

【提言】『魅力的な医療都市大阪の実現のために』

【提言概要】

日本国内及び大阪の医療の現状について、医療従事者ではない立場から分析・課題抽出し、国内外の医療先進事例を参考に、大阪の医療現場が取り組むべき提言及び医療先進都市実現に向けた提言を行う。

平成25年(2013年)4月

サイバー適塾 第11期 行財政改革グループ

目次

| | |
|---------------------------------------|--------|
| 1. はじめに | - 3 - |
| 1.1. 本提言選定の経緯..... | - 3 - |
| 1.2. はじめに | - 4 - |
| 2. 日本国内医療の現状 | - 5 - |
| 2.1. 日本の医療～過去から現在へ～ | - 5 - |
| 2.1.1. 日本の医療制度の変遷..... | - 5 - |
| 2.1.2. 現在の医療制度 | - 7 - |
| 2.2. 日本の財政と医療費..... | - 13 - |
| 2.2.1. 日本の財政(財務省考察) | - 13 - |
| 2.2.2. 日本の医療財政(厚生労働省考察)..... | - 15 - |
| 2.3. 日本における医療の現状..... | - 16 - |
| 2.3.1. 現行の医療計画(厚生労働省)..... | - 16 - |
| 2.3.2. 総務省の医療方針..... | - 18 - |
| 3. 大阪府医療の現状と課題..... | - 20 - |
| 3.1. 大阪府の公立病院改革の指針 | - 20 - |
| 3.2. 大阪府における医療関連の基本情報について..... | - 22 - |
| 3.3. 大阪府内の公立病院の現状..... | - 31 - |
| 3.3.1. 大阪府立病院の現状 | - 31 - |
| 3.3.2. 大阪府内公立病院(大阪市立病院以外)の現状..... | - 33 - |
| 3.3.3. 大阪市立病院の現状 | - 35 - |
| 3.4. 大阪府市統合本部の取り組み | - 37 - |
| 3.4.1. 大阪府市統合本部における病院事業改革プラン | - 37 - |
| 3.5. 病院関係者ヒアリングと国内事例調査 | - 38 - |
| 3.5.1. 病院関係者ヒアリング | - 38 - |
| 3.5.2. 民間病院事例調査..... | - 41 - |
| 3.6. 課題総括と問題提起..... | - 44 - |
| 4. 医療に関する先進的な取り組み事例(国内・海外)の調査と考察..... | - 48 - |
| 4.1. はじめに | - 48 - |
| 4.2. 国内事例 | - 48 - |

| | |
|---|---------------|
| 4.2.1. 関西イノベーション国際戦略総合特区..... | - 48 - |
| 4.2.2. 神戸医療産業都市構想..... | - 51 - |
| 4.2.3. うつくしま次世代医療産業集積クラスター構想(福島県)..... | - 53 - |
| 4.3. 海外事例 | - 55 - |
| 4.3.1. アメリカピッツバーグの医療産業集積(UPMC) | - 55 - |
| 4.3.2. シンガポール | - 56 - |
| 4.3.3. オーストラリア | - 58 - |
| 4.3.4. 医療制度の国際比較 | - 63 - |
| 4.4. 先進的な取り組み..... | - 63 - |
| 4.4.1. 医療ツーリズムについて..... | - 63 - |
| 4.4.2. 海外の病院が他国へ進出しているケース..... | - 65 - |
| 4.4.3. 特区について..... | - 68 - |
| 4.5. 4章のまとめ | - 70 - |
| 5. 提言 | - 71 - |
| 5.1. 提言に向けて..... | - 71 - |
| 5.1.1. 提言1 「救急患者受け入れ体制の構築」..... | - 72 - |
| 5.1.2. 提言2 「医療トータルネットワーク構築と公的医療強化」..... | - 79 - |
| 5.1.3. 提言3 「おおさかメガ医療事業者の構築」 ～魅力的な医療先進都市大阪の実現に向けて～ | - 83 - |
| 5.2. 提言の最後に..... | - 86 - |
| 6. 参加メンバー..... | - 89 - |

1. はじめに

1.1. 本提言選定の経緯

提言先候補を大阪府・大阪市と想定し、行財政改革グループ各人でそれぞれテーマ検討を行った。

- | | |
|------------|----|
| ① 交通局民営化 | 5名 |
| ② 文化スポーツ事業 | 2名 |
| ③ 生活保護問題 | 2名 |
| ④ 人事評価制度 | 1名 |
| ⑤ 病院医療改革 | 1名 |

結果、交通局(地下鉄・バス)事業への提言を求める意見が多かった。この結果は、最近の広報等で多く取り上げられている事もあり順当な結果といえる。最終テーマを選定するため、交通局民営化検討グループとその他検討グループを分け、両グループでそれぞれテーマの調査と提言イメージを考察することとした。

交通局グループは「地下鉄バス事業改革による魅力ある街づくり」を提言テーマとし検討を行った。事業改革において、「公共の役割」と「民間の役割」を検討し改革を提言する方向で、魅力ある街づくりを行うために、

- ・広告、広報、宣伝、掲載収入増加
- ・観光バス、都市バス(夜間)の導入

等について、更なる歳入増加に向けた具体的な提案を検討することとした。

その他グループは提言内容を一つに絞る必要があるため、それぞれの課題抽出・提言内容を検討した。サイバー適塾の塾生は全員が民間企業に勤務しており、公共分野においてもビジネス性を重視した提言への思い入れが強い。提言内容に決定した医療分野においても、ビジネス性を追求するための議論は最後まで続いた。

なお、その他グループのテーマについて、それぞれが考えた提言内容・方向性については次のとおりである。

『文化スポーツ事業』

- ・超大規模イベント誘致における府市統合のケーススタディ
- ・様々なスポーツによる高齢化社会に対する提言
- ・自治体の人員削減・既存施設の有効利用など、経済縮小下での文化スポーツ事業の在り方

『生活保護問題』

- ・社会的問題となっていながら具体的な対策がうたれていない
- ・大阪市財政改善に大きく寄与(大阪市に生活保護受給者が集まっている)

『人事制度改革』

- ・人事制度改革には取り組むも抜本的に人事・評価制度改革となっているか
- ・人件費の削減についてアウトプットが重要視され仕組みの変革は議論されていない

『病院医療改革』

- ・世界に誇れる「医療都市大阪市」にむけて
- ・医療分野の府市統合本部検討内容の検証
- ・スーパードクターを創出する人事制度の検証

また、グループのテーマを纏めるうえで次の項目で分析を実施した。

- ・コスト・効率性
- ・提言の新規性・アピール力
- ・提案の余地(調査充足度)

この項目分析は交通局事業においても実施し総括表(図表1-1)を作成した。

図表 1-1 テーマ別比較表(切り方)

| | 文化事業 スポーツ事業 | 生活保護問題 | 人事評価 | 病院・医療 戦略 | 交通局 (地下鉄・バス) |
|------------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|
| コスト 効率化 | △ 基本的に赤字 | ◎ 年間3,000億負担 | △ 定量評価が難しい | ○ 黒字だが財政負担 | ◎ |
| 提言の新規性 アピール力 | ◎ | △ | ◎ | ◎ | △ |
| 提案の余地 (調査充足度) | ◎ | △ | ◎ | ◎ | × |
| 総合評価 | ○ | ○ | ○ | ◎ | ○ |

テーマ決定において、交通局グループともう一方のグループそれぞれがプレゼンテーションを行い、全員で議論した結果、『病院・医療改革』について決定した。病院・医療改革の提言を通じ、日本が抱える最重要課題である少子高齢化問題、社会保障問題に対しても切り込むことができるものと確信した。

1.2. はじめに

日本の医療制度は、いつでも・どこでも・誰にでも平等な医療を受けられる医療体制を構築し、世界に誇れる国民皆保険制度を実現させた。この医療制度は、純粋に今後も継続してほしいと多くの国民が願っていると思われるが、急激な高齢化社会の到来と日本経済の不況が続いた事により、国民の医療費負担は増加の一途を辿っている。さらに政府は、社会保障と税の一体改革により、消費税増税分を医療費を含めた社会保障費に充当する考えを示しており、国民負担が更に増大する事は否めない。超高齢化社会の到来により将来の医療費が増大することは止むを得ない事であり理解できる。また、医療従事者を増やさなければ社会保障が成り立たなくなるという点も理解はできるのだが、そのために診療報酬改定を繰り返し、病院の経営を改善させる必要があるとは思えない。

平成19年の医療制度改革により、公立病院の経営は概ね改善されてはいるが、まだ多くの公立病院が赤字経営であり、公的資金を投入しているのが現状である。日本の総医療費は対GDP比8.1%で世界22位と低位に位置すると言われるが、現行の医療制度は近いうち必ず崩壊すると言われており、医療制度改革は喫緊の課題である事は間違いないと思われる。

そこで、社会保障費の課題を抱える大阪の公立病院のあり方を見直し、医療改革の実践と世界の医療モデル都市となれるような提言を行いたい。

2. 日本国内医療の現状

2.1. 日本の医療～過去から現在へ～

2.1.1. 日本の医療制度の変遷

(1) 医療の考察に先立って

我々は提言を纏めるにあたり、まず日本の現在の医療制度、またそこに至った歴史の変遷を知る必要があると考えた。歴史を振り返りながら、現状の課題へ導けるよう考察する。

(2) 国民皆保険制度制定に向けて

日本の医療制度が現在と近い体制になったのは、第二次世界大戦後以降である。医療制度、いわゆる医療保険は、1922年(大正11年)に制定され公布、そして1927年(昭和2年)に施行された健康保険法に始まる。当時の健康保険法は適用を労働者本人のみとするなど限定的な運用であった。

第二次世界大戦後、日本では結核、寄生虫、精神病、栄養失調等、早急な医療課題の解決が求められた。「いつでも、どこでも、誰でも」そのような医療を受けられる医療供給体制を作るべく、政府が大きな目標に掲げたのは、「医療の平等」すなわち、「国民皆保険」の制定で、GHQによって進められた民主化が政治的背景にあった。戦後、社会保障制度の一環として、医療保険を再構築するために、国民健康保険法を全面改定し、**1961年(昭和36年)に国民皆保険の制定が実現された**のである。その後、国民皆保険体制は昭和、そして現在に至るまでに社会情勢の変化に伴い随時改革が進められてきた。

(3) 医療制度の歴史の変遷

① 量的拡大の時代(1945～1980頃)

昭和40年代の高度成長期には、医療供給の量的拡大が推し進められた。1968年(昭和43年)に国民健康保険の7割給付、1973年(昭和48年)には高齢者医療の無料化、高額療養費制度が創設された。社会保障制度の拡充・発展により、国の一般歳出経費である社会保障関係費もこの期間に急増した。1955年(昭和30年)度には国家予算の約10%(約1000億円)であったが、1975年(昭和50年)度には約18.5%(3兆9,282億円)と増大した。

1973年(昭和48年)の石油危機により、戦後はいじめて経済成長率がマイナスを記録した。経済の低成長が日本国内を襲うと保険財源の確保が課題となった。そして、この頃より社会問題化されてきたのが高齢化率である。日本の高齢化率が7%を超え、国連の定義による高齢化社会に突入したのは1970年に入ってからである。1980年(昭和55年)には第2次臨時行政調査会が設置され、歳出の削減と合理化が進められ、老人医療費支給制度や医療保険制度等の改定に至った。

② 医療費急増の時代(1980頃～1990年代)

出生数の急激な減少と平均寿命の伸張から短期間に高齢化が進んだ日本では、1980年頃から高齢者医療費を中心に医療費の増加が顕著になり始めた。1989年(平成元年)には合計特殊出生率が「1.57人」と戦後最低値を記録し、少子高齢化が深刻な社会問題として取り上げられ始めた。老人保健法施行、高齢者医療費の無料化の廃止、入院・外来時の一部負担を導入するも財政安定化を目的に、1991年(平成3年)、老人保健法改正で一部負担金が引き上げられ、翌年には健康保険法改正で政府管轄健保の国庫補助率・保険料が引き下げられた。

③ 医療費抑制の時代(1990～現在)

バブル経済崩壊後の長期不況において、医療保険の財政事情はさらに悪化することとなった。その一方で高齢化への対策として、高齢者保健福祉サービスの充実を図るゴールドプランと呼ばれる政策が進められ、老後の介護問題に対応する為、1997年(平成9年)介護保険法が制定、**2000年(平成12年)から介護保険制度が発足した。**

高齢者の医療福祉を充実させることにより、歳出は膨らむばかりであった。そこで、改めて被用者本人一部負担1割から2割へ引き上げを実施、外来時の薬剤費用も一部負担が導入された。逆に、高齢者の医療負担額には制限が設けられた。高齢者一部負担の月額上限付きの定率1割負担導入は2000年(平成12年)に実施され、2002年(平成14年)の改正では、各制度及び世代を通じた給付と負担の見直しが行われ、被用者本人の一部負担を3割へ統一、また、高齢者の完全定率1割負担が実施されるに至った。また、翌年には健康増進法が施行され、メタボ検診等生活習慣病対策が重点化された。

新医師臨床研修制度が開始されたのは2004年(平成16年)である。研修医が自由に研修先の選択ができるこの制度により、医師が都市部の病院へ流出することとなり、へき地の医療機関では医師不足が現在でも大きな問題となっている。これが後の医師不足対策として2008年(平成20年)医学部定員増員の閣議決定へ、成人病対策、そして**公的医療課題として4疾病5事業(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)対策の重点化**に繋がった。

同年4月に、高齢者の医療確保に関する法律が施行され、老人保健制度が廃止され、国民皆保険とは切り離された**後期高齢者医療(長寿医療)制度**がスタートする等、社会・経済状況の変化とともに現在も医療制度改革は続いている。

(4) まとめと考察

以上から、戦後以降、日本の医療提供体制は、全ての国民に平等に医療を受ける機会を保障するという観点から整備が進められてきたことが分かった。それが国民皆保険制度であり、国民が容易に医療機関を利用できる体制として整備されてきた。公平な医療提供を目的とした医療保険制度を巡る環境は、国民皆保険達成時から変化し続けている。皆保険ができて約50年経過し、施行当初の経済成長率は現在においてはほぼマイナス成長率に転じ、少子高齢化の進展に伴う人口構成の変化、医学・医術の高度化等による医療費の増大が問題となっている今、**国民の健康増進に大きく寄与してきたこの制度は大きな転機を迎えていると確信した。**

図表 2-1 日本の医療制度の歴史の変遷

| | | | | | |
|----------|-----------|---|---|---|--|
| 量的拡大の時代 | 1948年 7月 | 医療法、医師法、保健師助産師看護師法など施行 ・GHQによる戦後の医療改革がスタート | | | |
| | 1958年 12月 | 国民健康保険法施行 | | | |
| | 1961年 4月 | 国民皆保険制度施行 ・「医療の平等」として国民皆保険が実現された | ＜重要な気づき①＞ 戦後の医療改革とは、国民皆保険制度による医療の平等といえる。 | | |
| | 1973年 1月 | 老人福祉法改正による老人医療費支給制度発足(福祉元年) ・70歳(寝たきりの場合65歳)以上の老人医療費が無料化 | | | |
| | | 2月 | 一県一医大構想が閣議決定 | | |
| | 1979年 10月 | 琉球大医学部設置により無医大県が解消 | | | |
| | 1982年 9月 | 医学部定員の抑制を閣議決定 ・医師数抑制政策が開始、97年には医学部定員の削減が閣議決定 | | | |
| | 1983年 2月 | 老人保健法施行 ・老人医療費支給制度の廃止、老人医療費の有料化 | | | |
| | 1985年 8月 | 第一次改正医療法施行 ・地域医療計画による病床数の総量規制がスタート | ＜重要な気づき②＞ 老人医療費無料の時代が1973年より10年あったが、それ以降は患者負担増の政策に転換している。 | | |
| | 1993年 4月 | 第二次改正医療法施行 ・特定機能病院や療養型病床群を制度化 | | | |
| | 1997年 10月 | 臓器の移植に関する法律施行 ・脳死が認定され臓器移植が可能になる | | | |
| | 1998年 4月 | 第三次改正医療法施行 ・インフォームド・コンセントを義務化、地域医療支援病院を創設 | | | |
| | 2000年 4月 | 介護保険法施行 ・高齢者の社会的入院の削減が目標のひとつ | | | |
| | 2001年 3月 | 第四次改正医療法施行 ・病床区分の見直し、卒後研修の必修化、医療情報提供の推進 | | | |
| | 2002年 4月 | 診療報酬の大幅マイナス改定(全体で-2.7%) ・医療行為の報酬価格本体については史上初のマイナス改定(-1.3%) | | | |
| 医療費急増の時代 | | 10月 | 改正健康保険法施行 ・70歳以上の高齢患者の窓口負担が一律1割に引き上げ | ＜重要な気づき③＞ 新医師臨床研修制度による医師偏在と医師不足の問題は、10年前から顕在化していた。 | |
| | 2003年 4月 | 改正健康保険法施行 ・70歳未満の患者の医療費窓口負担が3割に引き上げ | | | |
| | | 5月 | 健康増進法施行 ・健康日本21の根拠法、メタボ検診など生活習慣病対策に重点化 | | |
| | 2004年 4月 | 新医師臨床研修制度開始 ・研修先の選択制で研修医が市中病院へ流出、大学医局が人員不足に | | | |
| | | 2006年 7月 | 骨太の方針2006を閣議決定 ・プライマリー・バランス達成を目的に、2002年から5年間で行われた社会保障費総額の自然増分1.1兆円の削減の継続を決定 | | |
| | | 2007年 4月 | 第五次改正医療法施行 ・医師不足対策、4疾病5事業(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)対策の重点化 | | |
| | | | 同年がん対策基本法施行 ・患者側の意思決定への参加を規定した初めての医療制度 | ＜重要な気づき④＞ 5年前からようやく、医師不足対策、4疾病5事業対策を重点化している。 | |
| | | 7月 | 緊急臨時的医師派遣システム発足 ・医師不足対策として国の仲介による医師の緊急派遣がスタート | | |
| | 医療費抑制の時代 | | 2008年 4月 | 高齢者の医療の確保に関する法律施行 ・老人保健制度が廃止され、後期高齢者医療(長寿医療)制度スタート | |
| | | | 6月 | 医学部定員の増員を閣議決定 ・医療需要の増大に伴う医師不足対策として医師数増員へ方針転換 | |

参考:構想日本 政策プロジェクト 医療制度HPより抜粋

2.1.2. 現在の医療制度

医療費増大を抑制すべく医療政策が改められてきた歴史の変遷の中心に位置づけられているのは国民皆保険であることが分かった。ここからは現在の国民皆保険制度、また医療法や医療圏といった医療提供体制について考察する。

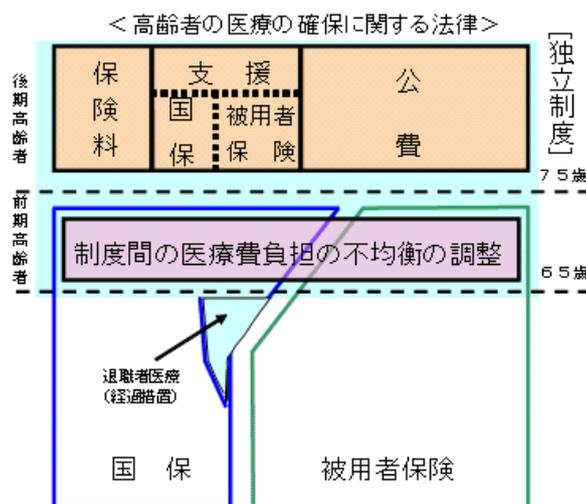
(1) 国民皆保険制度

日本の医療制度は全国民が原則加入する公的医療保険制度が基本となっている。年齢や所得に関係なく、原則として全ての医療(治療や薬等)を保険給付として受けられる仕組みである。また、長寿医療制度(後期高齢者医療制度)により満75歳以上の高齢者は同制度の対象となっている。

医療保険制度は“原則として全ての医療を保険給付として”受けられる「**保険診療の原則**」の下で運営されている。

医療保険制度は、国民健康保険と被用者保険に大別される。一般のサラリーマンは、被用者保険のうち、大企業なら組合健保(健康保険組合)、中小企業ならば政管健保(政府管掌健康保険組合)に加入し、その他公務員・学校教職員は共済に、また、自営業者や無職の場合は市町村国保に加入する仕組みをとっている。

図表 2-2 国民皆保険制度・後期高齢者医療制度について



参考:厚生労働省「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の設置より抜粋

(2) 日本の医療保険制度の特徴

諸外国と比べ日本の医療保険制度には次のような5つの特徴がある。

- ① 強制加入
- ② 所得累進性
- ③ アクセスの自由

医療はフリーアクセスであり、保険医療機関であれば受診前に保険組合への照会を必要としない

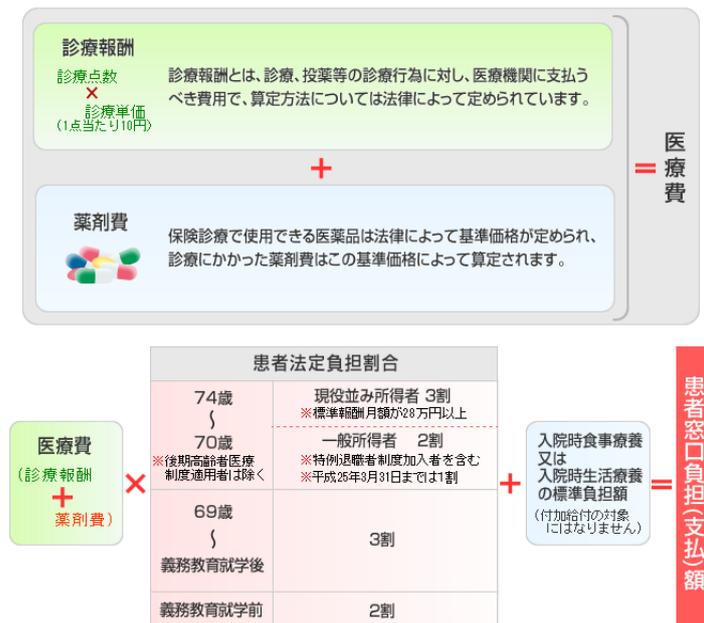
④ 現物給付

公的医療保険では被保険者が病気になった際に医療機関でお金ではなく医療サービス(現物)が給付されること

⑤ 全国均一の価格(診療報酬)体系

被保険者の就業状況や年齢によって加入する制度は異なるが、これは主に財源構成の違いによるものである。いずれの制度でも、費用の一部を負担することで、医療機関において治療・薬等を受けられ、保険給付の内容に差異はない。尚、医療費とその患者負担割合は以下の通りである。

図表 2-3 医療費と患者負担割合について



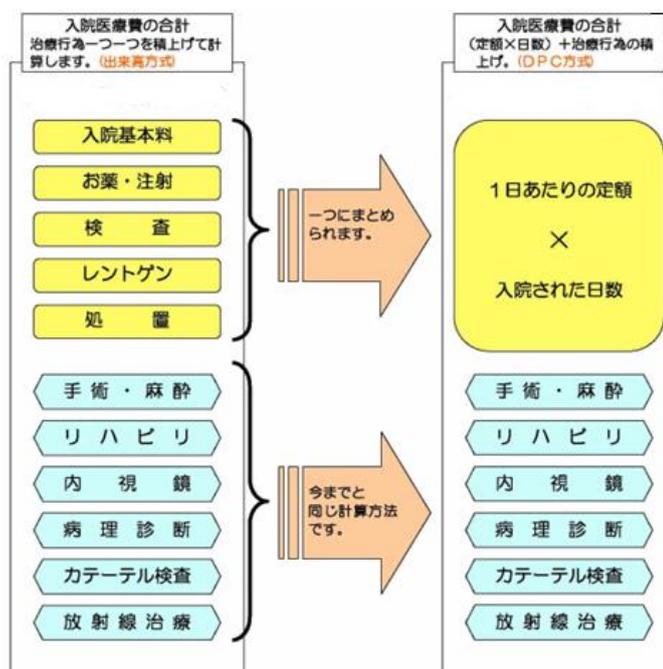
参考: パナソニック健康保険組合 HPより抜粋

次に診療報酬制度であるが、日本は出来高払いの方式をとっており、具体的には検査や投薬などの医療行為の量に応じた給付となっている。一方、米国病院では定額払い(アメリカの健康保険制度HMO(※)の規定で、単位(一日or 一診断)に対する給付)となっている。

最近では診断群分類(DPC-患者を「Diagnosis 病名」と行われた「Procedure 医療行為」との「Combination 組合せ」で分類)が定着しつつあり、データ整備普及と診療行為の透明化が図られている。具体的には入院診療費の計算方法が、病気の種類と診療内容によって分類された「DPC」と呼ばれる区分に基づいて、あらかじめ国の定めた1日あたりの定額部分と出来高による部分を組み合わせて計算する方式である。DPCのメリットは医療費の拡大が防止できることにあるといわれている。旧来の出来高方式では患者を長く入院させる傾向にあった。しかし、DPCでは薬をいくら使っても一定の金額にしかならず、さらに入院日数が延びるほど入院費が安くなるように制度が設定されている為、病院としては薬の使用量を可能な限り抑えて患者をできるだけ早く退院させようとする傾向となる為、結果、医療費を安く抑えることができる。一方で、DPCは何もしなくても一定の金額が支払われる仕組みであり、診療行為が適切に行われない可能性があるといったデメリットもある。

(※) 健康維持機構、保健維持機構 (Health Maintenance Organization) - アメリカの医療保険システムの1つ

図表 2-4 従来の計算(出来高方式)と新しい計算(包括評価(DPC)方式)



参考:大阪市立総合医療センターHPより抜粋

(3) 混合診療について

昨今では医療費増加による医療財政の問題から、患者自己負担額の増加、保険料や税の増額、また患者の経済力に応じた選択権が与えられる混合診療の是非が問われている。

混合診療とは保険で認められている医療行為(保険診療)に保険で認められていない医療行為を組み合わせることである。現行の診療報酬制度では原則禁止されており、保険外診療を行った場合は、保険診療部分も含めて保険が全額適用されなくなるため(一部の保険外医療の併用は認められている)、完全に浸透していない。具体的には、選定療養と評価療養で、選定療養とはいわゆる「差額ベッド」などの患者の希望に伴うサービス部分であり、評価療養とは今後適用される可能性があるものの、まだ技術が確立していない新しい医療技術(先進医療、医薬品の治験にかかる診療、医療機器の治験にかかる診療、新薬による診療)のことである。日本医師会は本格導入に反対しているが、今後、医療技術を発展させていく為に混合診療の積極的な活用が不可欠であるとの意見も多く、本年の大阪医師会との互礼会にて大阪府松井知事は混合診療の推進に積極的な見解を述べていた。

(4) 医療の提供体制について(法律面)

医療提供については、医療機関、医療従事者、医薬品の大きく3つあるが、それらは以下の3つの法律によって定められている。概略は次の通りである。

① 医師法

医療従事者が医療行為を行うにあたり、基本となる法律。全ての医療行為は医師法で規制されている。

② 医療法

医療機関や医療を提供する体制を規定する法律。同法律にて医療法人についても規定されている。医療法人とは「医療を提供する会社組織」のような存在で非営利法人であることが特徴であり、

営利を目的として開業することが出来ない。

③ 薬事法

医薬品や医薬部外品、化粧品、医療機器の安全確保や品質に関して定めた法律。夫々の医薬品の定義や承認される為の方法、品質などについても細かく定義している。また、医薬品の販売や医療機器の管理についても規定している。

(5) 医療の提供体制について(医療機関の分類について)

医療法によって定められている病院には様々な形態と種類があり、いくつかの分類法がある。広義の分類では病床数によるもので医療施設のうち病床数が20以上のものを「病院」と呼び、19以下のものを「診療所」と呼んで区別している。また、「地域医療支援病院」や「特定機能病院」の認定要件にも病床数が関係している。詳細については以下に記載する。

① 病床の種類による分類

病床の種類は医療法によって区分されており、現在は一般病床、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床の5つに分けられているが、それに沿って病院も分類することができる。

(a) 一般病院

(b) 精神科病院(精神病院)

2006年の精神保健福祉法の改正前までは「精神病院」と呼ばれていたもので、5つの病床種類のうち、精神病床が80%以上を占めるものを指す。治療を行う主な病気は統合失調症、うつ病、不眠症、アルコール依存症、薬物依存症等がある。

(c) 結核療養所(結核病院)

結核療養所(結核病院)は、5つの病床種類のうち結核の患者を入院させるための結核病床が80%以上を占めるものを指す。

(d) 感染症病院

感染症病院は、5つの病床種類のうち、感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための感染症病床が100%であるものを指す。

② 病院の機能別による分類

病院の持つ機能により、一般病院を次の3つさらに分類することができる。

(a) 特定機能病院

高度な医療の提供、医療技術の開発、高度な医療に関する研修を実施する能力を備えている病院として、厚生労働大臣の承認を受けた医療機関である。主な承認基準には内科・外科など主要な診療科を10以上有すること、病床数を400以上有すること、一般の病院としての設備に加えて高度な医療機器や集中治療室・無菌病室・医薬品情報管理室を備えていること、医師・看護師・薬剤師などの専門職が特定数以上配置されていることなどがある。尚、高度医療として急性期医療を担う場合が多い。

(b) 地域医療支援病院

地域の病院や診療所などの後方支援を行いながら連携を図ることを目的に都道府県知事によって承認された医療機関を指す。承認要件には他の医療機関(かかりつけ医等)から紹介された患者数の比率が80%以上(承認初年度は60%以上)であること、病床数が200以上であること、他の医療

機関に対して医療機器やベッドを提供し共同利用すること、24時間体制の救急医療を提供すること、地域医療機関従事者に対する研修会を開催することなどがあげられる。

(c) その他の病院の分類

上記以外に、「総合病院」「大学病院」「専門病院」「老人病院」「救急指定病院」「救命救急センター」「災害拠点病院」「国立病院・療養所(国立病院機構)」「国立高度専門医療センター」等がある。

また「公的病院」とは一般的に、自治体病院(区市町村等が経営)、国立病院(国が経営→正式には「独立行政法人国立病院機構病院」)、大学病院、社会保険病院(共済組合等が運営)、赤十字病院、労災病院、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会が開設した病院等の事を指す。

(6) 医療圏について

医療圏とは都道府県が定める病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域単位として区分するものであり、医療法によって定められている。医療圏は以下の3つに区分されている。

- ・一次医療圏(市区町村単位)―かかりつけ医等による治療
- ・二次医療圏(349医療圏)―一般の入院に係る医療の提供
- ・三次医療圏(52医療圏 ※都道府県毎に1つ北海道のみ6医療圏)―特殊な医療の提供

(7) まとめと考察

医療サービスは、医療法によって定められた事業者や施設配置によって提供されていることが分かった。現在の国民皆保険制度では世代間の負担の配分が問題となっており、配分改定が続いている。医療の高度化、少子高齢化により医療費が増加し続ける中、医療費抑制に向けた政策として医療制度改革が少しずつ行われているのだが、**古い制度を抜本的に改革する必要性があると感じた**。そういった点で混合診療や新しい診療報酬制度DPC方式の導入は賛否両論あるものの、医療財源確保と医療費抑制に向けて取り組むべき課題であり真剣に検討する必要があるのではないだろうか。

また今後、医師不足問題に対し医療行為の規制を緩和するための医療法改正や、世界に比べて遅いと言われている新薬や医療機器の承認期間を短縮し、早期に薬剤や医療技術サービスを提供させる為に薬事法改正などの検討も行っていく必要があるのではないかと。

2.2. 日本の財政と医療費

本章では、主に財務省や厚生労働省の統計データより日本全体の財政という観点から医療の現状について考察する。

2.2.1. 日本の財政(財務省考察)

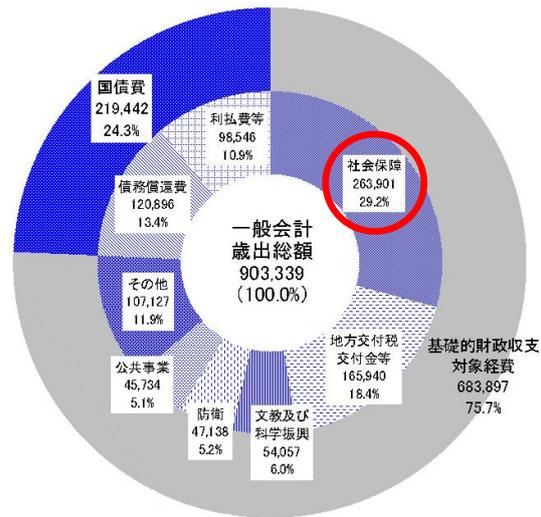
(1) 平成24年度一般会計予算

一般会計予算を俯瞰し、社会保障・医療に関連する特徴的項目を国家財政の観点から抽出し、以下に列挙する。

- 平成24年度一般会計予算である一般会計歳出総額は約90.3兆円であり、このうち、国債費を除く基礎的財政収支対象経費は約68.4兆円。
- 約68.4兆円の基礎的財政収支対象経費のうち、社会保障費は約26.4兆円で歳出全体に占める割合は29.2%。
- 主要歳出項目の中では、**社会保障費が最も多く**、その他には、地方交付税交付金等(約16.6兆円)、文教及び科学振興費(約5.4兆円)、公共事業費(約4.9兆円)、防衛関係費(約4.7兆円)と続く。

(図表2-5参照)

図表 2-5 日本の一般会計歳出



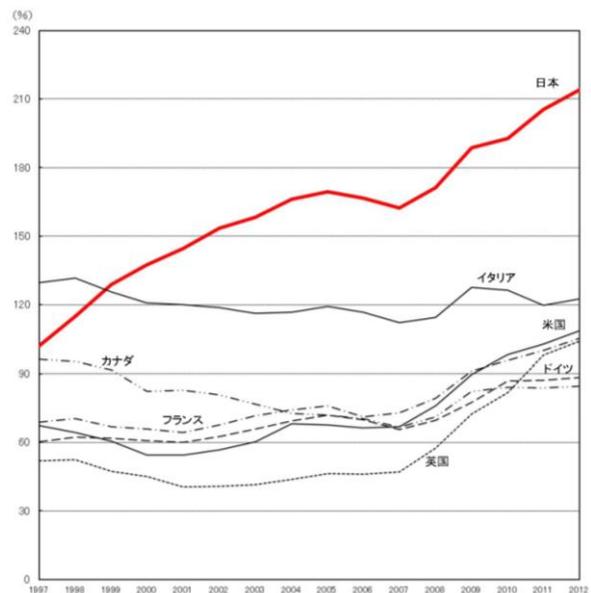
図表 2-6 日本の一般会計歳入

- 一方で、平成24年度一般会計予算における歳入のうち税収は約42.3兆円。一般会計予算における歳入のうち、税収(所得税、法人税、消費税、その他)で賄われているのは5割未満で、その他5割は借金(公債金収入)に依存。(図表2-6参照)。



参考:平成24年度 財務省「日本の財政関係資料」

図表 2-7 債務残高の国際比較(対GDP比)



参考:平成24年度 財務省「日本の財政関係資料」

- 国の債務残高対GDP比を国際的に比較すると、日本は主要先進国と比して最悪の水準であり、また悪化のスピードも急速である。(図表2-7参照)
- 日本は財政健全化指標として「プライマリー・バランス(基礎的財政収支・PB)の均衡」を用いているが、諸外国はより厳しい指標として「財政収支均衡」を用いており、**財政健全化のスピードも遅い。**
- 平成22年6月22日の閣議決定により、日本政府は財政運営戦略として、国・地方のプライマリー・バランスを「①遅くとも2015年度までに、赤字対GDP比を2010年度から半減し、「②遅くとも2020年度までに黒字化し、「③2021年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させる」と宣言しているにもかかわらず、平成24年8月の内閣府試算によれば、①については達成可能とするものの、②については「2020年度におけるPB黒字化目標を達成するためにはいずれもさらなる収支改善が必要」(現状見込み無し)とし、③については「2021年度以降の国・地方公債等残高(対GDP比)は、今回の試算では累増する」姿となっている。

(2) 社会保障と税の一体改革

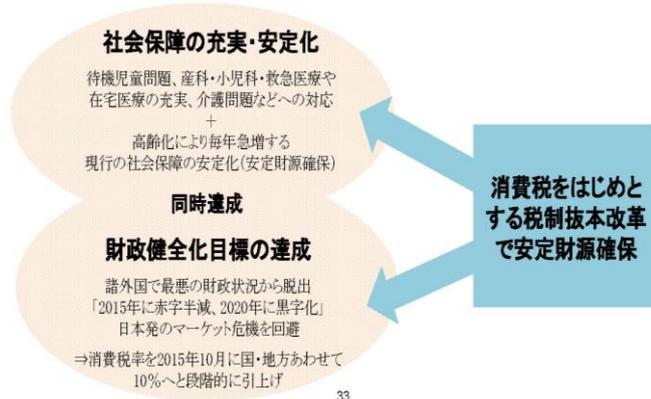
図表 2-8 社会保障と税の一体改革

上記(1)項の状況をうけ、政府は社会保障の歳出見直しに対してはより大きな枠組みで取り組む必要があるとして「**社会保障と税の一体改革**」が掲げられた。その改革の主旨は以下の通りである。

社会経済環境の変化(少子高齢化:高齢化率23%、雇用環境の変化:非正規雇用者率34%、家族のあり方変容:世帯主65歳以上の単身・夫婦のみ世帯率20%、経済成長率

の停滞:0.9%)を受け、消費税をはじめとする税制抜本改革で安定財源確保することにより、**①社会保障の充実・安定化 ②財政健全化**という2大目標を同時に実現することである。

消費税率5%の引上げによる歳入増は全て社会保障財源とすることが明記されており、特に医療関連では平成24年度診療報酬改定により、診療報酬本体の引き上げを+1.38%(5500億円)行うこととし、これを**救急、産科、小児、外科等の急性期医療、地域生活を支える在宅医療の充実、がん治療などの高度な医療技術の評価等**に重点配分することが決定された。



(3) まとめと考察

日本の国家財政を巨視的にみると、歳出面で膨大な社会保障費を抑制する必要があることは明白であり、それに伴う**医療費削減は緊喫の課題**であることが改めて分かった。にも関わらず今後の高齢者人口増加等の諸条件から「社会保障費の実質横ばい」までは言えても、抑制・削減までは踏み込めていないのが現状であり、消費税増税による補填に頼らざるを得ないのである。そのような状況の中、財務省による国家戦略上の重点領域として医療分野で明言されているのが以下の3つであることが分かった。

- ①急性期医療…救急、産科、小児、外科等
- ②地域医療…病診連携、在宅医療等
- ③高度医療…がん治療等、医療技術評価

2.2.2. 日本の医療財政(厚生労働省考察)

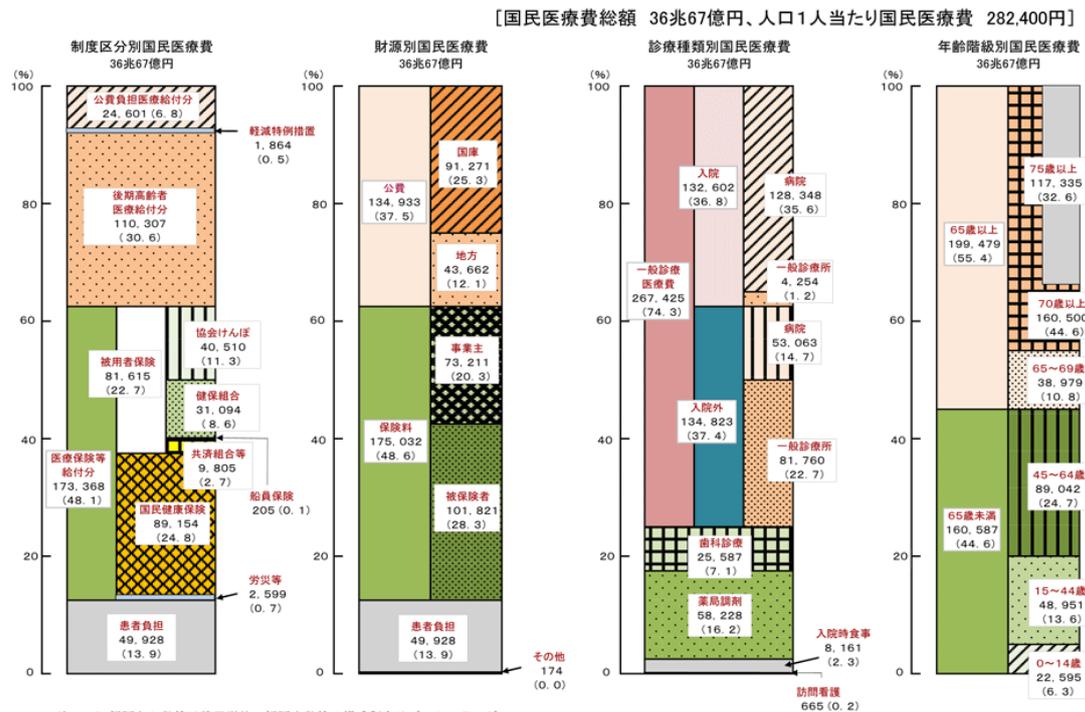
本章では厚生労働省による資料をもとに、医療にまつわる財政について考察する。

(1) 日本の医療費・医療財政

日本の医療財政をとりまく現状を以下に纏める。

- ・国民医療費の対前年伸び率は2003年以降毎年平均2.2%増加。対してGDPは1991-2010年度平均0.9%増加(cf. 1956-73年度平均9.1%)。医療費が経済の伸びを上回って増大している。
- ・平成21年度国民医療費は36兆円。
- ・年齢階級別の内訳:65歳未満が45%、65歳以上が55%(75歳以上は35%)を占める。
- ・財源別の内訳:公費(税)37%(国25%、地方12%)、保険料49%(事業主20%、被保険者28%)、患者負担14%
- ・費用構造:医師等の person 費48%、医薬品22%、その他約30%。

図表 2-9 国民医療費の構造



注: 1) 括弧なし数値は億円単位、括弧内数値の構成割合はパーセンテージ。
 2) 制度区分別国民医療費は当該年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである(ただし、患者負担は推計値である)。
 3) 制度区分別国民医療費以外は全て推計値である。
 4) 上記の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総額に合わない場合もある。

参考:厚生労働省HPより

(2) 医療における諸外国との比較

医療における日本と諸外国との差異を纏めると以下の通りである。

<日本が優れている点>

- ・総医療費の対GDP比でみると、日本はむしろ低位に位置する
日本:8.1%(22位) アメリカ16%(1位) イギリス:8.7%(17位)

<問題点>

- ・老人一人当たり医療費は若年者に比べて極めて高い 約5倍、諸外国は3~4倍
(昭和58年度から平成21年度で後期高齢者(老人)の医療費は約4倍)
- ・病床数が多く「入院日数」が長い 病床数:諸外国の2~9倍、入院日数:3~5倍
- ・外来患者の「受診回数」が多い OECD加盟国で最多、諸外国の1.5~3倍
- ・後発医薬品(ジェネリック)の使用率が低い (日本:22.8% アメリカ:72% イギリス:65%)

(3) まとめと考察

諸外国と比較して対GDP比で低い水準にある事は「低額な医療費」で「高度な医療提供」している事を示しており素晴らしい事であるのだが、逆にその事が「医療費削減」を困難している一要因かもしれない。超高齢化社会に突入し更に増大し続けるであろう医療費を削減もしくは現状維持させるために、以下について検討する余地があると考え。

- ①高齢者が増加の一途を辿っているにも関わらず、高額となっている**高齢者医療費の構造改革**
(若年医療に資源投下されていない)
- ②**入院日数削減に対する抜本的な対策**
- ③**外来患者数削減に向けた医療現場での検討**

2.3. 日本における医療の現状

前章では財政的側面から医療を捉えてきたが、本章では主に厚生労働省・総務省が示す、医療計画や医療方針についての検証・考察を行う。

2.3.1. 現行の医療計画(厚生労働省)

厚生労働省は医療に関する主管省庁として、都道府県に医療計画策定を昭和60年に義務付け、以降その改善を図ってきた。ここでは、(1)平成19年の医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号)制定時、(2)平成22年以降の検討会による見直し、(3)平成25年以降の新規医療計画、の3度の計画方針改定について時系列で医療計画の変遷を概観する。

(1) 平成19年 医療提供体制の確保に関する基本方針制定時

都道府県は、「厚生労働大臣が定める基本方針、且つ地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定める事」とされている。また平成18年6月21日付公布の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」により、医療計画の記載事項として、新たに、**4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病)5事業(救急、災害、へき地、周産期、小児)**が加えられた。4疾病5事業については国により以下の内容の指針が出されている。

- ・疾病または事業ごとの医療体制については、各都道府県が**患者動向、医療資源等地域の実情**に応じて構築する
- ・**地域の実情に応じて、必要性の高いものから優先的に**取り組む必要がある
- ・本指針は今後も検討、調査、研究を続けて適宜提示する

(2) 平成22年以降の検討会による見直し

上記(1)による医療計画策定指針は「医療計画の見直し等に関する検討会(平成22年12月~)」により検討が加えられることとなった。検討会によって提案された6項目は以下の通りである。

- ① 二次医療圏の設定について
- ② 疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について
- ③ 在宅医療に係る医療体制の充実・強化について
- ④ 精神疾患の医療体制の構築について
- ⑤ 医療従事者の確保に関する事項について
- ⑥ 災害時における医療体制の見直しについて

上記の中でも①の設定に関しては、

「二次医療圏の人口規模が医療圏全体の患者の受療動向に大きな影響を与えており、二次医療圏によっては当該圏域で医療提供体制を構築することが困難なケースもある。「医療計画作成指針」において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、都道府県に対して入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、見直しを行うよう促すことが必要である」とし、**各行政庁の枠を超えた最適化**が必要であることを明確にうたっている。

また、②に関しては、

「疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実効性を高める必要があり、そのため、具体的には以下の手順を明記している。

- ・全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策等を策定すること
- ・定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策等の進捗状況の評価を行うとともに、必要に応じて施策等を見直すこと
- ・これらの情報を住民等に公開すること

以上のようなプロセスを「医療計画作成指針」に明示することが必要である」とし、効率的な医療の実現に向けた**数値指標による管理**が明言されている。

(3) 平成25年以降の新規医療計画

(2)の検討会の結果を受けて、平成25年度以降の医療計画における記載事項として、以下が盛り込まれることとなった。

- ①地域の実情に応じた**数値目標設定とPDCAの政策循環の実施**
- ②二次医療圏、三次医療圏の設定
- ③新たに精神疾患を加えた**5疾病5事業(※)**に係る目標

(※) 5つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

- ④**医療機能の分化・連携(「医療連携」)**の推進により急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「**地域完結型医療**」の推進
- ⑤居宅医療に係る目標
- ⑥**医療連携体制及び住民への情報提供推進策(※)**

(※) 5疾病5事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し地域の医療連携体制を構築。基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより住民や患者が地域の医療機能を理解

⑦基準病床数の算定(※)

(※) 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定

(4) まとめと考察

各都道府県の策定する医療計画を率先垂範して実施するのが公的病院であることから、公的病院のあるべき姿が本章では自ずと導き出されてきた。

- ・疾病・事業ごとの数値指標の開示(五疾病五事業の経営面からの考察の必要性)
- ・二次医療圏における医療連携体制の強化と地域貢献
- ・災害医療・救急医療の拠点機能
- ・在宅医療による介護福祉との連携の率先垂範

2.3.2. 総務省の医療方針

厚生労働省の医療計画基本方針、ならびに第166回通常国会における「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」(平成19年6月公布)後に策定された、総務省による公立病院の医療方針について考察する。

(1) 総務省の公立病院改革ガイドライン

総務省自治財政局は、地方公共団体の財政の健全化に向けた取り組みの内、「公立病院改革ガイドライン」を策定し、「Ⅰ. 公立病院改革の必要性」「Ⅱ. 公立病院改革プランの策定」「Ⅲ. 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表」「Ⅳ. 財政支援措置等」の4つを柱として、平成19年12月24日、病院事業を設置する地方公共団体に対して、平成20年度中の改革プラン策定と経営改革への取り組み要請を行った。

「公立病院改革ガイドライン」の概略は次の通りである。

① 公立病院改革の必要性

- ・損益収支等の経営状況の悪化、医師不足による診療体制の縮小に対する経営の健全化、公が果たすべき役割の見直しによる公立病院の役割の明確化を行うとともに、地域における必要な医療提供体制を確保し、安定した経営の下で、良質な医療を提供。
- ・公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療(※)の提供。

(※) 民間医療機関による提供が困難な医療とは

- ・山間へき地等過疎地における一般医療・救急、小児、周産期等の不採算・特殊部門に関わる医療
- ・がんセンター、循環器病センター等の高度・先進医療
- ・研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点機能

② 公立病院改革プランの策定

- ・地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定
- ・公立病院の果たすべき役割を明確化するとともに、経営の効率化に向けた数値目標を掲示
- ・中核的医療の提供と医師派遣機能を有する基幹病院と日常的医療を行う病院、診療所の再編成とネットワーク化
- ・独立行政法人化や指定管理者制度の導入、民間への事業譲渡等による経営形態見直し、公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表
- ・立地条件、病床数が類似する民間病院等との比較による、住民が評価しやすい情報開示を概ね年1回以上積極的に開示
- ・学識経験者等の参加する委員会等に諮問し、評価の客観性を確保

- ・遅くとも2年後の時点で、数値目標の達成が困難と認めるときは、プランを全面改定
- ・総務省はプランの策定・実施状況を概ね年1回以上調査し、公表財政支援措置等・計画策定費、再編による医療機能整備費、再編等に伴う清算経費などについて財政支援措置を講じるほか、公立病院に関する既存の地方財政措置についても見直しを検討

(2) まとめと考察

公立病院は、経営の健全化に向けて、経営の効率化、病院間の機能重複を回避する再編・ネットワーク化及び地方公営企業法全部適用や地方独立行政法人化等への経営形態の見直しまで、幅広く経営手法の改善を図るとともに、その**実施状況を点検・評価・公表**することが義務付けられていることが分かった。

特に、**救急医療や高度・先進医療**については、公が果たす役割であると例示されており、採算性等の面で民間医療機関では困難な医療を持続的に提供していくためには、**経営健全化の見える化**を通じて、公の必要性を国民に具体的に説いていく必要があると考えられる。

改めて2.3.1のまとめと考察で述べた公的病院のあるべき姿、

- ・疾病・事業ごとの数値指標の開示(5疾病5事業の経営面からの考察の必要性)
- ・二次医療圏における医療連携体制の強化と地域貢献
- ・災害医療・救急医療の拠点機能
- ・在宅医療による介護福祉との連携の率先垂範

が地域の公立病院において非常に重要であると確信した。

図表 2-10 医療制度等における国会、各省ならびに大阪府市の取り組みの変遷

| 関係機関 | | 国会・関係省庁 | 大阪府 | 大阪市 |
|-------|-----|-----------------------------|---------------|--------------|
| 平成19年 | 3月 | 厚生労働省 ■医療提供体制の確保に関する基本方針 | | |
| | 6月 | 国会 ■地方公共団体の財政の健全化に関する法律 | | |
| | 12月 | 総務省 ■公立病院改革ガイドライン | | |
| 平成20年 | 10月 | | ■公立病院改革に関する指針 | |
| 平成21年 | 3月 | | | ■大阪市民病院改革プラン |
| 平成23年 | 12月 | | ■大阪府統合本部設立 | |
| 平成24年 | 3月 | 厚生労働省 ■医療計画について | | |

3. 大阪府医療の現状と課題

2章では日本の医療についての歴史、法制度、財政状況を概観し、その上で各省庁が示す医療方針や医療計画を分析し課題や公的病院のあるべき姿を確認した。

本章では、「公立病院改革ガイドライン」の要請に対する大阪府・大阪市の取り組み、次に、大阪府市統合本部の改革案を考察する事とした。大阪府・大阪市の医療の現状を明らかにすると共に、公共性という行財政の視点から公的病院(特に公立病院)の役割とは何かを認識し、大阪府全体の医療課題を見つけ出したい。

3.1. 大阪府の公立病院改革の指針

本指針の各自治体及び二次医療圏での具体化に向けて、大阪府は「広域的な調整」「病院経営にかかると言」「国への要望」等、適切な医療提供体制の確保や、自治体の財政の健全化等の観点から、病院設置主体が進める改革に対し、リーダーシップをもってバックアップを実施することとしている。その概要は次の通りである。

(1) 大阪府公立病院改革に関する指針

以下に本指針のポイントについて記載する。

① 府内公立病院改革の必要性

- ・府内公立病院においては、勤務医師数の減少による診療体制の縮小や不良債務の増加等により経営状況は悪化
- ・住民への安心した医療サービスの提供に向けては、公立病院として担うべき役割の明確化とともに積極的な病院改革が必要

② 指針策定にあたっての府内公立病院を取り巻く5つの環境

- ・公立病院と他の民間等の病院が近接して立地している地域もあるなど、地域により公立病院の設置状況が相違
- ・1～2名で多数の診療科目を標榜している公立病院が多い
- ・全国的に病院、診療所従事医師数が増加している中、府内の公立病院従事医師数は減少
- ・救急、小児、周産期医療の役割にばらつきがあり、救急告示件数は減少傾向の中、小児救急の割合は増加
- ・全国公立病院の不良債務額のうち府内分が約2割を占め、人件費・減価償却費が高く、病床利用率が低い

③ 府内公立病院の果たすべき役割

- ・公立病院は、地域で必要な医療のうち採算性等の面から民間医療機関では困難な医療を中心に、将来にわたり安定的に提供すること。とりわけ二次医療圏においては、救急医療、小児医療、周産期医療などの提供に加えて、医師への研修機能の充実が必要
- ・経営効率化の追求においては、民間譲渡や廃止も視野に入れる

④ 一般会計負担の考え方

- ・公立病院の役割を明確にした上で、一般会計から繰入が行われた後は、経常収支比率100%以上の経営を実現

(2) 指針における具体的対策

① 経営の効率化

- ・平成23年度までに、職員給与費対医業収益比率ならびに全国黒字公立病院平均の病床率85%以上の達成による経常収支率100%以上の実現
- ・働きやすく魅力ある病院づくりによる医師不足の改善、経営責任の明確化、公立病院の役割における目標設定を通じた経営効率化の実現

② 再編・ネットワーク化

- ・スキルアップ、負担軽減等による働きやすい環境作りを通じた医師の確保
- ・開業医・民間病院との連携の推進

③ 経営形態の見直し

- ・医師確保や経営改善を行うための、自立的、弾力的な経営を実施できる独立行政法人への移行も含めた経営形態の見直し

(3) 具体化に向けた検討と役割

- ・各自治体は「経営効率化」「経営形態の見直し」「再編・ネットワーク化」に向けた検討を行うとともに、二次医療圏でも「再編・ネットワーク化」に向けた検討を実施
- ・大阪府は、「広域的な調整」「病院経営にかかる助言」「国への要望」等、適切な医療提供体制の確保や、自治体の財政の健全化等の観点から、病院設置主体が進める改革に対し、リーダーシップをもってバックアップを実施

(4) 気づきと考察

大阪府の「公立病院改革に関する指針」の重点ポイントについて(1)～(3)に纏めたが、本指針の最大の目的は、「再編・ネットワーク化」、「経営の効率化」と「経営形態の見直し」を柱とした改革を通じて、公・民の適切な役割分担のもと、公立病院として担うべき役割を明確化しつつ、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、将来にわたって住民に安心の医療を提供していくことだと分かった。

しかしながら、改革実現の主体は各自治体及び二次医療圏であることから、計画や実行スケジュールが確実に検討・立案され履行されるようにするため、大阪府がもっとリーダーシップを発揮し改革実行に向け推進していくことが重要だと感じた。

また、経営改善の観点についても、総務省が提示している経営収支や病床率の改善数値目標は設定されているものの、その具体的手法と評価方法についての具体性が欠けており、将来に渡って安定した医療を提供していく上での判断材料が乏しいことは否めない。

これらを踏まえ、府内公立病院改革においては、以下の5つを課題として、次章以降で様々な分析を行っていく事とする。

ア.経営改善

イ.救急医療

ウ.機能分担・集約

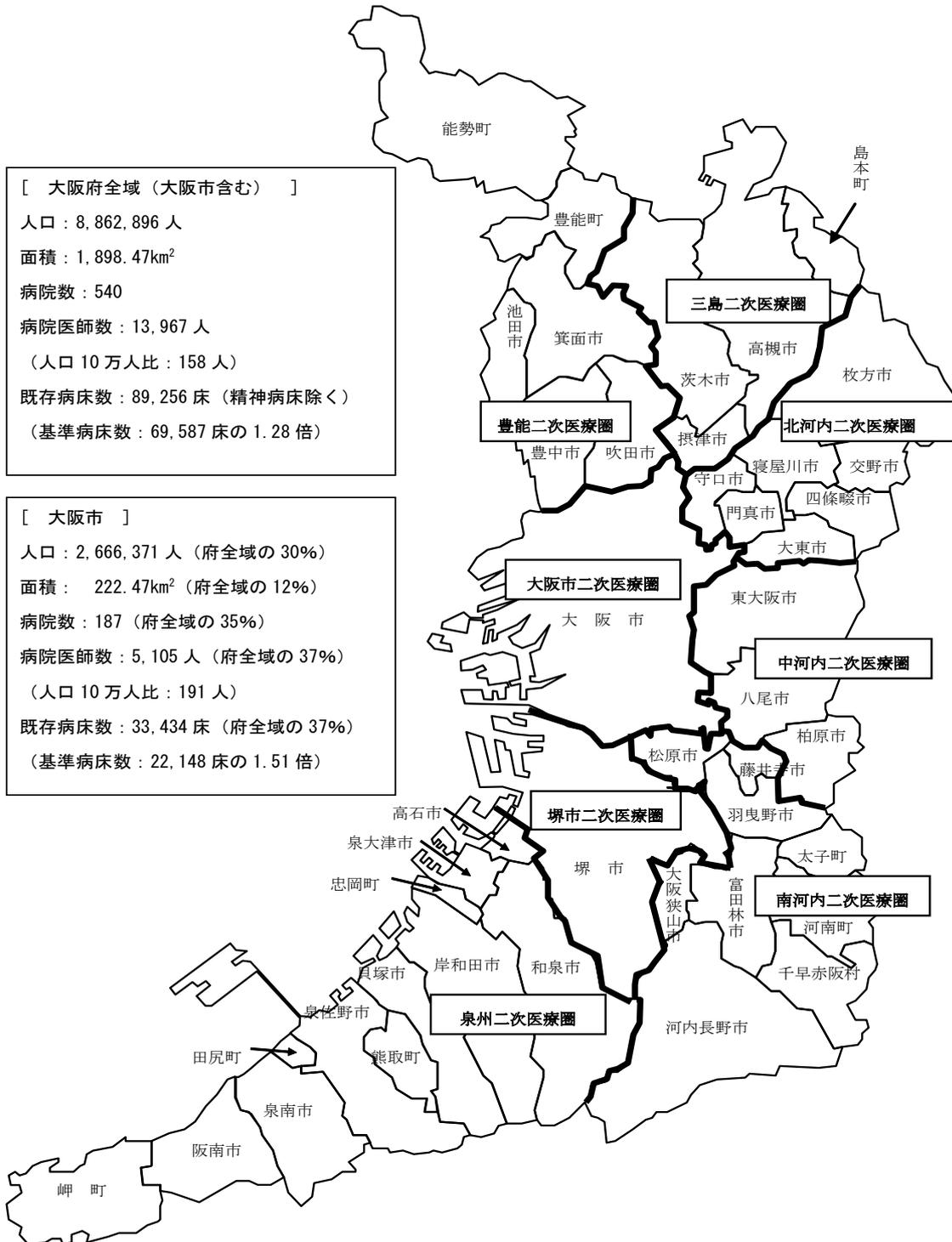
エ.地域医療格差

オ.情報公開・共有

3.2. 大阪府における医療関連の基本情報について

3.1.では、大阪府の公立病院改革ガイドラインについて考察し、大阪府内の公立病院における課題を明確にしたが、これらに対して必要と考えられる大阪府市の医療関連の基本的な情報について、本項で整理する。この整理をもとに、大阪府市の公立病院が置かれた状況を分析し、現在進行している改革内容を確認の上で、更に必要だと思われる改革を抽出し、次章以降の提言に繋げる事としたい。

図表 3-1 大阪府医療情報



参考:大阪府ホームページより

(1) 大阪府の面積

大阪府の面積は1,898km²であり、全国で2番目に狭い都道府県。

(2) 大阪府人口

大阪府人口は886万人であり、出生に関する各データは以下の通りとなっている。

(統計データは全て平成23年度厚生労働省人口動態統計月報年計(概数)の概況より)

- ・出生 : 73,918人
- ・死亡 : 78,951人
- ・乳児死亡率 : 170人
- ・死産 : 1,785人
- ・周産期死亡 : 305人
- ・平均寿命 : 男性78.2歳(全国36位)、女性85.2歳(全国44位)

(3) 大阪府医療圏

医療圏は、一次・二次・三次に大別され以下の通り設定されている。

・一次医療圏

住民にとって身近で利用しやすい保健医療サービスが提供されることが可能な範囲

・二次医療圏

一次医療圏の機能を支援することから、広域的な対応が円滑に行われることが可能な範囲。

医師会ブロックや保健所所管地域、及び高齢者保健福祉園と合致。

保健・医療・福祉の各分野において整合性の取れたサービス提供が可能であり、**大阪府内は、豊能・三島・北河内・中河内・南河内・堺市・泉州・大阪市の8ブロックに分かれる。**

さらに、大阪市は東西南北で基本保健医療圏に分かれている。

・三次医療圏

臨床例に基づく調査研究、先端手術技法の開発・集中強化治療の実施等々、大学医学部及び医科大学付属病院や国が設置する専門医療施設等

(4) 保健医療体制

① 病院数

・大阪府内の病院数は540あり、総病床数は109,612床

(精神病床19,217、一般病床89,256、結核病床1,061、感染症76)

・病院の診療科は、1位が内科(459)、2位整形外科(367)、3位リハビリテーション科(363)

② 診療所数、保健薬局数

・大阪府内の一般診療所は、8,238あり、病床数3,168となっている。過去から増加傾向で、病院を退職し診療所を開設する医師が増加したことに起因する。

・診療所の診療科は、1位が内科(5,032)、2位小児科(1,635)、3位リハビリテーション科(1,433)

(5) 医師数・病床数

・大阪府内の医師総数(一般診療所等含む)は21,994人(人口10万人に対する医師の割合は248人)であり、全国で14位である。

・歯科医師数は7,683人、薬剤師は23,824人であり、人口10万人に対する医師の割合は各々全国5位と4位となっている。

・医師以外は、助産婦1,999人、看護師52,128人、准看護師22,394人となっており、看護師・准看護師においては**全国平均を下回る**数値となっている。

尚、大阪府全体の病院勤務医師数(10万人比)は約158人と全国平均約141人を上回るが、各医療圏で病院医師数の格差が生じており、トップの大阪市(191人)に対し、北河内(120人)・堺市(123人)・泉州(125人)と全国平均以下の数値となっている。医療圏ごとの面積比率での医師数を比較した場合、トップの大阪市(23人/km²)に対して、泉州(2.6人/km²)と約9倍の格差が生じている。以上より、医師数の観点では、大阪市から離れる地域ほど医師不足となる傾向が見て取れる。

また、大阪府内の基準病床数は精神病床を除き69,587床であるが、既存病床数は89,256床であり、基準病床数の約1.28倍となっている。特に、大阪市内は、基準病床数22,148床に対して33,434床であり約1.5倍と過剰である。

図表 3-2 大阪府医療圏毎の医師数等

平成22年大阪府医療施設調査

| 二次医療圏 | 人口 | 面積 | 病院医師数 | 人口10万人比 | 面積比医師数 | 基準一般病床数 | 既存一般病床数 | 既存/基準 |
|-------|------------|----------------------|---------|---------|--------|---------|---------|-------|
| 大阪市 | 2,666,371人 | 222km ² | 5,105人 | 191人 | 23.0人 | 22,148床 | 33,434床 | 1.51 |
| 豊能 | 1,012,509人 | 275km ² | 2,235人 | 221人 | 8.1人 | 7,517床 | 7,981床 | 1.06 |
| 三島 | 744,873人 | 215km ² | 1,149人 | 154人 | 5.3人 | 5,474床 | 6,579床 | 1.20 |
| 北河内 | 1,185,637人 | 177km ² | 1,431人 | 121人 | 8.1人 | 7,864床 | 9,810床 | 1.25 |
| 中河内 | 853,124人 | 129km ² | 749人 | 88人 | 5.8人 | 5,418床 | 6,086床 | 1.12 |
| 南河内 | 635,748人 | 290km ² | 1,106人 | 174人 | 3.8人 | 5,591床 | 6,845床 | 1.22 |
| 堺市 | 842,134人 | 150km ² | 1,038人 | 123人 | 6.9人 | 8,590床 | 9,661床 | 1.12 |
| 泉州 | 922,500人 | 440km ² | 1,154人 | 125人 | 2.6人 | 6,985床 | 8,860床 | 1.27 |
| 合計 | 8,862,896人 | 1,898km ² | 13,967人 | 158人 | 7.4人 | 69,587床 | 89,256床 | 1.28 |

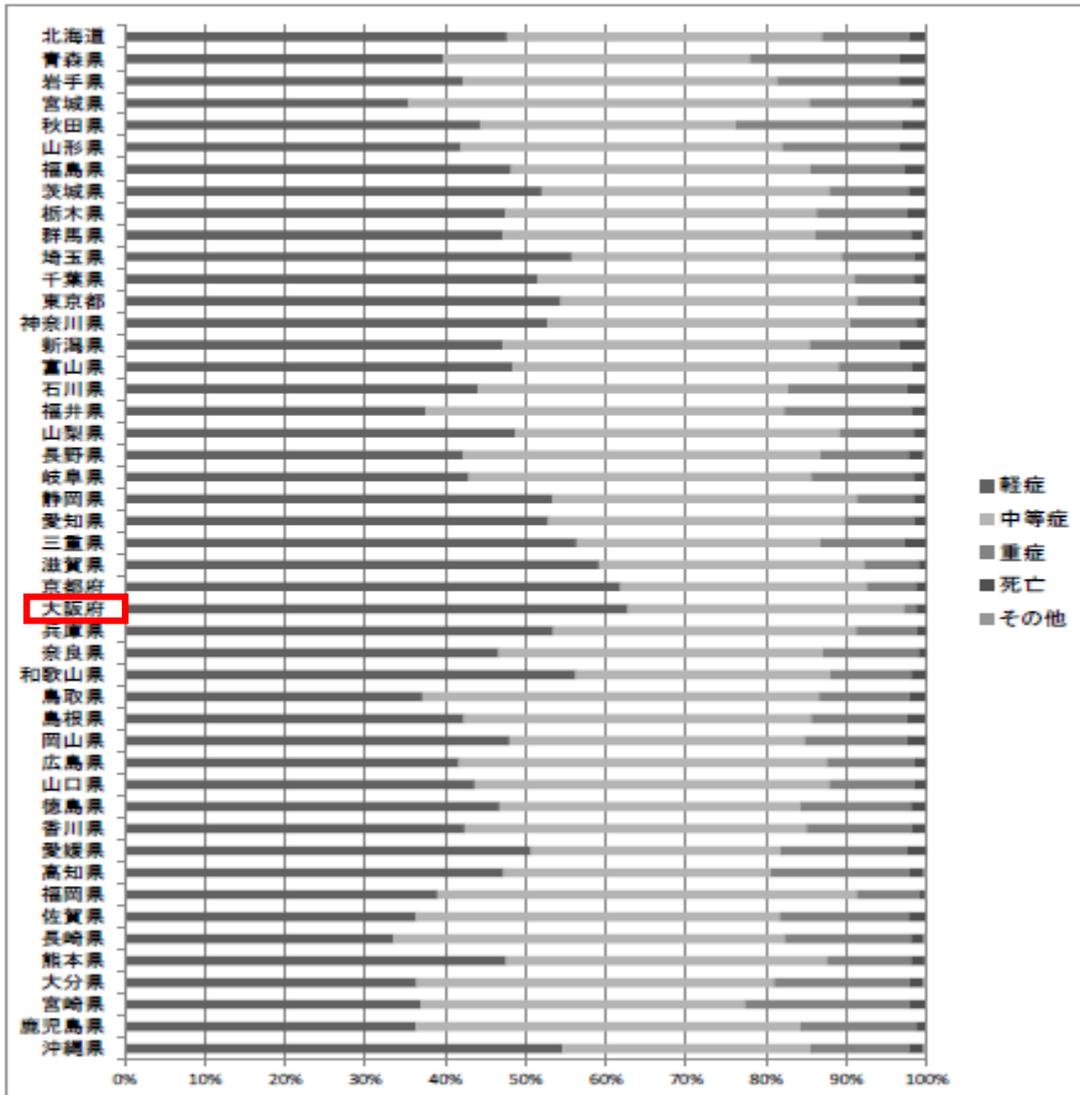
(6) 救急搬送

① 救急患者搬送の状況

大阪府の軽症者の搬送率は他の都道府県に比べて極めて高い。平成24年度消防庁消防白書によると軽症者・中等症者の搬送比率は実に97%近くに及ぶ。

図表 3-3 都道府県別傷病程度別搬送人員構成比

(平成23年中)

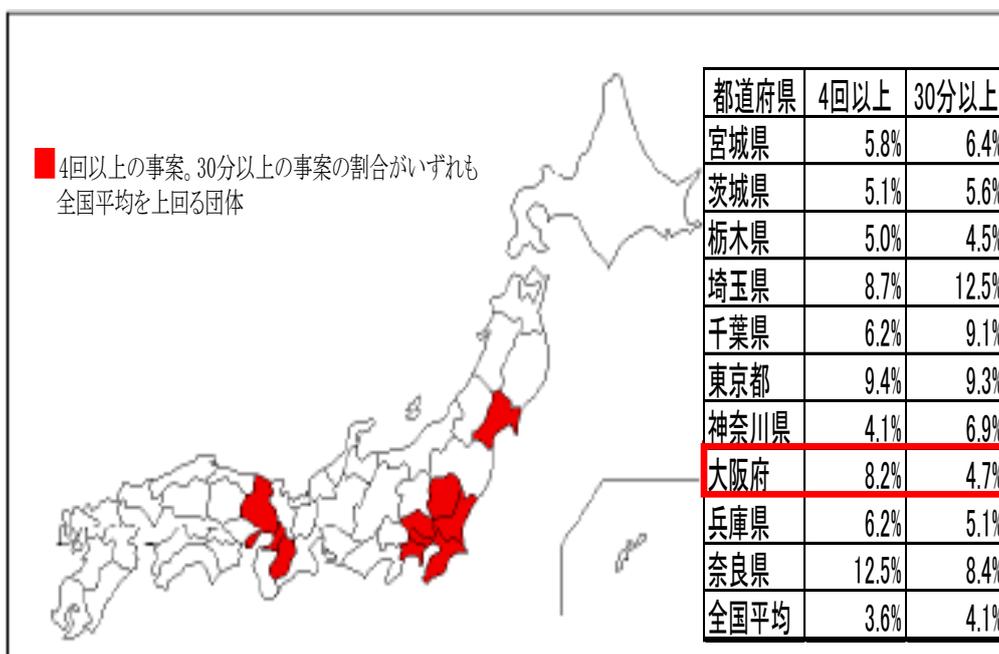


参考: 消防庁「平成24年版 救急・救助の現況」より抜粋

② 搬送先決定までの照会回数

消防庁による平成21年「救急搬送の実態調査」によると、救急搬送における医療機関の受け入れ状況について(重症以上傷病者)医療機関の照会回数が4回以上の事案が14,732件(全体の3.6%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が16,980件(全体の4.1%)であるが、大阪府においては、照会回数4回以上が全体の8.2%、現場滞在時間30分以上事案が4.7%と高い数値にある。

図表 3-4 救急搬送の照会回数等



参考:消防庁「救急搬送の実態調査」(平成21年度)

③ 大阪府と大阪市における救急搬送の状況

以下にポイントを列挙することとする。

- ・重症以上の患者数比率は、大阪府全体の2.8%に対して、大阪市は1.8%と1ポイント低い
- ・収容所要時間別搬送状況のうち、30分以上を占める比率が、大阪府では37.1%、大阪市では35.2%と、それぞれ全体の1/3以上を占める
- ・大阪府に占める大阪市の重症以上等患者救急搬送件数は30.7%であり、人口構成比率並みとなっているが、救急搬送先選定までに**11回以上照会した件数では56.8%**と大阪府の半数以上の割合を占める。

図表 3-5 救急搬送統計

| 救急搬送に関する項目 | 大阪府 | 大阪市 | 大阪市以外 |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| 救急搬送数(※1、※2) | 434,010人 | 165,189人 | 268,821人 |
| 救急搬送数構成比率 | 100% | 38.1% | 61.9% |
| うち、重症以上患者数比率 | 2.8% | 1.8% | 3.4% |
| 人口 | 8,862,896人 | 2,666,371人 | 6,196,525人 |
| 人口構成比率 | 100% | 30.1% | 69.9% |
| 人口に占める救急搬送比率 | 4.9% | 6.2% | 4.3% |
| 収容所要時間別搬送状況(※3) | 415,580人 | 161,251人 | 254,329人 |
| うち、10分未満の搬送数 | 1,618人 | 1,198人 | 420人 |
| 構成比率 | 0.4% | 0.7% | 0.2% |
| うち、10～20分の搬送数 | 75,663人 | 33,454人 | 42,209人 |
| 構成比率 | 18.2% | 20.7% | 16.6% |
| うち、20～30分の搬送数 | 183,999人 | 69,803人 | 114,196人 |
| 構成比率 | 44.3% | 43.3% | 44.9% |
| うち、30～60分の搬送数 | 141,074人 | 51,658人 | 89,416人 |
| 構成比率 | 33.9% | 32.0% | 35.2% |
| うち、60～120分の搬送数 | 11,672人 | 4,597人 | 7,075人 |
| 構成比率 | 2.8% | 2.9% | 2.8% |
| うち、120分以上の搬送数 | 1,554人 | 541人 | 1,013人 |
| 構成比率 | 0.4% | 0.3% | 0.4% |
| 重症以上等患者救急搬送件数(※1、※4) | 48,370回 | 14,841回 | 33,529回 |
| 重症以上等患者救急搬送件数構成比率 | 100% | 30.7% | 69.3% |
| うち、救急搬送先選定までに11回以上照会した件数 | 236回 | 134回 | 102回 |
| 救急搬送先選定までに11回以上照会した件数比率 | 0.5% | 0.9% | 0.3% |
| 救急搬送先選定までに11回以上照会した件数構成比率 | 100% | 56.8% | 43.2% |

※1 平成23年1月 大阪府政策企画部危機管理室消防防災課 救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査の結果の概要について

※2 平成24年8月 大阪市救急年報

※3 平成20年度版大阪府消防統計(第87号)

※4 「重症以上傷病者搬送事案」とは、初診時傷病程度が重症以上の傷病者を搬送した事案

「産科・周産期傷病者搬送事案」とは、産科・周産期傷病者を搬送した事案

「小児傷病者搬送事案」とは、小児傷病者を搬送した事案

「救命救急センター搬送事案」とは、救命救急センターに傷病者を搬送した事案

をそれぞれさし、上記各搬送事案には転院搬送を含まない。

④ 大阪府の救急に関する取り組み

平成23年10月より、突然の病気やけがの際に、自身の緊急度を理解し適切な受診行動がとれるよう、市民が医療の専門家等からアドバイスが受けることができる「救急安心センターおおさか」を消防局の指令情報センター内で24時間365日運用している。

平成23年中の運用実績は以下のとおり

- ・着信件数 : 237,505件
- ・病院案内 : 119,543件
- ・医療相談 : 87,607件
- ・その他 : 27,085件

緊急事案に対する救急搬送の実績は以下のとおり。

- ・救急出動が必要と判断された件数 : 3,270件
- ・緊急入院の件数 : 830人(大阪市:418人、大阪市以外:412人)

図表 3-6 救急安心センターおおさか #7119



参考:公益財団法人 大阪市救急医療事業団ホームページより

(7) その他の医療情報

上記の基本情報を含めた大阪府市の医療に関する詳細情報は別紙図表の通りである。

3.3. 大阪府内の公立病院の現状

本章では、大阪府内の公立病院の現状を3.1.の(4)まとめと考察で認識した5つの課題に照らして確認・考察する。

3.3.1. 大阪府立病院の現状

大阪府立病院は、「急性期・総合医療センター」「呼吸器・アレルギー医療センター」「精神医療センター」「成人病センター」「母子保健総合医療センター」の5センターがあるが、平成18年4月に地方独立行政法人大阪府立病院機構としてスタートしている。

また、「中河内救命救急センター」「泉州救命救急センター」の三次救命救急指定病院がある。

ア 経営改善

上記の5センターを平成18年に大阪府立病院機構として地方独立行政法人化し、平成18年からの5か年計画に基づき、いち早く不良債務の解消と黒字化を達成しているが、**運営費負担金(※)**として大阪府予算より多額の支出がなされている。

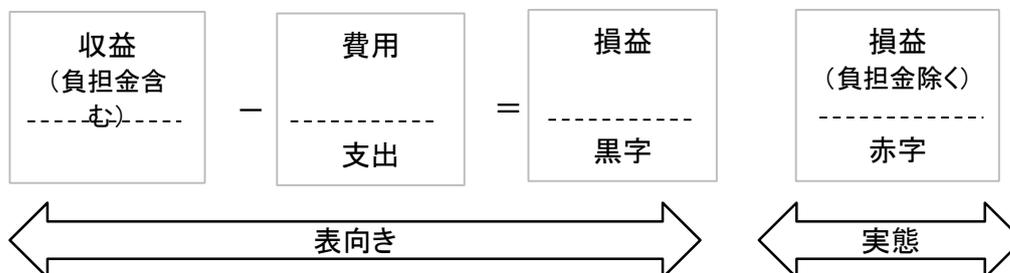
平成22年度の大阪府立病院機構決算報告書によると、総収益706.5億円に対して、総費用673.2億円であり、資金収支差は33.3億円の黒字であるが、運営負担金(136.7億円)を除くと103.4億円の赤字である。

(※) 府立の病院が行っている救急医療や高度医療の確保、精神、結核医療の提供など、府立病院機構の医業収入をもって充てることが適当でない経費或不採算医療にかかる経費について、地方独立行政法人法等に基づいて、府立病院機構に対して負担金を支出するもの。(根拠法令：地方独立行政法人法第85条)

図表 3-7 大阪府立病院機構 決算報告書

平成22年度 大阪府立病院機構 決算報告書 (単位：百万円)

| | 総収益 | 総費用 | 資金収支差 | 運営費負担金 | 資金収支差 |
|--------------|----------|----------|---------|----------|-----------|
| 急性期・総合医療C | 23,915.6 | 22,605.2 | 1,310.4 | 3,327.9 | -2,017.5 |
| 呼吸器・アレルギー医療C | 9,522.1 | 9,197.9 | 324.2 | 2,029.4 | -1,705.2 |
| 精神医療C | 5,177.7 | 4,766.1 | 411.6 | 2,055.2 | -1,643.6 |
| 成人病C | 16,791.2 | 15,767.5 | 1,023.7 | 2,845.0 | -1,821.3 |
| 母子保健総合医療C | 15,145.6 | 14,173.6 | 972.0 | 3,412.7 | -2,440.7 |
| 本部事務局 | 98.5 | 812.2 | -713.7 | 0.0 | -713.7 |
| 法人合計 | 70,650.7 | 67,322.5 | 3,328.2 | 13,670.2 | -10,342.0 |



次に、大阪府市統合本部資料によれば、大阪府立の5センターの事務職員費用は全国民間病院平均値と比較して高額(約1.6倍～約2.2倍)であり、地方独立行政法人化した上で経営改善の取り組みとなっているかが疑問である。

図表 3-8 大阪府立病院給与比較



イ 救急医療

大阪府立の救急病院は、三次救急として、急性期・総合医療センター、中河内救命救急センター、泉州救命救急センターが指定されており、大阪府内の三次救急指定15病院のうち3病院を担っている。また、二次救急として、急性期・総合医療センターが指定されている。

ウ 機能分担・集約(公的事業)

・周産期

大阪府の総合周産期病院として、母子保健総合センターが指定されており、大阪府内6病院の一翼を担い、特に、泉州・堺市の医療圏をカバーしている病院と言える。

また、地域周産期病院として急性期・総合医療センターが指定されている。

・小児救急

急性期・総合医療センターが小児救急病院として指定されており、市立住吉病院と合わせ、大阪市南部の小児救急医療を担当している。

・その他

成人病は成人病センター、精神病は精神医療センター、アレルギーは呼吸器・アレルギー医療センターが担っている。

エ 地域医療格差

大阪府立病院は専門的な医療に特化している為、地域医療格差の検討対象外とする。

オ 情報公開・共有

・電子カルテ

電子カルテは急性期医療センター・成人病センター・母子保健総合医療センターへ導入済。大阪府全体での導入率が20%以下である事を考慮すると府立病院は積極的に導入している。

・情報公開

クリニカルパスは、精神医療センターを除いて運用中であり、大阪府の病院導入率が平成24年度15%である事を考慮すると府立病院は積極的に導入していると評価できる。

一方、経営状況について、大阪府立病院機構は5か年計画に基づく経営計画を立案し、その結果を公表しているが、運営費負担金の内訳、診療科ごとの収支が大阪府民に公開されているか、また、根本的に診療科目を特化する理由について明示されているかは不明である。

3.3.2. 大阪府内公立病院(大阪市立病院以外)の現状

大阪市立病院を除いた大阪府内の各市が運営する公立病院は以下の通り

豊 能 : 「市立池田病院」「箕面市立病院」「市立豊中病院」「吹田市民病院」

三 島 : 公立病院なし

北河内 : 「枚方市民病院」

中河内 : 「東大阪市立総合病院」「八尾市立病院」「市立柏原病院」

南河内 : 「藤井寺市民病院」

堺 市 : 「市立堺病院」

泉 州 : 「和泉市民病院」「泉大津市立病院」「岸和田市民病院」「市立貝塚病院」

「りんくう総合医療センター(泉佐野市立病院)」「阪南市民病院」

ア 経営改善

各公立病院において改革プランを策定し、順次運営中である。殆どの病院で経営形態を公営企業法全部適用もしくは地方独立行政法人への移行を図っており、改革プラン策定時の平成20年度より経営状態は改善しているものの、自治体から補助金を受け入れても経営改善の指標である経常収支比率100%を達成している病院は一部に限られており、**経営は苦しい状態が続いている。**

尚、平成22年度実績決算状況より大阪府内(大阪市を除く)の16の市立病院の総収入135.5億円に対し、総費用139.1億円であり、36.3億円の赤字となっている。また、補助金(88.6億円)除いた場合は、125.0億円の赤字である。

図表 3-9 大阪府立病院機構決算報告書

平成22年度 大阪府内公立病院 決算状況 (総務省HPより)

(単位:百万円)

| 医療圏 | 市立病院 | 総収益 | 総費用 | 資金収支差 | 補助金 | 資金収支差 (補助金除く) |
|-----|------|-----------|-----------|----------|---------|------------------|
| 豊能 | 豊中 | 16,845.6 | 17,326.2 | -480.6 | 1,005.2 | -1,485.8 |
| 豊能 | 池田 | 9,388.7 | 9,838.8 | -450.1 | 304.9 | -755.0 |
| 豊能 | 吹田 | 9,674.1 | 9,501.2 | 172.9 | 534.6 | -361.7 |
| 豊能 | 箕面 | 7,748.9 | 7,972.4 | -223.5 | 65.1 | -288.6 |
| 北河内 | 枚方 | 6,049.3 | 5,866.1 | 183.2 | 364.0 | -180.8 |
| 中河内 | 東大阪 | 13,604.8 | 14,200.0 | -595.2 | 961.7 | -1,556.9 |
| 中河内 | 八尾 | 9,598.8 | 9,849.9 | -251.1 | 806.7 | -1,057.8 |
| 中河内 | 柏原 | 4,156.5 | 4,003.8 | 152.7 | 550.6 | -397.9 |
| 南河内 | 藤井寺 | 1,927.6 | 1,956.7 | -29.1 | 152.4 | -181.5 |
| 堺市 | 堺 | 12,985.9 | 13,306.2 | -320.3 | 1,032.8 | -1,353.1 |
| 泉州 | 和泉 | 6,026.3 | 6,338.2 | -311.9 | 357.8 | -669.7 |
| 泉州 | 泉大津 | 5,356.2 | 5,731.1 | -374.9 | 453.7 | -828.6 |
| 泉州 | 岸和田 | 12,189.2 | 11,888.2 | 301.0 | 902.9 | -601.9 |
| 泉州 | 貝塚 | 5,631.4 | 5,862.0 | -230.6 | 441.8 | -672.4 |
| 泉州 | 泉佐野 | 12,921.0 | 13,833.3 | -912.3 | 871.3 | -1,783.6 |
| 泉州 | 阪南 | 1,392.3 | 1,654.2 | -261.9 | 58.1 | -320.0 |
| 合計 | | 135,496.6 | 139,128.3 | -3,631.7 | 8,863.6 | -12,495.3 |

基本的に各自自治体が改革プランを策定し、公立病院毎で経営改善に取り組んでいる為、公立病院をまたいだ経営統合まで及んでいるケースは存在しない。

地方公営企業法に準拠する公立病院が多い為、経営管理を行う事務局員(事務長など)は定期異動を繰り返す地方公務員であり、経営の一貫性やマネジメント力に疑問が生じる。

尚、経営状態が特に悪かった公立病院については、閉院や指定者管理制度の適用が図られている。

- ・公立忠岡病院(泉州医療圏) : 平成19年3月閉院
- ・市立松原病院(南河内医療圏) : 平成21年3月閉院
- ・阪南市民病院(泉州医療圏) : 平成24年3月指定管理者制度(医療法人生長会)へ移行
また、平成23年4月より泉佐野市立病院はりんくう総合医療センターとして地方独立行政法人化されている。

イ 救急医療

・二次救急として、豊能医療圏は豊中・池田・吹田・箕面、北河内医療圏は枚方、中河内医療圏は八尾・東大阪、堺市医療圏は堺、泉州医療圏は泉大津・岸和田・りんくうの各病院が指定されている。

・三島・南河内の医療圏では、公立病院が二次救急を担っておらず、済生会・赤十字などを除き、殆ど民間病院が二次救急を担っている。また、三次救急については大学附属病院が担っている。

・上記以外の医療圏においても、二次救急指定病院は**公立病院の占める割合が約5%程度**であるため、**救急患者の受け入れは民間に大きく依存している事がわかる**。総務省方針では、公立病院が公的医療を担うとしているが、受け入れ側の病院は殆どが民間となっている。

ウ 機能分担・集約(公的事業)

・周産期

地域周産期病院に、豊能医療圏は豊中、北河内医療圏は東大阪・八尾、泉州医療圏は泉大津・りんくうの各病院が指定されている。

一方、三島・北河内・南河内・堺市は、総合周産期・地域周産期ともに、大学病院・民間病院が担っており、公立病院は担当していない。

・小児救急

二次救急に、豊能医療圏は豊中・池田・吹田・箕面、北河内医療圏は枚方、中河内医療圏は八尾・東大阪、堺市医療圏は堺、泉州医療圏は和泉・泉大津・岸和田・貝塚・りんくうの各病院が指定されている。特に、豊能医療圏は小児救急の指定5病院のうち4病院を、泉州医療圏は、小児救急の指定7病院のうち5病院を公立病院が占め固定・通年、もしくは、輪番制にて対応しており、公的医療の担い手として機能している。

エ 地域格差

公立病院が存在しない三島医療圏は、公的医療を民間病院が引き受ける構図となっている。

オ 情報公開・共有

・電子カルテ

公立病院での電子カルテ導入は、16病院中12病院で導入されており比較的普及している。

・情報公開

総務省ガイドラインによれば、改革プランの策定後、毎年情報公開が必要であるが、その情報公開の程度が、岸和田市民病院のように救急搬送数の受け入れ割合など詳細な数値データまで公表されておらず、各公立病院で統一されていない。

3.3.3. 大阪市立病院の現状

大阪市立病院は、「総合医療センター」「十三市民病院」「住吉市民病院」であり、これら的大阪市立病院の改革プランを踏まえた現状について確認する。

ア 経営改善

総合医療センター、十三市民病院、住吉市民病院は、平成21年に公営企業法全部適用に移行済。今後、平成26年4月に地方独立行政法人化を実施予定。

北市民病院は平成22年に民間医療法人へ移譲済。

この結果、大阪市立病院群として平成21年度黒字達成、平成22年度に不良債務解消しているが、特に十三市民、住吉市民の採算は厳しい状況であり、依然として大阪市から多額の補助金も支出されている。

尚、平成22年度実績決算状況より大阪市の3つの市立病院の総収益445億円に対し、総費用404.5億円であり、40.3億円の黒字となっているが、**補助金(90.8億円)除いた場合は、50.4億円の赤字である**。(図表3-10参照)

エ 地域医療格差

大阪市内医療圏は、市内面積、10万人あたりの医師数、既存病床数の観点からも、大阪府内の他医療圏に比べ恵まれた環境である。

オ 情報公開・共有

・電子カルテ

3病院全て導入済。

・情報公開

大阪市立病院への補助金の内訳、診療科ごとの収支が大阪市民に公開されているか、また、診療科目が最適かどうかについて明示されているかは不明である。

3.4. 大阪府市統合本部の取り組み

本章では大阪府市統合本部の病院事業についての取り組みを概観し、公立病院改革についての方向性について考察する。

3.4.1. 大阪府市統合本部における病院事業改革プラン

(1) 府市統合本部の設立経緯

大都市制度のあり方など府市共通の課題に関し行政として協議し、重要事項の方針を決める為、平成23年12月27日に「大阪府市統合本部」が設置され、大都市制度の検討や広域行政・二重行政の仕分け、更には府市共通の重要事項の協議などを行うことが宣言された。

広域行政・二重行政の仕分け・改革については、

A:経営形態の変更、B:統合により効率化、サービス向上、C:事務事業の再編
という3種に分類され、なかでも**病院事業は当初よりA項目に組み込まれた。**

(2) 改革プランの概要

平成24年6月19日には「府市病院経営統合について」として、大阪府域全体で最適となるよう医療資源の有効活用を図り、府民・市民が安心して医療が受けられる環境をつくるため、以下の3つのステップに沿っての改革プラン・工程表が発表された。

ステップ1:住吉市民病院の小児・周産期医療の機能を府立急性期・総合医療センターへ機能統合する。

ステップ2:新たな大都市制度移行時には、**地方独立行政法人大阪病院機構(仮称)**を設立し、府市の病院を一体的に運営する。

ステップ3:府域全域の医療資源の有効活用(今後の検討課題)
また、その期待効果としては、以下の項目が挙げられている。

- ① 24時間365日の小児救急対応。最重症・合併症母体等の対応強化
- ② 診療体制の充実による医師等の勤務環境向上
- ③ 大阪府域全体で最適となるよう医療資源を有効活用
- ④ 大都市制度における公立病院として最適な役割を担う
- ⑤ 非公務員型の独立行政法法人として、自立的・効率的な運営
- ⑥ 医師、看護師など柔軟な人材確保体制の構築と診療機能の強化

(3) まとめと考察

上記で述べた府市統合本部の改革プランを、またア～オの5つの観点から検証・考察する。

ア) 経営改善

評価される点:

- ・非公務員型の地方独立行政法人化による経営効率化の宣言

問題点:

- ・大阪府立病院と大阪市立病院の経営統合のみが議論の対象(大阪府内の公立病院が抜け落ちた議論)となっている

イ) 救急医療

評価される点:

- ・小児救急医療の重点施策(24時間365日の小児救急対応)

問題点:

- ・救急医療全体の抱える問題点については言及されておらず、救急救命センターの最適配置等府内全体でのビジョンが示されていない
- ・消防局と密接に関連する救急搬送問題については一切触れられていない

ウ) 機能分担・集約

評価される点:

- ・大阪病院機構(仮)による、府下全域での医療機能分担の宣言
- ・小児医療についての方向性の提示

問題点:

- ・大阪病院機構(仮)の設立までは課題検討がなされているものの、肝心のその統合効果すなわち府下全域の医療機関をいかに最適配置し、機能分担・集約を図るかについての検証が全くなされていない
- ・大阪府内の公立病院のあり方について検討から抜け落ちた議論となっている
- ・高度医療についての議論がなされていない

エ) 地域医療格差

評価される点:

- ・大阪府下全域での医師・看護師の柔軟な人材確保と医療資源最適配置の宣言

問題点:

- ・地域医療格差について具体的な検証と改善策が示されていない
- ・大阪府内の公立病院のあり方について検討から抜け落ちた議論となっている

オ) 情報公開・共有

- ・特に言及されていない

3.5. 病院関係者ヒアリングと国内事例調査

3.1.から3.4.まで大阪府の公立病院の現状分析に際して、「ア 経営改善」「イ 救急」「ウ 機能分担・集約」「エ 地域医療格差」「オ情報公開・共有」の5つの視点で「大阪府立病院」、「大阪府内公立病院」、「大阪市立病院」の現状分析と課題・問題点抽出を行った。上記を踏まえた上で、本章では医療関係者や民間病院へのヒアリング調査内容を分析し、大阪府の公立病院の重要な課題とは何かについて再考察を行う。

3.5.1. 病院関係者ヒアリング

- ・岐阜大学病院／救急医療の成功事例調査
- ・大阪市立大学大学院医療研究科／大阪市の医療現状調査
- ・大阪府総務部人事室医療(医療産業医)／大阪府の医療現状調査

- ・京都大学 大学院医療研究科／医療経済学についてヒアリング
- ・関西広域連合広域医療局／広域医療(ドクターヘリ)についてヒアリング
- ・大阪市病院局／大阪市立病院の現状や府市統合本部の検討状況についてヒアリング
- ・大阪市消防局／大阪市の救急医療現場の状況についてヒアリング
- ・大阪市計画調整局／関西イノベーション国際戦略総合特区についてヒアリング
- ・淀川キリスト教病院／関西イノベーション国際戦略総合特区や経営ポイントについてヒアリング

(1) 共通インタビュー項目

- ① 現在の医療現場における問題・課題について
- ② 日本の医療保険制度は今後どうあるべきか
- ③ 医療に関する先進的な取り組みについて
- ④ 近未来の高齢化社会を見据えた医療のあり方
- ⑤ 今後取り組む医療べきサービスや事業について

(2) ヒアリング結果について総括

① 現在の医療現場における問題・課題について

(a) 医師不足について

- ・大阪市立病院については都市部であることから医師の労働人気度が高く不足していない。
- ・府全体としては医師が不足していると感じている。特にへき地の医師不足は深刻な問題。
- ・OECD比較でも日本は医師不足。
- ・医師が実施する必要のない行為が多いのは問題。
- ・看護師が不足しているが、給与水準が高く、病院経営を考えると雇うことができないのが現状。

(b) 経営問題について

- ・公立病院は民間では実施しない儲からない医療を扱っているため赤字経営病院が多い。民間でも救急医療・高度医療を実施しているが割合は少ないはず。
- ・改善すべきは医療関係者の給与が高い点。特に看護師と事務職であり、公務員の給与カットができないのが事実。
- ・公立病院の事務部門(事務長含む)は3年程度で異動となるため経営改革やマネジメントの意識がそもそも低い。
- ・予算運営について、自治体の議会承認で決定する仕組みであり柔軟に決められない。

(c) 情報公開・提供

- ・医療情報は積極的に提供している。医療行為を実施した件数も一部であるが実施している。
- ・電子カルテの普及は大病院から進んでいるが、診療所レベルでは殆ど導入されていない。
- ・病院間の医療情報連携は進んでいない。医療機関毎に独自性のある医療用語の統一や、電子カルテにおけるベンダー仕様が統一化されていないのも原因。

(d) 薬事関連

- ・薬局が離れた(調剤薬局)ことは非常に不便であり病院経営が悪化した要因である。

(e) 医療機器

- ・高度医療機器は海外製品のシェアが圧倒的に高い。
- ・海外メーカーは、日本の医療マーケットを皆保険制度もあり安定的な市場だと見ている。
- ・日本の医療機関は海外メーカーから割高な医療製品を購入させられていると思う。
- ・MRIやCTなどの高額医療機器を近接した病院がそれぞれ導入しており非効率。稼働率もそんなに高くないはず。

(f) 人事制度

- ・給与制度については民間と違い公は未だ年功序列。当直料は35年間横ばい。
- ・公立病院の経営改善には、人件費カットが最重要だが、公立病院では不可能な為、各自治体は独立行政法人化を目指し改革を実施している。
- ・看護師が足りない状況で給与カットを行えば、公立病院が看護師や医師を確保することは更に難しくなる。

(g) 救急医療

- ・救命救急は時間との戦いで一秒でも早く現場へ駆けつけ応急処置を施すことが重要。
ドリンカーの救命曲線によれば心肺・呼吸停止した状態が3分であれば蘇生率75%に対し、5分であれば蘇生率25%と急激に低下する。
- ・社会復帰率(※1)は大阪市の28%に対してシアトルでは53%と高い。シアトルは救急・応急・受け入れ体制が整っており、救急車が不在の場合は消防車が駆けつける事が可能。
- ・大阪市の救急安心センターおおさか(#7119)では通報受診時の重症・軽症のトリアージ(※2)対応を行い、救急搬送が必要な患者の選別を実施しているが、救急搬送自体は増加傾向にあり本センターの効果が分からない。
- ・大阪府医療機関情報システムで空きベッドや受け入れ可否の状況を確認し、救急車より受け入れ要請を行っても、何件も受け入れ拒否・転送される事で長時間受け入れしてもらえなかった事例もある。

(※1) 心肺停止により救急病院に搬送された人が一ヶ月後に元の生活に戻ることを指す

(※2) 平常時における個別の傷病者に対する緊急度、重症度を評価し、消防救急による搬送要否を含め、評価結果に応じた搬送体制を提供することを意味する

② 日本の医療保険制度は今後どうあるべきか

- ・インタビュー対象者の方々の総論が、現在の国民皆保険制度は継続すべきとの判断。しかしながら財政状況が悪化しており改善は必要との事。
- ・財政面では医療の保健制度は崩壊しているという意見もあった。
- ・国民健康保健の財源確保が自治体では大きな課題となっており、7割分が払えない自治体がでてくると想定される。
- ・今の医療制度継続であれば患者負担増加は必須となる。高齢者の負担率も改善すべき。
- ・混合診療の導入については比較的肯定的な意見が多い。しかし医師会は絶対に反対であろうとの事。
- ・受けたい医療を個人が追加負担で受けられる環境も今後は検討必要。

③ 医療に関する先進的な取り組みについて

- ・日本の医療ツーリズムは、健診では可能性があるが事業規模小さく魅力的でない。
- ・地域医療という観点から、地元の患者を優先したい。よってツーリズム患者の増加によって地元住民が受診出来ないと言うのは許されないし、あってはならない。

・海外医療機関との連携においては、日本が得意な特殊な先端医療であれば可能と考える。

④ 近未来の高齢化社会を見据えた医療のあり方

- ・病院に掛からない健康社会を実現すべき(予防医療の強化)。
- ・在宅医療、遠隔地医療については既に手遅れ感が強い。高齢者が多くなり診察・治療が増加しているが、十分な医師は確保できていない。
- ・医師を育てるには最低10年はかかる。

⑤ 今後取り組むべきサービスや事業について

- ・南生協病院の経営は評価できるが、医療レベルが特別高いわけではない。
- ・麻生飯塚病院は最先端医療から地域医療まで含めた総合サービスを行い、高い医療レベル・経営状況も良い点で参考とすべき。
- ・医療の分業化(専門化)が進むのは平時には良いが緊急時に課題が残る。日本の医師は標準的に何でもできるから災害時に誰でも医療行為ができるメリットがある。
- ・リソースや電子データをネットワークで接続し共有・有効活用する事は重要。

(3) まとめと考察

- ・補助金による補填があるため公立病院の経営は民間病院に比べて経営視点が弱いという意見は共通であり裏付け出来た。
- ・公立病院の経営悪化の原因は人件費の高さである点、公の病院であるがゆえに柔軟に給与調整が出来ない点、短期間での人事異動によりマネジメント出来ていない点についても共通のコメントであった。
- ・医師数については大阪全体で見ると現在は不足していないが、高齢者拡大に伴い不足していく可能性が高いと再認識できた。
- ・救急医療については医療圏問わず受け入れ側の病院に一番課題があるのではないだろうか。
- ・医療ツーリズムが日本で成功する可能性は今の制度のままでは厳しいというのも共通。
- ・国民皆保険は維持すべき制度という意見は全員共通のコメントであったが、崩壊の危機にあるという事も全員コメントしており、緊急で制度改革が必要であると再認識できた。
- ・混合診療については遅かれ早かれ解禁すべきであると強く感じた。

3.5.2. 民間病院事例調査

次に、大阪の公立病院における課題について、民間病院の事例と公立病院を比較することで、課題解決に向けたポイントを確認したい。

国内の民間病院の事例として以下2病院を訪問しヒアリングを行った。

(1) 亀田総合病院

亀田総合病院は千葉県鴨川市(人口36千人)に位置し、大都市からは離れた場所でありながら、高度先進医療を提供し、黒字経営に成功している。

【基礎情報】

| | | |
|----------|--|------------------|
| 場 所 | 千葉県鴨川市 (人口36千人) | |
| 病床数 | 1,000床 | |
| 医師数 | 2,498人(医師396,看護師796,コメディカル525,事務781) | |
| 患者数(日平均) | 入院患者数862人,外来数2,850人,救急患者75件 | |
| 経営状況 | 経常利益 20億円(2011年) | |
| 高度医療提供 | 厚生労働省指定臨床研修指定病院 厚生労働省指定(外国人医師)臨床修練指定病院 難病医療協力病院 地域ガン診療拠点病院 | |
| 急性期医療対応 | 救急 | 千葉県三次救急指定 |
| | 災害 | 基幹災害医療センター指定 |
| | 周産期 | 千葉県総合周産期母子医療センター |
| | 小児 | 小児救急医療拠点病院指定 |
| 情報公開 | PLANET電子カルテシステム導入(独自) ※患者・家族が相互にカルテ情報を閲覧できるシステム(インターネットでも可)で、病院内端末からも検査状況がわかる | |

① 特徴や公立病院との違い

- ・入院施設と通院施設を分離
- ・全室／全床にベッドサイド端末を設定し情報提供(TV/InterNet/病院情報/検査情報)、ショッピングやレンタルの配送サービスも実施
- ・マネジメントシステム導入(ISO,BS,JIS,ISMS,MHA-QIP,VHJ-11P)
- ・医師専用の手術室・専門スタッフ化(心臓バイパス手術は国内で唯一実施)
- ・医療ツーリズム資格(JCI)を取得
- ・医療経営者が違う
公:トップは市長、予算は議会承認、病院の責任が薄い
民:トップは理事長、予算は経営判断で自由→責任が重大

② ヒアリングによる気づき

- ・医師が医療従事に専念できる環境を構築することで、スーパードクターが亀田総合病院を選んで医療行為を実施。
- ・高度医療実現により、若いドクターも亀田総合病院の医師の元で医業に取り組むことを希望する良いスパイラルが構築されている。
- ・PLANETによる医療情報の提供により医療提供者・従事者・患者の信頼関係が構築されている。
- ・看護師不足による課題に対し、自ら看護学校設立を計画し、課題解決の方向性を示している。
- ・学閥を一切廃止し公平に医療従事者の確保に取り組んでいる。
- ・医療ツーリズムの資格は有しているが積極的な事業展開は考えていない。地域医療の責任を優先し、地元患者の治療を優先している。
- ・広域医療(大阪進出)は全く検討していない。医療から地域(鴨川市)の活性化(雇用)に繋げることが社会貢献との見解。

(2) 南生協病院

南生協病院は、全国的に生協病院の大半が赤字経営にて運営している状況にありながら、会員6万3千人を有し黒字経営に成功している。病院内に様々な施設を有し、住民にとって医療の枠を超えた運営をしている事例である。

【基礎情報】

| | | |
|----------|-------------------------------|---------|
| 場 所 | 愛知県名古屋市緑区 (234,739人口) | |
| 病床数 | 313床 | |
| 医師数 | 325人(医師60人,看護師230人,コメディカル35人) | |
| 患者数(日平均) | 入院患者数-人,外来数人950人,救急患者件9件 | |
| 経営状況 | 経常利益+5% | |
| 高度医療提供 | - | |
| 急性期医療対応 | 救急 | 急性期医療対応 |
| | 災害 | - |
| | 周産期 | - |
| | 小児 | - |
| 情報公開 | 電子カルテ導入済み(南医療生活共同組合で情報連携) | |

① 特徴や公立病院との違い

- ・約63,000人の生協組合員が出資運営。出資金を募り一人1,000円から上限300万円(組合員平均4万円)。
- ・病院敷地内に医療施設以外のスペース(病後児保育室、旅行代理店、フィットネス、図書館など)があり、活性化している。
- ・医薬分業問題に対応する為に、病院と薬局の入口を分け、土地を分筆する事でほぼ同一敷地内に併設できている。

② ヒアリングによる気づき

- ・事業収支は6.5-7.0%の黒字を確保し公的補助は一切なし。
- ・都会にありながらも地域住民に喜ばれる病院づくりを目指している。病院設立にあたり、市民とワークショップを4年間掛けて何度も繰り返し実施し、市民の意見を出来るだけ反映した。
- ・地域の病院としての一体感があり、ボランティアの方々が奉仕精神で活躍されている。(病棟テラスの花壇手入れ、図書館の管理運営、待合案内、清掃など)
- ・入院患者家族用に4部屋分の宿泊施設を設けたが利用が無かったため、即断でスパに変更し成功している。
- ・実現できなかったことは、プールや太陽光パネルなど高コストに絡むことだけであり、基本的には住民ニーズを殆ど取り入れた。その事により近隣の市民病院から患者が流れてきている。
- ・医療に関わる様々な課題はあるが、解決に必要なのは「関係者全員が共有するビジョン」と「それを実現する強固な信念と実行力」という強い信念で様々な規制や問題をクリアしてきた事は素晴らしい。基本的には何でもできるという意識でやれば公立病院でも経営改善を図れるとの事であった。

3.6. 課題総括と問題提起

以上、大阪府立・大阪府内市立・大阪市立の公立病院に関する医療現状の確認並びに医療関係者ヒアリング、民間病院事例調査を行ってきた。その結果、5つの視点「ア. 経営改善」、「イ. 救急医療」、「ウ. 機能分担・集約」、「エ. 地域医療格差」「オ. 情報公開・共有」で公立病院における課題についてまとめたものが次頁の図表3-12である。

明確となった5つの課題に対する提言に向けた要点としては、次の通りである。

(1)「ア. 経営改善」

① 分かりやすい収支報告

公立病院の黒字・赤字の議論は補助金による補填があるため誤解を招きやすい。補填の存在しない民間病院と同一目線で議論の必要があり、民間企業と同レベルの決算報告書を作成することも必要であると考えため会計基準の見直しが重要である。

② 赤字補填の詳細報告

公立病院は、公的医療分担(急性期医療、へき地医療、高度医療他)により発生する赤字についての検証・情報公開の義務がある。

③ 最適な給与配分の抜本的改革

民間病院と比較高い看護師・事務職の給与水準を是正すること及び、民間病院よりも低い公立病院の医師給与水準の引き上げの両面を実施し、最適な給与配分を行うべきである。

④ 経営者の育成

経営課題が多い公立病院経営においては、長期目標に対する経営施策のプロセスを理解した上で経営環境を把握できる人材が必要であり、一貫した経営方針の実行が求められる。

⑤ 赤字病院の経営改善戦略に関する妥当性の検証

閉院、経営統合、指定管理者制度導入、地方独立行政法人化等の経営改善施策に至る意思決定のプロセスや判断基準を明らかにすべきであり、さらに施策の妥当性検証が必要である。

また、各自治体毎の経営改善が検討されているが、大阪府下全域を見据えた経営統合等の観点での検討を行う必要がある。

⑥ 公的医療の必要性度合い検証

公立が是か非かという議論ではなく、地域における公的医療の必要性に対する観点での公立病院のあり方の検証が必要である。例えば、民間病院の公的医療の貢献度調査を行えば、大阪市中心部は民間病院が十分で、大阪府下へき地においては民間病院が不十分であることが分かる。また、公立病院が必要な地域が明らかになり、地域毎に求められる公立病院の機能(診療科目他)も判明してくる。

⑦ 公立病院のあり方検討

公立病院が地域の実態に応じて不要と判断される場合、公は民間病院へ公的医療を任せることも考えられる。その場合、病院経営にこだわらず、民を強力にサポートする立場となる。

(2)「イ. 救急医療」

① 救急に関する啓発事業の見直し

軽症患者の救急車利用率を下げるための取り組みの一つとして、「救急医療の利用のあり方啓発事業(平成23年度から総事業費11,174千円の予算)」があるが、実態として啓蒙活動の成果として軽症者の救急車利用率は減少しているのか分析し、広報の仕方、費用の使い道を再度検討する必要がある。

② 重症・軽症のトリアージ・救急搬送先の受け入れ体制の改革

救急搬送全般における体制については、先進成功事例としてシアトルの取り組みを参考とし、搬送及び受け入れ体制の連携や仕組みについて一体的に見直し検討が必要である。

③ 民間をサポートする公立病院へ

大阪府の救急医療において、民間病院は公的医療をサポートしつつ、黒字経営の為に創意工夫している。民間病院への公的援助が限られている中で、公立病院への多額の補助金投入に正当性があるのか検証が必要である。

(3)「ウ. 機能分担・集約」

① 高度医療に関する定義の検証

総合医療センターが全国レベルでの高度医療の実践、専門医師の育成という観点から相応の結果を残していることが分かった。だが、定量的な評価についてはまだ実態が見えない状況であり、特に詳細に渡る経費面、損益面における検証が必要である。

② 民間病院との連携に関する具体的施策の立案

【公立と民間の連携】

公立病院間のネットワーク連携の取り組み事業は、大阪府公立病院のあり方方針でも記載があるように進められつつあるが、約7割を占める民間企業との連携についての具体的な取り組み施策がみられない。行政の立場としては、公立病院に特化するのではなく、大阪府内の開業医、診療所、民間病院全ての医療機関を視野に入れた具体的施策の検討が必要である。

【ネットワーク】

公立・民間の垣根を越えた大阪府内医療トータルネットワークの構築とインフラ整備・提供こそが、病院・診療連携における公の受け持つべき役割であり領域であると考ええる。

(4)「エ. 地域医療格差」

① 人口動態等地域性に即した医療提供体制の検討

大阪府内の医療資源の格差を検証した上で人口動態、地域特性に即した医療提供体制を考える必要がある。例えば、大阪市であれば民間病院を中心とした連携、郊外であれば今以上に公立病院と地域の民間診療所が連携した医療環境等が想定される。

(5)「オ. 情報共有・公開」

① 経営の見える化

経営の見える化が必要である。このことは情報公開・共有といったネットワークに限らず、経営改善にもからむ問題である。

② (患者視点)に立った情報の公開

情報共有により何が可能となるのかが利用者(市民)目線で語られていない。今後のビジョン策定が必要である。

③ (病院視点)情報共有のインフラ整備、ネットワーク構築

電子カルテなどの情報共有・情報公開について、実施するという方向での項目の整理・工程の作成が急務である。また医療情報にはビッグデータの管理運営強化という問題が発生すると想定できるため、慎重な管理者の選定と費用性の考慮が重要である。

4. 医療に関する先進的な取り組み事例(国内・海外)の調査と考察

4.1. はじめに

3章までにおいて、国や大阪府・大阪市の現状を調査・考察し、5つの大きな課題が見えてきた。医療システムは、様々な側面があり、非常に複雑であるが、医療を軸としたプラス効果を生み出すという観点から、医療に関する先進的な取り組みについて、国内と海外の事例を調査し考察した。

4.2. 国内事例

国内の事例として関西圏での取り組まれている関西イノベーション国際戦略総合特区及び神戸医療産業都市構想、並びに福島県のうつくしま次世代医療産業集積クラスター構想について調査し、考察した。

4.2.1. 関西イノベーション国際戦略総合特区

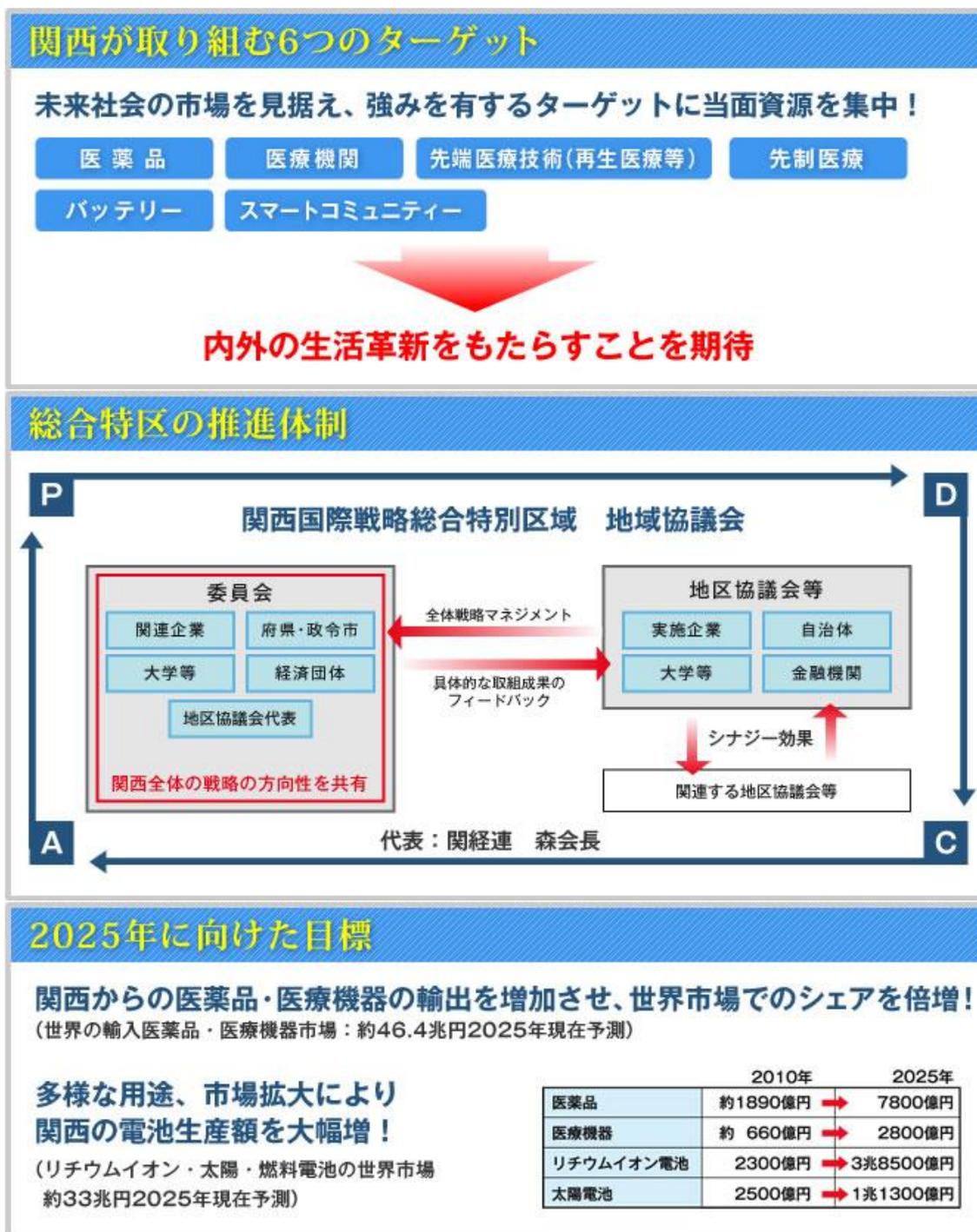
(1) 概要

関西が取り組む政策課題に対して能動的に取り組んでいくべく、以下アウトラインに沿った運営が計画されている。詳細は以下図表4-1、4-2の通りであるが、推進主体は地域協議会であり、地方公共団体や関経連なども運営に関与している。本年2月15日には、特区の区域が拡大し、51区画、合計64.9平方キロメートルが特区指定を受けている。

図表 4-1 特区の概要



図表 4-2 特区の概要



多様な用途、市場拡大により
関西の電池生産額を大幅増！

(リチウムイオン・太陽・燃料電池の世界市場
約33兆円2025年現在予測)

| | 2010年 | → | 2025年 |
|-----------|---------|---|----------|
| 医薬品 | 約1890億円 | → | 7800億円 |
| 医療機器 | 約 660億円 | → | 2800億円 |
| リチウムイオン電池 | 2300億円 | → | 3兆8500億円 |
| 太陽電池 | 2500億円 | → | 1兆1300億円 |

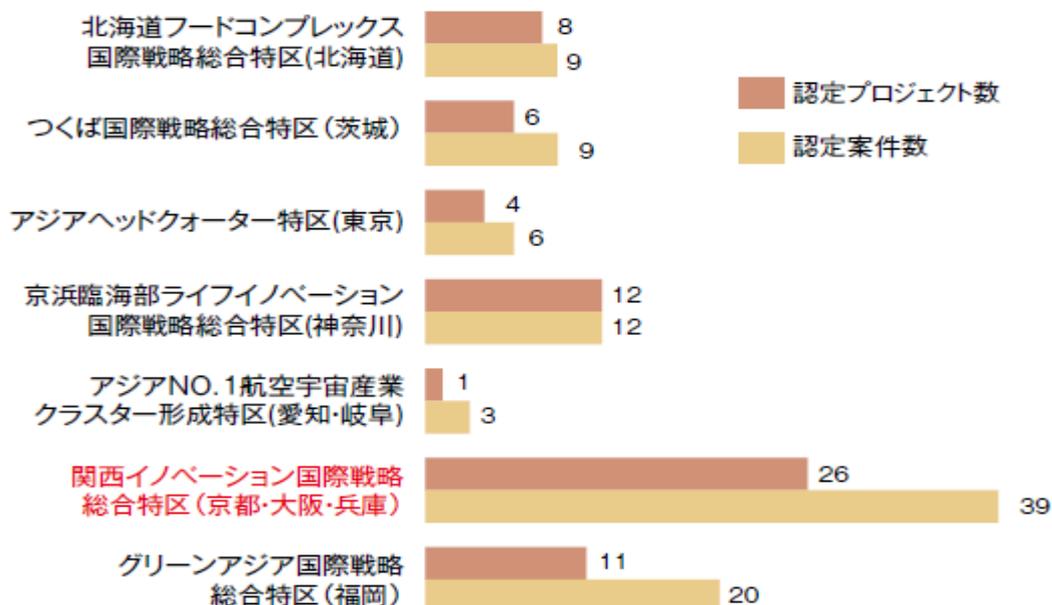
参考：関西イノベーション国際戦略総合特区ホームページ

(2) 特徴

- ・規制緩和に加え、税制・財政・金融上の支援措置を総合的に受けることができ、国・地方の双方が支援措置を講じるというのが、本特区と従来の構造改革特区等と大きく違っている。
- ・総合特別特区を国に申請し、26プロジェクトの39件が認定を受けている。
認定プロジェクト数と認定案件数とも全国トップの総合特区である。

図表 4-3 特区認定事業数(2012November経済人から抜粋)

〈図1 特区計画認定事業数〉



参考:2012November経済人

(3) まとめと考察

関西イノベーション国際戦略総合特区構想において、推進検討分野として挙げられている6つの分野のうち、以下4つの分野において、医療に関する先進的な取り組みを行っている。

① 医薬品

審査体制、治験環境を整備し、研究開発から実用化への更なるスピードアップを図り、先進的新薬の開発を推進している。

② 医療機器

高い技術力を有するものづくり中小企業等の参入を促進するとともに、産学医の有機的な連携により、革新的な医療機器の早期実用化を目指している。

③ 先端医療技術(再生医療等)

世界最高水準の研究能力を活かし、その成果をいち早く医療現場へ届けるため、再生治療法などの先端医療技術を確立する。

④ 先制医療

データ収集にかかる規制を緩和し、病気の発症前予測を行い、症状が現れる前に治療を行う新しい医療の形を実現する。

4.2.2. 神戸医療産業都市構想

(1) 概要

関西の産学官連携のもと、震災からの復興も視野に、ポートアイランド第二期を中心に、高度医療技術の研究・開発拠点を整備し、医療関連産業の集積を図り、①市民福祉の向上、②神戸経済の活性化、③国際社会への貢献を目指している。

当初、神戸市が中心となり、神戸医療産業都市構想研究会を立ち上げ(産学官連携による具体化の推進組織)、井村氏(前総合科学技術会議議員、神戸中央市民病院長)が会長に就任。現在では企業約260社が参画している。中核機能として、「先端医療センター」「メディカルビジネスサポートセンター」「トレーニングセンター」を整備している。

先端医療センター等の整備を予算化し、国による各種プロジェクトに選定されるなど、一定の基盤を構築しており、平成23年12月には、「関西イノベーション国際戦略総合特区」の指定を受けている。

(2) 特徴

① 基礎研究系施設充実、メディカルクラスターの形成

理化学研究所などが所在していることもあり、**基礎研究系の施設が充実**している。また臨床系の施設や民間企業が並存する形となっている。更に、今後は高度専門医療機関の建設予定もあり、当地区が拡充を目指している基礎と臨床の橋渡しは一層加速される見通しである。

② 市内中小企業の医療関連分野への取り組み支援

地元工業会などと医療用機器開発を目的とした研究会が開催されている。

③ 産学連携への取り組み

バイオメディカルファンドの設定などを積極的に展開している。

④ スーパーコンピューター京の活用

大学とも連携し、各種シミュレーションへの取り組みが充実、今後一層拡充予定である。

(3) 効果

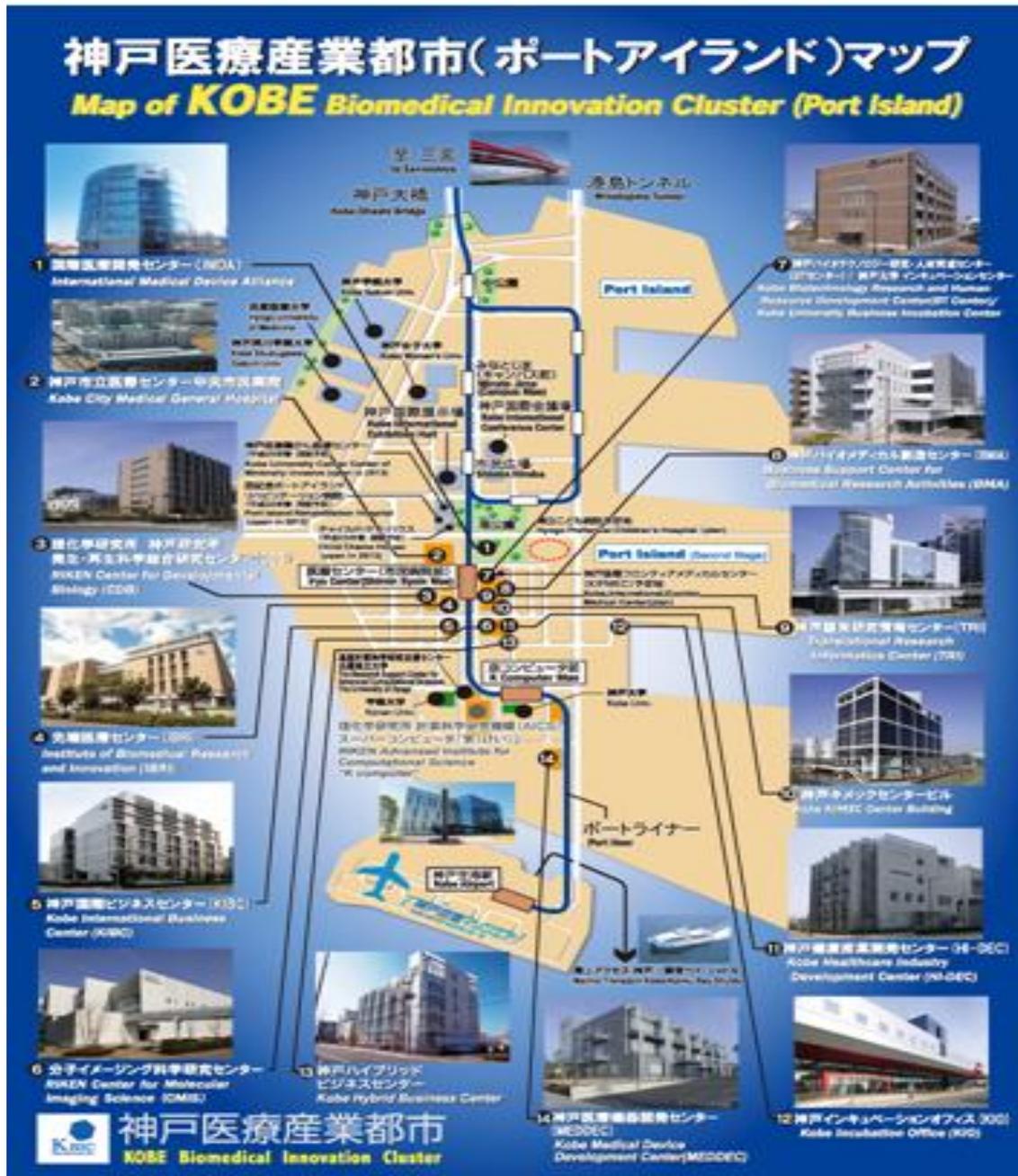
- ・クラスターによる経済効果として、平成17年と平成22年で比較し2.5倍、409億円から1,041億円へ拡大したと試算。税収効果は35億円と計算している。クラスター形成による定性的な効果として、ネットワークの作り易さなどを評価する声が高い。
- ・今後、神戸におけるクラスター形成の方向性として、**基礎研究と臨床を橋渡し**するような、**トランスレーショナルリサーチ(※)**を充実させていくことを考えている。
- ・本クラスターの特徴としては、**基礎研究が充実**していることがあげられる。特に理化学研究所の関連施設は**再生医療やスーパーコンピューターなど多岐に亘り集積**しており、**優秀な研究者が大勢集まりやすい環境**になっている。
- ・また、先端医療センターも、大変優秀な医師、設備がそろっており、充実した臨床および研究が行われている。

(※) 新しい医療を開発し、臨床の場で試用してその有効性と安全性を確認し、日常医療へ 応用していくまでの一連の研究過程

(4) まとめと考察

同都市については、関西圏では比較的早くから医療系を中心としたクラスター形成に取り組んできた経緯があり、研究施設・研究者、基礎医療系企業の集積、ならびに基礎研究系の実績は相応に認められている。その一方で、拡充に取り組んでいるとはいえ、現状の臨床実績が相対的に少ない点、さらに臨床起点とした医療サービスへのひろがり相対的に少ない点が、改善点として考えられる。同都市がより広域な連携、関西イノベーション特区全体も視野にいれ、同都市の振興を図ろうとしている点等について、今後我々が提言を検討する際、関連づけていくことは可能であると考えられる。

図表 4-4 神戸市医療作業都市(同HPより抜粋)



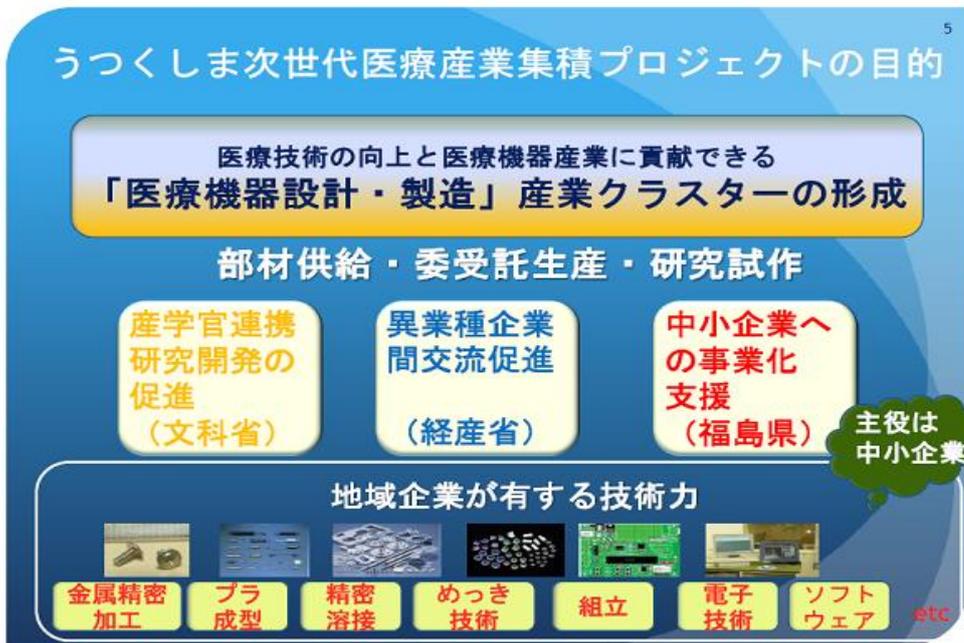
参考:神戸市ホームページ

4.2.3. うつくしま次世代医療産業集積クラスター構想(福島県)

(1) 概要

- ・福島県は、産学官の連携により医療機器関連分野の産業振興と集積を図るため、平成17年度から「うつくしま次世代医療産業集積プロジェクト」を実施している。
- ・本プロジェクトは、福島県、日本大学工学部、福島県立医科大学、県内医療関連企業を中心に、医療機器関連の研究開発から事業化まで一体的に進めており、『世界に誇れる「医療機器設計・製造」ハブ拠点』の形成を目指している。
- ・平成21年6月、文部科学省、経済産業省が実施する「地域中核産学官連携拠点」として全国10ヶ所の一つに選定されている。
- ・総合特区制度は活用していない。

図表 4-5 うつくしま次世代産業修正プロジェクトの目的



参考:福島県商工労働部産業創出課

(2) 特徴

① 医工連携による医療機器研究開発の推進

図表 4-6 医工連携イメージ



参考:福島県商工労働部産業創出課 ふくしま医療-産業リエゾン推進室作成パンフレット

② 中小企業への薬事法許認可支援

県の産業創出課に薬事認可業務経験者を配置し、異業種から医療機器製造業への新規参入を支援している。

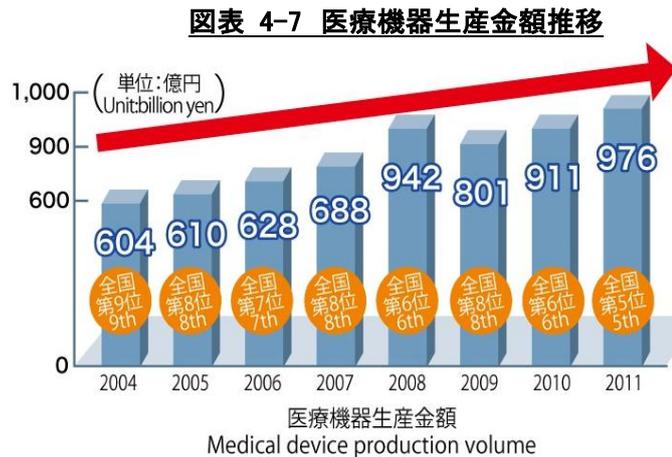
③ 「メディカルクリエイションふくしま」の開催

中小企業への販路拡大支援として、医療機器分野に特化した国内唯一の展示会「メディカルクリエイションふくしま」を開催している。

(3) 効果

① 県内医療機器生産金額の増大

- ・医療機器生産額
976億円 全国第5位
- ・医療機器受託生産額
224億円 全国第1位
- ・医療用機械器具の部品等生産金額
124億円 全国第1位



② 異業種からの新規参入企業の増大

新規参入企業として、17社が医療機器製造業許可取得に成功している。(2010.5現在)

③ 医療機器開発と事業化の拡大

世界初の低侵襲型眼圧測定装置(※)やガン細胞等を迅速に検出できるバイオクオリティ評価装置など、複数の事業化に成功している。

(4) まとめと考察

- ・本プロジェクトは、「モノづくり」に特化した取り組みが成果に繋がった要因として挙げられる。福島県産業創出課へのヒアリング結果でも「背伸びをするような取り組みはしない」というコメントがあり、自己のポテンシャルを冷静に把握し、得意分野に集中して取り組むことがポイントとなっている。
- ・産学官連携の成功要因としては、
 - ① 研究ではなく事業化に軸足を置いた点
 - ② (官)である福島県のリーダーシップ・マネジメント能力が挙げられる。
- ・また、産学官連携における開発を進める為には「臨床研究が重要(福島県産業創出課コメント)」であるが、地方の医科大学では限界がある。関西においては阪大、京大、神大などポテンシャルの高い大学が近接しており、効果的な連携が可能と言える。
- ・本プロジェクトは、福島県を主体としながらも文科省、経産省の補助金を活用した事業運営を行っている。プロジェクトの開始時期により総合特区制度は活用していないが、今後は更に柔軟なプロジェクト運営を行うために特区制度の活用も視野に入れるべきだと考える。

(※) ハプティック(触覚)技術を応用した低侵襲の眼圧測定装置

4.3. 海外事例

先進的な取り組みとして海外の事例を調査・考察する。アメリカ、シンガポール、オーストラリアの3カ国事例調査分析と、オーストラリアについては医療関係の施設を3箇所現地視察を行い関係者ヒアリングを実施した。

4.3.1. アメリカピッツバーグの医療産業集積(UPMC)

(1) 概要

アメリカピッツバーグの医療産業集積(UPMC)は、医療事業で民間企業的経営手法を徹底追求する仕組みを構築することで、医療産業を核とした地域の再生と繁栄に成功している事例である。特にマネジメント力を駆使することで、医療産業の集積に成功している。

中核事業体は、UPMCの略称で知られるピッツバーグ大学医療センターである。1986年に大学から附属病院を切り離し、提携先病院も合わせて3病院を経営統合することによって設立された。ゼロから出発し約20年間で戦略的に創られた。

UPMCは、州政府から完全に独立した純民間の**非営利医療事業体**である。非課税優遇措置は享受しているが、州政府から補助金を受けていない。UPMC、ピッツバーグ大学、カーネギーメロン大学の3者が一体となって医療産業集積を形成している。病院20、サテライト施設400を有する大規模IHN(Integrated Healthcare Network)で、年間収入規模は71億ドルである。

(2) 特徴

- ・「医療サービス」、「医療保険」、「有価証券投資」の三部門で構成されている。
- ・患者サービス純収入の約13%に相当する金額を地域貢献へ拠出している。
- ・世界クラスの医療施設への投資を標語に毎年約5億ドルの医療施設建設を継続している。
- ・UPMCに大病院志向はなく、必要な機能を備えた**サテライト事業拠点**を重複しないように回避しながら、**最適配置**することに主眼をおいている。
- ・医療ニーズと医療提供体制の間のミスマッチを常に最小化するためには、中小規模の医療施設を多数配置する方がよいという認識を持っている。

(3) 効果(UPMCで実現できていること)

- ・医療事業体の経営改善
- ・医療水準の維持および向上
- ・イノベーションの推進による世界最先端医療の提供
- ・世界に通用する医療事業体として、
 - ①世界中の優秀な研究者の取り込み
 - ②国内外からの医療産業の集積
 - ③海外への病院進出を実現している。

(4) まとめと考察(日本との比較)

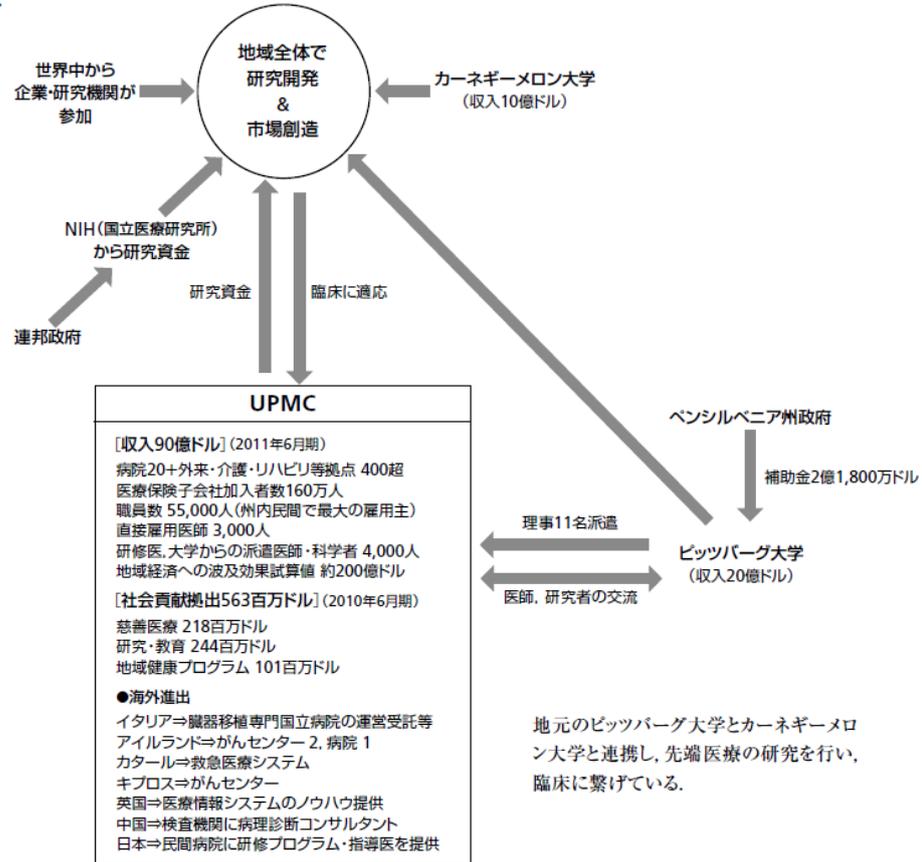
日本の首都圏の人口と医療施設、大学の数は、UPMCの医療圏より遥かに多いにも関わらず、UPMCのような大規模医療事業体が存在しない。日米を比較した場合、地域医療提供体制のガバナンス力に大きな差がある事が日本に存在しない原因ではないだろうか。

日本の医療事業の状況は税金で補助されている国公立病院、国立大学附属病院、非課税優遇を受けているその他公的病院が同一医療圏にありながらバラバラに経営され、重複投資を伴う過剰設備投資競争に走っていることが問題であり、過剰な設備投資を止めるには補助金を無くすくらいの思い切った措置が重要かも知れない。

そういった意味で、UPMCの成功事例は医療施設群を人口50万人～100万人単位の医療圏で経営統合し、患者ニーズとのミスマッチを最小化すれば、補助金なしでも黒字経営が可能であることを示唆している。

図表 4-8 UPMCガバナンス

UPMCのガバナンス



©一般財団法人キャノングローバル機能研究所

参考: 松山幸弘 (2012). 医療産業集積ピッツバーグのビジネスモデルUPMC

4.3.2. シンガポール

(1) シンガポールの基礎情報

- ・国土面積が712.4平方キロメートル(2010年)※東京23区全体か淡路島とほぼ同じで、人口は437万人である。
- ・政体は英連邦加盟の共和制で議会体制は一院、与党People's Action Partyがほぼ独裁政治を展開している。
- ・街はとてもきれいで、ゴミひとつない。電柱も地中に埋め込まれているので街の景観を全く害することはない。
- ・食事でも最近では日本食が人気。レストランの3分の1くらいが日本関係の料理を提供している。
- ・東南アジアのハブ空港であるチャンギ空港から15～30分ほどでシンガポールの街中につく。羽田空港の深夜便を使えば早朝につくので、0泊3日(初日に飛行機に乗り、翌日の到着、その夜にシンガポールを出発し戻りがその翌日の朝)の医療ツーリズムも可能である。

(2) 特徴

① シンガポール政府の思想

- ・シンガポールは、個人による貯蓄を個人で利用するシステムを政府が管掌している。一方で日本は社会保険の枠組みで個人から徴収した資金を公的に配分している。
- ・日本においては、公的保障の観点から医療に対するコスト意識が低く、医療費抑制が働きにくい側面があるが、シンガポールでは個人の積み立てによる資金を個人で利用する観点から、医療費の抑制や医療サービスの質でシビアに医療機関を選択する傾向がある。しかし、一方ではこれは格差医療につながっている。

② シンガポールの医療状況

- ・人口10万人当たりの医師数は140名である。
- ・先進国では珍しい貯蓄型で、国はある程度個人を助けるが、国民自体はお互いの助け合いである共助の仕組みをほとんど持たない。
- ・シンガポールでは医療を産業としてとらえ、それも成長産業としてみている。産業育成と競争による淘汰政策を同時に行っている。
- ・人口がさほど多くなく、内需で経済を引っ張っていくというだけの力がない。そのために、国を開放し、高等人材を自らの国に呼び込み高付加価値の国としての存在になろうということで、21世紀に向けた自国の立場の構築を目指している。
- ・外来一次診療 個人クリニック／民間病院 80%、入院診療 政府が運営するクリニックや病院 80%である。
- ・シンガポール国民の大半と周辺発展途上国からの外国人は安価な政府系病院を利用し、10%の富裕層や先進国からの外国人の大半は豪華設備の民間病院を利用している。
- ・シンガポールナショナルホスピタル
シンガポール随一の病院、シンガポール大学の医学部付属の病院、独立行政法人、最先端の研究が進められている。
- ・シンガポールジェネラルホスピタル
大学病院のように取り組んでおり、医学部の大学院も併設する。心臓病センター、眼科センター、歯科センターそして東南アジアで最初の陽子線治療を政府助成金付きで1回（治療時間は15分から30分間）1万3000シンガポールドル（約82万円）で行うというがんセンターが病院周辺にあり、それぞれがJCIの認証を取得している。

図表 4-9 シンガポールナショナルホスピタル



図表 4-10シンガポールジェネラルホスピタル



(3) まとめと考察

- ・国の規模が大きいことから、内需だけは限界があり、積極的に外需を取り込もうとしており、医療を成長産業と捉え、自国へ高等人材と患者を呼び込む施策を実施している。
- ・医療費は基本的に個人負担で、貯蓄を個人で利用するシステムを政府が管掌しており、病院を個人で利用する観点から、医療費の抑制や医療サービスの質でシビアに選択する傾向がある。その一方で格差が生じ、問題になっている。

- ・高度医療と専門化しているシンガポール医療“センター化”が進み、専門化が進んでいるのがシンガポールの病院の特徴である。
- ・シンガポールでは政府系の病院であっても外国人対応をおろそかにせず、病院内に国際部が設置され、最先端医療と外国人対応を充実させている。

4.3.3. オーストラリア

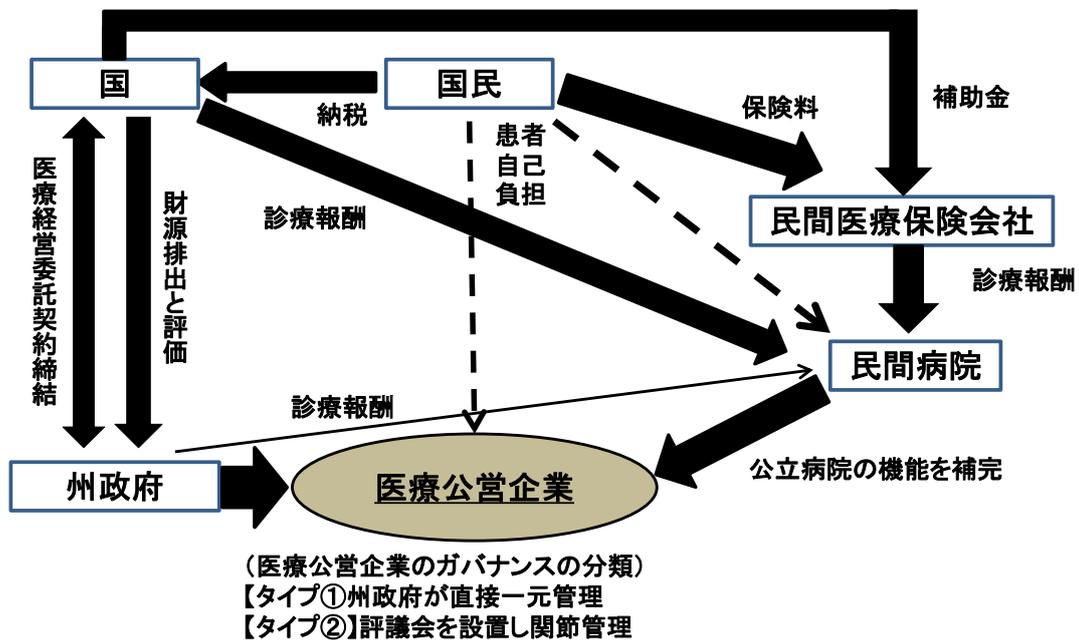
実際に現地視察を行い、関係者ヒアリングを実施したオーストラリア医療の現状と、先進的な取り組みをしている3事例について分析・考察する。

(1) オーストラリアの医療

オーストラリアでは、診察を受ける場合、最初に専門医や大病院に行くことはできず、GP (General・Practitioner) と呼ばれる一般開業医の紹介がないと専門医や大病院では受け付けてもらえない。日本の医療制度とは異なり、GPがファミリードクター(いわゆるかかりつけ医)となり、最初の診療を受け持っている。大抵の病気や怪我の場合には、まずこの一般開業医を受診する。専門的な診断や検査が必要だとGPが判断した場合には、GPの紹介で専門医が診療するか、手術や入院が必要な病気の場合には病院を紹介されることになる。医療機関には、メディカルセンターやメディカルクリニックと呼ばれる総合医の診療所、スペシャリストと呼ばれる専門医の専門医院、公立病院、私立病院がある。

オーストラリアの医療保険制度は、一般的な健康保険制度「Medicare」と呼ばれるものがあり、すべての国民と永住者が、医療サービスを無料かまたは政府から相当額の払い戻しを受けて受診することができる。また、民間の保健部門が公共の制度を補完している。

図表 4-11 オーストラリアの医療制度



参考: 松山幸弘氏 地域医療経営のガバナンスの国際比較

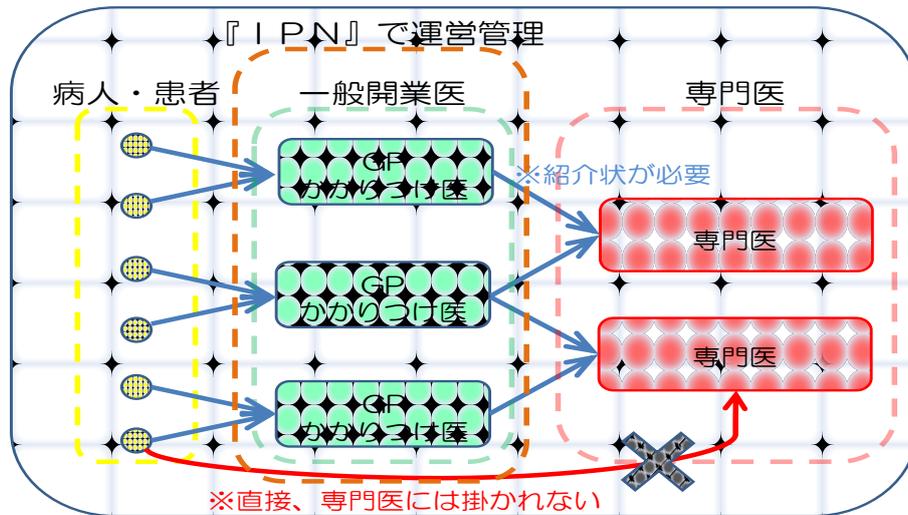
(2) 先進的な取り組み事例

① IPN (Independent Practitioner Network / 一般開業医ネットワーク企業)

(a) 概要

- IPNは、1,500名以上のGPとパートナーシップを構築し、2,500名を超える医療専門家を従業員として雇用している。IPNのコアビジネスは、GPがより良い医療活動を行なえるよう、質の高い医療センターを運営する一般診療管理サービスである。
- メインのサービスとしては、契約企業の従業員向けに、健康診断、業務中に発生した病気、怪我の診療、病気予防のレクチャーなどを行っている。

図表 4-12 オーストラリア受診流れ



(b) 特徴

- 医師とのパートナーシップを組んでいる。IPNのパートナー医師は、IPNの全国的なネットワークの幅広いサポートを受けながら、ローカルで個人的なサービスの受けることができる。
- IT部門では、最先端の情報技術インフラストラクチャを一般開業医に提供している。経理部門では、キャッシュフロー、在庫、債務者と設備投資の商業負担を管理するための機能があり、ビジネス分析と給与への投資モデリングを含め、すべての財務および会計の要件を調整し、買掛金と売掛金の管理、ファイナンス、予算編成などを実施する。
- 人事部門では、スタッフ募集、業績評価、給与、トレーニングなど、すべての医療センターの人事機能を管理する。
- GPの医療行為に関連する、個人的なリスク負担を取り除くため、金融リスクと医療センターの運営に関与し、法的責任を最小限にする品質管理のシステムを構築。GPとその患者のために、一貫性のある質の高いサービスを提供。

(c) ヒアリング内容

- IPNのようなクリニックは、オーストラリア国内に32あり、ニューサウスウェルズ州には3つある。
- 契約企業は、従業員の治療に掛かるコストを削減するため、入社前のメディカルチェックを重視している。企業は、採用候補者が複数いる場合、検査結果が最も良好な者を採用している。IPNは、メディカルチェック後、24時間以内に契約企業に報告する。健診データは、現在紙ベースで保管しているが、近々電子データ化される予定。
- ドクターには、実績のある開業医をスカウトし採用している。

- ・海外の196の病院(民、官とも)とネットワークで繋がっている。パースにコールセンターがあり、24時間オンラインで診察の予約が出来る。夜間に緊急事態が発生した場合、担当者の携帯メールに転送される。
- ・スタッフは、マネージャー、ドクター、看護師、リハビリ担当、セラピストを配置している。当院は昨年5月に開業したばかり。1週間で100～150人が健診を受けに来ている。
- ・ドクター数については、不足はしていないが常に良い人材を探している。

(d) 効果

- ・GPにとっては、IPNと契約する事により、開業医として経理処理や採用などに煩わされることなく、また倒産するというリスクも無い為、安心して医療活動に専念できるというメリットは大きい。また、グループで一括してサプライヤーとの交渉、調達などを行うことはメリットが有る。休暇も取得しやすい。
- ・契約企業にとって、IPNに所属しているGPが、実績のある優秀なGPである点、信用のおける点で、効果が高い。

(e) まとめと考察

本事例は開業医にとってメリットの大きい事象であると認識できた。開業医が個別に存在し、開業医本人が病院経営から診療や健診を全て行なっている状況では、医療行為以外の負荷や負担が非常に大きい。経営や事務という医師本来の業務でない作業による負荷を低減させるためには、IPNのような企業や管理主管部門が、一般開業医を含む医療ネットワークを構築・運営し、病院と開業医との分業や棲み分けを明確化し、情報共有を行う事が非常に重要であり、開業医の負荷軽減による医療行為への専任化により、初期診療やトリアージの質向上が図れるという効果も期待できる。本事例は大阪における課題である「機能分担・集約」や「情報共有」について大いに参考となる。

② ブラックタウンイノベーションセンター

(a) 概要

1980年代に開設。1993年に臨床現場におけるクライシス(危機的)シミュレーショントレーニングを本格実施し、先進的な事業としてオーストラリア連邦政府から450万豪ドルのサポートを受けている。本センター設立の背景には、医療教育強化という観点から、現実性の高いシミュレーションがより求められるようになってきた事がある。

実施するシミュレーションのレベルによって、ハイエンドからローエンドまで3段階に分類。それぞれのランクで使用するマネキンも性能や機能が異なる。施設や研修内容については、色々な病院や大学、企業等とコラボレーションし展開している。

図表 4-13 高性能マネキン



(b) 特徴

- ・ブラックタウン病院に隣接し、常に臨床現場で発生した問題点などを研修にフィードバックすることができる体制がとれている。
- ・シミュレーションルームが8室、ブリーフルームが3室、デモルームが2室ある。シミュレーションルームの隣には操作室があり、そこからマネキン等を操作する。
- ・マネキンは血圧や心拍数が測れるだけでなく、実際の人間と同じように泣く・呼吸する・汗をかく・血を流す・話すといった事が出来る非常に高性能なマネキンである。一番高いマネキンは一体3,000万であり、内臓がある。
- ・シミュレーション実施は5分間が基本。5人1チームで実施し、発生する現象は事前に伝えられない。突然マネキンに発生した現象に対し、チームで役割分担を明確化し迅速に対処していく。対応内容について終了後ブリーフィングルームで講義を受け、知識を習得していく。

(c) 効果

- ・経験に基づく迅速且つ正確な対応が求められる臨床現場において、あまり経験ができない珍しい現象を現実に近い形でシミュレートできるため非常に効果的である。
- ・病院に隣接していることで、常に最新の臨床問題をトレーニングにフィードバックできるため、多くの大学や病院の研修制度に採用されている。

(d) 考察

- ・効果にも上げた通り、珍しい事象に対する処置を完璧に行うためのトレーニングを現実に近いシチュエーションで実施できる非常に重要かつ効果的な施設であり素晴らしい。
- ・日本でも大学や大病院などで、高精度マネキンによる臨床研究や実験が行われていると思われるが、ここまで実践的な研修目的で利用されていないのではないだろうか。本センターと同じように活用すべく研修制度などに組み込む事を期待したい。
- ・マネキン自体が非常に高額であるため、大きな医療事業体による管理と、各医療機関での共同利用が出来るようにすべきである。
- ・大阪において導入を検討できるとすれば、大学研究に留まることなく、即座に臨床現場に技術を展開するとともに、医療ネットワークを構築することで臨床母数を増やし、研究部門に早期にフィードバックする仕組みを産学官連携で実現すべきと考える。

③ リバプールデイサージェリー (Liverpool Day Surgery)

(a) 概要

- Day Surgery (日帰り手術専門の私立病院)は、オーストラリアに313存在し、その中の一つとして、リバプールでは整形外科・眼科・内視鏡などの日帰り手術を行っている。
- オーストラリア全体の急性外科手術のうち、約60%を担っているのがライセンスデイホスピタル・センターである。デイケアホスピタルで行われている診療科は以下の通り

図表 4-14 手術室

- 内視鏡耳、鼻、喉
- 皮膚科眼科
- プラスチック全般の手術
- 美容外科婦人科
- 体外受精
- 整形外科血液学/腫瘍
- 歯科口腔//顎顔面泌尿器科
- 小児外科腹腔鏡下手術
- 昼間病院では現在、すべての外科手術の約60%がデイケアホスピタルで実施されており、1982年にオーストラリアに導入されている。



(b) 特徴

- 本施設では手術室が4室、回復室が23室あり、30人から35人のスタッフで運営している。
- 日帰り手術は、(事前予約後)受付→更衣室での着替え→先生と患者の質疑応答→麻酔→手術→第1回復室での経過確認(15分毎)→第2回復室での経過確認の流れで行われ、約4時間で終了する。
- 休日は、週末・祭日であり、平日は6:00～19:00まで開院している。

(c) 効果

- 日帰り手術の利点は、
 - 患者の入院への不安を取り除く事が可能
 - 院内感染のリスク低減
 - 家庭療養による回復速度向上や早期仕事復帰の実現
 - 保険会社の負担軽減などが上げられる。

(d) 考察

- 日帰り手術は医療技術の大幅な進歩により実現が可能となったのであり、上記効果に加え、コスト削減、高品質のケア、高い患者の満足度を得られる非常に効果的な仕組みである。
- 制度に対する安全性の理解が得られれば、大阪への導入は実現可能を考える。
- 実際、日本でも一部導入されているが、医療全般に対しての保険の問題や法的ハードルもまだ多くあり、即座に導入できるものではないと考えられる。

4.3.4. 医療制度の国際比較

前項までで調査分析を行った海外事例の国について、それぞれの特徴について図表4-15の通り一覧に纏めてみた。

国土や人口によって医療の提供体制は様々であり、それぞれの環境に応じて課題も異なっている。一概に良し悪しは判断できないが、国際比較した際の日本の現行医療制度には、海外を参考に何らかの見直しが必要ではないだろうか。

図表 4-15 医療制度の国際比較(調査結果から作成)

医療制度の国際比較

| | アメリカ | オーストラリア | シンガポール | 日本 |
|-----------|---|--|---|---|
| 医療保険制度 | ・ 民間医療保険 ・ 公的医療保険(高齢者、低所得者) | ・ 公的医療保険(全国民が対象) | ・ 公的医療保険 ・ CPF(中央積立基金) ・ 民間医療保険 | ・ 国民皆保険 |
| 医療ネットワーク | ・ 保険部門と医療提供部門が一体化 ・ 統合ヘルスケアネットワーク(IHN)が中心的役割 ・ 公立病院IHNと民間非営利病院IHN | ・ 公的制度を中心としながら民間病院も積極活用 ・ 州政府が医療提供体制の整備、運営を担う | ・ 公立病院 ・ 高度先進医療の大学病院 ・ 高度先進医療の民間病院 ・ 地域密着のGPクリニック制 | ・ 国立病院、社会保険病院、労災病院、国立大学付属病院、自治体病院 |
| 1人あたり医療支出 | 6,714 USD | 4,219 USD | 1,503USD | 2,474 USD |
| 公的医療支出の割合 | 46 % | 68 % | 41 % | 83 % |
| 課題 | ◎ 医療費が高額 ◎ 全人口の16%が無保険 ◎ 保険によっては医療機関選択や専門医受診が制限される | ◎ 医療制度全体の運営が比較的上手くしている | ◎ 政府運営の包括医療制度や高度先進医療サービスはアジアでも進んでいる。 ◎ 医療格差が生まれている。 | ◎ 急速な高齢化により現行の費用負担構造を維持できない (保険料50%、税金33%、患者負担14%) |

4.4. 先進的な取り組み

次に医療に関する先進的な取り組みとして医療ツーリズムと病院のグローバル展開及び特区について調査・考察する。

4.4.1. 医療ツーリズムについて

(1) 日本の現状

- ・医療ツーリズム(観光)とは、居住国とは異なる国や地域を訪れて医療サービス(診療や治療など)を受けることである。
- ・世界的に医療ツーリズムの市場規模拡大が予想される中、日本では2010年6月に閣議決定された政府の「新成長戦略」に、「国際医療交流(外国人患者の受け入れ)」の促進が盛り込まれ、今後の成長産業分野として期待されている。しかしながら、法律上の規制(医療施設の主体広告や医療法人が収益活動禁止/医療法)、医師不足、医療通訳人材不足、健康保険制度の問題、医師会の反対等もあり、大きな進展は見られない。

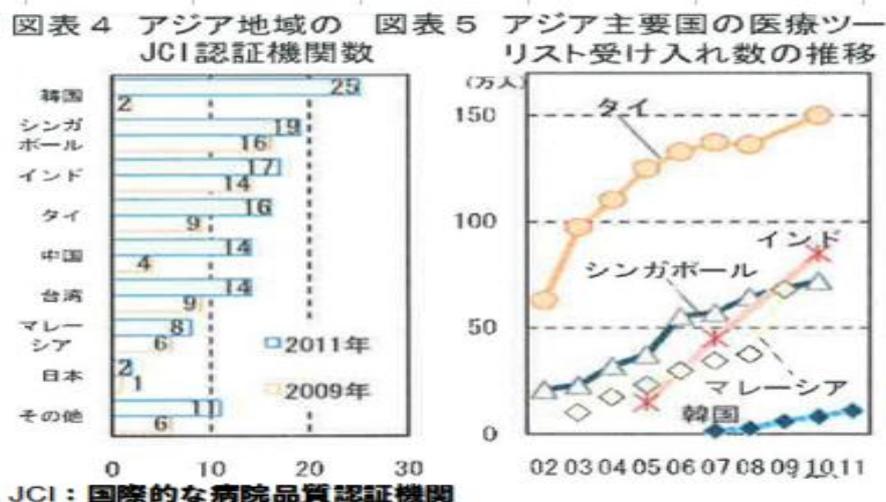
図表 4-16 日本政府機関の取り組み

| 名称 | 主な取り組み内容 |
|----------------|--|
| 経済産業省 | ○11年2月 メディカル・エクセレンス・ジャパン(MEJ)による <u>ウェブサイトの開設</u> ・英語・中国語・ロシア語の三カ国語に対応 ・ウェブサイト、電話を通しての外国人患者受け入れ窓口 ・問い合わせ件数940件(4～10月)のうち、30名の患者が治療し帰国済み ○2011年度 医療の <u>国際化支援組織(MEJ)の法人化</u> ・外国人患者受け入れ窓口機構 ・海外医療拠点整備の支援機能など |
| 厚生労働省 | ○11年4月 外国人患者受け入れ医療機関認証制度整備のための支援事業実施団体選定 ・外国人患者を受け入れる医療機の質の確保を図る ・2012年度中の運用開始を予定 |
| 環境省 | ○11年6月 海外での情報発信:ILTM Asia2011(上海)への出展 ○11年12月～ 検診付、寄美付モニターツアー実施 ○2011年度 実施調査(海外・国内) |
| 内閣府 沖縄総合事務局 | ○11年6月 「万国医療津梁協議会」を設立 ・人間ドックやリハビリテーションなど医療と観光の連携を目指す ○11年6月 中国・北京にてセミナーを開催 |

(2) 国際比較(アジア)

- ・アジア地域のJCI(国際的な病院品質認証機関) 認証機関数において、日本では2009年に亀田総合病院が初めて認証できたものの、2011年までに認証されたのは3機関程度であり、タイ・シンガポール・韓国とは大きな差がある。
- ・アジアは医療ツーリズムの一大拠点であり延300万人を受け入れている。医療ツーリズムに力を入れている国は積極的に魅力度やメリットをPRし、国策として取り組んでいる。その点、日本は再生医療やがん医療、高度な健診など、日本の高度医療の強みを全く活かしていない。

図表 4-17 アジア地域のJCI認証機関数/アジア主要国の医療ツーリズム受け入れ数の推移



(3) 医療ツーリズムの推進する為には

- ・医療ツーリズムを推進する為には、大前提として高度な医療技術と魅力的な医療サービスが求められる。
- ・その上で、受け入れ前のプロモーションやリサーチ、また問い合わせ窓口設置及び医療ビザや空港へのアクセスなどの整備が必要不可欠である。
- ・また、受け入れ時の宿泊の手配、医療通訳、翻訳、食事規制(宗教的な制限)などの多種多様なサービスや受け入れ後の対応も重要であり、帰国後アフターフォローやリピーター戦略も重要である。

図表 4-18 医療ツーリズム成功の秘訣

医療ツーリズムを推進する為には

| | | |
|---|--|---|
| <h2 style="margin: 0;">高度な医療技術</h2> <h2 style="margin: 0;">魅力的な医療サービス</h2> | | |
| <h3 style="margin: 0;">受入れ前</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・プロモーション ・リサーチ ・問い合わせ窓口 ・医療ビザ ・アクセス (空港) | <h3 style="margin: 0;">受入れ時</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・旅行、宿泊の手配 ・医療通訳、翻訳 ・食事、宗教 | <h3 style="margin: 0;">受入れ後</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・帰国後アフターフォロー ・リピーター戦略 |

(4) 医療ツーリズムのあり方について(まとめ)

- ・医療ツーリズムのあり方として、まず外国人を受け入れる余力が日本の医療にあるのかという声もあるが、日本の医療サービスの品質向上や地域の活性化などで、医療ツーリズムには大きな可能性がある。
- ・その一方で、「医療ツーリズムは医療提供体制改革の副産物であり、政策目標とすることは間違い」という考え方もある。「医療ツーリズムで成功しているタイ・シンガポール・インドの医療サービス企業の売上合計は1,400億円にすぎず、病院を直接輸入する能力を有する各国の医療サービスに勝てる医療事業体は日本に存在しない。医療ツーリズムだけで考えることは難しい、観光とくっつけるしかない」という見解もある。
- ・医療ツーリズムについては、有識者の見解でも賛否両論あるが、「本質的には、いい医療によって人が動く」「交流によって医療のレベルが向上する」可能性はあり、自治体ベースで実施した方がうまくいく可能性はあるものの、医療ツーリズムを主体とした取り組みは非常に難しい。

4.4.2. 海外の病院が他国へ進出しているケース

(1) 海外医療機関のグローバル展開事例

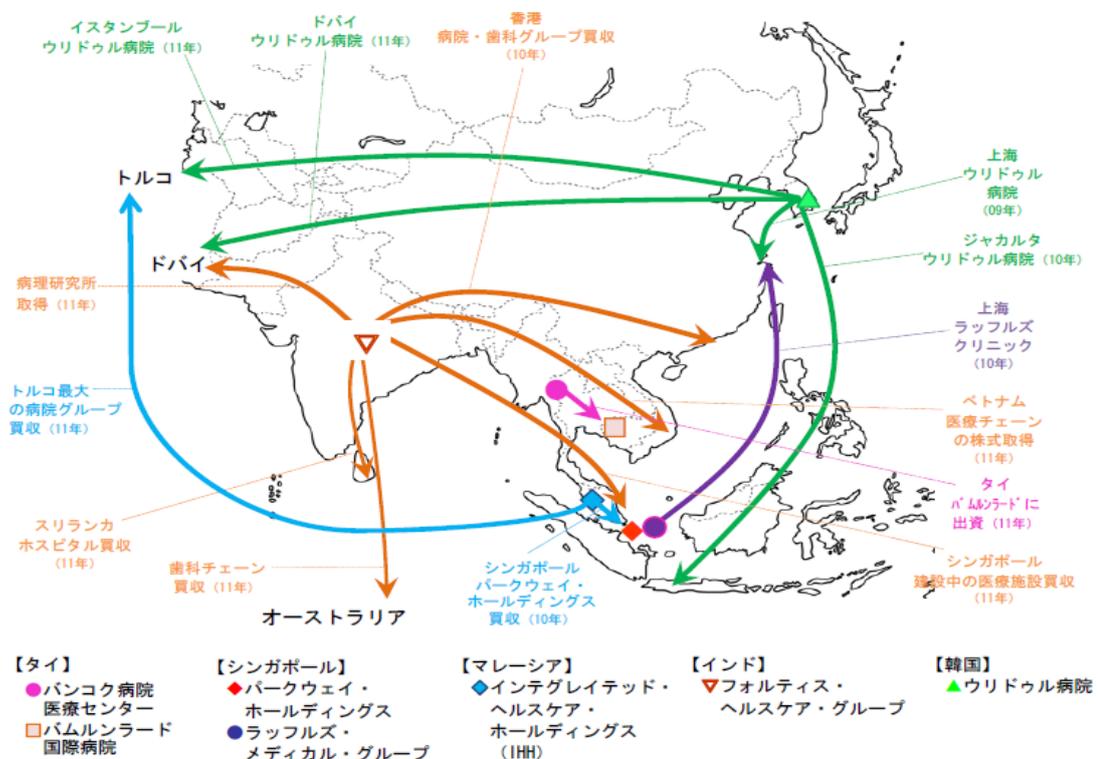
海外の病院が他国へ進出している事例については、大きく2つのケースがあることが分かった。1つは、医療ツーリズムの推進を目的としたシンガポール、タイ、インド、韓国等のケースであり、もう1つは、医療産業の集積を目的としたアメリカのケースである。

① 医療ツーリズムの推進を目的とした医療機関の海外進出(シンガポール等)

アジアの主要な医療ツーリスト事業グループは、経営基盤の強化や医療ツーリズムの更なる推進を目的として、国内外での同業他社買収や国外に病院やクリニックを開設するといった動きを活発化している。

これらの事業グループは、自国の医療圏に依存するのではなく、海外患者をターゲットにしており、近隣諸国にも病院建設で直接進出している。つまり成功している事業グループは、どの国でも人材を確保しマネジメントできるノウハウを持っているといえる。しかし、後述の米国のケースと比較すると、医療機関そのものの売上高は総じて小さい(日本円で数百億円程度)のが特徴である。

図表 4-19 アジア主要国のグローバル展開



| 企業名 (本部所在地国) | 売上高 純利益率 | 特徴その他 |
|-------------------------------------|---|---|
| Fortis Healthcare (インド) | 63億ルピー (126億円) <3.8%> | 自らを“統合ヘルスケアシステム”と称し、インド国内各地に地域医療ネットワークを構築。シンガポールのパークウェイヘルスに24%出資するなど業容拡大に積極的。 |
| Apollo Hospitals (インド) | 146億ルピー (292億円) <8.1%> | インド国内と海外で運営する病院数50超。 受入れ患者は55カ国、1,600万人。 |
| Parkway Health (シンガポール) | 9.8億S ^{ドル} (625億円) <12.0%> | 中国をはじめとするアジア諸国のみでなくロシア、ウクライナ、サウジアラビア、アラブ首長国連邦にも直接進出。 16病院を経営 |
| Bumrungrad International (タイ) | 93億バーツ (266億円) <13.3%> | 東南アジア最大の病院(554床+30専門センター)を 経営。海外からの受入れ患者は、190ヶ国、年間約40 万人。 業務上言語は英語。 |

② 医療産業の集積を目的とした医療機関の海外進出(アメリカ)

アジアの医療ツーリスト事業グループと比較して、米国のIHNと呼ばれる地域医療ネットワークは圧倒的な売上規模(日本円で数千億~1兆円)を持っている。彼らは自らの規模を活かして、医療産業集積において競争上最も重要な臨床の求心力を働かせている。ここで臨床の求心力というのは、医師とか患者とか研究者が世界中から集まってくるということで、彼らはこの臨床の求心力を発展させることを目的として、積極的な海外進出を図っている。

図表 4-20 医療事業体の収入規模(アメリカ)

| | 医療事業部門or 業務提携先IHN の収入規模 | 特徴その他 |
|---------------|-------------------------------|---|
| ハーバード大学 | 76億 ^{ドル} +α | 中東の国際医療都市Dubai Healthcare Cityをコンサルタント。Partners HealthcareとCareGroup 2つのIHNと業務提携し医療産業集積を構築。 |
| コーネル大学 | 92億 ^{ドル} | 中東カタールに医学部分校を設置。国内ではコロンビア大学と合併でNew York-Presbyterian Healthcare Systemを創設。 |
| メイヨー・クリニック | 76億 ^{ドル} | “医療の聖地”のブランド。ミネソタ州全体が医療産業集積。高度医療専門からIHNに転換。フロリダ州、アリゾナ州に分院。 |
| クリーブランド・クリニック | 53億 ^{ドル} | 地域の病院を買収してIHN化を推進。 カナダとアブダビに進出 |
| MDアンダーソン | 28億 ^{ドル} | テキサス大学が誇る世界最大の癌医療関連施設の集積地。国内ではニューメキシコ州、アリゾナ州、海外ではトルコに進出。 |
| UPMC | 77億 ^{ドル} | 米国の医療産業集積の中で最も成長率が高いピッツバーグを牽引するIHN ⇒詳細は次スライド |

参考: 松山幸弘 (2010). 医療改革と経済成長 Monthly IHEP 2010 7月号, P11-25.

松山幸弘 (2013). 日本社会経済の再生に資する医療改革 兵庫県民間病院協会会報 2013 1月号, P33-73.

日本政策投資銀行 産業調査部 (2010). 進む医療の国際化 調査研究レポート 2010 5月.

4.4.3. 特区について

(1) 特区制度の概要

現在日本では「構造改革特区」と「総合特区」の二つの特区制度が運用されている。最初に運用開始された「構造改革特区」は、税制優遇等の措置の無い「規制緩和」のみに特化した制度であり、世界的に見て導入事例が少ない。総合特区は、中国等諸外国で運用されている「経済特区」と同様の制度となっている。

図表 4-21 特区制度比較

特区制度の比較

| | 構造改革特区 | 総合特区 |
|------|--|---|
| 設立時期 | <u>2002年6月</u> 自民党／小泉内閣「骨太の方針2002」 | <u>2010年6月</u> 民主党／菅内閣「新成長戦略」 |
| 法律 | <u>構造改革特別区域法</u> (2002年12月成立) | <u>総合特別区域法</u> (2011年6月成立) |
| 運営主体 | 内閣府 地域活性化統合事務局 《構造改革特別区域推進本部》 | 内閣府 地域活性化統合事務局 《総合特別区域推進本部》 |
| 特徴 | ◇主として <u>個別の規制の特例措置のみを実施する。</u> <u>税制、財政、金融措置は対象としない。</u> | ◇ <u>複数の規制の特例措置に加え、税制、財政、金融上の支援措置を「総合的にパッケージ化」して実施する。</u> |
| | ◇ <u>全国展開が前提</u> 特区設置から原則1年以内に社会的効果の評価を行い、全国展開について問題ない、とされると法改正を行い、特区を解消する。 | ◇ <u>二つの総合特区を設置</u> <u>①国際戦略総合特区(7地区)</u> ・経済成長のエンジンとなる産業・機能の集積拠点の形成 <u>②地域活性化総合特区(32地区)</u> ・地域資源を最大限活用した地域活性化の取組み |
| | ◇構造改革特区計画の認定を受けた地方公共団体において活用が可能である。 | ◇特定の要件を満たした <u>地域</u> を対象とする。 ◇総合特区ごとに設置される「国と地方の協議会」にて、国と地域の協働プロジェクトとして推進する。 |

「構造改革特区」については、規制緩和措置はあるものの税制優遇等の措置が無いことから、規制緩和措置に加えて経済的なメリットも享受できる「総合特区」制度の活用が有効であると判断する。制度の概要と現在の選定状況は以下の通り

図表 4-22 総合特区制度概要

「総合特区制度」の概要

先駆的取組を行う実現可能性の高い区域に国と地域の政策資源を集中

- 地域の包括的・戦略的なチャレンジを、オーダーメイドで総合的(規制・制度の特例、税制・財政・金融措置)に支援
- 総合特区ごとに設置される「国と地方の協議会」で国と地域の協働プロジェクトとして推進

2つのパターンの「総合特区」

①国際戦略総合特区

我が国の経済成長のエンジンとなる産業・機能の集積拠点の形成

②地域活性化総合特区

地域資源を最大限活用した地域活性化の取組による地域力の向上

- 特例措置・支援措置
- (1) 規制・制度の特例措置 ※特例措置・支援措置は、「国と地方の協議会」の協議を踏まえ、累次追加
- 全国的な展開に踏み切れない規制の特例も、自己責任の下、**区域限定で実施**
⇒ ライフイノベーション、グリーンイノベーション等の本格展開の突破口
 - 個別の法令等の特例措置に加え、地方公共団体の事務に関し、**政省令で定めている事項を条例で定められることとする**
⇒ 地方分権を加速する突破口
- (2) 税制上の支援措置
- ①国際戦略総合特区
 - 国際競争力強化のための法人税の軽減(投資税額控除、特別償却、所得控除より選択)
⇒ 国際競争力ある産業・機能集積拠点整備
 - ②地域活性化総合特区
 - 地域戦略を担う事業者に対する個人出資に係る所得控除
⇒ 地域の志のある資金を結集
- (3) 財政上の支援措置: 関係府省の予算を重点的に活用。総合特区推進調整費により機動的に補完(H24予算:138.4億円) < H25予算要求額121億円 >
- (4) 金融上の支援措置: 利子補給制度(0.7%以内、5年間)の創設 (H24予算1.6億円) < H25予算要求額2.9億円 >

総合特別区域 第1次指定・第2次指定

国際戦略総合特区

| No. | 国際戦略総合特区と地方公共団体の名称 |
|-----|---|
| 国際1 | 北海道フードコンプレックス国際戦略総合特区(北海道、札幌市、函館市、帯広市及び弘前市並びに北海道庁管内各支庁、札幌市、旭川市及び稚内市、上川郡神楽町及び清水町、阿部郡野幌町、中川町及び美幌町、空知郡大樹市及び夕張町、中川郡美幌町、岩田町、美幌町及び本町町、空知郡足寄町及び 穂別町並びに十勝経済圏特別) |
| 国際2 | つば国際戦略総合特区(つくばにおける科学技術の集積を活用したライフイノベーション・グリーンイノベーションの推進(茨城県及びつくば市)) |
| 国際3 | アジアヘッドクォーター特区(東京都) |
| 国際4 | 京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区(神奈川県、横浜市及び川崎市) |
| 国際5 | アジアNo.1航空宇宙産業クラスター形成特区(岐阜県、各務原市、愛知県、名古屋、半田市、春日井市、東海市、小牧市及び伊賀市並びに愛知県清洲市日神郡豊山町及び高部郡、飛鳥村、名古屋港管理組合) |
| 国際6 | 関西イノベーション国際戦略総合特区(京都府、京都市、大原市、大原市、兵庫県及び神戸市) |
| 国際7 | グリーンアジア国際戦略総合特区(福岡県、北九州市及び福岡市) |

地域活性化総合特区

| No. | 地域活性化総合特区と地方公共団体の名称 |
|-----|--|
| 1 | 札幌コンタクト特区(北海道札幌市) |
| 2 | 山形県産業特区(北海道下川町) |
| 3 | シブタツタリサイクル資源特区(秋田県) |
| 4 | 北東北圏再生エネルギービジネスモデル創造特区(岩手県) |
| 5 | 産業/バイオマスの高効率エネルギー利用、炭化・炭化利用による環境調和型産業振興特区(群馬県) |
| 6 | 次世代自動車・スマートエネルギー特区(埼玉県さいたま市) |
| 7 | 船の集積/シブタツタリ(公益学連携による自律した都市経営)特区(千葉県船橋市、三井不動産株式会社、シブタツタリ企業株式会社、船の集積/シブタツタリセンター、シブタツタリセンター/パートナーズ) |
| 8 | 持続可能な中山間地域を目指す自治体地域コミュニティ創造特区(新潟県長岡市) |
| 9 | 健康長寿社会を創造するスマートウエルネスシティ総合特区(新潟県見沼市、福島県伊達市、新潟県新潟市、三条市、岐阜県岐阜市、大府町、大府町、兵庫県豊岡市、国立大学法人筑波大学、株式会社つくばケルニスグループ) |
| 10 | 北やま地域再生型福祉推進特区(富山県) |
| 11 | ふくくく(先進医療)総合特区(静岡県) |
| 12 | 未来創造「ものづくり」特区(静岡県浜松市) |
| 13 | 次世代エネルギーモビリティ創造特区(愛知県豊田市) |
| 14 | 京都府地域活性化総合特区(京都府京都市、京都市) |
| 15 | 国際医療交流の拠点づくり(リフレックス)・東信野市域「地域活性化」総合特区(大阪府、大阪府東信野市) |
| 16 | あわじ環境共生島特区(兵庫県、兵庫県洲本市、南あわじ市、淡路市) |
| 17 | 和歌山県「食野・食野」文化・地域振興総合特区(和歌山県) |
| 18 | 「食野」推進 産業/食野共生心と食野 特区(兵庫県豊岡市、兵庫県豊岡市、兵庫県豊岡市、兵庫県豊岡市) |
| 19 | たたら山山再生特区(中山間地域における山山を活用した市街による地域再生の貢献)(鳥取県豊後市) |
| 20 | ハイパースペースイノベーション水素コンピニート総合特区(岡山県) |
| 21 | 環境観光モデル都市づくり推進特区(広島県) |
| 22 | 高速地域医療連携推進特区(広島県) |
| 23 | 次世代型農業生産推進特区(山口県、山口県光市、柳井市、田布施町) |
| 24 | かがやき健康福祉総合特区(香川県) |
| 25 | 西条農業都市総合特区(愛媛県西条市) |
| 26 | 東大府デジタルヘルシー産業特区(血液・血管医療を中心とした医療産業拠点づくり特区)(大分県、佐賀県) |
| 27 | 競争力と持続力を持つ交流の次世代の構築特区(山梨県南アルプス市) |
| 28 | みずライフイノベーション総合特区(三重県) |
| 29 | 高効率次世代社会モデル創造特区(鳥取県) |
| 30 | 広域型地域振興の活性化(ライフイノベーション)総合特区(徳島県) |
| 31 | 山形市街地と田舎地域が連携する産業/コンタクト/エコシティ特区(香川県高松市、高松市、高松市、高松市) |
| 32 | 山形市街地と田舎地域が連携する産業/コンタクト/エコシティ特区(香川県高松市、高松市、高松市、高松市) |

【総合特別区域の経済効果等】

| 指定された総合特別区域(第1次指定のみ) | 財政支援要請額(億円) | 経済効果(億円) | 雇用創出効果(万人) |
|----------------------|-------------|----------|------------|
| 国際戦略総合特区(7地区) | 1,539 | 70,940 | 31.6 |
| 地域活性化総合特区(26地区) | 630 | 28,552 | 14.6 |
| 合計(第1次指定:33地区) | 2,169 | 99,492 | 46.2 |

※参考:【第2次指定地区(地域6地区)】財政支援要請額:109億円、経済効果:2,300億円、雇用創出効果:1.2万人
 ・ 財政支援要請額は対象年度後5年(累計)の所要、(第1次:平成23年度から平成27年度、第2次:平成24年度から平成28年度)
 ・ 経済効果の値及び雇用創出効果は、第1次指定については平成27年度(最終年度)の算込み値、第2次指定については平成28年度(最終年度)の算込み値(算出に当たっては概算)。
 ・ 第1次指定の経済効果、雇用創出効果は、指定後5年以内の算出が前提となっており、第2次指定の経済効果、雇用創出効果は、指定後5年以内の算出によるもの、また、財政支援要請額は、ともに指定申請書によるもの。

沖縄振興特区

参考:首相官邸 総合特別区域推進本部ホームページ

4.5. 4章のまとめ

4章では医療に関する先進的な取り組みについて、国内や海外の事例等を調査し考察した。結果として洗い出された特徴的なキーワードは、以下の通り

| | | |
|------------|------------|-------------|
| ・産学官の連携 | ・医療産業集積 | ・企業の枠を超えた連携 |
| ・医療技術の開発 | ・医療特区 | ・ビジネスマッチング |
| ・医療事業体 | ・マネージメント | ・ガバナンス |
| ・医療サービスの拡充 | ・高度先進医療／健診 | ・GP制度 |
| ・ネットワークの構築 | ・医療人材の育成 | ・教育支援／施設 |
| ・情報の活用 | ・医療ツーリズム | ・病院の海外進出／誘致 |

どれも医療制度改革という観点から有効的な手段であることは間違いない。日本の医療制度改革を実行するために、これが最適なプランというものはなく、それぞれの地域の課題や問題によって、実施すべき内容も異なり、その効果や有効性も変わってくるものと認識している。

4章で浮かび上がったキーワードから、既成概念や日本における規制に捉われずに考えると、まずは**医療ネットワーク構築と情報共有**が、強い日本の医療実現に繋がるのではないかと考えられる。そのネットワークの中で、全医療機関が同じことをするのではなく、**役割分担を明確化し、どう戦略的に連携**するのが大切であり、またそのネットワークの中で**医療情報が一元化**され、有効的に活用されることで、医療の品質や医療の提供体制の改善に繋がるのではないかとと言える。

また、ある程度規模の大きい**医療事業体**の中で**産官学が相互に連携**し経営改革に成功しているアメリカの事例は、とても参考になる有益な事例であり、**既に産官学が狭いエリアで集積している日本において導入検討を行う必要性を強く感じた**。病院単体での経営改善だけでは、医療業界全体の発展やイノベーションは起きにくい。新しい**医療事業体**の中で、医療の技術開発も進めながら、**ガバナンスを發揮し、病院経営をマネージメント**することで、医療水準の向上とイノベーションが生まれる可能性と魅力を秘めている。現在のグローバルな社会環境や国際社会情勢から、国際社会に通用する医療事業体を日本で生み出す必要があるのではないだろうか。

また、これらの改革を動かしていくのは結局“人”である。病院を経営的な視点で捉えて運営できる**人材の育成**と医療技術の伝承や医療技術の向上をサポートする**教育支援や施設**も重要な施策であると言える。

5. 提言

5.1. 提言に向けて

本章では大阪府下全域を見据えた医療改革プランについて提言を行うが、まずは4章までの振り返りと課題の再認識を行う。

各章での様々な分析・考察、及び医療関係者や民間成功病院へのヒアリングからまず言える事は、

- ① 「国民皆保険」という制度は、国民全員を公的保険(いわゆる国が)が保護し守っている素晴らしい制度である
- ② 日本の医師の医療技術力は高く、過酷な勤務状況の中で強い使命感を持って治療や診察に真面目に真摯に取り組んでいる

という点については間違いなく日本の医療が世界に誇れる事であり、事実日本人の平均寿命が世界一となっている事で証明出来るのではないだろうか。

しかし一方で、止まらない医療費増大や少子高齢化による現行医療制度崩壊の可能性も否めない事実であり、官民関係なく日本全体で対策を検討・実施していく必要があるという事も改めて認識し、強い危機感を感じた。そのような日本医療の現状の中、大阪府内の医療現場における課題として見えてきたのは、

①経営改善 ②救急医療 ③機能分担・集約 ④地域医療格差 ⑤情報共有
の5つである事が分かった。

我々はまず、大阪府民の人命に関する重要な課題「救急医療」の現状を改善するために、「機能集約」「情報共有」という観点から提言を行いたい。

また、3章の大阪医療詳細分析により最も医療サービスレベルが低いと分かった「泉州医療圏」に対し「経営改善」「機能分担・集約」「情報共有」という観点から提言を行い、大阪府内の「地域医療格差」を是正したい。

5.1.1. 提言1 「救急患者受け入れ体制の構築」

救急搬送患者を迅速に受け入れ、たらいまわしによる社会復帰率や生存率の低下を改善させる方策として、受け入れ側(医療機関)に対する新体制構築の提言を以下に行う。本提言により「**救急医療**」「**機能集約**」「**地域医療格差**」「**経営改善**」の課題が解決できる。

なお、実現性を考慮し府下全域で一度に実施するのではなく、2段階での整備を推奨する。

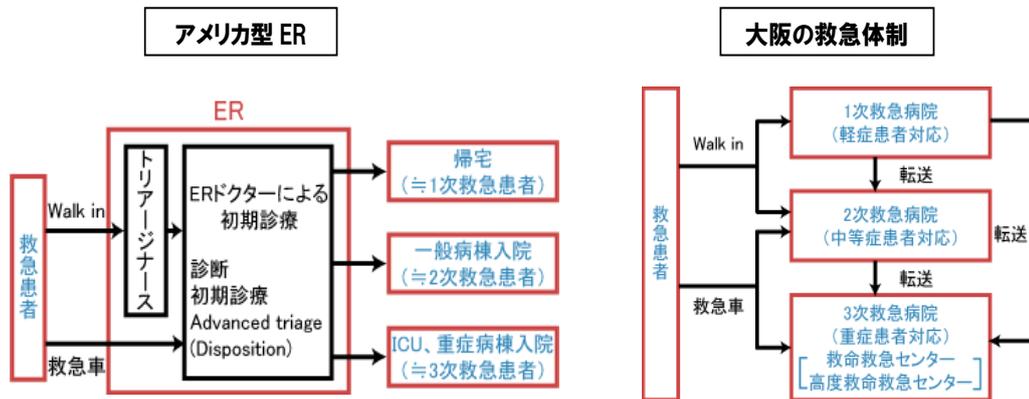
(1) 実施方針

アメリカ型ER(※)救命救急センターの創設

※ ER(Emergency Room)とは (ウイキペディアより)

救命救急室の略。アメリカ型ERの特徴は、24時間・365日全ての救急患者(1次・2次・3次全て、救急搬送・独自来院)を受け入れ、ERドクター(ER専門医)によって診断および初期治療を行い、必要があれば各専門科にコンサルトするというシステムである。独自来院患者はまずトリアージナースが対応し、緊急性があるかないかの判断を行い、緊急性があると判断されれば救急搬送患者同様、ERドクターの診療を緊急に受けることとなる。

図表 5-1 救急受け入れ体制の比較



(2) 運用方針

- ・2段階での整備とする。
- ・必ず搬送患者を受け入れる。(1次・2次・3次全て)
- ・トリアージを当救命救急センターで実施する。
- ・重症患者への1次治療を最優先で実施し緊急延命処置を行い、その後重症度によって当センター併設の病院で手術実施、もしくは他病院に搬送し手術実施する。
- ・軽症患者については当センター併設の病院処置室での処置、もしくは他病院へ自己移動し処置を実施する。

(3) 構築案

① 第1段階

- ・対象エリアを「大阪市医療圏」「泉州医療圏」とする。

(a) 「大阪市医療圏」実施方針

- ・本エリア選定の理由
大阪府内での救急搬送件数(41.5万件)のうち約40%(16万)と圧倒的に件数が多い医療圏であり、実施優先度が高いと判断した。
- ・ER型救命救急センターを4ヶ所で整備

搬送時間短縮、人口分布を考慮し4エリアとした

(ア) 北西エリア:十三市民病院

(イ) 北東エリア:大阪市総合医療センター

(ウ) 中央エリア:国立病院機構医療センター

(エ) 南エリア:大阪市立大付属病院

- ・大阪市内に約100箇所にある病院の救命救急機能を4ヶ所に集約し、救急医(総合医)も4ヶ所に集約、体制強化・高度化を図る。
- ・H20年度救急搬送数:16万件(うち重症3千件)
 $160,000 \text{件} \div 365 \text{日} = 440 \text{件/日}$ $440 \text{件} \div 4 = 1 \text{センター当たり} 110 \text{件/日}$
(重症 $3,000 \text{件} \div 365 \text{日} = 8 \text{件/日}$ $8 \text{件} \div 4 = 1 \text{センター当たり} 2 \text{件/日}$)

(b)「泉州医療圏」実施方針

- ・本エリア選定の理由
 - ◆大阪府内で一番課題の多い医療圏
 - ◆救急搬送数に占める重症患者率も一番高い(5.7%)
 - ◆圏外搬送が殆どないため効果が評価しやすい
という理由から実施優先度が高いと判断した。
- ・ER型救命救急センターを3ヶ所で整備
搬送時間短縮、人口分布を考慮し3エリアとした

(ア) 北エリア:岸和田市民病院

(イ) 中エリア:泉州救命救急センター

(ウ) 南エリア:阪南市民病院

- ・泉州エリアに約30ヶ所ある救急病院機能を3ヶ所に集約し、救急医(総合医)も3ヶ所に集約、体制強化・高度化を図る。
- ・H20年度救急搬送数:3.7万件(うち重症2千件)
 $37,000 \text{件} \div 365 \text{日} = 101 \text{件/日}$ $101 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 34 \text{件/日}$
(重症 $2,000 \text{件} \div 365 \text{日} = 6 \text{件/日}$ $6 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 2 \text{件/日}$)

② 第2段階

- ・対象エリアを府下全域に広げる。
- ・効率性と機能集約を重視し、二次医療圏を再編し3ヶ所に統合する。

(a)「堺+南河内医療圏」

<集約候補病院>

市立堺病院

藤井寺市民病院

国立病院機構大阪南医療センター

- ・H20年度救急搬送数:5.7万件(うち重症1.5千件)
 $57,000 \text{件} \div 365 \text{日} = 156 \text{件/日}$ $156 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 52 \text{件/日}$
(重症 $1,500 \text{件} \div 365 \text{日} = 4 \text{件/日}$ $4 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 1 \sim 2 \text{件/日}$)

(b)「北河内+中河内医療圏」

<集約候補病院>

中河内救命救急センター

枚方市民病院

関西医科大学附属滝井病院

・H20年度救急搬送数(想定):約8.1万件(うち重症2.5千件)

$81,000 \text{件} \div 365 \text{日} = 221 \text{件/日}$ $221 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 74 \text{件/日}$

(重症 $2,500 \text{件} \div 365 \text{日} = 6.8 \text{件/日}$ $6.8 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 2 \sim 3 \text{件/日}$)

(c)「豊能+三島医療圏」

<集約候補病院>

三島救命救急センター

箕面市立病院

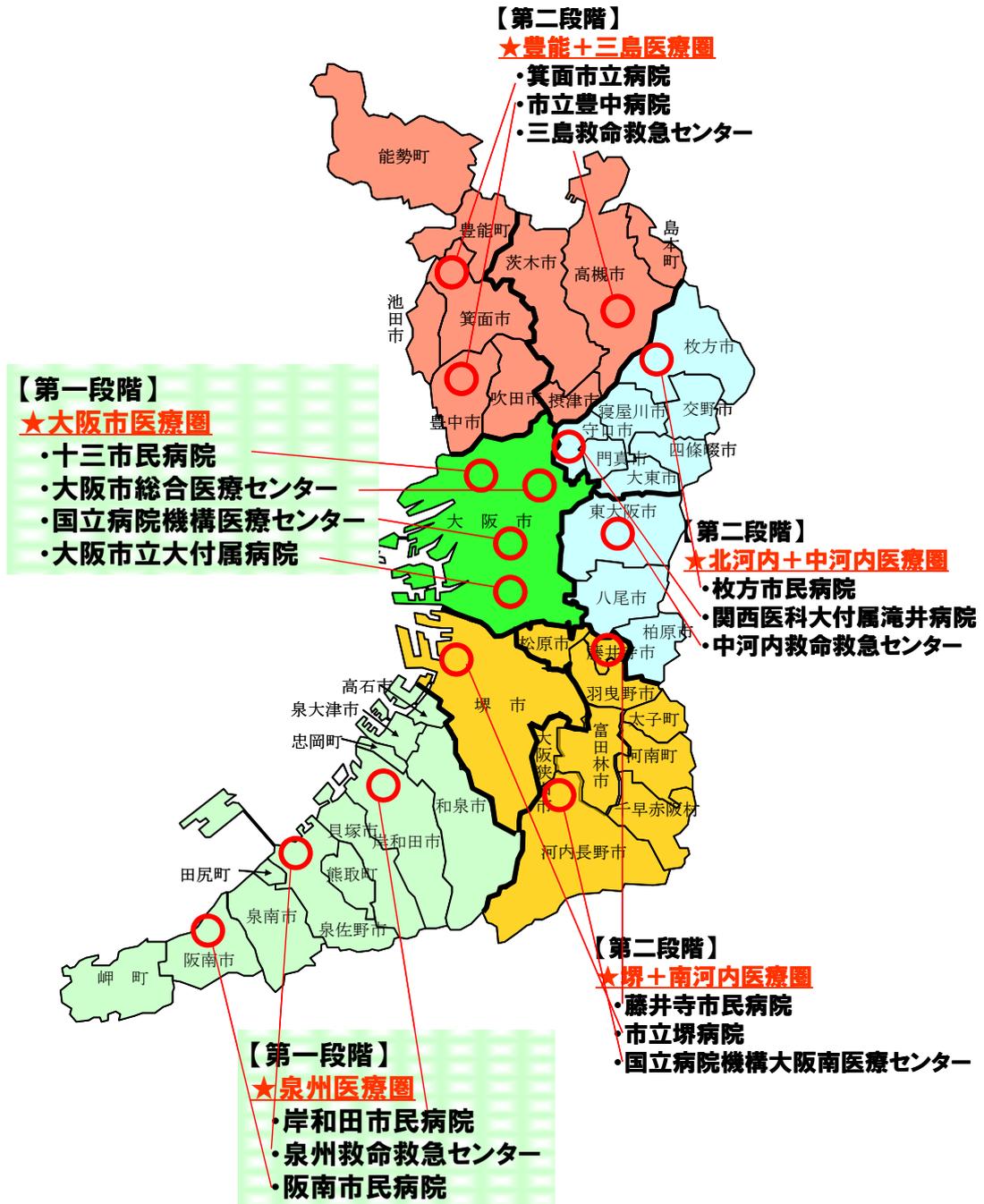
市立豊中病院

・H20年度救急搬送数(想定):約6.8万件(うち重症2.2千件)

$68,000 \text{件} \div 365 \text{日} = 186 \text{件/日}$ $186 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 62 \text{件/日}$

(重症 $2,200 \text{件} \div 365 \text{日} = 6 \text{件/日}$ $6 \text{件} \div 3 = 1 \text{センター当たり} 2 \text{件/日}$)

図表 5-2 大阪ER救命救急センター分布図(提言案)



(4) 実現の可能性

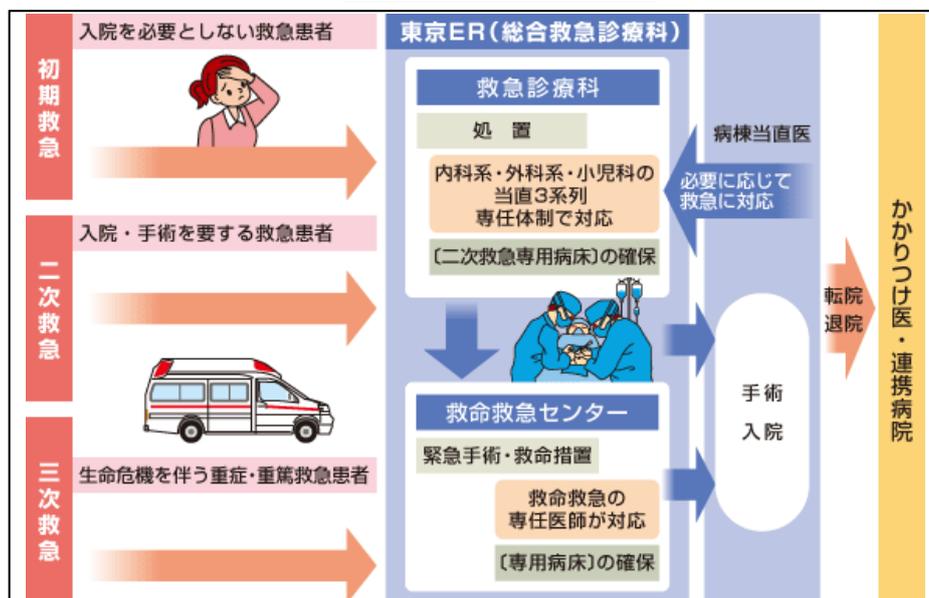
・ER型救命救急センターは日本国内でも東京ER(広尾病院、墨東病院、多摩総合医療センター、小児総合医療センター)ですでに実施しており、

- ① 入院を必要としない軽症患者を診療する初期救急
- ② 入院や手術が必要な患者を診療する二次救急
- ③ 生命にかかわる重症・重篤な患者に対して、高度な医療体制のもとで診療を行う三次救急

を全て受け入れている実績がある。

- ・但し「東京ER」は実際受け入れ拒否をしているケースがあるとの報告もあり、完全にアメリカER型として成功していない。
- ・実現に向け法律等による規制は受けずに実施出来る可能性は高いと判断できるが、成功させるためには東京ERでの課題を調査分析し検証する必要はある。
- ・法や制度による障壁があると分かった場合、特区による構築も視野に入れる事も検討する。

図表 5-3 東京ER概念図



参考:東京都病院経営本部HPより

(5) 実施の効果

① 病院収容時間の短縮

搬送患者のたらいまわし排除による病院収容時間(※1)の短縮により「社会復帰率(※2)」と「生存率」が改善され、一人でも多くの住民の命が守られる。

※1病院収容時間

119番通報から救急患者が医療機関に収容されるまでに要した時間。

平成20年度大阪市平均で28.6分であり全国平均を上回るが、何らかの理由(専門外、処置困難が大半)で受け入れ交渉に対し拒否され1~2時間掛かるケースもある模様。

図表 5-4 転送件数及び転送理由別状況一覧

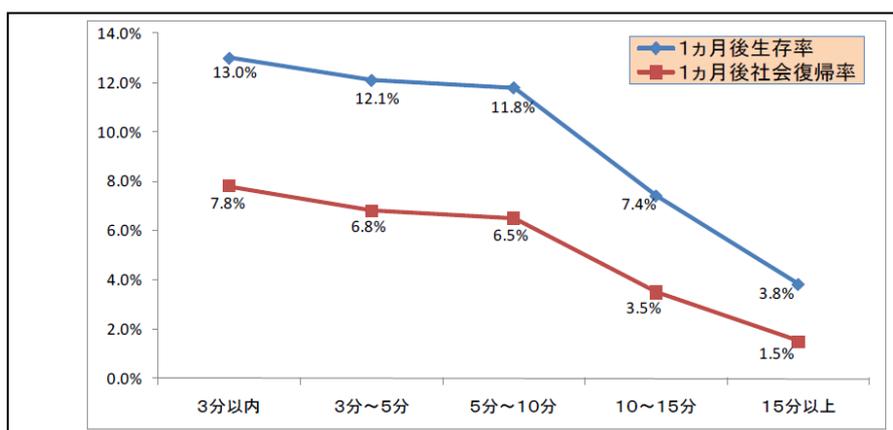
| 転送理由 市町村名 | 合計 | 転送の理由 | | | | | | |
|--------------|-----|-------|-----|------|-----|------|------|-----|
| | | ベッド満床 | 専門外 | 医師不在 | 手術中 | 処置困難 | 理由不明 | その他 |
| 大 阪 市 | 896 | 76 | 316 | 3 | 4 | 366 | 0 | 131 |
| 岸 和 田 市 | 30 | 9 | 10 | 0 | 1 | 8 | 0 | 2 |
| 泉 大 津 市 | 19 | 6 | 5 | 0 | 0 | 6 | 0 | 2 |
| 貝 塚 市 | 23 | 2 | 7 | 0 | 0 | 12 | 0 | 2 |
| 泉 佐 野 市 | 27 | 8 | 9 | 0 | 0 | 6 | 0 | 4 |
| 和 泉 市 | 29 | 1 | 12 | 0 | 1 | 12 | 0 | 3 |
| 泉 南 市 | 44 | 2 | 11 | 1 | 0 | 19 | 0 | 11 |
| 忠 岡 町 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 熊 取 町 | 21 | 3 | 9 | 0 | 0 | 8 | 0 | 1 |
| 阪南岬消防本部 | 23 | 1 | 7 | 0 | 0 | 12 | 0 | 3 |

参考:平成20年(度)版大阪府消防統計(第87号)

※2 社会復帰率

突然倒れた人が救急隊による搬送・病院による処置の結果、1ヵ月後に元の生活に戻る率を指す。応急処置や心肺蘇生のタイミングにより大きく変動する。

図表 5-5 目撃時から救急隊員が心肺蘇生を開始した時点での1ヵ月後生存率及び社会復帰率(4年合計)



参考:総務省消防庁平成21年12月15日報道資料 救急蘇生統計(2008年)より

尚、社会復帰率はER型救命救急の世界一の先進都市であるシアトルは2011年度平均53%に対し大阪市は28%であり、本提言により2倍の住民が社会に復帰する可能性があるのではないだろうか。

② 救急医の負荷軽減と医療の質向上

大阪市医療圏内で救急医を4センターに集約することで、(3)構築案のデータに記載の通り、1センター毎の重症患者受け入れ数は1日当たり2件程度に緩和されるため、

- (a) 救急医の集約により数的・時間的な余裕が出る事で、診察・診療・治療のレベルや質が向上し、誤診や治療ミスといったリスクが軽減される。
- (b) 勤務計画表に基づいた適正勤務が可能となるため、救急医の負荷軽減が図れ、健康が改善されるという効果が期待出来る。
- (c) 徹夜続きの過酷な勤務が改善されOFF時間での研修・講習受講が出来るため、スキルアップも図れ、更なる医療の質向上も可能となる。

(d) 様々な症例の治療を経験出来るため、救急医の実践スキルが向上する。

(e) 大学病院との連携により大阪の救急医の育成にも繋がる。

③ 経営改善

(a) ②により救急医のスキルが向上される為、スーパードクターが育成され病院の知名度・魅力度向上に貢献出来ると共に、来院患者が拡大し経営改善に繋がる可能性がある。

(b) 集約による受け入れ患者拡大により診療点数が大きく加算され収益に貢献できる。

④ 臨床機会の拡大

様々な症例の患者が集約されてくる為、特殊な臨床機会を提供する機会が拡大し、早期の新薬創出に貢献できる可能性も生まれる。

5.1.2. 提言2 「医療トータルネットワーク構築と公的医療強化」

まずは「機能分担・集約」「地域医療格差」「情報共有」という課題を解決させる事を優先し、公的病院としてのあり方・役割を重視した上で、構造や仕組み・機能を抜本的に見直し、集約すべき情報を一元管理する提言を以下に行う。

その結果、効率化・スリム化が図れ、病院としての魅力度が向上し、患者数が増加する可能性も生まれるため、「経営改善」にも繋がると思われる。

なお、実現性を考慮し府下全域で一度に実施するのではなく、2段階での整備を推奨する。

(1) 実施方針

- ① 病診連携強化と公立病院の公的医療重点病院への変革
- ② 医療情報ネットワーク構築

(2) 前提条件

- ・公立病院は全て独立行政法人化し、自治体から事務管理部門の人事権を独立させる。
- ・本仕組みの管理・運営は「大阪病院機構(仮)」が一括で行う。
(医療情報ネットワークの保守管理・運営、公立病院の経営支援・マネジメント等)

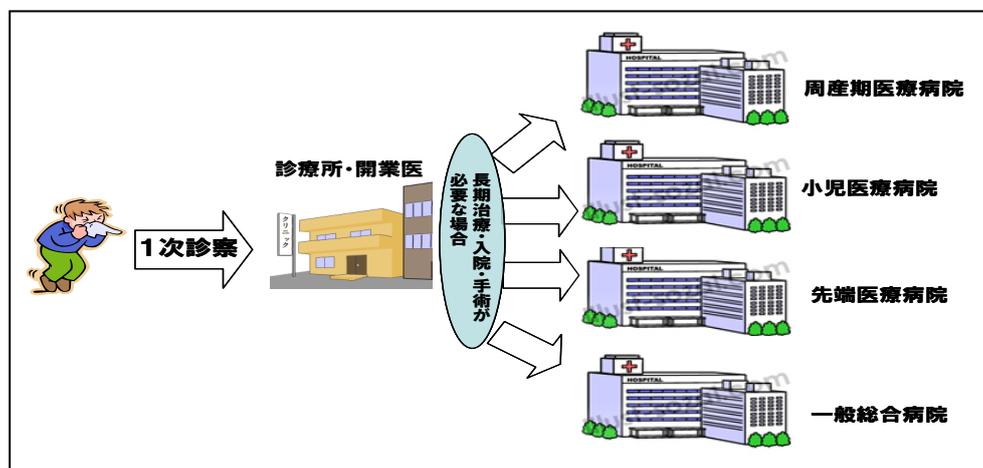
(3) 運用方針

- ・2段階での整備とする。

① 病診連携強化と公立病院の公的医療専門病院への変革

- ・公立病院の診察部門を廃止し、治療・入院に専念する。
- ・指定公立病院は「周産期医療」「小児医療」「先端医療」「一般総合」の4事業を集約・運営する。
(大阪市医療圏の病院は大阪府市統合本部で再編検討しているので対象外とする)
- ・圏内公立病院の各専門医(周産期、小児、先端)は各重点病院へ集約する。
- ・1次診察は全て圏内の診療所・開業医が実施する。
- ・診療所・開業医からの紹介は病状により基本各重点病院へ紹介する事とする。
(患者の希望で民間病院を指定した場合は、民間病院への紹介も可とする)
- ・診療所から病院への紹介、移送は「当該医療圏内」を原則とするが、受け入れ病院側の診察や検査機器の予約混雑状況、及び空きベットが無い等の状況によっては、医療圏を超えての受け入れ調整は柔軟に対応可能とする。

図表 5-6 病診連携イメージ図



② 医療情報ネットワーク構築

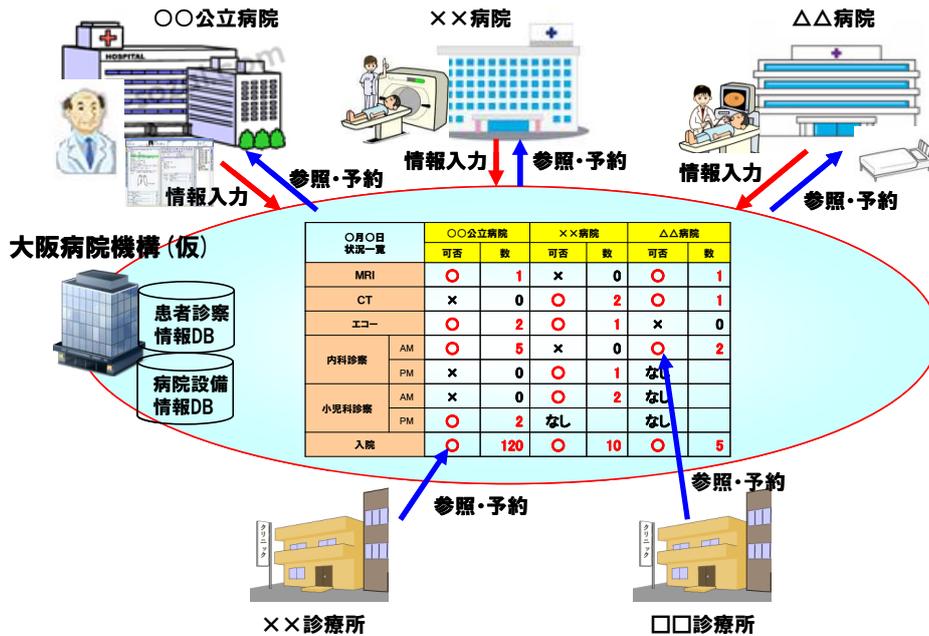
- ・患者情報統合データベース構築

電子カルテ、画像情報等の患者診療情報の一元管理を行う。

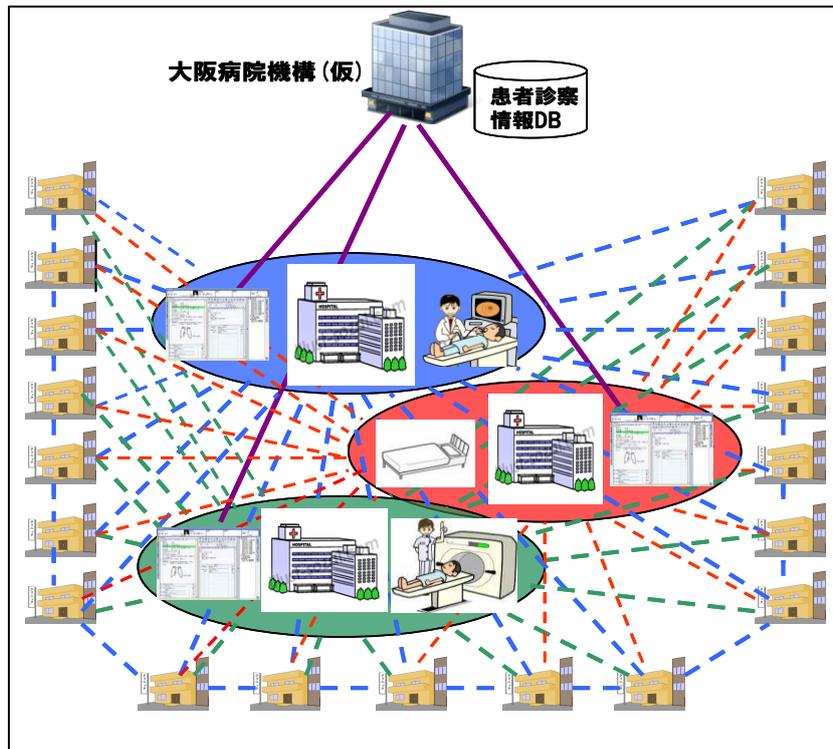
- ・医療機関連携

病⇔病、病⇔診、診⇔診の情報連携ネットワークを構築し、検査機器やベッド等の空き情報を相互共有したり、診→病の受診予約をシステムで実現する。

図表 5-7 医療機関連携画面イメージ



図表 5-8 医療機関関連画面イメージ



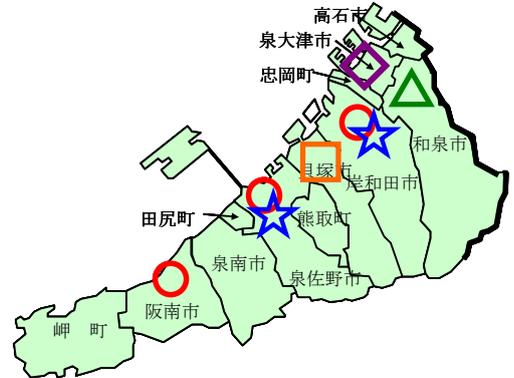
(4) 構築案

① 第1段階

(a) 病診連携強化と公立病院の公的医療重点病院への変革

- ・対象エリアを「泉州医療圏」とし、モデルを構築する。
- ・再編重点病院(案)

- ◇ 周産期医療病院: 泉大津市立病院
 - ※現在周産期診療有
 - ※母子保健総合医療センターが隣接市
- △ 小児医療病院: 和泉市民病院
 - ※現在小児診療有
 - ※母子保健総合医療センターが同一市内
- 先端医療病院: 市立貝塚病院
 - ※現在乳がん高度検診・治療センター有
- ★ 一般総合病院: りんくう総合医療センター、岸和田市民病院
- ※ER型救命救急センター併設



(b) 医療情報ネットワーク構築

- ・当エリアを先行モデル地域として構築し、患者情報・病院設備情報等の統合データベースの管理・運営を「大阪病院機構(仮)」が一括的に行う。

② 第2段階

(a) 病診連携強化と公立病院の公的医療重点病院への変革

- ・泉州医療圏モデルの実績、状況、効果等を評価・検証・協議し、他医療圏でも効果が発揮される可能性があるとして判断した場合、対象エリアを府下全域に広げる。
- ・効率性と機能集約を重視し、二次医療圏を再編し3ヶ所に統合する。

「堺＋南河内医療圏」

- ・集約重点病院(案)
候補は「市立堺病院」「藤井寺市民病院」「国立病院機構大阪南医療センター」であるが、国公立病院が3病院しか無い為、圏内の民間病院・大学病院も視野に入れ検討する必要あり。

「北河内＋中河内医療圏」

- ・集約重点病院(案)
候補は八尾市立病院(周産期)、東大阪市立総合病院(小児)、関西医大枚方(先端)であるが、エリアの偏りがある為、圏内の民間病院も視野に入れ検討する必要あり。

「豊能＋三島医療圏」

- ・集約重点病院(案)
候補は市立池田病院(小児)、吹田市民病院(周産期)、阪大病院(先端)

(b) 医療情報ネットワーク構築

- ・大阪府下全医療圏の国公立病院・診療所までトータルに連携を広げ、大阪市医療圏の病院・診療所も連携する事で「大阪府医療情報トータルネットワーク」が実現する。
(民間病院との連携は十分協議した上で実施する)

(c) その他

・調査、検討段階で法や制度による障壁があると分かった場合、特区による構築も視野に入れる事も検討する。

(5) 実施の効果

公的医療専門化と専門ドクターの集約により、ドクターのスキルが向上し、公的医療に特化した**スーパードクター**の育成が可能となる。その事により、病院自体の魅力度が大きく向上し、スーパードクター指名による患者数が拡大すると予想される為、**経営改善**に繋がる可能性が高い。また大学病院との連携により、スーパードクターに師事を仰ぐ研修医も増加し、**医師不足も解消**される。

特殊な臨床機会を提供する場が拡大し、大阪全体の**医療の質向上**及び先進的な**医薬品開発**に貢献できる。

患者診察情報の**ダブリ・無駄**が解消され、**管理コスト低減・事務効率化・患者対応スピードの迅速化**が図れる。

大阪病院機構(仮)によるネットワーク一括管理・公立病院の独立行政法人化と人事権独立及び大阪病院機構(仮)による経営・マネジメント支援により、**ガバナンス・マネジメントが強化**され、経営改善が図れるだけでなく、住民への情報開示も行われるようになり、「**開かれたオープンな公立病院**」となる。

5.1.3. 提言3 「おおさかメガ医療事業体の構築」 ～魅力的な医療先進都市大阪の実現に向けて～

最後に、大阪を中心とした「おおさかメガ医療事業体」の構築について提言したい。まずは簡単に背景を整理する。第4章において各種考察、調査結果について述べているとおり、近年、医療関連事業を産業振興の観点から捉え促進させる取り組み、ひいては医療水準の維持向上を狙う取り組みが順次おこなわれている。

具体的には、国内では地方において先行しており、1998年からスタートした「神戸医療産業都市」構想や、「うつくしま次世代医療産業集積クラスター」構想などが挙げられる。その後、全国レベルにおいては、2010年6月に閣議決定された「新成長戦略」の中で、ライフイノベーションによる健康大国戦略打ち出し、医療・介護・健康関連産業の成長牽引産業への位置づけが行われ、また、医療イノベーションによる成長戦略として、グローバルレベル・ボーダレスでの協働も視野に入れながら、国内におけるイノベーション促進を強化することが、明確に謳われている。一方、関西エリアに目を転じれば、関西広域連合など府県を越えた取り組みが足許で意識される中、関西イノベーション国際戦略特区が設定され、同特区では、医薬品、医療機器、先端医療技術、先制医療の4分野が推進検討分野として挙げられ、取り組みが進められている。

海外では、例えば、アメリカにおいては、IHN(Integrated Healthcare Network)と呼ばれる地域医療ネットワークが医療圏ごとに構築されており、地域医療および医療産業集積の核となっている。特にUPMC(ピッツバーグ大学医療センター)は、医療事業に民間企業の経営手法を徹底追求する仕組みを導入することで、医療産業を核とした地域の再生と繁栄の実現に成功し、ひいては臨床も含めた高度な医療水準を実現、イノベーションの推進に十分な資金を投じることが可能となり、世界中から医師・患者・研究者が集まる一大拠点を構築することができている。UPMCの事例は、税金で補助された医療施設群を適切な単位の医療圏ごとに経営統合することで、補助金なしでも黒字経営が可能なことを示唆している。

(1) 実施方針

① 機構設立(おおさかメガ医療事業体機構)

- ・医療を軸とした産官学との協働、イノベーション創出のための「コア」として活動する機能を有する機構を設立。
- ・関西広域連合による管理・運営を基本とする。
- ・「大阪病院機構(仮)」を中核組織とし、公的医療機関の広範な統合管理を行う。

(2) 前提条件

- ・既存の枠に捉われない、より住民・患者起点の発想を担保すべく、当該機構については既存の省庁ではなく、関西広域連合によるガバナンスを導入。
- ・「大阪病院機構(仮)」が管理する公立病院のみならず、公的医療機関、国公立大学(付属病院含む)、公的研究機関を傘下に収め、一定以上の事業規模を確保する。
(事業規模は医療収入が数千億円以上と想定)

(3) 運用方針

① 臨床事例をできるだけ集約し、産官学連携の「要」として情報の集約・拡散を行う。

- ・公的医療機関と、各種官庁・大学研究機関との連携を主体的に行い、基礎研究の臨床機会を拡大させる。
- ・医療関連産業との連携について、関西や大阪の各種特区との協働を積極的に行っていくことで、

既存のリソースを活用しつつイノベーション発生の原動力として活動する。

② より広範な病院の医療レベルと経営レベルの向上

- ・提言2で実現した公立病院の医療の質向上・医療サービス向上、経営品質向上の対象範囲を、垂直方向(多様な医療機関、研究機関)、及び水平方向(大阪のみならず、関西広域を視野)に拡大させ、関西全域の医療レベルアップに貢献する。
- ・傘下の公的医療機関の経営や支援・マネジメントに関する権限一元化と強い組織構築、並びに優秀な人材確保する事が重要であり、海外の医療事業体先進事例や優秀な人材スカウト等について十分議論し、利益を確実に生み出せる強い経営事業体を構築する。

(4) 構築案

① 第1段階

- ・「おおさかメガ医療事業体機構」(以下「機構」とする)を設立。関西広域連合が管理運営を行う。
- ・関西イノベーション国際戦略総合特区や既存の各種特区(神戸医療産業都市等)との連携、医療関連産業との共同研究・ビジネスマッチング等を行う。
- ・「大阪病院機構(仮)」が管理・運営する公立病院以外の公的病院や国立研究機関との連携を実現する。
- ・「大阪病院機構(仮)」は、大阪府下公立病院群(府立、市立)の上位組織として経営全般に関する統括管理を行い、ガバナンスを強化する。

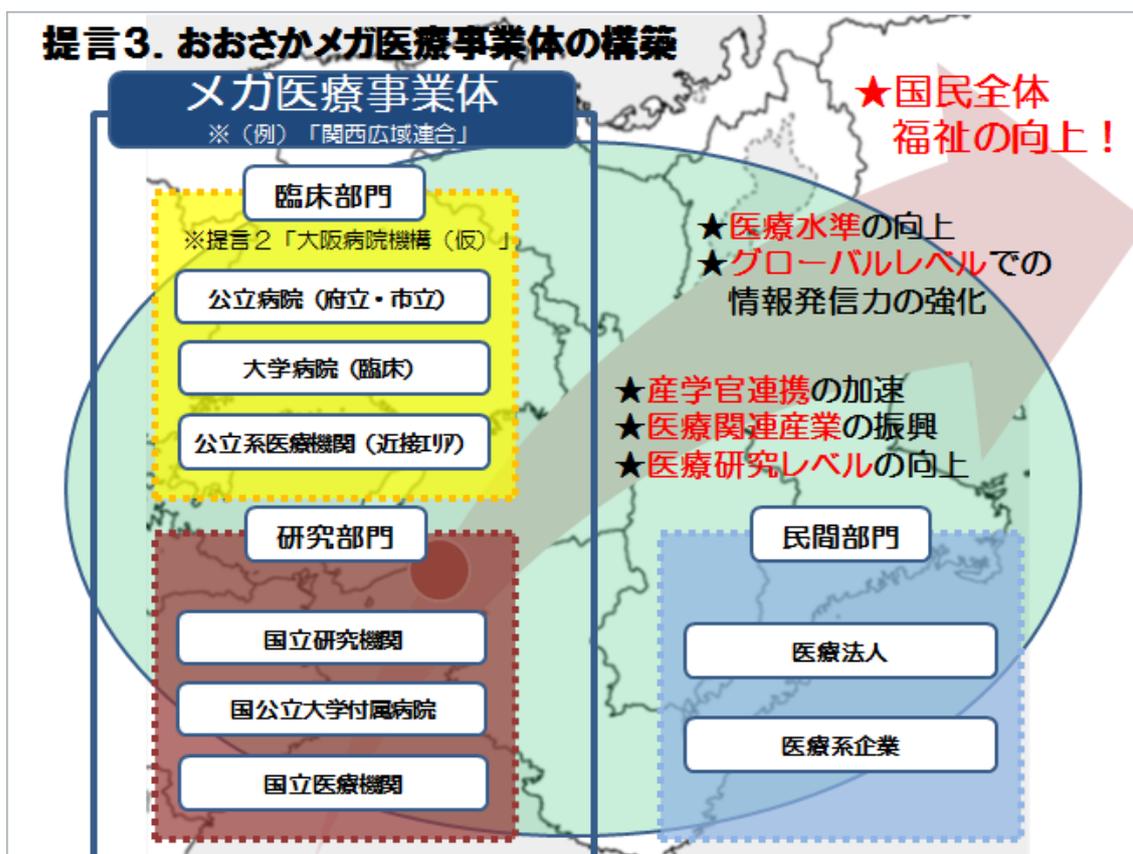
② 第2段階

- ・第1段階で連携強化した大阪府内の公的病院や国立研究機関を機構の傘下に置き、統合管理を行う。
- ・関西広域連合参加の他府県(京都、兵庫、和歌山、滋賀、徳島、鳥取)の公的医療機関を傘下に置き、機構が中心となってトータルマネジメントを行う。

(5) 実施の効果

- ・機構がコアとなり産官学連携を推進する事で情報共有力・連携力が強化され、大阪や関西から新たなイノベーションが創造される。
- ・機構や「大阪病院機構(仮)」によるガバナンス強化により、公立病院の経営力・収益力が改善され、更には規模のメリットを生かした各種効率化や購買力強化も期待できる。
- ・様々な臨床機会の提供により医療品質の向上や人材育成強化が可能となり、スーパードクターが排出される可能性も高くなるため、大阪の医療水準向上と魅力度向上が図れる。
- ・臨床機会拡大と臨床事例増加により早期新薬創出の可能性が拡大する。
- ・医療機関連携強化や公的医療リソース集約等により、高度先進医療や公的医療の治療・手術等の各種事例や経験が集積され、その情報を世界に発信する事で、グローバルに通用する医療事業体となる。

図表 5-9 おおさかメガ医療事業体の構築イメージ



(6) まとめ

我々は、大阪における5つの医療課題(経営改善・救急医療・機能分担、集約・地域医療格差、情報共有)に対し、提言1でER型救急センターの創設について、提言2で、病診連携強化と公立病院の公的医療重点病院への変革、及び医療情報ネットワーク構築について提言した。その上で、既成概念に捉われず、大きな視点で考えた結果、**医療事業体での成功事例**は、かなり有効な方法であると考えた。

病院が単体で経営改善するだけでは、単体での改善に留まり、更なる発展やイノベーションは起きにくい。ある程度大きい規模の医療事業体の中で、ガバナンスを働かせ、病院経営をトータルマネジメントすることで、経営改善される事は確実であり、更に単体病院の経営マネジメントも強化され強い経営者も育成されるであろう。また産官学連携を医療事業体がコーディネートし、研究と臨床が傘下全ての医療機関で数多く実施されることで、大阪の医療技術や質は飛躍的に向上し**国際競争力の向上**に繋げることができるであろう。更に先進医療技術の情報一元化・医師技術向上をサポートする施設や教育支援システムを充実させることで、**グローバルレベルで通用する医療水準へのレベルアップ**が図られ、医師や医療技術が海外に展開していく事も大いに期待できる。

現在のグローバルな社会環境や国際社会情勢から、**国際社会に通用する医療事業体**が、この大阪に絶対に必要であり、それらを実現できるだけのリソースが大阪には十分ある。世界に通用する『魅力的な医療都市大阪』を是非とも実現させたい。

その先に、世界的な医療ブランドとなった大阪が発する魅力によって、日本の医療ツーリズムが拡大し、医療国際交流も進み、アメリカの非営利病院やアジアの大病院などを誘致するといった大胆な発想も生まれ、更なる日本医療の発展に大阪が大きく貢献出来るのではないだろうか。

5.2. 提言の最後に

我々は、ある有識者から、提言の作成にあたり、『医療の大前提は絶対に間違えないで欲しい』というお言葉を頂いた。この言葉を胸に刻み、医療従事者ではない立場から、我々が何を語るかということ、メンバー全員で侃々諤々の議論を何度も繰り返した。

今回、メンバーのほとんどが初めて医療の世界に深く触れたのだが、医療システムには無数の側面があり、あまりにも複雑で、あるべき姿を簡単に語るなど出来ない事を全員が痛感させられた。我々の潜在意識の中で、医療の世界の奥深さを甘く見ていたこと点があったのかもしれない。しかしながら、我々が行財政改革の提言に取り組むにあたり、『医療』をテーマに選定したことは、今となっては間違っていなかったと確信できる。メンバー全員が、医療従事者ではない立場で純粋に医療について調査していくにつれ、

「どうしてこんなことになっているのか？」

「なぜ変えることができないのか？」

「なぜこのような仕組みでなければならないのか？」

等々、多種多様の疑問に触れることになり大いに悩んだ。我々は民間企業に所属し、それぞれの業界でも同じような疑問を持つ事はあるのだが、医療業界特有の規制や慣習、風土や文化は、我々の業界に比べ明らかに特殊で保守的であると感じ、その事が大きな改革を阻害している要因であるのではと全員が強く思った事で、様々な壁はあるものの改革の余地は十分にあるとの結論に至った。逆に言えば、**劇的に変革できる魅力に富んでいる**とも確信した。

我々は、今回の提言作成に当たり、インターネット等で公開されている中央官庁や大阪府・大阪市、各種医療機関等の情報を元に様々な調査や分析を行ったのだが、それぞれの情報を深堀していく中でどうしても経営視点(貸借対照表や損益計算書のような資料)で細かく問題点や課題、原因分析した情報を入手する事が出来なかった。時間の制約もあり、各団体に情報公開請求を行えなかったため、実は未公開であるが存在する情報であったのかも知れないが、そういう情報が容易に入手出来ていれば、もしかしたら民間目線で定量的かつ現実的な経営改善提言を行う事が出来たかもしれないと思うと非常に悔やまれる。官公庁の皆様、公立病院関連の皆様には今後、**住民や企業が必要な時にすぐに情報入手できる仕組みを実現して頂きたい**。

また我々は、今回多く医療関係者と接することができた。

- ・涙ながらに想いを語って下さった救急救命士
- ・医療の最前線の現場で患者に最良の治療を施し命を救っておられる先生
- ・病院経営改善や地域に最高の医療を提供することに心血を注いでおられる医療関係者
- ・日本の医療のあり方について深い見識で語りをご教示頂いた研究者・教授・著者の皆様
- ・官の立場で医療の質向上や医療産業育成の仕組み作りなどに真剣に取り組まれている方々

など多くの皆様から沢山学び、教えを頂いた。本提言を通じて心から御礼を申し上げたい。今回出会った方々が語った言葉で、

「当たり前のことを当たり前にするだけ」

「できないことはない」

「誰がやるかではなく自ら何をやるかである」

という強い使命感と熱意が、画期的で斬新な変革を実現に導き目的達成に繋がるのだと強く感じた。

我々の提言によって、**1人でも多くの人が大阪の医療のあり方について真剣に考え、自分にできることを1つでも実施していくことにより、住民の安全や命が守られ、医療関係者に最高の環境を与え、大阪が医療先進都市としてブランド形成され活性化していくと共に、関西や日本全体の医療の発展に繋がっていくもの**と信じ、提言を締めくくりたい。

以上

出典／参考文献

- ・東京大学医療政策人材養成講座(2009)『医療政策入門 医療を動かすための13講』医学書院
- ・池上直己・J.C.キャンベル(1996)『日本の医療』中公新書
- ・村重直子(2010)『さらば厚労省それでもあなたは役人に命を預けますか』講談社
- ・木村憲洋著(2012)『病院は、めんどくさいー複雑な仕組みの疑問に答える』光文社
- ・「構想日本 政策プロジェクト」医療制度 HP
- ・「日本の医療保険制度その歴史と意義」 HP
- ・「病院の仕組みと役割／ここカラダ」HP
- ・「病院の種類／入院便利ガイド」HP
- ・パナソニック健康保険組合HP
- ・大阪市立総合医療センターHP
- ・厚生労働省 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の設置
- ・総務省 平成24年度 日本の財政関係資料
- ・第166回通常国会 地方公共団体の財政の健全化に関する法律
- ・総務省 公立病院改革ガイドライン
- ・総務省 公立病院改革プランの概要(大阪府)
- ・総務省 公立病院改革プランの実施状況等の調査結果
- ・大阪府 大阪府公立病院改革に関する指針
- ・消防庁 平成24年版 救急・救助の現況
- ・消防庁 平成21年 救急搬送の実態調査
- ・大阪府政策企画部危機管理室消防防災課 平成23年1月救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果の概要について
- ・大阪市 平成24年8月 大阪市救急年報
- ・大阪府 平成20年(度)版大阪府消防統計(第87号)
- ・公益財団法人 大阪市救急医療事業団 救急安心センターおおさか
- ・大阪市 救急安心センター事業
- ・大阪市 平成24年度 消防局運営方針
- ・大阪市 平成24年版 病院局運営方針
- ・東京消防庁 救急搬送トリアージについて
- ・近畿病院情報2010年版(医事日報版)
- ・大阪市 市民病院改革プラン
- ・大阪府市統合本部会議資料
- ・大阪府 保健衛生関連データ
- ・大阪府 大阪府地域医療再生計画「三次医療圏」
- ・大阪府立病院機構 決算資料
- ・大阪府 保健医療計画・公立病院改革・地域医療再生計画
- ・市立岸和田病院HP 改革プラン・評価資料
- ・各都道府県における医療ツーリズムの動向 日本医師会
- ・サービス・ツーリズム研究会とりまとめ 経済産業省
- ・医療ツーリズムによる日本医療の可能性 野村総合研究所
- ・「医療制度の国際比較」報告書 財務総合政策研究所
- ・日本政策投資銀行 産業調査部 (2010). 進む医療の国際化 調査研究レポート 2010 5月.
- ・進む医療の国際化(2) (株)日本政策投資銀行
- ・医療改革と経済成長 松山幸弘氏
- ・医療ツーリズムより医療事業体育成を 松山幸弘氏

- ・地域医療経営のガバナンスの国際比較(第1回～第6回) 松山幸弘氏
- ・医療改革と経済成長、松山幸弘氏
- ・松山幸弘氏 (2010). 医療改革と経済成長 Monthly IHEP 2010 7月号, P11-25.
- ・松山幸弘氏 (2012). 医療産業集積ピッツバーグのビジネスモデル
- ・松山幸弘 (2013). 日本社会経済の再生に資する医療改革 兵庫県民間病院協会会報 2013 1月号, P33-73.
- ・UPMC 竹中工務店広報誌「approach」2012 秋号.
- ・真野俊樹の「新しい医療の可能性を探る」多摩大学院 真野俊樹教授
- ・マレーシアの医療と外国人誘致政策 多摩大学院 真野俊樹教授
- ・医療戦略の本質 マイケル・Eポーター 山本雄士訳

6. 参加メンバー

| | | |
|----------|--------|---------------------|
| リーダー | 赤井 健志 | 日本電気株式会社 |
| 副リーダー | 宇都宮 毅 | 富士通株式会社 |
| グループリーダー | 常光 真梨子 | サラヤ株式会社 |
| グループリーダー | 川田 成樹 | アートコーポレーション株式会社 |
| メンバー | 須賀 定邦 | 株式会社 竹中工務店 |
| メンバー | 小林 和記 | 株式会社 NTTドコモ |
| メンバー | 阿閉 哲也 | 三菱重工業株式会社 |
| メンバー | 世古 信之 | 鹿島建設株式会社 |
| メンバー | 山本 幸宏 | 三菱電機株式会社 |
| メンバー | 高原 哲 | 株式会社 三菱東京UFJ銀行 |
| メンバー | 岩崎 俊樹 | サントリービジネスエキスパート株式会社 |
| 担任講師 | 惣宇利 紀男 | 大阪市立大学名誉教授 |
| 経済界講師 | 更家 悠介 | サラヤ株式会社 代表取締役社長 |
| 事務局 | 高田 芳宏 | サイバー適塾運営協議会 |