

う考えていくか、あとはサービスの対価。ただし一番大事なのは、質の担保だと思います。診断に必要な情報の提供をいかに確保するか、受動的な対応だけでなく、能動的に情報を取りに行くということでは、電子カルテにして、その電子カルテの情報を画像診断の時に見に行くなどの応用ということを考えていかななくてはならないでしょうし、診断・診療した結果のフィードバックについて、いかに画像診断を、提供した側が提供を受けた側からフィードバックを受けるかということが今後問題になってくかと考えております。

まとめになります。遠隔画像診断のベースになる技術は、既に標準化されております。システム形態によっていろんなバリエーションが存在して、システム構成とその運用の形態というのは相互に依存しますから、システム構築の際にはどういうふうな運用をするのかということも同時に考える必要があるかと考えます。やはり、管理規定を制定しておいて、何かあった場合に身を守るということも考えなくてはなりません。遠隔画像診断はどうしても今のところエクストラの業務になりがちですので、質をどういうふうに担保するのか、負荷をどう分散するのか、対価の保障をどうするか、これらはシステム全体の運用を大きく左右していくことになるかと思っておりますので、今後の課題だと思っております。以上です。

— 質疑応答 —

岩動

素人的な質問で非常に恐縮なのですが、誰でも見られるというか認証というか、なりすましということで、本人の確認とかそういったことは必要がないということでしょうか。

田中

いいえ、一応 ID とパスワードというかたちになっております。ただし、それが結局、漏えいしてしまうと、そこに入ってくるができますので、ID とパスワードは絶対、人に知られないように個人のものとして使わないといけません。ただ、そこに通信のところで漏えいするということはありませんの

で。個人的に ID とパスワード、いわゆる銀行のキャッシュカードの暗証番号と一緒にすけれども、漏らさないで管理するということになります。

岩動

本人の確認ということ、要するに認証と言いますか、誰かがなりすまして、暗証番号を使ってやるというのは・・・

田中

その技術というのは、今この遠隔画像診断の中には基本的にありません。やはり、読影する人間が限定されているということもありますので。ただ、生体認証とかそういうことを入れるといいのですが、そうするとシステムコストが高くなるという問題があります。

岩動

それでは、課題別討議の最後になります岩手医大小児科学講座小山耕太郎教授、お願いいたします。

「岩手医大が提案するテレビ会議システムと連動した医療情報リポジトリ」

岩手医大小児科学講座

教授 小山 耕太郎

発表の機会をいただきまして、有り難うございます。今日は、皆さん既にご存知ですけれども、震災直後に起きたこと、患者さん方が病歴を失い、調剤情報を失ったことを、特に大船渡病院の淵向先生からデータをいただいておりますので、そのご紹介をさせていただきます。そして、地域医療提供体制、岩手の 2 次医療圏の医療提供体制の確認をさせていただいて、それから、中でも急速に高齢化が進んだところ、それからこれから進むところというふうに地域による差ははっきりしておりますので、そのお話を少しさせていただいて、後半は今回提案したいと思っております、テレビ電話付電子カルテと言っておりますけれども、テレビ電話と電子カルテを一体化して患者さんの相談をしやすくすると。さらに、患者さんの同意を前提にということですが、医療情報を広域で保全し、なおかつ共有して、普段の診療に生かす方法についてご提案したいと思います。

まず、私どもの紙カルテ保管庫、診療録管理室ですけれども、これが紙カルテだけではなくて、多くのフィルム類、最近では CD 類が非常に多くあるわけですが、これが実際には失われてしまいました。この資料は震災直後の大船渡病院入り口ですけれども、処方を受けて多くの住民の方々が訪れました。ここで、住民の方々がおっしゃる薬が自分の薬のどれに相当するか、この先生も確認されているのだと思いますけれども。あまりにも多くの方がいらしたので、一階に請薬のみの住民のための「請薬ゾーン」というのを大船渡病院で設けられて対応したということです。

実際の数値を見てもみますと、発災の日から一週間ですけれども、外来の患者数、処方箋の発行数、もう一つは、他院患者への処方箋の発行数というものがああります。一番下は、他院患者への処方箋の発行数が全体のいくらだったかという割合でございます。日曜日、13日には550の方がおいでになっていて、451枚の処方箋を出したと。しかし、その過半数は他院の患者さんのために発行されたということでございます。これが一週間の推移で、この56.1%、翌日には44~45%となっております。金曜日、週末を控えてまた多くの方がいらして、この時点でも37%の方が、院外と言いますか、大船渡病院以外の患者さんのための処方箋を発行されたということです。それは、発災の翌週から、私ども D-MAT とは別に災害医療支援チームを毎日派遣しましたけれども、3月20日の時点で高田病院が指令所でしたので、その指令を受けて、私たちは気仙町長部の長円寺というところに向かっています。そこでは、やはり慢性疾患の患者さんの状態悪化、高血圧、糖尿病の悪化が見られたということですが、長年の病歴が失われておりますので、私どもにとっては新患と同じように対応しなくてはならなかったということです。検査はほとんどできませんでしたので、診察に頼るということです。住民の方々が持っていらした残った薬の包装やお薬手帳を持っている方が中にはおりましたのですが、処方内容を確認すると。私たちにと

って非常に困ったことは、ジェネリックが多くて、大学の処方名と合わないということですね。この時のチーム編成は内科系医師、外科系医師、ナース、必ず薬剤師が同行しておりましたので、薬剤師の指示に従ってと言いますか、彼らが調べて、大学病院内の薬の何々に相当しますので、何 m.錠だということの指示を受けて出していたということです。この資料は、これは、もちろん宮城県でも起きたわけで、河北新報の11年5月8日ですけれども、長町病院は保存期間5年ではなくて、永久保存を原則としていたところが、その倉庫ごと流されてしまって、このようにカルテが野ざらしになっております。ここでは、高齢者中心の患者だったので、古い既往症を確認する機会もあって、カルテは処分できなかったということでもあります。この記事の被災後のニュースは、非常に多くの事実を伝えておるとは思いますけれども、同じ紙面に「データ共有 診療再開早く 万一の備え生きる」という記事は、石巻市立病院のカルテが85キロ離れた山形市立病院済生館に残っていたということです。震災の直前、2月に、2病院でお互いの電子カルテデータを保存しあう協定を結んだばかりだったということで、しかも、同じ規格の電子カルテシステムだとこの記事には書いてあります。2病院でデータを持ち合うのが一番安上がりだと、この東北大学の同級生2人の院長は思ったということで、それが非常に有効だったということです。同じようなことは実際に、岩手県でも行われていたわけで、「いーはとーぶ」が沿岸の周産期情報をサーバーに保全していて、母子手帳の再発行に繋がったということはよく知られた事実であります。これらのいろんな各地での経験から、このような中核病院と周辺の医療機関をネットワークで結んで、相互にカルテを閲覧できる仕組みを提唱しています。これは読売新聞の昨年10月6日ですけれども。先ほどお話がありましたように、クラウドというものを紹介しております。個人情報流出に対応する必要があると注意をしております。まとめてみますと、カルテに記載されている患者の基本情報、長年の病歴が消失

してしまって、適切な医療の提供が困難になりました。医師同士の引き継ぎも困難になりました。調剤情報の消失は住民の健康悪化に繋がりましたし、私たち処方を出しながらも、次のところでまた同じような薬を重ねて出すのではないかという不安を抱えたわけでありました。それから、検査をしないと処方できないものもあったかと思えます。これは、歯科診療情報がなくなったことで、身元確認に有用な情報を失ったということでもあります。これらのことから、地域における医療情報の保全と共有というのが必要な事柄として、住民の方々にも私たち医療関係者にも強く意識されたわけでありました。広域の災害の場合には、遠く離れた地域にバックアップを置くということも、そこで考えられたわけでありました。

次に、地域の医療提供体制について移らせていただきます。次の資料は、皆さんの方が私よりはるかに詳しいのですが、日本医師会総合政策研究機構のホームページに入りますと、国際医療福祉大学の高橋先生が集められたデータを元に、こういうデータが2次医療圏別に2013年8月にアップデートされていますけれども、そういうデータがあります。ここでは盛岡、二戸までの9医療圏が出ておりまして、ここでは病院数、診療所施設数ですけれども、盛岡は偏差値で言いますと、53の病院数であります。診療所でも偏差値は50であるということですが、偏差値40を切る医療圏が多くあるわけです。気仙、釜石、宮古、久慈、二戸。例えば、診療所の施設数の偏差値を見ますと40を切っております。気仙が36、釜石が32、宮古37、久慈35、二戸36ということ。次のページを開きますと、その診療所の全体、それから無床の診療所か、有床の診療所かということでありまして、やはり久慈、二戸は、特に無床の診療所の偏差値が34、33とそれぞれなっております。盛岡を見てみますと、診療所全体で偏差値が50です。無床が47、有床が59という非常に高い値を示しております。医師数を見てみますと、盛岡医療圏全体や総指数の偏差値は55です。病院になりますと、59ということになります。先ほどお話しした久慈、二戸

では、診療所の医師数の偏差値が34、34ということになっております。病院で見ますと、気仙は39、釜石は44、宮古は39、42、46という数字になっております。テーマ別で見ますと、救命救急センターの数、がん診療拠点病院数、そして全身麻酔件数といったことで、それぞれの医療圏の特徴が浮かび上がってまいります。もちろん、救命救急センターを持っております気仙、久慈の偏差値は、とたんに高くなるわけでありました。しかし、全身麻酔件数を見ますと、気仙も久慈も非常に困ってらっしゃる様子が分かります。気仙の全身麻酔件数から見た偏差値は46です。釜石は38、宮古38、そして久慈は35です。かつて、阿部院長先生が麻酔科の連携を岩手医大に強く求めていらしたのを覚えてらっしゃると思いますけれども、久慈病院の偏差値は35でしかないということ。二戸は39ということ。医療圏によって医師不足、医療機関不足というのは盛岡を除くと著しいわけですが、その中でも地域によって問題が非常に異なるところがあるということです。先ごろ、私どもは岩手県から委託を受けて、岩手県医療情報連携推進に関する県内調査を行いました。その報告書が3月に提出されておりますけれども、沿岸中核4病院、県立久慈、宮古、釜石、大船渡の先生方に伺ったところ、医師、診療科の充足状況では医師不足、専門医不足である。しかし、支援の必要性は病院ごと、診療科ごとに異なるということが分かりました。一律に対応できるわけではない。糖尿病の診療支援を強く求めている施設、先ほどお話ししたように麻酔科医の不足が大きな問題である病院、あるいは消化器内科と言いましても、肝臓の先生はいるけれども、消化管の先生のバックアップをお願いするというような、非常に、病院ごと、地域ごとによって特徴があるということが分かりました。しかし、共通して言われたのは、患者紹介の仕方をもっと簡便にしてほしいと。例えば、電子カルテ上の画像や検査データを共有しながらリアルタイムで相談したい。現在、画像データをCDに焼き付けなどを行っているのですが、それはドクターが選

んでやっているわけで、非常に大変な負担だと。遠隔診療支援に対する要望も非常に強くて、特に治療方針や緊急時の判断について大学の医師の助言や支援が欲しい、それからどの地域も放射線の画像診断、病理診断にお困りで、その支援が欲しいといったことが分かりました。

次の資料、これは私の外来診察のテーブルなわけですが、電子カルテシステムと、必ずここにとりわけ循環器ですので、画像を中心とした情報もあって、この2つを行き来しながら文字情報と医療画像情報を行き来しながら、患者さんの状態を把握しているということがあります。文字情報だけではとても対応できない、そういう部門が多いのではないかと思います。そうしますと、どうしてもそれぞれの地域の先生方と専門医を繋ぐネットワークというのが必要です。そもそも患者さんは、高齢化に伴って複数の疾病を持って生活されておいでですので、多くの専門領域と繋がらなければならないということで、いただいたように医師、医療機関の不足と偏在ということは明らかであります。専門医も非常に少なく、限られているということで、従来やってまいりました電話やfax、手紙から始まりまして、一部使っておりますけれども、専用回線によるテレビ会議、あるいはインターネット、モバイルネットワーク等、そして、先ほどからお話が出ておりますクラウドシステム等によって、ネットワーク化する以外に岩手県の医療に対応できる策はないのではないかと、これについては、おそらくご同意いただけるのではないかと思います。

そこで、私たちが提案するテレビ電話付電子カルテと医療情報の共有でございます。これは、宮古病院の細谷地先生の発案でございます。テレビ電話を、普段使っている電子カルテの端末にしてはどうかということでございます。これが、ご相談いただく、例えば宮古病院だとします。これが私どもだとしますと、お互いに普段の電子カルテがそのままテレビ電話になるというそういう状況です。そこをインターネット等で繋いで、VPN化しておく必要がも

ちろんあるわけですが、そこで文字情報のみならず、電子カルテ上で見えるものはすべて共有できてしまうという、そういう仕組みがいいのではないかと思います。加えて、専門医が病院の外にいる場合がありますので、その場合にはタブレット等での対応もできるような仕組みです。例えば、宮古、あるいは大船渡病院の方に患者さんがおいでになります。先生方が診察をして、これは医大と相談した方がいいのではないかと、テレビ会議システムを使うということでございます。その大学と地域の基幹病院との間のコンサルテーションの様子は、録画される状態です。これはやはり医大に紹介することにしようということになると、今までの手作業ではなくて、このネットワークを通じて紹介状の作成をオンラインですということ。患者さんが実際に医大に来る前に、データは既に提供されているという、そういう状況です。岩手医大に患者さんが着きました、ここで、私たちが診療させていただくわけですが、まず名寄せということで、この方は間違いなく紹介していただいていた患者さんなのだという名寄せが行われます。診察をして、あるいは手術をして、地元にお戻りになる時には先ほどと逆のことをオンライン上で行うと。地元に戻られると、同じように紹介した患者さんのデータが間違いなく名寄せがされているということで、再び地元での診療になるということです。このデータの行き来をイメージ化してみますと、それぞれの病院がHISとリポジトリを持っております。私どももリポジトリ、HISと持っておりますけれども、紹介されてくるまではそれぞれの病院のデータがあるわけです。岩手医大にも紹介されますと、岩手医大のデータがそこに上乗せされていきます。さらにお戻りになる時には、そちら地元の病院のデータも重なっていくということでもあります。これは、実際に私どもが運用を始めた画面であります。県立A病院と、実際には大船渡病院のご協力を得て、大船渡病院のデータと岩手医大のデータとを時系列上に展開しているものであります。上の方に病院名が出

ます。2 番目には、現状の設定ですと、お薬、投薬、注射情報が出るようになっております。それから、一番上は、どこで医療行為が集中的に行われたかが一目瞭然のような状態になっておりまして、そこを見ると、医療が集中的に行われたことがわかります。ここには、心電図、いろいろな検査のレポートがあります。そして、最後の方に画像があります。一番下には血液検査、尿検査、そういったものが出るような展開の仕方になっております。それぞれ、紹介状を書こうという時には、ここで紹介状がそのままネットワーク上で書けるようになっておりますし、心電図を前の心電図と比べてみようという時には、こういう画面になります。心エコー図はどうなっていたかということはこちらで見るということになっておりまして。これは院外に専門医が出て行っている時に、相談に乗ってもらうためのタブレット上の画面構成はこういうことになっているということです。一応、リポジトリの構造は公開されております。それぞれの施設の患者さんについて、施設マスタ、施設オーダといったものがあるということです。処方オーダ、注射オーダ、検体検査オーダ、放射線検査オーダ、そして給食オーダがある。患者の移動情報があるということでございます。名寄せは、基本的には手動で最終的には確認をするということです。リポジトリに登録されている患者情報と退院の患者情報が紐付く。そして、院内データと他院から取り込んだデータが同じ患者として、参照可能になるということです。私たち内丸の病院と矢巾の災害時地域医療支援教育センターとの間で、このリポジトリを構築いたしました。専用回線によって。そちらには、実効容量で 150 テラバイト容量を用意しております。これは今までの計算で、年間大体 15 テラぐらいであろうということで、10 年分ということです。さらに先ほどから、遠隔地バックアップという言葉をお話しておりますけれども、東北電力管内ではないところに遠隔地バックアップを置き、非可逆的な圧縮を行って遠隔バックアップをしたということでございます。

もちろん、ガイドラインを順守して、セキュリティの対策をとるということでもあります。つまり、私たちが提案している岩手県全域の医療情報連携ネットワークでありますけれども、岩手医大の中では今日ご紹介したような事業を準備していると。それから、2 次医療圏では既に事業を始めていただいているところ、あるいはご準備の段階であります。釜石医療圏のところではかなりのところまで進んでいると伺っておりますし、宮古病院でも宮古医師会と準備されていると伺っております。となると、やはりこれから歩み出さないといけないのは、この基幹のネットワークということになります。

次の資料も、やはり同じ高橋先生の作られた 2 次医療圏基礎データでありますけれども、これは 2010 年から 25 年後の 2035 年で、それぞれ 2 次医療圏の高齢化がどう進むのかというものであります。岩手県は高齢化の先進地域でありました。既に高齢化が進んでおりましたので、65 歳以上の増加率は、実は今後 25 年間は多くの医療圏でマイナスです。盛岡は、全国と同等の高齢化が今後、進みます。医療をより多く必要とする後期高齢者の方については、それぞれの医療圏でプラスでありますけれども、盛岡がやはり多くの高齢者を抱えていくということになっておりまして、全県一律に進めることはできませんし、今沿岸の医療圏で問題になっていることは岩手県全域、あるいは内陸での課題に次々になっていくであろうと思います。

まとめですけれども、地域によって高齢化の度合いは異なるということ、盛岡と盛岡以外、というふうに岩手県の医療は分かれてしまっているということです。そこで求められることは、医療ネットワークを強化することであろうということで、私たちのテレビ会議システムと連動した医療情報リポジトリを提案するものです。以上です。

岩動

地域 4 病院でしょうか、個々に開発しているシステムを一つにまとめるということは簡単なことなのでしょうか。

小山

基本的には、それぞれの医療圏のベンダーに依存しないシステムということを目指しておりますので、大きな医療機関ですと、例えばゲートウェイのようなものを用意していただくことになるかもしれませんが、小さな診療所等であればウェブ上でこのシステムを運用するというような、実際にはそうせざるを得ないだろうと思います。それぞれの医療機関の負担を考えますと。そのように思います。

岩動

定刻になりましたので、基調講演を拝聴したいと思います。

城西大学経営学部マネジメント総合学科教授、伊関友伸先生でいらっしゃいます。先生は東京都立大学法学部法律学科を卒業なさいます。その後、東京大学大学院の法学政治学専攻科の修士課程を修了していらっしゃいます。1978年に埼玉県に入庁、健康福祉部社会福祉課地域福祉担当主査などを経まして、2004年に城西大学経営学部マネジメント総合学科の助教授として着任していらっしゃいます。研究分野は行政学、公共経営、自治体立病院のマネジメントなど多岐にわたっていらっしゃいます。主要担当科は行政学、行政マネジメント入門ということでいらっしゃいます。主要論文、著作などは「自治体再生戦略」、「行政評価と経営改革」など多数の著書があります。現在は、埼玉県の坂戸市にある城西大学経営学部の教授として、行政マネジメントの教鞭をとっていらっしゃいます。それでは先生、どうぞよろしくお願いいたします。

基調講演

「自治体病院の存在意義－岩手の地域医療の歴史を通じて考える－」

城西大学経営学部マネジメント総合学科

教授 伊関 友伸

城西大学の伊関と申します。これから50分、お話しさせていただきます。資料自体は2時間の内容なので、ポイントをかいつまんでお話しさせていただきます。テーマとして、自治体病院の存在意義というこ

とで、私自身は行政学というカテゴリーの学者で、元埼玉県の職員をやっておりました。どちらかというところ自治体病院の経営ですとか、特に地域医療、医師不足問題などを研究しておりましたけれども。ここ3年ほど地域医療の歴史を明治維新から今日に向けてずっと研究をしていて、ベント 1台分ぐらい本を買い込みまして、来年の春には何とか出版のめどがついてきているのですが、勉強の中で岩手県というのは、地域医療のメッカ、聖地であるという、いろんな意味で今日の自治体病院ですとか、地域医療の流れを作ってきた県である。そのことを少しお話したいということで。そちらの方をどちらかというメインしてお話させていただきたいと思います。おそらく、今回の研究班自体は遠隔医療ということで、テーマ的には違いますが、ただやはり遠隔医療、これからの医療としてのあり方というのは、過去の先人たちの努力から学ぶことは結構あるのかなということも感じております。そういった話をさせていただきたいと思います。

一応、私自身、いろんなかたちで地域医療関連の本を3冊出しております。「まちの病院がなくなる!」「まちに病院を!」「地域医療」という本を出しまして、今、次の準備をしておりますけれども、医学書院の「病院」という雑誌の編集委員6人うちの1人で、大体一年に2回から3回ぐらい編集を担当、で、企画を立てさせていただいております。あとは、自治医科大学の地域医療テキストという本を出しております。こういった人間がお話させていただきます。

そもそも、最初に自治体病院とはどういった存在かということで、お話させていただきます。全国に病院は9000近くありますが、そのうちの1000、大体11%くらいが自治体病院です。ただ、役割というのは非常に大きくて、例えば救急救命センターの36%、小児救急の拠点施設の46%、へき地の拠点病院の64%。10%しか数はないのですが、役割としては大体25~30%くらいの役割を担っていると。ただ、経営的には非常に厳しい状況です。この資料は、医

療によって入る収入と支出の比較ですが、支出に比べて収入は低いと。ずっとこのところ低かったのですが、この2、3年は比較的、少し持ち直してきてはいます。実際に見てみますと、病院は二極化しています。医療の高度専門化の流れから、特に医師不足が、医師が集まるところには集まるし、集まらないところには集まらない。二極化していると。特に、立地条件の悪い地方で医療を提供している自治体病院は、非常に厳しい状況になっていると。これが、病床規模別の一病院100床あたりの常勤換算医師数の推移ですけれども、要は、病床のどの規模の病院に医師が集まっているかということ。厚生労働省の医政局の主導課で研究をやっておりまして、私も参加しましたが、それで見ると明らかです。900、800、600、500、400。400床以上の病院には医師は集まっております。ただ、100とか150、200~299、だいたい地方の拠点都市だとか地方の自治体病院だと、典型的なサイズの病院では、ほとんど医師が増えないと。大体、全国見ても、どこも県庁所在地の県立中央病院クラスでは、医師が非常に集まっております。例えば山梨県立中央病院、富山県立中央病院、医師数は200人います。しかし、一步離れた地方では医師不足は深刻だと。完全に二極化していると。医療の高度・専門化に対応した急性期病院は医師、スタッフがたくさんいると。それを、高回転でまわして手術で収益を上げると。しかし、医療の高度専門化に対応できないというか、地方の病院はなかなか医師が集まってこない、看護師が集まってこない、看護スタッフも集まってこないが故に、収益も上がらないと。完全に二極化している状況と。さらに医師数で言えば、東西で偏在がある。西日本は医大が比較的多いということで、多めになると。東日本は非常に少ない。私は埼玉県に住んでおりますけれども、埼玉県は非常に少ないと。東北も少ない状況であると。さらにその都市内でも、都市部に医師が集中すると。これは県庁所在地と政令指定都市と医科大学が所在している都市に色をつけた資料で

す。そうすると、非常に赤が多いと。東京は典型ですけれども、23区内に80%が集まっていると。

自治体病院経営は非常に厳しいです。高コスト体質ですし、民間病院がだいぶ充実していて競争が激化していると。何よりも医療、病院経営の素人である地方自治体が、病院経営を行う理不尽さみたいなものがあると。これが医療収入を100とした場合の費用の構造で、国立、公的、医療法人に比べて自治体立は非常に高コスト体質になっていると。例えば、重要なのは、職員定数というのがなかなか増えない。この資料が典型ですが、県立奈良病院での調査と、長野にある相澤病院という有名な急性期病院、三次救急をやっており、400床規模の病院。これらの比較では、医師数はそんなに変わらないのですが、問題は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、こういう間接スタッフがなかなか定数で人を雇えないと。それ故に医師、看護師に負担がかかって、なかなかいい医療ができない。比較的自由が効く民間病院に人が集まるような傾向が強い。繰入金も非常に多い状況にあります。だいたい、ずっとこのところ減少傾向にあったのですが、医療崩壊が起きて、次々閉鎖する、経営破たんする病院が相次いでいます。ここにきて、繰り出し金が増えてきており、7000億くらいのお金が繰り出されていると。数もだんだん減ってきています。地方公営企業法というものを適用する自治体病院の数がこのところ激減しております。これは減っているものの、一部は地方独立行政法人という法人に変わっている部分もあります。この資料は減少の内訳なのですが、再編、廃止、診療所化しているところもかなりあります。また、地方独立行政法人化、民間譲渡と。非常に2004年の新臨床研修制度導入後に、非常に動きが起きています。最近でも指定管理制度を導入して、民間の法人が運営を委託しているところがあちらこちらに存在すると。経営破たんするような病院で有名なのは、銚子市立総合病院と。2006年35人いた医師が2008年には12人まで減ってしまうと。それで2007、8年と15億~16億円の財政支援が必要だということで、こ

れ以上は財政支援困難ということで、当時の市長が病院を閉鎖すると。職員も全員、分限免職処分職を失います。市長はリコールで失職して、その後新しい市長が病院をまた開いたのですが、非常に厳しい状況です。この資料が収入と支出です。どんどん減っており、この辺から医師不足が起きてくると。この資料は手持ちの現金が、11億あったものが減ってしまうと。15億円くらいのお金が必要になってくるといふ状況もあります。

非常に厳しい中で、こういう自治体病院というのは、どういう歴史にあったのかと、少し歴史を明治維新から振り返ってみたいと思います。岩手を題材にしたいと考えております。明治維新を契機にして、日本は本格的な西洋医学を導入していきます。それ以前もあったのですが、正式に導入すると。地方においても、いわゆる西洋医学の教育の場として公立病院を設置するところがあちらこちらにあると。ほとんどの府県に病院が設立されていきます。岩手でも、公立盛岡医学校という学校が明治9年に、公立盛岡病院という病院ができて、そこに付属して医学校が設立されます。明治12年には、県立岩手医学校と改称されて逆に病院が付属していきます。明治17年8月に、県立岩手医学校は甲種医学校と。当時医学校は甲、乙ありまして、甲種は一定の教員、施設などが充実していて、いわゆる開業試験を受けずに、無試験で医師になれると。格の高い学校でした。岩手医学校は、そういった甲種医学校になります。ただ、明治20年にこれから公立医学校、公立病院に逆風が吹いてくるのですが、まず、明治20年に第一から第五の高等中学、千葉、仙台、岡山、金沢、長崎に医学部が設置されます。

同年10月には「府県立学校の費用は明治21年度以降地方税をもって支弁することを得ず」と、勅令第48号というものですけれどもそれが発せられます。要は、地方団体、府県がお金を出して医学校を設立してはいけないという達しが出ております。これは医学教育を中央レベルで行って、医学教育水準を維持するとともに、地方の財政支出を抑制させる

という狙いでした。その後、公立医学校は次々つぶれていきます。残ったのは、愛知、京都、大阪です。これは当時、住民がお金を持っていて独立採算で運営ができたというかたちで残ることができた。これは明治期の公立医学校の一覧です。要は生き残ったのはこれだけです。例えば、青森県の医学校も明治18年、岩手県の医学校も明治19年、秋田も明治21年、福島なども明治20年と。ほとんどの学校が廃止になるという状況でした。岩手県立医学校も、明治19年3月をもって廃止になります。明治19年4月に岩手病院付属医学講習所ということで、何とか存続しようとしていましたけれども、明治20年の勅令48号によって医学講習所も廃止になると。同時に、明治22年に県立岩手病院も廃止になります。結局、医学教育の道がなくなってしまうと。同時に公立病院もどんどん廃止になっています。明治16年に357ありましたが、大正12年には71まで減ります。昔はこの資料のように増えたものが、一貫して減っております。大正期の半ばくらいまで減少していきます。この原因は、いくつか考えられます。おそらく明治政府が緊縮財政、地方へできるだけお金を出すなど。財政の中央統制を強化していくと。府県の公立病院、いわゆる公立病院の担当というのが明治の初めの頃は衛生担当の衛生部というのがあったのですが、これを警察に変更していきます。当時の課題は、コレラ、チフスのような感染症です。感染症の対策として医療で治療するよりは、どちらかというと隔離政策で隔離してしまえと。それに一番強かったのが警察、警官です。ですので、いわゆる衛生担当が警察に移っていくと。これはリストラの意味もあります。実際、警察が公立病院を運営するようなかたちになる。それでは基本的には医療については関心がないですから、赤字になればすぐ廃止というようなかたちになります。収支の均衡が強く求められると。県立医学校は次々と廃止されて、そもそも医師供給が断たれてくると。開業医集団、医師会が段々強くなってその圧力もあると。議会もどちらかというと、民力休養とお金を出すなというこ

とで病院の決議を廃止するところも多かったです。これは、いわゆる自由民権運動の方たちも病院を存続しようという話でもなかったと。まだまだこの時期、西洋医療は贅沢品で、行政の政策順位は低かったというのが正直です。上水道ですとか、教育、農業基盤、こういうところにお金を使って、医療にはまだお金を使わなくてもいいと。どちらかという、まだ医療よりは、あとで話しますが、漢方医もかなりいた。加持祈祷がかなり力を持っていて、そちらの方が安かったという話です。実際の受け皿になったのは、日赤病院です。地域の篤志家のお金が集めやすかったということがありました。次の資料は日赤病院の設立の状況ですなのですが、これだけ自治体病院、公立病院からの委譲です。いろんなかたちで受けていきます。当時、明治15年にはいわゆる岩手県にはこれだけの公立病院がありました。なんだかんだって運営されていたと。しかし、大正8年にはこれは全部なくなってしまいます。いわゆる、東京、群馬、埼玉、茨城、奈良、岩手、富山、和歌山、徳島、香川、高知、宮崎の一府十県は一院も公立病院はないというかたちで、これは全部廃止になります。では、明治期の医師数はどういう状況だったかということで。これは明治15年、内務省の衛生局の年報というところですが、世界の医師数の比較、統計表があります。人口十万人当たりの医師数は、当時日本は41612人いて、人口あたり115人でアメリカについて非常に多かったと。いわゆる日本は、明治時期において医師の多い国であったと。これはいわゆる漢方医が中心です。明治7年には東京、京都、大阪の3府に以西が達せられて、それによって初めて医師というものの開業許可制をとられると。それまでは実は、江戸期は、例えば漢方の、いわゆる本を読めば、自由開業で医師にもなれたわけです。医師というものが資格制になってくると。だいたい、明治初期には2万数千の漢方医がいたと言われております。明治8年、新たに医術開業を行う人は試験を受けると。ただし、今まで開業した漢方医には試験を要せず開業免許を与えると。最終的

には3万5千人くらいの従来開業の医師に開業免許を与えられると。結局、この資料が当時、戦前の医師の免許種類です。明治17年から戦前にかけてですけれども。いわゆる従来開業、これは漢方医が非常に多いです。それらの方が非常に多くて、試験及第というのは医術開業試験というものがあつたと。それから官公私立の医専、さらに大学卒業。当時明治期はほぼ東京大学が中心ですけれども、増えていなかったと。その中で、どんどん大学、医専にシフトしていくという流れが出てきています。明治35年の医師免許経歴で言うと、この資料は九州なのですが、大体半分くらいが従来開業の方、漢方医が中心で、大学というのは非常に少ないと。だいたい大学において医学士で学んだ人は、当時で言えば県庁所在地、都市部、そういったところで開業して、この街中で開業した漢方医は競争に敗れて、街道筋のところへどんどん流れていくような、比較的競争の中で棲み分けが明治期はなされていたと。実際、当時の医師供給の大きな要素として、医術開業試験というものがあつた。明治8年から大正5年まで行われておりました。一年半の体験だけで誰でも受験できます。女性にも門戸が開かれておりました。官公立の医学校は男性だけでしたけれども、いわゆる女性医師というのは、医術開業試験を受けるしか当時はなかったと。合格率は大体、前後期とも10%程度で非常に難関でした。例えば、野口英世も医術開業試験を受けています。当時の医術開業試験の予備校的な性格で一番有名だったのが、済生学舎。当時、内務省の衛生局長を務めた長谷川泰という方が学校を作ると。約7千人を開業試験に合格させたと言われております。2万人のうち7千人で、非常に多かったです。ただ、この医術開業試験に対して、いわゆる当時の東京帝国大学関係者は批判をします。一番典型は森鷗外なのですが。いわゆる外国から戻ってきたての若い森鷗外ですけれども、「日本医育論」というものを掲載します。これは森鷗外全集にも入っているのですが。いわゆる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と。

教科が理論に偏っていると。必要な機材が整っておらず、実習も少ないと。専任教員がほとんどいないと。水準が低いと。試験自体も大量の人をさばかなくてはならない面もあったと。当時のいわゆる内務省衛生局の有力医師、どちらかという私学だとか開業医が中心だったのですが、その方々と文部省東京帝国大学関係者の対立がどんどん激化していきます。ちょうど、医師会法という法律の制定で、この2つが対立する中で医術開業試験を廃止するようにと。医学の進歩から遅れている医術開業試験を廃止しろというような内容です。話し合いの中で、大正5年に実は廃止になります。新たに医師免許試験というのが、医師法案審議の過程で、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って医師免許取得が可能になるのですが、ちょうどこの流れに私立の岩手医学校が、いろいろなかたちで影響してきます。いわゆる甲種岩手医学校を、こちらの岩手医大の創設者の三田俊次郎先生が明治18年に卒業されます。その後助手を務めて東京帝国大学の眼科に学ばれると。眼科を学んだ理由は、当時の東北で最も多いのがトラホームだったと。それを何とか治したいということだったらしいです。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と。その病院の運営をしながら、明治33年、私立岩手医学校を設立し、先ほどの医術開業試験の受験を行うと。ただ、私立岩手医学校は明治40年まで23人の医師を輩出するのですが、この医術開業試験の廃止に伴って、明治45年に存続できなくなって廃校と。大正に入って、今度は日本という国がどんどん国力が伸びていきます。教育の関心によって、大学教育を充実しようという声が強まります。大正7年12月に大学令というものが公布されます。大学令に先駆けて、大阪府立医学校が大阪府立大阪医科大学に昇格すると。それに影響を与えたのが、佐多愛彦先生という大阪医学校の先生なのですが、いわゆる医療を行う医師の養成は同じレベルでなければならないということで大学において行うべきだと。専門学校

では行うべきではないという「医育統一」論というものも主張されます。いろいろなかたちで次々に大学に医学部が、どんどん医科大学が昇格していきます。ただ、これ自体いいこともあれば悪いこともあり、当時典型なのが東北帝国大学の医科大学です。大正4年に東北帝国大学の医科大学が設立されると。前身は仙台医専で、この仙台医専からすぐに昇格するのではなくて、仙台医専を全部、包括、包摂という表現なのですが、教官はほぼ4人しか残らず、他は全員クビになってしまう。新たに帝国大学にふさわしい外国留学などをした教員が赴任すると。仙台医専の時は定員が120人だったのが、70人に減って、しかも入学者は厳選して40人くらいしか入学させないと。学生を非常に絞って、質の高い教育を行うと。これはこれで一つ、いいことはあるのですが、結局は医術開業試験が廃止されて、医師数がなかなか伸びないと。全体の質は上がったのですが、10年間で1048人しか増えない状況と。これらの大卒の医師は大体、都市部に勤務する傾向が強くて、いわゆる医師の地域偏在が加速されると。地方に勤務してくれなくなると。昭和5年の国勢調査の人口で、大体、東京、京都、大阪、福岡の4府県でこの資料だけの人数が20%ぐらいだったのですが、大卒の医師数が44%を超えると。そういう中で、文部省は先ほど言った「医育統一」の方針から、医学専門学校を基本的には全部単科大学に昇格させて、今後一切医科の専門学校は認めないという方針でした。しかし、大正14年に一転して私立の医専の設立を認めます。これは結局、医師が地域に必要なだけですね。特に一番ニーズが高かったのが当時の軍医です。軍医が非常に少ないと。陸海軍の軍医が非常に少ないと。あと、無医村が非常に問題になってきます。内務省がやはり地域で活躍する医師を養成してほしいと。私立医学校が次々と設立が認可されます。医師数が大正13年の4万3千人から昭和13年には6万2千人にまで増えていきます。こういうかたちで、大正14年から色んなかたちで私立医専を中心として認められます。昭和3年には、岩手の医学専門学校が設

立されます。三田俊次郎先生について、かねてから無医村の解消論と、盛岡市の学都化を唱えていたと。この私立医専の設立の動きになって、岩手県の衛生課長を通じて文部省の関係者にアプローチをしていくと。設立許可を受けると。第1回の募集人員は120人で、志願者は996人、入学者156人。岩手県内から38名が入学しています。教授陣については、臨床は主に九州帝大であって、基礎医学は東北帝大出身者が多かったと言われていました。こういう中で、日清、日露戦争の勝利を経て、工業化が進むと。国力が隆盛する一方、マイナス面として貧富の差が拡大していくと。医学は明治時代からそんなに進歩していなかったのですが、大正になって進歩してきて、医療を受けられるか否かはその人の生命に直結するようになってくる。そういう中で、国民全部が農村部でも貧困層でも、医療を受けられるような体制を作るべきだという、医療の社会化運動ということが段々起きてきます。農村は昭和4年に世界恐慌を契機に、農家の主な収入源である米と蕪が暴落すると。いわゆる農村恐慌が起きると。当時、一番農民の破産の原因というのが、医療費でした。医療費というのは、まだ、保険制度がありませんので、自由診療でお金がたくさん必要になります。大体、娘の身売りは家族が病気になって、借金で賄った治療費を返せないから行われると。特に岩手は当時こういったことが非常に多かったと。農村部から医師がいなくなる無医村問題もあります。この資料は、菊池武雄さんという方が「自分たちで生命を守った村」という有名な本で、当時の岩手の状況です。一家に病人が出れば医者に掛かって倒産するか、黙って病人の死を待つか、そんな状態でした。別な村で昭和16、7年頃の死亡者の47%が医師の死亡診断書すらもらえず、“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と。そういう時代でありました。その中で農民がお金を出し合って、医療を受けようという医療利用組合運動というかたちで運動が起きてきます。特に有名だったのが、昭和3年に青森で東青病院という病院が、運動として

お金を集めて、東北でも有数な大きい病院を作って医師を雇って安い金額で医療を提供すると。これが非常に当たったと。それが岩手、秋田に広がっていきます。この資料が当時の医療利用組合ですけれども、青森、秋田、岩手の3県に次々に広がっていきます。ちょうど当時の考え方として、ネットワークという考え方がこの当時からありました。いわゆる秋田市内に拠点となる病院を作って、診療所をサテライト的に設置して、そこに医師を派遣するというような考え方を昭和の初めに農民たちは考え出しています。岩手はこの昭和5年に、気仙の矢作産業組合がいわゆる医療事業として、高田町の開業医と契約して毎週1回診療を行うと。またその後は、昭和6年に独自の医療施設を持ったりしてきます。本格的に進むのは、この千厩と薄衣の実費診療所と。農村の医療運動として、志のある人たちが実費診療所、できるだけ安いお金で医療を提供するというような運動をします。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と。それが今、東山病院になったり、薄衣診療所になったりと。さらに広まっていくのが、薬草販売購買組合というのが母体となったのですが、昭和7年に岩手県の産業組合大会で「薬草連合会」設立が決まると。当時、富山の薬売りが岩手県内に山ほど入って、たくさん買っていたと。それはもったいないのではないかと、岩手の薬草を製薬して、医師が来るまでの用意として薬を常備させると。薬10銭で一律で販売したのですが、非常にこれが売れたと。それを母体としてお金も多少入ってきたので、次々と購買利用組合病院という病院ができます。最初は昭和8年に、いわゆる盛岡病院が設立されます。その後、昭和9年に釜石共済病院、東山病院、磐井病院、江刺病院といろんなかたちで今の岩手県立病院のかたちが段々できてきます。それぞれ組合ごとにバラバラでしたが、独立採算で非常に経営が厳しい部分があったため、それぞれの施設を連合組織に変えて、会計をプール制にして、岩手の病院の中で連携して経営をしようと、経営を安定させようという動きにな

ります。これがまた当たって、病院が増えるかたちになります。当時の岩手における医療利用組合運動の中心的な存在だったのが佐藤公一さんという方で、この方は明治 22 年に今の一関市大東町に生まれ、岩手県立農学校を卒業して岩手県庁の職員になって、この産業組合運動に積極的に関わります。最終的には、県議会議員、岩手県国民健康保険団体連合会の理事長、農業協同組合の中央会会長になったりされています。いろんなこういう動きの中で、岩手県の医師は大正時代はあまり増えていなかったのが、昭和にかけて非常に増えてくると。いわゆる岩手医専、医療利用組合運動も連動するかたちで医師がかなり増えてきて、まだまだ無医村問題というのは深刻ではあったのですが、地方に医師が勤務するというかたちになってくると。その中で、昭和 13 年に国民健康保険制度というものが導入されます。これは、医療利用組合運動の影響で、今度は地域レベルで住民がお金を出し合って、国民健康保険を作った。安いお金で医療を受けると。これ自体は国の進める健民健兵政策の一環として、陸軍がかなり積極的に進められたと言われております。なかなか、保険があっても医療は提供できなければいけないというかたちで、国保直診医療施設の設置が始まります。これも医療利用組合が国民健康保険の業務を代行することが認められて、国民健康保険と医療利用組合が連動して医療を提供すると。岩手県はその象徴的な国民健康保険の先進県で、戦前でも町村国保事業の 75% を産業組合が代行すると。盛岡を除いてすべての町村で、戦前の時点で国民健康組合が導入されているはずで、そういう中で、戦争が深刻化してくる。戦争中に、医師は軍医というかたちで医師が引っ張られるかたちになると。医師不足がまた深刻になり、いろんなかたちで官立、公立の医学専門学校が設置されると。それは、官立としては東京高等歯科医学校への医学部設置、今の医科歯科大学。その他に青森、前橋、松本、徳島、米子に官立の医学専門学校ができます。さらに、それでも少ないということで、公立の医学専門学校の設立も認めます。府県に医専

を設置することを認めます。そういうかたちで次々できてきます。昭和 20 年の時点で公立が 18 校。北海道女子、秋田女子、福島女子等。女子が多かったのですが、これは銃後の守りで、女子は戦争には引っ張られないということで、結構、女子医専が沢山できます。秋田女子がその後、廃止になるのですが。戦争に負けて、GHQ が医療改革を行います。これらたくさん、作ったわけですね。敗戦時点での入学定員は当時で 1 万 553 人。今の入学定員よりさらに多いような状況です。その中で実際、GHQ/PHW は、教育の水準が低いということで削減を命じます。医専処分というかたちでいくつか廃止になります。医専 51 校のかたちの中で官立長崎付属医専、福岡・山梨両県立医専、高知・山梨・秋田の 3 県立女子医専、官立徳島医専の 3、4 年生部分が廃止になると。ただ、多くは実際生き残ります。戦後、大学に昇格していきます。当時、実は昭和 20 年代から 30 年代が医師余り時代でした。いわゆる軍医が失業する、台湾、朝鮮から医師が引き揚げてくる、いろいろな医師養成校があるので、医師余りだったと。その受け皿になったのが国保直診病院だとか診療所です。戦後すぐ、国民健康保険制度は崩壊してしまいます。支払いが非常に悪いため開業医の方が、もういないということになり、国保は一時紙切れになる。それでは国保制度がもたないということで、国保自体が直接診療所を持つという国保直診施設というものが相次ぎます。これの新設を支えたのは医師の過剰です。医師が非常に余っていたということがあつた。実際はこの資料のようなかたちで、増加傾向にあつたのが、戦争の時に非常に減って、また急激に増えるかたちです。この資料の増えている部分は、戦争中の医専の卒業生が医師になったということが影響しています。岩手について言えば、昭和 18 年に農業団体が公布され、農業会が設立されると。産業組合病院が傘下に入りまして、敗戦によって、厚生農業協同組合連合会、今の厚生連です。岩手は、その赤字が農業会の赤字が全部、病院につけまわされて、最後、清算しなくてはならなかった。一億円ほどあつたと。

この一億円を解消するために結局、岩手県が病院を買い取って県営医療として維持すると。これは、先ほど言った青森、秋田、岩手といういわゆる産業組合連でそれぞれ違う運命をたどりました。秋田は基本的に厚生連のまま存続しました。青森は市町村立病院として存続、岩手は全部、一塊となって県立病院として存続すると。そういう中で、いろいろな面白い試みをします。昭和 24 年にまだ厚生連ですね。厚生連気仙病院、今の大船渡病院の協力を得て、日頃市村の 10 割給付を実施と。もう無料で医療を抱えるというような動きをしました。これは、ちゃんと必要じゃない医療はしないというかたちで、その代わりにちゃんと受けることができるというような、10 割給付を実現すると。これは岩手県内で流行って、昭和 28 年までには 24 市町村 62 診療所に増えます。沢内村が非常に有名ですが、実は昭和 20 年代にもう 10 割給付を行っています。さらには、昭和 30 年に、岩手県は全国初の国民健康保険の全県普及を達成します。同時期の全国普及率は大体 65%と。昭和 36 年に国民皆保険が達成されると。実際、国民健康保険が達成されると、今度は医師不足が起きてきます。所得の増加、医療の受診の機会が増大します。昭和 20 年代には過剰ぎみだった医師数が、昭和 30 年代には不足し始めると。大体、昭和 38~39 年くらいに医師不足が始まったと言われております。そんな中で昭和 45 年に、戦後初めて、秋田大学等 4 大学の医学部新設が認められて、その後私立の医科大学の新設が認められます。昭和 47 年にいわゆる「日本列島改造論」を掲げて、田中角栄が内閣総理大臣になったと。この「日本列島改造論」の中に、いわゆる大学の地方分散というものがあるが、そこでは一県一医大と書いてはいないのですが大学の中央分散の象徴として、医学部のない県に医科大学を作ろうというかたちで昭和 45 年~54 年までにいろいろなかたちで医科大学ができます。実際このような資料のかたちで増えて、昭和 56 年に琉球大学の医学部ができると。その時には、8290 人と、昭和 30 年代は 3000 人を切るレベルであったのが、3 倍近くになる

と。さすがにこれは増えすぎだろうということで、この第二臨調という行政改革の嵐が起きて、その時に医学部の医師が多いと医療費が増えるという議論があつて、医師抑制がずっとあつたと。ここにきて、医療崩壊が起きて医学の定員を増やすというかたちになってきています。

そういう動きがあり、自治体病院、診療所が結構いろいろなかたちで批判されます。非効率だとか、存在価値がないとか・・・。民間病院の方々、非常に厳しいです。存在意義がないのかということですが、いろいろなかたちで目に見える、目に見えない、存在意義の有無といった話で。要は、お金的には非効率であつたり、お役所体質だつたり。しかし、不採算部門を担っていると。いろいろなかたちで目に見えないメリットがあるのではないかと。自治体病院や診療所が行うべき医療ということで、離島、へき地、保健行政、結核医療このあたりも必要だろうと。あと、バッファーとしての医療ということはお話します。地方で医師を養成すると。民間の医療法人の独占排除は必要かなと。いろんなかたちでの不採算と言われているような分野も必要だろうと。利益を上げやすく、民間と代替しやすいところ、これは自治体病院が自己抑制している分野です。やはり、民間病院の独占排除というのは必要かなと思っております。私は精神病院に勤務したこともあつて、やはり精神病院は民間主導でやってきました。人権侵害事件なども起きてくると。決して、民間病院の医療は優れているとは言えないと。非常に優れたところもあるし、そうでないところもあると。いろんない現代ポートフォリオ理論という金融工学の理論なのですが、いろんなどころに分散投資することによってリスクを減らすと。同じように、経営主体が混ざっていることが非常に良いことではないかと。切磋琢磨すると。実際にみると、国保の医療費の地域差指数という、いわゆる国民健康保険のお金、医療がどの程度のお金でできるかという指数ですが、千葉県が全国で一番低く、そうすると自治体病院がある自治体の地域差指数は低い傾

向にあります。地域差指数 1 が平均で、それでも低いと医療費が安いということなのですが、資料の黄色の部分には自治体病院の立地している地域です。全体とすると、自治体病院のあるところは医療費が低めになります。象徴的なのは、旭市の旭中央病院という公立病院があるところと、鴨川も実は公立病院があるのですが、亀田総合病院がある鴨川市と比較するとやはり旭市の方が医療費の水準が低いと。これは実際そうだと思います。この資料は自治体病院の数の割合ですが、それと地域差指数について県で比較したものです。山形と岩手は日本で一番自治体病院の割合の多い県です。そういうところは全体を通じて地域差指数が低いです。逆に民間病院の多いところというのは、地域差指数は高めに出ます。典型は福岡ですとか、徳島、鹿児島、大分、広島。西日本の県が多いです。その中で滋賀県は比較的公立病院の割合が多いのですが、やはり低いという。自治体病院は確かに繰り出し金が多く出ているのですが、結果として、医療費が安上がりであれば住民の国保の医療費負担も低いし、自治体の負担も低いと。トータルで見えていくことがとても大事だと思います。さらに言えば、制度の隙間を埋める重要性みたいなものが必要だと。地域の人々の繋がりが希薄化して、いろんなかたちで孤立が生まれてくると。そういうものを埋めていくというバッファーとしての医療というものがあるのかなと。例えば新型インフルエンザ、災害などの時の突発的な事例。東日本大震災で自治体病院の先生方が非常にがんばったと思います。また、介護者のいない高齢者、福祉の貧困、社会的入院…受けざるを得ない部分は受けなければならないし、外国籍住民、お金のない住民の医療、また診療報酬制度の貧困による採算の合わない人を受け入れるというようなものが結構、受けているわけです。これは、自治体病院だけではなくていろいろな病院もやっておられます。ただ、自治体病院は数が多くて、公的な意味からバッファーとしての役割の多くを担っているし、これがなくなると行き先がなくなる人たちが出てくると。ただ、バッファーに頼りす

ぎると、モラルハザードが起きてくると。自由に勝手に使うと。私、夕張の医療再生に関わったのですが、夕張はテレビでもかなりやりましたけれども、結局住民の医療の使い方がでたらめで、一年間に救急車を 1 人 100 回使った人がいます。完全にタクシー代わりです。そういう状況では医療者のモチベーションが下がります。やはり自治体病院というのは、そういうことを意識して適切な医療の利用に努めることというのはとても重要だと思います。さらに言えば、地方自治体の責任も非常に大きいと。

これからの課題というと、超高齢化時代ということで、急激に進むかたちになります。特に都市部を中心として増えます。埼玉は典型で、この資料のとおりです。おそらく第 2 次ベビーブーム世代が看取るまでの 50 年間くらいは、大量の看取りをしなくてはならない時代がやってきます。これは、千葉県健康福祉部保健医療担当部長であった井上肇先生、今は厚労省に戻られておりますけれども、この方の資料です。これから 50 年間、高齢化が始まるということです。いろんなかたちで医療資源が不足してきます。少し出て来始めたのかなと思います。これは、日経の去年の資料です。救急車の搬送時間ですが、東京が過去最高になってくると。このところ、救急車の利用についていろいろなマスコミの報道があったので落ち着いており、減少傾向にあったのですが、ここへきて増えてきていると。これは、一人暮らしの高齢者の絶対数が増えてきて、搬送先の決定に時間がかかる例が増えてきていると。都市部でいよいよ高齢化が本格化してくる時代だということだと思います。そういう中で安心して老後を送るためにはいろんなかたちでいろんなものをバランスよく提供しなくてはならない。急性期病院はその一部でしかない。やはり多職種連携だとか、地域の関係者の関わりみたいなものが必要だろうと。病院モデルも、今までは若い方中心の医療モデルが中心の時代だったのですが、これからは包括ケア、病院の中でも多職種が連携してくると。実際に、病棟で勤務医等の負担軽減等に資する業務を薬剤師が実施して

いる場合の病棟薬剤業務実施加算などが導入され、いろいろな病棟に薬剤師が入る時代。多職種が入る時代と。そういう意味で、在宅なども完全に多職種が関わってくる時代だと。より医師、看護師という専門職の負担を軽減するた

めに、いろいろな方が関わってきて軽減していくという流れになっていくのだろうと思います。

そういう中で私自身、行政学というテーマで研究しておりますけれども、やはり住民も地域医療の当事者であるということをあちらこちらで訴えております。医療再生において、「共感」という言葉がとても重要だということを訴えているのですが、医療自体、人が人に行うサービスであって現場で医療を行う医療者が気持ちよくやる気を持って仕事をしてもらうためには、「共感」をキーワードに再生していくと。どうしても、意見対立の中でとにかく「制度」を作って人に強制すればいいという考え方がありますが、どこかに矛盾としわ寄せが出てきてしまうと。行政という法的制度は、制度は作れますけれども、でも作ったからと言って絶対解決するわけではないわけです。強制によって、部分的に問題が解決するかもしれないのですが、新しい問題が起きると。隙間がどうしても生じてしまうと。強制ではなかなか隙間が埋まらないと。「共感」をすることによって人々が積極的な行動をします。強制による反発が強すぎると周りがなかなか前向きな行動ができない。おそらく、戦前の医療利用組合運動ですとか、国民健康保険、岩手でいろいろなことが起きてきたということは、環境が厳しい中で医療を提供しようと志のある人たちが動いたのが、その「共感」の輪が広がったのかなというふうに考えております。実際の例として、私も関わったのですが、兵庫県立柏原病院という非常に有名な病院だったのですが、小児科の先生があまりに忙しく辞めるという話になった時に、お母さん方が署名活動を行いました。この資料は当時の署名のチラシなのですが、『こどもを守ろうお医者さんを守ろう』と。お医者さんを守ることはこどもを守ることに繋がると。この資料は当時の署

名用紙なのですが、『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・・・』と。『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、かかりつけ医を持ち、そこで受診するようにしませんか。』と。すると署名してくださいと。『私たちも「コンビニ感覚の受診」を厳に慎み、「柏原病院に勤務してみよう」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。』と。実際、署名が7万人のうち55366筆集まりました。ここは今、小児科医が5人でしたか、非常に全国で有名になり小児科医が集まる病院になっております。この会の意義というのは、住民、患者さんたちがお医者さんたちの立場にたって物事を考えると。そういったことが実際に起きたと。適切受診を訴えるということで、38度以上で赤ちゃんが生後3か月以内に痙攣した時は、救急車を使ってくださいと。必要な時は救急車を使うべきだし、熱が出た時は様子を見ようと。親がしっかり知恵を持つということがすごく大事なのだと思います。実際、時間外を受診が激減しました。今も非常に適切な受診が続いているという話です。この資料は、足立智和という記者が当時、仕掛け人で、足立さんも何回も岩手に入っている方なのですが、丹波新聞2007年3月21日の記事として「先日、ある病院の時間外救急外来の患者の付き添いでいった人が、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』『ろくな医師がいない』と言うので、『ろくな医師がいないなんてことはない』と。『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。」と。「今、医師は超売り手市場。公立公的病院で常勤医として働くより、非常勤医としていくつかの病院を掛け持ちした方が実入りが増える。しんどい当直も外れられ、自分の時間を持てる。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『私たちはどうすれば

いいのか』と言われる。2つ提案したい。一つは、近隣医師を含め、どこにどんな医師がいるか知ること、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。2つ目はがんばっている医師の気持ちを絶たないこと。診察が終わったら感謝の言葉をかけよう、一言『先生、ありがとう』と。そういう地域にならないと勤務医が定着せず、今いる医師にも愛想をつかされる。」と。お母さん方の行動というのは、行政だとか、病院ではできない、制度の隙間を埋めるという活動をしたのかなと思っております。そういう活動が、丹波市民に「共感」をもって受け入れられた。岩手県内でも、例えば、一関の千厩病院の伊藤先生のおかげで、千厩病院のお母さん方の会ですとか、いろんなかたちで少しずつ岩手県内でもちょうど少しずつ起きています。私もちょうど宮古で講演に来た時に、県立山田病院を支える会の方々が大いにバスで来られたのですが。その後、震災が起きて非常に心を痛めているのですが、やはり地域の住民の皆さんが病院を支える動きというのは、大正、昭和からずっと繋がってきている動きですし、それをもっと広げていくということが重要なのだと思います。

国民皆保険から50年に達しました。健康保険制度というのは国民が保険にお金を出し合って安い費用で医療を受けることができます。健康保険制度がなければ、国民は安心して医療に掛かることができませぬ。適切な負担で受ける、医療機関がある、安定的に運営できる、といったことをいかに維持するかということは、その地域の住民の皆さん、医療者の共同作業で守っていかなければ医療制度というのは、維持できないと思います。

最後になるのですが、私自身は行政学の学者ということで、地域医療の危機というのはあちこちで起きていますけれども、地域の民主主義の質を向上させるチャンスかもしれないと思っております。すべて、人任せだと地域医療は崩壊します。どちらかと言えば、今までは公共事業主導型で、行政が一方的

に施していました。地域医療は、医療者がいて、ここがバラバラだと医療者がいなくなります。皆で繋がっていかなくてはならないと。そういうかたちに変わっていくのだろうと。しっかりした情報があれば、やはり人々は行動を適切にする可能性があると思っています。それは、地域の民主主義の再生にも繋がるのだろうと思います。

以上で終わります。有り難うございました。

一質疑応答一

岩動

非常に膨大な資料から、分かりやすい岩手県の歴史などにわたってお話をいただきましたが、質問をお受けしてよろしいでしょうか。

小川

つい数年前の日本医学会の時に、医学会でまとめた日本の医学教育の歴史という冊子があるのですが、それを上回ると言いますか、ずいぶん先生が勉強されたのだということと、岩手県のことを本当に細かいところまでお分かりになっているなということ、改めて感じさせていただきました。

先生のご講演の中にもありましたが、お母さん方がある程度ボランティアで立ち上がって、地域の医師を残すのであればそれなりの活動をしなくてはならないという、そういう事例が何例か報告されたのですが、そういう地域住民の方々が病院を守るというモチベーションを持って、そして活動していただくために、どこが主体になって活動を広げていけばいいのか、先生、お考えがあったら教えてください。

伊関

いろいろなところが関わってくる事例があるのですが、そのキーマンがとても重要で、場合によっては、市役所であったり、社会福祉協議会であったり。病院自体、院長先生、先生方が積極的に働きかけをするといったパターンはいろいろあると思うのですが、とにかく今まで病院というのは敷居が高かったと思います。それで、なかなかお医者さんにしても大変だということが言えなかった部分もあると思います。例えば、「こういうことが大変だ」とか……。

いろいろなことが繋がるきっかけは、それぞれあると思います。少なくとも行政の役割は大きいかなと思っております。行政の役割は、人と人をつなげるということが大事で、それをできる行政職員がいるところは結構、繋がる部分があると。あとは、危機を危機としてちゃんと伝えることも、とても重要なことかと思っております。いろいろな意味で病院だけではなくて、保険財政だとか、これから高齢化が本格的に進んでいく中で、本当に地域医療を支えられるのかということやちゃんと情報公開して、いろいろな人の中で話し合いの場を作っていくということがとても大事なのではないかと思います。なかなか世の中が対立を煽るような言葉も多いのですが、それではなかなか世の中、日本という国はうまくいかないのかなと。皆がお互いの立場を尊重しながら話せる場をいかに作っていくかと。それを行政がやはり役割が大きいと思っておりますが、いろいろな関係者がそのきっかけを作れる場ができるかどうかポイントなのかなという感じがしています。

岩動

長時間にわたりました、われわれが興味のある初めて知るようなお話をありがとうございました。お話を聞いておりました、私は吉村昭さんの「梅の蕾」という短編を思い出しました。田野畑の将基面誠先生のお話がずっと書いておりましたけれども、そういう岩手の地域医療の在り方というか、そういうものがやはり、いまだに受け継がれているのではないかなという印象を持ちました。先生有り難うございました。

小山

伊関先生有り難うございました。岩動先生、有り難うございました。

それでは閉会のご挨拶を岩手県立宮古病院の佐藤院長先生に賜りたいと思います。

閉会の挨拶

佐藤

宮古病院の佐藤でございます。今日は、3人の先生方から遠隔医療についてのお話がありまして、基調

講演では伊関先生から非常に興味深いお話、歴史を知らないといけないとつくづく思いました。医療は社会の変動とともに、いろいろなことが起こってくるということで、医師過剰があったり、不足があったり、いろいろなことがあってなっているのだと。それは将来どうかということに対する一つの見方を広めてくれるであろうと思います。伊関先生には本当にお世話になっておりました、有り難うございます。

ということで長時間にわたって、講演有り難うございました。これをもって第2回班会議講演会を終了させていただきます。有り難うございました。

小山

有り難うございました。第3回の班会議は11月半ばを予定しておりますので、近くご案内差し上げます。今日は長い時間、有り難うございました。

以上

IV-3 遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究

第3回班会議

公開シンポジウム

「少子超高齢化社会を支える医療連携

～かかりつけ医と専門医をつなぐ～

平成25年11月17日（日）

岩手医科大学 矢巾キャンパス 大堀記念講堂

目次

開会挨拶

「岩手県の医療の歩みと岩手医大が提唱する新医療モデル」

岩手医科大学 学長 小川 彰

基調講演 1

「2025年へのロードマップ～医療計画と医療連携最前線～」

国際医療福祉大学大学院 教授 武藤 正樹氏

岩手県の医療と介護の現状と将来

社会保障・税の一体改革

病床機能情報報告制度と次期医療計画見直し

2014年診療報酬改定と入院病床の機能分化

医療計画見直しと在宅医療、地域包括ケア

基調講演 2

「地域医療再生計画にみる全国の施策と成功事例」

放送大学教養学部 教授 田城 孝雄氏

地域医療再生計画とは

Good Practice の紹介

遠隔医療と ICT 活用、地域医療再生と地域再生

岩手県の状況、震災復興

基調講演 3

「ITを活用した地域医療連携の実現に向けた運営主体のあり方」

秋田大学大学院医学系研究科医療情報学講座 教授 近藤 克幸氏

ITを活用した医療連携、紙からITへ

運営主体のあり方と各医療機関との関係

共同利用という考え方、事業間連携について

パネルディスカッション

「岩手県における地域医療ビジョンを見据えた医療連携のあるべき姿」

座長

岩手県医師会 副会長 岩動 孝氏

日本遠隔医療協会 理事長 長谷川 高志氏

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

研究課題：遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究

（課題番号：H 24-医療-指定-049）

第 3 回班会議 公開シンポジウム

「少子超高齢社会を支える医療連携～かかりつけ医と専門医をつなぐ～」

会議録

日時：平成 25 年 11 月 17 日（日）13：30－17：00

場所：岩手医科大学矢巾キャンパス大堀記念講堂

出席：小川、岩動、武藤、田城、近藤、野原、佐藤、遠藤、小山(敬称略) その他

小山

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金、地域医療基盤開発推進研究事業、遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究、第 3 回班会議を開催させていただきます。私は、今日司会を担当させていただきます岩手医科大学の小山と申します。どうぞよろしくお願いいたします。今回の班会議は「少子超高齢社会を支える医療連携～かかりつけ医と専門医をつなぐ～」と題しまして、公開シンポジウムのかたちをとらせていただいております。

それでは、開会にあたり研究代表者であります岩手医科大学理事長学長小川彰より、「岩手県の医療の歩みと岩手医科大学が提唱する新医療モデル」と題してご挨拶させていただきます。

開会の挨拶

「岩手県の医療の歩みと岩手医大が提唱する新医療モデル」

岩手医科大学 学長 小川 彰

本日は、日曜日の良い時間にも関わらず、大変お忙しい先生方にご無理を申し上げて基調講演をお願いし、これだけたくさんの皆様にご参加いただき、感謝申し上げます。現在の矢巾キャンパスでございますが、この建物は災害時地域医療支援教育センターといいまして、今年の 4 月に運用を開

始いたしました。免震重要棟ともいべき建物であります。免震構造で独自の非常用電源を備え、全県の医療情報のサーバー機能をもっております。サーバーがあるものですから、瞬時停電にも対応しなくてはならないということで、この建物だけ独自の非常用電源をもっているということです。

岩手県が何故こういう岩手モデルを提唱したかということですが、岩手県は北海道に次いで広い自治体でございます、四国 4 県に匹敵する広大な県土を有しております。高度救命救急センターは、岩手医大、久慈の高次救命救急センター、県立大船渡病院の高次救命救急センター、そういう救命救急センターで運用しているわけです。盛岡は内陸部で、ほとんど震災の影響は現在、見えないわけでございます。盛岡から被災地までだいたい片道 3 時間、往復 6 時間、医師不足の県の中で、医師が移動にだけ時間をとられるということでは、到底いい医療はできないということです。

例えば、岩手県には 9 つの二次医療圏がございます。次の資料は、岩手県と東京都をセიმスケールで比較したものです。ここに宮古医療圏がございます。宮古医療圏は、岩手県の 9 つの医療圏の中で最も面積の広い医療圏でございますけれども、この面積が東京都区部の面積の 4.3 倍、東京都全域の 2.2