

超高齢化と人手不足の今 革新的な取り組みで 医療提供体制の持続性向上を

規制改革委員会

委員長／武藤 真祐

(インタビューは5月15日に実施)

4月から医師にも時間外労働の上限規制が適用され、医療業界も大きな転換点に立った。さらに2025年には団塊の世代が後期高齢者となる超高齢社会を迎える。医療の持続可能性と質向上の確保は必須だ、だが、それには医療業界が抱える課題解決に向けて改革を進めるべきと、武藤真祐委員長は語る。

看取りの場が病院外に 多職種連携の対応を

多くの医師と同じように、30年近く医療現場で長時間働きながら、多くの経験を積み重ねてきました。しかし、長時間労働を前提とした働き方にはさまざまな問題が生じたため、医療従事者の誰もが健康で安心して働ける環境づくりが進められてきました。医師の労働時間が制限されると医療提供に問題が生じるのでは、といった議論もありましたが、結果的に5年間の猶予が与えられ、他業種に遅れて2024年4月から時間外労働の上限規制が開始されました。

医師を取り巻く環境が変化する中、日本は超高齢社会となり、さらに多死社会を迎えようとしています。患者のニーズも多様化し、看取りの場は病院だけでなくとどまらなくなっています。国も早くから地域包括ケアなどの仕組みを整え、在宅医療・在宅看護・在宅介護の受け皿を作ってきました。しかし、現在は担い手不足に直面しています。

在宅ケアでは、例えば看護師が褥瘡

ケアを担当し、介護士が排泄を含めた身の回りのケアを行います。これらは生活上のケアですから、医師以上に看護師や介護士の果たす役割が大きいことが特徴です。つまり、病院という一つの組織内で医師の診断の下に行われる治療とは異なり、医師と看護師や介護士、時には薬剤師といった複数の職種が日常的に連携するチーム医療が重要になってきます。

ところが現状では、医師法や医療法などにより医師や看護師、薬剤師などが担う行為や扱える医薬品が細かく決められており、現場の連携を妨げる要因となっています。これらの規制は病院内での医師による治療を前提としているため、在宅ケアが主流の現状に十分に対応し切れていません。

実際、「苦しむ患者のためにできることをしてあげたい」という気持ちと「ルールを破るリスクは冒せない」という気持ちの板挟みとなって葛藤するケア従事者は少なくありません。彼らが安心して柔軟な対応ができるようにするためにも、タスク・シフト／シェアの領域拡大を推進する規制改革を着実に

武藤 真祐 委員長
鉄祐会 理事長

1971年埼玉県生まれ。2002年東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。東京大学医学部附属病院、三井記念病院にて循環器内科に従事後、宮内庁で待医を務める。その後マッキンゼー・アンド・カンパニーを経て、2010年医療法人社団鉄祐会を創業し、現在に至る。2023年5月経済同友会入会。24年度より幹事。23年度より規制改革委員会委員長。

に実行することが急務です。

医療機関の持続可能性を向上させる 経営スキルを持つ人材を理事長に

医療需要が増加する一方で、マクロな視点で見ても医師は慢性的に不足しています。都市部は医師が多く、病院も患者であふれています。地域や診療科によっては医師の偏在が顕著です。さらに、高齢者層も含めて人口減少が進む地域では、外来も入院も患者が減り始めているという統計があります。このように、経営の継続が困難な医療法人が増えていることを踏まえ、医療法人のサステナブルな経営効率化に向けた提言をもう一つの柱としました。

日本には8,000を超える病院があります。特に地方都市には国立・県立などの公立病院に加え、全国展開している医療法人がひしめき合っています。しかも、それぞれの持つ機能やサービスが類似しており、強みが活かされていません。本来であれば、急性期医療や慢性期医療など、それぞれの強みを機能分化させてリソースを集中し、より効率的な経営を実現すべきです。しか



提言概要(4月25日発表)

規制改革による持続可能な医療提供体制と患者中心の医療の実現

～タスク・シフト／シェアの推進と経営効率化～

提言のポイント

1. 多職種連携を実現するタスク・シフト／シェアのさらなる推進

(1) 医師から看護師へ

●ナース・プラクティショナー (NP) 制度の検討

医療崩壊が始まっている地方の医療を支えるためには、看護師がより多くの医療行為を自立的に行えるようにする必要がある。医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができるナース・プラクティショナーの活用について、課題を見極めながら制度化の検討を進めるべきである。

(2) 薬剤師から看護師へ

●訪問看護ステーションの配置可能薬拡大

在宅医療において、緊急時に看護師が初動対応する際、必要な薬剤が患者宅にない場合には、医師が処方箋を発行し、薬局に薬剤を取りに行く必要がある。訪問看護ステーションへの配置可能な薬剤の範囲を拡大し、事前に患者宅で起こり得る病態を想定して、少量の薬剤を自宅や訪問看護ステーションに準備しておくこと(置き薬)を可能にすべきである。

(3) 薬剤師からその他へ

●一部調剤業務の外注

医薬分業の推進により、薬剤師が薬剤使用の状況を継続的かつ的確に把握できれば、昨今の課題であるポリファーマシー(不必要または不適切に多くの薬剤を服用することで、有害事象などのリスクが高まる状態)の課題は解決される可能性がある。しかし、薬剤師は対物業務に追われ、対面業務や薬剤使用状況の確認に十分な時間を割けない現状がある。対物業務の効率化を促進するため、一部の調剤業務を他の薬局に外注する仕組みを推進すべきである。

(4) 看護師から介護職へ

●在宅酸素療法の開始・流量調整／研修を受けた介護職員の胃ろうへの薬の注入

在宅酸素療法の開始・流量調整は医療行為に該当するため、自宅あるいは看護師が24時間常駐していない施設では、看護師が来るまで患者は在宅酸素療法を受けることができない。看護師が不在でも、医師の事前指示があれば介護士にも在宅酸素療法の開始・流量調整を認めることで、QOLの向上と業務の効率化を実現すべきである。

同様に、看護師が不在でも専門の研修を受けた介護職員であれば、胃ろうへの薬の注入を可能とすべきである。

(5) 看護師から薬剤師へ

●薬剤師による在宅患者への点滴交換等

学会や関連団体による一定レベルの技能研修を受けた薬剤師にも、医療行為に該当する点滴交換を認めることで、早急な対応を可能とし、患者の苦痛だけでなく医師や看護師の調整にかかる業務負担を軽減すべきである。

●褥瘡への薬剤塗布

薬剤師と看護師で連携し、事前に医師または看護師からの指示がある前提で、褥瘡の状態によっては、学会や関連団体による一定レベルの技能研修を受けた薬剤師にも薬剤塗布などの処置を可能とすべきである。

2. 医療法人の経営効率化

(1) 医療法人の代表者である理事長の兼務

有為な経営人材の獲得が困難になっている現状を踏まえれば、理事長に複数の医療法人の兼務を認めることは、医療の質向上や経営効率化の観点からも有効である。法律上、他の医療法人の理事長の兼務を禁止する規定はないが、定義が曖昧な非営利性の考え方の下、医療法人を所轄する都道府県知事の認可を得ることができない。したがって、国が理事長の兼務や医師以外の理事長就任を認める通達を行い、質の向上と経営の効率化を図るべきである。

(2) 医療法人による収益事業の認可

国や第三者機関によって、一定程度の質の医療提供が認められた医療機関には収益事業を許可することで、診療報酬が大幅に削減されている現状を自ら打破できるようにすべきである。

(3) 混合診療が可能な領域の拡大

混合診療が可能な領域を拡大し、患者の選択肢を広げることを可能とすべきである。

【例】回復期リハビリテーション病棟では公的保険が適用されるリハビリの時間に上限があるが、患者がより長期のリハビリを希望する場合がある。混合診療を認めることで、自費負担をする患者により長いリハビリを同じ医療機関で提供することが可能。

(4) 医療の質に応じた価格設定

医療の質に対する価格が含まれた医療費が支払われるようにするために、外部の格付け機関による評価とそれに応じた価格設定が可能になるような制度について検討すべきである。

し、このような経営改革はほとんど進んでいません。

さらに後継者もなく、老朽化する施設の建て替えの融資も受けられない状況に陥り始めている地方病院も増えています。医療法人にも経営手腕が問われているということです。持続可能な経営を実現するためには、原則、理事長には医師でないと選任できず、兼任を認めない現状の制度を変える必要があります。また、医療法人による収益事業を認めるなど、地域医療を「経営できる分野」として立て直し、医療提供体制の持続性を向上させることが重要です。混合診療などで保険外でも収益を得られる仕組みも必要でしょう。

経済同友会は20年前にも医療法人の規制緩和に向けた提言をしています。当時と比べて、医療を取り巻く環境は大きく変化しました。本提言を実現させるためのハードルも下がっていると実感しています。国民の幸福の根幹にかかわる医療という社会インフラをいかに持続可能なものにしていくか。今こそ、さまざまな分野の専門性や英知を持ち寄り、取り組むべき課題です。

詳しくはコチラ

