

---

# 病院のあり方に関する報告書

2011年版

---



ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会 編

# はじめに

病院のあり方に関する報告書は、1998年以來6版目となる。医療に関する基本的な考え方として「医療は、患者（国民）と医療人が協力して構築すべき公共財であり、国民の健康・生活に直接関係する点で極めて重要である。従って、医療に関する諸議論は、広く国民、関係諸団体、医療人が参加し、議論の過程について透明性が確保された上で、かつ長期的な視野に立って行われる必要がある」と示してきた。

社団法人全日本病院協会（以下：全日病）は、約2,300の会員病院を有する団体として、「関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質の向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする」という理念を達成するため、本報告書を具体的な活動の基本と位置づけ、各種委員会を中心に種々の取り組みを重ねてきている。

これまでの本報告書に共通する柱は、会員病院が質の高い医療提供のために行うべき具体的な取り組みを示すと共に、望ましい持続可能な提供体制のあり方を提言し、会員病院の対応に関して助言を行うというものである。

本報告書作成にあたり、「高齢社会がピークに達する2025年の医療・介護提供体制のあり方の検討と提言」を病院のあり方委員会に委嘱した。予測される超少子高齢社会における医療・介護提供体制は既存体系の延長では不可能であり、早急な検討課題と考えたからである。

3月11日に発生した東日本大震災は、国や地域における危機管理のあり方に大きな課題が内在していることを示した。社会保障として、公共財としての医療のあり方にも大きな問題提起をした。

今後、震災からの復興計画における医療・介護提供体制の構築は、将来の日本の医療提供体制の構築に多くの示唆を与えるであろう。

本報告書が、将来予測される財源難と労働力不足という社会環境のなかでの、望ましい医療提供体制の構築の議論において、広く関係者に利用されることを期待している。

また、今後も全日病が医療の環境整備と充実に向けて自立・自律した組織として主体的に関わるという意思表示でもある。

社団法人全日本病院協会  
会長 西澤 寛俊

# 病院のあり方に関する報告書 2011年版

## 目次

はじめに	
第1章 2025年の日本を想定した報告書	1
第2章 医療圏	5
第3章 医療・介護提供体制	6
第4章 医療従事者	11
第5章 医療費	17
第6章 診療報酬体系・介護報酬体系	20
コラム：臨床指標を用いた診療報酬・介護報酬体系の展望	23
第7章 医療の質	24
第8章 病院における情報化の意義と業務革新	38
第9章 産業としての医療	46
第10章 医療基本法	47
おわりに	49
参考資料	50
(社)全日本病院協会 病院のあり方委員会 開催状況	106
(社)全日本病院協会 病院のあり方委員会 委員名簿	107

# 第1章 2025年の日本を想定した報告書

全日本病院協会における医療提供に関する本格的な検討は、1998年「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会」の発足に始まり、その成果は49ページの報告書にまとめられた。その後、近未来の医療提供体制を中心に継続するケアとしての介護にまで検討が及び、2000年からその内容のまとめが隔年に「病院のあり方に関する報告書」として発刊されてきており、2007年版は107ページに及ぶ報告であった。

「はじめに」の中で先述した通り、本報告書に共通する柱は、会員病院が質の高い医療提供のために行うべき取り組みの提示、望ましい継続可能な提供体制のあり方の提言、会員病院の対応に関する助言である。このような一貫した姿勢は、利益誘導型となりがちな病院団体の取り組みとしては画期的なものとして多数の関係者から評価されてきた。

今回数えて6回目となる「病院のあり方に関する報告書」作成に関して、2010年4月、会長から委員会へ、「高齢社会がピークに達する2025年の日本における医療介護提供のあり方を十分検討し報告書とするよう」に指示があった。

既刊の報告書や直近の医療情勢にとらわれず、社会構造の変化や経済の将来見通し等も踏まえた現実的な対応と、これまで追求してきた理想的な医療提供の姿もあわせ再検討したので報告する。

2025年の日本における医療介護提供体制に直接影響する可能性の高い主な変化は以下の通りである。

## 1. 人口の変化

### ①人口減少・少子高齢社会の急速な進展

2005年、日本の総人口は減少に転じた。1899年に人口動態統計を取り始めて以来はじめてのことであり、既に人口減少社会は現実のものとなっている。2005年に1.26と過去最低を記録した合計特殊出生率（一人の女性が一生に産む子どもの数）は低水準で推移しており、少子化傾向に歯止めがかからない。その一方で、平均

寿命は高水準にあるため、人口減少下での少子高齢化が進み、年少人口（15歳未満人口）比率は世界最低水準、老年人口（65歳以上人口）比率は世界最高水準となっている。

近年の人口の推移は、国立社会保障・人口問題研究所が2005年12777万人から2009年12740万人に減少するとした予測通りとなっており（実数12750万人）、大胆な人口増加計画が実施されない限り、2025年には人口が11927万人に減少する見込みである。

### ②悩ましい生産年齢人口、労働力人口の減少

経済・社会活動を担う中核である生産年齢人口（15歳以上65歳未満人口）は、1996年以降減少、労働力人口（就業者と完全失業者の合計）も1998年をピークに減少傾向に転じており、2025年までを展望してもこれらの減少傾向が継続することは避けられない状況にある。

生産年齢人口、労働力人口は、2007年から2025年までにそれぞれ8442万人から7096万人（16%減少）、6650万人から5820万人～6320万人（5～12%減少）が予想されている<sup>1</sup>。産業全体に影響が及ぶが、これは労働集約的な医療や介護分野において最大の課題である。

労働生産性が現状と同様であると仮定した場合、現在最も現実的とされる実質GDP成長率1%が続くと300万人、0.5%にとどまれば800万人の余剰就業者が増えるとの見解を示す報告<sup>2</sup>もあるが、この場合でも、医療介護業界への就労につながるのかは不明である。また、次世代ロボットが人間352万人分の労働力を代替し、不足する労働力427万人分の約8割を補填するとの試算もあるが、この中でも医療・介護分野に関しては、人を抱きかかえることができる介護ロボット等の導入で97万人分の労働力としか計算されていない<sup>3</sup>。

<sup>1</sup> 雇用政策研究会：労働力人口の見通し2007年

<sup>2</sup> 小林真一郎：2025年高齢化で変わる日本経済・社会、季刊政策経営研究、三菱UFJリサーチコンサルティング、東京、2009

<sup>3</sup> 機械産業記念事業財団2008年4月

### ③生産年齢人口、労働力人口の見通し

今後、10～15年後を見通す場合、従来の考え方を変える必要がある。すなわち、生産年齢人口、労働力人口の実態（比率）は、大きく変わらざるを得ない。健康な高齢者、あるいは、障害者でも、社会活動に貢献できる社会体制が構築されているであろう。また、東日本大震災後の日本復興には、今まで以上に、これらの人々の活躍が必要である。

## 2. 疾病構造の変化

厚生労働省患者調査から1982年から2010年までの疾病構造の変化を見ると、高齢化の進展もあり悪性新生物、高血圧症、脳卒中、糖尿病が増加しているが、今後もこの傾向は続くと共に、その他、筋骨格系や尿路性器系疾患、眼及び付属器疾患の急増も予測される。厚生労働省患者調査を基にした疾病構造推計によると、2025年には手術患者数は1.3倍、短期入院患者数は1.7倍、慢性期入院患者数は2.5倍程度に増加するとされている<sup>v</sup>。

## 3. 社会保障給付費／医療費の伸びと医療従事者不足

### ①社会保障給付費／医療費の伸びと財源論

この15年で激増する後期高齢者・要介護高齢者を支えるためには、社会保障の根幹の一つである医療・介護の一定水準の確保が必要である。そのためには財源と人材の確保の見通しが重要となる。

2007年度社会保障給付費は91.4兆円と初めて90兆円を超えたが、2008年度は94.8兆円（対前年度増加額は2.7兆円）、対国民所得26.8%（対前年度比2.6%増）と更に伸び過去最高を更新した。このうち、年金は49.5兆円（52.7%）、医療費は29.6兆円（31.5%）、福祉その他は14.9兆円（15.9%）で、高齢者給付費は65.4兆円と全体の約7割を占めている。

2011年度予算（一般会計過去最大の92.4兆円）では、一般歳出54兆円のうち社会保障関係費は5.3%増の28.7兆円となり50%を超えている

<sup>v</sup>患者調査、DPC調査等の統計調査データを用いた看護職員必要数の長期将来推計に関する検討－伏見委員提出資料－（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0622-6a.pdf>）

が、今後団塊の世代の高齢化に伴い、要医療・要介護者が右肩上がりが増えることから、社会保障給付費も確実に増大し、2025年には141兆円国民所得比26.1%と試算されている<sup>v</sup>。

社会保障関係費：社会保険費、生活保護費、社会福祉費、保健衛生対策費、失業対策費からなる

社会保障給付費：国・地方公共団体の歳出、社会保険等から支払われたものを含む社会保障全体の給付額

社会保障国民会議の2025年度医療介護費用の財政試算では、シナリオによって差異はあるものの、2007年の41兆円（医療費34兆、介護費7兆円）から、2025年には倍以上の85～93兆円（医療費66～70兆、介護費19～24兆円）に、年金は65兆円になると予想しており、生活保護の給付世帯も確実に増えていくとされている<sup>vi</sup>。予測に従うと実に今後15年という短い期間に、社会保障費は150兆～160兆円に達することになる。

周知のごとく現在の日本の財政状況は、末期の状態にある。国債、借入金、政府短期証券を合わせると2009年末の債務残高は900兆円を突破、2010年度国債発行額は過去最大の44.3兆円（歳入に占める依存度48%）となり、債務残高は2010年度末には973兆円と空前の1,000兆円に迫りつつある。更に、約1800の地方公共団体の財政不足は、地方税収等の落ち込みにより1994年以降急速に拡大し、2009年度末には197兆円となっている。

財政赤字を国際公約<sup>vii</sup>に従って半減させるには、44.3兆円の半分22.1兆円の歳入の伸びが歳出削減が必要となる計算となるが、現実には消費税の引き上げしか策はないとされ、この場合実に9%の引き上げ（1%は2.4兆円相当）が

<sup>v</sup>厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」平成18年5月（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/dl/h0526-3a.pdf>）

<sup>vi</sup>社会保障国民会議：最終報告平成20年11月4日（[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syukaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syukaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf)）

<sup>vii</sup>2010年6月トロントで行われたG20首脳会議で2013年までに各国の財政赤字を半減させるとの宣言が採択されたが、日本だけは例外視され不名誉な結果となった。日本はG20の前に財政健全化目標として、プライマリーバランスの対GDP比赤字を2015年までに半減、2020年までに黒字化を掲げ、「国際公約」としてG20で例外扱いを受けている。

必要となる。

ギリシャの財政破綻がEUや世界に与えた影響が大きかったことから、日本の財政健全化に対する各国の圧力はこれまで以上に強くなっており、現民主党政権の対応の緩慢さもあって、2011年1月27日S&P(Standard & Poor's米投資情報会社)は長期国債の格付けをAA-に引き下げた。国債の大半が国内で調達されているからと言って、健全な状態には程遠いということは明らかで、長期金利の引き上げがあった場合の混乱も指摘されている。プライマリバランスが大きく崩れている中で超高齢社会に突入し、このままの状況が続けば、国際的信用力を失いデフォルトや高いインフレ状態となる可能性も否定できない。

## ②医療従事者不足

社会保障国民会議へ提出された2025年度医療介護費用の財政試算の基礎データでは、医師数が27万人から33～34万人へ、看護師数が130万人から170万～204万人へ、介護職員数は117万人から211万～255万人へと増員が必要とされている。医師や看護師数ですら現在の養成計画ではまだ不足する計算であるが、医療に関係する人材の確保以上に大きな課題が、急増する要介護高齢者の介護サービスを支える人材の確保である。介護サービスは典型的な労働集約型の事業であり、介護ロボットの出現等により一定程度の代替は可能としても、基本的に人による対応が必須である。更に介護サービスの場合、ベテラン介護職員だからいくつもの業務がこなせるというものではないため、介護サービス量やニーズに応じた介護職員数が必要になる。試算に見合う介護職員の確保には、毎年7.6万人ずつ増やさなければ到達できない数である。現在でも全国的に介護職員が不足しており、しかも介護の専門職である介護福祉士を養成する大学・専門学校が全国で急増したことや3Kという悪いイメージも重なり、最近では入学者の定員割れが続いている<sup>14)</sup>。うえに、更に少子化で就業人口が減少することを考えると、とても達成できる数字だとは想定されない。

財政問題と人材確保問題は表裏一体の関係にある。人材確保のための処遇改善には診療報酬、介護報酬の引き上げが必要であり、財源確保の選択肢には消費税引き上げか保険料値上げしか

ないが、国民が負担増をどこまで許容するのかは不明である。

但し、元気な高齢者が増えてきていることも踏まえ、現在65歳以上となっている高齢者の定義を70歳以上とすべきとの主張も見られる。定義の変更に伴い、年金支給年齢を遅らす等の措置がとられるならば、労働人口が大きく変化することとなり、かつ高齢者を支える人口も増加することとなるので、若年者の負担増の問題も緩和される可能性があり、考え方が変わりうる要素はある。全日病としては、若年者の減少が確実視される中で、健康な高齢者の経験を活用することは歓迎すべきことと考える。医療・介護分野を含めて、多様な就業形態等環境整備が図られることが望ましい。

## 4. 2つのシナリオ

2025年における医療介護提供のあり方を示すに当たっては、これらの厳しい想定に従った現実的なシナリオと、今回の大震災のように窮地に陥った際には国民は英知を結集し一致団結してこれを克服することを期待し、9つのテーマに関する理想的なシナリオを示すこととした次第である。

### <現実的シナリオ>

確実に招来する現象とこれに対応する科学技術の発展も加味した医療介護提供体制を考える必要がある。

人口ピラミッドから見て、2025年の人口減少は既成の事実であるが、人口減少は主要大都市部では少なく<sup>15)</sup>、地方の過疎化の進展が大きな問題であり、限界集落の急増もほぼ間違いなく招来すると見られている<sup>16)</sup>。

医療介護提供体制は、大都市部、中小都市部、郡部それぞれの特性を十分に考え再構築すべきである。大都市部では現行の医療介護提供体制の拡充により対応可能であるが、現在でも

<sup>14)</sup>厚生労働省調査では、全国の養成校は434校、定員数25,407人に対し、2008年度の入学者数は11,638名であった。介護労働不足が叫ばれ始めた2006年71.8%、2007年64.0%、2008年には定員半分以下の45.8%と急速に減少している。

<sup>15)</sup>国立社会保障・人口問題研究所2009年一人人口統計資料集

<sup>16)</sup>北海道新聞2011年4月21日

問題となっている地方の医療崩壊は、担うべき人材の偏在と経済効率性のみを求める国の施策からますます厳しい状況になることが予想される。医療提供体制の再構築で最大の問題である医師・看護師を中心とする医療従事者配置の地域格差の是正は行政の責務であり、制度による誘導も必要である。

患者動向を踏まえると、一般的に急性期医療の提供には社会保障国民会議のB3シナリオのような集約化が求められるが、同時に圧倒的に増加する日常の慢性疾患管理のための「プライマリケア医機能」の充実が必要である。また、地域によっては医師や保健師による定期巡回制度の導入、および救命救急について医療圏を越えた協調協働の仕組みづくりやドクターヘリの導入等の有効な搬送システムの構築等包括的な取り組みが欠かせない。

厳しい財政状況が予想される中、消費税の引き上げは必須であるが、これまでと同様な医療費、介護療養費の伸びは国民から容認されないであろう。決められた財源の中で一定水準の医療や介護を提供するには効率化は欠かせず、医療施設・介護施設の機能をより明確にし、機能分化と集約化／連携を一層推し進める必要がある。

国民の責務としての健康管理・健診受診や介護予防の徹底および地域全体で捉えるべき介護提供の確立等の大きな課題から、標準的診療の徹底や重複検査の排除、多薬剤使用の見直し等の細部の課題まで、多面的に同時に再検討する必要がある。また、ICT（Information Communication Technology）を利用した「社会保障カード」等による国レベルと「健康管理／疾病管理／介護手帳」等による個人レベル双方での情報管理と情報共有も重要な取り組みである。

公的財源が限られた場合には、保険診療で行う医療提供の範囲の議論は不可避である。その場合、最先端医療や超高齢者に対する医療提供のあり方等を十分検討する必要があるが、一定程度の制限は止むを得ないであろう。

国民の医療介護に関連する要求は一方的に高まるばかりであるが、国民の義務についても議論すべき時期に来ている。即ち、疾病の早期発見早期治療の仕組みづくりをどの年齢からどの範囲までにすべきかについては今後の議論を待つとしても、特定健診非受診者、喫煙者等健康管理上、最低限守るべきルールに意図的に従わ

なかったものが関連疾患に罹患した場合の対応等は何らかの形で問う必要がある。

超少子高齢社会においては、若年労働人口減少に伴う医療介護従事者の減少が提供体制の縮小をもたらす可能性が高く、積極的な高齢者の社会的活用と女性の就業率を上げるための社会環境整備が求められる。

最近再び議論されるようになってきた外国人労働者の受け入れは、「外国人の帰化に対する日本人の抵抗感を克服するのは難しいだろう」との予測もあるが<sup>21</sup>、介護領域における需給見通しから考えると積極的に推し進めるか、あるいは地域全体で高齢者を見守る体制作りをするかのいずれかを早急に決めるべきである。

現実的なシナリオを考える場合、今後の科学技術の進歩も確認する必要があるが、最新技術を駆使したとしても労働集約的構造の変化や医療費の抑制に繋がるものではない。

最近、その実現に向けて厚生労働省が色々な場面で話題として取り上げている「社会保障国民会議」に提案した医療提供モデルの成立は、消費税引き上げによる財源確保を前提としている以上困難も予想され、代替案の作成が必要と考える。

#### <理想的シナリオ>

これまで「病院のあり方に関する報告書」において、理想的な医療介護の提供のためには、正確な疾病調査に従い、地域特性をふまえた一定の人口毎の医療圏の設定と急性期から慢性期まで更には介護まで切れ目のない継続したケアの出来る提供体制と、これを維持するための科学的な報酬体系の確立が不可欠であることを述べ、更に国民の信頼を得るための質向上の取り組みの重要性を示してきた。

今回は、医療圏／医療・介護提供体制／医療従事者／医療費／診療・介護報酬／医療の質／病院における情報化の意義と業務革新／産業としての医療／医療基本法の9つのテーマに絞り、2025年の医療介護のあり方を想定して検討したので報告する。

<sup>21</sup> US National Intelligence Council: Global Trends 2025: A Transformed World (世界潮流 2025)

## 第2章 医療圏

2006年に実施された「医療制度改革」の際の、都道府県に作成義務が課せられた医療計画の見直し論議を振り返ると、ワーキンググループからは「疾病調査を基本とした医療提供体制の再構築」という本質的な提案がなされたが、厚生労働省は作業量の多さと時間的制約から4疾病5事業に的を絞った取り組みへと変容させ、しかも理想的な医療提供体制の構築に不可欠な医師の養成には否定的なままで計画を進めるという結果に終わった。

地域医療崩壊が叫ばれる中で、ようやく厚生労働省も医師そのものの偏在に加え診療科別医師の偏在を問題視するようになったが、当面の医師不足の解消は不可能としても、その是正は行政の責務である。地方における急速な人口の減少を想定しつつしかも地勢の特徴等地域特性を踏まえた提供体制をいかに再構築するのかを議論しなければならない。

現在は、基本的な医療提供体制の構築を二次医療圏毎に考えることが多いが、地勢的な理由もあり実際には人口1万人強程度の圏域や日常生活圏とは一致しない圏域もあることから、医療圏の設定では、将来ともに必ずしも過去に決められた人口30万人程度を想定した二次医療圏にはこだわらざるべきではない。基本的には、交通手段や商業圏の変化や住民の医療機関受療行動調査を踏まえて、その時点で最も理想的な範囲を検討する必要があるが、いかなる線引きが行われようと境界地域に位置する住民に影響がでることから、行政区域に準ずることが現実的といえる。しかし、問題となる人口減少と高齢化の進展は、すべての圏域で一様に変化が起こるのではなく、大都市部の人口の減少は少なく、高齢者の転居も含め地方の過疎化に拍車がかかることが懸念されることから、今後は一定期間ごとに医療圏の見直しを考えることが必要である。

医療提供に関しては、需要と供給は常に均衡すべきであり、今後は医療圏ごとに人口や疾病調査を行い、このような都市部と郡部の地域格差については、地域特性を踏まえた異なる医療提供体制の構築も考えるべきである。

人口減少が少なく人口密度も高い大都市部においても、より一層の機能分化と連携による効率的な提供体制の構築が必要であるが、医療機関が多く日常診療は基本的に確保されている圏域なので、救命救急に関する域内取り決めを再検討すれば、患者の選択と施設間競争原理等により必要な提供体制が自然に確立すると考える。

首都圏のベッドタウンのような衛星都市でも基本的には同様の考え方が成立するが、行政が自らの行政区分内に自己完結型の提供体制を構築しようとする傾向があり、日常生活圏と一致しないことも多い。医療提供者側から都道府県や市町村境界にとらわれない医療圏の設定を積極的に提案していく必要がある。

人口10万人程度の地方都市には二次医療圏の考え方が最もよく当てはまり、公的大病院一民間中小病院一診療所という医療連携が成立しやすいので、集約化/連携により効率的な機能分化を図るべきである。

一方、人口密度が低く広域医療が必要な地域においては、救命救急に関しては、広域連携救急車出動体制の確立、ドクターヘリの導入等により、また日常の健康管理や慢性疾患管理に対しては、自動健康管理システム/疾病管理システムや医師・保健師定期巡回とICTを利用した遠隔診療の組み合わせ等も取り入れ、これまでにない新しい効率的な体制を構築すべきである。特に僻地では、財政出動を伴う行政の強い指導により二次医療圏ごとに公民の区別なく中核病院を充実させ周辺医療機関との連携体制を確立するとともに、周辺の医療過疎地域の診療所支援と受診を容易にする交通手段の確保を図るべきである。



# 第3章 医療・介護提供体制

## 医療提供体制

医療提供体制は、疾患のそれぞれの発生頻度により整備目標が変化し、先に述べた医療圏の設定によりそのあり方は大きく左右される。また、地域の事情（人口密度、交通システム等）や時代の変化により、医療圏における医療必要性は変化してゆく。

いつでも・どこでも・均一な医療サービスを・誰もが受けることができる、というような提供体制は有り得るであろうか。二次医療圏で考えれば、一定以上の人口が生活する地域に、おおよそ全科の急性期入院医療を提供できる病院が存在することが整備目標となろう。このような基幹的病院は、現状で500床規模、将来の平均在院日数短縮を考えても300床規模は必要であろう。この病院の守備範囲の人口は10万人が目安となる。現状で500床規模の病院の機能を、200床と300床の2箇所を持つことは困難である。一定規模であるからこそ持ちえる、多分野の専門医や医療関係職種配置、高度な医療機器の整備等が必要だからである。

このような基幹的病院の他に、各生活圏域で軽度～中等症の急性疾患に対応できる入院施設、基幹的病院から転院してリハビリテーションや引き続き入院を行う亜急性期対応の病院が必要である。一方、医療の重症性から長期的入院を余儀なくされた患者には、慢性期（現行の医療療養病床）における入院が必要となる。

一方、外来の機能分化はどのように考えるべきか。日本の医師教育は過去一貫して専門医育成に向かっていった。医療の高度化に耐えられる教育システムにはこの方法しかなかったのかもしれない。しかし、その弊害として医師は専門医ばかりになってしまった。現在、世の中に必要と考えられている医師像の一番手は、まずは何でも診ることができ、必要に応じて適切に専門医を紹介できる、プライマリケアを担う医師である。また、初期救急に対応できる救急医も必要である。

このような医師の存在を前提に、外来医療機

能分化を考えてみたい。

### 1. 外来医療のあり方

全日病は、患者の視点に立った効率的なアクセス確保の点から外来のあり方を次のように機能分化することを提言した。

- ①プライマリケア機能
- ②専門医機能
- ③コンサルテーション機能
- ④救急機能

#### ①プライマリケア機能

プライマリケア機能は、まず患者が医療の必要性を感じた時に受診する医療である。ここでは多くの医療が完結されるが、必要に応じて専門医や入院医療が紹介される。また、慢性疾患の管理についてもプライマリケア医が主体となる必要がある。患者の希望に基づき、生活面を含めたケアを行う。一部の国で見られるような受診抑制は意味しない。この機能を担うプライマリケア医については後述する。

#### ②専門医機能

専門医機能は、多くの日本の医師が持っている機能である。診療所、病院を問わず、専門医が存在している。プライマリケア医では対応困難な患者の治療に直接従事する。しかし、外来医療において安定期になった場合、プライマリケア医に任せるべきであろう。

#### ③コンサルテーション機能

コンサルテーション機能は、主として大規模病院にいる専門医が担う医療である。プライマリケア医が日常の疾病管理を行うに当たり、治療方針を決め、あるいは定期的に評価する。専門医機能との相違は、専門医機能では直接患者の治療を行うことに対して、コンサルテーション機能では、治療の主体はプライマリケア医であり、医師（多くは専門医）はプライマリケア医の支援を行う。

#### ④救急機能

救急機能は、現状一次（初期）・二次（入院）・三次（救命）に分類されているが、実際には明確に機能分化されて運用されているわけではない。

現実的に、どの医療機関を受診するかは、患者および家族、救急隊員の判断となる。その判断に医療・医師が介在していないことには質的に問題がある。特に、脳卒中の初期判断、心筋梗塞の判断等は、その判断により受診すべき医療機関が全く異なる。

今後、救命救急センターのように生命にかかわる重症例に対応できるシステムを、二次医療圏における基幹的病院において、更に整備していく必要がある。一方で、初期救急の対応は、一次医療圏、生活圏における病院、救急診療所が対応すべきであろう。この場合、必要に応じて救命救急センターや高度な救急医療が可能な医療機関と相互に連携できるシステムが重要である。

また、現状のような各科の専門医ばかりであると、このような救急システムは機能せず、救急患者は救命救急センターに過度に集中してしまう。一次医療圏、生活圏において、軽～中等症の救急患者が適切に治療を受けることができるためには、多くの医師が救急医療の実践者として経験を積む必要がある。また、救急医として認定された医師が、一次医療圏、生活圏における多くの医療機関に存在することが望まれる。

#### （プライマリケアを担う医師や専門医の資格と研修制度）

国民にとって望ましい外来医療は、通院可能な距離に信頼のおける医師がおり、日常の健康管理はもちろん、急性期疾患罹患時にも診療をしてくれる医療の存在であり、また、入院を要する場合には、適切な施設の紹介が受けられることであろう。

このような要望に応えるには、現在、「かかりつけ医」、「家庭医」、「総合外来医」等と呼ばれるプライマリケアに従事する医師の存在が必要である。

日本でプライマリケアに従事する医師の多くは、大学や大病院で専門医として訓練を受けた後、診療所を開設したり中小病院に就職したものが多く、したがって、プライマリケアに関する系統的な教育を受けていない場合が多く、そ

の担当範囲、技術、経験等に個人差が認められる。

一方、専門分野についても、急性発症症例の診療を日常的かつ継続的に行うことのできる病院勤務医と、この機会を得ることの少ない一般開業医とでは、最新の診療に関する経験の差が開業後年数を経るにつれ生じることが否めない。

国民の評価を得るような、プライマリケア医と専門医との連携の仕組みを構築するには、資格制度の確立、十分な生涯教育の実施、一定期間ごとの試験等により診療レベル維持を図らなければならない。日本には学会主導の専門医制度があるが、学会ごとにその認定基準が異なり、「専門医認定協議会」によりその標準化が図られようとしている。今後、専門医制度が標準化された上で、国民にも十分な情報開示がされることが望まれる。

全日病は、以下の制度の創設を提唱する。

- ①プライマリケア医は、2年間の卒後研修の後に、内科・外科・小児科・その他診療科の研修を受け、その後に認定試験を受けて資格を得る
- ②各専門医は、卒後研修後に特定の診療科で、更に数年間の研修プログラムを終了し、認定試験を受けて資格を得る
- ③プライマリケア医および専門医の診療レベル維持のため、学会や研修会における研鑽を義務づけ、更に、一定期間ごとに資格を更新する

医療界が自ら主導し、プライマリケア医、専門医の統一した資格認定と継続研修の仕組みを構築すべきであり、全日病も、その実現のために努力しなければならない。

## 2. 入院医療のあり方

入院医療の機能分化を考える時、病院単位、病棟単位、病床単位のそれぞれの単位で考えることができる。病院単位にすると、人口過疎地域では、急性期から慢性期までひとつの病院が担っている場合がある等、現状にそぐわないこととなる。一方、病床単位となると、人員配置等施設基準が複雑になりすぎる。そこで、本報

告書は以前より病棟単位での機能分化を提唱してきた。

入院医療の機能分化により、病棟は以下の4種類となる。

#### ①高度医療病棟

現在、大学病院本院や一部のナショナルセンター等が特定機能病院に認定されているが、そこで行われている診療の大半は一般の急性期病院の診療と同じである。

稀な疾患（疾患を明示的に特定する）の診療や先進医療（遺伝子治療、特殊ながん治療等）を高度医療というべきであり、今後、対象疾患・医療内容等を十分調査した上で、「高度医療病棟」として、医療機関単位ではなく病棟単位で認定し、「特定機能」の名称を廃するよう提案する。したがって、現在の特定機能病院の病棟機能は、「高度医療病棟」と現行病床の大部分を占める「急性期病棟」に区分されることになる。

#### ②急性期病棟

今後、急性期病棟は、外科的処置を要する疾患や重症度の高い患者に対応する病棟に特化されて行くべきである。そこで提供される医療は、EBM（Evidence Based Medicine、根拠に基づく医療）にもとづいて作成された診療ガイドラインにしたがって、個々の病院の機能に合わせたクリニカル・パス等を用いた診療が主体となる。急性期病棟には3つの類型が考えられる。

- 1) 地域（二次医療圏）基幹的病院の場合、複数の急性期病棟から構成され、現状の急性期医療では500床規模、将来は平均在院日数短縮に伴い300床規模の病院と考えられる。また基幹的病院には、救急救命センターもしくは高度な救急医療体制を併設することが望まれる。
- 2) 特定の科目（脳外科、整形外科、耳鼻科、眼科等）に特化して、急性期医療に集中する病棟（病院）が存在し得る。この場合、専門性は高くなるが地域性は薄くなる。
- 3) 規模を問わず、軽～中等症の急性期疾患、救急疾患への対応を行う一次医療圏、生活圏における急性期病棟は、特に高齢者の救急・急性期入院医療において、極めて重要な役割を持つ。

#### ③亜急性期・回復期病棟

現行診療報酬上、一般病棟の一部として亜急性期入院医療管理料算定病床が認められ、回復期リハビリテーション病棟は病棟単位で認められている。しかし、亜急性病床の多くはリハビリテーションの対象患者が入院していることから、急性期後の入院医療（post acute）として、まとめて分類すべきであろう。ただし、回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーションに特化し、地域性は薄いものとなるのに対し、亜急性期病棟は地域密着型の病棟と考えられる。

亜急性期病棟の対象疾患は、リハビリテーション対象者の他に、慢性呼吸器疾患や心疾患、慢性肝・胆・膵系疾患の増悪期、コントロール不良で合併症のある糖尿病、病状が不安定もしくは進行期の神経難病、抗がん剤治療のため繰り返し入院が必要な悪性腫瘍等である。

#### ④慢性期病棟

慢性期病棟の機能は、長期に渡り医療行為を要する患者の入院医療を提供する病棟である。現時点では医療療養病床に分類されている。

現状の医療療養病床は、2010年の医療区分の導入により、長期に渡り入院医療を要する患者を高い頻度で受け入れるようになった。これは療養病床の診療報酬が医療別・状態別分類による包括支払方式（1日定額）となったことによるものであり、医療連携の観点からは大いに評価される。しかし、実態調査のコストに見合う報酬が担保されていない点や、介護施設では医療的管理が困難であるにもかかわらず、医療区分で評価されていない状態が存在するので、医療区分等運用に関する追跡調査を行い、改めて科学的な医療区分の見直しを図るべきであろう。

なお、現在一般病床に分類されている「障害者病棟」や「特殊疾患病棟」は、慢性期病棟に区分されるべきである。

### 3. 在宅医療のあり方

今後、医療・介護を要する高齢者は明らかに増加する。また悪性腫瘍の治療等においても、在宅医療は極めて大きな存在となる。在宅医療・介護を推進するためには、地域の基幹的病院、在宅療養支援病院および診療所、訪問看護ステーション、各介護保険施設等の連携が重要である。

地域に密着した医療・介護の連携がない限り、

在宅医療の推進、地域包括ケアの確立は困難であろう。その確立のためにも、全日病の提唱する「地域一般病棟」の果たす役割は重要である。

#### (地域一般病棟)

「地域一般病棟」の概念は、2001年9月、四病院団体協議会の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会報告書において、全日病を中心に纏められた概念である。その要旨は下記のようなものである。

急性期医療を担う病院は、急性専門病棟と地域一般病棟に分化することが望ましい。

- ・急性専門病棟：医療密度が高い急性期医療に特化した施設
- ・地域一般病棟：リハビリテーション機能・ケアマネジメント機能・高齢者にふさわしい急性期医療・後方支援機能・ターミナル対応機能を持つ施設

その後、全日病は「地域一般病棟」の概念形成と診療報酬上の評価を要望し、2004年改定において「亜急性期入院医療管理料」が新設された。

この概念を提唱してから10年になる。その間、医療・介護を取り巻く状況は大きく変貌している。診療報酬のマイナス改定や、医師・看護師不足、更に「医療崩壊」という言葉が人口に膾炙したほどである。多くの中小病院が診療所化し、民間病院のグループ化も推進されている。その一方では、地域の基幹型急性期病院は、患者の集中と医師・看護師不足で疲弊しており、正に「医療崩壊」を起こしつつある。このような状況を打破する方法のひとつが「地域一般病棟」の再認識と考える。医療法上、一般病床の名称が変わるならばこの名称も変えるべきかもしれないが、要は、地域（主として一次医療圏・生活圏）の医療を支える地域密着型病院（病棟）である。その役割は、

#### ・急性期医療における連携

生活圏における住民、在宅療養中の患者、介護保険施設等の入居者等の軽～中等症の急性期の入院需要に応えるが、更に高度な医療が必要と判断された場合、基幹的病院等に紹介転送する。

#### ・亜急性期（急性期後）の連携

リハビリテーション、病状不安定、抗がん剤療法等、急性期加療後に引き続き入院を担う、という考え方である。回復期リハビリテーション病棟とともに、亜急性期入院医療の中心となるべきである。

#### ・救急医療における連携

救急指定病院もしくは救急対応として、主として軽～中等症の救急を担うが、必要に応じてより高次の救急医療機関に転送する。また、救急救命センター等で高度な入院医療は必要ないものの入院が必要と判断された場合、転送受け入れを行う。

#### ・在宅療養支援

一次医療圏・生活圏において、在宅医療の支援は極めて重要な課題である。在宅療養支援診療所との連携、もしくは自ら在宅療養支援病院となり、地域の在宅療養の充実に貢献する必要がある。

日本には、かつて診療所であった医療機関が病院へと拡大し、地域医療を支えてきた歴史がある。この医療機能を再評価し、連携を中心とした中小病院が地域医療を支えることで、基幹的病院への負荷を軽減することにより、急性期医療もより充実し、地域の住民も介護施設等の入居者も安心して生活できる、地域包括ケアが実現できると考える。

## 介護提供体制

2000年に介護保険制度が施行されてから、10年以上が経過した。この間、介護費用の圧縮、居住費自己負担等、様々な方法で自己負担増が強いられてきた。一方では、要介護高齢者は増加の一途を辿っており、施設ケア、在宅ケアを問わず、質はもちろんのこと量の確保が避けられない問題となっている。また、制度上介護保険三施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養病床）は、従来の法的根拠が異なることによって、異なる取り扱いが存在した。

介護のための入所施設はどのように考えるべきであろうか。現在は介護保険による運営規定のほか、医療法に基づく介護療養型医療施設、介護保険法に基づく介護老人保健施設、老人福祉法に基づく介護老人福祉施設（特養）の、介護保険三施設を中心に、有料老人ホーム、ケ

アハウス（軽費老人ホーム）、養護老人ホーム、適合型高専賃などの特定施設、グループホーム等、多くの種別の施設や住宅が作られている。更に、介護療養型医療施設の廃止（2011年度末）に伴い、介護療養型老人保健施設が新設され、そこへの転換が促された。しかし、転換が進まず、結局は政策の見直しとなった。

このように多種・多様の介護保険施設・住宅が存在することは、国民にとって混乱を招くだけである。これらの施設・住宅は、共通の考え方の下に、国民に解りやすい制度にするべきである。本報告書では、介護保険施設の一元化を基本構想とする。一元化された後は、それぞれの施設において、自ら提供可能な医療・介護機能を明示する。その項目としては、下記が考えられる。

- ・ 医師・看護師による医療提供体制
- ・ 維持的リハビリテーション提供体制
- ・ 認知症対応体制
- ・ 24時間看護提供体制
- ・ 終末期医療・介護提供体制
- ・ その他（施設の特徴等）

これらの機能を明示することにより、利用者・家族はニーズに応じて施設を選択することができる。また、今後の要介護高齢者の増加を考える時、個室・ユニットケア等に加えて、従来型の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養病床における多床室も、費用面や重度認知症の増加等を考慮すると、十分に活躍の場があると考えられる。新たな基準により既存施設を淘汰するのではなく、既存施設を活用可能な場面で十分にその能力を発揮させることが重要である。この考え方は超高齢化社会において極めて重要なものとなろう。また、個室・ユニットケアでは、多床室に比較すると、より多くの看護職員・介護職員が必要である。個室・ユニットケアは対象となる患者・利用者を明らかにし、資源投入に見合った効果が得られているかについて、その機能、効果を再検証する必要がある。