



もくじ CONTENTS

〈地域医療「まもり」「育てる」シンポジウム〉報告

- 主催者あいさつ
茨城の地域医療を考える会
代表 鈴木博久 ……3

- 講演
茨城県の地域医療政策について
茨城県知事
橋本昌 ……6

- シンポジウム
パネラー
「少子化を支える産科医院」
石渡産婦人科病院
院長 石渡勇 ……14
「総合医は切り札となるか」
茨城県立中央病院
院長 永井秀雄 ……24
「県境の医療 とりわけ鹿行の医療」
神栖済生会病院
院長 高崎秀明 ……35
コーディネーター
茨城の地域医療を考える会
事務局長 柴山章

- 当日配布プログラム ……42
参加呼びかけチラシ ……43

- 編集後記 ……44

主催者あいさつ

茨城の地域医療を考える会

代表 鈴木博久



ただ今ご紹介をいただきました、茨城の地域医療を考える会の鈴木です。

本日はご多忙の中、多くの方が当大洗文化センターにお運びいただきまして心からお礼申し上げます。

本シンポジウムですが開催にあたり多くの団体の皆様のご支援とご協力で開催できたことにあらためてお礼申しあげます。後程、大洗町長と連合茨城の和田会長からごあいさついただきますが、連合茨城とは、私どもの会とここ5年ぐらい、地域の医療体制をどう守ってゆくのかということで、ともに活動してきていますが、それ以前から、連合茨城は、県北の西部地域、とりわけ、大宮、大子地域に拠点となる中核病院がないということで、連合茨城の対県要求の中心的課題として毎年、県に要望し、知事との懇談会の中でも、地域の拠点病院の必要性を訴えてきました。2007年にそれが実現しました。このようなことも含めて、私どもの会と連携をさせていただいています。

この間の私どもの会の活動を簡単にご報告させていただきます。

本日のような、大きなシンポジウムは4年ぶりです。この4年間、地域の医療ニーズ、課題をテーマに各地域でシンポジウムを開催してきました。笠間市の場合、県立中央病院がありまして、患者がどうしても、県立中央病院に殺到してしまう。そうすると、県立中央病院は救急を受け入れていますから、本来の高度医療として対応すべきところ、なかなか十分機能を発揮できないという課題も生じてきていましたし、又、軽傷の患者さんをどうするかということで、これは、県立中央病院と地域の医院、クリニックの連携をどうするかということで、シンポジウムを開催しました。

その後、つくば市で開催しました。つくば市は高度医療の機能を備えていますが、診療できるベット数が決まっていますから、患者さんが、急性期を過ぎればリハビリなども含めて次の段階をどこで対応するのかということですが、高度医療は対応できるのですが、地域の医療機関との連携などが重要であるとのテーマでシンポジウムを開催しました。

その後、茨城県がこども福祉医療センターを建て替えをするということで、建て替えるのであれば、現在の機能をさらに充実させるような方向性を求める趣旨でシンポジウムを開催してきました。

2011年7月には、筑西・下妻医療圏では、地域の拠点となる病院がありませんで、心疾患

とか、難しい治療を必要とする患者さんは、栃木県の自治医大に搬送しなければならない、あるいは、つくば医療圏に頼るといった状況がありましたから、国の方では、拠点病院を建てる資金の枠組みを作っていますから、なるべく早く、この資金が使えるうちに拠点病院を建設すべきだという取り組みも行ってきました。

そして、本日のシンポジウムには、橋本昌茨城県知事におこしいただいておりますが、4年前を考えてみますと、日立市の日製総合病院、周産期医療センターがあって、お産関係の重要な役割を担っていましたが、医師の確保が難しいということで、その機能が発揮できなくなるということで、これを含め、県内各地で医師の確保が困難であるということで、大きな問題になりました。このような状況のなかで、私どもの会では、医療行政に責任のある県がどのような認識にあるのか、そしてこれからどのような政策を展開していくのか、ということを通じて知事からお話いただければ県民の皆様にもつたわるのかなということで4年前に大きなシンポジウムを開催させていただきました。

その時に、知事から医師不足にたいするさまざまな方策を考えていると提示をいただきました。一つは、病気になれば大きな病院で診てもらいたいという考えの方もまだまだ多くいらっしゃいます。まずは地域のかかりつけのお医者さんで診てもらう前に、大きな病院にさっとうしてしまう。このことは、少ない医療資源を疲弊させます。4年まえのデータですが、夜間と土日の電話医療相談に8500件ぐらいの相談があり、その中で実際に、救急対応が必要なのは5件しかないということでした。心配であるということは判りますが、救急車を呼ぼうとか、大病院に行くということよりも、私たちが出来ることは、まずは、近くのお医者で診てもらおう、ということも提起させていただきました。

医師確保については、困難な状況の中で県としては、4年前に、筑波大学に初めて5名の地域枠を確保するとか、医師確保に向けていろいろな施策を展開するという力強い決意をいただきました。それから4年が経過した訳ですが、1人の医者が誕生するには、少なくとも10年という大変長い時間が必要ですから、まだ4年ですから新しく県が施策を展開する、あるいは、国も4年前に医学部の定員を8500人増やして、この方々が医療の現場で診療を始められるのはまだまださきです。そういった意味で、知事からは、4年前に、この10年間を茨城としてどのようにこなしていくかという決意も含めて、提起がありました。

茨城県は2013年4月から、第6次保健医療計画をスタートさせました。私どもは大きな節目であるという認識がありましたので、この4年間の流れを踏まえて、私どもが、筑西・下妻で提起してきたように、あそこに、新しい病院が、できるのかということも含めて知事さんから改めてお話をいただきたいということで、お忙しい中おいでいただきました。

そして、医療の現場は、日々変化していきますから、私どもが大きな課題であると思っているのは、鹿島労災病院でお医者さんが大量に退職をされる、その補充が困難であるということで、夜間と土日の救急診療ができなくなっているという大変大きな地域的な問題が発生しました。鹿行地域で大きな役割を担っているのは、神栖済生会病院です。医師確保も含めて特効薬

はないと思いますが、どのようなことが、現時点で考えられるのかということで、後程、パネラーとして神栖済生会病院の高崎院長先生においでいただいています。又、茨城県立中央病院の永井先生には、医師不足に対する一つの方策として、「総合医」についてお考えを提示していただきたいと思います。そして、石渡産婦人科の石渡 勇先生に4年前のシンポジウムでも医師不足が集中的にあらわれているのが、産科、産婦人科だということで、その現実が報告されました。現在でも、その状況は基本的に変わっていないという前提で改めて、石渡先生にご参加いただきました。シンポジウムについては、3名の先生からお考えを提起をしていただいて、私たちが地域で何ができるのかということのヒントを提起していただきたいと思います。

本日は、最後までのご協力よろしく申し上げます。地域の医療の在り方について、みんなで考える、そのことによって地域の医療が発展できるように本シンポジウム開催の趣旨が達成出来ますようお願い申し上げます、主催者を代表してのあいさつとします。

講演

茨城県の地域医療政策について

茨城県知事 橋本 昌



皆さんこんにちは。皆様方には大変お忙しい中、茨城の医療を考えていただいていることに敬意を表します。4年前にもお話をさせていただきましたが、その頃から茨城の医療が良くなっているかと言うと、残念ながら、あまり良くなっておりません。年中、私たちはお医者さんや大学の先生にお願いをしているのですが、なかなか医師不足を解消するという状況にはなっておりません。皆さんご存知のように、お医者さんについては、昭和40年代に「1県、1医大構想」ということで、新しい医科大学あるいは医学部がどんどん出来てまいりました。沖縄県の琉球大学の医学部が最後ですが、それまでに入学定員を増やしてきた結果、4,500人だったのが8,280人まで増えてまいりました。しかし、途中で、3K問題や健康保険の問題が出てまいりました。何とか医療費を減らさなくてはいけないということで、昭和57年に医師の抑制計画が閣議決定されました。その後、平成9年にも閣議決定されていますが、そういったことで医学部の定員の削減がどんどん進められてきました。その結果、8,280人から7,625人まで減ってしまいました。その間、臨床研修医制度については、新しい制度が導入されました。大学の先生方のコントロールが利かなくなった。若手のお医者さんは、自分の判断で条件の良いところへ行けるようになりました。それまでは、自分では行きたくない地域でも、大学の先生に言われればへき地でもなんでも行かなければなりませんでした。今度は自分で自由に選べるということで、病院の建物が綺麗で、設備も揃っていて、給料も比較的良くて、そして夜中に起こされない、そういう条件のところをみんな選び始めてしまいました。それと合わせて、スーパーローテートという形で、それまでは若手のお医者さんが自分の専門をまっすぐ進んでいたのが、他の診療科目も全部経験するようになりました。その結果、どうなったのかと言いますと、ある大学でお話した時に、「何か質問はありますか」と訊いてみたところ、女性の若手のお医者さんが手を挙げて「私はいろいろな診療科目を経験しました。これまでは産科に行きたいと思っていました。しかし、全部の科目を見てみると産科は割に合わない。」損な科目だと。先ほど言ったように、夜中に起こされる、休みも取りにくい。そういうことを考えると、産科をやめて他の科目に行こうと思えます。そういうことを言っていました。

新しいスーパーローテートになってから、いろいろな診療科目を経験した後で自分の進路を選べるということになって、減ったのは、小児科、産科です。小児科、産科を選ぶのはそれぞ

れ全体の6%前後になってしまいました。それまでは、10%を超えていました。そうすると、先程申したように地域の偏在が起きてくる。そして診療科目の偏在が起きてくる。この2つが大変急激に進んできたために、例えば大学では、それまでは自分たちの卒業生を医局で抱えていればよかったものが、それが出来なくなってしまった。地方からどんどん吸い上げを始めた。そういう形で、本当に厳しい状況になって、みんなが悲鳴を上げ始めた。国の方でも増やさなければいけないということにやっと踏み切りました。その結果、平成25年度の医学部の定員数は、9,041人まで増えてきました。一番減った時が7,625人ですから、1,400人以上増えました。昔の大学の医学部の規模でいうと、だいたい100人くらいですので、14人くらいの大学あるいは医学部が出来た勘定になります。これが今度、平成26年の4月から医者としてスタートしていく卒業生が出てくることになります。この結果がどうなっていくのかということに、我々は非常に興味を持っております。そうはいっても、先程申したように、地域的、診療科目的な偏在が進んでおりますので、多分、必要数が充たされてくるとは考えておりません。我々は、若手の医師が有利な条件の地域に行ってしまうところを、どのように地域に貢献するかという医療の本質といいますか、そういう観点に立って診療科目や地域を選んでもらえるような医師を育てていく、医師倫理といいますか、そういったものを期待するのは酷なのかもしれませんが、是非、医学教育の中でそういうことに踏み込んでもらいたいと思っております。茨城県におきましても、確か4,954人で、医師の数はどんどん増えてきていますが、勤務医が増えません。皆さんご存知のように、日製日立総合病院の産科が全部引き上げられてしまいました。東京医大に本当にお願いをして、なんとか3人確保してもらいました。しかし、通常分娩しかできません。これから、もう少しなんとかしなければならぬと思っておりますが、現実的にはそう簡単にはいかない状況です。

現在、まだ発表できませんが、非常に厳しい状況におかれているところがあります。そこがもし、今の方向に行ってしまったら、本当に県内の医療が一部分ではありますが、崩壊してしまうのではないかと私どもは心配をしております。私自身が乗り出していつて何とか解決できればと思っております。

このように本当に厳しい状況になっております。我々は医学部を作ってくれ、医科大学を作ってくれというお話をしてきました。たとえば茨城県の場合、人口10万人当たりの医師の数でいうと下から2番目です。一番低いのは埼玉県です。その次が茨城県で、その次は千葉県です。関東近辺が人口10万人当たりで言うと医師数が圧倒的に少なくなっています。これは、人口が伸びている割には大学が1つしかない、そういう、下の方だけでも大学とか医学部を作ることができないのかという話をしてきました。北の方でも、東北全体で1つ出来ないだろうかということ国会議員の皆さんが集まって提案したケースもあります。しかし、なかなか、医師会などは、あまり医師数が増えると、なんといいいますか、歯科医師の場合のように医師が過剰になってしまうような状況が起きてしまうのではないかと、そうなるとう医師の生活とか勤務条件などを考えた場合に、医師を選んでくる人が少なくなってしまうのではないかと、悪化してしま

うのではないかということで、大変心配しております。しかし、一方で、例えば人口10万人当たりの医師の数をOECDと日本とで比較してみますと、ヨーロッパでは日本の1.5倍ぐらいの数です。どんどん増やしています。日本でも、もっと増やしていかなければならないのだろうと思います。例えば、放射線科で、陽子線治療とか、重粒子線治療とかをやります。こういった科は、かつては考えられもしなかったわけでありまして。あるいは、インフォームド・コンセントということで、丁寧に患者さんに説明をしなければいけません。時間がかかります。あるいは、チーム医療です。みんなでしっかり打ち合わせをしてやっていかないと、どうなるのかわかりません。こういった形で、どんどん時間が必要になってきている。がんでも、ワクチン予防とか、今、いろんなものがどんどん広がってきています。そういう分野での高度な研究を進める。また、一方では実践もやる、医師の数は、私はもっともっと多くていいだろうと思っておりますが、なかなか医師会その他の了解を得られるところまではいっておりません。先程申し上げたように、1,400人、14大学分の学生が徐々に増えていきますから、これがどうなっていくのか。これでも全然状況が改善されないのかどうか、これが課題となってくると思います。

茨城県では、修学資金というものを月に10万円出しております。このお金をもらった人は、もらった期間だけへき地等に勤務していただければ、お金は返さなくていいですよというシステムを作っています。そして、つい最近、地域枠というのを作りました。これは月15万円を貸します。1年で180万円ですから、6年間で1,080万円です。これを我々がお願いする場所で9年間勤務してくれれば返さなくていいですよという制度です。これを今、6大学、29人でやっています。来年からはもう少し増やしてもらえるように、ある大学と交渉を進めています。こうした地域枠の制度ですが、どうしても採りたいところに1,080万円を肩代わりされてしまうと他の地域に行ってしまう。その辺がどのような結果になってくるのか、今、非常に興味を持っているところです。一方で、1,080万円借りると9年間の勤務地の義務付けがある。あるいは自治医大も9年の勤務地の義務付けがある。それでは、一般の医学生はどのようなのだろうかと考えると、6年間で1人約1億800万円かかります。私立大学でも納付金として普通に納めているのは年間3,000万円前後。多くて3,500万円、少なくても2,700から2,800万円という状況にあります。残りの7,000万円はどうしているのかと言うと、そこが持っている病院収入で賄うか、あるいは税金がいく、そういう形になっていて、多額の税金が投入されている。他の文科系の学生と医学生への税金の投入額を比較すれば、多分、何千万円という差が出てきます。それだけ、公的投資を受けて医師になっていくのであれば、ある程度、義務付けをしても良いのではないかと。勤務の義務付けを何年間かする。9年が長ければ、5年でも7年でも良いと思います。子供さんの学校の関係もある、あるいは自分の医学の技術を進歩させなくてはならないなど、いろいろなことがありますから、茨城県の修学資金でも最初の4年間は勉強する期間として、自分が行きたいところに行く。その後は義務付けしますよということでやっています。いろいろと、公的資金の投入状況から見て、私は今の状況を改善するためには診療科目をある程度義務付けするとか、そういうことも含めて公的なコントロールの

下での医師の養成ということが必要になってくるのではないかと考えています。へき地への義務付けという点については、先程申し上げたように、他が1,080万円でも9年間義務付けになる訳ですから、何千万円というお金をもらっているのであれば、ある程度は協力してもよいのではないかと。診療科目にしても、小児科、産科、そして今、一番心配されているのは外科です。外科がどうなってしまうのだろうと。外科は熟練のお医者さんが必要ですが、なかなか、外科を志望する人がいなくなっている。小児科でも産科でも訴訟になったとか、いろいろな問題があります。訴訟をお医者さんはものすごく心配しています。病院で保険に入る以外に、個人的にもきっちり賠償保険に入っています。それだけ入っていないと安心して病院の診療に当たれないようなことになってきています。福島的事件を御存知だと思いますが、それをきっかけとして、お医者さん方は訴訟リスクというものを真剣に考えるようになってきました。

そういったことも含めて、私としては、診療科目とか診療地域とかに義務付けができないのであれば、例えば、診療地域毎の定数を作るとか、これは、ヨーロッパなどやアメリカでも一部でやっておりますが、診療科目ごとに、これだけしか養成できませんよと、この地域ではこれだけしか開業できませんよと。あるいは、成績順で自分のやりたい診療科目を選んでいく国もありますが、何とかそういうコントロールをしていかないと、いくらお医者さんを養成しても小児科、産科に行く割合がどんどん減っていくとか、外科も避けたがるとか、あるいはへき地には行きたがらないとか、新しい病院しか勤めたがらないという人がどんどん増えてきています。そういったことから、義務付けということについて、関東知事会の要望に入れてもらいました。そういう矛盾といいますか、一生懸命やっても、一向に良くならない、そういうことに対する何らかの対策をこれから考えていく必要があるのではないかと考えております。

それでは、現状はどうなっているのかというと、先程申し上げましたように、大学にご協力いただいて、地域枠ということで、卒業したら茨城県内に勤めますということを増やしてきております。それと合わせて、今すぐ医者を確保しなければならないわけで、それについては、寄附講座というのをやっております。今、5大学に4年間で20億円弱のお金をつぎ込んで寄附講座をつくってもらって、その講座の中身としてそれぞれの地域に派遣してもらうということをやっています。大変大きなお金がかかっております。しかし、それだけつぎ込んでも、医者の数が足りません。勤務医の数が。それでなかなか、我々がお願いしただけの人数を確保しておりませんけれども、少しでも、医師の数を増やすために、一生懸命、寄附講座を設けて、各大学にお願いしているところです。自治医大の卒業生と寄附講座で何とか医療過疎地のお医者さんの確保を図っているところです。茨城県の場合、人口10万人当たりの医師数は、全国で下から2番目で167人です。全国平均は230人です。その差は63人ですが、人口10万人当たりですから、30倍すると1,800人です。現在4,900人しかいないところに、全国平均に達するには、1,800人必要です。つくば地域は約300人ですので全国平均の1.5倍います。しかしながら、鹿行地域とか、常陸太田・ひたちなかの医療圏とかは100人以下です。大変少ない状況のこの地域の医療をどう確保するのか、地元の医師会のご協力も大分いただい

るところです。例えば、日製ひたちなか総合病院の場合は、病院の中に地元の医師会のスペースを取っていただいて、そこで、地元の医師会が初期の救急患者を受ける、その後、必要であれば、日製ひたちなか総合病院に送る。これを同じ敷地内で行っております。そういったことなども大変すばらしい取組ではないかと思っております。

また、現状で言うと、今、一番危機に瀕しているのは、神栖の鹿島労災病院です。ここは、平成23年には、30名ほどお医者さんがいました。その前は39、40人いたんです。それが、平成24年に24人になってしまい、今年は8人までになってしまいました。そこで何とか2人確保しましたが、整形外科医が7、8人いたのが0人になってしまった。整形外科というのは非常に医者が不足している科ですが、なぜそうなったかと言うと、これは千葉大学の方針なんです。大学の方に大分引き上げております。そのために、例えば、旭中央病院という、国保の病院としては日本一有名で規模が大きいところがありますが、諸橋先生という方がいろいろな意味で力を持っていて、そこに医者を集められた。その結果、小さい町ですがすごく立派な病院を作ることができた。そこに、鹿嶋、神栖から大分お世話になっていましたが、もう茨城県からあまり来てくれるなという話になった。それと合わせて、鹿島労災病院の医者が引き上げられてしまった。やっと、頼みに頼んで東京医大から整形外科医が3人来てくれることになりました。これも、多分、東京医大にしてみれば、先般、茨城医療センターが保険医療の指定機関から外れてしまったものですから、これを大至急回復させたいということで、我々はいろいろな努力をしてみいました。おかげをもって、普通より何倍ものスピードで解決することができました。それで東京医大さんも何か協力しなければということになったんだろうと思いますが、そういう協力も得ながら、3人の整形外科医を確保できてほっと一息ついたところですが、まだまだ、とてもじゃないですけども、医者の数は足りません。

そして、筑西と桜川の県西地域の新中核病院の建設についても、市同士の考えがなかなかすり合わせられない。そこで、市同士ではうまくいかないということで一方が断ったから、それでは協和中央病院という民間の病院も交えてということで筑西市が動き出したら、今度は、桜川市もひとりだけになってはというので、一緒にやれないかという話になってきた。そうしたら、今度は筑西市が筑西市民病院と県西総合病院だけだったらやってもいいよという話になった。一方で、すでに協和中央病院を巻き込んでしまっている。その辺をどのように解決するかということが、今すごく難しい課題になっています。

何か新しいアイデアが出てくる度に必ず反対が出てきます。これをあまり長くやっていると、地域医療再生交付金が使えなくなります。今、茨城県が何か言っても必ずどちらかが反対するのです。どちらかが何か言っても反対する。だから、自分たちで少し考えてもらわなければならないなと思っています。そういうことも含めて、これから医療確保というものが大変な課題になってまいります。

併せて、医師の確保だけでなく、看護師さんの確保が本当に困っております。順天堂の小川理事長のもとで、神栖済生会病院に5人の小児科医を送ってくれました。ところが看護師さ

んがない。そのために内科と小児科と一緒の病棟になっています。看護師さんを十何人が二十人確保できれば、小児科だけで病棟を作れますが、看護師さんがいないためにそれもうまくいきません。いろいろな地域で様々な課題を抱えております。

今般、第6次保健医療計画というものを策定しました。その中で、新しく出されているのは、5疾病5事業ということがありますが、精神疾患をどうするのかという問題が大きなテーマとして出てきています。それから、在宅医療をどうするのかということになりますと、現在、いろいろと実験的な試みをいくつかの団体にやってもらっています。現実には、やはり一人暮らしの高齢者が増えてきています。それから、一人暮らしではなくても、昼間は息子さん夫婦が働きに出ているというケースも増えてきます。そういう中で、在宅医療にお世話になりたいという人は圧倒的に多いのですが、自分のところでできますかときかされると、ほとんど、自分のところは難しいという答えになったんです。これを、どのような形でやるか。私は療養型病床群という制度はものすごく良い制度だと思ったのですが、国の方であっさり方向変換してしまいました。どうやって、家に居ながら、あるいは、長期間病院に入院できるような、安心して医療も受けられる、あるいは介護的な要素も持つという、そういうところをどう作っていくのかということも大きな課題になってきます。

それからもう一つ、今、予防医学に力を入れなくてはならない。歯科口腔、歯もとても医療と関係しているということも大きな課題となっています。茨城県でも、予防医学という点では、シルバーリハビリ体操で、今、5,000人の方々が3級までの資格を取って40万人の方に参加していただいています。これは、災害現場・避難所などでも来てくださいということで、人気が高かったようであります。また、シルバーリハビリ体操と合わせてヘルスロード構想という形で、「歩きましょう」、「散歩しましょう」ということで、現在、900kmくらいを指定して、そこにはトイレ等を整備して健康を目標にしたウォーキングがしやすいような状況もつくっているところなんです。いろいろなことをやって、できるだけ健康寿命を延ばすということが大事になってまいります。茨城県の場合、平均寿命で言いますと、男性が36位、女性が44位と低いですが、健康寿命ですと、男性が4位、女性が7位です。この健康寿命を何とか少しでも延ばせるように頑張っていきたいと思っています。第6次茨城県保健医療計画では様々な目標が打ち出されておりますが、新しい在宅医療の問題、予防医療の問題、そして医師、看護師の確保の問題、こういったことを重点的に取り組んでいきたいと思っています。その中で、先ほど申し上げたように、来年3月に医学部の定員増になった最初の学生が卒業してくる。これから1,400人多くなっていく訳でありますから、文部科学省、あるいは厚生労働省あたりでも方向付けというか、そういうことを考えながら、社会に出していってもらうことが、必要ではないかと思っています。それから、この後、県立中央病院の永井院長から話があると思いますが、彼は医学教育の重要性を言っています。なぜかと言うと、救急医療も大変ピンチなんです。県立中央病院では、永井院長のもと、救急はすべて受け入れるという方針でやっていますが、実態がひどいんです。半分は入院治療をする必要がありません。そういう人が半分

なんです。ですから、この人たちをどうするか。意図的に夜に来る人もおります。みんなのためにならない、結果的に自分のためにもならない、このようなことをしっかりと子供の時から分かってもらうような教育が大事になってくるのではないかと考えております。

いずれにしても、本当に大変です。なかなか良い方向に行きません。どうやれば茨城の医療を維持できるか。高齢化がどんどん進んできます。例えば、先日、私は東京でのシンポジウムに出てくれと言われて行ってきました。我々のところでは、医師確保がメインの課題ですが、そこでの話は、医療保険が維持できるかどうかということが一番大きなテーマになっております。終末期医療をどうすればよいのか、胃ろうをどこまでやるのかといった話がメインであります。現在の45歳から64歳の人の年間の平均医療費は268,000円です。65歳以上の年間平均医療費は、703,000円です。

これから、268,000円の医療費から703,000円の医療費の年代にどんどん入っていくわけです。その時に医療費は持つだろうか。国民健康保険ですが、今、都道府県単位にすればいいなんて議論がされています。しかし2040年、いまから30年弱後ですが、この時、鳥取県は44万人の人口になると言われています。茨城県は、242万人で、それでも高齢化率は36.4%です。大変な状況になってまいります。100万人以下の県が17県出てくるんです。それで、県にしたからといって出来るだろうかという問題もあります。色々な課題が次から次に出てきている。そして国保の場合には、高齢化が進んでいくに従って、正規の職業に就いていない人がすごく増えてきて、保険料を納めない人が増えてくる。生活保護の方もたくさん問題を抱えているわけですが、国保の加入者は、これまで普通に社会人として生活してきた人でも70歳を過ぎた人は、仕事についていない人がほとんどになってきますから、保険料も納めません。今、TPPの話が色々できていますが、今言われているように農業人口が減ると、あの方たちの平均年齢は66歳です。高齢者に平均で入っているんです。ですから、やめた人は全部、たぶん国保税を納めない方になっていくのではないかと思います。今、一生懸命農業をやってもらって、そして多くはないかもしれないけれども、国保税、国保料も払ってもらっている。そういう方が、仕事もなくなってしまうかもしれない。色々な課題があるわけでありまして、医療も、TPPの問題も様々な絡みの中で、我々行政ももちろん必死で取り組んでいきますけれども、国民一人ひとりが、県民一人ひとりが考えていかなければならない時代になっているのかなと考えております。いずれにしましても、大変厳しい状況が本県においても続いております。特に、県北地域、鹿行地域、あるいは県西地域の筑西、桜川のあたりなどは大変な状況です。こういったことに対して、みんな、協力し合っていく。我々は医学生を志す人を増やすということが大事だろうということで、医学生を志す人に対して、例えば、県立だけではなく、私学でも医学部進学コースを設けて、努力するならば、私学の補助で考慮しますよということもやっています。みんな考えていくということが今ほど必要になっている時期はないと思います。本日は皆さん方にこういう形で医療について考えていただいていることに改めて敬意を表しまして、私の話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

シンポジウム

司会 柴山 章（茨城の地域医療を考える会 事務局長）

本日のシンポジウムの司会を行います茨城の地域医療を考える会の事務局長をしております柴山です。よろしくお願いいたします。

地域医療を考える会として、どうすれば茨城の医療がよくなるのか、そして私たちが地域医療を守り、育てることができるのかということでこれまでの間、県内各地でこのようなシンポジウムを行ってきております。

それでは、石渡先生からお願いします。



パネラー提起

「少子化を支える産科医院」

石渡産婦人科病院 院長 石 渡 勇

それでは、「少子化を支える産科医療」というテーマで茨城の現状と課題についてお話させていただきます。

1960年頃から、分娩がいわゆる家庭分娩から医療機関分娩に変わりまして、現在では、99パーセントの分娩が医療機関で行われており、家庭分娩はほんのわずかです。そのことによりまして妊産婦死亡は120分の1に減少して、今は23,000人に1人です。

これは世界で最高の水準です。新生児死亡にしても40分1に減少しました。日本の周産期医療は世界で第1の安心・安全の医療を提供しています。…〈図表-1〉

今、茨城県の周産期医療は3つのブロックに分かれています。1つめは県北・県央ブロックです。これは、水戸市から北茨城市までカバーしております。2つめは、県南・鹿行ブロックで波崎までです。3つめは、つくば・県西ブロックで、それぞれ中核となる総合周産期センターがあります。…〈図表-2〉

2007年のデータで見ますと、茨城の分娩数が24,800ぐらいで、赤い地域はお産するところがほとんどない危機的な状況の地域です。…〈図表-3〉

2009年11月に、日製日立総合病院の周産期センター、北の砦と言われた中核病院で、分娩が出来なくなった。周産期センターもNICも動かなくなった。そういった状況を各新聞が取り上げました。…〈図表-4〉

日製日立総合病院が、それまで、北の砦として、すべての医療において中核的に医療を進めていった訳ですが、分娩数は日製日立総合病院だけで、700件から1,200件まで増加しましたし、がんの治療、あるいはすべての医療について増加していきました。

医師も4人から8人になりました。母体搬送数も救急医療の患者数も増えていきました。…〈図表-5〉、〈図表-6〉、〈図表-7〉

この10年間で、どのくらい日製日立総合病院で診療が増えていったかということですが、分娩数は3割増えて900人～1,200人です。婦人科悪性腫瘍患者数も8割増加（50人から90人）。救急患者も4割増えて（550人から750人）。母体搬送も5割（40人から60人）増加しました。このように、拡大といいますか、勤務する先生には大変過酷な状況の中で医療を支えていただいた訳です。…〈図表-8〉

2011年の状況ですが、東日本大震災もありまして、現在、北茨城市立病院は分娩はできません。高萩協同病院でやっています。日立は、3人医師を確保して、正常分娩だけは何とかできる状況です。水戸市と土浦市とつくば市は比較的ゆとりがある地域です。そのほか、黄色い

地域が今後、状況によっては大変になる地域です。今、神栖のことがでましたが、神栖も現在危機的な状況にあります。…〈図表－9〉

2012年ですが、県央・県北で水戸の済生会病院と県立こども病院が総合周産期病院として機能しておりまして、その下に位置づけられておりますのがいわゆる地域周産期医療センターで水戸赤十字病院、それに協力する病院として石渡産婦人科病院と江幡産婦人科病院です。つくばは、筑波大学を中心として、県南は土浦協同病院を中心として、総合周産期と地域周産期センターがそれぞれ手を結びあって周産期を支えています。…〈図表－10〉

茨城県の場合は国道6号あるいは、常磐線が県の中央を通っておりまして、そこから距離を隔てる地域が過疎になっています。県境地域の場合には、隣の県にお世話になることもあります。茨城県の保健福祉部が、1995年から3年間調べたもの。茨城県の医師会が1998年～1999年に調べたもの、それから厚生労働省の発表データです。…〈図表－11〉から〈図表－15〉

茨城県が調べたデータですが、下館と古河が出でいます。自治医大及び独協医科大学に母体搬送されております。母体搬送というのは急に低出生体重児（いわゆる未熟児）のお産、あるいは出血で処置が必要であるとか救命のために搬送される事例でありまして、全部で33例です。…〈図表－12〉

鹿行地域では、74例ありまして、鹿島、神栖、波崎から、ほとんど搬送された病院は旭中央病院です。…〈図表－13〉

1998年・1999年、茨城県の医師会が調査したものでは、県内搬送が862例、県外が80例で約1割が県外に搬送されています。茨城県から栃木県に搬送されるのが45例、逆に栃木県から茨城県には2例。千葉県へは30例が搬送され、千葉県から茨城県への搬送が15例です。ほとんど野田、柏から取手協同病院、土浦協同病院に搬送された事例です。…〈図表－14〉

厚生労働省の調査では、2012年で、茨城県から千葉県へ20例、栃木県へ11例。埼玉県へ14例と搬送されております。…〈図表－15〉

現在、栃木県にお世話になっている事例が多いものですから、栃木県も困る訳であります。それである程度、母体搬送した事例について安定した状態、あるいは分娩が終了した状態、あるいは出血がおさまった状態の時に、元の病院で引き取ってくれないかということがございます。逆に搬送していただく訳ですがそのための協定というものを結んでおります。この協定はまだ栃木県と茨城県でしか結んでいませんが、千葉県とも結ぶ必要があると思っております。…〈図表－16〉

このように、少子化を支える産科医療は危ない状態でありまして、その理由は1つは出生数が減少してきておりますが、それ以上に分娩機関が減少してきております。また、産科医師も減少してきておりまして、それに、20歳代の女性医師が増加しております。

果たして、このような状況で少子化対策ができるのかということではありますが、1つは、2次病院、中核的病院のマンパワーの集約化が必要です。そして、1次施設を分散化しなければい

けないと思っております。…〈図表－17〉

周産期医療崩壊の要因ですが、一つは、産科医が不足したということです。もう一つは、分娩機関の減少とNICUの不足。その中には、周産期センターも含めた、総合病院の勤務医の過酷な状態と訴訟の問題がございます。医療訴訟が増加して、特に刑事司法の医療への介入が、非常に医療を委縮させております。マスコミも「お産は安全である」1万人に1人も亡くなりません。2万3千人に1人の方がお亡くなりになります。お産は安全であるという神話。医療事故への民事・刑事訴訟の過度な報道などが医療を委縮させております。周産期システムも地域によっては、稼働していません。…〈図表－18〉

産婦人科の女性医師の入局の状況ですが、2006年ですと、35歳以下は、女性よりも男性が少ない。入局者の7割が女性医師です。2006年から7年間シフトすると、現在は想像を絶する状況です。…〈図表－19〉

日本産婦人科医会が毎年行っている施設情報調査によりますと、産婦人科の総医師数は2006年から2012年の6年間に888人増えております。ところが、病院特に、分娩施設数では、12パーセント減少しております。医師は12パーセント増えております。これは集約化の影響だと思えます。診療所では、施設数が16パーセント減少して、医師は4パーセント減少しています。…〈図表－20〉

周産期医療の危機を象徴する4つの事件ですが、1つは、福島県立大野病院の事件です。癒着胎盤の帝切で出血のコントロールができず死亡。産科医が診療中に警察に逮捕、起訴されて、刑事裁判で医師が勝訴しました。

次は、奈良県の大淀病院、これは、7つの医療機関をたらい回しになり、最終的に脳出血で亡くなりました。

そして、奈良県の橿原市の事件。妊娠7ヶ月の妊婦のたらい回しで死産をおこしました。

そして、なによりもショッキングだったのは、東京都立墨東病院の事例です。2008年に脳出血の妊婦さんがお亡くなりになりました。その後東京都はスーパー周産期センターを3つ作りました。…〈図表－21〉

茨城県でも11年間に出生率が11パーセント減少しておりますが、分娩機関は47パーセント減少しました。…〈図表－22〉

その背景にあるものは何かと言いますと。1番は医師不足です。

初期臨床研修医制度 医師不足が非常に著明になってきました。茨城から東京へ医師が移動していきました。その例としては、日製日立総合病院、県立中央病院です。

そして、過重労働で敬遠される産婦人科、「無事で生まれて当たり前」という社会の認識とのギャップがあります。産科医の地域的偏在、産科医の産科離れがあります。…〈図表－23〉

茨城県は、人口10万人あたりの産科医師数は全国平均と比べて非常に少ない状況です。

現在、医師数が少ないのは、北海道、青森、福島、茨城、埼玉、千葉とほとんど東に偏っています。…〈図表－24〉

2006年と2012年に1人の医師がどれほど分娩をあっかったのかという、茨城県は1人の医師がかなりの分娩を担っておりますが、6年たって比較してみますとかなり緩和されてきています。…〈図表－25〉

女性の産婦人科医が増えてきています。しかし、離職者が多い。職場からはなれないようにするにはどうしたらよいか。これは非常に重要なことです。週に1日でも、2日でもいいですから、現場で働く状態を維持してほしいと思っております。5年も6年も家庭に入りますとなかなか復帰することができません。離職者を減らすには当直翌日の勤務の緩和であるとか、あるいは、当直手当、分娩手当、セカンドコール手当の増加、医療クラークの配置、妊娠中あるいは育児中の当直緩和、結婚・妊娠・出産・子育てしやすい状況を作っていかなければなりません。

又、時短勤務の導入とか、チーム医療による2交代制の実現。あるいは利用可能な院内の保育所の設置。24時間保育、病児保育も重要です。…〈図表－26〉

戦場での法則ですが、ランチェスターの法則というのがあります。第1の法則は、局地戦では、兵員の数に比例しています。

第2の法則では、広域での戦闘では、兵員数の2乗で影響を受けるということです。つまり、産婦人科医の職場は、外来、病棟、分娩室、手術室と非常に広域ですので、その時、仮に、6人から8人になった場合の戦力は、6/8ではなく、 $8 \times 8 / 6 \times 6$ 、つまり約2倍になるということです。…〈図表－27〉

人員を増やすことは重要であります。現状は難しい。それでは、産婦人科医のモチベーションを向上するにはどうしたらよいか。医療費の適正化と大幅なアップ、医療訴訟が起きない環境をつくること。労働環境をよくすること。給与の適正化。少なくとも保険上加算された分はかわった医師に還元するということが重要です。…〈図表－28〉

クレーム、モンスターなどが病院に色々なクレームを言ってきます。それだけで、若い医者は疲弊してしまいます。

そして地域医療としてのバックアップが必要です。総合周産期センターと救命センターとのドッキング。多様なオープン、セミオープンシステム。これは、分娩をやっていない医療機関の医師が、分娩をやっている医療機関に行ってお産をするという仕組みです。…〈図表－29〉

現在、産科医が不足して、分娩医療機関が減少してお産難民が出で、そして少子化。このような方向で動いている訳ですが、結局は国力が低下して、人口の減少、あるいは高齢化が進んでいきますと、それが著明になってくる訳です。それをどのように解決したらよいか、少子化については、新しい命が生まれなければ困る訳で、未婚、晩婚、経済的貧困から結婚できない人に支援する。税の優遇、イギリスでもフランスでもやっていますが、非常に効果を上げております。社会一丸となっているいろいろな知恵を出し合って対策を立てていかなければならないと思っております。…〈図表－30〉

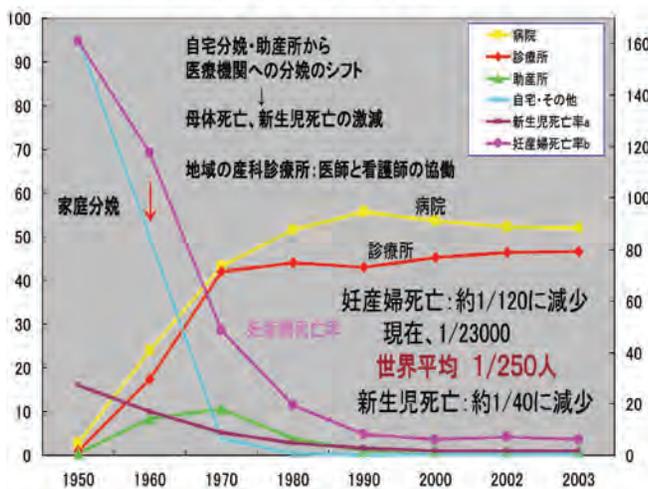
ご清聴ありがとうございました。

地域医療「まもり」「育てる」シンポジウム 少子化を支える産科医療

茨城県医師会副会長
石渡産婦人科病院院長
石渡 勇

〔図表-1〕

分娩場所別の分娩割合および新生児・妊産婦死亡率の推移；
日本の周産期医療は世界一



〔図表-2〕

茨城県央・県北地域周産期救急医療システムの崩壊



〔図表-3〕



〔図表-4〕

茨城新聞
 日病：4月以降の分娩予約休止
 2009-2-24 1面

周産期センターも焦点
 機能維持、見通せず
 産科医療確保に躍起
 日立総合病院
 2009-2-22 1社面

「周産期」共倒れ危機
 地方の確保策に限界も
 医師不足対策
 2009-2-25 1面

日立総合病院
 周産期センター休止
 力強い社会 来年度、医師不足で

2009-11-27:産科医不在、2人が辞職
 待遇面・勤務体制に不満

〈図表-5〉

産科医不在に 日立総合病院2人が辞職

日立丹阿彌野秋市の産科医不足についてを明らかにした。産科医不足を解消しようと、日立総合病院は、10月1日より産科医2人が辞職した。産科医不足を解消しようと、日立総合病院は、10月1日より産科医2人が辞職した。

常勤産科医がゼロに 日立の日製病院 医師確保見通し立たず

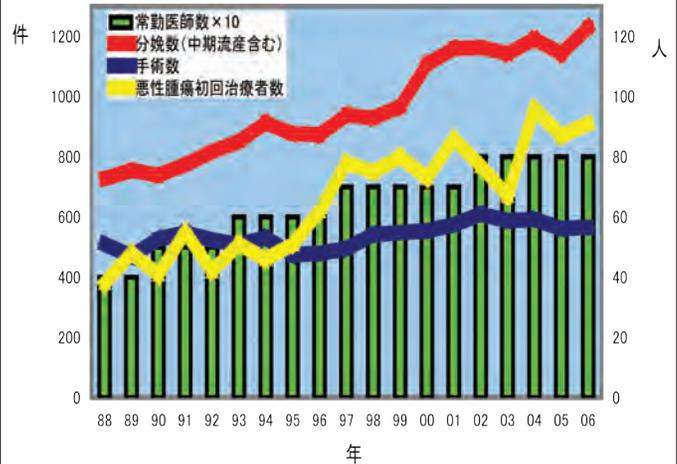
日立総合病院は、産科医不足を解消しようと、日立総合病院は、10月1日より産科医2人が辞職した。

日立総合病院産婦人科：常勤医ゼロ
茨城新聞・読売新聞091127

091127 読売新聞 091127 茨城新聞

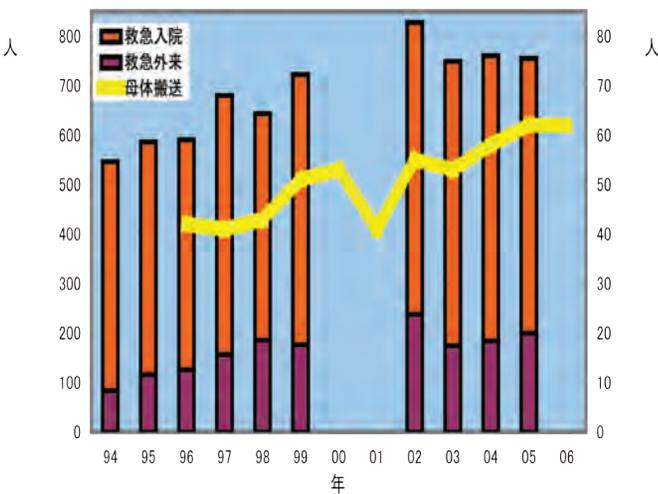
〈図表-6〉

日立総合病院の診療実績



〈図表-7〉

産婦人科救急と母体搬送



〈図表-8〉

最近10年間(1998~2007年)の日立総合病院産婦人科の変化

- 分娩数が増加した。
 - 約3割増 (年間900→1200人)
- 婦人科悪性腫瘍患者も増加した。
 - 約8割増 (年間50→90人)
- 救急患者(特に外来)数も増加した。
 - 約4割増 (年間550→750人)
- 母体搬送数も増加した。
 - 約5割増 (年間40→60人)

〈図表-9〉

お産難民が がん難民が増加

茨城県の基礎データ(2011年)
人口 2919000
出生数 23219
出生率 8.0
合計特殊出生率 1.39
周産期死亡率 4.0
新生児死亡率 1.1

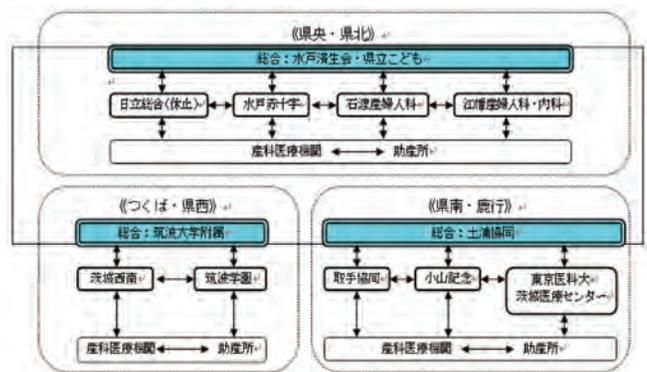
茨城県産科過疎地マップ

茨城県の産科医療体制は、地域ごとに異なる。茨城県産科過疎地マップは、茨城県の産科医療体制を可視化する。茨城県産科過疎地マップは、茨城県の産科医療体制を可視化する。

茨城産婦人科医会・読売新聞

〈図表-10〉

茨城県周産期医療体制整備2010



県央・県北

- 総合周産期母子医療センター 水戸済生会総合病院
- 地域周産期母子医療センター 日立総合病院(休止中)
- 周産期救急医療協力病院 水戸赤十字病院、石渡産婦人科病院、江幡産婦人科・内科病院

〈図表－ 11〉

隣県への搬送状況調査

- 1995年-1997年の3年間、茨城県保健福祉部
- 1998年・1999年の母体搬送：茨城県医師会調査
- 2012年：厚生労働省：医療提供体制推進事業に関する周産期医療体制について

〈図表－ 12〉

県西地区から栃木県への母体搬送

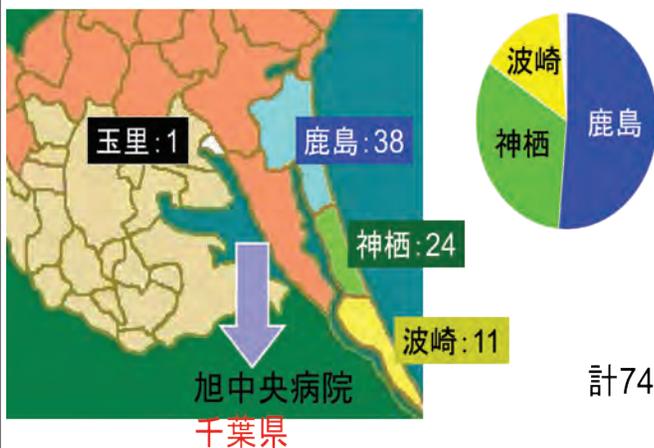
(1995～1997年度 県衛生部調査)



〈図表－ 13〉

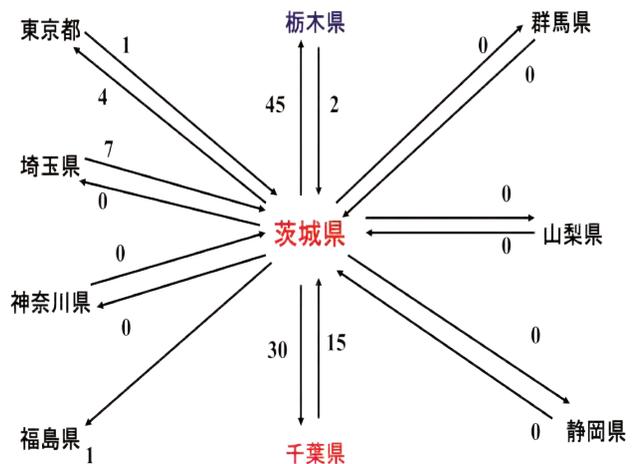
鹿行地区の千葉県への母体搬送

(1995～1997年度 県衛生部調査)



〈図表－ 14〉

1998年・1999年の母体搬送(医療機関から医療機関へ)の流れ
茨城県 県内搬送862 県外80、茨城県医師会調査



〈図表－ 15〉

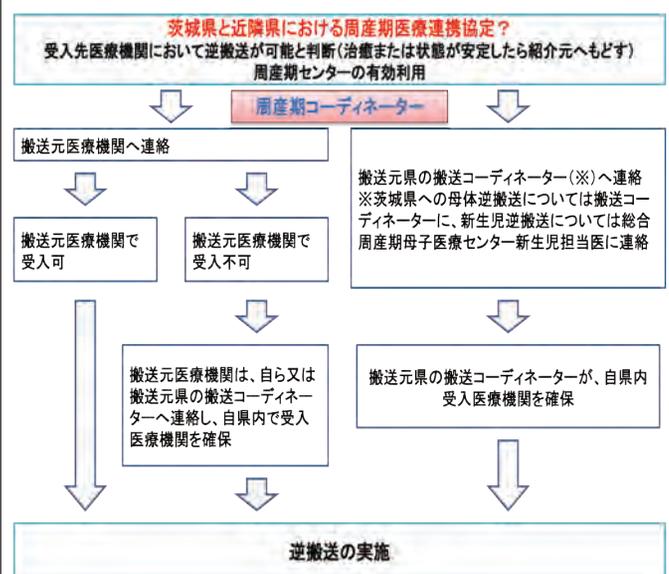
周産期母子医療センターにおける県境を越えた搬送数について
2012年

	茨城県	千葉県	栃木県	埼玉県	東京都	福島県
受入	茨城県	20件	11件	14件	7件	1件
	千葉県	20件	不明	不明	不明	不明

厚生労働省：医療提供体制推進事業に関する周産期医療体制について

鹿行地区から千葉県への搬送は相変わらず多い
地域性、交通網、生活圈
周産期母子医療センターは土浦協同病院周産期センター
2000年ごろより旭中央病院等からの紹介断りがきている
産婦人科医療機関に紹介断りが直接きている

〈図表－ 16〉



〈図表- 17〉

少子化を支える産科医療が危ない 何故、このようなタイトルにしたか？

○出生数の減少

1950年(234万人)→1975年(190万人)→2000年(119万人)→
2010年(107万人)

○分娩機関の著名な減少

○産科医師数の相対的減少

○20歳代の女性医師数の増加

○少子化対策

2次施設の集約化

1次施設の分散化

〈図表- 18〉

少子化を支える産科医療が危ない

4大要素
ヒト
モノ
カネ
システム

周産期医療崩壊の5つの要因

①産科医不足:新臨床研修制度・過酷な勤務

②分娩医療機関の減少・NICU不足

産科病院・診療所:医師の高齢化・看護師内診禁

周産期センター・総合病院:新臨床研修制度

・過酷な勤務・訴訟

③医療訴訟増加・刑事司法の医療への介入

④マスコミ:安全神話・民事・刑事訴訟の過度の報道

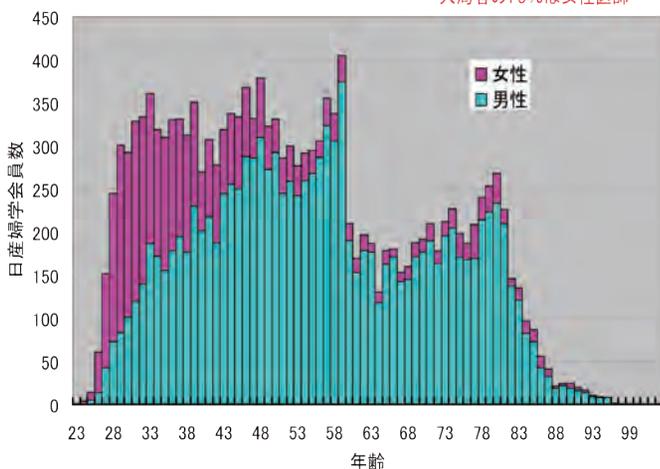
⑤周産期システム不備

〈図表- 19〉

日本産科婦人科学会 年齢別・性別学会員数

2006年11月現在

35歳以下では女性>男性
入局者の70%は女性医師



〈図表- 20〉

日本産婦人科医会施設情報調査2006-2012

	回収率	総医師数	分娩施設		婦人科施設					
			施設数	医師数	施設数	医師数				
2006	96%	10,065	1,223	5,057	1,755	2,270	337	392	2,590	2,346
2007	88%	9,208	1,090	4,485	1,584	2,079	318	373	2,429	2,271
2008	96%	10,212	1,138	4,927	1,647	2,256	380	449	2,637	2,580
2009	90%	9,879	1,055	4,915	1,521	2,112	357	408	2,459	2,444
2010	96%	10,525	1,084	5,242	1,554	2,213	394	451	2,599	2,619
2011	97%	10,902	1,084	5,571	1,540	2,188	398	472	2,580	2,671
2012	96%	10,953	1,077	5,686	1,508	2,178	397	483	2,512	2,606
2006年比		888	-146	629	-247	-96	60	91	-78	260
			12%↓	12%↑	16%↓	4%↓				

〈図表- 21〉

日本の周産期医療の危機を象徴する4つの事件

○福島県立大野病院事件2004年:癒着胎盤の帝切出血のコントロールができず死亡
産科医が診療中に逮捕、起訴 医師勝訴

○奈良県大淀町立大淀病院事件2006年:
妊婦のたらい回し、脳出血、帝切、死亡

○奈良県橿原市事件2007年:
妊娠7か月、たらい回し、死産

○東京都立墨東病院事件2008年:妊婦、脳内出血、死亡

〈図表- 22〉

〈図表－ 29〉

周産期医療の崩壊を阻止するための法則

○ 有利な立場で戦闘する

1. 国民・地域住民に周産期医療に関し正しい情報を伝えること。 クレーマー・モンスター排除
2. 地域の実情に即した医療体制のバックアップ（県・市町村）をすること。
3. 総合周産期母子医療センターの整備 母体救命できる大学病院・救急救命センターとの連携、母体新生児救命、血液供給体制を整備
4. 多様なオープン、セミオープンシステムを展開すること。人的交流

地域の実情に即した体制の整備が必要である。

30

〈図表－ 30〉

産科医不足に対応した周産期医療確保のための取り組み

産科医の不足 → 分娩医療機関の減少 → お産難民 → 少子化 → 国力低下

原因: 医師の高齢化 研修医制度 研修医・医学生が急速労働環境 →医師・家族QOL 給与(労働対価が低い) 医療訴訟	原因: 産科医の不足 助産師不足 医療訴訟★1 刑事司法の介入 保険看法(看護師内診)★2 医師法21条(異状死届け) 刑法211条(業務上過失致死)	原因: 分娩機関がない	原因: 妊産・分娩数の減少 未婚・晩婚 経済的貧困	原因: 人口減少 高齢化
対策: 定年の延長 当直・オンコールの制限 (労働基準法の導入) 科別定員性の導入 保険医の科別定員性導入 診療報酬の改定 (周産期医療費アップ) 女性医師の労働環境づくり 院内託児所、病児保育 勤務体制	対策: 産科医の増員 (奨学金、へき地開業支援) 産科医の医療機関相互の交流 助産師養成・助産業務就業・助産師不足機関の看護師を助産師に養成 (助産師養成夜間社会人コース) 看護課長通知の撤廃★2 医療関連死の届出分析 (第3者中立機関設立)★3 医療における刑事司法のあり方の見直し(介入のない仕組み)	対策: 半径50Kmlに 分娩機関の確保 一次機関 センター病院集約化 分娩滞在費補助 院内助産科設置 助産所代替不可 外国へ分娩に	対策: 子育て支援 税優遇 医療費無料化 学費無料化 不妊治療費助成 出産育児一時金増額 妊婦健診助成	対策: 出生数アップ 移民

医療費抑制策では崩壊
 医療に資金の導入
 医療従事者の給与
 労働環境の改善

★1産科医療補償制度
 ★2医政局長通知
 ★3事故調平成25年秋国会

パネラー提起

「総合医は切り札となるか？」

茨城県立中央病院 院長 永井秀雄

茨城県立中央病院の永井です。本日は、総合医（総合診療医）と看護師について話をしることでしたが、時間の関係もありますので、総合医は切り札となるのか、というテーマに絞ってお話ししたいと思います。

人口1万人当たりの医師数のグラフをみると明らかに、医師数は西日本に多くて、東日本が少ない、特に、東北、関東地域は少ないです。人口当たりの医師数が、10万人当たり150人（1万人当たり15人）以下というのが、先程、知事からもありましたように、茨城、埼玉、千葉です。地域偏在をなくそうとすれば、関東で言えば東京から医師が来なければ、地域偏在は是正できません。寄附講座、地域枠、いろいろな話がありますが、全国でやっていますので医師の地域偏在の差は縮まらないということです。寄附講座の額が1億円になるか、2億円になるか、5億円、10億円になるかという価格競争です。私は、寄附講座は医師不足の本質的な解決策ではないと思っています。

先進国の中で、日本の医師数、医療費の割合はそもそも少ないです。…〈図表－1〉、〈図表－2〉

その少ない日本の中で、茨城県の医師数はさらに少なく県北、県西、鹿行地域だと、10万人当たり100人以下となります。つくば医療圏は東京都並みです。…〈図表－3〉、〈図表－4〉

人口当たりの診療科別医師数は全国の順位で言うと、小児科医は最下位です。内科医も最下位です。全国の医療圏の平均との割合で言うと、内科医が最も低いです。私は、茨城県がん診療拠点病院協議会の会長をしておりますが、茨城県には都道府県を含めて、9つの地域がん診療連携拠点病院があります。この内の2つには、消化器内科医が充足していないということがありました。びっくりします。5大がんのうち3つが消化器がんなのに、その消化器がんを扱う内科医が不足している地域がん診療拠点病院があるのだということです。…〈図表－5〉

地域中核病院であっても、本当の意味での総合病院は少ないです。救急はできない、産科がなくなった、小児科がない、これで総合病院と言えるのか。これが現状です。もちろん、すべてそなえた立派な病院もいくつかはありますが、これだけ広い県土のなかで、実際に地域の中核病院だというのは非常に少ないのが現状です。…〈図表－6〉、〈図表－7〉

朝日新聞の社説（2013年4月30日）です。タイトルをみてびっくりします。「都道府県の責任は重大だ」。…〈図表－8〉

その内容ですが、社会保障国民会議が開かれている、2013年7月中には結論が出る、ここで考え方がわかってきた、朝日新聞としては基本的に賛成だ、と言っています。

ちなみに、社会保障国民会議に関係している現役の医学部の関係者は、私の弟 1 人だけです。あとは、経済学部、商学部、読売新聞、野村総研、日本総研などです。

国民健康保険の話も出てきますが、地域ごとの医療デザインを決めるということが大きな話題になっています。今までは、国がいろいろ行ってきたがもう限界である、と述べています。その例として、看護師を一気に集めて、大都市の中小病院が人で不足に陥るといふ、今から 8 年前にこのようなことが起きました。今も看護師不足が言われているのは、このことが原因となっています。東大病院は、全国から、特に関東から看護師を集めました。朝日新聞の社説によりますと、それは、失敗例であると書いてあります。当時の東大病院長は弟ですので、複雑な思いがします。…〈図表－ 9〉

国民会議では、地域ごとに考えなさいと言っています。ある分野の医師を 1 つの病院に集めれば、余裕ができるだろう。だから集約化しなさいということです。水戸地区で言えば、茨城県立中央病院と水戸日赤病院と水戸医療センター、あるいは、水戸協同病院が一緒になれば 2,000 床位の病院になります。そうすると働きやすくなるだろう。このような提案です。…〈図表－ 10〉

この社説によれば、今まで都道府県は県立病院を作って地元の大学にお任せ。こんなことで地元の医師会と渡り合えるか。地域の複雑な事情を調整できるか。ともかく心配はいっぱいあるが、国任せではなく、各都道府県が明確な方針をもってやりなさいと。消費増税分で費用は出しましょう。このような内容です。賛成できますか、みなさん。

お金を出せば医師は動くのでしょうか。医師の偏在はお金で解決するのでしょうか。

厚生労働省の医療政策のトップは、自治医大の卒業生の原徳壽先生です。日本医事新報のインタビューに対して彼は「強制的偏在是正は無理」と答えています。医師に「ここに行きなさい」というのは無理。強制的に押し付けてもうまくいかない。自ら納得する体制を作らなければいけない。そう述べています。確かにそうかもしれませんが、国が動かずに県だけで地方の医師不足を是正するのは無理ではないでしょうか。…〈図表－ 11〉

別の記事によれば、寄附講座で鹿島労災病院になんとか整形外科 3 名が確保された。どの都道府県でも寄附講座を作っておりますので、後は価格競争になっていきます。早いもの勝ちです。「お金で医師集め」。そういう印象は免れません。…〈図表－ 12〉

医師の理念と矜持に頼る医師集めはできないのか。「茨城は大変なので何とかお願いします」とお願いにあがると、主に都会の大学で言われます。「人さえいれば協力はおしまないが、無い袖は振れない。」「大学病院も大変なんだよ。」「人材不足なんです。」「経営も大切です。」「茨城のことは茨城ですべきです、なんで我々が出なければいけないのか。」「『地方に行け』という、医局員から大学を辞めてしまうと言われてしまうのです。」「仮に出ずにしてもきちんとした指導體制、診療体制が整っているところのみ例外として認める。」、こういう言われ方をされます。…〈図表－ 13〉

都内の病院が出している医師募集をお見せします。「当直は少なくしてあります。」「年収は

これこれを保障します。」「循環器内科大歓迎、当直免除は相談して考えましょう。」「週 4.5 日勤務。呼吸器内科医など」「こういう恩恵があります。」等々。このような募集が出ています。地方では考えられない好条件です。…〈図表－14〉

これで、「医師は理念に基づいておのずと行動してくれるでしょう」と言う医政局長の言葉がどうしても、私は信用できません。私は、茨城県の医療をいろいろ考えてきました。又、大学では医療者教育を熱心にやりました。医療者側のレベルアップは、かなりなされています。後は、医師の絶対数不足をどう補うかというところに、結局は行き着くだろうと思います。医師の絶対数が少ない中でどうしたら良いかということで注目されているのが、総合医、あるいは最近では総合診療医と呼ばれていますが、これへの期待です。…〈図表－15〉

例えば、専門病院では、お腹が痛い、胸が痛い、痙攣がおきた、咳がでる、というそれぞれ症状に対して、消化器内科医、循環器内科医、神経内科医、呼吸器内科医の 4 人の医師が必要となります。

しかしながら、総合医が 1 人いると 8 割ぐらいの内科的疾患の診療ができます。重症者は専門病院に回しますが、軽症者の場合、総合医が 1 人いれば、いわゆるプライマリー・ケアとして対応ができます。…〈図表－16〉、〈図表－17〉、〈図表－18〉

最近の患者さんは高齢者が多いので、1 人で多くの病気を持っています。1 人の患者さんを診るのに例えば 5 人の専門医が必要です。1 人の患者さんに 5 名の専門医が診るというのは、効率性からみても良くないです。しかし、総合医が 1 人いれば、だいたい診られます。本当に必要な重症者はそれぞれの専門病院に送ればよいということで、総合診療医の役割が重要視されてきております。…〈図表－19〉、〈図表－20〉

2013 年 4 月 22 日付で、厚生労働省から専門医の在り方に関する検討結果が発表されました。新しい専門医制度が 3 年後から始まりますが、それに関する内容です。基本領域の内科、外科、皮膚科、産婦人科等 18 ありますが、プラス総合診療科（仮称）を作りましょうというものです。従来、基本領域の内科や外科などは 2 つを取ることは出来ませんでした。基本領域の専門科を維持するためには、大変な努力を要します。そこに新たに、19 番目に総合診療科をつくる訳です。理論上は、他の専門医を兼ねてもいいということになっているようですが、先程も言いましたように、1 つの専門医を更新し続けるだけでも大変な努力が必要です。2 つの専門医資格を維持するのはまず無理です。従って、総合診療科は独立せざるを得ないだろうと思います。…〈図表－21〉

現在の診療科に総合診療科を入れたということは、総合診療科の役割を国民に明示したという点で、確かに価値があると思っています。聖路加国際病院の福井院長が同じ委員会で、これからは、総合医が 1 次レベルの外来患者をすべて診るべきではないか、その後はそれぞれの専門家にみてもらうという考え方を示しています。確かに切り札になりそうですが私は少し違う考えを持っています。…〈図表－22〉、〈図表－23〉

基本領域 18 科の専門医が 2010 年に 14 万 7 千人います。この時の医師数が 28 万 6 千人

ですから、医師の半分以上は、決して重なり合うことのない基本領域の専門医なのです。例えば、私が属している日本外科学会は、外科医が減少して危機だというわけで、外科学会の会員数を増そうとする訳です。産婦人科も然り、小児科も然り、内科も然り、リハビリに至っては3倍必要だ。麻酔科ももっと必要だ。専門医の数をそれぞれの学会はみな増やそうとしています。専門医以外の人たちは初期研修医を入れても、残りあと14万人位の枠しかありません。その部分を既存の18科が競って取ろうとしますから、いったい総合診療科にどれほどが行くのか。おそらく全然足りません。聖路加国際病院の院長が言うように、1次診療はすべて総合医で診ようとなると、何万人いれば出来るのかということになります。…〈図表－24〉

たぶん出来ないでしょう。パイが非常に限られている中で、どうやるのかというのは、それぞれの学会、あるいは、医療の現場に立つ者がもっともって考えていかなければなりません、無力感を感じます。でも一所懸命やっています。…〈図表－24〉

厚生労働省の原医政局長は、「総合診療科を基本の分野に加えましょう。」と言ってくれたのはいいのですけれど、「何人要請するのですか」という質問には、「何も言えない」。「仮に総合診療医が多くなればその他の専門医の必要数は少なくなるであろう」。パイは同じですので、外科学会も、産婦人科学会も、小児科学会も専門医を減らしたらいいのではないかという意味合いに聞こえます。「こういうものは、患者のニーズに応じて自ずと動くものだと考えている。」とも原医政局長はおっしゃっていますが、私としては腑に落ちません。…〈図表－25〉

私は、専門医であっても総合医として働け、総合医は専門医としての能力を持って、と考えています。専門医か総合医かで分けるのではなく、「専門医でかつ総合的な診療能力を持って」、「総合医はそれぞれ専門領域を持って」と主張しています。

例えば、消化器外科でお世話になりますという若いドクターが私の病院に赴任してきますと、私は、そのほかの専門は？と聞きます。最低、1人3つぐらいの専門を持ってもらわないと、地域でやっていくのは難しいのではないかと思います。又、専門を広げることによって医師の診療能力は格段に進歩します。私は消化器外科医ですが、出来るだけ多くの病気を診ようとします。骨折も可能な範囲で診るようにします。だからこそ、勉強の努力をしますし、なぜ、私が診ざるを得なかったのかという事情を患者さんに説明しご納得いただくし、応急的診療が済めば私の知っているネットワークを使って専門医に紹介するようにしています。…〈図表－26〉

私は、救急にしても、がん診療にしても、全員参加型の医療が必要であると主張しています。少子化でお金もない、人もいないその中で日本の医療をどうしていくのか。2060年頃から高齢化率は40パーセントになります。しかも、2100年を超えて続きます。高齢化率が50年以上、40パーセントで続くというのは、有史以来初めてのことであり、どこの国も経験したことがありません。だからこそ日本が試みるべき、パイオニア的領域なのだということを知ってほしいと思います。…〈図表－27〉

医師不足なら、県民全員が医師になればいいのではないのでしょうか。医師の仕事というのは

さほど大したものではありません。胸のレントゲン写真を見て肺がんはどれですかと試しに聞いてみます。肺がんはある大きさ以上であれば、だれにでも判ります。要するに教えてないから、判らないだけです。医療について関心のない人も自分の命にかかわる医療のことは本来絶対に知らなければならないと考えています。そうするにはどうしたらよいか。義務教育に入れるしかないのです。がんの話、糖尿病の話、高血圧の話。みなさん小学校で習ったことがありますか。ほとんどないと思います。これは間違っています。自分の責任による健康管理を心がけるべきです。やがて自分が胃がんになるかもしれない、大腸がんになるかも知れない、糖尿病になるかも知れないのです。病気への理解、バイスタンダー救命も必要です。例えば私がここで倒れた場合、誰が助けてくれるか。みなさんです。A E Dなど救命処置も発達しています。仮に失敗しても責任は問われません。そういう法律も作っていただきました。こういうことも、小学校の1年生から習えばいいのです。又、一般の人の知識が向上すれば、我々はプロですので、プロとしての知識をもっと持たなければならなくなります。勉強不足だと一般人に超えられてしまいます。…〈図表－28〉、〈図表－29〉

又、例えば、野球でイレギュラーボールを取り損ねた選手に対して、けしからんとはだれも言いません。そういう風に医療行為にも正当な評価をしていただけるようになるのではないのでしょうか。少子高齢化ですので、医療福祉に関心を持ってもらえるようになることも期待できます。救急車の適正利用もできるようになるのではないのでしょうか。インフォームドコンセントは時間がかかりますが、ある程度の知識が患者さん側にあれば、それほど時間をかけずに診療ができます。このようなことが、医療者の絶対的不足を補う切り札となるのではないかと考えます。…〈図表－29〉、〈図表－30〉

私は、医療教育を義務教育の正規の授業に入れてもらえないかと各方面にお願いしていますが、学習指導要領があり、すぐには変わりません。「茨城県としても医療教育の方に力を入れていきます」という茨城県知事の答弁をいただいているのが救いです。…〈図表－31〉

ご清聴ありがとうございました。

茨城県の地域医療を考える

～総合医は切り札となるか？～

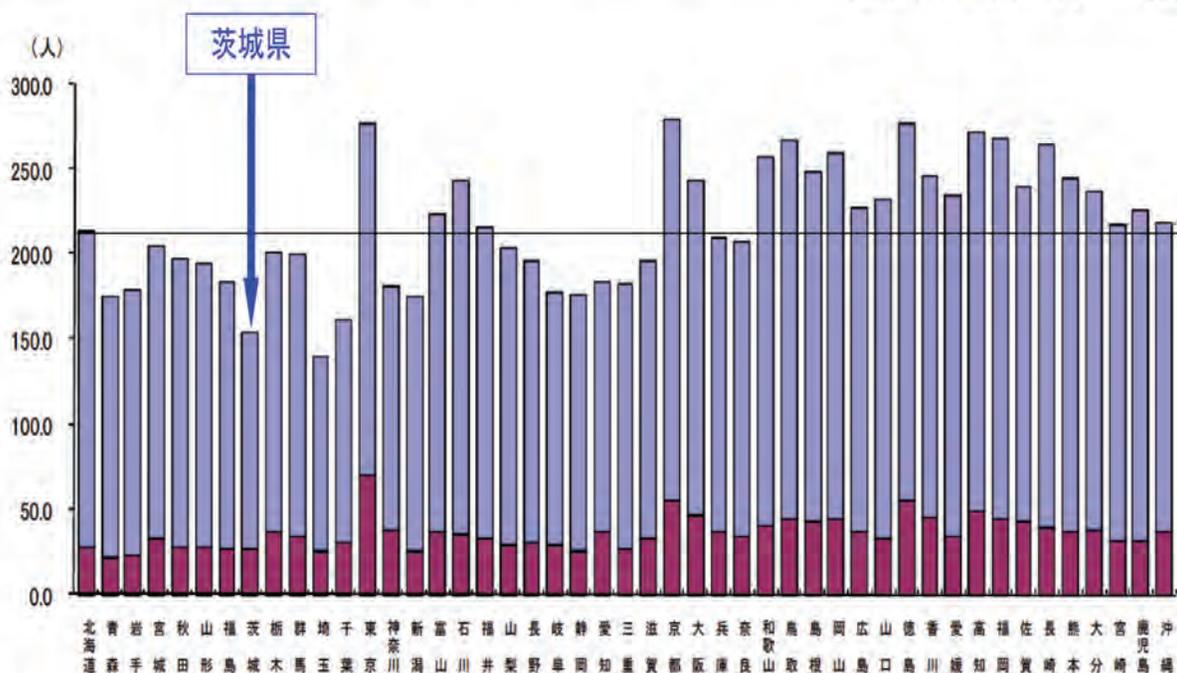
茨城県立中央病院院長 永井秀雄



〈図表－1〉

都道府県(従業地)別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

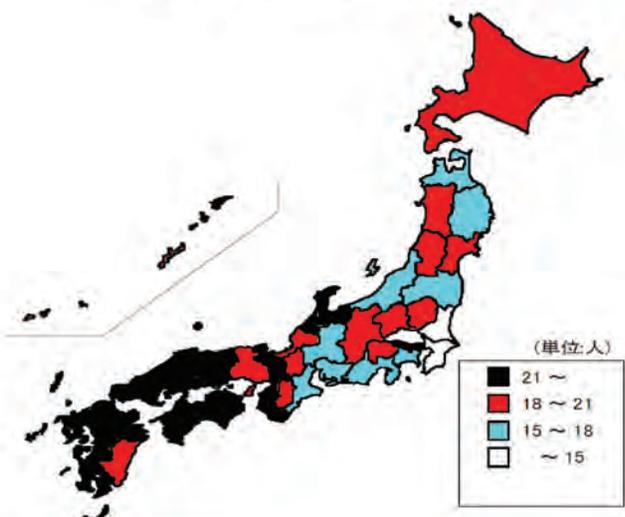
平成20(2008)年12月31日現在



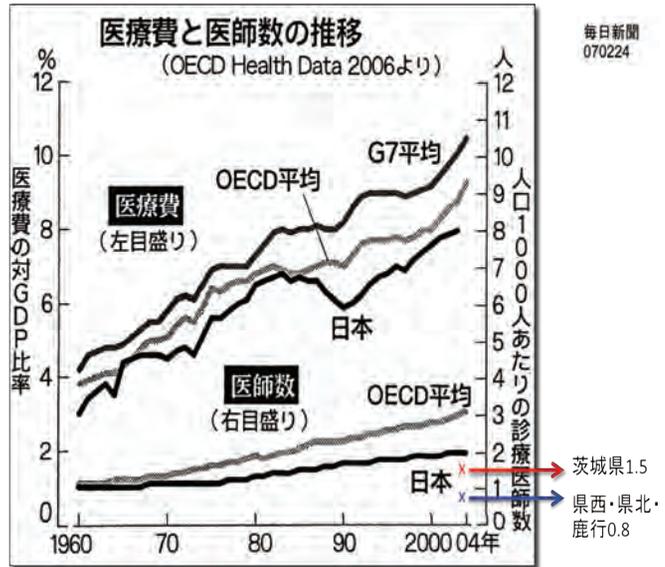
出典: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

〈図表－２〉

医師数(人口1万人当たり)

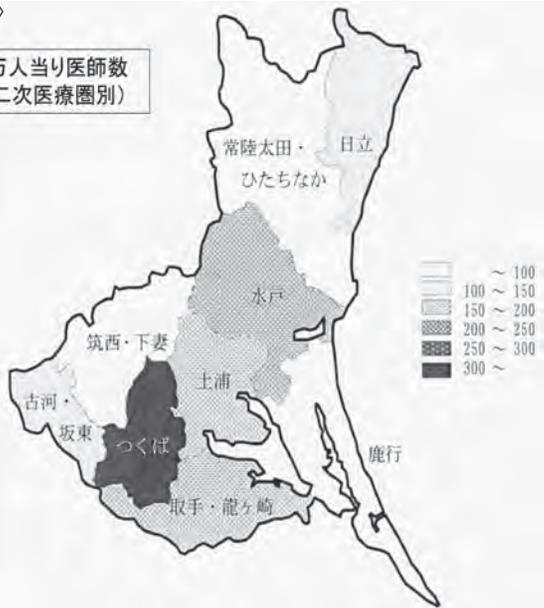


〈図表－３〉



〈図表－４〉

人口10万人当り医師数
(茨城県二次医療圏別)



〈図表－５〉

茨城県の人口10万人対医師数
H20調査(○内は全国値)

小児科	8.3 (11.9)	[47位]
産婦人科	6.7 (8.1)	[41位]
麻酔科	3.5 (5.5)	[45位]
内科	34.1 (49.2)	[47位]
外科	9.6 (13.2)	[44位]



〈図表－６〉

茨城県の地域中核病院

真の意味の総合病院は少ない！

- 救急ができない。
- 産科がなくなった。
- 小児科ができなくなった。
- 消化器内科医がいない。
- がんの専門家がいない。
- 化学療法法の専門家がいない。
- 放射線治療ができない。



〈図表－７〉

常勤医14人が退職 鹿島労災病院

地域医療へ影響じわり

外来激減・救急対応困難に

鹿島労災病院は、今年度から診療科目を大幅に縮小した。大学医師などから医師の応援派遣を受け入れる困難になっている。患者が流れて近隣病院の負担が増えるなど、地域医療全体の影響も出かねない。

鹿島労災病院は、今年度から診療科目を大幅に縮小した。常勤医14人が退職し、診療科目は産婦人科、小児科、麻酔科、内科、外科の計14人が退職した。出陣の大学医師の都合も、調子の悪化も影響している。救急搬送についても、引継ぎの体制も整っていない。

鹿島労災病院は、今年度から診療科目を大幅に縮小した。常勤医14人が退職し、診療科目は産婦人科、小児科、麻酔科、内科、外科の計14人が退職した。出陣の大学医師の都合も、調子の悪化も影響している。救急搬送についても、引継ぎの体制も整っていない。

鹿島労災病院は、今年度から診療科目を大幅に縮小した。常勤医14人が退職し、診療科目は産婦人科、小児科、麻酔科、内科、外科の計14人が退職した。出陣の大学医師の都合も、調子の悪化も影響している。救急搬送についても、引継ぎの体制も整っていない。

〈図表－8〉

日本の医療や介護が抱える問題に、どう対応するか。首相の下に置かれた社会保障国民会議で、大きな改革の方向性が見えてきた。地域の事情にあった「ご当地医療」をつくる。そのために、都道府県の権限と責任を大きくし、消費税増税の財源をあてる。そんな内容である。基本的に賛成だ。

2013.4.30朝日新聞社説

都道府県の責任は重大

東大名誉教授 神野 直彦	自治医科大学学長 永井 良三	日本総合研究所調査部上席主任研究員 西沢 和彦	野村総合研究所顧問 増田 寛也	目白大学大学院生活福祉研究科客員教授 吉武 剛	北海道大学大学院法学研究科教授 宮本 太郎	神奈川県立保健福祉大学名誉教授 山崎 泰彦
慶應義塾長 原 久夫	学習院大学経済学部教授 元 元	国立長寿医療研究センター総長 伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授 大日向 伸一	慶應義塾大学経済学部教授 榎本 善一	慶應義塾大学経済学部教授 駒村 康平	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長 榊原 智子

〈図表－9〉

日本の医療や介護が抱える問題に、どう対応するか。首相の下に置かれた社会保障国民会議で、大きな改革の方向性が見えてきた。地域の事情にあった「ご当地医療」をつくる。そのために、都道府県の権限と責任を大きくし、消費税増税の財源をあてる。そんな内容である。基本的に賛成だ。

2013.4.30朝日新聞社説

都道府県の責任は重大だ

都市部と地方では、医療機関の数、高齢者の数や人口密度など事情が異なる。ビジョン策定で都道府県がより大きな責任を持つのは自然な流れだ。厚生労働省のこれまでの医療政策は全国一律の手法に依存してきた。個々の診療行為の公平価格である診療報酬を上げ下げし、病院を望ましい方向に誘導するのが軸だが、間接的な手法ゆえの限界が見えてきている。集中的に治療を行うために「手厚い看護」に高い価格をつけたら、都市部の大病院が看護師を一気に集めて、中小病院が人手不足に陥るなど混乱したものは、わかりやすい失敗例だ。

〈図表－10〉

国民会議では、地域医療や介護のための基金を設け、消費税増税の受け皿にし、病院機能の集約や転換に必要な費用を補助する案が委員から示された。こうした投資的経費は、診療報酬で賄うのは難しい。補助金という直接的な手法をどう有効に使うか検討を進めたい。病院機能の集約は、地方の医師不足緩和にも貢献している。ある分野の医師が一つの病院に集めれば、勤務に余裕ができて、人材を採用しやすいからだ。同じ病院に手術を集中させ、医師が腕を磨ける環境もつくれる。これまではベッド数の規制が主な仕事で、県立病院はつくっても、医療の中心は、医師を派遣する地元大学の医学部にお任せするのが一般的だった。それが、専門性の高い医療の中心に立ち入り、企画・調整する仕事を担えるのか。

政治力のある地元医師会と対等に渡り合えるか。医師たちの言うがままに、補助金をつけるようにならないか。市町村と違って住民と直接の接点が少ない都道府県が、地域の複雑な事情をふまえた調整ができるか。心配の種は無数にあるが、国が特に人材面で支援し、克服していくしかない。地域の医療・介護は、国任せでは成り立たない。都道府県が将来像を描き、その費用の一部をまかなう国保にも責任を持つ意味は大きい。高齢ニッポンにおける「地方分権」の成否がかかっている。

〈図表－11〉

強制的な偏在は正は無理

— 検討会では、医師の偏在は正に専門医制度を活用すべきかどうか最後の大きな論点になった。厚生省は現在この問題をどう考えているのか。特に総合診療医について、偏在は正に活かす考えは。結果として医師の偏在は正につながればいいというほどのニュアンスだ。そもそも、医師に「ここに行きなさい」「この診療科を選びなさい」と言うのは私は無理な話だと思っている。強制的に押しつけてもうまくいかない。日本の医師は、それが必要だと思えば、やってくれる人が多い。自ら納得して選ぶ体制をつくらないといけない。基本的には、病気のあるところに医師が必要とされる。患者の数・密度に応じてその地域に必要な専門医の数が決まってくるので、自ずから正しい方向に行くだろう。

我が国が近代医学を導入して以来の大きな改革になる

インタビュー 日本医事新報2013.6.1(抜粋)

原 徳壽 厚生労働省医政局長

〈図表－12〉

鹿島労災病院

整形外科医3人確保

入院患者受け入れ再開へ

寄付講座

止むを得ぬことは言え、大学から「お金で医師集め」の印象は免れない。

医師の理念と矜持に頼る医師集めは時代遅れとなったのか？

〈図表－13〉

理念に訴えて派遣をお願いしても多くの大学で言われること

- 人さえいれば協力は惜しまない。しかし無い袖は振れない。
- 大学病院内においては各部署の役割分担が増え、人材不足に拍車をかけている。
- 大学の経営を優先させなければならない。
- 茨城のことは茨城県でまず対応すべきである。
- 地方に行けというと「それならば大学を辞める」と言われてしまう。
- 派遣要請に答えているのは指導体制の整った病院に対してである。

〈図表－14〉

【常勤】腎臓内科<外来・病棟管理・透析室管理をお願いします> (54471)
☆当直少なめ/車通勤可/透析装置39台/専門医訓練施設・臨床研修指定病院

【勤務地】東京都江戸川区
【年収】1200万円～1800万円

【常勤】内科系<消化器内科を除く内科系の方、歓迎！循環器内科だと尚可>
☆☆急募>駅徒歩8分/当直免除応相談/週4.5日勤務/自動車通勤可 (63004)

【勤務地】東京都杉並区
【年収】1200万円～

【常勤】呼吸器内科<残業ほぼなし！専門性を持っている方大歓迎> (55796)
☆駅から徒歩4分/週4.5日～OK/早遅番・当直応相談/学会認定施設/車通勤可

【勤務地】神奈川県横浜市
【年収】1200万円～2000万円
*転居費用補助・借上社宅提供あり

**大都市圏では、
好条件の医師募集が
あふれている！**

〈図表－15〉

総合(診療)医への期待

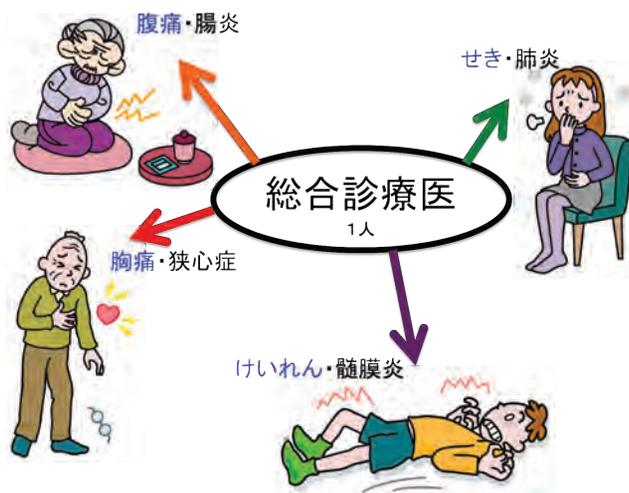
〈図表－16〉



〈図表－17〉



〈図表－18〉



〈図表－19〉



〈図表－20〉

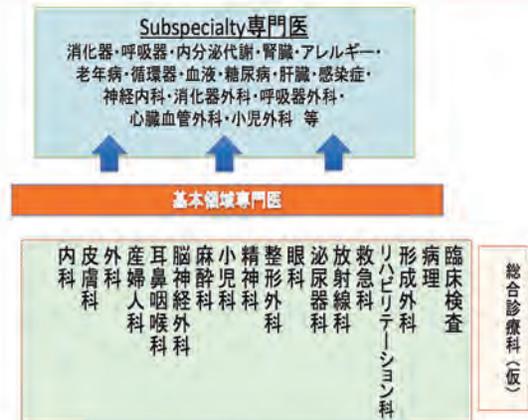
総合診療医が1人いれば・・・



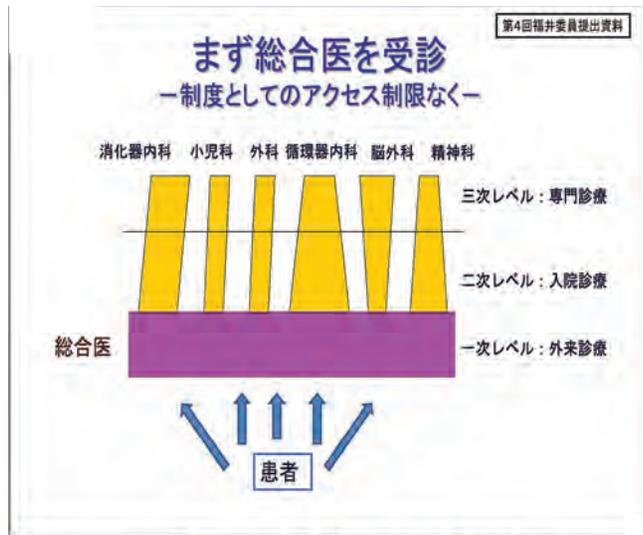
〈図表－21〉

第2回池田委員提出資料

新たな専門医制度の基本設計



〈図表－22〉



2013.4.22 専門医の在り方に関する検討会 報告書(厚生労働省)

〈図表－23〉



〈図表－24〉

日本専門医制評価・認定機構		(平成22年8月現在)	基本領域の専門医にはダブリがない。
学会名	専門医名称	専門医数	
I. 基本領域の学会			
日本内科学会	総合内科専門医	14,179名	全医師数:28,670名。
日本小児科学会	小児科専門医	14,052名	
日本皮膚科学会	皮膚科専門医	5,736名	全医師の半数が既に専門医。
日本精神神経学会	精神科専門医	10,443名	
日本外科学会	外科専門医	20,181名	非専門医には専門医予備群または専門医非希望者、さらに初期研修医約16,000名が含まれる。
日本整形外科学会	整形外科専門医	17,924名	
日本産科婦人科学会	産婦人科専門医	11,938名	いずれの診療科でも専門医の大幅な増加は見込めない。
日本眼科学会	眼科専門医	10,161名	
日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	8,333名	
日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	6,291名	
日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医	7,024名	
日本医学放射線学会	放射線科専門医	5,491名	
日本麻酔科学会	麻酔科専門医	6,095名	
日本病理学会	病理専門医	2,085名	
日本臨床検査医学会	臨床検査専門医	601名	
日本救急医学会	救急科専門医	3,043名	
日本形成外科学会	形成外科専門医	1,831名	
日本リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医	1,729名	
合計 147,137名			

〈図表－25〉

総合診療医問題と専門医制度改善

「我が国が近代医学を導入して以来の大きな改革になる」

インタビュー 日本医事新報2013.6.1(抜粋)

原 徳壽 厚生労働省医政局長

「一国として総合診療医の育成に関わる考えは、また、総合診療医は全国でどのくらいの人数が必要とみるか。」

総合診療医の数について、検討会の報告書では「現段階で具体的に養成数を設定することは困難」とされた。一隅に「これくらい」とは言えないが、仮に総合診療医が多くなれば、その他の領域の専門医の必要数は少なくなるだろう。そこは第三者機関で全体をみながら議論していただきたい。私は、こういうものは患者のニーズに応じて自ずと動くものだと考えている。

〈図表－ 26〉

**私見「切り札」
専門医と総合医との融合！**

病院全体として、医師個人としても融合させる。
専門医であっても総合診療能力を身につける。
総合医であっても専門分野を持つ。



〈図表－ 27〉

茨城県病院協会報 No. 79 (2011.1)

全員参加型の医療



理事 永井 秀雄

日本の医療は、閉鎖の世代とその二世が高齢者の仲間入りをすると、厳しさを増す。少子化が拍車をかける。国力が落ち、経済が斜陽化する一方で、高齢者すなわち患者が爆発的に増加する。今の倍の厳しさが40年後に必ずやって来る。そして以後30年以上続く。まずその説明をしたい。

日本の高齢者（65歳以上）は現在2900万人、高齢化率は22%である。2050年に3760万人37%となる¹⁾。高齢化率はこの直後に40%を越え、2105年になっても40%台が持続する。

日本人の年間死亡数は現在119万人。2024年に150万人を越え、ピークの2038年（166万人）を

合衆国240%増（1兆900億→3兆7500億ドル）、イギリス200%増（1兆6400億→4兆9200億ドル）、フランス179%増（1兆5100億→4兆2200億ドル）、ドイツ108%増（2兆1500億→4兆4700億ドル）、イタリア156%増（1兆2400億→3兆1700億ドル）。日本は、今の新興国とは2桁、今は仲間の先進国とは1桁、伸び率が劣る。

今の医療が大変だと言っても、もっと凄い大変さが間近に迫っており、そのもっと凄い大変さを長期間この国は耐えねばならない。患者が増え、人手も金もないという最悪の世紀が続くのである。

〈図表－ 28〉

本物の切り札は…

**医師不足なら
県民全員を
医師にすればよい！**



〈図表－ 29〉

医療教育を始めた県立中央病院長
永井 秀雄さん

「茨城モデル」つくる



「医療教育を始めた県立中央病院長 永井 秀雄さん」の講演内容が、この冊子に掲載されています。医療教育の重要性、医師不足の現状、そして「茨城モデル」の構築について詳しく解説されています。

医療の義務教育導入の意義

1. 自己責任による健康管理
1. 自らの疾病に対する理解
1. バイスタンダー救命
1. 医療者のレベルアップ
1. 医療者への正当な評価
1. 医療福祉に対する関心
1. 救急医療の改善
1. 一般診療の効率化

〈図表－ 30〉



〈図表－ 31〉

県議会議事録 平成22年3月 予算特別委員会

知事(答弁要旨)

医療教育につきましては、中央病院の永井院長が積極的にこの現場へ出ていろいろなことを活動を展開してくれているところでございまして、友部小学校、友部中学校においては、沐浴体験、看護実体験、模擬診察体験等をやっていたいただいているところです。

こういった形で、子供たちに医療というものについて関心を持ってもらうということは、自己責任による健康管理、みずからの疾病に対する理解、あるいはバイスタンダー救命、あるいは医療者のレベル向上、医療者への正当な評価等々、いろいろな面で大変意味を持っているものと考えております。

正規の科目ということについては、学習指導要領が改訂されたばかりですので難しいかと思いますが、本県では、来年度、教育プランを改訂することとしております。その中で、特に、今の御指摘も踏まえまして、命や暮らしを守る教育というものを体系的に位置づけて、保健の授業などでの指導を一層充実させてまいりたいと考えております。

パネラー提起

「県境の医療 とりわけ鹿行の医療」

神栖済生会病院 院長 高崎 秀明

神栖済生会病院の高崎です。永井先生のお話を伺いまして、私は、消化器外科、一般外科、整形科、麻酔科もやっています。健康診断もやっています。それから外に出て産業医もやっています。なんでもやらざるを得ません。

都道府県別の人口10万人当たりの医師数のグラフです。1番は京都府、2番は東京、47番は埼玉県、46番は茨城県、45番は千葉県、神奈川県も低いです。西高東低で、東は首都圏で東京が一極集中です。…〈図表-1〉

県境の話で、鹿行地域の県境は千葉県です。茨城県の医療圏は9に分かれています。その中で、平成22年数値ですと、鹿行地域は、人口10万人当たりの医師数は96.4です。常陸太田・ひたちなか94.0。筑西・下妻99.7。茨城県の県境の医療圏は低いということが数字で出ています。水戸医療圏は209.8ですが、実は全国平均より低いです。かろうじて、つくば医療圏が、大学がある関係でしょうか、高いですが、それ以外の医療圏は、全国平均より低いです。…〈図表-2〉

二次医療圏の医師数ですが、鹿行地域は28万人の人口に対して、医師数269人。この数値を覚えておいて下さい。つくばは1,000人を超える。水戸は約1,000人です。…〈図表-3〉

鹿行医療圏は、行方、鉾田、鹿島、潮来、神栖ですが大きな病院はそれほどありません。行方地域総合病院、鹿島に小山記念病院、神栖に白十字総合病院、神栖済生会病院、それから、鹿島労災病院です。

神栖済生会病院は、以前は波崎の先端に波崎済生病院がありましたが老朽化したので、平成17年に新築移転というかたちで、神栖に移ってきました。鹿行地域で一番大きかったのは鹿島労災病院で300床、40人位のドクターがおりました。それから、利根川をはさんで銚子市立病院がありましたが、閉鎖ということになりましたので、大きな問題になりました。

3次救急となりますと、千葉県の旭中央病院、1,000床、ドクターが250人位いる大きな病院ですが、ここにお願ひすることが多くなっています。…〈図表-4〉

済生会病院についての説明をします。

明治44年に、明治天皇が「済生勅語」を発し、困っている人に無料で治療しましょうということで、生活困窮者に対する医療を行う団体を提唱されました。

平成23年に創立100周年を迎えました。全国に80の病院と300を超える福祉施設を運営する、日本最大の社会福祉法人です。茨城県では水戸に済生会病院、その隣に茨城県立こども病院、常陸大宮市、龍ヶ崎、そして神栖済生会病院と5つの病院がございます。茨城県済

生会の会長は、橋本昌茨城県知事です。…〈図表－5〉

神栖済生会病院は、平成17年3月、波崎済生病院から新築移転しました。

許可病床は4つの病棟がありまして、トータルで179床です。開院の時には、内科、外科、産婦人科、整形外科、眼科でやってきました。開院時から1つ病棟は閉鎖しておりました。3病棟で運営しておりましたが、平成22年9月にさらに、病棟を1つ閉鎖し、現在は93床で半分の病棟で運営しています。…〈図表－6〉

開院してから、半年たって産婦人科医2名の派遣の打ち切りがありました（平成17年11月）。1年後には、小児科医2名が退職しました。

それから平成21年4月には整形外科医2名が派遣打ち切りになりました。平成22年には内科医2名が派遣打ち切りになりました。

このように大学からの派遣が立て続けに切られまして大変困りました。

しかしながら、医師が増えたこともありました。小児科医が平成22年から順調に増えてきてまして現在5名体制で小児科だけは何とか充実した医療をすることが出来ています。…〈図表－7〉

診療科別常勤医師数ですが、平成17年度からの推移をみますと、最悪の年には、9名まで減ってしまいました。その後少しずつ増えてきましたが、小児科は増えてましたが、内科は、相変わらず少ない人数でやっております。現在も医師不足で大変苦戦しています。

病院の経営は医師数がある程度充足されないとなかなか成り立ちません。当病院も苦しい経営をしていますが、茨城県、神栖市からのいろいろな援助をいただきまして何とか運営しております。…〈図表－8〉

次に、千葉県の銚子市立病院についてですが、平成20年の9月に運営を休止しました。これは、医師不足、経営状態の悪化によるということですが、その前に、大学からの医師の引き上げがありました。運営が休止された後、市長がリコールされて失職してしまいます。選挙で運営を休止を決めた元市長が当選して、現在、指定管理者による診療を再開しています。

実はこの市長が大学と医師の派遣に関してトラブルがあったということで、医師の派遣がなくなってしまって市立病院の廃止をしようとして選挙で負けまして、対立候補の病院を存続する市長が当選しましたが、実際には市立病院の存続政上等から無理だったということで休止しました。その結果リコールによって当初廃止を決定した元市長が病院再開を訴えて当選しました。

現在は70床ぐらいですが、常勤の医師は、おそらく1ケタで毎年多額の金額を銚子市が穴埋めとして負担しています。お金を出してもらって病院運営をするのはいいのですが、それに伴う効果があればいいのです。現在の銚子市立病院は、医師の数も病床数も少なく、なおかつ大きな赤字を出しています。

昨年の市議会で市長の提案していた赤字の補てん案が否決されました。…〈図表－9〉

次に、鹿島労災病院についてですが、4年前までは、中核病院といって言い働きをしてい

た病院です。病床数 300 床で常勤医師が 39 名で、機能していた病院が、平成 24 年 3 月、25 年 3 月の 2 年間で、内科医、外科医、整形外科医が大量に退職してしまいまして、平成 25 年 4 月には 10 名まで減りました。ですから 29 名減った訳で、この 29 名という数字は、鹿行地域の医師数は、270 名ほどしかいませんから 1 割がいなくなってしまうということになります。神栖済生会病院の規模から見ると、神栖済生会病院 2 つ分の医師がいなくなってしまうということです。これは、この地域にとっては、重大なことで、医療崩壊といっても過言ではないのではないかと思います。大変影響は大きいです。…〈図表－10〉

平成 22 年度から平成 24 年度の 2 年間で入院・外来患者数、救急搬送患者数は半減しています。残りの人はどこに行ったのかということですが、神栖済生会病院にもかなりきましたが、整形外科医がいなくなっていますし、内科医は 3 名しかいません。受け皿になることが出来ません。…〈図表－11〉

一番困っているのが、救急医療です。

収容平均所要時間（119 番通報から何分後に病院に収容されるか）ですが、平成 20 年には、44.5 分。それからだんだん伸びてきて、平成 24 年には、10 分ぐらい伸びています。本来この数値は、水戸地域では、30 分を切る数値ではないかと思いますが、収容平均所要時間が長いところがさらに長くなってしまったということです。搬送される医療機関ですが、鹿行管内には、平成 20 年では 80 パーセントで、県内の他の地域 6 パーセント、県外、主に千葉県にいくのが 13 パーセントでしたが、平成 24 年には、鹿行管内に搬送されるのが約 10 パーセント減少しました。鹿行管内で処理しきれないので県内の他地域、そして県外、千葉県の旭中央病院がメインになってきます。最近では、小見川とか、佐倉、そして成田市の日赤病院などにも搬送されています。この数値が現在の鹿行地域の救急医療の現状を如実に表しているのではないかと思います。…〈図表－12〉

医師不足の原因についてですが、臨床研修医制度による影響、医師の偏在、過重労働、訴訟リスクなど、みなさんがご指摘しています。それから、専門医制度の普及と医師と患者の関係の変化。居住する地域の利便性、子供の教育環境。などです。

それから、女性医師の増加が挙げられます。我々が医者になる頃は、女性の医師は 10 パーセントと前後でした。現在は、50 パーセントに近いと思いますが、出産後の勤務支援が出来ていない。

結婚して出産した後に、職場に戻れない。このことを何とかしないと医師数を確保することは出来ないと思います。…〈図表－13〉、〈図表－14〉

医師不足への対策ですが、

- ①医学部の定員を増やすこと。
- ②女性医師の勤務支援体制。
- ③中核病院への医療資源の集中化。
- ④医療事故調査委員会の制度化。

などですが、根本的な解決策には結びつかないと思います。医療資源の集中化に関しまして、鹿行地域で集中化するには、鹿行病院と神栖済生会病院とプラス白十字病院とみんな合併すればよいと比較的簡単に申し上げられますが、県西地域の筑西・桜川の話がありましたが、2つの病院が合併するというのは本当に大変なことで、その努力はものすごいものがあると思いますが、そういうところも考えていかなければいけないと思います。

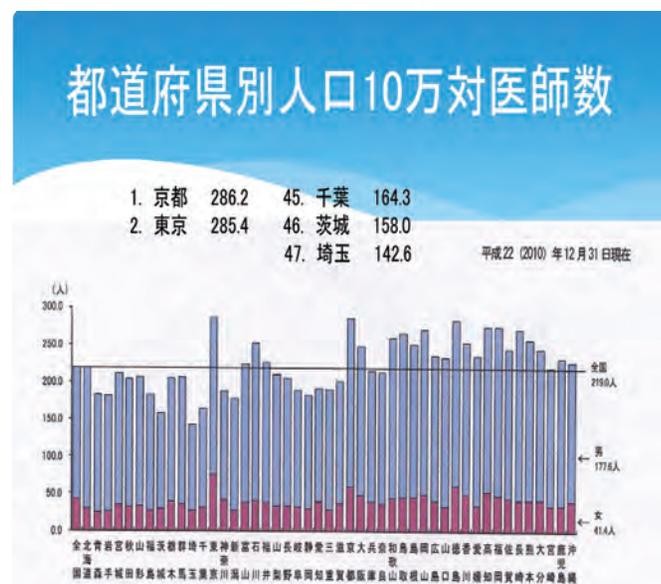
ご清聴ありがとうございました。

県境の医療 とりわけ鹿行の医療

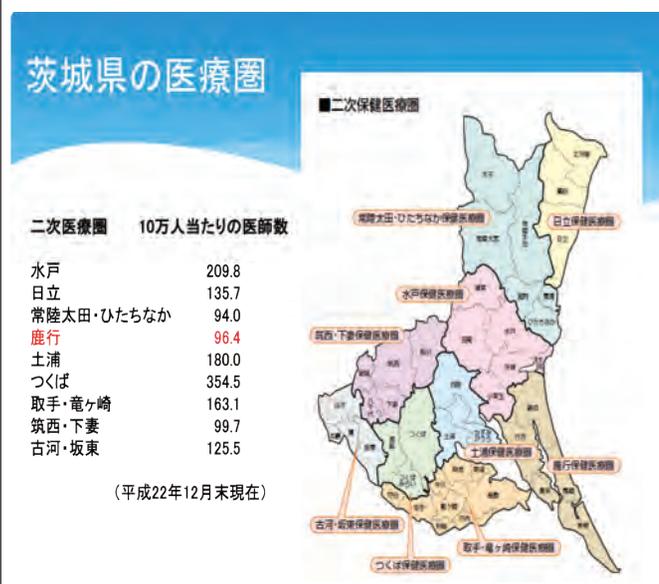
神栖済生会病院
院長 高崎 秀明

地域医療シンポジウム
2013年6月29日 大洗文化センター

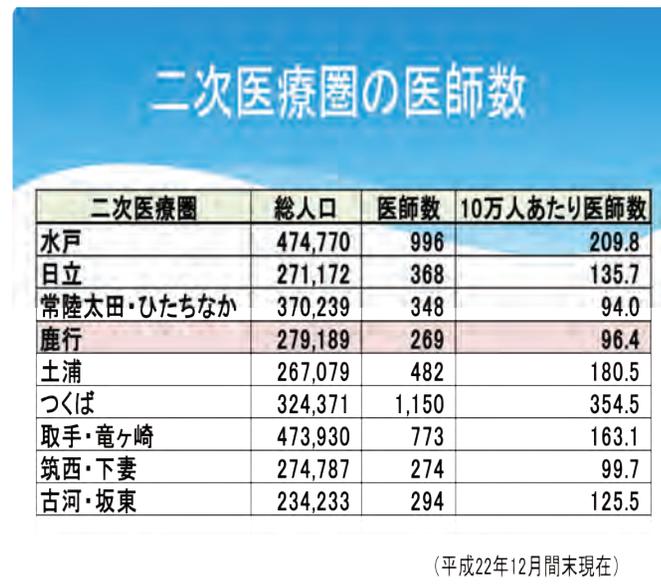
〈図表－1〉



〈図表－2〉



〈図表－3〉



〈図表－4〉



〈図表－ 5〉

恩賜財団 済生会とは

明治44年、明治天皇は、「生活苦で医療を受けることができずに困っている人たちを施薬救療(無償で治療すること)によって救おう」と「**済生勅語**」を発し、お手元金150万円を下賜され、生活困窮者に対して医療面を中心とした支援を行う団体の創設を提唱された。

平成23年創立100周年を迎え、現在、全国に80の病院と300を超える福祉施設を運営する、日本最大の社会福祉法人。

〈図表－ 6〉

神栖済生会病院

- 平成17年3月 波崎済生病院から新築移転
- 許可病床 一般病棟 140 療養病棟 39 計179床
- 開院時常勤医師数 内科 4 外科 3 産婦人科 2
小児科 2 整形外科 2 眼科 1
- 開院時より1病棟閉鎖し、3病棟で運営
- 平成22年9月 更に1病棟を閉鎖し、現在2病棟で運営

〈図表－ 7〉

開院後の推移

平成17年11月 産婦人科医2名派遣打ち切り
 平成18年9月 小児科医2名退職
 平成21年4月 整形外科医2名派遣打ち切り
 平成22年6月 内科医1名派遣打ち切り
 平成22年10月 内科医1名派遣打ち切り

平成21年4月 外科医1名増員
 平成22年10月 小児科医2名派遣開始
 平成23年6月 小児科医3名体制
 平成24年6月 小児科医4名
 平成25年1月 小児科医5名

〈図表－ 8〉



〈図表－ 9〉

銚子市立病院の経過

平成20年9月 運営休止 医師不足、経営状態の悪化による
 平成21年3月 市長がリコールにより失職
 平成21年5月 元市長が当選
 平成22年5月 指定管理者「医療法人財団 銚子市立病院再生機構」による診療再開

問題点
 高コスト体質の自治体病院
 三位一体改革により地方交付税が減少し、市の財政が悪化
 大学病院に頼る医師確保
 医療問題が政治問題に変化 etc

〈図表－ 10〉

鹿島労災病院について

	病床数	常勤医師数
平成22年4月	300	39
平成23年4月	300	33
平成24年4月	200	23
平成25年4月	100	10

平成24年3月 内科医 大量退職
 平成25年3月 整形外科医、外科医 大量退職

〈図表－ 11〉

鹿島労災病院について

	入院患者数	外来患者数	救急搬送患者数
平成22年度	235.1	700.5	1,504
平成23年度	189.0	613.9	1,285
平成24年度	103.7	420.0	822

〈図表－ 12〉

鹿行地域における救急の実態

	收容平均 所要時間(分)	搬送医療機関(%)		
		管内	管外(県内)	県外
平成20年	44.5	80.03	6.31	13.63
平成21年	45.6	77.27	6.02	14.47
平成22年	49.5	75.54	8.14	16.32
平成23年	51.8	75.38	8.92	15.65
平成24年	54.0	71.70	9.60	18.69

〈図表－ 13〉

医師不足の原因

- 絶対的医師数の不足 医療費抑制政策
- 2004年から始まった新臨床研修医制度による影響
- 診療科による医師の偏在 過重労働、訴訟リスク
- 専門医制度の普及 医師と患者の関係の変化
- 居住する地域の利便性、子どもの教育環境
- 女性医師の増加 出産後の勤務支援体制

〈図表－ 14〉

医師不足への対策

- 大学医学部の定員増
- 女性医師の勤務支援体制
- 中核病院への医療資源の集中化
- 医療事故調査委員会の制度化

プログラム

みんなの参加「いのちの対話」

地域医療「まもり」「育てる」シンポジウム

6月29日(土) 午後1時30分より
大洗町文化センター

開催趣旨

茨城県は、医師数(人口10万対)が全国46位、看護職員数(人口10万対)が全国42位、生活習慣病で死亡する県民が多い状況にあります。私たち「茨城の医療を考える会」(以後、「考える会」)は、保険証1枚あれば「いつでも・どこでも・だれでも」が日本全国どこの医療機関でも医療にかかることができる、そんな日本の医療が医師の都市への集中によって地方の医師不足、そして地域内で診療科の偏在を招き、地域医療がより危機にさらされていることに強い危機感を抱いています。

「考える会」は、県民が等しく医療を受ける権利を求めるとともに、医療は病気を治すという個人的な側面だけではなく、家庭や社会の安定をもたらす、経済的発展に寄与できるとの思いから、医師会や行政などと連携し「医療をまもり育てる・支える」、そして安全で「質」の高い医療が提供できるよう県内各地で活動をしています。

茨城県では、この4月から第6次茨城県保健医療計画がスタートしました。今シンポジウムでは、橋本昌県知事が参加し茨城県の地域医療政策について講演をおこないます。なお、シンポジウムには石渡産婦人科院長の石渡勇さん、県立中央病院長の永井秀雄さん、神栖済生会病院長の高崎秀明さんから報告を予定しています。特別記念講演は、鎌田實さん(諏訪中央病院名誉院長)をお呼びしています。

「がんばらない」「あきらめない」を「共に生きる力」に転化し共有できれば幸いです。

主催団体

茨城の地域医療を考える会
一般社団法人茨城県地方自治研究センター
〒310-0801 茨城県水戸市桜川2-3-30 自治労会館内
TEL029-224-0206 FAX029-222-2057

後援団体

茨城県 茨城県教育委員会 大洗町
茨城県医師会 茨城県看護協会 連合茨城・医福労連
茨城県社会福祉協議会

□開会 13:30
司会 星野幸子さん
(有)スパークル代表取締役

□あいさつ
茨城の地域医療を考える会
代表 鈴木博久
大洗町町長 小谷隆亮さん
連合茨城会長 和田浩美さん

【1部】

□茨城県の地域医療政策について 14:00
茨城県知事 橋本昌さん

□シンポジウム 14:30

- 1) 少子化を支える産科医療
石渡勇さん(石渡産婦人科病院 院長)
- 2) 医師不足の切り札となるのか
総合医と専門医そして看護師確保
永井秀雄さん(茨城県立中央病院 院長)
- 3) 県境の医療
とりわけ鹿行地域の医療
高崎秀明さん(神栖済生会病院 院長)

□コーディネーター 柴山章
(茨城の地域医療を考える会 事務局長)

【2部】特別記念講演 15:40
「がんばらない&あきらめない」
鎌田實さん

閉会 16:50
閉会あいさつ 星野幸子さん

みんなの参加で「いのらの対話」
地域医療「まもり」「育てる」
シンポジウム

実施日時 **6月29日(土)**

午後1時30分より

実施場所 **大洗町文化センター**

住所：大洗町磯浜町 6881-88

電話：029-266-2442

【2部】 特別記念講演

「がんばらない&
あきらめない」

鎌田 實さん (かまた みのる)

【1部】 シンポジウム

- 1) 少子化を支える産科医療
石渡 勇さん (石渡産婦人科病院 院長)
- 2) 医師不足の切り札となるのか
総合医と専門医そして看護師確保
永井 秀雄さん (県立中央病院 院長)
- 3) 県境の医療
とりわけ鹿行地域の医療
高崎 秀明さん (神栖済生会病院 院長)



地域医療は多くの医療関係者と県民一人ひとりの
努力で成り立っています。茨城県の第6次地域医療
計画が4月からスタートしたのを期に、県知事をは
じめ現場で医療を担っている方々から現状とこれか
らについて、課題を自由に提起していただきます。

(主催者)

茨城県の
地域医療政策について
茨城県知事 橋本 昌さん

主催団体 茨城の地域医療を考える会
一般社団法人茨城県地方自治研究センター
〒310-0801 茨城県水戸市桜川 2-3-30 自治労会館内
TEL029-224-0206 FAX029-222-2057

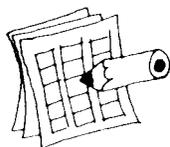
後援団体
茨城県 茨城県教育委員会 大洗町
茨城県医師会 茨城県看護協会 連合茨城・医福労連
茨城県社会福祉協議会

参加費無料 多くの方々の参加をお待ちしています。

公益社団法人 茨城県地方自治研究センター役員・研究員体制

理事長	吉成好信(代表理事)	監事	木村重雄
副理事長	鈴木博久	監事	飯田正美
副理事長	帯刀治	研究員	黒江正臣
専務理事	千歳益彦	研究員	岡野孝男
常務理事	本田佳行	研究員	波多昭治
理事	堀良通	研究員	柴山章
理事	佐川泰弘	研究員	内山一
理事	菊池正則	研究員	大高みよ
理事	石松俊雄		

編集後記



・本号には、2013年6月29日、大洗町・大洗町文化センターで550名が参加して開催された、地域医療「まもり」「育てる」シンポジウムの記録を掲載します。

シンポジウムでは、橋本 昌茨城県知事から医師不足対策、看護師確保、在宅医療、医学教育など「茨城県の地域医療政策について」の講演をいただきました。

パネル・ディスカッションでは、医療現場の責任者である、3名の先生から県内各地域の医療の現状と課題についての提起がされました。

そして、本シンポジウムの最後に、鎌田 實先生(諏訪中央病院名誉院長)が「がんばらない&あきらめない」をテーマに、患者とのふれあいを通じた医師と患者・地域との信頼関係の大切さなどについて特別講演を行いました。(なお鎌田先生の講演内容は著作権の関係で掲載していません。)

- ・本シンポジウムの開催にあたっては会場の手配・各種の医療関係の資料の提供など開催地の
大洗町長、茨城県、茨城県医師会、連合茨城等多くの団体や県民の方々のご協力をいただきました。

シンポジウムの成果をより多くの県民の方々と共有するために本報告が活用されるようお願いいたします。

自治権いばらき

No.113 2013年12月20日発行

発行所 公益社団法人 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