

# 地域医療構想 ～地域包括ケアシステム構築に向けて何が必要か～

平成27年11月19日(木) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



## 講師

加納 繁照

(かのう しげあき)

一般社団法人日本医療法人協会 会長

### 講師経歴

#### ■ 職歴

- 1980年 京都大学医学部附属病院
- 1980年 神戸海星病院
- 1985年 大阪赤十字病院
- 1986年 大阪大学医学部附属病院
- 1990年 特定医療法人協和会  
副理事長・理事長(1999年～)
- 1992年 社会福祉法人大協会  
副理事長・理事長(1999年～)
- 1992年 総合加納病院 院長(兼務)
- 2009年 社会医療法人協和会 理事長

#### ■ 役職歴

- 1992年 (一社)大阪府病院協会  
理事・常任理事(2008年～)
- 1992年 (一社)大阪市大淀医師会  
理事・副会長(2002年～)・会長(2010年～)
- 1992年 大阪府私立病院協同組合  
理事・副理事長(2000年～)
- 1992年 大阪府病院厚生年金基金 理事
- 1994年 (一社)大阪府私立病院協会  
理事・常任理事(2002年～)・副会長(2012年～)
- 2000年 (一社)日本医療法人協会  
理事・常務理事(2006年～)・副会長(2009年～)  
・会長代行(2013年～)・会長(2015年～)
- 2003年 (公社)全日本病院協会  
理事・常任理事(2007年～)
- 2005年 (一社)大阪府医療法人協会 会長
- 2013年 (一社)日本社会医療法人協議会 副会長

#### ■ 資格

- ・(一社)日本内科学会 認定内科医
- ・(一社)日本外科学会 認定登録医
- ・(一社)日本救急医学会 専門医
- ・(一財)日本消化器病学会 専門医
- ・(一財)日本消化器病学会 近畿支部 評議員
- ・(公社)日本人間ドック学会 理事・指導医
- ・(一社)日本臨床救急医学会 評議員
- ・(公社)日本医師会 認定産業医
- ・(公社)日本医師会 認定健康スポーツ医
- ・(一社)大阪府医師会 指定学校医、麻酔科 標榜医

#### ■ その他

- ・厚生労働省 医療介護総合確保促進会議 委員
- ・厚生労働省 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 委員
- ・厚生労働省 社会保障審議会医療部会 委員
- ・四病院団体協議会 二次救急に関する検討委員会 委員長
- ・(公社)日本医師会 病院委員会 委員

## はじめに

ご紹介ありがとうございます。日本医療法人協会会長の加納でございます。本日は、皆さま方の貴重な時間を頂きまして、誠に感謝申し上げます。また、本日お呼び頂きました医療関連サービス振興会に関しましては評議員に就任しておりますので、重ねて御礼申し上げます。

さて、私の経歴についてですが、私は東京の順天堂大学医学部を1980年に卒業しております。ですから、東京に関しましては生活もして、都会での学生生活もしてまいりました。現在は、大阪の方で私の父が経営しておりました病院を経営しております。

本日は、「地域医療構想～地域包括ケアシステム構築に向けて何が必要か～」というテーマとしております。私は、持論であります「日本の医療は民間医療機関が支えている」ということを大きなテーマにしながら多方面で講演をさせて頂いておりまして、本日の内容としては、「日本の医療は民間医療機関が支えている」というテーマを主体とした話を中心に、これに関連することを少し説明していきたいと思っております。

実は、地元の方では医師会の地区の会長もまだ3期目でございますが、医師会のことも少し色々関連することをやらせて頂いております。医師会の仕事をしながら、今中央で色々な検討会にも出させて頂いて、今回の地域医療構想に関しましても、ガイドライン策定の検討会等に参加しております。(資料1)

加納 繁照 病院団体及び医師会活動		
(一社) 日本医療法人協会 会長	(公社) 日本医師会	
(一社) 大阪府医療法人協会 会長	・病院委員会	委員
(一社) 大阪市大淀医師会 会長	・病院における地球温暖化対策推進協議会	座長
(一社) 日本社会医療法人協議会 副会長	(一社) 大阪府医師会	
(一社) 大阪府私立病院協会 副会長	・医療保険委員会	委員長
(公社) 全日本病院協会 常任理事	・医療経営委員会	副委員長
・救急防災委員会 (AMAT) 委員長	・病院委員会	委員
(一社) 大阪府病院協会 常任理事	大阪府医療審議会	委員
大阪府病院厚生年金基金 理事	・医療法人部会	委員
大阪府私立病院協同組合 副理事長	大阪市保健医療協議会	委員長
(公社) 日本人間ドック学会 理事・専門医	・大阪府医療懇話会	会長
(一社) 医療関連サービス振興会 評議員	北区保健事業推進協議会	
(一社) 日本臨床救急学会 評議員	四病院団体協議会	
(一財) 日本消化器病学会近畿支部 評議員	・二次救急に関する検討委員会	委員長
	厚生労働省	
	・社会保障審議会 医療部会	委員
	・医療介護総合確保促進会議	委員
	・地域医療構想ガイドライン策定検討会	委員
	・病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会	委員
	・救急医療体制等のあり方に関する検討会	委員
	・医療情報の提供のあり方等に関する検討委員会	委員
	・看護師国家試験における母国語・英語での試験と英語力試験の併用の適否に関する検討会	委員

資料 1

## 日本の医療は民間病院が支えている 医療提供体制の日本の現状

### 2・3・4、8・7・6の法則

最初に、「日本の医療は民間病院が支えている。医療提供体制の日本の現状」ということで、是非とも覚えて頂きたいフレーズがございます。「2・3・4、8・7・6の法則」と申しまして、まずしっかりと数字を覚えて頂きたいと思えます。「2・3・4、8・7・6の法則」は、実はもう10数年来使っておりまして、今や少しずつですが、日本の医療は民間が支えているのだということを大分認識して頂いているのですが、以前はやはり医療といえば公的病院があたかも全て支えているような錯覚に陥ったような状況が続いていたかと思えます。「2・3・4、8・7・6の法則」というのは、日本の医療を公的病院があたかも全て支えているような錯覚に陥ったような状況を打破するために、実は私が考えたフレーズであります。日本の病院の数でいきますと、現在8,500病院を切っておりまして、病院数の2割が公的病院であり、病床数約160万床の3割が公的病院であり、救急車は年間520万台出動しておりまして、救急搬送で公的病院が受け入れをしている数は4割であります。逆を言えば、8割・7割・6割が、実は民間医療機関が役割を担っているということなのです。実は、多くの方が勘違いをしていて全く逆のような錯覚をしていらっしゃる方もいました。日本の医療を公

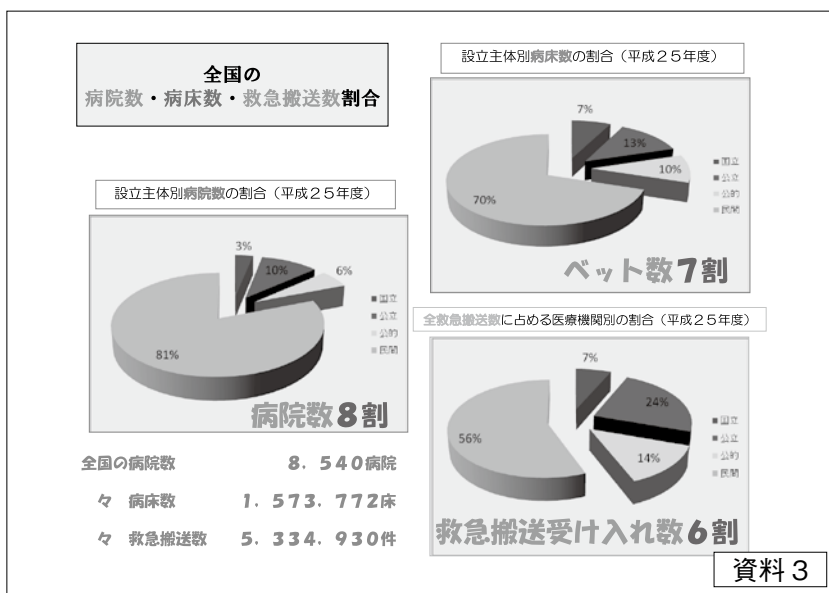
的病院があたかも全て支えているような考えを勘違いですよと何とか認識してもらうために、覚えやすいように、「2・3・4、8・7・6の法則」という形で表現させて頂きました。元々、これを始めた頃、パチンコ屋さんの延田グループがテレビでよく、ワン、ツー、スリーとか言っていたので、テレビから拾ってきた言葉です。「2・3・4、8・7・6の法則」という形で、是非とも覚えて頂きたいと思います。

一つ、資料2で早速気づかれた方がいらっしゃるかなと思います。8割、7割、6割というところで、病院数が8割、病床数が7割あって、なぜ救急搬送車が6割なのか、本来8割、7割ないといけないのではないかと思われた方がいらっしゃるかと思いますが、実際には病院数の8割、病床数の7割の中には慢性期も精神科も全て入っております。慢性期専門病院、精神科の病院を入れて病院数の8割、病床数の7割ですから、急性期の数でいきますと、丁度6割ぐらいが民間でありますので、ほぼ今申し上げた割合の数での公的と対抗して頑張っているということで認識して頂きたいと思います。精神科とか慢性期は、ほとんど民間医療機関がやっております。(資料2)



### 全国の病院数・病床数・救急搬送数割合

全国の病院数・病床数・救急搬送数割合の内訳は資料3のような形であります。全国の病院数は、もう8,500病院を切っておりますけれども、平成25年の時点では資料3のような形でありました。私は、本日は日本医療法人協会という立場で講演させていただいております。資料3にあります病院数8,540病院のうちで民間の割合は大体7割、67%が医療法人という形態をとっております。医療法人に関しましては、あとで少し話をさせて頂きたいと思っております。医療法人が、約5,700病院ほどあります。このように、民間のうちの多くのところは医療法人という形態をとっているということも、今の時点で認識して頂きたいと思っております。ベッド数は7割、また救急搬送受け入れ数は6割となっております。(資料3)



## 平成25年度 全国医療機関別救急搬送人員の状況

救急搬送受け入れ数というのが、どういうふうにしてわかるかと言いますと、実は、総務省から毎年、救急救助の現況という形で発表して頂いています。救急搬送受け入れ数は、毎年総務省から発表される数字であります。国立、公立、公的、それから民間医療機関(病院・診療所)という形で分けて、年間を通した救急搬送の数字が毎年発表されるわけです。成績表みたいなもので、どこの県で、どれだけ救急に関して受け入れをしているかということが一目瞭然にわかるようなシステムになっております。急性期はやはり救急をいかに頑張っているかということについて理解するためには、救急車の台数で分析してみようという意味で、役割を認識するために資料4のような表をお示ししております。資料4の右側にある「割合」の部分は、私がパーセントで出した数字であります。ですから、東京都を見ますと、国立病院が救急車の受け入れは大体8%、自治体病院や市民病院といった公立病院が12%です。日赤病院や済生会病院等の公的な病院が受け入れているのが5%で、民間医療機関が受け入れているのが75%という数字で、非常に高い割合であります。救急車の4台のうち3台は民間医療機関に行っています。但し、東京の民間医療機関の特徴は、私学も入っているというところ。日本医科大学付属病院というようなところの救急も、実は民間の方に入っておりますので、そういった差はあるのですが、やはり日本医科大学付属病院のようなところも含めての民間という形で考えますと、かなりの比率で救急車を受け入れています。全国的には大体56%、(56%は6割と称してよいのかどうかちょっと問題点はあるのですが、)ほぼ6割を民間医療機関がしっかりと救急車を受け入れているという実数であります。(資料4)

平成25年度 全国医療機関別救急搬送人員の状況

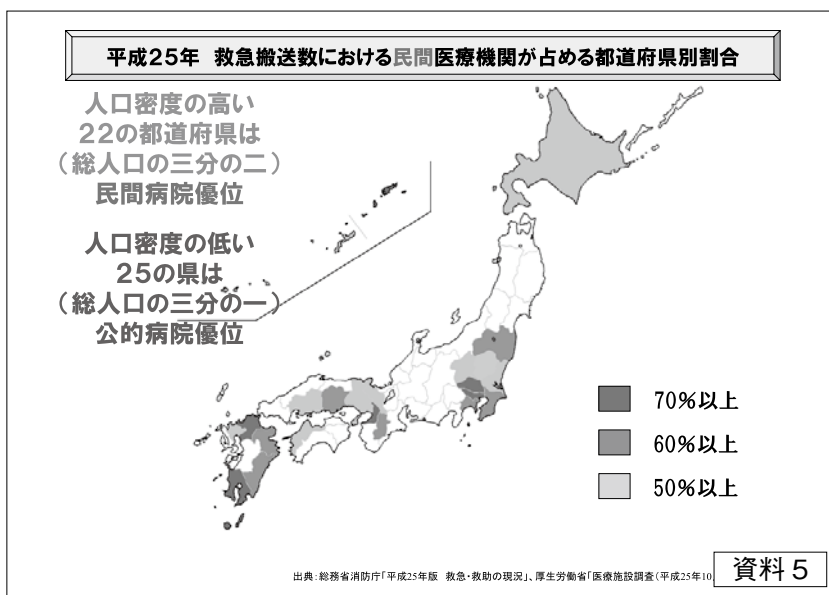
区分	人口 (千人)	救急搬送人員					割合(%)						
		国立		公立		合計	国立	公立	公的	民間	民間	民間	
		病院①	診療所②	病院①	診療所②	病院①	診療所②	病院①	診療所②	病院①	診療所②		
北海道	5,431	10,660	48,085	32,092	105,411	15,026	211,274	5%	23%	15%	57%	50%	7%
青森	1,335	3,204	28,913	2,802	7,519	1,408	43,846	7%	66%	6%	20%	17%	3%
岩手	1,295	281	29,640	4,090	3,409	832	43,252	1%	69%	9%	21%	19%	2%
宮城	2,328	10,419	28,518	8,586	36,930	4,506	88,959	12%	32%	10%	47%	42%	5%
秋田	1,050	2,020	9,836	19,528	5,585	184	37,153	5%	26%	53%	16%	15%	0%
山形	1,141	2,148	29,370	1,565	6,726	525	40,334	5%	73%	4%	18%	17%	1%
福島	1,946	2,431	13,260	9,205	47,244	2,078	74,218	3%	18%	12%	66%	64%	3%
茨城	2,931	6,014	8,929	31,517	61,224	2,566	110,250	5%	8%	29%	58%	56%	2%
栃木	1,986	3,316	4,549	21,525	36,420	3,055	68,865	5%	7%	31%	57%	53%	4%
群馬	1,984	9,237	20,035	9,914	38,642	2,305	80,133	12%	25%	12%	51%	48%	3%
埼玉	7,222	7,752	32,466	24,340	201,867	9,364	275,789	3%	12%	9%	77%	73%	3%
千葉	6,192	13,194	48,680	18,872	174,819	8,528	264,093	5%	18%	7%	69%	66%	3%
東京	13,300	52,481	81,777	31,888	484,967	8,902	660,015	8%	12%	5%	75%	73%	1%
神奈川	9,079	20,018	88,283	32,464	240,297	6,245	387,307	5%	23%	8%	64%	62%	2%
新潟	2,330	8,198	26,007	24,712	23,861	4,852	87,630	9%	30%	28%	33%	27%	6%
富山	1,076	2,608	20,052	11,478	1,857	385	36,380	7%	55%	32%	6%	5%	1%
石川	1,159	4,233	17,366	2,886	12,207	552	37,244	11%	47%	8%	34%	33%	1%
福井	795	3,128	9,777	5,907	6,152	579	25,543	12%	38%	23%	26%	24%	2%
山梨	847	2,557	16,205	3,537	12,460	1,201	35,960	7%	45%	10%	38%	35%	3%
長野	2,122	6,024	27,807	30,588	21,544	1,300	87,263	7%	32%	35%	26%	25%	1%
岐阜	2,051	1,805	32,282	20,524	23,086	569	78,266	2%	41%	26%	30%	29%	1%
静岡	3,723	9,339	70,001	17,840	38,865	6,380	142,425	7%	49%	13%	32%	27%	4%
愛知	7,443	20,106	97,888	49,614	120,336	3,070	291,014	7%	34%	17%	42%	41%	1%
三重	1,833	6,333	31,470	27,652	17,180	2,409	85,044	7%	37%	33%	23%	20%	3%
滋賀	1,416	4,289	23,728	16,867	10,793	167	55,844	8%	42%	30%	20%	19%	0%
京都	2,617	8,147	22,583	18,108	70,605	281	119,724	7%	19%	15%	59%	59%	0%
大阪	8,849	11,604	61,390	61,188	322,134	6,941	463,257	3%	13%	13%	71%	70%	1%
兵庫	5,558	8,601	71,222	15,653	127,830	6,293	229,599	4%	31%	7%	58%	56%	3%
奈良	1,393	542	13,465	8,225	36,270	998	59,500	1%	23%	14%	63%	61%	2%
和歌山	979	6,082	18,135	10,881	10,618	1,460	47,176	13%	38%	23%	26%	23%	3%
鳥取	578	5,879	7,617	2,813	6,112	241	22,662	26%	34%	12%	28%	27%	1%
島根	702	5,538	11,225	6,797	3,040	153	26,753	21%	42%	25%	12%	11%	1%
岡山	1,930	5,456	9,935	8,828	52,040	2,483	78,742	7%	13%	11%	69%	66%	3%
広島	2,840	14,457	28,223	13,256	48,468	6,674	111,078	13%	25%	12%	50%	44%	6%
山口	1,420	10,514	11,563	19,856	15,750	2,971	60,654	17%	19%	33%	31%	26%	5%
徳島	770	1,231	12,169	9,866	6,659	847	30,772	4%	40%	32%	24%	22%	3%
香川	985	7,216	14,142	7,006	13,084	2,031	43,479	17%	33%	16%	35%	30%	5%
愛媛	1,405	1,885	17,983	9,679	30,936	1,308	61,791	3%	29%	16%	52%	50%	2%
高知	745	2,428	10,588	5,211	16,558	664	35,449	7%	30%	15%	49%	47%	2%
福岡	5,090	12,186	17,630	24,090	158,374	3,086	215,366	6%	8%	11%	75%	74%	1%
佐賀	840	6,567	5,205	3,619	14,736	2,054	32,181	20%	16%	11%	52%	46%	6%
長崎	1,397	9,345	15,186	7,775	21,911	2,397	56,614	17%	27%	14%	43%	39%	4%
熊本	1,801	14,210	14,384	22,417	20,108	2,578	73,697	19%	20%	30%	31%	27%	3%
大分	1,178	4,334	6,236	7,072	28,099	1,600	47,341	9%	13%	15%	63%	59%	3%
宮崎	1,120	2,592	8,677	944	19,952	5,466	37,631	7%	23%	3%	68%	53%	15%
鹿児島	1,680	3,346	13,170	1,861	45,053	7,130	70,560	5%	19%	3%	74%	64%	10%
沖縄	1,415	1,719	23,192	2,601	35,062	229	62,803	3%	37%	4%	56%	56%	0%
全国	127,298	355,674	1,258,844	727,739	2,847,800	144,873	5,334,930	7%	24%	14%	56%	53%	3%

出典：総務省消防庁「平成25年版 救急・救助の現況」、総務省統計局「人口推計年報」より作成

資料 4

## 平成25年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別割合

ただ、民間医療機関が救急車を受け入れている数は都道府県によって非常に差があります。民間医療機関が救急車を受け入れている数を見ていきますと、日本の医療が少し見えてくるかなと思うのです。資料5は、民間医療機関の救急車の受け入れが50%以上のところを色付けしております。例えば、民間医療機関が救急車100台のうち50数%を受け入れれば、民間医療機関が優位な県として認識して色付けをします。そうしますと、資料5のような形になります。関東圏、近畿、中国、または九州ブロックが色付けされております。前回の大震災があった辺りの地域は明らかに真っ白という形で、日本というのは、資料5で見ますとわかりやすいように、民間医療機関が頑張っているエリアと、公的病院が頑張っているエリアと称してよいと思うのですが、資料5の白い部分との差ははっきりとあるということでもあります。これを、都道府県別でまたあとで説明をしますが、色がついているところの人口が、実は総人口の三分の二、白いところは、実は県の数でいきますと25の県で、日本47都道府県のうち25の県では、公的病院が優位に救急車の受け入れをしております。逆に、色の付いた22の都道府県は、民間がしっかりと救急を主体的に受け入れているところと認識して頂きたいと思います。但し、色の差については、色がついているところの人口が、実は日本の人口の三分の二、白いところは三分の一、いわゆる二極化しているわけなのです。人口密度の多いところと少ないところで、やはり役割分担が変わってきているということなのです。(資料5)



関東圏、近畿、中国、または九州ブロックが色付けされております。前回の大震災があった辺りの地域は明らかに真っ白という形で、日本というのは、資料5で見ますとわかりやすいように、民間医療機関が頑張っているエリアと、公的病院が頑張っているエリアと称してよいと思うのですが、資料5の白い部分との差ははっきりとあるということでもあります。これを、都道府県別でまたあとで説明をしますが、色がついているところの人口が、実は総人口の三分の二、白いところは、実は県の数でいきますと25の県で、日本47都道府県のうち25の県では、公的病院が優位に救急車の受け入れをしております。逆に、色の付いた22の都道府県は、民間がしっかりと救急を主体的に受け入れているところと認識して頂きたいと思います。但し、色の差については、色がついているところの人口が、実は日本の人口の三分の二、白いところは三分の一、いわゆる二極化しているわけなのです。人口密度の多いところと少ないところで、やはり役割分担が変わってきているということなのです。(資料5)

県名でみていきますと、資料6のような形になります。埼玉県、福岡県、東京都、鹿児島県、大阪府が70%を超えて民間医療機関が救急車の受け入れをしています。50%を超えるところまで全部入れますと、22の県で民間医療機関が救急車をしっかりと受け入れをしています。22の県の人口が85,976千人で、日本の人口の67.5%がこのエリアに住んでいるということなのです。(資料6)

**平成25年度 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別割合**

日本の総人口に占める割合

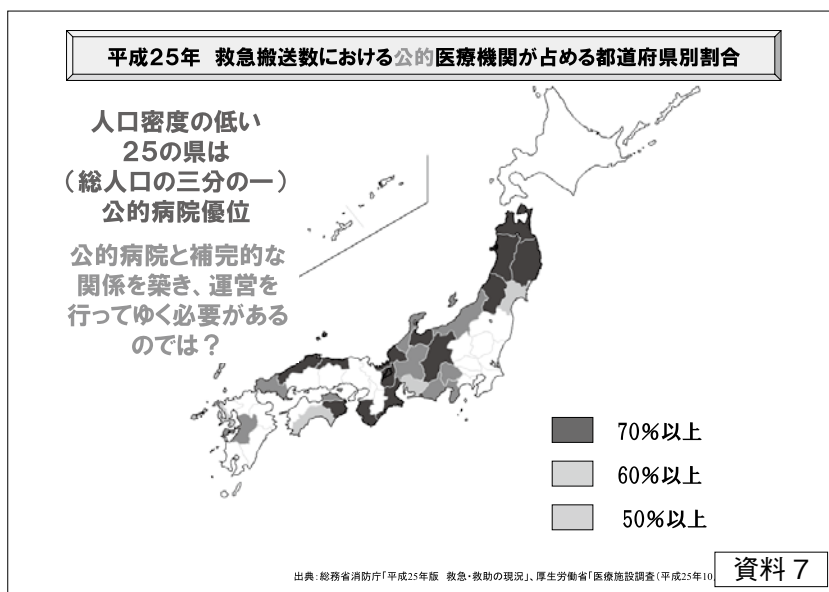
70%を超える	埼玉県・福岡県・東京都・鹿児島県 大阪府(計5県)	36,141千人	28.4%
60%を超える	上記+千葉県・岡山県・宮崎県・福島県・ 神奈川県・大分県・奈良県(計12県)	58,969千人	46.3%
50%を超える	上記+京都府・兵庫県・茨城県・栃木県・北海道 沖縄県・愛媛県・佐賀県・群馬県・広島県	85,976千人(合計22県)	67.5%

資料6

出典：総務省消防庁「平成25年版救急・救助の現況」、総務省統計局「人口推計(平成24年)

## 平成25年 救急搬送における公的医療機関が占める都道府県別割合

逆を言いますと、資料7のとおりです。今度は逆に、資料5の地図で白かったところに色を付けました。公的病院が70%以上のところを一番濃い色で示しており、色が付いているところが、公的病院が優位なところでは？

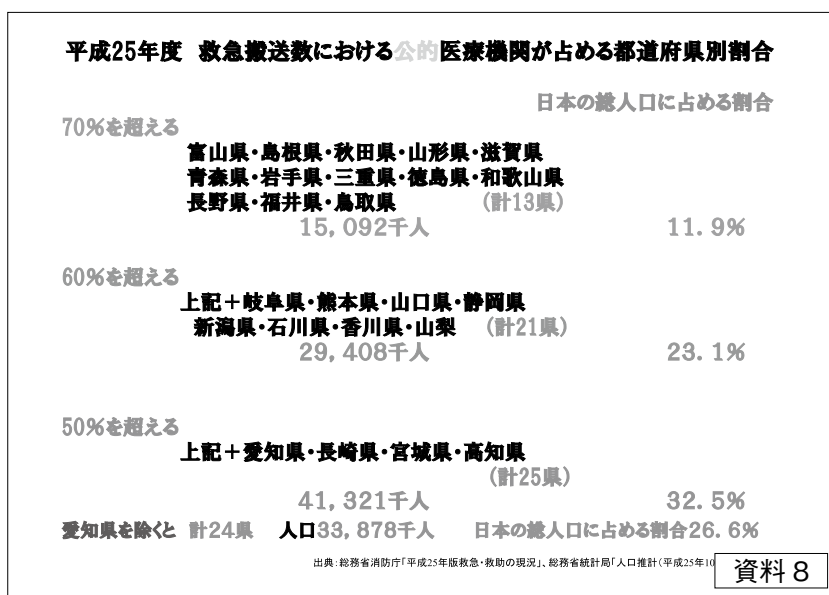


県名でみていきますと、資料8のような形になります。富山県、島根県、秋田県、山形県等は70%以上公的病院が救急車の受け入れをしているということになります。民間病院が救急車の受け入れをしているのが3割を切っているところが資料8の「70%を超える」というところに書いてある県でありますし、「60%を超える」というところに書いてある県は4割を切っているところでもあります。

こういった形で、明らかに公的病院が役割分担をしている県と民間医療機関が役割分担をしている県とが、日本でははっきりと分かれてしまっているということ

であります。基本的には、やはり人口密度が少ないところは、今や公的病院なくして急性期が成り立たなくなってきたところと判断して頂きたいと思えます。

ただ、1か所、例外に気づかれた方がいらっしゃいますでしょうか。実は、「50%を超える」というところに愛知県が入っているのです。愛知県というのは、実は名古屋市を中心に人口密度が高い方に勿論入るわけなのですが、人口密度の高い都道府県のうち、愛知県だけが公的病院が優位なところに入っています。それには実は大きな理由があります。日本の産業と言えばトヨタ自動車で、トヨタ自動車があるのが愛知県です。トヨタ自動車関連の色々な企業が、結局税制面で自治体に税金をしっかりと払っているため、自治体が裕福になります。自治体病院が頑張っているところで、愛知県の模範的な病院で言いますと、小牧市民病院という病院があります。小牧市民病院というところは、ある時、市長が日本一の市民病院を造りたいという形で頑張られました。金はあるぞという形で造られ、優秀な方が院長として来られ、結果的に素晴らしい小牧市民病院ができてしまったわけなのです。



今、恐らく行政の方にとって、箱物行政というのはかなり厳しくなって、美術館とか市庁舎も建てられませんが、病院に関しては市民が絶対に反対しないし、堂々といまだに箱物行政ができる典型例が病院であります。ですから、市長が一生懸命、お金を使ってよいということ言えば、本当に素晴らしい病院ができてしまうわけなのです。ただし、裕福であればですが。結果的に、また病院のトップに優秀な方が院長として来られると、公的病院であっても素晴らしい病院ができた、その典型例が小牧市民病院であります。小牧市民病院ができた結果、どういうふうになったかと言いますと、実は小牧市民病院ができる前には五つの民間救急病院があったわけなのですけれども、もの見事に全部淘汰されて、小牧市民病院が独占状態になったということです。やはりトヨタ自動車一社、日本一の企業があると、その自治体は非常に裕福であって、結果的には市長は何をなさったかと言いますと、立派な市民病院を造ったという形になり、結果的には民間病院がすたれていったというのが、愛知県の例であります。今お示したような意味では、例外が愛知県という形です。

実は、愛知県の人口を抜いてしまいますと、残っている24の県の人口は、日本の人口の4分の1、26.6%を4分の1と言ってよいのかどうかかわからないですけど、やはり人口が少ないところ、資料8でご覧になった県は、公的病院が頑張ってもらわないと救急の受け入れができないことになってしまっているということでもあります。(資料8)

## 平成25年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別順位

救急搬送数における民間医療機関が占める割合の多い都道府県の順位を並べますと、資料9に記載の順になります。資料9を見ますとわかりますように、資料9の左側の22の都道府県におきましては民間の病院が優位で、資料9の右側の公的病院が優位なところで行きますと、極端な例で行きますと、富山県での民間病院の受け入れ率は6%であります。もうほとんど救急に関しては公的病院が受け入れざるを得なくなってしまうという県と認識して頂きますと、資料9に記載のような形でずらっと並ぶわけです。

これを背景に、やはり色々、今後地域医療構想も含めてしっかりと考えていかなければいけないということでもあります。民間病院主体でいくのか、あるいは、公的病院主体でいくのか、エリア別にもはっきりと今の段階でも、今説明したように分かっているというわけなのであります。

もう一つ言えるのは、この公的病院優位の県から出て来られた方は、ご自身の背景として何をおっしゃるかと言いますと、例えば、39位の徳島県の出身の方ですと24%しかも民間病院は受け入れていません。そうすると、「もう民間は救急なんて受け入れるべきではないよ。」と、徳島県出身のある会長の先生は声高らかにおっしゃるのです。それは当然で、自分の県では、やはりもうほとんど急性期は公的病院が主体でやっているわけなので、「もう民間は救急なんて受け入れるべきではないよ。」というような発言が出てきます。公的病院が優位な県の出身の国会議員の先生方もやはり同じことです。「自分のところではもう民間なんて救急をやっていないよ。」ということ

平成25年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別順位					
民間優位			公的優位		
順位	都道府県名	民間の割合	順位	都道府県名	民間の割合
1	埼玉	77%	23	高知	49%
2	福岡	75%	24	宮城	47%
3	東京都	75%	25	長崎	43%
4	鹿児島	74%	26	愛知	42%
5	大阪	71%	27	山梨	38%
6	千葉	69%	28	香川	35%
7	岡山	69%	29	石川	34%
8	宮崎	68%	30	新潟	33%
9	福島	66%	31	静岡	32%
10	神奈川	64%	32	山口	31%
11	大分	63%	33	熊本	31%
12	奈良	63%	34	岐阜	30%
13	京都	59%	35	鳥取	28%
14	兵庫	58%	36	福井	26%
15	茨城	58%	37	長野	26%
16	栃木	57%	38	和歌山	26%
17	北海道	57%	39	徳島	24%
18	沖縄	56%	40	三重	23%
19	愛媛	52%	41	岩手	21%
20	佐賀	52%	42	青森	20%
21	群馬	51%	43	滋賀	20%
22	広島	50%	44	山形	18%
			45	秋田	16%
			46	島根	12%
			47	富山	6%

(民間割合50%以上 22都道府県) (民間割合50%未満 25都道府県)  
出典:総務省消防庁「平成25年版救急・救助の現状」、総務省統計局「人口推計(平成25年10月)」

資料9

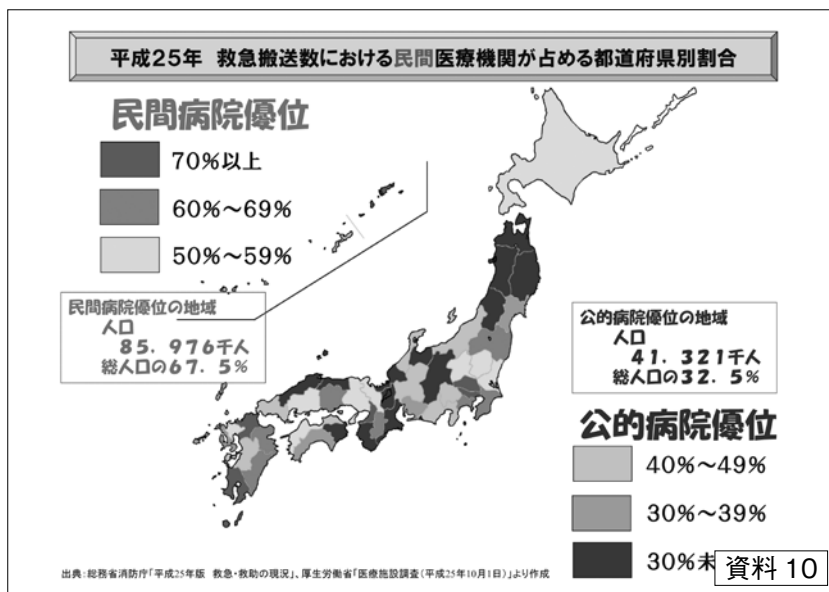
平気でおっしゃいます。これは当然の結果で、公的病院が優位な県の出身の方は、公的病院が優位であるという背景をもって、それが現実の状況として認識をなさっている方です。ですから、民間病院が優位な県の出身の方と公的病院が優位な県の出身の方とで、自ずと立場が違うということで、発言まで変わってきます。先ほど徳島県と言いましたけれども、よく今地方で話題になっている日本慢性期医療協会という団体がありまして、会長の武久先生は実は徳島県出身ですから、武久先生が「急性期はもう民間なんかやらんと、とっとと慢性期に來いよ。」というのは当たり前の話で、公的病院が優位な県の出身の人は、やはり先ほどお示したようなことをおっしゃるのは当然の結果なのであります。

但し、本当は民間優位の方には人口の3分の2がいて、公的優位の方には3分の1だという認識でいきますと、ちょっとその発言はどうなのかということで、我々、色々な意見の食い違いが出てくるわけなのです。今お示したような背景がどうして出てくるかというと、元々の医療に関する生活背景が違うということで、やはり認識が変わってくる、発言も変わってくるということでご了解頂きたいと思えます。

今お示したような面で、「2・3・4、8・7・6の法則」と共に、都道府県ごとにこれだけ違うのだということをご理解頂きたいと思えます。今後、地域医療構想もそうですし、色々な医療の展開を考える時に、公的優位で考えなければいけないエリアと民間優位で考えなければいけないエリアがあり、民間優位であれば民間医療機関をどうするかということを考えなければいけないというような問題とか色々なことが、今説明したような背景を元に違いが出てくるということでもあります。(資料9)

### 平成25年 救急搬送における民間医療機関が占める都道府県別割合

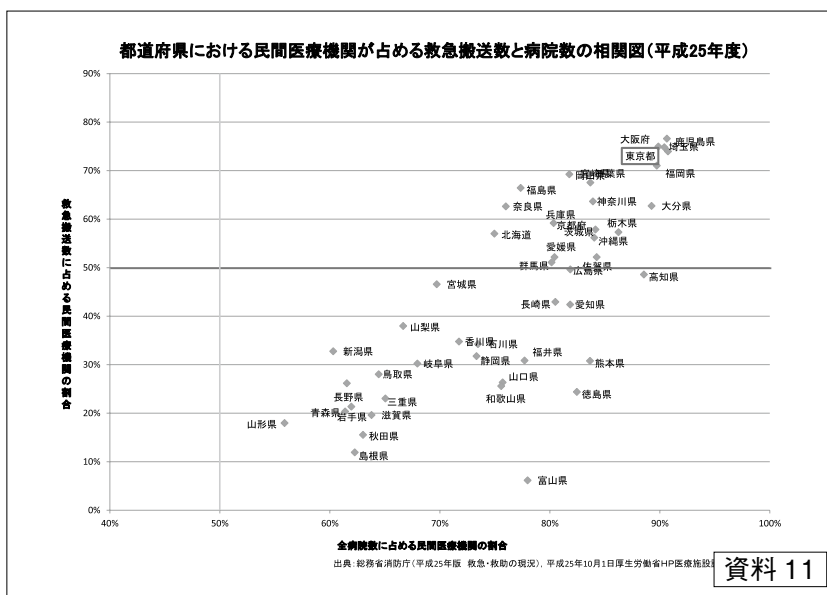
色を付けるとややこしくなってしまうわけですが、資料10に記載のとおりです。(資料10)





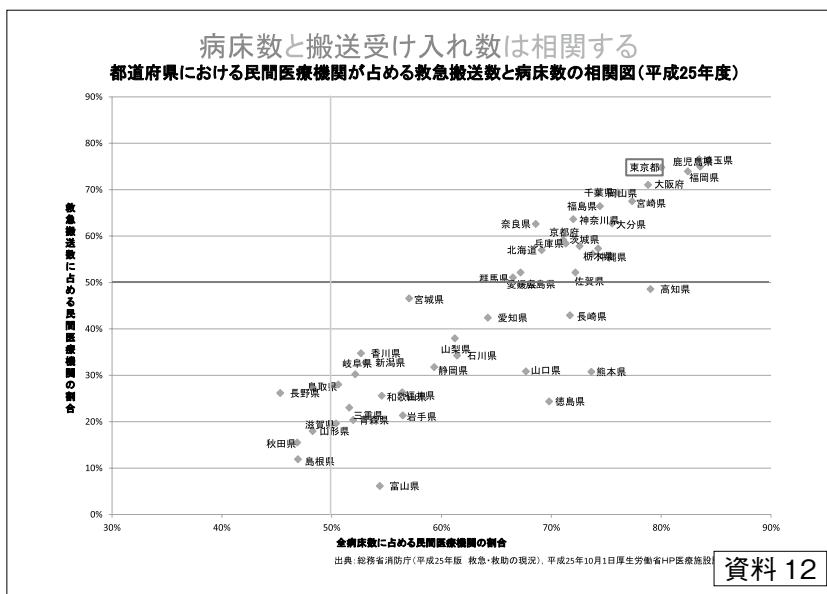
## 都道府県における民間医療機関が占める救急搬送数と病院数の相関図(平成25年度)

私は、救急車の受け入れは何と比例するのかという形で見ました。病院数で比例するのかと考へ、都道府県ごとの病院数と比較しました。資料11のグラフの横軸の太いラインのところは50%です。日本の都道府県は、全ての都道府県において、病院数においては民間病院の方が多いためです。枠で囲ったところが東京都です。民間病院が多いと、確かに救急の受け入れも多くなっているのだなという形で、何となく整理の形が出ているのかなと思います。(資料11)



## 病床数と搬送受け入れ数は相関する

そして、少しまだ開きがあるなということで、病床数とはどうかということで、病床数でみていきますと、資料12となります。縦軸の太い線が例の50%のラインです。「あれ」と思われた方もいらっしゃるかもしれません。この中には、病院数は多いのに、病床数は公的病院が多くなっている県が出てきているのです。秋田県、島根県、山形県、滋賀県、長野県辺りは、もう公的病院の方の病床数が多くなっている例です。



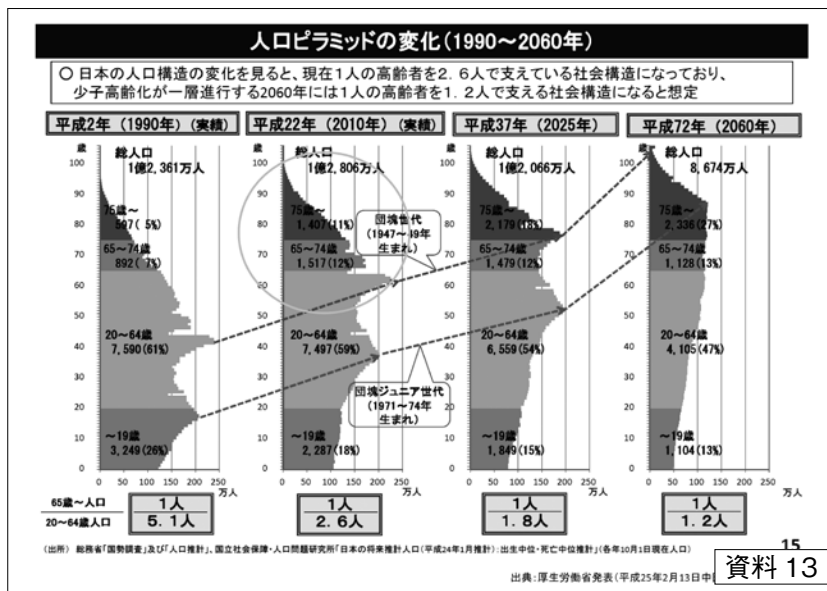
先ほどから繰り返しになりますけれど、公的病院が頑張らなければいけないエリア、民間病院が頑張らなければいけないエリアでは、自ずとやはり違ってきてしまっていて、50%のラインで分かれてしまいます。グラフの左側は公的病院が頑張っているエリア、グラフの右側は民間病院が頑張っているエリアです。但し、先ほどから繰り返しになりますけれども、人口は右側に3分の2がいるということをご了解頂きたいと思ひます。

今お示したような背景があるから、色々なことを今後考えるにあたって、公と私とのあり方をしっかりと頭の中に入れてながら対応しないとだめだということでもあります。(資料12)

## 高齢化の進展状況には大きな地域差あり 今後地域別に担う役割とは？

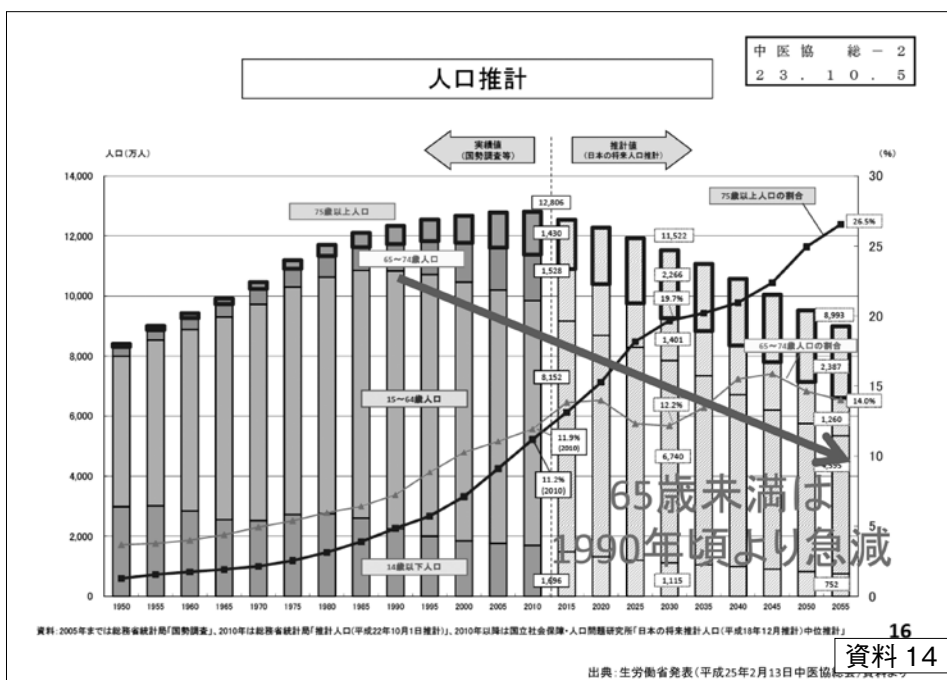
### 人口ピラミッドの変化(1990～2060年)

資料13のグラフは参加者の皆さまは、これまで何度もご覧になっているかと思いますが。やはりこれからの地域医療構想において、どうしてこのような構想が生まれたかというのは、やはり団塊の世代の方々がこれから75歳以上になるとい、2025年問題とか色々な形で今後推移していく経過がやはり一番大事だということであり、団塊世代の年齢が今後ずっと上がっていくにつれて負担が増えてくるところが、医療と介護であるということでもあります。(資料13)



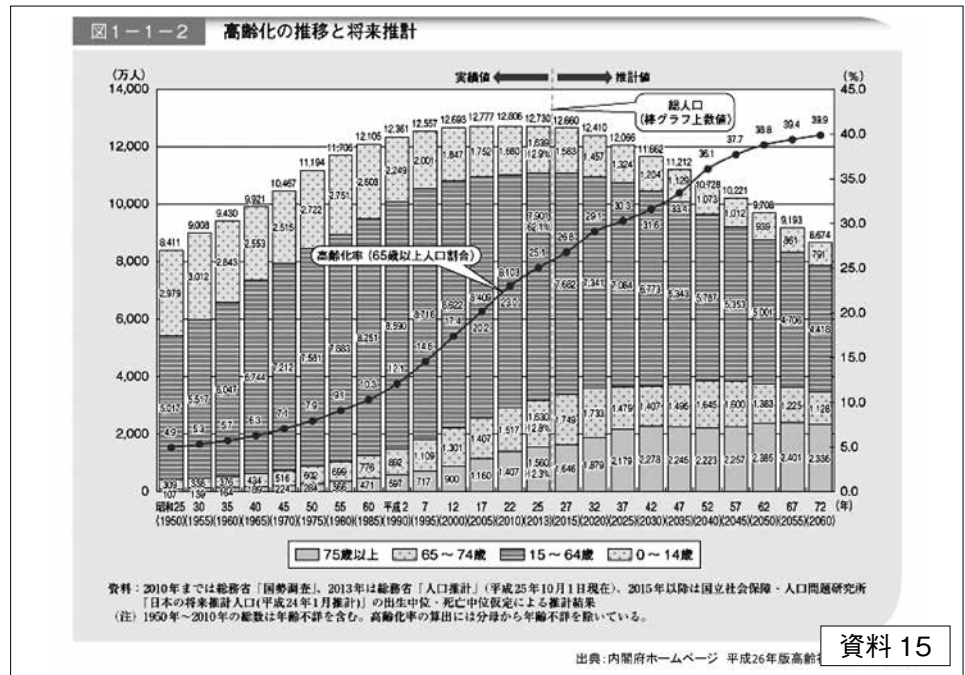
### 人口推計

資料14のグラフが人口推計です。人口はもう既に減っていているわけです。特に65歳以下の方はもう1990年代辺りからもう確実に減っています。65歳以下の方の医療というものは自ずと絶対数がこの時点から減ってしまっているということです。ですから、お産も減り、小児も絶対減っているわけなのです。民間の医師は人口の絶対数が減っているところにはあまり行きたがらないので、人口の絶対数が減っている方面に行く方が減ってきたというのが問題になりました。対象となる人口の絶対数が減っているというのが、婦人科とか小児科の先生方が減ってしまった大きな理由であります。現在、婦人科や小児科に対しては色々な診療報酬等があり、少し改善しつつあります。(資料14)



## 高齢化の推移と将来推計

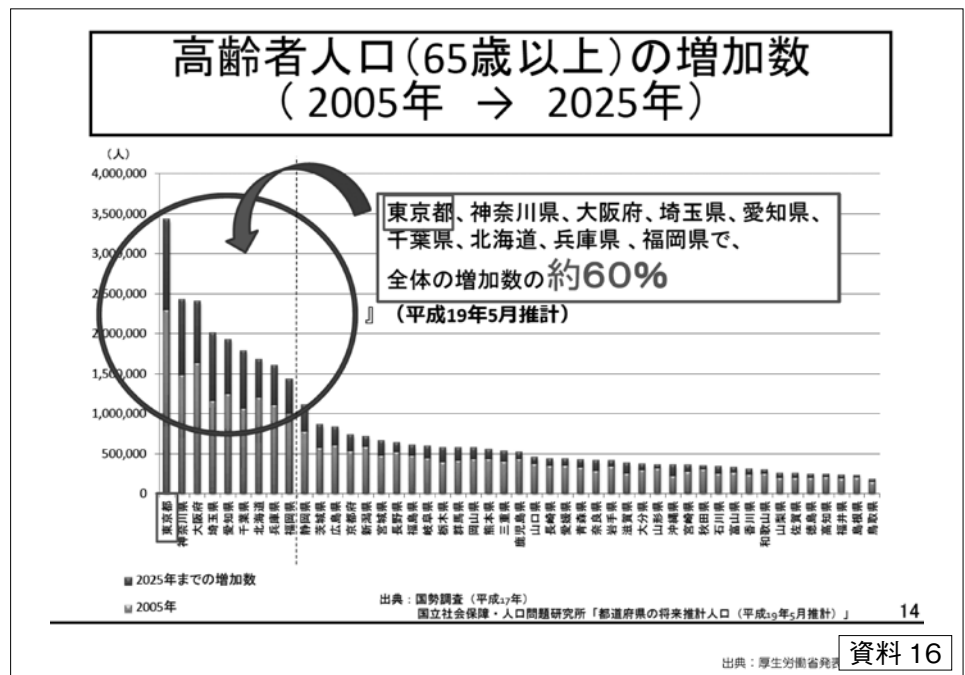
もう一方で、今後高齢者の比率はどんどん上がっていきます。人口でみていきますと、高齢者の比率が2025年からスタートしているわけなのですが、やはり大きな増加があります。(資料15)



## 高齢者人口(65歳以上)の増加数(2005年→2025年)

資料16は、2005年から2025年の県別の高齢者人口の増加数です。棒グラフの濃い色の部分が、2005年の時点から20年間でこれだけ増えるというよく出てくる図です。実際に増えるのは棒グラフ内の点線より左側にある9つの都道府県で、高齢者の占める割合でいきますと、グラフを丸で囲ったエリアで60%増えるということです。

先ほどの繰り返しになりますけれども、65歳以下の方はどの都道府県でも減っていくわけなのです。従って、65歳以下の医療というものはやはり漸減していくということで、かたや65歳以上の医療に関しましては、特にグラフを丸で囲ったエリアを中心に、これから10年間、20年間単位ぐらいで増えてくるということでありま



## 地域包括ケアシステムの構築について

一つ、本日のテーマにも入っています地域包括ケアシステムというのが、今後作られるということであり、今は、まだ地域医療構想という形での病院の機能分化が先に主体になっておりますけれども、近々こういう話が具体化していきます。

今後は、やはり生活を中心に医療と介護をどういうふうにして絡めていくか、資料17に記載の生活支援・介護予防等と医療と介護とをいかにして絡めていながら、団塊の世代の方を中心に高齢者の方を看取っていくか、また、生活圏を作っていくかということです。

地域包括ケアシステムというのは、高齢者のためだけのシステムではなくて、地域に生活する人、子どもも含めた医療や介護のあり方を考えていくシステムでありますから、決して高齢者だけのシステムではありません。今お示したような意味で、色々なことを絡めていかなければいけないのが地域包括ケアシステムであります。(資料17)

**地域包括ケアシステムの構築について**

D.L. 65歳、あるいは65歳に  
厚生労働省

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要がある。

地域包括ケアシステムの姿

26

資料 17

出典：厚生労働省HP 社会保障制度の改革推進部

## 地域ごとの高齢化の特徴

但し、先ほどから繰り返しますが、高齢化の進捗状況によって違いはあるのですが、どの地域でもやはり問題になるのは、高齢化に対する対策をどう立てるかどうかということで、非常に大事になってくるわけであり、資料18の右側に記載の75歳未満の人口の将来推計でいきますと、既にどんどん減ってきています。東京都であっても75歳の方はどんどん減っていきます。かたや左側に記載のグラフの数字でいきますと、75歳以上の高齢者の方はこういうふうには、まだまだ今後20年単位ぐらいで上がっていくということでもあります。

もう一つ考えないといけないことがあります。先ほど言いましたように、日本の総人口はもう減りつつあるということです。高齢者の方は増えていくのですが、実はもう20年、30年スパンで減っていきます。我々がこれからしっかりとやっていかなければいけないのは、高齢者医療ということなのです。高齢者医療もあと10年、20年単位で、もう既に県によっては、先ほどの資料16のグラフの右の方の県においては、もう高齢者は増えなくなっている県が出てきているということです。ということは、医療も介護もあと20年、30年スパンで、実は一旦整理の時間に入ってしまうの

**地域ごとの高齢化の特徴**

D.L. 65歳、あるいは65歳に  
厚生労働省

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やか。
- 今後10年間で75歳以上人口は都市部においては急速に増加するが、地方ではそれほど増加しない。
- 75歳未満人口は特に地方において急速に減少する。

**医療のインフラ維持が困難！**

75歳以上人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)

75歳未満人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

2

資料 18

出典：厚生労働省HP 社会保障制度

ではないかということ、是非とも認識して頂きたいと思うのです。どんなにこれから高齢者が増える大都会であっても、先ほどから高齢者が増えると言っている県であっても、団塊の世代の方々を見送ったあとはやはり必ず右肩下がりになります。人口が右肩下がりになった時点で、様々な箱物である医療提供の施設も、介護施設も余ってくるということです。施設の余り方は、先ほどから出ています県によって非常に差がありまして、早いところではもう余りつつあるところが出てくるということです。今お示したようなことをやはり認識して、我々は今後の医療、介護を展開していかなければいけないかなということでもあります。

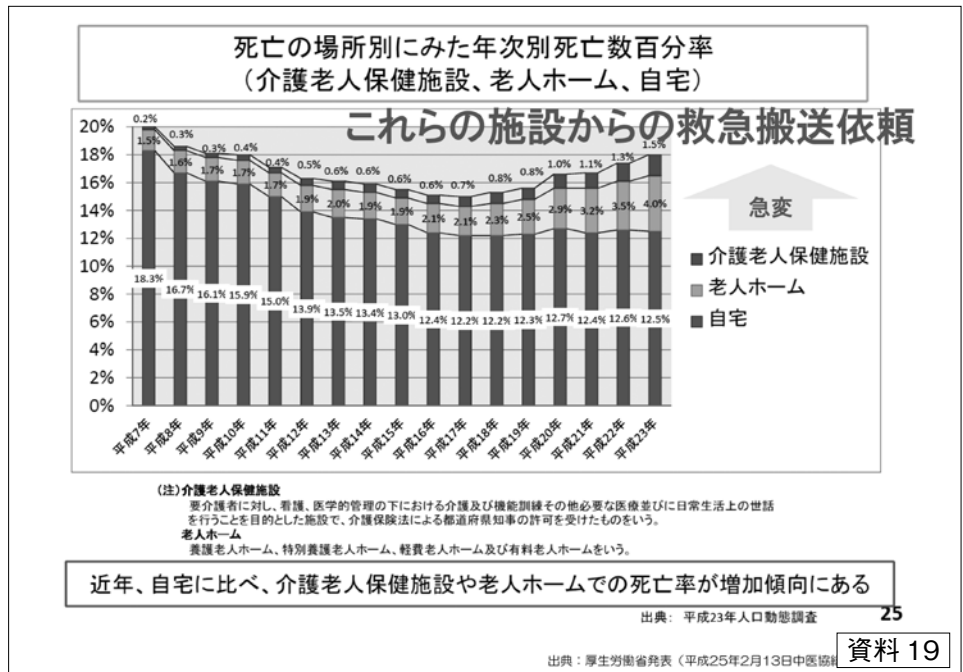
一つ目は、高齢者の医療について考えると、高齢者の医療は、実はよく言われている在宅医療というのがベースにあります。二つ目は、高齢者の方々を含めて我々は、2人に1人はがんになります。3分の1はがんで亡くなります。従って、がん治療というのが高齢者の医療の中では非常に大きなものになります。三つ目は、脳卒中や心筋梗塞で倒れたり骨折したりとか、そういった急変時の対応をする高齢者救急があります。

在宅医療、がん治療、高齢者救急の三つが、今後の我々高齢者医療の中での大きな大事な分野だと思っております。我々病院にとりましては、今お示した大きな三つの分野のどこに位置するか、多分、在宅医療に関しましては、診療所の先生方が主体で今後はやはりきっちりとやってもらわなければいけなくなりますが、そこらと少し絡みながら、がん治療も少し絡み、また高齢者救急も絡み、どこかに我々の病院は位置してしっかりと対応していくのが、今後の我々病院のあり方だと思っております。(資料18)

## 高齢者の救急搬送問題を考える

### 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率(介護老人保健施設、老人ホーム、自宅)

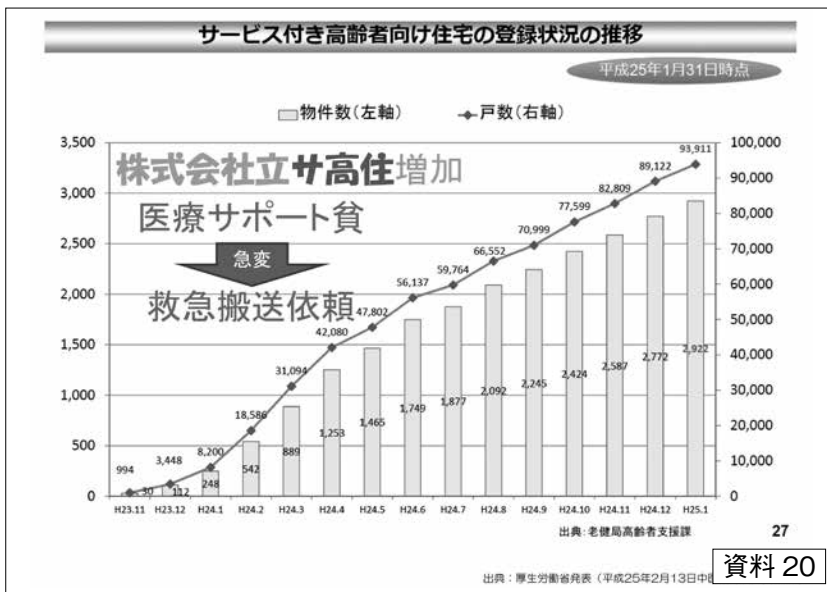
今、高齢者が亡くなる場所として自宅で亡くなる方は10数パーセントと少なく、8割以上の方が病院で亡くなっているというのが現状としてあります。また、老人ホーム、介護老人保健施設等で亡くなる方が少しずつですが今増えつつあります。しかし、現実的には何か急変がありましたら救急搬送となり、先ほど申しました救急車に乗って救急病院へ行くというのが一つの形としてあります。(資料19)



## サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

今、サービス付き高齢者向け住宅がたくさんできていますが、サービス付き高齢者向け住宅でも、やはり今のところ内部だけの看取りは難しく、また急変時はしっかりとした治療をしなければいけないという段階であれば、救急車に乗って搬送されるということが現実的な対応になっております。今後、在宅医療がきちりとシステムティックになるまでは、この体制ですといくのではないかと私は思っております。

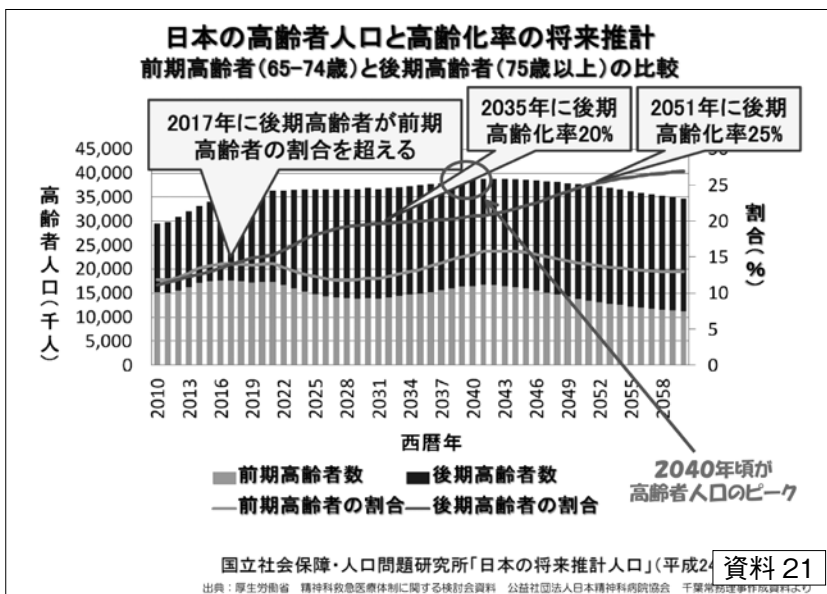
救急搬送というのがやはり一つのあり方になってきます。ですから、高齢者の救急医療というのは今後非常に大事になってきます。先ほど言いました地域包括ケアシステムにおいても、きちりとした救急体制があるかないかによって、地域包括ケアシステムが成り立つかどうかということになってくるのではないかと思っております。(資料20)



## 日本の高齢者人口と高齢化率の将来推計

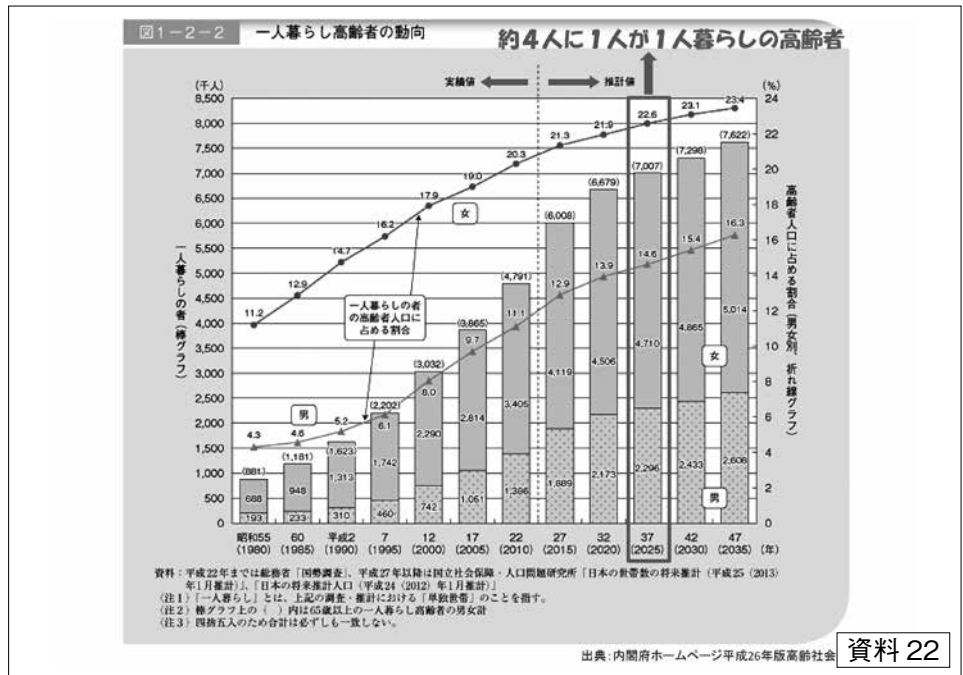
先ほどの繰り返しになります。資料21のような形で2040年頃を高齢者の人口のピークとしますと、もうこれ以降は日本も、様々な施設や介護施設も一段落ついて、整理の時代に入るということも認識して今後の展開を考えなければいけないということです。

一方で、逆の面で見ると、地域によっては20年ぐらいのスパンで高齢者の医療がものすごく増えてくるということです。需要があるということです。需要があるということに関してプラス思考で考えて頂いて、前向きにしっかり対応をやらないと、実は追いつかないのではないかと懸念ももっております。(資料21)



## 一人暮らし高齢者の動向

あともう一つは、高齢者の独居の方が益々増えてくるということです。「在宅」という言葉がよく使われるのですが、今、実は「在宅」として厚生労働省が使っている多くの意味は、家ではないのです。居宅なのです。居宅というのは、先ほど少し出てきましたサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームというような施設を大体主体に考えられています。サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム



料老人ホームというような施設を主体に考えるのは当たり前の話で、個別の家を訪問する訪問看護等色々な形で今後展開ができると思いますが、訪問看護等に要する費用、人、時間等を考えますと、やはり居宅的なサービス付き高齢者向け住宅といえますか、一つの建物の中で管理するというシステムが一番有効であるということです。少子化の中で考えますと、世話をする方がいないわけですから、サービス付き高齢者向け住宅等で暮らす高齢者の一人暮らしの方が増えてくると、結果的にはサービス付き高齢者向け住宅等に、どんどん高齢者が勧められて入っていくであろうということになるかと思えます。(資料22)

## 救急自動車による急病の年齢区別の疾病分類別搬送人員の推移

資料23の表は、救急車による急病の年齢区別の疾病分類別搬送人員の推移です。救急車による搬送者は高齢化が進んできて、救急車で運ばれる方の大体6割近くが高齢者であるということでもあります。(資料23)

救急自動車による急病の年齢区別の疾病分類別搬送人員の推移

	平成20年	全搬送占める割合	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	全搬送占める割合	平成20年比	
									増減件数	増減率
死亡	54,249	1.9%	54,683	59,250	61,729	63,925	61,469	1.8%	7,220	113%
内高齢者	44,447	1.6%	45,247	49,449	51,694	54,184	52,326	1.6%	7,879	118%
重症	259,252	9.1%	258,212	269,887	275,651	272,479	274,226	8.1%	14,974	106%
内高齢者	194,159	6.8%	194,239	205,036	210,061	209,174	211,798	6.3%	17,639	109%
中等症	1,126,829	39.7%	1,135,981	1,235,668	1,296,983	1,329,551	1,373,906	40.8%	247,077	122%
内高齢者	733,501	25.9%	744,469	825,681	872,674	906,136	946,160	28.1%	212,659	129%
軽症	1,392,564	49.1%	1,411,192	1,510,295	1,590,989	1,628,828	1,654,840	49.1%	262,276	119%
内高齢者	540,818	19.1%	562,306	635,559	690,868	725,249	763,615	22.7%	222,797	141%
その他	1,945	0.1%	1,545	1,513	1,661	1,799	5,664	0.2%	3,719	291%
内高齢者	983	0.0%	756	804	874	904	2,361	0.1%	1,378	240%
合計	2,834,839	100.0%	2,861,613	3,076,613	3,227,013	3,296,582	3,370,105	100.0%	535,266	119%
内高齢者	1,513,908	53.4%	1,547,017	1,716,529	1,826,171	1,895,647	1,976,260	58.6%	462,352	131%

出典：総務省消防庁「平成25年版 救急・救助の現状」より作成

資料 23

## 【疾病構造の変化】認知症の人の将来推計について

もう一つ大きな問題がありまして、認知症の問題です。認知症の方の救急受け入れというのは、非常に負担がかかります。認知症の方の救急の受け入れをどうするかということ、きちりやっておかなければ、今後認知症の方は資料24に記載のような数が増えてきます。2割近くが認知症の方であれば、非常に大きな問題になってくるのではないかと懸念しております。認知症の方の受け入れに関して、しっかりとしたインセンティブのある受け入れ体制が必要ではないかと思っております。

現実的に、今、すごい勢いで高齢者の救急搬送が増えているということでもあります。(資料24)

### 【疾病構造の変化】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
  - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。
  - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数(単位)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数(単位)	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3% <sup>17</sup>

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政総務課長「資料24」

## 民間優位の都道府県と公的優位の県では、人口増加数はどのようになるか？

そこで、もう一度整理になります。民間優位の都道府県と公的優位の県を最初に覚えて頂きました。その中で、今後人口が増えてくる割合はどうかということで資料25にわかりやすく書いています。公的が優位な県は、人口の過疎がもう既に起きているところです。高齢者は増えますが、増える率が非常に少ないのです。かたや民間優位の22の都道府県に関しましては、これから高齢者が増加するうちの8割近くまでを占める可能性があるということです。これはとても大きな違いで、対策をしないことには今後様々な問題が起こってくるということです。(資料25)

### 民間優位の都道府県と公的優位の県では、人口の増加数はどのようになるか？

民間優位 ⇒ 救急搬送の50%以上を民間医療機関が受け入れている都道府県

公的優位 ⇒ 救急搬送の50%以上を公的医療機関が受け入れている県

総人口 人口単位：千人

	2010年	2025年		2040年			
		2010年比	(割合)	2010年比	(割合)		
民間優位	86,220	82,317	-3,903	(52.8%)	73,808	-12,411	(59.7%)
公的優位	41,837	38,342	-3,496	(47.2%)	33,467	-8,370	(40.3%)
合計	128,057	120,659	-7,399	(100.0%)	107,276	-20,782	(100.0%)

65歳以上人口 人口単位：千人

	2010年	2025年		2040年			
		2010年比	(割合)	2010年比	(割合)		
民間優位	19,202	24,331	5,130	(72.3%)	26,393	7,191	(78.2%)
公的優位	10,279	12,242	1,964	(27.7%)	12,285	2,007	(21.8%)
合計	29,480	36,573	7,093	(100.0%)	38,678	9,198	(100.0%)

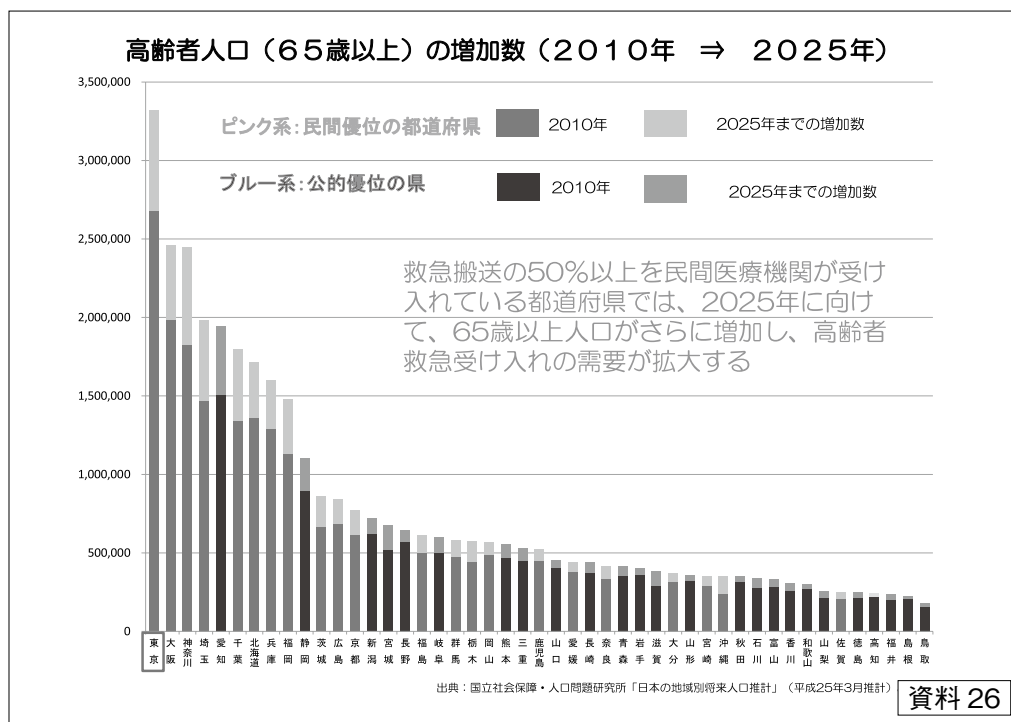
**2010年⇒2025年、2010年⇒2040年に、  
全国で65歳以上人口が増加するうちの7割～8割は、  
民間優位の都道府県で増加する**

資料25



## 高齢者人口(65歳以上)の増加数(2010年→2025年)

資料25の情報を資料16の図に当てはめると、資料26のようなグラフになります。薄い色の棒グラフが民間病院が優位の都道府県で、濃い色の棒グラフは公的病院が優位な都道府県です。資料26のグラフは、高齢者の方の人口を示しているわけですから、グラフ自体の薄い色の上部分が圧倒的に今後高齢者の方が増えるエリアであります。



先ほど説明しました愛知県が例外的に民間優位のエリアに入っています。愛知県が例外的に入っているのは、トヨタ自動車の影響だと私は思っていますし、静岡県はもしかしたら聖隷三方原病院が公的病院に入っているのかもしれませんが、少し例外的なところが2か所あるのですが、ほとんど上位のところはまだ民間病院が主体で高齢者救急の受け入れをしています。これから高齢者がたくさん増えてくるエリアは、民間病院がまだまだ優位で頑張っているところです。従って、何を考えなければいけないかと言いますと、これから急増する高齢者の方を民間病院がしっかりと受け止めないことには、オーバーフローすれば大変なことになり、社会問題になります。今お示したような意味で、いかに民間優位のエリアの医療機関をしっかりと頑張らせるかというのが大事であるということで、薄い色の棒グラフの民間病院優位の都道府県は、民間病院がしっかりと頑張らなければいけないエリアであるということです。

残念ながら、図の右側の方は、人口が減っていく可能性が多いところです。大阪府でこれから高齢者が増える数というのは、資料26の右側に位置する県の人口一つぐらいで、鳥根県や鳥取県の人口分の高齢者が急増するわけです。高齢者人口の増加数の違いというのは大きな違いではないかなと思っています。高齢者が増えるのは、やはり民間病院が優位のエリアのところであるということです。(資料26)

まとめますと、資料27に記載のような形になります。今後、高齢者救急が増えるであろうということは、勿論先ほどから重ね重ね言っております。

一つ大事なことは2次救急ですが、救急車を受け入れる体制で1次、2次、3次というのがあります。1次救急というのが、診療所の先生を中心に、夜間の休日診療所というようなものの外来を主体に行なっているところです。2次救急というのは、入院を必要とした人を受け入れる施設です。3次救急

というのは救急救命センターです。2次救急ではどうしても取扱いができない高次の救急、例えば、多発外傷とか脳梗塞を伴った妊産婦というような、我々2次救急では中々受け入れができない救急を受ける最後の砦としているのが3次救急であります。実は、今3次救急に高齢者の方が多く運ばれるということが出ております。これからの高齢者救急というのが、果たして3次救急が高齢者の救急をするべきなのかということを考えていかなければいけません。3次救急はどれくらいの費用がかかるのかという面で見ますと、3次救急の病院のベッドの1泊の値段は、医療費で負担をするのは大体10万円前後です。かたや、2次救急の病院の費用というのは、入院基本料にプラスして、もらえても8千円だけです。ですから、圧倒的に2次救急の方が負担は少ないわけなのです。今、3次救急に高齢者の方がどんどん運ばれてしまっていることが一つ大きな問題になってきていますが、本来は、2次救急医療機関で高齢者救急をしっかりと受け止めて頑張っていかなければいけないというのが大事です。

現状は、かなり努力しているわけです。大阪府の市内で言いますと、8割近くは民間医療機関が2次救急でしっかりと受け入れをしています。今後一番大事なものは、2次救急医療機関であると私自身は考えておまして、2次救急医療機関でトリアージを確実にしない、在宅で返してよい方はすぐ退院して頂き、どうしても難しい方は確実に治療をして在宅へ進めていくという形をするのが2次救急であります。2次救急が困れば、3次救急の救命センターが助けるということでもあります。

(資料27)

○医療提供体制において、高齢者救急が今後増加する中では、急性期医療を担う民間医療機関の役割は、ますます重要になる

○高齢者救急では慢性疾患の急性増悪には急性期の機能で対応できるが、脳疾患や循環器系の救急搬送では、高度急性期の機能も必要となる

○2次救急医療機関のトリアージを確実に行ってこそ、3次の救急救命センターがその役割を果たすことが可能となる

資料 27



# 地域医療構想策定ガイドラインを考える

## 医療法の改正の主な経緯について

いよいよ本題の地域医療構想の説明を少しさせて頂きたいと思います。私も地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会に出席させて頂いております。医療法の改正に伴って、資料28に記載のような形で展開して、現在まで医療界のことが変わってきました。冒頭に私は日本医療法人協会という協会を言いました。日本医療法人協会は、昭和26年4月に創設されております。病院団体の中では、日本精神科病院協会が昭和23年、続きまして私どもの日本医療法人協会、そのあとに全日本病院協会ができたという形で、私どもは病院団体としては結構古い方の部類に入ります。医療法の改正の度に色々なことが起こってきまして、平成18年に関しましては、例の社会医療法人というのができた年であります。(資料28)

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定 <small>昭和23年 昭和26年</small>	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものの。	○医療計画制度の導入 ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○医療計画制度の充実 ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○医療計画制度の見直し ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○医療計画制度の見直し ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療」資料28

## 地域医療構想の趣旨

資料29は、実は全国医療法人経営セミナーで、以前厚生労働省医政局の迫井課長が使用したスライドを使わせて頂いております。10年後のピークを踏まえて「新規に」整備するのか、今までの既存の医療機関であるのかということがキーワードではないかと私も考えております。今から10年間で施設を建ててどうこうしても、20年、30年先には必要なくなってしまいます。そういうことをするよりは、現状の設備を最大限使ってやるとするのが多分対策ではないかと思っております。(資料29)

**地域医療構想の趣旨①**

地域ごとの選択(需要の変化に対応するために)

- 施設・設備投資の判断
  - 新規整備が必要？
  - 10年後のピークを踏まえて「新規に」整備することが本当に正しいのか
  - 各施設・整備の耐用年数の関係など
- 法人最適と地域最適
  - 先陣争い？
  - 法人経営の最適化と地域(住民から)の最適化が両立するのか
  - 地域アクセスなど総合的な視点

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療」資料29

## 今回の推計方法及び前提等について (一般病床及び療養病床に係る2025年の医療機能別必要病床数の推計)

高度急性期・急性期・回復期・慢性期という四つの機能に病院を病棟別に分けようというのが、今回の地域医療構想の結果であります。

高度急性期と急性期の境界点は、医療資源投入量で3,000点ということになりました。急性期と回復期の境界点は、医療資源投入量で600点、回復期といわゆる慢性期との境界点は、医療資源投入量で225点となり、在宅復帰に向けた調整をすることによって175点という点数で分けるということになりました。

また、慢性期はあとで説明しますが、A、B、Cというパターンがあります。(資料30)

**今回の推計方法及び前提等について**  
(一般病床及び療養病床に係る2025年の医療機能別必要病床数の推計)

- 本推計は、「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討内容について」(第4回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料2 松田委員提出資料)、「地域医療構想策定ガイドライン等について」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号)及び「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について」(平成27年3月31日付け医政発0331第9号)等に基づき、一定の仮定を置いて、実施。
- 本推計の主な方法及び前提等は、以下のとおり。
  - ・ 2013年度(平成25年度)1年分のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等を使用。

**【高度急性期・急性期・回復期の境界点】**

- ・ **高度急性期と急性期の境界点(C1)は、医療資源投入量で3,000点。**  
※1 患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数(入院基本料相当分及びリハビリテーション料の一部を除く。)で換算した値。
- ・ **急性期と回復期の境界点(C2)は、医療資源投入量で600点。**
- ・ **回復期と在宅医療等の境界点(C3)は、医療資源投入量で225点(在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分※2。)。回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者数(一般病床・療養病床)を加算。**  
※2 医療資源投入量が175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。)であってリハビリテーション料を含んだ医療資源投入量が175点以上となる医療を受けている場合は、回復期に分類。

**【慢性期(パターンA・パターンB・パターンC)】**

- ・ **パターンA:**全ての二次医療圏の療養病床の入院受療率(※3)を全国最小値(県単位)にまで低下するとして、推計。  
※3 療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。以下同様。
- ・ **パターンB:**全ての二次医療圏において療養病床の入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合(全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合)解消するとして、推計。
- ・ **パターンC:**要件(※4)に該当する全ての二次医療圏は、パターンBの目標入院受療率の達成年次を2030年(平成42年)とし、2025年(平成37年)においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率まで低下するとし、その他の二次医療圏は、2025年までにパターンBの目標入院受療率まで低下するとして、推計。

出典：内閣府 社会保障制度改革推進本部 **資料30**

### 病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

資料30を表にしてみますと資料31のような形になります。日本の病院というものは、資料31に記載のような形で、今後四つの機能に分けて区分していこうということです。

高度急性期と急性期の境界点は3,000点で、どういう点数かと言いますと、我々には、入院基本料という、7対1とか10対1とか様々な病院の看護師の数や施設の条件があります。これにプラスして、医療資源投入量という形で区別したのが今回の分け方なのです。これは、全て入院基本料の上に載っている数字だと思って頂きたいと思えます。入院基本料やリハビリは少し外した点数です。外した部分の残りの点数で今回区分けしたということです。資料31の※印が付いているところは慢性期です。

実際には一つの急性期の病棟といえども、色々な患者が入っているわけですが。急性期の病棟に色々な患者が入っているというような形を点数で区分けしていこうというのが、今回の考え方です。(資料31)

**病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方**

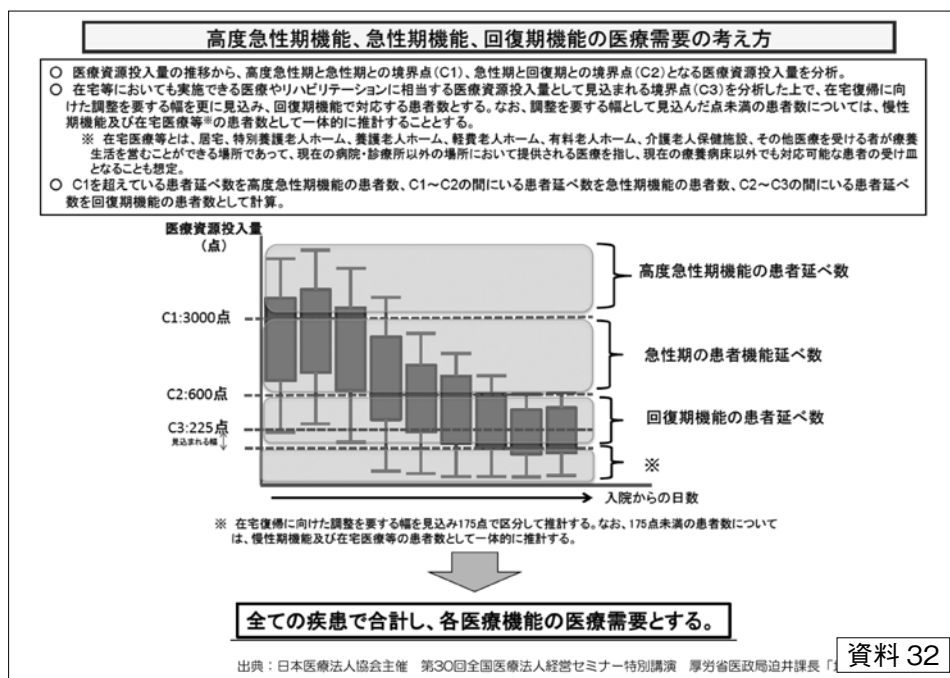
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

出典：第9回 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 **資料31**

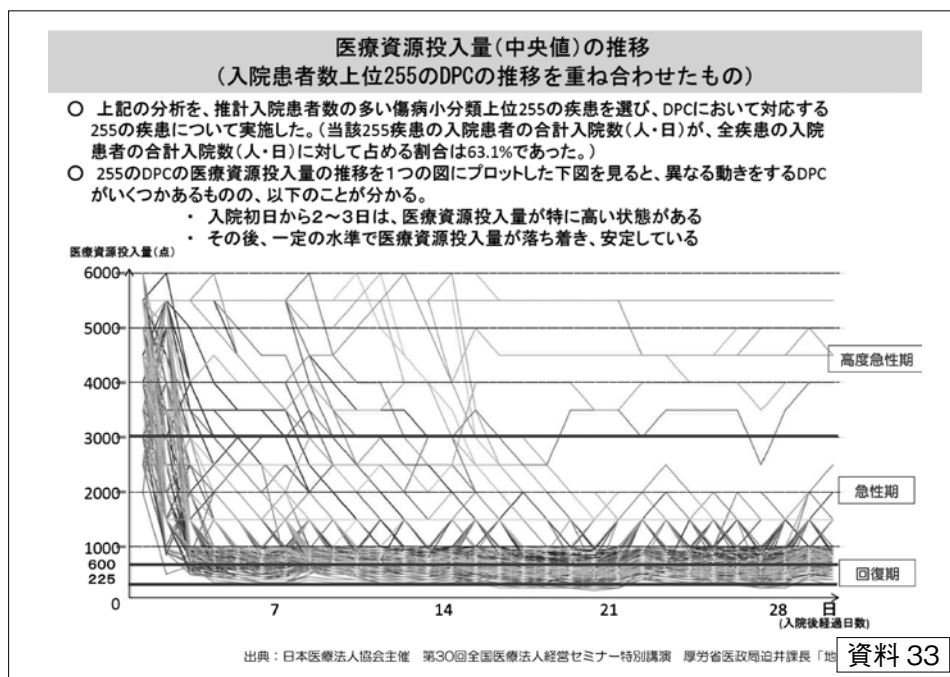
## 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

資料31の元になったのが資料32です。医療資源投入量という形でありませす。入院基本料を省いた、いわゆる医療費のうちの点数で分けていったわけなのです。(資料32)



## 医療資源投入量(中央値)の推移

実は、資料33は、日本中の2013年度のDPCでわかっている7対1、10対1の病院の患者全てのデータであります。こういう形で、それぞれの患者が推移したデータが資料33であります。ですから、図の底辺部たまっているように見えるのは、7対1の方が順番に退院していつているわけですから、最終的に退院するまで残っているところはこのような形で表れますし、こちらで退院している人は、



移行してここから退院しているという方も入っていて、日本中の病院の急性期の病院の患者のデータをまとめてみたものが資料33にあるデータとなります。

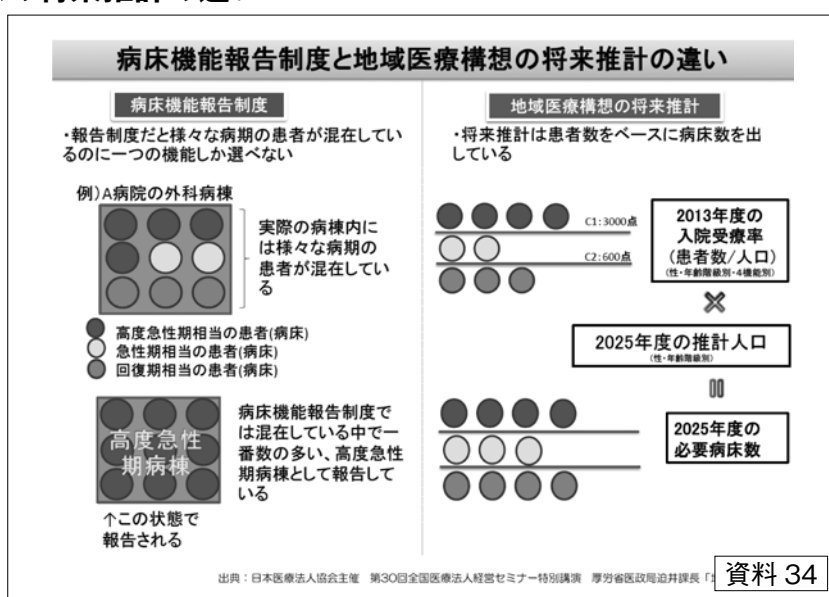
このデータをどうやって分けようかという形になった時に、3,000点という点で切った場合の上部分を高度急性期と称しよう、600点～3,000点を急性期と称するというので、今回決めたわけです。ですから、図の600点から上が急性期になるわけですね。従って、600点の線の下があるではないかという話になるわけです。ここが今回のポイントであります。高度急性期、急性期については、ハイケアユニットという単位があります。ハイケアユニットという単位で、SCU、HCUというのがあり、HCUというところの単位で切ったのが3,000点という

ところで、いわゆる集中治療室というようなもので、取扱う患者は、3,000点という区切りで上にしようということ、高度急性期になりました。実際には、全部の線は、全て今の段階では急性期に入っている人なのです。ですから、DPCで出ている全ての合計を重ね合わせているわけですから、急性期はここまでという形で、600点で切ったわけです。この下のたくさん書いてある線のところにいる患者は、今は急性期の病棟にいます。その方が、今後回復期にしましょうというのが今回の分け方です。

資料33は全部DPCのデータです。今は7対1、10対1のところに入っていらっしゃる患者全てのデータですから、この表は、急性期のゾーンに入っているのです。それを、今後、急性期からは早く出して回復期に回しなさいよというのが、今後の方向性と言ったらおかしいですが、機能分化の分け方なのです。(資料33)

### 病床機能報告制度と地域医療構想の将来推計の違い

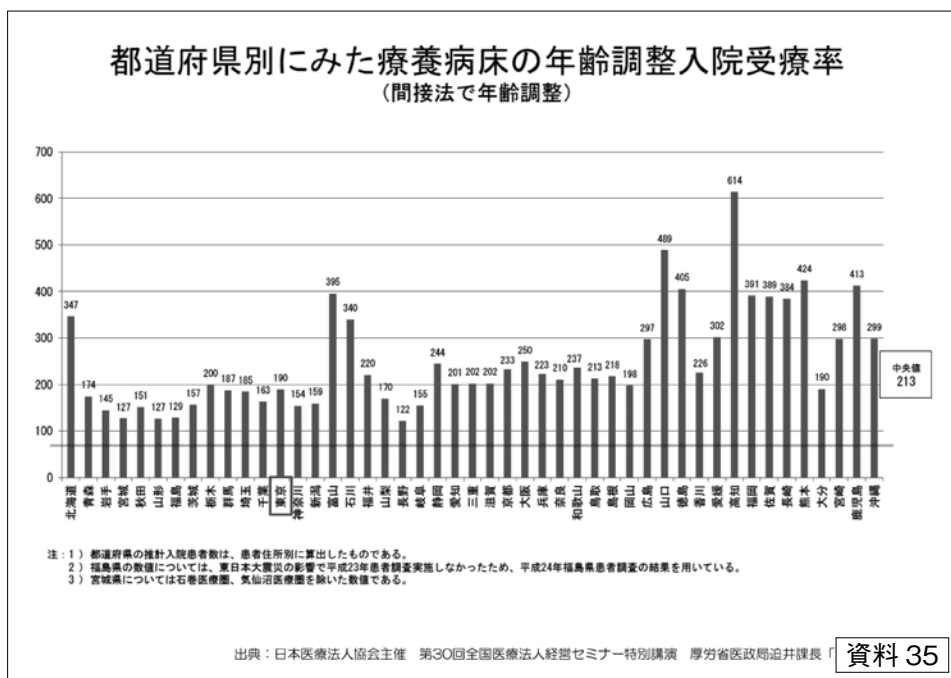
もう少しわかりやすく、迫井課長が使われた資料で説明しますと、現在、一つの病棟には資料34の左上の図のような感じで患者が入っているわけです。高度急性期相当の患者や急性期相当の患者がいますし、回復期相当の患者もいます。医療資源投入量で調べてみたら、600点以下は退院前の患者や回復期の患者であろうということ、600点というところで線を区切ったわけです。そうすると、今後は資料34の右上の図の回復期相当の患者は回復期へ回しなさいよというのが、今回の機能分化の分け方です。



3,000点以上は、今後は高度急性期、600点～3,000点を急性期、600点から下を回復期、さらに下のところで慢性期に分けようという形です。これを機能分化という形で、今後区分けしていこうということです。いわゆる患者を分けただけなのです。ですから、今、急性期にいる患者を今後右図のようにしますけれど、今は実際には急性期の病棟にいらっしゃる患者がかなりいるということです。(資料34)

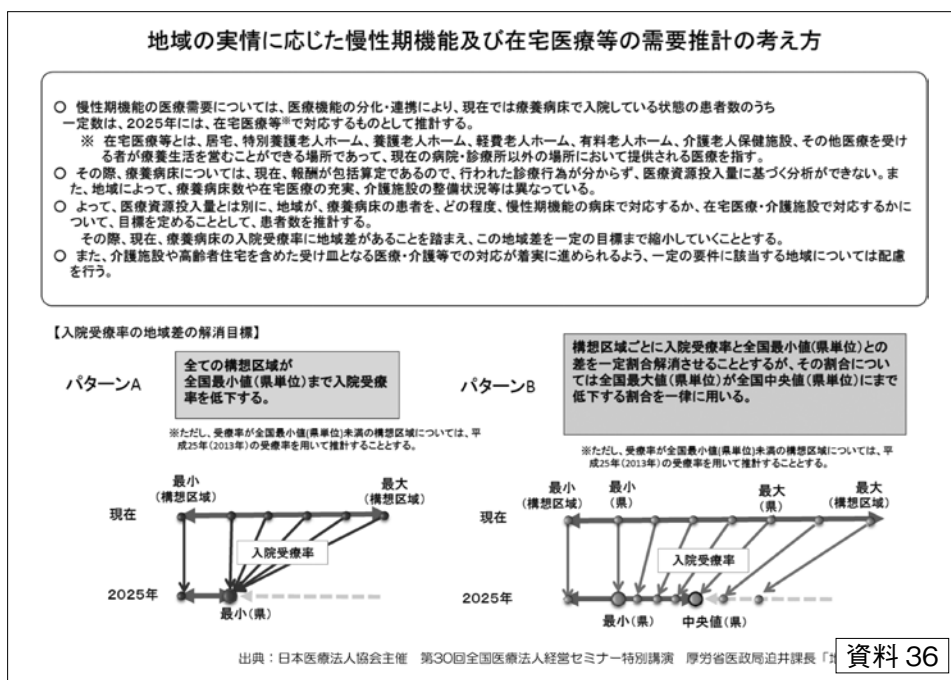
## 都道府県別にみた療養病床の年齢調整入院受療率

慢性期の分け方をどうするかというのが資料35です。慢性期に関しましては、入院受療率という数字で区分けしようという形になりました。資料35でみていきますと、長野県は122です。入院受療率は、患者がどれだけ入院をするかという比率で、一番多いところが高知県で614です。都道府県によってこれだけ差があるわけです。高知県は慢性期のところは入院されている人が多いということです。(資料35)



## 地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

今回、慢性期をどこで線を切ろうかということで、パターンAは入院受療率が一番少ないところで線引きをしようというもので、パターンBは中央値で線引きしようという話になりました。どこかに日本の慢性期の入院率を集約していこうということです。慢性期の入院率を集約することによって、慢性期のベッド数、入院数、患者の数を決めようということになりました。入院受療率が最小の県、今のところは長野県とすれば長野県の数字へ合わせていこうということです。



中央値に合わせようとする、中央値へ入院受療率が最大の高知県をはじめ、みな中央値のところへ集約します。2025年に入院受療率が中央値へ落ちるようになっていこうという中央値を推定した患者数で決めていこうというのが、慢性期の決め方になります。(資料36)

## 地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

ただ、2025年までにはちょっと間に合わないぞということで、パターンCというのが作られました。2025年ではなくて2030年を期限として集約化して中央値に合わせようというパターンCというのができました。パターンBとCが似ているのですが、5年ほど時差をもってやるというのがパターンCであります。今お示したような形で、入院受療率で決めたのが慢性期の入院患者の数です。パターンCが2030年に、中央値に全部の県が行くようにということの方向性で決めた入院受療率であります。(資料37)

**地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について**

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

- 都道府県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する構想区域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。  
その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

**【要件案】**以下の①かつ②に該当する構想区域

- ① 当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値(32%)よりも大きい
- ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。  
※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

(地域医療構想策定後の目標修正について)

- 一定の要件に該当する構想区域において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

一定の要件→ 全国中央値を超える減少率の都道府県の構想区域(中央値を超える減少率の構想区域に限る。)その他これに類する構想区域  
特別な事情→ やむを得ない事情に限定  
厚生労働大臣が認める方法→ 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法

資料 37

## 2025年のあるべき病床数の推計結果について

資料36、37のような形によって何を決めたかと言いますと、結局、高度急性期はどれだけの患者がいるのかという、いわゆる患者の数をまず推計したわけなのです。今回お示したような形で、今、急性期にしようが600点のところまで線引きをしたことによって、急性期から今度は回復期に回しなさいよという形で、患者の数を推計したわけです。患者の数を推計して、最終的には、稼働率等で割り算をして必要な病床数を求めたというのが、今回の地域医療構想における数字であります。

**2025年のあるべき病床数の推計結果について**

- 今後もしも高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。  
(⇒「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため。  
・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに  
・ 今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、  
国・地方が一体となって取り組む。

**【現状:2013年】**

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告 123.4万床\*

高度急性期 19.1万床

急性期 58.1万床

回復期 11.0万床

慢性期 35.2万床

療養病床 34.1万床

一般病床 100.6万床

療養病床 34.1万床

**【推計結果:2025年】**

機能分化等をしないうまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿) 115~119万床程度

高度急性期 13.0万床程度

急性期 40.1万床程度

回復期 37.5万床程度

慢性期 24.2~28.5万床程度

29.7~33.7万人程度

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\*2014年7月時点(未報告・未集計病床数などあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない) 平成27年6月15日:内閣官房情報調査会資料

資料 38

2013年度では、今のところ自分の病院は急性期である等、手挙げをまずして頂き、自分の病院はこうであるということ病棟を分けて発表して頂いたのが、資料38の数字です。そうすると、今、高度急性期と自称している病棟が19万1千床あり、急性期が約58万1千床、回復期が11万床、慢性期が約35万2千床あったということです。先ほどの患者の推計をして稼働率を決めて割り算をすると



今回発表された数字が資料38の右側であります。そうしますと、「急性期がやはり減るではないか。回復期が増えるではないか。」と思われるかと思うのですが、急性期が減って回復期が増えるということについては、先ほど答えを出していますとおり、600点で切った時に、今はまだ急性期にいる患者は今後10年かけてしっかりと回復期の方へ移しなさいよということでもありますので、今後、急性期から回復期に移っていくわけなのです。「現状で、急性期にやたらめったに多いではないか。」というのは当たり前の話で、先ほど言いましたように、まだ急性期のベッドに患者はいらっしやいます。7対1、10対1のベッドの退院前の回復期に近い方は、まだ急性期のベッドにいらっしやるわけなので、結果的には急性期が増えるというのは当たり前の原理であります。今後、急性期にいる患者を10年かけて回復期の方に移していこうという形であります。今、回復期として手を挙げたところは、回復期リハビリテーション病棟を持っている病棟であります。ほとんどの方が、回復期リハビリテーション病棟を持っている病棟でありました。

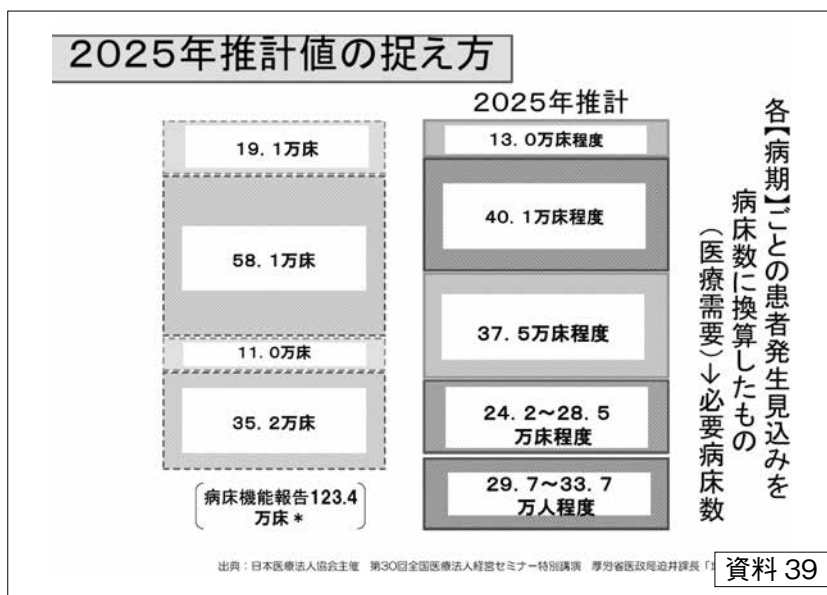
もう一つご存じの方は、地域包括ケア病棟というものがあるではないかということです。地域包括ケア病棟は、前回の診療報酬改定の時に造られました。地域包括ケア病棟は、13対1という看護基準が原則ですので、回復期と称するところへ地域包括ケア病棟というものを造ったということは、急性期の受け皿として意図したというのはもう見え見えかなということでもあります。但し、これも今後、地域包括ケア病棟に関しては議論をしながら、地域包括ケア病棟だけでやっている病院に関しては、急性期も認めようという形で、ある程度救急を受け入れる加算を付けようとかいったことがさらにまた加えられるかもしれませんし、「手術した手術代はどうするのか。包括の今の中でいける範囲ではないか。」というような議論が今進んでいますので、地域包括ケア病棟に関しましては、今後、回復期のエリアに入っているのが多いですが、少し急性期に入っているところも出てくるかと思えます。今お示したような意味で、地域包括ケア病棟と回復期トリハビリテーション病棟等を足したものが37万5千床を目標に2025年へ向かっていくというのが、今回の決めた内容であります。

但し、あくまでも向かっていこうという目標数値でありますので、ここは絶対の数字ではありません。そこから、今話がいて、回復期の少ないところの分や慢性期に関しては、今療養のベッドの中で医療区分の1のうちの70%の患者を在宅にしようと、それも慢性期に今いらっしやる方の70%を今後在宅でみていこうという形で出した部分が、将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数の部分であります。この部分も、今は慢性期のところにいらっしやるわけなので、ここがまだ多いというのも当然のことでもあります。これをうまく時間をかけて、いかに在宅へ帰せるかどうかというのが、これからの地域医療構想の求められる結果でもありましょうし、求める方向であるというのは事実だと思っております。(資料38)



## 2025年推計値の捉え方

資料38をもっと見やすくしますと資料39のような形になります。今回の中でいきますと、これが慢性期でありますし、このうち先ほど言いましたように、この医療区分の1のうちの70%の方を在宅に帰すということも含めて、こういった形で、資料39の右の2025年推計の一番下の部分が在宅医療等で追加的に対応する患者数であります。下から二番目の部分が慢性期、真ん中が回復期、上から二番目が急性期、一番上が高度急性期という形で示しています。でも、



資料39を見て頂いてもわかるように、左図の部分と右図の慢性期から上の部分の数はほとんど一緒なのです。ですから、それほどベッドが激減するというような話では、実はないということであり、それぞれの機能をもう一回ちょっと考え直そうという形でこれからしっかり区分していかうというのが、地域医療構想であります。

この辺りは得てして、在宅へ帰る部分のベッド数を含めて削減という言葉に変わっているのは、ちょっと早とちりであり、2025年推計値は、機能を分化するという意味で、今後頑張っていこうという目標数字であります。そういうことをわかりやすく理解して頂くための図になるかなと思っております。(資料39)

## 大阪府の地域医療構想策定の取り組み状況

### 厚生労働省の定める算定式と地域医療構想策定支援ツール

#### 地域医療構想策定支援ツールの内容

今からお示するのは大阪府での取り組みです。我々がどういことをしたかと言いますと、大阪府ではもうデータを頂きそれぞれを使いながら、先ほどの推計値を確認する作業をこの半年近くやりました。(資料40)

厚生労働省の定める算定式と地域医療構想策定支援ツール  
地域医療構想策定支援ツールの内容

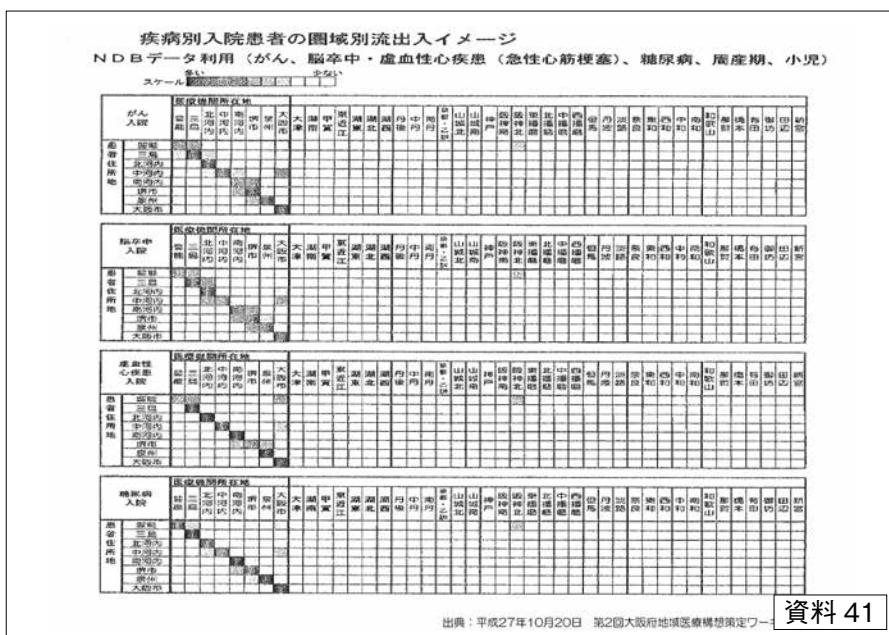
医療需要算出での利用データ

医療需要	利用データ	病名
①NDB (National Database) のレセプトデータ 上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料 ②DPC データ ③公費負担医療分医療需要 (医療費の動向) ④医療扶助受給者数 (被保護者調査) ⑤訪問診療受療者数 (生活保護患者訪問診療レセプト数) ⑥分娩数 (人口動態調査) ⑦介護老人保健施設の施設サービス受給者数 (介護給付費実態調査) ⑧労働災害入院患者数 (労働災害入院レセプト数) ⑨自賠責保険入院患者数 (自賠責保険請求データ)	①NDB (National Database) のレセプトデータ	有
	上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	無
	②DPC データ	有
	③公費負担医療分医療需要 (医療費の動向)	※
	④医療扶助受給者数 (被保護者調査)	※
	⑤訪問診療受療者数 (生活保護患者訪問診療レセプト数)	無
	⑥分娩数 (人口動態調査)	有
	⑦介護老人保健施設の施設サービス受給者数 (介護給付費実態調査)	無
	⑧労働災害入院患者数 (労働災害入院レセプト数)	無
⑨自賠責保険入院患者数 (自賠責保険請求データ)	無	
人口	住民基本台帳年齢階級別人口	—
将来推計人口	国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口	—

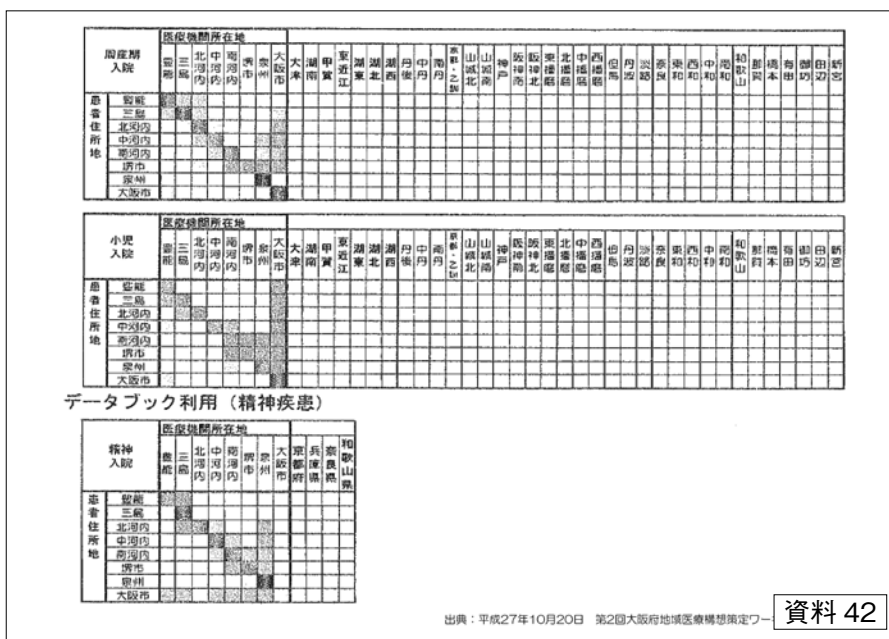
出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定「資料40」

## 疾病別入院患者の圏域別流入イメージ

結果は資料41のような形です。資料に出ていますように、それぞれ疾患ごとに、実はこの圏域が二次医療圏の区分け方です。大阪府は、地域医療構想の地域と二次医療圏とは一緒だという結論が出ました。それは、資料41で斜めになっているエリアで、これは自地域でカバーされていることが多いと度数が黒くなっていきます。ですが、ほとんどが疾患の形で地域ごとに全うできているので、こういったことをずっと1、2か月かけて分析しながら、地域医療構想のエリアはこれでよいのかどうかということを検証していきました。(資料41)



ただ、資料42を見て頂くと一つ特異なものがありまして、精神疾患は今回、地域医療構想から外れております。実は、大阪市内に精神科の入院施設がほとんど皆無に近いのです。30床ぐらいあるだけです。ほとんど大阪市の方は、精神科の患者が入院する時には、色の付いたエリアに散っていつているわけです。色の付いたエリアの精神科病院に入院されているという形になります。精神科に関しては、大阪市は市内に精神科の入院施設がほとんど皆無に近いという弱点があり、色が散る時には資料42のような形であるということの認識に、精神科のところを見て頂いたらわかると思います。



小児も大阪市内には大きな施設がありますので各地域からも受け入れをしていますし、さらに、市内はかなり全うして大阪市内で小児の入院はカバーしているということでもあります。同じようなことが周産期でも言えるかと思えます。

資料41、42に記載したような形で全部を点検していったわけなのです。点検するということは、その地域の二次医療圏で果たしてカバーできるのかどうか、今回、地域医療構想の色々な疾患に対してもどうであろうかということ調べさせて頂きました。(資料42)

## 居住地で入院する患者の割合(疾病別・事業別)

がんであれば、72.7%が豊能だけでカバーできているということでもあります。

今お示したような形でずっと検証をしたわけです。果たして地域医療構想の地域枠を二次医療圏にもっていったらどうかということの検証を、このようにさせて頂きました。ずっと検証していきまして、データをどう使ったかということ資料43に書かせて頂きます。大阪市、大阪府含めて検証した結果の数字が資料43であります。(資料43)

居住地で入院する患者の割合(疾病別・事業別)

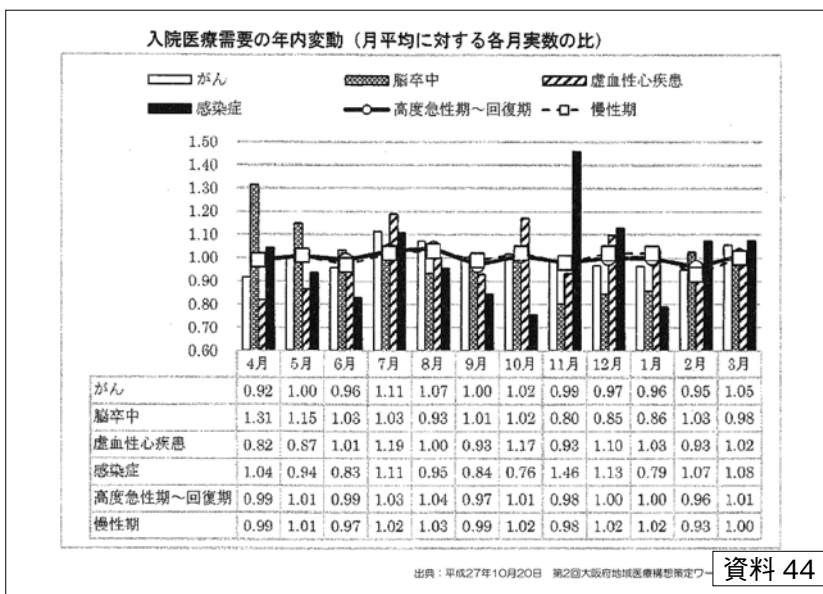
	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市
がん(1)	72.7%	72.4%	73.3%	48.9%	70.7%	69.6%	70.6%	88.7%
脳卒中(1)	82.6%	76.6%	87.6%	72.7%	84.9%	74.1%	86.9%	89.2%
急性心筋梗塞(1,3)	73.5%	72.3%	78.8%	63.7%	78.6%	75.2%	83.0%	87.2%
糖尿病(2)	73.4%	95.9%	89.8%	67.9%	93.4%	84.0%	93.1%	93.2%
精神疾患(2)	62.5%	84.6%	59.6%	69.0%	69.4%	60.0%	91.3%	6.0%
救急医療(2)	77.9%	84.5%	85.0%	73.2%	79.5%	85.4%	86.4%	90.2%
周産期医療(1,4)	84.8%	85.1%	74.6%	75.5%	89.1%	76.1%	100.0%	87.6%
小児医療(1)	72.1%	73.2%	59.2%	46.8%	76.7%	59.2%	89.8%	79.8%

(1) 支援ツールより算出  
 (2) データ分析(NDBデータ、データブック)により算出  
 (3) 急性心筋梗塞の代用として、循環器疾患で算出  
 (4) NDBデータ利用規則に基づくマスキングデータを除く数字により算定した割合である

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ **資料43**

## 入院医療需要の年内変動(月平均に対する各月実数の比)

資料44は、年内変動ということの色々あるということの一つの例です。年内変動も考えなければいけないのかなということでも分析してみました。脳卒中に関しましては、2013年度のデータで、4月、5月に非常に入院が増えておりました。感染症は11月に増えています。感染症が11月に増えているのは、インフルエンザや肺炎とか色々なものが増える時期があるということです。月ごとのブレを見ながら、大体4~5%以内の年内変動であったということです。一応、年内変動も先ほど言いました地域枠でカバーできるということを検証させて頂きました。今お示したようなことを色々やって、色々出してきたということでもあります。



あと、救急の増える割合はどうかということも色々やりました。今お示したようなチェックをしながらずっと枠をどういうふうにするかということ、決めた枠内で各地域に関しましては、二次医療圏を使って今回はやるということに決めましたし、必要病床数もそれぞれの地域ごとの合算として出てきました。(資料44)

## 病床機能報告との比較

大阪府の場合、結果は資料45のようになりました。高度急性期に関しましては、2025年の必要病床数が11,789床です。ですから、今回、平成26年7月に報告した内容のベッド数でいきますと202床足りないということです。急性期のベッドは、2025年は35,047床ですが、現在、約43,635床ありますので、8,588床多いということです。回復期に関しましては、必要病床数は約31,364床で、現在7,262床しかないので、回復期は24,102床足りないということです。実は大阪府は慢性期も足りなかったということが出てきています。全部で16,003床足りないということですが、大阪府の場合、未報告が6,000床ありましたので、差し引きしますと約10,000床近くが2025年に向かって用意しなければいけないということです。

今回、今お示したような形で調べて検証して病床数が足りなくなっているのが、6都道府県あります。東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、大阪府、沖縄県はベッドが足りないということです。ということは、逆の意味で、あとの残る41の都道府県はベッドが余っているという数字が今回出たということであります。

先ほどから言っていますように、これはあくまでも目標数字でありますので、足りない、足りるという話でも、一応、今回の計算式でいくと大阪府は約10,000床足りなかったという形になります。

ここで一つ大きな問題が出てきました。実は、大阪府はベッドが多いと言われていたのです。地域医療計画という、地域医療構想より先に進んでいる計画の計算式でいきますと、大阪府は実は20,000床オーバーしているという結果でした。ですが、今回10,000床足りないという結果が出てしまったわけなのです。どちらを優先するかという話になるのですが、今のところ、実は地域医療計画の方が先にありますし、地域医療計画の数字で先に推移していくという形でありますから、急に10,000床増やす必要があるかどうかということになりますと、今のところは必要ありません。逆に、今のところ大阪府は20,000床オーバーであり、10,000床足りないという話はまだこれから整理しながらもう1回進めていくという形です。

実際にこういうふう乖離があるというのは、今後やはり議論をしていかなければいけないところだとは思っております。今のところは、数字で調べてみますと、大阪府は不足地域という形になりました。これは二次医療圏ごとの数字です。今お示したような形で全部数字を出した結果が10,000床足りないということであったということです。(資料45)

### 病床機能報告との比較

#### 府内全体の状況

府内総数の平成37年(2025年)の必要病床数と平成26年度(2014年)年度の病床機能報告を比較すると、未報告の6,000床には留意が必要なものの高度急性期と慢性期では、ほぼ均衡しており、急性期は必要病床数を報告病床数が上回っており、逆に回復期は大きく不足する。

府内総数の必要病床数と病床機能報告 [必要病床数は医療機関所在地ベース]

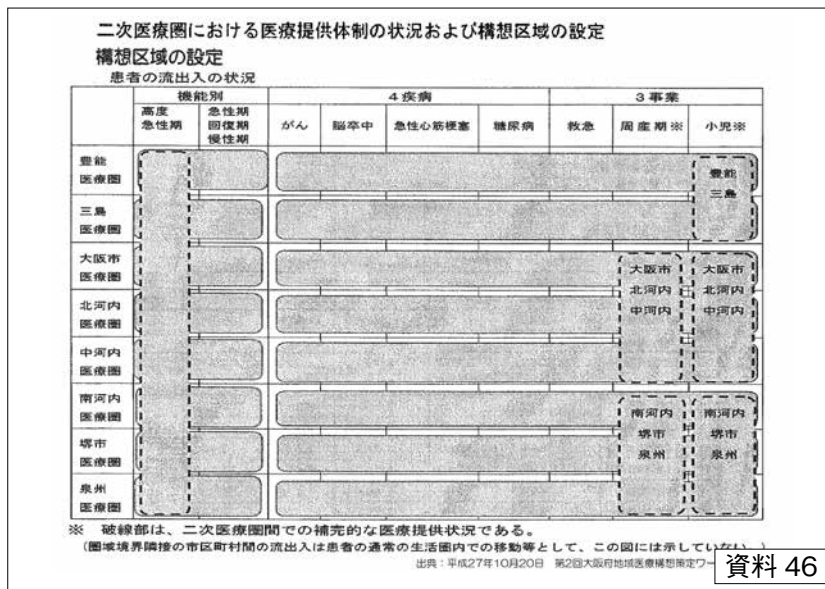
	平成37年(2025年) 必要病床数(床)	病床機能報告(床)(26年7月)	差(床)
高度急性期	11,789	11,587	△202
急性期	35,047	43,635	+8,588
回復期	31,364	7,262	△24,102
慢性期	23,274	22,987	△287
計	101,474	85,471	△16,003(※)

※ 病床機能報告制度は、平成26年度(2014年度)から実施されたが、約6,000床が未報告又は無回答となっている。

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワ **資料45**

## 二次医療圏における医療提供体制の状況および構想区域の設定

大阪府の考え方はこれでいこうということについて資料46の方で記載しております。資料46が医療圏であります。地域医療構想の医療圏と同じように考えることで、二次医療圏をベースに考えることに決定しましたので、資料46に記載のような形で考えていこうとなっています。急性期、回復期、慢性期に関しましては、二次医療圏を使おうということと、高度急性期に関しましては、一応、大阪府下全体で考えようということに、今のところ方向性としては進めております。



疾患ごとで調べましても、ほとんど地域ごとにカバーができています。但し、周産期においては、資料46に記載したようなエリアで一群とした方がカバーしやすいという形で、資料46に記載したような仕訳になっています。今お示ししたような形で、今、地域医療構想は大阪府では進み出したということでもあります。

地域医療構想が進んでいるということでご理解頂きたいと思います。(資料46)

## 「民の効率性」と「公的の繰入金」を考える

### 諸橋イズムの呪縛

次に、もう一度公と民の差を考えていきたいかなと思うのです。先ほど言いました公的病院が多いエリア、民間が多いエリア、色々あるのですが、実は、公的病院と民間病院の大きな違いというのは、繰入金というものがあるかないかで、繰越金があるかないかは非常に大きな違いであります。それと、基本的に公的病院は全て、税制面は非課税になっています。固定資産税も必要ないですし、いわゆる税制面では全く非課税というのが公的病院であります。税制面

**諸橋イズムの呪縛**

- ひとむかし前はあんなに汚かった自治体病院がホテル以上のゴージャス病院に変わった。
- 以前あんなに問題になっていた累積赤字が言われなくなった。
- 自治体病院の職員平均給与は年収約900万円
- 国民は誰もが今の医療が経営的になりたっていると思っている。

資料 47

面で非課税であるということプラス、繰入金というのが毎年入ってきます。繰入金というのが、今でこそ当たり前になっているのですが、実は、昔は当たり前ではなかったのです。ある方が頑張られて、繰入金を日本全国の自治体病院に広められたのです。諸橋先生という先生で、諸橋先生をご存じの方はかなり病院のことをよくご存じの人だと思います。

諸橋イズムの呪縛という形でスライドを用意しております。実は公的病院というのは、昔はそれこそ汚い病院だったのです。汚くてそれこそゴキブリが走り回ってというようなことを表現するとよくないと思うのですが、かつ、年度末になると、いわゆる累積赤字がいくらかという話をしていたわけなのです。それがいつの間にか、平均給与は公務員ですから、やっぱり年収はかなり高くてゴージャスになってしまっています。これを作ったのが先ほど写真でちょっと出しました諸橋先生という先生であります。(資料47)

## 故諸橋芳夫先生の御略歴

諸橋先生の略歴は、資料48に記載のとおりです。全国自治体病院協議会は、現在は、邊見先生が会長をなさっているところであります。この前60周年を迎えられました。諸橋先生は全国自治体病院協議会で14期28年間会長をされていましたので、60年の半分近く会長をされていたことになります。また、日本の病院団体が四つあります。私が会長をさせてもらっている日本医療法人協会、それから先ほど言いました日本精神科病院協会、それから全日本病院協会、それから日本病院会がありまして、諸橋先生は日本病院会の会長を5期15年間なさいました。実は、日本病院会のルールがありまして、「公」の先生が2期やると、「私」の先生が2期やると、2期ずつ会長を請け負っていくという形です。ずっと来ていたのですが、諸橋先生の時に限って5期会長をなさいました。すごい時代でありました。諸橋先生がトップの時に、公的病院に一般会計繰入金を徹底的に普及させました。(資料48)

## 故諸橋芳夫先生の御略歴

昭和17年9月旧東京帝国大学医学部卒業  
昭和27年12月総合病院国保旭中央病院院長就任

- 昭和45年2月(社)全国自治体病院協議会会長就任～14期28年間
- 昭和58年4月(社)日本病院会会長就任～5期15年間
- 平成3年11月勲一等瑞宝章叙勲
- 平成12年1月19日享年81歳で永眠される

資料 48

## 日月無私照

資料49は、諸橋先生のご自身の著書「日月無私照」で、どういうものがちょっと私もわからないのですが、著書をご自身で執筆されております。自治体病院が赤字になってくるとそれぞれの開設者である地方自治体が財政上苦しむということで、昭和35年に奥野先生という、著書に出ていらっしゃる奈良県出身の国会議員の先生の協力を得て、特別交付税制度というのを造ったということです。特別交付税制度のおかげで、自治体病院が今日的发展を迎え、地域

自治体病院と赤に多んだ我が60年

収入  
支出

14  
12  
10  
8  
6  
4  
2  
0

28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 (昭和)

図10 病院事業収支年度別推移

日月無私照

「日月無私照」は、著者である諸橋先生が、自身の著書「日月無私照」で、自治体病院の赤字問題について述べている。この中で、著者は、自治体病院の赤字問題が、地方自治体の財政上苦しむことにつながることを指摘している。また、著者は、昭和35年に奥野先生という、奈良県出身の国会議員の先生の協力を得て、特別交付税制度というのを造ったことについて述べている。特別交付税制度のおかげで、自治体病院が今日的发展を迎え、地域

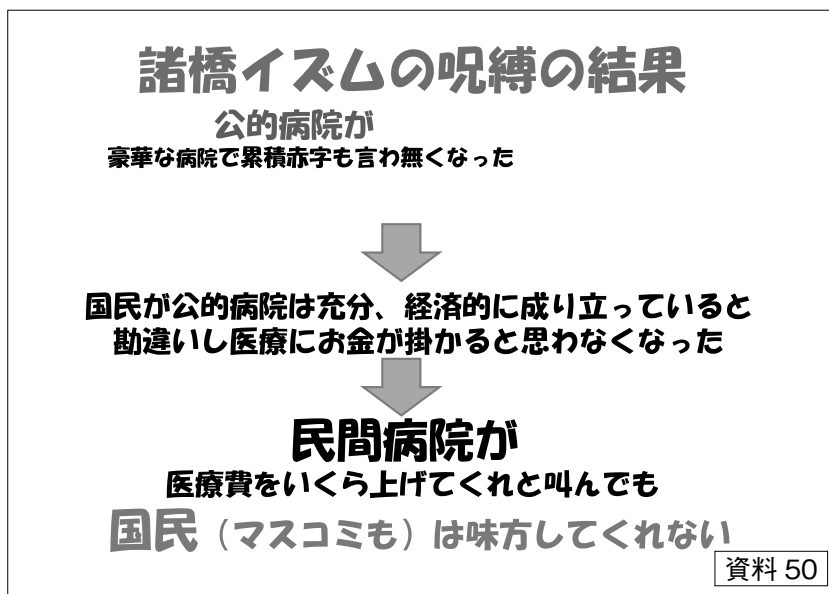
資料 49

の旗艦病院になることができたということです。いわゆる一般会計繰入金というのは、予算の段階でもう税金を先に補てんしておくわけなのです。補てんしておくのと赤字ではなくなるのです。補てんされた下駄を履きながら1年間経営をして、かつ経費とかも差っ引いて黒字とか赤字とかということをするわけです。最初から一般会計繰入金というものを入れる制度を造られたのは奥野先生であり、広められたのが諸橋先生であります。

諸橋先生が、先ほど言いました全国自治体病院協議会の会長をしている間の期間に、また日本病院会の会長をしている期間に、民間の色々な知恵も全て公的病院に普及させられました。そういう面では、本当に素晴らしい頭脳明晰な方で、当時はもう本当に日本中の病院の先生が諸橋先生のマインドコントロールではないですけども、諸橋門下になってみな動いていた時期でありましたので、当時はわからなかったのですが、結果的には、諸橋先生の時代に公的病院が全部繰入金制度をやってしまったという、すごい先生でありました。ただ、諸橋先生は、奥野先生に造ってもらったことに対しては、「決して奥野先生には足を向けて寝るな。」くらいのことを書いてあるわけです。奥野先生は、足を向けて寝るなどと言われるぐらい自治体病院にとっては画期的な制度を取り入れた先生でありますし、特別交付税制度を普及させたのが諸橋先生であったということでもあります。(資料49)

### 諸橋イズムの呪縛の結果

結果どういうことが起こったかと言いますと、先ほど言いました汚い自治体病院が全てきれいになりました。バブルの時に諸橋先生が会長でありましたので、全国の自治体病院で、いわゆる自治体が裕福な時に建て替えをしようという形で、ほとんどの病院が、諸橋先生が会長であった時に建て替えをしております。諸橋先生が会長の時は、非常にゴージャスな、ホテル以上にゴージャスな病院にどんどん生まれ変わった時期であります。



もう一つは、毎年、年度末になると「うちの市民病院はこれだけの赤字だ。」ということを発表させられていたのが、一般会計繰入金という制度で、発表しなくてよくなってしまったということです。結果的にどういうことになったかと言いますと、やはり国民は、多分自治体病院は成り立っていると思っているのです。絶対に成り立っていないのですけれども、成り立っていると思っているし、ゴージャスなホテルみたいな病院が建てられると思ってしまうわけです。決して病院というものは、そんなに利益率が高くてどうこうというわけではないわけなのですけれども、錯覚してしまっているということで、いまだに錯覚が続いていて、現代でも進行しているわけなのです。

ですから、我々が苦しいと言っても中々国民は、自治体病院を見ている限りは、多分病院が困っている等と絶対に思わないし、病院が困っていると思わなくしてしまったのが、多分諸橋先生で、そういう意味で諸橋先生の呪縛と私が称しているところなのです。諸橋先生の呪縛がやはり大きくて、国民も、多分マスコミの方含めて、色々な形で中々理解してもらえないところかなと思っております。(資料50)



## 病院事業・平成27年度の地方公営企業繰出金の基準

平成27年度は資料51に記載しているような形で地方公営企業繰出金の基準が決まっています。どういう時に繰入金を入れてよいのかという項目があります。地域によって確かに考慮すべきことはありますが、結局、本来、政策医療をやっているところに関して税金を投入するのであれば、誰もが理解できることなのですけれども、資料51に記載のような項目を理由に、今全ての市民病院が繰入金をやっております。(資料51)

### 病院事業・平成27年度の地方公営企業繰出金の基準

1. 病院の建設改良に要する経費
2. へき地医療の確保に要する経費
3. 不採算地区病院の運営に要する経費
4. 結核医療に要する経費
5. 精神医療に要する経費
6. 感染症医療に要する経費
7. リハビリテーション医療に要する経費
8. 周産期医療に要する経費
9. 小児医療に要する経費
10. 救急医療の確保に要する経費
11. 高度医療に要する経費
12. 公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費
13. 院内保育所の運営に要する経費
14. 公立病院附属診療所の運営に要する経費
15. 保健衛生行政事務に要する経費
16. 経営基盤強化対策に要する経費

出典：総務省平成27年度の地方公営企業繰出金に

資料 51

## 公的病院(全国合計)の損益状況

繰入金をわかりやすく言いますと、他会計繰入金と言いまして、年間で大体5千億円くらいのお金が繰入金で全国の自治体に入っております。他会計繰入金は、総務省が出している地方公営企業年鑑という報告書で、資料52に記載のような形で全て明朗には出ているわけです。(資料52)

### 公的病院(全国合計)の損益状況

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	5年度平均
経常収益	3,964,591	3,955,763	3,920,256	3,917,808	3,919,761	3,935,636
内 医療収益	3,446,276	3,450,985	3,422,883	3,432,855	3,445,358	3,439,671
内 国庫(県)補助金	17,478	18,947	20,006	19,695	19,777	19,181
内 他会計繰入金 (A)	551,934	528,049	519,050	506,831	495,855	520,344
経常費用	4,074,900	3,950,123	3,910,792	3,905,700	3,944,581	3,957,219
経常損益 (B)	-110,309	5,640	9,464	12,108	-24,820	-21,583
特別損益	3,352	-4,698	-10,587	-7,866	-18,103	-7,580
内 特別利益	34,085	23,154	31,212	25,058	35,680	29,838
内 特別損失	30,734	27,853	41,799	32,924	53,782	37,418
純損益	-106,957	942	-1,123	4,242	-42,923	-14,003
実質経常収入(他会計繰入金含まず) (B)-(A)	-662,243	-522,409	-509,586	-494,723	-520,675	-541,927
累積欠損金	2,157,132	2,070,706	2,032,591	1,958,123	1,970,402	
(参考) 1床当り繰入金(千円)	2,554	2,557	2,587	2,584	2,550	2,566

(注1) 総務省公営企業決算で対象の都道府県・市町村・組合立病院

1. 毎年約5,000億円以上の他会計繰入金を補填
2. 5年間の繰入額は2兆6000億円、実質経常損益累計2兆7,000億円
3. 平成25年度末の累計欠損金額1兆9,700億円

資料 52

## 平成25年度 東京都内公立病院の財政状況(繰入金の大きい順)

資料53は、東京都内の病院の財政状況をわかりやすくお示しするようにさせて頂いております。資料53は平成25年度の報告であります。東京都内には資料53に記載のような自治体病院があるわけです。表に出ている数字は経常損益というところでありませう。

墨東病院は、20億円の黒字になっているかなと思います。がん・感染症センター駒込病院は1億9千7百万円の黒字になっています。表向きは黒字になっているのですが、先ほど言いましたように繰入金

というものが年度予算の中に入っております。繰入金は、いわゆる税金が投入されているわけです。資料53を見て頂くとポツポツと黒字のところ一杯あって、赤字のところの数も少ないような感じもするのですが、本来は繰入金を抜いた額が実際の損益だと思っておりますので、繰入金を抜いてしまうと、実質的な経常損益というのはどの病院たりとも黒字の病院はないのです。先ほどの墨東病院ですと、20億円の黒字になっているのですが、実は経常損益には税金が65億円入っているのです、差し引きすると44億円の真っ赤な赤字の病院であるわけなのです。ですが、表向きは黒字と出てきているということです。今お示ししたのが一般会計繰入金という制度なのです。

一般会計繰入金がある限り、公的病院は本当に見事な経営をしているなど、「あれで黒字か。」という形なのですが、実際には墨東病院を例にたとえますと、本当は65億円ものお金を入れながら年間やっているわけです。65億円のお金を365日で割ったら、1日何千万円というお金が税金として使われながら墨東病院は経営されているわけなのです。(資料53)

所在市	病院名	経常収入 (繰入金含む) (A)	経常費用 (B)	経常損益 (C)	繰入金 (D)	実質 経常損益 (実質赤字) (C)-(D)	当年度 未処理 欠損金	実質経常収入 (繰入金含まず) (E)=(A)-(D)	経常収支 比率 (B)÷(E)
	都立8病院計	153,604	150,067	3,537	39,055	-35,518	-2,082	114,549	131.0%
墨田区	墨東病院	27,293	25,232	2,061	6,519	-4,458	-4,409	20,774	121.5%
文京区	がん・感染症センター駒込病院	29,460	29,263	197	6,427	-6,230	2,112	23,033	127.0%
府中市	小児総合医療センター	18,812	18,815	-3	6,316	-6,319	-580	12,496	150.6%
府中市	多摩総合医療センター	30,576	28,772	1,804	5,652	-3,848	-1,733	24,924	115.4%
世田谷区	松沢病院	13,160	13,159	1	5,651	-5,651	1,210	7,508	175.3%
豊島区	大塚病院	13,605	13,598	7	2,997	-2,990	989	10,608	128.2%
渋谷区	広尾病院	13,943	14,474	-531	2,864	-3,395	270	11,079	130.6%
府中市	神経病院	6,756	6,755	1	2,629	-2,628	58	4,127	163.7%
小平市	公立昭和病院	17,386	17,187	199	1,620	-1,420	-53	15,766	109.0%
町田市	町田市民病院	13,074	13,262	-188	1,200	-1,388	3,516	11,874	111.7%
福生市	公立福生病院	7,816	8,485	-669	837	-1,506	5,240	6,979	121.6%
稲城市	稲城市立病院	6,463	6,910	-447	705	-1,152	1,671	5,758	120.0%
あきる野市	阿伎留医療センター	5,792	6,527	-735	702	-1,437	7,426	5,091	128.2%
日野市	日野市立病院	7,712	7,752	-39	694	-734	7,070	7,018	110.5%
青梅市	青梅市総合病院	16,631	16,333	298	595	-297	-413	16,036	101.9%
八丈島	八丈病院	1,469	1,496	-26	290	-316	26	1,179	126.8%
西多摩郡	奥多摩病院	483	454	29	95	-66	-73	388	116.9%
合計		230,432	228,473	1,959	45,794	-43,835	22,329	184,638	123.7%
東京都内17病院の平均実質赤字額						-2,579			

資料 53

## 平成25年度 東京都内公立病院の財政状況(経常収支比率の高い順)

今お示ししたような意味で、繰入金を入れた形での表現を、是非とも公的病院を評価する時にしてほしいということ、私自身は常々言っているわけでありませう。今回も、経常収支の比率の高い順で入れたら資料54のような形になるかと思ひます。(資料54)

所在市	病院名	経常収入 (繰入金含む) (A)	経常費用 (B)	経常損益 (C)	繰入金 (D)	実質 経常損益 (実質赤字) (C)-(D)	当年度 未処理 欠損金	実質経常収入 (繰入金含まず) (E)=(A)-(D)	経常収支 比率 (B)÷(E)
世田谷区	松沢病院	13,160	13,159	1	5,651	-5,651	1,210	7,508	175.3%
府中市	神経病院	6,756	6,755	1	2,629	-2,628	58	4,127	163.7%
府中市	小児総合医療センター	18,812	18,815	-3	6,316	-6,319	-580	12,496	150.6%
渋谷区	広尾病院	13,943	14,474	-531	2,864	-3,395	270	11,079	130.6%
豊島区	大塚病院	13,605	13,598	7	2,997	-2,990	989	10,608	128.2%
文京区	がん・感染症センター駒込病院	29,460	29,263	197	6,427	-6,230	2,112	23,033	127.0%
墨田区	墨東病院	27,293	25,232	2,061	6,519	-4,458	-4,409	20,774	121.5%
府中市	多摩総合医療センター	30,576	28,772	1,804	5,652	-3,848	-1,733	24,924	115.4%
あきる野市	阿伎留医療センター	5,792	6,527	-735	702	-1,437	7,426	5,091	128.2%
八丈島	八丈病院	1,469	1,496	-26	290	-316	26	1,179	126.8%
福生市	公立福生病院	7,816	8,485	-669	837	-1,506	5,240	6,979	121.6%
稲城市	稲城市立病院	6,463	6,910	-447	705	-1,152	1,671	5,758	120.0%
西多摩郡	奥多摩病院	483	454	29	95	-66	-73	388	116.9%
町田市	町田市民病院	13,074	13,262	-188	1,200	-1,388	3,516	11,874	111.7%
日野市	日野市立病院	7,712	7,752	-39	694	-734	7,070	7,018	110.5%
小平市	公立昭和病院	17,386	17,187	199	1,620	-1,420	-53	15,766	109.0%
青梅市	青梅市総合病院	16,631	16,333	298	595	-297	-413	16,036	101.9%
合計		230,432	228,473	1,959	45,794	-43,835	22,329	184,638	123.7%
東京都内17病院の平均実質赤字額						-2,579			

資料 54

## 地域医療構想策定ガイドライン

今回地域医療構想策定のガイドラインに今お示したような件がありますので、今後、例えば公的病院がこういう機能をやりたいと言いついた時と、民間病院がこういう機能をやりたいと言いついた時との協議をする場で、色々な議論が出てくるかと思うのです。議論の際に不公平がないように、地域医療構想策定ガイドラインの26ページに次のような一行文言を入れさせて頂いてあります。(資料55)

## 地域医療構想策定 ガイドライン

平成27年3月  
地域医療構想策定ガイドライン等  
に関する検討会

出典:厚生労働省 地域医療構想ガイドライン等に関する検討 資料 55

## 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

地域医療構想策定ガイドラインを見て頂くと26ページに次のようなことが記載されております。「地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入金や補助金の交付状況等税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や、調整を行なう必要がある。」

何故、今お示した一行を入れさせて頂いたかと言いますと、民間病院は、100%診療報酬でやっているわけなのですけれど、かたや何十億円もの税金を入れている公的病院に対して、我々は対抗し

ていかなければいけないわけなので、協議の場で議論をする時に、「うちの病院はこんなにちゃんとやっているではないか。」と言われた時に、「あなたのところはこれだけ税金が入っているではないか。」という形の議論ができるように、実は、当時の佐々木室長に「何とか私の意見を入れていただけないだろうか。」ということで、一行入れて頂きました。一行を入れることで、民間病院が議論の場で税財源の投入状況を一つの題材として戦えるようにしております。(資料56)

厚生労働省 地域医療構想ガイドライン等に関する検討会 報告書  
26ページより抜粋

### 8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

#### (3) 病床の機能の分化及び連携の推進

- このため、都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる構想区域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入金や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や、調整を行う必要がある。

資料 56

## 医療法と医療法人制度

もう一つ、医療法人の話を少しさせて頂きたいと思います。医療法人に関しましては、私は日本医療法人協会の会長をさせて頂いております。医療法人というのは、実は世界中で非常にまれな形態なのです。我々は民間病院と称しています。世界で民間病院と言えば、ほとんどが株式会社か個人のものかのどちらかなのです。有限会社というのは、まだ世界ではありませんので、有限会社の場合もあります。株式会社か有限会社か個人かというのが、世界における民間病院の規定であります。ただ、日本における民間病院と言いますと、先ほど言いましたように、日本の病院の8,500病院のうちの5,700病院近くが医療法人という制度であります。医療法人と株式会社で何が違うのだということで、少しお話をさせて頂きたいと思います。

医療法人と株式会社との大きな違いはここなのです。株式会社は利益が出れば最終的に剰余金に関して分配をする、配当をするということがあるのです。実は、医療法人というのは配当に関してやってはいけないということで規制されている法人なのです。配当をやってはいけないということに、実は非常に大きく影響されました。明確に、剰余金の配当の禁止が入っているところが、株式会社と全く違うところなのです。誰が考えられたのか私はわかりませんが、昭和25年に医療法人制度という制度が考えられた時にどなたかが考えて、株式会社ではなくて、公共性、非営利性を高める意味では、剰余金の配当の禁止を原則とした方がいいのではないかということで決められたというのが、医療法人制度であります。

もう一つ医療法人の特徴としましては、医療法人の長、理事長は、原則的に医師か歯科医師ということが決められました。この結果何が起こったかと言いますと、利益が上がっても配当できない、結果的にはトップが何か考えることになりましたが、トップが医者であるということで何をしたらいいかと言いますと、次の医療の生産性を高めるために、次の展開に使ったわけです。結局、医療にどんどんお金を使っていくということをしたわけなのです。配当しなくてよいわけですから、株主の顔を見なくてよいわけです。株式会社は、やはり株主の顔を見ながらやっていかないと社長も首になりますし、いかに配当を上げていくかということが一つの目標になるかと思うのです。

利益を上げなければいけない、配当をしなければいけないということが全くない法人が、医療法人という制度なのです。本当に世界に類を見ない制度でありまして、医療法人制度を造った結果、日本の医療は、戦後たくさん医療を広めなければいけない時期に、非常に活発に活動しまして、結果的に今の日本の医療というのは、先ほど言いましたように、病院でいくと7割近くを医療法人が占めています。7割近くの病院を医療法人が占めている結果、海外に行かれた方はすぐわかると思うのですが、日本の医療費は実は安いのです。同じ虫垂炎の手術をしても、アメリカとか海外と比べても何分の1かという値段になっています。日本の医療が安いのは何故かと言いますと、先ほどから繰り返しになりますが、医療法人制度の結果、医療法人は民間であるという特異性を持ちながら、大きくなるためにどんどん医療に投資して行って、大きくなるためにはお互いに競争もし、自然淘汰ではないですけれども、切磋琢磨した結果、今の地域における民間病院が成り

**医療法と医療法人制度**

医療法（昭和23年制定）の目的  
医療を提供する体制の確保を図り、国民の健康の保持に寄与する

営利を目的として病院、診療所又は助産所を開設することを否定

**非営利性と一定の公共性を満たす法人制度として医療法人制度が創設**

公共性のみならず非営利性をも確保する必要があり、株主への利益配当を最終目的とする株式会社ではその経営主体として相応しくないと考えられ、特別の法人制度が設けられた

**医療法人制度の趣旨**

医療事業の経営主体が医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得する途を開く

- ①資金の集積を容易にする
- ②医療機関の経営に永続性を付与する

私人による医療機関の経営困難を緩和→「医療を提供する体制の確保を図り、国民の健康保持に寄与する」

以上から剰余金の配当禁止が明確に法律で規定

**世界に類のない日本独自の制度！**

**資料 57**



いシステムであったということでもあります。

よいシステムであった一方で、一つ大きな欠陥が出ました。一生懸命医療に特化して、医療にお金をつぎ込みながら経営者が頑張った結果、実は経営者が亡くなる時に財産が大きくなってしまっているのです。財産が大きくなった時に何が起こるかと言いますと、経営者が亡くなると相続税を払わなければいけないという形が出てきたのであります。財務省、当時の大蔵省は相続税を見越して医療法人制度をやったのではないかと、膨らませるだけ膨らんで、たっぷりおいしいところを食べるぞというぐらいの形で、やはり相続税でガッポリと取っていくという制度は実は残ってしまったのです。相続税の制度が、実は医療法人制度の経営者側にとって、一番やっかいな問題になったわけです。そうすると、病院を継続したいのに、相続税をたくさん払わなければいけないという形になります。

実は、我々の先代チームが頑張りをまして作ったのが特定医療法人という法人です。

特定医療法人制度は、相続税をかからなくする代わりに持ち分をなくすという自分の財産権を放棄することです。財産権がある限り、医療法人であろうが財産がたまれば税金がかかってくるということですから、財産権を放棄することによって持ち分なしという形になれば相続税もかからなくなるということですが、我々の先達が昭和30何年ぐらいに、特定医療法人制度を当時の大蔵省と話をして決着をしております。今お示したような形で、特定医療法人になったところは、さらに継続性というものが生まれてきたということです。

このような変遷がありながら、医療法人というのはいまだに続いております。相続税の問題は持ち分のある法人にとりましては、やはり今も大きなテーマで、病院や医療機関の継続に関しては、大きなネックになっております。これはこれで、財産権を放棄するかどうかとか色々なことが絡みながら、今後もまた色々な問題として、我々医療法人協会としても、解決していかなければいけない問題だと思っております。

社会医療法人は、特定医療法人よりさらに非営利性と、救急医療という不採算のところを含めて頑張ってるぞということを言って、さらに法人税の非課税をとったものであります。

今お示したような形で、医療法人もいくつか形がありますけれども、最初に医療法人を作られたのは画期的な方法であり、税金を使わなくして非常に頑張ってる民間の一番よいところを最大限使っていったわけであり、ただ、残念ながら、先ほどの諸橋先生のようなすごい方が公的病院に出て来られると。あのような制度を作ってしまった、あたかも成り立っているようなことをやられてしまいますと、我々が正論を言っても中々通らないところが今現状に出てきているという問題があります。(資料59)

## 自民党政権と医療・介護報酬

### 独立行政法人福祉医療機構(WAM)

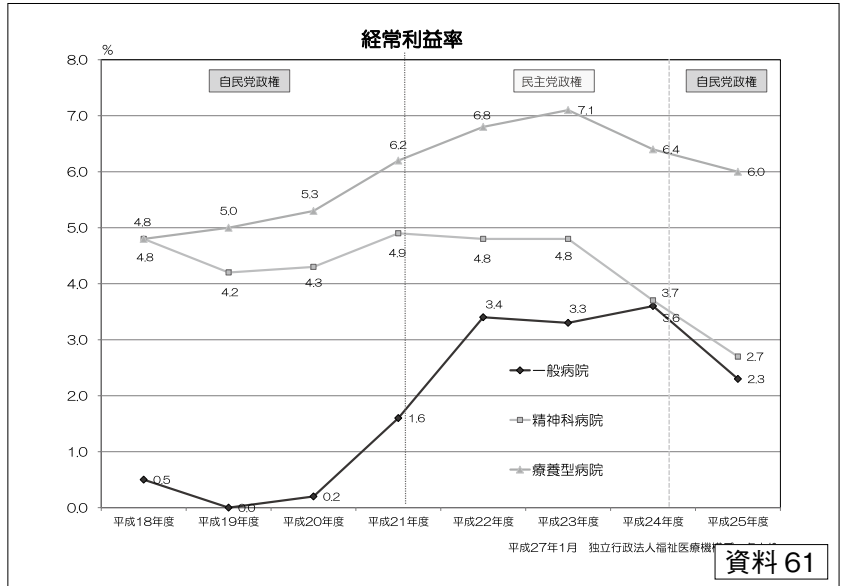
資料60は、福祉医療機構(WAM)というところのリサーチレポートです。本日も民間の銀行の方が来られていると思いますが、実は、我々が建物を建てる時等には、民間の銀行の方に借りるか、福祉医療機構の方からお金を借りるという形をとります。昔の医療金融公庫と言われていたところで、今は福祉医療機構という形になっております。銀行の借り入れと同じで、福祉医療機構からの借り入れをします。一旦借り入れが起こった限り、福祉医療機構には毎年決算を全て明朗に出さなければいけないし、向こうからも色々な調べがあります。結果的にはきちっとした数字が出てきます。(資料60)



### 経常利益率

資料61は、私がよく使用する経常利益率のグラフです。ついこの前も実調という中央社会保険医療協議会で調べる調査が終わりました。

WAMは、一般病院、精神科病院、療養型病院の三つの分類をしております。一般病院というのは一般病床が50%以上のところで、精神科病院というのは精神科病床が80%以上のところで、療養型病院は療養型病床が50%以上のところを称しています。WAMは、WAMに借り入れを起こしている全国の約1,800の病院の生のデータを持っています。それで、毎年几帳面に発表して頂いております。



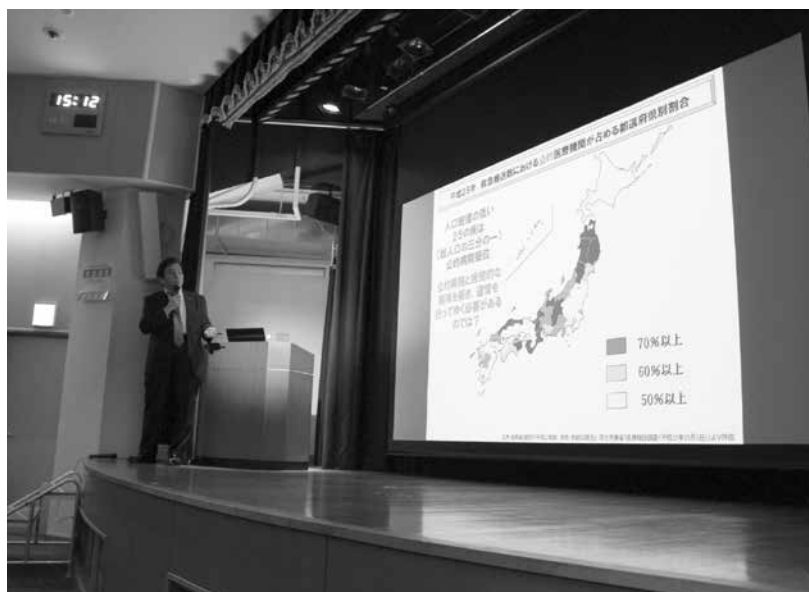
発表して頂いていたデータを並べていくと資料61のような形になります。資料61で見えていきますと、療養型病院を先ほどの分類でいきますと慢性期とします。精神科病院を精神科とします。一般病院を急性期とします。

資料61は経常利益率です。グラフの一番上の線が療養型病院で慢性期です。慢性期は、経常利益率でいくと、ピークの時は7%近くまで利益率が上がっています。二番目の線が精神科病院で精神科です。精神科の平成18年度辺りは慢性期と同じように5%ぐらいあったのですが、段々と下がって、平成25年度のデータですが2.7%まで下がっています。三番目の線が一般病院で急性期です。実

は、急性期は平成19年度に0%まで下がっていました。平成19年度は小泉政権が10年間でマイナス改定をトータルで8.何%なされた時のデータであります。結果的には、急性期はまともにマイナス改定の影響をくらまして、平成19年にはほとんどの病院が赤字になったという時代であります。小泉政権は平成18年まで続いて、そのあとバトンタッチしているわけなのですが、もろに厳しい時でありました。

平成19年に何が起こったかということを確認して頂きたいと思います。「救急のたらい回し」という言葉が使われたのが平成19年です。いわゆる医療崩壊という形で、新聞に毎日のごとく医療崩壊がテーマか事故や事件として載っていた年でもあります。平成19年は、実際に急性期の病院がほとんど経営的に成り立たなくなった時代であります。私の病院も平成19年はかなりの赤字の時代でありました。多くの病院は、慢性期の病棟も提供するような形で何とか今回も医療法人の実調の調査でも2%ほどの利益を出していますけれども、それは、このような病棟を持っているというようなバランス感覚で民間病院は何かやっていますが、急性期の分野は完全に赤字の時代であったわけなのです。

そのあと、自民党政権が一旦終わって民主党政権に変わった時に、民主党政権は2回プラス改定をしております。プラス改定で復活をしています。本当に大学病院等がさらに利益率を上げた時代でありましたので、大学病院はちょっと上がりすぎて非常に言われた時もあるのですが、やはり急性期が一旦復活をさせて頂いた時期が民主党の時代でありました。民主党は何でプラス改定ができたのかというのは、色々と理由があるのですが、結果的にはプラス改定があったということが、やはり一番大きな影響であります。ただ、平成24年に自民党政権に戻りました。診療報酬改定があったのは、平成24年が実は最後でありまして、平成25年は診療報酬改定がなかった年です。平成24年の診療報酬改定はまだ民主党政権です。平成26年に診療報酬改定ですから、自民党政権ではまだ診療報酬改定をしていないのですけれども、実は下がっているのです。何故下がったかというのが分かる方はいらっしゃいますでしょうか。実は、アベノミクスが始まったのです。アベノミクスが始まった影響は何かと言いますと、病院というものは、半分は人件費なのです。それから物の値段が上がって経費が上がる。それと、もう一つは電気代等がもう何千万円という単位で上がりました。今お伝えしたようなことも含めて非常に経費が上がった結果、民主党政権で3.6%まで回復していた急性期の経常利益率が、アベノミクスだけで2.3%まで下がってしまったのです。診療報酬改定があったのは、去年ですから、さらにまた下がっているわけなのです。(資料61)



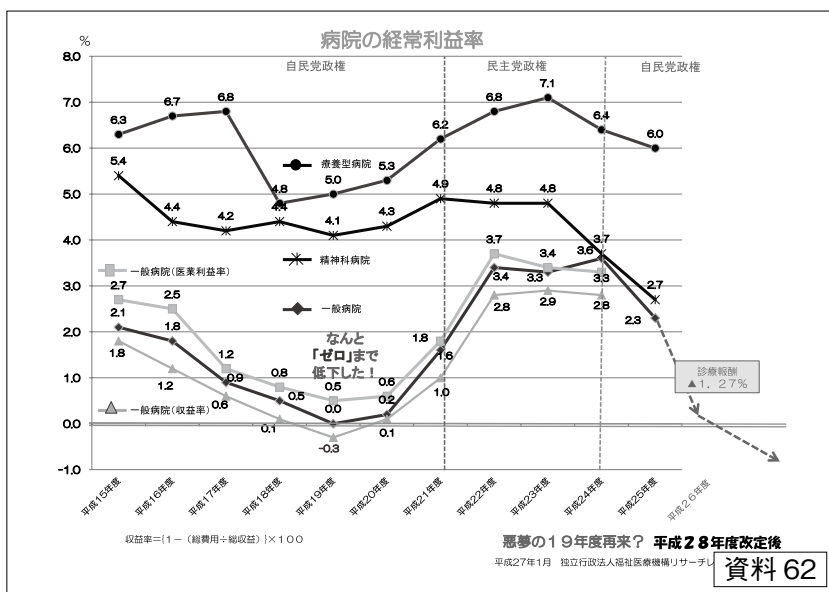


## 病院の経常利益率

資料62を見て頂いたらわかるように、自然減として多分経費が上がったことによって下がったわけなのです。詳しいことは、またあとで見て頂いたらわかるかと思えます。売り上げは上がっているのですけれども、利益は下がっている、やはり利益が最終的な問題ですから、利益が下がって来たら経営が成り立たないわけです。

平成26年の結果がもうまもなく出てきますということで、実調が出てきています。平成26年の診療報酬は1.27%下がっていますから、明らかに平成25年度から1.27%は自然に下がるとお思います。さらに、先ほど言いましたアベノミクスが続いておりますので、経費がどれだけ負担にくるかという形で、もしかしたら、もう平成26年の時点でゼロに近づいているのではないかとお思います。私を推測しております。実調の数字を見ますと、7対1、軒並み急性期は全部マイナスになっております。

これを含めて、資料62は、平成19年の時代にももしかしたら戻ってしまうのではないのかということをお非常に懸念していることの数字の並べ替えです。(資料62)



## 入院基本料別の損益状況

資料63は、この前出ました医療経済実態調査の結果です。厚生労働省が調べたデータであります。データを並べますと急性期と慢性期がわかりやすくなります。先ほどから言っているように、7対1、10対1が急性期の代表です。13対1、15対1も急性期なのですけれども、いわゆる損益差額のパーセントが、平成26年度は、7対1はマイナス3.3%、10対1はマイナス5.4%、13対1はマイナス3.0%、15対1はマイナス1.2%という形で、ほとんどの急性期が、また赤字になっているということです。前回よりは上がったたり下がったりしているかと思いますが、特に7対1から13対1の下がり方がきつくなっているということでもあります。

慢性期のところは、やはり2.3%なりプラスが出ています。

資料63のような形での今回の実調ですが、WAMのデータがまだ出ておりません。WAMは毎年2月に発表をします。本年度は診療報酬改定があるので11月にデータを出してくれということをお願いしていますので、もしかすると25日か26日辺りのWAMとの会議で出てくるかもしれませんので、

一般病棟	7対1					10対1				
	前々年(億)	前年(億)	前々年(%)	前年(%)	金額の伸び率	前々年(億)	前年(億)	前々年(%)	前年(%)	金額の伸び率
医療収益	7,812,196	7,935,975	99.9	99.9	1.6	2,652,396	2,673,287	99.8	99.8	0.8
介護収益	6,984	7,341	0.1	0.1	5.1	5,350	4,674	0.2	0.2	-12.6
医療・介護費用	7,958,140	8,208,792	101.8	103.3	3.1	2,745,908	2,821,282	103.3	105.4	2.7
損益差額	-138,960	-265,475	-1.8	-3.3	-	-88,162	-143,321	-3.3	-5.4	-
療養病棟	13対1					15対1				
	前々年(億)	前年(億)	前々年(%)	前年(%)	金額の伸び率	前々年(億)	前年(億)	前々年(%)	前年(%)	金額の伸び率
医療収益	1,144,271	1,154,568	99.9	99.8	0.9	1,159,188	1,162,753	99.7	99.7	0.3
介護収益	903	1,848	0.1	0.2	104.7	3,166	3,384	0.3	0.3	6.9
医療・介護費用	1,181,356	1,190,671	103.2	103.0	0.8	1,161,204	1,180,534	99.9	101.2	1.7
損益差額	-36,182	-34,256	-3.2	-3.0	-	1,150	-14,397	0.1	-1.2	-
療養病棟	入院基本料 1					入院基本料 2				
	前々年(億)	前年(億)	前々年(%)	前年(%)	金額の伸び率	前々年(億)	前年(億)	前々年(%)	前年(%)	金額の伸び率
医療収益	1,509,944	1,542,181	99.8	99.8	2.1	1,835,496	1,846,909	99.8	99.8	0.0
介護収益	3,388	3,181	0.2	0.2	-6.1	4,769	3,367	0.2	0.2	-29.4
医療・介護費用	1,477,337	1,510,435	97.6	97.7	2.2	1,904,826	1,917,172	103.5	103.6	0.0
損益差額	35,994	34,928	2.4	2.3	-	-64,561	-66,896	-3.5	-3.6	-

(注) 記載計数は集計1(医療・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満)の医療機関等の集計値

出典: 厚生労働省 平成27年実態 第20回医療経済調査 資料63

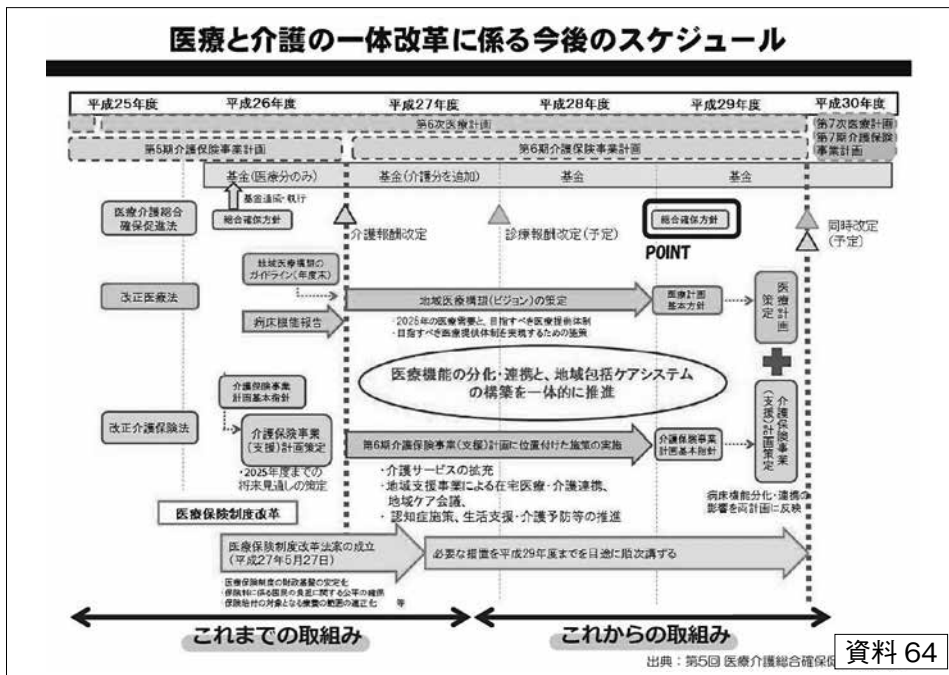
またデータが出てきたらご報告させて頂きたいと思ひます。

そういうことで、来年診療報酬改定があるのですけれども、これ以上急性期を痛めつけてしまうと、先ほどの話になるのですけれども、地域医療構想どころか、急性期が、また平成19年並みのダメージどころか崩壊に近づいてくるのではないかということの、ちょっと先走ったご報告になったかと思ひます。(資料63)

## 医療・介護サービス提供体制の改革に向けて

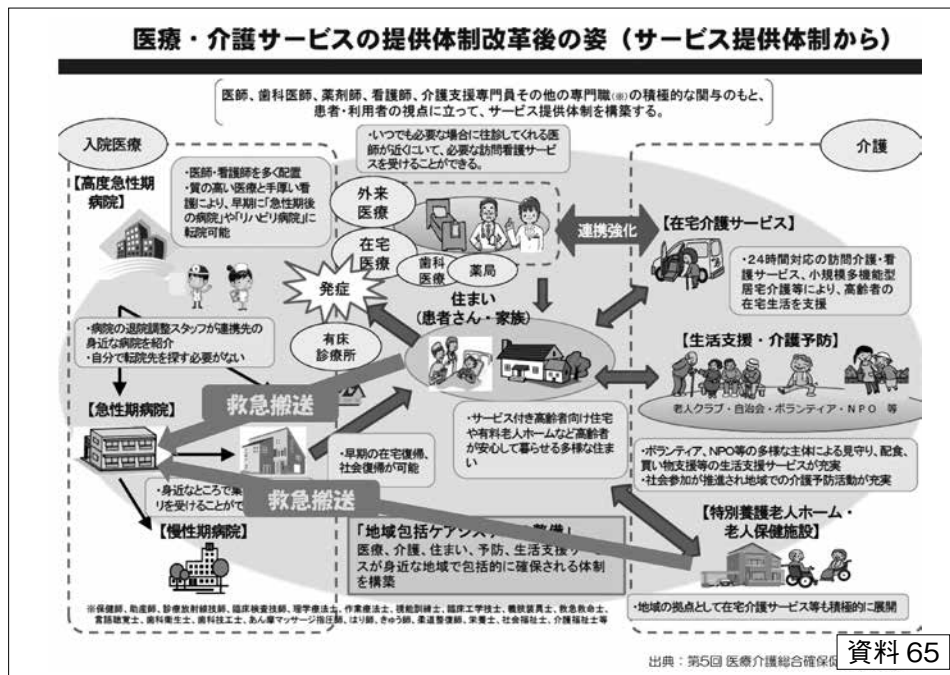
### 医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

実は、診療報酬改定というのは2年に1回、介護報酬の改定は3年に1回やっております。これがついに6年に1回ですから、医療の改定と介護の改定を6年おきに一緒に改定する時期が来ます。一緒に改定する時期が丁度、平成30年です。平成30年の改定に向けて、医療計画や地域医療構想のビジョンも立てながら、最終的には平成30年に一旦整理をするタイミングになります。今、地域医療計画でいくと大阪府で2万床余っていると言ひながら、実は今回調べてみたら1万床足りなかったというようことの調整を多分平成30年辺りでやらなければいけないのかなということであります。それからまた、介護との連携も平成30年ぐらいに整理して、最終的には地域包括ケアシステムもきれいな整理のモデルができてくるのではないかという時期が、平成30年ということであります。(資料64)



## 医療・介護サービスの提供体制改革後の姿(サービス提供体制から)

社会が落ち着くのは、やはり救急がしっかりできて何かあっても安心できるような状況が必要ではないかなと思っております。(資料65)



資料 65

## 今後の医療提供体制の中で「地域医療連携推進法人」をどのように考えるか

### 地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について(概要)

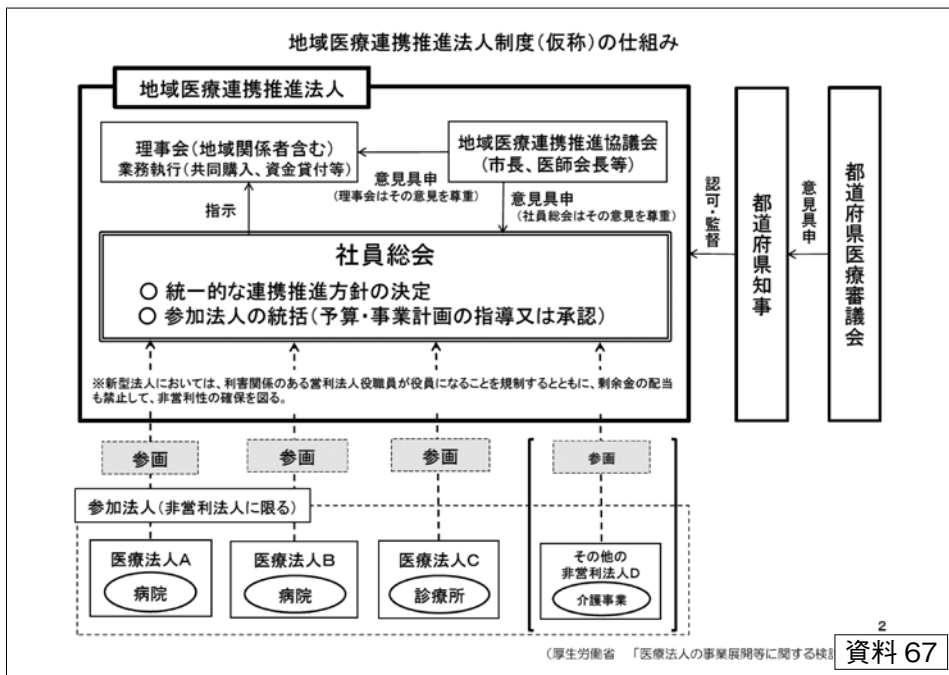
もう一つ、今出てきた話題を少しお話させて頂きたいと思っております。地域医療連携推進法人(仮称)というものが、今回発表されてできあがることになりました。実は、ホールディングカンパニーという形であります。ホールディングカンパニーというのは何かと言いますと、ある地域において自分の地域にある医療施設や最初は介護施設も含めて、ホールディングしていきながら、トップを誰かがやるわけです。ホールディングする方とされる方と分かれてしまうわけなのですが、結局、ホールディングカンパニーによって地域医療を統括していこうというシステムを作ろうということで最初考えられましたのが、地域医療連携推進法人(仮称)という名称なのです。実際、最初はホールディングカンパニーという名前でスタートしております。そして、やんわりと地域医療連携推進法人(仮称)という名前が変わったということになります。(資料66)

地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について(概要)		参考資料1
<b>趣旨</b>	医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人(仮称)の認定制度を創設する。これにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保する。	
<b>ポイント</b>	※医療法改正	
<b>○ 法人格</b>	・ 地域の医療機関等を開設する複数の医療法人その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人について、都道府県知事が地域医療連携推進法人(仮称)として認定する。	
<b>○ 参加法人(社員)</b>	・ 地域で医療機関を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とすることを必須とする。 ・ それに加え、地域医療連携推進法人の定款の定めるところにより、地域包括ケアの推進のために、介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業を行う非営利法人を参加法人とすることができる。 ・ 営利法人を参加法人・社員とすることは認めない。	
<b>○ 業務内容</b>	・ 統一的な連携推進方針(医療機能の分化の方針、各医療機関の連携の方針等)の決定。 ・ 病床再編(病床数の融通)、キャリアパスの構築、医師・看護師等の共同研修、医療機器等の共同利用、病院開設、資金貸付等。 ・ 関連事業を行う株式会社(医薬品の共同購入等)を保有できる。	
<b>○ ガバナンス(非営利性の確保等)</b>	・ 社員の議決権は各一個とするが、不当に差別的な取扱いをしない等の条件で、定款で定めることができる。 ・ 参加法人の事業計画等の重要事項について、意見を聴取し、指導又は承認を行うことができる。 ・ 理事長は、その業務の重要性に鑑み、都道府県知事の認可を要件とする。 ・ 地域医療連携推進協議会の意見を尊重するとともに、地域関係者を理事に加えて、地域の意見を反映。 ・ 営利法人役員を役員にしないこととともに、剰余金の配当も禁止して、非営利性の確保を図る。 ・ 外部監査等を実施して透明性を確保する。 ・ 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見に沿って、法人の認定、重要事項の認可・監督等を行う。	

資料 66

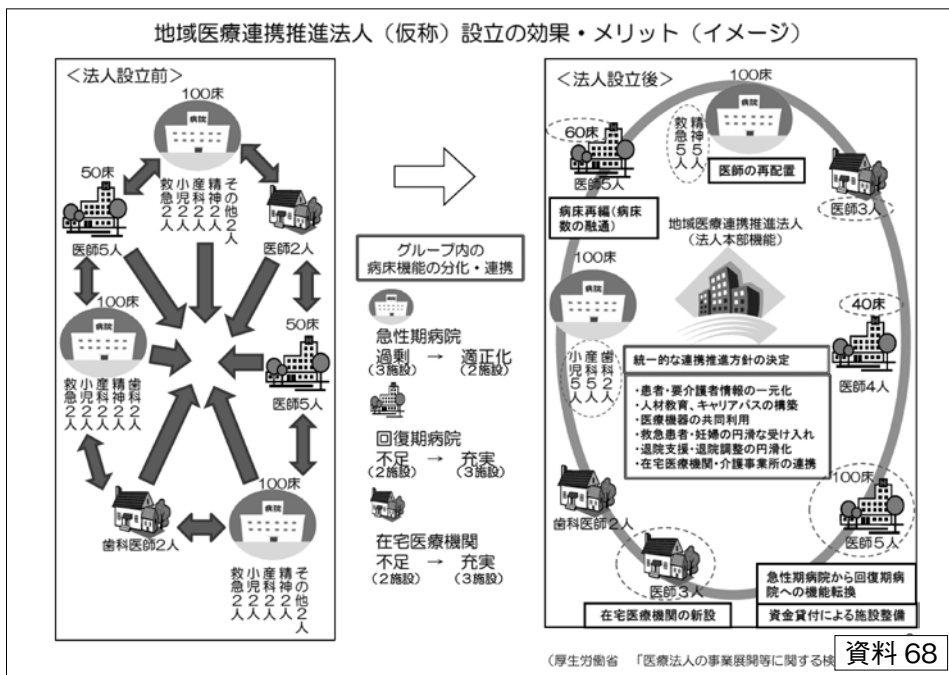
## 地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み

いくつかの医療法人を束ねていわゆるホールディングカンパニー的な、株式会社のホールディングのような形のものを作ってしまい、理事会で決まったトップの理事長が全て決断してやっていこうというのが、地域医療連携推進法人(仮称)のあり方であります。(資料67)



## 地域医療連携推進法人(仮称)設立の効果・メリット

資料68で一つ気づいて頂くかと思うのですが、地域医療連携推進法人(仮称)の中では、急性期、慢性期のベッドも交換してよいよという条件も付いています。(資料68)



## アライアンス(alliance)

今お示したような形のもの  
が、実際にもう法案としてできあ  
がりまして、一応もう認められて  
いるわけなのです。ただ今回、色々  
と議論をする中で、ホールディン  
グする、または、されるという形  
で一つ考えて頂きたいのは、日本  
の医療機関は民間医療機関が主体  
であるということの認識でいけ  
ば、民間医療機関のトップと言え  
ば、それぞれがお山の大将と言っ  
たらおかしいですが、それぞれ自  
分が自信を持って経営してやって  
来た中で、ホールディングする方  
とされる方の立場になり、果たして働くのかという問題もありますし、私はホールディング何て日本  
の医療では絶対に無理だぞという形で、一つ提案していたのが、アライアンスという考え方です。

アライアンスというのは、資料69に記載したような形で、一番わかりやすいのが、資料にマーク  
を並べましたけれども、航空会社がアライアンスという形で、世界中で大体三つぐらいのアライ  
アンスがあります。複数の企業が互いに経済的なメリットを享受するために、緩やかな協力体制を構  
築するということです。(資料69)


# アライアンス (alliance)

## 同盟・連合・提携・縁組

複数の企業が互いに経済的なメリットを享  
受するために、緩やかな協力体制を構築す  
ること

1つの企業に経営を統合してゆくホール  
ディングとは異なり、時間・賃金もそれほ  
ど要することなく進められ、各企業の独自  
性は保たれる

例を挙げると航空業界が良い例



資料 69

## STAR ALLIANCE

例えば、資料70は全日空が入っ  
ているスターアライアンスです。  
スターアライアンスは、例えば、  
株式会社の航空会社もあれば国営  
の航空会社も入っているわけなの  
です。スターアライアンスはお互  
いにホールディングとか株をどう  
のこうのとか、株が元々ないところ  
もありますので、今お示したよ  
うなことも含めて、実は、やん  
わりとした連携を作っているのだ  
です。連携の中には、皆さん方も  
使いになっていると思うのです  
が、飛行機のチケットが取れたり、  
マイルージが共通化されたりとい  
うような形で、いわゆるデータの  
一元化みたいな形を行なってい  
ます。(資料70)





資料 70

## one world

例えば、JALが入っているワンワールドアライアンスには資料71に記載されているような航空会社が入っています。それぞれ互換性が中であるということで、同じ方向を向いてある程度やっているということです。(資料71)

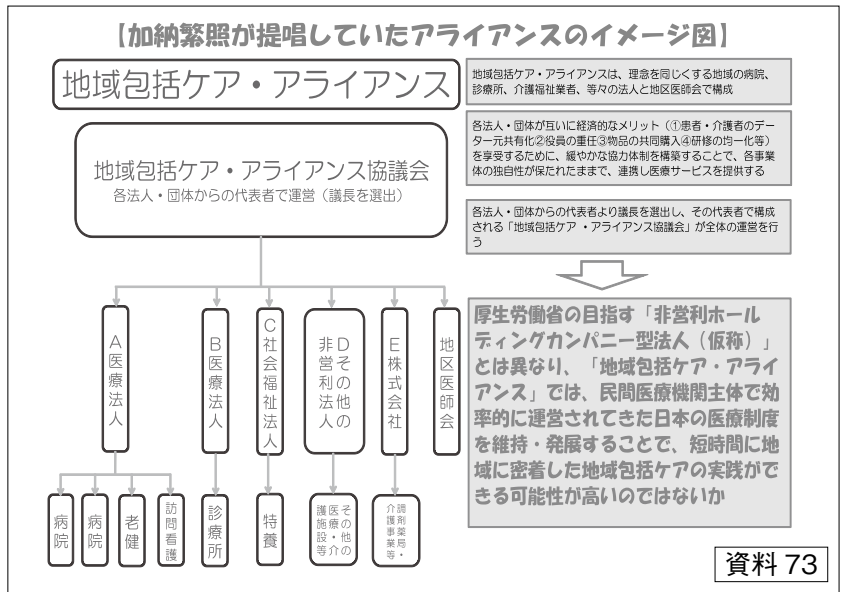
## SKYTEAM

あともう一つは、スカイチームというところで、スカイチームには日本の航空会社が入っていないので、あまり有名ではないのですが、今お示したような形で、世界中がチームを組んでいるということです。(資料72)

## 加納繁照が提唱していたアライアンスのイメージ図

先ほどの地域包括ケアシステムも同じですが、今後我々がある程度アライアンス的な形で行なっていく、協議会を作っていくということです。実は病院団体も、今、日本病院団体協議会、それから四病院団体協議会というのがありますけれども、四病院団体協議会の理事長は持ち回りなのです。今お示したような形で、ある程度誰かが支配するのではなくて、誰かが音頭取りになって、議事や方向性をまとめていくということで、データを一元化していくというのが一つです。キーワードは、やはり高齢化の地域における患者とか介護施設を利用される方のデータだと思うのです。データを共有化しながら、地域でやっていくというアライアンス作りというのが、今後一番大事なのではないかと考えております。

そういう意味では、私は、ホールディングカンパニータイプというのは、公的病院では元々上からの命令に馴染む組織ですから、今、岡山大学がやっているように、岡山大学の色々な公的病院が絡んでできるというのはありだと思っております。上に立たれるのは当然と思っている組織形態ですけども、やはり、先ほどから申しておりますように、民間病院は、上に立たれると果たして動くかなと言ったら、私自身もどうかと思うぐらいですから、中々ホールディングという形ではいかないであろうということで、アライアンスという形ではどうかということで、今お勧めしています。どういう形になるかはわかりません。(資料73)



## NYHQuality, right here.

今年の9月にニューヨークで見てきたところを少しご紹介します。ホールディングカンパニーは、実はアメリカでは多くやられているのです。アメリカですと、四つのホールディングカンパニーが、大体ニューヨークを仕切っております。資料74は四つのホールディングカンパニーのうちの一つです。世界中にも関連があるということをおっしゃっていました。資料74に記載しているグループでは、これだけの病院を支配しているわけなのです。

(救急病棟の写真を映写) ここを見に行ってみてびっくりしたことが一つあります。救急病棟を見せるのを嫌がっているのですが見せてくれということで見に行きました。写真を撮ってはいけない

**Where To Find NYHQ Services: 718-670-2000**

Find a Doctor: Call 1-800-282-6684, or visit nyhq.org

**New York Hospital Queens**  
56-45 Main Street  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-2000  
nyhq.org

**Ambulance Service**  
(718) 670-2222  
(In-Call 24 Hours)

**The Julia & Ned R. Arnold Center For Radiation Oncology**  
56-45 Main Street  
(East at 56th Avenue)  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-1300

**The Theresa Lang Children's Center**  
56-45 Main Street  
(East at 56th Avenue)  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-1800

**NYHQ Diagnostic Laboratories**  
Pre-Admission Center  
56-45 Main Street  
(6th main building)  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-1990

**Blood Donor Center**  
56-45 Main Street  
(6th main building)  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-1007  
(Call for location of Blood Mobile or visit nyhq.org)

**Ambulatory Care Center**  
312-15791 House Hunting Exp.  
Fresh Meadows, NY 11365  
(718) 670-2000  
(718) 670-2971

**The Silvercrest Center for Nursing & Rehabilitation**  
144-45 87th Avenue  
Briarwood, NY 11435  
(718) 483-4000

**NYHQ Center for Wound Healing at Silvercrest**  
144-45 87th Avenue  
Briarwood, NY 11435  
855-480-1HEAL (4232)

**The Cardiac Health Center**  
174-01 House Hunting Exp.  
Fresh Meadows, NY 11365  
(718) 670-1609

**The Center for Dental & Oral Medicine**  
174-11 House Hunting Exp.  
Fresh Meadows, NY 11365  
(718) 670-1060

**The Center for Developmental Disabilities**  
59-18 174th Street  
Fresh Meadows, NY 11365  
(718) 670-2731

**Family Health Center**  
136-56 39th Avenue, 2nd floor  
Flushing, NY 11354  
(718) 986-7014

**Prosthetic Implant Center**  
136-56 39th Avenue, 2nd Floor  
Flushing, NY 11354  
(It's All Family Health Center)  
(718) 670-1701

**Queens Eye Center**  
60-50 Main Street  
Flushing, NY 11355  
(718) 661-8800

**Health Outreach Services for Older Adults & Their Families**  
57-16A Main Street  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-1211

**The Hollis Women's Center**  
199-04 Hillside Avenue  
Hollis, NY 11343  
(718) 749-5345

**NYHQ Diagnostic Laboratories Patient Service Centers**  
200-12 44th Avenue  
Bayside, NY 11361  
(718) 661-8841

23-18 134th Street, Suite 300  
Astoria, NY 11105  
(718) 721-5360

136-20 36th Avenue, Suite 8B  
Flushing, NY 11354  
(718) 986-9280

1000 Northern Boulevard,  
Suite 320  
Great Neck, NY 11021  
(516) 466-2102

**The Neuroscience Institute**  
182-15 House Hunting Exp.  
Fresh Meadows, NY 11365  
(718) 670-1777

**Pediatric Asthma Center**  
59-16 174th Street  
Fresh Meadows, NY 11365  
(718) 670-1920

**Emergency Helpline**  
(Call for location of van)  
8000 526-5182

**Main Street Radiology**  
32-25 Francis Lewis Blvd.  
Bayside, NY 11358

44-01 Francis Lewis Blvd.  
Bayside, NY 11361

136-25 37th Ave.  
Flushing, NY 11354  
(718) 426-1300

**Additional Location Coming Soon**

**Truist Wicksman Memorial Satellite Dialysis Center**  
59-28 174th Street  
Fresh Meadows, NY 11365  
(718) 670-1276

**The Specialty Care Center**  
138-47 House Hunting Exp.  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-2530

**Jackson Heights Family Health Center**  
73-15 Northern Boulevard  
Jackson Heights, NY 11372  
(718) 424-2788

**NYHQ Ophthalmology & Gynecology Ambulatory Center**  
143-03 House Hunting Exp.  
Flushing, NY 11365  
(718) 888-9121

**NYHQ Center for Orthopedics & Rehabilitation Medicine**  
163-03 House Hunting Exp.  
Ozone Park Rehabilitation  
Fresh Meadows, NY 11365  
888-670-3838 (116624)  
2nd Floor: Rehabilitation Service  
4th Floor: Orthopaedic Practice  
(800) 526-5182

**The Breast Center**  
56-26 Main Street  
Flushing, NY 11355  
(718) 670-1385

**New Community-Based Practices**  
**Astoria Primary Care**  
41-01 30th Avenue  
Astoria, NY 11103  
(718) 204-9886

**Bayville Primary Care**  
44-02 Francis Lewis Blvd.  
Suite A, Bayville, NY 11358  
(718) 631-0590

**Middle Village Breast Surgery**  
66-83 70th Street  
Middle Village, NY 11379  
(718) 651-2929

**Astoria Cardiology**  
22-47 Conover Street  
Astoria, NY 11103  
(718) 660-4800

30-18 27th Avenue, 1st Floor  
Astoria, NY 11103  
(718) 278-0100

**Manhasset MultiSpecialty Care**  
72-41 Grand Avenue  
Manhasset, NY 11758  
(718) 458-0261

**Fresh Meadows Surgical Care**  
75-48 167th Street  
Fresh Meadows, NY 11366  
(718) 445-6220

**Jamaica Primary Care**  
343-11 Highland Avenue  
Jamaica, NY 11432  
(718) 657-4171

**Bay Terrace Primary Care**  
2091 16th Blvd., Suite 203  
Flushing, NY 11365  
(718) 762-3111

**Queens Diabetes & Endocrinology**  
59-45 161st Street  
Flushing, NY 11365  
(718) 632-4211

**Whitestone Primary Care**  
14-02 190th Street  
Whitestone, NY 11357  
(718) 651-4211

**Cowling Spine, Ambulatory Pediatric Multi-Specialty**  
26-19 Francis Lewis Blvd.  
Astoria, NY 11158

資料 74

と言われましたので、あまりきれいな写真が撮れてないのですけれども、びっくりしたのは、多分20台以上のストレッチャーに、それぞれ患者がずらっと寝ていて順番を待っているのです。結局、ウエイティングが起こっているわけです。やはり日本の民間病院の一番よいところは、地域密着型のところなのです。民間病院は、小さな医院から病院になった形態も多く、地域に非常に密着しているということで、まさかストレッチャーでウエイティングをさせるということを絶対にしないのですけれど、ホールディング的な形になってくると、経営効率を考えて急性期のところも運営し出すと、患者を待たせても当然だという形になるわけなのです。

それで、先ほどの繰入金のところでも有名になった墨東病院もERをやっていますけれど、墨東病院は堂々と待ち時間4時間とか、内科4時間とか書いています。それが、実際に今アメリカのニューヨークで救急の外来へ行きますと、10数台のストレッチャーに、これはもう死んでいるのではないかというぐらいの患者から様々な患者が順番待ちをしています。昔のアメリカの医療というのは、お金がないと救急車にも乗れないという話がありましたけれども、今はお金がなくても救急車に乗れるのです。ですから、待つのは割と平気なのです。待つのが平気だということもあって、救急のストレッチャーがずらっと並んでいたというのは、非常に異様な光景でした。

やはりホールディングというようなものは、経営効率を高めていって命令していくと、地域密着性がなくなるのだなということの一つ感じたことをご報告しようと思って出させて頂きました。(資料74)

## New York: Save Time When You Need It Most

資料75はニューヨークのクリニックのパンフレットです。救急で長く待たせるというようなことが今起こっていますので、このパンフレットには「Save Time」待たせないよということが書かれています。実は、今回案内して頂いた先生が経営しているクリニックです。15分以上待たせないというのが、このクリニックの条件なのです。(クリニック内の写真を映写)このクリニックはドクターが必ず一人いまして、検査もある程度できて、64列のCTもあり、何でもできる検査になっています。このクリニックに行きますと、指を切ったとかいうことでもすぐに、診てもらえます。15分以内に診てもらえます。どんな病気でも全部診てもらえるということです。但し、1回の受診料は50万円です。それがやはりアメリカだなと思いました。50万円ということ堂々と掲示しながらやっているわけです。どんな些細な傷でもこのクリニックに来てもらったら、絶対15分以内には診てくれるわけなのですけれど、費用は50万円であるということです。(資料75)

OPEN 24hrs 7 Days

**New York:  
Save Time When You  
Need It Most.**

We accept  
Medicare &  
Workers Comp

**EMERGENCY  
MEDICAL CARE**  
Quality urgent care in a New York minute

Two Convenient NYC Locations:  
DOWNTOWN: 200 Chambers Street, NYC, 10007  
MIDTOWN: 521 West 42nd Street, NYC, 10036

**212.962.6600**  
www.emcny.com

資料75

今お伝えしたような面を考えますと、本当に日本の医療はよいなと思って帰国してきた次第であります。

私の今日の講演とさせていただきます。ご清聴いただき、誠にありがとうございました。

※ 当日配布資料のカラー版は、当会のホームページよりダウンロードが可能です。

■ (一財)医療関連サービス振興会ホームページ ([https://ikss.net/about\\_ikss/seminar.html](https://ikss.net/about_ikss/seminar.html))