

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社



MetLife
メットライフ生命

2019年(令和元年)5月27日

第265号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

考察

医師の増加は期待できず 外科医不足はさらに深刻化する

国際医療福祉大学
赤坂心理・医療福祉マネジメント学部長
高橋 泰氏

医師の地域偏在、診療科偏在が、厚生労働省の検討会などで大きな話題になっている。国際医療福祉大学赤坂心理・医療福祉マネジメント学部長の高橋泰学部長を中心とするチームはこのほど、「医師・歯科医師・薬剤師調査」のデータをもとに1996～2016年における医師数の地域ごと、診療科ごとの推移を分析した。その概要を解説していただいた。

医師が増えたのは70～80年代入組の効果

今回の調査でまず認識したのは、若い医師が増加した時期はきわめて限られていたことである。図に示すように1970年代に医学部32校が新設され、国試合格者数が70年代の4万8435人から80年代の7万9724人となり、80年代は70年代と比べ10年間で若い医師が3万人ほど増えた。しかし、その後国試合格者数は90年代が7万8965人、2000年代が7万7217人とほぼ横ばいで推移しており、この間、若い医師の数は増えていない。09年からの医学部定員増の影響で10年代は、6000人ほどの若い医師の増加が期待できる。



高橋泰氏

もうひとつ強く認識したのは、これまで退職者がほとんどいなかった新設医大の卒業生がこれから退職を始める年齢になり、今後医師の退職者数の急増が始まることである。おおまかな言い方をすれば、これまでは毎年8000人くらいの新人医師が生まれ、4000人ほどがリタイアしていたので、1年あたりの医師数の「純増」は4000人ほどだった。しかし今後10年は9000人の新人医師が生まれるものの、6500～7000人の医師がリタイアしていくと考えられ、純増は2000～2500人ほどしか見込めない。従来のような年間4000人の医師の増加を期待できなくなる。

このことから厚生労働省が予測しているような医師の増え方は考えにくく、むしろ地域、診療科によっては深刻な医師不足が生じることが予想される。

女性医師の増加で過疎地勤務が減少

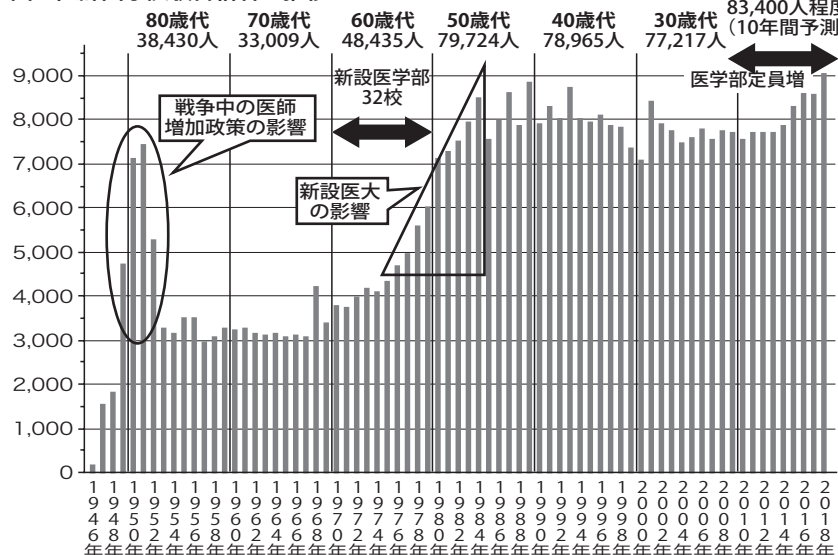
1996～2016年に各地で起きた現象にも目を配る必要がある。この20年間で全国の医師数は24万908人から31万9480人、33%増となっているが、二次医療圏レベルで分析する

と、大都市医療圏で41%増、地方都市医療圏で30%増であるのに対し、過疎地域医療圏は4%増にとどまっている。主因としては、①もともと過疎地域勤務の比率が低い女性医師が急増したこと、②若い男性医師が過疎地へ行かなくなっていること——の2つが考えられる。

まず女性医師の増加だが、96年が3万2259人で女性比率が13%だったのに対し、16年は6万7493人で同21%となっている。

次に大都市医療圏への勤務比率の推移を見ると、30代では96年時点で男性の46%、女性の58%。06年は男性の48%、女性の54%。16年は男性の53%、女性の58%が大都市で勤務していることがわかった。40代も同様で、96年時点で男性の43%、女性の55%、06年で男性の45%、女性の54%、16年で男性の49%、女性の55%が大都市で勤務していた。つまり女性医師の大都市勤務は20年間、ほぼ56%前後で一定で、女性医師が増えるほど、大都市の医師の割合が増え、過疎地に行く医師の割合

図 医師国家試験合格者の推移



が減る構図が生まれていることにならる。

男性医師の過疎地勤務の減少傾向も確認しておく。30代の推移を見ると、96年では男性医師の9%が過疎地に勤務していたのに対し、06年は7%、16年は5%に落ち込んだ。40代も同様で、96～06年の推移は9%～8%～6%である。

過疎地で深刻化する「外科医」不足

この地域偏在を診療科ごとに分析すると、さらに事態の深刻さがわかる。とりわけ目を引くのが「外科」だ。

まず総数では96年で2万6070人、16年で2万4073人。内訳を見ると男性は2万442人から2万1982人と3460人の減少、女性は628人から2091人と1463人の増加となっており、男性の減少分を女性の増加分がカバーし切れていない状況が読み取れる。

これに先ほど述べた医師の大都市志向が重なった結果、16年の大都市では30〜40代の男性外科医と女性外科医が多く、過疎地域では50代男性外科医が多いという現象が生まれている。また16〜26年では大都市は外科医の増加が期待でき、若手医師が増えることにより、外科医の年齢構成も16年と大きく変わらないと予測される。

一方、過疎地は若手外科医が増えず、外科医の大幅な減少と更なる高齢化の進行により、現在の主力である50代医師が60代になっても主力となつて外科を運営せざるを得ない状況が予想できる。実際、地域によってはこの事態が既に起きている。私が訪問したある地域の総合病院では、外科医3人が常勤していたが、一番若手が55歳、あとの2人は60代だった。

この病院の光景は今後、全国で見られるようになると思われる。つまり、現在の50〜60代がリタイアすれば過疎地では一気に医師がいなくなるし、さらにいえば今すぐにリタイアせずとも、既に現在40代の医師は外科を選ばない傾向があるので、この5〜10年で地域内に外科手術を行える外科医がいなくなる地域が続出することは十分想定しておかなければならない。

「すぐに手術を受けたい」と考えた場合、日本国内では無理なので、外国へ

行く」という近未来図も覚悟しなければならぬだろう。

診療科ごとの医師数を踏まえた地域医療論議を

このインタビュアーでは大都市部と過疎地の偏在状況、外科医の減少に話を絞ったが、各地域における診療科ごとに状況を明らかにしたうえで、それぞれの地域医療体制の構築を検討していかなければならない。

全国レベルでは、過疎地や外科医のような将来予測を示し、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」などで議論すべきと考える。特に過疎地への医師派遣の仕組みづくりは急を要する。皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科は大都市と過疎地の格差が外科以上に著しい。あわせて、外科を選択する医師を増やす方策も講じる必要がある。「医師の働き方改革」後の外科医の勤務像を示すなど、イメージアップの取り組みも重要だし、外科医に対する報酬面での誘導策も検討課題となつていくだろう。

こうした実態をつぶさに見た上で、丁寧に各地域で医療提供体制を検討していく必要がある。DPCデータによって疾患傾向、病床機能報告によつて病床機能の大枠を把握したわけで、今後は診療科ごとの医師の状況も踏まえて検討を進めていく必要がある。

たとえば北海道北部の宗谷医療圏には、小児外科、心臓血管外科、形成外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、リハビリ科、放射線科、麻酔科、救急科を標榜する常勤医師がいない。この地域のこれらの診療科の医療を必要とする患者は市立稚内病院などに週数回、他の医療圏

から派遣されてくるこれらの科の医師の外来を受診し、手術などの医療が必要なときは、旭川や名寄の病院まで3時間以上かけて受診している。さらに言えば、この議論を進めれば、

サテライトシンポジウム ディスカッション

これからの病院経営の課題を 会場全体で徹底的に議論

東京都病院協会が3月10日に開催した東京都病院学会「サテライトシンポジウム」では、江口輝男 東京都病院協会常任理事(旗の台病院理事長)、猪口正孝 東京都病院協会副会長(平成立石病院理事長)、上原敦 さらばし 銀行医療・福祉事業部部長、瀬戸健 RIZAPグループ株式会社代表取締役社長による講演が行われた。前号でその内容をレポートしたが、今号では講演後に行われた、演者によるディスカッションの内容をお届けする。竹川勝治 東京都病院協会常任理事(愛和病院理事長)と土谷明男 東京都病院協会常任理事(葛西中央病院理事長)が座長を務めた。

最初に、融資先の評価と病床規模の関連性を訊かれた上原氏は、「全国的にスケールメリットでコスト吸収するのがトレンドだが、最終的な人口減少などにはダウンサイジングも必要で規模だけでは判断しない。規模に合ったコスト管理やサービスが行えていれば、生き残っているのでは」と回答。続いて、医療と経営の完全分離は可能なのかという疑問に江口常任理事は、「完全分離が理想だが、うまくいかないのは確か。だが、『医療だから仕方ない』は言い訳にならず、経営者がきちんと経営を見ていれば、完全分離でなくても問題ない」と述べた。猪口副会長も、「私が現場を離れられた

当然、救急医療や手術、あるいは高度医療の提供機能を備えた医療機関の集約化も議論の俎上に載ることになる。これは、東京都においても決して例外と考えるべきではない。

のは約400床以上になってからだった。病院が小規模の頃は、経営者は現場から離れられないと思う」と話した。さらに、人事考課制度などについて聞かれた瀬戸氏は、「社員に対して報酬として求めること」の明確化は必須だ。社員はボランティアで働いているわけではないため、お客様にギブしたうえで、テイクを得て、最終的には利益につながなければならない」とした。最後に、組織の理念と現場のギャップを埋める策を、各講演者が述べた。江口常任理事は、「当院は小さな病院のため、各々の顔を見て共通認識を得ていくほかない。伝えたいことを言葉にしたうえで、やってほしいことは

東京都病院協会メールマガジン (正会員限定・無料) のご案内

東京都病院協会は2016年7月より、会員への情報提供充実のため、会員病院のみを対象としたメールマガジンを配信しております。行政からの通知、研修会のご案内等をメールにてお送りしております。本サービス登録による追加の費用は発生いたしませんので、ぜひご活用いただきたく存じます。

配信内容: 1. 厚生労働省、東京都、東京都医師会等からの通知 2. 東京都病院協会主催の研修・講演会案内
3. その他、会員病院の経営に資する情報

登録制限: 1 病院につき2名まで(理事長・院長と事務担当者、など)とさせていただきます。

注意事項: 会員限定サービスですので、登録用 URL 等の第三者への提供はご容赦願います。

※登録をご希望の方は、東京都病院協会事務局までご連絡ください。

電話: 03-5217-0896 メール: tmha@mri.biglobe.ne.jp



自分も率先してやるに尽きる」と説明した。猪口副会長は、講演中に瀬戸氏が紹介した、職員へ理念を具体的に説明するため制作された研修用動画を挙げ、「あれは瀬戸さんが考えるRIZAPそのもの。理念を明確に職員へ見せることで、『うちはこういうサービスを提供しているんだ』と一瞬で理解できる。当院でも使ってみたい」と話した。

上原氏は、「当部署のメンバーが病

院などと取引して一番うれしい言葉は、『さらば銀行の医療チームは話がわかるね』。それを当部署の理念として、全メンバーが感じられるようになってくれればいいと思っている」とした。瀬戸氏は、「理念は徹底して伝えられているのがカギだ。私は、『言った』『言わない』の責任は発信者であり、受け手が内容を理解し実行して初めてコミュニケーションは成立すると考えている。何度も繰り返し伝えないと行動までは変わらない。だからこ

そ組織のトップは、理念そのものを体現しないとけない」と強調した。

*
最後に、実行委員会委員長の友池仁暢(東京都病院協会副会長・榊原記念病院顧問)が「病院経営者の考えだけでなく病院を取り巻く環境や異なる世界からお話しを伺い、自院のこれからの考えを直していただくため企画した。今日の講演を生かし、明日からまた頑張っていたきたい」と挨拶を行い、盛況のうちに閉幕した。

インタビュー

地域医療の充実に向けて「構想」「システム」を強化

東京都病院協会副会長

東京都医師会副会長 猪口 正孝

医療法人社団直和会理事長/社会医療法人社団正志会理事長

2025年の医療提供体制構築をめざして作業が進む東京都地域医療構想は、調整会議の議論も増床分の機能のあり方など、具体的な内容に踏み込んでいる。東京都医師会副会長・地域医療構想調整部会会長として地域医療構想の実現に向けた主導役を務める猪口正孝・東京都病院協会副会長に、2018年度の進捗の振り返り、19年度の展望などについて話を聞いた。

調整会議が「機能」を示す事例が見られる

2018年度の地域医療構想に関する議論を振り返ってください。地域医療構想調整会議の実効性が高まっている手ごたえを感じます。

東京都は2015年の病床機能報告に基づく病床数と25年の必要病床推計



猪口正孝

を比べて、今後8000床を増床する

必要があるとされ、各区域で増床分の病床配分に関する議論が始まっています。各病院から増床の申請が出た際、その申請内容が地域医療構想調整会議に提示され、地域の医療事情に適したものが議論されるようになっていくのです。

従来、病床新設・増設の申請があると、都は基準病床数に従って不足分を機械的に配分しているだけでした。今回は、申請があつた段階で調整会議に諮り、地域にその機能は多すぎるとか、必要な機能はこれだというふうに、病院単位でなく地域単位で病床機能の過不足を議論できるようになりました。

ある構想区域では、療養病床の増床を申請した病院があつたのですが、療養病床は病床機能報告と将来推計で既に「過剰」と示されていたことを踏まえ、結果的に申告した病床数の半分で認める例が出ました。まず地域医療構想調整会議で機能病床の過不足が議論されたほか、他の医療機関との連携への注意喚起もありました。特に療養病床の場合、急性期や回復期の病院、さらには在宅との連携が不可欠なはずで、地元の地区医師会との意思疎通も求められました。各病院が「地域医療」について実務的な議論をしていただいたという点でも、貴重な機会になったと言えるでしょう。

転換を後押しする政策提言をしていく

2019年度の主な取り組みを聞かせてください。病床機能報告の精度をさらに高めるべく、急性期機能についての定量的な基準が設けられます。病床機能を報告

する際に参考にさせていただくことになるほか、今後の地域医療構想調整会議もこれを踏まえたものになるでしょう。

具体的には、全身麻酔または化学療法を1年間に1床あたり1回以上実施している場合、「高度急性期または急性期」とすることになります。50床の病床であれば年50回、大まかに考えれば週1回、外科系病棟は手術、内科系病棟では化学療法を実施しているイメージです。

ただし、この基準は「高度急性期または急性期」から「回復期」へ転換した病院が、経営を成り立たせる見通しがあつてはじめて、実効性が高まります。その環境を整えることも、地域医療構想を進める上で大きな課題となります。

そのためにも行政のさらなる支援を働きかけていきたいと思っています。たとえば「東京都地域医療構想推進事業(施設設備整備)費補助金」は地域医療構想に基づいて病棟や病室の改修・改築などを行う医療機関に経費の一部を補助するものですが、改修するためにかかった費用すべてが対象となるわけではなく、中小病院としては用途が限定的と言わざるを得ません。同事業の補助金に関する「交付要綱」では、「医療機能の施設基準を満たす病棟又は病室の整備に当たり必要な」改修、改築、新築に要する工事費などが対象とされ、かつ「1床当たりの単価に、整備前後の病床数を比較して増加した病床数を乗じて得た額」の交付となるため、病床数によって補助額も異なります。

病院は病棟や診療部門だけでなく

様々なバックヤードがあつてはじめて円滑に運営できますし、機能転換にあつて病院の敷地外に本部機能を移設するケースも出てくるでしょう。そうした面への配慮も求めたいところだ。

「回復期」を担う病院の支援のあり方が問われそうです。

支援は当該の病院だけでなく、地域にとつても必要です。病床機能報告で「急性期」としている病院でも、実質

私の医道

武見 敬三
参議院議員



前回は、私の父、武見太郎について、一般の方々が想像しているものと少し異なる姿を本企画の序章として紹介させてもらった。今回は、臨床家としての武見太郎の実像を述べさせてもらいたい。

第2回

臨床家としての武見太郎の実像

的に「回復期」という病院は少なくないでしょうが、地域にとつて必要だからこそ、その機能を担っているとも言えるのです。算定している入院基本料が何であれ、地域にとつて必要な機能であることに変わりはなく、その病院がなくなれば地域にとつて大きな損失になります。なくなつた後、やっぱり必要だといつて新たに回復期機能を持つ病院を建てるのは、効率が悪すぎます。

また「回復期」機能を担ってほしいと依頼するならば、それで経営していくだけの環境を用意するのは、政策のあり方として当然だと思います。

連携を促進する
ITシステム整備も強化

東京総合医療ネットワークも実装に向けて体制が整ってきました。

東京総合医療ネットワーク(東総医)は使いやすい強化を図ります。また、

父は33歳のとき、慶應義塾大学医学部の医局から理化学研究所の仁科研究室に移り、物理学の医学への本格的な応用研究をテーマにし、研究と臨床に励むようになった。その取り組みとは、経験医学的な、たとえば亡くなった後に遺体を解剖し、病気の原因を病理学的に確認しそこで探求が終わるのではなく、患者が生きているうちから病気の原因を、静態的にとらえるよりも、むしろ動態的に正確に科学的に把握することに最大の関心をもち、臨床研究の基本としていた。循環器内科の医師であつたので、血圧の測定ひとつをとつてみてもそれまでの血圧計はその時の

瞬時の血圧を測るだけだったのを、自らベクトル心電計を開発し、それによつて一定時間の中での動態的な血圧の変化を測定できるようにした。そのような、医学を「科学」として発展させることを基本としていた。

他方で、患者の中に幸田露伴といつた有名な文豪がおり、露伴先生から中国の漢方医学についての話を聞き、人間を全体としてどのように捉えるのかという視点から、単なる西洋の科学的な視点には止まらない人間の捉え方についても深く関心をもつようになつた。

その結果、漢方医学に対しても関心をもつようになつていった。

また農村医学の現地調査を行った経験から、生活と一体化した形で人の健康状態を把握することの重要性を特に感じるようになった。たとえば慶應義塾大学医学部の寄生虫学の研究者であつた小泉丹教授の下で岩手県沢内村の訪問調査などもやつていた。そこでは乳幼児の死亡率が非常に高かつたが、その大きな原因として、農家の人たちがお風呂のお湯をあまり取り替えずに何度も使つていて、子どもが生ま

れた時の産湯にもその汚れたお風呂を使つていたことが考えられた。そこで村長と相談をして、乳幼児が生まれた家庭には村でたらいをひとつ寄贈し、新しいお湯を新しいたらいに入れたものを産湯とし、子どもたちを浸からせることを奨励する取り組みを実施した。これはまさに生活と人の健康が密接に関わっていることに着目した、パブリックヘルスのなアプローチと臨床医学の融合であり、父が臨床家として患者の生活環境についても深く考えるきっかけとなつた。また、父は診断をする時には聴診器を当てて体内の音で判断をしたり、触診等人間の表層の皮膚の状態を観察したりと、極めて微細に症状を観察していった。このような、生きている人間の表層から詳細に診断していく診療の仕方こそ「表層解剖学」と呼んでいた。

近年の医師は血液のデータやCT、MRI等、各種の検査データによつて診断することに集中する傾向があり、患者と医師との信頼関係を基本にして診断しているのだろうかという批判もあるように思うが、父は、どちらかがあればいいというのではなく、その両方の必要性を認識していたように私は思う。

多職種連携のための、「東京医療介護ポータルサイト」(仮称)を準備中です。各地域では介護利用者の情報を共有するSNSがありますが、これらをつなげるイメージです。A区で介護を受けている人がB市に引越す際に、A区でどんな介護を受けているかといった情報をB市の介護事業者も確認できるようにするわけです。

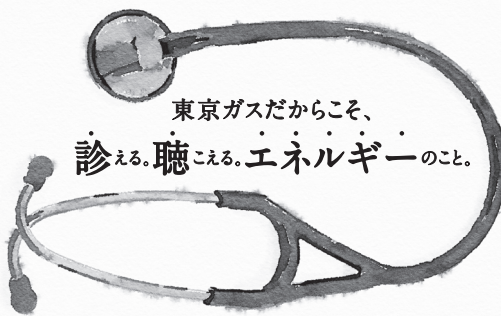
もう一つ、「転退院マッチングシステム」も、東京都医師会と東京都が協働で準備中です。入退院支援の一部をシステム上で行えるようにするものです。退院する患者さんの受け入れ先を探す際、サイト内で患者像を含めた案件をアップし、受入側の病院が自院に適しているか判断すれば、「当院は受け入れ可能です」といつた具合に手あげする形です。現在、多くの地域連携室のスタッフは自分のネットワークを頼りにあちこちに電話をかけていますが、このほうが効率ははるかに良いし、連携室の負担も軽減されるはずです。

たとえば「C区」の私鉄D線沿線に暮らす、脳梗塞右片麻痺、リハビリが必要で将来的な希望は在宅復帰の83歳女性」を受け入れてくれるC区の回復期リハ病棟か地域包括ケア病棟を持つ病院の手あげをサイト内で行えるようにするのです。そこで、病院間のマッチングができたなら連絡を取り合つてさらに詳しい情報をやりとりすればいいし、東総医にアクセスして患者さんの医療情報を入力すればいい。システムは相乗効果も期待できます。

このように、東総医だけでなく、さらに情報共有を推進するシステム整備に取り組んでいます。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。



東京ガスの電気は顧客満足度**第1位!**

2017年度JCSI(日本版顧客満足度指数)調査
電力小売部門
※調査対象5社(ENEOSでんき・auでんき・大阪ガス・J.COM電力・東京ガス)

ぜひ、下記までお問い合わせください

東京ガス株式会社
都市エネルギー事業部 公益営業部
東京都港区海岸1-5-20
TEL.03-5400-7735

— ありがとうございます。