



令和2年2月13日

豊浦町議会議長 工藤敏和 様

議員氏名 山田 秀人

調査研究及び研修報告書

下記のとおり調査研究及び研修の報告書を提出いたします。

1. 日 程

2020年2月3日(月) 18時から20時まで (2月3日宿泊)

2. 政務活動費の項目

① 研修費 (北海道における国保・地域医療研修)

主催 北海道医療と介護の充実を求める北海道集会実行委員会)

3. 活動先

かでの2・7 北海道立道民センター

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目道民活動センタービル

TEL 011-204-5100 FAX 011-271-9827

4. 目 的

北海道の国保・地域医療再編現況を踏まえ、これからの地域医療と介護を考える。国保の都道府県単位化が動きだし間もなく3年目に入ろうとしている中で、国保の進捗状況と連動する地域医療の課題も具体的になってきており、2019年9月に再編統合リストに挙げられた道内54(全国424)の公立・公的病院をはじめとする事例から実態を学びつつ、地域でつくる社会保障や豊浦町国民健康病院を含めた地域医療のあり方・視点を再考する。

5. 報告内容 別添のとおり

医療と介護の問題を考える 公開学習会

公的病院病床再編・統合で北海道はどうなる？

日 時 2020年2月3日(月)18:00~20:00

場 所 かでる2・7 北海道立道民活動センター 710会議室

〒060-0002 北海道札幌市中央区北2条西7丁目 道民活動センタービル

主 催 : 国の責任で医療と介護の充実を求める北海道集会実行委員会

プログラム

- 開会あいさつ 北海道医労連 鈴木 緑 氏
- 学習講演 「公的病院病床再編・統合で日本はどうなる？」
- 報 告 「北海道の地域の状況と守る取り組み」
地域医療と公立病院を守る北海道連絡会 沢野 天 氏
- 指定発言 医療機関の立場から 道北勤医協 神長 まゆみ 氏
労働の立場から 北海道医労連 田村 優実 氏
患者の立場から 北海道難病連 増田 靖子 氏
- 意見交換
- 閉会あいさつ 太田美季 実行委員会委員長

学習講演 「公的病院病床再編・統合で日本はどうか？」

講師 鎌倉 幸孝 氏

日本医療労働組合連合会 中央副執行委員長

◎地域医療の歴史は地域医療抑制の歴史

拡 充 期	1961年	皆保険体制 一県一医大構想（無医地区解消）
	1973年	医療費亡国論
	1983年	
見 直 し ・ 再 編 ・ 抑 制 期	1985年	地域医療計画（二次医療圏、必要病床数） 病床規制 医師数削減計画、国立医療機関統廃合計画
	1986年	特定機能病院、療養型病床群
	1992年	地域医療支援病院 病院の分化 独立行政法人化
	1997年	公立病院ガイドライン 本格的運用 地域医療構想、病床機能報告、新公立病院ガイドライン
	2004年	国保都道府県単位化
	2007年	
	2014年	
	2015年	

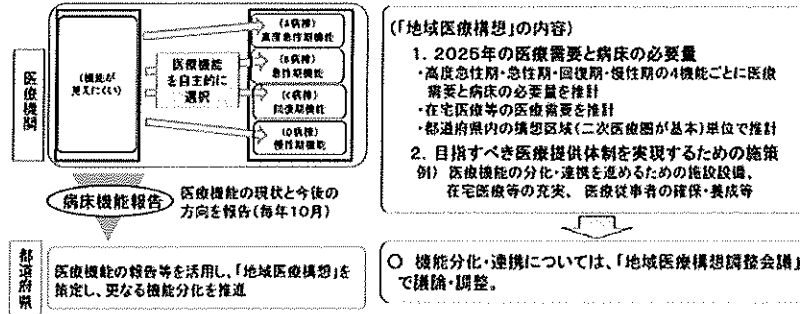
◎医療費抑制（供給抑制）の具体的な仕掛け

■ 地域医療構想、病床機能報告、地域医療計画

→病床規制、病床機能の分化

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

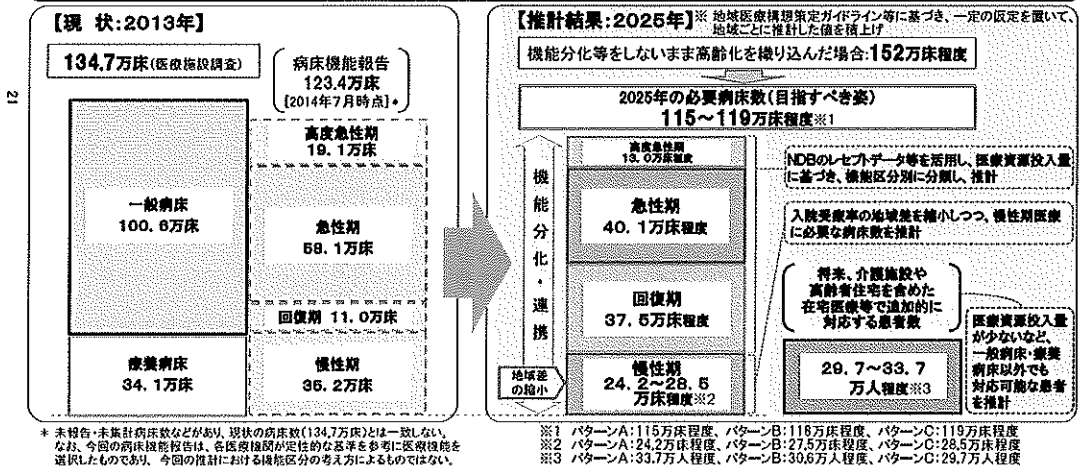


■ 公立・公的病院改革

➡ 公民分担、機能の限定、再編・縮小

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

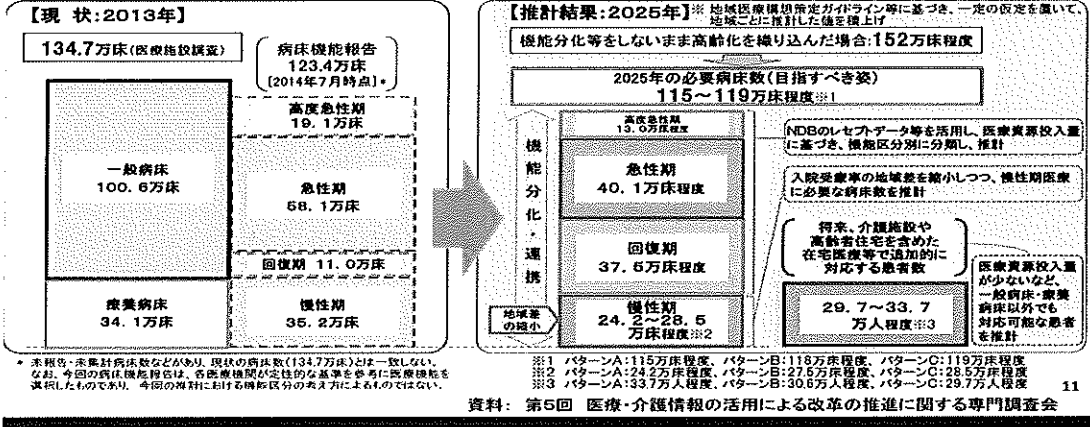
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ➡ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



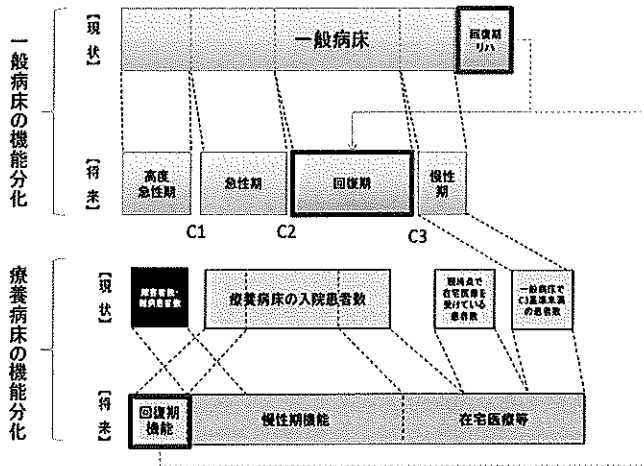
* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

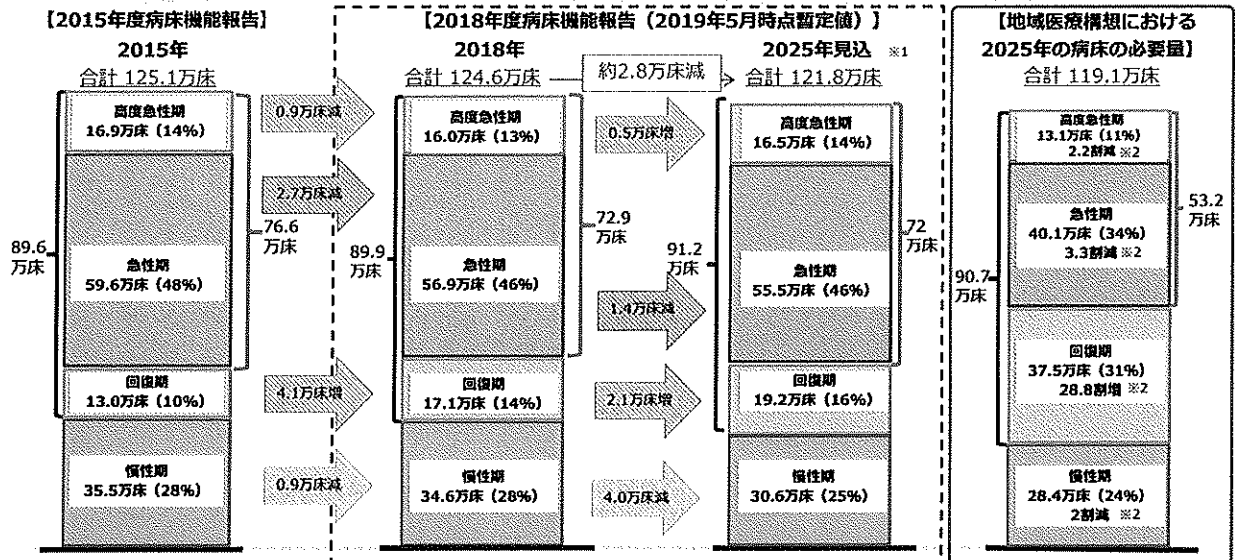


病床機能の推計方法



病床機能ごとの病床数の推移

- 2025年見込の病床数^{※1}は121.8万床となっており、2015年に比べ、3.3万床減少する見込みだが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ未だ2.7万床開きがある。(同期間に、高度急性期+急性期は4.6万床減少、慢性期は4.9万床減少の見込み)
- 2025年見込の高度急性期及び急性期の病床数^{※1}の合計は72万床であり、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ18.8万床開きがある。一方で回復期については18.3万床不足しており、「急性期」からの転換を進める必要がある。



※1: 2018年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 ※2: 2015年の病床数との比較
 ※3: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

- 医師偏在対策、新専門医制度
 - ➔ 医師数抑制、診療別コントロール
- 医療費適正化計画、国保の都道府県化
 - ➔ 都道府県を司令塔とした医療費抑制

◎地域医療構想の概要と問題

政策的前提を置いた将来推計

ねらいは病床の機能分化・効率的縮小再編、レセプトデータを基にした推計方

法の

問題、受療格差の固定化

提供体制・保険財政・医療従事者数コントロールのベース

診療の結果であるレセプトを基にした推計の限界

●レセプトデータは診療の結果に過ぎない。レセプト＝医療需要ではない

- 「身近で必要な医療需要がうけられない」「お金がなくて医療にかかれない」など格差や経済格差が原因で医療へのアクセスを阻害された住民の医療ニーズは、レセプトという形で記録に残ることはない。

- 孤独死した人の医療ニーズは需要にカウントされない。搬送されても体制が、なく積極的治療が行えなければ医療資源投入量は小さくなる。経済的事情による手遅れケースでも本当は必要だったはずの診療はカウントされない。

●レセプト=医療需要とする推計は将来にわたって医療格差を固定化する。

- 2013年の受療率を基に将来の人口変動しか反映しない推計は、結局、今ある格差を将来にわたって固定化するものにしかない。

地域医療構想は「不足する医療の充実を図るため」とか「将来のあるべき医療の姿を明らかにする」などの政府の説明はまったくのデタラメ。

医師数・看護師数の抑制

医療費適正化計画で患者数を減らす計画を立て、医師や看護職員の数も病床を減らす

地域医療構想によって算出されるため、本来必要となる医療費や医師・看護師の人数よりも

大幅に低く推計される。

◎再編・統合対象424病院の公表

地域医療構想調整会議では、改革プランをもとに、公立・公的病院等についての統廃合に合意するための議論を重ねてきた結果、現状通りの病床が必要との合意がされた。これでは病床の削減ができないと、厚労省は改めて同調整会議に公立・公的医療機関等に対して医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合を協議するよう求めた。2019年5月の

経済財政諮問会議でも、横槍を入れ一貫して病床数の削減・再編を迫っていた。

424
病院
名の
公表

財務大臣…地域医療構想は2025年に達成すべき病床数に沿ったものとなっておらず不十分。再合意に向けて適切な基準を設定することは重要。また、再合意の具体的な期限の設定、見える化、知事の権限強化など、実効性を高める仕組みが必要。

民間議員…公立病院等の見直しも、全体として2025年に達成すべき病床数等に沿ったものとなっていない。民間病院についても病床数の削減・再編に向けた具体的な道筋を明らかにすべき

こう
した

なか、厚労省は9月25日、高度急性期、急性期の病床を持つ公立・公的医療機関等、全国1455病院中、約3割(29.1%)にあたる424病院に再編統合をなど具体的対応方針

の再検証を要請する病院名を公表。

医療・介護提供体制の改革

地域医療構想

2016年度に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025年時点での病床の必要量を「見える化」

【足下の病床機能】 (2015年7月現在)	【2025年の 病床必要量】
計133.1万床	計119.1万床
急性期 16.9万床 (14%)	急性期 13.1万床 (11%)
急性期 59.3万床 (48%)	急性期 40.1万床 (34%)
回復期 12.9万床 (10%)	回復期 37.5万床 (31%)
慢性期 35.4万床 (28%)	慢性期 28.4万床 (24%)
介護施設、在宅医療等に転換 6.7万床	介護施設、在宅医療等 約30万人

急性期・回復期

- 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的に検討
- 一般病棟入院基本料(7対1)の約5割を占める公立・公的病院等について、調整会議における検討を促進
- 地域医療介護総合確保基金や、診療報酬改定においても、病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

①「地域医療構想調整会議」における公立病院・公的病院等の議論の促進

公立病院・公的病院等の特徴	①7対1病床の約5割増	②地域によっては政策医療の拠点	③病床利用率は約7割(約4割8割)	④知事は構想推進のために指示・命令が可能(役間には要請・勧告)
公立病院	「新公立病院改革ガイドライン」に基づき、800病院が「新改革プラン」を策定(2016年度)			
公的病院	地域医療構想調整会議 7月未までに135病院が議論開始			
公的病院等	本年度中に、2025年に向けた病床整備等の方針をまとめた「公的病院等2025プラン」を策定するよう要請(16年8月) ※対象: 約780病院(旧赤、済生会、NHK、特定医療院等)			
	主に政策医療を担う病院: 10~12月 議論開始予定 その他の病院: 来年1~3月			

プランが地域医療構想と整合的でない場合
⇒調整会議の議論を踏まえてプランを修正

②地域医療介護総合確保基金の配分方針

H26	病床の機能分化・連携関連に重点化(504億円)	③H30診療報酬改定の方向性
H30	引き続き重点化 解体撤去費等の対象拡大を検討	

医療機能や患者の状況に応じた入院医療の評価を進め、病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

慢性期

- 介護療養病床(約6万床): 介護療養院等への転換を2023年度末までに段階的・計画的に実施
- 医療療養病床: 入院医療の必要性に応じて介護療養院等における対応への移行を促進
- 在宅医療・介護サービス: 高齢化の進展や病床の機能分化・連携による需要増大に対応する提供体制構築

①介護療養院等への転換(同時改定での対応が前提)

<介護報酬>
●介護療養院の基準・報酬は、入所者の状態等に応じた必要な医療が提供されるよう、I型(介護療養病床相当)とII型(老健施設相当以上)として、現行の介護療養病床や老健施設を参考に設定。
●施設基準の経過措置や介護保険事業(支援)計画の弾力運用等の転換支援策を用意。

<診療報酬>
●療養病床入院基本料については、より入院医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から見直し。

②在宅医療・介護サービスの提供体制の構築

●高齢化の進展や病床の機能分化・連携による在宅医療・介護サービスの需要の増大に対応するため、都道府県と市町村等が連携して受け皿を構築

2016の事業見込み
都道府県と市町村等が連携し、段階的に目標設定
2020の実行期の目標
2023の実行期の目標

慢性期病床
病床の機能分化・連携により生じる需要
高齢化の進展により増加する需要

介護
(市町村) 介護保険事業計画 実施計画による
在宅医療
(厚生労働省) 実施計画による

424 病院の 7 割は地方・中小の病院。

全国各地から「怒りの声」が続々と噴出

「住民にとってはなくてはならないもの、という考えで病院運営をしている、極めて失礼

な発表」(五戸町・若宮佳一町長)

「地方の病院の状況をもう少し丁寧に見たうえで方向性を出してほしい。憤りを感じる」

(石巻市・亀山紘市長)

「信憑性のないデータで判定され、極めて遺憾。撤回することを強く求める」(飛騨

市民病院事務長・市長コメント代読/東海北陸ブロック意見交換会)

「厚労省は分析したデータは直近 2、3 年の経営努力を無視している(中略)根拠も不明で

名誉棄損に相当する」(多治見市民病院・今井雄一院長)



公立・公的医療機関に求めた再検証とは

- ①2025 年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ②2025 年に持つべき地医療機能別の病床数

○対象となるすべての領域で「診療実績が特に少ない」もしくは「類似かつ近接」とされた

医療機関に対して具体的対応方針の再検証を要請する

○分析けっかを踏まえて、原則、具体的対応方針を変更することを前提に再検証を要請

する

○再検証の要請を受けた際は、再編統合（ダウンサイジングや、機能の分化・連携・集約化、

機能転換・連携等を含む）について特に議論が必要な公立・公的医療機関等は、構想区域

の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、協議し遅くとも

2020

年9月までに結論を得る。

再検証要請の問題点① 地方・地域の自治・主権 ^{ないがし} 蔑ろ

再検証要請の問題点② 機械的判定で乱暴に病院名公表

再検証要請の問題点③ 地方の中小はほとんど該当

再検証要請の問題点④ アクセスの悪化する将来像

再検証要請の問題点⑤ 区域全体の需給バランス無視

再検証要請の問題点⑥ データが公表されていない

再検証要請の問題点⑦ 地方創成と真逆の“町こわし”

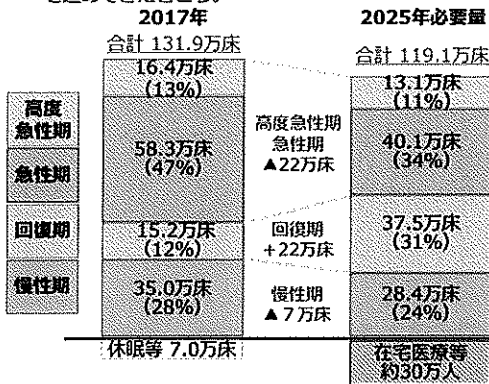
再検証要請の問題点⑧ 医師配置の集約化・医師数抑制

地域医療構想の推進

- 厚生労働省は公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表。遅くとも2020年9月までの再検証を要請。
- 2025年に実現すべき姿に向け、KPIを設けて中間的な達成状況を評価するとともに、その達成状況が不十分な場合には、都道府県知事の権限の在り方を含むより実効性が担保される方策を検討すべき。また、都道府県に対する地域医療介護総合確保基金の配分については、一定の基準を設けた上で、積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付けをすべき。

◆ 地域医療構想における病床の機能分化等

- 地域医療構想は、都道府県が概ね二次医療圏単位で策定したもの。将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示すガイドライン等に基づき推計。
- これまで、個々の医療機関が、2025年に持つべき医療機能ごとの病床数などを盛り込んだ計画の策定を進めてきたところ。



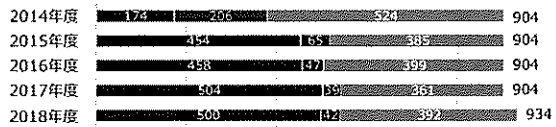
◆ 具体的対応方針の再検証が求められた医療機関

- 公立・公的病院等については、2018年度末までに具体的対応方針の策定を概ね終えたものの、その内容は2025年に実現すべき姿に沿ったものとなっておらず、再検証を要請。

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車で20分以内で一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院 (Aに該当する先を除く)

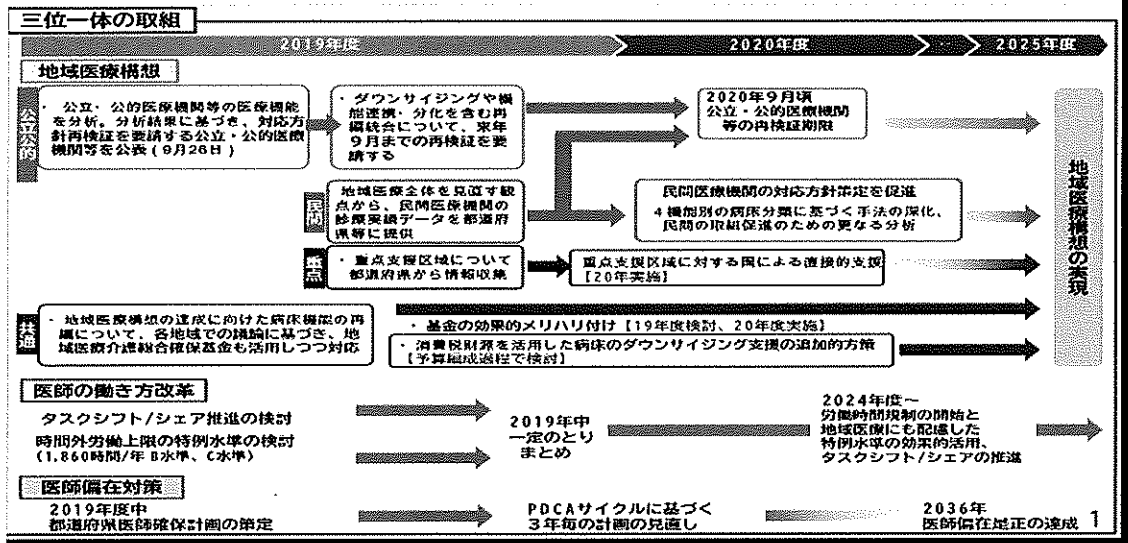
(注) B類型の6領域は「がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期」であり、Aの9領域はこれらに「災害・へき地・医師派遣機能」を加えたもの。

◆ 地域医療介護総合確保基金（医療分・公費ベース）の交付状況 (億円)



- 事業区分Ⅰ：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 事業区分Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業
- 事業区分Ⅲ：医療従事者の確保に関する事業

提供体制と医師配置の再編、医師数抑制の「三位一体」



我が国の医療提供体制の問題点

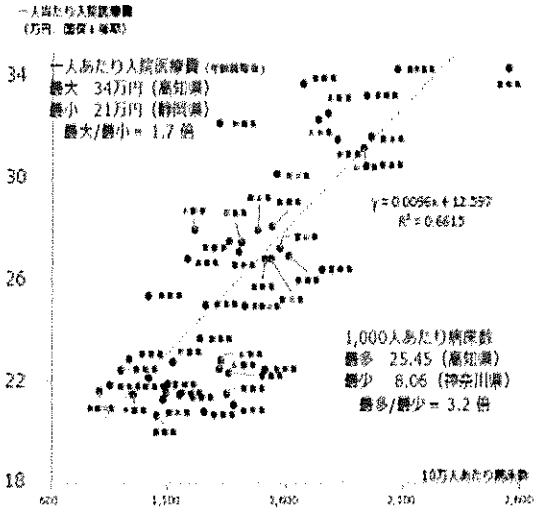
- 日本は、他の先進国と比較して人口当たりの病床数が非常に多く、都道府県別の人口当たり病床数についても3倍以上の地域差。人口当たり病床数と年齢調整後の入院医療費には強い相関関係が存在しており、医療費の適正化に当たっては病床数の適正化が必要。
- また、病床数の多さは病床当たりの医師数が非常に少ない要因ともなっており、医師の働き方改革の推進の観点からは医療提供体制の適正化にまず取り組むべき。

◆ 主要先進国における医療提供体制の比較

国名	平均 在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床医師数
日本	28.2 (16.2)	13.1	2.4*	18.5*
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	4.3	53.1
フランス	9.9* (5.6)*	6.0	3.2	52.8
イギリス	6.9 (5.6)	2.5	2.8	110.8
アメリカ	6.1* (5.5)*	2.8*	2.6	93.5*

出典：「OECD Health Data 2019」（2017年データ、※2016年のデータ）
注：平均在院日数の（）内は、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数。

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係



（注）：横軸：病床数（平成29年度末現在の病床数）
一人あたり入院医療費：縦軸（平成24年度末現在の医療費）
※ 各都道府県の年齢調整後1人あたり医療費をもとに、全国平均の年齢構成と一致と仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いは影響を及ぼさない範囲である。

病院職員数の日米比較

作時数異なる 異なる2国間の雇用 異なる人 異なる仕方の比較
 (1) 1日1人あたり 1日1人あたり1日1人あたり1日1人あたり

病院名	ボストンS.E病院 1992	西国A国立病院 2010
ベッド	350床	306床
職員	2011人	257(39)人
職員/ベッド	5.7倍	0.9倍
医師	371(296)人	17人
看護婦	620(100)人	166(7)人
看護助手	64人	10(8)人
栄養士	120人	3人
レジデント	113人	1人
秘書	90人	4人
ハウスキーパー	75人	0人
患者運搬士	17人	0人
その他	541人	69(27)人

人手不足の医療機関はすぐにでもマンパワーが必要
 医療は雇用増進・地域活性化に貢献

病床数 日米比較

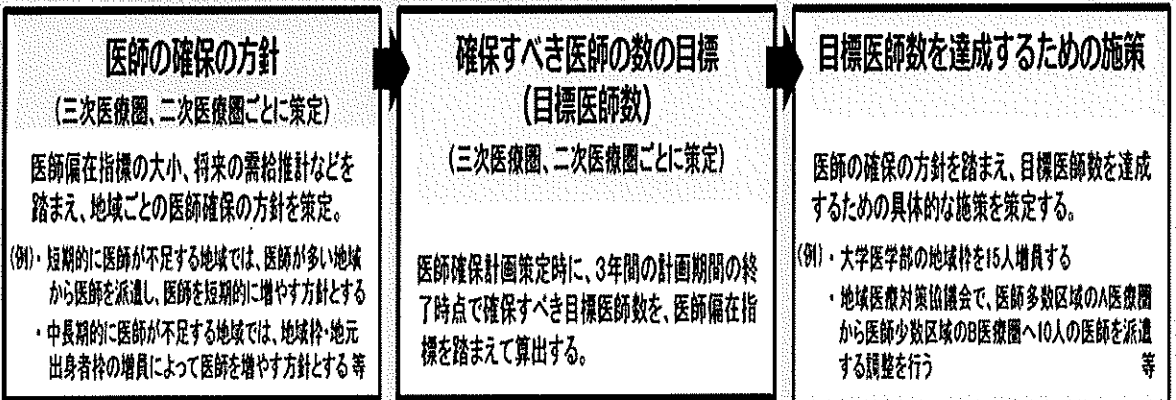
急性期・亜急性期・回復期病床の一部

急性期 ICU

日本 千人当り病床数		アメリカ 千人当り病床	
一般病床	7.1	短期入院病床	3.1
療養病床	2.7	長期入院病床	0.1
精神病床	2.8	精神入院病床	0.3
結核病床	0.1	結核療養病床	0
-	-	ナースングホーム	6.8
一般と療養病床の小計	9.8	短期入院+ナースングホーム	9.9
病床合計	12.8	病床合計	10.3

ナースングホームとは、亜急性期・慢性期の患者をうけとる施設。人工呼吸器を必要とする終末期患者もここで扱う。米国のナースングホームには常勤医師の配置義務がないため、日本の基準では病床とはカウントされていません。医療行為は臨床医が担っています。逆に日本の療養病床には医師が配置されているので病床にカウントされています。
 出典元: 本田宏氏(医師)著書「誰が日本の医療を救うか」『医療崩壊』の知られざる内幕」

『医師確保計画』(=医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」)の策定

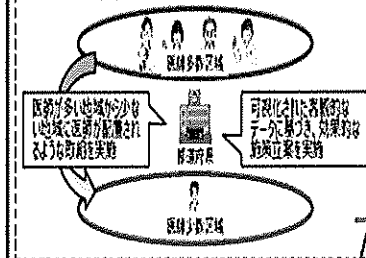


3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	第7次		第8次(前期)		第9次(後期)		第7次		第8次(前期)		第9次(後期)	
	目標	計画	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定
	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)	(計)

*2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年(医療計画全体の見直し時期と合わせるため)

都道府県による医師の配置調整のイメージ



医療費適正化計画

ポイント

- ・都道府県ごとに医療費抑制計画を策定させ、**地域差半減を実現**
- ・**医療費適正化計画に医療費目標を設定し、地域医療構想、地域医療計画、介護保険事業計画等をそれに対応させて策定**
- ・都道府県の取組を評価して調整交付金を傾斜配分する「保険者努力支援制度」を創設して、競争を組織化
- ・6年計画終了時点で目標達成できなかった場合には、**独自の診療報酬(引き下げ)を設定**できる仕組みを整える
- ・都道府県に供給体制見直しへの権限と合わせて、保険料設定＝需要統制の権限を与えるために、国保を都道府県化、

わらい

- ・**都道府県を司令塔とした医療費抑制体制の構築**

国が進める地域医療への対抗 地域医療を守るための課題

- 地域医療構想が地域の医療ニーズを反映していない実態を徹底して解明
地域の医療ニーズを正確に把握し、それにもとづく必要な病床数を算定、それをもとに地域医療構想を見直す
- 公立・公的病院の果たしている役割を再評価し、維持・発展させる
厚労省の再編統合リストは撤回を求める
- 医師不足解消のために、OECD水準の医師確保を目指し大幅増員を図る
将来医師数は地域医療構想の見直しを踏まえて検討、
医師偏在指標自体を再検討し、「多数」「不足」は凍結
- 医師の長時間労働を早期に解消、1860時間＝過労死水準は認めない
当面、タスク・シフティング、タスク・シフティングなどで対応
- 医療費の地域差半減目標は撤廃させ、医療費適正化計画も廃止、
地域の实情に合わせた住民参加の地域医療計画を策定

公立・公的病院等 統合・再編阻止共同行動 (424共同行動)としての取り組み

- ① 病床削減に反対し運動を推進するための「共同声明」の発表
- ② 共同声明に基づいた、署名の取り組みと政府要請、国会議員要請
- ③ 運動の取り組みの意思統一をすすめる集会の開催
- ④ 厚労省が再検証結果の提出を求めている**2020年3月と9月**は合わせた国会行動
- ⑤ 全国知事会や市町村会、全国自治体病院協会など、関係団体への要請
- ⑥ 学習推進のための資料提供

全労連

全国労働組合総連合

〒113-8462 東京都文京区湯島2-4-4
全労連会館 4F 03-5842-5620



中央社保協

中央社会保険推進協会
〒110-0013 東京都台東区入谷1-9-5
日本医療労働会館 5F 03-5808-

日本国家公務員労働組合連合会
日本自治体労働組合総連合
日本医療労働組合連合会
全日本国立医療労働組合

○報 告 「北海道の地域の状況と守る取り組み」

地域医療と公立病院を守る北海道連絡会 沢野 天 氏

北海道の医療圏

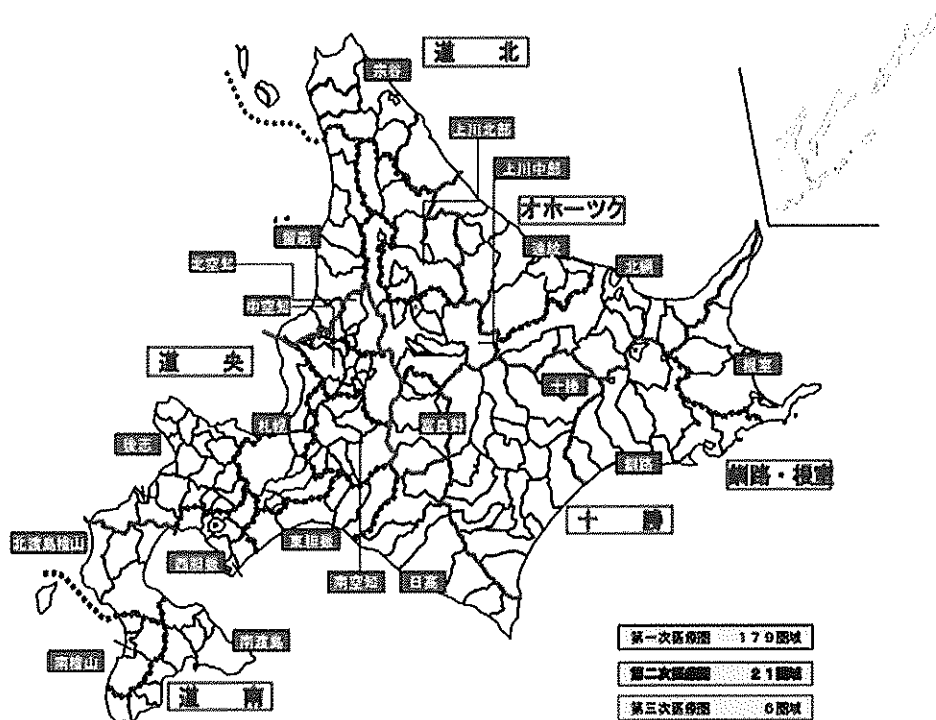
3次医療圏	6
2次医療圏	21
1次医療圏	179

北海道の面積
 2番目に大きい岩手県の約5倍
 大阪府や香川県等の約4.0倍

3 構想区域

構想区域は、データの整備状況や見直しの検討に必要な時間、医療提供体制の状況を踏まえ、医療法に基づく「第二次医療圏」及び介護保険法に基づく「高齢者保健福祉圏」と同じ21区域としています。

【図表1-2/北海道の医療圏】



【図表1-3/北海道の医療圏の構成】

第三次	第二次	第一次
道	南 渡 島	函館市、北斗市、松前町、福島町、知内町、木古内町、七飯町、鹿部町、森町
	南 檜 山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	北 渡 島 檜 山	八雲町、長万部町、せたな町、今金町
道 央	札 幌	札幌市、江別市、千歳市、恵庭市、北広島市、石狩市、当別町、新篠津村
	伏 志	小樽市、島牧村、寿都町、篠松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、岩内町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村
	南 空 知	夕張市、岩見沢市、美瑛市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町
	中 空 知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、涌臼町、新十津川町、雨竜町
	北 空 知	深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町
	西 胆 振	室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、洞爺湖町、仕舞町
	東 胆 振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	日 高	日高町、平取町、新冠町、新ひだか町、滝河町、様似町、えりも町
道 北	上 川 中 部	旭川市、鷹栖町、東神楽町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、東川町、美瑛町、樺加内町
	上 川 北 部	士別市、名寄市、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、音威子府村、中川町
	富 良 野	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	留 萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	赤 谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
オホーツク	北 網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、釧子府町、置戸町
	遠 紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
十 勝	十 勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、涌別町
釧路・根室	釧 路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
	根 室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
6圏域	21圏域	179圏域

北海道の深刻な地域医療の実態

広大・多雪・寒冷の北海道

道内の地域医療は、自治体や医療関係者、住民が改善の努力を進めている。
しかし、高い医療費や通院費負担なども、必要な医療が受けられない状況が広がっている。

北海道医療計画では、すべての2次医療圏の許可病床数が基準病床数を上回っており、医師などの体制が充実しても、基本的に病床を増やすことができない。

地域医療を支えている公的・公立病院

入院病床の状況を市町村別にみると、病院があるのは111で、そのうち半分の56は公立・公

的病院だけで地域医療を支えています。しかし、これらの病院は、医師や看護師などの不足、

低診療報酬、国の財政支援の削減などにより、経営はますます深刻になっている。

表 北海道・市町村の病床状況(2019年4月)

	総数	病床ない	病床あり			
				有床診のみ	病院あり	
					公立・公的病院のみ	
市町村	179	32	147	36	111	55
(割合)	100%	17.9%	82.1%	20.1%	62.0%	30.7%

地域医療構想の問題点

○入院ベッド数の削減へ

地域医療計画(基準病床でベッド増制限)

道内21圏域すべてオーバーベッド

地域医療構想(2次医療圏ごと2025年のベッド数)

約1万床削減 (道内の推計必要病床数 73,190 2014年は82,703 住民・各地の状況知らない)

診療報酬(マイナス改定・急性期から在宅へ)

「公立病院改革」(総務省)/補助削減

○医師数・看護師数の養成の抑制

養成数の削減(働き方改革に逆行して抑制)

○専門の仕事安上がりに タスク・シフティング(業務の移管)

医師⇒看護師 看護師⇒介護職

介護職⇒無資格(ボランティア)

2次医療圏でベッド制限(基準病床数)

療養病床及び一般病床の基準病床数

- 療養病床及び一般病床は、第2次医療圏ごとに、病院及び診療所を対象に、医療法施行令規則第30条の30に規定する算定方法等に基づき、次の通り定める。

【療養病床及び一般病床】

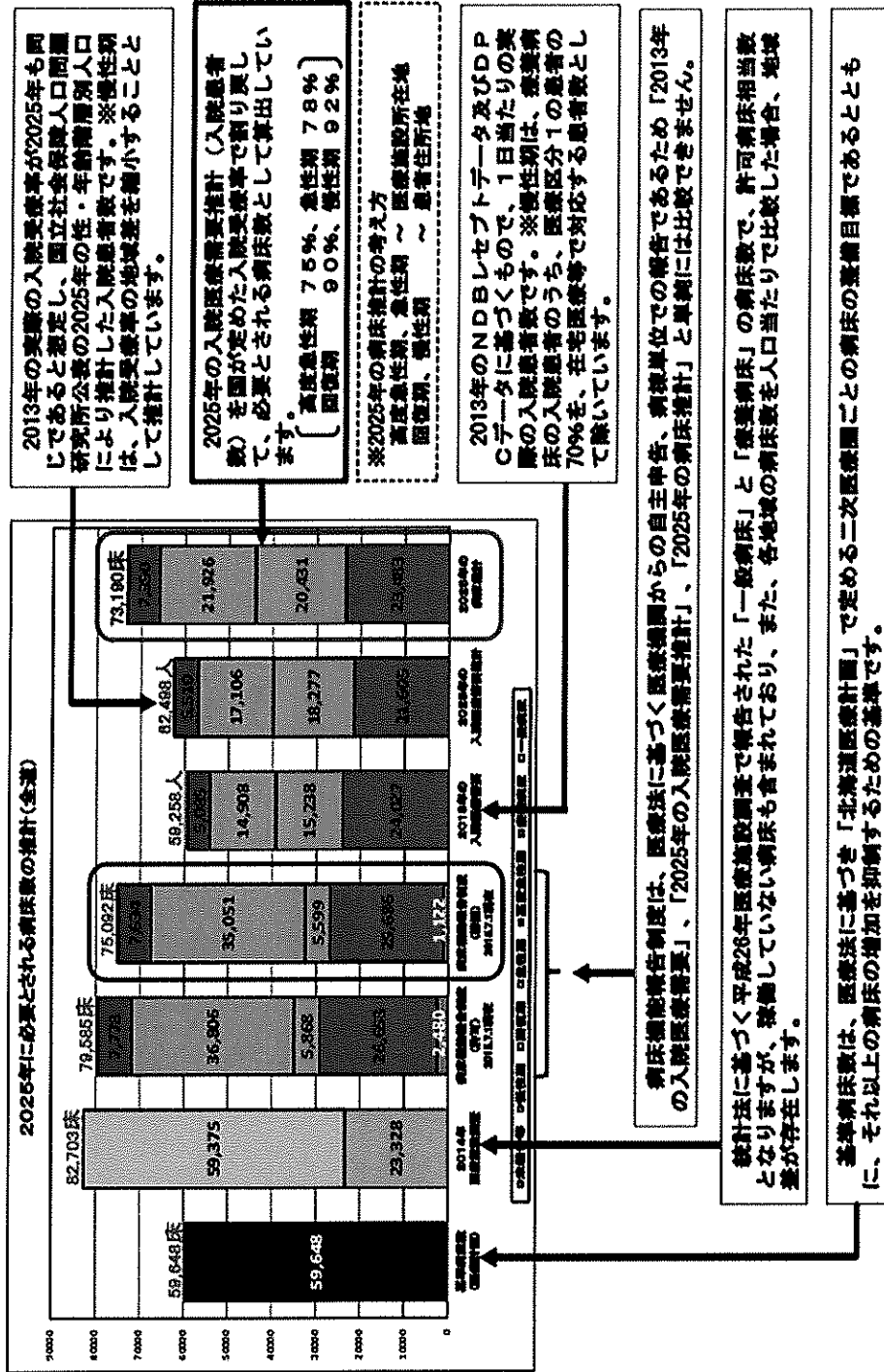
第二次医療圏	基準病床数 平成30年4月1日	既存病床数 平成29年10月1日	第二次医療圏	基準病床数 平成30年4月1日	既存病床数 平成29年10月1日
南 渡 島	4,265	5,589	上 川 中 部	4,793	6,012
南 檜 山	174	391	上 川 北 部	576	911
北 渡 島 檜 山	336	694	高 良 野	261	472
札 幌	21,316	33,387	留 萌	273	671
後 志	1,462	2,630	赤 谷	383	717
南 空 知	974	2,068	北 網	2,040	2,727
中 空 知	933	1,916	遠 軽	503	1,035
北 空 知	283	606	十 勝	3,341	4,205
西 釧 路	1,847	3,712	釧 路	2,590	3,380
東 釧 路	2,027	2,075	根 室	297	583
日 高	273	640	合 計	48,947	74,421

【精神病床、結核病床、感染症病床】

病床種別	基準病床数 平成30年4月1日	既存病床数 平成29年10月1日
精 神 病 床	17,116	19,907
結 核 病 床	80	220
感 染 症 病 床	98	94

・「精神病床」は、平成33年3月31日までの基準病床数

21の2次医療圏すべてオーバーベッド地域（医療過疎でも基本は病床増やせない）



北海道の地域医療構想 1万床減

在宅での療養生活は可能か

在宅での療養生活を希望しているといいますが

そのためには、

医療 訪問診療・介護（24時間）体制？

衣食住 住宅・食事・入浴・清掃など

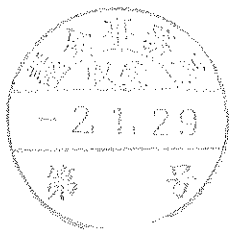
介護 家族⇒人グラシ、高齢夫婦増

家族介護負担大変

介護制度？ 在宅：孤独死の心構え必要

自治体の提供体制は？ ショートステイなど

職員不足・経営難で閉鎖広がる



令和2年1月29日

豊浦町議会議長 工藤敏和 様

議員指名 山田秀人

調査研究及び研修計画書

下記のとおり調査研究及び研修計画を策定したのでお届けいたします。

1. 日程

2020年2月3日(月) 18時から20時まで (2月3日宿泊)

2. 政務活動費の項目

① 研修費 (北海道における国保・地域医療研修)

主催 北海道医療と介護の充実を求める北海道集会実行委員会)

3. 活動先

かでの2・7 北海道立道民センター

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目道民活動センタービル

Tel 011-204-5100 FAX 011-271-9827

4. 目的

北海道の国保・地域医療再編現況を踏まえ、これからの地域医療と介護を考える。国保の都道府県単位化が動きだし間もなく3年目に入ろうとしている中で、国保の進捗状況と連動する地域医療の課題も具体的になってきており、2019年9月に再編統合リストに挙げられた道内54(全国424)の公立・公的病院をはじめとする事例から実態を学びつつ、地域でつくる社会保障や豊浦町国民健康病院を含めた地域医療のあり方・視点を再考する。

5. 参加議員名 山田秀人

6. 概算経費 12,600円

参加費 1,000円

旅費 11,600円

内 訳

宿 泊 費 8,500 円 (ポールスター札幌 1泊)

車両燃料費 2,600 円 (豊浦～札幌間の車両燃料費)

$110 \text{ ㌔/片道} \times 2 \div 13 \text{ ㌔/ㄲ} \times 152 \text{ 円} \doteq 2,600 \text{ 円}$

駐車場料金 500 円 (1泊)