

# 指標

## 地域医療構想と 地域包括ケアシステム

副会長

藤原 秀俊

地域医療構想は、小熊副会長の既報（北海道医報平成25年11月1日号 第1142号、北海道医報平成27年2月1日号 第1157号）のとおり、平成24年2月の社会保障・税の一体改革大綱から始まり、社会保障制度改革推進法の決定、社会保障制度改革国民会議の報告書を経て、平成26年6月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」の成立によって、法的根拠を得た。

一方、地域包括ケアシステムは私の既報（北海道医報平成25年6月1日号 第1137号）のとおり、平

成20年「地域包括ケア研究会」により定義され、その報告書の内容は、社会保障・税の一体改革に盛り込まれることとなった。地域包括ケアは法律上、平成23年「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」で位置づけられたが、その後の医療介護総合確保推進法により、地域医療構想と共に財政的基盤を得るようになった。

地域医療構想と地域包括ケアシステムは一体的に取り組む必要があるが、これに関して詳細に述べられている文献はない。私見ではあるが、ここに両者の関係を述べたい。

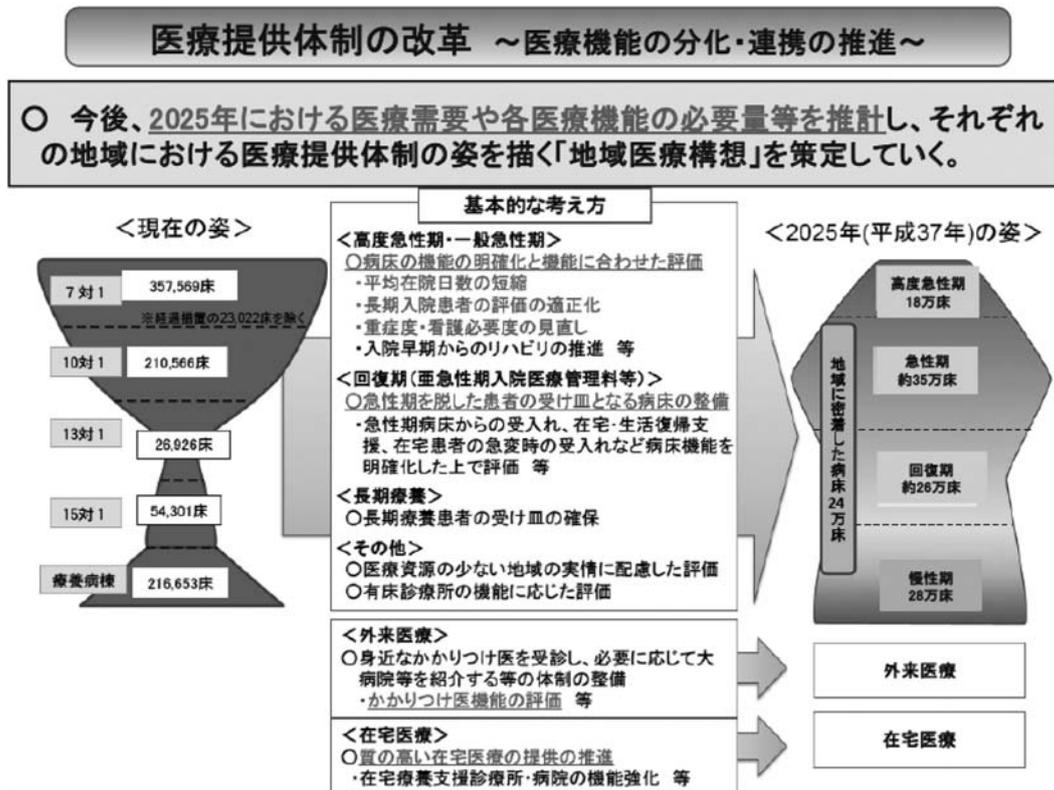
### 地域医療構想と地域包括ケアシステムとの関係

当初厚労省は図1に示すような現在の姿（ワイングラス型）から2025年の姿（ヤクルト型あるいはその後の砲弾型）を示した。しかし現在の姿に示された形は、診療報酬上の看護体制を示したものであり、決して医療提供体制を示したものではない。それを2025年の姿（医療提供体制）に移行するという説明図には無理があった（従って「判りにくい」）。その後、図の下段にあるような外来医療や在宅医療が加わり、地域医療構想の説明図として活用した。

最近では平成27年6月15日開催の内閣官房専門調査委員会の中で、産業医科大学の松田晋哉教授が示した図2が地域医療構想の説明として用いられるようになった（最近では道庁の説明でも使用されている）。

図2で分かることは、2025年の姿として、高度急性期が6万床減るものの、急性期・回復期・慢性期を合算した結果はそれ程減少していないことが理解

図1



できる（そもそも高度急性期というネーミング自体良くなく、高度＝程度が高いと言う意味に囚われ、特定機能病院自身が高度急性期でなければならないと誤解されていると思われる。むしろ重度急性期と言うべきものと思われる）。この図で最も注目すべきことは、図の右下に掲載されている、「将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数 29.7～33.7万人程度」という部分で、この部分は当然地域包括ケアの部分であろう。このように既に識者は、地域医療構想と地域包括ケアシステムを一体のものと考えている（もしかすると意識をしていないかも知れない）が、これは当然のことと思われる。

厚労省は以前2011年までに介護療養病床を廃止するとしていたが、介護療養病床をどのようにしていくかという議論を先送りし、2020年まで廃止を延期している。この問題が解決しない限り、図2に示すとおりには地域医療構想自体が完結しないと思われる。すなわち、地域医療構想と地域包括ケアシステムは一体として考える必要がある。

### 地域包括ケアの進め方（私案）

地域包括ケアシステム（以下地域包括ケア）は概ね中学校区（1万人程度の地域）を想定している。しかし北海道医報平成25年6月1日号 第1137号で既報のとおり、提唱者の田中滋氏は主なターゲットは「“都市”とその近郊」と述べている。

平成2年（1990）に設置された在宅介護支援センターは、概ね中学校区に1カ所の設置を目指してい

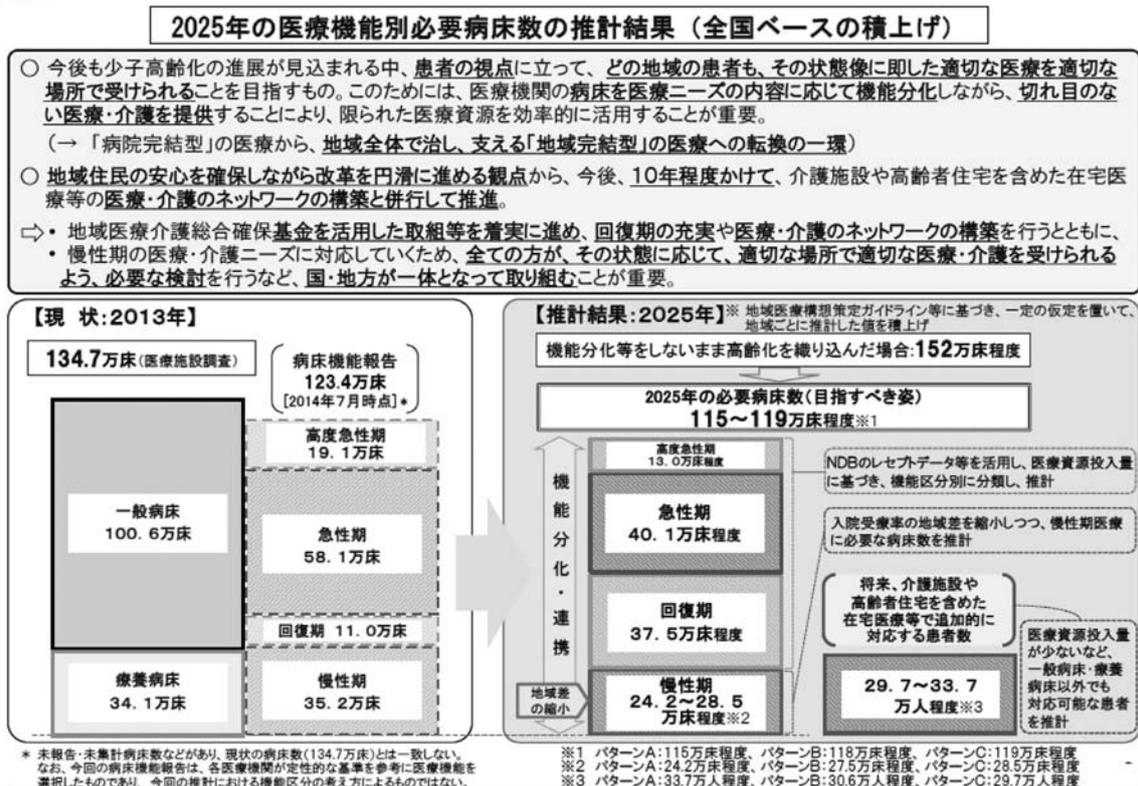
たが、その機能を充実させるために平成17年（2005）の介護保険法に基づいて、地域包括支援センター（以下包括支援センター）が創設された。同年5月には通知が出され、概ね人口2～3万人に1カ所が一つの目安であるとしている（保険者には最低1カ所の包括支援センターの設置が義務付けられているが、保険者の考えによって、包括支援センターの他に、在宅介護支援センターや予防センターを設置している所も多い）。

厚労省は当初「中学校区」と考えていたものが、現実的には難しくもう少し広域で機能を発揮すべきとして、人口2～3万人としたものと思われるが、地域包括ケアもまた、その様な単位（人口2～3万人）で考えるのが妥当ではないかと思われる。

人口が5万人未満の市町村にも、包括支援センターがそれぞれに設置され、医師会との連携により、地域包括ケアは完結可能と思われる。5万人以上10万人未満の市は千歳市（包括支援センター5カ所）・岩見沢市（同2カ所）・室蘭市（同4カ所）・恵庭市（同3カ所）・北広島市（同4カ所）・石狩市（同4カ所）・登別市（同3カ所）であるが、岩見沢市を除き人口13,000人～3万人に1カ所の包括支援センターがある（ちなみに岩見沢市は45,000人に1カ所になっている）。このことから、市医師会は2～7カ所の包括支援センターと協力することによって、地域包括ケアを構築することができる。

人口が10万人以上の市は、釧路市（包括支援センター7カ所）・苫小牧市（同7カ所）・帯広市（同4カ所）・小樽市（同3カ所）・北見市（同7カ所）・江

図2



別市(同4ヵ所)であるが、北見市(17,000人に1ヵ所)を除き、包括支援センターは25,000人~4万人に1ヵ所設置されている。人口20万人台の函館市、30万人台の旭川市はそれぞれ、6ヵ所・9ヵ所の設置で、ほぼ人口4万人に1ヵ所の設置状況である(ちなみに札幌市は7万人に1ヵ所)。

人口4万人以上を抱える包括支援センターは、札幌市・函館市・帯広市・小樽市・岩見沢市で、これらの市では包括支援センターが中心となって地域包括ケアを支えるのはかなり難しいと思われる。これらの市では、医師会の強力な支援が必要となり、むしろ市医師会が中心とならなければまともなものと思われる。

### 地域包括ケアシステムから地域医療構想へのつながり

地域包括ケアシステムは全国一律ではなく、それぞれの地域で考えるものなので、色々な形態があって良いのであるが、概ね2万人~3万人を対象とした包括支援センターを活用するのが最も近道と思われる。例えば20万人の人口であれば、7ヵ所~10ヵ所の包括支援センターを包括する地域がその単位となる。その中に地域の病院が存在する。むしろ地域医療構想は二次医療圏が単位であるが、最小単位では地域で完結する形となる。図3は2012年3月(平成24年)の厚労省医政局の地域包括ケアシステムの説明(同年2月の社会保障・税の一体改革大綱が閣議決定された直後)であるが、右が地域包括ケアシステム、左が地域医療構想と考えると理解しやすい。

一方、人口20万人未満の二次医療圏は本道には21医療圏の内、12医療圏ありさらに患者流入率20%以上かつ患者流出率20%以上の医療圏は10ヵ所ある。これらの10医療圏では、病床稼働率を加味し、地域包括ケアシステムとの組み合わせを考えると、病床機能の再編は困難ではないと思われる。それぞれの住み慣れた地域に急性期病床がいくつかあり、回復期病床と慢性期病床とを適正に配置することは、各病院の対策として既に考慮しているものと思われる。考え方として、多数の地域包括システムの一部に地域医療を担う病院が存在すると言う考え方が成り立つ。

人口20万人以上の二次医療圏9ヵ所は、地域包括ケアシステムの組み合わせでは、少々難しいものと思われる。この圏域は中核都市があり、そこを中心に考えるべきと思われるが、周辺市町村は当然当該地域の地域包括ケアシステムと中核都市との連携で考える必要がある。この地域は、病院群と地域包括ケアシステム群とが並列関係にあると考えられる。

札幌市・旭川市・函館市など大都市を抱え40万人を超える二次医療圏は、大都市の中でそれぞれ病院の役割分担が行われ、すみ分けが済んでいる。そうでなければ、大都市では既に生き残っていない。従って病院の調整会議はそれほど難しくはないものと思われる。身勝手な考えの医療機関があれば会議は紛糾するが、それほど愚かではないだろう。大都市の場合はむしろ、医療連携・地域包括ケアシステムとの連携が必須である。

図3



## おわりに

地域医療構想と地域包括ケアシステムとの関係について私見を述べた。地域医療構想と地域包括ケアシステムは、それぞれ別々に提唱された。そのため医療関係者の中には、地域医療構想は急性期病院の問題、地域包括ケアシステムは診療所を中心とした在宅医療の問題と考えている方が多いと思われるが、地域医療構想で一番問題となるのは慢性期病院のあり方や地域包括システムとの連携ではないかと

思われる。社会保障・税の一体改革大綱やその後の医療介護総合確保推進法により、医療と介護はさらに切れ目なく提供することが求められ、相互に補完的に進める必要がある。従って在宅医療から高度急性期・急性期まで大局的に見ることができ組織として、地域医師会の役割は重要である。今後も北海道医師会は、地域医師会と協力し地域医療構想調整会議や地域包括システムの調整役として活動して行きたい。

## 北海道医報へのご投稿等について

◇広報委員会◇

北海道医師会では、会員の皆さまから「学術投稿」「会員のひろば」等各種原稿を下記要領にて募集しております。是非ともご投稿いただきたくお願い申し上げます。

なお、写真作品のご投稿につきましては、ホームページに「フォトギャラリー」を設けておりますので、ご応募ください。

### 投稿要領

1. 原稿の締切  
毎月10日までにいただいたものは原則として翌月号に掲載となります。ただし、「会員のひろば」については、受付状況により掲載号を決定します。  
できるだけメール等の電子メディアでお寄せください。
2. 原稿の体裁と字数制限
  - (1) 原則として横書きといたします。
  - (2) 引用文以外は、すべて当用漢字、現代かなづかいを使用してください。
  - (3) 誤字、脱字、明らかな間違い等は広報委員会において訂正いたします。
  - (4) 1回の掲載紙面は、原則として2頁を限度とします。  
医報1頁は約2,200文字です。ただし、タイトル、写真、図表等を含んでおりませんのでご考慮ください。
  - (5) 長文原稿および連載物は、広報委員会にて採否決定の上で分割掲載、掲載号等を決めさせていただきます。
3. 原稿の訂正、返却  
次の場合は、広報委員会の決定に基づき、執筆者に対し訂正を求めるか、または返却いたします。
  - (1) 特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容
  - (2) 匿名の投稿
  - (3) 本誌以外に既掲載のもの、あるいは投稿中のもの（二重投稿）  
ただし、特に必要と認められる場合はこの限りではない
  - (4) その他掲載に支障がある内容
4. ホームページへの掲載  
特にお申し出のないかぎりホームページに掲載されますので、予めご了承ください。

連絡先：北海道医師会事業第一課  
TEL 011-231-7661 FAX 011-252-3233  
E-mail：ihou@m.douji.jp