

第十一次自治制度研究会 第3回研究会概要

- 1 日 時 平成26年7月30日(水) 18:15～
2 場 所 都道府県会館知事会会議室 A
3 テー マ 医療提供体制の再構築と地域包括ケアシステム
4 講 師 山形大学大学院医学系研究科
医療政策学講座 教授 村上正泰

5 報告概要

・私は、今、山形大学の医学部で地域医療提供体制の研究をしています。

医学部におりますが、医師ではありません。財務省から厚生労働省に出向しまして、後期高齢者医療制度の創設、療養病床の再編、過去最大の診療報酬のマイナス改定等を行った平成18年度医療制度改革に関わりました。

・国全体でも様々な医療制度改革の議論が行われていますが、地域包括ケアシステムということが言われている中で、今後どういう方向で医療・介護の提供体制の見直しを行っていかねばいけないかについてお話しします。

1. 医療機関の機能分化・連携と地域包括ケアシステムとの関係について

・大規模な急性期の病院から、地域包括ケア、在宅医療・介護まで、一連の制度改革が進んでいますので、医療機関の機能分化・連携の流れと地域包括ケアシステムとの関係について、まずお話しします。

・医療体制の見直しに主に使われる政策手段としては、一つは診療報酬改定であり、もう一つは法改正なり、それにリンクした補助金の制度等があげられます。

・2025年に団塊の世代が後期高齢者になることを考えると、これから医療・介護の体制の見直しは、医療のあり方が大きく変わることを前提にしなければいけません。

・高齢者は急性期医療を受けても病気が完治することにはならないで、慢性疾患を抱えたまま療養生活を続ける人が増えていくこととなります。

・高齢者の人たちは、複数の病気を抱え、代謝能力も低下し、症状も個人差も大きいうえ、合併症も起こしやすく、予後も社会的な環境に影響されます。

・最近、キュアからケアへということがよく言われますが、医療・介護は、高齢者の生活を分断するものではなく、支えるものとして考えなければいけません。

今までの現役世代が非常に多かった時代の医療の考え方は、変えていくべきです。

・日本は、医療資源を集中的に投入しないと成り立たない急性期の医療機関を分散して配置していました。その結果、各医療機関あたりで見ると、急性期医療体制をかなり低密度の体制で提供することになりました。このことは、病院勤務医の過重労働、急性期病院における医療従事者の疲弊の原因になっていたと言えます。

- ・人口減少社会において、急性期機能の分散配置は物理的にも困難で、同じ機能の病院が近隣で併存している場合は、経営も成り立たなくなるといことが実際に起こっています。
- ・地域医療のニーズを踏まえ、医療機関が機能の差別化を図り、その間のパートナーシップを確立していくための提供体制の見直しは、形はともかくとして避けられません。
- ・急性期医療の機能は、二次医療圏または二次医療圏を超える範囲で、拠点の集約化、診療科別もしくは救急やがんといった機能別の役割分担を明確化していくことを考えていかなければいけません。
- ・これからの医療は、高齢者が増えることを考えると、急性期の医療だけで完結する話ではなく、急性期後の在宅なども含めた地域包括ケア的な受け皿の整備を住みなれた地域できちんと確保していくことが必要です。
- ・医療は、急性期から回復期、慢性期といった一連の流れで成り立ちます。広域的な急性期機能の集約化と急性期後の受け皿の整備を地域でバランスよく展開していくことが重要になってきます。
- ・資料P4のとおり、社会保障と税の一体改革の中でも、これからの医療・介護の将来像が示されており、急性期の病院と後方的な機能の病院の役割分担・連携を進めていく、住みなれた地域の中で、医療・介護・生活支援・介護予防、住まいが一体となって提供される地域包括ケアシステムのサービスを充実させていくことが示されています。
- ・社会保障制度改革国民会議でも同様の方向性が示されていますし、以前にも同じような絵が出ていたことを考えると、こうした大きな方向性はだれが考えてもさほど変わらないと思います。
- ・今年度の報酬改定でも、将来像に向けた改革をやっという絵が描かれています。
- ・資料P5の左側〈現在の姿〉に病床数が示されています。これは、一般病棟入院基本料というものを算定している病床数と、その下に療養病棟の病床数の分布が示されています。一般病棟入院基本料は、基本的に看護師の配置で診療報酬が設定されます。図の7対1は、患者7人に対して看護師さんを1人配置しているということです。この7対1は、一番診療報酬の点数が高くなっています。
- ・この7対1は、平成18年の診療報酬改定のときに導入されました。当時厚生労働省は、7対1を算定する医療機関の病床数は大体2万床強ぐらいになると見込んでいました。ところが、現状では、36万床弱、厚労省の当初の見込みの18倍弱になっています。
- ・看護師の配置でこのように決めてしまいますと、看護師が多いということは、それだけ重症な患者を診るべき病床であるにもかかわらず、7対1を算定しながら、必ずしも重症患者を診ていない医療機関もあらわれ、このような構造になっています。
- ・資料P5の右の図が、社会保障・税一体改革の中で示された、2025年に必要なる病床数です。これに比べると現在の姿が頭でっかちなもので、診療報酬改定で7対1により策定される病床数を絞り込んでいくということが行われています。
- ・これは、急性期医療を行うところを集約化しなければいけないという流れとも合致しますが、診療報酬改定でも、7対1を絞り込んでいくと同時に、急性期後の亜急性期などのように、病床数

が少ない機能にシフトしていくということが示されています。

- ・厚生労働省は、地域包括ケアを進めていこうとするときに、7対1病床を絞り込めば看護師に余剰人員が出てくるので、現在の姿の7対1から13対1等に転換し、圧倒的に数が足りない訪問看護師にシフトしてもらおうと考えています。

- ・急性期病院を集約、診療報酬の点数が高い7対1病床を絞り込んでいくということと地域包括ケアの推進は、人の配置という意味でもセットで進められています

- ・急性期医療集約化のため、医療機関の役割分担ということで、7対1病床の算定要件を厳格化し絞り込んでいくことを進め、同時に急性期から急性期後の病床数にシフトしてもらうため、診療報酬改定で、資料P6にある地域包括ケア病床を新たに評価・充実する流れになっています。

- ・地域包括ケア病床の機能は、急性期病院の入院患者の急性期後の受け入れをして、在宅、生活復帰支援を進めるとともに、軽度の急性増悪の患者を受け入れるというものです。

- ・急性期病院に軽度の入院患者が増えると、そこでしか対応できない重症度の高い急性期の患者が診療を受けられなくなります。

- ・そのため、軽度の急性増悪の患者を受け入れる機能も併せ持つ、地域包括ケア病床を設け、そこで在宅療養患者もバックアップし、急性期病院と在宅との間をきちんと橋渡ししていく病院をそれぞれ身近な地域で充実させていく流れになっています。

- ・したがって、診療報酬の点数が高い7対1を算定している急性期の病院は要件を厳格化し、さらには急性期後の受け入れを初めとして、地域包括ケアシステムを支える病棟を評価していこうという流れになっています。

- ・地域に密着した中小規模の病院を地域包括ケア病床の機能等を果たしていくため、地域の中でどのように整備していくかということは、地域包括ケアを構築するうえでも重要なことではないかと思えます。

- ・診療報酬上も基準等はそれぞれの病床の種類により違いますが、必ず診療報酬の算定要件に、自宅等退院患者割合、在宅復帰率を入れることで在宅への流れを進めています。

この厚労省が言う在宅は、自宅だけではなく、居住系の施設等も含めて在宅といっています。

- ・外来医療についても、役割分担の大きな方向性が示されています。

大学病院の外来は、今回の診療報酬改定で紹介率、逆紹介率の基準が引き上げられ、一般的な外来は縮小し、軽症の患者については、地域の中小病院、診療所にシフトしていくことが進められています。

- ・厚生労働省では、大学病院を紹介状なく受診した場合の料金について、強制的に国で金額を決めて徴収する制度の検討も行われています。

- ・これから地域包括ケアを考えていくときに、主治医機能を果たす身近な中小病院・診療所で、高齢者医療の特性をきちんと踏まえた診療機能を備え、全人的かつ継続的な診療を展開していくことが重要になってきます。診療報酬改定でも、中小病院や診療所の主治医機能の評価が新設されました。

- ・入院、外来ともに急性期医療を担う大きな病院と後方的な機能を担う中小病院、さらには、診療所間の機能分化を進めています。
- ・地域包括ケアの推進のため、診療報酬上も在宅を重点的に評価していますが、不適切な事例が起き問題になっています。
- ・地域包括ケアを推進していくときに、狭い意味での自宅だと介護力も低下しているため、政府もサービス付き高齢者住宅の整備等、住宅の整備とパッケージで進めています。しかし、一部の診療所で住宅会社に患者を紹介してもらい診療報酬の一部を住宅会社に回す等の不適切な事例がありました。
- ・このようなことを防ぐため、平成26年度診療報酬改定で、同一建物への複数訪問の評価が見直され、同じ建物へ同じ日に何回も回っているような場合、診療報酬点数がかなり引き下げられました。(資料P12)このことによって、逆に今までまじめにやってきたところに打撃が出てしまい、在宅医療をやらないという対応をするところも出てきています。
- ・診療報酬改定の見直しにより政策を進める場合、適正な診療を行っているところを評価しようと点数を重点化すると、その裏をかくて先ほどのような悪質な事例が起こり、そこを取り締まろうとすると、きちんとやっているところに逆にマイナスの影響が出てしまいます。
- ・在宅医療は、厚生労働省もこれまで様々な診療報酬改定や施策の中で進めてきてはいますが、なかなか進んでこなかったという現状があります。
- ・在宅医療の阻害要因として、介護者の不在、急変時の不安、地域での在宅医療サービスの不足の3つの問題点が共通して指摘されています。
- ・介護者の不在については、地域の介護サービスをうまく組み合わせること、急変時の対応や在宅サービスの量については、限られた資源の中で、関係者が協力しながらネットワークの裾野を広げていくことを考えないといけないということで、厚生労働省が2025年の地域包括ケアシステムの姿ということを示しています。(資料P14)

2. 地域包括ケアシステムの構築

- ・地域包括ケアシステムは、日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定し、住まい・医療、介護・予防・生活支援等のサービスが、おおむね30分以内に必要性に応じて提供されるシステムです。
- ・地域包括ケアシステムの大きな課題は、住み慣れた地域で自分らしい生活を支えるサービスの流れをどのように作っていくかです。
- ・高齢患者が今までのような入院を継続することで療養生活を送るというのは、その人らしい生活という意味でも問題があります。
- ・地域包括ケアと言ったときに、在宅医療だけがクローズアップされます。しかし、在宅医療、介護施設への入所、急変時の入院を全部二者択一的に捉えようとしてもうまくいきません。
- ・今回の診療報酬改定でできた地域包括ケア病棟も、軽症で、ちょっと肺炎をこじらせたときなどの受け皿の機能が期待されていますが、急変時にはきちんと入院できるような体制とセットで考

えていかないとなかなかうまくいきません。

- ・高齢者の生活を考えると在宅医療へという流れは重要ですが、介護施設の入所、急変時の入院というものを補完的に機能させて支援していく必要があります。

- ・地域包括ケアシステムは、最終的には、死生観等も含めてどういうふうに最期を迎えていくのかということともセットで考えないといけない課題です。全員が一致する、1つの答えが簡単に出るわけではなくて、様々な選択肢が用意され、なるべく住みなれた地域で、生活環境もきちんと配慮しながら療養生活を進めていきたいと思う人たちに、それぞれの人たちの病状、家庭環境、そうしたものに応じて、それを可能としていくような体制を考えていくことではないかと思います。

- ・身近な地域の中で、地域包括ケアシステムを構築していく、さらには医療、介護の提供体制というのを考え直していくときに、それぞれ地域が違えば人口構造も違いますので、医療、介護の需要の動向にも大きな違いが出てくると思います。

- ・医療、介護のサービスがどれくらい提供できるかというのも地域によって違いますので、それぞれの地域に応じた形の体制というのを考えていかないとはいけません。

- ・地域包括ケアシステムに取り組んでいる地域を見ても、それぞれの地域でいろいろなやり方があります。

- ・広島県の公立みつぎ病院では、地域包括ケアシステムを全国で最初に提唱しましたが、この病院では、地域密着型の病院が地域包括ケアシステムの拠点となって、病院だけではなくて、そこに老健施設なども併設したり、さらに、町の役場の福祉系の機能の一部も併設したりすることにより、病院を拠点にして体制を構築していくというスタイルが取られています。特に医療・介護資源も少ない農村・中山間地などでは、町立等の中小病院を中心としたスタイルというのが比較的組みやすく、ほかにも同じようなスタイルは全国的に見られる状況にあります。

- ・市町村合併により、公立みつぎ総合病院は尾道市に含まれていますが、もともとの尾道市の中心部では、医師会を中心とした仕組みがあり、同じ尾道市内に異なる2つのタイプが併存しています。

- ・地域の中に病院、診療所が多数存在していて、介護サービス事業所も色々あるというところでは、1カ所の病院を拠点として組むこともできません。そうしたところは、医師会などを中心として、診療所をはじめ多職種の関係者がネットワーク化して体制を構築するといったようなスタイルをとっています。

- ・大都市となれば、医療資源、介護資源も多くなりますので、そうした様々な事業主体で、ネットワーク型での対応というのが必要です。

- ・比較的人口の多い都市部では、サービス付き高齢者住宅を整備し、診療所なども近隣に併設する形で対応しています。また地方でも、家庭の介護力が低下し、独居高齢者も増えていますので、そうした人たちの団地・集合住宅を作って、生活を支えていく体制で地域包括ケアシステムを考えていくというやり方をとっているところもあります。

- ・地域包括ケアシステムは、それぞれの地域の状況によって、どういうスタイル、どこが中心となるか様々なやり方があると思います。

・様々な診療所や病院などが連携していかなければいけないということになったとき、どのようにサービスを総合的、一体的に提供するのかということを地域で考えていかなければいけない状況になります。

・例えば、主治医が1人で開業している場合、在宅医療の患者の急変に24時間365日の対応はできません。対応するためには、副主治医制のような形で、診療所間でネットワークを組むこと、また、病院への入院という観点でいえば診療所と病院のネットワークを考えていくことも必要です。

・在宅療養の日常的なケアでは、訪問看護が重要になってきます。

各都道府県の在宅での死亡率と訪問看護のサービスの利用量は、かなり高い相関関係が見られるということが指摘されています。訪問看護ステーションも、小規模運営では、24時間365日の対応が困難だと言われていいますので、いかに大規模にしていくかということもあります。

・地域包括ケアを実現していくためには、様々な提供主体のネットワークを地域の中できちんと構築していくことを考えていかなければいけません。

・1人の高齢者が退院し、地域生活に移り、状態が変化して、そこに対応したり、さらには、入院が必要になったりという一連の流れの中で、様々なサービス事業者がかかわっていかないといけません。

・これから地域包括ケアをきちんと構築するためには、地域全体で多職種が連携したチーム医療介護を展開していけるかどうかということが重要になってきます。こうした流れを作っていくことが、高齢者の人たちのそれぞれの生活を支えていくことになります。

・地域包括ケアシステムの構築は、一義的には市町村の役割と言われていいます。

地域包括支援センターを中心として、様々な個別事例の検討、地域のニーズ、社会資源を把握するために地域ケア会議というのを開催していくことが、今回の「医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の中でも定められました。

・2005年の介護保険法改正時に地域包括支援センターを設置したときにも、地域包括センターが拠点となり、地域包括ケアシステムを構築していくことが期待されてはいました。

・しかし、今、地域包括支援センターは、介護予防等の業務で非常に手いっぱい、マンパワーも不足しています。そこで地域ケア会議を開催し、地域包括ケアシステムを構築する拠点となれといっても、なかなか難しいし限界もあります。

・もし地域包括支援センターにそうした機能を担わせるのであれば、マンパワー・予算の面なども含めててこ入れをしないと、絵に描いた餅で終わってしまう可能性があります。

・市町村も、地域包括ケアシステムの構築に当事者意識を持って取り組んできたところはあまり多くありません。そうした中で、地域包括ケアシステムの構築や、医療・介護の様々なネットワークを市町村単位で構築できるかというところかなり難しい問題です。

・今、地域包括ケアシステムは、顔の見える関係を作っていこうということが言われています。今まで医療と介護は分断されていましたし、医療の中でも病院と診療所の関係が必ずしもスムーズでなかったところが多々ありますので、顔の見える関係を作っていくことはまず第一に必

要です。

・地域包括ケアシステムは、医療と介護全体を見れば、様々な事業主体が多様なサービスを提供しています。それをうまくつなぎ合わせて、患者・利用者の多様なニーズに的確に対応した形で展開していくことが必要です。

・個々の利用者のニーズを総合的に評価し、それにふさわしい形でサービスを組み合わせるような流れを、系統立てて、継続的に実施していくシステムとしてそれぞれの地域の中で展開していかないとけません。サービスの提供量を確保するだけでは不十分ということが課題として挙げられます。

・山形県は、今から20年弱前は自宅での死亡率が高く、全国平均が16%ぐらいの時代に23%でした。ところが、10年、20年の間に急激に減少してきています。自宅での死亡率が高かった要因は、3世代同居率が高いことと言われていました。

・しかし、最近、3世代同居率と自宅での死亡率の相関関係が全国的に見ても消えてきているという状況があります。この背景は、3世代同居していても、日中、働きに出ていますので、必ずしも、3世代同居だから家庭の介護力が高いわけでもない状況もあります。

・山形県でも家庭の介護力が低下しているという現状がありますので、そこを様々なサービスを活用することで埋め合わせて、在宅療養を支えていく体制を構築することに取り組んでいます。

3. 在宅医療介護を担う人材の必要性

・これから在宅医療・介護を進めていくためには、人材をいかに養成していくかを考えなければいけません。山形大学医学部では、全国の医学部でも初めて在宅医療、在宅看護を看板に掲げた教育センターを創設しました。

・医師会、看護協会等の様々な団体と協力し、どういうニーズが地域の医師会、看護協会にあるのかを調査した上で、それに合った教育プログラムを作って、今まで病院の勤務医、看護師だった人たちが在宅をやっているというときに、それに合った対応ができるような教育プログラムを組むことにしています。

・訪問看護ステーションがこれからの鍵なので、看護から取り組みを進めている状況にあります。特に、がん患者の在宅療養も増えていて、在宅で抗がん剤を使用し療養を継続している患者もたくさん出てきています。

・抗がん剤も医療の技術進歩で新しいものが出てきていますので、最新の知識も得られるような教育プログラムを作り提供しています。これは病院で働いていた人が在宅へ行ったときの橋渡しにもなりますし、ずっと在宅をやっている人たちが最新の知識を得るための教育の機会にもなります。

4. エビデンスに基づく地域医療提供体制の再構築の必要性

・地域包括ケアだけではなく、医療提供体制の見直しをこれから展開していくには、急性期の集約化、後方機能をそれぞれの地域でどう作るかということも、地域の実情に合った形で、地域ご

とに進めていくことが重要です。

・社会保障制度改革国民会議の報告書で、データをもとに、医療ニーズと提供体制のマッチングというのをきちんと考えないといけないということが指摘されています。

・地域包括ケアとの関連もあり、医療計画の計画期間を6年にして在宅医療、介護の記述を充実させていくということが言われています。

・これから都道府県ごとに地域医療構想を作っていくことになっています。地域医療構想は、2025年の医療需要がそれぞれの地域ごとに、入院・外来別、疾患別の患者数がどうなっていくかを念頭に置いて、2025年にそれぞれ二次医療圏ごとに、どういう医療提供体制を目指していくのか、医療機能ごとの必要量を定めることになっています。

・地域包括ケア、在宅医療とか介護については、基本的には市町村単位で、それを県全体で積み上げていくこととなりますが、そうした地域医療構想をそれぞれの地域の中で作成し、その地域でどれくらい医療需要が変化していくのかを念頭に置いた体制を作ることになっています。

・医療機関が自分たちの各病棟が高度急性期なのか、急性期なのか、回復期なのか、慢性期なのかという病床機能を報告するとともに、病棟で果たしている機能がわかるような様々なデータを、国・都道府県に報告していく病床機能報告制度が10月から運用開始されます。

・この制度は、来年度から都道府県が地域医療構想を作成するので、都道府県の役割の強化などとともに、今回の「医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の中でつくられました。

・この地域医療構想は、地域包括ケアだけではなく、急性期からの医療機関の再編について、全体のビジョンを都道府県が提示していくこととなります。都道府県がこれまで作成していた医療計画からさらに1段階進んだ構想を作っていけるかが大きな課題です。

・今までの医療計画でも、それぞれの二次医療圏ごとに、5疾病、5事業について、急性期、回復期、長期療養の機能をどの病院が担うのかを計画の中で示すことになっています。しかし、ほとんど現状追認型で、それぞれの医療機関の報告どおりに、そのまま計画に記載される形になっています。

・地域医療構想が念頭に置いているような、2025年に向けて、医療機能ごとに必要量を定めるということが新たにできるのが課題となっています。

・例えば、医療の世界は急性期志向が高いので、地域のニーズにより急性期から回復期・慢性期にシフトしてほしくても、医師・看護師も急性期をやっていたところがほとんどだと思います。

・そうしたときに、都道府県が利害調整、ビジョンづくりをどこまでできるのかということがあります。

・山形大学では蔵王協議会というのを設置してまして、大学だけではなくて、関連病院会、県の健康福祉部、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会という関連団体に入っていて、人材育成とか地域医療のあり方について検討することになっています。

・地域医療ビジョンづくりについては、県のほうからも、大学でイニシアチブを取ってほしいという話がありましたので、蔵王協議会の中にある関連医療施設部会において、関連病院とこれから

県内の医療体制をどうしていくのかを議論していくことになっています。

・都道府県の役割が強化されていきますが、都道府県が現状を把握し、問題点を検討、ビジョンを作成するのは、ノウハウの面、医療機関との利害調整等を考えても難しい部分があります。

・そこで各都道府県に最低1つは、大学の医学部があり、社会医学系の公衆衛生学、私のような医療政策学、病院管理学等の講座があります。各地域の病院への人材供給源になっているのも大学の医学部ですので、そこと協力してタイアップすることで、そうした取り組みを展開していくというのも一つのスタイルなのではないかと思います。

・山形大学ではそういう形で取り組みを進めておりまして、蔵王協議会の流れの中で、大学に医師適正配置委員会を設置しています。

・この委員会は、大学が急に医師を引き揚げたりして地域医療が混乱することがないように、人事異動の必要性なりをきちんと評価していくこととしています。大学と市中の病院との間の人事異動は、委員会の承認を得るという形になっています。メンバーは県の健康福祉部、関連病院、県民の代表、完全な第三者です。

・そういう委員会等で議論のベースになる調査をしているのが私の講座です。県内の医療機関別に、どういう診療機能を果たしているのか、どれだけ患者が来ているのか、そこで、どれだけ、どういう手術をやっているのかというのを、定期的にデータを出していただいて分析しています。現状を把握したデータをもとに、今の蔵王協議会とか医師適正配置委員会、さらには、県の様々な審議会でも、具体的にデータを使って議論しています。

・今までの医療行政では、具体的なデータ、エビデンスで議論されることが比較的少なかったという実態があります。ただ、最近、現状を把握したデータもいろいろ分析できる状況になってきています。これから地域医療構想を作っていく上でもデータをうまく使っていけるのかというのが大きな課題です。

・データの解釈・対策にはいろいろな考え方があり得ますので、エビデンスだけで何でも合意形成ができるわけではありません。ただ、現状と課題等を議論する材料は、そうしたデータの分析から出せるのではないかと思います。

・医療提供体制の再構築や地域包括ケアシステムの構築を進めていく上でも、現状把握されたデータを都道府県の地域医療構想にもきちんと反映させていくことが、重要です。

・これから都道府県の役割が重要になってきます。各都道府県の医療行政を担当している部署と大学の社会医学系の講座との協力関係で、こうした取り組みをそれぞれの地域で広げていくことが重要です。

6 質疑応答

〈委員〉

ここ10数年、父親と母親の介護にかかわりましたが、ある意味では両親は恵まれていました。柏崎市で生まれ育ったのですが、同じ町内の中に柏崎総合病院ができていまして、その一部に療養型病床群があり、顔見知りの人がそろっていました。

同じ町内にそれだけの病院があって、医療と介護が一体になっていましたからできたのであって、ほかではそうまくいかないのです。

お話にはありませんでしたが、腰骨の4番と5番辺りが潰れて、自宅では動けないまま、病院へ入ってリハビリ等を受けている人がたくさんいます。ところが、診療報酬の改定で、リハビリの回数が大幅に減らされ有料になり、保険の対象にならなくなりました。

私は知事就任中に、地域にデイサービスセンターを設立していただき、ニーズに合ったデイサービスを提供してもらえれば、制度と関係なく県が人の手当てで補助をすることを実施しました。ところが介護保険制度ができたときに、リハビリをする専門の人を配置しないとデイサービスとして認定されなくなりました。

こういうところは、新潟県内で40か所ありました。介護保険に移るか、対象にならないけれども、この制度のほうがやりやすいので、そのまま残るかという選択を迫られた地域が随分ありまして、半分ぐらいは残りました。地域のニーズに全国统一の制度では合わなくなるということがあります。

今日の説明にはありませんでしたが、新潟県の病院も機能分担をするときに、置賜方式が重要な見本になりました。

第3次救命救急医療センターを県内にバランスよく配置すること、脳の急患のため市町村の役場まで最低40分以内に駆け込むことができるという体制をとることを考えると、新発田と南魚沼の2か所に不足しているの、その2か所で第3次救命を実施することにしました。

新潟県内の15の県立病院を中心にして、民間の医療機関との間で役割分担をしました。民間の機能を下げて、県立病院を地域中核病院にすることによって機能を高める、それによって医者の確保もやりやすくなるという、置賜と同じやり方です。これは調整に非常に手間取りましたが、最終的には何とかまとまって、順調に入れ始めたというところです。

医療はだれが提供するかということと、だれが責任を持つかということが、医者配置のこと一つ考えてもはっきりしてない部分がたくさんあります。人口250万の県の新潟大学医学部の定員と、それよりもはるかに少ない人口の県の医学部の定員が同じ100名というのは、どう見てもおかしいのです。

医療と介護は、一体としてみななければいけないのですが主役を担う人が違うのです。介護保険ができたとき、このままでは保険料が上がりまくいかなさうと言われてきました。国民健康保険も市町村で賄い切れないから、県に押しつけようとして、これもうまくいっていません。国の税制もあるのですが、命は国が基本的に責任を持つ、介護はできるだけ地域でというほうがいいのではないかと考えています。

人工透析を例にあげると、診療報酬が悪く赤字になるので診療しないところが増えると患者が予約できなくなります。そうすると県立病院が赤字になり収支が悪化しても人工透析を増やさざるを得ません。

診療報酬は、地域の医療の実態と合った報酬体系になっておらず、開業医に寄った形になっています。大病院が不利になる体系になっているということも含めて、医療の責任は国がちゃん

と持つということと、介護は、できるだけ地域でやりやすい体制の中で認めていく、国でメニュー化をあまりしないというほうがいいと思うのです。

今の体制というのはどう評価されているか。特に、その後、置賜方式がうまくいっているのかということが気になります。

〈講師〉

国、県、市町村の役割ですが、私も医療保障の最終的な責任は、国が持つべきだと思います。

一方で、医療提供体制、医師数、病院等の配置、さらには医療費を見ても、各地域でかなり格差があります。そうした中で、国が地域の特性に応じたきめ細かな体制をとることには限界があると思います。

国は、診療報酬等は最低限決めなければいけませんし、各地域で実施できるようにする最終責任を負うべきです。しかし、地域医療構想のような、具体的な医療機関の配置等の体制整備、再編については、都道府県がそれぞれの地域で二次医療圏を単位として考えないときめ細かな対応ができません。

医療機関の再編の誘導策等の方向づけを診療報酬だけでやろうとしても無理があります。

今回、消費税の増税分を財源として、各都道府県に基金をつくり、各地域の医療提供体制の見直し、今後は介護とか地域包括ケアの部分にも使っていけるような体制を実施することになりました。そういう財源をもとに、都道府県がきめ細かな対応をしていくという方向性が妥当ではないかと考えています。

冒頭お話のあったリハビリなどの話も、地域包括ケアという中で、医療から介護へという流れが進んでいます。今、介護保険の給付費の約3割が医療系のサービスになっています。

これは高齢者医療費が増加していくのを抑えたいので、医療系のサービスを介護保険のほうに回そうという縦割りの発想で行われたものです。そのため医療系のサービスが医療保険と介護保険の両方にまたがってしまっています。そこを線引きしないといけないということで、給付調整のルールをいろいろ作るわけです。

訪問看護は、介護保険が優先され、がんの末期、医療の依存度が非常に高い人については、医療保険で出すという線引きをしています。リハビリについては、基本的に急性期から回復期までを医療保険で出し、ある程度状態が落ちついて、維持期に入ったら、介護保険で出すという線引きをしています。維持期は、ある程度日数なりで線引きすることになってしまいます。

ところが、医療保険と介護保険というのは給付の考え方が全く異なる制度です。

医療保険の基本理念は、負担は少なく必要な医療がきちんと受けられるようにするということです。そのため高額療養費制度があります。

しかし介護保険は、要介護度別の給付の限度額があります。給付限度額を超えると自己負担になる制度です。その制度に医療系のサービスをつぎつぎと移していくとなると問題が起きるということです。

介護保険に医療系のサービスもかなり入れたがための線引きを、給付原理の違う制度下でやらないといけなくなったところの構造的な問題があらわれています。

維持期のリハビリを医療保険でやる日数の要件とかをもっと厳格化しようという議論もまた出てきていますので、その辺は丁寧な検討をしていかないといけないのではないかなと思います。

置賜方式のお話ですが、基幹病院に機能を集約しほかの病院を縮小して、スタートはうまくいきました。ただ、置賜総合病院のエリアで人口がどんどん減少しているのに、同じ二次医療圏内で一番人口が多い米沢市が病院の再編統合の中に入っていないのです。米沢市立病院も急性期の機能を担っているので、一番患者数が多い米沢市からの患者は、置賜総合病院ではなく、米沢市立病院に行きます。

置賜病院では、看護師も、患者10人に対して看護師1人の体制をとっているのがぎりぎりの状態です。10対1から落ちると急性期の病院ではなくなってしまいます。山の中にある病院ですのでマンパワーの確保に苦しんでいます。

二次医療圏で見たときに、人口減少地域で急性期病院が別にあるという、分散傾向が課題として出てきています。

〈委員〉

都道府県が構想を作成し、責任を持って自主的に実施するとなると、都道府県からは、権限がない、という声が出ますが、その点については何かありましたか。

〈講師〉

地域医療構想等でどう選別していくかは、基金を使って医療機関をどう誘導していくのかということになると思います。

都道府県に権限のあるなしにかかわらず、各医療機関も、今の状況のままですとやっていこうと思っても、なかなか厳しい状況にあるので、医療機関ごとにどうしていくかというのを考えていく場を都道府県が作っていかなければいけないと思います。ただ、いきなり県にやれと言っても難しいので、大学などともうまく協力して、タイアップした取り組みを展開していくことが不可欠ではないかと思っています。

〈委員〉

医療の場合は、ニーズをどうつかむかというのは大変難しいです。

医療の提供体制は、ニーズは無限大で命は地球より重いという前提があります。そこで供給能力が1%でも増えれば、よりいい医療ということになります。ただ、それを抑えるのは財政です。財政力不足以外には抑えられません。

また、医療政策が成功しているというのを何で捉えるのかというところが、大変難しいと思います。

もう一つは、医療を民間に依存するというのは大変難しく、医療サービスを財政的に援助して

いくには限度があります。やはり公共サービスという形で、医療・介護サービスは公務として提供していくことが必要です。1兆円で1人当たり500万の person 費を払えば20万人雇えるわけです。ということは、10兆あれば、500万で、200万人雇えるわけです。そういうようなことも社会保障政策として考えていかなければいけません。

供給本位でいくと、きりが無いと思いますので、お話のなかで覚悟というのが出てきましたが、覚悟というのも上から強いるのであれば難しく、下から上げてこないとできないので、そうしたものを小学校から教育する。そういった教育も含め総合的に議論しなければいけません。

〈講師〉

民間依存は難しいという問題は、確かにあると思います。一方で、保険等は公的にやっていますが、医療機関で見ると、歴史的な経緯もあり民間主導というか、病床の7割は民間病院になっています。その中でも全国的に一番自治体病院の割合が高いのが山形県です。

全国的に見ると、むしろ医療提供体制は民間病院のほうが比重としては高いところがあります。そこに日本の医療提供体制、医療システムが抱えている歴史的な問題点があるのかという感じはします。

医療機関の再編を進めていこうとするときに、自治体病院の場合は、病院を所管している首長が、病院の機能を見直すと選挙で戦えないからという理由で、進まないこともあります。他方で、民間病院は、それぞれ、理事長だ、院長だと思っている病院経営者をまとめて再編するということが難しいことも事実です。

難しい医療機関の再編をどう進めていくかということを議論していく中で、変な議論が最近いろいろ出てきており、例えば、非営利ホールディングカンパニー型法人を造るという話です。

様々な法人を再編・統合しようとしたときに、ホールディングカンパニー、持ち株会社のようなものを上にかぶせ、その下にいろんな医療機関をぶら下げれば、再編を進めやすくなるのではないかという議論をしている人もいます。

ただ、そのホールディングカンパニー型法人の意思決定方法については、出資比率等によるという提案も一部からは出ていました。その場合、結局、財政力のあるところの声が地域で非常に大きくなるような提案です。どのように制度設計していくのかはこれからの議論ですが、うまくやっていかないといけないと思います。

今まで民間主導でやってきているのは、歴史的な経緯の中で仕方がない部分なのですが、そうしたものと両立をいかに図っていくのかというのは、これから十分検討していかないといけない大きな問題なのではないかなと思っています。

〈委員〉

地域包括ケアシステムの2025年の姿の説明を伺って、財政面から見ても実現の可能性はどうなのかと思いました。

冒頭、新自由主義的な医療制度改革に疑問を感じたという話を伺いましたが、最初に診療報

酬のマイナス改定をしたのが小泉内閣です。あのときの担当主計官が、今度、主計局長に
られた。

これは厚生労働省だけの話ではなくて、国交省、総務省等と連携してやらなければ、なかなか
難しい話だと思います。政府として補助金等を重点的にこれに充て、制度としてやっていかれる
のかが疑問です。

訪問看護師は、24時間対応は結構きついで、どんどん人がやめていくという話も聞きます
し、訪問看護師の確保が果たしてどうなのか。

その2点で、実現可能性については、なかなか難しい話だなと思ったのですが。

〈講師〉

今、厚労省は、地域包括ケアシステムを国策として、進めていくと言っています。診療報酬、補
助金をほとんどこちらに、重点配分という意味では、完全にシフトしている状況が実態としてあり
ます。

あまりに原理主義的にやり過ぎてもうまくいかないとは思っているのですが、ただ、なるべく住
みなれた地域で、その人らしい療養生活を送れるように、それを支えていくシステムを構築しよう
という理念、方向性自体は間違っていないと思います。全員が住みなれた地域で在宅の療養
生活をやっていけるというようなことまでは、絶対いかないと思いますが、なるべく裾野を広げて
いこうということなのではないかとは思っています。

訪問看護師がやめていかれる問題の対応として、訪問看護ステーションを集約、大規模化し、
1人当たりの負担を軽減していくということが必要だと思います。

看護師の数にも当然限りがありますので、どううまく配置していくのかということもあります。先
ほども申し上げましたが、急性期医療の集約で、看護師の余剰が出る分を訪問看護ステーショ
ン、在宅に回していこうというのが厚労省の大きな狙いではあります。

ただ、診療報酬の誘導では、これまでの歴史をみてもなかなかうまくいきません。都道府県、
地域が、補助金などをうまく組み合わせた地域ごとの対策を考えていくことがどうしても不可欠で
す。

〈委員〉

市町村が困っているのは、主体は別に公的な市町村がやる必要はありませんと言われている
ことです。場合によっては、まとめ役を農協等が行ってもいいと言われています。農協の所有し
ている医療機関で、介護を併せながら地域包括ケアに乗り出しているところは幾らでもあります。
成功している例もあります。

もう一つは、各省ごとに地域の問題に向けた対策を作成しています。定住自立圏を進める省
庁もあれば、地方中核都市もあります。一方でコンパクトシティ等も出てきて、どうすればいいの
かということになります。各省庁で連携をとってやっていますと言うのですが、現場が混乱します。
このことについて何か解説していただける点があれば。

〈講師〉

市町村が責任を持つというときも、あくまで行政主体のレベルでの責任主体が市町村ということです。そこで、どういうところが具体的に地域での連携のハブになるかというのは、各地域の事情によって様々なのだらうと思います。

例えば、先ほど申し上げたような町立病院。中山間地等で町立病院を持っていて、ほかに開業医もほとんどいなくて、唯一の医療資源がその町立病院だというような地域であれば、町立病院に介護系のサービス、健康づくり等のセンター、町役場を併設し、そこが地域包括ケアの拠点になるというスタイルもあり得ると思います。

あとは、その市に大勢の開業医等がいる場合、医療・介護の連携のときに肝になるのは、医療の部分だと思います。医療資源が比較的多い市であれば、医師会等が主導になる場合もありますし、病院でやるところもあるでしょう。すべての地域で条件が同じところからのスタートではなく、今ある医療・介護資源を前提とした取り組みを、これから進めていくということになる以上、それぞれの地域によって違ってくる部分があるのかなと思います。

ただ、地域の中でいろんなサービスの体制を考える、行政レベルでの責任主体は、市町村ということだと思います。

〈委員〉

地域包括ケアシステムを構築するために、P30にあります病床機能報告制度があると伺いました。このデータが出てくることで、都道府県としても、ある程度、どの病院を再編したらいいのかな等、エビデンスを持ってできるという意味では非常にいい制度だと思います。

この制度というのは、義務化されているのでしょうか。またこういったデータが上がってきたときに、これが県の中にクローズで保護されてしまうのか、それともフリーで、だれにでも見られるようになっているのか。25年をビジョンにするということであれば、人口統計との整合性、ほかの要素との分析というのが非常に必要だと思うのですが、そういうことができるようになっていきますか。

私は、できれば、公開されていたほうが良いと考えています。増田ショックとか、国土交通省では言われていますが、私たち、国土交通省の委員をやっていると、前から共有しているデータが、世の中には発信できてないところがありました。民間の人たちが、そのデータを使って分析し、ショッキングなレポートを出してくれることによって自治体が動き出すこともあるので、そういうことがされているのかどうかというのを伺いたいと思います。

〈講師〉

報告制度の義務化については、この前、成立しました「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」でこの制度を作ることになっています。病床機能の報告制度も10月からスタートします。都道府県で地域医療構想を策定する

ことが、法律上定められましたので、それはこれから進められていくこととなります。

病床機能報告制度で、出てくるデータがどこまで使えるのかはよくわからないところがあります。このデータは病床機能報告制度を策定する目的に限定するというのが言われていて、基本的にそういう取り扱いになっています。

ただ、地域医療構想作成の過程があります。県ごとに構想策定のための協議の場を設置することになっています。そこには報告されたデータを出します。構想策定に協力するプロセスの中で、狭い意味で県庁の中だけに限定されずに、関係者も使えることにはなるかもしれません。

この構想策定目的に限定というのをどこまで厳格に対応するのか、また、各県でどう対応していくのかといったところにもよってくると思いますが、まだはっきりしていない状況です。

〈委員〉

このビジョンはいつ出すのですか。

〈講師〉

今年度中に厚労省でビジョンのためのガイドラインを作って、来年度に出すことで、検討が進んでいます。

〈委員〉

お話にありましたデータというのは、推進会議の中の専門部会のメインの仕事なのですか。

〈講師〉

今、医療機関が診療報酬を請求するとき、レセプト、診療報酬の明細書を保険者に出しています。レセプト情報をいろいろ分析すると、各医療機関で、どういう医療行為をどういう患者にどれぐらいやっているのかとか、そういうのが事細かに、分析可能な状況になってきています。

いわゆる医療版のビッグデータみたいな状況なのですが、それをいろいろ分析していて、それぞれの地域ごとに現状把握とか、そうすることするツールとして使えないかということです。

〈委員〉

ということなのですね。じゃあ、このニーズと供給体制のマッチングのデータではない。

〈講師〉

その一つとして、レセプトデータ等を使ってということはありますし、大規模病院ばかりとは限りませんが、急性期の病院は、今DPCという包括の支払い方式になっているのですが、DPCの病院も、かなり細かな診療内容に関するデータを厚労省に提出していますので、そういうレセプトとかDPCデータで各病院が、どういう機能を果たしているのかというのをかなり事細かに分析するというのが専門部会での話で、それがそのマッチングの話の一つです。

病床機能の報告制度も、一部レセプトデータも活用はするのですが、それもマッチングの仕組みの一つとして使っていくということです。

〈委員〉

資料P22のところで、自宅死亡率の推移という折れ線グラフで、山形県が昔は自宅の死亡率が高く、それは3世代の同居率が高かったことが要因なのではないかというご説明があったのですが、最近の話で、2009年とか10年を見ると、東京都が上昇していて、山形県は減少しているというところの要因は、どんなことが言われているのでしょうか。

在宅医療・介護を担う人材が東京都には集中していて、山形県は不足しているという発想で、山形県の取り組みとか、あるいは、地域包括ケアシステムの発想というものが出てきたのかどうか。

最後が、医者の転勤について、どういうシステムになっているのかということをお教えいただきたいのですが、山形県の医師適正配置委員会では、P36のところに転出入医師異動理由書というものが書かれていて、こういった形のもので異動するということをやられると思うのですが、基本的に、お医者さんの異動というものは何らかの縛りがかかるようなものなのでしょうか。

〈講師〉

自宅死亡率が減少している理由については、それぞれいろいろな人が言っていて、なかなか定量的に示すことが難しい部分があります。山形の場合は、昔に比べると、3世代が同居していても、日中、働きに出る世帯が増えている影響もあるのではないかと話もありますし、最期は病院にという風潮が全国的なトレンドよりもおこなってきたのかもしれないという話もあります。

他方で、東京の自宅死亡増加については、かなりの割合が孤独死の増加だと言われています。あと、自宅での自殺者が多かっている影響もあるという説も一部出ています。ただ、どういう影響でどうなのかというところは、必ずしもはっきりしていない部分があります。

人材不足との兼ね合いにもなるのですが、確かに山形県の場合も、置賜総合病院という基幹病院であっても、過疎地、山の中にあり、看護師の確保に苦労しています。基幹病院ですらそういう状況ですので、訪問看護ステーション、介護系のサービス、そういうところの人材確保というのは、都市部に比べるとなかなか困難な実態が、地方に行けばいくほどあるのかなという感じはしています。

当然、山形県内のマンパワーにも限りはあるわけですが、そういう中で、在宅にも目を向ける人をふやしていかないと、なかなか大変なのでいろいろな取り組みをやっているところです。

医者の転勤のルートも、それぞれの医者がどういう形になっているかにもよるのですが、昔は、大学の医局に属して大学で勤務していた人が、医局から関連病院に派遣されて、どこかの病院で働いて、その後、また医局の異動で別の病院に行って、また大学に戻ってという、地域の中をぐるぐる、医局の人事のローテーションの中で動くという人がほとんどで、あとは、自分で開業するというのが一般的だったのです。

しかし、2004年に初期臨床研修制度が見直しになって、研修医も研修先を自由に選べるということになってから、みんな都市部の待遇のいい病院等にどんどん自由に研修で行って、そこから自由に、いろんなところに転々として行って、どこの医局にも属さないような人たちも増えてきています。

そういう人たちは医局の人事のローテーションということにはならず、それぞれ行きたいところを渡り歩いていくという形になるのですが、それでも、最初はどこかで研修して、自分の出身大学かどうかはともかくとして、どこかの医局に属するという形をとっている人がまだ多いのは多いと思いますので、そういう人たちは大学の医局の人事のローテーションでいろいろ回るといふ形になると思います。

大学が急に10人、20人医師を引き揚げたので、病院が機能不全になって閉鎖しないといけなくなったということも、人材供給源の大学の医局がそういう人事をやってしまうと起こるわけです。

山形大学の取り組みというのは、各地域の病院の機能不全を起こしてしまっはいけないので、人事異動するときには、医師適正配置委員会というのを通して、そこが了承しないと、幾ら各講座の教授がここから10人引き揚げるといふことを言っても、この委員会が承認しなかったらだめです。

この委員会では、その病院が地域でどういう機能を果たしていて、どれぐらい患者を診ている、地域の中のほかの病院との関係がどうなのかというところの動向のデータをもとに、本当に引き上げて大丈夫なのかどうか、そういうケースがあれば判断するということをやっているという仕組みになります。

〈委員〉

山形は、過去に医師不足で大変だと言われていたわけですが、それは大丈夫なのですか。

〈講師〉

人口当たりの医師数で見たら少ないほうですし、確保は大変な状況なのです。ただ、そういう中でも、医療崩壊という状況にならないように、少ない中でうまくバランスよく配置しようということで、こういう取り組みをやっています。

〈委員〉

熊本大学は、医学部が研修医制度で医師を配置できなくなって、地域医療の病院が崩壊しているという悩みを聞くのですが、山形は配置できるのですね。

〈講師〉

何とかかろうじて、少ない中でやっているという。

〈委員〉

新潟のほうは、新潟大学が責任を持ってやれなくなりました。

〈講師〉

山形の場合は、今まで、東北大学出身、新潟大学出身等のほかの地域の大学出身者が比較的多かったのですが、新潟大学系の人が多かった病院も、なかなか新潟大学のほうが出せなくなってきた、山形大学への依存度が高まっている中、少ない中でどううまく回すかというので、こういう取り組みがあります。

データをもとに議論すると、それですべて解決するわけではないのですが、ある程度、説得力があり、ほかの人を納得させる材料にはなります。

例えば、医師不足で医師を派遣してくれということをどの病院も言うてくるわけですが、じゃあ、どこが優先度が高いのかというときに、ある病院は、うちは大変だから出してくれと言ってきても、ほかの地域を見たら、もっと少ない医師数で、もっと多くの患者を診ているようなところもあるわけですね。

そうすると、こういうデータは優先順位を決めるための説明材料になると思いますので、そういう形で、何とか苦労しながらやっているということです。