

## 【シンポジウム】

第1回研究大会の最後を締めくくるディスカッションの座長は、日本長期急性期病床（LTAC）研究会会長の上西紀夫氏（公立昭和病院院長）と、国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰氏が務め、厚生労働省医政局の原徳壽局長やシンポジストらが、これからの医療提供体制について意見を交わしました。病床機能と診療報酬の関係や地域格差の問題、急性期病院の方向性など、幅広い視点から意見が出されました。パネルディスカッションの様様をお伝えいたします。

### ■ 病床機能と診療報酬の関係について

#### 【高橋泰氏（国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野教授）】

私もよく学会等で司会をさせられますが、今日のメンバーは今までで最強のメンツだと思います。恐々としながら、しかし、議論したいこともありますので、皆さんの気持ちになるべく受けるような気持ちで進行させていただきます。

進め方ですが、まず私のほうから、皆さまを代表する形で、各シンポジウムの方に1題ないし、2題の質問をして、その後、フロアから受けるという形で進めていきたいと思っています。

それでは、開始させていただきます。まず、原局長に2題質問をさせていただきたいと思います。1つ目は、皆さんのおそらく最大のクエスチョンマークである病床区分と診療報酬上の評価との関係についてです。非常に興味を持っていますので、なかなか言いづらい部分もあると思いますが、お答えできる範囲で、今後の診療報酬と情報提供制度の区分の話がどうなるかを、まず語っていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

#### 【原徳壽氏（厚生労働省医政局局長）】

病床の機能区分は、4分類ぐらいで考えています。それぞれの医療機関がどういう機能を持っているかを報告してもらうための区分で、おそらくそれに基づいて、その集まってきたデータを含めながら、もう少し修正をかける必要があるかもしれませんが、4分類ぐらいで地域医療ビジョンをつくっていかねばいけない。

その地域医療ビジョンで、例えばAという機能の病棟なり病床、Bという機能、Cという機能、それに合った具体的な病院の、例えば「1病棟と2病棟がA機能」で、「3病棟が

C機能」みたいな。具体的にこちらで必要な機能が、「この病院でこうだ」というふうに、きっちりと結び付けられれば、それを診療報酬で評価することは、ストレートに平行になるのです。

ところが、今言っているのは、こちらの報告機能の部分は、今は報告をいただくための分類をつくっているのです。もちろんそれがベースになって、ビジョンの機能区分にもなっていると思いますけれども、まだそこは現実のものと自己申告のものとのリンクさせる段階ではないということです。

ただ、次の診療報酬改定で、こちらで言っている機能区分で具体的には、利害で一致している病院なり、病棟なりもあるかもしれませんが、「ここにこういう報告をした」と言っても、診療報酬の「何とか管理料」などが取れるという直接のリンクにはならない。それは、「自分で言えばいい」という世界と、「基準をつくってかわしてください」という世界が診療報酬ですから、まだこちらは、ある程度、判断のための基準は示していきませんが、概ね自分たちで「急性期だ」とか「回復期だ」という判断をしていただいて、データを見ながら、まず追う。

もう少しこの区分を客観的な数値で表せるような基準がつかれるかどうかを検討したうえで、このビジョンの中でのそういう機能がどれだけ必要かを書いていきます。それと今度、具体的な状態がマッチすれば、診療報酬とされる。「まだ、そこまでいく段階じゃないから」ということですね。

#### [高橋泰氏]

ということは、中間段階で、その結果の区分の分け方は、診療報酬を横目で見ながら変わっていく可能性があるかと捉えればいいということですね。ここまで聴ければ十分かなと思います。今日のところは、この辺までにしておきます。

### ■ 基準病床数と地域格差について

#### [高橋泰氏]

もう1題、地域差がものすごくあるという点についてお尋ねいたします。「ご当地医療」という言葉の生みの親と言われている私からしても、全くその通りだと思いますが、今、地域の基準病床数を決める時に、各年代がどれだけ使っているかを県別に出しているわけです。そうすると、徳島とか高知とか、福岡なんて病床がたくさんある。同じ年代でもたくさん使って、それがずっと温存されて、千葉県は病床数が少ないからその年代の人が少

ない。

私もこの間、計算したのですが、千葉の人に比べて、福岡の人は1.5倍入院するわけです。で、1.5倍不健康かって言ったら、決してそんなことはなくて、東北なんかの人よりも福岡の人は倍ぐらい元気だから、病床数は半分で済むのではないかなと思うようなことと逆になっている。だから、そこのところを全国一律の数字であると、ものすごく大きなギャップが出るのです。

今の基準病床数の決め方ですと、やはり千葉は非常に少ない病床になって、福岡とか高知とか西の方に非常に大きな病床になるという形になるのです。だから、その地域医療ビジョンを地域医療計画に落とし込む、ということが明言されているということは、その基準病床数の算定というところに落とし込むという形になる。そうすると、「地域ごとにやる」という話に逆行しますが、基準病床数の決め方、とにかく今回は機能を決めて、それぞれに全国一律の数字を出して、「これぐらいかい離している」ということをはっきりさせる路線でいくのか、あるいは今のような形で、ある程度現状を是認するような形で、県別で基準病床数の基礎のデータをつくっていくのかということをおききたいと思います。

#### [原徳壽氏]

かなり細かいところなので、そこを細かく決めているわけではありません。例えば、患者さんのある病気の真の発症率が推計できるならば、全国一律でやることは可能かもしれません。一方で、ある病気の入院率、先ほども話しましたけれども、入院の量などを調べると現状を反映したということになるわけです。

おそらく使えるのは、現状をある程度反映したものを使うしかないと思うのです。その時に、そのままいったら現状固定になりますから、地域格差が減らない。その時に例えば、これは大昔ですけれども地域医療計画が決まって1回目の診療報酬改定の時に、ブロック別の係数を私は出しました。その時は、例えば、北海道の在院日数は非常に長かった。それに対して、中部は非常に短かった。そういうブロックごとでしたが、元々の病気がそれほど大きく、マスで見るとあるはずがないのに、ベッドが多い所は見ていて非常に在院日数が効いている。せめて、在院日数をもう少し短くできないだろうかということで、係数調整をしました。

ところが、それは全体的に均等になるような形で、係数というのはつくっているわけです。ただ、元になるデータは、真の患者の発生率とか、病気の発生率などが分からないから現状を見るしかない。そうしたら、やはり今ある医療機関の現状から、それを是正する方向で係数というのはつくっていく。だから、そういう方向でしか、たぶん無理です。

今回も、もう少し細かく考えなければ駄目だと思いますが、そういう意味では、もう少し細かいところをやりながらやりますが、基本は、例えば入院の方だったら入院のデータを元にやりますから、「現状のあのブロックではこれだけけど、あるブロックではもっと入院している」ということは当然ありますよ。そこは、その差ができるだけ下がっていかなければいけない。

あともう1つ、「実はここは病院が少ない、でも施設がたくさんある」という場合もあります。そこは全体を眺めなければいけない。これを均等化するのか、施設を含めてもう少し考えるのか。そこは、もう少しこれから考える必要があると思います。

#### [高橋泰氏]

ということは、基本的には現在の病床の決め方、今は総数ですが、それは多分、今回は機能ごとに出てくるのではないかと思います。それで現在の県別のデータを元にして多分基準病床数が出てくる形だと私は解釈します。非常に微妙な話ですので、あまり限定もできないと思いますので、私はそう感じたということで、次に移りたいと思います。

### ■ 療養病床に求める機能について

#### [高橋泰氏]

続きまして、有賀先生に伺いたいと思います。LTAC発足式とありますが、世話人会を今まで5回やりました。第1回目の時、日慢協さんから言われた時間に来て部屋に入りますと、急性期の先生たちがたくさん座っていて、私、「部屋を間違えたんだな」と思って、外に出てもう一度確かめたらやっぱりここは間違いはないなと思って、大変びっくりしたというのが初回の出来事なのですが、先生もこの日慢協に来たのは初めてではないかと思えますし、違和感があると思うのですが、まず、急性期側から療養病床、「療養病床」とあえて言いますが、この集団が一部の病院は受け取ってくれているのは実績があつて事実なのですが、どういうふうに、もっと言うと「任せ得る」のか、「ここだけは任せたいな」とか、「ここはもうちょっと頑張ってもらいたい」とか、先生の私見で結構ですので、バリバリの急性期から見て、療養病床の現状の受け入れ能力をどう感じられて、どうなってほしいかを聞かせていただきたいのですが、いかがでしょうか？

#### [有賀徹氏（昭和大学医学部救急医学講座教授）]

「最初に来て違和感がある」という話ですが、私にとって違和感そのものを実際にはほ

とんど感じませんでした。なぜかと言うと、私たちは急性期のバリバリですが、先ほどの指定演題で「患者のストーリー」という話が出ましたよね。私たちが患者を診て、そして次の病院に行っていただくという時、あのような体系だったストーリーをつくるというのは、組織だった方法を取るというところまでは残念ながらいきませんが、やはり患者さんやご家族と話をしながら先のことを考えながら、「じゃあこうだね」って話をするわけです。そういう意味では、魚河岸で魚をブン投げるみたいに後ろに投げているわけではないのです。

要するに、患者さんの流れ、僕たちのほうに入ってくるフローインとフローアウトは順繰りに考えながらやってきたというのが実際です。「急慢連携」ということをもっと前から言っておられたので、一般的な違和感はなかった。ただ、こんなでかい部屋があったとは……。

今、先生が言ったのも、こういう所に集っている病院の医療機能からみて患者さんを任せられるかという話なのですが、任せられる患者さんは多分任せられると思いますし、任せられないものは多分任せられないと思う。これはもう正直な話、当たり前の話です。僕は以前、上西先生の所にいましたし、今いる昭和大学病院にいても、「やはりあなたはあっちから来たからあっちの病院がいいかな」と思っても、「あっちにはそういうことに耐えられる病院がないから、やっぱりこっちに行くしかないよね」と、こういうことをしょっちゅうやっています。

そういう意味では、急性期病院の資源の集約されたような局面で頑張っている所からすると、次の施設というのは多くの場合、落差を感じざるを得ません。ですから、患者さん、患者さんによって、随分違うというものがありますので、相当程度、個々に応じてやっているという話です。だから、武久先生の世田谷記念病院にも最近多々お世話になっていますが、それは最初にMSWがいろいろ議論しながら、「じゃあお願いしますね」と言って、その後、先ほどのストーリーじゃありませんが、患者さんのご家族からのいろんなフィードバックも入ります、急性期病院に。その結果として、「次もお願いしましょうね」と言って、結構スピードアップしながらお願いしているという状況がありますので、個別性が極めて高いというのが私の印象、意見です。

#### [高橋泰氏]

同じような質問ですが、「ここの療養病床は結構任せられるけど、ここは不安だな」って感じる時の、セレクションする時の、外から見る時のポイントというのはどの辺にありますか？

**[有賀徹氏]**

ポイントというのは、あったような……。要するに熱意というか、MSWとMSWが議論するということは、多分そうだと思います。ドクタードクターもそうです。リハとリハもそうだと思いますが、やはり一定の水準で琴線に触れるような心の部分で、「よっしゃ」というようなことがあるかないか、という状況は結構大きいと思います。

**[高橋泰氏]**

医療人としてはよく分かる話で、それは、ものすごく大事な部分じゃないかなと思います。

**■ 亜急性期病床（仮称）の診療報酬について**

**[高橋泰氏]**

続きまして、猪口先生に伺いたいと思います。本当は、原局長にききたい質問ですが、それはあまりにも影響が大きいのでやめて、猪口先生にききますけれども、我々の発起人、今日残念ながらおられません、小山秀夫先生がある日ここに来て、名前は変わりますが、「亜急性に対して、どれぐらいの点数を付けたらいいか」ということをある日突然大きな声で話し始めて、小山先生はオール込みで3万 8,000 円だと大きな声で話されて、非常に面白い議論をしました。

その後、私なりにも考えまして、私的に言うと、いまだ亜急性でリハをしっかりやっても3万 4,000～3万 5,000 円ぐらい。それから、実際に「サブ・アキュート」が来て、出来高の一般病床に入った時も3万 4,000～3万 5,000 円。「引っ張る」というところを付けると、ちょっと付けると3万 6,000 円ぐらいになるのかなというのが私の予想の線だったのですが、猪口先生的に言うと、亜急性というのができた時に、どれぐらいの設定をすればいいのでしょうか。

要は、「必要数」という言い方も分からないのですが、どれぐらいの設定をすれば「動こうかな」という気になるか。その辺を私ないし局長に少しアピールしていただけるといいんじゃないかと思います。まず、民間病院の立場から見て、亜急性に移るためにはどういう条件があればいきそうですか？

**[猪口雄二氏（全日本病院協会副会長）]**

今の亜急性入院管理料が病床ごとではなく、病棟に広がった……。

**[高橋泰氏]**

病棟に広がったんです。そうです、はい。

**[猪口雄二氏]**

そこは難しいですね。というのは、現状で亜急性入院管理を持っているところは全体の1割から2割ぐらいで、ほかは出来高とかDPCなんです。その数はどれぐらいかということと、もしも急性期と亜急性の両方を持てる場合には、そのこのふるい分けという機能もありますので、一概に言えない。

それから、これは僕があまり言うてはいけなのですが、亜急性期入院医療管理料って包括的じゃないですか。定額制なんです。

**[高橋泰氏]**

日割り包括ですよ。

**[猪口雄二氏]**

そうすると、多分やっている側も厚労省も、そこで何が行われてどうなっているかというデータがないんですよ。だから、付けられない。だから、これを来年の4月からいきなり導入してどうこうというのは、私はすごく難しい話をしているんだろうなと思うんです。

これが、ある程度の期間で、EファイルやFファイルでいいから出して、どういう患者さんかを見て、アウトカムもどうだというデータに基づいて、そこから値決めをしていくほうが私はいいだろうと思っています。

だから、あんまりドラスティックなことを今やっちゃうと、どうなのかなということ、先ほども申し上げさせていただいたように、そもそも何十万床レベルでこの話を考えているならば、そこはリーズナブルに、「我々が本当にやりたい」と思うような枠を設定していただかないと、みんな行かないですよ。行かないと制度改革できない。

だから、そこはじっくりとこれから、中医協がまだどういう議論になるのか分かりませんが、じっくりやっていただきたいなと思っています。それで後は、病院によって一定額で怖いのは、軽い人ばかり入れ出すと良くないです。昔の療養病床がそうだったんです。一定額。それが、医療区分が入って、本当に重い人を受けようにならなくなっていったわけです。だから、そういうことから言うと、「今、定額いれちゃうとどうなのかな」って、個人的にはそう思うんです。

**[高橋泰氏]**

じゃあ、2018年を目指して、「亜急性・第2DPC」をつくって、それから導入したほうがいいのかというようなニュアンスなんですかね？

**[猪口雄二氏]**

ただまあ、DPC……。

**[高橋泰氏]**

では、医療区分。新型医療区分。

**[猪口雄二氏]**

医療区分……、とにかく、データがないと難しいですよ。

**[高橋泰氏]**

ですよ。それはね。「E・Fファイルを出して」というのは私も賛成です。ありがとうございました。

## ■ 療養病床のサブ・アキュート機能について

**[高橋泰氏]**

武久先生お願いいたします。先ほど、療養病床の受け入れに関するデータを示されましたが、世の中の一般的な風潮として、療養病床が本当に一般病床のサブ・アキュート機能を担えるのだろうか、ということに関しては多くの人がクエスチョンを持っているわけです。

そこでまず1つ目の質問として、日本慢性期医療協会の会員の中で、先ほどそういうことをやっている病院があると示していただいたのですが、病院の中でどれぐらいそういうことをやり始めていて、制度が変わったら人間って欲が出てきて、よく変わる話でありますので、それでどれぐらいの病院がそこに食らいつこうとしているのか。5年後に病院で亡くなるということは、何%ぐらいあるのかというのを、感覚的な数字でいいですから、そのへんの展望とか、なぜ誤解が生じているのかなどについて聞かせていただきたいと思えます。

**[武久洋三氏（日本慢性期医療協会会長）]**

誤解が生じている最大の原因は、ケアミックス病院です。急性期病床と療養病床を持つ

ている場合にどうなるかという、自分の病院の中で1番出来の悪い先生を療養病床に持っていく。そして、看護師もできるだけ悪いのを持って行って、要するに「良いスタッフは急性期に置いておきたい」というのが定着している。その気持ちは分からないことはない。

そうすると、自分の病院の中でレベルが低いから、「レベルが低いんだ」と思い込んでしまうんですよ。ところが、療養病床だけの病院は医療区分の2と3があるでしょ。ところが、ケアミックスの場合は、悪くなると一般病床に行っちゃうんですよ。治ったら帰ってくるから、ほとんどが25対1なんですよ。だから、25対1がなかなかなくなる。ということは、結局、病院経営者が自分のところの療養病床を卑下しているわけです。はっきり言ったら、それが蔓延しているわけです。特に、ケアミックスをたくさんお持ちの全日病の先生方。

残念ながら急性期至上主義で、「やっぱり急性期のほうが大事だ」と思っていますから、そうすると、「うちの急性期はすごいけど、うちの療養病床は駄目だ」と言うと同時に、「療養病床なんかにはできるわけがない」と思い込む。なぜなら、自分たちがやっていないからです。悪くなったら、一般病床に移すんですから。

しかし、実際に療養病床をベースに運営している慢性期病院の多くは、医療区分2、3の患者さんが8割です。その重い人を診ないといけない。変に死んだら医療事故でしょ？それはちゃんと診ますよ。だから、そこに大きな誤解があります。

先ほど猪口先生がおっしゃったように、平成18年度の診療報酬改定まで療養病床は全部「マルメ」だったんです。だから軽い人を入れようとした。これは医療経営者が悪いとは言えないけれど、結局、制度がそうなればそっちに流れるんですね。医療区分2・3になったら途端に重い患者を入れ出した。それまでは、「軽い人ばかり紹介してくれ」って言っていたような先生が、次は「重い人ばかり入れてくれ」って、こんな勝手な医者になぜ紹介しなければいけんのかな、と急性期の先生方は思ったと思いますが、そういう勝手なものなんです。

今は、重症が非常に多いんです。重症の患者さんが多ければ、そういう患者さんを診られる体制にしなければいけない。だから現実問題として、療養病床だけの単独病院はほとんどがちゃんと、一生懸命にやっているといます。その違いが非常に大きいと思いますね。

**[高橋泰氏]**

私も療養病床単独の病院を見せてもらっているのですが、実際、急性期をやっている病院、そんなに多くないのですが、療養単独の病院で先生が見たところ、今、LTAC的なことに取り組んでいる病院が何%ぐらいありますか。「将来的にこれぐらいになってほしいな」ということでもいいのですが、どういう感じまでなりそうですかね？

**[武久洋三氏]**

療養病床を持っている病院は全部で 4,000 ぐらいありますが、その半分は、医療区分の高い患者さんを診なければいけないので、ちゃんと診ています。やっぱり4分の1ぐらいは、残念ながら老人収容所的な病院もあります。それは、だんだん変わってくると思いますが、今現在は 500 ぐらいの病院がLTAC的な機能をやっているし、持とうとしています。これが 1,000 ぐらいになってくると、時代が変わってくると思います。

**[高橋泰氏]**

分かりました。どうもありがとうございます。多少なりとも皆さんのモヤモヤが解消できれば嬉しいなと思います。

## ■ 病床区分と医療法改正について

**[高橋泰氏]**

続きまして、フロアの方からのご質問を受けたいと思います。

**[質問者 A]**

広島から参った者ですが、原局長におききたい。私は以前、急性期病院で診療外科をやっていたして、今はリハビリテーション病院にいます。両方のことをよく知っているのですよ。武久先生が言われる内容もよく分かります。

結局、他の先生が言われた「ホスピタル・イン・ホスピタル」、これを半年ぐらい前に聞いて、これだと急性期病院もペイが取れますし、リハビリテーション病院もいけると思うのですが、厚労省として、先生の個人的な見解だけでいいですから、いけると思うのか。それともこれはいかんというのか、気持ちを教えてください。

**[高橋泰氏]**

「ホスピタル・イン・ホスピタル」の定義がよく分からないのですが、アメリカのどういうところでしょうか？

**[質問者 A]**

他の先生から聞いたのは、アメリカで急性期病院でどんどんやると、ベッドが 100 余り  
ますので、それを別の病院の経営母体に貸し出すんです。だから、従業員の給料が安い給  
料になりますし、多分、裏でディベートを貰えるんでしょう。

**[原徳壽氏]**

経営形態が日本の経営形態とちょっと違うので、そういうのができるのかどうか、ちょ  
っと考えないと分かりません。

**[質問者 A]**

だから、そのことをちょっとお聞きしたかったんですが。

**[高橋泰氏]**

ちょっとまだ早いなと思います。続きまして、武藤正樹先生、お願いいたします。

**[武藤正樹氏（国際医療福祉大学大学院教授）]**

国際医療福祉大学の武藤です。先ほど、猪口先生に触れていただいたのですが、いま中  
医協でやっています「入院医療等の調査・評価分科会」の分科会長を務めさせていただい  
ております。

分科会では7対1の問題をはじめ、いろいろな議論があったのですが、今回の分科会の  
一番大きな成果は、その名称は別にしましても、亜急性期の入院医療ですね。新しいコン  
セプトといいますか。先ほど言いましたように、「ポスト・アキュート」、それから「サブ・  
アキュート」、それから「在宅復帰」という、この3つの機能をまとめさせていただいて、  
先日の中医協総会で報告させていただきました。大変思い切ったビジョンです。

2025年、後期高齢者が激増する時代を見据えて現在考えています。亜急性期の入院医療  
は、そうした観点から議論していただきたいと思います。この亜急性期のコンセプトは絶  
対に必要なものですから、分科会でもそのような取りまとめをしたところでは

もう一点、先ほどの病床区分の話ですが、次回の通常国会の医療法に書き込んでいくと  
いう作業があると思いますが、この病床区分そのものを医療法に書き込めるのでしょ  
うか？ つまり、医療法には一般病床と療養病床などがありますが、例えば、その4区分を  
医療法に実際に書き込めるのかどうかお尋ねしたいと思います。もしそれでなければ、た  
ぶん医療計画の地域医療ビジョン策定時に通知等でおこなうのか、そのあたりお考えがあ  
りましたら、お聞かせ願えますか。

**[原徳壽氏]**

私の資料で言うと、78 ページ（地域医療ビジョン）と 79 ページ（医療法等改正法案の全体像）の辺りかなと思います。はっきり言いまして、4つの区分を「これこれという名称で報告をしてください」というのを法律に書き込むということは多分ないと思います。基本的には、「機能に応じた報告を省令に応じて報告してください」という形におそらくなると思いますので、その時に法律じゃない所で細かい所を書いていく。その時に、とりあえず4つの区分なのか、最終結論ではありませんが、「こういうものをそれぞれ考えて報告しなさい」という形になると思います。

あとは、実際に地域医療ビジョンを書く時も「ビジョンをこういうふうに書いてもらいます」というガイドラインを独自で出しまして、それを平成 27 年度にはビジョンをつくってもらうので、ガイドラインをその後また急いで作らなければいけない。その時に、またビジョンとして機能が必要なのは4つなのか、あるいは報告を受けて、もう少し変えるのか、そこはまだその先になります。

**■ 病床区分とDPC医療機関群との関係について**

**[高橋泰氏]**

ほかにいかがでしょうか。挙手をお願いいたします。では、そちらの方。

**[質問者 B]**

私、青森から来ました（B）と申します。原局長に質問です。先ほどのお話を聴いて1つ確認なのですが、病床区分の話で、例えば同じ病院の中でも、AはAの病床区分、BはBだっというようなお話を頂いたんですが、今、現行の制度であれば、だいたい高度急性期病院というのはDPCのⅠ群に当たるイメージなのですが、現在であれば、Ⅰ群とⅢ群の病院で同じ疾患に対して同じ治療をやっても、診療報酬が違ったりしているわけです。

先生のお考えでは、今後そういったものが、例えば、DPCのⅢ群であるような病院でも、この病床だけはAと認めると、そういった感じでとらえていいのでしょうか？

**[原徳壽氏]**

今のご質問は診療報酬……、まあDPCですけれども、DPCでの区分を医療法上の報告制度に使うかどうかという、そういう意味ですか？

**[質問者 B]**

そうです。

### **[原徳壽氏]**

たぶん、それはないと思います。逆はあると思いますけど。たぶんそれは違うのです。ただ、DPCの区分、大学病院などの特定機能病院、それは支払いの方法の問題であって、と私は考えているんです。ただ、もちろん特定機能病院全部ではないですから、大学病院に着目したものっていうのは、当然あって、それはそれで、理屈があって付けているのか、そこは直接やってみないと分かりませんが。

例えば、医療法で言うと、特定機能病院という区分があって、「その病院がこれこれの機能を持つ病院をいう」というような区分をしている。そこは、お金の支払い方法との区分のずれが若干あるのは厳密に言えばあります。だから、逆に今の機能区分で議論している話と診療報酬は、直接今は、すぐリンクする話ではないというのは、先ほど言いました。

これから整合性は取れていくと思いますが、今は、機能のほうがかっちり明確に分かれているわけではないですから、ここにある程度の条件を見ながら、そういうようなものということで診療報酬を付けていく。もう少し明確になった段階で、たぶんそれが一致してくるようにはなっていくと思います。

### **[質問者 B]**

今、ご質問した意図というのは、先ほど猪口先生から「高度急性期病院というのは、例えば移植をやるとか、そういった本当に特殊な医療をする病院であるべきというのが理想なんじゃないか」というお話があったと思うのですが、その辺がやはり、「高度急性期医療」というものがどういうものかというのは分からないと、今後、国が進めていく病床区分というのはなかなか進まないんじゃないかなというふうに思っています。

### **[原徳壽氏]**

おっしゃる通りです。それは、「高度急性期機能」と書いてある医師会が出されたところの考え方と、私どもが出した「高度急性期」の4つの構造区分とは少しずれています。ですから、確かにそれは、報告を求めるまでにそこは、どういうものと言うんだというデータは出していきます。

ただ、そこは、例えば数字的に「病気でこういうもの」とかですね、そこを明確に出したら、たぶんできません。そこまでいきませんが、考え方としてそうだというのをもう少しはっきりさせていく。そこはやったうえで、報告を頂く。

さらに、報告を受けた上で、先ほどから言っているのは、あるべき必要な医療の区分としてのもは、もう少し客観的なデータを基に、書けるようなものを考えていきたいというふうに思っていますので。ちょっとステップがあるということをご理解いただきたい。

**[質問者 B]**

ありがとうございました。

■ 「サブ・アキュート」について

**[高橋泰氏]**

ほかにはいかがでしょうか。挙手をお願いいたします。ないですか？ もっとバタバタと挙がると思ってましたが、いかがでしょうか？

**[質問者 C]**

(C) 病院と申します。猪口先生におききたいのですが、「地域一般病棟」の機能として、「高齢者を中心とした急性期入院（軽度～中等度）に 24 時間体制で対応」とご説明された箇所、「軽度の救急患者」についての定義と、どういう患者かをもう少し、具体的に教えていただければと思います。私の考えでは、脱水症とか高齢者の肺炎などを指しているのかなと思うのですが。

**[猪口雄二氏]**

先ほど話しましたように、全日病としては、高齢者がどんどん増えていき、施設とか在宅で要介護の方がどんどん増えて、そこにいろんな増悪が起きるんです。どういうのが多いかと言うと、たぶん脱水であり、肺炎であり、脳梗塞の再発であり、骨折のたぐい。そういうのが増えるので、そこは急性期オンリーの病院ではなくても、受けられる病院はたぶん中小病院でもいっぱいあるだろうと。

逆に、そういう患者さんを積極的に受け入れていく。それから、在宅に戻す。そういう機能もちゃんと持つ。そのためにはこれから認知症にも対応しなければいけない。75 歳以上の患者さんがめっちゃくちゃ増える。そこは我々が、自ら一生懸命に対応しましょうということを、全日病としては宣言したい。

ただ、「高齢者」とか「要介護」などと、ちょっと書きづらいので、「軽度から中等度」

というような表現になっていて、多分、厚労省も「軽度急性期」という書き方をしている場合は、たぶんそんなイメージが入っているんだろうと思います。ということで、要は、在宅や介護施設などにいる高齢者の、ある程度の急性期であると思っています。

**[質問者 C]**

ただ、突っ込んで考えると、なかなか高齢者の差別化につながるのではないかと、そういう議論が病院でも出てしまうものですから、ちょっとなかなか……。

**[猪口雄二氏]**

でも、実態としてはそういうことで、在宅を診ている診療所とか、特養などもまさにその辺をちゃんと診てくれということ。「とりあえず入れてくれ」というニーズってものすごく高いわけですね。それに我々はきちんと応えたいというイメージですね。

**[高橋泰氏]**

では、ほかの方、いかがでしょうか。

**[質問者 C]**

報告制度についてですが、過去を考えると、診療報酬と関係して、診療報酬が付くと、みんなドーンと行ってしまった。えらい事になっちゃったと。たぶん、厚労省がまた何かを出すと、そういう事がまた起こるのではないかと思います。

皆さん、やっぱり診療報酬がどうなるかによって、どうするか迷っていらっしやると思うんですね。基本的には多分急性期のほうが高く付くのだろうと。「急性期をやりましょう」と一生懸命に言った時に、たぶんデータが出てくると、現実とかなりずれたデータが出てくる可能性があるんですね。その時に、厚労省側としては、大体計画があって、どういう人がどれぐらいやって、先ほどのイメージがありますよね。その時に、基準に入らなかった病院が、ちゃんとやっていけるんだという保証はどこかである程度出さないと、正確なデータというか、これから進まないのではないかと思いますのですが、どうお考えになるかということ。

もう1つ、その医療計画にふって、都道府県単位ですよ、二次医療圏単位です。二次医療圏単位であっても、中でもかなり違うと思うので、じゃあその二次一本で、誰がきちんと担えるのかを非常に心配するところなんですね。誰がその計画をつくって、実施するような現状を分かっている人たちがいるのかどうかというのは、正直言って、我々の立場だと不安なところがあるので、その辺をちょっと教えて頂けるとありがたいと思います。

## [原徳壽氏]

二次医療圏単位でやっていただくので、二次医療圏の中の医療関係者が十分に話し合ってもらえる必要があるでしょう。ただ、だけど、医療機関の関係者と言いましたが、たぶん病院の先生方に言っても、印象は分かるけど、そんなよく分からないっていう人もたぶん来られるじゃないですか。それは、私はこういうのが仕事ですが、これはメインが違うので、だから、医療計画として、ビジョンっていうのはこういうものだということを、十分理解してもらい必要があるでしょうし、そういう説明をきっちりできるような形でやっていただけるような資料をこちらで作らなければいけないと思っています。

そういう意味では最終的には僕は、そのエリアでの医療の資源や、あるいは介護の支援も含めて、どういう状況があって、「今はこれでうまくいってるけれど、将来もっとこういう需要が必要だ」と言った時に、それぞれがどう対応していくかをそれぞれがやはり考えてもらうしかないのだと思う。対処法は。それは、機械的に数字がこうだから、じゃあこのエリアで例えば、「こういう機能がこれだけ必要ですよ」と決めたとする。数は出せるけど、それを具体的に初めて地域でやるのは、社会なので。それを無理やり権限を与えて、知事が「A病院ではこれだけ」とか、そういうことをつくろうと思えばつくれますが、たぶんそういうのは馴染まないと思う。

もともと、機能別に極端に言えば、一般病床と療養病床を分けているけれども、それはその基準が違うけれども、患者はどこに行くか分からないですからね。急性期の患者であったって、療養病床に行くことだって当然あるわけだし、そこは「病気で分けている」という意味と、「病棟の機能を上げる」というのは、直接ダイレクトにかっちりリンクするようなものではないので、そこは幅を持ちながら、いろいろそこは考えられるところです。

あと実は、軽度から中度から急性期というお話はおっしゃる通り、急性期をどう考えるかという時に、病状が重くなって、軽くなっていきますねという図があります。例えば、これは病態が重いほど、医療資源がたくさんいるというふうに考えてもいいのですが、非常に重い病態だったら、そこまで行くと。だけど、そこから回復してくる段階では、例えば軽い急性期と同じような病態、あるいは、同じような資源で診られる病態が出てくるだろうから、深いところまでいくか、大変重症の急性期から回復してきた人を受け取る機能と、軽度の、それほど深くないような急性期を受け取る機能はたぶんパラレルで、同じように行けるのではないかということで、この部分を亜急性期と名前付けたということなんですね。

だから、機能としては「ポスト・アキュート」と「サブ・アキュート」とは、ミックスされているとそういうイメージです。だから、資源的には、高度な急性期。重篤なものも

診られるような機能をしっかり持った病院という順番に分かれていくのかなというふうに思っております。

#### [質問者 C]

先ほどご質問された病院が潰れないように、お願いいたします。

#### [原徳壽氏]

そこはいろんな考え方があると思いますが、私個人は現状改革派ですので、革命派ではありませんので、ステップバイステップでいくべきかなと思っていますし、もちろん、特に診療報酬は、医療負担がどうなるかをしっかり見てやっていきますので、どんどん潰れることはないです。

逆に、医療機関の方にもお願いをしたいんだけど、私は、診療報酬を決める側の立場にもいましたけれども、あまり診療報酬に左右されてもらいたくないなという。もちろん決める側は、これは素敵だし、こういうのはやってもらいたいしということを議論して、つくっていくわけだけれども、それは、全国の状況で、それは概ねはそれでいいんだけど、逆にマッチするところがないのかなと。

だけど、それは多くの所では、あまりマッチしないという場がないことはないです。そういう場合に、あまり点数だけ見て、自分の地域と関係ないような点数まで取って診るとするのは、できるだけ避けていただきたい。逆にしっかりと、地域に必要な医療をやっていただいている病院が潰れるような点数には決してならないだろうというふうには思っています。

### ■ ケアミックス病院について

#### [質問者 D]

広島県の小さな、人口 10 万を切った三原という所から来ました。今日は大きな病院のメガホスピタルっていうんですかね、病院長のような人がたくさんおられるんですが、2、3の感想とお願いを申し上げます。

先ほどから「地域格差は強いよ」と、本当にそういうふうな現状です。診療圏にしましても、10万切った自治体と、二次医療圏が隣の市まで救急車でかなり遠い位置にあります。ご多聞にも漏れず、やっぱり、医療従事者がかなり減っております。そうしますと、実際に高齢化率の高い地域なのですが、感想として、「長期急性期病床」「亜急性期病床」「サブ・

アキュート」「ポスト・アキュート」とありますが、実をいうと、私の病院も1番多い200床以下の一般病院です。ケアミックスです。もちろん、全日病にも加盟しております。こういう病床は素晴らしいが日常ではない。

よく猪口先生は全日病の立場でいろいろご発言されておられるのですが、多くの病院が、自分がやりたいことではなくて、経営者として地域に必要なことをやっていったならば、やっぱりケアミックスにもなる。そして、救急の話と病床の話はちょっと違うと思うんですけども、現実には診るドクターが疲弊している。人がいない。そうしますと、一般病院でt-PAも使うし、いろんなこともやる。特殊な場合にはヘリで搬送したりしているんですけども、それで実際には疲弊しています。

東京の話、それから地方40万の徳島の話というのはやっぱりすごいなと。山陰なんかちょっとタイプが違うかと思うんですが、今現在、一般病院がやっていることは、まさにその通りじゃないかと思っている次第です。

質問は、個人的に猪口先生、たぶん多くの病院がそういうふうにいるんじゃないかなと思いますが、実際のところ、どうなんでしょうか。実際、私たちの地域には地域医療支援病院もありますし、がんの中核病院もありますが、人がいなくなると、地域の他の病院から医療を支援される病院になっている現実もあります。ということです。どうでしょうか。

#### **[猪口雄二氏]**

要するに地域格差があるので、それによってそれぞれの病院がどこの機能を持たなければいけないんだというご質問……。

#### **[質問者 D]**

大多数の地域が、人が少なくなって過疎化になっている。こういうことをやっていかなければいけないんだという。司会の高橋先生の話、数とか、もつともつと必要に感じるのですが、いかがでしょうか。

#### **[猪口雄二氏]**

私はたまたま東京ですが、やっぱり北海道の先生などとお話をすると、本当にとにかく住んでいる人がいないし、医療従事者もいない。医師なんて全くいない。そういう時に、病院って成り立たなくなっちゃうなんてお話をよく伺います。ですから、これからいろいろな医療計画をつくる時によく考えなければいけないところだと思います。

そういう病院の在り方としては、先ほどちょっと触れましたけれども、厚労省の言っている「地域一般病床」というのは、まさに地域によっては、自己完結型の病院でなければいけないという意味を含んでいると思いますので、当然、そういう病院の在り方も必要だと思います。

また、その病院が地域に1つしかないのに、それが一般病床だけで終われるわけもなく、療養病床も抱えなければいけないという事情もあると思いますので、私は「こうでなければいけない」ではなく、地域、地域の実情が変わるので、それがいろいろな地域の病院に応じて、その制度ができるようになっていくべきだと思いますし、そこら辺の細かい事情に関しては、国で一本というよりも、今度も都道府県の枠でつくるということになっていますので、各都道府県でよくそこを話し合う必要があるし、また病院会としてもそうしたいと思います。

#### [質問者 D]

どうもありがとうございます。

### ■ 第1回研究大会での3つの成果

#### [高橋泰氏]

たぶん、この議論をやっていると朝の5時半、6時までかかると思うので、残念ながら、時間がありますので、クロージングに入りたいと思います。質問のある方も誠に申し訳ございません。

今日の話ではっきりしてきたこともいくつかあると思います。皆さんよく知っている「ワイングラスからヤクルトへ」という、あの図であります。あれは非常に好きな絵で、左側は保険局の診療報酬7対1の話で、右側は医政局の話です。だから講演の時、「保険局と医政局なので、ここはどうつながるかよく分からないけど、よくこういう大胆な図を書いたものだ」というお話をします。皆さんもそれに引きずられて、非常につながっているというふうに、私も当初考えていてどうも違うなど、途中から気が付き始めました。

今日の話の1つのポイントとしては、原局長が今回のこの病床区分に関しては、4つの区分を法律に書き込まず、報告するというだけを書かれて、その分け方は省令でやりそうだということをはっきり言われたということが、非常に大きな意味がある。ということは、まだこの4つの区分というのは確定しているわけじゃなくて、これから議論の進め方によって、まだ変わり得る余地がありそうだなということがはっきりしてきたと

というのがポイントだと思います。

逆に、このシンポジウムの司会の前にいろんな方の意見を伺ったのですが、と、言いながらやはり整合性が取れたものになってほしいという思いが非常に強く、2004年ぐらいから、保険局がずっと先行してそれを医政局が制御していくという状態が続いてきたと思うのですが、あまり望ましくない。枠がまずしっかりして、それに合った形で診療報酬が決まっていくなされどと言われる人が非常に多いし、私もそうあるべきだと思います。ですから、これから先の議論で、できるだけそこら辺の整合性は保っていただきたいということを逆にお願ひしたいなと思うし、皆さんの願ひでもあると思うんですけども、そこに関してはまだまだ議論の余地がありそうだなということがはっきりしたのが、1つの成果ではないかなと思います。

2つ目は、急性期の方からの話というのは、日慢協の方、なかなか機会がないと思うんですけども、どういうニーズがあるかということは、今日かなりはっきりしてきて、想像していた以上に重いものを持ってほしいなという要望があったということは皆さん感じられたんじゃないかなと。それに応じた形じゃないと5年後は病院ではないぞと、武久会長ははっきり言われておりますので、そちらの方向に向かって進まない、たぶん看板を下ろされるんじゃないかなと、覚悟を持たれたほうがいいんじゃないかなということが結構はっきりしてきたことは、今日の2つ目の成果じゃないかなと思います。

3つ目は、人口減少型の社会になって、やっぱり現在の提供体制というのは、かなりミスマッチを起こしてきている。それに合わせていかなければいけないことは、みな非常に認識がはっきりしてきている。その時に、亜急性というのは非常に重要な病床になってきているということは間違いないので、そちらの方向に進んで行けば、たぶん食いっぱぐれことはないぐらいの点数は付くんだろうなということが、今回の大きな成果ではないかなと思います。

2008年ぐらいまでは、はっきり言って民間病院というものを非常に軽視していて、「立ち枯れ戦略」なんて言葉を聞いたこともあります。ところが人口構造が変わってきて、ここが立ち枯れると急性期も駄目になるという認識が間違いなく厚生労働省にも出てきて、亜急性の重要性がはっきりしてきたという感じがあります。

それを今回、このLTACという研究会が立ち上がって、あるべき姿というものも今回から発信していった、人口減少型に合った医療制度体制になるように官民合わせて変わっていかないといけないということは、皆さん、今日の会で感じていただければ、折角の日曜日に朝から時間を使ってここにいた甲斐があったと言ってもらえるんじゃないかなと思

います。最後に先生。

**[上西紀夫氏（日本長期急性期病床研究会会長、公立昭和病院院長）]**

どうも今日はお疲れ様です。はっきりした部分と、まだまだモヤモヤした部分があると思いますが、それはまた次回、皆さんもどんどん意見を出して、統括を我々が出さなければいけないのではないかと思っています。また、引き続き、皆さま方からご意見を頂きたいと思います。今日はありがとうございました。（会場から大きな拍手）

**[池端幸彦氏（日本長期急性期病床研究会副会長、池端病院理事長）]**

原局長をはじめ、シンポジストの先生方、そしてまた、座長の上西先生、高橋先生、本当にありがとうございました。もう一度盛大な拍手で。（会場から大きな拍手）

**■ 第2回大会のご案内**

**[池端幸彦氏]**

以上をもちまして、予定されたスケジュールをすべて終了いたしました。ありがとうございました。最後に閉会の言葉として、次回の大会を予定しております済生会熊本病院院長代理で済生会熊本病院副院長の中尾浩一先生より、閉会の辞と次回大会のご案内をよろしく願いいたします。

**[中尾浩一氏（済生会熊本病院副院長）]**

高いところから失礼いたします。済生会熊本病院の副院長兼医療連携部長をしております中尾と申します。今日はこちらの半分ぐらいの意見、現場に出ておりますので、なかなかこういったことをしっかり勉強する機会がなかったんですけども、先生方に教えていただきまして、お勉強を非常に大事にしている病院ですので、大変勉強になりました。

少し、ご連絡になりますけれども、来年の会についてご連絡いたします。よろしければメモを取っていただければと思います。来年は、9月28日の日曜日に熊本市でLTAC研究会の第2回を開く予定でございます。私どもの病院のホールを使うことを現在予定しております。事務局の方から当院の見学といいますか、施設見学等を併せて行うようにのご指示がございますので、先ほど赤星がお話ししましたような熊本の連携をどうやってつくっていつているかということをお見せできればと思っております。

熊本の連携が非常にうまくいっているというお話もございましたけれども、これは、熊本大学の出身の先生が多いと思っておりますので。私どものパートナーの病院の素晴らし

い先生方もたくさんお見えになっております。日本の医療連携、熊本大学出身の先生がいるということだけでは、なかなかうまくいかないような複雑なものになっておりますので、そういったところも来年お示しできればと思っております。ぜひ来年、ちょっと遠いですが、熊本での大会にもぜひご参加いただければと思います。以上です。ありがとうございます。

(丁)

---