

安定的な地域医療システムの構築に関する一考察

～ 厚生労働省「地域医療再生計画」と当研究所アンケート調査結果から ～

調査研究部 松吉 夏之介

1. はじめに

医療崩壊の危機が叫ばれて久しいが、その主因ともいえる医師不足は大きな社会問題となっている。当研究所が平成21年度に実施した『農山村地域の保健・医療基盤に関するアンケート調査※』においても、厚生連病院の深刻な医師不足の現状が明らかとなった。

（当該アンケート調査で医師不足に関する認識を聞いたところ、「医師の地域による偏在」と回答した病院が最も多く、「医師不足はない」との回答は0%であった。）

このようななか、平成21年度から厚生労働省による地域医療の再生を図るための支援事業が進められている。その支援事業の一環として、平成22年度補正予算においては「地域医療再生臨時特例交付金」を確保し、都道府県に交付することが決定された（平成22年10月26日）。そして今般、その交付要件として都道府県が策定する「地域医療再生計画」の作成指針が同省から通知された（平成23年1月28日）。

本稿では、「地域医療再生計画」を概観したうえで、先のアンケート調査結果と照らし合わせ、農山村地域における安定的な地域医療システムを構築するための方向性について考えてみたい。

※ 詳細は、『共済総研レポートNo.106（川井真「厚生連医療における医師不足の現状と課題～農山村地域の保健医療基盤に関する

アンケートを中心に」）、『共済総研レポートNo.111（川井真「中山間地域における救急医療の課題と展望～いのちは誰が守るのか、厚生連医療の現場から～」）』を参照。

2. 「地域医療再生計画」の概要・作成指針

「地域医療再生計画」とは、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する計画である。その計画に基づいて、各都道府県は医療圏単位での医療体制の再編・整備、医師の確保等に取り組み、国は計画の遂行を支援することとなっている（平成21年4月10日「経済危機対策」に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議より）。国による支援としては、平成21年度補正予算において3,100億円の「地域医療再生臨時特例交付金」が確保され、全国94区域に分かれる二次医療圏（一般的な医療サービスを提供する医療圏で複数の市町村を一つの単位として認定する）を対象に、各25億円（計2,350億円）が交付された（補正予算の見直しにより750億円は執行停止となった）。また、今年度の補正予算においては、新たに2,100億円の交付金を確保し、最先端で高度な技術を提供する三次医療圏を対象に交付されることとなった。三次医療圏は、各都府県を1区域（北海道は6区域）とする全国52区域に分かれており、各三次医療圏に一律に15億円を交付（計780億円）し、残りの1,320億円は都道府県が策定する各医療圏の

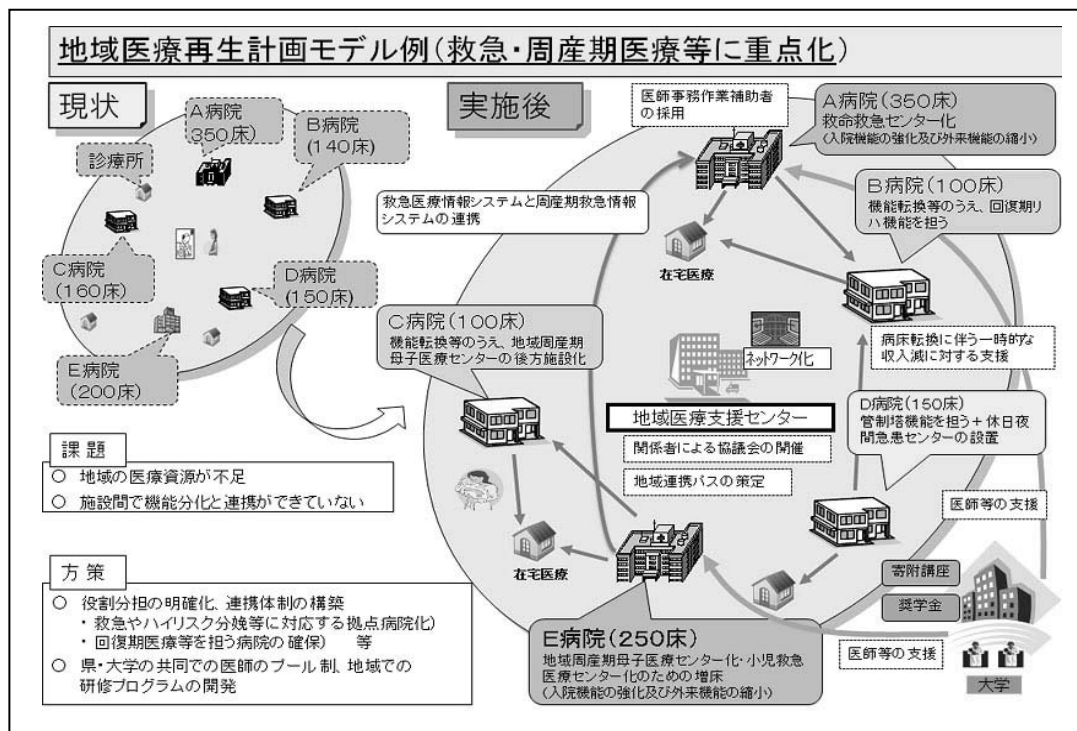
「地域医療再生計画」に基づいて加算交付される。

国の財源が逼迫している状況のなか、交付金が有効に活用されるためには、実効性のある「地域医療再生計画」の策定が求められる。昨年度からの「地域医療再生計画」の作成指針には、「地域医療再生計画においては、個々の医療機関が直面する課題を解決することだけでなく、地域医療全体が直面する課題を解決することを目的とする」と記載されている。今年度に通知された作成指針では、昨年度からの指針を引き継ぎつつ、計画達成のために都道府県が行う事業として「高度・専門医療機関や救命救急センターの整備・拡充や、これら医療機関と連携する急性期を脱した患者を受け入れるための後方病床を持つ医療機関、二次救急医療機関などの地域の医療機関の機能強化、地域医療を担う人材の育成等の

事業」が新たに例示された。

「地域医療再生計画」は各都道府県の医療圏ごとに策定するものであるが、同一医療圏内であっても病院の立地環境によっては、その担うべき役割や求められる医療サービスの性質は異なるのではないだろうか。例えば、人口が多く交通インフラの発達している都市部では、主に救急・周産期医療等に対応できる基幹病院としての役割が求められるだろう。一方、人口が少なく交通インフラが十分には整備されていない中山間部では、主に在宅医療を中心とした地域包括ケアサービスの提供等が求められるだろう。「地域医療再生計画」には、それぞれの病院ごとの事情に即して、地域の医療資源・機能を最大限に活用しながら人材育成・確保を図り、地域全体を面として捉えたネットワーク型医療システムの構築を見出すことが求められる。

「地域医療再生計画」のモデル例（厚生労働省HPより）



3. 地域医療再生の方向性

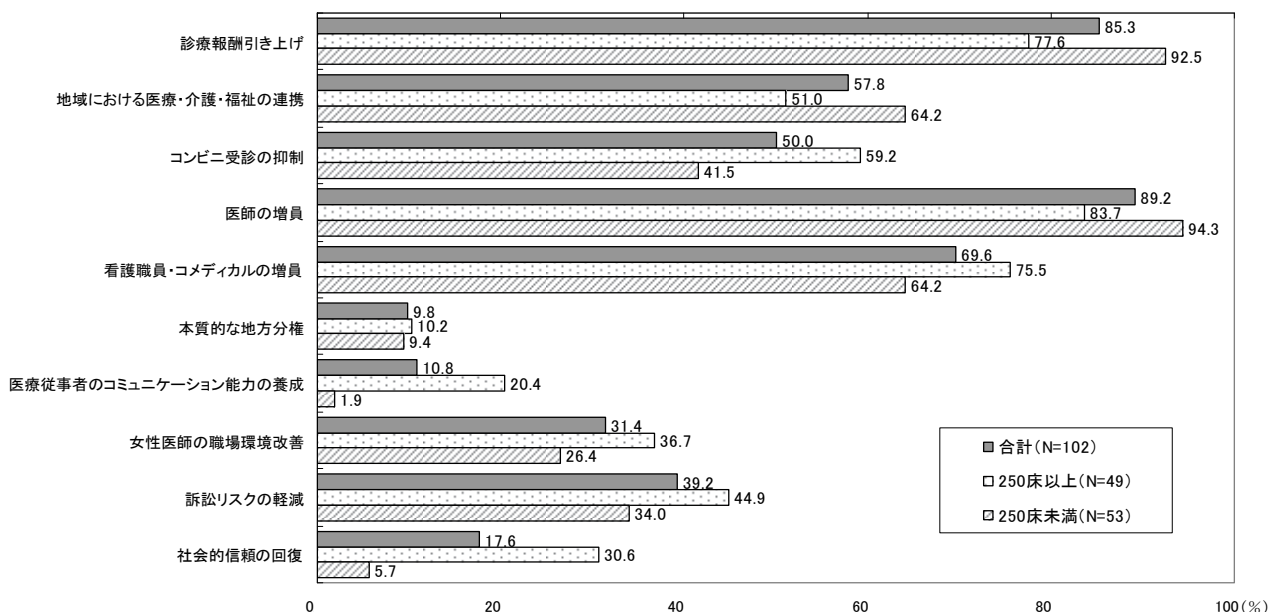
さて、「地域医療再生計画」の概要・作成指針を踏まえたうえで、先の『農山村地域の保健・医療基盤に関するアンケート調査』結果から地域医療再生の方向性を探ってみたい。

なお、ここでは、アンケート調査の設問のうち「地域医療を再生するために必要なことは何か」を取り上げる※。

※ ここで用いる図表1および図表2は、この設問に対する回答結果を厚生連病院の病床規模（250床を基準値）と「地域医療再生計画」の策定単位である二次医療圏の人口規模（30万人を基準値）で4事象に区分してグラフ化したものである。なお厚生連病院は、その41.7%が人口5万人未満の市町村に立地している（全厚生HPより）ため、これらは実質的な状況を必ずしも正確に反映したものではなく、あくまで条件の違いによる傾向差の有無を推定するための参考データの位置付けにとどまることをお断りしておく。

図表1によると、全体の傾向としては「医師の増員（89.2%）」と「診療報酬の引き上げ（85.3%）」の回答が多く、次に「看護職員・コメディカルの増員（69.6%）」が続いている。やはり、マンパワー不足の解消が医療再生への最優先事項であると考えている病院が多いようだ。同図表において病床規模（一般病床数）別に見ると、250床以上の病院と250床未満の病院との間に、ほぼすべての回答項目で10ポイント以上の差が生じていることがわかる。全体の回答割合が高い項目のうち、ポイント差が大きい項目を挙げると、250床以上の病院においては「コンビニ受診の抑制」、「看護職員・コメディカルの増員」、「女性医師の職場環境改善」、「訴訟リスクの軽減」、「社会的信頼の回復」の回答割合が高く、250床未満の病院では「診療報酬引き上げ」、「地域における医療・介護・福祉の連携」の回答割合が高くなっているようだ。先にも触れたが、病院の規模や立地環境等の諸事情によって、その担うべき役割や求められる医療サービスの

図表1 地域医療を再生するために必要なこと〔複数回答〕（病床規模別）



「農山村地域の保健・医療基盤に関するアンケート調査」より

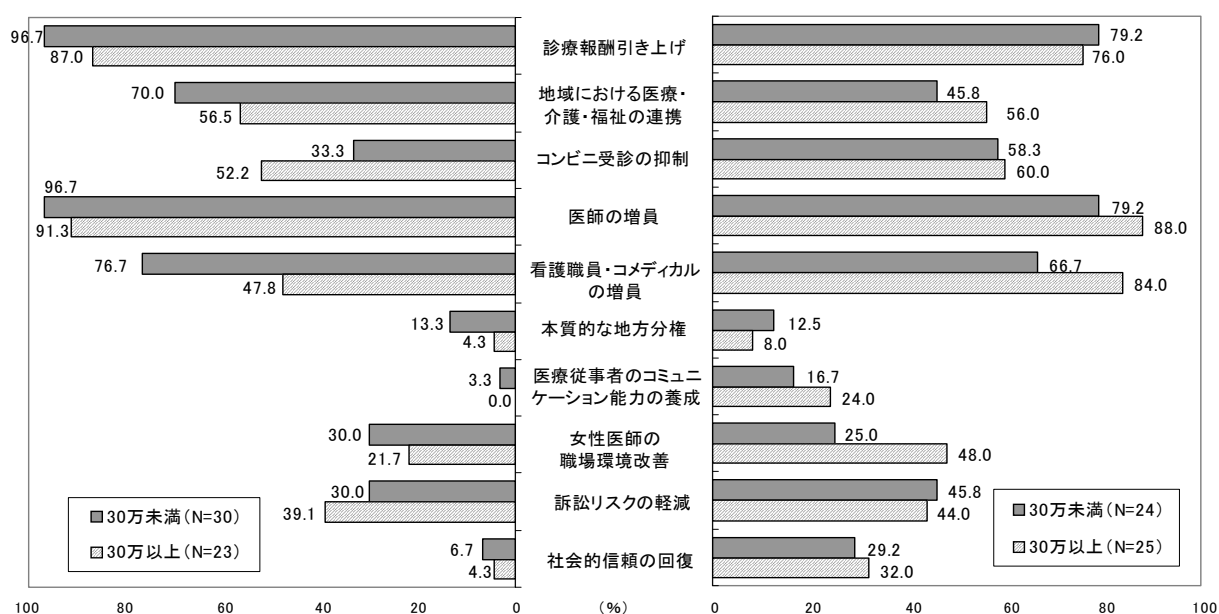
性質は異なり、同時に医療再生に必要な処方箋も各様となるのではないだろうか。確かに「訴訟リスクの軽減」、「社会的信頼の回復」などは、病院規模による差が顕著に現れる項目といえそうである。図表1の回答結果をさらに人口規模によって区分してみると、その差はより顕著なものとなっているようだ（図表2）。

○医師のパートナーとなる人材との協働を

医療再生への道筋は各病院各様であろうが、図表2の結果から、地域医療再生へのヒントとなるような方向性として「地域における医療・介護・福祉の連携」、「看護職員・コメディカルが増員」の回答割合に注目したい。250床未満の病院であって、30万人未満の医療圏に立地する病院の方が30万人以上の医療圏に立地する病院よりも、それぞれの回答割合が突出して高くなっている。「地域医療再生計画」の作成指針に則って考えると、地域医療全体の最適化のためには、医療・介護機関

等同士の間による、地域内医療資源の有効活用が欠かせない。地域包括ケアシステムの早期構築が一層求められるであろう、地方圏の病院にあっては尚のことかもしれない。また、国の財源が限られている現状では、病院ごとに一様に医療従事者を配置する（共通の方策を立てる）ことには無理がある。各病院それぞれの特性に応じた、マンパワー確保に向けた方策が求められるだろう。特に地方圏（病床数が250床未満で人口30万人未満の医療圏に立地する病院を地方圏の病院と仮定した）にあっては、医師のパートナーとなりうる看護師・コメディカルとの協働や、診療科別の専門医というよりは主にプライマリ・ケアを担う、総合医の確保を考えていく必要があるのではないだろうか。これらの点は、農山村地域（地方圏）の医療確保に貢献してきた厚生連のなかの多くの病院においてもいえることであろう。また、次頁の図表3は、現場の医師からいただいた本設問に関する自由意見であるが、これらの点は彼らの声（「看護

図表2 地域医療を再生するために必要なこと〔複数回答〕（病床規模・医療圏人口別）
【250床未満】 【250床以上】



「農山村地域の保健・医療基盤に関するアンケート調査」より

師の確保」や「多様性を持った医師の必要性」、「地域医療へ積極的に取り組みたいと思える環境作り」など）にもまさに反映されている。

協同組合医療は助け合いの医療である。各病院それぞれの地域環境に応じた、機能・役割の分担、限られた医療資源の配分が重要である。そして、医療従事者間のコミュニケーションを強化し、地域における最適な医療ネットワークを構築していくことが地域医療再生の道筋となるのではないだろうか。

なおここでは、各病院の地域環境を考慮するにあたって、病院規模（一般病床数）と立地している医療圏の人口別の差異を見たにすぎない。病院機能（臨床研修病院の類型や救急病床数、高度医療機器の設置数等）や地域環境（医療圏における高齢者人口の割合、病院へのアクセス手段、疾患別の患者数等）等の様々な要因を絡ませながら見ていくと、また違った方向性を描けるかもしれない。その点の考察を含めた詳細な分析については今後の課題としたい。

4. おわりに

医師不足問題について考えるとき、都市と地方の経済格差の拡大や現行の医療制度下にあることは、ある程度の「地域による偏在」は、許容せざるを得ないのかもしれない。病院が立地している地域環境によっては、その機能・役割にある程度の違いが生じ、同時に、それぞれに在籍している医師に求められる能力・役割も多様化してくるだろう。重要なことは、それぞれの地域環境に応じて、その機能（能力）・役割を十分に果たしていくための方策を立てることであろう。

アメリカでは、ナース・プラクティショナー（NP、診療看護師）やフィジシャン・アシスタント（PA、医師助手）といった、医師と従来からの看護師の中間に位置するよう

な専門職の育成が進んでいる。日本においても、地域医療を新たに担う人材として注目されているようだ。とりわけ地方の中小病院にあっては、彼らのような人材を育成し、医師の負担を効率的に軽減させるような方策が求められているように思える。

図表3 地域医療を再生するために必要なこと
〔自由意見〕

○地方は医師・看護師等増員よりも確保が最優先と思慮する。
○これ以上の医療いじめは地域社会の壊滅的崩壊につながる。社会保障全体の全面的見直し・改善を希望。
○地域医療においては、専門性から多様性を持った医師が必要と思います。内科は小児科も診る。外科はある程度、整形的な疾患も診る。またリスクの少ないものは麻酔も行うこと等。このようにしないと地域病院も医師数を非常に多く持たないとやっていけず、結局、医師数を増やしても、いつまでも医師不足は解消しないと思います。
○地域の活性化が必要。 ①医療のみの活性化はあり得ない ②医療・福祉が地域再活性化の引き金になることを期待する ③地域活性化のモデルが必要
○病院の健全経営により、医師・看護師等確保しやすくなる（人件費“抑制しすぎている”場合もあると思います）。
○医師は、増員よりも都市部に集中している現状の改善が必要と思われます。また、看護職員の増員は必要と思いますが、他のコメディカルについては、医師と同様に適切な分散がより重要であると考えています。地域医療の再生に必要なことは、上記の選択肢が相互に関連しており、地域医療へ積極的に取り組みたいと思える環境作りが最も大切であると思います。