

「地域包括ケア、地域医療構想とこれから」

令和元年12月20日(金) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

宇都宮 啓

(うつのみや おさむ)

前 厚生労働省 健康局長

講師略歴

■ 略歴

- 昭和61年 慶應義塾大学医学部卒業
厚生省 大臣官房 統計情報部 衛生統計課
- 63年 岩手県 環境保健部 保健予防課(岩手県高次救急センターで臨床研修)
- 平成 元年 岩手県 久慈保健所
- 2年 厚生省 成田空港検疫所
- 3年 Tulane 大学公衆衛生・熱帯医学大学院(New Orleans)
- 4年 California 大学 San Francisco 校保健政策研究所
- 5年 環境庁 地球環境部 環境保全対策課 研究調査室
- 7年 厚生省 保健医療局 疾病対策課
- 8年 世界保健機関(WHO) 西太平洋地域事務局(WPRO)(Manila)
- 10年 厚生省 大臣官房 政策課 → 厚生省 大臣官房 国際課
- 11年 厚生省 保健医療局 地域保健・健康増進栄養課
- 13年 厚生労働省 健康局 総務課
厚生労働省 大臣官房 厚生科学課 主任科学技術調整官
- 14年 岡山県 保健福祉部長
- 16年 厚生労働省 医政局 医事課 医師臨床研修推進室長
- 18年 厚生労働省 医政局 研究開発振興課 医療機器・情報室長
- 19年 厚生労働省 大臣官房 総務課 企画官(保険局併任)
- 21年 厚生労働省 老健局 老人保健課長
- 24年 厚生労働省 保険局 医療課長
- 26年 国立国際医療研究センター企画戦略局長・国際医療協力局長
- 28年 厚生労働省 成田空港検疫所長
- 29年 厚生労働省 大臣官房 生活衛生・食品安全審議官
- 30年 厚生労働省 健康局長
- 令和 元年 退官

■ その他

医学博士

MPH (Master of Public Health)

社会医学系専門医・指導医

日本医師会認定産業医

慶應義塾大学医学部客員教授

千葉大学客員教授

岩手医科大学医学部客員教授

聖マリアンナ医科大学客員教授

川崎医療福祉大学客員教授

皆さん、こんにちは。ただ今、ご紹介いただきました宇都宮です。もうすでに皆さんはご存じかと思いますが、私は平成20年の診療報酬改定を当時、医療課の企画官として行いました。それから平成24年の介護報酬改定があり、これは同時改定でしたが、そのときには老人保健課長として、改定を行いました。平成26年の診療報酬改定は、医療課長として行いました。

ちょうど地域包括ケアの概念を国のほうでまとめたのが、私が老健局の老人保健課長のときで、その辺の経緯とかもある程度存じ上げているということで、こういうお話になりました。ただ、しまったと思いましたのは、結構この手の話を、今年、色々な先生がなさっているのですね。ですから少しまづかったかなと思いましたが、それでも聞きに来てくださる方がいて、非常にありがたく思っています。しかしそういう意味では、前の話と重なる面も多々あるかと思えます。また私はずっと同じような話をしておりますので、もうすでに聞いたということがあるかもしれません。そこは、少し我慢していただいて、多少新しい話も若干入れていますので、よろしく願います。

■ 1. 保健・医療・福祉等を取り巻く状況

まずこの取り巻く状況です。厚労省の講演と言うと、必ずこれで始まるような感じですから、もう飽き飽きされていると思います。(資料1)

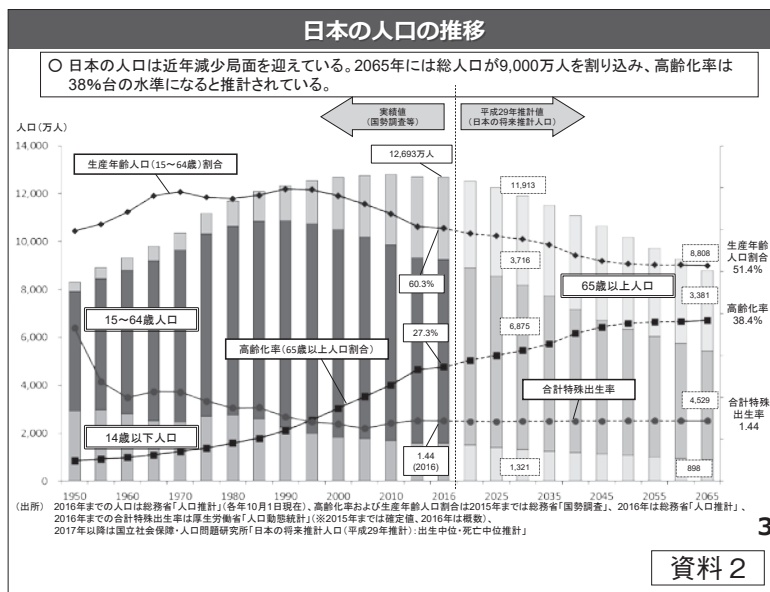
1. 保健・医療・福祉等を取り巻く状況

資料 1

2

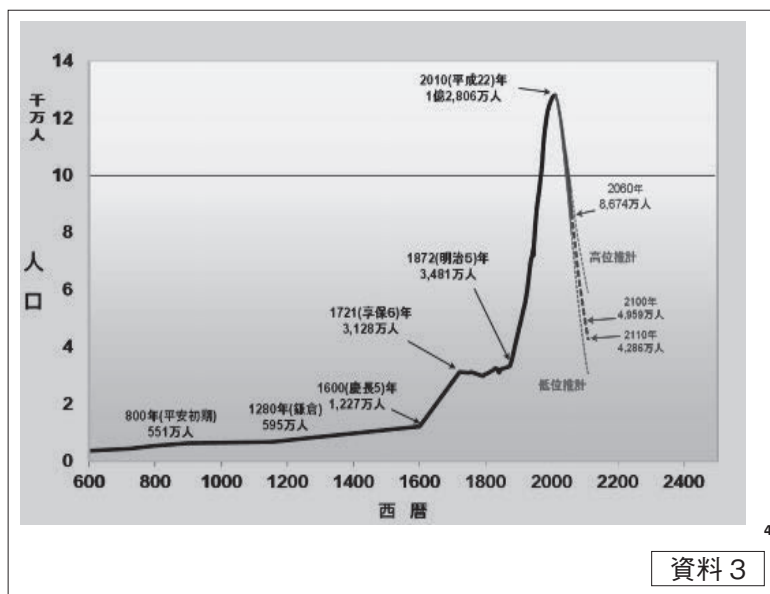
日本の人口の推移

社会保障がなぜ問題かと言うと、当然人口構造の変化ということです。人口がもう全体に減ってきているのですが、団塊の世代の方々が一気に高齢化するというので、どんどん高齢化が進んでいきます。(資料2)



長い歴史の中で見てみれば、そもそもこの人口の急増というのは、本当にごく最近のことであるわけです。これがやはり同じようなスピードで下がろうとしているということで、かなり問題だという話になっているわけです。

今、多分、この辺りにいると思います。ただ、今と同じぐらいのこのぐらいのとき、要は左側の上がっていたときのことを思い出すと、人口の話というのは全然問題になっていませんでした。ですから全体のボリュームと言うよりも、結局は人口構造です。人口構造と言いましても、生産年齢人口とそうでない人の比率を見てみますと、これは何人かの先生方も言っていますが、率としてはそんなに変わらないわけです。しかも考えようによっては子どもよりも今の高齢者のほうが結構生産能力がある、その辺をうまく生かせば、まだまだ乗り切れます。その間に、ここまで下がるのをもう少し緩やかにすると言うか、その辺の策を講じるということではないかと思います。(資料3)



我が国の少子高齢化の課題

この少子高齢化の課題として、私はいつも3点挙げています。まず1点目は、「医療が変わる」ということです。高血圧、糖尿病という、いくつもの慢性的な疾患、治らない病気を抱える人が増えるという話はもう30年も40年も前からずっと言われていることで、何を今さらという感じです。頭の中では、皆さんはお分かりですが、実際の医療の提供体制などを見ると、本当にどこまでちゃんと分かっているのか、そういうふうに変えているのかと、そこが非常に問題だというようなことがあるわけです。(資料4)

我が国の少子高齢化の課題

- ・医療が変わる←高齢者の特性
 - ・慢性疾患の増加(CureからCareへ)
 - ・複数傷病を抱える
 - ・代謝能力の低下

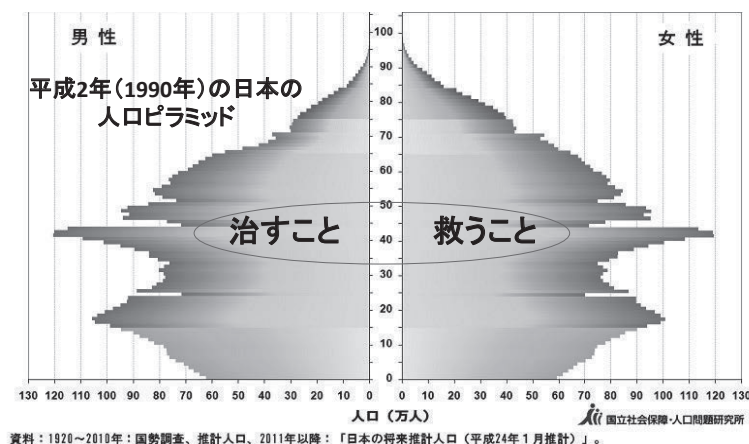
5

資料 4

多くの病気が治せた頃

これはもうすでに30年ぐらい前の釣鐘型の人口構造です。ちょうど私が若いころには、医師に限らずですが、医療関係者がいかに人の命を救うのか、病気を治すのかということを徹底的に学生のころ、あるいは研修医のときに教えられるわけです。医療としてそれは当然当たり前前のことで、一番大事なことなのですが、一部の整形外科とか、小児科とかを除けば、もうこの時代でもすでに病院の入院患者の殆んどはグラフ上方の高齢者の方々でした。(資料5)

多くの病気が治せた頃



6

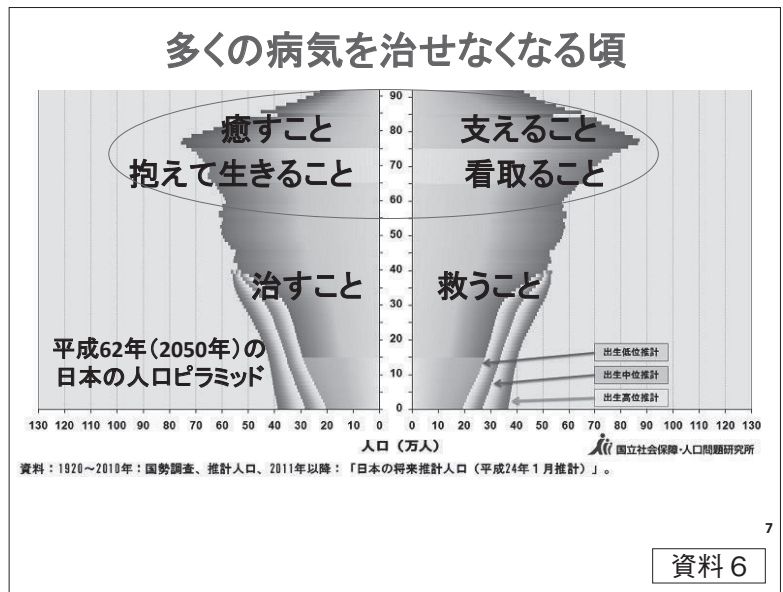
資料 5

多くの病気を治せなくなる頃

こういう方々がどんどん増えて、ゆくゆくはもうこういう人口構造になろうというときに、もちろんこちらの高齢者の方々の命を救う、治すということが一番大事なのは変わりません。それは変わらないのですが、それだけでは足りません。

先ほど言ったように、いくつもの病気を抱えてどうやって生きていくのか、そういう方をどうやって癒すのか、あるいは支えていくのか、また最期にはどう看取るのか、ここのところもきちんと考える。そういう医師なり、医療関係者を育てていかなければいけない、あるいは医療提供体制でも考えていかなければいけないということです。

繰り返しになりますが、高齢者に対して、命を救うとか、治すということは要らないという意味ではありません。これが一番大事なのは変わりません。しかしそれだけでは足りない、こちら側のほうがウエートが重くなっていくということです。(資料6)



療養病床等における医療提供

そういうことで医療が変わることがあるわけですが、それ以外の要因として、こちらの表を出させていただきます。一番左側が医療行為です。この左から2列が医療での話で、ここ4例が介護、一番右側が在宅ということになるわけです。このデータは平成21年ごろ、ちょうど10年ぐらい前のデータです。さらにひと昔前であれば、こういった医療行為というのは、もうそもそも病院、医療機関で、医師とか看護師でなければできない、やってはいけないという時代が長く続いてきたわけです。確かに人工呼吸器とかはなかなか厳しいところがあるかもしれませんが。しかし患者もどんどん増えてきているし、そういう中で、喀痰吸引とか、経鼻経管といったものについては、10年前、介護の世界でもかなり行われていました。それから在宅でも結構行われていました。

これは当然さまざまな医療機器の改善などによって、操作がしやすくなったとか、色々な原因がある

療養病床等における医療提供

○介護療養病床は医療療養病床と比べ、「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」、「気管切開・気管内挿管」、「酸素療法」の実施割合が低く、「喀痰吸引」、「経管栄養」は同程度実施。
○介護療養病床は老人保健施設と比べ、「喀痰吸引」、「経管栄養」の実施割合が高い。

	医療療養病床 (20:1)	医療療養病床 (25:1)	介護療養病床	介護老人保健施設 (療養型)	介護老人保健施設 (従来型)	介護老人福祉施設	在宅
総数	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

出典: 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査

資料 7

と思います。そういった実態を踏まえて、これも皆さんはご存じだと思いますが、確か平成23年だったと思います。法律が改正され、介護福祉士の教育課程にも入れました。そのトレーニングをした方については、ある程度制限はありますが、もうこういう医療行為をできるようになりました。多分、今はもうこの辺の率がもっとはるかに上がっていると思います。

さらに在宅を見てみると、それこそ人工呼吸器を付けるなどというのは、ひと昔では信じられない話でしたが、今やむしろ介護の世界よりもたくさん実施されています。これもやはり非常に操作がしやすくなったとか、装置が軽量化されたとか、さまざまな要因があると思いますが、いずれにしても、ひと昔前ではこういった医療行為が病院、診療所、医師、看護師のものというような時代から、まさに皆さん方が改良を重ねている技術があると思いますが、もうどんどん変わってきています。そういった面でも、医療というのが変わってきているということについては、頭に入れておかなければいけないということだと思います。(資料7)

我が国の少子高齢化の課題

もう1つ、医療が変わるということで、この代謝能力の話を下しました。例えば若いときには1日当たり水を1,500ccだとか、何カロリーだとか、いろいろ必要量として教わるわけです。もちろん体重とかそういうもので若干変わります。

ただ年を取ってくると、そもそもこういった代謝能力がどんどん低下していきます。ですから若者と同じような輸液をやってしまうと、当然過剰になるというようなことがあるわけです。当然現場としてはそれをある程度考えてやってらっしゃると思います。ただ、少し気になるケースを経験したと言うか、たまたま知りましたので少しお話ししたいと思います。

我が国の少子高齢化の課題

- 医療が変わる←高齢者の特性
 - ・慢性疾患の増加(CureからCareへ)
 - ・複数傷病を抱える
 - ・代謝能力の低下
- 地域の重要性が増す
 - ・高齢者の移動範囲
 - ・単独または高齢者のみの世帯の増加
 - ・生まれ育っていない土地での高齢化

資料 8

私が老人保健課長のときに、ホームホスピスというものを見に行きました。そのときの話です。意外とその霞が関にいる人間、特に厚労省は割とあちこちに現場を見に行きます。やはり机上の空論だけではなかなか分からない話が多いので、私もあちこち見ました。そのころ、ホームホスピスの試みというのが宮崎県で始まりました。今はもう全国展開しているみたいですが、当時は非常に地域が限定されていました。

その宮崎に見に行ったときです。ホームホスピスというのはどういうものかと言うと、身寄りのないお年寄りが最期を迎えるときに、病院とか施設は嫌だと、やはり家庭的なところで自分は最期を終えたいという方のために、ごく普通の住宅街の一軒家を借りたり、買ったりして、そこにそういう方を入れます。家のような感じということですから、当然スタッフも白衣など着ないで、本当に普段着で家族みたいな感じでケアをして最期にお看取りをするというNPOがやっている事業だったのです。

それを見に行ったときに、あるおばあさんがいらっしゃって、全然寝たきりでも何でもなく、動作はゆっくりされているのですが、自分で身の回りのこともやられているし、何故こういう人がホームホスピスにいるのだらうと思いました。それで「このおばあさんはどういう人なのですか」とお聞きしました。そうしましたら、「実はこの方は今までずっと透析をしてきました。しかしもうそんな透析で生きている人生は嫌だと言われ、透析をやめてここに入って来られた方なのです」という話でした。

「ではいつごろ入られたのですか」とお聞きしますと、「もうそろそろ1年近くになります」と言われました。この意味は、お分かりですよ。つまり透析というのは、やらないと死んでしまうから透析をするわけです。体の中で、こうやって生活をしているとき、いろいろな老廃物みたいなものが溜まってきて、それを腎臓でこして、尿として出したりするわけですが、その機能がだいたい弱ってしまっているから、透析をしてる過して、体の血液を正常に保つということです。それをやめるとということは、当然死につながるわけですが、この方はずっと生きておられるというわけです。

これは、では不要な透析をずっとやっていたのかと、そういうことを言いたいのではありません。多分その方は若いときには、透析が必要だったと思うのです。しかしだんだん年を取ってくると、代謝が落ちてきます。落ちてきたことによって、若いときだったら、老廃物などが相当溜まっていたのが、年を取ってきたから、そもそも老廃物自体があまり出なくなってきたと言うか、少なくなってきた、そういう低い腎機能でも何となく上手に回るようになったということではないかと思うのです。

当時、私はまだ厚労省で全国あちこち講演をしていましたから、全国でこの話をしていましたら、2～3人の先生から、「自分もそういう体験をしました」というお話を聞きました。ですから、そんなにたくさんあることではないけれども、その方1人というわけではないと思ったのです。

つまり何が言いたいかというと、今まで若いときにこういう治療をやっていたから、それをずっと続ければ良いということでは必ずしもないということです。やはりだんだん生理的な変化で代謝能力なども低下している人に対して、実はもう今となっては無駄になってしまっている医療も提供しているのではないか、そういうことも含めて、現場できちんと対応することを考えなければいけないのではないかと思います。それが「医療が変わる」の3点目です。

次に、高齢化すると、地域の重要性が増すということがあると思います。1つめは、まず移動範囲というものが非常に狭くなります。1つの原因として、まず肉体的な衰えということが考えられるわけです。やはり足が悪くなるなどということが考えられると思います。ただこれはもう車でも、電車でも、いろいろな交通機関が発達していますから、それほど関係はありません。

2つめの原因は、精神的な面です。今日は若い方はそんなにいらっしゃっていませんが、若い方であれば、少しお休みがあれば、もうすぐ旅行に行ってしまうとか、場合によっては海外に行ってしまうというふうになると思いますが、だんだん年を取ってくると、自らあまりそういう計画を立てて行こうということが、だんだん億劫になってきます。もし何も用事がなければ、どちらかと言うと、家で寝ているほうが楽だという感じに、私もだんだんできてきているわけですが、そういうこともあると思います。ただそんなにそれも原因としては大きくありません。

むしろ大きいのは、社会的な要因だと思います。私も7月まで厚労省の職員を33年間やっていましたが、そうすると、あちこち北海道から沖縄まで行くわけです。国際的な担当をやっていたときには、アメリカだ、ヨーロッパだ、アジアだ、アフリカだとどんどん足を伸ばして行っていました。ただそれは、別に私の個人の資質だ、何だということではなく、背中に日の丸を背負っていて、その日の丸が「お前、行け」とやるわけです。あるいは、私が日の丸を背負っているから、いろいろと呼んでいただいて、お話をしに行

くというようなわけです。

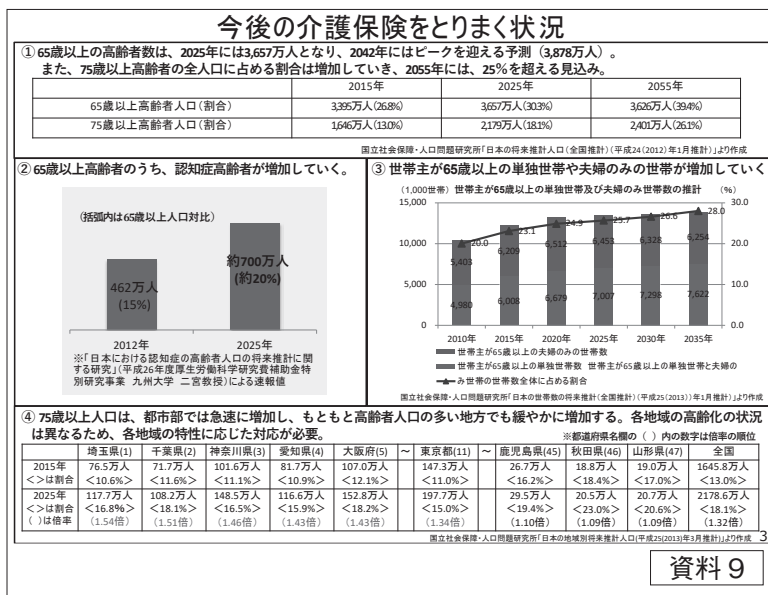
実は私は、この霞が関から、1時間45分ぐらいかけて遠距離通勤をしていました。千葉の田舎のほうの新興住宅地なのですが、毎日そうやって通っていて、週末中心に全国に行っていました。ところが、7月に厚労省を首になったら、行くところがないのです。再就職先が決まるまでは、基本的におとなしくしているしかないわけです。

そうすると用事がありません。そもそも千葉から江戸川を渡って東京に来る回数も減ってしまって、自分で無理やり用事を作るしかないというような感じですよ。おそらく、今日いらっしゃる皆さん方も、仕事を辞めた途端に、似たようなことになる方がいらっしゃるのではないかと思います。それは突然やってくるかもしれないし、予め準備をできる方もいらっしゃるのかもしれませんが、いずれにしても、社会的な要因というのは非常に大きいのです。(資料8)

今後の介護保険をとりまく状況

そういう中で、いくつかこういうデータがあります。例えば世帯主が65歳以上の場合、単独世帯とか、夫婦のみの世帯、つまり何かあったときに動いてくれるような若い人がいない世帯が増えてきているということや、認知症の人がどんどん増えているということです。認知症の人ややはり皆さん、病院や施設に入れてしまうというわけにはいかず、地域で見えていくしかないわけです。

これに加えて、今、言った団塊の人口のリタイアの話です。少し下のほうにあって見えにくいですが、都市部で一気に高齢化が進むということです。田舎のほうはもうすでに高齢化が進んでいるので、これからはあまり進まないか、場合によっては率が減ってしまうぐらいのところもあるぐらいです。しかし特に都会は進みます。埼玉、千葉とかは、高齢化がわずか10年間で1.5倍です。(資料9)



高齢化 “Hot Spot”

この高齢化が進むと、それ自体大変だということがあるのですが、加えてこの問題があるのです。「高齢化 “Hot Spot”」ということで、ここは高齢化率40%を超えているような団地ですが、ここで生まれ育った人は何%ぐらいでしょうというクイズです。0%ぐらいと言う人はどのぐらいいますか？ 20%ぐらいいるのではないかとと言う人は？ 結構いますね。40%ぐらいいるのではないかとと言う人は？ います。60%ぐらいいるのではないかとと言う人は？ さすがにいませんね。

高齢化 “Hot Spot”

Quiz

この団地(高齢化率40%超)に住む
高齢者のうち、ここで生まれ育ったのは？

- 0%
- 20%
- 40%
- 60%

資料 10

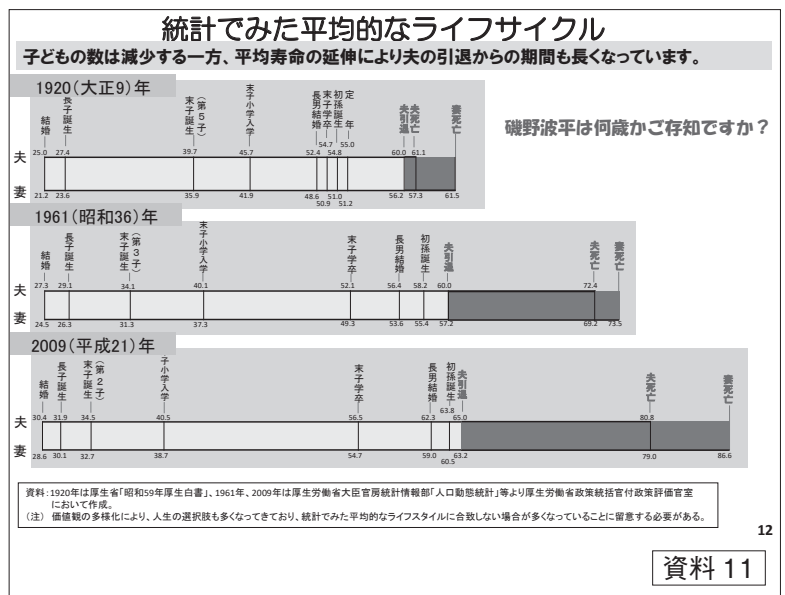
高齢化の定義にもよりますが、65歳以上という定義にしたら、この団地が65年以上前にできていなければ、生まれ育った人はいないのです。ですから基本はゼロなのです。そういう古い団地は、多摩ニュータウンとかあるかもしれませんが、そういうところはまだ少なくて、ほとんどのところがまだゼロなのです。

私も千葉の新興住宅地に住んでいると言いましたが、まち開きから30年、住んで25年ぐらいです。ですから私はまだ65歳にはなっていないのですが、私のまちも0%なのです。(資料10)

統計でみた平均的なライフサイクル

ここで要は、つまり生まれ育っていない人たちがいっぱいいるということなのですが、何が問題なのでしょう。このライフサイクルを見てみます。これは平均の話です。個人はそれぞれ違います。大正時代は、平均で、旦那さんは仕事を辞めてから1年で死んでしまったのです。奥さんも、大体5年ぐらいで亡くなってしまっていました。だからもう老後などあまり関係ないのです。

ところが今はと言うか、平成21年はもう10年ぐらい前ですが、旦那さんは15～16年生きて、奥さんは23～24年です。それから10年たっていますから、今はさらにもっと長く生きるわけです。要は仕事人間だった人が、



ここまではいいのだけれども、引退して、自分の生まれ育っていないところで、仕事もなく、では地域でどうやって生きるのかと、そこが問題なのです。その認識がどのくらいあるのでしょうか。

さらにもう1個です。磯野波平が何歳かご存じですか。磯野波平は知っていますよね。サザエさんのお父さんです。これはフジテレビのホームページに出ているのですが、磯野波平はあれで54歳です。私より5歳下なのです。波平がここにいると思ってください。私と比べてどう思いますか。しかしあれは戦後間もないころの設定だと思のですが、当時の54歳というのはあんなイメージなのです。

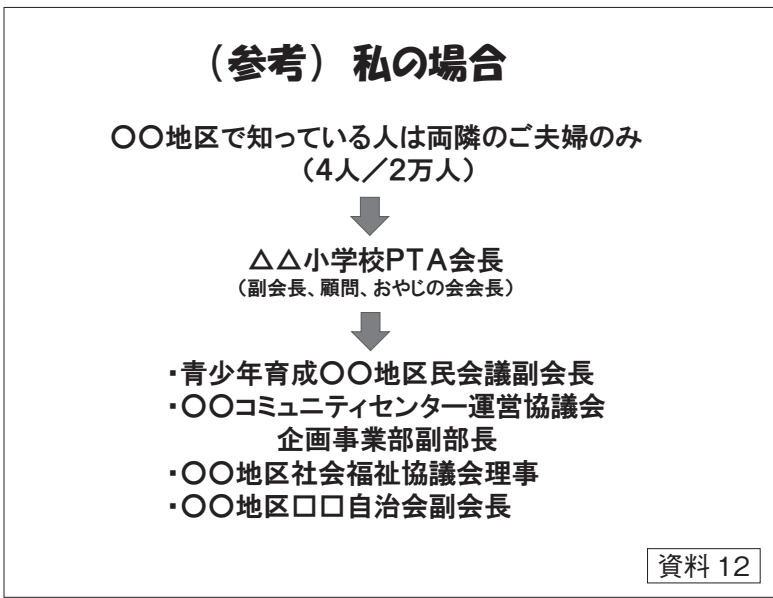
奥さんのフネさんの年齢ははっきり書いていませんが、50何歳ということのようです。しかし今どき、あんな髪のかき方をして、和服を着て、かっぱを着ている人がいますか。80歳のおばあさんでもないでしょう。と言うぐらい、もう時代が変わってしまっているのです。かつ、そういう元気だけれども、行き場のないお年寄りが、どかっと増えてしまうという問題なのです。(資料11)

(参考) 私の場合

ここで突然、自分の話をしてしまいます。私が今住んでいる地域は、以前は2万人で、今はもう2万5,000人を超えて、結構大きい新興住宅地です。しかし現役の時、ずっと仕事を頑張っていて、もう周りの人を全然知りませんでした。要は引っ越して来て、ご挨拶に行った両隣の夫婦の顔ぐらいしか分からず、あとどういいう人がいるのか知らないし、子どもがどんな友達と遊んでいるのかも知りません。とにかくもう家と仕事の往復で、たまに車で買い物に行くというような生活をしていました。当時の私は、「だから何だ。それが何か文句があるか」という感じでした。

ただ唯一、不便なことがありました。それはお祭りのときです。新興住宅地なのですが、結構自治会がしっかりしていて、お祭りをやる時に出す出店が、外からの屋とかが入ってくるのを全部禁止していたのです。つまり、地域の人、あるいは地域に関わりのある人しか店を出してはいけないのです。ですから逆に言うと、行けば大体知り合いだらけなのです。私の女房などは地域に馴染んでいますから、こちらの焼き鳥屋に行ったら、「1本おまけして」とか、こちらに行ったら「10円まけて」とか、そういうせこい話ばかりですが(笑)、しかし非常に楽しそうに話をしているのです。しかし私はお友達が1人もいないのです。ですから全然そうやって言葉を交わせる人がいなくて、本当につまらないのです。孤独感ばかり募ってきてしまい、「早く帰ろう」と帰りたくて仕方がないのです。ただ、当時の女房は、「8時になったら花火が上がるからそれまでいよう」とか言ってくれました。それだけが救いでしたが、そういう状態でした。今だったら、「帰りたい」と言ったら、多分「では早く帰りなさい」で終わりだと思います。

そういう状態の私だったのですが、実は私には子どもが4人いて、そういう関係もあるのか、あるとき突然、「お前、PTA会長をやってくれ」と頼まれてしまったのです。ちょうど岡山に単身赴任してから帰っ



てきたときでした。単身赴任をすると、普段顔を見られないものですから、却って子どものことが気になってしまって、たまに帰ってきたときに授業参観みたいなものやっていると、そういうものに真面目に出たりしていました。それで目立ってしまったのかもしれませんが。学校には子どもも世話になっているし、とにかくPTA会長を1回やってみるかと思って、やってみました。そうしましたら私の人生はすっかり変わりました。

会長をやりますと、自分が相手を知らなくても、相手は自分の顔を覚えるので、あちこちで声を掛けられるようになるのです。スーパーなどに買い物に行くと、知らないお母さんから声を掛けられたりとか、そうやっている間に、だんだん知り合いもできてくる。この子とこのお母さんが親子関係かとか、ようやく、うちの子どもはこういう子と遊んでいるのかとか、そういうことがだんだん分かってきました。

それから充て職でいろいろな地域の委員をやらされるのです。できるだけそういうものにも出るようにしていたので、そうするとやはりいろいろな方々がいるということがだんだん分かってきます。

またこのおやじの会というものはパトロールをやるのです。パトロールはあまり安全な道をやらないでしょう。そうすると新興住宅地とは言っても、割と裏道みたいなところとかいろいろある事がわかります。私はそこで本当に「俺は地域を知らないな」と思ったのですが、やはり車で駆だとかスーパーだとか、主なメインの通りをちょこちょこ行くだけで全然歩いたりしたことがないし、本当に知らなかったのです。これが自分の生まれ育った地域だったら、もう子どものときなど、自分の家と人の家の境も関係ないですよ。ですからどンドン人のうちの庭に行って、「あそこの庭の柿はうまい」とか、「あそこの家の屋根から見た景色はすごくいい」とか、もうそんなことまでいっぱい知っていたのですが、「俺は全然今の地域を知らないな」ということを非常に思い知らされました。

しかしだんだん覚え始めると、その点の知識が、線につながり、やがて面になってきて、これが親子関係だとか、世代的にも立体的になってきて、だんだんいろいろと分かるようになってきました。そうすると、非常に面白いのです。

また、いろいろな委員会などに出ていると、大体最後、説明した後に、「今の話について、どなたか質問、ご意見がありますか」とよく言いますよね。私は性格的に「はい」とすぐ手を上げてしまうのです。そしていろいろ聞いたりして、「あいつはいろいろなことを言うからやらせてしまおう」ということで、今、このぐらいの役職をやっています。ですから土日はすごく忙しくて、大変なのですが、ただ今は本当に知り合いだらけで、結構楽しいのです。それこそお祭りのときには、むしろ自分がお店のほうにいて、この間の11月の文化の日も、うちのコミュニティーセンターで文化祭というものをやっているのですが、焼き鳥を400本ぐらい焼いて、非常に疲れましたが、なかなか充実しています。

ですから、7月に厚労省を首になって、東京に出ることはほとんどなくなったのですが、逆にこの地域の中でたくさん知っている人がいるし、またこういう会もいろいろあるので、結構私は乗り切れたと言う感じです。

少し自分の自慢みたいな話ばかりしてしまいましたが、ただふっと振り返ると、たまたま私はこのPTA会長をやったからよかったけれども、もしやっていないで7月に首になったら俺はどうなっていたかと思うと、もう背筋が寒くなる思いです。誰も知り合いがいなくて、行くところがないのですから。例えば女房が「買い物に行く」とか言ったら、「では俺も付いていこうかな」、「でもあんたは邪魔だから来ないで」とか言われて。よく言いますが、いわゆる濡れ落ち葉というやつです。多分そういう感じになってしまって、仕方がないから家に引きこもってしまって、そのように孤独にしているうちにだんだん認知症っぽくなってしまおうのではないかと思います。

多分この中にも胸に手を当てると予備軍がいらっしゃると思いますが、少し考えてみたほうが良いと思います。

また先ほどの話に戻りますが、そういう地域を知らなくて、退職をするという人がどんと出てきます。ちなみにこの中で、いまだに生まれ育ったところに住んでいる方はどのぐらいいらっしゃいますか？ありがとうございます。1割は全然いませんね、5%ぐらいでしょうか。東京近辺は大体そういう感じです。ですから残りの人たちはやはり地域のことをある程度知らないと本当に危ないです。突然やってくるから、お気を付けてくださいということです。(資料12)

我が国の少子高齢化の課題

3点目です。これは役所らしい話です。「保険制度を若者のみで支えられるのか」ということです。(資料13)

我が国の少子高齢化の課題

- ・医療が変わる←高齢者の特性
 - ・慢性疾患の増加(CureからCareへ)
 - ・複数傷病を抱える
 - ・代謝能力の低下
- ・地域の重要性が増す
 - ・高齢者の移動範囲
 - ・単独または高齢者のみの世帯の増加
 - ・生まれ育っていない土地での高齢化
- ・保険制度を若者のみで支えられるのか

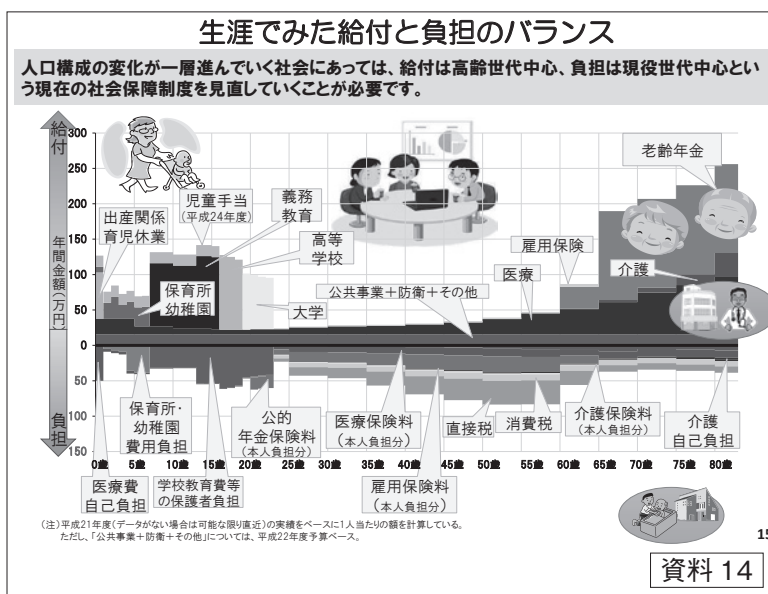
14

資料 13

生涯でみた給付と負担のバランス

これは少し分かりにくいですが、ゼロを起点にして、上が給付です。いろいろやってもらえるみたいなイメージで、下はそれに対して負担、お金を払うみたいなそういうイメージです。

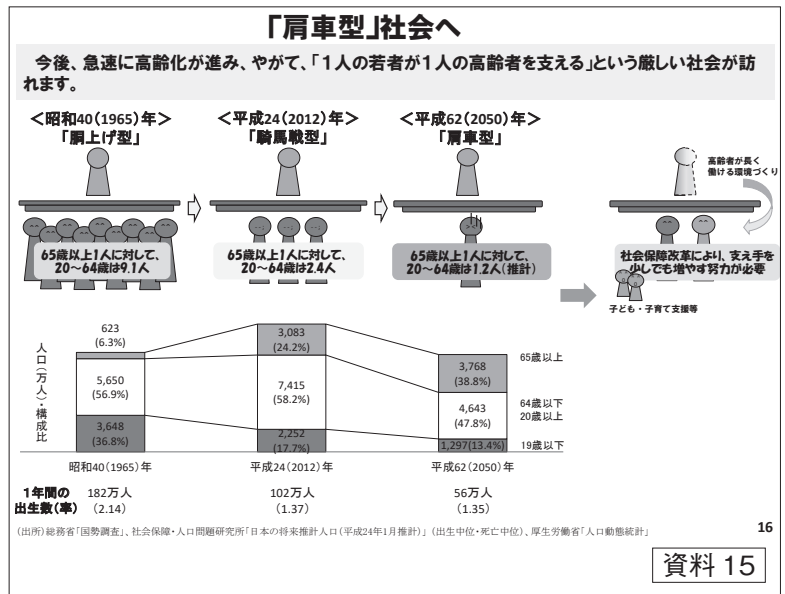
日本の場合、特に子どもと高齢者に手厚い給付になっていて、働いている世代というのは、その分税金で取られたりいろいろお金を払ったりとか、そういうことばかりだという話です。これは一応理論的には、ゼロの線の上のほうの給付の面積とこのゼロの線より下のほうの負担の面積が同じでなければいけません。



しかし見た目にやはり上のほうが大きいですね。上のほうが大きいということはその分借金をしているということです。ですからこういう状態がいつまでも続いて、国は大丈夫なのかということがあります。消費税をもっとたくさん上げるとか、所得税を含めて、税金をどんどん上げるのかとか、いろいろそういう話が出てきてしまうわけです。(資料14)

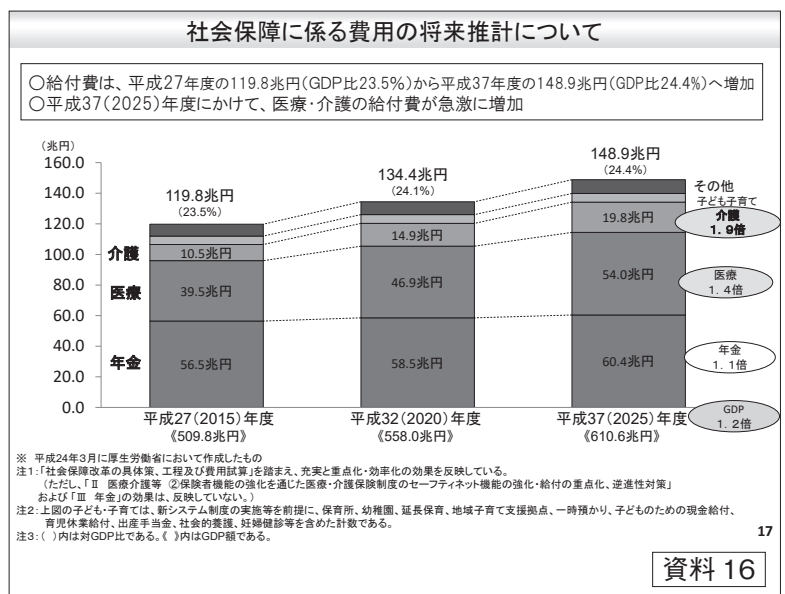
「肩車型」社会へ

これもよく出てきている図ですが、昔はたくさんの方が1人を支えていたけれども、やがて1人が1人を支えるぐらいになってしまうのではないかとことです。しかし少し待ってください。先ほど言ったように、今の高齢者はもっと元気なのだから、上に乗っかっていないで、下側に行くとか、それももう少し考えてもらう必要があるのではないかとことです。(資料15)



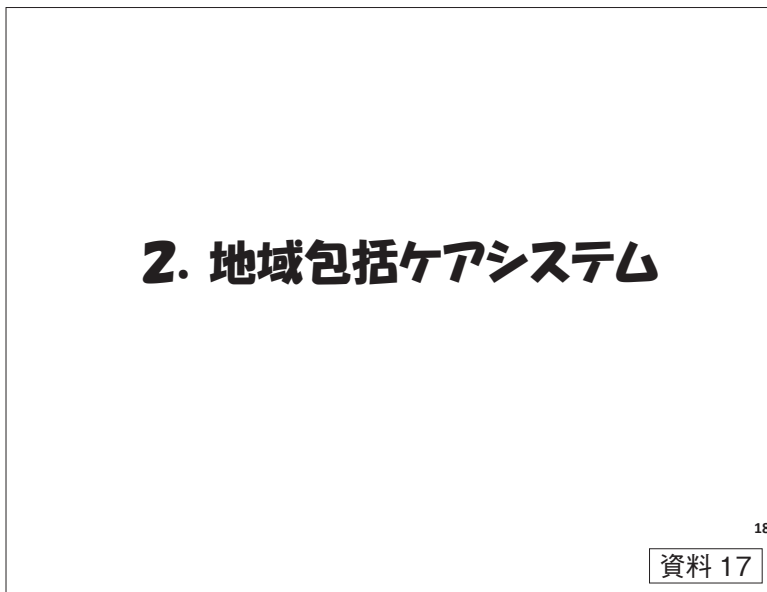
社会保障に係る費用の将来推計について

それから年金については、ある程度もうコントロールができてきていますが、医療については、10年間で1.5倍ぐらい、介護についてはもう倍近く増えるというような状況です。こういう話ばかりすると、厚労省は財務省と結託して抑えようとしているのではないかとよく言われてしまいますが、結託するとか何とかと言う以前に、やはり非常に危険な状態になってしまいます。この辺も少し考えなければいけないだろうということです。(資料16)



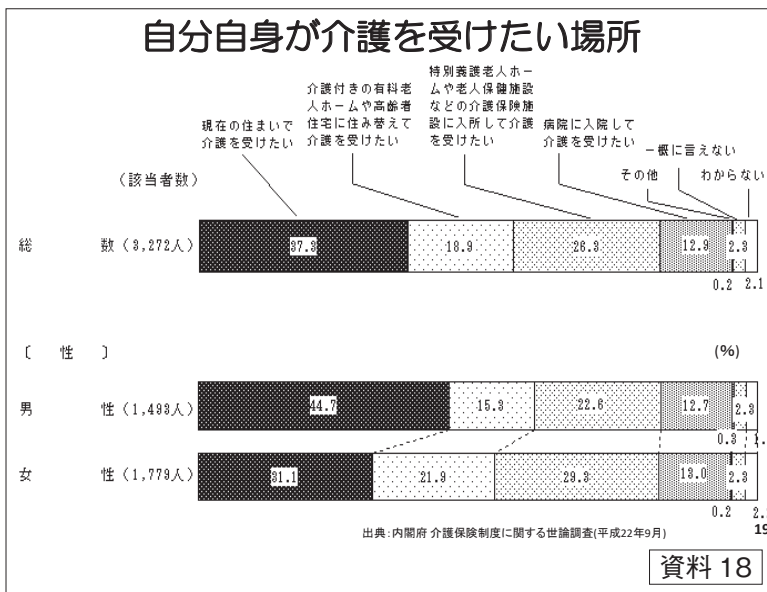
2. 地域包括ケアシステム

こういう状況の中で、地域包括ケアシステムの話が出てくるわけです。その前にもう少しデータをご覧いただきたいと思います。(資料17)



自分自身が介護を受けたい場所

自分自身が介護が必要になってしまったとき、どこで介護を受けたいかという問いに対して、37.3%が現在の住まいで介護を受けたいと言っています。それ以外、ケア付き住宅とか、介護施設、あるいは病院と言う方もいらっしゃいます。(資料18)

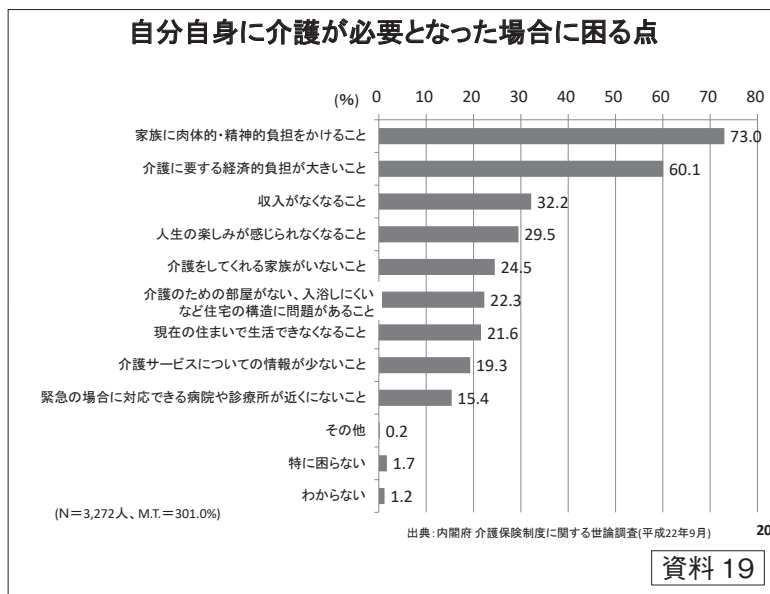


自分自身に介護が必要となった場合に困る点

こういう数字がありますが、私は実は自分の住まいで介護を受けたいという人はもう少したくさんいるのではないかと思います。その理由が、自分に介護が必要になった場合、何が困るかと言うと、一番挙げられているのが、家族に負担を掛けることなのです。だから本当は自分は家で介護を受けたいのだけれども、そうするとどうしても家族に負担が掛かってしまうから、病院でも仕方がない、施設でも仕方がないということではないかと思っています。

もう1つそれを裏付けるとされるの

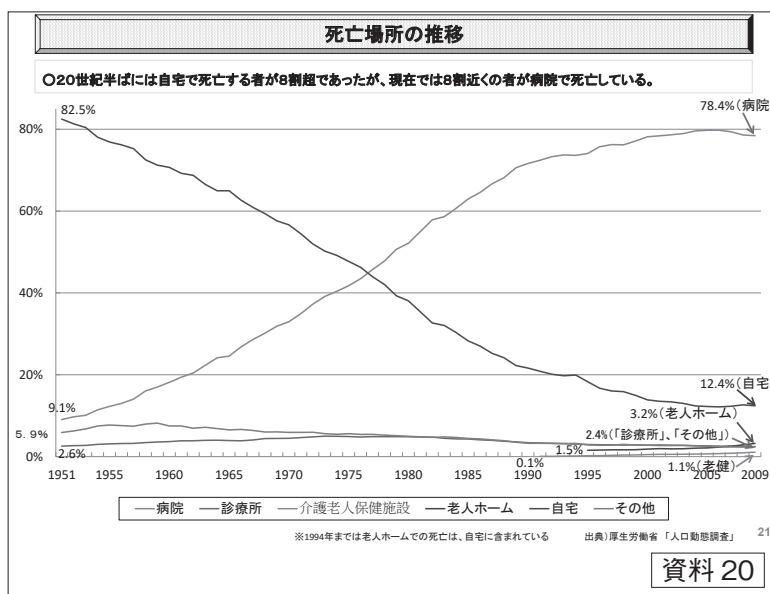
が、この男女の性差です(資料18)。私も含めて、大体こちらにいらっしゃる男性のほとんどは自分に何かあったとき、奥さんとか娘さんが何とかしてくれると思っていませんか。はっきり言って私はそう思っています。男というのは甘いのです。しかし女性はもっと現実的と言うか、少なくとも自分が倒れたときに、旦那とか息子が何かしてくれると思う人はあまりいないと思うのです。実際にそういうときになって何をやっていいかわからないとか、そういう男性が多いと思います。その辺がここらの差に出ているのではないかと思います。いずれにしても、本当は家で介護を受けたいけど、現実には難しいので諦めてしまうという事です。もう少し在宅で何とかしたいという思いがあるのであれば、それを何とかかなえられるようにできないのかという話です。(資料19)



資料 19

死亡場所の推移

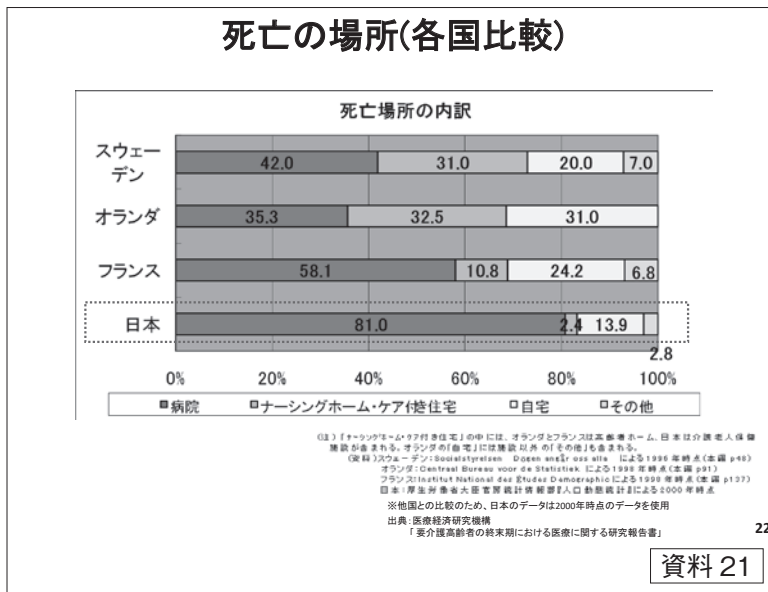
今度は死亡の場所です。ひと昔前は8割は自宅で亡くなっていました。それが今、自宅と病院が完全に逆転しています。(資料20)



資料 20

死亡の場所(各国比較)

ただ在宅の流れが出てきて、ピークは過ぎて、病院は少しずつ減ってきてはいますが(資料20)、それでも他のOECD諸国と比べるとやはり多いです。フランスもそこそこ多いのですが、それでもやはり日本は多いです。病院が治療の場ではなく、もう死場になっているのではないかという話もあるわけです。(資料21)



地域包括ケア研究会 報告書(平成22年3月)

いろいろと話をしてきましたが、そういう中で、平成22年3月、もう10年ぐらい前になってしまいましたが、地域包括ケア研究会がまとめた報告書です。当時慶應大学にいて、今は埼玉県立大学の田中滋先生が座長を務めてくださって、まとめた報告書です。

この辺も皆さんはもう何回もご覧になっていると思います。おおむね30分以内というのは、人口1万人の中学校区域を想定しています。もちろん北海道みたいな広いところもあれば、東京みたいに人口密度が高いところありますが、

これは全国全体として平均して考えると、大体1万人ぐらいの中学校区域で、医療、介護、福祉、予防、その他のサービスが切れ目なく提供できるような体制を構築すべきではないかというお話です。

ここで誰がそういうことを担うのかということ。もちろん専門職の役割は大事です。しかし専門職がいきなりやる前に、本人、家族とか、近隣の住民によるボランティアとか、そういった自助、互助をまず使うべきではないかということ。これがなかなか素人では難しいというときに、専門職が手を差し伸べるべきではないかということ。を言っているわけです。

こういうことを役人が言うと、またすぐ金をけちって、まず自分でやれとか言っているのではないかと。と言われてしまいます。もちろんそういう面がないわけではありません。ないわけではないのですが、た

地域包括ケア研究会 報告書 (平成22年3月)

平成37(2025)年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

- 地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス(注)を24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

(注) 居場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

- 平成37(2025)年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

資料22

だ、特に古い方はイメージできると思いますが、ひと昔前は、大体自分たちで何とかやっていたものが医療とか介護が充実してきてしまうと、もう自分たちはやらないで、最初からそちらに任せてしまうということが結構あるのではないかということだと思います。

1つには、例えば小児救急の話がよく出ると思います。夕方ぐらい、あるいは少し暗くなってから、子どもが微熱を出したというぐらいだったら、少し頭を冷やして一晩寝ていて、明日の朝でもまだ熱が続いているようなら、病院に連れて行こうとか、そういうことだと思います。高熱ではなく、微熱です。ちょっとした熱ぐらいのときは以前はそうやっていたと思います。今はもう小児救急もタダですから、すぐに連れて行ってしまうということがあります。もちろん多少仕方のない面はあるかもしれませんが。

ただひどい例になると、「今のこの時間は結構病院が混んでいそうだけど、夜になったら空いているのではないか。どうせ、タダだからその時間まで待って連れて行こう」とか、しかしそういう時間に患者がたくさん来てしまって、医療関係職種が疲弊してしまうという話があるわけです。

介護について言うと、これはやはり私は老人保健課長のときにいろいろなところを見に行きました。ある訪問介護ステーション、介護事業所です。看護ではなく、介護の事業所です。そこは何かあったときに緊急に対応するとか、ITなどを使ってそういうこともやっていますとかいうことを売りにしている事業所でした。そこに夕方に見に行っているいろいろ説明を受けて、なかなかすごいことをやっていますねみたいと言っていたのです。そうすると緊急コールが鳴りました。何があったのだろうと言って、ヘルパーと一緒に駆け付けました。そうするとあるアパートの一室で、おばあさんが出てきて、小柄で腕をつっているのです。骨を折ってしまったという話で、「それは大変ですね。どうしたのですか」と聞いたら、「夕方暗くなってきたから、電気をつけてほしい。スイッチを押してほしい」と言うのです。

確かに、腕が片一方しか使えないし、不便そうで、たまたまスイッチの前に家具とかがあるので小柄な方には届きにくいのではないかと思うのですが、そこら辺に転がっている30センチのものさしで押せるような、そういう話なのです。しかしそこで呼んでしまったのです。

そこでふっと私は気が付いたのですが、「夕方暗くなるというのは、今日だけではないですよ。昨日も一昨日も暗くなっていますよね」と言ったら、「実はそうなのです。夕方このぐらいの時間になると来てもらっています」という話をするのです。さらにお部屋の中を見ても、テーブルの上に薬の袋が置いてあるのです。「この薬はどうしたのですか」と聞いたら、「本当はお昼ご飯の後に飲まなければいけなかったのだけれども、手が不自由で袋が切れないから、だけれども昼も夕方も2回も呼ぶのはやはり申し訳ないから、夕方まで待ってまとめてやってもらおうと思った」ということでした。そういう意味ではコスト意識が若干ある人なのかもしれません。ただ違いますよね。やはり昼に飲めと言われたら、そうしなければいけません。ここでたまたま職員で、OT、作業療法士の人と一緒にいたのですが、彼女に言わせれば、こういうものは和ばさみがあれば、別に片手だって切れるという話なのです。

これが初回なら仕方がないと思うのです。やはり全然そういうことを知らないし、できないからです。しかしやはり1回目に行ったときに、「大変でしたね。しかし今度はものさしでこうやれば自分でできます」とか、「和ばさみを使えば、自分で切れます」と教えてあげれば、2回目以降は呼ぶ必要がないわけです。しかし呼んでしまっているのです。あるいはその道具がなくても、例えばお隣の人とかに頼んで袋を切ってもらおうとか、スイッチをつけてもらうとか、そういう交流があれば、それも可能なわけで、わざわざヘルパーを呼ぶ必要はないわけです。

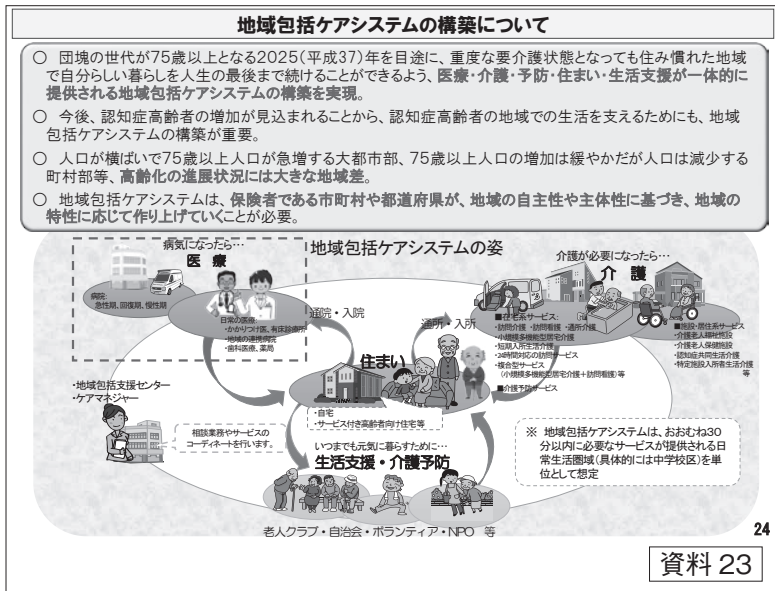
こういう話をあちこちでしてしまえば、あるときフロアから質問が出ました。「宇都宮さん、よくそういう悪い例を探して行きましたね。どうやって探したのですか」というご質問でした。しかし当時、私

は老人保健課長で、厚労省の担当課長です。皆さん方の中で、課長にわざわざ自分の会社の悪い事例を見せたいと思う人はいますか。いないでしょう。普通、自分の会社のいいところを見せようと思うではないですか。ですからその事業所としては、とにかくユーザーが「これをやってくれ。あれをやってくれ」と言われたら、「はい」とそのままやると、それが一番いいサービスだと思っているわけです。

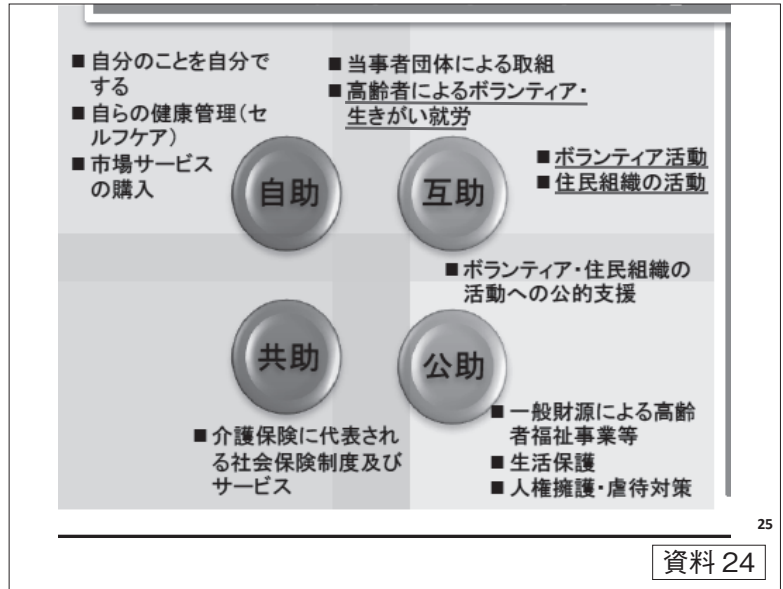
確かに普通の株式会社とか、そういうサービス産業というのはそうかもしれません。しかし介護の世界は、介護保険法第1条で述べている自立支援なのです。医療にしても、何にしても、言われたことをやるが良いサービスではなく、その人が自立できるようにしてあげるということが良いサービスなのですが、どうもそこが分かっていないのです。本人もそれをいつも使ってしまうのです。そういうところで無駄が出ているのではないのかと思います。もう少し自分でできる、あるいは近所の素人でもできるということは、わざわざお金を使ってやらなくてもできるのではないかということです。少し話が長くなりましたが、そういうことです。(資料22)

地域包括ケアシステムの構築について

この図はもうしょっちゅう出てきています。内閣府のほうで作ったものですが、医療だ、介護だ、住まいだ、予防だというのが一体となっているというような話です。(資料23)

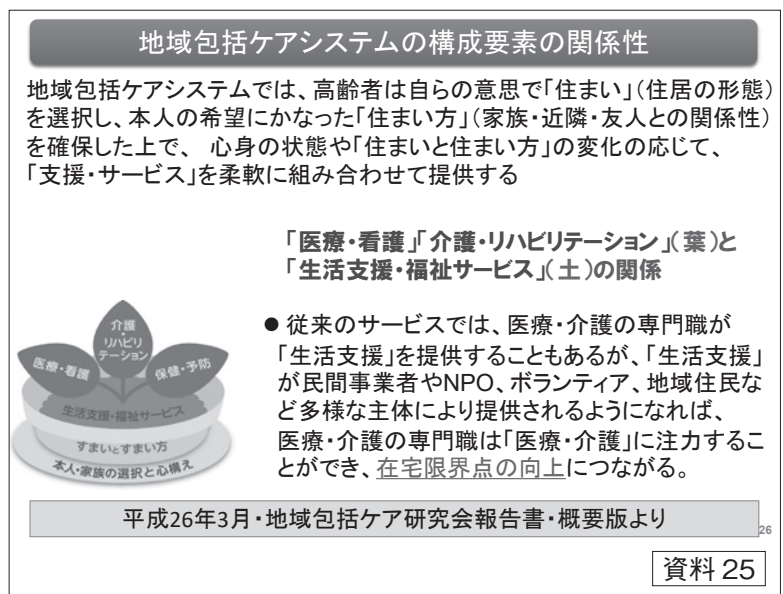


順番が逆になりましたが、自助ももちろんありますが、特に互助が1つのキーワードだと思います。(資料24)



地域包括ケアシステムの構成要素の関係性

地域包括ケア研究会は、平成22年に報告を出した後もずっとその議論が続いています。先ほどの図がこういう植木鉢の図に変わっています。5つの要素があったわけですが、外側の植木鉢はその中の住まいです。これは報告書を出した後、東日本大震災があって、田中先生があちこちの仮設住宅とかをご覧になって、「地域包括ケアと言っても、住まいがちゃんとしていないとそういうものはあり得ないだろう」と感じられたそうです。これはもう別格でこれを植木鉢の鉢として、きちんと確保するという事ではないかということです。



その上で、ではこの土と葉は何かということです。土は、要は自分とか、近所の人とか、ボランティアとか、そういうものである程度できる部分はやりましょうということです。それに対して、葉は、より専門的なもので、こういうところを専門家にお願ひしましょうということです。

先ほど言ったような、ただスイッチを押すだの、薬の袋を切るとか、そのようなことを、せっかく介護福祉士の資格を取った人に、そういうことをやらせてしまっていては非常にもったいないです。そういうことは素人でもできる、それを自分たちでやることによって、介護福祉士はより自分の専門に特化した仕事ができるのではないかということ「在宅限界点の向上につながる」という表現をします。そうするともっと在宅でできることはいっぱいあるだろうという話です。

もう1つ、先ほどの地域包括ケアの要素に入っていなかったのですが、下のお皿です。「本人・家族の

選択と心構え」というものがあります。田中先生が1つおっしゃっていたのは、いわゆる孤独死の問題です。一人暮らしの老人などが、いつの間にか亡くなってしまっていて、しばらくしてから発見されたというものです。これが、特に団塊の世代以降の人たちは、「もう死ぬときは1人だ」と自分で覚悟してと言うか、自分で選んで、好んでやっているという人も結構いるのではないかと思います。もちろん最期は先ほどのホームホスピスではないですが、看取られたいとか、そういうニーズのある人もいます。しかしもう片一方でそうではない人もいます。もちろんそういう人がお亡くなりになって、1カ月も2カ月もたって、半ば白骨化されて発見されるとかはやはり困りますが、翌日とか、せめて翌々日ぐらいに、近所の人、あるいは郵便配達の人が見つけたとか、新聞配達の人が見つけたとか。それだったらもし本人がそういう覚悟でそういう生活をしてお亡くなりになったのだったら、そういうこともありと言うか、考えなければいけないのではないかと思います。つまりそれが自分の選択、それからそういう覚悟と言うか、心構えということでやはりベースとしてそこも考える必要があるのではないかと思います。私ではなく、田中先生がおっしゃって、こういう報告書になっているわけです。(資料25)

進化する地域包括ケアシステムの植木鉢

さらに議論を続けられて、その2年後ですが、また少し変わっています。1つは予防と福祉が逆転しました。もちろん専門的な予防はあります。いろいろな予防がありますが、ただ特に介護予防と言うときに、専門的な予防までしなくても、先ほど言ったような、仕事がなくなって、一人っきりでこもっている人とか、そういう人はやはりすぐ介護状態になりやすいです。しかし少し表に出してあげて、一緒にお話をするのでも、マージャンをするのでも、酒を飲むのでもいいですが、そういうことで、要は素人の仲間同士を作るというだけでも結構予防になるとか、そういうことも含めて考えられるのではないかと思います。ということで、こちら側に移りました。

もう1つこのお皿が少し変わっています。先ほどは、「本人・家族の選択と心構え」でした。今度は「本人の選択と本人・家族の心構え」なのです。やはり亡くなる時どうするかということは、家族の選択と言うよりは本人だろうということです。ここはあまり詳しく聞いていないのですが、医療の現場などでは、「最期はもう余計な医療行為をしないでくれ」と、本人が言っていたり、普段身の回りの世話をしている人はもうそのつもりでいるけれども、死にかけるとあまりつき合いのなかった遠くの親類なり何なりが来て、「ちゃんと救急で病院に入れろ」と言うとか、そういう話もよく聞きます。だからその家族ももちろん大事なのですが、まず本人の選択でしょう。その選択を受け入れて、本人・家族ともども心構えを持つということではないかということをおっしゃっています。

進化する地域包括ケアシステムの植木鉢

要支援者に対する介護予防が、平成27年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施されるようになったことにあわせ、考え方が再整理された。

【介護予防・生活支援】

- 「介護予防・生活支援」は、介護予防・生活支援総合事業における取扱いにも見られるように、専門職の関わりを受けながらも、その中心はセルフマネジメントや地域住民、NPO等も含め、それぞれの地域の多様な主体の自覚性や創意工夫によって支えられる以上、全国一律な支援・サービスではなく、それぞれの地域の特性を反映した要素から構成される。
- したがって、これまで「業」の中に位置付けられてきた要支援者向けの予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、今回の図では、生活支援と介護予防を一体のものとして再整理した。
- 他方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善は、生活リハビリテーションを中心に、専門職による多職種連携によって、これまで以上の取組強化が介護予防・日常生活支援総合事業においても示されており、引き続き専門職(業)の重要な役割となる。

【本人の選択と本人・家族の心構え】

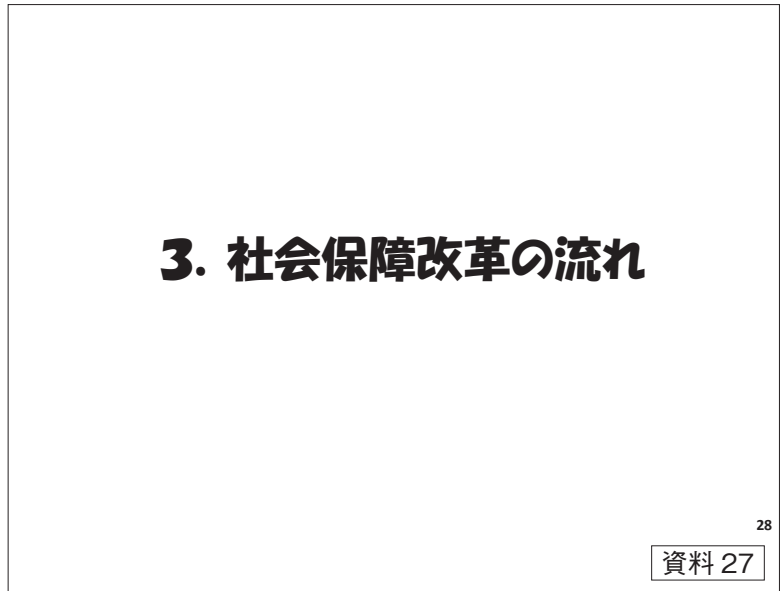
- 地域生活の継続を選択するにあたっては、「家族の選択」を越えて、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。

資料 26

いずれにしても、こういう地域包括ケアシステムは若干形を変えましたが、こういうものを進めて行こうということが言われているわけです。国としてもそういう流れを進めている。それがこちらの話です。(資料26)

3. 社会保障改革の流れ

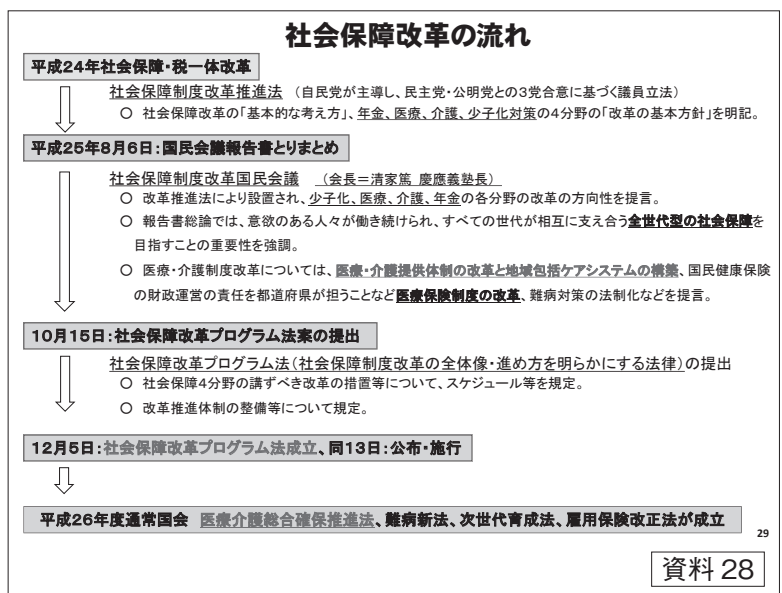
(資料27)



社会保障改革の流れ

ご存じのように、平成24年、3党合意に基づいて社会保障と税の一体改革を進めようということになりました。これは消費税を5%から10%に上げようというときに、「上げる分の5%を何に使うのか」と。「それは社会保障に使いましょう、ではどういうことに使うのか」ということで国民会議で議論していただいて進めてきたというわけです。

このときに医療介護提供体制の改革と、地域包括ケアシステムの構築を打ち出してきたわけです。この改革は何かと言うと、要は医療だの、介護だの、あるいは医療の中でも機能分化がちゃんとできていないのではないかと、病院と言いながらほとんど介護みたいなことをやっている病院もあるのではないかと、そういうものを変えていって、また全部が全部施設や病院などではなく、地域の中で地域包括ケアというものを進めて行こうという話です。(資料28)



こういうものを踏まえて、法案がずっと通って、平成26年には医療介護総合確保推進法ができました。これはフルネームで言うと、こんな長い名前なのですが、この中で初めて、法律として「地域包括ケアシステム」という言葉が出てきたわけです。

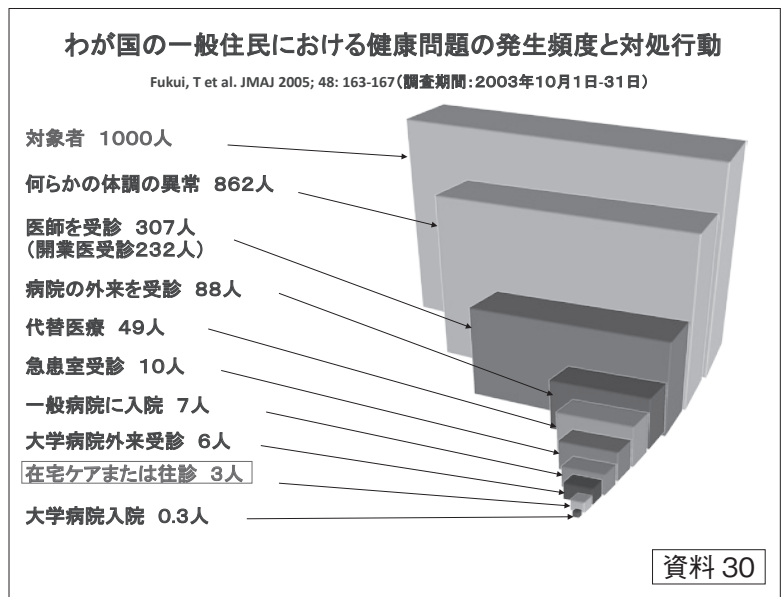
実際ではどういうことなのかと言うとその概要です。先ほど言いました、医療、介護とか、大体がその機能分化と連携です。それから在宅、地域包括ケア、大体言っていることはこのキーワードばかりです。それを押さえれば、その後の流れというものは非常に分かりやすいと思います。(資料29)

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要	
趣旨	持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、 地域包括ケアシステム を構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。
概要	<p>1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)</p> <p>① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置</p> <p>② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定</p> <p>2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)</p> <p>① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療圏(ピジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定</p> <p>② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け</p> <p>3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)</p> <p>① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業</p> <p>② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な重度の要介護者を支える機能に重点化</p> <p>③ 低所得者の保険料軽減を拡充</p> <p>④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き)</p> <p>⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加</p> <p>4. その他</p> <p>① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手続書により行う看護師の研修制度を新設</p> <p>② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ</p> <p>③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置</p> <p>④ 介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)</p>
施行期日(予定)	公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。
資料 29	

わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動

1つ在宅の推進ということですが。そうは言っても、非常に日本の在宅医療は貧弱な状況です。体の異常を持てば、人口1,000人のうち300人ぐらいが受診をするという話です。実際在宅利用というのは、この当時ですが、3人分ぐらいしか受けなかったというか、受けられなかったという状況です。

少しこれと話は違うのですが、大学病院については、外来が6人で、さらに入院が0.3人という話です。これは後で出てきますが、医者教育で、われわれの世代というのは、みんな大学病院で研修を受けていたのですが、この0.3人しか知らない人たちがばかりが育ってしまいました。その反省からと言うか、しかし実際にはこちら側の患者、あるいはその予備軍についてもっと知らなければいけない、それが医師教育として違うのではないかという話もあったわけです。これは少しまた在宅とは別の話です。これが1つです。(資料30)



まず医療提供体制の話です。これは下の部分は無視してください。上の表だけご覧いただきたいのですが、人口1,000人当たりで見ると、医師については少し少ないのですが、そんなにめちゃくちゃ少ないというほどではありません。看護師に至っては、他の国と変わらないというか、平均ぐらいの感じなわけですが、人口1,000人当たりの病床が日本はやたらと多いのです。病床がやたらと多いために、人口当たりで見れば、医師も看護師も、他の国に比べて遜色ないのに、病床当たりにした途端に、めちゃくちゃ少ないという話になってしまうのです。このところを少し考えなければいけないのではないかと思います。そもそもそんなに病床が必要なのかということです。(資料31)

図表 14: 我が国の医療提供体制の問題点 37

国名	平均在院日数(急性期)	人口千人当たり総病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数	人口百万人あたりMRI台数
日本	29.1 (16.5)	13.2	17.9※1	2.4※1	83.0※1	11.0※1	51.7※1
ドイツ	9.0 (10.2)	8.1	50.9	4.1	164	13.3	33.6
フランス	10.1※1 (5.9)	6.1	50.9	3.3※2	161.8※2	9.9※2	12.6
イギリス	7.0 (6.8)	2.6	106.9	2.8	302.7	7.9	7.2※1
アメリカ	6.1※1 (5.5)※1	2.8※1	90.9※1	2.6※1	394.5 ※1・2	11.3※2	39.0

○ 都道府県間地域差
人口当たり病床数について最大3倍の差 ■ 一人当たり医療費(最大1.6倍の差)と正の相関

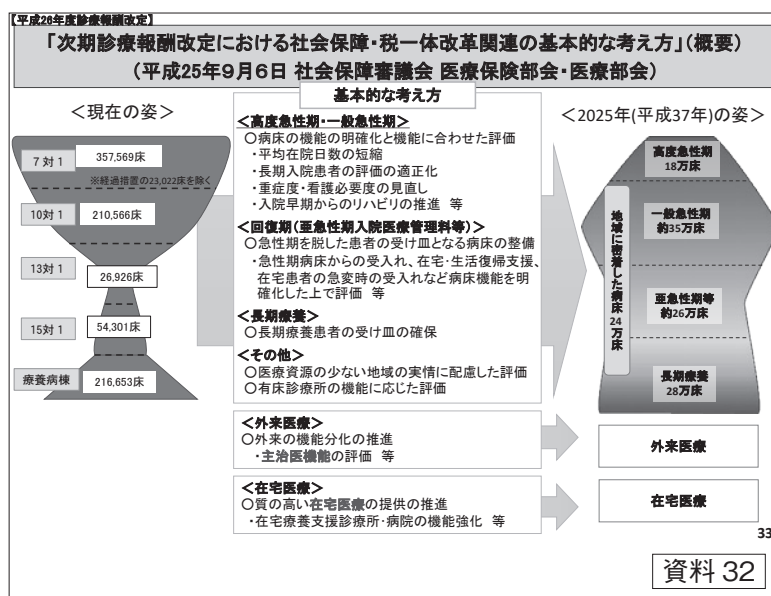
出典:「OECD Health Data 2017」 注1:「※1」は2014年のデータ。 注2:「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

32

資料 31

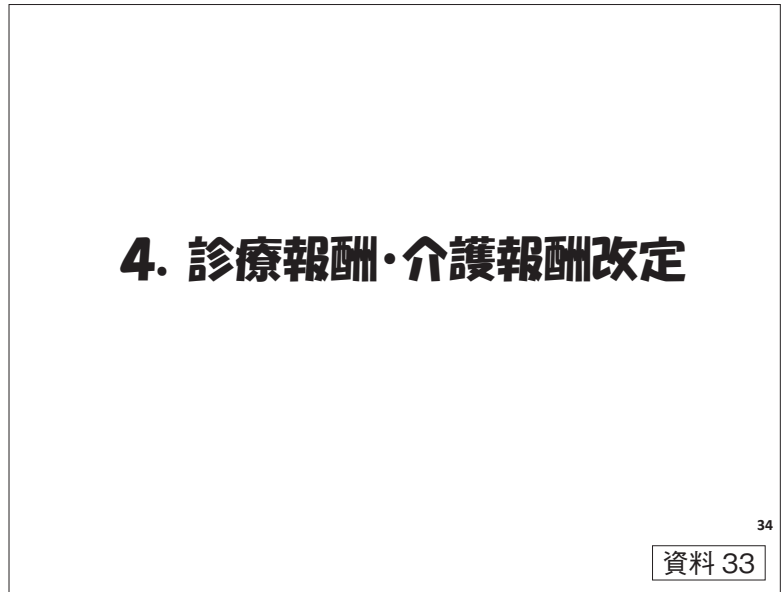
「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要) (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

それに加えて、病床の中でも、これは平成25年のときに出した資料ですが、特に7:1がやたら多過ぎるのではないかと思います。もちろん最初の話につながりますが、急性期、あるいは救命救急は大事です。しかしこちらばかり多くて、こちらの受け皿が全然ないというのは、これはいくら何でも形として変だと。もちろん点数が高いから誘導されてしまったということはあるのですが、それが本当に最初にご覧いただいたような人口構造の変化というものに対応している体制なのかということです。右側の形がいいかどうかは別としても、少なくとも、こちら(7:1)は、もう少し受け皿に回っていただく、あるいは入院だけではなく、外来とか、在宅とか、そちら側を充実していただくということをちゃんと進める必要があるのではないかと思います。(資料32)



4. 診療報酬・介護報酬改定

そのための施策として、1つには報酬です。（資料33）



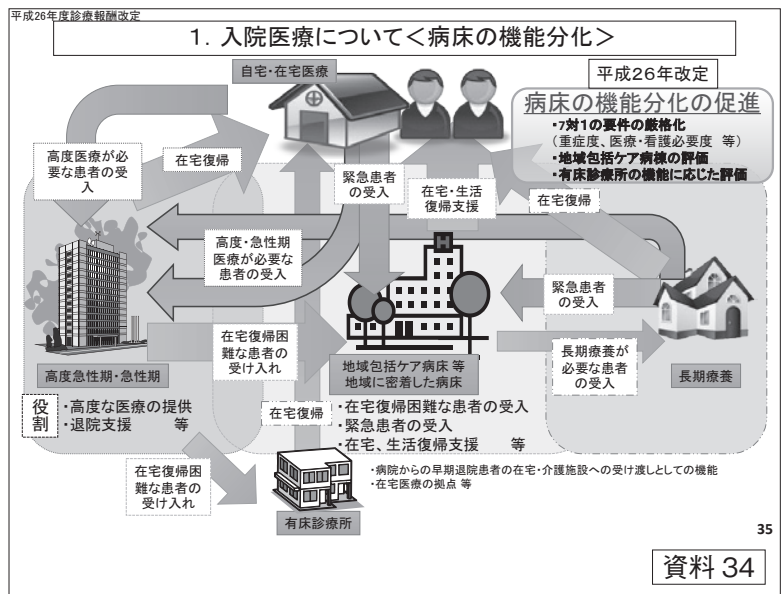
34

資料 33

1. 入院医療について〈病床の機能分化〉

これは平成26年、私が医療課長のときの改定です。まず機能分化の促進ということで、7:1の要件の厳格化と書いていますが、あと地域包括ケア病棟を作ったりということをやりました。

厳格化と言っていますが、ここでいきなり7:1を半分にしてしまうと、そうするとインパクトが大き過ぎるので、そこはもう少しマイルドにしています。ただいずれにしても、方向性としては、7:1をもう少し減らして、地域包括ケア病棟とか、そちらに行っていただくというものを1つ作ったということです。（資料34）

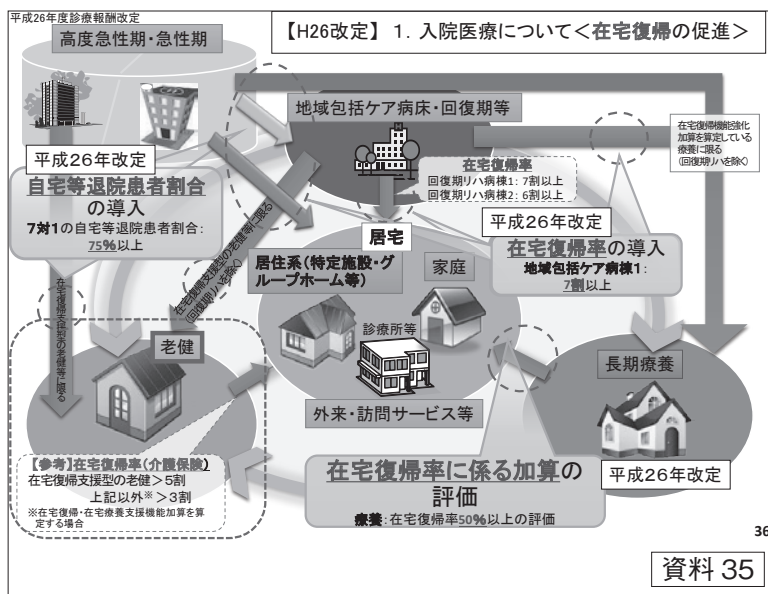


35

資料 34

それから特に在宅復帰、地域にお帰りいただくと言う流れを作ろうということで、在宅復帰の指標を急性期から慢性期、全てに入れて、流れを作ろうとしました。実はこれは平成26年改定ですが、その前の平成24年の介護報酬改定の際に、老健にこの在宅復帰率の指標を入れました。これをその2年後、たまたまこの後、医療課長になったものですから、医療全体に広げました。

ただ、コンセプトとしては、とにかく期間が来たから無理やり帰すというのではなく、ちゃんと家に帰られるような状態にして帰してほしいということです。ですから例えば高度急性期からいきなり家が無理だったら、地域包括ケア病棟とか、老健とか、そちらでもいいと。ただし受け取る側も在宅復帰の指標を満たしているという事で、1回こちら(地域包括ケア病棟や老健など)に来るけれども、またちゃんと家へ帰られるような流れが潰えないと言うか、そういうものがちゃんと続くようなものにしようということで、こういう仕組みを作りました。(資料35)



長期療養患者の受け皿の確保等について②

長期療養についてです。以前は長期療養で在宅復帰などという概念はなかったのです。しかしそれを、非常に安いですが強化加算を1つ設けさせていただきました。実は、診療報酬の世界では、1回家に帰ったら3カ月家にいなければ、在宅に帰ったとみなさなかったのです。それをこの療養の場合は1カ月にしました。医療区分3の場合は、2週間家に帰っていれば、在宅復帰としていいとしました。実はこれも平成24年の介護報酬改定の際には、老健で1カ月という概念と、要介護4、5は2週間という概念を入れました。

つまり、「家に帰ったらずっと家で見ていなさい」とか言われても、当然今、家庭の事情がいろいろあります。「共働きで大変だ」とか、「子どもがまだ小さい」とか、なかなかそれは厳しいということがあり、「退院できる」と言われても、「おじいちゃんとかおばあちゃんをもう少し入院させておいてくれ」という話が出てしまうわけです。そうしている間に、だんだんおじいちゃん、おばあちゃんの部屋がいつの間にか子

【平成26年度診療報酬改定】

長期療養患者の受け皿の確保等について②

療養病棟における在宅復帰機能の評価

➢ 一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

(新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

【算定要件】

- ①療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ②在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③退院患者の在宅生活が1ヶ月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④病床回転率が10%以上であること。

②の計算式

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者
(退院した患者の自宅等での生活が1ヶ月以上【医療区分3の患者については14日以上】
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1ヶ月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

④の計算式

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

資料 36

ども部屋になっていたり、物置になっていたりして、帰り場所がなくなってしまいます。だからそうではなく、もちろん本人とか家族の意向はありますが、少しでも帰られる場合、帰って少しでも一緒に過ごす期間を設けたいということであれば、そういう方向に持って行ってあげようということです。(資料36)

こういう点数を作ったところ、ある朝日新聞の記者がこういうタイトルで記事を書いてくれました。「ときどき入院ほぼ在宅」というものです。それまでは入院したらしっばなし、家に帰ったら帰りっばなしであったけれども、それをやめて、ショートステイ的なものも含めて家と病院や施設を行ったり来たりしても良いのではないかということです。逆に言うと、「ときどき在宅ほぼ入院」でも私は構わないと思います。(資料37)

ときどき入院(入所)ほぼ在宅

入院(入所)したらしっばなし
家に帰ったら帰りっばなし

- 出来る範囲で在宅を基本にしつつ、急変時や家族に休息が必要な時(レスパイト)等は短期入院、短期入所
- 患者の状態によっては、「ときどき在宅ほぼ入院(入所)」もあり得る
- いづれにしても、本人の希望に基づき、できるだけ家に帰して家族と過ごせる時間を作る

資料 37

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

いずれにしても、在宅復帰とか、地域包括ケアとか、あるいは7:1を減らすとか、そういう流れというのはご存じのように、その後の平成28年改定、平成30年改定でも続いています。平成30年改定の場合、これは去年の改定ですが、やはり言っていることは一緒でしょう。機能分化、連携、在宅とか、変わらないわけです。点数の細かいところを見ると、当然いろいろ右に左に揺れているように見えるかもしれませんが、大本のところはもう全然ここ何年も変わっていません。(資料38)

平成30年度診療報酬改定

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

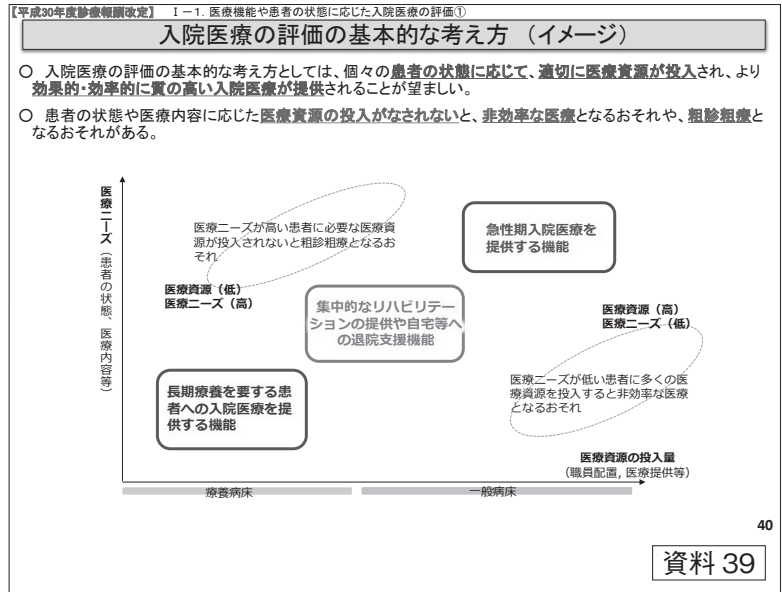
I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

資料 38

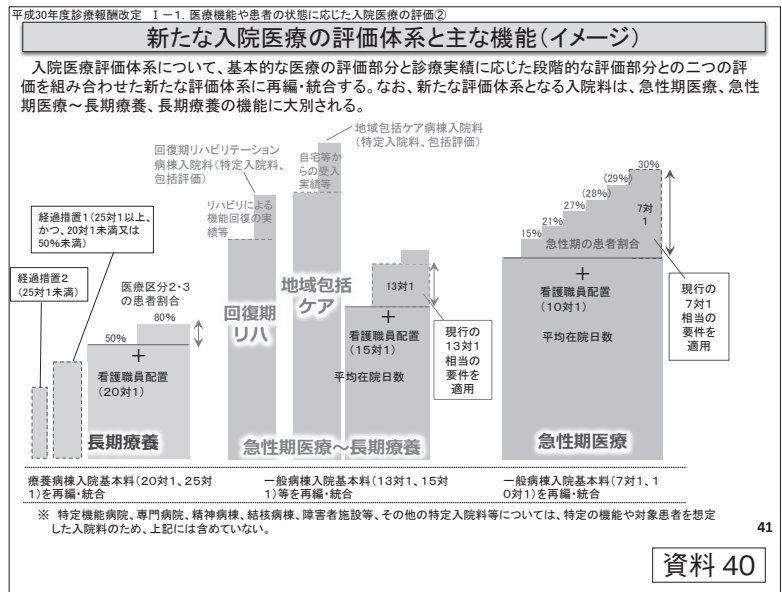
入院医療の評価の基本的な考え方(イメージ)

さらに平成30年の場合には、ニーズと資源の投入のラインに乗っているとところはちゃんと評価するけれども、乗っていないところは駄目ということです。(資料39)



新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

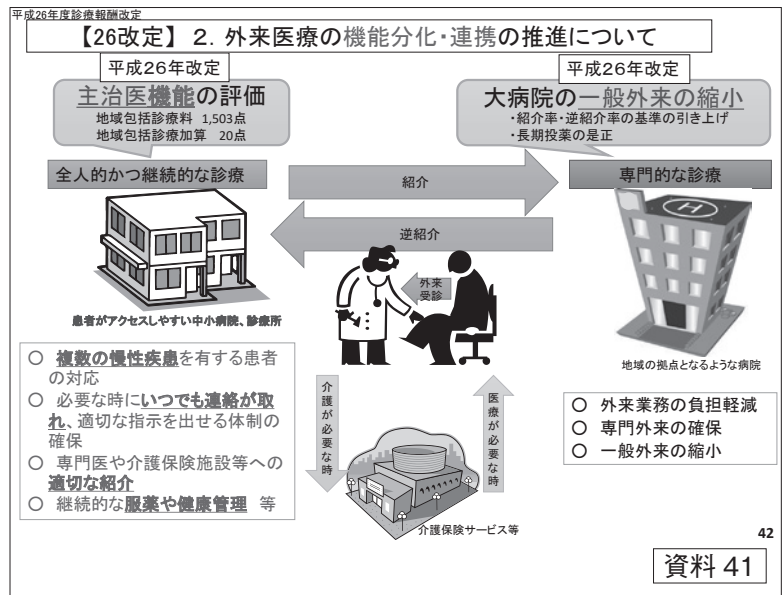
これもご存じのようにかなり細かい段階に分けたこういう評価というものを作りました。(資料40)



【26改定】 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

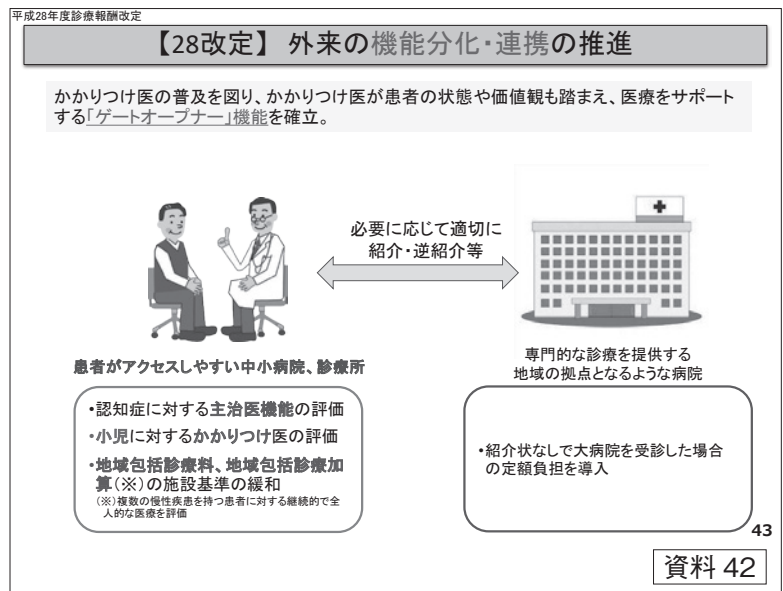
外来について言うと、これも平成26年の改定で初めて主治医機能の評価というのをやりました。これはいわゆるかかりつけ医のことです。それを主治医機能として評価を作りました。なぜかかりつけ医と言わなかったかと言うと、当時の某団体との概念が少しずれていたのです。ですから同じ言葉を使うとそちらに引っ張られてしまうと思ったのです。今は多分、その辺がある程度一致してきて、かかりつけ医という言葉を使っていると思います。

いずれにしても、機能分化という面では、大病院の一般外来の縮小ということ、それからこちらはむしろ在宅の推進に流れを作るような話です。もう少し24時間ちゃんと見る、あるいは介護のお世話もする、健康管理のように予防的なこともちゃんと医師がやるというのを作りました。(資料41)



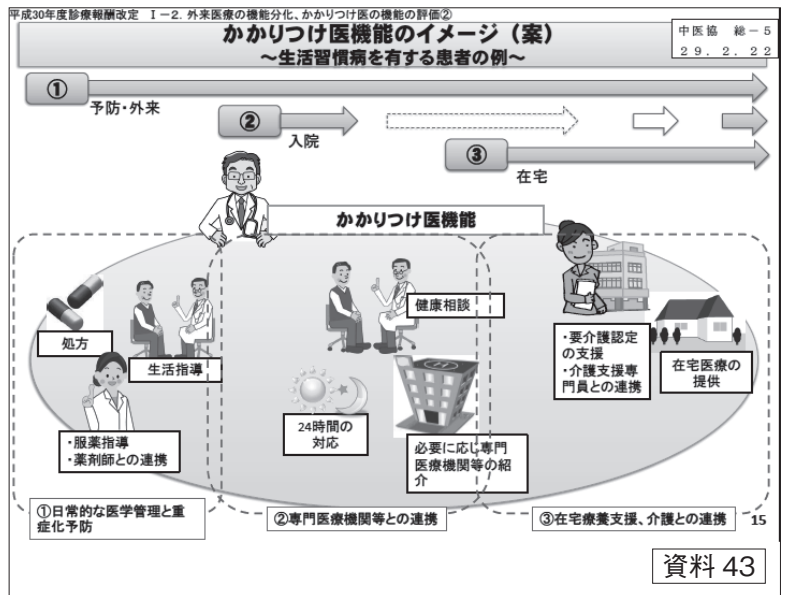
【28改定】 外来の機能分化・連携の推進

この2年後の28改定では、さらに認知症とか、小児というところにも広がりました。(資料42)



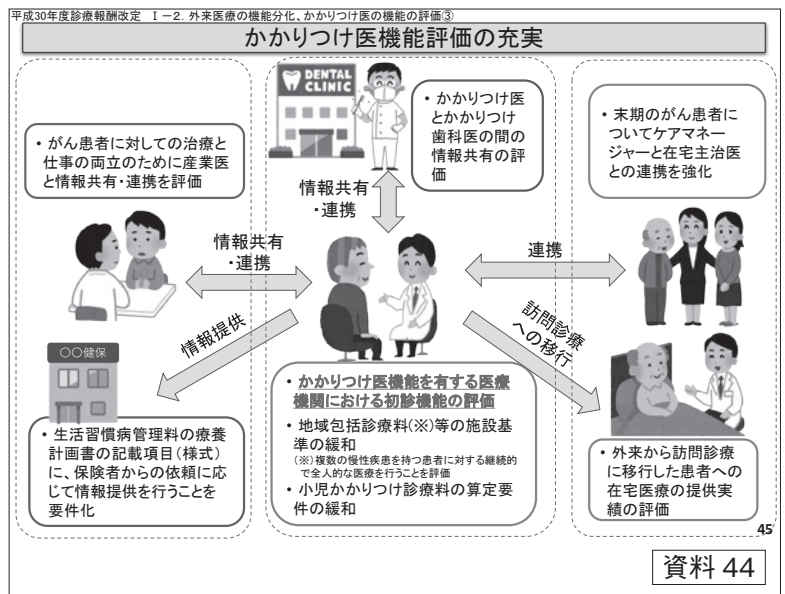
かかりつけ医機能のイメージ(案) ～生活習慣病を有する患者の例～

平成30年改定の際に、非常に分かりやすい図を書いてくれました。健康相談、生活指導などという予防のもの、あるいは介護につなげるというところまでやるのがかかりつけ医だということです。(資料43)



かかりつけ医機能評価の充実

ご存じのように、診療報酬というのは、基本的に治療を評価する仕組みになっています。予防というのはもう点数を付けない、評価をしないのです。あくまで治療だということです。ただそればかり言っていたら、かかりつけ医のまさに健康相談とか、生活指導が入らないわけです。しかしそのところは、私ときには包括と、あと少し加算の場合も要件で付けたのですが、そういうものを進めました。その意味では、これまでの診療報酬の概念を変えるような改革になっています。(資料44)



平成27年度介護報酬改定について

今度、少し介護のほうに触れます。これは平成27年の改定です。平成24年も一緒ですが、やはり地域包括ケアシステムとか、在宅ということを行っています。(資料45)

平成27年度介護報酬改定について

- 地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。
- また、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2.27%の改定率とする。

改定率▲2.27%

(如遇改善: +1.65%、介護サービスの充実: +0.56%、その他: ▲4.48%)

(うち、在宅 ▲1.42%、施設 ▲0.85%)

(注1) ▲2.27%のうち、在宅分、施設分の内訳を、試算したもの。
(注2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、在宅分に含んでいる(施設分は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)。

(改定の方向)

- ・ 中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- ・ 今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。
- ・ 介護保険制度の持続可能性を高め、より効果的かつ効率的なサービスを提供するため、必要なサービス評価の適正化や規制緩和等を進める。

46

資料 45

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

平成30年の介護のものが手に入らなかったのですが、この平成27年のものでは、特に地域の中で、中重度を見られるようにするという事です。つまり、今まで施設でしか見られなかったのだけれども、先ほど医療の変化ということでしたが、介護もだんだん地域の中で中重度を見られるように、そういうものを評価するという流れを平成27年の改定では作っています。(資料46)

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。

地域包括ケアシステムの姿

医療 介護が必要になったら… 介護

住まい

生活支援・介護予防

老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

47

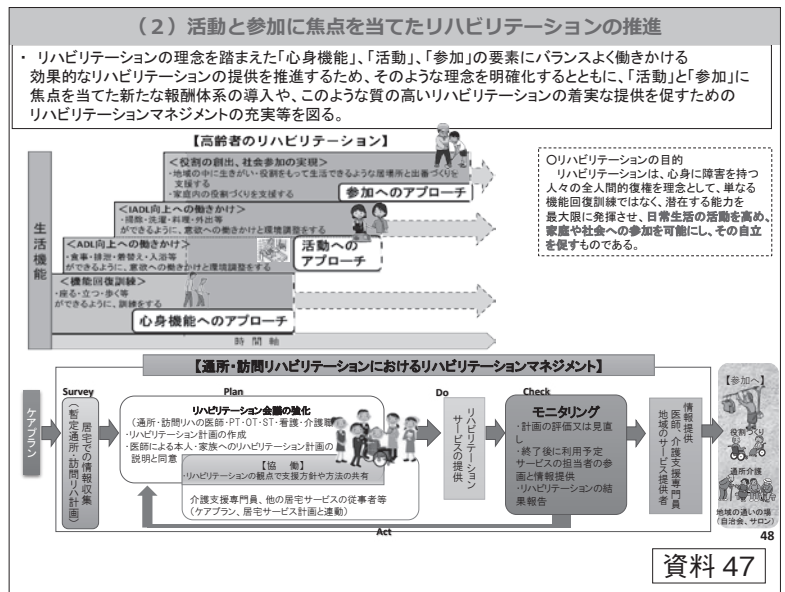
資料 46

(2)活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

さらにリハビリについてです。医療は「回復期リハ」、介護は「維持期のリハ」と言っていたと思います。多分ご記憶があると思います。つまり、医療の場合は、何かで機能を失われてしまったけれども、それを回復させるリハです。しかし介護の場合は、回復は望めないけれども、これ以上悪くならないように維持するという概念で来ました。

ただ単に維持をするリハというのは、やはり今一つ希望がないというか、本当にそれでいいのかと疑問に思いました。平成24年、私が課長のときには、むしろ機能は戻らないかもしれないけれども、残存機能、残っている機能を使って、ちゃんと生活ができるようにするという事です。実際、特にOTの方中心にやっていらっしゃいますが、そういうものをきちんと生かすリハが介護のリハではないかということで、「生活期のリハ」という言い方に変えました。

するとこれは平成27年ですが、さらに進歩して、生活だけではなく、むしろ社会参加に向かえるようにするという非常に積極的なリハビリというものを提唱しています。これも本当に在宅とか、地域包括ケアの流れに沿う非常に前向きなものだと思います。このように流れに乗りながら変わってきています。(資料47)



5. 地域医療構想

今、申し上げたところは診療報酬・介護報酬としての取り組みです。これらは、やったことに対して報酬が払われるという仕組みですが、必ずしもその枠組みに入らないものがあります。その部分は、制度、補助金という形で、地域医療構想などに基づいて行われました。(資料48)



病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定

このような図はもう皆さんは何度もご覧になったと思います。まさに機能分化の話です。これを補助金の世界でやっ
ていこうということです。(資料49)

病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定	
<p>○ 病床機能報告制度(平成26年度~) 医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病床単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。</p>	
<p>○ 地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度~) 都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。 国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度中)。</p>	
<p>医療機能の現状と今後の方向を報告</p> <p>医療機能の報告等を活用し、地域医療構想(ビジョン)を策定し、更なる機能分化を推進</p>	<p>(地域医療構想(ビジョン)の内容)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2025年の医療需要 入院・外来別・疾患別患者数 等 2025年を目指すべき医療提供体制 ・二次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等
資料 49	

在宅医療・介護の連携の推進

もう1つ。医療というのは、基本的に県がやるものということで、市町村は全然タッチしていませんでした。しかし実際、地域包括ケアと言うときに、地域包括ケアの中で、やはりもう少し小さい単位で医療というものを見ることができないと困るという話で、介護保険法を変えて、医療の関係もある程度市町村でも考えていただくと言うか、そういう方向にしました。

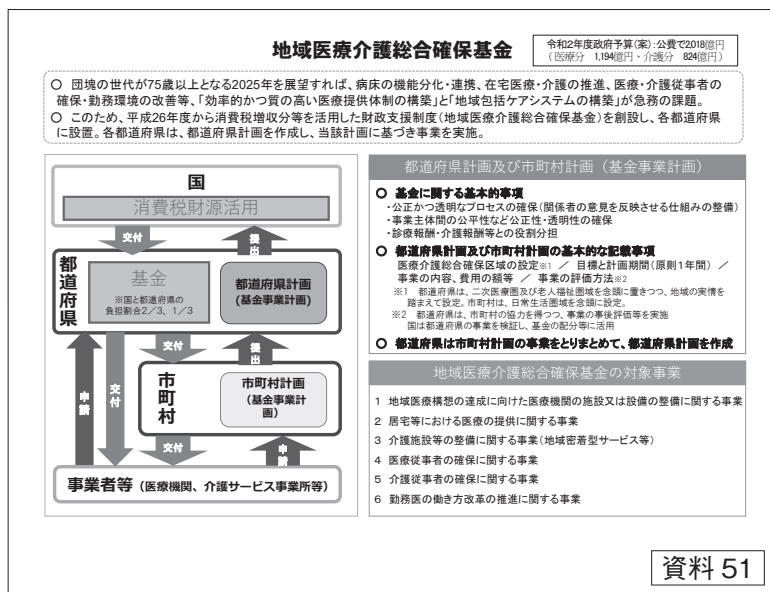
さらに、これもご存じだと思いますが、医療計画というのは5年ごとに見直しをやっていました。診療報酬は2年ごと、介護は報酬と計画と3年ごとということで、2年、3年、5年の最小公倍数と言うと、分かりますよね。30年です。

介護と医療、診療報酬だと、2年と3年で6年ですが、さらに医療計画の5年というものが入ると30年です。30年に1回しか大掛かりな改正ができないなど、これは待てないでしょうということで、医療法を改正して、この5年ごとというのを6年に改めて、さらに中間年の3年で必要な見直しを行うことにしました。つまり見直しの周期を一致させるようにしました。(資料50)

在宅医療・介護の連携の推進	
<p>○ 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでもモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。</p> <p>○ 具体的には、介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。</p>	
<p>市町村 (地域の現状把握・連絡調整等) 在宅医療連携拠点機能 (医師会等) ↔ 地域包括支援センター</p> <p>都道府県 (後方支援・広域調整等)</p>	
<p>(参考) 想定される取組の例</p> <ol style="list-style-type: none"> ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用 ……地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布 ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介 ……関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討 ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施 ……グループワーク等の多職種参加型の研修の実施 ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ……主治医・副主治医による相互補完的な訪問診療の提供等の調整、定期巡回・随時対応型訪問看護看護の推進 ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援 ……介護支援専門員等からの在宅医療・介護に係る協力的な問い合わせへの対応 等 	
<p>医療計画の見直しについて(医療法)</p> <p>○ 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針に即して、国が定める医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定。</p> <p>○ 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が増うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年(3年)で必要な見直しを行う。</p> <p>○ 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅医療患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。</p>	
資料 50	

地域医療介護総合確保基金

これは基金です。これは消費税の話の中で、先ほど言った診療報酬・介護報酬以外のもう1個の補助金で見るとして、この地域医療介護総合確保基金というものを作りました。(資料51)

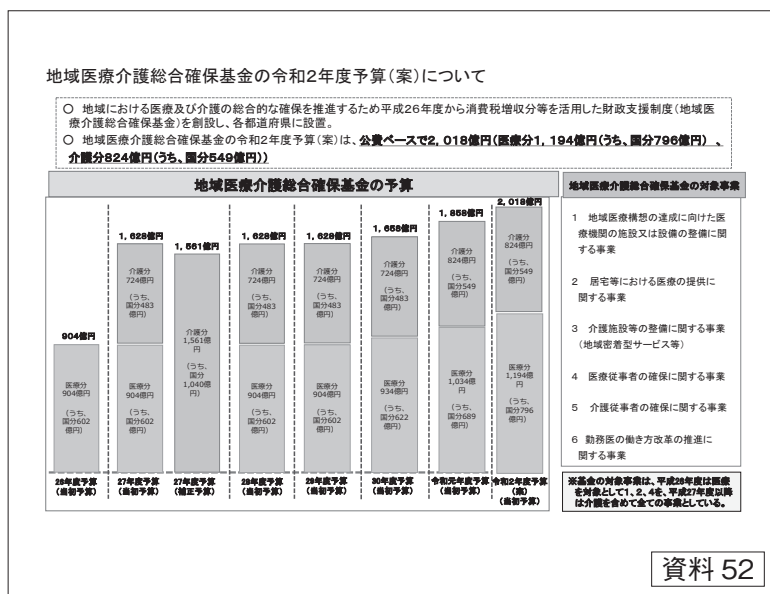


地域医療介護総合確保基金の令和2年度予算(案)について

何気なくここに入っていますが、今朝の閣議で、決定されたものです。介護を含めて、2,000億円を超えました。今年度の予算が1,858億円ですか。この中で、今日のMEDIFAX webを見ると、95億円分が働き方改革と書いてありました。そういうことで、来年度は2,000億円を超える予算が、今後の国会の議論で最終決定するわけですが、一応こういうところまで基金というものが伸びてきました。

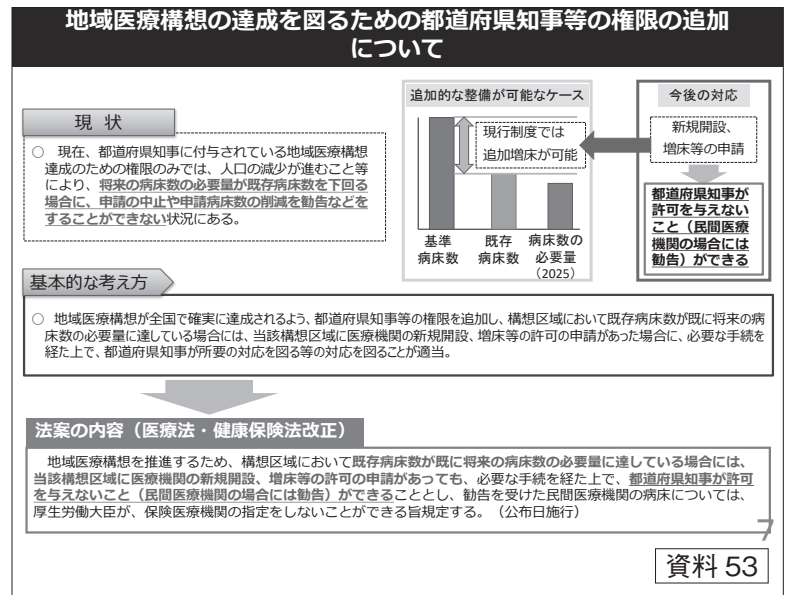
診療報酬と、こちらの制度、それを裏付ける基金というもので、先ほどお話し

た、例えば7:1をもう少し減らして別の病床に転換するとき補助金を出すとか、そういったいくつかの施策によってあるべき姿の方へ持っていくということです。(資料52)



地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

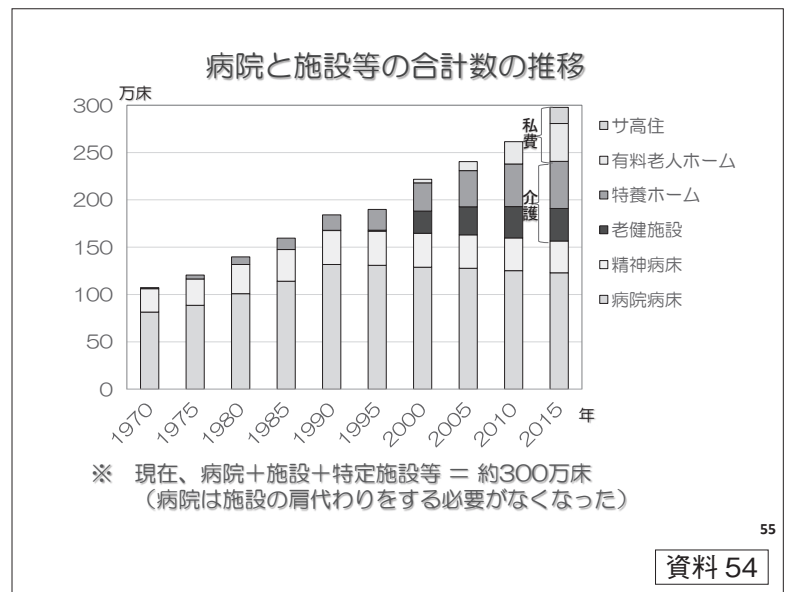
もう1つは、都道府県知事とか、地域がある程度ものを言えるようにするというので、これも皆さん、ご存じのとおりだと思います。(資料53)



月例セミナー
(宇都宮講師)

病院と施設等の合計数の推移

このようにあの手この手でやってきて、病院自体はもう全体としてそんなに増加していない、むしろ減少傾向です。少なくともだんだん病院は介護などの施設の代わりをする必要がなくなってきたという話です。(資料54)



6. 医師の変化

今、ずっと申し上げてきたのは、どちらかと言うと、ハード的な面が多かったと思います。

もう1つ、では実際に提供する人間の方はどうなのでしょう。特に医師については、一番その辺のところいろいろと制度が変わってきているので、医師についてお話をします。(資料55)

6. 医師の変化

56

資料 55

医師の任務

医師というのは、医療を提供するものだ、それはそのとおりなのですが、実は医師法の第1条では、医療だけではありません。「医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とあります。つまり病院で医療を提供するというだけではないという話があるわけです。(資料56)

医師の任務

【医師法】

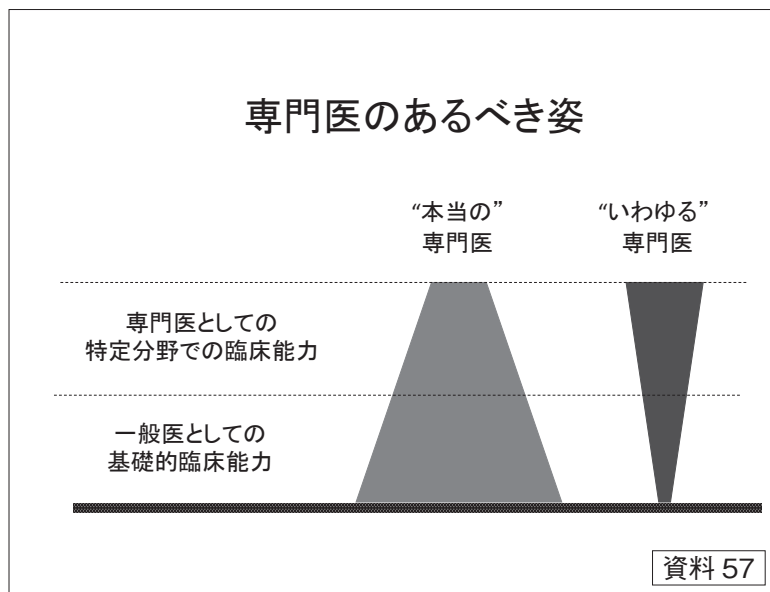
第一条 医師は、医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。

資料 56

専門医のあるべき姿

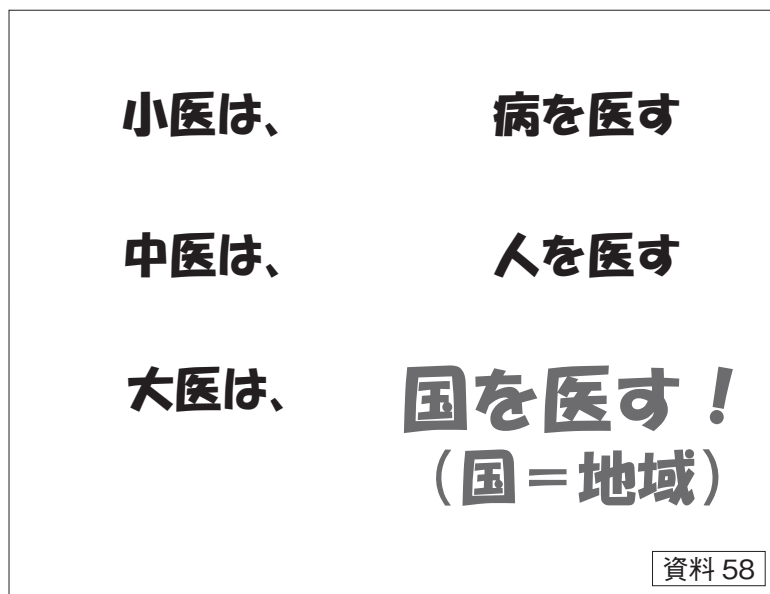
こういう中で、本当の専門医というのは幅広いベースの上に高い専門性を身に付けるものであるということです。ところがどうもこれまでの専門医の作り方と言うか、医師の教育というのは、頭でっかちになってしまっていて、違うのではないかという議論がありました。

ある人が言いました。「富士山というのはすそ野が広いから美しい。電信柱を美しいなどと言うやつはいない」と、少し口が悪い人ですが、そういうことがありました。(資料57)



また、中国の古い言葉でこういうものがあります。「小医は、病を医す」、治す、「中医は、人を医す」、治す、よく言います。病気を見て人を見ない、そういう医師ではいけないということで、ようやく医学教育も、できるだけ病気だけでなく、ちゃんと人間を見るようにしようというように変わってきました。

しかしこれだけではまだ中医なのです。では大医とは何かと言うと、「国を医す！」ということで、厚労省にいる医系技官が一番偉いと言っているのだろうと言われてしまいそうですが、実はそう



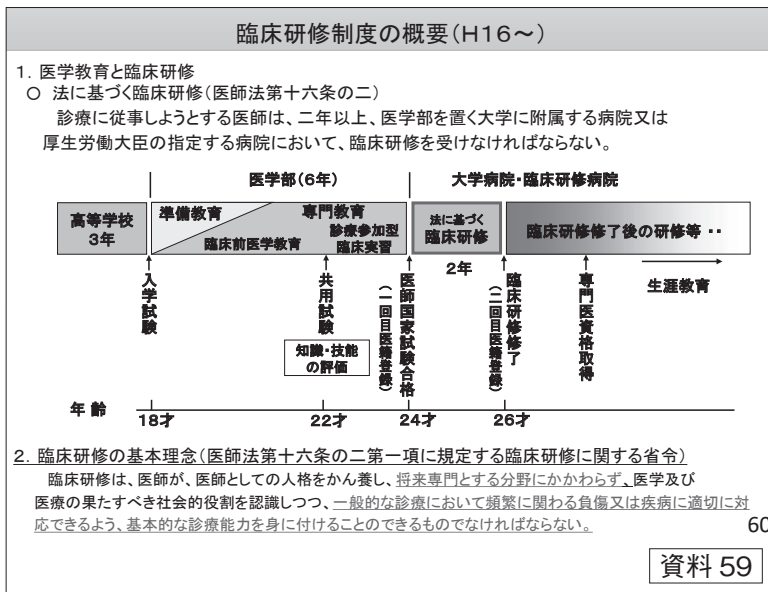
ではありません。国というのは、地域だと思えるのです。古くの中国は、われわれが今、国と言っているものをどちらかと言うと、天下と言っていました。むしろ国というのは、まさに地域で、日本でも「おらが国」とか、「あなたの国はどこか」とか、若干広い、狭いはあるかもしれませんが、やはり地域なのです。

つまり、当然人の病気を治すということはあるのですが、やはり地域全体を見て治さないといけない。例えば児童虐待だとか何だとかいろいろありますが、家庭や地域の問題、そういうことにも目を向ける。そこをちゃんと考えなければいけないのではないかということです。これは別に医者だけではありません。他の職種の方々も、今後はそういう方にも目を向けて。ですからまさに地域包括ケア、地域医療ということ意識していく必要があるのではないかということです。(資料58)

臨床研修制度の概要(H16～)

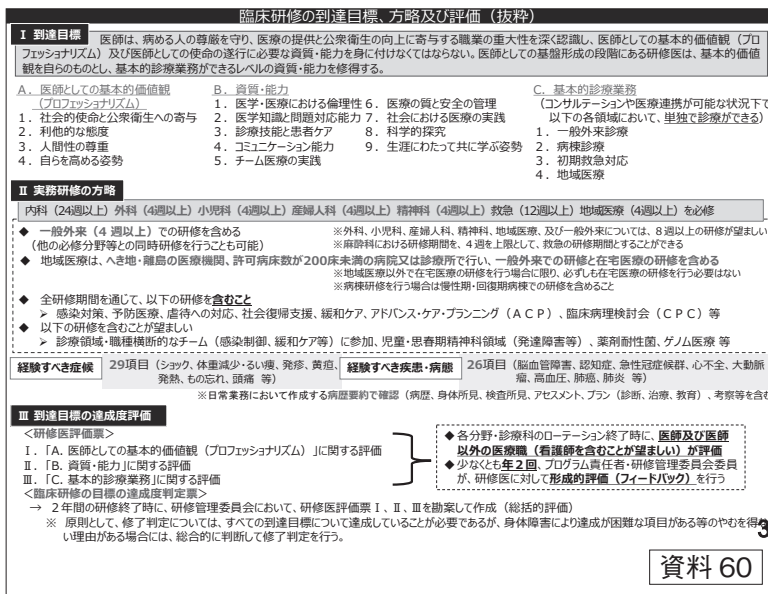
先ほどお話ししましたように、これまでのと言うか、われわれの世代の医師の研修というものは、もうほとんど大学病院でやられていて、先ほどご覧いただいたグラフの一番先のこの辺の患者しか知らないという医師が大部分だったわけです。しかしそういうことで地域など見られるわけがありません。ということで、医師の教育を改革すべきだということになりました。

これはもう15年も前ですが、臨床研修制度が新しくなりました。つまり卒業後、免許を取ってから2年間は、きちんと臨床研修を受けなければいけないとなりました。それまでは「受けるように努める」という努力義務だったのですが、法改正されて、完全な義務になりました。「将来専門とする分野にかかわらず」、「頻繁に関わる負傷又は疾病」、いわゆるコモディージェズなどはちゃんと対応できるように、診療能力を身に付けなさいということです。(資料59)



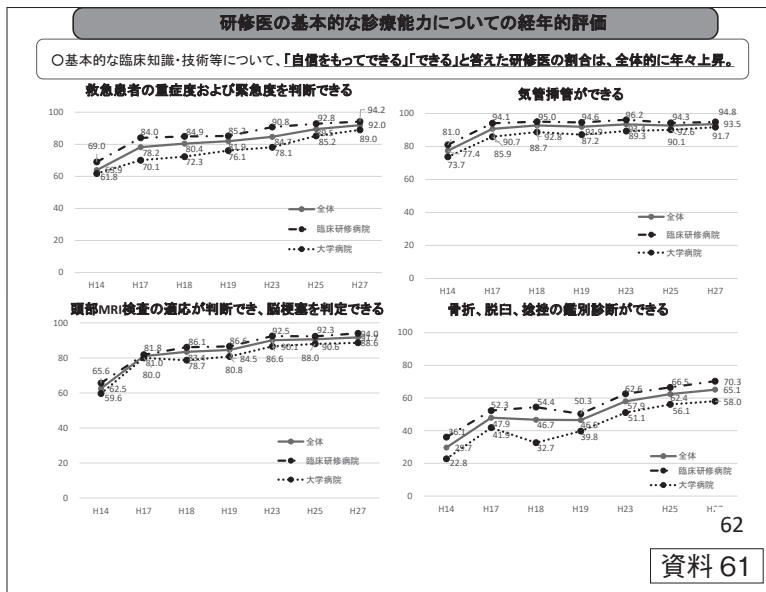
臨床研修の到達目標、方略及び評価(抜粋)

そういうことで、いろいろ細かいことが書いてあります。外科、内科、小児科などをちゃんと回って、必ず地域医療、在宅医療も含めてということで、こういう教育を受けている医師が増えてきています。(資料60)



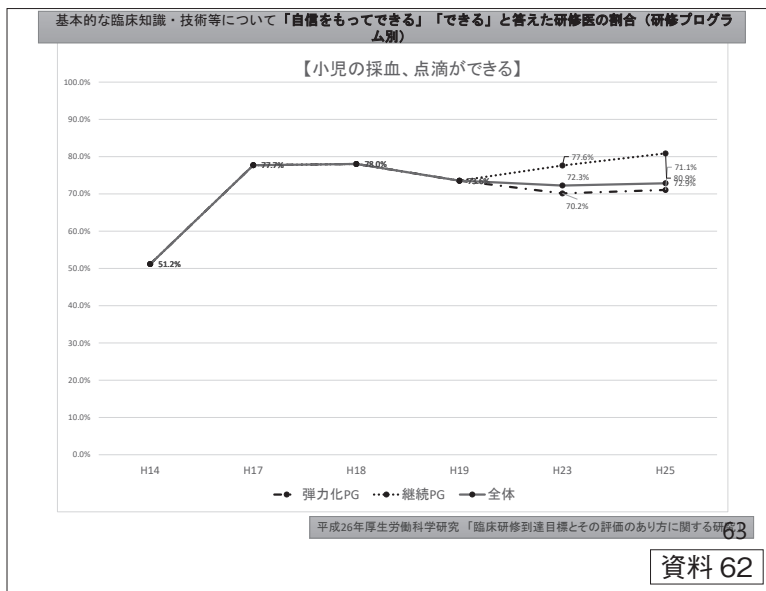
研修医の基本的な診療能力についての経年的評価

実際に診療能力としてもだんだん上がっているというデータがあります。ただ、ご存じのようにこの平成16年に研修制度が変わったときに、大学の医局の医師が減るといった問題が起きました。実は他の名義貸し問題とか、国立大学独法化とかいろいろな原因があったのですが、いずれにしても、大学の医局から医者がだいぶ減ってしまったということで、巻き返しがありました。7科目必修だったのですが、3科目必修に減らされました。(資料61)



基本的な臨床知識・技術等について「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合(研修プログラム別)

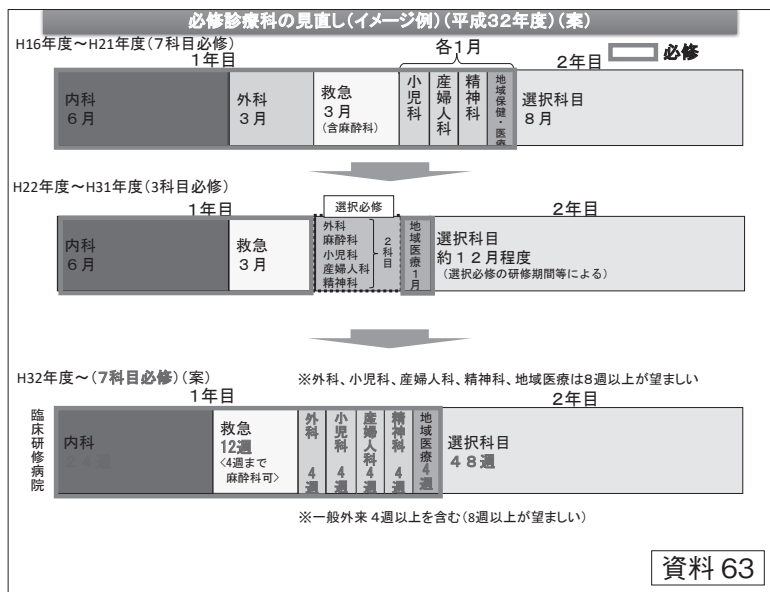
ところがその3科目にしたところ、これは1つの例ですが、小児の採血の場合、やはりできる人が減ってしまったなど、いろいろ問題が出てきました。(資料62)



必修診療科の見直し(イメージ例) (平成32年度) (案)

そのため、来年からまた7科目必修に戻ります。

いろいろ言いましたが、要は必ず地域医療とか、幅広いベースを勉強した医師がどんどん出てくるようになってきています。(資料63)



医療法

ここに加えて、医療法を持ち出しました。これも第1条の2で、医師だけでなく、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」、あとは福祉とも有機的な連携を図るといった理念に基づいて医療を提供しなさいと言っています。もう1回、地域包括ケアというものをきっかけに原点に戻る必要があるだろうということです。(資料64)

医療法

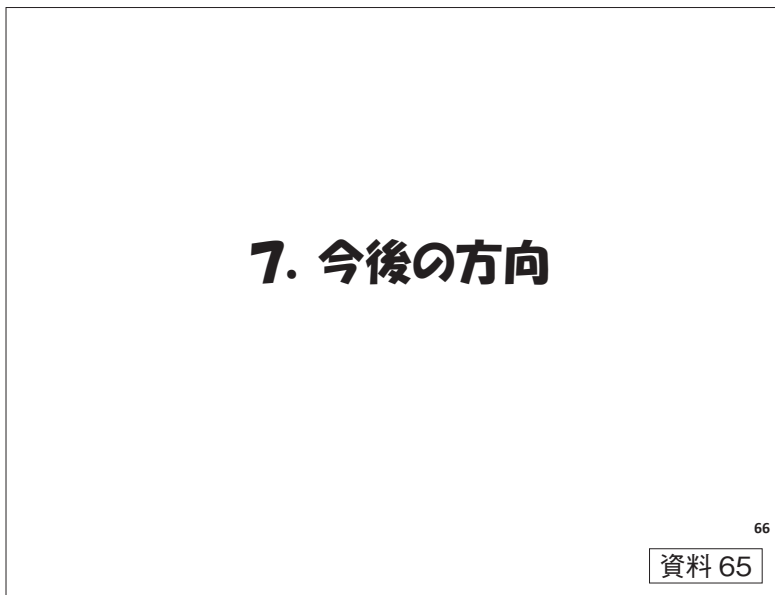
- 第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。
- 2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。
- 第一条の四 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。
- 2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

65

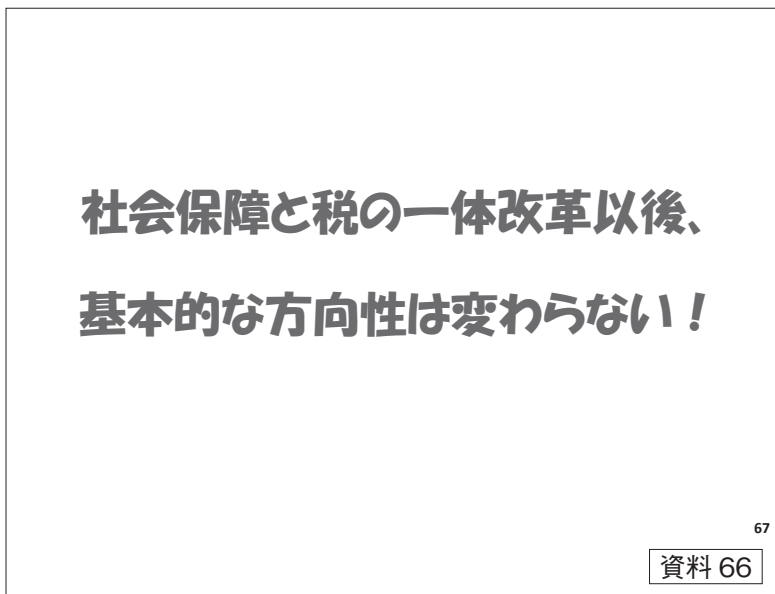
資料 64

7. 今後の方向

では、今後の方向はどうするのかという
 ことです。(資料65)



まず1つは先ほどご覧いただいたように、社会保障と税の一体改革の後、地域包括ケアだとか、あるいは機能分化と連携という基本的な方向性は変わりません。ですから目先だけ見ると、本当に右往左往してしまうことがあるかもしれませんが、大きな流れとしてはこうだということが分かれば、そんなに慌てる必要がないということが1つです。(資料66)



社会保障の今後の方向

では、今後どうするのかということですが、先ほどからお話ししていますが、自助、互助というものを見直して、できるだけ自分たちのできることは自分たちで、ということがあります。ただ税と社会保障の一体改革というのは、先ほど言ったように、消費税が10%に上がるときにどうするのかという話でなされた議論です。実際この10月から10%に上がってしまいました。上がってしまったけれども、当然これまでやってきたことは継続します。継続しますが、ではその後、どうしていくのかというときに、やはり「ポスト「税と社会保障の一体改革」」ということを考えなければいけないわけです。

今、全世代型社会保障の議論がされていますが、少し前から出てきているのは、この地域共生社会ということ。私は、もちろん全世代型社会保障と共通しますが、この辺が1つのキーになるのではないかと考えています。社会福祉法が改正されて、福祉のほうから先に来ましたが、やはり病気を抱えている人がどうやって生きるのかということです。実はがん対策基本法に基づいたがん対策基本計画の中でも、「共生」という言葉が去年から入りました。今後、難病とかその他のものにも広がっていくと思います。

もちろん支えられるということもあるのですが、自分の調子が割といいとき、あるいは軽いときには支える側にも回るとか、そうやってお互いに共生していくと、そこを医療とか、福祉の専門家がどうサポートするのかということが1つの大きな方向ではないかと考えています。(資料67)

社会保障の今後の方向

◎地域包括ケアの構築

自助 > 互助 > 共助(保険 [介護 > 医療])

・自分たちのことはできるだけ自分たちで

・専門職は自立支援(「やってあげる」ではない!)

ポスト「税と社会保障の一体改革」

◎地域共生社会の構築

・病気や障害を抱えながら、支え・支えられる

・誰もが役割と生き甲斐を持つ

68

資料 67

医療・福祉界は何をなすべきか！？

まずは社会保障改革のときにも言われていましたが、病院完結型から地域完結型へということです。お互いに同じ地域の中で、いかに俺のところ生き残って、あいつのところをつぶすかと、そういうばかなことを言っている時代ではない。地域の中でまさに自分の役割はこうであなたはこうだというふうには、お互いにそういう機能分化と連携をしていくということです。

それからまさに地域づくりです。非常に今、弱くなってしまう地域の方に対する貢献というものも含めてやっていく必要があるだろうということです。

医師について言えば、大学の先生には怒られてしまいますが、われわれぐらいの世代は本当にもう大学のことしか考えていないような人ばかりが多かったのですが、だんだんそうでない医師が増えてきています。こういう人も上手に使ってもらって、地域共生社会というものを実現していただきたいと思っています。

今後は働き方改革、専門医制度がどうなっていくかということによっても影響が大きいと思いますが、まず地域づくりということが第1点に来るのではないかと思います。(資料68)

医療・福祉界は何をなすべきか！？

○病院(施設・事業所)完結型から地域完結型へ

⇒ 地域における医療・福祉を総合的に捉えた役割分担
=機能分化と連携 自院の特徴は？何をすれば良いのか

○地域(包括ケア・共生社会)づくりへの貢献

- ・施設として
- ・医療・福祉の担い手として
- ・育ててきている若手医師(新制度は約10万人/30万人)

誰もが役割と生き甲斐を持つ社会の実現

* 今後は → 働き方改革、専門医制度等の影響も

資料 68

One for All All for One

最後ですが、私は実は学生時代、ラグビーをやっていました。医療とか福祉の世界はまさに、「One for All, All for One.」です。1人がみんなのために、みんなが1人のためにではないかと思っています。是非こういう心でつなげていってもらえればと思います。

ご清聴をどうもありがとうございました。(資料69)

One for All



All for One



資料 69