



もくじ CONTENTS

・第2回地域医療シンポジウム 笠間の医療を考える集い	
―地域医療の充実と民間・公立病院の提携―	 3
シンポジウム	
【資料】Ⅰ	
・「地域医療の充実と民間・公立病院の連携」 佐藤 怜氏（元茨城県医師会長）	 40
・「県立中央病院の役割」 永井秀雄氏（県立中央病院院長）	 42
・「総合医療と一次救急」―医療機関と一次救急―	
石塚恒夫氏（笠間市立病院院長）	 49
【資料】Ⅱ	
・参加者アンケート結果の概要	 54
・当日配布のレジュメ	 63
編集後記	 64

白ページ

第2回地域医療シンポジウム 笠間の医療を考える集い —地域医療の充実と民間・公立病院の提携—

あいさつ

茨城の地域医療を考える会 鈴木博久代表



ご紹介をいただきました、茨城の地域医療を考える会で代表をしております鈴木です。

今日は12月師走のしかも日曜日ということで、それぞれいろんな用事があるところを私どもが開催しました、シンポジウムにご参加をいただきまして心から御礼を申し上げたいと思います。併せまして今日のシンポジウムに来賓の方がお座りになっていますが来賓の方に加えて、後ほど4名のシンポジストから地域医療の現状についてそれぞれの立場からご発言をお願いをしていますが、そういったことで大変多くの方のご協力でこのシンポジウムが開催を

されているということをご報告したいと思います。

私もこの間、今年になってからいくつか取り組みをしてきていますので、その経過をお話をすれば今日のシンポジウムがどういった位置づけになるのか、どういった目的を持っているのかということを含めて明らかになると思いますので、簡単にご報告をさせていただきたいと思います。

ひとつは茨城県全体でほんとに県北を中心に医療の崩壊ということで、お産も十分に出来る体制にない、そういった県北の状況、特徴的にはそういったことがあります。何れにしても茨城県全体が、或いは日本の医療の現場が大変な状況になっているということで、これをなんとか茨城県においてもきちんとした対応をしてほしいということで署名活動を行いました。7万筆以上のご協力を得まして、橋本知事の方に具体的な要請をさせていただきました。その中で知事から行政としていろんな取り組みをしているというご報告を受けました。

署名活動を行った後、第1回目のシンポジウム（2009年5月16日 水戸市・駿優教育会館）を開催しました。シンポジウムでは、茨城県の医師会長の原中勝征さん、県知事の橋本 昌さんから今の医療が全国レベルでどういった課題を持っているのか、とりわけ知事の方からは茨城県の課題と対応策についてご報告を頂きました。問題提起の後、シンポジストとして医師会の方から産婦人科の石渡 勇さん、さらには茨城県の保健福祉部の染谷意次長さん、そして今日もシンポジストとしてお呼びをしています笠間市立病院の石塚恒夫先生、それぞれの立場からお話をいただいて茨城県の医療が抱える、或いは全国の医療が抱える現状について、第1回

目のシンポジウムで議論を深めることが出来たと思っています。

シンポジウム前段で諏訪中央病院の鎌田 貫先生にも私たちが今どういった世の中で、社会の中で生きてるんだろうかということについて記念講演もいただいたところです。

そういった第1回目のシンポジウムを受けて、今日は笠間というこの地でやろうといった意味について説明していきますと、この黄色いチラシをお持ちになってる方もいると思うんですが、この呼びかけの中で書かさせていただいていますが、この笠間の地は医療の体制ということで言えば「ある意味」では恵まれてる、比較的安定的な医療が提供されているという、そういった認識を私どもは持っています。

県立中央病院がありますし、多くの医療機関・クリニックがあります。そして笠間の市立病院がありますが、こういった一見充実をしているような体制の中でも、医療費がほんとに膨大になってきているそういった国の認識の下で、国がこの間医療費の削減ということで医療費の抑制をずっと図ってきました。その結果としてお医者さんが不足をするとか、或いは診療報酬が引き下げられるとか、そして医師・医療機関が非常に偏在をして、先ほど言いましたように県北の方では、お産自体がままなくなっているという、そういった現状を引き起こしています。それが一見表面上は安定的な供給を受けてると言う、そういった体制が確立をされていると言う笠間の地で、県立中央病院・市立病院がそれぞれ課題を国の大きな政策の中でやっぱり大変なしわ寄せというか、課題をつきつけられているのが現状だというふうに思っています。それでこのまま放置すると、やっぱり笠間市においても医療の提供体制が非常に問題になってくると言うそういったことも含めまして、では、今からどういったことをすればいいのかというその辺も含めてこのチラシでご案内をしています4名の方から、何れも日々現場の責任者として医療の最先端で業務を特に市長の場合は行政の責任者ということになりますが、4名の責任ある方が今日お見えになっていまして、それぞれの立場から現状についてお話をいただけたと思います。

本日のシンポジウムは、何かをまとめると言うそういったシンポジウムではありません。

危機的な状況にある現状について、とにかく現状はこんなふうになってるだということを共通認識として、それぞれ最低限共有したいと思います。その後の具体的な対応の手法についてはまた考えればいい、そういった主旨でありますから、今日は一見きちんとした体制がある笠間の地で、実際どういったことが問題になって、どういったことがこれから課題になるのかということについて、問題の認識が共有できればと思っています。

最後までのご協力をお願いしまして、主催者を代表しての挨拶としたいと思います。

本日は大変ありがとうございました。



【シンポジウム】

コーディネーター

一般社団法人茨城県地方自治研究センター 理事 柴山 章氏

今回のシンポジウムのコーディネーターを務める柴山です。

現在、友部病院に勤務し、自治研センターの理事をしています。自治研センターの名前は聞きなれない方がいると思いますが、自治労の自治研活動（地方自治研究活動）として「市民と共に街を創る」「福祉や医療を考える」、そのような活動を30年以上にわたってやってきている団体です。

最近では、自治研センターが土浦駅前の活性化対策で提言書をまとめて市に提出してきています。今は水戸市の活性化問題で茨城大学帯刀教授を中心に勉強会をやって議論をしています。今回のシンポジウムは、私たちが地域で「どのように支える」医療を「創って行くのか」を重要なテーマとして、第2回シンポジウムを開催することになりました。

第1回は2009年5月16日に800名を超す方がシンポジウムに参加していただき「医療崩壊」を赤裸々に議論してきたという成果があります。

今回、第2回目のシンポジウムを、どのような地域でやっていくのかということを議論し、笠間市を選択したのは、笠間市には県立病院があって、市立病院がある。そして民間病院と医院・クリニックが相互に連携している地域で、比較的「医療崩壊」の影響が少ない・感じない地域であるが、どのような医療提供体制が作られているのか、または足りない医療はなにかを十分に議論しながら、私たちが医療を「支え創る」という視点から4名のシンポジストにお願いしました。

今回のシンポジストの方々をご紹介します。

医院やクリニック、医師会を代表して笠間市の佐藤医院の佐藤怜院長に参加していただきました。佐藤怜院長は元茨城県医師会長という重責を担っていらっしゃいましたので、茨城県の医療についても造詣の深い方です。

2 人目は、茨城県立中央病院の永井秀雄院長に参加していただきました。永井秀雄院長は県立中央病院の経営改革という忙しい時間を割いて来ていただきました。

3 人目には笠間市立病院の石塚恒夫院長に参加していただきました。市立病院の存在が常に問われる中での忙しい中の参加ということでもあります。

最後に笠間市長さんに参加していただきました。地域医療を考えると、行政のトップ・行政を抜きにして地域医療を議論しても、有効性に欠けます。行政が医療計画を策定し、住民的が安心して地域で住める責務が行政の長にあるので、最高責任者の山口伸樹市長さんに参加していただきました。

シンポジストの提起は、1 人 15 分でお願いします。そのあとにシンポジスト間の意見交換も出来るようになります。また、私自身がいろいろ常日頃、思っていることを先生達に投げかけるという方法で進めさせていただきます。

宜しくおねがいします。

はじめに笠間市の佐藤医院の佐藤怜院長からお願いします。

医院・クリニックの立場から

元茨城県医師会長 佐藤怜院長

只今ご紹介をいただきました、笠間で内科・小児科を開業しております佐藤でございます。今日はこのように会に医師会の代表としてお招きいただき、本当にありがとうございます。笠間市医師会の石本先生が本来は出るわけなんでしょうけど、是非私にやれと言うことでしたので、私もしばらく第一線から退いていた訳なんですけど今日はこういう機会にまたお話をさせていただこうと言うことで、やって参りました。

パワーポイントを用意しましたが、最初全般的なことから入って行きたいと思っております。(P 40 ～)

最近、厚生労働省は、皆さんご存知だと思いますけど医療の再建についてということで検討しております。これは 2010 年 4 月から診療報酬が改定になりますので、大体 2 年に 1 回ず 4 つ国の医療の基本方針を考えて、それによって医療を進めていこうということで、この重点課題 4 項目を出しております。



1) 地域連携による救急患者の受け入れ推進、2) 小児・妊産婦を含めた救急患者の受け入れ・医療機関への評価、3) 急性期後の患者を受け入れる後方病院や在宅医療の機能強化、4) 手術面の適正評価ということです。丁度今日のシンポジウムに上の3項目が大体関連して思いましたので、丁度このシンポジウムの意義があるんじゃないかと思っています。また、その他にもたくさんあるんですけど、ここに医療と介護の機能分化と連携の推進ということも入っていました。

医療崩壊の原因

それで私なりに考えた医療崩壊の原因ということですが、これは丁度小泉内閣のときから毎年医療費を2200億円ずつ削減しようということでやってきましたが、それが医療費の削減が限界に来てるとということじゃないかと思われます。

日本の医療費は、皆さんもご存知だと思いますけど先進国の中では非常に低い位置にあります。数年前まではまだ先進国の中で19位というわけだったんですけど、最近はまだこれが22位に後退しております。GDPで言いますと7.9%ということですけど、アメリカの15.1%の半分以下ということになっております。しかしそういう中で日本の医療は、健康寿命或いは平均寿命を延ばしたり結構高度な医療もこなしてると言うことで、なんとか高度な医療水準は維持してるところです。しかしこの病院が費用を抑えられる結果、この医療の安全が最近脅かされてきてると言うところまできておりますし、それから医師の過重労働が過労死ラインと言われてる月80時間をはるかに越えて、実際には分かりませんが200時間に越える医師もいるということを聞いております。

医療連携が大きな課題

それに対して我々医療側もまだまだなんとか努力はしなきゃいかんと思っておりますが、その中で言えば本日のこのテーマでありますこの「医療連携」をどういうふうに進めるかということが最大の課題じゃないかというふうに思います。これがなかなか制度として仕組みがまだうまく動いていないところです。

専門医療と一般医療との、もっと融和して効率的な役割分担というものが必要だと思われますし、国民病といわれている糖尿病の病診連携は我々も是非綿密な連携が必要だと思っておりますが、これもまたなかなかうまく進んでないという状況です。次に我々開業医にとりまして、もっともっと診察室から外へ出て地域の人々との健康を守る活動をやる必要があるんじゃないかと思っています。そういう中で私は在宅医療というものを、多少まだ身体が動ける間は重点を置いて関わってるということです。

今度は医療関係者ばっかじゃなくて、国民や地域の皆さんがやらなければならないことがあるんじゃないかということで掲げてみました。

医療にはコストがかかる

医療は水や空気と違いまして結構コストもかかりますし、大勢の医師や看護師とかスタッフに支えられてやっているのですから、そんなに便利にやるということがなかなか難しいというところにきています。小児医療の崩壊が若いお父さん・お母さん方のコンビニ受診ということで行われるのが、病院の外来にとって大変なことであると言うことですし、先ほど聞きましたらこの笠間地域ではそれほどじゃないそうですが、患者さんの病院志向ということで、軽い病気で病院に殺到すると言うことで、それが病院を困らせる大きな原因になってるということもあります。

延岡市で【医療を守る条例】というのを制定したそうでございますけど、その中のほんの一部です。市民の守るべき努力目標として、【市民は掛かりつけ医を持ってもらいたい】ということと、【安易な夜間・休日の受診は控えていただきたい】ということと、【医療担当者との関係は信頼と感謝の気持ちで受診していただきたい】ということが書かれております。私も笠間市においてもこのような条例があってもいいのかなと思っています。

救急医療の充実の必要性

救急の問題に入らせていただきます。

救急とは実は医療の原点でありまして大変お金がかかるものなんです。それを今までは国が安易に病院にやってもらえばいいということでやっけていまして、未だにそれが抜け切らないわけですし、病院に多少の診療報酬をつけたり或いは補助金を出したりして取り繕ってるんですけど、現在の救急は既にそういう範囲を超えていまして、昔は医師1人で救急をやった病院が結構多かったんですけど、これは2人以上と決められましたけど、今はとてもじゃないけど2人や3人でも大変であるということです。

それを当直制でやってるもんですから翌日休めないです。ですから、30数時間から40時間の連続労働を強いられると言うのが現状です。救命救急センター病院というのが各県にありまして、茨城県にも4箇所ございます。これは本来、全ての救急を引き受けるというわけでしたけど、ところがこれも医師不足とか不採算とか、それともうひとつは医療過誤に対する厳しい目があります。

これは我々としても絶対守んなきゃいけないことなんですけど、ただやっぱりこの前の産婦人科の訴えられた問題等もありましたが、あまり厳しい対応をされますと医療の方もどうも萎縮してしまうということもあろうかと思えます。

今、救急の病院は、永井先生からも後で話があるかと思いますが、軽症の患者をいかに制限するかというのが県立中央病院だけじゃなくて一般の救急病院のポイントであると言われています。

この診療制限をするためには、軽い患者さんからは高く料金を徴収するとか、或いはトリアージと言って救急の患者さんの重症度を判定してそれによって治療をしていく。これはイギリス

ではやっていますが、軽い方は1日・半日とか翌日に回されたりする場合も多いということを聞いてます。受診での電話相談とか患者教育とか、こういうものが必要なと思いますけど、最後に、開業医の一次救急へ参加する、これは私も大事じゃないかと思っていました。

一次救急の整備にむけた開業医、市立・県立病院の協議

これは本日の大きなテーマのひとつです。笠間市における一次救急を、県立中央病院ばかりにおぶさっているのは本当に病院が大変だと言う事でありまして、この一次救急体制をどのようにつくるかという事が昨年から検討されておりました。私は委員でもないものですから聞くところによりますと、2010年の4月から毎日7時から10時まではこの一次救急をやろうという、医師会の石本先生もこういう決意をもってやっておられて、場所は今日ご出席いただいている笠間市立病院の方で提供してくれるということですし、その中でちょっと大きな問題だったのが笠間市の医師会員だけではとても負いきれなかったわけですが、県立中央病院が勤務の先生方の有志が20名くらい参加してくれるというようなことでして、これでようやく連日の一次救急がつけられるということになったそうです。これは私よりは他のシンポジストの方々からもっといい話が聞けると思いますし、運用面は市役所が担当していくることだと思います。

地域病診連携

病診連携の問題ですけど、この地域の場合は、主に県立中央病院との連携ですけどクリニカルパスというのがありまして、これはある程度患者さんの病気が発生して入院したり手術をしたりした、その後の様子を全部ある程度予定表を作るわけですね。その中に今度病院を退院した後の連携が必要になると思いますし、糖尿病の連携もそういうことです。

ただこの笠間地域におきましては呼吸器疾患の連携は大変うまくいってるんです。これはなぜかという、これはもう笠間医師会と病院の呼吸器内科との連携が非常にうまくいって、2ヶ月に1回呼吸器疾患の研究会を開催しておられて、それが大きく役に立っています。それから、県立中央病院には地域医療連携室がございまして、直ぐにファックスで連携できるという状況となっていて、これも大変うまくいってると思っています。

しかし、これは一般的にもっと中核病院は、門戸を開いてもっともっと地域との連携を深めていくべきではないかと思われまます。その中でひとつだけあげますが、筑波メディカル病院の小児科の一次救急ですけど、これは病院の小児科の先生が病院側から地域の開業医の先生方にはたらきかけて一次救急をメディカルセンターの病院の一診察室を使ってやっておられて、大変うまくいってるということです。(H 22. 4よりスタート)

やっぱりこういう努力が病院側から出てくると大変いいんじゃないかと思っているところです。何れにしても病院の先生方と我々、或いはその次には医師ばっかじゃなくていろんな職種の方々との顔の見える関係がこの連携を推進すると私は思っております。

在宅医療の「質」の向上

最後に、これは在宅医療の問題ですけど、在宅医療は24時間体制をいかに維持するかということがこれは大変なネックになっておりまして、開業の先生方もちょっと躊躇してる面が多いんじゃないかと思われますけど、私は地域の各職種機関の連携によってこれがカバーできるということが良くわかっていますので、こういう連携の会をやってます。これがその情報交換会という会でありまして、訪問介護ステーションとかケアマネージャーさんとか或いは福祉の方々に来ていただきまして、これは2ヶ月に1回ですけど情報交換会を開催して緊密に連携を取ってこの在宅医療を守って行きたいと思っていますところです。

それがまた在宅医療の「質」の向上にも繋がりますし、県立中央病院が最近この緩和ケアというものも非常に盛んになってまいりまして、この緩和ケア研究会のこれは2ヶ月に1回或いはかなり頻繁に行われるようになりまして、我々もこの在宅医療の「質」の向上には大いに役に立っていると感じております。

実は医療というのはどこで行われるかということ、診察室・病室が医療の場ということでございましたけど、これがもう10年前ぐらいに第3の医療の場として患者さんのお住まいになっている居宅が診療の場ということになりました。これによって居宅がひとつの診療の場でございますので、そこにやっぱり在宅医療を行う場合には出来れば入院してると同じには絶対いきませんが、それに近い安心できる診療の場になることが必要なんじゃないかと思われまして、これらの整備がまだまだ必要なんじゃないかと思っています。この在宅医療につきましてはまだまだお話しすることがたくさんありますが、またこの後取り上げてくださるということでございますこの問題はこれで終わりにいたします。

コーディネーター 柴山 章氏

ありがとうございました。次に県立中央病院の永井院長からおねがいします。

永井秀雄院長は経営改革で赴任され、断らない救急医療を掲げ不眠不休体制で仕事をされております。救急搬送も年間4000件を超え、北茨城から西は筑西市を越えた結城から来ています。

永井院長の断らない救急医療が県立中央病院を変えてきており、本日のシンポジウムに来ていただくのも大変な状況でしたが、来ていただきましてありがとうございます。

永井院長から県立中央病院の状況なり、県立中央病院からの医療連携に関するメッセージをお願いしたいと思います。

県立中央病院からの発信

県立中央病院 永井秀雄 院長



ご紹介ありがとうございます。私は外科医ですから立って仕事をするのに慣れていて、座ってしゃべるのがどうも苦手なんです。こちらに立ってお話させていただきます。今日は笠間の医療関係者、それから住民の方々が大勢来られています。

医療関係者と住民のかたがた両方へのメッセージとして、県立中央病院の役割を中心にお話いたします。私が赴任してきたのは 2007 年です。その前年の 1 年間の救急車受け入れ状況を示したのがこのスライドです。これを最初に見た時はびっくりしました。(P 42)

笠間市は水戸地区の消防署管内になりますが、この水戸地区で救急車の受け入れが最初の 1 回の依頼で終了したのが 69.6%、つまり 7 割を切っているということです。筑西市など県西部は救急車の受け入れが厳しいと言いますが、水戸地区よりは少し良い状況です。

石岡地区も厳しいと言うものの、7 割は超えています。土浦協同病院などがある土浦・阿見地区では 90%を越えています。これはおそらく土浦協同病院の献身的な努力によるものだと思います。水戸地区で 7 割を切っていた当時でさえ、中央病院のファーストコールでの救急車受け入れは 80%ですので、当院は救急をそれなりに受け入れていたことが分かります。いずれにしても救急というのは非常に大変だということがよく分かります。

求められていた救急受け入れ

次のスライドは、年度別の救急車受け入れの推移を示しています。2006 年度は年間 2400 台余り、その後増えて 2008 年度は 3800 台くらいとなっています。県央の A・B・C・D 病院と当院とを比較してみますと、2006 年度は当院よりも B 病院のほうが多かったのですが、2007 年度になりますと当院のほうが多くなり、最多の施設となっています。今日のシンポジウム開催主旨に、県立中央病院が「孤立的な奮闘」をしていると書いてありますが、決して孤立しているわけではありません。他の病院も一生懸命やってくださっています。

やはり皆が力を合わせてやっているのだ、ということはこのグラフからご理解いただければと思います。

次に、当院がどの消防本部から引き受けているか、を見ますと。

やはり圧倒的に笠間市が多いのですが、2007 年度と 2008 年度とを比較すると、水戸市からが増えています。また、絶対数は少ないのですが、筑西消防本部から 2 倍多い救急車が搬送されてきています。このスライドは、昨年の年末に新聞で報道されたもので、救急車が殺到

して現場は悲鳴を上げているという記事です。

茨城県として救急医療の再構築

先ほどのデータ、救急の受入れが非常に悪いというデータ、これは県の委員会で配られたのですが、こうした状況を受けて茨城県のほうも救急医療対策検討会議を開いて1年間検討しました。その結果、2007年度の最後になってこういう提言をしています。

具体的には5本の柱を対応策として掲げています。まず救急医療体制の役割に応じた機能充実と再構築です。1次・2次・3次救急のすみ分け、あるいは診療科ごと、特に産科や小児科の救急のあり方を含めて機能の充実と再構築を図ろうとするものです。

2番目は、搬送体制の強化です。たとえば、救急車がある1カ所に集中しないで、情報交換をしながらそれぞれの専門に応じてうまく搬送する。

3番目は診療分野別の救急医療体制の充実です。これは、産科や小児科の救急体制を充実すること、あるいは骨折患者さんを診る整形外科の当番体制を整えることなどを意味します。

4番目は、人材の育成です。救命救急士や救急専門医の確保などが必要になっているということでもあります。そして5番目、最後の柱として真ん中に入っているのは、「県民の救急医療への理解促進」です。先ほど佐藤先生もお話になっておられましたけれども、県民のかたがたのご理解というものも非常に重要だ、だからこそ真ん中に来るべき柱である、ということになります。

一次、二次、三次救急の機能分化の推進

県民の方々に救急医療の理解を促進したいということではありますが、具体的に言えば2つあります。1つは、救急医療には1次・2次・3次それぞれ機能を分けて受診していただきたいということ（P 43）、もう1つは、救急車の適正使用、すなわちタクシー代わりに決して使わないで欲しいということです。

1次・2次・3次救急の見分けですが、1次救急あるいは初期救急と呼ばれるのは比較的症状の軽い患者さんを診ることを言い、休日夜間救急診療所の当番医や救急告示医療機関などが担当します。2次救急というのは、入院や手術を要する救急患者さんを診ることです。3次救急は、救急救命センターなどで、より高度な診療を必要とする救急患者さんを受け入れることです。

県立中央病院の役割は2次救急という位置づけがなされています。しかし、実際は3次救急もかなり多いので、私たちは2.5次救急とも呼んでいます。

これは、その救急医療対策協議会が対策をまとめまして、県民への広報として新聞の折り込みチラシなどで全県的に配布したものです。「救急医療 ご利用に当たってのお願い」と題してあります。中身は、先ほどの1次・2次・3次救急のすみ分けの話と市町村の広報で休日夜間の利用施設を知っておくことの重要性、そして、安易な救急車の利用は控えて欲しいという

お願いから成っています。特に子どもの救急医療の場合は、まず電話相談をしてみましょう、# 8000 番で電話相談を受けられますよ、という内容です。

茨城県内では実際にどこでそうした休日夜間救急診療が受けられるかについては、先ほどのチラシの裏面に「休日夜間急患センター」の一覧表が載っています。

この笠間地区では「休日夜間急患センター」はまだ整備されていませんが、来年の4月から笠間市が主体となって平日夜間の1次救急診療所が開設されるよう現在協議中であります。間もなくまとまるのではないかと期待しております。

県境を超えた医療提供

私は2年半前に茨城県に来たのですが、その前は栃木県の自治医大というところに勤めていました。やはり栃木県でも同様の問題が起きておりまして、救急患者が殺到していました。自治医大附属病院の救命救急センターには毎年3万6千人が受診していたのですが、そのうちの1万人が茨城県、とくに筑西市や結城市から来ていました。「何の補助もなく、なぜ1万人も茨城県の救急患者を診なければならないのだ」という議論がよくされていました。

その後、筑西地区の医師会の先生がたが協議を重ねられて、真壁医師会の方で新たに休日夜間の1次救急診療所を筑西市に設置することになりました。その成果が先日の茨城新聞に載っていましたのでご紹介します。

この記事によりますと、真壁医師会と自治医大の関係者が懇談した席で、医師会からは、筑西地区の1次救急診療所が開設された昨年、4月から10月の半期で1484名の受診者があったのに対し、今年はそれが2～3割増えて1869名になったという報告がされました。(P44)

この急患のうち7割は小児だったとのこと。一方、自治医大からは、筑西地区以外にも例えば栃木県内の真岡地区や小山地区などに1次救急診療所を作っていただいた結果、年間の救急患者3万6千人がなんと2万4千人に減ったということが報告されました。したがって、茨城県は非常に厳しい状況ではありますけれども、こうした形の1次救急診療所を設置して取組む必要があるだろうと思っております。

「死角のない」医療提供

県立中央病院の役割をここでご紹介します。現在、がんセンターがありますので、がん診療は当然一生懸命やっているところです。特に昨年から今年にかけて化学療法センター、透析センター、放射線治療センターが県の御支援のもとで開設されました。あと、総合病院として「死角のない医療」というのを私たちは目指しています。

ほぼ全科そろっておりますが、残念ながら産科はなく、小児科は外来診療のみ、精神科は非常勤の外来診療となっています。わずかな落ちじゃないか、という考えもあるかもしれませんが、どれも大事な診療科でして、私どもは全科のフル稼働を目指しております。小児科は稲川

医長がこの4月に赴任して来て、外来だけではありますが、中断していた小児科診療が再開しています。たった1人ですけども、彼は「ワクワクする」と言ってやっています。「1人診療に疲れた！」という人が多い中、彼の活躍に期待したいと思います。ただ、所詮1人では難しいので、小児科の複数常勤化を目指して各方面をお願いしているところです。県立中央病院の役割として救急医療、がん診療、総合医療の3つをご紹介しましたが、今後は、救急センターの増築、循環器外科の開設を来年度予定しています。緩和ケア病棟の開設、産科の再開、小児科・婦人科の充実、精神科医の常勤化などは未定ですが、できるだけ早期に実現させたいと思っています。

先進国のなかで国負担が少ない日本

このあとは、佐藤先生のお話にもありました日本の医療と医療費のことについてお話します。日本の医療費の対GDP比は先進国の平均より落ちています。医師数も先進国の3分の2にとどまっています。日本の中で都道府県別に人口当りの医師数をみますと、茨城県はほかに比べ極端に少なくなっています。全国平均の4分の3にすぎません。日本の医療をどうするか。さまざまな観点から議論されています。医療を考えると、医療費をどうするかの問題が重要です。しかし、いかんせん借金が日本は多いのです。地方債まで含めると日本の借金は800兆円です。GDP比では158%にものぼります。しかも、これが今どんどん増えている。景気も悪くなっていて、国債をさらに発行して収入に当てる。茨城県をみても、県債残高は1兆7千億円になるといいます。(P 45～)

少子・高齢社会の到来

もう1つ、会場の皆様がたにも是非知っていただきたいのは、日本という国の今後の人口が非常にきついということです。これは日本経済新聞からの資料ですが、65歳以上の割合を示す高齢化率は今20%。これがどんどん増えていって2050年頃には40%近くになる。

一方、若者はどんどん減って今の半分くらいになります。高齢者が増えて若者が減る。こういう厳しい状況があります。病気はほとんど高齢者に生じます。こうした中、医療をどうするか。お金もない、景気も悪い。

これはまた別の資料です。2100年までの状態が出ています。2100年には日本の人口は今の大体3分の1になります。高齢化率は40%です。

私のような団塊の世代が病気になって死んで行く2030年頃には、患者数も死亡数も1.5倍から2倍になるだろうと予想されます。それを支える若者は今の4分の3から半分になると言われています。

医療崩壊・医療不信・医療費抑制などトンでもない状況が現在あるわけですが、気をつけなければいけないのは、今後30年から50年、さらに100年間にわたって一層悪くなるということです。これを知っておく必要があります。

診療報酬を引き上げてほしい、ヨーロッパ諸国の医療費構造

政権交代直後の三党連立政権合意書によりますと、「社会保障費の自然増を年 2200 億円は抑制する」という小泉改革で打ち出した方針を廃止するということになっています。しかし、これは自公の麻生政権の末期で既に廃止が決まっていた。したがって特に目新しいものではありません。また、三党連立政権合意書では、医療費の GDP 比を先進国（OECD）並みに確保しましょう、と謳われています。OECD の平均が 8.9%、日本の平均が 8.1% ですので、1 割アップということになります。（P 46）

診療報酬が 1 割上がってくれたら、おそらく、われわれの病院も他の病院も、ほっと一息つくだろうと思いますが、残念ながらまず期待できそうにありません。問題は、この医療費の中身がどうなっているのか、ということです。ここにヨーロッパ諸国と日本とを医療費の中身、すなわちどういう財源から成っているかに基づいて比較してあります。財源は、事業主保険料・個人保険料・消費税・その他の税・その他、と分けてあります。これを見て気づくのは、日本はヨーロッパ諸国に比べ事業主保険料が非常に低い、一方、個人保険料が多い、ということです。消費税はどうでしょうか。現在、日本の消費税は 5 % ですが、ヨーロッパの国々は大体 20 % ～ 25 % です。日本の消費税がすべて医療費や社会保障費に回っているのであればよろしいのですが、それにしてももう少し増やしていただく必要があるだろうと思います。

最も大きな問題は、「その他の税」が非常に少ないことと、「その他」が非常に多いことです。「その他」は患者さんが窓口で払うお金だと言われています。この窓口支払いと個人保険料とを合わせると、日本の医療費の約 45 % になります。ヨーロッパ諸国の 3 倍から 5 倍の多さです。

財務省は現在、医療費抑制のキャンペーンを張っています。民主党政権になってもまだそんなキャンペーンを張るのかと、哑然とするわけですが、そのキャンペーンの中で「医療費を上げると個人の負担がぐっと増えますよ」と言っているのです。しかし、もともと個人負担が大きい中でやるわけですから、個人負担が増えてしまうのです。

ヨーロッパ諸国のように事業主がもっと負担し、税金を投入して個人負担の割合を大幅に下げれば、医療費増加が個人負担となることはないと思います。さきほどの佐藤先生と同じで、とにかく医療資源を潰さないでくれと言いたいです。

医療を学校教育に

お金もない、景気も悪い、という中で、医療資源の大幅な増加はなかなか難しいようにも思えます。私は、患者教育によって医療資源の相対的な増加が得られると考えています。

皆さんには是非、医療というものを知って欲しい。これによるメリットは非常に大きいです。医療教育にかかる費用はさほどではないというふうに思っております。「医療を学校教育に」ということを私は主張してきました。モデル事業を昨年からはじめ、友部小学校の生徒さんには病院に来ていただき、友部中学校には出向いて授業を行っています。最後のスライドになります。県立中央病院は 2.5 次の救急、あるいは 2.5 次の医療機関という役割を持っている

のかもしれませんが。そうしますと、地域医療機関は1次か、という話になり、さらにその下に在宅診療、看護、福祉というようなものがあって、いかにもピラミッドのような機能別の体系ができるように思われます。しかし、私は横並びの関係だと考えております。そして、現在、「医療はすべてチーム医療」という形になっておりますが、医療の連携というものも同様の意味でこうした形をとっていかなければ、厳しい財政のもとで良い医療の提供はできないだろうと考えています。 どうもご清聴ありがとうございました。

コーディネーター 柴山 章

ありがとうございました。丁寧な説明で何に問題があるのか分かったかと思います。

次に笠間市立病院の石塚恒夫院長にお願いします。ご承知のように、笠間市立病院と言っても元は友部国保病院ですから、旧笠間市とか岩間町の方は「市立病院？」という感じがあります。「笠間市立病院のあり方」検討委員会が提言書を出したということです。その提言書に県立中央病院や医師会を中心とする市内の医療機関との連携、高齢者医療のキーステーション的な役割を担うと記載されています。市立病院が地域医療のために非常に重要なポイントになるうかと思います。医療資源が充足した地域で、市立病院が在宅医療をやろうという院長の意志、全国的にも少ないんです。

私は以前から石塚院長に何回か学習の講師をお願いしてきました。石塚院長の持ってる医療の展開について、是非、お聞かせねがいます。

地域医療を支え・在宅医療をめざす

笠間市立病院 石塚恒夫院長



ご紹介どうもありがとうございました。

笠間市立病院の石塚です。自治医大の外科の時代にお世話になった永井先生が立ってお話されていたんで、僕が座ってお話しするわけにはいかないなと思います。

総合医療、うちの病院が目指している総合医療、それから、これから頑張っていかなくちゃいけないということで、この2つを中心にお話をし、せっかく今日は市民の皆さんにお話をする機会をいただいたので、医療機関の使い分けの勧めについて話を進めていきたいと思っています。まず総合医療の話、それから1次救急の話をして最後の使い分けの提言について話を進めていきます。お願いします。

笠間市立病院の概要（P 49～）

うちの病院を知らない方もいらっしゃると思いますので概要をお話します。

一般病床で 30 床の病院でありまして、医師は常勤 2 名であります。自治医大卒業のものが 2 名で、県の命令で動いてるものが 1 名で僕が 1 名ということで、昔は 4 名医者がおったんですけども（平成）14 年に 1 人抜け、（平成）16 年に前院長が辞めて現在 2 人の体制でやっています、というような状況です。大体場所は皆さん判るかと思うんですけども、この市役所・公民館があるところのすぐ近くなんです。

2 キロ圏内に県立中央病院があって、5 キロ圏内には 12 の診療所があるというような比較的医療に恵まれた地域にあるというようなことがいえると思います。これが大体病院の写真を撮ってきたんですが、これは今は撮れない写真なんです。これはなぜかって言いますと、ここが友部町国保病院になっているからなんです。つまりここが今、笠間市ってことになってるんです。なので、結局、病院の名前は大きくなったんですけど医者の数はどんどん減ってってそういう状況にあるという状況です。

総合診療科について

まず総合診療についてお話しします。高齢者診療と総合診療との関わり、それから総合医と専門医がどういう関係にあるのか、それからうちの病院がこれから目指していく主治医・副主治医制と在宅医療における主治医・副主治医制という話をします。



まず高齢者医療と総合診療の関係ですけども、当院の理念というのは包括的そして継続的な高齢者医療を行うということを理念にしております。

高齢者というのは身体的にも精神的にも脆弱でありまして、多くの病気に罹りやすい。精神的にも鬱だとか認知症だ

とか、そういうのに罹りやすい。複数の診療にまたがる疾患を持つと、そして頻繁に入退院を繰り返すというような特性を持っております。

高齢者を訪問診療も行うことによってトータルで最後まで診る、そういう医者が必要と考えられております。

日本ではそういう医者のことを総合医とか家庭医などと呼びます。

専門医とは

それでは総合医と専門医との関係なんですけれども、スペシャリストっていうのが専門医です。これは各患者さんの人生の中でひとつなにか特別な病気に罹ったときに手術をして受ける

とか、そういうときに関わっていくそういうのが専門医であるという。その病気に対して、特別な病気に対して責任を持つ医者で、ある程度人生の1点において責任を持つ医者でありということが言えるという考えがあります。

それに対してジェネラリストって言うのは総合医のことですけども、これは各患者さんの人生に寄り添っていく。ずっといろんな病気に罹るかもしれない、慢性の疾患をいろんな病気を複数持っていく、その中でずっと継続して訪問診療も行いながら最後まで診ていくというのが総合医という考えです。つまり総合医と専門医というのは、お互い補完しあいながら1人の患者さんを診ていくという関係にあるのです。

市立病院の小規模多機能とは

市立病院のやってることは、介護保険に小規模多機能サービスというのがあるんですけど、それに似たようなことです。小規模多機能というのはひとつの小さい施設なんですけれども、ディサービス・ショートステイ・訪問介護を行います。つまりディサービスは病院においては外来通院ということになります。ショートステイと言うのは、病院においては入院ということになります。訪問介護、実はこれが訪問診療です。こういう小さい施設できめ細かなサービスを行う。特に認知症などがある人にとっては同じスタッフが対応していくということで利便があるということで、地域密着型のサービスのひとつの典型としてあげられております。

市立病院がやってること自体は、大体これに近いようなことをやってるんだというふうに考えております。しかし、それは友部町国保病院の時代はこれでよかったかも知れないけど、笠間市の市立病院になった時にこれでいいのかという問題が生じてきたと言うわけです。

患者さんは二人の主治医を持つ

それで考えているのが主治医・副主治医制ということでありまして。つまり開業医の先生だけでは外来の患者さんを包括的に継続的にフォローするっていうのは、やはり難しい面があります。それでうちの病院で副主治医になりまして、具合が悪くなったときにはうちかが入院で診る。在宅診療をやってる患者さんが、悪くなったときは診る、また良くなればまた在宅主治医の方に戻すというような関係をとることによって、うちの病院でも広い範囲の在宅患者さんを支援することが出来るんじゃないかなと考えて、実際には動き出しています。

つまり認知症などで適応力の低下した高齢者などに、心身の状態変化を良く知る固定されたスタッフで対応できるという利点があるわけです。それで開業医の先生方が主治医をする脆弱な高齢者に対して、当院が副主治医になることによって夜間・祝日などの状態の変化があったときに入院で対応出来るようにすると、それで開業医の先生方が総合診療を実践するということを支援するというわけです。なかなか在宅で診て認知症によるせん妄であるとか癌の痛みに対する緩和ケアなどでは在宅で出来なくなることが多くなると思いますので、そういうときに当院で対応するということが出来ると言うふうに考えております。

市立病院が一次救急の拠点

2 番目に先ほどから出てきている
1 次救急の話です。

当院にどういたことが期待されているのかということをもつにまとめました。まず 1 つは 1 次救急と 2 次救急の違い、ついで 1 次救急をどうするか、3 番目に 1 次救急の中でも小児の救急をどうするかということでお話します。



笠間市立病院

まず 1 次救急と 2 次救急ということなんですが、更に 3 次救急というお話がありましたけれども、1 次救急っていうのは外来診療で完結するような軽症患者の救急です。これは一般的に市町村の役割であるとされております。つまりこれは笠間市の仕事なんだというわけです。2 次救急というのは入院治療を必要とするような、ある程度重症な患者さんを診るのが 2 次救急ということで、これは医療圏、ここだと水戸医療圏の役割ということになると。笠間市の 1 次救急の現状っていうのは、日曜・祝日の昼間は笠間市医師会（うちの病院も含めた）の輪番制で行い、それ以外は県立中央病院にお願いしています。つまり 1 次救急、平日夜間などの 1 次救急はやってないというのが現状なわけです。

現在、笠間市では平日夜間外来を計画中です。先ほど佐藤先生の方から、毎日平日・夜間という話があったのですが、今話が進んでるのは平日のみの夜間です。

午後 7 時から 10 時です。

これは笠間市医師会の医師と、それから県立中央病院の医師の有志の先生が参加をしてくださって、それで当番を決めてやっていこうというわけです。日曜日は笠間市立病院の医師が、日曜日の昼間はやりましょうということになりました。ちょっと 2 人の医師ではカバーしきれないので非常勤の医師も含んでそこをやっていこうということになっております。祝日は現状通り、笠間市医師会の輪番制を取り敢えず残すという形で考えているというわけです。これはまだ本決まりではありません。

今、こういった形で進んでいると言う、まだ途中経過の段階であります。

小児救急について

次に、小児救急をどうするかということなんですけれども、小児の 2 次救急の受け入れって言うのが確実に受け入れてくれるところってのが無いんです。

結局、小児 1 次救急を診たときに、入院が必要だと感じたとき 2 次救急を受け付けてくれる病院にあちこち電話して探すしかないというような現状ではあります。小児科以外の医師が担当することが多い現状では、なかなか小学生未満っていうのはなかなか難しいんじゃないかって言うことで、なんとか小学生以上対象としたいということで一応考えております。

なぜかという先ほども筑西の話がありましたけれども、1次救急の7～8割は小児の発熱だと言うわけです。そういうことで考えてはいるんですけども、なかなか小児は2次救急の受け入れもなかなか難しいと言う、水戸の医療圏であってもなかなか難しいという現状がありますので、そこらへん頑張っていかなきゃいけないというところかなというふうに思います。

医療機関の使い分けの提言

最後、まとめに近い話なんですけども、地域医療連携成功の為の医療機関の使い分けの提言ということでお話させていただくんですが、まず総合医と専門医を使い分けてみたらいいんじゃないかと、救急医療の使い方を考えみたらいいんじゃないか、最後に地域医療体制に必要なことは何かということでお話しします。

総合医と専門医の使い分けって言うのは先ほどから申し上げているように、専門医っていうのは高度な診断・治療・手術などを必要とする疾患、主に入院指示を行うものであって外来診療も行うわけですけど、がん治療後の定期的な経過観察であるとかなかなか一般の非専門医では難しい、C型肝炎のインターフェロン治療だとか、いくつかそういう特別な治療がありますからそういうのは、やはり専門の先生の外来ということになるのかなというふうに思います。

総合医って言うのは慢性期の落ち着いた状態での外来診療で、むしろ悪化しないようにフォローしていくという考えです。脆弱高齢者の訪問診療なども総合医の役割でしょうし、入院診療でも脆弱高齢者の繰り返す状態の悪化というのは総合医、うちのような病院で対応できたらいいいのかなというふうに思います。そういうふうに分けることによって、専門医の先生が専門の仕事が出来る、総合医の先生は総合医の仕事を出来るというような、すみ分けができてくるのかなというふうに考えます。

救急医療の使い方ということに関しては、軽症者は平日・夜間だとか日曜の外来、笠間市立病院でやろうというものをちゃんと診療時間中に受診してもらいたいということです。

祝日は笠間市医師会の輪番が残ります。

重症者、これは救急車で来院するような場合には県立中央病院受診ということになるわけです。そもそも軽症であれば平日昼間の外来に受診するように調整していただきたい、コンビニ受診の抑制ということになります。こういうことで地域の医療資源を枯渇させないということに繋がるのかなというふうに思います。

最後ですけども、結局専門医は専門医の仕事・総合医は総合医の仕事、誇りを持って出来るようにするということです。夜間・休日の1次救急は地域で平等に負担できたらいいのかなというふうに思います。

救急っていうのは、2次救急やりたい先生っていうのはいくらでもいると思うんですよ。そういう救急をやりたいっていう先生は、2次救急をやりたい、もしくは3次救急をやりたい先生だと思います。しかし夜間・休日の1次救急っていうのは、これを私はやりたいんだっていう先生はいないと思うんです。

市民参加で誇りをもって仕事ができる地域創造

やはり地域の医者で平等に負担していかなくちゃいけない部分なのかなというふうに思います。今回、平日夜間の外来に中央病院の先生が参加してくださるというのは、1次救急は市町村の役割だから県は関係ないよって突っぱねるのではなくて、やはり地域の医者の一部・医療資源の一部であるということで参加してくださったのかなというふうに大変感謝しております。

コンビニ受診を控えるなどの、住民の意識の変化が必要であるということです。やはり医師不足の問題が段々問題になってきておりまして、比較的、笠間市の地域っていうのは中央病院があるお陰で、比較的医師不足とか医療崩壊とかそういうのはあまり自覚しないでこれた地域で幸せな地域だったんだと思うんです。

ただやはりそれにも限界がちょっときて、やはり1次救急は市町村でやってくれないかというような話になってきたという経緯があるわけです。ですから、笠間市の地域に医者をどんどん集める、特にうちの病院も2人しか医者がいなくて大変なわけなんですけれども、やはりその誇りを持って仕事ができるような地域に、住民の方もそういう地域づくりに参加していただくということが大変重要なのかなと思っておりますのでよろしくお願いします。

コーディネーター 柴山 章

次に本来ならば挨拶をいただかなければならない山口伸樹市長です。本日はシンポジストでお迎えしました。シンポジウムに行政のトップが出て皆さんの意見を聞くとか皆さんに情報を発信するというのはなかなかやりたがらない方が多いのですが、山口市長は快く快諾してくれました。市長は市立病院の設置責任者として地域の医療をなんとかしたいという思いをメッセージとして発信しています。

笠間市の行政の立場から

笠間市 山口伸樹市長



どうも皆さんこんにちは、私は座ったままでお話をさせていただきます。

私はスライドを用意しておりませんし、資料もございませんが、私の話しの方に耳を傾けていただければと思います。

今、柴山さんからお話がございましたけれども、今日「笠間の医療を考える集い」ということで「茨城の地域医療を考える会」が主催をしてくださいました。

農業に関することとか、福祉に関することとか、地域の

活性化に関することとか、そういうシンポジウムというのは我々行政が主催したり、それぞれの団体が主催したりと、結構数多くございます。こういう医療をテーマにしたシンポジウムで、3人の先生の出席を頂いて開催できるということは非常に数少ない状況でございます。そういう意味では市立病院を抱える私共としてはこういう市立病院のPRの機会、そして地域医療を行政がどのように考えてるかという発言の場を与えてくれたと言うことで、私は大変良かったなというふうに思っておるところでございます。

私はドクターでも何でもございませぬ。行政の長という立場で今日はお話をさせていただきたいと思っております。

合併で国保病院から市立病院に改称

先ほどは、私どもの石塚院長から市立病院のことについて、概要についてお話がございました。過去の設立時の経過から現在の状況、そして課題またそれらの課題に対する改善、そういうものを私どもがどう考えているか、ということを先ずお話をさせていただきたいと思います。

ご案内の通り平成の大合併で笠間市も合併をいたしまして、新しい笠間市がスタートしたわけでございます。それ以前は、この病院は旧友部町の国保病院として昭和34年にスタートした約50年の歴史を持つ病院でございまして、合併に伴いまして笠間市立病院として新しくスタートをしたわけでございます。現在は石塚先生ともう1人のドクターと2名体制で診察をさせていただいておりますが、先生は自分の口からはあまりおっしゃりませんでしたが、2人の体制で30床の病院を診察をしながら在宅医療を進めているというのは、非常に荷が重い仕事でございまして、後でお話をさせていただきますけれども私どもにとっては医師の確保ということが今、最大の課題になっております。市立病院の経営状況につきましては、毎年大体約8000万（円）ほどの赤字が出ております。

しかし、市立病院が存在するがゆえに交付税措置とか、国からのいろいろな財源支援もきております。そういうことをプラスマイナス差し引きますと笠間市の一般会計から約4000万（円）のお金を市立病院に入れているということでございます。この金額が大きいのか少ないのかというのはそれぞれ判断が違いますが、現在ではそういう状況だということをご理解いただきたいと思います。

合併前は、友部町の国保病院でございましたので、患者さんは大多数が旧友部町の町民の方でございました。新しい市立病院になったからと言って、患者の住所地が変わるわけではございませんので、合併してもやはり中心は旧友部町の町民の方が患者の中心であるわけでございます。そういう中で合併後の市立病院のあり方というものが、合併に伴って今のままの役割でいいのか、経営状態が今のままでいいのか、勿論国保病院の時代もいろいろ経営改善は図ってまいりましたが、そういう経営に関することとか、医師の2人体制でどうなのかとか、あとは市立病院なんですからもっと笠間地区とか岩間地区とかそういう地域にも医療としての病院の役割が担えないのかとか、そういう合併に伴っていろんな議論が出てきたわけでございます。

「あり方検討委員会」で指定管理者が提言される

私ども行政としまして、市立病院の今後のあり方というものを平成 19 年に総合計画で位置づけをいたしまして、もっと専門的な観点から検討するべきだということに至りまして、市立病院のあり方検討委員会を平成 19 年に設置をいたしました。これは、ドクターという立場からこの地域では医師会長の石本先生、さらには慶応大学の先生、そういう方々を中心に検討委員会を設置していただきまして、市立病院の今後のあり方、そういうものを議論をしていただいたわけでございます。その議論の中で市立病院としては 4 つの役割と今後の形態につきましては、指定管理者制度が望ましいと言うような報告がまとまったわけでございます。役割としては先ほど石塚院長からありましたように、在宅医療の後方支援施設としての役割とか中央病院や医師会との連携、さらには行政の病院でございますので保健予防とか介護予防とか民間病院が行わない、行政 P R、予防、そういう役割を担っていくべきだと言う報告書が出されたわけでございます。

経営形態につきましても、指定管理者導入を積極的に進めるべきだということの報告書として私どもは受けたところでございます。

その後、地方自治体の病院の経営という問題が、全国的に大きな課題となっておりまして、私どもの方でも総務省の指示で市立病院の改革プランと、(平成) 21 年から (平成) 23 年までの改革プランを作成をさせていただいたところでございます。多少作文的なものになったというのが正直なところでございます。その議論と併せて今度は地域医療の崩壊ということが、やはりこれも全国的な大きな課題になってきまして、それらの過程で地域医療整備対策協議会というのがここにいらっしゃいます永井先生とか石塚院長とか医師会長とか水戸の保健所の所長さんとか市の行政も参加して、協議会を作りながら先ほどからお話の課題になっております 1 次救急をどうするのかとか、そういう議論がスタートをしたところでございます。

一次救急整備は市町村の役割

その議論の中で先ほど来お話にありますように、1 次救急につきましては市町村の役割であろうということでございまして、私ども行政としても、また石塚院長を中心とする病院スタッフとしても、この地域の 1 次救急について、私どもでしっかり受け持ってやっていこうということの判断をさせていただきまして、2010 年 4 月のスタートに向けて今、準備をしているところでございます。

石塚院長からもありましたようにこの中でいろんな議論がございました。

その中でやはり県立中央病院というのは 2 次救急・3 次救急の大きな役割を担っている病院でございますが、地域の医療の貢献・連携という意味でその 1 次救急を実施するにあたって先生方を派遣してくれると言うことは、私どもにとっては大変ありがたいことでございます。

私としては、こういうことはひとつの先進的なモデルケースになるんじゃないかなというふうに思っております。それと併せて 2010 年 4 月からは私どもは休日診療ということもスター

トをさせる予定で、今、検討をしているところでございます。祝日については医師会の方で当番制で行っていただけるということでございますので、休日については、私どもが担っていくということで進めているところでございます。

病院経営にタッチしない風潮を反省

市立病院が公的な役割の中で今、議論をさせていただいているところでございます。それと一方で私どもには市立病院と言えども、経営改善を図っていかなければいけないという役割を持っております。

先ほど申しましたように 4000 万（円）近い一般会計からの持ち出しがあります。これが地域の医療を守るという上では安いのか高いのかという議論がいろいろありますけれども、かといって独立した病院でございます。収支は病院単独で公営企業法に基づいて収支のバランスを取るのが原則でございます。そういう意味ではより一層の経営改善を図っていかなければいけないというのが、私どもの考え方でございます。

今までの我々も反省しなければならない点もございます。つい最近まで病院は石塚院長始めスタッフに任せておいて、行政の方は金が足りなくなったら、行政から金を入れればいいんだと、正直言ってそういうふうな考え方というか風潮もございました。

県にはちゃんと行政機関の中に病院局というのがありまして、医療整備課というのがございます。その中で各病院と連携を取りながら経営改善を図っているわけでございますが、私どもの市の行政の中にはつい最近まで病院を担当する行政組織というのが正直言ってございませんでした。病院に任せっぱなし。勿論お金を出すときには、なんでこんなに赤字が出るのかと言うような話です。

私はやっぱりどちらが良いとか悪いとかではなくて、お互い連携をしながらきちんと病院経営をしろということではございませんが、行政の考え方・私の考え方を伝える場所というのが私は必要だと思っております。昨年からは健康増進課という中に市立病院の担当の職員を置かせていただいて、今はまだそこを窓口先生とのいろいろな協議をしながらより良い市立病院としてのあり方、そういうものを常に念頭に置きながら経営をさせていただいています。

それでないと設置者は名義上は私でございますし、管理者は石塚院長ということでございますので、経営責任が曖昧なんです。こっちは病院が悪い、向こうは行政が何も聞いてくれないとか、そういうことになってしまいますので、そういうものをきちんと改善して役割分担を図っていくというのが私どもの考え方でございます。

そういう中で、この病院の経営改善というのは非常に難しいところがございます。改革プランの中でも医師の確保とか病床率のアップとか経費の拡大と削減とかいろんなことが謳われていますが、こんなことは今更、当たり前のようなことだと思います。

医療安全のため医師の増員は必要

ただ私は、この中で皆さんにも是非お願いしたいのは、我々の努力不足も勿論ありますけども、正直もう一人ドクターが欲しいというのが率直なお願いでございます。

私どもも先ほど先生からありましたが、(平成)16年までは3人体制でやっておりまして(平成)16年以降は2人体制ということですが、あの病院を経営していく中で2人で黒字を出せと言うのはなかなか至難の業でございます。

3人体制になればということはございますし、一方で2人体制でやって石塚院長は連休が取れないんですよ。私が嘆いてもしょうがないんですが、そういう現状があるということでございます。3人体制の中でやっていくことが健全な医療のサービスの提供になります。経営的にもよりよい経営を目指すことができるということでございます。

今年の4月からいろいろなところで市立病院の医師のお願いをして親戚でも身内でもどなたかいたら是非紹介をしてくださいと言っております。

今まで岩間地区の方で1人だけいたんです。まだ30(歳)くらいでまだちょっと若いから親も一生懸命お願いしてくれたんですが、もうちょっと、あと5年くらい勉強したいということで断られましたけれども、そういう目を向けてくださったということだけでも私にとっては大変ありがたいことでございます。今日は皆さんに一番市立病院の医師の確保をお願いしたいことでございますので、よろしくお願いを申し上げたいと思います。

病院を明るく、そして地域・福祉との連携

私どもとしては石塚院長は、一生懸命取り組んでいただいております。

施設も昭和54年に改修をして以来、行っておりませんでした。今回、国の交付金を活用いたしまして約9000万(円)近い金を掛けまして、新しい医療機器の導入とかトイレとか玄関も暗いですよ、市立病院行にいかれた方がいらっしゃると思いますが、そういうところを少し改修して、もう少し足を運んでみようというようなイメージが出来る病院に改修しようということで、改修事業がこれから始まるところでございます。少し衣替えをしまして、そして太陽光の発電などもつける予定となっておりますので、イメージ的にも良くして、病院としてしっかり運営をしていきたいと考えております。

それと私どもの市の行政のPRとなってしまうんですが、現在、来年度の予算編成をやっておりましてその中で地域医療と福祉、こういうものの連携を市の重点政策として掲げていこうということで、来年度の予算に向けて取り組みをスタートをしているところでございますので、ご理解をいただければと思っております。市立病院ということで勿論我々がしっかりしていかなければなりませんけども、この笠間市の中でのほかの医療機関と同じように、皆さんにちょっと目を向けていただいたり、いろんなご意見をいただいたりして、皆さんと一緒に私はこの病院を良くしていきたいなという考えを持っておるところでございます。

話がちょっとスタートに戻りますが、市立病院のあり方検討委員会では指定管理者制度の導

入ということが謳われておりますが、私どもの考えとしては、現在は市の直営で運営をして行くという考え方でっておりますので、ご理解をいただきたいと思います。

私からは以上でございます。

コーディネーター 柴山 章氏



地域医療というのは、行政が「責任」を持っているんです、日本の医療は、診療報酬だって国が決めているんです。日本の診療報酬制度っていうのは全国一律の考えなんです。そして病院のベッド数も国が医療圏域で決めているのです。医療については自治体の関与が大切なので市長に参加していただきありがとうございました。

各先生、市長さんから、それぞれの立場からの発言がありましたので、ここからは、在宅医療・医療連携、救急医療についての議論を行ってゆきたいと思います。

佐藤院長からは在宅医療についてお聞きしたいのです。私は石塚院長とお会いして、在宅医療は聞いてはいましたが、県立中央病院では実施をしていませんので十分に理解ができなかったのです。在宅医療を真剣に考えないと、これからの医療はもたないなという思いがあります。

医療連携について、佐藤院長と県立中央病院との関係で永井院長にお願いします。

クリニティカルパスにおける糖尿病の病診連携、胸部疾患における連携、病診連携・地域支援、小児1次救急の問題が話されました。

再度、佐藤院長の方から永井院長に提起をして議論していただければありがたいと思います。

元茨城県医師会長 佐藤玲院長

それでは在宅でなくて医療連携の方の問題でございましょうけれども、クリニティカルパスというのはもう病院ではどんどん実施されてると思いますけど、患者さんがある病院で入院されたりしますと、その患者さんがどういう経過で、どういう治療をして、どのような経過を辿って大体よくなってってくれるんじゃないかという予測の元を立てまして、ある程度よくなったら、今度は入院でなくて外来診療に切り替わるわけですけど、それについてはやはり遠いところから来ておられる方々に取りましては、地域で継続して治療が出来ればそれが一番いい訳でございます。そういう連携を取り始めてる病院がもう何箇所もございます。それで、そういう点で是非連携を取ってもらいたいと思っております。糖尿病の連携は厚労省ならびに日本医師会も国を挙げて病診連携を組んでももらいたいと言うことを言っております。それはどうしてかというと、糖尿病の患者さんは物凄く増えておりますけどただ専門医の数がすごく少ないんです。

これは勿論、今の県立中央病院におきましても、本当に糖尿病の先生は大変だったと思いますけど、千葉の方の糖尿病の専門医は地域の開業医に呼びかけて、どの程度の糖尿病の患者さんを受け入れられるかということ調査をいたしまして、それによって地域の先生方に今病院に来ていた患者さんを殆ど振り分けたんです。

それによって病院では、本当に病院でしか出来ないような糖尿病の治療を行うと、そして普段は地域の開業医の先生方で十分じゃないか、或いは年に1回か2回、病院に来てもらって色々検査をいたしまして、糖尿病がどういう状況にあるかって言うのを診てもらふ必要があると思います。そういうことで綿密な連携が出来れば、それは病院にとってもいいことでありますし、我々もそういう国民病といわれている糖尿病治療を担うと言うところで、多少の役割はあるんじゃないかと思っておりますので、是非進めてもらいたいと思っております。

そういう中で県立中央病院の永井先生は大変ご理解があつて、我々の言うことを良く聞いてくれるんですけど、水戸市とかあっちこっちにある中核病院はもっともっと病院を開放して地域との連携をもっと結ぶ必要があるんじゃないか。

これは我々、医療側の効率的な或いは質の高い医療を高める為の必須義務ではないかというふうにも思われます。

医療連携でガン患者の在宅医療

そういう中で在宅医療におきましては、特に地域医療連携が必要という感を深くしておるわけでございます。これから在宅のことで連携に入ります。というのはこれは病院で癌とか重い病気を治療された方が退院して在宅に行かれるということに対して、患者さんはすごく不安を持つんですよね。それは病院から離れたくないという患者さんが多いんじゃないかと思われます。しかしそのところを綿密な連携を取ることによって、患者さんが安心して在宅で療養できるという環境を我々はそれを目指しているところであります。特に高齢の方々におきましては、ただ年齢の若い方は色々癌とか重大な病気の場合は地域の在宅ではちょっと無理な場合が多いかと思いますが、高齢の方を私も何人も診てきておりますけど、あんまり苦しみもしないし痛みもないという患者さんは、十分な病院との連携されればいつでもお願いできるという安心感があれば、家庭でご家族に囲まれて見守られて生涯を終えると言うことは、私はこういうあり方が幸せなんじゃないかなと感じられるケースをいくつかも見てきております。

やはりそのところは病院との連携を是非もっと取って行きたいと思っております。

また、我々の在宅の責務は患者さんの不安を除き、勿論その在宅における質の良い医療を行うことが大事だと思います。質の良い医療と、それともうひとつは患者さんの悩みとか或いはそのご家族の苦労を、家に帰って来たものの病人を一人で介護するなんてほんとに大変だと思う方も多いんです。

それに対して訪問看護ステーションとか、或いはケアマネージャーとか或いはヘルパーさんとか、そういう者たちがみんな集まってその在宅の患者さんを支えると言うのが非常に重要で

あり、今、段々そういう方向へ向かってると思います。

私も是非そうありたいと思います。そういうことによって一番肝心な在宅における 24 時間対応ですね、これは我々医療側にとっても大変重い責任になることだと思うんです。また、看護ステーションとかケアマネージャーとか福祉の方々と連携を取ることによって、この 24 時間対応が実現できるということが、私は実感としております。

私も大分年は取ってきましたけど、まだまだやっていけるかなと思っておるところです。そういう点で在宅医療をご理解いただきたいと思っています。

コーディネーター 柴山 章氏

医療連携について先生の話の話を聞いていると、糖尿病の事例が出されました。それを総合病院とクリニックの先生たちが分担することによって、在宅医療が機能しているという話でした。もうひとつはガン患者さんの場合も在宅でホスピスが出来ると、自分の家で療養できるという安心を提供できると話されました。そして家族がいる安心がある、三重四重の安心を在宅医療によって提供できることです。その在宅医療を支えるシステムがどのようにできるかということを含めて、県立中央病院の永井院長の方からお願いします。

県立中央病院 永井秀雄院長

在宅その他、私の方でやってませんから、この後、石塚先生にまた解説していただければいいと思います。

まず連携ということですけども、これは皆さん強調されてるように今は連携なくしてやっていけない。非常に医療資源が少ない、何もかもということは難しいので医療連携室というのをどこの病院も持ってます。

開業医の先生方から紹介いただき、それから中央病院での診断をある程度区切りがついた段階で、また逆紹介という形でお返しをする。これが比較的うまくいっているのが透析ですよ。透析のクリニックはたくさんあって患者さんも多いわけです。普段はそういうところでやっていただきますが、その人が例えば骨折をしたとか、ガンに罹ったとか、或いは心筋梗塞を起こした、脳卒中を起こしたといったら是非こっちに来ていただいて、一段落したらまた戻るということで、これは昔から非常によく連携が出来ています。ただし、私が赴任したときには透析診療が一旦閉まってしまいましたので、これがこの笠間地区・水戸地区を含めて全然うまくいかなかったですね。

私が来た 1 年目の一番大きな仕事のひとつがとにかく非常勤体制でも透析の体制を作ると言うことでした。それが現在の常勤化に繋がってるわけなんですけど、こういう体制を作っていく必要があるのだろうと思います。

糖尿病に関しては、残念ながら常勤医がうちからはなくなってしまいました。従って、創れと言われてもなかなか難しい状況で、先ほどお話出てきましたが物凄く少ないですね、糖尿

病の専門医というのは、非常に少ない、どこに声をかけてもいません。ですからこの糖尿病に関しては新たな連携の仕組みを創る必要があると思います。

それから、ガンに関しての連携。これもある程度はうまくいってますけれども、緩和ケアはガンにかかった当初から行いますし、ガンの診療も非常に高度化してきています。特に治療・抗がん剤などになりますと、地域の先生方に何処までお願いできるのか。患者さんたちの信頼関係というのがあると思います。高度医療を受けるに当たってやはりがんセンターのあるところを望む声は大きいですから。これをどうやっていくのかということです。

あと連携で比較的良くやられているのは脳血管障害の患者さんのリハビリです。これも中央病院で初期診療で終了した段階でリハビリのため、外の病院にお願いすることはよくあります。残念ながらその病院はつくばであったり、或いは常陸大宮であったり非常に離れたところにあります。このあたりも地域でなかなか完結できない。

しかし、連携そのものは比較的うまくいっています。

体制をこれから整えようと思っている中でまだできていないのが循環器疾患のあとの、心臓リハビリのところです。これも徐々に体制は作ろうと思っていますけれども、やはり人手不足は否めないということです。何れにしてもこの連携をやるにしても人手がかかります。それから病院からまた地域にお帰りいただくにあたって、入念な打ち合わせをしなければいけません。その打ち合わせの時間というのもやはり 10 分、15 分で済むわけではございません。

医師、看護師、それからソーシャルワーカーも含めて何度も何度も時間を掛けて打ち合わせをします。たくさん患者さん全てに同様の対応ができるかというとなかなか難しいというのが現状ではございます。そうは言ってもやらないわけにはいきませんので、出来るだけご安心いただけるような形でやろうと思っています。

在宅に関しては、私の方から一言申し上げますと、おそらく皆さんそういう寝たきりの方とかからだの不自由な方を家で見るということに対して非常に躊躇されるのではないかと思います。佐藤先生がおっしゃってましたように、それは必ずしもそうじゃないんだというところをきちんと説明し且つご理解いただかなければいけないわけですが、今は核家族化してますし嫁さんが、面倒見てくれるというご家庭は、今、非常に少なくなっていると思います。

従ってこれをどうやるかというのは、もう少し家族の方々と話し合って進める必要があります。仕組みが全く無いわけじゃありませんので、何ができるかというところを良く話し合っていただければというふうに思っております。

コーディネーター 柴山 章氏

県立中央病院の高度医療ガンセンターとの医療連携が話されましたが、糖尿病など、今、医療連携ができていないケースは専門医がないという理由がありました。

次に石塚院長は、開業医・クリニックの先生たちへのバックアップになる、支援していくと話されました。

私は在宅医療で一番重要なのは、在宅患者の急変時対応のベッドがいかに確保されるかという点だろうと思います。そういう点で石塚院長の方から実際、在宅医療をやりながら、バックアップのベッド管理をしていることについて話をお願いします。

笠間市立病院 石塚恒夫院長



うちの病院の場合には入院・外来以外に在宅訪問診療もやっております、在宅でうちの訪問診療をしてるような患者さんに関しては、救急も24時間体制で対応しますということをやっているわけです。

先ほどお話した主治医・副主治医制っていうのは更にそれを範囲を広げて、開業医の先生方が訪問医療をしているような患者さんのバックアップをやらせてもらうことで、市立病院としての役割を果たしていきたいということであ

ります。

ガンの末期の話もありましたけども、やはり在宅で看れると思って見てた人が最後になってくると看きれない、介護力不足の問題もあります。そういうことで入院って言うケースもあると思うんです。

そういう時でも入院していただいて診るという事も可能だというふうに考えております。

先ほど出てることについて追加で発言させていただきますと、糖尿病の連携ということに関しては、僕の話の中でも専門医と総合医の役割分担をどうするのかという話に関してで、なかなか糖尿病の専門医が少ない状況の中ではやはり総合医の役割って言うのが大きくなってきているのかなというふうに感じます。

インスリンの治療なども含めて、やはり総合医の先生方・開業医の先生方も含めて対応していかなくちゃいけない状況なのかなというふうに思います。インスリンに関しましては、うちも糖尿病専門医ではありませんけれども、入院で治療をした方が安心だと言う方がいれば、うちの病院紹介していただければ、うちの病院でインスリンを導入するという事も可能かなと、現状ではそういうことも考えなくちゃいけないのかなというふうに考えました。

癌の末期で在宅に移行するときの不安ということがあがっておりましたけれども、うちの病院がそういう紹介を受ける場合には、例えば県立中央病院から受ける場合にちょっと1週間くらい入院で診さしてもらえませんか、なんていう提案をするんです。それでワンクッションうちの病院で入院していただいて状況を把握した上で、在宅に移行させます。

やはり紹介を受けて、あっという間に亡くなってしまう方って言うのも結構多いものですか、人間関係とか出来ないうちに看取りという状況も多いもので。

やはりある程度入院で状況を把握した上で在宅に移行した方がいいのです。退院前ケアカンファレンスを開いて訪問診療にあたる看護師さんとか、ケアマネージャーさんとかとの連携を

取った上で、退院して在宅に移行をするというふうにしたら、なかなかスムーズに行くのかなというふうに考えてやっております。

コーディネーター 柴山 章氏

先ほど永井先生の方から脳梗塞患者のリハビリについて資源が不足しているというお話がありました。これについてももう少し具体的に話していただければありがたいのですが。

県立中央病院 永井秀雄院長



例えば脳梗塞を起こした、或いは半身麻痺になった。これはすぐに治療を開始しないと後遺症が残る場合があるわけです。しかし一方では、神経症状は回復しない、あとはリハビリで何とか機能を良くしていこう、このリハビリというのは非常に時間がかかるわけです。

私どもの総合診療科なり脳神経外科なり、どんどん急患を引き受けていきますとそういう患者さんが、どんどん溜まってくるわけです。そうすると新たな急性期の患者さんを受け入れることが出来なくなってくるわけです。どうしてもご理解を求めて、専用・専門の病院の方に移っていただくことになります。これが何処の病院かは予め分かっていますので、そちらと協議をして移っていただくことになります。ただし、この近くにないものですから非常に離れたところ、先ほど申し上げましたつくば市の方とか或いは常陸大宮市というように何十キロか離れたところにお送りすることになります。ただし双方の病院の間では連携しあっていますので、その点ではうまくいってるということであって、患者さん、或いはご家族の方が全てご納得してハッピーで行くのかというと、必ずしもそうではないということです。

コーディネーター 柴山 章氏

リハビリ機能を笠間市の中でどうして行くかっていう議論を前回 2005 年の 12 月のシンポジウムでやっているのです。その時にも議論になったのですが未だできていない。

今、病院と病院の連携によってクリアされてきていると言う話を永井院長からいただきました。4 年前のシンポジウムをやったときのアンケート結果では、外来通院時の医療機関の選択で、「専門的な医療が提供されている」45.2(%)「かかりつけ医であること」46.631(%) (複数回答) でした。外来通院の選択基準がこのふたつに示されているのかなというふうに私自身感じていました。それ以外では「自宅に近い」「待ち時間が少ない」とかあります。

入院の選択基準については、「高度医療が整備されている」67%、「総合病院である」37.8%、「自宅に近い」31%という結果でした。(回答者 1796 名)

アンケートは笠間地区を中心にやりました。住民の方が思っているのは「かかりつけ医」「専

門的な医療」が、この笠間地域で行われていることがデータとして出ていると思います。

これからどういう視点でネットワークを組んでいるのか課題が横たわっていると思います。永井院長の説明にありました国の財政赤字、どこの病院も重装備はできない現実があり、あれも買おう、これも買おうとはならない。

やっぱり医療連携によって地域医療を守っていくというのは、重要な課題ではないか。

日立総合病院の産婦人科医が大学の都合で引き上げられ、医師がいなくなり休止状態となった。背景に産科医がいらないから集中化する、集中化したらそこに患者さんが集中する、そこで少ないドクターと医療者が疲弊してしまう。そして「医療崩壊」を招いている図式に陥っています。笠間市長として何か意見ありますか。急に振って申し訳ないですが。

笠間市の高齢化率が平成22年で24.3%です。その内、旧笠間が25.31%、旧岩間が25.20%ですね。そうすると、この高齢化率と相まって病院にアクセスする手段である、デマンドタクシーの利便性が課題となります。それについて市長の方でご意見がありましたらお願いします。

笠間市 山口伸樹市長



今日は「地域医療」という観点からのシンポジウムですが私の立場からすると、医療という側面だけでなく高齢者を含めて住民の方々が地域でいかに安心して暮らせるかという、役所としての体制づくりは私は当然必要だと思っております。医療面に関しては勿論、市立病院だったり地域の医師会の先生方だったり、幸いと言いますか県立中央病院が核としてあるということで、医療面での資源があるこの笠間市は恵まれていると思います。

高齢者が社会参加できる足確保としてのデマンド交通システム

一方で福祉の面というか、安心して暮らせるような体制づくりというのは、医療プラス私は福祉の側面というのも当然必要になってくると思います。笠間市ではお話があるようにデマンドタクシー交通システムをスタートさせました。これはひとつには、やはり高齢化率が24%近くなっているという中において高齢者の足の確保というのが一つの行政課題になっておりました。高齢者が足を確保して一番希望が強いのは、やっぱり病院なんですね。

県立中央病院に行きたい市立病院に行きたい開業医の先生のところに行きたいと、その事をやっぱり解決することが、安心して暮らせる地域づくりだと言うことでデマンド交通をスタートさせたところでございまして、今も商業施設より何より病院に行くために使うという方が一番多いのが現状でございます。

それとちょっと話がずれてしまうんですが、自分たちのやってる政策のPRになってしまう

んですが、コンビニ診療というのが先ほど課題として出ましたけれども、私どもでは6月から健康ダイヤル24というのをスタートしました。

これは民間の会社に委託をいたしまして、利用者がフリーダイヤルで電話をするとそこにオペレーターが出て、何に困ってるか、子どもが今発作を起こして困ってるのか、介護で悩んでるのか、精神面でのいろんな悩みがあるとか、そういうものをオペレーターに繋がますとそれぞれ専門の方の看護師だとかドクターだとか、介護福祉士とかいろんな立場の方につないでいただいて相談を受けられるということなんです。こういうことは少しでもコンビニ医療的なものを削減しようというような考え方もございましてスタートをさせたところでございます。今は月190件くらい電話で相談する方がおります。我々が思ったより利用が多いというような現状で、ただこれが救急医療とかにどういう影響を及ぼしてるかということは分かりませんが、そういう足の確保とか相談業務だとかいろんな角度の中で医療も含めて、行政というのは地域の住民の皆さんが安心して暮らせる地域づくりに努めていかなければいけないのかなというのが私どもの考え方でございます。

市立病院の在宅医療ということに関しては、石塚先生に取り組んでいただいております。市立病院の大きな役割のひとつだと思っております。

それと先ほど同じように話がありましたが、訪問看護とか、訪問リハビリとかそういうサービス、訪問看護については、医師会等に実施をしていただいておりますけれども、訪問リハビリというのはなかなかないんですよね。これは私の考えで、石塚先生と相談したわけではございませんけれども、訪問リハビリというのも市立病院で担うことが出来たらと一緒に私はリハビリの不足してることを補えることが出来て、医療との連携の中で患者さんのサービスというのが高まっていくんじゃないかというふうに思っております。勿論人材確保とか色々な課題はございますが、やってできないことではないんじゃないかなというふうに思っております。

以上です。

コーディネーター 柴山 章氏

市民・参加者の皆さんに一番関心がある救急医療の現状と課題についてお願いします。

笠間市立病院 石塚恒夫院長

今の質問についてちょっと述べたいと思うんですが、医療のコストとアクセスそれからクオリティー、費用・かかりやすさ・質、この3つを同時に満たすことって言うのは難しいと言われているんです。どれかは削らなくちゃいけないわけなんです。現状でコストを無制限に使うことができない状況の中で、結局クオリティーとアクセスのどちらかを制限しなくちゃいけないという状態だと思うんです。結局なんでもとりあえず県立中央病院なり大きな病院にかかって安心をしたいって言うのは、アクセスの自由化・自由にアクセスしてかかりやすい状態だと思うんですが、そういう状態が続くと大きな病院の先生が疲弊してしまって結局クオ

リティー・質を下げることになるというのが現在の考え方なんです、今の医療が崩壊しているのはこのためです。結局、県立中央病院じゃなくて市立病院での平日夜間の救急だとか日曜だとか1次救急をやるってというのは、はっきりいうとアクセスの制限、かかりにくくしているという意味合いもあるのかなと僕は認識しています。現在そういうふうにしないと、なかなか医療の質を保つことが出来ない、役割分担していかないといけない、住民の意識も変えていかなくちゃいけないということだと僕は考えています。

県立中央病院 永井秀雄院長

まずは大きい病院にかかりたいという気持ちは非常に良く分かるんです。しかし、県立中央病院の先生方の24時間なり1週間なりを見てると、当直してもほとんど寝ることはできないのです。当直というのは本来軽作業に従事して、休養が取れるというのが当直の定義になっているのです。従って本来であれば看護師さんと同じように二交替なり三交替をとる必要がある。そのためには医師の数がものすごくいるわけです。お金も物凄くかかるわけです。ただでさえ赤字で叩かれてますので、まずそれだけのお金がない、人がいないということで、やむを得ず当直という形を取ってるわけです。労働基準法に引っかかって労基署からの指導も受けます。労基署の指導を受けると当直が出来なくなります。そうすると救急は診られなくなります。しかし、救急を診るという要求もあるわけです。医療を巡る様々な問題の大きな点は、法律がお互い矛盾しているということです。一方では医師の応召義務というのがあって、患者さんが来たら必ず診なければいけないというのがあります。しかし一方では、労働時間の制限があります。これは相容れないんです。従ってこの矛盾をしてるところで患者を断ると厚生労働省からの指導、これをやらせると同じ厚生労働省の旧労働省が指導するんです。

こういった矛盾があるわけです。それから、やはり翌日勤務までやらざるを得ない。翌日休めば良いじゃないかというのもあると思うのですけれども、そうすると昼間の診療を誰がやるのだという話になります。そういう矛盾の中でやっているというのが現状です。

それから、救急車で来る人は全部タクシー代わりとは思っていませんが、数ある中には間違いなくタクシー代わりに使ってる人がいることも事実です。これで疲弊するわけです。

それから電話相談、先ほど市長さんから健康ダイヤル24の話がありました。これはどういう効果があるのかというと明らかに効果があるというのが証明されています。県立こども病院で一時期、子どもの専門的な施設ということで子どもの救急が殺到していたのですが、今言ったような医師の疲弊を招きまして完全にパンクしてしまった。そのあと電話相談を受けるようになってからぐっと減りました。診療制限を行うことによって初めてこども病院としての機能ができるようになったということです。

それから多くの県でやってますが、茨城県でも#8000の機能を使うことによって受診を抑制できるということになっています。

今、救急の病院ではいかに断るか、丁重にお断りするかということに心がけています。これ

はある意味救急の本来の趣旨と反するようなんですが、救急体制を崩壊させないで維持するためにはこういうことも今は真剣に考えられています。従って入院させない患者さんには差額を取るというようなことが実際にいくつかの病院では行われていて、その効果も出ていると言われています。

お母さん方は非常に不安があるし、私なんかは昔から先輩方に教わってた「ともかく診ろ、48時間不眠不休でもいいじゃないか」というものがあるのですが、今はもうもそんな指導は絶対許されない時代になっています。

こうやって怒鳴り合ったり足を引っ張っ合うんじゃないかと、みんなが本当にお互いに思いやりを持ってやっていただけるとこれほど疲弊しないんじゃないかと思うんです。たった一言「良くやってるよね」「ありがとう」、この言葉が大事じゃないのかなというふうに思ってます。

コーディネーター 柴山 章氏

今の永井先生の最後の言葉「ありがとう」は好きなんです。医療労働者は結構患者さんから怒られるのです。ズカズカ言われて心疲れるんです。ですけど、最後に言われた「ありがとう」とか「ご苦労さん」とか「お世話になります」という言葉で元気が出て「次、頑張るぞ」という気持ちになります。そういう「力」を皆さんと共有しているわけです。

永井院長先生から、市民なり県民なり国民に対するメッセージが出されたと私は思っています。つまり少ない医療資源をいかに守っていくかということ。そのために医療連携の推進。もうひとつは県民なり市民の大きな協力が必要とされています。

市民・県民への医療に対するメッセージをお願いします。

元茨城県医師会長 佐藤玲先生

やっぱり今の医療を我々も十分に色々連携を進めなきゃならんという大きな役割があるかと思いますが、是非市民の皆さんも先ほど私が掲げました延岡市の条例にもありますように、かかりつけ医を、先ほどの統計ではかかりつけ医を随分持ってるというお話ですけども、やはりまずかかりつけ医にかかってそれからかかりつけ医が「これは重大な病気であるから」と言って紹介状を持って病院に行くという方が宜しいんじゃないかと思われます。

それともうひとつはコンビニ受診とかそういうものを極力減少するように、皆さんもご理解をしていただきたいと思います。



県立中央病院 永井秀雄院長

医療の現場では怒鳴りあうようなことはしたくないと思ってます。医療従事者というのは皆人の命を助けようと思ってその職業に就いたのです。これは私が看護学校で教えていますので良く分かります。ただ、その志がなえてしまうと他の人もなえてしまうというのも事実なのです。先ほど申し上げたように色々な矛盾の中でやらなきゃいけない。医師になったんだから人を助けるのは当たり前だろうといわれて一生懸命やる。やればやるほど負担がかかっていく。「立ち去り型」の医療崩壊と言われていますが、そういうことにやはり疲れてきてしまった人は立ち去っていく。そして残った人に負担がかかる。こういう構図があります。その事を理解した上で是非医療を受けていただきたいなというふうに思います。

ほとんどの患者さん・ご家族の方は、その事が良く分かっていて私たちは勇気付けられるわけですが、なかなか分かっていただけない方もいらっしゃる。私たちが十分な期待に沿えないレベルであるということもまた事実で、お互い支え合っていけばこの厳しい経済情勢でありますけれども、良い方向にいくのではないかと考えてます。

私は元々楽観主義者で必ずこれはうまくいく・よくなると思います。先ほど厳しいデータ出しました。数字を見ると50年後、100年後の日本の未来というのは非常にびっくりするような気が滅入るような国になのですが、決してそんなことはないだろうと思ってます。是非ご理解をよろしくお願いします。

笠間市立病院 石塚恒夫院長

追加で発言させていただきますけれども、笠間市立病院で平日夜間とか日曜に診療をやるということでもありますけれども、バックアップは少なくとも15歳以上に関してはこれは必要だと判断すれば県立中央病院で絶対見てくれるということになっておりますので、そこは安心していただきたい。

小児に関しても、まずとりあえず小児を診させていただくことになったとしても、2次受け入れてくれるところが必ず何処で受け入れてくれるところが決まっていんだというだけであって、その水戸日赤だとか済生会病院だとか、3次はこども病院ですね。そういうところに連絡すればちゃんとした病状が悪い人であれば受け入れてくれると思いますので、そこは安心していただきたい。それでやはり最初は1次の救急、特に明らかに重症でないと判断した場合には市立病院に受診していただきたいと、そういうふうに考えています。

あと医師不足に関してなんですけれども、市長さんもあちこち声を掛けていただいていたように努力していただいているんですけれども、やはり市長さんが声掛けても、給料いくら上げても、なかなかお医者さんは今来てくれないんだということなんです。結局やりがいのある職場だとか勉強できる職場だとか、そういうところに集まっていく傾向があるわけです。ですから、やはりやりがいがある職場、専門医なら専門医の、総合医なら総合医の勉強が出来る、そういう職場をつくっていかないとその地域の医師不足は解消していかないと考えますし、そのため

に住民の方も病院にかかる時の選択であるとか救急医療の使い方というものを、ちょっと考えていただければいいのかと、そして協力してお医者さんが増えるような地域づくりをしていただければいいのかなというふうに思いました。

笠間市 山口伸樹市長

先程ほど、医師の確保ということでお願いをさせていただきましたけれども、今、石塚院長からそういった環境づくりのお話がありました。石塚院長の下で働けるというのは大変素晴らしいことだと思いますので、是非よろしくお願いしたいと思います。

それと佐藤先生から延岡市の条例のお話がありまして、その情報を引っ張り出したのがこの中で、「市の責務」と「市民の責務」と「医療機関の責務」というものが謳われております。我々公立病院を運営する立場にございますので、病院に対してのいろいろなご批判・ご意見は勿論賜ってその改善には努めていきますが、やはり「市民の責務」ということも私は大切だと思います。自己防衛・自己責任、そういうことは全てに付きまとうんじゃないかなと私は思います。

コーディネーター 柴山 章氏

今回のシンポジウムは、2時間を予定していたのですが、最後にどうしてもこれだけはメッセージとして発したいことがありますか。1次救急については具体的にこうだというふうに固まったものではなく、そういう方向性があるということが確認されました。

私は1次救急の議論を聞いて何を感じたかということ、県立中央病院が2次医療病院として、そして市立病院が1次救急をしっかりとやる、この小さな笠間市の中に県立病院と市立病院が並存できる。並存が可能になるということが今日のシンポジウムの中で議論されました。

開業医・クリニックのバックアップを市立病院がやり、不可能な場合は県立中央病院との連携という形で医療連携が展開される。

従来、全国的な流れは公立病院が医療圏に2つあると1つ無くす、合体させるとか言う手法を取っているのが国の施策です。仮に笠間市のケースが成功するならば、全国モデルとして厚生労働省に意見が上がるのではないかな。

医療連携こそが、地域医療を維持することであることを学びました。

それともうひとつは医師不足という問題がありますが、ドクターは直ぐには増えませんし来ません。今、医師を増やすため教育をしています。臨床医師になるのは10年後です。

県立中央病院 永井秀雄院長

たぶん全然足りないと思います。

やってる内容自体がどんどん高度化していきますので。それからいくら医師を増やしてもこの偏在の解消には余り関係しないんじゃないかなと思っているのです。やはり強い国の手法で、

診療科の制限をすとか、上からの強い指導がないといくら人を増やしても偏在するところどんどん集まってしまう。それに加えて医学部の定員を増やすとかしないといけないと思います。因みに茨城県の地域枠で奨学金を出すようになって、今年が初めての卒業を迎えることになりました。

しかし茨城県に来る初期研修医の数は残念ながら増えなかったのです。つまり、他の県もみんな同じようなことを行えば増えないのです。市立病院の方に良い医者を引っ張る、或いは県立中央病院の方に良い医者を引っ張ると、引っ張られたほうはたまったものではないんです。ですから、もう少し違う立場でやらないといけない。

申し訳ないけれども県レベルのエゴ、病院レベルのエゴ、診療科のエゴというのが放置してるのです。魅力を作ってなんとか人を引っ張ろう、それは結構なことだと思うのですが、そうすると引っ張られた人がたまったものではありませんので、全体のバランスを考えて医師の配置、或いは医師を育てる努力をしていかなければいけないと思っています。

コーディネーター 柴山 章氏

本日のシンポジウムで、やっぱり医師を育てるのも「地域の力」だと永井院長から話されました。笠間市の医療がますます充実されるよう、これからも佐藤院長、永井院長、石塚院長、そして笠間市長のご協力をお願いしてシンポジウムを閉じさせていただきます。

ありがとうございました。

皆さん拍手で御礼にしたいと思います。ありがとうございました。



地域医療崩壊と民間・公立病院の連携を考える市民の集い
第2回地域医療シンポジウム

「地域医療の充実と民間・公立病院の連携」

佐藤 怜

平成21年11月28日（土）PM1時30分
笠間市友部公民館

主催・茨城の地域医療を考える会

中医協に於ける医療再建に必要な重点課題

「地域連携による救急患者受け入れの推進」

「小児や妊産婦を含めた救急患者受け入れ医療機関への評価」

「急性期後の患者を受け入れる後方病院や在宅医療の機能強化」

「手術面の適正評価」

その他

「医療と介護の機能分化と連携の推進」

医療崩壊の原因

- 毎年、医療に対する予算の過剰な削減
- 欧米の医療費に比べ非常に低い。先進国の中でGDP比22位に後退しかし高度な医療は維持している
- 病院費用の抑制が強られる結果、医療の安全が守れない
- 医師の長時間労働を〈過労死ライン〉の月80時間をはるかに超え200時間に及ぶ違法な労働をしている

医療側の努力

- 連携の制度をもっとスムーズに構築する事
- 専門医療の縄張りを緩和し効率的な役割分担
- 国民病と言われる糖尿病の病診連携も地域ではうまく進まない
- 開業医は診察室から外に飛び出し地域の人々の健康やケアに従事し、在宅医療を推進すべき

国民・地域住民のやるべきこと

- 小児医療の崩壊は患者のコンビニ受診によるところが大きい
- 患者の病院志向が病院を困らせる大きな原因
- 延岡市では「地域医療を守る条例」を制定

＜市民の守るべき努力目標＞

- 1 市民はかかりつけ医を持つこと
- 2 安易な夜間、休日の受診を控えること
- 3 医療担当者との関係は信頼と感謝の気持ちを持って受診

救急医療の充実

- 救急医療には莫大な金がかかる、救急医療を医師は2人以上の体制で3交代制を取り、過重労働と低報酬を改善すべき
- 救命救急センター病院の救急体制の返上の動きが広がっている。
原因は医師不足、不採算、医療過誤への厳しすぎる対応
- 救急医療に於いて、軽症患者の受け入れ制限がポイント
- 差額徴収、トリアージの実施、受診前の電話相談、患者教育
- 開業医の1次救急への参加

笠間市の１次救急体制の実施

来年４月より、毎日、PM 7 時より 10 時まで

●場所 笠間市民病院

●医師 笠間医師会員（約 27 名位）

県立中央病院医師の有志（約 20 名位）

予算・設備・スタッフの配備—笠間市役所

病診連携・県立中央病院との連携

●クリニカルパスの構築、糖尿病の病診連携

●胸部疾患の連携は大変うまく行っている

●県立中央病院の地域医療連携室の活用

●地域の中核病院はもっと門戸を開くべき

●筑波メディカル病院の小児一次救急

●顔の見える関係が連携を推進する

各職種間の連携による在宅医療の推進

●在宅医療の 24 時間体制の維持、訪問看護ステーション、ケアマネージャーとの連携、情報交換会の開催

●在宅医療の質の向上、緩和ケア研究会など盛んになっている

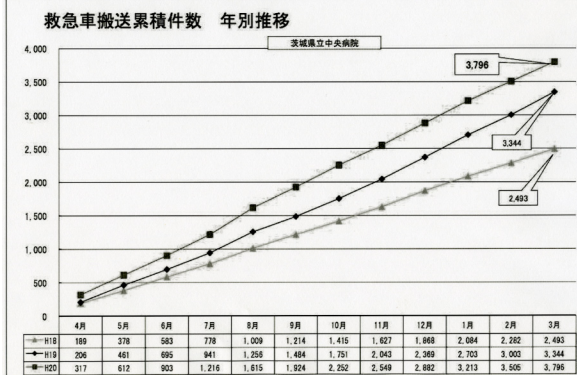
●第 3 の医療の場としての居宅が診療の場となったが、在宅医療の整備に制度の充実、補助を向けるべき

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 病院長 永井秀雄

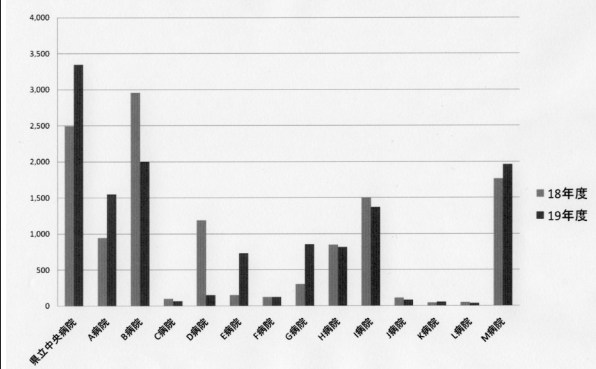
	依組	収容	収容率
水戸	25.179	17.537	69.6%
日立	9.858	8.268	83.9%
鉾田	2.717	1.944	71.5%
鹿行南部	6.134	4.887	79.7%
土浦・阿見	12.719	11.730	92.2%
石岡	3.906	2.757	70.6%
稲敷	6.653	5.578	83.8%
つくば	12.080	10.821	89.6%
取手・竜ヶ崎	8.913	7.483	84.0%
筑西	5.878	4.150	70.6%
古河・坂東	7.015	6.483	92.4%

	依頼	收容	收容率
水戸	25,179	17,537	69.6%
日立	9,858	8,268	83.9%
鉾田	2,717	1,944	71.5%
鹿行南部	6,134	4,887	79.7%
土浦・阿見	12,719	11,730	92.2%
石岡	3,906	2,757	70.6%
稲敷	6,653	5,578	83.8%
つくば	12,080	10,821	89.6%
取手・竜ヶ崎	8,913	7,483	84.0%
筑西	5,878	4,150	70.6%
古河・坂東	7,015	6,483	92.4%

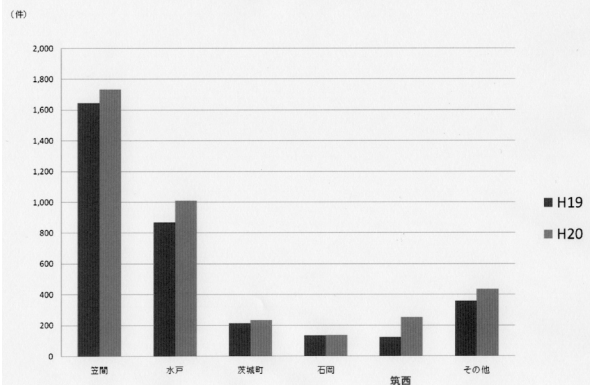
救急車搬送累積件数 年別推移



部署	18年度 (人数)	19年度 (人数)
富士中央病院	2,500	3,350
A病院	900	1,550
B病院	2,950	2,000
C病院	100	100
D病院	1,200	150
E病院	150	750
F病院	100	100
G病院	300	850
H病院	800	800
I病院	1,500	1,400
J病院	100	100
K病院	50	50
L病院	50	50
M病院	1,800	1,950



場所	H19 (件)	H20 (件)
三間	1,650	1,750
永戸	850	1,000
茨城町	220	240
石間	150	150
筑西	130	260
その他	370	440

[illegible]

「急患断らず」限界

茨城新聞
2008.12.29

県民のための救急医療の再生に向けて

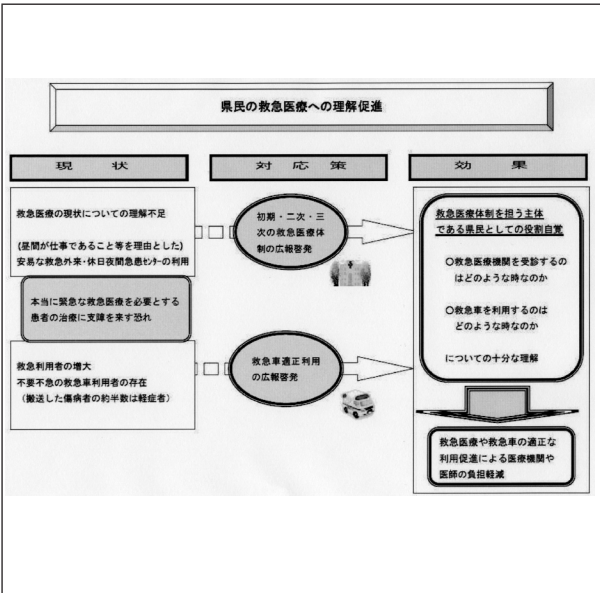
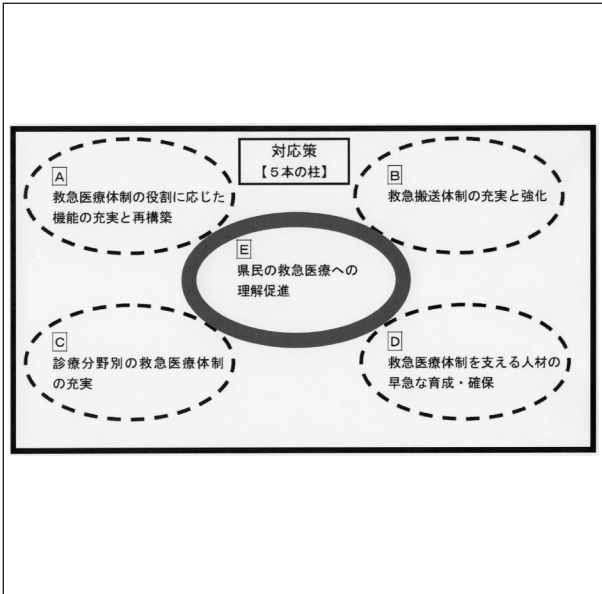
～救急医療の崩壊を食い止めよう～

茨城県救急医療対策検討会議
～平成19年度会議結果～

救急患者を受け入れる医療機関が少なくなったり、救急車の搬送時間が長くなるなど、救急医療体制の危機が目の前に迫っています・・・

そこで、本県では、救急医療を担う医師、救急搬送を担う消防本部関係者、薬剤師、行政それぞれの代表による「茨城県救急医療対策検討会議」を設置し、救急医療の再生に向けて、本県として早急に取り組むべき対策をとりまとめました。

いざというときのために、県民も含め、あらゆる関係者の理解と協力・連携が重要です。



救急医療体制

初期救急

比較的症状の軽い患者を休日・夜間に診療します

- 休日夜間急患センター
- 在宅当番医
- 救急告示医療機関
- 救急医療協力医療機関

二次救急

手術・入院を要する重症患者を受け入れます

- 二次救急に対応できる病院が当番制で対応

三次救急

心筋梗塞や脳卒中など、二次救急で対応できない特に症状の重い患者を受け入れます

- 救命救急センター

県民の助け 救急医療 ご利用に当たってのお願い

救急車による搬送が年々増加しています。

救急搬送される患者の半数は、入院が必要ない軽症患者です。軽症患者の多くが二次、三次救急各別医療機関に搬送され、医師が軽症患者の対応に追いつけず、更に救急の負担が膨らみ、救急医療の崩壊が危ぶまれています。

救急医療は、医師の確保や、救急が受け入れられる体制の整備に努めていますが、現在の救急医療の崩壊を防ぐためには、救急医療の適切な利用について県民の皆様のご理解とご協力が必要です。

救急医療を利用する際のお願い

- できるだけ、医療機関の通常の診療時間内に受診しましょう。
- 休日・夜間で、比較的症状の軽い場合は、地域の休日夜間急患センターや在宅当番医、時間外診療が可能な近隣の医療機関を利用しましょう。
- 休日夜間急患センターや在宅当番医、時間外診療が可能な近隣の医療機関は、15分程度待ち時間がある場合があります。この場合、救急車を呼ぶ必要はありません。15分程度待ち時間がある場合は、救急車を呼ぶ必要はありません。
- 救急車は、緊急度の高い救急や重傷などの場合に利用してください。
- 救急車が来てから待機している場合は、救急車以外の交通機関を利用してください。救急車が来てから待機している場合は、救急車以外の交通機関を利用してください。

救急医療

子ども救急電話相談

毎日 18:30～22:30

ダイヤル #80001

029-254-9900

救急医療

救急医療

救急医療

救急医療

茨城県内の休日夜間急患センター

休日夜間急患センター	通所	電話	診療科目	休日(夜間)	休日(夜間)	休日(夜間)
水戸市 休日夜間急患診療所	水戸市宮原町 963-13 (水戸市保健センター内)	029-243-8825	内科、小児科、外科、産科	6:00～15:30	内科、小児科	内科、小児科 休假期：月～土 19:30～22:30
日立市 休日夜間急患診療所	日立市東部町 5-1-1 (日立メディカルセンター内)	0294-34-2105	内科、小児科	6:00～16:00		
土浦市 休日夜間急患診療所	土浦市下真津 2-7-27 (土浦保健センター内)	029-823-9628	内科、小児科	6:00～16:00	19:00～22:00	(土) 19:00～22:00
石岡市 休日夜間急患診療所	石岡市大塚 10528-25 (石岡市保健センター内)	0299-23-3515	内科、小児科	6:00～15:30	19:00～22:30	(土) 19:00～22:30
下野市 休日夜間急患診療所	下野市本町 3-30 (下野市保健センター内)	0296-43-1990	内科	6:30～17:00	17:00～翌6:30	17:00～翌6:30
常陸市 休日夜間急患診療所	常陸市新井町 13-3 (常陸市保健センター内)	0297-23-0855	内科	6:30～17:00	17:00～翌6:30	17:00～翌6:30
取手市 休日夜間急患診療所	取手市西町 1925 (取手市保健センター内)	0297-78-6111	内科、小児科	6:30～17:00	17:00～翌6:30	17:00～翌6:30
ひたちなか市 休日夜間急患診療所	ひたちなか市西町 1-14-1 (ひたちなか市保健センター内)	029-274-3240	内科、小児科	6:00～15:30	19:00～21:30	(土) 19:00～21:30
鹿嶋市 休日夜間急患診療所	鹿嶋市中央 1998-2 (鹿嶋市保健センター内)	0299-82-3817	小児科	6:00～15:30	20:00～23:00	20:00～23:00
茨城県庁 休日夜間急患診療所	茨城県庁 335-1 (茨城県庁保健センター内)	0296-24-2266	内科、小児科	6:00～14:00		19:00～21:00

●基本的な診療時間表を記載していますが、受診する際には、必ず電話でご確認ください。

笠間市 平日夜間一次診療所：2010年4月開設に向け協議中

茨城県立中央病院の近未来構想

救急医療

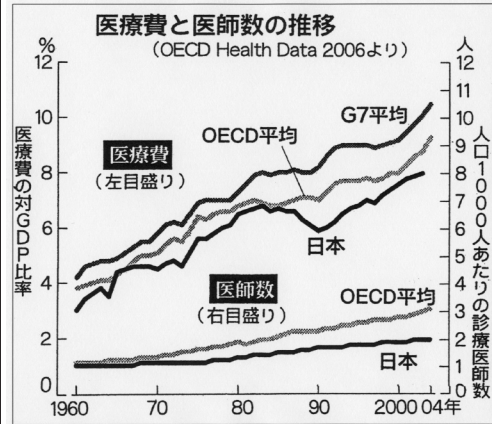
→ 救急センター増築*

がん診療

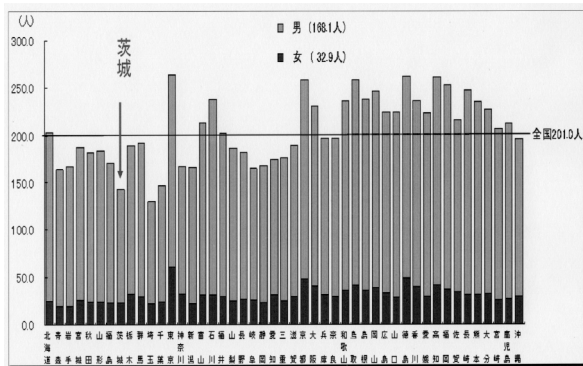
→ 緩和ケア病棟開設

総合医療

→ 産科再開
→ 小児科・婦人科充実
→ 循環器外科開設*
→ 精神科医常勤化



毎日新聞
070224

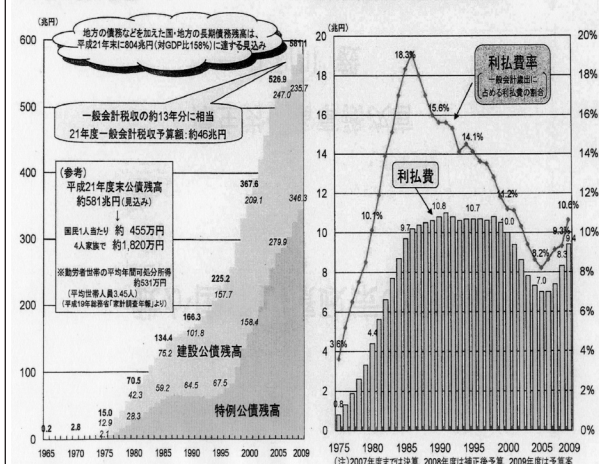


人口10万人当りの医師数(2004年)

公債残高と利払費の推移

○公債残高の推移

○利払費及び利払比率の推移



(注)2007年度までは決算、2008年度は補正後予算、2009年度は予算案

茨城県の財政

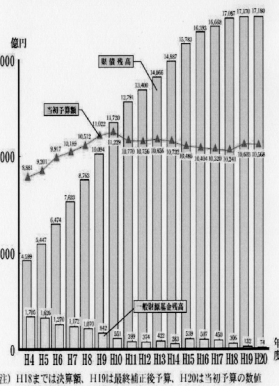
財政収支見通し(試算)

(単位:億円)

区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度
県税等	4,735	4,560	4,400
地方交付税	1,500	1,460	1,440
臨時財政対策債	327	280	220
地方譲与税等	101	300	660
国庫支出金	1,039	1,040	1,040
県債(臨時財政対策債を除く)	766	760	760
その他歳入	1,841	1,660	1,600
一般財源基金等繰入金	259	—	—
計(A)	10,568	10,150	10,120
人件費	3,390	3,490	3,530
扶助費	194	200	200
公債費	1,388	1,310	1,300
投資的経費	1,486	1,470	1,450
補助費等	2,353	2,380	2,400
その他歳出	1,748	1,700	1,640
計(B)	10,568	10,550	10,520
財源不足額(A-B)	△500	△400	△400

(注)「県税等」は、県税と地方消費税清算金(歳入)の合計額

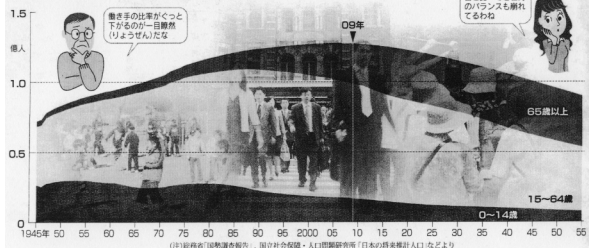
増加する県債残高と減少する基金残高



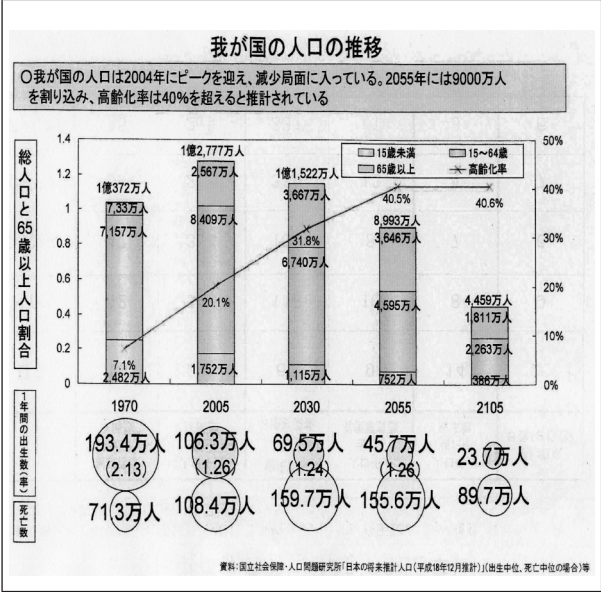
(注) H18までは決算額、H19は最終補正後予算、H20は当初予算の数値

日本の人口 少子高齢化+総人口減少

高齢化が進むとともに、総人口も減少する日本



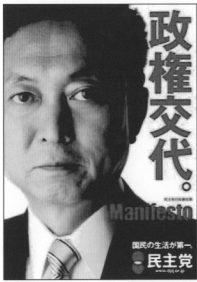
(注)総務省「国勢調査報告」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」などより



2030 年の患者数は今の 1.5 倍になる。

2030 年の若者の数は今の 3/4 になる。

- ・ 医療崩壊
- ・ 医療不信
- ・ 医療費抑制
- ・ 療養病床絶対的不足
- ・ 少子高齢化
- ・ 死者・病者激増

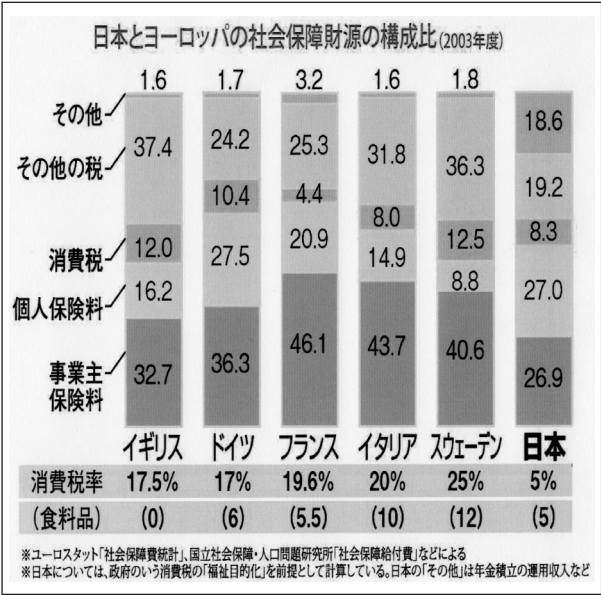


三党連立政権合意書
(2009年9月9日)

○「社会保障費の自然増を年2,200億円抑制する」との「経済財政運営の基本方針」(骨太方針)は廃止する。

○ 医療費(GDP比)の先進国(OECD)並みの確保を目指す。

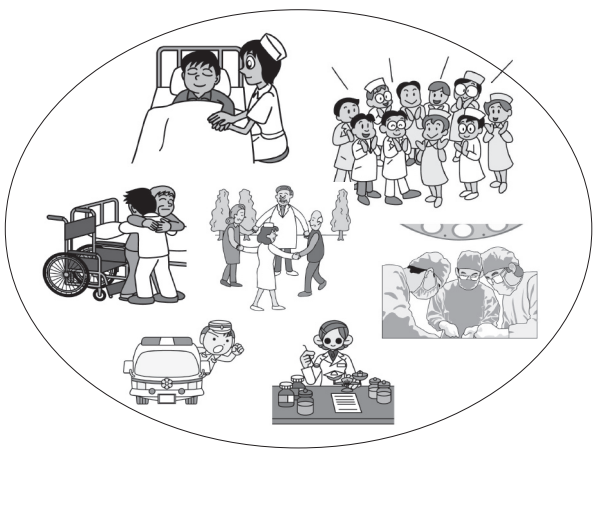
※ 医療費の対GDP比: 日本8.1%, OECD平均8.9%



最小限の医療資源を最大限どう生かすか？

医療費資源を潰さない！
→ 温かいご理解と正しい知識！

医療連携



「総合医療と一次救急」 ー医療機関使い分けの勧めー

平成21年12月6日 地域医療シンポジウム
ー地域医療の充実と民間・公立病院の連携ー
笠間市立病院
石塚恒夫

本日の内容

- 1、当院の存在意義である総合診療
- 2、当院に期待される一次救急の役割
- 3、地域医療連携成功のための
医療機関使い分けの提言

笠間市立病院の概要

一般病床 30床
医師 常勤2名(自治医大卒 うち義務年限内1名)
平成14年大学派遣医師・平成16年前院長が辞職
看護師 17名(そのうち臨時2名)
薬剤師2名 放射線技師2名
臨床検査技師1名 管理栄養士1名
事務員3名(市職員)

笠間市立病院の概要



2km圏内に県立中央病院 5km圏内に12の診療所

笠間市立病院



1、当院の存在意義である 総合診療

- ① 高齢者医療と総合診療
- ② 総合医と専門医
- ③ 在宅医療における主治医・副主治医制

1、総合診療

① 高齢者医療と総合診療

当院の理念→包括的・継続的な高齢者医療

高齢者は、身体的にも精神的にも脆弱

複数の診療科にまたがる疾患

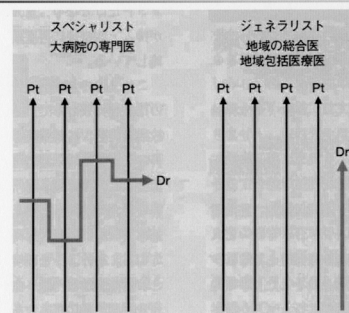
頻回に入院を繰り返す



訪問診療も行い、患者をトータルで診る医師が必要
日本では、「総合医」「家庭医」などと呼ぶ

1、総合診療

② 総合医と専門医



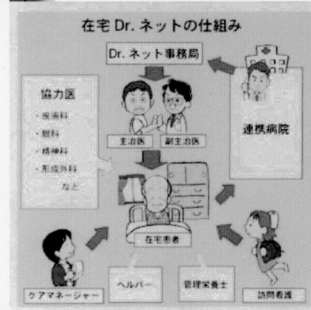
小規模多機能サービス →地域密着型

■ 高齢者の在宅生活をトータルに支援
— 小規模多機能型居宅介護の仕組み —



平成18年介護保険改正
訪問介護
通所介護
(デイサービス)
短期入所
(ショートステイ)
すべてを網羅し、
患者・家族の求めに応じ、
組み合わせる

1、総合診療 ③ 主治医・副主治医制



例)
一度開業医の先生から
紹介を受けた患者
(特に脆弱高齢者の入院)
↓
肺炎や脱水などの急変時
当院が副主治医として
入院を担当
回復すれば、主治医である
開業医の先生に戻す

1、総合診療 ③ 主治医・副主治医制

認知症等で適応力の低下した高齢者
→心身の状態変化をよく知る固定されたスタッフで対応

開業医の先生方が主治医をする脆弱高齢者
→当院が副主治医
(夜間・休日等の状態の変化がある場合に、当院で対応)
→開業医の先生方が総合診療を支援
(認知症によるせん妄・癌末期の緩和ケアなどで、
在宅療養が困難になっても入院で対応)

2、一次救急医療で 当院に期待されること

- ① 一次救急と二次救急
- ② 一次救急をどうするか
- ③ 小児救急をどうするか

2、一次救急医療 ① 一次救急と二次救急

一次救急→外来診療で完結する軽症患者
→市町村(笠間市)の役割
二次救急→入院診療も必要とする重症患者
→医療圏(水戸医療圏)の役割
* 笠間市の一次救急の現状
日曜・祝日の昼間→笠間市医師会の輪番制
それ以外は県立中央病院
(小児は水戸平日夜間・休日診療所)

2、一次救急医療 ② 一次救急をどうするか

笠間市が主体となって、平日夜間外来を計画
↓
時 平成22年4月～ 場所 笠間市立病院
平日夜間→笠間市医師会医師・
県立中央病院医師の当番制
日曜→笠間市立病院医師(非常勤医師含む)
(祝日は、現状の笠間市医師会輪番制を残す)

2、一次救急医療 ③ 小児救急をどうするか

小児の二次救急の受け入れ
→確実に受け入れてくれるところなし
↓
小児科以外の医師が担当することが多い
→何とか小学生以上を対象としたい
(一次救急の7～8割が小児の発熱)

3、地域医療連携成功のための 医療機関使い分けの提言

- ① 総合医と専門医の使い分け
- ② 救急医療の使い方
- ③ 地域医療再生に必要なこと

3、地域医療連携

① 総合医と専門医

専門医

→高度な診断・治療(手術など)を必要とする疾患・主に入院診療

(外来診療でも、癌治療後の定期的経過観察や、
C型肝炎インターフェロン治療等)

総合医

→慢性期の落ち着いた状態での外来診療

脆弱高齢者の訪問診療

(入院診療でも、脆弱高齢者の繰り返す状態の悪化など)

3、地域医療連携

② 救急医療の使い方

軽症者

→平日夜間・日曜外来の診療時間中

笠間市立病院を受診

(祝日は笠間市医師会の輪番)

重症者(救急車で来院するような場合)

→県立中央病院を受診

* そもそも軽症であれば、平日昼間の外来に受診
するよう調整(コンビニ受診の抑制)

3、地域医療連携

③ 地域医療再生

専門医は専門医の仕事を、
総合医は総合医の仕事を
夜間・休日の一次救急は、
地域で平等に負担
コンビニ受診を控えるなど
住民の意識の変化が必要



地域医療シンポジウム アンケート

『茨城の地域医療を考える会』によるシンポジウムへのご感想をお寄せください
ご協力お願いいたします

2009.12.6

1. 該当するものに○印をつけてください。

- ① 性別 ア. 男 イ. 女
② 年齢 ア. 10代 イ. 20代 ウ. 30代 エ. 40代 オ. 50代 カ. 60代以上
③ 職業 ア. 会社員 イ. 自営業 ウ. 学生 エ. 公務員 オ. その他（ ）
④ 居住地 ア. 笠間市内 イ. 市外（市町村名を記載してください）

2. この地域医療シンポジウムを何で知りましたか？

ア. チラシ イ. 友人・知人の紹介 ウ. 労働組合 エ. その他（ ）

3. 今回のシンポジウムに対するご感想をお願いいたします。

4. 地域医療に対するご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。
（ご意見やご要望内容は、地域医療を考える会の政策に反映させます。）

5. 今後、どのようなシンポジウムを希望しますか？

*地域医療を考える会主催のシンポジウムなどのご案内を希望する方は、下記にご記入ください。

（なお、希望された方の氏名・住所はこの目的以外に使用いたしません）

ご住所 〒 _____

お名前 _____

ご協力ありがとうございました。

笠間地域医療シンポジウム アンケート結果の概要

2009.12.6

今回のシンポジウムに対するご感想をお願いいたします。

- ・シンポジストのメンバー選択は素晴らしいと思う。(医療・保健・福祉間など)連携についてもう少し踏み込んだ検討が必要。時間配分は△
- ・地域医療の崩壊が全国各地で言われている時であり自分の将来に対する不安もあり参考になる話を聞いた。
- ・病院間の連携が大変苦労されている。
- ・いろいろ知らなかったことがあり、わかりやすいシンポジウムだったと思う。医療の現場も大変だとわかった。
- ・普通直接お話を伺うことのできないドクターのお話を伺えたこと、とても良かったです。
- ・現状が大変よくわかりました。
- ・病院からのメッセージが良く分かったように思う。医療機関の基本的な考え方が分かり、使い分けを考えたい。
- ・立場の違うドクターの話は参考になります。それでも医療の崩壊に対する危機感と同じだと改めて理解しました。
- ・地域医療の現状を知ることができてよかった。
- ・笠間市医療の現実が分かり、とてもよかった。
- ・次回のシンポジウムも期待します。現状を多くの人に知ってもらおうという原点から地域でも進められると思いました。
- ・各病院、行政のトップの方が一同に話をしていただいたので現状がとても分かりました。
- ・地域医療についてのさまざまな検討をされていると感じた。まだまだ多くの課題があり、協議が必要である。
- ・笠間市の医療のあり方をいろいろ勉強になった。これからよりよい医療を目指して、一緒に努力・協力していきたい。
- ・一般市民が最後までうなずきながらシンポジウムに参加している姿が見られ、医療へ関心が深いことが確認できた。
- ・地域医療の危機は、埼玉も同じです。医師会・連合・行政と一緒に医療問題に取り組まれていることに展望があると思い参加しました。おそらく共通であろう問題点が具体的に分かってよかった。
- ・シンポジウムが開催されたことは大変有意義であった。
- ・昔から医療福祉が充実していたと思っていた笠間市での課題がわかりました。
- ・地域医療連携 ― 大切な事ですね。安心してかかれるために私たち診てもらう側も受け止めないといけないです。

- ・医師がこんなに足りないなんて知りませんでした。なぜこんなことになってしまったのか、昔は東大の医局から医師が来ていましたよね、自治医大からも来ていましたよね。
- ・第一歩として、今回の試みはよかったと思います。小泉改革の削減分を元に戻し医療現場の充実、住民の安心を願っています。
- ・現状報告とその課題のお話に尽きている。24 時間診療体制のシステム等を実際問題として質疑応答があればよかったと思う。
- ・笠間においてこのような医療シンポジウムが行われたことは有意義であったと思う。個人的には、行政の考えが明確にされたことはよかった。
- ・市立病院における一次救急（平日夜間）の必要性が理解できた。実現するにあたり、ドクター・スタッフの確保、整備の改善などをしっかりお願いしたい。
- ・在宅医療について大きな不安を抱えていますが、このシンポジウムで病気の外に心のケアもしていただけることに心強く感じました。
- ・中央病院→市立病院について患者の病状により在宅や入院、この辺が理解しがたい。中央病院隣の看護学院の生徒の件（これは別件ですが）、一部かもしれないがよく指導してもらいたい。（道路横断、タバコの吸いすぎ）
- ・地域医療、自分の住む笠間市においての状況を知ることができました。仕事をしながら高齢化になりいずれは病院にお世話になるだろう親を抱えている。私たちにとって地元の病院に安心してかけられる気がします。
- ・県立中央病院に産科と小児科の入院医療体制を。大病院と開業医の連携、今後も努力してほしい。
- ・地域住民も積極的に関心を持って関わっていくことが大事であると思った。
- ・笠間市立病院を考えるに有意義と思う。
- ・病院・医院間の連携の重要性を改めて感じた。福祉関係との連携も加えて地域の医療は高齢社会の中では欠かせないことでもある。
- ・行政や各医療機関の長の話が聞くことができ、現状がよくわかった。総合病院と開業医の連携はスムーズに医療を受けるために患者側にも重要な課題なので、このような場で PR できよかったと思います。
- ・有意義なシンポジウムであった。
- ・地域医療の現状と課題などがよく理解できた。
- ・自己責任で日ごろから健康に充分気をつけてお医者さんの負担を軽減できればと思いました。県立病院、笠間市立病院のお医者さまが笠間から出て行かないようお願いします。3 ヶ月で病院を変えるのは心配です。
- ・医療現場の実情等がよくわかった。地域医療の今後に向けての課題もよくわかったので有意義であった。
- ・よくまとめました。お疲れ様でした。

- ・地域として、またこのような集会を企画していくべき（行政としてやってもらいたい）
- ・いかに日本政府が医療・保健に対して補助金が少ないのかが良くわかった。
- ・地域医療に対する市長の意見が聞けてよかった。
- ・参加してよかったです。一次救急のニュースがありがとう。
- ・非常によかった。
- ・内容が専門的で難しかった。医師の忙しさが分かった。
- ・笠間市の医師の方々の地域医療に対する熱意を感じました。行政と医療の連携が始まったことで、これからますます発展することを願います。医療現場で働くことは大変なことです。行政側は現場の状況把握を徹底すべきと思う。山口市長の医師確保に対する思い叶うこと願っております。
- ・県立中央病院をはじめ行政と市の病院、診療所、医院がともに協力し医療を考えていることに感動しました。城里町に住んでいますが、常北地区でのこの様な集いに出席したことがありませんでした。これからも進んで出席し勉強したいと思いました。
- ・地域医療、連携での対応で治療が少しずつスムーズになってきています。在宅訪問診療もできるだけやっていきたいのですが、医師1名、看護師の手不足などで思うように治療が出来ない状態です。
- ・笠間市長のように医療に対して熱心に考えてくれるとよいと思いました。
- ・シンポジウムに参加し、笠間市医療に対しての思い、地域医療のあり方について深く考えさせられました。これは笠間市だけでなく各地域で問題視されているものです。医師会だけではなく県・市立病院と行政・市民が一つになり、共通理解を深めるシンポジウムを今後も各地で行っていただきたいと思いました。
- ・3人の先生の医療に対するシンポジウムを聞きまして大変参考になりました。笠間市は地域医療をよく考えて行っていると思います。これから始まる平日夜間診療よいことだと思います。
- ・大変勉強になりました。医療・在宅・行政の話が聞けてよかった。
- ・テーマも発言提起するスタッフもよかった。テーマの大きさ切実さからみて時間がもう少しあったらよいと思う。
- ・全国的にかなり厳しい現実を知り、みんなで考える、とてもよいことだと考えます。
- ・とても参考になりました。勉強にもなり、いろいろなことを教えていただきました。
- ・わかりやすさ、細やかな身近な説明がよかった。行政・病院・役割がよく理解できた。
- ・笠間の医療の実態がよく理解できた。現状の問題（財政など）もよくわかり参考になった。
- ・市立病院など圏内の医療のあり方が聞けてよかった。市長の考えが聞けてよかった。市立病院の平日夜間当直がうまくいくといいですね。
- ・医療各方面の方々の意見・説明をいただき、ある程度、今後の医療の方向を見つけるよい機会であった。しかし、我々市民の意識の改革が必要と考える。どのように普及させるか？
- ・労働組合（働く市民）側が医療関係者、行政を合わせた形で地域医療連携について考える機

会に参加でき自分自身の将来を考える上からも大変参考になった。病気と医療を円滑に結ぶのは行政の役割であり、行政トップが直接市民に話す機会がもてたのは理解促進に役立てることができた。市民と医療機関、行政との垣を低くするには、今回のような機会を多くすることで相互理解が進むことであると思う。

地域医療に対するご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

（ご意見やご要望内容は、地域医療を考える会の政策に反映させます。）

- ・永井院長のお話で、リハビリ病院が遠い所しかないというのが、近く（笠間市内）にできないのか？新しく建てるのが難しいのであれば市立病院などでできないか？（役割分担）一次、二次はよいと思う。
- ・地域の努力もさることながら医師の確保などは国の責任で行われるべきで適切な制度・法制の整備を望みます。
- ・住民の健康意識（自己責任、生活習慣の乱れによる糖尿病）の啓蒙の強化、患者を減らす。
- ・医師の先生たちに今後がんばってほしい。
- ・県立中央病院の MSW の待遇改善を期待します。またナースのレベル低下が気になります。優秀な人材がいなくなってしまう原因はやはり待遇問題があるのではないか。一市民として以前から気になっていました。ドクターも大切ですが医療を支える他の職種も大切です。
- ・笠間がモデルになるといいですね。
- ・医療機関としての PR をもっともっとするべきではないか。
- ・茨城県の中でも中央地区は医療面では谷間です。
- ・埼玉は医療が最下位です。こうした取り組みを模索したい。
- ・行政も含め、病院連携、病診連携を推進していただければと思います。
- ・鹿行地域でもシンポジウムを開催した方がよいと思う。
- ・リハビリへの問題が浮き彫りになった気がしますので、県立リハビリテーション病院、医療大学の役割を明確にして一緒に医療を考えていけたらと思う。
- ・小児・産科医療改善に重点的に取り組みをしてほしい。医師・助産師の育成に広域（北関東・関東）で取り組んで医療従事者不足の解消をしてほしい。
- ・笠間市は県立中央病院や市立病院その他の病院があり非常に便利である。中央病院は大変お世話になっておりあと何年元気でいられるかが心配ですが頑張りたいと思っております。コンビニ医療？
- ・医療に携わる方々の普段言えない本音を発信してください。
- ・ドクターの確保がんばりましょう。
- ・年寄りが多く、医師・看護師さんも大変です。なるべく医療機関にかからないで住むような生活が必要ではないでしょうか。
- ・在宅で心豊かに老後を迎えたいと皆思っていることだと思いますが、訪問介護を充分受け

ない現状がある中でどうなるだろうと不安はかくせません。努力していただいているのは良く分かります。健康でまっとうできるよう努力したいと思っています。

- ・終末を在宅で希望した場合、笠間市では訪問看護ステーション（ふきのとう）がどのように対応していただけるか、家庭で看取り医療ができるのか、展望があるのか、是非市行政の取り組み、医師との連携を明示してほしい。

- ・連携の大切さはよくわかる。各個人病院のそれぞれの医師はどう考えているか。共通認識を持つことが極めて重要。

- ・笠間市立病院は長く存続させたい。

- ・現在やっている地域医療の取り組みが人材が代わっても途絶えることがないように引き継いでほしいです。医師不足に関して、大きな問題となっていますが、数多くいる看護・介護に関してもまだ様々な問題があると思うのでその辺が気になります。

- ・医療崩壊（医師不足）待遇改善だけで解決できない。医者の増員が必要だと思う。国に働きかけるべき。

- ・行方市は県内でも医療過疎地域となっています。高齢化率も約 26%、交通も不便です。総合病院はなめがた地域総合病院のみで医師や看護師不足です。救急外来もありますが充分ではありません。安心して医療が受けられる地域になってほしいと思います。行政の取り組みはまだまだ後回しになっていると思います。

- ・茨城県が大変な医療関係が遅れている実感を知るべきである。笠間市立病院の更なる充実を願いたい。

- ・県立中央病院に主人がかかっていますが患者があまりにも多くてお医者さんにいろいろお聞きしたいけどできません。もっとお医者さんを増やすか相談担当の方がいらっしゃるとよいと思います。

- ・第一次、二次、三次の分野を明確にし、その機関についても地域ごとに確立してほしい。

- ・地域医療の大変さがわかりました。ありがとうございます。

- ・このような集会の結果を公表していくべき。（集会に出たくても出られない人が多い）住民の協力を要請するためにも多くの人に発信すべき。

- ・市立病院の活躍を期待します。

- ・医療費の無駄を削減してほしい。コンビニ受診の実例が詳しく知りたかった。

- ・在宅診療を行う上で大変なことは緩和ケア＋家族のフォローと思います。患者本人は最期自分だと思うのは当然だと思います。大きな病気にかかったとき家族本人が病気に対して正しく理解出来るように医療用語を除いた説明をしていただきたいと思います。地域医療のドクターは住民との信頼関係も大切だと思います。

- ・仕事の内容から市立病院の医師は 2 名では無理があるかと思いました。是非、人材確保をお願いしたいと思います。石塚先生体力はありますが限界はありますので人数を増やしてください。

- ・地域医療の医療関係者だけで進むものではありません。市民・行政とともに今後の医療を進めるべきだと思います。ご多忙とは思いますが、ぜひたくさん意見交換をし、問題の共通理解を深めるべきだと思います。
- ・県立中央病院に病診連携があり、地域の病院・診療所は大変助かっておりありがたいことです。永井先生になってから救急患者を受け入れてくれているので本当にありがたいです。
- ・介護保険導入により在宅での看護が減ったように感じるがありますが、私は出来るだけ在宅で看護を希望します。そのためには在宅訪問医療が必要と思われます。
- ・市民の立場・視点を重視していただきたい。行政の啓蒙があっても緊急時に的確な行動をとれる市民に多くがなれないかぎり是不安に基づく行動を取り患者・家族等は消えないと思います。
- ・介護保険対象の高齢者が自宅では生活できる体制をどうつくるか。家族だけの対応では皆が総倒れになる。高齢者の意向を汲みながら家族の負担を軽減しながら自宅での生活を続けられればよいのだがどう実現するか。
- ・高齢者が増える中、医療を受けるため若い人がついてこなければならぬほど高齢化しており、老人だけでは病院にかかることが困難になってきました。高齢者にとって病院を受診することは不安がつきものです。もっとやさしい対応のできる工夫は出来ないものなのでしょうか。外来の予約をしていくのですが、予約の時間に受診したことがありません。予約時間よりはるかに時間が過ぎてしまいます。体調が悪化してしまうのです。予約時間にきちんと受診できるよう配慮していただきたいものです。
- ・病気だけでなく患者の思いも含めて地域においても笠間市においてもあたたかい社会であってほしい。人の生命の重さ、一秒の重さを考えさせられた。
- ・市立病院の充実を願いたい。それにはどのように支援ができるのか？
- ・地域医療（市立病院）の運営は市と病院との一体となった協力体制が必要であると思う。ぜひとも医師3人体制をと願っています。医療資源・限られた資源を活かす努力をするのは医師・行政だけではなく市民の普段からの心掛けが大切であると思う。

笠間の医療を考える集い

—地域医療の充実と民間・公立病院の連携—

第2回地域医療シンポジウム

12月6日(日)

午後1時30分より

笠間市友部公民館

3階大ホール



主 催 茨城の地域医療を考える会
自治労茨城県本部内(水戸市桜川2丁目3番30号)
Tel 029-224-0206
後援団体 笠間市 笠間市医師会 笠間市社会福祉協議会 連合茨城中央地協

《日 程》

□受付開始時間 /// Pm 1 : 00

□開 会 /// Pm 1 : 30

□あいさつ ////

茨城の地域医療を考える会

代表 鈴木博久さん

連合茨城中央地区協議会

議長 赤上正明さん

来賓紹介

□：シンポジウム //// Pm1 : 50 ~

—笠間市の地域医療の充実と民間・公立病院の連携—

【コーディネーター】

柴 山 章さん

(一般社団法人茨城県地方自治研究センター理事)

【シンポジスト】

1) 医院・クリニックの立場から

元茨城県医師会長 佐藤怜さん

2) 県立中央病院からの発信

院 長 永井秀雄さん

3) 地域医療を支え・在宅医療をめざす

笠間市立病院長 石塚恒夫さん

4) 笠間市の行政の立場から

市 長 山口伸樹さん

笠間市内の医療機関の紹介

県立中央病院	河村医院
県立友部病院	佐藤医院
笠間市立病院	下田整形外科
石本病院	関外科整形外科医院
菅谷病院	高瀬医院
立川病院	てらだ内科消化器科
あさひクリニック	ともべ皮膚科
栗屋医院	ねもとクリニック
いけうち医院	根本産婦人科医院
石橋内科医院	塙医院
磯医院	原田医院
梅里クリニック	常陸クリニック
太田皮フ科	本多内科・循環器科医院
笠間眼科	武藤医院
笠間耳鼻咽喉科	柳橋医院
笠間中央クリニック	山本内科小児科医院
神里医院	わたなべ整形外科

【シンポジウム開催主旨】

1. 茨城の地域医療を考える会は、産科医療の崩壊、医師不足による地域医療の崩壊の立て直しに向けて、連合茨城との連携で「安心・安全と信頼の地域医療の確保を求める署名」8万筆を知事に提出してきました。また、「5.16県民みんなで支える地域医療シンポジウム」を連合茨城、医師会、看護協会の後援で開催し800名におよぶ市民が参加し、全国最下位の茨城県の医療提供体制、医師・看護師不足による医療・診療科の地域偏在を認識しあい「再生・基盤」強化を確認してきました。
2. それぞれの取り組み成果を活かしながら、市民が住みなれた地域で必要な医療を受け安心して生活していくことができることを目指し、継続して地域医療確保の取り組みを進めています。
3. 地域医療は、私たちの生命と健康に直接関わる問題であり、医療供給体制の整備が求められています。地域医療の水準を確保するため、行政が地域医療圏を策定して計画的にすすめられています。笠間地域も高齢化の急速な進展のなかで、市民の健康や医療・福祉に対する住民ニーズも大きく変化し、医療の充実ひいては総合的な医療・福祉・保健サービスの充実を求める声は益々の高まりを見せています。
4. 笠間地域の医療は、県立中央病院、市立病院、民間病院の役割分担、ネットワークのなかで他地域から比べると、「医療崩壊」といわれる中で比較的恵まれた医療提供を受けていると思います。しかし、近年の医療費抑制による病院経営の悪化、県立中央病院の救急医療の受け入れ件数が年間4,000件を超える「孤立的」な奮闘、看護師をはじめとする医療従事者の採用困難という懸念材料が内在しています。
5. 民間病院と公立病院の機能と役割・連携、医師・看護師確保対策等の課題が問われています。地域医療の課題を市民・利用者・家族で考えるシンポジウムを開催し、シンポジストについては、笠間市医師会、県立中央病院、笠間市立病院、笠間市からを予定しています。4名の方には、それぞれの立場で現状での課題や地域医療についての発言を頂きたいと思います。
6. あらためて、笠間市の置かれている医療状況を適確に判断し、医療供給体制の低下というリスクを回避するためには、何が必要かをシンポジウムで一緒に考えていきたいと思います。発言のテーマを「地域における医療連携とは、そのための問題意識やルールづくりの必要性」とします。今回、開催するシンポジウムでは笠間地域の行政と医療を代表する方々の参加の元に地域医療を市民と共につくり上げていくことを目的に開催します。

1. 笠間市の高齢化率

笠間市全体 22.87%

旧笠間市 25.31%

旧友部町 19.84%

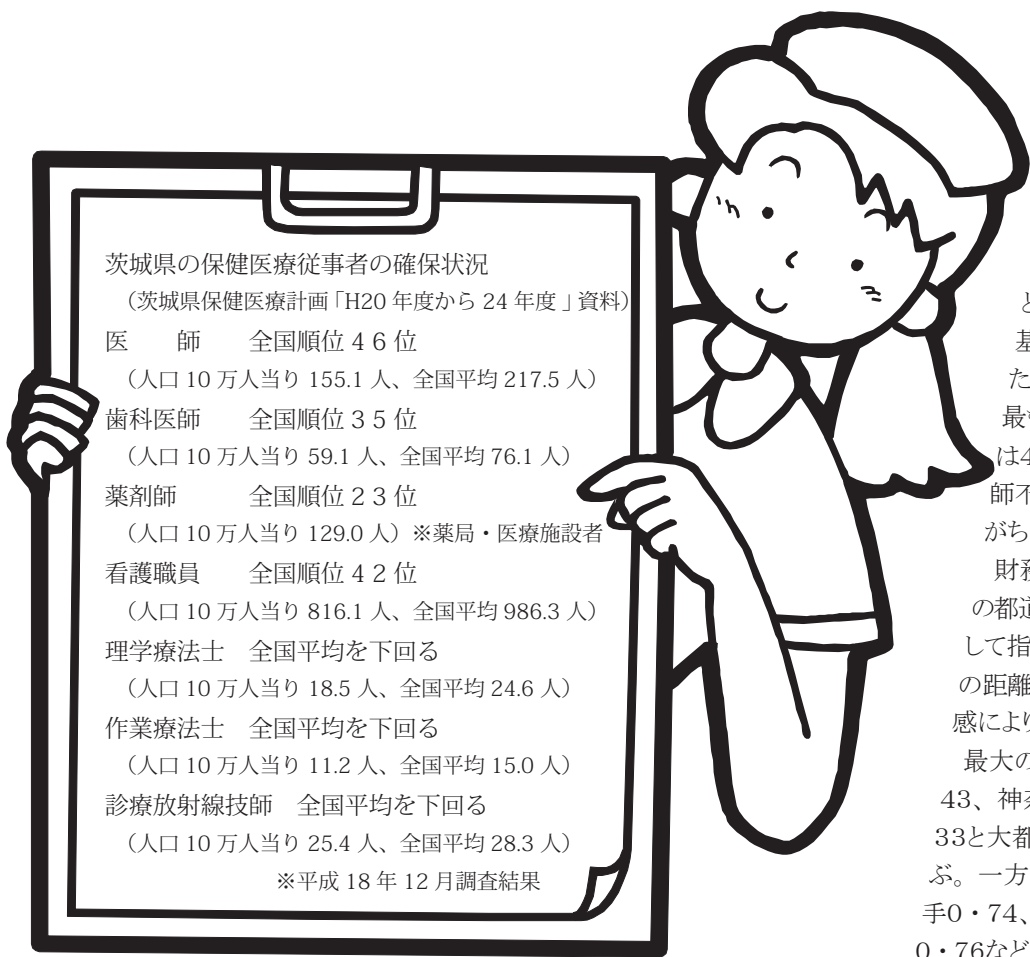
旧岩間町 25.20% (平成21年3月31日現在)

2. 65歳以上の独居世帯数1,333人(平成21年11月1日現在)

割合 4.76% (独居世帯数÷全世帯数)

情報提供 笠間市

地方で不足、医師数格差4・6倍 財務省、診療報酬見直しも



財務省は 月21日、都道府県ごとの医師数について、人口と面積を基準に算出した独自の指数を公表した。指数が最大で医師数が相対的に最も多い東京都と、最小の茨城県とでは4・6倍の格差があった。地方で医師不足が深刻な一方、都市部に集中しがちな実態が浮かび上がった。

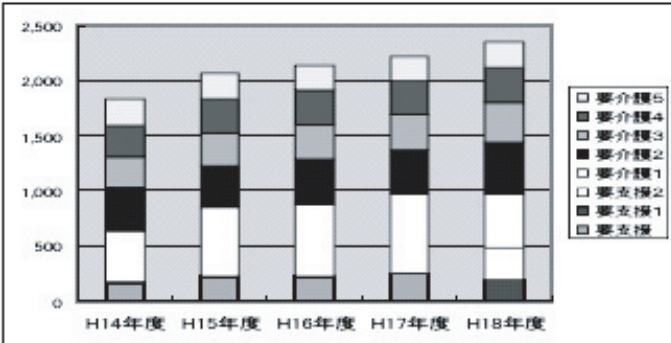
財務省が提示した試算は、2006年度の都道府県ごとの医師数を全国平均を1として指数化。単なる人口比に比べ病院への距離なども反映されるため、利用者の実感により近い指数とみている。

最大の東京は3・19で、続いて大阪2・43、神奈川1・53、福岡1・45、京都1・33と大都市を抱える都道府県が上位に並ぶ。一方、指数が低いのは茨城0・70、岩手0・74、青森0・74、新潟0・76、福島0・76などだった。

へき地の医師不在に加え、産婦人科や小児科などの医師不足が深刻化しているものの、全国の医師数は06年度までの10年間で14・4%増加。地域格差だけでなく、診療科別でも精神科や泌尿器科など医師が比較的多い分野でさらに増える傾向があり、医師の偏在が拡大している可能性がある。【共同通信】

介護保険要介護認定者等の推移（単位：人）

介護保険要介護認定者等の推移（単位：人）



※ 平成22年及び27年推計値は、国立社会保障・人口問題研究所による「都道府県別、年齢別将来推計人口（平成19年5月推計）」の茨城県推計率を代入して算出した。

高齢者人口等の推移

区分	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
人口	80,903	82,358	81,497	80,405	78,708
《前回対比》	1.04	1.02	0.99	0.99	0.98
65歳以上人口	12,928	15,119	17,030	19,567	22,726
《前回対比》	1.23	1.17	1.13	1.15	1.16
高齢化率	16.0%	18.4%	20.9%	24.3%	28.9%
《参考》茨城県	14.2%	16.6%	19.4%	22.6%	26.8%
《参考》全国	14.5%	17.3%	20.1%	23.1%	26.9%

（国勢調査）

※ 平成22年及び27年推計値は、国立社会保障・人口問題研究所による『都道府県別、年齢別将来推計人口（平成19年5月推計）』の茨城県推計率を代入して算出した。

【佐藤内科医院】

院長 佐藤 怜さん



経歴

昭和28年 水戸第一高等学校卒業
昭和35年 信州大学医学部卒業
昭和45年1月 佐藤医院を継承
平成10年 茨城県医師会会長就任
平成12年 日本医師会 医療政策会

議員

佐藤医院の標榜科目は、内科、小児科、呼吸器科、循環器科です。

- 当院の専門は呼吸器内科ですが、特に結核、喘息、慢性呼吸器疾患の治療に力を入れています。
- 小児科は既に40年のベテランとして診療に当たっています、重症の場合は直ちに多くの病院との連携が来ています。
- 生活習慣病である高血圧、高脂血症、糖尿病には、専門性の高い治療に当たっています。
- 老人医療には特に力を注ぎ、往診を行なって在宅医療に大きく貢献して参りました。
- 救急医療、高度医療に付いては県立中央病院と連携を深めていますので、病診連携も極めてスムーズに行っています。

。

【笠間市立病院】

病院長 石塚 恒夫さん

当院は病床数30床の小さな病院で、勤務する医師の数も限られています。

当院が大事にしているのは、高齢者を含めた市民の皆さんが、普段通りの生活をできるだけ長く持続できるように支援することです。かかりつけ患者さんの肺炎や脱水症などの一時的な状態悪化には、夜間・休日に対応し、必要に応じ入院加療も行っています。

また、脳卒中による嚥下障害や麻痺、認知症に伴う興奮などの周辺症状、癌による痛みなどが出現すると、在宅医療が困難になることがあります。これらに対処し改善させることも当院の役割です。

現在、公立病院のあり方が問われ、経営の健全化が求められています。当院も例外ではありません。高齢者の在宅生活を最期まで支えるということは、当院の地域医療・福祉の中で果たすべき大事な役割です。それを果たせるよう努力する結果、経営健全化を達成するのが理想です。そのために県立中央病院を始めとした他の医療機関や訪問看護師・ケアマネージャーなどと連携を深め、頼りにしてもらえる病院になることを目指しています。

【茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター】

病院長 永井秀雄さん



経歴

昭和48年 東京大学医学部卒業
昭和61年 ドイツ大学留学
平成11年 自治医大消化器・一般外科教授
平成16年 自治医大付属病院副院長
平成19年 現在、茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病院長 茨城県立中央看護専門学校長

県内唯一の県立総合病院として県民の医療と健康のために尽くしてまいりました。平成2年には地域がんセンターに指定され、全国がんセンター・成人病センター協議会のメンバーとして、がんの高度専門医療を提供してきております。平成20年2月には都道府県がん診療連携拠点病院の認定を国から受け、茨城県におけるがん診療の基幹病院として中核的な役割を担うようになりました。

救急につきましては、今年度、救急センターの拡充が計画されています。がん診療や救急医療だけでなく全ての診療科において県民の期待に沿える「死角のない医療」。これが県立病院の目指す道だと考えております。

平成20年12月に化学療法センター、透析センターを開設、平成21年4月からは、放射線治療センターをオープン、従来休診状態でありました小児科の一般外来診療を再開しました。

私は、医療の質向上と経営の健全化は両立すると固く信じるものです。医師会、筑波大学、地域医療機関との連携を深める努力をいたしております。市民公開講座、キッズクラブ、救急フェスタ、院内コンサートなどの住民向け企画も用意しております。

昨年度から始まりました地元小学校・中学校での医療教育は、当院だけの話ではなくこれからの日本の医療を考える上できわめて大切なことだと考えております。

【笠間市】

市長 山口伸樹さん

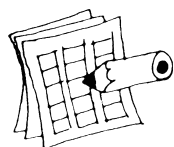


少子化対策に関しましては、全国的な傾向として、少子化による人口減少が続いております。本市においても、平成18年は出生669人、死亡764人でありましたが、平成20年には出生546人に対し、死亡848人と大きく死亡が出生を上回り、人口はこの2年間で624人が減少しております。この減少に歯止めをかけ、若者を中心とした人口の定住化を図り、魅力ある笠間市とするため、少子化対策を重要事務事業に位置づけ、保育料の軽減事業などを推進してまいりましたが、今年度は、電話による24時間・年中無休体制での健康・医療相談、医療機関情報提供などの各種健康相談業務を行う「かさま健康ダイヤル24」事業を6月から開始し、安心して子育てができる環境づくりに努めてまいります。

一般社団法人 茨城県地方自治研究センター役員

理事長	吉 成 好 信（代表理事）	理 事	柴 山 章
副理事長	鈴 木 博 久	理 事	菊 池 正 則
副理事長	帯 刀 治	理 事	岡 崎 不 忘
専務理事	千 歳 益 彦	理 事	岡 野 孝 男
常務理事	本 田 佳 行	理 事	飯 田 正 美
理 事	堀 良 通	理 事	波 多 昭 治
理 事	黒 江 正 臣	理 事	内 山 一
理 事	佐 川 康 弘	監 事	木 村 重 雄
理 事	根 本 陸 男	監 事	石 松 俊 雄

編集後記



高齢者・障害者の「医療・介護そして暮らしのあり様」は、その社会の豊かさを示すバロメーターといわれます。

今号では「笠間市における地域医療シンポジウム」の特集を組みました。

シンポジウムは県立病院、笠間市立病院の機能分化と民間医療機関・クリニックの医療連携、病診連携によって、少ない地域医療資源が効果的に発揮されることにより「質の高い」医療が享受できること、そして病状によってはより身近な在宅で医療が受けられる訪問医療が受けられることまで議論が展開されました。

山口笠間市長は行政機関のトップとして、一次救急（初期）は市町村の責任であり、病院経営改善と医療提供の両立が図られるよう直営で一次救急のセンターを確立したいと市民に提起しました。市長の提起は公的病院の役割をあらためて社会に問い直すものであり「医療者や市民に元気と希望」を与えるものです。また、県立病院と市立病院の機能分化ができれば、併存しながら地域医療を提供していくことが可能であることも提起されました。このことは全国の自治体病院を運営している首長に大きな影響を与えるとともに特筆すべきもので笠間市立病院が全国モデルとなり得ると確信しています。

皆様の一読をお願いします。

自治権いばらき

特集号 2010年10月20日発行

発 行 所 一般社団法人 茨城県地方自治研究センター
水戸市桜川2-3-30 自治労会館内
TEL 029-224-0206

編集・発行人 吉 成 好 信

印 刷 凸 紋 字

水戸市栗崎町1242 TEL 029-269-2307