

【記念講演】 これからの医療提供体制

第1回研究大会の午後の部は、「記念講演」として厚生労働省医政局長の原徳壽氏をお招きいたしました。原氏は医療課長として2008年度の診療報酬改定を担当した後、昨年からは医政局長として医療・介護体制の改革に関わっています。今後、日本の医療はどうなるのか。各医療機関はどのような方向を目指すべきか。「これからの医療提供体制」と題してご講演していただきましたので、その模様をお伝えいたします。

■現状のまま推移するとどうなるか

【小山信彌氏（東邦大医学部特任教授）】

それでは、午後の部を開始したいと思います。厚生労働省の原医政局長の記念講演の後、シンポジウムに入ります。原先生のご略歴につきましては、お手元の資料にある通りでございます。みなさん、よくご承知であろうと思いますので省略させていただきます。では早速、原先生お願いいたします。

【原徳壽氏（厚生労働省医政局局長）】

厚生労働省の医政局長をしております、原でございます。昨年9月10日付で医政局長を拝命いたしまして、約1年間やってまいりました。武久先生に「ぜひここで話をしろ」と、「LTAC研究会だ」と言われまして、「それはなんなんですか」と聞きましたが、よく分からない。ただ、いろいろお話を聞いていますと、私の頭の中にある医療の提供の幅の概念と、まあまあ当てはまる部分があるなという気がいたしました。

そのLTACなるものについては、後でまた武久先生がお話しされると思いますので、私は医療提供体制全般について、特に皆さんも興味がある「病床機能の報告制度」でありますとか、「地域医療ビジョンをどうやってつくっていくか」とか、そのあたりを中心に、最後のほうにお話をしたいと思います。まずは医療提供体制全般についての議論を少し話しながら進めていきたいと思っています。

まず「人口ピラミッドの変化（2005、2030、2055）—平成18年中位推計—」をお示しいたします。現状のまま推移するとどうなりますか、ということです。お手元に資料があると思いますが、これはよく使われる資料で、最初の数枚（入院患者の将来推計など）は、平成20年の診療報酬改定の時、私は医療課長をやっていたのですが、その時、2008年で

すかね、2006年から7年にかけてよく使っていた資料です。当時、診療報酬改定をどうやっていこうかという時、いろいろと考える基本になった資料でもあります。

人口構成が高齢化していきます。それで、よく2025年の図があるんですけども、ちょっと古いので2030年にしています。団塊の世代が80歳を超える。5年前の2025年は、75歳の後期高齢者になっている、こういう時代なんですね。そして2050年で言うと、もう100歳以上が60万人ぐらい。すごい世界です。あと、0～14歳人口ですが、こんなに細っていったら日本の国はつぶれてしまいます。ここはなんとかしないといけない。これはまた別問題なんですけどもね。でないと、この人たちが疲弊するというだけじゃなく、もう国として成り立っていかないんじゃないかな。少子化対策が大事だというのは、社会保障制度改革国民会議でも、少子化対策がまず1番に書いてあるのは、そういうところだろうと思います。真剣に考えなきゃいけない。

要するに、いわゆる団塊の世代と言われる、その前の世代とのギャップがすごくやっばり効いてきます。これはなぜかという、高齢化すればするほど、病気の発症率がどんどん上がっていくんですね、普通は。指数関数的に伸びていきます。60歳の入院率に比べて70歳は2倍だし、70歳に比べて80歳は2倍になりますので、指数関数的に病気の数というのは増えていくだろうと。そうすると、それに高齢者の人口がどんどん増えていくと。まだなかなかこの平均年齢も80歳を超えますからね、恐らく。

病気の数が圧倒的に増える。2005年のデータを元にした資料ですが、年齢階級別の入院率、入院患者の人口、どんどん増えていきます。2035年の辺りでピークに達します。入院患者数の将来推計の中で、疾患の内訳を見てもみると、脳血管疾患がどっと増えます。悪性新生物は、ボリューム的には、入院としてはそれほどない。それに対して、脳血管疾患は2005年の状況のまま推移すると、2倍以上の入院患者を診なきゃいけない。

当時、後期高齢者医療制度を検討していましたが、「75歳以上」と「それ以下」に分けると、入院患者はもう、74歳以下のところがどんどん減っていく。それに対して、70歳から圧倒的に増えていく。こういうふうな関係になります。ですから、これからの医療、入院医療もやはり特に大きいのはこの部分です。高齢者になればなるほど、当然ながら、いろいろな疾患を持ったり、単一疾患だけで、この病気さえ治せばいいということではないし、入院している間にいろいろな他の機能も落ちてくるし、ということで、高齢者にふさわしい医療は、やっぱり入院でも考えていく必要がある。

いずれにしても、この入院患者を放っておきますと、さっき言いましたように年間110万人ぐらいから180数万人、190万人近くまで必要だと。これは単純計算ではありますが、

こういう医療は、とても日本ではできないだろう。そうすると、どうしないといけないかを考えていかなきゃいけないということになるわけです。

現在の「性・年齢階級別の医療サービス利用状況」をそのまま将来に投影した場合における入院者数等の見込みによりますと、「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期・回復期等」とあるうちの「一般病床」は、放っておくと1日80万人(2011年)から1日97万人(2025年)まで増えていく。さらに、療養病床は21万人が31万人まで増える。精神の少し、認知症も入ってくるのかもしれない。ちょっと増えている。入院患者数の合計162万人(2025年)から精神病床の34万人を引きますと、128万人です。これは1日の入院患者です。在宅のベッド数が125~30万世帯。それに対して、128万人の入院を考えると、もう病院のベッドをフルに使わないといけない。だけどそれは多分、難しいだろう。ベッドの利用率100%は望めませんので普通。そうすると、もう少しうまく工夫してやっていかないといけないということになってくるわけですね。必要病床数の見込みは、「一般病床」が129万床ぐらいです(2025年)。それから療養病床が34万床。これらを合わせて163万床。ですから、今のまま放っていると、病院をどんどん増やしていかないといけない。こういうふうな状況になってしまう。

ところが、実はベッドを作るぐらいは、建物を建てていくだけでもできるわけですがけれども、肝心なのはやっぱり働く人です。働く人の表は出していませんが、医師数は今20万人代後半です。毎年約4,000人ずつ増えています。あと10年ぐらいは4,000人ずつぐらい増えていくであろう。ところが、その後、いわゆる新設医大が昭和50年代前半、できたのは昭和40年代後半で、卒業生が昭和50年代になってできていますが、その方々がリタイヤし始める。すなわちその4,000人ぐらいの人がリタイヤして、8,000人が新しく入ってくるからプラス4,000人で増えてきたんです。ところが、この8,000人の新設医大卒業の人がだんだんリタイヤしだしますと、今度は減るほうが8,000人になる。入るほうが8,000人だとほとんど増えないわけです。そういう状態が、おそらく10年よりちょっと後ぐらいに生じます。ただし、それでは大変だというので、医学部定員を一番少なくした時に比べて1,400人ぐらいの入学定員を増やしていますので、その差分は少し増えていく可能性がある。

いずれにしても、医者は30数万人ぐらいですね。前半ぐらいしか確保できない。要するに2025年ですから、今年へび年です。次のへび年が2025年、あと一回りの期間しかありませんので、医者は今から急増するとか、なかなかそれは難しい。看護師も、実はこれ以外に当然福祉の施設というのも必要になりますから、それはざっと200万人必要だと言われています。今現在働いている看護師、准看護師も含めて150万人ですので、ここから10数年の間に50万人増やさないといけない。これは大変なことになりますね。それで、今だいたい高卒女子が、ほぼ女性が多いので高卒女子の1割は看護系の学校に行っています。

養成校なり大学。それ以上増やせることができるのかと。女性がほとんど看護師になるといふ、そんな偏った産業構造にするのは難しい。ただし、いわゆる潜在看護師さんがいます。例えば、結婚して辞められて働いていない、そういう潜在看護師さんが約70万人いるだろうと言われています。もちろん、年齢的にはやや高齢に偏るのかもしれませんが、70万人、これを活用しない手はない。

それから勤務環境の改善であるとか、いろいろと考える中で、看護師のほうも、今のところ3万人ぐらいは毎年増えているので、なんとかその増え方と、辞める人を少なくする。それから潜在になった人の掘り起こし。そういうのをなんとか工夫して、あと10年ぐらいのうちに50万人程度はなんとか増やしていきたい。でもそれは限界なんですね。それ以上は無理で、病院とか施設を作るのはできても、専門スタッフはなかなか難しいだろうと思います。多分そこが、将来的に患者さんが急増した場合の制限要因になってくる。逆に言うと、患者さんはどんどん増えていきますが、医者はそのような比率では増えていきませんので、医者の関わり度は、全体としては薄くしていけないといけないという方向にはなると思います。

ただ、全部を薄くするわけにはいきませんので、やっぱり急性期の大変なところを集中的にやったり、もうちょっと施設などを活用したりしながら、医師の関わり具合を減らしていけないと、トータルでは病気に対応できない。そうなっていくだろうと思います。いずれにしても、今のまま放っておくと、将来の形は、とても対応できるような人材やお金の問題もできないだろうということです。

そこでいろいろと、医療提供体制の改革に関する議論がだいぶ前から行われております。まず平成22年度に社会保障審議会の医療部会でいろいろな議論がなされまして、様々なメニューが出されました。それで、この医療部会でやられたのが「医療機能の分化」とか「特定機能病院の類型化」の話と、それから「チーム医療」先ほどスタッフの数からいうと、医師や看護師だけでやるのは難しいですし、その他のスタッフとの連携あるいは、特に医師から看護師への仕事の分担みたいのところ。それから、医師の部分としては、専門医をしっかり育てること。実は専門医の流れとしては、本当は総合診療というのが実はこの背景にありますね。これはあとで話しましょう。

それから、医療事故の調査などいろいろな検討会が立ち上がり、今年中にまとめて、来春の通常国会に、法律的なことは全部まとめて出す。私がいた時はもう議論が始まっていたので、なかなかまず乗っかるのが大変だということがあります。乗っかりながら軌道修正をかけた。こういう流れです。

最近の話題としては、社会保障制度改革国民会議が、これは内閣府の指導の下にやられて、

一応8月に結論が出て、これに基づいた閣議決定、法律のプログラム法案が作られようとしている段階であります。本日は、これらのメニューの中から、平成22年から23年にかけて議論された医療提供体制に関する議論などをご紹介します。大きく4つの項目があります。「病院・病床の機能の明確化、強化」という部分については最後にお話するとして、その他のところを簡単に紹介だけして、ざっと話を進めていきます。

■地域の实情に応じた医師等確保対策

地域の实情に応じた医師等の確保対策についてお話しします。先ほどもご説明したように、医者数は毎年4,000人ずつ増えます。とりあえず、従事医師数は28万人います。これがだいたい32、33万人ぐらいで止まる。ですから4,000人ずつ増えますが、いつまでも増えませんかということをちょっとご紹介しました。医学部定員を増やし、1,400人ぐらい増やしますので、14学部ぐらいを新しくつくったことになります。この方々が卒業してくれば、医者数は少し増えます。でも、そんなにどんどん増えるわけではない。

医師の臨床研修で大事なことは基本理念です。基本理念としては「人を診るのだ」ということですね。人間をみるというポリシーです。そういうものをしっかりと身につけていくというのが1番の基本理念であろうと。プログラムがいろいろとあって、いろいろな大学の先生の意見もあれば、地域でこういう研修をやっておられる先生の意見とかいろいろありまして、平成21年に、5年経ったので1回少し方向を変えました。全体としてはそれほど大きく変わらなかったのですが、必修科目が7科目から3科目に変わった。それはもちろん、7科目でずっとやっていらっしゃる研修病院もありますので、21年に1回変えました。今度は26年が終わりますので、来年に向けてこのプログラムを、27年募集の時に変えていただくつもりで、今いろいろと中身を検討しています。

それで医者としてベースになる部分、各科にわたるとまでは言いませんが、幅広い基礎的な修練を終えた後、「やはり医者です」というのは変ですが、やはり専門分化したところが、当然ある程度深く高度なこともやっていただく必要がある。そういうことで専門医をしっかりとつくりたい。実はこの専門医制度というのが、私が厚生労働省に来てからずっと念願でありました。資料に私の経歴が書いてあるかもしれませんが、平成8年の時に診療報酬改定にまず携わったのですが、その時に保険局医療課にいたのですが、医療の在り方をどうするかという時に、やはり臨床研修制度と専門医制度をしっかりと作っていかないといけないだろうと、その時にいろいろ考えて、それがなんとか、先ほどの臨床研修制度も義務化になりましたし、専門医制度も今ようやく始まろうとしています。

新しい制度を考えるのはすごく時間がかかるんですね。これはある意味で言えば、日本の近代医療制度、明治になって西洋医学を基本とするとか、特にドイツ医学を基本とする医学教育制度が入ってきた中で、専門医制度はすごく大きな変革になるんです。ある意味では、時代の流れとともに変わってきている仕組みであるかもしれませんが、そういう意味では、新たな段階を、恐らく新たな専門医に関する仕組みができるのではないかと。これは、それぞれのいろいろな関係学会の先生方にご協力いただきながらつくっていかないといけない。まさしく、医師としての集団としての自律性をしっかりとやっていただくということで仕組みられています。

私どもの立場から言うと、だいたい3年以上の専門医のプログラムをちゃんと作っていただいて、そこで専門医を取っていただくのですが、その中に、私どもとしては、「総合診療専門医」、これを作っていこうと。第三者機関でこの専門医の認定制度をつくっていくわけですが、いわゆる内科とか外科とかそういうような、普通のイメージの専門医の分類と同時に、「総合診療専門医」というグループもつくって、総合診療をしっかりとできる人たちを育てていく。これを、今回、専門医の検討会で合意をいただいたのは非常に大きいと思っております。

高齢者の医療というのは、もちろん急性期の医療も、高度な急性期の医療とかいろいろありますけれども、基本的に多くの問題を抱えた患者さんですので、「総合的に診られる」というのがやはり必要になってきます。あるいはそんなに高度じゃなくて、多くの病気は普段それほどの設備があるところで診る必要もないし、そういう意味で、本当の意味の主治医の先生がいろいろと診てくれたらいいね、そういうような能力を持った医師をこれからやはり増やしていく必要があるだろうと。もちろん既存の臨床の先生方にも、また外科の先生の手術、目が遠くなって、手が震えるし、メスが握れないという方はこちらに来てください（会場、笑い）。実際、本当に冗談じゃなくて、外科系の先生もぜひとも来ていただきたい。これは私の個人的な思いですので、あとは第三者機関で決めていただくということです。

なぜ一生懸命に行政がやっているかというと、専門医を育てるプログラムを作るとしたら、患者がいないと当然育てられないですね。患者は基本的には全国どこにでもいるわけです。ある程度患者さんをしっかりと診てもらおうプログラムを作っていただくと、必ずそこに医者がいて、患者さんはある程度集約化というのはあるでしょうけれども、基本的にはある程度患者さんの近くまで行ってみるといいですか、患者さんのいるところで勉強するというか、研修をするという、そういう形ができますので、医療提供体制の改善というのは、そういうことに期待をしているということです。それで、診療科による地域偏在ということがある程度緩和されるのではないかと。

それからもう1つは、診療科間のバランスですね。各プログラムでどれぐらいの地域枠を取っていくか。これは、またそれぞれの学会で相当な議論があると思いますが、その枠で、ある程度診療科が、ほとんどの人が専門医を取っていただくとするなら、そこである程度、「診療科の数をコントロール」といいますか、うまく整合が取れていくんじゃないか。そういう意味で、やはりこの専門医制度がうまく機能していただくと、そういう面でも、まあこれだけでできるわけじゃありませんけど、偏在が緩和されるし、もちろん質も一定レベル上がっていくだろうと思います。

そういうことで、地域医療支援センターがあります。一生懸命やっているところですね。あとは地域でどうやるかということで、いわゆる「ミニ自治医大」みたいなものですね、6年間で1,200万ぐらい貸してあげて、その代わりその地域の病院に9年間勤めていただく。都道府県がお金を出して、その都道府県の中で働く、あるいは例えば産婦人科医や小児科医になってくださいというような形もありますが、いわゆる「地域枠」というものを用意しています。

地域医療再生基金という資金もあります。医政局の予算がない中で、幸い補正予算がしっかり取れた、そういう予算などを使ってもらいながらやっていく。それをうまく活用して、自治医大生などもそうですが、いわゆる普通の医局から離れた医者が最近多いわけですが、その人たちをうまく育てていけないといけません。医者ですので、ある程度病院を、規模の違う病院を渡り歩きながら勉強していくというところもありますし、やっぱりある時期になれば、へき地にずっといたらやっぱり技能は上がりませんから、そういう時には中央の病院で研修をすとか、いわゆるキャリアパスをしっかりつくってあげないといけない。そこをうまくコントロールする。県立大学がつくっている県もありますが、そういうようなことをちゃんといろいろ考えて、若い医師をうまく育てながら、地域の医療界へ還元する。こういう機能を果たす。地域医療センターの運営経費と共通していますが、こういう予算を取っています。

地域医療支援センターは平成25年度現在、全国30道府県にありますが、来年度は42箇所まで増やしたい。ゆくゆくは、これをある程度、法律的に、「そういう機能をちゃんと知事が負ってくださいね」ということを、法律事項にしたい。これによって地域の医師不足というのを、これだけでもいけないし、さっきの専門医だけでもできないし、いろいろと組み合わせながらやっていくというふうになっています。

■在宅医療・連携の推進

在宅医療は、地域包括ケアシステム。これですね。実は、言葉があまり良くないと、私はいつも言うんです。介護の将来像の中に地域包括ケアシステムって書いてある。この地域包括ケアシステムというのは、住まい、医療、介護、予防、生活支援。ここに医療が必ず入っているんですね。地域包括ケアという言葉に必ず医療が入っています。医療なくして地域包括ケアシステムはありえませんが。介護だけで高齢者をみるわけにはいけませんから、必ず医療が入っている。ところが地域包括ケアという言葉は、どうも医療から遠いみたいな感じを持たれて、地域包括ケアという言葉を聞くと、わりと医療関係の人は「ああ、関係ないのかな」みたいな話になってくる。

地域包括ケアシステムは介護の話ではなく、地域の高齢者の生活像です。あるいは医療的な面、あるいは医療や介護から見た生活像です。それをうまく成り立たそうというのが地域包括ケアシステムです。これは医療なくしては成り立たない。まずこれを一番強調しておきたい。できるだけ地域の医療に参画していただきたい。

地域包括ケアシステムについて医療サイドから話をすると、「在宅医療」という言葉になってくるわけですが、別に在宅でなくても施設も含めてですけれども、医療機関ではない所での医療をしっかりとやっていく必要がある。ところが、先ほども言いましたように地域包括ケアをやろうとしても、患者さんのところに医療機関が来てくれないということはよくあります。在宅医療支援診療所とか、病院とか書いてありますけれども、必ずしもすべての地域にあるわけでもないし、特にこういう支援がコアな地域なんかでは、じゃあ誰が在宅に訪問診療なり、あるいは急変した時に往診してくれるのかという、そういうふうなことをちゃんと世話できるようなものをつくっていかうというようなものが「在宅医療・介護の連携推進」です。

在宅医療連携の課題はたぶん医師会がやっておられたり、市町村がやったりいろいろやっていますけれども、こういうような機能も、介護と一体となりながらやっていく必要がある。先ほどの、ここで言う地域包括ケアシステムの全体をうまく回すための、いわゆるマネジメントをやる部分。そういうものを医療サイドで、あるいは介護サイドでやる。「地域包括支援センター」と書いてあるのも、これは介護サイドの話。医療サイドでこういうのを作って、しっかりとタグを組んでもらって、こういう機能を、どちらかという和生活に近い場ですから、市町村ぐらいの単位で作っていただく。そしてぜひともこれに医療機関は協力していただきたい。そうでないと、とてもじゃないけど進んでいきません。

実は、在宅医療という言葉を使う時にいつも奇妙に思うのですが、入院患者さんはたいして退院したら外来に通ってくるんですね。通院医療なんですね。普通は通院。だけど残

念ながら通院できない状態になった場合には、出かけていく訪問診療という形になるでしょう。いわゆる在宅医療になる。ですから、退院後の医療は基本的に通院医療だと思っていますが、通院医療に特別な施策なんてあまりありません。多くの人は、「在宅医療」と言えば、「退院したら在宅までお医者さんが来てくれる」かのように思う方がおられるみたいですが、決してそうじゃなくて、基本は通院である。病院に通院できなくなった人の自宅に行く。逆に言えば、在宅医療をやらなきゃいけない状態をできるだけ少なくする。できるだけ、先ほど紹介しましたように、脳卒中が増えているなら、その人はできるだけ回復させるということが非常に重要です。それをちょっと言っておきたいと思います。

■医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

看護師の特定行為に関する研修制度の創設は、なんとかまとまるだろうと思います。「特定行為」という基本概念は医師の診療補助行為ですが、その範囲がこれまでなかなか明確ではありませんでした。看護師ができるかもしれないが、できないかもしれないような「グレーゾーン」と言われるところがあり、「もうちょっとはっきりしていこう」ということで、一定の診療補助行為の中で、「やはりちょっと難しそうだね」とか、「ちょっと高度な技術がいるね」とか、あるいは「ちょっと判断してやるかやらないかをやっていかないといけないね」という、そういう補助行為があるだろうということです。

補助行為を具体的に挙げて、基本的に医師対看護師というのは、極端に言えば具体的な指示をやれば、かなりのことを看護師さんに任せることができるわけですね。目の前で手術をしながら、器具を持って行くような行為は補助行為として認められ得る範囲であると思いますが、そういう場面、場面によって、それは変わってきますけれども、ある行為については、場面によっては「これはいつものやり方でやっておいてくださいね」と、特定の看護師に頼む、そういうこともあり得るだろう。

だけど、「その通りやっておいてね」と任せる人が、ある程度信頼できるかどうか、医師の判断によるわけだけれども、そこはしっかりと、ある程度の知識や経験を持った人を養成していきましょう。そういう人には、「いつもの通りやっておいてくださいと任せてもいいですよ」という仕組みをつくらうということです。そういうイメージのことをきっちりやっていく。そのためには、そういうことを任せられる、「いつもの通りやっておいてね」と任せられる人たちをちゃんと研修しましょうということが、この制度であります。

「いつもの通りにやっておいてね」というのは、「プロトコール」というもので、ここをしっかりと明確にしておく。それで今、「特定行為」が40ちょっとですか、具体的に考えて、

その研修制度を組み立てているところでもあります。そうしたら、ある程度、医者側も病状が大変な患者さんの場合は任せられないから自分でやるとか、あるいはいちいち自分がチェックしながら「これをやってください」とか、また見に行つて「次はこれをやってください」という指示を出してやらせる。看護師にやらせるか、あるいは医師自身がやるかという問題はありますが、普通の状態だったら「いつも通りやってくださいね」と任せられる。

医者側も、多くの場合は普通通りやってもらえばいいのですが、その分は医者側も直接いろいろやらなくても任せられる。そういうことで、必ず医者がやらなきゃいけない部分ではないけれど医者がやっている部分について、看護師に任せられる部分を増やしていく仕組みです。

■病院・病床の機能の明確化・強化

いよいよ本題です。病院・病床の機能の明確化・強化。これは何をしたいのかというと、医療機関による報告制度をつくりましょうということを今考えています。来年の通常国会に出します。これは何かというと、それぞれの病院で、どういう患者さんをみる機能を持っているかを報告してもらおう。とりあえず報告書。これはちょっと古い資料ですが、「急性期」「回復期」とか、「長期療養」と書いてあります。こういうような、どういう機能を持っていますかというのを報告してもらおうということになります。

そうすれば、二次医療圏の中で、病院から出てきた報告を合わせると、急性期の人たちをみる機能が、ベッドの数でどれぐらいあるだろうか、回復期にある人はどれぐらいいるだろうかということが、地域の中でだんだん分かってきます。ところが、地域のほうも人口流動がそれほどないとするならば、10年後、20年後ぐらいに病気がどれぐらい増えるか。その時に急性期のベッドがどれぐらい必要かというのは、ある程度推定できていくわけですね。もちろんそのためには、係数を厚労省でつくっていきませんが、そうすると10年後、20年後には、急性期の病床はここでは100床しかないけど、実は300床が必要になりますよという場合もある。そうしたら、やっぱりどこかにプラス200床で急性期病床をつくってもらわなければいけない。

逆に、ある所では急性期病床が1,000床ありますと言っているけれど、「20年後には急性期の患者さんのベッドの数は500でいいですよ」っていったら500余ってしまいますから、じゃあその500は他の機能に使ってもらおう。そういうようなことを、地域の中でそれぞれ考えていただく。ここはなかなか難しいのですが、それぞれの病院がどういう病院をつく

っていくか。行政が命令してやってもらっているわけじゃなくて、先生方がそれぞれの地域に必要な機能として、おそらく病院をつくってこられた。あるいは増床してこられた。そういう中で、でも次のステップとして10年後、20年後を描くと、その地域全体としては必要な機能が何かというのがある程度出てきたら、自分の病院も変わっていったかなくなきゃいけない。少なくとも、自分よりも、あるいは次の世代の後継者に譲る時に、どういう病院にしていくか、そういうことを考えていただく必要がある。

そうすれば、「じゃあ、うちの病院はこれ以上、そんな馬鹿高い機械は買わないで、普通の病院としてもうちちょっと機能を広げていこうか」ということをいろいろと考えていただく必要があるだろう。それを地域の中でうまく、最終的には各病院が「自院はこういう病院になります」というところを含め、十分に話し合いをしながら決めていっていただく。そうすると、これは報告制度ですが、「地域ビジョン」になるわけです。必要な機能にそれぞれの病院がどうマッチして合わせていくかを地域の中で考えていただきたい。そういうことです。

行政が全部、「あなたの病院はこの機能です」とか、「あなたの病院には、この機能はできません」と強制するのではなく、それぞれの病院、地域で十分に話し合ってもらえる必要があるし、逆にその地域に合った形の医療をつくっていくことができるだろうということです。そこはある程度、逆にフレキシブルに、地域によってもともとある資源が違いますから、二次医療圏の決め方も、決してぴったりきている所ばかりではありませんので、そこはいろいろな事情で決まっています。ですから、医療の状況をそこだけでやるか、隣と合わせて考えるか、そこはお任せしますけれども、基本は二次医療圏でどういう地域医療ビジョンを描いていくかを考えていただく。

病床機能の報告制度が何を指しているのかですが、例えば「急性期医療に係る作業グループ」で、「各医療機関（診療所を含む）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける」との方針をまとめました。「医療機能を自主的に選択」というところが大事です。これはとりあえず報告制度ですが、まずどういう状況かを自分たちで考えて報告してくださいと、そういうことです。現在、ベッドの機能として「高度急性期機能」「急性期の機能」「回復期の機能」「慢性期の機能」、この4分類で考えています。ただ、ここをどう考えるかが千差万別で、いろいろな考えが侃々諤々ありました。最終的には、この4つぐらいが良かろうということになりました。

「高度急性期」と「急性期」の違いは、これだけです。「診療密度が特に高い医療」の部分だけです。「診療密度が特に高い医療」を集中してやるような病床を高度な機能とします。

他は普通の「急性期」の機能です。「回復期」というのは、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テーションを提供する機能。急性期の受け皿になるとか、あるいはすぐに在宅には帰れない場合の医療などをやる。あと、特にいわゆる回復期リハビリテーション。これは本当にしっかりやってもらわないと、動けない高齢者がどんどん増えると困りますので、大事なところですよ。

それから「慢性期機能」は、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能です。筋ジストロフィーや難病の患者さんらを入院させる機能とか、高齢者で長期医療が本当に必要などところもあります。もちろん、長期にわたって医療が必要な人は、みな医療が必要だけど、それを入院が必要かどうかというのは、少し考える必要があると思います。今後ですね。今はとりあえず、「長期に療養が必要なので入院させている」という病床でいいのですが、本当にそれは病院で預かる必要があるのか、そうじゃないのか。施設プラス少しの外付け医療でいいとかですね。そういうふうに、これからちょっと、いろいろ考えを仕組んでいかないといけない。それは今回の病床機能の報告制度とは直接関係はないですが、いずれ全体の流れの中では考える必要があると思います。

■地域医療ビジョンについて

病床機能報告制度によってデータが集まってきましたら、次は地域医療ビジョンです。地域医療ビジョンについては、大事なところは何も決まっていないとか、将来の目指すべき姿をどう描いていただくかというのを、まずは実態というか報告でつかまえた後、医療の必要量を地域医療ビジョンの中に書いていく。どこまで細かく書かせるかはまだちょっと分かりません。

地域医療ビジョンは平成 30 年度の医療計画に最終的には反映させますが、それよりちょっと前倒して、今回の医療計画の一部変更として書いてもらおうと思っています。「この病院にこんな機能」とか、そこまで書くのかどうか。地域によって違いますので、病床が多い地域、少ししかない医療圏もありますので、あとはこれプラスその他で、いろいろな施設整備が必要だとか、医療従事者の確保が必要だとか、そういうことも含めて書いていきましょう。これがビジョンのぼんやりとした中身であります。

それで、実はこういうことをやって何がしたいのかというと、簡単に言うと、2025 年度の現状投影シナリオで 97 万人（1日当たり利用者数等）というものを、改革シナリオで、79 万人に抑えていこうということです。現状は 80 万人ぐらいですから、ほぼ現状ぐらいの人数で、いわゆる今の一般病床と言われるところの病床などでは、なんとかそれで賄って

いきたい。

「医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み」の表があります。「高度急性期」「一般急性期」などの中で、医療資源の投入はできるだけ上のほうの「高度急性期」が手厚くなっていきますけど、ベッドの数もほぼ今と同じぐらいでなんとかいかないと。それから療養病床を若干増やさないといけないですが、なんとか今の数ぐらいでやっていこうよと、それに向けて、いろいろと中身を動かしていくということですね。実はこの表で私が言いたかったのは下のほうでありまして、介護施設ですね。1.3～1.4倍ぐらいを介護で受けていく。病院は、今より規模を大きくしない。もちろん在院日数の環境が悪いと、少し回転を上げないといけないかもしれません。

そういう中で、あるいは利用率を少し増やす。家に帰れないのならば介護の施設でみていく。その施設を、今の1.3倍～1.4倍にしないといかん。ここが、実は一番危惧をしております。私、医政局ですよ。あまりよその局のことを心配しても仕方がないですが、これできないと、病院に溜まっていくわけですね。介護の受け皿、もちろん全部家に返せばいいというわけにはいきませんから、そうすると、ある程度ケアできる人がいる施設で面倒をみてあげる人を増やさないと、患者は常に人がいる病院にどんどん溜まってきて、とてもじゃないけど急性期の医療は破綻していると、こういうような悪循環に陥ります。

とにかく介護施設を1.3倍にするか、あるいは1.4倍にするか。もう少し他の施策もあるのかもしれませんが。いずれにしても、病院からどんどん出ていきますということと、その受け皿確保とを合わせてやっていく必要があります。そういうようなことを書いているわけでありまして。

最後になりますが、医療法改正法案の全体像について、この資料はあとで見てください。来年の通常国会にすべて出せるかどうかは分かりません。中身はまた変わってくるかもしれませんが、こういうことを考えて、来年の通常国会に臨んでいこうと考えています。これからバタバタしますけれども、そういう状況であるということでもあります。以上で終わります。

(了)