

# たかひら元 政務調査レポート

2008  
10月号



長崎県議会議員 高比良元

スピードを上げて  
長崎をもっと元気な  
まちに変える！

もってこい  
元気！

はじめ  
たかひら元 政務調査事務所

〒851-0402 長崎県長崎市晴海台町2-9

TEL・FAX 095-892-1825

e-mail info@takahira-hajime.jp

URL http://takahira-hajime.jp/

発行責任者 高比良元

たかひら元

検索

自治体運営の公立病院の赤字経営が広がる中、総務省から、『公立病院改革ガイドライン』が示され、今年度中に赤字経営については、何らかの経営改善策をと

## 県立病院と離島医療圏病院の再編統合計画について

ご挨拶

長崎県議会議員としてのこれまでの政務調査活動の一端をここに報告いたします

これまで議員活動期間中、県議会においては、政策提言型の取り組みを進めてまいりましたが、議会閉会中も、県庁はもとより関係各機関や団体等と議論するなど各政策課題についての調査研究を行なっていました。

その結果、現状の問題点や今後のあるべき対策等を私なりに整理し、また、考え方をまとめてまいりましたが、これらについて県民皆様のご意見・ご批判を賜りたく広報させていただく次第であります。

高比良元

りまとめなければならないということも手伝って、県立病院と離島医療圏病院を統合して運営する企業団の設立に向けた取り組みが進んでいます。

内容は、県立病院である島原病院および精神医療センターと離島医療圏の基幹病院である五島中央病院並びに上五島病院、対馬いづはら病院を、長崎県及び島原市、南島原市、雲仙市、五島市、対馬市、新上五島町が共同で地方公営企業法を全部適用する企業団を設立し運営しようとするものです。

ただし、設立から当分の間（3年間を目的）は、離島医療圏病院の残りの地域病院である奈留病院並びに富江病院、奈良尾病院、有川病院、中対馬病院、上対馬病院の6病院についても、当該企業団で運営し、これらの病院については3年の間に入院機能のあり方など、病院そのものを見直し変更するということになっています。

そして、早速、来年度当初には企業団を設立したいというスケジュールで所要の作業が進められています。

県においては、平成18年度に『県立病院あり方検討懇話会』が設置され、19年7月に上記のような答申がなされ、これに基づいて、離島医療圏組合との調整や、病院職員が加入する県の職員組合との交

渉などを行い、県議会の厚生環境委員会でも基本的な考え方が提示されてきました。また、関係市町のうち、新上五島町においては町内の離島医療圏病院の他、町立の診療所も含めて町が設置した町内病院等の今後のあり方を専門的に検討する機関から答申を得、町としての決定ではないものの県の考え方と同一歩調で取り進む姿勢が示されています。

また、五島市及び対馬市においても、進捗の違いはあるものの企業団の設立と地域病院の抜本的な見直しについては、同じく決定ではないものの県と同様の意向であると伝えられています。

そこで、現時点における地域病院の見直しについての県当局他の考え方は次の通りです。

1. 五島市にある富江病院と奈留病院は、いずれも19床の診療所とする。
2. 新上五島町にある有川病院は、入院機能をなくし外来診療だけの診療所にし、奈良尾病院については、19床の診療所にする。
3. 対馬市にある中対馬病院は、対馬いづはら病院のベッド数を増床することによって、外来診療だけの診療所とし、上対馬病院は、対馬いづはら病院の分院として、現在の84床を60床にして企業団において運営する。

県においては、平成18年度に『県立病院あり方検討懇話会』が設置され、19年7月に上記のような答申がなされ、これに基づいて、離島医療圏組合との調整や、病院職員が加入する県の職員組合との交

以上の内この方針を持ちながらも、これらの地域病院の改変についての取扱いは調整に時間を要するとの判断からこれらの問題はひとまず置いて、とりあえず急ぎ企業団の設立という新たな運営母体の設立を目指そうという枠組みで作業が進められています。

そして予定では9月の定例会議で、企業団設立についての規約の承認案件が県と関係市町の議会にそれぞれ上程される予定になっています。

企業団設立の考え方は理解できますが、問題はこうした枠組み、即ち、地域病院の取り扱いを先延ばしし、しかし一方で、内々にその処理方針を持ちつつ、これを関係住民に知らせないまま、つまり、住民との間での十分な論議をしないまま、今後の病院経営の主体となる企業団を設置し、いわば外枠を固めてしまうというやり方が適切かということです。

このままでは、病院の利用者である住民の意向がなんら汲み取られることなく、既定路線のように地域病院がなし崩し的に整理縮小されてしまうおそれがありますし、そもそも住民の生命と健康を守るための地域医療の公的体制が、肝心の住民不在の中で変えられていくことは公的病院の使命からしても、適正手続が踏まれているとはとても言えるものではありません。

ません。

私の提案により改革21会派では、ことの重大性に鑑み、五島と対馬でこの問題についての住民公聴会（タウンミーティング）を6月14・15日と6月28・29日の4回に亘って実施しましたが、参加者の大多数からは、地域病院の取り扱いが先行き不透明なままでの企業団の設立はおかしいということと併せ、地域病院についての現時点での考え方としての規模・機能の縮小は、住民としてとても納得できないものであり、基本的には、現状を維持すべきであるとの意見が寄せられました。

さもありません。

公的病院は、特に他に公立以外に病院がない地域にあつては、地域住民に必要な医療を適切な水準をもって提供することに使命と存在意義があるわけでありますから、したがって財政問題のみに偏することなく、あくまでも地域医療を守り、より効果的にサービスを提供するという基本視点からの改革でなければなりません。

確かに、人口が減少し、病床利用率や外来患者数が減少する一方で、医者をはじめとする医療資源の安定的な確保が難しくなり、また、経営の赤字幅が膨らむ中で、時間距離がさほどない位置に同種・同規模の公的病院が立地し、これを

どちらも同じように運営していくことは無理があります。特に勤務医の労働条件は過酷で、中々な手がなく、そもそも新臨床医研修制度のお陰で長崎大学の医学部を卒業した学生が大都市の病院に流れてしまうという現状においては、これまでの体制を維持しようにも維持できないという厳しい状況にあることも一定理解することが出来ます。

したがって、広域的な視点から、医療資源も集約化することが、かえって、提供する医療サービスが増し、機能縮小する病院においても基幹病院の医師のローテーション等により、与えられた機能において提供する内容は幅が広がる。したがって、外来機能に特化する病院にするという見方は、一定合理性があるように見受けられます。

しかし、翻って考えてみるに、必要な地域医療を提供するということは、患者の症状に合わせて急性期医療、慢性期医療、リハビリ医療、緩和ケア医療、在宅医療、さらには福祉と医療の連携ということが、トータルなパッケージとして地域の中において提供できる体制が備わったものでなければなりませんし、そうした全体の枠組みにおいて、それぞれの病院や診療所が機能分担しながら連携し合うものでなければなりません。

したがって、入院病床を持つことは経営上無理があるから、外来だけにするというような安直なことではなく、現在の状況と資源において住民の利用形態を踏まえつつ、どのような再配置をすることが経営改革にもつながり、より効率的な医療サービスの提供につながるのかということも多く選択肢の中から検証していくことが肝要であり、新たな運営体制づくりに取り組む今日、そのことが求められると考えます。

したがって、これらの検討や、住民の一定理解が示されない状況での、枠組みづくりとしてのみの企業団の設立ということには、県当局の再考を求めたいと思います。



9月定例会本会議一般質問

## 2次救急医療体制の再編整備について

2次救急医療体制は県の保健医療計画で定める2次医療圏域毎に、病院間の連携と役割分担のもとにそれぞれ定められています。圏域の実情が違うことから一律に講じることができないため、今回は例として長崎圏域（長崎市・西海市）のうち長崎市の実態を捉え、その制度改善に取り組み必要があることを述べたいと思います。

現在、長崎市内の病院郡輪番制病院が長崎市民病院や成人病センターなど公立病院を含め11病院、救急医療協力病院が7病院あり、これらの病院がそれぞれ役割分担しながら休日・時間外診療が行われています。

しかしながら、同じ輪番病院であっても病院の立地場所や受け入れ態勢の違いによって、受付患者数に大きな違いが生じています。また、同じ輪番病院であっても輪番日のみ時間外等の患者を受け入れる病院と輪番日以外でも恒常的に時間外等の患者を受け入れている病院の違いがあり、後者においては病院の運営がバンク状態寸前に追い込まれている状況にあります。

また、患者も救急車での救急搬送される方と、救急車を使わず一般の乗用車やタクシーで受診される方がおられます

が、2次救急体制のあり方が議論されるときは、救急搬送の件数がことさら取り上げられ、現実の状況が十分に把握されていない側面があります。

恒常的に時間外等の患者を受け入れている病院（市南部のA病院と市北部のB病院）では実際救急搬送の患者より一般の乗用車等での受診者が非常に多く、市内中心部の病院では輪番日のみを受入れて、かつ、救急搬送による受診者が多くを占めており、A病院やB病院と比べ救急患者の取り扱い数が少ないというのが現状です。

これらは、病院の場所や診療科目の違いにより、救急患者数に多寡が生じるという事も考えられますが、市の周辺部の病院と中心部の病院では、2次救急医療に対する病院運営の取り組み方、考え方に、温度差があると言わざるを得ないと思います。

前述したように、このままではA病院とB病院は勤務医の過重労働により医師が昨今やめていくことや、病院経営上も大きな赤字を抱え円滑な医療供給体制が組めないといった大きな問題が差し迫っているといっても過言ではありません。県としても中核市である長崎市にひとり任せるのではなく、病院間での取扱い患者数の平準化や病院の実態に応じた勤務医や看護師等医療資源の確保対策、更に

は小児救急の電話相談システムの他の診療科目への導入等、より積極的に取り組んでいく必要があります。

## 医師確保対策の一環としての女性医師の就業支援について

医師不足と小児科・産科の減少等診療科目の偏在を解消するための取り組みの一環として女性医師の確保対策を推進することが肝要です。

2006年の統計で本県の女性医師は臨床研修期間後の29才までは全体の40.1%に対し、30才から34才までは27.8%に下がり、35才から39才では18.2%に下がりその後も漸減となっけていきます。

また、全国統計ですが、研修時点で小児科を専門とする女性医師の比率は45.7%であるのに対し、就業時では31.2%に下がり、同じく研修時点で産科を専門とする女性医師の比率は68.1%であるのに対し、就業時では23.5%にまで下がってしまします。

さらに勤務医については、出産・子育ての関係で就業環境が合わずにやめていく、あるいはそもそも勤務医になるのをいやがるという傾向にあります。

女性医師の確保（勤務の継続）のためには、妊娠中の就業条件の緩和や出産直

後の産休取得、再就業時の技術的な復帰支援、子育て中の育児支援のためのワークシェアなどがまずは必要なことが一般的に言われています。

これらのことに関連して、例えば長崎大学医学部の麻酔科では女性医師麻酔科復帰支援機構をつくって新たなシステムを講じていますし、東京女子医科大学も女性医師再教育センターを設置し就業復帰支援の取り組みを行い、日本医師会の女性医師バンクのように再就職のマッチングを促進する取り組みも見られます。また、大阪厚生年金病院のように子育て支援や勤務制度の改善により、女性医師や看護師が数多く集まり病院の収益改善にも成功している例も見られます。

こうした先例を参考としながら、県としても医師会や大学の医局、地域の中核病院等との連携のもとに女性医師の確保対策を積極的に推進することが肝要です。

## 療養病床転換計画について

政府与党の強行採決により成立した医療制度改革関連法に基づき、2012年（平成24年）3月までにわが国全体として、現行25万床の医療療養病床を15万床に削減し、13万床の介護療養病床を全廃する計画が進められています。

これを受けて本県では、5648床の医療療養病床を4581床に削減し、2715床の介護療養病床を0にする計画です。そしてこれらの療養病床から移転を余儀なくされる人たちの受け皿として、その多くが介護老人保健施設で、計画では2308床分、特別養護老人ホームの受け入れが253床分として計上されています。

この計画は平成19年度から23年度までの5年間で実施される計画ですが、現時点で、例えば前述の介護老人保健施設への移転は僅か10床分でしかありません。また、全国的には厚生労働省が定めた各都道府県の削減目標を設定できない都道府県もあります。

慢性疾患を有する高齢者を病院から追い出し、介護保険事業所等に引きとってもらおうというねらいですが、そもそも介護保険の施設はどこも満杯で入所待ちの状況にあり、今後はさらにその需要が高まる傾向にあるという実態にいかん離しています。また、診療所等が新たに介護保険事務所を設置しようとする場合でも、診療報酬と介護報酬では前者が高く後者が低いという現在の制度においては新たな受け皿づくりが簡単には思えませんし、仮にそうした施設ができた場合も、従前の病院での治療水準が確保されることは報酬の格差により困難である

と思います。

そのため結局、家族が自宅で療養の世話をするということになれば、仕事や生活に多くの負担がかかることは目に見えていますし、家族がいない人はどこにも行きようがありません。

結局、介護難民・医療難民が多く発生することになります。

介護保険制度の改訂で、給付抑制のために在宅介護の利用が制限されることになったこともこうした事態の発生に拍車をかけることとなります。

この療養病床転換計画は、ひとえに医療費をおさえることをねらいに実態を無視し、削減ありきで進めようとしているものであることから、計画を廃止し、直ちに抜本的な見直しを行うことを訴えてまいりたいと思います。

### 地域医療ネットワークづくりについて

現在、がんについてはがん診療連携協議会や地域がん診療連携協議会が設置され、また、がん診療連携拠点病院の整備の促進や地域拠点病院によるがん診療のネットワークづくりに腐心されていますが、他の疾病や、さらには患者の症状に合わせた施設医療から在宅医療までの全体のネットワークづくり、即ち、急性期

医療・慢性期医療・リハビリ医療・緩和ケア医療・介護医療・在宅医療、こういったものが地域の中核病院を基軸にしつつ、その地域全体の医療資源を有機的に連携し個々の役割を分担する本来的な地域医療体制を構築していくことが、医療の地域格差が叫ばれる今日、何より必要です。

何もかも一つの病院が総合的に担うことは病院経営上からも無理がありますし、また、医師不足の中で公的病院の再編統合が進み、基幹病院に医療資源が再分配されていくことになれば地域住民の医療機関へのアクセスポイントがそれだけ減少していくわけですから、これまで以上に地域内での連携を強化したネットワークインフラが地域住民の生命線として重要視されることにもなります。

さらには療養病床転換計画が進められ、病院から療養患者が移転を余儀なくされれば益々社会的なニーズは高まるばかりです。

各医療圏域毎に直ちにこうしたネットワークづくりを充実させることが難しいとしても、例えば、患者情報の標準化・共有化のための地域連携クリティカルパス制度の導入や、包括的支援プログラム（ACT）の策定機関の設置、さらには、多様な分野の専門集団が一人の患者を地域全体で支え関っていくための地域ケア

の視点をもった地域チーム医療体制の整備促進のための支援策を、県としても積極的に推進していく必要があります。

#### お願い

◎ この政務調査レポートを配布していただけるボランティアを募っています。

◎ 政務調査活動の二環として各地でミニ集会を開催します。集会を開いてくださる方を募っています。

「ご連絡をお待ちしています。」

ご意見・ご相談・ご要望等はいつでもお気軽にお問い合わせください。