

日病会発第 122 号
平成 26 年 9 月 17 日

厚生労働大臣
塩崎 恭久 殿

一般社団法人日本病院会
会長 堺 常雄



地域医療構想（ビジョン）ガイドライン策定に関する要望

平成25年8月6日に発表された社会保障制度改革国民会議報告書にあるように、高齢化の進展による疾病構造の変化に対応するため、医療は、「病院完結型」から「地域完結型」に変わらざるを得ない。そして急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入して、早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実することによって、急性期から在宅ケアまでのネットワーク化は必要不可欠である。

こうした考えをもとに、26年度から病床機能報告制度が始まり、有床診療所を含む医療機関は、病棟単位の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の報告が義務づけられる。更に27年度からは各都道府県がこの報告制度を用いて医療圏等ごとに医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想（ビジョン））を5年ごとの医療計画作成を待たずに策定する。一方、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムは、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく。地域医療構想（ビジョン）と地域包括ケアシステムを有機的に機能させることにより、来る超高齢社会における医療と介護の総合的な確保を目指すこととなっている。

この地域医療構想（ビジョン）は将来の日本の医療の形を決定し、病院の姿を変えていく、極めて重要なものであるが、その策定についてはどのような手法によってなされるかはいまだ不透明である。しかし、日本病院会は地方分権

のもと、都道府県知事への権限一部委譲が、日本の皆保険医療を支えてきた民間医療機関の柔軟な対応力や地域貢献の担保となり、さらなる活力強化に寄与することを期待している。

また、人口減少の著しい地域や医療圏では、医師不足のため単独ではビジョンの構築すら不可能であるが、これを機会に医師の適正配置を実現し、地方の再生、安定に寄与することを望んでいる。

日本病院会は地域医療を担う病院を代表して、本年度中に作成される地域医療構想（ビジョン）ガイドラインに関して、以下に記す意見が反映されることを要望する。

記

- 1) 地域医療構想（ビジョン）および医療計画作成の協議の場は、規模の大小を問わず、地域の公的病院、私的病院、さらには病院団体など、実際に地域の病院医療に携わるものにかかれたものでなくてはならない。そこでは、現場の意見が十分に吸い上げられた上での議論がなされること。
- 2) ガイドラインは都会型、県庁所在地型、地方型、過疎地型、高高齢化率型などいくつかの類型を提示して、作成に際し地域の特性を配慮し、具現化しやすいものにする。
- 3) 病床機能報告制度により涉猟したデータは地域医療構想（ビジョン）の作成、評価に必須のものであり、協議の場に参加するものに限らず、すべてのものに公開すること。
- 4) 構想区域は医療圏の枠にとどめるものではなく、時に都道府県の枠を超えた、圏域で作成することも可能とすること。
- 5) 人口減少が著しい地域や医療圏においては、単なる「医療需給のマッチング」という視点ではなく、「セイフティネットの確保」、ひいては「まちづくり、まちの再生」という観点を重視すべきである。このような地域に

においては、まず医師の確保など人的資源の充実策を講ずるべきであり、それには基金の有効な活用がなされるべきである。また、地域医療構想（ビジョン）の遂行が、結果として、中山間地やへき地など地方の衰退に拍車をかけることのないよう、政策的な配慮がなされること。

- 6) 2025年に向けて地域医療構想（ビジョン）による医療需要の予測は現在の国民皆保険によって享受されている医療の水準を質も量も下回ることのないように推計されるべきである。また地域医療構想（ビジョン）のなかには、目標と実施後の現実とのギャップへの対応を迅速に行う手順も盛り込むこと。

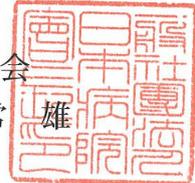
- 7) これまでの医療計画をみると都道府県ごとに担当部局・担当者の能力に非常なばらつきがあり、地域医療構想（ビジョン）策定に関しても同様なことが考えられる。担当部局の充実、人材の確保、養成は重大な課題である。人材の育成を急ぐこと。

以上

日病会発第 122 号
平成 26 年 9 月 17 日

厚生労働省
医政局長 二 川 一 男 殿

一般社団法人日本病院会
会 長 堺 常 雄



地域医療構想（ビジョン）ガイドライン策定に関する要望

平成25年8月6日に発表された社会保障制度改革国民会議報告書にあるように、高齢化の進展による疾病構造の変化に対応するため、医療は、「病院完結型」から「地域完結型」に変わらざるを得ない。そして急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入して、早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実することによって、急性期から在宅ケアまでのネットワーク化は必要不可欠である。

こうした考えをもとに、26年度から病床機能報告制度が始まり、有床診療所を含む医療機関は、病棟単位の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の報告が義務づけられる。更に27年度からは各都道府県がこの報告制度を用いて医療圏等ごとに医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想（ビジョン））を5年ごとの医療計画作成を待たずに策定する。一方、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムは、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく。地域医療構想（ビジョン）と地域包括ケアシステムを有機的に機能させることにより、来る超高齢社会における医療と介護の総合的な確保を目指すこととなっている。

この地域医療構想（ビジョン）は将来の日本の医療の形を決定し、病院の姿を変えていく、極めて重要なものであるが、その策定についてはどのような手法によってなされるかはいまだ不透明である。しかし、日本病院会は地方分権

のもと、都道府県知事への権限一部委譲が、日本の皆保険医療を支えてきた民間医療機関の柔軟な対応力や地域貢献の担保となり、さらなる活力強化に寄与することを期待している。

また、人口減少の著しい地域や医療圏では、医師不足のため単独ではビジョンの構築すら不可能であるが、これを機会に医師の適正配置を実現し、地方の再生、安定に寄与することを望んでいる。

日本病院会は地域医療を担う病院を代表して、本年度中に作成される地域医療構想（ビジョン）ガイドラインに関して、以下に記す意見が反映されることを要望する。

記

- 1) 地域医療構想（ビジョン）および医療計画作成の協議の場は、規模の大小を問わず、地域の公的病院、私的病院、さらには病院団体など、実際に地域の病院医療に携わるものにかかれたものでなくてはならない。ここでは、現場の意見が十分に吸い上げられた上での議論がなされること。
- 2) ガイドラインは都会型、県庁所在地型、地方型、過疎地型、高高齢化率型などいくつかの類型を提示して、作成に際し地域の特性を配慮し、具現化しやすいものにする。
- 3) 病床機能報告制度により涉猟したデータは地域医療構想（ビジョン）の作成、評価に必須のものであり、協議の場に参加するものに限らず、すべてのものに公開すること。
- 4) 構想区域は医療圏の枠にとどめるものではなく、時に都道府県の枠を超えた、圏域で作成することも可能とすること。
- 5) 人口減少が著しい地域や医療圏においては、単なる「医療需給のマッチング」という視点ではなく、「セイフティネットの確保」、ひいては「まちづくり、まちの再生」という観点を重視すべきである。このような地域に

においては、まず医師の確保など人的資源の充実策を講ずるべきであり、それには基金の有効な活用がなされるべきである。また、地域医療構想（ビジョン）の遂行が、結果として、中山間地やへき地など地方の衰退に拍車をかけることのないよう、政策的な配慮がなされること。

- 6) 2025年に向けて地域医療構想（ビジョン）による医療需要の予測は現在の国民皆保険によって享受されている医療の水準を質も量も下回ることのないように推計されるべきである。また地域医療構想（ビジョン）のなかには、目標と実施後の現実とのギャップへの対応を迅速に行う手順も盛り込むこと。

- 7) これまでの医療計画をみると都道府県ごとに担当部局・担当者の能力に非常なばらつきがあり、地域医療構想（ビジョン）策定に関しても同様なことが考えられる。担当部局の充実、人材の確保、養成は重大な課題である。人材の育成を急ぐこと。

以上