



もくじ CONTENTS

・第3回地域シンポジウム	
つくば市の地域医療を守るために	
―地域医療連携、市民の創意を学ぶ― 3
編集後記56

白ページ

つくば市の地域医療を守るために

—地域医療連携、市民の創意を学ぶ—

司会 塩山

皆さん、お待たせいたしました。只今から、【第3回地域医療シンポジウム～つくば市の地域医療を守るために～地域連携、市民の「創意」を学ぶ】を開催いたします。

本日の司会を担当します、塩山と申します。よろしくお願いいたします。

私は日立総合病院の看護師をしております。今回縁がありまして、つくば市の地域医療シンポジウムの司会を務めることとなりました。

県北の医療事情をちょっと触れておきますと、日立総合病院の周産期医療センターというのは県北医療の中心であり、年間約1200件の分娩を取り扱っておりました。しかし、3回の大学引き上げということがおこりまして、昨年4月より産科診療休止という大変な自体が起こってしまいました。想像すらしていなかった地域医療問題というものが、現実に身近なところで起こってしまいました。

今回はつくばの地域医療を守る為というテーマを聞きまして、医師は一体何処にいるのかという素朴な疑問を抱きました。

県北にいなくなってしまった医師は、ひょっとしてつくばにならいるんじゃないかという思いがありましたので、そういった疑問を抱きました。医師がいないことが問題なのか、地域で診療をまわすところが問題なのか、利用者を導く手立てはないのか、私は現在電機連合日立労組の執行委員として病院を離れて医療現場を外から見えています。今の自分だからこそ気づけること、出来ることというのを毎日模索しているところであります。

今回は日立市の問題、つくば市の問題、解決に繋がるヒントを導くことを期待して本日の司会を引き受けさせていただきました。不慣れではありますが、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、主催者を代表しまして挨拶をしたいと思います。茨城の地域医療を考える会代表鈴木博久さん、よろしくお願いいたします。

《主催者あいさつ》

茨城県の地域医療を考える会

代表 鈴木博久



只今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と申します。本日は本当にお暑い中、土曜日の午後にも関わらずに多くの皆さんにお集まりをいただきました。心から御礼を申し上げたいと思います。併せまして、第3回の地域医療シンポジウムをご後援をいただきました、連合茨城・茨城県医師会・つくば市医師会、更には皆さんのお手もとに本日の資料の冊子が配られているかと思いますが、つくば市社会福祉協議会のご後援をいただきまして開催できることを、心から御礼申し上げたいと思います。更に壇上に多くのパネラーの方に登壇をいただいておりますが、後ほど詳細についてはご紹介申し上げますが、本当にお忙しいところ参加をさせていただいたことに対して心から御礼を申し上げたいと思います。本当にありがとうございます。このシンポジウムには、多くのご協力をいただきましたが、とりわけ筑波メディカルセンターの中田副理事長につきましては、多大なご協力をいただいたことをご報告申し上げると同時に、本日はつくば市の医療をテーマとしておりますが、つくば市に隣接する多くの自治体との関係の中で医療が提供されていますから、そういった意味で日常から私どもの活動にご協力をいただいておりますつくば市議の今井さん、更には下妻市議会議員の斯波さん、石岡の市議会議員の岡野さん、それぞれご出席をいただいていることについても御礼とご報告を申し上げます。

非常に限られた時間ですから、主催者として簡単にこの間の私どもの会の活動経過と本日のシンポジウムの目的について、簡単にお話をしたいと思っています。

直近の話で言いますと、この会として2008年の暮れに連合茨城さんのご協力を得まして地域医療を茨城県としてきちんと立て直して欲しいという大上段な言い方になりますが、県知事に対して署名活動を行いまして7万筆という多くの皆さんのご協力を得た中で、橋本知事に対して県内のお医者さんの確保、特に周産期に係る部分については特段の努力をお願いしたい

ということで署名を提出しました。

翌 2009 年の 5 月になります第 1 回目のシンポジウムを水戸市で開催しました。この時には茨城県全体が抱える課題について、私たちがどういうふうに捉えたらいいのかという問題意識がありましたので、茨城県の行政責任者であります橋本昌知事さんに参加をいただきまして、茨城県が今どういった状況に置かれているのか、知事をはじめどういった対策を現在取ろうとしているのかということについて、知事自らお話をいただきました。その時には、今は日本医師会の会長になられた茨城県医師会の原中医師会長がお見えになりまして後期高齢者医療制度も含めて現状の日本の医療のどこに問題があってこういうふうになってしまったのかということについて問題の提起を受け、更には特には産科・周産期医療の課題がありましたので、水戸市の石渡産婦人科の石渡先生の方から問題提起をいただいたところであります。

その後、2009 年 12 月には笠間市で第 2 回のシンポジウムを開催しました。当時笠間市が笠間市立病院が地域医療におけるこれからの機能・役割を巡って地域の中で様々な議論がされているということもお聞きしましたので、笠間市立病院を地域の中でどういうふうに位置付けたらいいのか、現状どうなっているのかということについて、パネルディスカッションを行うということで、その時も笠間市の医師会や県の医師会のご協力、連合のご協力も得て色々なお話がされました。

笠間市には県立中央病院という大きな病院がありますが、県立中央病院の本来の役割・機能と実際に地域のクリニックあるいは笠間市立病院がどういった医療を提供しているかというお話をさせていただいた中で、県立中央病院に救急の患者さんをはじめ多くの患者さんが初めから集中することによって、本来県立中央病院が果たすべき機能が十分果たされていない、そういった中で市民にも意識を変えていただきましょうと、初めから大きな病院に行けば安心だという意識もあるんだと思いますが、そうではなくてやっぱり地域の中で間近な医療機関や診療所やクリニックに先ず行っていただくという、そういうことが確認をされたと思いますし、そういったことをする中で県立中央病院は自らの機能をきちんと発揮出来る。そういった話し合いをさせていただきました。

今回は、第 3 回目のシンポジウムなのですが、皆さんご承知のようにつくば市は日本で人口 10 万人当たりのお医者さんが非常に多いということで、安定したそして十分な医療の供給体制があるという評価をこの間受けていますが、果たしてそういった状況が言われている通りに実態としてあるのだろうかという疑問という大変叱られるかもしれませんが、そのところを地域で日々医療を提供されている方々にお集まりをいただきまして、実態は少なくともこういうふうになっているということについて私どもに、市民に対して情報の提供をしていただければということで、今回のシンポジウムを開催させていただきました。

テーマとしてはつくば市の医療ということになっていますが、文字通りつくばだけの話じゃなくて県西地区或いは筑西地区、この配布資料の冊子の中ではカッコつきですが常総地区或いは県西地域の医療の崩壊と、つくば市の医療の提供がどういうふうに結びついているのかとい

う、そういった表現をさせていただいていますが、つくば市が独立してるわけじゃありませんので地域との関係もある、つくば市の中での問題もある、その点について私どもに現状についてお話をさせていただいて、これから先ほど司会の方からありましたように、これから医療資源というものは水道の水のように自然に提供されるものではなくて、ほんとにいろんな努力の中で医療の現場が支えられてるということですから、そういった意味ではほんとの話をお互いに共有をするということがまず大事で、各界からパネリストとして参加をいただきました。それぞれの医療現場のことが中心になるかと思いますが、そういった報告を聞く中からやっぱり実態を総合的に把握をするという、複眼的な視点というものが非常に重要だろうと思っていますので、そういった意味で貴重な提言が私どもの方にもたらされることをご祈念申し上げまして、主催者を代表しての挨拶としたいと思います。本日はお暑い中、本当にありがとうございました。

司会 塩山

次に後援団体を紹介いたします。

連合茨城、茨城県医師会、つくば市医師会、つくば市社会福祉協議会、つくば市から後援をいただいております。なお、このシンポジウム開催にあたって茨城県つくば保健所の石田所長さん、つくばメディカルセンター病院の中田副理事長兼常務理事さん、NPOピンクリボン会、今井市議会議員など多数の方のご賛同をいただきながら、本日のシンポジウム開催に至っていることをご報告申し上げます。

続きまして、本日のシンポジウムのパネラーを紹介させていただきます。つくば市医師会からの報告～在宅訪問医療による安心の医療の提供の現状～成島クリニック院長—成島浄さんです。

筑波メディカルセンター病院からの報告～～クリニックと地域医療支援病院との連携・救急病院におけるベッド確保と後方ベッド確保の問題～筑波メディカルセンター病院副院長—野口祐一さんです。

茨城県つくば保健所からの報告～地域医療を守るために市民に出来ること—賢い患者になるために—～茨城県つくば保健所所長—石田久美子さんです。

参加したパネラー紹介

- 1) 成島 浄さん (成島クリニック院長)
- 2) 野口祐一さん (筑波メディカルセンター病院 副院長)
- 3) 石田久美子さん (茨城県つくば保健所 所長)
- 4) 平井理心 (こころ) さん (筑波大学付属病院職員)
- 5) 野尻正博さん (つくば市保健福祉部次長)

コーディネーター 柴山 章

(一般社団法人茨城県地方自治研究センター理事)

市民の体験談～救急車で死を意識したとき～筑波大学付属病院職員—平井理心さんです。

つくば市～少子化社会に向けた市・行政の医療について、市民への啓発の取り組み～つくば市保健福祉部次長—野尻正博さんです。

そしてコーディネーターとしまして、一般社団法人茨城地方自治研究センター理事、茨城の地域医療を考える会の事務局長の柴山章が務めます。

ここからは、コーディネーターの柴山章にお願いいたします。

【シンポジウム】

コーディネーター 柴山

暑い中ご参加いただきありがとうございます。

本日のシンポジウムのコーディネーターを務めます茨城の地域医療を考える会の事務局長をしています柴山と申します。

つくば市の地域医療シンポジウムを開催するに当たって、筑波大学病院があり地域総合病院があり、医師数も県内で一番多いところで開催することの意義を問われ異論もいただきました。

つくば市に来てつくば保健所の石田所長とお話したり、筑波メデイカルセンターの中田副理事長さんとお話していく中で、つくば市で地域医療シンポジウムが開催できるという確信を持ちました。

二人の方には本当に感謝しています。

私たちは県から示されたデータを見て医療資源が充実しているから問題なしとする傾向がありますが、現地に行き現地の医療提供体制を考える必要があると思います。もう一つは、茨城県の保健医療計画の計画期間が平成 20 年から 24 年度までです。

新たな計画づくりに茨城県はおそらく入りますので、その際、つくば市シンポジウムでの意見や議論が反映できればと思っています。

パネラーの皆様には、多面的で多角的な話を是非お願いしたいと思っています。

よろしく申し上げます。

なおパネラーの皆さんの問題提起は、1 人 20 分以内でお願いします。

これからの医療では、在宅医療の推進が、医療界のキーワードになりますので、在宅医療による安心の医療の提供の現状ということで、成島先生よろしくお願いします。

つくば市医師会 からの報告

在宅医療での問題点
—脳卒中在宅医療での看取り
認知症とその課題—

成島クリニック

成島 淨

2010.8.7

□在宅訪問医療による安心の医療の提供の現状

成島クリニック

院長 成島 淨

トップバッターでやらさせていただきます、つくば市医師会の成島です。私は開業して11年経ちまして、開業する前から脳卒中に関わってきたということで、開業後も脳卒中に関わってきてましてその中でやはり看取りということと、昨今そして今後問題になってくる認知症に対する我々かかりつけ医の取り組みということでご紹介したいと思います。

まず、具体的なものを出したほうが分かりやすいかと思っておりますので、ここ11年間当診療所において脳卒中を原因として訪問診療を行ったものは46例ありました。

(図1) 内訳としては、男性28例、女性

対象：当院で過去11年間脳卒中を原因として訪問診療を行った46例

男性28例、女性18例 平均年齢82歳

自宅死亡 14例

在宅療養から施設・病院療養となり死亡14例

在宅→施設介護 3例

在宅介護継続中 15例

18例、平均年齢は82歳とかなり高齢です。そのうち、自宅でなくなられた方が14例、自宅療養から施設または病院療養に移行したものが14例、それから在宅から施設介護で現在もご存命の方が3名、在宅で介護を継続してるのが15例というのが11年間の例です。(図1参照)

訪問診療期間は2週間から11年間。当然全例脳卒中による神経症状がありまして、通院が困難で、症状としては、家庭内部分介助の状態から所謂植物、寝たきりの人です。経管栄養といたしまして口からの食事が取れないために管を通して、多くは"いろろ"と言いまして胃に直接穴を開けて胃の方に直接栄養を入れるようにしている方が4例。気管切開、これは何らかの理由で口呼吸がうまくできないということで気管のところにチューブを入れて、気道を確保しているものが1例。それから膀胱内バルーン留置、基本的には寝たきりでオムツをしている方がほとんどなんですけど、そのおむつでも色々問題があるということで膀胱内に管を入れてましてバックの方におしっこを誘導するものが3例。それから、呼吸状態が悪くなって在宅酸素になったものが1例。中心静脈栄養といたしまして、経口摂取という口から食べることがうまくで

(図2)

訪問診療期間 2週間～11年間
 全例神経症状あり、通院困難
 家庭内部分介助～植物状態
 経管栄養 4例、気管切開 1例
 膀胱内バルーン留置 3例
 在宅酸素 1例、
 中心静脈栄養 1例
 介護サービスは全例利用

きないということで点滴である程度高カロリーのものを入れるようなものが1例と、医療度が高いケースが多かったです。介護サービスは全例が利用していました。(図2参照)

この中で、先ほど示したように在宅から施設介護に移った理由ということでは、そこに書いてありますように、やはり病状が悪化して家族としては継続困難であると、それからやはりいよいよ状態が悪くなってきまして自宅での看取りを受け入れがうまく出来なくてやはり病院で見て欲しい、

(図3)

在宅→施設介護の理由
 病状が悪化し、継続困難
 自宅での看取りを拒否
 在宅介護の長期化による介護者の疲労
 医療・介護支援体制の構築で
 介護者の負担軽減化
 経済的負担
 介護度の高い患者では在宅より
 施設が安上がりなのこともある
 現状では解決困難

医療機関で見て欲しいということで移ったものがあります。

それから、在宅介護の長期化によって介護者の心身共の疲労が重なってきました。そのために家ではちょっと無理だということで、施設に移ったもの・療養型病床に移ったものがありました。もうひとつはやはり経済的不安です。介護度が高い場合には医療費もありますし、所謂医療・介護の部分では収まらないような目に見えないような医療負担も結構多いです。当然の事ながら在宅で介護をするということは、誰かがやっぱりお家に居なくちゃなりません。

(図4)

症例：75歳、男性
 現病歴：1998年脳内出血
 左片麻痺を残したが介助歩行可能
 2005年腰椎圧迫骨折 歩行困難
 2008年胃腫瘍で手術。その際胸部大動脈瘤の診断一経過観察
 2009. 2. 14脳塞栓で緊急入院
 ほぼ寝たきりとなる。経口摂取困難
 2. 25自宅退院した
 3. 4呼吸困難で緊急再入院
 解離性胸部大動脈瘤進行で大動脈弁閉鎖不全となり、うっ血性心不全が生じた

当然の事ながらその方が働きに出ればそれなりの収入が得られるわけです。そういう意味での経済的な問題ということで、やはり在宅介護が困難ということもありました。(図3参照)

これは実例なんですけど、今回比較的うまく行った例を挙げたいんですけど、こういう形もあります。

現在も実は8月になってやはりどうしても病院ではなくて自宅で亡くなりたいという方がいらっしゃるわけなんです。かなり危険な状態で帰るわけなんですけど、この場合も75歳の男性で1998年、今から12年前に脳内出血で左麻痺がありましたが一応杖で辛うじて歩いてい

ました。2005年に腰椎の圧迫骨折でここで歩行困難になりまして、その後は適意に訪問診療、往診を行っていました。2008年に胃の腫瘍の手術をして、その際に胸部大動脈瘤の診断がつかれましたが、やはり全身状態とか本人の希望でそのまま経過を見ることになりました。(図4参照)

2009年、昨年(2008年)の2月14日に脳塞栓になりまして緊急入院、このためにほぼ寝たきりになって経口摂取も極めて困難な状態になりました。2月25日に自宅退院したんですけども、3月4日約10日後に再び呼吸困難で緊急で再入院、結局これは最初に胃の腫瘍のときに診断のついた胸部大動脈瘤が解離性のものでして、進行して心不全の状態になってしましまして、それで呼吸困難になりまして入院という形でした。入院後は心不全の治療を行いまして、ある程度状態は安定したとはいえ、これはやはりかなり高度な医療を行うことで維持できてる状態でした。

今後の病状及び予後に関して家族に病院での主治医から説明がありました。

その結果としては患者本人、家族ともこれ以上の積極的な治療を望まない。積極的治療といっても手術は基本的に無理であろうということで、食べられないということに対して、先ほど説

(図5) 明しました"いろいろ"という胃に穴を開けて栄養

入院後心不全治療を行い呼吸状態は安定した。

病状および予後に関し家族に説明



患者本人と家族は積極的治療を望まず自宅介護希望 (胃ろう拒否)

本人 タバコを吸いたい

家族 苦しませたくない→自宅退院

を入れるとか、所謂状態を維持するための治療ですけれども、そういうものはやりたくないということ、本人は元々かなりのヘビースモーカーの方だったんですけど煙草を吸いたいと、もうそんなに残された時間がないのであれば自分の好きなようにやりたいという強い希望があつて、家族としてもそれを受け入れたということで自宅退院になりました。この時点で介護力は自宅に奥さんと長男の嫁がいまして、介護力としては問題ありませんでした。(図5参照)

(図6) んでした。(図5参照)

介護力・経済力は問題なし

問題点：病状悪化への対処

大動脈瘤破裂、心不全の悪化、誤嚥性肺炎、経口摂取不良での低栄養



退院時カンファを行い問題の共有を図る

家族を含め関係者が一堂に集まり

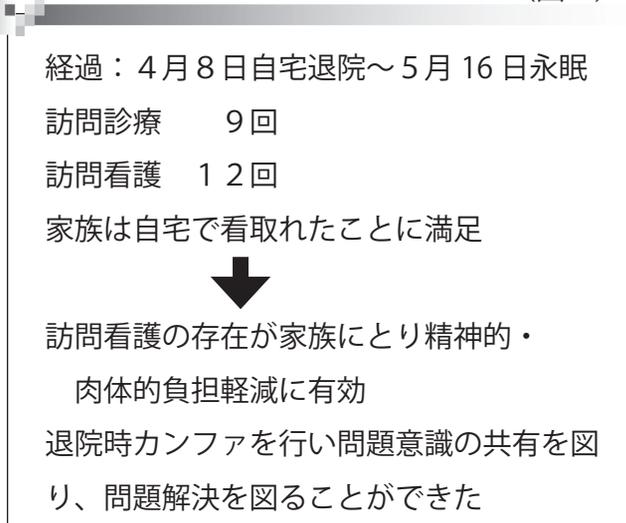
共通認識を持つことができた

経済的にも問題がないということで、問題としてはやはり元々の病状がかなり重篤であると、何時何が起きても不思議じゃないということ。そこにも書いてあるように、大動脈破裂とか心不全の悪化とか誤嚥性肺炎、所謂食べたものがうまく食道・胃の方に行かないで肺の方にいって肺炎になってしまうこととか、食べられないことによつての低栄養の進行とかがありました。これらに関しては退院

時カンファといいまして、所謂病院に病院関係者、在宅での介護・治療に関わるものが全員集

まりまして問題の共有化を図りました。この際に実は家族にも同席していただきました。そこで家族にも十分患者さんの病状を理解していただきまして、問題の共有化を図るということ、これはやはり非常に在宅医療・療養を行っていく上では非常に大事なことで、やはり同じ目標を持ってみんなが力を合わせることが大事になります。そういう意味では、退院時カンファというのは有効だったと思います。(図6参照)

(図7)



全経過としては4月8日から5月16日という、比較的1ヶ月ちょっとの短期間ではありましたが、その間の訪問診療が9回、週1.5回くらいのペースでした。

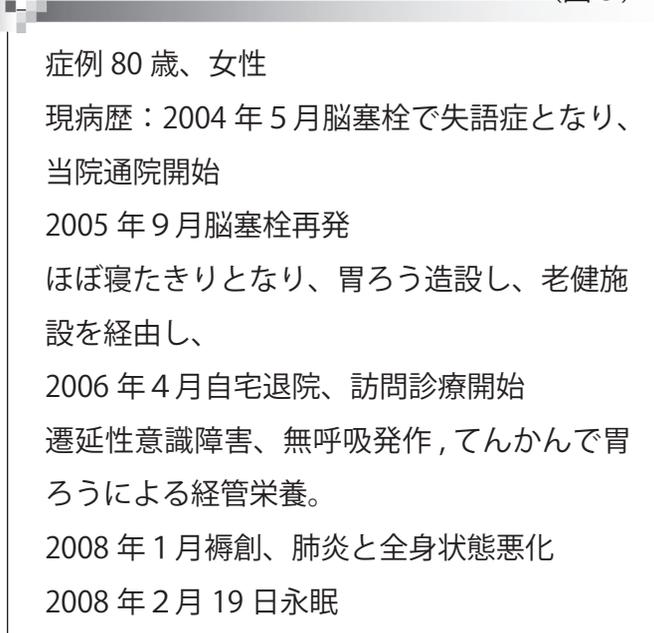
訪問看護が12回、2回から多いときは週3回くらい行きました。(図7参照)

結局亡くなられたわけですけど、家族は自宅で看取れたこと、本人が自宅でそういう家族に見守られて比較的安楽な精神状態を送れたということで非常に満足はしていました。この時点でやはり訪問看護があっ

たということが、週2回から3回ということで病状とか、今後の状態に対してやっぱり受け入れてるとは言え不安があるわけです、看てく上では。そういうことに対して訪問看護が相談に乗ってくれて、非常に精神的にも、当然患者さんの看護という意味でも肉体的にも負担の軽減ができ有効でした。最終的には先ほども述べましたように、退院時カンファを行ってみんなで問題意識を持つことが出来て、共通認識が出来たということが良かったんだろうと思います。

もう1例なんですけれども、これは経過が長くて脳卒中の典型的なものだろうと思います。

(図8)



現病歴としましては2004年5月に脳塞栓で失語症、これは言葉を喋れなくなってしまいます。つまり意思表示がうまく出来なくなってしまうと、理解は出来ます。理解は出来るけど自分の意思をうまく言葉で表せなくなった状態なんですけど、そこで通院開始になりました。

翌年の9月に脳塞栓が再発、この時点でほぼ寝たきりになりまして、この時点で"いろう"、食事がうまく取れないということで"いろう"を造りまして、老人保健施設といたしまして病院から自宅に帰るためのクッションになる施設と思っ

てくださって結構ですけど、そこを經由して自宅に退院になりました。そこで訪問診療が開始、この時点で女性の状態は遷延意識障害と書いてありますけども、寝たきりです。それからたまに呼吸がサボるような無呼吸発作、あまりないんですけどてんかん発作はたまに起こしていました。2008年の1月には褥創が出来たり肺炎とか全身状態が悪化しまして、同年の2月19日に亡くなったということです。(図8参照)

ここで問題だったのはやはり、このお宅はこの女性とやはり同年齢のご主人がいて、ご主人もやはりほぼ寝たきりに近い状態でした。この老人2人暮らしに対して、お嫁に行った娘さんなんですけど家で見て上げたいということで、2人を介護しながら見て来ました。

(図9)

介護者：老人二人暮らしで夫も床上生活
嫁に行った娘が同居し二人を介護
自宅での介護を強く希望

訪問診療：2週間毎

介護計画：訪問看護2回/週、

訪問介護は毎日1回、訪問入浴1回/週

全経過約2年で病状は重篤で介護度は高く、
かつ介護力は不足していたが、多職種が連携
し介護者を支えることで自宅での看取りがで
きた。

但し経済的問題がなかった

訪問診療は2週間ごとに行いまして、
訪問看護は週2回、訪問介護というヘル
パーさんが来て毎日色々身体介護、身体
を拭いたり色々なことを手伝ってきまし
た。それから訪問入浴が週1回。

全経過2年間で非常に脳卒中として最
重症の部類に入ると思います。

且つ介護度も当然高く、しかもそれも
2人もいるということで、非常に介護な
さってる方としては負担は大きかったと
思うんですけど、これもやはり介護・看
護がうまく連携して介護者を支えること
で自宅が看取りが出来たんだろうと思

います。ただ大きかったのは、介護を導入できる経済的負担を負うことが出来たってこともあると思います。(図9参照)

(図10)

脳卒中在宅療養での問題点

1. 医療度が高い例が多い
急変時での対応への不安
経済的負担が大きい
介護力不足となりやすい
2. 在宅療養方針の変動
患者・家族の事情、各々要望が違う
医療・介護サービス提供側の事情
3. 原疾患が安定し、長期化する
4. 長期療養中に廃用症候群を併発

こういう事例から挙げられる問題点として
は、脳卒中の場合には医療度が高い例が比較
的多いということ、当然軽い人もいますけど
重篤になって長期化します。これがガンと違
うところはガンというのはご存知の通り進行
性疾患です。特に看取りを含めた在宅療養に
なった場合には、ある程度時間的なばらつき
にしてもゴールは見えますけど、脳卒中の場
合には年単位になることはよくあることで
す。

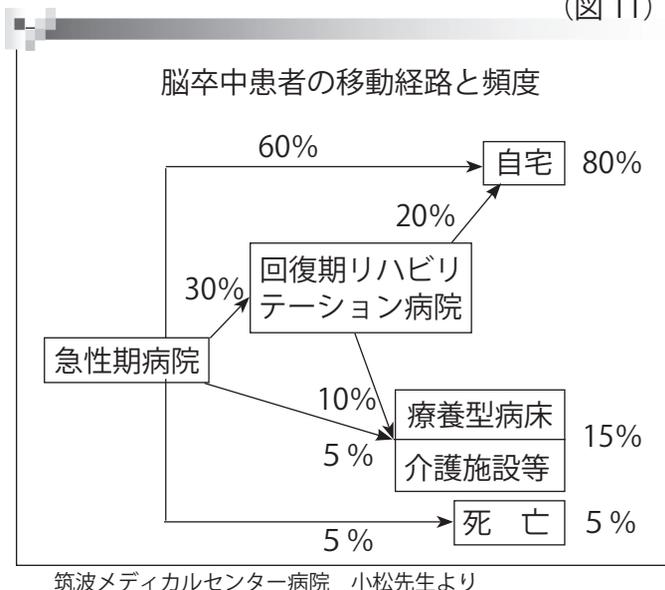
経過中で1つは急変時の対応の不安があり
ます。(図10参照)

先ほどお話があったように、どうしても大きい病院に集中してしまうというのは、急変時にかかりつけ医、在宅の意思だけではどうしても不安が残るわけです。それからやはり、先ほども言いました経済的負担が大きいとか、介護力不足となりやすい、あとは介護が長期化することによって、その間に在宅療養方針が変動してしまうと、患者さん本人・家族、それぞれ想いが時間と共に変わってきます。

これはある程度やむを得ないことですが、そういうことでのやはり変化してくる。それから医療・介護サービス提供側の事情もありますし、これはそんな大きな問題ではないかもしれませんが、介護保健の変更で介護度が変動したりとか、介護が十分使えなかったりした例が発生したことは皆さんご存知のことだと思います。

それから、現疾患が安定してる為に長期化しやすい傾向があると、1例のようにある程度自宅で看取するという目的で退院する場合には、そう長期化することは当然無いわけですが、2

(図 11) 例目のようにやはり年単位の経過です。



もっと長い方も僕の患者さんにはいました。もうひとつは、長期療養中に現疾患は安定していても廃用症候群によって、段々介護度が上がっていくという問題がありました。

これはつくばメディカルセンターの脳外の小松先生からの資料なんですけど、脳卒中の患者さんがどういう経路を取るかということで一応皆さんに理解していただきたいのは、脳卒中を発症し急性期病院に入院するわけです。ある程度神経

症状が軽くて、直接自宅に帰るのが60%います。それから、最重症で亡くなる方が5%、亡くなりしなかったけど神経症状が重篤でリハビリテーションに乗らないだろうということが5%、直接これは療養型病床とか介護施設等に移動してしまいます。30%が回復リハビリテーション病院に移動する、そこでリハビリを行った結果として自宅に受け入れられてもらえるのが3分の2です。結果自宅に戻るの80%です。残念ながら自宅に戻る状態にならなかった、これはいろんな要素があるわけですがそれでも3分の1、それが療養型病床とか介護施設等に移ると、結果としてここに書いてあるように自宅には8割、それから療養病床とか介護施設が15%、死亡が5%というのが最近のメディカルセンターの事情です。(図 11 参照)

急性期病院からリハビリ病院に移ると、その後は最終的には在宅療養か施設でということになるわけです。

その維持期の選択権というのは当然の事ながら患者本人と家族にあるわけです。ただ、その時にどういう選択をするかというのは本人の神経症状・本人の気持ち・家族の協力体制・在宅

(図 12)

急性期病院（急性期）
 →リハ病院（回復期）
 その後在宅での療養（維持期）
 施設での療養（ 〃 ）
 維持期の選択権は患者本人と家族
 本人の症状
 本人の意欲
 家族の協力
 在宅支援体制

の介護の支援体制が影響するんだろうと思います。（図 12 参照）

基本的にはやはり、患者さんとか家族を理解してあげることが一番大事なんだと思います。

当然のことは病気しないで長生きできることが一番いいわけですけど、やはりある程度高齢になってくると病気になるわけです。（図 13 参照）

その時に病気になっても、長生きしてよかったです実感してもらえそうな形にして

(図 13)

患者・患者家族が望むものを理解することが重要
 健康で長生きが一番、不幸にも病気になっても長生きして良かったと思えるよう
 多くの患者は病院・施設での療養ではなく
 自宅療養したい
 しかし諸般の事情で施設を選択
 自宅療養が負担とならないようにするには
 多職種連携
 特に訪問看護の活用

いかになくちゃならないんだろうと思います。多分ですけど、やはり多くの患者さんは自宅で生活をしたいんだろう、しかし色々な事情で施設を選択せざるを得ないんだろうと思います。

その際に自宅療養を選択した場合に負担にならないようにすることが非常に大事だろうと、ここでやはり先ほども言いましたように色々な職種が医療・介護を連携することで、やはり在宅療養を続けていけるようにすることが我々の責務だろうと思います。

(図 14)

訪問診療とは
 対象は治らない疾患を有している
 病院では治す医療：EBM に基づく
 （急性期の医療） き行う
 訪問診療は支える医療
 治らない疾患を有し在宅治療・介護を受けている

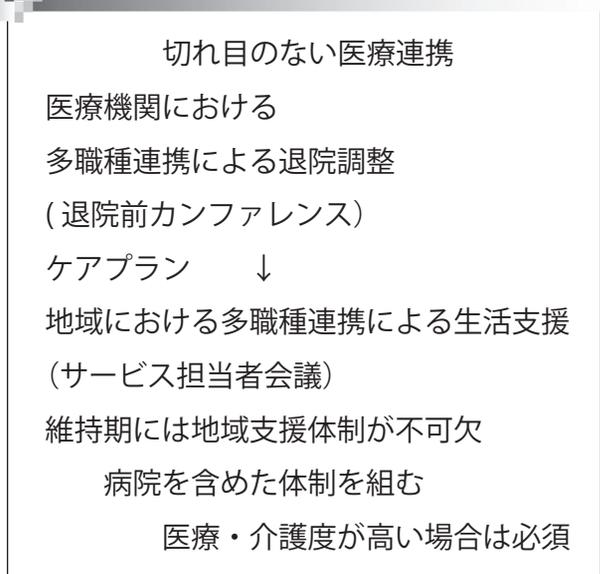
原点に戻るんですが、一応訪問診療とはこういうことだろうと思います。支える医療であると、残念ながら治らなかった病気を抱えてお家に戻った患者さんに対して、在宅治療・在宅介護を行っていくことなんだろうと思います。（図 14 参照）

その際には、よく言う切れ目の無い医療連携というシームレスな医療連携が理想です。

病院から医療機関から多職種連携で退院調整を

行って、退院カンファを行って、地域においても多職種連携によって生活支援をしていくと、やはり維持期には地域支援体制が不可欠だろうと思います。これは当然のことで後方病院を含めた体制を組むのが大事です。（図 15 参照）

(図 15)



患者さん・患者家族にとっても非常に安心という意味では大事な点だろうと思います。

特に医療・介護度が高い場合には不可欠なものだろうと思います。

在宅療養の継続の問題解決を図るという意味では、やはり十分な量の介護サービスを用意するという事です。やはり 24 時間体制に近い体制を組む、訪問看護・介護の活用、これは主治医、我々医師側にとっても非常に負担軽減に繋がります。

それから短期入所の活用、メディカルショートとか介護施設のショートステイなどがあると思います。これはやはり患者さんの

家族の負担軽減に繋がると思います。もうひとつは在宅医療と医療機関との連携を強化するという事は大事な事だろうと、ここでやはりかかりつけ医と病院主治医の 2 人主治医制は、患者・患者家族の安心にとって非常に大事な点だろうと思います。

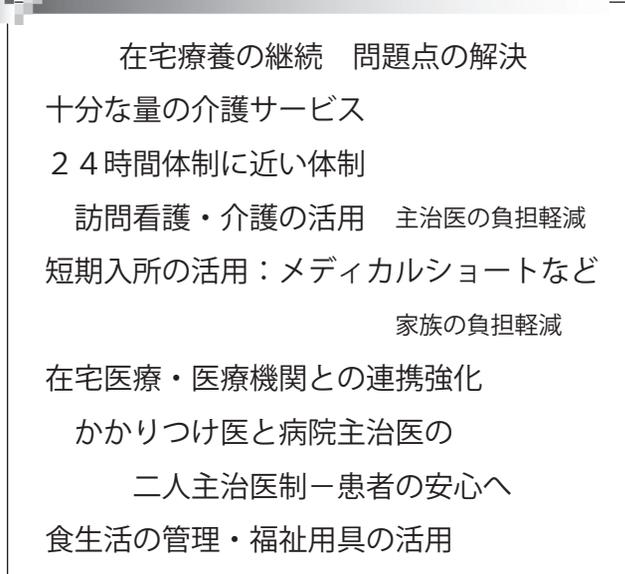
(図 16 参照)

これは自分にとってこうした方がいいんだろうなという、なるべく実践するようにしていることなんですけど、在宅患者で問題が起きたときには迅速な対応とか指示を行うこと。

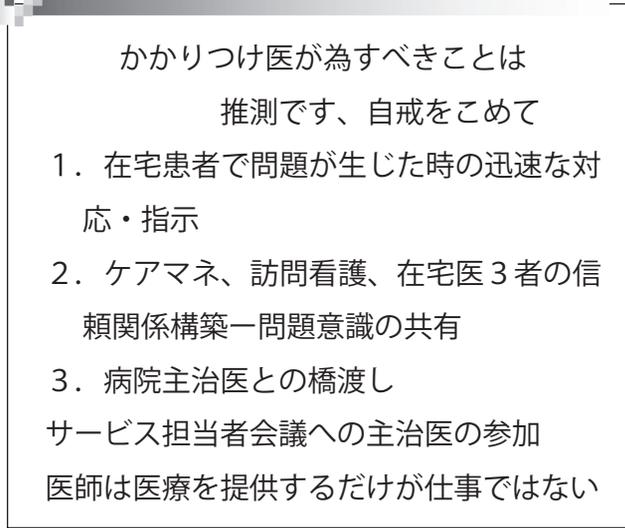
ケアマネ・訪問看護・在宅医で信頼関係の構築、問題意識を共有すること。それからやはり病院主治医との橋渡しをちゃんとできるようにする、これがやっぱり大事ですし、医療をするだけが医師ではないと思います。特にかかりつけ医にとっては。(図 17 参照)

もうひとつ先ほど述べましたように、認知症という問題が今非常に大きくなってきています。

(図 16)



(図 17)



つくば認知症ネットワークというのは実は、今年になって立ち上げました。その以前の問題として色々行ってきたんですけど、やはりこれは認知症患者の増加であること、そしてその認知症患者の家族形態の変化、社会情勢の変化等が大きいです。やはり地域で認知症患者が安心して生活できる社会の構築がどうやって出来るかということで、こういうネットワークを造ろうということになりました。

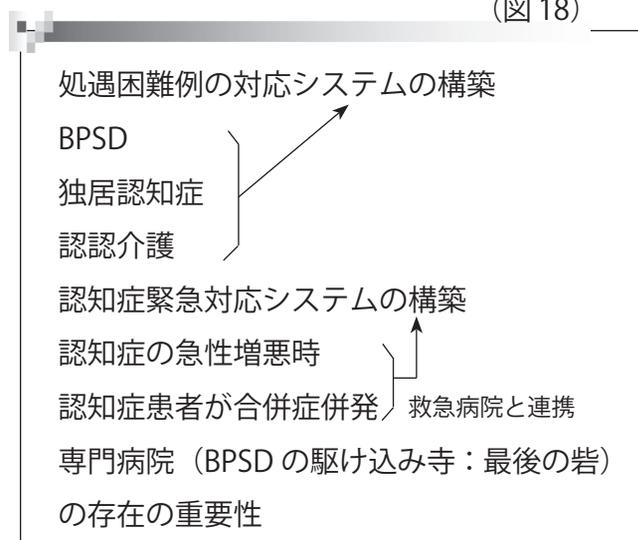
一般的にここでも書いてありますように、一般医療・専門医療・介護の連携が大事だろうと思われま。一般医我々かかりつけ医はやはり原因診断とか治療が難しい場合がよくあります。その際には専門医とか専門病院にバックアップしてもらうことが大事なことです。

専門医は逆に診断とか治療をきちんとすることが非常に得意なわけですけど、逆にそこに専門医志向が強くて集中すると外来がパンクしてしまうわけです。これは現実につくば市内、医療が恵まれているとは言っても専門医に受診のために例えば物忘れ外来に受診しようと思って普通に申し込むと3ヶ月から半年待ちというのが現実です。それはどう見てもおかしいわけです。

今、現実に病気なのにそれを半年後に診ますよってのは、でもそれが実際のところなんです。それを少しでも負担軽減するにはどうするかってことを、我々かかりつけ医も考えなくちゃダメです。

それから認知症においては介護というのは単純に介護というだけではなくて、非薬物療法、これは認知症の治療では薬物療法と非薬物療法というのはほぼ同じ重さを持つてると言っていると思いますが、非薬物療法に果たす役割が非常に大きいのです。こういうふうに二つの対応を考えています。

(図 18)



認知症ネットワークを造ることによって、処遇困難例、具体的にはBPSD、略語で申し訳ないんですけど心理行動障害といまして、はたから見ると非常に迷惑な行為です。

色々あると思いますけど、例えばトイレじゃないところでおしっこしてしまうとか、夜昼逆転して皆さんが休んでる夜の間に行動して皆さんに迷惑を掛けちゃうとか、どっか勝手に出て行ってしまったりとか、それから独り暮らしの認知症、認知症の夫婦での2人暮らし、そういうことに対してどういうふうに対応システムが出来るかということです。

それからもうひとつは認知症の緊急対応システムの構築です。これは認知症の患者さんというのは比較的ゆっくり進行するものが多いわけですけど、やはり急性増悪することもありますし、それから当然のことなんですけど認知症の患者さんだから病気にならないわけじゃな

くてそれ以外の病気、心筋梗塞だってなります。ガンだってなります。そうしたときにどう対応するか、この辺りはやはり一般病院としては認知症があるだけでちょっと腰が引けてしまう傾向があるのが現実です。

それはなぜかという、認知症の場合には大体病状が一時的に悪化することが多いですし、非常に手がかかってしまうってことも事実です。そういうことに対してどういうふうにしていくかってことをきちんと、それからやはり最初に上げたB P S D心理行動障害が激しい場合にやはり専門病院とどう連携していくかというのが大事だろうと思います。(図 18 参照)

ここにシェーマにして先ほどいったことを書いたわけですけど、こういうふうに連携を深めて行きたいと、その際にこれはやはり顔の見える関係を我々は造っていかなくちゃいけないだろうと、顔の見えることによって非常に日本人的なのもかもしれませんが、物事をスムーズに進めるにはやはり顔の見える関係ってというのは大事だろうと思います。そういう意味でケアマネージャーとかヘルパーとか介護職の方、それから専門外来を行っている専門医の先生、更に専門病院での先生、それから我々かかりつけ医がお互いに顔を合わせいろんなことを意見交換することで、お互いに人となりも分かりますし顔の見える関係が造ることが大事だろうと、こ

(図 19)

活動内容
平成 20 年 10 月開始 物忘れ相談医登録 困難事例の検討会 (22 年 5 月～)
在宅医、専門医、病院医、介護職が参加 困難事例への対応
かかりつけ医と専門医の連携
メールを利用し受診までの期間短縮
心理・行動障害患者の 病院入院の円滑化
多職種連携の構築：顔の見える関係

れが最終的には認知症患者や家族が地域で安心して生活できるってことに繋がっていきくんではないかと考えています。

実際に 2 年前に 10 月に物忘れ相談医をつくば市で立ち上げました。(図 19 参照)

現時点で 41 人のつくば市医師会の会員が参加してくださってます。その方たちを中心に、困難事例の検討会を行おうということで、今年 5 月の認知症ネットワークという形で 1 回目を行いました。それ以前から講演会とか勉強会とかを年 3～4 回ほど行って、認知症時の対応力を上げるように

務めています。

具体的にはかかりつけ医と専門医の連携を深めるということで、これは専門医とメールを利用して患者さんの受診を紹介するというので普通に予約をするとかかなりかかったものを、大体翌週遅くても翌々週という 1～2 週間で受診できるようにしました。それから、心理行動障害患者の病院入院への円滑化、これもやはり直接病院の主治医の先生にご相談することで以前よりもスムーズに出来るようになった、ただやはりベッドに限りはありますのでこれは全部が全部スムーズに行くわけではないこともあります。そういう活動を進めています。

結語になるわけですけど、過去 11 年間で訪問診療を行った脳卒中患者 46 例を検討して、やはり医療度が高い介護度が高い在宅患者には色々問題が多かったと、そして問題解決として

(図 20)

結語

1. 過去 11 年間で訪問診療を行った脳卒中患者 46 例を検討した。
2. 医療度が高い（介護度が高い）在宅介護継続には問題が多かった。
3. 問題解決には
多職種連携と退院前からの十分な在宅支援体制の構築－訪問看護・病院主治医と在宅医の二人主治医制の活用－
4. 今後患者急増が予測される認知症の在宅医療の問題解決のためつくば市医師会の取り組みを紹介した。

は多職種連携と退院前からの十分な在宅支援体制の構築、訪問介護・病院主治医と在宅医の 2 人主治医の活用と色々ありました。

認知症に関してはやはりこれからの問題だと思います。まず僕たちもまだ手をつけたばかりでまだこれからです。ただ、これからの活動をいかに継続していくかというのが大事だろうと考えています。(図 20 参照)

ご清聴ありがとうございました。

コーディネーター 柴山

成島先生ありがとうございました。

先生は東京に用事があって早くここを出なければならぬという事情を抱えています。

そのため本日のシンポジウムで意図した地域病院とクリニックとの連携に関する討論が出来なくなってしまうことは非常に残念ですが、先生からお話があった、身近なところでクリニックが切れ目のない医療を提供している。患者は受診できるメリットがある。

もう一つは、私も「ハット感じたのです」が、2 人の主治医制。

かかりつけ病院の主治医とクリニックの医師の 2 人により医療が効果的に発揮でき、家族が安心することが話されました。クリニックと地域病院の連携の根幹的な課題を話されました。

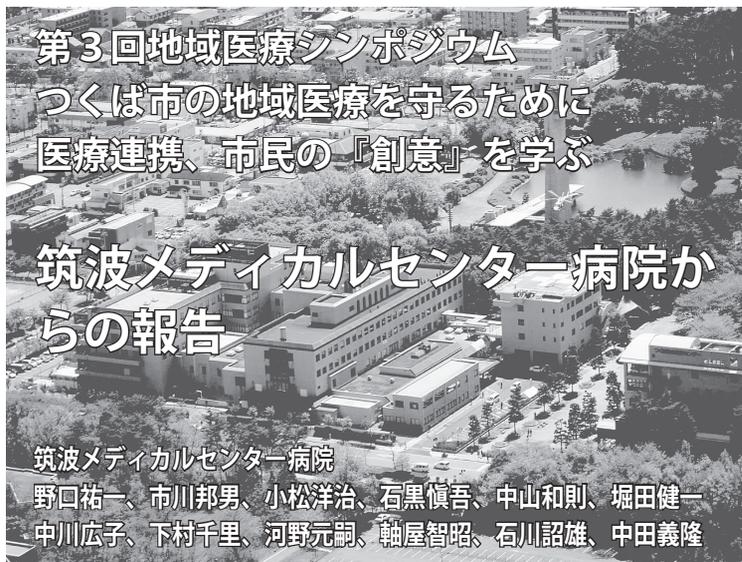
先生、本当に忙しい中ありがとうございました。

次にメディカルセンターの副院長であります野口先生から報告をお願いします。私は地域医療の崩壊という図式の中で、筑西・下妻地域医療圏の医療とつくば市医療圏が、どのように関連しているのかに物凄く興味を持っていました。

つくば市医療圏を支えている筑波メディカル病院から是非発信していただきたいとお願いしました。

よろしく申し上げます。

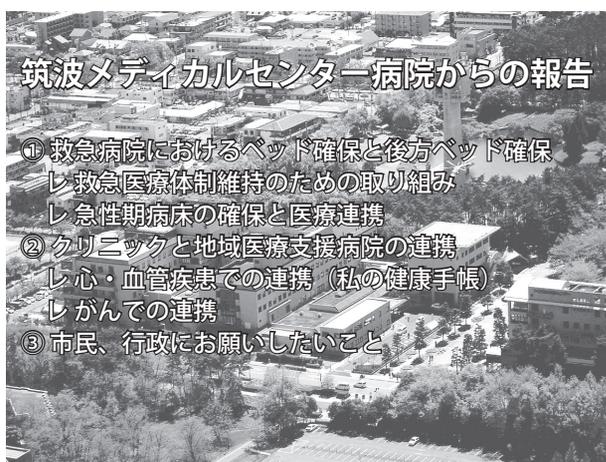
筑波メディカルセンター病院からの報告



- ☆クリニックと地域医療支援病院との連携
- ☆救急病院におけるベッド確保と後方ベッド確保の問題

筑波メディカルセンター病院
副院長 野口祐一

図1



筑波メディカルセンター病院の野口祐一と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

今、成島先生の方から在宅訪問診療のお話を伺いましたが、私自身も、食事が食べられなくなったら胃瘦を造るといのは多分希望をしないと思います。

そのまま成島先生に在宅で見てもらおうと考えておりますので、その時はよろしくお願いいたします。(図1)

今回のシンポジウムは、医療連携が地域医療

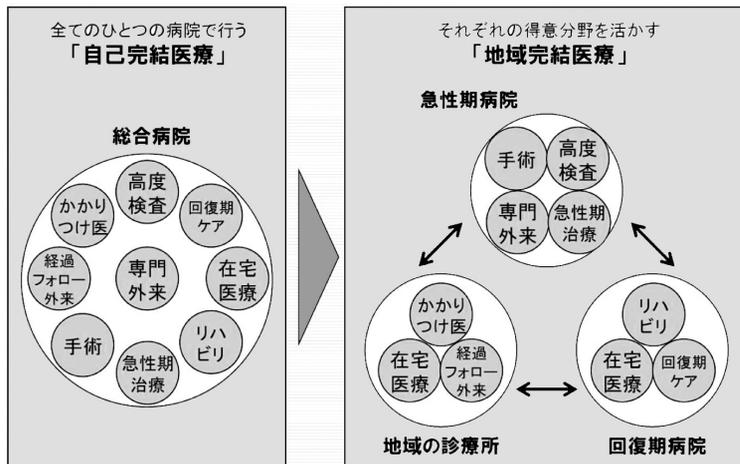
を守る為に非常に大切である事、その事をみなさんと議論するために、開催されたものと認識しております。

筑波メディカルセンター病院は3次救急救命センターを擁するいわゆる救急病院です。我々の使命して1番大切なことは、命に関わるような重症の患者さんを受け入れることです。例えば市民の皆さんが心筋梗塞や脳梗塞などを発症された際、あるいは交通事故で重症を負われた時に、速やかに受け入れて救急医療を提供するというのが、我々に課せられた使命です。そして、その使命を果たすためには、医療連携がとても大切になります。なぜ、医療連携が大切かということこれからお話していきたいと思ひます。

国は連携型、すなわち地域完結型医療を進めております。

以前は、自己完結型医療といいまして、大きな総合病院で、一般外来や救急医療から在宅医療まで、何から何まで全部やっていたのですが、それでやはり不効率になるということで、急性期病院、回復期病院、地域の診療所がそれぞれの得意分野を生かして、連携することによって、

図2

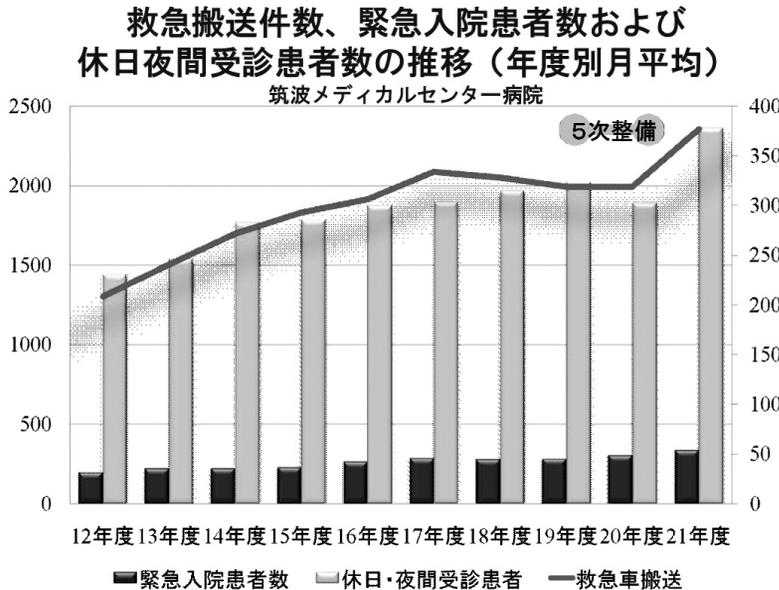


地域で完結するような医療を進めなさいということになったわけです。(図2)

このスライドは筑波メディカルセンター病院に搬送される救急車の搬送件数の年次推移をみたものです。

年々増えてきましたが、平成17年度から、月に300件を越すくらいの数で頭打ちになっていた

図3



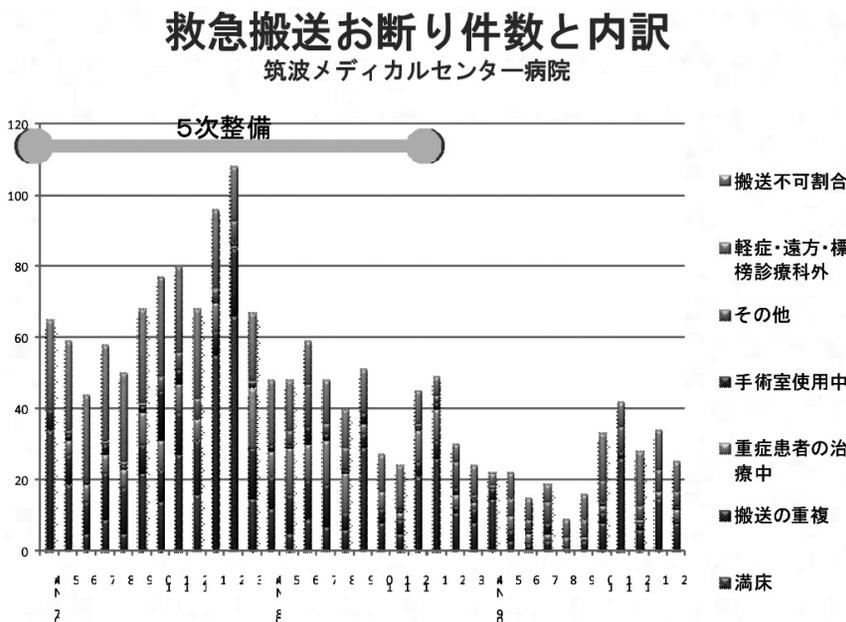
のが分かります。(図3)

救急搬送の要請はあるのですが、受け入れられない、つまり救急車を断らなくちゃいけない理由があるのですが、その多くの理由が、ベッドが満床という理由でした。そこで、平成19年から20年にかけて、病院の整備をやりました。

集中治療病床を増設し、救急外来を整備しました。(図4)

整備が終わって、現在では、

図4



月に350件を越すくらい数の救急車の搬送を受け入れることができます。

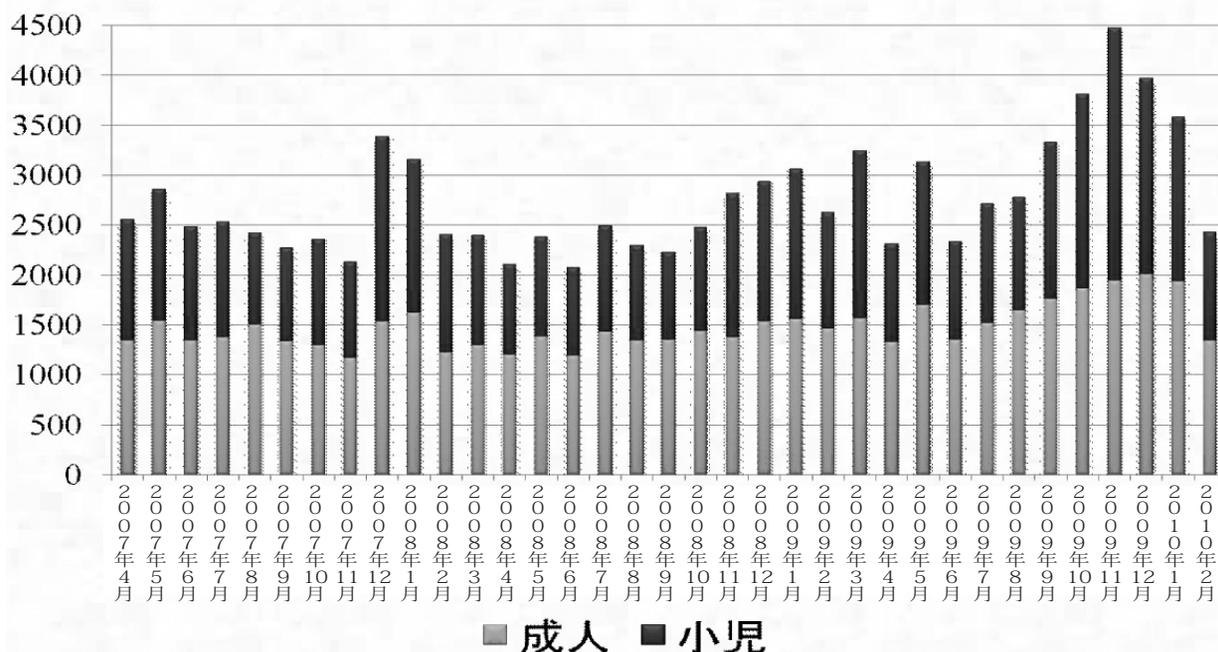
ただ、これはハードの問題なのですが、ハードは資金さえつぎ込めば整備できるのですが、ソフトの面でも救急医療を維持するために、難しい点がいくつかあります。

ひとつは、小児救急医療の問題です。小児の救急

救急外来受診患者の小児と成人の割合

図5

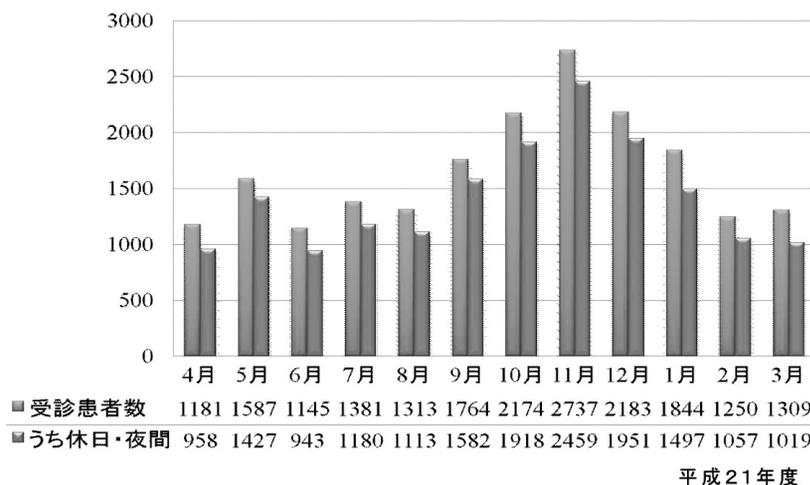
筑波メディカルセンター病院



小児救急外来受診患者数

図6

筑波メディカルセンター病院



医療って言うのはすごく大変で、一方で、小児科の先生が非常に少ないという現実があります。(図5参照) このスライドをご覧になっていただくとわかるように、救急外来を受診する患者さんの、成人と小児の数を比較するとほぼ同じぐらいです。しかも受診される小児科の患者さんのほとんどは、平日の日中ではなくて、夜間とか休日に受診して

います。小児科の先生は、非常に疲弊してしまうわけです。(図6参照) 実は、筑波メディカルセンター病院の小児救急医療はかつて崩壊寸前にありました。ですが、壊寸前になった小児救急医療を維持できたのは医師会、それから行政の支援によるものだったのです。

2003年に筑波メディカルセンター病院で、公開カンファレストがあったのですが、そこで地域医師会の先生方に、小児救急医療の窮状を説明しました。待ち時間にクレームをつける親御さんもいて、小児科の先生は暴力沙汰に巻き込まれそうになってしまいました。

非常に大変でした。そして、つくば医師会の小児救急医療委員会が開催され、つくば医師会からの支援が決まりました。

図7

筑波メディカルセンター病院における 医師会小児救急医療支援開始に至る経緯	
2003年3月	当院からの支援要請 つくば市医師会、筑大小児科が協議 つくば市医師会でアンケート調査
6月	当院の公開カンファレンスで説明
11月	医師会小児救急医療委員会開催
12月	同上
2004年1月	つくば市医師会支援開始(7人)

図8

筑波メディカルセンター病院における 医師会小児救急医療支援の変遷	
2004年	つくば市医師会支援開始7+3人
2006年	+1-1人
2007年	+2-1人真壁医師会+1人
2008年	-1人+1人
2009年	+1
2010年	+1(今秋+1)
現在12	(13)人現在2人
小児科標榜医	15人(診療所医11人+勤務医4人)
勤務時間帯	日勤3人、準夜12人

図9

筑波メディカルセンター病院における 医師会小児救急医療支援の効果	
1.	当院小児科医の負担軽減
2.	医師会の先生方との相互理解 参加医師、近隣の医師との一体感
3.	研修医及び実習学生に対する教育 ベテラン支援医師による診療、接遇教育
4.	助成 小児救急医療体制整備事業として経費助成 つくば市及び筑西地域を対象(2004年8月～) 現在:年間約940万円(県1/2、市町村1/2)

2004年の1月に7人の開業医の先生がメディカルセンターの小児の救急医療支援

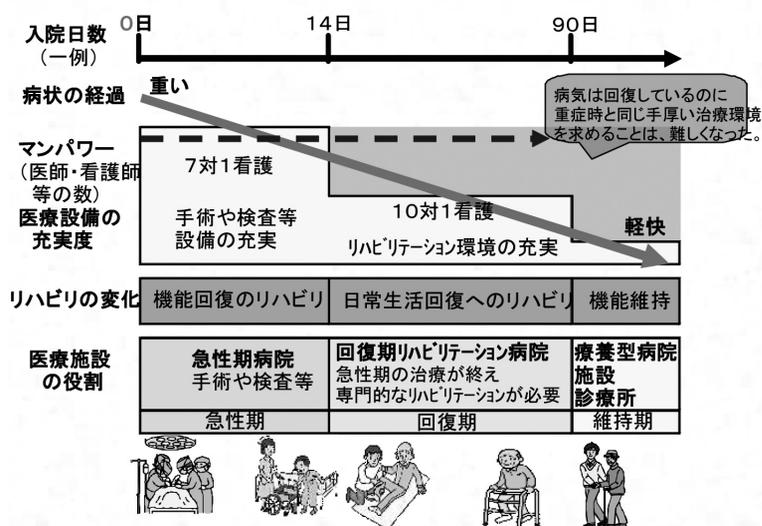
のために立ち上がってくれました。そのあと何人かの先生が加わって頂き、現在は15人の小児科標榜医の先生方が筑波メディカルセンターの小児救急医療を支援するために協力していただいています。こういう取り組みをするにあたって、我々としては、協力して頂く先生方なるべく無理のないような勤務時間帯を設定するとか、マニュアルを整備するとか、色々な対策を取りながらやってきました。医師会の先生方は、実は休日当番医という役割があるのですが、メディカルセンターの小児救急医療支援に参加している先生方は、休日当番医を免除していただくという配慮も医師会の方でやっていただきました。(図7.8参照)

そして、その支援体制の効果ですけれども、第一には、当院の小児科医師の負担が軽減できたということがありますが、それ以外にも、医師会のベテランの先生方の診療の技術、患者さんに対する診療の態度を、研修医が直接拝見する事が出来た。そういう教育効果というのが非常に大きかったと言えます。(図9)

茨城県は保健医療計画で、県内を3つの地域に分けて、小児救急中核病院に指定しておりますが、筑波メディカルセンター病院も県南西部の中核病院に指定されており、つくば市だけでなく、常総、下妻、筑西その他いろんな地域からの患者さんに対して、医師会の先生方、行政

図 10 の協力を得てなんとかやってこられたということをお示し致しました。

連携型（地域完結型）医療



次に、急性期病床の確保と医療連携についてお話させていただきます。(図 10 参照)。

国は地域完結型医療を進めております。

急性期病床に入院した患者さんは、医療の必要度が少なくなるにつれて、回復期の病院、療養の施設に転院をすすめていく必要があります。特に脳卒中の患者さんは、

先ほど成島先生からもお話がありましたように、自宅に退院される方もいらっしゃいますが、多くの方が、すぐにご自宅に帰れるわけではありません。そのような場合に、急性期治療を行う病気と、回復期のリハビリテーションを行ってご自宅に帰るための機能回復を図る病院との連携は非常に大切になります。さらに、最終的に自宅に帰れて、成島先生に訪問診療をやってもらえばいいのですけれど、実はそこまで行かずに、療養施設に移って長期に療養しなくてはならない患者さんもいます。そして、転院に際しては、病院間のコミュニケーションが非常に大切になります。

急性期病院と回復期リハビリテーション病院、療養病院の間でのコミュニケーション。

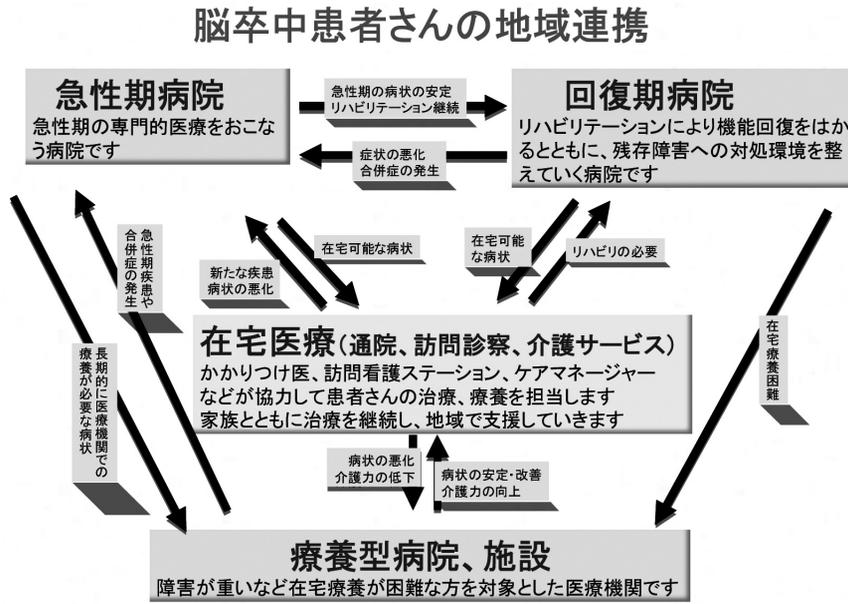
こういう患者さんいますよ、そうですか、どうしましょう。

何度も患者さんの診療情報をやりとりしながら転院を決めていくわけです。転院される患者さんに安心してもらうために、脳卒中地域連携パスをつくりました。パスというのは道という意味です。ですが、この方向に従って進んでいけば皆さん間違いなく進みますよという意味なのですが、パスを作成するにあたって、脳卒中医療地域連携会議をつくりました。

地域の主だった急性期病院と回復期リハビリテーション病院に参加していただいて、何回も議論を重ねてパスを作りました。その際に皆さんが感じたのは、お互いの顔、さっき成島先生のお話にもありましたけど、相互にその施設を訪問して、顔と顔が見える連携体制を作り上げる事が、非常に大切だってことが認識できました。出来上がった茨城県南部脳卒中地域連携パスをお示しします。これは、筑波メディカルセンター病院のデータですが、脳梗塞の患者さんの入院から転院までの期間が 58 日から 42 日に、16 日短縮できたということが成果として挙げられます。

多くの患者さんは、筑波メディカルセンター病院から回復期病院に転院していくわけですが、なかには、長期に筑波メディカルセンター病院に在院されている患者さんがいらっしゃい

図 11



ます。実数で約 50 名、比率で全入院患者さんの役 20%の患者さんが、3 ヶ月の長期に渡って入院しているということになります。しかし、そういう患者さんの転院も進めていかないと、急性期の病床を確保できないということになります。

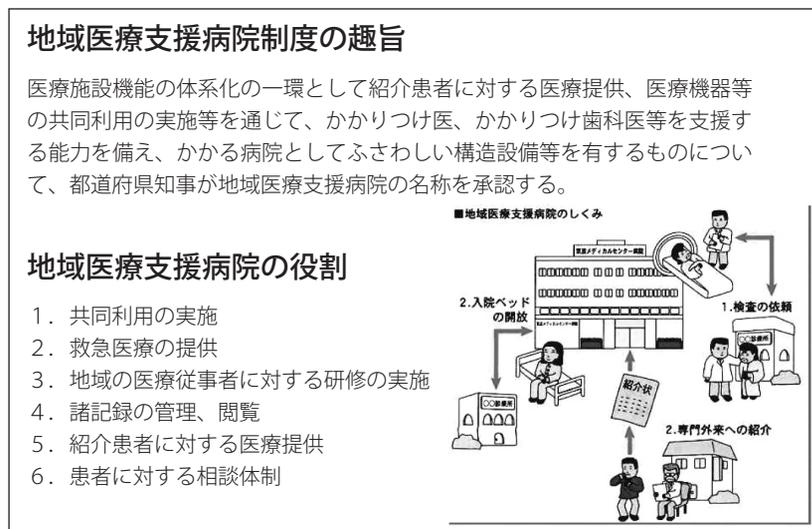
長期入院の理由についてお示ししますと(図 7 参照)、回復期病院への

転院待ちは、先ほどお示した努力の甲斐あって、随分少なくなったのですが、ご覧になって分かるようにそれ以外の部分がむしろ長期入院の理由になっております。ひとつは、療養病院への転院待ちがあります。それから、人工呼吸器を使っているために受け入れ先が見つからないということがあります。

現在、我々が直面している地域医療連携の現状と課題についてお示しします。(図 11)

まず、ひとつは、地域完結型医療について患者さんに説明していくわけですが、患者さんにしてみるとせっかく入院したのだからずっとここで見てようというのが素直な気持ちだと

図 12



思います。患者さんの方に、地域完結型医療について、心の底から納得していただくというのがなかなか難しいというようなことがあります。

それから病状によって患者さんの転院の選択肢に制限があるというような事があります。

それは、先ほどお話ししたように人工呼吸器を使っ

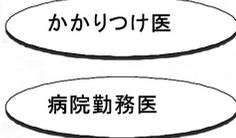
ている患者さんの療養先が不足していますし、あとは逆に軽症の患者さんの療養先も不足するというようなこともあります。それから、患者さんの家族の経済的な問題、高齢者世帯の増加とか核家族とか、さまざまな問題が挙げられます。

急性期病床を確保するために、病院と病院の連携がいかに大切かをお話してきましたが、次

図 13

共同診療システム

二人主治医制度



当院は、「かかりつけ医」の先生方からの紹介により専門的な診療を行う「地域医療支援病院」です。当院では、専門医による治療が終了して病状が安定しましたら、患者さんのご希望もお伺いした上で、お住まいのお近くの「かかりつけ医」をご紹介させていただいています。その際には、病状に合わせて当院にも定期的に通院していただき、かかりつけ医と当院との共同診療とさせていただきます。

このようにすることにより、

- ・患者さんは、近くで慣れ親しんだ「かかりつけ医」の先生のもとで治療や経過観察が受けられます。
- ・当院の専門医と「かかりつけ医」の先生が連携することにより、必要に応じて定期的な検査等のため当院を受診できます。

急に具合が悪くなった場合は、当院の救命救急センターで受診が可能です。「共同診療」となっても当院での受診ができますので、ご安心ください。

筑波メディカルセンター病院

症状が安定された患者さん
はお近くの「かかりつけ医」と
当院との共同診療とさせていただきます。

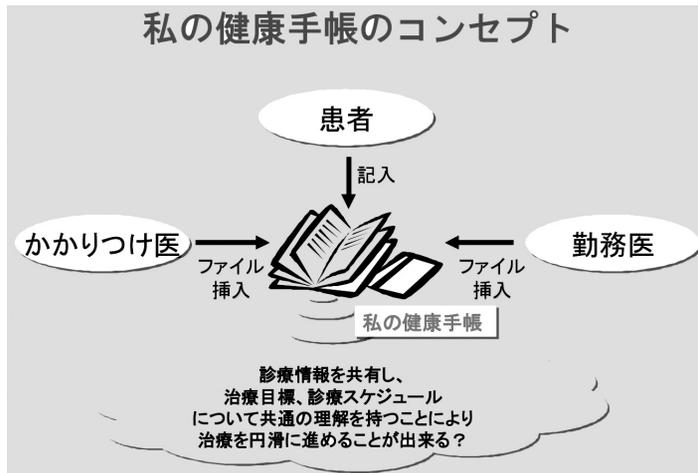
に大切なのは、病院と診療所との連携ということになります。

筑波メディカルセンター病院は地域医療支援病院です。

地域医療支援病院とは、聞きなれないかもしれませんが、開業医の先生方と連携・協力して医療を進める病院のことで、一定の条件を満たせば、都道府県知事が名称を承認します。

筑波メディカルセンター病院は、以前から、共同診療システム、つまり、病状が安定した患者さんを、かかりつけ医の先生と病院の勤務医が2人で一緒になって診ていくという体制を

図 14 採っています。例えば、盲腸だったら、



手術でとってしまえば、その後の医療はいらなくなりますが、脳疾患・心血管疾患などでは、病気がとりあえず治っても、その後も再発する可能性が高いわけです。ですから、長期的にずっと管理していかにしなければならない。再発予防のための管理を、病院だけで続けていくことは不効率ですし、患者さんの負担も大きいわけです。そこで、

かかりつけの先生とお互い、それぞれの役割を担いながら2人主治医制でやっていけば良い

図 15 ということとなります。

私の健康手帳の目的

1. 共同診療の推進によって、外来診療待ち時間を解消する。
2. 急性期治療後早期に、かかりつけ医、病院勤務医の間でリアルタイムに診療情報、治療方針を共有する。
3. 再発予防のための長期にわたる生活習慣病管理、患者教育に関してかかりつけ医、病院勤務医が協力する。
4. 連携パス等を用いた疾病ごとの医療連携体制への対応。
5. 診療情報開示への患者、医療者双方の関心の高まりへの対応。

共同診療を進めるためのひとつのアイテムとして、筑波メディカルセンター病院では「私の健康手帳」というのを作って患者さんに配布しています。(図 14 参照)。

これを作るのに一冊 450 円かかるのですが、つくば医師会から補助を頂いて作成しております。

図 16

私の健康手帳の

かかりつけ医、病院勤務医にとって期待される効果

1. 他医療機関での診療経過、検査結果、処方内容等の診療情報をリアルタイムに知る事が出来る。
2. 他医療機関と治療目標や診療スケジュールについてと共通の理解を持つ事が出来る。
3. 他医療機関と協力して、疾病管理、患者教育にあたる事が出来る。
4. 患者の日常生活における症状や身体情報を正確に把握する事が出来る。
5. 健診の記録をいつでも参照できる。
6. 診療情報提供書を頻回に作成する必要がなくなる。その結果、外来診療時間を短縮出来る。

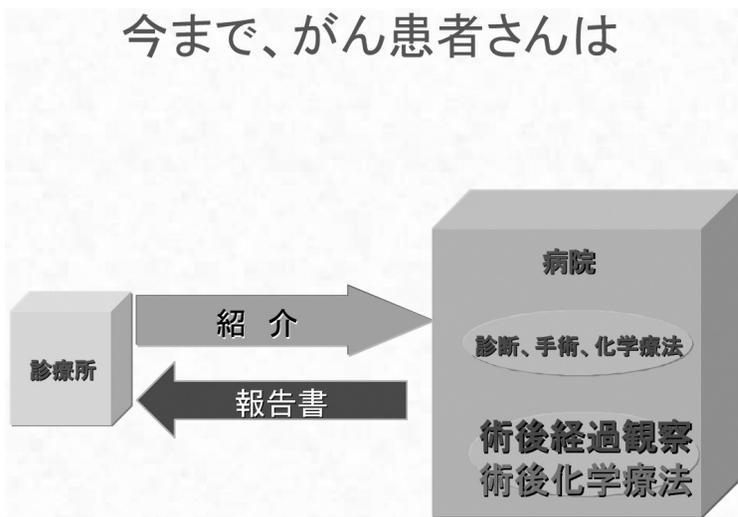
図 17

私の健康手帳の

患者さんにとって期待される効果

1. 医師の記入を読む事が出来る。
2. 検査結果を知る事が出来る。
3. 治療目標や診療スケジュールを理解する事が出来る。
4. 症状や血圧等の身体情報を記入する事が出来る。
5. 健診のデータをファイルする事が出来る。
6. 旅先で突然病気になった際に、診療の詳しい内容を医師に伝える事が出来る。
7. 紹介状を書いて貰わなくても、他科を受診した際に診療の詳しい内容を医師に正確に伝える事が出来る。

図 18



ていることが多かったわけです。けれども、そういうふうに行っていると、病院で、どんどん、

「私の健康手帳」は、いわゆるマイカルテルです。かかりつけ医の先生も勤務医も「私の健康手帳」に検査結果や処方等色々な診療情報をファイルします。(図 15 参照)

患者さんは、家族血圧や、自分の健康

状態について記入します。

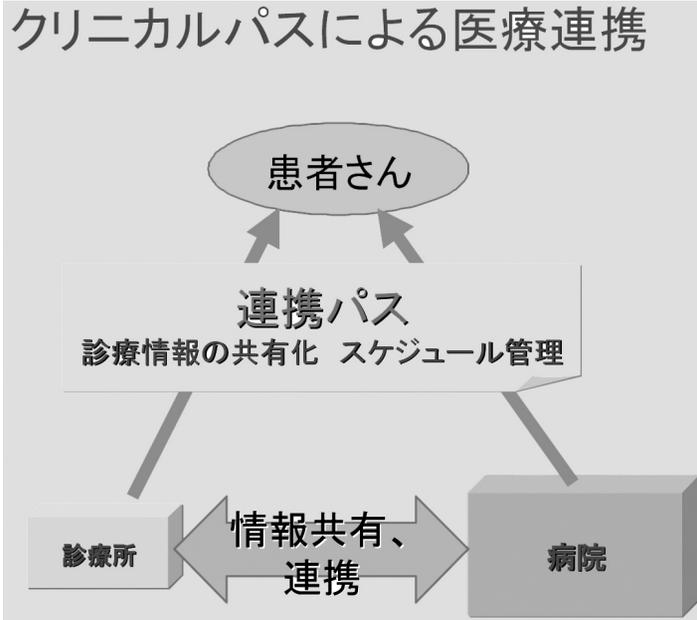
このカルテのメリットとして、患者さんは自分の検査結果を知ることが出来ます。また、患者さんにこれを携帯してもらうことによって、患者さんとかかりつけ医と勤務医とがお互いに情報をやりとりすることが出来ることとなります。

旅先で突然具合が悪くなった時、初診の先生も、その患者さんがどういう治療を受けているか知ることが出来ます。

患者さんが、ちょっと眼科の先生に見てもらいたいという希望があったときには、これを持っていけば、紹介状を書いてもらわなくても自身の診療情報を伝えることが出来ます。(図 16、17)

国は、がん患者さんの連携も進めようとしております。ですが、がん患者さんの連携というのは非常に難しいです。というのは、今まで、がん患者さんは診療所から紹介を受けると、病院ですっとみ

図 19



がん患者さんが多くなって、外来の待ち時間が増えてしまうわけです。それを解決する為にはがん患者さんであっても連携を進めていかなくちゃいけないと、そして、先ほどお話ししたパスに沿って連携を進めていきましょうということなのです。そうすることによって、病院で治療を受けた後に開業医の先生のところに戻って、その後のフォローアップを受けることができるようになりますのですが、これがなかなか難しい状況であります。メリットとしては、患者さん自身は、やはり、

近くの、かかりつけ医で診察してもらえるとというメリットはあります。待ち時間も少なくなります。けれども、病院としての懸念材料としては、診療情報が十分伝わらなくなって、そして通院が中断されてしまう可能性もあるのではないかと、或いはかかりつけ医の先生方が、ちょっと自分とはというようなことで、受け入れていただけないこともあるのではないかとあります。それから、かかりつけ医の先生の立場からは、急変したときに病院がちゃんと診て

図 20

化学療法を病診連携で行う利点

- ・経口抗癌剤は、ある一定期間内服する必要がある。患者さんにとっては自宅に近い診療所は通院に便利であり、遠距離通院、長時間の待ち時間を回避できる。
- ・遠い、がん専門病院まで行くほどでもない症状や心配なことがある時には自分のことをよく知っているかかりつけの医師に診てもらえる。

くれるのか、或いは定期的な検査が必要なのですけれど、検査の予約がなかなか面倒なのではといったような懸念があると思います。

筑波メディカルセンター病院では、国の方針に従って、がん患者さんについても医療連携を進めております。(図 18、19 参照)

協力していただける開業医の先生を募ってアンケートを取りました。そして、パスを作りました。これが出来上がった胃がん、大腸がんのパスなのです。このパスに従って診療所の先生と筑波メディカルセンターの病院で連携を進めているところです。

がん患者さんの紹介を受けて、筑波メディカルセンター病院で手術をして、術後の補助化学療法の最初の 1 回を筑波メディカルセンター病院で受ける、その後は連携パスに従ってかかりつけの先生に戻って 2 回以降の補助化学療法をやっていただく、大体 1 年ぐらい化学療法が必要なのです。

もし、副作用が出たりしたら紹介していただきますし、緊急時の対応は病院で行うということになります。ただ、このがん患者さんの医療連携はなかなか広まりません。心臓とか脳の病

なぜ医療連携、市民の創意が必要なのか？

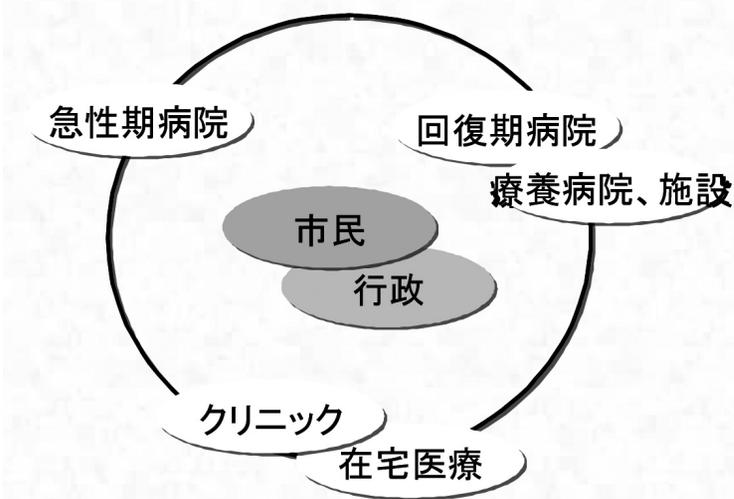


図 21

気ほどは簡単ではない。まだこれは始まったばかりであり、癌診療拠点病院を中心として協議を繰り返して、環境を整えるべきだと思います。(図 20 参照)

最後に、なぜ医療連携、市民の創意が必要なのかということですが、患者さんに適切な医療を提供するには、ひとつの医療機関だけでは無理、いろいろな医療・介護・健康増進サービスを提供する施設が連携・協

力する必要があります。そして、治ってしまう病気だけではありません。

再発防止のために長期に渡って疾病の管理、教育・啓蒙、それから患者さん自身の努力が必要であります。そのためにはかかりつけ医と病院の連携・協力が必須であると思います。医療資源は限られています。(図 21 参照)

保健医療従事者は、つくばであっても少ないのです。地域医療を守る為に、市民の皆さんが、自分にもっとも適切な医療保健サービスが何かを、自分自身で考える必要があるのではないかと思います。ご清聴ありがとうございました。

コーディネーター 柴山

ありがとうございました。非常に丁寧に分かりやすく、まとめていただきました。これからの議論になりますが、医師が「疲れている」という背景に医療リスクに備えた記録物の増加要因などもあります。

次に保健所からの報告をお願いします。保健所は公衆衛生の第一線機関です。社会的にクローズアップされるのは中毒、感染症の発生の際ですが、それ以外でも保健所は健診など手広く事業を行っています。

今回、支える地域医療について石田所長さんから提起をお願いします。

茨城県つくば保健所からの報告

□地域医療を守るために市民にできること
—賢い患者になるために—

茨城県つくば保健所所長 石田 久美子

つくば保健所石田でございます。よろしくお願いいたします。「地域医療を守るために市民にできること—賢い患者になるために—」というタイトルでご話をさせていただきます。医療を守る

図1

二次保健医療圏って？

- ・入院患者の受療動向が基本
- ・圏域として独立性が高い
- ・中核病院が存在
- ・中核病院まで概ね1時間以内で行ける

るためには、医療の提供側のみならず、医療の受け手側の理解と協力が不可欠であると考えますので、その辺のところをご話いたします。

つくばは医師不足・医療崩壊と無縁？

冒頭に、つくばはお医者さんの数も多いし、医療崩壊とかは無縁ではないかという

図2

お話がありましたが、つくばでも様々な課題がございます。

事務局でお配りいただいたお手元のチラシに、「二次保健医療圏」という言葉があります。

県内の医療資源のバランスを論じる時に、二次保健医療圏別医師数とか二次保健医療圏別病床数という言い方をすることがあります。二次保健医療圏は、入院患者さんの受療動向や中核病院などを基本に設定した圏域です。(図1参照)

つくば市が存在する二次保健医療圏は、つくば市、つくばみらい市、常総市からなる「つくば保健医療圏」です。

茨城県内二次保健医療圏別医師数 (平成18年度医師調査)

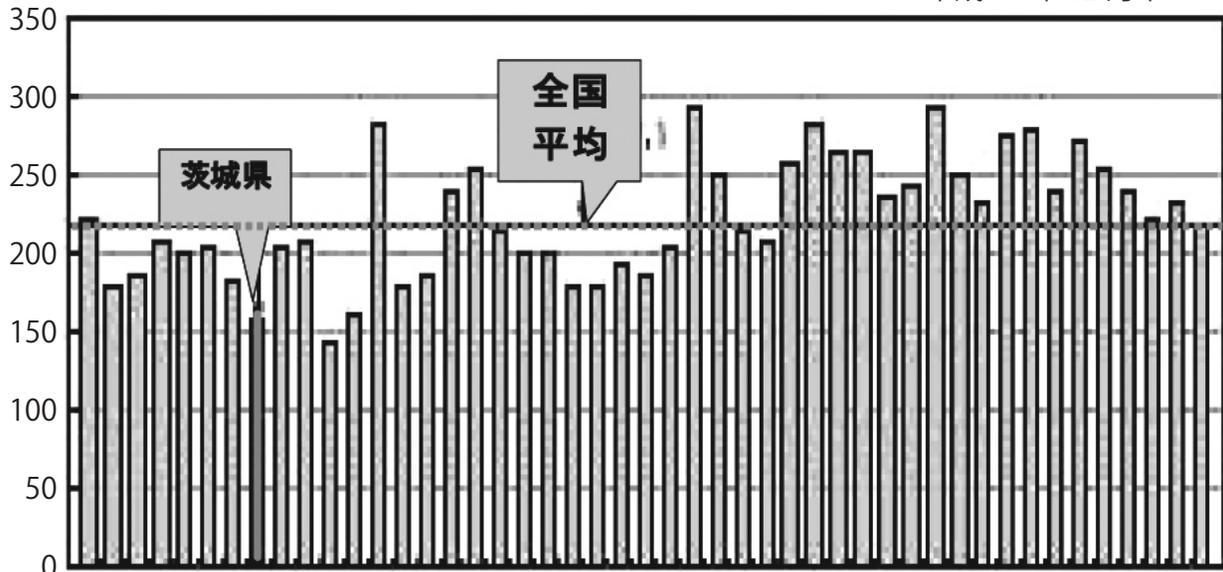
	医師数
水戸	859
日立	396
常陸太田・ひたちなか	354
鹿行	252
土浦	493
つくば	1,012
取手・竜ヶ崎	689
筑西・下妻	270
古河・坂東	284

研究や教育に従事している医師も含めた数です。

二次保健医療圏別の医師数は、つくば保健医療圏が、1,012人、水戸保健医療圏が859人で、つくばは医師が多いような気もしますが、この中には筑波大学などで研究や教育に従事している先生方の数も含まれております。(図2参照)

都道府県別人口10万対医師数

平成18年12月末



北青岩宮秋山福茨栃群埼千東神新富石福山長岐静愛三滋京大兵奈和鳥島岡広山徳香愛高福佐長熊大宮鹿沖
海森手城田形島城木馬玉葉京 奈 濁山川井梨野阜岡知重賀都阪庫良 歌 取根山島口島川媛知岡賀崎本分崎 児 島 縄
道県県県県県県県県県都県県県県県県県県県県府府県県県県県県県県県県県県県県県県県県

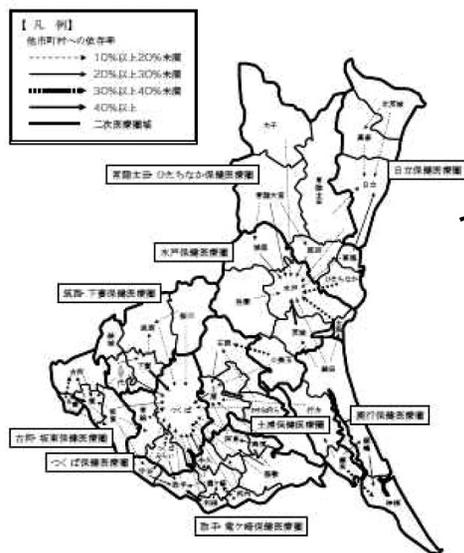
図4 都道府県別人口10万対医師数は、

茨城県は全国で1番少ない方から2番目でございます。(図3参照)

人口あたりの医師数は西高東低の傾向がございまして、西日本の方は東日本に比べると多い傾向があります。

患者の受療動向(何処の地域の方が何処の病院にかかっているか)を見てみますと、つくば市の医療機関に周りの市町から患者さんが集まっていることがわかります。(図4参照)

■入院(療養病床及び一般病床)患者の受療動向



つくばの病院は
広域に医療を
カバー

図5

そこで・・・
地域医療を守るために市民にできることは？
医療は地域の財産
市民一人一人が、少ない医療資源を大切に
利用することにより、結局、市民の利益になります。

つくば市はお医者さんの数は県内では多い方ですが、つくば市内の医療機関は周辺の市町村から患者さんを多く受けており、つくば市民だけではなく、広域的に周辺の医療を支えているという状況がございまして。(図5参照)

そもそも茨城県の医師数が少ない、つくばの病院は広域に医療をカバーしていることから、つくばといえども医療スタッフに余裕がある

ということではありません。

地域医療を守る為に市民に出来ることは？

県内で比較的医療資源が豊富なつくばでも、医療の現場は余裕がないということをお話ししました。そこで、地域医療を守るためにはどうしたらよいか。救急医療体制の整備、医師の養成

図6

こんな相談ありました

- ・夜間子どもが熱を出したので、イエローページで「24時間対応」「小児科」の記載がある病院に連れて行ったが「小児科医」は不在だった。
- ・発熱した子どもを「救急病院」に連れて行った。救急病院なのに2時間も待たされた。
- ・明日、旅行に行く予定だが、風邪気味だったので念のため夜間、救急病院に薬をもらいに行ったら、面倒くさそうに対応された。

など医療提供側の体制整備も必要ですが、もうひとつ大切なことは医療を受ける側が「私たちにできること」をすることだと思います。医療は貴重な地域の財産でございます。市民一人ひとりが、限られた医療資源を大切に利用することによって、地域の医療が守られ、結局は市民の利益になると思います。

これから、保健所に寄せられた相談・苦情をもとに、「医療を守るために市民にできること」を考えてみようと思います。(図6参照)

救急医療の実情を知ってください。

保健所にこのような相談が寄せられました。一つ目は「夜、子どもが熱を出したのでイエローページに『24時間対応』、『小児科』という記載がある病院を見つけて連れて行った。当直医に『先生小児科の専門医ですか?』と聞いたら、内科医だった。あの広告おかしいんじゃないですか。」というものです。二つ目は、「発熱した子どもを『救急病院』に連れて行った。救急病院なのに2時間も待たされた」というもの。

三つ目は「明日、旅行に行くんですが、風邪気味だったので、念のため夜中に救急病院に薬

図7

ちょっと待って!

救急医療の実情を知ってください。

- ・厚生省小児科医アンケート(2005年)24時間以上連続勤務:月平均2.4回、月10回の人、当直あけでそのまま勤務している医師が7割以上→過酷な勤務状況から、勤務医が減少し重症入院患者の治療に支障をきたしています。
- ・「コンビニ受診」が増えると、命に関わる重症者の治療に支障がでます。

を貰いに行ったら、面倒くさそうに対応され、不親切だった。」というものです。先ほど成島先生、野口先生がお話していただきましたが、救急医療の実情を市民の皆さんに分かっていただいて、出来ることは一緒にやっていくことが大切であると思います。

2005年の小児科医に対するある調査では、24時間以上連続勤務の回数は平均で月に2.4回、月に10回以上の医師もいました。当直明けで明るく日もそのまま勤務をこなし

ている医師が7割以上を占めていました。過酷な勤務状況から勤務医が減少して重症患者さんの治療に支障を来たしているということもあります。コンビニ受診、「風邪気味だけど明日遊びに行くので、今夜、風邪薬をください」というようなものが該当すると思いますが、現状の救急医療体制は残念ながらこのようなニーズには対応できません。

皆で守っていかないと医療現場は疲弊してしまいますし、命に関わる重症患者さんの治療に支障を来たすことになります。(図7参照)

図8

H21 新型インフルエンザ (H1N1) のピーク時のある休日

- ・市内のある病院の1日の外来患者約400人
待ち時間3～4時間
- *当直医は、外来患者を診る合間に、入院を要する重症患者の診療も行っています。

昨年、H1N1のインフルエンザの流行で、発熱患者が増えました。市内のある病院で、インフルエンザ流行時の休日に1日で400人が受診し、待ち時間が3～4時間になってしまったということがありました。診察する先生も大変ですが、待っている患者さんも大変です。当直医は、入院を必要とする重症患者

者にも対応しながら外来患者の診療を行っています。(図8参照)

救急医療の仕組み・実情を、市民の皆様にもよく知っていただいて、一緒に救急医療を守っていただきたいと思います。

図9

こんな相談ありました

昨晚、子どもが痙攣(けいれん)をおこしました。そのときは回復しましたが、もしも今晚も同じ状況になったときのことを考えると心配なので、小児科で夜間診察してくれる医療機関を教えてください。

かかりつけ医を持ちましょう。

保健所に、あるお母さんから寄せられた別の相談です。「昨晚、子どもが痙攣を起きました。その時は回復しましたが、もし今晚も同じようなことになったら心配なので、今夜、痙攣が起きた時にかかれる小児科を教えてください。」というものです。(図9参照)

図10

こんな相談ありました

- ・救急医療の仕組みを知って上手に利用しましょう
- ・かかりつけ医を持ちましょう。
- ・かかりつけ医を持ちましょう。そして普段から救急の場合の対応についてかかりつけ医に確認しておきましょう。
- ・「役立つツール」を活用してください。救急電話相談窓口など本日お手元に配布しました
- ・出来るだけ診療体制の整っている「通常の診療時間」の受診を心がけましょう。

保健所からの回答は次のとおりです。「今夜、同じことが起きた時に、どこにかかったらよいかを、ご心配なさる前に、今日の昼間のうちに小児科を受診してください。昨夜起きたことをよく先生にお話して、この次に同じことが起きたときの対応について事前に相談しておいてください。何よりも大切なのは、お子さんの状況を良くわかっている、かかりつけ医を持つことです。日頃から、かかりつ

けの先生に急病時のことも相談しておきましょう。」(図10参照)

病院では、「時間外」は、スタッフや検査体制も限られています。出来るだけ診療体制の整っ

図 11

子どもの救急ってどんなとき？

お医者さんにかかる前に家庭で対処することや救急外来を受診する際のポイントについて、上記サイトからPDFでご覧いただけます。
<http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/isei/kodomobook.pdf>

子どもの救急ってどんなとき 検索

ている「通常の診療時間帯」の受診を心がけていただきたいと思います。患者さんの体質、生活習慣、家庭の状況も分かってくれている「かかりつけ医」は強い味方です。是非、何でも相談できる「かかりつけ医」を持っていただきたいと思います。

図 12

茨城県救急医療情報コントロールセンター

医療機関案内
24時間 365日体制で医療機関（歯科を除く）をご案内します。
029-241-4199

急病時に「役立つツール」

次に、急病時の「立つツール」をご紹介します。お手もとにお配りした「子どもの救急ってどんなとき？」という小冊子です。お子さんのよくある症状別に対応方法を示してあります。ホームページでもダウンロード

図 13

茨城県救急医療情報システム

救急車を呼ぶほどではないとき、かかりつけのお医者さんがいないとき、診療してくれるお医者さんがわからないときはぜひご利用ください。
インターネットから <http://www.qq.pref.ibaraki.jp/>
携帯サイトから <http://www.qq.pref.ibaraki.jp/kt/>

茨城県救急医療情報システム 検索

できるようになっていきますので、是非活用していただけるとありがたいと思います。(図 11.12. 13 参照)

また、お手元にお配りしたA4版のパンフレットは、昨年、つくば市とつくば市医師会のご協力をいただいて、市内の保育園などに配布したのですが、救急のときに相談できる窓口、医療機関を検

索できるサイトをなど「役立つツール」をご紹介します。ご家族やご近所にも、お伝えいただき、広めていただければありがたいと思います。

図 14

こんな相談ありました

母が救急病院で手術を受け現在も入院しています。先日、主治医から急性期の治療がそろそろ終わるので、転院や施設入所を勧められました。現在の病院が気に入っているのですが、今の病院に入院しつづけたいのですが。

医療連携!? 病院の機能の違い

次に医療連携についてお話しします。

保健所に寄せられた相談をもとに考えてみます。「母が救急病院で手術を受けて入院中です。主治医から、急性期の治療がそろそろ

終わるので、転院または施設入所を勧められました。

現在の病院が気に入っているのですが、このまま今の病院に居たい。」という内容です。先ほど野口先生、成島先生からもお話ございました「医療連携」に関する内容です。

病気の治療は段階に応じて、機能の異なる医療機関を使い分ける仕組みになっております。

図 15

医療連携!?
病院の機能の違いを知ってください。

例えば
(急性期) (回復期) (慢性期)
急性期病院→回復期リハビリテーション病棟→療養型病床など

「医療連携」とは
急性期から在宅医療に至るまで、複数の医療機関が連携して段階的に医療を提供し、複数の職種が協力し合って療養を支える仕組みです。

急性期・回復期・慢性期、在宅医療に至るまで複数の医療機関、様々な職種の方が協力しあって、患者さんを支援することになっています。

それぞれの病院には、「医療連携室」や「医療相談室」という患者相談窓口があり、専門のスタッフが転院や退院後の相談に応じてくださいます。何かわからないことがあれば、そのような窓口にご相談していただきたいと思います。

と思います。

ご自身が救急車で入院した時と同じように、次に、新たな救急患者さんが、同じ救急医療を受けられるよう、「医療連携」のシステムを理解していただきたいと思います。(図 14.15 参照)

医師と患者

～大切なのはコミュニケーション～

次に「医師と上手にコミュニケーションをとり、賢い患者になろう」というお話をさせていただきます。

図 16

こんな相談ありました

- ・医師が丁寧に説明してくれない。
- ・難しい言葉で説明され内容がよくわからない。
- ・医師が自分の話を聞いてくれない。

保健所には、次のような相談が寄せられます。(図 16 参照)

「医師が丁寧に説明してくれない。」「難しい言葉で説明され良くわからない。」「自分

の話を聞いてくれない。」というようなものです。「医師と患者のすれ違い」には、次のようなパターンがあると思います。患者さんの方は「急がしそうなので聞いてはいけけないのではないか。」「こんなこと聞いたらばかにされるのでは。」と思って言い出せないでいる。医師の方は「質問ないから分かっているのだろう。」と思う。また、患者さんが「胃のあたりがシクシクするんですけど。」と言うと、「それは心窩部？ 季肋部？」と聞かれ、わからなくなってしまう。また、患者さんは、「この間、頭が痛くて、その前から熱があって、その後、下がって、去年はどうで。」というように、何が言いたいのか整理ができていない。「結局、今日はどうなのかな？」って聞きたくなくなってしまう。

そこで、患者さんも「自分の症状を具体的に説明する技術を身につける」といいといます。

自分の不安をとめどなく話したり、本筋と関係ないことを話したりしてはいないでしょうか。お子さんが受診する場合には、症状を説明できる人が連れてっているのでしょうか。お子さんが昼間から具合が悪かったのに、夜、帰宅したお父さんに、お母さんが、「あなた、いいところに帰ってきたわね。この子を病院に連れて行って頂戴」と言われるままに病院に行き、医師から「いつ頃から、どのような具合なのですか？」と聞かれ、説明できない。このようなことはないで

図 17 しょうか。

ちょっと待って！

- ・患者さんも、自分の症状を具体的に説明していますか？
- ・自分の不安を止めどなく話していませんか？
- ・本筋と関係ないことを話してませんか？
- ・お子さんが受診する場合は、症状を説明できる人が連れて行っていますか？

「黙って座るとぴたりと当たる」といわれた人相見、占い師がいたようですが、病気を診断するには「問診」がとても重要なので、きちんと症状を説明できる人が連れて行かなくてはなりません。(図 17 参照)

大切なのは医療従事者と医療を受ける側のコミュニケーションだと思います。両者が、

良好なコミュニケーションを心がける必要があります。

「対話の始まりは挨拶から」です。

診察に入って、黙って座ってはいませんか。また、限られた時間を有効に使うために、「伝えたいことはメモして準備」してみることは有効です。「お薬手帳」や、「健康診断の結果」、また、野口先生がご説明してくださった「わたしのカルテ」などを活用するといいと思います。大事なことを聞き逃さない為に、メモをとったり不安なことは家族と一緒に聞くのもいいと思います。

「伝えたいことはメモして準備」を実践して、命が救われた！

以前、保健所で「上手なお医者さんのかかりかた～賢い患者になるために～」という講演会を実施したことがありました。その際、「限られた診察の時間を有効に使うために、伝えたいことはメモして準備してはいかがですか」という話をしました。受講した市民のおひとりが「伝えたいことをメモして準備して命拾いしました」と報告してくださいました。

64 歳で、非常勤で事務系のお仕事をしている方です。その方が、ご自分が作ったメモを、持ってきてくださいました。今から読み上げてみたいと思います。

この方は医療従事者ではありません。そう申し上げたのは、非常に具体的に客観的に書かれておりまして、まるで医療従事者が記載した「現病歴」のようなのです。

正直申し上げ、良くかけていると思い、少しビックリしてしまいました。それでは読みます。

図 18

大切なのはコミュニケーション

- ・対話の始まりは挨拶から診察室で黙って座っていませんか？
- ・限られた時間を有効に使うために伝えたいことはメモして準備「お薬手帳」、「健康診断の結果」を用意することもいい。
- ・大事なことを聞き逃さないために、メモをとったり、不安な時は家族と一緒に聞くのもよい。

「5月10日、散歩の途中（1kmくらい歩いたとき）肩から背中にかけて、圧迫感のように重く感じられ、速度を少し緩め深呼吸をして歩いたら症状が消えたので、そのまま続けました。その後、散歩中に同様な症状が2～3回あったが、深呼吸をしたり、速度を緩めると症状は消失しました。

5月23日の夕方、散歩に出て500mくら

いところで、肩から背中にかけて圧迫感のように重くなる同様の症状が出て、その後まもなく喉の下の方から上胸にかけて同様の症状が出たので深呼吸をし、速度を緩めたものの、その症状は消えなかったので少し休んで、それからゆっくり 1.5 km くらい（その時は症状は消えていた）歩いて家に帰りました。その後、犬の散歩以外は運動は控えています。平成〇年〇月〇日に、上下肢の麻痺と舌のもつれの発作が起きて入院し、一過性脳虚血症と診断され、2週間入院しました。現在は、月に1回通院し、朝食後アムロジン 5 mg を1錠、夕食後プラバスタン 5 mg を1錠服用しています。」。

このメモを持って開業の先生のところにかかったそうです。

その時に受けた検査は、レントゲンの検査、心電図とも正常だったそうです。でも、このメモをご覧になった開業の先生は、病歴、経過から専門の病院に診てもらったほうがいいと判断し、その場で紹介状を書いてくださったそうです。

専門病院に紹介され、心臓カテーテル検査を受けたところ、「ほっておくと危なかったです。心筋梗塞を起こす可能性が非常に高かったです。」と説明をされ、即日入院になり経皮的冠動脈形成術を受け、翌日退院したということです。今は元気にされています。メモを書いて行って良かったとおっしゃっていました。(図 18 参照)

図 19

- ・地域医療を守るためには市民の皆様の協力が不可欠です。
- ・皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

地域医療を守る為には市民の皆さんの協力が不可欠です。医療を受ける側も自分たちができることをやって、一緒に医療を守りましょう。(図 19 参照)

皆様のご協力をお願いいたします。

コーディネーター 柴山

医師が疲れてしまうということについて、受益者である患者さんがどのように協力するか、そして医療をどのように支えていくのか、石田所長から大変わかりやすい提起がありました。これまで社会的に充分議論される機会が少なかったと思います。

次に受益者である市民の声として、NPOにも参加をお願いしてきました。ピンクリボンの会の八木さんから平井さんのご紹介をいただきました。平井さん自身が救急車の中で感じたことを話していただきます。

よろしくお願いいたします。

市民の体験談

□救急車で死を意識したとき

平井理心（こころ）さん
（筑波大学附属病院職員）

みなさんこんにちは、平井理心といます。

今日はみなさんに自分が実際に体験したことをお伝えしようと思っております。ただ、4年前のことですれども、まだまだ自分の中で整理できてないというか、心の傷がまだまだ癒えていないところもあるので、すべてを詳しくお伝えできない部分もありますが、それはご理解いただきたいと思います。

私は平成19年4月から筑波大学附属病院で事務の仕事をさせていただいております。今はがんに関する研究のお手伝いやがん予防の啓発・普及活動などに取り組んでおります。大学病院で勤務させていただくつい半年前、今から4年前に私は救急車の中で、救急車に乗りながらこのまま死んじゃうのかなって思った経験をしました。当時私はつくば市内の産婦人科クリニックにかかっていた。その日は、午前中受診して処置を受けて自宅に戻ったのですが、段々体調が悪くなりました。

すごく混んでいるクリニックだったので、次の日朝一で受診しようと思っていました。そうしたら、夜になって急に体調が更に悪くなって大量に出血をしてしまいました。そこでもうこれでは我慢できないと思い、自分で生まれて初めて119番をしました。救急車は直ぐに来てくださって、私は救急車の中に運び込まれました。でも、私がいつもかかっている産婦人科の方に連絡を取ってくださったんですが、そこと連絡が取れないようでした。

そこで救急隊員の方は一生懸命周辺のクリニックとか病院とかに連絡を取ってくださったのですが、すけれども、なかなか受け入れてくれるところがありませんでした。その間でも私は段々段々意識が遠くなっていき、救急隊員の方が本当に必死でいろいろなところに連絡をして「だめだった」という声とか、あともう1人の隊員の方は私のそばにずっと居てくださって「大丈夫だよ。もうすぐ病院見付かるからね。病院見付かるからもうちょっと頑張てね。」と言ってくださってたんですけども、そういう声も段々々遠くなっていきました。

医療的にはそんなに死を意識しなくても良かったのかもしれませんが、生まれてこの方大きい病気もしてないし、家族もそういった経験がなかったので、自分の中では意識も遠くなって、もう死んじゃうのかなと思っていました。

そういうことになってしまったのも、自分が悪かったところもあるしとか、自分で納得しようとしてなかったところもあると思うのですが、子どもには本当に申し訳ないなと思い、そういうことを考えながら、意識がどんどんどんうすれていってしまいました。

でも、こんな私を受け入れてくれる病院がありました。

それが筑波大学附属病院でした。すぐに病院に運ばれて当直の先生に診てもらいました。どうやらかかりつけのクリニックでちょっとした処置のミスがあったらしいのです。直ぐに緊急手術を受けることが出来ました。医学的というか生物学的には元気になったようですが、数日間入院することになりました。その入院中、ベッドの中で涙が止まりませんでした。当時はなんで泣いてるのかわかりませんでした。今から思えばそういう状況になってしまった自分をすごく責めていたということもあつたりとか、医療ミスの当事者になってしまったというショックだつたりとか、いろいろな病院に拒絶されたというショックだつたりとか、様々な思いが重なって自分の気持ちは、その時に壊れてしまってたんだと思います。布団を頭からかぶって、大部屋だったので声も出さず見付からないように涙を流していました。

でも、ある看護師さんがそういう私に気付いてくれました。そして何も言わずに私の手を握ってくれました。それは本当に温かい手で、そこで初めて私は声を上げて泣くことができました。そういうことがあって大分気持ち的にも落ち着き、退院することが出来ました。その看護師さんの温かい手の感覚というのは今でも覚えています。

こうして身体的な命と精神的な命を助けていただいて、私は今ここに元気に生きています。

それから半年経って、私は本当になんかの縁なんだと思います。縁があつて命の恩人である大学病院で働くことが出来ました。病院の中に入って本当に驚いたのが、医者や看護師を始め、医療スタッフの方々が皆疲弊されていることです。本当にたくさんの仕事抱えられています。

日常の診療だけではなく、教育とか研究とか文部科学省、厚生労働省、茨城県とか、それらのところから本当に様々な責務を課せられています。これは大学病院に限ったことではありません。

私は冒頭で申しましたが、がんに関するお仕事をさせていただいております。

がん診療連携拠点病院というのが茨城県に県がん拠点地域、地域がん拠点病院併せて8つございます。県立中央病院、筑波メディカルセンター病院、土浦協同病院など、各病院の先生方といろいろお話しする機会もあるんですが、本当にみなさん多忙でいらっしゃるなつていうのを感じています。本当に自分の命を削りながらお仕事されてるんじゃないかなと、いつも感じています。本当に恥ずかしい話、私は今まで大学病院とかそういった大きな病院ってテレビドラマの「白い巨塔」のイメージがあり、本当に言い方が悪いんですけど、お医者さんとか教授とかつく人つてふんぞり返つていないかと思つていました。

でも、実際、全然そういうことは無く本当に寝る間も惜しんで仕事をされていて、こんな過酷な状況の中で私を受け入れてくれた、また普通の業務だけで大変な看護師さんがずっと私のそばにいてくれた、ということに本当に今感謝の気持ちで一杯です。受け入れを拒否された病院やクリニックもそれなりの事情があつたんだろうなと、今思つています。私がもしそういった事実を知らなければ、きっと受け入れを断られたと恨み辛みを話してると思うし、せつかく助けてくださった命なのにそういった病院や医療者に対するネガティブな気持ちを持つたま

ま、ずっと生き続けなければいけなかったのかなと思うと、無知って言うのは怖いなというのを感じています。

ちょっと話変わりますが、私は子どもが2人います。小学4年生と小学6年生です。今はもう大丈夫なのですが、子どもがまだ小さいときに、急に熱を出したりとか、階段から転がり落ちたとか、私が使っているマニキュアを飲み込んだとか、そういう事件が起こるんですけども、それってなぜか夜なんです。そういうことが起こるたびにどうしたらいいんだろう、救急車呼んでいいのかな、何処へ行ったらいいんだろうとか、普段から情報を集めていたらよかったですけど、そういうことをしてなかったの、いつもあたふたあたふたしてて、なんとか病院を探して一段落したら、「もう育児って大変だな」と感じネガティブな気持ちになってしまっていました。そういうことも踏まえながら「事実を知る」というのは本当に大切だなというように感じています。

本日は、地域医療・医療連携というのがキーワードにはなっていますが、地域医療が崩壊しているのは事実だと思います。なんとか持ち堪えている状態だと思っています。でも、なかなか市民は分からないと思うんです。

大学があつて医学部があつて大学病院があるし、大きな病院も複数あるし、そういうことがなかなか見えていないと思うんです。

市民であつたりとか行政とか医療従事者や医療機関とか、それぞれ現状把握に温度差があるなというのはよくよく感じています。でも、私の体験から命を繋ぐっていうのは大くのエネルギーが必要だと思いました。そういった営みを今、ほんの一部が抱えていると思うのです。そういった一部の人に頼ったばかりの医療になってしまうと、いつかは破綻してしまいます。いつか本当に崩壊させてしまうと思うのです。

私は個人的にテレビのワイドショー等で事件が起こると、何処が悪い、行政が悪いとかそういう責めるといことは大嫌いです。そういった誰が何とかしなきゃいけないかった。どこどこがどういうことをしなきゃいけないかったと、誰かに責任を押し付けてもこういう問題はなくなると思わないと思うのです。

医療側とか行政側とか市民とか、そういうところがフラットな状態でそれぞれがそれぞれの役割分担を果たしながら、それぞれが支えていかなければ今の医療体制を存続というのは難しいんだなと思います。市民の役割っていうのが、先ほどお話いただいたような「賢い患者になるために」ということだと思います。

そして、市民のそういった力を出せるような、力を引き出す、エンパワーメントするために、医療機関であつたり、行政であつたり、これからも大変な状況かもしれないんですけども、ご支援いただきたいなというふうにも思っています。みんながそれぞれ支えあつて、みんなが今とそして未来のために、みんながハッピーになるような医療体制というのをみんなで考えていくべきだっていうのは、自分の体験を通して感じました。

以上です。ありがとうございました。

コーディネーター 柴山

ありがとうございました。体験の話、非常に重い話でした。

次につくば市保健福祉部が市立病院を運営していますが、つくば市に求められている診療機能が十分に果たせず、医師不足、老朽化など課題が山積しています。

つくば市は、今後、人口増加を踏まえて診療機能を強化したいとの意向があり7月16日に地域医療を考える会の鈴木代表と一緒に市原つくば市長とお会いして周産期医療センター構想をお聞きしました。

今回のシンポジウムでは「安心して生み育てられる」市行政の方向を野尻保健福祉部次長が報告してくれます。よろしくお願いします。

つくば市

□安心して生み育てられる医療環境を

つくば市保健福祉部次長 野尻正博

つくば市の保健福祉部の野尻です。

私の方から「安心して生み育てられる医療環境を」ということで、お話したいと思います。

つくば市では、平成 22 年度の重点政策を五つほど挙げております。その中に「少子高齢化

図 1 対策」を掲げております。その中から今日は少子化対策、特に「安心して生み育てられる」と今色々問題になっております自治体病院、市立病院の問題も含めて話をしたいと思います。(図 1 参照)

安心して産み育てられる医療環境について

医療問題や予防対策の取り組み (平成 22 年度)

- 乳幼児医療福祉費の拡充
 - ： 対象年齢を現行の未就学児から小学校 3 年生まで引き上げ
- 不妊治療への支援
 - ： 不妊症患者に対し、治療費の一部を助成
- ヒブ髄膜炎予防に対する支援
 - ： ワクチン接種費用の一部助成
- 麻疹・風疹や日本脳炎等の予防接種の実施
- 健康増進計画「健康つくば 21」
重点項目
 - ： 「健康管理」・「医療体制の充実」を追加
- 上手なお医者さんのかかり方等の啓発
 - ： かかりつけ医・歯科医を持つ取り組み強化

平成 22 年度、今年度の事業の取り組みですけれども、乳幼児の医療福祉費、マル福の部分ですけれども 10 月から小学校 3 年生まで拡充をする予定になっております。また、不妊治療の支援ということで茨城県では既に実施していますけれども、つくば市でも県の制度に上乗せするような形で一部助

成を予定しております。それから、ヒブ髄膜炎の予防に対する支援ということで、ワクチン接種について 1 回当たり 2,000 円の助成を予定しております。

一部の自治体では子宮頸ガンへの助成というのがありましたけれども、国の方でも来年度あたりから色々考えていくということですが、つくば市では子宮頸ガンよりこのヒブの方への支援というものを優先させております。また通年ですけれども、麻疹・風疹・日本脳炎などの予防接種を実施しております。

それから健康増進計画「健康つくば 21」を策定しておりますけれども、この中に重点項目ということで健康管理あるいは医療体制の充実というものを追加しまして、生活習慣病の予防であるとか早期の対策の取り組みを進めております。

それから、先ほども石田所長さんの方からありましたけれども、上手なお医者さんのかかり方の啓発ということで、かかりつけ医あるいは、かかりつけ歯科医を持つというような取り組みを進めております。さらに市内の医療環境について調査あるいは現在の市立病院の経営状況あるいは市民ニーズ等を検討しまして課題を解決する目的で今年の 4 月に「医療環境検討室」を

図2

市立病院に関する市民アンケート調査結果

- ・市民 3,000 人を対象に実施（無作為に抽出）
- ・回答者 1,365 人（回答率：45.5%）

設置し現在検討している状況です。

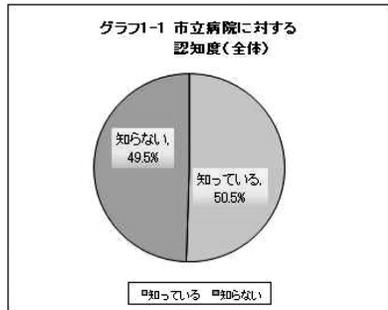
そういう中で、昨年ですけれども市立病院に関する市民アンケート調査を実施しております。（図2参照）

図3

市立病院の認知度について

市立病院の認知度についてお聞きしたところ、約半数の市民が市立病院の存在を知らないという結果でした。

- ・知っている（688人）
50.5%
- ・知らない（674人）
49.5%



市内の医療環境あるいは市立病院の状況について聞いたもので、3,000 人を無作為に抽出して実施しました。回答率が45.5%です。

まず市立病院の認知度、通常こんな調査をしないと思いますけれども、市北部にあるということで聞いております。（図3参照）

これを見ていただくと半分の方については市立病院を知らないという

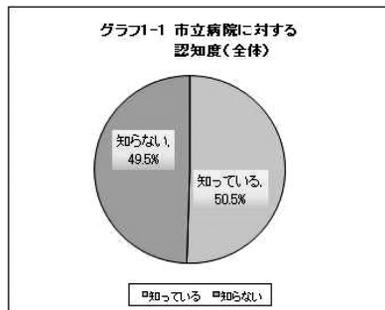
図4

ような状況です。

認知度に対する利用頻度について

市立病院を知っている人が、市立病院をどの程度利用しているかお聞きしたものです。「よく利用している」と「年に数回利用している」を合わせても約10%の利用に止まっています。

- ・よく利用している（27人）
3.9%
- ・年に数回利用している（43人）
6.2%
- ・ほとんど利用しない（151人）
21.7%
- ・まったく利用しない（475人）
68.2%



筑波地区の方にありますので、筑波地区の方は9割ぐらいの方が知っていますけれども、逆に南部にあります荃崎地区でありますと20%程度しか市立病院の存在を知らないという状況です。

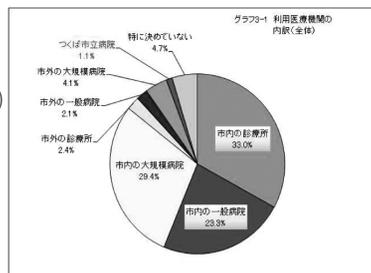
知っている人が市立病院をどの程度利用しているのか聞いております。ここで「よく利用している」あるいは「年に数回利用している」という方は10%くらいです。市立病院を知っていても1割の方しか病院にかかっていない、9割の方は市立病院を利用していないという状況です。

図5

医療機関の利用状況について

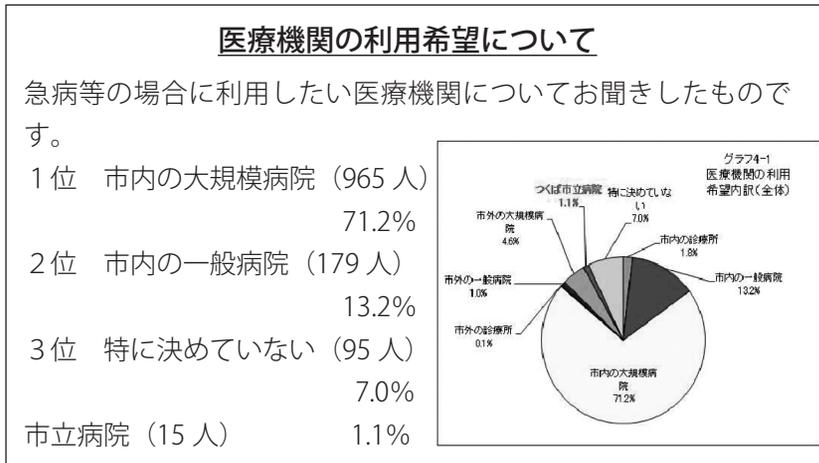
日頃利用している医療機関についてお聞きしたところ、市内の診療所、市内の一般病院、市内の大規模病院が大部分を占め、市立病院を利用している人は1.1%に止まっています。

- 1位 市内の診療所（701人）
33.0%
- 2位 市内の大規模病院（624人）
29.4%
- 3位 市内の一般病院（495人）
23.3%
- 市立病院（24人）
1.1%



次は「日頃の医療機関はどのようなところを利用しているのか」聞いたものです。（図

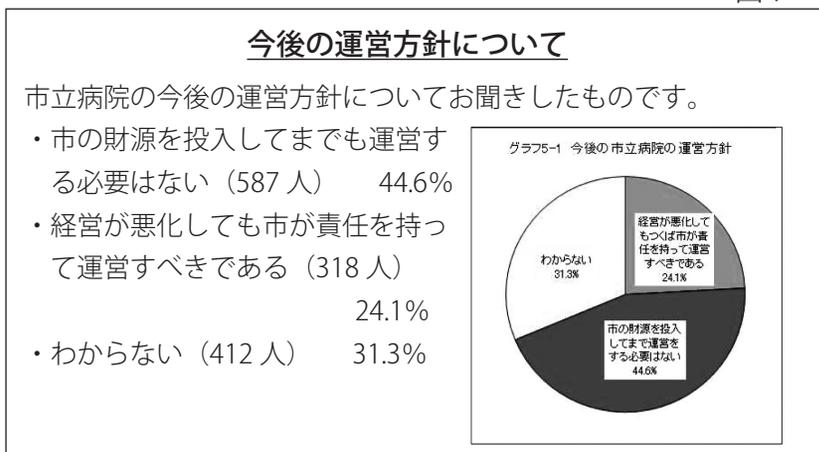
図 6



5 参照)

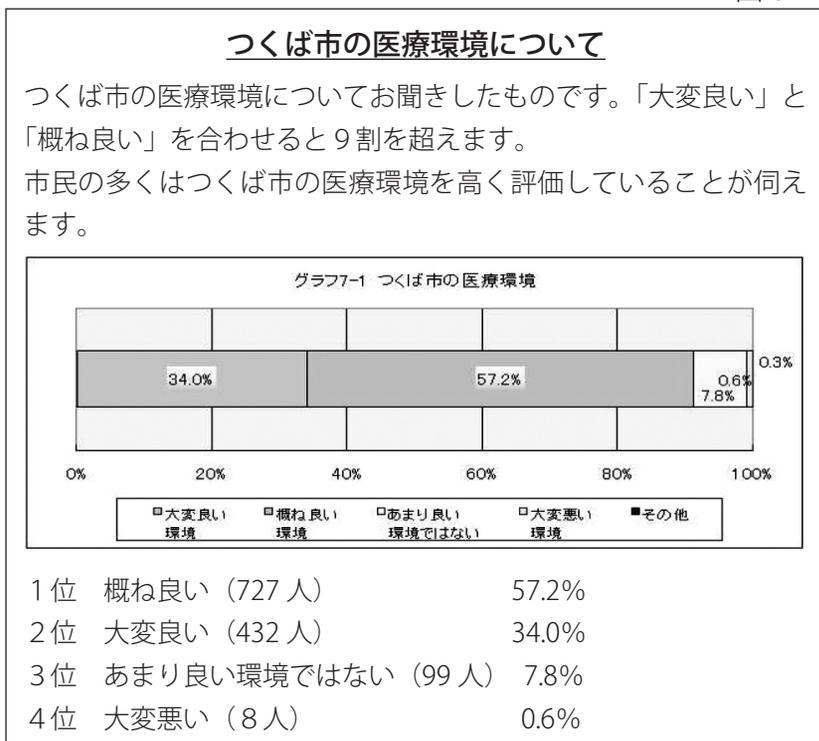
これを見ていただくと市内の診療所が 33%、その次が大規模病院 (200 床以上)、それから一般病院となっています。(図 5 参照) を見ていただくと市内の診療所が 33% ということで、1 番多いわけですけれども、大規模含めた市内病院が 52.7% になるといことで、市民の多くは規模の大きい病院の方を利用するという傾向が伺えるのかなと思います。

図 7



次は「急病になった場合この医療機関を希望しますか」、ということで聞いております。(図 6 参照)

図 8



当然のことながら大規模病院が 71% で、圧倒的に多くなっております。

先ほどもメディカルセンターの方から話がありましたけれども、大規模病院に集中していくということで救急への負担が多くなってくるのかなと思います。因みに市立病院を希望しているという方は 1.1% というような状況でした。

次は「市立病院の今後の運営方針」というものを聞きました。(図 7 参照)

これを見ていただくと、「市

の財源を投入してまで運営する必要はない」という人が 44.6% と 1 番多く 24.1% の方は「引

き続いて市がやるべきだ」と、それから「わからない」という方も3割いたということです。分からない方がいたということで、つくば市では市民への説明が必要だろうということで、先月20日から29日に掛けて市立病院のある筑波地区7ヶ所で説明会をしています。またお盆明けから他の地区でも説明会を予定しております。さらに広報誌やホームページでも経営状況を含めてお知らせをしている状況です。

次が「つくば市の医療環境」について、市民の方がどういうふう感じているのか聞いたものです。(図8参照)

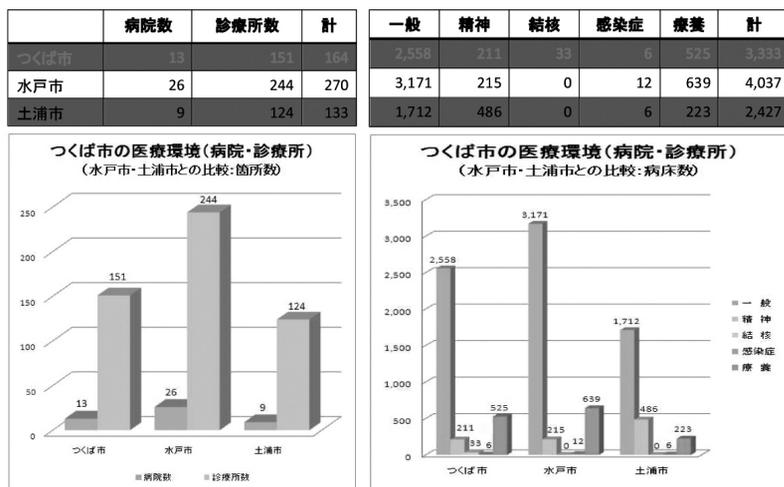
これを見ていただくと、「概ね良い」と「大変よい」を含めあわせると、9割を超える方はつくばの医療環境については満足しているというふうに思われます。一部には待ち時間が長いとか、そういったご意見はありましたけれども、総体的には市内の医療環境については満足しているという状況です。

次は、実際市民は満足しているんですけども、じゃあ市内の医療機関はどういう状況になっているのかを調べたものです。(図9)

市内医療機関の現状

(水戸市・土浦市との比較)

図9



つくば市と水戸市・土浦市を比較しておりまして、つくば市ですと病院と診療所を併せて164、水戸市が270、土浦市が133、病床数で見ても3,333、水戸市4,037、土浦市2,427というようなことで、人口等から見てもそんなに遜色ないと思います。

しかし、県の保健医療計画を見ていただくと、つくば市にこ

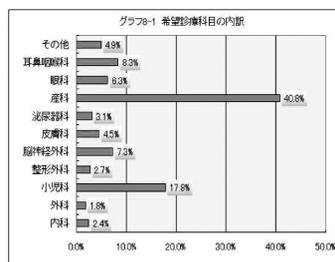
図10

希望される診療科について

つくば市に不足していると思われる医療・診療科目についてお聞きしたものです。「産科」、「小児科」と回答した人が、全体の約6割を占めます。

安心して子どもを産み育てる環境を望んでいる人が多いことが伺えます。

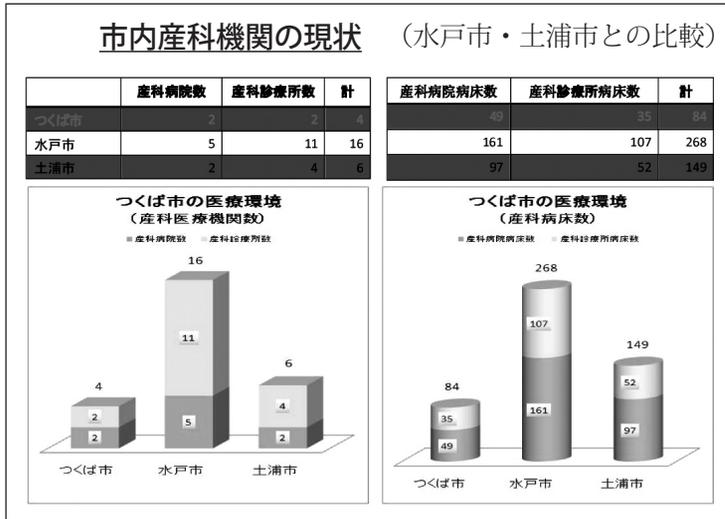
- 1位 産科 (750人) 40.8%
- 2位 小児科 (328人) 17.8%



られる患者さんが周辺からかなり入院・外来ともに来ている、そういうことから考えるとつくば市にある医療機関が、県南・県西の医療を支えているという部分もあるのかなと思います。そういうところから、市民も満足をしているのかなと思われ

ます。次が「不足してる診療科があるかどうか」聞いたものです。(図10参照) 必要だというもの全てに丸をつけ

図 11

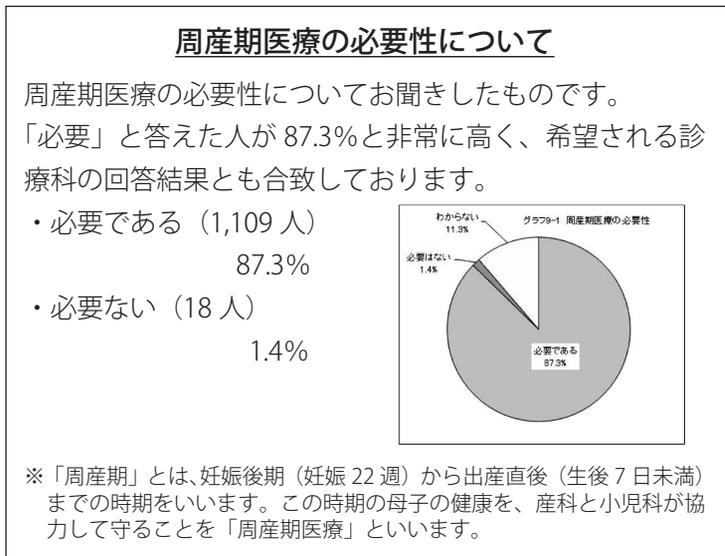


ていただいたんですが、これを見ていただくと「産科」が40.8%、「小児科」が17.8%という状況でした。

実際4割の方が産科が必要だということですが、産科の現状は、つくば市ですと病院が2カ所・診療所が2カ所の、4カ所では産産は出来ない。(図11参照)

水戸とですと16、土浦市で6、これは病床で見てもつくば市84床、水戸市が約3倍の268床、土浦市もつくば市の倍近い149床となります。

図 12

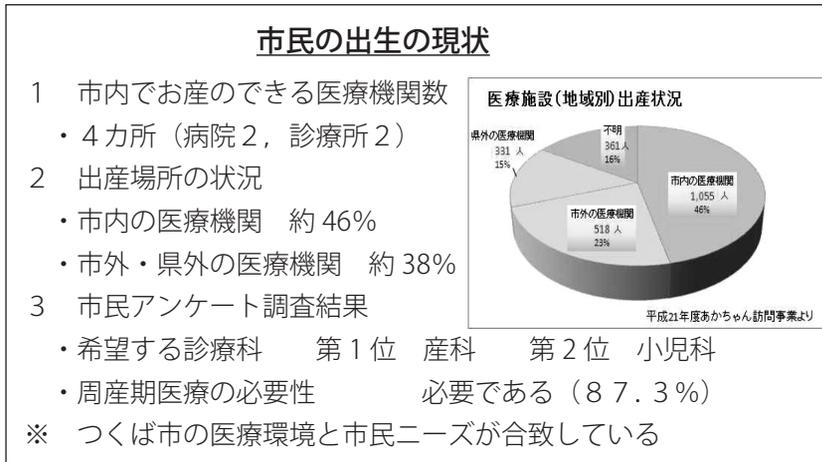


先ほどの市内の医療環境と比較をしますと、つくば市の産科という部分に関しては極端に少ないというふうに思われます。

次が「周産期医療の必要性」についても聞いております。(図12参照)

これについては87%の方は「必要だ」というようなことで、多くの市民はこういった周産期医療について必要だと答えております。

図 13



市内の出産、実際市民の方がどこでお産をしているのか調べたものです。(図13参照)

これについては、昨年健康増進課が赤ちゃん訪問を始めて、その中で聞き取りしたものです。これで見ただくと、市内の医療機関でお産をしているのは46%です。

市外あるいは県外の医療機関でお産している方が38%となっています。この中には里帰り出産等が入っているとは思いますが、4割弱の方は市内で出産できないで市外等へ行って出産をしている状況です。

つくば市の将来人口は今後も増加していくと予測しております。また、若い世代の方も多いというようなことから今後も出生数といったものは増えてくるだろうと思われま

図 14 土浦市も含めてだと思えますけども産科医の

つくば市立病院の沿革

昭和33年9月	筑波国保病院として開設
昭和46年	筑波町立国保病院新築工事(現 旧館)
昭和52年7月	筑波町立病院に名称変更
昭和57年	筑波町立病院増築工事(現 新館)
昭和63年1月	つくば市立病院に名称変更
平成 2年	つくば市立病院増築工事(現 救急棟)
平成 7年	旧館事務室増築工事
	現在に至る

	病床数
新 館	29
旧 館	19
合 計	48

※(診療科目) 内科, 小児科, 皮膚科
 ※(休診) 外科, 整形外科, 耳鼻咽喉科

減少というのが今後も起きてくるのが想定されます。訴訟とか色々問題があるというよ

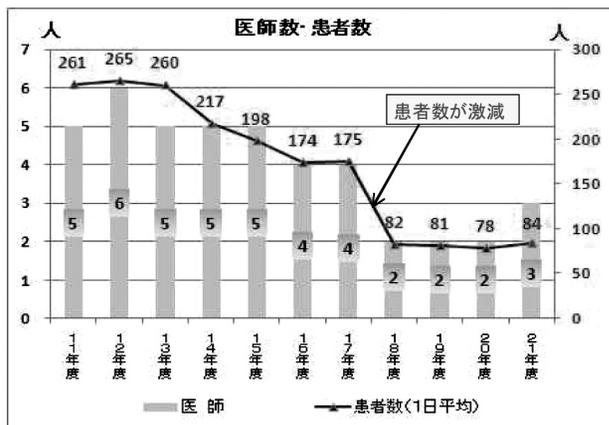
こからは市立病院の状況(図14参照)なんですけども、市立病院に関しては昭和33

うことで開設をしております。この前身は昭和4年の頃に結核の隔離病棟ということでスタートをしております。

その後つくば町立病院に名称変更して、つくば市との合併においてつくば市立病院になって現在に至っております。病床数については48床ということで小規模な病院になってます。診

図 15 療科目は、内科・小児科・皮膚科の3科で、

市立病院の医師数、患者数の推移



療科目は、内科・小児科・皮膚科の3科で、外科と整形外科・耳鼻咽喉科については休診

ということで、現在は3科のみ実施をしております。

病院のお医者さんの数と患者さんの数の推移です。(図15参照)
 縦の部分が医師の数です。折れ線の部分が患者さんの推移です。平成11年から21

らいで推移しています。

先生の方も5人、6人、5人、5人ということで居ましたけれども、14年から若干減り続けてきまして、18年に先生が2人退職されて2名になったことで、前年度175人、これは入院と外来の患者さんの1日平均ですが、175人居た患者さんが18年度は82人に激減をしております。その後、80人前後で推移して、昨年小児科の先生が入ったということで84人と少し増えてきましたが、この辺は昨年新型インフルエンザが流行ったということで、外来の患者さんが増えたのかな、病院の職員についても平成12年の頃は42人居りまたけれども、現在では24人という状況になっております。

患者さんが減ってきたということもありますけども、次が「収支の状況」です。(図16)

図 16 平成 11 年度は収益で 8 億

市立病院の収支状況

(1) 過去 (平成 11 ~ 21 年度) の収益的収支の状況

(単位:千円)

	収 益 A	Aのうち一般会計 繰入金(補助金, 負担金) B	費 用 C	純 損 益 D(=A-C)	補助金等がない場 合の純損益 E(=D-B)
11年度	888,204	53,792	949,844	▲ 61,640	▲ 115,432
12年度	887,779	94,812	920,912	▲ 33,133	▲ 127,945
13年度	852,780	107,189	879,974	▲ 27,194	▲ 134,383
14年度	759,124	137,053	804,978	▲ 45,854	▲ 182,907
15年度	772,440	191,458	773,511	▲ 1,071	▲ 192,529
16年度	705,319	170,065	731,977	▲ 26,658	▲ 196,723
17年度	713,007	168,191	710,105	2,902	▲ 165,289
18年度	492,015	202,009	532,480	▲ 40,465	▲ 242,474
19年度	526,712	226,381	508,627	18,085	▲ 208,296
20年度	514,673	224,999	513,304	1,369	▲ 223,630
21年度	523,331	221,400	543,606	▲ 20,275	▲ 241,675
計	7,635,384	1,797,349	7,869,318	▲ 233,934	▲ 2,031,283

※ 一般会計繰入金とは、市から市立病院に対する財政支援です。(地方公営企業法第17条の2及び3)

H18以降は毎年2億円以上の繰入金を投入し運営

A 医療収益(市からの繰入金(補助金・負担金)を含む) B 市からの繰入金
C 病院の運営に要した経費 D 純損益(A-C) E 繰入金(B)がない場合の純損益(D-B)

8800 万円ありましたが、18 年のところで 4 億 9200 万円と
いうことで 5 億円を下回って、
今現在は 5 億円を少し上回る形
で推移をしております。これに
併せて市の一般会計からの繰入
部分が 18 年を境に 2 億円を超
えきたという状況です。経費に
ついてはここにあるように、収
益を上回る費用になってるとい
うことで、純損益は三角で表示
されていますけれども赤字経営

が続いているという状況です。21 年度の一つ下のところに純損益 2 億 3300 万円となつてま
すが、通算の総額で行くと 5 億 4000 万円位になっております。本来の独立採算ということ
で考えた場合、補助金等が出なかったときには 11 年間で 20 億 3000 万円の赤字が出ているとい

図 17 うような状況です。

総務省の公立病院改革ガイドライン

- ・公立病院の果たすべき役割として
地域において必要とされる医療のうち、採算性等の面から民間
医療機関による提供が困難な医療の提供を行う
(具体的には)
- ①山間へき地・離島等の過疎地等における一般医療
- ②救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算・特殊部門
- ③県立がんセンター、県立循環器病センター等の高度先進医療
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

皆さんはご承知のことと思
いますけど、総務省の方で出
しております公立病院改革の
ガイドライン(図 17)があり
ます。

この中に公立病院の役割が
あるわけですが、ここ
では、救急・小児・周産期等

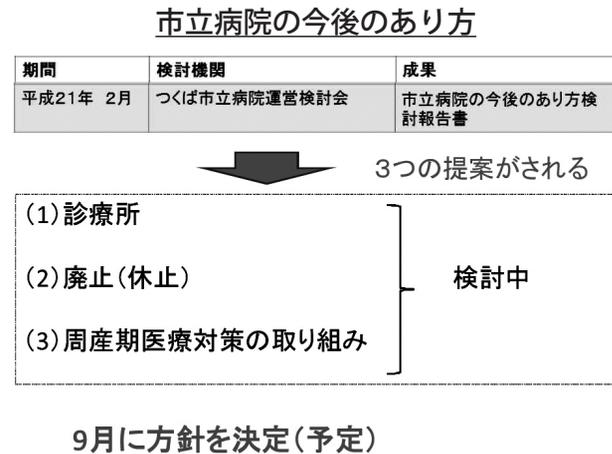
の 5 事業の部分がそうかなというふうに思いますが、採算性等の面から民間の医療機関の提供
が困難な医療だと、そんなところを自治体病院は担いなさいということだろうと思います。具
体的なところで、②番目のところに 5 事業の部分が出てきて、不採算あるいは特殊な部門とい
ったところを担うということになっております。先ほど昭和 33 年に筑波国保病院ということ
でスタートはしておりますけれども、その当時は多分筑波町あるいは下妻・明野・真壁・新治、
こういったところを含めて地域医療を支えてきた中核的な病院であったかなと思ってます。

ただ、研究学園都市ができて筑波大学やメディカルセンター病院ができてきたことで、市内
の医療環境というところでは大きく変化をしてきております。そういう中で市立病院につ
いては、内科・小児科・皮膚科というところをやっております。民間でも十分できる部分なのかな
と思います。市立病院の方でも平成 13 年くらいから経営診断あるいは庁内に改革委員会であ

図 18 るとか、色々やってきました。また、病院の運営審議会からも答申をいただきながら経営改善に努めてきた状況ですけれども、なかなか抜本的な改善にはなっていないというような状況です。

病院に関しては 21 年の 2 月に最後の検討会が報告書を出しております。(図 18 参照)

今後のあり方検討報告書ということで、この中では三つほど提案をしております。一つが診療所、二つ目が廃止・休止、三つ目が周産期医療対策の取り組みということで出しております。



現在、我々医療環境検討室でこういった三つの中から総合的に検討していかなければならない、そういう意味では市内の医療環境であるとか市民のニーズあるいは総務省のガイドライン、こういったものを含めて総合的に判断しながら最終的には9月に方針を出したいと思っております。

以上がつくば市が行っている部分です。当然一部救急等の面では必ずしも充実しているかどうかという問題はあるかと思えますけど、つくば市の医療という部分では比較的充実していると思えます。そういう中で自治体病院として何ができるのか、市内の医療を将来的に考えた場合にどういうものを提供していくのが1番いいのか、というところを総合的に検討しております。何れにしてもつくば市の市立病院だけでできるものではないというふうに思います。つくば市の医療というものを考えた場合には、診療所あるいは病院、そういった医療機関または茨城県などを含めて連携した対応をしていかないと、このつくば市の医療というものの充実はないのかなと思えます。ご清聴ありがとうございました。

コーディネーター 柴山

長時間にわたり医療状況のご提起ありがとうございました。

救急医療について、一次(初期)救急、二次・三次と機能分化を推し進め、病院勤務医の労働緩和が検討されています。

本日の議論はそこまで至りませんので、地域病院とクリニックとの医療連携で議論をお願いしてきました。

もう一つは、石田所長から報告がありました市民がどういう形で医療者をささえていくのかという視点が重要と思っております。医療とは、国民の財産なんです。これを受益者が「サービス一般に置き換えて」無理難題をつきつけたり、暴言を吐く行為に医療者は疲れます。受益者である患者も医師とうまく付き合っていく、「先生ありがとう」、「先生良くなったよ」との言葉を交わす。この単純な行為で医療者は次に頑張れるのです。今、そこが抜け落ちています。

また、医師は診療報酬改定の度にリスク管理の問題で非常に義務的な記録が増えてきています。石田所長さんにお伺いしたいのですが、筑西市民病院が機能しなくなってしまったことにより、つくば医療圏の役割が拡大し、今後とも低くなることはないと思います。つくばの医療圏に患者が集中すると、後方ベット確保などの課題があり救急医療はどうなるのか。

あと野口先生が話したように後方ベット確保による救急医療体制を円滑するのは、病院の努力義務・メデイカルソーシャルワーカーの方だけをお願いして可能なのかも疑問がでてきました。つまり行政的な関与が救急医療にないと医療が回らないという実感もあります。つくば市内の医療機関で見ますと、一般の医療病床が2319床で療養型が374ですから、当然、野口先生から話もありましたようにメディカルセンター病院ですがら20パーセントの患者さんが滞って、その分救急患者を受け入れられないという問題が内在しています。

野口先生

そうですね、我々の救急医療に携わっている者にとっては、先ほど平井さんのお話なんかをお聞きすると、本当に身につまされる思いをいたしました。基本的に医療者になってる人たちというのは、頑張ろうという気持ちはみんな持っていると思います。

ですから、平井さんのようなことがあっては絶対いけないと思って日頃仕事をしてるわけですが、けれども、けれども、いくら気持ちがそうであってもベッドが無ければ患者さんを受け入れることが出来ないということがあって、例えば子どもの脳炎とか、熱傷とか事故とか、そういうほんとに高度医療機関で治療してあげないとその子を救えないっていうようなこともあるわけなんです。そういうときにベッドが無い為に断らざるを得ないっていうのは、非常に悲しいことではあります。療養或いは後方病院の方に患者さんを転院するにあたって、地域完結型医療



に対する理解って言うのは我々がなんとか患者さん方にお話すればなんとか納得はしていただけるんですけど、1番問題になるのは人工呼吸器をつけている患者さんで、病状的には急性期治療は終わっているけれども、人工呼吸器をつけながら療養を続けるような病床がないっていうような問題が、今現実には我々としては困っております。在宅で人工呼吸器をつけられればいいのでしょうか、ご自宅で人工呼吸器をつけながら患者さんを支えるって言うのは、普通はなかなか難しいわけです。ですが、なんとか、人工呼吸器をつけている患者さんを療養できるような病床がこの地域にも増えるといいなと日頃思っているわけですが、思っているだけで具体的にどうしたらいいのかっていうのはちょっと分からないのですが、石田先生はどうでしょう。

石田先生

救命救急センターが配置されている筑波メディカルセンター病院の医療連携室などにお話を伺っても、本当に涙ぐましい努力をされているといたしますか、急性期を脱した方の転院に際して、県内はもちろん、県外の伊豆の方まで病院の調整をされているそうです。急性期を脱した維持期の患者さんを支えるには、長期療養型の医療施設、或いは成島先生がお話してくださったように、在宅医療で支えるということになります。

入院するより、できるものなら住み慣れた自宅で療養したいという方が多いと思いますが、在宅で療養を受けるためには介護者が必要です。また、療養病床でも食費・居住費を自己負担することになっており、入院に係る費用が負担であると感じている方もいらっしゃいます。また、医療の依存度が高い方の受入れ施設が限られているというような問題もございます。介護者の問題、経済的な問題、医療依存度の高い方の受入れの問題、様々な課題があるのは事実です。数年前に療養病床の削減の方針が国から示されましたが、介護難民の懸念もあり、方針通りに進んでいない状況がございます。

個人や家族の責任だけで対応するのは無理ですから、社会的な支援も含めて医療環境・介護環境のシステム整備が必要だとは思いますが、けれども直ぐには難しいところもあると思います。これはこれで市民・国民皆さんの知恵を結集してこれからやっていかなければいけないことだと思いますが、今すぐにでも私たちに出来ることから、市民の皆様のご理解・ご協力をいただきながら、地道に行っていくことも必要だと思います。医療スタッフが多い救急病院にずっと入院していきたいと思う方の中には、きちんと医療連携のことを説明してさしあげれば、転院のご理解をいただける方もいらっしゃいます。まずはやれることからやり、あとは大きな意味での医療のシステムをこれから皆で考えていかなければいけないのではないかと思います。



コーディネーター 柴山

ありがとうございました。

日本の診療報酬制度で病院は、急性期型と療養期型のどちらかを選択します。「まだ治りきっていないので治療が必要である」亜急性期に診療報酬制度が弱い問題があり、自宅に帰っても家族が困っているのが実態です。

急性期型を選択した病院は、平均入院日数を10数日に短縮しないと入院収入が下がっちゃいます。患者サイドからは不満が出されます。

背景には国の財政危機があり国民負担を強いた政策となっています。

私たち医療者がそうさせているのではないので、「安心して治療が受けられる」環境改善に向けては患者も医療者も、お互い一致できるだろうと思います。

また、在宅医療の提供で「質の高い」医療が提供できるケースが相当あるということも事実なんです。笠間市のシンポジウムで元茨城県医師会長さんが自ら実践的に地域訪問診療をおこない、重症患者は県立中央病院と連携し患者からも家族からも喜ばれているという報告をいただきました。

私たちは入院しているときの「医療の質」もありますけれど、退院後の在宅医療で受ける「医療の質」もあるんだということを考えさせられました。

今回のシンポジウムで、2人の主治医を持つという野口先生と成島先生の提起は、非常に私としては感動的だったんです。

患者市民が医療を支えるという面で、詳しく石田所長からお話がありました、医療者というのは患者さんの為ということのみをベースに考え、教育を受け、行動しています。石田先生からの報告のように患者さん病気の症状・情報が詳しく提供できればすばやい対応ができるのです。

受診する際には、例えば脳梗塞の記録などを持って受診することは、先生の診療時間を短くすることが可能となります。また、診療の要点を自ら整理しておくということも「医療を支える」視点から大切なだと学びました。

これまでのシンポジウムでは議論されていなかった視点が新たに報告されました。そして救急医療が機能するには、後方ベットの確保システムが担保されなければ機能不全に至るとの重要な指摘もいただきました。この指摘は、「病院だけに依存したシステムだけで医療は動くのか」という私の疑問に答えてくれました。救急医療を行うため病院が後方ベットを確保するため県外の病院にまでお願いしてベットを確保している事実を真剣に考える問題だと思います。

急性期医療で筑波メディカルセンター病院がすごいなと思ったのは、小児科救急について、医師会と話し合っただけでメディカルセンター病院に医師会の先生たちも集まって小児救急医療をやっていることです。

あとひとつ、ドクターカーなんです。筑波メディカルセンター病院のドクターカーは、重装

備でない普通車輻で、消防救急と一体となって行動できるようシステム化されていることです。NHKのニースで報道されていました。道路交通法改正を即、患者の生命を守るため医療現場に適用するという柔軟な思考こそ、医療現場では必要であらうと思いました。メディカルセンターの野口先生ご紹介いただけますか。

野口先生

道路交通法の改正があつて、救急車でなくても一般の車にピコピコするのをくっつけて出動することが出来るようになったんです。そのおかげで、患者さんのそばに行つて治療することができるようになりました。さっそくメディカルセンターではそのような取り組みを始めています。どの位、出動しているのかという正確なデータとしては今手元に持ち合わせてはいないのですけれども、月に10数回くらいかなと思います。

コーディネーター 柴山

先進的な考えを取り入れるという考えは、医療では常に大切であると思います。例えば、データによると心肺停止が3分で50%、呼吸停止10分で死亡率50%といわれています。

ドクターカーと消防車が途中で待ち合わせして患者さんの家に行つて治療をスタートする、スタートが5分、10分早くなることによって救命率が高くなるのです。このような医療を筑波メディカルセンター病院でやっているというところを、私はつい最近まで知らなかったのです。

メディカルセンター病院にお伺いして何台も病院車がある程度でしか理解できなかったのです。NHKで放送されてはじめて知つたのです。重装備の何千万円というドクターカーも必要ですけれども、軽装備で小回りが利く車輻がある、道路交通法改正をいち早くキャッチし取り入れる。

そのことで患者さんの生命を1人でも2人でも助けようとするスピード感と病院の医療の方向・考え方に驚かされました。医療にとって最も大切にしなければならないところだと思います。

救急医療について、病院で待っている医療から、出て行つて診る医療を実践していることに、私はつくば市に来て感動しっぱなしです。

県立病院ではとてもできないですね。

県職員がやりたいと思つて起案しても本庁の協力を取り付けるのに時間がかかり、そのうちそれはもうすでに過去のものになってしまいます。

今回、つくば市に2ヶ月間来て学ばせていただきましたが、常に患者サイドに立つた医療展開が出来ていること、医療についてどのように提供していこうかといつも考えている人がたくさんいることを知りました。

このことを私は広めようと思つています。

つくば市立病院の周産期医療センター構想についてですが、筑波大学が周産期医療センターを持っているなかで、つくば市が考えている周産期医療センターについて市長に尋ねましたら地域周産期医療センターとのお答えがありました。

つくば市が「生み」、「育てる」という方向で市行政の少子化対策に政策転換をしていくことを、私たちは支持したいと思っています。

ただ、問題はそのためには産科医師の採用がどうなるのかという大きな課題があります。県立中央病院の永井院長は「産婦人科医が欲しいんです」、「県立中央病院といっても産科をやっていないんです」、「産科の場合は6人が1ペアにならないと出来ないのでは6人は欲しい」と悩んでいました。

産科医の確保というのは相当の努力をしても集まらないという構造的な問題があります。人口減少社会の到来で人口を増やすため産科・小児科をきちんと整備していくというのは大事なことだと思っています。

平井さんのお話を聞いて「フラットでなければならない」、「それぞれがフラットになり支え合っていかなければならない」という言葉が心に残りました。最後になりましたがパネラーの皆さん、最後に当たってのメッセージをお願いします。

野口先生

どういう会になるのかと思いながらやってきたのですが、私自身非常に感激しております。こんな良い会だったら是非あちこちで開いていただきたいというふうに思います。どうもありがとうございました。

石田先生

今日はありがとうございました。医療を支えるために国、県、市、それぞれの立場で取り組まなければならないことはたくさんありますが、例えば、医師不足ひとつとってみても、医師を増やすことは直ぐには出来ないのでは、今すぐ出来ることから、私たちにも出来ることから、やっていきたいと思っています。これは市民の皆様のご理解、ご協力が不可欠ですので、今日ご出席の皆様には、お友達やご近所にも今日の内容をお伝えいただき、今後も力を貸していただければありがたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

平井先生

今日のこのシンポジウムで終わりというのではなくて、これを始めとして繋がっていくような対策とか皆さんの活動とかが広がればと思っています。よろしくお願いします。

野尻先生

市立病院の経営状況等お話ししたんですけども、つくば市だけじゃなくて、何処の自治体病院

でも非常に問題になってるところです。そういう点では何処でも厳しい状況にあるという部分については、ご理解をいただきたいなと思います。

コーディネーター 柴山

ありがとうございました。

地域医療を考える会としても、茨城県の政策反映とかいう形で運動してくということは当然ですが、県民に対しても私たちの医療への思いを伝えていきたいと思っています。

本日は、大変長い時間お世話になりました。

ありがとうございました。

司会 塩山

大変お疲れ様でした。

私の方から今の話を聞いてまして感じたことを一言申し上げたいと思います。今回のつくば市からの問題提起としましては、病院・クリニック間の連携が取り上げられていました。連携の為には病院と地域クリニックの医療の水準を合わせることに。そのためにひとつのツールとして、診療連携パスというものを作成し活用することが大事である。また、利用する立場の側としては正しい病院のかかり方というものを理解する必要があります。診療連携をご理解いただくためには、特効薬というものはなく私たちが出来ることというものを口コミやフォーラム等で地域住民の方に伝えていくことが、それを継続していくことが必要なのかなというふうに感じました。

最後に行政に対しまして、これは医療者の立場なんですけれども医師の労働の現状というのが只今ご紹介されていましたが、医療現場の労働環境というものは驚くほど閉鎖的であります。患者さんの為、助けたいからという使命感で表に出ていないという現状を、私は今感じています。そういった医療現場の特性というものを是非ご理解いただいた上で、の病身連携に向けた政策というものを期待したいというふうに感じました。

本日は各方面から5名のパネラーの方に貴重な体験を交えて、情報の提供・問題提起をしていただきました。パネラーの皆さんに感謝の意を込めまして拍手をお送りしたいと思います。

それでは本日のシンポジウム閉会にあたって、地域医療を考える会事務局次長の加藤さんお願いします。

閉 会

地域医療を守る会 事務局次長 加藤 薫

地域医療を考える会の事務局をしている加藤と申します。よろしく申し上げます。

改めてパネラーの皆さん、大変ありがとうございました。5人の方から報告がありました。地域の医療を取り巻く環境が日々変わってるということが十分に伝わったというふうに思いま

す。多くの皆さんは仮に病気になっても住み慣れた地域や家で、心穏やかに暮らしながら安心・安全な医療を受けたいということを望んでいると思います。そのためにも私たち1人ひとりが一方では医療の当事者であると、担い手であるということ、この考え方を基本に、この考え方は第1回のシンポジウムから貫いております。是非そういうことをご理解の上、地域医療を考える会も今後活動をしてまいります。

以上をもちまして、第3回の地域医療シンポジウムを終了します。大変ありがとうございました。

・ ・ ・

※ 本論は、第3回地域医療シンポジウム

つくば市の地域医療を守るために

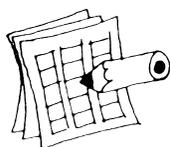
—医療連携、市民の「創意」を学ぶ—

2010年8月7日つくば市において開催されたシンポジウムの内容です。

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	菊池正則
副理事長	鈴木博久	理事	関根英彦
副理事長	帯刀治	理事	岡野孝男
専務理事	千歳益彦	理事	飯田正美
常務理事	本田佳行	理事	波多昭治
理事	堀良通	理事	内山一
理事	黒江正臣	監事	木村重雄
理事	佐川康弘	監事	石松俊雄
理事	柴山章		

編集後記



・当センターは、茨城の地域医療を考える会と連携しながら県内の医療・福祉の課題についての公開シンポジウムを開催してきました。

本号には、「つくば市の地域医療を守るために」—医療連携、市民の「創意」を学ぶ—をテーマに2010年8月7日つくば市において開催されたシンポジウムの内容を掲載しました。シンポジウムには、地域の医療関係者、市民など150名の参加を頂きました。本シンポジウム開催までには、筑波メディカルセンター、つくば医師会、つくば保健所、つくば市など地域の公共サービスである地域医療を日々担っている関係者、そして多くの市民の方々からの医療の現状やご意見を頂きました。そのような中からシンポジウムが開催されました。

本号は当初4月に発行予定でしたが、諸般の事情により発行が遅れてしまいました。

地域医療に関するご意見等を賜りますようお願いいたします。

自治権いばらき

No.103 2011年8月5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