



発行所
京都府保険医協会
京都市中京区御前通松原下ル
京都府医師会館内
☎075-311-8888
編集発行人 山田吉信

京都府提案への反論と 地域医療提供体制への提言

2010年2月22日
京都府保険医協会



はじめに

私たちは、歯止めのかからない医療崩壊に直面し、あらためて、いつでも、どこでも、だれでもが、保険で良い医療を受けることのできる国民皆保険制度の重要性を痛感している。

京都府は2008年4月に「健やか長寿の京都ビジョン」(京都府保健医療計画)、2009年1月に「住民への健康医療政策の更なる充実に向けた検討課題について(提案)」を公表した。京都府が京都の医療の現状をどのようにとらえ、またどうしていこうと考えているのかを知る基本的な文章である。私たちは、これらが地域の医療実態や医療要求を的確に反映して作られたものとはなっておらず、地域医療の困難を解決するものとはなっていないと考えている。その立場から私たちは、行政の公表する文書を含め、多くの資料に目を通し、また府内各地の医師への聞き取り調査を行い、京都府が行うべき、府民のための医療行政とは何かを提言する必要があると考え、「京都府提案への反論と地域医療提供体制への提言」(以下「反論と提言」)をまとめた。

本「反論と提言」は3部構成になっている。

第1部は地域医療提供体制への提言である。最初に提言・京都府の医療政策へ「8つの要望」—府医療政策の基本姿勢について—をまとめた。私たちが京都府の医療政策に求める内容の全体像である。以下、本提言に至る検討内容を記載した。京都府の医療提供体制の実態を医師数、医療機関数、二次医療圏から分析した。特に医療崩壊に直面する二次医療圏で早急に解決すべき課題を重視して整理した。

第2部は京都市の医療提供体制の課題と対応策をまとめた。京都府の地域保健医療計画の策定経過において、京都市の課題が十分に反映されていないと考えられること、一方で医師数、医療機関数に恵まれているとされる京都市内で、地域医療は円滑に営まれていると言えるのか、との問題意識に立ち、4疾病5事業を軸として各論的にまとめた。

第3部は京都府提案への反論として、2009年2月の京都府提案の背景や意図しているところにつき批判的に検討したものである。

なお全体がきわめて膨大なものとなったため、冒頭に概要を付した。

今後、私たち現場医療者側の視点でまとめた「反論と提言」をもとに、京都府の医療提供体制がさらに充実していくように取組を広げていきたいと考えている。地域の医療現場に生じている課題を十分に汲み尽くせていない点もあると思われるが、その点をご容赦いただきたい。医療行政関係者や住民の方々、また地域医療に携わる多くの人たちのご意見をお寄せいただいてさらに補強していければ心強いばかりである。

京都府保険医協会

政策部会・医療制度検討委員会

目 次

はじめに	2
概 要	4
第1部 地域医療提供体制への提言	6
提言・京都府の医療政策へ「8つの要望」	6
提言するにあたって、地域医療提供体制の現状と課題の整理	8
1. 京都府の地域医療提供体制はどうなっているか	8
2. 国の進めてきた「4疾病5事業」の医療連携構築路線への評価	10
3. 二次医療圏ごとの現状と課題	12
第2部 京都市の医療提供体制の課題と対応策	18
はじめに	18
1. 周産期医療分野の課題と対応策	18
2. 救急医療提供体制の課題と対応策	19
3. 小児医療提供体制の課題と対応策	21
4. がん医療提供体制の課題と対応策	22
5. 脳卒中医療提供体制の課題と対応策	23
6. 急性心筋梗塞医療提供体制の課題と対応策	25
7. 糖尿病医療提供体制の課題と対応策	26
第3部 京都府提案への反論	
医療保険制度を「都道府県単位化」する流れについて	29
1. 京都府提案の内容	29
2. その背景にあるもの①	29
3. その背景にあるもの②	30
4. その背景にあるもの③	30
5. 京都府提案の問題点	31
6. 反論のまとめ	34
おわりに	35

概要

第1部

地域医療提供体制への提言

提言・京都府の医療政策へ「8つの要望」

一府医療政策の基本姿勢について

医療再生に向けては、国の「医療保障」方針の確立が必要。京都府は「地方の責任」や「保険者の責任」を強調するが、医療崩壊でもたらされる生命と健康の格差解消は国の責任で行うべき。その原則の下に、府の基本姿勢を問う8つの要望を行う。

〈提言にあたって〉

京都府の地域医療提供体制の現状と課題

1. 京都府の医療提供体制はどうなっているか

- ・人口10万人対医師数は272.9人で全国平均206.3人(2006年)を上回る。しかし、国平均を上回るのは京都・乙訓(343.8)のみで、他医療圏は、国平均を下回る。
- ・標榜科別に見た場合、各科にわたり京都市内に約7割の医師が従事している。
- ・医療機関数についても、対面積あたりの格差が著しい。
- ・医療政策を進めるにあたっては、こうした医療資源「格差」が健康格差につながることを踏まえなければならない。

2. 国の進めてきた「4疾病5事業」の医療連携構築路線について

- ・京都府保健医療計画に盛り込まれた「4疾病5事業」の医療連携構築方針は、本質的には長きにわたり進められてきた医療費抑制路線を、医療提供体制の側面から徹底するものである。
- ・「4疾病」という枠組み自体に対する評価について、地域医療に携わる立場から指摘を行う。

3. 現状と課題、国・京都府への要望

- ・丹後医療圏から山城南医療圏に至る京都府内6つの二次医療圏(京都市を除く)の現状と課題を俯瞰する。共通する課題として「マンパワー不足」

「医療連携構築のためのセンター機能がない」等があげられる。一方で、崩壊寸前の状況にあっても、地域の医療者の献身的努力が住民の生命を支える実態がある。

第2部

京都市の医療提供体制と課題

京都市は医療計画策定に向けた「地域保健医療協議会」に参加しておらず、まとまった「医療政策」が見受けられない。4疾病5事業を軸に京都市の医療提供体制の現状と課題、解決に向けた方向性をまとめる。

第3部

医療保険制度を「都道府県単位化」する流れについて

京都府の行った2009年1月27日の「国保一元化提案」は、財政困難な国民健康保険制度をめぐる問題や、医療崩壊への対応策となり得ない。

医療者の立場からその誤りを指摘し反論を試みる。

1. 京都府提案の内容

この提案は、単に国民健康保険を都道府県単位に一元化するだけでなく、診療報酬決定権限や指導権限など、都道府県が医療政策を担当し、医療提供体制に対する実質的影響力も行使しうる、権限の委譲を求めている。

2. その背景にあるもの

一提案の背景を3つの角度から検証する

(1) 医療制度改革の側面から

京都府提案は2006年に国会成立した医療制度改革による都道府県単位の医療費適正化推進方針をその背景に持っている。

(2) 構造改革・地方分権改革の側面から

京都府提案は内閣府・地方分権改革推進委員

会の第1次勧告の内容を反映したものである。

(3) 市町村国民健康保険の側面から

京都府提案は、市町村国保が抱える構造的問題である、財政的困難の解決を目指すものと言える。被保険者の保険料負担能力が低いこと、小規模市町村国保が高額医療費発生に対応できないこと、保険料の高騰が避けられないことなどの課題が強調されている。

3. 京都府提案の問題点

- (1) 都道府県への診療報酬決定権限の委譲要求は、都道府県単位の診療報酬を生み、一物二価の容認、ユニバーサルサービスとしての国民皆保険

体制の基盤を崩す。

- (2) 「医師偏在」を診療報酬による誘導で解決しようとのねらいを含んでおり、国の責任による医療崩壊への対応策ではなく、地域・保険者の責任で問題解決を強いる、いわば住民の「自己責任論」に基づく内容となっている。
- (3) 国民健康保険財政の悪化を招いた国庫負担削減、保険料の「応益負担」問題に踏み込んでいないため、国保問題の根本解決に役立たない。

4. まとめ

京都府提案は今後、「新たな医療制度」論議の下、重要な位置を占める危険性がある。

第1部

地域医療提供体制への提言

提言・京都府の医療政策へ 「8つの要望」

一府医療政策の基本姿勢について一

京都府内の6つの医療圏には、それぞれ解決すべき固有課題がある。一方でいずれの医療圏にも共通する課題として、「マンパワー不足」がある。地域の「医師」全体の不足があり、診療科ごとの不足もある。マンパワー不足から、共通して勤務医・開業医に過重な労働が生み出されている。

京都府は、あんしん医療制度研究会に提案した「中間報告」(案)において、このマンパワー不足と過重労働を解決するために医学部の地域枠の拡大等により、へき地医療を支えるローテーション体制の強化と同時に、「医療保険の側面から診療報酬の加減算による経済的なインセンティブを導入することも考えられる。現在国が定めている診療報酬の水準について、その一部を都道府県の判断に委ねる仕組みとすべきである」と述べた(この提案は研究会委員からの意見を受け、中間報告から削除された)。この都道府県別診療報酬の導入の評価については第3部で詳述するが、「経済的なインセンティブ」が医師不足問題の根本的な解決につながらないことは、2006年の「新医師確保総合対策」以降、国の進めてきた施策が必ずしも成果をあげていないことから明らかである。

特に京都府の北部・南部地域は、戦後から今日までの著しい産業構造の変化により、農業・漁業・林業といった第1次産業が壊滅的な打撃を受けた。伝統・地場産業は衰退を余儀なくされてきた。人口は減少し、若者は都市へ流出した。残ったのは広大な土地と、住民の高齢化である。人々の暮らしを支える町・村の機能そのものの喪失である。しかしそうした困難な状況にあっても、病院や診療所、あるいは介護サービス提供者が役割を分かち合い、要となる基幹的な医療機関自体も存続が難しい中でも、住民の医療保障のための連携が各地で模索されている。京都府が担う医療政策は、大前提としてこうし

た医療者の努力を支えるものでなければならない。その上で、医療保障は国の責任で行うべきだと国に対して意見表明せねばならない。「公的な責任で医療を保障する」道は、医療保険の仕組みを作りかえ、保険者機能を強化し、その枠内で保障するということではない。

北部も、京都・乙訓も、南部も、人々が安心して暮らせる地域へと、活気を取り戻すための中長期的な政策と、医療保障の責任を国が担う制度の実現によって、医師不足は根本的に解決されるべきである。

その原則に、京都府が立つことを求め、以下の8点を要望する。

(1) 京都府の国保一元化提案は、「国の責任による医療保障」の原則を逸脱しています。医療費適正化路線、構造改革・地方分権改革推進の立場と決別し、憲法25条の原則に沿った提起を国へ行くことを求めます

- ・保険者機能や都道府県の権限を強化し、国保財政の安定化や医療提供体制に関する課題の解決を図るとの考え方は、逆に新たな矛盾を生み出します。都道府県への診療報酬決定権限委譲要求は取り下げるべきです
- ・国民健康保険制度の歴史的、構造的問題の解決は、国の財政出動の強化・公的責任の貫徹を求める方向で検討すべきです
- ・給付と負担をリンクさせる制度設計ではなく「必要に応じた給付」と「負担能力に応じた納付」を原則とした仕組みに切り替えるべきです
- ・京都府自身が「限界がある」と認めているように、レセプトデータを使った疾病構造・受療行動の分析は、地域の医療の現実を正確に反映するものではありません

(2) 京都府として、「医療提供体制のグランドデザイン」を示すよう求めます

- ・国の作成指針に沿った現行の京都府保健医療計画だけではなく、京都府としてどのように府民への医療保障を行うかについてのグランドデザインを、医療提供側、患者・府民の意見を取り

入れながら策定すべきです

- ・その際には医療圏域の設定についても、他府県との隣接等の地理的条件、地域住民の年齢等も加味し、柔軟に検討すべきです。

(3) 医師不足等、京都府の医療問題解決に向けては、現場医療者や住民の声を聞く「協議の場」を作り、府として現状を把握し、府民的な合意形成をもつて進めることを求めます

- ・京都府が京都・乙訓も含めた全医療圏において、医療者・患者・府民の声を聞き取る作業を行うべきです
- ・京都府医療対策協議会を発展させ、地域・医療圏ごとの現状と課題が的確に反映され、公的医療機関や民間医療機関、診療所等、府内で地域医療を支える医療者全体が討論に参加する場とすべきです
- ・「地域保健医療協議会」を発展させ、医療圏単位・市町村単位で全医療提供者が参加可能な協議の場を設置し、医師不足をはじめとした問題解決に向けた知恵を出し合える場を作るべきです
- ・以上の会議はすべて公開し、府民の意見が反映される仕組みにするべきです

(4) 医師派遣機能、医療機関経営が困難な地域での医療提供や地域医療連携・病診連携、介護・福祉との連携等に、公的医療機関の役割発揮が必要です。公的医療機関の役割強化とそのため的人的・財政的対策の強化を求めます

- ・京都府は京都市に人口が集中し、北部地域等では広大な面積・人口密度の低さに高齢化率の高さもあいまって、医療機関経営が特に困難となっています
- ・公的医療機関が医師派遣機能や医療連携の中心となることが求められます。そのためには、公的医療機関自体も抱えるマンパワー不足の解決が急がれます
- ・医療提供体制の困難地域では、公的医療機関が中核に座ってこそ、民間の医療機関は安心して地域医療に専念することができ、また、新たな開業医を迎えることもできると考えます

(5) 救急医療提供体制を担う医療機関への人的・財政的保障を強めるべきです。特に、産科・小児科・外科をはじめ、少ない人員に悩む診療科で献身的

に従事する医療者を支える仕組みをつくることを求めます

- ・産科、小児科はもちろん、救急医療提供体制の確保は京都府全域にわたる共通課題です。マンパワー不足で悩む地域の救急を担う医療機関では、夜間救急の受け入れなど、過重な勤務状況となっています
- ・そうした地域で勤務する医療者への財政的な保障に加えて、京都府がリーダーシップを発揮し、府内すべての医療機関の協力によって救急医療提供体制を拡充することが求められます

(6) 在宅療養を担う地域ネットワークの構築に向け、今取り組んでいる医療機関を応援するとともに新たに在宅医療へとりくむ医療機関への支援策を求めます

- ・「住み慣れた地域で最期まで」との願いに応えることができること、そして在宅療養が困難になった時には入所できる施設がある環境を作ることが求められています。
- ・一人ひとりの患者さんにとって最善の状態を追求するために、医療者と他職種との連携を含めた在宅療養のネットワークが構築されています。安心して在宅医療に取り組める環境づくりには、こうした地域のネットワーク構築を応援する財政支援と同時に、入院・入所が可能な療養施設の整備が必要です

(7) 「4疾病」と総称される脳卒中・急性心筋梗塞・がん・糖尿病について、京都府民の健康を支えるため、医学的知見に基づく施策の展開を求めます。また、早期発見・早期治療のため、行政の責任で検診体制の充実等を図られるよう求めます。

- ・京都府は、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の4疾病についての地域医療連携の構築を進めています。この連携構築に伴って救急や回復期・維持期の医療提供体制を整備することは、患者の生命と健康にとって大きな意味をもつことです。一方で4疾病のみの対応に限定されたり、効率化最優先にならないよう、十分に配慮されることを求めます
- ・早期発見・早期治療に関しては各自治体の行政が地区医師会等と連携し、住民への各種検診受診の呼びかけ等を強めることが求められます
- ・4疾病の中に「糖尿病」が位置づけられていることについては、本来横並びで論じられないと

違和感を抱く医療者が多数います。医学的知見からの検討が求められます。

(8)構造改革が破壊し尽くした地域そのものの再建なしに、医療提供体制は決して再建できません。経済・農業・伝統産業・教育・福祉・文化等、すべての部面において、京都府政の「脱構造改革」を求めます。

- ・医療提供体制が困難な地域では、地場産業の衰退や過疎化等、共通した問題が見られます。安心して暮らすことができる都市であるためには医療機関は必須条件ですが、都市そのものが弱ってしまった地域では、医療機関の存続も難しいのが現実です。
- ・医療問題は、医療の範疇だけで解決することは困難です。京都府が、地域再生へのビジョンを確立し、その中で医療のランドデザインを提案することを求めます

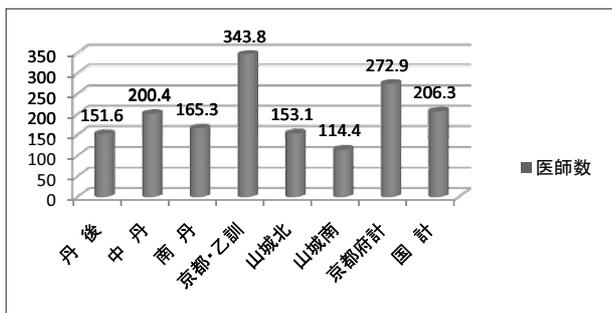
提言するにあたって、 地域医療提供体制の 現状と課題の整理

1. 京都府の医療提供体制はどうなっているか

医師数の相対的「偏在」

本府の人口10万人対医師数(グラフ1)は272.9人であり、全国平均の206.3人(2006年)に比べ、相対的に高い水準となっているが、医療圏別に見ると、全国平均を上回るのは京都・乙訓医療圏(343.8)のみであり、他は、中丹(200.4)、南丹(165.3)、山城北(153.1)、丹後(151.6)、山城南(114.4)の順で、いずれも府平均はおろか、全国平均すら大きく下回っている。医師数を対人口比で見れば医療圏単位で

グラフ1 府内の医師数(2006年)

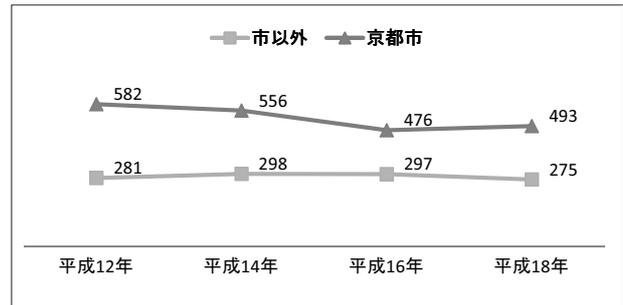


出典：京都府保健医療計画

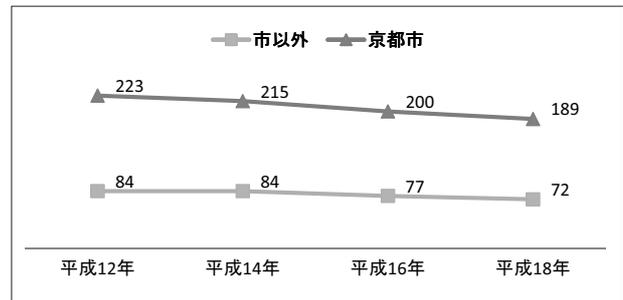
大きな、「偏在」が存在している。

標榜科別医師数の「偏在」

グラフ2 京都府内の小児科医師数



グラフ3 京都府内の産科・産婦人科医師数



出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査(複数回答あり)

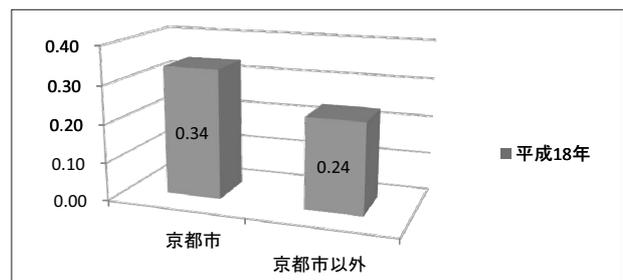
標榜科別の医師数も、偏在を示す。

例えば、府内の小児科標榜医師数(グラフ2)は、2006年現在768人で、そのうちの約64%にあたる493人は京都市内の医師である。京都府全体としては、2000年に比べ2006年は▲95人・約11%減少しており、京都市以外は▲6人で、約2%の減少である。対人口1000人比に置き換えてみると、京都市内が0.34人、京都市以外が0.24人となっている。

府内の産科・産婦人科標榜医師数(グラフ3)は、2006年現在261人で、そのうちの約72%にあたる189人は京都市内の医師である。京都府全体としては2000年に比べ、2006年は▲46人・約15%減少している。京都市以外では▲12人で、約14%の減少である。

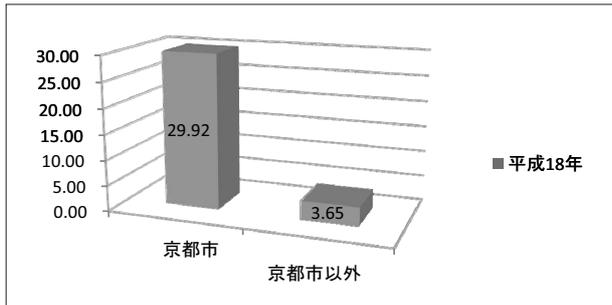
資料には示していないが、ほぼ全ての標榜科につ

グラフ4 小児科標榜医師対人口1000人



出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査(複数回答あり)
京都府統計課推計人口(平成19年4月1日現在)

グラフ5 小児科標榜対50.24km²あたり



出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査(複数回答あり)

いて、京都市内に約7割の医師が従事している。

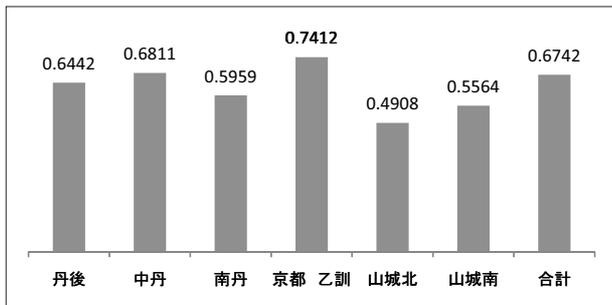
以上の医師数をさらに、対人口1,000人比に置き換えてみると、小児科では京都市内が0.34人、京都市以外が0.24人となる。(グラフ4)

医師の充足状態を、かかりやすさの指標として面積あたりで比較してみる。

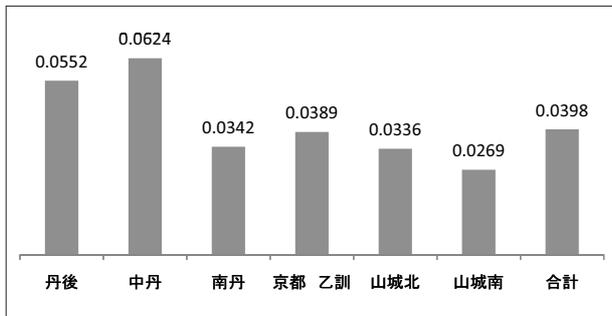
グラフ5は小児科標榜医師数であるが、京都市の面積あたり医師数は29.92人、京都市以外は3.65人である。京都府全体の面積のうちに京都市の占める割合は約18%に過ぎないことを踏まえれば、京都市内にきわめて多数の医師が集中しているかがわかる。

(ここでは無医地区の規定が半径4km四方のため、 $4 \times 4 \times 3.14 = 50.24\text{km}^2$ あたりの医師数を算定した。)

グラフ6 内科・人口1000人あたりの医療機関数



グラフ8 産婦人科・人口1000人あたりの医療機関数



標榜科別医療機関数の「偏在」

続いて標榜科別の医療機関数も医療圏ごとに比較してみた。

内科でみると人口1000人あたりの医療機関数(グラフ6)は、最も多い京都・乙訓医療圏が約0.74、もっとも少ない山城北医療圏は約0.49で、その差は約0.25となる。これを面積あたりでみると(グラフ7)、最も少ないの南丹医療圏は約3.82で、もっとも多い京都・乙訓医療圏は約70.0でありさらに偏在の傾向が顕著となる。

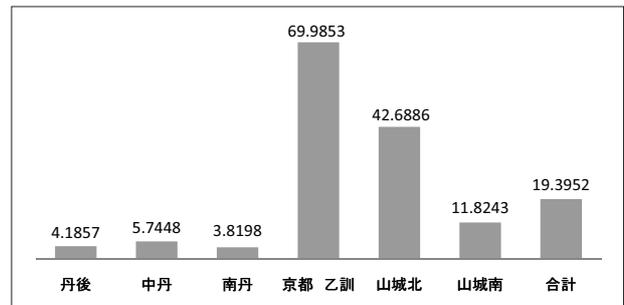
産婦人科について見ると人口あたりでは(グラフ8)、京都・乙訓医療圏よりも中丹医療圏の方が多いという数字になるが、面積で見れば(グラフ9)内科と同じ偏在傾向がうかがえる。

これは、現在の医療保険制度の枠組みだけでは、一定数の患者が存在しなければ医療機関を経営することはできないことを示している。面積が広大であっても人口密度が低い地域では、医療機関は存在しにくい。さらに、こうした状況では高齢者をはじめ、自家用車等の交通手段を持っていない住民にとって、医療機関へのアクセスは大きな困難を伴う。

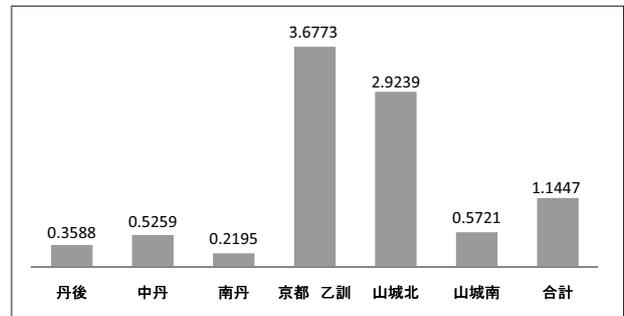
死亡率は高齢者比率と相関するが地域の医療機関数とも逆相関する

京都府における脳血管疾患による死亡率(人口10

グラフ7 内科・面積50.24km²あたりの医療機関数



グラフ9 産婦人科・面積50.24km²あたりの医療機関数



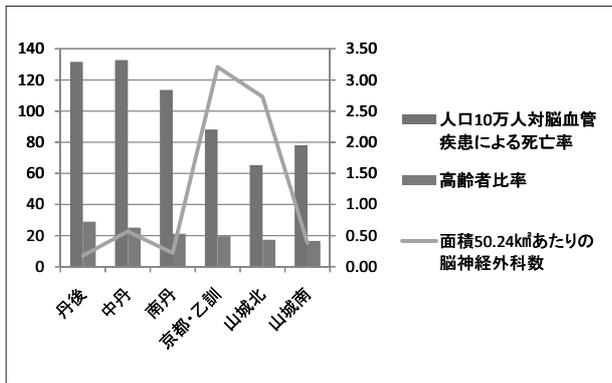
出典：以上4点のグラフにつき

京都府保健福祉統計年報(平成19年10月1日現在)
京都府統計課推計人口(平成19年10月1日現在)
平成17年国勢調査面積

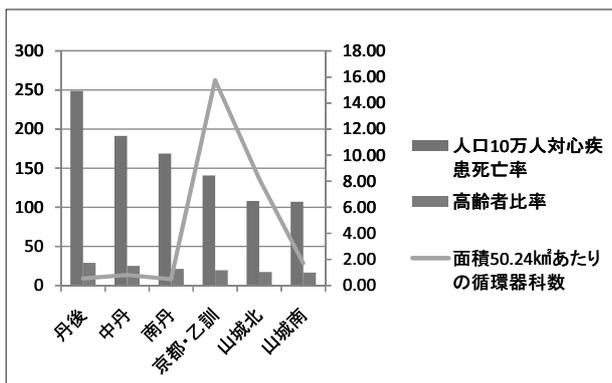
万人対)は、丹後・中丹・南丹で高い数値である。グラフ10からは高齢者比率との緩やかな相関が読み取れる。一方で面積あたりの脳神経外科標榜医療機関数との関連も示している。グラフ11の心疾患による死亡と高齢者比率、循環器科医師数との関連においても同様の傾向が読みとれる。

これらのデータから、短絡的に地域に専門医療機関が存在しないことが死亡率の増加に影響するとの結論は得られず、さらに詳細な分析が求められる問題であろう。ただ、北部に顕著に表れている一定の面積を持った地域における極端なまでの医師不足・医療機関不足が高齢者・障がい者だけでなく多くの住民にとって医療を受ける権利を阻害しており、そのことが健康維持にとっての負の因子になっていることは否定できないであろう。京都府の医療政策にはこの点での具体的な対応を求めたい。

グラフ10 脳血管疾患による死亡率比較



グラフ11 心疾患による死亡率



出典：京都府保健福祉統計年報（平成19年10月1日現在）
 京都府統計課推計人口（平成19年10月1日現在）
 京都府保健医療計画

2. 国の進めてきた「4疾病5事業」の医療連携構築路線への評価

都道府県医療計画の導入経過

「都道府県医療計画」は、1985年の医療法改正により導入された。改正案提出を前に、当時の厚生省

が示した導入根拠は、医療施設数・医師数の同一都道府県内の不均衡（過不足の存在）がある、どの医療施設も同じような医療を行い、医療資源が効率的に活用されていない等というもの。つまり、医療費適正化、増加抑制のためには、医療施設の計画的整備と、機能の分化・連携が必要だという認識の下、また、医療法人の監督強化も謳っての法制化だった。

そこで、実際に法制化された内容は、i) 医療圏設定、必要病床数設定、機能連携、医療施設従事者の確保、ii) 都道府県知事に対する病床過剰地域への民間病院の開設・増床の規制勧告権付与、iii) 医療法人に対する立ち入り検査権限、命令に従わない者への業務停止・役員解任—を柱とするものだった。

医療計画は、「医療費適正化」を目的に、都道府県が医療提供体制の在り方へ関与するためのツールとしての性格を本来から持っているのである。

2006年国会成立した医療制度改革関連法で医療計画はどう見直されたか

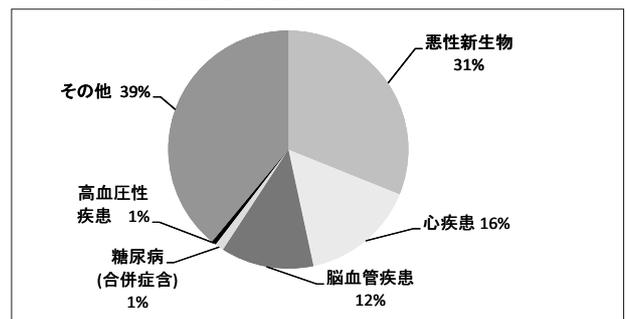
2006年に国会成立した医療制度改革関連法に医療法改正（良質な医療を提供する体制の確立をはかるための医療法等の一部を改正する法律）が盛り込まれ、都道府県医療計画の記載内容が「強化」された。

改正趣旨には、「医療提供者の視点から住民・患者の視点へ」「積極的な情報提供」「質が高く効率的で検証可能な体制へ」「量から質の充実へ」「総病床数管理的側面の重視から4疾病5事業に代表されるより詳細な事業内容へ」「官から民へ」「国から地方へ」「地方分権の流れ推進」「都道府県知事の責務の明確化」の言葉が並んだ。

その上で新たに、「より実効性の高い医療計画」を目指し、医療計画へ記載せねばならない項目として、「4疾病5事業」の医療連携体制と、連携における医療機能に関する情報提供を設定した。

4疾病5事業は、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の4つの疾病と、救急医療・災害医療・へき

グラフ12 死因別死亡割合



出典：厚生労働省「国民医療費」（平成18年度）

地医療・周産期医療・小児医療（小児救急を含む）を指す。都道府県は、これらを医療機能ごとに、目標、医療機関に求められる体制（基準）、数値目標等を医療計画に記載し、なおかつ、それを実際に担う各医療機関の名称も原則記載せねばならない。

具体的には、都道府県は次のような作業を求められる。①医療計画上の地域医療連携の構築に向けた「基準」策定、②基準に合致する医療機関名が、医療計画に「明記」、③公表された医療機関も含め、地域ごとに「地域連携クリティカルパス」が作られることになる。

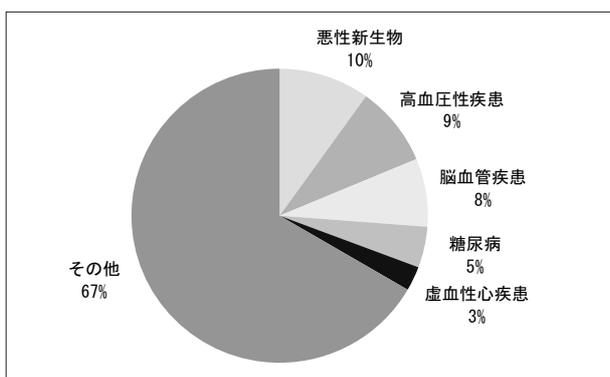
「4疾病」の根拠とは

「5事業」については、京都府保健医療計画にも記載があるように、全国的に困難な状況の広がっている救急や小児、産科の医療提供体制を、災害やへき地といった、公が本来果たすべき役割と並べて位置付けるものとする。その点から、患者本位の安心・安全な医療提供体制の確立を目指す対策としての前進面があると評価できる。

しかし、4疾病の医療連携体制については、疑問もある。

京都府保健医療計画において「主な死因に着目した切れ目ない保健医療サービスの提供」の項に位置づけられた4つの疾病を、国はいずれも「生活習慣病」と括っている。06年の医療制度改革関連法案の国会審議が進む中、厚生労働省健康局の「生活習慣病対策室長」は、健保組合役員を対象にした講演会で、「生活習慣病対策は医療制度改革の一丁目一番地」と述べた。「国会で審議中の医療制度改革には2つのポイントがある。1つは先進諸国に比べて長い平均在院日数の短縮である。日本は人口当たりのベッド数が多い。一方、医師・看護師数も人口当たりで見るとさほど少ないわけでもない。しかし、ベ

グラフ13 一般診療医療費の構成割合



出典：厚生労働省「人口動態統計」（平成19年度）

ッド当たりに換算すると少なくなる。平均在院日数も長くなっている。二つ目は、生活習慣病の予防である。平均在院日数が長い理由には、例えば脳卒中等の長期に入院しなければいけない疾患もある。脳卒中等の原因となる糖尿病、高血圧、高脂血症患者や予備群を減らすことで、平均在院日数も医療費の伸びも減らすことができる。このため、生活習慣病対策を今回の医療制度改革の「一丁目一番地」として行う必要がある」（矢島鉄也氏講演・週刊社会保障No2381）。

以上の発言は、同時に導入された「特定健康診査・特定保健指導」の意義を語るものであるが、医療制度改革における「生活習慣病対策」の位置づけをよく語っている。

「4疾病」という枠組みは医学的に検証されたか？

4疾病ばかりが取り上げられることに、違和感を覚える医師も少なくないと思われる。

まずこの4疾病について日本の位置を国際比較してみたい。

OECDインディケータ（2007年版）によるとOECD平均と比較した年齢調整死亡率は、虚血性心疾患では明らかに低く、また脳血管障害とすべてのがんでもやや低値である。また糖尿病についてのデータは掲載されていないが、成人病の背景因子の一つとして肥満をあげると、これもOECD平均よりは明らかに低い。これら4疾病の医療レベルをさらに向上させる必要性を否定するものではないが、なぜ4疾病なのかという疑問が残る。むしろOECD平均との比較で日本が遅れているのは、疾患でいえば末期腎不全、ぜんそく発作が多いこと、そして高齢者のインフルエンザ予防接種率の低さ、小児科では、はしかの罹患率の高さなどである。また自殺率の高さや自分の健康状態をよと感じる人の割合の低さが顕著であることも特徴的である。私たち臨床医の日常診療における実感からも感染症、認知症や精神疾患、肝疾患など多彩な疾患を持った患者さんと接することが多く、これらに対して日々対応しているのが現場の実態であろう。

また、この4疾病にあげられる個々の疾患を同列に論じることはできない。

厚労省と京都府は、この4疾病について急性期—回復期—維持期と機能分担して、連携パスを作成し、各々を担う医療機関を選定する作業を進めている。

しかし、脳卒中と心筋梗塞に関してはこの枠組みが適合するとして、がんと糖尿病についていえば医

療そのもののアプローチが全く異なる。がんの場合は早期発見のシステム、早期診断のシステム、各種治療法の選択、そして緩和ケアなどが重要な要素となる。ここでは、行政が責任を持つべき検診の課題、また治療法の選択や終末期医療については個人や家族の意思の尊重という重要な課題がある。糖尿病に関しては、その管理が脳卒中や心筋梗塞の予防につながるという点で他疾患とは位置づけ自体が異なっている。またアプローチとしても早期発見・早期診断とともに、治療の主体が食事を中心とした生活指導と薬物療法を日常的に継続していくことが主体となり、自ずと質の高い地域医療とそれを支えるセンター機能の確立が重要な課題となる。つまり連携の中身は全く異質なものとなってくる。

こうした点からみると、私たちが地域住民の健康を守る立場から医療提供体制を論じる場合には、4疾病という視点のみから構想することは妥当性を欠くものと思われる。1つの切り口として4疾病を上げることは必要かもしれないが、地域のもつ矛盾点をより広く取り上げて、包括的な検討をしていくことが求められる。さらに4疾病を国から指示されたとおりに同じレベルでの連携という枠組みだけで考えることには、明らかに無理がある。

本提言を作成するにあたって、京都府の保健医療計画への対案という位置づけで討論し、文書をまとめたため、本書の筋立てや各地域の医療状況についての報告も主に4疾病を軸にした論考に留まっている。先述したさらにトータルに見た視点の提起まで及ばなかった点はこれからの課題として検討を進めていきたい。今後、保健医療計画が真に地域住民の健康を守るための指針となるためには、4疾病の枠を超えた検討が必要であり、作成のプロセスにおいても日常診療に携わる医師と地域住民の意見を反映して実施していくことが求められよう。

3. 二次医療圏ごとの現状と課題

○ 以下は、現場聞き取り、文献調査等を踏まえ、協会の医療制度検討委員会として整理した2009年10月～12月現在の状況。

○ データ出典

総面積：平成17年国勢調査面積

人口：京都府統計課推計人口（平成19年10月1日現在）

高齢者比率：平成17年国勢調査

医療機関数：京都府保健福祉統計年報（平成19年10月1日現在）

(1) 丹後医療圏

1) 概括

丹後医療圏は、縦に長い京都府の最北端に位置する、京丹後市（旧峰山・大宮・網野・久美浜・丹後町）、宮津市、与謝野町（旧野田川・加悦・岩滝町）、伊根町で構成される医療圏である。

総面積は840.19km²で、人口は10万8657人。

人口構成割合における高齢者比率は28.9%。

「平成の大合併」により2004年に京丹後市、2006年に与謝野町が誕生した。

地域医療の要としての役割が求められる公立病院は、与謝野町に京都府立与謝の海病院、京丹後市に市立久美浜病院・弥栄病院がある。病院数は6医療機関。診療所数は74医療機関。

2) 現状と課題

医師数・医療機関数共に不足していると共に、高齢化比率が高く、特に高齢住民の医療機関へのアクセスに困難がある。

丹後地域の診療所は30年前に比べ、地域医療を支える診療所医師が、実質的には半減している。そのため、疲弊が著しい。「現状の診療科目を支えるのが精一杯」「仮にどこかが閉鎖したなら、その分の役割が残った医療機関にかかってしまう」という現実がある。

加えて、医師は、日常診療以外に健康診査等の業務を担う。学校医も1人で6～7校を担当する等、多忙を極める。1年間平均65日程度も診療以外の業務に従事する医師もいる。

京都府保健医療計画では、在宅医療の推進や地域医療連携が謳われているが、丹後地域では、「それ以前の問題」というのが、現場医師の思いであろう。

一方、与謝地域では、診療所は公的診療所も含め北丹地域に比べると多い。一方で、入院施設のある病院は与謝の海病院と民間病院1医療機関である。そのような中で、医療圏全体に共通する実態だが、医師不足に伴い、公立病院自身も困難な事態にある中で、病院と診療所の連携、診療所同士の連携等、現場の努力でぎりぎりのところで成り立っていると考えられる。

病院・診療所共に、明らかなマンパワー不足があり、その根本解決が求められる。

4 疾病5事業に関して

京丹後市では、4疾病について一旦圏内で対応するが、その後のフォローが可能な医療機関自体がな

い等、マンパワー不足の問題が常に先行する。

がんについては、圏内に「がん拠点連携病院」がなく、放射線治療のできる医療機関もない一方で、消化器系がんの対応は可能である。脳卒中については、京都府保健医療計画に記載される「急性期を担う医療機関」がない。懸案の与謝の海病院の脳神経外科については、11月27日から1年7カ月ぶりに入院・手術が再開された。いずれにせよ、急性心筋梗塞と共に、圏域の広大な面積に対し、急性期に対応できる医療機関が少なく、対応の急がれる疾病だけに特別な対応が必要である。

救急医療では、弥栄病院・丹後中央病院・久美浜病院・与謝の海病院の4病院が救急告示しているが、医師数不足のため、特殊な疾患の受け入れは困難とされる。周産期医療では、与謝の海病院と弥栄病院が対応しているが、常勤医は不足し、里帰り出産等には困難がある。

〈特に解決されるべき課題〉

- ① 医療機関、指導医も含めた医師不足
- ② 過疎・高齢化が深刻な地域をはじめ、医療機関へのアクセスが困難
- ③ 特に京丹後市では、診療所数が少なく、多忙により在宅医療展開が困難
- ④ 在宅医療も含めた連携の要になる医療機関の不足
- ⑤ 病院では透析を担当する医師の不足
- ⑥ 産科医・分娩機関の不足
- ⑦ 救急・小児救急の体制の不足
- ⑧ 脳卒中・急性心筋梗塞の急性期を担う医療機関の不足
- ⑨ 救急輪番制等を支える補助の強化

(2) 中丹医療圏

1) 概括

中丹医療圏は、京都府北部の舞鶴市、福知山市、綾部市で構成される医療圏である。

総面積は1,241.83km²で、人口は20万8473人。

人口構成割合における高齢者比率は25.1%。

2006年に三和町・大江町・夜久野町が福知山市と合併した。

公的病院として、福知山市に市立福知山市民病院、国民健康保険新大江病院、綾部市に綾部市立病院、舞鶴市には、舞鶴市民病院、国立舞鶴医療センター、舞鶴赤十字病院、舞鶴共済病院がある。

病院数は18医療機関。診療所数は175医療機関。

2) 現状と課題

舞鶴市・綾部市・福知山市が各々受療エリアを構成している。

人口対10万人医師数は、京都府内第2位だが、国平均には届いておらず、診療科別には医師不足状況が目立つ。

舞鶴市では、舞鶴市民病院、国立舞鶴医療センター、舞鶴赤十字病院、舞鶴共済病院を、経営主体の違いを越え、急性基幹病院(500床~600床)と慢性期サテライト病院への再編計画が検討されてきた。京都府は11月にこの計画を「中丹地医療再生計画」として策定したが、舞鶴共済病院はこの計画から離脱した。

4 疾病5事業に関して

がんについては、圏内で福知山市民病院と国立舞鶴医療センターが、がん地域連携拠点病院となっている。舞鶴医療センターでは、肺がんに対応する常勤医師が不在(派遣される非常勤医師で対応)、また、病理医不足で病理検査に困難がある。また、麻酔科医不足も深刻である。放射線治療設備は舞鶴医療センターにあるが、常勤医不在で予約制である。緩和ケアは国立舞鶴医療センターが中心に担う。

福知山市民病院では、脳神経外科が常勤2人から常勤1人・非常勤2人体制となるなど、脳腫瘍や肺がんへの対応が課題である。

がん地域連携拠点病院のない綾部市では、綾部市立病院が対応する他、対応出来ない場合は他医療圏へ送るケースもある。

脳卒中については、舞鶴市では、国立舞鶴医療センターで急性期対応が可能。回復期には舞鶴市民病院・舞鶴赤十字病院で対応。退院後の在宅医療を担う「在宅療養支援診療所」の展開や、各診療所の可能な手技対応一覧の病院・支援センターへの設置、西地区・東地区に医師会立の訪問看護ステーションがそれぞれある等、在宅を進める基盤が揃っているが、これらは背景に病院のバックアップ体制があつてこそ可能と考える。

福知山市では、急性期を福知山市民病院や民間病院で担う一方、全体として回復期・慢性期を担う医療機関の確保が厳しい。

綾部市では、綾部市立病院が対応しているが、脳神経外科の常勤複数体制が数年前からなくなり、重症患者は舞鶴に送らざるを得ない。

また、福知山市・綾部市の病院ではt-PA対応が難しい状況にある。

急性心筋梗塞については、舞鶴市で急性期を舞鶴共済病院・舞鶴医療センターで、回復期は舞鶴市民病院・舞鶴赤十字病院で対応。福知山市では、福知山市民病院の循環器医師は常勤医4人、民間病院に1人。バイパス手術等は他圏域での受け入れとなるケースがある。綾部市では、内科的治療は市内で対応し、外科的治療は、舞鶴共済病院と連携して対応している現状。

救急・小児救急については、救急告示病院が圏内で8医療機関あり、役割を果たしている。舞鶴市では、舞鶴医療センターでは整形外科の対応ができず、同科は残る2病院が1次・2次救急を担っている。土日は輪番制がある一方、平日の連携体制がないため、3病院いずれも同一科の当直医が不在となる場合もある。小児救急については、舞鶴医療センターと舞鶴赤十字病院で対応しているものの、小児科医の体制が十分と言えず、負担が過重となっている。福知山市では、救急告示病院が3病院。一次救急は医師会から内科系・小児科標榜医師が休日診に出務している。在宅当番医を原則、医師会の全員参加にしている。そのため、当番医の標榜科目を明らかにして、福知山市民病院と民間病院がバックアップすることでスムーズに対応できている。尚、「休日急病診療所」は、綾部市・舞鶴市では実施されていない。綾部市では、救急患者の9割を市内の病院で対応している。

周産期医療については、舞鶴市で舞鶴共済病院が対応し、小児科医も従事しているがNICUがない。一方、国立舞鶴医療センターではNICUがあるが、産科がない状況である。尚、同センターは稼働する中丹唯一のNICUである。

福知山市では、福知山市民病院にNICUの設備があるものの、小児科医の体制確保が厳しく、綾部市では、綾部市立病院である程度の異常分娩まで対応できるが、ヘリコプターで京都市へ搬送するケースもある。

〈特に解決されるべき課題〉

- ① 勤務医等医師の過重労働
- ② 医療機関へのアクセス困難
- ③ 在宅医療を展開する診療所と病院との連携の構築
- ④ 回復期・慢性期のリハビリテーションを担う医療機関の不足
- ⑤ 糖尿病の専門医の不足
- ⑥ 小児科医・産科医・分娩機関の不足

- ⑦ NICU自体の不足や施設基準上のスタッフ不足
- ⑧ t-PA対応医療機関の不足

(3) 南丹医療圏

1) 概括

南丹医療圏は、京都府北部の入口に位置し、京都市に隣接する亀岡市、南丹市と京丹波町で構成される医療圏である。

総面積は1,144.28km²で、人口は14万6003人。人口構成割合における高齢者比率は21.2%。「平成の大合併」により2006年に園部町、八木町、美山町、日吉町が合併し、南丹市が誕生。丹波町、瑞穂町、和知町が合併し、2005年に京丹波町が誕生した。

地域医療の要となるべき公立病院として、亀岡市立病院、公立南丹病院、国民健康保険京丹波町病院がある。病院数は10医療機関。診療所数は101医療機関。

2) 現状と課題

広大な面積・高齢化・人口密度の低さにより、丹後医療圏と並んで、府内でもっとも医療機関が存在しづらい医療圏である。船井地域(南丹市・京丹波町)は、医療機関へのアクセスに課題がある。北桑田郡から、南丹市に編入された美山町では、たった一人の医師が公設民営の美山診療所で地域医療を支えている。都市部においても、訪問診療を行う医療機関が不足。在宅の資源不足により、在宅医療を担う医療機関に過重な負担がある。京丹波地域でも、医療従事者の確保が困難である。亀岡市で市民病院を中心にした在宅療養体制整備、医療提供体制の構築が、関係者の努力で進められている。一方、南丹以北では、公立南丹病院が救急・小児・産科に重大な役割を果たす。同病院はここ数年で、各科が充実し、呼吸器・脳外等、専門分野も充実しつつある。また、患者の半数以上が亀岡市から受診している。また、亀岡市は、京都市内へのアクセスが良く、患者の約3割が京都市内へと通っている。

4 疾病5事業に関して

がんについて、地域連携拠点病院がなく、公立南丹病院がそれに準ずる位置づけとして、役割を担っている。圏域内では、病態によって放射線治療が出来ないこともある。脳卒中について、地域医療連携で、急性期は公立南丹病院・亀岡シミズ病院が、回復期はやはり亀岡シミズ病院と、明治国際医療大学付属病院が担っている。回復期リハ病棟がないこと

が問題であり、退院後の受け入れは主にかかりつけ医が対応している。急性心筋梗塞については、公立南丹病院に専門の医師が着任し、救急もほぼ受け入れている。

救急医療提供体制については、船井地区での外科系救急は、公立南丹病院が役割を果たすと同時に、民間病院も体制を支える。公立南丹病院は休日診療所的役割、高次機能も果たしている。船井地域には、休日急病診療所的な行政施策がない。亀岡市では、脳外科救急は京都市内の病院も連携病院となっている。亀岡市休日急病診療所は内科・小児科を標榜している。小児救急では、公立南丹病院が6人の医師が小児救急を対応し、毎日当直体制がとられている。若い医師は1カ月6～7回の当直であり、負担軽減のため、小児科開業医が出向き、体制に入ることもある。産科救急については、公立南丹病院も含め、医師体制が厳しい。分娩を取り扱う医療機関は、公立南丹病院と、亀岡市の1診療所が対応しており、南丹医療圏全体で2医療機関のみとなっている。在宅医療では、亀岡市内で、亀岡医師会・亀岡市立病院の地域連携室が中心となって在宅の問題について検討。在宅のシステムづくりに向けて動き出している。

〈特に解決されるべき課題〉

- ① 救急体制確保を中心にした、特に公的病院における勤務医の過重労働
- ② 医療機関へのアクセス困難
- ③ 土地の広さに対し、診療所数が少なく、診療所が在宅医療を展開できない
- ④ 回復期リハビリテーションを担う医療機関の不足
- ⑤ 産科医・分娩機関の不足
- ⑥ 小児救急体制の不足
- ⑦ 広大な過疎地域での医療提供体制の困難と支える医療機関への支え

(4) 山城北医療圏

1) 概括

山城北医療圏は、京都市に隣接する宇治市、城陽市、八幡市、京田辺市、久御山町、井手町、宇治田原町で構成される医療圏である。

総面積は257.74km²で、人口は44万6193人。

人口構成割合における高齢者比率は17.3%。

救急告示をしている公立病院が京都府内で唯一存在しない医療圏である。

病院数は23医療機関。診療所数は311医療機関。

2) 現状と課題

入院患者の受療行動は、圏域内入院が65%、京都市入院が30%（2005年患者調査）とされ、医療資源自体は相対的には充実しているとされる地域である。一方、在宅医療の充実や病診連携等の推進が課題にあげられる。また、近年、小児科の不足や出産できる医療機関の減少も現場から指摘されることが増えてきた。また、宇治田原町、井手町については、医療機関が少なく、24時間体制の構築が難しい状況もある。また、両町では耳鼻咽喉科、眼科等の医師が不在である。

4 疾病 5 事業に関して

がんについて、圏域内に診療連携拠点病院はないが、腫瘍摘出術や化学療法を実施できる病院も多い。放射線治療が可能な病院もある。また、がん・脳卒中・急性心筋梗塞について、急性期・回復期・維持期の「地域医療連携体制」構築が進められている。医療連携体制構築にあたって、課題になるのが、在宅医療に携わる医師の不足、在宅移行後のフォローである。糖尿病については、地区医師会が中心となり、早めの対策が住民に資するとの立場から、住民側の意見を汲み上げ、医療をよい方向に持っていく積極的な努力が進められている。救急医療提供体制では、救急告示病院が12医療機関ある。また、宇治市・城陽市・八幡市・京田辺市の休日応急診療所もあり、比較的充実したフォロー体制がある。しかし一方、小児医療では、小児救急・時間外診察を中止したり、外来を中止する医療機関も出てきている。

〈特に解決されるべき課題〉

- ① 脳卒中・急性心筋梗塞等における、維持期リハビリテーションの強化
- ② 診療所と病院との連携をはじめ、在宅療養を支える医療機関への支援
- ③ 産科医・分娩機関の不足
- ④ 小児救急体制の不足

(5) 山城南医療圏

1) 概括

山城南医療圏は、木津川市、精華町、和東町、笠置町、南山城村で構成する医療圏である。2007年に木津町・山城町・加茂町が合併し、木津川市が誕生した。

総面積は263.43km²で、人口は11万1430人。

人口構成割合における高齢者比率は16.6%。

一般病床のある公立病院として公立山城病院がある。

病院数は3医療機関。診療所数は87医療機関。

住民は戦後から半減し、若者を中心として、圏外に出る傾向が強い。限界集落に近い所もある。しかし最近では、失業などを契機として、就農のためにUターンしてくる若者も微増している。

2) 現状と課題

圏内北部は山城北医療圏と隣接し、南部は奈良県奈良市や生駒市、東部は三重県伊賀市と接し、多くの患者が他圏域の医療機関を受療しており、患者調査では圏域内入院を示す地元依存率は33.9%となっている(2005年)。医師配置は「西高東低」となっており、西側の精華町、木津川市に比べて、東側の笠置町・和束町・南山城村は、医療資源が乏しい。東部ではここ15年近く新規開業がない。そうした状況の中では、公立山城病院の存在が重要であるが、同院自体が医師不足状況に悩み、十分に2次医療機関としての機能を果たすことが困難であり、地域内で医療が完結できない。

医療資源確保の難しい現状の下、地域の医師が、連携を強めるために様々な取り組みを進めているが、それを支える公立病院として、当面公立山城病院の体制確保は、圏域全体の緊急的な課題である。

4 疾病5事業に関して

脳卒中については、公立山城病院に脳外科常勤医3人、神経内科医1人が従事し、精華町の民間病院にも脳外科の非常勤医1人が従事している。しかし、現状は自院の患者の診療に精一杯であり、救急患者対応に困難があり奈良県に搬送することが多い。また、公立山城病院が2年前に「老健やましろ」を設立したが、地区内に回復期リハビリ病棟はない。急性心筋梗塞については、公立山城病院には心臓血管外科医がいない一方で、精華町の民間病院に2人が勤務し、カテーテルやステント手術は対応可能。しかし、バイパスなどの外科的手術は対応困難であり、奈良県に搬送するケースもある。糖尿病については、公立山城病院に専門のドクターが勤務し、患者の増加傾向が見られる。在宅患者の場合、眼科疾患を併発していれば、内科の医師と眼科の医師との診診連携が重要となるなど、今後の課題がある。がんについては、圏域内に診療拠点病院がなく、地域内での

完結が難しい。

救急・小児救急医療提供体制については、医療圏内での完結は難しく、他医療圏への搬送が行われている。周産期医療については、分娩可能な医療機関が公立山城病院を含む、2医療機関である。しかし、母体に異常が生じた場合等は圏域外対応となるケースがある。公立山城病院の産婦人科は常勤医が3人の一方は、分娩は月約60件であり、マンパワー確保が課題である。

〈特に解決されるべき課題〉

- ① 救急体制確保、周産期医療、心臓外科医、整形外科や泌尿器科等の医師不足を抱えた公的病院が、地域の中核医療機関として役割の発揮できる体制保障
- ② 脳卒中・急性心筋梗塞等における、維持期リハビリテーション体制
- ③ 診療所と病院との連携をはじめ、在宅療養を支える医療機関への支援
- ④ 産科医・分娩機関の不足
- ⑤ 医療資源の乏しい東部地域での医療提供体制の保障

(6) 京都・乙訓医療圏(京都市除く)

京都・乙訓医療圏は、京都市・向日市・長岡京市・大山崎町で構成する医療圏であり、人口は161万7754人と府内最大である。面積は860.72km²。

京都府は2007年度末に「京都府保健医療計画」を策定したが、そのプロセスにおいて重要な役割を果たした二次医療圏毎の「地域保健医療協議会」に、京都市当局や京都市内の地区医師会が参加していない。これでは京都府域全体の医療提供体制の課題を検討するための医療計画とは言えない。

したがって、本提言作成にあたっては、京都・乙訓医療圏、特に京都市の医療提供体制の分析と課題の抽出については、資料の収集も含め、特別な体制が必要となった。

次に、乙訓地域の現状と課題をまとめ、京都市については第3部で展開する。

概括

乙訓地域には2つの精神科病院の他に、済生会京都府病院、長岡京病院、千春会病院、新河端病院、第二回生病院の5つの病院がある。地区医師会である乙訓医師会との間で病診連携が進められ、1992年に済生会京都府病院、2004年には新河端病院に開放

病床が開設された。現在、人口は約15万人、高齢化率約20%であるが、高齢化社会に対して先取りして、医師会は種々の対策を講じてきた。その内の1つとして、1996年に在宅療養手帳を発行し、在宅療養手帳委員会を開設、多職種との「連携の要」とした。今後は多職種との連携強化、専門医との病診連携強化による地域医療システムの構築が望まれる。

4 疾病5事業について

がん

済生会京都府病院を地域がん診療の中核病院として管内では専門医への紹介が行われてきた。放射線治療装置(リニアック)を設置し、外来化学療法は病診連携のもとスムーズに行われているが、在宅療養を望むがん末期患者の緩和ケア病床はない。そのため、管区以外の病院と連携して在宅ターミナルケアが行われているケースもある。早期にシステム化された緩和ケアが地域で開始されることが望まれる。

脳卒中

2008年8月、京都・乙訓地域保健医療協議会の作業部会として脳卒中作業部会が発足し当地区における脳卒中地域連携クリティカルパスの作成が検討され、同年12月より京都府医師会作成の連携パス用紙が在宅療養手帳において、使用開始された。急性期病院は済生会京都府病院、回復期病院は水無瀬病院(大阪府島本町)、新河端病院、千春会病院、第二回生病院、維持期病院は新河端病院、千春会病院、第二回生病院がそれぞれに担う。現在、9例が医師会手帳管理事務局に登録されているが、管区外病院との連携パスも多くなってきている。今後は、連携パス症例の検討を行い、さらなる医療の標準化、再発防止の達成を計る必要がある。維持期リハに関して、在宅療養患者が多い。当地区も、かかりつけ医として往診する医師、訪問リハに携わる理学療法士等が不足している。

糖尿病

2007年に済生会京都府病院に専門医(非常勤)が配置され、医師・栄養士を中心とした糖尿病教室が定期的に開催されているが、当管区での糖尿病のクリティカルパスはない。長期の糖尿病患者は合併症

が多く、糖尿病のみの連携パスで運用できるか疑問に思われる点もある。

急性心筋梗塞

済生会京都府病院が24時間体制で原則対応する。常勤医3人で負担は大きい。心臓血管外科がないため、緊急手術の必要がある場合、管区外の病院に搬送となる。心筋梗塞について、各病院で完結する院内クリティカルパスはあるが統一した連携パス用紙はまだない。そのため、逆紹介を受けた場合に切れ目のないリハは困難となることが多い。そこで、病院間で共通する連携パス用紙の作成が望まれる。

小児救急

管内35小児科標榜医療機関、乙訓休日応急診療所と済生会京都府病院小児科が24時間体制で連携している。済生会京都府病院の常勤医は2人で負担は大きい。今回の新型インフルエンザ感染症に対して、懸命に外来対応しているが、疲弊している。また、重症用小児科1床を用意してあるが、さらに負担は増してきた。パンデミックに入院ができなくなる小児患者が出てくると予想され、他地域への速やかな入院連携システムの構築が望まれる。

周産期医療

管内、産婦人科を標榜する医療機関は1病院、2診療所、婦人科のみを標榜する4診療所と少ない。約半数は管外分娩である。済生会京都府病院では年間400件の分娩があるが、50%は紹介患者である。また、当管区も産婦人科医不足である。

〈特に解決されるべき課題〉

- ① 救急体制確保を中心とした勤務医等医師の過重労働環境の改善
- ② 脳卒中・急性心筋梗塞等における、維持期リハビリテーションについて、在宅患者の実態把握の困難。
- ③ 診療所・病院・他職種連携を推進し、在宅療養を支える医療機関への公的支援
- ④ 産科医・分娩機関の不足
- ⑤ 小児救急体制の不足
- ⑥ 地域連携クリティカルパスの導入に向けた条件整備

第2部

京都市の医療提供体制の課題と対応策

はじめに

医療圏としては「京都・乙訓医療圏」に位置づけられる京都市だが、京都府保健医療計画の策定経過を見ると、他医療圏に比べ特異な点がある。それは、医療圏単位に設置され、同計画策定に向けた課題分析を行った「地域保健医療協議会」に参加していないことである。

京都市は、1993年4月「京都市保健医療計画」を策定した。同計画の対象期間は2002年3月末を期限としており、すでに7年間、計画は策定されていない。ただし、同市の保健福祉局事業概要では、「次期保健医療計画策定に至るまでの間、今後の本市保健医療施策を推進するうえで、京都府保健医療計画とともにその指針となるものである」と述べられており、計画期限は切れているが、現在もこの医療計画は指針として生きている、ということになる。しかし、93年当時と、今日とでは、国政策における医療計画の位置づけは大きく変化しており、京都市が医療提供体制についてどのような考えを持っているのかは不明と言わざるを得ない。

今回の提言作成にあたり、京都市の医療提供体制については、白紙からの課題整理を行うこととなったのはそのためである。

1. 周産期医療分野の課題と対応策

はじめに

全国的に、また京都府内の各自治体でも、深刻な産科医師不足が伝えられている。しかし、京都市内の実態については、問題点が指摘されることが少ない。本稿では京都市内の周産期医療の実態について、統計資料及び現場を支える医師の方からの聞き取りによって明らかにしたい。

(1) 現状について

統計資料によれば、府内各市町村と同様、京都市内でも産婦人科医数は引き続き減少しており、とりわけ分娩を取り扱う医療機関や助産所の減少は目立っている。その一方、周産期死亡率については、2005

年の周産期死亡率（出生1000人に対する妊娠22週以降の死産+早期新生児死亡児の比率）が全国で4.8、京都府4.8に対して京都市は4.6と、わずかに良好な数値を示している。

それを支えているのは、京都第一赤十字病院総合周産期母子医療センターを中心とする周産期医療のネットワーク機能である。京都市内で周産期医療に携わる各層の医師、具体的には総合周産期母子医療センターの医師、地域民間病院の産科医、そして開業産科医師からの聞き取りを行って見たところ、いずれの立場の医師からもこのシステムがきわめて有効に機能している実態が伺われた。

地域民間病院の医師は「基本的に断られることがない。京都第一赤十字病院が満床でも責任をもって紹介してくれる。またこれまでであれば無理をせざるを得なかった（言い換えると訴訟の危険性もありうる）症例も引き取ってくれており助かっている」と受け止めており、開業産科医もきわめて有効なシステムと評価していた。

京都市内の周産期医療連携は原則として従来通りの地域での連携（近隣医療機関同士での連携）を優先している。それがうまくいかない場合に、このネットワークシステムが運用されることになる。このシステムが円滑に機能するためには救急対応と高次の周産期医療を提供できる医療機関の存在と、それらを有効に活用するコーディネーター機能が必要条件となる。前者については京都府南部を視野に入れて京都第一赤十字病院総合周産期母子医療センターとサブセンターである京都府立医大病院が中心となり、パプテスト病院、宇治徳洲会病院、京都市立病院、三菱京都病院などがそれを補完している。また京大病院は特殊な疾患に対して役割を發揮している。後者のコーディネーター機能を果たしているのが京都第一赤十字病院である。

(2) 課題

京都市以外の各市町村と比較してスタッフ、設備、システムいずれの面でも恵まれた状況と言われる京都市内の周産期医療であるが、課題もある。

まず、医療機関における医師の過重労働の問題に代表されるマンパワーの問題がある。京都第一赤十字病院では現在、独立した新生児科の医師と産婦人科にそれぞれ約10人の医師が配属されており常時2人当直体制を組んで対応している。平均して医師の当直回数は1カ月に7～8回にのぼるとのこと、かなりの激務と言える。京都第一赤十字病院以外の中核的医療機関にも共通する課題であろう。また地域の民間中規模病院産科の課題でもあり、地域の開業産科医からの紹介があってもマンパワー（主として非常勤医師に頼らざるを得ない医師体制）の制約のために断らざるを得ない場合がある。小児科医師のいる病院では、病的新生児にもある程度の対応ができる。しかし、小児科体制のない病院ではヒヤッとすることも稀ではない。さらには助産師不足も深刻であり対応が求められる。

2番目は総合周産期母子医療センターの病床数不足の問題がある。現在、周産期集中治療病棟のベッド、重症管理加算が算定出来るベッド共に不十分であり、その上重症管理が終了した後の後方病床数も不足している。09年の5月に増床したがそれでもまだ十分ではない。満床のために周産期の集中管理が必要なケースを断るような事態が生じないための十分な病床の確保が求められる。

3番目は経済性の問題である。周産期集中治療病棟の経営は赤字構造で持ち出しが多い医療である。通常分娩で何とか収支を合わせている状況であり、改善が求められる。

(3) 対応策

産科医師の増員が求められる。この点では優先されるべきは府北部地域であろう。しかし京都市内も、現行の優れた総合周産期医療センターを核としたネットワークシステムが円滑に機能していくためには、産科医師の増員は重要な課題である。また総合周産期センターとそれを支える医療機関への補助、具体的には経営的、人的、また施設拡充のための補助などがあげられる。

(4) 補足—産科医療固有の問題について

産科医師不足の主要な要因の一つに訴訟リスクの問題がある。この問題への対応策として産科医療補償制度が09年の1月から開始された。脳性麻痺の患者のみを対象に20歳になるまで総計3000万円が支払われるものである。分娩にかかわる産科医師に好意的に受け止められており、今後は脳性麻痺に限らず

分娩にかかわる多様な障害に対しても適応の拡大を要望する声強い。

また09年10月からは出産育児一時金の医療機関等への直接支払い制度が施行されることになった。分娩にかかわる費用が確実に支払われるという面で、この制度も好意的に受け止められている。金額の問題や振り込みまでのタイムラグなどの問題に対応しつつ、制度の発展を期待したい。

(尾崎 望)

2. 救急医療提供体制の課題と対応策

(1) 現状について

現在、全国的には救急医療は崩壊の危機に直面していると言われ、また、既に限界と言う声も少なくない。

この要因の1つには、救急医療を求める需要が増えているのに対し、救急医療に携わる医師等の減少で、救急医療の供給が減少していることがある。

患者負担の増加で受診抑制が起き、様々な疾患を抱え、急変のリスクの高い高齢者や、重症患者が重症化してからの受診が増えていると考える。

京都市の2008年の救急事故種別の状況は、疾病などの増悪等の急病が全体の64%を占め、そのうちの64%が65歳以上の高齢者であることから明らかである。

一方、「医療は公的サービスなのだから、利用できるものはしっかり活用しないと損」といった、患者の権利意識の高まりなども、軽症者の救急医療受診の増加をもたらしている面がある。

京都市の救急医療体制は現在、救急告示病院が56医療機関、4区に分け輪番制に参加する医療機関は60医療機関である。

輪番制に参加している医療機関のうち、ICUのある医療機関は6医療機関。CCUのある医療機関は5医療機関である。ただし、行政区のなかではICU、CCUを持つ医療機関が存在しない行政区もある。この状況をみると、輪番制だけでは、急性心筋梗塞や脳卒中などの救急医療体制は十分とは言えない。

また、輪番制そのものも十分機能しているかは疑問である。京都市も、2009年度予算から輪番制に対する補助金の削減を行う等、救急医療提供体制の充実に逆行する政策もとられている。

これらさまざまな問題を解決して初期救急医療（一次救急）体制、二次救急体制、三次救急体制がよどみなく連携し、それぞれの機能が十分に発揮できるように救急医療体制をさらに充実させていかなければ

ればならない。

(2) 課題

1) 一次救急

- ① ビル診や診療所が自宅と異なる場合、かかりつけの患者の急変に対応できないことがある。
- ② 開業医の積極的な一次救急への参加が望まれるが、医師一人が24時間、365日対応は不可能である。
- ③ 一次救急から二次・三次へと安心してすばやく急患を転送できる体制は構築されているか。
- ④ 患者の急病への不安を緩和し、適切に必要なに応じた医療機関への受診を促すシステムが十分でない。

2) 二次救急・三次救急

- ① 一次・二次救急医療体制が十分に機能しないため、軽症者が三次救急を受診するケースが増えてきている。
- ② 二次救急の機能不全で、三次救急へのしわ寄せが大きくなり、満床状態が続くことで三次救急を必要とする患者の受け入れが十分にできなくなる。輪番制への補助金の半減。
- ③ 二次・三次救急を後方から支援する後方支援病院が十分であるか。
- ④ 二次・三次救急に従事する医師や看護職員等の不足で十分な救急患者を受け入れる体制がとれない。
- ⑤ ICU・CCUなどの施設は充実しているが、医師や看護師職員等の不足で十分に機能しているか。
- ⑥ 救急医療において様々な専門性の高い技術（心筋梗塞では心臓カテーテル治療や緊急バイパス手術、脳卒中では早期の血栓溶解療法など）を習得した医師の数が十分であるか。
- ⑦ 救急に携わる医療従事者において、二次救急医療機関では医療行為に対しての訴訟問題などの影響から（専門分野以外の診療など）、医療の萎縮が進み直ぐに高次の医療機関に転送したり、「専門医がない」などの理由で受け入れの拒否などがおきたりする。また患者側も輪番制の病院に搬送する際に大病院を希望することもあり、それを拒否できない現状もある。

3) 消防・救急機関

京都市では救急出動から現場到着までの所要時間は4.2分、病院収容までは23.6分と京都市以外の政令市や全国平均と比較すると迅速な対応ができています。また病院の照会数も交渉回数3回までで、ほぼ9割近い収容病院が決まっており、迅速な収容がで

きていると思われる。これは、京都市において救急隊が搬送先の病院を選定する際、症状にあった最も近い医療機関を消防指令センターで複数の管制官が一括して同時に複数の病院との交渉をするシステムが十分に機能している結果で評価できる。

4) 患者側の意識改革

(3) 対応策

1) 初期救急医療（一次救急）体制

一次救急を充実させ二次・三次救急の負担を軽減させるには開業医の役割が重要だと考える。ビル診や、診療所と自宅とが異なる場合など、かかりつけの患者の急変時に対応できる体制を構築する必要がある。この体制に対して「急変時対応加算（仮）」のような診療報酬による保障が必要と考える。

開業医一人で、24時間、365日の対応は不可能である。かかりつけの患者の急変に対応するために診・診連携の強化が必要であり、これを支えるために各地区医師会の力が必要であり、またこれを新たな事業として行政からの補助金などで財政面を保障する。

高次医療機関への円滑な転送のため、医療機関間や医療機関・消防機関の連携体制を充実させる。

2) 二次・三次救急医療体制

三次救急医療機関へのしわ寄せを解消するために二次救急を充実させ、本当に三次救急を必要とする患者の収容を可能にする必要がある。このためには、医師や看護職員などの十分なマンパワーが必要である。各医療機関の個々の努力だけでは十分な医師や看護職員の充実は図れない。行政も医師や看護職員各医療機関への補充に積極的に関わっていく必要がある。「公的医局」などをつくり必要な人材を派遣するなどの方策をとってはどうか。また、輪番制の見直しと、さらに充実した救急医療体制を構築するために補助金の有効な使用を検討しさらに充実させる。

二次・三次救急を後方から援助する後方支援医療機関の充実をはかり、救急医療機関への円滑な入院、退院を図るとともに後方支援医療機関に対してはその体制を診療報酬で保障する。

救急医療に必要な専門性の高い技術を持つ医師や医療スタッフの養成と、その医療資源を全ての医療機関で共有し、各医療機関の医療レベルの向上をはかり、どの医療機関でも同レベルの医療を患者に提供出来るようにする。このことで、患者の大病院志向から地域完結の医療に変えられるのではと考え

る。

救急医療においても無過失補償制度を早急に確立することが必要である。

3) 消防・救急機関

現在京都市において救急隊が搬送先の病院を選定する際、症状にあった最も近い医療機関を消防指令センターで複数の管制官が一括して同時に複数の病院との交渉をするシステムで比較的迅速に患者の収容が出来ている。ただまだ収容までに時間がかかる事例もあることから、その原因を究明してさらなる改善をはかる。また、医療機関と消防・救急機関との密接な連携をさらに充実させ、スムーズな患者搬送を行えるように機能を向上させる。

4) 患者の意識改革

救急医療の現状を知ってもらい、救急医療の特殊性を十分に理解してもらおうとともに、患者の不安を少しでも取り除き、不必要な救急外来の受診を抑えるためにも、「安心コール(仮)」のような電話での相談窓口などの充実をはかり適切な医療機関への受診を促す必要がある。

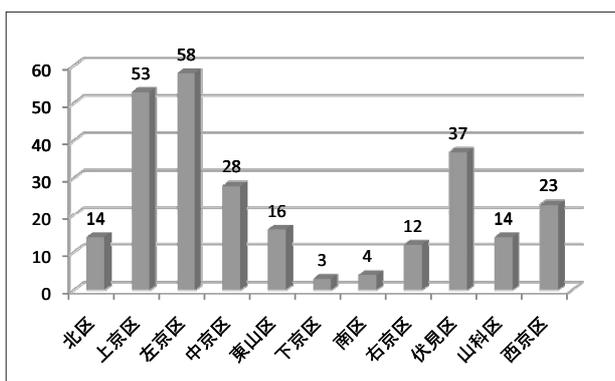
(渡邊賢治)

3. 小児医療提供体制の課題と対応策

(1) 現状

京都市内には医学部を持つ大学が2つあり、京都市内の小児科医のほとんどは、出身大学を問わず、そこで研修、勤務するか、あるいは大学と関連する市内の中核病院に勤務する形をとり、そのまま勤務医として活動を続けるものと、やがて開業していくものとに分かれる。病診連携は小児科医同士の密な人的交流からみて十分に形成されている。小児の疾患の中心をなす急性期疾患での治療成績に中核病院の間に差はなく、開業医から見て信頼に足る医療が提供されている。また、慢性疾患、悪性腫瘍、心疾

グラフ14 京都市内の小児科医数(主たる標榜科)



平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査

患、特定疾患などは2つの大学病院、あるいはその関連する病院があることで、外来、入院とも治療に支障ないように構築されている。開業医から見ると、1つの病院での入院や紹介の受け入れが不可となっても、信頼に足る他の病院が控えていることで紹介先で苦慮することは少ない。

京都市での小児科の標榜医療機関は340余り、開業医を中心とする京都小児科医会の会員は200人、重複して学校医を担当せざるを得ない京都市外の学校医と異なり、1校医1学校が原則となっている。京都市は全国でも充実した小児医療を提供している都市となっている。小児疾患をみても、京都市内で小児科医が連日当直し、救急患者を受け入れている病院が9つある。05年9月より、休日急病診療所は平日の準夜、土曜日は昼～準夜、日曜日祝日は朝～準夜まで小児科医2人で救急担当するようになっている。担当するのは、大学、中核病院の医師及び京都小児科医会の医師である。開業医は朝、夜の診察形態をとっており、平日、昼の急変時は病院、開業医の夜の診察終了後は急病診療所、あるいは病院、深夜は病院が対応し、土曜日、日祝日も時間の切れ目がなく、小児科医による診察が可能となっている。

開業医としては、救急をみる小児科施設があること、急変時、重症例に対応できる病院が控えていることは大きな支えとなるとともに、時間外の救急対応に縛られることが少ないことから、病院小児科と競合することで外来患者数が多く見込めず収益は余り期待できなくとも、京都市内で開業する小児科医が多くなっている。

病院小児科が病診連携に努め、入院患者の獲得に力を入れ、救急対応しているのは、地域医療に対する貢献という面のみではなく、不採算の小児科医療の中で高い収益性があることによる。時間外加算、深夜加算は大きい。急性疾患の頻度が高く、短期間で退院する小児科の入院は、病院全体の入院日数を減らし、病院の入院治療の保険点数の加算に貢献している。小児医療が病院経営に役立つ数少ない分野である。しかし、そのために小児科医の過重労働を強いていることは大きな問題となっている。

(2) 課題

病院小児科医の過重労働は否めず、その負担軽減のために急病診療所を開設したが、現状では深夜帯は病院に依存している。新しい医師会館の建設に伴い急病診療所を併設し、深夜帯まで小児救急の初期対応を担う予定となっている。休日急病診療所で初

期対応、入院が必要となる重症例は病院での治療とする「すみ分け」を図ることは、病院小児科の負担軽減を狙った施策である。すすめていくべき施策ではあるが、小児医療の不採算性の改善を図ることがなければ、京都市内においても病院小児科の縮小が危惧されるところである。

京都市に限らないが、小児の心の専門医は少なく、ことに児童精神科医は少ない。児童福祉センターを例にすると、精神科の診察は、小児科医では診断困難な高機能自閉症が疑われる事例については、市内患者で1年6カ月、市外患者では2～3年待ちとなっている。発達障害、発達遅延、知的障害などは1～2カ月のうちに検査を行い、その後、小児科医の診察の上、療育の方針を決めているが、問題行動や虐待などで緊急度の高い事例では別途対応を迫られており、センターのスタッフの増員は不可欠となっている。また、こどものパニック障害などを初診で緊急に対応できる病院は市内で1カ所のみであり、そのことは十分に広報されていない。

市内の重症心身障害児の入所施設は1カ所のみで常に満杯。知的障害、発達障害の児童が通う施設は、最近増設され20カ所以上となっているが、医療的ケアを必要とする重症心身障害児が通う通園施設がないのは問題である。ボイタ訓練、ボバース訓練が可能な施設は3カ所。大阪府のボバース記念病院や滋賀県の県立小児保健医療センターに行く保護者は少なくない。

周産期医療の発達に伴い、在宅での呼吸管理を必要とする患児も出てきているが、在宅医療を担える小児科医は極めて少なく、保険診療上の手当ても十分に用意されていない。

病院小児科において、病院独自の専門性に余り大きな差がない。新型インフルエンザについても、各病院は重症例の受け入れを表明しているのは良いが、呼吸管理を含めて高度な医療提供体制が京都市全体として計画されているとは考え難い。

(3) 提言

こどもの最も多い訴えの咳嗽や鼻汁などの診療は耳鼻科が担当することが多くなっている。小児医療提供体制のなかに耳鼻科医にも協力を求め連携して充実させていく必要がある。一方、小児科医は急性感染症の治療とともに、育児相談、予防接種、事故防止などの小児保健の分野での活動が望まれており、大学での小児保健を含めた地域医療についての教育がなおざりにされている現状は改めなければな

らない。

最後に、小児医療体制の充実には京都市内の現状で述べたように、中核病院の存在が大きな鍵となっている。医療提供体制が不十分となっている京都府北部、南部においては、診療報酬の加算による小児科医の誘導を図るよりも、病院小児科を整備充実させ、小児医療提供体制の核とすることがより重要であり、そのための施策の充実ことが求められる。

(林 鐘声)

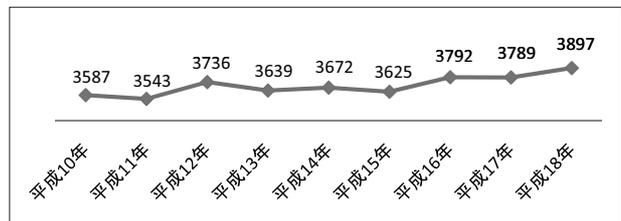
4. がん医療提供体制の課題と対応策

(1) 現状

死亡原因の第1位であり増加が続いている(府内では人口10万対死亡率は全国に比較的高い状況にあり、特に肺がんは増加。55歳～69歳の全死者数の約半数ががんによる死亡となっている)。

2007年4月「がん対策基本法」が施行されており、①がん予防および早期発見の推進、②がん医療の均てん化の促進、③研究の3本柱が方針として決められ、07年6月には同法に基づき「がん対策推進基本計画」が策定されてはいるが、提示されている目標と現状の隔たりは大きい。

グラフ15 京都市のがんによる死亡数推移



平成19年 京都市衛生年報

予防検診活動の現状

予防、早期発見早期治療に関しての自治体検診や企業検診の充実、市民への啓発活動は非常に遅れている。政令市の中で検診受診率は低く、京都市の2008年度受診率は胃がん2.8% (1万816人) 大腸がん4.8% (1万8274人)。自治体によって検診対象の基準がまちまちで単純比較できないが、06年度でみると京都市の受診率は、政令都市の中で胃がんが最下位、大腸がんも下から3番目(2008年12月1日京都新聞)となっている。

セット検診、休日検診などの試みもあるが、国が掲げる08年6月より5年以内に受診率を50%に引き上げる目標達成は厳しい。また精密検査受診率向上も必要で、受診者全体のがん死亡減少(目標では20%減)を目指し、早期発見と共に予防効果を発揮する

には受診者側の理解も高めていく努力が求められる。

がん治療の現状

市内にはがん診療拠点病院が2つあり、医療機関が集中している。これらの医療機関での治療は他地域より受けやすい状況がある。しかし長期的がん治療においては、外来治療、再入院での治療、進行期、ターミナル期にわたり、がん診療拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、標準的がん診療を行う地域の病院等と地域プライマリケア医の連携が求められるが、十分な体制が構築されているとは言い難い。特にターミナル期においてはホスピスカ在宅が選択されるが、ホスピス病床は不足しており、在宅での診療となる場合、全人的対応を伴い緩和ケアから看取りまでを取り組む様々な職種のマンパワーも不足している。特に日祝日の体制をとれる事業所は非常に少なく、在宅支援診療所や訪問看護ステーションなど24時間365日の医療看護を提供できる施設は減少傾向にある。個人の尊厳が守られ安心してがん治療が受けられるようになるには、がん診療拠点病院、地域がん診療拠点病院や標準的がん診療を行う病院とかかりつけ医の有機的な連携と在宅でのがん治療の継続やホスピス機能をサポートする体制が求められている。

がん登録の現状

地域がん登録は居住する全住民に発生したすべてのがんについて、医療機関からの診療情報を基にそれを把握し解析することが理想とされている。しかし医師会を中心に各医療機関の努力がなされているが、京都府における届出数は全がん罹患者数の50%に達しておらず精度は低く、補充調査も行われていない。

(2) 課題と対応

1) 国民病となっているがんの予防活動内容の検討

早期発見・早期治療のため検診内容の充実、検診者数の増加

具体的目標である、がん死20%の減、検診率50%の実現のため

- ・一次予防、啓発活動の推進（HPVワクチン普及等も）
- ・受けやすいがん検診の工夫

2) 居住地域におけるがん治療継続のための検討

- ・緩和ケア、終末期医療、看取りも含め対応できる地域で活動する医師、看護師の増員、高齢一人暮らしや認認介護、老老介護をサポートする

介護・福祉に関わる人の増員

- ・在宅医療をバックアップする病院、ベッドの確保
- ・情報格差をつくらぬ市民への情報提供

3) 地域がん登録による調査研究の充実の基礎である調査票提出件数増を推進

(澤田いづみ)

5. 脳卒中医療提供体制の課題と対応策

はじめに

脳卒中が、日本人の死亡原因の第1位を占めていた時代が長くつづいたが、現在はがん、心臓病に次いで3番目である。しかし、総患者数は増加している。死亡を免れても、後遺症を伴って生活する症例が増え、高齢者の寝たきりの最大原因であり、介護が必要となった原因の26%、介護保険の重度要介護者の4割以上を占め、医療費においても最も高い割合を占めている。

脳卒中の予防、急性期、回復期、維持期の医療を充実させ、発症を防ぐ、後遺症を最小限に止める、再発を防ぐことは、京都府・市が取り組むべき最重要課題である。

(1) 京都市の現状

京都府保健医療計画で決められた、脳卒中急性期、回復期、維持期の医療を担う医療機関については、医療機関名明記のための検討会で「基準」案が決められ、病院、診療所に対して調査が実施され、結果が公表された。

京都市では、北区、左京区以外の全区で急性期治療が実施できる医療機関名が明記され、発症2時間以内に救急搬送できれば血栓溶解療法（t-PA療法）実施が可能な体制となっている。

回復期、維持期を担う医療機関名も公表され、2009年度から脳卒中地域連携診療計画書（地域連携パス）が設定され、急性期、回復期、維持期医療への流れが切れ目なく行われるように医療機関連携体制の構築が進められている。

京都府では、2008年度に初めて脳血管疾患が死因のベスト3から外れ、死亡数は2007年度2,426人から2008年度2,259人へ減少している。（京都市では、2007年度1,338人から2008年度1,240人へ減少）

京都府医師会では、1989年から京都府の委託事業として脳卒中登録事業を開始している。20年の蓄積をもつ全国的に先進的な取り組みで、2007年度報告書では、京都市内脳卒中症例は541件の登録があった

(京都府全体の登録患者数は他府県在住者を除いて1,052件)。京都府における2007年度の脳卒中発症数を、喜多氏らによる予測値*から推測して3,294人とした場合登録率は32%となり登録数の少なさは残念である。逆に、これが脳卒中に対する京都の医師の関心度とみることでもでき、この低さが実態を反映した数値といえるかもしれない。何れにしても京都の医療現場から直接集約された貴重なデータであることは間違いなく、この報告書を参考にして述べる。

発症から医療機関受診までの時間は、t-PA療法の適応となる3時間以内の受診は41.8%で例年と同程度であるが、発症から6時間以降に受診したものの割合は21.2%と年々低下し(2006年度22.6%、2005年度30%)、超急性期治療の重要性が認識されつつあるのではと指摘されている。

死亡率はクモ膜下出血で34.1%、脳出血19.9%、脳梗塞10.2%である。

退院後在宅復帰になった例は、クモ膜下出血で72.7%、脳出血58.5%、脳梗塞69.1%であり、年齢が70歳代までは60%以上が在宅へ戻ることができているが、80歳代以上では在宅復帰率は50%以下となり年齢が上がるにつれて死亡、施設入所、入院継続率は高くなる。

ADLの状況から在宅復帰群の割合を見ると、「介助なし」では91.6%、「一部介助」で63.5%、「寝たり座ったり」で26.9%、「寝たきり」で13.2%となり、ADLの低下とともに家に帰るのは困難な結果となっている。

既往歴との関係では6割近くの高率で高血圧の既往があり、未治療群よりも治療中の率が高かった。脳梗塞に糖尿病の既往率が29.8%で、やはり治療中が多かった。未治療群よりも治療群の方が病状は重く、既往なし群には病態はあっても病気として自覚されずに未受診である可能性も否定できない。

(2) 課題 〈急性期〉

t-PA療法が登場し、できるだけ早く、少なくとも発症後3時間以内に治療を開始できるかが問われている。京都市内であれば、最寄りの超急性期病院まで通報後30分もかからずに救急搬送できる。特に、かかりつけ医が診断し、病院への的確な情報提供を行い連携がとれれば、t-PA療法の実施率は確実に上がる。各地区医師会でも最寄りの病院等が中心になり、迅速な病診連携をめざして勉強会を定期的に開催し、常に新しい情報を共有するための努力を行って

いるが、今のところ個々人の意欲に任せられ医療提供側の認識レベルの差は否定できない。発症時にどの医者に診てもらおうかで治療の成否が左右されるようでは問題である。救命率、後遺障害の残存率等に格段の差が出る治療法が確立されている以上、地域全体の医療レベルを上げて誰もがその治療を受けられる機会を保障しなければならない。個々の医療機関の献身に頼るだけでなく全体を集約するセンター機能を設置してシステムとしての脳卒中医療提供体制を京都市全体で構築する必要がある。脳卒中と疑われた場合には、どこでも、誰でも、何時でも最短時間で超急性期医療機関に救急搬送され、確実に高水準の医療が受けられるように、行政が責任を持って連携システム全体を統括する体制整備を進めてほしい。

これには、医療側の対応とともに、市民一人一人が脳卒中に対する正しい認識を持ち、病気の予防、早期治療、急性期からの段階に準じたりハビリテーション、介護予防、再発予防に取り組むことが重要である。行政主導で脳卒中对策の方針を明らかにし(例えば、t-PA療法の実施率を○%に上げる、そのためには市民向けの啓発ポスターなどを活用)、京都市民全体で目標を共有して実行することである。

京都市内には、京大付属病院、京都府立医大付属病院、京都市立病院と公的病院が3医療機関もあり、いずれもが京都市の医療提供のセンター機能を担って活躍すべき立場にある。3病院の役割を再検討し、その活用を市民に見える形で位置づけて、京都の医療のレベルアップに貢献してほしい。

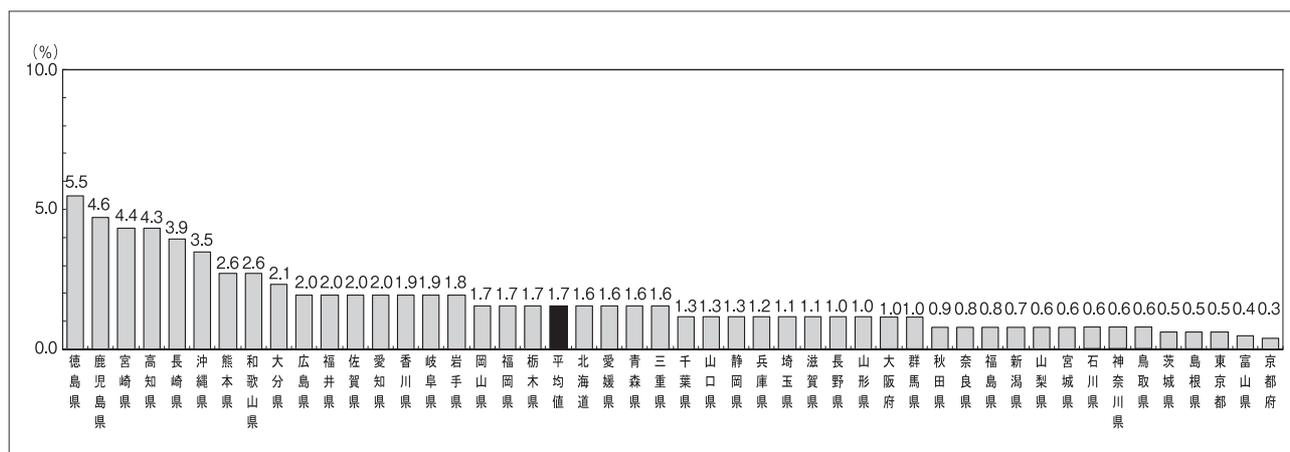
〈回復期〉

ここ数年の間に、京都市内の回復期リハビリテーション病棟の整備状況は改善し、急性期から回復期リハ病棟への待機日数が減り転院の流れは進んでいるようであるが、京都府医師会、京都府リハビリテーションセンターが提唱している地域連携パスに則った順調な連携体制が構築できているとはいえない。

共通パスを活用することで、問題点を共有してお互いに連携・協働することができ、急性期、回復期それぞれの役割が発揮できる。個々の医療機関の間の連携だけに任せるのではなく、京都市における脳卒中治療の実態を把握し、全体の連携の流れを整理・調整するセンター機能が求められる。

また、回復期リハ病棟の質のバラツキが指摘されている。質の向上には、各病院・施設のリハ体制(提供可能なリハ内容、リハ専門医師数、療法士数、実

グラフ16 脳卒中【指標5 脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関割合】
脳血管疾患等リハビリテーション料届出診療所割合(N=47, 平均=1.7, 標準偏差=1.2)



出典：厚生労働省ホームページ

施実績等)を明示し、患者さんの選択を可能にするシステムが必要であろう。リハ専門職の仕事を十分に評価し、より良いリハ提供を実施できる体制を保障することが大事である。

〈維持期リハビリ〉

2005年の脳血管疾患等リハビリテーション料届出診療所割合では、京都は最下位である。

脳卒中は、片麻痺、高次脳機能障害、認知症などの重度の後遺症をおってその後の生活に戻る例も多く、生活期(維持期)におけるリハビリテーションがこれからの高齢社会では大変重要である。2006年から医療保険による維持期リハが認められなくなり、病院での外来リハが受けられない事態が発生している。住んでいる地域で、定期的に気軽にリハを受けられ、発生率の高い脳卒中の再発予防の病状管理もでき、介護の相談もできる医療機関が身近にあることが、安心生活の基本である。開業医のあり方も、市民の願いに応じて変わらなければいけない。京都市も、自治体として、市民の求める医療、介護、福祉のあるべき姿を示してほしい。

不況のなか、京都市民の生活実態はますます厳しさを増し、診療現場で生活困窮の相談に直面する場面が増えている。各区役所等で窓口を開設し、市民の生活相談に気軽に対応できる支援体制を確立してほしい。このことは、地域住民への良質な医療を提供しようと頑張っている医師の仕事を側面から支える大きな力になると考える。

※参考文献：脳卒中有病者数と脳卒中による要介護者数の推定 滋賀医科大学社会医学講座
福祉保健医学部門 喜多義邦

(垣田さち子)

6. 急性心筋梗塞医療提供体制の課題と対応策

(1) 現状

心筋梗塞は突然の発症であり、また発症早期の死亡率が高い疾患であるため、救急搬送と初期治療が重要な課題である。現状を把握し分析するためには、最初期のアクセス状況から、慢性期管理に至るまでの京都市における資料が必要となるが、京都市は現時点で十分な資料を持ち得ていないか、あるいはあったとしても、それへのアクセスが困難である。

入手し得た資料などを見る限り、基本的には救急搬送、初期治療はかなり充足しているように思えるが、なおCCUの数と分布、心臓専門医、心臓外科など、なかんずくそれに至るアクセス時間には問題があると思われる。

(2) 課題

現状で述べたが、京都市内での心筋梗塞に対する医療提供体制を考えるに当たっては、発症最初期の必要機関へのアクセス状況、それを受けての救急搬送体制(救急依頼から受診までの所用時間をはじめ、高規格救急車・救急救命士・救急搬送支援医師体制など)、受診から治療開始までの体制と所要時間、閉塞冠動脈再灌流のための治療適応状況、一般病院から専門病院への移転状況、心臓外科の状況、心臓リハビリテーション、そして慢性期管理などに関する現状の把握と分析が必要である。

更にこれらに関する京都市全体だけではなく、市内中心部と他の地域との格差の状況、市外からの受け入れ状況の把握も課題である。

またこれらの調査は単に数量的な把握だけでな

く、それらを支える現場の医師、医療者の勤務状況を含めた実態の把握も必要である。

その他、心筋梗塞に関する教育（特に発症時緊急受診の必要性）、介護・在宅、再発予防・発病予防への対応状況など。

(3) 対応

課題で述べた情報の把握とその分析に向けた体勢づくり、それらを基本にした医療提供体制構築のための施策と財政の検討。特に心筋梗塞に関する教育（その中でも発症時症状や、緊急受診の必要性）、および救急搬送体制が重要である。

(4) 補足

ここでは筆者が講演会等で得た情報をもとに、若干の補足を行う（公表された論文等に基づくものではない）。

- 1) 京都府下の年間心筋梗塞発症率は人口10万人あたり50人といわれているので、京都市に於ける発症率は京都市人口1465816（09年10月現在）÷10万×50=700人前後と思われる。
- 2) 閉塞冠動脈再灌流までの時間とそれによって救済される心筋とは明らかな相関があり、それは1時間単位でみても急速に低下していく（＝死亡率が上昇する）。
- 3) 心筋梗塞の時間経過は発症から医療機関到着までと、医療機関到着から閉塞冠動脈再灌流のための治療の時間に分けてとらえる必要があるが前者で30分、後者で90分、全体で120分以内が当面の目標といわれている。
- 4) 現実には全体で3-4時間程度のようなものであるが、そのうち後者は目標値に近づいているものの、前者（発症から医療機関到着まで）が全体の時間の1/2を占めているようで、目標との乖離が大きいおそれがある。
- 5) 特に救急搬送によらず、自分で医療機関を受診する場合は、前者に比し、発症から医療機関到着までが大幅に伸びているおそれがある。

（貴重な講演をされた演者の方にお礼申し上げます）

（飯田哲夫）

7. 糖尿病医療提供体制の課題と対応策

(1) 糖尿病診療の現状

従来、糖尿病患者数は国民人口の約1割と言われ

ていたが、2007年の国民健康栄養調査では、糖尿病が強く疑われる人やその予備群の合計は2210万人と言われ、約10年前の1997年と比べ約30%増加している。人口の1割としても、京都市では約15万人の患者がいることになる。糖尿病患者の90%は2型と言われるもので多くは肥満している。患者の多くは各種の検診や外来診療で尿糖陽性や高血糖で発見される。また、糖尿病患者の約23%（アメリカ合衆国のデータより）の約3万人は無症状で糖尿病であることを自覚していないと考えられる。

2型糖尿病の多くは食事療法や運動療法が有効で、当面の血糖値は改善される事が多い。しかし、無自覚の約3万人を含めしっかりとコントロールされていない糖尿病患者が多いという現実がある。京都市のデータを見ても、糖尿病を強く疑われる人の45%しか治療を受けていない。また、政府の行った国民栄養調査でも、高血糖を自覚していない高血糖者（食後3時間以降で110mg/ml以上）が74%を超え、BMIが25以上の肥満者の54.9%が肥満を自覚していない。

その結果、糖尿病のコントロールが不十分となり合併症が増加（毎年3.5~4%を超える増加率）し、日本の糖尿病の医療費が1兆1千億円を超えてしまった。一般診療費に占める糖尿病の割合も4.5%を超えて、合併症を含むと5.9%の1兆9千億円にのぼる。その糖尿病医療費の94%は45歳以上が費やしている（厚生労働省保険局）。

心筋梗塞の発症頻度について、糖尿病患者が非糖尿病患者に比べて約7倍で、心血管疾患発症の相対危険度は約3倍である。さらに、腎症の合併は14%に達し、全透析導入患者に占める糖尿病の割合は糸球体腎炎を超え43%程度に達している。腎疾患に関連する医療費は年間1兆5千億円を超え、国民医療費の約5%に相当する。また、神経障害は糖尿病患者の37%にあり、後天性の視力障害の原因のトップは糖尿病性網膜症（23%）である。

このような十分とは言えない糖尿病コントロールの結果、中年になって合併症を発症し大きな医療費用の負担を生み出している。合併症のある患者と合併症の無い患者を比較すると、透析療法の医療費を除いても、5年後には一人10万円以上の差が出ると言われている。既に現在、糖尿病患者一人当たり約6万円の医療費を使っている。京都市に2型糖尿病患者が14万人おられるとして、84億円の医療費を使っている計算になる。これに合併症により約100億円が加算され、このうえ血液透析の費用や視力障害に

よる費用が加算されることになれば、莫大な費用が費やされると考えられる。合併症を発症してから、治療法や治療薬を削減する努力をするのは賢明な施策とは言えないと考える。

(2) 糖尿病の特質

本事業の他の3疾患は、急性期に設備の整った医療機関で処置や診断をすることが重要で、殆どの場合自覚症状を伴うものである。症状や徴候が軽快または消失するように治療計画を立てるのが基本である。

これに比較し、2型糖尿病は早期には症状が無く、なら治療されずに経過することが多い疾患である。この間、食事療法や運動療法が有効ではあるが、現在の外来診療の状況で十分な指導や教育が行われているとは言い難い。日本糖尿病学会もこの点を考慮し糖尿病療養指導士を養成しているが、十分な効果を上げているとは言いがたい。コントロールが不十分なまま放置され続けると、合併症が出現し、将来に大きな費用負担を課することになる。

特に糖尿病などのように生活状況が大きく関わる疾患は、国民医療費の約3割、死因全体の約6割を占めることを強く意識し、予防対策が立てられなければならない。

(3) 糖尿病を現状のままに放置すると

糖尿病は、初期には無症状で、食事療法も食欲という欲望を制御するもので、よい成果をあげるには患者に大きな努力を強いることになる。運動療法も個々の努力で不断の実行を続けることは大変なことである。その上、受診すると医療費負担も発生し、持続的な医療を継続することが難しい。その結果、全身の血管系が障害され脳梗塞や心筋梗塞を招来し腎不全や網膜症を惹起する。さらに、全身の神経系にも障害をもたらす。

現在の施策として、糖尿病予備群および糖尿病有病者を医療に結びつけ、主治医が中心になって社会全体で合併症を防ぐ努力がなされており、それなりの評価はなされるべきである。しかしながら、現実の医療現場では、予備群を含め糖尿病患者の療養や教育にたいする実効性は乏しい。その結果、合併症が増加し糖尿病医療費が増加し続けている。

(4) 京都市としての対策

上記の解決策として、糖尿病に特化した「総合糖尿病センター」(仮称)の設置を提案したい。現在の

医療体制で既に診療および教育をされている患者に加え、検診事業などで発見された予備群を含む糖尿病患者を、そのセンターに登録してコントロール状況を把握し、必要な薬物療法、食事療法や運動療法を治療・療養プログラムとして提供する。現在の個別化された糖尿病教育や治療では、将来の社会に十分対応出来ないと思われ、今日の医療費の増加が過去のコントロールの不十分さを物語っているとも考えられる。具体的には、個々の医師が自ら診ている患者を1年に1回程度センターに紹介し全身の評価を行い、主治医が中心になって関連職種のご協力の下に、その患者に最も適した療養プログラムを作成し、開業医のコントロールのもとに診療と療養を行う。栄養士や療法士などは必要に応じて、センターの情報に基づいて主治医の指示のもとに協力することになる。関連する社会資源の活用もセンターがアレンジできるように整備する。これで主治医が診ている患者は継続して、同じ主治医に診ていただく事になる。また、14万人の患者をセンターに登録する場合に主治医が協力し、登録された患者データはセンターから主治医に返される事になる。糖尿病予備群や2型の軽症糖尿病はこのシステムが運用されると、それほどの費用と労力を要さず、京都市内の限られた数の糖尿病専門医(日本糖尿病学会認定専門医約47人)でも十分に対応、コントロールできるものである。

京都市で1年間に約200億円の医療費を費やす糖尿病を成人病対策の大きな軸とし、センターを中心に十分なコントロールを得るための施策が重要である。現在実施されている特定健診がその目的を同じくしている。しかし、あまりにも受診率が低く患者指導も十分でないために、患者の医療費を有効に使うという面からも、合併症を最小限に食い止めるという目的からも不十分であると思われる。合併症の減少を目指して、主治医がシステムとして糖尿病医療に従事する事は医療費の面からも医師の業務内容の充実の面からも利するところが大きく、何よりも患者のメリットが大きいと考える。

脳卒中、心筋梗塞、四肢末端壊死、神経症、網膜症、腎不全など全身疾患の最大の原因を生体のシステム障害と捉え、早急にその対策を採る事が望まれる。在来の個々の医師にその責任を負わせても、また病院に入院させても糖尿病というシステムの疾患をコントロールする事は不十分であると思われる。

(5) 最近の糖尿病治療や肥満に対する国民の非難

糖尿病や肥満は環境因子と遺伝因子との悪影響の結果であると言われ、食事療法や運動療法が行われている。しかし、この十数年、いろいろな対策が行われて来たにも関わらずその増加が止められていない。

この回答として、肥満や糖尿病などの代謝病に係る多くの遺伝子が加速度的に特定されてきている。人口の約1割に存在する肥満に関連する遺伝子

などが明らかになってきており、さらには糖尿病や肥満に関する数多くの遺伝子が同定されている。この意味においても、センターに医学医療情報を集約する機能を持たせる事が重要であり、特に患者さん達に適切な治療や教育をするために、その情報を有効に活用する事が重要である事を付記しておきたい。

(垣田敬治)

第3部

京都府提案への反論

医療保険制度を「都道府県単位化」する流れについて

1. 京都府提案の内容

(住民への健康医療政策の更なる充実に向けた検討課題について 2009.1.27)

(1) 都道府県の役割

京都府提案は、医療に関わる都道府県の役割を、次のように整理している。

その役割は「医療費適正化=抑制」路線を前提としている。

- ① 医療・介護に係る健康政策の計画策定及びそのPDCA管理
(医療計画等策定、医療圏設定等)
- ② 住民への情報提供(医療連携の構築に向けた医療機能の調査や結果公表、クリティカルパスの構築、調査・分析、診療報酬政策への関与)
- ③ 保険制度の円滑運営

(2) 役割遂行の阻害要因

京都府提案は、その役割を果たすには「困難」があり、責務が遂行しえないとしている。

- ① 医療計画等の策定・検証に必要なデータの入手が非常に困難
- ② 健康医療政策の実施主体が分散しており、調整が非常に困難
- ③ 国保の構造的課題による保険者機能の発揮不能(総じて高い医療費、保険料負担能力の低い被保険者等)
- ④ 後期高齢者医療広域連合は都道府県の医療行政と直接に連携していない

(3) 問題の解決策としての「提案」

京都府提案は、上記の困難を解決するために3点を提案している。

- ① 現状分析のために、データ(レセプト等)が把握できるようにすべき
- ② 診療報酬の決定、医療機関の指導についての権限を都道府県に委譲すべき
- ③ 国民健康保険を都道府県単位に一元化

(4) 地方分権改革の一環として

京都府は提案について、「地方分権改革推進委員会第1次勧告」(08年5月28日)や、全国知事会が要望する「すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化」等の流れの中でとりまとめたものだと説明している。

地方分権改革の「第1次勧告」は、国保の運営に関し、都道府県の権限と責任の強化、都道府県単位での広域化に言及している。

尚、知事会要望との関係について、整合性のある説明は読み取れない。

2. その背景にあるもの

① 医療制度的側面からの検討

(1) 06年医療制度改革

その直接の背景は、06年医療制度改革がもたらした医療費適正化計画・新たな医療計画等に見られる、「都道府県単位の医療費抑制」システムを前提とした提案である。

都道府県が、医療費適正化の目標達成の中心を担う下で、医療提供体制もそれに資するものへ再編することが求められた。

医療制度改革は、都道府県を医療費抑制主体に変質させる「構造改革」であった。

(2) 根拠のないまま主張されている

「都道府県単位化」

「都道府県単位の一元化」論は、「京都府オリジナル」ではない。

遡れば、「医療保険制度抜本改革」が論じられていた1997年頃から、国は都道府県単位の医療費管理システムの構築へ真剣に動き始めた。

2003年3月28日、02年健康保険法等改正の際、その附則第2条第2項の規定に盛り込まれた方針に基づき、「(医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について)」が閣議決定された。しかし、ここでは保険運営単位として、「安定的な運営ができる規模」を「都道府県」と結論付けるだけの根拠が示されているとは言い難い。

3. その背景にあるもの

②国民健康保険制度の現状からの検討

(1) 制度的・歴史的な構造課題

府提案は市町村国民健康保険の現状について、その保険者(市町村)は「制度的、歴史的に大きな構造的課題があり、十分な保険者機能が発揮しにくくなっている」と断じている。そこで、適正な保険運営の規模として「都道府県」を打ち出している。

国民健康保険加入者の内訳は、全国で55.4%、京都府で55.2%が無職者(2007年)である。全体として、保険料負担能力が低いのは明らかであり、相対的に所得のある層は保険料負担が重くなるのは事実である。

これについては、何らかの構造的な見直しが必要であれば解決しないことは同意できる。

・「制度的」な「構造的課題」

被用者保険に比べてその加入者の保険料負担能力が低く、年齢構成が高いため、総じて医療費が高い。結果、「中間所得者層」の保険料負担が極度に重くなる。

・「歴史的」な「構造的課題」

産業構造の変化と少子高齢化により、医療費が伸び、若年代が減少している。また、それらを受けての保険者規模縮小地域で、少しでも高額な医療費が発生すれば、保険財政逼迫に陥る町村が存在する。

(2) 保険料の高騰と自治体会計の悪化

保険料負担については、府内各地で「保険料が高すぎて払えない」ことが問題になっている。

現制度の下では、保険料の引き下げや高騰抑制の方策は、究極的には2つしかない。

国庫負担を増やす、または、自治体の一般会計からの財政投入を増やすこと、である。

国庫負担は1984年の引き下げ以降、三位一体の改革による都道府県負担の導入等、限りなくそれを減らすための施策が展開されている。

相次ぐ補助金カットによる財政的な厳しさを受け、一般会計からのこれ以上の持ち出しは、市町村として回避したいところである。

京都府の提案は、そのいずれも選択せずに解決する方策を模索している。

4. その背景にあるもの

③新自由主義改革・地方分権改革からの検討

(1) 地方分権改革推進委員会第1次勧告

京都府提案には、地方分権改革推進委員会第1次勧告(08年5月28日)の内容が色濃く反映されている。

(抜粋) 地方分権改革推進委員会第1次勧告 (08年5月28日)

現在の医療制度は、医師不足、医療費の適正化、医療保険制度の財政運営の安定化など多くの課題を抱えており、実際に制度の運営にあたる地方自治体には、医療と関連する介護などの分野も含めて総合的な取組みを進めていくことが求められる。また、国は地方自治体から集められた客観的な情報や意見等をもとに、地方自治体が取組みを進めるための条件整備を行う必要がある。このように各種課題の克服に向けて国と地方が適切な役割分担の下に取組みを進めていく必要がある。

医療サービスについては、地域ごとに特質がある一方、サービスの利用が広域にわたる。このため、都道府県間の連携も含め、都道府県が広域的な行政主体として地域の実情に応じた医療資源の適正な配置、過不足ない医療提供体制の整備、医療費の適正化対策に主体的な役割を担うことができるよう、地域の医療における都道府県の権限と責任の強化をはかるべきである。このため医療計画における基準病床数の算定については、都道府県ごとの基準病床数の上限を実質的に国が決めている方式を改める必要がある。あわせて国民健康保険制度についても、都道府県単位を軸として検討を進める必要がある。

(2) 地方分権改革と言えば良いことか

多くの自治体首長や自治体職員はもちろん、府民の間にも「地方分権といえば無条件に良いこと」「地方分権を進めないのは守旧派」というイメージが定着している。先の総選挙で「二大政党」である民主党と自民党が競って「地方分権」(地方主権)をマニフェストに打ち出したことにより、それは決定的となった。

しかし、これはかつて「構造改革といえば良いこ

と」という誤ったイメージが抱かれていたことと違わない。

「地方分権改革」は、新自由主義改革の延長線上に位置するものである。医療・福祉などの社会保障分野においては、「国の責任を後退」させる。

そして、地方自治体を構造改革の主体にしていくものである。

(3) 地方自治体を構造改革の推進者に

2000年の「地方分権一括法」(地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律)により、地方自治法第1条の2に、国と地方の役割分担が書き込まれた。そこでは、地方自治体が住民の福祉の増進を担い、国は「国際社会における国家としての存立にかかわる事務」等を担うと明確に規定されている。国の役割を可能な限り縮小し、医療施策等、住民生活に密着した施策を、地方自治体に押し付ける方針がここに宣言されている。

これを根拠に、地方自治体を単位とし、「自己決定・自己責任」に基づく「総合行政」を進めることが求められるようになった。そこで、その受け皿を担えない小さな自治体を合併させ、一定規模の自治体をつくる「平成の大合併」が行われた。

「もうこれからは国に頼るな」と言われた地方自治体は自らの生き残りをかけ、徹底した経費削減(行政改革)を進めざるを得ない状況に追い込まれ、自らが「構造改革」を進める主体者になっていった。

(4) 新自由主義改革の展開と道州制論議

地方分権改革の推進者から盛んに語られるのが「道州制」である。

道州制論議は、日本における新自由主義改革である小泉構造改革が、「格差拡大」や「貧困の深まり」が露呈し、福田内閣下でその矛盾が顕在化し、行き詰まりを見せる中で、急浮上してきた。構造改革が本格展開されはじめた2000年代に入り、日本経団連や地方制度調査会が打ち出してきた道州制だが、08年の夏以降、本格化した。

道州制推進論には、2つのねらいが合流している。

ひとつは、前述のように、地方分権改革の基礎的な考え方である、国の役割の縮小と、地方自治体への国民生活にかかわる医療・福祉への財政責任の押しつけ(その抑制実行の強制)を、今後も確実に執行していくための方策である。

地方制度調査会が00年2月28日に出した「道州制のあり方について」では、地方分権一括法で規定し

た国と自治体の役割分担をさらに徹底し、地方への事務移譲の受け皿として、都道府県はもはやふさわしいものではないと断定している。「事務の拡がり等に見合った区域を有する広域自治体」「地方分権改革の担い手」が道州だとされている。

もうひとつのねらいは、日本経団連が強調しているように、これまでのように、国が経済産業省や国土交通省などを通じて、公共投資を実行するのではなく、道州に分けた広域経済圏に企業が直接乗り込み、効率的な投資を行い、利益をあげようとすることである。グローバル経済の下での、日本のグローバル企業のさらなる利益拡大と生き残りをかけた要求が、道州制推進論議には表れている。

(5) 医療制度改革の経過と道州制構想には矛盾点がある

道州制への志向に偏りつつある地方分権改革の流れと、京都府の提案には直接の関連がない。むしろ、道州制推進の高まりを受け、あえて広域行政主体としての都道府県の意義を強調したものと言え、裏返せば、構造改革推進勢力内の矛盾を露呈している。

2009年7月31日に開催された09年度の十三都道府県国保主管課長会議の席上、京都府の担当者は、次のように述べた。「『基礎的自治体と国の二重構造にすべきだ』との意見も現実的に出てきている中、基礎的自治体では担えず、広域行政である都道府県としてできることがあるのではないか。それが医療の分野ではないか」。

5. 京都府提案の問題点

(1) 診療報酬決定権限委譲は国民皆保険の基盤を否定するもの

府の求める権限委譲の「範囲」は不明だが、その提案は「都道府県別の診療報酬」を生むことになる。地域別の診療報酬は、医療経営へ著しい影響を与えるだけでなく、国民皆保険制度の破壊につながる。

1963年に診療報酬地域差は撤廃された。診療報酬の地域差は44年に全国を甲地・乙地・丙地の3つに分けたことが起点である。当時の医療者は「国民皆保険の下で、医療の機会均等を図るためには、診療報酬の地域差のような医療機関の都市集中を助長するような要因は排除すべき」と主張し、撤廃させた。

以来、同一の診療行為については全国一律に同一の診療報酬が支払われることになった。診療報酬は保険証1枚で受けられる医療給付の範囲・内容を定

めたものであり、すべての国民が等しく医療を受ける権利が保障されるためのナショナルミニマムを構成するもの。だからこそ、「一物二価」は容認できない。

この歴史の教訓に学べば、都道府県への診療報酬決定権限委譲に伴う、「地域別診療報酬」の発生を是とすることはできない。

全国一律の診療報酬体系は、国民皆保険制度の「いつでも、どこでも、誰でも」を支えている重要な柱である。

また、一括りで提案されている「指導権限委譲」は診療報酬とセットで権限を持つことが医療制度運営において欠かせないと観点から打ち出されている。結果として、現在の近畿厚生局と地域の二重の強力な指導・監査体制が持ち込まれることを危惧する。

(2) 財務省「医師偏在論」との共通点に府提案の本当の意味が隠されている

京都府は、国保一元化提案を受け、その具体的な検討のため、「あんしん医療制度研究会」を立ち上げた。研究会ではレセプトデータを活用した調査分析結果が示され、その結果から、京都府提案を確固たるものにする意図が明らかだった。

「診療報酬の決定権限委譲」についても、この研究会を通じ、北部地域の医師不足問題の解決策として示されることになることも意図されたと考える。

京都府提案本文には、次の文言がある。「都道府県は診療報酬決定権限がなく、病床規制だけでは、医療政策の実行上限界があるため、診療報酬決定権限の一部と保険医療機関指導権限の権限委譲が必要と考えている」。ここからは、都道府県が診療報酬決定権限を持つことにより、診療報酬による財政誘導で、医師不足問題に対応出来るようにしたいとの意図が伺える。

「医師偏在」を診療報酬で解決しようという考え方は、府の提案だけに見られるものではない。4月21日に財務省の打ち出した都道府県単位の「医師偏在」の解決策でも、診療報酬配分を「全国一律」から転換していくこと、また、ドイツの医療制度改革の例を示し、医師数の地域別の規制を導入する方向性で解決しようという考え方が、示された。

どの地域にどのような医療機関が必要であるかを、レセプトデータや行政統計を用いて分析し、もともと医療費抑制のための都道府県の医療提供体制への関与ツールである「医療計画」で、府内の医療

提供体制の在り方を構想し、診療報酬を操作し、増減点し、その実現を目指すそれが出来る医療保険再編を求める。これが、京都府提案の本来意図したところであり、いわば「剥いた姿」であろう。

もちろん、医師・医療機関の不足する地域において、医療活動に従事する医療者に対し、より手厚い財政支援を行うこと自体は間違った考え方ではない。問題は、その財源を診療報酬に求めることにある。これは、医療費総額を増やさずに医師不足を「解決」しようという考え方に汲みすぎるからこそ発想される提案である。

保険財政の枠内で、また保険者の責任で、医師不足を解決せねばならない理由は、どこにもない。むしろ、これは税財源によって行われるべき施策であると考えられる。

(3) 国民健康保険の課題は府提案による都道府県単位の「一元化」では解決しない

後期高齢者医療制度の「保険者」は、都道府県内全市町村の加入する「広域連合」であり、都道府県単位の医療保険制度「一元化」の先駆けと言える。後期高齢者医療制度において、保険者を広域的な行政体としたことにより懸念されること、あるいは既に起こってしまっている問題は、今回の府提案を検討する際、重要な参考となる。

1) 住民から遠い保険者による「統一的対応」は医療行政にふさわしくない

第一に、住民生活と密接な関係のある業務の執行機関が、「広域化」することによって生じる懸念についてである。

後期高齢者医療制度では、広域連合加盟の市町村に、当然ながら原則として、統一的対応が求められることになる。

そうすると、市町村を単位とした国民健康保険では、独自の負担軽減施策が行われているのに対し、広域連合の運営する後期高齢者医療制度では、市町村別に見れば被保険者の所得や年齢構成等、あるいは、地域経済の状況等、行政を進める上で当然勘案されなければならない「独自事情」があっても、結局は一致する部分で妥協的に物事を判断せざるを得ない。これは、平成の大合併の際、旧市町村では熱心に独自の福祉的施策を進めていたのに、合併と同時に最も水準の低い施策に合わせるようになったことにも示されている。

例えば、資格証交付について、市町村国民健康保険の場合、資格証明書は京都府内で7市町が交付し

ているに過ぎず、残る19市町村は交付していない。広域連合では資格証明書交付の可否を判断する基準は統一的に設定されているため、そういった判断は、理屈の上では行えないことになる。

地方自治体は広域化するほど、住民から遠い存在になる。住民の生活実態から乖離しないという保証を仕組みとして取り込むことは、果たして可能であるか疑問である。

2) 保険料不均一賦課特例を設けたこと自体に「広域化」の矛盾が表れている

後期高齢者医療制度施行にあたっての経過措置に「医療費の地域格差による特例」がある。これは、制度発足直前の2003年度から2005年度までの1人あたり老人医療給付費が広域連合内のそれに対して、20%以上低く乖離している市町村を対象に、保険料を抑制するための施策であり、激変緩和措置として6年間の時限付きで設けられた。

京都府では、綾部市、宮津市、京丹後市、南山城村、京丹波町、伊根町、与謝野町で適用されている。伊根町や与謝野町の府平均との乖離は約35%。これは同町民が健康で医療を必要としていないということではない。医師不足や、医療機関へのアクセス困難がその背景にあることは予想に難くない。

保険料だけに焦点を当てて見るならば、広域化のもたらす最大の矛盾はここにある。

地域医療提供体制自体の「平準化」なしに、保険料を平準化すれば、必ずこういった問題が起こる。ただ単に、保険者規模を拡大しただけでは、何の解決にもならない。京都府の提案は、それをよく理解しているからこそ、診療報酬決定権限委譲により、「医師不足地域への重点的な配置」を打ち出している。

3) 国民健康保険の「構造問題」解決には財政構造の改革が必要

国民皆保険制度の達成に向けて創設されたという歴史的事実から考えて、国保加入者に無職者・低所得者が多いのは当然である。

これはまさに、社会・経済情勢を反映するものなのであって、保険者が市町村であるから起こっている問題ではない。現在、保険財政規模の小さな町村の負担を抑えるため、保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業が実施され、市町村国保からの拠出金や、国・都道府県の財政支援を財源に、高額な医療費を対象に交付金を交付するなどの施策がなされ、「保険料の平準化」や財政負担の均衡が図られている。そういう点では、市町村国保の財政は既にか

なり都道府県単位化されている。

国民健康保険財政が厳しいこと、保険料の高騰が抑えられないことは、保険制度自体の構造問題であり、保険者規模の問題ではない。

国保や後期高齢者医療制度の最大の構造的問題は、給付と負担がリンクするため、結果として給付抑制の方向に走らざるを得ない「財政自己完結型」の仕組みである。

この構造は、どれだけ保険者の規模を変えてみても、運営を広域化しても解決しない。

4) 皆保険の根幹である国保を、国が守ろうとしない姿勢を問わないのか?

国民健康保険をめぐる問題の根本には、国民健康保険制度の国庫負担削減に見られるように、これまで国の進めてきた政策がある。それどころか国は、保険料収納率に応じ財政ペナルティを市町村に課すなど、市町村の制度であると言いながら、財政的な優位性を活用した支配を行っている。こうした国の姿勢をまったく批判せずに、京都府の提案が組み立てられていることは疑問である。

これまで、全国知事会や全国市町村会が要求してきたとおり、本来国保をはじめ、医療保障の制度は国の責任において行われるべきである。

5) 構造改革の具現化としての医療改革を推進する府提案

「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針」を当時の与党が公表した1997年は、橋本内閣による「6大改革」の最中であった。これは、我が国における最初の新自由主義改革の試みであった。

橋本首相が自ら議長となった「行政改革会議」は、同年12月、中央省庁の大規模な再編成、地方分権、公務員数の大幅削減の方針を決定した。

橋本首相自身はその後、98年の参院選挙で大敗を喫し退いたが、構造改革路線は脈々と受け継がれ、後の小泉構造改革へと結実した。

橋本6大改革のうち、社会保障構造改革は特に重点がおかれ、具体的に進行した分野だった。社会福祉分野での措置制度廃止や介護保険制度創設は、この時期に進められた。

医療制度改革は橋本構造改革の一環として企図され、小泉構造改革の一環として実行された。「小さな政府」を志向する構造改革は、社会保障への国の公的責任を後退させた。結果、その財政責任を押し付けられ、構造改革主体化した地方は、さらに給付抑制を進めている。この流れは、格差・貧困の拡大と

いう構造改革のもたらした惨状を無視して、今日も脈々と続いている。京都府の提案は、構造改革に抵抗し、府民の医療保障を守る立場ではなされておらず、むしろ、構造改革をさらに推進する立場での内容となっている。

地方自治体の本来の責務は、構造改革を推進することではない。

6. 反論のまとめ

新しい政権の下、後期高齢者医療制度の廃止は確実で、新たな医療保険制度の議論が活発になっていくと考える。新自由主義的な「地方分権改革」を前提にすれば、都道府県単位化される医療保険制度は、その保険者の機能強化により、給付抑制の仕組みをいかに埋め込むか、課題となる。国民健康保険と被用者保険の統合、医療保険制度の都道府県単位の一元的運用の流れは、今後ますます強まっていく。

その下で、財務省の医師偏在論やその打開策としての「診療報酬の配分見直し」論、あるいは地域単位の保険医定数管理と診療報酬の連動制が重要な意味を持ち、結果、京都府提案が、さらに脚光を浴びる情勢が進む可能性もある。

だからこそ、私たちは指摘せざるを得ない。

京都府提案の最大の誤りは、医療提供体制と医療保険制度の課題を一体的に解決するために、診療報酬の問題を持ち出したことである。これが、結果として、国の医療保障責任を免罪する最大の仕掛けになっている。

まずは、この権限委譲の要求自体をもうやめるべきだ。

その上で、全国知事会や全国市長会が長年要望してきた、全国1本の医療保険制度と、今回の府提案の関係を明確にするべきである。協会は、将来、医療保険は国として一本化され、その運営は、住民に最も身近な基礎自治体が行うべきと考えている。府が述べているとおり、市町村が担う医療保険制度は、限界にきている。

府として、最終的には全国知事会の要望にあるとおりの構想を持つのだとすれば、「都道府県単位」から「全国単位」へ向かう行程を示し、そこで国や都道府県の責任と役割を示すべきだ。

医師不足の解決や保険財政の厳しさの解決策を、「保険者機能拡大」や「保険者規模拡大」、また、「保険者努力」や「受益者負担」といった論理に矮小化してはならない。医療提供体制の拡充や再建は、保険者の努力で行うことではなく、国と地方自治体の責任で行うべきだ。高騰する保険料問題の解決には、最初から「払えない保険料」が設定されない仕組みを提案すべきだ。

国の責任で医療保障はなされるべきだという原点に立ち返り、国保財政を厳しい状況に追い込んできた構造改革路線や低医療費政策の転換こそが必要である。

京都府はそのことを声高に叫ぶ責任がある。

おわりに

京都府の行った「過疎地域をはじめとした農村集落实態調査」(2007年)を読むと、「過疎地域をはじめとする高齢化の進んだ農村集落」として、調査対象となった141集落のうち、103集落は、丹後・中丹に分布していた。世帯状況を見ると、20世帯以下の集落が80集落あり、半数以上を占めているという。

調査項目別の集計では、たとえば下水道の整備状況が丹後地域で回答のあった23集落のうち、22集落が「整備されていない」と答えている。近隣のスーパー等小売店までの平均距離が丹後では5.7km、中丹で4.4km、診療所も含めた医療施設までの平均距離は丹後で5.4km、中丹で4.3km、南丹では6.9km。耕作放棄地、遊休農地がある集落は、丹後では22集落中19、中丹では30集落中16、南丹では30集落中10、京都市・山城地域でも19集落中12。特産品の開発や加工・販売を実施する集落は、丹後で23集落中6、中丹で77集落中7というデータもある。

この調査の対象となった集落は、特に高齢化が進んだ地域ということであるが、今回の提言作成の過程で訪問した北部地域、南部地域の風景を思い浮かべながら、こうしたデータをあらためて読むと、「医療提供体制の問題だけを論じていても、医療問題は解決しない」という思いにとられる。

医師をはじめとした医療資源の不足地域は、総じて、人口の減少、高齢化、若い人たちが町を出て行ってしまうといった問題に悩み、地域経済が疲弊している。

若い人たちが、生まれ育った故郷に対して、そこで暮らし続けることに希望が持てないのだとしたら…と考えると胸が詰まる。

このように、地域を破壊したのは誰か。医療機関自体が存在することすら難しいほどの状況を作り出したのは、少なくとも、そこで暮らす人々に何か非があるわけではない。戦後、日本は世界が驚くほどの経済発展を遂げたが、その一方で、いわゆる「地方」は衰退を余儀なくされてきた。そこへとどめを刺したのが、小泉構造改革だった。

構造改革路線との決別なしに、地域の再生はなく、地域の再生をはかることなしに、真の意味で「医療崩壊」を解決することはできない。

しかし、地域には現に人が暮らしている。どの地域にも人が暮らしている以上、医療は必要なものだ。生命と健康を左右する課題であるがゆえに、常に緊急な対策が求められる。

京都府には、地域で努力する医療者の思いに応え、それを支えること。その実態を把握し、問題解決に向け、医療者と話し合い、その方策を考えることが出来る存在であってほしい。

京都府には、市町村の悲鳴や、医療者・住民の声に耳を傾け、国を動かすことのこと出来る存在であってほしい。

執筆者

京都府保険医協会
医療制度検討委員会

飯田 哲夫
尾崎 望
垣田 敬治
垣田さち子
澤田いづみ
林 鐘声
渡邊 賢治

京都府提案への反論と 地域医療提供体制への提言

2010年2月22日
京都府保険医協会

