

地域医療問題を考える in 東京

日 時：平成 26 年 7 月 14 日（月）13：30-16：30

会 場：アットビジネスセンター東京駅八重洲通り

主 催：地方議員研究会

テーマ：地域医療再生への処方箋 I（理論編）

講 師：城西大学経済学部教授 伊 関 友 伸 氏

出席者：創新 本 田 俊 治

【記録】

・テーマ 地域医療に起こっていること、問題解決のために必要なことについて

- ・医師の集まる場所二極化している。
- ・いままでは地方が苦しかったが、これからは都市部も苦勞する。
- ・救急車の搬送時間が一番長いのは、東京。次は埼玉県。
- ・医師、看護師等医療資源が不足する。
- ・2025（団塊の世代が後期高齢者に）に向け厳しい、深刻な状況となる。
※まだ、はじまっていない。
- ・医師不足も深刻だが、看護師不足の方がもっと深刻。
- ・看護師になる人がいない。（子供がいない）施設は十分にあるが...

P5・医師不足の原因 様々複合的に絡み合っている。

- ・平成 16 年の新医師臨床研修制度の導入により一気に崩壊した。
- ・世界的にみても日本の医師数は少ない。
- ・昭和 40 年代から昭和 50 年代にかけ医学部がいっぱいできた。その反動で医師数の抑制を行った。

過去をみると医師が余っていた時代もある。

明治期医師は余っていた。江戸時代は自由開業。明治時代は漢方医から西洋医学へ

大正時代には漢方医はいなくなる。（漢方医は地方にいた）

西洋医学を学んだ医師は都市に中。結果、地方は医師不足に

昭和 20 年代は医師余り。（医学専門学校を沢山作ったため。）

この時代に国保病院が多くできている。

S36 年 国民皆保険 → 国民健康保険 さらに高度成長 豊かに → 医療を利用
看護師不足、 → S38 年から医師不足

S45 秋田大学に戦後になってはじめて医学部設置、その後私立に医学部設置。

S47 列島改造論で 大学の地方分散 → 一県一医科大学構想

医師数 3,000 人から S56 年、最後に琉球大に設置され 8,000 人に
都市部は医師余りがまた起こるが、地方の医師不足は変わらない。

老人医療費の無料化 → 医療費増える → 医師を 1 割カット

S57,58 第 2 臨調 行政改革 医療制度も対象。医療費の抑制

医師が増えると医療費が上がるという考えがあり、医科大の定数 1 割削減

H9 橋本内閣も医学部の定員抑える → 1 割削減

H16 新医師臨床研修制度の導入で更に厳しくなる。

→ **医師数を増やすように方向転換**

P8 世界的にみても日本の医師数は少ない

人口千人あたりの臨床医数は 2.15 人

P9 医療の高度専門化と高齢化の問題が重要である。

医療は世界レベルで進歩している (いい点、悪い点あり)

専門・細分化

心臓病で糖尿病の患者 昔は一人の医師が...

今は、内科でも消化、循環器と細分化している、放射線等に

結果、複合した病気は診れない。

沢山の医師で 1 人を観る。→ 見落とし間違いがない

医師が沢山必要なる。→ 医師不足となる地方では医師の過重労働に。

P11 人口の急激な高齢化

東京、埼玉で本格化、→ 高齢者の受け入れ病院がない。

患者さんの主治医 A 病院 その病院が救急患者の受け入れでいっぱい

結果、主治医である患者さんの救急受け入れができなくなるケースも

病院での亡くなる方が増えている。医療費の増加に繋がる。

P12 の資料 1951 10% (病院で死ぬことは贅沢) 今は、80% (あたりまえに)

病院で亡くなる方も 1990 年代の 50 万人から 90 万人を超える状況

死亡者数も増えている。

今、年間死亡者数は 110 万人程度、これが 160 万人にまで増える。

この増える死亡者の見取りをどこで? 高齢者をどう見取るか? が課題となる。

埼玉県も病院を増やす計画

P13 インフォームドコンセント

患者さんには良いこと しかし、医師にとっては仕事が増える。

P14 女性医師が増えている。首都圏の国立大学 半分以上女子

全体で 3 割が女子といわれている。

女性医師は出産・子育てで臨床現場を離れる。

P15 卒業年数別医師数 (例) 女性が非常に増えている。

産婦人科厳しい。

今、現在 50 名の先生方が頑張っているが、10 年経つと更に厳しくなる。

P16 日本の医師、劣悪な労働環境

地方で少ない人数で頑張っている。

特に、産科、小児科、救急等過労死寸前の状況になっている。

労働基準法違反の病院があちこちにある。

医師も労働基準法の対象。36 協定を結んでいない病院もある。

時間外勤務手当を出していない病院。名ばかり管理職としている病院。

県立病院は、今、きちんとやっているが、地方の病院はできていない。

院長、副院長はともかく部長クラス以下は時間外をだすべき。

医師の初任者調整手当を作っていない病院。

地方の条件の悪い病院 初任者調整手当つけていない病院が...

→これでは医師はやってこない。

労働環境に配慮できない病院 地方に多い (田舎)。

P17 医師の残業は平均で 66 時間、最大で 150 時間

24 時間 365 日 対応が必要

P18 黄色い部分を何人でみるか? (夜間、祝祭日等を) が大事。

医師が多ければ負担はすくないが、すくなければ負担増。

若い医師専門化・細分化している。救急対応は難しい、専門外はしたくない。

夜間、祝祭日の専門外の業務対応できず

大きな病院はカバーできるが、小さい病院では黄色のカバーは無理。

ミスが訴訟に、医師はストレスになる。

P19 一ヶ月で休日があるか? というアンケート

ない 8.7% 忙しい構造にならざるを得ない状況。

P20 18% 近くの医師が精神的に追い込まれている

P21 H16 2004 年 新しい臨床研修制度

従来は、医局に属する。いきなり専門的医療

新しい臨床研修制では 2 年間各診療科で研修を積み、医師としての基本をみに着ける。その中で 1 カ月間地域医療を学ぶ。(これは重要)

この制度のいい点もあるが、競争原理を入れたことで 医師が自由に病院を選び、結果、若い医師が都市部の大病院を選んでしまった。

→ 今まで医師を派遣していた大学の医局の医師不足。

地方では県庁所在地の大きな病院に医師が集中

P22 新医師臨床研修制度導入後の修了者帰学状況

6 割くらい残っていたが半減していった。

P23 急性期を指向する医師が多い→高度、専門医療を希望

医師の集まる病院にさらに医師が集まる。
地方の病院で2名体制の夜勤（内科、外科）がベスト。
2名で当直するためには40名以上の医師が必要。

P24 産科医師の拘束状況（例）

医師2から3名では13日近く拘束される。
7, 8名の病院であれば、5, 6日の拘束で済む。（こちらに勤務したいのは当然）
福島県大野病院の例 産婦人科一名体制の問題 → 医師が医療事故で逮捕される
結果、無罪にはなったが、医師最低2名以上へ（一名医師の病院は引き揚げ）
産婦人科以外も医師が少ないと拘束時間が長くなる。

地域の医師が何日拘束されているのか、しっかり理解することが必要。

P25 病院の2極化現象

高度・専門化に対応 医療機器も充実、研修の充実による資格取得
→ 収入につながる。 → 再投資ができる。 → 更なる機能強化が可能
成長する病院と衰退する病院に二極化してきている。

P26 在院日数を短く、収入は手術 収入アップ → 入院基本料が高くなる傾向
DPCの導入も増えている。 質の高い医療を行うところには点数がつく時代
ダメなところ 医療の密度の低い患者がふれる 高齢者が増える 収入が上がらない。
はっきりと差が出てきている。（地理的条件や病院の力だったり出てくる。）
国は、ベットを減らそうとしているので、悪化している病院から復活することは難しい。
ますます厳しい状況

P27 100、150、200床の医師数は増えていない。（地方の自治体病のある規模）

※20～29床は増えている。 診療科を特化 産科、循環器等
一定の規模（100から200床）で最低限やりますというところには医師がきてくれない。

P28 医師と患者との「こちら」と「あちら」の溝あり。

へとへと状態の医師に市民が要求→心がおれる

P29 コンビニ医療について

だいぶ減ってきているが、まだまだ多い。
患者が医師の疲弊を考えず、自由気ままに休日・夜間診療をうける。
早く診てもらうために必要ないのに救急車を使う。
軽い切り傷や水虫で深夜診察を受ける。
→ 医師は去っていく

P30 病院がなくなる。

医師がいなければ医療行為はできない
医療行為ができなければ収益が上がらない

収益が上がらなければ、病院の収支は大赤字になる
病院財政は破綻、病院を閉鎖しなければならなくなる。

P31 舞鶴市民病院の例

総合医育成・配置を目指す。中心となった副院長 2004 年退職
※病院に理解のない市長 → 病院を潰す。

P32 舞鶴市民病院の医師数と医業収益・費用

2 億から 4 億の一般会計繰入金 → 繰入できず 短期借入で最高 22 億円まで。
新市長になり 2006 年から 5 年間で 80 億円の繰出。医療をしない病院へつぎ込む。
普通の自治体であれば財政破綻するところであるが、舞鶴市は裕福であり財政破綻
はまぬがれたが、客観的にみて税金の無駄遣い。普通の自治体であれば、病院をつぶ
すことを考えるところ、財政的に余裕があった...

P33 閉院してまた例 松原市立松原行院

2003 年 36 人の医師→2008 年 26 名に
病院収益が急激に悪化、手持ちの現金を使い果たし、
2008 年 3 月に 15 億円の一時借入金が発生。
病院の建物や医療機器の老朽化し、建て替えに多額の費用がかかることから
当時の市長が市の将来を考え 2009 年 3 月末病院を閉院
5 月の選挙で引退。自分の首と引き換えに閉院。

P37 一時借入金 2008 年 24 億円

病院を閉めてしまうと支出がなさそうですが？職員をどうするのかという問題が
残る？
銚子市立は病院を閉め、解雇分限免職。退職金が山ほど発生した。
松原市は一般職などで職員が残っている。
看護師の資格を持っていて事務職として残る。
医療職を一般職員として雇用、将来的な人件費政策を考えると、適切かどうか悩む
ところ。
病院を閉めればいいというわけではない。
職種として不足している看護職を事務職員にするのは問題あり。もったいない。

P38 志木市民病院 民営化方針

100 床の新しい病院を作るが、医師が退職し年間 7 億円ほどの繰入。
厳しい経営状況にあり、市は指定管理者制度の導入方針をたてるも、議会において、
指定管理者制度を導入しても市からの支出は続き、市財政を圧迫する状況は変わ
らないとして「民間にできることは民間に任せるべき」との声が多く挙がり、「民
間譲渡」の判断をした。
議会側が民間譲渡を！

P40 自治体病院の存在意義。

自治体病院・診療所は非効率で、存在の価値がないのであろうか？

全国の医療施設数の 11.5%が自治体病院

P42 自治体病院はいろいろ重要な役割を担っている。

救命救急センターの 40%、小児救急医療拠点病院の 40%、基幹災害医療センターの 56%、地域災害医療センターの 44%、がん診療連携拠点病院の 43%、総合周産期母子医療センターの 43%、へき地医療拠点病院の 69%、第 1 種感染症指定医療機関の 72% 等を担っている。

10%しかない公立病院頑張っているが...

P43 自治体病院の医業収支比率 状況は厳しい

非常に厳しい 収入 3 兆円 支出 4 兆円 10%程度 財政支援をもらっている状況。

P44 一般会計繰入金

1997 年から減少傾向にあった。

2004 年 医療崩壊が起き、総務省が単価をアップの方針をしめしたことから、今は、繰入が増えている。増加傾向にある。

この先どうなっていくのか？過大な繰入は国民の批判も招くし、自治体病院の存続にマイナスの影響。

できるだけ減らす努力が必要であるが、無理して減らすと壊れる可能性あり、非常に難しいところである。

自治体病院は必要なのか？

P45 公設公営でなければだめだという人がいる。

「公営」ってどういう意味があるのか？

行政が直接、公務員として病院職員を雇用し、既得権に安住させる。

役所の規則で病院を運営。

議会という医療に不勉強な人達の関与を与える。

議員もしっかり勉強し、応援団になってほしい。

P47 質の高い自治体病院経営に必要なこと ※重要

ガバナンスレベル（自治体本体・議会・住民（患者）・病院経営者）

責任をもって病院経営をする人を置く

責任者へ権限付与と責任の明確化

経営者の示す病院の方向づけの了解

必要な医療分野への資源の集中

外部者の医療現場への敬意

マネジメントレベル（病院経営者・各部門のリーダー）

病院何おける方向付けの提示

病院長のリーダーシップの確立と各部門への権限委譲

メリハリのついた資源配分

人材の登用

最新の病院経営手法の導入

オペレーションレベル（各部門のリーダー、現場職員）

職員間のミッションの共有

経営が悪ければ病院がつぶれるという意識を持つ

地域医療の実現

現場での改善活動

P48 ガバナンスレベルの問題点 **※重要**

役所は個人を目立たせない。

現場に権限を与えない、責任も明確にしない。

行政・議会・地域が全て現状維持に意識が向かう。

官房セクションが偉いという文化、住民も権利しか主張しない、クレーマーに弱い

P49 マネジメントレベルの問題点

病院の方向性を示せない。

職員がバラバラで、病院長に誰も従わない。

医療の素人の事務が病院を仕切っている。

※病院長は孤独、医師は皆医局を、看護師・スタッフは労働組合を、事務は本庁を向
き、誰も言うことを聞いてくれない。そんな病院がいっぱいある。

メリハリのついた資源配分ができない。

予算や人材を簡単に変更できない、条例や規則が支障にスピード感がたりない。

沖縄県の例 きっちり職員定数を定め、看護師がたりなくても定数変更しない。

香川県 美豊総合病院。ここは、職員定数なし。必要だとおもう人材は集める。

人員定数 増やせない **※増やしたら収入増になるケースあり。**

P50 オペレーションレベルの問題

病院として共通の意識をもとうという考え方は少ない。

役所はつぶれない。経営指標に関心がない。

※今は、病院経営にお金がかかる、バクチに近いギャンブル的な要素が一番強い。

P51 自治病院の弱点

事務職員が病院経営にかかわることの問題

P54 H25 年経済財政諮問会議議事要旨（P54-55 国の方針）

自治体病院の改革、改善への取り組みを求めている。

P56 自治体病院事務職員の問題点

病院経営に求められる知識が足りない。

病院経営に求められるマインド（意識）が不足している。（病院に向かない、嫌い）

役所の人事ローテーションにより数年で異動させられる。

↓

とにかく優秀な事務を配置して、ちゃんとやれば2億、3億収入が上がる。
エース級を張り付けること。安定的に仕事をやらせる。
勝ち抜く病院にしなければならない。
優秀な事務を配置するしかない。

P58 職員定数の問題

今の医療は人を雇用することで加算を取り収益を向上させる仕組み。
人を雇うと点数がとれる
職員定数で人の採用を抑制することは経営上マイナスであるが人事担当は理解していな。
病院の提供する医療サービスが変わってきている。
昭和の時代は、薬価差益で収益を得ていた。(人を減らし利益を得ることができた)
今は、技術、質の高いサービスを提供し利益を上げる形態に
小売業からサービス業が変わってきている。
病院の性格が変わってきている→人を雇わなければ収益は上がらない。

P60 医療費1件当たりの寄与度 ※おもしろい資料

1965年 投薬と注射で医療費の半分以上を占めていた。(入院料は低かった)
薬価差益、注射がへり手術やDPC包括評価等にシフト
近年は医療の質にお金をだす動きが進んできている。更に進む！

P61 診療報酬の加算の例 感染症防止対策の評価

※職員が研修しなければ加算はとれない。→ 病院管理の進歩に遅れていく
※職員が研修できる余裕をもたなければ…

P63 公立病院と民間急性期病院の職員比較

黄色の部分だれがやっているか？ 医師がやっているのでは。
医師不足のなか専門職を配置すべき。
※民間では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を積極的に配置を加算を！

P64 埼玉市立病院(567床)の職員定数見直し

病院のあり方検討委員会を設置 最終報告で職員定数の見直しを提言
収益を上げて、収支改善 → 操出金の圧縮

P66 の収支改善の状況(医業収支比率、職員給与費比率、他会計繰入金対経常収益比率等の目標数値が改善されている。)

P67 公務員スキーマ

公務員としての経験や知識に基づく仕事をしている。
※役所の職員としての知識で病院のことも考える
公務員は行政の専門職
積極的に取り組む職員少ない。新しいことには取り組まない→前例踏襲型
職員が積極的に取り組む自治体 ほとんどない。

公務員は、勉強しない。 医療職は勉強する。

P70 P71 の比較を考えること

事務職員のスキーマ	医療職から見れば
<ul style="list-style-type: none">・与えられた仕事を完璧にこなすことが第一・新しいことに取り組まない・基本的には前例世襲型・勉強をしない・指揮命令関係だけで解決	<ul style="list-style-type: none">・医療と患者さんが第一・医療現場のために融通を利かせ、汗をかく・事務室にひきこもるな・医療という共通言語で語ろう

P73 自治体病院が生き残りのために、自治体職員の病院経営の勉強と理解は絶対に必要。

----- 10分の休憩 -----

第2部

P75 公設「公営」のメリット

自治体立の病院としての「権威」があった
権威があり医師やお金をあつめやすかった → 医局から医師を派遣
患者さんからの評価や敬意も存在していた

P76 時代が変わった

医局制度の崩壊 給与や勤務条件の悪化
自治体病院に憎悪する医師が多い。
ひどい目にあった医師が山ほどいる。
自治体病院をつぶしたいと思う医師もいる。
医師への待遇向上（だいぶ良くなってきているが）は役所のルール変更が必要で
変えるのは大変。初任者調整手当なしや名ばかり管理職状態といった状況が地方の
病院ほど多い状況。
自治体本体の財政難による自治体病院への資源投資の限界
住民も自治体病院への尊敬は少なく苦情と憎悪の対象に
職員も病院に勤める誇りより、既得権を守ることに関心が
いままでの強みが一気に弱みに変わった。

P77 経営形態の変更

公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、病院の譲渡等経営形

態の変更を迫られる自治体が相次いでいる状況
今、1000ある自治体病院が減る可能性は高い。

P78 和泉市立病院の例

この四月から徳洲会が指定管理者なった。

問題点 看護師らの半数以上が市事務職員への職種変更や退職希望
常勤看護師 197名中徳洲会へ移籍したのは89名、74名が職種変更で市に残ることを希望、34名は退職を希望

医療技術職員も57名中30名が職種変更、10名が退職を希望

市は、徳洲会のための医療職引きとめのため50万~300万円の貸付、3年間勤務で返還免除という就業支度制度を設け、3億5千万円を予算措置。

人手不足の医療人材の無駄遣いである。

職員にとっても不幸なことであり、こうならないように、経営改善への取り組みが必要。

P79 自治体病院の存在意義 P80、P81の資料

P80 目に見える(数値化可能)、目に見えない(数値化困難)な存在意義

P81 利益が上げにくい→利益が上げやすい

代替しやすい→代替が難しい

※医療機関の多き都市部では、より利益があげやすく、民間医療機関と代替しやすい

※地方部では、逆に利益が上げにくく、民間医療機関の代替が難しい。

P82 民間病院の独占排除

民間病院の医療が優れているとは言い切れない。

P84 単一の経営主体が医療を行うデメリット

P85 複数の経営主体が医療を提供するメリット

機能の分散も必要ではないか？

P86 国保医療費地域差指数と自治体病院

国民健康保険の地域差指数が低い千葉県で自治体ごとの指数を比較
結果、自治体病院のある自治体の地域差指数が低い結果がでている。

P87 自治体病院のあるところ国保地域差指数と自治体病院

自治体病院立地 平均0.854 自治体病院未立地 平均0.882

旭市(旭市立病院 1000床)→0.732 鴨川市(亀田総合病院同じ規模)0.921

自治体病院への繰出が高いのかもしれないが、トータルとして地域差指数が低く、国保会計への繰出金が低ければ変わらない。

行政全体としてのバランスを考えることが重要

P88 自治体病院の多い都道府県は地域差指数が低めに、少ない県(九州)は高め

地域差指数が低めのところは、国保会計への繰出が抑制できているので、医療を適切

に提供し、体制を充実させることが重要。

高い地域は、民間病院が中心、医療費を使う傾向にあり、質の低い医療が蔓延する可能性があるため、適正な医療を提供し、標準となるモデルをやることが重要

この図から、自治体病院が非効率、無駄使いだとは言えないという傾向が読み取れる。

病院によっては医師不足で、100床クラスで繰出金を5億から7億だすという自治体病院は厳しいが、交付税の範囲内であり地域差指数が範囲内であれば、大手を振ってもいいのではと考える。

※地域差指数を分析すること（要チェック）

P89 制度の隙間を埋める重要性

人々の繋がりが希薄化による孤立化、制度のすき間からこぼれ落ちる人が増加

P90 新型インフルエンザへの対応、災害への対応、介護者のいない高齢者、外国人等バッファー（緩衝器）の医療が必要 → これは無駄遣いではない
これをなくすれば社会は不安定になる。

自治体病院は、公的な意義から緩衝器としての役割を多く担っている。

P92 バッファーに頼りすぎると、利用者のモラルハザード（倫理の欠如）が生まれやすくなる。なんでも受入れることで壊れる。夕張の例

自治体病院の利用者である住民も理解をして適切な医療の利用に努めることが必要

P93 国・地方自治体の責務

バッファーの必要性が増大 国・地方自治体の医療・福祉政策の無策がある。

医療現場に負荷を与えないように行政が頑張る必要がある。

P94 自治体病院の経営が破綻する理由

お役所流の中央集権的で、規則で縛る意思決定のシステムでは病院経営はできな。

医療の維持にとって必要なことができず、逆に不要なことをあえてする。

既得権を突き崩すことができない。

P95 変化の時代、自治体病院は生き残れるのか？

時代の変化に対応していくことが必要

P96 公設公営の病院でも

病院経営者の権利を高め、医療を行う上で無意味な行政上のルールを廃止し、メリハリのある資源配分、意思決定のスピードアップを図り、職員も既得権にしがみつかず、当事者意識をもて働く。

→ 利益も改善し安定的に医療を継続できる

P97 自治体病院の経営が破綻する理由（※P94と同じ）

お役所流の集権的で規則に固められた意思決定システムでは病院経営は無理

医療を維持するために必要なことができない。

既得権を突き崩すことができない

P98 公設「自立運営」運営

高い医療の質を維持すること

「自立運営」が重要である。お役所仕事からの脱却できれば、
どの様な経営形態でもかまわない。

P100 当事者意識をもってほしい

職員一人ひとりが当事者意識を持っていることが重要。

自らの病院と考えること、出来ることをすること

経営指標を学び、何時、病院経営が破綻してもおかしくないことを意識すること

●どの様にして医師が勤務する地域にしていくか

P101 医師が勤務したくなるような地域にするためには

- ・ 行う医療を明確に (あれもこれも求めない、出来る医師のできることを)
- ・ 過酷過ぎない勤務 (ベレランの先生)
- ・ 医療技術を学べる (若手の先生)
- ・ 専門医の資格が取れる施設
- ・ 適切な報酬
- ・ 住民の感謝、適切な受診行動

P102 医療機能の再編 時代の流れやむを得ない

医療の高度・専門化に対応し、医師が集る医療機関に

病院機能の再編を行い、医師を中核的病院に集める 一人ひとりの負担を軽減

P103 職場で働く医師の話を良く聞くこと 聞かなければ再編はうまくいかない。

医療機能の再編の話しも現場で働く医師を蚊帳の外に置かない

行政や住民が勝手に「推進」、「反対」の議論をしない

現場の医師の話をよく聞くこと。

地域で医師を育てることが重要 (過度に大学に依存しないこと)

一番重要なのは 医師がどうやって勤務するか。

P105 日本内科学会教育病院の例 (簡単に取れないが)

規模の小さいところは難しい。

資格がとれないと若い先生はこない。

認定病院がとれば、一本釣りも可能。

P106 PC (プライマリケア) 連合学会認定後期研修プログラムの数 (例)

研修ができるとう病院であることが重要

P107 総合医の必要性

高齢化により糖尿病や高血圧などの生活習慣病の患者が増化

複数の臓器にまたがる治療を要する患者が増えている。

特定の臓器を専門的に診るよりも、患者の生活習慣の指導もふくめて診る総合医・家庭
医が診療を行うことが効果的

- P108 それぞれの病気を専門医にかかると（中村伸一氏の資料より）
大病院で見積もると 専門医が複数名
病気を見極める医師、専門医との連携
- P109 総合医・家庭医にもとめる能力
地域住民の生活習慣を含めた全てを見る能力
大病院の臓器別専門医に紹介しなければならない病気を迅速・的確に見つけだし、専門医に送る能力
住民の健康に関して市民や行政に働きかけることのできる能力
社会的なコミュニケーション能力が必要
→ 地域の病院で勤務することにより身につけることができる力
- P110 地域の病院で総合医を育てる。
大学病院は総合医を養成しにくい体質
地域の病院で養成していくことが必要。
- P111 大学病院と地域病院の役割分担のイメージ図
大学病院は臓器別専門医（スペシャリスト）
地域病院はジェネラリストを育てすき間を埋める
相互に連携する体制が必要
- P112 地域の病院を支える内科医師は
臓器別専門内科医の寄合所帯から
多数の総合内科医＋少数の臓器別専門内科医へ（効果的）
- P113 福井県高浜町病院の寄付講座
高浜町が福島大学医学部へ一年間 2 千万円 3 ヶ年 6 千万円の寄附を行い講座開設成功例である。
10 名の医師が 2 名に激減、残りの 1 名も辞めるということに雑談の中から寄附講座の話がでた。
- P114 福井大学医学部の地域プライマリケア講座を開設。
福井大学から最も遠く、条件の悪い高浜病院に開設。
条件の悪いところこそ若い人が来るような環境をつくるべきである。
- P115 若い医学生を集める体験ツアーが実施しれている。
医療地域について教授とじっくりディスカッション（大切）
→全国から人が集る。
診療所や訪問介護ステーション、ヘルパーステーション、通所介護事業所で外来診療や訪問診療・訪問看護・デイサービス等地域での医療・保険・福祉を体験
海水浴場での救護活動を体験
地域のお祭りにも参加

その日気付いたこと、感じたこと等を詳細に記録し、指導医からフィードバックを受ける時間を毎日設けている。

教えてくれる人がいて、人が集る。

勉強できるところに人が集ってくる。

P117 京都府福知山市民病院（354床）

※評価している病院（講師）

教育力がなければ病院の未来はない。

2008年度に医長2名で総合内科を立ち上げ医師教育を積極的に（熱心な指導が評判）

2013年度には医長＋スタッフ4名、専攻医8名、短期研修対応専攻医1名まで体制が拡大

※病院のホームページを参考すること。

医師数の状況

2008年 52人（常勤医46名、研修医3名、専攻医3名）

2014年 88人（常勤医65名、研修医12名、専攻医11名）

地域の救命救急センターも開設し勢いのある病院である。

まだ医師数が増える可能性あり

総合内科の若い先生方が高齢者の肺炎を学べる環境あり。

肺炎の高齢者がこれらどんどん増える。それを診る勉強ができる。

資料なし 北海道松前町の病院 研修を重視 住民の協力を得てやってきた病院。

※ビデオ紹介

全科診療 8人中7名が総合医師。

地域医療の担い手を地域ぐるみで育てる。

年間60名の医師が研修に来ている。

この院長が、この4月で辞めるということで大騒ぎになった。

院長が議会からかなりの辱めを受けたようである。

10名の医師が1名を除き全員辞めるということに。

議員自体が勉強していない。

時計が昔のまま、勉強しないと → 自分達で医療を破壊することになる時代。

議会が頭下げて5名の医師が残ることにはなったが

もう一度一から建て直しになる。

議会との対立、本質的なことが解決していなので先行きは不透明。

P119 個人の孤立が医療資源の浪費を生む

P120 地域における孤立と不安

人とのつながりが希少化、不安を相談する相手がいない

高齢化により健康や社会生活への不安のある人が増える

P121 孤立と不安が医療資源の過剰な消費を呼ぶことになる

不安は健康に出やすい

不安解消のために、深夜を問わず大病院へ駆け込む

不安は過剰な医療資源の消費を呼ぶことに

医師の立場を考えることはない

P122 病院（医療）は住民の不安そのものを解決できない

病院は患者の治療をする場であり、住民の不安そのもの解決はできない。

住民の不安は政治、行政、コミュニティが解決すべきである。

P123 医療現場の負担を軽減するためにも

住民も地域医療の当事者として適切な行動を行う必要がある。

P124 の 表が重要 住民意識の変革が必要

入院、専門外来、救急はそれぞれ真に医療の必要な人が入院・受診

社会的入院（医療の必要がないのに入院）

→福祉の充実 医療・福祉の連携

大病院志向（軽い症状でも専門医を受診）

→かかりつけ医を持つ

コンビニ救急（緊急に医療が必要ではない救急）

→健康に気をつける。医療知識を持つこと。

P125 「不安」「無関心」「人任せ」をなくしてゆくためには

自分の体や病気について関心をもつこと

医療や健康について学ぶ仲間をもつこと

→人と人とを繋ぐことが重要

高齢化が益々進み、医療現場は大変になる。

いまの使い方ですいたら、パンクする。

いかに知恵をもって医療を利用するか問われる時代になる

P126 医療再生における「共感」が重要である。

医療は人が人に対して行うサービス

医療を行う医師や看護師がやる気を持って仕事ができるようにしなければ良い医療は実現しない

P127 制度と強制では問題解決に限界がある。

「改革だ」と叫び「制度」を作り、人に「強制」するような手法は医療に向かない。

人が人に対して行うサービスではモチベーションが重要

どこかに矛盾やしわ寄せが起きる可能性が高い。

「強制」により問題は解決するが新たな問題が発生する危険性も高い。

医療は複雑、病院経営は複雑であり、その中で相対的にみれば部分的に変えて行くような手法も

P128 制度と強制に隙間ができる。

どんなに精緻に「制度」を作っても隙間は生じる。

隙間の犠牲になるのは弱い立場の人（場合によっては医師が）

隙間を様々な関係者で埋めていかなければ「制度」は上手く運用できない

「強制」では隙間上手く埋まらない。

P129 共感による人の積極的な行動が隙間を埋める。

隙間を踏めるためには すべての関係者が前向きに積極的に行動する。

新しい仕事は隙間から生まれるもの

隙間を埋めるためには、積極的に仕事を少し増やし、一歩前にでてサポートする様な、前向きに行動する姿勢が必要

それには共感が必要

「地域の医療をよくしよう」、「病院をよくしよう」、「病院の経営をようしよう」ということをお互いが感じているときに上手くいく。

人の批判しかできない社会になりがちであるが、共通に守ろうとするもの、良くしていこうというものがあれば、前向きなことができるとうのが日本人の可能性である。

これを「強制」させると反発が強くなり、前向きな行動は期待できない。

だめな組織はそうなる。

P130 住民行動が地域の「共感」を広めた地域医療再生の例

P131 兵庫県立柏原（かいばら）病院の周産期医療の危機回避の例

3名の小児科医が2名に → 仕事が1.5倍に

3人の産婦人科医で 400例の分娩を行っていた

その新生児の難しい症例は小児科が診ていたが、小児科がいなくなった時点で産婦人科が崩壊

P132 その事実を知ったお母さん方が署名活動を行う

P133 スローガン 「子供を守ろう お医者さんを守ろう」

P134 ママからの緊急メッセージ

P135 県立柏原病院小児科への**医師招へい**を求める要請署名用紙

※「医師確保」という言葉を医師は嫌う。

人口7万で5万5千もの署名が集まる。

この活動が日本中のお医者さんに広がった。

直ぐ医師派遣はできなかったが、2人がピーク7名に医師が増えた。

P136 柏原病院の小児科を守る回の意義

住民（患者）が医師の立場に立って物事を考える。

医師の加重労働を意識し、自らの行動を律することを明確した署名
これから勤務をすることになるかもしれない医師への心をこめたメ
ッセージ

※のぼりやありがとうのメッセージ

P137 親への啓発活動

小児科医の監修を受け、代表的な子供の病状についてのチャート図
(P138 参照) を作る。

P139 その結果、時間外の診療件数は激減。

04年2月 345件 → 08年2月 27件

P140 これには仕掛け人がいた (足立智和記者)

丹波新聞 2007年3月21日の記事より

二つの提案を

1) 近隣市も含め、どこにどんな医者がいるか知ること。

病院の体力低下を認め、以前は丹波地域で完結できていたが、
出来なくなっている事実を受け入れること。

2) 頑張っている医師の気持ちを絶たないこと。

診察の後は不平ではなく感謝の言葉をかけること。

そうゆう地域にならないと勤務医は定着しない。

今いる医師にも愛想を尽かされる。

**心の中で思っているだけではだめ、言葉に出して感謝の意を表す
ことが必要。**

P143 行政や病院では埋めることのできない制度の隙間を住民がみづから
行動することで埋める。

母親達の活動が、丹波市民に「共感」をもって受け入れられ、適切
な医療の受診につながった。

今は、お母さん方だけでなく、病院を応援する団体ができている。

250回以上病院への差し入れを行っている団体。(医局へ料理を)

勉強会「ざわざわカレッジ」先生方、看護師が市民の講師になり

柏原市民が100人近く受講者されている。

柏原の活動は日々進化、変化している。

P144 国民皆保険制度について

1961年(昭和36年)全市町村が給付率5割の国民健康保険を実施

P145 健康保険制度は維持すべき。

国民が保険にお金を出し合い、医療の必要な状態になったときに安い費用で
医療を受けられるようにする制度

P146 国民皆保険の意義は

全ての国民が適切な医療を適正な負担でうけることができる。

全ての国民が必要な医療を受けることができる医療機関と医療スタッフが
いること。

保険制度が財政破綻せずに安定的に運営されること

この3つを守るために、適正な利用と適正な負担を地域でするか

※これからバランスが崩れ、この制度がなくなってもいいという意見もある

昭和のはじめにもどるのか（お金持ちは受診できるが、ない方は悲惨な状況
に）？今のアメリカのようになるのか？日本の国民性にあうのか？

その最前線にあるのが地方の自治体病院

地方の自治体病院は赤字である。

なくなってもいいわけではないが、お金には限りがある適切な利用

地方の自治体病院を統合すればいいのか？しかし、地方の開業医がいなくな
っている。

外来を守るためにも自治体病院を維持しなければならない。（重要）

その為には、**教育を充実させ、いろいろな知恵を使い若い人が継続的に
勤務できる病院であること、地域であることが重要である。**

P147 国民皆保険制度の危機に対して自治体病院の役割は大きい

社会のセーフティネットとなる

全ての住民に低コストで質の高い医療を提供する

適切な医療を行い、国民健康保険制度を守る。

予防医療を推進し、地域の医療費全体を下げる

※自由競争にして市場原理にまかせれば医療は万全という人もいるが、

そうは思わない、競争では偏りがでするので医療には向かないのでは。

P148 地域医療の危機が地域の民主主義の質を向上させる。

P149 地域医療人任せでは地域医療は崩壊する。

住民を含め病院に関わる全ての人が、これから確実に不足する医療スタッフ
の立場に立って地域医療を考え、行動することが必要。

相手の立場を考えて発言、行動することが民主主義の基本

一方的な主張で相手を論破するやり方では問題解決はできない。

P150 公共事業と地域医療の違い（図解）

公共事業の場合、行政が一方的に降ろし、住民はお客様、行動は求められない

地域医療は住民が当事者であり、住民自ら行動を求められ、住民が繋がること
が必要

**高齢化が進むこれからの地域医療をいかに維持していくか知恵を絞っていかなければ
ならない。**

議員は 一緒になって作ってゆく地域医療のキーマンとして活躍する存在。
行政と住民を繋ぐ、住民と医療者を繋ぐ、場合によっては医療者と行政を繋ぐ
議会・議員の役割が大きいと思う。

場合によっては議会が地域を守るために伝える役割があると思う。

議員がアクティブで地域医療を守ろうとしているところは、いっぱいある。

隠岐では全員参加の委員会をつくり毎月医療を勉強し、講演会も企画している。

これから医療は今以上に重要な地域課題になることは確実。

どの様な政策展開をすべきか、専門性が必要であり、勉強して行動を！

節度ある行動が必要である。(宮崎延岡市の条例の例)

P151 地域医療の再生は民主主義の再生につながる。

きちんとした情報提供と住民の間の議論があれば、人々は節度ある行動をする可能性
がある。

一番深刻なものを取り上げることが重要であり、医療が物凄く重要な課題である。

地域医療はアクティブに行動できる分野、大切な分野である。

以上