

ご存じでしたか？

地域医療計画

この4月、多くの都道府県で「医療計画」というものが改定されて公表されたことをご存じでしょうか。

何だそりゃ？ ですか。

知らずに放っておくと損しますよ。

編集／医師35人の合同編集委員会
事務局／ロハスメディア
監修／中村利仁 北海道大学大学院助手
イラストレーション／村上テツヤ

恐 らく「医療計画」という一般名詞のような言葉

葉を、法律・行政の意味ある用語として意識したのは初めてという方がほとんどだと思います。

さて、いったい何でしょう。厚生労働省の表現によると

「地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的活用、医療関係施設間の機能連係の確保等を目的として、各都道府県が医療を提供する体制の確保に関する計画を定めるものであり、昭和60年の医療法改正で創設されたものである」(「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より、以後同じ)だそうです。

ああ、読むのをやめないでください。

さっぱり頭に入ってこないかもしれませんが、医療を提供する側の話か、皆さんのように医療を受ける側の話かとさえいえば、どうやら提供側のことらしいというのには、お分かりいただけると思います。それから「確保」「確保」と書いてあるところからして、どうも地域ごとに必要な医療をどうやって提供するかの計画なのか、というのも想像がつかないでしょうか。

では、中に一体どんな計画

が書かれているか。

まず、その都道府県を三層に「地域分け」してあります。狭い方から一次医療圏、一次がいくつかまとまった人口30万人程度のを二次医療圏、二次がまたいくつかまとまったものを三次医療圏と呼びます。

なぜ三層かといえば、行政の発想では、医療そのものが三層に分けられているからです。つまり、診療所など一般外来で医師と患者が最初に接する「一次」、専門外来と一般入院に対応する病院での「二次」、高度で特殊な専門医療の「三次」の三層です。

そして、それぞれの医療を域内で完結させようとの決意で設定されるのが、「一次医療圏」「二次医療圏」「三次医療圏」で数字が大きくなるほど



ど、患者も医療機関も数が少なくなるであろうということは想像が付きまますね。

ただし、一次医療圏というのはたいてい市区町村の行政単位と同じで大した意味はなく、また、三次は北海道など一部の例外を除いて都府県全域になっていきます。つまり、医療計画ならではの地域分けとは、二次医療圏をいくつか設定することです。日常的な医療に関して、同じ二次医療圏内に住んでいる人は運命共同体ということになります。

地域分けが済むと、今度はどの地域にどの程度の医療体制を置くかという計画設定に移ります。域内で必要な医療需要を割り出し、それをどう

域内の医療機関で分担しているか明示する、ということになります。

はて明示なんかされていたかしら、と思うかもしれませんが、救急医療で、軽症者を診る初期、入院の必要な重症患者を診る二次、重篤例に対応する三次(救命救急センター)という分け方をするのは覚えがないでしょうか。これは地域医療計画の賜物です。ほかに産科や小児科なども、同様の分担が示されています。

簡単に言ってしまうえば、都道府県が地域ごと医療機関に役割を与え、医療機関は代わりに補助金をもらう。そんなギブ&テイクの根拠になっているのが、医療計画なのです。

『確保』と言いつつ 実態は参入規制。

さて、昨今の医療崩壊現象との関連で考えてみましょう。

救急車の行き場がなかなか決まらなかったり、お産する場所がなかったりというのは、住民がそれでよいと意思表示したのでもない限り、地域内で需要を満たせていないことになります。

つまり20年以上も前から医療計画というものがあるのに、計画倒れになっているわけです。しかも、それが全国あちこちで起きています。なぜでしょう。

いきなりタネ明かししてしましますと、「体制確保」を謳いながらも、医療計画の中に医療崩壊に備えるとか対応するとかいう発想はありません

の健全な競争が働かない等患者視点に立ってみると弊害も見られるところである」

単に参入を妨げただけにとどまりません。許可病床が利権化すなわち金銭価値を持ってしまったため、過剰な病床を抱えた医療機関も、いつか必要になるかもと考えてベッドを減らせなくなってしまうのです。ベッドを遊ばせておいても利益が出るなら構いませんが、通常は空きベッドから1円も入ってきませんので、必然的に入院患者の奪い合い、掘り起こし、退院引き延ばしが発生します。

結果として、病院の福祉施設化とも言える現象が起き、「社会的入院」の受け皿となったのです。そのような福祉施設に近い所でも、医療機関である以上、医療資格者を一定数抱え込むことになります。本当に深刻な患者さんを多数受け入れる急性期の医療機関が、その分病床も人手も足りなくなってしまう理屈です。

でした。前項の冒頭に戻って、医療計画の定義をもう一度見ていただく。「医療資源の効率的活用」と書いてあります。ピンと来たでしょうか。そう、医療計画の目的は、もっぱら医療費抑制だったのです。そして医療費抑制を図るために用いた方法が、業界内で悪名高き「病床規制」です。二次医療圏内の適正な病床数

を、人口や年齢構成に基づいて原則全国一律の基準で弾きだし、域内にそれを超える病床があった場合、新たに医療機関が病床を増やそうとしても、陰に陽に妨害して認めません。もちろん基準より病床数の少ない二次医療圏もありますが、基準を上回る二次医療圏の方がはるかに多く、つまり実際には参入規制として

運用されてきたのです。たしかに前回も説明した(08年4月号『医療者が足りない』特集参照)ように、日本の場合、病床や設備に比べて医療従事者が異常に少ないという特徴があり、病床が増えないようにするのは普通の発想のようにも思えます。ではなぜ業界内で評判が悪いのでしょうか。厚生労働省自身が以下のような問題意識を明らかにしています。

「病床規制については、既存の医療機関の既得権益を保護することによって、新規参入を阻害し、もって医療機関



中核を担う急性期病院に変わりが起きて患者があふれ出した時、福祉施設化した他の医療機関は、急性期の患者を引き受ける想定になっていないので、病床はあっても地域医療は崩壊するということになります。要するに、国が基準を押し付け、都道府県が補助金惜しみに唯々諾々と作り上げた地域医療計画が、医療資源の効

率的な配分をむしろ阻んだのです。病床数に関してもう一つ、自治体が果たした見逃せない役割があります。地域に病床が過剰であるならば、自治体があえて関与する必要は薄いにもかかわらず、自治省・総務省が、病床数1床当たり年間約50万円の補助金を支払っていて、それが一般会計の財源になっていたため、自治

体では、むしろ余剰病床を維持しようとする傾向にあり、都道府県もそれを改善しようとしませんでした。この一事だけを見ても、今までの地域医療計画が、地域内の医療体制をどうすれば守れるかという真剣な検討をした結果ではなく、どうしたら補助金をもらえるかに主眼を置いて作られたものであることが分かります。

地域の実情に合っているか それが最大の問題。

今 回、医療計画が全国一斉に見直されることになったのは、医療崩壊への大きな一撃となった小泉内閣下の医療制度改革に端を発しています。4月から始まった後期高齢者医療制度（07年12月号『後期高齢者医療制度』特集参照）も同じ流れです。

それだけでも要注意警報発令という感じですが、一応その目玉を淡々と紹介します

と、患者数が多くて死亡率の高い「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4疾病、「救急」「僻地」「周産期」「小児」「災害」の5分野について、患者の状態に応じて、どの医療機関がどの部分を主に担うか、選定し明示することになっています。

これが本当にできるなら結構なことです。しかし、先駆けて分担の決まっていた「救

急」が現在の体たらくなのに、それ以外の分野で実効性のあるものが作れるのか、というのは誰しも疑問を抱くところではないでしょうか。

実効性がなくなるのは、医療者がそもそも足りないからという面と同時に、地域の実情を無視した国の机上プランによって人手不足がさらに深刻になるからという面もあります。

分担を決める時、最も高度な要となる部分を担うのは国の指定する『拠点病院』です。医療計画に即して、体制の整っているか整えようとしている病院を都道府県が推薦します。エイズ、肝炎、がん、周産期など色々なものに対して拠点病院があり、国と都道府県とがたいいてい半分ずつ補助金を出します。

診療報酬が低すぎて経営に困っている病院からすると、この補助金が魅力的なアメに映ります。地域にニーズがなくとも、補助金をもらえるからと人手を割くことになりま。その分、本当のニーズに応える部分では人手不足にな



り、経営が厳しくなります。悪循環です。

と、医療計画の変なところを強調してきましたが、考えてみれば、規制とその裏返し業界保護策が時代に合わなくなり、現実の荒波にさらされた業界から課題が噴出してきたのは、医療だけに限りません。

過去をとやかく言うよりも、どうやったら医療計画が医療崩壊を食い止める方へ、きちんと働くのか考えてみましょう。

まず、計画が地域の実情と

合った実現性のあるものになつていなければ、いけません。地域の実情は地域の方々が一番よくご存じのはず。ぜひ皆さんも、お住まいの都道府県の医療計画をチェックしてみてください。

そんなもの見ても分からな

いと思つたかもしれません。でも、この4月以降に改定・公表される計画は、以下3つの観点で見直された結果ということになっています。①住民・患者にわかりやすい保健医療体制の実現、②質が高く効率的で検証可能な保健医療

提供体制の構築、③都道府県の自主性・裁量性による地域に適した保健医療提供体制の確立で、つまり「分かりやすい」ことが大前提です。この部分は評価してあげて、その分使いこなさないともつたいたないです。

ご丁寧に「目的を明確化した上で、記載事項については医療計画の目的を達成するための具体的な数値目標として位置づけ、進捗状況の把握と達成度の評価を実施できるよう、あらかじめ数値化できる適切な指標を選択、導入して

おく必要がある」との方針もあります。要するに、住民の皆さんが、目標設定は適切であるか、目標がどこまで進んでいるかまで、チェックできるはずなのです。

もし見てもサッパリ分からなかつたら、苦情を言って構いません。そして、医療計画は、5年に1度必ず見直しをする事になっていきます。皆さん自身の手に地域の医療を取り戻すために、ぜひ身の回りの方々と語りあって、医療計画の「ここをこう直せ」と、声を上げてください。