

講義内容①

2019年11月26日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉大学医学部あひはな同窓会館

**第1講：医療政策の全体像
国と県の役割とホンネ**

吉村健佑
医師・医学博士・公衆衛生学修士
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室

今日は、第1講として「医療政策の全体像 国と県の役割とホンネ」ということで、前半の45分はレクチャー、後半はグループワークを進めてまいります。

本セミナーの目的

①千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し日々の業務・診療に生かす

②千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識と考え方を習得する

さて、本セミナーの目的ですが、県の医療の課題を解決するために医療政策の重要ポイントについて理解し、県庁での業務や医療現場・診療に生かして頂きたいというのが1つ目の目的です。もう1つは千葉県の地域医療構想や医師の偏在対策を考える上で、基礎的な知識と考え方を各ステークホルダーの皆様と共有して、今後の発展的な議論につなげていきたいという事です。

本日のタイムテーブル

19:00-19:45
【講義編】
1.なぜ医療を改革する必要があるのか？
2.国の本音、県の課題
3.三位一体改革と変化する医療提供

19:50-20:40
【グループワーク編】

本日のタイムテーブルですが、40分程度でなぜ医療を改革する必要があるのか、現状維持ではだめなのかということをしつこく広い視点からお話したいと思います。そして、なぜ医療現場や医療政策の立案現場で行動を起こしていけないのかということについて共有したいと思います。また私自身の厚労省と千葉県庁、それぞれの経験を踏まえて、厚労省はどんなことを考えているのか、都道府県はどういった課題に直面しているのかということをご共有したいと思います。とくに「三位一体改革」という医療制度改革について、医療現場にどのような影響を与えるのかということをご紹介します。詳細についてはきょう一日で全部は触れられません、第2講、第3講、第4講で

詳しく触れますが、その触りの部分だけでも共有したいと思います。最後に皆さんでグループワークをして頂きます。テーマもこちらで準備しておりますので、お付き合いをお願いいたします。

いきなり結論！ 第1講の講義編

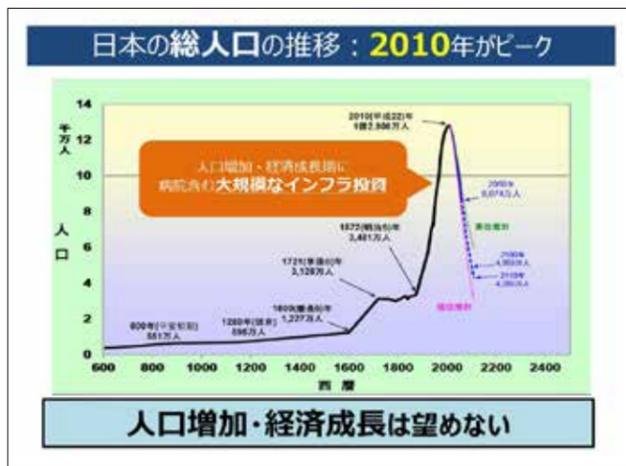
①「人口減少・経済縮小」時代の社会保障
⇒再配分する資源がない
⇒今後の医療は「撤退戦」

②「国」は支援：方向の提示、進捗管理、データと財源の提供
「県」は主役：迅速な対応、リアルな情報収集、職員の育成

③「三位一体改革」で医療現場は劇的に変わる

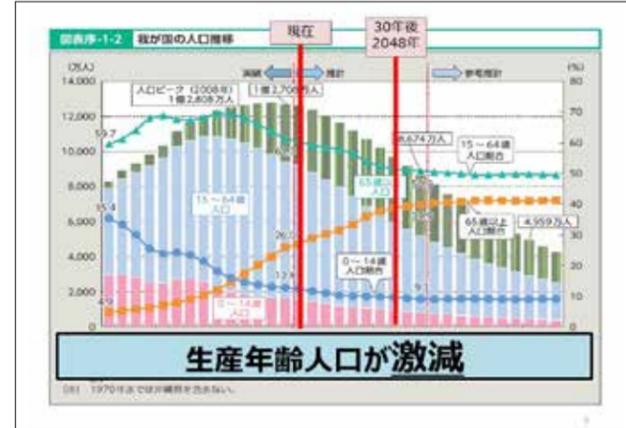
行政機関と医療現場は「一連托生」

第1講の講義ですが、理解を早めるためにいきなり結論のスライドを出しました。この国にはどんな課題があるかと申しますと1つ目は人口減少と経済縮小です。これがある中で社会保障をどのようにしていくのか。再配分する資源そのものが減りゆく中でどう政策立案、制度設計するのか。今後の医療は長期的・全体的に見ると「撤退戦」で、新たな投資をする余裕は減ってゆくなか、いかに効率化を進め、無駄を排し影響を最小化しながら撤退していくかを考えるしかないということです。簡単ではありませんが、方法を丁寧に考えなければいけません。加えて、国は自ら行動するよりも、支援に回って都道府県をサポートするという立場になります。国は方向性を提示して進捗を管理しつつ必要なデータや財源、権限を委譲し、問題解決の主体は都道府県ということをご説明しています。都道府県も現場のリアルな情報収集、迅速な課題解決、医療政策に精通した職員の育成が必須であるというのが今の状況です。本日も7割ぐらいの方が千葉県職員の方が参加していただき、医療現場、都道府県の両方の方、さらには市町村の職員も含めて学びの場を作れたのはいいことだと思います。さて、三位一体改革で医療現場は劇的に変わるということです。行政機関と医療現場は対立したり言い争っている場合ではありません。一連托生ともいえる状況を、どう乗り越えるかということを考えていかなければなりません。



人口減少から問題を考えていきますと、2010年をピークに日本は「質」が変わってしまい、残念ながら1億2,806万人（推計）をピークにこれ以上この人口が増えることは二度となく、人口が減り続けることが確定しています。そして、振り返ると2010年以前の人口増加期であり経済成長期に大規模なインフラ投資をしてしまいました。例えば病床で言いますと約140万床を全国に整備してしまいましたし、そういった大幅な設備投資をしてしまったのです。ただ、ここからはそれが必要なくなり、縮小してゆかねばなりません。人口増加、経済成長に基づいた潤沢な資金に基づく社会保障はできないということです。

講義内容②



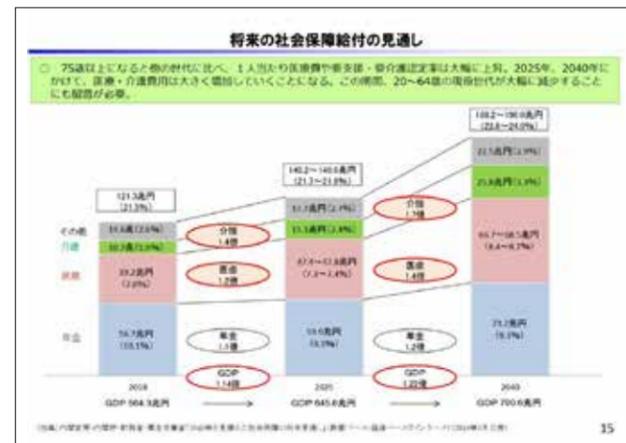
もう1つ問題は、人口の中で特に減るのは高齢者ではなく生産年齢人口が激減するという事です。今から30年後、日本は1億人を割り込んで生産年齢人口は3分の2ぐらいに減っているということが現実のものになっています。昨年1年間にどれぐらい日本人が減ったかと言いますと45万人というニュースがありました。ちなみに2017年には40万人でしたので、その速度は早まる一方です。45万人というのはどれぐらいかと言いますと、千葉県97万人、船橋市63万人、松戸市は48万人、柏市が42万人ぐらいですので、柏市ぐらいの大きな都市に該当する人口が毎年減っていくということです。

今後の人口動態の変化(高齢化と支え手の減少)

項目	2012-2025	2026-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060
総人口	+37万人	+46万人	+82万人	+90万人	+91万人
75歳以上(高齢者)	+75万人	+22万人	+57万人	+18万人	+17万人
20-74歳(生産年齢人口)	+107万人	+17万人	+18万人	+18万人	+71万人

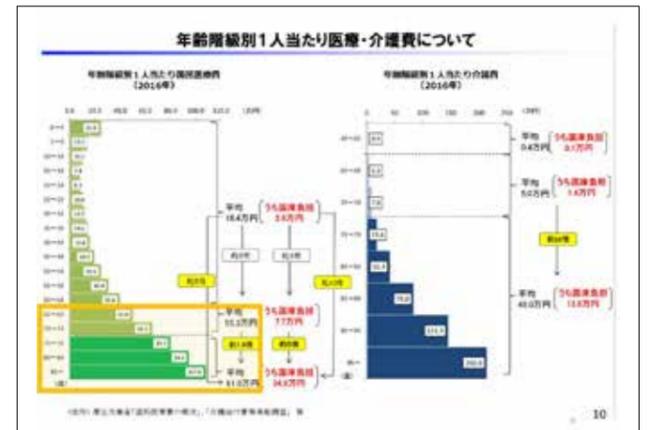
2031年から毎年80-90万人減少！！

さらに2031年からは速度が増まして、毎年82万人、90万、91万人とまさに千葉市のような政令指定市に該当するような人口が毎年減少するわけです。それほど社会の人口構成が変わっていく中で社会保障をしていかなければいけないということになります。



一方で社会保障給付は伸びていまして、現状では医療と介護に対して総額50兆円ぐらい使っているわけです。年金は56兆円ぐらいあり

ますが、年金は支払いを約束しており、圧縮することはできませんので、医療と介護をこれから何とか効率化していかなければならないのです。このままですと11年後には社会保障費が190兆円になるというのが財務省の試算で出ています。



現実には、医療や介護を使っているユーザーのほとんどが高齢者になります。高齢者の方を前に、「医療を圧縮」といったときに、不安が出るのは想像にたくありません。丁寧に説明しながら、質を極力維持しながら進めていく必要があります。



医療費は2007年度を100としますとここ10年間で126まで26%増えたというのが2019年11月に出た財務省の資料です。そのうちの54%は新たな技術や薬剤が発売されたことによる医療費の高騰で、46%が高齢化に基づいた自然増と試算されています。

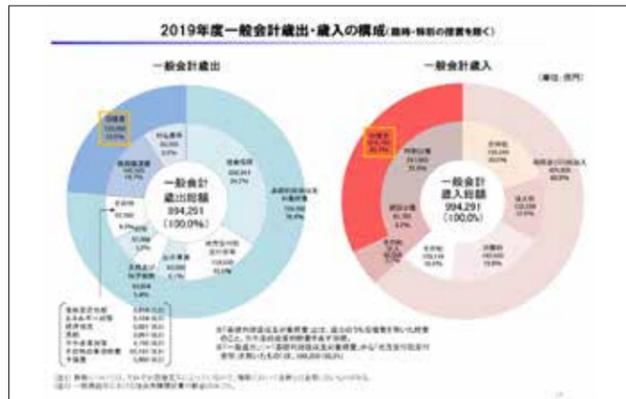
国民医療費の財源別内訳

財源	金額 (兆円)	割合 (%)
公費	16.3	38.6%
保険料	20.7	46.9%
その他	5.2	11.7%

約40%が「公費」により賄われている
国民医療費の約45%が「人件費」

国民医療費の財源別に見ていきますと、保険料と窓口負担だけで医療が賄えればよいのですが、残念ながらそれでは難しく、実際は公費つまり税金が投入されています。その額は38.6%、つまり約40%が税金によって賄われています。これだけ公費の割合が高くなると、医療はもはや税に基づく「公共事業」に近いといえるかもしれません。この全体の額の45%が医師、看護師、医療専門職の人件費になります。人件費の圧縮は簡単ではありませんが、その中で財政を健全化しなければいけないというのが現状です。

講義内容③



国の苦しい状況をもう少し見ていきますと、この国の一般歳入は100兆円ですが、そのうち赤字国債の発行によって賅っているのが32兆円あります。そして32兆円発行しても、そのうち24兆円は過去に発行された赤字国債の返済に充てなければならないのです。差額の8兆円が使える額ということになりますが、これだけ自転車操業のような財政になっています。赤字国債を発行し続けた結果、日本は諸外国を抜いてGDP237%の赤字国債の累積があり、全世界で最悪の水準となっています。これは問題ないという論調も一部ありますが、世界的に見ますと非常に危機的な状況で国際通貨基金 (IMF) から繰り返し警鐘を鳴らされており、これ以上赤字国債を発行してはいけないと言われているわけです。

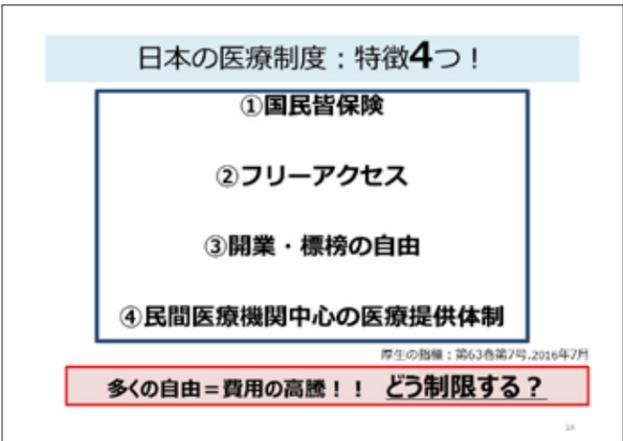
2007年の厚生労働白書によりますと社会保障の負担増は容認し、支出は現状のままにするべきだという意見が62%の多数派でした。一方で公的保険は重い傷病に限って軽い傷病は市販薬で対応できるものは対象から外すべきだという健康保険の維持のためにサービスの内容を限定しようという意見は8.7%の少数派という状況です。多数決だけでは負担を先送りするだけの状況で大変に厳しい。それでも将来にわたり、社会保障を維持していかなければいけないというのが現状です。

賛成する人ばかりではないという中で、医療の現状変更していかねばならないのですが、誰が変更するのかです。国の本音、県の課題で見ていきましょう。



これが今日のキーとなるスライドの1つです。諸外国からのプレッシャーが強い中、内閣政府や財務省は財政規律を保ちたい、これ以上の赤字国債は発行できない、一番お金を使っている社会保障に対して、その支出を減らしたいということを厚生労働省に対して「強い要請」がかかります。そこで社会保障費や医療費を適正化するかとすると、地方分権という流れの中、都道府県にその実行を迫ることになります。都道府県は医療政策を立案、実施していかなければいけない、これまでは厚労省が中央管理的にやっていたものを都道府県が主体的にやりなさい、これは47都道府県の「地域の実情に合わせた改革」という言葉の中で、地方分権の中で権限を移譲しています。さらに財源と人事権、そしていろいろな規制する権限も合わせて移譲して、都道府県は三位一体改革などの改革を行って医療現場に影響を与えるということになります。

講義内容④



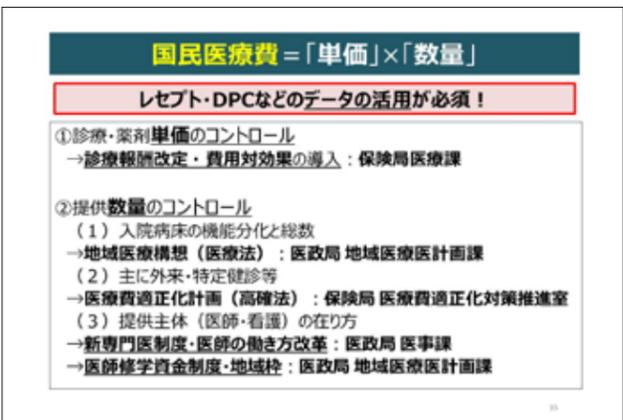
さて、日本の医療制度はこの4つの特徴にまとめられます。1つは国民皆保険です。皆さんの財布の中には医療を7割引で受けられる、75歳以上だと9割引で受けられるプラチナカード、つまり被保険者証が入っています。原則、被保険者証を全国民が基本的に持っている低い自己負担額で医療を受けることができます。加えてフリーアクセスでどの病院にかかってもいいのです。これらを国民に与えた結果、医療の敷居がひくくなったのはいいことかもしれませんが、ややとすると医療提供がかなり過大にされる可能性も孕んでいます。

さらに例えばフリーアクセスは、十分活用されない設備投資を生むリスクがあります。例えばフリーアクセスですから専門病院にかかることもできれば目の前の医院にかかることもできます。多くの方のフリーアクセスを認めると、多くの患者が高度な専門病院に行こうと考え、それはつまり多く軽傷患者さんが専門病院を受診することになります。そうすると専門病院がそろえているさまざまな高度な医療人材や医療機器が十分に稼働せず、無駄が生まれます。結果として、それらの投資、育成にかけた費用が十分活用されなくなってしまいます。

もう1つは開業・標榜の自由、医師はどこで何科を標榜・診療してもいいということです。これを認めた結果、医師・医療の偏在が起ってしまいます。

最後に民間医療機関中心の医療提供体制です。、病院の8割ぐらいが民間の医療法人であり、経営的な判断によってその医療を行うかやめるかということを決めることができることとなります。採算が取れるものであれば追加投資するし、不採算部門は撤退するということが起こります。民間の医療法人の方が健全な経営をしているという面はありますが、一方で均等な医療提供という観点では難しくもなります。

4つの特徴は、そのまま高コスト体制に繋がります。ここから先の医療政策は、残念ながらこれらの各特徴・自由をいかに制約するかということになります。効率よい医療提供にしていく必要があります。ですから今後打たれる医療政策は基本的にこれらの自由をどう縛るかという話になってきます。現場からはあまり歓迎される話ではありません。どのように進めるかが大きな課題です。



さて、国民医療費の内容を考えてみますと、単価×数量という簡単な掛け算になります。全体とコントロールしようとすると、単価と数量の両方のコントロールが必要なのですが、よく政治的に注目されるのは診療報酬改定です。診療報酬改定は2年に1回ですが、これは単

価のコントロールに該当します。ただ、これだけだと不十分です。もう1つが数量のコントロールです。厚生労働省は数量のコントロールをするために、入院病床については地域医療構想などの医療法に基づく政策として減らしていく。外来診療もなるべく効率化しよう、ないしは後発薬に切り替えるといったものを含めた医療費の適正化をしていくのが、医療費適正化計画です。

さらには提供主体の調整があります。医師偏在を直していった均等にしていこうということ、例えば新専門医制度がその一部を担っています。これは医師の技能を上げるという側面もありますが、政策的に見ると医師の偏在対策になっています。都道府県別に病院別・診療科別に定員を設けて計画配置をするわけです。

それから働き方改革、これは医療専門職の健康を守るという観点から出発していますが、結果的に医師の労働時間を制限しますので、医療提供が減ることになります。

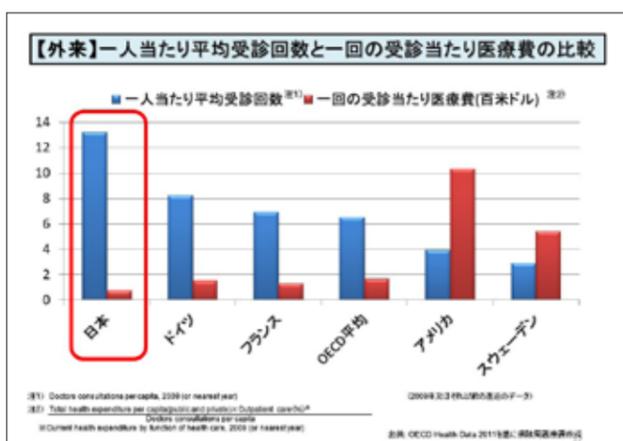
医師修学資金制度、これは私も千葉県で担当しています。修学資金を受給する代わりに、その都道府県で一定期間勤務することを義務付け、偏在を是正しようという、つまり提供主体をコントロールをしようとしているというのが政策のコンセプトだと思います。

(参考)医療分野についての国際比較 (2015年)

項目	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
人口千人あたり	2.8	2.6	8.1	8.1	2.4
人口千人あたり外来受診回数	2.9	2.3	4.1	4.1	2.3
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり)	2.9	2.6	6.1	6.1	2.4
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル)	90	106	50	50	162
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	11.3	7.0	13.3	9.9	11.1
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	284	307	161	161	289
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	4.1	7.0	9.0	10.1	5.9
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	5.4	6.0	10.2	5.9	4.3
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	4.9	5.0	10.0	6.7	2.9
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	34.6	45.9	45.7	44.3	47.6
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	5,507	4,125	5,353	4,530	5,266
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	18.0	9.0	11.2	11.1	11.0
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	1	13	2	4	5
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	78.2	79.2	78.3	79.2	80.4
人口千人あたり外来受診回数 (1回あたり) (100ドル) (100ドル)	81.2	82.8	83.1	85.5	84.1

「潤沢な」医療提供がされている?

では、実際に日本でどれぐらいの医療が提供されているかと言いますと、かなり潤沢な医療提供がされています。1,000人あたりのベッドの数を見ていきますと、イギリスは2.6、ドイツは8.1、フランスは6.1とありますが日本は13.2と多くなっています。もう1つは年間の外来診療の数を見ても5とか6とかがある中で日本は1年間で12.7回、国民一人当たり外来受診するのです。つまり月1回以上、すべての国民が受診するわけです。ということで、これはお相対的に潤沢な医療提供がされているということを意味します。



一方で国民医療費を何とか抑えようとするわけで、1回当たりの平均外来受診回数が多い日本では診療報酬がセーブされています。1回の外来受診が1万円に満たない単価で運用されているわけです。結果として何を生むかと言いますと、医療は安い、病院にかかるのは安いというふうには国民は認識します。そうすると健康のために予防しようとか健康を維持しようというモチベーションは減る可能性があります。困ったら病院へ行って薬をもらえばいいと考える人が出てくる可

表2 医療提供体制の国際比較 (2013年)

国名	平均入院日数	人口千人あたり病床数	人口千人あたり臨床医数	人口千人あたり看護師数	人口千人あたり薬剤師数
日本	32.5 (18.2)	13.3	17.1	2.3	78.9
ドイツ	9.8 (7.3)	8.3	47.6	4.1	137.5
フランス	12.7 (5.2)	6.3	48.7	3.3	131.5
イギリス	7.7 (6.6)	2.6	88.0	2.8	292.3
アメリカ	6.2 (5.4)	2.9	78.8	2.6	359.4

注：急性期病床
日本は病床数が多いため、1ベッドあたりの医師や看護師の数が、欧米よりもはるかに少ない
[OECD: Health Data 2015.]

外来だけではありません、入院病床も先ほど申しましたとおり諸外国に比べて多いです。例えば1,000人当たりの臨床医の数は諸外国と比べてそんなに変わりませんが、ベッドの数で割り算しますと全体に比べて半分以下の17.1人しかいませんし看護師も同様です。それは無人員床数が多すぎて結果的にそれを支える一人当たりのベッド数が多くなりすぎてしまうので、医師、看護師がそれだけ多忙になっているということは間違いのないと思います。ですから、病床数を減らしていかないと働き方改革は進まないです。この後で出てくる三位一体改革という考え方ににつながるデータだと思います。



さて、一方でこういった病床の提供のほかに疾病構造も変わってしまいました。以前は感染症が中心だったことはご存じだと思いますが、その後伸びてきたのががんによる死亡です。そして2位が心臓疾患、3位が脳血管障害ということでしたが、最近のデータだと、3位は「老衰」ということになりました。つまり急性疾患である脳血管疾患が相対的に順位を落としています。老衰の増え方からすると、もしかしたら心臓疾患を抜いて2位になるかもしれません。つまり長生きするようになった、ないしは慢性疾患を抱えながら長く生きる、それを支えていく医療が必要になったということがここからみて言うことができるかもしれません。

講義内容⑤

表1 いわゆる common disease とされる疾患

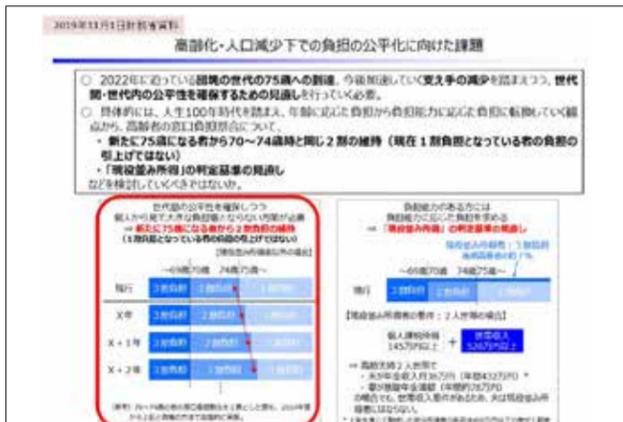
呼吸器疾患	急性上気道炎、市中肺炎、気管支炎(成人・小児)、慢性閉塞性肺疾患、インフルエンザ、結核、(肺腫瘍)
循環器疾患	高血圧、不整脈、心臓病、狭心症、急性/慢性心不全、弁膜症、虚血性心臓病、肺動脈性高血圧、大動脈瘤、大動脈解離、肥厚性心筋症
消化器疾患	胃・十二指腸炎、胃癌、肝臓疾患、膵臓疾患、胆嚢炎、胆結石、急性/慢性膵炎、口内炎
代謝・内分泌疾患	糖尿病、脂質異常症、痛風、高尿酸血症、甲状腺機能亢進症/低下症
精神・神経疾患	認知症、Parkinson病、心身症、てんかん、脳卒中、脳梗塞、鬱病
腎・泌尿器・生殖器疾患	腎臓病、慢性腎臓病、尿路感染症、泌尿器腫瘍、性感染症
皮膚疾患	アトピー性皮膚炎、乾癬、皮膚がん、蕁麻疹、皮膚アレルギー、皮膚腫瘍
感染症疾患	真菌感染症、細菌感染症、ウイルス感染症、寄生虫感染症、アレルギー性疾患、花柳病、中耳炎
血液・免疫疾患	鉄欠乏性貧血
眼科・耳鼻科	白内障、中耳炎
婦科疾患	子宮頸がん、骨粗鬆症、閉経前症、閉経後症、子宮がん

[Candy IC: Four Dimensions of Self-Direction, Self-Direction for Lifelong Learning: A Comprehensive Guide to Theory and Practice, Jossey-Bass, 1991: 97-144, より作成]

約56種類が「よく診る疾患」といえる

これは医師の方には当たり前かもしれませんが common disease とされる疾患が、大体 50 ~ 60 種類くらいになります。よく診る疾患ということで、例えば地域の医療を支えるとしたらこれらの疾患に対応できるような医療機関があれば 8 割程度の医療が提供できると言われていています。多くは慢性疾患でありまして、これらが診療の中心になりつつあるということが言えるかと思えます。

ところで診療報酬は 2 年に一度点数を変えているわけですが、どうやって変えるかご存じでしょうか。支払い側はお金を払う保険者、われわれが毎月支払う健康保険のお金を集めて支払う側と、そしてお金をもらう診療側が激しい交渉を行います。その調整役としていろいろな専門家、大学の教員などが入りますが、こういった中央社会保険医療協議会(中医協)というところで支払い側と診療側が激しい交渉の末、医療の価格設定がされています。



例えばこれは財務省の資料ですが、今後の医療を適正化していくということで、人口減少化下の負担の公平化ということで出した資料ですが、75歳以上は今1割負担になっているのは健康保険上における特例措置です。健康保険法を読むと75歳以上は2割負担と書いてありますが、いきなり2割にできないので「特例」ということで1割負担とし、ずっと先延ばしにしています。これを新たに75歳になる人は全部2割にしていこうというのが財務省案です。例えば、こちらの案にはどの立場の方が賛成するでしょうか。当然支払い側、保険者は賛成します。報道資料では健保連全国大会で2割負担実現決議だと、2割負担の実現を主張しています。一方で、診療側、例えば日本医師会側は患者負担の引き上げに慎重な態度を示しており、激しく争っています。

患者負担の引き上げに反対、これは患者さんの負担という言い方をしますが、簡単に言いますと安い自己負担金で病院にかかれる環境を奪ってしまうと医療機関にかかる人が減ってしまい、経営が悪化するのではないかと強い懸念から診療側が強く主張をしている状況だということです。

厚生労働省設置法

第3条 厚生労働省は、国民生活の保障及び向上を図り、並びに経済の発展に寄与するため、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進並びに労働条件その他の労働者の働く環境の整備及び職業の確保を図ることを任務とする。

2 厚生労働省は、前項のほか、引当預金、戦傷病者、戦没者遺族、未婚遺棄者遺族等の保護及び労働者の職務の整理を行うことを任務とする。

こういった争いの中で、間に厚生労働省が事務局として入ってくるわけですが、厚生労働省は健康保険に口を出しています。ここで厚生労働省の役割に立ち返ります。厚生労働省は何のためにあるのかご存じですか。各省庁にはすべて設置法というものがあって、それを見ます。厚生労働省設置法第3条に、厚生労働省は「国民生活の保障及び向上を図る、公衆衛生の向上及び増進」ということをうたっているわけです。ですから健康とか命はとても大事だということを言っています。当たり前のように聞こえますが、実は当たり前ではありません。厚生労働省は命や健康が大事だと言いますが、他の省庁はそれぞれ別の任務を負っています。



これは厚労省の組織図です。医療政策に関係する主な部局は医政局と保険局、もう1つが健康局です。健康局は各種疾病対策、たばこ対策やインフルエンザなどの感染症対策、がん対策、難病対策などを中心にやっています。あとは母子保健、精神保健、産業保健、介護保険などを担当する部署がそれぞれあります。厚労省の本省には約 200 名の医系技官が勤務しておりまして、所掌事項を知っておくとこの後の資料を読んだりすることに役立ちます。

ここで皆様を紹介したいのですが、厚生労働省のホームページの読み方です。正直、非常にわかりにくいんです。ありとあらゆるところに行き止まりがありまして目標とする資料にたどりつけないのですが、この見方を簡単に紹介したいと思います。まずトップページから迷わず「政策について」から「審議会・検討会等」に行ってください。



ここでは各審議会の資料があります。

講義内容⑥

医療審議会

中央社会保険医療協議会

上記以外の検討会、研究会等

**既に終了した会議多数
資料と議事録を確認可能**

医道審議会で政策に関係するのは医師分科会の臨床研修検討部会などです。中医協でしたら総会資料に毎週のように資料がアップされて中医協での議論をウォッチすることができます。一番下までカーソルを動かしますと「上記以外の検討会、研究会」というところがあります。これは部署ごとに行っている会議が整理されているのですが、その中の医政局、保険局のところを見ていきますと、お金と医療提供の流れがわかります。

医政局が実施する検討会等

既に終了した会議多数
資料と議事録を確認可能

医政局が実施する検討会がたくさんありますが、古い会議資料もたくさんありますので、例えばその中で会議体を見つけ出して、働き方改革が知りたいと思ったら働き方改革に関する検討会、推進に関する検討会、ヒアリング、タスク・シフト/シェアといろいろありますが、これを開いていきますと今ホットな話題にたどりつきます。配布資料と議事録を確認することができます。

医師の働き方改革の推進に関する検討会

第1回資料「開催要項」「検討事項」「構成員」をCHECK!

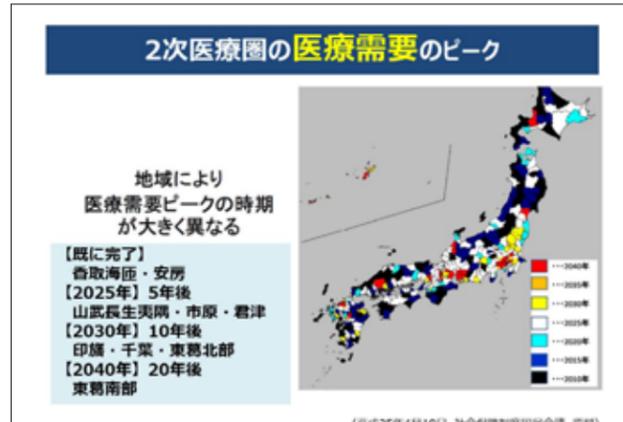
実際に見てみましょう。働き方改革の推進に関する検討会というものに議事録、資料がありまして、開催日をクリックしていきますと中身にたどりつけるのですが、1つ注意がありまして、最近のデータを見るだけではだめです。一番下の第1回の会議資料を見てください。第1回は開催要項、検討事項、構成員の3つが会議の「位置づけ」を

決めているのでここを見てください。開催要項というものがあって、その中の検討事項とございますが、これも重要です。

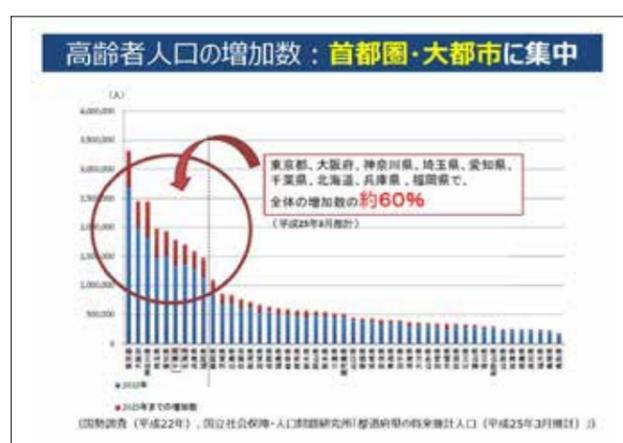
何を決める会議なのか、そしてどの構成員がそれを決めるのかが分かります。構成員の顔ぶれを見てゆくことで、会議の「重さ」が見えますし、検討事項を見ることで議題がわかります。それから1回ずつクリックしていきますと、その分野については一次資料にたどり着けます。研究者がPubMedを引くようなものです。これで国が行っている検討会の生のデータを見ることが出来ます。

資料を見ますと、このようなパーポイントが出てきますが、これはきょうの内容からはズレますが、こういったホームページから今、国は何を考えているかを探し出すことができます。

こういった流れの中で都道府県から医療現場に対する流れを説明していきましょう。都道府県から医療現場、これがまさに今日集まってきた皆さんの所属しているところだと思います。



先ほど申しました全国の状況の中で、この国の2次医療圏 335 は医療需要のピークに違いがあるわけです。黒いところは2010年にピークを迎えて終わったところ、青いところが2015年にピークを迎えたところ、水色のところは2020年ということで、人口の分布によってピークが違います。千葉県の9医療圏を見ますと、すでにピークは過ぎているのが香取海匠と安房、5年後にピークがくるのは山武長生夷隅、市原、君津、10年後は印旛、千葉、東葛北部、20年後は東葛南部ということにすでに人口分布からわかっていきますので、それぞれの2次医療圏でやるべきタイミングが違うのがわかります。すでにピークを過ぎた地域は、いかに効率化していくかということを考えなければいけないということになります。

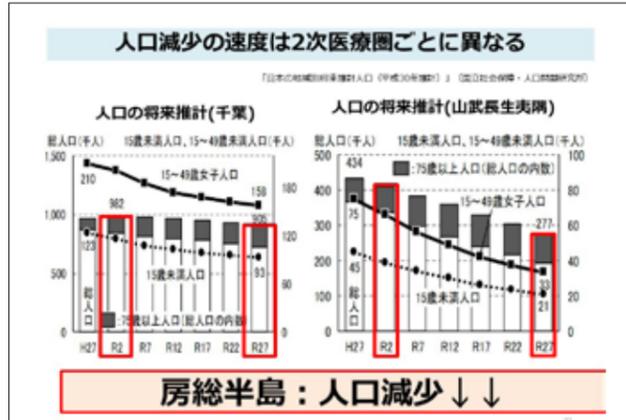


これは首都圏・大都市にこれから高齢者がどんどん集まってくることを示した資料になります。千葉県はここにありますが、高齢者が大幅に流入して増加してくる土地として日本の中でも注目されています。

講義内容⑦



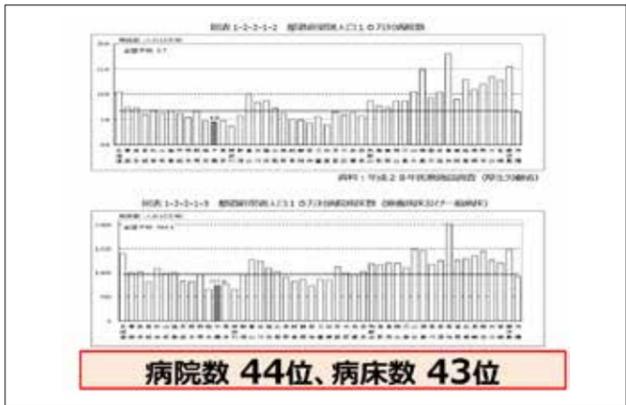
千葉県の中だけの人口を見ましても、現在625万人ぐらいですが、これから20年間で80万人減って540万人ぐらいまで減るのです。高齢化率は30%になることが決まっていますし、全体の8割と言われている高齢者が20万人増える一方で、生産年齢人口が100万人減っていきますので、千葉県だけ見ましてもかなり生産や労働の環境は変わっていくことがわかります。



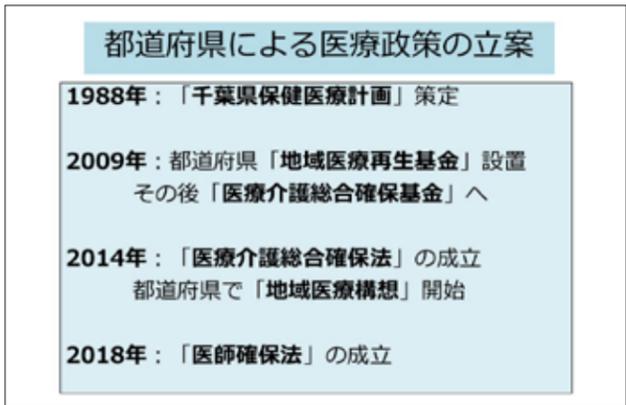
人口減少の速度は2次医療圏ごとに異なりますので、千葉の医療圏ですとじわじわと減ってきます。一方で山武長生夷隅ですとかなりの速度で減少してくるということで、その速度は違いますが、おおむね房総半島・郡部のほうが減少速度は速いということがわかります。



これは2次医療圏の9つの状況です。見方としては東葛北部、南部と千葉医療圏の狭い中に千葉県民625万人のうち400万人います。残りのところに220万人が広く分布しているという状況です。特に分布しているのとこのあたりなので、医療提供も恐らく違うと思われ、220万人のことをどう考えるかというのが優先されるようになります。

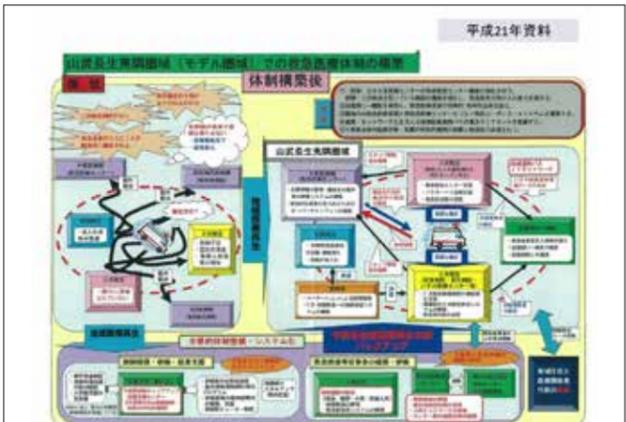


これは全国と比べた医療提供の順位ですが、病院数は全国の人口で割り算しても44位、病床数は43位ということで、これからどんどん絶対数を減らしても偏在をいかに対策していくかということが課題だと考えます。

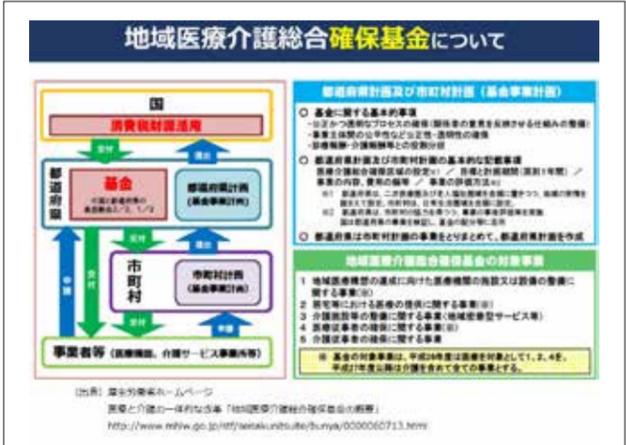


都道府県による医療政策の立案の歴史をまとめてみました。医療政策はとても細かいポイントがいっぱいあるのですが、私を感じている重要なものを4つだけ並べてみました。1つ目は1988年（昭和63年）に始まった千葉県保健医療計画の策定です。都道府県がどんな計画に基づいて医療を整備していくかということ5-6年間の目標を立てて始めたのです。そして20年後に都道府県の地域医療再生基金が設置され、国から財源が割かれ、都道府県が使っていいお金がある程度自由に設定して、要請があつて審査したらお金を渡すという財源の一部移譲が2009年に行われます。その後、医療介護総合確保基金という形で財源の名前も変えますが趣旨としてはあまり変わっていません。そしてその5年後の2014年に医療介護総合確保法が始まり、ここから地域医療構想を開始しました。これも大きな流れの発端だと思います。地域医療構想の都道府県の2次医療圏別の、この後話をしますが、そこでの政策立案に従事する。そして最後は昨年の医師確保法と通称されていますが、医師法、医療法が大幅に変わりました。医師の配置や養成について、都道府県が責任を持って進めるという事になりました。これまで医師や人を対象とした施策は文科省ないし厚生省に委ねられていたのですが、これが大幅に都道府県に移ってきたということになります。人もハコも移したということになります。

講義内容⑧



地域医療再生基金については懐かしい資料ではないかと思いますが、こういったものが厚労省のホームページに出ており、実は平成27年に千葉県がすでに山武長生夷隅での救急医療体制の構築、ということ10年前に議論しています。



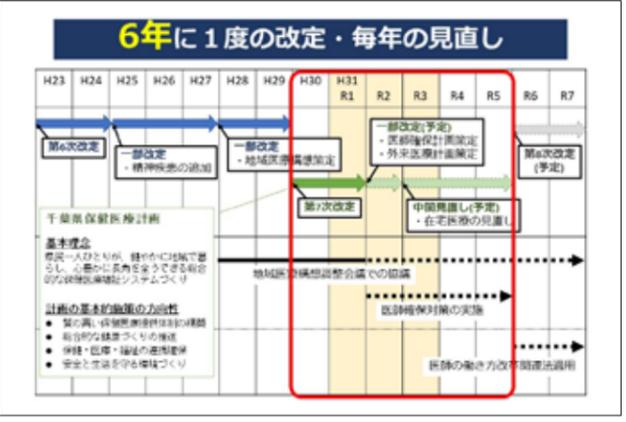
このような歴史もありまして、このまま医療介護総合確保基金というのが国から基金が作られて都道府県がそれを財源とした施策ができるようになっています。



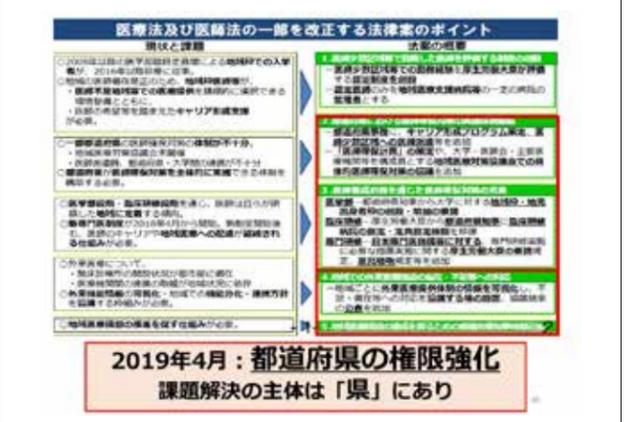
医療分と介護分それぞれありますが、医療分については大体年間13億円ぐらい作られています。うち10億円ぐらいが医療従事者の確保に関する事業、千葉県医師学資金制度などに使われています。



こういったいろいろなメニューを準備して、13億円の使い方を決めて運用してということになります。今日紹介したい重要な文書が千葉県保健医療計画です。千葉県職員の多くの方の手により完成されている保健医療計画ですが、これはとても重要な文書です。484ページございます。皆さんぜひPDFに落としてパソコンのトップ画面に置いてしばしば眺めていただきたい。



これらをたたき台にして医療を変えていくということで6年に1回改訂されて、毎年見直しをしながら進めておりまして、保健医療計画をいかに修正、変更するかという会議が次々と実施されています。



先ほど触れた、「医師確保法」の内容のまとめのスライドになりますが、例えば人の養成については医学部の地域枠定員などについて、都道府県の知事からその所管の土地にある例えば千葉大学に対して県知事から学長に対して地域枠を作ってください、増員してくださいという要請をすることができたり、都道府県に臨床研修指定病院が今36病院ありますけれども、これらを認めたり定員を定めるのも厚生労働大臣ではなくて都道府県知事です。専門研修についても意見することができるといってかなりの部分が都道府県に移譲されています。

テーマ① 千葉県の医療現場・医療行政の課題は？

【医療現場で困っていることは??】

- 例・行政機関にはもっとこうして欲しい!
・「病院・診療所」の立場で!

参加者の回答

<人材>

- 医師が場所と診療科で偏在している
- 地理的・過去のイメージが原因で医師が集まらない
- 地域に医師を出してほしい
- 紹介機関を使わないと医師確保できない
- 看護師の確保 病床がフルオープンできない
- 看護に診療報酬つけて欲しい
- 「医師の指示のもと」という項目。看護師独自で判断できる幅を広げてほしい

<相互理解>

- 行政の考え方やコミュニケーションの取り方がわからない
- 行政はどこで誰の意見を取り上げているのか不明
- 相手の顔が見えない
- 政策と現場との価値観のズレがある
- 保健医療計画等行政の行なっていることを把握できていない
- 働き方改革によって県内の医療がどう変わるのかイメージできない
- 病院の管理者、意見と第一線スタッフ意見は異なる
- 病院の中の現場と管理者で対立
- 日本の医療制度が現場の感覚に合わない
- 計画立案側から現場への具体的影響がわかっていない
- 広域の医療と行政単位のぶつかり合い
- 意見聴取。若い医療者の声届くシステムがない
- 病院の方向性がわからない

<業務量>

- 患者減らしたい
- 子ども医療費助成により不急の医療提供が発生している
- 一人の患者をじっくり見たい
- 多忙な業務書類など
- 勤務時間（待機・当直）
- 妊娠・出産を伴う業務のかたより

<経営>

- 経営、診療報酬 UP 難
- 病院ごとに事情が異なる
- 無給医の問題

<手続き>

- 事務手続き多い、煩雑、長期に及ぶ

<その他>

- 児童虐待にお金がかからない
- 医療機器産業、規制が強固
- 現場側も政策に興味を持っていない

【政策立案するときに困っていることは??】

- 例・医学知識が専門的すぎてわからない
・医療現場の情報はどうやって集める？

参加者の回答

<人材>

- 職員の不足

<相互理解>

- そもそも知識がないのでわからない
- 医療機関が多く、個々のニーズの把握が難しい
- 現場感覚が分かりづらい
- 国の政策の意図をつかむことが難しい
- 診療点数の点数基準が不明瞭
- 医療現場を知らない
- 専門知識・専門用語がわからないため、話ができない
- 医療者の作法がわからない
- 医療現場の実情・地域医療構造調整会議・医師会の意見を中心に何うことになるので大変
- 県民の理解を得ることが難しい
- 現場との距離感がある
- 現場の声を拾って検討したいが意思疎通がうまくいかない

<知識>

- 診療報酬がわからない
- 県の役割として国が示す内容について専門的な知識・技術が足りない
- データの見方がわからない
- 情報の在処がわからない
- 専門知識・専門用語がわからない

<領域の難しさ>

- 医療の敷居が高い
- 医療者、患者等の関係者意見のすり合わせ
- 医療提供体制の確保と病院経営のすり合わせ
- 固有名詞は出しづらい
- 計画策定を法で決められており、県の統一見解が出しにくい
- 医師多忙
- 県の施策について財政的裏付けをしにくく長期的ビジョンが● 立てづらい
- 診療科ごとの違いがあるため合わせるのが大変

<立て付け>

- 県庁の中でも縦割り
- 国から降りてくる内容が縦割り

<状況把握>

- 病院が本当に求めていることの把握が難しい
ex) 人材（医師・看護師）なのか
- 把握のためにはどのような場が適切なのか
- 現場の状況・忙しさがわからない
- 国の動きがよくわからない

<予算>

- 予算に限りがある

<その他>

- 救急車の無駄遣い
- 立案根拠となるデータ分析が足りているのか
- 顧客満足度を追求できない
- 日々の困っていることを事細かに言われても対応しきれない

テーマ② できたらいいなこんなこと

【課題解決の為に】

医療現場ができることは？

参加者の回答

<人材>

- 社会人でも通える MPH コースをもっとつくる

<啓発>

- 啓発・広報
- #8000 の効果がわかる・見える化
- ACP 人生会議

<相互理解>

- 共通言語化、研修医のオブザーバー参加
- 専門用語をわかりやすく伝える役割
- 委員会出席メンバーとの交流
- 課題をあげる（現場で困っていることを具体的に伝える）
- 政策の仕組みを理解する機会の確保

<仕組み>

- 行政と医療機関間の人事交流をさらに活発化
- 公的医療機関と民間医療機関との役割分担
- 医療情報の共有化 システムの統一化（インフラ整備）
- 医師プール 大学に依存しない

<経営>

- 小児科・新生児も統廃合
- 統廃合適切に行う

<その他>

- 大病院思考をなくす
- 保健所以外の行政現場を見に行く
- 行政は訴訟対策をする
- 政策医療赤字の解消
- 勉強時間をつくる 研修サバティカルみたいに

【課題解決の為に】

行政機関ができることは？

参加者の回答

<人材>

- 看護師さんができることを増やし、適正に評価する

<啓発>

- 行政と医療と一緒に県民を味方にする

<相互理解>

- 医療現場との交流をつくる
- 会議以外のコミュニケーションの場をつくる
- 現場と行政の信頼関係を構築
- 現場の課題を知る
- 計画立案、審議会等参加研修プログラムを作り、参加する
- 個別事例から同行訪問など協力のメニューを作る
- 医療現場の経験を見に行く
- 若手の意見の吸い上げ
- 調整会議などに来てもらう機会を作る

<仕組み>

- クローズド（本音を言いやすい）会を開く※現在は医師会と開催している
- 県職員を病院に人材を派遣
- 病院現場での勤務 人事交流
- 民間の（病院）の事務長を呼ぶ
- 人材に来てもらうような病院づくり
- 大病院から地域へ人材派遣
- 医師会や地域の医療の客観的評価

<業務改善>

- 事務手続きはオンラインで

<その他>

- 政治に左右されない行政
- 国の骨子に合わせてたたき台→委員会でブラッシュアップ
- 都市計画の見直し（地域）（生活圏の）
- 医師の中の総合診療医の立場の向上