



地域の医療を考える対話集会

対話が、大事。

2006年3月25日

主催：NPO法人地域医療を育てる会

協力：城西国際大学メディア学部

対話集会実施に寄せて



はじめまして、地域医療を育てる会の藤本と申します。

私は、1996年に東京から東金に越してまいりました。当時幼い子どもが夜中に熱を出し、そのたびに旭市や千葉市にある救急病院に子どもを車で連れて行きました。

そのころから、「近くに病院があるのに、なぜ診察をしてもらえないのだろう」と思っていました。

病院から医師が減っていることをはっきりと知ったのは、2005年1月に開かれた「山武地域医療センター構想シンポジウム」のときです。

そして、そのときの、会場から質問をする住民とそれに答える行政・医療関係者とのやり取りが印象に残りました。

住民は「～してほしい」「～してくれない」と言い、行政や医療関係者は「理解とご協力をお願いします」を繰り返していました。

住民は「～してくれ」と誰かに依存するだけでいいのでしょうか？

行政や医療関係者だけが対策を考えなくてはならないのでしょうか？

また、住民に「理解とご協力を」と言う専門機関は、はたして必要な情報を住民に伝えているのでしょうか？

住民、行政、医療、さらには福祉や保健など様々な立場の人たちが同じ土俵の上で互いに知恵と力を出し合う関係こそが、この地域には必要なのです。

そんな対話をする場を作ろうと、様々なお立場の方々とともに「地域医療を育てる会」を作りました。

地域医療を育てる会は2005年4月に会として組織し、11月にNPO法人となりました。

今は21名の会員が「対話する地域医療」を育てようと活動しています。

この1年近く、私たちは主に二つの活動をしてまいりました。

一つは、情報紙クローバーの発行 もう一つは、懇談会・学習会の実施です。

どちらも地域に住む住民と専門機関の方々がこの地域の課題を共有し、知恵を出し合うことを目的に実施してまいりました。

このたび、4名のコメンテーターの方々と、城西国際大学メディア学部の方のご協力を賜り「対話」が大事。地域の医療を考える対話集会」を開催することが出来ました。

この集会は地域医療を育てる会が行ってまいりました懇談会の集大成のような集会です。

今、私たちの住む地域では病院の医師が激減し、他方では山武地域医療センター計画が協議されています。

このような状況の中で、私たちはいったい何ができるのか、この集会の記録が、皆で知恵を出し合い、ともに考えるきっかけとなれば幸いです。

NPO法人地域医療を育てる会

理事長 藤本晴枝

ホームページ <http://www.geocities.jp/haruefjmt/>

Eメール iryosodateru@yahoo.co.jp

活動内容



情報紙「CLOVER(クローバー)」の発行

この地域に住むさまざまな立場の人たちが、同じ土俵に乗って知恵を絞るために必要なのは、情報の共有です。

医療や行政が、今どのような課題を抱えているのか。それに対してどのような対策をしているのか。住民が抱えている不安、暮らしにくさ、疑問は何か。

お互いがお互いを知るための情報を毎月一回紹介しています。

サイズはA4一枚。山武郡市内の自治体窓口を始め、協力してくださる医療機関、商店、図書館などに配布しています。

地域の福祉と医療の協働を考える学習会(通称「学習会」)の開催

私たちの住む地域を、私たちが安心して生活できる地域にしたい。

生活を支えるための福祉と医療を考えていく会です。

平成18年度の活動予定

- ・ 医療機関のガイドブック作成
- ・ 障害をもった方の医療について考えるシンポジウムの開催
- ・ 在宅療養について考えるシンポジウムの開催

毎月第三土曜日の午後、東金市または大網白里町にて開催。

地域の医療課題について話し合う「懇談会」の開催

医療について、わからないこと、困っていること、心配なこと、そして腹の立つこと(!?)なんでも話し合しましょう。

会では、医療や行政の専門家を交えて話し合います。

出発点は「住民の疑問」。

専門家の方からも「住民の方の生の声が聞ける貴重な機会」と好評です。

開催は随時。クローバーでご案内します。

事務連絡「定例会」

ただの事務連絡の会ではありません。

私たちの会には医療・行政の専門職員もおります。

定例会は、今最新の医療・行政の情報を得ることが出来る場です。

それはさながら、勉強会のようなです。

開催は毎月第1月曜日。時間は夜間・日中を交互の月で行います。

場所は東金市ふれあいセンターです。

パネリスト紹介のあと、藤本よりプログラムと会議のルール説明をへて開会。

藤本：

開会前のアンケートで、この地域の救急医療に関する質問が多く寄せられているので、広域行政組合事務局長・植松氏より、現在の状況と対応策についてコメントをいただきたい。

植松氏：

山武郡市広域行政組合は、山武郡市9市町村で構成され、自治体単独で処理するよりも共同で処理するほうが効率的・合理的な業務を担っている。救急医療もそのひとつであり、夜間急病診療所の運営や二次医療機関による輪番制の運営、休日在宅当番医制の運営などを行っている。

ご質問について、まず初期救急ということであれば、在宅当番医制がある。休日祝祭日及び年末年始、山武郡市の医師会の協力を得て当番医を設け、朝9時から5時まで受け入れをお願いしている。また、東金市堀上にある夜間急病診療所では、365日毎日休まず、夜の8時から11時まで、診療を受け付けている。日曜日の朝9時から夕方4時まで、休日歯科診療業務も行っている。

二次救急でいうと、山武郡内にある6つの病院＝県立東金病院、町立大網病院、組合立成東病院、浅井病院、高根病院、両総病院の協力を得て、夜間急病診療所の受け皿として、輪番制で内科系・外科系の医師に待機をお願いしている。

昨今の問題は、成東病院の「内科医不在」だが、郡内の公立病院として最も大きな部分を担っていた病院での医師不在ということで、さきほど説明した6つの病院による輪番制にも大きな穴があくこととなった。救急隊も困っており、結果として救急患者の管外搬送がたいへん増えることとなった。

現在、広域行政組合の消防では、7つの救急隊を持っている。つまり、7台の救急車で管内の患者の搬送を行っているわけだが、救急出動は年々増えており、平成5年には約4000件であったものが、平成17年は約8000件と倍増した。一日平均24件、内訳は、急病患者6割、交通事故2割、残りが一般負傷。このうち、管内で受け入れできない患者が3割にのぼる。平成13年度の管外搬送は2割程度だった。管外搬送は主に旭中央、成田日赤をお願いしている状況がある。

救急隊によると、昨年4月までは、連絡を受けてから患者の家に伺って、病院に搬送するまでに要した時間は42分だった。それがいまでは50分かかっている。これは搬送先の病院が見つからないからだ。救急隊によると、搬送先の病院を求めて「収容交渉」する回数が5回以上にのぼるケースが、昨年4月には8件くらいしかなかったものが、最近は一桁が普通になり、2月などはなんと25件にものぼった。なかには交渉回数18などというケースもある。このような厳しい状況のなかで救急搬送が行われている。

藤本：

この状況に対する具体的な対応策は？

植松氏：

山武地域医療協議会で今後の対応を話し合ったところ、夜間急病診療所の診察時間の延長について提案があった。医師会の先生方に検討をお願いしているが、先生方も個人病院の診察を終えた後の勤務となるので、実現は厳しい。輪番制については、地元の開業医にも協力をいただいて維持できないかという案があったが、これも同じ理由で厳しいだろう。あとは、近隣の地域でまだ輪番制を維持できているところに協力をお願いするしかない。医師確保については、先般、県に要請を行ったが、こ

れも願いの範囲でしかない。ただ、輪番制は関係市町村が助成金を出して運営しているので、緊急的支援措置として、山武郡市組合議会で議決をへて、助成金の増額を行っている。

藤本：

次に、問題となっている病院の医師不足について、県立東金病院長の平井先生よりコメントをいただきたい。

平井氏：

成東病院の医師不足が問題となる以前から、山武郡市において深刻化していた医師不足問題の根がどこにあるのかを説明したい。

県立東金病院においても、新臨床研修医制度の導入に伴って、平成17年4月には17名いた医師が、同年10月には13名に減り、さらに平成18年4月の段階では11名にまで減った。特に内科は7名から3名に激減した。

この背景になにがあったか。従来は、公立病院に勤務する医師は、大学病院の医局からの派遣で維持されてきた。だが、新制度により、医局がローテートを引き上げたことに加え、過労が重なった医師が退職・開業したり、負担の少ない都市部の大規模病院に異動した。その不足分を大学が補充できなくなったため、結果的に病院から医師がいなくなってしまった。

病院に勤務する医師は、大きく三種類に分けられる。院長や部長といわれる、いわゆる管理職クラス。その下に、卒業後7年目以後の指導医と呼ばれる中堅クラスがいて、彼らはだいたい2年から4年で次の勤務先に移っていく。そしてその下に、大学卒業後1年を大学病院で研修した後、いろいろなスキルを身につけるために、1年ごとに複数の病院をローテーションでまわる医局派遣の研修医がいる。この三層構造になっていた。

このうち、中堅クラスとその下の研修医というのは、大学の医局の各講座から派遣され、一定期間で替わっていくシステムになっていた。九十九里沿岸部の公的病院に医師を派遣してきたのは、千葉大学の付属病院である。

ところが、2004年に新たな臨床研修制度が始まって、このシステムが崩れた。大部分の研修医は、大学系列の市中病院、たとえば君津中央病院や松戸市立病院などの大規模な公立病院や都市部の民間病院、あるいは私学の付属病院に集まるようになり、千葉大学の付属病院で研修を受ける医師の数は2004年から一気に半減、2006年には、千葉県で研修を受ける医師の総数は増えているのに、千葉大学の付属病院で研修を受ける医師の数は2003年当時の三分の一しかなくなった。

研修医といっても、彼らは医学部付属病院の病棟で診療をサポートする貴重な戦力。そこで、その減った分を、これまで九十九里沿岸部の公立病院を始め千葉大の関連病院に派遣していた医師を呼び戻すことで補ったために、山武圏域で医師不足が生じることになった。

今回の成東病院の内科医不足の問題もここに根がある。新制度では、スキルアップのための研修先を自分で選べるようになったのだが、その時点で、千葉大学の付属病院を選んでくれる研修医が予想以上に少なかった。民間会社にたとえると、毎年15名から20名の新入社員を受け入れてきた会社に誰も新入社員が来ない、という状況なのだ。結果として、成東病院の内科を退職したり、異動したりする医師の交代要員を派遣できなくなってしまった。

もはや千葉大学付属病院をあてにすることは不可能である。これから医師を確保するためには、地域の病院に研修先として充実したプログラムや指導体制が整っているかどうか、そして、その地域が若い医師を温かく迎えてくれるような環境にあるかどうか、そこが問われる。ただ施設や建物が大きいだけでは医師は確保できない。

最後に、なぜ、九十九里沿岸部だけで医師不足が深刻化しているか説明すると、現在、県内で臨床研修を受けている300名の研修医のほとんどは千葉市よりも西にある病院で研修を受けており、九十九里沿岸部で研修医を受け入れているのは、わずかに旭中央病院と亀田総合病院、そして県立東金病院の3つにすぎない。つまり、若手の医師を育成する基盤が、太平洋側には非常に少ないということである。卒業後の2年間をこの地域で過ごしていない医師に、将来この地域の医療に従事して欲しいと願っても望みは薄い。今から若い医師を育てるような受け皿を作らなければ、今後も地域に医師が増えることは望めないのである。

藤本：

現在の山武圏域における医師不足の原因が理解できた。今後必要なのは、この地域が医師を育て、医師に選ばれるような地域にならなければならないということだと思うが、この件について会場からご意見があれば伺いたい。

質問者：

この地域に大学病院を誘致するような考えはないか。

平井：

たとえ誘致しても、卒業生が千葉県に残る保証はない。東北地方などでは、医師確保のために地元出身者を優遇する制度を導入しているところもあるが、多くても地元枠は10%程度だ。千葉大学はかつては90%が県内に残ったが、いまは30~40%しか千葉県に残らない。むしろ、いかにして研修医を育てる仕組みを地域につくっていくか、そこが重要である。

藤本：

次に国保成東病院での内科外来閉鎖について、成東町の開業医である伊藤先生に、その影響と対応についてお話を伺いたい。

伊藤：

今回、成東病院を退職する内科医の先生方は2月の下旬くらいから、患者の受け入れ先を確保しようと努力してきた。一般的な患者については問題ないが、たとえば糖尿病でインシュリンの自己注射をしている方とか、慢性のC型肝炎でインターフェロン治療を受けているような患者については、それなりの対応が必要で、インターフェロン治療についていえば、副作用のチェックだとかウイルスの残存量の測定とか、簡単にはいかない。それでも、受け入れが可能だと返事した開業医のところには、そういった患者がやってきている。ただ、その数が予想以上に多くて医師も困っているし、専門外来にかかっていた患者のほうでも困っているようだ。

だが、もっと困っているのは、私どもが診療して、これはもっと大きな病院で診てもらったほうがいい、という判断をしたときだ。これまでは成東病院に紹介すればよかったが、それができなくなった。いままでは、地域を越えたところにある病院に、個人のツテを頼って患者を引き受けてもらっている。だから、いままで成東病院にかかっていた患者だけではなく、ごく普通に町の診療所をかりつけにしてきた方たちにとっても、不安が広がっているような状況はある。

実は、糖尿病については、県立東金病院と開業医との間でネットワークがあり、患者さんの情報を共有化しているので、安定した診療体制ができています。成東病院とはそういう仕組みがなかったので、苦労している状況がある。ただ、これはたまたま私の個人的な感想であることをおことわりしておく。

藤本：

病院と診療所とのネットワーキングが発展途上であるが、これが今後の課題ではないかとのご意見であったが、この点で会場のみなさんからご意見があれば…。

質問者：

私の担当の内科医も2ヶ月くらい前から担当が替わるということをいっていたが、いまだに新たな受け入れ先は決まっていない。心臓が悪いので、心配は尽きない。旭中央など、あまり遠いところには行きたくないの、頭を抱えている最中だ。いま、東金で総合的な医療体制の整備を進めているということなので、早急にその計画を実現してほしい。

藤本：

では次に、成東病院のドクターが減り、赤字が増える。その結果、市町村の負担金がさらに増えるのではないかと、その額はいくらぐらいになり、いつごろまで続くのか、という質問が寄せられている。この問題について、行政の立場から、志賀東金市長にコメントをいただきたい。

志賀：

成東病院の問題は、平井先生の話にあったように、実は平成16年からの県立東金病院での医師不足に端を発している。平成16年度、東金病院で医師が5名減って救急患者への対応ができなくなり、それまで管内7789件中1568件を受け入れていたものが、17年度には970件に激減した。その分がすべて成東に回り、成東病院では年間2500件以上の救急患者を受け入れる事態となった。

一方で、成東病院の内科医11名のうち2名が、千葉大学の付属病院で人手が足りなくなったため、交代要員なしで呼び戻された。残る9名のうち、2名が開業のために辞表を提出したところ、残る7名だけではとても外来から夜間救急までは対応できないということで、一斉に辞表が出された。病院側としては慰留につとめ、負担の大きい夜間救急の輪番からはずすことを条件に、外来診療を継続することとなったというものである。

この問題が、市町村の負担金にどう影響するのだが、実際には、直接の負担増というかたちで跳ね返ることはない。実際、平成17年度と18年度の予算を比較すると、17年度は収益53億9千万、支出が54億7千万のところ、18年度は収益47億1千万、支出が49億85百万となっており、医師の退職による人件費の減少等があるため、財政規模自体が縮小し、市町村の負担金はむしろ減っている。

もちろん、構成市町村としては医師不足に手をこまねいているだけではなく、救急にあたる医師への手当を増額した。現在、内科の輪番制度には1か月のうち14日も穴が開いているので、早くこれを地域の内科医で再開できるように努力したい。

藤本：

具体的な数字でご説明いただいた。7名という規模では一人あたりの負担が大きく、夜間救急の輪番制に対応できないということもおわかりいただけたと思う。この件について、ご意見があれば伺いたい。

質問者：

医師不足の問題は構造的な欠陥であって、いまに始まったことではない。それを昨日今日になって、

制度がどうだ、法律がどうだといっても遅い。こういう状況になることがわかっていながら、どうして市町村は情報を公開しないのか。なぜ、広報紙で知らせないのか。いままでの対応をどうしてきたのか、ぜひ、それを情報開示してもらいたい。

志賀市長：

市町村の広報紙というのは速報性に欠けるため、日々の動きについては、新聞やテレビの報道で伝えられているとおりである。情報開示は、内容に見合ったメディアを通して行いたい。

なお、構造的な問題であるということについては、そのとおりで、実は問題の根は50年前にあった。昭和27年、東金に県立病院ができ、翌28年に成東に国保成東病院、大網に郡南病院、現在の大網病院ができた。これはつまり、「おらがまちにも病院が欲しい」ということ。結局、3つの病院をあわせても641床しかない。一方で、旭中央病院は1箇所でも1000床ある。医師にとってみれば、小さな病院と大きな病院、どちらで交代勤務するのが負担が少ないかは考えるまでもない。だから、この3つの病院をひとつにすることが重要なのだ。

平井：

貴重なコメントをいただいたので、医療関係者として2点、お話しておきたい。まず、構造的な欠陥だからどうしようもないのかというと、私は逆に、今は、地域医療の仕組みを見直していくチャンスと考えている。その柱が、病院と診療所の役割分担と連携の強化である。実は、この地域には、糖尿病患者で足を切断するほど症状を悪化させる患者さんが全国平均の5倍もあった。とても東金病院だけでは対応できないので、地域の診療所にもご協力いただき、いっしょに勉強会を開催して、4年間かけてインスリン治療などのノウハウを地域の診療所に移転していった。その結果、現在14の診療所で200名の糖尿病患者を受け入れてもらえるようになった。東金病院でも400名の患者を診ているので、これは東金病院の半分の規模の専門外来が地域にもう一箇所できたのと同じことになる。

もうひとつは病院群方式による地域医療を担う医師の育成システムの立ち上げである。平成14年頃、新医師研修制度の内容を検討したところ、やがて千葉大学が医師の派遣元として期待できなくなることが予測されたので、県立7病院で、自前で医師を育成しようというプログラムを作り始めていた。その中で、東金病院、佐原病院、鶴舞病院（県循環器病センター）の地域医療に携わっている3つの県立病院がプログラムを組んで、毎年15名の研修医の地域医療研修を受け入れるシステムをつくった。すると、地域医療に面白味を感じる研修医が、必ず1割から2割は存在することがわかってきた。確かに、ここ4～5年間は状況は厳しいかもしれないが、地域医療に魅力を感じる医師は着実に育っている。この芽を育てていくのが医療関係者の使命であると思う。

藤本：

さきほど、成東病院の内科外来の件でご意見をいただいた方へのコメントをお返ししていなかったもので、どなたかにコメントをお願いしたいが、質問者の方が最もお知りになりたいのはどういったことか？

質問者：

新しい総合医療施設の構想がどうなっているのかを知りたい。

志賀市長：

山武地域医療センター構想のことだと思うが、これはそもそも県立病院の将来構想から始まったもので、県としては基本的に専門治療に特化させていく方針だった。だが、東金と佐原は地域医療を行っているため、これらについては地域の他の病院との連携のなかで、地域みずからが運営する方法を考えるとということになった。そこで、山武地域においては、経営母体の異なる3つの病院をひとつにまとめるという手法を提案し、この3月24日に県知事あて、開設許可の申請を行ったところだ。

藤本：

この件についてはたいへん関心を集めているところだが、ほかに質問のある方は？

質問者：

2点、確認したい。さきほど平井先生がおっしゃったような、地域医療に携わる医師を育てるようなシステムは、この構想のなかに含まれているのかどうか。そして、建設には莫大な費用がかかるということで、談合や賄賂といった不正が起きないように、透明性をどう確保するのか。

志賀市長：

構想の段階から、平井先生はじめ医療関係者のみなさんから知恵をお借りしている。費用や建設段階での透明性の確保についても当然のことだ。ただ、莫大な費用負担というが、確かに現在、二百数十億という積算はできているが、これは「公設公営」の場合の試算。上限額である。民間資本を導入するPFI、あるいは「指定管理者制度」といった運営手法も選択肢にあり、経費の削減効果も期待できる。

藤本：

山武地域医療センター構想については、先般、東金文化会館でのシンポジウムでもたいへん多くの質問が寄せられたが、会場での回答は限られたものとなった。この件について、植松局長からコメントをいただきたい。

植松氏：

シンポジウムでは会場に入りきれないほどの方にお越しいただき、質問もかなりの数にのぼった。当日会場でお答えできなかったものについては、当組合のホームページでお答えしているが、パソコンをお持ちでない方もいらっしゃるので、今後紙媒体での情報公開・回答について、市町村の窓口で配布するといった方法を検討している。また、当組合でも年1回広報をつくり、郡内のすべての家庭に配っている。前回、医療センター構想の説明を載せたが、あまり読まれていないようなので、今後どのようなPRの手法をとればよいのか、検討しているところだ。

藤本：ここで第一部を終了する。休憩時間にアンケートの記入をお願いしたい。

第2部

藤本：

第一部では、救急医療や医師不足の問題など、病院に関する話題を取り上げたが、第二部では、病院と診療所、病院と私たち（市民）という関係を見直し、いまの医療の問題に対して、私たち自身がかわることで解決できることはないか、という視点ですすめたい。

まず、平井先生から、病院の機能についてコメントをお願いしたい。

平井：

病院と診療所の機能分担について、わかりやすく「糖尿病」を例にお話したい。

一般的に、総合病院の機能というのは、

入院機能がある

高度な医療・検査機材がそろっている

指導スタッフがいる

以上3点の特徴がある。

これに対して、診療所の特徴はなにかというと、安定した生活習慣病の糖尿病についていうと、患者の家に近いところで診ることができるというメリットがある。

総合病院の入院機能には、急性期と慢性期のふたつがある。急性期というのは2週間程度で退院が可能な場合、慢性期というのは1ヶ月とか2ヶ月の長期にわたる場合。このほかに外来機能でいえば、専門外来があり、教育指導、たとえば糖尿病患者への生活指導などがあり、さらにさまざまな検査機能、内視鏡、超音波、CT、MRIといったものがあり、これに救急医療の機能がある。

従来の総合病院には、これらすべての機能が含まれているが、これからは国の方針、すなわち医療制度改革の流れに沿って、病院も入院機能別に分化していくべきだと考えられている。

そのひとつは、急性期の患者とこれに対応する検査機能、救急体制を備えた重装備の病院である。MRIやCTといった高額医療機器は、生活習慣病の血管合併症等の初期診断には欠かせないもので、重症化させないため、予防のためにも必要な機能だ。また、急性期の入院患者は初期（入院1週間前後）にたいへん人手がかかるので、安定した慢性期の患者と一っしょに診るのは、看護師の配置を含めて非効率だ。高度な専門検査と救急診療を引き受け、入院機能は急性期に特化したコンパクトで高機能な病院が必要だと思う。

生活習慣病の外来診療については、安定した慢性期患者や検査・指導を引き受ける一般病院と、地域の診療所とで担っていけばよい。

いま懸案となっている「山武地域医療センター」は、まだバブルの余波があった頃に構想がスタートしたので、従来型の総合病院機能の想定にとどまっており、地域の実情に即していない。この地域に必要なのは、まずは救急医療への対応だ。外来機能を切り離してでも、救急と急性期医療、そして検査機能に特化した病院を、山武のメディカルセンターとしてつくっていくべきではないかと、個人的には考えている。

いま地域で必要なのは、最も数の多い生活習慣病に関しては、病院にしかできないことと、診療所でもできることを見極め、両者の役割分担をはっきりさせて、患者に最適な治療法をみつけていくことと、重症化を予防する取り組みだ。

一部でもお話したとおり、東金病院では、糖尿病患者のために、地域の14の診療所と4年がかりで循環型の地域医療連携体制をつくった。

どういう仕組みか説明すると、糖尿病患者の治療方針を、医師や栄養士、看護師などさまざまなス

トップで相談し、血糖コントロールできない患者にはインスリン導入と生活指導を行うが、そのノウハウを地域の診療所に引き継ぎ、患者はここをかかりつけ医として月に1回診てもらう。病院では年に1回、MRIなどの検査を行い、この患者が寝たきりや脳梗塞、心筋梗塞にならないように、最適な治療方針・指導方針を見つけて再び診療所に託し、効果があがったかどうかをまた1年後にチェックするのである。

内科医は減ったものの、このスパイラルで年間800名もの患者を引き受けている。成東病院の糖尿病外来が4月に閉鎖になったが、そこから200名の患者を引き受ける予定だ。一人の脱落者も出さないようにしたい。

藤本：

次に伊藤先生より、診療所側からのコメントをお願いしたい。

伊藤：

平井先生が就任された時の話し合いで、山武で今一番必要なのは地域医療の整備・充実であるということ意見は一致している。先端医療や高度医療に、注目は集まるが、それはごく狭い医療分野ではない。頭を開いた、あるいは心臓を移植したといっても、ほんの数例だ。実際には、患者さんの多くは、歳をとって体がいうことをきかなくなった、寝たきりになった、夜中におしっこが出なかったり、便が出ないといった症状で苦しんでいる。そういう患者さんのおしっこを出してあげる、便をとって、安心して眠れるようにしてあげよう、ごく日常的な苦痛や不安にいつでも応え安心して暮らせるようにする、それが地域医療なのだ。

地域医療を充実させるには、病院と診療所との役割分担と連携によって効果が期待できる。なによりも「かかりつけ医」を持つことが大切だ。「かかりつけ」というのは、医師だけではなく、歯科医師、薬剤師も含めてのこと。この3者と訪問看護ステーションが、さらに病院とがネットワークを組むことで、トータルな医療サポート体制をつくれたらと望んでいる。

その第一歩として、平成13年に、山武郡市の医療機関を紹介するパンフレットを作成・配布し、身近にどんな病院・診療所があるかをお知らせしたのだが、残念ながらあまり利用されていない。この本の中で、「あなたの健康は二人の医師が診る」というようなことを書いた。二人の医師というのは、病院と診療所、この2者をいう。ふだんの患者の生活や家族・家庭環境など、患者の背景もわかっている地域の診療所と、高度な検査機能や入院機能を持った病院。この連携のなかで、患者にとって最適な治療方法を見つけることができる。

もちろん、患者の側にはフリーアクセスがあり、風邪をひいた、お腹が痛い、そういう症状でも病院に行くのは自由だ。だが、病院の持てる機能を最大限に引き出そうとするのであれば、専門外来や紹介外来を優先させるのもやむをえない。(旭中央病院や成田日赤病院といった基幹的な病院がパンク状態となり、病院の備えている機能を十分に発揮できなくなっている現状を考えていただきたい)

「かかりつけ医」をもっておくメリットをもっと具体的な例でいうと、たとえば、ガン末期の患者が自宅で最後を迎えたいといっても、その患者を診たことのない地域の診療所では、どういう対応が最適なのが判断できない。ふだんからその患者と接して、考え方や性格、家族との付き合いも含めた周辺を医師がわかっているならば、その患者が尊厳を持って最後を迎えることができるような対応ができるはずだ。

病院と診療所の役割分担、これは医療過疎のすすむ地域では必須のことだ。少ない医療資源を最大限に活用するための手段としても、「かかりつけ医」を持つことが重要になってくる。

ここでアンケート の集計発表。

かかりつけ医を持っている	73%
診療所がかかりつけ医だという人	52%
病院がかかりつけ医だという人	21%
病診連携やかかりつけ医という言葉を知っていた人	21%

藤本：

かかりつけ医という言葉を知らなかったという人も79%いる。言葉を知らないのだから、その必要もないと感じているのではないか。こういう数字を見て、医療関係者としてコメントはないか。

平井：

病院側からの印象をいえば、診療所をかかりつけ医にしている方の数字は予想以上だ。地域によって診療所の数に差があるが、最近は専門のクリニックが腕を上げてきている。眼科でいえば、山武郡にある2つの眼科クリニックは一日に400人の患者さんを診ていて、白内障の日帰り手術や糖尿病患者のレーザー治療も行っているなど、総合病院の眼科に比べるとスキルがあがってきている。賢い(?)患者さんは、きちんとそういうところを見て、自分のかかりつけを決めているのではないか。

みなさんに知っておいていただきたいが、イギリスでは患者に病院へのフリーアクセスはない。人口2000人あたり1人のホームドクターがいて、必要なときには紹介状を書くシステムになっている。これを山武郡市に置き換えると、20万の人口に現在100件程度の診療所があるので、2000人あたり1件という数字ではイギリスと同等だが、地域によって診療所の数に偏りがある。大網あたりは比較的診療所の数が多いので、かかりつけ医を持っている比率は高くなると推定されるが、逆に少ない地域では病院をかかりつけ医にしている比率が高くなると思う。

伊藤：

ほぼ予想どおりの数字だと思う。かかりつけ医をお持ちなさいというのは、必ずしも診療所・開業医をかかりつけ医にしろということではない。私のところでも四代にわたって家族を見ている例があるが、それこそ専門外の相談も受ける。そんなときには、それはどこそこの誰先生に診てもらってください、というアドバイスをし、紹介するのがかかりつけ医としての役割だと認識している。開業医にはそれぞれに専門の分野があるので、それも承知しておいてほしい。

病診連携でいえば、かつては診療所から病院に紹介するときは、たまたまそこに知っている医師がいるという、ヒューマンネットワークが頼りだった。だが、病院は病院の持てる機能を最大限に発揮し、診療所は診療所のメリットを十分に生かすために、どうしても病診連携は必要であるとの考え方が10年くらい前から浸透してきて、いまでは紹介もきちんとしたシステムのうえで行えるようになってきた。こういう状況の変化はある。

会場から質問は？

質問者：

住民から診たときの医療の問題は、住民にとって安心できる医療体制をつくってもらうこと、そして金のかからない医療体制をつくってもらうことに集約される。情報開示がないという話があったが、いくら広報で知らせてもそれが届かないのは、そこに夢が感じられないからではないか。

いま、千葉県の上院患者の55%は高齢者、外来も33.5%が高齢者という。いっぺん入院する

と退院までに42日かかる。さきほど「かかりつけ医制度」で話が出たイギリスでは10日だそうだ。ベッド数で比べれば日本は欧米に比べて十数倍もあるという。

こういう矛盾した状況を乗り越えるために、高齢者の入院を25%削減するといったような具体的でわかりやすい、夢が持てるような数値目標を出して、医療費も低減するような政策をかがげれば、住民の関心は間違いなく高まるはずだ。

もうひとつ、いままでの話の中で欠落しているのが住民運動の必要性だ。4月から、老人保険で日常生活機能の低下に関するチェック項目が追加されたそうだが、実際にそうなった高齢者の生活のフォローは地域住民の支え合いがなければ成立しない。

病院と診療所、この連携の中に行政と住民も入れた循環型の医療体制を地域につくることを考えてはどうか。そういう姿が見えるようになれば、若い医師も地域医療に戻ってくると思う。

平井：

日本と欧米の医療の仕組みはまったく異なっている。日本はフリーアクセスで、大病院への信仰があるために、どうしても患者が病院に殺到する。これは制度というよりは、住民側の意識の問題だ。だが、地域の医療資源が非常に厳しい中で、これをどう効率的に使っていくかということもまた、住民自身が考えなければならない。

医療費の問題もある。仮に山武医療センターができて、365日24時間の救命救急体制が整ったとする。複数の病気、具体的には、を持っていて、高血圧症、高脂血症、動脈硬化症などの病気をなどの症状を持っていながら、生活習慣の改善のない患者が重症化し、心臓発作や脳梗塞などで倒れてここに運ばれる。これまでは管外搬送で助からなかったような人であっても、言い方は妙だが助かることになる。こういう例が次から次へと起こったとしよう。たとえば心筋梗塞による一回の入院の治療費は軽く100万、200万を超える。結果として、間違いなく地域の国民健康保険の負担は急増する。病院自体は黒字になるかもしれないが、患者側の医療費負担は確実に増えることになるのだ。

個人的にいちばん心配なのはこの点だ。高度な機能を持った医療センターが出来れば、病院としての診療単価や収益性はあがるかもしれないが、地域の国保体制は明らかに疲弊する。住民としていちばん考えなければならないことは、病気の予防・重症化の予防に皆で取り組み、限られた地域の医療資源をいかに有効活用し、コンパクトに維持していくか、ということではないか。

センターをつくっても問題は解決しない。住民みずからの健康管理、重症化しない心がけもまた、地域を支える取り組みのひとつといえる。

志賀：

健康づくりへの取り組みは、県のモデル事業がこのふれあいセンターでもすすめられている。また、県立東金病院のわかしおネットワークには、病院・薬局・そして行政も参加している。さきほどから話に出ている病診連携、かかりつけ医のシステムづくりも、医療費の低減と病院経営の適正化というふたつの視点から必要になってきている。こうしたなかで、地域の医療資源を再構成し、本当に必要な医療、24時間365日の救急医療体制を確保するといった取り組みに結び付けていければと思う。

藤本：ほかにご意見のある方は？

質問者：

身内に重度の神経障害者をかかえているが、以前住んでいた静岡県の熱海で良い脳神経科の医師に

めぐりあったので、いまも静岡まで定期的に通っている。さきほどからの医療センター構想の話の中で「いままでにない病院をつくる」という平井先生の考えは理解できたが、そこでの診療科目の構成はどうやって決められていくのか。そして、その病院経営は黒字確保できるのか、民間からの医師獲得も考慮しているのか、確認したい。

平井：

地域に必要な医療サービスとは何かを徹底的に検証して病院をつくりあげていった例はある。ニーズが多い少ないの問題ではなく、公的な器として自治体立病院を考えたときには採算を度外視しても取り組まなければならない科目もある。たとえば、東金病院はH I V治療の拠点病院となっているが、治療体制を組むのは非常に大変だし、薬も高価だ。だが、これは政策的な医療として公的な基盤でやらなければならない。

そういった医療ニーズの把握については、センター構想策定の委員会で市民からアンケートをとっているようだが、社会的弱者からの視点は十分ではないかもしれない。

採算性の問題は、P F Iでも厳しいだろう。公設公営は絶対無理だ。おそらくは公設民営、指定管理者制度による運営が最もフレキシブルで適正だと思う。

医師の確保については、中堅からちょっと上の指導医クラスをどれだけ確保できるかが問題だ。現状では、県の提示する給与では、いくら地域医療を志す医師でも市場原理では競争に勝てないというのが実情。やはり、そこでは思い切った判断が必要になるし、それを市民の側もサポートしてくれればと思う。

志賀：

問題は、住民が負担にどれだけ耐えられるかだ。つまり、住民が必要とする医療の体制を作るためには、経費はある程度出さなければならない。それを理解したうえで、負担とのバランスをどうとるかだと思う。民間の病院を誘致してきて、地域でこれが必要だからやってくれとお願いしても無理な話だ。やはり、地域で本当に必要な救急体制などの医療システムを整えるうえで、経費負担はある程度覚悟しなければならない。その中で、健全な病院経営ができるようなシステムを見つけることが大切だ。今後、有識者からのアドバイスを受けてくことになるが、公設公営では不可能ということだけははっきりしている。

植松：

住民の求める医療を最小限の費用で提供する。これが使命であると認識している。救急、小児医療、これらは不採算医療だが、なければならない機能でもある。公的な使命を果たしたうえで、いかに効率よく運営していくかが問われる。

最近、管外搬送する救急隊員が、旭中央や長生で「ウチは山武から金をもらっていない」という苦情を受けるようになったという。これをきいてもやはり、地域医療はその地域の中で運営すべきだなと感じる。

構想は県立病院のあとを引き継ぐものなので、県からの応分の負担があればと期待している。

藤本：

時間がきたのでまとめたい。

医療と行政と住民、それぞれの課題について議論があった。

医療の課題については、住民のニーズを把握したうえで、必要な医療を提供していく、具体的にい

うと、医師同士のネットワークづくり、病院と診療所間の連携といったなかで、住民が安心してかかるような体制をつくっていくことが大切だということ。

行政にとっては、いわゆる不採算部門の救急医療、小児医療やH I Vなどの難しい病気に対する医療を、創意と工夫を持って運営していくことが重要だということ。

私たち住民としては、できれば病院にかからないよう健康管理をしっかりやって、予防につとめることが第一だが、病気になったときには、自分にとって必要な医療サービスが何かをきちんと見極めて、病院と診療所の機能を「かかりわかる」ことが大切であるということを学んだと思う。

発行：NPO法人地域医療を育てる会

この冊子の無断転載、複製を禁じます。

冊子をご入用の方は090 - 7634 -7175（藤本：平日午前中対応可）までご連絡ください。

