

地域医療の再生に向けた提言

- 安心して暮らせる医療提供体制の構築 -

趣旨

近年、地域医療を取り巻く環境は厳しさを増している。全国各地で、医師不足による夜間救急医療の停止や入院患者の受入制限、診療科目の一部廃止など、いわば医療過疎地域が急増し、地域住民が病気やけがへの対応について生活不安を訴えるなど、大きな社会問題となっている。

このような地域医療崩壊を招いた原因は色々ある。高齢者看護を含む多様な医療需要の急速な高まりに対する対応の遅れ、医師や病院に対する信頼感の低下、医療技術高度化への体制整備の立ち遅れといった問題が表面化しているが、一つの重要な問題は医師の偏在である。

医師の都市集中傾向はかねてから問題点として指摘されていたが、2004年4月から始まった新しい臨床研修制度は、こうした傾向に拍車をかける結果となった。研修医の人気は都市部で症例の多い大型病院に集中し、出身大学で研修を受ける医師が減少した。そのため大学病院では医師不足が生じ、それまで地域の自治体病院等へ派遣していた医師を引き揚げざるを得なくなったのである。こうした事態は、残された勤務医の負担をさらに重くし、激務に耐えかね労働条件のよい病院へ転職する医師が生じるなどの悪循環を引き起こしている。

千葉県内においても、特に産科・小児科の医師不足は顕著である。1市3町が合併し人口9万人弱となった地域の中核市で、産婦人科医が不在となり、若い夫婦から安心して子どもを産み育てられないと、不安と不満の声が出ている。

このような状況に加え、民間並みの経営感覚の希薄さと経営努力不足等から、地域医療の中核を担う多くの公立病院が大幅な赤字経営に陥っている。05年度における千葉県内32の公立病院の医業収支は、合計で159億円の赤字、純損益も20億円の赤字となっている。地方財政健全化法の施行(09年4月1日)に伴い、2008年度から自治体の財政破綻認定に適用される「連結実質赤字比率」に公立病院の赤字(資金不足額)も対象に含まれるため、経営改善は喫緊の課題となっている。

以上のような点を踏まえ、地域住民が安心して暮らすことができる医療提供体制の構築を目指すべく、4つの提言をした。

提言

提言1. 公立病院の民営化と統廃合

- 良質な医療サービスを安定的に提供 赤字体質からの脱却・経営改善・安定経営

提言2. 電子カルテ化の推進と共有ネットワークの構築

- 地域医療連携の推進(病診連携) ベースとなるネットワーク構築

提言3. 県内中核病院による医師確保・育成プログラムの共同開発

- 地域で医師を育てる・確保する 魅力ある研修プログラム&研修環境の創出

提言4. 患者の自己負担増を含む医療財源捻出についての検討

- 超高齢化 医療費増大懸念 財政逼迫 財源捻出・医療費負担あり方
国・県等はデータ提供・説明 & 住民は主体的に考え・選択・行動

特徴

1. 県内の医療機関はもとより、千葉県に参考となる事例であれば、全国の先進事例等(県内 12 か所、県外 10 か所、計 22 か所)を視察・ヒアリング調査し、それらを踏まえ分析・提言を行った。

《主な視察・ヒアリング先》

長崎医療連携ネットワークシステム(あじさいネット) 長崎県離島・へき地医療支援センター、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島医療研究所、飯塚病院(株)麻生) 北九州市立八幡病院救急救命センター・小児救急センター、福岡県保健福祉部医療指導課、亀田メディカルセンター、市立堺病院、JA厚生連 佐久総合病院

2. 千葉県の9つの二次医療圏ごとに、詳細な医療関係データを収集し、分析を行った。
3. 二次医療圏ごとに、将来の医療需要等(入院患者数、病床過不足数、外来患者数(1日当り)、医師1人当り入院患者数、医師1人当り外来患者数)について詳細な推計を行った。

提言 1

公立病院の民営化と統廃合

背景

- ・県内の公立病院(県・指定都市・市町村・組合立の病院)の多くが大幅な赤字経営に陥り、自治体の財政を圧迫している。
- ・2005年度における県内32の公立病院の医業収支合計は159億円の赤字、純損益合計も20億円の赤字となっている(累積赤字371億円)。
- ・全国の民間病院と公立病院の経営内容を比較すると、公立病院は、医業収益増大、医業費用削減の両面で、民間病院より大きく劣っている。先進事例調査の中でも、このような民間の経営感覚・視点の薄さが、赤字の大きな要因になっている旨の指摘が聞かれた。
- ・2008年度から自治体の財政破綻認定に適用される「連結実質赤字比率」に公立病院の赤字(資金不足額)も反映されるようになる。
- ・地域における高質な医療サービスの提供と自治体財政の悪化を食い止めるためにも、早急な経営改革が必要である。

提言

- ・赤字の公立病院は、直ちに、病院長または病院管理者を中心に病院関係者全員で、医業収益の拡大と費用削減に徹底して取り組み、赤字となっている単年度決算を黒字化するとともに、繰越損失や債務超過の早期解消を図る必要がある。
- ・こうした経営改善への取り組みでも、なお赤字体質からの早期脱却見込みが立たない病院は、民間譲渡や指定管理者制度の導入あるいは統廃合などの抜本的な改革を急ぐべきである。
- ・民営化の先進事例をみると、改革を実行できた大きな要因は行政のトップの決断と強力なリーダーシップである。

提言 2

電子カルテ化の推進と共有ネットワークの構築

背景

- ・病気やけがは夜間や休日にも発生するが、厚生労働省の調べによれば、身近に数多く存在する診療所での時間外、深夜、休日の診療件数は増加しておらず、多くの患者が大病院を利用している。
- ・また、平日の日中の診療についても、比較的軽度の症状や体調不良でも、地域の身近な診療所や中小病院にかからず、大病院を利用する傾向がある。
- ・このため、本来、重い病気の診療や入院治療、専門外来の役割が期待されている大病院が、多数の一般外来患者を受入れ、その機能を十分に発揮できていない。
- ・さらに、勤務医の過重労働にもつながっている。

提言

- ・地域の医療資源を生かし、医師不足の要因である勤務医の激務状況を緩和させ、手術や研究等に専念する時間を創出するため、地域の医療機関が連携して医療サービスを提供する体制・ネットワークの構築を急ぐべきである。
- ・そのために重要なことは次の3点。

医療機関の機能分化と連携体制・ネットワークの構築

- ・医療機関の機能・位置づけを、急性期、回復期、慢性期の区分に明確化し、その機能・役割に特化すること。
- ・特に、診療所に期待される役割は重要である。具体的には、一次的な地域医療の窓口としての機能、患者の生活管理を含めた日常生活機能の向上のほか、時間外や休日にも連絡が可能な体制、必要に応じた往診の実施などである。
- ・連携体制を有効に機能させるため、中核病院と診療所の電子カルテ化を図るとともに、これらを共有化する情報ネットワークを構築する必要がある。
- ・これにより、診療所では、中核病院の情報を利用することで患者の病状把握や治療面での情報を共有化できるとともに、より高度で適切な診療が可能になる。
- ・また、中核病院の高額医療機器を利用することで、それらの整備や検査の重複といった無駄を省くことができる。
- ・患者にとっても、遠方の中核病院まで出掛けなくても、身近な診療所で安心して受療できるなどメリットが大きい。

地域の診療所（開業医）の積極的な参画

- ・上記 を実現するには、地域に数多く存在する診療所（開業医）の積極的な参画が不可欠である。
- ・そのためには、地域の医師会の連携体制への大きな後押しが必要なことは言うまでもない。
- ・あわせて、大学病院等と連携し、会員医師のプライマリ・ケア能力向上のための教育も欠かせない。

体制・ネットワーク構築における県のリーダーシップ

- ・このような体制構築と地域住民の理解促進には、行政、特に県のリーダーシップの発揮が必要である。

提言 3

県内中核病院による医師確保・育成プログラムの共同開発

背景

- ・ 地域医療の現場では、多くの病院で医師が不足しており、その影響で、入院制限や夜間救急医療の受入停止、診療科の一部廃止などの問題が生じている。
- ・ このような地域医療崩壊の主因は医師の偏在にある。
- ・ 千葉県の人口 10 万人あたり医師数は 146.0 人(全国第 45 位)と、全国平均(201.0 人)に比べ 55.0 人、全国最多の東京都(264.2 人)に比べ 118.2 人、それぞれ少ない。
- ・ 県内の二次医療圏においても、最多の安房医療圏(265.0 人)と最少の夷隅医療圏(89.0 人)では 176.0 人(3 倍)の差がある。
- ・ また、今後、高齢化に伴う入院・外来患者の増加が予想されるため(提言 4 参照)、医師の診療負担の増加も懸念される。
- ・ このような事態を解消するためには、県内の大学病院をはじめとする高度・先端医療を担う中核病院が連携し、全国から医師を集めて育成するとともに、県内に定着(就業)させるような仕組みを構築する必要がある。

提言

- ・ 大学病院と高度先端医療を提供する中核病院及び県の医療行政が連携して医師育成プログラムを作成し、全国から研修生を受入れる。
- ・ 対象は、臨床研修医(特に後期臨床研修医)向けを中心に、既存医師、休業中の女医など。
- ・ 高度専門医療に加え、将来的な在宅医療の拡大を睨み、全国で最高レベルのプライマリ・ケアに長けた総合医の育成プログラムを開発する。
- ・ あわせて、出産・育児等で休業中の女医が復業するための教育プログラムも開発・運営する。
- ・ このプログラムの受講条件として、県内医療機関での一定期間の勤務を義務付ける。
- ・ 研修生が研修後に地域の医療機関に勤務するための受入態勢を県の医療行政と地域の受入希望医療機関で連携して行う。
- ・ 具体的には、住宅や給与など福利厚生面での優遇策と、研修で学んだことを実践し、レベルアップを図ることが可能な環境を整えることである。
- ・ 後者については、研修を行った県内中核病院とネットワークを構築し、いつでも相談や情報収集を可能にすることである。

提言 4

患者の自己負担増を含む医療財源捻出についての検討

背景

- ・ 国立社会保障・人口問題研究所の人口推計と厚生労働省の患者調査(年齢別の受療率)をもとに、国の療養病床再編(削減)方針に従い、一定の前提条件において、将来の入院患者数と病床の過不足及び外来患者数、医師 1 人当たり入院患者数、医師 1 人・1 日当たり外来患者数を推計した。

(提言4の続き)

- ・千葉県全体の2015年(団塊の世代全員が65歳)及び2025年(同じく75歳)の各指標の推計結果は下表のとおり。

(単位:人、床)

指標	2005年	2015年	05年比 増減	2025年	05年比 増減
入院患者数	46,596	60,959	14,363	72,315	25,719
病床過不足数	13,902	-6,866	-20,768	-18,222	-32,124
外来患者数(1日当り)	223,598	259,223	35,625	274,235	50,637
医師1人当り入院患者数	8.0	10.5	2.5	12.4	4.4
医師1人・1日当り外来患者数	25.4	29.4	4.0	31.1	5.7

- ・入院患者数は、2005年の46,596人から2015年には60,959人(05年比+14,363人)2025年には72,315人(同+25,719人)になると推計された。
- ・入院患者の増加に伴う病床過不足数は、2005年の13,902床の余剰から2015年には6,866床の不足、2025年には18,222床の不足になると推計された。
- ・ちなみに、別途推計した介護福祉施設の不足数は、2015年で15,919人分である。療養病床がすべて介護福祉施設に転換されたとしても、介護福祉施設側で、これだけの数が不足する。
- ・外来患者数は、2005年の223,598人から2015年には259,223人(同+35,625人)2025年には274,235人(同+50,637人)になると推計された。
- ・医師1人当たり入院患者数は、2005年の8.0人から2015年には10.5人(同+2.5人)2025年には12.4人(同+4.4人)になると推計された。
- ・医師1人・1日当たり外来患者数は、2005年の25.4人から2015年には29.4人(同+4.0人)2025年には31.1人(同+5.7人)になると推計された。

提言

- ・病床数の不足は、将来、入院が必要な重い病気になっても、現在のように誰もが入院できる状態にはならないことを意味する。
- ・また、医師1人当たりの患者数の増加は、現状でも勤務医の過重労働が問題視されている中で、さらに負荷が増大することを意味する。
- ・しかし、だからと言って単純に病床や医師を増やすことは、現状の厳しい財政事情のもとでは極めて困難なことである。
- ・高齢者を中心に、国民一人ひとりが健康な体づくりを行い、病気で病院等にかかる人数が減少すれば、本推計のもととなる受療率も低下し、推計結果も改善される。まずは健康管理の徹底が大前提である。(次頁補足参照)
- ・ただし、それですべてが解決されるとは到底考えられない。予想される将来の病床・医師不足への対応策について、国・都道府県と医療関係者がデータや資料を示し、国民的な議論を進めていく必要がある。
- ・そこでは不足することが確実な財源の捻出について、患者の自己負担増を含め、あらゆる可能性が検討されるべきである。

《補足》 予防医療と健康増進への取組みの徹底

背景

- ・国民医療費は、高齢化や医療の高度化に伴い老人医療費を中心に増加しており、2004年度は32.1兆円と、10年前(1994年度)の25.8兆円に比べ、6.3兆円(+24.4%の増加)も膨らんでいる。
- ・今後の高齢化の進行、特に後期高齢者の増加と生産年齢人口の減少から、国民医療費のさらなる増加が予想されており、日本の医療保険制度の特徴である「国民皆保険制度」を維持するためにも、国全体として医療費をどう捻出・確保していくのかが大きな課題となっている。
- ・このような状況下で、国民一人ひとりが病気になるない健康な体づくりを行うことが求められている。これは、医療費削減とともに、“健康に生きる”という自分自身に対するメリットが大きいし、家族の幸せにもつながる。
- ・2007年4月、政府主宰の「新健康フロンティア戦略賢人会議」において、国民の健康寿命の延伸に向け、予防を重視した健康づくりを国民運動として展開することなどを目的とした「新健康フロンティア戦略」が策定された。さらに、同年12月、政府と関係省庁により、本戦略を踏まえた具体的な施策の実施を図るため、「新健康フロンティア戦略アクションプラン」が策定された。

求められること

- ・国や自治体は、健診制度の充実とその実効性を高める運営と評価に注力する。
- ・あわせて、国民一人ひとりには、日頃から自身の健康管理を責務として捉え、健診の受診と保健指導に沿った健康づくりに真剣に取り組む必要がある。
- ・特に、メタボリックシンドローム該当者・予備群や病気になりやすい中高年の健康管理や健康増進に係る意識の高揚と実行が求められる。

以上

平成19年12月

調査委託者：(株)千葉銀行

調査機関：(株)ちばぎん総合研究所 電話：043-207-0621・fax043-207-0731

《問合せ先》 受託調査部 主任研究員 小松 孝之 (e-mail: komatsu@crinet.co.jp)

- 同 - 主任研究員 菅谷 敦 (e-mail: sugaya@crinet.co.jp)