

平成20・21年度

医政研究委員会答申

福岡県におけるあるべき医療提供体制について

平成22年3月

福岡県医師会医政研究委員会

平成22年3月

福岡県医師会
会長 横倉 義武 様

医政研究委員会
委員長 野田 健一

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「福岡県におけるあるべき医療提供体制について」
(平成20年7月2日付)について、鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を別紙のとおり取りまとめましたので答申いたします。

医政研究委員会

委員長 野田 健一
副委員長 藤原 繁
委員 小金丸史隆
牧 聡
有吉 通泰
武藤公一郎
舟谷 文男
松田 晋哉
宮崎 親
宇野 卓也
津田 泰夫
山内 孝
寺澤 正壽
山岡 春夫
堤 康博

目 次

緒 言	-----	1
I. 総 論		
I－1 医療政策	-----	3
I－2 地域医療連携	-----	4
II. 各 論		
II－1 救急医療の実態と課題	-----	5
II－2 公的病院の現状と課題	-----	6
II－3 在宅医療と終末期医療	-----	7
II－4 医療連携の現状と課題	-----	8
II－5 介護報酬改定と対応	-----	9
総 括	-----	10

緒 言

本委員会は、昭和61年に、当面する医政問題について福岡県医師会独自の検討と研究を行っていくために設置され今年で23年目になる。最近では医療費削減政策により医師不足、小児医療、産科医療、救急医療対策の弱体化を始めとして医療が崩壊の危機に瀕している。県民が安心して医療を受けることができ、我々医師が安心して医療を提供できる体制を整えることが重要である。本委員会において、さらに深く現在の医療問題について検討するとともに、将来を見据えた議論を行い、国民、県民に資する医療制度の在り方について提言を行いたい。過去23年に亘る歴史の中で数々の会長諮問について提言を行ったが、とくに過去4年間の本委員会の議論を振り返り、その会長諮問答申をふまえ、今期の本委員会のテーマについて検討を加えた。

平成16年・17年度は会長諮問「わが国のあるべき医療制度」について二つの視点から議論を重ねた。まず医療保険制度については、医療保険の現状と課題、高齢者医療制度、介護予防、混合診療について検討した。また医療提供体制については地域医療計画、医師偏在と臨床研修制度、かかりつけ医、医療の安全と質について検討を行った。

平成16年当時、医療保険制度については社会保障制度改革まっただ中で、平成15年に閣議決定された基本方針に沿って新しい高齢者医療制度の創設に向け議論されていた。

混合診療については社会保障における医療の負担と給付の問題が根源にある。国民が安心して医療を公平に受けたいと思えば混合診療は極力縮小し、保険医療を充実しなければならない。そのためには財源について国民へ理解を求める必要があるとの意見で一致した。

医師偏在と臨床研修医制度については、その当時まだ医師会でも医師不足との認識はなく、日本はOECDの中で26位と人口当たりの医師数が先進国の中でかなり少ないことを知らされた。本委員会の中では医師不足の問題はただ養成する数だけの調整ではなく、診療科、地域特性や女性医師に対する環境整備など様々な要素を勘案する必要があり、医師会として診療科別、地域別での医師数や医療体制の現状把握を行い、地域のニーズに基づく医師の配置や医療提供体制整備を進める必要があることを提言した。

またかかりつけ医についてはその役割を明確にするため、定義付けが必要であるとのことから、かかりつけ医在宅医療等支援委員会から提案された福岡県医師会独自の新かかりつけ医制度を支持する意見が寄せられた。

医療の安全と医療の質については、医師会として積極的に医療の安全の確保に取り組まなければならない。安全管理の視点から、医療の安全と質の向上は表裏一体であり、マンパワーの充実なくして、質の高い安全な医療提供はできないとの認識を示し、医療経済だけの視点から進められている医療費抑制を見直すよう提言した。

平成18年・19年度は会長諮問「わが国のあるべき医療制度—福岡県における課題と対策」については以下の議論が行われた。

まず当時の医療制度改革関連法案、付帯決議などについて説明を受けた。医療制度改革

関連法案として医療法等の改正案、健康保険法等の改正案という2つの大きな法案が提出され、具体的には医療計画制度の見直し、医師不足とくに産科・小児科・麻酔科不足への対応、医療安全センターの法定化、医療従事者の資質の向上、医療法人制度改革などが盛り込まれた。

福岡県における周産期医療、小児救急医療の現状と課題についてはそれぞれ各ブロックでの状況について現場より報告を受け、マンパワー不足による非常に厳しい状況について認識を新たにした。地域においては何とか工夫して病院間の連携また病院勤務医師と開業医師の連携により凌いでいる実態が明らかになった。しかし地域間格差が広がっていることもまた明らかである。

医師偏在・医師不足については前期に引き続きテーマとして取り上げられた。この問題は医療崩壊という認識で更に大きな社会問題となっていた。直接には新臨床研修医制度が原因であったが、女性医師の就業支援や環境が整わないまま、女性医師が増えてきたことも大きな要因となっており、福岡県医師会としてドクターバンク強化など早急に支援対策を講じる必要があることが提言された。

かかりつけ医については終末期医療、在宅緩和ケアの観点より検討した。福岡県では約600以上の在宅支援診療所が登録されている。しかし、看取りという観点からは、まだうまく機能していない。その原因として24時間対応の問題や、医師の緩和ケア技術をスキルアップする場がないこと、経験も少ないことがあげられた。また24時間任せられる訪問看護ステーションが少ないことも課題であった。

また、福岡県における地域医療計画、地域ケア整備構想、医療費適正化計画、特定健診・特定保健指導について問題点・課題を明らかにし検討した。

上記2期4年の議論と答申をふまえ、今期は救急医療が1次救急患者への対応に追われ疲弊しており、病院勤務医師と開業医師の協力が必要。患者の権利意識が過剰となり、はたすべき義務とのアンバランスが起こっている。いわゆるモンスターペイシエントに対する患者教育が必要。救急車の適正使用の問題。公的病院の地域的役割および医療機能の明確化など様々な福岡県の医療現場での喫緊の課題を中心に、今期会長諮問である「福岡県におけるあるべき医療提供体制について」、医療政策と地域医療連携および医療現場での諸問題に関して検討することになった。

I 総論

I-1 医療政策

政治状況の混迷と付随した医療費抑制策により、さまざまな地域医療の崩壊が生じた。最近ではマスコミの対応も変化し、国民にも疑念が生じている。我が国の医療政策の形成と過程に医療現場の意見は如何に反映されるべきか検討した。政治と政策は異なる。政策は利害関係者間の60点合意で機能し、90点で実行不可能、30点では現状維持である。政策はそれを実現する過程のマネジメントが重要であり、その実行過程で評価が異なる。後期高齢者医療制度は実行過程の不備で混乱を生じた。次いで、正しい戦略構築には、正しい時代環境の変遷を理解する必要がある。90年代の公共事業重視から日本型新自由主義を経て、現在は不況対策である。新自由主義は格差拡大と医療供給体制の疲弊をもたらした。また、市場経済原理主義は株式会社医療参入論や混合診療論を起こした。「制度の持続性」は「税社会保険料負担を少なくし社会保障費を抑制する」と解釈され、新自由主義者・財務省側に用いられた。日本の対GDP比社会支出（教育・医療・高齢者ケア等）は19.1%で諸国に比して少ない。さらに年毎2,200億円の上昇抑制を図った。医療費抑制反対が診療報酬引き下げを止められなかった理由には、住民との連携の弱さ、医療側の改革提示力の乏しさ、医療サイドの財源論のエビデンスの古さと誤りの3点が指摘された。住民との連携では、日本では医療費自己負担割合が高いために、医療費の抑制は自己負担額の増加を阻止すると誤解し、医療費の増加に賛同してもらえない。国保滞納世帯の増加は、未収金発生防止や回収策に留まらず、階層格差と高齢化の中での社会保障制度を維持するためには社会保障制度論として検討されるべきである。医療側の改革努力では、救急医療現場での勤務医疲弊と医師・看護師獲得競争、病院と開業医の医療連携の不備、公立病院の機能低下、専門医制度の標準化と医療レベルの保障などの課題がある。財源論では、埋蔵金（外国為替資金特別会計・労働保険特別会計）は理由ある備蓄金であり、新たな財源を考慮しなければならない。今後の医療側の改革への取り組みとして、地域医療計画と地域連携パスなど医療の公益性増大経路が明確化された。また、社会保障制度の柔軟性を示唆するものとして保険外併用療養費制度・高度医療評価制度が整備されてきた。社会医療法人制度の活用も重要である。政策策定は制度設計であり、国家戦略である。設計には妥協が必要だが、理念に基づき、医療が人々の信頼に支えられ社会に安心感を与えられる中福祉中負担を目指すべきである。

I - 2 地域医療連携

今後の日本の医療の在り方に関して、様々な厳しい提言が為政者によりなされ、他方、国民の意識変化によって医療需要は増大している。このような医療環境の中で、限られた資源を有効に活用するためには、医療施設の機能分化と連携は不可欠である。県下4ブロック13医療圏において、地域ごとに温度差もあり、医療提供体制の問題も異なる。今回、地域医療連携の現況と今後の課題について検討した。地域医療支援病院の目的に、地域の病院・診療所の後方支援と地域における医療機関の機能の役割分担・連携の促進があるが、現状では、目的要件と認定要件に乖離がみられる。それぞれの医療機関に必要な連携が設定されていない。北九州市に在る2つの地域支援病院では主要診断群のうち、すべての領域が応需されていない。また、救急病院の地域偏在が著明である。今日、我が国では、一次・二次・三次の枠は崩壊している。特に、救急の70～75%は準夜帯の患者であり、当初から三次救急機関を受診することから、これらの医療機関の医療従事者は疲弊している。今後、地区医師会の診療所医師が輪番制で、加算・係数・補助金などの下で準夜帯の救急外来を担当するシステムの構築が必要である。また、特定高齢者施設や有料老人ホームなど医療機能が弱小な機関では、複数の施設で救急搬入の場所を共有する連携も必要である。

次に、急性期と回復期リハビリとの連携がある。県地域リハ実態報告書(2006)にみられる連携の実態は、脳卒中発症後、86%が平均101日の回復期を経て、在宅(49%)、医療施設(28%)、介護福祉施設(15%)、死亡(0.7%)、不明(7%)の経過を示した。現在、県下の急性期病院といわれる総合病院は、ほぼDPCを導入しており、在院日数の縛りから、亜急性期医療に対応できない。急性期病床の余剰と亜急性期病床の不足が問題となっている。これからの高齢化社会では、さらに急性期医療を必要とする患者が増加するが、急性期病院はひとつの通過点にすぎなくなり連携の核にはなれない。急性期後の医療体制をいかに整備・充実させるかが重要である。

在宅支援機能を持つポストアキュート病院は診療所との連携の上で、患者の継続的医療を支える病院群として役割は重要である。がん診療については、県下にごがん診療連携拠点病院は2カ所、地域に13カ所在り、これらの病院の役割には、専門的ながん診療の提供、地域のがん医療連携体制の構築、情報提供、相談支援の実施などである。地域連携パスの普及と展開により、医療施設の医療資源の再配分が重要である。地域医療連携を実行するにあたり、競争による淘汰という発想はナンセンスであり、互いが協力・連携するために機能分化を計らねばならない。医師会は病院・診療所・介護施設と地域支援病院の協力による、充実した地域医療連携構築のために、ガバナンス機能をもつ都道府県医療計画や地域医療計画の作成に当らなければならない。

Ⅱ 各 論

Ⅱ－１ 救急医療の実態と課題

救急医療は、市民に万一の場合の安心感を与える意味では、最前線の医療である。現在この現場で起きている事を、救急搬送、搬入された救急病院の現場、そしてその当事者である患者、市民の立場から記してみる。

救急車による救急活動の現場で最近問題になっているのはモンスターペイシエントである。救急車の頻回利用者、暴力・妨害行為者、苦情者の 3 点である。これらの行為の発生要因は、対象者の恐怖や不安、苦痛からくる傷病者・関係者の不安定な精神状態がある。さらに市民のモラルの低下、過剰な権利意識、日々報道される公務員の不祥事等による、行政に対する不信感、先入観などである。

一方搬送される三次救急病院での問題点は、一次、二次、三次という救急ネットワークが機能不全に陥り、一次、二次を通り越して三次へ直接搬入されて、三次病院のベッドコントロールが出来ない状態になっている。さらに人員不足から、オーバーワークになり、さらに救急専門医不足から他の科でバックアップせざるを得ない現状である。もともと患者サイドでは、疾病の重症度を冷静に判断できず、ER 型の救急病院を希望するような現状では、筑後、飯塚、筑紫地区などで試みられている、救急病院のウォークイン外来へ医師会員が出務して、救急体制を支える方が現実的ではないかと思われる。

患者からの電話相談で見えてきた事は、目指すべき自立した患者とは、成熟した判断能力を持ち、医療の限界と不確実性を引き受けてなお主体的に医療参加できるものであるはずだが、現在はまだ未熟な段階にある。患者からの電話相談は 1999 年横浜市大事件を契機にそれまで聖域であった医療現場にメディアが土足で足を踏み入れた事により、10 年間で実に 20 倍に急増した。しかしその後の医療崩壊、医療危機等、これ以上病院をたたいてはいけないとメディアが方向を変え、医療事故に関する報道件数が減り、電話相談も減ってきた。患者と医療者の間には情と知といった、深い溝がある。その溝を埋めるものは、やはり思いを伝えることと、話を聴くというコミュニケーションの充実しかないであろう。医療者も住民参加型のイベントへ積極的に協力し、広報活動として市民向けの取り組みが期待される。

II-2 公的病院の現状と課題

今まさに、公的病院の存在が大きく問われている。公立病院の7割が赤字である現実がある。ある市立病院は、2004年よりスタートした新臨床研修医制度のために、急激に医師数が減り、病床も縮小せざるを得ず、それに伴い収入も大幅に減少し閉鎖せざるをえなくなった。公立病院の多くが直営を見直し、地方独立行政法人化、民間委託等を検討していると言われている。

受け入れ先としては、民間移譲が半数を占めているが、従来より基幹病院として、地元医師会との密接な関係を維持してきた病院が、民間移譲で変容する事により、その連携が崩れるような事があってはならないが、地域によっては、そのような問題も出現してきており、地域医療の観点からは憂慮される場所である。

公立病院の役割は、僻地医療、救急、小児、周産期、災害、精神などの不採算特殊部門がんセンター、循環器病センターといった高度先進医療等、民間が出来ない部分について、地域において必要な医療は採算性を度外視してでもやるべきものである。今回、公立病院の行く末として二つの両極端の病院を実例にして、その問題点を掘り下げた。

市立病院でありながら、総合病院の根幹である内科の常勤医師いなくなり、病棟閉鎖に追い込まれ、究極民間移譲へと成らざるを得なくなった病院がある。典型的な公的病院凋落の像である。行政に病院経営のプロが不在であること。看護師含め、従業員の高齢化による人件費率上昇による経営への直接影響。大学病院からの医師派遣中止後の医師不足。といった原因が考えられるが、一つの要因の悪化から負のスパイラルに入ってしまった感がある。規模的には小さいものの、地域性や地元医師会との良好な関係など、立ち直れる要素はあったようにも思えるが、民間へ手放される結果となった。

それと好対照の市立病院がある。H7に新築移転し、12年間赤字だったものが、H17から13年ぶりの黒字を計上した。要因としては、電子カルテを導入し、給食、検査、クラーク業務等、外部委託を行い、人件費が減り、診療単価が上がるなど多数考えられる。さらに、市が民間の事務長経験者を登用し、改善対策室を設置し、経営改善3ヵ年計画を立てた。アクションプログラム、目標管理システムを取り入れて、数値目標を設定して院長とヒアリングを年2回実施し、病院の経営目標を共有したなどである。さらに、SWOT (strength weakness opportunity threat) 分析、BSC (balance score card) 等と用い行動計画書を作成して、分析し、病院の将来像を決定した。大学や地域医師会との永年にわたる協力、信頼関係の実績があった事も、成功の一因といえる。公共性と経済性を両立させることは、大変難題ではあるが、地域住民のために、医療連携の下、地域完結型医療遂行にまい進中である。

上記の二つの病院をみると、公立病院が生き残る為には、まずは、行政と一体となった自助努力。地域医師会との密接な連携が必要であることは言うまでもないが、公立病院の存亡は、地域全体の医療のあり方にかかわることであり、地域医師会が主導的にかかわりあって行かなければ成らない。

Ⅱ-3 在宅医療と終末期医療

高齢化社会の中で、医療のパラダイムシフトが起こっている。急性期・病院・治療から、慢性期・在宅・生活支援となるであろう。その中では開業医の役割の変化もでてくる。

国の医療政策では、医療費抑制の観点から、療養病床の削減が行われようとしており、さらに有床診療所の経済的存続の困難さなど、病院を溢れ出て、難民化しつつある患者の受け皿が減少してきている。さらに患者自身の在宅医療の希望も増えてきている。諸外国に比較して、がん末期を病院で迎える率が、欧米では30～40%に対して、日本では90%超と非常に多い。これは決して国民の希望とは言えず、在宅でのホスピスケアの推進が望まれる。このような観点から、今後、在宅医療の重要性が大きくなり、終末期医療もその中で行われる機会が増えると思われる。

中国地方の小都市である尾道市では医師会主導で、急性期病院との連携をもって、在宅緩和ケアシステムを円滑に運営している。連携のスピードを重視し、さらに多職種を動員して、協働カンファレンスを行っている。そこでは、各々専門性を発揮しながら、チームで自分たちの専門の仕事を分担して、勤務医も開業医も患者本位の医療という視点においてミッションを共有している。

在宅ホスピスケアを行っている医師は、「支えるケア」と述べている。「いのちと生活を最後まで支える」、「自己決定を支える」、「家族を支える」、「スピリチュアリティを支える」、「地域で支える」である。地域での健康教室開催や、広報誌発刊、講演活動を通して、地域の人々との交流を深め、信頼しあい、多くの医療・看護・介護等のスタッフとの連携が重要である事を、ここでも強調している。

入院施設を有する医療機関とかかりつけ医の関係でも、やはり連携なしには、良好な医療は困難となる。福岡近郊では、医師会と近隣の施設が協力し、65歳以上のすべての人を対象として、かかりつけ医の作成するクリティカルパスによって、地域全体で高齢者を見る試みを始めている。高齢者の救急医療現場での安全性を高め、地域の二次病院へ急患搬入時に、パスにより患者の医療情報に正確に把握できるようにする為である。このシステムは二次病院とかかりつけ医の信頼関係に依存しているため、かかりつけ医の登録が不可欠であり、開業医の理解は必要であり、医師会の指導力が必要である。

今後、医療資源の再編による有効利用の観点からも、従来の医療の範疇である、外来・入院という枠組みに、同等の重要度をもって、在宅医療が加わると思われる。多職種連携、さらに、地域で支えるという考え方が重要と思われる。

II-4 医療連携の現状と課題

昨年4月より県の医療計画がスタートしたが、4疾病5事業のうち、福岡地区の脳卒中と飯塚地区の小児医療の連携システムの事例を通して、これらのシステム実施の共通の課題について検討した。福岡市医師会方式脳血管地域連携パスは脳血管障害の診療情報の共有と治療の継続性と再発予防を目的として、市医師会主導により急性期病院を中心に検討され作成された。平成20年度改定された地域連携診療計画管理料では、計画管理病院と退院後の医療機関で年3回程度の定期的な会合により、情報の共有と計画の見直しが義務付けられている。情報の共有化は情報交換用紙を用い、ファックスにて医師会医療情報室にデータを集積し、地域全体の運用状況が把握できるようになっている。同意書は急性期病院で最初に得られ、この同意は以後の連携パス全般に継続される。各種スケールと危険因子の管理は改変ランキングスケールで判定する。急性期病院退院後は、重症度に合せて、地域医療機関の主治医、回復期リハ病院、維持リハ病院・施設の間で連携パスを運用する。連携パスに参加している回復期リハ病院は平成21年1月に12施設が、同8月では26施設に増え各施設との連携数も増加した。今後の課題では、九州大学・福岡大学の急性期施設の参入、診療所と診療所間の軽症例への診療報酬の確保、データの電子化などであり、さらに、県全域での統一された組織化が必要である。飯塚地区の小児救急医療連携は、06年11月、地元3医師会の協賛の下、飯塚病院小児科を基盤に発足した。地域連携さえあい小児診療は、地域の小児科医、院内の家庭医、研修医による三位一体の救急医療で、飯塚方式と呼ばれている。具体的には、登録された地区の医師が飯塚病院に出務し、準夜帯の一次医療を担当する。必ず研修医は陪席する。平成20年以降、家庭医（4名）と初期研修医準夜帯当直、地域開業医と勤務医（22名）、小児科常勤医（8名）により構成され、当直回数は月平均6回である。最早、地域の小児救急医療は、病院小児科医単独で遂行することは不可能であり、病院小児科医・家庭医研修医との連携強化如何に託されている。飯塚方式は現在、行政の実質的、財政支援はないが、地域医療支援病院として、地元3医師会に開放され、情報の共有化、地域住民への啓発活動に寄与している。

Ⅱ－５ 介護報酬改定と対応

平成21年4月介護保険制度が始まって以来初の介護報酬プラス改定が実現した。介護保険制度の見直しは5年に一度、介護報酬改定は3年に一度となっており、過去2度の報酬改定ではマイナス改定となっていた。その影響により介護職員の処遇が悪化し、介護現場では職員の離職が多く、介護職員不足による介護崩壊が起こった。厚生労働省もさすがにこの状況に危機感を感じたのか、4月の報酬改定で3%アップを決め、更にこれだけでは介護職員の処遇改善には不十分との現場からの不満に応え、10月より介護職員処遇改善交付金が支給されることになった。しかし、果たして今回の介護報酬改定により本当に3%の増収が実現し、職員の処遇改善に寄与したのか、また交付金は介護職員に限定され、しかも2年半という期間限定であることの問題はなかったのかなど様々な問題点が指摘された。

今回の改定は一律に3%アップされた訳ではないため、増収を図るためには加算を取らなければならない。とくに介護福祉士の比率や3年以上の経験者の比率などが要件に入ることにより、実際加算を取ろうとしても新たな介護福祉士の確保は困難であった。実際、この数年介護福祉士の養成校は数も定員数も減っていた。また今回比率を問われたため介護福祉士の資格の無い介護職員が多い事業所は、職員数を定員以上配置していても加算が取れないことになった。

福岡県における加算届け出状況は、体制加算の対象事業所約6800の内、約4100事業所(60.2%)が何らかの加算届を出している。このうち介護福祉士等の配置による体制加算は全体では47%の事業所が届け出している。

介護給付費は昨年4月と今年4月を比較すると、全体では4%増、居宅6.1%、地域密着型10.7%、施設2%増となっている。この結果をみると全体では確かに厚生労働省が示した3%アップは実現されたことになる、しかし介護現場での状況は必ずしも3%の増収が確保された訳ではなく、逆に加算を取るにあたって様々な問題点が指摘された。このギャップについて当委員会での議論の中で厚生労働省の3%アップにはコストの部分が想定されておらず、もともと先行投資されていた事業所が増収になったにすぎない。今後は加算ではなく報酬単価の一律アップを行うべきであるとの提言がなされた。また根源的には介護保険制度自体に無理がきており、今後10年先のビジョンが見えないまま、とりあえずやりくりしている。今回の介護報酬3%アップは加算という方法であったため、とくに事業所間の格差を生み、介護現場での人材確保、人材養成に対して根本的な解決にはならなかった。また介護職員処遇改善交付金も介護現場での職員間の処遇格差や医療現場の介護職員との格差を生んだとの指摘があった。

介護保険制度の存続と、さらなる改善を図るには財源の問題を国民明らかにし、必要な介護サービスを受けるには、応分の負担が必要であることを、時の政権与党が国民に説明する義務があるとの意見で一致した。

総 括

今回当委員会に付された会長諮問は「福岡県におけるあるべき医療提供体制」である。平成20・21年度にわたり、医療政策と地域医療連携の二つの視点より議論を重ねた。具体的には、福岡県下における救急医療、公的病院、在宅医療と終末期医療、介護報酬改定と対応、医療連携などの具体的な細目について、現状と今後の課題について検証し、提言をまとめた。

医療政策への医療現場からの提言では、今日の危機的状態を生んだ医療費抑制策は、住民との連携の弱さ、医療側の改革提示力の乏しさ、医療サイドの財源論のエビデンスの古さと誤りなどに起因すると云える。今後の医療側の改革への取り組みとして、地域医療計画、地域連携パスなど、医療の公益性増大経路の活用が課題である。次いで、地域医療連携では、限られた医療資源を有効に活用するためには、医療施設の機能分化と連携は不可欠である。さらに、地域医療支援病院と病院・診療所・介護施設の協力により、救急医療のみならず、急性期後医療体制を含めた医療施設の医療資源の再配分を図る必要がある。医師会は、今後、地域連携パスの普及と展開を基調に、ガバナンス機能を持って都道府県医療計画や地域医療計画の作成に当たるべきである。

救急医療では、既に、地域の小児医療を含め、救急病院単独で遂行することは不可能であり、地域開業医が準夜帯の一次救急に出務協力する体制づくりが現実的解決策である。また、医療者も積極的に住民参加型のイベントには参加し、日常の市民への広報活動が重要である。公的病院の役割には、僻地医療・救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算特殊部門と高度先進医療部門への取り組みがある。これまでの行政による直営方式から、地方独立行政法人化、指定管理者委託、民間移譲など管理形態が変容してきている。医師会は、地域医療における密接な連携維持の観点から、主導的な関係を維持して、行政と一体となって、自助努力を支援すべきである。在宅医療と終末期医療では、現在、高齢化社会が加速する中で、医療のパラダイムシフトは急性期・病院・治療から慢性期・在宅・生活支援へと変貌している。終末期医療にも在宅医療は重要性を増している。今後は医師会の指導と開業医の理解・協力により、登録された「かかりつけ医」を中心に、地域全体で高齢者のケアにあたることが重要である。介護報酬改定と対応では、今回、介護現場の事業規模により各事業所収支に温度差が生じた。また、加算届け出状況でも事業所間に格差があり、今後は、介護保険制度自体の在り方についても、その存続と改善のためには、財源の問題を踏まえて検討されなければならない。地域医療連携では、4疾病5事業のうち、特に脳血管連携パスは、今後、指摘されてきた課題を超えて、県全域での統一された組織化が早急に望まれる。