

2 医療提供体制の再構築と地域包括ケアシステム

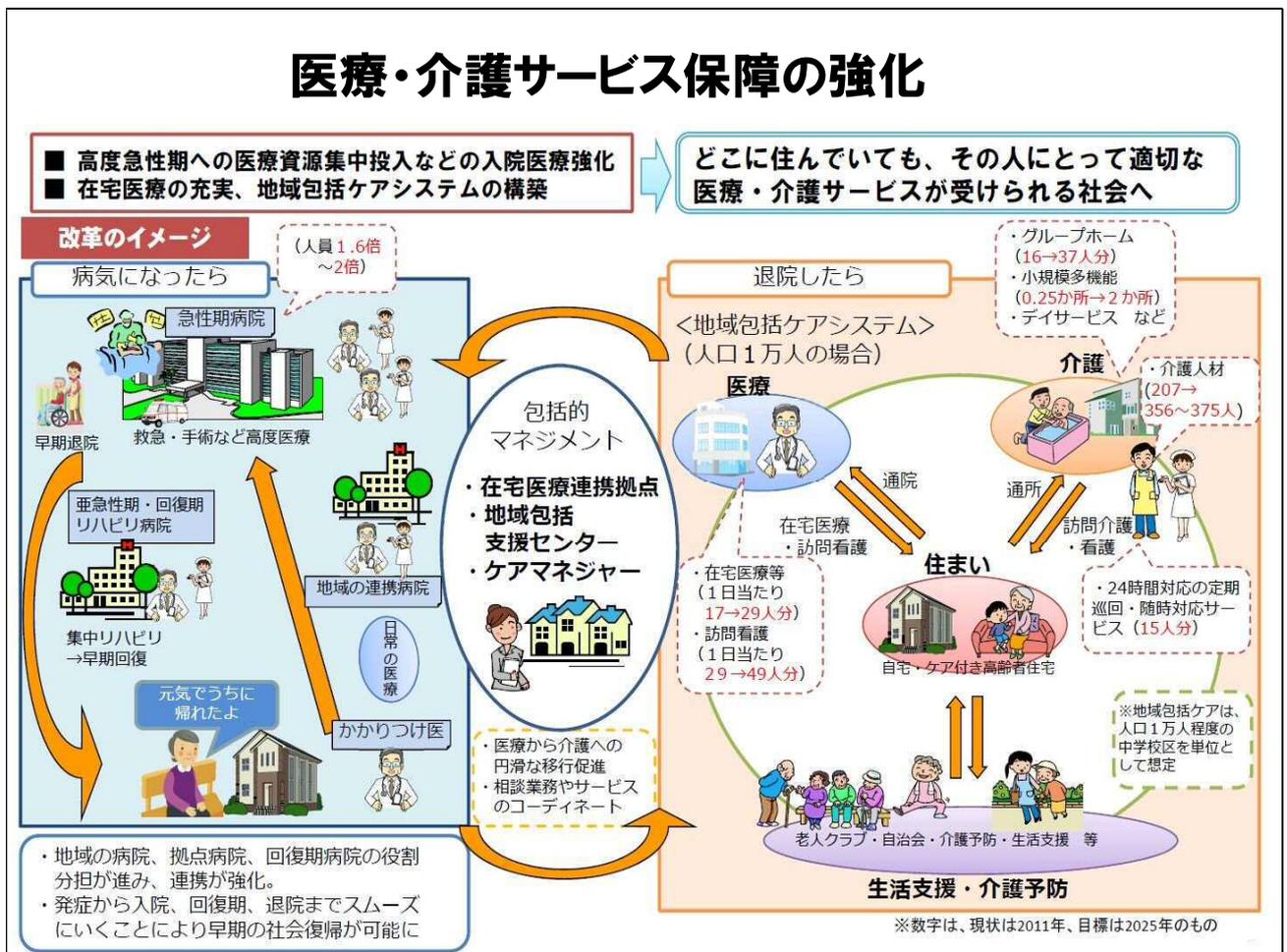
村上正泰氏（山形大学大学院医学系研究科医療政策学講座教授）は、山形大学の医学部医療政策学講座で、地域医療提供体制の研究を行っており、その中で、地域包括ケアシステムについての検討を行っている。今後どういう方向で医療・介護の提供体制の見直しを行っていかねばいけなにかについて話を伺った。

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る。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検討したい。
- 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挙げられる。2025年に団塊の世代が後期高齢者になることを考えると、これからの医療・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ならない。
- 高齢者は急性期医療を受けても病気が完治するという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。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というえ、合併症も起こしやすく、予後も社会的な環境に影響される。
- 最近、キュアからケアへということがよく言われるが、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、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を変えていく必要がある。
- 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しまい、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った。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。
- 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は、経営も成り立たなくなるということが実際に起きている。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避けられない。
- 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が必要となっている。

- 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ある。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っている。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である。
- 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いる。急性期の病院と後方的な機能の病院の役割分担・連携を進めていき、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という内容になっている。

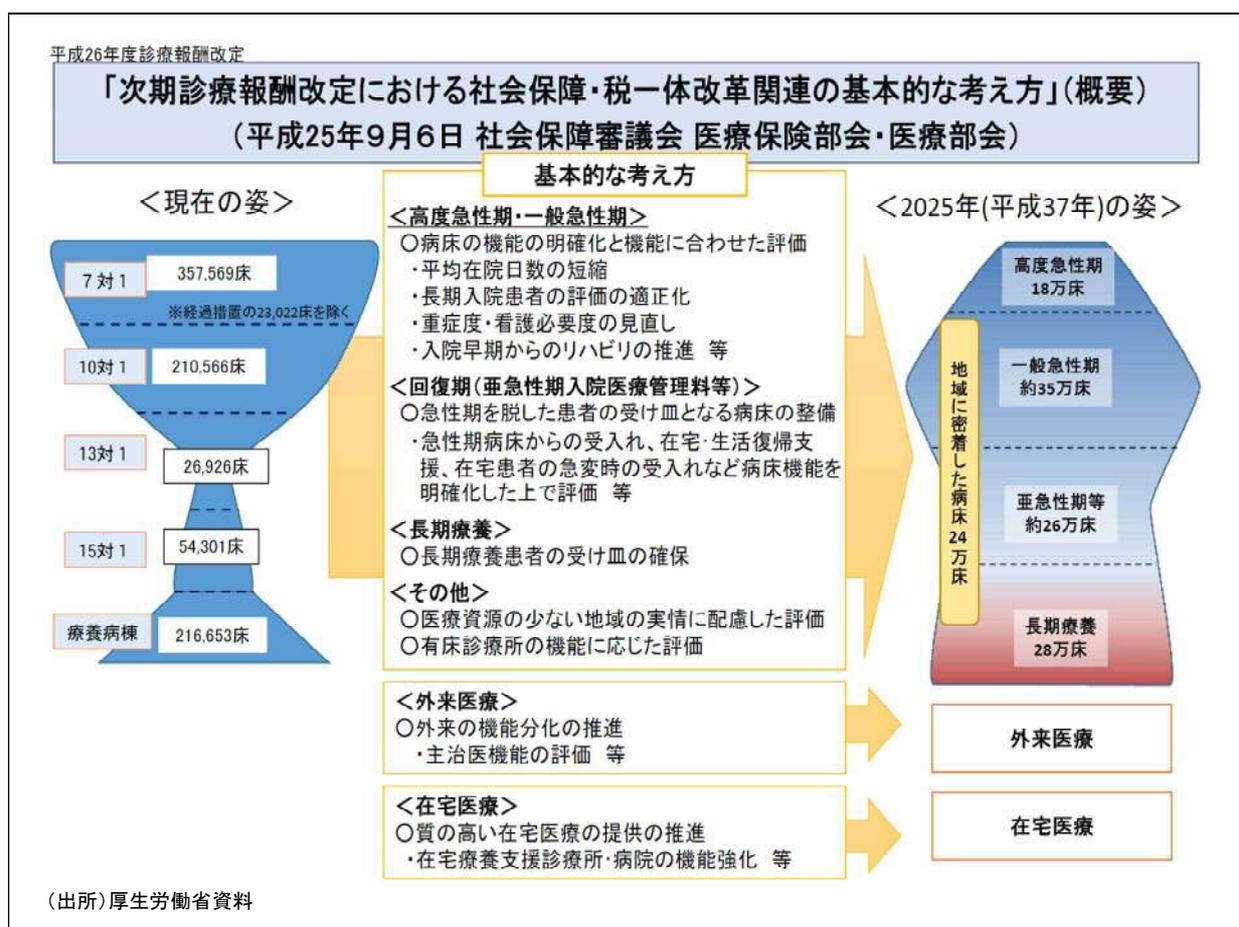


資料1 医療・介護サービス保障の強化(厚生労働省資料)

- 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るし、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う。今年度の報酬改定でも、将来像に向けた改革を行っていこうと

いう絵が描かれている。

- 資料の左側〈現在の姿〉に病床数が示されている。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る。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ている。図の7対1は、患者7人に対して看護師を1人配置しているということで、7対1は、一番診療報酬の点数が高くなっている。



資料2 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)
(厚生労働省資料)

- この7対1は、2006年の診療報酬改定の際に導入された。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た。ところが、現状では、36万床弱、厚生労働省の当初の見込みの18倍弱になっている。
- このような増加の背景には、7対1を算定し、重症な患者を診るべき病床であるにもかかわらず、実際は、必ずしも重症患者を診ていない医療機関がある。
- 資料2の右の図が、社会保障・税一体改革の中で示された、2025年に必要となる病床数になる。これに比べると現在の姿が頭でっかちなので、診療報酬改定で7対

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ある。

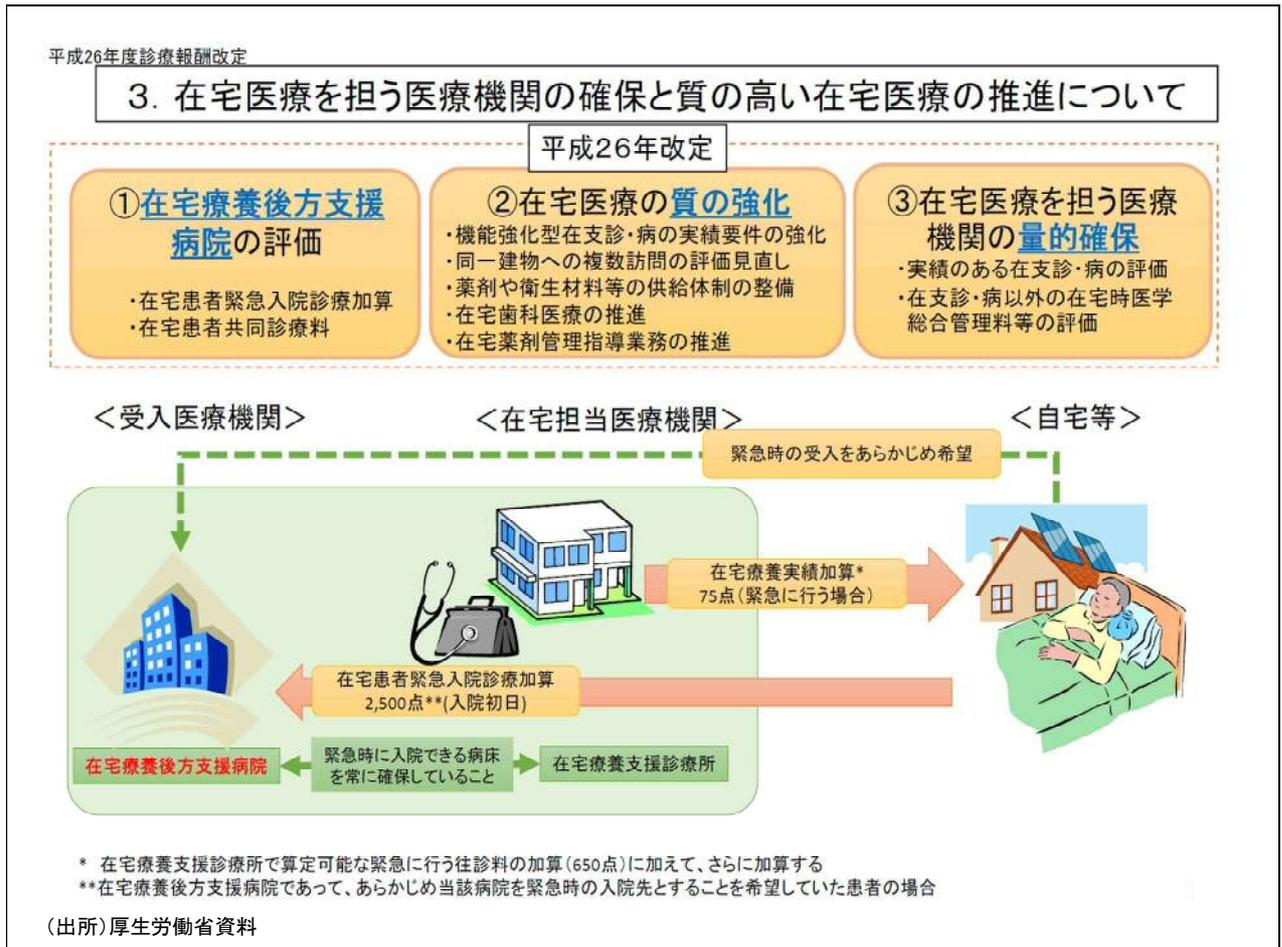
- 急性期病院に軽度の入院患者が増えると、そこでしか対応できない重症度の高い急性期の患者が診療を受けられなくなる。そのため、軽度の急性増悪の患者を受け入れる機能も併せ持つ、地域包括ケア病床を設け、そこで在宅療養患者もバックアップし、急性期病院と在宅との間をきちんと橋渡ししていく病院をそれぞれ身近な地域で充実させていく流れになっている。
- 地域に密着した中小規模の病院が地域包括ケア病床の機能等を果たしていくため、地域の中でどのように整備していくかということは、地域包括ケアを構築するうえでも重要である。
- 診療報酬上も基準等はそれぞれの病床の種類により違うが、必ず診療報酬の算定要件に、自宅等退院患者割合、在宅復帰率を入れることで在宅への流れを進めている。ここで厚生労働省が言う在宅は、自宅だけではなく、居住系の施設等も含めて在宅と言っている。

2. 外来医療の改革

- 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る。
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る。
- 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る。
- 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である。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る。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るが、不適切な事例が起きて問題になっている。
- 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

ている。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った。

- このようなことを防ぐため、2014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には、診療報酬点数がかなり引き下げられた。このことによって、逆に今までまじめにやってい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る。



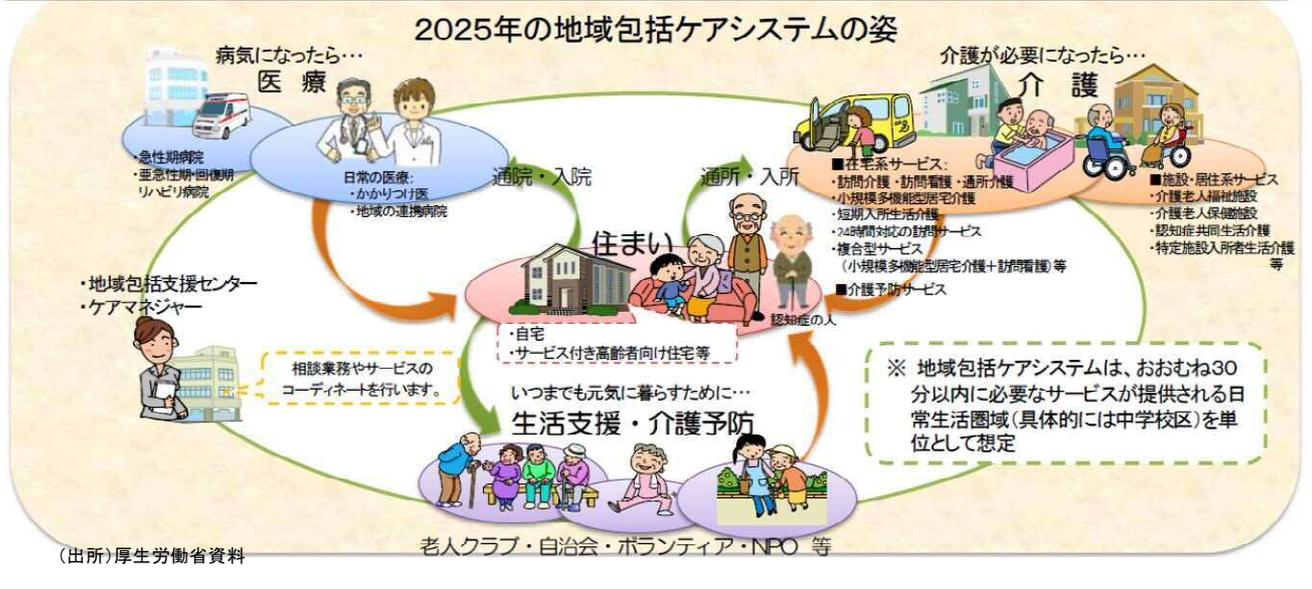
資料4 「在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について」(厚生労働省資料)

- 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、その裏をかいて先ほどのような悪質な事例が起り、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う。
- 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るが、なかなか進んでこなかったという現状がある。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三つの問題点が共通して指摘されている。

- 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を考えなければいけないし、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ければいけない。このため、厚生労働省が2025年の地域包括ケアシステムの姿を示している。

地域包括ケアシステム

- **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の実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**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ことが必要**です。



資料5 地域包括ケアシステム(厚生労働省資料)

3. 地域包括ケアシステムの構築

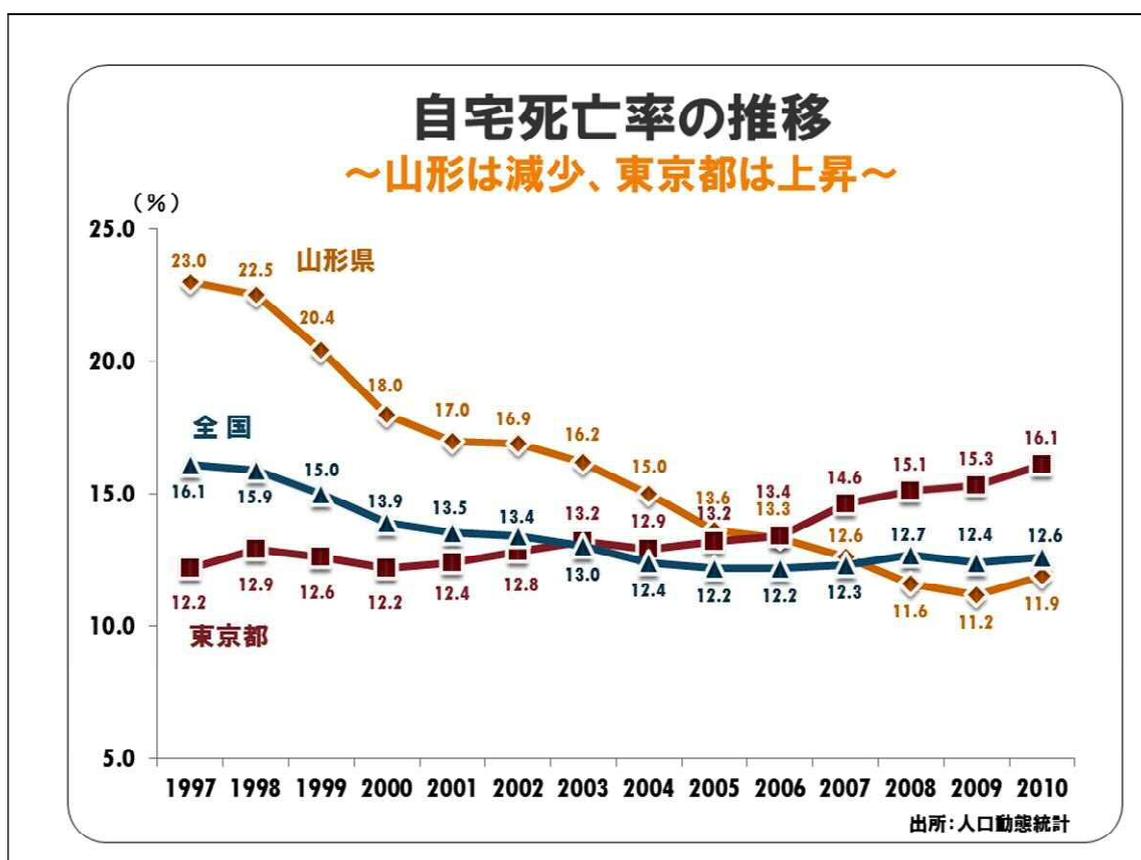
- 地域包括ケアシステムは、日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定し、住まい・医療、介護・予防・生活支援等のサービスが、おおむね30分以内に必要な性に応じて提供されるシステムである。
- 地域包括ケアシステムの大きな課題には、住み慣れた地域で自分らしい生活を支えるサービスの流れをどのようにつくっていくかということがある。高齢患者が今までのような入院を継続することで療養生活を送るということは、その人らしい生活という意味でも問題がある。

- 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ている。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かない。
- 今回の診療報酬改定により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るが、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かない。
- 高齢者の生活を考えると在宅医療へという流れは重要だが、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る。
- 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。全員が一致する一つの答えが簡単に出るわけではない。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、病状、家庭環境等に応じて、様々な選択肢が用意され、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
- 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うので、医療、介護の需要の動向にも大きな違いが出てくる。
- 医療、介護のサービスがどれくらい提供できるかということも地域によって違うため、それぞれの地域に応じた形の体制を考えていかなければいけない。地域包括ケアシステムに取り組んでいる地域を見ても、それぞれの地域で様々なやり方がある。
- 大都市であれば、医療資源、介護資源も多くなるが、そうした様々な事業主体による、ネットワーク型での対応が必要になる。
- 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る。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るので、そうした人たちの団地・集合住宅をつくり、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る。
- 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、どういうスタイルで、どこが中心となるかは、様々なやり方がある。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経験で考えていかなければいけない。

- 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日の対応はできない。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になる。
- 在宅療養の日常的なケアでは、訪問看護が重要になり、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る。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るので、いかに大規模にしていくかということがある。
- 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くことが重要である。こうした流れをつくっていくことが、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る。
- 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る。
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る。
- 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る。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る。
- 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はない。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ことかなり難しい問題である。
- 今、地域包括ケアシステムは、顔の見える関係をつくっていこうということが言われている。今まで医療と介護は分断されていたし、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るので、顔の見える関係をつくっていくということはまず第一に必要なである。
- 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いけない。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る。

- 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%だった。ところが、10年、20年の間に急激に減少してきている。自宅での死亡率が高かった要因は、三世帯同居率が高いこととされていた。
- しかし、最近、三世帯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。この背景には、三世帯同居していても、日中、働きに出ているので、必ずしも、三世帯同居だから家庭の介護力が高いわけでもない状況もある。



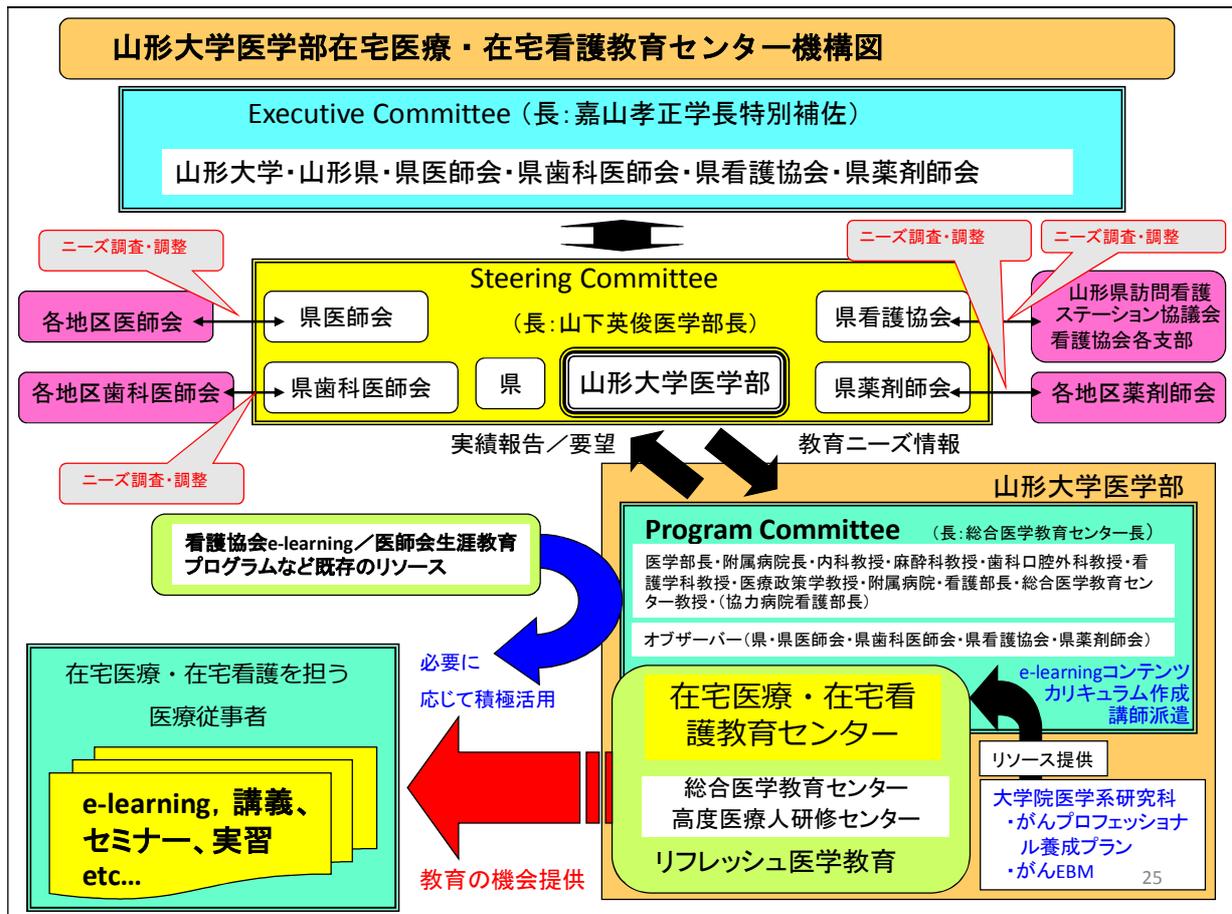
資料6 「自宅死亡率の推移」(人口動態統計資料)

- 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るので、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る。

4. 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ない。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た。



資料7 山形大学医学部在宅医療・在宅看護教育センター機構図(村上氏資料)

- 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うえで、それに合った教育プログラムをつかって、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る。
- 訪問看護ステーションがこれからの鍵なので、看護から取組みを進めている。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る。
- 抗がん剤も医療の技術進歩で新しいものが出てきているので、最新の知識も得られるような教育プログラムをつくり提供している。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るし、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る。

5. 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つくるかということも、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になる。
- 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をきちんと考えなければいけないということが指摘されている。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る。
- これから都道府県ごとに地域医療構想をつくっていくことになっている。地域医療構想は、2025年の医療需要が地域ごとにどうなるか、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ということになっている。
- 地域包括ケア、在宅医療、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になるが、そうした地域医療構想をそれぞれの地域の中で作成し、その地域でどれぐ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つくることになっている。
- 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る。

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

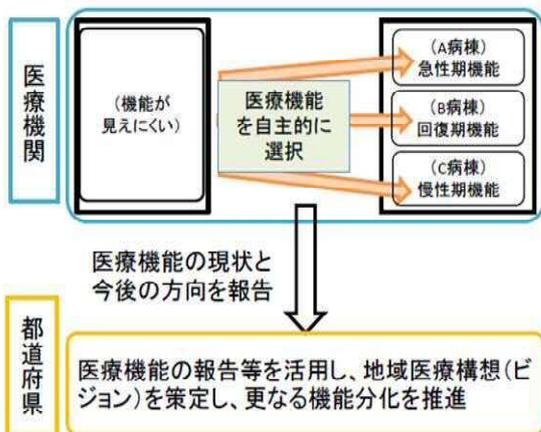
○ 病床機能報告制度(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。



(出所)厚生労働省資料

(地域医療構想(ビジョン)の内容)

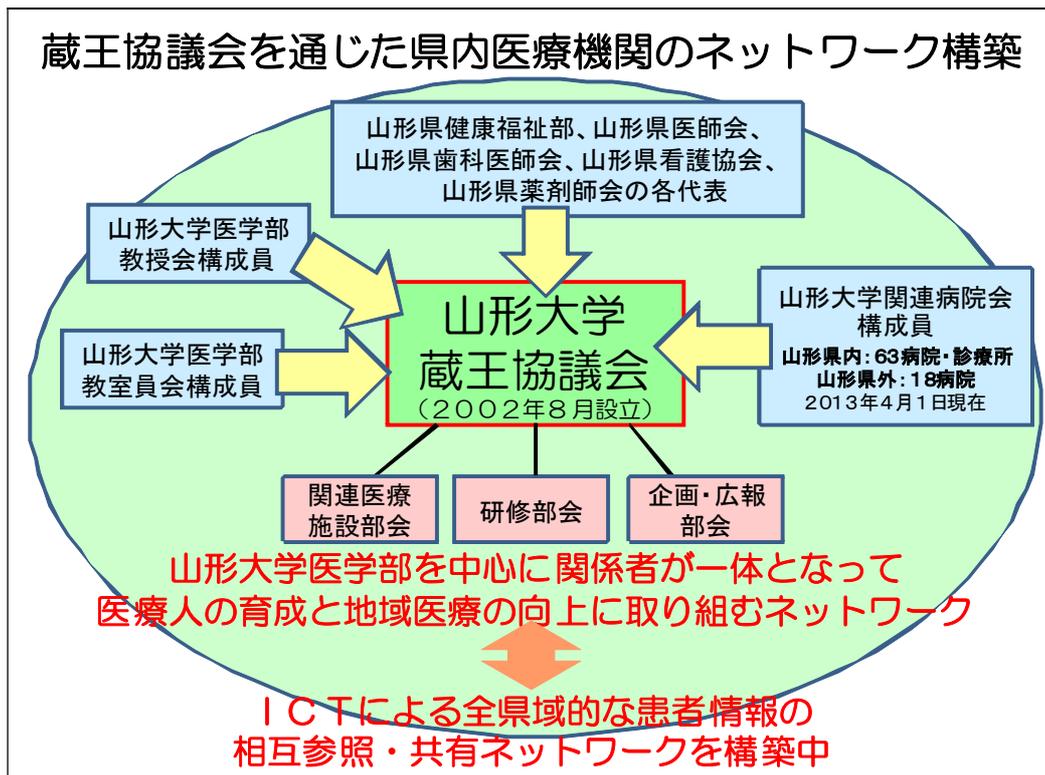
1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

資料8 病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定(厚生労働省資料)

- この制度は、来年度(2015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等とともに、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」の中でつくられた。
- この地域医療構想では、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になる。都道府県がこれまで作成していた医療計画からさらに一段階進んだ構想をつくっていけるかが大きな課題になっている。
- 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る。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る。
- 地域医療構想が念頭に置いている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になっている。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いところがほとんどである。

- 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る。山形大学では蔵王協議会というのを設置し、大学だけではなく、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、地域医療のあり方について検討することになっている。



資料9 蔵王協議会を通じた県内医療機関のネットワーク構築(村上氏資料)

- 地域医療ビジョンづくりについては、県からも、大学でイニシアチブを取ってほしいという話があったので、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。
- 都道府県の役割が強化されていくが、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る。そこで、都道府県に最低一つは、大学の医学部、社会医学系の公衆衛生学、医療政策学、病院管理学等の講座があり、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なので、そこと協力してタイアップすることで、そうした取組みを展開していくというのも一つのスタイルである。
- 山形大学ではそういう形で取組みを進めており、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る。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る。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る。構成メンバーは県の健康福祉部、関連病院、県民の代表で完全な第三者である。

- 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ある。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、どういう手術を行っているのかということを、定期的にデータを出していただいて分析している。現状を把握したデータをもとに、今の蔵王協議会、医師適正配置委員会、さらには、県の様々な審議会で、具体的にデータを使って議論している。
- 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る。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る。これから地域医療構想をつくっていくうえでもデータをうまく使っていけるのかということが大きな課題になる。
- データの解釈・対策にはいろいろな考え方があり得るので、エビデンスだけで何でも合意形成ができるわけではない。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う。
- 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うえでも、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ある。
- これから都道府県の役割が重要になってくる。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、こうした取組みをそれぞれの地域で広げていくことが重要である。

以上の話を伺った後、質疑応答、意見交換が行われたので、以下に主なものを掲載する。

(質問) 医療と介護は、一体としてみななければいけないが主役を担う人が違う。

介護保険ができたとき、このままでは保険料が上がりうまくいかないだろうと言われた。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ない。国の税制もあるが、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思っている。

今の体制はどう評価されているか。説明にはなかったが、その後、置賜方式がうまくいっているのか。

(回答) 国、県、市町村の役割では、医療保障の最終的な責任は、国が持つべきだと思う。

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る。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う。

国は、診療報酬等は最低限決めなければいけないし、各地域で実施できるようにする最終責任を負うべきである。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ない。

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る。

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った。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。

置賜方式については、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った。しかし、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かった。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、米沢市立病院に行ってしまう。

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ある。10対1から落ちると急性期の病院ではなくなってしまう。山の中にある病院なのでマンパワーの確保に苦しんでいる。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くる。

(質問) 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ないと言われていること。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る。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、成功している例もある。

各省ごとに地域の問題に向けた対策を作成している。定住自立圏を進める省庁もあれば、地方中核都市もある。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る。各省庁で連携をとってやっていますと言うが、現場が混乱している。このことについて何か解説していただける点があれば願います。

(回答) 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になる。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ろうと思う。

例えば、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こ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。

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要となるのは、医療の部分になる。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るし、病院でやるところもある。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う。

ただ、地域の中で様々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う。

(質問) 病床機能報告制度は、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等を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う。

この制度は、義務化されているのか。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が、そういうことができるようになっているのか。

(回答) 報告制度の義務化については、この前、成立した「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」でこれをつくるということになっている。病床機能の報告制度も10月からスタートする。都道府県で地域医療構想を策定することが、法律上定められたので、それはこれ

から進められていくことになる。

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る。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ことが言われていて、基本的にそういう取り扱いになっている。

ただ、地域医療構想作成の過程がある。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て、そこには報告されたデータを出す。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ない。

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ると思うが、まだはっきりしていない状況にある。

(質問) 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、それは三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が、最近の話で、2009年、2010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、お伺いしたい。

(回答) 自宅死亡率が減少している理由については、なかなか定量的に示すことが難しい部分がある。山形の場合は、昔に比べると、三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いう話もあるし、最期は病院にという風潮が全国的なトレンドよりも遅れてきたのかもしれないという話もある。

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る。自宅での自殺者が多いという影響もあるという説も一部出ている。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はある。

人材不足との兼ね合いにもなるが、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る。基幹病院ですらそういう状況なので、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る。

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