

## 【大会長講演】 今後の医療体制 ～とくに病床機能分化について～

日本長期急性期病床(LTAC)研究会の第1回研究大会が9月29日、東京研修センターで開催されました。初代会長に就任した上西紀夫・公立昭和病院院長が「今後の医療体制～とくに病床機能分化について～」と題して講演。政府の社会保障制度改革国民会議の議論など医療・介護体制をめぐる最近の動きに触れながら、今後の病床機能の在り方についてお話しされました。上西会長の講演の模様をお伝えいたします。

### 【池端幸彦氏（池端病院理事長）】

本日は、このように多くの方々にお集まりいただきまして誠にありがとうございます。現時点での会員数は早くも150を超え、この会場にも200名近い方々にご参加いただいております。

急性期病院、慢性期病院の著名な方々が一堂に会し、病床機能の再編を考える。これは日本がかつてない大会になると思います。

では早速、座長の土井先生、よろしく願いいたします。

### 【土井章弘氏（岡山旭東病院院長）】

これほどまでに多くの方が集まり、いかに関心が高いかを感じさせます。まさに日本の機能分化がここから始まるのではないかという大きな期待を抱いております。本日は、ぜひ有意義な会にしたいと思っています。

では、上西会長、よろしく願いいたします。

### 【上西紀夫氏（公立昭和病院院長）】

会長にご承認いただきましてありがとうございました。正直なところ、なぜ私がここにいるのか、みなさん疑問に思っておられるかもしれません。役員の先生方はそうそう顔ぶれで、著名な方々ばかりですが、私の名前を知っていらっしゃる人はほとんどいないのではないのでしょうか。

私は5年ほど程前から、東京都の多摩地区にある500床規模の病院で院長をしております。この間、医療を取り巻く環境が大きく変わり、医療提供体制や病床機能をめぐる議論が活発になってまいりました。そうしたなかで、私自身もいろいろと勉強を始め、今後について検討していたところ、本日お集まりの先生方にいろいろと教えていただき、「ぜひこういう事をやらなきゃいけない」という思いがあり、参加させていただいたところが、会

長を務めるということになりました。

本日、会場には 200 人近い方々がお見えですが、今後の病床機能について、私だけでなくみなさんもなかなか分からない事が多いのではないのでしょうか。

この講演は、誠に僭越ではございますが、代表という立場でお話しすることになってはおりますが、東京の急性期病院の立場から今後の病床機能の在り方について考えてみたい。これから何が問題点になりそうなのか、われわれはどうしていくべきか、みなさまと共に考える場にしたいと思っております。

では早速、始めさせていただきます。午後のシンポジウムの前座としてお聴きいただければ大変ありがたいと思います。

## ■ なぜ病床機能分化が必要なのか

まず、「我が国の人口推計」をお示しいたします。これはみなさんよくご存知と思います。2025 年に 75 歳以上の人口がこれほど増えますが、65 歳以上はそれほど増えません。「75 歳以上の人が急増する」という意味で「2025 年問題」と言われます。私も昭和 23 年生まれですから、まさに団塊の世代まただ中です。10 年後もこんなに元気かどうかは分かりません。何かあった時に支えてくれる医療・介護体制が非常に重要です。

「高齢者の世帯形態の将来推計」について、この資料は日本のデータですが、全国で 5 千万世帯もあるそうです。この数は 2005 年から 25 年にかけて大きく変化しませんが、世帯構成が変わります。65 歳以上の世帯主が増えていきます。これから高齢者世帯がどんどん増えていきます。グラフをよく見ますと、単独の夫婦が若干増えます。これは何を意味するかと言いますと、単独で生きているのはたぶん女性だと思います。ここに大勢いらっしやる男性はもう間もなくお別れがくる（会場、笑い）。

いずれにしても、これから人口が減り始めますが、65 歳以上の世代が増えるため、非常に大きな問題になるわけです。独り暮らしのお年寄りが自宅で急に倒れた時にどうするのか。入院して在宅に戻った時に、果たして誰が面倒をみるのかという問題があります。三世帯で暮らす人はわずか 15 パーセントで、約 75 パーセントの人たちは何らかの病気になったら非常に大変な事になってしまう。そうした方々が、どこで治療を受けて、予後はどう過ごすのか。これが大きな課題になっていると思います。

日本慢性期医療協会の武久洋三会長がよく指摘されますが、年間の死亡者数が現在の 1.5

倍になります。1回入院すれば入院患者は1.5倍になる。ところが高齢者はいろいろな病気を持っていますから、1回で済むとは思わない。2回入院すれば入院患者は3倍。3回入院したら4.5倍。それだけベッドが必要になると武久先生はいつもおっしゃっています。私も現在のままではとてもやっていけない事態になると推測いたします。

2014年の統計によると、年間の死亡者数は110～120万人ぐらいです。その約8割が病院で亡くなっています。自宅で亡くなっているのは、わずか10数パーセントにすぎません。50年前は現在と全く逆転していました。80パーセントが自宅で、2割が病院でした。2025年には、年間160～170万人亡くなるとの推計があります。現在よりも50万人以上多く亡くなるのに、今でさえベッドは足りない。2025年に一体どうするのか。どうすべきか。

最近、医療費の問題がよく指摘されます。平成24年の医療費の内訳を見ますと、総額38兆4千億円のうち、70歳以上の医療費が17兆5千億円、これは医療費全体の45.4%を占めます。国民1人当たりの医療費は平均30万円ですが、年齢階層別に見ますと、70歳以上が80万円。75歳以上の後期高齢者になると、1人あたり90万円以上も掛かっています。75歳以上人口が今後増えることを考えますと、医療費はものすごい額になります。こうした状況を踏まえ、病床機能分化をめぐる問題が出てくるのだらうと思います。

## ■ 「高度急性期」と「一般急性期」の機能分化は進むか

8月、政府の社会保障制度改革国民会議が報告書をまとめました。その中に、「国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチ」という記載があります。「実は反省しているのかな？」とも思ったのですが、確かにニーズと提供体制とのミスマッチが起っています。このままでは医療費がどんどん増える。しかし、保険適用をどんどん外してしまうと、必要な時に必要な医療を受けられない患者さんが増える恐れがありますので、もっと大変な事になるでしょう。

「ミスマッチ」について急性期病院の立場から思うことは、軽症の患者さんが高度機能を持つ三次救急に駆け込み、そのために一刻を争う重症患者さんに対応できなくなる状況があるということです。「ミスマッチ」がこのまま続けば、高度急性期の医療を十分に提供できなくなるかもしれない。そうした危惧があつて、報告書には「ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たなしで断行していかねばならない」と書かれていると理解しています。緊急性の高い救急医療の充実を図ることが、機能分化とネットワークの方向性ということになります。

報告書では、「急性期から亜急性期回復期等まで患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある」と書かれています。そのために、「機能分化した病床機能にふさわしい設備や人員体制を確保することが大切」ということを一応謳っています。謳うことは簡単ですが、どう実現していくのか。ここが重要な問題であると思います。

厚生労働省の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」では、医療機関が都道府県に報告する医療機能として「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」——の4区分で検討を進めています。急性期を2つに分けています。その後の「回復期」については、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリを提供する」という機能と、「急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対しADL向上や在宅復帰を目的としたリハビリを集中的に提供する」という機能を含めています。「慢性期」は、主に「長期にわたり療養が必要な患者を入院させる」という機能です。微妙に少し内容が違うところもありますし、一部重なるところがあると思います。

要するに、「盃型」と言われる形を変えたい、7対1入院基本料を算定する医療機関を大幅に減らしたいということです。今後、一番上に位置する「7対1」が高度急性期と一般急性期に分けられるわけです。一般急性期の部分も含め、「ポスト・アキュート」というところでLTACの意義があるのだらうと、漠然ではありますが考えております。ただ、「高度急性期」と「一般急性期」の機能分化は、そんなに簡単に進むのでしょうか。広い医療圏で三次救急などを担うのが「高度急性期」で、二次医療圏を中心に二次救急をやるのが「一般急性期」であるという方向性だと思いますが、地域の実情を踏まえすと全国一律にはいかない可能性があります。

## ■ 「急性期」とは何か、線引きできるのか

「急性期」とは何か。厚労省によれば、「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」と定義しています。急に具合が悪くなって、ある程度良くなって落ち着いたら寛解して自宅に戻りますが、外来で通院を続ける人もいますし、回復期リハビリテーション病棟に転院する人もいます。回復しなければ重度の急性期。いろいろなシミュレーションをしたうえで、「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」という。それは頭では分かるのですが、「重度な急性期」と「軽度な急性期」をどこで分けるのか。どのように線引きするのか。

先程の病床区分に当てはめて考えますと、大雑把に「高度急性期」や「一般急性期」、「回復期」「慢性期」があって、各地域で棲み分けなさいと言いますが、どちらかと言えば三次救急が一番上で、一般急性期がその下の二次救急。そして「回復期」は、言葉の言い方が良いかは微妙ですが、一次救急的な医療で、長期急性期や亜急性期がここになる。そんな分け方を厚労省は考えているのかなという気はします。しかし実際には、この「一般急性期」の区分と、ポスト・アキュートは重なることが少なくありません。では、「一般急性期」と「回復期」(ポスト・アキュート)の差はどこにあるのか。

一方、「高度急性期」と「一般急性期」も問題です。どこで線を引くのか。何を以て「高度」と言うべきか、よく分からないところがあります。「高度急性期」と「一般急性期」との重なり合いが強くなればなるほど、「一般急性期」と「回復期」との重なりは弱まっていきます。「高度急性期」「一般急性期」「回復期」それぞれの重なり合いの程度によって相対的に区分が決まる関係にあります。病床区分をめぐる問題はまたこれからディスカッションが続くと思いますが、国民会議の報告書に1つのヒントがあります。フリーアクセスの問題を指摘しています。

「機能分化とネットワークの構築」の箇所でこのように書いています。「こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい」。そしてさらに、フリーアクセスについて「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要性を指摘しています。我々もそう思っています。報告書は、「まず医療を利用するすべての国民の協力と、『望ましい医療』に対する国民の意識の変化が必要となる」としていますが、実際にどう実現するのでしょうか。現場にいる我々からすると、「本当に分かっているのかな？」という思いもあります。

## ■機能分化について患者さんの意識はどうか

今、患者さんは何を求めているのでしょうか。「素早い救急医療」「質の高い急性期医療」「先端医療」「予防医療」、そして詳細な説明や医療知識の伝授などなど、患者さんの要求はとどまるどころを知りません。当院でも、患者さんはいろいろな事を求めてきます。「ちゃんと説明しろ」「さっさと対応しろ」「看護婦もちゃんとやってくれ」と、こういう要望が非常に多いのです。特に、救急医療や急性的な対応を非常に求めています。

当院は、518床でDPCのⅡ群です。救急救命センター、地域医療支援病院、地域がん診

療連携拠点病院などに指定されています。当院は、東京都北多摩郡の8つの市が組合を作って運営しています。北多摩郡には、北部医療圏（5市）、南部医療圏（1市）、西部医療圏（2市）があり、当院は北部医療圏に属します。8市の人口約99万人のうち、5市の人口が約72万人です。近隣の病院で救命救急センターがあるのは武蔵野日赤、杏林大学病院、多摩総合医療センター、災害医療センターですが、これらの病院が中央線の南側に位置しており、中央線の北側には当院しかありません。ですから、「病床機能の区分が云々」などと言っても、地域によってこうした事情がいろいろとあります。二次医療圏を越えたほうがアクセスが良い場合もあります。

当院は年間2万人ぐらいの救急患者さんを受け入れています。本当にいろいろな患者さんがおります。8割は休日・夜間です。夜間が7割ぐらいですから、ほとんどの救急患者さんは夜です。そうしますと、私どもの病院だけでは無理ですので地域で連携しなければなりません。外来患者の7割近くは紹介状を持参して受診してくれるのですが、救急患者さんの3分の2は紹介状なくて飛び込んで来ます。そこで、患者さんの意識を探ろうと考え、患者さんにアンケート調査をしました。紹介状ありの患者さんは、病院の機能分化ということに理解があるのですが、紹介状のない人は「そんな事は知らない」と言う人が多い。国の施策について、患者さんの多くはまだまだ知りません。

一方、病院の機能についてご存じの患者さんに「どこで知りましたか？」と質問したところ、「院内の掲示や病院広報誌」という回答が最も多くて41%でした。当院では、院内にベタベタとお知らせを貼り、広報誌などで積極的に情報提供しておりますので、こういう結果なのですが、次いで多かったが「かかりつけの診療所」で26%でした。やはり医師会の協力がなくなかなか進まないものですが、まだまだ行政としての働きかけが少ないように感じます。ですから、国が「こういう機能分化をしますよ」と言っても、実際にどの通りにすぐ動くのか、これは非常に難しい問題があるのではないかと思います。

## ■病床の機能分化を4つの視点から考える

地域による違いは、国民会議の報告書でも指摘しています。「地域により人口動態ひいては、医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく『ご当地医療』の必要性が改めて確認された」とあります。そのため、地域ごとのネットワークを構築すべきと言います。しかし、果たしてどうやってつくるのかな、実は私も正直申しまして分かりません。現在のような「フリーアクセスがOK」という制度の下で、動くのが疑問です。

やはり、地域におけるトリアージ的な機能が必要ではないでしょうか。「トリアージ」という言葉が適切でなければ、いわば「振り分け」のようなシステムです。我々のような中核病院が高度急性期を担い、本当に生死にかかわる救急患者さんは当院に来ていただく。しかし、そこまでには至らない症状の患者さんは、長期急性期病院や在宅療養支援病院などで1つのワンクッションを置いてから来院していただく。すでに私どもの北多摩北部の医療圏では、近隣の病院が集まって「北北病病連携会議」を定期的で開催し、地域連携体制について検討を進めています。お互いの信頼関係を築く中で、連携のシステムをつくろうという方針で動いています。その中で、LTACの機能を持つ病院をどう位置づけ、どう連携していくかを今後ディスカッションしながら考えていきたいと思っています。

従って、病床の機能分化はいくつかの視点から考える必要があると思います。医療経済からの視点、医療レベルからの視点、患者側からの視点、地域からの視点——の4つがあると考えています。特に、患者側からの視点が重要です。患者さんはすぐに救急車で受診したいとか、やっぱり高度急性期医療を求めている面もあります。ですから、そういう視点も踏まえながら機能分化を進めていかなければいけない。もちろん、地域によって病院の在り方、医療の在り方、様々な問題があります。各地域によって機能分化の在り方はそれぞれ違ってくる可能性があると思います。

医療・介護体制の改革が進められるなか、これからいろいろな課題が山積していると思いますが、ぜひみなさま方のご意見を頂戴しながら、長期急性期病院の方向性について共に考えていきたいと思っております。恐らく5年後の平成30年頃には、ある程度の形にしていかないと、2025年問題には絶対に間に合わないと思います。そうしたことも考えながら、みなさまと一緒に勉強していきたいと思っています。患者さんを地域で支える医療・介護体制のシステムをきちんと構築できるようにしていきたいと思っています。以上、ちょっと早口で雑ばくなお話でしたが、私が今感じている事をお話しさせていただきました。何らかの参考にしていただければありがたいと思います。

(了)

---