自治体病院全国大会2019
「地域医療再生フォーラム」

日　程

2019年11月20日（水）

10:30～13:00

・開会挨拶

・来賓挨拶

・座長挨拶　泉谷　満寿裕　氏

・講演Ⅰ　遠藤　久夫　氏

・講演Ⅱ　副島　秀久　氏

・討論

・決議

・挨拶

会　場

東京「都市センターホテル」

主　催

全国自治体病院開設者協議会

公益社団法人 全国自治体病院協議会

全国自治体病院経営都市議会協議会

全国知事会

全国都道府県議会議長会

全国市長会

全国市議会議長会

全国町村会

全国町村議会議長会

公益社団法人 国民健康保険中央会

テーマ

我々が中心となり地域を守ろう!!

－地域住民のための医療提供体制、医療連携－

参加者

269名

開会挨拶

■公益社団法人 全国自治体病院協議会
会長　小熊　豊
砂川市立病院名誉院長

皆様、おはようございます。日本全国からお忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

この地域医療再生フォーラムには、我々の議員連盟の会長であります細田先生が、お忙しい中、ご出席を賜りました。総務省からは沖部審議官、厚労省からは吉田医政局長がわざわざご出席を賜っております。厚く御礼を申し上げます。

本日は名簿を拝見しますと、市長さんや町長さん、議長さんや副議長さん、議員の皆様、色々な方がお越しいただいております。それから、もちろん自治体病院関係の方もたくさんお越しいただきました。本当に感謝申し上げます。

本日は遠藤先生と副島先生という日本を代表するお二人のお話を拝聴することが出来ますので、そのお話を先生方もお聞きいただいて、是非これからにご活用いただければと思います。

それではどうぞよろしくお願いします。ありがとうございました。

来賓挨拶

■自治体病院議員連盟
細田　博之　会長

皆さん、おはようございます。今日は自治体病院の全国大会2019「地域医療再生フォーラム」のご盛会､誠におめでとうございます。

私は、ある議員立法を提出しておりまして、昨日、衆議院の総務委員会で採決を行いました。そして、明日の本会議で通り、来週は参議院で通過をする見込みであります。

その法案とは何かというと、今、人口急減地域が非常にたくさんある。このまま放置すれば、人口がどんどん減って、仕事が減っておりますし、そして若い人は定着しない。そういう状況は何とか解決しなければならない。この中にも、人口がそれほど減っていない地域の方もおられますけれども、多くの地域、或いは同一県内ではたくさんの人口急減地域がございます。

そこで、私の法案は、人口急減地域の市町村が、旧町・旧村でもいいんでございますが、まとまって地域おこしのための事業協同組合を設立出来る。県知事の認可でございます。そして、事業協同組合を設立すると、そこで若い労働力を募集する。今でも募集していますが、地域おこし協力隊というのは待遇があまりよくなくて、市町村の臨時職員ですが、３年経つと何処かへ行かなければいけない。それではだめだと。事業協同組合の職員には、平均的にいえば25万～30万円の月収を保障して、そして組合の職員でございますから、厚生年金がつく。130万～150万円、もっと長く勤めれば170万円の年金がつく。所得と大きい年金を保障する。

そして、何をやるかといえば、その地域のために、農繁期には農業を手伝い、漁業のあるところは漁業を手伝い、林業があるときには林業を手伝い、病院のお手伝いでどうしても人手が足りないときにはそれをお手伝いしても構わない。介護にしても、建設にしても、何をやってもいいから、その地域のために働いてもらう。そして、人件費でございますが、普通に働いたのでは、10万円ぐらいしかもらえないわけでございますが、50％を国が補助する。主計局は来年度予算からそれを手当てすることを約束をしております。人件費の50％を国が補助する。そして、25％は交付税で措置する。残りの25％は、そういう色々なところでお手伝いをして、病院でお手伝いすると、それなりの給料に値するものを協同組合としてお支払いする。

色々な仕事をすることによって、雇用の場が増える。育児も出来るし、住宅も豊かで、最近は地方に住みたいという人がたくさんあります。というか、東京に住むことが非常に辛い。大都市に住んでもおもしろくも何ともない。臨時労働であったり、派遣労働であったり。そして、外国人労働がこれからどんどん入ってきて、日本人で大都市に住むことは、子育ての面でも、結婚の条件でも、みんな悪いところばかりでございまして、地方で豊かに住みたいという人が多いわけですから、そういう仕組みをつくろうというので、いよいよ来週、国会を通りますと、来年の春、施行されます。

そして、予算措置は来年度から措置される。先程言いましたような人件費補助、或いは組合の運営費補助。それは、自治体、特に人口急減地域、全国的に皆さんのところで人口が増えているところはほとんどありませんから、人口は急減しておりますから、地域がまとまる場合にはそれをやろうと。

そういうことでございますので、お持ち帰りになったら、色々聞いていただきたいと思います。これから法律が通った段階で、各県、各市町村にこれを利用してくれということで、もう気がついて、今まで町村会などはこれに取り組むと言っておりますが、そういうことをやります。

人口急減が止まることによって、また自治体病院の経営にも色々な影響が、プラスの影響が出ると私は確信しております。人口急減をただただ受容して、高齢化して、少子化する、そういうことから、地方でそういう改革、革命を起こすべきであるということで、法律が成立するということをまず申し上げたいと思います。

自治体病院の問題については、我々議連も様々な意見を申し上げてきました。地域医療構想で厚生労働省は、医政局長もおられますけれども、ボールを皆さんに投げたわけでございます。そのボールも、全国を対象にして調査をして、こうであると言ったけれども、厚労省が全体を全部、状況を把握しているはずはないので、個々の県から、市から、様々な意見が出ておることは承知しております。私は、厚労省が上の立場に立って、いわば勝手に合併を進めるとか、医療の体制はここととここを結びつけたらどうかと言っても、それは簡単に進む問題ではないと思います。むしろそれを批判する立場もわかるわけでございますが、本来やるべきことは、県、市町村が、自分たちが、今、自治体病院というのは色々な危機があるわけで

す。財政上の危機で、何億円も赤字のところもある。問題のあまりないところもある。人口急減で困っているところもある。先程言ったような人口急減地域でどうしても地域医療を守らなければならないところもある。医師不足、看護師不足も激しい。診療科目によって色々な偏りがある。これについてどうしたいのか、自治体としてどうしたいのかということを考えることは自治体の義務であろうと思っております。

私は今朝の８時からの議連の総会でも申しました。厚生労働省にケチをつけることは簡単である。ケチをつけて、それで厚労省が、全体的にこういう枠組みでいきましょうと決まるはずがないのであります。したがって、私はとりあえず、今朝は仮に申したんでございますが、それが出来るかどうかはまた各県で考えていただきたいんでございますが、県で、少なくともあまり大きな県ではだめだろうから、人口が300万人以下の県であれば、その県の医療体制は大体、把握しているわけですから、どこの病院があって、私立の医療法人がどれだけあって、どういう風に組み合わせたらいいのか、どういう欠点があるのか、どういう赤字があるのかというのはみんな知っているんですから、その知識をもとに、県、市町村はどうしたいということを、３カ月か４カ月で結論を出してくれと。そして、県が、こうしてほしい、それにはこういう条件でなければだめだ、どういう補助金ももらわなければいけない、大学との連携はどうするか、最高級の医療施設を何とか置きたい、高度な PET － CT、或いは高度な医療、陽子線治療や重粒子線治療、或いは高度ながん手術や再生医療手術など、色々これからありますけれども、それをどういう風に補完して、連携して地域医療を守り、地域の住民を守るのか。それと、体制の問題、大学との連携の問題をどうしたいのか。その県としては、その市町村としては、どういう風にするのがいいのかということを、ちゃんと意見を出してもらったらどうか。

そして、その中から共通する事項については、厚労省が、この点は助成を強化しましょう、こういう対応策をとりましょう、学校との連携においては、地方の医師不足が生じないようにこうしましょう、消費税の負担はどうです、専門医の問題はこうです、高度医療の問題はこうです、そういう答えを出していくことが、地域医療に対しての本当の答えになる。その意味では、今日お集まりの皆様方こそが、この道の専門家であり、その地域の専門家、医療についての専門的知識、具体的な住民の状況について把握しておられるんですから、その人たちの知恵を全部、集めて、そしてそれを抽出して、厚労省が政策としてまとめていくしか、この問題は解決しない。

一般的な診療報酬をいくらにするか、消費税の影響をどうするか、専門医制度をどうするかという問題の他に、医療保険制度をどうするか、保険対象を広げるのか、広げないのか、高齢化に伴う負担の問題をどうするか、これは厚労省が全体を見て決めるべき問題ですが、地域医療の本質については皆様によく意見を出していただいて、それをまとめることが、この地域医療で一番大事な問題であるということを申し上げました。そのことに多くの皆さんは異論はないと思います。

地域で、県ごとに、それで結論も出ないようなら、厚労省で結論が出るはずもないんです。それは当然のことです。意見だけ言って、それで実際に何も出来ないというようなことがあってはならないので。もうそんな余裕ありません。本来、こうしたいというところには、それが出来るような仕組みをつくることが、自治でもあり、地域医療の本質であるという観点から、是非皆さんにお知恵を出していただきたい。

議連としては、そういうご意見がどんどん出てくる段階で、国の政策がいかにあるべきか、各病院への支援体制、或いは合併や、色々なこともあるかもしれませんが、そういうことへの支援体制をどうするか、各論と総論を全部色々勘案して政策にまとめていく。そのことで我々議連も働いてまいりたい。そのことは皆さんにお約束して、皆さんからのお知恵を出していただくこともお願いして、ご挨拶とさせていただきます。

本日は誠におめでとうございます。

■総務省

沖部　望　大臣官房審議官

皆様、おはようございます。本日の自治体病院全国大会2019「地域医療再生フォーラム」の開催に当たりまして、お祝いを申し上げます。

皆様方には、地域の命と安心を守るため、地域医療の確保に多大なご尽力をいただいておりますことに、深く感謝と敬意を表しております。

人口減少や少子高齢化の急速な進展により、医療需要も大きく変化していくことが見込まれる中にあって、地域において効率的、かつ、質の高い持続可能な医療提供体制の確保を図るためには、公立病院におかれても、地域医療構想を踏まえて、さらなる改革を推進していくことが求められております。

一方、先日まとまった全国の公立病院に関する平成30年度決算の内容を見ますと、引き続き厳しい経営状況が続いていると認識しております。

総務省におきましては、平成27年３月に新公立病院改革ガイドラインをお示ししましたが、各病院におかれましては、このガイドラインに沿った新公立病院改革プランにより、具体的な取組が進められていると存じます。総務省としましても、そうした取組に関しまして財政措置を引き続き講じるとともに、フォローアップを通じまして状況の把握や必要な助言を行ってまいります。

また、地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議において地域の実情を十分に踏まえた議論が行われることが重要であり、国と地方が共通の認識を持って取組を進めることが必要でございます。総務省は、厚生労働省の取組を受けまして、去る10月４日に地方三団体、厚生労働省及び総務省で構成する国と地方の協議の場を立ち上げ、先週12日には第２回目の協議を行ったところでございます。今後もこの会議において、国と地方でしっかりと協議を重ねつつ、地域の実情を踏まえた取組が着実に進むよう取り組んでまいります。

結びに、本日の「地域医療再生フォーラム」が実りあるものとなり、公立病院が医療の提供を通じて、地域の発展に一層貢献されることを祈念いたしますとともに、皆様方のご健勝、ご活躍をお祈り申し上げ、お祝いの挨拶とさせていただきます。

本日は誠におめでとうございます。

■厚生労働省

吉田　学　医政局長

おはようございます。厚生労働省医政局の吉田でございます。

本日の「地域医療再生フォーラム」にご参加いただいております自治体病院開設者協議会のメンバーたるそれぞれの自治体の首長の方々、議会の関係の方々、そして第一線で地域医療を支えていただいております自治体病院の関係者の方々に、このような席からではございますが、改めて平素からのご理解、ご支援に感謝申し上げたいと思います。本当にありがとうございます。

改めて申し上げるまでもなく、地域医療は、それぞれの地域に課題が山積してございます。かねてから、医師が足りない、診療科によっては医師が来ないという話もございます。今、全国に30万人のお医者さんがおられます。毎年9,000人ずつ、新規にお医者さんが卒業され、資格を取られます。これだけの養成をさせていただいておりますが、データを見ると、より大都市に行かれるお医者さんが多くて、或いは診療科でばらつきがあって、なかなか目の前で困っておられる地域の特定診療科のところのお医者さんの増加につながっていないというご指摘をいただいております。

2018年に医師の偏在を是正するための法律を国会で通していただいて、現在、都道府県で医師確保計画というものをつくり、都道府県間の需給もそうですが、県内の県庁所在地一極集中的なところもあるやに伺っておりますので、県内の偏在もどうするかを含めて、色々と取り組んでいただく、その

ための支援を私どもとしてもさせていただいております。

一方で、目の前のお医者さんは、多くの地域において非常に長時間の労働によって、そのスタッフが地域を支えていただいているという実態がございます。データを見ると、オールジャパンで働き方改革という名のもとにこの４月から労働時間の残業規制が入りましたが、いわゆる過労死基準と言われている水準を超えるお医者さんが全体の４割、過労死基準と言われる長時間労働の２倍を超える水準のお医者さんが１割というデータがございます。もちろんお医者さんとて人間でありますし、我々患者、住民の立場から見ても、お医者さんにヘロヘロになっていただくのではなくて、健康で活動していただいてこそ、医療の質を高め、地域に貢献していただける。一方で、今の長時間労働があってこそ、地域医療が回っているという現実もございます。オールジャパンの労働時間上限規制はこの４月から導入されましたが、ドクターに関しては2024年まで猶予されております。この2024年までの間に地域医療とお医者さんの健康を両立するための仕組み、工夫をしなければならないという状況に置かれております。

こうしてまいりますと、ドクターの偏在、医療関係者の人材確保、そして医療関係職種の働き方改革を進めるためには、既に先行している地域医療構想という形で各都道府県にそれぞれの圏域ごとにおつくりいただいた2025年に向けた全体としての病床数や、それに向けての機能をどういう形で、その描いていただいた絵柄に向けて、個々の病院、そして関係者の方々のご理解、お取り組みをいただくかということが大事だと思っております。

地域医療構想調整会議でこれまでも議論をしていただいておりますが、さらに活性化し議論を尽くしていただく、そのための手法、材料として、先日、分析結果という形での424病院という形での公表をさせていただきました。私どもの公表の仕方、或いはそれに至る説明不足について、多々ご指摘、お叱りをいただいておりまして、反省するところも多うございます。

私どもとして今、先程お話のありました国と地方の協議の場という形で、地方三団体の方々、そして総務副大臣と一緒に、厚生労働副大臣も参画させていただき、改めて地方の方々のご意見を伺っておりますし、そこでいただきましたご提案を踏まえて、全国の７つのブロック会場での意見交換、そしてさらには今、都道府県単位でお声をかけていただいたところには我々は出向いて、今回、何をしているのか、何が我々の狙いだったのか、或いは、今回のデータは、あくまでも急性期・高度急性期に着目したものであること、データが2017年の一時点ということでありますので、その後の状況変化について反映していないこと、何よりも今回お示ししたものはあくまでも先程申し上げました地域における議論を活性化していただくための材料、私どもがお示したデータでは当然、ひろい切れない地域のご事情なども十分、地域でご議論いただいて、決して我々厚生労働省、国が機械的に個々の病院に何かをお願いする、或いは何か言っているわけではないという趣旨を重ねて申し上げております。

ただ、この間、住民の皆さんに不安が広がった、或いは職員の方々に対して一定のハレーションが起こったという厳しいご意見をいただいておりますので、しっかりとそれを受けとめて丁寧にご説明させていただきながら、いずれにしても先程申し上げた３つの課題、私どもはこれを三位一体と言っておりますけれども、医師の偏在是正・確保、医師の働き方改革、地域医療の形というものを、総合的にそれぞれの地域でお考えいただく。そして、それに取り組んでいただく。私ども国としては、財政支援を初めとして、しっかりと関係省庁とも、ご理解をいただいて取り組むという姿勢でこれからも進めさせていただく。そして、何よりも地域に密着した、地域の事情についてしっかりと聞かせていただきながらそれを応援するというスタンスをとらせていただきたいと思っております。

こういう形でお集まりいただき、今日は討論もあり、また講演もあると伺っております。それぞれの地域事情に応じてのご議論がこれから出てこようと思います。私どももしっかりと受けとめて、国として行うべき支援に全力を挙げて取り組みたいと思いますので、引き続きご理解とご支援をお願い申し上げまして、フォーラム

に当たってのご挨拶とさせていただきます。

今後ともよろしくお願いいたします。

座長挨拶

■石川県珠洲市長
泉谷　満寿裕　氏

皆さん、改めまして、おはようございます。本フォーラムの座長を務めさせていただきます、石川県能登半島の先端、珠洲市長の泉谷でございます。何卒よろしくお願い申し上げます。

自治体病院では、全国各地、いずれにおきましても、地域の皆様が安心して暮らせるよう、地域医療の充実に向けて日々最大限の努力を傾注しているところでございます。しかしながら、慢性的な医師不足や看護師不足、地域の偏在等により運営が難しい状況が続いております。地域によって様々な課題に直面していると思いますが、そのような中にあって、先程厚生労働省の吉田医政局長からもお話がございましたけれども、先般、再編統合の必要性について、特に議論が必要な公立・公的医療機関等が全国一律の基準により公表され、地域からは混乱や不安が広がっております。まずはこのような事態を解消し、落ちついて議論を進められる環境づくりが必要ではないかと考えております。

こうした中、本日のフォーラムは、「我々が中心となり地域を守ろう！！―地域住民のための医療提供体制、医療連携―」をテーマとして開催いたします。

今日、我が国は世界に類を見ない少子化、高齢化、人口の急減という大きな課題に直面しております。地域の創生に向けて、地域医療の確保は不可欠であり、医療提供体制については、医療機関の機能の分化・連携を進めるため、各都道府県で地域医療構想の推進に向けて議論がなされているところでございます。

今日のフォーラムでございますが、その趣旨は、地域ごとに高齢化の状況や医療資源の状況、病院の置かれている環境等が異なることを踏まえ、先行事例から知見を得つつ、今こそ自治体病院関係者が力を合わせ適切な医療提供体制の構築に当たって、中心的な使命を果たすときであるということでございます。

本日、お二人の講師の方からお話をお伺いいたします。１つ目の講演は、国立社会保障・人口問題研究所所長の遠藤久夫先生、２つ目のご講演は、社会福祉法人恩賜財団厚生会支部熊本県済生会支部長の副島秀久先生にご講演をいただき、超高齢社会の医療・介護の将来やこれからの地域医療の展望をお聞きし、地域医療のあり方などを模索する上で有意義な機会となればと思っております。

講演後には、超高齢社会に向けた医療・介護の今後の動き、地域における医療連携のあり方、問題点や展望について率直な討論をお願いしたいと思いますので、何卒、最後までどうぞよろしくお願いします。ありがとうございます。

講演Ⅰ

■国立社会保障・人口問題研究所 所長
遠藤　久夫　氏

私は国立社会保障・人口問題研究所という国の研究所の所長でございますけれども、本日お話しすることは、この研究所を代表する意見でもございませんし、或いは厚労省の立場の意見でもありません。一研究者の意見という形で聞いていただければと思います。

私自身は色々な審議会に絡んでおります。現在もこの三位一体と言われている医療提供体制改革に絡んでいますので、どういうことが議論されてきているのかということを中心にお話しいたします。審議会に出された資料をお手元の資料として配布していますが、国の審議会の資料というのは非常に細かくてわかりづらい。したがって、これを一つ一つ説明をすることはいたしません。どういうことで、どういう流れになっているのかということを、私なりの意見を踏まえてお話をさせていただければと思います。

（スライド１）先程、厚労省医政局長の吉田さんから「三位一体」という言葉が出ました。三位一体改革というのは、現在、医療提供体制に対して非常に大きな変革が行われているわけですが、それらを総称して言っています。すなわち、病床の機能別の再編という「地域医療構想」、マンパワーに絡む話である「医師の偏在対策」と「勤務医の残業規制」の三つです。どれも、重要な課題です。三位一体というと、それぞれを、うまくやると最終的にすばらしい結果になるという予定調和のイメージもありますけれども、むしろ、それぞれの改革が、他の改革の足を引っ張るという側面もあり、難しい３元連立方程式を解くような話になります。

この中で先行したのが地域医療構想です。その後に、医師偏在対策が進められました。もっとも医師偏在問題は、一県一医大構想が持ち上がったはるか昔からある課題です。今回はそれが強化されました。特に今回話を複雑にしているのが、新専門医制度と医師偏在との関係がクローズアップされたという点です。それに対して、勤務医の残業規制、すなわち「医師の働き方改革」は医療界にとってインパクトの大きな、新手の改革だといえます。昔からありました勤務医の恒常的な長時間勤務が背景にあります。これまでは労働基準法の適用が実際は緩く行われてきましたが、働き方改革の流れの中で、過労死する医師もいる現状を容認することはできず、特例を認めつつも勤務医も一般労働者と同様に、労働基準法の厳格な適用の対象とするというものです。

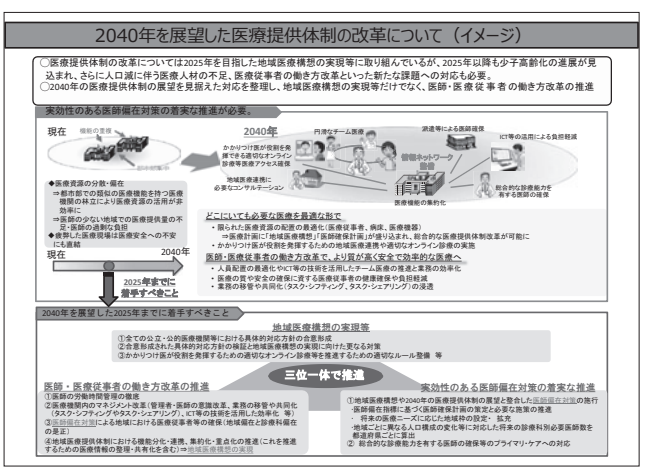
この改革は三つの中で一番大きなインパクトがあると思われますので、実施までの期間は三つの改革の中で最も先になります。

それでは三つの改革をそれぞれ見ていきましょう。まず地域医療構想の話ですが、地域医療構想というのは何だったのかというと、要するに、地域の需要に合わせて、地域のニーズに合わせて、病床の機能を再編して、機能ごとに病床数を調整していこうというものです。

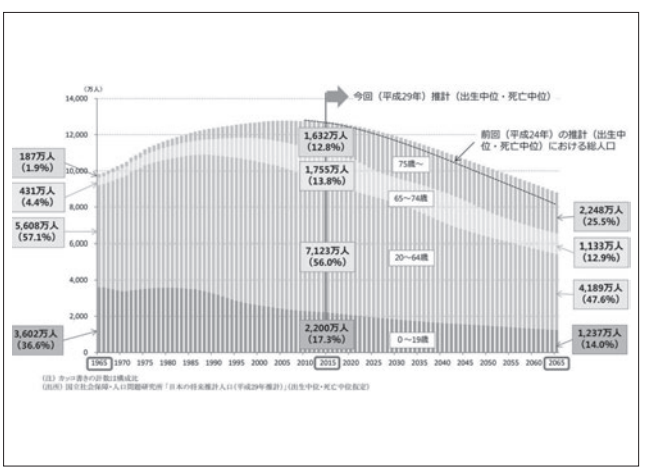
（スライド２）何故こんなことが必要なのかというと、これから我が国は後期高齢者が増えてまいります。前期高齢者はあまり増えません。そして、現役世代が急速に減少します。

日本全体を見るとこのような変化が生ずるのですが、この変化は地域によって大きく異なります。後期高齢者がこれから急速に増えるのは、現在では高齢化率の低い大都市およびその周辺都市です。これから大都市では大きな人口減少は生じませんが、後期高齢者の数は増えていきます。それに対して地方は、すでに高い水準にある高齢化率は緩やかに上昇しますが、高齢者の数はそれほど増えません。このような地域を襲うのは人口の急速な減少です。今後、我が国は都市部の急速な高齢者の増加と、地方の急速な人口減少に対応していかなくてはなりません。

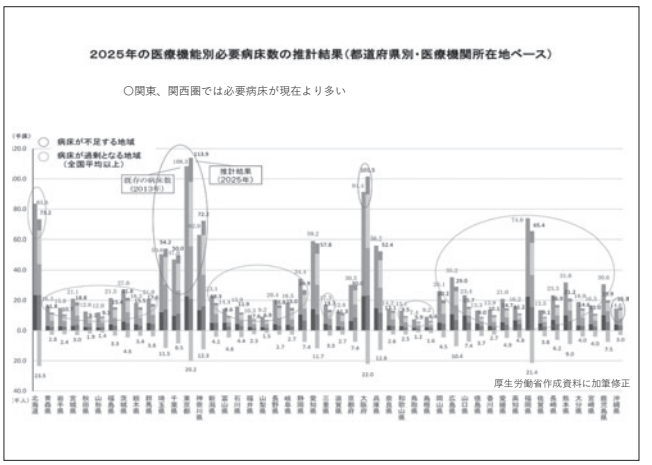
このような地域差が生ずる理由は、団塊の世代、すなわち1947年から1949年に生まれた人たちが全国に均一に、分布と言ったらいいか、居住されているわけではないからです。団塊の世代は2025年に全員が75歳以上になります。当然、その後もどんどん年を重ねて



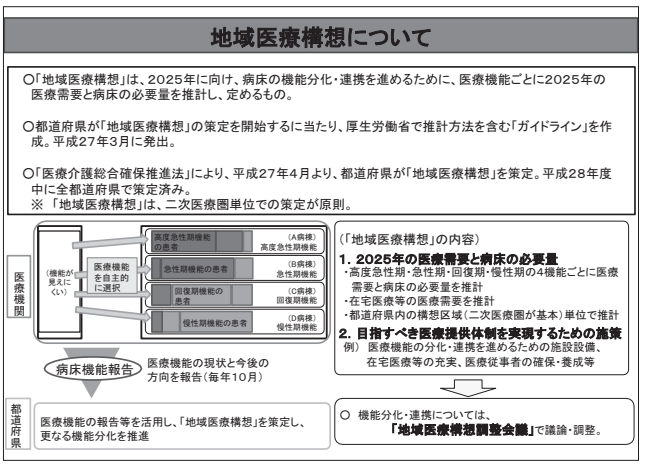
スライド１



スライド２



スライド３



スライド４

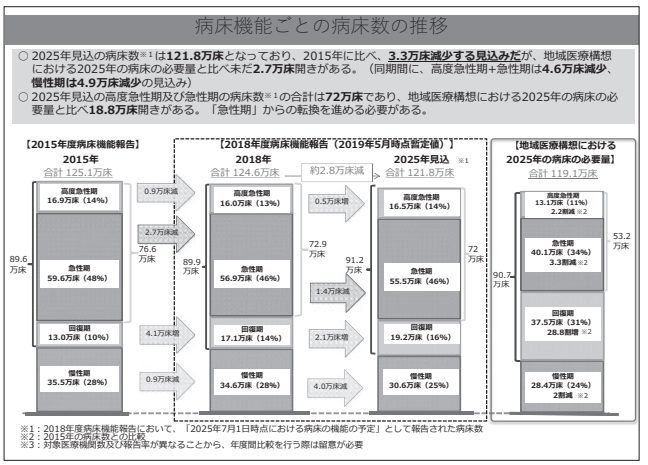
いく。このような人たちの多くは大都市周辺に住んでいます。それは、高度経済成長期に団塊の世代を中心とした若者が、進学や就職で地方から東京、名古屋、大阪などの大都市に、大規模に流入したからです。戦後最大の人口移動です。そして、そこに住み着き、老いていったのです。

（スライド３）都市部では医療需要の大きい高齢者が増加するので、病床数を増やす必要があります。地方は高齢者を含めた人口が減少しますから、病床の削減が必要な地域もでてきます。また、後期高齢者の増加は、提供する医療の質も変えていかなければなりません。高齢者の疾病の特性は、慢性疾患が多くなる、複数の疾患が増える、完全に治癒しない疾患も多い、などの特徴があり、この変化に応ずるため医療提供体制を変えていかなければなりません。高齢化への対応は、医療と介護の連携や介護医療院の創設など色々ありますが、地域医療構想は地域のニーズにあわせて機能別に病床を再編するのが目的です。

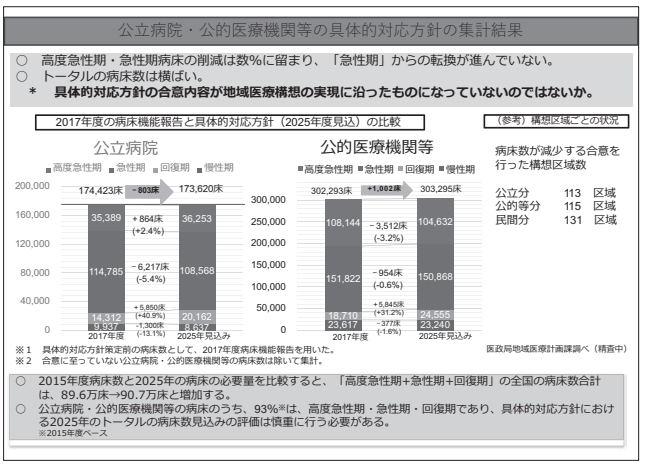
一般の企業であれば、企業自身がマーケティングリサーチし、市場の変化に応じて経営内容を変えていきます。しかし、病院はこのような行動をとりません。病院が直面する市場は計画経済的要素が大きいこともありますし、そもそも、病院は環境変化に応じて自らダイナミックに行動を変えていくということに慣れていません。そこで、政府の介入が必要になります。

医療提供体制を変えていくには診療報酬による誘導が有効です。我が国は混合診療を禁止しておりますので、医業収入の96～97％は保険診療による収入ですから、公定価格やその要件を変えることによって、医療機関としても対応せざるを得ない。過剰なまでの対応が起きます。看護基準で７対１を新設すると、あっという間に７対１病床が増えて看護師さんの争奪戦が起きました。地域医療構想に診療報酬による誘導を用いればよいのではないかという考えもあります。ただ、これは切れの良い「なた」のようなものです。きめ細かな対応ができません。全国一律に設定されている診療報酬では、地域の事情を反映した病床再編は難しいのです。

（スライド４）これまでも地域のニーズに合わせて病床をコントロールする方法はありました。それは都道府県が行う医療計画です。ただ医療計画というのは過剰病床を抑制するという意味合いが強いわけです。都道府県がやるので地域ニーズは把握できますが、機能別に病床数を調整するには問題がありました。第一に医療計画で行う病床規制の対象となる病床機能は一般病床と療養病床しかありません。高齢化に向けた機能別再編には、病床の機能を細分化する必要があります。そこで、新たに「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の区分を作り、病床機能報告として現在の状況と将来の希望を都道府県に報告することにしました。第二の問題は、機能別の必要病床数の算定方法です。これは１日当たりの医療資源の投入量の多い入院患者を、順に「高度急性期」の患者、「急性期」の患者、「回復期」の患者、「慢性期」の患者としました。つまり１日当たり診療報酬の点数が大きい順ですね。こ



スライド５



スライド６

れはDPCのデータから計算しました。これにより、４タイプの機能の入院患者数が、地域ごとに計算されます。国立社会保障・人口問題研究所は地域ごとの人口推計を公表していますので、これを用いて2025年の４タイプの病床の入院患者数を予測します。この人数を病床稼働率で割り戻すと、2025年の４タイプの推計病床数が地域ごとに計算されます。これが必要病床数です。まあ、少々荒っぽい推計だとも言えますね。第三の問題は、病床の再編をどのようにするかという問題です。これまでの医療計画では増床の規制は行ってきました。つまり地域ごとの必要な病床数を、一定の計算式で算定して、現状がその病床数を超えている場合は増床を認めないという規制です。ただ、その際、過剰な病床を強制的に削減することはしていません。既にある病床を強制的に削減させる権限は国や自治体にはありません。地域医療構想は医療計画の一部ですから､同様に、病床の機能を変えることや病床数を増減させることを病院に強制するわけにはいきません。そこで、都道府県に話し合いの「場」を設けてもらい、国は地域ごとの「必要病床数」を都道府県に提供して、将来の需要見通しを示して、話し合いの場で関係者間で話し合って調整してもらうことにしました。その際、基金を設けて再編に必要な補助金がでるようにしました。

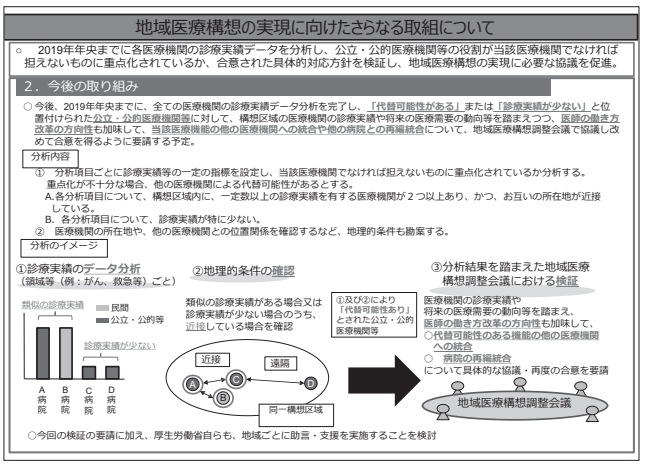
しかし、診療報酬政策のような強力な経済誘導はなく、調整が進まないことに罰則もありません。そもそも、病院は自身が変革することに習熟した組織だとは言えません。また、急性期から慢性期への移行は格落ちだと考える医師も少なからずおられます。その中で、この地域の将来需要はこのように変わりますと情報提供しただけで、本当にどこまで進むのか、私自身、懸念もありました。

（スライド５）現在、各病院に、４タイプの病床について現在の病床数、2025年に希望する病床数を聞いていますが、現在と2025年であまり変化がありません。とりわけ、急性期病床があまり減っていなくて、回復期病床があまり増えていません。

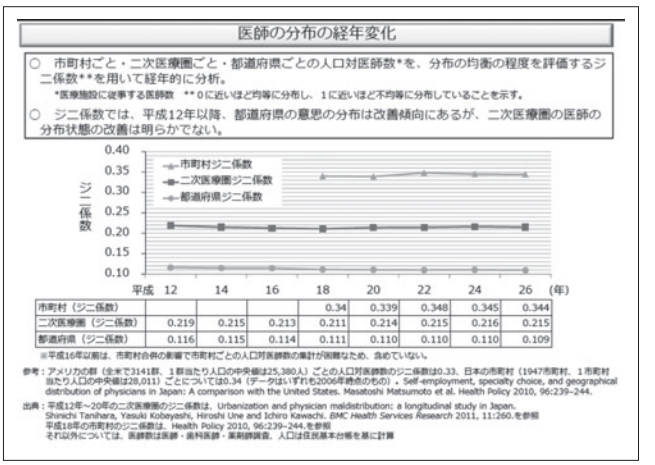
全国の必要病床数では、もっと回復期が増えて、急性期が減っていなければなりません。なかなか急性期を減らすことは出来ない。これが実情です。社会保障制度改革推進会議という社会保障制度改革国民会議の後継の審議会があります。総理官邸でやるものですが、私も委員です。この資料は厚労省が提出したものですが、医療関係者ではない委員から、全然進んでいないと随分、指摘されました。

（スライド６）話は前後しますが、地域医療構想はすべての病院が対象となりますが、地域医療構想と同時期に公立病院の新公立病院改革プランや公的医療機関等2025プランがつくられ、公立病院、公的病院の病院、病床の再編・統合が先行して行われています。

（スライド７）再編が進まないため、厚労省は各病院のDPCデータを用いた診療実績から、地域内での「病院間の代替可能性がある」と「診療実績が少ない」病院を抽出して、これらの病院は統合、再編に関して地域で再検討する必要があるのではないか、という議論の活性化を目的に病院名を公表し



スライド７



スライド８

ました。これが、再編対象病院のリストのように報道されたこともあり、地域の事情を反映していない機械的な選別だ、古いデータを使っており現在進行中の病院の改革が反映されていない、医師不足に悩む地域の病院が対象となっている、リストに載っていない病院は何もしなくてよいというお墨付きをもらったと思っている、など地方の病院や自治体から批判が相次ぎました。厚労省は、地域医療構想会議の議論を活発化させるための情報の提供であり、再編対象病院のリストではないことを強調しています。今は、地域別の説明会などが実施されて、落ち着いてきたと思います。色々批判も多かったですが、結果として、このことが地域医療構想会議の議論を活発化させたのではないでしょうか。

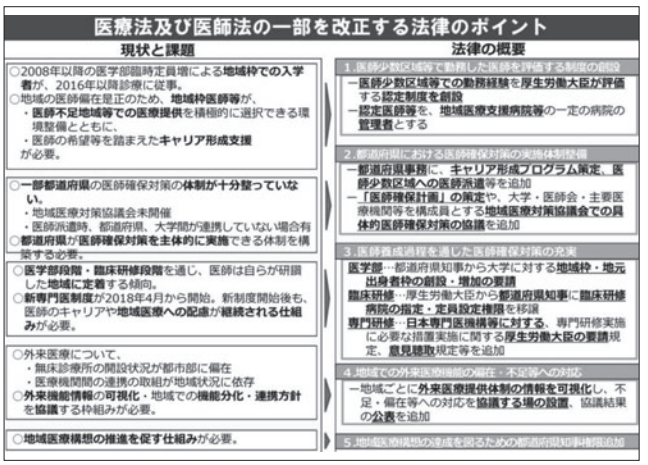
次は、三位一体改革の２つ目です。地域医療構想が病床再編でしたが、２つ目と３つ目は医師・医療者というマンパワーの話です。まずは､医師の地域偏在対策です。（スライド８）医師の地域偏在の問題は昔からありました。1970年代の１県１医大政策など、偏在問題、偏在対策は長い歴史があります。医師の地域偏在の状況を見たものがこのグラフです。平成12年から平成26年という限られた期間ではありますけれども、全ての診療科の人口当たりの医師数のジニ係数の推移です。ジニ係数とは公平性を調べる指標で、１に近いほど格差が大きく、０に近いほど公平性が高いというものです。これを見てみますと、都道府県単位で見てみると、都道府県単位のジニ係数が0.116から0.109まで、わずかですけれども小さくなっていますので、都道府県単位では偏在が少し改善しているといえます。ところが､二次医療圏単位で見ると、そういう傾向は必ずしも見られません。

都道府県単位では少しは改善していますが、二次医療圏単位ではそれが見られないということで、先程、吉田局長もおっしゃっていましたように、都道府県間の医師不足の問題も大きいのですけれども、県内の偏在の問題もあるだろうという話を裏付けています。

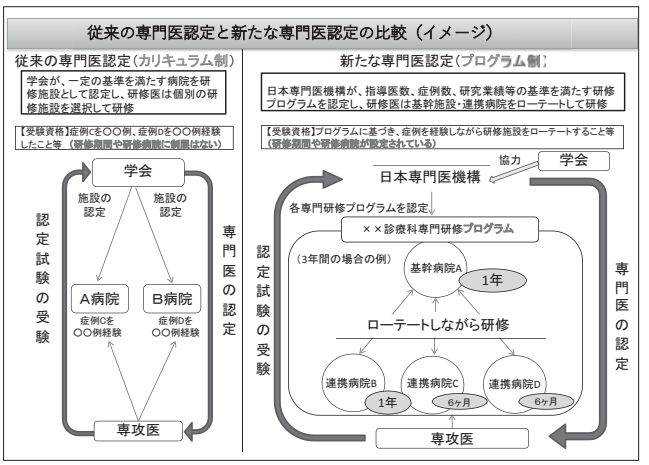
（スライド９）今回の医師偏在対策は次のようなものです。まず医師偏在に関する新しい指標をつくり、医師少数区域というものを定義しました。これにより地域ごとに医師が多い地域と少ない地域に分けました。次に、医師少数区域で勤務することのインセンティブとして、少数区域で勤務した医師を評価する仕掛けを導入しました。例えば、地域医療支援病院の院長先生になるには、医師少数区域で働いていなければだめだとかいうものです。もっとも、院長先生になるのは随分先の話だと思いますから、即効性はどうかなとは思いますが。

それから、医師確保計画を都道府県できちんと策定してくださいというものもあります。大学絡みの話では、医学部入試の地域枠の話。それから、臨床研修と専門医研修という卒後研修の話があります。

まず臨床研修につきましては、現在は厚生労働大臣が臨床研修の病院の指定権を持っていたのを都道府県に移す。つまり、その地域の実情をより反映しやすいようにしようということです。或いは、



スライド９



スライド10

臨床研修病院における臨床研修の定員の決定についても、都道府県に移管しようという話です。

卒後研修で大きな問題になったのは、新専門医研修の話です。卒後、２年間行う臨床研修、いわゆる初期研修については、かつては努力義務だったのですが、内容にバラつきが大きいことや、研修医の多くが卒業後もその出身大学の医局に入るため、あまり地域医療のことを勉強しない、早い段階から臓器別の研修に偏りすぎるなど、色々課題があったものですから、平成16年から国の制度になって義務化されました。それと同時に、大学病院だけではなくて、基準を満たしていれば、研修指定病院にすることが出来て、研修医はそれを幅広く選ぶことが出来るという仕組みになったわけです。新制度の導入にともない都市部の研修病院に研修医が集中する傾向が顕著になったため、地域偏在対策として、研修指定病院が受け入れる研修医数に地域別に上限を課すことにしました。これにより、大都市集中を抑制しようとしたのです。

（スライド10）一方、後期研修と呼ばれる専門医制度ですが、こちらは、かつての臨床研修制度と同じで修得は任意です。学会という民間団体が認定するため、民間資格であって、国の制度でありません。だから、専門医資格というのは、法律的にいえば、お茶やお花の免状と同じなわけです。したがって国や自治体が介入することは原則出来ないわけです。ただ、各学会がそれぞれの基準で認定していたのですが、質を担保する必要や、専門医の乱立が生じたため、日本専門医機構を作り、ここが各学会と調整しながら新しい専門医資格を認定するというスキームが出来上がりました。新しい専門医制度では臨床研修制度と似ており、専攻医は基幹病院に帰属して、他の病院をローテーションする形でトレーニングを積むという方式が導入されました。これまでの専門医資格取得の方法と比較して、内容や方法が統一化、厳格化しました。このことは研修医の質の担保という点では、たいへん結構なことなのですが、地方の首長さんや地方の病院から、猛烈な反対が出てきました。新しい方式だと、どこかの基幹病院に所属して、そこから他の病院にローテーションするという形になると、専攻医の多くは研修体制の整った大学病院や大都市の大病院に集まるのではないかという懸念です。初期研修では義務化に伴って研修医が大都市の病院に集中したため、国が音頭を取って都道府県別の研修医受け入れの上限を設定しました。これにより研修医の偏在の是正を行いましたが、これは国の制度だからできたことです。民間資格である専門医制度に対して自治体や国が直接介入することはできません。そこで、法律を改正しました。国には国民が公平に医療を受けるための責任があることを根拠に、新専門医制度が地域医療の偏在を助長するようなことであれば、各自治体は意見を述べて、厚労大臣を通じて日本専門医機構にそのことを伝えるということにしました。もちろん、専門医機構に対する命令ではありませんが、専門医機構はこれを参考にし、十分配慮してくださいという形で介入が始まりました。

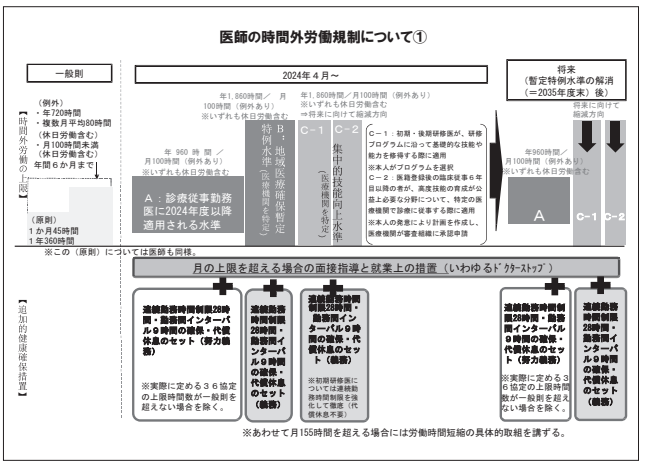
各都道府県の医師偏在指標

医師需給分科会 第28回 参考資料2から数値を引用

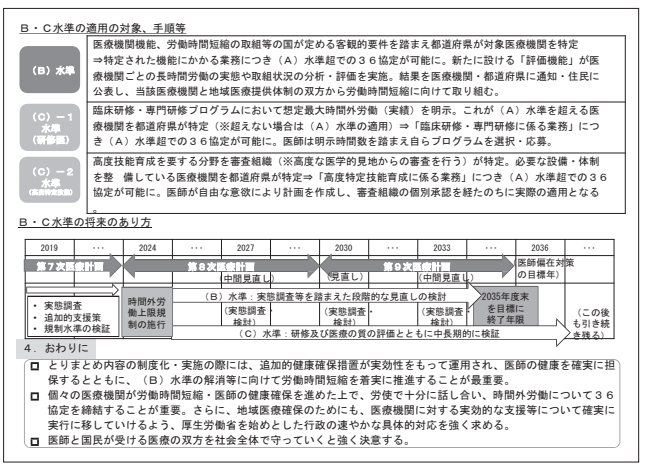
順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3
1位	東京都	329.0
2位	京都府	314.9
3位	福岡県	300.5
4位	沖縄県	279.3
5位	岡山県	278.8
6位	大阪府	274.4
7位	石川県	270.4
8位	徳島県	265.9
9位	長崎県	259.4
10位	和歌山県	257.2
11位	鳥取県	255.0
12位	高知県	254.3
13位	佐賀県	251.3
14位	熊本県	248.5
15位	香川県	247.8
16位	滋賀県	243.5
17位	兵庫県	243.0
18位	奈良県	241.1
19位	広島県	240.4
20位	大分県	238.0
21位	島根県	235.9
22位	宮城県	232.7
23位	神奈川県	231.8
24位	愛媛県	231.0
25位	福井県	230.9
26位	鹿児島県	229.8
27位	愛知県	225.3
28位	北海道	222.0
29位	栃木県	216.7
30位	山梨県	216.4
31位	富山県	216.2
32位	宮崎県	210.6
33位	山口県	210.3
34位	三重県	208.8
35位	群馬県	208.2
36位	岐阜県	204.7
37位	千葉県	200.5
38位	長野県	199.6
39位	静岡県	191.1
40位	山形県	189.4
41位	秋田県	180.6
42位	茨城県	179.3
43位	埼玉県	178.7
44位	福島県	177.4
45位	青森県	172.1
46位	新潟県	169.8
47位	岩手県	169.3

医師多数県　　医師少数県

スライド11



スライド12



スライド13

（スライド11）新専門医制度が始まって２年経ちました。医師偏在は生じたのでしょうか。新専門医制度が開始された後の都道府県別の専攻医の数を、厚労省の三師調査により専攻医に該当する年齢層の地域別の医師数を比較しました。三師調査は新専門医制度が導入される前の状況を示しています。そうすると、新専門医制度導入により、若干の東京集中が見られました。実は、新専門医制度導入によって大都市集中が懸念されたので、発足時から東京、神奈川、愛媛、大阪、福岡の５大都市には専攻医のシーリングをかけていましたが、その後、厚労省が新たにつくった医師偏在指数で医師の多い地域と医師の少ない地域に分けたため、専門医機構は令和２年度から医師過剰地域にシーリングをかけることになりました。新基準により、例えば石川県は医師多数地域になりシーリングをかけることになり、反対に神奈川県は医師多数地域ではなくなりシーリングが外されました。このように、新専門医制度により医師偏在が加速しないか、引き続き注目されています。

三位一体改革の三つ目が、勤務医の時間外勤務に対する規制です。本来的には勤務医も労働基準法の対象であり、時間外勤務に対しても一般労働者と同様に規制があります。しかし、医療界では従来から長時間勤務の慣行があり、監督官庁も医療界の特異性として謙抑的な対応をしてきました。しかし、「働き方改革」として一般の企業で長時間勤務の規制が強化される流れの中で、医療界もこの問題の先送りできなくなりました。勤務医の過労死問題メディアにとりあげられ、また調査をすると過労死ラインを越えて勤務している勤務医が非常に多いこともわかりました。医師の健康の問題だけでなく、医師の疲労による医療事故を防ぐという視点から、勤務医の長時間勤務にメスが入りました。しかし、医師の長時間労働にはそれなりの背景があるのも事実です。それは大きく次の二つに分類できます。ひとつは、足りない医師、医療者で地域の医療ニーズに対応するために長時間労働は避けられない、というもの。もう一つは、日々の診療は医師自身の技能の向上、知識の獲得といった研修、勉強の場でもあるから、長時間勤務は医師自身の意思によるところもある、というものです。このよ

うな改革を推し進めようというのは労働組合ですが、地域医療への影響や大学病院の研究機能の低下などで懸念を示したのが地方の自治体や病院、大学病院などです。大きな改革なので、実施されるのは2024年ということで余裕を持たせてあります。

（スライド12,13）基本的な構造は、普通の病院はＡということで、残業時間は年960時間、月100時間。しかし、医療の特性を反映して例外を定めています。まず地域医療確保暫定特殊水準と言っていますが、要するに、その地域で地域医療を維持するためには一定の時間外労働が必要だという病院です。これはＢという分類です。もう一つは、病院の研修機能を反映したものです。勉強期間、修行期間であるから少し長くてもよいというものです。Ｃ１というのは、臨床研修および専門医研修が相当します。もう一つのＣ２というのは、専門医を取った後でも勉強を続けたい、もっと技能を高めたいという人は、実質的にあるので、そういう人たちも認めるという形になっています。Ｃについては個別のプログラムを認定することになります。そして、認定するのは、原則として都道府県になります。また、一定の長時間勤務をしている医師にたいしては、産業医などとの面接指導が求められます。

さらに、このような特例も2035年度には無くしていこうということになっています。そのためにはタスク・シフティングや、その他諸々のことをやって、努力してください ということです。

現在、診療報酬の議論がされている時期でありますけれども、こういう医師の長時間労働対策としてタスク・シフトするとなると、人を雇わなければいけないというので、そういうものに対して点数をつけるべきではないかということを、厚労省が提案していますが、支払い側は、反対するなど色々議論になっています。いずれにせよ、医師の働き方改革は患者の受診行動を含めて、我が国の医療の在り方を大きく変える可能性があります。

以上、現在進んでいる三位一体の改革について概略をお話いたしました。ご清聴ありがとうございました。

講演Ⅱ

■社会福祉法人恩賜財団
済生会支部熊本県済生会
支部長　副島　秀久　氏

皆さん、こんにちは。済生会熊本県支部長の副島です。

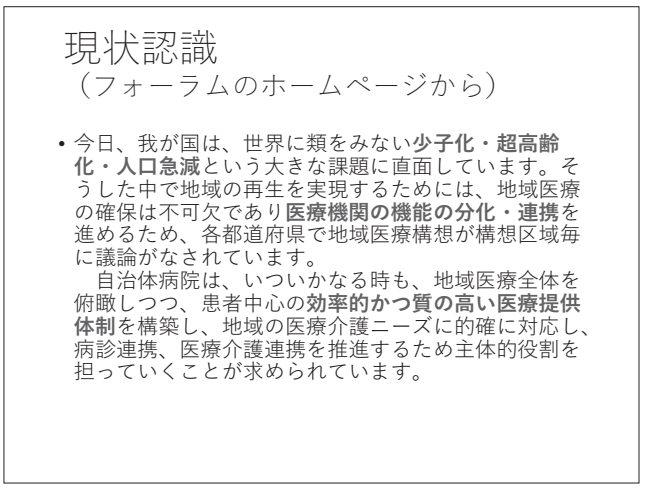
団塊世代最後の1949年生まれです。先程働き方改革の話がありましたが、僕も大学に15年いて、講師をやめるときにざっと自分の拘束時間を見直すと、年間4,000時間ぐらい働いていました。それを過剰と思わずにやっていたところが、ちょっと異常だったかもしれませんが、時代が変わってきました。

先程の遠藤先生は総論的な、大枠の話で、僕の話は地域でどのようなことが起こっているのか、それをどういう風に解決すればいいのかという各論を一緒に考えていきたいと思います。

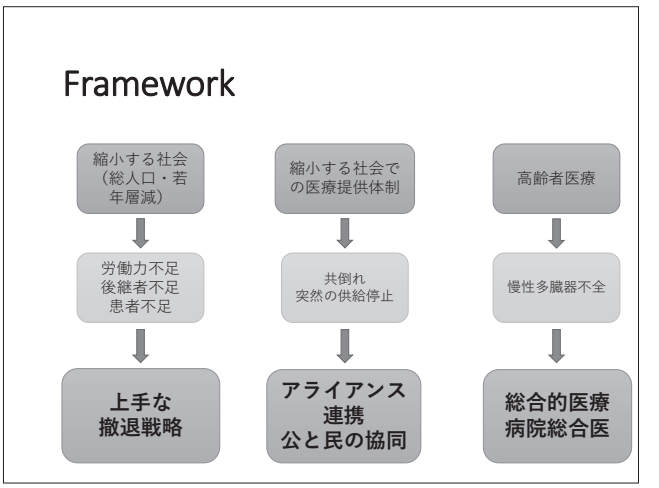
（スライド１）これは現状認識で、本フォーラムのホームページからとりました。当然、少子化・超高齢化・人口急減という社会で、医療機関の機能分化、或いは連携を求められている。どういう医療提供体制をこれからつくり上げていかないといけないのか。そういった点をお話ししたいと思います。

（スライド２）まず、縮小する社会。これは予測されたことで、とくに若い人が減っていく。予測された事実が粛々と起こりつつあるが、予測した以上に起こりつつあるというのが現状認識だろうと思います。わかっていることに何もやらないのは無策ということになる。はっきり言って、現状においては少子化対策はあまり効果的でない。幼保無償化、教科書無償化をしたからといって、少子化がとめられるわけでもない。つまり、抜本的な対策は打たれていないと考えています。

一方、医療では、労働力も不足している。これは、全ての産業で後継者不足、消費者も不足する。ただ、高齢者の医療需要は爆発的に増えます。今、年間130万人近くが亡くなっていますが、これから団塊世代が亡くなり始めると最大170万人で、この高齢者の医療



スライド１



スライド２

提供体制をどのようにするかが重要です。縮小する社会では医療インフラがすごく余っているところは共倒れ的になる可能性や突然の医療供給提供の停止などが予想されます。さらに高齢者医療は慢性多臓器不全が多いので、総合的医療、すなわち専門医だけではなく総合医が必要です。

僕も泌尿器科医で専門医でずっとやってきましたが、今、病院総合医の研修をやっています。今、最も求められている医師像というのは、急性期病院も、慢性期病院も総合医です。総合医が少ないのが日本の医療の最大欠陥です。

海外では､医療需要の６～７割、国によっては８割が総合医で行われます。日本ではこれを細かく小分けにして、専門医が診ていますが、この医療提供体制が限界に来ているわけです。ですから、早く総合医を養成しないといけない。やっと専門医制度が出来たが間に合わない。日本病院会では、今、我々、専門医として教育を受けてきた経験がある医師を、総合医にキャリアチェンジするプログラムをやっています。

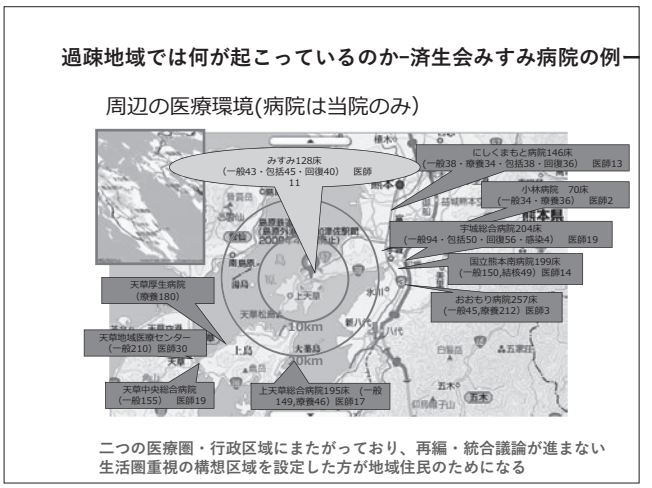
（スライド３）また、病院はこれから連携をさらに強化していかないと、単独で対応していては、コストも高く質も上がらない。協力関係をつくらないと人手不足には対応出来ない。したがって、これからは上手な撤退戦略が必要で、特に地方では傷が広がらないように上手に撤退する以外にないと思います。

（スライド４）今、過疎地域で何が起こっているかをみてみましょう。済生会みすみ病院は旧国立療養所三角病院でこれを我々が2003年に引き受けました。

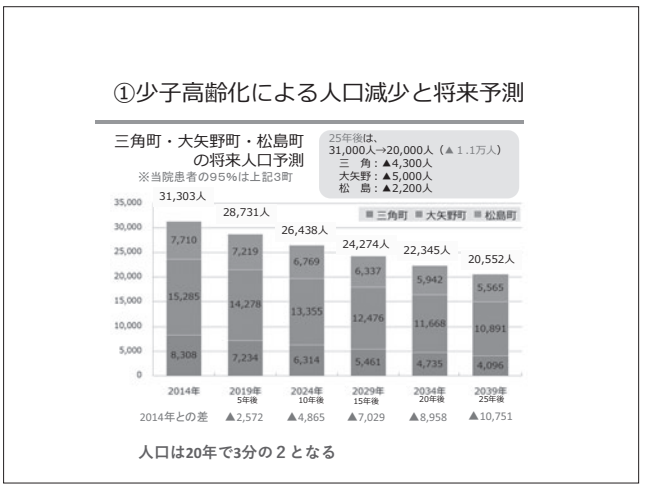
宇城医療圏の病院です。周辺も病院がありますが、だんだん縮小しています。三角、大矢野、松島、全てで人口が減っています。こういったところでは、人口は20年で３分の２以下になるでしょう。医療を支える経済基盤、経済インフラも縮小していく。こうした社会でどういう医療提供体制が考えられるでしょうか。

（スライド５）みすみ病院に来る患者は地理的に天草医療圏からが多く、宇城医療圏の方は少ない。宇城の医療圏の端に位置し、患者の多くは天草医療圏の端からみすみ病院に来られる。そこしかないので、今回424病院の対象にはなりませんでしたが、この構造を見ると、医療圏の端にあると、流入はしてきていますが、天草側からいえば流出となり、二次医療圏内では近くに病院がないということになる。医療圏の再設定というのが地域医療構想の本来の起点だったんですが、これを行ったのは、341のうちの８医療圏しかない（2013-2018）。つまりそもそも地域医療構想の出発は構想区域の再設定だったが、ほとんどが二次医療圏のまま議論してしまい、大きな改革につながっていない。

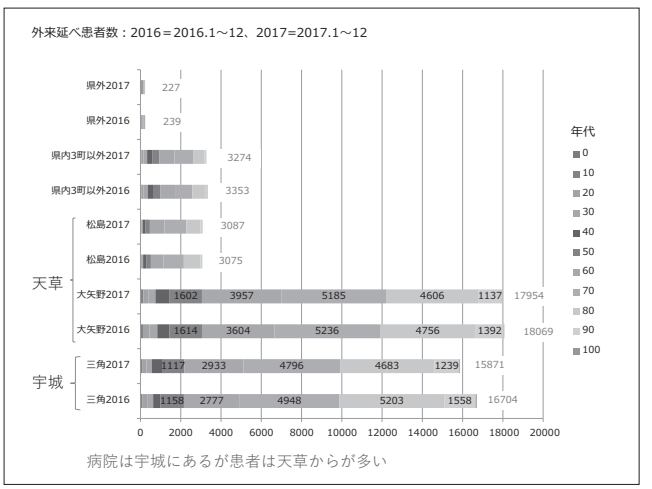
（スライド６）二次医療圏の中では開業医の高齢化が進み、19あった有床診療所のうちの18が閉鎖し、200床程減っていますし、済生会みすみ病院も以前の140床から、現在128床までに減らしています。人口減地域では、地域医療構想以前からすでに病床は急速に減っています。



スライド３



スライド４



スライド５

スライド６

しかも、患者の半数以上は上天草、大矢野などの天草医療圏から宇城医療圏に来ています。すなわちこれが真の医療圏で生活圏と一致しています。つまり現行の二次医療圏だけで医療提供体制を考えるとミスマッチが生じます。僕も生活圏を基に熊本県に構想区域について私案を出しました。50～60万人単位とすると、大体、熊本県では３医療圏です。救急搬送区域を生活圏と設定すると、50～60万人で３つに分けられます。本来これぐらいの人口サイズがないと、急性期・高度急性期医療は支えることは出来ません。

（スライド７）開業医の先生も非常に高齢になっており、今後10年後には全員、70歳を超え、廃業、廃院となるでしょう。こうしたところをどういう形で支えるかと考えると、連携と相互支援つまりネットワークづくりしかありません。

（スライド８）高齢者は低所得、独居で自宅でのケア・看取りも困難を伴います。福祉、生活そのものを支えるような基盤をつくらないと、医療だけではだめです。在宅医療の推進と言われても、自宅で介護する人がいないし、点在していると訪問診療は効率が非常によくない。今、医療・介護・福祉の政策をバラバラに論じるのではなくて、生活全般の支援を考えるべきです。遠いところはIoT、ICTを利用した総合医による遠隔診療といったものを積極的にやらないと、人手も足りません。遠隔診療は海外では常識です。日本ではなぜこんなに規制が強くて、進まないのか理解できません。地域の医療提供をきちんとバックアップするには、遠隔診療は必須です。遠隔診療で唯一出来ないのは触診だけです。しかし、この間の九州厚生局のセミナーでも紹介されましたが、タッチセンサーのつ

医師年齢（近隣医療機関）

2017.2.1時点

市町村	施設名	年齢
三角町	A医院	90歳
三角町	B医院	65歳
三角町	C医院	64歳
大矢野町	D医院	78歳
大矢野町	E医院	71歳
大矢野町	F医院	68歳
大矢野町	G医院	67歳
大矢野町	H医院	64歳
大矢野町	I医院	53歳
大矢野町	J医院	51歳
大矢野町	K医院	51歳
松島町	L医院	64歳
松島町	M医院	63歳
不知火町	N医院	71歳
不知火町	O医院	73歳
不知火町	O医院	46歳
宇土市	P医院	63歳
平均年齢		64.8歳

スライド７

現場の意見

○　老朽化した住居での一人暮らし高齢者をみると、立派な政策の絵を描いても、自宅でのケアや看取りはどうしても壁にぶつかることがわかっている。
○　在宅医療の推進をといわれているが、当院周辺の状況を見る限り、自宅で介護をする人がいないこと以外にも、患者の住居が点在しているため、訪問診療には時間がかかり、生産性が低く、なかなか取り組めない現状である。
○　医療や福祉の政策を講じる場合、居住条件を考慮することが必須だと思われる。

IOT　ICT　などの利用促進
総合医の育成などが急務

8

スライド８

上手な撤退戦略 Smart withdrawal

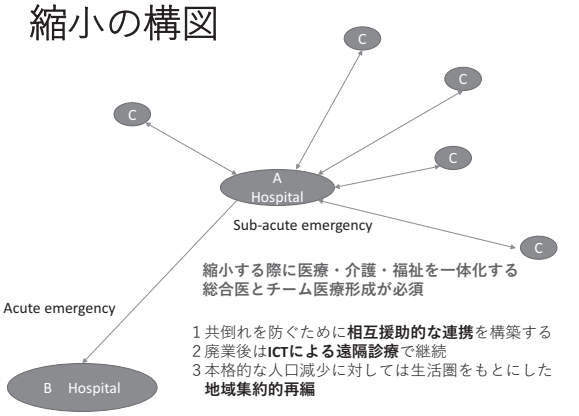
- 人口減社会におけるインフラの縮小は必然的
- 後継者難で廃業が増えている
- 残された住民にどのような形で医療提供するか

- 少ないスタッフで効率的なサービスが必要（遠隔診療、遠隔見守り、在宅支援、生活支援）
- 最終的には医療・介護・福祉の一体的提供へ
- とりわけ弱者への支援体制が必要になる
- 救急はacute と　sub-acuteに分けた方がよい

効率がよく安価な医療提供体制

スライド９

縮小の構図



縮小する際に医療・介護・福祉を一体化する総合医とチーム医療形成が必須

1 共倒れを防ぐために**相互援助的な連携**を構築する
2 廃業後は**ICTによる遠隔診療**で継続
3 本格的な人口減少に対しては生活圏をもとにした**地域集約的再編**

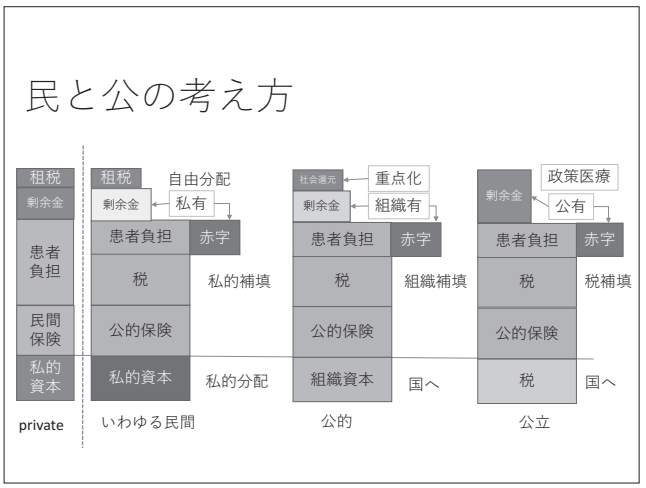
スライド10

いた手袋で触診まで可能な技術が開発されており、これで遠隔医療はほぼ８割ぐらい解決するだろうと思います。

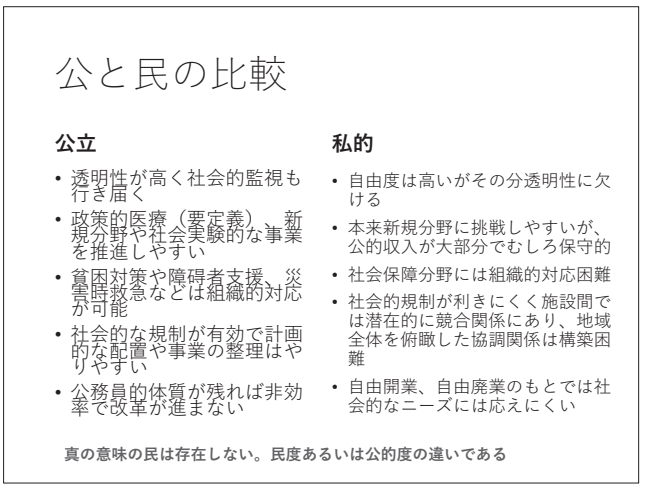
（スライド９）これからは上手な撤退戦略、Smart withdrawal が必要です。医療提供体制が突然、途絶えたり、休止したりすることは地域に不安が大きい。そこで、少ないスタッフで効率的な生活サービス、遠隔診療、介護・福祉の一体提供、とりわけ弱者への支援体制が求められます。また、済生会熊本病院は救急を積極的に取り組んでいますが、これは「治す」救急です。しかし最近、95歳、100歳の方も多く搬送されます。はっきり言って、あまり積極的な治療はできません。careful watching が主で、これも効率良く出来ません。Sub-acute 救急のカテゴリーつまり「見守る」救急をつくらないと、現在の救急病院も次第に90歳以上の人が増えて、「治す」機能が落ちていく。90歳以上の方の care を中心とした救急は分けて考える必要があると思います。

（スライド10）縮小の理想的な構図を示します。済生会熊本病院に加えて、Sub-acute emergency をやる病院があり、クリニック、その先に在宅、福祉など、そういった施設が結びついてネットワークを形成し相互支援を行います。自治体病院も地域でこうしたネットワーク形成に十分な役割を果たす必要があるかと考えます。

（スライド11）では、誰が上手な撤退戦を担うのか。民と公の考え方というのが先程述べられました。英国の NHS の民の定義では、私的資本で形成され民間保険と患者自己負担で支払われるのが純粋な民となります。ただ、日本では税と公的保険でカバーされ、患者負担はほとんど公定価格です。ですから、民と言えども収入は公からは入るので、収入からみ



スライド11



スライド12

ると公的と言えます。私的資本が入っているので剰余金は税を払えば自由に分配していい。一方公的病院は組織の資本で出発しますがここは税で賄われているわけでもありません。ただ、診療報酬は公で民と同じです。税金を免じてもらっている部分は、社会に還元される部分と言えます。一方、公立は税でつくられ、公的な診療報酬で賄われ、政策医療を担うという構造です。そうすると、いわゆる純粋の民というのは日本では存在しないとも言えます。

（スライド12）したがって、公と民の違いは公的資金の入り方の差ということになります。公的は、透明性が高く社会的監視も行き届きます。政策的医療、新規分野、ある意味、社会実験的な事業も推進しやすい。貧困や障害者支援、災害支援に対して組織的対応も可能です。社会的な規制が有効で、計画的な配置、事業の整理をやりやすい。ただ、公務員的体質が残れば非効率で、改革が進まないということも言えるかと思います。

これから地域、特に過疎地の医療提供体制は非常に厳しくなる。先程言ったように、医者も患者も減ります。こういった地域は自治体病院でも、違った形で医療提供体制を考えないといけない時代だろうと思います。もちろん民間で出来ないことはない。しかし、基本的に赤字で撤退ですから将来性はない。ここは、自治体病院或いは公的病院などが頑張って支えないといけないと考えます。

（スライド13）民で出来ることを公でやるなとよく言われるんですけれども、基本的に民で出来ないことはない。海外へ行くと、民間消防もあり、軍隊も民兵があり、民で出来ないことは一切ない。警察機能も、今の警備保障会社は、いわゆる民です。民でやることが全て可能です。逆に言えば、民で出来ないことはないが、民でやりにくいところはある。先程言ったように、公的病院、公立病院の方がやりやすいところはある。

民が私的資本と私的収入をもとに運営される限り、つまり、全く私的な病院、私的な収入、私的資本であるなら、自由度は高く、自由開業、自由標榜、自由廃業も可能です。しかし、日本では民と言えども収入は公と言えます。収入が公ならある程度の規制があるのが普通です。

現在の民で出来ることを公がやるなという論がありますが、この線引きはあまり明確ではなく、公と民の対立構造の中で地域医療構想を論じるべきではないと考えます。

（スライド14）実際に行政が医師会に依存しているところが多いので、関与する委員の構成を見ても、ほとんど民中心で、公的からの委員はほとんどいない。公と民のバランスを考えた委員構成をしないと、適切な結論には至らないだろうと思います。もちろん医師会内部でさえも、現実的には意見統一はなかなか難しい。集約という議論しても、民も基本的には相互に競合関係にあるので、地域が必要とする医療提供体制をみんなで話し合って決めてくださいということは現実的には進まない。

地域に必要な医療供体制は、最終的には地域住民の選択になる。

民でできること

- 基本的にすべての社会的事業は軍隊、消防、警察も含めいわゆる「民」で可能である。歴史的にもそうした形で発展してきた。
- 民が私的資本と私的収入をもとに運営される限り（実際はそうではない）、自由度は高く自由開業、自由標ぼう、自由廃業が可能である。一方、社会的重要度が高く不採算的な事業は限定的である。従って公に求められることは不採算部門、社会政策的部門、広域社会福祉的な部門などである。
- ただこの線引きは明確ではないがゆえに「民でできることを公がやるな」という論理は未熟である。

スライド13

現在の地域医療構想の問題点

- 行政が医師会に依存している場合が多く、関与する委員の構成を見ても民中心で公あるいは公的サイドの委員はほとんどいない。
- 医師会内部でも意見統一は難しい。民も基本的には相互に競合関係にあり、地域に必要とする医療提供体制は実現しにくいのではないか。
- 地域に必要な医療提供体制は最終的には地域住民の選択になるかと思う。医療を受ける立場から言えば、質の良い医療を安価に効率よく提供する医療機関であることが重要で民でも公でも構わない。ただ、税をどこまでつぎ込む価値があるかどうかは問われるべきであろう。
- 地域住民を交えた議論を行い質の競争環境を実現することで病床はある程度、整理されるだろう。

民と公の対立構造ではなく、共同関係を構築すべき

⟹ アライアンス連携・連携医療法人

スライド14

その地域の公立病院が必要かどうかは医師会が決めるのではなく、調整会議が決めるのでもなくて、最終的には地域住民がそれをどう考えるか、つまり、納税者が、税を払ってでもこの病院があってほしいと考えるかどうかです。ですから、逆に言えば、自治体病院も税をつぎ込む価値がある医療をやっているかどうかという事を問われていると思います。最終的に公と民がアライアンス的な連携を強化しながら、連携推進法人のような形になるかもしれません。

これから予測されること

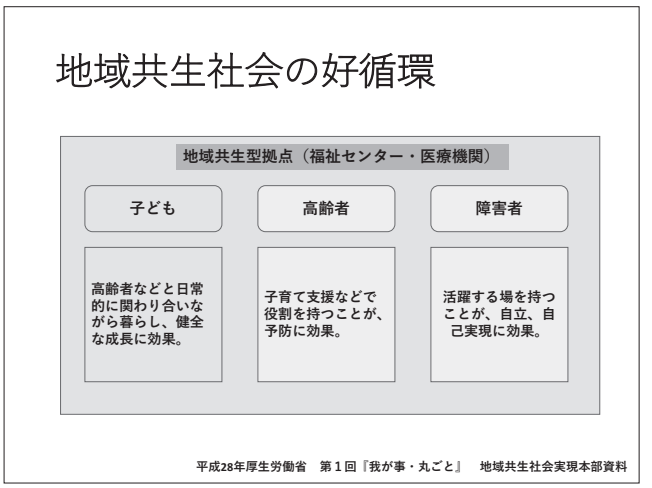
- 高齢者が増加しフレイルに伴う疾患が増加
- 高齢かつ独居老人が増加し生活支援が必要
- 障害者が高齢化し介護と生活、医療支援が必要
- 障害者の親が先に死亡し保護責任者が必要
- 介護・福祉・医療人材が不足しサービスが低下
- それぞれがばらばらに対応していては非効率
- 地域共生型拠点は実績や経験、医療支援が必要であり、人材教育が重要
- 人口密度が低く人口が減るので、効率的なサービスは難しい

スライド15

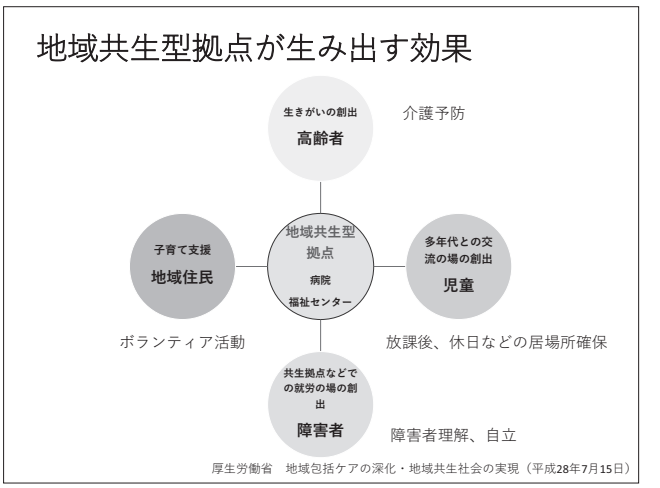
（スライド15）これからは、高齢者が増え、フレイルに伴う疾患が増加していきます。しかも、独居老人、生活支援の必要な人、それから、障害者が高齢化し、親が先に亡くなり、障害者だけが残るケースが増える。こういった人たちに対しては医療支援に加え生活支援が必要です。とはいえ、医療人材、介護・福祉とも人材不足ですので、これは違ったやり方を考えていかなければなりません。つまり、医療・介護・福祉がそれぞれバラバラに対応していては、効率的な社会福祉・医療のサービス提供は難しくなる。

（スライド16）そこで、地域共生という考え方があります。地域共生型社会は、なかなかモデルがないんですが、子供、高齢者、障害者、こういった人たちが隔てなく、日常的にともに生活が出来るような場をつくるという考え方です。ただ、これを実現しにくい一因は、ハブとなってこれをつくろうとするリードできる組織がなかなかない。僕は、これは病院が最も相応しいと考えています。地域共生型社会というのは一つの理想であるし、非常にいいことだし、こうあるべきと思いますが、現在の地域医療構想の話の流れは、病院病床の数だけに限られ、こういった領域の話題は全く出てこない。

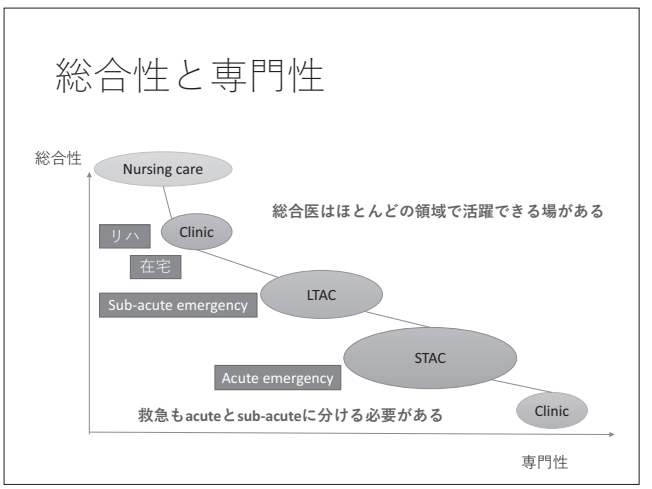
（スライド17）これからの地域は医療だけでなく生活や、障害者福祉などの支援が求められています。もちろん民で出来ないことはないが難しい面もあると考えています。今後、厚労省の方にもお願いしたいのは、もはや地域では医療だけの話ではなく、介護、福祉といったものを一体的に提供出来る、包括的に提供出来る、まさに地域包括ケアシステムの完成に主題を移すべきではないかという事



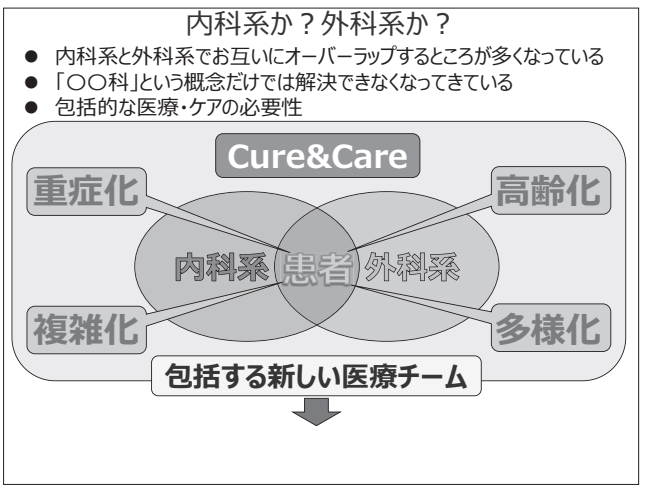
スライド16



スライド17



スライド18



スライド19

です。地域医療構想というのは、ともすればベッドのやりとりや、民がやるべきことを公がやるなといったレベルの話が多く、地域包括ケアシステムの完成とか、共生型社会の構築とか、もう少し高い理念の議論が必要です。

さらに、地域医療構想に決定的に欠けているのは、地域住民の意見です。地域住民、ステークホルダーとして或いは医療の消費者としての需要サイドは、ほとんどこの構想に関与出来ていない。自治体病院が必要かどうかというのは、最終的には納税者である地域住民が決める話で、地域医療構想、或いは調整会議で決めるようなものではない。

この病院を残して、税金でそのまま支えるか、この病院はもう必要ないので、そのかわり税金は払わないか、ある意味、こうした厳しい決断にも耐えるべき時代でもあります。つまり、税を払ってでも支えていこうという地域住民の意思があれば、それは存続すべきものだろうと考えます。

（スライド18、19）総合医の話に移りたいと思います。

今、地域包括ケア病棟が出来ましたが、post-acute の受け入れは多くても sub-acute の患者はそれほど受け入れていない。何故かと言うと、例えば、夜間休日の検査体制や画像生理検査などの体制が不十分で救急対応が構築されていない地域包括ケア病棟が多い。これからこの sub-acute の需要が増大していく。こうした所に病院総合医の活躍の場があるだろうと考えています。

（スライド20）僕は急性期病院である済生会熊本病院で働いていますが、近年患者の層は非常に高齢化、重症化、多様化、複雑化しています。ここで病院総合医という専門医からのキャリアチェンジの提案を出して、今これを進めてい

(1) 2017年(平成29年)7月25日 日本病院会ニュース 第972号

日本病院会ニュース

特別寄稿

育てよう病院総合医

日病認定の病院総合医検討

日本病院会副会長 末永 裕之

理念

日本病院会認定病院総合医

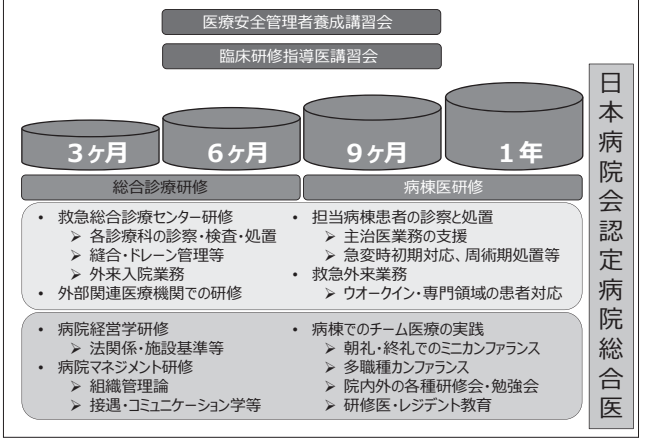
【理念】
近年、医療の専門化、細分化が進み**総合的に患者の病態に対応することのできる医師の不足**が指摘されている。その弊害は中小規模の病院において顕著であるが、多数の医師を
要する大規模病院においても同様の状況にある。専門医を取得しない医師、専門医の資格があるが、**キャリアの進行とともにジェネラルな診療を志す医師も存在する**。このため、日本病院会として専門医制度とは別に病院総合医を養成する共通の育成プログラムを作成、運用することとした。
このような状況を勘案し、日本病院会の病院総合医育成プログラムは次の理念に基づいて作成する。

スライド20

スライド21

1. 病院において多様な病態を呈する患者に、包括的かつ柔軟に対応できる**総合的診療能力**を有する医師を育成する。
2. 必要に応じた複数の診療科、また**介護、福祉、生活等の分野と連携・調整**し、全人的に対応できる医師を育成する。
3. **地域包括ケアシステム**における医療と介護の連携の中心的役割を担うことができる 医師を育成する。
4. 多職種をまとめ**チーム医療を推進**できる医師を育成する。
5. 総合的な**病院経営・管理の能力**があり、病院だけでなく**地域の医療にも貢献**できる医師を育成する。

スライド22



スライド23

ます。これは日病でも取り上げられ、末永先生が委員長で制度構築のリーダーシップをとっていただいています。

（スライド21～26）日病の総合認定医は、患者の病態に総合的に対応出来る医師が不足している、また、専門医は持っているけれども、これからキャリアをチェンジしてジェネラルな診療を志す医師を対象としています。ということで、総合的診療能力、介護・福祉・生活分野と連携・調整し、地域包括ケアシステムにおける連携の中心的役割を担うことが出来る医師を育成したい。もちろんチーム医療も出来、病院経営管理能力もある方を養成する。

今１年コースと２年コースがあって、経験のある人は１年で可です。僕も研修中で、院長時代、あまり臨床をやっていなかったので２年コースを受けています。来年３月に研修が終わって、認定医を取ろうと考えています。

病院総合医は病棟のかかりつけ医的役割を果たし、入院患者のニーズに即座に対応出来ます。専門医でなくても対応出来るものが約８割ぐらいあり、迅速な対応でスタッフも患者も喜ぶし、働き方改革にもつながります。

（スライド27、28）病院総合医を導入した３つの病棟でアンケートを取りましたが、診療の質が向上した、業務軽減につながった、そういったポジティブな評価が多くみられました。

これは、働き方改革の一つにつながっており、総合医を導入する前は、夕方からの指示業務が全体の35.7％で、午前中はあまりなかった。この指示が午前中に移ります。午前中に移ることで午後からの仕事が減り、結果的に薬剤師、検査技師も他のスタッフも残業が減ります。もちろん今は24時間対応しているわけではないので、こ

包括診療部の病院総合医

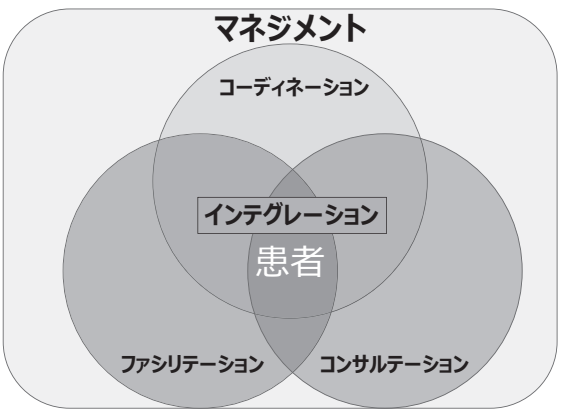
- 病院内で患者の“**かかりつけ医**”として働く総合医である。
- フロアマネージャーとして各専門医や各種専門職をマネジメントし“**多職種協働で患者中心の包括的な医療・ケア**”を実践する医師である。
- “**患者・職員双方にとってより良い病院**”の実現のために、病院経営や運営に関わる事業に積極的に参画する医師である。
- 日本の医療の未来のため、“**地域包括ケアシステムを支える**”病院の総合医である。

スライド24

包括診療部に必要な５つスキル

- 様々な医療スタッフと常に連携し、多職種間のコーディネーター的な役割を担う（コーディネーションスキル）。
- 病棟・救急外来を問わず急変患者の初期対応を迅速に行い、専門性の高い処置が必要かどうかの判断を行う。状況に応じて、然るべき専門診療科へ速やかにコンサルトする（コンサルテーションスキル）。
- 常に患者中心の医療を念頭におき、多職種協働によるチーム医療の実践を活性化させる（ファシリテーションスキル）。
- 医師としての倫理観・人間性・社会性をもって包括的に医療を行う（インテグレーションスキル）。
- 総合的な病院経営・管理の素養を身につけ、地域包括ケアシステムや日本全体の医療を視野においた病院運営を実践する（マネジメントスキル）。

スライド25



スライド26

病院総合医導入の効果（３つの病棟での結果）

整形外科病棟	循環器科病棟	腎・泌尿器病棟
1.診療の質が向上した	**1.業務軽減につながった**	**1.業務軽減につながった**
45人（87%）	46人（83%）	13人（59%）
2.患者満足度が向上した	**2.診療の質が向上した**	**2.診療の質が向上した**
41人（79%）	42人（77%）	12人（55%）
3.業務軽減につながった	**3.患者満足度が向上した**	**3.患者満足度が向上した**
29人（56%）	29人（54%）	11人（50%）
4.スタッフの教育につながった	4.スタッフの教育につながった	4.スタッフの教育につながった
23人（44%）	14人（26%）	1人（5%）
5.その他	5.その他	5.その他
3人（6%）	3人（6%）	2人（9%）

診療の質向上・患者満足度向上・業務軽減

スライド27

れを24時間病院総合医がカバーすれば、専門医の労働時間はかなり減るのではないかと思います。

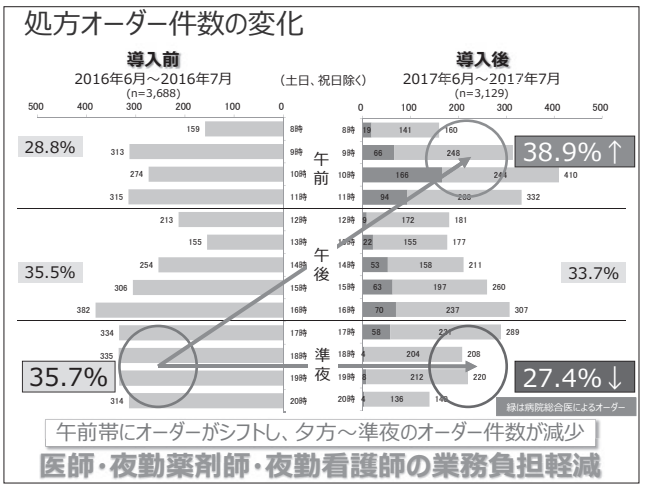
（スライド29）今まで地域包括ケアシステムや総合医の話をしてきました。これからこういった絵がきちんと描けるようにするためには、地域に合わせた細かい議論が必要だと思います。そのときに主導権をとるのは地域に密着した、しかも、それなりの核になる病院で、そうしたところに自治体病院の存在意義があると考えます。自治体病院が無くなっていいのか、全部、民でいいのか、こういう極論はやはり受け入れがたいところがあります。

（スライド30）議論のまとめですが、これからは医療だけではなく、住まい、介護、生活支援などを一体的に議論しないと、きちんとした医療提供体制は出来ないだろうと思います。

（スライド31）まとめです。

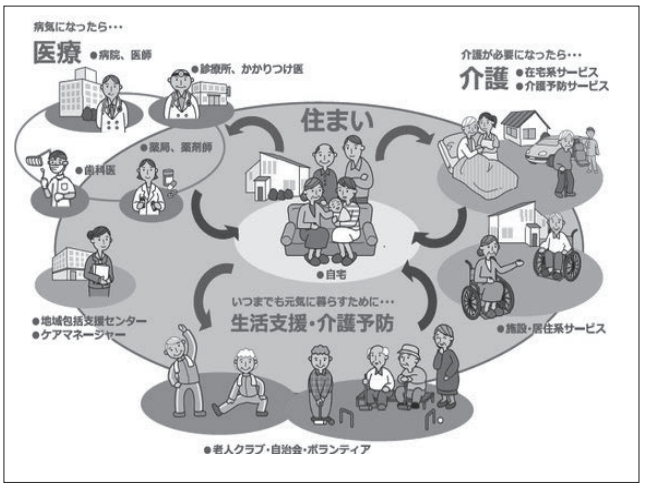
地域住民が安心して医療を受ける体制づくりを考え、相互にコンフリクトが生じない形で縮小させていくことが求められています。生活圏内、つまり、現行の二次医療圏ではなくて生活圏内の連携再構築が重要で、急性期、亜急性期、慢性期、介護、福祉も包括的に考えた生活全般の支援システムをつくる。病院総合医は急性期だけでなくて地域包括ケアシステムの担い手になる人材です。僕は、専門医だけの世界では限界があると思っています。

医療提供体制は、患者の立場に立てば民でも公でも構わない。自分が住んでいる医療圏でないといけないというわけでもない。アクセスがよければ何処でも自由にかかれる。生活圏を中心とした二次医療圏が設定されれば、その中での医療提供体制の構築を議論していけば良いと思います。最終決定はやはり地域住民です。



スライド28

スライド29



スライド30

まとめ

- 地域住民が安心して医療を受ける体制作りを考え、相互にコンフリクトが生じない形で縮小させる
- 連携再構築は重要で急性期だけでなくそれ以降の亜急性期、慢性期、介護、福祉も包括的に考えてシステムを作る
- 病院総合医は急性期だけでなく地域包括ケアシステムの担い手になる人材である

スライド31

今回、424の再編対象病院があげられました。名指しをせずに事実を事実として出すだけで自分の立ち位置を考え、その上で、次にどのような医療が必要かということを自ら考え、つくり上げていく、こういったプロセスが必要だったと思います。

ただ、今の現状を数字できちんと把握した上でこの議論を冷静に進めていくことは重要です。もちろん数字だけが全てを語るものではないし、これから色々な議論が進むでしょうが、唯一言えることは地域に各論は任せてもいいけれども、総論的なところは厚労省が統一的な方向性を示しておいていただきたいと思っています。

ちょうど時間になりました。少し駆け足でお話をしましましたけれども、ご清聴、どうもありがとうございました。

討論

泉谷座長　それでは、これより討論に入りたいと存じます。本日はお忙しい中、ゲストの方々にお越しいただいておりますので、ご紹介したいと存じます。

まずは総務省自治財政局準公営企業室長の大塚大輔様、厚生労働省医政局地域医療計画課長の鈴木健彦様、文部科学省高等教育局医学教育課企画官の荒木裕人様でございます。何卒よろしくお願いいたします。

この討論のテーマでございますけれども、「我々が中心となり地域を守ろう！！―地域住民のための医療提供体制、医療連携―」でございます。後程会場の皆様方からもご発言を頂戴したいと思います。

まずは、全国自治体病院協議会の副会長で、青梅市病院事業管理者である原義人先生からご発言を頂戴したいと思います。どうぞよ

ろしくお願いいたします。

原先生　ただいまご紹介いただきました、全国自治体病院協議会副会長の原でございます。遠藤先生と副島先生から素晴らしいご講演いただきました。ありがとうございました。私は時間が限られておりますので、本当に我田引水的に若干の発言をさせていただきたいと思います。

今回、遠藤先生からは、現在の病院医療が抱える３つの大きな課題に関して、大局から丁寧なご解説をいただきました。自治体病院の55％は200床以下の中小病院であり、主に地方に存在しております。これらの病院の目下の最大の懸案は、医師を含め医療従事者の確保であります。三位一体改革で確かに地域医療構想、働き方改革、そして医師偏在解消はお互いに関連しておりますけれども、何はともあれ、地方で働く医師の確保、医師偏在対策が最優先で改善される必要があると考えております。これに是非最大限の力を注いでいただきたいと思っております。

それから、副島先生からはアライアンス連携と病院総合医の重要性に関してお話をいただきました。人口が急速に減少していく地域で医療をどのようにして守っていくか、今後の非常に大きな課題と考えております。その中でアライアンス連携と総合医の充実は本当に解決策の柱だと思われます。総合医に関しましては、病院総合医に限らず、新しい専門医制度で、総合診療専門医も養成され始めております。また、全国自治体病院協議会は、全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）と一緒に、地域で地域包括ケアシステムを担っていける総合医を認定する地域包括医療・ケア認定制度を運営しております。これら専門医制度、地域包括医療・ケア認定制度、そして日本病院会がやられております病院総合医プログラム等を通じて、総合医の普及が一層図られることが必要だと考えております。

泉谷座長　ありがとうございます。それではここで、ゲストの皆様方からコメントを頂戴したいと思います。まずは総務省の大塚室長よろしくお願いいたします。

大塚室長　総務省の大塚でございます。本日はお招きいただきまして、ありがとうございます。私は総務省で公立病院の関係を担当しております準公営企業室の室長を務めております。今日は地域医療構想等を担当している厚労省の鈴木課長様がいらっしゃるので、後程そのお話もあるかもしれませんが、公立病院のリストの問題で、あれが出されてから、私も当然、無関係ではありませんので、私どもにも厳しいご意見などもいただいて、総務省としては地域医療構想をどう考えているんだという質問もいただくのですが、結論から言えば、地域医療構想自体は、我々総務省としても大事なことだと思っております。当然、進めていくべきことだと思っておりまして、厚労省さんは反省の意を示されておりますが、やり方としては、色々な他のやり方もあったのかもしれませんが、地域医療構想の実現自体は、2025年に向けて当然、取り組んでいかないといけないことだと思っております。

そういう中にあって、我々総務省としても公立病院の改革ガイドラインを示させていただいておりまして、皆様方にもそれぞれの改革プランをつくって取り組んでいただいているところですが、経営状況の悪化や、地域における医師不足などに直面する中で、地域医療の確保という観点から、公立病院の経営改革を進めていくことは

討論の様子

大変重要な課題だと思っております。

さらに言えば、私も色々な経営の厳しい自治体さんから、うちの病院への繰り出しが厳しいというようなお話も、市町村長の皆さんから色々お聞きするところです。例えば予算規模が数十億円の規模の町でも、自治体病院を持っていれば、そこに10億円、15億円というような繰り出しをせざるを得ないというお話もよくお聞きして、本当にきついと思います。こういう財政状況が厳しい中で、これだけの繰り出しをこれから５年、10年、続けていくというのは、果たして本当に出来るのかなということも思いながらお話を聞かせていただいているところですが、本当に経営改革待ったなしの状況だなということは私も感じております。

再編統合という言葉については、今のこのリストの話もあって、ちょっとネガティブな印象が植えつけられてしまったかなと思うんですが、人口減少、少子高齢化の時代に、再編統合も選択肢としてしっかり検討はしていかないといけないと思っております。色々な事例を私も勉強させていただきましたが、複数の病院が再編や連携を図って、医師数の増加につながったとか、或いは休止していた診療科が再開出来たとか、非常に成功したという事例も多々お聞きするところでございますので、再編統合と言ったらネガティブなイメージで捉えることなく、そういう成功している自治体さんもあるというところに目を向けていただいて、是非選択肢として今後、地域医療構想の会議等でご検討いただければと考えております。

それから、先程副島先生からも住民目線でという話をお聞きしましたが、再編などの議論を進めていく上では、住民を巻き込んで議論していく、住民の方々に関心を持っていただいた上で議論を進めていくことが大変大事なことではなかろうかと思っております。住民の皆さんに、人口減少、厳しい財政状況、或いは医師不足の問題、医師の過剰労働の問題など、全部、伝えてご理解いただいた上で、むしろ改革の味方になってもらうという感覚で住民の方々に接していただく必要があるのかなと思うところです。

そのためには、特に現場の感覚がわかる市町村、これは公立病院の設置者たる市町村という意味だけではなくて、地域の総合行政体、基礎自治体である市町村という意味での市町村の関与を、福祉も介護も含めて見通せる市町村の役割というのは非常に大事になってくると思いますので、今後、県が中心になって地域医療構想調整会議などを開かれると思いますが、是非市町村のコミットメントを期待したいと考えております。

いずれにしましても総務省としては、必要なところに対して財政面も含めてしっかり支援はさせていただきます。朝の議連の総会でも財政支援のご要望をいただきましたが、本当に必要なところはしっかり財政的にも支えていきます。その一方で、公立病院は公費で一定支えられている、公費が投入されているという面がございますので、そこはしっかり公立病院に関わる方々は自覚して、経営の効率化、経営改革にも不断に組んでいく必要があろうかなと思っております。私からは以上です。

泉谷座長　ありがとうございます。それでは続きまして、厚生労働省の鈴木課長よろしくお願いいたします。

鈴木課長　厚生労働省の医政局地域医療計画課長をしている鈴木でございます。本日はこのような機会に発言の場をいただきまして、誠にありがとうございます。

厚生労働省のスタンスといいますか、これまでの考え方というのは、遠藤先生の資料にほとんど書かれておりますが、まず今回、我々は９月26日にこういった424の病院につきましての資料を提示して、それが非常に大きい反響を受けたことにつきましては、これまで副大臣等も申しておるところでございますが、丁寧な説明、理解がなく、そういったものをいきなり出してしまったことにつきまして、非常に反省しているところでございます。それを踏まえまして、今でも各地方に行かせていただきまして意見交換をさせていただいているところでございまして、こういったことを通じながらご理解をいただければと考えているところでございます。

我々は別に、こういったことをやることにつきまして、今回の件につきましては、地域の中でいかに議論を活性化させていただき、今の現状の病院のあり方だけではなくて、最終的には2025年、もっ

と言えば、もっと先の病院のあり方、今後、人口が減っていきますし、生産年齢人口は減りますし、またそういったことから言えば、医者の数が本当にどこまで増やせるか、働き改革など色々な要素が入ってくる中で、各病院さんがどういう将来像をみていただけるのか、そういったものを議論するための一つのデータとして出させていただければと思っていたところですが、そういった形では捉えられなかったことは非常に反省しているところでございます。

私たちも今回、三位一体ということで、そういった提供体制という形での地域医療構想、それから中で働いていただいている医師をどう確保するか、また医師の労働をどうするかといったところは、将来の医療提供体制といたしまして、タブーなく行っていくこととなりますけれども、ここは非常に重要な点だと我々も考えておりまして、これをいかに進めるか、各地域の中できちんと議論していただいて進めていただくかということにつきましては、色々な形で支援させていただきたいと考えております。

これにつきましては、今、行っております医療介護総合確保基金のケースもありますし、また様々なところでご協力させていただきたいと思いますので、何卒ご理解をしていただきながら、全体的な医療政策について地域の中で進めていっていただきたいと考えているところでございます。以上でございます。

泉谷座長　ありがとうございます。それでは次に、文部科学省の荒木企画官よろしくお願いいたします。

荒木企画官　文部科学省高等教育局医学教育課の荒木と申します。本日はこの貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

なぜ文部科学省かということをお思いになられる方がいらっしゃるかと思いますけれども、医学教育課でございますので、今日の朝の議連では話題になりましたけれども、医学の教育、すなわち医学生、医師の養成という課程を所掌していることとともに、もう一つは、そこの養成課程の中で必ず大学に設置しないといけない附属病院がございます。こちらの附属病院のことを中心に、今回の遠藤先生、或いは副島先生のお話との関係かなと理解しております。

遠藤先生からのお話は非常に俯瞰的に、いわゆる医療に係る三位一体改革の現状について、しっかり勉強させていただいたところでございます。大学も、先程申し上げましたように附属病院ということで、しかも特定機能病院という形で医療法でも指定されているところでございますので、いわゆる公的病院に位置づけられる。その中では特に、先進医療を果たすということでの役割もございますし、或いは、いわゆる地域の医療に対して医師の派遣なりということも機能として持っているのかなとも思っています。

そういう意味では、これまで若干、各地域において孤高の存在的なところもあったのかもしれませんけれども、まさに地域医療構想等が動き始める中で、是非大学も都道府県の所掌される地域医療構想調整会議等にしっかりとコミットして、一緒に話し合ってくださいということは、常々この２～３年、各病院をヒアリングする機会がございますので、そういう場合にも色々と訴えかけさせていただいております。

副島先生の話は、これも非常に目からうろこの話もございました。私も10数年前、済生会病院に、そのときはクリニカルパスの運用という観点で視察させていただきましたが、今度は新たに病院内でのまさに地域包括を実践出来るような病院総合医をされているということでございます。

そちらについての動きについて、これは大学病院では出来ないことだなと思いつつも、医学生さんがしっかり臨床実習をするという関係におきましては、実は大学の中でも、出来ないというか、教育のカリキュラムをつくる過程におきましては、自治体病院等も含めて地域医療或いは外来診療をしっかりやってくださいと文科省としても定めまして、各大学がそれに応じてカリキュラムを組んでおります。その中には、自治体病院にも出させていただいて、地域医療の実践研修をまず学生時代からやっていただいていると理解しているところでございます。

さらには、地域の中でアライアンスだということでございます。これは厚労省の話ですが、まさに制度としては出来上がっているんですが、それをどううまく活用するかという話で、病院については

競合ではなくて、今後、協調していかないと、まさにシュリンクする社会の中でどういう風に対応していくかというのは、各地域の状況は全く異なりますので、それに応じた形で、その中で大学はしっかりと支援というか、一緒に考えていくことが必要かなと思いました。以上でございます。

泉谷座長　ありがとうございます。それではここで、先程の遠藤先生、副島先生のご講演、そして只今のゲストの皆様方からのコメントを含めて、全体を通して会場の皆様からご質問、ご意見等がございましたら、お受けしたいと思いますが、いらっしゃいますでしょうか。

フロアより　大阪の阪南市の市長しております水野と言います。大阪の開設者協議会の会長もしておりますので、その立場で少しご発言させていただきます。

先程来、先生方から、今回の公立・公的病院の具体的対応方針の再検証の要請の意図するもの、目的とするもののお話がございました。よく理解したつもりでございます。しかしながら、地域の実情というお話も先生方の言葉の中にもありました。私もその辺りのところを少しだけ申し上げたいと思います。

私のところは、例えば阪南市の公立病院はこの424の中の指摘をされているんですけれども、二次医療圏の中の、なお小さい圏域の中で、公立病院が３つ、しっかりとネットワークを組みながら、民間の病院や診療所を支えているという実態があるんです。この実態のネットワークの中で、私どもが指定管理者制度を導入しながら運営をしているんですけれども、今起こっていることは、その病院の経営が非常に不安になってきた。行こうかと思う医者が来なくなってきた。ようやく住民が安心して、公立病院は良くなったと言われるのに、もう潰れるのと違うかという話があるんですけども、このより小さい圏域の中でのネットワークで行っている努力と、今回、A 領域、B 領域という中で、その判断に使われた、この診療が出来ているかどうかということに経営努力をしていくと、今の経営バランスが崩れていくんですね。ネットワークも崩れていくという状況がございます。

そういう意味では地域医療の今、果たしている役割が、逆に果たせなくなってくるという事態も生じますので、その辺りのところにつきましては、私どもは大阪府さんとしっかり連携をして、そういったよりきめの細かい議論をさせていただこうと思っています。そのきめ細かい議論をした上での地域医療構想につきまして、しっかりとお受けとめを国の方はしていただきたいということが一つでございます。

もう一つは、地域医療構想を今、議論していただくに当たりまして、副島先生の意見に非常に感銘を受けました。何かというと、地域医療構想の中には共生型のケアといいますか、地域包括ケアのあり方の構築抜きには出来ないと思っているんです。例えば、認知症の方がいかにこれから多くなっていくのか、ご自身の病気のことや飲んでいる薬のこともきちっとしゃべれないひとり暮らしの方が増えてきます。何を言いたいかというと、自分の持っている情報を自分で管理する中で、それをしっかりと活用していただいて、自分にしっかりと医療サービス等が提供されるような、例えば ID － Link や ICT など、そういったことの中で情報をいかにうまく個人が提供出来るか、活用出来るかという仕組みを、認知症の対策と絡めて国の方からしっかりと都道府県の方に、地域医療構想の検討に当たって逆にご提案していただくといいますか、またご指示、応援をしていただくということをお願いしたいなと思っています。以上でございます。

泉谷座長　ありがとうございます。それでは、副島先生からいかがでしょうか。

副島先生　過疎地域で、医師も少ない、もちろん患者もかなり散在している、こういったところをどのように解決していくかというときに、IT、ナースプラクティショナー、総合医、こういう組み合わせが必要だと思います。

先月、九州厚生局で地域共生型社会のセミナーがあったんですけれども、そのときに紹介された IT のテクノロジーに僕はすごく感心しました。介護ケアですが、非接触型センサーをベッドの下に置いて、天井にディテクターを置き、これで脈拍と呼吸数を監視します。何かあると、ナースが顔を見ながらコンタクトをとれる。これを月5000円でレンタルしていま

す。スタッフ１人で何人みられるかという問いに、１人で200人見守り可能とのことでした。もう一つは、死戦期、いわゆる亡くなる直前の状況も把握できる。そのときに適切に医者が介入したり、或いは家族に連絡して、死ぬ間際に間に合う、こういうサービスをやっています。

こういう技術をどんどん使わないと解決しません。もう人を集めるのは無理で集めてきても、他所から連れてくるのでそちらが減るだけの話です。もう少しITをうまく使えばかなり解決出来る。この技術を急性期病院でも使えばもっと働き方改革にもなる。このようなやり方を、国もどんどん進めていただければなと思います。

地域に若い医者をどんどんやるとか、そういったことも、一時的には効果があっても、やはり都市部に流れていくのは趨勢としてやむを得ないところがあるわけで、ある意味、ITの利用というのは一つの重要な解決策になりつつあると感じています。

泉谷座長　ありがとうございます。それでは最後に、厚生労働省の鈴木課長、先程のご意見等につきましていかがでしょうか。

鈴木課長　ご意見、ありがとうございます。重ね重ね申し上げさせていただきますが、今回のデータについてはきちんと活用していただいて、地域で議論していただいて、それを尽くしていただいて、その結果につきましてはきちんと我々としても受けとめさせていただきたいと思いますので、まずはやはり本当にその地域の中で議論していただくことが一番重要だと。やはり地域医療構想を進める中では、地域の実情を、まさにあのデータの中では地域の実情まで反映されることは出来ませんでしたし、しておりませんので、そういったところをきちんと地域の中で話し合っていただいて、それにつきましては我々も本当に受けとめさせていただきたいと思っているところでございます。

それから、認知症の関係や、今、副島先生がおっしゃっていたICT、ITといったものにつきましては、先生がおっしゃっていただいているとおり、今後、人が少なくなっていく。それは患者さんもそうですし、医療従事者もそうですし、医療スタッフもそうですけれども、そういった中でやっていく中では、そういった科学技術をどんどん入れていくというのは一つの方策だろうと我々も思っているところでございます。

先程介護の関係がお話で事例としてありましたが、私はここに来る前は介護担当部局にいましたが、介護の方ではそういったICTやロボットといったものを中心に、介護現場もかなり人が少ないということでありますので、そういったものを研究するようなことは今されているところでございます。

そういったところを、いつも厚生労働省は言うんですが、そういったいい技術が出来ますと、そこは積極的に横展開をしながら、皆さんのところにご紹介しながら、導入していただければと思っているところでございます。

泉谷座長　遠藤先生、副島先生、ゲストの皆さん、誠にありがとうございました。最後に少しまとめさせていただきたいと存じますけれども、先程阪南市の水野市長さんのご質問等もございましたとおり、地域医療構想ではこれまでの病院完結型の医療から地域全体で治し支える地域完結型の医療を目指していくこととなります。地域包括ケアシステムの構築を進めていく中で、地域の医療機関の役割を明確にし、高度急性期から在宅まで切れ目のない医療提供体制を実現するため、自治体病院は大きな役割を果たしていかなくてはならない。このフォーラムを通して、私も改めて決意を新たにしたところでございます。

地域においての役割分担やネットワークによって、自治体病院が中心となって地域を守っていく、そして地域づくりの核になっていく、そのようなことを目指していかなければならないのではないかと思った次第でございます。

それでは、以上をもちましてディスカッションを終了したいと思います。皆さん、ご協力どうもありがとうございました。

決議

地域医療確保における自治体病院の重要性等を鑑みて、要望活動に先立ち決議を行った。

■全国自治体病院開設者協議会
副会長　須田　善明
宮城県女川町長

宮城県の女川町長を務めております須田善明と申します。

本町は地域医療センターを公設民営でやっております。19床のところでございます。小さいところですが、私どもも３月11日までは１万人の町でした。そこで100床の病院を運営していたんですが、東日本大震災の到来前に前町長の手元で、100床から、まさに今日ダウンサイジングというお話でございましたが、19床にしました。老健が50床だったところを100床へという転換を図ろうとするときに震災がやってまいりました。震災で今度は何が起きたか。人口減少です。１万人の町で800人以上が犠牲になりました。年間の人口減少率が５～６％ということで、人口減少率も全国の中でワーストを記録し続けてきたところです。

震災後、体制を転換して、それまで年間６億円ぐらい、維持するために町費を投入してきたわけですが、大体２億円ということで、また２億円を除けば黒字ということでまいりましたが、現在、人口は6,400人に減りました。また赤字基調に少しずつ入りつつありまして、継続した運営をどうしていくかという曲がり角にまた来ているということでございます。ですので、今日の議論のほぼ全てが入っておるということでございまして、身につまされながら、皆さんと共にさらに頑張っていかなければいけないなと思いました。

その地域医療センターは小規模なため、424の公立・公的医療機関の今回の数の中には入っておりませんでしたが、今日なされた議論を通じて、再三、厚労省の局長並びに課長様からお話がありましたとおり、今後の議論の材料だということで、みんな、「そういうことなんだな」という共通認識はしたかもしれませんが、念のためということで、今日のこの決議文の冒頭はそういう立てつけになっておろうかと存じます。

以上、代表して読み上げさせていただきますが、是非ご賛同を賜れればと存じます。

（決議文朗読）

「決議（案）」について、異議なく拍手をもって了承され、同日午後に、関係省庁等へ要望を実施することとした。

地域医療構想の進め方にかかる決議

厚生労働省は全国一律の基準による分析のみで、地域の個別事情を踏まえずに再編統合等の再検討を求める全国 424 の具体的な公立・公的医療機関等のリストを公表した。

しかし、国民の命と健康を守る最後の砦である公立・公的医療機関等が全国一律の基準により分析したデータだけで機械的に再編統合される事態は、あってはならないことであり、結果として地域の住民の不信を招いており、厚生労働省の進め方に関しては強い懸念を覚える。

このような事態を解消し、自治体病院の果たしている役割を踏まえて、議論を進められる環境づくりが必要である。

ついては、「地域医療構想の推進」、「医師の地域偏在対策」、そして「医師の働き方改革」を三位一体で推進していく総合的な医療提供体制改革を、国と地方が共通の認識をもって推進していくため、「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」を継続的に開催し、地方の意見を聞くこと。

地域医療構想の実現など地域医療の確保に向けた取組み推進に当たっては、個々の病院及び地域の個別事情を十分踏まえ、他の開設主体の診療実績データについても公表など必要な情報開示を行い、公民を問わず地域の病院について同一の視点に立ち、地方とも丁寧に協議をしながら検討を進めること。

更に、公立・公的医療機関等の見直し期限については、個々の病院及び地域の個別事情に即したものとなるよう、柔軟な取扱いをすること。

病床のダウンサイジングを含む再編統合においては、国の財政的視点を明確化し、強力な支援を図ること。

以上、決議する。

令和元年 11 月 20 日

全国自治体病院開設者協議会　公益社団法人全国自治体病院協議会
全国自治体病院経営都市議会協議会　全国知事会　全国都道府県議会議長会　全国市長会
全国市議会議長会　全国町村会　全国町村議会議長会　公益社団法人　国民健康保険中央会

挨拶

■全国自治体病院開設者協議会
会長　平井　伸治　鳥取県知事

皆様こんにちは。

本日は自治体病院全国大会に、このように全国各地からお集まりいただき、熱心なご討論もいただきました。本当に感謝を申し上げたいと思います。

今日の開催に当たりまして、小熊会長や中島先生、さらには原先生を初め多くの自治体病院協議会の皆様にもお世話になりましたし、また私どもの同志であり、座長やご挨拶等いただきました泉谷市長や須田町長、また水野市長を初め、多くの全国の方々には大変熱心なご参画をいただきまして、本当にありがとうございました。

お忙しい中、遠藤先生にもこちらにお越しいただき、さらに副島先生から示唆深いお話もいただきました。感謝を申し上げたいと思います。政府におかれましては、本日、大塚様、鈴木様、荒木様には、熱心なご参加をいただきましたことを感謝申し上げたいと思いますし、今日ここで話し合ったことを、是非ともこれから政府の予算案、さらには地域医療構想の進め方、或いは、私どもが懸念しております医療人材の確保、こうしたところでしっかりと反映出来るように力を注いでいただきたいと思います。

今日も色々とお話がございましたし、実は朝方から細田議連会長を初め、多くの皆様とも、様々な討論を重ねてきています。ただいまご決議がございました決議(案)が決議となりまして、これから加藤厚生労働大臣、さらには長谷川総務副大臣にみんなを代表して、この中のメンバーと一緒に要望活動に行ってまいります。またそれぞれの地域でも、それぞれ国会議員の皆様、或いは、色々な要路の方々に自治体病院の大切さも説いていただき、我々は別に、病院の改革、医療の社会保障の改革に反対するわけでは全然なくて、むしろ命を守るために、地域の医療をどういう風に育てるかということのために活動している。その誇りを持って、多くの方々にもこの問題を取り上げていただき、いい方向へ議論を正常化するように、皆様のお力をいただきたいと思うわけであります。

「このもよりかのも色こき紅葉哉」という句がございます。有名な句でありますけれども、紅葉にはいろいろな色がある。それが一律の基準によって、この紅葉は赤くないからとってしまえということで、総体としての山の美しさというのはあるでしょうか。命の輝きは生まれるでしょうか。単に数字だけで一刀両断にして物事を処理すればいい。あとはそれぞれの地域で考えてください。私たちは知りません。そういうのが政府のあり方では、私は疑問があります。皆さんも同じ気持ちだと思います。

今日も若干、お話がございましたけれども、そうならないように議論を正常化しようと政府も動こうとされているようでございますから、そうであれば、我々の十分な現場の意見を聞いて、それぞれの地域に相応しい改革を行っていく。医師人材の確保を行っていく。それに責任を持って動いていくためのこの年末であってほしいと思います。

是非ともその意のあるところを酌んでいただきますよう、我々一同、一心同体となってこれから向かっていくことをお誓い申し上げたいと思いますし、皆様の絶大なご協力を賜りたいと思います。このままではお医者さんがいるところがなくなってしまうかもしれない。そんなことにならないように、鈴木課長、是非ともお願い申し上げたいと思いますし、また大塚室長や荒木企画官のお姿を私どもも大切に拝んでいきたいと思いますので、よろしくお願い申し上げたいと思います。頑張りましょう。どうもありがとうございました。