

## 地域医療ポリクリレポート

満嶋マリア

実習期間：2013. 11. 25～2013. 11. 29

実習施設名：安芸太田病院

### 1. 実習施設とその地域の概要

安芸太田病院は、安芸太田町に位置する公立病院である。安芸太田町は、旧山県郡加計町・筒賀村・戸河内町の3自治体が平成16年に合併して発足) 3,327世帯、7,134人(平成25年10月31日現在)、総面積352.25km<sup>2</sup>の町である。当病院は、安芸太田町に加えて北広島町北西部を含めた約600km<sup>2</sup>の過疎地域における1次・2次救急を担っており、広島県へき地医療拠点病院にも指定されている。総病床数は199床(一般病床105床、精神科・神経科病床94床)であり、入院患者は45,280人、124.1人、外来延べ人数55,804人、1日平均にして189.8人(平成22年4月1日～平成23年3月31日)である。診療科は、隔週・月1回の診療も含めて内科 外科 整形外科 精神科 神経科 皮膚科 耳鼻咽喉科 眼科 脳神経外科 婦人科 泌尿器科 リハビリテーション科 麻酔科の12科がある。大学病院や安佐市民病院から派遣される非常勤医師と共に、日中の診療、および当直体制が保たれている。急性～慢性期の診療提供をしているほか、現在病院敷地内に老人保健施設が建設されている。また、安芸太田町の健康づくり課が病院に併設されており、患者啓発や断酒会の場の提供、ソーシャルワーカーへの相談など、町ぐるみで医療の提供がなされている。

### 2. 一週間の実習内容・学んだこと

#### 月曜日(2013.11.25)

午前中はオリエンテーション・外来実習であった。オリエンテーションの中で、安芸太田病院の概要について武澤院長からご説明を頂いたが、その中で印象的であったのは、職員・医師の方々に対して「地域(田舎)を言い訳にしない・お年寄りであることを言い訳にしない」と強調されているということであった。大学病院を始めとした高度先進医療を担う病院と、地域の中核病院の役割は異なる。前者は疾患を細胞・さらに分子レベルで追及するのに対して、地域の病院は個人・それを取り巻く社会生活まで、より深く考慮することが出来る。そのような違いがある一方で、疾患へのアプローチは均質に行われるべきであとおっしゃっていた。今回のお話を通して、先生の意味される「均質な医療」とは、治療や検査などの質の担保だけでなく、病気への理解の程度・治療への積極性・発症から来院までの経過時間などの地域性を理解した上で、いかに患者さんの満足のいく医療を実現させるかを考えることにポイントがあるのではないかと感じた。

オリエンテーションに引き続いて外来実習をさせて頂いた。地域の病院の一面を窺い知ることが出来たのは、嘔気と皮膚表皮剥離を主訴に救急外来を受診された患者さんであった。この方は、安佐市民病院で悪性腫瘍骨転移に対する放射線治療中であつたが、次の照射予定日までの間、副作用に対して輸液と表皮剥離治療に安芸太田病院に来られていた。対応された結城先生は、「また痛むようだったら、またいつでも同じ輸液が出来る」「この絆創膏なら、お風呂に入ることが出来る」などと声をかけられていた。遠方で行う先進的な医療と、地域での細やかな対応が同時に行われている構図を見ることが出来た。また、大学病院の患者さんにも遠方から来られている方が多いが、目に見えない所でこのような医療が行われていることを感じた。

午前～午後にかけて、介護認定審査のための主治医意見書作成実習を行った。介護認定審査においては、点数評価可能な調査項目(ケアマネージャが作成)が最も大きな位置を占めることがわかった。また、主治医意見書を詳しく作成するためには問診・HDS-Rの聴取・神経診察・作業療法士や看護師、家族から自立の程度を聴取が必要であり、現病歴のみならず生活に関して細かく知らなければならぬことを実感した。

※介護保険は、満40歳以上の者が被保険者となる。保険者は原則市区町村である。給金の財源は、税金や国債などの政府や自治体の直接収入(50%)と介護保険料(50%)で賄われる。第1号被保険者(65歳以上)は、介護(寝たきりなどで入浴・食事や排泄などの日常生活動作への介護)や支援(家事や身支度などの日常生活での支援)が必要な時、介護保険を適用してのサービスが受けることができる(自己負担1割)第2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)は、特定疾病のために介護が必要になった場合に、サービスを受けられる。

火曜日(2013.11.26)

火曜日は、午前中は安芸太田病院内に本部のある、町の健康作り課の取り組みに関する学習と断酒会の参加、午後は認知症ケア病棟見学・オプションルタイムとして地域医療の中での画像診断を学んだ。

冒頭に述べた様に、病院内には「健康づくり課」があり、町の政策の中での病院の財政や医療業務の内容も検討されており、病院のあり方自体を検討していることに驚いた。町の医療や福祉を効率的に行うために情報網の整備は欠かせない為、ネットワークを整えるためにもインターネット回線の整備から端末の配布・現場の情報教育など、一から構築しなければならない状況が目の前にあり、その整備には財力もマンパワーも必要であることを改めて感じた。同じ広島県の中でもこのような環境の違いがあること、そして恐らく日本全国の高齢化の進む地域でも珍しくない現状を目の当たりにすることが出来た。また、広島市内に住んでいれば、ある程度、患者は病院を地域や規模から選ぶことが出来る。しかし、安芸太田町などの山間部では、大規模病院は遠方であること・仮に通院できても回復期に安芸太田病院への転院の必要性があり、通院のあり方への考慮が広島市内以上に必要であることを感じた。さらに、普段の実習ではあまり感じる事が出来なかった認知症の支え方・死の迎え方というテーマが病院自体、ひいては町全体での問題となっていると感じた。11月の時点で4~5人/年が孤独死をしている状況で、どのように高齢者を見守り看取るかという問題を地域全体で考える必要があり、その実現には必ず病院が重要な役割を果たす。地域医療は「病気でなく人間をみる」とよく耳にするが、個人のみならず自治体の維持に対しても貢献することを感じた。

断酒会の参加は2回目の経験であったが、自助会の名にふさわしく、医師の指導や誘導というよりも地域の方達が集まり、互いの経験を共有する場であった。飲酒による失敗だけでなく、断酒中の家族の苦労なども共有し、励まし合う事が出来ていた。地域でこのような集まりを支えるのはやはり自治体が主となり、病院のすぐそばにこのような環境があることは地域にとって有用だと感じた。また断酒会の最後に、「断酒の会に入ってよかったことはなんですか」と質問したところ、「たわいもない喧嘩が出来るようになったこと」という言葉が印象的であった。断酒するまでは、夫婦や家族での言い争いは常に飲酒の問題であったという。

午後の最初は認知症病棟で、歌と一緒に歌ったりお話をさせて頂いた。気付いたことを2点挙げる。1点目は認知症症状についてで、一見しただけでは認知症と分からない患者さんも、自動症や会話の繰り返し、短期記憶の障害などを会話の中に見いだすことが出来た。また、会話に食い違いが見られなくても、初診時に気付くべき点として、季節と食い違う服装や会話にそぐわない笑顔などの不自然さが見られる場合を挙げる事がわかった。今後の診療の中で、認知症の可能性を常に考えてながら、これらの点に考慮する必要がある。2点目は地域における認知症患者の位置づけであり、特に山間部や島嶼部などの過疎地域には独居で認知症の方が少なくない。認知症治療病棟にしても老人保健施設にしても、増え続ける認知症患者の支援の限界を痛感した。現場の医療スタッフの方々の患者さん一人一人の背景を理解し、また個人の意思を尊重している姿が非常に印象的でもあった。

続いてリハビリ施設の見学をさせて頂いた。広いリハビリスペースに様々な理学療法・作業療法の器具があり、リハビリの具体的な内容について触れることが出来た。一番感じたのは、普段の生活や道具でも気をつけるべきポイントや使い方の工夫を練習すれば、自宅での生活に戻る（もしくは施設でよりよく生きる）手助けとなる、ということであった。脳梗塞や整形外科疾患の多い過疎地域にあってリハビリは必要不可欠であるが、介護保険でレンタル可能な器具も病院で導入をしたり入浴指導をしたり、より生活に密接したリハビリを垣間見ることが出来、非常に得るものが大きかった。

オプションルタイムとして、地域医療の中での画像診断を学ばせて頂いた。当直帯の的確な診断もさることながら、地域性・季節性を考えた疾患の絞りの方や、独居の高齢者を取り巻く環境への考慮に目を見張った。前者としては、たとえばスキー場勤務や寒さの厳しい地域において、冬場CO中毒による頭痛が起こることがあるが、CTで被核の低輝度を確認されることを学んだ。後者には、医療資源の豊富な都市部に居住する家族からの批判があったり、地元の病院だからこそ住人の方から不満を伝えられやすい状況があることがわかった。これに対しては、家族の意見に耳を傾けながら、コミュニケーションを丁寧にとり、医師への不満が残らないような適切な対処も必要である。昨今地域医療の重要性が全面に打ち出されているが、地域の医師を守る仕組みがもっと作られるべきだと感じた。

水曜日(2013.11.27)

午前中は看護実習、午後は往診・地域連携室実習を受けさせていただいた。実習体験内容として、全身清拭・陰部洗浄・更衣・口腔ケア、そして病棟の患者さんの血圧測定をして回った。看護業務を実際に体験して、予想以上に重労働であることを感じた。特に進行した認知症や、拘縮や拘縮の程度が強い患者さんでは時間がかかることを実感した。このお話を通して、看護の目的は「患者さんのニーズにこたえ、充足させていく」ことだと学んだ。ニーズの中には、適切な休息、排泄、栄養状態、精神状態のほかに、支援してくれる人の存在や宗教なども含まれる。また、対応は治療方針の変更だけに結びつくのではなく、たとえば睡眠が足りないと訴える患者さんに対しては、温度や布団の環境、日中の運動量などを勘案し、それでも改善されない時には医師にコンサルトするといった全身的な管理が行われることがよく分かった。

印象的だったのは、病院内での衣服の紐の結び方などに関してもある宗教にとっては不吉なものもあり、そのような細かい点でも配慮されていることがわかった。また、病院内のさまざまな委員会（感染防止・転倒防止など）の通達が看護に反映されていることが改めてよく分かった。大学病院にも多くの委員会が存在しているが、組織としての病院の構図を窺い知ることが出来たように思う。

午後は、4家族5人の患者さんの往診に同行させて頂いた。老老介護という言葉を目にするようになって久しいが、やはり介護者も全体的に高齢者が多かった。また病院から家屋までの急な坂や山道は車でも往来が難しく、通院の手段のない高齢者にとっては、通院も大きなハードルがあることに気付いた。近年、在宅医療が奨励されているが、介護者の身体的な負担は勿論のこと、時間的拘束や精神的な負担が大きい。都市部では訪問看護や福祉施設サービスが充実しているが、過疎地域ではそもそも福祉の提供にも限界があり、派遣や受け入れの人数に限界があり、住民の負担がそれだけ増えている現実があることがわかった。一方で、都市部とは異なり家屋が広く、介護に係るスペースの確保が出来たり、長年住み慣れた家で患者さんの安心感が強いことなどが、地域の在宅医療の強みであることを感じた。その後病院に戻って地域連携室で、医療ソーシャルワーカーの方から病院と福祉の関わりについての説明を頂いた。介護保険・各種障害・生命保険の申請などには医師の診断書や意見書が必要となるが、特に地域医療の中では「求められて診断書を書く」のではなく、使用可能な支援を考えて、必要があればソーシャルワーカーに医師から相談することが必要であると考えられる。

その後、オプションタイムとして心エコー実習を行った。ポリクリ実習中にあまり習得出来ていなかったため、たくさんの時間を割いて教えて頂くことになった。どの場面でもエコーは重要だが、特に自分一人だけで夜間救急を担う場合のエコーの重要性を痛感したあとだけに、技量不足を痛感し、今後の実習中にもう少し復習しようと反省した。

木曜日(2013.11.28)

終日、廿日市市吉和診療所で実習させて頂いた。この日は、安芸太田を出発する朝から雪が舞う冷え込みの強い日で、白さを増していく窓の外の風景に圧倒されながら吉和へ向かった。

吉和診療所に到着し、まずは施設を案内して頂いた。保健センターを改築して設置された。歯科診療所と併設で、往診も行っている。診療所前にはバス停があり、バスで通院することも可能である。医科には、一般待合・受付、風邪外来（感染を防ぐための別待合）、診察室、処置室、検査室、X線室（歯科と共用）がある。吉和は標高600mほどの山あいに位置する人口600~700人ほどの地区で、スキー場や温泉、別荘地をはじめとした、レジャー施設が中心の地区となっている。

実習当日の外来患者さんの半分はインフルエンザやヒブワクチンの定期接種、残りの半分は定期的な通院であった先生はこの診療所に6年ほど勤めてらっしゃるということであったが、丁寧な声かけで患者さんと接していらっしゃり、円滑なコミュニケーションを取っていて親しげな雰囲気であった点、患者さんも「そろそろ検査の日だったので来ました」「薬が切れるので来ました」と自己管理をしっかりとっている点が印象的であった。

診療所はスペース・機材・人材・財源に限られており、その中で工夫して診療が行われていることを感じた。たとえば薬剤の処方も診療所で同時に行うが、主に使う薬剤に絞って設置する。一方で、特定の患者さんしか使わない薬剤や、ジェネリック薬品の導入などの点から、最小単位で入荷することもある。輸液や薬剤も無駄のないように少量単位を必要なだけ在庫を置いてあった。またエコーやX線は機材がやや古く、目にした時はこれで検査が出来るのだろうかと思ったが、技術があれば緊急性のあるものは十分除外出来るのだと分かった。尿・鼻汁・便といった顕微鏡的検査も検査室で先生

自ら行われているのを見て、改めて多岐にわたる手技が現場で行われていることを感じた。看護師さんの力もあり、多くのことが思った以上に一人の医師で出来るのだということに感銘を受けた。一方で、診療所では治療不可能だと考えたらずぐに他院へ紹介することも必要で有り、持っている資源をいかに生かすかをしっかり把握することが大切だと感じた。

#### 金曜日(2013.11.29)

午前は松本先生と総合診療科の実習、午後は総括であった。「普段より治りにくい風邪を引いた」という30代の女性を診察した。問診・身体診察ともにポリクリでの成果を発揮出来るかと思ったが、聞き漏らしや身体診察で見逃した部分もあった。また、「次に何をするか」「どう対応するか」「どこまでは自科で検査し、どこからは紹介するか」という思考過程が未熟であることを実感した。総括の議論の中で、考察を深めることが出来たのでこの内容は次項に譲ることとする。

### 3.考察

#### 1.地域医療の考え方

日本医師会によれば、医師偏在の理由として、医師数抑制対策、医療費抑制対策、医療事故責任追及への恐れ、新医師臨床研修制度、医師・社会間の医療に対する認識のずれ、若者の価値観の変化、勤務医の過酷な勤務実態などが挙げられている。それぞれの理由に対して多くの検討がされており、また個別の対策が挙げられているが、本項では一学生として「若者の価値観」に対する答えのひとつを挙げたい。

学生の都市志向は医学生に限ったことではないと私は考える。利便性や先進的な手法に多数に触れるためには、やはり一定の人口レベルが必要であろう。医療に限ってはどうか。今回の実習で見たように、限られた資源を運用する力や、幅広い検査・診断治療の習練の場としては地域医療は恰好の場だとも言える。

一方で負担や不安を感じるのは、(とくに夜間救急などでは)地域医療の医師が大病院に対して孤立していること、そして一人で追うべき責務が大きすぎることにあとと考える。大病院でチーム医療が喧伝される一方で、地域では一人の医師が患者の不満や訴訟を回避しながら診療にあたっている。実習の中で、懸命に治療を行う若い医師が、家族からの不当とも思える批判(普段地域に高齢者を独居させているが、都市部から来た若者は、「医師のせいで体調が悪化した」と非難する、老老介護で困憊し病院に連れて来て帰ってしまうなど)に遭い、数年でやめてしまうという話も聞いた。全ての例に当てはまる訳ではないが、身を守るための立ち振る舞いを考えながら忙しく働く状況では、やはり他の選択肢を選びたいと思う。そして、現況を知らないことが、「こんなことをする為に来たわけではないのに」という気持ちを募らせる原因の1つになると考えられる。

最近では総合医や地域医療に対する必要性が声高に叫ばれている。かくいう私も総合医に興味をもつ学生の一人であるが、そのような学生が医師として長く残るためには、実態の利点とともに、問題点を提示することも必要ではなかろうか。

その解決策のひとつとして、今回の実習のように実地体験をすることは必要である。「地域の魅力を体感する」というだけでなく、「現況を知る」ことが重要である。「地域医療実習に行けば必ず地域に行きたくなくなるはずだ」というよりも、いずれ我々が直面しうる環境をどのように改善していくか、という問題志向をもつ契機としての実習に意味があると私は考える。

さらに問題点に対して具体的にとられている対策(たとえば法的に医師を守る制度を作る、よく遭遇する事例にはある程度の指針を全国的な見解として示しておく、病院の人数を一定数確保し医師同士が相談出来る状況を作るなど)を明示していくことも必要であろう。

最後に、「医者地域に行くべきか」という問いへの考察を述べたい。

昨今の潮流から、首を肯んじざるをえない学生は多くいると思う。私もその一人であり、行くべき必要はあると考える。その理由としては一国民として国民の最低限の健康を守る必要があると考えるからである。では、「最低限の医療とは何であろうか」。それは、医療機関がないことにより生命が脅かされることであると考えられる。確かに、世界の深刻な無医地区に比べて日本の医療は恵まれており、何日もかけて診察に至るということは確かにない。しかし、高齢化がさらに進み医療機関にアクセス

することも難しくなった上で、今後現在よりもさらに都市部への医師の偏在化が進んでいけば、生命が脅かされることはないとは言いきれない。従って、やはり最低限の治療の確保は常に担保すべきだと考える。

しかし自治体の職員を除いては、医師は各地域で必ず一定数確保されるという保証はない。国民としての責務を果たすべきだとして、医師の良心に任せるのはやはり得策ではないし、これまでのように医局人事だけでは運営出来ない。現況では全医師公務員体制は不可能であるし、地域枠の学生が増えたからといって公務員の割合を急激に増やすことも難しいだろう。個人で動く医師が、地域医療というひとつの選択肢の可能性を高めていくしかない状況が続くことは予想されるが、今後多少なりとも医師の責務を問われることになるだろう。その時、自分がどのような理由で働く地域を選んだのか、その理由や信念を自分なりに明瞭にしていくことは必要だと考えている。

## 2.在宅医療の是非と問題点

在宅医療のイメージといえば「患者さんの希望する自宅での最期を迎えられる」「必要以上の医療を受けなくて済む」というポジティブなものが思い浮かぶ。これはなぜだろうか。我々は在宅医療（以下在宅介護・看護も含める）の良い面を額面通り、キャンペーン通りに受け取っていることもあると思われる。今回実際に見学させて頂き、在宅医療のあたたかさと共に、問題点をも見ることが出来たように思う。

最期の時を安心して迎えることは患者にとってこの上ない選択肢である。しかし、家族の負担があまりに大きく、また家族のマンパワーや財政的な余裕により在宅医療の格差は大きくなるのではないだろうか。医療のもつ平等性の裏面とも言える多額の拠出(生涯医療費のほぼ半分を占める)を、平等性の必要のない福祉に移行させているという一面があるのではないかという疑問をもった。また、「多死社会を迎える日本では病院では限界がある」ことの解決となるはずなのに、家族の死の受け入れが十分でない場合、結局のところ救命処置に病院が追われることになる現状もある。

都市部での在宅医療にも目をむけるべきである。今後都市部でも普及すると考えられるが、その際、地域の連携の図りにくさ・自宅のスペースの問題・都市部で暮らす人々の忙しさや介護・看護の不慣れから、地域よりもさらに格差が広がるのではないかと思う。在宅医療がもてはやされている中、その短所もしっかり考えたうえで医療者が関わって行く必要がある。

在宅医療と、集約化された従来型はどちらが国全体の医療費として削減されるのであろうか。在宅医療は不要な医療を減らし、終末期の医療行為を減らす効果があるが、やはり集約化した医療の方が効率的であると考えられる。

この疑問は在宅医療の授業を受講した時から持っていたが、インターネットで調べても「保険診療点数」や「患者の負担」での情報が大半を占めており、国策としての情報をなかなか見つけられなかった。今回の実習を契機に調べ直したところ、参考とした資料では2015年度までに入院需要の抑制に伴う平均在院日数の減少等で4,400億円程度の重点化・効率化効果が生じるとされてきたとされている。さらに、これを財源として行われる予定の6,500億円程度の公費追加や、入院需要の抑制によって生ずるとされる2,200億円程度の在宅医療・在宅介護の反射的な公費の増加もあり、これらも考慮に入れなければならない。GDPとしてカウントされない家庭での介護の計算方法、試算方法により多少の数字の変動は予想される。また、在宅医療・介護の黎明期でハードの面に注がれたためこれらのマイナス額が発生したためだと考えることも出来る。しかし、充実策による公費負担増加分の半分に満たないのは何らかの問題があるのではなかろうか。

効率の点は問題で、効率の低下と共に、人件費や器材にかかる費用は増加するだろう。また、現在は在宅医療の推進策が行われている（たとえば在宅療養支援診療所の申請や、在宅患者訪問診療料といった加算点数制度がある）ので、在宅にシフトするほど診療報酬は高くなる。さらに、現在の高額療養費負担制度を用いればある程度患者負担も抑制され、その適応が増えており、言い換えれば「マイナスを算出している制度が医療機関側にも奨励され、さらにその適応も増えている」状況があるのではないだろうか。もちろん、医療者にとっても患者にとっても患者負担が小さいことが好ましいことは疑わない。しかし、在宅医療の宣伝だけが進む一方で、この財政状況が大々的に報じられて来なかった状況に目を向ける時期が来ていると感じている。

#### 4.謝辞

今回の実習では、安芸太田病院・廿日市市吉和診療所の先生方、スタッフの皆様にご多大なるご協力を頂きました。お忙しい中丁寧にご指導くださる中、私は大学病院で自分が培ってきた「常識」が単に思い込みに過ぎないと感じましたし、多くの質問や概念的な問いにも答えていただき、考察を深めることが出来ました。

地域枠が導入された私たちの学年は、これまで以上に地域医療の魅力や必要性について教えて頂いた学年であると思います。それを受けまして、個人的にも一種の憧れを持って臨んだ実習でしたが、やはり一筋縄では行かない問題がたくさんあることも痛感しました。言葉だけでは伝わりにくい魅力を感じることもできたと思います。

地域医療実習は、はじまってまだ数年だと伺っています。各人の地域医療への関わりは異なりますが、「実態を知ること」・有る意味で「カルチャーショックを受ける」という体験からすべてが始まります。地域医療実習によって、学生全員が地域への志を高めるかどうかは、率直に申し上げれば私にはまだ分かりません。しかし、たとえ都市部で医療を行うことになったとしても、地域から紹介となった患者さんたちや、ひいては地域の医師の事を少しでも考慮するヒントはたくさんあると思います。

この実習の環境を整えてくださった先生方、事務の皆様、スタッフの皆様にこの場を借りて御礼申し上げます。本当にありがとうございました。

#### 5.参考文献

- 安芸太田病院ホームページ  
<http://www.urban.ne.jp/home/kakehp/>
- 平成 23 年度 老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業 ～待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究～  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002axxr-att/2r9852000002ay1l.pdf>
- 医師の不足、偏在の是正を図るための方策（平成 20・21 年度勤務医委員会東進 医師の不足、偏在の是正を図るための方策） 日本医師会 <http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kinmu21.pdf>
- 在宅医療 費用について 麻生飯塚病院 <http://aih-net.com/patient/zaitakuiryou/faq/hiyou.html>
- 生涯医療費 平成 22 年度年次報告（厚生労働省）  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/dl/syogai22.pdf>
- 在宅医療の推進について（岐阜県政策研究会）  
<http://www.pref.gifu.lg.jp/kensei-unei/seisaku-plan/choki-koso/kenkyukai/index.data/report250304.pdf>
- 財政健全化に向けた基本的考え方 - 財務省  
[http://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia250527/zenbun.pdf](http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia250527/zenbun.pdf)
- 経済レビュー：平成 24 年（2012 年）7 月 25 日 NO.2012-14 1 増加が続く医療費の公費負担について-三菱東京 UFJ 銀行 [http://www.bk.mufg.jp/report/ecorevi2012/review\\_0220120725.pdf](http://www.bk.mufg.jp/report/ecorevi2012/review_0220120725.pdf)
-