

設が担ってください」ということが一応整理されています。もし「個別に診療の担保ができない」、あるいは「別のこういう旗印に取り組みたい」ということがあれば、当然、個別にご相談していくということになると思います。

ただ、それを朝令暮改的にあまり頻繁に変えていくというのも、国民や地域医療に対する説明責任ということもございますので、ある期間は必要かと思えますけれども、そういうお話に必然性があれば、それは協議していくことになると思います。

(座長) ほかにございませんでしょうか。

(委員) もう1つ。

(座長) はい。

(委員) 多くの国立病院が臨床研修指定病院ですから、ほとんど全科を持っておられますね。その中で今後、政策医療の特化をした場合にそういう政策医療としての特化と一般医療としての役割、それぞれ地域によっては地域医療としてのいろんな姿があると思うのですが、そうした場合に必ずしも、変な話、政策医療だけをやるということではないでしょう。そういうことはちょっと不可能ですよ。

(事務局) 卒後臨床研修という切り口で申し上げますと、教育研修そのものはやはり横断軸として政策医療という要素に入っていますので、元々、旗印である政策医療を推進するということと、それから教育研修としての横断軸についても対応していこうということと、それは私は両方の機能があっていいのではないかと、と。あるいは満たしていれば、そういう施設を増やしていくことは矛盾しないのではないかと考えております。

(座長) ほかの方、どうですか。

(委員) 恐らく、〇〇委員がおっしゃったことと関連するのですが、これまでずっとご議論を聞いていまして、「政策医療とはたぶん魔法の杖なのだろうな」と思って私は聞いておりました。つまり144の施設を残すという大前提があつて、その中に政策医療という名の魔法の杖を提示すれば、どれかに引っかかってくる。どれかに引っかかってくる、とにかく生き延びさせてあげましょう、と。この魔法の杖を揮っている限りは一定の交付金が出ますよ、と。そういう仕組みなのだろうと私は理解しておりました。ただ、その中でずっとお話を聞いて、どうも国立病院が、下世話な言い方をすれば、全部大体がグランドキャバレーになっているのではないかと見ていたのです。今は地域の中でダンスホールも、下手をすれば生バンドも入れているようなグランドキャバレーが必要なところはほとんどないだろうと私は思うのです。

むしろ、今では、「居酒屋があればいいんです」という地域がいっぱいあると思うのです。それがなぜかこの戦後、一環、量の拡大の中でどうもグランドキャバレーばかり増やしてしまっている分、今、見直してみれば、私は地域の中では居酒屋も立派な政策医療なのだろうと思うのです。

私はたぶん政策医療は硬直的なものではなくて、もっとうんと弾力的な運用をされて然るべきであつて、その地域の中で私が最も優先していただきたいの

は地域のニーズだと思うのです。地域のニーズに合致していれば、当然、それは生き延びる価値があるわけです。その代わり、地域のニーズもない、要するにホステスさんをたくさん入れてみたり、ボックスシートまで入れる必要は私はないと思うのです。そういうのをもう少し精査されたらいかがでしょうかと思うのです。

その居酒屋ぐらいのレベルでちゃんとニーズがあって、そうすれば、今、いろいろこの場でご議論されている各種のデータの収集もできると思うのです。ニーズのないところではデータは集まってきません。「最低限、ここに、こういう地域にはこのニーズがあるのだから、このぐらいのデータ収集ができますよ」「こういう形で場合によっては先駆的医療に貢献することもありますよ」ということが必要であって、私はやはりすべての原則は地域のニーズに合った医療機関であるべきだと考えています。

(委員) ○○委員のおっしゃったように、私は医療を事業として見た場合に、やはり事業のポートフォリオがあると思うのです。ですから自分のところの施設で成熟した医療は何なのか、目玉は何なのか、今後目指す医療は何なのか。それから先ほどおっしゃったように、稼働が悪い、と。不採算部門だけれども、地域には要るのだというこのポートフォリオを各施設が持たれて、それぞれの特徴を出していかなければ、おっしゃったように全部を網羅するという意味では全科を今後とも国立病院が持つのか、と。

持つとなると、今度は研修指定にも引っかかってくるから、一般医療をどう政策医療の中に組み込んでいかれるのかということ、ちょっとお聞きしたいのですが。

(座長) はい、○○委員。

(委員) ○○委員のおっしゃるのもっともですけども、やはりこの独法化は行政改革の流れの一環で出てきたものだと思うのです。それはどういうことかと言うと「地方でできることはできるだけ地方に」「民間でできることは民間にできるだけ」ということが基本でありまして、そういうことを言うと確かに地域にニーズがあるから国が、国立病院が応えるべきだということではなくて、基本的にはそれぞれの地方として役割を果たすべき設立主体がそういう面は、そういうニーズには応える。

だから国は国の政策として、法人の政策ではなく、政府の政策として今、何をやるべきかという意思があって、国の持っている医療資源でありますから、それを活用して展開させていったらどうか。こういう流れではないかと思うのです。

従って私は基本的には、一般医療はいろいろ議論がありますけれども、やはりそれは地方なり他の設立主体にできるだけお任せをして「余裕があったらやる」と提示されていますけれども、再編成の過程でできるだけそういうものは整理してきた、と。独法化したらもうやらないのかということではなくて、独法化しても政策医療に特化して、一般医療は余裕があればやるということではなくて、余裕があるというのはおかしいのですが、それは政策医療にその資源

をぶち込んで国立病院全体を非常に効率化し、機能をアップして、日本の医療の先導的役割、要するに国がやってほしい医療を率先して先端的にシステム化して効率的にやっていく。そういう受け皿としての役割が期待されているのではないかと実は思っているのです。いろいろ、ご意見はあろうかと思えますけれども、大事なポイントではないかと思えますし、ご議論いただきたいと思えます。

(委員) ちょっと、ようございますか。前回、熊本病院の院長さんがいらして、ご説明いただいたのですが、熊本病院が開放型で地域支援型の病院として機能なさっていますね。熊本は競合する施設はたくさんありますけれども、これだけの数字をあげられる熊本病院なら、これはかなり診療を特化して、極端に言えば受診患者を制限しているからこういうことができるので、恐らく一般医療としてではなくて、自分のところの病院は熊本では棲み分けをしてこういうことをなさっている。これは熊本の院長さんの政策としてなさっておるのだらうと私は思うのです。

だからそれを、それぞれの国立病院がそれぞれの院長の裁量でこうするのかどうかは、私もちょっとわからないですけれども。

(委員) いいですか。僕は理念形であまりにも押し詰めているかもわかりませんが、たとえば共同利用型ベッドは昔は非常に実験的な、先行的な経営として非常に意味があったけれども、もはや、やはりほかに、すぐとは言いませんが、たとえば医師会だとかその他のところにそういうものはお任せしてという時代ではないか、と。

そしてやはり国立病院は政策医療に特化して効率化して、そういうところからできるだけ手を退いて、非常に効率的にやる。その結果として在院日数も下がり、あるいは不必要なベッドも減らして、国はこういう政策を今求めているのだというのを世に示していく。そういう役割が非常にあるし、大事ではないかと思っているのです。

(座長) 今、〇〇委員がおっしゃっていた国立熊本病院の診療の特化。熊本は非常に競合の激しいところで、あそこは急性期医療と慢性期医療の棲み分けが非常に上手にできています。かなり激しいことをやっているけれども、うまくいっている。ほかの地区であるように行くかと言うと、なかなかいかない。〇〇委員はよくご存じでしょう。

(委員) 今、「政策医療」という言葉が使われていますが、それはある意味では専門特化していく、専門病院化していくという1つの考え方があるわけですが、もう一方では「医療政策」という言葉が使われていて、これはまさしく機能分化の話だろうと思うのです。その中でこの地域医療との連携、この数字の中でやはり紹介率は非常に低いのです。紹介率の問題があるから地域の支援病院ができないのだというお話も一方であるわけですが、その紹介率を高めるための努力を今までどういう形でやってこられたか。

やはり最初に病気としてスタートするにはどこかの医療機関にかかるわけですから、そうしたら政策医療的なところへ患者さんはある意味では移送されて

くる。そういうことを考えていくと、やはり地域の中での現況をどう考えいか、どれだけの努力ができるのか。それはまさしく医療政策を国立病院としてどう考えていくのか。独立行政法人として考えていくのか。これが重要なポイントだろうと思うのです。

この3年ぐらいで10%ぐらいの紹介率が、これを見ますと上がっているわけですが、しかしまだまだ政策医療をやっている病院と言われるのであれば、少なくとも50%以上はないと、それはその地域の中での役割を果たしていないのではないかと断言してもいいのではないかと断言するのです。ちょっと厳しいようではありますが。

(委員) 先生がおっしゃるように、地域の医師会とそこにある病院・療養所との連携が物凄く要るのです。ですから熊本病院が地域支援型でこれだけの紹介率をあげているということは「紹介のない患者は当病院は受けませんよ」というのが前提にあるはずなのです。「まず、ほかの医療機関から来てください」と。そういう前提の下で行われておるわけです。

ただ、地域の住民にとっては「国の病院ではないか。何で直接行ってはいけないのだ」という不満は常にあるのです。それでたとえば大阪のデータを見ても、救急医療の90%は民間病院なのです。国立大阪がとっているのは0.何%しかないのです。これは二次救急、三次救急ですから、一次救急をしていないでしょうからそうなのですが、ですから、地域によっては「なんで一次救急を国立病院がしないのか」という大きな問題がありますから、これは医師会とその地域の施設の間でやはりいろんな協定を結んで、しかも住民にそういうことをわからせることが非常に重要なのです。

ですから、今、座長がおっしゃったように、熊本はどういうことをやっているのか、私は視察に行くつもりでおるのです。そういう意味合いでは各病院が棲み分けをしたと思うのです。それがうまくいっているのと、ちょっと耳にするところではうまくいってなくて、内部で揉めておるところもあるみたいですが、そのへんをちょっと調べてみようと思っているのです。

(座長) はい、〇〇委員。

(委員) 先ほどから〇〇委員、〇〇委員のお話と、それから〇〇委員のお話で、政策医療という形で語りますと先端的医療と言うか、特化している。こういう話です。そうすると何もそんな大きな病院をたくさん持つ必要もないだろう。特化した先端的なものだけでいいだろう、と。

ところが、〇〇委員が言われるように「医療政策」と言われた瞬間に、今度は地域医療、こういう問題になって、そこをちょっと変えただけで医療政策と政策医療はまったく違った議論になってしまう。それを併せ持って、先ほど「魔法の杖」と言われましたけれども、併せ持って議論があるときに政策医療であったり、あるときには医療政策であったりしているのではないかという気がするのです。

この中にたくさん立派なことが書いてあるものですから、私もあまり申し上げられないのですが、これまでのこの政策医療のことになったと考えたときに

1つだけちょっと違和感があるのが最初の3-1の資料のカのところ、「新たな社会的ニーズに対応する医療のモデル的实施」というのがあります。

実は「新たな社会的ニーズに対応する」のが国立病院が相応しいと言うか、能力があるのかどうなのか。そういう点で非常に疑問を持つのです。新しいというのは予算をとって、それで内部を説得してやるというのに、新しい医療モデルをつくるのはプロセス的に非常に難しいのではないかと。また実態的にもたとえばベシックは私も身近に感じているところですが、あれはやはり民間のお医者さんが始めたものであるし、あるいは海外で学んできた先生方がここでスタートしたというのがあって、国立病院でそんな先端的なものをやっているかどうかは疑問に思うのです。

ここにある、さっき例に挙げられました緩和ケア病棟というお話をされましたけれども、恐らく、緩和ケアは私はちょっと知らないものであれですが、緩和ケアを始められた方は恐らく民間の方ではないかと。それをばくったと言うと表現は悪いですが、国立病院が「これはいいな」と思って拡大して病棟をつくったのではないかと。

先端的なものは企業で言えばベンチャーに発端があり、大企業は新しいものをつくらないのと同じように、国立病院には先端的なものをつくる体制がないし、そういうものを醸成する基盤がないという感じがするのです。

(座長) 今、〇〇委員がお話しの緩和ケア病棟が淀川病院だとか浜松聖隷とか、宗教団体と連合した病院で発生してきたわけですから、がんセンター東病院に緩和ケア病棟がございまして、私はつぶさに見たけれども、なかなかうまくやっていますよ。私は「宗教色のない施設がこんなにうまくいくのだろうか」と思ったが、非常にうまくいっている。

(委員) でも、モデルがあったんですね。

(座長) それはモデルがあった。

(委員) はい。それを真似て、できるだけ近づける。

(座長) ただ、私はほかのことはごまかせても、がん患者で本当の告知に対して鋭敏な患者がこの緩和ケア病棟に入れられたら「俺はがんだ」とすぐわかってしまうのですから、「それはどうなんですか」と言ったら、「そういう患者さんは一般病棟で最期にお亡くなりになるようになっています。緩和ケア病棟に入れないのです」と言っていましたけれどもね。

(座長) はい。〇〇委員。

(委員) 基本的な考え方の整理をしていくべきではないかということで1つ提案を申し上げるのですが、この委員会、あるいは国立病院・療養所は白地に絵を描いてあり方を検討するというのであれば非常に簡単だと思うのです。ところが「初めに病院・療養所ありき」という前提でこれまで何をしてきたかと言うと、この病院で非常に採算の悪いものはとても面倒をみきれない。そういうものは廃止や統合で整理をしていきましょう。少なくとも収支相い整うところが最初の目的である。

ただ、この多くの数のものを国が持つにはやはり大義名分が要るだろうとい

うことで「政策医療」なる言葉が出てきたわけです。私は医学上も法律上もそういう言葉は自己矛盾であろうと思います。ただ、そういうものをもって世の中に説明をしていかないと、こういう膨大な数の施設を国が経営をするということはやはりこういう世の中では説得ができない。そういうことで、今日までそれが来たのだらうと思います。

従って統廃合についても一定の成果は得たと思いますが、この際、〇〇委員のおっしゃるように国の医療政策上、必要なものをやるのが国立病院だろうということで、きちっと精査をしていけばそんなに数は要るはずがないのです。ですから、恐らくそういう方向でこの議論がなされていくのか、あるいはそこまで難しいことを言わなくとも収支とんとんであれば地域に支持されて、居酒屋でいいのではないか。それでもう十分で、それ以上のことはもう要求しないでいいのではないか。この2つのご意見があるだろうと思うのです。

従って、先ほど来、諸先生が言われているように政策医療という言葉を使うと、その議論が非常に曖昧になります。だから医療政策なのか、あるいは国民に医療サービスを提供するツールとしてまだ使い道があるかどうか、そういうふうに分けて議論をなされるべきではないかと考えております。

(座長) どうぞ。

(事務局) 先ほどの〇〇委員の話ですけれども、確かに「後発品的な状況」も否定はできないと思います。ただ、逆にちょっと居直った言い方になりますが、国民の要求と言うか、「じゃあ、国立病院はどうしてやらないのか」みたいな指摘もパーツ、パーツであるわけでごさいます、恐らく浜松聖隷、今は国立療養所東京病院もやっていますけれども、民間からスタートしたものが国立病院でも取り組んでいくのだという姿勢と言いましようか、あるいはニーズに応えるという意味では2番手であっても、一応、先ほどのDRGも治験もややそういうニュアンスはありますけれども、同じような並びとしてそういう国立病院が「まずは隗より始めよ」と言われがちだという要素もご理解いただけたらと思います。

ただ、能力のあるなしは、それはおっしゃるとおりでして、能力の、あるいはそういうサービスの提供精神のないスタッフがやっても、それは弊害ですので、それは我々、まさに注意をして吟味をしていかなければいかんと思っています。

(座長) はい、〇〇委員。

(委員) だいぶ議論は出尽くしたのですが、やはり資料3-1の政策医療というこの定義。ここに私は定義があるのが初めてわかりまして、「その時代において国の医療政策として国立病院・療養所が担うべき医療」。これが政策医療の定義だということで、「その時代において」というのが大事なのと、それから今ご案内があったように「国の医療政策として」というこの「医療政策」と「政策医療」が引っくり返ってしまうわけです。

それで、ここに書いてあることをもう少し噛み砕いてご説明をいただいたのが、たとえば重大な健康障害があるところとか、難治性の疾患ですとか、他がやらない分野。たとえば結核、重心、筋ジス、精神障害等々出てきました。

それで私、その144というところが仮にもうこの場に及んで変更できないのであれば、これはあと時間をかけて、やはり政策医療なるものを行っているかどうかを見ていくべきではないか、と。

そのときに先ほどあった説明、いろんな資料もありましたが、こんなふうにとまとめられたらいいなと、ちょっとご提案をしたいのです。1つは資料3-2。ここに対象疾患患者数ということで1ページ、2ページにありましたけれども、政策医療を89%やっているというご案内がありましたけれども、ちょっとこれは無理があるのではないかと。

私が先ほど言いましたような結核、重心、筋ジス、精神障害、成育医療に絞って言えば、病院は7.9%、療養所は44.1%と見るのが、一応、素直ではないか。もちろん、がんとか循環器病はありますが、これは非常にラフな疾病分類、大分類でありますので、もし最終報告書をつくられるのであれば、これは中分類ぐらいにされて、もうちょっと「どんな疾患か」というのを細分化されて、今、全体でどれぐらい政策医療をやっているかということを見られたらどうか。

同様に論文の数がありましたけれども、これもインパクトファクターが非常に低いものと高いものがありますので、そういうところもある程度見られて、できるならば論文の数を出すということが要るのではないかと。

それから先ほどご説明があったようなことで、ちょっと恐縮ですが、説明の中の資料が他の経営主体と比較をして国立病院・療養所が非常に優れているもの。それから国立病院の中でも、たとえば先ほどの開放病棟でも相当進んでいるところと、あまり稼働していないところもありました。そういうところの評価。

それから経年変化で先ほど医薬分業の話が出ましたけれども、そのへんのところも経年変化でどうかという形で、都合3つぐらいに分けられて、国立病院・療養所がよくやっているということをもう少しまとめられたらいいのではないかと思います。そのへんが私自身、今回、見ていて思ったことです。以上であります。

(座長) ○○委員、どうぞ。

(委員) 国が直接にせよ、あるいは独立行政法人化するにせよ、担うべき医療の範囲はどうかというのはある意味では極めて古典的な議論であり、本質的な議論であろうとも思うのですが、今日いただいた資料を改めてお聞かせいただいても、政策医療としてたとえば今、○○委員の指摘された3-2などはこの資料をもってして、「政策医療（診療）」というところをそれなりにやっておられる、あるいは大いにやっておられるので、それであるからして今回、百数十の独立行政法人化される病院の存在の意義が、他の病院とは別の意義があつて、然るべき新しい経営体制になって存続する価値がある。国民にとっても意味があるのだ。こういうことの説得力はやはり医療の実情をそれなりに知る者からすると、もう少し欲しいなというところが、正直なところ。

なぜ、こう説得力を持ちえないのかとも思うのですが、たとえばがん、循環器が縷々こういう形でお示しいただいたのですが、極めて頻度の高い早期がん

のようなものを国立病院がおやりになる。従来の国立病院、これからの新しい独法化された病院でも結構ですけれども、それと一般の地域の基幹的な病院でもそのようなことは当たり前にはやっておられるわけです。

循環器にしてもそうだと思います。確かに診断名が付いたり、病態がそれなりにあればどういう形で国立病院が、あるいは新しい独立行政法人化された病院がおやりになるか。その実情が我が国の場合、どうしてもデータ化されないものですから、振り分けができないのです。

前にもちょっと発言をさせていただきましたが、やはり政策医療であるにしる、あるいは医療政策的な医療であるにしる、もう少し病態を情報化した形でそれぞれの病院がどういう形で引き受けて、なおかつ医療をやっておられるかということの説得性のある情報把握を進めていかないと、どうしても説明を聞いても納得されないようなところがある。

恐らく、今日、ここでもし国立病院以外の、たとえば自治体立、場合によっては日赤、済生会等々の立場から聞いていますと、「そのようなことは私どもの病院でも当たり前にはやっていますよ」という印象を非常に強く持つと思います。そういう中で実質的な補助、交付金等々がこれから出ていくということが本当に公平なのかどうか。それは最後まで不公平感がつきまとうことが避けられないという感触を、正直、改めて思っています。

これは今日の機会ということでは、ちょっと時間の問題もありますから、できるかどうかわかりませんが、改めてご提案をさせていただきたいとも思うのですが、これは政策医療か医療政策か、さっきの議論にちょっと絡まってしまっているのでいがかかなという気がするのですが、長きにわたるこの種の議論がある程度、もう少し情動的に明確化する上での情報把握の仕組みをぜひ、まさに政策的な意味合いで、「こちらの病院群が」という言い方が適当かどうかわかりませんが、もうちょっとちゃんと端的に把握すべきだと思います。

今、IT化が叫ばれ「EBMに基づいた医療が展開されるべきだ」とは言いながら、なかなかそれが難しい状況にあるわけですけれども、〇〇委員も前に発言されていましたが、たとえば患者さんの重症度だとか、あるいは本当にどういう高度な医療設備が整った病院で本当にやらなくてはならなかった患者さんを引き受けたかどうなのかということなのです。

同じ病態の患者さんが国立病院に出向いた場合とそうでない病院に出向いたときに、よほど違う医療を行っている可能性が強いわけです。軽い患者さんでもかなりのことをやられてしまう。かなり重症な患者さんが他の病院に行ったときにもやられるべきことがやられなかったりすることも大いにあるわけですが、そのあたりの実情が把握されないままに今日まで来てしまっているようなところがありまして、技術的にはしっかりと診断書病名を把握をして、それを適切に情報加工して本当にそれぞれの患者さんが必要な医療の範囲だとか、あるいはそこに適用されるべき医療技術等々が、精密にとことん追求すると、これはとても実現不可能になってしまうのですが、ある程度、できれば全病院的に把握されて、その中で国立病院が整合のとれた医療をやっておら