

自治体病院全国大会2013 「地域医療再生フォーラム」

日 程

2013年11月21日（木）

10：00～12：50

- ・開会あいさつ
- ・来賓あいさつ
- ・座長あいさつ
- ・講演Ⅰ 永井 良三 氏
- ・講演Ⅱ 今 明秀 氏
- ・討論
- ・総括

場 所

都市センターホテル

「コスモスホール」

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

趣 旨

自治体病院は、公立病院改革ガイドラインに基づく「改革プラン」を策定し、その実現に向けての努力を続けており、自治体病院の経常収支は23年度末までに黒字化を達成した病院は半数以上を数える

など、多くの成果をあげているが、改革プラン最終年を迎えた今日、これまでの取り組んだ結果についての検証を行い、また改革プラン後の病院運営をどのように行っていくかの決断が必要となっている。

そのような状況の中、地域医療を担う自治体病院関係者が政策について理解を深めるとともに、今後の地域医療と自治体病院の展望を住民と共有し、もって地域医療の確保に資することを目的とする。

テーマ

地域医療の確保のために－質の高い医療の提供と患者中心の医療の推進を考える－

参加者

約300名

開会あいさつ



全国自治体病院開設者協議会
会長 西川 一誠 福井県知事

西川 皆さん、おはようございます。今日は自治体病院全国大会2013「地域医療再生フォーラム」を開催いたしましたところ、全国からこうしてお元気にお集まりでございまして。日ごろの皆様のそれぞれの地域でのご活躍とご尽力に、まずもって心から感謝と敬意を表すものでございます。

そして、今日は自治体病院議員連盟の会長、細田博之先生。また、総務省自治財政局準公営企業室長の大沢博様。また、厚労省大臣官房審議官の神田裕二様には、公務ご多用の中、それぞれご出席をいただきました。ありがとうございます。厚くお礼申し上げます。

今朝方、この会議の前であります。自治体病院議員連盟が開かれました。細田会長を初め多くの議員が出席される中、皆様の、そしてそれぞれの地域でご苦労されている自治体病院の厳しい現状とさまざまな課題についてご説明を申し上げ、ご要請を行ったところであります。

細田会長にはその際、懇切なる対応と、また、お約束もしていただきました。ありがとうございます。また、大沢室長、原医政局長にも議員連盟の場でご説明をいた

だきありがとうございました。

自治体病院の皆様方には、地域医療の確保と推進に日夜ご尽力をいただき、また、経営にお尽くしをいただいているところで、改めて感謝を申し上げるところでございますが、自治体病院の経営は依然として厳しいものがあり、とりわけ医師・看護師の絶対的な不足、また、地域的な遍在の中での不足がそれぞれ厳しいわけでございます。

皆様のご協力を得て、今年、どれくらい不足しているのかについて調査をさせていただきました。マクロで申し上げますと、お医者さんが5,000名以上、看護師さんが8,000名以上足りないという結果が出ているところであります。

高齢社会の進展や医療費の増加に対応するため、国において入院医療から地域・在宅医療への移行を進めようとしておりますが、これらの医療を担う地域の医師・看護師等の確保そして育成がなくては、政策は進まないわけでありす。

また、診療報酬であります、昨年4月にはプラス改定がありましたけれども、0.004%ということでもあります。これまでのマイナス改定の影響が大きく、10年では累積マイナス7%ということでもあります。特に地域医療を担う中小自治体病院への評価が十分ではないと思います。

各医療機関におかれても、不断の血のにじむような経営努力、取り組みがされておりますが、今申し上げたような課題は、我々自治体や病院の自助努力だけでは解決

が最後までできないわけでありす。

これらの解決には、国の制度やシステムの大幅な改善がなければ、根本的な解決にたどりつかないと認識しております。早急な対応が必要でありまして、この大会終了後に、関係省庁に対しても要請を行ってまいりたいと考えます。

本日の地域医療再生フォーラムは、自治医科大学の学長でいらっしゃる永井良三先生と、八戸市立市民病院副院長の今明秀先生にご講演をいただく予定にいたしております。

また、当協議会副会長で石川県の珠洲市、能登半島の珠洲市であります。来年は北陸新幹線が金沢まで開業いたす予定でありますけれども、その石川県の珠洲市の泉谷満寿裕市長に座長を務めていただきまして、地域医療の確保についてディスカッションを行うということでございまして、よろしく願いをいたしたいと思ひます。

若干脱線のお話をいたしますが、先日私、永平寺町というのが福井県にあるのでありますが、そこで中学2年生に講演を頼まれました。橋本左内という方がおられます。これは福井県のお医者さんでもあり、幕末の偉人でもありますけれども、26歳で安政の大獄で斬首、死罪になった。歴史書にも載っておられるわけですが、この人は大阪の適塾で勉強しました。福沢諭吉先生とも同年輩でありましたけれども、毎夜、夜どこかへ出かけるから、福沢諭吉先生はどこへ行くのだらうと後を

つけて行つたと。そうしたら、夜遊びをしたのではなくて、とある橋の下のほうに行きまして、貧しい人たちに勉強を教えながら夜、治療をしていたということで、福沢先生は非常に邪推をして恥じ入ったと。そして、申しわけないと佐内に言ったという話を子供たちにしたわけでありす。

医療、あるいは自治体、地域の活動というのは江戸幕末以来ずっと連綿と続いているわけですが、立派なお医者さん、そして看護師さん、こういう皆さんと自治体病院が力を合わせて初めて医療が成り立つと思ひます。気持ちだけではなかなか大変であります。いろいろな制度もこれからあるわけありますので、皆様方と心をつにして、自治体病院、そして地域医療のために少しでも改善できるように、今日のフォーラムがお役に立てればと、このように思っているところであります。

これからも皆さまとともに力を合わせ、地域医療のために全力で取り組む所存でございますので、どうかよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

来賓あいさつ



自治体病院議員連盟
細田 博之 会長

■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。本日は自治体病院全国大会、ご盛会まことにおめでとうございます。

私は自由民主党の自治体病院議連の会長を務めておりますが、先ほど議連の総会を行いまして、代表の先生方もお出かけをいただいたわけでございます。そして、現状についての問題点、悩み、克服すべき点、いろいろ承り、同席した総務省、厚生労働省、文部科学省の説明を聞きまして、必要な対策をとるようということで先ほど議連を終了したわけでございますが、伺えば伺うほど、まだまだ自治体病院をめぐる環境は改善をしていないわけでございます。

特に消費税の問題では、皆さんの負担にかかってくるわけでございますが、それをいわば診療報酬その他の収入の面で補うことができなくて、損税といえますか、赤字を負担しなければならないという、緊急の課題でございます。

消費税増税で、例えば、所得の低い人には軽減税率を適用すべきだという議論がございますね。食料品などは低いところでおさめるべきだという議論がございますが、病院の場合に、買ってくる材料やその他の費用は消費税がかかって増加するのに、それを適切に経営上反映することができない。これは最大の大きな問題でございますので、我々も税制改正の議論の中で、真剣に対応していきたいと思っております。

それから、当然のことながら医

師・看護師不足が深刻でございますし、また、自治体病院の地元出身の医師というのは随分数は多いけれども、それが多くの大都市の大病院とか大学にとどまって、地元になかなか帰ってこない。これをできるだけ地元のために貢献してもらうための工夫。これは文部科学省を初め都道府県も含めて努力をしているわけで、多少は研修制度その他の充実によりまして萌芽はあるのですが、これをしっかりと皆様在地元に医師として活躍できる場を提供し、医師不足を補うと。あるいは看護師でも同じでございますが、まだ政策的にしっかりと方向が出ているわけではないわけでございまして、これについて我々も対応していかなければならないと思います。

累積赤字もちょっと良くなりましたと今、役所のほうで言っておりますけれども、累積赤字が2兆2,000億ぐらいあったのが、今2兆円になりましたので、2,000億良くなりましたと言うのですが、これは悪くなるよりはまだ良いのでございますが、良くなったとは到底言えないわけでございます。

それから、高度医療について、保険の目下適用のない高度医療についてさまざまな保険適用その他、できるような体制にしてほしいということも先ほどあったわけでございまして、これは後ほど自治医大の先生からご講演があるようございまして、国民医療の問題のお話があるようでございますが、今、現時点で我々の把握では、年々1兆円ずつ国民医療費が増えて、大体现時点で37兆になってい

るという認識でございます。

37兆のうち、自己負担で払われる金というのは大体5兆円。しかし、医療保険によって本来まかなうべきものを飛び越えて、どうしても足りないところは一般会計によって補われているわけでございますが、この予算によって補われている部分が10兆円をどんどん超えて増えてきているわけでございます。

そういった過程で、この消費税増税で何とか社会保障費に充てる。これは年金にも充てられるわけで、これは皆様方全員にとってそうですが、基礎年金というのは65歳以上の人3,000万人すべての皆様が受けているわけでございます。平均で70万円。これを掛け算しますと21兆円。

21兆円の半分の10.5兆円は、年金会計の保険料の中でやりますとどんどん年金の貯金が減ってまいりますので、若い人に迷惑がかかるので、まさに真水で毎年毎年皆さんの、この中で65歳以上の年金を受けておられる方には補填が行われている。それだけで10.5兆円。

それに医療費の負担で少なくとも10兆を超えてどんどん増えており、介護で2兆数千億円になっているけれども、介護保険の不足によってさらに増えている。そして、生活保護、子育て支援もばかにならないほど大きくなって、こちらのほうは保険がございませんので、社会保障費だけで国の予算の一般歳出の既に53%を突破するに至っている。

これは、オバマさんはアメリカ

の大統領として公約をしまして、国民皆保険制度、日本のような天国のような制度を導入しようと言ったけれども、アメリカでは根強い反対があってほとんどできないわけですね。つまり、そのような制度は、いわば金持ちの負担で貧しい人の医療費を面倒見るということにほかならないじゃないか。日本はそうでございますから。実際には既にそうなっているわけで、一般会計の中からどんどんどんどん補填をせざるを得ないような、保険料だけではまかなえない状況になっている。

これを何とか救うために、消費税を上げることによって、またそれに伴ってやや高齢者、所得の多い人などの医療費負担を増やすと。したがって、所得の多い人にとって、あるいは高齢者ではあるけれども、対応能力のある人には負担が増すという形まで導入して、総合的に保険制度の崩壊を防ぎ、かつ、日本の財政の崩壊を防ぐという、本当に針の穴を通すような政策が今、行われているわけですが、余り全体像は多くの方はご存じないために、医療は医療の観点から、年金は年金の観点から、介護は介護の観点から、どうしてくれるのだとおっしゃいます。

そして、消費税負担の観点から、これは何とか減税しろと。この大変なせめぎ合いの中で、今、アベノミクスの安倍総理は、針の穴を通すような社会保障制度の改革と財政の健全化をやっているわけですが、皆様方にぜひそのようなことをご理解いただい

て、ただ、自治体病院は我慢するだけかというそういうわけではないので、実際にさまざまなひずみの結果、今の自治体病院の困難が発生しているわけですから、我々与党としても一生懸命それを是正すべく今後とも努力してまいりたい。皆さん方からもお知恵をいただきたいし、さまざまなご努力をいただきたい。

そういうことが申し上げたい趣旨でございますので、ご理解を賜り、そして、できるだけ過疎高齢化の時代に、あるいは遠隔地、僻地、離島、そういったところもたくさんございますので、その中で皆様を頼りにしている患者さんやその他皆さんがたくさんおられるわけでございますので、その人たちの期待に応えることが大切である。こう思っているわけでございます。

ぜひとも皆様方がさらなるお知恵を出され、また、提言をされ、政府がそれをまた取り上げまして採用していくということによりまして、よりよき地域を創ってまいりたいと思います。

最後になりましたが、被災地の皆様方に皆さんが本当に真剣に取り組まれて、被災地は特別の予算措置がございますから、復興予算その他も大いに使いまし、1日も早く再建がなると望んでおります。もう相当進んではおりますがいま一步でございますので、そちらのほうも努力してまいりますので、そういう地域の医療に携わっている皆様方にも御礼申し上げながら、さらなる努力をお約束いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。

きます。本日はご盛会まことにありがとうございます。



総務省 自治財政局
大沢 博 準公営企業室長

■総務省 自治財政局 大沢 博 準公営企業室長

本日は全国大会の開催に当たりまして、一言、総務省のほうからご挨拶をさせていただきます。

皆様方には日ごろから献身的なご尽力によりまして、地域医療を隅々まで確保されておりますこと、心より御礼申し上げます。総務省としては皆様方に現在、改革プランで、いろいろな形で効率化なり医療提供体制の見直しなりご協力をいただいております。

また効率化という面で、この数年間本当に皆様にご尽力をいただいているわけでございますけれども、今後もそういった医療提供体制の効率化、あるいは自治体病院7,000億以上の一般会計からの繰り入れで成り立っているということでございますので、できる限りそういった収支差を縮めていただくというご努力を大変申しわけないことではありますが、やはりお願いをしていかざるを得ない。そういう改革というのは引き続き続けていかざるを得ないということであろうかと思っております。

また一方では、医療提供体制の

見直しということで、現在、自治体病院の再編・統合、そういった抜本的な見直しが行われております。今、我々が整理しておりますところで62のところ再編が進んでおり、終わったところもありますが、改革プランが行われてから、この4、5年でそれぐらいの再編が進んでいるということでございますが、いろいろ検討はするけれどもそこまで至っていないところもございます。しかしながら、将来の医療需要や人口動向を見ると、持続可能な医療提供体制というのを構築するには、やはり再編というのは避けられない地域というのがまだあるのだろうというふうに思っております。

そういった地域におかれてはこれからさらに引き続き自治体病院の経営改革、再編・ネットワーク化、こういったものを続けていく必要があるのだろうというふうに考えております。現在、皆様をお願いしております公立病院改革というのは、平成20年に作っていただいて、おおむね標準期間5年ということで続けてまいりましたけれども、これはやはり引き続き改革を続けていく必要があるというふうに考えております。

また、そういったお願い等も今後もさせていただきながら、しかし、公立病院・自治体病院というのは、皆様方の献身的な努力と高い志に支えられているわけございまして、私どももそういった高い志が損なわれないような、良い伝統をしっかりと残していけるような形で、しかし、同時にこれからの医療のことを考えて改革もして

いかなければいけない。

また皆様方と手を携えながら、地域医療の確保のために我々も努力をしていきたいというふうに考えております。

引き続き総務省としても、一般会計からの負担についてのご支援等もさせていただきながら、皆さんと一緒に努力していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたしますと思います。今日は皆様方、大変いろいろな地域からお越しと思っておりますけれども、今後の益々のご活躍を祈念いたしまして、私からのご挨拶とさせていただきます。本日はおめでとうございます。



厚生労働省 神田 裕二
大臣官房審議官

■厚生労働省 神田 裕二
大臣官房審議官

地域医療再生フォーラムの開催に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。皆様方には、日ごろから地域医療の充実と地域住民の健康の保持増進のために日ごろからご尽力をいただいていることに対しまして、まずこの場をお借りして深く御礼を申し上げます。

また、医療行政につきましてもご理解・ご協力を賜っていることに対しても、この場をお借りして御礼を申し上げます。

さて、先ほどのお話にもござい

ましたけれども、今後ますます高齢化が進展することになりますと、さらに医療需要が高まってくることが予想されております。引き続き地域において必要な医療を確保していく観点から、より効率的・効果的な医療提供体制を構築していく必要があると考えております。

厚生労働省においては、2025年を見据えて、地域における医療機能の分化・連携や医療従事者の確保などに集中的に取り組んでいく必要があると考えております。このため、各医療機関がその有する病床の医療機能を都道府県知事に報告をしていただく仕組みの創設やこれによって得られた情報を活用いたしまして、地域医療提供体制の将来の目指すべき姿である地域医療ビジョンを策定すること。また、地域の医師不足病院の医師確保等の支援を行います地域医療センターの機能を都道府県が担うことを努力義務として法定化することなどを内容といたします医療法の改正案を、次期通常国会に提出するべく今、精力的に議論をいたしているところでございます。

地域医療再生フォーラムにおきましては、地域医療の確保のために - 質の高い医療の提供と患者中心の医療の推進を考える - というテーマで本日フォーラムが開かれると伺っております。この後、講演されます永井先生は、社会保障審議会の医療部会の部会長をお願いしておりまして、まさに先生のもとで関係者が今、非常に高い頻度で議論をいたしているところでございます。明日も非常に重要な

審議をすることになっているところでございます。

この医療分化・連携を進めていくうち、大きく2つの仕組み、診療報酬と新しい財政支援制度、いわゆる補助金と両方を適切に組み合わせることが必要だというふうに考えております。

診療報酬につきましては、先ほど細田先生からもお話しございましたけれども、先日発表いたしました医療経済実態調査によりますと、全体として一般病院は、まだマイナス0.4%ということで赤字の状態ということでございますけれども、国公立病院は比較的改善していると結果が出ております。また、民間の一般病院はほぼ横ばいというのが現状でございます。

ただ、足元のデータだけではなくて、お医者さんの人件費ですとか看護師の人件費もアップいたしておりますし、コストアップ要因になっているというようなことで、診療科別に見ますと産科、外科、小児科などでは収支が悪化しているというようなこともわかっておりますので、今の救急、産科、小児科など、この数回の診療報酬改定で重点的に評価をしてきたところでありますけれども、私どもとしてもまだまだ必要な評価をしていく必要があるというふうに考えておりますが、診療報酬をめぐる議論は非常に現状では厳しい状況でございますので、皆様方のご意見もぜひ挙げていただけたらというふうに考えております。

これと併せまして、新たな財政支援の創設によりまして、医療機能の分化・連携の再構築を進めて

まいりたいと考えております。私どもとしましては、地域医療の中核的な医療機関でございます自治体病院が今後の機能分化・連携において中心的な役割を主導的に担っていただくことを大いに期待しているところでございます。引き続き皆様方と問題意識を共有しながら、国民により良い医療が提供できるよう努力してまいる所存でございますので、皆様方のご理解とご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

最後に、全国自治体病院開設者協議会を初めとする主催者団体の皆様のますますのご発展と、本日もご参会の皆様のご健勝を心より祈念いたしまして、私のご挨拶とさせていただきます。

座長あいさつ



全国自治体病院開設者協議会
副会長 泉谷 満寿裕
石川県 珠洲市長

泉谷 皆さん、おはようございます。本日の地域医療再生フォーラム、座長を務めさせていただきます、石川県は能登半島の先端、珠洲市の市長、泉谷でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

珠洲市は石川県県庁所在地でございます金沢市から150キロメー

トル離れておりまして、車で2時間ほどかかるわけでございます。一昨年にはこの珠洲を含みます能登の里山里海が国連の食糧農業機関から世界農業遺産に認定をいただきまして、本当に美しい景観、そしてまた豊かな食がございますけれども、人口減少、少子高齢化が進んでおりまして、非常に厳しい状況でございます。

さて、私ども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いた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、地域遍在により、依然として厳しい状況が続いております。私の石川県におきましては、金沢大学における地域枠の創設に加えまして、研修医の確保を図るためのCPDセンターの整備、また、金沢大学と自治体病院を結ぶテレビ会議システムの導入など、国や県の支援もいただきまして、医師不足の解消に向けた取り組みを進めていただいているところでございますが、どうしても人口の多い金沢市及びその近郊に医師が集中しがちでございますので、先ほど申し上げましたように、能登半島の先端部にございます珠洲市におきましては、まだまだベースとなる内科医の確保も難しい状況でございます。

総務省の指導によりまして自治体病院改革プランを策定し、それに沿って努力をし、経営改善を図ってまいりましたが、まず医師を確保できなければ、経営どころか

地域の皆様に医療サービスを提供することすらできません。また、今後の消費税引き上げにより負担増も懸念されているところでございます。

今回のフォーラムのテーマでございますが、「地域医療の確保のために」でございます。まずは自治医科大学の永井良三先生と八戸市立市民病院の今明秀先生にご講演をいただきまして、その後、皆様方からご意見をいただき、ディスカッションを進めてまいりたいと考えております。地域医療の確保に向けて、これからどう取り組んでいかなければいけないのか、具体的なヒントが数多く得られればと思っております。どうぞ皆さん、よろしくお願い申し上げます。

講演Ⅰ 日本の医療をめぐる課題と動向



自治医科大学学長
永井 良三氏

永井 本日は『地域医療再生フォーラム』に講演者としてお招きいただき、ありがとうございます。私自身は内閣に設置された「社会保障制度改革国民会議」のメンバーを務め、この8月にはその報告書が取りまとめられましたので、本日は、その立場からみたときに、日本の医療にどのような問題があるのか、今後にどのように動いて

いこうとしているのかについて、お話ししたいと思います。

わが国の医療費・保険料をめぐる諸問題について

日本の医療のあり方を考える際に、まず若い世代に伝えるべき重要な課題の1つは医療費の動向であると思います。10年前に30兆円であったわが国の医療費は、2011年度は38.6兆円と報告され、近年は約0.8～1.0兆円/年の増加率となっています。国民医療費の構成割合を財源別にみると、患者負担は12.7%である一方で、公費負担は38.1%にも及びます（図1）。国の財政全体における、医療費を含む社会保障関係の占める割合は31.4%ですから、もっと増やすことができるのではないかと考えがちですが、実は国債費が財政の約4分の1を占め、残りの4分の3で様々な支出を賄っている現状では、それほど増加は見込めないのが実情かもしれません。実際、国民所得に占める租税負担および社会保障負担の割合を表す国民負担率の国際比較では、全体として

は欧米先進国と同程度ながら、わが国の国民所得に占める財政赤字の割合は他国に比べ非常に高いことがわかります（図2）。しかし、財政赤字解消のために税金が増えれば租税負担率が増加することになりますから、社会保障負担率も含めたこれら三者のバランスをどのように図り、適正化すべきかがますます重要になると考えられます。

医療費をめぐる問題としてもう1つ知っておくべきことは、高齢者医療制度です。後期高齢者医療制度は75歳以上の高齢者、約1500万人を対象としており、全14.2兆円の約半分の6.2兆円が公費負担となっています。国が4.1兆円、都道府県と市町村が1兆円ずつを負担します。患者負担は約1兆円で、残りは各種医療保険から供出される支援金ですが、これらの医療保険にも税金が投入されていますので、全体で見ると公費負担はかなり大きなものになります（図2）。一方、65～74歳の約1400万人を対象とする前期高齢者医療制度も、全5.9兆円のうち本来は市

財源別国民医療費（平成22年度）		
	推計額 （億円）	構成割合 （％）
国民医療費	374,202	100.0
公 費	142,562	38.1
国 庫	97,037	25.9
地 方	45,525	12.2
保険料	181,319	48.5
事業主	75,380	20.1
被保険者	105,939	28.3
その他	50,322	13.4
患者負担（再掲）	47,573	12.7

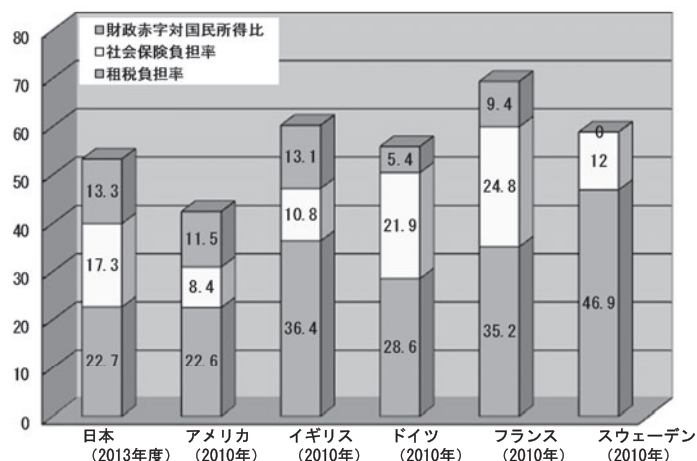
資料：平成22年度 国民医療費の概要（厚労省） 1

図 1

国民負担率の国際比較

[国民負担率=租税負担率+社会保障負担率]

[潜在的な国民負担率=国民負担率+財政赤字対国民所得比]



1. 日本は2013年度(平成25年度)見直し、諸外国は2010年実績。2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他は一般政府ベースである。【諸外国出典】"National Accounts" (OECD)、"Revenues Statistics" (OECD) 等

図2

町村国保等が83%の4.9兆円を占めますが、75歳未満の加入数に応じて調整され、現在、市町村国保2.2兆円、協会けんぽ1.8兆円、健保組合1.4兆円、共済組合0.5兆円の負担となっています。今後は、この負担割合をどうしていくかが大きな問題となるでしょう。

さらには、医療費および保険料の地域間格差にも目を配る必要があります。たとえば国保の医療費は12万円から54万円まで非常に大

きなばらつきがあります。保険料も2万8000円から13万2000円と、幅広い分布を示します。これらの格差を是正していくことも必要と考えられます。

これらの課題を背景の1つとし、昨年からの夏にかけて「社会保障制度改革国民会議」が行われました。その報告書で提案されたのは、まずは保険料の適正化です(図3)。将来にわたって持続可能な仕組みを検討する必要がありますが

り、特に低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るために、軽減判定所得の基準額を引き上げることに触れています。保険料に関する負担能力に応じた応分の負担にも言及しました。後期高齢者支援金に対しても、頭割りではなく収入に応じた負担として全面総報酬割りの導入を提案しています(図4)都道府県の役割については、医療計画の策定者としてこれまで以上に地域の医療提供体制にかかる責任を積極的かつ主体的に果たすべきであるとしています(図5)。その1つの方向として、国保の主体(保険者)を都道府県とし、地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担を総合的に検討することを可能にする体制を実現すべきとされました。

その他、かかりつけ医の重要性、70~74歳の医療費の2割負担、高額医療費に対する負担能力に応じた負担、後発医薬品の使用促進、患者の自己負担に関する年齢別から負担能力別への原則の変換等も謳われています。

今後、消費税がさらに5%増加

社会保障制度改革国民会議報告書 平成25年8月 医療保険制度改革

財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。

国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

3

図3

国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。

2015(平成27)年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中で保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

後期高齢者医療制度については、今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

4

図4

して10%となる予定ですが、増加分5%のうちの4%は財政再建に、残りの1%、2.7兆円が社会保障に当てられることになっています。医療・介護には1.5兆円が予定されていますが、段階的に消費税が8%となった際には子育て・子供支援や年金が優先されるようです。そこで、そのまま8%にとどめるべきなのか、10%とすべきなのか、われわれ医療関係者も見極めていく必要があるだろうと考えています。

予防活動こそが今後の地域医療に求められている

このような状況の中で、地域医療に求められているのは、実は予防活動であろうと思います。平成22年のデータでは、わが国の平均寿命は男性79.6歳、女性86.4歳ですが、健康寿命すなわち日常生活に制限のない期間はそれぞれ70.4歳と73.6歳です。これを、いかにして延伸させ、平均寿命に近づけるかが、地域医療を担うわれわれにとっても今後ますます重要となるでしょう。

先述の報告書においても、健康管理や疾病予防などの自助努力を行うためのインセンティブをもてる仕組みの検討を奨励しています(図6)。具体策はまだ明確にはなっていませんが、「健診を受診していたかどうか、その後の医療や保険者・個人の負担に関連する」という時代を迎えつつあるのかもしれないかもしれません。特定健康診査(メタボ健診)はその試みの1つですが、これ自体の成果が得られるのはおそらく10年後20年後でしょう。しかし、健診実施が高血圧やその他のさまざまな病気の早期発見・治療につながっていることは、先駆けとして実施してきた尼崎保健所における実際のデータから明らかです。その意味では即効性のある対策といえるのではないのでしょうか。ただし、現在の大きな課題は受診率の低迷であり、平成23年度でもいまだ45%程度にとどまっています。地域の病院としてこの問題にどのように関与していくかも重要なことだと思います。

さらに報告書では、情報通信技術やレセプト等を適切に活用して

データを収集し、問題検討を進めていくことの重要性にも触れています。外来受診の適正化等も検討すべき課題の1つです。

医療提供体制の日本的特徴に基づき、病院完結型から地域完結型への転換を

これからの日本の医療について、報告書で述べられているポイントはいくつかありますが(図7)、これらを考える上で理解しておくべきことは、日本の医療提供体制の特徴です。米国では市場原理に基づき医療が提供されており、一方、西欧・北欧では国立・自治体立の病院が中心であるため、政府の強制力が働きやすい仕組みになっています。しかし、日本の医療提供体制はそのどちらでもありません(図8)。そこで、医療システム整備については、私立・公立の医療施設の互いの立場を尊重し、日本独自の方法で解決せざるを得ないわけです。私自身は、おそらくそれは画一的なものではなく、各地域の状況に応じた医療提供体制を作ることの意味す

医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。

国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行う。

5

図5

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について 平成25年8月21日

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。(1)個人の選択を尊重しつつ、健康管理や疾病予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励する。

(2)情報通信技術、レセプト等を適正に活用しつつ、事業主、地方公共団体及び保険者等の多様な主体による保健事業の推進、後発医薬品の使用の促進及び外来受診の適正化その他必要な措置を講ずる。

図6

るだろうと考えています。

そのような中で、今後、地域医療の核として重視されるのは「総合診療医」であり、チーム医療の推進が求められます。「病院完結型」から「地域完結型」への転換とその実践が行われるべきであり、そのためには、データに基づく医療システムの制御の可能性も重要となるでしょう（図9）。

チーム医療推進のための、看護師の医行為に対する研修の必要性

現在、チーム医療の推進のための方策の検討が進んでいます。外科を例にとると、仙台厚生病院・田林先生ご提供のデータによれば人口10万人あたりの外科医数は米国に比べて少ないわけではなく、むしろ多いほどです（図10）。その結果、1人の医師が行う手術件数は米国に比べて少なくなっています。にもかかわらず、たとえば日本の脳外科医などは手術以外に脳卒中管理まで担うことも少なくなく、現実には非常に多忙な状況にあります。これは医師の数を増やせば解決するわけではなく、外

科の先生方が手術に専念できる環境を作ることが必要なのです。

一方で、看護師さんの役割としては、療養上の世話と診療の補助の2つが明記されていますが、診療の補助、つまり「看護師の行う医行為」がさらに適切に拡大できれば、チーム医療が進み、医師の負担軽減が期待できます。とはいえ、「看護師の行う医行為」の中身は曖昧な部分が大きいのが現状です。かつて認められていなかった静脈注射は、現在では可能となっていますし、最近の医師および看護師へのアンケート調査では、心肺停止患者の電氣的除細動を看護師さんが行っていると回答した割合は13～20%でした。カテコラミンの選択・使用も8～29%、さらには動脈ラインの確保が1～3%という結果が得られています。問題は、そのような医行為が必ずしも標準化されていないことです。また、標準化された方法の普及も重要となります。そこで、チーム医療の推進のために、看護師さんには各種医行為について、指定研修機関で講義を受け地域の病院で

実習を行うという形できちんと研修を受けていただき、医師による包括的な指示のもとで行っていたくという方向で、現在議論が進んでいます（図11）。

求められる医療提供体制の再構築

報告書では、地域包括ケアシステムも今後のあるべき形として前面に打ち出されています。先述の「地域完結型」医療への転換の中で、地域包括支援センターの役割を重視していく必要があります。また、医療・介護サービスの提供体制の改革の推進とその財政支援も検討されるべきでしょう（図12）。ちょうど地域医療再生基金も今年度で終わりとなりますので、来年度以降どうすべきかの検討が進められています。さらに、改革を推進するためには、その体制の整備として二次医療圏の見直しも重要になります。

現在、最も議論されているのは、医療提供体制の再構築です。理想的には、高度急性期病院により資源を配分し、急性期・回復期・慢性期と患者さんの流れに沿って資

これからの日本の医療

社会保障改革国民会議

地域完結型の医療

病床の機能分担 急性期、回復期、慢性期

高度急性期から在宅介護までの一連の流れ

かかりつけ医、総合診療医

川上から川下までの医療提供者間のネットワーク化

医療・介護のネットワーク化 ご当地医療

在宅医療連携拠点事業→地域包括推進事業

病床機能報告制度、地域医療ビジョンの策定

財政支援、基金

医療職種の職務見直し、看護師資格保持者の登録義務

データによる医療システムの制御、医療データの利活用

2次医療圏の見直し

7

図7

医療問題の日本的特徴

米国：市場原理

西欧・北欧

国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心

政府の強制力による改革

日本

医師が医療法人を設立し、病院等を私的所有で整備、国や自治体などの公立の医療施設は全体の14%、病床で22%

互いの立場を尊重し、日本独自の方法で解決

8

図8

医療の在り方

「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その養成と国民への周知を図ることが重要である。併せて、医療職種の職務の見直しを行う(チーム医療)。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

医療行為による予後の改善や費用対効果を検証すべく、継続的なデータ収集を行うことが必要である。さらには、国が保有するレセプト等データの利活用の促進も不可欠である。こうした努力は、データに基づく医療システムの制御という可能性を切り開くものである。

図9

10万人あたりの外科医数

	外 科	脳外科	胸部外科 (心臓と肺)	整形外科
米 国	24.1	1.2	1.6	10.2
日 本	29.7	5.4	4.5	17.6

田林暁一先生提供 10

図10

源を配置する体制が求められますが、実際には、1つの医療施設で急性期から慢性期、在宅、介護まで一体化して担う場合も少なくありません。特に地域ではその傾向が顕著です。

先述のように、米国型でも欧米型でもない日本の特徴を有する中で、どのような医療提供体制を整えていくかは非常に難しい問題であると思われます。そこで現在、厚労省では病床機能報告制度の導入を進めています。各病院がどのような機能を持ち、急性期あるいは慢性期の患者を診る病棟はどのくらいあるのか。そのような計画を明らかにして都道府県に報告し、公表することによって、住民・患者が自分の病態に適した病院・病棟を選択するという仕組みです(図13)。その推進のためには、必要な病床の適切な区分の設定との関連性を検討する必要があり、まずは2つの案が提示されました。1つ目は、都道府県の力をより強化し、現行の一般病床・療養病床の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し

て、各医療機能の基準病床数を定めるといえるものです。トップダウン的に区分を決め、その権限を知事に与えます。2つ目は、とりあえず現状は変えずに、病床機能報告制度の医療機能の現状把握・結果分析を行い、定量的な基準を決めて各医療機能の必要な病床数へと誘導していくというものです。それ以外にも様々な方法があり、さらに検討が重ねられる予定ですが、この問題は、今後ぜひ、行政、

医療関係者、住民、患者のすべてがともに考えていくべきではないかと思います。

都道府県による医療の確保への取り組み強化も

都道府県の医療の確保に関する施策への協力義務または協力義務の対象とする医療関係者の範囲を広げることも、報告書で提言されました。具体的には、知事からの医師派遣要請を含めた都道府県の

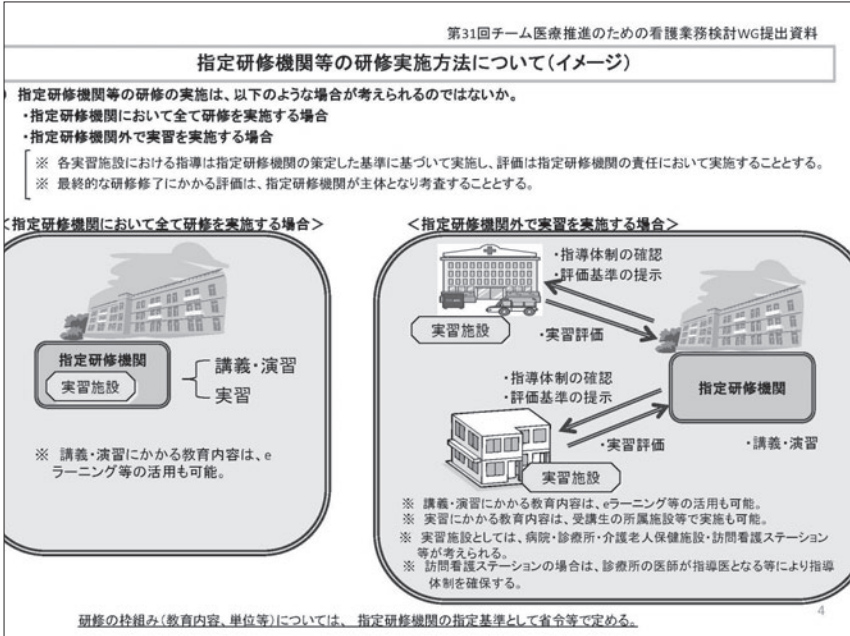


図11

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用していくことになる。

医療・介護サービスの在り方が「地域完結型」に変わるからには、それに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進めていく必要がある。

また、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。基金方式も検討に値しよう。

図12

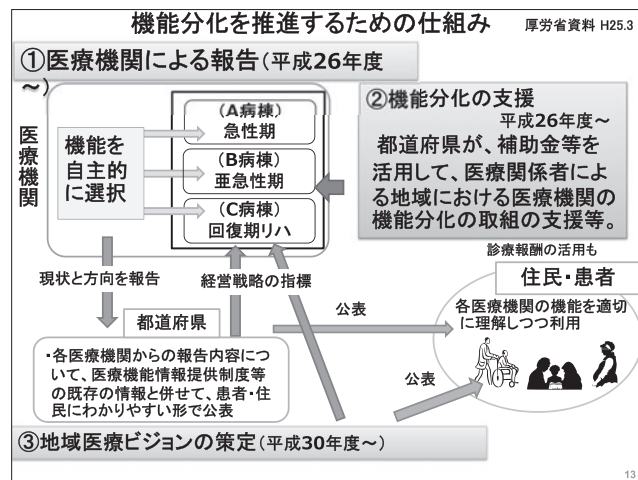


図13

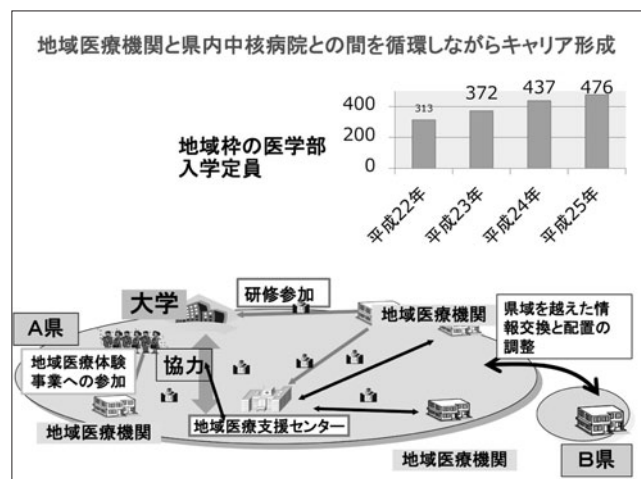


図14

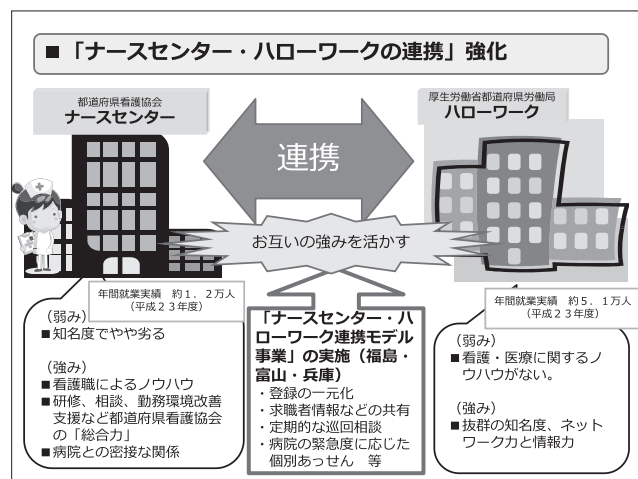


図15

施策への協力が、特定機能病院、地域医療支援病院、大学等に求められることとなります。

医師確保対策についても、地域枠の医学部入学定員が平成25年には476名と、年々増えていることから、彼らが卒業後に地域の中で研修を行って地域医療を支えていくためのシステム作りの検討が必要です(図14)。これを地域医療支援センターの役割の1つとしており、すでに約30の道府県で運営が行われ、計1,069名の医師が各道府県内の医療機関にあっせん・派遣されました。現在、厚労省では42カ所、13.5億円の運営経費の

概算要求を行っているところと聞いています。

医師においては、総合診療専門医と他の専門医の兼ね合いの議論があります。現時点では、総合診療専門医以外の基本18領域の間の重複取得を不可とし、総合診療専門医と他領域の専門医の重複については未定となっていますが、今後の議論の行方が注目されています。個人的には、たとえば内科専門医と総合診療専門医の両者を有するほうが望ましいのではないかと考えています。

一方、医療確保については行政の取り組みも求められています。

単に医療サービスを増やすのではなく、地域住民の協力を得て、いわゆる「コンビニ受診」を抑制していくことも重要です。一部の地域の病院では、すでに患者さんや家族向けにホームページや冊子で、病院へ行く前のフローチャートやチェックシートなどを提示していますが、今後は行政としてもそのような活動を行う必要があるのではないのでしょうか。

医師不足のみならず看護師不足も大きな問題です。従来、明確ではなかった地域ごとの看護師の数などは、これからはハローワークと都道府県看護協会が設置してい

るナースセンターが連携して把握に努めていく予定です（図15）。その結果、人材確保に進むことが期待されます。

病院のあり方についても、再編・統合を容易にするための医療法人制度・社会福祉法人制度の見直しが提案されています。入院医療・外来医療の役割分担も検討されています（図16）。

こうした一連の改革には、すでにスケジュールが示されています（図17）。時間的にはかなり厳しいものであり、スケジュール通り進むかどうかはわかりませんが、いずれも地域で考え、進めていくべきことだろうと思います。

同時に、病院システムの確立も考えていく必要がある

さて、われわれ病院を預かる立場では、地域全体というだけではなく、病院内のシステム確立も考えていかななくてはなりません。行うべきことは数多くあります（図18）。

私自身の経験からは、その中でもまず心がけたのは医療安全対策

です。2004年に実施した全国の大学病院での調査では、新規入院患者100名に対して、薬剤の誤投与は2.3件、輸液の誤注入が1.4件も起こっていました（図19）。つまり、30名の新規入院患者さんのうち、1名には何らかの間違ひがあるということになります。そこで、点滴のレ点チェックの徹底やその抜き打ち調査を実施したり、朝、看護師さんが全員で声を出してチェック項目を読み上げる安全唱和等の活動を行ったところ、かなり減らすことができました。職員全体の意思統一が非常に重要だったと思います。もう1つ、院内感染対策の見直しも行いました。25年ほど前に登場したMRSA問題はその後対策が進み、かつての新規入院患者での分離率3%から1.5%まで減って、ほぼ横ばいになっていました。かなり改善されたと考えていたのですが、ある時、医師の病室出入りの際の手洗い実施率を抜き打ちチェックすると、なんと30~60%という結果だったのです。そこで、手洗いを徹底するようにしたところ、1.5%から

0.6%まで抑制することができました。このような見直しは今後も必要と考えます。

患者さんの不満を知り、対応することも大切です。全国大学病院の医療の質調査では、要改善点の指摘として最も多かったのは、入院患者さんでは「トイレ」（図20）、外来患者さんでは「待ち時間」でした（図21）。待ち時間については、「1時間にまとめて何名」という形でなく、「何分ごとに1名ずつ」という予約制に変えることで大幅に改善が見込めるかもしれません。急患受け入れの可能性のための余分な枠取り等、きめ細かな対応が必要となりますが、これからは、たとえばこのような形で対応していかないと患者さんの不満は決して解消できないでしょう。

経営についても工夫すべき点があります。経営状況の中間報告は遅れがちで、それから経営方針を徹底するのでは年度内に間に合いません。そこで私は、稼働額、収入額、医療材料費の発注額の3つを経営指標として設定しています。まずは予算額を月ごとに割り

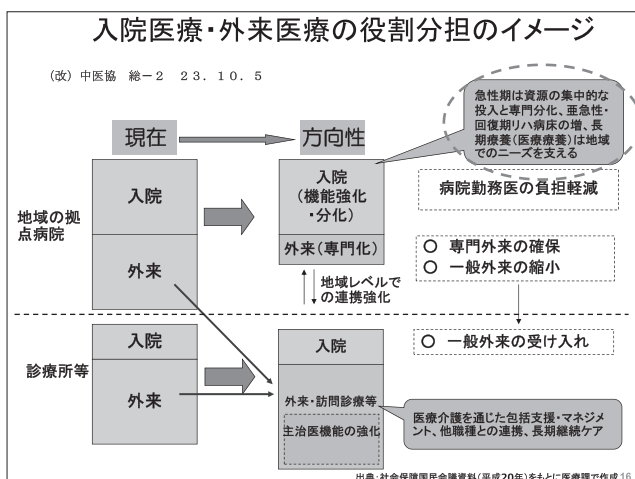


図16

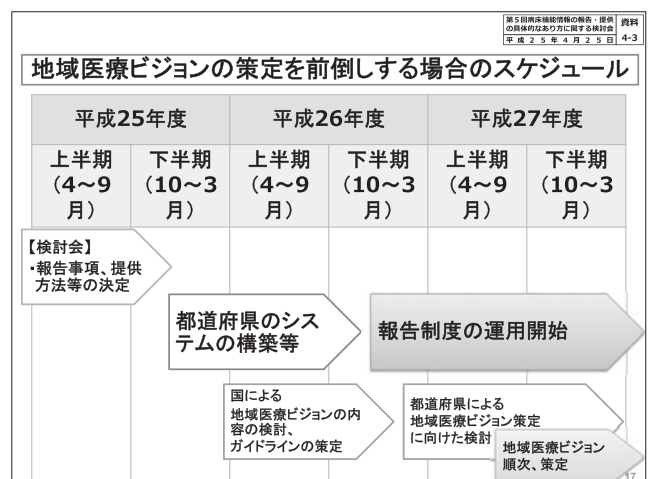


図17

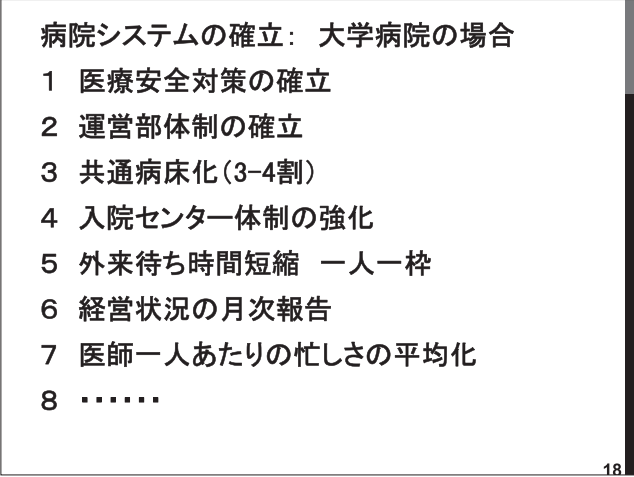


図18

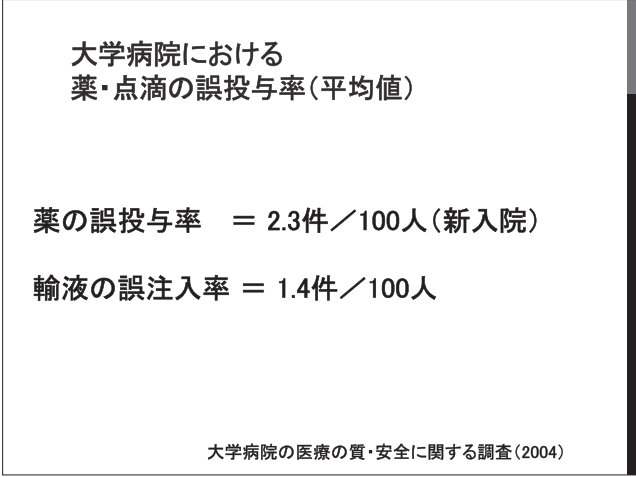


図19

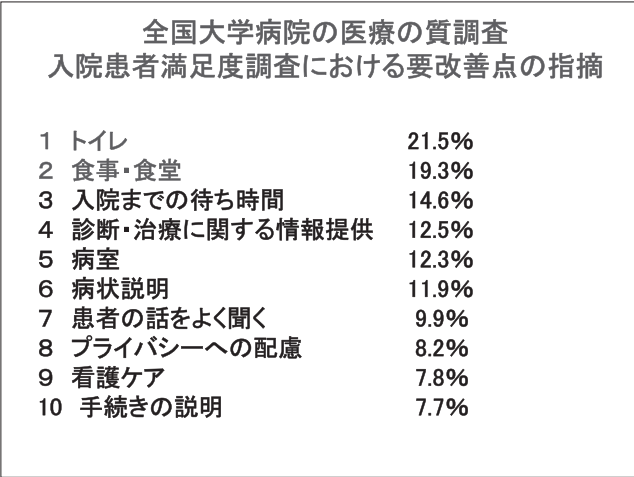


図20

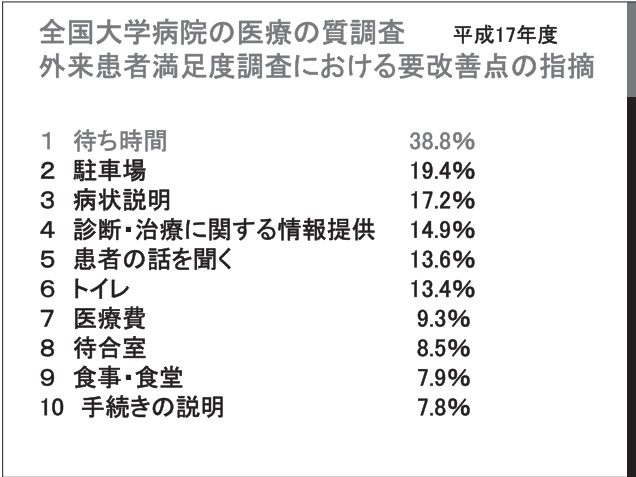


図21

振って目標額とし、発注額の割合を設定したうえで、稼働額が目標額をどの程度超えているか、抑えられているかを評価します（図22）。毎月出てくるこの3つの数字の累積を追っていけば、経営状況がすぐわかるわけです。月単位できめ細かくみていくことが適切な経営判断につながると考えます。

そして、教育の問題です。どの医療機関にいても教育はできます。特に「調べて書く」ことが若い人材を伸ばす上で非常に重要です。これは、まずはカルテから始まるわけです。特に、医師間のカ

ンファレンスでの議論については、その内容およびその結果行う治療について正確に論理的にカルテに記録し、サマリーにまとめるトレーニングが有効です。以前、研修医の退院サマリー提出に要した日数を調べたことがありますが、1週間以内であればほとんど問題はないものの、3ヵ月もかかる者もありました。そのような人は、その後も書類作成に非常に時間がかかり、業務に支障をきたすことがあるとも聞いています。ぜひ、よりよい人材育成のために、研修医時代のトレーニングを先生方にもお願いしたいと思います。

私は自治医大の卒業生たちに「守・破・離」の3つの段階があることを伝えてきました（図23）。はじめの初期研修では、言われたことを守っていく。しかし、30代前半には地域医療、総合医として自立し、専門医としてのトレーニングを少しずつ積んでいく「破」の第1段階を経て、30代後半にはできれば総合医と専門医の両方を取得し、若い人の指導を行う「破」の第2段階に達してほしい。そして、40歳までに自立する「離」に至ってほしいと言っています。

最後になりますが、これまでお話ししてきたように、日本の医療は

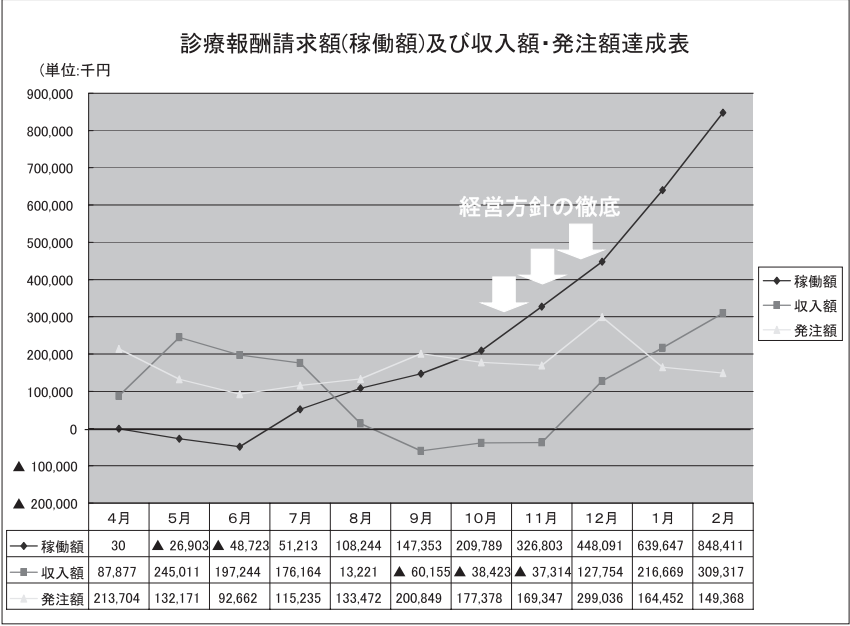


図22

様々な要素が複雑に絡み合っている、相互依存の体制になっています(図24)。そのため、ラディカルな改革は非常に難しいでしょう。ちょっとした改革が、全体に思いがけない大きな影響を及ぼす可能性もあります。その中であって、確実に改革を進めていくには、最後の調整として、現場におけるまさに「膝をつきあわせたディスカッション」ではないかと考えています。先生方には、この点へのお

力添えをお願いいたしまして、講演を終わらせていただきます。
どうもご清聴ありがとうございます。

講演Ⅱ 「質の高い医療の提供と患者中心の医療の推進を考える」



八戸市立市民病院副院長兼
救命救急センター所長 今 明秀氏

今 今でございます。よろしく
お願いします。

青森県の八戸市からまいりました。このような格調の高いところで話するとちょっと調子狂うのですが、いつも研修医とか若い救急医とか看護師とかに話していますので、その延長上でやらさせていただきますので、変なことを言うかもわかりませんがお許しください。

医師不足の克服と救急医療の充実、これを目指しております。東北地方は医師不足です。八戸市民病院は麻酔科専門医が1人しかいなくて、神経内科は数が減って脳

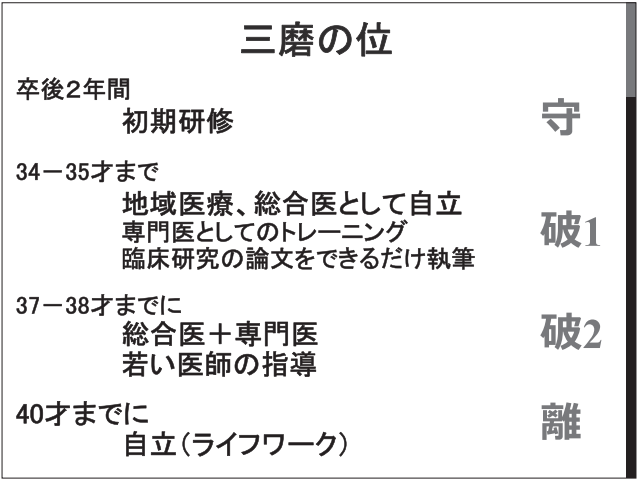


図23

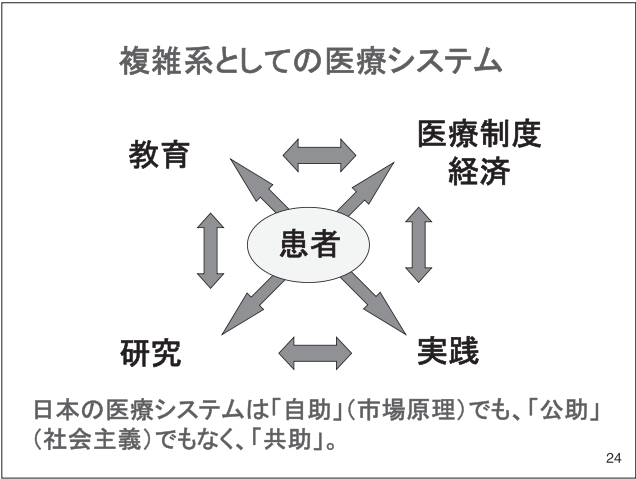


図24

卒中治療を止め、腎臓内科は撤退し、形成外科医もいなくなりました。そういうところですよ。

しかし、幸運にも救急の医師と研修医は豊富です。今、何とか集められている救急医師と臨床研修医を継続的に集めるためにはブランド化が必要です。そうすれば継続的に集められるのではないかと考えています。

これは厚生労働省から出ているのですけれども、医師の必要倍率ですね（スライド1）。裏を返せばどれくらい足りないかということですが、ナンバー1は隣の岩手県です。震災の影響もありますけれども、その前から苦しい状況でした。そして、ナンバー2が青森県です。このような厳しい状況が青森県全体であります。

もっとも、ほかの地域もそうなのですけれども、この北東北の2つ県が医師不足にあえいでおります。

全国を見渡しますと、では、どのような診療科の医師が足りないのかということですが、これも厚生労働省から出ておりますが、1番はリハビリを行う医師。次が救急。そして、分娩を扱う産科。そして、呼吸器内科。このような医師が足りないとされております（スライド2）。

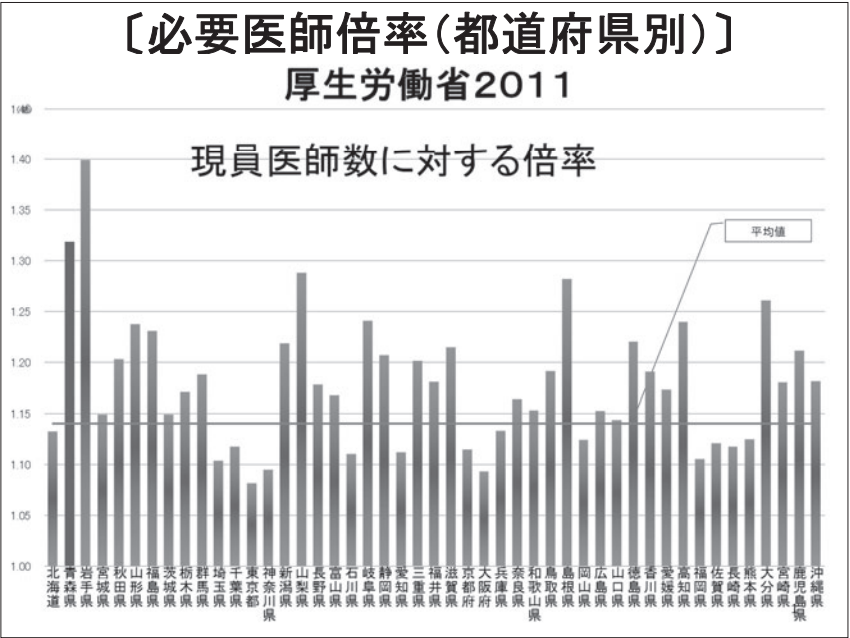
では、このリハビリと救急を行う医師を何とか増やせば良いのではないかと。皆さん苦勞しているのですが、なかなかうまくいっていないと思います。

我が国の医療のあり方に期待すること。これは健康保険組合から出されています。これは市民に、

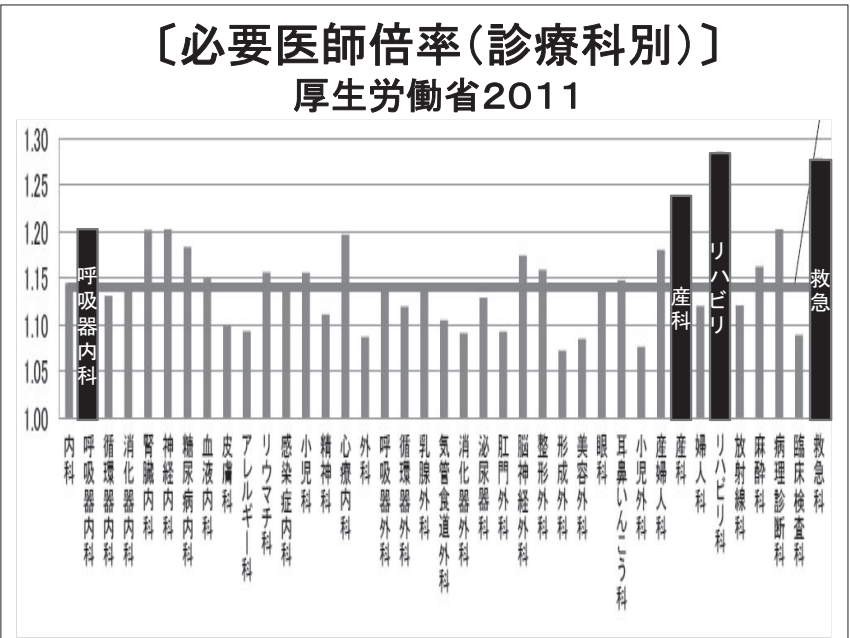
国民に対するアンケート調査で出ておりますが、1番は医師・看護師の確保・育成。2番が救急医療体制。続いて高度医療。緩和ケア。長期入院できる。画像診断を病院で共有してほしい。情報開示。在宅医療。遺伝子医療。このようなものを国民が病院・医療に期待しているわけですが、この

2番目に必要とされている救急医療、ここに注目してみました（スライド3）。

じゃあ、それだけで良いのかというとそんなことはありません。こちらは専門医のあり方検討委員会です（スライド4）。この自治体病院から推薦いただきまして、私、厚労省の専門医のあり方検討会に



スライド1



スライド2

委員として出てまいりました。

そこで行ったことは総合診療専門医、これが必要なのだと。それをきちんとしたステータスを持たせて、専門医として認知してほしい。そうしたら、日本は良くなるのではないかな。

どのようなことが予想されるかというと、総合診療専門医を増やせば、さっきの医師育成、救急、緩和ケア、長期入院、在宅医療、このようなものが改善されるわけです。全部ではないのですけれども、かなりの部分のまずかった部分が総合診療専門医を増やせば良

くなるのではないかと思います。

ポイントです。国民は救急医療の充実を望んでいます。総合診療専門医を増やすことで、医療問題をある程度解決できます。

それでは、救急医をどうやって増やすか。八戸市立市民病院でやってきたことをこれからお話します。

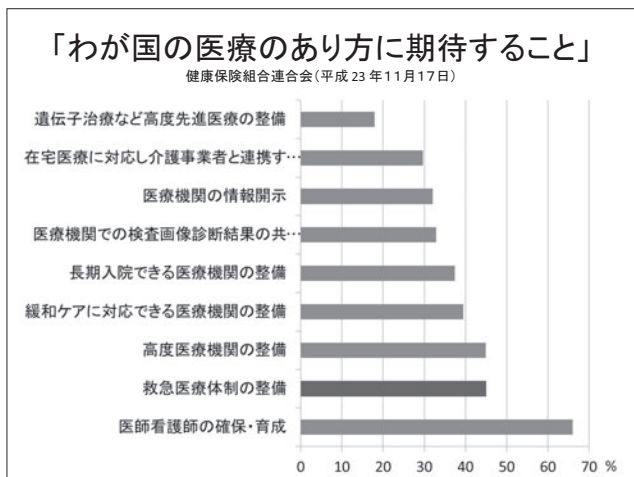
救急医療を実践するには若い医師の力が必要であり、それを獲得するにはブランド化です。無名だから集まらない。有名になれば集まるのです。東大病院のように有名だと、人は集まる。

ブランド化の方法です。唯一、頂点、先駆者、これらの商品を持って広報し、認知されるようになる。つまり、トヨタ、パナソニック、ルイ・ヴィトンですね。そういうものを目指します。

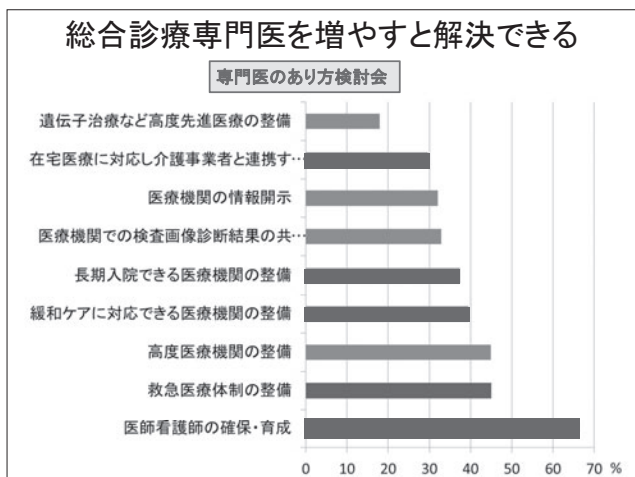
まず、この商品の「唯一」です。市民教育、病院前の出動、ER、ICU、二次救急、三次救急、一般病棟、リハビリ、解剖、全てを完結できる救命救急センター、これは日本にはそんなにないです。その1つが八戸です。

「頂点」。平成21年度病院機能評価、23年に発表になっておりますが、救急医療の機能分野で4項目あるのですけれども、その3項目に評点5をいただきました。この評点5の得点は、国内で最高得点です。

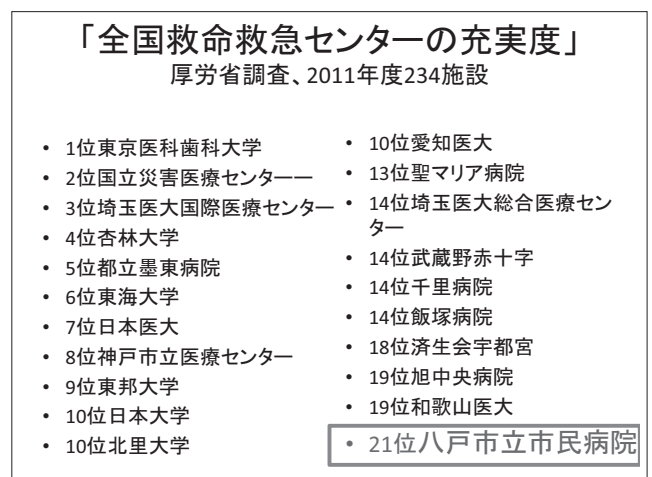
救命救急センターの充実度。全国の救命救急センターに点数がついているわけですが、ランキングに使うと強く言われているんですけれども、それに反して堂々と作っちゃいました。ご覧ください（スライド5）。東京とか大学病院とか、いわゆる百万都市がほとん



スライド3



スライド4



スライド5

順位	県名	病院名称	総定員	マッチ数
1	東京都	独立行政法人 国立国際医療研究センター	45	45
2	岡山県	財団法人 倉敷中央病院	32	31
3	東京都	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	30	30
3	福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター	30	30
5	千葉県	総合病院国保旭中央病院	28	27
6	東京都	聖路加国際病院	24	24
6	沖縄県	沖縄県立中部病院	24	24
8	京都府	京都第二赤十字病院	23	23
9	愛知県	名古屋第一赤十字病院	22	22
9	長崎県	独立行政法人国立病院機構長崎医療センター	22	22
11	千葉県	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	22	21
11	愛知県	名古屋第二赤十字病院	22	21
13	愛知県	社会保険中京病院	19	19
13	愛知県	豊橋市民病院	19	19
13	大阪府	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター	22	19
16	東京都	日本赤十字社医療センター	18	18
16	神奈川県	横浜国立市立市民病院	18	18
16	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	18	18
19	青森県	八戸市立市民病院	17	17
19	愛知県	名古屋掖済会病院	17	17
21	岐阜県	大垣市民病院	16	16
21	愛知県	公立陶生病院	16	16

2011年度 研修医マッチ数

スライド6

どですが、21位に八戸が来ております。東北と北海道で一番良い点数です。

研修医です。臨床研修医の獲得です(スライド6)。やはり、有名病院がずらっと並んでおります。主に大都市のきちんとした病院です。そこに突然19位で青森県の八戸が入り込んでおります。これも東北と北海道で一番良い数字です。

商品3つ目、「先駆者です」。やはり、ハイブリッドですよ。トヨタの車ですよ。あれがすごいのですよ。同じようなものが必要なのですね病院にも。ドクターヘリとドクターカーの同時出動。これをサンダーバード作戦と呼んでおりまして、このような取り組みをしているのは世界で我々が先駆者です。

予測救命率が50%未満の重傷外傷を救命することを「劇的救命」という言葉を使っています。これで診療の質を評価に用います。我

が国の診療の質の評価は、防ぎえた死—プリベンタブルデスが多いか少ないかということでやっておりますが、この逆の重症患者さんを何人助けたかで競う。これが新しい考え方です。

そして、このブランドの商品を「広報」する。この「広報」が非常に大事なわけです。学生、研修医が読む医学雑誌に論文を投稿します。「劇的救命」とか「サンダーバード作戦」の用語を頻回にこの論文に載せるわけです。研修医向けの救急講習会を全国展開します。

ブログです。これが非常に若者に人気があるのです。ブログ「劇的救命.jp」を宣伝しました。

「サンダーバード作戦」「劇的救命」の用語を学会で、医学用語として使い始めました。

雑誌の広告ですが、広告というに変ですけども、論文です。商業誌にほぼ毎月のように論文を書きます。これは無料なのですね。無料どころか、時々原稿料いただき

ます。この「レジデントノート」という雑誌は研修医の6割が読んでおりますので、この「レジデントノート」を制することが研修医を制します。研修医を制すると、後期研修医が集まります。

ほかに「救急医学」「ER マガジン」「メディチーナ」「JIM」「集中治療」。さらに「日経メディカルカデット」、こちらは全国の若い医師に無料で配布されております。「朝日メディカル」、こちらも無料配布です。

どれくらい書いたかということ、年間30から40書いております。月に2つか3つの雑誌に一気に名前が載りますので、研修医、若い救急医は、「もしかしてこの病院有名？」というように勘違いします。学生も同じように勘違いします。

ブランドメッセージ「劇的救命」です。

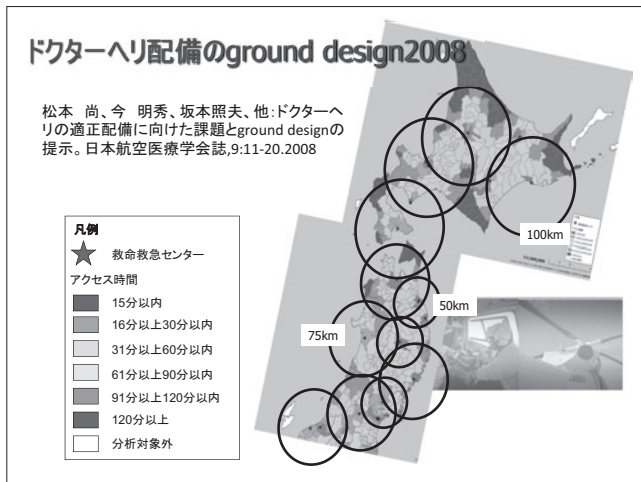
救急の講習会を全国展開しております。八戸で全国の医師を呼んで講習する。また、私がよその地域に行くというようなことをやっております。例えば「気管挿管」「歩いて受診する救急患者」。例えば「外傷」「中心静脈穿刺」「産科救急」「心肺蘇生」、このような講習会で「劇的救命」という言葉をつなげます。

ポイントです。救急ブランドを目指しました。

研修医を集めることについてです。ERは救急医だけでは成り立ちません。マンパワーが必要です。マンパワーになる研修医が必要です。研修医と救急医が共同でERを担当します。研修医は



スライド7



スライド8

ERを学びたいのです。若い救急医は研修医に助けてもらいます。救急医は研修医に教えながら学びます。ですから、救急医と研修医は両輪なのです。両輪ですから、両方必要です。

八戸市立市民病院では救急が好きな臨床研修医を育てております。

研修プログラムは、スーパーローテート。3年制の研修。救急が中心。そして、研修医は定員が1学年17名です。

学生見学が年間154人来ます。非常に多いです。毎日学生がいます。その55%が救急を見学・研修に来ております。つまり、救命救急センターのブランド化に成功し、全国の医学生や研修医が病院を見学に来るようになりました。

研修医の分布。出身大学、出身地、数ですが、これまで新臨床研修医制度が始まってから140人。出身地別では、6割が県外出身者です。大学で見ても、北は北海道から琉球まで、いろいろなところから集まっております（スライド7）。

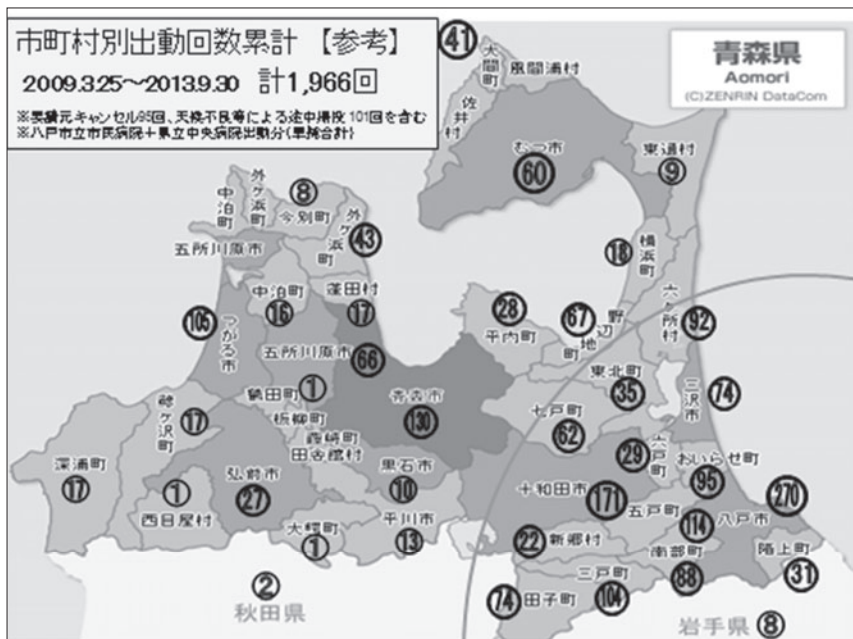
ポイントです。ERで活躍する研修医を現在教育中です。

21世紀の魅力的な救急医療体制が若者を引きつけます。

青森県の八戸ドクターヘリは2009年開始しております。現在、厚生労働省の後押し、また、超党派の国会議員の後押しで、全国に41機配備することができております。これで十分なのでしょうか。50機が必要とされております。ただ、先進地のドイツでは、日本と

同じ面積で80機飛んでおります。どうせだったら80機まで増やしましょうよという考えがあります。

2008年、私たちドクターヘリの専門としている医師集団はランドデザインを描きました。日本にどのような地域にドクターヘリを配備するのが理想的なのだと（スライド8）。北海道は函館も入れて4機、青森2機、岩手2機、秋田、宮城、そして、山形、新潟。このように円を書くと、北日本が



スライド9

すべてドクターヘリでカバーできるようになります。今、これに徐々に近づきつつあります。

ドクターヘリは80機を目標に増えるはず。希望のドクターヘリ。

八戸から飛んでいるドクターヘリの結果です。約4年で2,000回近い出動がありました。八戸市がここなのですけども、50キロの線です（スライド9）。八戸市を中心とした何とか郡とつく地域にたくさんの出動があります。また、マグロが泳いでいる大間まで130キロをヘリコプターが約30分で飛びます。ここ、また津軽海峡冬景色で有名な龍飛岬までも約30分。日本海側は40分。こういうところにも飛んでいきます。

従来は3時間かけて医師同乗の救急車で運んできて、往復6時間この地域が無医村になった可能性があると私どものヘリがぐんと迎えに行きますので、無医村になることはなく、救急隊からも医師からも感謝されております。

ドクターヘリは60%が現場出動です。このような交通事故現場の隣に着陸します（スライド10）。

青森県にはこういうところがたくさんありますので、ドクターヘリに向いております。大都会ではこういうところが1つありませんので、ドクターヘリがなかなか着陸できない。皆さんの地域も多分こういうところがたくさんあると思いますので、ドクターヘリは非常に利用価値があると思います。

ドクターヘリへの要請からドクターヘリが病院を離陸するまでどれくらいかかっているのか。最頻値が4分です。大体4分3分の間で離陸します。ものすごく早いです。ドクターヘリ出動のために常に待機しているからです。

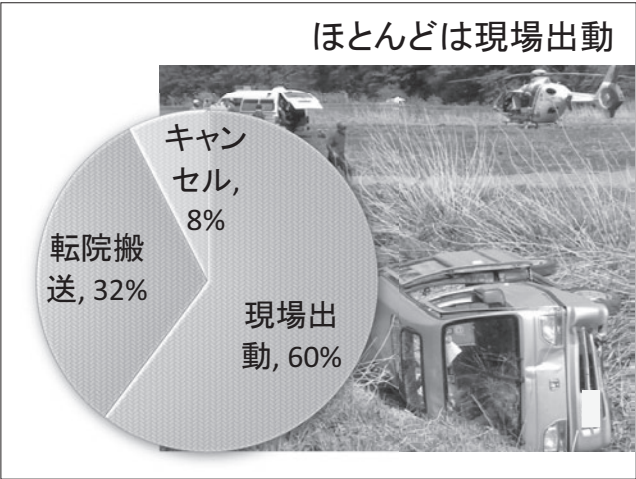
ドクターヘリの要請を受けてから実際、診療開始するまでどれくらいかかっているか。15分前後です。青森県では119番通報受けてから救急車が病院に到着するまで、平均32分です。平均32分かけて治療が開始できている状況と比較してドクターヘリでは大体15分で治療が開始できるということで、これがものすごい救命効果につながるわけです。

ドクターヘリによる劇的救命の

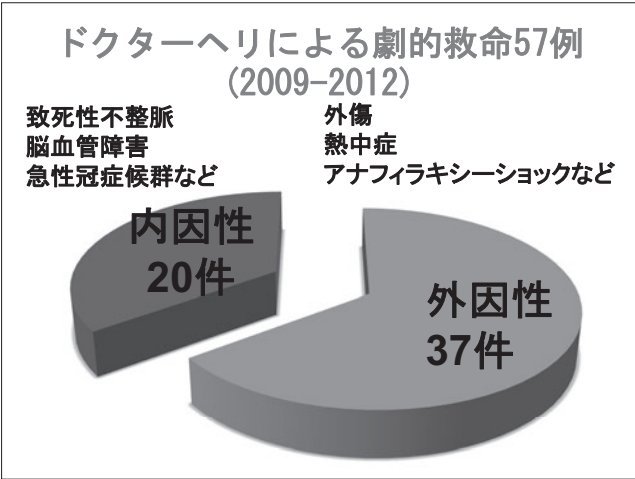
数です（スライド11）。ヘリコプターを使わなければ、ヘリコプターで救急医師が現場に行かなければ多分死んでいただろうという人が57人いました。外傷、熱中症、アナフィラキシー、この外因性がほとんどです。また、内因性も致死的不整脈、脳血管障害、急性冠症候群、このような57人がドクターヘリで命を救われております。

2歳女児、交通外傷です。歩行者×2トントラック。駐車場でぐずって座り込んでいるところをトラックにひかれました。場所は六ヶ所村です。15時25分事故発生。診療所に駆け込み、受診しております。診療所から転院搬送の依頼を受けました。ドクターヘリが離陸しました。村立運動場に約15分後、着陸しています。救急車が到着し、患者接触。そして、治療。現場離陸。16時34分、八戸ER到着。血圧測定不能。O型緊急輸血が開始されています。手術室に行く余裕はなく、救急室で開腹手術を開始しております。

救急室の開腹です。大量腹内出血で、血圧40まで下がりました。



スライド10



スライド11

大動脈遮断し、輸血と急速輸液を続け、血圧がようやく80まで上昇しております。肝臓損傷あり、肝臓の止血手術とダメージコントロール手術を行っております。

予想救命率44%。劇的救命です。

ポイントです。ドクターヘリは要請から離陸までに4分。75%は50キロ圏内、15分圏内に飛んでおります。現場出動が6割です。

でも、夜は飛ばないのです。機長が目を見て運転していますので、夜は飛びません。また、吹雪とか大雨のときは飛びません。

それでは、不十分です。私たちは日中しか飛ばないドクターヘリが不十分なことを十分承知しました。しかし、何とかしたい。答えはイギリスのロンドンです。ロンドンではドクターヘリがもちろん日中飛ぶのですが、夜や天気の良い日はこのラピッドドクターカーが市内を高速で走ります（スライド12）。これがヒントなのです。

私は市長に頼みました。院長に頼みました。『欲しい。青と黄色の、車高が低くてタイヤが245の

タイヤで40のアルミホイルのこれ欲しい。蛍光塗料のこれが欲しい。ピーピー言うサイレンが欲しい。』頼みました。『いいよ。』話のわかる院長と市長です。

陸運局に行きました。『こういうの欲しい。』『だめ。日本の緊急自動車は白に決まっている。』『いや、青と黄色じゃなきゃだめなのですよ。』『だめ。白に決まっている。』『吹雪のときは白だと見えないのですよ。』と説明しましたが、だめでした。

何回か行ったところで許可をもらいました。『今、わかった。青、許可する。』『本当ですか。』青、これです。確かに青が入っています（スライド13）。でも我々、これで満足です。2010年、ドクターヘリが始まった1年後です。ドクターカーを開始しました。年間で1,000件出動しております。ドクターヘリが出動できない天候・時間帯・場所にラピッドに出動する。今、午前8時から23時まで、ドクターカーを運行しております。

ドクターカーの走行時間です。7分とか9分、非常に多いです。

また、最大値は45分です。こういう長距離走行もするし、近距離にもどんどん出ております。

ドクターヘリが天候で運休中の交通事故でした。16時29分、119番通報。1分後、ドクターカーが出動しております。36分、救急隊が現場到着。傷病者は仰臥位、昏睡状態、下顎骨折、出血、窒息です。その約10分後、ドクターカーが現場到着です。現場で気管挿管し、出発しております。顔面多発骨折です。覚知から50分後に病院到着です。従来であればこの50分後に病院に来て気管挿管になるわけです。それでは窒息の患者は心停止するに決まっています。このドクターカーが現場に行くことになり、この男性は見事劇的救命できております。

ドクターカーはドクターヘリを補完する。深夜帯は消防車で現場に出ます。23時以降はドクターカーが出ません。ですから、赤い消防車が病院に迎えに来ます。

26歳男性です。軽自動車と大型トレーラーの事故です。午前2時55分、医師2名が現場出動しまし



Londonが目標

ドクターヘリが飛ばない霧、夜間に市内を高速で走る
Rapid doctor car

スライド12



2010年3月doctor car開始 年間で1000件出動

ドクターヘリが出動できない天候、時間帯、場所にrapidに出動する(8時から23時運行)

スライド13

た。ショック状態、昏睡状態。119番通報から病院まで、約1時間半かかりました。病院に連れてきています。

病院到着時は、もう午前4時18分でした。血圧68、脈拍120、呼吸32回。低酸素血症、SpO₂88%。気管挿管状態です。昏睡状態です。すぐに緊急開胸手術しました。肺挫傷の部分、肺破裂の部分、肋骨が突き刺さっている部分を抜きました。

ただし、出血傾向が出て血がとまりません。一旦撤収し、ICUに戻りました。大量FFP、それから血小板輸血を行いました。

そして48時間後、2回目の手術です。2回目の手術で、患者さんをうまく救命することができました。予測救命率24%。劇的救命です。消防との連携が劇的救命を呼びます。

新しい病院前救急診療体制、サンダーバード作戦の紹介です。『天気曇りだよね。ドクターヘリ無理か?』『いやいや、距離が15キロだからドクターカーが早いかな。』『ドクターヘリが早いかな。』

『ちょっと微妙だね。現場と着陸できるところが離れているよ。』『ヘリ着陸しても、現場までそれがどうやって行く?』ドクターヘリが飛ぶのが早いのですが、ドクターカーのほうが早い場合があるのですね。これは行ってみないとわかりません。それでは、ドクターカーとドクターヘリ、同時出動だね。

空と陸、2台同時出動、我々サンダーバード作戦と呼んでおります。このようなりで行くわけですが、残念ながらサンダーバードという言葉も研修医も救急医も知りません。この会場はOKみたいです。

ドクターヘリはそのとき青森市に出動していて、帰る途中でした。八甲田山の上で要請を受けております。すぐに現場に直行しましたが、間に合わないかもわからない。ドクターカーを先に出してくれということで、サンダーバード作戦になっております。

この県境の僻地で、この瞬間に救急医が3人でこの患者さんを治療するわけです。緊急処置後に、

ここからドクターヘリで病院に向かいます。

この男性は、海に沈んでおりましたが、リハビリも非常にうまくいって社会復帰できております。

サンダーバード作戦、これまでの回数ですが、2010年から始めて大体年間20件から30件の出動があります。

ポイントです。ドクターカーとドクターヘリの同時出動。これは患者本位です。

さらなる病院前救急診療のアイデアです。病院で手術をする。もしくは病院で人工心肺の治療をする。これは当たり前ですけれども、それだと僻地では時間切れになるのです。そこで、僻地に向けて緊急手術室を持っていく作戦を考えました。ドクターカーに緊急手術室を連結させて、現場に持っていくわけです。

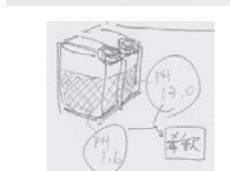
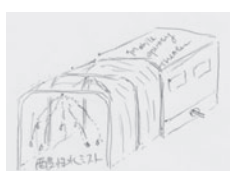
主に今、目指しているところは、心肺停止に対してのPCPS、人工心肺をつけての蘇生です。従来は八戸市民病院から7~8キロぐらい圏域の人しか使えなかったのですが、それを移動緊急手術室を現

【2号車の開発中】

1手術室展開の容易性



2衛生管理



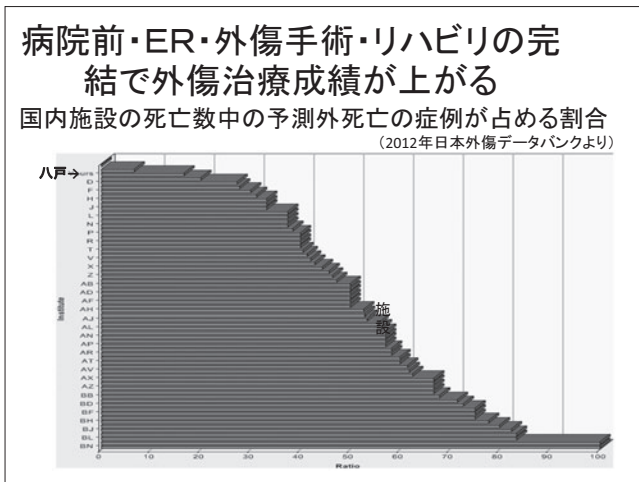
スライド14

産科の危機を救急部門の問題と捉える

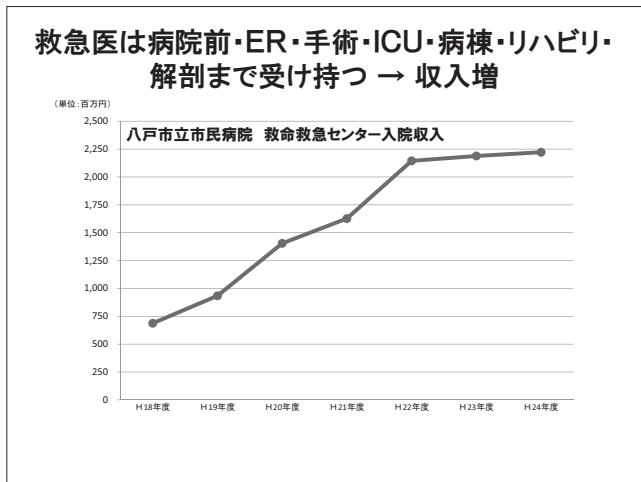
- 救急医が全員産科救急を理解する
- 研修医に産婦人科ローテーションは必須
- 研修医は、産科救急講習会を受講



スライド15



スライド16



スライド17

場に出しまして、それで遠隔地でも始めようという考えです。

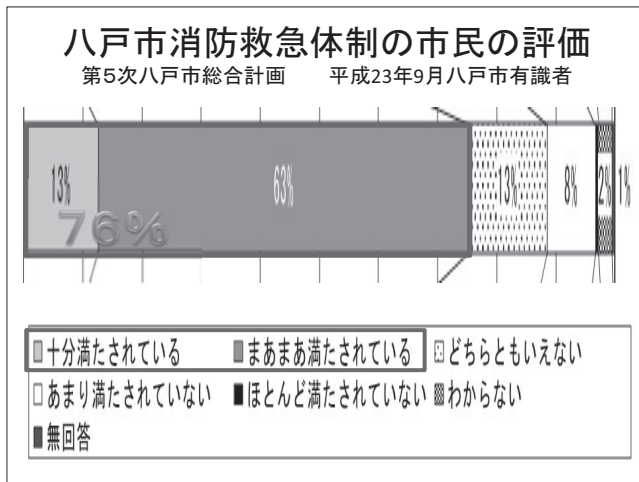
傷病者のいる位置に救急車が行って、病院まで1時間。従来はこれです。ところが、途中でドッキングすることによって、中間地点で治療を始めるわけです。

海外のニュースでは、幌馬車って悪口を言われたのですが、幌馬車のような古いタイプではなくて、今、2号車を開発中です(スライド14)。もうちょっとましなものを開発してまして、消毒液も積んで、今、これを実験中です。

ポイントです。移動型緊急手術室で PCPS や手術を僻地で行う。

産科の危機を救急部門の問題ととらえます。救急医が全員産科救急を理解します。研修医に産婦人科ローテーション必須です。研修医は産科救急講習会を受講します。

これはドクターヘリで運んできた空中分娩の赤ちゃんです(スライド15)。赤ちゃんが着陸直前で生まれてしまいまして、こういうことを契機に、我々救急医も分娩を習わなければだめだなというこ



スライド18

とになりました。

ALSO という米国家庭医学会がやっている講習会が日本で行われています。金沢大学の産科チームが日本に普及させています。人形を使った分娩、実際の超音波、難産の治療、新生児蘇生、このようなものを講習会でを行います。この講習会を救急医と研修医が全員受講します。

ポイントです。救急医は産科救急も受け持ちます。全研修医に産科の進路を提供し、産科医師になりませんかというふうに現在勧めております。

最後に診療所支援のお話です。田子病院というのがここにありました。60床で医師が4人いたのです。ところが、医師不足で診療所になりました。平成19年です。常勤医が1名、もしくは2名の状況になりました。ここは秋田県と青森県の境界、十和田湖の近く。八戸市から40キロの距離です。

このことによって何が変わったかということ、時々、田子診療所に来る救急車に関しては治療開始時間、もしくは収容時間は変わらないのですが、それでも、それでだめな患者さんはみんな遠くの三戸中央

病院、岩手県の病院、八戸赤十字病院、八戸市民病院というように遠方に救急車が運ぶわけです。やはり、60分ぐらいかかってしまうわけです。

ここを何とかしなければだめだということで、ドクターヘリです。ドクターヘリを八戸から田子町に飛ばすことによって、診療所に運ぶのとはほぼ同等の時間帯で患者さんに接触し、治療を開始することができました。

ポイントです。ドクターヘリは僻地の住民、それから、そこに働いている医療者を救います。

このような取り組みをしてきまして、何がどう変わったか。病院前、ER、外傷手術、リハビリの完結で、外傷治療の成績が上がりました。これは国内施設の死亡例中の予測外死亡（スライド16）。つまり、ちゃんと治療したら助かりますよ。でも、死んでしまったという症例がどれくらいあったかという割合です。たくさん、80%、100%というところもあれば、すごく少ない地域もあります。八戸は全国2位の好成績です。

救急医が病院前、ER、手術、ICU、病棟、リハビリ、解剖まで受け持つことによって、収入が増えました。今は救命救急センターの収入年間22億円があります。（スライド17）。

市民に対するアンケートです（スライド18）。八戸市の消防救急体制はどうですかというアンケートとったところ、76%が「十分満たされている」「まあまあ満たされている」、これは驚異的な数字だと思います。市民は我々の取り

組みを喜んでおります。

結論です。医療の原点は救急にあります。地域を守る鍵の1つは救急医療を制することです。三浦院長の口癖です。

医師不足は地方が原因ではない。ブランド化で、国内下から2番目の県にも救急医師は集まりました。若手医師で地域の救急医療を確保しました。病院の前の救急は若者をとりこにします。

ご清聴ありがとうございます。

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、ゲストの方にお越しをいただいております。ご紹介申し上げます。

厚生労働省医政局指導課長、梶尾雅宏様でございます。続きまして、総務省自治財政局準公営企業室長、大沢博様でございます。そして、文部科学省高等教育局医学教育課企画官、平子哲夫様でございます。お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。どうぞよろしくお願い

いたします。お三方にはディスカッションの後、一言ご感想を頂戴したいと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

それでは、討論のテーマでございますが、「地域医療の確保のために～質の高い医療の提供と患者中心の医療の推進を考える～」でございます。後ほど、会場の皆様からのご発言をいただきたいと存じます。まずは、限られた時間にプレゼンテーションをお願いいたしました永井先生、今先生から、先ほどのプレゼンの補足がございましたら、一言ずつ頂戴したいと思います。よろしくお願いします。

永井先生

日本の医療は、市場原理で決められることも、政府の通知1本でも決められることもない点が大きな特徴です。結局、地域の中でどういう医療提供体制を作るかは、当事者の話あい決めなければなりません。これは大変クリエイティブな活動だと思います。恐らく、それぞれの地域に適した取り組みを行いつつ情報を交換して、さらに前進することがこれからの基本だと思います。



討論の様子

泉谷座長 ありがとうございます。今先生、どうぞ。

今先生 十分言わせていただきましたので、もう言うことは何もありません。

泉谷座長 よろしいですか。ありがとうございます。それでは、会場の皆様からご発言、そしてまた質疑をいただきたいと思います。ご発言等ございましたら、挙手のほうよろしくをお願いします。どうぞ。

フロアより 京都府の京丹後市長中山と申します。我々のところは京都といっても実は海がありまして、日本海側、京都市内から2時間半ぐらにかかるとは思いますが、そこから来ました。

京都というと人口当たりのお医者さんの数というのは全体とすると全国1なのですが、他方で、我々のところは逆に全国平均の6割とか7割。医師不足が大変な地域でございます。

ぜひ今日は、医師不足、医師確保についての真剣な声を届けたいなということで手を挙げさせていただいたのですが、先ほどの永井先生、今先生の話をしっかり受けとめて参考にしながら、ますますやっていかないといけないなと思ながらも、制度でまずやっていただきたいことを2つ今日は申し上げたいと思うのです。

まず1つが全自病の遠見会長もおっしゃっておられたというふうにお伺いするのですが、医師確保のために都市部の大規模病院の幹部任用については、ぜひ地方勤務の経験というものをキャリアパスの中に入れていただくよう

な仕組みを、これは課題があると思うのですが、何とか乗り越えて、そして何らかの形でぜひ制度化をお願いしたいなというふうに思っています。

これは、京都の場合はむしろ恵まれていて、そういった地域、京都の北部の事情というのを京都府も、また府立医科大学中心に良く理解していただいて、この春にはそういう医師不足地域の府立病院を府立医大附属病院化していただいて、派遣をしやすい仕組みを整えていただいて、実績もこの4月からですけれども、上げていただきつつあるということで、大変地元としては感謝しています。

他方で、そういう仕組みがあるなしにかかわらず、派遣を受けるほうの立場からすると、地方勤務というのは生活の上からもいろいろな課題や懸念を持たれる中で、何とかそういう地方の実情を受けとめて、派遣要請に応じて勤務していただいているということがあるときに、実施処遇の上でのキャリアパスというものができると、地方勤務についての更に一層十分な動機づけになってくる。

むしろ、率先して手を挙げてというような動きも出てき得るというふうに思うわけでありまして、それがずっとうまく回ってくると、医療界全体で地方についての実情が十分みんなで共有できるような環境づくりにもつながってくると思うので、このことはぜひ何らかの形で制度化に向けてのご検討を強くお願いしたいと思っています。

それからもう1つは、これは研

修医の問題なのですが、今、都道府県別の募集枠の問題で激変緩和措置がとられているわけですが、先般、厚生労働省の部会におかれてこれについては一律27年度めがけてやっていこうというようなお話が出てきたというふうに向うわけですが、これは京都にとってとんでもない話で、全体の話は良くわかるのですが、特に京都の北部にとっては、医療の崩壊につながりかねないようなリスクを持っているわけです。

申し上げたようなことで、我々のところは全国平均より6割7割のお医者さんの数ですから、それを京都全体にお医者さんはたくさんいらっしゃるということで網をかけて、削減率が京都が一番高いというふうにお伺いするのですが、それでも、そういう形でやられると、当然、医師不足に悩む我々の地域も大きな影響を受けかねない。

研修医定数がこれ以上削減されると研修医だけの問題ではなくて、派遣しているほうからすると勤務医も、正常な正規の勤務医の皆さんも引き揚げるという動機も当然出てくるわけでありまして、こここのところは本当に丁寧にぜひやっていただきたいなというふうに思います。

命を預かる行政をしていただいているわけですから、真綿を扱うような、先ほど話が合った針に糸を通すような慎重さで、ぜひヒアリングに呼んでほしいですね。いつでも行きますから。ちゃんと実情を聞いていただいて、いろいろな配慮をぜひしていただきたい

なと思います。医師不足に悩む地域にさらにお医者さんを減らすようなことをまさにされようとしていくわけですから、それは絶対見直しをしていただきたいというふうに思います。

これはぜひ厚労省の課長にもお話を伺いたいなと思いますし、どうしてもこの点についてはお願いしたいなというふうに思っております。ありがとうございます。

泉谷座長 ありがとうございます。ゲストの方々には後ほどまとめていろいろとお話をいただきたいと思いますが、今ほどのご意見に対しまして、まずは永井先生、何かございますか。

永井先生

結局、医療関係者が相談して、助け合うしかないと思います。ただ、これを一律強制的に行えるかどうか、どういう手順を踏んだらできるか、まだわかりません。方向性については良いと思いますけれども、いざ現実の問題になったときにどういう問題が出てきて、それをどのように乗り越えるのか、もう少し議論が必要だと思います。

泉谷座長 ありがとうございます。今先生、何かございますか。

今先生 まず、1つ目の病院幹部になるためには地方勤務をキャリアパス、義務づけとかいうか、そういう考え方ですが、とても良いと思うのですけれども、これまでの歴史上で余りうまくいっていないということと、自治医科大学に関しては、そういう教官になるには地方に行ったほうが良いというのは、大学の性格上少しはあるの

ですけれども、ほかの地域の大学では余りなっていないのですね。ですから、難しいのではないかと思います。良いことだと思いますが。

私が専門医あり方検討会で発言したことは、義務とかではなくて、例えば産科の話をしめすと、東京には産科医師がたくさんいますが、分娩数が限られています。症例数が足りないのです。専門医を更新するため、もしくは専門医になるためには、ある程度の数の分娩数の経験を必須にすると東京では経験できない。では、地方に行ったらどうなのか。秋田県に行ったらできるじゃないのということで、都内の大きな病院と地方の比較的アクティビティの高い病院が連携することによって、指導医つきで後期研修医が地方に行くことができます。

また、現在の専門医は、例えば臓器別の専門医は、残念ながら気管挿管とか急変時の対応が研修医レベルよりも下の人もたくさんいる。研修医のときはできたけれども、その後で精神科の専門医になったり皮膚科の専門医になったりすると現場から遠ざかるので、だんだんとそういう緊急対応の技術と知識が落ちてしまう。研修医以下になっている。

それではおかしいだろうということで、全ての後期研修医が専門医の更新のときにはそのような救急研修とか、もしくは総合診療の研修とかを義務づけするべきだと。ある程度の期間、一定期間それが可能な施設に行くべきだということを提案しました。

先ほど言った、地方に研修に行くこと。それから、基本手技をきちんとできるようになること。それは会議の中で通りましたので、恐らく今後、専門医の制度が変わる中で、今よりは若い医師が地方に行って基本的手技、プライマリケア、もしくはそこで一生懸命専門医としてある一定期間働くということが実現するのではないかと思いますので、そういう若い医師に対しても良いことを提案して、それで地方に行くという、その仕組みが必要だと思って強く訴えてきました。

それから次、研修医のことですが、京都の言い分もすごくわかります。どっちかを立てればどっちかが下がるということになっていますので、申しわけないと思います。岩手県とか青森県はそのおかげで若干人数が増えるのだと思いますが、京都には本当に申しわけなく、感謝申し上げます。

泉谷座長 ありがとうございます。ほか、ご意見ですとかご要望、ご質問等ございますか。

フロアより 今先生、お久しぶりです。実を言いますと、今日、楽しみにして来ましたが、今先生は平成10年から16年まで、救急医療を川口市立医療センターの三次救急を私は産科と一緒にやりました仲です。周産期センター長をやっていた関係で、今先生がいつも24時間、患者が来ないかな、患者が来ないかなと言ったのを今でも覚えております。

実を言いますと、先ほどのブランドの名前というのは、川口市立医療センターでは今でも今先生は

ブランドです。救急医療というと今先生しか名前が出ませんので、実に今日は楽しい話を聞かせていただきましてありがとうございます。

1点、これは共通する話題だと思うのですが、地域医療の質を上げるために、私自身も今、悩んでいることがあるものですか、永井先生、今先生にお聞きしたいのですが、いわゆる地域における一次救急、二次救急、三次救急と。そして、今先生が言われますように三次救急の必要性というのは十分わかるわけなのですが、ところが、地域における医療の質、または地域の住民に対してやらなければならないというのは、やはり一次救急、二次救急もやっていかなければならないということだろうと思っております。

私自身、基幹病院として川口市の中におりますと、川口市の地域には地域の医療の質を高めるためにあらゆる種類の病院がございます。1つには民間病院もございます。それから公的病院、いわゆる済生病院とか社会保険とかいろいろな病院がございます。その中に、私どものような自治体立、いわゆる公立病院というものもあるわけなのですが、そういう中で地域の医療を支えなければならない。その中の自治体病院は、どういう立ち位置で今後あるべきなのか。

これはなぜ迷ったかという、公的病院改革ガイドラインというのがそこにございまして、経営の健全化ということが非常に強く求

められてきた。私どもの病院もずっと6億7,000万円の黒字化を単年度達成しております。

ただ、これはやはり働いている医師たちの血の出るような涙の思いでつくった黒字化でございます。これはその中に置かれている立場ということを考えてまいりますと、今、考え方の上ではどうも医療の質、それから安全な医療、または住民に信頼されるというような中で、もともと健全経営化ということが言われてきたわけですが、ところが、このごろ逆のように思われるのです。健全経営化のもとで医療の質を高めると。これは、僕は基本的に間違っているのではないかという気がいつもしております。

やはり、地域における自治体病院というのは、しっかり地域のニーズに合うような形でやるべきなのだろうと。そして、私どもの病院も18万床に入るかどうかかわりませんので高度急性期医療の中でやれるかどうかかわりませんが、ただ、我々としてはやはり地域住民のためにということがこのごろすごく忘れがちなので、1つには自治体病院というのはどういう立ち筋で地域において考えなければいけないのか。

これから、いわゆる公的病院改革ガイドラインが終わった後、民間病院と一緒に考えて、ただそれと同じように儲ければ良いというだけの病院であれば良いのかどうかということをできればご討議願いたい。

そして、そのことによって地域に対する住民サービスということ

をしっかりと自治体病院の医師、それから医療関係者、働いている人たちはもう1回考え直して、自分たちの医療のあり方を見直す時期なのかという気がしているものですから、特にちょっと長くなりましたけど、永井先生、今先生には地域の中での役割ということも含めてご返事いただければありがたいと思っております。

泉谷座長 ありがとうございます。自治体病院として、救急医療初め医療の質と経営という非常に哲学的な問題かと思えますけれども、永井先生、どうぞ。

永井先生

健全な経営は必要です。ただ、それは病院が儲けるためではなくて、むしろ上手に使うためだと思います。

黒字を残す必要はないのですが、新しい時代の医療を推進する、患者さんのための医療を行うためには経営改善をしなければならないでしょう。先ほど今先生が言われたようなブランドを作るためにも必要です。若い医師を集めるには、時代に対応した設備も整える、ITも整備する、人も増やすことが求められます。そのために健全経営化が必要だと私は理解しております。決して残す必要はないのだと思います。

もちろん、時機を見て上手に使わないといけない。機を逸すると悪循環に入ることがあります。ですから、そのあたりのコツも経営者に求められると思います。

あとは他の病院との関係があると思います。それぞれどのように役割を分担するか。何でも引き受

けすると破綻することがありますので、頑張れば良いということでもないと思います。そこをどのようにして経営を改善しつつ地域の医療体制を再構成するかが重要と思います。

上手に経営改善分を使っていけば、市民や行政の理解を得て、場合によっては補助金をさらに増額してもらうこともできるのではないかと思います。

泉谷座長 ありがとうございます。それでは今先生、お願いします。

今先生 難しい問題ですね。一次二次三次救急を全部やっている川口市立医療センターが、その役割分担を川口市もしくは埼玉県の中でどのように高めていくかという話だと思います。

一次二次救急と三次救急を分けて考えますと、まず、若い医師からの見方からいたします。例えば研修医からの見方をしますと、一次二次救急は教育の材料です。三次救急はあこがれです。ですから、教育の材料ということを考えたときに、川口市立医療センターが教育に力を入れているのであれば一次二次救急に力を入れる。

それは住民サービスにはつながるのですけれども、目の前の目標としては教育です。若い研修医の教育です。そのために、研修医に必要な分だけの一次二次救急を始める。研修医が欲しいと思うことを提供する。それがどれくらい一次二次救急をやれば良いかという範囲に当たるかだと思います。

では、誰が指導するかということになりますが、従来は消化器内

科の専門医とか循環器の専門医が一次二次救急を扱い、三次救急のほうは救命救急の専門医がやっておりました。そこで、教育に不足していることが明らかなのです。一次二次救急を得意な医師が研修医に教育するのが教育であって、内視鏡の止血が得意な、もしくは冠動脈の治療が得意な医師が一次二次救急を分担するから、教育ではなくなるわけです。

では、誰が教育するかというと、先ほども話しましたが総合診療の専門医です。厚生労働省の会議でも話しましたが、大きな病院の総合診療専門医は難しいわけわからない病気を扱うのですが、中規模の市民病院クラス、町立病院クラスの総合診療専門医はもっと狭間の、例えば老人の肺炎とか老人の目まい、それから切り傷、子供の発熱、そういうのを診るのも総合診療専門医ですから、総合診療専門医の数を増やす。その数が現在の川口市立医療センターには足りないのですが、じきに増えたときに、その人たちが進んで教育としての一次二次救急を始める。そこまで待つ。そこまで今の体制を維持して、疲弊しないように頑張っていて、あと3年待てということで消化器の先生たちのご機嫌をとりながらやっていく。

その総合診療専門医が足りるまでの間は民間病院に多くのことをお願いして、いざ総合診療専門医が川口市立医療センターにたくさん来たら、そのときこそ今までありがとうございます。ERは我々が半分やるよというぐらいのことにできれば良いのではないのでしょうか。ですか

ら、内科を主にやっている人たちの相当数が総合診療専門医に移ってくれる時代が来れば良いのではないかと思います。若い人のアンケートとっても、徳田先生のような総合医になりたいという意見がたくさんありますので、夢ではないと思っています。

フロアより ありがとうございます。というのは、永井先生には1つお願いがあったのですけれども、これは来年度からでしょうか。

県で各医療機関のいわゆる持っている特性、専門性、あらゆる点から、地域における医療の原点である病院の体制を、役割分担をかなり県がこれから握って、多分、総務省の方のほうがお詳しいと思いますけれども、今後やっていくというような時代になっているものですから、その中での自治体病院というのは、やはり地域から例えば選挙で選ばれた市議会議員の皆様、市長さんたちがおられるわけですが、そういう要望があれば、やはり民間病院は拒否しても自治体病院はやらなければならないというような使命も実際のところがあります。ですから、そういう点も踏まえて永井先生に、これについて返答は結構ですので、また後で何かあったら教えてください。

今先生には教えてもらってありがとうございます。私ども4月の1日から、私どもの事務長もここへ来ておりますけれども、総合医を救急にあてております。これは創らないとだめだと気がついたのです。それで、今先生の今のご指摘のとおり、4月1日からスタ

ートしてやっております。何とかそれを根づかせるためにどうすべきなのかということで四苦八苦しっているような現状です。

今の老人の問題があったものですから、老人は今、老健施設がどんどんできておまして、老人が救急で参ります。ですから、それに困っている原因の解決策としての総合医を早く先生のお力で、育成をどんどんしてください。よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

泉谷座長 ありがとうございます。あとお一方ほど大丈夫かなと思いますが、どなたかご発言、どうぞ。

フロアより 本日すごく勉強になりましたけれども、私、ほかの医療政策のシンポジウムというのを聞いたことがありまして、そこで伺ったのが、お金がこれだけ必要になるという予測はつくのだけれども、本当にそのときそんなにお金があるのかということを考えなければいけないだろうというので、そうすると、これだけかかるからその予算でいろいろ対策を考えるのではなくて、もっととにかくお金がないことを想定して、どれだけお金がかからないようにできるかということを考えるべきだということでした。

今日は永井先生から伺っていたときに、やはり健康管理や疾病予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討という話を伺ったのですけれども、急性期の病院でそういう具体的に健康管理とか疾病予防とかを私の病院でできるのだったら、そういう機

能を持ちたいなと思っているのですけれども、自分ではどんなことができるかわからないのですが、具体的に例えばこんなことを急性期病院でもできるよとか、そういったことがあったら教えていただけないかなと思うのですけど。

永井先生

なかなか難しいところで、よいアイデアがあるわけではありませんけど、健康指導は非常に重要だと思います。先ほどお話ししたように、メタボ健診は45%の受診率です。健診はメタボに直接効果があるというよりも、すでに深刻な健康問題のある方をいかに早く見つけるかが重要だと思います。

これからの地域医療は、まずは地域の関係者が集まり、他の病院や行政と一緒に計画をつくるためにご相談なさること、とくに関係者が集まることが大事なのではないでしょうか。慢性期管理や介護の方、医師会、行政、住民、これらの方が一体これから限られた医療資源をどう有効に使うかという問題に取り組む必要があります。何から優先順位をつけるかということは、それぞれの地域で考えるべきではないかと思います。

フロアより おっしゃるとおり、いろいろな関係者で顔を合わせて連携するというのはすごく大事だと思います。ありがとうございました。

泉谷座長 よろしいですか。ありがとうございます。どうしてもという方、まだございませんか。

いらっしゃいませんか。ありがとうございます。

それでは、これよりゲストの皆

様から、これまでのディスカッションを踏まえまして、ご発言を頂戴したいと思います。

それでは、まず初めに厚生労働省医政局指導課長の梶尾雅宏様、どうぞご発言をお願いいたします。

梶尾課長 厚生労働省医政局指導課長の梶尾と申します。永井先生、今先生、今日は大変勉強になりました。ありがとうございます。コメントというのもあれですけれども、ご質問もありましたし、お伺いしていて思ったこと等を大きく分けて3点についてお話しをしたいと思います。

1つは、医師の偏在対策です。各都道府県で地域医療支援センターをとということで、現在30の道府県で、そして来年度は42できるようにしており、また、次の医療法改正ではこれを各都道府県でやるようにということを努力義務規定にという形で検討しております。

この地域医療支援センターは、地域卒の卒業生ですとか、あるいはほかの方も含めて、県内でどのように配置をするのかということで、各県に地域医療対策協議会というのを前の医療法改正で設置しました。そこでいろいろな方針を決めて、それを具体的にどのように派遣をしていくのか、キャリアプログラムをどう作っていくのかというようなことで、まさに先ほど京丹後市長さんから京都の良い取り組みというのをご紹介いただきましたけれども、そういった僻地での勤務とそうでない都市部での勤務、そういったプログラムがあるということで派遣できていく

ことになります。そういったことをまさに県立中央病院での幹部になるための要件にするとか、そういった地域の工夫もされていると伺っています。

そういったプログラムづくりというのを県の大学病院、あるいは県立病院等が関わる形で地域医療支援センターをやっていくと。そういうことが良いのだろうということで、さまざまな工夫をいただいているということです。

こういった、まさに地域医療支援センターを制度に結びつけていき、そこをうまく使っていくということは大事だろうということで、その地域枠のほうも、今500名弱ということですが、もう1～2年で卒業してくると思います。

そうすると各県数十人単位でそういった卒業生を抱えると。それをどう配置をしていくかというタイミングになってきますので、そういう方々をどのように気持ちよく派遣するか。それはキャリアプログラムづくりに関わってくると思いますので、各県の中でまた話し合いをいただければと思います。

いろいろな好事例、先ほど京都の例がありましたが、好事例が各地でありますので、そういった情報交換の場も我々の行政の中で作ったりもしていますので、そういったことを工夫いただければというふうに思っています。

次に、臨床研修の関係のご質問をいただきました。私は直接の担当課ではございませんけれども、おぼろげな記憶では、臨床研修部

会の議論の中では京都の方にも来ていただいて、ヒアリングがあったというふうには記憶しています。ただ、今日伺ったお話につきましては、担当のほうによくお伝えをしたいと思いますけれども、全国的な話、あるいは地域的な話があると思いますが、そういったことをさまざま考えながら部会でもご議論いただいて、いろいろなところから話を聞きながら検討をしているということは一応コメントさせていただければと思います。ヒアリングで京都の方をお呼びしたのは間違いありませんが、京丹後市長さんを更にヒアリングに呼んでほしいという件については、そういうご要望があったことはちゃんと伝えたいと思います。

あと3点目、先ほど、次の医療法改正のポイントになります医療提供体制の見直しの1つのキーになりますのが、地域医療ビジョンをつくるということです。その前提として報告制度を導入することなのですが、これにつきましては、まず、報告制度というのは各医療機関が自主的に、自分の病院が病棟単位にそれぞれの病棟がどういう機能を持っているかということを報告するというものです。

それは、来年の国会に法案を出して、無事成立すれば秋から実施を予定していますけれども、最初はある意味定性的な考え方に照らして、高度急性期なり急性期なり回復期なりということを報告していただく。あわせて、どういった医療を提供しているかといった内容も報告していただいて、だんだ

んと定量的な基準というのを進めていくという流れになりますが、そういう制度を導入をする。それは自主的に選んでいただくことになります。

これは何のためにしていくかという、2025年、もっと先も考えないといけませんけれども、今後人口構成なり変わっていくと。そうすると、将来の地域の医療需要というのが現状はこうだし、将来はこうなっていくということを、そこは報告が云々ということよりは、人口推計だとか、あるいは患者さんの発生率などを照らして、そういった将来の地域ごとの医療需要はどうなるのか。そうすると、この地域はどちらかという急性期というよりは回復期とか療養のほうを増やしていかないといけないのではないかと、あるいは両方ともちょっと過剰なのではないか、あるいは両方とも足りないのではないかと。いろいろなことが地域によって違ってくると思いますが、そういう姿を出す。

一方で、供給体制はどうかということで、現状はどうか。そして、将来どうしたいかというのを、それは考えを出していただくと。国民会議でまさに市場でもなく、政府の強制力でもなくという話がありました。そこはデータというのがキーになってくるわけですが、そういったデータをみんなの共通のテーブルの上に載せて、それに照らして各医療機関は今後何をしていくと良いのか。自分の病院がどういう役割を果たしていくというのが地域住民のためになるのかということを各医療機

関は考え、そして、どう役割分担をしたら良いのかということを、それは公立病院であれ民間の病院であれ、それはどういうことをやっていくのが地域住民のためになるのかというのをしっかり考えていくということになると思います。

そのときにどういう分担をしていったら良いのかというのができるように、そういった地域ごとで協議というか、そういった情報共有して協議をする場というものを作るといことも、今回の制度改革の1つのポイントになってくるかと思っています。その上で、どういう姿にしていこうかということを考える。そうした自立的な取組をしっかりと診療報酬でも支援し、あるいは、そのために事業の内容を転換していく、病床の転換をする必要があれば、そういったことに対する補助金を出すと。そういった自主的な取り組み、自主的な経営判断に基づく、将来どうなるかということの客観的なデータをもとにした経営判断というものを、しっかり診療報酬なり、あるいは転換するのだったら補助金、そういったことで支援していくということが基本で、その上で、それがうまくいかない、自主的なやり方でうまくいかないのだったらどうするかというところで、先ほど紹介になった案1、案2のような、どうやってうまくいかない場合調整するかという県の権限という話をしています。

何もなしに県に自由な権限を与えて、それで県の裁量でさあ、やってくださいという話ではなく

て、各地域、地域での客観的なデータをもとにした地域での話し合いなり経営判断なりのもとで、どう地域医療を作っていくのか、それを県全体でまとめて整理するのが県の仕事。それに合わないようなことになっていくのをどう防ぐかというところでの県の権限、そういう話であって、行政が勝手に決めてそれに従えとか、そんな話は一切していませんので、そこはちょっと誤解のないようにしていただきたいと思います。いろいろ各医療関係者で、地域住民のためにどうやっていくのかということ、それでどういう医療体制をつくっていくのかという議論をしているんだということはお理解いただきたいと思います。

そのときの診療報酬なり補助金での転換助成なりというのをどういう財源でやるのか。これについては消費税の増収分を使いましょうということです。5%引き上がったときの1%分は機能強化に、4%分はこれまで赤字国債発行して社会保障やっているものを、少しでも後世代への先送りをなくそうということで、5%のうちの1%分である。2.7兆~2.8兆のうちの1.5兆ぐらいを医療・介護に充てることになっています。

ただし、医療・介護といっても、これは国保の保険料や介護の保険料を軽減したりするのにも使いますので、全部が提供体制の補助金や、診療報酬ではないですけども、そういう形で使っていこうと。それをどういう内訳でやっていくかはまだ決まっていません。それは5%あがって10%になるタイミ

ングの話です。次に3%あがって消費税8%になるタイミングなのですが、これは来年の4月からですが、いきなり消費税収というのは3%分入らないのです。

これは、例えば個人事業所は事業年度1月から12月ですし、法人も4-3で必ずしもやっているわけではないので、1年目からいきなり3%分は入らないので、財務省・総務省の推計では、26年度の税収って大体3%ではなくて1.9%分ぐらい、5兆円ぐらいです。

そのうち、基礎年金の国庫負担のための3兆は、これはただちに入れる必要があります。残りの分の中で、財政再建に回す分、あるいは機能強化に回す分というのを考えると、機能強化分は5,000億ぐらいです。その5,000億ぐらいのうち子育てに、これは29年度までに待機児童を解消するというスケジュールがあるので、それに3,000億で、残りの2,000のうち、国保の保険料軽減とか難病対策に1,000億、そして医療提供体制関係に1,000億というようなことが今、想定している話であって、公共事業とかほかの分野にとられて社会保障に余り回らないなんていう話をしているわけでは全然ないということも、ここでちょっと説明させていただきます。けれども、その1,000億だとしてそれをどう使うか。診療報酬なのか補助金なのかというあたりは、年末の予算編成に向けて、それこそ他の分野に本当にとられないように、私どもとしてはしっかり確保して有効に使っていく。まだ地域医療

ビジョンはないので、26年度は、大きな方向性に向けてのどういう診療報酬改定なり補助金なりかという話になりますけれども、そのような形で今現在、予算編成作業に取り組んでいるというようなところでございます。以上です。

泉谷座長 ありがとうございます。それでは、次に総務省自治財政局準公営企業室長、大沢様、よろしく願いをしたいと思います。

先ほど、医療の質と病院経営といった話もございました。いかがでしょうか。

大沢室長 私のほうからは、恐らく川口市民病院ですか。市の総合医療センターでしょうか。そちらのご質問の中にもありました公立病院の立ち位置というものを公立病院改革の中でどう考えていくのかということに関するご質問なり、ご意見に対するお答えをしたら良いのかなと思います。

私ども、そのようなことを今、悩んでおられるというふうにおっしゃったことは、非常に我々がむしろ求めていたことでもあるのです。と申しますのも、やはり公立病院を考えると、もちろん二面性がある、良い医療をやるという部分、それを目指すのだという非常に高い志の部分と、しかし、採算というのをどう考えるのかという部分と、やはり両面あるだろうと。

それは片方だけということではなく、そのバランスをどうとっていくかということなのではないかと思っております。ともすると、やはり公立病院というのはずっと

前者に偏り過ぎていたのではないかという問題意識もあるわけです。いや、そうじゃないという人もあるかもしれませんが、これは個々の病院そのものの1個1個に対して申し上げているのではなくて、全体としての公立病院というふうにとらえていただければよろしいと思いますが、本当に採算という部分を見捨てて前者だけで、先ほど2つの視点があると申し上げましたが、前者だけで取り組んでいくということで、長い目で見たときに持続の可能性があるのだろうか。本当に地域の中で公立病院が果たす使命というのをきちとした形で永続的に果たしていけるだろうかということなのです。

一般会計から税を投入しているという部分は、これは必要だから出している、私はそれを削減したいからというふうには捉えないでほしいのですが、しかし、財政というのはもとの原資は税ですから、これだけ赤字国債、赤字地方債に頼っている日本の財政の中で、本当にこれから20年30年40年先の将来まで安定的に税の負担をしていけるだろうか。これから先、どういう財政状況になるかわからないわけです。

いろいろリスクがある。そういうリスクがある中で、公立病院がどういう形で安定的に地域医療を守っていけるのかということ考えたときに、やっぱり良き医療を提供する、住民に信頼できる医療を提供すると同時に、採算というか効率性と申しますか。そういうこともやっぱり頭に置いてい

ただきたいというお願いでもございます。

これは、私はどちらも重要だと思いますので、ぜひそういうことを皆さんで悩んでいただきたい。

真剣に考えていただきたい。そういうお願いでございます。すみません。お願いをする場ではないのかもしれませんが、そういう気持ちで我々はやっております。よろしくお願いいたします。

泉谷座長 ありがとうございます。それでは次に、文部科学省高等教育局医学教育課企画官の平子様、よろしく願いをいたします。

平子企画官 企画官の平子でございます。大変貴重な場をいただきましてありがとうございます。

各大学の医学部の学生の卒前教育などにつきましても多大なご協力をいただきまして、この場をお借りして厚く御礼申し上げたいと思います。

私のほうからは、文部科学省としてはやはり教育という点が非常に大きな点であろうかと思えます。まず、定員増については皆さんご案内のとおりですが、こういったものの医師確保対策については、関係省とともにどの背景、疾病構造の変化に応じた形での教育の変化というものを考えてございます。

こういったことが、特に大学病院というふうなことを考えますと、やはり医育機関としての機能、そして最後のとりでとしての特定機能病院としての機能と、この2つがございまして、最近の大学での教育の動向といたしまし

て、総合的な診療能力を養成するというところに特に力を入れてきているという状況でございます。

こういった取り組みを推進するために、文部科学省としても大学に補助金を出すなどして取り組みを促しておりますし、また、自治体と連携をした形で、例えば新潟大学におきましては魚沼地域医療教育センターというものが県と連携をして平成27年に設置をされる予定でございます。このところでは、教授などの30名の指導医を置くことで、地域医療に意欲的な研修医を育てていくという取り組みでございます。

また、佐賀大学においては、こは市民病院になりますけれども、そういったところに佐賀大学附属の地域総合診療センターを設置いたしまして、大学ではなかなか難しい総合内科医の養成といったことの取り組みを始めております。

こういった形で大学内、大学病院だけで完結する教育というのではなく、地域の方々、あるいはそういったニーズをくんだ上での今後の新しい医師、あるいは医療人といった方々の養成に取り組んでまいりたいと思っておりますので、ぜひともそういったところにつきましては、自治体の方々、あるいは自治体病院の方々も積極的に大学との連携を図っていただけたらと考えてございます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

泉谷座長 ありがとうございます。それでは、討論のまとめといたしまして、座長の私のほうから

最後に一言述べさせていただきたいと存じます。

本当に永井先生、今先生、ご講演も含めましてまことにありがとうございました。そしてまた、ゲストの梶尾様、大沢様、平子様、ありがとうございます。皆様方、本当に示唆に富んだご発言、そしてまた具体的なご提言を数多く頂戴をいたしました。おかげさまで活発な議論になりました。会場の皆様方もあわせまして、心より感謝を申し上げたいと存じます。

地域医療の確保のためにということでございますけれども、全体といたしますと、都道府県が責任を持って医師の地域遍在の解消に取り組むコントロールタワーとしての地域医療支援センターの構築・確立というものが、今後重要になってくるのかなと。加えて、総合診療専門医を増やすことですか、そしてまた、地方の病院へ勤務する動機づけ、インセンティブ、こういったことも重要なのかなと思います。

そしてまた個別には、本日、今先生のご講演にもございましたように、それぞれの地域で、また地域に応じて自治体病院がクリエイティブな活動を行っていくといったこともあわせて重要であろうかということを感じた次第でございます。本当に皆様方、ありがとうございました。以上をもちまして、ディスカッションを終えたいと思います。

皆様方、ご協力ありがとうございました。

総括



公益社団法人 全国自治体病院協議会
会長
遠見 公雄 赤穂市民病院名誉院長

遠見 皆さん、大変長い間ありがとうございました。総括というほどではございませんけれども、今日の会の感想とお礼を申し上げたいというふうに思います。

まず、地域医療の確保ということで、国のいろいろな審議会、特に社会保障改革国民会議やチーム医療推進会議、あるいは社保審の医療部会等で日本の医療の将来像をいろいろ議論し、導いていただいている永井先生と、地元で自治体病院の存続のために、救急を中心とした活動をしている今先生と、私が選ばせていただいたのですが、現場と、それから今後いく日本の医療、両方のトップですね。現場のトップと、これからの医療政策のトップ。このお二人に基調講演をしていただきました。

特に、今後の医療で大事なものは、やはり総合的に人が診られる。老人が増えれば、一病息災というより多病息災というか、そういうふうな時代になると。それから、人口減少社会である。その中で、限られたお金で、若い人がいないですから、生産性よりも、どちらかという病気とか社会保障

のお金がいるという、どうしてもお金のことを置いては語れないと。

その中で、毎年8,000億円いただいている我々自治体病院というのは、やはり民間病院からすればイコールフィッティングがないということで、経済財政諮問会議では非常にたたかれています。大沢室長、本当にご苦労さまです。いつもお世話になっております。そういうふうな中で、今日のお話を聞くことができました。

私は経営については常々1円の黒字で良いと思っています。黒字は再生産のために使う。あるいは、市民のために使う。アメニティのために使う。そういうふうなことで、1円の黒字であれば、議会にも市民にも大きな顔ができる。そういうことで、1円の黒字というのをぜひ目指していただきたい。

黒字が達成できないところは赤字幅を減らして、その赤字の理由をちゃんと市民に堂々としゃべってほしい。説明してほしい。アカウンタビリティが必要だろうというふうに思っております。

それから、一番の経営の根幹は、私は救急医療だと思います。救急車が1台くれば、ウン百万の平均収入になります。救急車の中にいるのは自分の親や子と思えというのが私ずっと職員に言ってきたことです。7年間、1台も救急車を断りませんでした。これは救急隊からも大変喜ばれましたし、市民からも大変喜ばれました。

そうすると、病床稼働率も上がりますし、若い先生方の士気も上

がりますし、手術室の看護師さんの士気も上がります。だらだらとだんだんと悪循環になるよりも、しんどくても救急を受けることによってどんどんとスキルアップ、士気も上がるということで、最終的には経営にも結びつくし、病院の評価にも結びつくということで、救急医療は医療の原点だという今先生のお話は全く同感でございます。

それから、今先生には総合診療専門医のあり方検討会に出ていただきました。いろいろと本当の専門医というか、学会の専門医が委員に多い中で非常に難しい立場であったかと思いますけれども、いろいろ我々の主張を通していただきましてありがとうございます。

この総合診療医が今、皆さん方の病院で泳いでいる総合診療医をおぼれさせないように、また、町の専門医のほうへ取られてしまわないように、そういう専門医制度であれば何のためにつくったかわからないわけですね。我々は、今いる専門医がさらにスキルアップしたり、新しく参入してくる総合診療医ができると。

できれば梶尾さん、保険局のほうにお願いして、総合診療医特別加算とか、小児加算とか乳幼児加算と同じように、老人はたくさんの抱えているわけですから、75歳以上の後期高齢者を診たら老人加算というのを初診料につけていただくとか、2つ以上の病気を持っている人には多病加算とか、何かいただけるようなことを最後はやっていただきたいなと。今回は創

るだけしか仕方ないと田原さんもおっしゃっていましたが、ぜひそういうふうにさせていただきたいなというふうに思っております。

今回、地域医療ビジョンというのが来年の4月の通常国会に出すべく、今、永井先生を座長に議論がされております。明日も午後4時からありますので、その結果を皆さん方、自分たちですぐ都道府県にいろいろな権限が国保も含めましてまいってまいりますので、すぐ近いところにいろいろな政策がおりてきます。ぜひ国の動向、いろいろな医療制度の報道とかを見ながら、診療報酬改定も期待を持って、アベノミクスは脱デフレで2%の物価上昇といっておりますから。医療界だけアベノミクスから外されることがないように、2%の診療報酬アップを求めて頑張っていこうではありませんか。

これで最後になりますが、今日、総合司会をいただきました泉谷珠洲市長様、それから永井学長先生、今先生、それから大沢室長、梶尾課長、平子企画官、本当にご多忙中貴重なご意見をいただきましてありがとうございます。良い医療を効率的に地域住民とともに、これが我々自治体病院のキャッチフレーズでございます。どれか1つ欠けてもだめだろうというふうに思っております。今後ともよろしくご指導のほどお願いいたします。ありがとうございました。

(文責 全国自治体病院協議会事務局)

要望書提出

- ・地域医療再生フォーラム後に、総務省 事務次官 岡崎 浩巳 氏へ要望書を提出



総務省 総務事務次官
岡崎 浩巳氏

- ・地域医療再生フォーラム後に、厚生労働省 医政局長 原 徳壽 氏へ要望書を提出



厚生労働省
医政局長 原 徳壽氏