

平成 28・29 年度 病院委員会審議報告

「第 7 次医療計画策定に向けた医師会の役割」

平成 29 年 12 月

日本医師会 病院委員会

平成 29 年 12 月

日本医師会長
横倉 義武 殿

病院委員会
委員長 松田 晋哉

平成 28・29 年度病院委員会審議報告
「第 7 次医療計画策定に向けた医師会の役割」

本委員会は、平成 28 年 11 月 17 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「第 7 次医療計画策定に向けた医師会の役割」について検討するよう諮問を受け、7 回にわたり議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

平成 28・29 年度病院委員会 委員

委員長	松田	晋哉	(産業医科大学医学部 教授)
副委員長	渡部	透	(新潟県医師会 会長)
副委員長	安里	哲好	(沖縄県医師会 会長)
委員	生野	弘道	(大阪府私立病院協会 会長)
〃	池口	正英	(鳥取県医師会 理事)
〃	伊藤	健一	(愛知県医師会 理事)
〃	伊藤	雅史	(東京都医師会 理事) (～平成 29 年 7 月)
〃	猪口	正孝	(東京都医師会 副会長) (平成 29 年 7 月～)
〃	太田	圭洋	(日本医療法人協会 副会長)
〃	小熊	豊	(北海道医師会 副会長)
〃	河北	博文	(東京都病院協会 会長)
〃	神野	正博	(全日本病院協会 副会長)
〃	齊藤	正身	(川越市医師会 理事)
〃	末永	裕之	(日本病院会 会長代行副会長)
〃	竹重	王仁	(長野県医師会 総務理事)
〃	武久	洋三	(日本慢性期医療協会 会長)
〃	千葉	潜	(日本精神科病院協会 常務理事) (～平成 29 年 7 月)
〃	野村	秀洋	(鹿児島県医師会 副会長)
〃	長谷川	友紀	(東邦大学医学部 教授)
〃	邊見	公雄	(全国自治体病院協議会 会長)
〃	村上	秀一	(青森県医師会 副会長)
〃	見元	伊津子	(日本精神科病院協会 理事) (平成 29 年 7 月～)

目 次

はじめに	1
第1章	2
1.1. 将来の病院・地域医療に不可欠なデータの利活用	2
1.2. まちづくりと病院	8
第2章 病院委員会中間答申（平成29年9月）	11
おわりに	17

はじめに

本委員会は、横倉会長より「第7次医療計画策定に向けた医師会の役割」について検討するよう諮問を受け、議論を重ねてきた。

地域医療構想は都道府県医療計画の一部であることから、策定とその後の進展は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期についての病床機能報告及び在宅医療等の在り方、各構想区域で策定された地域医療構想に対しての地域医師会の関わりと課題について多くの審議時間が割かれた。

専門的な知識を必要とする医療計画の策定にあたって、住民側から適切な意見表明が十分に行われるとは限らない。したがって、医師会は住民の視点に立って各構想区域の医療の課題の明確化とその対策を明らかにし、それを住民にわかりやすく説明する役割が期待されている。

計画策定に関して、特定機能病院・大学病院の役割や、国・公的医療機関等のあり方について、国が提示するマニュアルに従って記述するだけでは、実効性のある医療計画の策定は難しく、また、数字が独り歩きしてしまう。画一的に示された数字を実現することが目的化してしまうという、本末転倒の事態につながりかねない。そのような間違った計画策定に陥らないようにするためにも、学術団体としての医師会が医療計画策定の基礎となるデータの分析や解釈に積極的にかかわる必要があること、更に地域包括ケアシステムが機能するためにも、現在、地域の医師会員が中心となって担当している地域公衆衛生活動の重要性が関係者間で共通の理解として認識される必要があることについても意見が交わされた。

今期は、平成30年度に始まる第7次医療計画と第7期介護保険事業（支援）計画の同時策定に向けて、平成28年度には国での審議が進み、平成29年度では話合いが全国各地で進められている。その状況に鑑み、都道府県医師会と地域医師会が参加する計画策定の検討に資するため、本委員会では急遽、中間答申を平成29年9月に取りまとめ、横倉会長に提出した。

この審議報告は、その中間答申を第2章に収載するとともに、中間答申に盛り込めなかった「将来の病院・地域医療に不可欠なデータの活用」「まちづくりと病院」の二つのテーマを第1章において追補的に提言するものである。

第1章

1.1. 将来の病院・地域医療に不可欠なデータの利活用

今回の地域医療構想の策定にあたっては、各都道府県の行政及び医師会に配布された各種データを活用することが求められた。しかしながら、そのデータを十分に活用して地域医療構想を検討した都道府県はそれほど多くない。その理由としては以下のようなことが考えられる。

- ・データを都道府県の行政と医師会が共有していない
- ・都道府県行政にデータを活用できる人材が不足している
- ・配布されたデータの内容を都道府県の担当者が十分に理解していない
- ・都道府県内の関係部局間の縦割りの弊害が大きく、整合性のある議論ができていない

その結果、都道府県によっては、内部でデータの十分な検討を行うことなく地域医療構想策定の大半をシンクタンク等の外部組織に委託している例も散見される。今回の地域医療構想における機能別の病床の必要量の推計は、現在の傷病別、性別、年齢階級別の入院受療率をそのまま将来に延ばすという現状追認方式で行っており、また慢性期の病床については「医療区分1」の70%を入院以外でみる、そして療養病床の入院受療率の都道府県格差を縮小するという仮定に基づいている。後2者の仮定は、地域の在宅医療の提供体制及び介護の提供体制の如何に大きく依存しており、推計値を各地域にそのまま当てはめることは適当ではない。例えば、診療所の医師の高齢化が進んでいる中山間地域でこれから在宅医療を充実させることは困難である。また、そうした地域は在宅介護の担い手も不足しており、現在ある療養病床の意義が十分に考慮される必要がある。このように推計結果と配布された現状及び将来に関するデータを、各地域の現状にあわせて調整するのが地域医療構想調整会議の本来の役割であるべきだろう。

しかしながら、実際の運営ではそうした状況を考慮することなしに、推計値の具体的

達成状況を一つの指標として地域医療介護総合確保基金の配分額の調整を行う案も浮上している。このような少々乱暴な運用を予防するためにも、各都道府県医師会が各大学の社会医学教室等と協力して、提供された「医療計画作成支援データブック」の詳細な分析や必要に応じた追加の調査などを行い、地域の実情にあった実効性のある地域医療構想の運営及び地域医療計画の策定を目指すべきである。そのためには、地方大学等においても社会医学分野の人材育成が急務である。

今回配布された「医療計画作成支援データブック」については活用が難しいという意見もある。確かに、医療行為や傷病の詳細な分析結果を集約したデータは専門性が高い。しかし地域医療構想を策定する関係者のうち、仮に医師がその積極的な活用を行えないのであれば、他の関係者にはさらにハードルの高いものになることは自明である。これらのデータに対し、誰も解釈を行わないのであれば、数字が独り歩きしてしまう。データブックにある資料の分析結果は、今後地域医療計画や介護保険事業（支援）計画に反映されることになる。このように関連政策にも大きな影響を及ぼす資料の分析を丁寧に行われなければならない。各地域で学識団体としての医師会の役割が重要になっているのである。

ここで、今回のデータ分析が医療と介護の両方に大きく関係していることに関する十分な認識を持つことが欠かせない。今後、我が国では「医療区分1」相当の高齢者が増加することが予想されるが、仮に現在の病床をフルに使ったとしても、相当程度の高齢者が病院以外でケアされなければならない。しかしながら、地域医療構想における仮定を実現するまでもなく、療養病床における医療区分2、3の割合に関する患者要件と、看護職員の確保問題等が複合的に作用し、療養病床の入院受療率が低下している。これは患者の減少によるものではなく、むしろ診療報酬上の施設基準の変更等の環境要因によるものである。したがってこれらの高齢者をどのようにケアしていくのかが具体的に議論されなければならない。そのためには福岡県や山口県において行われているような療養病床入院患者の状態像に関する、より詳細な分析が必要であろう。こうした追加の調査の実施やその分析を行うことも都道府県医師会の重要な役割であると考えられる。

こうした追加のデータ分析は愛知県医師会や山形県医師会でも行われており、その結果が地域医療構想の検討に反映されている。日本医師会としては、各都道府県医師会が

行っているこうした実践例を収集し、都道府県医師会相互の情報共有を図ることも進めていかなければならない。

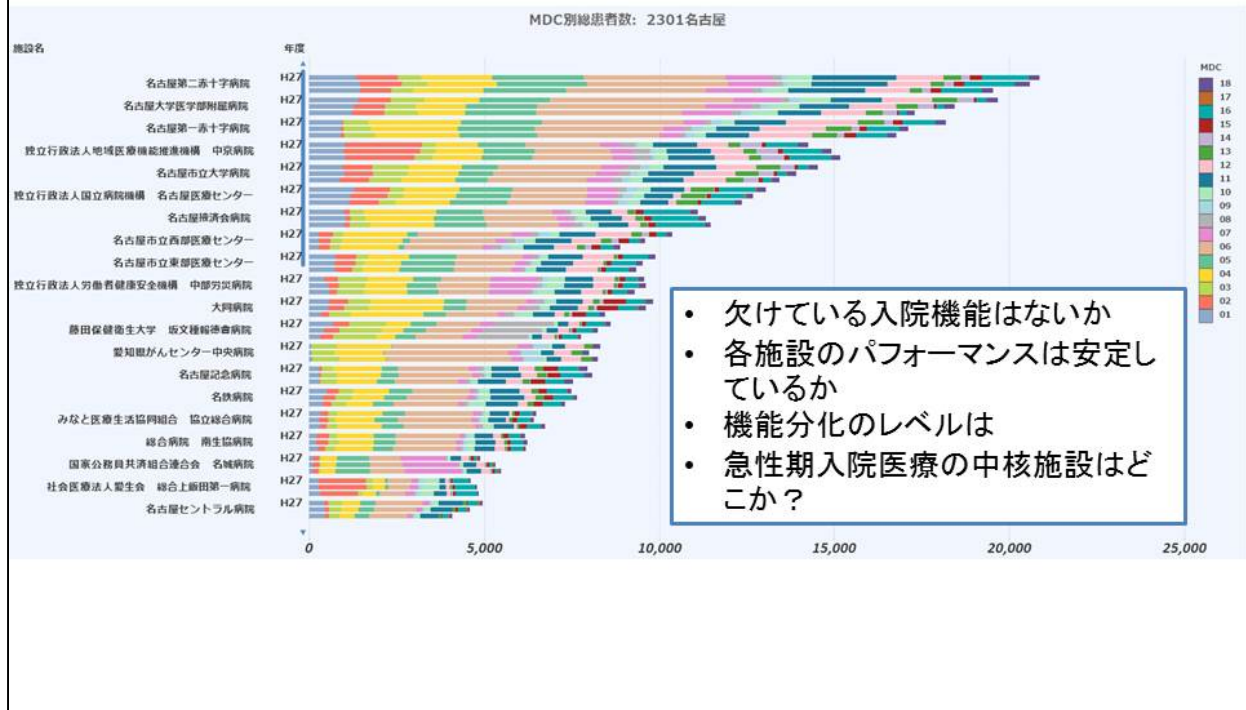
ところで、今回の地域医療計画策定は医療と介護、さらには地域包括ケアシステム全般に関連するものである。今後増大する「医療区分 1」相当の高齢患者の多くは 85 歳以上の高齢者となる。医療のニーズに加えて、介護ニーズ、さらには住まいや日常生活支援、家庭環境の調整、成年後見などの福祉的なニーズもある複合的な問題を抱えた方が多くなるであろう。こうした問題に対しては、都道府県行政の現在の縦割り体制で対応することは難しい。さらに地域包括ケア病棟などの届出受理は、都道府県ではなく地方厚生局で行われており、ここに医療計画と保険診療の整合性の問題が発生する。今後、現状のままで介護医療院への具体的な転換が行われれば、さらに問題は複雑化することが容易に予想される。

こうした事態を改善するためには、全体を統合する組織の設立と、その組織への関連情報の集約化が必要である。こうした統一的な窓口で集められたデータを都道府県医師会が大学や都道府県行政の担当部局と協力して分析する仕組みづくりが不可欠ではないだろうか。以下、そのような総合的な情報の例と活用方法を例示する。

データブックには各年度の DPC 病院の診療実績（MDC 別にみた入院総数、救急車による搬送件数、がん患者数、傷病別アクセシビリティ）、NDB から作成された諸指標（5 疾病 5 事業および在宅医療に対応した傷病や医療行為の二次医療圏別自己完結率、年齢調整標準化レセプト出現比 SCR¹）、消防庁データに基づく搬送時間などが収載されている。これらのデータを分析することで構想区域（二次医療圏）の医療提供体制の現状と課題を明らかにすることができる。まず、DPC データをみることで、当該地域の急性期入院医療で欠けている機能はないか、年度間で各施設の診療内容は安定しているか、病院間の機能分化のレベルはどうか、そして、がんや救急、小児医療なのでどこが地域の中核施設になっているのかを検討することができる（図 1）。

¹ SCR:Standardized Claim Ratio(年齢調整標準化レセプト出現比)
データブック中にて、NDB を加工して、医療圏別に医療計画において検討すべき医療提供にかかわる指標として、Excel ファイル形式で提供されている。

図1 名古屋医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
(平成25～27年度厚生労働省データ:MDC別入院患者総数)



例えば、地域内の DPC 病院の MDC 別のパターン²が規模の大小にかかわらず類似しているのであれば、地理的配置を考慮したうえで、機能分化の必要性がないかを検討することが必須であろう。

今回の地域医療構想では慢性期が療養病床と介護施設、そして在宅医療を合わせたものになる。SCR で外来（初診、再診）及び訪問診療が低い地域では今後、在宅医療を充実させることは可能であろうか。外来の SCR が低いということは、当該地域の外来機能が縮小していることを示唆する。特に中山間地域に多く、診療所が少なく、また診療所の医師の高齢化が進んでいるような地域である。こうした地域では、現実的には、在宅

² MDC;Major Diagnostic Category(主要診断群)

01：神経系疾患、02：眼科系疾患、03：耳鼻咽喉科系疾患、04：呼吸器疾患、05：循環器系疾患、06：消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、07：筋骨格系疾患、08：皮膚・皮下組織の疾患、09：乳房の疾患、10：内分泌・栄養・代謝に関する疾患、11：腎・尿路系疾患および男性生殖器系疾患、12：女性生殖器系疾患および産褥期疾患・異常妊娠分娩、13：血液・造血器・免疫臓器の疾患、14：新生児疾患・先天性奇形、15：小児疾患、16：外傷・熱傷・中毒、17：精神疾患、18：その他の疾患

医療の提供量を増やすことは難しい。これまでの医療計画は病床数（特に一般病床）の議論が中心であったが、高齢化が進む現状を踏まえると、今回の医療計画では医師会が行政とともに診療所の開設等に当たって、適切な支援・調整を行うことについても検討することが欠かせない。地域の診療所機能が確保されていることは、地域医療を維持するための必須条件である。その維持が難しいことがデータ分析の結果明らかであれば、それを支援する体制整備を計画していかなければならない。具体的には県行政とともに、大学病院や地域医療支援病院による診療所の支援などが検討されなければならない。

また、診療所が病院と適切な役割分担をすることができるよう、日本医師会が進めている研修等、かかりつけ医機能の推進活動に引き続き努力することが望ましい。また、各地の医師会で、休日・夜間診療所や訪問看護ステーションを運営し、地域医療に貢献している事例も少なくないが、診療所が診療時間外においてもかかりつけ医機能や介護への対応ができるよう、地域医師会で検討を進めることが望ましい。

ここで在宅医療については患者等での在宅及び患者等以外での在宅のどちらを整備するかについても検討が必要である。福岡県医師会が行った調査結果によると、多くの地域で近年訪問診療が増加しているが、それは主に患者等以外の在宅（施設、同一建物）であった。地方では診療所医師の高齢化、都市部では外来診療の増加により、患者等以外での在宅がより効率的な訪問診療提供体制になっているのである。国は在宅医療の拡大を目標に掲げているが、それぞれの地域の条件を丁寧に検討しなければ、その実現可能性は低いものに留まるであろう。平成 26 年度の診療報酬改定で同一建物等における訪問診療に減算措置が適用されたことの負の影響は大きい。その原因は少数の不適切な事例によるものであったが、今後の在宅医療の需要増を考えれば、こうした制限の見直しが必要である。そのためにも在宅医療の在り方について、患者の療養生活の質への効果も含めて日本医師会としてデータの整備を行っていくべきと強く考える。なお、平成 26 年度改定における負の影響については、改めて平成 28 年度改定において一定程度の見直しがなされたことも付言しておきたい。

以上、医療計画策定にあたってのデータ活用の必要性について説明した。国の財政逼迫化を受けて、社会保障財政の伸びの抑制が政府により主張されている。しかしながら、

無理な財政圧縮は医療の質に重大な影響を及ぼす可能性がある。それは結果的に国民の厚生水準の低下につながりうるものである。適切な財政的裏付けを得るためにはデータに基づく客観的な分析結果を示し、その必要性を政府や行政関係者だけでなく広く国民に認識してもらわなければならない。その意味でも学術団体としての医師会の情報活用力を向上させる必要がある。そのためにも、都道府県医師会が都道府県行政と連携しつつ、前述の通り、会内でデータ解析を担当できる人材の育成が課題となる。

なお、現実問題として、地域の基幹病院における機能分化に関しては、大学が派遣する医師によって大きく左右されてしまうことも事実である。そのため、都道府県医師会と大学医学部が緊密な連携を取り、各構想区域において、医師会と大学、病院団体を中心とした適切な医師確保の仕組み作りが非常に重要である。

1.2. まちづくりと病院

1.2.1. 地域と病院

病院ほど地域に密着した産業はない。ほとんどの病院で、患者は医療圏内か否かは別にして通える範囲から来ることが通常である。通える範囲は交通インフラの整備によって変わっていく。しかし、時間距離だけではなくて、移動にかかる金銭的距離も考慮すれば通える範囲は、やはり病院が存在する地域ということになる。

地域から産業がなくなり、雇用がなくなり、生活の糧を得ることが難しくなった時、人はその地を去る。どんなに素晴らしい病院であっても、人・患者がいなくなれば、病院は衰退する。逆に、病院が衰退し、救急医療、産科医療、小児医療ができなくなった時、若い者から順に人は安心を求めて地域を去っていく。

したがって、地域と病院は表裏一体、運命共同体ということになる。病院は、公私を問わず、地域の振興に積極的にかかわるべきである。それこそが患者を確保し、自らの持続可能性、生き残りのための重要な要素であると認識すべきである。

1.2.2. 生活と病院

急速に進展する超高齢社会は、単なる有病率が高い年齢層が増えるというわけではない。人口ボーナスとなる団塊の世代は戦後の高度成長時代、バブル期を謳歌した人口層である。その価値観は、戦前や戦中を耐え忍んだ日本人とは異なる。この世代が 2025 年にすべて後期高齢者となる。それ故、求められる地域包括ケアシステムなるものも、過去の成功事例などが参考になるはずがない。

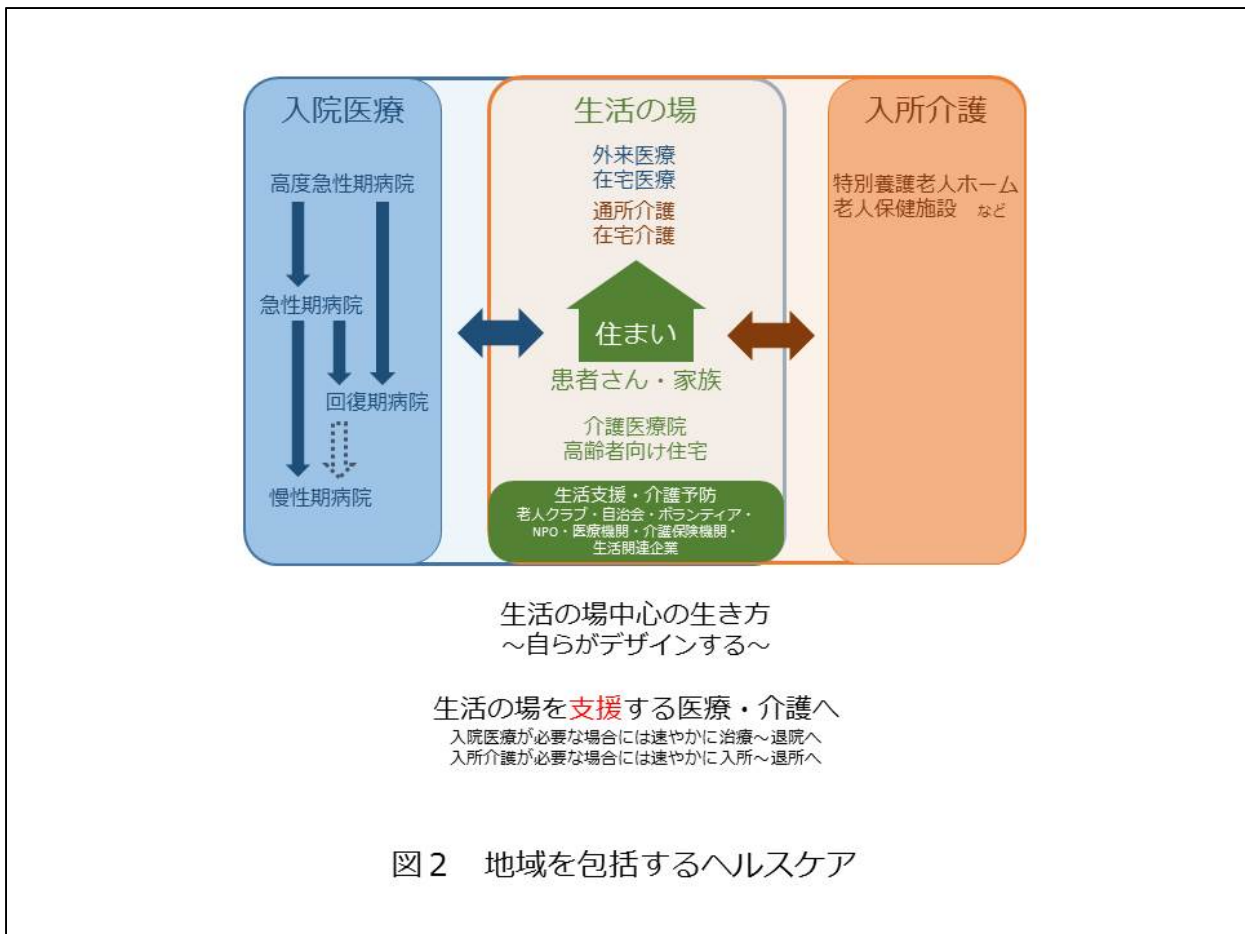
病院視点でこれからの地域包括ケアシステムを概観すれば、救急や高度急性期から外来・在宅医療までの垂直統合と、地域における介護や福祉との水平統合が求められているだろう。

しかし、これだけではない。高齢社会を迎え、人生が長くなるにしたがって、この垂直統合と水平統合に加えて時間軸の統合、Lifelog の統合が求められているに違いない。すなわち、高齢者の人生の中で医療サービスばかりではなく、介護や福祉サービスを同時に、あるいはその生活期や病期に応じて使い分けていく。この時間軸を通貫した統合

が求められているのだ。

さらに、これらの統合に加えて、生活との統合が求められる。もはや人生の中で医療ばかり、介護ばかりが占める割合は、どんどん小さくなる。病院の在院日数は短くなり、介護施設においても在宅復帰が求められているからだ。

ならば、人生の大半を占める生活の場への支援、関わりが必要となる。生活にかかわるのは、共助、公助、互助ばかりではない。自らの生き方を自らの価値観の下で責任をもってデザインすること、そしてその覚悟のための自助を後押しするサービスも重視すべきである。すべてのサービスを国家と地域が担うほど、わが国の財政に余裕がないのは自明である。ここに、われわれ病院も医療保険制度の枠の外で、介護保険施設も介護保険制度の枠にとどまることなく、地域のまちづくりに大いにかかわるべきであろう。さらに、生活関連として、健康づくりや予防などで地域に密着する地元産業や企業と協働することができれば、これまた地域振興に資するに違いないのである（図2）。



1.2.3. まちづくりの中で、大病院と中小病院の役割

大病院であろうが中小病院であろうが、公であろうが私であろうが、病院は地域に密着すべきである。地域の産業と協働し、雇用と安心を提供する。これこそ魅力あるまちづくりであり、地域の人口流出を食い止めたり、医療過疎地である人口密集地から人を呼び込んだり、生涯活躍の街として日本版 CCRC 構想³の中での存在をアピールしたりできるに違いない。

一方、大病院と中小病院は、生活を支援し、寄り添う中で、その役割を分担すべきであろう。すなわち、中小病院は診療所や介護事業者と連携しながら、在宅医療や介護などを通してより生活そのものに密着する。大病院は、それを後方支援することが原則であろう。後方支援組織があってもこそ、前線の病院はより住民に密着することができ、不測の事態発生時には遅滞なく大病院が受け入れる体制が構築できるのである。

³ CCRC: Continuing Care Retirement Community、「東京圏をはじめとする高齢者が、自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり」を目指すもの。内閣官房 日本版 CCRC 構想有識者会議より

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/ccrc_soan.pdf

第2章 病院委員会中間答申（平成29年9月）

- ・ この中間答申では、第7次医療計画策定にあたっての日本医師会の姿勢及び各都道府県が計画の中に盛り込むべき内容について記載する。国民の正しい理解を得るためには、医療計画の理念の明確化とそれを実現するための具体的な計画の記載が整合性をもって示される必要があるからである。
- ・ 医療計画の目的は、質の高い医療を効率的かつ平等に国民に提供する体制を整備することにある。一部マスコミ報道に見られるような、「医療費適正化のために病床削減」といった表現は国民の誤解をまねきかねず、医療計画と地域医療構想の本来の目的の達成を阻害するものになりかねない。医療計画と地域医療構想が都道府県民に医療の現状と課題について客観的に説明し、その課題解決のための住民の理解と協力が得られる機会となるよう、関係者は協力して計画の策定に当たるべきである。また、現在の厳しい医療保険財政を考慮し、過不足のない医療の提供を目指す取り組みも記載すべきである。
- ・ そのためには、データに基づき、そして各地域の現状を踏まえて、関係者の行動計画となるような医療計画を策定することが求められる。データの多くは自治体が有するが、個人情報保護法などを過剰に意識し、しばしば利活用が妨げられている実態がある。医療・介護・福祉・その他のデータ利用を促進するために、利用にあたってのガイドラインを定め、データの申請、解析、公表、破棄についてルールを明確にすべきである。また、活用事例に関する情報共有が可能な「場」の設定についても検討されることが望ましい。
- ・ 現在、医療・介護・福祉・その他の統計資料が国や自治体などで作成されているが、調査項目に整合性がなく、実施年も異なることから、利活用が妨げられている。国民生活基礎調査や患者調査などの主要な統計について、可能なものから項目の整合、実施年の統一を図るべきである。
- ・ 国が提示するマニュアルに従って記述するだけでは行動的な医療計画の策定

は難しい。また、数字が独り歩きしてしまい、画一的に示された数字を実現することが目的化してしまうという本末転倒の事態につながりかねない。

- ・ そのような間違った計画策定に陥らないようにするためにも、学術団体としての医師会が医療計画策定の基礎となるデータの分析や解釈に積極的に関わる必要がある。
 - そのために、まず医療計画の理念と目的について共通理解を持つことの重要性を示し、さらにその内容を具体的かつ構造的に記述する
- ・ 5 疾病・5 事業及び在宅医療の医療提供体制については、各都道府県に配布されている「医療計画作成支援データブック」の資料などをもとに、各地域の現状と課題について以下のような項目について検討するための評価指針を提示する。
 - 充足度（アクセシビリティ）
 - 医療の質
 - 住民への情報提供（ライフコースアプローチによる記述）など
- ・ 在宅医療については、いわゆる「医療区分 1」相当の高齢者の増加により慢性期医療のニーズが増加すると予想されるが、この増加を吸収するだけの増床や介護施設定員数の増加は難しい。したがって、在宅医療の提供量の増大は避けられない。このことを前提として以下のような検討が行われる必要がある。
 - 在宅医療の充実は、それを支える入院機能及び介護サービスの確保が前提となる。したがって、在宅医療の充実は、病院を含む地域の医療介護関係者のネットワークを前提として計画されるべきである。地域医療構想調整会議など関連する会議で医療と介護の関係者が一堂に会して議論できるような場を設けるべきである。
 - 在宅医療については、居宅における在宅医療とサービス付き高齢者住宅な

ど施設における在宅医療とを区別して考える必要がある。福岡県医師会の調査によると、在宅医療の提供量は近年増えているが、主に後者の施設系住居への訪問診療が増加している。こうした訪問診療が適切に行われるための枠組みについて、医療計画では記載される必要がある。⁴

- ▶ 居宅を対象とした訪問診療が増加するためには、訪問看護の提供量の増加、訪問薬剤指導の提供量の増加に加えて、緊急時の対応（緊急往診、緊急時の入院）が充実していることが必要であることが明らかとなっている。したがって、在宅医療の充実のためにはこうした対策を各地域でどのように行うのかについて、地域の医療関係者で連携のあり方を検討し、医療計画の中で具体的に記載される必要がある。
- ▶ 在宅医療はかかりつけ医と連携病院の協力関係の中で行われることが基本である。そのような仕組みの在り方が医療計画で具体的に記載される必要がある。200床未満の中小規模病院は、在宅医療の機能・役割を分担し、かかりつけ医との協力・連携のもとに在宅医療を行う。また、200床を超える病院は、かかりつけ医の在宅医療を後方支援すべきである。
- ▶ 在宅医療を行うためにはそれを担う診療所が地域にあることが前提である。しかしながら地域によっては診療所医師の高齢化によってそうした機能が縮小している場合もある。こうした地域では病院による診療所機能の支援が行われるべきであり、このような連携の必要性についても医療計画で記載されることが望ましい。
- ▶ 在宅医療を充実させるためには在宅での看取りをどのように行うかという問題も重要である。この点についても医療計画で触れることの是非について検討することが望ましい。

⁴ 平成26年度診療報酬改定では、サービス付き高齢者住宅などにおける不適切な訪問診療などが問題視されたことから、減算措置が導入された。これは単に訪問診療の促進を阻害したのみならず、医療に対する不信感を国民に与える結果となった。こうした不適切なものの多くは地域の医師会との協力関係にない事業者や診療所による事例であったことを踏まえて、同様の事例が起こらないよう、訪問診療の充実には地域のネットワークの中で図られるべきである。

- ・ 少子高齢化の進行及び国際化の進展に伴う対策についても記載する
 - 肺炎については、今後は誤嚥性肺炎が増加することが予想される。その多くは要介護高齢者の中から発生することから、医療と介護の連携の中で予防的なケアマネジメントの必要性が医療計画の中で認識され、具体的な対策（ケアマネジメント技術の向上等）として記載される必要がある。
 - 骨折についても、今後は要介護高齢者の中からの発生の増加が予想されることから、医療と介護の連携の中で予防的なケアマネジメントの必要性が医療計画の中で認識され、具体的な対策（ケアマネジメント技術の向上等）として記載される必要がある。なお、要支援・要介護高齢者から発生する肺炎や骨折は地域包括ケアシステムの中で対応されるべきであり、地域の医師会及び病院団体が具体的な対応を検討することが望ましい。
 - 超高齢社会において認知症はコモンディジーズの一つとしてとらえられる必要がある。したがって、診療科にかかわらずすべての医師が認知症に対応できる体制づくりが目指されるべきである（尾道市医師会の DD プロジェクト⁵のような先進事例を参考にそのようなプログラムの実行が医療計画の中で記載される必要がある）。また、認知症にやさしい街づくりを実現するために、県民を含めた関係者全体のそれぞれの役割について、医療計画においても明記される必要がある。
 - 感染症対策については以下のような点が記載されるべきである。
 - ◇ インフルエンザなど Pandemic への対応： 感染症指定医療機関を中心としたネットワークの記載とシミュレーション実施計画の記載
 - ◇ 日本の国際化に伴う多様な感染症対策（ヒアリなどの有害外来生物による健康被害やマスギャザリングへの対応も含む）
 - ◇ 高齢化に伴って今後再興が予想される結核対策
 - ◇ B 型肝炎、C 型肝炎対策

⁵ DD プロジェクト ; Dementia Diagnosis Project, 認知症診断プロジェクト)

◇ 予防接種

◇ HIV 対策

◇ 性行為感染症対策

- ・ 高齢化の進行に伴う医療と介護ニーズの複合化はネットワークでの対応を必要とする。ネットワークが機能するためにはその調整役が必要であり、それはかかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局、ケアマネージャーなどの役割が重要になることを意味する。
- ・ 予防も含めて全年齢を対象とした地域包括ケアシステムが機能するためには、現在、地域の医師会員が中心となって担当している地域公衆衛生活動（母子保健、学校保健、産業保健、精神保健、老人保健など）の重要性が関係者間で共通の理解として認識される必要がある。医療計画では地域の医師会や薬剤師会、歯科医師会の会員が担っているこれらの公衆衛生活動についても明記すべきである。
- ・ 現在議論の焦点となっている地域包括ケア病棟については、かかりつけ医との連携があって初めてその目的とする機能を果たすことが可能となる。また、地域包括ケア病棟は、急性期を脱した患者に対する機能と、居宅患者の急性増悪時への対応などを行う機能を有する。前者では比較的定型的な医療が提供されるのに対して、後者は救急対応、在宅療養の検討などを含めて非定型で、人的資源からも多職種協働が必要になることが想定される。地域包括ケア病棟の利用実態を、それぞれの機能に応じた費用とともに明らかにし、後者の拡充が検討される必要がある。こうした視点からの地域包括ケア病棟やその他の病床のありかたが医療計画においても明記されるべきである。
- ・ 回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟に代表される回復期機能の病床の必要量に関しては、急性期の現状も把握しながら地域格差を十分鑑み、郡市区医師会・都道府県医師会等の積極的な情報共有と課題分析による実現可能な提言をすべきである。

- ・ わが国の医療従事者の確保に関しては地域間や診療科別、職種別の偏在問題も存在している。まず、これらの問題に関する現状把握に関するデータをもとに、その具体的な解決策が医療計画においても医師会から提案される必要がある。特に少子化と人口流出に伴う若年者人口が減少する地域における将来の医療従事者・介護従事者の確保は重要な課題であり、10年のスパンで対策を検討し、医療計画に明記すべきである。
- ・ 高齢化の進展は現在入院医療で行われている内容を部分的に在宅で行うことを要求する。こうした状況に対応できる医療職の養成には際しては、医師以外の職種についても病院における一定期間の体系化された卒後研修が必要であると考えられる。こうした視点からの人材育成の必要性についても医療計画に記載されるべきである。
- ・ 医療計画は国民の福利厚生の上を目的とするが、専門的な知識を必要とする医療計画の策定にあたって住民側から適切な意見表示が十分に行われるとは限らない。したがって、医師会をはじめとする医療者は住民の視点に立って各地域の医療の課題の明確化とその対策を明らかにし、またそれを住民にわかりやすく説明することが求められる。

おわりに

平成 30 年度に、第 7 次医療計画と第 7 期介護保険事業(支援)計画の同時策定があり、加えて診療報酬と介護報酬の同時改定、更に国民健康保険の都道府県による財政運営開始と介護医療院の新設が実施される。それ等への準備や対策が今年度中に成されなければならない。

地域医療構想により、病床機能区分の高度急性期・急性期領域の方向性は各都道府県や構想区域で定まったと思われるが、一方で回復期病床は、一部の構想区域では、方向性が不明瞭である。ある県では、数字上は回復期病床約 1,700 床の不足(将来の病床数の必要量から病床機能報告数を除した数)が示されているが、診療現場では約 1,700 床ほども必要性があるのかといった違和感があり、厚生労働省も日本医師会の強い要求により、9 月末の事務連絡「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」において、回復期機能が全国的に大幅に不足しているかのような誤解を正すに至った。

今後、働き盛り世代の健康保持増進(産業保健を含む)と、在宅医療と介護の連携(慢性期病床と在宅・居宅)、そして終末期医療と看取り(諸外国の現状をも検証しながら)が重要な課題となるであろう。病院の職員が高齢化し、その補充がままならない地域もあり、医師・医療介護従事者の確保は、地域が直面する重大な問題である。一番大切な、少子化対策と医療機関における子育て支援は当委員会や日本医師会内の様々な会議体で真剣に取り組まなければならない。

医学・医療の進歩が平成 28 年度の医療費の軽減になったとの報告は、新しい時代の到来を感じさせる。2025 年に向けて、塞翁が馬のように良いことも悪いことも起こるかもしれないが、各地の病院がそれぞれの役割を果たし、そして将来も輝き続けるように、諸課題について地域で熱く語り合いながら、地域医療と医療機関の機能分化・連携を充実させていきたいものだ。本委員会の間答申並びにこの審議報告がその一助になれば幸いである。

