

医心 伝心

地域医療構想への取り組みについて

富山県医師会常任理事 南里 泰弘

国は団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて医療需要と病床数の必要量を推計し「地域医療構想」を策定した。地域医療構想における医療機能は、①高度急性期機能 ②急性期機能 ③回復期機能 ④慢性期機能の四つに分類されたが、その医療機能内容はフuzzyな部分もあり、各病院ごとの区分ではなく、各病棟ごとの区分としてとらえるものである。一方診療報酬点数では入院基本料とリハビリ点数を除外して高度急性期と急性期の境界が概ね3000点、急性期と回復期の境界が600点、回復期と慢性期の境界が225点とされているが、現時点では診療報酬点数とはリンクしていない。あくまでも各病院の判断に委ねられている。富山県においては①高度急性期635床削減 ②急性期2827床削減 ③回復期が2108床増床 ④慢性期2700床削減が示された。本来高度急性期、急性期機能を受け持つのは公的医療機関が中心であり、2次医療圏ごとに救急患者や高度先進医療の提供者として地域に密着した医療提供を行っている。単なる数合わせのための急性期病床削減は地域医療、とりわけ救急医療に破綻をきたしかねない。また急性期から回復期への病床転換に関しては、地域救急輪番においてのローテーションの崩壊、急性期機能の救急指定病院勤務医のさらなる疲弊・病院離れを引き起こす可能性がある。一方慢性期病床の削減は、地域包括ケアシステムが十分に運用されていない現状では慢性期病院から退

院を迫られる患者の切り捨てにも繋がりがねない。地域医療構想においては十分な地域包括ケアシステムの基盤・運用が前提となることを国・県は十分な認識が必要である。

地域医療構想については、県における地域医療構想調整会議によって病床の増減が示唆されるが、それに従わない公的医療機関について、稼働していない病棟に関しては削減等の拘束力を県は持つことになる。また民間医療機関に対しても稼働していない病棟に関して削減を要請することができ、また診療報酬改定により病床維持が難しくなるよう改変されることが予想される。地域医療構想調整会議は2次医療圏ごとに開催され県単位で集約されるが、そこにおいては郡市医師会、地域の基幹病院、民間病院における十分な話し合いが必須である。また慢性期病床削減に伴い有床診療所の役割が重要となり地域包括ケアシステムの一環を担うものとして再評価されなければならない。

元来医療は貧富にかかわらず、すべての国民が平等に受けられるべきものであり、日本の国民皆保険制度は世界に向けた誇れる制度である。医療費の伸びにおける国の歳出には目を見張るものがあるが、単なる医療費削減のための病床の削減は、国民皆保険を根底から覆すものであり、その決定に関しては十分な議論が必要である。