

地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会(第3回)

1 開催日時等

○開催日時：平成29年1月19日(木)17:00~19:00

○場 所：601会議室

○出席者：辻座長、伊関委員、尾形委員、押淵委員、北委員(大竹説明員)、島崎委員、田城委員、田中委員、中川委員、沼尾委員、本間委員、森田委員、原澤地域医療計画課課長補佐(厚生労働省・オブザーバー)大西公営企業担当審議官、滝川公営企業課長、石黒公営企業経営室長、植村準公営企業室長、森山課長補佐 他

2 議題

(1) 資料説明

(2) 意見交換

3 配布資料

(資料1) 中川委員提出資料

(資料2) 北委員提出資料

(資料3) 本間委員提出資料

(参 考) 第2回 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 議事概要

4 概要

(1) 中川委員より、資料1について説明

(追加説明)

○決算統計などに多くの指標があるが、これが経営改革に生かされているかという点、必ずしもそうではないのが実感。経営指標を活用し、経営の現状や課題等を把握し、管理者や医療スタッフが具体的な行動と結びつけて、これを理解するとともに、住民、首長、議会とも効果的に説明を行うよう、いわゆる指標を活用した経営分析について、病院事業についても早急に取り組むことが必要と考える。

(2) 大竹説明員より、資料2について説明

(3) 本間委員より、資料3について説明

(4) 出席者からの主な意見

主な質疑応答 (○：質問等 ●：回答)

○現時点で、政策的・財政的な支援を一番優先すべき項目はどのようなところか。

●地域で中核的位置にある中小の自治体病院の役割がこれからの様々な意味で増えてくると思うので、財政措置のあり方をそのあたりに焦点を絞っていくのが良いと考える。(中川委員)

○ドクターヘリやICTについて意見を頂きたい。

- ドクターヘリに関しては、都会とは違う田舎でのドクターヘリの使い方があり、地域での医療の格差を埋める有効な手段の一つと考えている。(中川委員)
- ICTに関しては、質の担保は最も大事だが、医療情報を共有化することにより無駄を省くことにも寄与すると考える。また、介護との連携をとる上でも、なくてはならないと考えている。(中川委員)
- 自治医大の卒業生で、現場で働いている医師の仕事に対する満足度が病院によって異なっている。現状を教えてください。
- 拠点病院やへき地の中核病院に勤めていると専門医としての専門性が要求され、総合診療専門医、あるいは自治医大の理念である診療所レベルで行える内科系を主体とした診療よりも専門医としてのニーズが高まってしまっている。このギャップに卒業生が悩んでいるとも言える。(本間委員)
- 専門性を持った上で、基礎となる総合性をどう持つべきなのか、2つのこの要素を義務年限の中でどう融合させるのかということが多くの卒業生のニーズではないかと思う。(本間委員)
- 地方の病院だと看護師が高齢化しており、10年後には定年退職が続出し、病院としての医療が提供できないであろう状況が多々見られる。また、医療が高度専門化していく中、認定看護師の役割は非常に大きいですが、研修のギャップもあり、都市部の大病院は認定看護師の資格をどんどん取れるのに対し、地方のへき地の病院では認定看護師が全然取れない。看護師の雇用や研修体制について、見解を頂きたい。
- 今の施策以上に追加的な特効薬になるものがないというのが正直なところ。看護師確保というのはもちろん大事だが、医療、介護だけでなく、そもそも、住みやすい地域をつくるといったより広い範囲から考えていかないと、今後はそういう専門職の確保は難しいと考える。どのような研修をするかを考え、体制を整えることは必要だが、それ以外に、住民を巻き込んだ取り組みも必要と考える。(大竹説明員)
- 看護職員の地域偏在について、医師と共通する面と少し違う面があるように思う。都道府県別に見たとき、人口あたりの看護職員数はかなり大きな地域差がある一方で、病床100床当たりの看護職員数は、あまり大差はない。つまり、看護職員の地域差は病床の地域差で決まっている部分が非常に大きいということ。病床の偏在と看護職員の偏在はおそらく密接に関連していると考えます。
- 医師確保に最も有効な施策をどう考えるか。あるいは、限りある資源を有効配分するという観点から、どういう施策、あるいは施策の組み合わせが最も有効と考えるか。
- 地域で医師を確保していくためには、そこでキャリア形成ができるということを見せることが必要。したがって、都道府県単位でキャリア形成ができ、専門医をとれる体制をつくるのが有効な手段の一つと考える。自治医科大学の卒業生と他の大学の地域枠の学生を見ていると、大学の卒前教育の中での地域医療に対するモチベーションに違いが出ている気がする。単に地域枠で入れるのではなく、自治医科大学以外の大学でも、地域医療に対する教育を増やしていくことが大事と考える。(中川委員)
- 研修体制や指導体制を整えるということ以外に、自治体としてやれることは、住みやすさをはじめとした医師のバックアップにより、その医師が必要とされているという感覚をいかに持つ

てもらうか。そのために、住民に参加してもらい、盛り上げてもらうかに拠ると考える。また、地域として医療や介護の今後のビジョンをはっきりさせることも、医師確保の一つの要素と考える。(大竹説明員)

- へき地医療や救急医療は「政策医療」かもしれないが、例えば循環器医療は「政策医療」と言えるのか。中央県立病院のような基幹的な病院が県内の過疎地の病院・診療所に医師を派遣する機能といったようなことこそ、今後、「政策医療」として重要なのではないかと考える。資料1に関して「政策医療」とは何か見解を頂きたい。
- 政策医療はへき地、災害といった意味で用いており、がん診療であるとか循環器のような高度特殊医療に関する政策という意味は入っていない。それ故、人の派遣も含め、まさにへき地の地域医療をどう確保していくのかということになる。マグネットホスピタルという呼び方をすることもあるが、田舎の県立中央病院クラスの病院では、例えば総合診療専門医を病院で作り地域に派遣していくなど、新たな役割が出てくる。そういうことも、大事な政策医療の一つと考える。(中川委員)
- 医師派遣における一種の調整機能を担っていた大学での医学教育が脆弱化した後、代替する両極を成すやり方が言われている。一つがまさに市場競争的なやり方だが、これはまずうまくいかないと思う。もう一つが、例えば勤務地指定制といった、かなり強制的な主張であろう。ただそれは、本人のモチベーションと相反するような場合には、現実問題としてかえってうまくいかないという意見もあると思うが、その点について所見があれば聞かせて頂きたい。
- 県内の県立及び市町村立の病院の医師を県医局に所属させ、合議で納得の上異動を行い、処遇のきついところであれば、次は非常に給与がいいポストや、留学の機会を提供するなど、一種の疑似医局としての機能を目指している県もある。これが一つ方向性としてあり得ると個人的には考える。(本間委員)
- 北海道の場合、現実問題として患者が減っていく、人的なスタッフも確保できない、財政力も乏しいということになる場合、それはネットワークでつないでいくしかないと思っている。そうすると、もちろん最低の保障はしなくてはならないにしても、個々の単体を地方交付税で存続させていくことより、まだ相対的に力のある病院とのネットワークを積極的に誘導していくようなことを考えていくしかないと思っているが、所見があれば聞かせて頂きたい。
- 拠点となる病院があって、その周りに支えとなる最低限の医療機能がある、これが基本的な姿と考える。一方で、拠点となる病院との距離が広がる傾向にあり、救急車で搬送する時間が延びる厳しい状況になりつつある。総合診療医に地域を全面的に守ってもらい、あとはICTを使って対応していくといった工夫をしていかないと、なかなか難しいだろうという意見もある。こうした状況に向かって進むところまでは至っていないが、引き続き議論をしていく必要があり、地域を守る医療機関として最低限の医療を守るような支援をしていくということだと考える。(大竹説明員)
- へき地からの意見として、国民が等しく税を払い医療を受ける、基本的人権を行使したいとなると、提供される医療の濃度が高かろうが低かろうが、医療水準に対して同じような要求が出てくるというのが現状。医師の勤務状況がある程度平均化しないと、国民健康保険の皆保険制度は守れないと考える。

- 学校の教員や警察官は均等に配置されているという現実からすると、医療関係者も同じような水準で配置される必要があると考える。そういう意味では、資料1にあった保険医登録の問題については共感している。
- 地域枠の学生がほんとうに地域に根づくのかどうか、大変疑問に思っている。自分達は地域枠という形で義務づけられているが、それ以外の一般の学生は自由にどこでも行けるというのは不均等という感想を持つ者が出てきたら、地域枠を外れていくのではないか。自治医科大学の卒業生の進路を見ていると、そのような懸念を持つ。
- 非常勤医師や派遣会社からの医師に頼らざるを得ない現場があるが、このような医師は、ある一時期のみの医療にしか携わらないため、それ以外の負担は全てそこにいる勤務医が背負うこととなる。色々な負担が大きくなっていき、勤務医のモチベーションが下がって、やめていくという負のスパイラルが現実には起きているので、この問題を解決していかなければならないと考える。
- 総合診療専門医はその地域の地域包括ケアシステムを動かす大切な原動力になり、さらにはその能力を持った医師を育てることが役割ではないかと考える。
- ドクターヘリは救命率が非常に上がっていることも含め、道路の整備されていないところでは、かなり有効と考えている。拠点の数を減らし、二次救急の圏域は少し距離を置けるようになると思う。
- 地域医療再生基金は自由度が高く、良いアイデアが出てきたが、新しい医療介護総合確保基金は、なるべく地域医療構想の病床転換の設備投資に使うよう指導されているという都道府県の声があるなど、自由度が下がっているのが素直な感想。もう少し自由度を高められたら良いと思う。
- 看護師に関して、今4年制の看護学部が280ぐらいある中、将来的に女子高校生の10人に1人は看護系の大学に行けると言われており、供給は結構あると考える。ただ、人生設計の中で家庭に入るなど出入りが多い。
- 遠隔教育に関していえば、本来、看護師が認定看護師となるため半年間は休職して勉強しなければならないところ、地域に住みながらも、看護師をやめることがないように放送大学でオンライン配信を行っている。
- 学部教育に関わってくるが、大学附属病院で療養病床や老健施設を持っているところは基本的になく、「へき地が何たるか」ということを本格的に学ぶことはなかなかないと思う。
- 総合診療医が2名から3名の有床診と50床の老健施設を担当するという形が必要最小限度の医療を賄えるユニット。病院にこだわらずこうした、最低限のユニットをつくり直していくというのがいいと考える。
- 医局に関して、大学の病院長が話し合いをして、拠点となる病院に医師をまとめてグループで派遣し、その周辺病院には、そこから派遣するという方法が優れていると考える。
- 若い医師に対し、地域で総合診療医を担いつつ、その地域の暮らしを支える一員となるということを選択するよう方向づけるための政策づくりも課題と考える。
- 医療という特定の専門的な技術だけを持ってただ治すのではなく、暮らしに結びつけるための仕組みとして、対話の機会などを設けることも非常に重要と考える。こうした現実で財政支援

や支援に結びつくものはないか。

- 住宅が整って、コミュニティーがしっかりしていれば、患者の戻る家が出る。これが病院経営に影響を与え、採算がとれるようになるという話もある。実際、空き家をうまく使う地域包括ケアシステムをつくったことで、療養病床を持つ病院が黒字化したというような話も聞いたことがある。単に病院経営ということではなく、トータルな地域のケアの中での病院の黒字化ということを考えながら、必要な支援をしていくという仕組みが必要。医療と住まいの確保の関係での支援があれば良いという考えがあれば教えていただけないか。
- 地域医療構想の中で地域での調整会議があり、そうした場所に看護師や医師が出る機会が多くなったので、今までとは違う展開が期待できると考える。(中川委員)
- 地域における病院が自治体病院しかなくて、そこが在宅医療の中心にならざるを得ないという状況がどんどん出てきている。そうすると、その自治体と相談をしながら、空き家の利用も含め、検討せざるを得ない状況が出てきていると思う。(中川委員)

事務局より示された内容

- 今回まで委員から発表いただいた課題、論点のほか、指標やデータと改善策との結びつけ、経営人材、経営形態の見直しの促進も今後整理し、課題の更なる抽出を行いたい。
- 各公立病院に対し、アンケート調査を行い、研究会の議論に活用したい。