

公立病院減少の理由

- 明治政府の緊縮財政と財政の中央統制の強化
- 府県の公立病院の担当が衛生部から警察部に移る
- 収支の均衡が強く求められる
- 県立医学校の廃止による医師供給の減少
- 開業医集団(医師会)の圧力
- 議会も「民力休養」を理由に病院の廃止を決議するところが多かった
- まだ、西洋医療はぜいたく品で、行政の政策順位が低かった(上水道、教育、農業基盤)
- 地域の篤志家のお金を集めやすい日赤病院に病院を移譲

図表 日赤病院の設立状況

	日本赤十字社							その他		
	設立	市立	町立	公立	私立	組合立	民衆団	小計	個人	
明治年代	聖徳センター(19年)高松(40年)大阪(42年)	和歌山(38年) 姫路(41年)	長野(37年) 山田(37年) 大津(37年)						6	
大正年代	前橋(2年)名古屋第二(3年)秋田(5年) 盛岡(9年)氷戸(12年)旭川(12年)旭島(13年)金沢(14年)京都第二(15年)	松山(2年) 鳥取(4年) 山口(9年) 福井(14年)	松江(11年) 八戸(18年)	柏原(10年) 新前山田(13年) 浦河(14年)	高山(11年) 諏訪(12年) 石巻(15年)					昭光島(12年) 旗浜(13年)
昭和年代(戦前)	岡山(2年)高知(3年)長浜(7年)小野田(7年)静岡(8年)大宮(9年)京都第一(9年)須磨(10年)北見(10年)名古屋第一(12年)彦根(13年)広島(14年)小川(14年)伊達(15年)高槻(16年)小清水(16年)福島(18年)熊本(19年)									香津(4年) 長岡(8年) 福原(14年)
昭和年代(戦後)	清水(20年)中野(20年)引越(21年)大森(21年)岐阜(21年)豊川(21年)福岡(22年)武蔵野(24年)下伊勢(24年)原田(27年)津久井(27年)高崎(28年)直野(28年)福島(28年)神戸(30年)小野(30年)広島原田(31年)長崎原田(33年)			三原(17年) 津津(32年)	小松島(24年) 栗山(29年)	川西(23年)藤田(23年)深谷(25年)芳賀(24年)豊科(26年)大田原(24年)飯山(28年) 笠田(28年)足利(24年)				新幹線(20年)大分(27年)新宿(23年) 共済組合連合会より 沖繩(47年) 沖縄赤十字から
計	48	7	6	6	3	10	4	36		9

出典 日本赤十字社事務局(昭和9年のあゆみ)

明治15年内務省衛生局年報

種別	名称	所在地	開設年	病床数	医師数	看護婦数	入院患者数	手術数	分娩数	死体検視数	その他
総合病院	東京府立病院	東京	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	大阪府立病院	大阪	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	京都府立病院	京都	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	神戸府立病院	神戸	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	名古屋府立病院	名古屋	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福岡府立病院	福岡	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	仙台府立病院	仙台	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	青森府立病院	青森	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	岩手府立病院	岩手	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	秋田府立病院	秋田	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	山形府立病院	山形	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福島府立病院	福島	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	茨城県立病院	茨城	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	栃木県立病院	栃木	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	群馬県立病院	群馬	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	埼玉県立病院	埼玉	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	千葉県立病院	千葉	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	東京都立病院	東京	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	神奈川県立病院	横浜	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	新潟県立病院	新潟	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	富山県立病院	富山	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	石川県立病院	石川	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福井県立病院	福井	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	山梨県立病院	山梨	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	長野県立病院	長野	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	岐阜県立病院	岐阜	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	静岡県立病院	静岡	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	愛知県立病院	名古屋	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	三重県立病院	津	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	滋賀県立病院	彦根	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	京都府立病院	京都	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	大阪府立病院	大阪	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	兵庫県立病院	神戸	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	徳島県立病院	徳島	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	香川県立病院	高松	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	愛媛県立病院	松山	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	高知県立病院	高知	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福岡県立病院	福岡	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	佐賀県立病院	佐賀	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	熊本県立病院	熊本	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	大分県立病院	大分	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	宮崎県立病院	宮崎	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	鹿児島県立病院	鹿児島	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	沖縄県立病院	沖縄	1874	100	10	100	1000	10	100	10	

大正8年内務省衛生局年報

種別	名称	所在地	開設年	病床数	医師数	看護婦数	入院患者数	手術数	分娩数	死体検視数	その他
総合病院	東京府立病院	東京	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	大阪府立病院	大阪	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	京都府立病院	京都	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	神戸府立病院	神戸	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	名古屋府立病院	名古屋	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福岡府立病院	福岡	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	仙台府立病院	仙台	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	青森府立病院	青森	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	岩手府立病院	岩手	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	秋田府立病院	秋田	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	山形府立病院	山形	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福島府立病院	福島	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	茨城県立病院	茨城	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	栃木県立病院	栃木	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	群馬県立病院	群馬	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	埼玉県立病院	埼玉	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	千葉県立病院	千葉	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	東京都立病院	東京	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	神奈川県立病院	横浜	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	新潟県立病院	新潟	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	富山県立病院	富山	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	石川県立病院	石川	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福井県立病院	福井	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	山梨県立病院	山梨	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	長野県立病院	長野	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	岐阜県立病院	岐阜	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	静岡県立病院	静岡	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	愛知県立病院	名古屋	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	三重県立病院	津	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	滋賀県立病院	彦根	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	京都府立病院	京都	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	大阪府立病院	大阪	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	兵庫県立病院	神戸	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	徳島県立病院	徳島	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	香川県立病院	高松	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	愛媛県立病院	松山	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	高知県立病院	高知	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福岡県立病院	福岡	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	佐賀県立病院	佐賀	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	熊本県立病院	熊本	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	大分県立病院	大分	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	宮崎県立病院	宮崎	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	鹿児島県立病院	鹿児島	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	沖縄県立病院	沖縄	1874	100	10	100	1000	10	100	10	

明治期の医師数はどのような状況にあったのか

種別	名称	所在地	開設年	病床数	医師数	看護婦数	入院患者数	手術数	分娩数	死体検視数	その他
総合病院	東京府立病院	東京	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	大阪府立病院	大阪	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	京都府立病院	京都	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	神戸府立病院	神戸	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	名古屋府立病院	名古屋	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	福岡府立病院	福岡	1874	100	10	100	1000	10	100	10	
総合病院	仙台府立病院	仙台	1874	100	10	100	1000	10	100	10	

明治15年衛生局年報による世界の医師数比較

	医師数	人口10万人当医師数
日本	41612	115
イギリス	15920	64
アイルランド	2560	69
スコットランド	3455	91
フランス	10742	29
ドイツ(日耳曼)	32000	70
ドイツ(独乙)	13474	18
オーストリア	10000	27
イタリア	9400	33
スペイン	5200	31
ベルギー	2893	54
アメリカ	65000	122

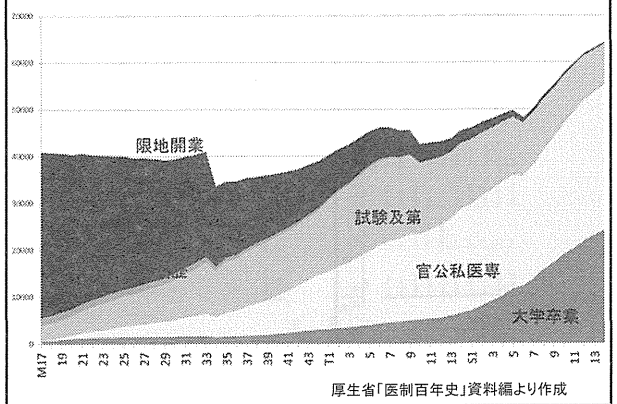
明治期の医師数は世界的に見ても多かった

- 明治7年には東京・京都・大阪の三府に医制が達せられる
- 医制では医師の開業許可制をとることとされた

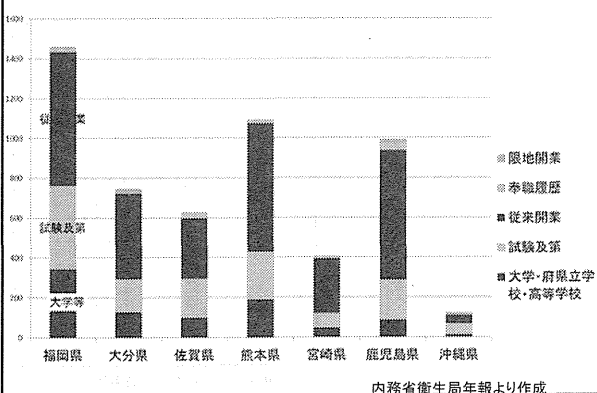
全国2万数千の漢方医

- 明治初期には、全国に2万数千の漢方医がいた
- 明治8年、明治政府は、新たに医術の開業を行おうとする者は西洋医学の試験を受けることとし、また、従来開業の医師については試験を要せず開業免許を与えることとした
- 最終的には3万5千人近くの従来開業の医師に開業免許が与えられた

戦前の医師の免許種類



明治35年の医師免許経歴



医術開業試験

- 明治8年より大正5年まで行われていた、医師の開業試験
- 1年半の「修学」だけが受験資格のため、誰でも受験が可能
- 女性にも門戸が開かれていた(官公立医学校は男性のみ)
- 合格率は、前期・後期ともに10~20%程度で難関であった

済生学舎

- 医術開業試験の受験者は、私立の医学校に学んで試験に臨んだ
- 当時、最も多く医術開業試験の合格者を出したのが、内務省衛生局長を務めたこともある長谷川泰が設立した「済生学舎」
- 明治36年の廃校まで、約7千人を開業試験に合格させた(当時の医術開業試験合格者約2万人)

医術開業試験への 東京帝大関係者の批判

- 明治23年、東京大学医学部本科出身の森鷗外は『医事新論』に「日本医育論」を掲載
- 私立医学校について、入学料と月謝を払えばどのような者でも入学できる
- 教科が理論に偏っている
- 必要な器材が整っておらず、実習も少ない
- 専任の教員がほとんどいない
- 医術開業試験も大量の受験生の試験を行わなければならない、水準が低いことなどを批判

医術開業試験の廃止

- 内務省衛生局・有力医師(私学・開業医が中心)と文部省・東京帝大関係者との対立が激化
- 医師会法の制定とからみ、東京帝大派は医術開業試験の廃止を提言
- 明治38年12月開会の第22回帝国議会衆議院で、2つグループから「医師法案」が出される
- 2つのグループの合意がなされ1つの案に修正
- 医術開業試験を8年後に廃止するものとされた
- 医術開業試験は、受験者側の期限延長の強い要望を入れて大正5年まで存続

新たな医師免許試験

- 医師法案の審議の過程で、無試験による医師免許取得の指定を受けていない私立の医学専門学校は、新たに医師試験を受けることにより医師免許を取得可能となった

私立岩手医学校

- 三田俊次郎は明治18年甲種岩手医学校を卒業は岩手医学校の助手をつとめた後、東京帝大眼科に学ぶ
- 眼科を選んだ理由は当時の東北で最も多いのがトラホームであったため
- 明治30年には廃止されていた県立岩手病院の建物の払い下げを受ける
- 明治33年に私立岩手医学校を設立

私立岩手医学校の廃校

- 私立岩手医学校は、医術開業試験の受験を通じて明治40年までに23名の医師を輩出
- しかし、医術開業試験の廃止に伴い明治45年廃校となる

大学令による医学専門学校の医科大学昇格

- 大正に入り、国力の隆盛や教育への関心の増大により、大学教育の充実を求める世論の声が高まる
- 大正7年12月には「大学令」が公布
- 大学令に先駆け、大正4年10月に大阪府立高等医学校が大阪府立大阪医科大学に昇格

佐多愛彦の「医育統一」論

- 大阪医学校が大学に昇格した原動力になったのは校長の佐多愛彦の存在
- 佐多は、医療を行う医師の育成は同じレベルでなければならず、大学と専門学校の2つのレベルの教育機関を大学に統一すべきという「医育統一」を主張
- 大阪医学校の医学教育を充実させ、大学令前に大学昇格させる

- 大正9年：愛知県立愛知医科大学、慶應義塾大学医学部
- 大正10年：京都府立医科大学、東京慈恵会医科大学
- 大正11年：官立新潟医科大学、官立岡山医科大学、熊本県立医科大学
- 大正12年：官立千葉医科大学、官立金沢医科大学、官立長崎医科大学
- 大正15年：日本医科大学(済生学舎の流れを汲む)
- 昭和4年：熊本医科大学、愛知医科大学が官立に移管

東北帝国大学医科大学

- 1915(大正4)年7月、東北帝国大学医科大学が開設される
- 前身の仙台医専時代の教官18名のうち、医科大学の教官になったのは4名であり、新たに25名の教官が赴任
- 医科大学の新設に当たって学生の定員も抑えられ、仙台医専の学生定員が120名であったが、医科大学になり70名となった
- 実際の入学者は厳選して40名ぐらしか入学を許されなかった

医師数の伸び悩みと都市偏在

- 大正5年の医術開業試験の廃止により、大正6年に46,060人であった総医師数が、大正10年には42,464人に減少
- 昭和2年に47,108人となったが、10年間で1,048人しか増えていない状況であった
- さらに、大卒の医師は都市部に勤務する傾向が強く、医師が地域偏在する傾向が強くなった

昭和5年の都市部4府県の国勢調査人口と大卒医師数

	S5国調人口	大学卒医師数
全国	64,450,005	11,465
東京府	5,408,678	2,342
京都府	1,552,832	909
大阪府	3,540,017	1,069
福岡県	2,527,119	772
4府県合計数	13,028,646	5,092
割合	20.2%	44.4%

1930(昭和5)年国勢調査及び内務省衛生局年報から作成

私学医学校の設立認可

- 政府(文部省)は、「医育統一」の方針により、官公立の医学専門学校をすべて単科大学に昇格させ、今後一切の医科の専門学校を認めないという方針であった
- しかし、大正14年、政府は一転して私立医専の設立を認める
- 背後に軍医となる医師養成を求める陸海軍や無医村を減らしたい内務省の存在があったされる
- 私立医専の増加により、医師数が大正13年の43,702人から、昭和13年には62,934人に大幅に増加

- 大正14年：帝国女子医学専門学校(現在の東邦大学医学部)と日本大学医学専門部(現在の日本大学医学部)が設立認可
- 昭和2年：大阪高等医学専門学校(現在の大阪医科大学)、聖路加女子専門学校(現在の聖路加看護大学)が設立認可
- 昭和3年：岩手医学専門学校(現在の岩手医科大学)、九州医学専門学校(現在の久留米大学)、昭和医学専門学校(現在の昭和大学医学部)、大阪女子高等医学専門学校(現在の関西医科大学)が設立認可

岩手医学専門学校の誕生

- 三田俊次郎はかねてから「無医村解消論」と「盛岡市の学都化」を唱えていた
- 私立医専の設立の動きに乗り、岩手県衛生課長を通じて文部省普通学務局の伊藤亀吉(岩手県出身)に所要の手続きを照会
- 事務を所掌していた文部省専門学務局の小菅豊次郎(岩手県出身)の協力を得て昭和3年2月に専門学校令により設立認可を受ける

第1回入学生

- 第1回入学生は募集人員120名、志願者996名、入学者数156名
- 岩手県内からは盛岡中学25名、岩手師範4名、一関中学5名、福岡中学2名、養蚕学校1名、遠野中学1名の38名が入学した
- 教授陣は臨床医学部門は主に九州帝大、基礎医学部門は主に東北帝大出身者が主流をなした

医療の社会化

- 日清戦争、日露戦争の勝利を経て、日本にも産業革命が起き、工業化が進む
- 国力の隆盛の一方、マイナス面として貧富の差は拡大
- 医学が進歩し、国民全体も次第に豊かになり、医療を享受できる人も多くなる一方、農村部や都市部の貧困層で医療を受けることのできない人が明らかになる

農村の疲弊

- 昭和4年の世界恐慌を契機に農家の主な収入減である米と繭の暴落し、農村地域の経済は壊滅的な打撃を受ける
- 医療費は、急に多額の支出を必要とするので、貯蓄の少ない農家にとっては深刻なものであった
- 娘の身売りは、家族が病気になり、借金でまかかった治療費を返済するために行われることが多かった
- 農村部から医師がいなくなる無医村問題も深刻になる

菊池武雄

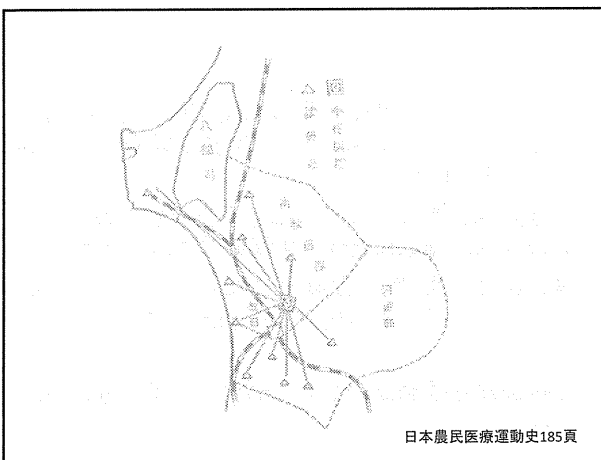
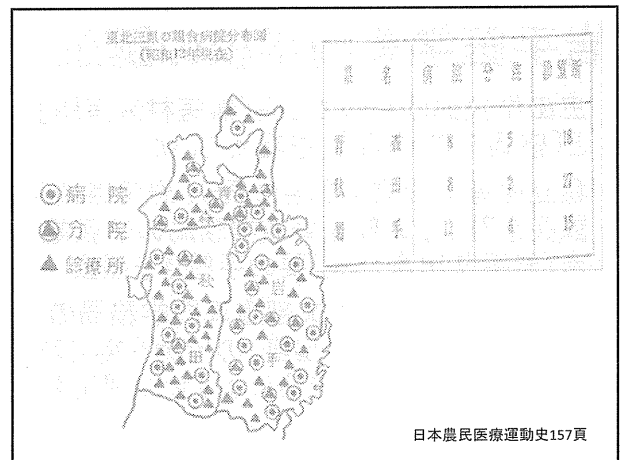
「自分たちで生命を守った村」

- 当時(昭和の初め)一家に病人が出れば、医者にかかって倒産するか、それともだまって病人の死を待つか、そんな状態だったのです。(略)
- 別な村で、昭和16、7年頃の死亡者の47%が、医者の死亡診断書すら貰えず、「変死にあらざることを証明する」という警察官の“死亡検案書”になっていた(略)

医療利用組合運動

- 農村部の医療問題に対して、住民の間で、産業組合法に基づく医療利用組合をつくり、地域で安い価格で質の高い医療を受けようという動きが起きた
- 特に、昭和3年、青森県で起きた有限責任利用組合東青病院(現在の青森市立青森市民病院)の運動は、秋田県や岩手県を始め、全国に広がる

- 昭和6年、岡本正志組合長は、私財の不動産全てを担保に供して、産業組合中央金庫から2万5千円の融資を受け、東北一と称せられる病院を移転新築
- 昭和11年には、東青病院を中心に、分院1か所、診療所4か所を設置、医師8名が勤務する



岩手の産業組合運動

- 昭和5年、気仙の矢作産業組合(現在の陸前高田市の一部)が医療事業として高田町の開業医と契約をして毎週1回診療を行い、看護婦と産婆各1名を常置する
- 昭和6年東磐井郡奥玉産業組合(現在の一関市の一部)は独立の医療施設を持ち医師1名を常置

千厩・薄衣実費診療所

- 昭和6年、農村医療運動として、千葉七郎(後に衆議院議員)が千厩町、伊藤勇雄が薄衣村に実費診療所を開設
- 診療所は普通会员は会費年額50銭、1年間診療無料、全家族が無料で診療を受けられる。薬価・往診料・注射料・手術料・処置料は既設医療施設の半額を目指した
- 医師は岩手医専の三田俊次郎校長の紹介で東北帝大の山川内科から派遣を受ける
- 昭和6年に購買利用組合東山病院(現在の県立東山病院)、薄衣診療所に

薬草販売購買組合

- 昭和7年秋の岩手県産業組合大会で「薬草連合会」の設立が決まる
- 当時の調査で富山の置き薬が県内で約60万円使われていることが分かった
- 県内の山野に自生する薬草を製薬して農山漁村の各家庭に「医者来るまで」の用意として薬を常備させることを目的とした
- 昭和8年「薬草販売購買組合」が設立
- 県内外の薬草48種を原料に全ての薬10銭で販売したところ大成功した

相次ぐ購買利用組合病院の設立

- 昭和8年5月、盛岡、岩手、紫波の1市2郡を区域とし、組合員4311人、出資総額10万9860円の購買利用組合盛岡病院(現在の県立中央病院)が設立される
- 昭和9年に釜石共済病院(現在の釜石病院)、東山病院(現在の千厩病院)、磐井病院、江刺病院が設立
- 昭和10年には胆沢病院、気仙病院(現在の大船渡病院)、九戸病院(現在の久慈病院)、宮古共済

病院の経営統合

- 設立された組合病院は、それぞれ独立採算であったが、経営は厳しかった
- 昭和11年、薬草販売購買組合が医薬購買販売利用組合連合会に改組、9病院及び附属診療所を連合会に移管
- 各施設の会計をプール制にして経営が安定
- その後も病院を開設し、昭和16年には13病院、8診療所6出張所を有し、無医地帯に定期の巡回診療を行うまでに至った

大正・昭和前期の岩手県の医師出身一覧

	大学卒業	官公私立 医専卒業	外国学校 卒業	試験及第	奉職履歴	従来開業 (子弟含む)	限地開業	総計
T2	30	94	0	136	8	89	7	364
T3	35	102	0	142	6	88	6	379
T4	23	122	0	159	6	79	6	395
T5	24	139	0	164	6	78	6	417
T6	25	151	0	162	6	67	6	417
T7	26	174	0	153	6	69	6	434
T8	31	180	0	156	6	57	6	436
T9	36	177	0	147	6	51	6	423
T10	28	175	0	135	6	39	6	389
T11	28	188	1	133	5	37	7	395
T12	26	202	1	131	5	33	7	405
T13	22	219	1	127	5	25	7	406
T14	30	235	1	124	5	23	7	425
S1	27	243	1	121	5	22	7	426
S2	43	226	1	114	4	16	6	410
S3	60	230	1	113	4	12	6	426
S4	81	235	1	111	4	10	6	448
S5	95	240	1	114	3	10	6	469
S6	109	224	1	108	3	9	4	458
S7	119	229	1	94	0	1	5	449
S8	111	226	1	90	0	1	5	434
S9	143	237	1	83	0	1	5	470
S10	154	254	1	80	0	1	5	495
S11	183	278	1	80	0	1	2	543

内務省衛生局長年報から作成

国民健康保険制度の創設

- 昭和13年には、農村地域を中心に、相互扶助により安価で医療を提供する目的で、地域レベルの医療保険である国民健康保険法が施行される
- 国の進める健民健兵政策の一環という性格もあった
- 保険はあっても、医療が提供できなければいけないと国保直診医療施設の設置が始まる

国民健康保険制度と医療利用組合

- 日本医師会の反対もあったが、医療利用組合が国民健康保険組合の業務を代行することが認められた
- 岩手県の町村国保事業の75%が産業組合が代行した

戦時中の官公立医専の設立

- 昭和18年10月、閣議で「教育に関する戦時非常措置方策」が決定され、理科系統の教育に重点が置かれることとなった
- 昭和17年ごろから昭和20年までの間、各地に相次いで官立・公立の医学専門学校が設置されることとなった
- 官立医専は、東京高等歯科医学校への医学部設置のほか、地元の誘致により、青森、前橋、松本、徳島、米子に医学専門学校が置かれる

- 国は地域の意思と相当の設備の提供があれば公立の医専の設立を認める方針を示した
- 昭和18年度には県立鹿児島医専、徳島県立徳島医専、名古屋市立女子医専が設置
- 昭和20年の時点での公立医専は18校(北海道女子、秋田女子、福島女子、横浜市、山梨、山梨女子、名古屋女子、三重、岐阜女子、大阪市、奈良、和歌山、兵庫、広島、山口、高知女子、福岡医科歯科、鹿児島)に及んだ
- これらの医専の相当数が戦後新制医科大学になった

GHQによる医療改革

- 第2次世界大戦の敗戦により、わが国は連合国最高司令官総司令部(GHQ)の占領下に置かれる
- 医療政策については、公衆衛生福祉局(PHW)の局長で医師のC.F.サムスの指導を受ける
- サムスは、日本の病院の現場を視察し、日本の医療の水準の低さを問題にし、アメリカを模範とした医療制度の改革を目指す

戦時医専の整理

- 敗戦時点での国内の医学校及び医学生数は、帝国大学医学部7校と国公立医科大学6校(学生数6,120人)、私立医科大学4校(同2,320人)のほか、医学専門学校が国立20校(同8,485人)、公立19校(同4,576人)、私立12校(同6,720人)の51校に及び、総医学校数69校、学生数28,221人、入学定員は1万553人に達した
- PHWIは、戦時医専について、その医学教育水準の低さを問題として大幅な削減を指示

医専処分案

- 昭和22年3月「医学教育刷新改善要領」が閣議決定
- 医学教育は昭和26年度以降は全て大学教育に統一、医学専門学校について大学昇格の可能性を調査・判定することが決定
- 昭和22年3月、文部省は視学委員の審査を行った上で医専処分案を公表
- 医専51校のうち、B級に判断された学校は官立長崎医大付属医専、福岡・山梨の両県立医専、高知・山梨・秋田の3県立女子医専、官立徳島医専の3・4年生であった

国保直診病院・診療所の相次ぐ設立

- 戦後、国民健康保険事業の診療報酬は安いいため開業医に嫌われ、保険証はあっても医療はない状況となり、事業中止に追い込まれる地域が続出した
- 国保直診病院・施設を持つ組合は、被保険者自ら医療を行える強みから、事業を休止することなく続けられ、国保事業崩壊の防波堤として役割を果たす
- 厚生省も国保直診医療機関の設置を強く推進する
- 国保直診病院・診療所の整備については、昭和19年度からの国庫補助が戦後も継続し、昭和21年度以降、昭和32年度までに交付された国庫補助金額は33億6800万円に達した
- 都道府県においても補助を行うところが多かった

国保直診施設の推移

年度	診療所	病院
1946(昭和21)	880	93
1950(昭和25)	1622	191
1955(昭和30)	3156	291
1960(昭和35)	2367	538
1963(昭和38)	2041	558
1965(昭和40)	1822	511
1969(昭和44)	1462	465

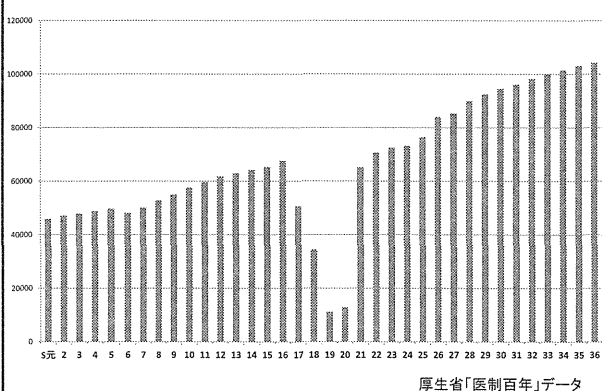
吉澤國雄『検証地域医療 国民健康保険と保健予防活動の成果』30頁

国保病院・診療所新設を支えた医師過剰

- 国保直診病院・診療所が増えた要因の一つに、当時、医師の雇用が容易であったことが考えられる
- 敗戦で、外地の軍医や開業医が内地に引き揚げて来たことに加え、医専の卒業生が卒業し、医師として医療の現場に参入することになった

- 医専の整理においても、定員は大幅に減らされたものの医専のかんりの数が医科大学に変わるようになった
- その戦時中は1万人そこそこであった医師数が昭和22年には約7万人、昭和30年には約9万4千人にまで増加
- 国内の医師は相対的な過剰状態になった(当時、医師になっても勤めるところがなく、保健所も地方でないとい勤め口がなかったという)

戦前戦後の医師数の推移



岩手県の県営医療

- 昭和18年、農業団体法が公布され、農業会が設立され、産業組合病院も傘下に入る
- 敗戦により厚生農業協同組合連合会となる
- 農業会の赤字が病院につけ回されその金額は1億数千万円に達した
- 昭和25年、岩手県が病院を買い取り、「県営医療」が始まる

日頃市村の十割給付

- 昭和24年、厚生連気仙病院（現在の
大船渡病院）の協力を得て日頃市村
（現在の船渡市）が十割給付を実
施
- 十割給付は岩手県内に波及し、昭和
28年には24市町村62診療所に広ま
った

国保全県普及

- 昭和30年7月、岩手県は全国初
の国民健康保険の全県普及を達
成する
- 同時期の全国の普及率は65.2%
- 昭和36年に国民皆保険が達成さ
れる

戦後医師不足問題の発生

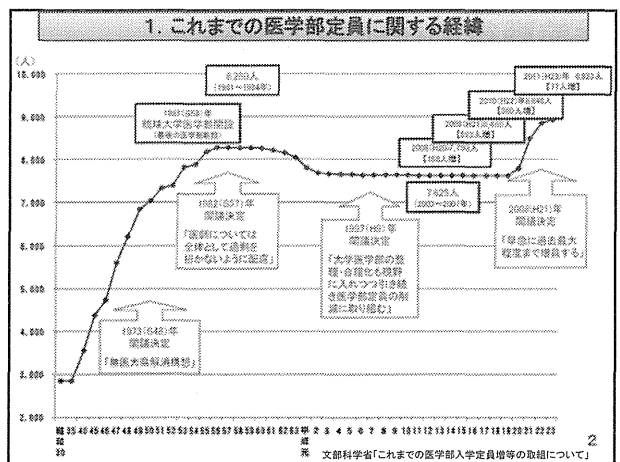
- 国民皆保険の達成と高度成長に
よる国民の所得の増加により、医
療の受診の機会が増大する
- 昭和20年代には過剰気味であっ
た医師数が昭和30年代末には不
足し始める

秋田大学医学部新設

- 医師不足が問題となる中で、1970
（昭和45）年度には、戦後初めて秋
田大学等4大学の医学部新設が認
められる
- その後、私立医科大の新設が進む

田中角栄内閣一県一医大構想

- 昭和47年7月、「日本列島改造論」を掲げて田中角
栄が内閣総理大臣に就任
- 田中内閣の進める「一県一医大構想」により、国立
大医学部の新設が行われる
- 1970（昭和45）年から1979（昭和54）年までに、国
立医科大学17校、私立医科大学16校、合計34校
が新設される
- 医科大学の数は1970年の50校から、1981（昭和
56）年の79校に増加
- 入学定員は1970（昭和45）年の4380名から、1981
（昭和56）年の8280名まで急増する



自治体病院・診療所の存在意義

- それでは、自治体病院・診療所は非効率で、存在の価値がないのであろうか

自治体病院・診療所の存在意義

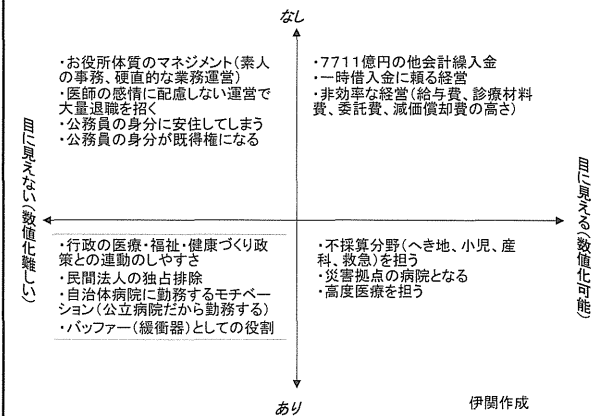
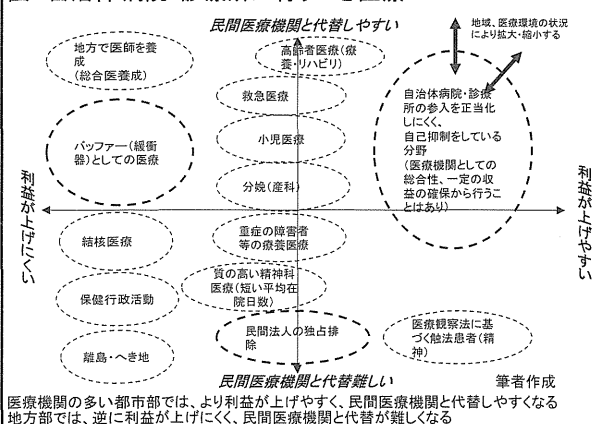


図1 自治体病院・診療所が行うべき医療



民間病院の独占排除

- 講演者は、県立の精神病院に勤務した経験があるが、日本の精神科医療は、予算の制約から「民間病院」主導で展開されてきた
- その結果、起きたのが宇都宮事件に代表される人権侵害事件であった
- 民間病院の医療が優れているとは言いきれない

現代ポートフォリオ理論

- 金融工学における投資理論
- 投資家は完全には相関のない複数の資産を持つことによってポートフォリオのリスクを減らすことができる
- 投資家は分散投資することにより、投資上のリスクを減らすことができる

単一の経営主体が医療を行うデメリット

- 自治体病院は非効率だから廃止をして、すべて経営の優れた民間病院に任せるべきと主張する人がいる
- 全ての医療が民間病院で提供されて本当に低いコストで質の高い医療が提供できるのか

複数の経営主体が医療を提供するメリット

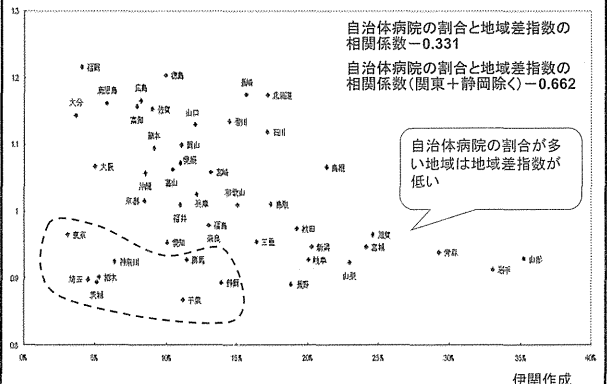
- 仮説であるが、複数の経営主体が「切磋琢磨」することで、わが国の質が高く、相対的に安いコストの医療が実現してきたのではないかと

国保医療費地域差指数と自治体病院

- 日本でも国民健康保険の地域差指数が低い千葉県で自治体ごとの指数を比較したところ、自治体病院のある自治体の地域差指数が低い結果が出た

市町村名	地域差指数	自治体病院	自治体病院立地	平均0.854	自治体病院未立地平均0.882		
1 大塚市	0.970	○	国保1(55歳未満のみ)	22 船橋市	0.875	○	国保社会
2 印旛町	0.950			23 船橋市	0.874	○	国保?
3 安房町	0.930			24 船橋市	0.872	○	国保社会
4 勝沼町	0.910			25 船橋市	0.870	○	国保社会
5 船橋市	0.910	○	国保1	26 船橋市	0.869	○	国保社会
6 白子町	0.890	○	国保1	27 船橋市	0.868	○	国保社会
7 船橋市	0.880	○	国保1	28 船橋市	0.867	○	国保社会
8 船橋市	0.880	○	国保1	29 船橋市	0.866	○	国保社会
9 船橋市	0.880	○	国保1	30 船橋市	0.865	○	国保社会
10 船橋市	0.880	○	国保1	31 船橋市	0.864	○	国保社会
11 船橋市	0.880	○	国保1	32 船橋市	0.863	○	国保社会
12 船橋市	0.880	○	国保1	33 船橋市	0.862	○	国保社会
13 船橋市	0.880	○	国保1	34 船橋市	0.861	○	国保社会
14 船橋市	0.880	○	国保1	35 船橋市	0.860	○	国保社会
15 船橋市	0.880	○	国保1	36 船橋市	0.859	○	国保社会
16 船橋市	0.880	○	国保1	37 船橋市	0.858	○	国保社会
17 船橋市	0.880	○	国保1	38 船橋市	0.857	○	国保社会
18 船橋市	0.880	○	国保1	39 船橋市	0.856	○	国保社会
19 船橋市	0.880	○	国保1	40 船橋市	0.855	○	国保社会
20 船橋市	0.880	○	国保1	41 船橋市	0.854	○	国保社会
21 船橋市	0.880	○	国保1	42 船橋市	0.853	○	国保社会
22 船橋市	0.880	○	国保1	43 船橋市	0.852	○	国保社会
23 船橋市	0.880	○	国保1	44 船橋市	0.851	○	国保社会
24 船橋市	0.880	○	国保1	45 船橋市	0.850	○	国保社会
25 船橋市	0.880	○	国保1	46 船橋市	0.849	○	国保社会
26 船橋市	0.880	○	国保1	47 船橋市	0.848	○	国保社会
27 船橋市	0.880	○	国保1	48 船橋市	0.847	○	国保社会
28 船橋市	0.880	○	国保1	49 船橋市	0.846	○	国保社会
29 船橋市	0.880	○	国保1	50 船橋市	0.845	○	国保社会
30 船橋市	0.880	○	国保1	51 船橋市	0.844	○	国保社会
31 船橋市	0.880	○	国保1	52 船橋市	0.843	○	国保社会
32 船橋市	0.880	○	国保1	53 船橋市	0.842	○	国保社会
33 船橋市	0.880	○	国保1	54 船橋市	0.841	○	国保社会
34 船橋市	0.880	○	国保1	55 船橋市	0.840	○	国保社会
35 船橋市	0.880	○	国保1	56 船橋市	0.839	○	国保社会
36 船橋市	0.880	○	国保1	57 船橋市	0.838	○	国保社会
37 船橋市	0.880	○	国保1	58 船橋市	0.837	○	国保社会
38 船橋市	0.880	○	国保1	59 船橋市	0.836	○	国保社会
39 船橋市	0.880	○	国保1	60 船橋市	0.835	○	国保社会
40 船橋市	0.880	○	国保1	61 船橋市	0.834	○	国保社会
41 船橋市	0.880	○	国保1	62 船橋市	0.833	○	国保社会
42 船橋市	0.880	○	国保1	63 船橋市	0.832	○	国保社会
43 船橋市	0.880	○	国保1	64 船橋市	0.831	○	国保社会
44 船橋市	0.880	○	国保1	65 船橋市	0.830	○	国保社会
45 船橋市	0.880	○	国保1	66 船橋市	0.829	○	国保社会
46 船橋市	0.880	○	国保1	67 船橋市	0.828	○	国保社会
47 船橋市	0.880	○	国保1	68 船橋市	0.827	○	国保社会
48 船橋市	0.880	○	国保1	69 船橋市	0.826	○	国保社会
49 船橋市	0.880	○	国保1	70 船橋市	0.825	○	国保社会
50 船橋市	0.880	○	国保1	71 船橋市	0.824	○	国保社会
51 船橋市	0.880	○	国保1	72 船橋市	0.823	○	国保社会
52 船橋市	0.880	○	国保1	73 船橋市	0.822	○	国保社会
53 船橋市	0.880	○	国保1	74 船橋市	0.821	○	国保社会
54 船橋市	0.880	○	国保1	75 船橋市	0.820	○	国保社会
55 船橋市	0.880	○	国保1	76 船橋市	0.819	○	国保社会
56 船橋市	0.880	○	国保1	77 船橋市	0.818	○	国保社会
57 船橋市	0.880	○	国保1	78 船橋市	0.817	○	国保社会
58 船橋市	0.880	○	国保1	79 船橋市	0.816	○	国保社会
59 船橋市	0.880	○	国保1	80 船橋市	0.815	○	国保社会
60 船橋市	0.880	○	国保1	81 船橋市	0.814	○	国保社会
61 船橋市	0.880	○	国保1	82 船橋市	0.813	○	国保社会
62 船橋市	0.880	○	国保1	83 船橋市	0.812	○	国保社会
63 船橋市	0.880	○	国保1	84 船橋市	0.811	○	国保社会
64 船橋市	0.880	○	国保1	85 船橋市	0.810	○	国保社会
65 船橋市	0.880	○	国保1	86 船橋市	0.809	○	国保社会
66 船橋市	0.880	○	国保1	87 船橋市	0.808	○	国保社会
67 船橋市	0.880	○	国保1	88 船橋市	0.807	○	国保社会
68 船橋市	0.880	○	国保1	89 船橋市	0.806	○	国保社会
69 船橋市	0.880	○	国保1	90 船橋市	0.805	○	国保社会
70 船橋市	0.880	○	国保1	91 船橋市	0.804	○	国保社会
71 船橋市	0.880	○	国保1	92 船橋市	0.803	○	国保社会
72 船橋市	0.880	○	国保1	93 船橋市	0.802	○	国保社会
73 船橋市	0.880	○	国保1	94 船橋市	0.801	○	国保社会
74 船橋市	0.880	○	国保1	95 船橋市	0.800	○	国保社会
75 船橋市	0.880	○	国保1	96 船橋市	0.799	○	国保社会
76 船橋市	0.880	○	国保1	97 船橋市	0.798	○	国保社会
77 船橋市	0.880	○	国保1	98 船橋市	0.797	○	国保社会
78 船橋市	0.880	○	国保1	99 船橋市	0.796	○	国保社会
79 船橋市	0.880	○	国保1	100 船橋市	0.795	○	国保社会

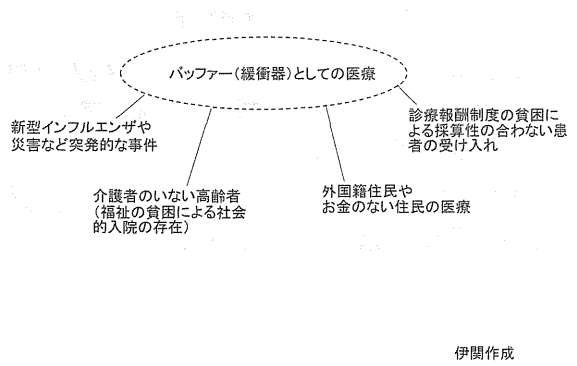
自治体病院数の割合と地域差指数



制度のすき間を埋める重要性

- 地域の人々のつながりが希薄化し、個人・家庭が孤立している
- 制度のすき間からこぼれ落ちる人が増えている
- 国の進める診療報酬や介護報酬の抑制政策は、制度のすき間からこぼれ落ちる人を増大させている

バッファー(緩衝器)の医療



バッファー(緩衝器)の医療

- バッファーの役割は、自治体病院だけでなく、済生会や赤十字などの公的病院や弱者を守ることを理念として明確に示している民間病院の一部でも積極的に担われている
- 自治体病院は、数も多く、その公的な意義から、バッファーとしての役割を多く担っている
- バッファーがないと、行き先がなくなる人がでてる

モラルハザードの危険

- バッファーに頼りすぎると、利用者のモラルハザード(倫理の欠如)が生まれやすく、医師・看護師の疲弊による退職や病院財政の破綻など、病院の存在そのものを揺るがすことになる
- 自治体病院は、特にモラルハザードが起きやすい
- 自治体病院の利用者である住民はそのことを理解して、適切な医療の利用につとめることが必要

国・地方自治体の責務

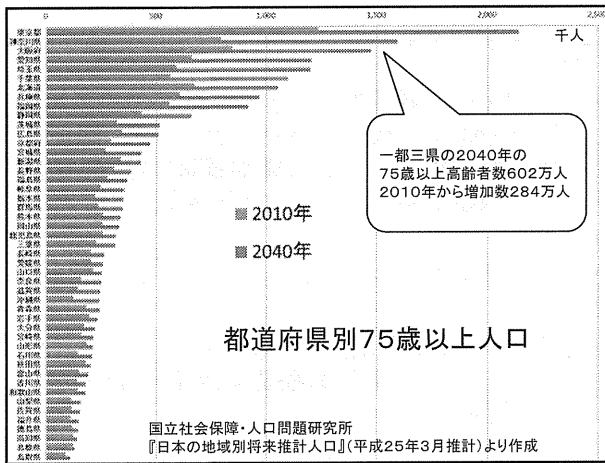
- バッファーの必要性が増大する原因に、国・地方自治体の医療・福祉政策の無策がある
- 国民の生命を守る行政の責務として、政策のすき間となる人たちを極力なくし、医療現場への負荷を軽減させることが必要である

超高齢化時代の自治体病院

急激に進む高齢化

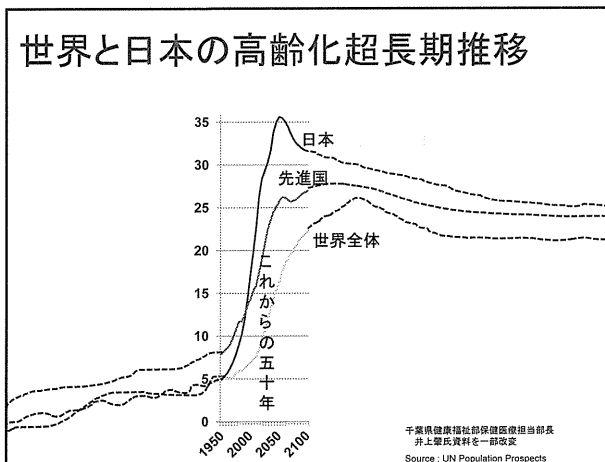
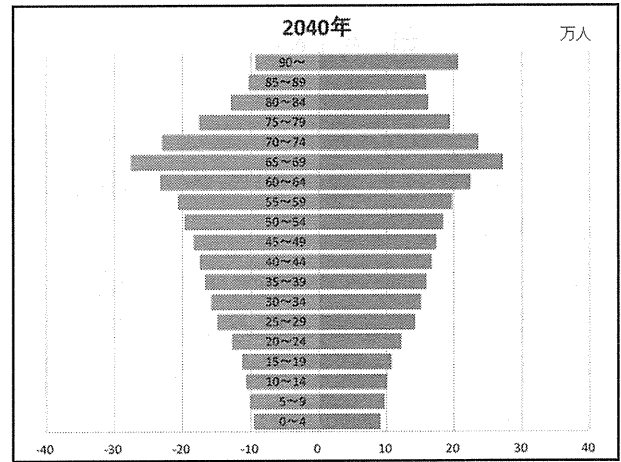
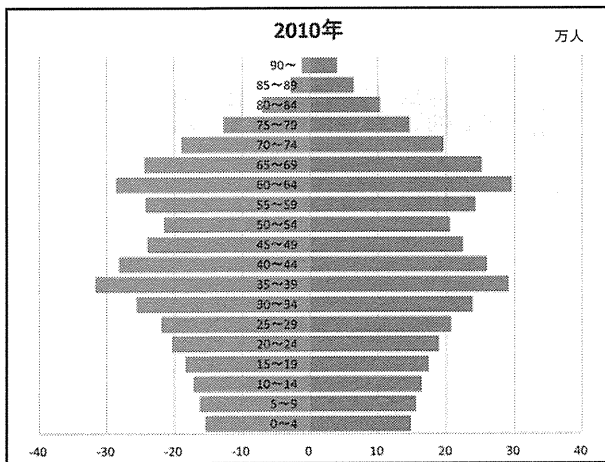
- 今後、確実に首都圏(東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県)や大阪府、愛知県などの都市部の自治体で、爆発的に高齢者が増加することになる

都道府県別高齢化のグラフ



埼玉県の将来人口

国立社会保障・人口問題研究所
『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)より作成



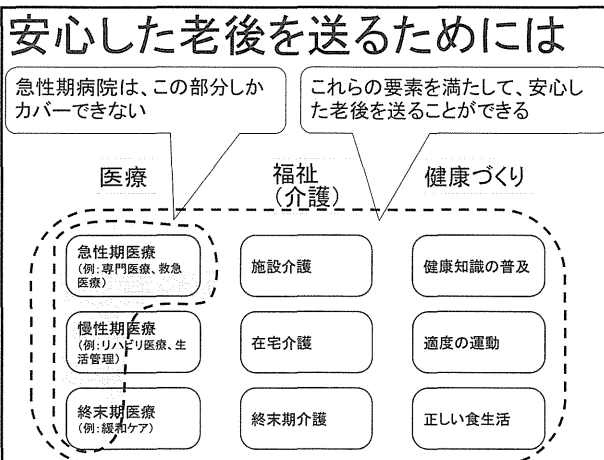
絶対的な医療資源不足

- 爆発的な高齢者の増加に対し、絶対的に医師・看護師などのマンパワーや入院病床などの医療資源が不足することが予測される
- 入院のための病床・スタッフ不足
- 救急のためのスタッフ不足
- 専門外来のためのスタッフ不足
- 医療のための財源の不足

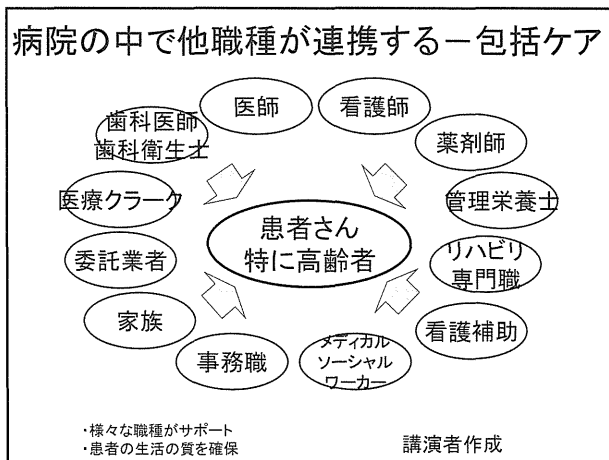
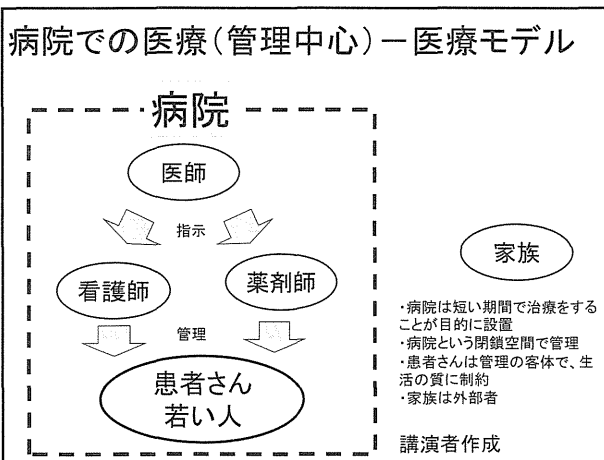
119番から病院まで所要38分、過去最長 東京は54分 消防庁11年調査 日本経済新聞 2012/12/1

- 救急通報を受けてから救急車で病院に収容するまでの時間は、2011年に全国平均で38分6秒かかり、調査を始めた1985年以降で最も遅くなっていたことが1日までに、総務省消防庁の集計で分かった。

- 病院収容までの時間は、過去最長だった前年より42秒遅くなっており、過去最多の570万7655件となった全国の救急出動件数の伸びや、一人暮らしの高齢者ら搬送先の決定に時間がかかる例が増えているのが影響した。
- 都道府県別で最も時間がかかっていたのは、東京の54分36秒で、埼玉43分36秒、千葉43分12秒が続いた。最短は福岡の29分12秒。(以下略)



- ### 多職種連携、地域の関係者との関わり
- 入院医療、在宅医療を通じてキーとなるのが多職種の連携、地域の関係者との関わり
 - 高度・専門化、高齢者の急増で、医師や看護師だけで全ての医療を担うことが難しくなっている
 - 医療に関わる関係者の連携は時代の流れである



チーム医療の推進⑤

薬剤師の病棟における業務に対する評価

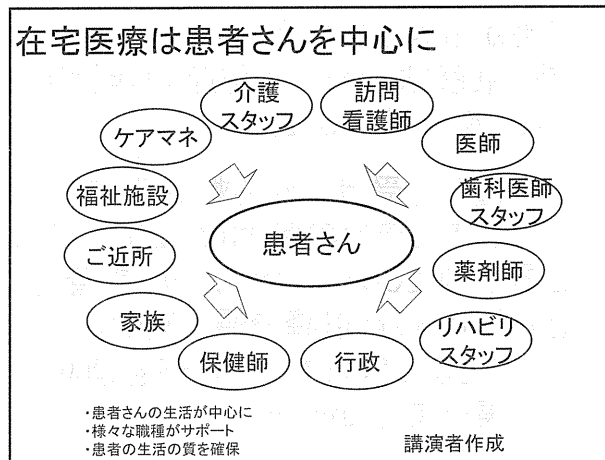
➢ 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

【算定要件】
 薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、最悪病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

【施設基準】
 (1) 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
(※専任者施設等入居基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
 (2) 薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。
 (3) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
 (4) 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
 (5) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 (6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

➢ 病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算 50点は廃止する。 厚生労働省資料 4



住民も地域医療の「当事者」

- 住民も地域医療の「当事者」として、適切な行動を行うことが必要

医療再生における「共感」の重要性

- 医療は、人が人に対して行うサービスである
- 現場で医療を行う医師や看護師がやる気を持って仕事できるようにしなければ、良い医療は実現できない

「制度」と「強制」では問題解決に限界がある

- 意見対立の中で、とにかく「制度」を作り人に「強制」すれば良いという考えもある
- それは、どこかに矛盾としわ寄せが起きる可能性が高い
- 「強制」によって、問題が部分的に解決するかもしれないが、新たな問題を生じさせる危険性も高い

「制度」と「強制」では隙間(すきま)が生じる

- どのように精緻に「制度」を作っても、かならず制度の隙間(すきま)が生まれる
- 隙間の犠牲者になるのは弱い立場の人
- 隙間を様々な関係者が埋めていかなければ、「制度」は上手く運用できない
- 「強制」では隙間は上手く埋まらない

「共感」による人の積極的な行動が隙間を埋める

- 隙間を埋めるには、全ての関係者が前向きに行動を行うことが必要
- 関係者に「共感」がある方が、積極的な行動を期待できる
- 「強制」による「反発」が強すぎると、人々の前向きな行動は期待できない

住民の行動が地域の「共感」を広めた地域医療再生の例

兵庫県立柏原病院の周産期医療の危機

- 兵庫県丹波地域においても医師不足は深刻な状況にある
- その中核病院である兵庫県立柏原病院でも、小児科医の数が2名まで減り、小児科が存続の危機に瀕している
- 小児科医がいなくなれば、お産もできず、産婦人科も崩壊することになる

丹波「未来」新聞平成19年4月27日
柏原病院に小児科医を」母親が署名運動

- 丹波市内の子育て中の母親たちの有志が、医師不足により存続の危機に瀕している県立柏原病院の小児科・産科を守ろうと、グループを立ち上げ、署名運動を始めた。
- 井戸敏三県知事に、同病院小児科への医師招へいを求める内容。5月いっぱい署名を集める予定。母親たちは、「切実な訴えを届けたい」と、協力を呼びかけている。
- 2児の母親である吉田寛代さん(31)＝山南町長野＝と友人で3児の母親の杉浦保子さん(28)＝同町谷川＝らが、「柏原病院の小児科を守る会」を作り、山南地域を中心に署名集めを始めてい

**子どもを守ろう
お医者さんを守ろう**

本当に必要な人が、必要な時に受診できるよう、コンビニ感覚での病院受診を控えるようにしませんか

※柏原病院から小児科医が1人もいなくなるとは思いません

署名にご協力をお願いします

県立柏原病院の小児科を守る会
<http://marc.usp.gov.nic.jp/ahaba.or.jp>

皆さんご存知でしょうか？
 柏原病院の小児科のお医者さんたちの勤務実態を…。

午前中は外来患者の診察、午後は入院患者の診察、夜も救急患者や入院患者の急変に備えておられます。当直明けで、翌日の夕方まで勤務する36時間勤務、丸2日間連続で働く48時間勤務も当たり前です。

他の科でも過酷な労働などが原因で、多くのお医者さんが柏原病院を去られました。補充しようにも「柏原病院は過酷」という話がお医者さんの中で広がり、なかなか来て下さるお医者さんが見つからないのが現状です。お医者さんが過酷な労働に耐えず長年勤務できるような環境を、私たち市民が作る必要があるのではないのでしょうか。

柏原病院のお医者さんが減った原因は、私たち市民の側にもあったのかもしれませんが、これ以上お医者さんを減らさないよう、軽症ですぐ柏原病院を受診するのではなく、かかりつけの医院を持ち、まずそこを受診するようにしませんか。

県立柏原病院小児科への医師招へいを求める要請署名用紙(一部)

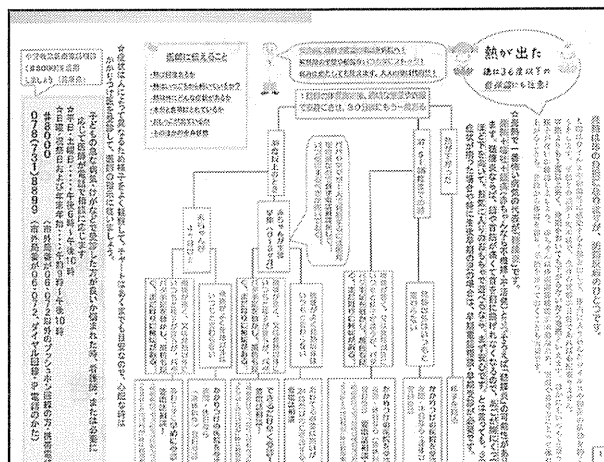
- ・ 柏原病院小児科は昨年3月末に医師1人が退職し、2人で1年間診察を続けてこられました。
- ・ 今年4月1日の県病院局の人事異動で、小児科医2人のうち1人が院長に昇任され、現場でフルに働ける医師は1人になりました。
- ・ この医師も過重労働を危惧して退職を示唆しており、このままでは、柏原病院の小児科は休診に陥ります。
- ・ 小児科が休診になると、産科も無くなり、丹波市内でお産ができなくなります。
- ・ (中略)
- ・ 子供も親も安心して暮らせ、子どもを産み育てられる兵庫県、丹波地域を守るため、ご尽力頂くことを強く要望します。
- ・ 私たちも、「コンビニ感覚での受診」を厳に慎み、「柏原病院で勤務してみよう」と言われるような医師を大切に地域づくり、住民合意の形成に努めます。上記の理由を踏まえ、署名します。

「柏原病院の小児科を守る会」の意義

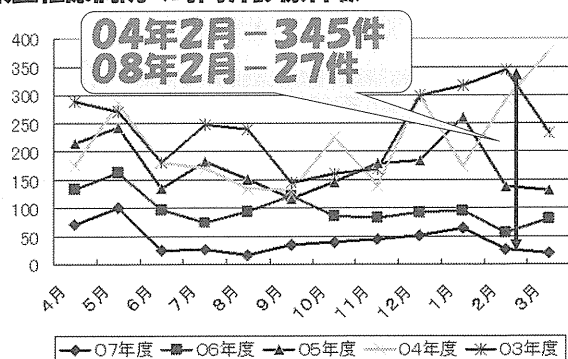
- ・ 住民(患者)が、医師の立場に立って物事を考えている
- ・ 医師の過重労働を意識し、自らの行動を律することを明確にして署名を行う形になっている
- ・ 兵庫県知事だけでなく、これから勤務をするかもしれない医師たちへの心をこめたメッセージを送っている

親への啓発活動

- ・ 小児科を守る会が、柏原病院の小児科医の監修を受け、代表的な子どもの病状についてのチャート図を作成した
- ・ 「発熱」「せきが出る」「吐いた」「下痢」「いつもとようすが違う」の5症状について、チャートをたどると、「様子を見る」「あわてる必要はないが、24時間以内に受診する」「かかりつけの医院を受診」「救急病院に大至急受診する(救急車を呼ぶ)」などに行き着く
- ・ 「熱が出た場合」では、38度以上と、それ以下、生後3カ月未満とそれ以上などに区分し、対応策を示している



県立柏原病院の時間外診療件数



県立柏原病院和久祥三医師提供資料

2つの提案(足立智和記者) 丹波新聞2007年3月21日

- ・ 先日、ある病院の時間外救急外来に患者の付き添いで行った人が、ひどく怒っているのを聞いた。
- ・ 「あんなにひどいとは思わなかった」「ろくな医者がない」と言うので、「ろくな医者がないなんてことはない。
- ・ 今いる医師は、この地域の医療を守る使命感がある人、特別義理堅い人たちでしょう」と反論した。

- 今、医師の世界は、超売り手市場だ。
- 公立、公的病院で常勤医として働くより、非常勤医でいくつかの病院を掛け持ちした方が、身入りは増える。
- しんどい当直からも外れられ、自分の時間も持てる。昨年3月から1年間、病院の医師不足問題を追って来た。報道するたびに「私たちは、どうしたらいいの」と言われる。
- 2つ提案したい。

- 一つは、近隣市も含め、どこにどんな医者がいるかを知ること。
- 病院の体力低下を認め、以前は丹波地域で完結できていたことが、できなくなっている事実を受け入れること。
- 二つ目は、がんばっている医師の気持ちを絶たないこと。
- 診察の後は不平でなく感謝の言葉をかけよう。ひと言「先生、ありがとう」と。
- そういう地域にならないと、勤務医は定着せず、今いる医師にも愛想を尽かされる。

母親達の行動は

- 行政や病院ができない、制度のすき間を埋める行動を行った
- 母親達の活動は、丹波市民に「共感」をもって受け入れられ、適切な医療の受診につながった

国民皆保険50年

- 1922年(大正11年)健康保険法公布
- 1938年(昭和13年)国民健康保険法公布
- 1958年(昭和33年)新国民健康保険法制定
- 1961年(昭和36年)全市町村が給付率5割の国民健康保険を実施

健康保険制度

- 国民(被保険者)が、保険にお金を出し合い、医療の必要な状態になったとき、安い費用で医療を受けられるようにする
- 健康保険制度がなければ、国民は安心して医療にかかることができない

国民皆保険の意義

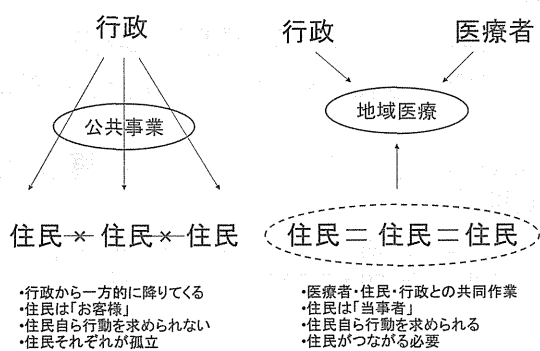
- 全ての国民が、適切な医療を適正な負担で受けることができる
- 全ての国民が必要な医療を受けられる医療機関と医療スタッフがいる
- 保険制度が財政破綻をせずに安定的に運営される

地域医療の危機が 地域の民主主義の質 を向上させる

すべて「人任せ」では 地域医療は崩壊する

- 住民を含めた病院に関わる全ての人が、不足する医療スタッフの立場に立って地域の医療を考え、行動をすることが必要
- 相手の立場のことを考え、発言、行動をするのは民主主義の基本

公共事業と地域医療



地域医療の再生は 民主主義の再生につながる

- 自分たちの健康に関することゆえに、きちんとした情報提供と住民の間の議論があれば、人々は節度ある行動をする可能性がある
- それは、地域の民主主義の再生にもつながる

参考文献

- 厚生省(1976)『医制百年史』
- 文部省(1972)『学制百年史』
- 橋本鉦市(2008)『専門職養成の政策課程』学術出版会
- 天野郁夫(1993)『旧制専門学校論』
- 猪飼周平(2010)『病院の世紀の理論』
- 岩手医科大学(1968)『岩手医科大学40年史』
- 岩手県国保連合会(1988)『岩手の国保50年史』
- 自治医科大学(1982)『自治医科大学創立10周年記念誌』