された各圏域の「脳卒中」の数値を便宜的に全て高齢者と仮定し、当該圏域の 65 歳以上高齢者人口を用いて、圏域別の高齢者 10 万人当たり医療機能別脳卒中入院患者数を算出した。

そして、この値のうち高度急性期と急性期の値と、圏域ごとに地域医療計画で示されている脳卒中の急性期医療機関の整備状況および人口 10 万人対医師数とを並べて対比すると、脳卒中の急性期医療体制

が整備され医師数も相対的に多い圏域の値が高く、脳卒中の急性期を担う医療機関のない丹後医療圏や医師数の少ない山城南医療圏が低い値となっている事がわかる。

■高齢者 10 万人当たり「脳卒中」医療機能別需要推計と医療提供体制の対比

	京都府計	丹後	中丹	南丹	京都乙訓	山城北	山城南
高度急性期 (人/日)	15.6	5.7	18.2	9.9	18.2	11.6	7.1
急性期 (人/日)	41.6	28.6	51.2	42.2	43.0	39.0	24.9
(小計) (人/日)	57.2	34.3	69.3	52.1	61.2	50.6	32.0
脳卒中急性期医療機関数	27	0	2	2	15	7	1
人口 10 万人対医師数 (人)	296.4	161.7	210.6	170.7	374.1	165.8	132.7

※医療機能別の入院患者数は「2013 年度の医療需要（医療機関所在地別）」と各圏域 65 歳以上人口から推計

この試算に基づく対比は、医療では「供給が需要を生む」という面があることをあらためて示すとともに、供給体制の格差が、圏域間の受療率の格差となる事を示している。地域の医療関係者からも、不足する医師体制や診療科を整えればもっと需要は増えるという声が上がっている。

そして何より重大なことは、この圏域間の供給体制の格差を何ら勘案せず、現状の各圏域の受療率をベースに当該圏域の将来需要を推計し、その推計に合わせて病床の再編を進めることは、この元々ある供給格差を固定化することにしかつながらないということである。

地域医療構想の推計に基づくとおりに「適切かつ効率的に医療を受ける」提供体制をその圏域の地域住民に押し付けるとするならば、それは医療の主体である患者・住民の受療権を蔑にし、必要な医療が地域で受けられる提供体制を確保することへの国と自治体の責任を棚上げするものでしかない。

5. 病床種別の必要病床数推計

地域医療構想では、入院の 4 機能ごとに推計した需要から稼働率で割り戻し、必要病床数を算定としている。本稿でも、先に推計した入院需要をもとに、都道府県別の病床種別入院受療率から算出した割合により、必要病床数を試算した。

(1) 試算の方法

2011 年患者調査の閲覧 130 表「入院受療率（人口 10 万対）、病院一般診療所・病床の種類×性・年齢階級×都道府県別」にある京都の入院受療率を用いて、男女別に年齢 5 歳階級毎の入院総数を 100 とした各病床種別の構成割合を算出し、先に推計した入院需要の男女別・年齢 5 歳階級別の入院総数に掛け合わせ、各年齢階層の入院を病床種別に配分した上で男女の和を算出して病床種別の入院需要に再構成した。

さらに、厚労省「病院報告」の直近 1 年間（2014 年 7 月から 2015 年 6 月）の病床種別の稼働率の平均を算出して、入院需要を病床種別に再構成した値を割り戻して、各病床種別の必要病床数とした。

病院報告（月報）では、病床稼働率は病院の総数、精神、結核、療養総数と介護（再掲）、一般、および診療所の療養総数と介護（再掲）のみの記載であるため、これらの試算のみ行った。

(2) 試算の結果

地域医療構想では、各病床の稼働率を高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%とし

ており、推計されている需要をこの稼働率で割り戻した。その数値と試算値を比較すると、需要に関する推計値の差以上にかい離は大きくなる。それは「割り戻して算出する」という計算方法によるところもあるが、構想では75%~90%としている慢性期以外の稼働率が、「病院報告」の一般病床稼働率の直近1年間の平均では71.8%であり、この違いによるところも大きい。地域医療構想が想定する稼働率については、地域の医療関係者からも「空想的な数値」との指摘が上がっている。

■本稿の2025年必要病床数試算と地域医療構想の2025年必要病床数の対比

	京都府計	丹後	中丹	南丹	京都乙訓	山城北	山城南
本稿 2025年必要病床数試算	41,135	1,704	3,076	2,181	2,596	6,848	1,731
地域医療構想 2025年必要病床数	29,956	869	1,657	1,235	2,128	4,347	565
病床機能報告 2014年(参考)	28,708	1,199	2,229	1,272	1,980	3,615	595

京都の受療率を用いて算出した入院需要を反映したこの必要病床数の試算は、地域医療構想の試算とは全くかけ離れてすべての圏域で大幅に増床する必要性を示す結果となった。

必要な人に必要な医療を今まで通り提供できる体制を確保することは、最低限、国と自治体の責任であるはずである。今後、高齢者人口が増え医療需要が増大することは明らかであるが、地域医療構想は、病床機能の分化・連携を口実に、機能別の需要の推計方法をあみ出し、これにより需要そのものを過小に見積もる。そして、病床の機能分化や医療機関の機能分担だけでなく、縮小再編にまで持ち込もうとする。その不当さは明らかである。

地域医療構想の必要病床数試算の病床4機能の合計数と、本稿試算の一般病床・療養病床の合計数値を比較して値に大きな開きが生じる要因は、①地域医療構想が想定する慢性期患者の入院医療からの排除、②圏域毎の提供体制の違いを背景にした府全体と各圏域の受療率のかい離、③機能毎に設定された稼働率と実態のかい離などにある。

厚労省は「不足している機能の充足」をかかげるが、実際は、高齢化を背景に膨張する医療費を抑制するため、供給体制を「改革」することで増大する医療需要自体を少なく見積もるためのツールが地域医療構想である。

6. 地域医療構想は京都の地域医療に何をもちたらすか

以上、見てきたように、地域医療構想とは、供給体制の「改革」をかかげ、そのための機能分化の基準となる極めて作画的な線引きを病床機能報告制度により創設し、その基準をよりどころとした推計により、地域の医療需要を過小に見積もり、この医療需要を根拠に将来の必要病床数を構想するという、大変手の込んだ病床縮小・再編・効率化政策である。

では、この手の込んだ、医療における「サプライサイドの構造改革」とも言える地域医療構想は、京都の医療にどのような影響をもたらすものとなるのか、2014年病床機能報告と地域医療構想の2025年需要推計に基づく必要病床数を比較して見る。

もしも、地域構想が、調整会議などを通じそのまま実現される方向で推移するとすれば、いずれの圏域でも急性期病床を減らし、回復期病床を増やすことになり、丹後、中丹、南丹、および山城南については、4機能を合計した病院病床総数を現状より削減する縮小・再編を進めるものとして機能することに

なる。

一方、京都乙訓と山城北では、現状よりも病院病床総数を増やす事になるが、京都乙訓の場合は、高度急性期を大幅に削減、急性期と慢性期も減らし、これらの削減よりも大幅に回復期を増やして総数としても増やすものとなる。

また、山城北は、高度急性期の増床、急性期の削減、回復期・慢性期の増床を進めることになる。

■2014年病床機能報告と地域医療構想2025年必要病床数の比較

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	4機能合計
丹後	報告2014年①	16	851	99	233	1,199
	構想2025年②	71	263	352	184	869
	②-①	55	▲ 588	253	▲ 49	▲ 330
中丹	報告2014年①	89	1,437	149	544	2,219
	構想2025年②	184	633	557	283	1,657
	②-①	95	▲ 804	408	▲ 261	▲ 562
南丹	報告2014年①	0	786	47	439	1,272
	構想2025年②	80	360	279	516	1,235
	②-①	80	▲ 426	232	77	▲ 37
京都乙訓	報告2014年①	5,192	7,081	1,340	6,195	19,808
	構想2025年②	2,487	6,865	6,004	5,926	21,283
	②-①	▲ 2,705	▲ 216	4,664	▲ 269	1,475
山城北	報告2014年①	104	1,835	477	1,199	3,615
	構想2025年②	309	1,200	1,190	1,648	4,347
	②-①	205	▲ 635	713	449	732
山城南	報告2014年①	0	480	50	65	595
	構想2025年②	56	221	160	128	565
	②-①	56	▲ 259	110	63	▲ 30
京都府計	報告2014年①	5,401	12,470	2,162	8,675	28,708
	構想2025年②	3,187	9,542	8,542	8,685	29,956
	②-①	▲ 2,214	▲ 2,928	6,380	10	1,248

しかし、ここで注意しなければならないのは、京都乙訓、山城北、山城南の府南部の各圏域については、医療ニーズの高い高齢者層の人口がピークに達するのは、地域医療構想が想定する2025年よりも後になるということである。したがって、これらの圏域では、2025年以降も増え続ける高齢者層に対応した医療供給体制をどのように見込むのかという事が、重大な問題となることである。

■府南部圏域の2025年以降の65歳高齢者人口の推移

	2025年	2030年	2035年	2040年
京都市	431,899	438,755	450,546	471,067
向日市	14,984	14,861	15,185	16,110
長岡京市	22,081	22,131	22,755	24,212
大山崎町	4,191	4,096	4,023	4,128
京都乙訓医療圏計	473,155	479,843	492,509	515,517
宇治市	53,843	53,761	54,323	56,457
城陽市	25,172	24,053	23,074	23,096
八幡市	22,068	21,662	21,603	22,158

京田辺市	17,865	18,275	18,944	20,727
久御山町	4,540	4,299	4,143	4,205
井手町	2,431	2,348	2,262	2,205
宇治田原町	2,787	2,803	2,843	2,799
山城北医療圏計	128,706	127,201	127,192	131,647
木津川市	19,970	20,590	21,484	23,535
笠置町	578	513	452	406
和束町	1,599	1,490	1,321	1,184
精華町	9,532	10,285	11,245	12,132
南山城村	1,098	996	861	769
山城南医療圏	32,777	33,874	35,363	38,026

以上、見たように、府内各圏域の地域医療構想による提供体制再編の影響は、各圏域の状況の違いを反映して圏域毎にその表れ方が異なる。したがって、今後さらに圏域ごとに詳細な検討を要するが、構想全体の政策的な狙いとその問題点からすれば、以下の点は、構想が地域医療にもたらす影響として指摘しておかなければならない。

(1) 機能分担を口実にした効率優先で安上がりの医療提供体制への縮小再編

国において7対1病床の削減が課題とされるなか、地域医療構想は、高度急性期の集中した京都乙訓医療圏で同機能を大幅に削減し、すべての圏域で急性期を削減する。そして、すべての圏域で回復期を増やすものとなっている。

もともと医療資源の不足する府北部や南部について地域医療構想は、高度急性期の増床を織り込むが、従来の地域医療計画で掲げてきた課題の克服が容易でなかったように、マンパワーの確保なしに実現しないより高度な機能の拡充の実現可能性は極めて疑わしい。

現実味を帯びるのは、急性期の削減と病院の入院患者を介護・在宅へと押し出す回復期へのシフトによるより安上がりで効率的な医療提供体制への縮小再編である。

(2) 医師・看護師不足の固定化

府北部の圏域では、実効性ある医師をはじめとしたマンパワー確保対策が具体化されない限り、地域医療構想の推進による高度急性期の拡充などは望むべくもなく、逆に急性期病床が削減されるだけになりかねない。

すなわち医師・看護師不足の固定化であり、高度急性期の拡充よりむしろ急性期の削減・回復期への転換により、地域医療全体の後退につながる可能性の方がはるかに高い。

例えば南丹圏域は、国の推計でも2013年高度急性期の需要が一定織り込まれている。しかし、病床機能報告では「高度急性期」は「ゼロ」である。その実情について、地域の関係者からは、ICUやCCUなど施設基準を満たす体制はないが、持てる医療資源で最大限地域医療に貢献すべく奮闘していることが反映しているのだろう、という発言があった。これを担い支えている急性期病床を削減すれば、ギリギリのところを支えられている地域医療を維持していくことはますます困難になる。

また、過酷を極める医療・看護現場の労働実態改善の面でも、効率を追求する提供体制再編は大きな障害をもたらすことは明らかである。医師・看護師不足を固定化しかねない地域医療構想は、患者に寄りそう医療・看護の実現をめざす方向とは対極にある。

(3) 自治体立病院への効率化・縮小再編圧力

総務省が3月に新公立病院改革ガイドラインを策定したのは、地域医療構想と整合的に公立病院改革を進めるためとされている。公立病院は、公営企業会計の基準見直しにより、損益計算上も資産・負債の面でも、よりシビアに経営状況を反映した会計基準となった上に、経営効率化を求める新ガイドラインと交付税の繰出し基準の見直しによって経営指標は確実に悪化する。

地域医療構想では、丹後で300床以上、中丹でも600床近くが需要に対し過剰と推計される。両圏域とも、公立病院や公的病院が多くを占め地域の中核を担っているが、地域医療構想で病床は過剰だとされれば、非効率な赤字の公立病院は、構想に則って縮小再編すればよい、という議論は早晚噴出しかねない。

政府の社会保障制度改革推進本部の専門委員会が地域医療構想の需要推計に携わった慶應義塾大学の土居教授は、インターネットメディアのインタビューに応じて「(地域医療構想における)急性期医療の問題は結局、特に高齢者が増えて、若い人が減少する地域における大学病院と公立病院をどうするか、という話がカギ」「急性期病床が過剰だったら、回復期や慢性期にシフトすればいい。あるいは病床が過剰な地域であれば、減らさなくてはいけない」と述べている。

しかし、辺地では医師体制の不十分さが受療率の低位水準化につながり、その受診データを基に地域医療構想の医療需要や必要病床数がはじき出されること自体に問題があることは、先にみたとおりである。そして、そのような医師確保が困難で医療資源の不足した地域であればこそ、公立病院が地域医療の基幹を担う必要があるにも関わらず、受療率の低さや経営赤字の原因となる医師不足へのテコ入れでなく、公立病院の切り捨てに動くとするれば、それがいかに理不尽かは明白であろう。

公立病院改革と一体で地域医療構想により描く病床の縮小再編を押し付けるなら、地域住民の受療権を踏みにじり侵害するものとなりかねない。

7. おわりに

(1) 本稿では、病床の機能再編を口実に作為的に入院需要を切り捨てる地域医療構想の需要推計に対し、現状の入院実態をそのまま反映した患者調査の受療率に基づく推計を対置し、批判的に検討を行った。しかし、いずれも潜在需要については反映しないという問題は先にも述べた。この潜在需要のうち、供給格差による需要の潜在化は指摘してきたが、ここで指摘したいのは、高齢者世帯の貧困化が医療需要を潜在化させている可能性である。自己負担を心配して受診が抑制されている事例は枚挙にいとまがなく、重症化し手遅れになるケースが全国で報告されている。それふまえ、住民の医療需要に基づき提供体制を構想するとすれば、貧困と経済格差により潜在化している需要を明らかにすることが不可欠である。そのためには、高齢者世帯の経済実態・生活実態と顕在化していない医療ニーズを明らかにすることが必要であり、地域住民のいのち・健康と地域医療構想の策定に責任を負う京都府により、そうした実態調査が行われるべきである。

(2) 各病床機能別の医療需要推計に用いられている数億件と言われるレセプトデータや、それを基にした受療率は、一般には公開されていない。そもそも、病床機能を「医療資源投入量」で区分けする手法や境界点の点数設定について、その妥当性の批判的検討が求められるが、いずれにしろ、京都乙訓

医療圏の高度急性期と急性期の大幅削減や、他圏域の病床機能区分ごとの推計の検討と検証のためには、基になっている国から提供されたデータの情報公開が求められる。

(3) 病床の医療機能を区分する医療資源投入量には看護体制を反映する入院基本料は含んでいない。想定されている4つの医療機能の看護体制などを明らかにし、提供体制の整備に不可欠なマンパワー確保対策が同時に策定されるべきである。高度急性期の医療資源投入量を「ICUやHCUなみ」とするならば、看護体制もそれに応じた常時「4対1」などに引き上げることこそ求められる。民主党政権時代の「社会保障・税一体改革」検討時に示された「2025年モデル」（「医療・介護にかかる長期推計」2011年6月2日）の「改革シナリオ」が想定した急性期医療への「医療資源の集中投入等」が想起されるべきである。

また、障害者施設病棟7対1等や特殊疾患病棟などは、診療報酬上は比較的高い点数配分であるが、地域医療構想ではこれらを慢性期にカウントする。地域医療構想において機能分化再編を口実にこれらの病棟等を療養病床と同等と扱うことが、今後、看護師配置基準や診療報酬上の扱いにどう影響するのか注視が必要である。

(4) 地域医療構想では、将来在宅等で追加的に対応する患者数も算出している。その前提は、慢性期患者の入院からの除外であり、急性期から慢性期へ、医療から介護へ、病院・施設から地域・在宅へと国の描く状態像に応じて、より川上から川下へ効率的に押し流す機能分担と連携である。

しかし、これが地域にもたらすものは、現実問題、施設介護の大幅な供給不足や、在宅・地域の介護力の決定的な不足の下、大量の医療難民、介護難民を生み出す危機であり、まさに棄民政策の極みである。医療介護総合確保法は、患者・国民に「適切に医療を受ける」ことを課すが、本来、適切な医療とは最適な医療であるはずで、それは最善の医療であり、国が描く医療費抑制に都合の良い効率的な医療ではない。憲法25条に基づく患者・国民の健康権・受療権を保障する提供体制の確立こそ求められる。

以上