

# 第10回研究大会報告（シンポジウム1） 地域主導の医療制度改革実現への期待と課題

## —地域医療構想は実現できるのか— —医療経済研究への期待は—

今中 雄一

司会：医療経済学会 会長  
第10回研究大会長 会長

遠藤 久夫  
今中 雄一

シンポジスト：奈良県知事 荒井 正吾 氏  
慶應義塾大学 経済学部 教授  
土居 丈朗 氏  
全国自治体病院協議会 会長  
邊見 公雄 氏

進行／それでは定刻となりましたのでシンポジウム1を始めさせていただきます。

今中／医療経済学会の第10回研究大会のメインシンポジウムということになります。今、地域医療構想ということが非常に大きな話題となっております。今後、財政的にも難しくなり、高齢者も増えていく中、どのように医療を進めていくかということでございますが、そういう中でこのシンポジウムをやっていこうということになりました。理事長の遠藤先生と私とで進行させていただきます。今回のシンポジウムの方向性につきまして、遠藤先生のほうからお話をよろしくお願いいたします。

遠藤／今回はシンポジウム1として「地域主導の医療制度改革実現への期待と課題」というタイトルのシンポジウムを作らせていただきました。ご案内のとおり地域医療構想という改革がホットイシューになっています。これは地域の将来の患者動向に合わせて機能別の病床を再編するというもので、これまで、地域の事情を考慮した政策としては都道府県が定める医療計画というものがあり、地域医療構想は医療計画の一環ではあります、より詳細なものとなっています。また、医療費適正化政策としても、これまでと違い医療

費の地域差を重視する方向で議論されています。このような流れは、医療制度改革の主役が霞が関から地域へシフトし始めたことを意味します。そこで、このようなテーマにさせていただきました。

本日は慶應大学の土居先生、奈良県知事の荒井知事、それから全国自治体病院協議会の邊見先生にご登壇いただきます。お三方にご登壇いただくにはそれなりの理由がございまして、まず土居先生は、実は地域医療構想の背景には医療費問題があります。土居先生は医療提供体制にお詳しいと同時に財政の専門家として財政規律という問題も重視されていらっしゃいますので、ぜひお話を承りたいと思います。都道府県が今後医療制度改革において大きな役割を果たすことになってまいりますけれども、荒井知事は、その中で積極的にこの課題に立ち向かっていこうという、フロントランナーのおひとりだと思いますので、ぜひお話を承りたいと考えました。それから公立病院というのは地域医療構想の中で、大変大きな位置づけになっております。そこで、自治体病院協議会の会長をなさっておられ、またご自身は医療資源が必ずしも潤沢でない地域で長く公立病院の経営に携わってこられてきたご経験もお持ちでいらっしゃる邊見先生からもいろいろお話を承れればということで、お三方にお願いしたわけでございます。

遠藤／それではまず一番目のご登壇で、土居先生、よろしくお願ひいたします。

慶應義塾大学の土居でございます。

(地域医療構想の道程)

私は日頃は財政の研究をしておりまして、医療経済学そのものにどっぷり浸かっているというわけでは必ずしもないのですが、我が国の財政の問題を語る上で、社会保障、なかんずく医療や介護の問題にふれずに財政を語ることはできないという状況にありますので、私も地域医療構想の議論に財政の側から関わらせていただきました。その中の議論の経緯、今後に向けた課題についてお話をさせていただきたいと思います。

地域医療構想の議論をこれまでしてきた議論の舞台としては、社会保障制度改革推進本部の調査会、その下のワーキンググループ、それから厚労省の医政局の検討会、その前に社会保障審議会医療部会でも議論をしていて、今日の地域医療構想の策定に関わっています（スライド3）。私は、この上から3つにはメンバーとして加わっておりまして、それで財政の立場からいろいろ議論に加わらせていただいています。内閣官房の社会保障制度改革推進本部では特に産業医科大学の松田先生を中心に、DPC レセプトデータを分析しながら、どうやってこのデータに基づいて地域医療構想を策定していくべきかという議論を、テクニカルなところを、特にワーキンググループで議論を重ねていったという経緯があります。その中の話を今日は少しご紹介させていただきたくと思います。

さかのぼると、医療提供体制の再編に関するシミュレーションは、民主党政権下の時に、いわゆる社会保障と税の一体改革の議論の中で始まっていました。消費税を増税してその財源を社会保障に充てるだけでなく、医療提供体制も改める必要

があるのではないかということになり、長期推計、将来の医療や介護の需要についてデータを出してそれで議論をしようということになりました。そこではデータを基に、将来の医療や介護の需要に関する長期推計が行われました。もっとさかのぼると、民主党政権のさらに政権交代になる前の自公政権で設けられた社会保障国民会議でもっと粗い将来推計がおこなわれましたが、それをさらに精緻化したものが、この長期推計です。ただこの推計の対象は、地域単位ではなく日本全体を対象に、2025年には医療と介護の需要がどうなるのかを分析したにとどまりました。この推計では、平均在院日数を減らしながら、在宅医療、在宅介護を促して、入院患者をそちらで引き受けることも検討・分析されました。この考えは、地域医療構想につながっていると言えます。ここで地域医療構想の話の布石といいますか、補助線として一言だけふれておきますと、財政側からいうと、改革すれば医療費や介護給付費は減るのではなく、長期推計の結果はむしろ増えるという話になります。医療資源をさらに投入することで平均在院日数を2割短縮するということを、計算上はかなり機械的に改革シナリオとして示したのです。地域医療構想の議論でも初めの頃、今申し上げた、医療資源をさらに投入することで平均在院日数を2割短縮するということについて、少し意見が交わされたと記憶しております。病院団体側は、医療資源を投入すれば平均在院日数を短縮できるかもしれないから、そこをちゃんと担保してほしい、というご意見をおっしゃった。日本医師会は、平均在院日数短縮という頭ごなしでの数値目標的なもの自体が受け入れられない。というようなご意見だったかと、私は記憶しております。ということで、実は地域医療構想は、平均在院日数という数字が表立っては出て来ません。

では在院日数をどうするかということですが、

これは後ほどお話しする病床機能の分化の話につながっていきます。財政の側からすると地域医療構想に対する期待は非常に大きいです。特に7対1病床が多いことから惹起させる医療費の増大に、財政当局は非常に懸念を抱いています。7対1病床自体の必要性がどれだけあるのかもきちんと検証する必要があるというところも、病床再編という話のひとつの引き金になったと思います。

#### (地域医療構想の背景)

付言しますと、2020年に我が国の基礎的財政収支の黒字化という目標を政府は立てていますが、その上で、社会保障費の増え方をどのように抑制するか、今のところこの3つの政策ツールを活用しようという議論の流れになっています（スライド5）。地域医療構想に加えて、医療費適正化計画、特に後発薬品の使用促進に関する目標設定なども含んで、今回法令が改正されたことと、介護は、重度者に対する給付を抑制するわけにはいかないので、軽度者に対する給付を地域支援事業にしてコントロールできないかという議論の流れが、財政関係での議論では存在します。

さて、地域医療構想に話を移したいと思います。年齢構成を補正したひとり当たり医療費は、都道府県単位で見ると、西高東低という傾向がありますが（スライド6）、その最も大きな要因が入院医療費であることも知られています。そこに焦点を当てたのが地域医療構想だといえます。さらに今回、焦点になったのは療養病床、別の言い方をすると慢性期の病床をどうするかということです。慢性期（療養病床）の入院受療率も西高東低ですが（スライド8）、この地域差を縮めようということになりました。

この地域差を縮めようという議論ですが、頭ごなしの短縮ではなくベストプラクティスにならう

ということによって、不合理な地域差を縮めるとのことだと、私は思います。

今回は、地域医療構想で、医療が先行する形で進みましたけれども、のちほど申し上げますが、介護もやはり地域差がある。介護の地域差は、単純に差があるから縮めろとはなかなか言えないものがある、医療よりももっとあると思いますが、そうは言っても、ベストプラクティスにならうことで縮められる地域差のもあるのではないかと思っています（スライド9）。

#### (入院需要の推計について)

病床機能報告制度は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と定義して、この4つのうちのどの機能を果たすかを病棟単位で報告する制度です。もちろん、病床機能報告制度の情報だけで決めるわけではなく、DPC、レセプトの情報を用いながら、医療需要を推計することになってくるので、これからますます県の果たす役割は重要だと思っています。

財政側から、どういうふうに地域医療構想が見えるかを、ひとつの図で集約するとこのようなことになります（スライド12）。7対1病床が必要に比べて多いのではないかという認識、さらにそれが看護師不足を助長しているのではないかという認識のもとに、データに基づく医療需要の推計をしていただく。今の入院受療率を前提として、入院需要がどのくらいあるかを、人口変動は加味するけれども、年齢構成別、性別の入院受療率は現行の値を基本的に受け入れた形で推定患者数を推計するとどうなるか、というのがコンセプトです。さらに、病院から在宅への移行を考えると、病院の需要がそれだけ少なくなるのではないか、という見立てです。

地域医療構想では将来の機能ごとの入院需要を推計していますから、地域医療構想は入院したい

患者を追い出す仕組みではないかとおっしゃる人もおられます。一応、データに基づいて医療需要を推計していくだけですから、退院せよとか、入院させてはダメだということを医療機関に強制する仕組みではありません。データに基づいてこういう分析ができるようになったことは、非常に大きな政策形成上の革新だったのではないかと思います。

高度急性期、急性期、回復期の区分の医療資源投入量による閾値ですが、高度急性期と急性期の境目 C1 が医療資源投入量で 3000 点、それから急性期と回復期の境目 C2 が 600 点、そして回復期の境目 C3 が 225 点としました（スライド 18）。C1 を 3000 点としたことについては、議論の対立はなかったが、C2 についてはかなり議論がありました。内閣府官房のワーキンググループでは、最初、1000 点にしてはどうかという案がありました。ところが 1000 点では、高すぎて、急性期の患者が非常に少なくなってしまい、多くの病院で急性期患者が少なくなってしまう。そこで 1000 点プラス 2 日という案が出てきました。これは急性期の患者として 1000 点で区切りますが、退院するまでにはさらに日数を要するということで、入院期間をもう 2 日分とするという案です。これは、推定患者数ベースでみると、実は 500 点にすると言っているのと同じでした。せっかくデータを使っているのに何か鉛筆をなめて閾値をつくっているようで説得力に欠ける、ということで、議論を重ね最終的には 600 点ということになった。したがって 600 点という数字は、今後精査することが考えられると思います。

実は C3 の 225 点も同様です。225 点はこれ以下に医療資源投入量が減れば基本的には退院していただくということを想定しているわけですから、平均在院日数という話をしなくとも、225 点という数字が平均在院日数を規定する数字になり

うる、そういう点数です。

さらに、慢性期の患者をどうするかというのは、議論が分かれました。特に医療区分 1 の患者の 70% が将来的には在宅医療の医療需要とすることにしたのですが、70% という数字は病院団体側から示されたものではあれ、もう少し裏付けが必要になってくる数字だと思います。慢性期の入院受療率は地域差はある一定のスピードでならずということで、最終的には地域差を縮めるスピードを遅くする特例が設けられました。

#### （必要病床数の算出方法）

2025 年の必要病床数を割り出すのが地域医療構想のひとつの目的です。DPC、レセプトデータをフルに使った結果として出てきた 2025 年の必要病床数ですが、これが報じられたように、全国で見ると 115 万から約 119 万床と推計され、現在より 20 万床くらい減らされるという話で報道されたわけです。（スライド 23）119 万床ありきみたいな話で報道されました。この数値は、入院受療率を現状のままとして人口変動のみ考慮すると、152 万床に増えるけれど、病床機能を分化するとか、慢性期の病床の受療率を下げて介護とか在宅で受け皿作りをするということを通じて、結果として 119 万床になるという議論です。

地域医療構想を都道府県単位で策定する意義は、（スライド 22）のグラフが示しています。今後の人口変動は地域によってずいぶん異なります。首都圏、大阪、兵庫などでは、高齢者が増えることに伴って入院需要が増えますが、高齢者の人口自体もこれから減る地域では、入院需要が大きく減少します。そういう地域ではベッド数を減らさないと、医療機関の経営を圧迫します。そのためには、客観的な指標をもって病床数を調整していくというツールがあるほうが、医療機関にとっても意味があります。地域医療構想の意義の 1 つは

そこにはあります。今後は、医療需要の推計の精度を上げる必要があると思います。

#### (地域医療構想における残された課題)

さらにもうひとつは介護の問題。データはあります、政策現場への反映はまだまだ不十分、医療よりももっと不十分という状態です。何が重度化を予防するのに貢献しているかをレセプトなり介護の周辺情報から分析できると非常に大きな意義があると思います（スライド25-26）。

もう1つは外来です。外来は私の印象からいうと、今回のガイドライン策定までの議論では時間切れということで、外来需要をどういうふうにはかるか。外来需要は、ほかの多くの研究でも同様の分析が出ていますが、2020年代にピークアウトするので、外来需要に対して、どういうふうに予見可能な形で議論するかは非常に重要です。さらには、かかりつけ医とか外来のあり方など、

分析に基づいて外来の医療を改めていくことが多いと思いますので、次期医療計画では外来の改革を促せるようなものがあるとよいと考えています（スライド28）。

最後に介護について、介護は2018年度から第7期の介護保険事業計画に入ることになっておりますので、医療と介護の連携、介護で受け皿になったところでどういう形で介護の事業を営むかということにおいても、2018年度は非常に重要な年になると思います（スライド33）。2025年を見据えた時に、医療計画は今後6年の計画期間がありますから、それとあわせた同時改訂も、2018年にやるべきことをやらないと、日本の医療と介護はそのまま変わらないまま2025年を迎ってしまうという懸念を持っております。今年から2017年までにどういう議論ができるかが問われているのではないかと思います。

ありがとうございました。

#### 地域医療構想における将来推計

- ・「医療・介護に係る長期推計」を精緻化
- ・特に、病床機能（医療機能）の分類を実態に即して精緻化
  - ← 病床機能報告制度と整合的に
- ・人口変動を踏まえ、年齢階級別病床機能別受療率の推計（効率化効果を含む）＝患者数の推計、必要病床数の推計
  - 各都道府県で将来推計を実施

© Takero Doi.

3

スライド3

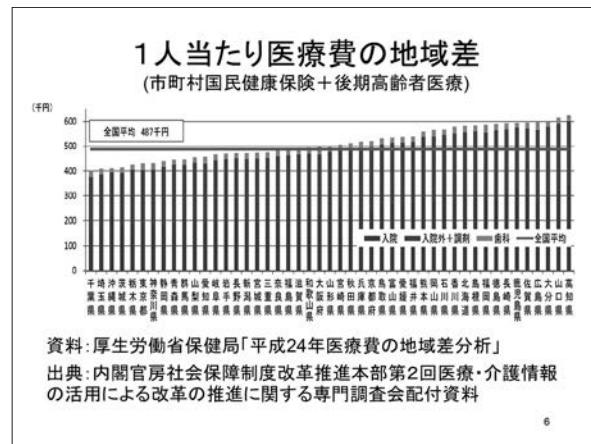
#### 財政健全化と関連する社会保障改革

- 医療・介護分野
  - ・ 地域医療構想の策定
    - 病床再編を徹底、前倒し実施
  - ・ 医療費適正化計画の改訂
    - 後発医薬品の使用促進を徹底、前倒し実施
  - ・ 介護の地域支援事業
    - 軽度者に対する介護サービスを精査・給付抑制

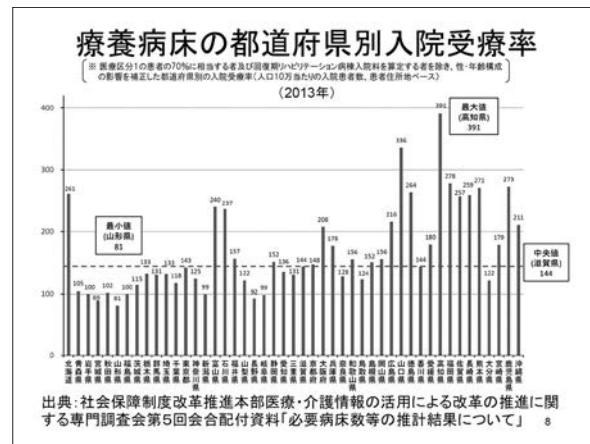
© Takero Doi.

5

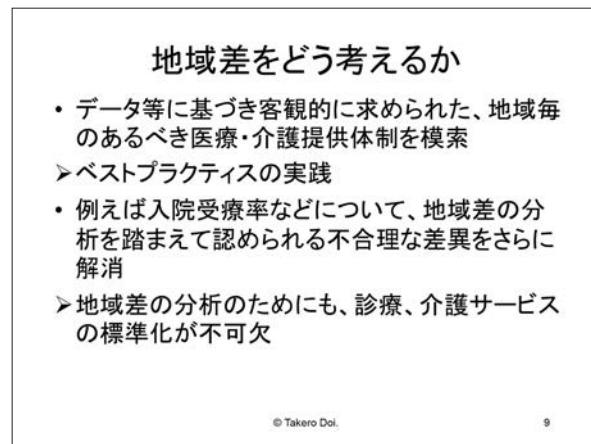
スライド5



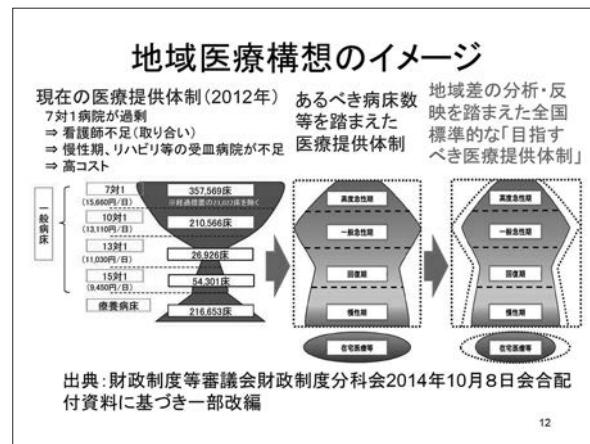
スライド 6



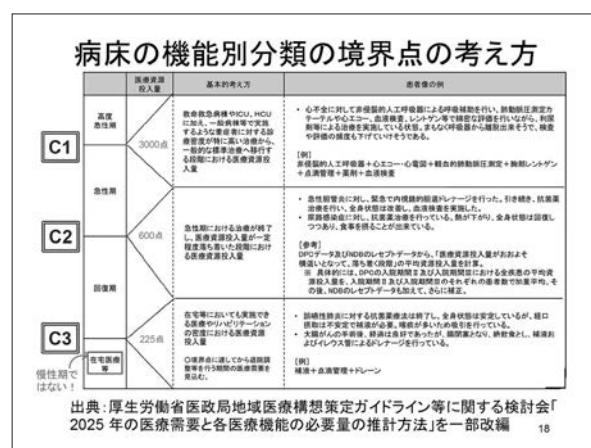
スライド 8



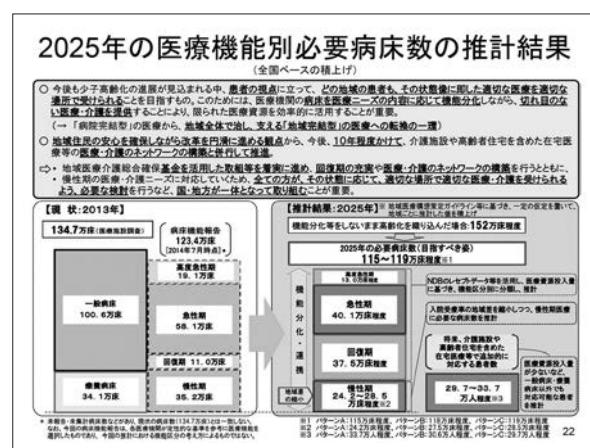
スライド 9



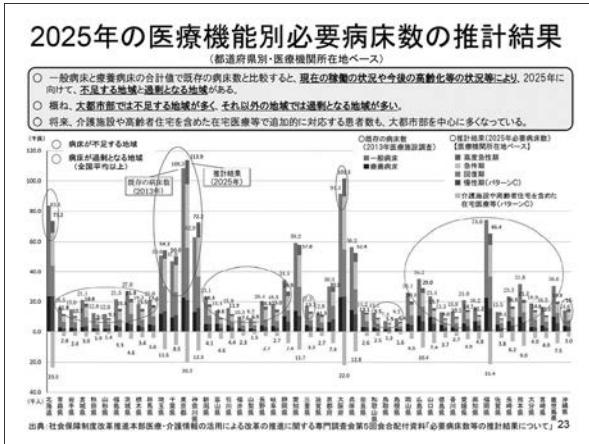
スライド 12



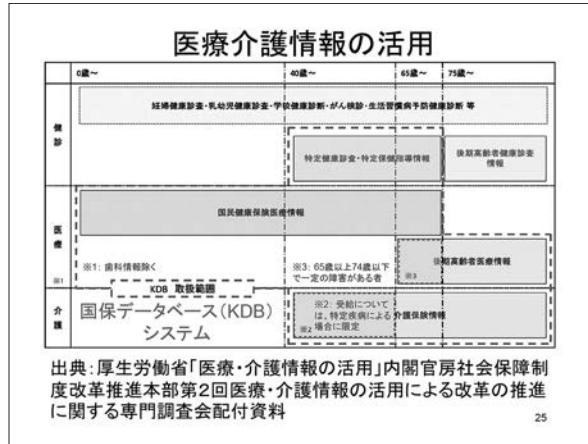
スライド 18



スライド 22

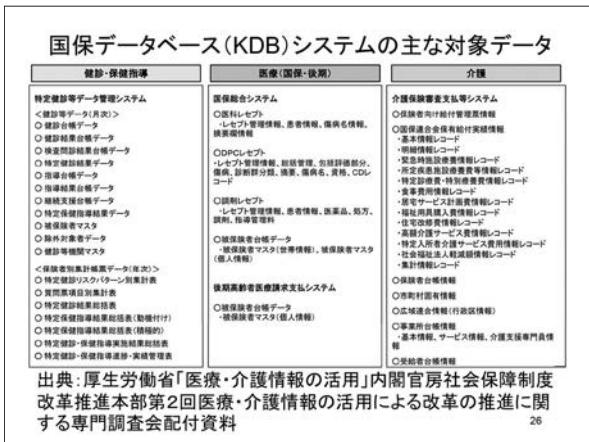


スライド 23

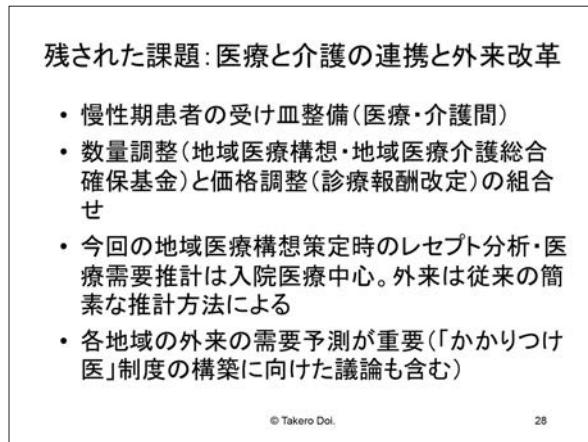


スライド 25

25

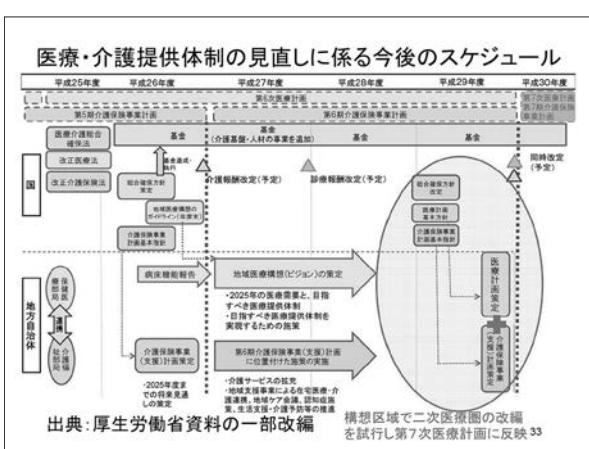


スライド 26



Koro Del.

28



スライド 33

今中／ご著名な邊見先生、ご紹介するまでもございませんけれども、全国自治体病院協議会会长でいらっしゃいます。若くして院長になり、赤穂市民病院をひっぱってこられ、今は自治体病院協議会をひっぱられています。さらに皆さんご存じのとおり、中医協医院を長らく勤められ、また病院団体のまとめ役であられる協議会の会長もされ、本当に日本の医療界をひっぱっておられる邊見先生でいらっしゃいます。京都大学にも非常に大きな影響力を持っていらっしゃいまして、外科系の医局をまとめる会の会長もされておられます。

邊見先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

邊見／皆さん、改めましてこんにちは。

私は外科医で小医です。病しか治せません。中医は人を治す、大医は国を治すと、大医の皆さん方の前でこのようなお話をすると機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます

(日本の医療の今)

日本の医療費は増加しています。その要因としては、老齢化が考えられますね。1歳平均年齢が上がると何百万人が増えるわけですから、当然増加します。また医学の進歩も要因の1つとして、例えば人工腎臓は30万人くらい患者さんがいらっしゃいます。その方々の平均余命も高くなっています。そしてコンビニ受診とか救急車などの利用者の期待膨張も要因となります(スライド1)。

医療財政を取り巻く環境は、財政の巨額赤字に加えて、健保組合の解散や高い失業率などの複合的な要素が影響しており、大変難しくなっていると思います。従って、健保組合などの支払い側のご意見も医学教育の中に入れ、高額な医療器具や薬剤の使用についてもきちんと考えていかなければなりません。

医療崩壊が言われた時には、ドミノ倒し的に病

院がつぶれていきました。その原因是マンパワー不足ですが、一番の問題は地域偏在と診療科偏在だと思います。現在の医療は診療報酬の影響もあり、ハイリスク・ローリターンという歪んだものになっていると思います。頑張っても、頑張ってもプラスにならない診療科があります。政策ミスや訴訟の増加などを受けて、ハイリスクな医療は倦怠されている部分もあります(スライド2-3)。

日本の医療にはフリーアクセス、ローコスト、ハイクオリティの3つの要素があります(スライド4)。これ3つを全てやらなければなりませんが、なかなか難しいですね。クオリティは落とせないので、コストやアクセスの部分については、ある程度考えなくてはいけないと思います。次のスライドは自治体病院についてですね(スライド5)。自治体病院は首長が社会保障医療わかっている人ならいいのですけど、そうではない人は急性期医療をやれとか、高度先進医療をやれとかお産は絶対やれとかめちゃくちゃいいますね。民間でできることは、民間でということもありますのでね。あとはこのようなポストホスピタルケアも、民間がやっていなければ必要だと思います(スライド6)。

(社会保障と税の一体改革)

わが国の人口推移や人口ピラミッドでは、高齢者の増加・生産人口の減少が見られます。ワイングラス型から昔はとっくり型って言っておりました乳酸医療型になりましたね(スライド7)。このように老人が増えて、生産人口が減って子供がどんどん減る。高齢化率もこんなに高いです(スライド8-9)。日本の高齢化率は、諸外国と比較しても著しく高いことが知られています(スライド10)。

日本の財政状況を見ますと歳出が歳入を上回っています(スライド11-12)。これは家計状況

にたとえると、支出と収入がとてもアンバランスであるのと同じですね（スライド13）。太平洋戦争の敗戦の頃と、同じ額の借金があるわけです（スライド14）。

社会保障費に占める税金投入は年々増加しておりますが（スライド15）、どんどん増やすというわけにはいきません。社会保障をイラスト化しますと、1965年頃の胴上げ型から2012年の騎馬戦形になり、2050年には肩車型になるといわれています（スライド16）。

これを受けて、平成26年度の診療報酬改定では特徴がいくつかあります（スライド17）。第6次医療法改正を見越したものや、7対1加算算定病院の削減目的に、急性期病院から回復期・慢性期病院へのシフトを図るようなものもあります。また評価の軸をストラクチャー指標から、在宅復帰率などのアウトカム指標に移行していくという点も特徴です。データの提出も非常に重要ですね。

#### （地域医療構想に関する私見）

2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、それを受け医療法や介護保険法などの19本の法案が変わる大変革となりました（スライド18-19）。医療事故調査制度、看護師の特定行為、生活保護法など多岐にわたるものです。実際の現場は色々大変です。特に地域医療ビジョンは、各都道府県庁を中心にビジョンを策定し、344の二次医療圏が1つひとつ異なったビジョンでも構わないということです（スライド20）。私は兵庫県の仕事をしておりますので、病院の再編機能分化も今後やらなければいけません。もっとも地域医療構想の前に、地域構想があるのが本筋です。また今までのWantsの医療からNeedsに基づく医療に必然的に移行していく必要があります（スライド21）。内閣官房が示した2025年の機能別病床数ですが、私は楽観的です（スライド

22-23）。今の病床稼働率をそのままにしたら、2025年にはこの推計値と同じくらいのところにいくのではないかなあと思っています。その意味で、あまり警戒はしておりません。

#### （地域包括ケア病棟・総合診療医・特定看護師制度）

医提供体制についてですが、今まで病院を中心でいましたが、厚生労働省は今後の日本社会を踏まえて家庭・住まいを中心に、地域の中での医療あるいは介護が提唱されています。また地域包括ケア病棟は、今後の日本の病棟の中で最大最強の病棟になるだろうと思っています。特に地方では、これしか生き残る道はありません。

また総合診療医と特定看護師制度は特に重要です。在宅医療を一生懸命やろうとしたら、総合診療医がそれらを担当する必要があります。お年よりは5つも6つも病気を抱えている方もいますので、5人も6人の専門医が訪問診療をする訳にはいきません。さらに医師が常に診に行けば医療資源の浪費になりますので、包括して特定医療行為のできる看護師を国の施策として育てていかないといけないのではないかと思っています。これ、特定行為。私は気管内挿管・抜管はナースにもやらせたい（スライド24-26）。救急救命士の気管内挿管を認めたことによって蘇生率が上がっていますから。

#### （医療中心の街づくり）

地域医療介護総合確保基金を見ますと、人口や消費税で分けていますので、人口比に大体比例していることがわかります（スライド27）。

広島県では地域包括ケアシステムの構築を先進的に行っておりまして、多職種連携、在宅フェア、地域リハビリテーションの3つを核に取り組まれています（スライド28-29）。市町村の主体的な取り組み、これからロードマップを作る市町

村への支援、それからケアマネジャーの指導者であるケアマネマイスターをというのを作っております（スライド30）。

在宅医療は5疾病5事業から、在宅医療が加わって5疾病6事業に、さらに認知症などがはいって5疾病7事業になると思います（スライド31）。精神科医療も今後入院から在宅にシフトしていくと思います。ただこれは総合診療医と特定医療行為を行える看護師が育たないと難しいと思います。

私は医療中心のまちづくり、ということに非常に興味を持っています（スライド32）。東洋においても西洋においても、昔は寺社・仏閣・教会がコミュニティセンターでした。近世になってシティホール、近代になって病院とかメセナ・カルチャーホールに代わっています。これからは病院やヘルスケアセンターがそのような役割を担っていく。こんな夢を持っています（スライド33）。

奈良県ではメディシンベースドタウンというのがあります（スライド34）。橿原市では空き家となった町屋を修復し、脳卒中患者の回復期で活用しています。奈良県立医大の先生たちがチームになって、取り組まれています。また兵庫県も在宅ホスピスに補助金が出ましたね。これから増えてくる空き家の活用には興味深いものがあります。

#### （今後の課題・医療経済研究への期待）

今後の課題としては、7つめの大事業となる疾患予防（プレホスピタルケア）が挙げられます。また2点目として、義務教育や市民啓発事業に

も医療をもっと取り入れることも必要だと思います。例えば子供のときから生活習慣病を予防するような実学的なことを義務教育にも入れるべきだと思います。3点目としては医療保険制度の周知ですね。医療者にも受診者にももっと教えて、周知してほしいと思います。医師会の方が行って教えたり、医療経済学の講座が大学にできて教えたりしていますが、出席状況は悪いので、国家試験に入れるくらいにすべきだと思っております。4点目として、医療事故調査制度の順調な進捗を望んでいます。医療界は、群馬大学や東京医科歯科大学、千葉県立がんセンター等の医療事故により、国民から不安の目を受けられています。また外国人医療も今後きちんとやらないといけませんし、男女共同参画のダイバーシティに関しては、医療が一番いいモデルだと思っております。ワークライフバランスはまだ厳しいですが、大きな課題だと思います（スライド35）。

医療経済研究への期待としては、医療のわかる経済学者、経済のわかる医療者を養成していただきたいと思っています。それから、医療経済学会の方々もフィールドワーク重視で現場に出て、政策に反映していただきたいと思います。理論だけでなく、こういうのをしてほしいという提言をいただきたいと思っています。さらには国民へも啓発していただきたいと思っています（スライド36）。以上、雑多なお話になりましたけど、ふたりの大先生のあいだの箸休めと思って聞いていただいたかと思います。どうもありがとうございました。

## 医療費増加の三要因

- ① 老齢化
- ② 医学の進歩(高度、先進科学)
- ③ 利用者の期待膨張

↑  
過度の抑制は  
医療の質の低下を招く恐れ

1  
スライド 1

## なぜ、崩壊しているか

1. マンパワー不足(絶対数、地域偏在、診療科偏在 等)
2. ハイリスク、ローリターン(不適正な診療報酬)
3. 政策ミス(制度改悪、激変)
4. 増える訴訟
5. マスコミのミスリード
6. 医療提供側のQOL(QOML)
7. 士気低下(立ち去り型・立ち入り拒否型サポータージュ)

2  
スライド 2

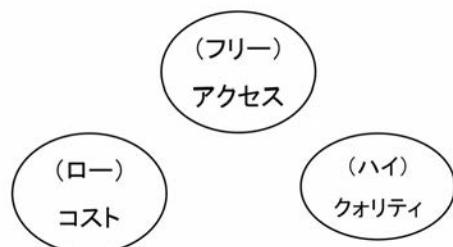
## 当然の結果としての医療崩壊

- ・ 救急医療
- ・ 大学及び附属病院の危機的状況
- ・ 公立病院の廃院、合併、

3  
スライド 3

## 医療の三要素

最低、どれかひとつを捨てなければ



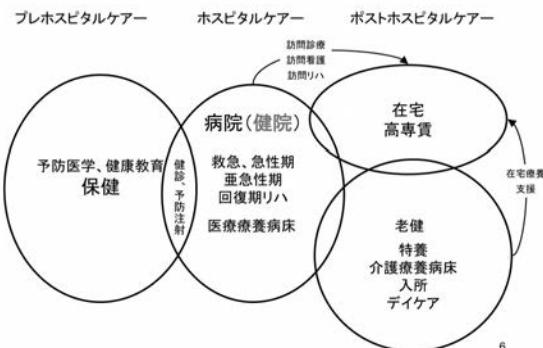
4  
スライド 4

## 自治体病院の守備範囲

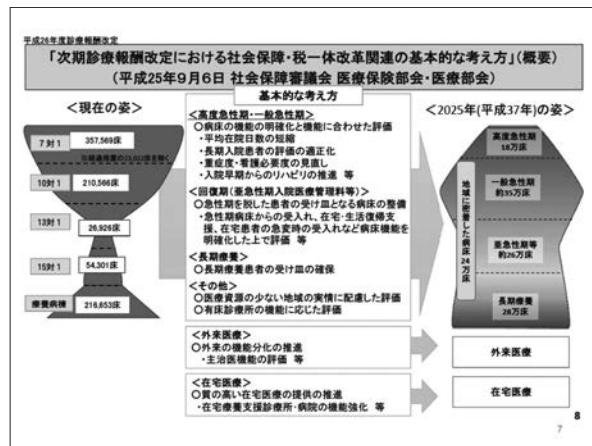
急性期(中規模以上) 収益 以前良 今後悪化  
慢性期(特に小規模) 収益 悪 やや持ち直し ケアミックス  
在宅、療養重視  
老健、特養も持つべき  
Medical Conglomerate  
民間はComplex

5  
スライド 5

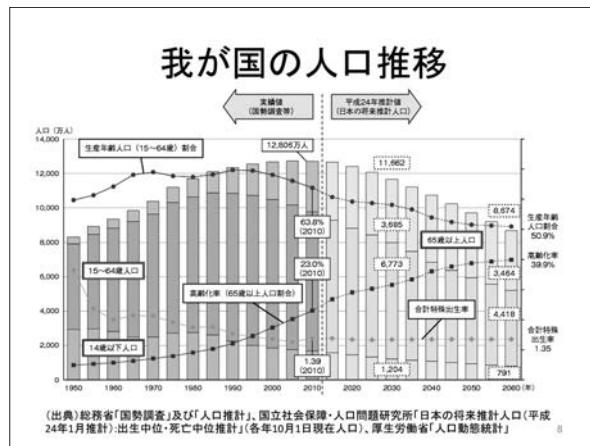
## 病院がどこまでカバーするか



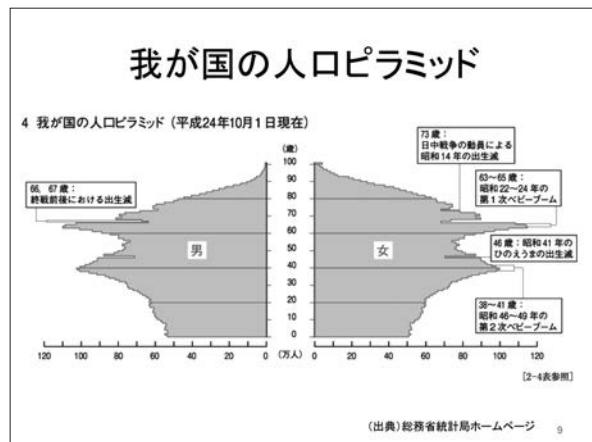
6  
スライド 6



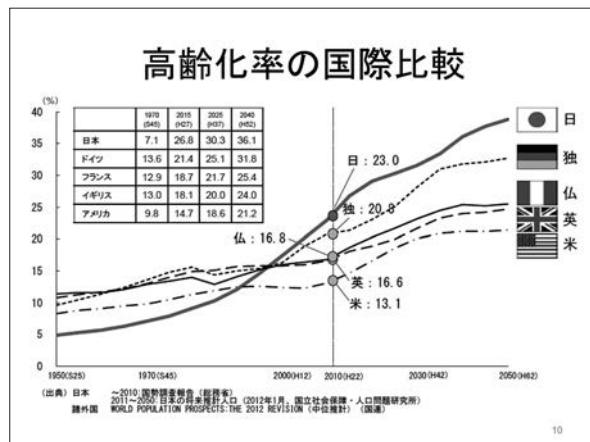
スライド7



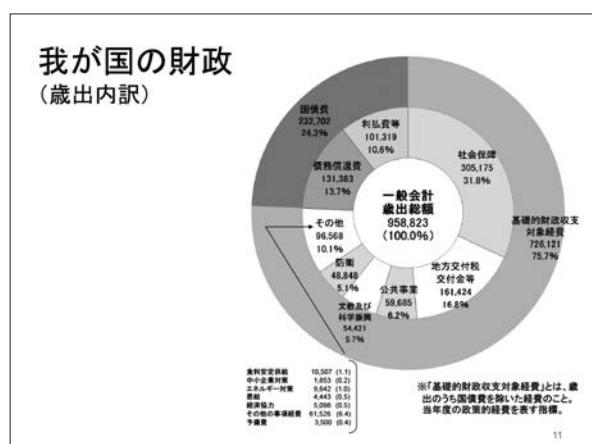
スライド 8



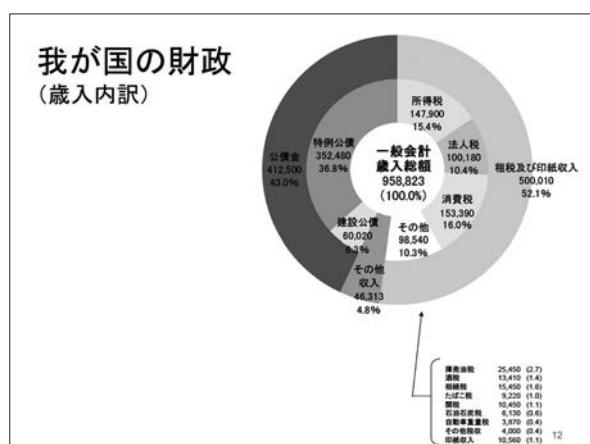
スライド9



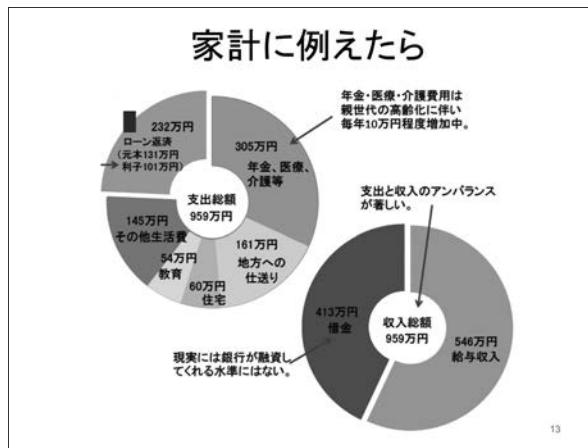
スライド 10



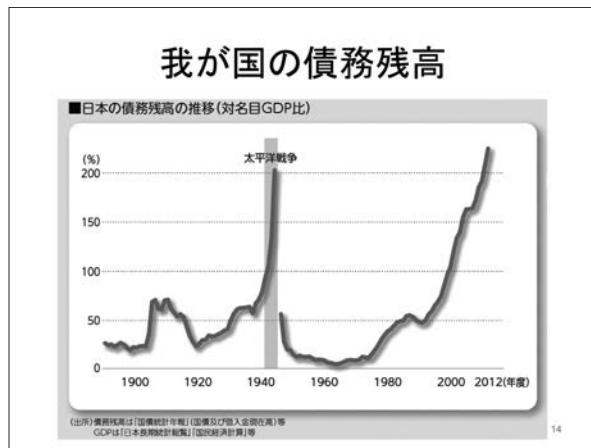
スライド 11



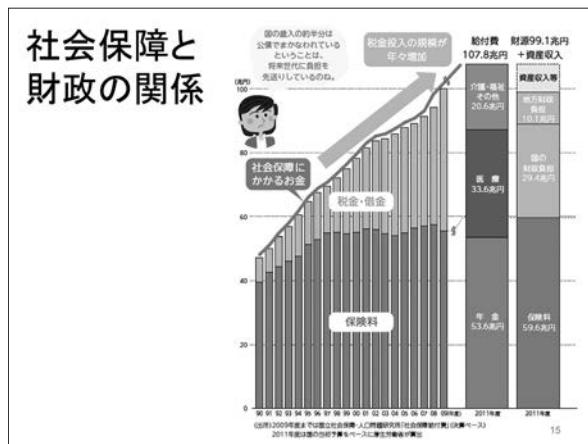
スライド 12



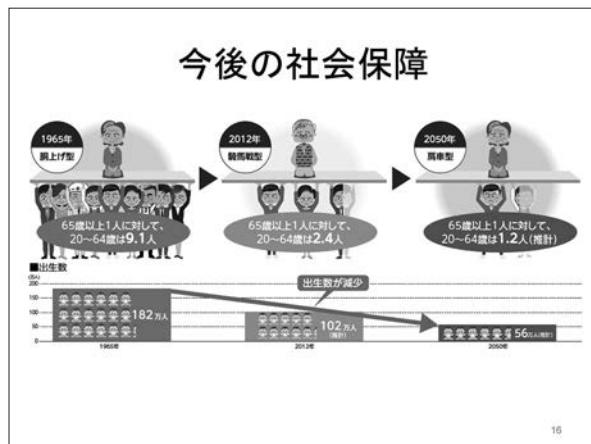
スライド 13



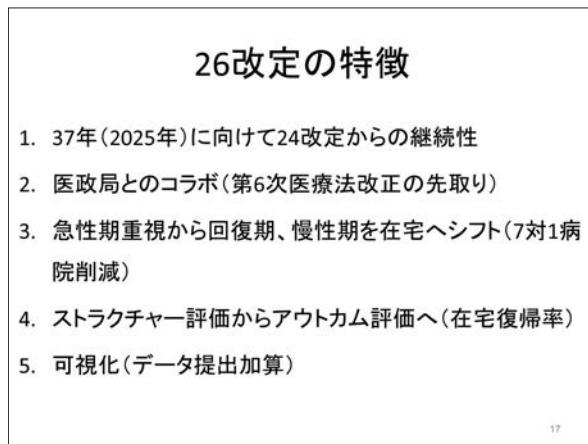
スライド 14



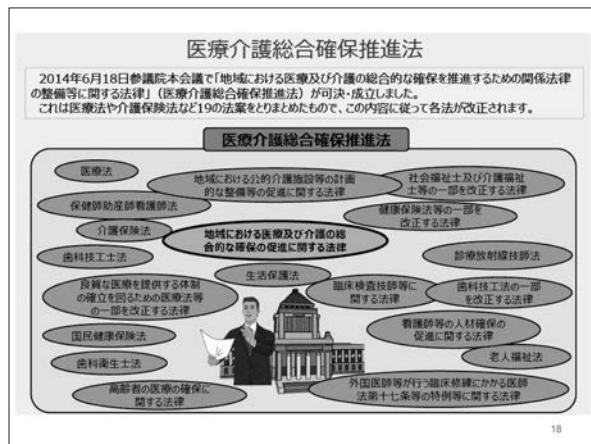
スライド 15



スライド 16



スライド 17



スライド 18

第6次医療法改正

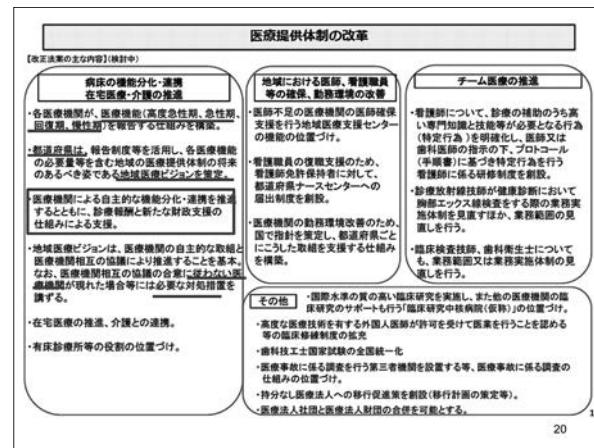
## 医療・介護総合推進法案(一括法案)

### 19個のうち主なもの6個

改正事項	施行期日
地域介護施設整備促進法 新たな基金を都道府県に設置	平成26年4月
医療法 病床機能の報告制度の導入 都道府県による地域医療構想(ビジョン)の策定 地域医療支援センターの機能の位置づけ 医療事故に係る調査の仕組み	平成26年10月 平成27年4月 平成26年10月 平成27年10月
保健師助産師看護師法 看護師の特定行為の研修制度	平成27年10月
診療放射線技師法 業務実施体制の見直し	平成27年10月

スライド 19

19



スライド 20

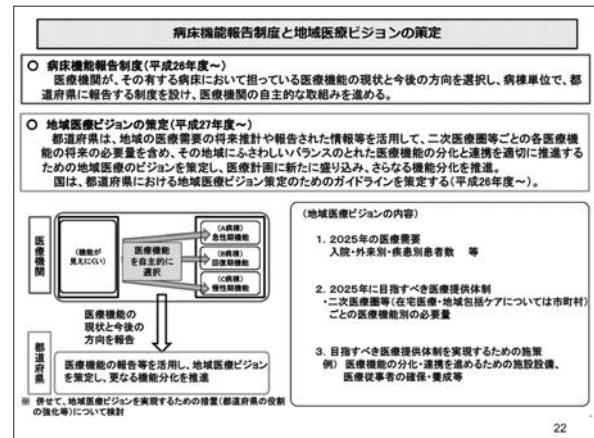
20

## 地域医療構想に対する私見

- 地域医療構想の前に地域構想があるのが本筋
- しかし2025年を考えれば、今のようなWantsの医療からNeedsに基づく医療に、必然
- 自治体病院を2次医療圏の医療の中核に  
- 岩手県をモデルに
- 次回構想区域は、現在の二次医療圏の再編が必要(行政圏域から生活圏域に)
- 在宅医療の実情精查

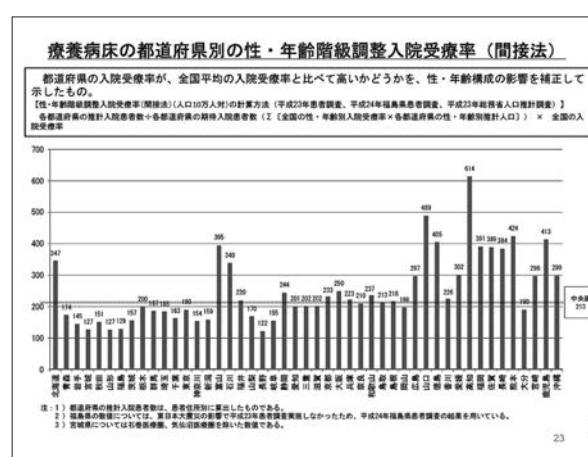
スライド 21

21



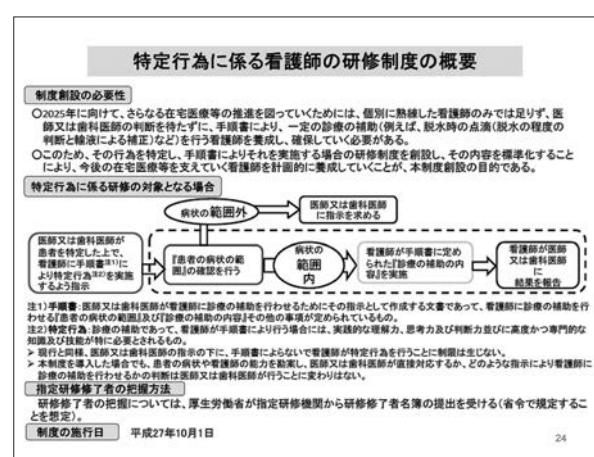
スライド 22

22



スライド 23

23



スライド 24

24

特定行為区分	
呼吸器装置(気道確保に係る行為)	特定期行行為区分に含まれる行為 経口・経鼻気管挿管チューブの位置確認行為
呼吸器装置(人工呼吸機による行為)	特定期行行為区分に含まれる行為 人工呼吸機モードの設定条件の変更 人工呼吸機下の蘇生的管理
人工呼吸器装置中の患者のウイニングの実施	特定期行行為区分に含まれる行為 NPPV(非侵襲的通気換気療法)モード設定操作の実施
呼吸器装置(長期呼吸療法に係る行為)	特定期行行為区分に含まれる行為 気管カニューレの交換
動脈血ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血 袖帶血圧計の確認
音響器関連	「一時のペースメーカー」の操作・管理 「一時的ペースメーカー」の抜去 心電図モニタリング装置等補助装置の操作・管理
大動脈内バルーンリビング離脱のための補助程度の調整	大動脈内バルーンリビング離脱のための補助程度の調整
透析管理関連	急性透析治療に係る透析・透析透析装置の操作・管理
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーン(腹腔穿刺)の抜糸(含む) 腹腔ドレーン穿刺
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーン(低圧持続吸引)中の吸引圧の設定・変更
心臓ドレーン管理関連	心臓ドレーン抜去
術後疼痛管理関連	術後疼痛マネジメントからの鎮痛薬の投与・投与量の調整
創部ドレーン管理関連	創部ドレーン抜去
創傷管理関連	創傷・侵襲性傷害における出血のない塗装施設の除去 創傷の絆合閉鎖法の実施

スライド 25

## 制度の施行に向けたスケジュール

平成26年12月24日

- 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会  
「特定行為及び特定行為研修の基準などに関する意見」取りまとめ

平成27年1月

- 行政手続法に基づくパブリックコメントの実施(1月17日(土)～2月15日(日))

平成27年2月

- 第7回 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会  
(省令(案)に関する質問)
- 省令の公布

平成27年4月～

- 指定研修機関の申請受付開始
- 指定研修機関の指定に係る審議

平成27年10月1日

- 特定行為に係る看護師の研修制度の施行

26

スライド 26

平成26年度 地域医療介護総合確保基金 内示額									
上位	都道府県	基金規模	単位(億円)		下位	都道府県	基金規模	単位(億円)	
			内示額	(国費)				内示額	(国費)
1 東京	77.3	51.5	38		山口	9.1	6.0		
2 大阪	49.5	33.0	39		大分	9.1	6.1		
3 兵庫	39.4	26.3	40		宮崎	8.9	5.9		
4 神奈川	38.5	25.7	41		長崎	8.7	5.8		
5 北海道	37.3	24.9	42		青森	8.6	5.8		
6 埼玉	36.5	24.3	43		福井	8.4	5.6		
7 千葉	34.6	23.1	44		愛媛	8.4	5.6		
8 愛知	32.0	21.3	45		石川	8.1	5.4		
9 静岡	31.7	21.1	46		高知	8.0	5.3		
10 福岡	31.3	20.9	47		佐賀	8.0	5.3		
						合計	903.7	602.4	

27

スライド 27

## 地域包括ケア体制の構築への取組①

## 広島県地域包括ケア推進センターの設置

地域包括ケアシステムの構築を推進するため、県が実施主体となり、市町を広域的に支援するセンターを設置。

- センター長：山口 幸
- 設置年月日：平成24年6月1日
- 職員体制：医師、理学療法士、作業療法士、保健師、看護師、社会福祉士等を配置

## 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる体制づくりを専門的に支援

多職種連携の推進  
「医療と介護との連携を推進」在宅ケアの推進  
「包括ケアの要となる地域包括支援センターの機能強化」地域リソースの推進  
「在宅でのリハビリ」の方法や情報提供を提供地域包括ケアシステムの見える化  
日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築手法の類型化、課題に応じた具体的な支援地域住民に向けた情報発信  
県民参加型研修会の開催等

28

スライド 28

地域包括ケア体制の構築への取組②	
在宅医療連携体制の整備	
①各地域で地域包括ケア体制を医療面から支えることができる在宅医療推進の連携拠点の整備	
→県内すべての市町で取組を開始	
②125の日常生活圏域で医療・介護の連携の中心的な役割を担う在宅医療推進医等を育成（H26.3月現在271人）	
→平成26年度は、在宅医療推進医が各地域において中核的な役割を担い、各地域の研修会等の企画・運営等に参画	
③事業報告会（3月中旬を予定）を開催し、他地域の取組を相互に情報共有するとともに、各拠点の取組の活性化を図る。	

29

スライド 29

## 地域包括ケア体制の構築への取組③



## 市町の主体的な取組の促進

## ○市町において地域包括ケアを先導して実施する取組への支援

各市町が日常生活圏域を1圏域選定し実施するなど、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けた先導的な取組に対する財政支援

## ○地域包括ケア実現のためのロードマップを作成する市町への支援

地域における課題や必要な施策を整理し、地域包括ケア実現のためのロードマップを策定する市町への支援

## ○「ケアマネマイスター広島」の認定、活動支援

ケアマネマイスターの認定、研修会等への講師派遣、相談事業、活動支援

認定実績：H24 4人、H25 3人

30

スライド 30

## 在宅医療の重要性

1. 5疾病5事業から5疾病6事業に(+1は在宅医療)
2. 精神科医療も入院から在宅へ
3. この事業の成否は、総合診療医と特定行為を行う看護師、上手くゆかねば成功ならず。この人たちの養成が大事。

31

スライド 31

## 医療を中心の街づくり

- ① 医療(癒し、宗教も含む?)は人間個人、家族、集落、街、社会にとって必要十分条件
- ・地域包括ケアシステム
  - ・地方創生
  - ・高齢少子化
  - ・医農連携
  - ・ヘルスケア産業
  - ・老幼共生

32

スライド 32

## ② 医療施設は“コミュニティセンター”

21世紀は特に

	日本	西洋
中世	寺社、仏閣	教会
近世	小石川療養所	シティーホール
近代	病院 ↓	メセナ カルチャーホール
21世紀	健院	= ヘルスケアセンター

33

スライド 33

## ③ Medicine-Based Town(MBT)

奈良県で始まった医学を基礎とするまちづくり  
医療・福祉のさまざまなサービス機能が「まちなか」にはめ込まれる。

脳卒中患者の回復期リハ  
↓

空家となった町屋を修復し、地域の医療や福祉  
に生かす

34

スライド 34

## 今後の課題

- ・7つ目の大事業として、疾病予防(プレホスピタルケア)
- ・義務教育、市民啓発に医療をもっと
- ・医療保険制度の周知(医療者にも受診者にも)
- ・医療事故調査制度の順調な進捗
- ・外国人医療
- ・男女共同参画とダイバーシティ(多様性)
- ・ワークライフバランス

35

スライド 35

## 医療経済研究への期待

1. 医療のわかる経済学者 経済のわかる医療者の養成
2. フィールドワーク重視(三現主義)
3. 政策への反映 診療報酬を含む
4. 国民への啓発
5. 義務教育への導入

36

スライド 36

**今中**／次は荒井知事がご登壇くださいますが、荒井知事は国の医療福祉関係の重要な審議会等で重要な委員等をされておられ、知事にご就任以来、医療福祉に関する政策を次々と打たれておられまして、非常に医療福祉に造詣が深い、おそらく日本で最も造詣の深い知事でいらっしゃいます。救急医療に新しいシステムを導入されて、再構築を行えるよう手を貸されたり、さらにそれはまだ続いているのですが、先ほど邊見先生のお話の中に、**メディシンベースドタウン**というお話が出てまいりましたように、医科大学を中心に大構想を計画されたりしておられます。奈良県は北と南で、かなり環境が違う県でございまして、地域医療構想に関係しましても、今後の医療制度のシステム作りに関しましても、非常に重要な位置づけなのではないか、日本全体にとっても非常に重要な位置づけなのではないかと思われます。また荒井知事は、私の個人的な感想で申し訳ないですが、知事らしくないような、非常に気さくな面もお持ちでいらっしゃいまして、病院関係のシンポジウムとかがありましたら挨拶されるだけではなくて、後ろで全部聞いておられたり、そのあと懇親会がありましたら、普通の知事でしたらご挨拶だけされて公務にお戻りになると思うんですけど、荒井知事の場合は最後まで懇親会にいらして医療関係者の意見を聞いたり、意見交換をされたりということを熱心にされておられて、先ほど、三現主義のお話がありましたけれども、非常に現場を大事にされる知事として、尊敬申し上げております。では、荒井知事、よろしくお願ひいたします。

**荒井**／ご紹介いただきました、奈良県の知事をしております荒井と申します。よろしくお願ひ申し上げます。

早速始めさせていただきますが、本日のプレゼンは先ほどからいろいろ出ております、法律が変

わりました。それを受けまして奈良県ではどのように課題を認識しているか、その課題において奈良県はどのように取り組もうとしているのか、という紹介をいたしますが、今後の皆さまのご参考になれば、というだけでございます。また、このプレゼンをご覧になられた方、奈良県の取り組みに対しましてアドバイスがいただけたらというつもりで紹介させていただきます。(スライド2)

#### (奈良県における地域医療構想)

地域医療構想では、知事の役割が大変大きくなつてしまいりました。医療法の改正は戦後、5回か6回ぐらい行われたと聞いておりますが、あまり抜本的な改正が行われなかった分野と聞いております。今回の改正はだいぶ大きな改正になっているのではないかというふうに感じるものでございます。(スライド3)

そこで、奈良県の地域医療構想の命題が発生するわけでございますので、それぞれ考えればいいということになりました。(スライド4) 国家命題ではなくて地域命題として取り上げる、まだ出だしですけれども、このように4つ、考えております。地域医療の質と量の両面において需要と供給をマッチングする仕組みを、地域の偏在などでございますけれども、構築できるかどうか、というのがひとつの課題でございます。で、その時に、目標は、マッチングするのは最適医療、量的にも質的にも最適医療を提供するという役目があるわけですけれども、エビデンスベースドすべきではないか。ポリティカルにいろいろ言われる意見を配慮する、業界の利益をそのまま鵜呑みにしない、エビデンスで行政をするということを堅持したいと思っております。3つめは医療と介護の連携という課題が新しく発生しております。地域包括ケアシステムをどのように構築するかとい

う命題にもなります。4つめは健康長寿。要は健康長寿、予防に勝る治療なしというので、健康長寿を目標とするということでございます。この基本命題のための主要な検討課題、ずっといろいろ出してますが、それぞれのあと各論になりますので、それぞれの分野でご紹介をしたいと思います。

大きな課題のとらえ方としては、病床機能を地域の需要に即して、どのように合理的に配分するのかというような課題として受け止めております。(スライド5) その際、医療の将来需要、「需要」をどのようにとらえるのかとは、望ましい医療提供体制をどのように構築するのかというように思います。もうひとつの分野は、医療と介護、相互性を確保しろと言われたわけでございますので、その象徴的なシステムとして、地域包括ケアシステムをどのように構築するのか。(スライド6) システム構築はまだこれからというように感じておりますが、それと共に、在宅医療介護をその中でどのように展開するのか、終末期医療のあり方も課題かなととらえております。3つめの大きな分野として、医療従事者の確保、養成をどのようにしてするのか。これは国家の課題でもありますが、地域の課題でもあるように感じております。4つめは健康づくりとまちづくりをどう進めるのかという課題があると感じております。(スライド7) 5つめは医療分野におけるICTの活用をどのように行けばいいのかという課題。6つめは医療の安全性確保をどのようにすればいいのかという課題があるというふうに認識しております。

今日はそのうちいくつか取り組み始めたことをご紹介したいと思っております。なお、この地域医療構想のお話でございますが、県知事は医療費適正化計画と、間もなく国保の県営化の主体になるわけでございますが、この3つは関係している分野だと思っております。(スライド8) この

分野をバランスよく進めるという課題があるかと思います。これはシステムとしても密接に結びついておりますので、今、両先生がおっしゃいましたが、システムの持続力があるのかどうかという正念場にかかっていると思います。下のふたつは保険者機能と呼ばれる機能、役割でございますが、医療費適正化の中では高度医療の分野、あるいは看取り、終末期医療の分野、あるいは頻回受診、頻回薬剤投与など、まだあまり議論が進んでいない分野があるように思います。地域でそのようなことも探求していくことも可能かなと思っております。で、先ほどから二次医療圏の話が出ておりますが、都市と田舎がある県はどこも同じでございますが、奈良県は5つの医療圏がございます。(スライド9) のちほど、医療圏ごとの資料も出てまいりますが、二次医療圏の意味というのはちょっと変わってきてもいいのではないかでしょうか。二次医療圏を基本としたいと思いますが、ほかの医療圏、コンセプトが出てもいいのかなといったようにも思っております。

#### (病床機能と地域の需要)

まず、各論になりますが、病床機能を地域の需要に即して、どのように合理的に配分するのかという課題でございますが、(スライド10) ひとつめのテーマは医療の将来需要をどのようにとらえるのかということでございます。将来の需要、奈良県では寡面的でございますが、やはり実績がベースになると思います。実績の単位、範囲は疾病についての区域、疾病区域、年齢、性別、その4つの要素で実績をとらえ、その基本の基礎資料として、年齢、性別、人口が変わると上に乗っている情報コードが変わる予測手法を用いた概略的な予測をして、その後、健康づくりによる発症の抑制とポピュレーションアプローチによる需要の適正化という入力を加えて将来の需要を計測する

という作業を始めたいと思っております。この需要の適正化は、先ほど邊見先生のパワーポイントにありましたが、ニーズとウォンツを近づけるような考えでございます。需要のとらえ方はまだ十分ではないと思いますが、レセプトが必要のすべてなのかどうかわかりませんが、それを客観的指標で定量的に見える化をはかるということを基本にしたいと思います。（スライド11）その医療の需要の範囲、単位を疾患別、それを地域別に実績をとるということをひとつの作業分野とします。ふたつめは、域別の差異分析を行い、原因分析では、差異は何か理由があっての差異というふうに考え、その差異はどういう意味があるのか、ということを前提に考えて作業をしたいと思っております。分析に利用するツールでございますが、ツールは今4つ用意されています。病床機能報告制度、策定支援ツール、市町村の県民保険のレセプト、また奈良県救急医療管制支援システム（e-MATCH）を情報ツールとして活用して情報の収集、または分析をしたいと思っております。

その医療需要の区分でございますが、できれば病態というふうに考えております。（スライド12）病態は、高度急性期、急性期、回復期、というふうに分けられ始めておりますが、がんとか疾病別に分けても分析できます。急性期と慢性期、それとなかなか難しいのが在宅の医療需要であると思っております。先ほど申しました4つのツールを使って実績と将来予測をしていきます。たとえば、これは、今始めました医療圏ごとの移動分析でございます。（スライド13）乳がんについて5つの医療圏から医療圏外にどれほど患者さんが移動しているかということを分析しますと、だいたい北のほうの医療圏は3割が圏外流出しています。とくに南和医療圏は圏外流出が多いのです。脳梗塞の急性期でや救急医療についても同様のことといえます。これからどのようにこの流入出を

判断するかという課題があると思います。（スライド14-15）

#### （産業組織としての医療）

需要のとらえ方について考えてきましたが、医療提供体制をどのように構築するのかを考えるにあたって、医療という産業組織という見方でとらえていこうかと思っております。（スライド16）産業組織論は、規制のあり方を研究する経済の学問でございまして、医療のマーケットにあてはまるなと思うところがございます。この産業組織論は、構造規制といわれる産業脱退規制と、価格規制また行動規制といわれます医師免許、患者の利便規制、あるいは安全規制があるわけですが、規制がどのようにあるのがいいのか、という学問でございました。（スライド17）日本は規制緩和一辺倒の時期をずっときておりますが、医療の産業組織はあまり規制緩和という声はございません。医療は違うものだというようなことずっときております。また、日本の医療の産業組織はどのようなものか、日本の規制のあり方を考える必要があるのかといった観点で奈良県ではとらえようと思っております。この医療産業組織の規制は国の役割でありますが、その体系的整備というのはまだ不十分かなと私は思います。医療法の改正が戦後、抜本的な改正がなかったように思いますが、今度の医療法改正は相当抜本的であり、地域に丸投げしたのではないかと言われるような面もあります。どのような産業組織の体系を国が描いていくのかは見えません。これをどのようにいい産業組織にするのかという強い意思が必要であり、地域では手段としての規制と、支援を利用した最適の医療を提供できる産業組織を形成したいというふうに思っております。

私は運輸省でバス・タクシーの行政を経験しておりましたので、産業組織論から分析して、医療

はタクシー、バスと似ていると言いました。そこで両者を比較してみようと思います。（スライド18）第一に、両産業とも民的供給が主流であり、必要に応じて公的供給も行われております。欧州、アメリカは日本とまったく違います。欧州は全面的に公的供給、公的規制であり、米国は全面的に民的供給、民的の自主規制、自己責任の分野であります。日本は民が主体、公が補完するという得意のハイブリッドな公民両方の供給です。両産業ともなぜ規制をするのかという、その原点は命にかかわるということです。これが第二の点です。旅客運送では他人の需要に応じるなということでありまして、他人を乗せる場合ナンバープレートが青になっております。医療では医師の医療行為の存在が絶対的、圧倒的であり、医師に命を委ねることで、医療行為の内容があまり見えないというのが特徴であるように思います。第三に、構造規制の中心であります産業脱退規制の原単位は、医療では「病床」であり、タクシー、バスでは「車両」です。個人のクリニックや個人のタクシーも存在する点も似ております。第四に、価格形成ですが、医療はご存じのように、診療報酬制度と自由診療価格が基本です。タクシー、バスにおける認可制、申請によって認可を受けるという制度があまりないように思います。（スライド19）第五に、労働条件ですが、両産業とも、労働集約的な面がありますので、一般的に日本の労働条件は大変特徴的です。法規制は欧米並み、現場は江戸並みということでございます。まったく法と現場がかい離しているのが日本の労働慣行です。それを判例が順次埋めているということで、個別判例の積み重ねで埋めているわけですが、この労働環境のあり方というのが大事です。労働基準法の適用は、個別通達は出さないというのが労働省の見解です。しかし、医療にも通達があります。この通達は、現場と大変乖離している。時間外勤務

の手当をどうするのかということに対して、病院などの現場では時間外手当を出しておられます。たとえば、一律2万円とか宿直手当を出しておられますが、それではおかしいということになっております。法と現場のかい離がこのようになっているのは大問題であろうかと思います。第六に、医療行為の資格は、医師免許が絶対性をもちますが、運転免許と異なり年齢制限はなく、お医者さんは80になんでも90になんでも何でもできる。更新性とか、免許の種類、たとえばダンプを運転できる免許だと、普通車しか運転できないよといった、免許の種類がないのが特徴であるように思います。第七に、医療の安全の体制の整備があり進んでいないように思います。（スライド20）第八に、医療サービスのインターフェイスはどのようにすればいいのか、プロトコルが十分に確立していません。インフォームドコンセントや応需義務は一応法律に定められていますが、断られることもあります。タクシーは乗車拒否すると免許はく奪になりますが、医療の乗車拒否というのはどのようになるのかといった課題は、私はあると思いますが、なかなか議論はされておりません。第九に、保険ですが、患者さんの保険はありますが、お医者さんの保険というの公的保険であります。自動車は自賠責保険に皆入りますが、これは運転しない人は入らなくていいわけですが、ドライバーになるためには全員入らなくてはいけない。つまり、加害者になる可能性があるからという加害者保険です。医師はそれぞれの病院、あるいは個人的に加害者保険に入っておられます。公的にバックアップをするという保険制度はないように思っております。どちらがいいかわかりませんが、旅客運送事業と医療産業というのは規制の対応がこのように違うと見ております。

## (産業組織の需給マッチング)

次は、産業組織の需給のマッチングをみていきます。(スライド 21) 價格が変動して見えざる手でマッチングするよということですが、医療の価格は固定されていますので、価格を下げると供給が下がって、上げると供給が上がるということで、マッチングする、かのように見えますが、そのようにはまったく、もちろん動かないわけです。診療報酬の話は長くなるかもしれません、診療報酬のこのような需給マッチングを求めて、診療報酬が決められているわけではないというふうに見えます。診療報酬の思想体系が目に見えないと思います。ポリティカルに決まるのか、実績から延長して損か得かの議論がずっとあるように、現場はよくわかりませんが、そのように見えるということでございます。そこから最適な需要と、概念的なことですが、医療需給の適正化ということを標榜いたしますと、適正な医療需給は適正な医療需要分の適正な医療供給ができるだけ 1 にしていこうということです。(スライド 22) 適正な医療需給は、現実の医療供給から過大な供給を引いて、過小な供給を足す、また現実の医療需要から過大な需要を引いて過小な需要を足すといったふうに見えるわけです。過大な供給というのは医師の裁量による不必要的検査、治療の提供と思われます。過小な供給は医師の不足により、あるいは医師の都合により必要な医療の提供を行わないということだと思います。医療需要の過大は患者が希望する不要な検査や治療、および医師が創出する不必要的医療行為をするという需要があるように思います。過小な需要は患者が希望しない必要な治療、あるいは医師が望まない必要な治療を過小な需要、というように概念的ですが、判断できると思います。その際にメディカルドクターは、先ほど邊見先生がおっしゃいました、ウォンツとニーズがある。(スライド 23) ウォンツはクライ

アント、ウォンツを言ってくるのはクライアントという説があります、それを引用しただけでございます。ニーズはカスタマー、ニーズを持ってくるのはカスタマーと。地域全体をカスタマー化する、カスタマーがいる地域にするという課題があると思っております。このメディカルドクターを行政にしますと、この医療の提供の目標を「患者よし、職員よし、地域よし」というように県立病院の標語を作りました。この患者だけでなく、職員もいい最適医療ということをどのように作るかというように思っております。

## (供給医療の調整)

そのように概念的なことを言ってもなかなかできませんが、供給医療の調整をどうするか、抑制と増加ということですが、抑制につきましては、医療圏ごとの一般病床キャップ制があります。(スライド 24) 医療圏は一般病床キャップ制のためだけに存在していると見えるわけですが、この一般病床キャップ制には弊害もあります。このキャップ制は基本的な役目があるように思いますが、無用な病床確保とか空き病床の発生があつたりします。また診療所はそれ以外の供給としてあります。また診療科間の偏在が、さらに上乗せがありますので、この一般病床キャップ制というのは抑制の面でも、もちろん供給の面でもちょっと不十分な面があるのをどうするかというのがひとつの課題でございます。

供給量の増加のほうですが、医療の供給の原単位は病床、病床というふうにとらえられますが、病床ではなく、医師としてとらえたいと思っております。(スライド 25) 医師のない病床は単なるリヤカーですので、ひっぱる医師がないと車は動かない、治療行為はできないというふうに思います。大事なのは医師の存在。医師需給の見える化をはかってしております。

その次に、県立医大。医師供給のひとつの拠点でするので、県立医大をハローワークにしようと、医師派遣センターを設けました。また県が直接関与できますのは県費奨学生でございますので、配置センターを設けて奨学生が6年間学費を支払いますので9年間働けます。幸い138名の医師が県内で勤務できる時期もありました。

その次の、救急医療周産期は公立病院中心でないとだめだと思っております。(スライド26) また僻地、過疎地の供給は、南奈良総合医療センター等公的供給を中心に行うというふうに考えております。先ほど申しました医師供給の医師配置システムですが、これは県立医大の大きな役割でございます。医師配置は診療科の教授があそこに行け、医局でございますが、あそこに行け、ここに行けというシステムがあります。今はそのシステムが存在いたしません。したがって、流動化、医師の働き場所の探索は流動化しております。そこでキャリアパスを作つて、見える化をはかって、組織として配置の医師派遣機能を持つべきというふうに思っております。県の寄付講座で、医師医療学講座というのを作りましたが、県外の現存の医師、年齢から診療科、すべて、松村先生に調べていただきました。それが今後、どのように十分か不十分か、ということで、配置の必要性を、医師を中心と考え始めました。

#### (病床機能の捉え方)

その次は病床機能のとらえ方です。(スライド28) 簡便に分けますと病床機能の医療圏、行動医療はたとえば県にひとつ、県の医療圏にはひとつでもいい、あるいはふたつでもいい、といったような行動医療、あるいは救命救急は搬送時間が短ければふたついるのか、3ついるのかといったことが問題となります。その他、急性期医療は医療圏でも、先ほど見たように、7割はその医療圏

だけで医療を提供できているけれども、3割はどこかに行ってしまう。お互いに相互乗り入れでありますので、病態ごとのネットワークを作る、そのネットワークを医療圏にしたほうがいいんじゃないかといったような考え方をすると、過疎地域の医療は広域でございます。また救急あるいは高度医療は過疎地域医療で、地域完結にはならないわけです。

それから認知症、精神疾患の医療圏というのは、どのような医療圏なのかということはまだ私はよくわかりません。(スライド29) 一方、在宅医療圏というのは大変小さな医療圏になるのではないか。ケアマネ医療圏というのも小さいことになるのではないかというふうに思っております。

それぞれの医療圏の考え方を簡単にご紹介いたしますと、心疾患、脳疾患などの高度医療ですが(スライド29)、拠点として県立と県立医大のふたつを整備中です。ふたつめは救命救急の医療ですが、ER型、24時間365日対応のER型救命救急医療の拠点をふたつ設けようと。(スライド30)ひとつではだめで、ふたついるというのは、競争してもらおうということでございます。これは奈良県総合医療センター、旧県立病院のER型、この7月、このようなシステムに変えていただきましたが、二次、三次の入口が分かれていたのを一本化しようと、救命救急センターで二次も三次も受けますよというふうにしてもらいました。(スライド31) 県立医大の取り組みですが、土日に限られておりますが、24時間の救急患者はすべて受け入れますよということをしていただきました。そういたしますと、ほかの病院が大変助かる、救急搬送が、搬送ルールをこのように、1回、2回、かかりつけ医がいなければ、こちらに直ちに運びこむように、あるいは救急患者を拾えば車をこちらに向けて動かすように、といったようなプロトコルが可能になるわけです。

急性期医療については小児科、周産期、心筋梗塞、脳卒中などありますが、需要と供給をはかるようによしよしいうことを考えております。(スライド 32)

がん、脳卒中、心筋梗塞、周産期、小児では、それぞれの疾病について地域医療連携パスを作っていくたいと思っております。(スライド 33) また分野別で心臓カテーテルの医療連携パスはできあがっております。周産期、産婦人科一次救急についても、それぞれネットワーク、まだまだ不十分でございますが、それぞれのネットワークの構築をして対応していくふうに考えております。

次は過疎地ですが、とくに域外への流出が激しい地域では、3つの公立病院、県立、町立、国保がありましたが、皆二次医療でしたが、ひとつの病院機構に統合して新しい病院を作り、救急中心の医療センターを作つて、僻地の小さい診療所も連携するというふうにいたしました。(スライド 34) この新しい病院は過疎地ですので、過疎債を利用いたしましたが、南部の全市町村が広域医療組合、広域連合を作つて整備する。で、県は財政支援を上乗せ、過疎債でしたので大変な交付税の算入がございますが、構成市町村がそれでも負担しなければいけない、その市町村負担の6割強を県が負担しますよとお約束でいたしました。小さな村でありますと、200億を超えるイニシャルコストを年間1000万くらい払わなければいけない。その600万は県が払いますよということを約束して、このシステムが動き出したわけでございます。この医療の赤字が出ても過疎債が使えますので、その時も過疎債の、今度は2分の1は県が負担しますよと、赤字の真水の地元負担は2分の1は県が負担しますよということで、県がイニシアティブをとって動きだしました。その時に医師が来ない、患者がいるけど医師

が来ない地域でありますので、南奈良医療センターを県立医大が面倒を見る対象にすることを要請して、「それはします」と言つていただいている状況でございます。ただ、病態ごとの認知症、精神疾患、在宅医療につきましては、まだこれからということとして、私もまだよくわからないところでございます。(スライド 35)

在宅医療につきましては、どのような医療の体系なことになりますが、やはり大事なのは看取りと緩和ケアかなと思います。緩和ケアのできる在宅看護師、在宅医師がおられますと、やはり楽じゃないかと。物心両面の緩和ケアができる医師、看護師が必要な分野ではないかなと思います。

#### (地域包括ケアシステムのあり方)

次は、地域包括ケアシステムをどのように提供するか、構築するかということでございます。(スライド 36) 5つのパターンで考えております。(スライド 37) 一つ目は、県立奈良病院が移ったあと、このまち全体を地域包括ケアのまちにしようと、拠点型、病院跡地全体を活用することに致しました。(スライド 38) 二つ目は、在来医住宅地型ということですが、西和に県立の病院がございますが、その院長先生が地域のメディケア資質フォーラムを実施しておられますので、それを軸に包括ケアシステムを考えております。(スライド 39) 三つ目は、医大の周辺です。(スライド 40) 医大が一部、教育研究部門を近所に移しますが、その跡地をどのような包括ケアのできるまちにしようかという構想を練っております。今、高齢者に人気のあるのは病院とデパートと交通の便利なところでございますが、そのような便利なまちになる可能性がございます。病院隣接型の地域包括ケアのまちづくりを目指します。四つ目は、これは保健師活用型と呼んでおりますが、宇陀市

で保健師さんがずいぶん活躍してくれまして、このようなシステムの構築を進めております。(スライド41-42) 保健師さんはオールマイティだと思います。訪問力というのはかけがえのない価値でございますが、それを活用させていただくものであります。五つ目は過疎地型で、先ほどの南奈良医療センターを中心に、僻地診療所と結びたい。(スライド43) その際に電子カルテを共通化する、あるいはスマホで見守りをするといったICT活用をこの広い地域で考え始めております。それと、市町村と連携しないと介護・医療ができませんので、奈良モデルと呼んでいただいておりますが、市町村事業に対して、ソフト2分の1、ハード4分の1の補助を行う。(スライド44) 県の施設が必要なら半額にして譲渡貸与するというシステムを作りました。まちづくりの協定が今、8市1町と締結済みでございますが、そのメインテーマが地域包括ケアシステムになりつつあります。

その次、在宅医療、介護、終末期医療はまだ十分よくわかっておりませんので、もう少し詰めていく。

さらに医学教育、医療従事者の医学教育ですが、医大と、県立医大と将来像策定会議ということをしております中で、「建学の精神というは何なの」と聞いたら、「ない」とのことでしたので、建学の精神をにわか作りで策定いたしました。(スライド45-46) 医療経済、医療経営についての講座もシラバスがないのです。そこで、このシラバスを私の前で精査しております。なお、総合教育会議は知事が主催できるようになりましたので、地域の教育振興大綱の中にも、医学人養成の分野を入れたいと思っております。よき医療人は現場が育てるということで、研修施設も重要なと思っております。

### (健康づくりとまちづくり)

健康づくりとまちづくりというテーマがございますが、地域ごとでずいぶん差があります。生活習慣の差で健康寿命が違います。(スライド48-52) 健康づくりはいろんな要素と一緒にしなければ、総合的にしなければいけない。県の役割は焼き鳥屋さんだと言っておりますが、国の計画はすべて材料です。(スライド53) ネギだの唐辛子だのがおりてきますが、それを焼き鳥の串に刺して健康に役立てるという知恵、テクニックがいる。焼き鳥屋でよいたれをつけて焼きたいということです。ICTの活用に、医療の安全の確保があります。(スライド54-55) 奈良県では事件が起こりましたら、交通の安全と同様に、スイスチーズの法則があてはまると考えます。(スライド56-57) スイスチーズというのは穴があいており、穴が一直線になると弾丸が通ってしまうため、穴をずらす、あるいは穴が埋められることが重要になります。穴を埋めることは難しく、必ずミスのかごのリスクはありますが、それぞれのシステムの中のかべで穴の位置をずらすというテクニック、一緒になった時はどういう状況になったのか、ということを調べるという事故調査が極めて大事です。事故調査はハインリッヒの法則と言われておりますが、ヒヤリハットはひとつの大事故があると1000のヒヤリハットがあるという法則でございまして、ヒヤリハットを大事に思って、どうしてこんなことが起るんだということをしおっちゅう調べるということが重要になります。ですから調査は、捜査と調査はまったく違うわけです。日本の医療法の医療調査はまだ不十分かなと思っておりますが、医療調査は後世のため、再発防止のためですので、積極的な医療調査体制、体系的な原因究明を期待しているところでございます。ご清聴ありがとうございました。

### 本日のプレゼンは

- ・ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する法律に基づき、
- ・ 奈良県は、地域における医療をめぐる課題をどのように認識しているのかを述べ、
- ・ その課題において、奈良県はどのように取組もうとしているかをご紹介し、
- ・ 関係者の皆様の今後のご検討の参考になればと思い提供するものです。また、このプレゼンを見られた方々から奈良の取組に対し、参考となるご意見を頂戴することができれば幸いです。

2

スライド 2

### 地域医療構想とは、

「構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等に基づく、当該構想区域における将来の医療提供体制に関する構想」

(医療法第三十条の四 第二項第七号)

### 都道府県知事の役割は、

「医療提供体制の確保を図るために基本的な方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域医療構想を定める」  
(医療法第三十条の四 第一項)

「構想区域等ごとに、地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行う」

(医療法第三十条の十四 第一項) 3

スライド 3

### 奈良県地域医療構想の「基本命題」

1. 地域医療の質と量の両面において、需要と供給をマッチングする仕組みを構築する
2. "最適医療"を提供するため、"エビデンス"を活用する
3. 医療と介護の連携を図り、地域に適した「地域包括ケアシステム」を構築する
4. 健康長寿を日本一のレベルにする

4

スライド 4

### 奈良県地域医療構想「基本命題」実現のための主要な検討課題

- |  |   |   |
|--|---|---|
| I 病床機能を地域の「需要」に即してどのように合理的に配分するのか<br>1 医療の将来「需要」をどのように捉えるのか  | [ | ] |
| 2 望ましい医療提供体制をどのように構築するのか<br>(1) 公・私の医療機関が存在する「地域医療産業組織」をどのように最適化するのか<br>(2) 地域医療産業組織の需給のマッチングと供給調整をどのように行うのか<br>(3) 病床機能をどのように捉え、どのように地域に合理的に配分するのか<br>病床機能の捉え方は?<br>〔高度医療・救命救急医療・その他急性期医療・過疎地域医療・認知症・精神疾患医療 等々〕 |   |   |
|  |   |   |

5

スライド 5

### II 地域包括ケアシステムをどのように構築するのか

- 1 システム構築のプロセスを考える  
・パターン別に試行を繰り返し学習する  
・県と市町村が連携して健康のまちづくりを行う  
・保健師などのプレーヤーのネットワークを形成する
- 2 在宅医療・介護をどのように展開するのか
- 3 終末期医療のあり方

### III 望ましい医療従事者の確保・養成をどのようにするのか

- 1 医学教育の見直し
- 2 医療従事者のキャリアパスの形成、待遇のあり方
- 3 医療従事者間の連携のあり方
- 4 新しく必要とされる医療従事者の育成  
(総合診療医、特定看護師、終末期対応医師・看護師 等)
- 5 医療従事者の勤務環境の改善

6

スライド 6

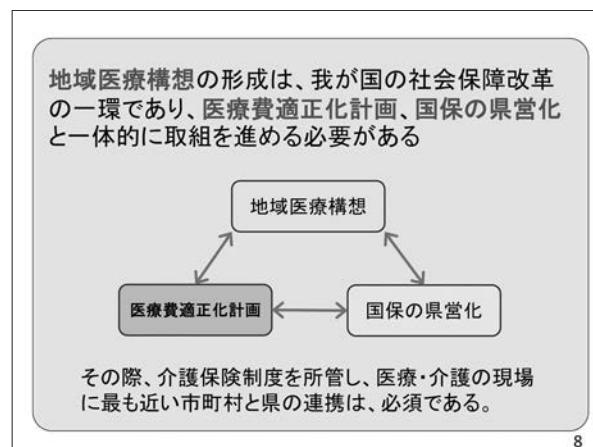
### IV 健康づくりとまちづくりをどう進めるのか

### V 医療分野におけるICTの活用をどのように行えばよいのか

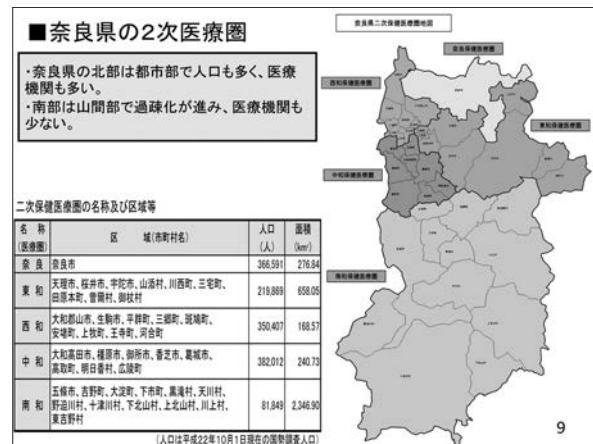
### VI 医療の安全性確保はどのようにすればよいのか

7

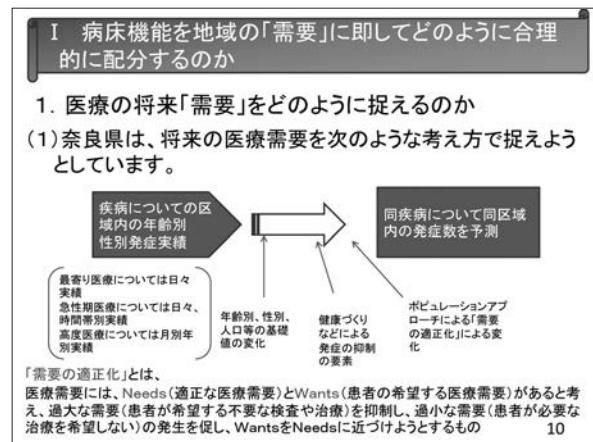
スライド 7



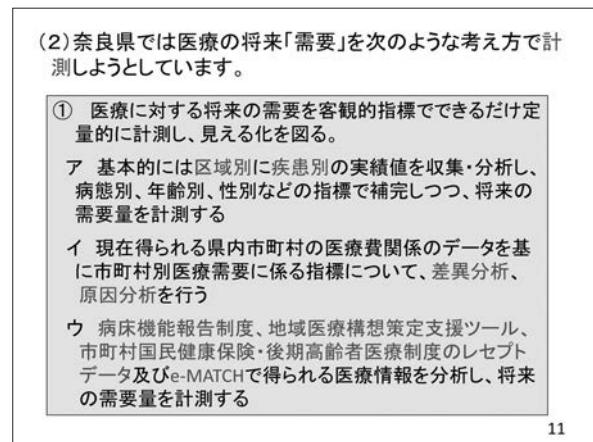
スライド 8



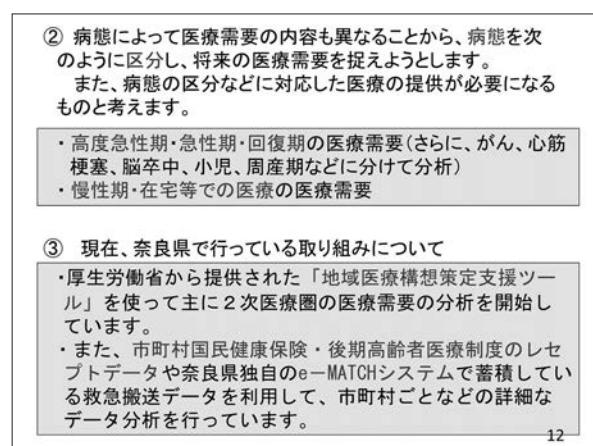
スライド 9



スライド 10



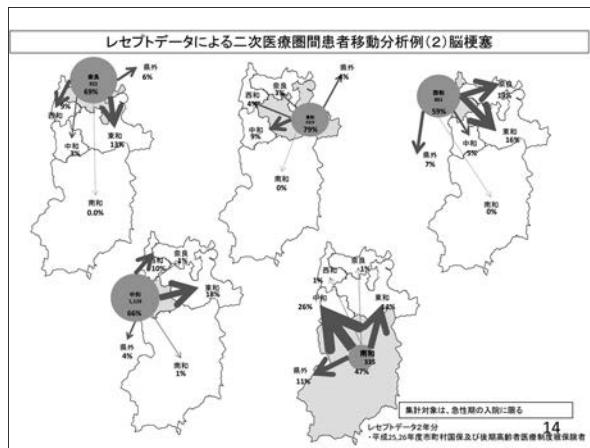
スライド 11



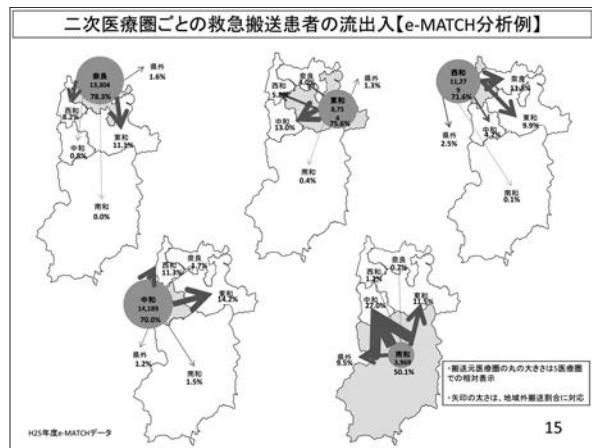
スライド 12



スライド 13



スライド 14



スライド 15

## 2. 望ましい医療提供体制をどのように構築するのか

- (1)我が国では、医療という産業組織について、次のような規制と支援が行われている。(P17)
- (2)医療という産業組織をどう見るのか。(P18～P20)
- (3)地域医療産業組織の需給のマッチングはどのように行うのか。(P21～P23)
- (4)地域医療構想の中で供給量の調整をどのように行うのか。(P24～P27)
- (5)病床機能をどのように捉え、どのように地域に合理的に配分するのか。(P28～P34)

16

スライド 16

(1)わが国では医療という産業組織について、次のような規制と支援が行われている。

公的主体による供給

国、県による補助

医療産業組織の規制は、主として国が行っており、その体系的な整備は、不十分な面も見受けられるが、地域医療構想では、既存の規制と支援の手段を活用して、地域において最適の医療を提供する産業組織を形成する必要がある。

17

スライド 17

## (2)医療という産業組織をどう見るのか (旅客運送業(バス・タクシー)との比較)

- ①両産業とも民的供給が主流であるが、必要に応じ公的供給も行われる。  
（両産業とも、欧州は全面的に公的供給・公的規制、米国は全面的に民的供給・民的規制。日本は民が主体、公が補完する形でのハイブリッドな公民両方の供給。）
- ②両産業とも規制の原点は「命に係わること」。  
旅客運送では、「他人の需要に応じる」かどうかで、営業の区分が厳密。（ナンバープレートの色が違う。自家用は基本的に自己責任）  
医療では「医師の医療行為」の存在が圧倒的。（医師に命をゆだねる）
- ③参入脱退規制の原単位は、「病床」と「車両」。  
(法人への規制が基本だが、個人のクリニックや個人タクシーが存在する。)

18

スライド 18

- ④医療の価格形成は、診療報酬制度と自由診療価格が基本。(混合診療に対する認可制度がない。)  
医療の料金は、全国一律に国が決定。(旅客運送は、地域ごとに供給主体の申請に対する認可)
- ⑤わが国では、適正労働条件に対する法規制の内容が曖昧。現実の労働条件は医局など、現場に委ねられることが多いが、現場と法解釈のかい離が、両分野とも大問題。  
労働基準法の適用は個別判例に委ねられるケースが多いが、両分野においてだけ通達が出されている。(しかも、医療の通達については、現実と乖離しており、大きな問題が発生。)
- ⑥医療行為をする資格は、医師の資格の付与(免許)による。(旅客運送事業と違って、更新制、年齢制限、免許の種類等はない。)

19

スライド 19

⑦医療の安全確保の体制整備が進んでいない。  
(旅客輸送では、事故調査(捜査と異なる)の徹底と、公的組織が介入する改善指針の徹底で死亡事故が激減。)  
(リコール制度、交通安全事故調査委員会など)

⑧医療サービスのインターフェイスでのプロトコルが充分確立していない。  
(医療行為の資格はあらゆる治療行為に及ぶが、診療科標準制のもと、応需義務の内容が曖昧など。)  
(タクシーの乗車拒否は免許剥奪の理由になる。)

⑨不適切な医療に対する全面的公的な、損害賠償保険が存在しない。  
(自賠責保険は加害者(ドライバー)のための強制保険で、保険に入加入していないと車を運転できない。医師のための公的な損害賠償保険は存在しない。)

20

スライド 20

### (3) 地域医療産業組織の需給のマッチングはどういうのか。

①医療の需給バランスの達成については、市場価格が固定されているため、通常の市場の仕組みと異なり、価格形成プロセスによる需給バランス達成は困難。



通常の市場  
医療の市場  
過大供給  
医療の市場  
過小供給

- ・P(診療報酬)を下げると、S(医療供給)が下がり、D(医療需要)が上がる。
- ・Pを上げるとSが上がり、Dが下がると言われる。
- ・從来から診療報酬(Pのレベル)を調整することで、供給量に影響を与えてきたが、地域医療需給マッチングのためにはこの手法の限界もある。
- ・実際には、地域の医療供給量の制約など他の要因の介在があるので、地域ごとに医療市場が異なる前提での検証が必要。
- ・さらに、医療の需給バランスの達成のためには、需要の適正化を行ったうえで、供給の調整を行う必要がある。

21

スライド 21

②「最適な医療」について検証を行いつつ、医療の供給と需要の過大と過小をどのように適正化するのか。医療需給の適正化の方法の検討が必要。

$$\text{適正な医療需給} = \frac{\text{適正な医療供給(現実の医療供給 - 過大な供給 + 過小な供給)}}{\text{適正な医療需要(現実の医療需要 - 過大な需要 + 過小な需要)}} > 1$$

・医療行為の過大・過小とは
 

- ・過大な供給=医師の裁量による不必要的検査、治療の提供
- ・過小な供給=医師不足により、あるいは、医師の都合により必要な医療の提供を行わない。

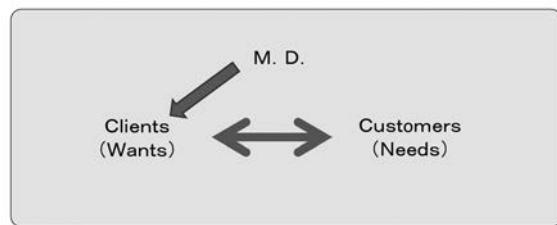
・医療需要の過大過小とは
 

- ・過大な需要=患者が希望する不要な検査や治療及び医師が創出する不必要的医療行為
- ・過小な需要=患者が希望しない必要な治療及び医師が望まない必要な治療

22

スライド 22

・医師には、患者とのインターフェイスにおいて、Needs(適正な医療需要)とWants(患者の希望する、しない医療需要)をよく見極め、WantsをNeedsに近づける義務がある。



23

スライド 23

④地域医療構想の中で供給量の調整をどのように行うのか

①供給量の抑制と医療資源の偏在抑制のため、從来から「医療圏ごとの一般病床キャップ制」に頼ってきました。  
しかし、この制度には課題、弊害も発生しています。

・新規参入排除のための「無用な病床確保」による「空き病床の発生」(タクシーのほっとき台数の発生に類似)  
・診療所の病床規制がないため、現実の医療サービス供給には、更なる偏在が存在する。  
・疾病別、病態別の供給抑制措置ではないので、診療科間の偏在が更に発生する余地がある。

24

スライド 24

②供給量の増加と偏在は正に地域にとって困難な課題ですが、奈良県は次のような考え方で努力しようとしています。

- ア 医療サービス提供は「病床」ではなく「医師」と考え、地域の医療需要に対して必要な医師数を診療科別に計測する一方、県下の診療科別、地域別の医師の配置状況、医師の属性(年齢等)を把握し、「医師需給」の見える化を図る。
- イ 奈良県立医大に、「医師派遣センター」(医師のハローワーク)を設け、県内の病院への派遣をシステム的に行う。
- ウ 県と県立医大が共同して運営する「県費奨学生配置センター」を設置し県費奨学生(平成37年には最大138名の医師が県内で勤務見込)を県内の不足する場所に配置する。

25

スライド 25

エ 県内で供給が不足する救急医療、周産期医療等については、県立系病院（県立医大附属病院、奈良県総合医療センター）の活用を中心に行う。

オ 県南部のへき地、過疎地への供給は、地域の市町村が共同で運営する南奈良総合医療センターを中心に行う。

26

スライド 26

(5) 病床機能をどのように捉え、どのように地域に合理的に配分するのか  
① 奈良県は、病床機能を次のように捉え、それぞれの「病床機能に即した医療圏」があると考えます。

病床機能	発生の頻度・病態・課題	医療圏
高度医療	一生に一度 命にかかる	広域
救命救急医療	思わず時に思わず場所で発生 迅速な医療アクセスが必要	患者搬送時間が最短
その他急性期医療	いつ発生するか分からない。適切なトリアージと迅速な医療アクセスが必要	病態ごとのネットワーク

28

スライド 28

過疎地域医療	日常生活上、常に発生 発生する病態が多種 医療へのアクセスの容易性	広域
認知症 精神疾患	専門性が必要 地域の適切な対応が必要	広域
在宅医療	日常生活上、常に発生 ケアマネのネットワークが必要	日常生活圏

②がん、心疾患、脳疾患等の「高度医療」への対応

需要の発生量は少なく、病床機能がカバーする需要の発生地域は広域であり、医療資源の集中が必要。

高度医療拠点病院として、新奈良総合医療センター（北和地域 平成29年12月竣工）と県立医大附属病院の新病棟（中南和地域 平成28年度供用開始）を整備中。

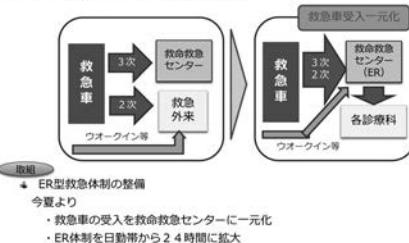
29

スライド 29

### ③救命救急医療への対応

絶対断らない24時間365日対応の「ER型救急医療」の拠点を2箇所に設け、そこで「ER型総合医」を配置し、救急搬送時間を極力短くします。

#### ■奈良県総合医療センターにおける取組

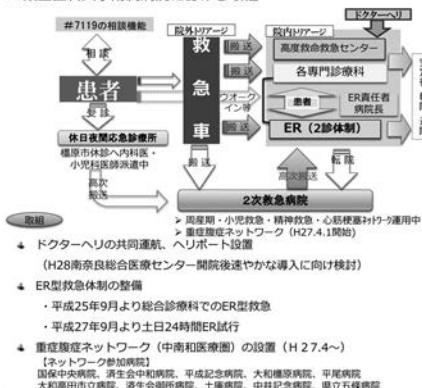


- ▲ ER型救急体制の整備
- 今夏より
  - ・救急車の受入を救命救急センターに一元化
  - ・ER体制を日勤帯から2~4時間に拡大
- ↓ 小児2次輪番当番日の増

30

スライド 30

#### ■県立医科大学附属病院における取組



31

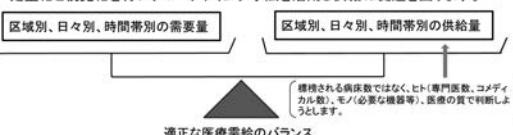
スライド 31

### ④急性期医療への対応

ア 急性期医療の需要の測り方については、小児救急、周産期、心筋梗塞、脳卒中等の病態ごとに地区別発症の実績を収集し、発症率に関連する地区因子の分析を行い、地区ごとの将来の発症量を予測する。  
その予測を公表し、民間の投資の誘導を図ります。供給不足が予想されれば、公的供給を考慮します。

糖尿病など慢性疾患に対する需要予測も同様の手法で行います。

このように急性期医療分野において、医療の将来需要の定量化と視覚化を行い、マーケティング手法を活用し供給の促進を図ります。



この分野の医療需要については、「発症から受診まで」をクリティカルな部分として捉えて、その需給のバランスを図るものとします。

32

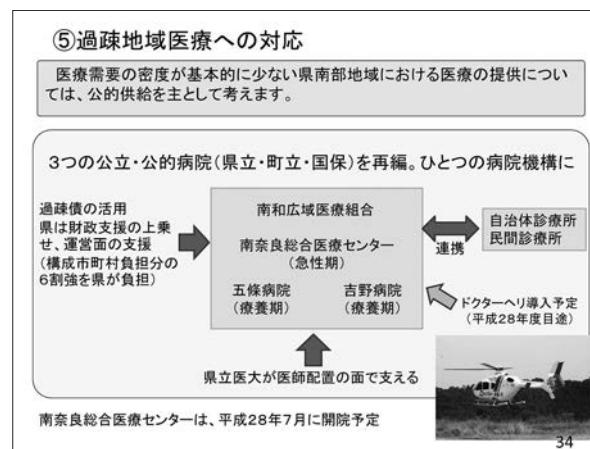
スライド 32

イ がん、脳卒中、心筋梗塞、周産期、小児については、県立医科大学附属病院、奈良県総合医療センターを中心病院とし、県内医療機関の連携体制を構築していきます。

- ・がん、脳卒中、心筋梗塞について、地域医療連携バスを構築
- ・関係医療機関と24時間心臓カテーテル治療体制を構築
- ・県立医科大学附属病院と奈良県総合医療センターの整備とともに、周産期医療ネットワーク体制、産婦人科一次救急体制を整備
- ・小児二次輪番制度を整備

33

スライド 33



スライド 34

### ⑥認知症、精神疾患、在宅医療への対応

ア 認知症及び精神疾患に対する医療の提供については、“将来の必要量”を測定し、供給量をマッチングするよう努めます。  
自殺を誘発する因子についても研究を行い、その防止対策の確立、普及を図ります。

イ 在宅医療の必要量の測定と供給体制の整備については、まだ供給の仕組みについて議論が充分進んでいないため、医療環境の異なる地区ごとに、モデル的事業を実施しようとしています。

35

スライド 35

### II 地域包括ケアシステムをどのように構築するのか

本県の特徴

- 奈良県では、現状でも人口に占める65歳以上の方の割合(高齢化率)が全国よりも高く、ベッドタウン中心の地域であるため、高齢化の進展が早い。  
(全国:26.0% 奈良県:27.2% 平成26年10月時点)
- たとえ介護が必要なあっても、自宅で暮らしながら介護を受け、「自宅で最期を迎える」と考える高齢者が多い。(一般高齢者、要介護認定者の割合:約6割)

#### 1. 地域包括ケアシステム構築のプロセス

- 地域の実情に応じてケアシステムの5つのパターンを想定し、それぞれのプロジェクトを行なえながら異なるタイプの地域包括ケアシステムの形成プロセスを学ぶ。
- 県と市町村が連携して行うまちづくり(奈良モデル)において、地域包括ケアシステムの導入を図る。
- 地域包括ケアシステムのプレーヤー(地区の看護師、保健師、介護士等)の多職種間連携ネットワークを構築する。

36

スライド 36

### 2. 5つのパターンの地域包括ケアシステム

- ① 県立奈良病院跡地活用プロジェクト(拠点型、病院跡地全体活用)  
・新しい県立病院を移転建設した跡地(約3ha)をまるごと地域包括ケアシステムが行き届く地区とする。
- ② 西和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(在来住宅地展開型)  
・県立西和医療センターと地区的保健所が核となり、近隣の7町の医療介護連携を推進。
- ③ 県立医大周辺まちづくりプロジェクト(病院隣接型)  
・県立医大の教育・研究部門を近隣に移転する跡地に医大附属病院と連携した地域包括ケアが展開できるまちづくりを構想。
- ④ 宇陀市在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(保健師活用型)  
・宇陀市立病院を在宅医療連携拠点とする多職種連携の取り組みを県中和保健所の保健師が中心になって推進。
- ⑤ 南和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(過疎地型)  
・まもなく開院する南奈良総合医療センターが核となり、へき地診療所との連携・電子カルテシステムを活用した広大な南和地域全体の地域包括ケアの構築を推進。

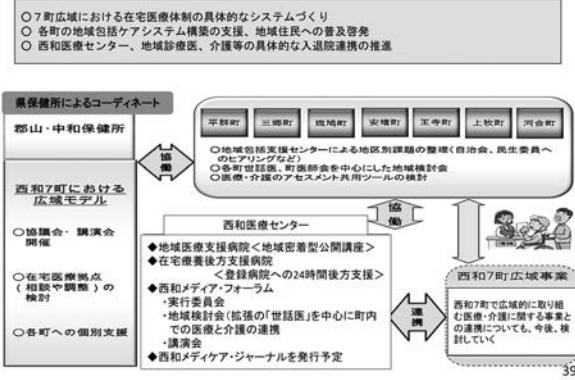
37

スライド 37



スライド 38

## ②西和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(在来住宅地展開型)



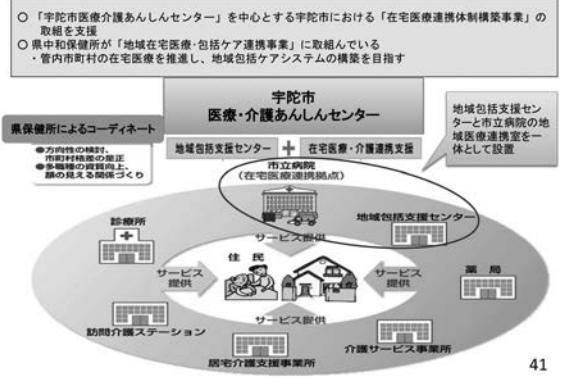
スライド 39

## ③医大・周辺まちづくりプロジェクトについて（病院隣接型）



スライド 40

## ④宇陀市在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(保健師活用型)



スライド 41

## ■保健師の役割

### 保健師は「オールマイティ」、地域の健康づくりの「かなめ」

県と市町村保健師のネットワークを強化し、横断的に重層的に、保健・医療・福祉の一体的な地域ケアシステムを構築するとともに、ライフサイクルを通じて予防から治療、地域ケアまで切れ目ない支援をする。

- ・これまでの対応策等の経験を活かし、次の機能を発揮
- 訪問診療する意欲のある医師の拡大を図る・小児在宅医の養成研修の実施
  - 在宅医療の連携を支えるチーム作りのコーディネーター役を引き受けける
  - 住民の意識の啓発を行う



- ・宇陀市等では、県、市町村保健師のネットワークを活用して多職種連携会議等を開催することで、頭の見える連携が構築できた。今後は、県内市町村でネットワークを活用した多職種連携会議等の開催、医療との競合役として地域ケア会議への参画等を進め地域包括ケアシステムの構築につなげる。
- ・平成27年度は、県と市町村で全体20名程度の保健師新規採用。県は新任期・中堅期・リーダー期ごとに県市町村合同研修を主催し、資質の向上を図りコーディネーター等保健師の専門性を磨いている。

42

スライド 42

## ⑤南和地域在宅医療・包括ケア推進プロジェクト(過疎地型)



スライド 43

## 2 市町村と連携して地域包括ケアのまちづくりに取り組む

- 本県では県と市町村が連携協定を締結し、まちづくりを推進する取り組みを進めている（現在8市1町と締結）
- まちづくり連携協定の対象となった市町村事業に対して、県はソフト事業2分の1、ハード事業4分の1の補助を行うこととしている。
- 締結した市町では、地域包括ケアシステムをテーマにすることが出てきている。

## 3 在宅医療・介護、終末期医療のあり方

これらについては地域包括ケアシステムにおける重要なテーマであるので、地域医療構想検討の過程でその内容を充分詰めることとする。

44

スライド 44

### III 望ましい医療従事者の確保・養成

#### 1. 医学教育の見直し

- ・県立医大将来像策定会議(メンバー:知事、県立医大学長、病院長、医学部長、研究部長、看護部長等。月1回ペースで開催中)において、県立医大はどのような医療人をどのように育てるのかについて議論中。
- ・建学の精神(今までなかった)の創立のため、県立医大建学の言葉を次のように策定

豊かな人間性に基づいた高い倫理観と旺盛な科学的探究心を備え、患者、医療関係者、地域や海外の人々と優しい心で積極的に交流し、最善の医療提供を実践し続けようとする強い意志を持った医療人の育成を目指します。

45

スライド 45

- ・現在、将来像策定会議において、シラバスを精査見直し中
- ・文科省の法律改正で知事が総合教育会議を主宰し、地域教育振興大綱を策定できることになった。奈良県では医学教育を同教育振興大綱に盛り込む予定。
- ・「良き医療人は現場が育てる」との考え方立ち、奈良県総合医療センター内に「教育研修センター」を設置。
- ・センターの施設、設備は、県内の医療機関に開放。県内の医療機関関係者が自由に参加できる研修を実施。

46

スライド 46

### IV 健康づくりとまちづくり

- 1 医療提供体制がいくら充実しても、健康であることのほうがより重要。  
(健康づくりに勝る治療なし) また、健康づくりは、発症の抑制に繋がります。  
奈良県では、健康長寿日本一を目指して、地域の健康づくりに取組んでいます。

#### 1. 健康寿命とは

$$\text{健康寿命} = \text{平均余命} - \text{平均要介護期間}$$

【健康寿命を伸ばすために必要なことは】

1. 要介護にならないため、病気予防と病後の機能回復(リハビリ)
2. 若くして亡くならないため、適切な医療の提供
3. 自殺の予防も含めた精神衛生の維持

48

スライド 48

2. 一方、「発症の抑制」についても、長期間にわたり、地域の生活習慣を変えることで効果が出るものについて、その効果の検証、地区の差異分析を行いつつ、地域としての対応策を検討し、県が主体的に健康づくり対策として取り組みます。

#### 発症の抑制の P D C A



健康づくり → 発症リスクの軽減

49

スライド 49

3. 健康づくりは地域ぐるみで行う必要があります。いつでも、どこでも、誰でもが運動できる環境づくり、高齢者が外出したくなる文化イベント、スポーツイベントの開催、食事や運動を適正に行う生活習慣の改善等、健康づくりに必要な対策は地方公共団体の努力で行えます。

50

スライド 50

#### (4) 奈良県では、最近健康長寿に寄与する要因の研究を行いました。

- ① 健康長寿の延長により大きく寄与する要因(喫煙率、運動割合、飲酒量・頻度などの健康指標)の分析を行い、
  - ② 統計指標に基づき、どの健康行動がより大きく寄与するか、を推計し、
  - ③ より大きく寄与する要因から、改善を実施し、健康長寿延伸の設計をしていくとしているのです。
- 
- ④ その結果、奈良県では、男性では喫煙率の改善、女性では、塩分摂取量の改善が、死亡率減少に最も寄与する。
  - ⑤ 奈良県の健康寿命延伸計画がその目標を達成した際には、男性の健康寿命の延伸が女性のそれより大きいこと、などが推計されました。

51

スライド 51

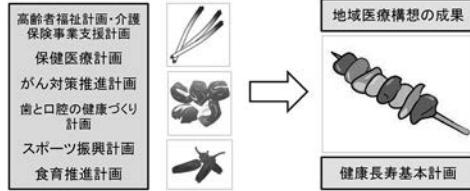
5. 健康の歯車づくり  
健康づくりは、色々な分野別の計画を組み合わせて総合的に行う必要があります。奈良県では、総合的な健康寿命延伸計画に取り組んでいます。



52

スライド 52

6. 健康づくりにおける県の役割は、焼鳥屋のイメージです。



国の計画は、すべからく縦割ですが、地域では、それを横串に刺して、料理する必要があります。医療、介護総合計画の成果は、焼鳥屋の“腕”にかかっているとも言えます。

53

スライド 53

## V 医療提供体制の中で、ICTの活用をどのように行えばよいのか

- (1) 救急搬送において、「e-Match」を採用していますが、救急搬送時間において、著しい改善が見られません。そのため、県内2拠点でER型救命救急センターを整備し、それとマッチする救急搬送ルールの改善を行っています。
- (2) 「e-Match」のデータを利用して、病態ごとに発症地域、搬送先の分析を行い、地域医療構想の需給マッチングに役立てようとしています。
- (3) 県立系病院受診者に「マイ健康カード」の作成をお勧めし、ご本人の将来の医療サービス受容を効率的・効果的にしようとしています。
- (4) 過疎地において、高齢者の看守りに役立つスマホのアプリを開発しようとしています。
- (5) 複数のベンダーとICTコンソーシアムを組み、地域医療・介護連携のためのICTシステム導入の検討事業を行っています。
- (6) DPC、e-Match情報、レセプトデータを収集分析し、将来の医療需要発生の傾向と対策を探ろうとしています。

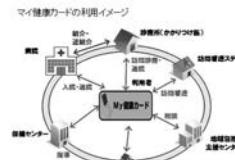
54

スライド 54

## マイ健康カードシステムとは、

個人の病歴や薬歴などの医療情報をマイ健康カードに記録し、情報開示は生体認証を行い、病院や診療所、薬局などで情報を作共化することで、重複検査や薬の重複投与を防止するとともに、これまでの診療経過を踏まえた医療を受けることができる仕組み。

また、マイ健康カードには、血圧や体重、歩数などの健康情報もあわせて記録することで、個人の健康づくりにも活用する。終末期治療の諾否、臓器提供の意思の有無など、本人意思の確認にも利用することができます。



55

スライド 55

## VI 医療の安全性確保はどのようにすればよいのか

「厚生労働大臣が指定する…医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院管理者又は遺族から、調査の依頼があったときは、必要な調査を行うことができる」  
(医療法第六条の十七)

「運輸安全委員会は、航空事故等、鉄道事故等及び船舶事故等の原因並びに航空事故、鉄道事故及び船舶事故に伴い発生した被害の原因を究明するための調査を適確に行うとともに、これらの調査の結果に基づき国土交通大臣又は原因関係者に対し必要な施策又は措置の実施を求めるこを任務とする。  
(運輸安全委員会設置法第四条)

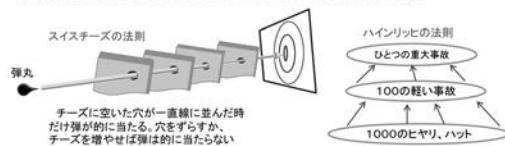
「都道府県は、「医療安全支援センター」を設け①病院等への苦情対応、相談対応、病院管理者への助言、②医療安全確保に関する情報の提供、③病院管理者及び従業員への医療安全に関する研修、を行う」  
(医療法第六条の十三)

56

スライド 56

奈良県では、かつて「大淀病院事件」(搬送された妊婦が途中で死亡)、「山本病院事件」(生活困窮者に対する医療過誤)がありました。医療の現場から事故を無くすことは極めて重大なる課題ですが、まだまだ道半ばのように思えます。

医療事故防止のためには、「スイスチーズの法則」に則り、事故発生リスクの軽減を図るとともに、「ハイアーリヒの法則」を信じ、「ヒヤリ、ハット事業」の収集、調査、原因究明を実行することが肝要です。



国は医療事故調査・支援センターにおいても、できるだけ多くの事例を「調査」し、体系的に整理、分析し、原因究明を図り、事故再発防止に繋げていただきたいと考えています。(医療のNTSBを目指して下さい)  
57

スライド 57

**今中**／先生方、貴重なご講演をありがとうございました。それぞれのお立場からお話をいただきましたけれども、追加でのご発言やご質問はございませんでしょうか。

**邊見**／兵庫にも県立医大があったらよかったなと思います。神戸大学に医師の派遣をお願いしても、国立だから市町村のために働いているわけではないと門前払いですね。だからもう少し地域枠の方が出てくれば違うのかもわかりませんけれども。

**今中**／荒井知事、何かコメントありますでしょうか。

**荒井**／いかに県立でも人事権はないので、財政権と申しまして予算案をつけて調整しています。お金を使わずに改良してくれというのは共通のねがいですが、僕はお金を使ってもいいから、パフォーマンスを良くしてほしいといっています。先ほど申しましたように、医大を新しく作るというようなビッグプロジェクトを提案して、貢献してほしいということを伝えるようにしています。また将来像検討会議では、教育・研究・診察の内容と新たに付け加えた地域貢献を入れた中期目標・中期計画を念入りに作成しました。地域のパンフレットを作成しまして、全職員に配布いたしました。このように財政権を利用して、やっております。国立は財政権の主体が国なのでなかなかうまくいかないと、ほかの知事が嘆いておられるのをよく聞きます。ですので、国立医大を全部県立化すれば地域医療構想にぴったりではないかと内心は思っております。

**今中**／ありがとうございました。土居先生、どうぞ。

**土居**／実は私は奈良県立医大病院でこの世に生まれまして、3歳の頃まで奈良にいたので、はからずも県立医大の話になったのでちょっとひとこと申し上げたいと思います。まさに、おっしゃるように、県の権限の範囲内でどうやって地域医療構想や医療計画、さらに医療・介護の連携をやっていくかが重要になってくると思います。国から県に丸投げされているという面がなきにしもあらずだと先ほどおっしゃったのは確かにそのとおりだと思いますが、やはり厚生労働省もなすすべがないのではないかと思う。彼らは、制度設計はできますが、県庁に出向されている方は別として、少なくとも自分たちが現場に直接手を下す手段には限りがあるのではないかと思う。それゆえ間接統治的なやり方になってしまっているような印象があります。右肩上がりの経済で、人口増の時期には、全国画一的にやっても、それほど深刻な問題はなかったのかもしれません。しかし、先ほど議論がありましたように、都市部と過疎部では医療需要の動向も違いますし、人口動態も違いますので、それぞれの地域の実情にあった形でやっていくには、やはりその県でやっていただくのが、私は非常にふさわしいと思っています。全国知事会の中でも、荒井知事の積極的なイニシアティブで、他の県にもこの奈良県の好事例を積極活用していただくと、他の県でも同様のことが取り組まれるのではないかと思っています。その意味で、これからますます期待しているというところです。

**今中**／土居先生、どうもありがとうございました。フロアから何かご質問やご意見がございましたら挙手をお願いいたします。

**質問者1**／主に土居先生になると思いますが、データ解析をしていますと、WPO や OECD に比べて日本の在院日数というのは非常に長いといわれ

ています。かつ、個々の病気に関して分析してみると、その差がさらに広がっています。つまり、日本医療資源を有効に使ってないのではないかと思うのです。今、白内障の在院日数について調べているのですが、OECD 主要国では 95%以上が日帰り入院となっています。ある論文によると、在院時間が 3 時間 37 分で平均することができたというような報告もあります。一方日本では、100 病院弱で患者数 6 万人程度のデータを検討しますと、平均在院日数が 3.8 日、約 4 日になっています。こういうことを考える上で、医療の効率性を真剣に考えないと、日本の医療が成り立たなくなるのではないかと、いうふうに考えました。先生のご意見を伺いたいと思います。

**土居**／ご質問ありがとうございます。私もまったく同感であります。医療界の方とお話をしていると、非常に志の高い方は、今のやり方で、極端に言えば、過剰に医療資源を投じているところをなくして、必要なところにきちんと手当てすればもっとよくなるのにという話は、もう、山ほどアイディアはあることを、私も実感しております。ただ、これは遠藤先生におうかがいしたほうがいいのかかもしれませんけど、政策形成過程に入るとなかなか動かないというギャップが非常に大きいと思います。私は財政当局の方と話す機会が多いわけですがれども、財務省はゾウの背中をなでているだけで、医療の中身をあまり詳しくは知らないわけですね。だから診療報酬関係の話になる時には、診療報酬の報酬総額がどうなるかというところに直接議論のできる場合にのみ、個別各論的に、尖鋭的にそこだけ議論を持ち出す。例えば受診時定額負担とかですね、そういうような話ばかり尖鋭的に議論をするのですけれども、医療の現場については、実際平均在院日数が長いから減らしたほうがよいのではないかということくらいしか話が

でないですね。これが財政面からはどのように手当したら実現できるのかというところになると、財務省にはそういう手段はないので、結局は総額で診療報酬改定率はいくらかということだけしか議論できなくなってしまいます。そして改訂率が決まったあとは、中医協で個々の議論になって、そこはもう財務省はまったく手が出せません。そういうマクロとミクロのミスマッチみたいなものが、特にこの医療政策の現場と政策形成とのあいだのギャップの大きな原因になっているのではないかと思います。そういう意味でも医療の現場ないし医療経済学会から、そういうマクロとミクロのミスマッチをうまく、ミッシングリンクをつなぐような研究がもっと広く浸透して、世の中で政策形成に影響がおよぶような形で反応が出されるといいのかなと、私自身思っております。

**今中**／遠藤先生、いかがですか。

**遠藤**／平均在院日数の短縮の話ですが、諸外国と比べると日本は長いというのはその通りです。しかし趨勢としては短縮傾向にあります。そのための手段としてやってきたのは、診療報酬です。入院基本料を在院日数に応じて遞減させる仕組みを導入しました。在院日数が一番短縮したのは精神病床です。一般病床は短縮していますが、療養病床の平均在院日数は少し伸びてきています。療養病床には入院基本料の低減制を導入していませんし、また医療ニーズの低い患者さんは療養病床ではなく、介護施設や在宅医療にシフトするような政策誘導を展開しているので、療養病床の入院患者の医療必要度は高くなっています。そのような理由で、療養病床の在院日数は多少伸びています。在院日数短縮の課題は、結局は受け皿がどの程度整っているかに依存しますので、ドラスティックに短縮させることは難しいと思います。

今中／では、荒井知事、どうぞ。

荒井／ちょっと追加の質問をさせていただきたいのですが、診療報酬のあり方というのがよく見えないので。先生は診療報酬決定に参加されている面もあるので、お伺いしたいのですが、診療報酬の際の医療行為の点数をつける時の、範囲や基準はどのように決めているのか。鍼などの医療行為で診療報酬が出ると聞いていますが、予防医療についてはあまり高い診療報酬が出ない。診療報酬の思想というのはどこにあるのか。それは価格体系を作る時の、普通よくあるのは平均コストがこのくらいかかるからこれだけ費用を回収しないよというのと、これだけ成果があるからといっていいよという成果主義と2つありますが、どちらに向かっているのか。まったくわからないのですが、それをお聞きしたい。

遠藤／いくつかのことをおっしゃいました。まず、診療報酬の範囲をどういうふうに考えているのかという話ですが、やや複雑です。まず、手術料のように個別の技術を評価する特掲診療料と、入院基本料や初診料のような一連の医療行為をまとめて評価する基本診療料とに分かれます。さらに、これらを積算して支払う出来高払いと、一定の基準で包括して支払う包括支払いとにわかれます。何を出来高とするか、包括とするかという問題は、かなり慎重に議論されます。

それから医療保険は予防になぜ使わないかという議論ですが、医療保険は保険なので、偶発的に発生する事故に対してのみ用いるべきという考え方があります。予防のように本人の意思で発生する需要については、保険にはなじまないということです。もっとも、最近は重症化予防という言い方で、事実上の予防行為が治療とみなされて医療保険適用になっているケースも増えています。

す。もっとも、そのためには、それが高い確率で重症化を防ぐというエビデンスが求められます。したがって、どこまでが予防で予防でないかというのは微妙なところではあります。

つぎにコスト償還主義と成果主義の話です。医療団体はコストを正しく償還できる価格体系にすべきだと常に言っておられます。特に入院基本料などは、コストをきちんと反映してないのではないかと主張されます。医療行為のコストを正しく公定価格で償還するのはつぎの二つの理由で難しいのが現状です。コストを全額補填するということは、電力会社の総括原価方式と同じで、コスト抑制の圧力が働かないので適切ではないという考えです。もう一つは、個別の医療行為ごとのコストを正確に計測することはほぼ不可能だという技術上の課題があります。現実には、コストと価格に多少のかい離があることを前提に、病院内で、採算部門から不採算部門への内部補助で対応しているのが実態だと思います。

それから成果主義についてですが、最近はいろいろと導入されています。特に注目されているのが退院時の在宅復帰率です。在宅復帰できるだけ回復させることができたのだから報酬を出すというものです。ただ、在宅復帰は地域の受け皿体制といった社会環境に依存するものですから、医療の成果として適切かどうかやや疑問が残ります。では、社会的な要因が入らない何らかの臨床指標を使って科学的な改善度を測れば成果主義はベストかというと、それも問題があります。医療の効果には不確実性があって、一生懸命治療したから必ずよくなるかというとそうではありません。成果主義はこのリスクをすべて医療者側に負担させることになりますから、ハイリスクの患者さんの受け入れ抑制にもつながりかねません。このように成果主義は概念としては優れていますが、様々な課題があるのも事実です。

**荒井**／何か古い運賃制度みたいですね。バス会社を維持しようというので、内部補助を前提として営業区域を決めて、あまり参入しない。競争があつて、コスト主義ならコスト主義で徹底すると、その料金に即していい参入があるというようにだんだん変わってきているのに、相当古い価格体系を持っておられるように思います。

**遠藤**／ただ、医療行為は極めて多様なので個別のコスト把握は非常に難しいのが実態です。中医協でもいくつかの病院を対象に詳細な分析を行ってきたのですが、なかなか代表性をもつ説得力のあるコスト把握はできませんでした。したがって、診療科ごとの収支に差があるのもしかたなく、その結果、内部相互補助で運営されている側面もあるのが実態です。

**荒井**／先ほど、ベストプラクティスのコストと、だらだら診療のコストと、明らかに、コスト、行為の差があると思いますね。そのベストにするとかわいそだから、まぁちょっといいほうで標準コストを決めるというのは、普通の民間の考え方だけれども、あえて悪いほうに決めて補償しているのではないかという疑いが消えない。

**土居**／荒井知事が先ほどおっしゃった産業組織論、決して古くなくてむしろ最先端、こちらで、そういう観点で研究されている方もいらっしゃると思いますが、日本の診療報酬で足らないのは、需給調整という発想であるという印象を私は持っています。もう少しそういう発想があつてもいいかなと。医療経済学の研究の中でも、医療需要の価格弾力性とか、そういうことも研究されているわけですけれども、今までそれが直接診療報酬に反映されるというわけでは必ずしもありませんでした。それから、標準的なコストという意味で言う

と、やはり包括払いの仕組みをもう少し洗練して、きちんと広げていくという必要があります。だんだん広まって、DPC 病院などが広まっているのは事実なので、決して後ろ向きになっているわけではないのですけれども、やはり包括払いをさらに広めていくことで、出来高払いの問題をより小さくしていくということは、これからますます必要になってくると思います。

**邊見**／中医協に初めて行った時、私は、「医師ではありますけれども、医師の代表ではありません。30 以上の職種が働く病院の代表です。2 年間の議事録でひとつも出てない MSW の代表でもありますし、臨床工学士の代表でもあります」と申し上げました。さらに、外科医でありますので、「ものすごいハイリスクローリターンの外科の手術料をどうにかしてくれないともう外科医は滅びます」ということを申し上げました。それからまた地方の代表ですので、「このようなことでは地方から医療はなくなります」と、その点を、初めにご挨拶で申し上げました。診療所の先生ばかりですから、臨床工学士というのがどういう職業か、とか、MSW が何をしているか、委員の先生は誰も知りませんでした。ですから、なかなか難しいなと思いましたね。

**遠藤**／診療報酬による需給調整はあると思います。主に医師、すなわち供給のコントロールに使われます。7 対 1 基準看護の導入により 7 対 1 病棟は想定以上に増加しました。一方、患者の受療行動、つまり需要のコントロールは診療報酬ではなく主に自己負担で行われます。

**邊見**／国保が都道府県に委譲されて、今度の地域医療構想がまた都道府県がやるとかいうことになると、47 都道府県一律でなくて、予防医療や医

療費が少ない分野をある程度変えられるような権限というか、フレキシビリティを与えるというのもいいのではないかと私は思っているのですが。

**遠藤**／診療報酬の点数を全国一律にしないということですね。その議論は昔からあるし、私もそれには賛成ですが、実際には、看護師など医療資源が不足している地域では、算定要件を一部緩和するといったことしかやっていません。実はあまり知られていませんが、後期高齢者医療制度を作った時に、医療費適正化目的であれば都道府県単位で独自の点数をつけられるという法律改正が行われています。今後、これをどう扱っていくのかも興味あるところです。もっとも、中医協の議論などから、保険者の方たちは、全国一律価格を維持すべきという意見をお持ちのような印象ですが。

**今中**／それでは、時間がだんだんなくなってまいりましたが、あともう1問ほどは質問が受けられると思いますが、いかがでしょうか。はい、では岩本先生。

**質問者2**／これから病床数を減らしていくということも入っているみたいですが、地域まで落としてくると難しい状況があるかと思います。たとえば5つ6つの市立病院があって、4つにすることを県ができるのでしょうか。地域に落とした時に疑問に思うのですが、それに関してあまり明確な議論というのはされてないと思います。どなたか、そういうことに関して議論というかご意見があったらうかがいたいと思います。

**今中**／土居先生のほうからお願ひします。

**土居**／遠藤先生が座長をされている懇談会で、知事の権限は民間病院ないしは有床診療所まで強制

力がないということですよね、とさんざん確認を求めることがありました。医政局は「そうです」と答えています。私が思うのは、確かに病床を減らさなければいけないということですが、高齢者が減る地域ならいざしらず、人口は減るけれども高齢者はそれほど減らなくて、微増か、ほぼ一定といっている地域は慢性期の病床はある程度確保しなければいけない。だけども高度急性期は確実に減らさなければいけない。そういうところがあって、私の印象で言うと、大学病院や県立、自治体病院で高度急性期をやっているところの高度急性期機能を減らすということのほうがむしろ変動としては大きいのではないかと思っていて、その部分を確実に減らすことで、経営の効率性は必ずしもよくないかもしれないけど、有床診療所とかは慢性期のベッドで、対応していただくことでいいと思う。本当は統合できるなら統合したほうがいいと思いますけど。今は地域医療構想ないしは病床再編と診療報酬はつなげないという建て前ではいますが、明らかに近い将来、この両者はそれなりのリンクをつけないといけなくて、そうなれば、当然診療報酬で誘導する形で経営効率が悪い診療所なり病院の再編を促すとか、そういうようなことができるかもしれない。知事の権限で統合するのは、かなり、私も難しいところがあるかなと思います。

**邊見**／自治体病院のお話が出ましたので補足させていただきますけど、自治体病院は、人口10万以下の中小都市、あるいは診療圏が20万人以下のところは、おそらく急性期だけではもう生きていけないだろうという風に考えております。自治体病院協議会でも砂川市民病院などはもう500床の病床を少し減らして地域包括ケア病棟をひとつとっています。周りにそういうふうな、バックアップの後方支援病院がないわけですから。こ

れは仕方ないと思います。それから、有床診療所の方々は非常に皆さん優秀ですが、皆高齢化しています。ご子息が戻ってこないので、自然淘汰されていきます。だから2025年の有床診療所数を計算しないといけないのですが、2025年にはもううちはないですから報告しませんという人たちもおります。私は有床診療所に残ってほしいと思っています。日本の医療がうまくいっていたのは有床診療所があるからだと私は思っています。あれは小型の病院だと思っていますが、それがどんどん減っていっているのが、ちょっとさびしいですね。

**今中／**最後に荒井知事、よろしくお願いします。

**荒井／**有床診療所の位置づけは地域医療構想の中でも枠外みたいになっていますね。実情は小規模な有床病院は地域包括ケアの主役になりつつある

面もあります。地域包括ケアの提供拠点は医療だけではなく、意欲のある病院は、老健施設や住宅・リハビリなどの併合施設に経営の形態を変えつつあります。地域包括ケアシステムの大変なのは元気な地区医師会、特に熱心なところは地域包括ケアが非常に円滑にいくような印象があります。連携して一緒にやりましょうということなので、支配の関係ではありません。病床機能のテーマというより地域包括ケアのテーマのほうで取り扱われています。

**今中／**荒井知事、ありがとうございます。今日は土居先生、邊見先生、荒井知事から非常に貴重なお話をいただきましてこのシンポジウムも大きな成果が上がったと思います。熱心にご参加いただきました聴衆の皆さん、どうもありがとうございます。時間となりましたので、これで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。