

平成24年3月
日本経済調査協議会
医療改革研究会

提言　：　日本の医療改革

～　3.11 震災復興を わが国の医療再生に活かせ　～

- I. 「復興」「地域経済活動再生」にベンチャー・企業家精神を導入せよ
- II. 都市再生ビジョンと一体化した医療資源の適正配置を進めよ
- III. 公的支援にもとづく医療機関の統廃合で地域医療を再生せよ
- IV. 東北地方に自治体・大学連合体による先端医療特区を創設せよ
- V. 「復職支援センター」活性化で日本の生産性を維持・向上せよ

序

「医療」は日経調が従来から取り組んできたテーマの一つである。

「医療」と「経済」は一見関係性が薄いように思われるが、われわれの生活に密着した「医療」が経済活動と無関係である筈もなく、特に少子・高齢化など社会経済情勢の変化が急速に進むわが国においては、社会保障制度の再構築が避けて通れず、医療面においても国民皆保険制度の是非や介護問題など喫緊の課題は数多い。また一方で、医療技術の進展や高齢化を背景に、「医療」を21世紀最大の成長産業とする見方もあって、「医療」の改革を経済面の視点から研究する意義は大きい。

そんな中、東日本大震災が発生し、東北地方は医療面においても甚大な被害を受けた。若年層の人口流出を背景とする医療過疎が進む東北地方は、ある意味で未来の日本の縮図とも言えるが、震災発生後1年を迎えようとする現在、ようやく復興庁が設置されたものの、がれきの処理ひとつ見ても復興は遅々として進んでいない。

そこでわれわれは、専門家を中心とした少数委員により短期集中型討議を行い、東北地方の医療復興に向けた様々な提言を本報告書にとりまとめた。この提言が、東北地方の医療復興、ひいては経済復興、さらには日本全体の医療・経済改革の契機ともなることを期待している。

最後に、研究会の運営と本報告書の作成に当たり、主査としてご尽力いただいた東京医科歯科大学大学院の川淵教授をはじめ、貴重な知見・示唆を惜しみなく提供いただいた委員ならびに関係者各位に心から感謝申し上げます。

2012年3月

社団法人 日本経済調査協議会

理事長 前田 晃伸

日本経済調査協議会
医療改革研究会 委員名簿

(敬称略)

主査	川渕 孝一	東京医科歯科大学大学院	教授
アドバイザー	井村 裕夫	財団法人先端医療振興財団	理事長
委員 (五十音順)	伊藤 由希子	東京学芸大学	准教授
	大石 佳能子	株式会社メディヴァ	代表取締役社長
	大木 哲		大和市長
	各務 茂夫	東京大学	教授 産学連携本部 事業化推進部長
	高橋 一成	株式会社グッドライフデザイン	副社長
	辻井 博彦	独立行政法人放射線医学総合研究所	フェロー
	林 諄	株式会社日本医療企画	代表取締役
	山田 謙次	株式会社野村総合研究所	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 グループマネージャー
	山本 保博	日本私立学校振興・共済事業団	東京臨海病院 病院長
事務局	奥 雅文	日本経済調査協議会	専務理事
	根本 徳久	日本経済調査協議会	主任研究員

はじめに

30年後の日本の医療はどうなっているのか？こんなシナリオはどうだろう？

A氏の一日は、今朝の健康状態を通知する目覚まし代わりにアナウンスから始まる。50歳を迎える働き盛りのA氏は、今年から早期疾病探索プログラムに加入している。これは自分の遺伝情報と蓄積されたパーソナル・ヘルスレコード（PHR）から推定された複数のがん腫や疾病の早期発症を検知するというもの。目覚まし代わりにアナウンスもそのサービスの一つ。先月は、半日のがんドックで10の細胞レベルの異常状態が見つかり、がん化の恐れがある3か所をマイクロ手術で除去してもらった。来月に受診予定のドックでは、今後数年以内に発症リスクの高まる二つのがんについて予防ワクチンを受けることになっている。

ところが昨夜は帰宅後に自宅の書斎に備えられているB病院と結ばれたバーチャル診察室の呼び出しを受けた。複数の検査項目の変動幅が大きいというのだ。そこで担当のC医師による三次元遠隔画像診察を受けたところ「要精検」となったので、今日の宴会はキャンセルすることにした。現在、C医師の処方で服用中の薬は二種類だが、薬はすべてワンドーズ・パッケージで渡される。服薬を忘れるとパッケージからの信号で携帯電話から催促が来るので忘れることはない。

ちなみにB病院は基本医療圏毎に存在する典型的な地域中核病院である。B病院に昔のような通院窓口はなく、早期疾病探索プログラムで契約している各家庭に設置したバーチャル診察室がその機能を担っている。患者の保有するPHRには、健康診断履歴や治療履歴などがすべて記録されているので問題はない。一定の情報を基にした地域住民の疾病監視事業が病院の大きな業務の一つになっている。そのため、全国の病院にとって国のデータベース機関であるPHRセンターは不可欠な存在とされる。

他方、早期に疾病が発見されるため、病院の入院部門では、分子イメージングを活用したマイクロ手術など浸襲の少ない技法が発達している。同一医療圏内にはリハビリや看護・介護を専門とする複数の施設がある。PHRを基に各施設が連携した切れ目のないサービスを提供しており、地域住民のQOLが確保される仕組みとなっている。

これが30年後（2040年頃）の日本の医療の姿としたらどうだろう（文部科学省科学技術政策研究所の委託を受けてまとめた「健康・高齢社会の成功モデルとしての日本健康長寿社会を支える世界最高水準の医療環境」を改変（詳しくはhttp://www.nistep.go.jp/achiev/ftx/jpn/rep141_j/pdf/rep141_jall.pdfを参照））。

われわれの予測では、2040年の日本の総人口は約1億人で、そのうちの36.5%は65歳以上の高齢者となっている。しかし、GDPの対世界シェアは4%まで縮小しているにもかかわらず、男女とも「平均余命世界一の座」はずっと他国に譲ったことがなく、国民の生活満足度は非常に高い。特に健康寿命の長さは世界でも突出しており、日本の国民健康維持システムは、国民皆保険制度と並んで世界に誇る仕組みとして成熟してい

る。誕生と同時に国民全員に支給される一枚の健康保障カード（マイ・ナンバー）で生涯にわたって健康管理がなされているからだ。その結果、いつでも世界最高の医療サービスを受けることができる健康資源大国になっている。

しかし、こんな夢物語をどれだけ語っても誰も信じてはくれない。というのも30年後はあまりにも遠い将来だからだ。特に2011年3月11日に起こった東日本大震災の爪痕は大きく、わが国の医療界、いや日本国自身が暗中模索の状況と言えよう。

そうした中で医療界のイノベーションを信じて“勝手連”として立ったのが本研究会である。入手データ・情報が限られているため、まだ粗削りの部分も多いが少しでも日本の医療再生につながれば幸いである。

I. 「復興」「地域経済活動再生」にベンチャー・企業家精神を導入せよ

1. 『復興への提言』

東日本大震災復興構想会議報告書（『復興への提言～悲惨のなかの希望～』2011年6月25日）には3.11後の医療改革に係るいくつかの提言が盛り込まれている。

「保健・医療、介護・福祉・生活支援サービスが一体的に提供される“地域包括ケア”を中心に据えた体制整備」を復興への一大提言とし、その中で「地域の利便性や防災性を考慮した、住宅、保健・医療施設、福祉施設、介護・福祉事業所、教育施設等の一体的整備」「被災市町村の医師等の不足を前提とした医療機能の集約と連携、および在宅医療の推進」「情報通信技術の活用による保健・医療、介護・福祉の連携、および今後の危機管理のためのカルテ等の診療情報の共有化」について項目列挙する形で言及している。また医療関連分野は雇用創出効果が高いことから、復興に向かう地域の基幹産業の一つに位置付けることができるとしている。

さらに、「地域経済活動の再生」という大きなテーマの中で「産業・技術集積とイノベーション」というサブ・テーマを掲げ、新産業・雇用創出の具体例として、「地域医療復興のための、大学病院を核とする医療人材育成システムの構築」、「医療・健康情報の電子化・ネットワーク化とそれを活用した次世代医療体系の構築」、「地元企業との連携による創薬・橋渡し研究等の実施と新たな医療産業の創出」が項目出しされている。

東日本大震災復興構想会議の報告書は74ページの冊子であるが、この種の会議の報告書とは本来このようなものなのかもしれない。書かれていることは至極もったもなことばかりである。しかし、これまで実行に移せたものは、復興庁の創設や「復興特区」の認可などを除いてはほとんどない。本来、これらの提言を実行するには権限移譲や規制緩和が必要であるが、多くの時間を費やす余裕はない。そうすると、現在の法制度・ルールのもとでやれることからやっつけていかねばならない。その場合に期待されるのは、それぞれの当事者達の起業家精神（企業家精神）である。

われわれが少々不満に感じるのは、こうした提言の実行には様々な意味での起業家精神が不可欠であると思うのだが、報告書に「ベンチャー」、「社会起業家」、「アントレプレナーシップ」といった言葉が一切使われていないことである。

医療改革という視点から考えれば、それは3.11以前の医療インフラそのままを再現するものでないことは明らか。構想会議の提言にもあるように、古い医療制度や体制・仕組みを抜本的に変えて（破壊して）、本当に新しい日本の医療を創造する気概・志・パッションと、したたかさを兼ね添えた形で、日本医療のパラダイム・チェンジを力づくでもやっつけてのけるアントレプレナーシップがまさに必要なのである。

2. 起業家の活動

マグニチュード9.0の巨大地震、想像を絶するような猛烈な大津波、原子力発電所の未曾有の危機。1万8千人を超えた死者・行方不明者、33万人以上の避難者（12月15日現在復興対策本部まとめ）。この凄まじい現実を目の当たりにし絶望に打ちひしがれてしまいそうな中で、実際に、勇気と創造性に溢れた数多くの起業家が立ち上がった。

インターネットサービスの開発・運営を行っているバザーリー株式会社の福崎康平社長は、3月18日に被災者向け住宅支援サイト「roomdonor.jp」をリリースした。このサイトは、大震災の影響で家を失うなどをして自宅に住むことが困難になった被災者と、被災者に対して部屋や住宅を無償で提供する支援者（ルームドナー）とをマッチングするもので、サービスリリース4週間で（4月13日午後7時時点）、ルームドナーの登録部屋数は2,162部屋、受け入れ可能人数は4,172人にもなっていた。

NPO法人チャリティ・プラットフォーム代表理事で一般社団法人ジャスト・ギビング・ジャパン業務執行理事の佐藤大吾氏は、“何かを変えたい”、“何かにチャレンジしたい”という個人の熱い想いが集まる「オンライン寄付」のプラットフォームを提供した。寄付を通じた社会参加のきっかけづくりに貢献したいとして、Just Giving サービスを2011年3月に開始したのである。震災直後から東日本大震災の被災者救済の緊急支援として震災の復興支援活動団体の特集ページを新たに組み、物資等の提供はもちろん、心のケア、子ども支援、高齢者支援、住環境提供等々、様々な専門分野の団体への活動に寄付金を届けている。震災から1か月後の段階で、CIVIC FORCE という被災者救済団体に約4万件、総額約5億円の寄付が集まったという。

3. 医療改革に起業家の挑戦を

震災を契機に使命感に目覚めた人、震災からの復興に向けて創造力逞しく新事業に挑んでいる人、今までの人生の中で貯えたものを投げ出しても社会貢献を願う人。この震災は日本の国民全体にとっての試練だが、この国難に打ち克とうとする多くの創造的な試みがなされている。

広い意味での医療改革に向けた試みも決して例外ではない。医療改革にソーシャルアントレプレナーを含めた若き起業家の挑戦を応援・支援する仕組みを積極的に取り入れることが肝要だ。従来、行政がやってきた医療公共サービスも、ボランティア、NPOやベンチャー企業等が新たな形で提供できるようになってきた。まさに起業家精神に溢れた“新たな公共の担い手”の出現であり、わが国は決して捨てたものではない。医療分野での復興計画に共通している考え方は「地域包括ケア体制」の構築であり、特に「医師不足」を前提とするだけに、「情報通信技術の活用」による「集約と連携」が必要となる。この提言が示す姿は被災地だけに限定されるものではなく、次世代の医療の姿としても必須のものと考えられる。

ただし「地域包括ケア体制」は、「住宅、保健・医療施設、福祉施設、介護・福祉事業所、教育施設等の一体的整備」であるが、この実現には大きな課題がある。それは、日本の医療・福祉の施設・機能整備の歴史的な経緯から、管轄者・経営主体が全て異なっていることである。事実、わが国の医療・福祉施設は、国や自治体が配置してきたわけではない。それぞれの事業主体が自分で判断し、自分で資金調達をして、立地してきた結果が現在の姿である。

しかし、医療・福祉施設の業務・サービス内容は専門化・高度化し、それぞれの施設が役割を果たすためには、適切な規模への統合、役割分担、連携が必要になっている。また、それぞれの経営者も上記のような再整備の必要性を強く感じている。

被災地では、多くの医療・福祉施設／機能が破壊され、再整備を余議なくされている。その一方で、この事業主体が異なる状況に変化はない。そうすると、それぞれの事業主体が、それぞれの判断で再整備を行うしか方法はない。また、長い調整期間を待つ余裕はなく、迅速に次の時代に向けた施設整備を行う必要がある。

ここで強調したいのは、それぞれの経営者が考える最適配置は、従来のしがらみを超えたものにならざるを得ないことである。そして、その判断を尊重するということは、彼らの起業家精神を尊重するということに他ならない。

4. 医療分野における挑戦

・メディヴァ／地域の医療を守る会

ユニークな企業家活動の一つに株式会社メディヴァの試みがある。同社は2000年に設立されたヘルスケア専門のコンサルタント会社で、コンサルティングをしたクライアントが提言内容を実施する際、運営の支援も行う「コンサルティング・オペレーター」であることを特色とする。クライアント先は、病院、診療所、ヘルスケア関連企業、健保組合等多岐に亘る。

3.11の震災では、メディヴァのクライアント先である診療所の医師が、被災地の医療支援活動に従事した。多くはプライマリケア連合学会に参加していた関係で、同学会の被災地支援活動P C A Tのメンバーとして、気仙沼、石巻等に派遣された。被災地における医療機関の多くは壊滅的な打撃を被り、第一フェーズは、被災医療機関に代わって被災した市民へ医療を提供することが求められた。ただし、外部からの医師、医療者派遣も長期間続けることは難しく、第二フェーズ以降は被災医療機関が立ち直ることが必要となった。

そこで派遣された医師やP C A Tコーディネーターの林健太郎医師（元「国境なき医師団」理事）からの要請により、メディヴァでは第二フェーズ以降の支援を手伝うことになった。医療専門のコンサルタントとしてのノウハウを、被災医療機関の復興に活か

すことが出来れば、という思いで、メディヴァの有志が集まり、林健太郎医師を理事長として、一般社団法人「東日本大震災被災地における地域医療を守る会（愛称：地域の医療を守る会）」を設立した。「地域の医療を守る会」では、まずプライマリケア連合学会の被災地支援チームがまとめた被災状況の定性的な情報とマクロ的データ等を元に被災状況と復興の優先順位についての「見える化」を行った。

例えば気仙沼地域における被災死者、行方不明者は合わせて人口の2%である。それに対し、被災した医療機関は2011年5月末の段階で、被災なしが32%、被災し復興（移転を含む）が18%、廃業が9%、まだ復興していないものが41%である。「全国と比して医療過疎である」と従来から言われていた被災地では、医療機関の半分が失われた状態のなかで、人口の98%がどんなに故郷にとどまりたいと思っても、難しい現状が予想される。同地域の場合は、特に産婦人科、消化器科、外科、皮膚科、泌尿器科の被災率が高く、復興が急がれた。これらの被災した医療機関の殆どは、民間の医療機関である。

本来であれば、民間医療機関の復興は、自力が原則であり、行政が救済するものではない。しかしながら「医療」という社会資本の場合、「民間」であるという理由で自力復興に任せておくと、結果として地域から医療がなくなってしまう。例えば、気仙沼の産科は市立病院と民間診療所の2医療機関で、ほぼ同数のお産を取り上げていた。市立病院は被災せず、民間診療所は被災したが、後者が復興しないといずれ市立病院の産科体制も保たなくなる。お産ができない地域に、若い世帯は住まない。地域の高齢化を食い止めるためにも、民間の産科診療所の復興が求められる。そこで提言したいのが「総合医」の導入である。3.11の震災を契機に、総合医整備に向けた社会実験を被災県で行ってはどうか。

なお、「地域の医療を守る会」は、被災した医療機関の状況を広く知ってもらうことにより、「民間医療機関」へ支援の手が差し伸べられることを、一つの目的としている。また、メディヴァのネットワークを活用し、メーカーやリース会社から中古やリースアップものを含め、安い機材や機器を被災地の医療機関に届けるよう呼びかけるとともに、各種助成金に応募し、寄付金を被災地に届け、各種支援活動を行っている。徐々に、被災した民間医療機関にも行政やマスコミの目が向いてきたが、ここでより一層の将来に向けた“自立投資”が求められる。

被災からほぼ1年が経ち、自力復興が出来る民間医療機関も増えてきたが、まだ復興していない所もある。また一方で、復興可能と思われていた公立の医療機関の中でも、復興に難儀している所もある。これらの原因を紐解くと、表面的には医師不足や資金不足等の問題があるが、実は復興までのプロセスをかじ取りする適切な人がいないことや、現場も含めて復興に向けたチームとして動けていないこと等の問題が浮き彫りになってきた。メディヴァが医療機関再生で培ったノウハウを元に、「地域の医療を守る会」、さらに可能であれば公立医療機関の復興を期待したいところである。

・「健康創造都市やまと」

大和市の試みも「お金をかけない行政モデル」の具体例として興味深い。同市は神奈川県ほぼ中央部、東京都心から40km圏内に位置する特例市。27.06km²の市内に私鉄3路線の駅が8箇所存在するなど交通利便性が高く、約23万人、9万9千世帯が居住、神奈川県内でも横浜市、川崎市に次いで3番目に人口密度が高い地域である。

現市長の大木哲氏は現在2期目。青山学院大学経済学部を卒業後、サラリーマン生活を経て鶴見大学歯学部に入學、卒業後は勤務医を経て歯科医院を開設。1995年統一地方選挙において神奈川県議会議員に初当選した後、3期の議員活動を経て2007年に大和市長選挙に立候補し当選。経済・医療・地方政治を知る地方自治体の首長として、斬新な独自施策を打ち出し自ら実践するアイディアマン市長として知られる。

大和市は市制50周年となる2009年、「人の健康」「まちの健康」「社会の健康」の3つの健康づくりを進める「健康創造都市やまと」を宣言。「少子化対策が日本の最優先政策課題」とする大木市長は、医療分野においても次々と先進的な取り組みを実現。医師増員（小児科医を1人から7人へ）や7：1看護基準の導入等による市立病院の充実、がん検診への内視鏡検査導入、不妊治療・不育治療費の実費助成などが挙げられるが、いずれも「必要とされるサービスを低コストで提供しよう」という大木市長の経営者的な感覚が活かされた取り組みと言える。今後発生する確率が高いとされる大規模地震に備えて参考になるのは、救急医療活動に必要な情報をあらかじめ封入した「救急医療情報キット」の作成配布、フリーダイヤルの電話相談「やまと24時間健康相談」設置、公共施設やコンビニへのAED整備などである。

首長自らが「自治体の経営者」という自覚を持って先頭に立ち、軽快なフットワークで先進的な取り組みを進める大和市の事例は、真の意味での地方自治の範であり、日本の医療改革においても大きなヒントとなり得るのではないかと。

・医療経営士／介護福祉経営士

“医療崩壊”と言われるわが国の医療。こうした状況を招いた要因としては、医師の不在と偏在、医療費の急激な増加、医療費抑制政策による医療機関の資金不足に起因した経営難、医療の高度化にともなう複雑化、患者の権利意識の高揚を背景にした医療紛争の増大などが挙げられる。

現状打開のため、消費税の増税を視野に入れた「社会保障と税の一体改革」が野田政権下で強力に推進されているところであるが、厳しい税財源下で高まる患者のニーズに応えるためには、医師の質、患者へのサービス、経営の効率性のすべてを高める「病院経営力」の向上が不可欠である。経営悪化した病院が、良質な医療サービスを提供できる筈はないからである。

つまり、医療再生には「ヒト・モノ・カネ・情報」といった経営資源に対して、適切なマネジメントを実践できるようにすべく病院の経営改革が必要なのである。

しかし、病院・医療機関のトップである理事長・院長の多くにおいては、経営に関する意識も知識も不足しているのが実態である。経営管理を担う事務長が存在していても、経営に精通した人材は少ない上、医療に対する理解が不足しているため、経営改善・改革が進展していない状況にある。病院及び医療機関の経営の安定化を図るためには、医療と経営の双方に精通し、経営上の問題や課題に対し、広い視野と総合的な観点から、的確なマネジメントを行える人材が求められる。

その経営人材として、一般社団法人日本医療経営実践協会が育成・養成に努めている「医療経営士」の登用を提言したい。

「医療経営士」は、知識と能力の程度、業務のレベルに応じ、医療及び経営の基礎知識を有する3級、幅広い知識や問題解決のための分析力・実践力を備えた2級、経営幹部として意思決定を行うことができる1級、の3等級に分けて認定される民間資格で、医療と経営の両面から病院・医療機関をマネジメントできる人材である。現在の病院・医療機関が抱える諸問題を迅速に解決し、安全・安心な医療活動が行えるように全体最適化の実現を図ることを目指している。長らく経営不在を指摘されてきた医療界において、「医療の質の向上と経営の効率化」という二律背反するテーマを解決し、医療機関の経営を実践できる重要な人材と言えるだろう。

2010年9月に第1回の「医療経営士資格認定試験」が実施されたばかりの新しい民間資格であるが、受験者の顔ぶれは、医療従事者はもとより、弁護士、会計士、銀行員、自治体・県職員等と多岐にわたっている。MR（Medical Representative、医薬情報担当者）をはじめ医療関連業界からも医療経営に積極的に携わろうという流れが起りつつあり、既に1,000人を超える合格者が誕生している（2011年12月現在）。

また、高齢化の急速な進展とともに、21世紀の最大成長分野とも目される介護福祉事業においても、「医療経営士」の介護福祉版と言うべき「介護福祉経営士」が2012年度中に誕生する予定である。こちらも既に教材の制作や人材育成のためのシステムづくりがスタートしている。

医療・介護福祉分野を産業として自立・発展させる処方せんの一つとして、「医療経営士」「介護福祉経営士」の両民間資格のさらなる普及拡大が望まれる。

Ⅱ. 都市再生ビジョンと一体化した医療資源の適正配置を進めよ

- ▶ 建て替え期の病院はまちなか移動を目指す。
- ▶ 医師不足の病院同士は統合してサービスの安定をはかる。
- ▶ まちなかの病院は住宅をつくろう。
- ▶ ICT（情報通信技術）を活用する。

1. 建て替え期の病院はまちなか移動を目指す

わが国において病院の建設ピークは 60～70 年代である¹。その病院の多くは今、老朽化・低耐震化の問題を抱え、建て替え期に入っている。広い用地や人口の増加を見込んでかつて郊外に進出した病院は、今や人口減少にともなう病床過剰に直面している。

従って、現在の場所で建て替えるのではなく、まちなかに用地を確保し、都市のニーズに沿う病院に機能転換することが必要である。震災被害地の都市再生にはまちなか病院が不可欠であり、高齢化や人口減少が進んだ多くの地方都市でも課題は同じである。²

まちなかの用地確保には病院だけでなく自治体の協力が不可欠である。例えば病院建設を市街地再開発事業と位置付け、鳥取市では用地買収の交渉を行ったり、郡山市では出資を行ったりと行政が一定の協力を行った。少子化で廃校となった小中学校の跡地、公営交通機関の営業所跡地、事業をたたんだ商業施設の跡地を集約し、病院に転換することは都市再生の切り札ともなる。

2. 医師不足の病院同士は統合してサービスの安定をはかる

わが国の医師不足は、その絶対数とともに配置の非効率性も問題である。総合病院整備政策の名残から、病床規模が 100 床～300 床と中規模³であるにも関わらず、フルセットのサービスを提供しようとしている。そのため、あらゆる診療科が設置され、それぞれの科では少人数の医師で必死に診療している。

¹ 平成 17 年度医療経済実態調査に回答した 739 病院を設立年代別にみると、70 年代以前(～1979 年まで)が 236 病院、80 年代が 208 病院、90 年代以降が 295 病院であり、全数調査ではないものの約 32%が 1970 年代以前の建築である(病院A集第 5 表)。

² 本編で紹介している意見や事例の詳細は、NIRAモノグラフシリーズ No.32「まちなか集積医療―事例調査から学ぶ」(伊藤由希子・豊田菜穂編)に掲載している。

³ 平成 23 年度厚生労働省医療施設調査(表6)より、全国 8,670 病院のうち、100 床未満は 3,232 病院、100～300 床未満は 3,982 病院、300 床以上は 1,556 病院。また同(表 14)より、1施設当たり平均病床数は 184 床。以上より、わが国における「中規模」かつ「構成比率最多」の病院は 100～300 床規模と定義。

診療を安定的に行い医療技術の向上を図るためには、一定規模の医師や医療スタッフ集団を形成する必要がある。そのためには1,000床の病床（人口10万人に対する医療資源）⁴を7つの病院で請け負う⁵のではなく、1～2の病院に集約してはどうか。大病院は医療スタッフを集めやすくなると同時に、医師の負担も減り、医療サービスの質も安定する。

事実、医師不足と財政難から公的病院の統廃合は既にすすんでいる。人材不足を懸念した大学医学部の主導で、兵庫県の三木市・小野市は病院を統合した。酒田市での市民病院と県立病院の経営統合の際も、地域の大学医学部が人材面での協力を行った。いずれも、500～600床規模の病院に統合したわけだが、大学医局は以前ほどに力はないものの、地域医療への人材供給において、その影響力がいまだに大きい地域は多く存在している。現状の打開のために大学側も病院統合に少なからず一定の役割を担うべきであり、自治体は「おらが町」の病院に固執することなくこれに協力することが必要である。

3. まちなかの病院は住宅をつくろう

医療サービスは地域住民という需要があって成り立つ。医療再生と都市再興は一体不可分であり、医療政策、住宅政策、交通政策等で県や市の各部署が縦割りで対応してはタイミングを逃す一方である。病院は自ら、患者のアクセスを高めるようなサービスを医療に限定せず提供すべきである。事実、郡山市でみられるようなマンション併設型総合病院は階下に病院があるという抜群の利便性で中高年齢層に好評である。

500床規模の病院になると一般に毎日1,500人規模の患者が利用する⁶。付添いの家族なども含めれば大きな集客ニーズがあり、これを都市活性化の切り札として利用しない手はない。

医療サービスの充実を軸に、介護サービス施設、商業施設、交通設備を周辺に配置し、また、そこに行政サービスが高密度に提供されるよう地域を再形成すべきである。

⁴ 平成23年度厚生労働省医療施設調査(表15)より、人口10万人当たりの病床数は、精神・感染症・結核病床を除くと965.6床(一般病床と療養病床の合)であり、これを約1,000床と表現。

⁵ 平成23年度厚生労働省医療施設調査より、人口10万人当たりの平均全病床数は1,244床、また1病院当たりの全病床数が183.8床(表14)であることから、人口10万人当たりの平均病院数は6.6病院となる。

⁶ 全国公私病院連盟の病院運営実態分析調査(平成22年6月調査)によると、回答した全国の公私立1,182病院のうち、500床以上の病院での1日平均外来+入院利用者数は700床以上の病院で1,927人、600床台の病院で1,428人、500床台の病院で1,224人となっている。

4. ICT（情報通信技術）を活かす

日進月歩ならぬ“秒進分歩”で進化している最近のICT（情報通信技術）も特に医師不足に悩む被災県には大きな武器となるだろう。

中でも超高齢社会における医療や介護の分野で期待されているのが、細胞レベルで微細な変化を検知できるセンサーや、体内で駆動する装置を正確に遠隔制御できる技術である。

既に介護用に実用化されている、人体に装着して運動を補助する「パワースーツ」は、脳から筋肉に指令が出る際に皮膚を流れる微弱電波を検知・解析して自分の意思通りに動かす仕組みだ。また、超広帯域の通信技術を使えば、離れたところからでも医師が患者の様子を超高精細動画で確認しながら、自分の手とまったく同じように装置を遠隔制御して手術することも可能となる。

医師が患者を診てから診断結果をコンピュータに入力する現在の方法も変わるだろう。個々人の日常生活のなかで自動的に身体の状態が微細に検知・蓄積されてデータベース化され、これを分析することから治療が始まるようになる。

・「まちの病院」の事例：高橋病院（函館市）

その可能性を予感させるのが、北海道の函館市にある社会医療法人高橋病院の高橋肇理事長が主宰する、IT（情報技術）連携ネットワーク活用による新たな医療・介護融合システムである。

直近の人口が28万人を割った函館市は、今後20年の間に30%の人口減少が予想されている。特に、世界三大夜景の1つである函館山の麓に位置する同院の近隣は、観光地化に伴う地価上昇によって若者の人口流出が続いており、高齢化率37%と30年後の日本の姿をこの地域に見ることができる。

創立118年を迎える同法人は、種々の施設・在宅サービス事業を展開し、「つながるケア・つなげるリハ」を目指してきた。同法人の高橋理事長によれば「リハビリを医療の軸とすることにより経営が安定し、IT活用により人や企業が集まるようになった」という。産官学の知恵と力は、職員にも大きなプラス効果を与えている。

ここで留意すべきは、リハビリテーションを軸としている同法人にとって、地域連携構築は死活問題に関わる大きな要素だということ。そのためには他医療機関との迅速で正確な情報共有が必須だ。そこで開発元の地元IT企業と協力して1年間の試験運用後、2008年4月にID-Linkを本格稼働したという。驚くことに2011年1月現在、15都道府県でこのシステムが稼働している。

被災県でも遠隔医療の活用がうたわれているが、ゼロからシステムを立ち上げては時間もコストもかかるので、ID-Linkに乗り入れてはどうだろうか。

そのメリットは診療内容が他医療機関から常時「見られる」ため、組織として医療の質向上や標準化をいかに構築するかが問われ、結果として地域医療水準の向上に貢献している点である。

現在、医療施設のみならず、老健・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所など介護施設、在宅部門にも広がっており、医療・介護双方から患者を追っていく「生涯カルテ」構築の可能性も秘めている。「継ぎ目のない医療」実践のためには、ひとつの医療機関で質・安全・コスト等を考えるのではなく、地域全体で役割分担を行い、限られた人的資源を効率的に活用することが医療崩壊を防ぐ一助にもなろう。

・外資系企業の事例：シスコシステムズ合同会社

このように、生涯の健康や治療、投薬に関する情報が、個人ごとに時系列で蓄積・管理されると、何百万人ものデータを統合的に解析できるようになる。この結果を活用して、個々人の特性に合った健康増進方法や高精度な治療方法を、的確に選択して実施することが可能になるだろう。

その最たるものが、今流行のクラウドコンピューティングである。医療ニーズに合ったICTネットワークのインフラ整備を手掛けるシスコシステムズ合同会社は、福井大学附属病院と将来のクラウド化を想定した共同事業をスタートした。

また、同社は現在、「北海道大学保健科学研究所」を中核に、街のヘルスケアホットスポットで調剤薬局を持つ「ツルハドラッグ」をテレプレゼンスで繋ぎ、市民・顧客向けに遠隔健康相談を実施しているという。

本取組は既に1年以上の実績と300件を超える相談を受け、アンケートや要望に沿って運用方法やシステムの改造・変更をしてきた。

さらに今回の東日本大震災に伴い、緊急被ばく医療支援チームへWeb会議システムを提供し、定時のカンファレンスおよび、当該患者発生時の対応で活用するほか、「放射線医学総合研究所」を中核に、オフサイトセンター、福島医科大学、広島大学、東京電力福島第一原発を繋ぎ、ドクターや医療従事者間のセカンドオピニオンや相談でも活用している。

しかし、クラウドには暗の部分も存在する。確かに経済的だが、その一方でネットワークを通じてシステム機能を提供するクラウドサービスを提供するIT企業が攻撃される事例が散見される。そうなる顧客・患者への被害が一気に拡大するリスクも表面化する。30年後の日本の医療は相当ICT化が進んでいると考えられるが、当面は安全対策の強化が求められる。特に個々人の被ばく量に関する疫学調査は喫緊の課題である。

Ⅲ. 公的支援にもとづく医療機関の統廃合で地域医療を再生せよ

<医療機関再建方針>

▷ 既存病院

統廃合・集約し、海岸線地域 30~50 km毎に急性期対応病院を拠点化。

それ以外の病院は慢性期対応へ転化するとともに民営化。

▷ 地域診療所

地域復興のインフラとして、震災前の立地箇所と同一市町村にて再建。

→公的インフラである医療機関に対しては、民間施設を含め、バラマキではなく上記方針に沿った公的支援を。

1. 『公的整備インフラ』に対する考え方

大震災からの復興時における社会インフラの整備において、民間事業者の英知と努力に基づいて事業所等のインフラ整備が可能な分野と、公的な支援が必要とされる分野がある。

医療分野は、公立・公的施設に加え、民間医療施設をも対象に含め、『公的整備インフラ』として整備される最優先分野の一つとして位置づけるべきである。また、時間軸も「緊急対応期間」（避難場所や仮設住宅等に生活拠点が残る震災以降3年間）と「復興対応期間」（被災者の生活が落ち着く震災以降5年間）に分けて対応を図るべきである。

2. 医療再生機構の設置

震災発生から現在に至る迄、公立・公的施設(病院)に関しては『公的整備インフラ』として様々な検討及び予算措置がなされてきた。一方、民間医療施設（中小病院や診療所等）は公的な支援の枠組みから外れており、現行は自主再建の道筋しかない。

地域復興に資するライフラインと位置付けられていても、二重債務問題等により再建の目処が立たない民間医療施設もあり、被災者帰還の障害になっていると想定される。そこで、「医療再生機構の設置」を提言したい。医療再生機構とは、2003年に設置された産業再生機構の医療版である。

日本の産業の再生と信用秩序の維持を図るため、有用な経営資源を有しながら過大な債務を負っている事業者に対し、事業再生の支援を目的に、債権買取り、資金の貸付け、債務保証、出資などの業務を営むこと。これが産業再生機構の役割であった。

したがって、医療再生機構も「要管理先」債権を非主力取引銀行から集中して買い取り、主力取引銀行と協力して債務の一部免除に努めるべきである。ただし、医療施設は債務の株式化ができないため、特例持ち分の形として新しい再建スポンサーに売却して不採算事業を整理するなど、事業の再構築を実行することが想定される。

また、金融機関、事業会社、商社、官僚などから日本経済再生のため有意な人材が集結した産業再生機構と同様、医療再生機構にも起業家精神あふれる人材が集結し、各地の医療機関再生のために尽力する仕組みが求められる。

震災発生からほぼ1年が経過し、被災者が今後の生活場所、生活環境を固めていく時期を迎えており、『公的整備インフラ』の「復興対応」方針策定にあたっては、公的支援の対象を民間医療施設を含めた枠に拡大し、速やかに方針の決定・周知・実行を図るべきである。

3. 『医療再生機構』による復興対応整備方針(案)

(1) 急性期対応病院

地域の急性期治療を担う病院に関しては、医師を中心とする医療提供者資源が不足するなか、抜本的な集約化と、津波および強震等の自然災害に強い場所を選定した再建が不可欠である。

そのためには、甚大な被害を受けた海岸線の地域においては、震災5年後の2016年3月末迄に、不退転の覚悟を持って、国公立（県立、市立等）・公的病院（日赤、済生会、厚生連病院等）を、概ね30km～50km毎に1病院へ集約することとし、既存病院は統廃合、または慢性期への転換を前提とした民間セクターへの譲渡を図るべきである（(2)にて後述）。

岩手県及び宮城県の海岸線地域における具体的な設置自治体例は下記の通り。

(単位：千人)

県	岩手県				宮城県			
	久慈	宮古	釜石	大船渡	気仙沼	石巻	塩釜	岩沼
人口	37	59	39	41	80	171	60	44

また、上記以外の市町村における急性期患者への対応策として、宮古市及び石巻市の拠点病院にドクターヘリを各2機（計4機）配備するとともに、各市町村にヘリポートを整備することが求められる。ドクターヘリの購入費及び必要経費（約2億円／年・機）は2020年度まで国が負担してはどうか。

・緊急医療インフラの事例

ドクターヘリに代表される緊急時医療インフラは海外で先行事例が多い。

例えばドイツでは、1970年にアウトバーンの事故対応を目的に、ドイツ自動車連盟（ADAC）が救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）を導入した。ICUと同等の医療機器を装備し、基地はすべて病院内に設置。救急専門医と看護師を乗員として事故発生から15分以内に現場到着、その直後から高度治療を開始する点がポイントである。

他方、ヘリが飛行できない荒天時や夜間の事故、鉄道事故への対応方策として「レスキュー列車」が導入されている。これは機関車プラス5両の6車両で構成される災害対応列車であり、簡易な手術も可能なICU、治療ベッド、レントゲン室などを装備し、国内5か所の配備基地から1時間以内に事故現場へ到着するというもの。

この他、病院船ではアメリカ海軍のUSSコンフォートが世界最大級の救命救助船舶としてつとに有名。USSコンフォートは石油タンカーを病院船として改装したもので、全長272m、排水量約7万トン、1,000床のベッドを有し、約1,200名のスタッフにより運行される。主要任務はアメリカ軍の作戦支援、傷病兵への医療支援であるが、平時においては政府要請により運用指令から5日以内に医療支援へ出発するという。

わが国においても大型病院船導入の検討が進められているものの、平時の運用方法など検討課題が多く、所管官庁が錯綜していることもあって実現には至っていない。

（2）地域中核以外の病院

一方、急性期対応を除く一般病院は、津波および強震等の災害に強い場所を選定して集約するとともに、慢性期医療に特化してはどうか。具体的には、地域医療の中核となっていない公立・公的病院は、順次民間セクターに譲渡を図り、民間医療施設に移行することが考えられる。

《「公的インフラ」としての公的支援(案)》

- ① 震災で全壊、または半壊に認定された（＝津波等の被害想定地区）病院で、災害に強い場所への移築、及び、慢性期医療に特化する病院を対象とする。補助額は、概ね建設費用の50%、及び、医療機器・備品費用の50%とする。
- ② 震災被害の有無に係わらず、上記の急性期対応病院の統廃合に伴い、慢性期医療への転換を図る病院を対象とする。補助額は、概ね改修費用の50%とする。

(3) 診療所

診療所の復旧・復興については、医科・歯科を問わず、震災前の状況、及び今後の住民の帰還希望等を鑑み、住民の利便性に配慮する。その中で「公的インフラ」の一翼を担う民間医療機関に対しては一定の公的支援により整備すべき。

《「公的インフラ」としての公的支援(案)》

① 一律補助

「全壊、又は、半壊認定を受けた診療所」で、同一市町村で診療を継続する民間の診療所に対し、例えば全壊は10百万円、半壊は5百万円など、一定の公的補助を行う。

ただし、補助を受けた当該診療所には、「2016年3月末迄に36ヶ月以上月間20日以上診療を行った」報告を義務付け、報告できない場合は一定の補助金を返却させる（本人死亡等の事由を除く）。

② 地域、状況を鑑みた補助

公設・公的病院（床）数の削減を補うに足る診療所（病床）数が確保できない等の支障が生じる場合は、一定の合理性を備えた目標整備量を設定した上で個別補助を行う。

・福島県への対応

東京電力福島第一原子力発電所において、「冷温停止」宣言がなされたとは言え、飯館村全域や浪江町、南相馬市など、放射性物質の拡散等による計画的避難地域は依然として避難を余儀なくされ、福島県の本格的な復興は未だ先が見えない状況にある。行政・民間による除染作業も進められてはいるが、効果的な除染技術は未確立であり、完全な避難解除には相当の時間を要するとの見方がなされている。

このような不透明な状況の中で、軽々しく福島県の将来像を語ることは避けるべきである。しかし非難を承知であえて言うならば、今回の原子力事故発生により、「フクシマ」の名が世界に認知されたことも事実である。

避難指示が未だ解除されぬ現在では、机上の空論以下の妄想に近いが、このブランドを逆に活かす方策が求められるのではないか。例えば、国際原子力機関（IAEA）の本部誘致など、原子力や放射線に係わる事業団体は官民を問わず福島県に集中。核融合から放射線医療、さらには高放射線量環境におけるロボット技術研究をはじめとするシビアアクシデントへの対応など、原子力技術に係わるあらゆる知見を集中する研究拠点を形成できないだろうか。

スリーマイル島やチェルノブイリで起こった原子力事故を先行事例として福島再生に結びつける試みが求められる。

IV. 東北地方に自治体・大学連合体による先端医療特区を創設せよ

- ▶ わが国の最先端治療施設は関東以西に偏在。空白地帯である東北地方に大学・自治体連合体による「先端医療特区」を国主導で創設する。
- ▶ 10年時限の特区によって、現行制度では実現困難な最先端の研究～治療を複数の大学・研究所の参加のもとで実施し、海外最先端医療をキャッチアップする。

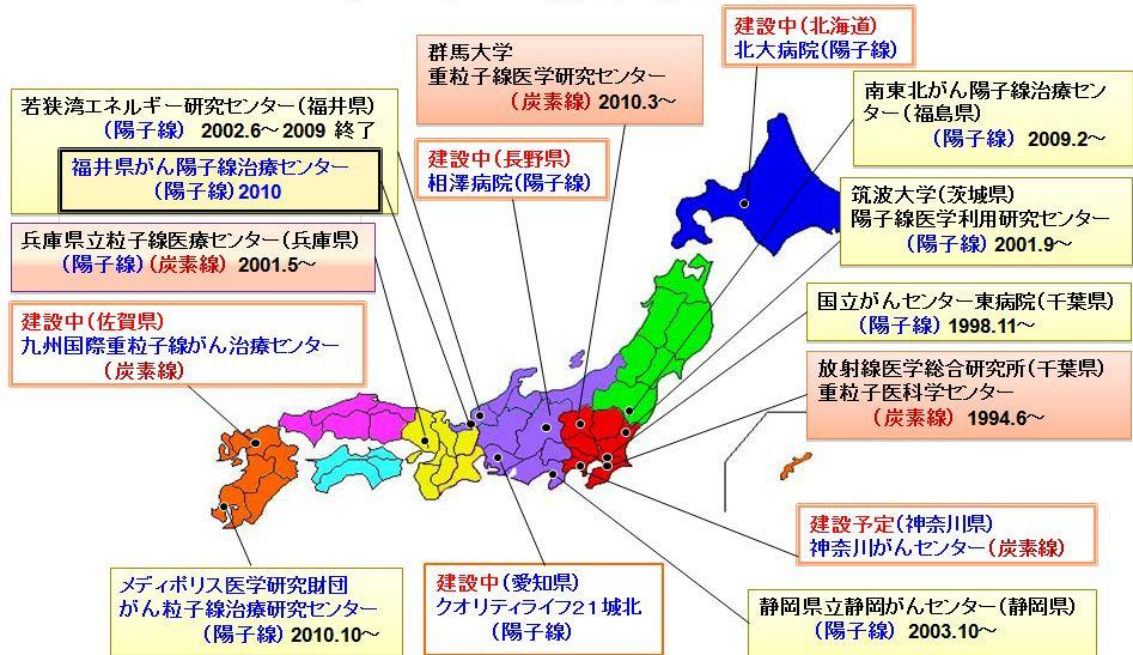
1. 東北地方に先端医療特区を創設する

わが国ではすでに「経済財政改革の基本方針 2008(平成 20 年 6 月 27 日)」で位置づけられた「スーパー特区」があるが、これとは別に、東北地方に限定して、国主導で大学連合体(自治体連合体)からなる「先端医療特区」創設を提言したい。

最近の医学の進歩はまさに日進月歩といってよい。残念ながらわが国では、この急激な技術進歩に対処できる人材や制度が、必ずしも追いついていないのが現状である。たとえあったとしても、そういったことが可能な施設は数が少なかったり、国内分布に偏りがみられたりすることが多い。

例えば、最先端治療法である粒子線治療についてみると、1990 年代に世界で数か所だったものが今では約 40 施設に増加し、今後さらにその数が増す勢いである。しかし現在、これが可能な施設は、海外はもとより日本国内でも著しく偏在しているのが現状で、適正配置の必要性が指摘されている。粒子線治療は高度の技術を要し、建設費も高額なので、量産できる治療法ではないが、世界的にもわが国は特に抜きん出て粒子線治療大国と言っても良い。現在、わが国では 9 施設が稼働中で、数年後には少なくとも合計 14 施設になることが確実視されている。これは人口当たりの施設数としては世界一であるが、以下の図をみても分かる通り、福島南部に小規模陽子線施設がある以外は関東以西に集中しており、空白地帯となっている東北地方にさらに 1～2 カ所あってもいいのではないか。

日本の粒子線治療施設



2. 時限設置で海外の最先端医療をキャッチアップする

実際、がん治療はいまや多様化しており、一つの治療法だけでは収まらない時代になっている。粒子線治療は手術に替わり得る治療法であるが、疾患によってはまだ研究段階であり、またさらなる短期治療法等を開発するためにも臨床試験も行わなくてはならない。しかし、倫理の問題や、医療費徴収法など、現行制度下では課題も多い。

一方、重粒子（炭素イオン）線治療は手術と同様、局所療法なので、疾患によっては化学療法を併用あるいは単独使用しなければならない。海外で既に効果が認められている抗がん剤であっても、現行の医療制度では使いたくとも使えない事例も散見される。特に、まだ研究段階にある薬物と重粒子線治療を組み合わせた場合、いわゆる「混合診療」が禁止されているため、費用や認可をどうクリアできるか課題は多い。

さらに、高度の治療を行うためには、より正確な診断法も必要である。なかでもPET診断等ではより有効な核種の開発も欠かせないが、わが国では医薬品としての承認をとるのが極端に困難である。これを早急に解決しないと、いつまでも海外に遅れを取ることになる。

このように、高精度のがん治療を利用者本位の立場から、重粒子（炭素イオン）線治療を中心として、未承認の薬物療法でも実施・開発可能で、また核医学診断における新規薬剤の開発などを行える仕組みが必要と考える。そのためには、複数の大学および研究所の参加のもと、総合的に実施できる医療特区が効果的である。

当該医療特区の実現に当たっては、「自発性を最大限に尊重するという趣旨」を旨とすべきである。ちなみに、現行の通称「スーパー特区」では、医薬品や医療機器の審査が迅速に行われることを目指しているが、先端医療特区では、現行制度では実施できない医療を行えることとし、10年時限としたい。

立地条件としては交通の便が良く、近隣に大学あるいは研究施設があるところが望ましい。例えば、山形大学-東北大学-福島大学の連合体、あるいは弘前大学-秋田大学-岩手医科大学の連合体が考えられる。

V. 「復職支援センター」活性化で日本の生産性を維持・向上せよ

- ▶ わが国の生産性を維持・向上するため、メンタル不調者の治療・復職に資する「復職支援センター」を整備する。
- ▶ 具体的には、「復職支援センター」の運営に関わる診療報酬の増額、もしくは労災保険の活用促進を。

1. メンタル不調による生産性低下の現状

被災県においてもメンタルヘルスの重要性が叫ばれているが、わが国における自殺者は毎年3万人を超え、未遂者はその10倍に及ぶと言われている。自殺者の75%に精神障害があり、その約半数がうつ病という調査結果もある（平成19年度自殺対策白書）。

その負の経済効果は、休職者（30万人が常態化）の年間賃金相当とすれば1兆円と言われる。しかし、休職に至らずとも生産性が大きく落ちている社員を有する職場は増えつつあり、2009年の厚生省試算によれば、うつ病や自殺に伴う社会的損失推計額は2.7兆円にのぼる。

確かに、特定健診・保健指導にみられるメタボ対策や“ワクチン・ラグ”解消による感染症対策も大切だが、うつ・自殺対策は、日本経済再生の屋台骨に直結しているだけに喫緊の課題である。

特に、効率化・高速化が進む職場環境のなかで能力主義的な人材登用・評価が行われ、メンタル不調の更なる拡大が想定されるため、その対策はわが国の生産性の維持・向上における最大のテーマの1つと考える。

2. メンタル不調への対策・対応

(1) 現状

メンタル不調への対策は、①職場環境の整備 ②予防教育 ③治療 に大別され、その効果は、① > ② > ③ の順である。

しかしながら、①と②は、顕在化した問題（メンタル不調を発症した職員）への対処ではないため、費用対効果が算定しづらく、企業内では時間・費用の投入に対するコンセンサスの醸成が得られにくいため、十分な対応が図れていない。

一方、③については、問題が顕在化している上、他の職員に与える影響が顕著であるため、企業及び発症した職員自身が対応を迫られること、また健康保険の対象となることもあり、具体的な対応（受診）に結びついている。

(2) 課題 《高い再休職率》

しかし、治療による治癒の段階は、「①家庭療養可能な回復レベル」、「②社会復帰可能な回復レベル」、「③職場の求める回復レベル」と分けられるが、②は個人によるレベル差が大きく、また、③のレベルは職場環境により大きく異なる。そのため、職場復帰の可否判断は、一定の専門医が職場環境を理解した上で行うべきである。

しかし、現状は（専門医とは言い難い）主治医が職場環境への理解も不十分なまま判断している場合が多く、いったん職場復帰したものの再休職に至る事例が非常に多い。

こうした休職と再休職の繰り返しは、自信喪失から職場復帰を一層困難にするとともに、職場の生産性にも負の影響を生じさせる。

3. 再休職率を下げる施策＝「復職支援デイケア」のインフラ整備を

再休職率を低減するためには、専門医による適切な治療とともに、「復職後のイメージ」を発症者自身が持つこと、また専門医が職場環境や職場の求める回復レベルを理解した上で、復職時期を判断することが有効と考えられる。

そうした中で一定の効果を上げているのが、メンタルデイケアの一つとして実践されている「復職支援デイケア」である。しかし、医療需要に対して施設数が極端に少なく、存在自体の社会的認知度も乏しいため、限定的利用にとどまっているのが現状である。

これは、現行の大規模デイケアの診療報酬が、比較的少人数の医療職で対応できる統合失調症デイケア施設を前提として設定されていることによる。そのため、より多くの医療職を必要とする復職支援デイケア施設では、現状の診療報酬 700 点は必要経費すら賄えないレベルにあり、可及的速やかに 240 点増額し 940 点とすべきである（次図参照）。

また、その財源確保が難しい場合は、資金が潤沢な労災保険の適用も検討してはどうか。

一般的な精神科デイケア施設の事業収支を試算してみると・・・

前提	①精神科デイケア 大規模 (従業者:患者)4人:50人
	②施設面積:90坪
	③賃料:月坪15000円
	④内装工事費:坪単価50万円

≪事業収支≫

売上 (単位:円)	キャパシティ①	50名
	稼働率②	80%
	リワーク支援受診者③=①×②	40名
	単価(保険点数×10円)④ 単位:円	7,000
	営業日数⑤	250日
	売上(計⑥=③×④×⑤)	70,000,000
費用 (単位:円)	人件費	59,625,000
	賃料	16,200,000
	内装工事費償却	4,500,000
	開業費	1,500,000
	一般管理費	6,000,000
	水光熱費・環境清掃費等	1,500,000
	広告宣伝費	5,000,000
費用(計⑦)	94,325,000	
売上総利益⑧=⑥-⑦ 単位:円	▲24,325,000	

→ (参考:人件費内訳)

医療職人数:最低6名必要

		給与	人数	金額
①精神科医師	常勤	18,000,000	1	22,500,000
	非常勤	9,000,000	0	0
②作業療法士	常勤	4,800,000	1	6,000,000
	非常勤	2,400,000	1	3,000,000
③臨床心理士	常勤	6,000,000	1	7,500,000
	非常勤	3,000,000	1	3,750,000
④看護師	常勤	5,000,000	2	12,500,000
	非常勤	2,500,000	0	0
⑤医療事務	常勤	3,500,000	1	4,375,000
	非常勤	1,750,000	0	0
人件費(計)				59,625,000

診療報酬:700点(現状)の場合、
年間約24百万円程度の赤字。

赤字約24百万円÷年間受診者数約1万人
⇒240点程度の診療点数の不足

あとがき

この報告書は、21世紀最大の成長産業と言われる医療を切り口に、東北の地に新たなモデルを構築することで、東北地方の復興にとどまらず、日本の新たな基幹産業を創出したいという一心から一定の提言を行ったものである。

「医療による復興」を考えようとする時、われわれは1995年の阪神・淡路大震災によって大きな被害を受けた神戸市の事例を想起せずにはいられない。

「私は平成10年4月に神戸市立中央市民病院の院長になりました。その直後の6月に、神戸市から、震災復興の中で医療産業都市を目指そうと考えているがどうだろうかという相談を受けました。日本がこれから急速に高齢化していくとともに医療産業が大きく成長するだろうから大変いいのではないかと申し上げました。その後、当時の笹山幸俊市長から、「どういうものがあるか、構想を考えてください」と頼まれたのが、このプロジェクトに踏み込むことになったきっかけです。

私自身そこにかかわってみようと考えた理由がありました。日本の基礎研究のレベルがだいぶ上がってきたにもかかわらず、それを医学の領域で臨床や産業につなげていくトランスレーショナルリサーチが非常に遅れてしまっていることに危機感を持っていたからです。私は当時の文部省に頼まれて平成7年から9年ごろまで、21世紀の医学医療懇談会の座長を務めたのですが、議論する中で浮かび上がってきた一つが臨床研究センターの整備でした。しかし、なかなか話が前に進まず、少しイライラしていました。そこへ医療産業都市の話が飛び込んできたので、政府でできないのなら、神戸でやろうと思ったのです。」（『次の10年に向けさらに新しい取り組みを』財団法人先端医療振興財団 井村裕夫理事長、「神戸医療産業都市の戦略 一瓦礫の中から未来を拓く」
(2011年3月刊)より抜粋)

阪神・淡路大震災から17年。壊滅的な被害を受けた神戸市は医療産業都市として甦った。ポートアイランドは今や200社を超える医療関連企業を擁し、わが国を代表するバイオメディカル・クラスターに成長した。しかし、その道のりは決して平坦なものではなかった。事実、主要経済指標の回復状況を見ても、1994年対比で

商業（年間販売額）（2007年）：69

地場産業（ケミカルシューズ生産額）（2007年）：79.9

観光（観光入込客数）（2008年）：117（神戸リミナリエを除くと103）

港湾（コンテナ貨物取扱量）（2007年）：82

所得（市内総生産額）（2006年）：101

と、未だ復興途上にあるとも言える。

震災からの復興が容易でないことは充分承知しつつも、民間の力を活用すれば日本の未来につながる復興が進む筈、との思いで本提言をまとめた。確かに「言うは易く、行うは難し」だが、本報告書をきっかけに、国に先んじて行動する「日本力」が生まれれば望外の喜びである。

