

自治体病院全国大会2016 「地域医療再生フォーラム」

日 程

2016年11月22日(火)

10:00~12:50

- ・開会あいさつ
- ・来賓あいさつ
- ・座長あいさつ 榊原 純夫 氏
- ・講演Ⅰ 佐々木 昌弘 氏
- ・講演Ⅱ 栗谷 義樹 氏
- ・討論
- ・全体総括

場 所

全国都市会館

「大ホール」

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

テーマ

我々が中心となり地域を守ろう!!
- 地域医療構想と地域住民のための医療連携 -

趣 旨

今日、我が国は、世界に類をみ

ない少子化・超高齢化・人口急減という大きな課題に直面しています。そうした中で地方創生を実現するためには、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・連携を進めることとされています。

地域医療構想は今年度末までにはすべての都道府県で策定される予定です。

自治体病院は、地域医療全体を俯瞰しつつ、患者中心の効率的かつ質の高い医療提供体制を構築し、地域の医療介護ニーズに的確に対応し、病診連携、医療介護連携を推進するため主体的役割を担っていくことが求められています。

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、すぐれた先行事例から知見を得つつ、いま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時です。

参加者

約250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

皆さん、おはようございます。自治体病院全国大会2016「地域医療再生フォーラム」の開催に当たりまして、主催者団体を代表いたしまして一言ご挨拶を申し上げます。

本日はご多忙にもかかわらず、全国各地から多数のご参加を賜りまして、誠にありがとうございます。また、自治体病院議員連盟の細田博之会長、そして、総務省大臣官房の大西淳也様、それから、厚生労働省医政局地域医療計画課長佐々木健様には、公務でお忙しい中、ご来賓としてご出席を賜り、厚く御礼申し上げます。

このフォーラムの先ほどでございますが、自治体病院議員連盟の総会が開かれ、細田会長はじめ多くの議員が出席される中で、自治

体病院の厳しい現状と様々な課題についてご説明を申し上げ、ご要望を行ったところであります。大西審議官、椎葉審議官にもご説明いただくとともに、細田会長におかれましては熱心にご要望をお聞きいただき、ありがとうございます。

さて、先般この自治体病院につきまして、政治的にも、また、国会議員として長年にわたりましてご支援をいただきました奥野誠亮先生が103歳でご逝去されました。改めて深くご冥福をお祈りし、また、先生の政治全体の、また、自治体病院へのご支援に対し、深く皆様とともに感謝を申し上げたいと思います。

さて、本日お集まりの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努力いただき、また、自治体病院の運営にご尽力をいただいていることに対し、心から感謝を表します。また、今朝は福島沖で大きな地震、また、津波の警報なども出たところでございますが、本年4月に発生いたしました熊本地震に際しましては、地震発生直後から入院患者の転院、避難住民の巡回診療などに当たり、自治体病院相互の、また、大学病院や他の医療機関との間で迅速な対応をとっていただきました医療関係の皆様にも心から感謝を申し上げます。東日本大震災の復興の課題もあり、引き続き関係機関と協力し、支援してまいります。

さて、都道府県において策定が進められております地域医療構想は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、高度急性期から在

宅医療まで切れ目のない医療の実現を目指すものであり、自治体病院の役割もますます重要であります。こうした中、自治体病院は不採算である政策医療を担いながら、医師や看護師を確保し、費用の削減、また、制度改革を実行するための基金や地方交付税の確保など、様々な課題に積極的に対応していただき、皆様各地域でご奮闘中であります。

特にその中で新専門医制度がありますが、これまで以上にお医者さんの地域偏在が進むおそれがあるなど、地域医療が崩壊しかねない危惧があることから、この課題については我々開設者協議会は全国自治体病院協議会とともに国に対し、地域医療に十分配慮し、ぜひとも慎重にこの課題に対応するよう要請してまいりました。また、議員連盟の先生方にはこの問題について5月に「制度実施の延期を含めいま一度再考すべき」との貴重な決議をいただいております。その結果、制度の開始は1年余り延長されましたが、研修プログラムの整備基準の見直しなど、いまだ課題も残されております。今後も医師の地域偏在が是正され、地域医療が確保される制度となるよう、引き続き働きかけていく必要があります。皆様方におかれましても、地域での取り組みをお願いいたします。

こうした問題も含め今後の消費税の課題など様々な課題がありますけれども、我々自治体病院の開設者だけでは、また、経営をなさっておられるそれぞれの病院だけのご努力だけでは解決が困難な問

題があるわけでありまして。我々全国の自治体病院の問題としてこのフォーラム終了後、関係省庁に対し要望を行うことにいたしております。

本日の地域医療再生フォーラムにおきましては、厚生労働省の地域医療構想策定の担当責任者であり、また、現在は文部科学省高等教育局医学教育課企画官の佐々木昌弘様と、また、8年前に自治体病院の再編・統合などを行われた地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長の栗谷義樹先生にご講演をいただきます。また、中央社会保険医療協議会の委員をされております、愛知県半田市の榊原純夫市長さんに座長を務めていただき、地域医療構想と地域住民のための医療連携についてディスカッションを行うことにいたしております。活発な意見交換が行われ、地域医療の課題への理解と解決のきっかけとなることを念願しております。これから大都市問題、あるいは、地方のいろいろな衰退といましようか、厳しい環境などございますが、福井県はふるさと納税なども提案した県であります。ぜひ我々のふるさとをしっかりと守りながら、それを支える大事な医療、これを皆様とともに力を合わせて着実に少しでも日々年々前進するように頑張ろうではございませんか。地域医療の発展に取り組む皆様の一層のご活躍をご祈念申し上げます。冒頭のご挨拶といたします。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

皆さん、おはようございます。本日は自治体病院全国大会2016「地域医療再生フォーラム」、ご盛会おめでとうございます。

まず、最初に私ども自治体病院議連の生みの親でもあり育ての親でもあり、非常に長い間お世話になった奥野誠亮先生が先般お亡くなりになりました。そして、今、奥野信亮先生がお見えでございますので、我々お悔やみを申し上げますとともに、信亮先生からちょっとご挨拶をいただきたいと思ひます。



■自治体病院議員連盟

奥野 信亮 衆議院議員

皆さん、おはようございます。今日は大切なこの地域医療再生フォーラムの場をおかりいたしました。長年大変お世話になりました私の父、奥野誠亮が先般103歳の天寿を全うし、永眠致しましたので、ご報告するとともに、皆さん

方にこれまでいただいたご厚情、ご高配、大変ありがたく、そして、本人もいかに心強かったかと思ひます。これからも課題は山積するわけですが、これまで皆さん方からいただいたご厚情を忘れることなく、私も精いっぱい努力させていただく所存であります。皆さん方にお礼を申し上げさせていただきますたく、今日はここに参上した次第であります。どうもありがとうございました。

■自治体病院議員連盟

細田 博之 会長

それでは、議連会長としてご挨拶を申し上げたいと思ひます。先般、春先に議連を開きまして、そのときに自治体の皆様方あるいは病院の皆様方からこの専門医制度が非常に問題を含む制度であると厚生労働省に強く申し入れて、地方の実態に合う制度にすべきであると。そういうことで議連としても決議をいたしまして、そして、厚労省にも要請をし、厚労大臣にも要請をしたと。その結果、とりあえず1年間は猶予期間を設けて、今後の検討期間ということで関係者の皆様方ともよく協議をして、実態に合った専門医制度のあり方について議論をしようということになったわけでございますが、これも成果ではあるわけですが、問題は、この1年間の検討で皆様方各地域の実情から見て適切な制度になることが大事でございます。専門医という考え方は当然必要でございますが、何年も前に起こった医局の廃止はやるべきであると、そういうことは弊害面に着目してそうだったので

すが、いろいろ医師不足などが発生して、混乱の原因にもなったということもござひます。したがって、十分に様々な可能性を配慮して検討すべきであると私どもも考えておることを申し上げたいと思ひます。

それから、消費税の制度。これが病院に対しまして特にマイナスの影響があると。官庁においては、消費税が増税になるときは、国だから消費税はいただきませんということにはなっていないのです。国だけでも、ずっと消費税というのは積み上がってきておりますから、いただきますということになっておりまして、そして、国の機関は全て予算をその消費税分だけ備品等の予算は上乘せをしまして、そこで消費増税の分を払って、それがぐるっと国庫に回るような仕組みでやっているわけです。だから、病院も本来はそういう制度のほうがよかったですね。しかし、この消費税の目的がまさに社会保障費に充てられるものであると。そうすると、タコが足を食うような感じになってよくないと。社会保障制度に医療でも介護でもほかの制度にも充てられるんだから、本来要らないんだと。それで、もしコストが増加すれば、それは診療報酬等をちょっと検討すれば、それで足りるだろうという考え方でスタートしてしまっているわけですが、やはり実態はそう簡単ではなくて、外注検査が増える、設備投資は非常に大きくなる、そういったことで病院経営に大きな影響が発生しているわけでございます。これも党の

税制調査会や、あるいは、予算面での診療報酬改定等の面において我々も実態に合ったような、病院が負担をするような、あるいは、投資をする病院が負担を大きくするような制度は何とか変えてまいりたいと、こう考えております。

それから、高度先進医療問題についても希望が多いわけですが、やはり例えば陽子線治療装置は今厚労省の人に聞いたら100億円ぐらいかかるといいますね。それで、今は小児がんだけは保険適用が認められましたけど、大体今実費で10回で300万円ぐらいかかるわけですが、しかし、希望も多いと。一方で、薬剤は3,500万円のオブジーボは半値になったようでございませうけれども、薬剤については保険適用になると。しかし、高度先進医療の陽子線治療等については保険適用外と。この辺はバランスもあるわけですが、かつ、医療費の増嵩がとどまるところを知らないわけですが、その辺の財政の問題とかみ合わせていかなければならないわけですが、しかし、国民の健康というものはやはり最優先で考えなくてはならない。また、自治体病院の皆様方の筋の要請も考えていかなければならない。地域医療においてのその希望はどんどん増えていくわけですが、そういった問題にも我々今後とも取り組んでまいりたいと思います。

以上、様々な問題について我々議連の考え方を申し上げましたが、今後とも皆様方からいろいろなお恵・ご要望をいただき、そ

して、適切な政府の制度が実現するように頑張ってもらいたいと思いますので、よろしく願い申し上げます。



■総務省

大西 淳也 大臣官房審議官

総務省の審議官の大西でございます。本日の自治体病院全国大会「地域医療再生フォーラム」の開催に当たり、一言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する次第であります。総務省では、ご案内のとおり、昨年3月に新公立病院改革ガイドラインを策定いたしました。この中で各地方公共団体に対して平成28年度中に新たな公立病院改革プランを策定するようお願いしており、今まさにその策定に着手されていることと存じます。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おいて、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制の確保を図るためには、公立病院においても各都道府県が策定している地域医療構想を踏まえ、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、直近の自治体病院の経営

につきましては、先日平成27年度決算の数値がまとまりました。これを見ますと、平成25年度以降、徐々に収支が悪化している状況が見受けられます。自治体病院が公・民の適切な役割分担のもと、不採算医療や高度先進医療などの重要な役割を今後とも地域において継続して担っていただけるよう、引き続き経営そのものに対する日々のご努力をお願いしたいと存じます。

皆様におかれましては、以上の趣旨を十分ご理解いただき、今後の医療制度改革や人口減少社会の進展を見据え、今年度中に新改革プランを策定し、さらなる経営改革に取り組んでいただくようお願いいたします。私ども総務省といたしましても、自治体病院が不採算部門の医療を担っていることを踏まえ、引き続き自治体病院に対する地方財政措置を講じるとともに、皆様方のご意見等もお伺いしながら、必要な施策の展開を図ってまいります。厳しい状況の中ではありますが、地域医療の確保と自治体病院の経営の健全化に向けて皆様方のご尽力をお願い申し上げます。

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、自治体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、私からのお祝いの挨拶とさせていただきます。



■厚生労働省

佐々木 健 医政局地域医療計画課長

厚生労働省医政局地域医療計画課長の佐々木でございます。本日は、本来であれば大臣官房審議官の椎葉がお伺いしてご挨拶する予定でしたが、業務の関係で来られませんでした。椎葉より挨拶を預かって来ておりますので、代読させていただきたいと思っております。

自治体病院全国大会2016「地域医療再生フォーラム」の開催に当たり、一言ご挨拶申し上げます。

初めに、本日お集まりの皆様におかれましては、日ごろから地域住民の生命と健康を守るため、地域医療の中核を担っていただくとともに、医療行政に関してご理解とご協力をいただいております。この場をおかりして心から御礼申し上げます。

さて、高齢化による急速に増大する医療需要に対応し、地域の実情に応じた医療を確保していくためには、医療機能の分化・連携を進め、質が高く効率的な医療体制と地域包括ケアシステムの構築を図ることが喫緊の課題です。このような状況を踏まえ、厚生労働省としては、平成26年に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、地域の医療・介護を総合的に確保

していくための取り組みを進めております。

まず、病床の機能分化・連携につきましては、昨年4月より都道府県において地域医療構想を作成していただいております。本年10月末時点で30都府県が策定済みであり、今年度中には全ての都道府県が策定する予定と承っております。厚生労働省といたしましても地域医療構想の実現に向け地域医療介護総合確保基金等による支援等の取り組みを行ってまいります。自治体病院の皆様におかれましても地域医療構想の策定と実現に積極的に参画いただき、地域における医療提供体制の確保に向けてご協力いただきますようお願いいたします。

また、本年10月に「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」を立ち上げ、今後の医療のあり方と、それを踏まえた医療従事者の望ましい働き方について検討に着手いたしました。医師・看護師等の偏在是正につきましては、こうした検討会における議論も踏まえ、さらに検討を進めてまいります。

医療提供体制の改革の動きは進み、その取り巻く環境も変化する中で、地域医療の中心的存在である自治体病院の役割はますます重要になると認識しております。地域における必要な医療が確保されるよう、皆様と問題意識を共有しながら、引き続きご尽力をいただきますようお願い申し上げますとともに、本日ご参会の皆様のご健勝を祈念いたしまして、私のご挨拶といたします。

平成28年11月22日、厚生労働省大臣官房審議官 椎葉茂樹 代読でございます。本日は誠にありがとうございます。

座長あいさつ



■愛知県半田市長

中央社会保険医療協議会委員
榊原 純夫 氏

会場の皆様、こんにちは。愛知県半田市長の榊原純夫と申します。

愛知県半田市といえますのは、名古屋の南にぶら下がっております知多半島という半島がございますが、その真ん中ほどにございます。面積が約47平方キロメートル、人口が約12万人。皆様方ミツカン酢という酢をご存じだと思いますが、その本社があります。愛知県はそこそこリッチな自治体が多いわけですが、私どもも交付団体になったり不交付団体になったりを繰り返しております。財政力指数がおおむね0.96ぐらいでございます。

私は中医協に1号側支払い側委員として出席をさせていただいておりますが、公務の関係で余り出席率がよろしくないのですが、499床の第3次救急を担っております半田市立半田病院という病院の開設者でもございますので、

1.5号側だと事前の先程の席で邊見先生から言われまして、いつも本当は医療行為に対して消費税かけてほしいなというふうに言いたいのですが、後ろに国保連の方がいらっしゃいますので、殿中のござるといような形で、「市長、それは言うてはいけません」といつも言われております。ですから、病院のことはよくわかっているつもりです。

病床が499床というちょっと理解しにくい病床なのですが、実は経営改革をやっているさなか、7年ほど前ですが、自賠責保険の掛け金が500床と499床で年間約800万ぐらい違うことがわかりました。その当時、本当はプライドを持っていると500床のままでありたかったのですが、499床にすることで年間その当時ですと800万円ぐらい経費が浮きました。今また係数の見直しがありまして、ほとんど同じになりましたけれども、それほど地方の病院は知恵や汗を絞っているということの表われでございませう。

また、余り全国的にもやられていないのですが、私どもの病院は50%が入院も通院も半田市民ですが、残る50%は周辺市町の方でございませう。いわゆる差額ベッドを市民と周辺の市町の方と少し料金の差をつけました。これは私が市長になってからやっていますし、診断書も市民の皆さんに対して出す診断書と市外の方に出す診断書の値段も少し差をつけています。かなり苦情が来ましたが、その後おさまりましたので、それほど地方の自治体病院は頑張っ

ているのだということをご理解いただきたいと思ひます。

少し長くなりましたが、今回は診療側の皆さんの会合に座長という立場で選任をいただきましたので、よろしくお願ひいたします。

本日のフォーラムは、「我々が中心となり地域を守ろう！！—地域医療構想と地域住民のための医療連携—」をテーマとして開催をいたしてあります。今日我が国は世界に類を見ない少子化・超高齢化・人口急減という大きな課題に直面をしております。そのような状況の中で地方創生を実現するためには、地域医療の確保は不可欠でございまして、医療提供体制については、医療機関の機能の分化・連携を進めることとされてあります。自治体病院は地域医療全体を俯瞰しながら、患者中心の効率的かつ質の高い医療提供体制を構築し、地域の医療介護ニーズに的確に対応し、病診連携・医療介護連携を推進するため主体的役割を担っていくことが求められてあります。皆様方もご承知とあり、自治体病院は地域住民の皆さん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しております。しかしながら、慢性的な医師不足、看護師不足、地域偏在などによりまして、大変運営が難しい状況が続いてきてあります。

私の地元の愛知県におきましては、12の二次医療圏がございませう。私ども半田市が属します知多半島医療圏は、人口10万人につきまして、病院・病床数及び医療従事者は県の平均を下回ってありまし

て、特に療養病床数が非常に少ない状況にございませう。

地域はそれぞれが様々な課題に直面しているわけですが、そのような中であって、2025年に向けてまして地域医療構想の策定が今年度の末までには全ての都道府県で行われることとされてあります。構想区域ごとに急性期から回復期、在宅医療に至るまで、それぞれの患者の状態に合った医療サービスを提供できるバランスのとれた医療提供体制の構築を目指すこととなります。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などが異なることを踏まえつつ、すぐれた先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って中心的な使命を果たすときではないかというのが今回のフォーラムの趣旨でございませう。

さて、本日はお二人の講師の方からお話を聞かせていただきます。講演の1つ目の佐々木企画官は、医療政策という厚生行政部門と医師の養成という文部行政の両方に通じていらっしゃいます。講演の2つ目、栗谷先生は山形県立の旧日本海病院と酒田市立病院を統合し地方独立行政法人方式によって病院運営をされる中で、地域住民に最良の医療を提供すべく日々奔走をされておられます。新日本海病院には酒田市というほぼ私ども半田市と同規模の市が参画しているわけにございませうが、実は私ども半田市が開設者となっております半田市立病院はただいま改革の真ただ中にございませうの

で、お話を聞かせていただいて参考にさせていただきたいというふうに思っております。本日は今後におけます我が国の医療行政や医療機関の医師養成の展望をお聞かせいただいて、地域医療のあり方を模索する上で有意義な会となりますよう、医療現場を預かる立場からいたしましても期待をしております。

それでは、本日の進め方について申し上げます。まず、文部科学省高等教育局医学教育課企画官の佐々木昌弘様を皮切りに、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長の栗谷義樹先生にご講演をいただき、その後、皆様からご意見をいただくディスカッションに入ります。ディスカッションでは、ゲストに総務省、厚生労働省、文部科学省の方々にお越しをいただき、また、実際の病院を運営する立場として全国自治体病院協議会の参与で、私ども愛知県の小牧市民病院事業管理者であります末永先生にもご参加をいただきます。地域医療構想の現状の動き、地域における医療連携のあり方等、問題点や展望につきまして皆様に率直な討論をお願いしたいというふうに思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

講演 I



■文部科学省高等教育局医学教育課企画官

佐々木 昌弘 氏

文部科学省医学教育課の佐々木でございます。本日は、11月22日、「いい夫婦の日」という入籍に最もふさわしい日に、私が強い愛着を持つ自治体病院の先生方皆様の前で、しかも手塩にかけて育てた我が子のような思いのある地域医療構想をテーマにお話しさせていただく機会をくださいましたことに、西川会長、邊見会長を初めとする皆様先生方に心からお礼を申し上げます。

さて、今日は「地域医療構想と地域住民のための医療連携」についてお話をさせていただきます。1枚目のスライドを分解しますと、まず「地域住民のための医療」

は、いわば先生方皆様そして私ども中央官庁にとってのミッション、つまり目的であり使命になります。(スライド1)。そして、「地域住民のための医療」の方法論として「医療連携」を進める。いわば戦略(戦略)として医療連携をどうしていくのかがあります。さらには、この戦略(戦略)に対して、具体的にどう進めていくのか、タクティクス(戦術)に当たるのが地域医療構想、いわばデザインを描くのが地域医療構想ということになるかと思えます。

先ほど榊原市長からご紹介いただきましたとおり、私は昨年9月まではこの政策の担当者の立場でした。この1年余り、例えば大学病院、例えば医師・看護師といった人材養成という政策の利用者の立場になって改めて気づいたこともありますし、改めてこうすればよいのではないかと思いつくことも多々ございます。その点を今日はディスカッションをしながら、同じ座標・指標を目指して先生方皆様と進んでいきたいと思えます。

地域医療構想と地域住民のための医療連携
～政策担当者から政策利用者の立場になって～

文部科学省 高等教育局
医学教育課
佐々木 昌弘
sasa@mext.go.jp

平成28年11月22日(火) ●
自治体病院全国大会2016
「地域医療再生フォーラム」 ●
@全国都市会館

(前・厚生労働省医政局
医師確保等
地域医療対策室長)

文部科学省
MEXT
MINISTRY OF EDUCATION,
CULTURE, SPORTS,
SCIENCE AND TECHNOLOGY

スライド 1

さて、今日は「地域医療再生フォーラム」ですが、私が前の地域医療の室長のときに忘れられない指摘がございました。それは邊見会長から、地域医療構想を考える上で、地域構想が不可欠な議論ではないか。それがあってこそ地域医療であり、地域医療構想、地域医療再生ではないかという指摘をいただいたのを今も鮮明に覚えております。そして、この地域医療、地域再生、地域ということを考えていくときに、先ほども申し上げましたが、同じ視点、同じ指標・座標を持つことが重要だと思えます。

自己紹介が遅くなりました。先ほどご紹介いただいた経歴に加え、私は秋田県横手市の出身です。本日会場には市立横手病院の丹羽院長もいらしていますし、今日はご欠席のようですが、市立大森病院の小野院長も会員でいらっします。ただ1つ残念なことは、私は、初期研修は同じ横手でも厚生連の平鹿総合病院であったのだけはちょっと残念なところです。

それでは、本日お話しさせていただく内容を紹介します。まず、医療行政がどのような推移を経て今日に至っているのかです。次に、今日の医療制度やまた地域包括ケアシステムの論点となり得るものは何かです。最後に、地域住民のための医療、そして、その医療連携における自治体病院がどうあるべきなのかです。これらのことをプレゼンテーションさせていただいて、その後のディスカッションタイムのときに大いに議論をしたいと思えます。

イギリス流とドイツ流

- ・江戸時代の我が国は、鎖国の影響もあり漢方を中心とした医学・医療であった。
- ・幕末になり、長崎において、初の系統だった西洋式の医学教育や医療を導入したのは、オランダ軍医のポンペであり、長興専齋、松本良順、佐々木東洋などを育てた。
- ・明治維新の後、慶応4年(1868年)に新政府は戊辰戦争の傷病者のために、軍陣病院を設置し、駐日イギリス公使館医院のウイリスらが運営した。→臨床重視
- ・ところが明治2年(1869年)、相良知安の登用により、当時世界最先端といわれたドイツ医学へと転換が図られ、オランダの陸軍軍医のボードウィンが大学東校で教鞭をとり、2ヶ月後、ドイツから赴任したミュレルとホフマンに引き継がれる。→学問重視

スライド2

我が国の近代医療の夜明けは約150年前、明治維新にさかのぼりますが、鎖国のころは漢方を中心とした医学・医療でした。その後幕末となり、まずは長崎の地でオランダ軍医のポンペにより医療人材養成、そして、近代医療・近代医学が導入されていきます。

明治維新になりますと、戊辰戦争の頃には、イギリスの軍医ウイリスが臨床重視の医療・医学を導入していくことになります。先生方皆様には釈迦に説法ですが、臨床重視の医学教育とは、目の前で苦しんでいる患者さんがいる。目の前で傷ついている患者さんがいる。でこの方は何が原因かということが当時のイギリス流の医学でした。しかし、戊辰戦争が終わり、明治政府が確立されるにつれて、結果的に我が国は当時世界最先端と言われたドイツ医学を導入することになります。当時のドイツ医学の特徴は学問重視、学問の積み重ねの上に臨床の医療があるんだという考え方でした。結果、我が国はドイツ的な発想で、先ほど細田先生からも医局という言葉があ

りましたが、学問の講座である単位が臨床の人材派遣である医局と密接に結びついた形でつい近年まで、一部現在でも我が国の医学教育、そして、医療人材供給体制ということになりました。もちろんどちらが良い悪いということではなく、事実としてこのような変遷をたどってきたということです(スライド2)。

そして、昭和20年に戦争が終わり、GHQが我が国に進駐し、アメリカ流の公衆衛生の考え方が導入されていくことになります。アメリカ流の公衆衛生を具体的に申し上げると、単なる臨床医学ではなく、先ほども目の前で苦しんでいる患者さんがいる。じゃあその原因となるのは何かということを申し上げましたが、例えば栄養の問題であったにしても、感染症の問題であったにしても、そのさらに先にあるのは環境要因が何なのかとか、また、貧困が影響しているのではないとか、こういったところまで、つまり社会の仕組みまで考え方を広げていこうというのが70年前 GHQ が導入しようとした公衆衛生思想、そして、それに

GHQとアメリカ流公衆衛生

- ・昭和20年(1945年)の終戦により、10月にはGHQに公衆衛生福祉局(PHW)が設置された。
- ・軍医であるサムス准将が局長をつとめ、翌年6月までに総務、歯科、獣医、予防医学、看護、福祉、社会保障、病院管理、供給、人口動態統計などの各課を整備していった。
- ・中心となった思想は、単なる臨床医学ではなく公衆衛生を基盤とした広義の医学(目の前の患者の背景にあるのは環境や貧困か?など)であり、昭和23年7月の医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、歯科衛生士法、医療法といった一連の法制定につながる。
- ・医療そのものは制度改正による影響は受けなかった。
- ・一方で、必ずしも我が国に定着しなかったものもあり、医学部8年制、インターン制度、病院管理などがある。

スライド3

基づく医療であり医学教育でした。

この発想を受けて、医療法が昭和23年の7月30日に公布されます。なお同じ日に、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、歯科衛生士法も同じ日に公布されました。五つ子ちゃんということになりましょうか。つまり、先ほど申しあげました公衆衛生の思想のもとに我が国の医療、そして、医療人養成を進めようとしたということがここからも見てとれると思います。

もともと医療法の担っていた役割は、昭和23年制定当時は戦後の荒廃した我が国にあって、医療機関の量的な整備が急務であるけれども、いかに最低限の質を確保するか、規準を設定していくのか、具体的には施設基準や人員配置規準ですが、これが昭和23年の最初の医療法の目的でした(スライド3)。

その後、昭和36年の国民皆保険、昭和48年の老人医療費無料化という時期を経て、昭和60年に、全国的には量的整備については達成された。次は地域偏在の是正、別の

言い方をすると、医療資源の適正配分、どう適材適所を進めていくのかが30年前、昭和60年のころのテーマになりました。そして、その方法論として、病床規制を含む医療計画制度が導入されていくわけです。

先ほど奥野先生を悔やむお言葉がございました。歴史というのは改めて引き継ぎながら、引き継がれながら、次の新たな歴史を築いていくものだなということを痛感いたしました。私がこの医療法で痛感した「歴史は引き継がねば」

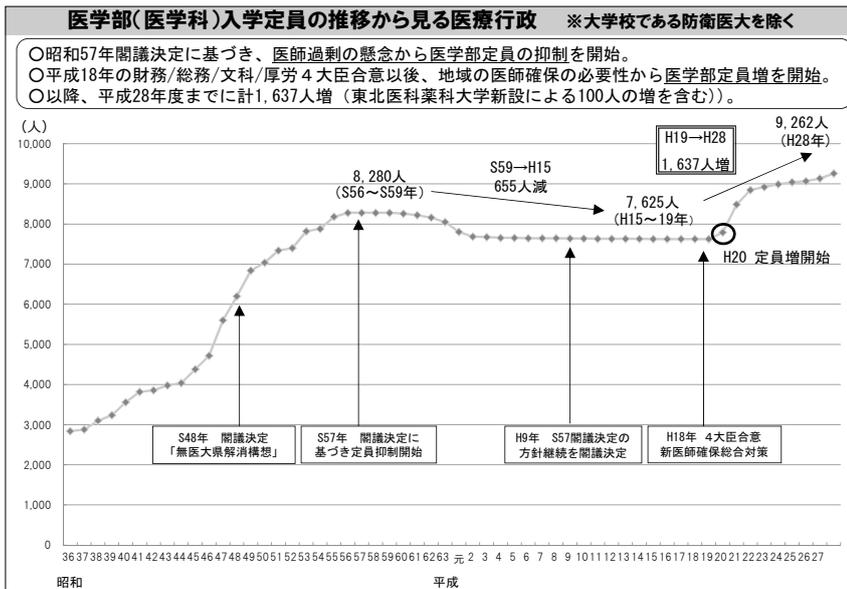
というのは、この昭和60年、最初の医療法改正を受けて医療計画を担当した当時の専門官が原徳壽と申しまして、一昨年の医療法改正のときの医政局長でした。30年前に医療計画を導入した直接の担当が局長となって法改正に臨んだのが2年前の医療法、介護保険法といった一括法改正だったわけです。

その後の昭和60年以降の医療法改正の歴史は、医療資源をどう適正配分していくのかという歴史になります。ある意味で、平成9年に成立し、平成12年に施行した介護保険法も長期に療養が必要になった患者さんに対して、どう医療資源を配分していくのかという点で、財源も含めて新たに配分・配分ルールをつくった法律ということが言えると思います(スライド4)。

このことを、医学部の定員の歴史から見てみます。グラフに左端が昭和36年のプロットですが、国民皆保険の導入の年から定員は増

医療法(昭和23年法律第205号)の改正の主な経緯について		
最低限の基準設定から医療資源の適正配分にポイントが移行		
改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものである。	○医療計画制度の導入 ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正 介護保険法と 関連3法案	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○医療計画制度の充実 ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正 介護制度開始	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○医療計画制度の見直し ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○医療計画制度の見直し ・4病9事業の具体的な医療連携体制を位置付け

スライド4



スライド5

加し、昭和48年老人医療費無料化の年に、無医大県解消構想、1県1医大構想を経て、量的な確保、量的な整備を医療人材で図っていくという歴史がここからも見てとれると思います。そして、先ほど昭和60年の最初の医療法改正を説明しましたが、その3年前、昭和57年には医学部の定員抑制、つまり量的な整備は目的が達成できたという時代と、まさに医療法だけではなく医学部の入学定員からも、我が国の医療行政がいかに量的な整備確保から医療資源の適正

配分にかじを切っていったかということが見てとれるかと思えます（スライド5）。

さて、先ほど細田会長から社会保障と税の一体改革、そして、その税の用途の話がございました。社会保障と税の一体改革については、5年前の民主党政権のころから3年前の自民党への政権交代を経て引き継がれてきたテーマでございます。平たく言うと、先ほど細田会長の話にありましており、税、つまり消費税を5%から8%、10%に段階的に引き上げ、

そして、それによって得られる税の増収分を全て社会保障、少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度の4分野に全て使われるというのが社会保障と税の一体改革です（スライド6）。

一方で、事実上全ての国民が消費税増税によって懐を痛めるわけですから、実際にその税増収の配分を受ける医療側や、また、介護保険側も、この際モデルチェンジし、より消費税を納めてくださる国民・住民の皆さんが果実を実感ができるものにしようという一体改革です。先ほど細田会長も明確には触れませんでした。当たり前ですが、消費税の増税は地方消費税の増税と同義でございます。恐らく自治体病院についても同じく地方消費税の増税分がどう住民の皆さんに還元されるかというのは大きなテーマだと思います。

そこで、医療そして介護を1つのセットとして2年前、先ほど申し上げましたが、最初の医療法改正の担当官が局長となって医療法をとりまとめた医療介護総合確保推進法が成立をいたします（スライド7）。ここで目的としたのは、

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律→社会保障・税一体改革

【法律の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「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」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出（平成25年12月5日成立、同日公布・施行）

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

- 少子化対策（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等）
- 医療制度（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等）
- 介護保険制度（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等）
- 公的年金制度（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等）

スライド6

平成26年の医療介護一括法のポイント
 →社会保障と税の一体改革の中で、消費税とセットで議論されたこと

趣旨

効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築すること

概要

- 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)**
 - ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
 - ② **医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
- 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)**
 - ① 医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想(ビジョン)**(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定
 - ② **医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
- 3. その他**
 - ① 診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

スライド7

背景の理解のポイント① (近年の制度改革の目的)

—昨年6月に成立・公布された医療法や介護保険法を含む一括法(医療介護総合確保推進法)は、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進することを目的としています。

スライド8

効率的かつ質の高い医療提供体制。つまり有限である医療資源のことを考えると、質が高くあるためには適材適所、つまり効率的に分配されないと、効率的でもないし、質も高くない。なので、この効率的かつ質の高いというのは、ある意味で方法論と目的論、質を高くするという目的に対して、効率的に医療資源を分けていくという方法論という関係にもなります。

そして、単に医療提供体制の構築だけでなく、また、単に地域包括ケアシステムを構築するのでもなく、それぞれが別々ではなく、ともにという同時に進めていくことに制度改革の意義があります(スライド8)。

次に地域包括ケアシステムです。当たり前ですが、地域で生活するには住まいがあって、住民の皆さんや家族がいます。2年前の法改正は3年前の社会保障プログラム法では介護保険法とセットだったので、主語が「高齢者が」になっておりますが、塩崎厚生労働大臣は高齢者ではなく地域包括ケアシステムを全ての年齢層につい

て適用していきいたいという方針を、例えば5月の経済財政諮問会議、8月の厚労省の丸ごと会議の設置に当たって表明をしていらっしやいます(スライド9)。

こういった「高齢者が」を「住民」に置きかえてみると、例えば「介護が必要になったら」の部分は、子供であれば「教育」になります。働き盛りの世代の方が療養するとなると、これに「就労」という言葉を置きかえることができます。つまり、住まいがあって、住民がいて、そして、ご本人の時

間軸を考えていくときに、それぞれの地域のプレイヤーが形を変えていきながら、場合によってはメンバー、プレイヤーが変わっていきながら、顔が見える関係を構築していくことが地域包括ケアシステムの姿なのです。

この難しさは、昭和のころの厚生省・厚生労働省であれば、モデルを2つか3つ示して、このとおりにやってくださいという行政をするのが正解だったと思います。なぜならば、未整備なわけですから、未整備のときに何かをするにはモデルを示したほうが効率的なわけです。でも、介護保険ができてからもう12年たちました。最初の医療法改正からも30年がたっています。今地域にはそれなりの体制、それなりのプレイヤーが、それなりという失礼ですが、育っている中では、もはや特定のモデルに向かって、これに変えてくださいというのではなく、地域の実情があって、それに応じて体制を築くことのほうが効率的ですし何

地域包括ケアシステムとは何か

○地域包括ケアシステムの法律上の定義

(社会保障プログラム法、医療介護一括法)

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。



スライド9

よりも参画意識が湧きます。押しつけられ感がありませんから。なので、地域の実情に応じてという意味は、みずからの手でやっているですと、かつてのようなこのモデルに沿ってやってくださいという時代から厚生労働省も脱却をしますという意味がこの「地域の実情に応じて」という言葉に込められています。

実際地域包括ケアシステムに相当する言葉は、平成17年の介護保険法改正のころからありました。そのときには、「地域の実情に応じて」という言葉はありませんでした。今回の法改正で明記された「地域の実情に応じて」というのは、今申し上げた意味が込められています。

そして、何よりも忘れてはならないのは、ややもすれば医療提供体制にしても地域包括ケアシステムにしても、提供側の視点になりがちが、あくまでも地域住民が生活をしている、その生活の中でどう生活の一場面である医療や、生活の一場面である介護を支えていくかという視点を持つことが重要だということをこの間の法改正、3年前から去年の議論の中では繰り返し強調してきたところです。

次に、こうした歴史的、思想的背景にあって、医療提供体制に何を込めていったかをご紹介します。

まず、冒頭で我々のミッションは地域住民のための医療、そして、その戦略やタクティクスで医療連携なり地域医療構想があるということを申し上げました。そのタクティクスである地域医療

各「ツール」を理解してますか？

病院同士の話し合いを行政が後押し

- 1 病床機能報告制度
→ 各病院のデータベース
- 2 地域医療構想（ビジョン）
→ 患者数の将来推計
- 3 協議の場（調整会議）
→ 費用（コスト）の最小化を合意
- 4 新たな基金（財政支援制度）
→ 総論賛成の場合の個別病院の誘導
- 5 知事の権限強化
→ どんな場合に必要か想定できますか？

スライド10

構想をより具現化していくために様々なツールを用意しました（スライド10）。ツールということを考えたときに、物事というのはある複数の参画者がいる場合、どうしても一定の統治の仕組み、ガバナンスの仕組みが必要になります。このことを考えると、かつて医療は大学病院、大学医局があって、そして、昔の言い方をするとジッツ（関連病院）があってという形の、昔の公民で習った言葉で言うと、コンツェルン型になっていて、大学を中心に枝分かれをしていながら体制ができていくというのが、かつてのもしかしたら大学医局を中心とした医療だったのかもしれませんが、平成12年の医師法改正によって平成16年から新医師臨床研修制度が始まってから、なかなか昔のような形での人材分配、人材供給の形はとれなくなってきました。そして、何よりも自治体病院など病院ごとの経営努力によって、地域における医療のあり方というのが確立されてきています。そうすると、新たな統治の仕掛け、仕組みが必要になります。そこで、考えたのが、

誰かの一声で物事の仕組みが決まるというのではなくて、データをもとにして、つまり数字をもとにしてフラットに議論ができる、その仕組みが必要だろいうということとで各種制度の整備をしました。

病床機能報告制度を見てみましょう。4つの機能からどれを選ぶかというのも大事ですが、一番大きいのは、各病院がどんな医療を行っているのか、今年度報告分からは病棟ごとのデータも共有できるようになります。また、どういうスタッフ、どういう医療機器を有しているかも見える化を図ることができます。つまり、その地域におけるプレーヤーがどういう性格を持っているのかが数字で共有できる仕組みになっているのが病床機能報告制度の、世界で最もすぐれているところです。ご案内のとおり、世界にはこれだけのそれぞれの病院が競争的に質を高める中でどんなことをやっているかを把握する仕組みはございません。そして、もう1つ、地域医療構想の本来の一番の売りは、患者さんが将来どれぐらいの数になるのか。しかもそれが病気ごとに、ま

病床機能報告制度(H26.10 施行) 各医療機能の名称と内容→診療報酬と直接 リンクしない中での戦術は？

- **高度急性期機能**
 - 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
- **急性期機能**
 - 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
- **回復期機能**
 - 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
 - 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
- **慢性期機能**
 - 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
 - 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

スライド12

これから先はよくごらんになっているスライドだと思います(スライド11・12)。これが病床機能報告制度の報告項目ですし、4機能は少なくとも平成26年改定、28年改定では診療報酬と直接リンクをしないという政策でした。

地域医療構想は、先ほど申し上げた病床削減ではなくて患者さんの増減をどう見極めていくのがポイントです(スライド13)。特に先ほどの最初の医療法改正から、逆に言えば駆け込み増床から30年たちました。建てかえの時期です。建てかえに当たりどれだけの病床数を考えるのか。また、5年から10年で機器の買いかえがあると思います。そのときにどういう器械の買いかえを考えるのか。今までは恐らくデータがないままに経営判断するしかなかったのが、今は少なくともパブリックからとれるデータが先ほど申し上げたとおりあります。そして、地域医療介護総合確保基金もイニシャルコストに対する財源として用意がされていますし、先ほどの言葉で言うとカルテル型の地域医療構想調整会議も法律上の位置づけで

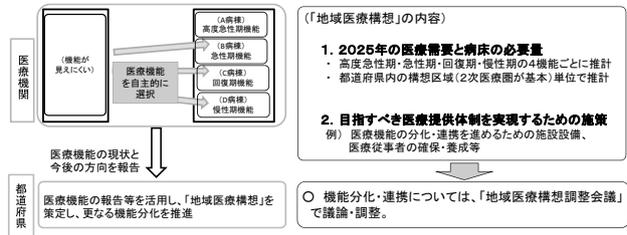
す。つまりここでの話し合いの決定というのは、知事部局における行政上の意思決定と同義ということになります。なので、ここが最大のポイントになるだろうということです。

ここでやはりまだ気をつけるべきと思うのは、よくも悪くも2025年、9年先を見据えているわけですから、物事を性急に進めようとしてもだめですし、のんびりと構えていてもだめです。恐らく普通物事の意味決定を考えると、最初の1周、2周、3周ぐらいは様子見をしますよね。だけれども、それは漠然と漫然と様子見をするのか、先を見据えてポジション取りをしていくのかでは全然意味が違います。ただ地域医療構想自体が、ようやくそろいつつあるところですので現実味はまだないかも知れませんが、繰り返しますが患者数のエンドポイントは決まっています。エンドポイントの意味はもう一つあって、時期のエンドポイントも決まっていますので、先ほどのツールを使いこなしていただきたいと思います。

さて今の時代は、介護の動向を

地域医療構想

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
- ※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 病床削減ではなく、患者数の増減の見極めが勝負ですよ！ 関連病院との関係はどうしますか？

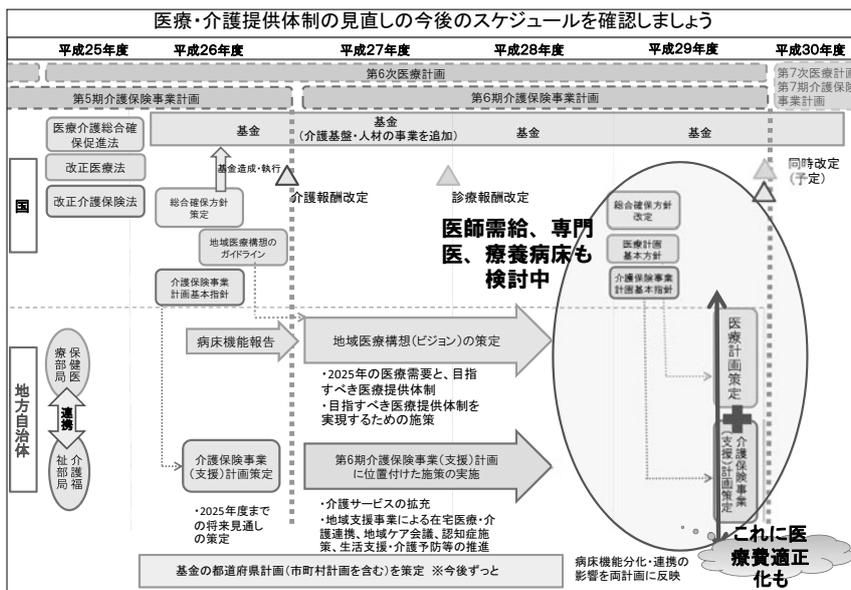


スライド13

理解しないと退院調整できないですよ。今2年目の第6期介護保険事業計画では、在宅医療・介護連携推進事業や、認知症の初期集中支援チーム、さらには予算事業だった地域ケア会議が法律事項になって、市町村では猛烈な勢いで在宅医療との連携も含めた介護の改革が進んでいます(スライド14)。このことを視野に入れないと、自治体病院は孤立した病院になってしまいます。

こうしたことが平成30年に向けて来年1月からの、もう2カ月後ですが、来年1月からの次期通常国会に向けて厚生労働省では療養病床や、また、ここにあります医療介護総合確保方針の見直しが進んできています。あらかたの柱書きはもう出ています。そうした中で、この数カ月急ピッチで次のさらなる手が政策が進んでいこうとしております。

プレゼンテーションをする最後のスライドはこちらになります(スライド15)。2年前の法改正の歴史的に大きな意味の1つは、国民の責務を史上初めて規定したことです。住民の皆さんが、文章が



スライド14

○国民の責務

※住民は理解できていますか？
(改正医療法6条の2第3項)

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

スライド15

長いですが、地域医療の理解を深めること、また、医療提供施設の機能に応じて受診すること、そして、医療を適切に受ける、つまり、受療行動、受診を適切にすること。いかに住民の皆さんが参画者、住民の皆さんもプレーヤーとなって医療提供体制を築いていけるかというのが大きな自治体行政のテーマですし、そして、その自治体行政の大事な大事な右腕である自治体病院の役割だと思えます。

私からのプレゼンテーションは以上です。どうもありがとうございます。

講演Ⅱ



■地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長
栗谷 義樹 氏

本日このような機会を与えていただきました全国自治体病院開設者協議会の西川会長、全国自治体

病院協議会の邊見会長に心から感謝申し上げます。どうもありがとうございます。

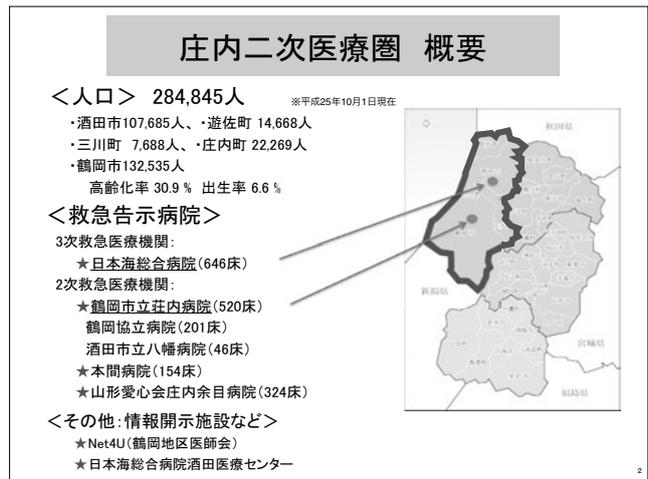
当病院機構のあります山形県酒田市でございます山形県庄内地方は県の西部、日本海側に位置して、山形市・秋田市まで約2時間の距離で、神奈川県とほぼ同じ面積ですが、人口は約30万人弱、神奈川県の約26分の1でございます。しかし、患者の流出率は5%以下で、大変低くなっておりまして、一応三次救急まで地域で整備しなくては行けないという地形学的な位置にあります(スライド1・2)。

当法人は旧県立日本海病院と酒田市立酒田病院の2つの自治体病院が統合再編してできましたが、その背景を示します。老朽化の進んでいた市立病院の建てかえ計画協議が進む中で、平成5年設立された県立日本海病院の経営難、庄内二次医療圏に整備を求められていた三次救急の施設整備、そして、二重投資の解消などを目的として、平成18年9月に山形県知事と酒田市長の合意のもとに誕生したものでございます(スライド3)。

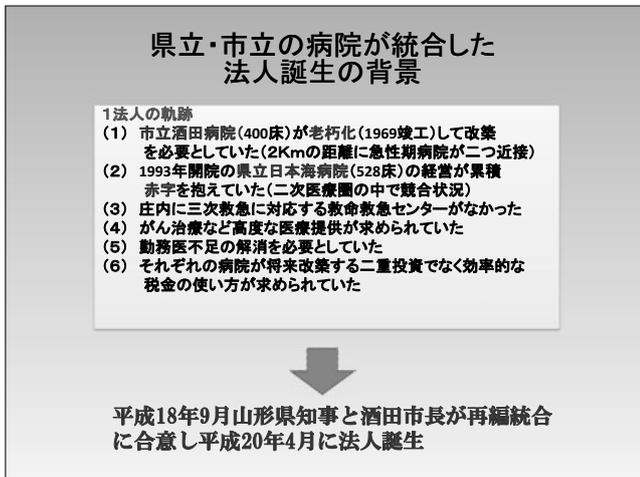
その具体的な経過を示します。市立病院は昭和44年の竣工で老朽化が著しく、改築マスタープラン策定後に改築外部委員会を立ち上げましたが、この答申は、改築を見合わせて県立病院と再編統合すべきというものでした。これを受けて市は山形県に両病院の統合申し入れを行いました。これに対して県は日本海病院を含む県立5病院事業の外部監査を行い、その答申を待って決定するという回答でございました。半年後に出され



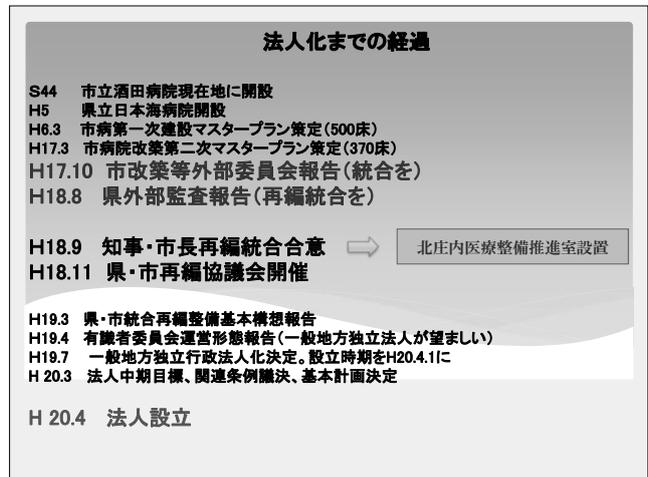
スライド 1



スライド 2



スライド 3



スライド 4

た外部監査報告では、庄内地域については特に別項目を設けて、市立病院改築外部委員会と同様の意見書が提出されたわけがございます。これを受けて知事・市長は再編統合に合意し、再編協議会を立ち上げて、同時に、県庁内に県と市の双方の職員からなる北庄内医療整備推進室という特命部署が設立され、急ピッチでその後整備が進みました。合意から1年半後の平成20年4月に法人設立に至ったものです(スライド4)。

再編統合で議論となった点を示します。両病院の医療機能調整のために両病院スタッフからなる3

つの部会と13のワーキンググループを設立して、県立病院の急性期中核機能、市立病院の回復期医療機能を担うという基本構想を設定されていまして、その機能分担と移行期間の業務調整などを協議してきました。病床数は、県立病院を118床増床して646床とすること、救命救急センターを設置すること、市立病院を286床減床して114床の回復期病床を整備することなどが決められました。経営体の選択は有識者委員会を設置して協議しましたが、その結果、一般型地方独立行政法人で運営することなどもこのときに決められま

した(スライド5)。

財務調整、運営費負担金の考え方です。県立病院が抱えていた不良債務は県が出資債25億円導入して解消し、県立病院の累積損失は経営主体が変更されたときの資産再評価額をもって解消できるというルールで処理をしました。運営費負担金割合は統合前の病床数に応じて、県が57、市が43の割合で拠出することなどが決められました。

両病院の医師と市立病院の医療職員は全員が法人正職員となり、県の職員は3年間の移行期間は派遣職員として扱い、その間に県に

(6) 再編にあたって特に議論になった点

1 両病院の医療機能調整と患者サービス ……3部会と13WG設置

- ① 医療資源の集約化と機能分担
- ② 日本海病院を急性期中核病院へ
- ③ 市立酒田病院を回復期型療養病院へ
- ④ 移行期間の設定 ……3年間 H20～22年度

2 病床調整(総合 25診療科)

- ① 日本海総合病院 ……528床+118床→646床+救命救急センター
- ② 酒田医療センター ……400床-286床→114床(療養病床)へ

3 経営体の選択 ……有識者委員会(5名)を設置→一般型地方独法へ

スライド5

(11-1) 経営改善に当たって特に目標にしたこと

財務の安定化 ※第1期中期計画 H20年度～H23年度の4年間

1 総務省 公立病院の再編等に係る財政支援措置導入

- ① 交付税5年間現額維持 ② 出資債 ③ 解体費(特別交付税)
- ④ 新病院債の導入 ⑤ 繰り上げ償還(借換債)

2 公立病院改革プラン・ガイドライン

- ① 経営効率化(数値目標) ② 再編ネットワーク化 ③ 経営形態の見直し

3 県病会計からの自立

4 累積損失、不良債務の解消……県が出資債を導入

5 医業収支比率95%超、経常収支100%超

6 当期純利益計上(目標、4年間で4億800万)

	実績
…H20	1億22百万
…H21	2億55百万
…H22	1億91百万
…H23	3億11百万

スライド6

(11-2) 経営改善に当たって特に目標にしたこと

続く…財務の安定化

- 7 繰り上げ償還(県・市借換債導入)……利息払い軽減(約6千万)
- ① H20 12億8千万(6%台) ② H21 7億4千万(5%台)
- 8 退職給与引当金の充実
- 第一期中に退職給与引当金46億円計上(H23)
- 9 当期純利益計上……建設改良積立金へ(H22 5億6千万)
- 10 委託契約の見直し、両病院共同発注
- 11 ロスコストの徹底見直しと収益アップ……施設基準見直し
- 12 創造性を持った経営権(理事長のリーダーシップ、幹部会議)
- 13 弾力性、スピード感のある健全経営の持続(毎週運営委員会)
- 14 PDCAの徹底(業務改善委員会、診療部代表者会等毎月開催)
- 15 財務情報、諸会議内容の公表 ……情報の共有。院内LAN等

スライド7

現在の病院の姿



日本海総合病院
病床数528→646床(630床)(3ち感染病床4)

ICU、HCUを含み14病棟
診療科 27科
職員数 943人
経常収益(H27) 約191億円
DPCⅢ(H21.4～)→Ⅱ(H28.4～)



酒田医療センター
許可病床数235→75→114床(H22.10～)
療養期1病棟、回復期2病棟
診療科 2科
職員数 106人
経常収益(H27) 約11億円

スライド8

戻るか独法職員になるかを各自が決めることになっていました。特に看護職は当初9割以上が県に戻るとの意思表示を示していましたが、派遣期間終了時には7割ほどが独法に残る判断をくれましたので、当初特に懸念された看護師不足は解消されることになりました。山形県からも派遣期間を一部延長して所定の看護師の確保に対応してくれました。

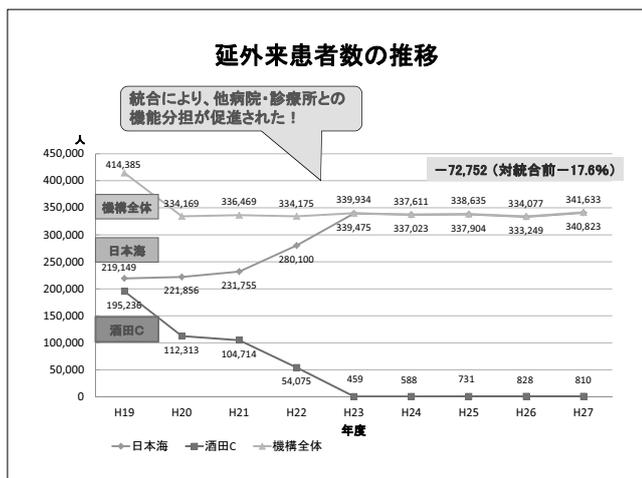
この再編統合はこの前年に出された公立病院改革ガイドラインの3項目、経営効率化、再編ネットワーク化、経営形態の見直しの3点の全てを含むものだったので、

総務省からは様々なご指導とご支援を頂戴しました。特に交付税の5年間再編前の現額を維持することや、公立病院特例債、解体費用の特別交付税措置、繰り上げ償還などは、新法人の財務安定化にとって大変有用なものとなりました。5%から6%の利息についての繰り上げ償還が認められましたので、これで利払いは年間6,000万円ほど軽減されました。統合前年の市立病院は内部留保が48億円ほどありましたので、これを退職給与の引当金などに充てることができて、何とか初年度の資金繰りをこなすことができました(スラ

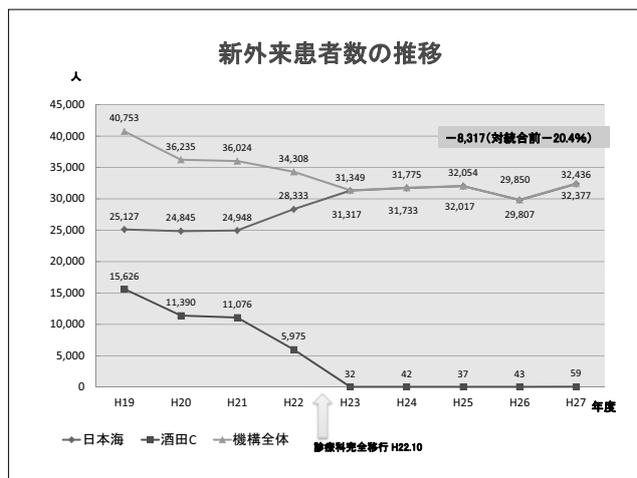
イド6・7)。

現在の病院の姿です。急性期の日本海総合病院は、ICU・HCUを含む14病棟、27の診療科を有しており、平成27年の経常収益は191億円でした。また、この春からDPCⅡ群となっております。一方、回復期医療を担う酒田医療センターは、療養期1病棟、回復期リハ2病棟を持つ病院となり、昨年の経常収益は11億円でした(スライド8)。

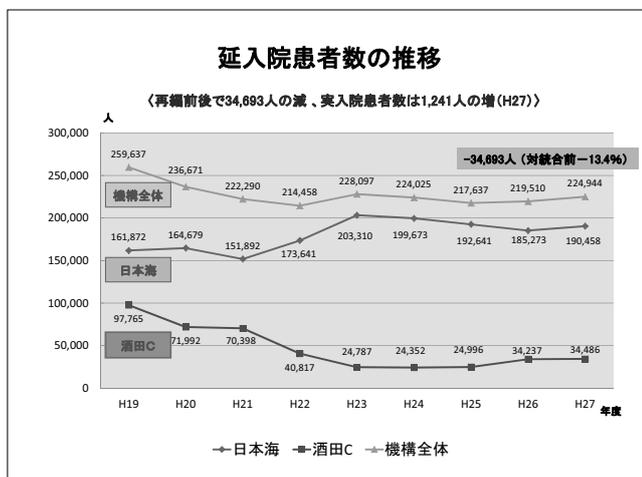
次に、再編統合後の患者動態がどうなったかをお話しします。再編統合後に患者動態はかなり劇的な変化を示しました。まず、延べ



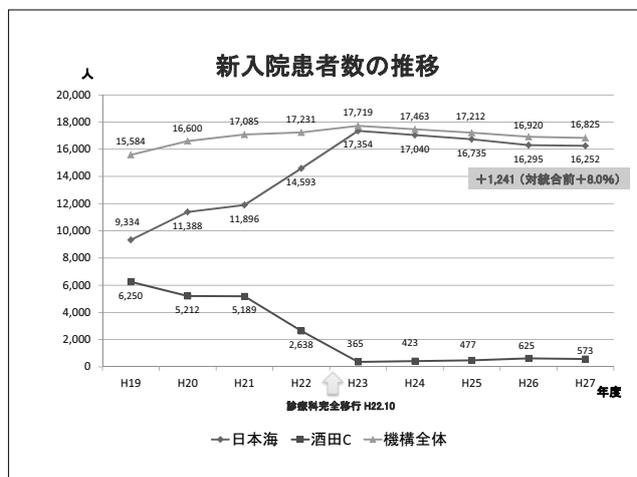
スライド9



スライド10



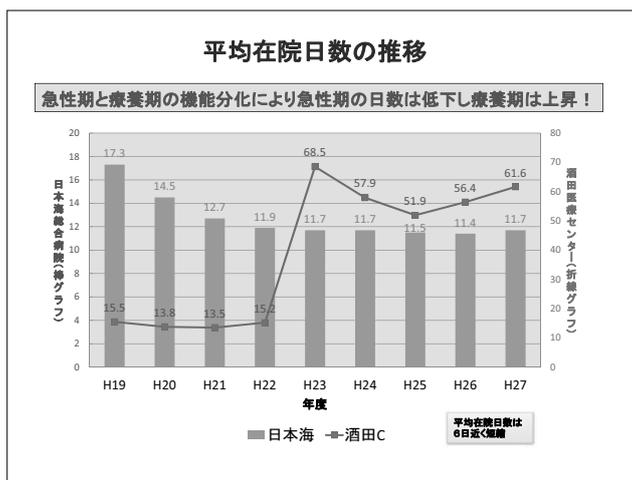
スライド11



スライド12

外来患者数は激減し、平成27年には統合前の両病院の合計より17.6%減少し(スライド9)、新外来患者数も約20%減少しています(スライド10)。これは、統合が決まった時点から、地区医師会と相談しながら、両病院で抱える慢性期の患者さん等について紹介を積極的に行いながら機能分担を推し進めたことが影響しています。延べ入院患者数も同様に再編前に比較して13.4%減少しましたが(スライド11)、新入院患者数は8%ほど増加に転じました(スライド12)。

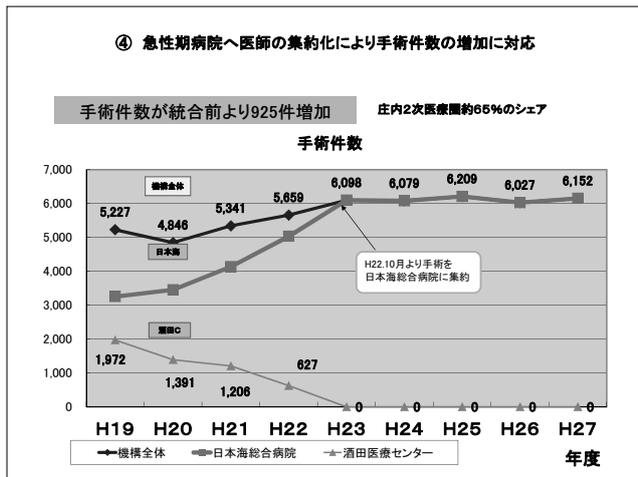
延べ入院患者数減少の最大の原



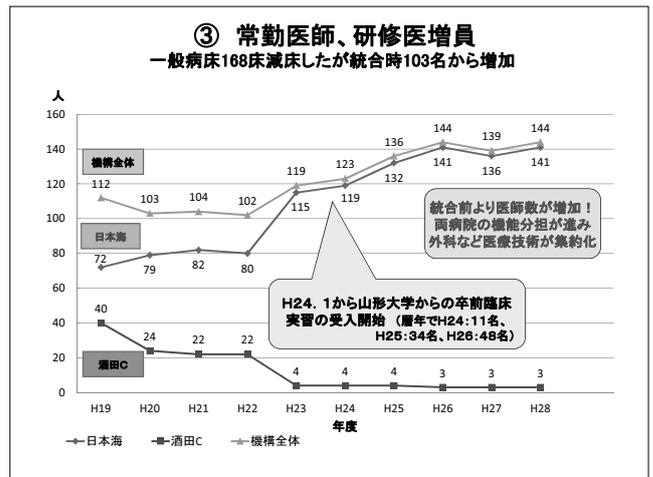
スライド13

因は、平均在院日数の低下で、統合再編前に比較すると6日近くも短縮しています。一方、回復期患者を主に担うことになった酒田医

療センターの在院日数は、フォローアップした平成23年から一気に増加することになりました(スライド13)。



スライド14



スライド15

(参考) 医師確保策について

- 山形大学との医学生教育での連携強化など医師育成面で一体的に活動し大学との人事交流の円滑化を図る(卒前臨床実習への全面協力)
- 研修医の積極的な受け入れ(初期2年後期として定着しやすいしくみ)
→新たな専門医制度による影響が不透明
レジデントハウスの建設(平成25年7月に3階建て30室が完成)
- 医師の働きやすい環境づくり
 - (1) 統合による各診療科の増員によって従来と比較し休めるようになり、研修医の指導も強化できる。
 - (2) 医師の短時間正職員制度(平成25年4月導入)、院内24時間保育所、病児病後児保育により勤務しやすい環境をつくる
 - (3) 基本給は公設病院の水準であるが、地域医療へ応援を積極的に進めており、医師の収入増にもつながっている。
- 症例・手術が多く医療機器も充実している病院づくり
救命救急センター開設(H23.4)、PET/CT(H24.6)、ハイブリッド手術室を整備(H25.8)→TAVI施設(H27年3月施設認定)
○各種施設基準、high volume centerでないとい今後若い医師は獲得できないと予測

スライド16

【実績】臨床研修医等の年間受け入れ人数

	H24	H25	H26	H27
臨床研修医	21名	20名	28名	29名
レジデント	16名	23名	28名	22名
スチューデントドクター (山形大学)	19名	38名	51名	37名
臨床医学修練生 (東北大学)	1名	2名	0名	2名
地域医療実習生 (東北大学)	4名	4名	5名	4名
都道府県拠点病院実習 (自治医科大学)	—	—	—	1名
地域保健実習 (群馬大学)	—	—	—	1名

スライド17

手術件数は統合前よりも925件増加し、これは庄内2次医療圏の総手術件数の約65%ぐらいを占める数字です(スライド14)。

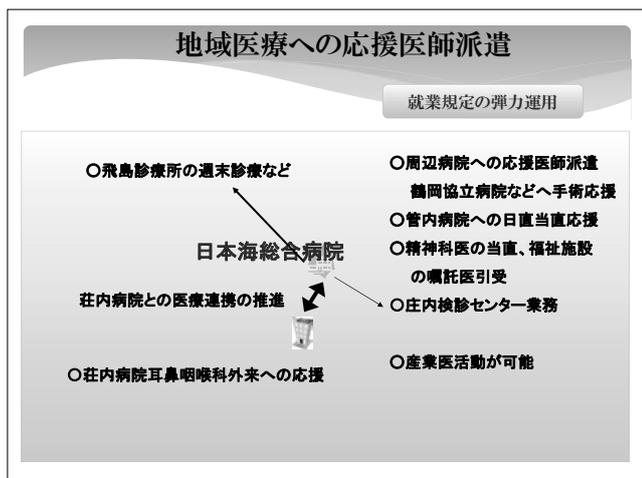
地方の病院はどこも医師、医療職員の確保が大変ですが、次にこれについて述べます。医師確保ですが、統合後に医師数はその前の両病院を合わせた112人から103人へと減少しました。しかし、これは予想された数字よりはかなり少ない数で、医師派遣元であった山形大学と東北大学との綿密な連携のもとに人事調整を行ったことが大変効果的に働きました。医師数は平成23年度から増加に転じ、今

年度初めには研修医を含むと145人程度までふやすことができました。結果的には医師数は再編統合を行った結果30人以上増えたこととなります(スライド15)。

医師確保については、山形大学との間で一体的に卒前実習を行う体制を構築しており、後期研修も大学との協定で積極的に受け入れられています。統合による医師数の増加で交代して休めるようになり、さらに平成25年度から短時間正職員制度を導入し、院内24時間保育所、病児病後児保育所なども整備しました。医師数増加の一番の要因は、統合再編により周

辺からも利用者数が増えて、症例・手術件数が増加、高度医療機器等の充実等が経営改善に伴って充実されたことが一番の原因ではないかと考えています(スライド16)。この数年は初期研修マッチングも11名の定員のフルマッチを継続しており、この中から後期研修に入る医師たちも出てきております(スライド17)。

医師数の増加は周辺の医療機関への支援を可能としておりまして、従来大学で持っていた地域でのハブ機能を持ち始めております。当独法には就業規則に兼業禁止の規定はありません。平たく言



スライド18

女性医師支援制度について

- 1 医師短時間正職員制度
- 2 育児短時間勤務
- 3 育児に関する特別休暇
- 4 院内保育所
- 5 病児病後児保育事業

○ 目的
育児、介護をしながら働きやすい環境を整えるため、新しい独自の制度を設けています。

○ 勤務時間及び所定労働時間 週30時間又は4週を通じて1週間平均30時間を下回らない労働時間

○ 健康保険・年金についての取扱い→健康保険は「協会けんぽ」、年金は「厚生年金」に加入します。

スライド19

スタッフ職員制度について

《目的》

- ・優秀な人材の確保
- ・勤労意欲の向上
- ・労働契約法改正(H24.8)に伴う雇用の安定

平成26年4月～
正職員と臨時職員の間「スタッフ職員」を設置。
2年以上継続勤務の臨時職員から選抜して登用。

《年間人件費》
平成27年度支給額 114,056千円(約2,480千円/人)

スライド20

臨時職員との相違点

	臨時職員	スタッフ職員
雇用期間	1年単位の更新	60歳定年、再任用あり
勤務形態	パート又はフルタイム	フルタイム
給与	時給制	月給制
扶養手当	なし	あり
住居手当	なし	あり
期末勤勉手当	なし	年間2ヵ月分
昇給制度	なし	年1回
年次有給休暇	10日	20日
結婚休暇	なし	7日
産前産後休暇	無給	有給
社会保険	健康保険、厚生年金 労災保険	市町村職員共済組合 地方公務員災害補償基金

スライド21

えば、これに抵触しなければバイトの可能な病院ですので、幾ばくかの収入増にも結びついて、これも多少は有効に働いていると考えております(スライド18)。

女性医師支援制度についての整備状況です。当法人の女性医師数は現在23名、16%程度ですが、短時間正社員制度は2013年に整備しました。実質労働時間が週30時間を維持できれば、社会保険が適用される短時間正職員として採用しております。ほかに、先に述べた24時間保育所、病児病後児保育などのほかに、育児・介護のフレックスタイムも設けているので、女

性医師には評価が高いと自負しております(スライド19)。

平成25年から改正労働契約法が施行されていますが、期限の定めのない雇用ルールを適用して、2014年から正職員と臨時職員の間「スタッフ職員」を配置しました。2年以上継続勤務の臨時職員の中から選抜してスタッフ職員として採用しております(スライド20)。

臨時職員とスタッフ職員の違いを示します。スタッフ職員は継続雇用、60歳定年で再任用の規定もあり、フルタイム、月給制で、賞与もごさいます。扶養手当も正職

員と同様ですが、違いは退職金の有無だけです。この制度はとても喜ばれて、2病院合計で46人を採用していますが、人件費の増加分は1億1,000万程度でした。しかし、医事クラークなどのスタッフ職員は特に頑張って働いてくれるようになって、投資分の成果は十分あったものと考えております(スライド21)。

さらに業績手当制度をつくりました。前年度の総収支が黒字で、その年度も黒字が見込めることが支給条件で、支給額は営業黒字の3分の1以内と決めています。これは臨時職員の人たちにも定額で

業績手当について	<p>◆支給種類 【職員給与規程】 第37条 業績手当は、法人の業務実績及び職員の勤務実績等を考慮し、理事長の決定に基づき支給することができる。 2 業績手当の支給基準、支給対象職員その他支給に関し必要な事項は、理事長が別に定める。</p>
(内規)	
1 支給基準	業績手当を支給することができるのは、次のいずれかの場合で、理事長が支給の必要を認めた場合とする。 (1)前年度の繰収支が黒字であり、当該年度も黒字が見込まれる場合 (2)当該年度において営業収支に黒字が見込まれる場合
2 支給総額	(1)上記(1)の場合は、当該年度に見込まれる繰収支の黒字の4分の1以内 (2)上記(2)の場合は、見込まれる営業収支の黒字の3分の1以内
3 支給日	当該年度の3月15日
4 支給対象職員	(1)正職員（職員給与規程第1条に規定する職員及び初期研修医をいう。以下同じ。） 当該年度の3月1日に在籍する正職員で、4月から1月までの間に1ヶ月以上勤務した者 (2)臨時職員 当該年度の2月1日又は3月1日に在籍する臨時職員で、4月から1月までの間に3ヶ月以上勤務した者
5 支給係数	支給総額から支給対象職員数に定額を乗じた額を減じ、当該年度1月分の正職員基本給月額額の支給総額で除して得た数（小数点以下第4位切捨て）

スライド22

(4) 統合初年度(平成20年度)の対前年比変化

1 平成19年度と比較して

- ① 総合病院で営業収支12億円改善効果(繰入減、見直し償却廃止など含)
- ② 医療センターで3億円改善効果 計15億円
- ③ 両病院とも当期純利益計上

2 特に総合病院ではH5年度開院以来初の純利益計上

- ① 総合では入院収益増、外来は減 ……総合、入院単価約5千円増
- ② 同 営業費用大幅減、約10億減
- ③ 総合病院でみなし償却解消。減価償却約5億5千万円増加
- ④ 時間外減少 ……4分引
- ⑤ 総合病院、病床回転率の上昇 ……33.5ポイント(208, 8へ)
- ⑥ 同 在院日数の減 ……28日減→14日台へ
- ⑦ 手術件数が次第に増加

H19 3255(1453) H20 3455(1792) H21 4135(1928)
H22 5009(2255) H23 6009(2701) (全廃)

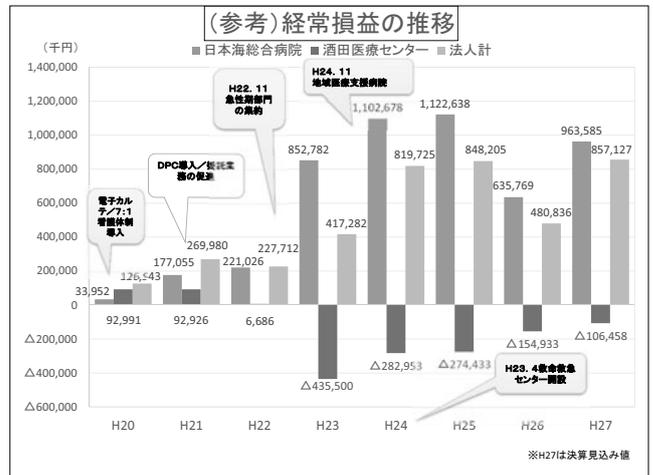
スライド23

日本海総合病院の統合前と現在の収益・費用の構造変化

この8年間で病床数(528→646)1.2倍で営業収益2.1倍

	【日本海総合病院比較】			
	平成19年度(528床)	平成27年度(646床)	増減	増加率
* 収益費用比較 【単位:百万円】				
営業収益	8,620	18,108	9,488	210.1%
入院収益	6,373	11,997	5,624	188.2%
外来収益	1,963	5,014	3,051	255.4%
営業費用(引当金887 H27)	9,399	17,198	7,799	183.0%
給与費	5,130	7,657	2,527	149.3%
材料費	2,431	4,645	2,214	191.1%
経費	1,396	2,474	1,078	177.2%
減価償却費	332	1,287	955	387.7%
営業利益(損失)	△779	910	1,689	
経常利益(損失)	△256	975	1,231	
当期純利益(損失)	△263	937	1,200	

スライド24



スライド25

支給され、当然ですが、とても喜ばれて、労組と良好な関係を築けている要因にもなっています(スライド22)。

経営状態の変化について述べます。先に述べた財務安定化の続きになります。統合再編により、薬品・診療材料の共同発注と在庫減、効率運用を組織的に行った結果、材料費は統合初年度に約2億2,000万削減され、委託契約の全面見直しで初年度1億を超える削減、統合初年度から経常黒字を出すことができました。次年度からは医業収支でも黒字となり、統合初年度の平成20年の経営改善効果

は約15億円と推定されております(スライド23)。

急性期基幹病院としての日本海総合病院経営概況を再編前と8年後の昨年度で比較したものでございます。病床数は1.2倍になりましたけれども、営業収益は2.1倍に大幅に改善され、昨年の営業利益は9億1,000万円でした。なお、この中には引当金8億8,700万円が費用に計上されており、4億円超となる長期前受金戻入は収益に含まれていません(スライド24)。

法人発足以来の形状損益の推移を資料に示したものです。青色の日本海総合病院は、統合以来順調

に経常黒字を計上することができていますが、酒田医療センターはそれまで分担していた急性期の患者を日本海総合病院へ移す作業と改修工事の関係で平成23年度の移行期には大きな赤字を出すことになりました。しかし、その後徐々に経営状態が改善してきており、昨年度は法人全体、緑色の部分ですけれども、過去最高益の黒字を出すことができております(スライド25)。

日本海総合病院の再編前と昨年度決算を比較した各財務指標の比較です。独法はみなし償却ができませんので、そのまま経費に計上

(16) 日本海総合病院財務指標比較

	平成19年度	平成27年度	比較	全国平均値(H25)
病床数	528(床)	630(床)	118(床)	
営業収支比率	91.7%	105.3%	13.5%	98.1%以上
経常収支比率	97.5%	105.4%	7.8%	103.4%以上 (100%以上)
入院単価	39,373(円)	62,990(円)	23,617(円)	
外来単価	8,957(円)	14,713(円)	5,756(円)	
人件費率	59.5%	42.3%	△17.2%	46.3%(49.2%)
材料費率	28.2%	25.6%	△2.6%	26.6%(27.6%)
経費率	16.2%	14.4%	△1.8%	
不良債務	25(億円)	0	△25(億円)	0
減価償却費	3.37(億円)	12.87(億円)	9.5(億円)	
病床利用率	85.4%	82.6%	△2.8%	83.3%(81~85%)
病床回転率	176.3%	280.7%	84.4%	
平均在院日数	17.3(日)	11.7(日)	△5.6(日)	

※1 ()は第2期中期計画目標値:H21公立病院500床以上の黒字病院の数値
 ※2 病床数は、稼働病床数

スライド26

され、減価償却が再編前より大幅に増えています。公立病院会計基準の改定により長期前受金戻入が認められていますが、独法に適用されるのかどうかは明確ではないので、当法人では先ほどお話ししたように戻し入れ処理はしていません。入院単価、外来単価、それから、病床回転率と在院日数の変化を見れば、再編前後の業務構造の劇的な変化がおわかりいただけるかと思えます。経常収支に占める繰入金比率は統合直後から1桁台を維持し、昨年は7.7%でした(スライド26)。

内部留保金の推移を示します。統合時の市立酒田病院内部留保は繰り上げ償還等に一部充てられ、統合初年度末は余り余裕がありませんでしたけれども、平成27年度末で135億円強まで積み上がりました。中期計画期間の8年で約130億円ほど留保されたことになります。

地方独立行政法人は運営自由度が高く、迅速な運営方針決定、あるいは、強いガバナンスなど有利な点がございますけれども、運

営経費では直営自治体病院にない費用がございます。1つは、雇用保険の事業主負担で、これは直営自治体病院ではございませんけれども、独法では負担しなければなりません。この8年の負担額は3億8,000万円強でした。また、医療事業に係る以外の施設については固定資産税が課税されます。保育所、レジデント住宅、看護師住宅などで、当法人では8年間で6,000万円ほどでした。固定資産税は地方税ですので、繰入金を拠出する一方で、その運営に必要な施設に固定資産税を課税されて、開設者にまた納税するというのは腑に落ちませんけれども、どなたかこの辺をご説明できる方がいれば、ご教授いただきたいと思えます。

次に、当地区で運用されている地域ICTであるちょうかいネットについてお話しします(スライド27)。資料に当院の紹介・逆紹介率を示しましたが、2012年の11月に地域医療支援病院を取得しました。2014年から地域医療支援病院の認定要件が変わって、計算式

・ ちょうかいネット

ID-Linkを利用した、
庄内地域医療情報ネットワークの愛称

・ ID-Link

地域医療連携ネットワークサービス

-複数の病院のシステムを、患者をキーとして検索し、一覧にして表示させる。

-しかも、患者に共有用の固定IDをもたせ、医療従事者が意識することなく患者情報の共有を可能にしている。



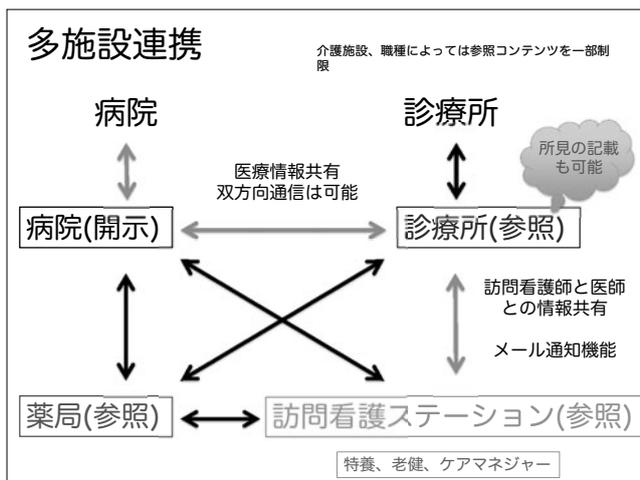
愛でリンク

スライド27

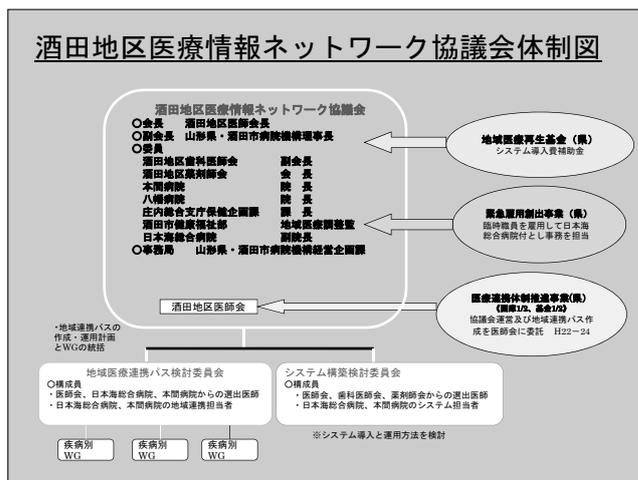
が若干それまでと違ってはいますが、ほぼ安定的な数字を確保してございます。

病診連携には地域連携インフラのちょうかいネットが大きな働きをしています。これはID-Linkを利用した庄内地域の医療連携ネットワークの愛称です。複数の病院のシステムを同意を得た患者さんをキーとして検索して一覧として表示させるシステムでございます。患者さんが情報開示病院にかかっていなくても、様々な連携をとることができます。例えば在宅医療を行っている先生ですと、診療所と訪問看護師との間でID-Linkを介した医療情報の共有が可能です。薬局との連携はこれからの課題ですが、事業計画としていろいろ考えてございます(スライド28)。

当院でちょうかいネットに公開している内容です。診療録、処方、注射、患者バイタル、入院サマリー、放射線画像、レポート、検査結果、地域連携パスのファイルなどです。ちょうかいネットへ参加する開示病院は診療録の全面開示



スライド28



スライド29

を義務づけております。画像に関してはDICOMデータのダウンロードを許可するかしないかの設定ができますけれども、ちょうかいネットでは全てダウンロードを許可しております。

協議会の体制図を示します(スライド29)。地域医療連携バス検討委員会とシステム構築検討委員会が実働部隊として働いています。運営に当たりますは、地域医療再生資金、緊急雇用創出事業、医療連携体制推進事業を活用させていただきます。

情報開示施設と参照施設の状況です(スライド30)。診療所の利用は順調に伸びておりまして、参照施設に登録している診療所88カ所のうち62診療所が実際にこれを使用しているということです。訪問看護ステーションの利用がこの1年で増えてきて、また、介護支援センター関連施設の登録が進んで、21施設が参加しております。登録患者の総数は本年5月で2万人を超えましたが、その後も現在増え続けております。5月時点で庄内の人口の7.6%が登録してい

情報開示病院と参照施設数

2015年9月1日現在

	参加施設数	1例以上登録している施設数	登録患者数(人)	平均
情報開示施設	6	6	15,828(総数)	
日本海総合病院			14,869	
庄内病院			3,396	
本間病院			1,901	
庄内余目病院			345	
酒田医療センター			155	
Net4U			-	
参照施設	177	110		
病院	7	7	61~660	314
診療所	88	61	1~1607	225
歯科診療所	14	11	1~13	4
薬局	13	6	2~7	5
訪問看護ステーション	4	4	11~148	63
老健施設	6	6	40~155	230
介護支援センター関連	29	15	1~34	9
地域外病院	45	6		22~80

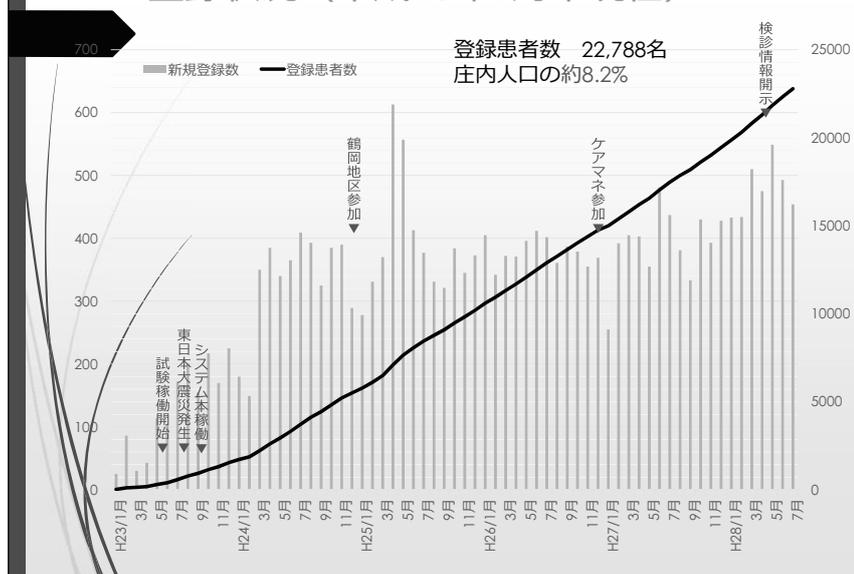
スライド30

るということとなります(スライド31)。月別の項目別アクセス数を示したものです(スライド32)。公開されるコンテンツのうち最もクリックされる頻度が高いのは、圧倒的に診療録で、他のコンテンツの100倍を超えて参照されています。病院医師がどのような判断で診断に至って治療を選択し、その結果どうなったのかということが最も知りたい情報であるわけです。したがって、診療録の全面開示はICTを運用するには必要不可欠なものというふうに考えてございます。

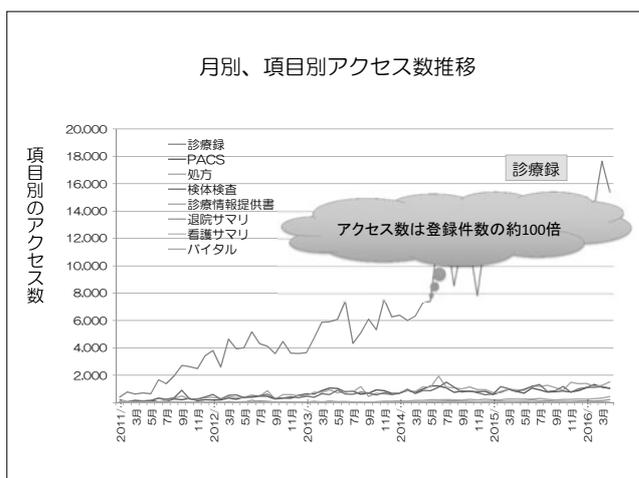
診療所の先生から、ちょうかい

ネットの利点をお聞きしました。入院期間中でもリアルタイムに状況を知ることができる、入院中の経過を正確に知ることができたので、退院後逆紹介に自信を持って対応できるようになった、患者さんが病院を受診したときに簡単に正確な診断名がわかるが、逆に患者さんやご家族が病院から聞いた話が相当に不正確で誤解が多いことに驚いているというような話がありました。病院での診療に参加することができたケースが実際にありましたし、水平方向の病診連携を感じるといった、やはり診療録の開示による効果が大きいと

登録状況（平成28年7月末現在）



スライド31



スライド32

利用促進に向けた取り組み

- 1) 診療録の全面開示
ちようかいネットでは診療録全開示を義務づけ
- 2) DICOMデータのダウンロード許可
可能な限り、医療情報を提供する。
DICOMデータは、診断のためには不可欠
- 3) ノート記載時のメール通知機能
- 4) 参照施設からの医療情報提供
診療所の電子カルテ情報をアップロード
在宅医師、訪問看護師、ケアマネがノートに記載
- 5) EMS 機能の設定
協議会毎の設定
- 6) 日本海総合病院の診察、CT・MR予約（12月から稼働）
ちようかいネットからシングルサインオンで診察予約取得
診療情報提供書作成も可能

スライド33

ということがこの意見から読み取れます。

ちようかいネットの利用促進に向けての取り組みを示します（スライド33）。先ほどお話ししたように、一番重要なことは診療録の全面開示ですが、ほかには、DICOMデータのダウンロード許可や日本海病院の診察予約、CT・MRの予約をシングルサインオンでとれるようにもしています。

EMS機能の設定ですが、これにより緊急時に連絡先病院のデータを参照することができます。EMS機能とは、Emergency Medical Serviceの略ですが、連携施設の患者ID番号が判明している場合、その入力する欄に患者IDに@emsと入力することによって、緊急対応での開示を許可している施設の診療情報の取得開示を自動的に行う仕組みです。現在EMS機能による連携は4病院間で機能しており、一部二次医療圏をまたいで運用されています。

症例を1つご紹介します。患者さんは最上医療圏の新庄市の77歳の男性ですが、2013年暮れに背部痛で発症して、県立新庄病院でCTで胸部大動脈瘤の破裂と診断されました。当院へ受け入れ打診があり、EMS機能を使い、最上医療圏のものがみネットというサーバーへ接続して画像を参照したところ、ステントグラフトの内挿術が可能だと診断され、10時40分に救急車が新庄病院を出発。同時に日本海総合病院から新庄病院のDICOMデータをダウンロードして、これをZIOstation2という三次元医療画像を構成するワークス

2015年度庄内検診センター受診人数

9,561人：19.5%

他2町国保が参加希望
協会健保が参加意思表明

		酒田市	庄内町	遊佐町	職域	計
国保	特定健診	5,902	1,287	663		7,852
	人間ドック	3,659	857	1,070		5,586
後期高齢	特定健診	3,055	921	455		4,431
	人間ドック	747	149	256		1,152
他保（上記以外）	特定健診	1,865	299	159	630	2,953
	人間ドック	614	189	343	1,121	2,267
	協会けんぽ 健診				7,926	7,926
	定期検診				16,025	16,025
計		16,873	3,948	3,153	25,702	49,676

スライド34

ーションへ送って、その画像を取り込み、グラフトのサイズの計測まで患者さんが来る前に終えてしまいました。グラフト挿入術の準備がすっかり完了したのが11時10分ですので、救急車が到着するよりも1時間早く全ての準備を終えることができました。この患者さんは順調に手術を終えて退院されました。

このほかに酒田市にある庄内検診センターとの連携に取り組みました（スライド34）。酒田市と協議し、酒田市国保の検診データを開示することが可能となっています。昨年のデータですが、受診件数は5万人弱で、そのうち酒田市国保分が9,561件、全体の20%でした。この中で患者さんの同意があれば、検診データをちょうかいネットで運用するというようになります。ID-Linkの検診というところにアイコンが表示されますが、画像一覧をクリックすると、過去5年分の画像と検診データが全て縦覧できるという機能です。これは二次検診を行った場合のムダな検査を節約できるという可能

性が高いと思われますので、実績を検証の上、進めていければいいと思っております。

ID-Linkに係る導入と維持費を示したものです。ID-Linkの導入に際しては、様々な部門システムの接続が必要ですが、今後地域連携システムの発展を考えた場合に、標準化による低コストが非常に重要だと考えます。現在当院では心電図、内視鏡画像は接続していませんけれども、これからの課題として事業計画はされていきます。標準化されていけばコストは余りかからないものと考えています。

次に、法人が抱える今後の課題についてお話しします。庄内二次医療圏は北の酒田地区、南の鶴岡地区から構成され、人口10万人に対する医師数、看護師数、薬剤師数とも山形県の平均を下回っておりまして、医療資源の不足が慢性化している地域です。現在の医療提供体制と需要が今後どのように変化して、どのように対応すべきなのか、考えあぐねているところです。また、当法人は平成17年の

今後の課題

- 地域の過疎化、高齢化！
- 持続的健全経営→適応症例の問題

地域の医療財源維持をどうするのか！

- 職員確保
- 地域医療構想
- 地域医療連携推進法人設立協議
- 市立八幡病院、関連診療所の編入
(1病院5診療所の編入)

スライド35

合併で酒田市に入った旧八幡町が運営する現市立八幡病院の46床の病院の独法編入を市が決定しましたので、これも今後の課題となっております（スライド35）。

今後の地域の最大の課題は、全国津々浦々の地方と同様、過疎化と高齢化です。かつて昭和30年の庄内地方は人口が37万6,000人、高齢化率が5%で、出生率は18.5%でした。平成25年の現在では、人口が28万5,000人、9万人も減少したということとございます。高齢化率は31%、6倍になり、出生率は6.6%まで落ち込んでいます。これに応じて、2025年の庄内二次医療圏基幹病院患者数は、17年比較で約8%減少すると推測されており、実際に北庄内からの患者数は緩やかな右肩下がりでの数年間減少し続けています。経営状況が何とか維持されているのは、統合再編によってこれまでより広域からの患者流入があるからで、これも数年以内には天井を打つと予想しています。

地元の山形大学医学部は関連団体とて構成する蔵王協議会という

今後の課題についての私見

- ★規模は拡大したが縮小均衡戦略が困難となった
→中長期的なより広域医療計画が必要
- ★地域に根付く新たな産業が育たず、少子高齢化、人口減が続けば、
早晚の業務量の縮小は避けられない
→現在の運営スタイルは数年以内に限界となり
その後は行き詰ると推測 →新規展開が必要
- ★地域に根付く産業としての医療事業を目指すには、介護、福祉と
一体化した複合集約事業体へ向かうべき
- ★個別の医療機関による経費管理は限界を迎え、地域全体でコスト管理を
必要とする時代に入る。
- ★対応が遅れると地域によっては医療提供体制自体がクラッシュするだろう
- ★医療機関間の役割分担、連携→口先だけの綺麗事、実現困難

スライド36

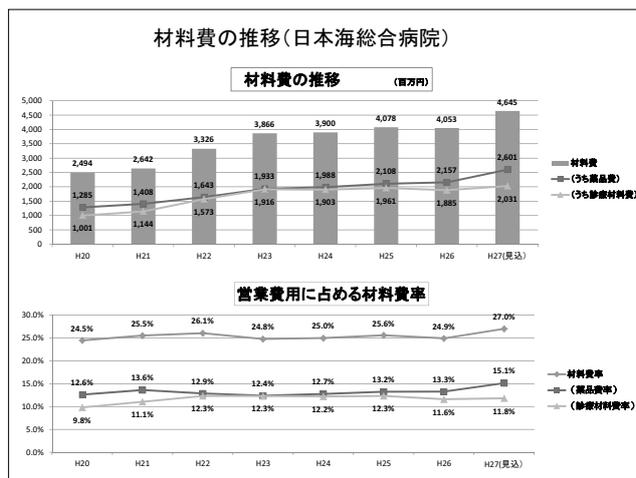
組織をつくっています。ここで山形大学医学部医療政策学部と協力し医療施設部会というのがありますが、このワーキンググループが出した答申をここに示します。人口減少下における患者減少、高齢化に伴う在院日数の長期化圧力の中で、現状の体制のままでは診療機能も経営もうまくいかなくなる。真に急性期医療を担う地域医療体制を確保するためには、急性期の集約化とそれ以外の病院機能の見直しが不可欠であると結論づけています。あわせて、解決の方向性として、非営利を厳正化して地域独占をある程度許容すること、運営主体が独立したままの機能分担・連携は経営上の利害がぶつかるためうまくいかないと結論づけています。病院単独ではなく、地域で必要な地域医療体制のための費用を効率化できる仕組みが必要で、そのためにはこれまでのような医療機関同士の間際のない消耗戦を続ける愚かなことはもう終わりにすべきだというのが私の意見です。

今後の課題ですけれども、最大

の問題の、過疎化・高齢化、それについての私見をここで述べました。今のところは健全経営と言える状態ですが、持続性については全く見通しが立ちません。再編統合で規模は拡大しましたがそれでも、縮小均衡戦略が困難となりつつあります。地域に根づく新たな地場産業は育たず、このまま少子高齢化・過疎化が進めば、新たな再編がない限り早晚の事業縮小は避けられません。現在の運営スタイルは数年以内に限界を迎えて、その後は行き詰ると個人的には予測しております。

今後は医療機関単体での経費管理は困難となり、地域全体で医療・介護にかかる費用管理が必要とされる時代に入るように思います。対応がおくると地域医療・看護の提供体制は破壊的なクラッシュに陥りかねず、時間は余り残されていないと思います（スライド36）。

最後に、これ、言わないでおこうと思いましたが、言わないと、先に進めないような気がしたので、あえてお話しします。



スライド37

当院の営業費用に占める材料費の比率推移です（スライド37）。平成26年から薬剤費比率が急に上昇しているのがおわかりいただけるかと思いますが。この原因は2014年あたりから出た高額の新薬が原因で、特に昨年は慢性新型肝炎や肺の小細胞肺がんの新薬による影響が大きいもので、現在も続いております。

高齢化に伴って循環器系の疾患が増えています。その医療費がどの程度のものなのか、ここで病院関係者以外の方に示しておきたいと思います。これは急性心筋梗塞、不安定狭心症に対する経皮的冠動脈形成術に対する手技料と材料費の価格でございます。急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術の手術手技料は、示したように22万から32万ですけれども、形成用のカテーテルは1本67,300円、再狭窄抑制型ですと17万円ぐらいかかります。しかし、専門家の意見によれば、形成術は再狭窄の可能性が極めて高い治療で、繰り返し治療が必要になるケースがかなり多いというふう聞いておりま

経皮的冠動脈形成術

急性心筋梗塞に対するもの 32.000点
 不安定狭心症に対するもの 22.000点
 その他のもの 19.300点

経皮的冠動脈形成術用カテーテル
 一般型 67.300円 再狭窄抑制型 170.000円

スライド38

経皮的冠動脈ステント留置術

・急性心筋梗塞に対するもの 34.380点
 ・不安定狭心症に対するもの 24.380点
 ・その他のもの 21.680点

・冠動脈ステントセット
 一般型 169.000円
 再狭窄抑制型(DES) 261.000円

スライド39

93歳女性
 外来4日診察

高血圧、心肥大、陳旧性心筋梗塞、褥瘡、
 閉経後骨粗鬆症、アルツハイマー型認知症、閉塞性動脈硬化症

ボンヒバ(イバンドロン酸、中外)1mg,1ml:薬価5.039円
 月請求点数9.236点

スライド40

CT・MRI・リニアック 購入・維持・更新 費用試算

2015/11/18 日本海総合病院 経
 営企画課
 (単位:千円)

機器名	購入費用	維持費用	12年間使用 時の 総費用 (当院の現在 の価格から算 定)	更新費用	備 考
CT(320列)	170,100	278,942	448,042	250,000	
MRI(3テスラ)	199,920	131,400	331,320	200,000	
リニアック	283,228	258,752	542,980	580,000	更新時、新リニアックの設置許可 が下りるまで8~12ヶ月を要するた め、当院で継続して治療を行うと すれば、リニアック本体の更新費 用の他に新たにリニアック用の建 屋を建築する必要があります。 建屋新築費用概算 500,000千円

1,323,342千円

スライド41

す(スライド38)。

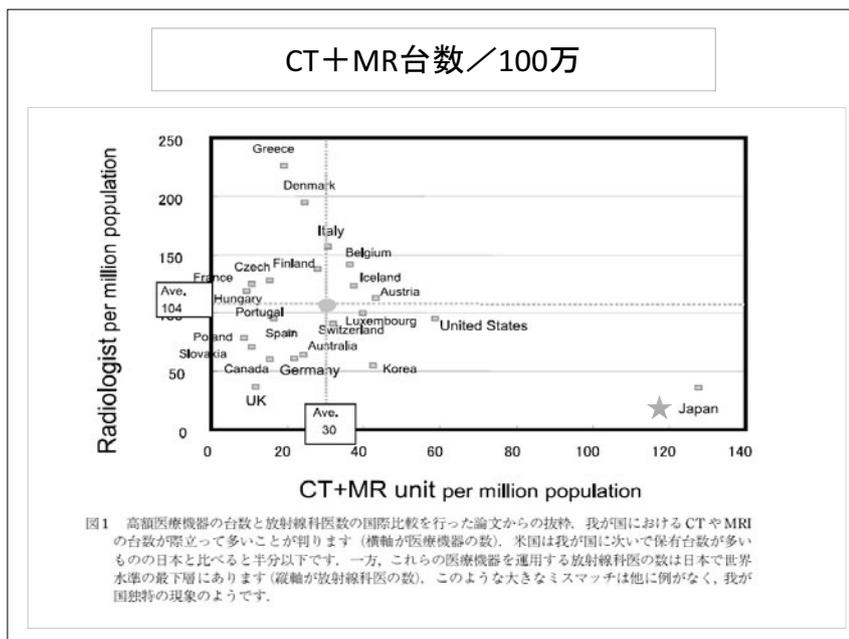
次に、同じ疾患の経皮的冠動脈ステント留置術に対する手技料・材料費です(スライド39)。手技料で21万から34万以上、ステントセットで17万から26万ほどの価格です。問題なのは、心電図で軽微な変化の高齢者や維持透析の患者に対して、適用に首をかしげるような症例にこのような高額医療を無分別にやられると、医療財政の破綻はすぐ先にやってくるということです。実際に傘下にある介護施設から高齢者が少しでも症状があれば直ちに入院させて、心電図に少しでも所見があればPCAを

行う。利益優先としか思えない医療機関は現実に存在しています。このような医療機関を管理する方法が見つからなければ、医療財源のさらなる枯渇に拍車がかかることは明白です。

これは93歳女性に閉経後の骨粗鬆症という診断で加療している患者さんへ、ボンヒバという注射薬を使用した1カ月の請求書です(スライド40)。アルツハイマー病と褥瘡の病名もついているので、寝たきりかそれに近い状態と思われませんが、この状態の超高齢者の骨粗鬆症治療にどんな意味があるのでしょうか。この月の請求額は

9万円を超えます。国民年金の平均支給額が5万4,000円前後ですので、93歳のアルツハイマー、寝たきりの高齢者の骨粗鬆症治療に国民年金1人平均支給額の2カ月分が使われていることになりま

す。この種の請求を見るたびに、この国が抱える異様さと国の医療財源破綻が皮膚感覚で迫ってきます。次に、当院で導入しているCT・MRI・リニアックにかかる費用です(スライド41)。このスペックの機器導入で一般的な更新期間を超えて12年間使用するとしての試算です。機器を入れるための建屋



スライド42

などを経費から除いても、12年間引張った場合の総費用額は13億円を超えます。建屋を加えれば、恐らく20億近くになるでしょう。

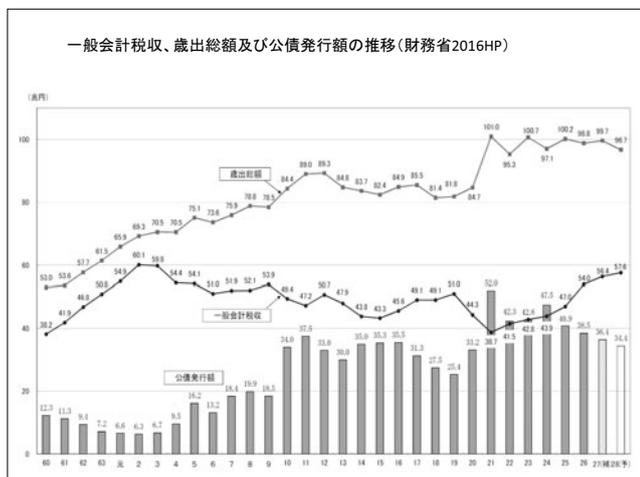
一方で、我が国の高額医療機器はほとんど計画配備されていることはなく、ほぼ野放しの状態です。スライドはある論文から引用した人口100万人当たりのCTとMRの台数と放射線科医師の医師数の各国の比較です。我が国の場合、突出して台数が高く、放射線医師が極端に少ないことがわかりま

す。このような大きなミスマッチは我が国特有の現象だと著者は述べています(スライド42)。

スライドは財務省ホームページにある我が国の一般会計税収と歳出総額及び公債発行額の推移です(スライド43)。歳出の6割程度しか税収のない国が継続して公債が発行できる状態が続くはずがないことは明らかで、現場の懸念は迫りくる破綻への予兆・予感から来るものと考えております。

これが最後のスライドです。今

後の地域医療管理は少子化、高齢化、過疎化、さらに財源難がすぐにそこまで来ている近未来を乗り越えるための壮大な撤退戦と言えます(スライド44)。地方の医療機関が単体で経費管理ができた時代は終わりを迎えており、地域全体でこれを管理できるリーダーと、それを可能とする制度設計や社会認識の共有、団塊の世代がこの世を去る今後15年から20年の歴史上経験のない時代を乗り越える仕組みが必要だと思えます。過疎化により地方はこれから大縮小時代を迎えることとなりますが、これまでのやり方を維持するためだけに地域の資本・資金を際限なく流出させる地域に未来はなさそうに思います。病院は製造業ではないので、地域を本来の意味で活性化することは困難ですけれども、医療は地域の資本流出には深く関与した産業でございます。これから先、私ども地域の医療介護に責任を持つ者として、数少ない医療資源を糾合しながら、次の世代に少しでもいいものを残せる仕組みを地域でつくっていきたくと考えております。ご清聴ありがとうございます



スライド43

今後の医療経営マネジメントについての私見

- 今後の地域医療経営は壮大な撤退戦
- 医療機関単体の縮小均衡経営は、過疎化、高齢化、財源難社会において早晩立ち行かなくなる
- これまでの医療経営常識は通用しなくなる可能性が高い
- 地域全体の経営マネジメント、リーダーシップがより重要となる
- 地域医療構想、自治体病院改革ガイドライン等に沿った集約化が行われ、保険財政破綻を回避出来ても、いずれ十数年で限界に達すると思われる
- 徹底した効率化、消費増税してのち、出来るだけ早期に次世代に地域医療の在り方についての選択肢を委ねるべき

スライド44

いました。

討論

榊原座長 それでは、これより討論に入らせていただきます。ゲストの方にお越しをいただきましたので、順にご紹介をさせていただきます。総務省自治財政局準公営企業室長の植村哲様、厚生労働省医政局地域医療計画課長の佐々木健様、先ほどご講演をいただきました佐々木企画官にはゲストとしては文部科学省の立場としてのご発言をいただきたく、お願いを申し上げます。ディスカッション後、それぞれ一言ずつご感想をいただきたいと思っておりますので、あわせてよろしくお願いを申し上げます。

討論のテーマは、「我々が中心となり地域を守ろう！！—地域医療構想と地域住民のための医療連携—」であります。後ほど会場の皆様方からもご発言をいただきたいと思えます。

まず、限られた時間でプレゼンテーションをお願いいたしましたので、両先生、補足説明がありましたら、よろしければ、一言ずつお願いできますでしょうか。後ほど末永先生からも全自病の病院として一言お願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。それでは、佐々木企画官様、よろしくお願いいたします。

佐々木企画官 文科省の立場ですので、お手元の資料の私が先ほど用意した資料をご覧ください(スライド1)。年末までに検討すべき医師偏在対策という厚生労働

年末までに検討すべき医師偏在対策			
以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものであり、今後同検討会で議論し、年末までに取りまとめを行う			
1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)			
(1) 医学部	(4) 医療計画による医師確保対策の強化	(7) 都道府県から国等への対策の求め	(8) 管理者の要件
○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討 ○医学教育において、地域医療の向上への貢献に照してより早期の動機づけ	○医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整に利用 ○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分な診療科の診療所の開設について、保健医療の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討	○都道府県が、国、関係機関等に必要の対策を求めることができる枠組みの検討	○特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件とすることを検討
(2) 臨床研修	(5) 医師・診療行為情報のデータベース化	(9) フリーランス医師への対応	(10) 医療事業の承継規制
○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する募集定員倍率のなお一層の縮小を検討 ○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮 ○募集定員の配分等に対する都道府県の権限を一層強化 ○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討	○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討	○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討	○地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇規制について検討
(3) 専門医	(6) 地域医療支援センターの機能強化		
○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、都道府県等の調整等に関する権限を明確化する等の対応を検討 ○専攻医の募集定員について、診療領域ごとに、地域の人口・症例数等に応じた地域ごとの枠の設定を検討	○地域医療支援センターについて、所在地の医療機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化		
2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)			
(1) 女性医師の支援	(2) 技術革新に対応した医療提供	(3) チーム医療	(4) サービス受益者に係る対策
○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進	○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進	○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進	○医療機関の詳しい診療内容やかかりつけ医について、住民等への情報提供を推進

スライド1

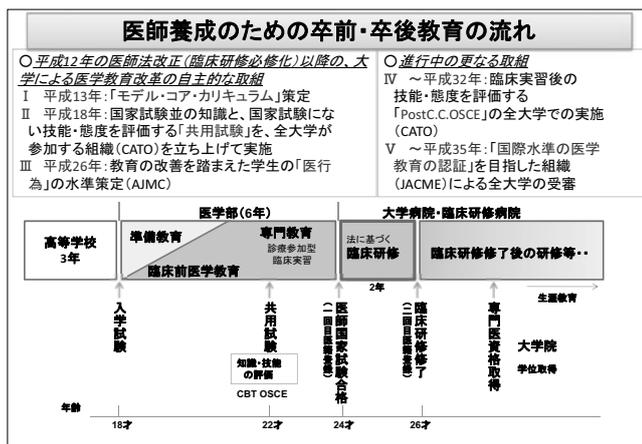
省の資料ですが、その下にあるように、この十数年医学教育改革が急速に進んでおります。先生方皆さんご存じの方も多いかと思いますが、まず、平成13年、15年前には、モデル・コア・カリキュラムというという学習指導要領のようなものができました。ご案内のとおり、憲法23条、学問の自由は特に高等教育、大学教育においては教授の自由も認められている中で、あえて約80の全ての医学部で同じように医師養成の質を保証しようということ、このモデル・コア・カリキュラムが策定されました。

その後さらに医学教育の改革を進めるために、先生方皆さんのところでも臨床実習の学生さんがお世話になっていると思っておりますが、臨床実習に出る前に国家試験のような知識を問う試験であるCBT、さらには国家試験にない技能・態度を問うOSCEと呼ばれる試験、これを10年前、平成18年には全ての大学での導入にいたりました。

その後さらには臨床実習に向けてどこまで医行為を学生さんができるのか。これは厚生労働省は平成3年に規準を示しておりますが、より精査する形で平成26年、翌平成27年12月に医行為の水準策定をしております。

さらには、今オンゴーイングな取り組みといたしまして、平成32年(2020年)に向けて、先ほどのOSCE、技能・態度を評価するものを臨床実習終了後も全ての大学で行おうと取り組んでおります。また、2023年に向けて国際水準の医学教育の認証を目指して、今年度まずJACMEが、日本の認証組織であることをWFME(世界医学教育連盟)に認定してもらい、WFMEに認定されたJACMEが80、来年には82になりますが、全ての医学部が審査を受け、国際水準に向けて、ある意味で大学が自腹で質の保証をしようとしていまず(スライド2)。

こうした中で自治体病院に就職する医師、また、実習でお世話に



スライド2

H28年度中の6年ぶり3回目のコアカリ改訂 におけるキャッチフレーズ(医学・歯学共通)

「多様なニーズに対応できる 医師・歯科医師の養成」

国際的な公衆衛生や医療制度の変遷を鑑み、
国民から求められる倫理観・医療安全、
チーム医療、地域包括ケア、健康長寿社会などの
ニーズに対応できる実践的臨床能力を有する
医師・歯科医師を養成する

24

スライド3

なる学生さんも多いと思います
が、この一連の取り組みの中で、
スライドにありますとおり、現在
邊見会長にもご参加いただいて6
年ぶり3回目の、先ほど申し上げ
ましたカリキュラムの改定を行っ
ております(スライド3・4)。こ
れらの更なる改革により、臨床実
習の時間が恐らく1、2カ月程度
ふえます。となると、一層先生方
皆さんの病院でお世話になる機会
もあると思いますので、まさに住
民のためになる医療、地域住民の
ための医療を現場で教えていただ
くようお願いいたしまして、文部
科学省の立場で私からのコメント
としたいと思います。

榊原座長 佐々木企画官様、あ
りがとうございました。栗谷先
生、よろしければ。よろしいです
か。それでは、末永先生、お願い
いたします。

末永先生 今日聞いておりまし
て、いろいろ思うところもあるわ
けですが、実はその前に、10月に
富山で全国自治体病院学会があり
ました。その中で私も座長とし
て参加したのがございまして、そ
れは、「未来を見据えた医療・介

＜医師として求められる基本的な資質と能力＞(案)

<p style="text-align: center;">(改訂案)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロフェッショナリズム ・ 医学知識と問題対応能力 ・ 診療技能と患者ケア ・ コミュニケーション能力 ・ チーム医療の実践 ・ 医療の質と安全の管理 ・ 社会における医療の実践 ・ 科学的探求 ・ 生涯にわたって共に学ぶ姿勢 <p style="text-align: center;">※赤字以外は、臨床研修の到達 目標と合わせる予定</p>		<p style="text-align: center;">(現行:H22版)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師としての職責 ・ 患者中心の視点 ・ コミュニケーション能力 ・ チーム医療 ・ 総合的臨床能力 ・ 地域医療 ・ 医学研究への志向 ・ 自己研鑽
--	--	---

25

スライド4

護・福祉との連携」という部門で
座長をしたわけです。そのときに
私思いましたのは、今日は地域医
療構想の部分の話がちょっと出て
いますが、地域包括ケアの部分に
ついては余り出ていなかったわけ
ですが、実は医療資源が非常に乏
しいところ、例えばそれは具体的
に言いますと、そのときの発表し
ていただいた南砺市民病院とか黒
部市民病院があったわけですが、
そういうところは医療資源が乏し
いから、もう地域包括ケアとい
うのはでき上がっていると言いま
しょうか、やらざるを得なかった。
それは公だけではなくて民間と
か、あるいは、多職種連携の中
でのそういうものができ上がって

いるわけです。

一方、今の地域医療構想を作っ
ておりますが、ここの中で感しま
すのは、形だけ今つくって、本当
はこれからどうするかということ
についてかなりいろいろ調整会議
等で話が出てくると思いますが、
その中では、実は地域包括ケアが
まだ抜けている中での話になっ
ているわけです。そういうところ
で、少し地域包括ケアと地域医療
構想を結びつけるような形でない
と、生きた構想ができてこないの
ではないかということをもっと感じ
ているということを申し上げたい
と思います。

それから、今日はお二方の先生
方のお話を聞いていまして、例え



討論の様子

ばコンツェルン型の協議の場、そういうもので地域医療連携推進法人、そういうようなことを考えていくということがございました。地域医療連携推進法人という、こういうホールディングカンパニー的なものというのは、私が思っていますのは、1県1大学みたいなところだったら進めやすいかもしれないということと、やはり医療資源の乏しいところではそれをやらざるを得ないという部分もあるのではないかとこのように思いますが、一方で、今日実は先ほどの栗谷先生の資料で、言葉では述べられませんが、医療機関間の役割分担・連携というのは口先だけのきれいごとで実現困難という、まさにこれ、そういうところがあるのです。例えば隣同士の市の市民病院同士でも、やはりそれはライバル関係にあるわけですね。そういう中でこういう話をどう進めていくかということとはなかなか難しいけれども、それでも進めていかなくてはいけないのでは

ないかなというようなことは感じております。

それから、先ほどの栗谷先生のお話は当初の改革プラン、第1回目ですね、それが非常にうまくいって再編できたというような、そして、経営状況も物すごくよくなった。それ以上に高度医療ができるようになったというようなことで、これはすごいことだなということをお伺いしました。

ただ、最後のところで、これは確かに私も思うのですが、今まで経営的にはほとんどのことを私の病院でもやり尽くしている感じがするわけです。これ以後何をするかというのは、これからさらに診療報酬で厳しくなってくる。そういう中で何をするかということ是非常に私も困ったりしているところがあります。これは新しい政策に対してうまく乗っていくしかないなということは思うわけですが、でも、まだ政策そのものも方向性がはっきりわからないということもあって、非常に苦労して

います。

そういう中で、一番最後、非常にわかりやすいのですが、これからは撤退戦だというふうに言われました。私は非常によくわかるんですけども、でも、撤退するわけにいかないねというところもあるわけですね。でも、やはりある部分は縮小していかなければどうしようもない。人口減が来ますし。ということを感じます。

そして、もう1つだけ。実はつい最近ですけど、新聞で見ましたら、財務省のほうから教職員の定数について2026年までに質を落とさなくても4万9,000人減少することができるというようなことが出ていまして、それに対して文科省は1万5,000人を主張しているということで、抵抗しておられるということなのですが、これは実は医療と教育というのはもう世の中にとってこういう時代だからこそ大事にしないといけない部分であるにもかかわらず、そういうようなことが財務省・文科省のほうでも出てきているわけですね。それぐらい日本の経済情勢は逼迫しているということは我々も認識はしなくちゃいけない。けれども、やはり医療と教育だけは守っていかなくちゃいけないなということを実は感じた次第です。

榊原座長 ありがとうございます。それでは、会場の皆様からご質疑等承りたいと思います。挙手をしていただきますとマイクをお持ちしますので、遠慮なく挙手をお願いいたします。

佐々木企画官 質問が出るまでの間に。先ほどの栗谷先生の資料

ですが、先ほど末永先生も地域医療連携推進法人に言及されました。栗谷先生も説明はスキップなさいましたけれども、地域医療連携推進法人の検討を始めていらっしゃるのと伺っています。法律の施行は恐らく来年の4月2日になろうとは思いますが、今どのような検討の状況か教えていただければありがたいです（スライド5）。

榊原座長 栗谷先生、お願いいたします。

栗谷先生 現在5法人で、私どもの病院と、それから、民医連系の病院などコアの5法人でやってございます。考えたのは、私どものところでは一応まだ職員が同じ地域では恵まれているほうなんですけれども、他病院と、それから、社福も同じですが、介護職の採用すらままならない状況がこの数年続いています。この状況を放置しておいたのでは私どもも困るんですね。私どもの平均在院日数が地方の病院では比較的短く抑えられているのは、高齢者の心不全とか肺炎ですね、施設からの。それを本間病院がせきとめて診ていただいているんです。それから、私どものところで在宅には行けないけれども、その手前の部分の慢性心不全、こういう患者さんたちはこれからどんどん増えてくるわけです。もしこの病院がなくなってしまうたら、私どもの経営状態は恐らく破綻すると思います。これをうまい構造にするためにはどうしても本間病院に生き残ってもらわないといけないんです。地域医療連携推進法人をつくったのは、最初の原因はそういう現実的な理由

名称	病床数	診療科	職員数	備考
1. 地方独立行政法人 山形県・酒田市の合併 日本海総合病院	一般 642 感染症 4	27診療科	936	救命救急センター PET・CT ハイブリッドオペ室
2. 医療法人協会の 本間病院	産婦人科 35 内科 79	内科 リハビリテーション科	看護士 40 介護士 24 99	
3. 社会福祉法人 光風会	一般 104 産婦人科 50 老老 100	内科、外科、整形外科、 腎臓内科	428	ひだまり かがやき 東条・あゆみ 中野 看護 訪問看護 通所介護 地域包括支援センター
4. 医療法人 友友会	介護老老 100		320	美寿荘 ひめふよう、あおい たんぽぽ はまゆう シエ・モア はくふよう 光風園 シエ・モア訪問介護 通所リハ、介護 待合ホーム ショートステイ デイサービス グループホーム 介護老老 地域包括支援センター 認知症支援 シエ・モア訪問介護 通所リハ、介護
5. 社団法人 酒田地区医師会	会員 188	外科、胃腸科、肛門科、 泌尿科、ドック	160	うらら 介護老人保健、在宅介護支援、訪問介護、看護 ほなみ あいたけい ほくふ グループホーム デイサービス 地域包括支援センター
				スワフ 地域包括支援センター 他に1医療生協診療所が検討中

スライド5

です。

榊原座長 よろしいでしょうか。ご質疑等ありませんでしょうか。栗谷先生、どうぞ。

栗谷先生 現在の診療報酬ではDPCの2ですけれども、もう1つの病院がなければ、私どもDPCの2群を維持することは不可能です。そういう意味ではとてもいい連携ができていますので、地域全体で収益構造をどう考えるのかというようにならないと、うまい仕組みは地域でできないだろうと。そのために連携推進法人が役に立つのではないかと今やっています。

榊原座長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。それでは、ゲストの皆様からこれまでのディスカッションについての感想をお願いしたいと思います。まず、佐々木企画官様におかれましては、文部科学省の立場として一言お願いしたいと思います。

佐々木企画官 今の栗谷先生のコメントにもありましたとおり、やはり自分のところの病院ということだけではなくて、地域の共

栄共存をどう図れるのか。いわば地域の連結決算でどうやっていくのか。もはや単独決算ではあり得ないということがよくわかりました。そうした中で、今までのような、逆に言えば個々の医療人として成り立つだけではなくて、どうやってチーム医療、そして、地域医療の中で自分のポジショニングを1人1人の医療人もまた考えていかなければならないかということもよくわかりました。

現在、先ほどご紹介したとおり、6年ぶり3回目の医学教育そして歯学教育のカリキュラム改定を行っておりますし、並行して、来年の夏までに看護学教育のカリキュラムも初めての策定を進めようとしております。こうしたことを通じて、今日のテーマである「地域医療のために、住民のために」ということを、個々のレベルで考えるだけではなくて、これらがどう結びついていけるのか、それを卒前教育の段階で行いたいと思えますし、もう1つ、栗谷先生のプレゼンにあった、大学が実際に蔵王協議会の中で人材輩出をしている

ことを考えますと、大学、ひいては大学病院の単に学生さんを育てるというだけではなくて、地域に貢献できる大学医学部・大学病院のあり方をさらに考えなければならぬということ、栗谷先生、そして、末永先生の先ほどのコメントの中から感じたところです。そのためには、やはり現場に出ていく中で、また卒然教育の段階で、先生方皆さんのところの臨床実習の中で学ばないことには、結局はそれは机上の空論になってしまいますので、ぜひもっと今よりもより地域での実習がしやすいような仕方を並行して検討していきたいと思っております。そのことを重ねてお願いすることをあわせてコメントとしたいと思います。

榊原座長 ありがとうございます。それでは、総務省の植村室長様、お願いいたします。

植村室長 どうもありがとうございます。総務省の準公益企業室長の植村でございます。本日はいろいろな講演を聞かせていただきまして、大変感銘を受け、そして、さらに政策の立案にかかわる立場として身の引き締まる思いで聞かせていただいたところでございます。

ご案内のように、総務省のほうでは新公立病院改革のガイドラインを出させていただきまして、今年度一杯の中で各病院につきまして作っていただくということでお願いをしております。

この中で大きな変更点というのは、まさしくここで議論されている地域医療構想、この存在を前提として公立病院の役割をどのよ

うに位置づけていくか。これが新たな項目としてビルドインされたということがあるわけですね。このビルドインされたという意味は何かと申しますと、まずは今地域医療構想をつくっていく過程においてはその存在を意識しましょうという第一段階であるわけですが、次に来る課題としては、新しい改革プランを病院単体の改革ということだけで位置づけられるのかどうか、まさしくそういう話なんだと思うのです。28年度までに新しいプランを作ってくださいと申し上げているので、現段階では以前の改革プランの一定程度の延長線上で形をつくっていくということもあろうかと思っております。ただ今後、地域医療構想に基づく様々な調整過程、これが進んでいくと、恐らく今想定されている個々の公立病院での改革のあり方に少なからぬ影響を与える可能性は十分ある。本来は多少先読みをして予め入れ込んでおいていただきたい部分も当然あるわけではあります。そうした変更点が当然出てくるであろうと思われま。そうした意味で、実は新ガイドラインでも、状況に応じて新しい改革プランについては、中身を見直してくださいというメッセージも出させていただいております。プランというものは、作ったものを進行管理することがとても重要ではあるのですが、同時に外的要件が大きく変わっていく時期に差しかかっている中、柔軟性も今後求められる。そういったことを念頭に置いていただけると非常にありがたいかなと思っております。

それから、私ども9月から地域医療と公立病院改革、これを両方掲げた調査研究会を開催させていただいております。この研究会自身は本来的には先々の地方財政措置の球出しといえますか、すぐに具体的な項目が出せるというわけでは必ずしもありませんが、こうしたことを議論することを念頭に置いているものでございますが、まさしく今申し上げたように、状況が大きく変わってきている中では、単に地方財政制度の話に行く前の段階で、公立病院が現在抱えている課題を、経営であれ、あるいは、地域の医療体制であれ、若干違った角度で整理していく。これも非常に大事なことなのではないのかなというふうに思っております。課題を全部扱うと非常に議論が拡散する危険をはらんでいるのですが、こうした取り組みも通じまして、私どもも地方財政措置を中心とする公立病院の経営の仕組みをどう考えたらいいか、これを絶えず検討させていただきたいと思っております。そういう意味で今日も一つの重要な機会でございますが、現場での非常に熱心な取り組みとさらに残る大きな課題、これを我々も引き続きフォローし、教えていただきながら、取り組ませていただきたいと思っております。どうもありがとうございます。

榊原座長 ありがとうございます。それでは、厚生労働省の佐々木課長様、お願いいたします。

佐々木課長 今日は本当にいろいろ考えさせられる機会だったなというふうに思っております。

まず、栗谷先生のご発表を聞いておりました感想ですが、今回ご発表いただいた病院の統合は地域医療構想の検討をしていただく前から先駆的に取り組まれてきたものであり、当初の目的とされた方向に向かって着実に成果を挙げられているということをお聞きしたので、今後地域でやはり再編統合というのを自治体病院、民間病院も取り組んでいくと、うまくいけばきちんと医療を守っていけるという1つの事例として大変参考になるということかと思っております。

そのためには、これは佐々木企画官の発表にもあり、私も機会を捉えてお願いしておりますが、やはり調整会議というものの役割は非常に大きいということだと感じました。構想圏域の範囲では広すぎるというご意見もありますけれども、関係する医療機関・医療関係者、地域住民も含めて、2025年に向け、医療をどうやって守っていくのかということ顔を突き合わせてお話し合いしていただくということがまず一番大事であって、その結果として、具体的にどのような分担にしようかというふうに進んでいくのだと思います。

これは先ほどご指摘もありましたけれども、そうはいつでも簡単なことではないというふうに思います。ですが、単に競い合っただけでは、共倒れになるということも考えられます。地域によって折り合いのつけ方様々だと思います。国としても、地域でご参考になるような資料、データ、モデル的な事例なども情報発信して、地

域での議論を後押ししていきたいというふうに思っております。

また、もう1点、栗谷先生のご発表の中で印象に残りましたが、再編統合などの見直しをしていっても、さらなる改革を進めていかないと、中長期ときには医療を守っていけないのではないかと、このご指摘でございます。ですので、現在提供されている医療の中身そのものも含めて全体的な点検をしていくという必要があるのかなということも感じたところでございます。

私は診療報酬改定を何回か経験しており、その際にも留意するようにはしておりますが、行政が頭の中だけで考えて、ものごとを進めていくのは基本的によくはないと思っております。やはり医療現場や地域で実際に患者さんを診ておられる方の問題意識を大切にしないといけないと考えております。今日も具体的な事例の1つ栗谷先生は出していただいたと思いますけれども、やはりファクトとして出して、あらかじめいい悪いというのは色分けせずに、国民的な議論をしながら、みんなで医療を守っていくということをしていかなくてはならないということを感じたところでございます。

今日様々なことを私も学ばせていただきましたが、今後地域での取り組みをいろいろと支援といたします。今後とも、皆様と意見交換をさせていただきながら、一緒に医療を守ってまいりたいと思っております。以上でございます。

榊原座長 ありがとうございます。それでは、座長としてまとめの一言を述べさせていただきます。それぞれいろいろなご意見を承りました。医療の地域資源には地域によってやはり濃淡があって、地域包括ケア、地域医療構想の関係がうまくやれそうなところと、なかなかできにくいところがあるということは認識していただけたと思います。そしてまた、小牧市民病院の末永先生。小牧市民病院は愛知県でも群を抜いて患者の多い、経営状況のいい病院だと言われている先生からももうやり尽くしているという言葉をお聞きして少し驚きましたし、また、栗谷先生からも、このままだと簡単ではないぞというご意見を聞きました。今、市町も人口減の中で、それぞれの市町が同じような機能を持つのではなくて、地域全体で機能分担し合って、その地域をやっていこうというような動きがあります。やはり病院も同じで、機能分担をしっかりとやって、なおかつ、その中でそれぞれがどういう役目を担っていくのかということ認識してやっていくことが必要のかなということを改めて思いました。

それから、末永先生が言われてまして、人口減社会の中で働く人がどんどん減っております。そうしますと、生産性の質を高めていくことが必要だと思いますので、それには、財務省の方に言わないといけないのかもしれませんが、教育にもっと日本は、これはちょっと本日の主題とは関係ないんですが、お金を使って、生産性の質を

上げていくことを考えていくことが必要だと思いますので、そのことも最後一地方自治体の長として言わせていただいて、取りとめのないまとめとなりましたが、まとめとさせていただきます。ありがとうございました。

全体総括



■公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長 邊見 公雄
赤穂市民病院名誉院長

それでは、少しだけお礼とお願いを申し上げます。今日スピーカーとしてお話いただきました先生方、あるいは、総務省、厚生労働省、文科省の皆様方、本当にありがとうございました。また、おまとめいただきました半田市の榊原市長さんには本当にありがとうございました。

総括といいますが、点数をつけると私は100点以上じゃないかなと。次やるのがなかなか難しくなるんじゃないかなというぐらい、有意義な会であったと思っています。私、自分に甘いんですね。そういうところもあるんですけど。

まず、一番初めに、半田市長の榊原市長さんには、1.5号側と言わずに、1.8号側ぐらいになってほしいと。できるだけ2号診療側

の意見を中医協ではお願いしたいと。中医協の委員であられました当時の愛知県津島市の伊藤市長さんも津島市民病院というのを持っておりまして、私が中医協3期6年、ずっと向こうにおる中で一番味方なのは伊藤さんだと思って6年間やってきました。ともに日本の医療を守るという意味では、1号支払い側、2号診療側、これ力を合わせて全体最適を考えなくちゃいかんと。診療側ばかりが有利になってもいけませんし、健保連がどんどんつぶれたり、養老乃瀧とか西濃運輸とかいっばいつぶれる健保組合があります。こういうことでもいけないと思いますので、この辺のところはぜひ今後ともよろしくお願いしたいというふうに思っております。

佐々木企画官には、先生は広島県におられたときに、地域包括ケア病棟を山口昇先生と一緒にトップランナーとしてやられました。もし地域包括ケアのことがわからなければ、広島県へ行って勉強していただければ、非常にわかりやすいだろうというふうに、ケアマネマイスターとかいろいろな新しい多職種協働、こういうのはみんな佐々木企画官が考えられて、指導力のある山口昇先生が引っ張っているというのが現状でございます。

佐々木企画官には医療の立場から文部科学省へ行かれました。今はモデル・コア・カリキュラムというのをやっておりますが、これは5年に1回見直すということで、前は高齢化とか、あるいは、非常に医療事故が多かったときで

すので医療安全とか、こういうものが教育の中心の言葉になりましたが、今回は地域。地域医療構想もあるし、地域で支える医療ということで、学生のときから地域ということで、地域実習とかが充実しておりますし、もう1つは、尾辻先生が頑張られて、山本議員が亡くなる前の偉業をなし遂げられましたがん対策基本法、これがありますので、腫瘍ということをもう1つの中心。あるいは、いろいろあるんですけども、高齢化というふうなことは当然ですし、社会を教えると。自分たちだけの医療だけでなく、社会の中の医学ということも教えるということで、非常に幅広いコア・カリキュラムになっております。コア・カリキュラムで70%教えて、あとの30%は各大学が独自の教育をやるということでございますので、ぜひこれがうまくいくことを私は願っております。

それから、栗谷先生は、もう何回も本を読ませていただいたり、本もどちらかという『プレジデント』とか財界の本にも出ますし、非常に経営者として立派ですし、医師以上の恐らく市長に出ても知事に出ても勝つだろうと思えますけれども、非常な馬力の持ち主で、ただ、お話を聞くたびに過激になっております。どんどん成功しているわけですよ。スタッフ職員とか業績手当とか女性職員確保とか、全部成功しているんですけど、どんどん過激になるというのはどういうことだと思いますか？だんだんと地域が追い詰められてきているということですね。だか

ら、ここを皆さん方ぜひ考えて、今後の参考にしていただきたいというふうに思います。

植村室長におかれましては、いつも我々の公立病院に対しまして温かいご支援、ありがとうございます。いろいろ都会しか知らない代議士が田舎の交付金なんか要らないんじゃないかと言う代議士がいっぱいおります。鳥根県と鳥取県は合区で、また代議士1人減りました。徳島県と高知県、私育ったのは徳島県ですけど、これも合区で減りました。どんどんと都会の意見しか通らない社会が出てきているわけです。高校野球と同じになりますよ。山陰代表とか南四国代表とか、昔は1県1代表ではなかったでしょう？ その次、山梨県なんか西関東になったり甲信越になったり、いろいろ変わりましたね。あんなのになってくると、田舎の意見はどんどん減っていきますので、ぜひ植村室長にはその辺のところをよろしく願いいたします。

佐々木健課長には中医協時代何回も温かい診療報酬でお世話になりました。大変厳しい時代に、たまたま民主党政権で2回ともプラスになったんですからね。髪の毛1本という、小宮山さんのときとその前の長妻さんのときだったので、かろうじてプラスになったので、私はちょっといい時代に中医協委員をやらせていただいたなと。特にハイリスク・ローリターンだった手術、外科、救急、この辺のところにつけていただきましたので、私はちょっとうれしくずって思っております。

栗谷先生の言われましたように、これからの統廃合というのは、交通の便、トンネルが1つできると隣の町も近くなりますし、ドクターヘリとかアクセス手段、ドローンなんかがどのように使われるかわかりませんが、時代が変わりますといろいろなことが起こる可能性がありますので、ぜひ皆さん方も統廃合も考えていただきたいと思っています。

それから、医療計画の見直しがございます。今5疾病5事業ですが、私は6疾病7事業にしてほしいとずっと念願しています。6疾病というのは、呼吸器疾患が全く入っておりません。たばこ病と言われる COPD や、もうとうとう死亡の3位になりました肺炎、こういうものがないんですね。脳卒中と心筋梗塞は循環器疾患として1つにまとめてもいいと思います。そういう意味でも呼吸器を入れないというのはちょっと不公平じゃないかなと思っております。7事業といえますのは、1つは、やっぱり在宅医療というのを1つの事業として入れてほしい。在宅医療、医療と言いますけれども、全くデータもありませんし、マンパワーもしっかりしません。これをやっぱりちゃんと推進してほしい。最後は予防です。フレイルとかロコモティブとかいろいろな意味ですね。歯科疾患も含めてですね。これをぜひやっていただきたいなというふうに思っております。医者は口を診ない、歯医者は口しか診ないと、こういうふうなことではいけないと私は思っておりますので、ぜひよろしく願い

いたしたいというふうに思っております。

国民皆保険は、私は和食より先に世界文化遺産になるべきだというふうに思っております。ぜひこの立派な制度を守っていくためにも、皆さん方のご協力をお願いいたします。

それから、ちようかいネットでございますけれども、これは鳥貫先生も来られておりますけれども、昨年聞きまして、佐藤先生という医師会のほうのキーパーソンがおられます。1月26・27日に次の院長・幹部職員セミナーというのがございます。そこへ「電子カルテの医療連携」ということで、さとう内科クリニックの佐藤顕先生に来ていただいて、ご講演を詳しくお聞きすることになっております。今日は他のこともたくさんあったので、時間が少なかったので、ぜひ時間をとりたいと思えます。

それから、1月26・27日の院長・幹部職員セミナーの宣伝をもう少しさせていただきますと、各病院、大・中・小、自分のところに合ったのを参考にさせていただきたいために、大病院として、地域中核病院としての役割で、青森県立中央病院事業管理者の吉田茂昭先生。中病院の代表としまして、名寄市立総合病院院長の和泉裕一先生。「中規模病院の生き残り策」。小病院といたしましては、「長崎県上五島病院の取り組み」ということで、長崎県の離島で頑張っておられる八坂貴宏先生。このお三方にご講演をいただくことになりま

てはまるぐらいの規模の演者を選んでおりますので、ぜひお聞きいただきたいというふうに思います。それから、精神科病院の方もおられますので、「精神科医療の現状」ということで、大阪府立精神医療センター院長の籠本孝雄先生にもお話をいただくことになっております。

そういうことで、今日来られた方はできるだけこのセミナーにご参加いただきたいというふうに思っております。

それから、我々は昼食後要望書を持って関係省庁に陳情といたしますか、ご挨拶、要望に参ります。ぜひ皆さん方の地元国会議員の先生方がおられましたら、ぜひ皆さ

ん方もついでに寄って、ちょっと寄っていただきたいというふうに思いますので、よろしく願いいたします。本日はどうもありがとうございました。どうもご苦労さまでした。

(文責：全国自治体病院協議会事務局)