

疾病予防から医療・介護への軌道—機能の流れと連携

平成14年6月21日(金)・東京

座長

済生会神奈川県病院名誉院長 山本 修三
シンポジスト

全国社会保険協会連合会副理事長 伊藤 雅治
高知県・高知市病院組合理事 瀬戸山元一
医療法人若弘会理事長 川合 弘毅
横浜市医師会常任理事 宮川 政昭

座長 山本でございます。皆さんおはようございます。2日目の第一番、第2会場の最初のプログラム、「疾病予防から医療・介護への軌道—機能の流れと連携」というシンポジウムを早速始めさせていただきますと思います。

このシンポジウムの狙いですが、学会長の秋山先生が「医療改革は現場からの提言で」というメインテーマをあげられました。

そして現在の医療提供体制が、2次医療圏を中心とした地域医療、地域を単位として、医療機関の機能分化ということで、診療所の機能、病院の機能等々がいろいろな形で施設が連携して行われています。さらに急性期、慢性期といったような考え方も入ってきて医療が行われていますが、現在行われている医療提供体制は現場からみて、今のままでいいのか、現状と大きな乖離があるのではないかとといったような考え方もございます。

そうしたなかで、医療の現場で働く皆さんが考えた、現場を踏まえて新しい医療の提供体制を、どのように構築していったらいいのか、そういう提言をしてほしいということを言われています。

これに関して今日、4人のたいへん素晴らしいシンポジストの先生方をお願いしております。では、早速第1席から、まず一人ひとりご発表いただきまして、残った時間でディスカッションをし

たいと考えています。

トップバッターは伊藤先生、どうぞよろしくお願ひします。簡単にご紹介申し上げます。伊藤雅治先生は皆さんご存じかと思ひます。昭和43年に新潟大学を卒業なさいますして、平成10年から13年まで厚生労働省の保健医療局長、医政局長をおやりになりました。この間に今の提供体制の基本ができました。そうした元行政の立場から、これからを見つめたお話をさせていただけるということです。先生、よろしくお願ひします。

伊藤 ご紹介いただきました伊藤でございます。まず、わが国の医療提供体制の問題点と今後の方向について、お話をさせていただきたいと思ひます。

〔機能分化を促す医療法改正の経緯〕

わが国の医療提供体制の問題点を要約すると、非効率的、非競争的な医療提供体制ということに集約されるのではないかと思ひます。病床数が多い、医療従事者が少ない、平均在院日数が高い、機能分化が進んでいない。一方、新規参入の制限、必ずしも優れた医療が評価される仕組みになっていない。こういう問題点に対して、どのように今まで取り組んできたかということです。

過去4回医療法改正が行われていますが、一口でいえば、医療法という法律の観点から、機能分化と連携をいかに進めるかというのが基本的な流れであったと思ひます。ご案内のように、第1次改正では医療計画制度の導入、第2次医療法改正では特定機能病院と療養型病床群、つまり結核・精神・感染症以外の病院を、機能によってはじめて病床を区分したということです。それに続き地

域医療支援病院、それから一番最後の2000年の第4次医療法改正では、一般病床、療養病床という区分を行いました。

特定機能病院については、大学病院の本院とナショナルセンター82という形になっています。最近の医療法改正で設置された療養病床と一般病床が、法律改正時から今年の3月までの時点でどういう動きになっているかということですが、法律改正時には126万床のうち25万床が療養型病床群でした。

今年の3月の時点では法律改正後療養病床となったのが6万床、一般病床に移ったのが12万床、その他の病床が108万床となっています。これは来年の8月にどちらかに決めることになっていますが、これは一つの通過点ということ、その先この結果を踏まえてどうするかということではないかと思えます。

一方、地域医療支援病院は第3次医療法改正で制度化されましたが、今年の3月時点で病院数で39、病床数で約1万1,000で、大部分が医師会立ということで、いろいろ条件をクリアして手を上げてくる病院がわずかにとどまっています。これはなぜこうなっているのかということも、また一つ考えていかなくてはいけないと思えます。

〔機能分化を促す診療報酬上の措置〕

もう一方、医療法という法律の面に加えて診療報酬のサイドから、いろいろ機能分化と連携を誘導するための経済的な裏付けという形で、診療報酬が改定されてきました。

1992年の診療報酬改定において初めて、情報提供料という形で保健・福祉サービスとの連携の評価という考え方が取り入れられました。そして94年にかかりつけ医機能の評価、またかかりつけ医を支援する病院を評価することが取り入れられ、6年200床以上の病院の外来の特定療養費制度、さらに2000年の改定においては、紹介外来加算、紹介外来特別加算、逆紹介、入院基本料の新設、急性期特定病院加算などいろいろ行われました。そして今年の改定においても、急性期入院加算の見直し、6カ月超の入院の特定療養費化、一口でいうと、今まで診療報酬のサイドからもいろいろ手を打ってきたというのが実態です。

しかしながら現状を考えてみますと、医療提供体制の機能分化と連携が、必ずしも思っていたほど進んでいないというのが現状で、これを今後、どういう方向を目指して、何をやっていくべきかということにつきまして、若干の提言をさせていただきます。

〔機能分化と連携への提言〕

まず第1点としまして、どういう医療提供体制をつくっていくかという根本的な理念を転換すべきだと思います。つまり、情報提供の促進と患者の選択による医療行政を基本に置いて、具体的な施策を検討していくべきだと考えています。

具体的にはまず、今回の医療法改正によって広告規制の緩和がかなり進みましたが、広告規制の考え方の根本的な理念を見直していくべきだと考えています。現在の医療法では、広告できる事項を原則禁止のうえに立って、限定的に列挙していくという考え方をとっています。

しかし、患者さんが医療機関なり医師を選択していく、その情報をできるだけ確に提供していくということからいうと、すべての医療機関に必要最低限の情報の開示を義務化していくということが基本になるべきではないかと思えます。それは病院の医師の経歴なり、人員配置なり、看護師の配置なり、その医療機関の治療実績なり、患者さんが一番知りたいと思っている必要最低限の開示を義務化する。そして医療機関の診療内容の開示を促進することによって患者さんが病院を選択できるようにすることです。

もう一つは、病床規制の廃止が必要ではないかと思っています。つまり、病床規制の考え方はベッドが増えることによって不必要な医療費が増えていくという考え方に立っていますが、本当にそうでしょうか。つまり、患者の選択ということに重きを置いていけば、参入制限を取り払っても、いい加減な医療をしている病院は経営が成り立たないという形にすれば、病床規制は廃止をしていいのではないのでしょうか。

同様に、医療法の人員配置基準や構造設備基準を廃止して、これを逆に医療機関の経営者の責任において、自らの病院の人員配置基準や構造設備基準を積極的に情報開示をしていくという方向に

持っていくべきではないかと思っています。

そして今、医療機能評価機構において進められています、EBMに基づく診療ガイドラインを、患者さんが容易にアクセスできるような体系に持っていき、つまり標準的な医療について、患者さんがもっと勉強をしていただいて、お医者さんに自分の意見をいながら医療を進めていくという方向に持っていくべきではないかと思っています。

第2としまして、病院と診療所、医療機関同士の連携を深めていくという観点に立ちますと、紹介率の向上に向けての具体的な取り組みを強化していくということが基本になってくるかと思っています。そのためには、医療機関の診療機能のデータベースを作り、医療機関同士が、容易に紹介できる医療機関を適切に選択できるという体制をつくっていくことが必要ではないかと思っています。

それからもう一つは、今クリニカル・パスに取り組み病院が非常に増えてきています、これ自体は必要なことですが、今後進めていかなければいけないと思っています。しかし1病院単位でやるところから、さらに病院と診療所なりいわゆる地域の医療機関同士が、一つのグループをつくってパスをつくるというようなことも、医療関係者が積極的に取り組んでいく必要があると思います。

それからもう一つは、病院のことについてはいろいろ議論の俎上（うわら）に上りますが、診療所の資質の向上が一番基本の問題ではないかと思っています。

つまり私が患者の立場に立っても、地域の開業の先生が、どういう症例を過去にどれくらい経験し、どういう専門性を持っているかということをお初め、どういう病院でどれくらいの経験を積んできたか、そういうことについての情報も不足しています。

もう一つは、昨日まで大きな病院の脳外科部長をしていたり、心臓外科の部長をしていた先生が開業するということがなれば、当然かかりつけ医機能、総合的な内科、家庭医的な機能、適切な地域における病院との連携、ゲートキーパーの役割を果たしていくということからいうと、開業前に必要最低限のそれにふさわしい研修の体系を、とくに地域医師会なり医師会の責任において、そう

いう仕組みをつくって、地域住民や患者さんの期待に答える開業医の資質の向上に答えていくべきではないかと思っています。

3番目に、今後、病床数を減らして高度な機能を持つ病院が経済的にやっていけるように、とくに急性期へ特化していく場合の診療報酬上の手当てが必要になってくるかと思っています。そのためには、一例ですが DRG-PPS などそういう具体的なデータを積み重ねて、特定の医療機能が十分果たせるような診療報酬体系に組み替えていくことが、何にも増して必要になってくるかと思っています。

最後の4点目ですが、現在の医療提供体制120万床、いわゆる急性期に着目すれば、50~60万床程度でいいといわれていますが、一方、残りの60万床はどうするかということです。これは介護保険制度の見直しとも関連しますし、来年8月の一般病床、療養病床の区分の一つの議論になりますが、将来的な方向としては、病院という体系と介護施設という二つの体系に分けて、病院は医療保険、介護施設は介護保険という基本的な方向ではないかと思っています。

そして現在いろいろ議論になっています回復期リハ病棟や難病など、医療の必要な療養病床の対象と考えているものについては、これは病院という一つの体系のなかで、きちんと経営が成り立つような方向に整理をしていく。そして介護施設は3施設類型を一元化し、病院のベッドについてはいわゆる一般病床という形で一元化し、そして中の細かい区分については、病院開設者の責任において、自由に患者さんの特性に応じて医療を提供していける仕組みにする、そしてコストについては、DRG-PPS のようにコストを積み上げて、適切な診療報酬上の手当てが行われるという方向が基本の方向ではないかと思っています。以上でございます。

座長 どうもありがとうございました。

それでは第2席、瀬戸山先生、よろしくお願ひします。瀬戸山先生は皆さんよくご存じのことだと思いますが、昭和45年に京都大学を卒業しておられます。最近では平成4年から平成12年まで島根県立中央病院の院長として、わが国の電子カルテ導入の第一人者の1人というように考えていま