

救急 医学

THE JAPANESE JOURNAL OF
ACUTE MEDICINE

12

Vol.41 No.13
2017
DECEMBER

特集

- I 救急医療を巡る現状と改革
- II 救急医の活躍の場と可能性

連載

救急医四方山話

私の心に残る1例

このセンター、その地域

地域医療構想・第7次医療計画と救急医療

地方民間病院の視点から

The vision for the regional medical system : The seventh regional health plan and emergency medicine

金田 道弘*

Michihiro Kaneda

POINT

- ☑ わが国では、史上類をみない人口減少・超高齢社会化が進行しており、最大の脅威である。
- ☑ 田舎の病院は、時代の最前線に立つ先駆者である。
- ☑ 持続可能な医療提供体制への再編・再構築のためには、「競争から協調へ」が欠かせない。
- ☑ リーダー同士の情報・危機感・覚悟の共有、点から面の視点への転換が鍵となる。

KEY WORDS

人口減少・超高齢社会、最大の脅威、地方は時代の最前線、競争から協調へ、リーダーの覚悟

はじめに

わが国では史上類をみない人口減少・超高齢社会が進行している。その最前線である田舎の民間病院の理事長職31年目の現場目線から、国の政策の方向性を考えるとともに、岡山県真庭市における取り組みを紹介したい。

救急医療との出会い

1. 日本初の救急医学講座

わが国の医学部に最初の救急医学講座が開講したのは、1977年1月、筆者の母校である川崎医科大学であった。救急医学講座の初代教授・小濱啓次先生の熱血講義で何度もスクリーンに映し出されたのは、西ドイツ全土の地図とそのなかに多数の円が描かれたもので、今でも脳裏に焼きついている。その円の中心の点はド

クターヘリの拠点を示し、円の半径50kmはドクターヘリの運航範囲を示していた。西ドイツでは高速道路での交通事故で救急搬送依頼があると、ドクターヘリが高速道路上に直接降り立ち外傷患者をヘリ搬送すると聞いて、目を丸くしたものである。救急医学教室は、学生の憧れの教室であった。

2. ICRC カンボジア難民救援医療班

姫路赤十字病院外科に勤務していた1984年に、赤十字国際委員会（ICRC、本部：ジュネーブ）派遣・第12次カンボジア難民救援医療班日本班長として、タイ・カンボジア国境のタイ国内にあるカオイダン難民キャンプに3か月間志願し派遣された（図1）。キャンプに約4万人いたカンボジア難民の救援が主目的であったが、国境から6kmしか離れておらず、実際はカンボジア内戦で負傷した兵隊も多数運び込まれた。全手術件数は3か月間で1,800

* 緑社会金田病院理事長



図1 ICRC 第12次カンボジア難民救援医療班、ベルギー人スタッフとともに

件、1日平均18件に達した。1日おきの当直を3週間連続して行った後に1週間の休暇というサイクルを、3カ月繰り返した。最初の1カ月で体重が10kg減った。

難民の患者でもっとも多かったのは膿瘍で、カンボジア国内の紛争地帯から国境を越えての救急搬送でもっとも多かったのは地雷による下肢の外傷や銃創であった。下肢の切断が3カ月間で30件あり、筆者が20件執刀した。なかには地雷で砕けた自分の足の骨が身体中に刺さった人や、頭部、胸部、腹部、四肢を弾丸が貫通した人もいた。大きな衝突のあった6月のある日には、1日55名以上の新規入院と45件以上の手術があり、手術は午前7時から深夜3時まででに及んだ。国境地域の最終病院であり、救急車を断ることは100%できない状況であった。

病院といっても実にお粗末なもので、屋根はトタン、壁は竹を編んだもの、床はコンクリート、ベッドはベニヤ板に毛布を巻いただけ。病室は体育館のような感じで、手術室の中でもハエが飛んでいた。外傷処置後数日して包帯を開けてみるとウジが湧いていることもあった。可能な検査は単純X線と血算だけであった。難民救援医療の原則は、周辺地域の医療レベルに合わせることであった。

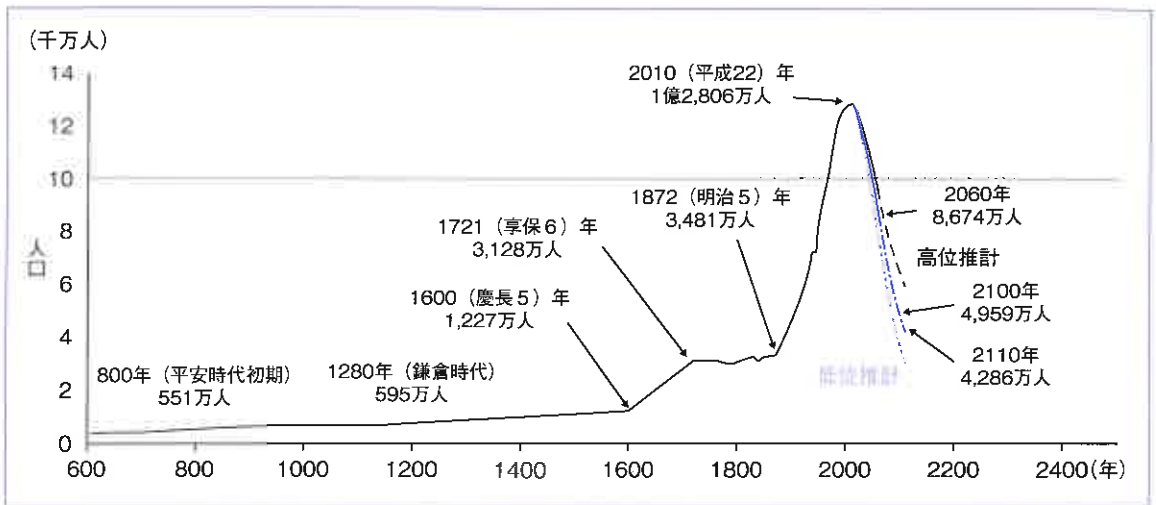
紛争地帯から国境を越えての救急車による搬

送は、1台に4名まで可能であった。搬送されると言葉が通じないため、まず額や前胸部に太いマジックペンで3桁の数字を大きく表記し、もっとも年長のベルギー人外科医がトリアージを行った。地雷による下肢の損傷のように、重症で緊急手術を要する患者はX線後直ちに手術室へ運ばれた。一方、頭部に銃撃を受け瀕死の人や、逆に軽傷者は病室へ運ばれた。腕を弾丸が貫通した人は創のデブリドマンと洗浄だけ行い、2~3日後に遅延一次縫合を行った。

もっとも苦労したのは夜間の帝王切開であった。すぐ向かいに国境なき医師団(MSF)の助産施設があったが、フランス人の助産師だけで産婦人科医師はおらず、ICRCの外科医が帝王切開手術も担当していた。当直は、外科医1名、麻酔科医1名、看護師2名で行った。国境沿いに約20km離れた宿舎から応援の医師が夜間駆けつけることは、安全上不可能であった。誰も他の外科医がいない夜間に手術を1人で行い、麻酔科医はイギリス人、外回りの看護師はフランス人という具合であった。日本で事前に産婦人科の帝王切開手術の第2助手に入れていただき勉強していたが、執刀することはもちろんなかった。深夜に外国人に囲まれ、英語で指示を出しながら、難民の助手を相手に日本人外科医が1人で生まれて初めて執刀した帝王切開のことは忘れることができない。結局3カ月間に筆者が執刀した夜間の帝王切開が4件あったが、おかげさまで8名の母児ともに元気に回復し、国際問題になることはなかった。

わが国最大の脅威

人口減少・超高齢社会の到来は、歴史上かつて誰も経験したことのないわが国最大の脅威である(図2)¹⁾。わが国の総人口は2008年をピークに減少に転じ、すでに首都圏、沖縄県、愛知県、福岡県以外のすべての道府県で減少している²⁾。40年後には9,000万人を下回り、100年も経たぬうちに5,000万人ほどに減るとされ



(文献1)より引用・改変)

図2 日本人口の歴史的推移

る。これだけ急激に人口が減るのは世界史に類例がなく、「静かなる有事」といわれている。2025年には東京都でさえピークを迎え、人口減少に転じるとされる³⁾。

人口減少・超高齢化の波は、田舎→地方都市→大都市の順に襲い、田舎の医療機関は時代変化の最前線に位置している。当院のある岡山県真庭市の人口は1960年には約7万6,000人であったが、現在約4万7,000人、2040年には約3万2,000人まで減少するとされる。医師不足→看護師不足→人間不足が病院経営の現実の脅威になってきた。近くの病院同士が死力を振り絞って消耗戦を戦う状況ではもはやない。危機感を共有し、地域医療と病院の将来を一緒に真剣に考えなければならない。

筆者ら田舎の病院は、被害者であり犠牲者なのか、それとも時代の最前線に立つ先駆者なのか。経営管理責任者の覚悟が問われている。

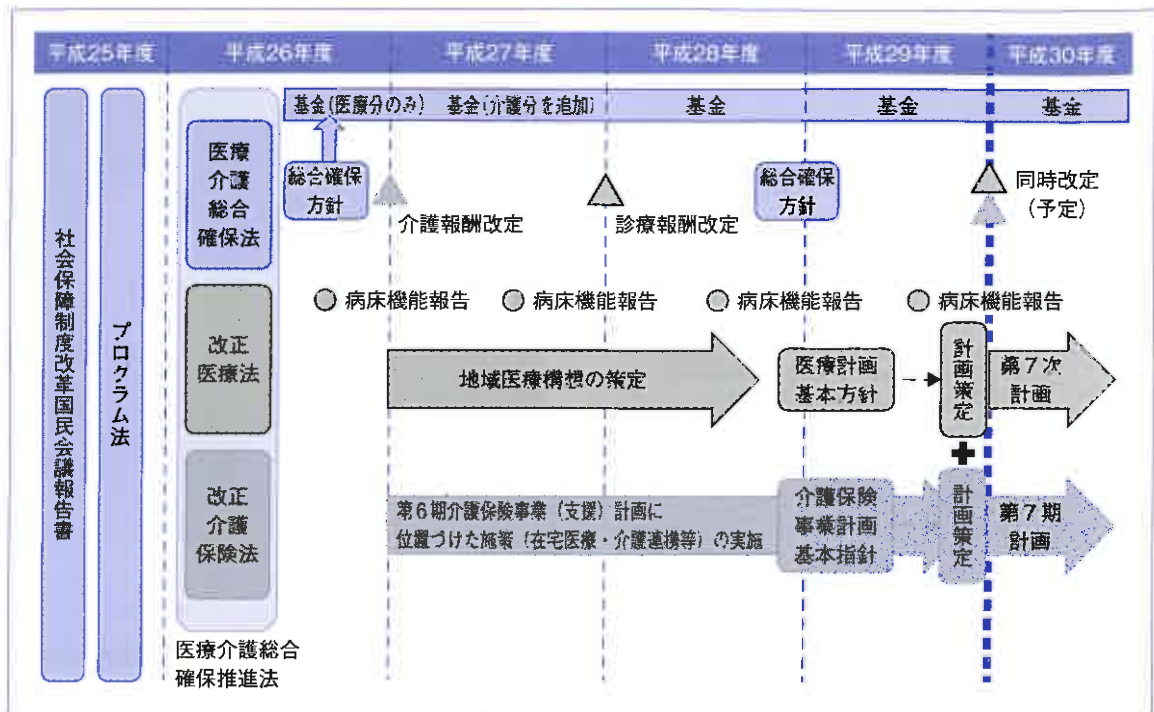
社会保障制度改革国民会議報告書、地域医療構想、第7次医療計画

2013年8月の「社会保障制度改革国民会議報告書」⁴⁾は、日本の医療の一番の問題は医療ニーズと医療提供体制のミスマッチであり、病

院同士の競争を避け地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であるとした。その手法として、都道府県に対し病床機能の報告制度と地域医療ビジョン（構想）の策定を求めた。

2014年6月に「医療介護総合確保推進法」が成立し、そのなかで医療法の一部が改正された。これにより病床機能報告制度が導入され、各医療機関はその病棟が高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能のうちいずれの機能を担うかについて、知事に報告することになった。都道府県では、この報告やレセプトデータなどを活用して地域医療構想を策定し、医療計画のなかに位置づけてきた。同構想では、現状での病気ごとの受療率や地域の人口構造の変化をふまえて、構想区域（概ね二次医療圏）ごとに2025年の医療需要を予測し、4機能ごとの必要病床数を示した。同時に、地域医療構想では、各二次医療圏における救急搬送時間（消防庁データ）を可視化ツールで示すとともに、救命救急入院の地域自己完結率を示した。

現在、各都道府県では、地域医療構想をふまえて新たな医療計画（第7次医療計画）を策定



(文献5)より引用・改変)

図3 医療と介護の一体改革に係る主な取り組みのイメージ

する作業が行われている。この計画は全国一斉に2018年度から開始し、2023年度までの6年間の計画であり、救急医療を含め目指すべき各地域の医療提供体制とこれを実現するための施策が盛り込まれることが期待されている。なお、今までは医療計画の期間は5年間であったが今回から6年間になり、介護保険事業計画に合わせて3年ごとに見直されることになった(図3)⁵⁾。

時代が求めるのは、将来につながる持続可能性であり、連携して効率的かつ効果的に医療・介護が提供できる仕組み、すなわち「循環型地域連携システム」作りである⁶⁾。地域内で競争するのではなく、機能分化・役割分担し協働して、地域医療の責任を持続的に果たしていける仕組みを、構想区域ごとに組織された地域医療構想調整会議で、国から提供される現在と将来のデータをもとに私たち自身が協議していくことである。病院経営から進化した、地域医療経営の視点が求められる。

岡山県真庭市における「競争から協調へ」

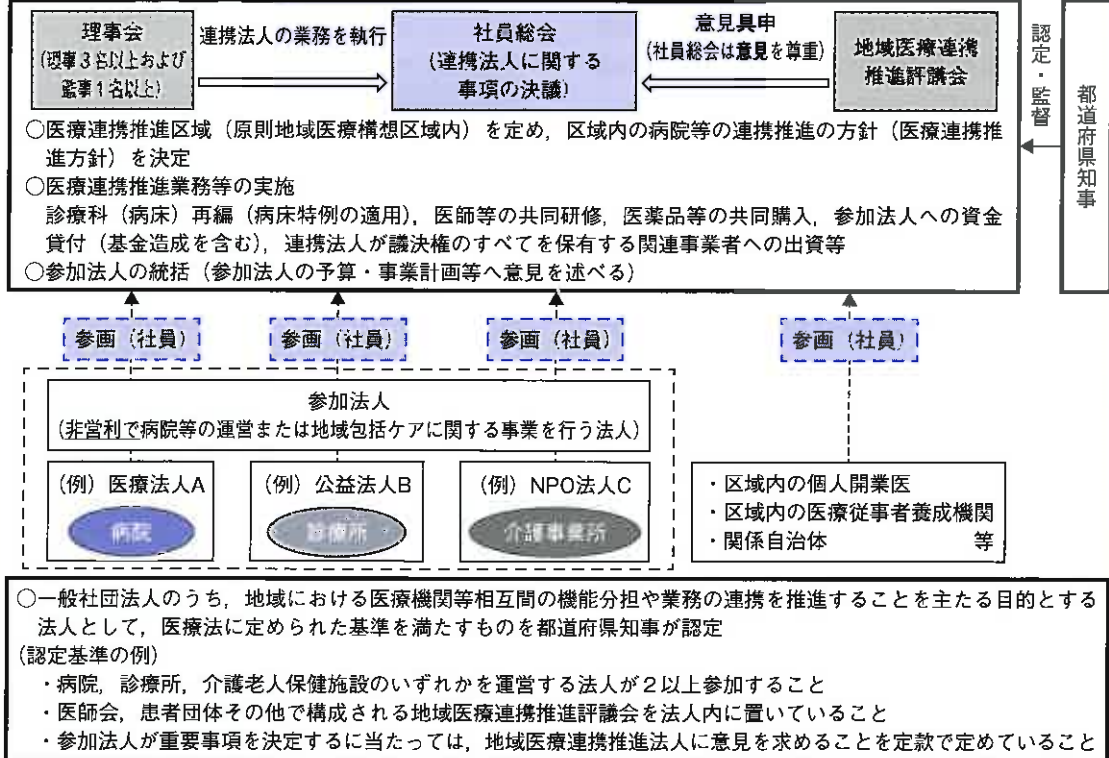
岡山県真庭市にある落合病院と当院・金田病院は旭川を挟んで直線距離わずか400mの至近に位置し、1951年の金田病院の開業以来50年間にわたり切磋琢磨するライバル関係で、住民は「川中島の戦い」と揶揄した。

金田病院はかつて最大278床であったが、1977年以降5回にわたり約4割のダウンサイジングを行い、現在は172床になった。グループ施設は作らずに、他施設と連携する方針とした。落合病院は最大200床であったが、2004年以降2回のダウンサイジングを行い173床になるとともに、複数の施設を設けた。しかし地域医療構想では、2025年に真庭医療圏でさらに209床が過剰とされている。

その後2002年に転機が訪れ、落合3病院長会として旧落合町内の落合病院、河本病院、金

- ・医療機関相互間の機能分担および業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



(文献8)より引用・改変)

図4 地域医療連携推進法人制度の概要

田病院の民間3病院で毎月意見交換を行うようになった。ところが、2009年に当院から20kmにあった津山第一病院が倒産 (民事再生) し、2011年にはメンバーの一つで当院からわずか2kmにあった河本病院が倒産 (破産) した。2012年以降は、当初の落合3病院長会から真庭3病院会に改組し、真庭市国民健康保険湯原温泉病院長を迎え、通算で165回毎月開催している。

また、2010年以降は落合病院・金田病院連携推進協議会を作り、両法人の経営幹部が毎月 (初期は隔月) 交互の病院で意見交換を55回開催している。2015年には落合病院・金田病院

連携協力推進協定を締結した。

地域医療連携推進法人の検討⁷⁾

もっとも効率的で効果的な連携は合併だといわれるが、生き立ちも組織文化も人事・給与体系もまったく異なり、加えて借入金がある民間病院同士の合併はきわめて困難である。一方、前述したような連携だけでは実効性のある真の効率化には至らないことも学んだ。これらの経験から連携以上合併未満の自由度の高い地域医療連携推進法人のような仕組みを待ち望んでいた (図4)⁸⁾。

地域医療連携推進法人の意義としては、①医療機関の機能分化・連携・効率化が進む、②医療の質と医療提供体制の質がともに向上する、③独立性・主体性を維持しつつ病院経営の持続可能性が高まる、④地域医療構想の実現に資する、⑤地域包括ケアの核となり得る、⑥地域内病床数・地域内医療費が適正化する、などが考えられ、画期的な仕組みではないかと評価した。

2016年3月23日、筆者は産業競争力会議から招聘され、内閣府で開催された産業競争力会議第35回実行実現点検会合（非公開）において、落合病院・金田病院連携推進協議会の経緯についてプレゼンテーションの機会を得た。参加した4名の産業競争力会議の民間議員を代表して経済同友会代表幹事・小林喜光氏は、冒頭の挨拶で、医療・介護分野の成長戦略の進化に向けて具体的に検討を進める論点の一つに「地域医療連携推進法人」制度をあげ、同制度の施行に向けた政省令などの整備にあたっては、自由度が高く使い勝手のよい制度となるよう設計を進めることを厚生労働省に求めた。小林民間議員のお話を伺い、社会経済があって医療があるということを再認識するとともに、地域医療連携推進法人が終着駅ではないかもしれないとの印象をもった。将来の合併に向けての経過点ではないかと。

さて、実際に同制度が施行された2017年4月現在、全国で4カ所の一般社団法人地域医療連携推進法人が設立された。しかしながら、落合病院・金田病院連携推進協議会はいまだに地域医療連携推進法人に名乗りをあげてはいない。その理由は、①両法人にはそれぞれ重要な課題が現在あり、懸命に各々が取り組んでいる状況にあること、②落合病院・金田病院連携推進協議会を毎月開催することで情報の共有と危機感の共有は着実に進んでおり、地域医療連携推進法人を作るメリットと、さまざまな負担や制限が発生することなどを勘案し協議した結果であること、③落合病院・金田病院連携推進協

議会は、地域医療連携推進法人制度ができるはるか以前より開催しており、同法人を作ることを目的に協議会ができたわけではないこと、などである。いずれにしても、「病院大連携時代」⁹⁾といわれ、連携なくして地域包括ケアシステムも病院も存在できないのは間違いない。情報と危機感と覚悟の共有は、いっそう進めていく必要がある。

なお、同協議会には指南役として、厚生労働省で30年間勤務されていた岡山大学医学部医療政策・医療経済学の浜田淳教授が毎回ボランティアで参加してくださるからこそ、今まで継続できている。

映画「シン・ゴジラ」に学ぶ¹⁰⁾

今までの人生でもっとも感銘を受け12回も劇場に足を運んだ映画『シン・ゴジラ』について、筆者なりに考察したところ、①脅威、②驚異、③巨災対という3つのキーワードにたどり着いた。理事長職30年目にして経験した、医師不足・看護師不足・人口減少などによる厳しい試練の最中（さなか）に、筆者は映画『シン・ゴジラ』に出会った。たくましい現場力を矢口蘭堂巨災対事務局長から学び、進化の意味をゴジラから学んだ。どれだけ元気や勇気をもたらしたことか。

200万年前の太古から海底に潜んでいた古代生物ゴジラが、人類の度重なる水爆実験により長い眠りから目覚め、やがて人間が無秩序に海中不法投棄した核廃棄物をエネルギー源とする混合栄養生物に突然変異した。ゴジラは、実は私たち人類の身勝手な行為の犠牲者である。

シリーズ29作品の根底には一貫して太平洋戦争があり、『シン・ゴジラ』では加えて東日本大震災がある。つまり、戦争映画であり災害映画であり政治映画である。ゴジラは戦没者の魂の象徴ともいわれている。体内原子炉を有し、放射能を撒き散らし、首都圏を破壊する恐ろしさは、原爆や原発事故の脅威そのものであ

る。一方で人間の8倍の遺伝情報を有し、1世代で4回もの驚異の進化を遂げた。

人口減少・超高齢社会の到来はわが国最大の脅威であり、この大激動に適合できるだけの驚異的進化を、ゴジラが私たちに強く迫っているように思えてならない。

変革の時代に求められる リーダーの覚悟

人口減少という脅威はすでに田舎には押し寄せ、しだいに地方都市にも広がろうとしている。その影響を病院統計や損益収支から肌で感じておられる開設者や管理者、幹部の皆さまは少なくないと考える。

経済財政諮問会議の経済財政一体改革推進委員会の医師委員である産業医科大学公衆衛生学教室の松田晋哉教授は、「医療者、国民、保険者、医療産業関係者いずれにとっても痛みのない改革はあり得ず、痛みをどのように分かち合うのが議論の焦点になる。不利益を分配するという難しい作業を行うことにわが国は直面している。すべての関係者が不利益を分担する覚悟を持たなければならない」と述べている¹¹⁾。

経営管理に責任をもつ私たちリーダーに求められることは、まず自身の覚悟である。今後の人口減少・超高齢化という確実な未来をしっかり受け止めつつ、個々の病院がいかにして生き残るかという「点」の視点だけでなく、地域という「面」の視点で将来のビジョンを描き、自院の地域における相対的役割を見極め、戦略・戦術に落とし込んでいく必要がある。心がつながり、地域がつながることによって、地域と自院がともに未来につながる事が可能になるのではないだろうか。過去の延長線上ではない「巨災対」的異次元発想が、私たちに求められている。

おわりに

医療提供体制の再編・再構築は喫緊の課題である。そのなかで救急医療は、すべての医療の原点として明確に位置づけられるべきである。救急医療界のトップリーダーである読者の皆さまが、わが国の医療に重要な役割を担っておられることに敬意を表したい。

本稿を終えるにあたり、ご助言くださった岡山大学医学部医療政策・医療経済学の浜田淳教授、川崎医科大学救急医学教室の荻野隆光教授に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会総会（第341回）資料，2016。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167844.pdf> (accessed 2017-11-8)
- 2) 総務省統計局：人口推計(平成28年10月1日現在)；全国：年齢（各歳），男女別人口・都道府県：年齢（5歳階級），男女別人口，2017。
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2016np/index.htm> (accessed 2017-11-8)
- 3) 河合雅司：未来の年表，講談社，東京，2017，pp 7-9, 75.
- 4) 社会保障制度改革国民会議：社会保障制度改革国民会議報告書：確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋，2013。
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> (accessed 2017-11-8)
- 5) 厚生労働省医政局：平成28年度全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）資料，2017。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2017/01/dl/tp0117-k01-02-01p.pdf> (accessed 2017-11-8)
- 6) 有賀徹：地域医療と救命救急センター。救急医学 41：339-345，2017.
- 7) 千田敏之：動き出す地域医療連携推進法人。日経ヘルスケア 321：53-63，2016.
- 8) 厚生労働省：地域医療連携推進法人制度について。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html> (accessed 2017-11-8)
- 9) 長 隆監：病院大連携時代へ；「地域医療連携推進法人」制度を利用して，財界研究所，東京，2017.
- 10) 金田道弘：「シン・ゴジラ」，真庭市医師会報 127：1-2，2017.
- 11) 松田晋哉：わが国の医療制度改革を考える；まとめ。社会保険旬報 2640：24-28，2016.

First Author Profile



安田 和弘 (やすだ・かずひろ)

【将来の救急医療の課題と展望】 pp1681-1688

所属 ▶ 医療法人社団晃山会松江病院

役職 ▶ 院長

専門 ▶ 救急・総合診療

略歴 ▶ 昭和53年、東北大学医学部卒業。同大学医学部附属脳疾患研究施設内科研修医。昭和55年4月、日本医科大学付属病院救命救急センター入局。済生会神奈川県病院外科、総合会津中央病院救命救急センター部長、救急救命東京研修所主任教授、奥鴨病院院長。平成23年より、現職。日本臨床救急医学会地域救急医療体制検討委員会委員長。

今している事 ▶ ICT 活用のためのスキルアップ。筋力トレーニング。

趣味 ▶ 古い街の散策、世の中の裏情報収集。



金田 道弘 (かねだ・みちひろ)

【地域医療構想・第7次医療計画と救急医療；地方民間病院の視点から】

pp1689-1695

所属 ▶ 社会医療法人緑社会金田病院

役職 ▶ 理事長

専門 ▶ 病院経営、外科

略歴 ▶ 1979年、川崎医科大学卒業。岡山大学医学部第一外科、岡山済生会総合病院外科。1981年、姫路赤十字病院外科。1984年、赤十字国際委員会 (ICRC) 第12次カンボジア難民救援医療班日本班長。1986年、特定医療法人緑社会理事長。1998年、同理事長兼金田病院院長。2009年、社会医療法人緑社会理事長兼金田病院院長。2014年より、現職。

今している事 ▶ 病院経営、診療 (当直含む)、厚生労働省中央社会保険医療協議会 DPC 評価分科会委員、など。

趣味 ▶ スキー (全日本スキー連盟スキー検定1級、国際スキー技術検定ゴールド)。



津留 英智 (つる・えいち)

【平成30年度診療報酬改定が救急医療に与える影響】 pp1696-1702

所属 ▶ 医療法人社団水光会宗像水光会総合病院

役職 ▶ 理事長

専門 ▶ 脳神経外科、脳卒中、認知症

略歴 ▶ 昭和60年、順天堂大学医学部卒業。産業医科大学医学部脳神経外科入局。平成5年、宗像水光会総合病院脳神経外科部長。平成18年、同病院院長。平成21年より、現職。平成29年、全日本病院協会常任理事。全日本病院協会医療保険・診療報酬委員会委員長。

今している事 ▶ 2040年を見据えた地域の医療・介護・福祉の事業経営。

趣味 ▶ ゴルフ、バンド活動、多弦ベース収集。



大崎 充子 (おおさき・みつこ)

【DPC 制度のなかでの救急医療のあり方】 pp1703-1710

所属 ▶ 公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院

役職 ▶ 事務部長補佐

専門 ▶ 社会福祉

略歴 ▶ 平成15年3月、日本社会事業大学社会福祉学部卒業。同年4月、脳血管研究所附属美原記念病院入職。地域医療連携室所属、医療ソーシャルワーカーとして従事。平成29年4月より、現職。

今している事 ▶ 病院の経営管理。

趣味 ▶ 読書、映画鑑賞。