

報告 REPORT

北海道医師会 医政講演会

常任理事・医療政策部長 あらき ひろのぶ 荒木 啓伸

本講演会は、医政上の諸問題について調査研究することを目的として、昭和52年に設置された「北海道医師会医政研究委員会」として開催されてきた。

平成17年からは、医政研究委員会を廃止し、社会保障や医療政策に関わる諸問題について広い見識を持つ講師に喫緊の問題を提起いただき、参加者とともに考えていくことを目的に「医政講演会」として一般会員を対象規模を拡大し、現在に至っている。

新型コロナウイルス感染症の影響により、過去2年開催できなかったが、今年度は、講師に厚生労働省保険局総務課課長補佐として「医療制度改革」の企画立案を担当された山形大学大学院医学系研究科医療政策学講座・村上正泰教授をお招きして、「医療提供体制改革の課題と今後の方向性」をテーマに、令和4年10月29日（土）14:00～16:00、札幌グランドホテルにおいてハイブリッドで開催したので、以下に講演内容のあらましを紹介する。



●中長期的な人口動態と医療提供体制改革

新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）が流行する前から地域医療構想や診療報酬改定などを通じて医療提供体制の見直しが図られていたが、コロナ流行後はコロナの経験を加味したうえで進めなければならない論点もあるため、地域医療構想等の議論は先送りすべきとの意見も一部で出ていた。

しかし、地域医療構想や表裏一体の課題として挙げられている地域包括ケアシステムの構築の本質はコロナを経ても変わることがなく、これまで議論されていた機能分担などの課題がコロナによって先鋭

化して表面化したといえるため、今後はコロナを踏まえながら軌道修正しつつも、医療提供体制についてそれぞれの地域でどう考えていくか議論しなければならない。

日本は急激に人口減少が進むとともに人口構成がさらにいびつな形になることが危惧されており、後期高齢者の中でも85歳以上がさらに増え、より超高齢化が進むことが予測されている。人口構造の変化は時間が経つにつれて影響が顕在化し、未来に投影される。例えば、団塊の世代・団塊ジュニア世代は形成されたが、価値観や家族構成の変化、バブル経済の崩壊、就職氷河期などの理由によって団塊ジュニア世代のジュニア世代が形成されなかった。この世代より下の年齢層では子供を産み育てる人口が減り続けることが予測されており、出生率が大幅に改善しない限り生まれてくる子供の数は減少する。社会保障政策上、少子化対策等は非常に重要な課題であるが、人口減少が続いていく中で医療・介護に限らず社会全体を通して今後の対応について考える必要がある。

入院・外来患者数がピークを迎える時期は地域によって異なるが、人口構成の変化は医療需要にも大きな変化をもたらす。全国的には外来患者数は2025年、入院患者数は2040年にピークを迎える見込みであり、国が社会保障について議論する際は2040年を一つの目安として行うことが多い。しかし、既にピークを迎えた地方では人口構成上、患者数減は避けられない状況であり、地域の医療体制を守るためにもこの問題について考える必要がある。また、入院患者数は疾患によって特徴が異なっているため、各疾患の特徴を把握し、入院患者数の動向を考える必要がある。他方、外来患者数は一部の都市部を除いて既にピークアウトしている二次医療圏が多い。外来受療率は85歳を過ぎると入院や施設入所者が増えるため減少する傾向にあるが、虚血性心疾患患者や在宅患者は高齢になるにつれて受療率が高くなる傾向にあり、入院同様、各疾患の特徴を把握して外来患者数の動向を考える必要がある。

2025年度以降、後期高齢者の増え方は緩やかになるが、85歳以上は年齢が上がるにつれて要介護認定率が急激に上昇するとともに、退院患者の受入れ先となる介護施設の利用者や死亡者数も増加することが見込まれ、医療と介護の複合的なニーズが一層高まることが想定される。このような疾病構造・医療ニーズの変化への対応を考えることは各地域にとって非常に重要であり、地域医療構想をはじめとして医療提供体制改革を考える際にも重要と考える。

国は医療提供体制改革について検討する際、社会保障費の中でも特に医療費や介護費の増加への対応について議論することが多く、2018年頃から2040年に向けた様々な議論を進めている。議論する際、社会保障給付費の見通しとして2018年度時点121



村上講師による講演

兆円（GDP比率：21.5%）、2025年度時点で140兆円（GDP比率：21.7～21.8%）、2040年度時点で190兆円（GDP比率：23.8～24.0%）の見通しを立てているが、経済成長率を織り込んだ上で推計していることから、金額よりもGDP比率の方が正確に評価することができるといえる。社会保障給付費をGDP比で見ても増えることに変わりはないため、財源確保や適切な給付について考える必要はあるが、2000年から2015年の15年間で社会保障給付費のGDP比率は6.8%上昇しているのに対し、2018年から2040年の約20年間では2.5%程度の上昇見込となっていることから、社会保障給付費の伸びは緩やかになってきているといえる。また、OECDが公表している2017年度の政策分野別社会支出（日本でいう社会保障給付費+ α ）を国際比較するとフランス・ドイツ・スウェーデンはGDP比率が25%を超えており、2040年時点の日本の社会保障給付費（GDP比率：23.8～24.0%）よりも高い。このことから日本は社会保障給付費の増加に対応できるよう負担面の議論を行うことが重要と考える。

●地域医療構想

人口構成の変化を背景に医療ニーズが変化するため、都市部では高齢患者の受け皿の確保、都市部以外では患者数減による役割分担の推進など、各地域で適切に対応できるよう地域医療構想で協議・検討することが必要である。しかし、実態にそぐわない面もあることから、必要病床数を基準にして検討する必要はないと考える。地域医療構想における必要病床数は高度急性期が3,000点以上、急性期が600点以上など「入院基本料を除いた一日の医療資源投入量」に基づいて区分しているが、ある一日に手術患者や高額な薬を服用する患者がいると、中小規模の病院でもその患者は高度急性期で推計されているため、実態に合わないと考える。また、コロナによって浮き彫りになったが、感染症病床や精神病床を必要病床数に含めていなかったことは議論を進めるうえで不十分であるといえる。

地域医療構想がでてくる経緯を振り返ると、当初は「社会保障・税一体改革」における「改革シナリオ（2011年）」に示されているとおり、急性期医療への医療資源集中投入や平均在院日数の短縮などが織り込まれていたが、議論を進める中で医療資源投入量に応じて機能別の必要病床数を算出するだけの「急性期医療の機能強化の視点」がない現在の形になった。

急性期医療はマンパワーなど医療資源を多く必要とするため、集中投入するには一定の集約化が不可欠であり、医療資源に限りがある以上、分散し過ぎると急性期病院は人員配置や経営でゆとりがなくなる。医療提供体制改革を考える時には病床数削減や急性期から回復期への機能転換だけではなく、地域



講演会の様子

全体の視点や医療資源を手厚く投入する必要がある急性期医療の集約化なども踏まえて考えなければならない。人員不足は医療提供体制と表裏一体の問題であり、急性期医療は集約化して人員を確保し、働きやすい環境を作っていくことも必要である。2040年を展望すると就業者数が大幅に減少していくことが見込まれており、人手を多く必要とする医療・介護分野はスタッフの確保問題を現実問題として考える必要がある。特に介護分野は高齢者増に伴い、さらに就業者数を確保する必要がある中で提供するサービスを維持するための体制を考える必要がある。今後、人口減少が加速し、医療・介護分野では業務や人員配置の負荷軽減を考えなければならないが、イノベーション（ICT・AI・ロボット等）の活用・病院機能の集約化・医療提供体制の見直しなどがさらに重要となる。

病院機能の集約化や高機能な医療提供体制の整備について議論する際、日本はICU（集中治療室）が他国と比べて少ないのではないかとコロナが流行し始めた頃からいわれていた。日本のICUは人口10万人当たり4.3床と少ないが、国によってICUの定義に違いがあるため、HCU（高度治療室）と救命救急病床を含めると日本は人口10万人当たり13.5床となり、イタリア（12.5床）やフランス（11.6床）、スペイン（9.7床）、イギリス（6.6床）より多くなる。ただ、イギリスを含む海外の病院は病床数そのものが少ない中でICUなどの高機能な病床を確保しているため、日本とは対照的な状況にあるといえる。以前、病床機能報告のデータを基に東北6県と首都圏の1都3県で1病院当たりのICU・HCU・救命救急病床数を調べたが、全体の約30%は10床未満となっており、高機能な病床は小規模に分散していることが分かった。このような状況でもともと少ない集中治療専門医や専門の看護師がそれぞれの病院に分散して配置されていることになり、1病院当たりの重症患者への対応は限定的になってしまう。本来、地域医療構想調整会議では地域ごとの高機能な病床の整備状況や地域での専門医及び専門看護師の

状況、診療科・疾患・治療法ごとの特性の違い、診療圏域内の患者数とアクセス条件などを踏まえながら、それぞれの地域の中で医療提供体制をどの程度、確保・強化しなければならないのかを議論する必要がある。しかし、多くの所では必要病床数と病床機能報告の数字を比べて協議していると思われるため、本質的な議論ができていないのではないかと感じている。

●医療機能の集約化～山形県における事例紹介～

山形県は人口約100万人で、村山二次医療圏・最上二次医療圏・庄内二次医療圏・置賜二次医療圏の4つの二次医療圏で構成されている。

県庁所在地の山形市がある村山二次医療圏は大学病院や大規模な基幹病院などが多い。救急患者や脳卒中・肺炎など高齢者に多くみられる疾患の患者を集中的に受け入れている病院、予定入院手術が多い病院、山形市周辺地域の患者を多く受け入れている病院、将来を見据えて回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟などに転換して介護施設等との連携を強化した病院など、それぞれ強みになる分野があり、地域ごとのすみ分けが緩やかに形成された圏域となっている。過疎化が進んでいる最上二次医療圏は医師数が全国の二次医療圏で二番目に少ない地域となっているが、救急医療体制を確保しており、基幹病院の県立新庄病院だけで地域住民の救急搬送の8割以上に対応している。その一方で予定入院手術患者の約3割は村山二次医療圏に流出していることから、救急のような待てない急性期と予定入院手術のような待てる急性期の役割分担が二次医療圏を越えて形成されている圏域となっている。ただ、基幹病院でも診療科によっては症例数が少なく、専門医の配置が難しいこともあるため、循環器系疾患の患者は村山二次医療圏と庄内二次医療圏に流出している割合が多い。庄内二次医療圏は北に酒田市、南に鶴岡市があり、救急搬送はこの2つの地域で完結するような体制を構築している。また、この圏域には病院の再編統合などで機能強化し、先駆的な業績を上げている日本海総合病院が北側にあり、鶴岡市方面の予定入院手術患者の約3割を受け入れていることから、地域の状況を踏まえ、診療分野の特性に応じた機能集約についてバランスよく考える必要がある。福島県の上に位置し、米沢市がある置賜二次医療圏には病院の再編統合でできた規模が大きい公立置賜総合病院がある。一般的には地域の患者が受診する割合が一番多いのは規模が大きい病院であることが多いが、米沢市の住民は上杉藩の意識が強いいため、米沢市立病院などに入院する人が多く、公立置賜総合病院への入院は少ない。このような地域性なども患者の受診行動の特徴として今後考えていく必要がある。

山形県は全国的にも早い段階から病院等の再編統

合を行っており、その中で先ほど紹介した公立置賜総合病院と日本海総合病院が完成した。日本海総合病院は、再編前の県立日本海病院と市立酒田病院がともに比較的大きな規模の病院で診療科も重複していることが多く、2kmしか離れていなかったため競合している状況にあったが、再編統合して日本海総合病院に急性期機能を集約した。再編統合後はパフォーマンスが上がり、再編前の二つの病院の合計と比べても患者数や手術件数が増え、高機能な病院に魅力を感じた若い医師が集まるようになり、ここ数年は研修医がフルマッチしている状況が続いている。また、日本海総合病院は他の民間病院などとともに2018年に地域医療連携推進法人「日本海ヘルスケアネット」を設立し、地域フォーミュラリーの取り組みや参加法人同士の病床融通の特例を活用して病床移動を行った。二次医療圏全体の病床数は基準病床数を超えているため、基本的には病床を増やすことはできないが、地域医療連携推進法人の特例を活用することで日本海総合病院の一般病床4床を民間の本間病院に移動することができた。この病床融通の活用は今後さらに検討する必要がある。他方、公立置賜総合病院は米沢市以外の地域の患者を多く受け入れているが、今後、高齢者が減少する地域となっており、病床数を維持するのは難しい状況であることから、病床数減について協議を進めていると聞いている。この他に、米沢市では米沢市立病院と民間病院で地域医療連携推進法人を設立し、機能再編を進める話が出ている。

病院の集約化について説明したが、なんでも集約化すれば良いわけではないと思っている。地域によっては大学病院に準じた診療機能を有する病院が誤嚥性肺炎の患者を介護施設等から多く受け入れており、高機能な病院に誤嚥性肺炎の患者などが集中する状況は期待されている機能を発揮できているとはいえないのではないかとと思う。各病院に期待される医療機能が適切なものなのかを地域医療構想調整会議などで本来、議論するべきであり、誤嚥性肺炎のような患者を地域密着型の病院で対応できるよう、体制を整えることについて考える必要がある。ただ、急性期機能を有する病院が分散しすぎている状況もあることから、それぞれの病院において不十分な機能や医療従事者の過重労働を招いており、一定程度の集約化を図る必要がある。その一方で、誤嚥性肺炎を含む一般的な軽症患者が細分化した専門的な医療を得意とする大規模急性期病院に集中してしまうと、病院が得意とする機能と患者のニーズにギャップが生じてしまい、大規模急性期病院にしかできないような専門的な医療に集中することができなくなる弊害が出てくる。そのため、日常的で頻度の高いコモディージーズに対応できるよう過度な集約化を行わず、分散して地域密着型の回復期・慢性期機能を担う病院や医療提供体制を確保していくよう地域

医療構想で議論する必要がある。

●最後に

現在、各所で議論されているかかりつけ医について私見を述べさせていただきたい。「骨太の方針2022」にかかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うことについて明記され、これをきっかけに活発に議論が行われるようになった。しかし、議論するにあたり、かかりつけ医に対するイメージが人によって大きく異なっている可能性がある。例えば、財務省は医療機器等があまりそろっておらず、ビルの一室で診療するような海外のモデルをイメージしていると思うが、日本の診療所の現状を考えるとギャップが大きすぎるため、意味のある議論を行うことができないと感じる。他方、人口減少に伴って外来患者も減少していくことが予測されている中、都市部を中心に診療所の数は増加し、地方は高齢化等を理由に閉院する診療所が増えている。このようなことから、財務省が提起しているかかりつけ医の議論より計画的に必要な機能を確保できるよう外来医療提供体制について議論する必要があると考える。

かかりつけ医を議論する際、日本医師会・四病院団体協議会が合同提言した定義が用いられることが多いが、定義の前に明記されている「かかりつけ医は病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」の部分は用いられることが非常に少ない。かかりつけ医について考える際、制度上でも200床未満の病院は診療所と同じようにかかりつけ医機能を担うものと位置付けられているため、この部分を含め、議論するべきだと思う。また、財務省や経済財政諮問会議の議論では診療所の医師だけにフォーカスを当てたような議論が多くなるため、現状の診療所や病院などの医療提供体制を

前提とする時にも、「かかりつけ医は病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」ことを前提として議論を進める必要がある。

今後、外来患者数減少時代が到来するため、地域医療構想では入院医療よりも、まずは外来医療提供体制について議論する枠組みを構築する方が重要であり、入院医療は専門的な急性期医療を集約するとともに、今後増えていく超高齢者のサブアキュートとポストアキュートを含めた回復期機能の体系化を行いつつ、ある程度分散しながら地域密着型の病院が担う機能のあり方を作っていくことが必要になると考える。

2025年以降は今まで以上に急速な人口減少が進み、その中で医療提供体制等の確保について検討する必要がある。例えば、医療機能の集約化と分散のバランスを調整することで、医療提供体制の安定性確保につながり、さらには災害や感染症のような危機に対しても強靱な体制を作ることにつながると考えられるため、地域事情を踏まえながら議論を進めるのが良いのではないかと思う。個人的には集約化と分散のバランスが大きな論点であり、これまでの地域医療構想にも欠けている点であると思うので、このような議論を北海道の中でも進めていただきたい。



村上先生には、ご自身の山形県での事例も交えながら、今後の人口構造や医療需要を踏まえた医療提供体制の展望についてわかりやすく解説をいただき、今後の社会保障を考える上で示唆に富んだご講演でした。なお、紙面の関係上、一部割愛させていただいたことをお詫びいたします。

電子メールによる会員への情報提供について

— メールアドレスの登録 —

◇情報広報部◇

本会では、インターネットを利用し、電子メールにより緊急性の高い情報を、会員の皆様へ送信提供しております。対象は当会の電子メールアドレス利用者全員と他プロバイダの電子メールアドレスをお持ちになっていて、本会にアドレスを登録している会員です。

他プロバイダの電子メールアドレスの登録につきましては、随時受け付けておりますので、是非ご登録いただきたくご案内いたします。

●電子メールアドレスの登録方法

電子メールで、ご氏名、登録メールアドレスを明記のうえ、下記宛お送りください。

・申込先メールアドレス：add@m.dou.jp