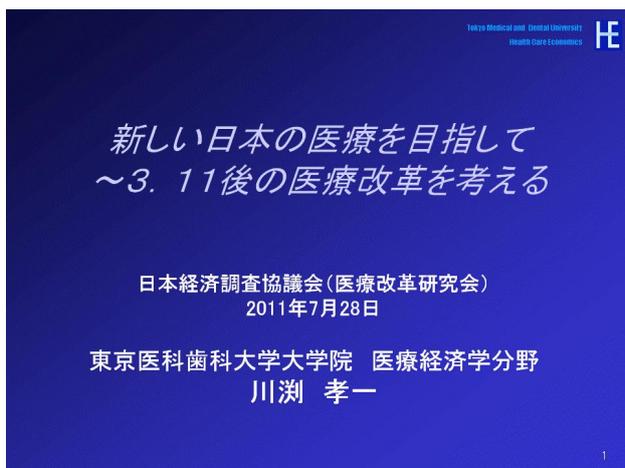


【資料】
研究会講演録

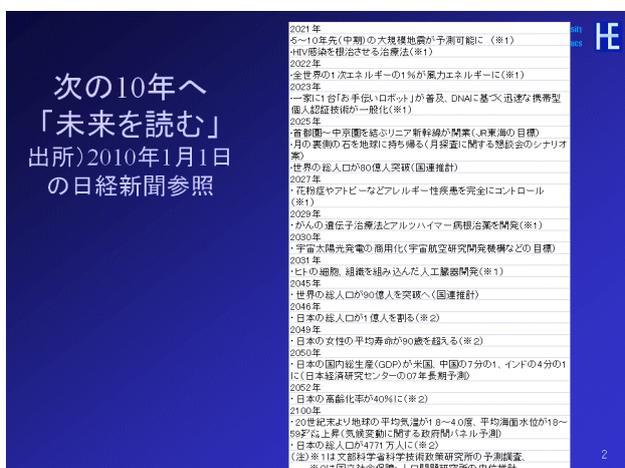
講演録 目次

1. 川渕孝一主査（東京医科歯科大学大学院教授）
「新しい日本の医療を目指して ～3.11 後の医療改革を考える」（2011 年 7 月 28 日） - 29 -
2. 山田謙次委員（野村総合研究所経営コンサルティング部ヘルスケア・コンサルティンググループマネージャー）
「東北での災害を契機とする医療施設再整備の論点整理」（2011 年 8 月 30 日） - 39 -
3. 伊藤由希子委員（東京学芸大学准教授）
「まちなか集積医療 ～地域医療への政策提言」（2011 年 9 月 13 日） - 47 -
4. 高橋一成委員（グッドライフデザイン副社長）
「復職支援センターの必要性について」（2011 年 9 月 13 日） - 53 -
5. 林諄委員（日本医療企画代表取締役）
「経営改革を通じた日本医療の再生戦略」（2011 年 10 月 4 日） - 57 -
6. 大石佳能子委員（メディアヴァ代表取締役社長）
「復興に向けて –メディアヴァの経験から–」（2011 年 10 月 4 日） - 62 -
7. 大木哲委員（大和市長）
「「健康都市やまと」について」（2011 年 11 月 10 日） - 73 -
8. 辻井博彦委員（放射線医学総合研究所フェロー）
「放射線の人体影響と治療応用」「重粒子線治療」（2011 年 11 月 10 日） - 79 -
9. 山本保博委員（東京臨海病院病院長）
「東日本大震災を教訓とした首都直下地震、東海・東南海・南海地震への備えについて」（2011 年 11 月 21 日）
..... - 91 -
10. 井村裕夫アドバイザー（先端医療振興財団理事長）
「神戸医療産業都市の経験とそれに基づく提言」（2012 年 1 月 24 日） - 105 -

1. 川渕孝一主査「新しい日本の医療を目指して ～3.11後の医療改革を考える」(2011年7月28日)

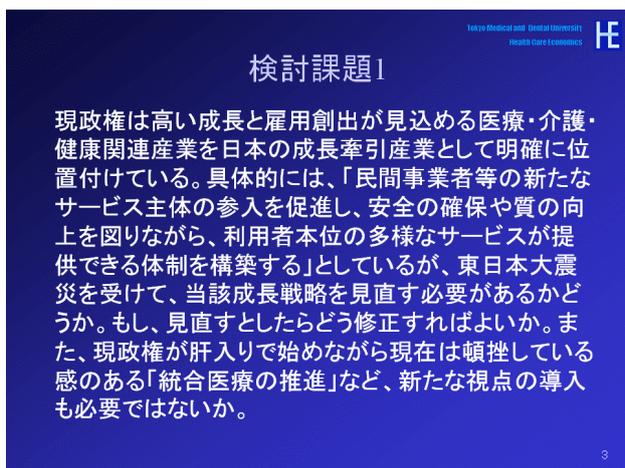


当研究会での検討課題を説明する。



日経の2010年元旦号の中に、10年の節目ということと面白い特集があって、この次の10年、あるいは90年後の2100年の日本を鳥瞰していた。今では少し古い感もあるが、びくっとしたのは「2011年には5年、10年先の大規模地震が予想可能に」とあること。出典は文部科学省の科学技術政策研究所の予測調査。リニアモーターカーも現実味を帯びてきている。次に医療に関してはどうかというと、アトピーとか花粉症の完全コントロールや、がんの遺伝子治療といった話もあるが、やはり高齢化が著しい。

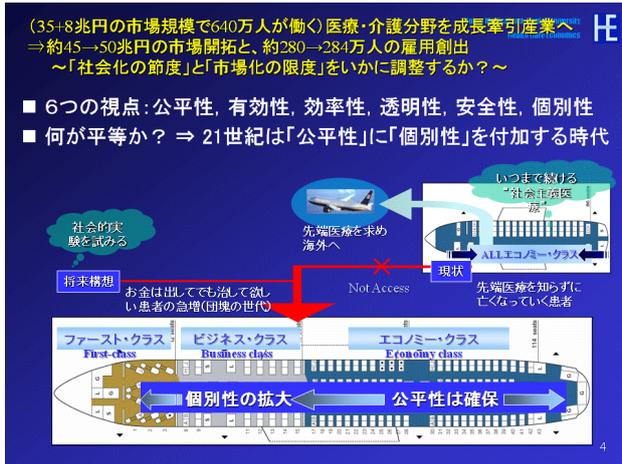
社会保障人口問題研究所の推計によると、少子高齢化で、今の日本の人口1億2,800万人は2100年に3分の1になりかねない。そういう社会をどうイメージするのか。日本の未来は、惨憺たるというのは言い過ぎかもしれないが、決して明るいとは言えない。



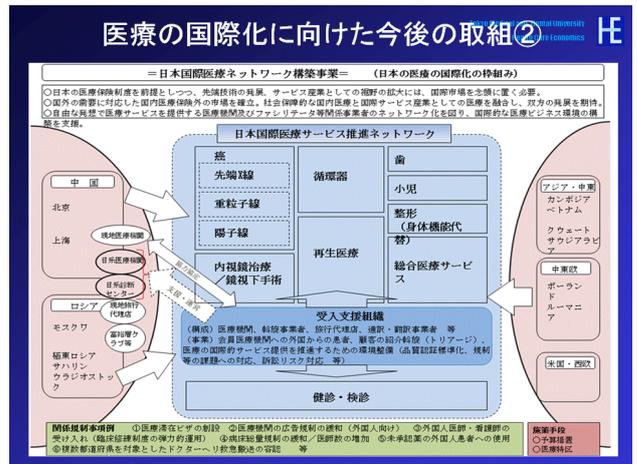
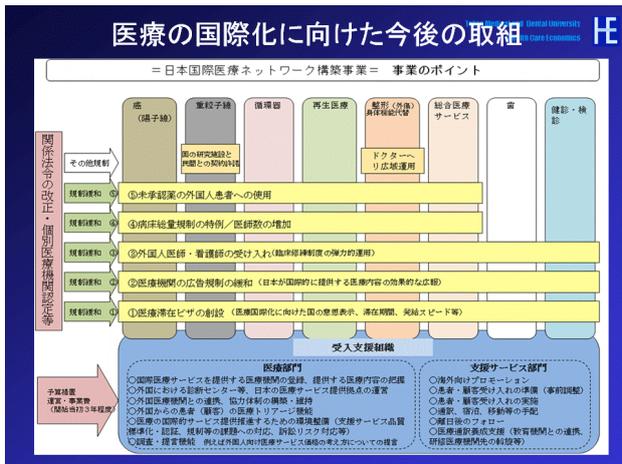
そこでまず検討課題1だが、現政権の新成長戦略の見直しが必要では。昨年6月の閣議決定後、思ったほど進んでいない。3.11を経て本当にこの中身のままで良いのか、実現可能性も含めてその見直しを考えるとどこに来ているのではないかと。もう少し実現可能なものを入れていかないと夢物語に終わっていないか、という問題意識。

最後に「現政権が肝入りで始めながら、現在は頓挫している感のある統合医療の推進など」と取って付けたような話で変に思われるかもしれないが、実はこれが当研究会の当初の問題意識。当初はこれで進めようと思ったが、今はもっと大事なことがあると判断し、

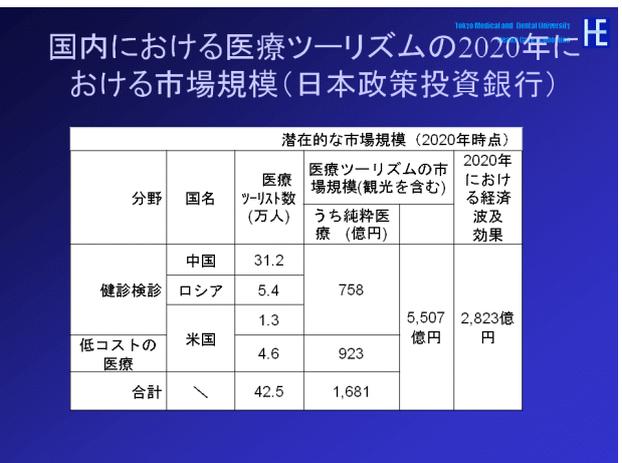
無理を言って私の問題意識のほうに押し戻した。ただ、統合医療は私自身も大事と考えている。日本がこれから打って出られる分野との話もあるが、実は漢方の市場規模はそれほど大きくない。北里大学の東洋医療の研究所には私も足繁く腰痛治療に通ったこともあり、自由診療でも患者がたくさん来ていることはわかった。その辺はながらも医療ビジネスに関与されてきた高橋委員からコメントいただきたい所だが、その事業性も含めて考える必要がある。



現政権が市場拡大を言う背景には雇用創出の意図もある。医療・介護分野で働く人は現在 640 万人ぐらい、そこへ新たに 284 万人増やすという。一方、市場規模は医療 35 兆円、介護 8 兆円のところへ、さらに 50 兆円も市場開拓できるという。しかし、これは検討課題 3 に関係するが、一定の負担がないと市場は拡大しない。となると、今までのような社会保障制度、給付でいいのか。



この他、国際化と言えばメディカルツーリズムがよく取り上げられる。この1月にもシンポジウムをやられたが、辻井先生は非常に精力的に国際医療ネットワークを作られている。重粒子線治療には色々な会社関わっているが、新幹線に代表されるシステム輸出のように全体を束ねる人がなかなかいない。わが国はいい技術を持っているが全部を束ねる人がいない。僕は「総務力」と言っているが、束ねる人がいればもう少しうまくできる筈。重粒子線治療については、実際に放医研に行ってみると確かに良い技術だと思うし、保険適用するかどうかは別にして、海外に打って出ているものだと思う。



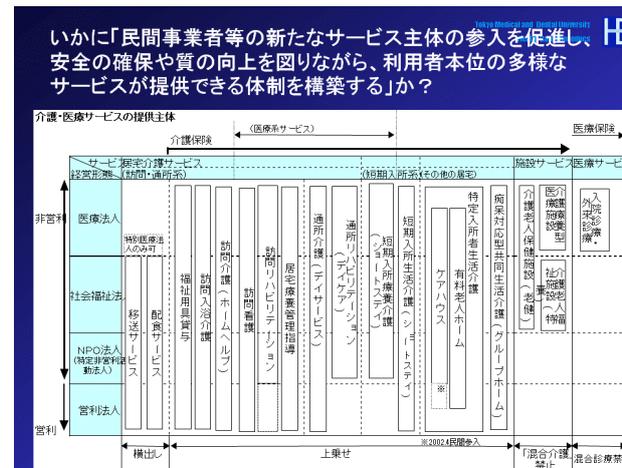
また、メディカルツーリズムでは検診ニーズがあると云われるが、これは政策投資銀行が試算しているように758億円しか市場規模がない。検診のニーズは入り口で、やっぱり最後は命を救ってほしいという患者を取り込まないといけない。しかしこれは「言うは易く、行うは難し」で、特になんなどは完治が期待できず慢性疾患として長く付き合っていく必要があり、結局はネットワークが勝負。OECDヘルスデータなどを見ても医療ツーリズムは騒ぐほどの商いになっておらず、地に足を付けた話をすべき。小泉首相の時代から、規制緩和さえすれば金を掛けずにどんどん市場が大きくなるという話があった、私も行政刷新会議の規制・制度改革分科会のワーキンググループに入っていたが、どうも議論が中身に入り込まず、非常に薄っぺらいところで終始していた。

番号	検討項目
①	保険外併用療養(いわゆる「混合診療」)の原則解禁
②	一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和
③-a	医行為の範囲の明確化(診療権種別資格の緩和)
③-b	医行為の範囲の明確化(介護職による薬の吸引、胃ろう処置の解禁)
④	再生医療の推進(適用法令、臨床研究の在り方、PMDA審査体制)
⑤	レセプト等医療データの活用促進(傷病名統一、診療年月日記載など様式改善等)
⑥	ICTの活用促進(遠隔医療、特定検診保健連携)
⑦	医療ツーリズムに係る登録免許要件等の緩和(医療ビザ、外国人医師の国内診療)
⑧	特別養護老人ホーム等への民間参入拡大(運営主体規制の見直し)
⑨	介護施設の総量規制を後押ししている参酌標準の廃止
⑩	訪問看護ステーションの開設要件の緩和(一人開業の解禁)
⑪	各種介護サービス類型における人員・設備に関する基準の緩和(サービス提供責任者の監査基準、ユニット型施設の入所定員比率目標等)
⑫	高齢者用パーソナルモビリティの公道での使用
⑬	EPAIに基づき看護士、介護士候補への配属(受験回数、試験問題の英語表記の漢字へのルビ等)

⑭「ワクチン対策基本法」の制定と

⑮救急患者の搬送・受入実態の見える化(救急医療と医療機関データのリンク)も追加提案。

例えばワクチンは今後大きな市場。今は世界的に1.8兆円程度のビジネスだが、画期的な新薬が見込めない中、特に外資系製薬メーカーはワクチンでもう一旗上げようとしている。外資系ロビイストたちが暗躍しているが、ロビー活動と科学的根拠を結び付けた総合力が日本には欠けている。いま一つは「救急の見える化」。混合診療は以前から言っているがなかなか進まないのが最近では言わなくなった。インターネットでの一般用医薬品販売も大事だが、もう少し大きな視点が必要ではないか。各論を始めてどんどん瑣末な話になって終わってしまうところが日本が一番まずい部分。大局的なものの見方が必要と思う。



検討課題2

平成23年3月11日に発生した東日本大震災は被災地のみならず福島原発事故に伴う放射線物質による汚染拡大、計画停電による経済活動の低迷、個人消費の落ち込みの長期化など国民経済に多大な損失を及ぼしている。マクロ的には約16~25兆円の経済損失があったとされるが、医療界に及ぼした影響は未だ明らかになっていない。当該大震災がわが国の医療界にどんな経済的損失を及ぼしたかを推計し、復興に向けた“青写真”を策定する。

実は自分は大学を出て、株式会社立の病院を夢見て病院に就職したが未だに実現していない。そもそも株式会社にして何が良いのか、そのエビデンスが弱いからだ。例えば8年前の本委員会にも参画いただいた上尾中央病院など、どんどん拡張している医療法人。別に株式会社ではなくても銀行借入れでも充分なのではないか、と。と言いながら、質のいい病院が拡張し、質の悪い病院は淘汰される仕組みは必要。何か最後のご奉公として、もう少し本質的な議論をやりたいと思う。

3月11日の大震災を受けて、原発事故が発生し、企業の社会責任も考えるべきかと思う。東電の過失責任を問い過ぎるとリスクを負って投資する人が出てこないのではないか。

いずれにせよ、内閣府が試算した震災の損失は16~25兆円。野村総研は手弁当で一生懸命復興に向けた青写真を書いていると聞いた。自分も実際、3~4日前に現地に行ったが、日本人として何かできないかと思う。

現地のドクターは「心が折れた」と言う。今日はご欠席だが、山本委員は現在福島でのJヴィレッジでDMAT(災害派遣医療チーム)を展開されている。今回の

震災は津波で93%が亡くなっており、16年前の阪神大震災とは随分事情が違う。仙台から古川駅で降りて、被災地に行ったが本当に局所的、一部だけ。

3月11日以前の状況を第二次医療圏ごとに分析してみると、被災地にはいわゆるDPC対象の急性期病院の病床がまったくないと比較的過剰な地域がある。療養病床も同様。福祉関係の施設は3・11前までは結構あったが、かなり被災したようだ。福祉法人は若干補助金が出るので医療法人よりはよいと思うが、その被害状況はかなりひどい。

Tokyo Medical and Dental University
HEALTH CARE ECONOMICS

DPC病床数と非DPC+療養病床数の需要予測

	2010年 0-74歳1000人 に対する DPC病床数		2030年 0-74歳1000人 に対する DPC病床数		2010年 75歳以上1000人 に対する 非DPC+療養病床数		2030年 75歳以上1000人 に対する 非DPC+療養病床数	
	盛岡(岩手)	5.7	7.1		7.1		46	
花巻(岩手)	0.0	0.0		0.0		39		39
奥州(岩手)	2.8	3.7		5.1		42		42
一関(岩手)	2.7	3.7		4.4		39		39
大船渡(岩手)	6.3	9.6		14		12		12
釜石(岩手)	6.0	10.3		59		55		55
宮古(岩手)	0.0	0.0		48		42		42
久慈(岩手)	6.4	9.0		19		15		15
二戸(岩手)	5.8	9.2		23		22		22
白石(宮城)	3.8	5.0		26		19		19
仙台(宮城)	5.1	5.9		45		25		25
大蔵(宮城)	2.5	3.3		4.4		36		36
栗原(宮城)	0.0	0.0		53		51		51
登米(宮城)	0.0	0.0		69		65		65
石巻(宮城)	3.3	4.7		30		23		23
気仙沼(宮城)	0.0	0.0		53		44		44
福島(福島)	6.2	7.9		31		22		22
郡山(福島)	5.0	6.0		5.4		38		38
白河(福島)	3.5	4.4		53		39		39
会津若松(福島)	7.9	11.1		40		36		36
南会津(福島)	0.0	0.0		22		23		23
相馬(福島)	0.0	0.0		65		51		51
いわき(福島)	4.7	6.1		60		44		44

18

Tokyo Medical and Dental University
HEALTH CARE ECONOMICS

2次医療圏別の介護保険施設の供給状況と将来予測

	2010年 (総人口)		2030年 (75歳以上人口)		2010年 75歳以上 1000人当たり 老健+特養ベッド数		2030年までに 確保済 用需すべき 老健+特養ベッド数		2030年までに 用需すべき 老健+特養ベッド数	
	盛岡(岩手)	489,845	55,600	86,036	54.5	41.0	14%			
花巻(岩手)	232,466	33,885	42,856	60.4	-332	-16%				
奥州(岩手)	142,132	22,378	26,716	35.7	-177	-14%				
一関(岩手)	138,021	29,608	24,257	89.2	-355	-24%				
大船渡(岩手)	71,163	12,601	14,818	48.4	-13	-2%				
釜石(岩手)	54,858	9,767	10,373	58.6	-157	-27%				
宮古(岩手)	93,565	15,518	13,044	58.6	-187	-21%				
久慈(岩手)	64,263	9,466	11,888	69.2	-175	-27%				
二戸(岩手)	60,498	10,702	11,557	60.7	-188	-28%				
白石(宮城)	199,011	27,477	37,498	56.4	-54	-3%				
仙台(宮城)	1,474,600	136,852	246,634	52.3	2,710	38%				
大蔵(宮城)	211,648	30,548	37,824	45.4	127	8%				
栗原(宮城)	75,112	14,330	15,118	53.0	-165	-21%				
登米(宮城)	81,186	13,885	14,688	49.7	-102	-15%				
石巻(宮城)	211,584	28,405	37,217	50.7	49	3%				
気仙沼(宮城)	90,600	14,326	17,508	49.9	-15	-2%				
福島(福島)	492,737	65,848	81,074	53.1	138	4%				
郡山(福島)	555,185	63,570	81,893	47.4	662	22%				
白河(福島)	150,089	19,647	26,163	50.4	57	6%				
会津若松(福島)	264,188	44,211	48,287	55.6	-509	-20%				
南会津(福島)	30,740	6,708	6,634	92.7	-155	-37%				
相馬(福島)	193,821	27,845	35,819	48.8	67	5%				
いわき(福島)	344,853	43,700	60,197	49.4	250	12%				

19

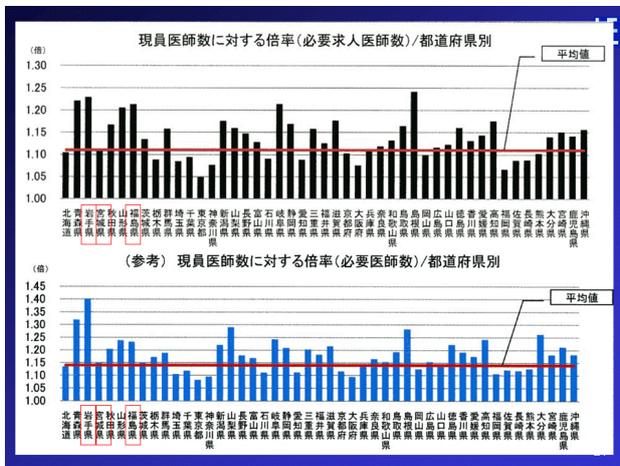
Tokyo Medical and Dental University
HEALTH CARE ECONOMICS

大都市部、地方都市部、過疎地域の2次医療圏のグループ化

	2010→2035年 75歳以上人口増減率			
	75~100%	50~75%	25~50%	0~25%
人200~		盛岡(岩手)		
150~	仙台(宮城)			
100~		郡山(福島)	大崎(宮城) 福島(福島) 白河(福島)	一関(岩手) 二戸(岩手) 会津若松(福島)
50~100			花巻(岩手) 白石(宮城) 石巻(宮城) 相馬(福島) いわき(福島)	奥州(岩手) 大船渡(岩手) 釜石(岩手) 栗原(宮城) 登米(宮城) 気仙沼(宮城)
50人以下				南会津(福島)

20

既に岩手、宮城は復興計画が進んでいるので、外野から文句を付けるのもどうかと思うが、そもそも震災以前に人口10万当たりの医師の数も25年後の75歳の人口割合、人口増減率もばらつきが大きい。次回は伊藤委員からご説明頂きたいが「街中集積医療」という考え方もそろそろ必要だろう。



しかし、現状はDMAT等で一時的に来ていた医師が引き上げつつあり、地域医療の脆弱性が露呈している。特に福島では看護師の離職率が高い。住民が減っているからやむを得ない面もあるが、そういう現実を本当に直視した青写真を、微力ながら本研究会で描きたい。

特に大木大和市長は何度も現地に行っておられるし、市からの職員派遣もかなり行かれていますので、基礎自治体力についてご示唆をいただきたい。また山田委員の力を借り、3.11後の状況を把握したい。医師数は厚労省が3月11日前に調査したデータしかないので直近のデータで青写真を描いてみたい。

未だ福島県には行ってないが、原子力災害が現在進行形。これに対して宮城・岩手は津波被害が主。福島と岩手・宮城では青写真も異なる筈。福島については、辻井委員から目に見えないものに対する危機管理についてご教示いただきたい。医学と言うよりは物理系の話題かもしれないが、例えば放医研の明石先生に解説いただくなど、各委員のネットワークで様々な知見を貪欲に集めて、可及的速やかに青写真をまとめ緊急提言を作りたい。

Tokyo Medical and Dental University
Health Care Economics HE

検討課題3

平成23年6月30日に「社会保障・税の一体改革」の成案が政府から示されたが、これでは近年の急速な高齢化や医療・介護技術の進歩、それに伴う多様で質の高いサービスへの需要の高まり等の環境変化に十分に対応できていない。特に、東日本大震災を受けて、日本国民が安心して暮らすためには効率化・重点化についてより一層の具体化が求められる。そこで持続可能な医療・介護制度および保険財政について再度検討する。

23

検討課題3は一番難しい。検討課題2は比較的短期的な話。検討課題1は新政権の戦略だが、自民党時代から医療・介護を成長産業にするという話はあった。検討課題1と3は密接に関係するもので、8年前にも報告書に書いたが結局はファイナンスの問題を解決しなければいけない。経済学者もその解決策として消費税や保険料の引上げと色々言っているが、社会保障と税の一体改革は本当に待たないかと思う。奇しくも6月30日に成案がまとまって、厚生省も動き出し経済産業省もいろいろ言っているところだが、地に足を付けた話をしないとまた言いつ放しになりかねない。

Tokyo Medical and Dental University
Health Care Economics HE

今後の急速な少子・高齢化の進行 ～日本の将来推計人口(平成18年12月推計)～

資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位、死亡中位の場合)

○1人の高齢者を何人の現役で支えるか(※65歳以上と20-64歳の人口を比較。国立社会保障・人口問題研究所の資料を元に作成)

1985年 5.9人 → 2011年 2.5人 → 2025年 1.8人 → 2050年 1.2人

2011年2月15日
読売新聞

24

Tokyo Medical and Dental University
Health Care Economics HE

高齢化はアジア諸国共通のテーマ

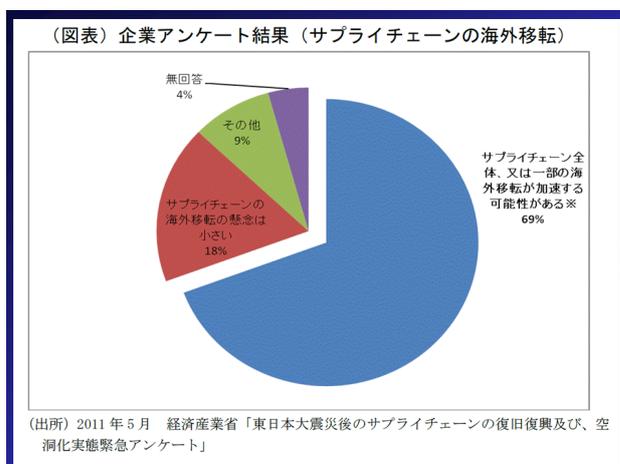
国	65歳以上人口の割合		doubling period (years)
	1970	1994	
日本	7%	14%	7年→14年
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1976	47
アメリカ	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115
シンガポール	2000	2016	16
韓国	1999	2017	18
ブラジル	2011	2032	21
タイ	2003	2025	22
チュニジア	2009	2032	23
中国	2001	2026	25

2011/2/20 ラジオ
NIKKEI

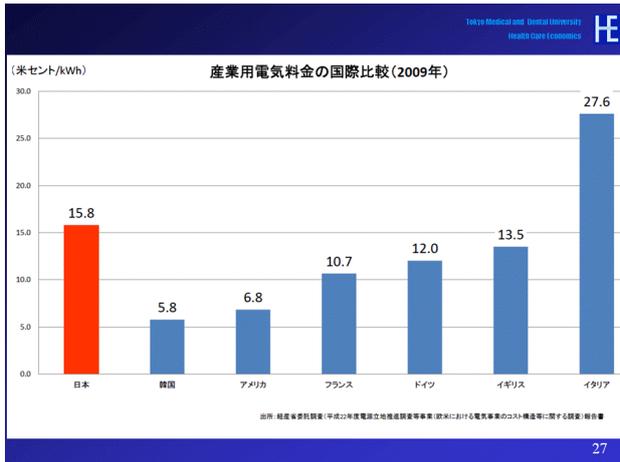
25

とは言え私見だが、構造改革に失敗してきたわが国は、このまま何も変わらずに行ってしまうような気がする。その時いったい日本はどうかと考えると暗たんたる思いがする。とにかく年寄りが多くなり子供は減り、このポンチ絵は他人事ではない。

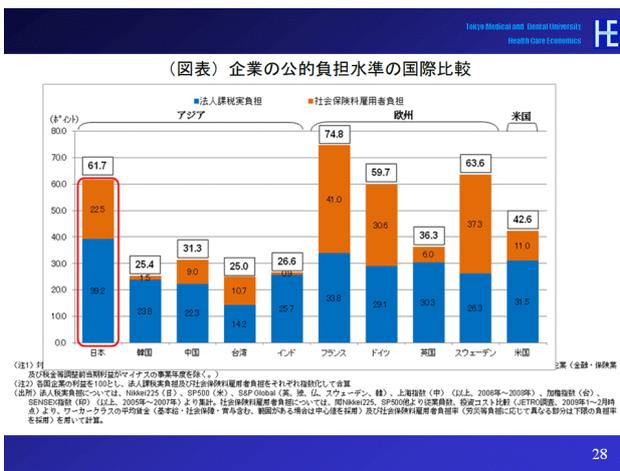
来年になると、いわゆる団塊の世代が65歳になる。私の大学でも定年退職で辞めていかれる方は多いが皆さん嬉しそう。送り出すほうは何か複雑な顔をしているという歓迎会が多いが、高齢化は言うまでもなくアジア共通の問題。韓国も中国も今後すさまじい超少子・高齢社会になることは分かっている、日本を参考に、あるいは反面教師にしようとしている。



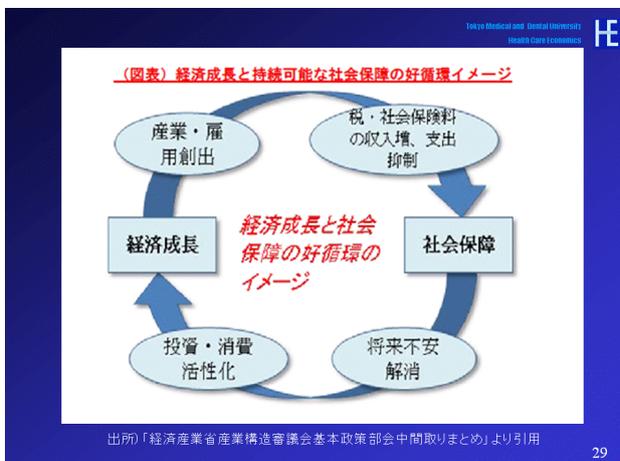
先日、伊藤元重先生のおかげで経済産業省の産業構造審議会に入れていただいたが、一番驚いたことは70%の企業が「海外に移転するかも」と言っていることだ。経産省は相当信頼性が高いアンケートだと言っていた。医療界では「立ち去り型サボタージュ」という現象があって、気が付いたら医療現場に医者がいなくなった。これが企業レベルで起きたら日本はもう終わり。このまま行くと貧乏人と年寄りしか残らない国になる。後は出稼ぎ労働者が日本に金を持ってきてくれるかどうか。



まさに日本はそういう国にならんとしているわけで、私の専門ではないがエネルギー政策を真剣に考える研究会が必要だろう。本当に脱原子力でもいいのか。医療分野も相当電気を使うわけで、エネルギーを無視できない。



一部の学者は「企業にもっと社会保険料を負担して貰え」と言うが、企業の公的負担は法人税と社会保険料で見ると、欧米とそれほど変わらないレベルにきている。これに対して、いま日本が競争を迫られている韓国、中国、台湾、インドの公的負担水準は低い、そもそも国が若い。そのうち日本のようになる筈だが、20年後ぐらいの話。

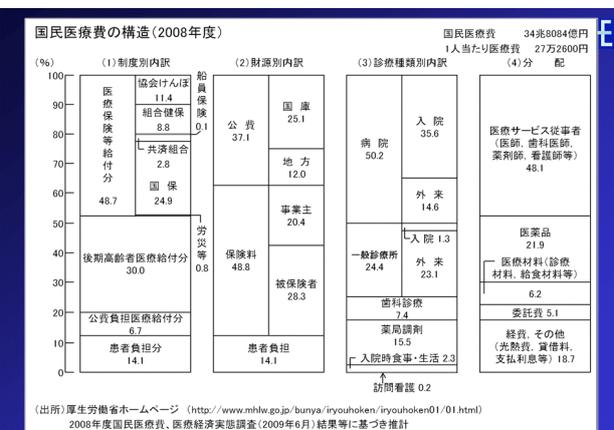


この20年間で日本は本当にしんどい。良くできたポンチ絵だが、どこから作り始めればこの好循環ができるのか。ある人は「税と社会保険料の収入増が先」で「国民負担を」と言い、またある人は「その前に支出抑制」と言う。経済産業省は「投資と消費の活性化が先だ」と言う。何がこの国を引っ張る機関車なのか、どの産業がこの国を牽引するのが分からなくなっている。私の学生時代は、自動車と半導体と家電の3つが国際競争力が強かったが、これが今でも通用するのだろうか。

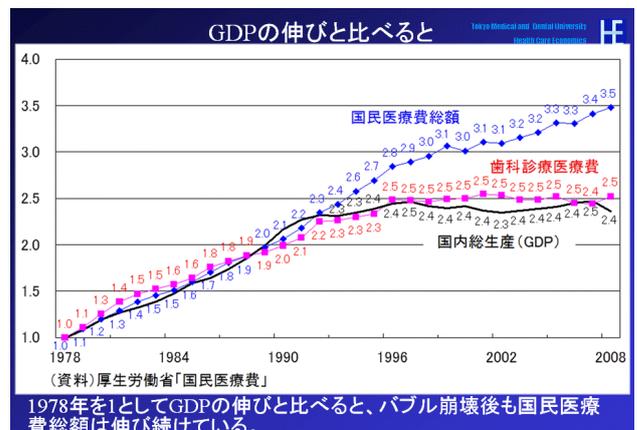
医療・介護の面で言えば、お金を使うだけなのか、それとも少しはお金を稼ぐ産業なのか。この辺は各務委員にご教示いただきたいところ。一時はTLO (Technology Licensing Organization、技術移転機関) をたくさん作ったものの、結局税金を食い潰して終わったものが多い。東大でもベンチャーの動きはあるかと思うが、総じてわが国でイノベーションがなかなか生まれないのは何故なのか。日本という国が年を取ったのか、年を取る中で生産性を高めるにはどうすればよいのか、その辺も検討課題1と関係するが議論したい。

- 日本の医療費は2035年までに現在(約35兆円)の3倍の85~92兆円(対GDPの12.2~13.8%)に増加。
 - その主な要因は「高齢化(20%)」「医療技術の進歩(30%)」「経済成長(30%)」の3つ。
 - 医療費増加は世界的テーマ(2005-35の年平均伸び率が、**ドイツ3.7%**、米国2.4%、フランス2.8%、オーストラリア2.7%、カナダ1.8%、**日本2.1%**、英国2.0%)。
 - 患者の自己負担率(10~30%)を変えずに保険料と公費負担(消費税率)の増加で将来必要な医療費を賄うには現在の(8%、5%)を(24%、5%)、(8%、13%)或いは、(13%、10%)にする必要がある。
- ⇒協会けんぽの保険料がなし崩的にアップ(8.2%→9.34%→9.5%)
 ⇒しかしドイツでは、1950年の7.8%から現在の14.6%に引き上げるまでに約50年を要している。

大石委員は本日欠席だが、経営コンサルタント会社のマッキンゼー・アンド・カンパニーが「医療制度改革の視点」という非常にフルティフルな報告書をまとめている。このシミュレーションによれば、今35兆円の医療費があつと25年もすると3倍になるという。その要因は高齢化もあるが医療技術の進歩や経済成長による所が大きい。しかし、いかにファイナンスするかが世界共通のテーマだが、これがデッドロックになっている。



国庫負担は2008年度8.7兆円(25.1%)、1983年度4.5兆円(30.6%)。



1978年を1としてGDPの伸びと比べると、バブル崩壊後も国民医療費総額は伸び続けている。一方、歯科はおおむねGDPに沿った伸びを呈している。

総保健医療支出(NHA)に占める公的負担の割合

	カナダ	フランス	ドイツ	韓国	アメリカ	日本
HC.1, HC.2 診療及びリハビリ	75.5%	82.7%	80.9%	56.1%	47.0%	85.3%
HC.3 LTC	82.0%	98.9%	70.6%	82.3%	61.9%	88.1%
HC.1~HC.4の外来部分	63.6%	63.8%	69.0%	48.8%	41.1%	82.2%
HC.5 外来患者への医療財の提供	35.7%	62.8%	70.7%	51.2%	31.0%	68.5%
HP1 病院	81.4%	92.8%	88.4%	61.5%	56.0%	87.4%
HP2 長期医療施設および居住施設	76.3%	100.0%	65.6%	58.0%	61.9%	89.6%
HP3 外来医療提供者(診療所)	67.3%	72.3%	74.2%	49.2%	38.7%	82.9%
HP4 医薬品の小売、供給	35.7%	63.8%	68.4%	55.9%	31.0%	63.9%

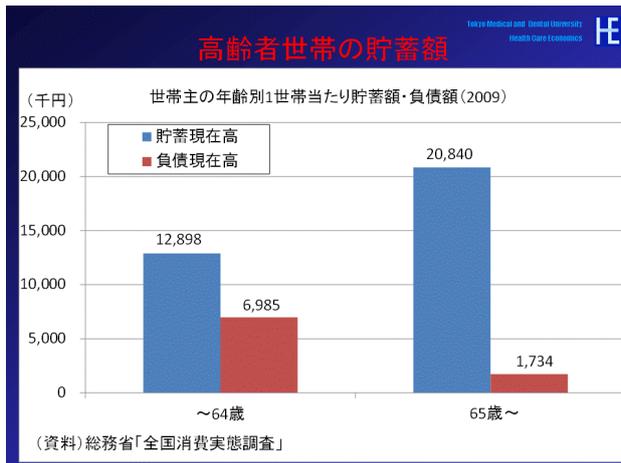
(出典) OECD Health Data 2010 (2007年の各国データ) を使って医療経済研究機構の肥塚修子主任研究員が分析したMonthly IHEP2011 5月号を一部改編

もし、この財源確保が困難な場合、どうしたらよいか？

~考えられる2つのシナリオ

- 1) 更なる財源の確保
 - ・ タバコ医療費目的税の導入
 - ・ 保険免責制の導入
 - ・ 民間保険やMSAの活用
 - ・ 患者の自己負担率の引上げ
 - ・ いわゆる“混合診療”の解禁(「All or Nothing」から「松・竹・梅」へ)
- 2) 医療に関する支出の抑制
 - ・ 高齢者医療制度と介護保険を統合して「地域包括ケア」の実現
 - ・ 医療ICTを使った保険審査の厳格化
 - ・ 薬価および診療報酬の引下げ
 - ・ 「費用対効果」の低い項目を保険給付からはずす
 - ・ 予防に勝る良薬なし!?

財源が確保できなければ良質な医療は提供できない。10~30%と高自己負担率を有するわが国では消費税率を上げるか保険料率を上げるかしかないだろう。さらにそれも難しくければ新たな財源を作るか、支出抑制しかない。



特にシンガポールが導入したMS A (Medical Saving Account、医療貯蓄口座) はわが国でも検討の余地がある。と言うのは、お年寄りの貯金水準が若年層に比べて高いからである。それから、もう少し議員数やその待遇を見直せとか言う話もある。もっとも議員待遇といっても1,662億円しかならず、国民は切り詰めると言うが、例えば地方議員の給料を削ってみても効果は少ない。ただ、こういうことを先にやらないと増税に行けないという面はあるかもしれない。

議員の待遇(年間1662億円)に批判が高まっている!?

	全国の議員数	平均報酬月額	平均議会開会日数	平均ボーナス
都道府県議	2683人	79万円	99日	3.1か月+α
市議	21315人	42万円	85日	未集計
町村議	13235人	21万円	43日	3.43か月+α

(注)全国都道府県議会連合会、全国市議会連合会、全国町村議会連合会の調べ。都道府県議は2010年、市、町村議は09年。ボーナスのαは加算をしている。このほか、第2報酬ともいわれる政務調査費、費用弁償(日当)などがある。

出所)日経新聞2011年3月9日



5年ぐらい前から「医療の見える化」というものを始め、可視化ネットワークをスタートした。たまにその成果を論文に書いては叱られている。



11回以上受診拒否の事案の概要(救急隊の記録)

退院時の状況別件数	件数	%
生存	560	68
死亡	264	32
小計	824	100
不明	98	
計	922	

都道府県別件数	件数	%	都道府県	件数	%
01 北海道	2	0.2	24 三重	26	2.8
04 宮城	3	3.3	27 大阪	44	4.8
07 福島	15	1.6	28 兵庫	31	3.4
08 茨城	8	0.9	29 奈良	49	5.3
09 栃木	6	0.7	30 和歌山	1	0.1
10 群馬	7	0.8	33 岡山	1	0.1
11 埼玉	132	14.3	34 広島	3	0.3
12 千葉	46	5.0	35 山口	1	0.1
13 東京	467	50.7	40 福岡	2	0.2
14 神奈川	39	4.2	41 佐賀	2	0.2
15 新潟	5	0.5	46 鹿児島	2	0.2
23 愛知	3	0.3			
			計	922	100.0

これは救急医療の見える化の効果だが、救急搬送で11回以上たらい回しになった事案が922件、その半分以上が東京。23カ所も救命救急センターがある東京が一番多い。これも救急の見える化をやって初めて分かったこと。大和市もそうだが、救急隊は一生懸命頑張って患者さんを病院に届けるが、その後どうなったかは知らない。医療機関は受けるだけで、その人がどういう経過で運ばれてきたかは知らない。もう少し消防庁と厚労省がうまくやって無駄をなくすべきで、そのためには両者のデータをくっつける必要がある。

ボランティアで介護保険料軽減

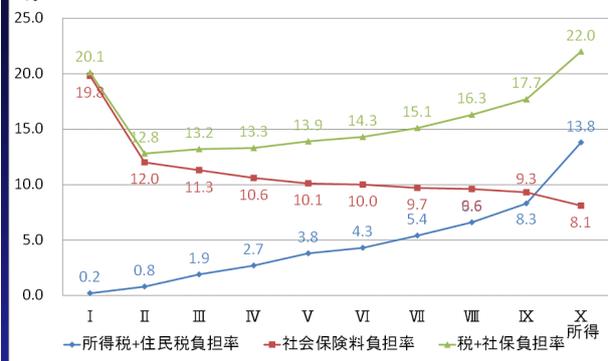
実施している自治体	実施している自治体
山形県(天童市)	鳥根県(邑南(おおなん)市)
栃木県(日光市、小山市)	岡山県(倉敷市)
千葉県(柏市、印旛市)	山口県(山陽小野田市)
東京都(千代田区、新富区、墨田区、品川区、世田谷区、豊島区、足立区、葛飾区、江戸川区、八王子市、町田市、日野市、清瀬市、武蔵野山市、稲城市)	徳島県(鳴門市)
神奈川県(横浜市、相模原市、藤沢市)	香川県(小豆島町)
福井県(福井市)	愛媛県(久万高原(まことげん)町)
山梨県(甲府市、富士吉田市)	福岡県(藤井(ふじい)町)
静岡県(袋井(ふくろい)市)	佐賀県(唐津市)
愛知県(津島市)	熊本県(天草市、球磨村)
三重県(桑名市)	大分県(豊後高田(ぶんごたかた)市)
京都府(福知山市)	鹿児島県(薩摩川内市、霧島市)
大阪府(吹田市、寝屋川市)	
	計49市区町村 (今年1月現在、東京都稲城市調べ)

「換金などの経費は介護保険から支出するため、財政負担を心配する声もあった。だが、東京都稲城市が、市内の高齢者の2.2%に当たる約300人が参加した08年の実績をもとに試算したところ、介護予防効果がポイント換金の負担を上回り、高齢者1人当たり、月額で約11円の費用削減効果があった」という。
出所) 2011年2月24日の読売新聞

いずれにしても、社会保障制度の財源問題は、最後は国民がどう考えるかだ。私自身は「自分のことは自分でやれ」と考えており、厚労省とはかなり意見が違うが、今後はボランティア活動に積極的に取り組んだ方の介護保険料の軽減を図るなどの施策も必要ではある。

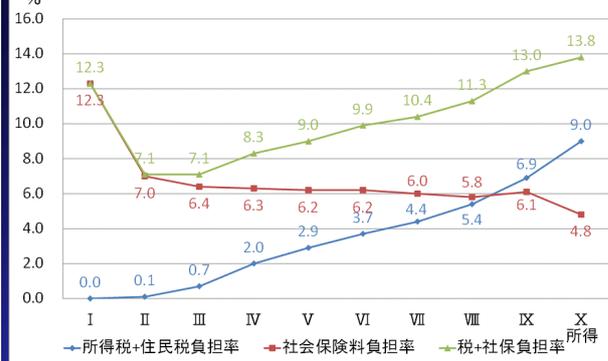
ただ、一橋大学の田近教授の資料にもあるように、税金と社会保険料の負担が低所得層で大きくなっていることも事実で、消費税を上げるにしても一定の還付が必要だろう。

勤労世帯



出所) 一橋大学田近栄治氏「所得税改革と納税者番号制度」より一部改編

年金世帯



出所) 一橋大学田近栄治氏「所得税改革と納税者番号制度」より一部改編

政府・与党社会保障改革検討本部事務局長の峰岸直樹・内閣府参与によれば、

▽A案(ドイツ型)税分野のみ

▽B案(アメリカ型)税+社会保障分野

- B-1案(所得に応じた年金給付が可能になるなど 社会保障の現金給付に利用)
- B-2案(年金手帳と保険証が一枚になるなど 社会保障情報サービスに利用)

▽C案(スウェーデン型)幅広い行政分野で利用の4案がある。

今年の1月に固まった基本方針では、今年4月に法案要綱、6月に大綱、秋口に法案を提出し、番号制度マイナンバーの導入は平成27年1月からとなっている。(最初は税務分野から開始)。また、震災後の議論により、「防災福祉」の観点からの検討も加わる。

その意味で、先般から議論のある共通番号制度、マイナンバーも必要かと思うが、本当に実現可能かと言うと疑問符がつく。ということで、検討課題3への回答は、「この国の形をこれからどういう方向に持っていけば日本人として良かったと思えるのか」がポイントではないか。

(了)

(文責：日経調医療改革研究会事務局)

2. 山田謙次委員講演「東北での災害を契機とする医療施設再整備の論点整理」(2011年8月30日)



野村総合研究所
NRI

東北での災害を契機とする医療施設再整備の論点整理

2011年8月30日

株式会社野村総合研究所
コンサルティング事業本部
経営コンサルティング部
ヘルスケアコンサルティンググループ
山田 謙次

〒100-0005
東京都千代田区丸の内1-6-5丸の内北口ビル
03-6533-2481 k2.yamada@nri.co.jp

各県で医療に関連した専門家会議または復興会議が既に3回ずつぐらい行われており、厚労省資料とあわせて抜粋資料で説明する。

1. 東日本大震災での医療施設の被災状況

岩手、宮城の被災地の医療施設整備状況

- 被災地の二次医療圏の人口は5.5万人から150万人まで幅広い
- 気仙医療圏(大船渡等)の病院数は3
- しかし人口あたり病床数は少ないとは言えない
- 一方、人口あたり医師数は全国の半数程度



二次医療圏	人口(千人)	病院数	人口10万人当り病床数	病床数	人口10万人当り診療所数	診療所数	人口10万人当り病床数	人口10万人当り診療所数	
気仙(岩手)	71	3	4.2	755	1,091	44	101	142	
釜石(岩手)	55	8	10.9	1,050	1,914	27	30	55	
宮古(岩手)	94	6	6.4	1,333	1,424	54	152	162	
久慈(岩手)	64	4	6.2	724	1,142	29	79	123	
気仙沼(宮城)	91	7	7.7	1,255	1,385	43	144	159	
石巻(宮城)	212	13	6.1	1,889	940	130	392	171	
仙台(宮城)	1,475	80	5.4	16,975	1,151	1,093	1,694	113	
備考(全国、全年平均)2010年	8,784	8,784	6.9	1,609,403	1,260	99,083	146,566	114.0	224.5

NRI Copyright(C) 2011 NRI Research Institute, Ltd. All rights reserved. 3

ただ人口当たりの病床数では千幾つあり、実は全国平均とあまり変わらず、言い換えると少ない人口に見合った病床があるエリア。おそらく診療所の役割がかなり大きいのではないかとと思われるが、医師数では平均水準の大体半分程度しかない。

市町村合併でかなり統合され、震災復興の資金的な受け皿という意味合いも含めて、さらなる合併という話もあるようだが、それでも人口10万人程度、というエリアが最大の被災地。なお、これは震災前の数字で、震災後はさらに人が減っている筈だが、「人がいない」となれば医療に限らず投資が鈍るので「人が減っている」と言うのは風評被害だという人もいる。

被災地における医療機関の現状について

○ 被災地の病院や診療所の被害や診療機能の状況

病院の現状 (厚生労働省医政局5月25日時点まとめ)

病院数	被災状況		診療機能の状況												
	全壊	一部損壊 ^{※1}	外來の受入制限					入院の受入制限							
			被災直後	4/20現在	5/17現在	被災直後	4/20現在	5/17現在	被災直後	4/20現在	5/17現在				
岩手県	94	4	58	54	5	3	7	3	3	48	7	2	11	5	4
宮城県	147	5	123	40	17	5	11	6	2	7	13	5	38	11	7
福島県	139	2	108	66	20	11	27	12	12	52	22	14	35	24	20
計	380	11	289	160	42	19	45	21	17	107	42	21	84	40	31

診療所の現状 (厚生労働省医政局4月19日時点まとめ)

診療所数	診療所建物の被害状況 ^{※1}		診療機能の状況									
	全壊	一部損壊 ^{※1}	外來の受入制限					入院の受入制限				
			全壊	一部損壊	診療	診療	診療	診療	診療	診療	診療	
岩手県	924	606	14	22	57	32	9	0	4	0	34	45
宮城県	1,580	1,047	67	59	316	325	23	7	7	42	42	45
福島県	1,468	906	0	5	29	248	15	0	2	0	4	0
計	3,972	2,559	81	86	402	605	44	0	13	0	80	48

※1 全壊及び一部損壊の範囲は、県の判断による。「一部損壊」には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。
※2 一部損壊中の診療所がある。

野村総研は今回の大震災に関して色々なお手伝いをしてるが、私自身は直接タッチしておらず、外側から多少サポートしたという程度。この研究会のテーマも、震災対応が主ではなく、先ほど主査が話されたとおり、日本の医療改革に関する提言を検討する中で、震災の状況、現状を一度知っておくべきという観点と、震災地区が次の時代の医療政策の現場になる可能性があるのではないかという捉え方。今回は敢えて外部資料のみで、しかも状況が異なる福島県は含めず、宮城県と岩手県に絞って様々な資料を集約した。

各県で医療に関連した専門家会議または復興会議

まず岩手・宮城の医療施設整備状況だが、これは被災前の状況。色を塗ったエリアは津波で特に被災大のところ。実は内陸部でも地震でかなり医療機関が傷んでいるが、主題はやはり沿岸部で、津波の被害で跡形もなくなったとか、建物は残っていても中は流れてしまっただろうという状況が多い。このエリアはもともと人口が少ない地域で、石巻と仙台を除くと平均7~8万人ぐらい、病院数は3~7つで、二次医療圏と言えるのかどうか。一般的に二次医療圏とは、高度救急など特殊な治療を除き、ひととおりの医療が完結される地域である筈で、そもそもそれが成り立っ

次に震災後の状況だが、全壊した病院は岩手県で4、宮城県が5、福島県が2と、数は多くない。「一部損壊」が非常に多いが、受入や手術などの制限がそれほど多いわけではなく、徹底的に被災したところは一部で、何とか生き残ったところは、どんどん修復されている状況。これは5月時点の数字なので、現在はさらに進んでいると思われるが、一方で今でも幾つかの病院は全く再開できない状況にあることも確かで、それを元へ戻すのか、それとも違うステップへ持っていくのかというところが問題。

岩手県復興に向けた医療分野専門家会議における委員意見整理表

参考資料№1

第1 回会議 (H23.5.18)	委員からの発言	事務局回答
【取組項目】 医療福祉施設及び社会福祉施設等の機能復旧を図るため、被災地の実情にに応じて、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】		
○ 広野郡の中核病院の早期復旧が必要【委員発言】		
○ 3月までの施設復旧チームと岩手チームとの連携が申し送りや連携、内部調整が不可欠で、機軸を明確にしたい。これからは真珠科、眼科、精神科チームも取って復旧を進めたい。【委員発言】		
○ 仮設診療所に開設される医療への連携が課題となっている。【委員発言】		
○ 介護、訪問看護のサポート拠点に被災した事業者を優先的に配置する。【委員発言】		これまで地元でやっていた事業者の旨々も配置した方がスムーズにいくと思われ、その辺は追加で考慮していく。
【取組項目】災害時の医療福祉施設等の災害対応関係のライフラインの確保を推進 ○ 緊急車両が通行しにくい道路の確保が重要【委員発言】		災害時の道路の確保対策を考へていく必要がある。
○ 災害時に医療従事者のコーディネートできる体制を構築する。【委員発言】		コーディネートできる人材の確保について、どのような形が長期的に必要か検討していきたい。
○ 災害時でも病院機能を維持できるような施設整備、連携体制整備、復旧支援システムなどを備えた災害拠点病院の整備を目指す。【委員発言】		災害時の医療ネットワークの再構築や災害拠点病院の強化を念頭に置いた上で、機能を生かせるような形で必ずしも合わせながら検討していく。
【取組項目】被災地における保健、療育施設、高齢者施設、保健師、災害士及び介護職等の確保確保、被災者等の重要な保健職と多様な人材の確保 ○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】		

9～13 ページは岩手県で行われている復興に向けた医療分野専門家会議の内容だが、主に地域の大学の先生、医師会の先生などの方々によって構成されているもの。5月と6月に会議があり、意見がまとめられているが、率直に申し上げれば「どうしていいかわからない」という内容。他県でも同様の検討は行われているが、岩手県の場合は、明確な再建方針、整備方針が出されていない。

復興基本計画（案）における中・長期的な取組について

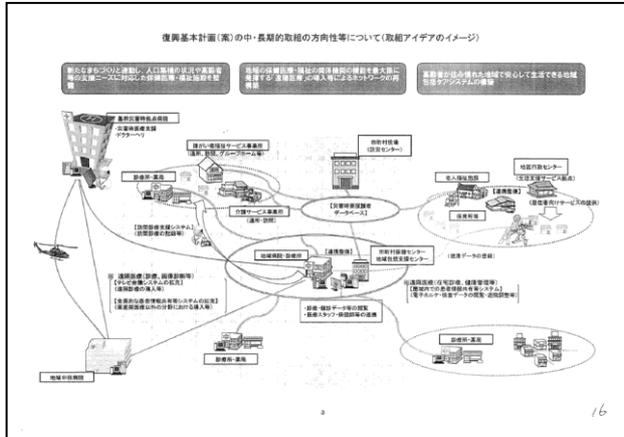
資料№2

復興基本計画（案）における中・長期的な取組について	取組の方向性	取組の方向性	取組の方向性
1. 被災地における医療・福祉施設等の機能復旧を図るため、被災地の実情にに応じて、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】	○ 被災地の実情に即して、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】	○ 被災地の実情に即して、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】	○ 被災地の実情に即して、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】
2. 被災地における保健、療育施設、高齢者施設、保健師、災害士及び介護職等の確保確保、被災者等の重要な保健職と多様な人材の確保 ○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】	○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】	○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】	○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】

復興基本計画（案）における中・長期的な取組について

資料№2

復興基本計画（案）における中・長期的な取組について	取組の方向性	取組の方向性	取組の方向性
1. 被災地における医療・福祉施設等の機能復旧を図るため、被災地の実情にに応じて、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】	○ 被災地の実情に即して、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】	○ 被災地の実情に即して、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】	○ 被災地の実情に即して、サービス拠点の設置整備、施設の復旧、スタッフ確保等の施設整備計画を支援 ○ 療養施設が継続的な運営を受ける地域において、復旧施設を投資し広範囲な治療ができる体制を構築していきたい。【委員発言】
2. 被災地における保健、療育施設、高齢者施設、保健師、災害士及び介護職等の確保確保、被災者等の重要な保健職と多様な人材の確保 ○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】	○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】	○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】	○ 被災地で実務的に働くことが出来る薬剤師の紹介を日本薬剤師会に要請しているが、大人数の確保にあり、協力をお願いしたい。【委員発言】



14～16 ページは、県の復興基本計画の中長期的な取り組みのうち、医療福祉分野に関してまとめた表。現在は更新されているかもしれないが、公開されているものの中では最もわかりやすいもの。

ICTや遠隔医療など道具はいろいろ挙げているが、「取り組みの進め方」という欄を見ると、「まちづくりとの連動」として、「二次保健医療圏ごとに医療資源の有効活用や機能分担等に関する議論を進めていくことが考えられる」「地域医療に関する懇談会のフォローアップ組織等を活用して被災者と情報共有し地域医療に関する課題の共有や地域医療を支えるための活動

促進が考えられる」とか、「支援ニーズへの対応」として「保健医療計画の見直しに向けて福祉サービスに関するニーズや中長期的ニーズの把握が考えられる」といった程度の表現だけで、将来の姿は描かれていない。

道具として「遠隔医療」を掲げ、医療・福祉の将来像としての概念は「地域包括ケアシステム」というキーワードで示している。16 ページを見ると、地域医療・福祉圏域の外側に地域中核病院と災害拠点病院が、地域エリアの中は中核病院ではなく診療所や福祉の施設・拠点があって、この二つを遠隔医療で結ぶイメージ。

実は震災前の地域医療計画の中で公立病院再編に触れており、その実行中に震災が起こった。今は「前倒して地域医療圏を立て直そう」という話が出ており、今後その構想を明確に出していくのかもしれないが、前述のように沿岸部は市町村唯一の病院が流されたという状況で、県中央病院を中核とすれば相当遠い地域が出てしまうので、それぞれ中核病院を決めて機能を上げる必要がある。中型以下の病院は残ったままと言う場合もあり、東洋経済の記事で、震災前の医療計画によって病床を減らしたところで震災が起きてしまい、このまま再建するのかどうか、という事例が紹介されている。

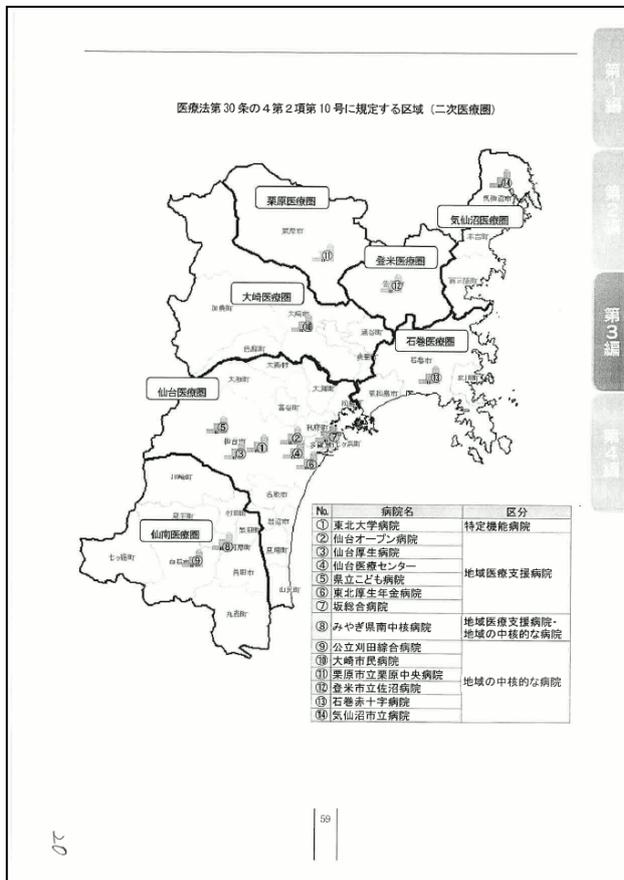


17 ページは県知事が委員として参加した国の復興会議で、岩手県知事が県としてやりたい内容として提案した資料。

復興特区の構想で、医療に関しては「保健・医療・福祉サービス提供体制特区」を掲げ、施設の早期復旧、まちづくりと一体となった体制構築、遠隔医療の推進等ということで、基本的には「遠隔医療の規制緩和を」という要望が中心。

医療施設や福祉施設をまちづくりと一体化するといえ大テーマの筈だが、あまり深く書かれていない。わが国の場合、都市計画に左右される面は当然あるが、

行政が医療機関や福祉施設の立地に対しては、規制はできても強制はできない。この資料には具体的方策がないが、「遠隔医療の規制緩和」と言って、一般的に考えられるのは、テレビ電話などの受診を診察と認めるのか、診療報酬上どう扱うのか、自宅での透析など在宅医療をどこまで認めるのか、といった内容を考えるが、この資料ではそこまで詳細な内容はない。なお今回の震災対応では、これまで「初診は対面で、処方箋はFAX・電子不可」だったところを認めるという通達が出た。



医療圏名	必要と考えられる機能分化及び連携強化の在り方
仙南医療圏	①みやぎ県南中核病院及び公立岩田総合病院の両病院の機能分化及び連携強化について、経営形態の見直しを含めて検討する必要があります。 ②付加すべき機能として、回復期リハビリテーション病棟の設置が必要です。
仙北医療圏	①現在地域に構築している総合病院について、特定の診療科・内容に特化した機能分化を、地域性を考慮しつつ推進するとともに、連携強化を図っていきます。
大崎医療圏	①地理的條件や生活圏等に配慮した上で、中核性を備えた機能分化と有機的な連携強化を図っていきます。具体的には、大崎市として、大崎市民病院本院を拠地または同等以上の拠地と建て替え、東北地域の拠点病院として機能を充実させるとともに、岩田山及び鳴子温泉分館の病床数を減らし、岩田山分院は特設施設で公設民営化した上で、鹿島台分院とあわせて経営改善方策を検討することが予定されています。また、周辺の民間病院や診療所との連携強化はもちろんです。遠隔医療の推進と機能分化や連携も必要となります。特に鹿島台分院を含む栗原地域の病院（循環器科及び緩和ケア科）の機能分化や連携の在り方について、今後の検討が必要となります。
栗原医療圏	①栗原中央病院と、栗原病院及び磐前病院との連携を強化する必要があります。 ②栗原市の市立病院再編計画では、平成21年4月までに、 ・栗原中央病院に救急科を10床増やす。 ・栗原病院の一般病棟を5床、産婦人科を17床減らす。 とされています。 ③栗原病院については、必要に応じて介護老人保健施設への転換も考えられます。 ④付加すべき機能として、栗原中央病院に心臓病・脳神経外科/回復期リハビリテーション病棟の強化・設置が必要です。
登米医療圏	①佐沼病院については、中核的な病院としての診療内容等を検討し、豊里病院とともに現体制で存続するほか、平成20年4月から登米病院、平成23年4月から米谷病院及びよねま病院を無床診療所とし、あわせて、集約の受け皿となる介護老人保健施設を整備することが予定されています。 ②付加すべき機能として、佐沼病院に心臓病・脳神経外科/回復期リハビリテーション病棟の設置が必要です。
石巻医療圏	①石巻赤十字病院の後方ベッドの確保が必要ですが、石巻赤十字病院では、現在までに女川町立病院及び石巻ロイヤル病院と病院連携に関する協定を結んでいます。さらに、石巻市立病院に産科の患者のための病床10～30床を整備するなど一層の連携が必要ですが、 ②付加すべき機能として、石巻市立病院について、これまでの消化器センター的な機能の一層の強化に加え、整形外科病棟の設置が必要です。
気仙沼医療圏	①付加すべき機能として、回復期リハビリテーション病棟の設置が必要です。

20 ページ以降は宮城県。震災前の地域医療計画で、二次医療圏ごとの課題や整備の方向性をまとめたものが、注目は先ほどから話が出ている石巻と気仙沼。石巻は私立病院が全壊し、被害がなかった赤十字病院を中核に再整備することになっているが、実は震災前から言われていたことで、一方気仙沼は回復期リハが不足程度でほとんど記述がない。

この2圏域の震災後の状況は、既に論文が書かれておりP. 22～23 で参照させていただいた。まず気仙沼では、本吉地区唯一の病院である本吉病院の再建と、南三陸町の公立志津川病院が全壊、120床もあった病院なのでどうするのが大きな課題。石巻では、被害なしの赤十字病院は非常に有名になったが、200床の市立病院が全壊、他にも雄勝病院という40床の療養病床を持っていた市立病院が全壊。やや離れた場所の療養病院とはいえ地域唯一の病院という位置付けの病院だが、震災前から再編対象だった模様。

■ 地域医療再生臨時特例交付金の特例 平成22年度
補正 今後の被災地の医療確保への対応

被災3県に対する取扱い

○下記のスケジュール案に関係なく、交付額の上限である120億円を確保。
○このうち基礎額部分の15億円については、医療機能を回復するために緊急的に必要である場合は、前倒して交付することを可能とした。

(参考)事業概要及びスケジュール案

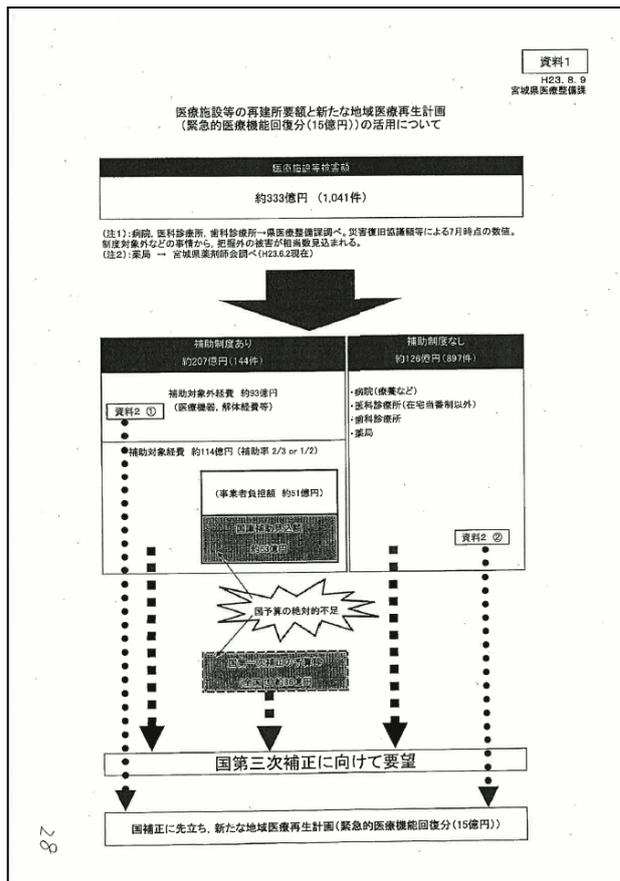
<事業概要>

- ◎ 都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援
- 対象地域 都道府県単位(三次医療圏) ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
- 計画期間 平成25年度までの4年間
- 予算総額 2,100億円 (15億円×52地域、加算額1,320億円) (上限120億円)
- 計画の評価・助言は、厚生労働省に設置する有識者による会議で実施

<スケジュール案(被災3県以外)>

平成23年 6月18日 地域医療再生計画の提出期限
8月中旬 有識者会議の開催
8月下旬 都道府県に対する交付金の額の内示
9月初旬 都道府県に対する交付金の交付決定

27 ページは医療再生基金を被災地域限定で臨時特例交付し再建に、というもので金額は100億円ほど。一方で被害額は、28 ページの宮城県資料では330億円、岩手県をその約半分とし、福島県や内陸部の被害も含めれば少なくとも600~700億ぐらい。そのうち療養病院、診療所、薬局は補助対象外。大半が民間の医療法人で、再建は二重ローンになる。民間個人病院で、それほど高機能ではない病院でもカバーされないところが多数出ているとも聞く。岩手県は、県独自の補助として数十億円単位の予算を組んだが、民間への補助金は難しいところがあり、宮城県・福島県には制度自体がなく、手当が必要なことは分かっているても手が出せない。予算はいろいろと付いても、制度や仕組みがないので実際に金が出ないとも聞き、復旧させるかどうか迷っている方も多数いるということが報道されているところ。



次の39ページは宮城県全体の復興計画案の医療部分だが、ここでも「地域包括ケアシステム」が出てくる。「正しいまちづくりを想定した良い診療所、福祉施設等の適正な配置と相互の連携による地域包括ケアシステムを構築」、「情報通信技術等を活用して医療連携を強化」とあり、遠隔医療よりも医療連携を強調した書き方。

40ページは39ページが本計画となって製本されたものだが、比較してみるとイメージ図の中で、「医療拠点都市」が線の向こうで遠くにある感じだったのが、線がなくなった他、「施設」が「高齢者施設」と明確になった程度でほとんど変わっていない。

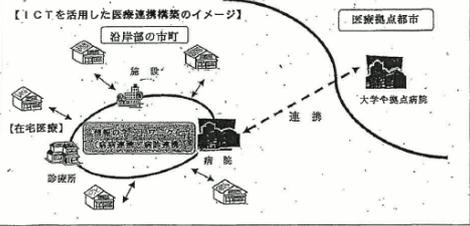
実は宮城県の計画には野村総研の人間も関わっており、聞いてみると県の方に「医療施設等の配置は変えなければいけない」という意識が非常に強いとのこと。

復興のポイント6. 地域を包括する保健・医療・福祉の再構築

■ ねらい
 医療・福祉施設は沿岸部を中心に大きな被害を受けました。このため、医療・福祉施設の早期復旧とともに、県全体での保健・医療・福祉提供体制の再構築を推進します。あわせて、被災施設の立地、広域的医療体制の重要性、地域コミュニティにおける連携の重要性等の役割を十分踏まえるとともに、生産年齢人口の減少や高齢者の増加を見据えて、子どもから高齢者までだれもが安心して暮らせる地域社会づくりを推進します。

- 具体的な取組
- 保健医療福祉施設の適正配置と機能連携
 - ・新しいまちづくりを想定した病院・診療所・福祉施設等の適正な配置と、相互の連携による地域包括ケアシステムを確立します。
 - ICT（情報通信技術）を活用した医療連携の構築
 - ・医療従事者の不足が懸念される中、ICTを活用した地域医療連携システムを構築し、県内どこでも安心して医療が受けられる体制を構築します。
 - ・医療・介護等における情報の共有を図り、慢性疾患患者の医療や介護ケアの継続・連携を強化します。
 - 被災者へのケア体制の充実
 - ・震災で親を失った子どもを適切に保護・養育するとともに、各世代における心のケアの充実を図ります。
 - ・子ども・障害者・高齢者等の要保護者へ保健活動、訪問看護等の支援を行います。応急仮設住宅にサポートセンターを設け、市町村、医療・福祉関係団体、地域コミュニティ等がケア体制を構築し、復興住宅、再構築された地域の地域包括ケアシステムにつなげていきます。

- 検討すべき課題
- ・新たな医療・福祉システムの構築のための規制緩和
 - ・医療・福祉等従事者の流出防止と育成・確保



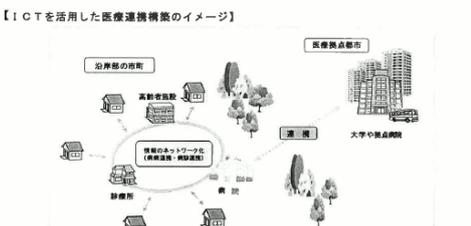
39

復興のポイント6. 地域を包括する保健・医療・福祉の再構築

■ ねらい
 医療・福祉施設は沿岸部を中心に大きな被害を受けました。このため、医療・福祉施設の早期復旧とともに、被災市町における住宅や商店街、地域内交通の整備等のまちづくりと一体的に保健・医療・福祉提供体制の再構築を県全体で推進します。あわせて、被災施設の立地、広域的医療体制の重要性、地域コミュニティにおける連携の重要性等の役割を十分踏まえるとともに、生産年齢人口の減少や高齢者の増加を見据えて、子どもから高齢者までだれもが安心して暮らせる地域社会づくりを推進します。

- 具体的な取組
- 保健医療福祉施設の適正配置と機能連携
 - ・新しいまちづくりを想定した病院・診療所・福祉施設等の適正な配置と、相互の連携による地域包括ケアシステムを確立します。
 - ICT（情報通信技術）を活用した医療連携の構築
 - ・医療従事者の不足が懸念される中、東北大学を中心としたメディカル・メガバンク構想を踏まえ、ICTを活用した地域医療連携システムを構築し、県内どこでも安心して医療が受けられる体制を構築します。
 - ・医療・介護等における情報の共有を図り、慢性疾患患者の医療や介護ケアの継続・連携を強化します。
 - 被災者へのケア体制の充実
 - ・震災で親を失った子どもを適切に保護・養育するとともに、各世代における心のケアの充実を図ります。
 - ・子ども・障害者・高齢者等の要保護者へ保健活動、訪問看護等の支援を行います。応急仮設住宅にサポートセンターを設置し、市町村、医療・福祉関係団体、地域コミュニティ等がケア体制を構築し、復興住宅、再構築された地域の地域包括ケアシステムにつなげていきます。

- 検討すべき課題
- ・新たな医療・福祉システムの構築のための規制緩和
 - ・医療・福祉等従事者の流出防止と育成・確保



16

大学等との連携による地域復興

背景

- 大規模地震により発生した巨大津波により、太平洋沿岸部では多くの尊い命が奪われるとともに、地域の社会資源に甚大な被害が発生した

【発生した課題】

- ・地域コミュニティの崩壊 → 人口の流出・高齢化の加速
- ・行政機能の低下・行政のマンパワー不足 → 被災者の生活再建・地域復興への遅れ
- ・保健福祉・医療・教育機能の崩壊 → ぐららの不安
- ・想定を超えた震災・津波の発生 → 再来への不安

現状

- 地域の復興とコミュニティ再生のために専門家がボランティアとして支援している
- 崩壊した地域医療を全国から派遣される医療支援チームが支えている
- 震災・津波発生メカニズムの研究がさまざまな研究機関でなされている
- 東北地方の大学等教育研究機関が被災し、教育研究活動に大きな支障が生じている

提案

地域復興の担い手として、大学等教育研究機関を活用
 大学等が有する機能「研究力」「専門性」「マンパワー」「連携力」等を最大限活用
 被災地域の特徴を知る地元大学を中心に展開することを期待

- 【事業展開を支えるための取組】
- 1 大学等研究機関の早期の機能回復と人材育成体制の強化
 - 日本経済の推進役を担う高度研究機能の強化
 - 東北復興を担う人材育成体制の強化（被災地域出身の学生や進学希望者への手厚い支援）
 - 2 地域復興の活動支援拠点の整備
 - 被災地自治体の復興計画の策定や実施への支援
 - コミュニティ再生及び文化伝承への支援
 - 地元の特性を生かした産業育成（ビジネスモデル構築）への支援
 - 3 地域医療の再生への医療連携システムの構築と診療拠点の整備
 - 東北地区が恒常的に抱える医師不足解消と診療拠点の整備、基礎研究の充実
 - 大学・研究機関等を結ぶ高度医療情報システムの構築
 一最先端診療と研究拠点としての（仮称）東北メディカル・メガバンクの創設
 - 4 津波防災の調査研究拠点の整備
 - 世界規模での調査研究を行う（仮称）環太平洋津波リサーチセンターの創設
 - 5 安定した研究及び実践活動を支える（仮称）学術研究基金の創設

42

42 ページは宮城県知事が国の復興会議に出した資料で、特区という言葉は使っていないものの、意味合いとしてはかなりそれに近い。大きな流れとしては、地元の大学等研究教育機関を最大限に活用した人材強化と産業育成で地域を支える、というもので、3番目の取組として「地域医療再生への医療連携システムの構築と診療拠点の整備」を挙げている。具体的には医師不足解消と診療拠点の整備、基礎研究の充実、大学研究機関等が結ぶ高度医療情報システムの構築、最先端診療と研究拠点としての「東北メディカルメガバンク」の創設、遺伝子情報の整備で製薬会社の治験などをやりやすくする、というところを打ち出している。なお本日の資料にはないが、福島県でもオリンパスの工場もあり医療産業振興を一つのテーマとしている。

地域医療再建のために変えなくてはならないこと(論点整理)

■ 地域包括ケアシステム

- 「地域包括ケアシステム」とは、地域住民に対し、保健サービス(健康づくり)、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携、協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組みです。
- すなわち、ソフト(事業)面では、その地域にある保健、医療、福祉・介護の関係者が連携してサービスを提供するものであり、ハード面では、そのために必要な施設が整備され、地域の保健、医療、福祉・介護の資源が連携、統合されて運営されていることです。
- 「地域包括ケアシステム」の原点は、広島県御調町(現在は尾道市)にある国保病院(現在の公立みづぎ総合病院)にあります。昭和50年代初め、例えば外科手術後にリハビリを受けて退院した患者が、在宅復帰後に寝たきり状態になることを防ぐために「出前医療(今日の「在宅ケア」)を始めたのがきっかけとなり、昭和59年国保病院に健康管理センターを併設し、御調町の保健と福祉に関する行政部門を病院長の元で一元的に管理運営するようになり、その後さらに介護施設、福祉施設等を順次病院に併設して、「地域包括ケアシステム」体制ができていきました。

■ 必要な施設が整備され、地域の保健、医療、福祉・介護の資源が連携、統合されて運営されている

- 統合運営主体とは誰か？
- 医療施設の自由開業制との整合は？
- 医療法人、社会福祉法人の自己資金調達、資産はどうなるのか
- 医療保険、介護保険との関係性は？

NRI Copyright (C) 2011 Nihon Research Institute, Ltd. All rights reserved.

45

状況把握としては概ね以上だが、最後に45ページ以降で論点整理した。中身がどこまで詰められているのか不明だが、両地域でキーワードとして出た「地域包括ケアシステム」は、定義はいろいろあるようだが、もともと高齢者のケアだけではなく、保健、医療、福祉・介護すべてを包括して、ある程度アプローチがしやすい広さの圏域の中で、一定程度のケアがなされるという仕組みで、それを細胞のようにたくさん作っていき、というもの。となると、それぞれの圏域に高度な医療機関を置けるわけではなく、複数の圏域で一つの高度医療機関を持つ、と

いう発想である筈。実例としては御調町と尾道がよくあげられる。

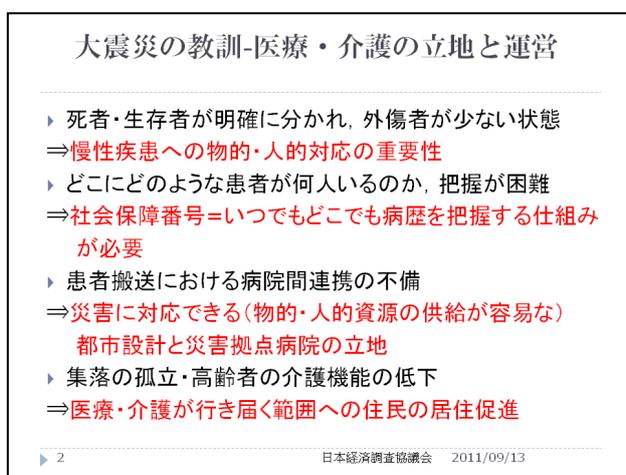
「必要な施設が整備され、地域の保健、医療、福祉、介護の資源が連携、統合されて運営されている」というが、統合して運営しているのは一体誰なのか、自由開業とどう整合させるのか。また多くの場合は民間の医療法人、福祉法人の方々が自己資金でやってきた筈で、その方々はどうするのか。新しい医療法人は持分を持ってないが、既存の持分はペンディングの状態であり何らかの対応が必要。それからサービス提供の最後の部分だが、保険との関係はどうするのか。実態は別にして、介護保険の運営者は一応市町村ということになっており、だからこそ高齢者対応の地域づくりとして地域包括ケアシステムが出てきたのだと思うが、岩手・宮城両県の医療再構築の中でこのキーワードが出て、イメージ図まで示されている状況だということは認識しておく必要がある。

以上、答えのない話で恐縮だが現状把握としてお話をさせていただきました。

(了)

(文責：日経調医療改革研究会事務局)

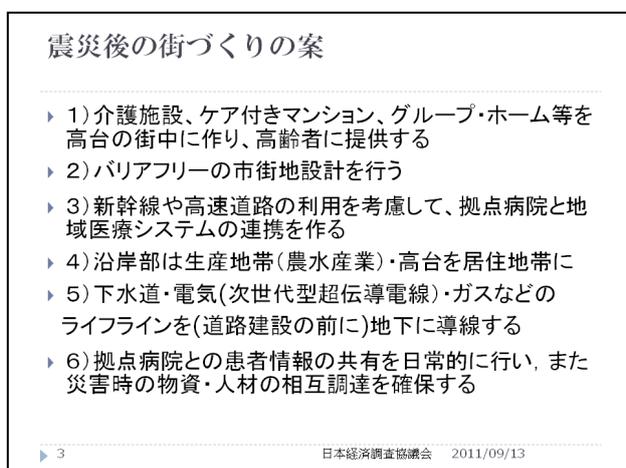
3. 伊藤由希子委員講演「まちなか集積医療 ～地域医療への政策提言」(2011年9月13日)



越えて、全国レベルで社会保障番号のようなものを導入し、あるIDにより病歴や飲んでいた薬などがわかる仕組みが必要かと思う。

さらに何度も言われていることだが患者搬送における病院間の連携が不備であった。人的供給のギャップについては立地と都市設計を変えることで、ある程度の改善が可能ではないか。

また、集落の孤立も浮き彫りになった。これからは高密度なケアをすることで、手厚く行き届かないところがより明確にならざるを得ない。その時の対応としては、集落に出向いて医療を行なう、あるいは遠隔医療も大事だが、人口減少が進むに当たり、医療・介護が行き届く範囲に住んでもらうということも最終的には必要ではないか。



議論のたたき台として、まちなか集積医療という題目で政策提言をさせていただく。とかく学者の話は絵に描いた餅で実現できないと言われるが、2010年の春にこの提言をまとめた後、実際に病院再編や市街地再開発の事例を10カ所に満たない程度ではあるが、実際に訪問して実情を調べており、その結果と併せ話したい。

まず大震災の教訓を改めて整理。マンパワーもさることながら、立地が鍵。病院の立地と住民の居住がセットとなった医療運営が今後は大事なのではないか、ということが1つの教訓であったかと思う。

今回の震災は死者と生存者が明確に分かれ、外傷者が少なかった。慢性疾患の方が多く残され、物的・人的対応が重要だった。慢性疾患は、基本的に潜在患者も多く特に高齢者がかかりやすいということもあり、日本の医療のいわゆる弱点が改めて浮き彫りになったかと思う。

特に、どこにどのような患者が何人いるのか、情報が錯綜して把握が困難であった。地域医療という枠を

震災後の街づくりを、白いキャンパスに絵を描くとしたらどうなるか、1つのモデルケースを考えた。

介護施設、ケア付きマンション、グループ・ホームなどを高台の街中に行政側が作って高齢者に提供、バリアフリーの市街地設計を行ない、現状の交通の利便性を考慮して新幹線、高速道路沿いに拠点病院を作り、地域医療システムとの連携を図る。

また津波の被害を受け得る地域、沿岸部は、今後はいわゆる居住地帯ではなく生産地帯とし、その代わりに高台を居住地帯とする分離が必要ではないか。さらに壊滅した街での新たな街づくりであれば、下水道、ガスなどのライフラインは地下に導線。電気はロスが少ない超電導送電システム。昨日、孫さんも地下にケーブルを作ると話していたが、新たなライフラインが必要。

また、災害時の物資・人材の総合調達の共有を日常的に行なっていくネットワーク作りも必要ではないか、と考えた。

地域医療＝地場産業をささえるために

- ▶ 地域医療は「地場産業」・・・地域で供給・地域で需要
- ▶ 地域の活性化なくして、医療の活性化はありえない
⇒「まちなか集積医療」

病院を中心部に集積させ、病院間の連携を強化する

住民の転居を促進する

高質な医療を提供し、インフラ整備を行う地域（＝都市サービス境界）

▶ 4 日本経済調査協議会 2011/09/13

転居を促進する。どうしてもそこから外れてしまう部分は、アクセスを確保する行政対応を行う、というイメージ。

地域医療の現状・変化するニーズ

- ▶ 病院の郊外移転→現在、老朽化・郊外人口の減少で岐路

図表 3-3 病院施設（延べ床面積 3000㎡以上）の種別別立地状況（地方圏）

年次	市街化区域	市街化調整	自地域	都市計画以外	件数
1985年以前	63	8	19	10	1,830
1985-1995年	57	17	15	11	808
1996-2004年	54	17	22	9	957

（出所）国土交通省、2005年、「中心市街地再生のためのまちづくりのあり方に関する研究アドバイザー会議報告書：参考資料1-1 中心市街地問題をどう見るか」p.15.
http://www.mlit.go.jp/ksiba/ksiba05/04/08104_1.pdf

- ▶ 地域医療へのニーズ
 - : 慢性的な**複数の疾患のケア**を**近く**で受ける
 - : 急病・ケガに対する**迅速で質の高いケア**を受ける
 - **多様なスタッフ・多数の症例による安定した質のケア**の提供

▶ 5 日本経済調査協議会 2011/09/13

まちなか集積医療とは何か、ということも含めて話す。まちなか集積医療の発想の原点は、医療とは基本的に地場産業だ、ということ。国際的に発達していくような先進医療も当然あるが、それでも患者がいなければ話にならず、医者がいなければ話にならない部分がある。つまり医療だけを考えるのではなく、最終的には地域の活性化がなければ医療の活性化はあり得ず、セットで行う必要がある。

具体的には、病院を今ある街中にある程度集積させる。ここで言う病院とはいわゆる2次救急までだが、その病院間の連携を強化する中で、高密度な医療を提供する地域（丸で囲った部分）を作り、そこに住民の

その背景となる病院や地域の現状を整理すると、ここ数十年、病院立地はどんどん郊外型に転換。黒い部分が市街化区域の病院だが減少しており、特に地方圏では移手段が車になり、病院側は駐車場が確保できる大きな土地が必要になり、郊外への移転が進んだ。

しかし時代は変わり、人口増の時代に郊外へ広がっていった都市域も、高齢化と人口減少の時代を迎えて縮小しており、いわゆる過疎、密度低下の状態にある。全国的に30年前、40年前に造られた病院が建て替え時期を迎えており、この機に立地を検討する岐路に立っていると言える。

一方、地域医療へのニーズも変化しており、一人が心臓、肺から足腰まで、慢性的な複数の疾患を抱えて病院にかかるような、非常に複雑系の医療になっている。特に高齢化によって、どこが悪いというよりも全身の機能低下が多くなり、そのケアが必要となると同時に、質の高い急性期医療の確保も求められる。高い質を維持するためにはある程度の規模が必要。心臓手術や脳卒中など、1人の医師では対処できないものは近くに集め、ある程度のマンパワーが集まる所に立地しなければならないというニーズを抱えているかと思う。

同時に、医療を担う地域の現状を見ると、日本はあまり芳しくない。高度成長期以降の人口増加で都市拡散のパターンが、2005年を契機に人口減少と高齢化がどんどん進むことになっている。例えば、三重県は全国的に大体平均で65歳以上の人口比率は21.5%。十数年後の2030年ぐらいになると人口の半分が50歳以上になる。少子化、高齢化の流れは止めようがない。同時に高度成長から低成長の時代になり、財政制約が強まる。今までなんとか許されていた行政サービスの無駄も見逃せなくなり、赤字病院の問題も鮮明化する筈。

現状では、高齢者ほど山間部など医療機関へのアクセスが悪い地域に居住している上、単身世帯が増加して家族介護も不可能になりつつあり、一方で都市域でも人口が低密度になり、空いた土地の利用転換も進んでいない。

地域経済の現状・変化するニーズ

- ▶ 「人口増加と都市の拡散」から「人口減少と高齢化」へ
(三重県 65歳以上人口比率21.5%:2005年)
- ▶ 「高成長」から「低成長」へ→財政制約の強まり
(行政サービスの“ムダ”が許されなくなる)
- : 高齢者ほど**医療機関へのアクセスが悪い地域に居住**
一方、**単身世帯増加・家族介護力の低下がすすむ**
- : 都市域でも**低人口密度化で土地利用転換が進んでいない**
- ▶ 地域経済へのニーズ
 - : 人口動態に応じた**効率的な行政サービス・インフラ**の提供
 - : (特に**高齢者**が)**便利な場所に住みやすくなる政策支援**

▶ 6 日本経済調査協議会 2011/09/13

そのような状態の中で「人口動態に応じた効率的な行政サービス・インフラ」とは、具体的には人口が減り都市のサイズが小さくなるのに合わせて行政のサイズもコンパクト化しなければならないということである。効率的とは、言い換えれば狭い範囲しかやらないということ、山間・谷間に出かけて行くということは難しくなる。

そのためには、住む所は自由で、行政がどこへでも出向くと言う形ではなく、「ある程度良いサービスをするのはここまで。良いサービスを受けるためには、ここに住んでください」といった政策支援も必要になってくるのではない。

まちなか集積医療が必要となる地域とは？

- ▶ 人口10~30万人規模の**地方中核都市・地方中小都市**
(大都市圏と郡部等を除く:日本の総人口の約半数)
 - ▶ 医療サービスが**地域的に分散、機能的には重複**する地域
 - ▶ 今後**人口減少と高齢化**がさらに進行する地域
- さらに、**地域ごとの特性**を判断する
- :公立病院の**地域医療における役割(存続か廃止か)**
 - :**医師不足・医療資源不足・経営悪化**など病院・住民の「**危機感**」
 - :**大学医局・医師会との(協力)関係**
 - :**医療費や保険料収入などの医療財政状況**
- ⇒「**中核市街地**」「**中核病院(医療サービス拠点)**」を定め
今後**20年を見据え医療インフラ・人口移動の整備**を行う

▶ 7

日本経済調査協議会 2011/09/13

まちなか集積医療が必要となる地域だが、限界集落での集積は難しく、一方大都市は既に集積しているため、人口が約10万~30万人規模の地方中核都市・地方中小都市を想定。この地域の人口は日本の総人口の約半数に相当。

この地域は言い換えれば、医療サービスが地域的に分散し、「おらが町の病院」がちょこちょこあるものの、どこも内科と呼吸器科がある、というように機能的に重複している地域。このまま同じ機能で重複すると、それぞれに医師が1人ずつしかいないという状態になって共倒れのおそれがあるところ。

そして、今後人口減少と高齢化がさらに進行する地域。

東北地方はいい例で、15~65歳のいわゆる生産年齢人口だけで言えば、東北地方の人口は20年後の2030年に現在の3分の2になる。これは社人研(国立社会保障・人口問題研究所)の推計だが、経済のパイがそれぐらい減ることを予想して、その中で持続可能な医療を考える必要がある。そこで問われるのが現在ある公立病院をどうするのか。さらには、医師不足、医療資源不足、大学医局・医師会との関係、医療財政といったものは地域ごとに当然異なり、これを個別に判断する必要がある。その上で、医療が集まる街づくりを実現するには、中核市街地、あるいは地域の中核病院をまちづくりのインフラと定め、今後の人口推移を考えながら、医療インフラだけでなく、住宅なども含めたライフラインの整備も同時に行なわなければならない。

福島県郡山駅前にマンション一体型総合病院 財団法人寿泉堂総合病院×郡山市 市街地再開発事業

旧病院(305床)→
1962~1972年にかけて建設
老朽化・狭隘化がすすむ



- ←新病院
- :上層部は分譲マンション
(福島県内郊外から転居した
高齢者が中心入居層)
- :百貨店に隣接
:鉄道沿線域からの
- :震災後60名の入院患者受

▶ 8

日本経済調査協議会 2011/09/13

1つのロールモデル、現時点での成功例と考えているものが、福島県郡山駅前の民間病院である寿泉堂総合病院。これは財団法人である寿泉堂病院が、郡山市と共同で市街地再開発事業の一環として街中に新しい病院を造り、上層階をマンションにしたもので、マンション居住者は下に降りれば病院がある、という状態。さらに百貨店にも隣接という好立地条件を活かし、医療提供モールといったものを作れないか、という取組みが震災前に進んでいた。診療オープンは2月と新しく、震災の影響も免れ、震災後は周辺の崩壊した病院から60名の入院患者を受け入れた。一時は野戦病院状態だったが現在は落ち着いたと言う。

病院の建替需要と、郡山市の市街地再開発事業がうまくマッチングした好例と思うが、その後もホームページでの確認だが医師数が増え、被災地域の医師などを受け入れて一時増強を図っているのではないかとと思われる。被災からの地域の受け皿として非常に有意義。またマンション部分は高齢者を中心に完売、順調なスタート。

ただ、この事例はもともと病院が用地を持っていたため、病院建設が比較的容易であったと言える。土地所有者が分散し、まとまった用地買収が難しいところが市街地に医療の拠点を作る上での一番の問題点だが、この場合はその障害が比較的少なかった事例であると思う。

機能と設備が集まった病院が中核となることで、医療スタッフが集積し、効率的な人材確保が可能になることがポイント。

さらに、これは難しい面もあるが、いわゆる部分最適と全体最適。自分の町に病院があればいいという状態から、ある程度の範囲の都市圏・生活圏、即ち医療圏全体の中で、どこが重要なのかを考える。病院をまんべんなく用意するのではなく、中核地を作り、そこへの通院サービスを充実させることで、結果的に全体の医療を充実させる、という発想の転換が必要。

同時に、地域の活性化なくして医療の活性化はない。地域に人が集まらなければ病院も成り立たないわけで、病院のみならず住宅供給、交通整備、そのための優遇措置といったものはすべてセット。こういったセットの行政政策は、まだ不足している。

まちなか集積医療で期待される効果

- ▶ ① **住民**にとって
 - : 地域の中でのトータルケアの完結
 - : 急性期医療の量と質の**安定** (手術件数増加・症例蓄積)
 - : 治療・福祉の選択肢の向上
- ▶ ② **病院**にとって
 - : 人材の**安定**的な確保・機能の明確な分担
 - : 施設の有効活用と経営の効率化 (規模拡大→医業収支改善)
 - : 患者の通院圏の拡大と経営の**安定**
- ▶ ③ **行政**にとって
 - : 行政サービス提供コストの減少・サービスの効率化
 - : 地域医療サービスの長期的な**安定**性を確保

▶ 12 日本経済調査協議会 2011/09/13

集積医療の効果だが、住民にとっては、地域の中であらゆるケアを受けることができる、急性期医療の量と質が安定する、選択肢が拡大する。病院にとっては、安定的な人材の確保と機能の明確な分担につながり、効率化と経営の安定が図られる。将来的には、行政サービスを効率化することで、行政コストの無駄の削減につながる。

(参考) 自治体病院の規模と医業収支の関係 (2003-2007年度)

病床数の医業収支への影響

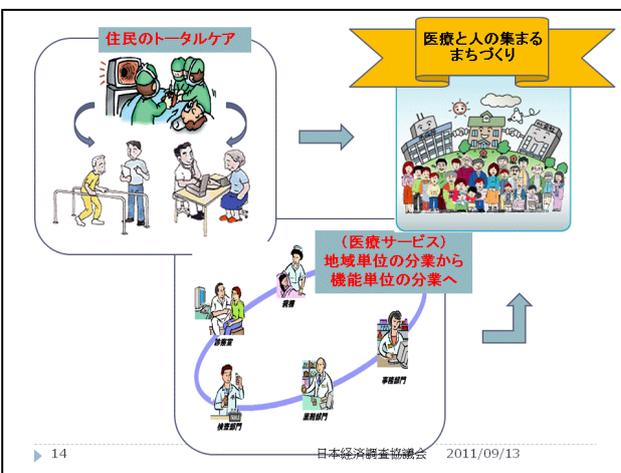
病床数	医業収支率 (%)
100~199床	7.973
200~299床	12.313
300~399床	13.594
400~499床	15.889
500~599床	19.789
600~699床	17.426

: 20~99床規模の病院の医業収支 (医業収益/医業支出: %表示) と比較すると、500~599床規模の病院の医業収支は20%近く高い。
 : 病院独自の人事権・予算執行権があり、経営の自律性が高いほうが医業収支が高い。
 : 山形県・酒田市病院機構では、雇用を拡大する一方 (20%増員)、人件費比率の低下 (50%未満) と医業収支の黒字化を達成

▶ 13 日本経済調査協議会 2011/09/13

これは自治体病院のデータを使い、規模が医業収支に与える影響を分析した実証研究。やはり規模が大きい所で医業収支の改善が見込まれやすい。500床規模では20~99床規模の病院に比べ医業収支が20%近く高くなる。病院独自の人事権・予算執行権があり、経営の自立性が高いほど医業収支が高い傾向。

山形県・酒田市病院機構は地方独立行政法人を設立して独自経営を行っているが、雇用を拡大し、いわゆるサポーティングスタッフを増員しつつ、人件費の削減という両立が図られたことでも知られている事例。



集積の結果、住民は歩いて行ける範囲、あるいはアクセスの良い範囲であらゆる疾患へのケアが受けられ、また病院機能が分担されることで、医療と街の活性化が両立するというイメージ図が描けるかと思う。

まちなか集積医療のための課題と提言

- ▶ ① **どこ**を集積の拠点とするのか？
 - ：鉄道・バスなど高齢者の交通の便がよい市街地
 - ：500床規模以上で3次救急を担いうる既存中核病院
 - ：病院以外のサービス施設の誘致も可能な立地
- ▶ ② **誰**がどのように病院の集積を実現するのか？
 - ：病院当事者間の危機感共有(共倒れリスク)
 - ：行政が土地利用に関する規制を緩め、利用転換を促す
 - ：医療ネットワークに参加する誘因(減税・補助金)を活用
- ▶ ③ 住民の**医療へのアクセス**をどのように確保するのか？
 - ：中核地に住宅・福祉施設を整備し、居住を優遇する
 - ：中古住宅の市場環境を整備し、売買を促進する

▶ 15

日本経済調査協議会 2011/09/13

そのための課題と提言だが、前回示された山田委員の問題意識と重なる部分で、それではどこを集積の拠点にするのか。拠点病院の設置と市街地の活性化がうまくマッチする事例は現実には少ない。市街地では用地買収が難しく、まとまった土地を確保した大規模病院は造りにくい。現時点では、郊外にいわゆるメガホスピタル系のものを造るか、あるいは市街地の用地買収を地道に進め、300床程度の2次救急を造るかが現実的な落としどころか。

誰がどのように実現するのか、と言う点は様々で、NIRAの報告書「街中集積医療—事例調査から学ぶ—」で実例を挙げている。

まず Case 4 の兵庫県三木市・小野市の病院合併。これは双方の市と言うよりも神戸大学が主導。この北播磨医療圏は基本的に神戸大学が医師を派遣していた陣地。神戸大学が「今後は分散した拠点への医師派遣はできない」と音頭を取った結果、小野市と三木市で合併しようという話になり、小野市民病院と三木市民病院双方のほぼ中間地点の高速道路沿いに用地を確保して病院建設を進めたという事例。合併を決めてから用地を確保に長い時間が経過し、現在は建設中で平成 25 年 10 月にオープン予定。医師を供給する医局の大学が主導した事例。

Case 5 の掛川市・袋井市の場合は、双方の病院が建替時期を迎えていたことが契機。静岡県の西部と東部にはそれぞれ医大があるが、中間地点は医療空白とは言わないまでも医療資源が不十分で、民間病院がない代わりに公立病院が林立し病床・病院が若干過剰気味。

病院自体が音頭を取った形になるが、双方が建替時機を迎え、どうせやるのであれば共同で建て替えたいというところから話が進み、現在は掛川市側で用地買収を進めている。

このようにきっかけや主導者は地域によりケースバイケース。パターン分けすると建替、医師不足、財源不足つまり赤字で破綻、の3つか。ちょうど高度成長期に建てられた病院が相次いで建替時期を迎えている。また医師があつてこそその病院で、医師が提供できなければ契機になる。最後は自治体がお金を入れても回らない、財源がないこと。今はある意味で危機でありチャンスであるのかも。

最後はアクセスの確保。集積医療の講演をすると「無医村になってもいいのか」といった批判をいただくが、ただなくせと言うのではなく、ある程度まとまった医師数が必要な機能、いわゆる2次救急の急性期医療はまとめよう、ということ。選択と集中でまとめたところの効率性を上げる一方で、そこで抱え込んでいた一次救急の部分は周辺の診療所や医院、小規模病院で担っていく。これには、人口減少に備え住民の中核地へのアクセスを保障する行政対応が必要になる。中核地に福祉施設や住宅施設を整備して居住を優遇する、あるいは中古住宅の市場環境を整備して売買を促進する、といった対応が望まれる。

以上、東北の震災を契機に、改めて問題が露呈した地域医療のあり方を考える上での参考として、まちなか集積医療の取組みについて簡単だが紹介した。

(了)

(文責：日経調査医療改革研究会事務局)