

自治体病院全国大会2024 「地域医療再生フォーラム」

日 程

2024年11月19日（火）

10:00～12:30

- ・開会挨拶
- ・来賓挨拶
- ・座長挨拶 須田 善明 氏
望月 泉 氏
- ・基調講演 尾形 裕也 氏
- ・シンポジウム①野村 幸博 氏
- ・シンポジウム②大原 昌樹 氏
- ・シンポジウム③長島 仁 氏
- ・討論
- ・閉会挨拶

開催形式

ハイブリッド形式（集合またはオンラインでのライブ配信）

会 場

東京「都市センターホテル」

主 催

全国自治体病院開設者協議会
公益社団法人 全国自治体病院協議会
全国自治体病院経営都市議会協議会
全国知事会
全国都道府県議会議員連盟
全国市長会
全国市議会議員連盟

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

「地域医療における自治体病院の
今後を考える」

参加者

267名（集合111名、オンライン（ラ
イブ配信）156名）

開会挨拶

全国自治体病院開設者協議会

会長 杉本 達治 福井県知事



皆さん、おはようございます。
ご紹介いただきました、全国自治
体病院開設者協議会の会長を仰せ
つかっております福井県知事の杉
本達治でございます。

本日は自治体病院全国大会2024

「地域医療再生フォーラム」という
ことで、今日は全国各地域から、
こうして多くの皆様にお越しをいた
だきました。心から感謝を申し上げ
ます。またオンラインでも、今日
はハイブリッドの会合とのことでご
参加いただいている皆様方にも感謝
を申し上げる次第でございます。

自治体病院の関係者の皆様方にお
かれましては、コロナ禍も本当
にそうでしたけれども、地域の医
療を守り、そして自治体病院の経
営、こういったものにもしっかりと
いつもお支えをいただいております
ことに心から敬意と感謝を申し上
げる次第でございます。

また本日はご来賓としておいで
いただいておりますけれども、今
朝ほども要請をさせていただきました
が、自由民主党の自治体病院
議員連盟の森英介会長様、そして
総務省の清田審議官、厚生労働省
の森光政政局長様をはじめとし
て、多くのご臨席の方にもおいで
いただいているところでございま
す。本当に日頃からこの地域医療
を支えていただいておりますこと
に心から感謝を申し上げます。

このフォーラムに先立ちまして、今朝、自由民主党の有志議員によります自治体病院議員連盟の総会が開催をされまして、全国自治体病院協議会の望月会長をはじめといたしまして、関係者の皆さんと出席をさせていただいたところでございます。自治体病院の厳しい現状と様々な課題などについてご説明をさせていただきまして、要望を実施させていただいたところでございます。関係省庁から取組の状況も聞かせていただきましたが、先生方からは大変応援をいただいたところでございます。この後さらに、望月会長ほか関係者の皆様方とともに、総務省の富樫副大臣、そして厚労省の安藤政務官を尋ねまして、医師の確保であったり自治体病院への財政支援などについて要望を行う予定でございます。

自治体病院はご案内のとおり、今もなお続きますコロナ患者への対応に加えまして、救急や小児、周産期、災害医療などの政策医療、地域の中核病院として住民にとって必要な医療を継続的に提供することが求められております。自治体病院の割合は全病院の10%ちょっとであるのに、コロナのときには4割の患者さんを支えてきた、特に難しい患者さんにはこうした公立病院がしっかりと命を救ってきた実績があるわけでございます。こうした中におきまして、医師や看護師など医療人材の確保、医師の働き方改革の推進、病院の運営財源の確保などのほか、地域医療構想の推進であるとか、物価高なども最近は重なってまい

りまして、多くの課題に直面をしているところでございまして、私どもとしてはそれを一つ一つ解決をしていかなければいけない厳しい状況に立たされているところでございます。

人口減少や高齢化の進展、物価高騰、働き方改革への対応など、自治体病院を取り巻く環境が大きく変化する中で、こうした様々な課題について、それぞれの自治体病院、その開設者の努力だけで解決することは難しいということで、国レベルでの対策が必要となっているわけでございます。皆様方におかれましては全国の自治体病院が抱える課題の解決に向けて、それぞれのお立場から関係機関への要望、働きかけを強化していただきたいと思っておりますのでございます。

本日の「地域医療再生フォーラム」でございすけれども、テーマを「地域における自治体病院の今後を考える」とさせていただいたところでございます。自治体病院ではへき地や離島など、過疎地における地域住民のかかりつけ医としての役割、それから都市部では高度急性期医療の提供を行うなど、それぞれの地域で基本的な医療機関としての幅広い役割を担っているところでございます。平時だけではなく、コロナなどといった感染症の対応であるとか、石川県能登地方を襲いました地震や豪雨、こういったときの災害時の医療、こういったときにも提供し続けていかなければいけない中核的な役割を果たしているところでございまして、自治体病院は地域に

おいて必要不可欠なものであると認識をいたしております。

本日は九州大学名誉教授の尾形裕也先生によります基調講演に加えまして、日々、医療の現場で陣頭指揮を執っていただいている3名の病院長の皆様方にシンポジストとしておいでいただきまして、取組事例であるとかご意見などをいただくことといたしているところでございます。活発な意見交換が行われまして、今回のフォーラムが課題の理解と解決に資する有意義なものとなることを願っているところでございます。

結びになりますけれども、自治体病院が住民の医療や健康を支える地域医療の最後の砦としての役割を果たしていけますよう、これからも皆様方と一丸となって要望活動等に取り組んでまいりますので、引き続きのご理解とご協力を賜りますようお願いを申し上げます。私からの冒頭のご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

来賓挨拶

自治体病院議員連盟

会長 森 英介 衆議院議員



ご紹介にあずかりました自由民主党自治体病院議員連盟の会長を務めております森英介でございます。

す。

自治体病院全国大会2024「地域医療再生フォーラム」のご盛会、お喜びを申し上げます。

先ほど開設者協議会の杉本会長からご紹介いただきましたように、この大会に先立ちまして今朝8時から自治体病院議員連盟の総会を開催いたしまして、自治体病院関係者の皆様方からの切実なご要請をお伺いし、それに対して議員から大変活発ないろいろな意見が出されまして、その上で、関係省庁からもご答弁をいただいたところです。自治体病院関係者の皆様にはへき地医療や救急・周産期・小児・高度医療など地域医療の確保に日夜、大変なご尽力をいただいておりますことに心から感謝を申し上げます。

しかしながら、自治体病院の昨年度決算はただいま杉本会長のお話にもありましたとおり、コロナの病床確保料などがなくなったことや、人件費、材料費の上昇、また患者の減少など、そういった様々な要因によりまして7割の自治体病院が赤字になったと承知をいたしております。また、物価の高騰が続くことに加えまして、今年の人事院勧告は大幅に給与を上げる内容の勧告が出され、令和6年度診療報酬改定として措置された分だけではとても足りず、病院経営がかつてなく厳しいという声を聞いております。このように自治体病院を取り巻く状況は厳しさを増しているところでございますが、これも先ほど杉本会長からありましたように、自治体病院はいわば地域医療を守る最後の砦と申

してもいい存在でございまして、どんな状況になってもしっかりと守っていかなければならないと考えております。

こうした状況に鑑みまして、現在、厚生労働省では自治体病院の事業のあり方、運営に密接に関連する政策について検討が行われております。後ほど森光医政局長からもお話があると思いますが、私も議連といたしましても関係省庁としっかりと連携し、また督励をいたしまして、自治体病院の経営基盤の安定に寄与すべく全力を傾注していくことをお約束申し上げます。

なお、後先になりましたけれども、先の総選挙では各地において私どもの仲間が皆様方に大変お世話になりましたことを厚く御礼申し上げます。しかし、結果的には自由民主党には大変厳しい審判が下りました。この結果を見るまでもなく、我が党として、反省すべきは反省し、改めるべきは改め、信頼回復に努めなければなりません。しかしながら日本の政権を担当できる政党は自民党を措いてないという使命感和自負心を持ってこれからもしっかりと国政に臨んでまいりたいと思います。その一環として、これからも自治体病院が地域医療の最後の砦として揺るぎない存在であり続け、さらに発展されますことを念じ、そのために議連も一丸となって邁進して参りますことをお約束申し上げます。今日の全国大会が自治体病院の今後に資するものとなりますことを願ひましてご挨拶といたしたいと思ひます。お招きをいただき

ましてありがとうございました。

総務省

大臣官房審議官

清田 浩史 氏



ただいま紹介いただきました、総務省で公営企業担当をしております清田と申します。

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。

皆様方におかれましては住民の命と健康を守るため、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ございます。自治体病院は地域における基幹的な公的医療機関として、へき地における医療や小児医療などの不採算、特殊医療を担っていただき、地域医療の確保のため重要な役割を果たしております。一方、自治体病院は医師・看護師等の不足、物価高騰や人件費の増などにより厳しい経営状況に直面しております。このような中で、自治体病院にとって重要な課題である「地域における自治体病院の今後を考える」をテーマに活発な意見交換がなされますことは誠に有意義なことであり、人口減少が進む中、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で効率的に

活用するという視点がこれまで以上に重要になると考えております。

また機能分化、連携強化、医師・看護師等の確保、働き方改革の推進などに総合的に取り組み、デジタルの力も最大限に活用しながら、自治体病院の経営をさらに強化していくことが重要と考えております。総務省といたしましては地域医療を支える自治体病院に対し、今後とも必要な財政措置を講じ、持続可能な地域医療提供体制の確保につながるよう支援してまいります。皆様方におかれましては良質な医療の提供と健全経営の確保になお一層のご尽力を賜りますよう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。

本日は誠にありがとうございます。

厚生労働省

医政局長 森光 敬子 氏



おはようございます。ただいま紹介にあずかりました厚生労働省の医政局長をしております森光と

申します。

まず、自治体病院全国大会2024年「地域医療再生フォーラム」の開催に当たりまして、一言お祝いの言葉を申し上げたいと思います。

まず令和6年、能登半島地震や度重なる大雨災害において亡くなられた方々に心からお悔やみを申し上げますとともに、被災された全ての方々にまずお見舞いを申し上げますと思います。また、災害発生直後から、被災地だけでなく、全国の自治体病院並びに医療従事者の皆様に多大なるご尽力をいただいておりますことに、この場をお借りして深く感謝申し上げます。厚生労働省としても引き続き、被災地への復旧支援に全力で取り組んでまいります。さらに本日ご参集の皆様方におかれましては、日頃より地域医療の充実と国民の健康の保持・増進のために多大なるご尽力をいただいておりますことに御礼申し上げますとともに敬意を表します。

さて厚生労働省では人口構造の変化、労働力人口の減少、技術の急速な進歩など、我が国の医療を取り巻く環境が変化の中で、質の高い、効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を進めております。中でも高齢者がピークを迎える2040年頃に向けて、医療提供体制の再構築は最大の課題であり、医師の働き方改革や医師の地域遍在対策、地域医療構想の推進に一体的に取り組んでいく必要があります。地域医療構想については2025年に向けて、国として地域医療介護総合確保基金による財政支

援や、重点支援区域の選定と支援といった積極的な支援を実施するなど、各都道府県と連携して取組を進めているところでございます。また、2040年を見据えた新たな地域医療構想については医療・介護の複合ニーズの増大、現役世代の減少等に対応できるよう、現在、有識者による検討会を設置し、新たな地域医療構想が目指す方向性、高齢者救急の受け入れ体制、在宅医療の推進等の医療機関の機能に着目した医療提供体制の構築、限られた医療資源の中での効率的な医療提供の議論を進めているところでございます。

本年4月から医師の時間外・休日労働上限規制が施行されたほか、また来年4月から施行されます、かかりつけ医機能が発揮される制度の検討を進めているところでございまして、将来においても質の高い医療サービスを継続的に提供できるよう、人口構造の変化を見据えつつ、医療界の皆様とともに医療提供体制の改革に取り組んでまいります。こうした取組を通じて、将来においても質の高い、効率的な医療サービスを継続的に提供できるよう、医療提供体制の改革に取り組む所存です。自治体病院の皆様におかれましては、患者の減少、高齢化に伴う患者ニーズの変化、医療従事者の確保のご苦労など、それぞれの地域のご事情により直面する課題は様々だと推察いたしますが、引き続き、住民の医療の確保のためご尽力いただきますようお願い申し上げます。

結びになりますが、本日お集ま

りの皆様方のご健勝とご活躍を祈念いたしまして私の挨拶とさせていただきます。

座長挨拶

全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長



ここからの座長を務めさせていただきます開設者協議会の副会長を仰せつかっております女川町長の須田と申します。今日はどうぞよろしくお願いします。

本町の地域医療センターという指定管理で運営しております診療所でございますけれども、うちのような小さいところもあれば、大変大規模な病院まで様々な規模があるわけでございます。これに先立つ総会も含めまして、やはり課題があるというのは規模関わらず一緒でございます。本当に多大なるご苦勞がそれぞれにあったと思います。現在でも、例えばうちの地元の開業医の先生ですと「熱のある人は来ないでください」ということで、結局のところは自治体病院がいろいろな役割を引き受け続けるということは、何ら変わっていないと感じております。これからの時間、ご講演そしてそれぞれの地域の先生方の様々な事例発表ということで、それぞれの地域の自治体病院の経営、運営に

つながっていくものになればと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

公益社団法人 全国自治体病院協議会

会長 望月 泉 八幡平市病院
事業管理者兼八幡平市立病院統括院長



皆様、おはようございます。この6月から自治体病院協議会の会長に選定されました望月でございます。今回、私は岩手県、須田町長は宮城県ということで、東北地方の2人のコンビで会を進めてまいりたいと思います。

発表の後、十分に時間を取りまして質疑応答等もやっていきたいと思っておりますので、「明日の自治体病院を考える」ということで今回のシンポジウムを進めてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

全国自治体病院開設者協議会

副会長 須田 善明 女川町長

ここからの時間、前半は私の進行で進めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは基調講演といたしまして、「医療政策の動向と医療機関経営」と題しまして、九州大学名誉教授・尾形裕也先生にお願いい

たします。

尾形先生をご紹介させていただきます。先生は1978年に厚生省に入省され、退官後は、2001年に九州大学大学院医学研究院教授、2013年に東京大学政策ビジョン研究センター特任教授を歴任されました。現在、九州大学名誉教授として、厚生労働省の中央社会保険医療協議会の入院・外来医療等の調査・評価分科会長、新たな地域医療構想等に関する検討会座長代理、新たな地域医療構想において精神医療を位置づける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム座長など、多方面でご活躍をなされており、地域医療の発展、向上にご尽力をいただいております。

それでは尾形先生、よろしくお願いいたします。

九州大学

尾形 裕也 名誉教授



おはようございます。ただいま紹介いただきました尾形でございます。本日はお招きをいただきましてありがとうございます。

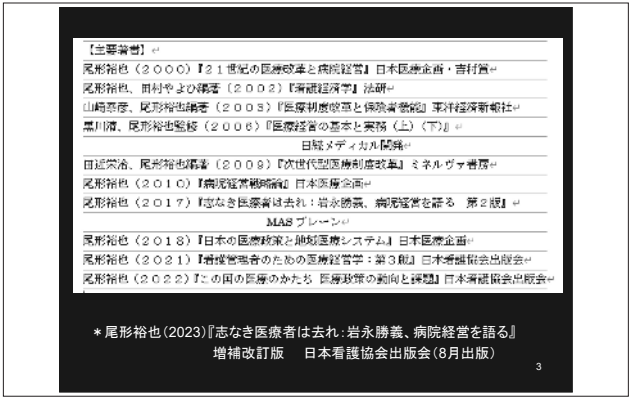
私からは「医療政策の動向と医療機関経営」ということで基調講演ということですが、いわば前座のような話ですので、本題はむしろこの後のシンポジウムと討論だと思っておりますが、その際ご参考にな



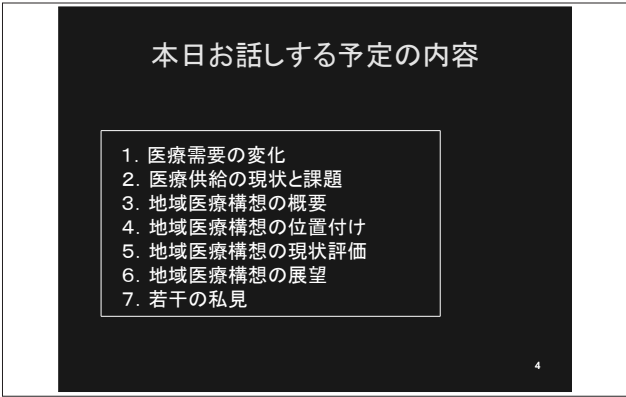
(スライド1)



(スライド2)



(スライド3)



(スライド4)

るようなデータ等を少し紹介させていただければと思っております。

(スライド1) それでは早速お話に入らせていただきます。

(スライド2) 最初にまず簡単に私の「略歴」でございます。いろいろ書いてありますが、これまでの私の職歴は大きく分けると2つに分かれるかなと思っております。前半が厚生省を中心とした実務家として過ごしてまいりました。そして後半、今世紀に入ってからですが、九州大学あるいは東京大学ということで、こちらは研究者として過ごしてまいりました。ですから実務家半分、研究者半分というこれまでの略歴でございます。

病院経営との関係では、1993年から1995年に千葉市で環境衛生局長ということで、市立病院が2つございました。その担当をさせていただいたことがあります。それから1996年から1998年、これは国家公務員共済組合連合会の病院部長ということで、共済病院の経営に携わったことがございます。そんな略歴ということでございます。

(スライド3) 「主要な著書」ですが、今日のお話との関係では、下の2021年から2023年まで3冊ほど挙げてございます、この辺がご参考になるかなと思っております。

それでは、本題に入りたいと思います。

(スライド4) まず4ページに「今日お話しする予定の内容」ということで、目次のようなものを掲げてございます、この順番でお話していこうかと思っております。全体が大きく3つぐらいに分かれておりまして、最初に医療サービスに対する需要をどう考えるか。それから医療サービスの提供、医療供給をどう考えるか。そして具体的な話としては、特に地域医療構想を中心にお話をしていきたいと思います。時間も限られておりますので全部はお話し切れないかもしれませんが、その辺りはまた後で、討論の場でも補足をさせていただければと思います。

(スライド5) まず「医療需要の変化」ということでございます。

1. 医療需要の変化

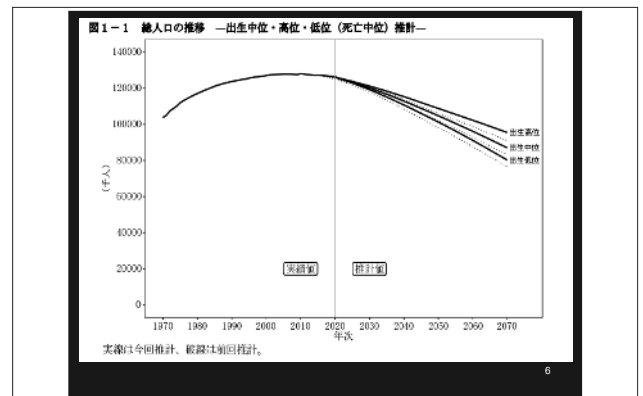
(1) 医療需要に影響する諸要因

○人口構造の変化

- ・新人口推計(2023.4.26)
- ・「人口減少社会」という避けられない現実
→人口減少社会を前提とした制度、政策、仕組みを構築していく必要
- ・地域差についての考慮

5

(スライド5)



(スライド6)

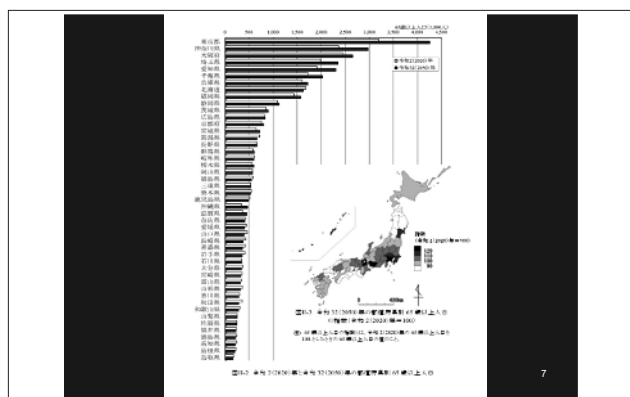
医療サービスに対する需要を規定している要因は様々あるわけですが、幾つか紹介したいと思います。まず第1は、何と言いましても「人口構造の変化」ということでありまして、これに関しましてはご案内かと思いますが、昨年、新しい人口推計が出されたところであります。これを見ますと、いわゆる人口減少社会という、これはもう避けられない現実だろうと思います。そうしますと、こういう人口減少社会を前提として、どういう制度、政策、あるいは仕組みを構築していくのかということと非常に大きな課題になってくると思います。それから人口推計に関しては、もちろん全国の人口も大事なのですが、それ以上に、特に医療の関係では地域差というものが非常に大きい、そこを無視することはできないだろうと思っております。

(スライド6) 具体的には6ページをご覧くださいと、この辺りもご案内かと思いますが、これが昨年の新しい人口推計でございます。日本全体の姿です。出生率の前提の置き方によって、若干、この2020年以降の推計値が上だっ

たり下だったりしますが、しかし人口減少社会であるという現実は大きくは変わりません。それからこの6ページの図で特徴的なことは、実線が昨年の推計でありまして、点線がその前の前回の推計の結果であります。6ページを見ると、昨年の推計のほうがやや楽観的な推計になっています。楽観的というのは人口減少のペースが少し緩やかになるように、つまり点線よりも実線のほうが上になっている。これについては2つ要因があると言われておりまして、1つは高齢者の方々が長生きをされる、その傾向がまだ続いていくだろうということが1つ。それからここ10年ぐらいを見ると外国人の方がかなり流入してきている。その2つを踏まえて前回推計よりやや楽観的な推計になっていると言われております。私は個人的には、これは少し楽観的過ぎるのではないかと考えているところがありますが、今の推計はこうなっているということでご紹介をしておきます。

(スライド7) 以上は日本全体の姿ですが、地域ごとに大きく違うということでございまして、それ

が次の7ページでございます。ちょっと細かい表で恐縮ですが、これは47都道府県の65歳以上人口、2020年と2050年をそれぞれについて比較しております。白い柱が、これが2020年、それから黒い柱が2050年でございます。この47都道府県の並んでいる順番は、上のほうは2020年から2050年にかけて65歳以上人口がさらに増えていくところが上のほうに上がっております。下のほうの県というのは、これは逆にむしろ65歳以上人口が減る、2020年から2050年にかけて減少するというものでありまして、高齢化と一言で言いますが、地域によって相当大的な違いがあります。見ていただきますと分かりますように、上のほうに上がっておりますのは、東京、神奈川、埼玉、愛知、千葉といったような大都市圏はまだ65歳以上人口がさらに増え続けていくということですが、下のほうの県を見ていただくと、こちらはもう65歳以上人口は既にピークを迎えていて、むしろこれから減少していくということとあります。こういった大きな地域差があるということはやはり押さえておく必要があるだろうと



(スライド7)



(スライド8)

思います。

(スライド8) 8ページに行ってくださいまして、これは「経済」の話です。医療を支える経済がどうなっているのかということですが、これはGDPの伸び率を示したのですが、この図で言いますと、これまで大きく3つの時期に分かれるということでもあります。1つは、一番左のほうの1956年度から1973年度まで、いわゆる経済の高度成長の時期でありまして、このときのGDPの平均伸び率は年率で9.1%と大変な伸び率だったわけでありまして、それが1973年の、いわゆるオイルショックを契機にガタンと落ちまして、しかしそれでも1974年度から1990年度の平均ですと4.2%と、今から見るとかなり高い成長率ですが、これがいわゆる安定成長と呼ばれている時期であります。そして現在は、いわゆるバブルがはじけた後、この図で言いますと1991年度から2022年度ということになりますが、この間のGDPの平均伸び率は0.8%、1%に達していないわけでありまして、よく失われた20年とか30年ということが言われますが、非常に低成長が続いている。

こういったことを前提にいろいろなことを考えていかないといけないということだろうと思います。

(スライド9) それから次に、医療に対する需要を規定している要因として、やはり「技術進歩」ということが非常に大きいということでもあります。医療費が増加する要因としては、伝統的には人口の高齢化によって医療費が増えるのではないかということが言われていたわけですが、これについてはここに挙げましたようにNewhouseという、これはアメリカのハーバード大学の教授ですが、30年ほど前に有名な論文を発表しております。Newhouse教授によると、医療費を増やしている最大の要因は人口の高齢化ではない。そうではなく技術進歩であるということを明らかにした論文であります。当時、これはかなり異端といいますか、反対論も結構あったのですが、現在ではこれはおおむね通説として認められております。つまり2番目に書いてありますように、医療費の増加要因として最大のものは何かというと、実は技術進歩であるということでもあります。もちろん、人

口の高齢化も大きく影響するのですが、それ以上に技術進歩が大きいということでもあります。そうすると、我が国のように、いわゆる皆保険、公的な医療保険で制度を組み立てている国ではこの公的な医療保険にどこまで技術進歩を取り入れるかということが非常に大きな問題になってくるということでありまして、ご案内のように、近年いわゆる技術評価とか費用対効果分析といったようなことが取り沙汰されているわけであります。

(スライド10) それから医療の需要を考える上でもう1つ重要なのは、「人々のニーズがどう変化」していくのかということだろうと思います。

(スライド11) これはなかなか予測するのが難しいわけですが、一つの例として次の11ページと12ページをご覧くださいと思います。11ページは、これは『厚生労働白書』に発表されておりました、日本人がどこで亡くなっているのかについて年次推移を見たものであります。もちろん近年は医療機関で死亡する人の割合が圧倒的に高いわけであります。

○技術進歩

- ・Newhouse(1993) An Iconoclastic View of Health Cost Containment, *Health Affairs* 12, suppl 1(1993):152-171.
- ・医療費の増加要因として最も大きいものは何か
→「技術進歩」
- ・公的医療保険でどこまで技術進歩を取り入れるか
→技術評価、費用対効果分析等

9

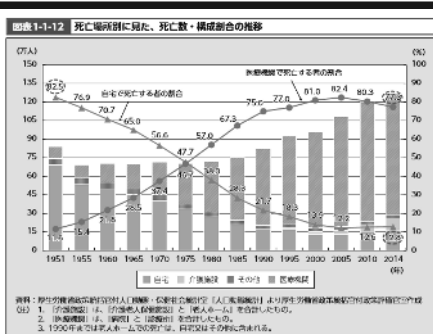
(スライド9)

○人々のニーズの変化

- ・価値観等の反映
＜例＞「死に場所」の変化
- ・医療者の価値観とのギャップ
＜例＞「闘病」→長期的に埋まるか？

10

(スライド10)



11

(スライド11)



12

(スライド12)

それに対して自宅で死亡する人の割合というのは1割ちょっとしかない、こういう状況だったわけですが、しかし昔からこうだったわけでは全くないということでありまして、この図で言いますと一番左の1951年、50年ほど遡っていただくと、当時は全く180度逆だったわけでありまして、82.5%の人が自宅で亡くなっていた。それに対して医療機関で死亡する人の割合は11.6%ということで、現在と全く逆であった。これが急速に変化したわけでありまして、この50年ぐらゐの間に非常に大きな変化が起こったということでもあります。そして、この図で言いますと医療機関で死亡する人の割合がもう8割という、よく病院化社会と言われる

ような状況になってきているわけでありまして、これがこの図から読み取れることの一つであります。それからもう一つは、よく見えますと、既に次の変化の兆しはこの図でも現れております。医療機関で死亡する人の割合というのはこの図で言いますと2005年の82.4%をピークとして、もう下がりはじめています。2014年にもう8割を切っている。それに対して自宅で死亡する人の割合は逆に2005年の12.2%で底を打ちまして、わずかですが上昇してきています。そして、それ以上に重要なのは、介護施設で亡くなる人の割合が急速に増えてきております。

(スライド12) これはちょっとデータが古い、2014年までなので

すが、その後をつないだものが次の12ページでございまして、ここには2015年以降の数字も載せております。そうしますと2022年という一番直近で見ると、実は医療機関で亡くなる人の割合はもう7割を切ってきております。それに対して介護施設が15%ぐらい、それから自宅が17%ということでありまして、もう3分の1以上の方が医療機関以外で亡くなるようになってきている。恐らくこの傾向は今後も続いていくだろうと思います。つまり人々のニーズというのはかなり急速に変化をするということの一つの事例ということでご

ざいます。(スライド13) 次の13ページを見ていただきますと、さはさりな

(2) 医療(・介護)分野の将来ニーズ

○医療は、数少ない確実な「成長分野」
・ただし、ポジショニングの問題あり

国名	通常医療費 対 GDP 比率 ^{a)}
日本	11.1%
カナダ	10.8%
フランス	11.2%
ドイツ	11.7%
イタリア	8.7%
イギリス	10.3%
アメリカ	17.0%

a) 出典：OECD Health Statistics 2020¹⁾

(スライド13)

がら、医療全体として考えると、これは我が国の様々な産業の中では「数少ない確実な「成長分野」であるということ間違いありません。ここに示しましたのは、OECDのデータですが、日本、カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、イギリス、アメリカという、いわゆるG7です。昨年、広島でサミットがありましたが、サミットに参加している先進7か国の経常医療費の対GDP比率を取ったものであります。これをご覧いただきますとアメリカが圧倒的に高く17%ですが、日本の位置はどの辺かという、ちょうど真ん中です。G7の4番目になります。アメリカが一番高く、ドイツ、フランス、それから日本、そしてカナダ、イギリス、イタリアという順番になっております。G7の中でちょうど4番目、真ん中辺に位置しております。これをどう考えるということですが、ご案内のとおり、日本は世界で最も高齢化が進んでいるということを考えると、これはかなり医療費としてはコントロールされていると見ることができるのではないかと思います。逆に言いますと、まだまだ伸

びていく余地はあり得るということだろうと思います。ただし、全ての分野が同じように伸びていくわけではないので、ポジショニングの問題、どういうポジションを取っていくのかということは当然問われてくるということだろうと思います。

(スライド14) この医療需要を考えるとときに一つ参考になるものとしてご紹介いたしますのが14ページであります。『地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針』、総合確保方針というのを国が決められてまして、昨年の3月にこれが改正をされております。そのポイントをお話ししますと、14ページのところで言いますと上から4行目のところです。「また」というところからですが、「外来患者数は令和7年(2025年)頃、入院患者数は令和22年(2040年)以降に最も多くなる」と書いてあります。ちょっと分かりにくい表現ですが、簡単に言うと、外来患者は2025年までにもうピークを迎えるところが多い。それに対して入院患者は2025年を超えて2040年ぐら

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)2023.3.17改正

全国で見れば、65歳以上人口は令和22年(2040年)を超えるまで、75歳以上人口は令和32年(2050年)を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や一人当たり介護給付費が急増する65歳以上人口は令和7年(2025年)まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年(2035年)頃まで一貫して増加する。また、外来患者数は令和7年(2025年)頃、入院患者数は令和22年(2040年)頃、在宅患者数は令和22年(2040年)以降に最も多くなる。

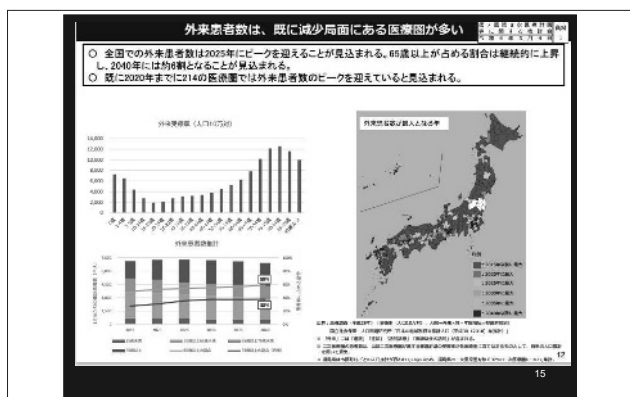
一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。

(スライド14)

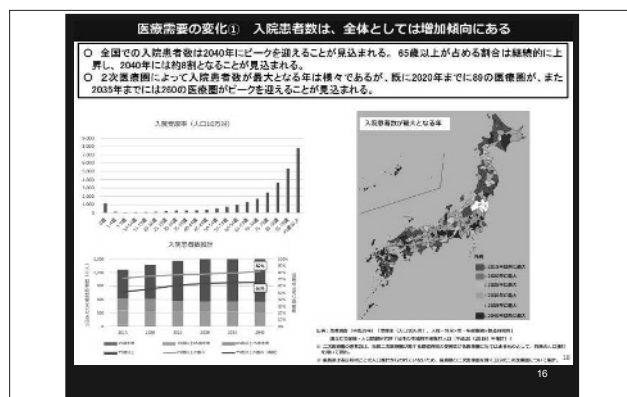
いまで増えていくところがある。在宅はさらに2040年以降に最も多くなるという、これは日本全体の話であります。次の行に書いてありますように、「一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの率が地域ごとに異なる」。当然のことではありますが、こういう地域差というのが非常に重要だということになります。

(スライド15) 具体的には15ページを見ていただきますと、これは「外来患者数の推計」であります。医療圏ごとに色分けをしておりますが、赤く塗ってあるところが非常に多い。これは実は、もう2015年以前にピークを迎えてしまっている。つまり外来患者については既にピークアウトしているところが非常に多いということを示しております。

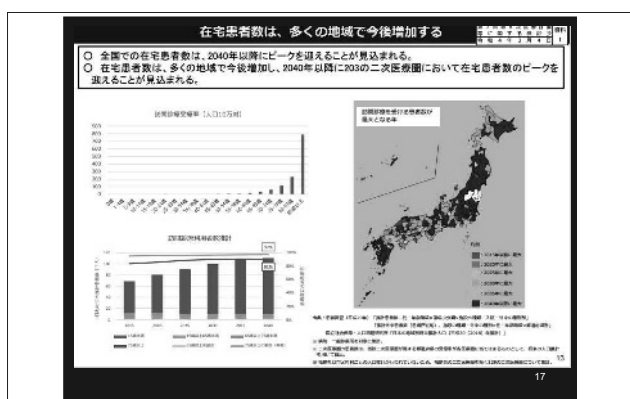
(スライド16) それに対して入院患者のほうは、この薄い青が多いですが、これは2035年に最大、あるいは濃い青ですと2040年以降に最大ということでありまして、



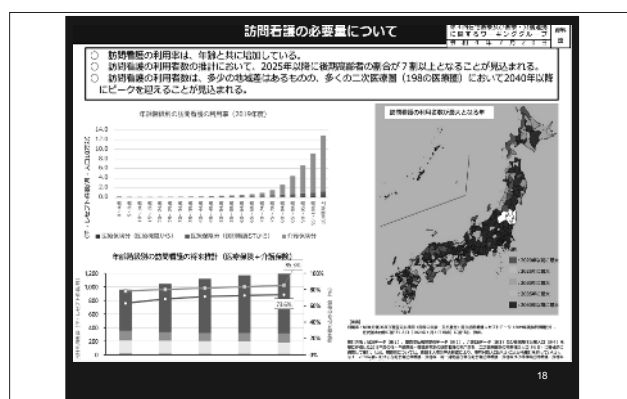
(スライド15)



(スライド16)



(スライド17)



(スライド18)

まだ増えていく部分があるだろうということでもあります。

(スライド17) それに対して在宅患者、これは青いところが圧倒的に多いわけですが、これは2040年以降ということでもありますので、在宅というのは今後もかなりのペースで増えていくだろうと見込まれているわけです。

(スライド18) 同様に訪問看護の必要量、これも青いところが一番多いですが、これも2040年以降に最大ということでもあります。したがって、こういう地域の問題と、それから外来なのか入院なのか在宅なのかという、その医療の中身によってピークを迎える時期が相当異なっているということに留意する必要があるだろうと思いま

す。

(スライド19) 以上が需要についての話ですが、次に「医療サービスの提供体制」、あるいは「医療供給」についてお話ししたいと思います。「医療供給」をめぐるいろいろな議論があり得ますが、ここでは4つほどの点に絞ってお話をしたいと思います。

まず第1は、ちょっと聞き慣れない言葉かもしれませんが、我が国の医療提供体制は資本集約的(=労働節約的)な医療提供体制であるということでもあります。これはどういうことかといいますと、医療というのは一般的には労働集約的なサービスだと考えられています。つまり労働力をたくさん使うサービスである。これはあ

ながち間違いではないわけでありましたが、しかし2つ目に書きましたように、これを国際比較をすると全然違った姿が見えてまいります。結論を先に言ってしまうと、日本の医療提供体制は資本が非常に豊富にある一方で、人員配置が極めて手薄である。つまり労働集約的ではなく資本集約的、労働節約的であるというのが大きな特色ということになります。

(スライド20) そのことをデータでお示ししたのが20ページですが、ここには先ほどお話ししたG7を取っております。医療における主要な資本ということで、人口1000人当たりの病院病床数、人口100万人当たりのCTの台数、人口100万人当たりのMRIの台数

2. 医療供給の現状と課題

(1) 資本集約的(＝労働節約的)な医療提供体制

○医療は、一般的には「労働集約的」なサービスと考えられている

○国際的に比較してみると、資本が豊富にある一方で、手薄な人員配置という状況

→いわゆる「医療崩壊」の基本的背景

→2006年改革では、ここを変える方向(病床数削減、看護職員配置等)

19

(スライド19)

○主要な医療資本投入状況の国際比較(2017年)

国名	人口千人当り 病床数	人口万人当り CT台数	人口百万人当り MRI台数 ¹⁾
日本	13.05	111.49	55.21 ¹⁾
カナダ	2.52	15.28	9.97 ¹⁾
フランス	5.98	17.35	14.21 ¹⁾
ドイツ	8.00	35.13	34.71 ¹⁾
イタリア	3.15	34.71	28.61 ¹⁾
イギリス	2.54	9.48 ²⁾	7.28 ²⁾
アメリカ	2.77 ³⁾	42.64	37.56 ¹⁾

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019より、講演者作成(*2016年、**2014年)¹⁾

20

(スライド20)

○主要な医療労働投入状況の国際比較(2017年)

国名	病床100床当り 臨床医師数	病床100床当り 臨床看護職員数	人口1,000人当り 臨床医師数	人口1,000人当り 臨床看護職員数
日本	18.5*	86.5*	2.43*	11.3 ¹⁾
カナダ	105.1	395.2	2.65	10.0
フランス	52.0	175.3	3.15	10.3 ¹⁾
ドイツ	53.1	161.6	4.25	12.9 ¹⁾
イタリア	125.4	182.3	3.99	5.8 ¹⁾
イギリス	110.8	308.5	2.81	7.8 ¹⁾
アメリカ	93.4*	427.6*	2.61	11.7 ¹⁾

出典：OECD, OECD Health Statistics 2019より、講演者作成(*2016年)¹⁾

21

(スライド21)

(2) 地域差の問題

○都道府県間・内の双方において大きな地域差
→医療政策上無視できない

○いわゆる「西高東低」の問題(次ページ)

22

(スライド22)

を取っておりますが、どの指標を取っても日本は圧倒的に高い、世界一と言っていいような状況であります。1桁、桁が違うぐらい多いということがお分かりいただけるかと思えます。

(スライド21) それに対して「労働投入」がどうかということで、ここでは代表的な労働として医師数と看護職員数を取っております。まず左半分を見ていただきたいのですが、病床100床当たりの臨床医師数と病床100床当たりの臨床看護職員数を取っておりますが、これは前のページと全く逆だということがお分かりいただけるかと思えます。つまり日本は圧倒的に少ない。1桁違うぐらい少ないわけでありまして、このことは、

前に戻りますと、19ページで申し上げたように、国際的に比較すると資本が非常に豊富にある一方で、人員配置が極めて手薄であるという状況がお分かりいただけたかと思えます。従来、こういうやり方でやってきたわけですが、このやり方が通用しないということが露呈したのが今回のコロナ禍であったと思えます。コロナ禍の当初1～2年、これは私は大変幸いなことだったと思えますが、日本は先進諸国の中では比較的、コロナの患者数、感染者数が少ない、あるいは死者数も少なかったわけですが、そこで出てきた議論として、なぜあの程度の感染者数で医療崩壊ということになるのか、あるいは病床逼迫ということになってし

まうのか、日本は世界で最も病床数が多いはずではないかと、こういう議論がありました。これも私はもっともな疑問だと思います。これに対する答えを一言で言うと、病床は多いけれども人がいない、ということでありまして、それが最大の要因であったのだろうと思えます。近年の医療制度改革では、豊富な資本を削っても人員配置を手厚くしていこうという方向にあることは間違いないのですが、それが間に合わなかったということだろうと思えます。これが1点目であります。

(スライド22) 2点目でありますが、先ほどから申し上げておりますように、医療の問題を考えると、やはり「地域差の問題」を

○病床数の地域差 (人口10万対都道府県別病院病床数: 2022.10)				
一般病床 709.6床 (最大最小比2.2)				
1.高知1130.6	2.大分1063.0	3.北海道1017.0	4.鹿児島985.5	5.和歌山954.8
47.神奈川511.6	46.埼玉515.9	45.愛知536.8	44.東京582.6	43.千葉583.5
療養病床 226.8床 (最大最小比4.8)				
1.高知659.9	2.山口559.4	3.徳島471.2	4.佐賀453.6	5.鹿児島453.4
47.神奈川138.9	46.宮城139.3	45.京都139.5	44.岐阜147.2	43.埼玉151.2
精神病床 257.6床 (最大最小比4.1)				
1.長崎598.7	2.鹿児島597.6	3.宮崎554.7	4.高知524.9	5.佐賀514.0
47.神奈川146.1	46.東京148.6	45.滋賀161.2	44.愛知164.3	43.静岡181.5

(スライド23)

無視することはできないと思います。

(スライド23) 23ページに一つの例であります、人口10万対で見た都道府県別の病院病床数、2022年10月の数字ですが、一般病床、療養病床、精神病床と分けてその地域差を示しております。上から多い県5つ、それから下から少ない県5つを並べております。まず一般病床ですが、全国平均値は709.6床ですが、最大、一番多い高知県と、最小、一番少ない神奈川県を比べると2.2倍という違いがあります。それから療養病床、平均値は226.8床ですが、一番多い高知県と一番少ない神奈川県、同じ顔ぶれですが、この最大最小比で言うと、こちらは4.8倍という相当大的な違いがあります。それから精神はちょうどその間であります、1位の長崎県と47位の神奈川県を比べると4.1倍という違いがある。この大きな地域差であります、このデータを見るときにご留意いただきたいのは、これはあくまでも都道府県単位で丸めた数字です。実は県内でさらに大きな地域差がある。2次医療圏単位で見るともっと大きな

地域差があるということでありまして、やはり地域差というのは無視できない要因だろうと思います。それからよく言われますように、この顔ぶれを見ると、いわゆる「西高東低」と、西側の県が非常に多くて、東側が少ないという状況がずっと続いているということがお分かりいただけるかと思います。

(スライド24) 次に24ページに行きまして、3番目ではありますが、「医療施設体系の連続性」です。これは一言で言うと病院と診療所の区別、機能分担、連携が少ない。よく言われる話であります、我が国ではしばしば診療所が大きくなったものが病院だということが言われます。これはかなり実際にも当たっている面があると思いますが、これは我が国独特の現象であります、日本では診療所から大病院まで非常に連続的な構造を取っているということでもあります。そのことの原因でもあり、あるいは結果でもあるのですが、診療報酬を考えていただくと、特に外来の診療報酬は病院と診療所が基本的に共通の出来高払いの点数表を持っております。もちろん、

(3)医療施設体系の連続性
○病院と診療所の区別、機能分担、連携が少ない →「診療所が大きくなったものが病院」
○診療報酬も基本的に病院、診療所共通: 出来高払
○Lack of differentiation and standardization 機能分化和標準化の欠落: OECD(2001)

(スライド24)

点数によっては少し変えているところもあるのですが基本は一緒です。そうすると、このことは病院経営に非常に大きな影響を与える。つまり病院における外来をどう位置づけるかというのが非常に大きな課題になってくるだろうと思います。こういう状況を指して、これも20年以上前ですが、OECDの報告書が日本の医療提供体制について、いい点もいろいろ評価してくれているのですが、問題点として、機能分化和標準化が欠けているのではないかという指摘をしております。この指摘、私も20数年前に読みまして、悔しいけれどもなかなかいいところを突いているなと思いました。実際、最近の制度改革というのはまさにここです。機能分化和標準化を進めていこうという方向にあると考えられます。これが3点目であります。

(スライド25) それから4点目、最後ですが、「Laissez-faireの医療提供政策」と書きました。Laissez-faireというのはいわゆる自由放任主義ということでもあります。これはどういうことかといいますと、医療政策と言っても、医療保障政策と医療提供政策とは全

(4) Laissez-faireの医療提供政策

○Laissez-faire(自由放任主義)

- ・医療保障政策は、強い国家の介入: 皆保険体制、医療保険改革等々
- ・医療提供体制については、「自由放任」
→基本的に自由開業制で、医療機器の規制もない
- ・医療計画の病床規制も増床抑制のみ
→人口減少社会で今の体制で持つのか？

25

[illegible]

3. 地域医療構想の概要

◎地域医療構想の経緯

- 「2025年ビジョン」(2011年)が出发点
 - ・「社会保障・税の一体改革」の一環
 - ・「改革シナリオ」の方がおカネがかかる
 - 消費税増税へ
- 急性期医療の確立と、居住系を中心とする在宅ケアの拡充が「盾の両面」

26

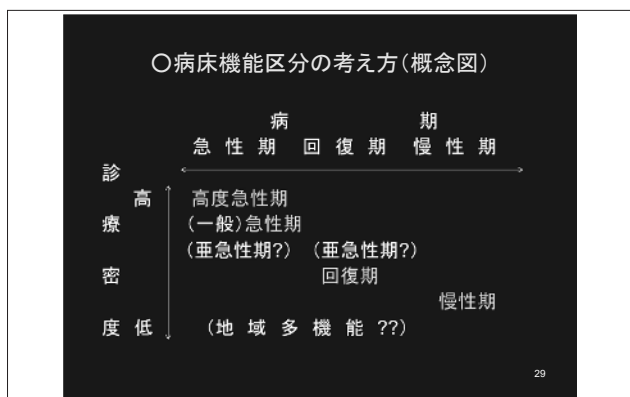
○「2025年ビジョン」を基に、一般病床の機能分化についての議論

→一般病床に加え、療養病床も対象とすることに
精神病床は対象外となった

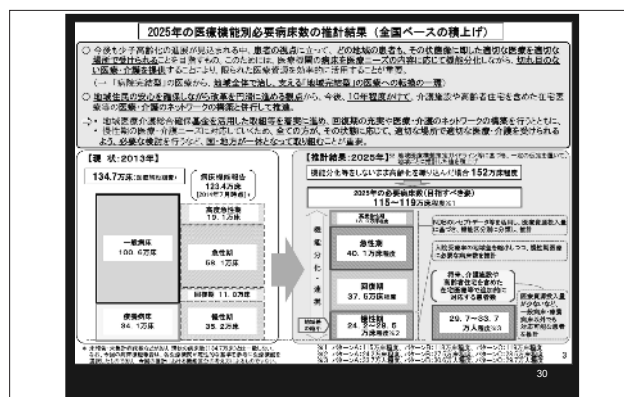
○病床の機能区分

- ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分に
- ・当初案にあった「亜急性期」は排された

28



(スライド29)



(スライド30)

4. 地域医療構想の位置付け

(1) 地域医療構想の位置付け

○日本の伝統的な医療提供政策(Laissez-faire: 自由放任主義)から一歩踏み出したもの

○医療機関の自主的選択による地域の医療提供体制の実現

(スライド31)

(2) 地域医療構想と医療機関経営

○基本的な経営戦略(ポジショニング)に関わる問題

- ・公開データを基に、地域における自院のポジショニングをどう考えるか

○診療報酬との比較

- ・法律事項vs.大臣告示別表

(スライド32)

いいますと、後で申し上げますが、次の地域医療構想では精神も入れようではないかという議論が、今、進んでおります。しかし現在の地域医療構想では入っていないという、そういうことであります。それから「病床の機能区分」についても、これもご案内のとおり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4区分になったわけですが、当初の案ではこれに加えて「亜急性期」というのがありました。

(スライド29) 次の29ページを見ていただきますと、黄色く塗ってありますが現在の病床機能報告で報告しているものですが、もう一つ亜急性期というのがあったのですが、これがいろいろな議論の結果、消えてしまいました。そ

の結果、よく言われる、急性期が非常に過大な報告で、回復期が過少な報告になっているということが言われますが、私はこれはかなりの程度、見かけ上の姿だと思っています。もし亜急性期という、名称はともかくとして、もう一つ機能があれば、もう少しバランスの取れた報告になっていたのではないかと思います。

(スライド30) 30ページは、これらはもうご案内の当初の報告と、それから病床の必要量を比較したものであります。

(スライド31) 31ページからですが、「地域医療構想の位置づけ」ということですが、先ほど申し上げたとおりでありまして、我が国の伝統的な医療提供政策、

Laissez-faire、自由放任主義から一歩踏み出したものであると位置づけることができると思います。つまり、医療機関が自主的に選択をして、地域の医療提供体制を実現していこうということでありまして、単なる自由放任から一歩踏み出したものと考えられると思います。

(スライド32) 「地域医療構想と医療機関経営」ということを考えると、やはりこれは基本的な医療機関の経営戦略、先ほどポジショニングということを申し上げましたが、それに関わる問題だと思います。ここに書きましたように、公開データを基にして、いかにして自院のポジショニングを考えたということだと思います。これ

5. 地域医療構想の現状評価

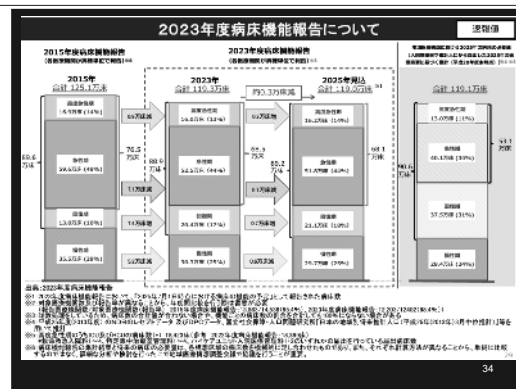
(1) 地域医療構想の現状

○2023年度報告まで判明

- ・全体として、一定の進捗
→必要病床数に近づく方向にある
- ・地域によっては課題有り
- ・2025年に向けてさらに加速する必要

33

(スライド33)



34

(スライド34)

とよく比較されるのが診療報酬でありますけれども、診療報酬と地域医療構想というのはレベルの違う話です。法令的に言っても、地域医療構想というのは、これは医療法という法律であります。診療報酬というのは、そこに書いてありますように、大臣告示の別表という非常に低い位置づけであります。低いから重要ではないということではないのですが、診療報酬というのは非常に柔軟に変化をしていくものだと思います。それに対して、地域医療構想というのは一応医療法という法律に位置づけられたものですので、これを自院の経営戦略でどう考えるかということ是非常重要的課題だろうと思います。

(スライド33)

(スライド34) 次に「現状」がどこまで来ているかということですが、これもご案内のとおり、34ページをご覧くださいますと、一番右、これが2025年の病床の必要量の推計をしたものです。真ん中に2023年、それから2025年見込みと書いてありますが、皆さんの病院等からご報告していただいた2023年度の結果でありま

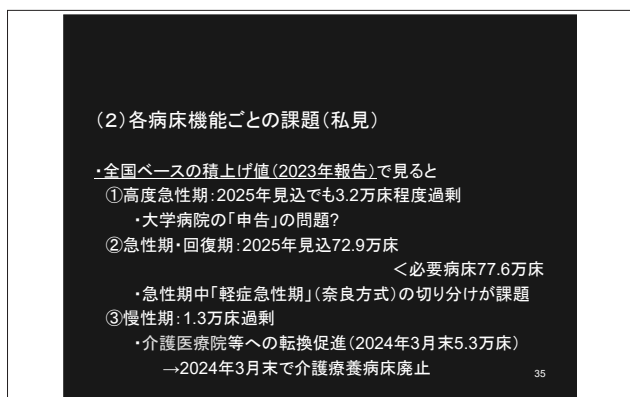
す。このうち、2025年の見込みと、それから一番右の必要病床数、病床の必要量を比較するとどうかということではありますが、全体としてはかなり近づいてきていることは間違いのないと思います。

(スライド35)「各病床機能ごと」を見ると、高度急性期はまだ3万床程度過剰ですが、これは大学病院の「申告」の問題があるのだらうと思います。それから急性期と回復期は、合計するともう既に病床の必要量を下回っているのですが、一見すると急性期が過大で回復期が過少のような報告になっておりますが、これについては先ほど申し上げたとおりでありまして、これは見かけ上の姿だと思います。実は地域医療構想で最も進んでおりますのは慢性期でありまして、既にこの2025年の見込みですと、1.3万床程度の過剰というところまで来ております。なぜここまで来ているかというと、最大の要因は介護医療院という介護療養病床等からの転換先をつくったということでもあります。介護医療院は今年の3月末でもう5万3000床になっておりますが、一方で、今年の3月末で介護療養病床が廃止

になったということで、その辺が一番効いて、慢性期がかなり病床の必要量に近づいてきているということだろうと思います。

(スライド36) 最後、「展望」です。現在の地域医療構想、まだ2025年に向けて進めておりますので、実は現在2つの検討会があります。左のほう、これが私が座長を務めておりますワーキンググループです。これは現在の地域医療構想を2025年までどうやって管理していくかという話をしております。右のほう、先ほど森光局長のお話にありました、新たな地域医療構想に関する検討会ということでありまして、これは今年の3月から動いております。どちらもこの時点で言うと、小熊前会長にご参加いただいておりますが、現在は望月会長に両方の検討会、ワーキンググループにご参加をいただいているという状況であります。右のほうが新たな地域医療構想を検討しているということでありまして、遠藤久夫学習院大学学長が座長をされております。私は座長代理をしております。

(スライド37) どういう「スケジュール」かというと、これは大



(スライド35)



(スライド36)



(スライド37)



(スライド38)

変なスケジュールであります。今年中にまとめるということになっておりますが、ここのところ月に3回ぐらい開催するような大変なペースでやっております。そして、来年度、2025年度に、今回の報告書だけでは具体的な姿が分かりませんので、ガイドラインの策定を行うことになっています。2026年度には、各都道府県がそのガイドラインに従って新たな地域医療構想を策定する。ということは新たな地域医療構想が動き出すのは2027年度からということになります。ちょっとおかしいのではないかと思います。というのは、2025年度までで今の地域医療構想が終わって、2026年度はどうなるのかと思われるかもし

れませんが、これは明らかに検討が遅れた結果でありまして、1年穴が空くことになっていますが、そこをどうするかというのは現時点では私もよく分かりませんが、新たな地域医療構想はいずれにしても2027年度からということになっております。

(スライド38) 内容については、先ほど、森光局長のお話にあったとおりでありまして、2040年頃を見据えることになっています。高齢化のピークを踏まえ、2040年頃を見据えるということと、この一番上に書いてありますが、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるようにするとされています。現在の地域医療構想が、団塊の世代が75歳

以上の後期高齢者になるということ意識していましたが、新しい地域医療構想はこの85歳以上ということを出しております。ゴシックで書いてあるとおり、「病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討」ということになっております。

(スライド39)

(スライド40)

(スライド41) 39ページ、40ページ、41ページに、最近の議論の要点が書いてありますので、この辺は後でご覧いただければと思います。

(スライド42) 1つ、大きな「現行の地域医療構想からの変更点」



(スライド43)これはまだ固まったものではありませんが、43ページをご覧くださいと「イメージ」ということで、例えばこんなもの

が考えられるのではないかということで、上の青い四角で囲んでいますのは、地域ごとに求められる医療提供機能、それから下のピンクのものが、これはより広域的な観点から求められる機能ということで、一応、この6つが今議論をされており、これはまだ流動的であります。一応、これに基づいて「医療機関機能」というものを併せて考えていこうというのが今回の地域医療構想の一つの流れであります。

(スライド44) それから先ほどご紹介いただきましたように、精神医療をどうするかというのが大きな問題となっていておまして、実は今、こういうプロジェクトチームを設置しまして、精神医療を仮

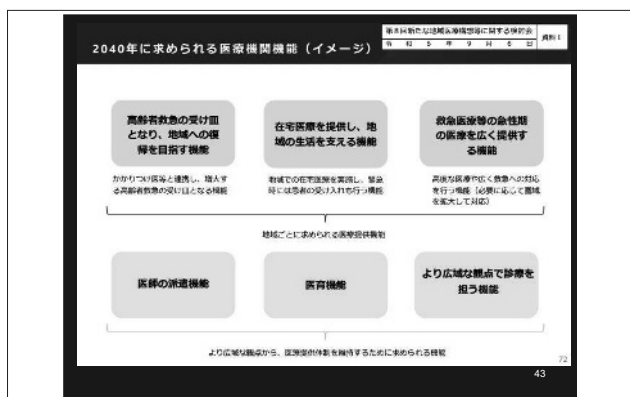
に地域医療構想に位置づけるとし
たときにはどういう課題があるの
かというところを検討しています。
これはまだ1回やっただけで
すが、一応、年内にはまとめて、
恐らく精神医療を位置づけるとい
う方向になるだろうと思います。

(スライド45)それで時間になってしましまして、「若干の私見」というところがあるのですが、これについては後ほど、討論の中でまたご紹介をさせていただければと思います。

私からの報告は以上とさせていただきます。どうもご清聴、ありがとうございました。

須田座長

尾形先生、ありがとうございます



(スライド43)

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチームの開催について (案)

① 精神保健福祉法については、平成16年9月に精神保健福祉法(本計画:厚生労働省)で策定された「精神保健福祉法の改正とシナジー」において「入院医療から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な議論が行われてきた。

② 特に、精神入院医療のあり方については、「医療の質と精神医療に対する広域の提供を確保するための指針」(平成26年3月発表)等により、精神療養の適応施設(地域移行・地域生活支援、精神科病院における療養の適応化及び機能分化等を重要な方向性と位置づけ施策を進めてきている。

③ また、精神療養者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神療養者が地域の一員として安心して暮らしたいと望むことができるよう、「精神療養にも対応した地域ケアシステム」を構築し、重層的な支援体制を整備していくこととしている。

④ このような中、新たな地域医療構想については、2040年時を見据え、医療・介護の複合ニーズを捉える85歳以上人口の増大や高齢世代の減少等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医療機関や在宅医療、医療・介護連携等を定め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的とし、新たな地域医療構想等、既存の検討会と検討を進めている。

⑤ 精神医療については現行の地域医療構想では精神科法の適用範囲外や長年の必要量の過剰等が行われていないところ、これまでの地域医療構想に関する議論等を踏まえ、精神療養の専門家を担いとする医療機関を明確に「専門的な移行を行うプロジェクトチーム」を組織して、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討を行い、本検討会に検討結果を報告していくこととしている。

<新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム>

検討事項

- 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等

構成

- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者等

スケジュール

- 10~11月に議論を行い、11~12月に本検討会に検討結果を報告

(スライド44)

7. 若干の私見

○将来推計の方法論

- ・「現状投影型」vs.「あるべき将来像」ないしは「バックキャスト型」推計

○地域医療構想vs.地域医療介護構想

- ・時間的制約
- ・医療・介護の連携:制度的制約
- (例)介護医療院への転換

(スライド45)

○「ビジョン」vs.オペレーショナルな「構想」

- ・2025年ビジョンと地域医療構想の比較

○地域医療構想の位置付け

- ・医療計画の一部という現在の位置付け

○Laissez-faireからどこまで踏み出すか

- ・「公一民」型の医療政策
- ・都道府県知事の権限論

(スライド46)

した。続きまして発表に入りますが、発表の1番目は、「新たな地域医療構想における地域の中核病院の役割」と題しまして、総合病院国保旭中央病院・野村幸博先生にお願いをいたしたく存じます。

総合病院国保旭中央病院長
野村 幸博 氏



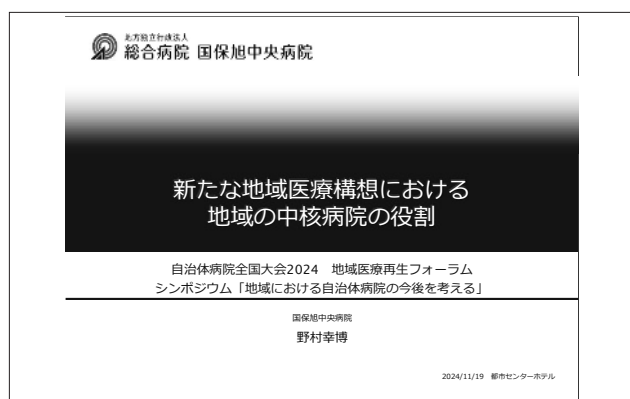
ご紹介いただきました、旭中央病院の病院長を務めております野

村でございます。

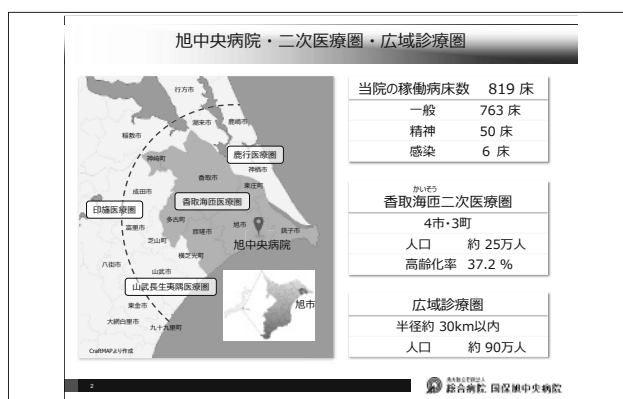
(スライド1) 本日は「新たな地域医療構想における地域の中核病院の役割」というタイトルで、当院、千葉県の北東部にありますけれども、この地域の中核病院でございます。今後の、現在議論されております新たな地域医療構想における、特に医療機関機能、これに的を絞ってお話したいと思っております。

(スライド2) 当院は先ほど申しましたように千葉県の北東部にございまして、当院の稼働病床数は819床、一般が763床という大規模病院でございますが、この緑色で塗った部分が当院が所属します2次医療圏、香取海匠医療圏でございます。人口は約25万人で、千葉

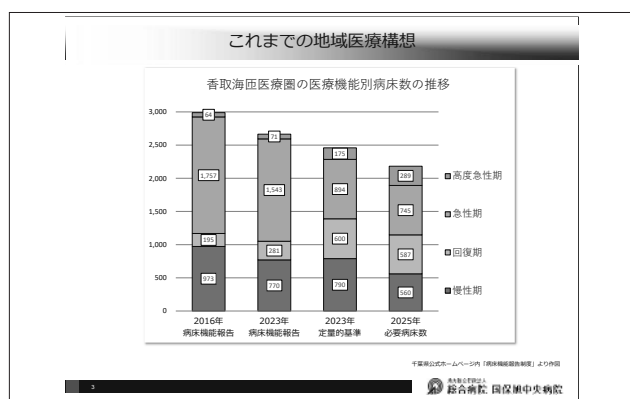
県の2次医療圏の中で最も人口減少の激しい地域でございます。先ほど尾形先生からも県内の地域差が非常に大きいというお話がありましたが、千葉県も非常に大きゅうございまして、東京に近い地域、東葛地域と言います。あるいは県庁所在地であります千葉市は非常に大都会なのですけれども、当院のあります北東部、あるいは房総半島南部というのは大変な田舎でございまして、人口減少も激しいところでございます。当院は半径30キロ以内から多くの患者さんが来ます。この半径30キロが大体、広域の診療圏ということになっております。下にあります、お隣の山武長生夷隅医療圏、あるいは茨城県の南東部ですけれども、この



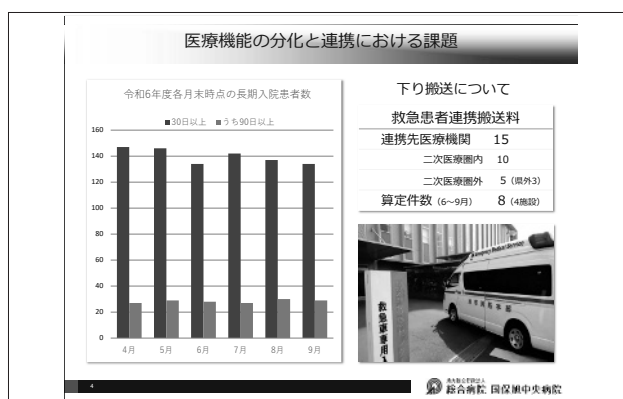
(スライド1)



(スライド2)



(スライド3)



(スライド4)

鹿行医療圏からも患者さんがいらっしゃいます。

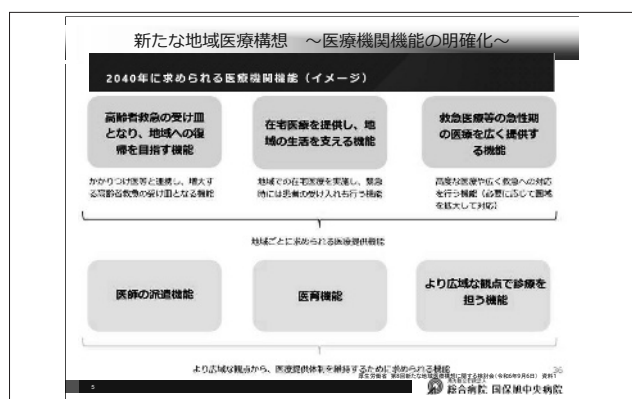
(スライド3) これまでの「香取海匠医療圏におきます医療機能病床数の推移」というのを見てみたいと思いますが、2016年の病床機能報告ですけれども、これではやはり急性期が大変過剰だという報告になっておりまして、回復期が足りない。慢性期が、やはりこれも過剰という報告でした。7年後の2023年ですが、このときの報告で、全体の病床数は減っているのですけれども、やはりまだ急性期は相変わらず過剰と。回復期もまだ足りないということなのですが、この2023年、比較的、客観的な評価という定量的基準というので見ますと、実際には急性期が減

りまして回復期が増えているということで、報告にありました急性期の一部は回復期に相当するだろうと評価されたわけでございます。この2023年の定量的基準を2025年の必要病床数と比較しますと、かなり必要病床数に近づいているのではないかと思います。

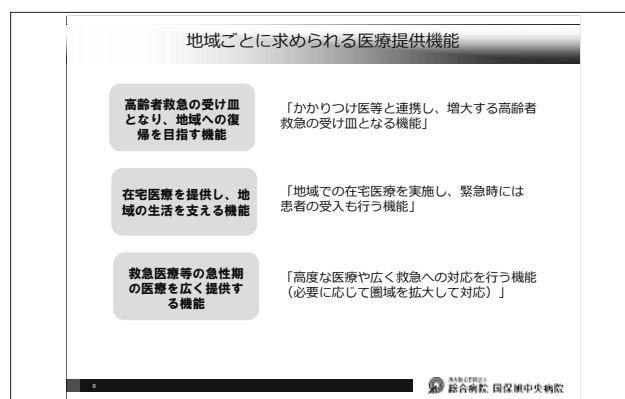
(スライド4) 実態として地域医療の連携がうまくいっているのではないかと思います。旭中央病院の長期入院患者数が140人前後、90日以上長期入院患者が30人ぐらいということで、なかなか早期の転院というのが進まない状況がご

ざいます。また今年度から設定されました救急患者連携搬送料ですが、連携先医療機関としては大変ご協力をいただきまして、15の医療機関が登録されたわけですが、実際の運用としましては、6月から10月までの5か月で10件ということで、なかなか下り搬送もうまくいっていないという状況でございます。病床機能報告、定量的基準では大分うまくいっているように見えますけれども、連携はなかなか進んでいないという状況でございます。

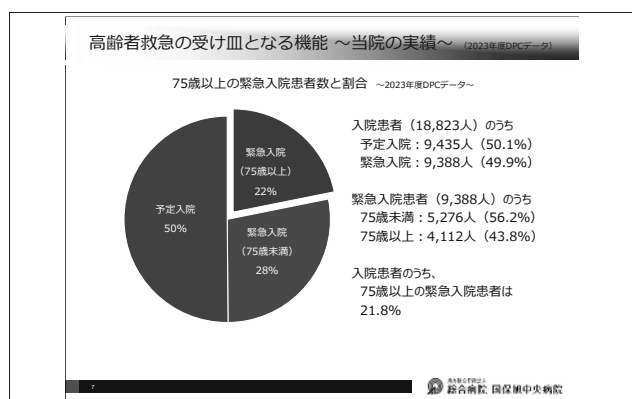
(スライド5) ここから「新たな地域医療構想におきます医療機能」、これに当てはめまして、当院の役割というのを考えたいと思いますが、これは皆さんご存じ



（スライド5）



（スライド6）



（スライド7）

高齢者救急の受け皿となる機能 ～当院の実績～（2023年度DPCデータ）

75歳以上の緊急入院患者の疾患名（症例数の多い順）

MDC06：疾患名	症例数	割合
010060:脳梗塞	270	6.6%
040080:肺炎等	201	4.9%
060340:胆管(肝内外)結石、胆管炎	198	4.8%
180030:その他の感染症(真菌を除く)	184	4.5%
160800:股関節・大腿近位の骨折	177	4.3%
050130:心不全	171	4.2%
160100:頭蓋・頭蓋内損傷	160	3.9%
050030:急性心筋梗塞(続発性合併症を含む)、再発性心筋梗塞	150	3.6%
110310:腎臓又は尿路の感染症	142	3.5%
050210:徐脈性不整脈	138	3.4%
040081:誤嚥性肺炎	132	3.2%
その他疾患	2,189	53.2%

総合病院 国保中央病院

（スライド8）

と思いますが、現在、議論されております医療機関機能を明確化しようという方向で検討が進められているわけでございます。地域ごとに求められる医療機関機能と、より広域な観点からの医療提供体制と、大きく分けて2つに関して議論が進められております。

（スライド6）「地域ごとに求められる医療提供機能」というのを見ていきと思いますが、これは3つありまして、「高齢者救急の受皿」、それから「在宅医療の提供」、「救急医療・急性期医療の提供」、この3つが議論されているわけでございます。

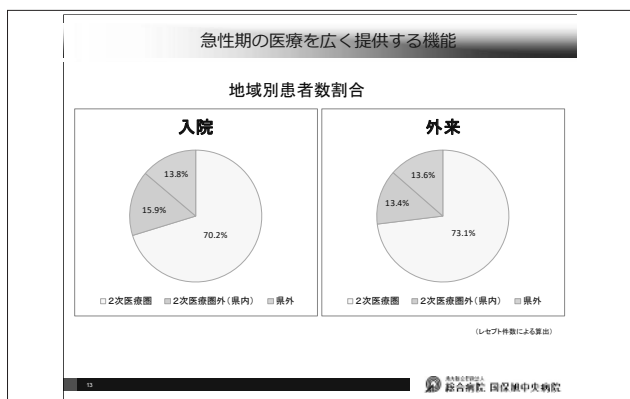
（スライド7）「当院の高齢者救急の実績」についてお話ししたいと思いますが、この円グラフ、当

院の全ての入院患者を表しておりますが、このうち半分が救急入院患者でございます。その救急入院患者のうちの約44%、高齢者は何歳以上かという議論のあるところだと思いますけれども、75歳以上と区切った場合には、この44%が75歳以上の救急入院患者である。結局、全入院患者の22%が75歳以上の緊急入院患者ということで、当院は既に高齢者救急の地域の受皿となっていると言えるかと思います。

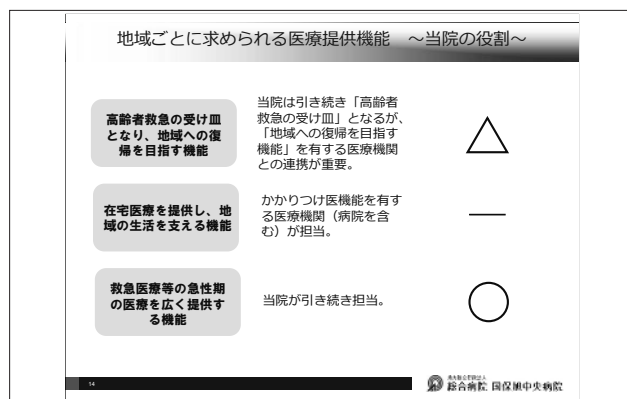
（スライド8）「75歳以上の緊急入院患者の疾患名」を調べてみますと、やはり肺炎、あるいは尿路感染症、誤嚥性肺炎といった2次救急でしょうか。当院は3次救急もやっているわけですが、

受皿となるべき疾患が大変多くなっているということが分かると思います。

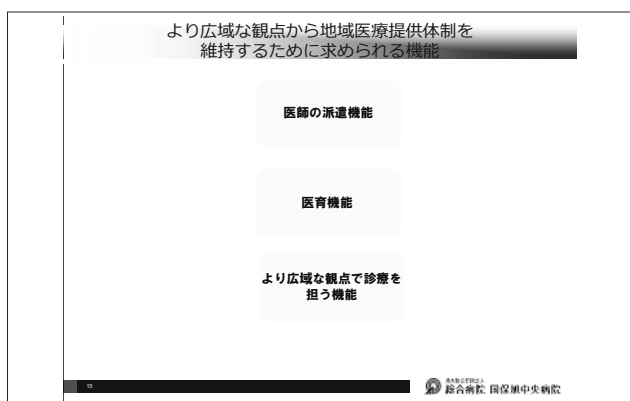
（スライド9）これも新たな地域医療構想における「構想区域のイメージ図」なのですが、これまでのイメージというのが、まさに当院の属します医療圏のイメージかと思いますが、中核病院があって、その後、中小病院が、当地域には各市町に公立病院があるわけですが、全てが200床以下の中小病院でございます。ですのでまさにこういったイメージで現在に至っているわけですが、2040年までに編統合ということだと思いますけれども、これで高齢者救急の受皿となる病院をつくらうというイメージなわけ



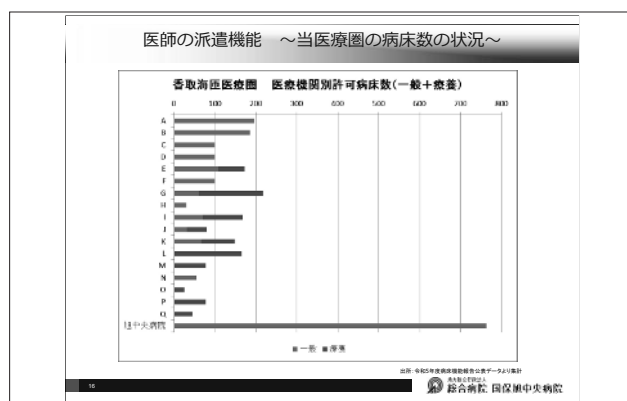
(スライド13)



(スライド14)



(スライド15)



(スライド16)



(スライド17)



(スライド18)

後の、救急医療及び急性期医療、この提供は当院が引き続き担当するというので丸（○）とさせていただきます。

（スライド15）続いてもう一つの観点、「より広域な観点からの地域医療提供体制」です。

（スライド16）これまでの議論

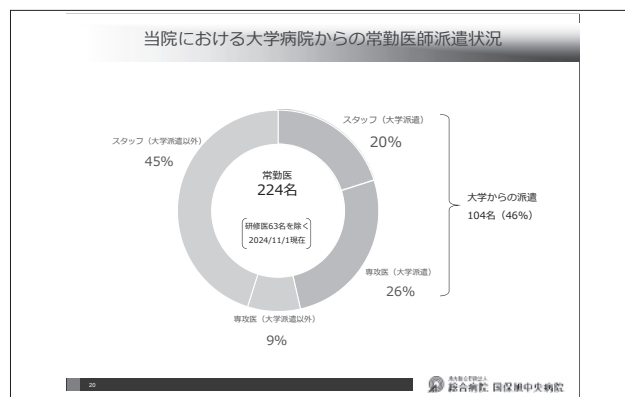
では主に大学病院本院が受け持つ機能とされておりますけれども、これを当院のほうでちょっと考えてみますと、まず医師の派遣機能ですが、これは当医療圏の病床数の状況ですが、一番下が当院でございます、このように当院の病床数が多いといいますが、一極集

中の状態でございます。他の医療機関では一般床が200床以上の医療機関はございません。

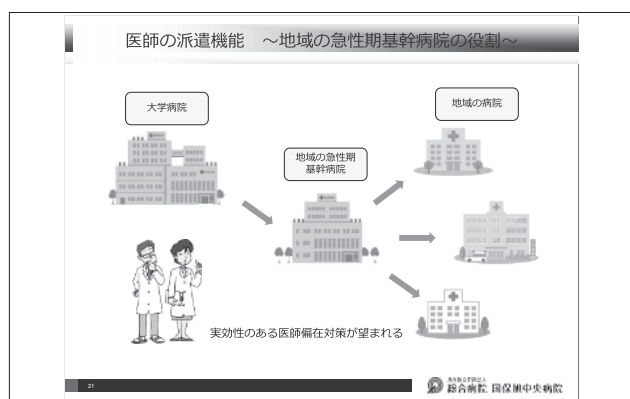
（スライド17）こちら字が小さいのですが、上が当医療圏の常勤医の医師数、病院ごとの常勤医の医師数ですが、ほとんどが当院に集中しておりまして、他の



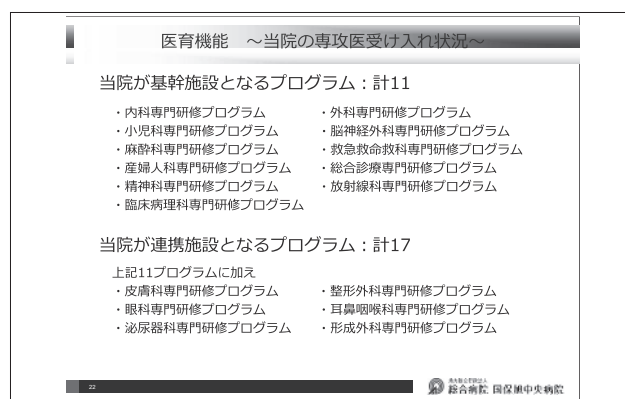
(スライド19)



(スライド20)



(スライド21)



(スライド22)

中小病院は医師の確保に大変苦労しているという状況でございます。

(スライド18) したがって、当院にはこの「医師の派遣機能」、地域の中小病院に対する医師の派遣機能が期待されるわけですが、現在、当院からは2次医療圏の内外を併せまして9施設に医師を派遣しておりますが、全て非常勤の医師でございまして、現状、なかなか当院も余裕がなくて、常勤の医師が派遣できない状況であるということが言えると思います。

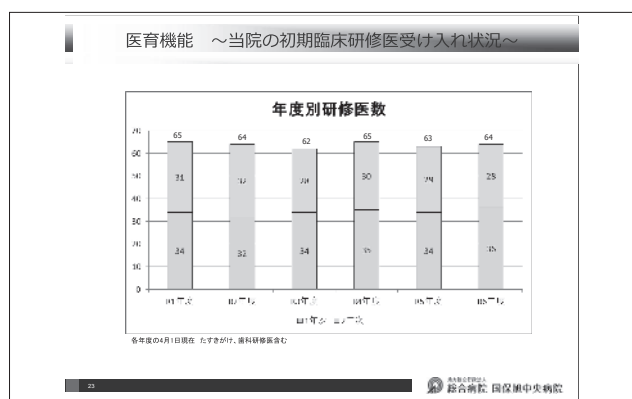
(スライド19) これは厚労省の資料ですけれども、大学病院からは年間約6万人程度の常勤医師が全国で派遣されており、地域の医療提供体制に大学病院がかなり貢

献されているということが記されております。

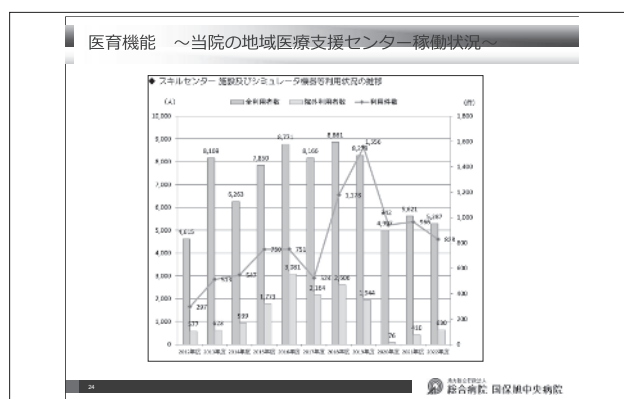
(スライド20) 当院の状況を見てみましても、当院は研修医を除きまして常勤医が224名おりますが、スタッフ医師及び専攻医で大学から派遣されている医師がこのうちの104名、46%を占めておりますが、これらの医師を大学病院からの派遣に頼っているという状況でございます。

ただ、医師の働き方改革も始まりまして、これだけの医師でもなかなか当院の機能を維持するのが精いっぱいというところで、余裕がない状況で地域への常勤医の派遣がなかなかできていないというところがございます。

(スライド21) これをどうすればいいかということですが、大学病院からの医師派遣というのは、大体はこの地域の急性期の基幹病院に行くことが多いのではないかと思います。すなわち、地域の中小病院には大学からはなかなか派遣しにくい状況もあると思いますので、大学病院との連携をもっと密にして派遣していただいて、余裕を持った状態で地域の病院に常勤医を派遣したい。さらに医師偏在対策、実効性を持って実施していただければ、当院、あるいは中小病院の医師派遣も順調になって、うまくいくのではないかと思います。現在議論されております医師偏在対策には大いに期待しているところがございます。



(スライド23)



(スライド24)

医育機能 ～当院の地域医療支援センター稼働状況～

院外からの利用状況(2023年度)

利用状況	人数	研修医、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、介護施設職員、就労支援事業所職員ほか
他施設職員	121人	各種研修
地元消防署職員	13人	救急救命士、消防・救急隊員、JPTCプロバイダーコース研修
大学生・専門学校生	48人	インターンシップ、各種研修

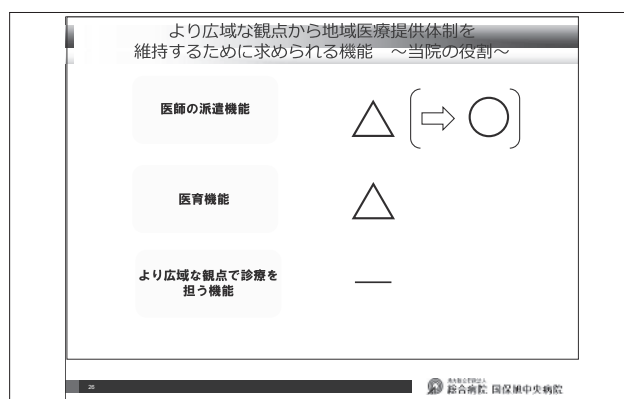
このほか、職業体験(小・中・高校生)、健康調査等(地域住民)による利用:約500人

参考:2017年度

利用状況	人数	研修医、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、介護施設職員、就労支援事業所職員ほか
他施設職員	304	各種研修
地元消防署職員	191	救急救命士、消防隊員
大学生・専門学校生	29	講座、研修、オープンキャンパス等

このほか、職業体験(小・中・高校生)、健康調査等(地域住民)による利用:約1,800人

(スライド25)



(スライド26)

(スライド22) 次に「医育機能」ですが、当院、基幹施設となるプログラムを11、持っておりまして、医師の卒後教育というところでは大いに貢献できているのではないかなと思います。

(スライド23) 初期研修医も毎年30人受け入れておりますので、この点でも医育機能を卒後の教育と考えれば、当院もその一翼を担っていると言えるかと思えます。

(スライド24) 当院にはまた「地域医療支援センター」がございまして、これは地域の医療従事者にいろいろな研修を行う施設でございまして、ここもかなり積極的に研修を行っております。

(スライド25) 「院外からの利用

状況」、この支援センターにはシミュレーターが多数完備しておりますので、これを利用して研修を行っている次第でございます。

(スライド26) こういう点でまとめてみますと、「医師の派遣機能」、現在、非常勤医だけですけれども、将来的には常勤医も派遣したいと考えております。「医育機能」も卒後教育、あるいは地域の医療従事者の研修という点では、その一端を担えることができるのではないかと考えております。この「より広域な観点での診療を担う機能」というのは恐らく都道府県単位ということになると思いますので、これは大学病院本院が受け持つべき機能かなと考えております。

(スライド27) これをまとめてみますと、「当院の医療機関機能」、このような4つの機能を提供したいと考えております。ですが、それぞれ課題もございまして、特に救急医療・急性期医療の提供ですが、全国的に急性期病院の経営が悪化しておりまして、当院も例外ではございません。昨年、開院以来ずっと黒字でしたけれども、70年で初めて赤字になるという非常に厳しい状況で、現在、経営状況の再建に努力しているわけですが、やはり急性期医療の提供には経営基盤の再構築が急務であらうと考えております。また医師の派遣機能ですが、当院は都市部から遠いところにあり、そういう地理的な問題が医師確保に非常

当院の医療機関機能と課題	
救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能	従来から急性期基幹病院としての機能を発揮 急性期病院の経営悪化 → 経営基盤の再構築が急務
高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能	従来から高齢者救急の受け皿 地域の医療資源の現状 → 今後も高齢者救急を担当
医師の派遣機能	従来から非常勤医を派遣 現状は医師数に余裕がない → 医師の偏在対策が急務
医育機能	従来から卒後教育、地域の医療者への研修を実施 地域の基幹病院での教育・研修機能への更なる支援が必要

(スライド27)

医療機関機能報告
これまでの主な議論（医療機関機能（案））
医療機関機能の考え方 ① 急性期医療に重点を置いて、地域の医療ニーズに応じた医療機関の役割を明確化し、急性期医療の提供を担う。② 地域医療の基盤を強化し、地域医療の発展に貢献する。③ 地域医療の発展に貢献する。④ 地域医療の発展に貢献する。⑤ 地域医療の発展に貢献する。⑥ 地域医療の発展に貢献する。⑦ 地域医療の発展に貢献する。⑧ 地域医療の発展に貢献する。⑨ 地域医療の発展に貢献する。⑩ 地域医療の発展に貢献する。⑪ 地域医療の発展に貢献する。⑫ 地域医療の発展に貢献する。⑬ 地域医療の発展に貢献する。⑭ 地域医療の発展に貢献する。⑮ 地域医療の発展に貢献する。⑯ 地域医療の発展に貢献する。⑰ 地域医療の発展に貢献する。⑱ 地域医療の発展に貢献する。⑲ 地域医療の発展に貢献する。⑳ 地域医療の発展に貢献する。㉑ 地域医療の発展に貢献する。㉒ 地域医療の発展に貢献する。㉓ 地域医療の発展に貢献する。㉔ 地域医療の発展に貢献する。㉕ 地域医療の発展に貢献する。㉖ 地域医療の発展に貢献する。㉗ 地域医療の発展に貢献する。㉘ 地域医療の発展に貢献する。㉙ 地域医療の発展に貢献する。㉚ 地域医療の発展に貢献する。㉛ 地域医療の発展に貢献する。㉜ 地域医療の発展に貢献する。㉝ 地域医療の発展に貢献する。㉞ 地域医療の発展に貢献する。㉟ 地域医療の発展に貢献する。㊱ 地域医療の発展に貢献する。㊲ 地域医療の発展に貢献する。㊳ 地域医療の発展に貢献する。㊴ 地域医療の発展に貢献する。㊵ 地域医療の発展に貢献する。㊶ 地域医療の発展に貢献する。㊷ 地域医療の発展に貢献する。㊸ 地域医療の発展に貢献する。㊹ 地域医療の発展に貢献する。㊺ 地域医療の発展に貢献する。㊻ 地域医療の発展に貢献する。㊼ 地域医療の発展に貢献する。㊽ 地域医療の発展に貢献する。㊾ 地域医療の発展に貢献する。㊿ 地域医療の発展に貢献する。

(スライド28)

まとめ
- 新たな地域医療構想において医療機関機能の明確化により、医療機関の役割分担の実効性が高まり、地域医療連携が推進されることが期待される。 - 地方における医師不足対策として、大学とのさらなる連携強化、医師の地域・診療科偏在の解消が急務である。 - 医療機関の経営状況は急激に悪化しており、新たな地域医療構想を進める上で、経営基盤の再構築と安定が必須である。

(スライド29)

に苦勞する原因になっているというのがございまして、この点でも医師の偏在対策が急務であろうと考えております。

(スライド28) 11月8日に行われました新たな地域医療構想の検討会で新たな議論がありまして、この医療機関機能の案が出ました。報告なのかと思いますが、当院は急性期拠点病院、急性期拠点機能、これを担うというのと、高齢者救急等機能も地域の実情を考えますとこれからも担っていかないとはいけなだろうと思います。また、広域な観点による基幹機能のうちの広域診療機能ですが、これはもともと大学病院本院を考慮した機能でございすけれども、急性期拠点病院も担ってもよい、という

ことですので、これもこの一端を担うということになるかと思えます。

(スライド29)以上、一般的な「まとめ」を書かせていただきましたが、当地域は医療資源の少ないところに、当院のような一極集中のような病院があるという非常に特徴的な地域でございまして、このように全国、それぞれ地域の特徴があるだろうと思いますので、それに沿った医療機関機能の明確化、あるいは連携のあり方というのが重要になってくるのだらうと思います。

私の発表は以上でございす。ご清聴、ありがとうございました。

須田座長

それでは引き続き、次の発表に入らせていただきます。

発表2番目は「地域における自治体病院の今後を考える」と題しまして、綾川町国民健康保険陶病院院長・大原昌樹先生にご発表をお願いをいたしております。

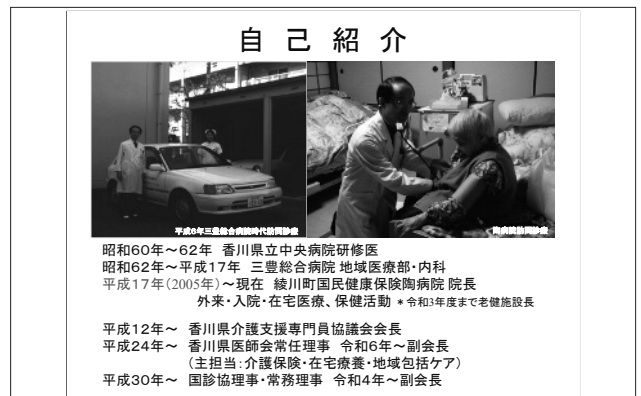
綾川町国民健康保険陶病院院長
大原 昌樹 氏



当院は63床の小規模な病院です



(スライド1)



(スライド2)



(スライド3)



(スライド4)

が、その取組についてご紹介させていただきます。

(スライド1)

(スライド2) 私は、大学卒業以来ずっと自治体病院におります。県立中央病院で研修をした後、旭中央病院ほどではありませんが、田舎の大病院である三豊総合病院に18年おり、内科診療ともに地域医療に取り組みました。2005年、現在の陶病院に異動し20年目を迎えています。全自病協では、中小病院委員会委員や理事をさせていただいています。(スライド3) 香川県は、面積は全国最小で人口92万人、高齢化率33%です。自治体病院は以前は13ありましたが、現在11となり、近々、高松市立みんなの病院塩江分院というへき地

病院が閉院し10になります。国保直診が閉院や統合となっています。

(スライド4) 綾川町の紹介ですが、人口2万3000人、高齢者率36%です。要支援・要介護者は20%前後で、介護予防でこれを減らしたいと取り組んでいます。さぬきうどん発祥の地であり、ユネスコ無形文化遺産登録された滝宮念仏踊り(雨乞い踊り)が有名です。

(スライド5) 病院は2004年に新築移転し、国保総合保健施設「えがお」が併設されました。また、5年遅れて2009年に老健が併設されました。

(スライド6) 「えがお」に町健康福祉課保健部門があり保健師な

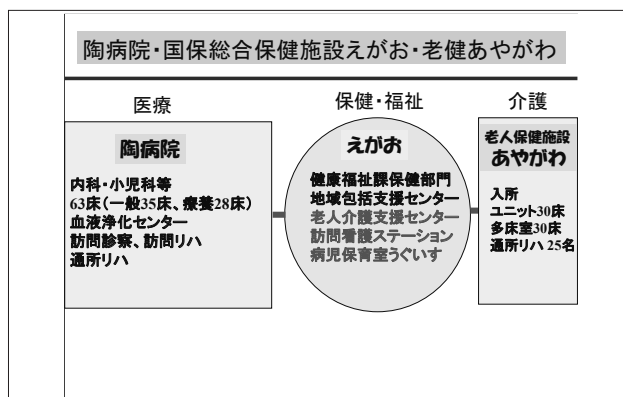
どがいます。また、町が運営する地域包括支援センターもあり保健師、介護支援専門員、社会福祉士がいます。老人介護支援センター(居宅介護支援事業所)、訪問看護ステーション、病児保育室は、病院の附帯事業として病院から職員が出向しています。それに60床の老健という構成です。

(スライド7) 2012年総務大臣表彰、その前年に全自病協会会長表彰を頂きました。写真の藤井町長は約60年政治家をされた方で、町長も40年近くされました。この方が当時反対もあった新病院の建築を進めていただきました。

(スライド8) 当院は、昭和26年当時無医村だった陶村に開設され、昭和49年に病院になりました。



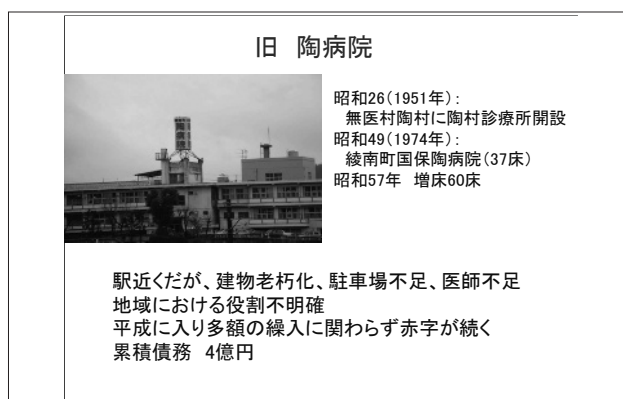
(スライド5)



(スライド6)



(スライド7)



(スライド8)

旧病院は、ことでん陶駅の近くですが、建物が老朽化し駐車場不足、医師医師不足でした。今では考えられませんが、当時、若手医師は当直を月12回、院長も8回していたそうです。平成に入り多額の繰入があったにもかかわらず赤字が続く、経営再建で有名になった坂出市立病院よりも悪いといつも県担当者に言われていたと町職員で病院担当をしたことのある現町長が話しています。

(スライド9) この時に安部先生が来られて、先ほどの藤井町長と議論して再建策を考えました。まず、新病院を建築し、さらに国保総合保健施設や高齢者施設を併設し、綾川町の地域包括ケアの拠点として整備するという構想です。

赤字で大丈夫かと議会から、地元医療機関を圧迫するのではないかと医師会から強い反対がありましたが、それを押し切り新築移転となりました。それから各医師の専門性を生かそうということで、医療機器を入れ血液透析や循環器の検査なども始めました。職員に言っていたことは一つで、「外来患者を増やす」ということです。外来患者を増やせば入院も増えるし在宅患者も増える、地域ともつながるということで、そのためには何をすればよいかを考えてほしいということであったと思います。ただ、残念なのは、この安部院長が51歳という若さで逝去されたということです。その後、私が引き継いでいる状況です。

(スライド10) 綾川町内の医療機関ですが、191床の滝宮総合病院(厚生連)があります。元々無医村だった滝宮村の医療機関で当院とよく似た病院でしたが、その後増床し当院の3倍の規模になっています。病棟は、一般急性期、回復期、地域包括ケア病棟があります。滝宮は急性期から回復期、当院は回復期、慢性期、在宅医療とすみ分けができていると考えています。救急医療は、滝宮は救急指定で年1,100~1,400台、陶病院は指定は受けず高齢者を中心に年120~150台となっています。他には、国保直診として綾上診療所があります。民間医療機関もその後増え、現在12あります。また、市部の大病院にも比較的短時間で

故**安部行弘** 前院長 1999～2005(51歳逝去)

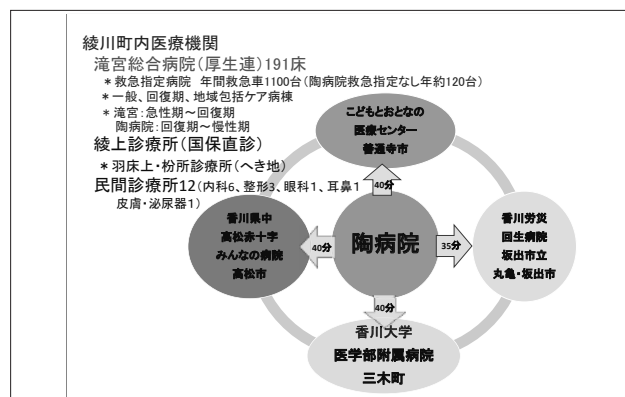


2004年3月
新病院施設見学会

病院の機能向上に重点をおいた改革を行う

- ・ 地域包括医療・ケアの拠点となる新病院建設
- ・ 国保総合保健施設、高齢者施設の併設
- ・ 医師の専門性を活かす
- ・ 目標: 外来患者を増やす

(スライド9)



(スライド10)

外来

★診療科 主に内科・小児科・耳鼻科・透析
★診療日 月・火・木・金 8時30分～18時
水・土 8時30分～12時30分
★平均患者数 1日144人



耳鼻科外来 検査技師(健康運動指導士) 透析15床(3ケル)

入院を含めて当院で可能なものは治療・管理
他院紹介必要や要望あれば躊躇なく行う

(スライド11)

病棟

- ・ 病床数: 63床
一般病床 35床(地域包括ケア病床20床)
療養病床 28床
看護師等勤務体制 2交代
- ・ 病床利用率(令和5年度)
一般病床75.1% 包括病床76.5% 療養病床78.2%
看護必要度(4～9月)一般18.8(16.3～28.5) 包括33.2(17.7～53.4)
平均在院日数 一般病床14.6日 包括22.8日 療養病床224.1日
- ・ 個室19床、他4人部屋 個室料1日2,200円、1,940円 平均年齢85歳
- ・ 看取り(高齢者、がん末期): 年80～100名
PSG検査: 一般病床2床(民間診療所と連携)
入院透析(ADL低下した方): 主に療養病床10名前後



(スライド12)

くことができます。これは、サービスが良くし、かかりつけ医機能を高め、周囲の医療機関との連携を図らないと他の医療機関に患者が逃げてしまうと考えています。

(スライド11) 一応「外来」は土曜日もやっていまして、それから木曜日の昼に開業医さんが休みますので、そこはやって、水曜日の午後を休みにしています。外来も、比較的待合室もきれいにしていまして、診察室からも入りやすいような、気軽に来れるような病院の形にしております。それから入院も含めて、なるべくは当院で対応しまして、ただ、紹介が必要な方は躊躇なく紹介するようにしておりまして、かなり紹介患者は多いと思います。

(スライド12) それから「病棟」のほうは、63床なのですが、一般35、療養28ということで、地域包括ケア病床を20床、設けております。病床利用率は前の院長先生の時代は98%とか99%という時代だったのですが、今はかなり減ってきて75%ぐらいになっております。ただ、いろいろな高齢者の施設とか在宅とかいろいろなところ、それからほかの病院からの転院もありますので、それを速やかに受け入れるような形になるべくするようにしております。看護必要度もそんな感じで、一応、一般は入院基本料4を取っているのですが、それはクリアしております。包括は1を取っております。それから個室が19床ありまして、個室

料は2000円前後にしていまして、県下では一番安く設定して、ただ平均年齢は85歳ということで、非常に高い方がいまして、機能としては看取りが非常に多くなっています。高齢者と、それからがん末期の方、大きな病院の腫瘍内科の方からもよく紹介があります。それからPSG検査、睡眠時無呼吸の検査を2床したり、入院透析も地域でニーズがありますので、そういった方の対応もしております。

(スライド13) 訪問診療は、機能強化型在宅療養支援病院で内科医師7名が対応しており力を入れています。コロナのときに、病院の面会制限でものすごく患者が増え110数名となりましたが、最近

訪問診療

- ★機能強化型在宅療養支援病院
連携型(綾上診療所)
- ★内科医師 7名
- ★訪問回数 原則2週毎 月2回
終末期患者は状況に応じて対応
- ★診療体制:原則主治医制
不在時は他の訪問診療医が対応
- ★人数 70~100名
- ★訪問地域:綾川町
周辺地域(高松市、丸亀市、坂出市)
- ★在宅看取り 年間20~30名
- ★えがお内に訪問看護ステーション
看護師5名(常勤3名)24時間体制
- ★ICT連携 MCS(Medical Care Station)



(スライド13)



(スライド14)

経営状況			
費目	2019 (令和元年度)	2023 (令和5年度)	対比 (2023-2019)
医業収益	1,152,011,143	1,132,968,167	-19,042,976
医業費用	1,088,168,072	1,104,588,266	16,420,194
職員給与と費	665,347,552	642,512,254	-22,835,298
減価償却費	80,838,485	48,772,656	-32,065,829
光熱水費	26,350,131	39,101,286	12,751,155
通信運搬費	2,116,422	2,344,465	228,043
修繕費	5,426,008	12,463,514	7,037,506
委託料	132,966,195	139,131,945	6,165,750
医療材料費 (薬品費含む)	119,707,329	126,366,661	6,659,332
給食材料費 (患者用)	給食材料費は業務委託料に含む		-
繰入金	70,000,000	70,000,000	0
総利益(含附帯事業)	101,160,000	45,990,000	-55,170,000
損益:平成29年 -2449万円 平成30年1243万円 令和2年2195万円 令和3年 9470万円 令和4年6365万円			

(スライド15)

は80名前後です。訪問地域は8割は綾川町内となっています。在宅看取りを年20~30名行い、ICTとしてMedical Care Stationを用いた連携を行っています。

(スライド14) へき地医療支援は、当院の重要な使命と考えています。町内の綾上診療所とへき地診療所、山を越えたまんのう町造田診療所に定期代診をしています。また、アートの島として有名な直島に町立ふれあい診療所がありますが、ここに月1回、土曜日から日曜日夕方まで宿直含めて派遣しています。代わりに前後の週に代休を取るようにしています。これらの支援は、香川県立中央病院へき地医療支援センターと協力して行っています。

(スライド15) 経営状況ですが、平成29年度を除き黒字を確保しています。ただ、最近は、収益が減り、光熱費、清掃・給食・医事などの委託費が増えています。来年はさらに経費が増えると考えています。ただ、看護師不足で人件費が減ったり、医療機器や電子カルテの更新が遅れ減価償却費が減ったため黒字になっていますが、年々厳しくなってきているという認識です。

(スライド16) 200床未満の病院では、今回の診療報酬改定において「生活習慣病指導管理料2」が話題になりましたので、当院の状況をまとめました。特定疾患療養管理料と合わせて約6割で、生活習慣病、慢性疾患を多く診ている

「生活習慣病指導管理料2」算定状況			
	レセプト数	特疾	割合%
令和5年6月	2900	1759	60.7
令和5年7月	2900	1719	59.3
令和5年8月	2990	1749	58.5
令和5年9月	2980	1659	55.7

特疾: 特定疾患療養管理料
生管: 生活習慣病指導管理料

	レセプト数	特疾	生管	計	割合%
令和6年6月	2700	358	1250	1608	59.6
令和6年7月	2960	426	1286	1712	57.8
令和6年8月	2950	374	1337	1711	58.0
令和6年9月	2800	395	1213	1608	57.4

良い点: 生活状況や生活習慣に対する考え方がより把握できる
困る点: 書類作成による待ち時間延長 特定月に集中
課題: 画一的な指導になりがち 役立っているか検証要

(スライド16)

ことが数字からもわかりました。永年勤務している私の外来では7割になります。生活習慣を把握し話し合いができるという面は良い点ですが、書類の作成に時間がかかり、6月と10月は待ち時間が非常に長くなりました。今後、短時間で有効な指導内容について検討が必要と思います。

(スライド17) 働き方改革ですが、病棟は、副主治医を必ず付けて、主治医不在時は副主治医が担当する、夜間・休日は日当直医が担当することとしました。それから看取りが多いのですが、当直帯は死亡診断のみ行い、お見送りは看護師が対応しています。宿日直許可をもらい、現在、日当直週1回、休日月1回の目安はクリアしてい

働き方改革への対応

- ・ 主治医制→主治医・副主治医制
夜間・休日は日当直医対応
看取り原則死亡診断のみ お見送り看護師対応
- ・ 日当直 宿日直許可取得
月宿直3回程度 日直1回程度
当院常勤医(1名免除)+元当院医師(月2回日当直)
- ・ 時間外勤務 数時間～15時間/月
- ・ 医師事務作業補助者 未採用 *事務職員・看護師が代行

課題: 小規模病院は、医師一人の増減で大きな影響あり

(スライド17)

国診協「国保直診のありたい姿」

- ・ 検討チーム 概ね10年後のありたい姿を検討
 - ① 診療所
 - ② 歯科診療所
 - ③ 小規模病院(100床未満)
 - ④ 中規模・大規模病院(100床以上)
- ・ 小規模病院
全体総括: 国保直診小規模病院は、人口減少・少子超高齢社会の中で、その強みである機動力と多機能性を発揮し、地域包括医療・ケアの砦として、地域と共にあり続けたいと考えています
具体的内容・具体的事例も掲載

令和6年3月
国診協HP掲載

(スライド18)

第62回香川県国保地域医療学会 令和6年8月25日

シンポジウム
「どうする国保直診～県内国保直診のありたい姿を考える～」

・シンポジスト

綾川町国保綾上診療所	所長
まんのう町国保造田歯科診療所	所長
綾川町国保陶病院(63床)	総看護部長
三豊市立みとよ市民病院(122床)	副院長
さぬき市民病院(179床)	院長
小豆島中央病院(234→199床)	院長
三豊総合病院(462床)	副院長

・助言者
国診協常務理事
国診協ありたい姿検討リーダー
岐阜県・県北西部地域医療センター長
後藤忠雄先生



(スライド19)

綾川町国保陶病院(小規模病院) 取組み 尾崎総看護部長発表

●住民の信頼にこたえるために取り組みます
○住民とともに成長しまちづくりを担います

- ★移動健康教室
- ★とかめ会(糖尿病)
- ★育育広場(認知症)
- ★介護予防サポーター活動支援
- ★訪問栄養指導



(スライド20)

ます。ただ、小規模病院は一人の増減が大きく回数に影響します。現在、当院に勤務歴のある医師が日曜日の日当直の応援に月2回来てくれており助かっています。時間外勤務は月10時間前後です。医師事務作業補助体制加算は現在取っておりません。

(スライド18) 国診協では、「国保直診のありたい姿」を検討し、今年3月に報告書を出しました。国保直診はこれに沿って、今後、どうあるべきか考えているところです。診療所、歯科診療所、小規模(100床未満)、中～大規模(100床以上)の分類では、当院は小規模に入ります。小規模病院の全体総括は、「機動力と多機能性を発揮し、地域包括医療・ケアの砦と

して地域と共にあり続けたいと考えています」となっており、これに沿って進むことを考えています。

(スライド19) 8月の香川県国保地域医療学会でも、国保直診のありたい姿をテーマにシンポジウムを行い、各国保直診代表者がシンポジストとなり、各国保直診の状況を発表し議論しました。

(スライド20) 当院は、総看護部長が職員の意見をまとめて発表しました。そのスライドを元に改編したものを呈示します。「住民とともに成長し、まちづくりを担います」では、移動健康教室や認知症と、介護予防の取組みが挙げられます。これは「えがお」で行っていることを応援する形のものも

あり、今後も協力して継続したいと考えています。

(スライド21) 移動健康教室は、私が来た時から行っており、希望に沿って無料で職員を派遣しています。午前中の希望が多く診療に影響もありますが、全て要望に応じています。参加者は10人から100人までの幅がありますが、小さいところのほうは住民と直接対話ができよいと思っています。

(スライド22)

(スライド23) これは、香川県国保診療施設協議会版「人生会議」パンフレットですが、平成24年頃からこのような話しをしています。ただ、このパンフレットに書いて、病院に持ってきてくれる人は少ないのですが、家族と話をし

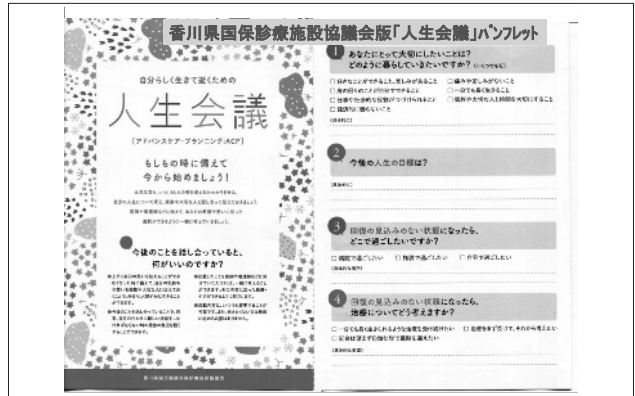


集会所いきいきサロン

宇多津町保健センター

陶病院移動健康教室 国保健康教室
・移動健康教室：参加者10名以上 無料で医師・看護師・
薬剤師・リハビリ職など職員を派遣
テーマは希望に合わせて実施
・国保健康教室：設定したテーマ・内容を各市町に呈示
希望する市町に国保直診職員を派遣 年15回程度

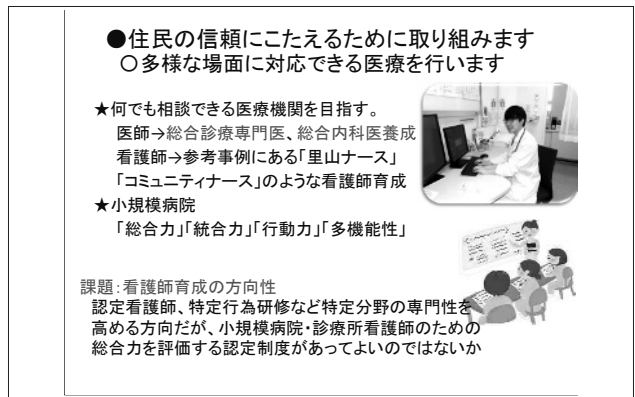
(スライド21)



(スライド22)



(スライド23)



(スライド24)

たり、医師に言葉で伝えることは
されており、それで進めようと思
います。特に元気なうちからしま
しょうと話しています。

(スライド24) 次に、「多様な場
面に対応できる医療を行います」
ですが、まず、医師の役割は非常
に大きいと思っています。当院は、
かかりつけ医として、何でも相談
できる、気軽に相談できる医療機
関を目指すべきと考えています。
どのような専門性を持った医師で
もこのような考え方であれば当院
に合いますが、現在の専門医制度
として当院で研修できるのは、総
合診療専門医、または総合内科専
門医となります。看護師は悩んで
おります。看護師は、認定看護師、
特定行為研修、それからNP

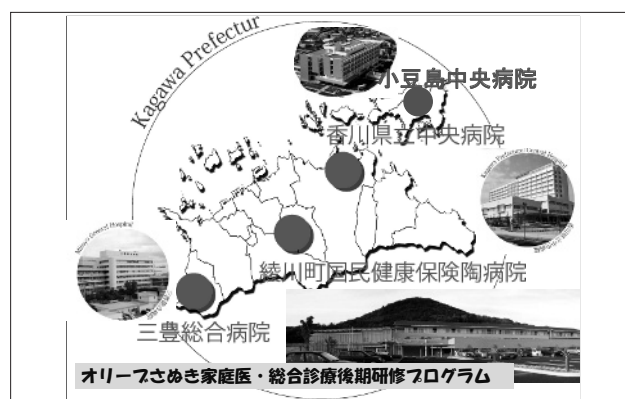
(Nurse Practitioner) など特定分
野の専門性を高める方向になりま
すが、小規模病院だと、ありがたい
姿の例に挙がっている「里山ナース」
などの地域を含め幅広く看られる専
門性がよいのではないかと考えい
ます。

(スライド25) 何でも相談でき
る「総合診療専門医」ですが、こ
れは何でもできるではなく、何で
も相談できるということで、当院
に最も合う医師像です。これらは
当院に来れば経験できるし、主体
的に取り組みことができます。日
本地域医療学会の地域総合診療専
門医も当院にマッチする医師像と
考えています。

(スライド26) 総合診療専門医

については、香川県に4つのプロ
グラムがあり、その一つに自治体
病院4つが組んだ「オリーブさぬ
き家庭医・総合プログラム」があ
ります。

(スライド27) ただ、香川県で
総合診療専門医を選択した医師
は、専攻医を入れて二人と全国最
下位です。原因は、県全体の取組
みが不十分であったことと香川大
学に拠点がなかったことが大きい
と考えていました。県医師会役員
として調整役となり、4つのプロ
グラムと県に呼びかけて検討の場
をまず作りました。そこで協力し
て「かがわ総合診療研究会」を設
立することとなり、以後、年3~4
回の研究会を持ち回りで行って
います。時期を同じくして、香川大



1st Sanuki GM Conference

主催：日本社会医学学会 共催：徳島県医師会 後援：徳島大学

場所：丸亀市 丸亀市立中央病院 1 階 第 1 会議室

日時：2023年8月24日(土) 15:00~18:30

会場：豊川国立中央病院 1 階 第 1 会議室
〒768-0192 徳島県三好市豊川町 1-1-1

参加費：無料 15:00 ~ 15:05 久保川 輝 先生 徳島県医師会代表
（お昼飯は 12:00 まで、お弁当は 12:00 ~ 12:30 までお持ち込みください）

15:05 ~ 15:15 久保川 輝 先生 徳島県医師会代表
バカンスの気分です 15:15 ~ 18:30

はじめ
挨拶
発表
総論

「総合診療医のキャリアパスを大いに語る」

パネラー

伊藤 真 先生
徳島大学 総合診療科 准教授

櫻田 隆典 先生
徳島大学 総合診療科 准教授

駒越 隆光 先生
徳島大学 総合診療科 准教授

水谷 肇 先生
徳島大学 総合診療科 准教授

モデレーター

櫻田 隆典 先生
徳島大学 総合診療科 准教授

佐藤 雅平 先生
徳島大学 総合診療科 准教授

お申し込み・お申し込みの受付は、徳島県医師会事務局（〒768-0192 徳島県三好市豊川町 1-1-1）にて受け付けております。
お申し込みの受付は、2023年8月10日（木）まで受け付けております。
お申し込みの受付は、2023年8月10日（木）まで受け付けております。
お申し込みの受付は、2023年8月10日（木）まで受け付けております。

総合診療専門医2名(含専攻医) 全国最下位

総合診療専門医養成 県医師会が呼びかけ

「かがわ総合診療研究会」設立 県内4プログラムが協力

年3~4回開催

香川大学総合内科講座 ー総合診療学講座



●住民の信頼にこたえるために取り組みます
○周囲とも良好な関係を持続けます



在宅ケア専門委員会
(毎週金曜日、主に院内)
訪問診療・訪問リハビリ
訪問看護・入院患者
情報共有

地域医療チームカンファレンス
(介護施設との連携)

香川シームレスケア研究会
平成17年～ 90回
地域連携バス作成・運用
医療機関間と医療介護連携
当院代表世話人
高松東順シームレスケア研究会
世話人

香川・シームレスケア研究会

2005年11月4日～ 90回
脳卒中・大腸骨頸部骨折・在宅・
嚥下/PEG/NST

県下統一地域連携バス運用
地域連携室等の交流の場

約2.6万人
小豆保健医療圏

西部医療圏約40万人

東部医療圏約50万人

高松保健医療圏

大川保健医療圏

中讃保健医療圏

三豊保健医療圏

高松・東讃シームレスケア研究会

2007年6月30日～ 61回
脳卒中・大腸骨頸部骨折

香川県シームレスケア研究会
二つの合同研究会を年1回開催

地域医療チームカンファレンス



令和6年2月第1回 看護師の提案で開始
毎月1回 午前11時～ 約1時間
有料老人ホーム・特養・老健など介護施設と当院との連携の会
参加施設：徐々に増加 町外からも参加
「協力医療機関」届出したところあり

学が総合診療に力を入れる方針となり、今年度から総合診療学講座が開設、信頼感のある教授が赴任されました。当院も研修の場として選ばれるようにしていきたいと考えています。

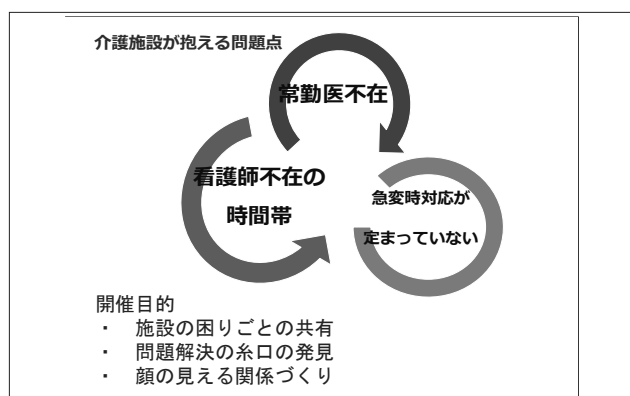
(スライド28) 周囲との関係で
すが、「香川シームレスケア研究

会」を平成17年、私が赴任した年から行っています。また、介護施設との連携が重要と考えて会議を始めました。

(スライド29)「香川シームレス
ケア研究会」は、脳卒中、大腿骨
骨折、嚥下・NSTの地域連携パ
スから始まりました。パスの作成・

運用はもちろんですが、地域連携室、リハビリ職など現場で働いている職種の交流の場となっています。年3回行っており、継続していきたいと考えています。

(スライド31) 小規模病院は、
施設との連携が重要です。施設看



(スライド31)

地域医療チームカンファレンス	
令和6年5月 第4回 「歯科受診と口腔ケア」	
参加者	有料老人ホーム 3施設 老人保健施設 1施設
	特別養護老人ホーム 3施設 計8名
	医師 1名 看護師 2名 施設長 1名
	ケアマネジャー 1名 生活相談員 1名
当院	医師 2名 看護師 3名 MSW 1名 社会福祉士 1名
令和6年6月 第5回 「虐待予防」	
参加者	有料老人ホーム 3施設 老人保健施設 1施設
	特別養護老人ホーム 3施設 計10名
	医師 1名 看護師 2名 施設長 3名 生活相談員 3名
当院	医師 3名 看護師 2名 MSW 1名 社会福祉士 1名
* 看護師が調整役	
* 集合形式、途中からオンライン併用	
* 月1回開催継続	

(スライド32)

●職員が生き生きと働くために取り組みます

★看護師の人数不足
希望者が少ない→試験日が遅いため
早めるよう交渉中
→タスクシフトも考える

★看護師離職者が多い
R2年6名 R3年3名 R4年3名 R5年5名
(非正規含む)
→運動したり料理をして職場で
話しやすい環境を整える

(スライド33)

●共に働く仲間を増やすために取り組みます

★初期臨床研修「地域医療」年間約15名
ほぼ一年中、研修医がいる

★専攻医(内科・総合診療) 3名

★学生実習
香川大学医学部 自治医科大学
神戸大学医学部
看護学校実習生 4校
中学生職場体験
ふれあい看護体験

(スライド34)

取りが増えており、香川県でも在宅看取りを上回ってきています。ただ、施設は、医師も常時いませんし、看護師も少ないのでいろいろな問題が起こります。その問題や課題を月1回集まって話し合いました。

(スライド32)テーマは、最初は、「緊急時の対応方法」などでしたが、最近は、歯科受診や虐待予防など施設側からの提案をテーマとしています。看護師が調整役となり、継続開催しています。

(スライド33) 看護師不足は当院でも大きな問題です。看護師の

提案で、体育館で運動したり、料理を一緒に作ったり、山登りをしたり、いろいろな活動を一緒にして仲間意識を持ってやっていこうと頑張ってくれています。

(スライド34) 初期臨床研修医は、1ヵ月の地域医療研修に年間約15名が来てくれています。若い先生が来ると職員も活気が出ます。研修医の数が徐々に増え、今は1年中、研修医がいる体制になりました。専攻医は、内科と総合診療が来ています。学生実習は希望者は全て受け入れています。看護師も看護学校、中学・高校職場体験、看護の日体験など受け入れています。看護師採用の応募が少ないのは残念です。

(スライド35) 開設者の期待で

は、地域の困難な方への対応を地域包括支援センターや社会福祉協議会と協力して取り組んでいます。単独世帯、老夫婦のみの世帯割合が増加し、家族の単位が小さくなっています。また、精神障害、困窮世帯などいろいろな課題を抱えている方は、地域包括支援センターや社協を通して相談があり、入院、往診など含めて対応を一緒に考えています。検死も多くなりその対応を行っています。

(スライド36)

(スライド37) まとめですが、当院のような小規模病院は、機動力と多機能性を発揮し、地域包括医療・ケアの砦になることが目標です。また、まちづくりの基礎になる必要があると考えています。

●開設者の期待にこたえるために取り組みます

レスパイト入院

社会的入院
(地域包括支援センター等から依頼受入)

警察署検死依頼対応

コロナワクチン接種

被災地職員派遣

健全経営



能登半島地震
JMAT4名派遣

コロナワクチン
集団接種

(スライド35)

陶病院・小規模病院の役割

機動力と多機能性 → 地域包括医療・ケアの砦
まちづくりの基礎

- ・ 相談窓口・つなぐ役割
- ・ 終末期医療(住民の生き方を考える支援)
- ・ 在宅医療(看取りを含めて多様な場での生活を支える)
- ・ 総合診療専門医養成(中心的な役割)
- ・ 介護予防、保健活動
- ・ 専門職間ネットワークづくり 医療介護連携
- ・ 住民の活動支援

住民との距離が近い 専門職としてやりがいのある職場

(スライド36)



(スライド37)

また、地域で存続し役割を果たせるように経営面も努力したいと考えています。そのためには、気軽に相談できる窓口、そして様々な機関とフットワーク軽くつないでいくことが重要です。それと高齢化で最期をどう迎えるかが住民の大きな悩みです。それに対応して、住民の生き方・逝き方を考えることを支援していくが求められます。在宅医療は、入院、施設入所を含めた多様な選択肢の一つとして取り組んでいきます。医師養成は、総合診療専門医を中心に養成したいと考えています。介護予防や保健活動は、「えがお」を中心に多機関の協力が必要であり、当院も積極的に協力したいと思えます。専門職種間のネットワークづ

くり、医療介護連携に関わったり、住民の様々な活動に協力したいと考えています。小規模病院は住民との距離が近く、専門職としてやりがいのある職場だと考えていますので、病院の機能をさらに高め、地域に役立つ病院にしたいと考えています。

ご清聴ありがとうございます。

須田座長

大原先生、ありがとうございます。引き続き次の発表に入らせていただきますが、発表の3番目は「地域における自治体病院に未来はあるか? - 北海道北部・へき地中小病院よりの報告」と題しまして、士別市病院事業管理者、

士別市立病院長の長島仁先生に発表をお願いをいたします。

士別市病院事業管理者・士別市立病院長

長島 仁 氏

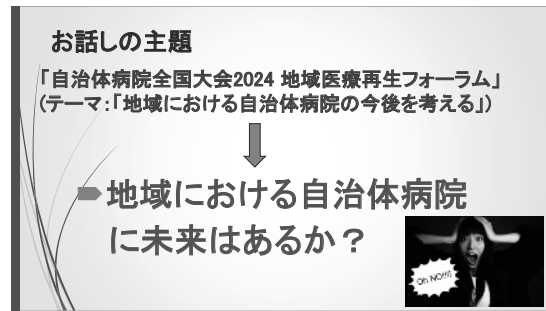


士別市立病院の長島と申します。前の2人の先生の非常にきちんとした報告と違いまして、直感的なスライドが多くなりますのでご了承ください。

(スライド1)



(スライド1)



(スライド2)



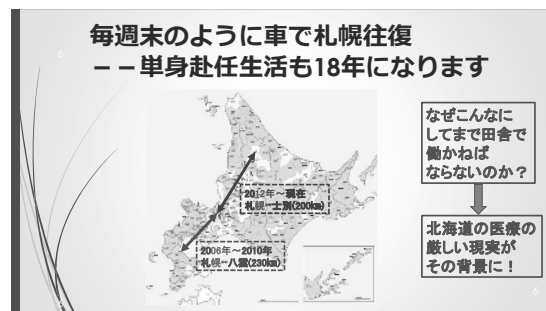
(スライド3)



(スライド4)



(スライド5)



(スライド6)

(スライド2) 本シンポジウムのテーマが「地域における自治体病院の今後を考える」ということでしたので、大変大げさで申し訳ないのですが、「地域における自治体病院に未来はあるか?」という、とんでもない重いテーマにさせていただきました。

(スライド3) (スライド4) 北海道は皆さんもご存じかと思いますが、非常に広大な地域でして、これは同縮尺の日本地図で重ねますと、関東エリアをはるかに上回るような広さを有しております。

(スライド6) 私、実は札幌に自宅があるんですが、単身赴任で田舎の公立病院で医者をやってきました、単身赴任生活がもう18年になります。初め5年間、八雲という南のほうのところに行きました。それから現在まで、士別という札幌の北200キロぐらいにある



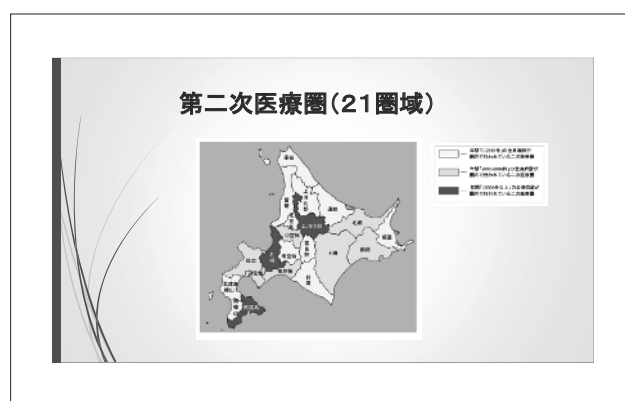
(スライド7)



(スライド8)



(スライド9)



(スライド10)

んですけれども、そこで今は院長、事業管理者もやらされているということで、それで、「何でこんなにまでして田舎で働かないといけないのか？」というところに北海道の医療の現実があると私は思っています。これは士別の近くの地域の、これ実は高速道路です。冬の高速道路で、こんなところを片道200キロ走って、札幌の自宅まで、母ちゃんや子供に会いに帰るような生活をしてまいりました。東京駅を中心にして200キロといいますとこんなふうになります。静岡市を越えています。毎週のように週末、静岡まで行って帰ってくるような生活をしてまいりました。

(スライド7) これ、同縮尺の東

京都がこの中心の部分です。東京に住んでおられる方には申し訳ないのですけれども、こんな狭苦しいところです。この広い北海道に救急救命センターと名のついたところが全部で12か所ございました。調べてみましたら、この東京都に救急救命センターという名のついたところが26か所もありました。これほど地理的な頻度が違っていけば、幾ら人口が違っていても同じような医療レベルが保てるわけではないですよ。これが現実です。

(スライド8) 北海道は何度も言いますように本当に広いのです、とんがり帽子の部分です、北のほうの道北地域と言いますが、その面積が大体四国4県と同じ

ぐらいです。四国4県には救急救命センターが8か所あるんです。それに対して、このとんがり帽子の部分には名寄市立総合病院に1か所しかありません。士別というのはこんなところにありまして、旭川と名寄の間のところです。

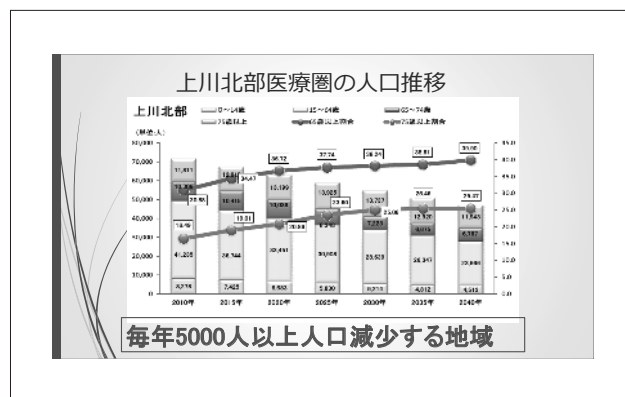
(スライド9) 北海道には3次医療圏が6個もあります。普通は1県1個ですね。

(スライド10) 2次医療圏に至っては21圏域もあります。

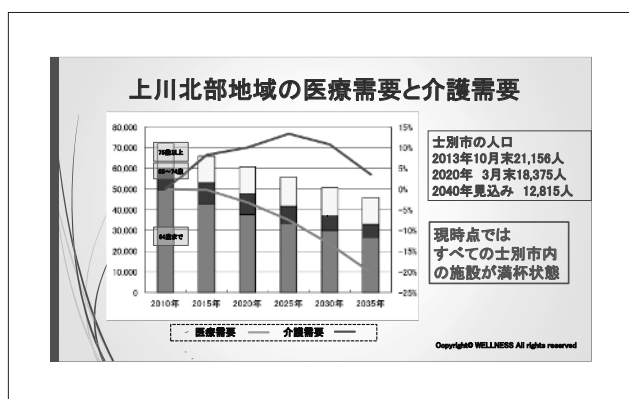
(スライド11) 私の働いている士別がある上川北部という2次医療圏がこんなところにありまして、何と、面積が福井県と同じぐらいです。2次医療圏の広さが1県と同じぐらいということで、士別はこんなところにあります。



(スライド11)



(スライド12)



(スライド13)



(スライド14)

(スライド12) その士別のある上川北部医療圏の人口は真逆さまに減ってきているんですが、一応、これ、2010年の推定では、2040年までは高齢化率は上がっていくという推定でありました。何と、最近はこの地域から毎年5000人以上、人口が減少しています。毎年5000人、人がいなくなる地域というのは、どんな感じに皆さん思いますか。

(スライド13) その上川北部地域の、この上の折れ線グラフが介護の総需要です。これ、産業医大の松田晋哉教授の出されているデータを基に作られた推定なんですけれども、2010年時点での予測で、上川北部地域においては2025年までは介護の総需要はまだ増え

ると。ところがこの下の折れ線ですが、医療の総需要です。これはもう既に減少起点に入っているんだというデータです。このデータを基にして私は士別市立病院の運営の仕方を変えてまいりました。

(スライド14)

(スライド15) 士別市というのはこんなところですよ。

問題はその広さでして、東京23区よりもずっと広いです。その広い士別に、入院できる医療機関はうち1個しかありません。

(スライド16) これ、士別市の最繁華街だと思うんです、日曜日に撮ったんですけども、わざと人が歩いているときに撮ってまして、ふだんは人っ子一人いないんです。でもこの右側の下にある

ように、“羊と雲の丘”のようなきれいなところが結構ありまして、頭の黒いサホークという、ステーキがおいしい羊が非常に有名です。

(スライド17)

(スライド18) 士別はとんでもなく寒くて、冬には真っ昼間、晴れていてもマイナス20度を下回るなどというときもあります。病院から見た冬の夕景で、非常に冬の雪がきれいですね。春になると、これ、往診に行った先で看護師さんに撮ってもらったんですけども、広大なお花畑が現れたりします。

(スライド19) うちの病院は患者の高齢化だけでなく医師の高齢化も進んでいまして、今は平均年



(スライド15)



(スライド16)



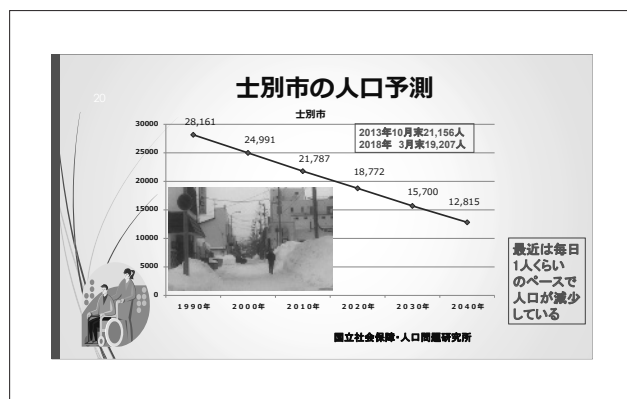
(スライド17)



(スライド18)



(スライド19)



(スライド20)

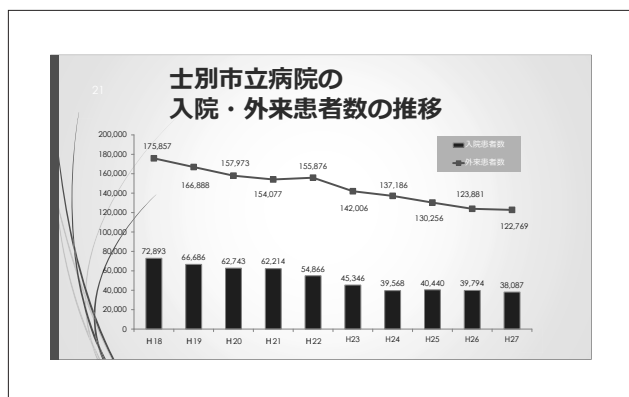
年齢が60歳を超えております。かつては300床以上、ベッドを有していたのですが、とうとう128まで減らしてまいりました。

(スライド20) 土別市の人口というのは真逆さまに減っていきまして、これ、一応推定のグラフなんですけれども、現実はまだ

ちょっとひどい状況で進んでおりまして、去年は毎日1人ずつ人間がいなくなるペースで減っていきましました。

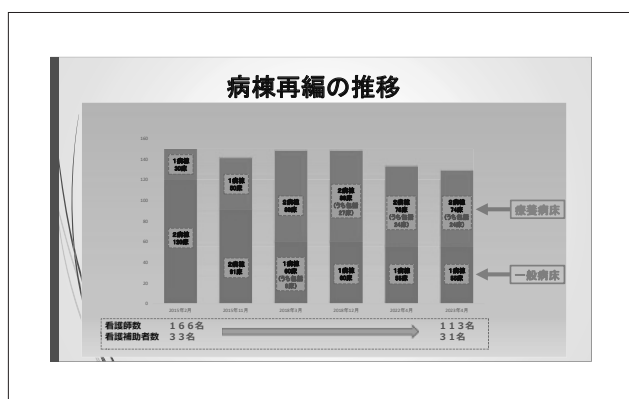
(スライド21) (スライド22) うちの経営というのは開院以来60年以上にわたって慢性的赤字体質というか、一般

の企業で言ったら、もう話が終わってる、とうに倒産のようなところでして、2007年度末には、何と不良債務が13億円に達しました。土別市の純粋な税収が20億円ぐらいしかないものですから、そのうち13億円を病院がなくしてしまおうということになると、これは



(スライド21)

(スライド22)



(スライド23)

(スライド24)

どうにもならないということで、7年ほど前に、その当時の市長から、「長島先生、この赤字、何とかしてくれないか」と言われ、院長を引き受けさせられたという経過で、もう既に潰れるんじゃないかという状況でしたので、何とかしないといけないということで選んだ方針は、それまでの急性期診療中心の医療から慢性期診療中心の医療に変えていこうと、先ほどお見せしたグラフに基づいて、やってまいりました。

(スライド23) 具体的にはこの上段の部分が療養病床の数です。大体3倍に増やしました。病棟も1つから2つに増やしました。この下段が一般急性期病床で、病棟も1つ減らして、半分に減らしまし

た。それに伴って看護師数も50名以上、減らしてきております。

(スライド24) 私が、幾ら「慢性期中心に変えるよ」と言っても、救急車は相変わらず来るわけで、今現在も、大体年間800台ぐらい救急車が来ています。要は、病院の方針が変わって受けられなくなる救急が急に増えたわけです。それを何とかしてもらわないといけないということで、20キロ北にある、行政が異なるんですけども、名寄市立総合病院にお願いしたいということで、両院の幹部が何度も何度も話し合いを繰り返して、名寄は急性期中心、うちは慢性期中心に、要するに地域における医療のすみ分けを進めていこうということでやってまいりま

した。

(スライド25) これはある日の私が行った往診、この真ん中の線が同縮尺の山手線です。そうしますと首都圏をはるかに上回るエリアで往診なんかをしていると。「そんな遠くまで往診なんて行っても意味ないんじゃないの」という意見もあるかと思うんです。ですが、往診を受ける人は、正直言って大した医療は受けられませんが、家にいられるわけです。それだけでも大きな価値があると私は思っています。

(スライド26) このおばあちゃん、今現在107歳になって、士別市最高齢になっているんですが、慢性心不全で私が今も往診しています。入院を繰り返してまして、



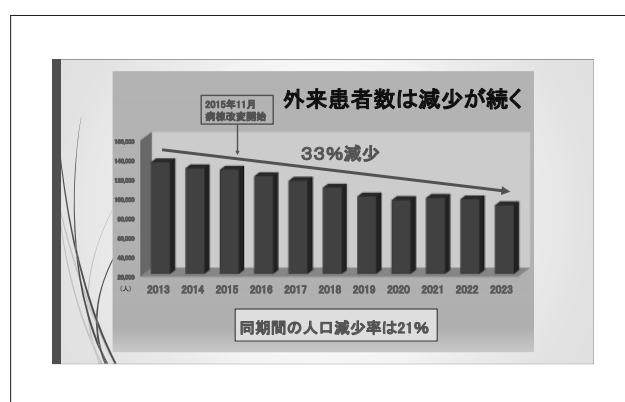
(スライド25)



(スライド26)



(スライド27)



(スライド28)

時々在宅ほぼ入院のような生活で、でも、このおばあちゃんは、うちの病院から往診を受けることによって107歳の今も住み慣れた士別の自宅にいられるわけです。それはやはり有益じゃないかなと思います。

(スライド27) これ、ある日の療養病棟での風景ですが、この向こうのおじいちゃんは夜になると大暴れするんです。看護師さんが昼間いろいろ話しかけて、何だかんだ言ったり、助手さんが一緒に歌を歌おうとか、こういうことをやった晩には、このおじいちゃんはすやすや寝てくれるんです。私は療養病床の職員たちにいつも、「あんたたちがやっている医療内容というのは一見地味だけ

ど、ほかの高度医療と同様に価値のある医療なんだよ」ということを言っております。

(スライド28)

(スライド29) いろいろやり始めましたけれども、外来患者数はとんでもなく減り続けておりまして、何しろ人口がどんどん減るわけですから仕方がないところがあります。なのに、この改革を始めから、入院患者数が5%ほど増えて、比較的安定したんです。これは驚きました。それが残念ながらコロナ禍の3年目に激減して、その翌年も厳しい。また今年も非常に厳しい状況が続いています。

(スライド30)

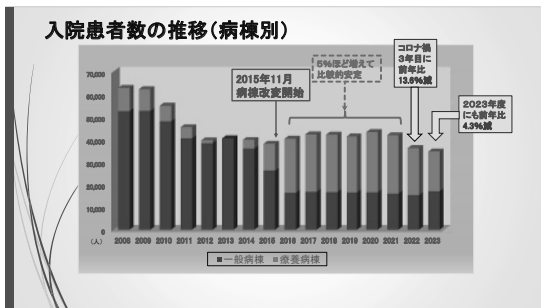
(スライド31)

(スライド32) こんな感じで、コ

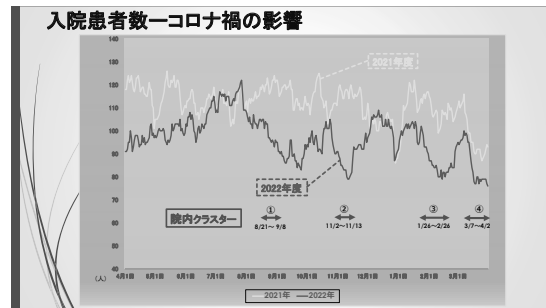
ロナ禍の3年目で、明らかに入院患者数が減っているわけで、これは当たり前で、うちは3年目に院内クラスターを4回も経験しまして、これが明らかに影響していると思います。そして本当に恐ろしいのは、その翌年も入院患者数は戻っておりません。その翌々年の今年も入院患者数はまだ元に戻っておりません。

また、名寄との連携をさらに深めるために、2020年には北海道初となる地域医療連携推進法人を設立いたしました。

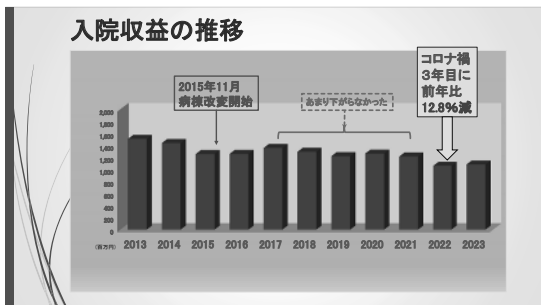
(スライド33) そんなこんなをやっているうちに、ずっと赤字赤字と大騒ぎしていた病院がちょっとずつ黒字を出すようになって、この真ん中の棒が内部留保なんですけ



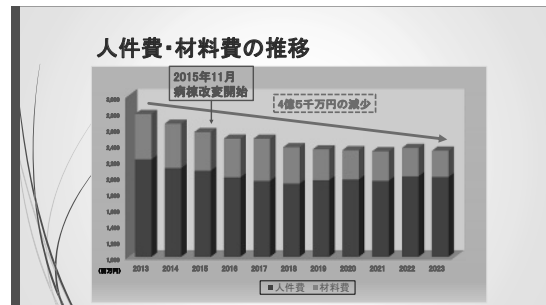
(スライド29)



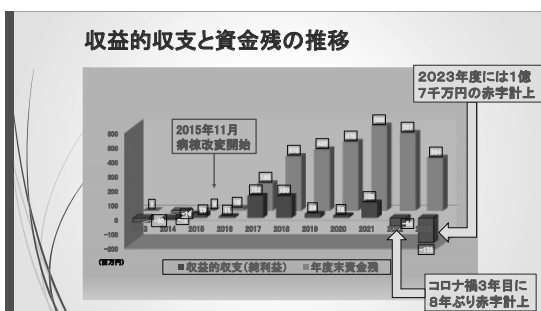
(スライド30)



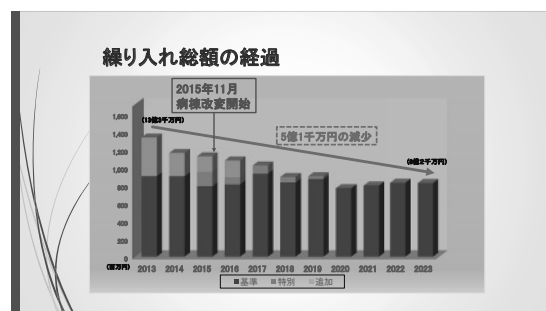
(スライド31)



(スライド32)



(スライド33)

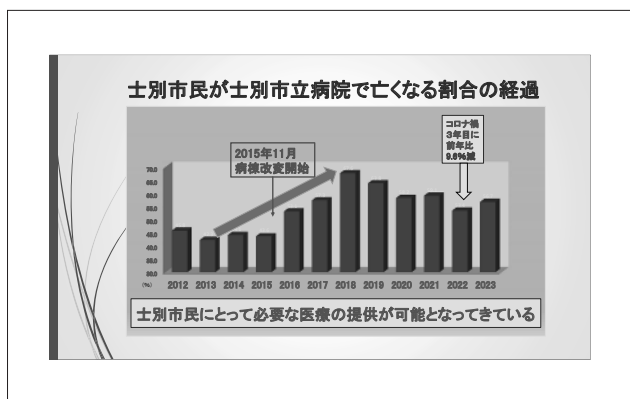


(スライド34)

れども、何と、6億円近くに達したのですが、それが残念ながら、コロナ禍の3年目に8年ぶりに赤字を計上しまして、その翌年も駄目だったと。今年も駄目です。これ、何とかならないかなと思いますけれども、状況は非常に厳しいです。(スライド34) そういう中でもう

ちは繰入、士別市からの補助金ですが、それをどんどん減らしてきて、とうとう一番ひどいときよりも5億円以上、減らしています。士別市長からは非常に感謝をされました。(スライド35) かつ、士別市立病院で亡くなる士別市民の割合が、

かつて4割ぐらいいしかなかったんですが6割ぐらいまで増えて、やはり士別市民が必要とする医療をできるようになってきた。そして「地元で死にたい」という人をきちんと受け入れられるようになってきたんだろうなと思っています。



(スライド35)

End of life care病床の設立

- 理念: 心穏やかな最期・療立ちを提供する。
- 目的: 最晩年の希望を尊重し、尊厳を守り、肉体的・精神的な苦痛を与えることなく安楽に過ごせる環境を提供する。
- 対象: 心、心不全、嚥下機能障害、老衰など死期が近いと思われる全ての患者を対象とする。

患者・家族の意思決定を多職種でサポートする。
希望される治療、ケア、リハビリなどを提供する。
多疾患併存(multimorbidity)を総合的に診る。
治療・薬剤の要否を検討し、安易な治療放棄は行わない。
肉体的・精神的な拘束を行わない。
家族ケアを行う。

(スライド36)

学会などでの受賞、雑誌の投稿依頼、記者の取材も複数回ありました

(スライド37)

M3にも取り上げられました

(スライド38)

(スライド36)

(スライド37)

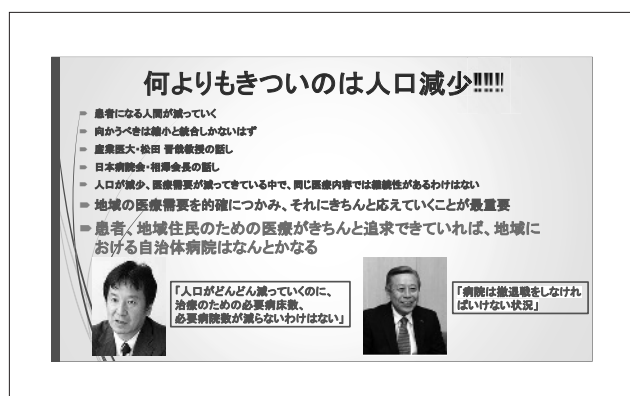
(スライド38) 今年度の初めには、質の良いお看取りを病院の中でできないかということで、「End of life care病床」というものを設立して、稼働を始めております。(スライド39) 結論になります。何よりもきついのは、やはり私は人口減少だと思います。患者になっていく人間が減っていくわけですから、向かうべき道は縮小と統合しかないはずですね。産業医大の松田教授は「人口がどんどん減っていくのに、治療のための必要病床数、必要病院数が減らないわけがない」とおっしゃっています。日本病院会の相澤会長は「病院は撤退戦をしなければいけない

状況だ」とおっしゃっています。人口が減少、医療需要が減ってきている中で、同じ医療内容では病院の経営は続くわけがないです。地域の医療需要を的確につかみ、それにきちんと応えていかなければ、なかなか生き残ることはできないのではないかと。逆に言えば、患者、地域住民のための医療がきちんと追求できていれば、地域における自治体病院は何とかなるのではないかと、生き残れるのではないかと考えております。(スライド40)「医療は誰のためにあるのか?」と。いつも最後はこの問題に戻ると私は思っています。医者も大変、もう働き過ぎで、ばかみたい疲れているけれども、最近は働き過ぎるなどとお上か

ら言われるような状況。病院も大変で、経営はどうにもならない。「でもやはり一番大変なのは病気です。つらい思いをしている患者さんたちなんだ。」その感覚を我々が忘れなければ、何とかできるんじゃないかなとも思っています。(スライド41)「結論」です。地域における自治体病院には、地域住民の利益になる医療を行うことができれば未来はあると私は思います。ご清聴、ありがとうございました。

須田座長

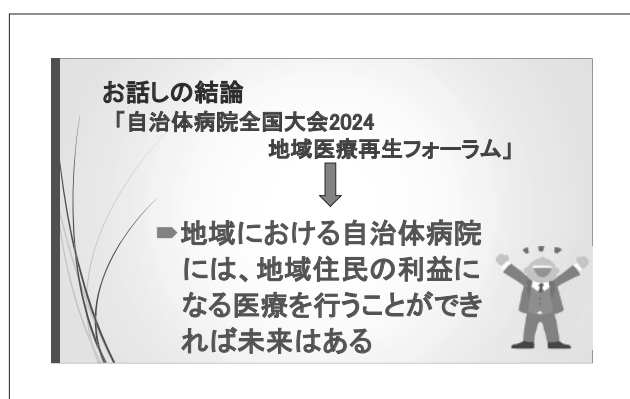
長島先生、ありがとうございました。



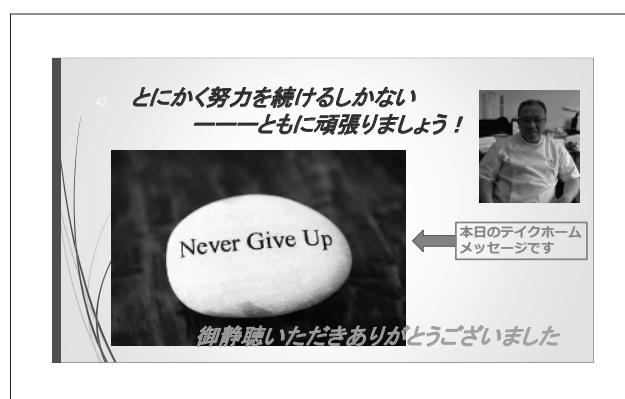
(スライド39)



(スライド40)



(スライド41)



(スライド42)

望月座長

3人の演者の方、ご苦労さまでした。まさに、今、新たな地域医療構想の会議が2週間に1回程度開かれているわけですが、地域によっては全く状況が変わってくる、地域の特性によって、全くその議論が違ってくるといえると思います。

本日は総務省の自治財政局準公営企業室長の八矢拓様、厚生労働省の医政局地域医療計画課長の中田勝己様、文部科学省の高等教育局医学教育課企画官の堀岡伸彦様のご出席をいただいておりますので、この3名の方からもぜひ今日のご発表に対するご意見をいただきながら、ご質問等もお引き受けしたいと思います。

それでは、今日、総務省、厚生労働省、文科省、それぞれ3省からご出席いただいた方々に、まずは最初に、今日のこのシンポジウムの感想とご意見等を手短にお話しいただきたいと思います。では、まずは八矢さんからよろしくお願いいたします。

総務省

自治財政局準公営企業室長
八矢 拓 氏



総務省で公立病院を担当しております、準公営企業室の室長を務めております八矢と申します。

それぞれご発表いただきまして、やはり自治体病院が非常に多様だと、それぞれの地域の求めるものがそれぞれ違うのだということが、聞いていただいた方にもよく分かるのではないかと思います。望月会長も常々、地域になくてはならない病院になりましょう、ということで会員の皆様にお声がけいただいておりますけれども、やはり地域の実情、あるいは病院の規模が多様なんだということが本当によく分かりました。

野村先生からは、819床で1次救急から3次救急まで担う、地域の中で1つだけが突出した病院とし

てどういった役割を果たしているのか、また、現在議論されている地域医療構想に沿って、現状であるとか、これからの方向性ということをお話いただきました。皆さんも議論、注目いただいていると思いますが、公立病院の姿をどのようにこれから発揮していくのかと考えるヒントになったのではないかと思います。

また陶病院の大原院長からは、「63床と小規模ですけども、機動力と多機能性というのが真骨頂」という話がありましたが、まさに地域密着で、在宅医療だとか、あるいは看取りだとか、介護施設との連携や住民への啓発といった、本当にその地域に根ざした病院として活動されているというお話を伺いまして、非常に心強く感じました。

また長島先生からは、圧倒的な人口減少という悲鳴にも似た北海道の現状を伺いました。公立病院のおよそ1割が北海道にあるわけですけども、人口減少の最先端の中でどうやって医療を提供していくのか、また名寄市の病院との連携ということで地域医療連携推進法人をつくって、例えば様々な薬の共同調達といった、単独の病院の取組を超えて効率化をしたりということも進めていただいていると承知しています。非常に人口が減少する中でも、役割を果たすためにどうしたらいいかということを実際に熱心にご検討をいただいていると。これからの病院経営というのは、非常に難しいなということを痛感します。

同じ医療を続けていくわけには

いかないと。これからの社会像、人口構成が大きく変わる中で、自治体病院がそれぞれどういう役割を果たすのかと。それぞれの地域事情、あるいは病院の規模、一般会計との関係も様々です。病院の普通会計決算の半分ぐらいの規模で病院を、普通の一般会計決算よりもむしろ大きいぐらいの病院経営をしている先生の病院のようなところもありますし、一般会計決算の5割とか3割とか、自治体の体力に比べて、大きな決算規模の病院を経営しているところも多数あります。そうした中で、どういう形で役割を果たしていくのかというのは、これからもそれぞれの病院の中でご検討いただいて、また住民の方、あるいは公立病院ですから議会の先生方にご説明いただくという形で、それぞれの地域で決断をして進んでいくことが、非常に大事なのだなということが大変よく分かったかと思います。

望月座長

確かに士別の繰入金の額を見ても、基準外の繰入がかなり多かったのが、基準内の繰入だけで黒字を出せるようになった。これは病院の機能を環境に合わせて改革したということだと思ふんですけども、この辺のところは非常に参考になるのではないかなと思います。それでは、厚生労働省医政局地域医療計画課長の中田さん、よろしく願いいたします。

厚生労働省

医政局地域医療計画課長

中田 勝己 氏



地域医療計画課長の中田と申します。私の担当といたしましては地域医療構想2040年を見据えて、新たな仕組みを考えていくという立場で、今日、参加をさせていただきました。

本日は3つの医療機関から、それぞれの病院の特色についてご発表がございました。非常に地域ごとの特色があり、また一言ではなかなかまとめることができないぐらい、地域の事情に応じた様々な機能、役割を担っていただいているということを理解をさせていただきました。今後の地域医療構想の検討におきましても、国のほうで全体の方針、考え方というのを取りまとめているところですけども、それを実際に運用する上では、今日の発表を聞いても改めて感じたところがございますが、それぞれの地域地域でその特色に応じた地域医療連携というのを進めていかなければいけないということを改めて感じた次第でございます。

まず、本日ご発表のありました旭中央病院におかれましては、特に非常に大きい地域の急性期を担っている中心的な病院として役割を果たされておりまして、逆に周りの病院が、規模としては旭中央よりは非常に小規模ながら幾つかの病院が存在するような地域の

ご発表であったかと思います。こういった急性期を担っている、地域を支えている病院であり、今後はこういった機能を維持しながら、いかに患者を在宅、次の回復期への機能を発揮するための連携をどう進めていくのか、こういったことが今後の大きな課題となっていくような地域ではないかなと感じた次第であります。

また2つ目にご発表のありました陶病院におかれましては、非常に地域で密着された中で、急性期というよりは非常に地域で住民に近い立場での医療機関ということ、様々な取組がなされているものと理解しております。特に感銘を受けたのは、この陶病院では住民に接する立場の中で、今後の役割としては、今後の住民の生き方を考えていくような支援のあり方、こういったことが病院の役割として非常に大きな位置づけがされておりまして、やはり医療を受ける患者の立場からしますと、最後は生活まで見据えた全体の医療、こういったものが医療を受ける立場としては非常に重要な視点かと思っております。最前線で役割を担っているこの病院の取組の紹介があったかと思います。今後、地域医療構想の中でも医療機関機能を明示していく中で、この病院の取組も地域で明確化されて、より取組が進むということが非常に期待されるのではないかなと考えております。

また最後、北海道の士別病院におかれましては、非常に広大な地域を1つの医療機関が担っています。私も長崎にも出向で勤務した

ことがありますけれども、非常にこういった広大な地域を担うような医療機関とか、離島の中に1つの病院しかないようなところ、いわゆる1つの病院がいろいろな立場で関わっていく必要があるようなことが求められている地域の代表なのかなと理解いたしました。その中でも、特に地域の実情に応じながら、近くの名寄病院と連携もしながら、非常に人口減少の中で、病院のあり方、機能についてご検討をされているところが今回、ご発表の中にあったかと思えます。そういった地域に求められる役割を果たしながらも、その経営という観点では非常に厳しいということのお話もございました。こういったことは私どもとしても非常に重く受け止めながら、こういった支援が可能なのかどうか、今後の課題として受け止めていく必要があると考えているところでございます。

望月座長

はい、ありがとうございます。この新たな地域医療構想に関しましては、現在検討会での議論が進んできて概要版ができてきましたが、来年にガイドラインを策定すると、これが非常に大事になるのではないかなと思います。都道府県がそのガイドラインに沿って動けるような丁寧で具体的なガイドラインを作っていく必要があると思っております。ぜひよろしくお願いいたします。ありがとうございました。では堀岡さん、よろしくお願いいたします。

文部科学省

高等教育局医学教育課企画官
堀岡 伸彦 氏



よろしくお願いいたします。私、厚労省からの出向者でございまして、文科省の大学病院の部署で働いております。

私、地域枠の創設の少し後から働き方改革まで10年程ずっと医師偏在対策に取り組んでおりまして、その頃から望月先生にはお世話になっております。

大学病院の観点からしますと、野村先生が私の作ったスライドを引用いただいていたありがたいと思ったんですけども、大学病院は医師派遣しておりますが、どれぐらい医師派遣しているのかはこれまで詳しくは報告されてきませんでした。私ども文科省でも、大学病院における教育研究だけではなく地域医療の観点も重要だと考えておりまして、検討会等でも調査をし、スライドでも使っていたいたしましたがけれども、6万人ぐらいの医師派遣をしているというのが全国集計してみても分かったところです。大学病院の医師数は6万人程度ですので、それと併せますと大学関連で実は約12万人、医師がいるわけです。ですから医師全体が30万人で、約12万人が大学関連の医師ですので、大学病院が地域医療を支えることは本当に

重要であると、文科省に来て感じているところでもあります。

本日、3人の先生方のプレゼンテーションが本当に面白くて、特に士別市の長島先生のプレゼンについて、実際にGoogle Mapで士別市の周辺を見せていただきましたが、本当にこういった地域をどのようにして支えていくのか。公立病院も非常に厳しい財政状況だと思いますけれども、文科省に來ると、すごく大学病院の苦境というのが見えていまして、大学病院も、大学の運営費交付金は全体で約1兆円ですけれども、国立の大学病院がもらっている診療報酬というのはおよそ1兆6000億円です。旧帝国大学ならともかく、普通の地方国立大学だと病院会計のほうをはるかに大きいというのがもう普通でして、それが今、公立病院も厳しい状況かと思ひますけれども、大学病院も猛烈に赤字になっていまして、大学の運営費交付金のほうから実は穴埋めしているという大学がほとんどであります。

そのような中でも医師派遣は必ずやらないといけないと思ひていまして、本当に野村先生、大原先生、長島先生のほうにも、大学からの医師派遣が行われているのかと思ひますけれども、どのようにそれをきちんと続けていくのかというのが大きな課題で、今一度、再確認したところでもあります。ありがとうございます。

望月座長

はい、ありがとうございます。恐らく大学病院からの医師派遣は2次医療圏のほぼ基幹病院に出す

のが精いっぱいではないかなと思ひます。私の岩手県でもそうです。地域で頑張っている中小病院、士別のようなところとか、中小病院にはその地域の県立中央病院とか、基幹病院クラスからの医師派遣をとにかく頑張つてやっていくということなのかなと思ひます。新たな地域医療構想検討会でも医師派遣機能を高めていく必要があると発言しました。

尾形先生、何かコメント等もしありましたら。

尾形名誉教授

今、堀岡企画官がおっしゃったように、お三方、それぞれ全然違う地域、規模、それから内容も違う、本当によくこの3つを選ばれたなというか、大変興味深く伺いました。やはり医療というのは本当に地域性を無視することはできないということがよく分かるご発表だったと思ひます。

1つ付け加えますと、先ほど来、病院経営が大変だというお話ですが、本当に大変だと思ひます。その関係で1つデータをご紹介しますと、日本の病院の総数というのは現在8000余りです。ピーク時には日本の病院は1万以上ありましたが、それが毎年少しずつ減ってきて、今は8000余りになっているのですが、実はこれが多いか少ないかというのを見るために、例えばアメリカと比較してみたいと思ひます。アメリカというのは先ほどもご紹介したように、世界で最も医療費を使っている国です。アメリカの国土面積は日本の25倍、人口が2.5倍ですが、そのアメリカ

の病院の数は幾つかというと6200です。ということは、日本は相当狭いところに全体としてはかなり密集した形で病院がある。もちろん、先ほどの北海道のような事例もあるわけですが、全体として日本の病院経営の基本的な構造としては非常に多数の施設が競合していて大変だということでもあります。1万から8000に減つて、それで終わりということでは多分なくて、もう少し工夫をしていく必要がある、そういう基本的な構造があるのだということを、補足として申し上げておきたいと思ひます。

望月座長

はい、ありがとうございます。

再編統合との議論はこれからさらに進んでいくのではないかなと思ひます。今日は地域性、病院規模の異なる3つの病院の病院長からご発言していただきました。

まず最初の野村先生にお聞きしたいところがあるのですが、野村先生は新たな地域医療構想の医療機関機能もお話ししていただきました。高齢者救急の受皿となり、地域への復帰を目指す機能は、もうちょっと規模の小さな地域の病院で高齢者救急をまず見てもらつて、それから例えば手術が必要な場合には旭中央のような大病院に搬送する仕組みができればいいなと思ひていました。現状ではおよそ2次3次救急医療機関に高齢者救急も集中してきています。岩手県立中央病院も多くのかかりの患者さんが救急車に乗せられて来ます。そして死亡確認をするんで

すけれども、情報がないので当院の研修医が一生懸命、心肺蘇生をやりま。今回議論している高齢者救急は、地域の病院、地域の拠点とならなくても高齢者といえますか、ある程度の救急ができるようになってほしいなということで、こういう医療機関の機能と出していると思うんですけれども、先生のところの地域ではその辺どうでしょうか、機能分担ができる感じになりますでしょうか、難しいでしょうか。

総合病院国保旭中央病院長

野村 幸博 氏

現状では難しいだろうと思います。医師数もそうですけれども、看護師も足りないという状況もありまして、例えば医師がいるけれども看護師がいないので患者を引き取れないということは多々あります。ですから現状ではなかなかそういう機能分担は難しいと思いますが、看取りで救急に来るという場合は、中小病院を中心にかかりつけ医機能を持っていただき、そこでACPをぜひ推進していただいて、しっかり患者さんやご家族の希望を確認していただいて、だれも望まない救急搬送を減らすというのも一つの手かなと考えております。

望月座長

そうですね。Advance Care Planningは、厚労省では「人生会議」と訳していますけれども、いずれ、患者さん、かかりつけ医、どのような看取りまで含めた希望をされるか、医療をどのように希

望されるかということの議論を進めていくということであります。

中小病院で結構その辺のところをやっている三浦市立病院小澤先生、いかがでしょうか。一言、お願いいたします。

三浦市立病院 病院長

小澤 幸弘 氏

今日はどうもありがとうございます。神奈川県三浦市立病院の小澤です。

まさに今お話しのありました高齢者救急、今後、高齢者はまだまだ増えていくという状況の中で、また高齢者救急も全て超急性期の救急病院に搬送される状況がどんどん増えているという状況になっていて、医療の機能分化がうまくいっていないというのが問題だろうと思います。今後、高齢者救急に関して言えば、やはり地域に密着した中小病院が診ていかないと、超急性期の病院も機能していかなくなると思っています。そういう意味で言えば、今、大原先生のところや長島先生のところにおけるいろいろな中小病院の問題点を挙げていただいたと思うんですが、今後、では医療人材が続いていくのかどうか、中小病院を支える医療人材を確保できるのかどうかということが非常に大きな問題だと思っています。

そういうところを考えますと、高齢者救急を担っていかなければいけない中小病院を維持していくためには、地域の高齢者の情報をしっかりと共有できるシステムを中小病院に与えていただきたい。中小病院であったり介護施設で

あったりというところが高齢者の情報をしっかりと共有できる体制をつくることによって、中小病院が少ない医療従事者で高齢者救急も担えることになってくると思いますので、これこそ地域に密着した中小病院が存続していくための一番大事な必要事項ではないかなと思っています。地域で情報共有ができるシステムを国につくっていただきたいと思います。

望月座長

情報の共有というのは情報ネットワークのような形でしょうか。

三浦市立病院 病院長

小澤 幸弘 氏

ある意味、中小病院は全国共通の電子カルテをつくってしまったほうがいいのではないかなと思っています。

望月座長

ああ、なるほど。

三浦市立病院 病院長

小澤 幸弘 氏

そういうクラウドネイティブなカルテをつくることによって、中小病院が高齢者の情報を共有できる。高齢者救急をしっかりと情報共有をしていきながら、スムーズに少ない医療人材で機能できるという体制につくっていくということが必要かなと思っています。

望月座長

今まさに、標準型電子カルテの開発は厚労省が行っていますが、主に診療所が中心と聞いていま

す。中小病院も入ってくると思うんですけども、その辺の開発を？

三浦市立病院 病院長

小澤 幸弘 氏

大きな病院は独自のカルテシステムで非常に高度な機能をどんどんつくり上げていきますから、それはいいと思うんです。逆に中小病院は、そういうことも中小の力ではできないところもありますし、それを全国共通にしてしまえばいいと思うんです。全国共通にして、それで同じ情報の中で高齢者救急を担っていくという体制をつくるのが大事だなと思っています。

望月座長

少なくとも、その地域の中では標準型電子カルテの導入が進めばいいですね。電子カルテの更新はお金がかかって病院経営をかなり圧迫しますので。中田課長はそっちの方面ではないのですが、医療DXのほうの立場でも、もしコメントがあったらお願いしたいのですが。

中田課長

医療DX関係の情報共有の仕組みが、特に高齢者救急に必要な情報になるのかどうか、使えるのかどうか、そこは今後の議論かなと思っています。今回、私どもが新たな2040年を見据えた地域医療構想の大きな特色といたしましては、今回、旭中央の野村先生の発表資料の中でも、単に病床数を報告というのではなく、その

地域で求められている機能がどういう、それぞれの医療機関で40年を見据えて果たしていくのか。こういったことを地域で見える化して、それを関係者同士がその情報を共有して議論していくところには非常に次の検討の特色があるのではないかなと思っています。

その中で、例えば一つのテーマとして高齢者救急をどうするかということについては、その機能を果たすという、持っている医療機関同士が、では具体的にどのような連携していったらいいのか、またその上からの3次救急を担うような高度急性期との連携をどうしていくのか。そういうことを具体的に議論できるまず最初の一つのきっかけとなればと期待されるのではないかなと思っています。それも、確かに地域ごとにそれを担える医療機関が近くにあるという前提での議論なんですけれども、士別のように、もう距離的に物すごく離れ過ぎていて、そもそも施設がないというところもあります。その病院がやらざるを得ないと、そういうのも当然、地域によってはあると思いますので、そういったものを地域ごとに共有しながら、いい方向で機能分化、役割、連携ができるような仕組みが将来構築できればということで、今、議論を進めているところでございます。そういった意味で、情報共有も含めて、地域によって一番いい方法が構築できれば望ましいのではないかなと思っています。

望月座長

ありがとうございました。多分医療DX、新たな地域医療構想と分けないで、新たな地域医療構想の中でそういった検討ができればいいのかもしれませんが。ありがとうございました。小阪先生、どうぞ。

全国自治体病院協議会

小阪 真二 副会長

副会長の小阪でございます。島根県立中央病院の病院長でございます。島根県でやっている地域医療情報ネットワークもあります。今、マイナンバーで情報も提供しようとしています。このようなこともいろいろところでやっている医療情報ネットワークでできるものもありますし、そのための製品もあります。番号でひもづければある程度の検査結果の記載もすでにある製品でできているわけです。SS-MIXでやったり、いろいろなことをしてできているわけです。ですから独自に、マイナンバーでどうつくるのかという問題ではなく、幾つかのサービスを統合できれば十分できるわけです。今、マイナンバーに運転免許証を入れるという話が進んでいますね。運転免許証の裏には臓器提供の同意文章が入っているわけです。どの臓器を提供していいか、そういう意思表示をするのであれば、ACPも入れる箱をつくればマイナンバーで紐づけられる。ですから、すでにあるものをちゃんと有機的にくっつけたら、これからつくらなくてもできるものが結構あると思うんです。縦割りのせ

いなのか分かりませんが、一つずつ、これから構築という話になっていくのが、スピード感も非常に遅いし、なぜそういう話になっていくのかなと。もしかするとマイナンバーの中での利用制限、マイナンバーを作ったときの個人情報の管理の仕方とか、様々なことがあるのかもしれませんが、既存にあるものを組み合わせるだけでも随分情報共有はできるし、非常に役に立つと思うのですが、その辺はいかがお考えでしょうか。

望月座長

中田課長、お願いいたします。

中田課長

ご意見、ありがとうございます。確かに新しいものを一から構築するというよりは、既存のものを活用していくというほうが効率がいいというのはご指摘のとおりかと思えます。それぞれの地域ごとでいろいろ培ってきたいろいろな資源も当然あるかと思えますし、それからACPの問題につきまして

は、かかりつけの先生から家族といろいろ相談しながら決めていくという段取りになると思いますけれども、それが何か事が起こったときに、ほかの医療機関の先生も十分にそれを理解した上できちんとできるような仕組みとして構築するにはどういった要件が必要なのか。私の聞いている範囲では、例えばACPについては、最終的にこういった機能がその医療機関にあるのであればここまではお願いしたいけれども、例えばもう少し高度なところで助かる可能性があればちゃんとしてほしいという、それぞれの家族ごとにも非常に事情が異なるようなことも伺っておりますので、そういうきめ細やかな対応もしていきながらACPを進めていく必要があるかなと思った次第であります。

望月座長

この問題、ここではなかなか難しいと思いますけれども、ACPに関してはみんなで進めていこうという方向になりつつあるのかなと思います。今、介護施設での看

取り等はかなり進んできているような状況で、在宅での看取りが進んでくると、あまり不要な救急搬送は少なくなるかなと思います。

そろそろ時間になってしまいました。このシンポジウムはそろそろ終了になります。いま一度、演者の皆様方に拍手で閉めたいと思います。ありがとうございました。

望月会長

皆様、短時間ではございましたけれども、「明日の自治体病院を考える」というシンポジウム、いかがだったでしょうか。かなり地域に特性のある3つの病院を今回選ばせてもらいまして、それぞれ特徴的なお話をしていただきました。これから先、今一番大きな会議が「新たな地域医療構想検討会」だと思いますので、そういったところに全病院の構想を生かしていければ、明日の未来が浮かんでくるのかなと思いました。

本日はご参加いただき本当にありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。

(了)