

社会保険研究委員会 答申

諮問：地域医療の現状から日本の医療制度の再構築は可能か

地域医療の実情にはその地域特有の問題を内包している。
地域の医療提供体制は地域で決めるべき！

高齢化の状況やそれを支える社会資源の状況が地域によって異なっている。全国一律の医療提供体制では適切に対応することは困難である。地域医療の現状はそれぞれの地域で現実に医療を提供している者たちが一番的確に把握している。各地域に適合した医療提供体制を地域ごとに再構築することが、全体として日本の医療制度の再構築に繋がる。

2015 年 6 月

京 都 府 医 師 会
社会保険研究委員会

2015 年 6 月 24 日

京都府医師会長

森 洋 一 様

京都府医師会社会保険研究委員会

委員長 野 口 雅 滋

答 申

本委員会は、2013 年 10 月 3 日に開催の第 1 回委員会において貴職より諮問のありました「地域医療の現状から日本の医療制度の再構築は可能か」について 2 年間、計 17 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、その結果を取りまとめたので、ここに答申いたします。

社会保険研究委員会

敬称略・順不同

委員長

野 口 雅 滋
(京都桂病院 院長)

副委員長

西 村 秀 夫
(西村耳鼻咽喉科医院 院長)

委 員

伊 谷 賢 次
(西陣病院 院長)

今 中 雄 一
(京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 教授)

梅 村 聡
(大阪大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝内科)

岡 田 純
(脳神経リハビリ北大路病院 理事長)

小 森 直 之
(なぎ辻病院 理事長)

高 橋 泰
(国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻医療経営管理分野 教授)

渡 邊 能 行
(京都府立医科大学副学長、同大学院医学研究科地域保健医療疫学 教授)

担当副会長

安 達 秀 樹

担当理事

城 守 国 斗

内 田 寛 治

古 家 敬 三

目 次

1. はじめに	1
2. 京都府における医療提供体制の現状	2
3. 新医師臨床研修制度の影響について	3
4. 京都府における医療需要予測	5
5. 国の「地域医療構想」への意見	8
(1)急性期病院の立場から	8
(2)急性期中小規模病院として	11
(3)回復期病院として	13
(4)慢性期病院として	15
6. まとめ	18
7. 地域医療の現状から日本の医療制度の再構築は可能か	22

1. はじめに

森会長から「地域医療の現状から、日本の医療制度の再構築は可能か」という諮問を受けたのは、平成24年(2012年)7月のことであった。団塊の世代が75歳以上になる2025年を目前にして、日本における医療提供体制が将来も安定的に持続可能で有り続けるためには、今のままでいいのか、もし改変が必要であればどのように改変していけばよいのかの検討は待ったなしの状況である。しかし高齢化の状況やそれを支える社会資源の状況が地域によって異なるため、今までのような全国一律の医療提供体制では適切に対応することは困難である。それぞれの地域に適合した医療制度の改革が求められている。今回の諮問は、京都府における医療提供体制の将来有るべき姿を提示することが、日本全体における今後の医療制度の再構築に繋がるかどうかを検討しなさいという問いかけと考えた。そこで、まず京都府における医療提供体制の現状把握から有るべき姿の検討を開始した。

しかしこの間、国は矢継ぎ早に医療制度改革の方針を打ち出してきた。平成25年8月6日に社会保障制度国民会議が報告書を提出し、それをもとに、平成26年5月15日には「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」が成立した。法律に従って、平成26年10月には医療提供体制の現状把握につながる、病棟ごとの病床機能報告が各病院から提出された。平成27年度には二次医療圏ごとに将来の医療需要を推計し、その需要に適した医療提供体制を構築するためには、どの機能の病床が何床必要かを提示する、地域医療構想が策定されようとしている。各病院が受け持つ機能と病床数を話し合うための地域医療構想調整会議も開催されようとしており、そのためのガイドラインも策定された。京都府における医療提供体制の将来像の検討の過程で、国が示す医療制度改革の方向性を全く無視することはできないため、国から示される方針を逐一吟味しながら京都府の将来像を模索すると言う、国の方針に振り回されるような委員会になってしまった。そのような経緯を取ったことへの反省も込めて、答申には国の地域医療構想に対して、種々の機能を持つ病院はどのように考えているかという見解も盛り込んだ。

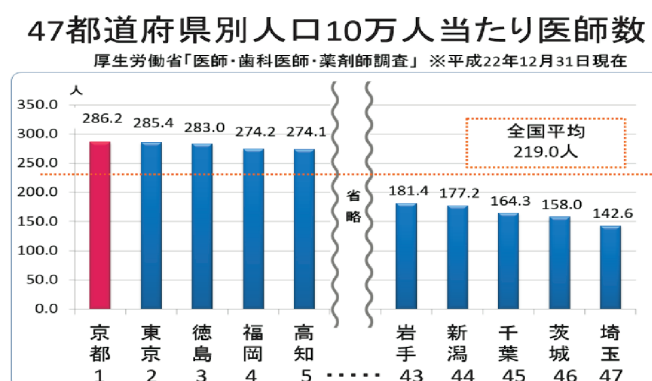
医療提供体制は本来、医療ニーズに応じて変化していくべきである。現在の医療提供体制も医療ニーズに応じて緩やかに変化してきてはいるが、少子高齢化のスピードは想定を超えて早く、現状では必ずしもニーズに適合しているとはいえない部分も出てきている。従来の医療提供体制、特に急性期の医療提供体制は、完全治癒や早期の社会復帰、救命や延命を目的として、身体機能が若い人への治療を中心に考えた形で構築されてきた。最先端の医療を享受したいとの希望に応えるため、病院は最先端の医療機器を導入し、適応のある人全員に最先端の高額治療を提供してきた。しかし高齢化が進み、医療を受ける人の中での高齢者の比率が急増してきている。また少子化で医療制度を財政的に支える人口も減少してきている。医療ニーズは若者と高齢者では当然異なるはずである。医療が対象とする高齢者の多くが完全治癒や早期の社会復帰より生活機能維持を、救命や延命よりも充実した終末期を望む時代が来ている。最先端の高額医療を今まで通り適応のある人全員が受ける事は財政的にも困難になってくるかもしれない。つまり、今までの形での医療提供では、現在の高齢化の状況に合致しなくなっている。高齢

化に伴って、医療提供体制の需要と供給のミスマッチが露呈してきており、今後その程度がさらにひどくなっていく見込みである。

現在でもいわゆる僻地では、医療の需要と供給のミスマッチが問題となっているが、その原因である、医師の地域と診療科における偏在を京都府の現状からみてみる。

2. 京都府における医療提供体制の現状

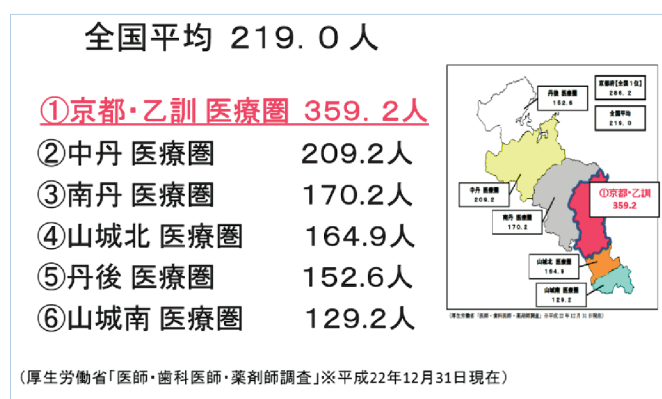
京都府は全国 47 都道府県中医師数が一番多い地域である(図1)。



(図1：都道府県別医師数)

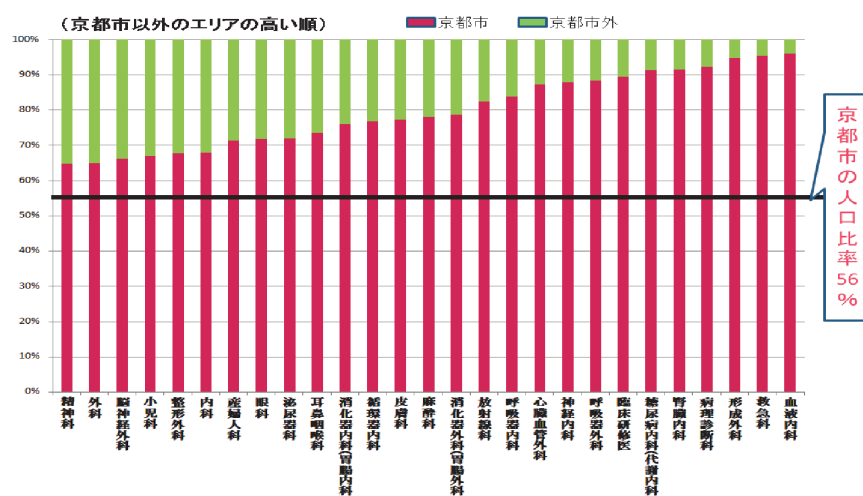
しかし、その京都府においても、二次医療圏ごとに見てみると、医師の不足している地域が存在する。京都・乙訓二次医療圏には全国平均を大きく上回る医師が居る一方、それ以外の二次医療圏では全国平均を下回る医師しか勤務していない(図2)。京都市への一極集中がみとめられ、北部・南部には医師が少ないという、地域による医師の偏在が存在することが分かる。

京都府2次医療圏 人口10万人当たり医師数



(図2：京都府2次医療圏別医師数)

平成 22 年時点での京都府の人口は 263 万人、京都市の人口は 147 万人なので、京都府内に占める京都市の人口比は 56%である。もし医師が人口に比例して配置されているとすると、京都市には京都府内全体の 56%の医師が勤務しているはずである。しかし、診療科毎に各二次医療圏に何人の医師が登録されているかを調べたところ、すべての診療科で京都市内に居る医師が 56%を超えていた(図 3)。京都市内への集中の程度が少ない診療科は精神科・脳神経外科・小児科・整形外科であった。一方、京都市内への集中が著しい診療科は血液内科・救急科・形成外科・病理診断科であり、特に、病理診断科は京都市以外には 3 名しか登録されていなかった(図 3)。



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」※平成 22 年 12 月 31 日現在)

(総務省「国勢調査」※平成 22 年 10 月 1 日現在)

(図 3：診療科別京都市内医師比率)

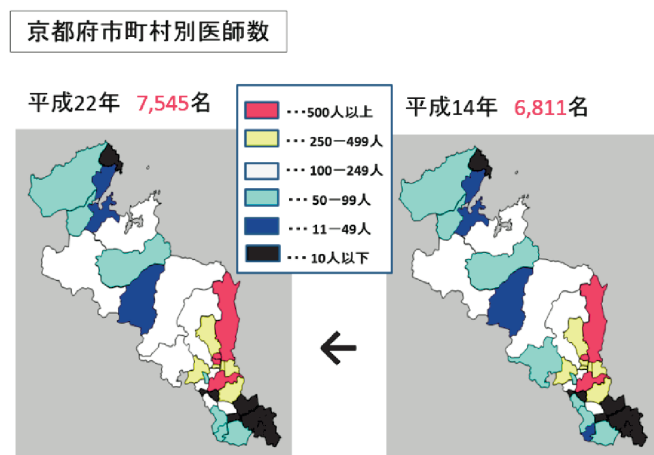
3. 新医師臨床研修制度の影響について

平成 16 年に導入された新医師臨床研修制度により、初期臨床研修を大学病院でなく市中病院で開始する医師が増加した。医局に属するのを望まない医師の数も増加し、かつてのような、医局による医師の人事異動が機能しにくくなっている。各都道府県に存在する“僻地”への医師派遣はそのような医局によるローテーション人事が支えてきた部分がある。またどの病院で勤務するかは医師に委ねられているため、都市部での勤務を希望し、“僻地”での勤務を希望しない医師も増えている。医局の権力低下をもたらした、新医師臨床研修制度が医師の地域偏在の原因ではないかとの指摘が有り、調査した。

新医師臨床研修制度が始まった平成 16 年以前の状況と開始後の状況を、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」の平成 14 年 12 月 31 日現在のデータと平成 22 年 12 月 31 日現在のデータを用いて比較した。

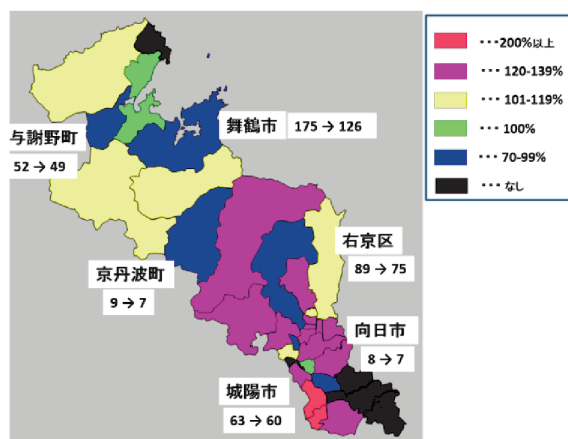
京都府内の医師数は 6,811 人(平成 14 年)から 7,545 人(平成 22 年)と 11%増加している(図 4)。市町村ごとに医師の増減を調べると、ほとんどの市町村で医師数は増加して

いた。減少を認めたのは、与謝野町(52人→49人)、舞鶴市(175人→126人)、京丹波町(9人→7人)、右京区(89人→75人)、城陽市(63人→60人)、向日市(8人→7人)で、舞鶴市で大きな医師数の減少を認めたが、それ以外は大きな減少は認めなかった(図5)。舞鶴市については、舞鶴市民病院の機能の大改変という特殊な要因があり、それに伴う医師の大量異動が減少の主な原因と考えられた。それ以外の減少は特段大きなものでなく、特に大きな医師数減少は京都府内のすべての市町村で認められなかったと結論した。



(図4)

京都府市町村別勤務医増減率(平成22年/平成14年)

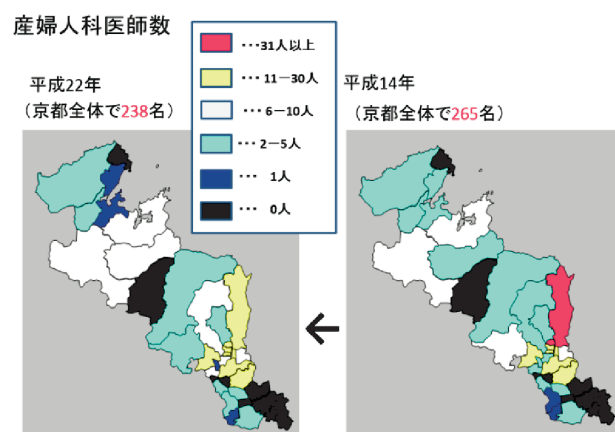


(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

※平成22年12月31日現在、平成14年12月31日現在)

(図5)

新医師臨床研修制度開始前後での医師の増減を診療科ごとにすべての市町村で調べた。特に減少を指摘されている産婦人科でもこの間大きな医師数の減少は認めなかった(図6)。他の診療科においてもこの間、医師数の減少は認めていない。



(図6)

今回の検討の結論として、最低限京都府内においては平成16年に開始された新医師臨床研修制度により医師の偏在は悪化していなかった。

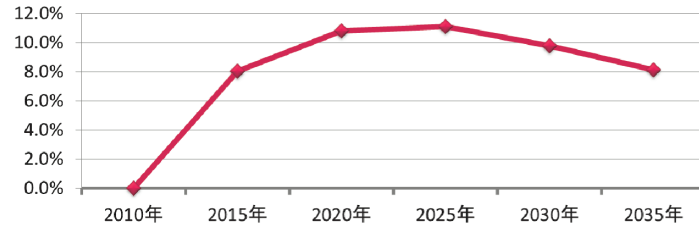
4. 京都府における医療需要予測

京都府内の二次医療圏ごとの医療需要を知るには、その地域内で発生した疾病の種類と頻度を正確に把握することが必要である。またその疾病の治療をその二次医療圏内で受けたのか、他の二次医療圏で受けたのかの把握も重要である。現在、入手可能な種々のデータで適切な医療需要を把握しようと努力したが不可能であった。そこで、大まかにではあるが、将来の医療需要を予測するため、厚生労働省、平成24年9月27日公表の「国民医療費」のデータと国立社会保障・人口問題研究所の平成25年3月の将来推計人口用いて総医療費を推計した。65歳未満、65歳以上、75歳以上の平均医療費を用い、将来もこの医療費を使い続けると仮定して各年齢の人口と掛け合わせることで総医療費を推計し、年度別総医療費を2010年の総医療費で割って、その増減率を計算しグラフに示した。京都府全体では2025年まで医療需要は増加し、2025年にピークアウトするが2035年でも2010年より医療需要が8%増加した状況であった(図7)。

京都府の医療需要

京都府	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2010～2035 増加率
総人口(千人)	2,636	2,615	2,567	2,496	2,418	2,325	-11.80%
0～64歳	2,019	1,884	1,798	1,730	1,646	1,544	-23.53%
65～74歳	325	384	361	286	277	304	-6.34%
75歳～	292	347	408	464	495	477	63.21%
医療需要	826,933,050	883,607,278	916,483,670	918,903,221	908,128,392	894,227,365	
医療需要 増減率	0.00%	8.06%	10.83%	11.12%	9.82%	8.14%	

国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)より



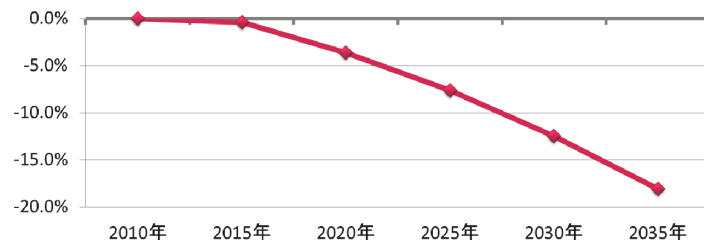
(図7)

当然、京都府内が一律同じような変化を示すわけではない。同様な手法で丹後医療圏の医療需要を推計してみると、2010年の時点ですでにピークアウトしており、今後医療需要は減少しつづけることが示された。一方、山城南医療圏では2035年でもまだピークアウトせず、医療需要が増え続けることが示された。そこで、京都府内全市町村と京都市内全区で医療需要の変化を作成し、何年にピークアウトするかを調べ、その時期により、京都府の地図に色分けで示した。

丹後医療圏 (宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町)

丹後	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2010～2035 増加率
総人口(千人)	105	98	91	85	78	72	-31.18%
0～64歳	72	63	57	51	46	42	-41.41%
65～74歳	18	16	15	13	11	11	-26.83%
75歳～	19	19	19	21	21	20	4.66%
医療需要	38,777,958	38,623,234	37,364,876	35,813,643	33,932,726	31,769,297	
医療需要 増減率	0.00%	-0.40%	-3.64%	-7.64%	-12.49%	-18.08%	

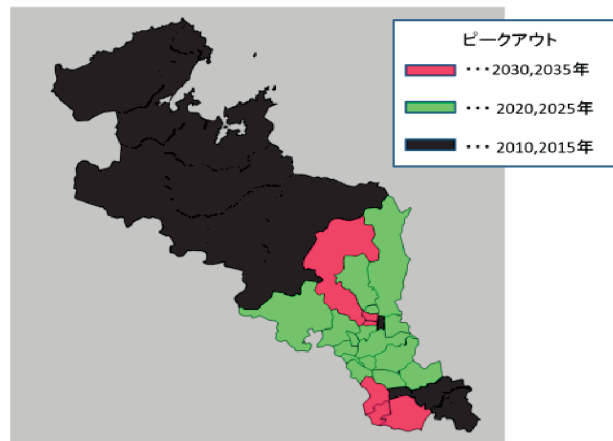
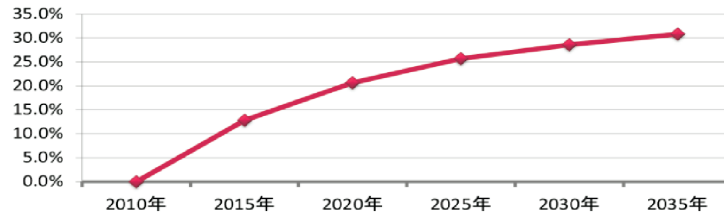
国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)より



山城南医療圏 (木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村)

山城南	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2010-2035 増加率
総人口(千人)	115	119	121	122	122	122	6.20%
0~64歳	92	91	90	89	88	86	-6.57%
65~74歳	12	15	17	14	13	14	17.71%
75歳~	19	12	15	19	21	21	110.50%
医療需要	32,994,457	37,222,509	39,800,398	41,478,687	42,419,352	43,153,485	30.79%
増減率	0.00%	12.81%	20.53%	25.71%	26.57%	30.79%	

国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)より



非常に大雑把な医療需要の将来予測ではあるが、京都市内は2020年代にピークアウトし、右京区と山城南で2030年代までピークアウトしないことが分かった。それ以外の地区は2010年代にピークアウトした。山城南医療圏は医療需要が伸び続けるのに、医師配置の少ない、特異な地域であることも判明した。

これは、あくまでも簡易な医療需要予測であり、実際の予測を示しているものでないことを、再度強調しておく。

5. 国の「地域医療構想」への意見

(1) 急性期病院の立場から

国民皆保険制度が実現したのが1961年(昭和36年)であるが、その時の日本における平均寿命は女70歳、男65歳であった。それが平成25年には女性86.61歳、男性80.21歳と15年以上長くなり、急性期医療を必要とする人の絶対数は増加し続けている。しかし少子化により、65歳以下の人口は減少が続き、国民皆保険制度を財政的に支える人口の減少が止まらない。医療需要は増加するのに、その医療費を支える人口が減少するなかで、国民皆保険制度を持続可能とするための医療提供体制の変更の検討はまさにまったなしの状況になっている。

日本全国の人口推計を見てみると、65歳未満の人口は減少し続け、それにつれて総人口も減少し続けるが、医療を必要とする75歳以上の人口は増え続ける。2025年の次の年、2026年に75歳以上の人口は2,200万人を超え、65歳から74歳の人口が減少するようになっても、75歳以上の人口は増え続ける。2050年代に2,400万人で最大となり、2060年になっても、75歳以上の人口はまだ2,300万人を超えている。

京都府全体の人口推計でも、2010年に263万人であった人口が2040年には222万人へと41万人(15%)減少する。これは、65歳未満の人口が202万人から141万人へと61万人も減少する事が原因であるが、65歳以上の人口が61万人から81万人と20万人増加することで人口減少を少し緩和している。65歳以上の人口増加20万人の中で、75歳以上の人口が29万人から47万人へと18万人も増加する。

京都・乙訓二次医療圏に限定して人口推計を見てみても、総人口は162万人から141万人と21万人減少する。これも65歳未満が125万人から89万人と36万人減少する影響であるが、65歳以上が37万人から52万人と15万人増加することでその人口減少を少し緩和している。65歳以上の人口増加15万人のうち、75歳以上は18万人から30万人と12万人増加する。人口推計では全国・京都府・京都乙訓についてはほぼ同等の推移をとる。

75歳以上の人口が増加するということは、医療を必要とする人の絶対数が増えることを意味する。それに加えて、一人の人が急性期医療を受診する回数も増えている。つまり、一人の人が、心筋梗塞を患い、治って、胃がんになり、それも治って、肺炎で入院してくるというように、急性期疾患で複数回受診するようになっている。絶対数が増える上に、一人の高齢者が複数回急性期医療を必要とするので、急性期医療の需要は増加したままの状態が京都・乙訓でも最低2040年まで続く。京都・乙訓の人口が全国の人口推計とほぼ同様に推移すると仮定すれば、2060年まで、急性期医療を必要とする75歳以上人口が多い状態が最低限続くことになる。京都・乙訓二次医療圏は病床過剰地域なので、需要の増加に応じて急性期病床を増やすことはできない。この急性期医療への需要の増大は、急性期病院の稼働率を上げ、平均在院日数を短くすることでなんとか対応することができるレベルで、当然、そのセクターを縮小させる余地は全くない。

しかし、増加する医療費を支える65歳以下の人口は縮小していくので、今まで通りの治療を続けることも困難である。国民皆保険制度を維持しながら、増大する急性期医療の需要に応えていくためには、急性期医療の医療費削減を検討しなければならない。

医療費削減のいろいろな方策の実現可能性について、検討してみる。

一つ目は急性期医療の適応に年齢制限を設定することである。80 歳になったから胃がん手術の適応でないとか、85 歳だから透析は開始できないとか、90 歳だから心筋梗塞で運ばれても治療しないというような年齢による治療制限による医療費削減である。今と同じように低額で最高の医療を誰でも受けることができる時代が続くかどうかは不明だが、高齢になっても適正な医療を受けたいという需要は今後も存在し続ける。2025 年に 75 歳以上になる団塊の世代は、若かりし頃学園紛争を闘った世代でもあり、このような制限を受け入れるとはとても考えられず、この方法での医療費削減は困難であろう。

二つ目は無駄な延命処置を実施しないことによる、経済的な無駄の削減である。今までは、本人も家族も望まない急性期医療が「命」「生命」を維持する事を最優先と考えてきたため、無制限に行われてきた。このため、貴重な医療資源が本人も家族も望まない医療のために投下されてきた歴史が有る。しかし最近では「食べられなくなったら、何もしないで」という、「生活」できなくなったら「生命」の維持は考えてくれるなという希望が増えてきている。事実、経口摂取不能患者への胃瘻造設は確実に減少してきている。何が何でも「生命」を守ることが第一という医療が、「生活」を大切にする医療に移行することで、経済的な無駄が省かれるようになる。これは日本でも実現可能と思われる。しかしこれを実現するためには満たさなければならない条件がある。

病院完結型医療の時には、病院勤務医が診察した患者の一生にわたる主治医の役割を担うことが多かった。初発から診断、治療、そして再発、終末期までをその主治医が患者の状態を把握して適切な医療に繋ぐという「主治医機能」を果たすシステムが存在した。地域完結型医療になるとその「主治医機能」を病院勤務医師が担うことはできない。要介護の状態になって、その人が必要とする最適な介護の社会資源に繋いでいくことはケアマネでも可能だろうが、医療的必要度に応じて、どの機能を持つ病院にかかることが適切であるかなどを判断し、医療的社会資源に繋いでいく事は医師にしかできない。患者がアクセスし易い、近隣の診療所医師が現在の「かかりつけ医」として果たす役割の中で、「主治医機能」を充実することが求められる。「かかりつけ医」がその人の「一生のプロセス管理者」となるのである。本人のリビング・ウィルを把握していることも「主治医」には求められるだろう。本人が延命治療を望まないという意思表示をしているのであれば、万一患者が病院以外の場所(在宅など)で終末期を迎え、救急車で病院に搬送されたとしても、「主治医」に聞けば、本人の終末期に際しての意志を確認することができ、本人の望まない延命治療が行われることはなくなる。現在は本人が延命治療を望んでいないとしても、それを確実に確認する方法がないため、ひとまず「生命」を維持する救命救急措置が行われてしまう。一旦救命できてしまうと、治療を中止する事は認められていないため、本人も家族も望まない高額・高度急性期医療が果てしなく続けられることになる。終末期における本人のリビング・ウィルを確認できるシステムが構築されて初めて、医療費が無駄な延命治療に浪費されることはなくなると思われる。

三つ目の方策として、出来るだけ単価の低い医療提供体制で患者を診療するようになるという方法がある。平成 23 年 6 月の「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)」に提出された資料によると、2025 年(平成 37 年)における、医療費の予測は、高度急性

期で月額 247 万円、一般急性期は月額 191 万円、亜急性期・回復期は月額 115 万円、長期療養(慢性期)は 62 万円と記載がある。その時の予測では、在宅医療等は月額 32 万円と一番医療費の安い医療提供体制と想定されている。そこで、医療費の高い高度急性期や急性期での入院期間をできるだけ短くし、速やかに医療費の安い亜急性期・回復期病床に患者を移動させることで、医療費の削減が可能との考えが出てくる。さらに回復期の患者を慢性期に、慢性期の患者を在宅に退院させることが出来れば、計算上は医療費の削減は達成可能である。いわゆる地域完結型医療と地域包括ケアシステムの構築である。これは一番実現可能性が高い医療費削減策であるように思われるが、これにも解決しなければならない問題が多く存在する。その中で一番大きい問題が、医療職を含む国民全体に蔓延している医療にたいしての拭いがたい固定観念である。「高度急性期は急性期より偉い。急性期は回復期より偉い。回復期は慢性期より偉い」とか「国公立は公的より偉い。公的は私的より偉い」などである。そのような意識が国民全体に存在しているのに、急性期から回復期に移動させられると、医療費削減(お金)のために、質の悪い医療に移動させられ、私は見捨てられたと患者や患者家族に不満感が生じる。時には不平からクレームに繋がる危険性もある。亜急性期・回復期・慢性期病床はそれぞれの時期に適合した医療が提供されるわけで、医療の質が落ちることなどないという常識を国民全体の意識として共有することがまず求められる。当然、医療職における意識の変革も大切で、回復期・慢性期で働く人材を増やしていく必要もある。

75 歳以上の人口が増えてくると、検診や外来受診からの高度急性期・急性期病棟への入院よりも、救急搬送されて急性期病棟に入院する人の比率が増えてくる。現在でも救急搬送の 6 割を高齢者が占めるようになっている。この中には、誤嚥性肺炎や単純骨折など、必ずしも高度急性期医療を必要としない疾患での救急搬送も多く含まれ、そのような疾患は当初より回復期や慢性期の病院で診るべきであるとの議論がある。しかし、救急搬送を依頼した本人も家族も、現在の病気がどの程度の病床機能をもった病院で診察すべき状態なのかを判断することはできない。搬送している救急隊員にトリアージさせ搬送先を決めることも、判定ミスの時の責任問題を考えると難しい。ひとまず、今まで通り、高度急性期にも対応できる救急病院に搬送することが今後も続くと思われる。搬送先の病院では、患者の病態が高度急性期や急性期の治療は必要とせず、回復期や時には慢性期の治療で対応可能と判明することも多い。その時にはしかるべき機能を持つ病院に速やかに転送できるシステムの構築が地域完結型医療の実現には急務である。また急性期治療を必要とする患者も、治療して落ちつけば、そのまま退院まで急性期病院に入院し続けるのではなく回復期・慢性期の病院に速やかに転院できるシステムの構築も重要である。つまり急性期の治療が終われば、ポスト・アキュートの病院に転院できるよう、ポスト・アキュートの機能を担う病院が厚く・多く準備されなければ急性期病院はすぐに満床となり、その機能を果たすことが出来なくなってしまう。急性期病院が本来期待されている、救急搬送依頼に応え必要とされる急性期治療も提供し続けるためには、ポスト・アキュートの十分な量的配備が不可欠である。急性期治療の良好なスループットを確保して初めて、地域完結型医療での医療費削減が実現できる。

(2) 急性期中小規模病院として

平成 26 年度診療報酬改定において、2025 年に迎える超高齢社会で地域医療提供体制をどのように再編するか方向性が明確に示された。7 対 1 入院基本料は平成 18 年度診療報酬改定時に新設されたが、それを算定している一般病床数は厚労省の予測を大きく超えて 36 万床となった。その要因の一つは、急性期中小規模病院((以下、「中小病院」))の多くが 7 対 1 入院基本料を算定するようになったためと思われるが、それは単に経営的メリットだけでなく、看護勤務環境の改善、看護教育の充実、医療安全上のメリットなども考慮に入れての事であった。ところが、平成 26 年度の診療報酬改定で 7 対 1 一般病床の削減を目標にした平均在院日数の算定基準変更(短期滞手術の除外、特定除外制度の廃止)と重症度、医療・看護必要度の厳格化、在宅復帰率の新設が実施された。7 対 1 一般病床の削減は財政的な理由が大きいと思われるが、それを覆い隠すため不足している亜急性期・回復期への誘導を図るためと理由づけられた。今回、7 対 1 一般病床削減のターゲットにされたと思われる中小病院にとっては厳しいハードルとなったが、なんとか今回の基準は多くの中小病院でクリアできた。実際、7 対 1 入院基本料を算定している一般病床数は平成 25 年 11 月と比較して平成 26 年 11 月時点で 1 万 4 千床程度減少しただけである。しかし、次回の診療報酬改定ではさらなる平均在院日数の短縮や重症度、医療・看護必要度の厳格化が予想され、中小病院では 7 対 1 の急性期病棟の維持は困難と予想される。10 対 1 の急性期病棟に移行するか、7 対 1 の急性期病棟の数を減らし、それ以外の機能の病棟への移行を考えないといけなくなりそうである。今回の診療報酬改定だけでなく、地域医療構想の策定や地域包括ケアシステム構築など 2025 年に向けた医療提供体制改革の方向性が打ち出され、中小病院にとって今後どのような形で地域医療に貢献すべきかを考える大きな転換期となったと認識している。中小病院が今まで果たしてきた役割を検証しつつ、二次医療圏における中小病院の今後の役割や診療報酬改定や NDB などにより誘導される地域医療構想の様々な問題点を考える。

中小病院は大規模急性期病院より、一層地域に密着した急性期医療を提供しており、自分たちが医療を提供している地域の特性や問題点をよく理解している。今回の社会保険研究委員会での検討で、京都府内における医師の地域偏在については、新医師臨床研修制度の開始前後で市町村ごとには悪い影響はなかったという結論に達したが、実は病院における医師の偏在には大きな影響があった。京都・乙訓二次医療圏においても、初期臨床研修医を採用している基幹病院においては新臨床研修制度開始後、初期臨床研修を基幹病院で開始する研修医が増加したことによる大幅な勤務医師数増加があった。しかし、中小病院では、大学で初期臨床研修を開始する医師の減少に伴い、大学からの医師派遣の減少という影響が出た。勤務医数の減少により、マンパワーが不足したにもかかわらず、従来通り 1 次・2 次救急を担い、さらにそれぞれの専門分野(透析、脳外科、消化器、整形外科など)で小回りの利くチーム医療を提供することで地域医療に貢献し続けている。このような地域に密着した急性期医療が、次回の診療報酬改定により急性期病床が減少させられたりポスト・アキュート機能へ転換させられたりすれば、消滅してしまう危険性がある。中小病院が担ってきた急性期医療を、強引な診療報酬改定や NDB に基づく地域医療構想の策定などで消滅させ、欧米型の基幹病院と回復期病院、

慢性期病院、ゲート・キーパー的な開業医のシステムに置き換えることで、地域住民が満足する効率的な地域医療が提供できるのであろうか。

中小病院の医師は、専門医としての診療をこなしながら、介護施設への入所者の急変などについても対応している。介護施設入居者は、家族の病院診療希望が強いため、介護職員は入所者の状態に異変があればすぐに病院へ搬送してくる。中小病院ではそれに対応している。また高齢者は発熱や食欲不振などの一般的な症状に対しての検査でも、入院での精査を必要とすることが多い。このような入院も中小病院では受け入れている。サブスペシャリティ以外の患者の診療も行いながら、地域医療を支えている。専門診療だけでも時間がかかるのに、中小病院の医師はどうしてもサブスペシャリティ以外の患者の診療に時間を費やし、1週間当たりの勤務時間は基幹病院の医師より長く、待機などの拘束時間も長い。

大学や基幹病院などの高次機能病院でも高齢者の入院治療は行なわれているが、多くの疾患を合併した高齢者は専門分化された診療科だけでは対応しきれない。特に、認知症やADLが低下した患者などは早期に入院加療困難と判断されて、退院と判断されるケースが多い。その多くは、家族がかかりつけ医などに相談し、勤務医の顔が見える地域の中小病院での入院加療を依頼され転院してくることも多い。そして治療後、中小病院から在宅や在宅の様な社会資源へのシームレスな橋渡しも行っている。

しかし、中小病院で勤務する医師のモチベーションをキープするためには、急性期治療の実践と、専門医資格の取得や維持が可能な病院であることが大切である。今後、診療報酬改定により急性期病棟の縮小を行うにしても、専門医取得や維持可能な範囲での縮小でないと、医師にとっての魅力がなくなり、中小病院での急性期医療を維持する医師を確保し続ける事ができない。看護師にとっても同様のことが言える。急性期の7対1配置の病棟で勤務できればよいが、看護配置が薄い急性期以外の病棟でも同じような重症度、医療・看護必要度の患者の看護をしなければならず、職場内での待遇差によるモチベーション低下への対応には苦勞すると思われる。また、地域包括ケア病棟では看護補助者配置加算にみなし補助は認められていない。現実には、看護補助者の人員確保が困難で、厚労省が考えているような7対1看護病棟から地域包括ケア病棟への転換で看護師不足の解消や訪問看護などへの移行が現実には可能か甚だ疑問である。中小病院が安易に地域包括ケア病棟などのケアミックス病院になっても、医師や看護師を集める力がしだいに低下し、引いては医師や看護師の退職に繋がるかもしれない。そうすると、民間病院では存続の危機に瀕する。

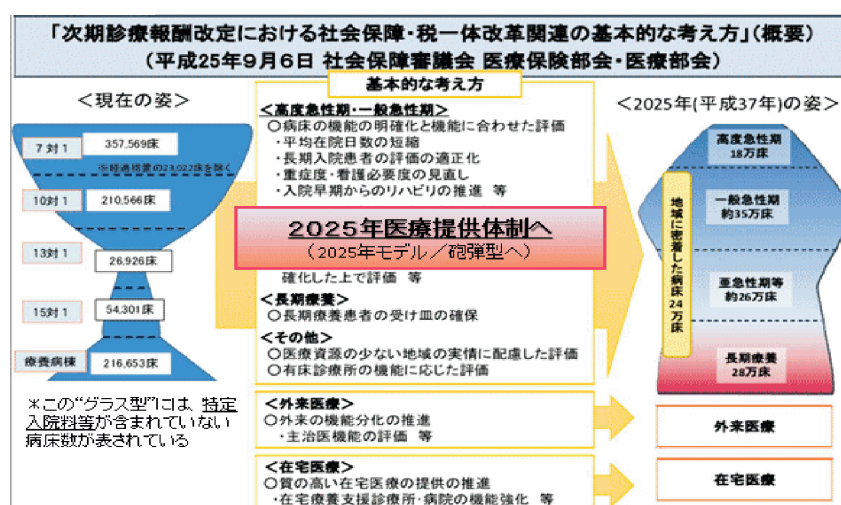
中小病院が従来担ってきた、多疾患を合併した高齢者への急性期医療を、回復期病院や慢性期病院だけで対応することは不可能である。また、高次機能病院や基幹病院での入院加療については、さらに重症の、優先して入院加療されるべき患者が多く、このような高齢患者への適切な対応は不可能であろう。このような多疾患を合併した高齢患者の医療を医療難民として切り捨ててよいのであろうか。まず、中小病院を支える人員を確保する事が大切である。まず、総合診療医や慢性期を担当する医師の社会的価値を高め、必要となる医師数を確保する努力が必要である。医師の専門医志向と同じく、看護師も7対1看護の急性期病院での勤務志向が強く、介護施設や訪問看護には人気がないのが現状である。中小病院と同じく、ON-OFFの少ない介護施設や訪問看護の勤務体

制に大きな問題がある。看護師が勤めたいと思えるワークライフ・バランスを考えた看護師の必要人員が確保できる経済上の考慮も必要であろう。この介護施設の量的・質的な充実、急性期、回復期、慢性期のいずれの医療施設でも大きな恩恵と安心感が得られる。ただし、介護施設等を支える在宅医療体制の整備はもちろんのことである。今後、この医療者の処遇に関する格差社会の問題も地域包括ケアシステムを構築するなかで乗り越えなければならない一番の難題である。

(3) 回復期病院として

「地域医療構想策定ガイドライン」では「高度急性期病床」「一般急性期病床」「回復期病床」「慢性期」それぞれの具体的な数値目標は定められていない。しかし、昨年までは、(図8)のように、2014年10月の届出時点で約8万5千床の「回復期病床」を、「高度急性期病床」(約15万3千床)と「一般急性期病床」(約43万9千床)から、さらには一部「慢性期」(約25万7千床)からも転換を促すことで、2025年には、約3倍の約26万床にする数値目標を定めていた。いわゆる「ワイングラス型病床編成」から「砲弾型病床編成」への病床再編計画である。具体的な数値目標を定めていないとは言え、地域医療構想において国が思い描いている方向性が変化したわけではないと考える。この数を前提に考えていく。

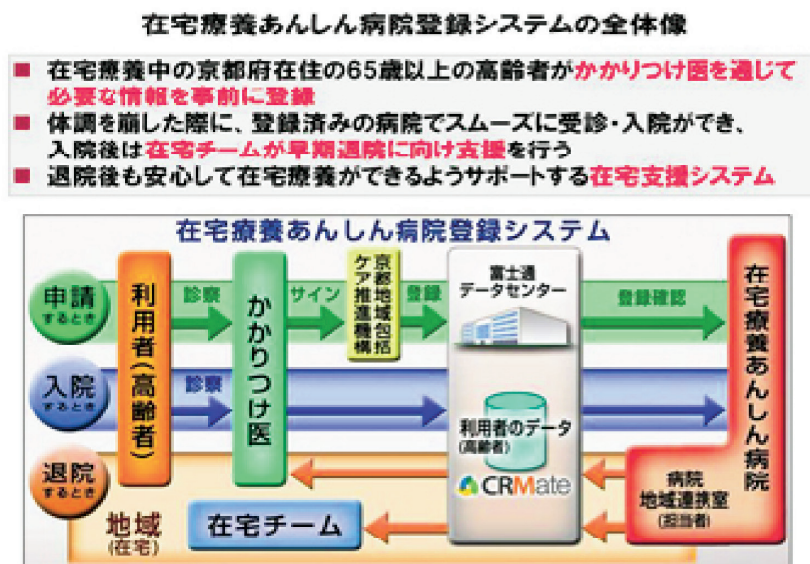
2025年モデルを目指した病床再々編



(図8)

まず、「回復期病床」の定義が曖昧であると思う。2013年9月の時点では上の図のように「亜急性期等」という表現が用いられていた。ところが2014年に入ってからいつの間にか「亜急性期等」という表現ではなく「回復期」という表現に変わり、2014年10月の病床機能報告制度でも「高度急性期」「一般急性期」「回復期」「慢性期」の中から選択する形になっていた。「回復期病床」というのが、「回復期リハビリテーション病棟」のような専門的なリハビリを担っていく病床を中心に考えているのか、術後のケアなど急性期病床からの受け皿と、京都府における「在宅療養あんしん病院」(図9)のように

在宅からのレスパイト的受け皿となる病床を中心に考えているのか、その両方なのか混乱の原因になっていると考える。「回復期病床」と言うとほとんどの方はイコール「回復期リハビリテーション病棟」とイメージしてしまうと思う。むしろ、「亜急性期病棟」が廃止されたので、病床区分としては「亜急性期等」という名称のままの方が紛らわしくなかったのではないかと思います。



（図 9）

「回復期病床」を、「回復期リハビリテーション病棟」のような専門的なリハビリを担っていく病床を中心に考えているのであれば、病床数を3倍に増やしても、「急性期病床」の入院患者数を減らすことにそれほど貢献しないと思われる。「回復期リハビリテーション病棟」には、発症あるいは術後から2カ月以内に入院という期限があり、重症患者率が定められている（「回復期リハビリテーション入院料1」で3割以上、「回復期リハビリテーション入院料2」で2割以上）一方で高い在宅復帰率も求められる（「回復期リハビリテーション入院料1」で7割以上、「回復期リハビリテーション入院料2」で6割以上）。また、適応疾患が限られており（脳神経疾患であれば、脳血管疾患・脊髄損傷・頭部外傷・くも膜下出血のシャント術後・脳腫瘍等、整形疾患であれば大腿骨・骨盤・脊椎・股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折等）、入院のハードルが高いことから、急性期病床から「回復期リハビリテーション病棟」に転床させたくとも、空床があるにもかかわらず転床させられないというミスマッチングは現在でも頻繁に起きている。急性期病院も「回復期リハビリテーション病棟」へ転院が必要な患者の平均在院日数がなかなか短縮せず苦慮されている。今後この入院要件を変えずに、大幅に「急性期病床」を削減し、「回復期リハビリテーション病棟」を増やしても、逆に「急性期病床」が焦げ付いてしまい、救急医療に支障を来すという事態も想定される。「回復期リハビリテーション病棟」を増やしていくのであれば、「急性期病床」から「回復期病床」へ患者さんがスムーズに移れるよう、期限や適応疾患において条件の緩和が求められる。また、「回復期リハビリテーション病棟」を退院し老健施設へ入所された場合、

在宅復帰率にはカウントされない。病院から在宅へのスムーズな流れをつくるためにも、「回復期リハビリテーション病棟」の出口側の条件の緩和も求められる。一方で、専任医師や専従療法士、あるいは重症患者の日常生活機能評価の改善率等の施設基準は維持することで質を担保していき、「回復期リハビリテーション病棟」が乱立することは防止しなければならない。2006年に「7対1看護基準」が創設されて以後「7対1病棟」が増えすぎ、逆に現在、国は「地域医療構想」によって「7対1病棟」を削減しようとしている。同じ過ちを繰り返してはならない。

「回復期病床」を、術後のケアなど急性期病床からの受け皿と、「在宅療養あんしん病院」のように在宅からの比較的軽症な患者のレスパイト的受け皿となる病床を中心に考えているのであれば、その担い手は「地域包括ケア病棟」ということになるかと思われる。この部分を拡張して約26万床にする計画であれば、ある程度理解できる。しかしそれならば、なぜ「病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。」「療養病床については、1病棟に限り届出することができる。」等、量的規制を行っているのか理解できない。今後この条項は撤廃あるいは緩和されるのだろうか？また、リハビリについて「専従の療法士1名以上」、「リハビリテーションを提供する患者について1日平均2単位以上」と決して低くないハードルが課せられている。急性期病床からの受け皿に必ずしもリハビリが必須とは限らないし、「在宅療養あんしん病院」のように在宅からの比較的軽症な患者さんのレスパイト的受け皿であれば、リハビリの必要度はより低いと考えられる。今後「地域包括ケア病棟」を大幅に増やしていくのであれば、この部分の条件緩和が必要と考える。

おそらく国としては、最初に数合わせありきで、入院基本料とリハビリ点数を除いた1日の当たりの点数が、500点から1,000点の間で「一般急性期」との線引きを行い、「回復期病床」を増やして、「高度急性期病床」「一般急性期病床」を減らし、入院医療を効率化し医療費削減を図っていこうという目論見なのだろう。しかし、やみくもに「高度急性期」「一般急性期」の病床を減らして、「回復期」の病床を増やしても効率的な入院医療にはつながらないと思われる。「回復期病床」を増やすのであれば、「回復期リハビリテーション病棟」や「地域包括ケア病棟」等、それぞれの役割とニーズを考え、その必要数を検討し、一方で「急性期」から「回復期」へ患者さんがスムーズに移れるような仕組みが求められる。

(4)慢性期病院として

今回の地域医療構想における慢性期医療(在宅医療等)の展望を書くにあたり、平成27年3月地域医療構想策定ガイドラインで慢性期機能等について下記の通り記載されている。

○『在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点(C3)とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅をさらに見込み175点で区分して推計するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数(一般病床だけでなく療養病床の患者も含む。)を加えた数を、回復期機能で対応する患者数とする。なお、175点未満の患者数については慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。

※在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となる事も想定。

○慢性期機能については、病床機能報告制度において、『・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能』と定義されている。

○療養病床については、主に慢性期機能を担っているが、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した値(医療資源投入量)に基づく分析を行うことは難しい。また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計することとする。

○一般病床の障害者・難病患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者)については、慢性期機能の医療需要とする。

上記の通り、地域医療構想の中で慢性期医療が大変乱暴に区分されており、高度急性期、急性期、回復期以外の病床を全て在宅医療等と括ってしまっていることは問題である。地域医療構想はデータと数字のみで単純に区分したのか、それとも深い思惑があり医療と介護の区別をせず、在宅医療等と区分したのかのどちらかなのではないか。一般病床であっても入院基本料を除く 225 点以下の患者 障害者・難病患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者)、医療療養病床、介護療養病床の患者が慢性期に振り分けられるに加え、また 175 点以下の患者は在宅療養とし慢性期機能の医療需要に振り分けられる。

1つの考えは高度急性期、急性期の病床コントロールを検討していく中で、想定病床数からある一定の係数を掛けて適当に慢性期病床数を振り分けたのか。2つ目の考え方はもしかすると、今回の地域医療構想は高度急性期、急性期の縮小を考えたものではなく、今後、最も増大するであろう慢性期医療の需要を考え、在宅へのシフトを加速させるために考えられた病床の数なのだろうか。このまま地域医療構想が進み慢性期病床への流入を食い止めることができれば、増大する社会保障費をかなり抑え込むことができる。しかし、このような分類にはかなりの疑問が残る。

なぜならば、医療と介護(在宅も含めて)の制度区分も考えず、病床を全てまとめて点数のみで分類していることである。そもそも、医療病床と介護病床は基本的に異なるものであり、(医療)一般病床は基準に準じて医師数、看護師数、看護補助数が明確に規定され、かつ施設基準をクリアしている。具体的には医師が 16:1 いなければならない。看護師数は 15:1、13:1、特に 10:1 の看護師を有する病院が多くある。また、当然では

あるが医療療養病床と介護療養病床も基準によって明確に区分されている。医療療養病床は医師数 48:1、看護職員 20:1 以上であるのに対し、介護療養病床は医師数 48:1、看護配置 30:1 以上である。点数で区分してしまえば若年で障害レベル 1 (手も足も全く動かすことのできない状態) であって全く動けない方でも、症状が軽度であれば病院や施設に入ることとはできず、在宅医療となる。家人が家で看ることができれば幸いだが、核家族化が進んだ日本においては家族崩壊につながり、地域社会の崩壊へとつながる。また、難病の患者であっても、治療内容が軽度であればたとえ全く動けない患者であっても同じように在宅医療となる。受け入れ不可能な環境にある患者はどうするのか。こんなことも考えずに進めれば無認可施設の増大を促しかねない。

今回の地域医療構想で示されている通り、慢性期に振り分けられる病床は超重症患者でなおかつ長期に医療、介護を共に必要とする患者のみが病床数に振り分けられると考えられる。

高度急性期、急性期から数パーセントだが必ず軽快しない超重症患者が出てくる。これらの患者を必ず受ける後方の医療機関がなければ多くの問題が生じてくる。高度急性期、急性期ベッドが空かなくなり、平均在院日数が増える。術後回復が見込めないのに早期の退院を促すと患者・家族とのトラブルも多くなる。

問題は、超重症患者は高度急性期、急性期ですでに判断がついている。しかし、これらの患者を一旦、回復期の病床に移し、その後慢性期に送るのか。一気に慢性期に送るのかによっては今後、回復期病床への影響も大きいと考える。

慢性期の構築の仕方によって、今後の日本の医療の在り方が決まって行く。その中には高齢者医療のビジョン、在宅医療の在り方、そして莫大にかかるだろう、医療、介護の費用をどのようにするかだ。

最近、「とことん」医療と「まあまあ」医療という言葉があるが、誰が「とことん」と「まあまあ」を選択して、どこまでが「まあまあ」で、どこからが「とことん」なのだろうか。それはまるで慢性期医療や治療効果が望めない高齢者に対しては、「まあまあ」医療にするというようにも思える。そもそも「とことん」医療をするのは高度急性期であり、慢性期医療には「とことん」は無い。家族に望まれ最後の時間まで高度な医療ではなく、最低限の医療で治療されているから、治療点数が低く、家族に対する負担も少ないのではないかと。今や多くの慢性期医療の病院が、急性期の病院で「とことん」医療を受け軽快、回復しなかった人を一手に担っている。それらの施設で「とことん」医療を受けた人の治療内容を徐々に薄めながら安定させ、医療費のかからないものとし、家族の心を癒し、可能ならば在宅医療への道を開いていく。これが慢性期医療機関であることを理解していただきたい。多分、医療機関の医師や看護師、医療スタッフというのは誰しも急性期医療を担いたいという気持ちがあるのではないだろうか。

慢性期医療は、急性期医療で「とことん」医療をしたが回復、軽快しない人ばかりを診なければならない。しかし、それは誰しも行いたくない、関わりたくない後方支援の医療施設・病院であることを忘れてもらいたくはないと思う。

最後になるが、今後、専門医制度があまりに先鋭化したまま導入されると、専門医になるためには高度急性期病院、急性期病院のみで勤務しなければ資格が得られないことになる。そして、専門医の資格を継続するためには、慢性期病院や回復期病院に努めることが即ち資格を失うことに繋がるならば、慢性期医療の場は、若い医師の確保が困難

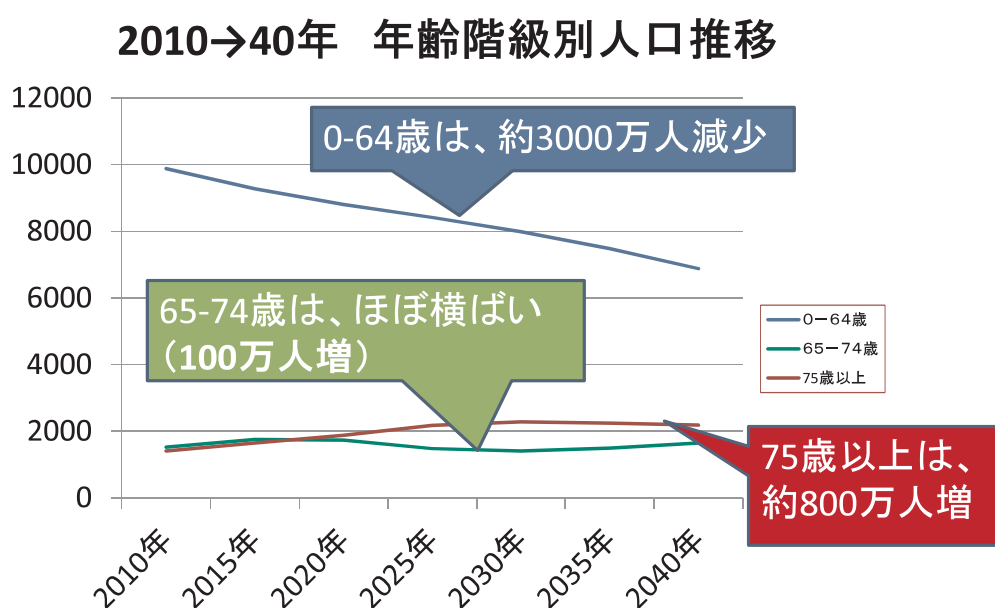
になっていくと予想されることとなる。

このことは大きな問題となっていくと思われる。地域包括ケアシステムの構築においては、専門医制度のあるべき姿が決して無縁のものではなく、大変重要な役割を果たすと考えている。

地域医療構想での論争点は病床割り当てや病院ごとの役割決定などと言われているが、最大の問題点は、中小病院の多くが携わっている慢性期、亜急性期への悪影響だと考えている。

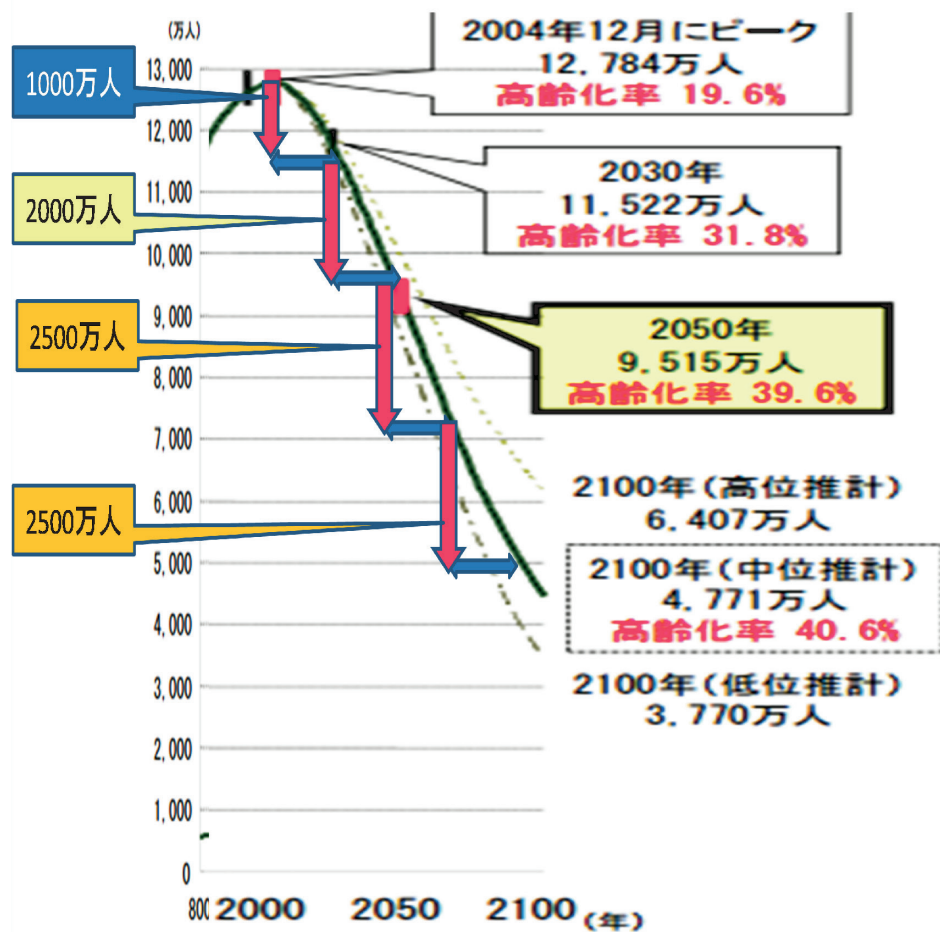
6. まとめ

(図 10)に示すグラフは、2010 年から 40 年にかけてのわが国全体の人口の動向を示す。今後の大まかな人口推移を年代別に示すと、「0－64 歳は、今世紀末まで毎年 100 万人ずつ減少」し、「75 歳以上は、2030 年まで毎年 50 万人増加、30－50 年横ばい、50 年以降 25 万人減少」というようにまとめることができる。



(図 10：年代別人口推移)

以下の(図 11)は、今後 100 年間のわが国人口の動向を表す。2005 年頃がわが国人口のピークである。その後 25 年間、0－64 歳人口は年間 100 万のペースで減少するが、後期高齢者が年間 50 万人平均で増加するので、人口減少のスピードは比較的緩やかで、2030 年は 11,500 万人である。2030 年以降、後期高齢者の増加が止まり、年間 100 万人の若年人口減少のみが残り、2050 年には、わが国の人口は 1 億を下回っている。その後、後期高齢者の人口減少が始まり、総人口の減少スピードが加速され、今世紀末は、5,000 万人台になることが予想される。



(出典)総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、同「平成12年及び17年国勢調査結果による補間推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」(1974年)をもとに、国土交通省国土計画局作成

(図11：我が国の人口推移)

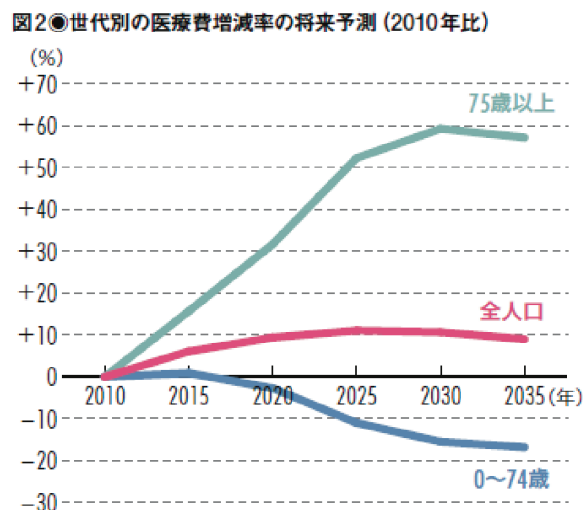
長期的に見れば、わが国の医療提供体制は、今世紀末の人口半減に向けてダウンサイジングが必要になることは間違いない。一方2025年頃までの中期の視点で考えるならば、2025年頃まで年間50万人のスピードで急増する後期高齢者に対応する医療と、今後毎年100万人ずつ減少を続ける若年向けの医療の調整をどのように行うかが、この期間の医療制度改革の最大の争点になる。

人口構成が大きく変化すれば、医療や介護の需要は大きく変化する。(図12)は、医療費をもとにした医療需要予測量の推移を、0-74歳と75歳以上に分けて示したグラフである。

全人口の総医療費の推移予測では、2025年の11.1%増がピークであり、その後減少に転じる。75歳以上は、2025年に向けて急増、2030年のピーク値は2010年比59.3%増という結果になった。0-74歳の医療需要は、2015年から2020年まで微減、2020年から急激に減少する。2010年から2035年にかけて医療需要は16.8%減少し、0-74歳の医療需要は、その後も一貫して減少を続ける。2020年から急激な減少が始まるのは、

2022 年から 24 年にかけて団塊の世代が 75 歳を超えるからである。

わが国の医療提供体制は、今後短期間で急増する 75 歳以上の医療需要と、今後減り続ける 0－74 歳の医療需要に対応する形で変化していく必要がある。



(図 12： 0－74 歳と 75 歳以上医療費予測)

従来の医療は完全治癒や早期の社会復帰、救命や延命を唯一の目標として提供されてきた。医療ニーズは当然若者と高齢者では異なっており、75 歳以上になると、多くの人が完全治癒や早期の社会復帰より生活機能維持を、救命や延命よりも充実した終末期を望むようになってくる。今仮に、治癒を目標とする医療を望む人たちを(治療群)、治癒よりケアを大切にする医療を望む人たちを(見守り群)と呼ぼう。人間の老い方は千差万別であり、高齢者には多様性が認められる。実年齢とその人の容貌や活動性は個々人で大きく異なっている。80 歳や 90 歳になっても若々しく活動的な人も居るが、70 歳代でも老けて活動的でない人も居る。このように多様な高齢者を一括して、その人の暦年齢で提供する医療を限定することはできない。つまり 0－74 歳の人の中にも(見守り群)が居る可能性がある一方、75 歳以上の人たちの中にもかなり多くの(治療群)が存在する可能性がある。医療に求められているのは、多様な高齢者が持つ医療や介護に対しての多様な必要性や要望に対して、適切に応えることのできる体制を整えることである。

75 歳以上人口は今後 50 年間増加したままである。この人たちが全員(治療群)とは思えないが、全員(見守り群)でもないだろう。ある一定の比率で(治療群)が存在することを考慮すると、「高度急性期」や「急性期」の機能を持つ病床の必要性は増えこそすれ、減ることではない。しかし(見守り群)の人が増えてくるのも事実である。この人たちに対しては「回復期」や「慢性期」の機能を持つ病床が必要で、その数は絶対的に不足している。ここで言う「回復期」は回復期リハビリテーションの病床だけを意味するのではなく、ポスト・アキュートやサブ・アキュートの機能を含んだ病床を意味する。(治療群)に対しては今まで通りの急性期治療を提供することが必要であるが、75 歳以上の人口増加に伴い、医療需要は激増するので、従来通りの元気に成るまで急性期病院に入院し続けるという医療提供は不可能だろう。(治療群)の人々であっても、急性期治療後早

期に、退院まで「回復期」や「慢性期」の病棟に移って療養することが求められる。「回復期」や「慢性期」の有効利用を考えれば、その後の在宅や在宅の様な施設へ、医療や看護の提供が必要な状態でも退出する事が求められるようになるかもしれない。

(見守り群)の人たちは主に、「回復期」や「慢性期」での治療になるだろうが、従来であれば「高度急性期」に搬送されていた救急疾患も(見守り群)の人たちは、「回復期」や「慢性期」に入院し、加療を受けたのち在宅に戻るようなことも必要になると思われる。いろいろなルートからの「回復期」や「慢性期」の需要が増加するので、この機能を支える病床数の充実と、それを支える医師たちが多数必要になってくる。

現在、初期臨床研修を終えた医師たちの一番の目標は専門医の資格をとることである。つまり、どこかの分野での先進的医療を担う医師になることを、初期臨床研修終了後の目標としている。2017年より始まる専門医制度の中に、ある意味異質な「総合診療専門医」を基本領域の19番目の専門医に位置づけたのは、専門医を目指す人の中にも、オールラウンド・プレイヤーである「一般医」を目指す人が出てきて欲しいという国の希望の表れだったのかもしれない。しかし、そもそも相容れない「専門医」と「一般医」を合体したことにより、今(平成27年6月3日)現在、「総合診療専門医」の概念すら明確でない。当然「一般医」は「専門医」に劣るものでは全くないが、「専門は一般より偉い」というような固定観念が、国民全体に蔓延しており、医療職もその観念から抜け出せていないので、「専門医」制度の中にそのような分野を組み込んでしまったのだろう。

既述したように、「回復期」や「慢性期」を担う医師の需要は爆発的に増える。「総合診療専門医」を養成して、その医師たちだけで担える数では到底ない。複数の疾患を持つ高齢患者が激増する時代を迎え、いわゆる「専門医」たちにも、一般的な老人医学の知識を持つことが求められるし、内科系であれ外科系であれ、臨床の現場で経験を積んできた医師たちを「専門医」でなく「一般医」として評価し処遇していくシステムが求められている。複数疾患を抱えた多種多様な患者に、適切な診断を下し治療を行えるのは経験豊富な「一般医」でしかない。専門医として年月を重ねるうちに「一般医」への魅力が増し、実際に「一般医」に移っていく医師が多いのもこのような理由からであろう。「専門医」は将来的に診療報酬上も評価されるとの予測がある。「一般医」の技量も適切に評価し、それに見合った処遇がなされなければ、超高齢社会を迎える日本の医療に明るい未来はない。

現在、国は「回復期」以外の「高度急性期」「急性期」「慢性期」の病床数を減らしたいと考えているように思われる。そもそも、「高度急性期」と「急性期」の区別がどこにあるのか、実際に臨床の現場で医療を提供している者には実感できない。区別不能なのに、「高度急性期」や「急性期」それぞれの必要病床数が別々に設定され、その削減への対応を医療現場に求めるのであれば、医療提供者の納得を得るためにも国は身を切る覚悟が必要である。まず自身が運営するナショナルセンターでの病床削減を実行し、「高度急性期」と「急性期」はどのように区別されるのか、何故削減しなければならないのかなどの理由を、現場の医療職に明確に示すことが求められる。

人口減少社会に突入し、医療提供体制が今後も未来永劫、現在と同じ形で良いと思って居る医療機関は無い。しかし、その改変の過程で国民の医療需要に応えられないような時期を作ることすら許されない。その時々最適な医療提供体制を実現しながら、如何

に将来に向けて縮小していくかの問題に対して、すべての医療者が目をそらすことなく、向き合っていかなければならない。

7. 地域医療の現状から日本の医療制度の再構築は可能か

京都府における適切な医療提供体制を考えるには、医療需要を適正に把握する事が必要である。各都道府県や医師会レベルでそれを把握することは困難なので、国がNDBやDPCのデータを用いて作成する二次医療圏ごとの医療需要を参考にする事になる。

地域医療の現状を考えるということは、現在の医療需要に対して医療提供体制が適切なものであるかを検証するということである。医療需要の将来予想を根拠に、将来の適正な医療提供体制を構築していくことも今まさに求められている。疾病ごとにいろいろ違った対応も求められるだろう。医療需要の将来予想を前に、自分たちはどの部分を担うのかを各医療機関が熟考しなければならない。結果として、現在自分たちが提供している医療とは違う形の医療を提供することを求められるかもしれない。それは、各医療機関に痛みをともなう改変になる可能性もある。しかし、すべての医療機関が顔を合わせ、痛みを分かちながら府民に適正な医療を持続可能な形で提供し続けることが、京都府内の医療機関に今まさに求められている。

高齢化の状況やそれを支える社会資源の状況が地域によって異なるため、今までのような全国一律の医療提供体制では適切に対応することは困難である。つまり京都府で検証した将来像を全国一律に当てはめることはできないが、それぞれの地域ごとに、その地域の医療需要の予測をもとに、その地域での適正な医療提供体制を考えることが必要という意味では京都府と全く同じ状況である。京都府の医療の現状を検討し、将来の医療提供体制を構想することは、日本の医療制度の再構築に繋がると言うことができる。