静岡がん会議
2009

静岡県のがん医療の現状～地域医療を守るために～

記 録 集

平成22年3月27日(土)

静岡県立静岡がんセンター研究所

主催：静岡県・静岡がんセンター



開会挨拶

「静岡がん会議2009」の開催に当たり一言、御挨拶申し上げます。

皆様におかれましては、日ごろから、本県のがん医療の向上や地域医療の発展のために御尽力いただいておりますことに対し、心からお礼申し上げます。

さて、少子高齢化の進行、医療の高度化・複雑化、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境はかつてないほど大きく変化し、本県においても医師不足による公的病院の診療科休止や閉鎖、財政難による病院運営の行き詰まりなど、県民が安心して生活できる地域医療の提供が困難な状況に陥っています。

このような中、本県では、平成22年度予算において、医学生に貸与する奨学金を拡充し、新たに100人分の医学の修学研修資金を確保いたしました。教育委員会にも協力を仰ぎ、高校生の医学部への進学を増やしたいと考えております。また、地域医療支援センター（仮称）の新設、女性医師の離職防止・復帰促進、医療クラーク導入による医師の負担軽減策等といった医師確保対策、医療機関の再編、連携強化等の静岡県地域医療再生計画に基づく事業を展開し、本県における医療の再生に最優先で取り組んでいきたいと考えております。

また、がん対策といたしましては、平成24年度までの5年間を対象期間として策定いたしました「静岡県がん対策推進計画」が中間年を迎えることから、静岡県地域がん診療連携推進病院制度の創設や、すべての2次医療圏への相談支援センターの整備等、すでに実現できた項目と今後達成すべき項目を整理し、たばこ対策、がん検診対策、がん医療の均てん化につきましてはアクションプランを作成し、具体的な取組みを推進しているところでございます。そして、平成21年6月に静岡がんセンターに開校した、全国初の病院立の認定看護師教育課程に、平成22年度は「緩和ケア」と「がん化学療法看護」の2分野を新たに創設するなど、県内医療従事者の人材育成にも、なお一層努めてまいります。

本日の静岡がん会議では、こうした本県のがん対策の現状が明らかにされるとともに、地域医療についても、御参加の皆様の議論を通して、さまざまな課題の解決策や解決に結びつく情報発信がなされることを期待しております。

「静岡がん会議2009」が実り多いものとなりますことを祈念いたしまして、私のあいさつに代える次第でございます。

本日は誠にありがとうございます。

静岡県副知事

大村　慎一

PROGRAM

静岡がん会議 2009

「静岡県のがん医療の現状～地域医療を守るために～」

10:00	開会挨拶	静岡県副知事　大村 慎一	1
10:10	実行委員長挨拶	静岡県立静岡がんセンター総長　山 口 建	8
10:20	基調講演 1	「静岡県におけるがん対策～これまでの取組状況と今後の課題等～」 静岡県厚生部医療健康局疾病対策室長　竹内 浩視	14
11:00	基調講演 2	「がん診療連携拠点病院の現状」 静岡県立静岡がんセンター総長　山 口 建	36
11:40	報 告	「がん患者･医療関係者に役立つ情報ツール」 静岡県立静岡がんセンター　疾病管理センター長　堀内 智子	46
12:00	昼食(50分)		
12:50	基調講演 3	「地域医療を守る…地方の時代の医療改革」 静岡県立大学大学院経営情報学研究科教授 大学院附属地域経営研究センター長　学長補佐(社会人教育担当) 西田 在賢	58
13:30	パネルディスカッション「静岡県の地域医療を考える」		68
	パネラーによる報告		
	パネラー		
		独立行政法人国立病院機構　静岡医療センター院長　野見山 逕	69
		富士宮市立病院長　木村 泰三	76
		沼津医師会会長　青木 一雄	85
		静岡県東部保健所長　雜賀 俊夫	94
		牧之原市長　西原 茂樹	100
		共立湊病院長 〈ビデオ出演〉　小田 和弘	111
		厚生労働省関東信越厚生局長　鶴田 憲一	121
	コーディネーター		
		静岡県立静岡がんセンター総長　山 口 建	
	討論		128
17:00	閉会挨拶	静岡県立静岡がんセンター総長　山口 建	

会場風景




静岡がん会議2009
静岡県のがん医療の現状
～地域医療を守るために～
開催
平成22年3月27日(土)
会場
静岡がんセンター研究所
1階 しおさいホール
主催
静岡県
静岡がんセンター
静岡県立
静岡がんセンター研究所
Shizuoka Cancer Center Research Institute
ファルマバレーセンター
Pharma Valley Center

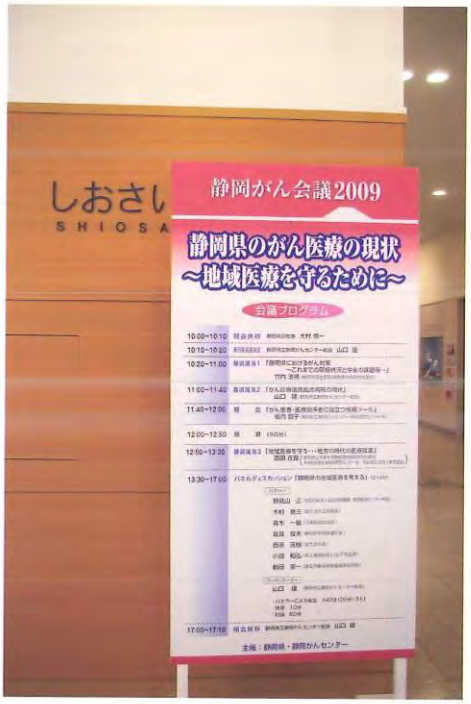


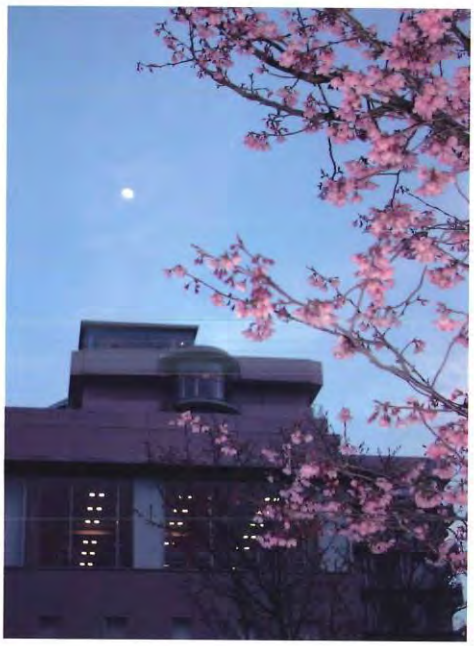





受付




しおさい
SHIOSAI
静岡がん会議2009
静岡県のがん医療の現状
～地域医療を守るために～
会議プログラム



講演等の様子


静岡県副知事
大村 慎一


静岡県立静岡がんセンター総長
山口 建


竹内 浩視


静岡県立静岡がんセンター
疾病管理センター長
堀内 智子


静岡県立大学大学院経営情報学研究科教授
大学院附属地域経営研究センター長
学長補佐（社会人教育担当）
西田 在賢




がん診療連携拠点病院の現状



パネルディスカッション〈パネラーによる報告〉

















パネルディスカッション〈討論の様子〉









実行委員長挨拶

実行委員長挨拶



静岡県立静岡がんセンター総長

山口　建

経　歴

1974　慶應義塾大学医学部卒業
1976　国立がんセンター研究所内分泌部研究員
1986　国立がんセンター研究所内分泌部部長
1987　国立がんセンター研究所細胞増殖因子研究部部長
1999　国立がんセンター研究所副所長
2002　静岡県立静岡がんセンター総長

―開　催　趣　旨―

今年度の「静岡がん会議 2009」は、「静岡県のがん医療の現状～地域医療を守るために～」をテーマに、がん対策推進計画策定後、2 年が経過した静岡県のがん対策の現状を概観する。一方、地域医療に暗い影を落す、医師・看護師不足に端を発した地域基幹病院の診療機能、経営状況の悪化は、医療関係者、住民、行政の連携による解決に向けての努力が必要な喫緊の課題である。本会議では、地域医療の崩壊を防ぐため、実態の把握につとめ、率直な意見交換を行い、将来の解決に向けての第一歩としたい。

皆さん、おはようございます。本日はこの静岡がん会議にお集まりいただきまして、ありがとうございます。年度末の大変お忙しい時期に開催することになってしまいましたが、本日は皆様とご一緒に医療の問題を少し考えていきたいと思っております。

（スライド1）

がん会議の歴史

- 1998~2002
  アジアがん会議
- 2003~2008
  静岡がん会議

静岡がん会議の歴史です。1998年に第1回が始まり、5年間はアジアがん会議ということで開催をして参りました。それから2003年から2008年、そして今年も含めて、静岡がん会議という形で運営をしております。ここでお気付きのように、2002年に静岡がんセンターが設置されておりますけれども、最初の5年間は静岡がんセンターをどのような方向で持って行くかということの学びの場として設定されておりました。特に米国・ヨーロッパを中心とした西洋医学から学ぶことは、集まった人々は習熟している部分なので、それはいいだろう、ただし、アジアの中にいろいろな知恵がまだ隠されているのではないか、「アジアの知恵」を学ぼうということで、アジアの方々を積極的にお招きして、静岡がんセンターの設置に向けて準備をしたという側面がございます。

2003年以降は、いざ静岡がんセンターが始まり、まあまあ順調な滑り出しを見せたものですから、少し方向を変えて、ファルマバレープロジェクトの推進を大きなテーマにして、現在も実践されております。

（スライド2）

アジアがん会議の歴史

- 1998 アジアにおけるがんの現状と将来
- 1999 アジア諸国がん看護の現状と課題
- 2000 アジア諸国の特徴あるがん
- 2001 先端医療産業の集積
- 2002 患者・家族の満足度の追求

どのようなテーマが設置されてきたかと申しますと、アジアがん会議の方は、初回の1998年が「アジアにおけるがんの現状と将来」。アジアで中国・インドを合せますと、世界の人口の確か半分以上になります。そのような情報は非常に貴重なものですから、そういうものを集めようとしました。それから1999年に「アジア諸国がん看護の現状と課題」、それから2000年に「アジア諸国の特徴あるがん」、2001年に少しファルマバレーを意識して「先端医療産業の集積」、2002年に病院の運営ということで、「患者・家族の満足度の追及」をテーマとした会議が開催されております。

（スライド3）



最初の5年間で私が今も1番印象に残っておりますのは、ネパールの看護部長の方がお見えになって、スライドを作るお金もない、ましてやコンピューター、パワーポイントを使うお金もないので、このような形でプレゼンをされました。「具合が非常に悪い患者さんがいたらどうするのか」という問いに関して、「医療も非常に貧困なので何もすることがないのだけれども、ただじっと1人の患者さ

実行委員長挨拶

んのそばに1人の看護師が手を握って過ごすのです」とおっしゃったのです。それは医療にとっては大変素晴しい、逆にそういう非常に贅沢な話なのです。そういうことで、静岡がんセンターも患者さん・家族に寄り添う医療をというようなことを考えた経緯がございます。

（スライド4）

診療実績（全がん協加盟施設）

- 新規入院患者数　1位
- 放射線治療実施件数　2位
- 抗がん剤治療実施件数　1位
- 緩和ケア実施件数　1位



静岡がんセンター自体は地域の皆様のご支援の賜物で、これは「全国がん（成人病）センター協議会」という、全国の30あまりのがんに非常に特化した病院の中の順位です。こちらプラス、後ほどお話しする、がん診療連携拠点病院が全国で375ございます。最も強い30も入っていますが、その30の中での分析をしてみますと、静岡がんセンターは新規入院患者数では30病院中の1位、そして多分375病院中の1位です。放射線治療実施件数が2位、これは癌研有明病院に次いで2位です。それから抗がん剤の治療実施件数も1位、緩和ケアの実施件数も1位ということで、今や日本トップクラスの病院に育ちました。

写真の1番左側の国立がんセンター中央病院、真ん中の癌研有明病院、それから静岡がんセンターが、現在日本ではがん診療、がんセンター、あるいは高度がん専門医療機関の中のトップ3と言われるところまで参りました。そのような意味で、この会議が果した役割は大変大きいものがあったのではないかと思っております。

（スライド5）

静岡がん会議の歴史

- 2003 県民のためのがん対策
- 2004 富士山麓ファルマバレー構想の推進
- 2005 ファルマバレー構想の新しい波
- 2006 新しい薬剤の開発とバイオマーカー
- 2007 ベットサイドテクノロジー～ロボットからバイオまで～
- 2008 地域産業の活性化とファルマバレープロジェクト

次に、静岡がんセンター開院後は静岡がん会議と名称を変えました。2003年は「県民のためのがん対策」とし、静岡がんセンターからさらに広げて静岡県民の皆様のことを考える会議にしました。それから2004年は「富士山麓ファルマバレー構想の推進」、そして2005年に、もう1回「ファルマバレー構想の新しい波」ということで続け、それから2006年に「新しい薬剤の開発とバイオマーカー」、2007年に「ベッドサイドテクノロジー～ロボットからバイオまで～」、そして昨年2008年は「地域産業の活性化とファルマバレープロジェクト」という大きなタイトルで運営をさせていただきました。

（スライド6）

ファルマバレープロジェクト

世界の寿命は、
静岡県が延ばします。



ベッドサイドのニーズに
答える、ひとづくり、
ものづくり、まちづくり

ファルマバレープロジェクトも全国トップというところまで、もしかしたらまだちょっと行っていないかもしれませんが、例えば神戸とか国のお金が極めて大量に投入されている地域がございます。ただ神戸に関して言えば、神戸の諸団体の方が静岡がんセンターにお見えになって、「どうしてファルマバレーは地域との連携がうまくいっているのだろう」ということを取材に来ておられます。そ

の点も含め、大変注目されるプロジェクトに育ちつつあるように思います。

ファルマバレープロジェクトの目標ですが、ベッドサイドのニーズに答える、これは医師、看護師、患者の皆さん、あるいは健康な方も含めて、「ベッドサイドのニーズに答える、ひとづくり、ものづくり、まちづくり」を進めましょうというのが基本的な理念で、ずっとこの数年進めて参ったところです。「世界の寿命は、静岡県が延ばします」という壮大なプロジェクトでもあります。

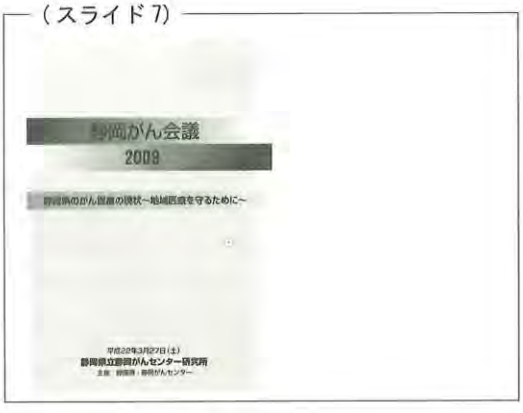
長泉町の遠藤町長もですが、1 週間ぐらい前からこの辺りは大変話題になっております。長泉町の公示地価が上がったということで、みのもんたさんの『朝ズバッ！』にも取り上げられました。「公示地価が値上がりしたのは全国 2 万 7,410 地点のうち、たった 7 地点、そのうちの 2 つは人口 4 万人の小さな町です。地価上昇の秘密は、住民目線の町おこし」という形で取り上げられました。

静岡がんセンターにも多くの取材陣がお出でになって、一所懸命に「なぜなんだろう」ということで、7 地点のうちの 5 地点が名古屋で、地下鉄新駅ができるという、非常にわかりやすい理由があったのですが、記者の人達が皆首を捻る。「何でこの町が？」という感じでお見えになって、各社いろいろな理屈をつけておられましたけれども、大体落ち着くところは三島駅から新幹線で東京通勤圏という交通の至便さ、それから町が一所懸命やっておられる子育て支援、それからファルマバレープロジェクトを中心とした医療産業の活性化がうまく結び付いたのではないかという分析を皆さんがされております。

なかなか強引な議論もあって、「この町は子育て支援が非常に充実している。なぜそれができるかと言えば」と言って、次にパッと画面が変って静岡がんセンターが出てきました。静岡がんセンターは子育て支援はやっていないのですけれども、そういう論理展開をしながら、長泉というのはいかに良い町なのかを全国版で報道機関全社が放送してくださいました。

私自身は、町おこしの 1 番大切な要素は、町おこしに限らず 3 つあるのではないかと思っております。「戦略」と「団結」と「売名」。売名行為というのはあまり良い言葉ではないですけれども、まず、「戦略」は長泉町やファルマバレープロジェクトも含めてしっかり練ってきました。次に、いくら町や組織が一所懸命、戦略を練っても、その地域の人々が団結して、「そうだ、これでともかく頑張ろう」という「団結」がないと、決して町おこし、あるいは組織の活性化はできません。それから「売名」というのは、やはりそういうことが起きた上で、いくら「戦略」が良くて地域住民が「団結」していたとしても、知られなければ何の意味もない。ブーメラン効果というのがございまして、「東京のテレビに出た」と言うと、その地域の人はそばにいると大体気付きませんので、「ああ、うちの町はこんな良いことをやっているのか」という形で、益々「団結」が強まります。それから、これは町おこしのみならず、全ての何かの活性化という時にはこの 3 つの要素、「戦略」・「団結」・「売名」がお互いに非常に連携をしております。静岡がんセンター本体についても、同じやり方をしてきました。

（スライド 7）



本日のがん会議の説明に入ります。ファルマバレープロジェクトもそういう意味では、町づくりのところだけお話ししましたが、ものづくりにしても人づくりにしても順調に進み出していると思いますので、そういうことを中心にと思ったのですが、まず、医療について、大変厄介な問題が静岡県全域、あるいはこの静岡県東部地域にも来はじめております。それは一言で言うと、地域医療の崩壊に繋がりかねないような様々な課題が起きている。それが大変心配なところです。静岡がんセンターをつくる時には石川前知事といろいろお話しする中で、この東部地域にがん医療の拠点が充実することによって、近隣の病院が救急医療、あるいは循環器・呼吸器疾患、脳卒中に精力を集中できる。例えば、がんの患者の看取りは静岡がんセンターがお引受けして、というようなお話をずっとしてきました。ただ、その構図が非常に順調に進んでいると思ったら、どうも足元から崩れ始めているのではないか？　地域の病院が 1 つ閉鎖等に追い込まれると、静岡がんセンターを始め、周辺の病院も屋台骨

が揺るぎかねない事態になってしまいます。そこで、その辺りを心配いたしまして、本日はこのようなテーマ立てをさせていただきました。テーマは「静岡県のがん医療の現状」、そして「地域医療を守るために」という副題を付けさせていただきました。

（スライド 8）



午前中は県庁の疾病対策室長であられる竹内先生から、「静岡県におけるがん対策～これまでの取組状況と今後の課題等～」ということで、がん対策の全体像をお話しいただき、私の方からは全国を意識して、「がん診療連携拠点病院の現状」をお話しします。静岡についてもいろいろな問題が起きておりますので、それを皆様にお伝えいたします。そこまでで大体午前中を終えて、午後からは静岡県立大学の西田先生から、まず「地域医療を守る」というテーマで基調講演をしていただいた上で、パネルディスカッションをと考えております。

（スライド 9）



パネルディスカッションは地域の病院をずっと支えていただいた、静岡医療センター院長の野見山先生、それから富士宮市立病院長の木村先生にまず地域の病院の現状、あるいは課題をお話しいただき、次いで、沼津医師会会長の青木先生から地域医療との連携を、そしてそれを地域で総括する立場から沼津にある、静岡県東部保健所長の雜賀先生から全体像をお話しいただきます。それから、牧之原市の西原市長にお話しいただくと共に、共立湊病院長の小田先生にビデオ出演していただき、最後に、静岡県の元衛生部長で、現在は厚生労働省関東信越厚生局長として、人事を一手に握っておられる鶴田先生にお出でいただきまして、鶴田先生は確か今も熱海にお住まいだったと思いますので静岡県民でもあるのですが、いろいろ大所高所からのご助言をいただこうと思っております。

このパネルディスカッションを計画した心は、確かに医療が非常に厳しくなってきたのが、多分 5 年から 10 年ぐらい前ではないかと思います。その頃は病院の状態が少し具合が悪くなると、全て病院長が悪いという、病院長受難の時代がありました。ところが、それが 2、3 年続いて、どうも病院長の問題ではないのではないかということで、次に矛先が向かったのが、市長さんや町長さんがきちんとお金を出していないのではないかとか、待遇を良くしていないのではないかということで、槍玉に挙がりました。その時代がもう少し経つと、どうも市長さんや町長さん、病院長が頑張っても駄目みたいだ。これは国が悪い、県が悪いというように次のステップが来ました。それがやはり 2、3 年前です。

現在はどうなっているかと申しますと、要するに、誰も悪くないのだけれども、ともかく医療が崩壊しつつある。従って元へ戻って、行政、医療関係者、皆さんも含めて地域住民も一緒に加わって、例えばコンビニ受診をやめるとか大学をつくる、医師を一所懸命育てる、助成金を付けるという努力をしないとどうも危ないのではないかということがやっと認識され始めた状況ではないかと思います。後でお話しいただく 3 名の院長先生は、私の目から見ても本当にこの地域の医療を必死になって支えてきた方々です。

それから本日のご案内を、敢えて静岡県東部地域を中心に、各市長、町長は元より、市議会議員、町会議員の皆様にも差し上げた理由がございます。西原市長のところはもう本当にギリギリのところまで来て、それを皆さんが団結して何とか凌いだという例になるのではないかと思います。後で、逆に住民とその住民の代表である議会の方々と行政とで、必死になって病院を潰しているの

ではないかと思うようなことも起きていると、小田先生がビデオの中で少しおっしゃるのですが、この辺りは大きな誤解をしないでいただきたいのです。心から潰そうなんて思っている方がいるわけではなく、皆、善意から出て、それが病院・医療という特殊性をご存じないために逆効果を出してしまって、周りから見ているとそれが病院を潰すような動きに見えてしまう。医療には非常に特殊な規制もあり、特殊な人達が努力しているということを意識しておかないと、この5年から10年の間は、住民、住民代表、行政の方々が一歩誤ると、静岡がんセンターも含めて、どんなに順調だった病院もあっという間に傾く可能性があるということをこのパネルの中で知っていただきたいと思います。こちらの意図が少し医療者側に偏っているかもしれませんけれども、これを第1回として、「いや、そんなことはないのではないか」と、この静岡県でいろいろな議論が始まっていくことを期待しています。

従って、前半はがん医療を中心にお話や議論をさせていただきますけれども、後半はがんを乗り越えて、医療全般についてパネルディスカッションで、そして最後に、もしお時間があれば交流会にもご参加いただき、地域の抱えている問題をフロアで議論していただくということが主催者側の狙いでございます。

それでは、本日は大変長い1日になるかもしれませんが、皆様のご協力を得て進めていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。ご清聴どうもありがとうございました。

静岡県におけるがん対策
～これまでの取組状況と今後の課題等～



静岡県厚生部医療健康局疾病対策室長

竹内　浩視

経　歴

1987	浜松医科大学医学部医学科卒
1993	浜松医科大学大学院医学研究科修了（医学博士）
1987-2001	静岡県内の医療機関で小児科診療に従事
2001-2003	厚生労働省本省勤務（老人保健課、厚生科学課）
2003-	静岡県職員　御殿場健康福祉センター所長、健康福祉部健康福祉総室技監等を経て、2007 年4月より現職

―要　旨―

静岡県は、静岡県がん対策推進協議会における協議やパブリックコメント等を経て、平成 20 年 3 月に、全ての県民が、予防から治療まで主体的に取り組むことを基本理念とした「静岡県がん対策推進計画」を策定しました。

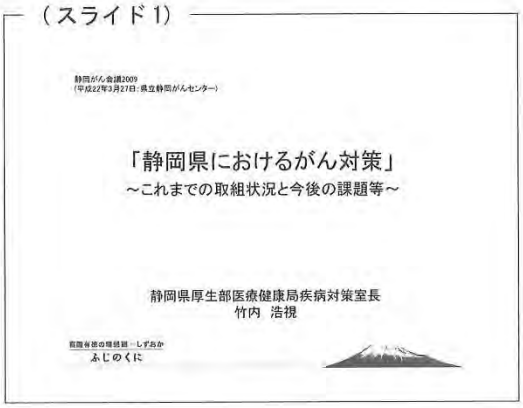
本計画は、関係者の役割を明確にすることにより、平成 20 年度から平成 24 年度末までの 5 年間で、各分野の数値目標を達成するとともに、10 年間で、最終目標であるがんの年齢調整死亡率の 20%減少を目指しています。

本日は、これまでの取組状況を報告するとともに、今後の課題等について述べます。

おはようございます。静岡県厚生部医療健康局疾病対策室長の竹内でございます。本日は貴重な時間をいただきまして、「静岡県におけるがん対策」について説明させていただきます。

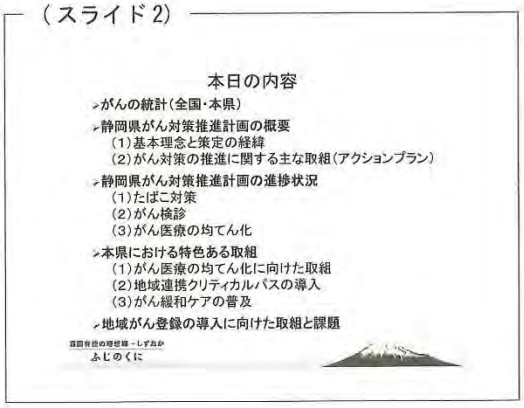
まずこの場をお借りして、本県の疾病対策、がん対策を始め、各施策にご協力・ご理解をいただき、お礼を申し上げます。また、今年度につきましては、昨年の４月以来、新型インフルエンザの発生に伴う対策についても、本日ご列席の皆様を始め、県民全ての方々に本当にご協力をいただいて、何とか現在は沈静化という状況にあります。こちらへのご協力についても、厚くお礼申し上げたいと思います。

（スライド１）



さて、只今から本県のがん対策についてご説明いたします。お手元にパワーポイントの資料をご用意いたしました。本日お示しするスライドは全てお手元にございます。多少字が小さいところがありまして恐縮ですけれども、時間の関係もありますので、後ほど出来るだけご確認いただけるように数字などもご用意いたしましたので、時間の関係上省略させていただく部分につきましてはご確認をいただければと思います。

（スライド２）



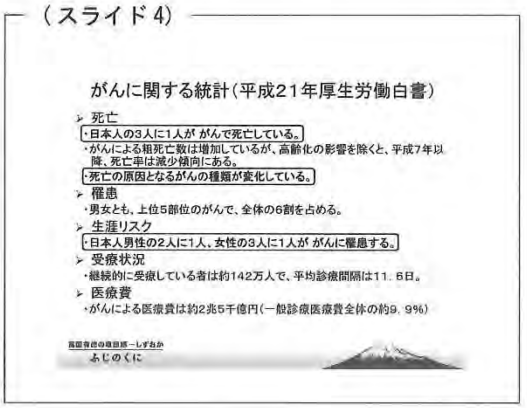
本日の内容は、ご覧のような項目に沿ってお話をさせていただきたいと思います。まず基本的な統計。それから本県の計画の概要、進捗状況、そして本県において、全国の中でも先進的な非常に特徴ある取組が幾つかございますので、そちらをご紹介させていただき、最後に、本県がこれから導入を考えております地域がん登録についてお話をさせていただきたいと思います。

（スライド３）



まず統計についてです。

（スライド 4）



平成 21 年の厚生労働白書におきましても、日本人の 3 人に 1 人はがんで亡くなっています。近年は、死亡の原因となるがんの種類が変ってきています。まずがんにかかるということで言えば、亡くなる前に日本人男性の 2 人に 1 人、それから女性の 3 人に 1 人が、一生の間に何らかのがんにかかるということで、がんは非常に身近な病気であります。そして受療状況を医療費で言えば、おおよそ日本の医療費の 1 割程度をがんが占めております。

（スライド 5）



	平成20年			平成19年		
	死亡数（割合）	死亡率（人口10万対）		死亡数（割合）	死亡率（人口10万対）	
	静岡県		全国	静岡県		全国
全死因（数字は死因順位）	34,511（100.0%）	929.7	907.1	32,507（100.0%）	874.5	879.0
①悪性新生物	9,884（28.6%）	266.3	272.3	9,391（28.9%）	252.6	266.9
②心疾患	5,408（15.6%）	145.7	144.4	4,969（15.3%）	134.2	139.2
③脳血管疾患	4,018（11.6%）	108.2	100.9	4,087（12.6%）	110.0	100.8

最近の人口動態統計です。これは平成 19 年と平成 20 年の全国と本県の死亡の比較です。いわゆる三大疾病と言われる悪性新生物、それから心疾患、脳血管疾患と、順位は全国も静岡県も同様ですが、人口 10 万対の死亡率では、全国に比べて本県は若干低いという状況にありますけれども、やはり死亡原因のおおよそ 3 人に 1 人程度ががんという状況です。

（スライド 6）



年次		1975	1985	1995	2005	2008	1995→2005	2005→2008
総数		136,383	167,714	263,022	325,941	342,863	62,919（+23.9%）	17,022（+5.2%）
男性	総数	76,922	110,660	159,623	196,603	206,354	36,980（+23.2%）	9,751（+5.0%）
	肺	10,711	20,837	33,389	45,189	48,610	11,800（+35.3%）	3,421（+7.6%）
	胃	30,403	30,146	32,015	32,643	32,973	628（+2.0%）	330（+1.0%）
	大腸	5,799	10,112	17,312	22,146	23,419	4,834（+27.9%）	1,273（+5.7%）
	肝	6,677	13,780	22,773	23,203	22,332	430（+1.9%）	△871（−3.8%）
女性	総数	59,461	77,054	103,399	129,338	136,609	25,939（+25.1%）	7,271（+5.6%）
	肺	4,048	7,753	12,356	16,874	18,239	4,518（+36.6%）	1,365（+8.1%）
	胃	19,454	18,756	18,081	17,688	17,187	△393（−2.2%）	△481（−2.7%）
	大腸	5,654	8,926	13,962	18,634	19,592	4,722（+33.8%）	908（+4.9%）
	肝	3,695	5,192	8,934	11,065	11,333	2,131（+23.9%）	268（+2.4%）
	乳	3,262	4,922	7,763	10,721	11,797	2,958（+38.1%）	1,076（+10.0%）
	子宮	6,075	4,912	4,865	5,381	5,709	516（+10.6%）	328（+6.1%）

そして今度は、全国の部位別の死亡数の比較を年次推移でまとめました。最近の 10 年間と直近の 3 年間という、2 つの比較をさせていただきます。男性ではやはり肺がんが圧倒的に増えてきているということが大きなところです。それから大腸がんが増えてきています。肝がんについてはこれまで増えてきていたのですけれども、男性に限っては、死亡数としては若干減少しているという状況です。

それから女性で言いますと、やはり肺がん、次いで大腸がんが増えてきています。それから、今年度は女性のがん対策ということで、本県もクーポン券の配布がありましたけれども、近年ではやはり乳がんや子宮がんが増えてきているという状況です。

（スライド 7）

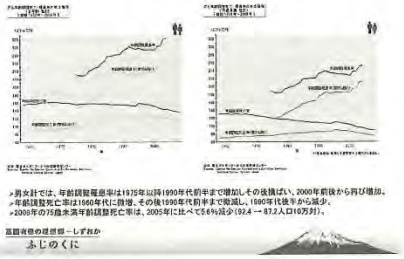


区 分	総数	男性	女性
総死亡数	34, 511	18, 503	16, 008
うち がん*	9, 884	6, 033	3, 851
1位	肺（1, 827）	肺（1, 387）	大腸＊（508）
2位	胃（1, 344）	胃（889）	肺（470）
3位	大腸＊（1, 167）	肝（735）	胃（455）
4位	肝（1, 042）	大腸＊（659）	乳房（382）
5位	膵（792）	膵（430）	膵（362）
6位	胆のう（560）	前立腺（341）	肝（307）
7位	乳房（385）	食道（266）	胆のう（297）
8位	前立腺（341）	胆のう（263）	子宮（179）
9位	食道（310）	悪性リンパ腫（177）	卵巣（122）
10位	悪性リンパ腫（294）	口腔・咽頭（140）	悪性リンパ腫（117）

本県に振り返ってみますと、平成 20 年の男女の計を男性、女性ということで部位別を見ますと、男女で差がありますが、やはり肺がん、胃がん、大腸がん、そして男性であれば肝がん、女性であれば女性特有のがんが目立ってきております。

（スライド 8）

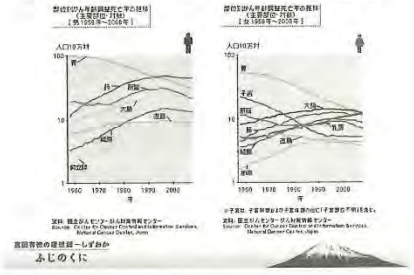
年齢調整死亡率及び罹患率の推移（1958年～2008年）



先ほどの表をグラフにすると、やはりがんは基本的には加齢に伴って増える疾患ですので、年齢調整死亡率で高齢化の影響を除くとどうなるかと申しますと、最近は死亡率としては減ってきていますが、罹患率は増えています。要するに、がんに罹る方の割合はまだ増えているという状況にあります。これをどうやって早く見つけるかが大事になっております。

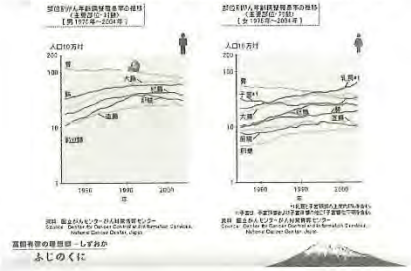
（スライド 9）

部位別がん年齢調整死亡率の推移（2005年～2008年）



（スライド 10）

部位別がん年齢調整罹患率の推移（1975年～2004年）



そして部位別では、男性は先ほど申し上げたような結腸、大腸、肺、それから女性で言えば、最近は結腸、乳房、卵巣が増えてきています。前立腺については、基本的には加齢に伴って増えてきているがんということで、年齢調整をすると頭打ちになるというところです。

（スライド 11）

がんの統計のまとめ（年齢調整した場合）

がんは加齢により発症リスクが高まるため、長期間の推移を評価する場合、人口の高齢化の影響を除く年齢調整後の数値を用いて評価することも重要

全がん	死亡	男女計	1960年代に微増、その後1990年代前半まで微減し、1990年代後半から減少
		男性	1980年代後半まで増加し、1990年代後半から減少
		女性	1960年代後半から減少
	罹患	男女計	1975年以降1990年代前半まで増加しその後横ばい、2000年前後から再び増加
		男性	1990年代前半まで増加しその後横ばい、2000年前後から再び増加
		女性	1990年代前半まで増加しその後横ばい、2000年前後から再び増加

出典：国立がんセンター がん対策情報センター

富田有世の理想郷－しずおか
ふじのくに

今までのまとめです。全体では、年齢調整をした場合の死亡は減少傾向、罹患は増加という状況です。

（スライド 12）

主要部位別の年齢調整率の近年の傾向

死亡	男性	増加	膵臓
		横ばい	（なし）
		減少	食道、胃、結腸、直腸、大腸（結腸および直腸）、肝臓、胆のう・胆管、肺、前立腺、悪性リンパ腫、白血病
	女性	増加	肺、乳房
		横ばい	膵臓、卵巣
		減少	食道、胃、結腸、直腸、大腸（結腸および直腸）、肝臓、胆のう・胆管、子宮、悪性リンパ腫、白血病
罹患	男性	増加	食道、前立腺、悪性リンパ腫、白血病
		横ばい	直腸、膵臓、肺
		減少	胃、結腸、大腸（結腸および直腸）、肝臓、胆のう・胆管
	女性	増加	食道、肺、乳房、子宮、卵巣、悪性リンパ腫
		横ばい	結腸、膵臓、白血病
		減少	胃、直腸、大腸（結腸および直腸）、肝臓、胆のう・胆管

出典：国立がんセンター がん対策情報センター

富田有世の理想郷－しずおか
ふじのくに

部位別に見ますと、男性は膵臓、女性は肺、乳房が増加しています。罹患ではこちらのような疾患が増えている状況です。

（スライド 13）

75歳未満年齢調整死亡率の都道府県順位（平成19年）

順位	全部位	肺	胃	大腸	肝	膵	乳	子宮	前立腺
1	長野 72.7	長野 12.1	沖縄 6.8	大分 8.3	山形 5.1	沖縄 5.0	香川 7.8	高知 2.5	岐阜 1.9
2	大分 78.5	熊本 12.6	鹿児島 9.0	高知 8.5	新潟 5.4	岡山 5.2	沖縄 7.8	山形 2.8	宮崎 2.0
3	岡山 78.6	秋田 12.7	宮崎 9.0	香川 8.6	沖縄 5.9	宮崎 5.5	山形 7.9	広島 3.0	岡山 2.0
本県	11位 82.1	7位 13.4	9位 10.8	14位 9.6	26位 9.6	16位 6.2	39位 11.3	17位 3.9	12位 2.4
45	和歌山 97.4	大阪 18.0	青森 15.8	鳥取 12.3	鳥取 13.3	山形 7.4	青森 12.5	群馬 5.4	茨城 3.3
46	佐賀 100.6	北海道 18.1	秋田 16.5	沖縄 12.3	福岡 14.0	青森 8.1	埼玉 12.5	岩手 6.2	沖縄 3.4
47	青森 103.7	青森 18.5	新潟 16.6	青森 12.3	佐賀 15.5	北海道 8.3	宮城 12.9	沖縄 6.5	青森 3.6

※人口10万対　　出典：国立がんセンターがん対策情報センター



本県の場合は、年齢調整死亡率で都道府県順位を見た場合には、10 万対の死亡率としては全国平均を下回っているという状況がありますけれども、概ね全体としては全国で 11 位という状況です。ただし部位別に見ますと、例えば乳がんであれば 39 位であったり、肝がんであれば 26 位ということで、全国の真ん中より少し下の方というところについては、やはりこれからもいろいろ考えていかなければならないと考えております。

（スライド 14）

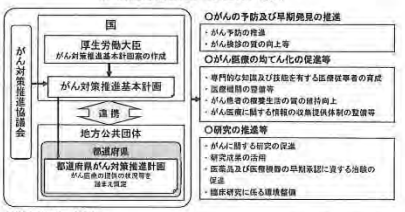
静岡県がん対策推進計画の概要
（1）基本理念と策定の経緯



次に、推進計画について話を進めさせていただきたいと思います。

（スライド 15）

がん対策基本法
（平成18年6月23日公布、平成19年4月1日施行）
がん対策を総合的かつ計画的に推進。



ご覧のとおり、平成 18 年に国でがん対策基本法ができまして、平成 19 年 4 月 1 日に施行されております。国の基本計画は平成 19 年度からの 5 年間という中で、現在各都道府県において推進計画が定められております。

（スライド 16）

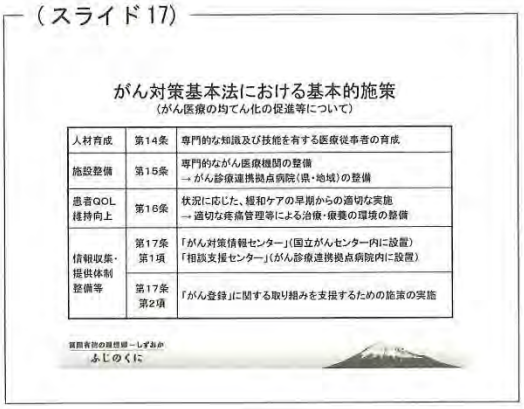
がん対策基本法における関係者の責務

国	第3条	がん対策を総合的に策定・実施。
地方公共団体	第4条	国との連携をはかりつつ、自主的かつ主体的に、その地域特性に応じたがん対策を策定・実施。
医療保険者	第5条	国や地方公共団体が講ずるがん予防やがん検診の普及・啓発等の施策に協力するよう努力。
国民	第6条	喫煙、食生活、運動その他生活習慣の健康影響等がんに関する正しい知識をもち、予防に必要な注意を払うよう努め、がん検診の受診に努力。
医師その他の医療関係者	第7条	国や地方公共団体が講ずるがん対策に協力し、がん予防に寄与するよう努めるとともに、がん患者の状況を深く認識し、良質かつ適切ながん医療を行うよう努力。



このがん対策基本法の大きな特徴の 1 つとして、関係者の責務ということで、それぞれの役割が法律の中にも明記されています。その中で、やはりまず国民のお 1 人お 1 人に健康に留意していただき、がん検診を受診していただくという項目が定められているのが大きな特徴の 1 つであろうかと思います。

（スライド 17）



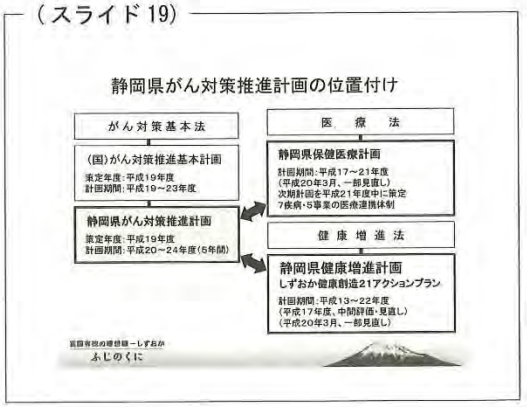
このように、医療人材育成や医療施設の整備、緩和ケアの早期からの実施という QOL 維持向上、それから情報提供、相談の支援、がん登録などの施策が骨格になっております。

（スライド 18）



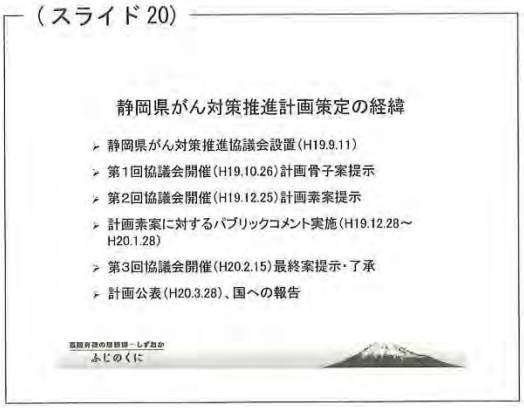
とにかくこれからもがん死亡を減らしていこうと、国においても 10 年間で 75 歳未満の年齢調整死亡率を 20%減らすことになっております。その 20%の根拠は何かを振り返ってみますと、まず 1 つ目は「喫煙率の半減」、2 つ目は「がん検診の受診率を 50%以上にもっていくこと」、それから「がん医療の均てん化により、医療水準を上げる」という、この 3 つです。さらに年齢調整をしますと、年率1%が自然に減少するという現象もありますので、合せてがん死亡を 20%減らしていこうという方策になっております。

（スライド 19）



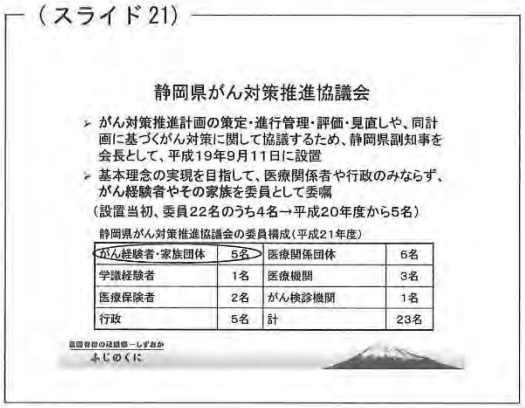
それを受けまして、本県でも平成 20 年度から 5 年間、医療法の下での保健医療計画、あるいは健康増進法の下での健康増進計画との連携を図りながらがんの対策を進めております。

（スライド 20）



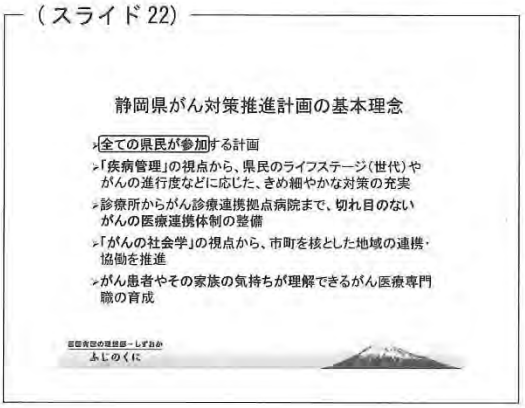
がん対策推進計画策定の経緯につきましては、平成 19 年度に協議会を設置し、3 回の協議会を開催しております。その中で、県民の方々からパブリックコメントもいただいた上で、平成 20 年 3 月に計画を取りまとめております。

（スライド 21）



このがん対策を推進した協議会は、基本的にはがん対策推進計画の策定・進行管理・評価・見直しを行うということで、平成 19 年に設置をされていますが、特徴としては、本県の場合はがんの経験者の方々、あるいはそのご家族の方々に委員をお願いしております。これは全国で 1 番多い数字になりますけれども、設置当初は委員総員 22 名の中で 4 名、さらに平成 20 年度からはもう 1 人加わっていただき、5 名の経験者やご家族の方々のご意見が入る協議会となっております。

（スライド 22）



できました計画の基本理念は、まずは全ての県民の方にご参加をいただき、それぞれが主人公であるというところをお願いしたいということ。それから、これは静岡がんセンターの総長の山口先生の研究で、非常に全国的にも特色のあるところですけれども、「疾病管理」の視点や「がんの社会学」の視点から、患者さんやご家族の方の日常生活の質の向上。それから、基本的に療養環境の向上をベースにしながら、医療関係者だけではなく、行政や地域社会のいろいろな資源にご協力いただき、地域の総力として、しかも 1 番効率の良い形でがんに立ち向かっていく。このような視点をできるだけ盛り込んでいけるようにということが本県の基本理念の特徴です。

それから 1 番下にありますけれども、やはりがん患者さんやご家族の気持ちを理解できる医療従事者を育てたい。特に人材育成という点で先ほどお話がありましたけれども、ここは協議会でもご意見をいただいた上で、基本理念の 1 つとして入っております。

（スライド 23）



全体目標は国と同じ形になります。その中で 10 年間で 20%減少ということで、現状はこのような状況です。

（スライド 24）



計画の概要としては、予防、早期発見、医療機関の整備、相談支援及び情報提供、がん登録という個別目標があり、これは後ほど順番にご説明をさせていただきたいと思います。

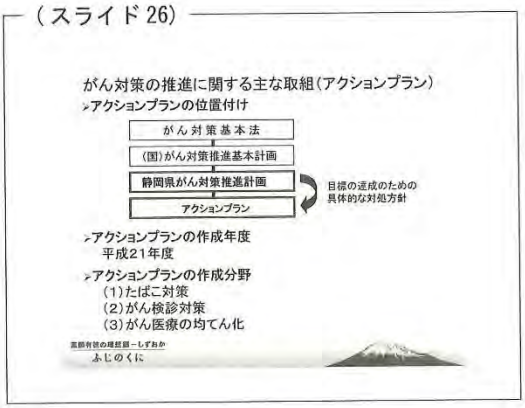
（スライド 25）

静岡県がん対策推進計画の概要
(2)がん対策の推進に関する主な取組
（アクションプラン）



本県のがん対策推進計画の骨格の中で、大きな 3 つの枠組でアクションプランが定められております。

（スライド 26）



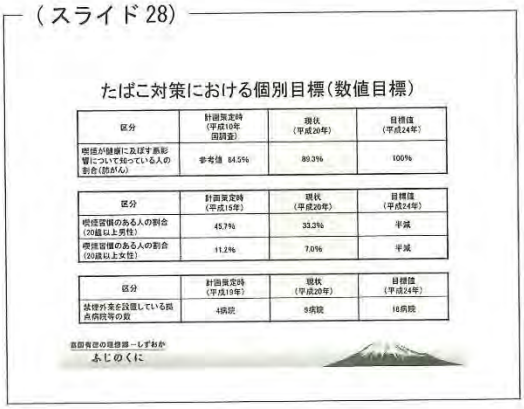
具体的には、たばこ対策、がん検診対策、がん医療の均てん化について、毎年評価をすることになっております。

（スライド 27）

静岡県がん対策推進計画の進捗状況
(1)たばこ対策

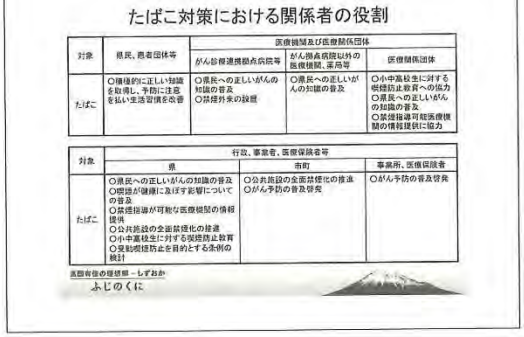


（スライド 28）



まずたばこ対策につきましては、それぞれ数値目標があります。平成 20 年度の県の調査の取組の中では、喫煙率で言えば、例えば 20 歳以上の男性であれば 33%、20 歳以上の女性の方であれば 7%というのが現状です。最終的には半減にもっていきたいと思っています。

（スライド 29）



国の法律の中でも関係者の役割がありましたけれども、県計画の中でもそれぞれの役割を明確にしています。計画の策定段階で全国的にもこのようなものを県計画に盛り込んでいる県は少なく、こちらも特徴の 1 つという評価をいただいております。このような形で、特に日常生活に密着するようなたばこについては、それぞれ県民の方々にもご協力をいただきながら、全体として対策を進めています。

（スライド 30）

健康増進法第25条 「受動喫煙の防止」

➢ 学校、体育館、病院、劇場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。



健康増進法の中で、「受動喫煙の防止」については平成 15 年に努力義務という形で始まっております。

（スライド 31）

厚生労働省健康局長通知（平成22年2月25日）
「受動喫煙防止対策について」（概要）

➢ 多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき。

➢ 全面禁煙が極めて困難な場合等においては、当面、施設の態様や利用者のニーズに応じた適切な受動喫煙防止対策が必要。

➢ 屋外であっても子どもの利用が想定される公共的な空間では配慮が必要。



すでにご案内のとおり、この 2 月に厚生労働省健康局長通知で更に踏み込んだ受動喫煙防止対策が出ております。

（スライド 32）

健康局長通知による今後の方向性（1）

1 禁煙施設か喫煙可能施設であるかの選択の余地がなく、公共性の高い施設
→ 全面禁煙

2 多くの人が利用する公共的な施設のうち、利用者が禁煙施設か喫煙可能施設であるかを選択できる施設
→ 全面禁煙が望ましいが、当面の様態や利用者のニーズに応じて気運の醸成を図りながら受動喫煙防止対策を講ずる。



その中で今後の方向性として、公共性の高い施設で禁煙か喫煙可能であるかの選択の余地がない所については、全面禁煙という方向になっています。

（スライド 33）

健康局長通知による今後の方向性（2）

1 全面禁煙の取組を進める施設
（1）生活上利用せざるを得ない公共性の高い施設
→ 官公庁
（2）未成年や妊婦が利用する等早急な措置が必要な施設
→ 学校、医療機関、社会福祉施設、体育館等
（3）多数の者が利用する公共的施設で、利用者が施設の選択ができないもの
→ 公共交通機関・附随施設、金融機関、美術館、百貨店等

2 当面は受動喫煙対策により対応する施設
→ 飲食店、宿泊施設、娯楽施設等



具体的に言いますと、例えば官公庁や学校、医療機関、あるいは公共交通機関のような形は今後更に取組を進めていくというところであります。

（スライド 34）

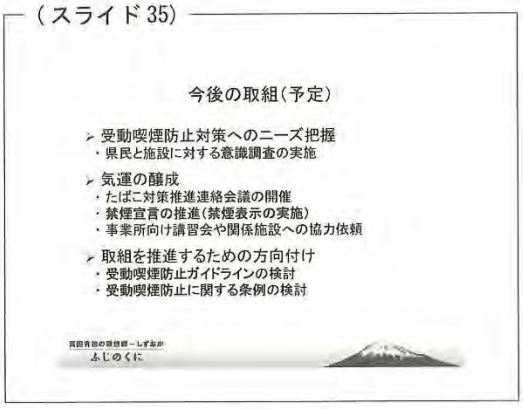
静岡県における禁煙対策の取組

➢ 県・市町庁舎における取組
・全面禁煙実施 県庁舎 70/84 施設、市町本庁舎 20/37市町
➢ 県民に対する啓発
・世界禁煙デー（5月31日）などにおけるキャンペーン
・禁煙講座、禁煙支援従事者研修の開催
➢ 女性・子どもに対する重点的な取組
・女性向け喫煙防止リーフレットによる喫煙防止教育
・県内の小学5年生の全児童へ「喫煙防止下敷」を配布（'07～）
・学校における薬学講座や保健体育の授業での禁煙教育
（教育委員会や薬剤師会との連携）



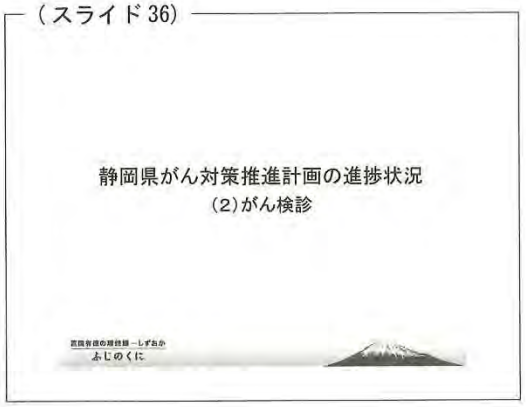
本県における禁煙対策の取組としては、もうすでに様々なキャンペーンをしているところですけれども、平成 17 年度から本県では、小学校 5 年生全員に対して、お手元の資料の中にも入れさせていただきました「喫煙防止下敷」を配布しております。これは全国的に見ても、取組としてはなかなか難しいと聞いている県もありますけれども、具体的に喫煙による肺への影響が写真でわかるということで、本県においてはもうすでに 5 年間実施しております。

（スライド 35）

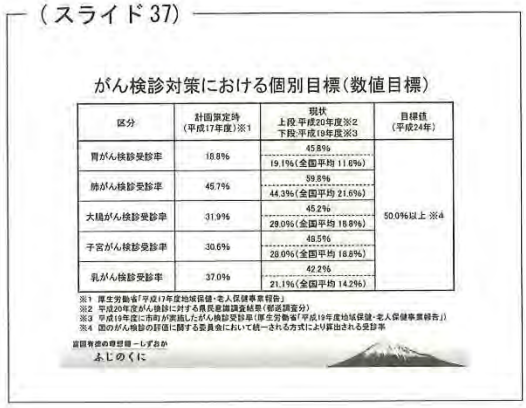


今後の取組としては、意識調査や禁煙表示の実施、あるいはガイドライン、それから受動喫煙防止に関する条例の検討をこれから進めていくところです。

（スライド 36）



（スライド 37）

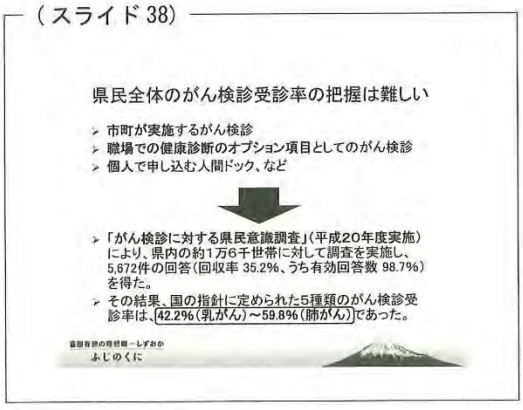


次にがん検診対策の数値目標として、これは国と同じですが、平成 24 年までに 50％以上に持っていきたいと考えております。ただし、この 50％以上をどのように計算するかに関しては、まだ国の方でも統一したところはありません。ですので、現状は様々な把握の方法の中で比較・検討しているところですけれども、本県の場合は現在 2 つの方法で把握しております。

上段のところは、平成 20 年度に県民の方々に意識調査を実施させていただいた中で、それぞれ国の定める間隔の中でがん検診を受診していらっしゃるかどうかをお伺いしています。そういうことでご回答をいただきますと、概ね半数から若干多いものもありますが、このように 40％台から 50％台の数字をいただいております。

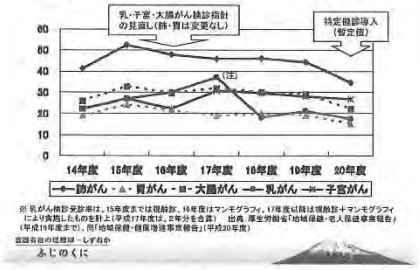
一方、国が以前から統計として集めております、市町村が実施するがん検診の受診率は、本県の場合は全国平均よりも高い数字にありますけれども、やはり 50％へはなかなか届きにくいところがあります。

（スライド 38）



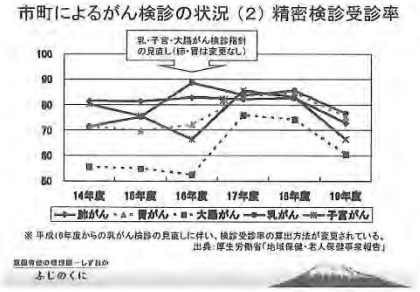
これはどうしてかと申しますと、やはり県民全体のがん検診の受診率の把握が非常に難しいことがあります。今お話ししたように、がん検診について市町村が実施するものだけではなく、例えば職場での健診のオプションであったり、あるいは関心の高い方が個人で人間ドックを受けられる場合などを網羅的に調査する仕組は、国民生活基礎調査で実施する方法もありますが、国でもなかなか難しいのが現状です。本県では平成 20 年度に実施した結果、すでに概ねこれぐらいの数字が把握できているという状況です。

（スライド 39）



市町のがん検診の状況の年次推移です。これは検診の受診率の推移です。平成 16 年度までに概ね国の方でがん検診の指針の見直しが終っております。その後、ここ（平成 19 年度から平成 20 年度にかけて）のところが若干下がっているのは、平成 20 年度から住民健診の方法が変りまして、特定健診が導入されています。やはり特定健診の受診によって、これまでの基本健康診査とがん検診の実施主体が分かれてしまい、受診が非常に難しいという問題も伺っております。ここのところをどうやって上げていくか、現在様々な取組を進めているところです。

（スライド 40）



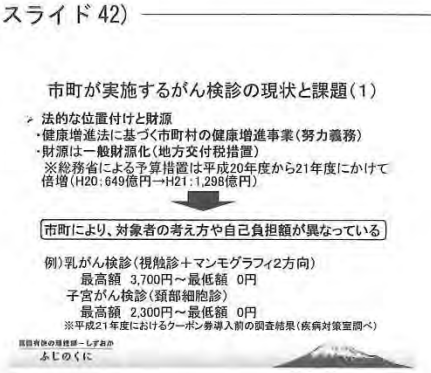
もう 1 つは、せっかくがん検診で見つかっても、その後精密検診をきちんと受けることが非常に重要になるわけですけれども、平成 16 年度からの指針の見直しの後、一旦ここ（平成 17 年度から平成 18 年度）のところでかなり低かったがんについても上がってきておりますが、平成 19 年度にはやはり若干下がり気味になっています。ここのところも今後の課題になろうかと思っています。

（スライド 41）



実際にがん検診でがんが発見される方は、人口 10 万人あたりではこれぐらいになっております。

（スライド 42）



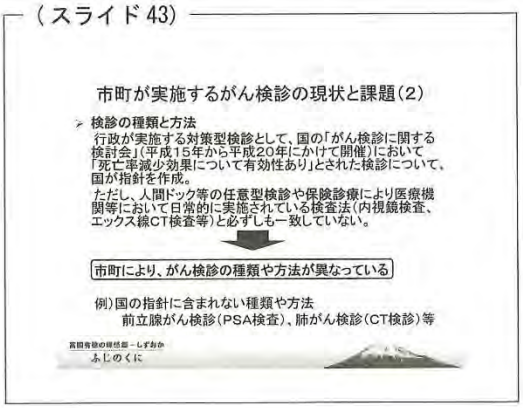
それから市町が実施するがん検診の問題の 1 つは、まず法的な位置付けと財源です。先ほど申し上げたように、現在の市町が実施するがん検診は健康増進事業の努力義務になっております。また、財源については一般財源化で地方交付税措置になっておりますので、やはり市町によりどのような方を対象にするか、それからどのような財源措置をするかによって、自己負担額まで変ってくるという状況があります。

一方で、総務省では国のがん対策を支援するということで、市町村に対する地方交付税の予算措置を平成 20 年度から平成 21 年度にかけて倍増しています。このような形の中で、市町村のがん検診が実施されています。

本県の場合は、毎年全ての市町に検診の状況をお伺いした上で、ホームページでも公開しております。例えば、実際の自己負担額で乳がん検診（マンモグラフィと視触診）をやった場合に、今は最高 3,700 円から最低

額 0 円という差がある、あるいは子宮がんの検診でも最高 2,300 円から最低額 0 円という差があります。これがなぜこうなってしまうかは、先ほどのような状況が前提にあり、非常にここのところは解決が難しいところです。

（スライド 43）



それから、もう 1 つはがん検診の種類と方法です。精密検査で非常に細かく調べれば微細な早期のがんまで見つけることもできますけれども、実際に行政が施策として実施する対策型検診でどこまで細かいがん検診をするかは問題です。実際に行政が行う検診の検査と、治療、あるいは早期診断を目的とした医療の中での検査と検診としての検査、いわゆる対策型検診と任意型検診や保険診療の検査方法の違いも大きな問題です。ここもやはり市町により種類や方法が異なっていますので、全国で統一は難しいところがあります。

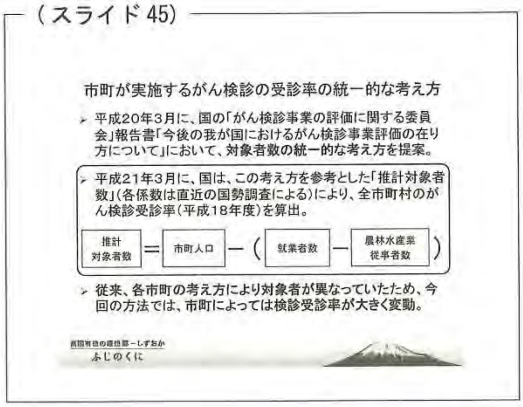
例えば、しばらく前に話題になりました前立腺がん検診（PSA 検査）は、効果として本当に行政として行う対策型検診か否か、あるいは肺がん検診の中で CT の検診はどうか、乳がんの検診で言えば、超音波の検査はどうかというところは国レベルでも議論がまだまだ続いているところです。

（スライド 44）



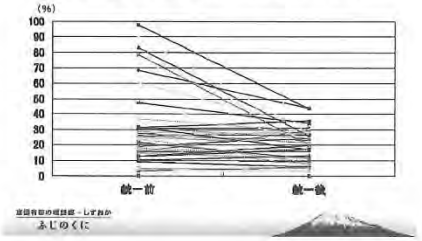
こちらは現在の国の指針の一覧ですけれども、細部については省略させていただきます。

（スライド 45）



もう 1 つは、がん検診の受診率の考え方も、「対象者をどのように考えるかによって横並びの比較はなかなかできない」ということで、国の方でも平成 20 年 3 月に統一的な考え方を提案しています。これは現時点でこの方法で評価をしているということではありません。あくまでも国として、各市町が計算する受診率と併せてこのような数字も出しているというところです。このような数字を見ますと、市町村によって、市町村が出す数字と国が統一した計算式で出す数字がかなりずれていることが分かります。

（スライド 46）



これは平成 19 年度の検診受診率です。具体的に申しますと、当時は市町村合併が進んでいる途中ですのでまだ途中になりますけれども、それぞれの市町で出していただいている数字が左のような数字です。対象者の考え方を統一すると、右のような形にある程度収斂してきます。ここのところをどう考えるかもまだ国レベルでも整理がついていない状況です。

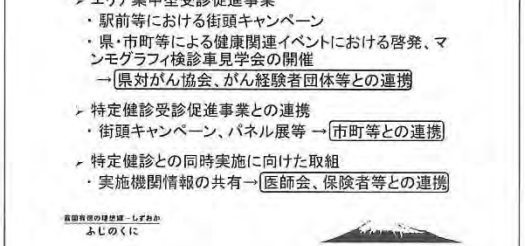
（スライド 47）



一方で、このようないろいろな問題がありますけれども、やはり早期発見、早期治療ということで言えば、がん検診なら定期的に受診をしていただくことには変りはなく、関係者へ様々な役割をお願いしています。

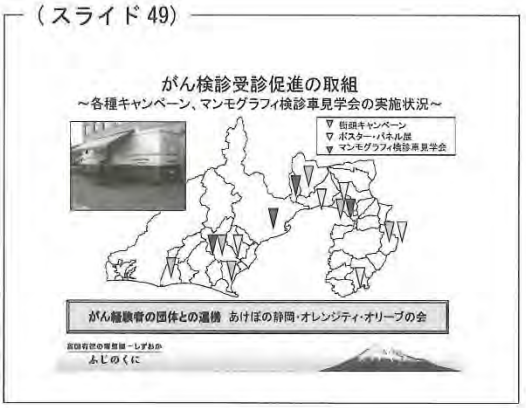
ただ、がん検診で問題がなければ日ごろ体の方に関心を向けなければいいかと言うと、そうではありません。本県の中ではがん検診を受けながらも、「何か調子が悪いな」ということであれば、やはり早めに見つけるように受診をお願いする、このようなことも記載をしています。

（スライド 48）



実際のがん検診受診促進の取組は、関係者と様々な連携の形を取っております。例えば、マンモグラフィの検診車の見学会のような形で実際に体験していただく、あるいは実際にものを見ていただき、受けやすいようにするということもやっておりますし、平成20年度から特定健診との同時実施の中で、なかなか取組が難しいということで言えば、県としては、医師会の先生方や保険者の方々との連携をしながら出来る限り同時受診ができないか、それぞれの検診を実施する機関の情報について共有化できないかということで、今検討を進めているところです。

（スライド 49）



具体的なマンモグラフィ検診車の実施状況、あるいはポスター・パネル展などの状況です。このような形のマンモグラフィの検診車をお借りして、各種の健康イベントに出させていただいております。この見学会は実際にがんの経験者の方々と連携をさせていただいております。こちらは女性のがんの経験者の方々の団体です。本県の場合は、いずれもがん対策協議会の委員をお願いして

おります、あけぼの静岡、オレンジティ、オリーブの会の方々のご協力をいただき、県内で体験会を開催しているところです。

（スライド 50）

静岡県がん対策推進計画の進捗状況
（3）がん医療の均てん化



（スライド 51）

がん医療の均てん化における個別目標（数値目標）（1）

項目	区分	計画策定時（平成19年）	現状（平成20年）	目標値（平成24年）
医療機関の整備	がん診療連携拠点病院等の数	10病院	10病院	10病院
	うち5大がんすべての地域連携クリティカルパスを導入している病院数	0病院	1病院	10病院
	うち5大がんの一部で地域連携クリティカルパスを導入している病院数	3病院	4病院	10病院
放射線療法及び化学療法の推進等	うち放射線療法を実施している病院数	10病院	10病院	10病院
	うち外来化学療法を実施としている病院数	10病院	10病院	10病院
緩和ケアの推進	うち緩和ケアチームを配置している病院数	10病院	10病院	10病院
	緩和ケアを専門としない医師研修会参加者（延べ）	0名	59名	780名
	国の緩和ケアの都道府県指導者研修会を受講している医師数	3名	12名	18名



（スライド 52）

がん医療の均てん化における個別目標（数値目標）（2）

項目	区分	計画策定時（平成19年）	現状（平成20年）	目標値（平成24年）
がん登録の推進	院内がん登録を実施している拠点病院等の数	10病院	16病院	16病院
	うち入院患者・外来患者ともがん登録を実施している病院数	8病院	15病院	16病院
相談支援及び情報提供の充実	がん相談支援センターの数※1	10センター	21センター	20センター
	うち研修を修了した相談員を配置しているセンターの数	5センター	5センター※2と（3センター）※3	20センター

※1：がん診療連携拠点病院の院内に設置（10カ所：平成18年度までに設置）
静岡県地域がん診療連携推進病院の院内に設置（8カ所：平成19年度に設置）
これらの整備が見込めない賀茂医療圏及び熱海伊東医療圏の病院内に設置（計3カ所：平成20年度設置）
計画策定時の目標は平成24年までに同医療圏にそれぞれ1カ所設置）
※2：相談員基礎研修の一部を修了した者がいるセンター数
※3：相談員基礎研修のすべてを修了した者がいるセンター数



次に医療について、がん医療の均てん化における個別目標ということで、医療機関の整備、それから緩和ケアの推進を中心にお話をさせていただきます。現状はすでに目標を達成しているところもあります。

（スライド 53）

本県における特色ある取組
（1）がん医療の均てん化に向けた取組
～県独自の制度創設による指定～



そのような医療の均てん化に向けた取組の中で、特に県独自の制度創設による指定についてもお話をさせていただきたいと思います。

（スライド 54）

がん診療連携拠点病院（国指定）の整備指針

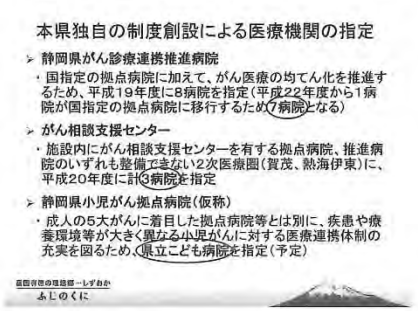
- 2次医療圏に1カ所（都道府県がん診療連携拠点病院が整備されている2次医療圏を除く。）
- がん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、この限りではない。
  - 2次医療圏数を超える数の医療機関が指定されることによる、当該医療圏や都道府県のがん診療体制における相乗効果を数値目標などを用いて記載
  - 2次医療圏数を超える数の医療機関を指定する理由として、人口、患者の通院圏域、病院間の役割分担、隣接する医療圏との関係等について説明
  - 拠点病院の運営が適切に行われるための体制を確保

平成22年4月1日より、8つの2次医療圏で11のがん診療連携拠点病院が指定（更新10、新規1）を受けるが、一部の医療圏で条件付きとなった。



これは後ほど総長の山口先生からお話がございますけれども、国のがん診療拠点病院の整備指針ということで、本県では4月1日より8つの2次医療圏で11のがん診療連携拠点病院が指定を受けることになっております。

（スライド 55）



ただし、本県の場合はそれ以外の病院でも集学的治療ということで、放射線まで含めたトータルな医療が提供可能な病院も多くあります。そのような病院の先生方にもご協力いただけるように、県独自の指定で静岡県がん診療連携推進病院を 8 病院指定いたしました。来年度から、これらの中で 1 つが国の指定に上がりますので、7 病院となります。

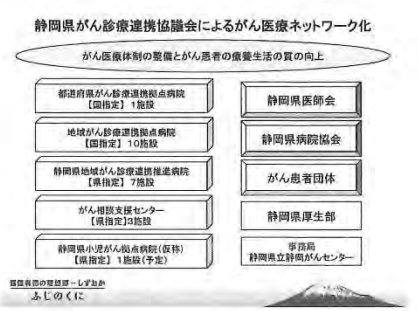
それから、実際にまだ賀茂、熱海・伊東の医療圏では放射線治療施設までは無いということですが、地域の県民の方々からの患者さんに限らずご相談に乗れるような体制と整備しようということで、がん相談支援センターとして 3 病院を指定しております。さらに小児のがんにも着目して、来年度はこの独自の制度を予定しております。

（スライド 56）



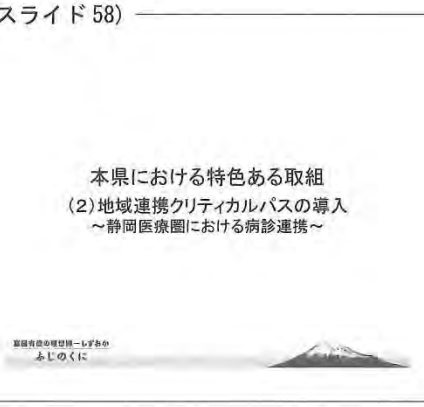
このように県内には 2 次医療圏が 8 つあり、国指定の拠点病院、県指定の推進病院、相談支援センターなど、全ての医療圏の中でそれぞれ連携体制を図っているところです。

（スライド 57）



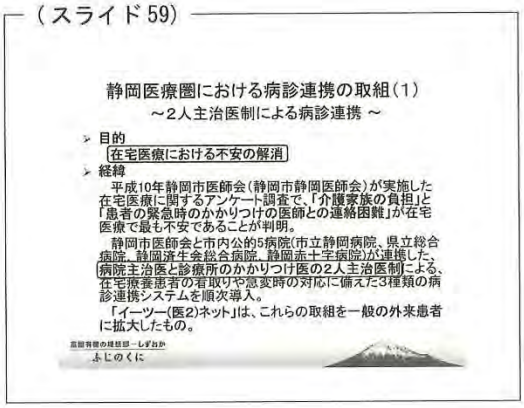
これらの医療機関の方々に加えて、医師会や病院協会、患者さんの団体という方々のご協力をいただき、静岡がんセンターを中心にしてネットワーク化を進めているという状況です。

（スライド 58）



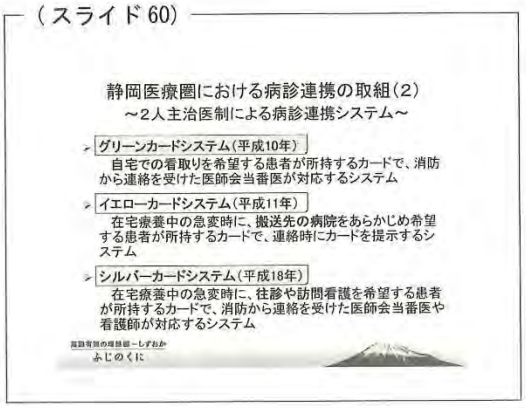
それから、各地域の取組についてお話いたします。最初は静岡市について、静岡医療圏における病診連携の取組です。

（スライド 59）



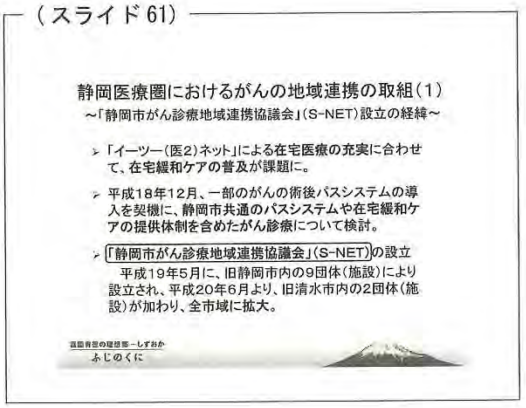
これは平成 19 年の厚生労働白書にも紹介をされておりますけれども、2 人主治医制ということで、病院に 1 人、それから診療所に 1 人の、2 人の主治医の先生に付いていただくことにより、在宅医療における不安を解消する取組です。

（スライド 60）



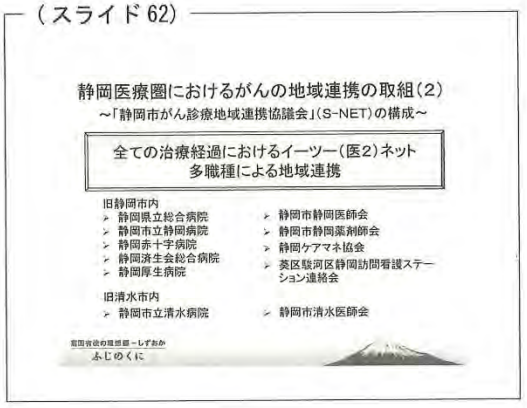
これは平成 10 年から実施している非常に歴史のある取組で、自宅で看取りを希望される場合（グリーンカードシステム）、あるいは搬送先の病院をあらかじめお願いしたい場合（イエローカードシステム）、それから往診や訪問看護をご希望される場合（シルバーカードシステム）のような、ニーズに沿った 3 種類のカードの病診連携システムが静岡医療圏では進められております。

（スライド 61）



さらに、静岡医療圏では、これをがんの地域連携の取組を進めるということで、S-NET（静岡市がん診療地域連携協議会）を設立し、一部のがんの術後パスシステムから共通パスへ、そこから始めた地域連携のクリティカルパスに発展しているところです。

（スライド 62）



その特徴としては、医療機関のみならず、例えば保険薬局、あるいはケアマネージャー、訪問看護ステーション、在宅に重点を置いた協議会を設置していただき、在宅医療を推進しています。しかも平成 10 年からということで、長い歴史があります。

（スライド 63）

本県における特色ある取組
（3）がん緩和ケアの普及
～単位型緩和ケア医師研修・地域介入研究～



（スライド 64）

緩和ケア医師研修の開催（1）
～がん対策推進基本計画における位置付け等～

- 「がん治療の初期段階からの緩和ケアの実施」は、がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上を図るため、国が平成19年6月に策定した基本計画において「重点的に取り組むべき課題」として位置付け。
- さらに、10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基礎的な知識を習得することを「個別目標」として設定。

平成20年度より、国の指針に基づく「緩和ケア医師研修」をがん診療連携拠点病院等において開催し、国が修了証書を交付



次に、先ほど県の大きな目標の 1 つに挙げましたけれども、がん緩和ケアの普及ということで、まだまだ「緩和ケア」イコール「ターミナルケア」、「ホスピスケア」というご理解をされている方もいらっしゃるかもしれませんが、現在国の施策の中では、がん治療においては、がんと診断されて治療が始まった時から身体的あるいは精神的な疼痛（とうつう）の緩和をということで、緩和ケアの早期実施が求められています。

（スライド 65）

緩和ケア医師研修の開催（2）
～「緩和ケア医師研修」の概要と実施上の課題～

- 「緩和ケア医師研修」の概要
  - 研修時間の合計が720分以上（2日間）
  - がん性疼痛の体験型研修（ワークショップ：事例検討＋ロールプレイ）が180分以上
  - コミュニケーションのロールプレイが90分以上
  - 企画責任者は国の指導者研修会の受講等の条件あり

がん診療連携拠点病院等による個別開催（一般型）の場合、週末2日間連続になりがちで受講者が参加しにくい



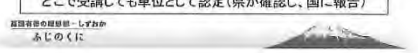
本県においても、平成 20 年度から国の指針に基づいて研修会を開催しているところですけれども、非常にハードなスケジュールの 2 日間で、720 分以上のプログラムが義務付けられております。しかもワークショップやロールプレイが非常に多く盛り込まれているということで、各病院にお願いした場合には、どうしても 2 日間集中してしまうので、なかなか診療所の先生方が土日を連続して潰してご参加いただくのは非常に難しいという状態です。

（スライド 66）

緩和ケア医師研修の開催（3）
～受講者の利便性を考慮した単位型研修の導入～

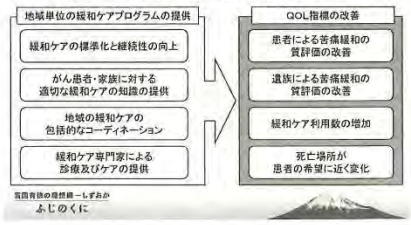
- 平成20年度
  県主催（県立がんセンターに委託）のモデル研修として、拠点病院・推進病院を対象に2日連続の一般型研修として開催。
- 平成21年度
  静岡県がん診療連携協議会（拠点病院・推進病院）の緩和ケア担当医師間で協議し、使用する教材を統一・共有することにより、1日単位（前半・後半）の単位型研修として開催。

県内の拠点病院・推進病院が開催する研修であれば、どこで受講しても単位として認定（県が確認し、国に報告）



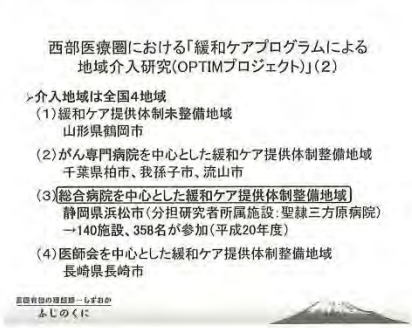
本県の場合はそこを単位型研修にして、2 日のプログラムを前半・後半に分け、使用する教材を県内の拠点病院の先生方で協議して、統一をしています。平成 20 年度の段階でその協議を行い、平成 21 年度から実施しています。まず静岡がんセンターでモデル研修を実施していただいた後、このような形に持っていこうと協議をし、現在は県内の拠点病院あるいは推進病院が開催する研修であれば、どこでも前半・後半でワンセットになるという仕組を導入しております。

（スライド 67）



それから、浜松市を中心とした西部医療圏においては、現在全国の緩和ケアの介入研究ということで、ナショナルプロジェクトが進行しているところです。これは最終的に評価を出すためのアウトカム研究で、「まず何をやったか」ではなく、「最終的にどうなったか」を目標にする大規模な研究です。研究の最終目標はこちらに書いてあるとおりです。

（スライド 68）



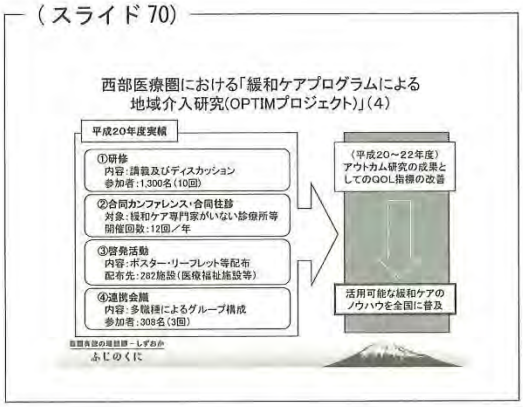
介入地域は全国で4地域です。静岡県の場合は西部地域ですと、総合病院を中心とした提供体制で140施設という、非常に大きなプロジェクトになっております。

（スライド 69）



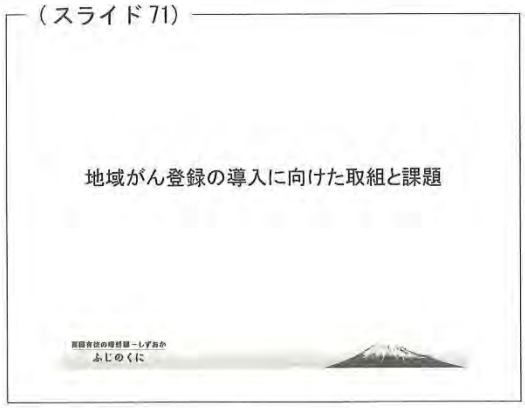
全国の4つある中で、人口と面積共に1番大きな規模の中で、やはり静岡の医療圏にもありましたような、訪問看護ステーションや地域包括支援センター等を含めた上での緩和ケアのプロジェクトが進んでいるところです。

（スライド 70）



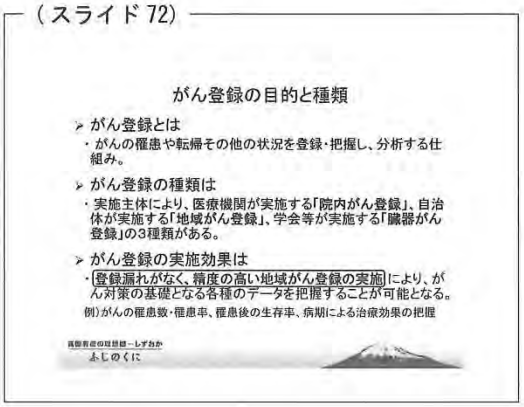
このような中で様々な研究が行われておりまして、全国的なノウハウの普及を図ろうというところです。

（スライド 71）



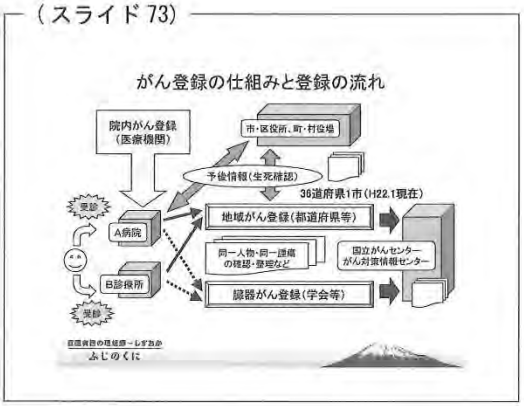
それから最後に、地域がん登録についてお話をさせていただきたいと思います。

（スライド 72）



がん登録もご案内のとおり、院内がん登録や地域で行う地域がん登録、それから学会が専門的に行う臓器がん登録と3種類ありますが、まず1番のがん登録の問題点は漏れがないかどうかということです。それから、きちんとその内容が精度の高いものであるかどうかがいつも非常に問題になるところです。

（スライド 73）



今お話しした医療機関毎の院内がん登録、それから地域での地域がん登録、専門的な臓器がん登録のいずれにいたしましても、それぞれ情報が集まった時に、例えば1人の方で複数のがんにかかる方もいらっしゃいますし、1 人の方が複数の医療機関にかかる場合もありますので、どうやってそこを確認・整理をしていくか、すでに地域がん登録は 36 の道府県と 1 市で実施されていますが、なかなかこの精度が上がらないのです。

具体的に言いますと、地域がん登録の場合は、市区町村の役所・役場から最終的にその方がどうなったかという、生存確認を何年かに 1 度するわけですけれども、その場合に、そこを確認して初めてがんの患者さんがいらっしゃったということがわかることがあります。その割合が自治体によっては 2 割、3 割、あるいは 5 割というような登録の自治体もございます。そのような場合ですと、せっかく高い費用を使って地域がん登録を実施しても、どれぐらい精度として高いものかは難しいという問題があります。

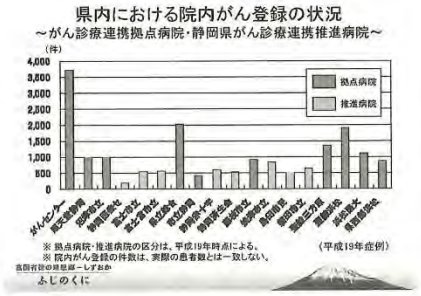
本県の場合は、残念ながらまだこの地域がん登録は実施しておりませんけれども、まずはこの院内がん登録を精度の高いものできちんと集めていくことで普及を図ってまいりたいと考えております。

（スライド 74）



具体的に本県でがんにより死亡された方のうち、県内の拠点病院による院内がん登録でどれぐらいの方がお亡くなりになっているかを把握できているかの割合は28%です。平成19年の場合は、拠点病院は10病院ですけれども、10病院だけで概ね3割弱の方々が把握できています。それに推進病院、あるいはその他の医療機関の方々のご協力をいただければ、さらにこの精度が上がるという状況です。

（スライド 75）



実際には、現在は拠点病院や各推進病院にもご協力をいただき、がん登録を実施している状況です。静岡がんセンターの登録数が 1 番多いわけですけれども、県内ではこのような状況で 18 病院にご協力をいただいています。

（スライド 76）



医療圏	駿東田方	（がんセ）	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	計
賀茂	409	（160）	0	5	1	0	0	415
熱海伊東	463	（244）	0	4	0	0	0	467
駿東田方	3,235	（1,697）	5	19	2	0	6	3,267
富士	743	（616）	1,033	173	0	0	10	1,959
静岡	232	（229）	11	2,958	21	0	16	3,238
志太榛原	185	（181）	0	287	2,157	1	71	2,701
中東遠	78	（78）	0	26	34	593	870	1,601
西部	54	（54）	0	19	3	17	3,963	4,047
県外	482	（451）	21	37	10	5	255	810
計	5,861	（3,710）	1,070	3,519	2,228	616	5,191	18,505

院内がん登録ではこのような形で、まずどの地域のがんの患者さんがどこにかかっているかがわかります。どこの医療圏にお住まいの患者さんがどこの医療機関にかかっているかがわかります。

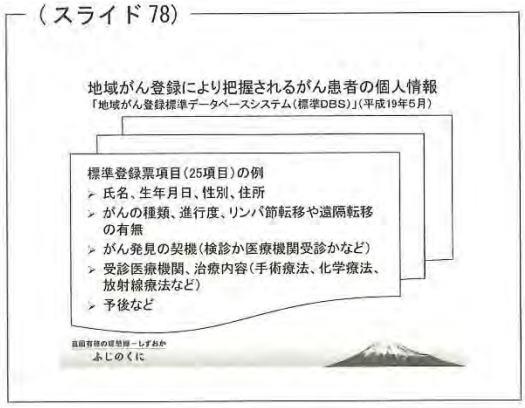
例えば県の東部では、駿東・田方の医療圏の方はほとんどが地元の医療機関にかかっていらっしゃいます。ここは静岡がんセンターについて内数ということで抜いて（再掲して）ありますけれども、全県の大体 5 分の 1 ぐらいの患者さんがかかってらっしゃいます。このような形で、やはり駿東・田方に集中しています。それから静岡であれば、静岡医療圏には富士医療圏と志太榛原医療圏の患者さんがかかっていらっしゃる。西部医療圏であれば、中東遠の患者さんが西部医療圏にかかっていらっしゃる。このような形でも医療の提供体制がわかることが大きなポイントです。

（スライド 77）



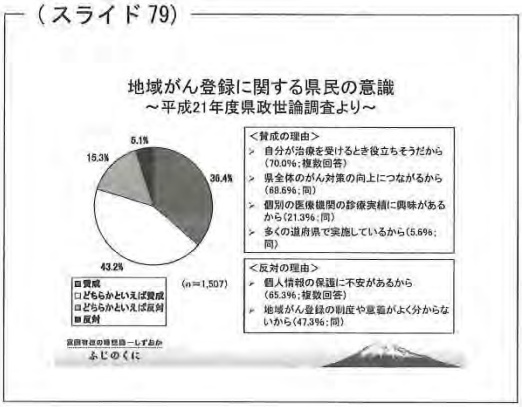
これを絵に表しますと、全県的に患者さんが集まっている静岡がんセンターを除きますと、このような患者さんの流れがあることがわかっています。西部地域については県外からも来ているという状況です。

（スライド 78）

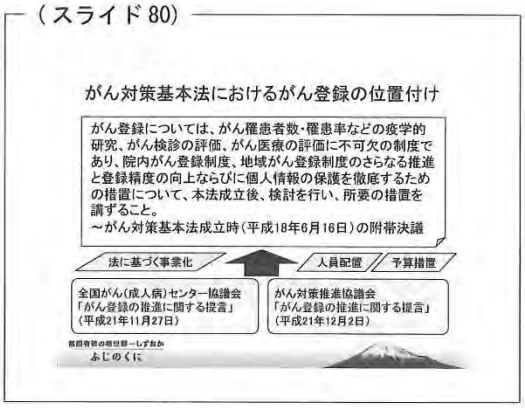


地域がん登録では、実際に患者さんの個人情報を集めるということになりますので、どのようなものを集めるかというと、このようになります。

（スライド 79）



（スライド 80）



県民の方々がこのような取組に対してご理解がいただけるのか、私どもも非常にそこが気になっておりましたので、今年度の県政世論調査の中に地域がん登録の県民の方の意識を盛り込んでいただきました。その結果としては、非常に喜ばしい結果になっております。

実際には 1,500 人の方からご回答をいただいた中で、「地域がん登録に賛成です」という方が 36.4%、それから「どちらかといえば賛成です」というお答えをいただいた方が 43.2%ということで、概ね８割の方が地域がん登録についてご理解をいただいているという状況でした。

その理由として、「自分が治療を受ける時に役立ちそうだから」、それから「県全体のがん対策の向上に繋がるから」など、非常に前向きなご意見をいただいていることは大変嬉しく思っております。

一方で、やはり反対の方が 20%ぐらいいらっしゃいます。「個人情報の不安があるから」、それから、ここのところは、私どもはもっとやっていかなければならないと思いますけれども、「制度や意義がよくわからないから」ということもあります。このようなことで、県民の方々のご理解をいただきながら、今後も地域がん登録に向けて進めてまいりたいと思っております。

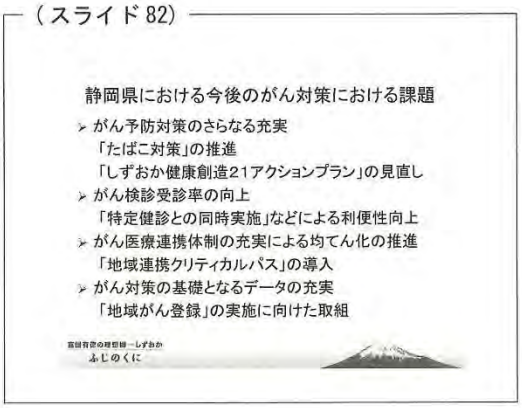
ただし、先ほど申し上げたような制度の問題で、やはり各自治体でも非常に苦労しているところです。この中で、例えば先ほどご紹介のあった全国がんセンター協議会や国のがん対策推進協議会の中でも、やはりがん登録をきちんと法に基づく事業化をするべきであるとか、それに基づいて人員や予算措置を国においても実施すべきというご意見が出ているところです。

（スライド 81）



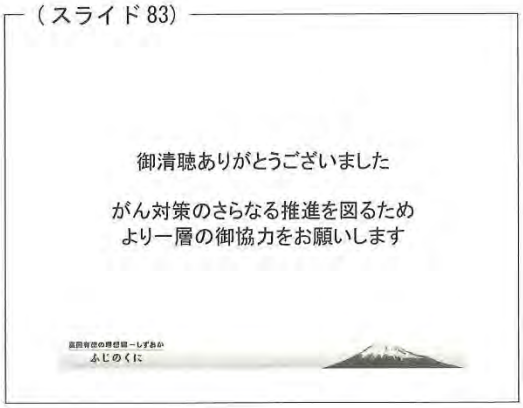
本日のまとめです。

（スライド 82）



まずは今後のがん対策における課題です。1 つは、健康増進計画が来年度見直しの時期に入りますので、これを踏まえてのがん予防対策の更なる充実です。それから検診受診率については、先ほど申し上げたような、受診者の方々にとっての利便性向上を考えて取り組む。医療体制の充実としては、病診連携などのクリティカルパスの検討。それから対策の基礎となるデータ充実のためには、県の計画の後半になりますけれども、地域がん登録実施に向けた取組のような課題について、引き続き取り組んでまいりたいと考えております。

（スライド 83）



若干時間を超過して申し訳ございませんでしたが、ご清聴、本当にありがとうございました。また今後とも県のがん対策につきましては、皆様のより一層のご理解とご協力をお願いしたいと思います。

ご清聴、どうもありがとうございました。

がん診療連携拠点病院の現状



静岡県立静岡がんセンター総長
山口　建

経　歴
1974　慶應義塾大学医学部卒業
1976　国立がんセンター研究所内分泌部研究員
1986　国立がんセンター研究所内分泌部部長
1987　国立がんセンター研究所細胞増殖因子研究部部長
1999　国立がんセンター研究所副所長
2002　静岡県立静岡がんセンター総長

―要　旨―

がん診療連携拠点病院は、2001 年度に創設された厚生労働省の制度で、現在、全国で 375 の医療機関が指定を受けている。静岡県では 11 の拠点病院とともに、別途、県によって指定された 7 カ所の推進病院と 3 カ所の相談支援センターが、地域のがん医療実践のため活動している。制度開始後、約 10 年が経過した拠点病院について、全国的な状況や現在、直面している様々な課題を紹介したい。

(スライド1)

がん診療連携拠点病院の現状

2010年3月27日(土)
静岡がん会議2009

静岡がんセンター　山口 建

先ほど竹内室長がお話しになられた、静岡県のがん対策の中の「がん診療連携拠点病院」の部分を取り出して、竹内室長が静岡県の視点からお話しになられましたので、私は、厚生労働省の施策の中で、この制度の立ち上げに最初から関わり、現在も、その選定をする委員会の一員としての立場からこの問題についてお話をしたいと思います。

がん診療連携拠点病院の事業は、地域住民にとっては、特にがんにかかった場合に、1番姿が目に見える事業であり、がん対策基本法を国が実施する中で、1番予算が投入されている部分でもございます。

(スライド2)

がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会(2010年2月3日)



具体的にお話を進めてまいります。これは毎年この時期に開催をされる会議ですが、2010年の2月3日に、「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」が開催されました。ここで今回は三百数十の病院の可否の決定をしたところです。こちらが委員席で、私は委員を務めさせていただき、「拠点病院として指定すべきである」、「すべきでない」といった判定を10人ぐらいの委員でやらせていただいております。ここに竹内室長が着席しています。この日は全国の300幾つかの病院の適否を1日がかりで定めたのですが、そのトップバッターが実は静岡県でした。この指定に関して静岡県は、後でお話しするような大きな問題を抱えているものですから、1番議論をせねばならないということで、トップバッターに選ばれました。同じようなレベルの県が確か数県あったと思います。

あまり大きくは決して報道されておりませんけれども、医療関係者にとっては若干死活問題的なところがあります。日経メディカルの4月5日号の特集で「がん診療連携拠点病院・4年目の決算」という記事が出ており、先ほどの会場風景が表紙になっております。

記事を見ていくと、「がん診療連携拠点病院・4年目の決算、浮上した均てん化のジレンマ」とあります。「浮上した均てん化のジレンマ」というのは、拠点病院のそもそもの基本方針として、全国の2次医療圏に1カ所ずつ拠点病院を整備することになっています。緩和ケアが実施できる場所や情報提供ができる場所を全国の2次医療圏に1カ所ずつ、整備する必要があるという意味では大賛成です。ただ、放射線治療を実施する病院や、非常に難しい手術を実施する病院が2次医療圏に1カ所ずつなければならないかと言うと、それは違うだろうというのが医療関係者全体の雰囲気ですが、現状は2次医療圏に1カ所、拠点病院を整備するという方針で事業が実施されています。もし、その2次医療圏にそのような病院がない場合は、他の圏域がカバーをする。そういう仕組でこの10年あまり実践されてまいりました。

そうすると、例えば小さな県で、県庁所在地に5つ6つの強力な病院が集まり、県庁所在地から離れた2次医療圏には小さな病院しかないという状況が生まれます。そういう空白地域に基準を満たせる病院が出てきた場合には、その病院を積極的に指定することになります。そうすると、2次医療圏1カ所が原則なので、その県庁所在地では指定されなかった病院が、「何であそこが認められて、我々が認められないのか」という苦情を訴えます。「2次医療圏に1カ所」という原則が不公平感を生んでいる可能性があります。それから住民目線から言いますと、拠点病院に指定されたということで、地方の非常に小さな病院が国立がんセンターと同じ、静岡がんセンターと同じレベルだと誤解されがちです。医療レベルについて、「拠点病院だから、100人、200人の医師ががん診療に携わっていると思ったら、この病院には50人ぐ

らいしかお医者さんがいない」というような批判に繋がることがあります。ですから、その辺りがこの「均てん化のジレンマ」と書いてある言葉の意味です。

記者は、この指定の様子を「事業の事業仕分けを思い起こさせるような光景だった」と記しています。確かに1日かかって、「これはOK」「これは駄目」ということをやっていましたので、そういう印象があったのだと思うのですが、ただしこの記者が誤っている2点は、事業仕分けと違って、「こういう条件でこれを認める」「認めない」という指定基準はかなり明確で、委員の間で共有されていたこと、そして、事業仕分けの意見はあくまでも参考意見だと思うのですが、この委員会は指定可否の決定権を持っているという点です。

(スライド3)

がん診療連携拠点病院の成立と変遷

2001年 5月	「地域がん診療拠点病院の在り方に関する検討会」
2002年 2月	5施設指定
2004年 2月	合計132施設
2006年 5月	がん対策基本法成立
2007年 1月	合計286施設
6月	がん対策推進基本計画閣議決定
2008年 3月	静岡県がん対策推進計画策定
2010年 3月	合計375施設

この委員会でずっと375施設を決めてきた大体の経緯を申し上げます。「連携」という言葉は、この時は医師会の指標がまだなかったので外れていますが、2001年の5月に「地域がん診療拠点病院の在り方に関する検討会」が立ち上がりました。私は当時国立がんセンターにおりましたので、この委員に指名されて、この制度そのものの設計に携わってきました。最初は、5施設から始まって、がん対策基本法の成立後に更に増えました。そして今お話のあった、静岡県のがん対策推進計画策定があって、現在は375施設で動いているところです。

(スライド4)

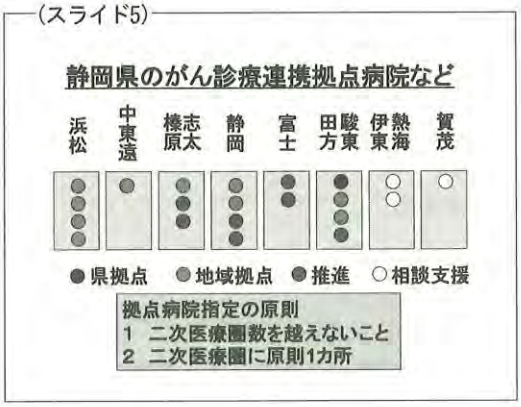
拠点病院指定状況(2010年2月3日)

- 検討結果
  - 更新319施設はすべて承認
  - 新規29施設のうち19施設を承認
  - 指定取り消し 15施設
- 指定状況
  - 都道府県拠点 51施設
  - 地域拠点 324施設
- 全国二次医療圏 348カ所
  - 拠点病院数 375施設(目標値 108%)
  - 空白医療圏 117カ所(充足率 66%)

現時点では、今回の委員会では、今まで指定されていて更新を求めてきた施設は全て承認。それから新規に求めてきた29のうち19を承認し、10を承認しませんでした。一方で、指定取り消しになったのが15施設あります。これは皆自己申告ですが、要件を満たせないということで指定取り消しになっています。この指定取り消しは、例えどんな事情でも地域住民にとっては大変厳しいお話で、今までがんの拠点だったのが無くなるということは病院にとっても大きなダメージがありますし、住民の方々にとっても非常に寂しい気持ちがありますし、行政の方々も同じ気持ちだと思います。出来るだけ避けたいのですが、指定要件を尊重すると致し方なくそういうことが起きております。

全国の2次医療圏別で見ると、348カ所の2次医療圏のうち拠点病院数375になっていますので、すでに目標値の108%に達しています。ところが、小さな医療圏で空白の地域が117あり、充足率は66%ということで、厚生労働省の方針で均てん化を進めてきましたが、まだ本当の意味での均てん化はなされていません。小さな医療圏の病院が、現在の要件定義を満たすには大変な努力が要りますし、お金もかかります。多分、1つの解決法は、拠点病院をAクラス、Bクラスに分けて、先ほど申し上げた情報提供と緩和ケアについてはBクラスでいいのではないかという形で、私はその委員会でずっと主張しておりますけれども、今のところまだ議論は盛り上がっておりません。

(スライド5)



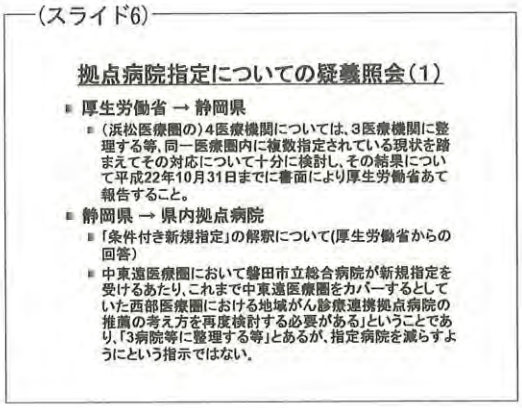
先ほど竹内室長からのお話にもございましたけれども、静岡県の状況は、「駿東・田方圏域の 1 つ」が静岡がんセンターで都道府県の拠点、それから地域の拠点として、8 つの医療圏に対してこういう形で分布しております。従って、沼津・三島中心と静岡市中心と浜松市中心。先ほど竹内室長が第 1 番に担当した理由は、ここの浜松医療圏 4 カ所というのが、1 カ所のはずなのになぜ 4 カ所なのかということで、そこに磐田市立総合病院を今回新たに新規で指定を求めたものですから、この磐田を認めるのであれば、今までこの地域が空白だったから、この 4 つの 1 つでカバーをしていたという理論はもう成り立たなくなります、どうするのですか、ということが大きな課題になったわけです。国も補助金を出している手前、その辺をきっちりと整理してまいります。

静岡の例で言いますと、大きな 2 つの原則があって、静岡県は 8 つの 2 次医療圏があるので、国が指定する拠点病院は 8 つまでという基準、そして 2 番目が、2 次医療圏には原則 1 カ所ずつという基準、この 2 つが国が解決を求めているポイントです。ですから、例えばこの駿東田方であれば、順天堂大学医学部附属静岡病院や沼津市立病院が、伊東・熱海、富士・富士宮、賀茂をカバーするという整理で、1 医療圏への複数指定が可能となっていますが、浜松については、それまであった 2 次医療圏を無くして合併させるとか、そういうことの影響もあって、整理が出来ていません。

こういう中で、静岡県が大変全国から注目をされ、高く評価されている施策として、県単独で推進病院を置き、地域のレベルの高い病院を指定していく。それから、伊東・熱海、賀茂地域では、相談支援センターを整備していただくという方針があります。推進病院は、例えば放射線治療の実施も含めて、国の拠点と同じレベルというように整理をしています。というわけで、先ほどお話のあったとおり、現在はこのような体制で静岡県の医療としては実践されているというのが現状です。

本日は、市議会、町議会の皆様、それから市町の首長の方々がお見えになっておられますが、せっかく、そこまで静岡県が厳しい状況の中、整備をしてきた各病院を、是非住民の力、行政の力で育てていただきたいと思うのです。多分、あまりまだ活用しておられないのではないかと思います。ですので、熱海・伊東にも賀茂にも相談できる場所があるのだということを徹底して住民の方々にお知らせをいただきたい。そこには静岡がんセンターにあるものと全く同じ資料が 200 点近くあります。それを全部置かせていただいておりますので、直接、拠点病院までお見えいただくのは大変ですけれども、とりあえずの情報は相談支援センターへの電話、それからそこまで行けば資料はきちんと見ることができるということで、かなりのレベルの情報を得ることができると思います。患者さんに「自分で勉強しなさい」という話ではなくて、相談支援センターに相談員を置いて、それは静岡がんセンター等でしっかり訓練を受けておられる方々が配備されているので、そういう方とよくご相談していただくようにお願いしたいと思います。そこでうまく相談が完結しない場合には、すべからく静岡がんセンターのがんよろず相談所(相談支援センター)、これは、間違いなく全国トップのですが、そこに各担当者からアプローチして頂き、静岡がんセンターで対応をさせて頂いております。ですから、仕組みはできているのですが、地域の方々やがんの患者さんがご存じない。多分行政の方々もあまりご存じないという状況がまだあります。良い機会ですので、これをお伝えをしておきたいと思います。

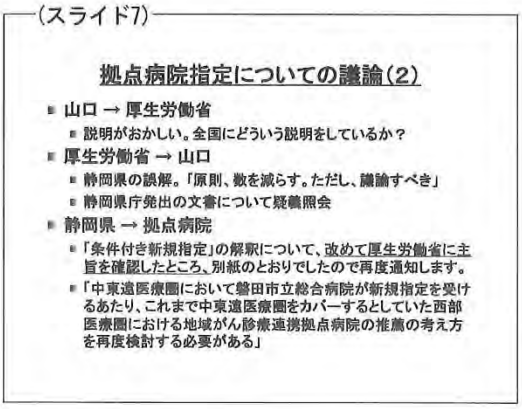
(スライド6)



本日のテーマは「医療崩壊させないため」という大きなテーマなのですが、行政の方々に是非お気を付けいただきたいことを、これから少し 2、3 枚のスライドで申し上げたいと思います。こういうことは 1 つの例です。小さな 1 つの例ですけれども、やはり医療の問題というのは、今ものすごくクリティカルなところがあり、情報が使命を制するところがあります。例えば、静岡がんセンターの運営に関しましては、私は職員の皆様には、「どんなことでもいいから、悪いこと、あるいは今後悪くなる可能性があることは必ず私に伝えてください。それも可及的速やかに伝えてください」と申しております。今は出張していても、携帯に 1 本メールを送っていただければわかりますので、これを職員の評価基準にさせていただいております。「良いニュースは上げなくていい。悪いニュース、あるいは悪くなる可能性があるニュースは必ず上げろ」と、これが静岡がんセンターの 1 つのルールです。それぐらいしないと、例えばある職員が辞めると言ってきたというようなことに対し、すぐに動き出して対応しないと、静岡がんセンターの機能の低下につながってしまいます。そういう形で、現在の厳しい社会状況の中では組織のトップが悪いニュースをいかに速やかに把握するかが勝負だと思いますので、そのようなやり方をしているのですが、情報の発信者がそれを守っていただかないと、もうどう仕様もないのです。

1 つの例ですが、2 日前に厚生労働省から静岡県に、これはがん診療連携拠点病院というのは知事が申請を上げて、それをさっきの委員会を介して国、厚生労働大臣が認めるという仕組を取っていますので、厚生労働省から静岡県に、「がん診療連携拠点病院はこんなふうに承認されました」という連絡が来ました。そこに厚生労働省の付帯条件が付いていまして、それがこの文章です。「(浜松医療圏の)4 医療機関については、3 医療機関に整理する等、同一医療圏内に複数指定されている現状を踏まえてその対応について十分に検討し、その結果について平成 22 年 10 月 31 日までに書面で報告すること」という条件でした。県庁の担当者は「一体どういう意味ですか、これは？」と問うたのです。厚生労働省は返答したのですが、その結果を見て、担当者が県内の拠点病院にそれを連絡してきました。ここに問題がありました。「条件付き新規指定」の解釈について、中東遠医療圏において磐田市立総合病院が新規指定を受けるにあたり、これまで中東遠医療圏をカバーするとしていた西部医療圏における地域がん診療連携拠点病院の推薦の考え方を再度検討してくださいということであって、「3 病院に整理する等」とあるけれども、指定病院を減らすようにという指示ではないと厚生労働省が言ったと、これは県庁の文書で連絡してきました。

(スライド7)



これは私も委員で出ていましたし、その後のいろいろな話もおかしな話なので、私は静岡県の拠点病院協議会の会長という立場と、それから国の委員であるという 2 つの立場で、私の方から厚労省に疑義照会をかけました。「こんな文書が来ているけれども、説明がどうも納得できない。全国にこういう説明をしているのか」と問いました。

その時の回答は、「静岡県の誤解である。原則、数を減らすという方針だが、静岡県の担当者から、『この内容は 4 を 3 に減らせとか、2 に減らせとかという話ですか』と質問されたので、そう単純な問題ではなくて、よく議論をしてください」と伝えたが、それを非常に都合良く、「減らさなくてもいいのだ」と解釈して、県内すべてのがん診療連携拠点病院に伝達してしまったようです。その後、いろいろやり取りがあったのですが、皆、後手に回ってしまいました。

これをやっていると、医療は今持ちません。県庁で他の問題はこれでもいいのかもしれませんけれども、医療というのは本当に今クリティカルな状況です。

(スライド8)

拠点病院指定についての議論(3)

- 過去の経緯から、原則は3医療機関に減らすこと。
- ただし、4医療機関の継続が、この地域のがん医療にとって相乗的効果を発揮できるという説明がつけば、(例外的に)検討委員会が、そのままの継続可と判断することがある。
- 10月末までにその説明を厚生労働省が受け、事務局として判断する。
- 厚生労働省が説明を了解しない場合は、委員会までに医療機関を減ずるプランの提出を求める。
- 厚生労働省が、説明を了と判断したが、検討委員会の判断が不可の場合には、3月の通知までに静岡県として辞退する医療機関を決定し報告すること。

これは私が厚生労働省の担当者に確認した、「過去の経緯から、原則は 3 医療機関に浜松を減らしてください」という意味です。「ただし、4 医療機関の継続が、この地域のがん医療にとって相乗的な効果を」、これがキーワードです。「発揮できるという説明がつけば、例外的に検討委員会がそのまま継続可と判断することがある」。「10 月末までにその説明を厚生労働省で受け、事務局として判断する」。「厚生労働省がその説明を了解しない場合は、1～2 月に開催される委員会までに医療機関を減ずるプランの提出を県に求める」。厚生労働省は説明内容に納得した場合でも、検討委員会の判断が不可となった場合には、2 月の終了後、3 月の通知までに静岡県として辞退する医療機関を決定し報告すること」というのが、厚生労働省の真意でした。

このような情報を正確に流していただかないと、例えば、浜松医療圏の 4 病院はそれなりに皆さん大変優れた病院なのですが、そこを 1 カ月か 2 カ月で、「あなた、辞退しろよ」ということがもし仮に起きると、現実には大変なことになります。

(スライド9)

地域医療を守るために

- 行政の無誤謬(ごびゅう)性
  - → 正確な情報、実態把握
  - → 朝令暮改
- 拠点病院の返上の困難さ
  - 診療報酬・補助金の優遇
  - ブランド力の低下
- 病院力の低下
  - 医師派遣への影響

地域医療を守るために、これは県も含めて市町の行政の方々、議会の方々に是非お願いをしていただきたいのは、地域医療を守るというのは大変な努力を要するという点です。それで、行政の無誤謬(ごびゅう)性は、ここではとにかく捨てていただかねばなりません。正しい情報をとにかく徹底して流すことが求められます。正確な情報、それから実態を是非把握してください。静岡がんセンターでいつも申し上げているのは、職員の方には朝令暮改を徹底してやる。速やかに決断する、しかし、間違ったと思ったら直ちに修正するという方針を守って頂いています。医療の分野では、これが必要だと思います。

それはなぜかと言うと、例えば先ほどの問題で言いますと、拠点病院の返上は大変困難な事態です。診療報酬・補助金で優遇されていますし、それからもう明らかにブランド力の低下に繋がります。「あそこは厚生労働省から言われて辞退したのだよ」というようなことは、その病院の職員、近隣の住民にとって厳しい話です。明らかに病院力の低下を招きます。拠点病院を返上すると何が起きるか？今まで医師を派遣していた大学が、「あなたのところは拠点病院ではないですから、医師の派遣をやめます」ということも起きかねません。全国的にはこのような状況が起きています。そうすると医師数が減って、病院はどんどん衰退に向かってゆき、いずれ最悪の場合は銚子市立総合病院のように閉院に追い込まれます。そういうことに繋りかねない話がたくさんあります。

だから、これは 2 日前に起きた 1 つの小さな事例ですが、こと医療に関しては県庁の方々が全て知っているわけではない。むしろ、ほとんど把握できていない可能性があるので、関係者への情報開示が必要だと思います。同じ問題を地域では市立病院、それから民間病院も含めて抱えていますので、これは後のパネルでまたいろいろ議論があると思いますけれども、そういうことに追い込まないようにお願いしたいと思っております。

(スライド10)

がん診療連携拠点病院の使命

- 専門的ながん医療の提供等
- 地域がん医療連携体制の構築
- 院内がん登録の実施
- 情報提供、相談支援の実施
- 各種講習会の実施

がん診療連携拠点病院のいろいろな使命です。

(スライド11)

がん診療連携拠点病院の運営

- 補助金:地域拠点 2200万円
- 診療報酬上の優遇
- 機器整備補助金
- その他

大体補助金、診療報酬上の優遇等で、静岡がんセンターで大体数千万円ぐらいの増収になっていると思います。だから、地域の拠点病院で 3,000 万円から 4,000 万円ぐらいのプラスになっていると思います。推進病院ですと、その補助金が半額になる分のプラスと、今の病院経営が非常に厳しい中では、結構大きな額です。

都道府県の補助金の額が国からの補助金の額を決めるという仕組みになっています。満額出しているのは静岡県を始め 8 つの都府県です。最悪が埼玉で、20 分の 1 ぐらいの補助金(95 万円)しか出していない。2,200 万円に対して 95 万円。小さいように見えますけれども、これは例えば先ほどの指定の委員会で、私の方から「一体どういうことか?」と尋ねたところ、担当者は、「次の予算で必死になって上げます」とおっしゃっていました。埼玉、鹿児島、香川、福岡、沖縄、山形、熊本、徳島、宮崎などがワーストの部類です。

(スライド12)

拠点病院における診療報酬(2010年度案)

- 拠点病院のみ
  - (改定)がん診療連携拠点病院加算 500点
    (400点)
- 拠点病院など
  - (新規)がん治療連携計画策定料
    (計画策定病院) 750点(退院時)
  - (新規)がん治療連携指導料
    (連携医療機関) 300点(情報提供時)

拠点病院における診療報酬も、2010 年度に更に厚くなっている部分があります。静岡がんセンターではやはり症例数が多いので、今度の診療報酬改定は病院に厚くなっていましたので、現在の試算では、静岡がんセンターは多分年間 5 億ぐらいの増収になります。ですので、私どもはがんだけですけれども、一般の病院で脳卒中、心筋梗塞の急性期医療をやっていれば、規模にもよりますけれども、多分何億かの増収になると思います。

ただ、市議会、町議会の皆様にお願いしたいのは、うちの病院の増収が少ないと決して言わないでください。各病院には大きな事情があって、時々そういうことが言われているのが病院の崩壊に繋がることになっています。

(スライド13)

よろず相談実践用資料



拠点病院に指定されると、国から、あるいは私どもを含めて、様々な資料がそこに送られ、住民にとっては大変役立つことになります。

しかし、拠点病院に対して、「がん診療連携拠点病院はまやかしだ」とか、「拠点病院がちゃんと機能していないの

で、がん難民が生じている」といった批判があることも事実です。

(スライド14)



静岡県の拠点病院のレベル向上のために、静岡がんセンターではこのようにかなり分厚い資料を作りまして、全拠点病院に配布しています。

(スライド15)

相談担当者研修会



例えば登録・申請を出来るだけ容易にやっていただくとか、あるいは相談支援センターの担当者に役立つ資料を提供するなどの努力です。

(スライド16)

がん診療連携拠点病院の課題

- 二次医療圏に原則1個所の妥当性
- 地域格差是正は絵に描いた餅？
- 大都市と地方都市での病院格差
- 指定基準の妥当性
- 補助金額の格差

全国のがん診療連携拠点病院についての課題をまとめてみました。

2次医療圏に原則1カ所の妥当性。地域格差の是正は絵に描いた餅なのではないかという厳しい批判もあります。大都市と地方都市ではやはり病院の差があります。

指定基準は妥当か、補助金の格差をどうするか、やはりこの辺りが全国的に課題になっています。静岡県に関して言えば、この課題のかなりの部分を県の取り組みでクリアしています。県内で、さらに、充実を図ることがこれからの課題でしょう。

(スライド17)

がん診療連携拠点病院の活用

- 住民が育てる
  - 相談支援センター、適切な受診
- 情報中心
- 地域医療連携

がん医療においては、拠点病院、推進病院、相談支援センターを含めて、是非住民の方々に育てていただきたいと思います。相談場所があるので、どんなことでもいいから相談に行って下さい。それが相談員の質を高めますし、やる気も出させます。それから適切に受診をしていただく。拠点病院に相応しい受診行動を取っていただけると有り難いのですが、これはなかなか住民の方にとって難しい部分がありますし、総合病院で拠点病院

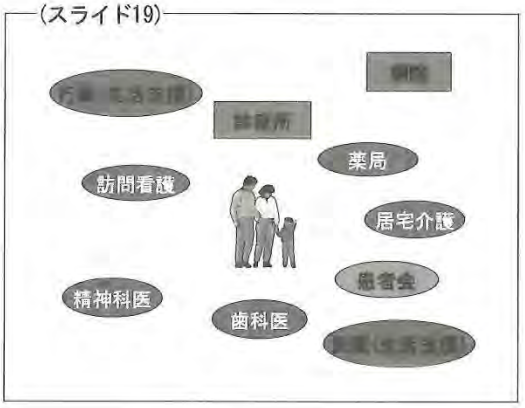
になっているところは確かにそういう問題を抱えています。それから、情報中心であるということは大変重要です。ここに行けば、ともかく自分がかかったがんの情報をある程度押さえることができます。それから、がんに関する地域医療連携の中核になっていくことは、先ほど竹内室長がお話しになったとおりです。

(スライド18)



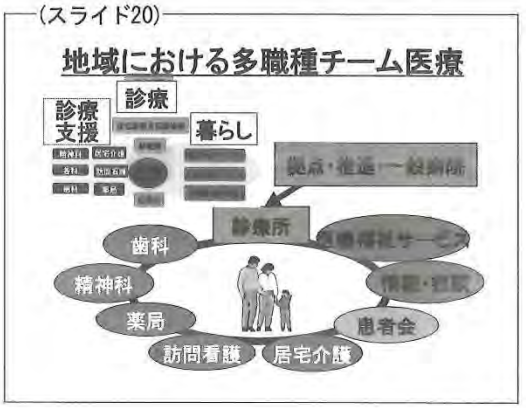
沼津医師会長の青木先生に午後からお話をいただくのですが、先ほど、浜松の例、静岡の例をいただきましたが、静岡県東部のがんについていろいろな地域連携を始めており、がん以外の分野については、今日お見えの院長先生方のご努力でいろいろな形で進められつつあるところです。

(スライド19)



患者さんや家族の支援という観点では、実は現在市町が多くのことをやっておられます。ところが、それがばらばらに行われているので、なかなか住民の目からは見えにくい。今コーディネート的な立場の人がいないので、がんにかかって頭が真っ白の状態の患者・家族が、このサービスはどこに行ったら受けられるのだろうと言って、一所懸命 Web を探し、人に聞き、という状況が現実には起きております。

(スライド20)



そこでこのばらばらの状態を改善し、連携を取っていただくようにしたい。そのための情報提供手段として地域がん医療資源検索システムを国の研究費で作成し、県庁厚生部のご尽力で情報を提供していただけることになりました。静岡全県で、Web 上で医療機関、あるいは訪問看護ステーション、薬局等を探せるような仕組が、今プロトタイプができて、皆さんの意見を伺っているところです。

この後、今申し上げたシステムを堀内疾病管理センター長から説明していただきます。そこで内容を把握していただければ大変有り難いと思います。

以上で話を終えたいと思いますが、医療の厳しさ、そしてそれに伴う情報が今いかに大切かということを強く訴えて、それを行政の方々、議員の方々に是非頭に入れておいていただかないと、先ほど申し上げたような、「院長が悪い」と言っていたのが、次に「市長が悪い」、その次に「国や県が悪いからこうなったのだ」と言っているうちに地域医療の崩壊が現実のものとなってしまいます。全国的には、「誰がやってもうまくいかないのだ。地域がもう必死になってせざるを得ないのだ」とやっと気付き、医療を守るために様々な試みがなされています。先ほどお話があった、医学生に対する奨学金制度を静岡県で始めたら、すぐに藤枝市や島田市が、静岡県よりも良い条件で自分の病院だけに来てくださいという制度を始めました。私は結構なことだと思うのです。このような競争が今どんどん始まっています。ともかく、非常に売手市場で、行政にとってはシリアスな状況になってきているのだということを、後のパネルディスカッションも含めて

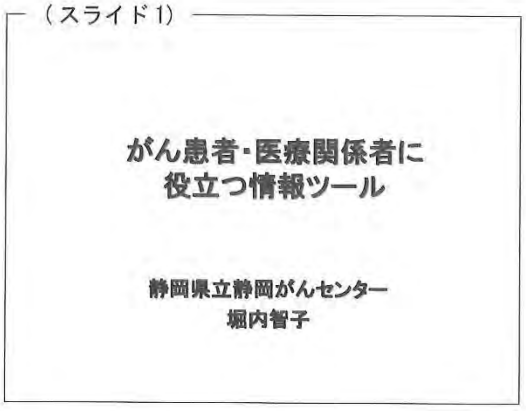
知っていただければと思います。

以上で、私の拠点病院に関するお話を終えさせていただきます。どうもご清聴、ありがとうございました。

がん患者・医療関係者に役立つ情報ツール

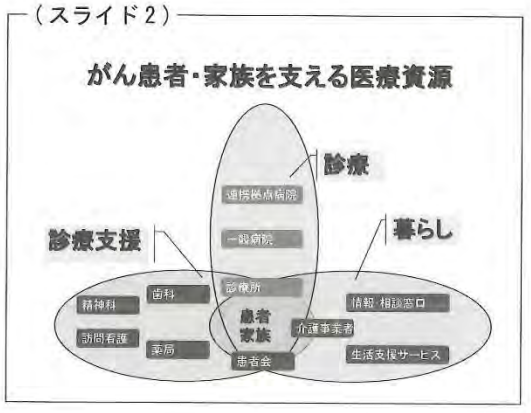
静岡県立静岡がんセンター　疾病管理センター長
堀内　智子

（スライド1）



静岡がんセンター疾病管理センター長の堀内と申します。私の方から、「がん患者・医療関係者に役立つ情報ツール」というテーマでお話をさせていただきます。

（スライド2）



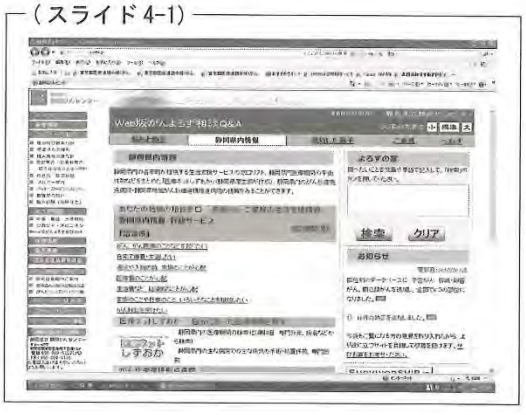
静岡がんセンターが中心になって作ってまいりました3つのツールについてのご紹介をいたします。静岡がんセンターでは、がんの疑いを持たれた時から一定の治療が終って自宅で療養する時まで、がん患者さんやご家族を支える医療資源がたくさんあるのではないかということで、数年前からいろいろ調査をし、まとめてまいりました。一つには、直接がんの診療を支えるグループ、それからそのがんの診療を支援するグループ、そして、がん患者さんとそのご家族を直接守る、暮しをサポートするという、この 3 つの医療資源があるのではないかと考えています。

（スライド3）

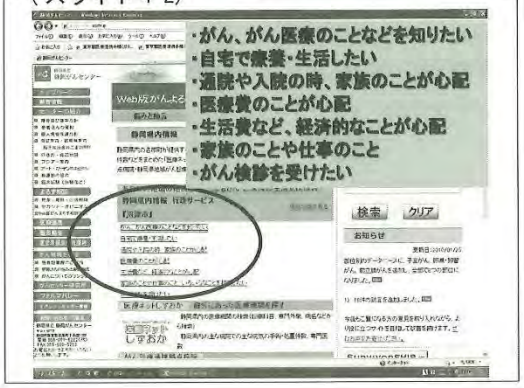


そのうち暮しをサポートする資源につきましては、平成16年から平成18年までの3年間をかけて調査をし、静岡がんセンターのホームページの「Web 版がんよろず相談 Q&A」にまとめて載せております。その中に「静岡県内情報」がございます。このように地図がありますので、この中で「沼津市」をクリックいたしますと、沼津市内の相談可能な窓口が出てまいります。

（スライド4-1）

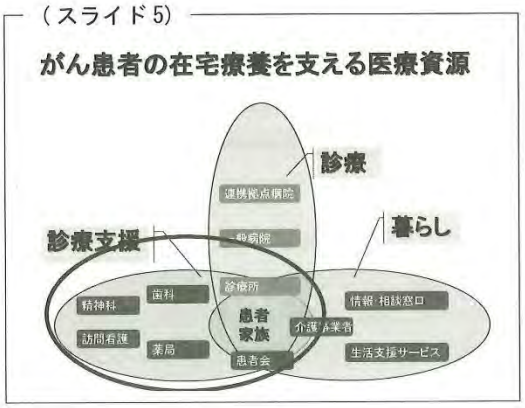


（スライド 4-2）



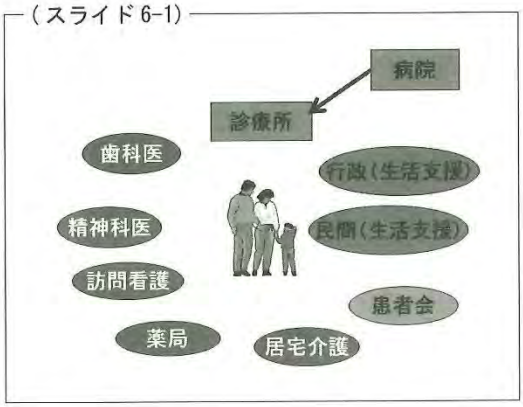
がん、がん医療のことを知りたい時の沼津市の窓口はどこか、それから自宅で療養・生活をしたい時、その他いろいろなことを聞きたい時の沼津市の窓口、これだけの項目がこちらをクリックしていきますと、実際に担当する機関の名称と電話番号が出てくることになります。

（スライド 5）



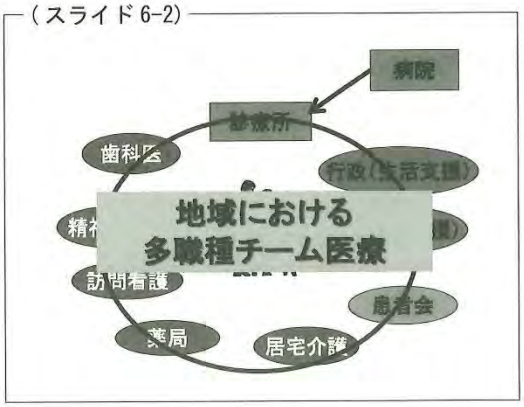
また、平成 19 年から平成 21 年までの 3 年間をかけまして、特に在宅に帰られた時に患者さんが利用することができる診療支援、それから診療に関する医療資源について調査をし、まとめてきたところです。

（スライド 6-1）



患者さんが病院を退院して自宅に戻られた場合、実はたくさんの資源が周辺にあるのですが、なかなか患者さん自身には気付けない状況になっています。

（スライド 6-2）



患者さんの周りに、地域における多職種のチームがあることをわかっていただくため調査をし、6,637 件のデータを集約しました。

（スライド 7-1）

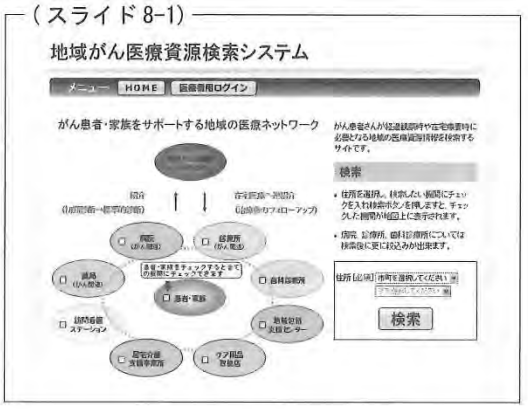


（スライド 7-2）



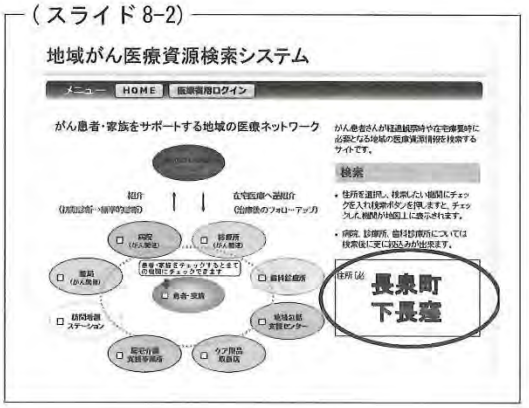
病院、診療所、歯科診療所、薬局のデータ約 5,500 件、介護サービス情報公表システムに則ります、訪問看護ステーションや包括支援センターのデータ約 1,000 件、沼津医師会のご協力をいただき、独自に調査されたアンケート調査の結果、自分達で調査しましたケア用品の取扱店 105 件を集め、この情報をまとめまして、試作版としたものが、こちらの「地域がん医療支援検索システム」でございます。

（スライド 8-1）



これはがん患者さんが経過観察の時、それから在宅療養時に必要となる医療資源情報をまとめて検索することができるサイトです。真ん中に患者さん・家族がいまして、その周りを取り囲んでいる多職種を示しております。患者さんはこのサイトを使いたい時に、自分の知りたい情報にチェックを入れます。それからもう一つ、ここに住所を入れる所がありますので、ご自分の住所を入力します。そうすると、必要な情報を検索することができます。

（スライド 8-2）



（スライド 9）



たとえば「長泉町下長窪」と入力をいたしますと、このような周辺のマップが出て来ます。病院は赤い旗で示されますので、こちらが静岡がんセンター、それから周りの診療所はピンクの旗で示されます。そして、薬局や訪問看護ステーションなども示されます。

（スライド 10）



この「詳細」というボタンを押しますと、さらに選択した

診療所の基本情報が出てくるというシステムです。

（スライド 11）



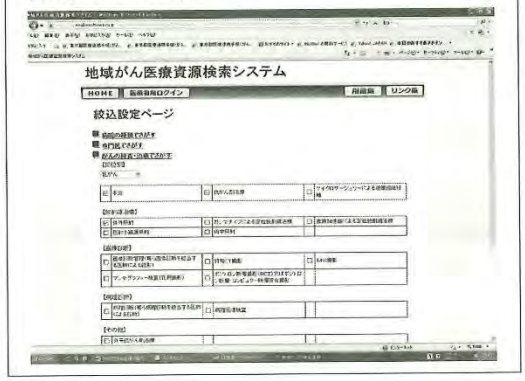
それからもう一つ、先ほどのページで、ここに「簡単な絞り込み検索を行う」というボタンが付いています。診療所・病院につきましてはこちらで絞り込み検索ができます。ここを押しますとこのようなページが出てきて、11 項目のメニューがあります。

（スライド 12）



「病院の種類で探す」「専門医で探す」、それから「がんの検査・治療で探す」といったようなメニューです。今回は、この「がんの検査・治療で探す」というところを押してみます。

（スライド 13-1）



そうしますと、さらにここに「絞り込み設定ページ」が出てきます。こちらに部位別というものがあります。

（スライド 13-2）



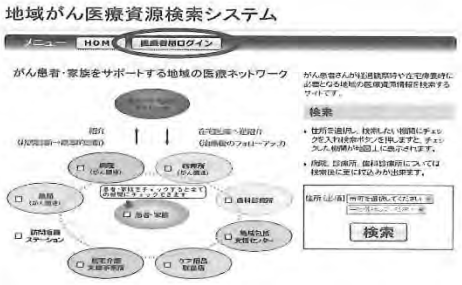
例としまして「乳がんの場合」、それから「手術ができる病院」、「抗がん剤治療ができる病院」、「放射線治療ができる病院」にチェックを入れたといたします。

（スライド 14）



そうしますと、中部・東部の病院の中で今の項目をクリアできるのが、静岡がんセンター、沼津市立病院、静岡済生会総合病院が赤い旗で示されます。

（スライド 15）



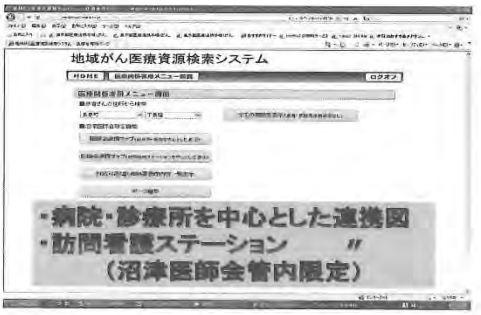
ただいまのものは患者さんの病院選択、診療所選択に役立つページということでご紹介いたしましたが、もう一つ、こちらに「医療者用ログイン」というボタンが付いています。これは医師・看護師が退院を前提として患者さんと話す時、あるいは相談支援センターの相談員が相談に対応する時に役立てていただけるページとお考えください。

（スライド 16）



事前に各医療機関の方には登録をいただき、ID をこちらからお送りします。ここを押して、その ID・パスワードを入力していただきます。

（スライド 17）



こちらが医療関係者用のメニュー画面です。ここでは主に病院・診療所を中心とした連携マップ、それから訪問看護ステーションを中心としたマップも出てきます。ただし詳細な情報が必要ですので、現段階では沼津医師会管内に限定されておりますが、今後各医師会のご協力をいただきながら作り込んでいきたいと思います。

（スライド 18）



今回は「沼津市上土町」という住所を入力いたします。そうしますと、マップが出てきますが、先ほどの一般用のマップと違いますのは、まずここに御成橋栄クリニックの赤い旗が立っています。沼津医師会では在宅支援ネットというネットワークを作っており、このクリニックの先生が不在の場合はその近隣の先生が患者さんを支援するというシステムが機能しています。したがって、このクリニックとネットワークを結んでいる先生方をこちらのピンクの線で表しております。訪問看護ステーション千本にこの黄色い旗が立っておりますが、御成橋栄クリニックと連携をしています、訪問看護ステーションの関係も示すことができます。さらに連携している薬局なども載ってきて

おります。反対に、この訪問看護ステーション千本が連携をしている診療所についても別のマップで示すことができます。

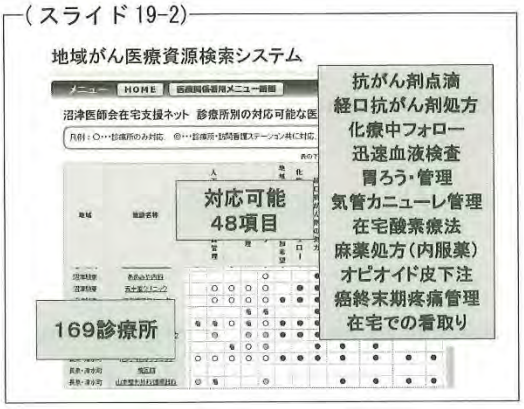
また、「対応可能な処置一覧」ということで、この御成橋栄クリニックの機能が出てきます。

（スライド 19-1）



それから、これは沼津医師会が独自調査された結果です。

（スライド 19-2）

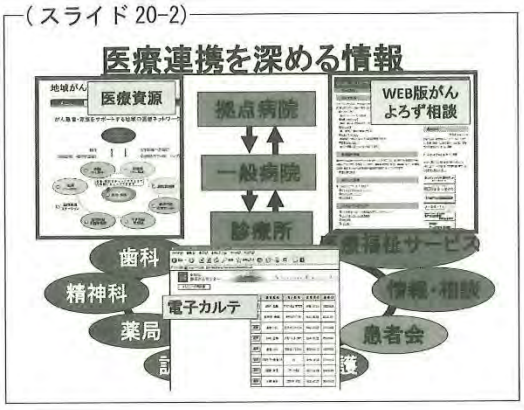


169 診療所の対応可能な処置 48 項目がこの丸印で示されております。これはぜひ医療機関の方に知っていただき、適切な紹介をしていただきたいということで、情報提供をいただいております。

（スライド 20-1）



（スライド 20-2）



今ご紹介いたしました「医療資源」のツール、それから先ほど冒頭でお話をしました「Web 版がんよろず相談」を整えてまいりました。これにより、この患者さんを中心として、在宅に戻られた時もこうしたツールを利用しながら連携を深めていただくこともできますし、患者さん自身も知りたい情報を今までより簡単に確実に掴むことができるという体制を整えているところです。

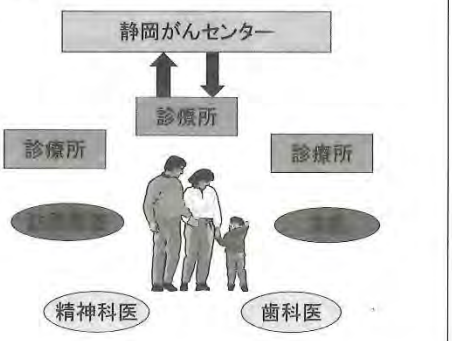
しかし、在宅に帰った患者さんを地域で様々な機関がサポートをするということになりますと、患者さんの診療情報を関係機関が共有する必要がございます。静岡がんセンターでは電子カルテを使用しており、医師や看護師・技師などの多職種がこの患者さんの診療情報を共有しています。

（スライド 21-1）



すでに開院以来、静岡がんセンターでは患者さんを紹介していただいた診療所に、がんセンターの患者さんのカルテを見ていただくシステムを作っておりました。

（スライド 21-2）



しかし今申し上げましたように、在宅で療養する患者さんも増えてきたということで、今度は静岡がんセンターから逆紹介した診療所の先生に患者さんの情報を知っていただくと同時に、訪問看護ステーションや歯科診療所、薬局等、地域でがん患者さんをサポートする方たちにもこの情報を知っていただきたいと考えており、現在、地域の多職種の皆さんにも見ていただける電子カルテについて検討をしている最中でございます。

それから、今まではこの逆紹介をした診療所は１カ所だけだったのですが、沼津の在宅支援ネットのように、連携する他の診療所の先生にもこの患者さんをサポートしていただくということもありますので、これだけの方達が共有できるような新しいシステムを検討中でございます。

（スライド 22）



まず、ID・パスワードを入力いたします。

（スライド 23）



次に乱数表によって数字を入力します。

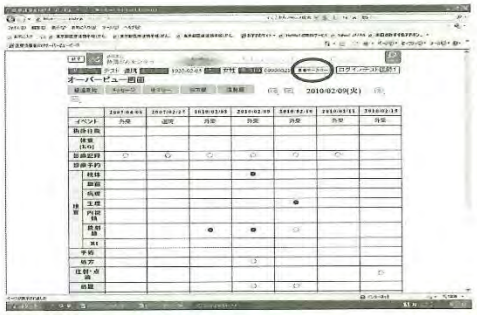
（スライド 24）



そうしますと、その診療所の先生に見ていただける、先生からご紹介いただいた、あるいは逆紹介させていただいた患者さんのリストが出ます。もちろん患者さんに、

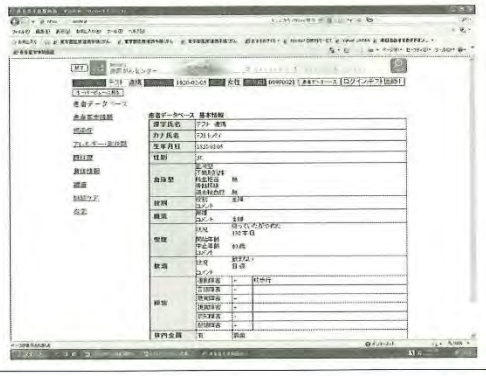
そのクリニックの先生にご自分のカルテを見せていいか否かを事前にお話をし、同意を得た患者さんのリストが出ます。

（スライド 25）



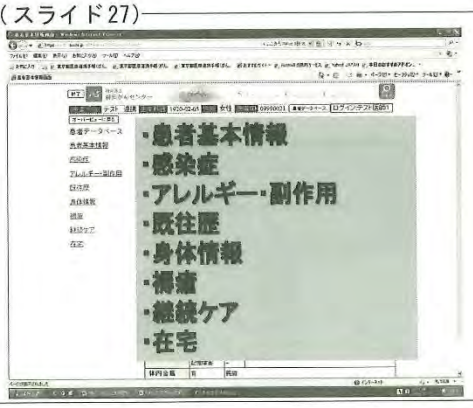
ここで患者さんを選択していただきますと、このようなオーバービュー画面が出てきます。上に日付がありまして、その患者さんに対して行った診療行為が丸で示されております。

（スライド 26）



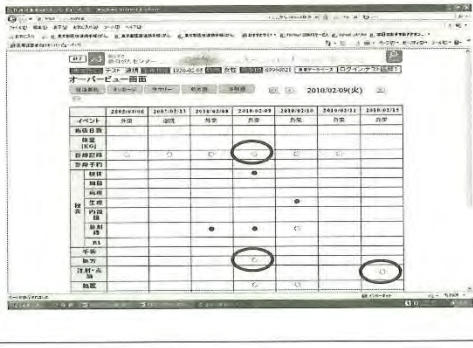
また、こちらをクリックいたしますと、「患者データベース」の患者さんの基本情報が出てまいります。

（スライド 27）



その他にも感染症、アレルギー・副作用、既往歴などの情報をこのバーから選ぶことができます。

（スライド 28）



それから先ほどのオーバービュー画面に戻りまして、こちらの、例えば 2 月 9 日のところでは診療記録、処方、それから注射・点滴の記録があるということがわかります。

（スライド 29）



これは医師の経過記録です。

（スライド 30）



（スライド 31）



これは注射歴、そして処方歴になります。

（スライド 32）



それから、この黒丸で示してありますのが検査の結果です。検査をしましたというのが白丸で、検査の結果をカルテの中で見ていただくことができるものが黒丸になっています。この黒丸はレポートや画像がありますということを示しております。

（スライド 33）



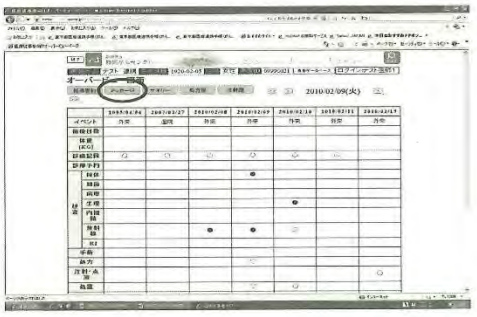
こちらには放射線検査の一覧が載っています。この中でどのような検査をしたか、それからレポートや画像があるかどうかをここで示しております。

（スライド 34）



こちらに画像のボタンがありますので、それを押しますと、このような写真を見ていただくことができます。

（スライド35）



上のバーには「メッセージ」、「サマリー」、「処方歴」、「注射歴」などがございます。

（スライド36）



「メッセージ」ボタンを押していただきますと、このカルテを見ていただいているクリニックの先生方から、この患者さんについてコメントがあった場合、静岡がんセンターの担当医に対してのメッセージを送ることができます。

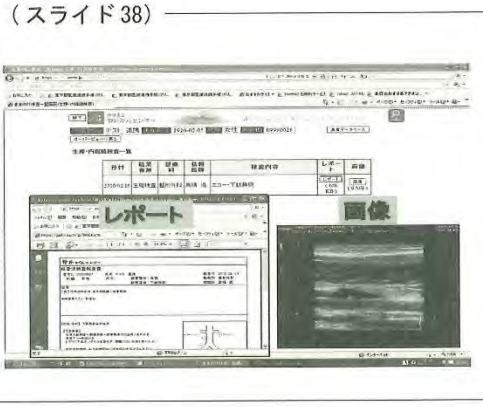
ここまでが医療関係者用の閲覧カルテですが、もう一つ、患者さんご自身にも自分のカルテを見ていただくことも考えております。

（スライド37）



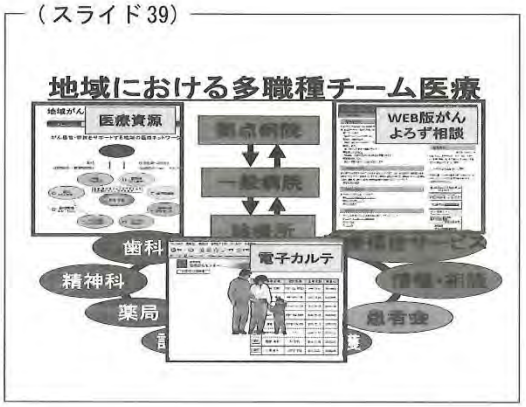
今は検討中のものをご紹介していきます。先ほどと同じようにオーバービュー画面に、患者さん自身ですので非常に簡単なわかりやすい言葉で書いてありますが、「説明ノート」がございます。担当医が診療の時に患者さんにお話しした説明の言葉やお示しした図などをこちらで見ることができます。それから、こうした各種検査の結果を見ることができます。

（スライド38）



これは生理・内視鏡検査の結果です。レポートや画像がある時はこのボタンを押していただくと、このようにレポートや画像そのものを、患者さんにもご自身の記録として見ていただくことができるというものを考えているところでございます。

（スライド39）



本日は医療資源、Web 版がんよろず相談、電子カルテという 3 つのツールのお話をしてまいりましたが、この電子カルテで、まずはこの地域の多職種の皆さんにこの中心にいます患者さんの情報を共有していただくということで、今後さらに患者さんを守っていただく体制が強まっていくのではないかと思います。それから、患者さんご自身に自分の診療記録を見ていただくことにより、この多職種のチーム医療の一員として患者さんご自身にも加わっていただくということで、さらに理想的な医療が進んでいくのではないかと考えております。

以上で私の発表を終らせていただきます。ありがとうございました。

地域医療を守る…地方の時代の医療改革



静岡県立大学大学院経営情報学研究科教授
大学院附属地域経営研究センター長　学長補佐(社会人教育担当)
西田在賢

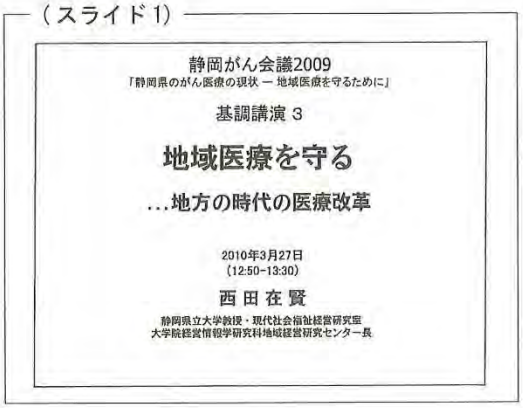
経　歴
静岡県立大学大学院 教授、同地域経営研究センター長。
医学博士、情報工学修士。
専門は医療・福祉経営学、経営情報システム論。
マッキンゼー・アンド・カンパニー勤務、電子カルテ開発のベンチャー起業ののち、日仏合弁会社の経営再建の責任者を経験。自らの経験則もふまえた独自の医療経営論を展開する。
医療経済研究機構主幹、東北大学医学部助教授、ハーバード大学公衆衛生大学院リサーチフェロー、川崎医療福祉大学教授、武蔵野大学教授を経て 2006 年4月より現職。岡山大学大学院医歯薬学総合研究科医療経済学担当客員教授(2001 年4月より 2009 年 3 月まで)

―要　旨―

昨今、医療崩壊が話題となっている。地域の医療を守る公的病院で医師を確保できないこと、また、そのために病院の経営が悪化することが原因だという。しかし医師不足１つ取っても、その背景は複雑だ。要するに、医学が発達し、医療が進化する中で複雑になった医療提供と巨額になった医療費資金のバランスを管理することは容易ではなく、医師不足に限らず、何かのきっかけで形を変えて医療崩壊が起きても不思議ではない。その対策の１つとして、国が中央で一括して進めていた医療制度改革が、地方に委譲されようとしている流れに注目しておく必要があろう。

※ 当日使用したスライドの画像データは都合により記録集には掲載しておりません。

（スライド 1）



只今ご紹介にあずかりました西田在賢でございます。本日は山口総長からご依頼を賜りまして、「地域の医療を守る」というシンポジウムの中で、私の方では「地方の時代の医療改革」という副題を付けさせていただきました。

（スライド 2）

さきほどの総長のお話しにも出ましたが、銚子市民病院の話から始めます。三島はこちらにございますが、新幹線と特急を乗り継いで約 4 時間かかるところに銚子がございます

（スライド 3）

銚子駅から車で 10 分ぐらいのところに銚子市民病院（正式には、銚子市立総合病院）があるわけですけれども、ここが 2008 年 9 月末で休止いたしました。この病院は 393 床で、そのうち 150 床が精神病床です。そのため精神病床の整備を管理する千葉県にとって重要な役割を果たしている病院でしたが、2004 年度に始まりました新臨床研修制度が引き金になって医師確保が適わなくなり、収支の悪化が続いて閉じてしまったのです。

2004 年度時点では、入院・外来を合わせまして 31 万人の患者を診ておりました。閉鎖前の 2007 年度、つまり 2008 年 3 月末までの 1 年間でも 19 万人の市民を診ておりました。それを同年 9 月 30 日で閉めてしまいました。もちろん、市からの繰入金が毎年 9 億円程度ありました。それが、閉める前の 2007 年度は 15 億円に膨れ上がっておりました。医師たちはどんどんと元の医局に引き上げて行きましたが、看護師の方々は引き続き残っていました。けれども、医師がいなくて診療ができないわけですから、手持ち無沙汰です。病院の最大の専門職集団は看護部ですが、その人件費は固定ということで、実赤字が 2007 年度で 12 億 6,000 万円となり、医師を確保できない銚子市のほうでは経営努力のしようがないところまで追い詰められたようです。

（スライド 4）

そして、閉鎖された 1 カ月半後に銚子市の要請を受けて当地へ出向きましたときに見学させていただきましたところ、まるで幽霊病院の姿でした。ナースステーションを見ればもう一目瞭然です。書類などがまったく無くて、机と椅子と書棚だけでヒト 1 人もいない幽霊病院の姿でした。病院はきれいに掃除されています。と言いますのも、いつでも再開できるようにと、大きな病院の中に市のスタッフが数名詰めておりまして、年間 5,000 万円程度の機器維持費がかかるとのことでした。

（スライド 5）

この銚子市民病院の閉鎖の影響は銚子市に限られるわけではなく、周辺の市にも多大な影響を及ぼしました。すぐ隣に旭市がございます。ここには有名な国保旭中央病院がございますが、それまで銚子市民病院が引受けていた救急患者が一挙にこちらの方に流れ込んだために、悲鳴を上げる事態になったのです。

（スライド 6）

銚子市の市政は大変混乱しておりました。昨年 3 月末にリコール運動が成立し、市長は失職しました。その後 5 月に選挙が行われまして、リコールを受けた市長の前任の市長だった方が返り咲きました。リコール運動をやった人たちも立候補したのですが、当選しませんでした。混乱だけが残ったとの印象です。このたびの新市長は旧自治省出身ということで、そのつてで医師を確保できると選挙で訴えておられたようです。

（スライド 7）

選挙終了後の 2009 年 6 月の新聞を見ますと、「2010 年 4 月に再開します。自治医大の関連の地域医療振興協会と交渉しています」と、大々的に発表しておりました。

そして今年2010年2月の報道では、「実のところ、医師の確保はできず、今年 5 月に再開します」と言っています。そこでは、医師 2 人の目処が立ったということでしかありませんから、とても病院とは言えません。そのようなわけで、先ほどの幽霊病院の姿のままなのでしょうか。

(スライド 8)

実は、私がなぜ銚子市民病院の事情を詳しく知っているかと申しますと、銚子市民病院を一旦閉め、そして規模を縮小してでも再開したいという当時の市長から相談受けた東北大学医学部の伊藤恒敏教授が委員長に就任され、2008 年 10 月に「銚子市病院事業あり方検討委員会」を設けられるときに、ご縁があってその委員に就任せざるを得なかったからです。

以前、私は東北大学医学部で勤めていたことから、今も師事します久道茂先生(元医学部長、医学部名誉教授)が 2008 年夏に伊藤先生に私を紹介されたことから、伊藤先生からの要請でと当時の市長が静岡県立大学の私の研究室まで来られた次第でした。この委員会に実際に出向くとなると、東京駅から銚子市に向かう特急の数があまりないので大変でした。この「あり方検討委員会」では 11 月末には答申がまとめられました。結果、指定管理者を置くことになったのですが、指定管理者の募集はやはり簡単ではありませんでした。

伊藤委員長がこの時の報告書の中に必ず載せることを求められた文言があります。「指定管理者、新事業者が病院を再開しても、日本中を覆う医師不足や医療崩壊の危機的状況から逃れられるものではない。このことを肝に銘じて取り組んでほしい」という内容です。実のところ、銚子市民病院再開に関っていろいろと勉強させていただきました。単純に医師不足だけの問題ではありませんでした。地方の政治・政局と申しますか、そんなものもあって、市民はどこかに放っておかれているかにも思えました。また、この委員会が開いている最中には、右翼の街宣車も来たりして、市政の混乱を目の当りにした思いでした。医師でもあります伊藤委員長はこのような文言を提示して、「国・県・市・関係機関・市民、全部の協力が必要」だと明記された次第です。ちなみに、この委員会には千葉県からも理事が来ていました。ですが、この方お1人ではなく、アドバイザーとして県から 2～3 人来られていました。そして、厚生労働省も強い関心を寄せていました。そのようなわけで、国も県も取り組みました。当然のことながら市も取り組みました。けれども結果は先ほど申し上げましたように、今もって再開が適わないわけです。先ほどのきれいに清掃の行き届いた幽霊病院ですけれども、銚子市に住む篤志家の方が何とか病院を速やかに再開してほしいと、個人としては大変な金額の寄付をされたそうですが、それもあまり活かされないまま、あのような姿になっているのです。

(スライド 9)

ここで私の自己紹介を簡単にさせていただきます。30 年余り前は、情報工学を専攻する大学院生でした。たまたま医学部の単位互換講義を取ったことから、病院の経営や政策に関心を持ち、それについて今に至るまでいろいろなかたちで研究してきたのですが、内容は一言で言えば、「つぶれない病院」の経営についてです。あるいは、つぶれない医療提供体制の経営についてと言い換えてもよいかと思います。

(スライド 10)

そして、15年前、1995年のことですけれども、私の古巣であります、厚生労働省保険局認可の医療経済研究機構で研究部長兼研究主幹をしておりましたときに、『病院の経営持続性の研究』を立ち上げました。

その背景には、日本の病院は1990年に1万96ありましたが、毎年 100 以上減っていくという状況だったものですから、その危機感からこの研究を立ち上げ、京都大学の西村周三教授に委員長にご就任いただきまして、私が昔勤めたマッキンゼー・アンド・カンパニーの幹部の方や、今は九州大学の教授をされている尾形裕也氏、あるいは東京医科歯科大学教授で、よくテレビに出て来る川渕孝一氏、といった方々に関っていただいて、この研究を発表したのが平成 9 年(1997 年)のことでした。当時の状況から申しますと、いずれの病院、医療機関であっても、おおよそ危機感はなかったように思います。1万96あった日本の病院は現在どうなっているかと申しますと、8,700 まで減っています。もっとも、8,700 まで来るともう医療提供は壊滅的なのかと言うと、これはまた別の見方をしなければならないようです。

(スライド 11)

この発表をした後で、ハーバード大学へ研究留学をする機会に巡り合いました。そこで関心を持ったのが、医療保険システムの持続性という研究でした。向こうでは日本にない専門科目として Health Policy and Management というコースがございます。日本語直訳は適当ではありませんで、おそらくこれを「医療経営学」と言って差し支えないと思います。後でも申しますが、医療の提供をマネジメントしようとすると、いわゆる病院や診療所といったところの事業経営の努力だけではなく、国や行政の支援が不可欠です。そういうことから、先行して 70～80 年前から医療提供体制の経営研究が進むアメリカでは、Health Policy and Management というコースがあって、私はその中で取り上げられるアメリカの医療保険システムの問題を日本の問題と照らし合わせて整理し、医療提供のファイナンスの sustainability (持続性) について考察してみました。その成果をまとめた本を 2004 年に発表しております。実際に日本の医療をファイナンスする皆保険制度は今、維持するのにたいへん難しいところに来ています。それにつきましては、後でまたお話ししてみたいと思います。

(スライド 12)

私は今、医療改革関係で幾つかの委員会に出ております。中医協 (中央社会保険医療協議会) 絡みの仕事の他に、一般にはあまり知られていませんが、厚生労働省の方で病院経営が大丈夫かという危機感を持った 1999 年に医療施設経営安定化推進事業が企画されまして、初年から私はここの委員に入り、10 年間やって参りました。その他に静岡県の医療対策協議会、東京都の医療対策協議会、そして近年の社会保険庁の解体に伴って社会保険病院の今後のこと、あるいは厚生年金病院の今後のことを整理する機構ができており、そちらの方にも 2008 年から入らされています。明るい話としては、掛川市、袋井市の方で、全国で初めて試みられます統合病院のことに関っておりますけれども、他所のところの話をする方が耳にも入りやすいのではないかと思いまして、今日は東京都の医療対策協議会での話を少しご紹介してみたいと思います。

(スライド 13)

実は、都道府県の医療対策協議会は 2004 年度に法令で設置が推奨されました。「推奨」です。これが 2006 年度の様々な医療制度改革の法令で、2007 年度からは全国で義務化されているのです。おそらく霞が関のほうで今後に描く 10 年、20 年の絵の中で必要になったからではないかと思います。

(スライド 14)

この地域医療対策協議会は、法令で委員をどの分野から招集するかというのが決められています。特定機能病院、地域医療支援病院、あるいは大学医学部の長といった方、私などは学識経験者の枠です。名簿がありますが、私以外の方々は全て東京都内の方です。私は昔、厚生労働省のシンクタンクにいた関係でここに呼び出されたわけですが、最初は非常に居心地の悪い奇妙な感じがしたのですが、なぜ呼ばれたかが後でだんだんとわかってきました。東京都、1,300 万人の人口を抱える行政区というのは、先進各国で比較すればオランダ 1 国と同じくらいの規模なのです。その中で医療の政策、医療のマネジメントを考えるので、そちらの話をしてほしいということで呼び出されたようです。ちなみに、東京都は 13 の医学部・医科大学を抱えています。ですから、この 4 月から医学部の定員が、目安で、各医科大学で 10 人ずつぐらい増えていますので、東京都はそれだけでも 130 人程度の医学部定員が増えて、医学部が 1 つ増えたような格好です。これが機能するのはまだ 6 年以上先ですね。余談ですけれども、医学部の定員を増やすということでは、問題解決は何年も先のことで、その間を多少とも解決の穴埋めをするのに、地域医療再生基金の発想の根元にあったように想像します。それが事業仕訳で十分理解されず、まったく見当外れの方向へ向かう結果なったのかなと残念に思っております。

(スライド 15)

元の話に戻しますと、結局のところ、東京都の地域医療対策協議会には発足と同時に委員に入れられ、任期は 2 年ですので、去年で終わるかと思ったら、更新させられました。東京都でどうやって医師を確保するかといろいろ知恵を出すのですけれども、結論から申しますと、

他所から医師を募るしかなかったのです。東京都はお金があります。それで、去年の6月から募集しました。結果は、都内の公立病院、特に周辺部の病院で何人ぐらい必要かのアンケートを採り、東京都は予算化して医師を募集したのです。かなりの良い条件を提示しました。けれども、ほんの数名しか集められませんでした。そんな状況を見ていますと、静岡だったらどうなるのかと思ったのですが、実のところ何もできなかったわけです。

(スライド 16)

ただ、ここで考えておきたいのですが、医師不足イコール医療崩壊なのかということです。おそらく、それは本質ではないと思います。ですから、先ほどの銚子市民病院の時に、伊藤委員長があのような文言を書かれたのだと思うのです。医師不足および医療崩壊についての危機は今後共続くということです。2 つを並べていたはずです。医療崩壊という言葉は、医師不足がきっかけで、この 4、5 年の間に現れましたが、特段の定義はないと思います。そのようななかで、わかりやすい解釈としては「必要な医療を受けられない状況」のことを指す、と私は考えます。そういう医療崩壊が迫っていると言うか、全く今は最中ですね。

(スライド 17)

医師の数については少し考えておきたいと思います。よく国際比較がされますね。今、OECD(経済協力開発機構)には世界で 30 カ国が加盟しています。あくまでも30カ国です。そのOECDから公表された医師数の統計を見ると、OECD 平均は、10 万人あたり約 300 人というものです。ちなみに、アメリカは250 人弱。日本は確かにそれよりも低いです。ただ、日本は医師数が少ないという根拠とするOECD のデータですけれども、よくよく見ると、1 番多いのはギリシャです。2 番目に多いのはイタリアです。本日の会場には医療関係の方々も多くおられると思うのですが、ギリシャやイタリアが優れた医療をしているという評判をお耳にされているでしょうか。というわけで、医師数だけが足りて医療提供の問題が片付くわけではない上に、国際比較だといっても国の事情がそれぞれあるために鵜呑みにはできないのです。

(スライド 18)

もう1つお見せします。OECD の加盟 30 カ国を人口の多い順に並べてみました。1 番多いのはアメリカで約3億人です。2 番目が日本です。約 1 億 3000 万人。その次にはメキシコの 1 億 500 万人、ドイツの 8200 万人と続き、OECD の 30 カ国中 1 番小さな国はアイスランドで 30 万人です。

(スライド 19)

ちなみに、東京都は人口規模で見ますと、ギリシャよりも多くてオランダよりも少し少ないという規模です。

静岡とほぼ同じぐらいの人口規模のところがニュージーランドです。日本で 1 番小さな県は鳥取県ですが、その鳥取県でも 61 万人、つまりアイスランドの 2 倍です。こういった国々の人口規模を念頭に置けば、単純な比較はほとんど意味を成さないはずです。そのようなことからも、日本は日本の事情で医師を揃えなければならないはずです。

(スライド 20)

静岡県について考えますと、やはりニュージーランド1国並みであるということを考えておかなければならないのではないかと思っております。

(スライド 21)

国によって医療提供の事情は様々ということで、たとえば、日本・フランス・ドイツ・イタリア・イギリス・アメリカ・スウェーデンの 7 カ国について病院の数を比較すると、日本が飛び抜けて多いです。2 番目に多いのはアメリカで、病院の数は 5708。フランスは 2860。ドイツが 3300。イタリアが 1268。イギリスは 1300。スウェーデンに至っては、病院と行政が規定している医療施設は 81 です。ただし、それぞれの国は人口が違いますので、人口 10 万人当りの病院数を見ると、イタリア・イギリス・アメリカはほぼ同じくらいです。スウェーデンは確かに低いです。ただ、日本は人口あたりの病院の数で見ると極端に多いのです。

これについては、私が 12 年前にハーバード大学に出向いていた時にいろいろな研究者の方々と交流する

中で、日本の病院と諸外国の病院は同じものだと全く頭から思い込んで話をしていたところ、ちんぷんかんぷんで話が繋がらない。特に向こうの人たちに首を傾げられたのは、日本の場合、法律で 20 床以上の入院設備を持つ医療施設を病院とすることです。大抵の国ではそのような定義はありませんでした。要は、入院施設を持っていれば病院だという、非常にシンプルな考え方です。同じく病床数規模の定義を持っているのは、お隣の韓国で確か 10 床以上が病院だったと思います。とにかく病院の定義 1 つ取っても国毎に様々なのです。

開設者で見ますと、民間病院の割合が多いのが日本で、約 85%を占めています。2 番目に多いのはアメリカですが、それでも民間病院の割合は 75%程度で、残りの 25%は公立病院です。スウェーデンの場合は 9 割が公立病院というわけです。なぜこんなにも医療提供の体制について国々で違うのかと考え込みました。おそらく、根っ子には文化の違いが大きいのだと思います。にも拘らず、アメリカの医療はこうだ、北欧の医療政策はこうだ、だから優れているなどと言っていると、おそらく間違った参考の仕方をしてしまうのではないかと思います。それこそ、海の向こうから日本を見た時に、かつては「フジヤマ」、「ゲイシャ」しか見えなかったように、こちらから欧米を見た時に同じような勘違いをしている可能性があると思います。

(スライド 22)

国によって違うと申しましたが、加えて申しますと、国内であっても都道府県によっても医療提供の事情は様々です。日本全国の比較をすると、全国平均で見れば、公立病院の割合は数で約 15%程度、病床数で見ても 20%ちょっとです。ところが静岡県は、公立病院の数は全体の 20%、病床数は 34～35%で、静岡県も他の都道府県と比べて独特です。その違った特色を念頭に置かないと、医療・福祉の政策を誤りかねない。

(スライド 23)

このようなものの見方をしていますのは、私の現在の専門は医療経営学で、一般的に言って、経営分析の基本は比較でしかないのです。そして、だからその時の比較相手を間違うと全く意味がないということで、その目を持って見ますと、先ほどの国際比較にしても、あるいは国内比較にしても、軸足の置き方をよくよくチェックするということを見るわけですが、そのようなことをこの 15 年やってくる中で、多くの場合は「初めて聞いた」と言われることが多いのです。「初めて聞いた」と言われると、こちらもびっくりするのですが、日本の医療を今後どうやっていくか。その基本は、やはりその比較を間違わずに進めていかねばならないと考えています。

(スライド 24)

そのようなことから、先ほども少し申し上げましたが、医療経営学、これは Health Policy & Management という、元々ある英語を日本語に意訳してみたつもりです。制度・政策でもって医療や介護の提供を持続させる仕組みの研究は制度経営です。今まで病院経営と言っていたのは、いわゆる事業経営論を指すことになります。医療提供を持続しようと考える時にはこれら両方を同時に考えなければならないというのが、私が体系化する医療経営学です。

(スライド 25)

昔は、日本の病院経営は診療報酬の改定に対処することで足りました。病院側が医療経済実態調査に答えて赤字だと言うと、診療報酬の点数を上げてもらえました。

(スライド 26)

今から考えますと、そのようにやってこられたのは、実は 25 年前までの話です。日本で国民皆保険制度が実現したのは 1961 年(昭和 36 年)です。この頃は患者自己負担が約 30%、国からの投入は 20%しかなく、しかも医学の発達はそこそこで、医療がまだ貧弱だったはずです。それが、医療が発達する一方で、高度経済成長のお蔭で税収が増え、それを投入することでこの国民皆保険の資金担保ができたのです。けれども、1973 年の第 1 次石油ショック、1979 年の第 2 次石油ショックを経て、もう昔のような経済成長は無理だと政府関係者たちが覚悟した頃から、何とかして保険財政の収支バランスを取らなければならないということで医療制度改革が始まりました。その後の状況を見ますと、患者負担がじわじわと増えています。公費の投入割合は何とか維持

はしているのですが、かつての、1980 年頃の 1 番良かった頃と比べるとやはり減っています。

(スライド 27)

日本の皆保険制度の原則は、保険料を所得に比例して徴収しています。アメリカの民間医療保険ですと、病気の既往歴があると保険料を高くするわけではありません。そして、患者の自己負担は手元に入って使えるお金、可処分所得に関係します。また、公費負担は税収ですので、法人や個人の所得に比例するわけです。そこで、昨今のように経済の停滞、不況ともなれば、個人・法人共、所得は伸びませんので、公費負担の部分の余裕がないのです。それで国債という借金をするのかと言うと、日本の借金は世界各国と比較すれば非常にもう危うい水準まで来ている。そんな状況を念頭に置けば、我が国の医療保険財源、いわゆる国民の医療費資金は、将来の頭打ちは避けられないのですけれども、そこを何とか知恵を絞ろうということで、今の時期があるのだと思っています。結論めいたことを申しますと、1 つの鍵は医療連携だと思っています。

(スライド 28)

ちなみに、介護保険制度は 2000 年度から始まりました。私は 1995 年頃からシンクタンクにいてその準備に関わっていました。そのとき私は、介護保険制度などと言いながら、実際には医療財政の高齢者医療費部分の増え方がとまらず、もうどうにもならなくなってきたために別の財布を作ろうとしているのではないかという印象を持ちました。案の定、2000 年度の統計を見ますと、介護保険に 3.5 兆円(初年度は 11 カ月分の支出。12 カ月に換算すると約 4 兆円。)支出したと言いながら、その半分近くは、それまで高齢者医療費だと言っていた内容でした。

(スライド 29)

そこで国民医療費の推移を見ると、介護保険制度のお蔭で、2000 年度に一旦は減ったようになっています。けれども、高齢者医療費に転嫁した分を元に戻しますと、1974 年頃から始まった毎年 1 兆円ずつ増えるという勢いは止まっていなかったのです。これが本当に止まったのが、2002 年度の実質マイナス改定のときです。いろいろと情報を集めてわかったのですが、1961 年に実現した国民皆保険制度で初めてやった診療報酬の実質マイナス改定でしたが、厚生労働省関係者達もマイナス改定した影響を十分には読めずにいたようです。つまり、やってみないとわからない、それで本当にやったわけです。私はそれ以前から医療費の伸びに「急ブレーキをかけると病院倒産増という形で影響が現れる」と警告していたのですが、案の定そうなりました。その後、もう 1 度診療報酬のマイナス改定をやったのが 2006 年度です。このときも案の定、倒産が増えました。そんな経緯を辿りながらガタガタ道に入っているのが、この 21 世紀に入ってからの様子です。

(スライド 30)

一部では民間保険を入れろとか、混合診療の規制を緩和しろという話がありますが、根本的な問題として、国民の財布のパンクを懸念しなければならない。お金の問題と言うよりも、国民の生活の問題だということを、私は 10 年近く前から申し上げております。この問題とどのようにバランスを取っていくのか。私は、時間をかけてでも、国民に向けた広報が欠かせないはずだと言ってきました。実のところ、2000 年前後から『読売新聞』や『朝日新聞』が、介護保険が始まるのをきっかけに「生活保障ジャーナリズム」というものを始めていました。要はわかりやすく、なぜ医療に、介護にお金がかかるかがわかってもらえれば、国民の方だってお金の拠出に同意するはずだということを申し上げていたのですが、今まさにその時期に来ているものと思います。

(スライド 31)

今年 3 月の新聞報道に、保険料が払えなくて、病気になっても病院に行けないという訴え記事がありました。アメリカではオバマ大統領が医療の皆保険制度を達成するための法案を通しましたが、これはうまくいったとしても国民の 95%までしか医療保険が行き渡らないものです。しかも、あれは生活保護も含めての話です。まだ残り 5%の国民は取り残されるのです。一方、日本は先進国の中で、ある意味、皆保険が最高に成功している国だったのですが、今はこのような新聞記事が出るような時代です。

(スライド 32)

一体、日本の医療体制はどのような方向に向かうのだろうかというところですが、この動きは次のように整理できます。

(スライド 33)

社会保険庁問題から政管健保(政府管掌健康保険)が解散させられ、協会けんぽ(全国健康保険協会)に改組されました。これで何が起るかです。政管健保の時は、保険者は国で、保険料は全国一律でした。これが協会けんぽになってから、保険者は都道府県に移っているのです。

(スライド 34)

その結果何が起っているか。今年の 1 月の新聞で報道されていますけれども、全国一律だった保険料が都道府県毎に違ってくることになります。ちなみに、只今のところは激変緩和措置をするということで、変化を 10 分の 1.5 程度に調整します。実際の変動幅を 1 割程度に抑えているわけですが、それでも1番大きい北海道では保険料率が 9.42%、1番低いのは長野で 9.26%です。こちら静岡は 9.30%で、あまり大きな変化を受けない県になるのですが、今後は都道府県間での差異が目に見えて現れてくるはずです。

(スライド 35)

今のような都道府県が保険者になっていく、市町が保険者になっていくことを地域保険に移っていくと言います。健保組合や共済組合のようなところは職域保険と言います。政管健保も同じく職域保険でした。それが 08 年 10 月から 名称が協会けんぽ(全国健康保険協会)と変わるとともに、都道府県単位で保険料を定めて徴収する地域保険に変わりました。そのため職域保険と地域保険の比率が大雑把に言って、6 対 4 から 3 対 7 に激変しました。つまり、地域保険の割合が逆転して激増したのです。

(スライド 36)

もう1つ言っておきますと、後期高齢者医療保険制度も地域保険です。ですから、このあいだ発表されましたとおり、県によって保険料値上げの幅が随分違ってくるわけです。徳島県や広島県では後期高齢者の年間保険料負担が平均で 3,000 円以上増えるわけです。一方、埼玉県では引下げかというようなことを言っています。こういう形で都道府県間の保険料が違ってくる。となれば、ある意味、人の移動も起り得ると思います。隣の県に移った方が医療保険負担が少なくて済むといった、そんな地域格差の時代が間近に来ています。

(スライド 37)

このことに関連して、協会けんぽの理事が去年 2009 年 5 月にコメントを出されていました。要するに、医療制度改革の中で医療保険については、都道府県単位を基本として運営する仕組に改められるということで、今後の 10 年、20 年の大きな医療保険改革の動きがあるようです。そのような中で静岡県の医療提供体制はどうなるのか。また、がんの対策についてはどんな姿になっていくのか。これまでのところ、都道府県に医療改革を担当できる部署があるのかどうかは研究者のあいだで話題にはなっていたのですが、もう待ったなしで都道府県単位の医療改革の時代へ動いていると私は見ています。

(スライド 38)

そして、本日のまとめです。「地域の医療を守る」、これは地方の時代に医療改革はどうなるかが、焦点です。昔は治せなかった病気が今は治せる。それを保険で診てくれと言うのですから、医療費は増えて当然です。そのバランスをどうしていくのか。今回は目に見えて現れた医師不足による医療崩壊、じつのところ、医療保険資金のことを考えると、医師不足という要因に限らず、形を変えた医療崩壊がいつ起っても不思議ではない。それにどのように備えるのか。国はもう万策が尽きたというようなことを随分前から耳にしたような気もするのですが、しかし、医療制度改革の地方委譲はまだこれから試されようとしています。では改革の権限を渡された地方は、どうするのか。静岡県では、本日このような立派な会が開かれて、皆様方と一緒に考えようという態勢にあります。私は、地域の連携が非常に重要な鍵だと思っています。連携という言葉だけを聞くと、何かちょっと最近の流行のように聞こえるのですが、中身は助け合いのことです。

医療機関同士の助け合いです。それが、地方の時代の医療改革の鍵だと思っています。

短くはありますが、私の基調講演を終らせていただきます。

ご清聴どうもありがとうございました。

「静岡県の地域医療を考える」

パネラー

独立行政法人国立病院機構静岡医療センター院長	野見山　延
富士宮市立病院長	木村　泰三
沼津医師会会長	青木　一雄
静岡県東部保健所長	雜賀　俊夫
牧之原市長	西原　茂樹
共立湊病院長	小田　和弘
厚生労働省関東信越厚生局長	鶴田　憲一

討論発表者（発言順）

富士宮市長	小室　直義
静岡県立静岡がんセンター緩和医療科参与兼部長	安達　勇
伊東市議会議員	佐々木　清
静岡県議会議員	髙田　泰久
熱海健康福祉センター医監兼熱海保健所長	三間屋　純一
静岡県議会議員	四本 康久
静岡県厚生部長	石川　俊一
静岡県立こども病院長	吉田　隆實

コーディネーター

静岡県立静岡がんセンター総長	山口　建

山口：西田先生からは国全体の大きな動きについてお話をいただきました。私は西田先生のご紹介にあった東北大学で病院管理学教室の兼任講師を務めていて、年に１回講演に行っているのですが、こういう大所高所からの戦略論というのは必須なのです。これがないと、もう何の対策も立てられないところがございます。

一方で、大所高所の鶴田先生を除くと、この後お話しいただくパネラーの方々は、今目の前に倒れている患者さんをどうやって救うのか、それがひょっとしたらもうすぐできなくなるのではないかという危機感を持っておられる方々にお集まりいただいております。前置きはそれまでにし、お１人お１人を簡単にご紹介させていただきます。

パネラーの報告 1

独立行政法人 国立病院機構静岡医療センター 院長

野見山 逞

山口：まず野見山先生をご紹介いたします。皆様ご承知のとおり、野見山先生は静岡医療センターの院長として、センターを大変立派な病院に育てられました

この度、3 月末で定年をお迎えになると伺い、静岡がんセンターも医師不足に大変悩んでおりますので、4 月 1 日からは静岡がんセンターの特別顧問にお迎えし、静岡医療センターともども、地域での協働を進めたいと思っております。

これからは「地域医療経営」という言葉がキーワードになると思います。誰が主体になるかは別にして、ともかくある地域を、いろいろな人達が連携という言葉よりもさらに強めて、経営の視点でやらないと持たないだろうということがありますけれども、私は皆さんとそういうことを常々お話ししております。

実はその中のお 1 人が富士市立病院の故山田先生だったのですが、今の医療の崩壊が近付いている状況の中で、私は戦死されてしまったのではないかと思っています。1 カ月ほど前に、執務中に大動脈瘤破裂でお亡くなりになってしまったのですが、そういう悲しい事件も起きております。まず野見山先生にトップバッターで、地域医療についてお話をいただこうと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

（スライド 1）

救急医療をまもろう

受入施設不在、たらい回し、
不適切搬送先選定を防ぐために

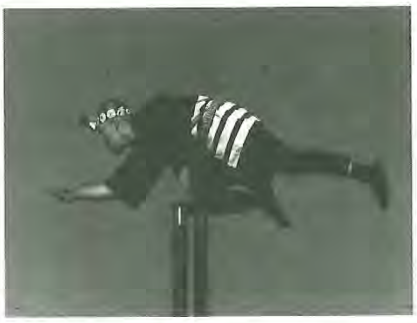
2010年3月27日
NHO静岡医療センター院長
野見山 逞

野見山：ご紹介をいただきました野見山です。

私は北里大学、国立立川病院にいた時から救急医療、それから災害についてずっとかかわってきましたので、この地域で特に救急医療体制をどのように考えたら良いのかということでお話をさせていただきます。

特に受入施設が適切ではない、それから最初から無いといった問題に注目していただき、現在すでにたらい回しであるとか、誤った選定のために救急隊、患者さんが非常に困るという現実が発生していることを頭に置いてお聞きいただきたいと思います。

（スライド 2）



これは私が大好きな正月の出初め式の時の鳶職人です。相模原ではずっと見ていたのですが、ここ 10 年ほどは見に行けていないのですけれども、梯子の上で決めのポーズを取られて大変恰好良い姿です。これが後で、なぜ今回の話とどのように関係があるのかを最後に見ていただきます。

（スライド3）

今駿東地区の病院医療は

- 病院医師（勤務医）が不足している
  （例外：順天堂、がんセンター）
  →入院対応能力の低下？→いいえ
- 予定入院は病院の状況に応じて受け入れることができるためあまり問題ではない
- 病院能力を超えて or 無関係に入院が必要となる＝救急対応能力が問題

田方を外していますけれども、駿東地区の病院医療では確かに勤務医が非常に不足しています。総長は静岡がんセンターも少ないとおっしゃいましたけれども、僕達から見ると羨ましいほどお医者さんがいらっしゃいます。順天堂大学医学部附属静岡病院と静岡がんセンターは、少なくとも医師が増えているという意味では例外です。それでは駿東地区として入院対応能力が下がっているかと言うと、これは必ずしもそうではありません。昼間の予定入院については、病院の状況に応じて、お互いに紹介し合いながら自分の専門とするところを受け入れられます。どの病院も空きベッドを持っていますので、予定入院について困ることは全くないはずです。

一方、時間外では病院の能力を超える、もしくは無関係に入院を迫られる救急医療に関しては大変きつい状態です。この対応能力が大変きつくなっています。

（スライド4）

現在の救急対応システム

- 一次、二次、三次に分かれて対応
- 一次＝外来対応のみで可、入院不要
  非常に重要、沼津夜間救急センター役割確立
  このことによって二次、三次が消耗回避
- 二次＝緊急入院治療に対応、輪番制により対応
- 三次＝
  ①診療科を超えた入院治療：多発外傷、熱傷
  ②24時間、365日、高度で均一、全科対応

現在の救急対応システム、これは全国的に同じような色分けをされており、1 次、2 次、3 次という住み分けになっております。1 次は外来対応のみで、外来で済むわけですから入院が不要です。これは非常に重要なところです。コンビニ受診と言われるところですけれども、医師会に大変な役割を担っていただいています。当院の近くではまず沼津夜間救急センターによって1次をみていただき、当院は非常に消耗を防ぐことができ、2 次に対応できております。

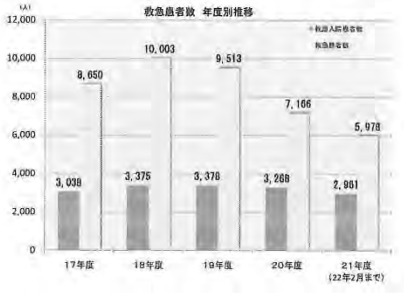
2 次は輪番制により緊急入院治療に対応し、その内容は各科別の診療です。各科別に軽症から重症で入院の必要な患者さんを受け入れます。

3 次は特別の定義がありまして、コード・ブルーという言葉が流行っていますけれども、診療科を超えた、つまり3 つも 4 つも 5 つもの診療科が急速にその場で同時期に対応しなければならない治療を、通常の災害時ではないトリアージで言いますと、ブルーというタグにされる心肺停止に近い患者、特に多発外傷、熱傷の患者さんです。

多発外傷は、骨折がたくさんあっても多発外傷ではありません。例えば脳外科の手術が必要で、同時に腎臓が破裂しており骨盤も骨折しているという、重要な臓器が 2 つ以上集中治療の必要な場合が多発外傷と呼ばれるものです。もう1つは、3 度で 30%以上の熱傷が診療科を超えた入院治療が必要な 3 次救命救急医療になります。

そして、この 3 次の救急をやる施設は 24 時間 365 日、高度でなお且つ均一な医療を提供でき、夜は人手がありませんというのは許されない、全科対応ができる施設が 3 次救命救急センターという定義になっています。

（スライド5）

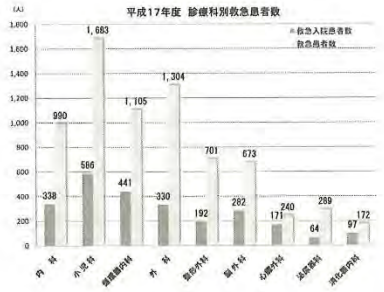


お手元にない資料ですが、これは当院の資料です。平成17年度は8,650人の救急の患者さんを昼間・夜間を通じて受け入れました。その中で入院した患者さんは

3,038 人、40%足らずの約 37～38%です。平成 18 年度は 1 万人に対して 3,375 人ともっとも入院率が低くなっています。平成 19 年度から夜間の 1 次救急が減りはじめ、9,513 人に対して入院 3,378 人、本年は 2 月までで 2,961 人の入院があり、救急患者さんが約 6,000 人ですから 50%を超えました。救急受診患者さんの約 50%が入院するという状況になりました。

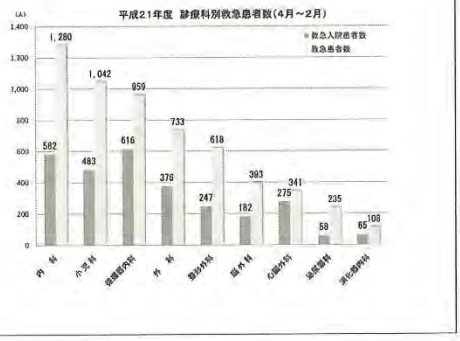
希望としては 60%ないし 70%が入院で、さらに 30%か 40%は外来で済むといった程度が許容範囲です。これが 2 次輪番や、3 次の本当に望ましい姿です。ER (Emergency Room 救急救命室)は 1 次から 3 次まで全てやりますから、これは全然別の考え方ですので、この入院率というパーセントは意味がありません。当院としては大体年間に救急入院 3,300 人前後です。3 月も 300 人を遥かに超える救急入院がありますので、大体この数字ぐらいまではいくと思います。救急受診患者も 7,500 人ぐらいになると思いますが、半分近い、もしくは半分を超える患者さんが入院になります。

（スライド 6）



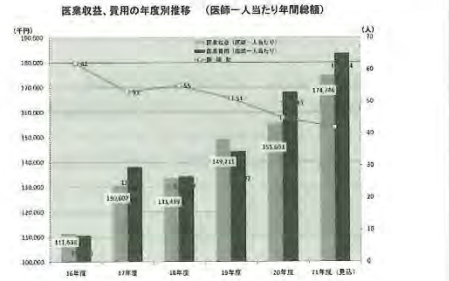
そしてこれを平成 17 年度と比較してみますと、このようになります。平成 17 年度は小児科が最も年間を通じて多く、救急患者数は 1,683 人、入院は 586 人で約 30%です。内科が 990 人で 338 人、約 30%。循環器内科でも 4 割。外科はもう 3 割を遥かに割っています。整形外科もこのような状態です。ですから平成 17 年度は、当院はもう 1 次と 2 次を併せてやっていました。これは後でもう一度お見せしますが、心臓血管外科の入院患者数は 171 名ですけれども、今年はもうすでにこれを 100 人超える緊急入院患者を受け入れております。

（スライド 7）



これは今年です。内科が 1,280 名で最も多く、その半分近くの 582 名が入院しています。小児科でさえ 4 割を超えて 5 割に近い入院となり、いわゆるコンビニ受診患者さんはほとんどいません。循環器内科に至っては 6 割以上です。外科も半分以上です。整形外科だけが、やはり外来だけは骨折か打撲かわからないという方が来られますので、どうしても外来のみの方が多いようです。脳外科と心臓外科は 100 名を超えています。心臓外科もほとんどが緊急で入院されます。このような割合で沼津救急夜間センターに非常に活躍していただき、1 次と 2 次は住み分けができてきていると言えます。

（スライド 8）



さて、当院の収入と医師数について、収入の方はちょっと目を瞑っていただきたいのですが、こちらが医師数です。平成 17 年度は 53 名の定員医師と研修医が 5 名で、58 名でした。今年度は 42 名の定員医師と 2 名の研修医でやっています。この間、緊急の入院患者さんはほとんど変らず、3,300 人前後を受け入れているわけです。医師数はずっと減っていっています。1 人あたりの医師

の入院患者さんがいかに増えているか、ご理解いただけると思います。しかも、重症で救急外来から手術場に直接入院する患者さんが毎年 200 名を超えます。集中治療部にも病棟にも入らずに救急外来で処置をして、そのまま手術場に直入という患者さんが増えています。

収支ですが赤い方は支出、青が収入です。平成19年度は黒字でした。よく国立病院なので国からの繰入れがあると言われますが、全くの誤解で、繰入れは全くありません。独立採算で、それどころか約 3%の 2 億円以上のお金を本部へ献上しています。それがこの支出の中に入っています。研究費として 1,000 万円ほど本部から来るだけです。平成19年度は黒字でした。その後、建物が新しくなりまして、その減価償却が大きくのしかかり、減価償却が収入の伸びを大きく上回っているために赤字が続いていますが、間もなく減価償却の伸びは止まります。当院の医師 1 人あたりで収入を割りますと、1 億 7,000 万円です。医師1人の年間収入が1億7,000万円というのは、全国でもトップクラスの収入額だと思います。非常に頑張っていただいておりますが、その割には、多分近隣の市立病院よりも医師の給料は少ないのではないかと思って、大変心苦しいところです。

（スライド 9）

三次医療の必要性？

熱傷：3度30%以上に対応、
東部地区では対応不可能

多発外傷：外傷による2臓器以上の損傷
緊急に高度ないくつかの専門医療が必要
治療の順番も重要
心臓・血管外科を必要とすることも少なくない

3 次医療の必要性と言いますか、現状を見ますと、熱傷については 3 度 30%以上に対応するとされていますが、これは東部地区では順天堂大学医学部附属静岡病院を含めて対応が不可能です。これはマンパワーの問題だけではなく、設備が非常に重要でして、この辺りでは東海大学医学部付属病院が最も近くて設備が整っています。

多発外傷は緊急時に幾つかの高度な専門医療が必要なのですけれども、それが必要なだけではなく、治療の順番が非常に重要です。脳を放っておけば意識が戻らなくなる、脳が不可逆的な状況になるのに、お腹の出血に気を取られて開腹手術から先にやれば、命は永らえても脳死状態になります。

同じように、心臓血管外科は意外と胸部外科という言葉で言われますけれども、外傷では胸部外科、呼吸器外科以上に心臓血管外科が最も重要です。外傷では心臓震盪（しんとう）であるとか、大動脈の外傷性の捻転による破裂、もしくはリーク、裂けるという症状が発生しますので、心臓血管外科を含めた外科、整形外科、脳外科といった外科グループに全体の区分けをする、旗振りをする人間が必要になります。この多発外傷に対応できる事が 3 次救命救急センターの重要な役割となります。このようなチーム医療を同時進行形で行うという事は、現在の静岡県東部地区では非常に困難となっています。

（スライド10）

三次医療の必要性？

熱傷：3度30%以上に対応、
東部地区では対応不可能

多発外傷：外傷による2臓器以上の損傷
緊急に高度ないくつかの専門医療が必要
治療の順番も重要
心臓・血管外科を必要とすることも少なくない

もう 1 つ、3 次救命救急センターは高度の疾患を受けるだけではなく、24 時間 365 日満床、もしくは手術中や専門医がいないということで、入院を要する救急の患者さんを断ってはいけません。当院に毎月 10 名以上の救急患者さんが順天堂大学医学部附属静岡病院や沼津市立病院から送られて来ます。当院からも送っています。ということは、現実から目を逸らさなければ、現在は静岡県東部地区には 3 次救命救急センターとしての役割を果せている施設は無いということになります。

もし現状を続ければ、特に沼津市立病院のように大変な所は順天堂大学医学部附属静岡病院ほど医師がいないわけですから、残っている医師の疲弊を招いて、残っている医師が逃避的なサボタージュと言いますか、辞めていく現象が発生します。これだけは何としてでも避けなければいけないところで、現在 3 次救命救急がやれな

いとすれば、3 次救命救急に送るべき患者さん、熱傷に関しては、3 度 30%は県外、もしくは東部地域以外に送り出すしか助けられる方法はありませんので、これはもう仕様がないです。多発外傷は東部地区内で治療することは可能です。

（スライド11）

医師の疲弊を招かない救急医療維持

一次診療確保：ほぼできている

二次輪番の確立：
通常の二次に対応可能な病院が参加
→ 通常の二次で対応不可能な場合
→ 高度の二次医療施設が疾患毎に
受け皿として対応することが必要
このことにより三次という機能を代替できる

では医師の疲弊を招かないと言うと語弊がありますが、やはりある程度疲れるのですけれども、医師の疲弊を招かない救急医療を維持するためにはどうすべきでしょうか。先ほど申し上げましたように、この沼津地域では 1 次診療に関しては医師会の努力でほぼ確保できています。

次は 2 次輪番の確立です。2 次輪番の対応に可能な病院が参加されていますけれども、現在のように各 2 次疾患の非常に重症な患者さん、例えば消化器でも、入院をさせて点滴しておけば、しばらく様子を見ればいいという、対応が簡単な患者さんもあれば、直ちに内視鏡的な治療が必要な吐血の患者さんもいらっしゃいます。消化器の 2 次と言っても同じレベルではありません。ましてや 3 次でもない。そういう患者さんを診るためには、普通の 2 次では無理なわけです。かと言って、消化器医療を全てできる所だけが 2 次輪番に参加できるとなると、参加する病院がなくなってしまいます。従って、それぞれの 2 次を現在の状態でできるだけ対応していただきながら、その中で最終的にある疾患についてはいつでも診てあげられるという、高度の 2 次医療施設をその疾患の最終的な受け皿として認定することで、3 次救命救急の役割を軽減することができます。

先日、当院の内科の消化器内科の医長とも相談をしたのですけれども、例えば吐血、それから下血といった出血性の消化器疾患の中でガーグルベース一杯ほどの吐血をする患者さんは、やはり緊急の内視鏡治療、上部消化管出血なので、緊急内視鏡検査が必要でしょう。肛門からの出血、下血に対しては腸の内視鏡は全く意味がない、できないです。やっても見えないのです。従って、血液が赤い時は放射線的な診断をして手術をするか、塞栓術で止めるしかない。それから、もし血液の色が、下血の色が黒ければ上部なので、ガスターのような胃酸を中和するものを使いながら、吐血がなく、またヘモグロビンが急激に下がっていない、血圧が下がっていないという人であれば、その施設で朝まで様子をみて、それから送るかどうかを検討してもらっても間に合うのではないかと考えています。

このように疾患ごとに多施設が共通のコンセンサスを持って、2 次応需病院が自分の所でできるだけのことをやってもらって、どうしても駄目な時に、最終的な 2 次の拠点病院に送っていただくというシステムの構築が重要だと思います。

（スライド12）

静岡医療センターの場合

- 循環器（外科、内科）：24時間、365日全て対応可能
- 多発外傷：24時間、365日全て対応可能？

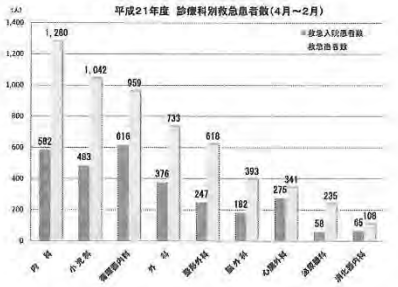
- 産科救急：対応は困難
- 耳鼻科：常勤医がいない
- その他の疾患：通常の二次輪番に対応可能

当院では、循環器は、外科・内科ともに 24 時間 365 日全て対応可能です。どんな高度な治療でも循環器内科と心臓血管外科に関しては、近畿にある循環器病センター、ナショナルセンターができることなら、当院は対応可能です。ですから、循環器に関しては 3 次と同じ能力を持っています。

多発外傷についても、現状では全て対応が可能です。何科に入院していても、外科、整形外科、心臓血管外科、必要ならば、泌尿器科や脳外科といった科も全てオンコールで集まってきてくれますし、集中治療部、麻酔科の旗振りの中で順番を決めて、治療することが可能です。ですから、現時点では対応が可能ですが、これは麻酔科医のマンパワーがどこまで継続できるかにかかっています。

産科救急は部長が 1 人います。非常に頑張ってくれて、それなりの出産は受けてくれますが、緊急に関しては当院に受診している人以外は難しい、困難です。耳鼻科、呼吸器内科には常勤医がいませんが、呼吸器疾患について言えば、喘息の重積状態については、これは呼吸器内科ではなく、集中治療部の管轄範囲で、喘息の重積状態でも、呼吸が止まってこのままでは生命が危ないという方は、全て集中治療部で診ています。今までは全て助かっていますので、重積発作が治まって通常の喘息治療になるまでは当院で対応が可能です。その他の疾患については通常の 2 次輪番には対応が可能ですが、幾つかの疾患に関しては、より丁寧な治療ができる所にお送りする必要はあります。今までのところお送りしているのは産科と、それからほとんどありませんが消化器内科で、吐血でうちの消化器内科の医長が不在時ということになります。

（スライド13）



もう一度先ほどの救急の患者数を見ていただきたいのですが、小児科、それから内科も非常にリーズナブルな患者さんの数になりました。循環器はもうほとんど問題はありません。外科についても、下田からも送られてきますけれども、受け入れられる範囲です。

（スライド14）

- 医療にはお金がかかります
- しかし適正な使用には国民も理解を示してくれますが医療側も甘えは禁物です

- 救急はシステムで対応しなければなりません
- システムを構築する「1人1人」が確実に役割を果たすことが重要です
- 俺が、私が、の世界ではないのです

- 患者様の協力、適切な施設受診、も必須

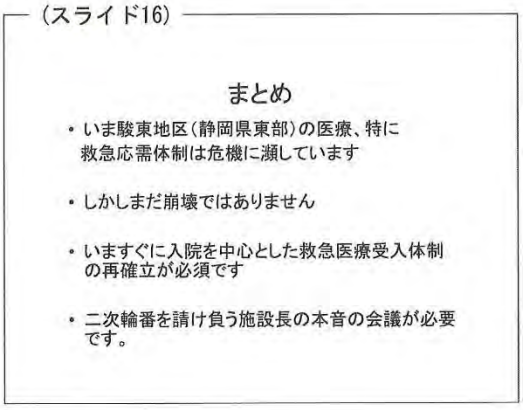
医療にはお金がかかります。絶対お金がかかります。適正な使用については国民も理解をしてくれますけれども、医療側も甘えは禁物です。先ほどは「連携」という言葉がありましたけれども、私は「システム」という言葉を使いたいと思いますが、中身は一緒です。お互いに協力し合ってやることで、システムを構築する「1 人 1 人」が確実に役割を果すことが重要です。私だけが、俺がという世界ではありません。

（スライド15）



梯子の上で演技をする人は、たくさんの人から梯子を支えてもらわないと演技ができないのです。かっこつける人がかっこいいのではなく、それを可能とする人達の力があって、はじめてかっこいい形が決まります。

（スライド16）



現在この駿東地区は、救急応需体制は危機に瀕しています。ただし、まだ崩壊というところではありません。受けられないという状態ではないのですが、このまま放置すれば、多分1年以内に2次輪番が急激に衰退して崩壊になると思います。このためには、建前で 3 次をやっているとか、何でも患者さんを連れて来なさいと言いながら、来られた患者さんを救急隊にそのまま他所の病院に送らせるといったような、建前の論議を捨てて、自分の病院が何ができるか、どの部分は最終的なところまで責任もってできるかという、本音で施設長は話し合うことが必須だと考えております。

ご清聴ありがとうございました。

パネラーの報告２

富士宮市立病院　院長
木村　泰三

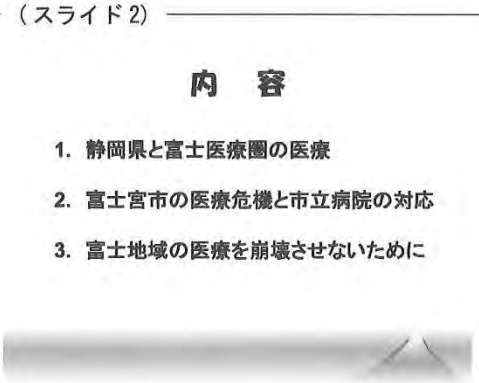
山口：次に、富士宮市立病院長の木村先生をご紹介申し上げます。静岡がんセンターが始まった時に、富士宮市立病院は経営状態が素晴しい病院で、私も公的病院でこんな病院があるのかと驚いた経験があります。木村先生も確かこの３月でご定年と承ったのですが、私は富士宮市の小室市長に、「あの先生が辞められると富士宮市立病院は困るのではないか」と、１年ほど前に申し上げました。その後、いろいろな形で残っていただくから大丈夫なのだということで、富士宮市は医療が非常に充実している町なのだなと思った経緯がございます。本日はその状況も含めてお話をいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

（スライド１）



木村：どうも過分なご紹介ありがとうございます。

（スライド２）



それでは、まず本日の話の内容を申し上げます。最初に静岡県と富士医療圏の医療について、それから富士宮市の医療危機と市立病院の対応、最後に富士地域の医療を崩壊させないためにはこうしたらいいのではないかということを申し述べさせていただきます。

（スライド３）



これは先ほども出てきました、平成 18 年の厚生労働省のデータです。全国平均では、人口 10 万人に対し医師の数が 206 人。多いのは京都、徳島、東京。それから 1 番少ないのが埼玉ですけれども、静岡も下から 4 番目ということは皆さんもよくご存じだと思います。

（スライド 4）

人口10万人当たりの勤務医数（2007年）
（2008年12月3日、静岡新聞）

全国平均：143.9人

多い県		少ない県	
高知県	212.1人	静岡県	112.9人
福岡県	184.9人	茨城県	112.1人
徳島県	184.1人	岐阜県	111.5人
京　都	184.1人	千葉県	111.1人
東　京	183.8人	埼玉県	99.5人

次は勤務医数について、これは 2008 年の 12 月に静岡新聞に掲載されたものです。当然医師の少ない所は勤務医も少なくて、静岡県は人口 10 万人あたり 112 人です。高知県の約半分ぐらいしか勤務医がいないことになっております。

（スライド 5）

静岡県の医療圏の人口10万人あたり
医療施設従事医師数（平成20年）
（静岡県データ）

熱海伊東	213.4人	中東遠	107.5人
西　部	207.4人	富　士	128.2人
静　岡	188.0人	志太榛原	140.8人
駿東田方	186.4人	賀　茂	151.1人

☆静岡県の医療圏ごとの地域格差は大きい。富士は西部の6割の医師数。

では、静岡県の医療圏では、どの医療圏も医師過少なのかと言うと、そうではないということをここでよく知っていただきたいのです。先ほど申しました 200 人強が全国平均ですが、熱海・伊東は 213 人おります。これは東京の医療圏に近いからだと思います。それから西部は浜松医科大学医学部附属病院があるからと思いますが、207 人。それから静岡市は県庁がある都会ですから、188 人。駿東・田方は 186 人で、これは静岡がんセンターや順天堂大学医学部附属静岡病院の影響があると思います。

少ないのは中東遠、その次が富士です。次に志太榛原、賀茂。静岡県内での医療圏毎の地域格差は実に大きく、国内で県毎にみられる地域格差と同じ位あります。

（スライド 6）

私の主張

勤務医数（医師数）は静岡県に少ないのではない。
中東遠、富士、志太榛原、賀茂に少ないのである。
医師不足で崩壊しつつあるのは、この地域の医療である。

ですから、実は医師が少ないのは静岡県に均等に少ないのではありません。もちろん全体として少ないのですが、本当に少ないのは中東遠、富士、志太榛原、賀茂です。静岡県の医療は医師不足で崩壊しつつあると言いますけれども、それは上記のような地域の医療であるということを、私は申し上げたいのです。

（スライド 7）

富士医療圏の病院の一般ベッド数と常勤医師数
（平成21年　静岡県病院協会会員病院要覧）

富士市立中央病院	580（実際は460）	69	8.4（6.7）
富士宮市立病院	350	53	6.6
聖隷富士	99（透析40）	14	7.1
富士脳研（脳）	80（＋療養80）	9	8.9
川村（消化器）	60	8	7.5
渡辺（整形）	60（＋リハ30）	8	7.5
共立蒲原病院	320	20	16
（静岡富士	175	5	35）
ふじやま	80（＋療養50）	3	26.7
あしかわ	39（＋療養60）	6	6.5
米山記念	30（＋療養59）	3	10
合　計	1873	198	9.5

（医療法上はベッド数/医師数が16/1以上が一般病床）
（診療圏人口　富士：26.2万、富士宮：13.5万、鰍南：1万）

次に、富士医療圏の病院の実態をみてみます。総合病院として救急も 24 時間体制でみられる病院は、富士市立中央病院と富士宮市立病院の 2 つしかございません。現在富士市立中央病院は、医師不足と看護師不足のため 120 床閉じておりまして、実質上は 460 床です。

医師数は 69 人です。表の右端の数字は、医師 1 人あたり何ベッド持っているかです。実体で言いますと、富士市立中央病院は医師 1 人あたり 6.7 ベッドです。富士宮市立病院は 6.6 ベッドです。24 時間体制で救急を行うためには最低この程度の医師数が必要です。

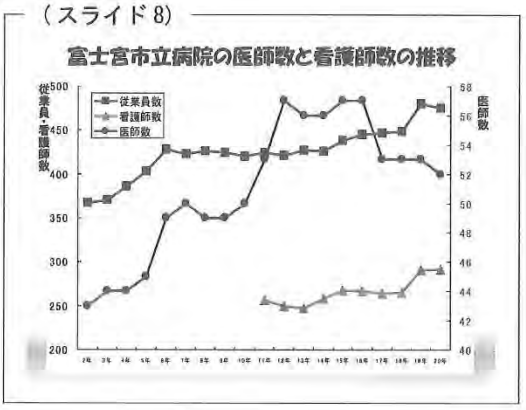
それから、その下に病院を 4 つ書いております。これはいずれも 2 次輪番に入っている病院ですが、いずれも総合病院というより専門病院です。ですから、例えば富士脳障害研究所附属病院が輪番であると言っても、脳外の救急以外の救急患者は富士宮市立病院か富士市立中央病院に運ぶしかないということになります。

共立蒲原総合病院は市町村合併の煽りもあり、医師数が急激に減りまして、今や慢性・療養型としての働きしか実質上できなくなっております。それから、静岡富士というのは国立病院機構静岡富士病院ですが、ここも医師数が激減しております。その他フジヤマ病院、芦川病院、米山記念病院等に一般ベッドがありますが、医師数から見て 2 次救急を常時受けることは困難でしょう。

では富士地域に、入院ベッドが少ないのかと言うと、そうではありません。富士宮市立病院は約 80 数%の占床率、富士市立中央病院は 60 数%の占床率です。ベッドが少ないのではなく、医師が少ないために、患者を収容できないのです。

診療圏人口は下に書いておりますように、富士が 26.2 万人、富士宮が 13.5 万人、山梨の峡南地区の 1 万人は富士宮市立病院に来ますので、合計約 42 万人の診療圏人口でございます。

（スライド 8）



先ほど富士宮市立病院の医師数は 53 人と申しましたけれども、1 番多い時は 58 人ぐらいおりました。平成 11 年から平成 16 年は 58 人ぐらいでした。ところがスーパーローテーション導入に伴いまして、どんどん減ってきまして、現在は 52 人ぐらいになっております。看護師にはめぐまれていて、7 対 1 看護体制をひいています。

（スライド 9）

医師不足に対する富士宮市立病院の対応

機能分担

☆ 外来患者数の削減（紹介予約制）
☆ 一次救急を受け入れない
☆ 地域パスの活用
☆（医師事務作業補助体制？）
☆（地域医療再生計画に期待）

では、この医師減にどうやって対応したのかと申しますと、機能分担の推進しかありませんでした。具体的には、外来患者を徹底的に削減して紹介予約制にしました。それから、私は従来「市立病院だから、救急で来た患者は全部診てください」と言っていたのですけれども、1 次救急は受入れを拒否するようにしました。さらに地域パスを活用して患者を削減しました。医師事務作業補助体制を作れと言いますけれども、そんなのは当り前で、富士宮市立病院では、「医師には医師しかできないことしかやらせるな」というのは、前から院長の厳命でございます。もちろん医療の補助をする者は多数雇っております。大学病院やセンター病院は医師に無駄な仕事を随分させておりますけれども、我々みたいな医師の少ないところで医師に医師以外でもできる仕事をさせるわけはありません。それから地域医療再生計画については後で申し上げます。

（スライド 10）

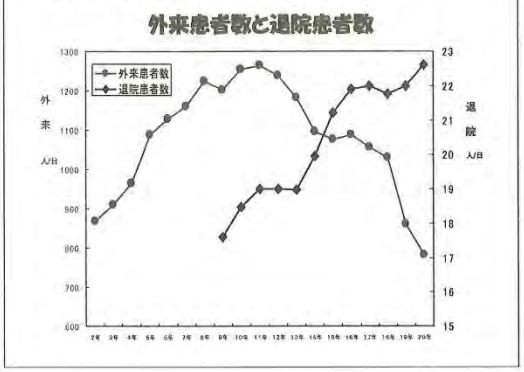


（スライド 11）



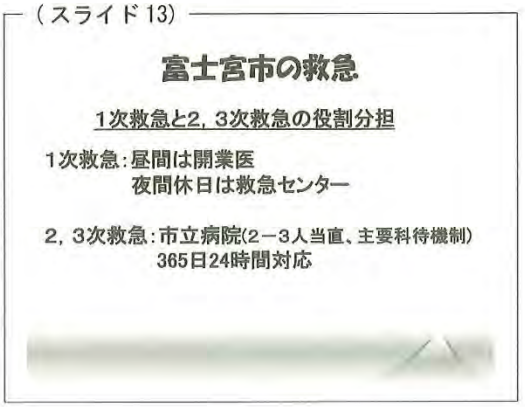
外来削減で 1 番の問題は、市立病院が患者受け入れ拒否をして市民がその方針を受け入れてくれるかどうかです。そのために私は病診連携事業の説明、あるいは医師の確保にも限界があるから外来患者数を制限せざるをえないということを、地方新聞を通じて、たびたび説明いたしました。市にも頼んで、あちらこちらの会で機会を設け、広告していただきました。

（スライド 12）



それでどういうことになりましたかと言いますと、赤線（—●—）が外来患者数です。外来患者数は一時 1,250 人いたのが、平成 20 年で 750 人強になりまして、今年はおそらく 700 人ぐらいになっています。約 4 割減らしました。一方黒線（—■—）が退院患者数（入院患者数でも同じです）は、年々増加しました。このように病院の機能を入院中心に切り替えました。

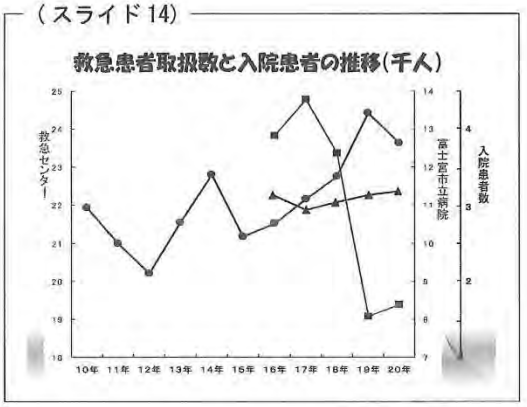
（スライド 13）



次に救急の話をします。富士宮市の場合は、先ほどの資料を見てもらってもわかりますように、富士宮市立病院が 2、3 次救急を引き受けざるを得ない、365 日 24 時間対応せざるを得ない状況になっております。ただし、3 次救急病院と言えないのは、重症の熱傷は診られないこと、また、心臓血管外科を持っておりませんので、そちらも診ることができず、他施設に送るからです。そういう意味では 3 次救急ではありませんが、365 日 24 時間対応しているという意味では、先ほどの定義によりますと、3 次救急センターということになります。

1 次救急は、昼間は開業医、夜間休日は救急センターで診てもらうということで、何とか切り抜けているわけです。数年前から完全にこのように機能分化しました。

（スライド 14）



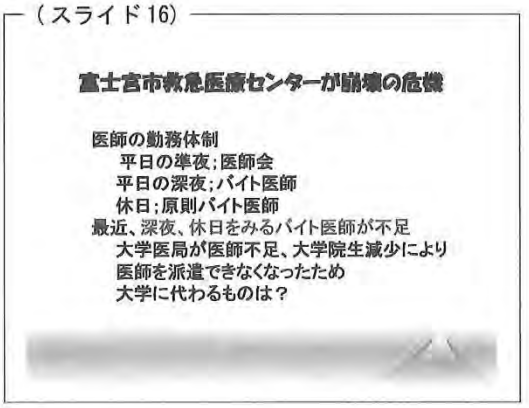
それで富士宮市の救急はスライドのようになりました。救急センター患者数はこの赤線（—●—）です。2 万 1,000 人ぐらいで経緯していましたのが、平成 19 年には 2 万 4,000 人以上になりました。一方、青線（—■—）が富士宮市立病院です。こっちは 1 万 4,000 人ぐらい扱っておりましたのが、8,000 人ぐらい、あるいは平成 21 年には 7,000 人台に減っております。一方、救急の富士宮市立病院への入院の患者は黒線（—▲—）ですが、これはやや増えているという状況です。

（スライド 15）



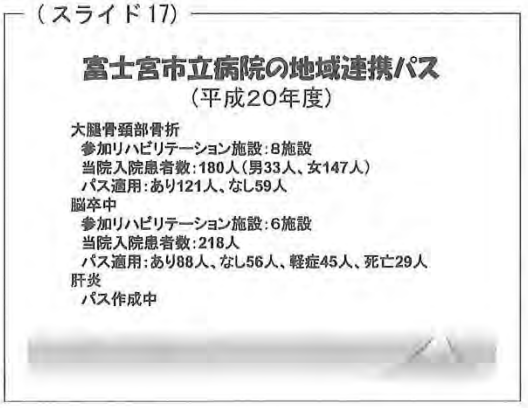
平成 21 年の当院の救急患者をみますと、救急患者数は年間 7,505 人、救急車で来たのが 2,813 人で約 40%、入院が 2,822 人で約 40%、来院時心配停止で運ばれて入って来た患者あるいは、外来で死亡した患者が 147 人です。2、3 次救急中心であることがわかります。

（スライド 16）



ところが、実は今富士宮市の救急医療センターが崩壊しそうになっております。ここの夜間救急センターは、平日の準夜は医師会、平日の深夜がバイト医師、休日は原則バイト医師がやっていたのですが、大学医局からの派遣医師が減少して深夜、休日を診るバイト医師が不足してまいりました。富士宮救急医療センターが崩壊すると、富士宮市立病院も支えきれません。大学にかわって、静岡がんセンターに当直医師を派遣してもらえないかとお願いしたところです。

（スライド 17）



勤務医師不足に対応するもう 1 つの手段は、地域連携パスを使って入院患者を減らすことです。富士宮市立病院では連携パスを積極的に利用してまいりました。大腿骨頸部骨折パスは 4～5 年ぐらい前から適用しておりまして、当院の頸部骨折患者は大体年間 180 人ですが、その 7 割ぐらいにパスを適用しています。脳卒中は昨年 218 人入院しましたが、88 人に連携パスを適用しました。脳卒中患者の中に軽症、死亡などパスの必要のない患者がいますので、この程度の率になっていま

す。肝炎についてはパスを作成中です。

（スライド 18）

富士宮における
"がんの地域連携"の問題点

☆そもそも富士宮市立病院ががん拠点病院でない

☆開業医が緩和医療、終末期医療に消極的である
（開業医も医師不足、患者が多い）

次に、がんの地域連携の問題です。後でまた少し述べさせていただきますが、そもそも富士宮市立病院はがん診療連携拠点病院にはなっておりません。「がん診療連携拠点病院でなくても、いろいろがんの地域連携の努力をすればいいのではないか、そうすることでがん診療連携拠点病院の認定につながるのではないか」という話にもなるわけですが、そもそも富士宮市の開業医は緩和医療、終末期医療に非常に消極的です。それは、富士宮では開業医も医師不足である上に、開業医受診の患者が非常に増えているからです。先ほど申しましたように、富士宮市立病院では外来患者を 1,250 人から 700 人まで 1 日 550 人ほど減らしました。その患者はどこへ行ったかと言うと、開業医さんに行っているわけです。開業医さんはもう昼間だけで忙しいです。私はよく富士宮の開業医さんはお腹一杯と言っているのですが、それは時間的にも忙しく、経済的にも恵まれているという、両方の意味でございます。そうした中で、何で終末期医療なんて 1 番面倒臭いことをやらなくてはならないのかということになってしまうわけです。厚生労働省はそこまで読んで機能分担をおっしゃったのかと、私はすごく疑問に思っております。病診連携をすすめることが、本当に医師不足の医療圏ではこういう結果を生むとは、実はやり始めた時は私も思いませんでした。

（スライド 19）

静岡県のがん拠点病院
（平成19年 静岡県データ）

医療圏	人口(万)	拠点病院
賀茂	7.6	な し
熱海伊東	11.2	な し
駿東田方	67.7	(静岡がんセンター) 順天堂静岡病院 沼津市立病院
富士	38.4	な し
静岡	72.0	県立総合病院
志太榛原	47.4	藤枝市立病院
中東遠	47.8	なし→㊙磐田市立病院
西部	87.2	聖隷三方ヶ原病院 聖隷浜松病院 浜松医大付属病院 浜松医療センター

すでに山口総長がいろいろ説明してくださいましたが、静岡県におけるがん診療連携拠点病院の配置は非常に変です。がん診療連携拠点病院は駿東田方に 3 つあります。静岡がんセンターは特別として、順天堂大学医学部附属静岡病院と沼津市立病院の 2 つがあります。順天堂大学医学部附属静岡病院が賀茂と熱海・伊東も担当するということ、また、大体人口 80 万人ぐらいに 2 つあって良いのではないかということで一応了解できるでしょうか。しかし、富士地域の人口は38万人で拠点病院はないのです。静岡が 72 万人で静岡県立総合病院だけ、志太榛原は 47 万人で藤枝市立総合病院だけ、それから中東遠は 47 万人で、昨年まではなかったのですが、磐田市立総合病院が先ほどの話でがん診療連携拠点病院となったことがわかりました。おかしいのは西部です。人口 87 万人で 4 つのがん診療連携拠点病院があります。なぜこんなことになったのでしょうか。そのうち1つを取り消して、富士地域にがん診療連携拠点病院をつくることはできるのでしょうか。

（スライド 20）

院内がん登録
（平成20年度 富士宮市立病院）

がん部位	登 録	当院での手術数(外科)
大 腸	115	98
胃	90	39
乳 腺	66	36
肺	47	21
肝	41	6
膀 胱	37	
前立腺	32	
子 宮	31	
そのほか	145	
合 計	604	(磐田市立病院とほぼ同数)

当院としましては新しく拠点病院となった磐田市立総合病院を意識しております。当院ではがん登録を 3 年前からやっており、1 年間に大体 600 くらいのがん登録をしております。磐田市立病院に聞きましたらほぼ同数です。外科の方は手術件数もすぐわかりましたので、そのうち何件ぐらいを当院で手術しているのかと申しますと、スライドのような数字で、大腸が 1 番多く 98 件です。大腸はイレウス等の救急で来る方がすごく多いからだと思います。肝臓手術が少ないのは、内科で行った焼灼治療が入っていないのでこのような数になったと思います。乳腺はこちらで診断しても、静岡がんセンターに行かれる方が多いようでございます。

（スライド 21）

平成21年のがん拠点病院申請で「いいえ」項目と対応

☆ 緩和ケアに関する研修を毎年実施
→2月に第1回を実施（静岡がんセンター協力）

☆ 国立がんセンターによる研修を受けた相談支援者1人以上
→2人のケースワーカーが研修終了

☆ 外来における緩和ケアを提供できる体制
→緩和ケア研修を受けた医師：16人
緩和ケア認定看護師：1人（5月誕生予定）

平成 21 年、当院がなぜがん診療連携拠点病院に推薦して頂けなかったのかと言うと、こちらの 3 つの項目を満たせなかったからです。緩和ケアに関する研修を毎年実施することというのが大きな関門でしたが、実施できる指導者資格の人が当院にいないので、当院では実施できませんでした。それで静岡がんセンターの山口総長に頼みまして、指導者に来て頂いて今年 2 月に第 1 回を実施いたしました。

それから国立がんセンターによる研修を受けた相談支援者 1 人以上ということですが、これは 2 人のケースワーカーを国立がんセンターに送りまして、研修を終了させました。

次に、外来における緩和ケアを提供できる体制ですが、研修を当院で実施したこともありまして、緩和ケア研修を受けた医師が当院に 16 人もいますから、これは十分提供できる体制を作れると思っています。ということで、富士宮市立病院も条件を満たせると思います。その時は、がん診療連携拠点病院に加えていただけるのでしょうか。

（スライド 22）

地域医療再生計画

東部は駿東田方、中部は志太榛原、西部は中東遠
が県の選択
結局、志太榛原、中東遠
が厚生労働省の選択（両医療圏に25億ずつ）

なぜ、富士医療圏は取り上げられなかったのか？

それから、地域医療再生計画の話をさせていただくと、結局県では、東部の駿東田方の案と、中部では志太榛原の案、それから西部では中東遠の案を県が選択して推薦し、結局、国では志太榛原と中東遠に 25 億円ずつということになったようです。先ほど説明しましたように、1 番医療崩壊しそうな富士医療圏がなぜ無視されたのか、ちょっとがっかりしております。計画の書き方が悪かったのかもしれません。

（スライド 23）

地域医療再生計画の内容

県全体：医師確保、指導医招聘、寄付講座、奨学金
（幻の県東部案とほぼ同じ）

2次医療圏：医療連携とネットワーク整備、IT化、
救急医療体制整備
（幻の富士医療圏案と同じ）
掛川・袋井の病院再編

ところが、実は計画の内容は、我々が企画したものとあまり変わらないのです。県全体で医師確保、指導医招聘、寄付講座、奨学金となっています。実は、山口総長と我々が一緒になって県東部でこれにほとんど似たような案を出したのですが、各医療圏からでないと駄目だと言って蹴られたのです（幻の県東部案となった）。

2 次医療圏で実施することとして、先ほどの 2 つの医療圏は、医療連携とネットワーク整備、IT 化、救急医療

体制整備をうたっています。これはもう富士医療圏が出した元々の案と全く同じです。

（スライド 24）

富士地域医療崩壊を防ぐために

厚生労働省や静岡県に望みたいこと
☆静岡県奨学金受給医師を富士医療圏に配分
☆地域医療再生基金を富士医療圏にも活用特に、医師確保と救急医療連携
☆富士医療圏にがん拠点病院を作る

最後に、富士地域の医療崩壊を防ぐために、私が厚生労働省や静岡県に望みたいことを申し上げます。

まず先ほども出てまいりました、静岡県奨学金受給医師を富士医療圏に配分すること。富士医療圏にだけではないですけれども、医師の少ない医療圏に配分する、浜松、静岡にはもう配分する必要はありません。そういうところははっきりさせていただきたいです。

それから、地域医療再生基金を富士医療圏にも活用すること。同じように苦しんでいるのに、あの 25 億円がなぜ 2 つの医療圏だけに行くことになるのかよくわからないです。

また、どう考えても、富士医療圏にがん診療連携拠点病院がないのは変なので、もし我々の病院が条件を満たせば、いの 1 番にがん診療連携拠点病院にしていただきたいと思っております。よろしくお願いします。

（スライド 25）

（どちらに医師を配分？）

病院の医師不足と医療圏の医師不足

（シュミレーション）

ア 医療圏(人口40万人)		イ 医療圏(人口40万人)	
A病院	500床 医師50人(10)	E病院	350床 55人(6.4)
B病院	450床 医師25人(18)	F病院	500床 70人(7.1)
C病院	400床 医師65人(6.2)		
D病院	600床 医師70人(8.6)		
合 計	1950床 医師210人 (住民10万比53)	合 計	850床 医師125人 (住民10万比31)

上記の中でも我々が今 1 番期待しておりますのは、静岡県奨学金を貰った医師を静岡県内の病院に配分するという案です。このスライドはシミュレーションですけれども、どちらの考え方を取るかでどこに配分するかは大きく変るのです。つまり、「ア」という人口 40 万人の医療圏は、各市が市立病院を作って、大きい病院が 4 つある。そうすると、その中にはA病院やB病院のように、500 床で医師 50 人とか、450 床で医師 25 人だとか、もう大変な医師不足の病院がでてきます。

隣の「イ」の地域は、富士地域を想定しているわけですが、E病院（富士宮市立病院）は 350 床で医師 55 人、F病院（富士市立中央病院）は 500 床で医師 70 人と医師は十分いるようにみえます。そうすると、どの病院が医師不足かを病院毎に聞いていくと、1 番医師不足なのは B 病院です。では、B 病院に医師を送るのかと言うと、そうではないと考えます。A病院と B 病院というのは統合するべき対象だと思います。統合して病床数を減らして、75 人の医師でやればいいわけです。ところが「イ」医療圏ではそもそも住民対勤務医の比が少なく、10 万人比 31 人です。一方「ア」医療圏ですと、10 万人比 53 人です。すなわち「イ」医療圏は地域の勤務医不足ですから、病院が統合しても無意味で、それぞれの病院の医師を増やすしかないのです。すなわち病院ではなく、医療圏に医師が少ないか多いかで、医師配分を考えていただきたいのです。ちなみに富士医療圏では、富士宮市立病院に 80 人、富士市立中央病院に 100 人ぐらいの医師がいれば、医師不足と言わずに良い地域医療ができるのではないかと思っています。

（スライド 26）

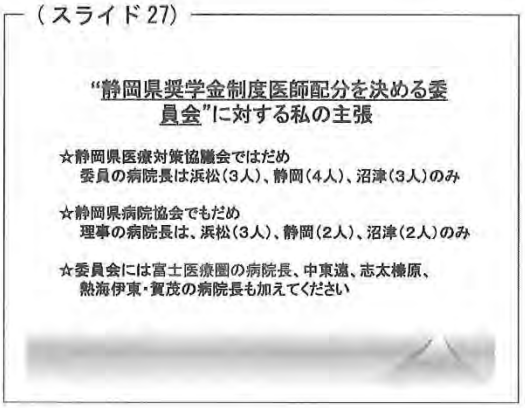
静岡県奨学金制度の医師配分への提言

1. 勤務医数/医療圏人口が低い医療圏を優先
2. その医療圏の中で、医師が病院を選択
3. 原則、臨床研修指定病院へ

私の提言です。「勤務医数／医療圏人口」が低い医療圏に優先して医師を配分していただきたい。もちろん富士圏域だけではなく、中東遠とか同様の医療圏にも

配分します。奨学金を受けた医師はそれらの医療圏の中で病院を選択する。ただし、新卒の医師がよい研修を受けられるように、医師が望めば、指定された地域の臨床研修指定病院で研修を行えるシステムにすればよいと思います。

（スライド27）



奨学金医師配分について、県がどのような検討委員会を作るかによって、医師配分は非常に変ってくると思います。静岡県医療対策協議会では駄目だと思います。なぜ駄目なのか。委員に入っている病院長は、浜松から3人、静岡から4人、沼津から3人の病院長です。すなわち、医師不足でない医療圏の病院長しかはいっておりません。危機に瀕している医療圏からは病院長が1人も入っていないなんて馬鹿な話がありますか。静岡県病院協会でも駄目です。病院協会には医師以外の理事もいますが、理事の病院長は浜松3人、静岡2人、沼津2人です。静岡県はなぜこんなに浜松、静岡、沼津以外の地域を無視する医療行政をしたのかと、私はもう不思議で仕様がないです。今後奨学金の医師が100人、あるいは100人強出てくるわけですけれども、富士医療圏の病院長、中東遠、志太榛原、熱海・伊東、賀茂等の病院長も加えた委員会を作って、奨学金の医師配分を決める討議をしていただきたいと思います。

以上です。どうもありがとうございます。

パネラーの報告３

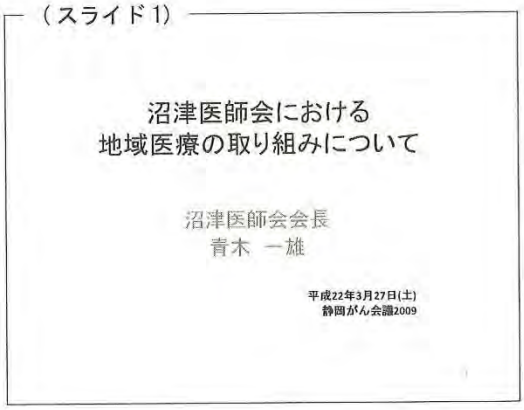
沼津医師会　会長

青木　一雄

山口：引き続き、沼津医師会会長の青木先生にお話をいただこうと思います。

先生は静岡がんセンターのすぐそばで開業なさっておられますので、私は毎朝通勤の度に先生の病院の前を通って来ます。静岡がんセンターの開設から約 8 年少々過ぎましたけれども、時には議論をいろいろさせていただきましたが、最近は、先ほど紹介させて頂いたような情報システムも含めて協力関係が進んでいます。本日は、先生のお話をまた伺いながら地域医療の充実を図っていきたいと思います。青木先生、どうぞよろしくお願いいたします。

（スライド 1）



青木：ご紹介いただきました、沼津医師会の青木でございます。本日は、「沼津医師会における地域医療の取り組みについて」お話ししたいと思います。

近年、医学は目覚ましい進歩を続けておりますが、これに相反するように医療は後退し、医療現場の状況は厳しく、医療崩壊が進んでいるのも現状です。このような状況の中で、長寿社会の到来、疾病構造の変化、国民の生活水準の向上などに伴い、国民の医療や福祉に対するニーズも極めて多様化しております。

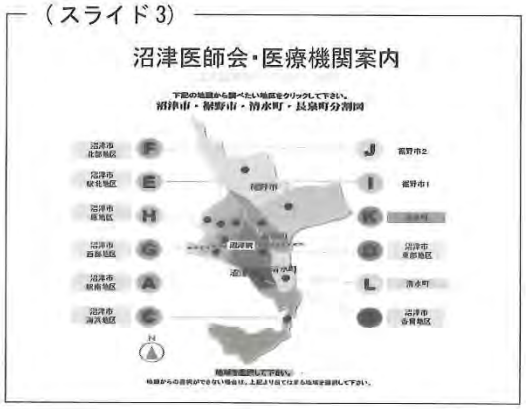
地域医療全体の状況について見ますと、厚生労働省でも改革論議が行われておりますが、今後の医療提供体制の方向として、いち「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療」への転換が必須と考えます。1 つの医療機関だけで医療を完結することが困難な状況の中で、地域の医療提供者が「医療連携」によって、患者さんの治療を分担・完行するという医療への変化を促進し、医療機関の機能分担と連携を推進するということで、当医師会でも取り組んでいるところでございます。

（スライド 2）



沼津医師会は沼津市、裾野市、長泉町、清水町の 2 市2町の医師会で、市町の人口は33万5,000人です。医師会会員数は約 350 人と、県下でも静岡、浜松に続いて 3 番目ぐらいに大きな医師会です。

（スライド 3）



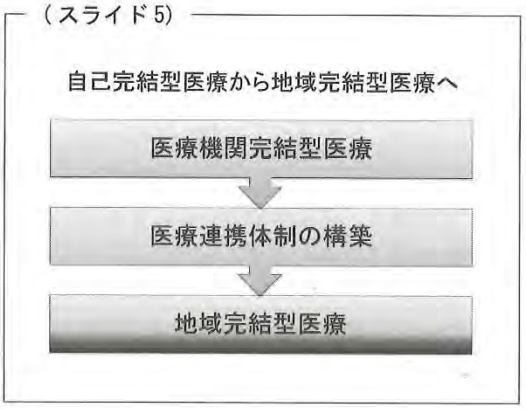
平成 16 年にドクターマップを作りました。これは沼津医師会の中のホームページに載っています。例えば長泉町をクリックしていただきます。

（スライド 4）



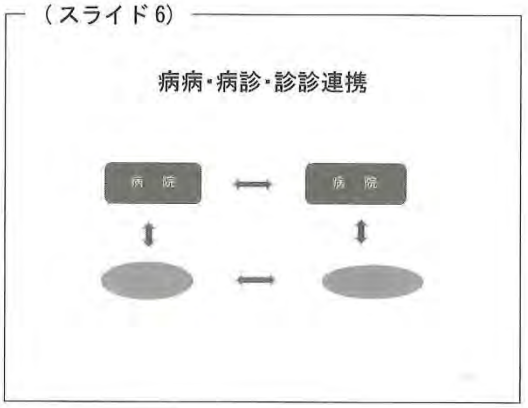
静岡がんセンターがございまして、そこから 1～2 キロ下りて来たところに私の医院があります。このドクターマップは平成 16 年に全戸に配付してございます。これを利用することで、患者さんが最寄りの医療機関を適切に選択して受診ができるということです。

（スライド 5）



先ほど申し上げましたように、医療機関完結型の医療から地域完結型の医療にどうしても行かなくてはならないわけですけれども、そのためには医療連携体制の構築が必須です。

（スライド 6）



最近流行りの内容ですけれども、病病・病診・診診の連携がこれからは益々必要になります。今までは診療所から病院への紹介のみで、一度紹介してしまうと患者さんは病院へ行ったきりで、なかなかその後診療所には戻って来ないという状況がございます。先ほど富士宮市立病院の先生がおっしゃいましたように、紹介した患者さんが元の診療所、かかりつけ医に戻ってくるということは、これから是非お願いしたいことです。そうしないと病院も大変なことになろうと思います。

（スライド 7）

在宅医療支援に関しての
アンケート

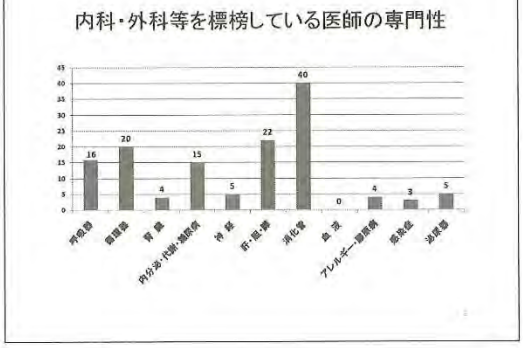
平成21年3月　沼津医師会
在宅医療支援体制検討委員会
病院連携室運用委員会

平成 20 年に私が会長になった段階で、在宅医療支援体制検討委員会と病院連携室運用委員会を沼津医師会の中で立ち上げました。これは我々医師会会員が在宅でいかに患者さんを支援していくかということと、病院ももう少しお互いの連携を取り合って、病院が足りない所、今呼吸器科は大丈夫だよとか、呼吸器科の医師がいなくなったよとか、糖尿病の専門医が 1 人になってしまったという情況を、連携室の集りに持ち寄るようにいたしました。

今回の新型インフルエンザ騒ぎの時、静岡医療センターの野見山院長や雑賀保健所長と話をしまして、軽症のインフルエンザは開業医に、重症は病院にということで、集りを持ちました。その狙いは、普段の患者さんの動向もそうなると良いなということで、これからも出来るだけ綿密に行い広報活動もやっていきたいと思っております。

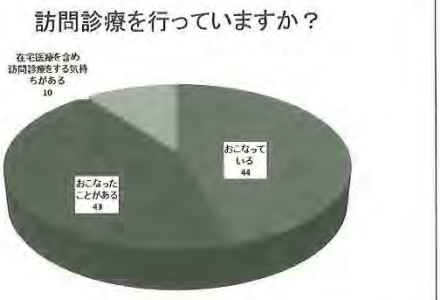
アンケート調査をしましたので、その内容についてご説明します。

（スライド 8）



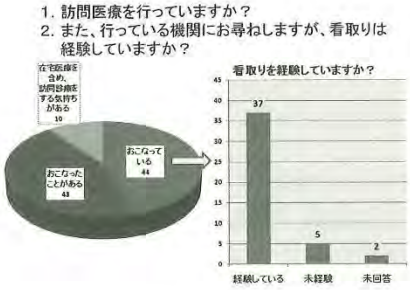
ここに出ておりますのは、アンケートに答えていただいた医療機関での医師の専門分野で、当医師会の中では各科が大体揃っております。消化器系が多いのは、外科、内科の両方の医療機関が関っているので少し多くなっています。

（スライド 9）



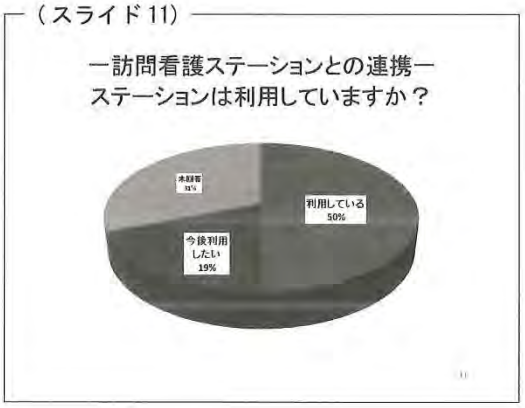
昔は往診ですけれども、これからはやはり訪問診療が必要になるのではないかということで、アンケートに答えていただいた医療機関で、現在すでに訪問診療を行っている医療機関もございますし、行ったことがあるという医療機関もかなりあるわけです。

（スライド 10）



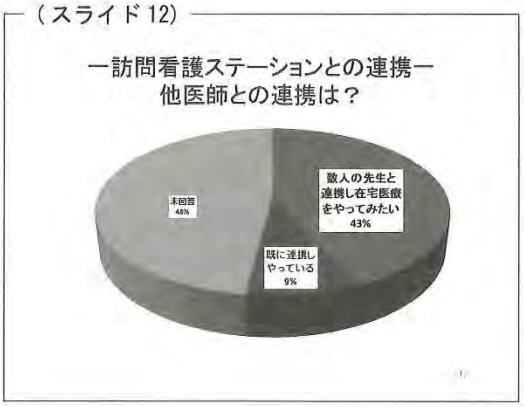
在宅での看取りですけれども、訪問診療を行っている医療機関では 44 機関中 37 の医療機関がすでに看取り等も行っています。それから、行ったことのある医療機関もございますし、今後訪問診療をできたらやってみたい、あるいはやる必要があるのではないかという会員が増えています。

（スライド 11）



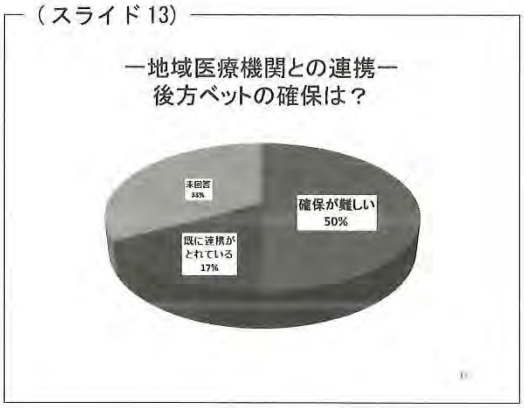
訪問診療をするにあたっては、どうしても訪問看護ステーションとの連携が必要なわけですけれども、ステーションを今後利用して訪問診療をやろうという医療機関が 7 割ぐらいということで、少しずつ増えているのではないかと思います。

（スライド 12）



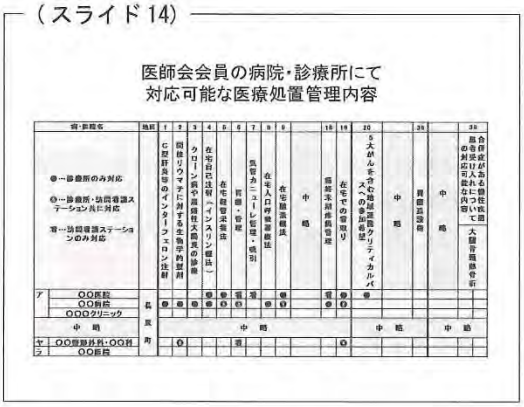
今回の 1 つの取り組みの決め手になりましたのは、数人の先生と連携して在宅医療をやってみたいという医療機関の数がどのぐらいあるだろうかということです。すでに連携してやっている医療機関もありますが、5 割近い医療機関が連携を取れるなら在宅医療をやってみたいという回答でした。

（スライド 13）



その中で、在宅で重症の患者さんを診るにあたって心配なのは、後方ベッドの確保が難しいのではないかと思っている医療機関があるということです。すでに連携を取ってやっている医療機関もございまして、病院とステーションと在宅の支援グループとで在宅で看取りを行っています。あるいは積極的にやっている先生の中には、もう在宅で看取るのだから、後方ベッドの病院は要らないよというくらいの医療機関の先生もございます。

（スライド 14）


医師会会員の病院・診療所にて
対応可能な医療処置管理内容

病・診療名		地区	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	11	20		30		38
●…診療所のみ対応 ◎…診療所・訪問看護ステーション共に対応 看…訪問看護ステーションのみ対応			C型肝炎等のインターフェロン注射	間接リウマチに対する生物学的型剤	クローン病や高度性大腸炎の診療	在宅自己注射（インスリン療法）	在宅看護管理実施	胃瘻・管理	気管カニューレ管理・吸引	在宅人口呼吸器療法	在宅腹膜療法	中略	痛苦未期疼痛管理	在宅での看取り	5大がんを含む地域医療クリティカルパスへの参加希望	中略	胃瘻装置術	中略	合併症があるお母性疾患患者受け入れについての対応可能な内容 大腸骨瘤癌骨折
ア	○○医院	長野町				●	●	看	看		●		看	●	●				
	○○病院		●	●	●	●	●	●		●	●		●	●					
	○○○クリニック																		
中略			中略												中略			中略	
ヤ	○○整肝外科・○○科			◎				看						◎					
ラ	○○病院																		

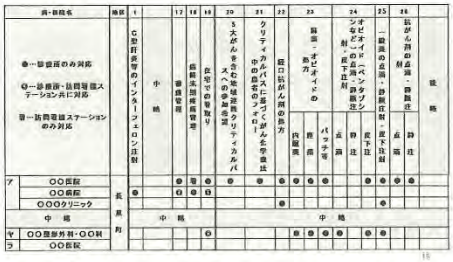
このアンケートを取った段階で、診療所、あるいは地域の病院で対応可能な医療処置、そして管理内容を大体 38 項目に亘って回答をいただきました。その中には、例えば C 型肝炎のインターフェロン注射、あるいは在宅自己注射（インスリン療法）等があります。もちろん在宅での看取り、褥瘡の処置、あるいは 5 大がんのクリティカルパスへの参加の意思等々いろいろございます。

ある病院で糖尿病の医師がいなくなったので、糖尿病のクリティカルパスを作ってほしいということがありましたが、それはこのアンケートを見て、インスリンの自己注

射をやっている医療機関に逆紹介すればいいのではないでしょうか。連携パスではなく、糖尿病の専門医ではなくてもインスリンの自己注射をやっている医療機関を探していただければ、その辺は対応できるわけです。

（スライド15）

医師会会員の診療所等にて対応可能な医療処置
― 緩和ケア等について（抜 粋） ―



緩和ケアについてです。これら38項目の中でがんに関する部分が右側の方に出ておりますけれども、医療機関によっては抗がん剤の点滴静注や、経口の抗がん剤の投与、オピオイド等の鎮痛処置等々いろいろな対応をする医療機関がかなり出ております。

（スライド16）

医療連携体制推進事業について

平成21年度の国県の事業で医療連携体制推進事業というのがございます。先ほどの医療再生の25億円ではなく、金額はずっと少ないですけれども、平成21年度に行いました。

（スライド17）

医療連携体制推進事業実施要綱―目的―

1. 目的
本事業は、主要な事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療など）の対策ごとの医療連携提供体制を構築することを目的とする。

がんや脳卒中、心筋梗塞、あるいは小児の救急医療などについて医療連携提供体制を構築することが目的です。

（スライド18）

事業実施地域の市町



実施事業内容は、先ほどの我々医師会管内での人口35万人が対象です。

（スライド19）

実施事業と当該地域の現状

1. 乳がん医療連携体制推進事業
2. 脳卒中医療連携体制推進事業
3. 在宅医療支援ネット推進事業
4. 小児の救急等推進事業

（現 状）
- 病院の医師に、地域の診療所の医療機能が充分周知していない
- 治療開始から終了（在宅復帰）までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）の共有のシステム作りがなされていない
- かかりつけ医の不在時の取り組み体制が弱い
- 救急に関しての市民の意識、理解が充分でない

今回は、乳がん医療連携体制推進事業、脳卒中医療連携体制推進事業、在宅医療支援ネット推進事業、小児の救急等推進事業を行っています。クリティカルパスに関しては、脳卒中では、今までは急性期から回復期の病院に行くまでのネットはあったわけですけれども、そこでまた具合が悪くなると、また急性期に戻ってしまうわけです。そこで流れが滞ってしまうものですから、急性期から回復期、回復期から在宅への患者さんの流れを作るパスを現在作っているところです。かかりつけ医不在時の取り組み体制が弱いとの現状から、在宅医療支援ネットの推進事業を進めております。

（スライド 20）

実施事業計画

（全体の計画）

1. 診療所の医療機能を把握し、基幹病院の医師、職員及び患者・地域住民へ情報提供する。

（当該年度の計画）

1. 協議会を開催し、乳がん・脳卒中・在宅医療についてどのような機能があればよいのか検討し、基幹病院及び医療機関より情報を収集する。
2. 病院と診療所の医師との研修会を開催することにより、地域連携クリティカルパスを完成させる。
3. 医療連携体制を発展維持させるため、在宅医療支援ネットの立ち上げにより、かかりつけ医の不在時等もカバーする。
4. 小児救急医療等について、地域住民への啓蒙活動を行う。
5. 地域連携クリティカルパスをどこで受けられるかについて、医療機能情報・在宅医療ネット・救急情報等を掲載した医療マップ・ホームページ作成することにより、基幹病院医師の在宅医探し、患者・住民へ安心して医療サービスが受けられるようにする。

実施事業計画については少し細かい内容ですが、スライドの如くです。先ほどお話ししましたように、小児救急医療等については地域住民への啓蒙活動をしていこうということでございます。

（スライド 21）

医療連携体制推進事業協議会

医療連携体制推進事業協議会

1）沼津医師会：会長以下　理事10名
2）東部保健所長
3）沼津市社会福祉協議会参与：1名

医療連携体制推進事業協議会の下に、事業部会を置く

医療連携体制事業部会

乳がん部会	脳卒中部会	在宅ネット部会	小児救急医療部会
医師会　4名	医師会　7名	医師会　12名	医師会　6名
1.静岡がんセンター 2.沼津市立病院 3.静岡医療センター 4.聖隷沼津病院 5.順天堂大学附属静岡病院	1.沼津リハビリテーション病院 2.NTT東日本伊豆病院 3.三島社会病院 4.中伊豆リハビリテーション病院		1.静岡医療センター 2.沼津市立病院 3.聖隷沼津病院

この組織ですが、医療連携体制の推進事業のため協議会を設け、その中に各部会を設けました。

乳がん部会は、静岡がんセンターの高橋先生などにも参加していただき、沼津市立病院、静岡医療センター、それから聖隷沼津病院、順天堂大学医学部附属静岡病院で構成されています。これは沼津医師会管内だけではなく、少し広域で 1 年間事業を行ってまいりました。脳卒中部会には、NTT東日本伊豆病院等も入っていただいております。それから中伊豆のリハビリテーション病院等も入り、我々医師会会員も 7 名ほど加わっております。

在宅ネット部会については、後でもう一度お話しします。

小児の救急部会も、静岡医療センター、沼津市立病院、聖隷沼津病院の他、我々医師会会員が 6 名入って部会を立ち上げました。これら 3 つの病院は 2 次を担っていただいている小児科のある病院です。

（スライド 22）

沼津医師会在宅医療支援ネット

地　域	参加医師（年代順）	
沼　津在宅医療支援ネット	◎羽切、松原、岡田、白石、遠藤	5名
海　浜在宅医療支援ネット	◎守重、松岡、生子、福士、三島、手塚	6名
沼津駅北在宅医療支援ネット	◎関、西方、東、大沢、竹内	5名
沼津・駿東在宅医療支援ネット	◎菜袋、雨宮、阿倍、小林、五十嵐、望月、杉山	7名
長泉・清水町在宅医療支援ネット	◎青木、木村、山本、植田、境、文、稲玉、鈴木	8名
裾　野在宅医療支援ネット	◎田中、圓藤、高桑、鈴木、杉山、遠藤、岡	7名

在宅医療支援ネットですけれども、現在沼津医師会管内に 6 つのグループがございます。沼津の在宅医療支援ネットはすでに立ち上がって数年になっておりまして、在宅での看取りを行っています。グループで診るということで、私は長泉町・清水町の在宅医療支援ネットを立ち上げて、世話人をしています。ゴールデンウィーク等の休みがある時には、必ず誰が休むか等、空白の時がないように都合の良い日を全員に聞いて、何月何日は誰が対応するということでネットを組んでおります。裾野にもございます。あと、原地区にもう 1 つできる予定です。

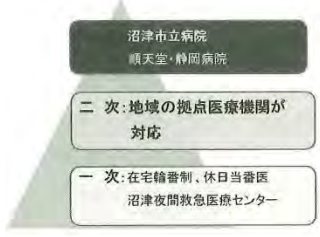
（スライド 23）

救急医療の現況と将来

今までは在宅医療の話でしたが、やはり地域連携で欠かせないのは、先ほどからの講師、野見山先生や富士宮市立病院の院長先生がおっしゃっていたように、救急医療にいかに対応していくかが大事なことだと思います。

（スライド 24）

救急医療の取り組みについて



沼津医師会では、先ほど野見山先生からもお話がありましたけれども、沼津夜間救急医療センターがございます。その上に1次の在宅輪番制、休日当番医があります。今から 50 年以上前の昭和 36 年に、すでに沼津医師会管内では外科の複数の医療機関での在宅輪番ができております。これは開業医の輪番ですが、その後、内科、小児科の在宅輪番ができました。昭和 52 年に、13 市町村で沼津夜間救急医療センターをやるようになりました。これは内科と小児科が夜間 8 時半から朝まで 365 日の 1 次救急です。それから平成 19 年に、今から3年ちょっと前に新しい所に移転新築しまして、そこに外科が加わり、現在は3市3町で運営を行っています。公的公営で社団法人沼津夜間救急医療対策協会という形でやっています。この沼津夜間救急医療センターには会員も参加しています。

2 次は、先ほどお話がありましたように、拠点病院が担ってきましたが、近年病院が少なくなっている関係で2次の待機が問題になっております。

（スライド 25）

各科救急医療担当時間について

一 覧

	平 日	土曜日	休 日(昼)	休 日(夜)
	20:30～翌7:00	18:00～翌7:00	—	18:00～翌7:00

※外科は木曜のみ 21:30まで

在宅一次輪番制

	平 日	土曜日	休 日(昼)	休 日(夜)
内科・小児科	17時～21時	12時～18時	8時～18時	—
外 科	17時～21時 ※水曜日のみ 翌朝まで	12時～18時	8時～18時	—
眼 科	17時～21時 ※当番医からの紹介	—	8時～17時	—
耳鼻科・産科	—	—	8:00～17:00	—

各科救急医療担当の時間帯は、平日の夜から朝、それから土曜の夜から朝、休日は昼間は会員が在宅でやっておりますので、夜から朝の深夜帯です。

1 次輪番制は平日ですけれども、夕方 5 時から 9 時を外科、内科、小児科等、眼科も含めてやっております。これはやはり夜間帯の一般の軽症の患者さんが病院に行くのは病院の先生に負担がかかるのではないかということで、ここは前には病院にもお願いしていたことがありましたけれども、現在は開業医が輪番でやっています。土日祝祭日は朝 8 時から夕方 6 時です。6 時以降は沼津夜間救急医療センターの方にお願いしています。

（スライド 26）

[二次救急待機について]

	平 日	土曜日	休 日(昼)	休 日(夜)
小児科				
内 科				
外 科	17時～翌8時	12時～翌8時	8時～17時	17時～翌8時
脳神経外科				
循環器科	17:00～翌8:30	8:30～翌8:30	8:30～翌9:30	8:30～翌8:30

2 次救急については、内科、小児科、外科、脳外科は、平日は夕方の 5 時から朝の 8 時、土曜日はお昼か

ら翌朝です。休日の昼と夜、一応2単位で、朝から夕方5時までと5時から朝の8時までです。循環器科は現在24時間、循環器の拠点病院で休日もやっていただいております。例えば、ここで2次待機病院にお願いする回数ですけれども、休日が増えてくる5月のゴールデンウィーク等になりますと、昼夜の2つ単位が増えるわけですから、暦の数よりお願いする回数が増えてしまうということで、ゴールデンウィーク等は対応するのが大変難しい状況です。

（スライド27）

第二次救急医療機関



これはこの地域でお願いしている2次待機病院群です。沼津市立病院や聖隷沼津病院は、内科、外科、循環器、脳外科等々、それから西島病院は脳外科です。瀬尾記念病院は外科、岡村病院は循環器、三島社会保険病院や裾野赤十字病院にも内科や外科をお願いしています。現在個人の病院でやっていただいているのは医師会圏域ではなくて、三島中央病院にお願いしているわけです。

（スライド28）

二次救急医療の広域化

- 内科・外科・小児科
- 循環器科
- 脳神経外科

→ 三島市、田方郡を含む救急医療二次待機で対応

- 眼　科
- 耳鼻科
- 産婦人科

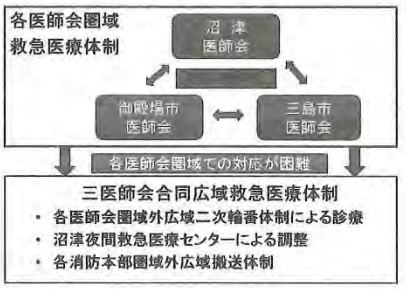
→ 富士市を含む　さらに広域での対応

救急の現在・将来として、広域での対応が迫られている！

そういうことで、2次救急医療を広域化していかないともう持たないのではないかということで、三島市や田方郡も含めて、救急の2次待機病院をいかにお願いしていくか、現在も検討中です。眼科や耳鼻科等はもうすでに富士市も含めてやっております。

（スライド29）

三医師会合同広域救急医療体制の概要



今後の対応のことも考えまして、3医師会の合同の広域救急医療体制検討部会を立ち上げました。沼津医師会と御殿場市医師会と三島市医師会で、今まである救急の対応に更にもう1枚網をかけて、無い所を補完していこうということで、それにはやはり効率良く2次待機病院にお願いもしなくてはなりません。出来れば沼津夜間救急医療センターを拠点にて、各待機病院群を決めることを1カ所でやっていかないと考えています。今までは各部会や医会、沼津夜間救急医療センター等でやっていたのですけれども、例えば、上部消化管出血ができる所とできない所も予めわかれば、消防本部等にも事前に報告できるわけですので、是非そういうネットワークを立ち上げていきたいと考えています。昨年度は上部消化管出血が155件ぐらいありまして、やはり特に冬場になると2次待機病院でも対応できないと言って拒否されるということが出てきます。1番今足りなくなっているのは消化器系の内科の医師が非常に少なく、特に上部消化管出血に対応する医師が非常に少ないということは、今1番大きな問題です。

（スライド 30）



こちらは広域化で内科・外科の対応ですけれども、もう沼津、三島管内だけでは対応しきれないので、御殿場の富士病院や外科系のフジ虎ノ門整形外科病院、それから田方の方も前には参加していただいていました。今は医師の不足もありまして、参加していただけていないのですけれども、医師の補充ができれば、是非、田方保健医療センターや伊豆赤十字病院にもまたご協力を願いたいということで、田方医師会長先生等にお願いしている段階です。

以上、私の沼津医師会での取り組みの報告をさせていただきました。今後も是非地域医療の連携をつよめ、救急医療、その他の医療が崩壊しないように、皆さんのご協力でやっていきたいと考えております。

本日はありがとうございました。

（スライド 31）

おわり

パネラーの報告４

静岡県東部保健所　所長
雑賀　俊夫

山口：引き続きまして、青木医師会長、それから私ども静岡がんセンターも含めて管轄していただいている、東部保健所長の雑賀先生にお話をいただきたいと思います。

私は決してそう思わないのですが、保健所長の先生方と言うと、皆大変ユニークな方が多いのですが、雑賀先生に限ってだけは誰に聞いても、「あの先生がいらっしゃる」と、地域では非常に信頼されています。静岡県東部の保健所を全て経験されておられますし、私どもは助かっていますが、富士保健所の勤務がもっと長ければ、先ほどのような木村先生からの批判も出なかったのではないかと思うのです。どうぞよろしくお願いいたします。

（スライド１）



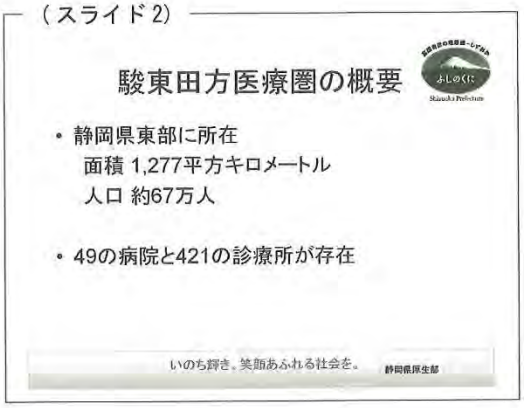
雑賀：皆さん、こんにちは。静岡県東部の保健所長の雑賀です。先ほど山口総長から紹介をしていただいたのですが、私も行政に入りまして17年、いわゆる保健所、特に東部を中心に回っております。臨床経験は20年近く、一般外科等を野見山院長先生がおられる旧東静病院で12年間勤める中で、静岡県へある意味とらばーゆさせていただき、行政に携わりました。

17年間で、初めの頃は医療に関して保健所は、例えば医療監視という言葉があって、病院に医師、看護師、薬剤師が足りているか、施設が十分であるかということで、正直言いまして、医療の中身に関してはなかなかタッチできなかった印象を持っています。国の方が保健所を健康危機管理の中枢とする中で、医療としっかり関わりをもつ。例えば集団感染を起さない、医療事故を起さない。院内集団感染を起した時には積極的に立ち入る。また、医療事故が起れればその中身を聴取して再発を予防することが、この2000年以降、21世紀に入って国からの指導を受けまして、保健所が実際に各医療機関に積極的にお邪魔する方向になったように思います。

そのような中で、私もこの東部保健所は2回目の赴任になりまして、遡れば5年以上前に初めて地元の、自分の住居がある圏域に来たわけです。その時にも、これからは情報的に言えば、医療連携が必要ではないかということで、県が主催している地域医療協議会の後、特に病院長先生にお集りいただいて、地域連携をより確実にしていく。中身的に言えば、まだ5年前ですから本当の創成期でありまして、静岡がんセンターや専門性の高い病院の医師がなかなか他の病院と連携をしにくかったという印象を持っていましたが、そこをしっかりやっていただけなければ、この東部地区では決してうまくいかないのではないかという印象を持っていました。

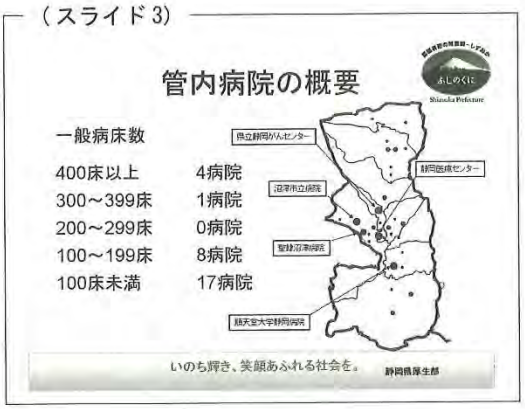
医療崩壊等の言葉が囁かれる中で、昨年、特に平成21年度に医療再生計画が出されて、私は地域で積極的に医療再生について各医療機関の先生方と話をさせていただき、またはコメントもいただきました。大体このような方策でしっかりやっていこうということに際して、地元でプランを作り、県庁の方に出してきたことを、個人的な考えが多いのですが、地域の先生方がこのようにほぼ同意、了解していただいている内容であったということで、本日は説明をさせていただきます。

（スライド2）



まず駿東・田方医療圏の概要です。これは先ほどから出ておりますが、面積が1,277平方キロメートル、人口は67万人で、49の病院と医師会で言えば、先ほど沼津の青木先生がおられる沼津医師会、御殿場市医師会、三島市医師会、田方医師会と、4つの医師会があり、診療所が421ございます。

（スライド3）



これが先ほどの1200平方キロメートル余の地図です。その中に400床以上の病院が静岡がんセンター、それから静岡医療センター、沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院です。300～399床でいきますと、沼津市内にある聖隷沼津病院がなっています。200～299床の病院はありません。これは一般病床で、療養タイプは含んでおりません。それから100～199床の病院が8病院あります。100床未満は17病院になっておりまして、一般病床は、先ほど管内の病院数は49と申しましたが、一般病床を持っている病院は30病院です。精神科病院と療養タイプの病院等を除いた30病院がこのような状況になっております。

（スライド4）



	計	一般	療養	精神	結核	感染症
東部保健所	6,853	3,878	1,780	1,189	0	6
御殿場保健所	1,474	913	484	77	0	0
合計	8,327	4,791	2,264	1,266	0	6

使用許可病床数は、管内におきましては、駿東・田方2次医療圏では、保健所が東部保健所と御殿場保健所の2箇所あります。御殿場保健所は御殿場市と小山町の1市1町を管轄している中で、ベッド数はトータルで8,327、一般が4,791、療養が2,264です。これは2次医療圏毎に定められておりまして、精神・結核・感染症は全県対応になっております。一般病床が4,791です。来年度からの保健医療計画でベッド数の改定がありましたが、残念ながらこの駿東・田方圏域においてはオーバー圏域は解消されておりません。

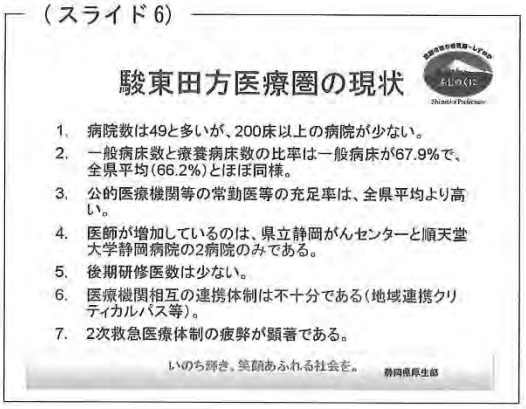
（スライド5）



勤務医の充足状況ということで、県が示した資料を、特に駿東・田方と全県とを比較させていただきました。充足率で右端を見ていただきますと、全県が 81.4%、駿東・田方2次医療圏は86.6%と、充足率は高いということです。何を持って計算となるかを下に書いてありますが、大体このような感覚で言えば、充足率は全県下より高いことになっています。

その中で、特に今後若い医師を確保していかなければならない。その体制作りで後期研修、いわゆるレジデントコース等があろうかと思いますが、全県下では現在 421 名おられる中で、この駿東・田方では 23 名です。採用の過程等で若干差があって、レジデントと同じような対応であっても、必ずしもそれは認められないこともあろうかと思いますが、一応報告されている中で見れば、後期研修医の数は当圏域では少ないのではないかと思っています。

（スライド6）



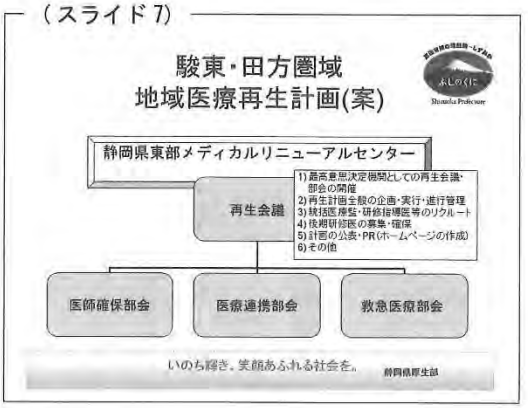
次いで現状ということでは、先ほど述べましたように、病院数は 49 と多い。これはもう現実であります。200 床以上の病院は少ない。一般病床と療養病床の比率は、一般病床が 67.9%、全県で平均 66.2%と、やや高めと言うか、ほぼ同様です。静岡圏域を調べて見ますと、静岡圏域は一般病床が確か70.2%ぐらいで、静岡圏域においては一般病床の比率は高いです。

公的医療機関の常勤医数は、先ほどお示ししたように全県平均より高いです。医師が増加しているのは、野見山院長先生がおっしゃったとおり、静岡がんセンターと順天堂大学医学部附属静岡病院の 2 病院だけです。先ほど 20 数名と申しましたように、各地域、特に静岡県は東、中、西と分かれている中で見ますと、東部地域の中心であるこの圏域において後期研修医の数は少ないです。

それから、地域医療相互の連携体制は不十分である。先ほど沼津の青木先生がしっかりとその方向性を示していただきましたように、開業医の先生がある意味、グループ化をしていただいて、連携を強めていただく。また、静岡がんセンターも午前中にお話があったように、地域の病院や開業医の先生と連携を密にされていることがありますが、特にしっかりと、ここに括弧書きで書かせていただいた、地域連携クリティカルパスを作ることがまだ不十分であるように感じております。

これも先ほど言われたとおり、2 次救急医療体制の疲弊が顕著であるということで、今後これを改善していくことがこの圏域にとって重要な課題ではないかと思っております。

（スライド7）



冒頭にお話しさせていただいたように、厚生労働省が本年度、平成21年度の緊急経済対策で15兆円等の中で地域医療を再生することが出てきました。結論的には、各県に医療圏で25億円を与え、各県トータルで50億円

になりますが、それを採用したという中で、先ほど木村院長も示していたように、我々の駿東・田方圏域の計画も県としては厚生労働省に提出をさせていただきましたが、残念ながら合格にはならず、却下された状況です。

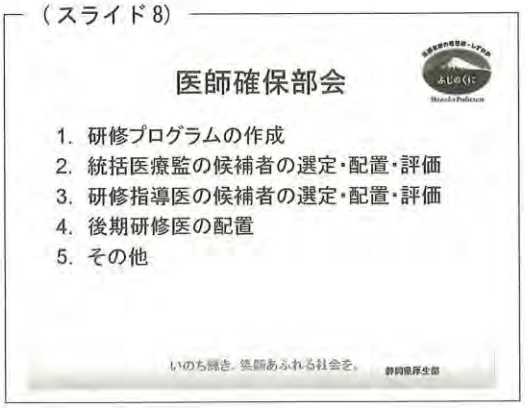
その中で、私個人的に述べさせていただくと、各病院と病院長先生ならびに医師会の先生等と十分に話し合いをさせていただき、このような方向性が良いのではないかというご意見を伺い、一応案を再度、これは採用されたわけではなくて、予算が付いておりませんので厳しい面がありますが、私自身としてはこのように方向性は正しかったのではないか、お金が付かなければ全県対応の中で、情報によりますと、県としても東部に医師確保のブランチ、支所的なものを置いて、東部独自でやれる方向性も可能性は残っているように聞いております。

そういうプランの中で考えたことを述べさせていただいて、こういう具体的な方法があることも各自治体の関係者の皆様にご理解していただければと思っています。

仮称ですが、こちらに書きましたメディカルリニューアルセンターを置きます。これは何も県が主体で置くのではなく、当時は基金 25 億円を想定しておりましたので、ここにスタッフを置き、独立して地域の関係者の皆さんに最高意思決定機関として再生会議を開催し、そこでしっかりと、参加していただいた、例えば病院長にもある意味責務を負っていただき、自分達がこう決めたからしっかりやっていこうという共通認識を持ってもらう、そのための再生会議として位置付けをさせていただきました。

部会として、医師確保部会や医療連携部会、救急医療部会の 3 つの部会を考えておりました。

（スライド 8）



医師確保部会では、まず研修プログラムの作成。これも私個人的な考えの面が強いかもわかりませんが、先ほどから言われているように、個々の病院が単独で対応することは厳しい。午前中の山口総長がおっしゃったように、こちらの静岡がんセンターは日本でも 1 位、2 位というランクであることは理解をしておりますが、他の病院におきましては、例えば 500 床ある病院が募集をかけてもなかなか医師は来ないということを鑑みれば、やはり地域全体で、先ほど青木先生が言われたようにグループ化をしまして、より良いプログラムを作る中で各病院がそのグループに参加していただいて、研修医が 1 年単位とするならそれでいいのですが、各病院を回って良いところをしっかり習得して、目的としている各部門の専門医を採っていただければと思っています。その研修プログラムの作成です。

統括医療監は行政的なネーミングで少しわかりにくいかと思いますが、これはいわゆる有能なマグネットドクターという考えを持っております。マグネットですから、他の若手の医師を連れてきていただけるという考えになっています。連れてくるからには、グループ化をした病院で研修をすることを鑑みれば、病院は 1 つではありませんので、先ほどは一般ベッド数を言いましたが、4,000 のベッドを監督し、そこで仕切っていただく。症例数を集め、それを全国に発信していただくような、有能で優秀な統括監が来てほしいと願って書かせていただきました。このようなことを言いますと、「それは空論だ、そんな医師がいたら苦労しない」というご意見もこの会議等で出ました。では、これは誰がリクルートに行くのかと言うと、やはり静岡県という看板を背負って静岡県職員が情報を得て、何回も足繁く通うことが必要だと思っています。

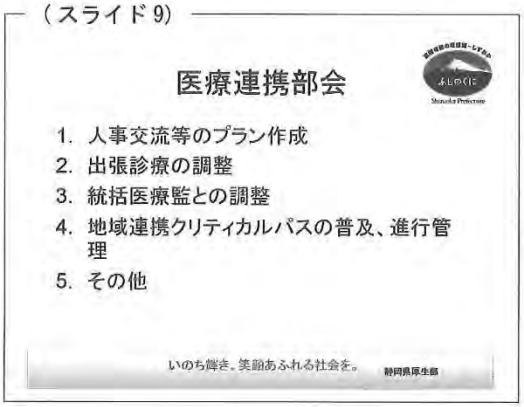
そのような中で、3 番目の研修指導医の候補者の選定云々とあります。この研修指導医はレジデントコースに来たドクターをしっかりと指導をする医師でありまして、強いて言えば、例えば定年（リタイヤ）されて、各部門に教える技術・技能の高い人に、ある意味公的な、病院でも再任用と言うか、この計画の中では基金がありますから、それにプラスアルファして来ていただくということになっています。

後期研修医の配置は、研修医が循環器の専門になりたいと言うのであれば、心臓血管の内科・外科を含めて、何も 1 つの病院に行くわけではありません。この圏域においては静岡医療センター、岡村記念病院、順天堂大学医学部附属静岡病院、内科系で言えば沼津市立病院、三島中央病院等が心臓カテーテル検査、治療を含めて、御殿場においては富士病院も症例数が多いと聞

いております。そういう全ての病院をレジデント（後期研修医）が希望すれば、それにチャレンジできるプログラム対応を考えています。

そういうことを鑑みれば、受け皿になっていただく病院もマグネットドクターや後期研修指導医が、教育しやすい環境を各病院の病院長先生や管理者に知っていただきたいということがこの会議でも出ておりました。

（スライド 9）



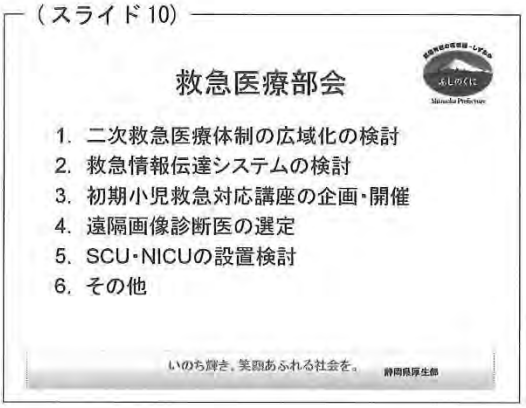
医療連携部会では、まず人事交流等のプランの作成を行います。例えばこの静岡がんセンターにおられるドクターが他の、特にこの圏域の病院に人事交流を、若手を含めて交流してもらえるかと言えば、なかなかいきませんよね。そのような中で、この基金があれば、インセンティブ、研究費、またそれに上乗せできる給料等を考えて人事交流をしていただければということです。これは常に活発にやってもらわなければならないということで、各病院で常勤医 10 人当り 1 人は毎年どこかの病院と人事交流をして医療のレベルを上げるということも、我々が考えたプランの中に記載させていただきました。

2 番の出張診療の調整です。がん患者さんを、静岡がんセンターにおいては、600 床くらいの病院では東部全域をカバーすることができません。患者さんが静岡がんセンターを希望されてお待ちの時があれば、その時には出張して、当該の病院の先生と共同して手術をし、また後の化学療法等の指導もしていただけるという、出張診療ができる体制作りを今後ともできたらいいと考えました。なかなかスムーズにはいかないと思いますが、患者さんにも静岡がんセンターのドクターが来る、また病院も、がんに関しては静岡がんセンターと連携している病院であると広報する。特に静岡県東部で同じがんの治療能力を持つ医者に治療計画を立てていただくことができる、そういう体制作りを目指した出張診療の調整です。

それからマグネットドクターの調整ということで、受け皿になっていただく病院の管理者、病院長先生もこの人をうまく活かしていただく。そのためには先ほど言ったとおり、インセンティブを厚くして、失礼ですけれども、病院長よりサラリーが多い可能性もあります。その時にも、この医師はしっかりと病院、地域で必要な医師であるということで認めてもらう。いわゆる働きやすい環境作りをしていただくということです。では実際に来ていただいて、その人が駄目だったらどうするのかということもありますが、それは我々の計画においては再生会議等でチェックをしていただき、駄目であれば、そのようなことを鑑みて、5 年前後の時限で採用すればいいのではないかということでプランニングをさせていただきました。

その次は、地域連携クリティカルパスの普及と進行管理とあります。これは、特に我々は現在、先ほど青木先生の言われた、沼津医師会を中心に脳卒中の維持期の、急性期、回復期、その次の維持期の部門で、診療所の先生が参加していただきやすい体制作りを行います。これに関しても、基金の中では在宅におけるリハビリをしっかり作っていこうということで、お金も付けるというプランを作成させていただきました。

（スライド 10）



2 次救急の医療体制におきましては、これも先ほど青木先生が述べられたように、現在は広域化が進んでおります。特にこの管内の御殿場、三島、沼津の 3 医師会を中心に各病院と連携をして作っているところです。

救急情報伝達システムは、どういう患者さんが来て、すぐに送るのではなく、診断を仰ぐ、サジェスチョンを仰ぐというシステムができたらということで書きました。

初期小児救急では、現在は多くのドクターに夜間救急等で対応していただいていますが、どうしても小児科のドクターが不足ということであれば、小児科の救急対応ができる講座を作って、例えば知事の修了証書があれば、それを救急センターに掲げることによって、特にお母さんに、このドクターは救急の小児の技術能力を修得していることの証明になるのではないかということで、このようなことも企画いたしました。

遠隔画像診断に関しては、3 次救急に安易に搬送されるのではなく、3 次救急の専門医に連絡網をつくり、2 次の病院がその場でできることは翌日に転送できるということで、その診断医をしっかり選定することです。

Stroke Care Unit(脳卒中ケアユニット)や NICU(新生児集中治療室)の設置を希望ということもありましたので、特に脳卒中に関しては一過性脳虚血の症例も入れて、現在言われております、t-PA の治療ができるような方向で改善を目指すことになってきています。

青木先生も述べられたように、1 つの病院で完結することはできません。先ほどから言われているように連携です。簡単に連携と言いますが、それはなかなか難しく、いろいろな障害があります。医師の給料、身分保障、年金等の問題があり、行政的には一夕一朝にはできませんと言われているのですが、それでは医療崩壊、特にこの地域において、より良い良質な医療を提供する体制はできません。特に県の出先である保健所に関しては、本日出席の皆様方や関係の皆様方との連絡を密に致しまして、連携をしっかりして、特にこの圏域で多い中小の病院の先生方にもしっかりと参画していただき、地域医療が崩壊しないように今後とも調整させていただくということをここに述べさせていただきまして、発表を終ります。

ご清聴ありがとうございました。

パネラーの報告５

牧之原市　市長
西原　茂樹

山口：次に、牧之原市長の西原先生にご発言をお願いしたいと思います。個人的なことを申しますと、静岡がんセンター基本構想を策定した時、私は外部から招かれたアドバイザー役で、一方、当時の西原県議が県議団の代表で、また、この後にお話しいただく鶴田先生が県の衛生部長で、いろいろ議論を戦わせたという経緯がございます。今度市長として榛原の病院の問題が出ておりましたので、私も影ながら何とか応援をと思ったのですが、あまり役に立ちませんでした。ともかく、ある一定の方向性をしっかり出されまして、本日はそれを是非伺いたいと思ってお招きいたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

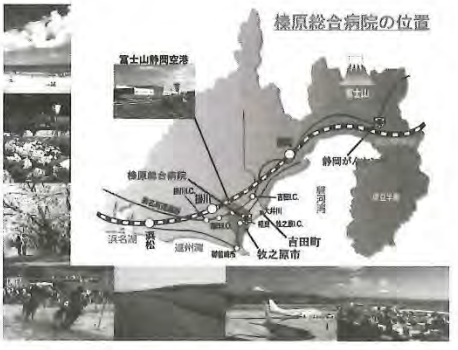
(スライド1)



西原：牧之原市長の西原でございます。よろしくお願いします。山口総長がおっしゃったように、静岡がんセンターをつくる時に、山口先生と700床にするか630床幾つにするかとやり合いました。これがまだ完璧ではないのでしょうけれども、山口先生が来てくれるのでしたら我々も協力しようということで、スタートしたということで、この場所に呼んでいただいたことを大変嬉しく思います。

実は本日お話しする内容は、正に医療崩壊を現実のものとして、銚子市立総合病院になると覚悟をしました。同時に志太榛原医療圏は、私たちの榛原総合病院が崩壊することで現実にドミノ崩壊が起りかけました。そういったことを皆さんにご報告したいと思います。

(スライド2)



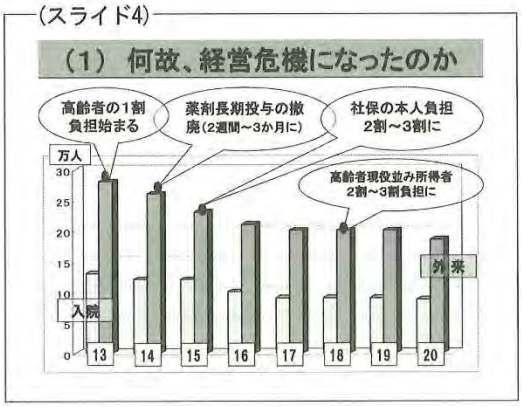
牧之原市と吉田町で組合ですが、こちらに海水浴場がありまして、草競馬がこの４月の日曜日にあります。お茶の芽も大分芽吹いてきました。富士山静岡空港も私達の地元にあります。

(スライド3)



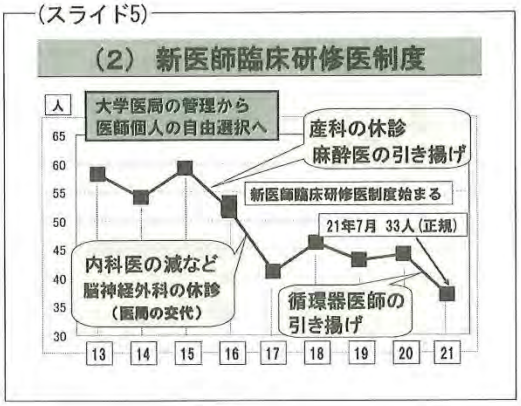
榛原総合病院は昭和 29 年に設立されました。実は私も昭和 29 年生れでございまして、何としても病院をつぶしてはならないということで、いろいろ合併を繰り返し、現在は牧之原市と吉田町の、人口 8 万人の 2 つの市町で組合立として運営しています。病院の病床は 400 床ですが、500 床規模の病院ということで建設しました。

(スライド4)



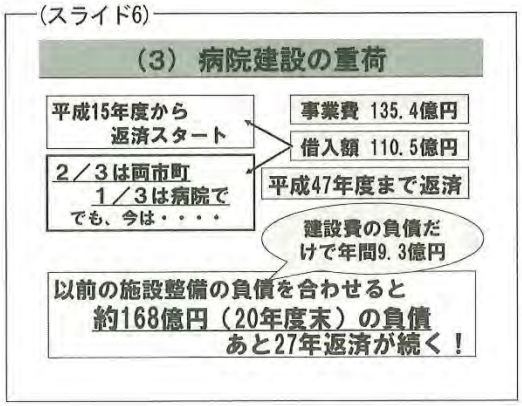
経営危機に陥った理由が 3 つあります。1 つは、これは皆さんはもう十分わかっているはずでございますが、平成 13 年に高齢者の 1 割負担が始まりました。また平成 14 年には薬剤の長期投与の撤廃で、病院に行かなくても、行く回数が、スパンが伸びました。あるいは社会保険の本人負担が 2 割から 3 割に、そして、平成 18 年には高齢者の現役並みの所得負担ということで受診抑制が始まり、患者数が段々と減っていきました。それは後ほど説明しますが、診療報酬が下がっていったということです。

(スライド5)



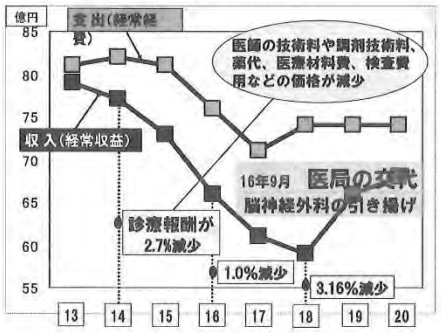
それから 2 つ目は、これも当り前のことで、医師の臨床研修制度が変りました。特に榛原総合病院の場合は、平成 16 年の 9 月にこういった制度になる中で徐々に産科の休診や麻酔医の引き揚げということになり、地域で困っていた中で管理者が、その前は東京医科歯科大学から先生に来ていただいたのですが、ここで院長先生が浜松医科大学に交代になり、医局の交代がありました。そして、この医療崩壊が最終的に現実の危機を迎えるのが、平成 20 年の 11 月に医大の方から循環器医師の引き揚げを通告されたところから始まりました。

(スライド6)



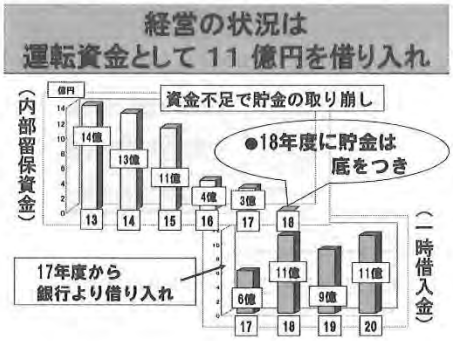
3 つ目は、実は先ほど病院を見ていただきましたが、これは最終の工事ですが、135 億円の病院を免震工法で造りました。病院は立派です。しかも、その前にずっと改築してきましたので、平成 20 年度末で全体で 168 億円の負債がございます。起債を起こしてありますので、私達は 168 億円を 27 年間かけて、毎年 9 億 3,000 万円を返さなければならない義務を背負っています。財産であると同時に負債があるということです。

(スライド7)



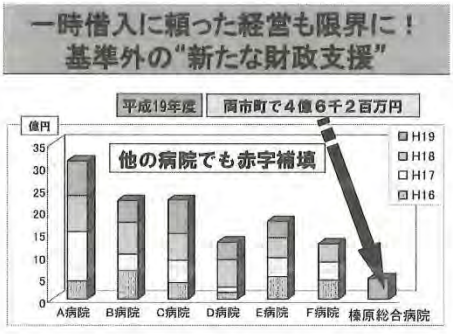
これは上側が経費で、下側が収入です。誰が見てもこの差はすごいと思われるだろうと思います。平成 13 年には収支はとんとんでした。それが年々広がっていきました。診療報酬が平成 14 年は 2.7%減少、そして平成 16 年は 1%減少、平成 18 年が 3.16%減少ということで、先ほどの受診抑制と診療報酬の引き下げと、もちろん医局の交代や脳外科の引き揚げを含めて、複合的に一気に収入が落ちてゆきました。平成 18 年以降収入が上がったように見えますが、ここからいわゆる基準外繰入をがんがん入れ出したのです。

(スライド8)



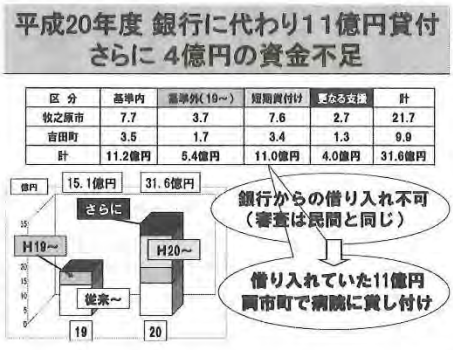
実は内部留保資金がございます。内部留保資金を段々取り崩して、その赤字を補填していったのです。そしてこの平成 17 年を境に年度の運用資金のやりくりを一時借入金として、銀行からの借り入れで回し始めました。

(スライド9)



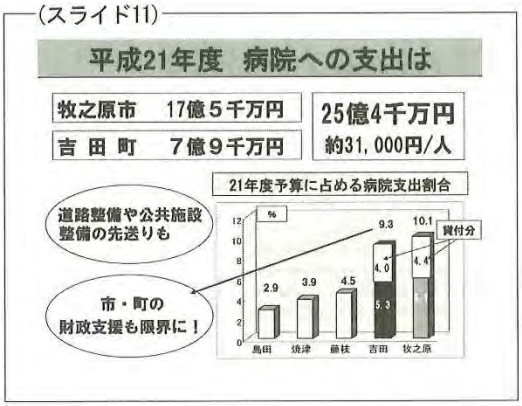
一時借入金に頼った経営も限界になり、そのような状況を直すために、平成 19 年度に基準外の新たな財政支援を 4 億 6,200 万円繰り入れました。榛原総合病院は組合立です。先ほども申しましたように、他の近隣の病院はすでに平成 16 年、17 年、18 年に赤字補填で基準外の繰り入れをずっとしてきました。ところが、榛原総合病院は牧之原市と吉田町、あるいはその前は相良町、榛原町、吉田町、その前は御前崎町も入って議論しますから、なかなか財政の支出を決定する意思統一ができない。しかも合併でお互いの市町が批判をし合ったりしていた状況ですので、この手当が非常に遅れてしまいました。

(スライド10)



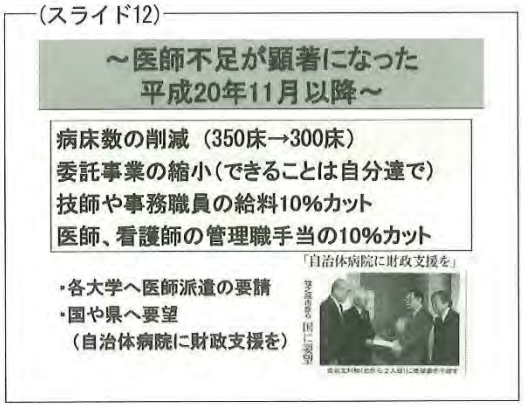
そういったことで、実は平成 20 年度には銀行がもう貸せないと言いました。地元のこちらに本社がある銀行ですが、駄目だと言われまして、そこでしょうがないので、市町から貸し付ける形にしました。基準外の繰り入れをし、しかも貸し付けをし、更に平成 20 年度の後半にはお金がまた足りなくなり、貸付金を入れますと、31 億円を病院に投入しました。

(スライド11)



そして、次年度の平成21年度の予算では25億4,000万円。貸付分も含めまして、赤ちゃんまで全部入れて、市民1人当り3万1,000円です。これが高いか安いかはまた後ほどご判断をいただきたいと思います。それを支出をして病院を何とか存続させよう。これは年度予算に占める病院の負担ですが、例えば島田、焼津、藤枝は市の予算に対して 2.9%～4.5%ですけれども、吉田町や牧之原市は1割近い予算を病院のために注ぎ込んでいます。従って、道路整備や公共施設の整備も先送りをしなければならない。議会の皆さんからは、「そんなことをしていいのか」という批判もございましたし、市民の皆さんにもこの説明をしなければなりませんでした。

(スライド12)



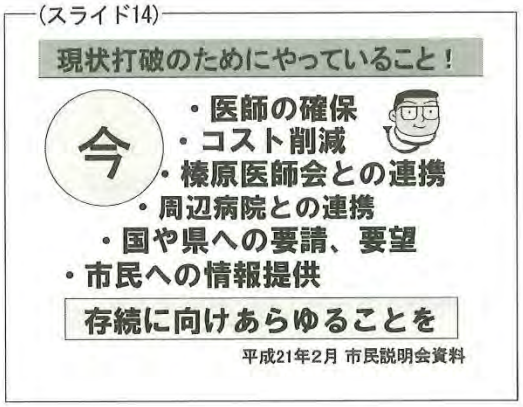
もちろん手をこまねいていたわけではありません。病院の規模を縮小する、あるいは清掃等、自分達ができることは自分達でやろう。給与も事務職員は 1 割のカットをいたしました。そして、これは塩谷文部科学大臣ですけれども、国や県や様々な皆様の所に財政支援も含めてお願いにまいりました。

(スライド13)



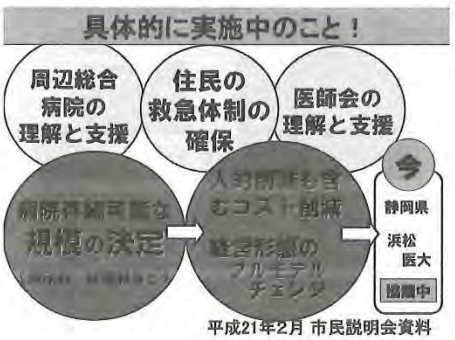
しかし、そういった内容の中でなかなか前に進まない。市民に説明をしようということで、これをいきなりやったものですから大分怒られました。『崩壊寸前の地域医療』、このような見出しで、しかも新聞、写真で病院をこのようにちょん切ったようなものを市の広報で出しました。そんなことは普通自ら出しませんよね。でも、これをやったのです。しかも平成 21 年 2 月 28 日に住民説明会で、是非市民の皆さんも一緒になって病院を再建してくださいという説明をいたしました。

(スライド14)



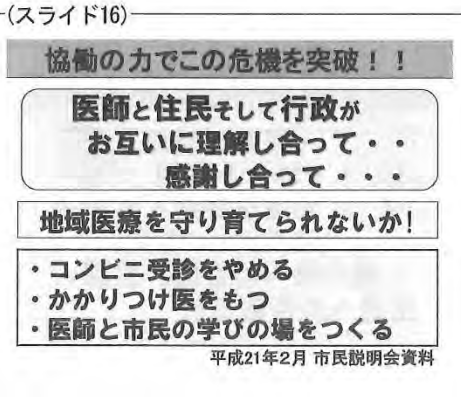
説明の内容です。これはその時に使ったプロジェクターですけれども、今私達は医師の確保やコストの削減と、様々なことをやっていますという説明をいたしました。

(スライド15)



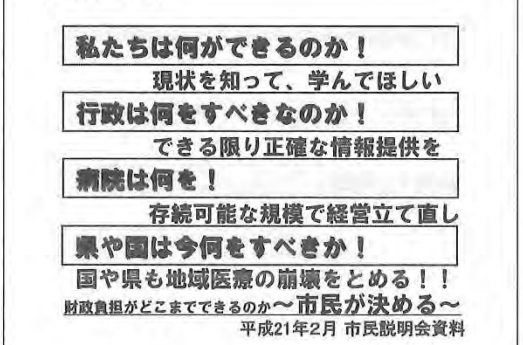
そして、これからどうするのか。今やっていること、特に病院の存続可能な規模を決定しよう。今大き過ぎるわけだからもっと小さくしよう。あるいは、老人保健施設もそこに入れていこうという検討をしています。あるいは経営形態のフルモデルチェンジ。ここではやはり民営化を想定いたしましたけれども、経営形態のフルモデルチェンジ、そしてそちらは静岡県、浜松医科大学とも打合せをしていますという説明をいたしました。

(スライド16)



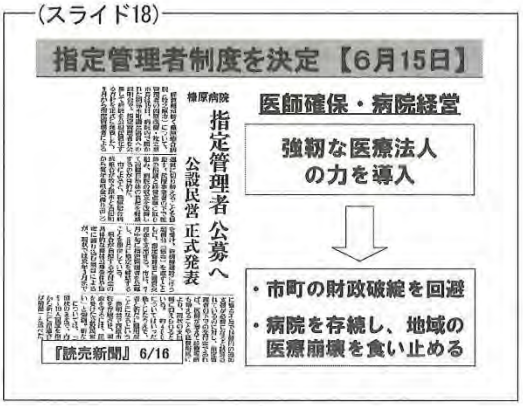
これももう当り前になったことですが、市民の皆さんにはコンビニ受診をやめましょう。かかりつけ医をもちましょう。医師と市民の学びの場をつくりましょうというお願いをいたしました。

(スライド17)



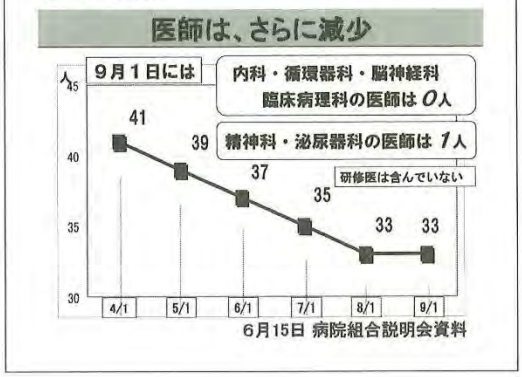
そして、私達はまず皆で現状を知って、学びましょう。そして行政、市としては、できる限り正確な情報をお出しいたしましょう。病院は存続可能な規模で経営の立て直しを考えましょう。国や県も地域医療の崩壊をとめるために頑張ってくれる。皆でやりましょうということですが、ここで財政負担がどこまでできるのか。これについては市民の皆さんに決めていただきますというお話をしました。

(スライド18)



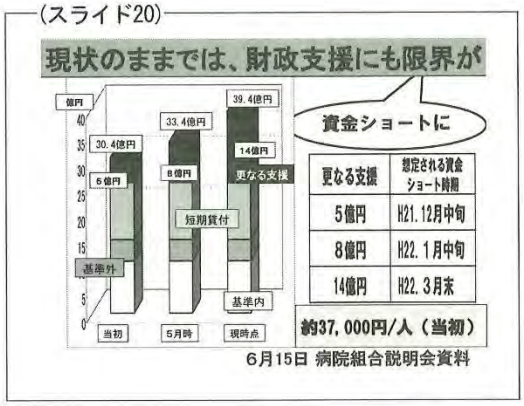
そうこうする中で、なかなかそうは言っても前へ進まない。昨年6月15日に、最終的に2カ月ほどかけて、その間に山口総長にも大変ご尽力、ご支援などいただきましたけれども、我々には待っている時間がございませんでした。そういった中で、医師確保と病院経営ということで、これは強靭な医療法人の力をお借りしよう。市町の財政破綻を回避し、なお且つ病院を存続し、地域の医療崩壊を食い止めるということで、指定管理者制度で病院の経営をすることを病院の議会と病院の職員に発表をいたしました。

(スライド19)



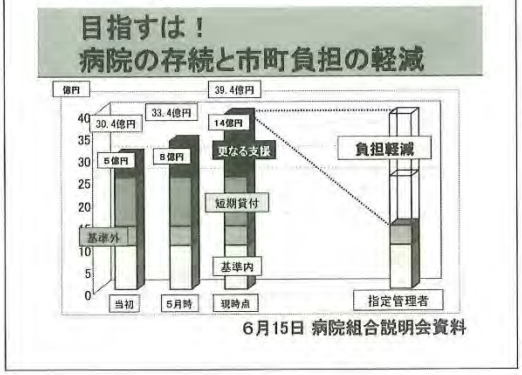
その時に説明した資料です。医師は現状のままで行くと、9月には33人に減ってしまう。

(スライド20)



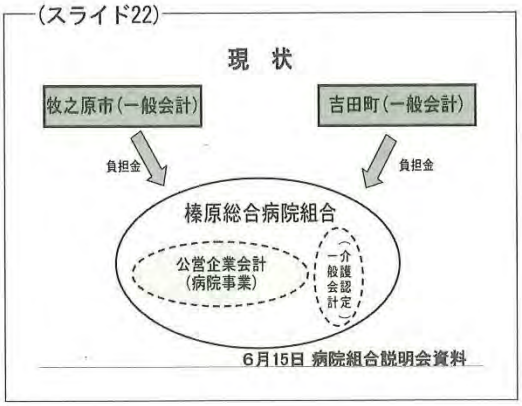
そして、特にこれが問題なのですが、牧之原市と吉田町がこのような予算を組んでいましたけれども、今の現状のままではお医者さんが減ってしまう。先ほどもご説明がありましたけれども、医師が辞めても看護師やコ・メディカルや薬剤師、あるいは事務職はそのまま残るわけですから、あっという間にお金が足りなくなる、給与の支払いができなくなるということで、現状のままお医者さんが少なくなると、5億円追加財政支援をしても12月までしか持たない。3月まで持たせるためには14億円要る。そのためには、市民1人当り3万7,000円の支出が必要ですという説明をしました。

(スライド21)



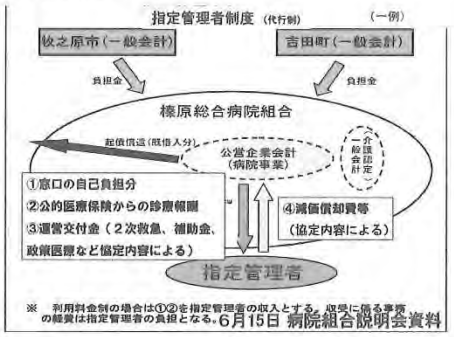
それを乗り切るためには、指定管理者制度として、今こういう形で年間予算が必要となりますが、これを基準内の繰り出しと基準外の繰り出し、これは今までやっていましたので、この金額で指定管理者制度の下でやりたいという説明を議会でいたしました。

(スライド22)



今までは、牧之原市と吉田町からお金を入れて組合を運営していました。

(スライド23)



これは同じですが、それを病院の事業会計の中で指定管理者に窓口の自己負担分、それから公的医療保険からの診療報酬、更に運営交付金をお支払いして、減価償却に見合う分を貰いましょうということで、最終的に利用料金制になるという形でやるという説明をいたしました。

(スライド24)



6月15日に発表いたしまして、そこから大変な物語が始まりました。まず、いきなり指定管理者にどなたも応募してくれませんでした。ただ、徳洲会が3日間40人の医師団を病院に入れまして、指定管理中に調査をいたしました。調査をして、最後の日に「断ります」と言って来ました。断られてしまいました。

そこで、止むを得ず協議する中で、徳田理事とも私はその前に2回お会いしました。可能性がゼロではないということで、8月15日に徳洲会グループと個別に協議をすることを、議会の皆様と病院の職員に説明をいたしました。しかしそのためには、先ほど説明しました5億円のお金が更に必要だからということでお認めをいただきました。

(スライド25)



そうすると、今度は茂庭院長先生が退職の願いを出されました。我々の今までの進め方に、こちらとすればお金がないから何とかつぶれないようにするために早く早くということで、意思の疎通に欠けました。様々な面で大変なご苦労をさせてしまいまして、その1番の大きかったことは定数条例を下げたことでした。

(スライド26)



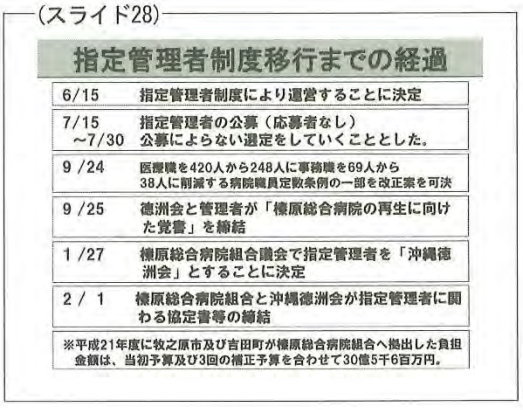
しかし、この記事の10月31日と前述の10月3日の間、10月18日に市長選・市議会議員選挙がありました。もう病院は大テーマですけれども、実はこんな状態で誰も市長なんかやりたくない。無投票で、「お前責任をとれ」ということで、私がそのままやることになったわけです。本当に前へ行くも後ろへ下がるも大変な状況の中で、最終的に茂庭院長が、「とにかく市長選の争点にしたくない。病院問題を市長選や市議選の争点にしてはいけない」というお考えでした。従って、全てが終ったところで意思を表すということで、10月31日に院長が残ってやってくださるという判断をしていただきました。

(スライド27)



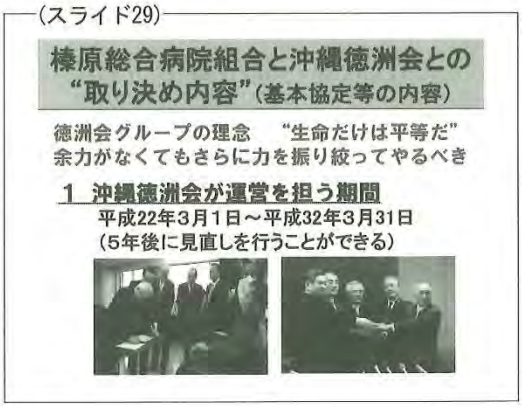
そういったことや、また徳洲会との交渉であっち行ったりこっち行ったりがありまして、それが延びたりして財政支援がまた必要になるとか、いろいろなことがありました。

(スライド28)



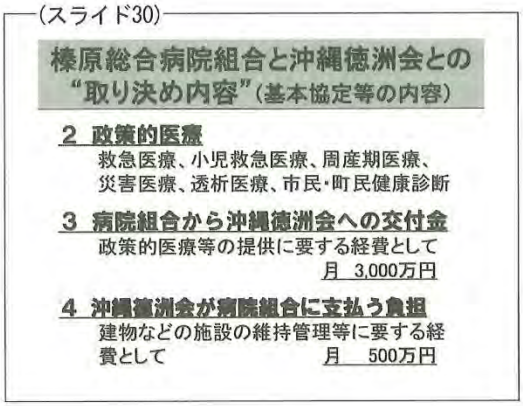
ここでそれをまとめました。6月15日に指定管理者により運営することに決定したと発表し、7月15日から30日までに指定管理者の公募をしました。それから、9月24日には医療職を420人から248人に、事務職を69から38に削減する病院職員の定数条例を可決しました。組合議会の方では、1月27日に指定管理者を沖縄徳洲会とすることの議決をいただきました。そして、2月1日に徳洲会と基本協定を結ばせていただきました。この間、議会の皆さんは、牧之原市議会、吉田町議会、組合議会のどなたの反対もありませんでした。全ての議員が賛成でした。

(スライド29)



これは協定内容です。こちらが徳田虎雄理事長です。筋萎縮症でもうほとんど目しか動きません。目で語り合うと言うか、文字盤を使って話すのですが、協定をさせていただきました。期間は10年間で、5年後に見直しをするということです。

(スライド30)



政策的医療。これは、通常の政策的医療に市民や町民の健康診断を含めて地域医療も応援する。そして、政策的医療等の提供に要する経費として、病院組合から徳洲会へ交付金を月3,000万円支払う。徳洲会の方からは病院組合に建物などの施設の維持管理等で月500万円支払うということです。

(スライド31)



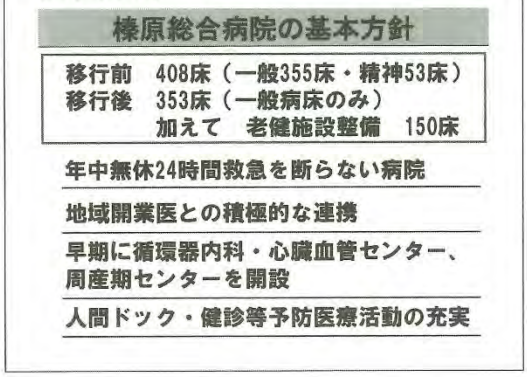
それでどうなるかと申しますと、これが組合のかかるお金です。平成21年度がここにありますように、私達は30億余のお金を病院存続のために使いました。これが、5年間は緑の部分(棒グラフ上部)が医師確保経費、がんセンターに入っている320列のCTの機械を入れました。こちらを病院の組合で入れますので、この減価償却。それから指定管理に伴いまして、全ての職員が公務員から民間に変りました。退職金の上乗せをしましたので、退職金の上乗せ分の退職手当債があります。これは銀行で借りることができませんでしたので、市町の県の団体からお借りしたということもあります。5年間は少しかかりますけれども、27年度以降は10億ぐらい、それでもこれはずっと要るわけです。このオレンジ(棒グラフ上部)が建物の返済の金額で、建物の返済はずっとかかっていきます。

(スライド32)



3月1日から徳洲会による運営が始まり、8時から幹部会、8時半から朝礼、全員でラジオ体操をやって、毎朝このように会議をしていただいております。

(スライド33)



病院は408床で一般が355床という病院を、移行後は一般病床のみで353床、これに加えて老人保健施設の施設整備を150床。年中無休で24時間緊急を断らない。それから地域開業医との積極的な連携、循環器内科・心臓血管センター等を作っていくという計画です。

(スライド34)



平成22年度の事業計画です。救急は24時間365日ということで、実は今この関係は半分ぐらい実施されており、4月からは心臓の内科と外科の先生方が見えますので、完全にこれがスタートいたします。それからユニークなのは、夕診としまして5時から7時まで受け付けて、夕診も今やっております。それから、この下は先ほど説明したものです。

(スライド35)

平成23年度・24年度事業計画

◎第二期診療体制

（平成23年4月1日～24年3月末）

・周産期センターの開設

・入院病床（使用許可）数　250床

・開棟数　5病棟

◎第三期診療体制

（平成24年4月～）

・入院病床（使用許可）数　353床フル稼働

・開棟数　6病棟

あと3年かけて353床の病院にしていきたいということです。

(スライド36)

3月2日　住民説明会を開催







ハイクオリティを
ローコストで
超高齢社会における
幸福実現都市に！

3月2日に地元の市民の皆さんに説明をいたしました。住民参加、住民監視、住民管理。それからちょっと大袈裟ですが、牧之原市と吉田町の医療福祉を世界一にしましょう。こちらは徳田理事長が私達に送ったメッセージで、ハイクオリティをローコストで、超高齢化社会における幸福都市を実現していこうということです。

(スライド37)

公設民営化の課題

◎主役は医師や看護師などの病院職員

病院を存続するためには、病院職員の総合力が必要。その上で、市町は財政面で全面支援した。

◎情報の共有化が重要

地域医療を守るために、病院・行政・議会・医師会・住民などの足並みが揃った。

◎働く人の立場に立って

民営化に伴い病院職員を分限免職したが、全員が再雇用された。働く人に最大限の配慮。

最後にまとめです。公設民営化の課題として我々が教訓としたのは、やはり病院を運営するのは医者と看護師、病院職員である。病院を存続するためには病院職員の総合力が必要で、その上で我々は財政面で全面支援をする。

2番目が情報の共有化が重要です。先ほど来出ていました、「地域医療を守るために、病院・行政・議会・医師会・住民などの足並みが揃った」と書いてありますが、揃ったではなく、「揃わなかった」のです。もう揃わなかっただらけでしたので、揃う努力をした。揃う努力をしましたけれども揃っていないです。でも、これからこの努力をしない限り、私達は病院が存続できないだろうと思っています。

それから、民営化に伴い、病院の職員も公務員から民間になるわけですから、分限免職をしました。全員が再雇用されたのですが、やはり働く人に最大限の配慮が必要だということです。

(スライド38)



我々もまだ歩み始めた一端ですけれども、以上の紹

介をして終らせていただきます。ありがとうございました。

パネラーの報告６（ビデオ出演）

共立湊病院　院長

小田　和弘

山口：次に、共立湊病院院長の小田先生にお話をいただきますが、本日は無理を申しあげてビデオでの発言をお願い致しました。賀茂地区の医療を担ってこられた中で、今後の湊病院の運営については様々な課題があると伺っています。そういう状況を本日はお話いただきます。

（スライド1）

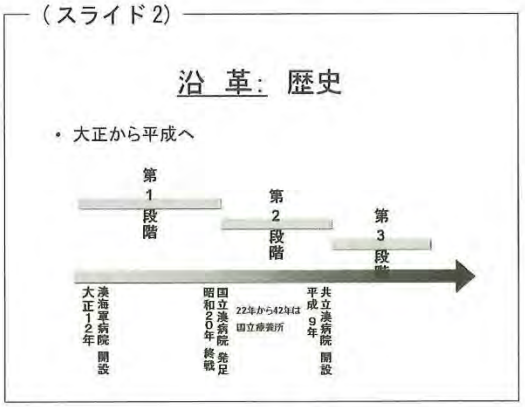


小田：皆様こんにちは。共立湊病院の小田と申します。本日はビデオで大変失礼いたします。

あと1年しかありませんが、平成23年度からの指定管理者が決まっていないという共立湊病院の今までと、あるかどうかわからないという今後についてプレゼンテーションをさせていただきたいと思います。

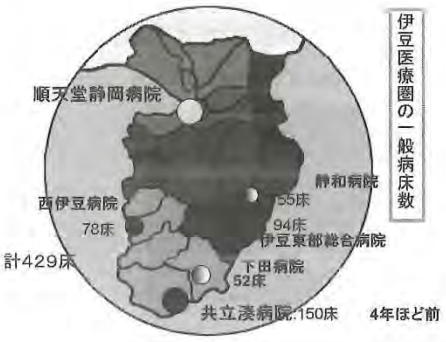
テーマは「共立湊病院の今までと今後」。サブタイトルは「出湯の町で煮え湯？」の一例です。

（スライド2）

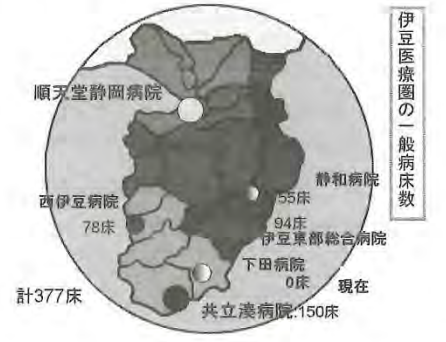


共立湊病院の前身は国立湊病院ですが、その歴史は大正12年からですから、87年に及びます。終戦直後の昭和22年から20年間は結核療養所だった時代もあります。平成9年から現在の共立湊病院になっております。

（スライド 3-1）



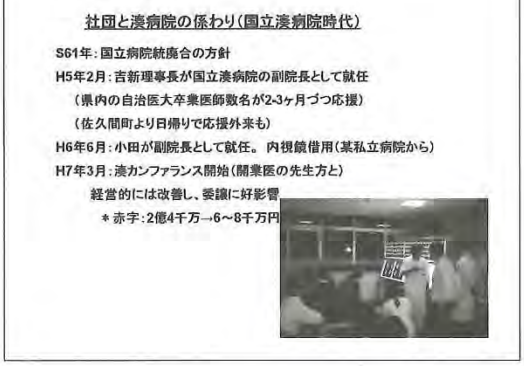
（スライド 3-2）



これが伊豆医療圏 1 市 5 町、人口約 8 万人弱の一般病床です。4 年ほど前までは 429 床あったのですが、伊豆下田病院が療養型となり、現在は 377 床で療養型病床の方が多く、通常の地域とは逆転しております。また、全ての病院で医師を中心とした医療従事者確保には頭を悩ませており、これが急性期医療を困難にしている一因です。

共立湊病院は 150 床＋感染症病棟 4 床で最大規模ですが、ご覧のように半島の先端にあり、他市町村から交通の便が良いとは言えません。私は伊豆半島の最先端医療と呼んでおります。更に当院と同様に世間を騒がせている病院もあり、今後どうなっていくかは予断を許さない状況です。

（スライド 4）



当社団法人は我々自治医科大学の卒業生が中心となって発足したものなのですが、自治医科大学・社団法人と湊病院の係わりを見てみます。発端は昭和 61 年、国立病院統廃合計画に遡りますが、地方の国立病院は地域医療を担う目的で地方自治体に委譲する策が進められました。平成 5 年に社団法人の吉新理事長が院長不在の国立湊病院に副院長として就任しました。伊豆半島は当時から医師不足は深刻で、県内の自治医科大学卒業生が交代で国立病院勤務をした時期がありました。最も遠方では、佐久間病院から片道 6 時間ほどかけて、週 1 回外来応援に来ていた医師もありました。このままでは双方がつぶれてしまうという危惧を抱き、平成 6 年に私が副院長として国立湊病院に赴任しました。

最も驚いたのは、写真の撮れる内視鏡がなかったことでした。このため、お世話になっていた浜松市内の最大の私立病院の倉庫に眠っていた内視鏡セットを、光源を含めて借りてきました。軽トラックの荷台で借り物の内視鏡セットを押えながら天城を越えたのが当時の思い出です。

翌年から開業医の先生と症例検討会を始め、多くの患者様をご紹介いただくようになりました。経営的にも少し好転し、年間最大 2 億 4 千万円出ていた赤字が 6 千円から 8 千万円程度に改善し、経済基盤の弱い地元市町村への委譲に好影響を与えました。

（スライド 5）

平成9年10月：共立湊病院誕生（1市5町）

地元移譲で社団法人が運営
（管理委託方式）
元国立病院で日本初!!



平成 9 年 10 月 1 日、共立湊病院が誕生しました。国立病院の地元委譲例の中で、管理委託方式で社団法人が運営するのは法律の改正も要し、国内初のケースでした。現在自治体病院改革が叫ばれておりますが、その 12 年以上前の出来事です。

（スライド 6）

共立湊病院になってから

立ち上げ時（H9年10月）

- 内科・外科・整形外科に加え耳鼻科・眼科の要望あり（計5科）
- 自治医科大学からの応援、県内自治医大卒業生で対応
- 土曜外来の実施（公立病院で唯一）
- 赤字は出せないので150床を113名の職員で立ち上げ！
  （現在丁度200名）
- ＊MRI・高速CT、
  院外処方化（自前のﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ）
  適時適温給食、



立ち上げ時、従来の国立病院の内科・外科・整形外科に加え、地元から眼科・耳鼻科の要望があり、5 科で立ち上げました。医師確保はやはり困難を極めましたが、自治医科大学医局と県内自治医科大学卒業生で何とか対応しました。特徴として、県内国公立病院では唯一土曜外来を実施、また社団法人としては赤字は出せないため、150 床を最低限の 113 名で立ち上げました。現在職員は 200 名丁度ですから、いかに 1 人 2 役を徹底したかが忍ばれます。その他、当時ではごく普通であった MRI・高速 CT の導入、院外処方化、適時適温給食を実施しました。それほど遅れていたということです。

特筆すべきは、院外処方化に対しお金がなかったこともあり、コンピューターに強い医師が自前で処方箋発行システムをつくり上げてしまったことです。これは市販のメーカーのものよりも完成度で勝っていました。

（スライド 7）

共立湊病院になってから



立ち上げ後

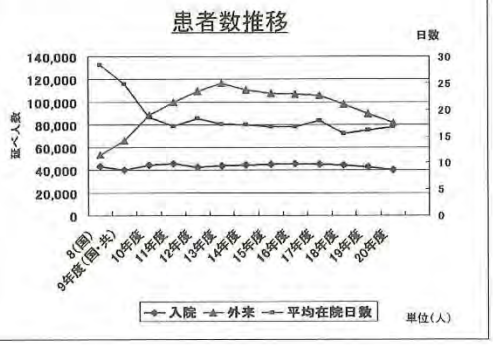
- 人間ドック開始、画像伝送システム（県）、看護師奨学金制度
- 婦人科・麻酔科・小児科を立ち上げ計8科
- 平成13年老健「なぎさ園」開設、
- 平成15年：地域リハビリ推進事業受託
- 平成16年～協力型病院として2年目地域研修受け入れ（年15名ほど）
- 平成16年：県東部ドクターヘリ運行開始（県）
  遠隔地病理診断（telepathology）（県）立ち上げ

＊社団の国立病院管理委託（計7例）に弾み！
錦江・伊東・山中・恵那・横須賀うわまち・奈良

立ち上げ後も県の強力なバックアップ等もあり、様々な機能が充実しました。人間ドックの開始、後方病院である順天堂大学医学部附属静岡病院への画像伝送システム、看護師奨学金制度の発足、婦人科、麻酔科、小児科の増設などです。平成 13 年からは老人保健施設「なぎさ園」も敷地内に併設し、医療・介護の複合施設となりました。平成 16 年からは協力型研修施設として、2 年目の研修医を地域実習で年間 15 名ほど受けています。

以上のように、特に開院後 10 年弱は非常に病院が充実した感がありました。これがその後、社団法人が全国の元国立病院の管理委託を受ける弾みになったのだろうと思っております。結局、当院を含めて元国立病院 7 施設を受けることになります。

（スライド 8）



患者数を見てみますと、赤線（—◆—）の入院数は横

這いのように見えますが、実際は平成 20 年度から以降は減少が目立ちます。ただ、国立病院時代に 30 日あった平均在院日数(—■—)は 16 日弱と短縮し、高齢化率が 30%を超える地域としてはまあまあの数字かと思っております。緑色(—▲—)の外来は委譲後 5 年間は増え続け、その後は著明に減少しています。薬剤の長期投与の影響もありますが、確実に年間 500 名の人口減少がある地域であり、病院の立地条件を考えると、ある程度止むを得ない面もあるのかと思っています。

(スライド 9)

手術・内視鏡など(H18年度)

手術(計896件)

外科:212件　整形:433件　眼科:223件

内視鏡(計2755件)

上部:1892件　下部:789件　ERCP:66件　気管支鏡:7件



非常に田舎にある病院ですが、手術等の需要は結構あり、年間約 900 例の手術が施行されています。あまり設備投資にお金がかからない内視鏡の件数も 2,700～2,800 程度はあります。総合医的要素を持った医師が多く、内科・外科の全員が上部・下部内視鏡をやりますので、大腸カメラの件数も結構あります。

(スライド 10)

2次救急の充実



伊豆の洗礼「天城越え」を減らしたい
since1997・10
「石川さゆり」さんには悪いけど

基幹病院として最も要求されているのは 2 次救急です。出来るだけ自己完結で、「天城越え」を減らしたいと考えています。重症患者の「天城越え」にはほとんど当院の医師が同乗してこのループ橋を登って行きます。片道約 2 時間弱です。現在は日中はドクターヘリが活躍してくれますが、夜間・悪天候時は今までどおりです。これを「伊豆の洗礼」と呼んでおりますが、救急車に横座りでこの山道を行くのはかなり厳しいものがあります。

(スライド 11)

順天堂大学付属静岡病院:夜間救急にて

順天堂医師

「やけに顔色の悪い患者さんだねぇ」

救急隊員

「いや、あれは同乗医師です」



順天堂大学医学部附属静岡病院夜間救急にて。「やけに顔色の悪い患者さんだね」、「いや、あれは同乗医師です」。あながち冗談ではないかもしれません。

(スライド 12)

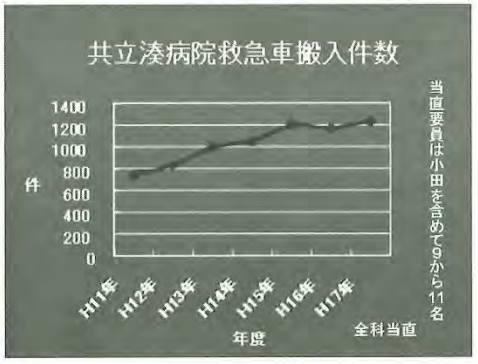
一次・二次救急当番
(H20年11月:共立湊病院)

		一次 内科	一次 外科	二次			一次 内科	一次 外科	二次
1日	土			■		16日	日	■		■
2日	日	■				17日	月			
3日	月			■		18日	火			■
4日	火					19日	水			
5日	水			■		20日	木			■
6日	木					21日	金			
7日	金					22日	土			
8日	土		■	■		23日	日			■
9日	日		■			24日	月		■	
10日	月			■		25日	火			■
11日	火					26日	水			
12日	水					27日	木			
13日	木			■		28日	金			■
14日	金					29日	土			
15日	土		■	■		30日	日			■

5日に3回は二次救当番

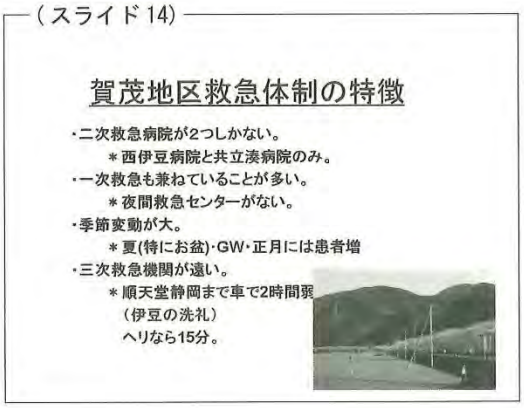
大体毎月同じですが、1 次救急、2 次救急の当番表です。5 日に 3 日は 2 次救急当番。平日の 1 次救急は毎日受け、土日の 1 次救急当番も月に内科 2 日、外科 4 日程度あります。

（スライド 13）



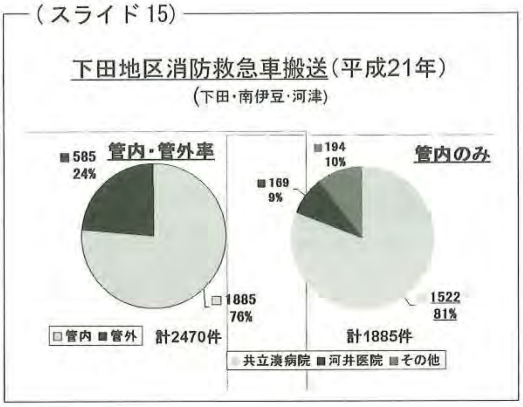
そんなこんなで入院・外来とも患者数は減少傾向ですが、救急車台数のみは右肩上がりのままです。スライドは平成 17 年度までですが、平成 20 年度から年間 1,500 台を超えました。これを私を含めて 10 名程度の医師で対応しますから、1 人当りの負担としては結構あります。当直は全科当直であり、総合医の効率の良さが活かされる場でもあります。

（スライド 14）



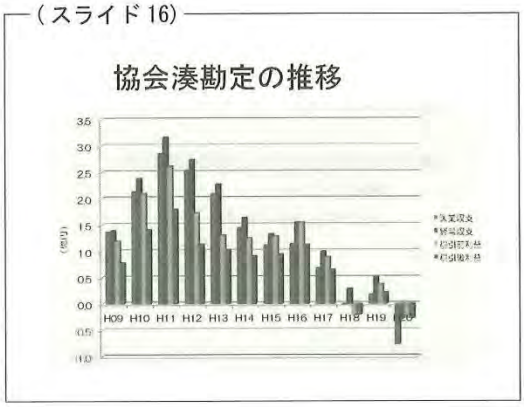
賀茂地区の救急体制の特徴です。まず、2 次救急病院が西伊豆病院と当院の 2 つしかないということです。1 次救急も両院が兼ねていることが多い。つまり、夜間の救急センターが無いということです。それから、観光地なので季節変動が大きく、夏とかゴールデンウィーク、正月には患者が急激に増えます。3 次救急は非常に遠くて、順天堂大学医学部附属静岡病院まで車で 2 時間弱かかります。ヘリコプターで 15 分ほどです。これがこの地区の特徴だと思われます。

（スライド 15）



平成 21 年の下田地区消防の救急車搬送の実態ですが、約 4 分の 1 が管外搬送に頼っています。管内は 1,885 件でしたが、そのうちの 81%が共立湊病院に搬送されています。開業医の河井先生が孤軍奮闘しておられ、当院と合せると実に 90%です。共立湊病院が無くなったら、これらの救急患者はどこに行くのでしょう。

（スライド 16）



共立湊病院勘定の推移です。少ない人数で立ち上げ、皆で頑張ったお蔭で、国立時代 2 億以上の赤字だった病院は、一時、逆に 2 億以上の医業収支黒字を出すまでに至りました。しかし、診療報酬のマイナス改定、人口減等に伴い、収支は急速に悪化し、10 年目からはマイナスに転じてきています。

（スライド 17）



立ち上げ当初は元国立病院の管理委託方式が注目を集め、開院後 4、5 年までは経営の好転が幾つかのマスコミに取り上げられました。

（スライド 18）

収支など(1)

立ち上げ時

国から4億程度、県から13.5億程度の施設・機器整備。
150床の自治体病院として普通交付税・特別交付税合わせて、年間1億4000万程度の補助があり、当初は7割を社団が貰う計画だった。

結局、赤字が出なかったので、13年間全部組合に…。
組合にとっては
No Risk, High Return

さて、当院は管理委託方式で社団法人が運営を任されているのですが、1 市 5 町から成る病院の一部事務組合が建物の管理等を行っています。立ち上げ時は、国立病院の地元委譲を進める国から 4 億、当時今よりは裕福だった県から 13.5 億程度の補助があり、施設・機器整備が行われました。当時 150 床の自治体病院として、国から普通交付税・特別交付税合せて年間 1 億 4000 万円程度の補助がありました。国立時代からの試算で、そのうちの 7 割を社団法人が運営費としていただく予定でした。そうすれば運営できるだろうという計算でしたが、結局赤字が出なかったので、全額組合に納めることになりました。元々組合は赤字補填を行うつもりがなかったので、全くノーリスクのハイリターンという事業になったわけです。

（スライド 19）

収支など(2)

その後

組合会計は委譲後5年間は国から赤字補填された。
5年経った平成15年からは社団から5000万円×5年間
減価償却＋新病院の為、差し上げた。
20年からは3000万円に減額（22年度まで）

ところが、H21年3月に組合より
「今までに上がった利益を返して欲しい」

国からの委譲施設の取決めとして、組合も委譲後 5 年間は赤字が補填されました。5 年経った平成 15 年からは社団法人から 5000 万円を 5 年間、こちらも経営的に苦しくなった平成 20 年から 3 年間は 3000 万円を減価償却プラス新病院のために組合に差し上げています。つまり共立湊病院に関して、今まで市町は一切の負担がなかったわけです。ところが、平成 21 年 3 月に組合議会から、「今までに上がった利益を返してほしい」との申し入れがありました。

（スライド 20）

新病院計画

H15年より新病院建設検討委員会
管理者：南伊豆町長
組合議長：南伊豆町議（湊在住・共産党）
建設地を含めて全く話は進展せず。
＊この間に南伊豆町議会は移転反対決議4回



その後
組合議長は下田の市議に
H20年2月6日（社団：吉新理事長）
賀茂地区全体にとってより利便性の高い所に新病院を作る案を1年以内に示さなければ撤退。
病院議会（各市町から2名づつ選出で計12名）→ まとまらず。
H20年7月：第三者委員会を立ち上げ、そこに検討を委ねる。
結果は尊重。

さて、新病院計画ですが、実は平成 15 年より新病院建設検討委員会が立ち上がり、私と理事長も委員だったのですが、管理者が南伊豆町長、組合議長が湊地区に住む議員でした。当然候補地も含めて 5 年間、話は全く進展せず、この間に地元南伊豆町議会は移転反対決議を 4 回も行っています。その後、議長は下田市選出議員に替ったのですが、あまりに話が進展せず、経営状態のみ悪化していく中、平成 20 年 2 月に社団の吉新理事長が、「利便性の良い場所に新病院をつくる案

を 1 年以内に示さねば撤退」と発言したわけです。そこで各市町から出ている 12 名の病院議員で話し合いましたがまとまらず、結局は第三者委員会に委ねることになりました。結果は尊重するとのことです。あとは下り坂を転げ落ちるように落ちていきます。

（スライド 21）

共立湊病院改革推進委員会（第三者委員会）
H20年9月10月11月の3回表記委員会の開催
委員
長 隆 氏（公立病院改革懇談会座長、下田北高出身）：会長
小山田 恵 氏（全国自治体病院協議会名誉会長）
小出 輝 氏（順江会 江東病院 理事長）
明石 勝 氏（聖マリアンナ医科大学・病院 理事長）
亀田 隆明 氏（亀田総合病院 理事長）
栗谷 義樹 氏（日本海総合病院・酒田医療センター理事長）
岩堀 幸司 氏（医療施設近代化センター理事）
遠藤 誠作 氏（福島県三春町企業局長）：副会長

＊現指定管理者である地域医療振興協会には一切の意見を聞かず。

これが共立湊病院改革推進委員会と銘打った第三者委員会です。会長の長隆氏以下、確かに層々たるメンバーです。聖マリアンナ医科大学病院や亀田総合病院の理事長も名を連ねています。3 回の委員会で案を作ったのですが、現管理者である我々の意見は一切聞かれることはありませんでした。

（スライド 22）

第三者委員会の答申書（H20年11月21日）
①移転地：下田南高跡地が第一候補：H23年3月末竣工
②建設費：建築費は坪当たり60万円（約18万円/㎡）→民間基準より安い
1床当たり1133万円（cf：伊東の半分以下）
プロポーザル方式（設計施工一括方式）
建設業者も公募
③経営形態：公募による指定管理者による運営が必要
ⅰ）交付税部分の一定額は管理者に交付
ⅱ）利用料金制採用
ⅲ）赤字補填は行わない
ⅳ）減価償却費は全額徴収
④指定管理者選定委員会で選定を。

そして平成 20 年の 11 月にできたのがこの答申案です。指定管理者を決めてから 1 年半で病院をつくり上げようというものです。しかも建築費は民間の基準より安く、1 床あたりでは、同じく社団法人が管理委託されている伊東市立病院の半額以下です。指定管理者は公募で、医療機器・建物の減価償却は指定管理者が全額行う。病院運営のために国から出る交付税は幾らかわからないが、一定額は管理者に交付されるというものです。これで自治体病院ができるとしたら、どこも困らないと思います。誰も手を挙げないのではないかと予測されました。そして、指定管理者の選定には別の指定管理者選定委員会をという答申でした。

（スライド 23）

指定管理者選定委員
指定管理者を公募

・伊東 紘一氏（常陸大宮済生会病院長）
＊元自治医大臨床病理教授

・近藤 俊之氏（全国社会保険連合会参事）

・遠藤 誠作氏（三春町保健福祉課長）
＊総務省公営企業アドバイザー

市町の人達は一切入っておりません。第三者委員だった遠藤さんという人がまた登場しています。

（スライド 24）

新病院指定管理者の用件

・病床数：154床（うち感染症4床）
・減価償却費の全額負担：建物・医療機器・駐車場の整備費など
・診療科目：内科・外科・整形外科・小児科
・常勤医師数：内科・外科・小児科で10名以上充足させること
＊2次救急に対応するため上記3科で10名以上確保したい由？

・組合が指定管理者に支払うもの
・救急医療等の実施に伴う経費（国の特別交付税）
・普通交付税の一部

・現病院は診療所に…。

選定委員会がつくった指定管理者の要件です。現在と同じ 154 床の一般病床で、減価償却費の全額負担を謳っております。常勤は内科・外科・小児科で、10 名以上充足のこと。なぜか高齢化地域で大事な役割を果す整形外科が常勤医師から抜けています。組合は救急に関する特別交付税全額と普通交付税の一部を支払うという、相変らず自腹の痛まない案です。現病院は診療所として老人保健施設の運営も指定管理者が行うというものでした。

（スライド 25）



さて、指定管理者選定の 12 日前に新病院候補地の視察をした議員達が地元新聞に載りました。驚いたことに、土地代さえも交付税を利用して返済する計画のようでした。これでどこが自治体病院なのかと不思議に思います。

（スライド 26）

その他の要望

組合
今までの利益を返すべきだ。
病診連携の改善を。

医師会
紹介外来のみとすること。
産科をやること。
リハビリ機能の充実。
＊以上が確保されなければ下田移転反対

その他の要望として、組合、医師会ともそれぞれのことを言っています。

（スライド 27）

賀茂地区の方々は

例えば静岡県中西部の病院の苦労を知らないのであろうか？
焼津（572床）・藤枝（654床）・榛原（408床）など。

より交通至便な大病院でも地域医療の確保は困難

主因は医師確保の困難さ。

但し、湊では既に8名（7軒）の医師が、現病院から
車で5分程度の所に家を建て、生活しながら、地域医療
を支えている。

何か事が起これば、直ぐに駆けつけられる距離。

元々国立病院があり、地元委譲後は社団法人が地元負担ゼロでやってくれたために、ほとんど苦労もせずに医療が手に入ってしまった賀茂地区は、例えば静岡県中西部の病院の苦労を知らないのでしょうか。より交通至便で、より大きな便利な病院でも地域医療の確保は困難なわけです。主因は医師確保の困難さにあると思います。しかし、湊病院ではすでに 7 軒、8 名の医師が現病院から車で 5 分程度の所に自分の家を建て、生活しながら地域医療を支えています。何か事が起ればすぐに駆け付けられる距離で待機しているわけです。

（スライド 28）



キダチアロエ発祥の地　　医者要らずの町!?

そう言えば、南伊豆町はキダチアロエ発祥の地で、医者いらずの町です。

（スライド 29）

第3回指定管理者選定委員会
（6/19公募締め切り）
6月28日(日)：ヒヤリング・選定・結果の公表

結果：2法人から手が挙がり、医師会長の同席を得た
「聖勝会」が選定さる。
＊医師会も指定管理者を全面的に支援するという姿勢を
アピールしたことを評価した。
＊聖マ大からの支援も期待できる。
＊産婦人科開設にも具体的な案（亀田総合の支援）

6 月 28 日に公募のヒヤリングがあり、医師会長の同席を得た地元の聖勝会が選定されました。医師会が全面的に支援するという姿勢をアピールした、聖マリアンナ医科大学からの支援も期待できる、産婦人科開設にも具体的な案が盛り込まれていた、というのが選定の理由です。

（スライド 30）

聖勝会の懸念される点（10項目）

④ 外来診療が週5日で土曜は休診
⑤ 院内処方
⑥ 常勤医師20名→大胆だが実現性は？具体的な確保方法を。
⑧ 10年間の指定期間内に黒字に転換しない計画
→ 健全運営できる実行予算案を作成再提出を
⑨ 一般90床、療養60床→想定外。当地域では一般病床が重要
⑩ 病院経営の経験がない→ 詳細な開院準備計画を

＊①②③⑦は省略

ただし、懸念される点も 10 項目挙げております。1 番驚くのは、150 床の一般病床のはずだったのが、一般病床 90 床、療養 60 床という、想定外のことが通ったわけです。それから、10 年間の指定管理期間内ずっと赤字だという計画だったそうです。もう 1 つは病院経営の経験がないので、詳細な開院準備計画をというのが選定委員会からも懸念される点でした。

（スライド 31）

その他（提案）

① 省略。
② 選定は聖マと地元医師会の強力な支援が前提
→ 議会までにもう少し確証を得て置く必要がある。
③ 不安材料が散見されるので、第二順位の法人を次点として
残して位置づけておいた方がいいのではないか？

なのにH21年8月17日病院議会で
指定管理者として決定。
賛成8/11、ちなみに首長は反対4/6

その他としまして、最終決定は病院議会なのですが、「その前に聖マリアンナ医科大学と医師会の強力な支援ということの確証が必要」と選定委員会は指摘しています。しかし、8 月 17 日に病院議会で決定されました。賛成は議員の 11 分の 8。因みに 6 市町の首長は反対が 6 分の 4 でした。新病院オープン予定まで 1 年半しかありません。

（スライド 32）

そして・・・・・

21年12月18日
大方の予想通り聖勝会は辞退宣言
（設計施工業者選定の2日前）

理由は？

・妨害があった（医療機器・薬剤業者が応じない）
・市町長間の意見の不一致

結局大方の予想どおり、平成 21 年 12 月 18 日に聖勝会は辞退宣言しました。設計施工業者選定のほんの 2 日前でした。理由は医療機器・薬剤業者が応じない、或いは市町長間の意見の不一致など、妨害行為があったというのを理由に挙げております。

（スライド 33）

そして・・・・・。

組合議会の責任や如何に？
と思っていたら。
百条委員会を作り、犯人探しを始めた!!!!



第三者委員会から聖勝会選定まで組合を引っ張り、混乱に陥れた組合議会の責任や如何にと思っておりましたところ、百条委員会をつくり、犯人捜しを始めます。

（スライド 34）

瀕死の元国立病院



助かったか?と思ったら
DNAR（延命拒否）
だった。

結局、瀕死の元国立病院は助かったかと思ったら、DNAR（延命拒否）だったというようなケースではないかと思います。

（スライド 35）

「組合が地域医療を
崩壊させた稀な例」
になる可能性大

必要なのは
百条でなく自浄では？



組合が地域医療を崩壊させた稀な例になる可能性が大きいと思います。必要なのは、百条ではなく自浄ではないかと考えます。

（スライド 36）

ご清聴、ありがとうございました。



ご清聴ありがとうございました。

パネラーの報告７

厚生労働省　関東信越厚生局　局長

鶴田　憲一

山口：次に、最後のパネリストとして、鶴田先生にお話していただきます。先生は現在厚生労働省の関東信越厚生局長という大変重職を担われておりますが、静岡県の医療について大変よくご存じで、静岡がんセンターができた時の衛生部長を務めておられました。それでは鶴田先生、どうぞよろしくお願いいたします。

※ 当日使用した一部のスライドの画像データは都合により記録集には掲載しておりません。

（スライド１）

静岡県の地域医療を考える
ー病院医療を守るための留意点ー

厚生労働省関東信越厚生局長
鶴 田 憲 一

平成22年3月27日
静岡がん会議2009

鶴田：只今ご紹介いただきました、関東信越厚生局長の鶴田です。本日の話は厚生局長という立場ではなく、私自身は国立がんセンターや労災病院の運営に携わっておりましたので、経営者の立場からの話ということでご理解をいただきたいと思います。先ほど、小田さんがユーモア溢れるコメントをされていましたが、私の話はどちらかと言うと堅い話で、もっと厳しい話をさせていただきたいと思います。

（スライド２）

静岡がんセンターの理念
1. 最新で適切ながん診療の実践
2. 患者の視点を尊重したがん診療の推進
3. がん情報ネットワークなど、がん対策の中枢機能の構築

平成7年厚生白書
医療ー「質」「情報」「選択」そして「納得」「連帯」「発展」
医療サービスの生産の活発化は経済を活性化
産業連関：1．79
（医療部門の生産1単位が他産業に与える影響）

先ほど紹介がありましたように、私は平成 6 年から平成 9 年まで静岡県の保健衛生部長をしておりました。我々が静岡がんセンターを設置するに当たりましては、患者さんの視点を尊重したがん診療の推進等の、スライドに掲げる 3 つの理念を持ち、平成 7 年の厚生白書の中に、医療は産業連関表で 1.8、つまり 100 億円投資すれば 180 億円の波及効果があるとの観点でこの静岡

がんセンター構想を推進しました。

（スライド3）

今月、全国の土地の公示価格が公示され、これは先ほど山口先生も説明されましたが、多くの地点が低下する中で、全国で7カ所の地価が上昇しています。

そのうち 2 カ所がこの長泉町でした。この静岡がんセンターを核として発展しているということが新聞に取り上げられております。我々が意図したことが実を結び、嬉しく思っています。また、静岡がんセンターをこのように発展させられ、評価を高められた山口総長、鳶巣院長を始めとする関係者の努力に敬意を表します。

本日私に与えられたテーマは、「病院医療を守るための留意点」ですが、私は、今後とも静岡がんセンターが発展するためには何を考えるべきかについてお話ししたいと思います。特に一般の病院ではなく、急性期の病院がどのような視点で運営をしなければならないかを述べたいと思います。

（スライド4）

産婦人科勤務医・在院時間調査結果

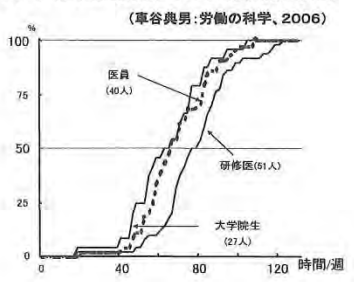
	N	月間在院時間	月間勤務時間	月間時間外在院時間	月間オンコール時間	当直回数	休日日直回数
全体（平均42.1歳）	163	295	178	117	144	4.1回	1.3回
30歳未満	23	328	179	149	123	5.5回	1.3回
30～34歳	32	304	178	126	155	4.8回	1.6回
35～39歳	22	289	174	115	132	4.5回	1.1回
40～44歳	17	306	177	130	110	4.4回	1.3回
45～49歳	22	291	179	112	148	3.8回	1.2回
50～54歳	17	275	180	96	195	4.1回	1.6回
55～59歳	21	282	183	99	139	2.7回	1.2回

日本産科婦人科学会・産婦人科医療提供体制検討委員会　2008年9月29日

現在、勤務医の過重労働が問題になっていることは、皆さんご承知のとおりだと思います。いろいろな所から厳しい調査結果が出ていますが、平成20年9月末に日本産婦人科学会の報告が出ています。これを見ると、平均で月間の勤務時間が178時間、月間時間外在院時間が117時間で、月間在院時間はトータルで295時間、他に月間オンコール時間が144時間となっています。

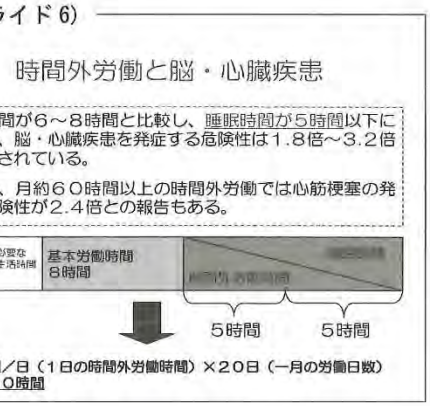
この295時間、例えば月22日間勤務として、つまり22日掛ける 24 時間で見ると、83%の時間は病院にいるということです。従って、朝8時に来れば朝方の4時ぐらいまでは病院にいるという過重な勤務状況になります。

（スライド5）



この状況は産婦人科のみならず、大学病院の医師も同様です。研修医の半数以上が週 80 時間以上の労働をしており、大学院生、医員も半数以上が週 60 時間以上勤務しています。因みに週 80 時間は、月換算では160時間以上の時間外勤務をしており、60時間というのは月 80 時間以上の時間外勤務になります。しかも、この労働に対する給与は払われていないというのが大学病院勤務医の実態です。

（スライド6）



この 100 時間の時間外労働がどの程度のものかは、このスライドが示しますように、睡眠時間が 5 時間を切るかどうかという時間です。睡眠時間が 6 時間から 8 時間と、睡眠時間が 5 時間以内という状況を比較しますと、脳・心臓疾患を発症する危険性は 1.8 倍から 3.2 倍と報告されております。また、月 60 時間以上の時間外労働では、心筋梗塞の発症の危険性が 2.4 倍という報告もあります。

このスライドは労働基準法、労働安全衛生法関係の審議会で出されたものです。

(スライド7)

このような 100 時間労働をしている状況においては、スライドに示すように医師も過労死しており、最近は色々な機関から医師の過労死報告が出ています。

(スライド8)

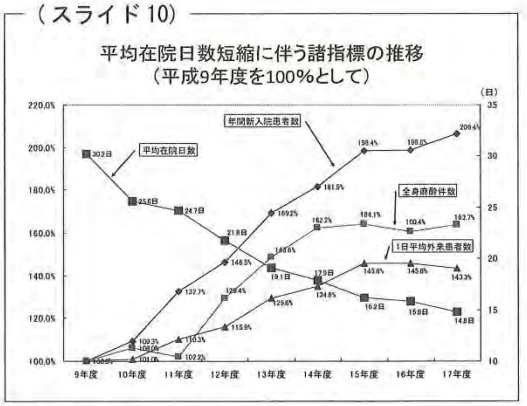
医療機関の職員は医師だけではなく、スライドに示すように看護師も不規則勤務で過労死認定されているという状況です。この原因としては、平均在院日数の短縮もかなり大きな要因となっています。平均在院日数が半減するとカルテが 2 倍必要ということから、事務職も含めて医療従事者に大変負担がかかっている状況です。

(スライド 9)



過重労働の原因としては、例えば、インフォームド・コンセントの導入等色々な理由がありますが、平均在院日数の短縮の影響を述べたいと思います。平均在院日数が 28 日から 14 日に変った場合にどのような状況が起るかですが、私が臨床をしていた頃は、術前に 1 週間入院して術後 3 週間という、大体 28 日間の入院期間でした。現在はDPC(診断群分類)の導入等があり、術前1週間の検査は全て外来で行います。従って、手術の前日に入院するのです。そして平均在院日数の短縮が政策的に誘導されたことから、この手術前1週間の患者さんと術後3週間の患者さん、この比較的落ち着いた患者さんがいなくなりました。50 床の病棟で 1 日 2 例手術したとすれば、平均在院日数が半減すると、1日 4 例手術をしなければならなくなるというような状況で、患者さんも重症化しています。従って、大変忙しくなっているというのが実態です。

(スライド 10)



このスライドは国立がんセンターのデータですが、病床稼動率が 90%ぐらいで、ずっと待機患者がいます。平成 9 年は 30.2 日ですが、平成 17 年には大体半減しています。そうすると、稼動率が変らないということですから、新規の入院患者は倍に増えます。多くの病院で起るのは、平均在院日数の減と新規入院患者がこれより少し下に来ます。なぜかと申しますと、待機患者さんがいないということもあり病床稼動率が下がってくるからです。国立がんセンターは急性期病院ですから手術が多く、全身麻酔件数が多い。そして入院の新規患者が多くなれば当然退院後は外来に来ますので、外来患者数が多くなる。スライドに示す経過をたどりましたが、この間、医師は大体 260 名、常勤職員が 130 名、レジデントが 130 名です。平均在院日数の減に対して医者が 2 倍頑張ってきたというのがこの時点での状況です。

(スライド 11)

医療提供体制の各国比較(2003年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	36. 4	16. 5	15. 6 (2002)	2. 0 (2002)	42. 8 (2002)	7. 8 (2002)
ドイツ	10. 9 (2002)	8. 9 (2002)	39. 6 (2000)	3. 4	102. 2 (2000)	9. 7
フランス	13. 4	7. 7	35. 2 (1998)	3. 4	69. 7 (1997)	7. 3
イギリス	7. 6	4. 2	43. 9 (2000)	2. 2	129. 2 (2000)	9. 7
アメリカ	6. 5	3. 3	77. 8 (2000)	2. 3 (2002)	230. 0 (1999)	7. 9 (2002)

(出典)病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数「OECD Health Data 2002」
平均在院日数、人口千人当たり病床数、人口千人当たり医師数、人口千人当たり看護職員数「OECD Health Data 2005」

このスライドは日本と海外の医療提供者と平均在院日数の変化を示しています。日本は平均在院日数が長いので医療費がかかる、従って平均在院日数を下げよ

うという動きがありました。ここではこのデータは別の見方をしていただきたいと思います。日本の平均在院日数は36.4日で、アメリカが6.5日と、6倍ぐらい違います。平均在院日数を短縮すると重症患者が増えるということから、非常に忙しくなります。従って、医者もそれに相応して増やさなければなりません。人口 1,000 人当たりの概念ではなく、日本とアメリカの病床 100 床当たりの医師数の概念からいくと、15.6 人が 77.8 人に増加。看護師数も 42.8 人が 230 人になります。従って、平均在院日数を減らすと、その病院は医者も看護師も増やさなければ対応できないと思います。

（スライド 12）

100床当たり 医師数・看護師数

	医師数	看護師数
総数	**12.9**	**52.4**
20~29床	16.6	63.5
30~39	12.9	53.8
40~49	10.9	48.7
50~99	8.9	44.3
100~149	**7.7**	**42.8**
150~199	8.0	45.0
200~299	8.5	46.8
300~399	11.5	54.9
400~499	**14.1**	**59.4**
500~599	16.3	63.2
600~699	23.8	65.5
700~799	24.2	67.0
800~899	**31.2**	**71.0**
900床以上	32.6	64.7

平成19年病院報告

もう1つの点は、100床クラスの病院は、医師数は7.7人、看護師数は42.8人です。しかし400床、そして800床になると、100床あたりの医師数は31.2人、看護師数は 71 人となります。従って、こういうところが平均在院日数を減らしていくと、31 人は 62 人とか、そういう数字でなければ病院の職員は対応できない。そうすると、800床のこの病院が平均在院日数を半分にして稼動率が同じであれば、30 掛ける 8 の 240 人の医者をこの病院が吸収するということになります。100 床クラスの病院はその割り算の病院数、つまり 31 病院が無くなるということを意味します。

（スライド 13）

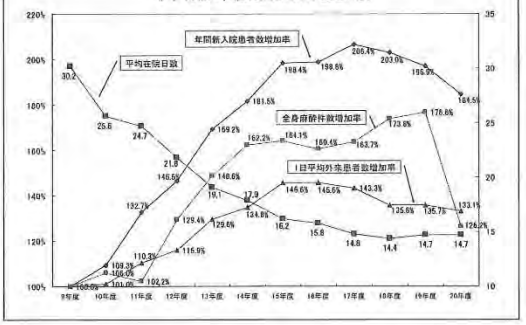
病院勤務医から開業医へ

- 繁忙感（過重労働感）
- 勤務に見合う処遇が与えられていない
- 訴訟のリスクの高まり（民事・刑事）
- 警察・検察の関与（業務上過失致死等）
- 社会からの評価の低下
- 病院勤務での燃え尽き感

こういう中で低医療費政策もあり、人を確保できないということから、病院の勤務医師が辞めていくという状況があります。それは忙しいからだけではなく、勤務に見合う処遇が与えられていない。そして最近は、いつも訴えられるという訴訟のリスクが高まっていること。福島の大野病院では、産婦人科の問題で、業務上過失致死罪を問われました。検察・警察の関与が高まっていること、もう1つは、社会からの評価の低下、そして病院勤務での燃え尽き感。このようなことから、病院勤務医が病院を去っているという状況があります。

（スライド 14）

平均在院日数短縮に伴う諸指標の推移
（平成9年度を100%として）



国立がんセンターにおいても同じような状況が起りました。私がいた平成 17 年前後までがピークです。この時も少し麻酔医が辞めて下がったのですが、麻酔医確保対策をしました。その後も平均在院日数を短縮して入院患者数が増えていったことによって、もう一度麻酔医が辞めていきました。従って、手術件数が下がる、麻酔件数が下がるという状況が起っています。260 名のドクターがいる所においても、麻酔科から破綻していく病院が多くあり

ます。国立循環器病センターもそうですが、日本で今一番人気のある病院も今年の3月には麻酔医が5名辞めるということを聞いております。急性期病院は手術を増やす方向で誘導されていますが、麻酔科が1つのネックになって手術ができなくなるということは多くの病院で起っています。それは有名な病院でもそうなのです。

（スライド15）

医師が元気に働くための七か条

1. 睡眠時間を充分確保しよう
2. 週に1日は休日をとろう
3. 頑張りすぎないようにしよう
4. 「うつ」は他人事ではありません
5. 体調が悪ければためらわず受診しよう
6. ストレスを健康的に発散しよう
7. 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう

（日本医師会・勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会：2009）

そのために、日本医師会・勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が、『医師が元気に働くための七か条』を出しております。まず、睡眠時間を十分に取りましょう。基本的に忙しくなって眠れなくなれば皆「うつ」になるのです。それからストレス管理。そして、自分および家族やパートナーを大切にしましょう等の七か条を各医師に示しております。

（スライド16）

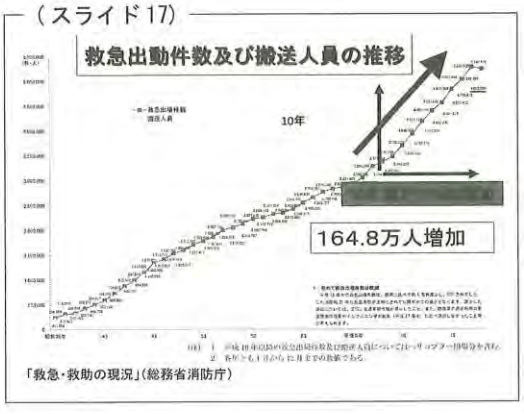
勤務医の健康を守る病院七か条

1. 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院
2. 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院
3. 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院
4. 医療過誤に組織として対応する病院
5. 診療に専念できるように配慮してくれる病院
6. 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院
7. より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院

（日本医師会・勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会：2009）

また、病院に対しても七か条を示しています。1つは、医師の休息は、医師のためにも患者さんのためにも大事と考える病院であること。挨拶や「ありがとう」など、笑顔で声をかける病院であること。今いろいろな所でクレームがありますので、暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院であること。私が国立がんセンターの運営局長をした時も、そのようなクレームに対しては即警察に出してもいいというスタンスで職員を守るというように対応していました。それから医療過誤に組織として対応する病院。診療に専念できるように配慮してくれる病院。子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院。特に女性医師が半分近くになっていますから、女性医師が働きやすい環境を提供する病院。より快適な職場となるような工夫をしてくれる病院。このように、これには「勤務医」と書いてありますが、病院としてそこで働く医療従事者や看護師他、事務職員も含めて守ってくれる病院でなければ色々な職種の人は集まらないし、逃げていくと思います。

（スライド17）



「救急・救助の現況」（総務省消防庁）

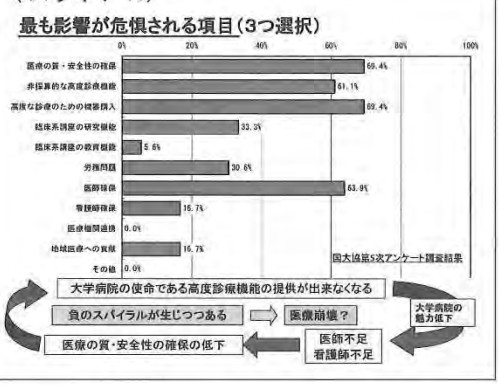
次に患者さんの問題ですが、ここ10年で救急出動件数は50%以上増加しています。この救急車の患者さんが全て重症で救急車を必要とすればいいのですが、そうではない患者さんが利用しているのです。いわゆるタクシー代が浮く等の安易な考えでの利用により、色々な意味での問題が起っています。

（スライド18）

また医療機関においては、「院内暴力に苦悩する医療従事者の悲痛な叫びが聞こえます」とありますが、お金は払わない、暴力を振るう、暴言を吐くということで、現実的に医療従事者のやる気をすごく損ねています。それに対して医療者がどのような対応をしているかと申しますと、基本的には特に対応してないというデータが順天堂医院から出ています。そうすると、よりやる気を損

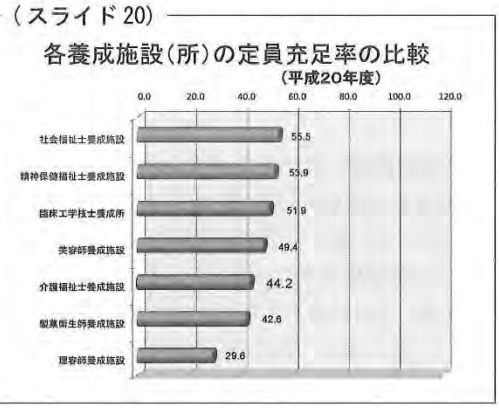
なう。病院として対応してくれればその人のメンタルヘルスケアに対応できるわけですが、そうしなければ問題があるということです。

（スライド 19）



もう 1 つは経営の問題ですが、低医療費政策の関係で先ほどの平均在院日数が半減した場合に、診療単価は上がりますが、仕事量の 3 分の 1 ぐらいしか診療報酬でペイしないということで、多くの急性期病院ならびに大学病院は非常に経営が悪化してきます。国立大学病院が 5 年間で約 1,800 億円近くの赤字を出すということが新聞にも出ておりましたが、経営が悪い中で今後どのようなことが起るかと言うと、1 つは高度な診療のための機器を買うことができない。高度医療というのは不採算ですから、非採算的な高度医療ができなくなる。また、医療の質や安全性の確保ができないということが大学で危惧されております。そうした中で、大学病院の高度診療機能の提供ができなくなり大学が負のスパイラルに落ちて、大学から医者がいなくなれば、更に今の医療は崩壊するということを大学病院自体が懸念しています。

（スライド 20）



今、日本は必ずしも中流国家ではなくなり、総中流から三流国家への道を辿っています。いわゆる貧困率は、OECD（経済協力開発機構）で、ある部分では 30 ヵ国の中で 30 位ということもあります。そして日本は少子化の道を辿って行きます。看護師はまだ競争率が 3 倍ぐらいありますが、他の職種においては段々下がっています。特に今問題になっている介護福祉養成校の定員は、例えば 100 人の定員があれば 50 人というように、養成校、いわゆる社会保障体制を提供する側の学生がいなくなってきている。そのような中で、今後をどのように考えているかが大きな課題となっているところです。

（スライド 21）

今後とも良い医療が受けられるためには

- 医療は有限　生命も有限
- 医療には不確実性と限界がある
- 医療は社会的共有資源　social common capital
- どう効率的・有効に活用するかが課題
  （地域連携等）
- 節度ある医療機関への受診（信頼の醸成）
- 社会的合意形成が必要

今後とも良い医療が受けられるには、やはり医療は有限であり、そんな無制限に提供できるものではない。また、訴訟等いろいろな問題がありますが、病院にかかれば死なないというわけではなく、病院にかかっても死ぬのです。医療には不確実性と限界があります。医療は社会的な共有資源（social common capital）で、それをいかに効率的・有効に活用するかが課題であります。やはり患者さんも節度ある医療機関への受診をし、医療機関との信頼関係を求めることが必要でしょう。そのためにはやはり社会的合意形成が必要で、お互いがお互いを理解する必要があると思います。

（スライド 22）

おわりに

県立3病院には‥新たな課題に果敢に取り組むことが期待されている。

しかし、県立3病院には…県民のニーズに応えていく上での多くの課題を抱えている。

職員が自ら意識改革し、一丸となって新たな病院を築いていくことが真の改革に繋がる…。

必要な医療を提供していくには、県民が県立3病院を支え育んでいく姿勢が必要である。

県民や職員にとっても誇りを持てる病院であり続けることを期待する… 。

（静岡県立3病院運営形態検討会報告書）

その中で、私は静岡県立 3 病院の運営形態検討会の検討委員でしたが、その時に「1 点だけ入れてほしい」ということを言いました。最初は大分抵抗されましたが、最終的に『静岡新聞』の当時の局長も同意してくれまして、この 1 文が加わりました。県立病院が必要な医療を提供していくには、やはり「県民が県立 3 病院を支え育んでいく姿勢が必要である」ということを入れてもらいました。

（スライド 23）

医療関係者と患者さん、地域住民においては、それぞれの立場で相互に理解しているかと言うと、やはり十分な理解は得られていません。今回、山口先生が地域医療の確保という観点からこのようなシンポジウムをされたのは非常に大事なことだと思います。医療界をある意味震撼させた、帝王切開で亡くなったことで医者を逮捕したこと、これは医療界に非常に大きな衝撃を与えました。結局医師は放免されましたが、その後の新聞に、患者も医師も意思疎通の努力をする、その溝を埋める必要があると書かれました。これは先ほど西原市長や小田先生も述べられましたように、地域住民の理解がなければ今は簡単に病院はつぶれます。そのことを理解した上で医療を考えておかなければ、困るのはその地域住民であるということを申し上げておきたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

討　論

山口：パネラーの皆様のご発言を受けて議論を進めていきたいと思います。会場の方を中心にご発言をいただきたいと思います。

今回のこのパネルディスカッションの第 1 の目的は、やはりその地域の状況次第では医療崩壊と呼ばれるようなことが十分起き得るのだということ。先ほど鶴田先生が都内の某病院とおっしゃっていたのは、かなり先端的な病院ではないかと思いますが、それでも崩壊に向かう可能性があるという、しばらく前には考えられなかったような状況が今全国で起きつつあります。私ども静岡がんセンターも例外ではなく、明日は何が起きるかわからないという緊張感でやっております。医療現場では、医療崩壊がかなり現実味を帯びていて、客観的に見ても、崩壊前夜にあるような地域がかなりあると思われます。それをどう予防していくかということが地域に課せられた使命で、どうも医療関係者や国や県の努力だけでは止められなくて、やはり地域の住民の方々とその行政の方、或いは医療機関の方、医師会の方、先ほどお話いただいたような方々が団結しないと事が起きてしまうだろうという気がしております。今日のパネルディスカッションの目的は、ご出席の皆様にそういう状況をしっかり把握し、地域地域の状況を考えていただき、是非予防していただくことにあります。

また、これを第 1 回として、是非それぞれの地域でそういう問題を考える機会をつくっていただけると有り難いと思っております。それに対して、県庁、それから市町も一所懸命取り組まなければなりません。そして、この問題に関しては党派も何も関係ありません。医療が崩壊すれば、その住民全てがとんでもなくひどい影響を受けますので、それの予防策を少し皆さんと考えてみたいということで今日のパネルディスカッションが実現したわけです。

是非、今日のいろいろなご発言に対してでも結構ですし、それから地域事情でこれはこういうことなのだということでも結構ですので、どなたでも結構ですが、いかがでしょうか。どうぞ、小室市長。

小室：富士宮市長の小室でございます。本日は大変有意義な会に参加できたことを有り難く思っております。

現状の状況というのは、本当に言うまでもなく、誰の責任ということを言うのは憚られますが、やはり私は国の政治の在り方が 1 番問題だと思っております。そのことはそのこととして、県・市・医師会それぞれが皆で努力しているわけでございますが、確実にこうした医療崩壊の状況が起きている。そういうことになりますと、本日のパネラーの先生方のお話の中でも連携・イコール・システム、こういうようなことを強調されておりました。そういう点では現行制度そのものを見直す必要があるのではないか。具体的に言えば、静岡県の医療制度審議会について木村富士宮市立病院長が提唱しておりました、いわゆるメンバーの構成の在り方とか、それから静岡県の 2 次医療圏そのものの在り方とか、いろいろな部分で従来の状況で区割りや仕組みをしたものそのものが高齢化や過疎化、人口動態などにより変化しているところでございます。そういった点で静岡県医療対策協議会等の在り方、2 次医療圏の在り方、この辺について県の職員または幹部職員である保健所長、何かその辺をまず変えていくことによってそれぞれの地域の声がそうした場に届くのではないか、こんなふうに思いますが、いかがでしょうか。

雜賀：東部の保健所の雑賀です。お答えと言っては何ですけれども、2 次医療圏の見直しということで、本県の保健医療計画では平成 22 年度から改定になります。2 次医療圏、国が指定している大体人口 30 万人で一般医療が完結できるという圏域です。改定で特に問題になりましたのは、賀茂圏域と熱海・伊東圏域の 2 つの 2 次医療圏です。現在の 2 次医療圏の役割を満たしてはいないのではないかということで、県の方では各病院ならびに医療機関の先生方に意見を伺いました。いろいろなご意見がありまして、2 次医療圏自身を東・中・西の 3 医療圏にしたらどうかとの意見もありました。特に問題になっている賀茂圏域から、例えば圏域の中枢になる病院がない。そのために可能性がある順天堂大学医学部附属静岡病院を入れて田方地区を含んだ 2 次医療圏に変更するのはどうか。これはある意味外面的には解消できるのではないかという意見もある反面、地元の方では具体的にドクターヘリも夜間運行等の問題がある中で、本当に困っている 7 万 8,000 余人の賀茂圏域をすべてカバーできない。ただ 2 次医療圏を変えるだけでは自分達が、先ほど小田院長も言われたのですけれども、山を越えて

行く中で満足な結果が生まれない。何ら現状変化がないので、むしろ県にも問題意識を持ってもらう中で、2 次医療圏を変えることなくこのままやってもらいたいという意見もありました。そのような中でトータルで判断して、県としては今回の保健医療計画で、平成22年度からは現状の8つの2次医療圏でやっていこうということになりました。県としても、先ほど来言っているように、やはり 2 次医療圏の変更というのも一応頭の中に描いて各機関には調査をかけた結果、結論的に先ほど言ったとおり、変更なしということです。

それから県の医療対策協議会で、私も県の関係者ということで、オブザーバーで毎回参加させてもらっております。その中で、先ほど富士宮の木村病院長も言われたとおり、富士圏域からは誰も出ていない。それから賀茂、熱海・伊東の圏域からもいないという中で、特に私も述べさせてもらいましたが、平成 21 年度は地域医療再生計画が国から緊急に出たものですから、それはがん診療連携拠点病院でもありますように 2 次医療圏を対象にするということで、やはり2次医療圏の代表の人がそこで自分達の意見もしっかり言える体制がつくられているのがベストだと思いました。そういう中で各選定と言うか、選ぶ中では病院協会、それからいろいろな公的病院代表ということで、2 年間の任期があったように聞いています。更にその任期が本年度の平成 21 年度には切れますので、県においては平成 22 年度には地域性を考慮してメンバーを選ぶと聞いております。どの方になっていただくかは、私はそういう情報は持っておりませんが、バランス良く、大きな、いわゆる公的でもベッド数の大きい病院、先ほど出ましたベッド数の少ない僻地の病院的なところも選択しようということは県も考えているということで、任期が切れて交代する、市長が言われたとおり、そういうことも意見が出ましたので、次回からは十分配慮するということは伺っております。以上です。

小室：わかりました。ありがとうございました。

山口：他にいかがでしょうか。どうぞ、安達先生。

安達：本日のパネリストの方々の有意義なお話は大変参考になりました。私は静岡がんセンターで緩和医療を担当している安達です、病院の中から感じられること2点をコメントします。皆さんの話の中から、特に鶴田さんの方から最後にお話があったように、一般の市民の医療への理解が非常に不足しています。病院にかかる患者さん・家族の理解をもっと積極的に医療者側から教育するということが非常に大切だということです。第2点は地域との連携において、医師・看護師さんの不足もありますけれども、私は今の病院の中でコーディネートをするソーシャルワーカーの存在があまり病院内で評価されていません、行政からもそれを保険点数化されてないということは非常に問題があると考えます。諸外国においても大病院の、病床からすると50床に1人のソーシャルワーカーが私は絶対的に必要だと思います。そういう人達が介在しないと地域との連携、それから患者さん・家族等への教育も含めて、非常に不十分になっていることを行政側がもう少し認識していただきたいと思います。2 つの点でよろしくお願いします。

山口：ありがとうございました。他にいかがでしょうか。どうぞ。

佐々木：私は伊東市から来たのですが、伊東市は熱海・伊東もやはり数字で見るとドクターの数が多いわけですが、医療の面では大変な地域の 1 つです。特に伊東市は今年、新年度から市立の市民病院の建設を始めます。どうも佃市長の話を聞く限りですと、全国的に非常に珍しい。今病院がなかなか大変な経営の中で、それを手掛けるというのはなかなか注目されているという話ですが、そのことについて我々は今一所懸命検討しなければならないわけですから、これは内部の問題でもあるわけです。

せっかく今日はいろいろなお話を伺って有意義な時間を過ごさせていただいたのですが、層々たる先生方がいらっしゃる中で、まず 1 つ、実は伊東は 3 次救急がないわけです。先ほどの賀茂と似ているのですが、救急で伊東市の場合ですと、伊東の市民の場合は、多くの人達が順天堂大学医学部附属静岡病院、または熱海にある国際医療福祉大学熱海病院に今現在運ばれる機会が多い。特に3次救急は順天堂大学医学部附属静岡病院にお願いをしているわけですが。ドクターヘリの話です。

ドクターヘリは山を越えるものですから非常にリスクが多いわけですが、気圧のことを考えたり、いろいろなことがあるのかもわからないのですが、ヘリコプターは壮大な話で、静岡県にはヤマハだとかヘリコプターの技術を持った世界一の技術があるわけです。もっともっとヘリコプターのその技術を活用してこの医療とうまく提携できない

のかと思います。と言うのは、ドクターヘリはまだ数が少ないのではないのかという、そんな感じを持っています。そういうものがもっとうまくできれば、3 次救急に対する不安がなくなるなという、それが 1 点です。

それからもう1点は、医療の話を聞いていて、先ほどの聖路加病院の話まで出ますと、もう本当に大変なのだなと。伊東市のその病院をつくるにあたって、平成 25 年の 4 月に一応オープンという予定を立てています。そのいろいろな数字があります。そんな中で、平成 25 年ぐらいからは実は数字的に医師の数が充足するという資料を以前見たことがあるのですが、果してその辺りの数字が全く間違っていたのかどうなのか、この辺りは山口総長辺りからお答えがいただければというふうに思います。

もう1点、介護と医療というものを上手にもう少し連携を取っていけば、いろいろな問題の解決の糸口が見えるのではないのか。医療部門だけで考えてしまうと医療崩壊という話なのですが、実は介護の現場も介護の崩壊があるわけです。そこをうまく連携する。正に今日の話ではありませんが、協力するといろいろな問題がもう少し解決できるのではないかなと思っているのですが、もしお答えできることがあればお願いできればと思います

山口：多分後半のお話に 1 番お答えいただけるのは鶴田先生だと思います。私も聖路加云々というのは知らないので、あとでご発言をいただきます。ドクターヘリについては静岡県は大変思い切った対応をしておられて、補助金は確か1機しか出ないのを2機のしっかりした運用で、それも確か今度夜間まで広げるというような形で動いているのではないかと思うのです。ただ、先ほどもちょっとお話があったように、夜の問題とか天候が悪い時といういろいろな制約があって、100 パーセントを全てドクターヘリでというわけにもいかないという課題もあります。そこについて詳しい方と言うと、雑賀先生、ドクターヘリの問題は、先生は賀茂にもおられたので、いかがですか。

雑賀：先ほどから言っているように、ドクターヘリは本県においてはもう順天堂大学医学部附属静岡病院と聖隷三方原病院で 2 機持たせていただいています。そういう中、今ご質問があったように、県においてもこの制度があれば、伊豆半島からダイレクトに聖隷三方原病院へ飛ばすという案も出て来ているように情報的には聞いています。だから技術があれば可能ではないかと言うとともに、現知事の方では、夜間飛行も確実にできる方向で考えたいというようなこともマニフェストで挙げているということであります。県としてもやはり十分飛行距離も持って、高機能のヘリであれば別に順天堂大学医学部附属静岡病院に山間を頼むのではなくて、行けるヘリがあればやっていただけることも可能ではないかと思います。それはいつかと言うとちょっと困りますが、そういうことを考えていることは事実みたいです。

山口：ただ今のご質問で雑賀所長のおっしゃるとおりなので私も大賛成です。ただし、基本的に医療というのはグローバル、且つローカルなのです。グローカルという言葉が今出来ていますけれども。それで、静岡がんセンターといえども半径 10 キロから 7～8 割の患者さんが来ている状況で、従って、やはりあるレベルの地域医療を絶対に充実させないとお話にならないというところがあると思うのです。だから今の計画も見せていただきましたけれども、伊東市民病院がしっかり整備をされることはもう必須だと思いますし、その上で伊東市民の新しい病院でも担えないような重症患者をドクターヘリでどこかに行っていただくというように考えておかないと、何でも少し具合が悪くなったらドクターヘリでいいのだという考えは絶対に成り立たないだろうと思います。

野見山先生、いかがですか。ドクターヘリの問題をまず。

野見山：この前のドクターヘリの東部地区の運営委員会でも順天堂大学医学部附属静岡病院、それから県の方にも申し上げたのですが、夜間飛行は実際にはいろいろな制約があって難しいと言われます。しかし、これはもう全くの言い訳に過ぎないのです。季候、天候が悪いから飛ばない、夜は暗いから飛ばないというのは、非常にレベルの低いヘリコプターの運用の仕方であって、例えばアメリカではドクターヘリのこのような運用の仕方は少ない。基本的に固定翼で遠いところに運ぶ軍隊の発想で動いていますので、DMAT（Disaster Medical Assistance Team 災害派遣医療チーム）はアメリカの発想で動いていますけれども、ヨーロッパの方がドクターヘリの運用は非常に高く、スイスは国全体が山の中で、山岳地帯の横風、下からの突風が非常に多い所で、夜間でも、山の突風があっても REGA（スイス航空救助隊）という救助隊はヘリを飛ばしています。ですから、現在の世界のレベルのヘリコプターの能力と操縦士の能力があれば、夜間に飛べないとか山岳地帯を飛べないというこ

とは、これは完全に言い訳の世界であって、世界的な救急医療の世界ではそんなことを言うと、もう相手にされないという感覚です。

ドクターヘリの運用は非常に高く付くと思われますけれども、富士・富士宮は黒字病院だそうですが、多分静岡県内の市立病院の1つの病院の赤字分で1機のヘリは十分に賄えます。ですからヘリはもっと運用すべきですし、山の中に飛べないというのは、順天堂大学医学部附属静岡病院があの高いビルの上に駐機場を置いているからであって、駐機場の問題や機体の整備、機体の質、それから操縦士の質を改善すれば夜間も山の中も飛べます。これは県の方にもこの前もお話ししたところ、他にも理由があるようでした。技術的な、もしくはハード面の問題で夜間にヘリが飛べないということはあり得ないと考えています。

山口：ありがとうございました。それでは鶴田先生、先ほどの後半の部分の医師確保をお願いします。

鶴田：医師確保ではなく、介護と医療の連携についてでよろしいですね。基本的に私は国民が満足する介護と医療のレベルをどこに置くかによって連携のあり方も大分違うと思うのです。高度なものを医療にも介護にも求めても基本的に提供はできない。それはもう明確ですよね。介護職員の処遇が低いこともあり、先ほど示したように、少子化もあり、現実には介護等の養成校は定員も満たさないし、段々つぶれていっています。従って、その地域にあるマンパワーをどのように有効に活用するかは、先ほどの山口先生の話ではないけれども、地域の中でどのくらいの提供力があり、住民がどのくらいのサービスで満足するのかという議論もしないと、住民のニーズはずっと上がって行きますので、サービスの提供は追い付けなくなります。医療と介護の連携の1番悪い例として、ある地域では老人保健施設に入所している終末期の患者さんを大学病院に運ぶのです。だから死に方をどのように考えるかもやはりその地域の中で考えておかなければならないと思います。要するに、そういう人は大学で治療をする対象なのかどうかですよね。終末期医療にどう対応するかということもその地域住民の中でコンセンサスを得ていなければならない。そういう老人保健施設や他の特別養護老人ホームなどのいろいろな施設に入所している人達を死ぬ時に病院に運ぶのか、そのようなことも十分にその地域の中で合意をしておかないと、地域にある資源を有効に使っているかどうか疑問に思います。上手な介護と医療の連携を考える上では、お互いに議論しておくべき課題と思います。

ドクターヘリの問題は、神奈川県にドクターヘリを導入した立場から言うと、大体当時で年間1億8,000万ぐらいかかりました。東海大学医学部附属病院は国が行った試行に参画していたので、最初に導入するべきところを神奈川県は反対しました。私が神奈川県に赴任した時、神奈川県にドクターヘリを導入することは私の課題の1つでした。災害ヘリは夜間飛べるようです。しかし、ドクターヘリは、先ほどの野見山先生とは見解が違いますけれども、安全性についてヨーロッパと日本では異なり、電線の問題もあり、電線にヘリを引っ掛けたらそれで終りですから、安全性については本当に安全かと言われると、医者ではなく専門家に、飛行機を飛ばせるか、そういう立場で聞かないと判断はできないと思います。ドクターヘリは医者が乗って行くけれども、災害ヘリは搬送だけですよね。だから住民の希望としては夜間も飛べればいいと思いますが、現実的にはかなり厳しいという気がします。当時、神奈川県は東海大学医学部附属病院に導入しましたが、近県の要望もあり、熱海・伊豆、山梨も含めて応分の負担をして飛ばすことで進めました。今度、順天堂大学医学部附属静岡病院に導入されましたが、各市町村との協定がどうなったかは聞いていません。1回搬送するのに大体1人当り40～50万円かかるので当時は各市町村もお金を出すということで進めました。そういう予算形態でした。今、どうなっているか、もう数年経っていますからわかりませんけれども。

山口：ありがとうございました。どうぞ。

野見山：鶴田先生がおっしゃいられましたように、前線、つまり台風の影響はもう絶対的で、飛行機でも飛びませんので、可変翼機（ヘリコプター）は絶対に飛べないです。ですからそれはもう問題外です。問題なのは、夜だから飛べない、それから山だから飛べない、この2つは言い訳です。現実にヘリそのものが飛んでいますから。台風でヘリを飛ばすというのは、飛行機（固定翼機）ですら飛べないところですから、その点だけは僕も別に無理を言っているわけではありません。

山口：西原市長に先ほどの湊病院のことをちょっと、いろいろなご発言を聞いた上で何かコメントをいただけま

すか。

西原：私のところも組合です。あるから仕様がないのだけれども、組合で病院はやらない方が絶対にいいと思います。今度掛川と袋井が組合でやりますよね。僕は両方の市長さんに絶対に組合でやらない方がいい。組合でやっても、全て指定管理か独法でやるか、スタートの時点からもう意思決定は迅速にやれる体制で、とにかくお金だけ出す。だけどあとはもうやってくれというようにしないと、うまく行っている時はいいのです。でも、問題が出た時にその責任を追及したり、管理者が私で、吉田町の町長さんが副管理者ではないのです。運営委員なのです。なぜ運営委員かと言うと、昔4町でやっていましたから、4町でやっていた時に1人が管理者で残りは全員運営委員だったのです。従って、私のところはそのまま副市長が副管理者なのです。そうすると、運営委員だから責任がない立場になるのです。従って私は吉田町の議会へ行って、私が全て議員さんに説明する。両議会に出るのです。そして今度は組合議会をやるのです。だから1つのことを決めるのに3回言う。それで事前に院長先生ときちっと話を詰めておかないと駄目なので、院長先生と詰める。そういうことを何回もやるのにもうへとへとになるのですね。それが、そっちは幾つですか？　5つですか。それはいくら管理者が南伊豆町長さんでもできっこないですよ。だから、これはもう組合でやるのだったら全議員が出てくれと。全議員に出ていただいて管理者がきっちりと説明をして、終ってからその場で組合議会をやる。そうしないと、戻ってからまた各町で議論をしたら何もできないのです。だから、これは本当に組合でやるということの大変さが如実に出ていると思います。

命はもちろんお金で買えないけれども、お金があれば命が救えるのです。だから私は、今は確かに財政は厳しいとか何か言うのだけれども、何かを削ってでも、もうとにかく病院は残すという姿勢を、徹底的に気持ちを出せば、うちの方も医師の皆さんの、茂庭先生がいろいろありましたけれども、それだけ地域がその病院をつぶしたくないと思っているのは署名なんかではないのです。署名とか、「ありがとうございます」なんてそんなものではない。きっちりと財政支援をするかどうか。それは議員の皆さんと市長、管理者がやるという意思を示すかどうかだと思うのです。それでいろいろあったけれども、本当に医師や看護師の皆さんというのは、損得何もなしでとにかく患者さんを救いたいという思いがものすごく強い方ばかりなのです。だからそこへ応えるために我々ができることは、無理しても財政を、お金を出すということを市民に理解してもらって、議員さんが協力してくれるということだと思います。まだ結果がどうなるかはこれからありますのでわかりませんが、そう思います。

山口：ありがとうございました。他にご発言は？　では、まず長泉の問題からお願いします。

高田：地元、長泉町出身の県議会議員の高田でございます。多くの先生方から医療連携をもっと強化しなければいけないというお話をいただきました。私も正にそのとおりだと思いますが、一方で、まだ多くの課題があるのではないかと思います。沼津医師会の会長の青木先生からは、沼津医師会としても地域の医療連携について、いろいろな制度を検討しているとの報告がある一方、「まだまだお腹が一杯ではない状況で患者さんを出すことで余計に腹が減ってしまう」というお話をいただきました。そのように裏腹な課題も多くあるのではないかと思います。現実の問題として、どこに力を入れていくべきなのか、まず青木会長からご意見をいただきたいと思います。

山口：どうぞお願いします。

青木：先ほど話の中で言いそびれたかもしれませんが、小児の救急に対しては長泉町で1年程前に、母親や地元の住民、それから議会の議員さんや識者の方も集まっていただき、小児救急を考える会を立ち上げました。例えば夜間救急センターのデータを取ってみますと、1次救急にかかる小児科の患者さんで実際に救急の必要な患者さんは27～28%なのです。インフルエンザ流行期など、本当に救急ではない患児がセンターとか休日当番に行くと、そこはもう感染の巣なので、何もそこへ行くことはないよというような話を、母親を集めて小児科の先生に講演をしていただきました。長泉町の方から予算が付いたので、そのかかり方のガイドブックを作り、長泉町ではドクターマップと一緒に全戸に配る予定です。私はそういう取組が必要だと思っています。いきなりドクターヘリと言えば、それは議員さんにとっては、「ドクターヘリを飛ばせるようにしたよ」と言えば恰好好い話ですが、現場ではもっともっとしなければならないことは一杯あると思うのです。それにはやはり住民に、「お母さん達が今は子どもの病気のことに関心を持っていますが、いずれあなた達

のお祖父さんやお祖母さんが病気になった時に、やはりそれにも対応していかなければならないのだから、ただ困ったからすぐに医療機関に預けるとか施設に預けるということではないのだよ」ということを、この間私も話をしてきました。この事業がうまく行けば、沼津医師会としては、清水町や裾野市、沼津市にも広げていくつもりです。地元の医師会では、そんな考え方なのです。ただ、先ほどの救急の医療ももう50年もやっていますので、我々はその先輩の先生方の培ったものは十分に受け継いでいて、現在は何とかやっているのではないかと思います。

山口：どうぞ、木村先生。

木村：連携という話が出てくるのですけれども、今日本では医師数は人口10万人当り平均200人ですね。それが180人強くらいいれば連携で何とかやっていけるだろうけれども、120人しかいないところでは連携もできないのです。絶対的医師不足です。たとえば、富士宮市では大きな整形外科手術を行える病院は当院しかないものですから、連日365日、もう毎日のように救急患者が来ます。整形外科の先生が「辛いよ」と言いますので、私が、「じゃあ富士市立中央病院と1日交代でやるか」と言ったら、「いや先生、それは無理です」。なぜ無理だかわかりますか。1日おきに人口40数万人の所にたった5名の整形外科医しかいないと、救急患者を断らなければならなくなります。1つの手術が入っていると、もう1人ぐらいは診られるかもしれませんが、さらに1人来たらもう診られないという状況になってしまうからです。だから、連携も地域にある程度の数の医師がいないとできない事柄だということは知っていただきたいです。私は地域医療がつぶれるというのは、本当はその時だと思うのです。今、富士地域は正にそのぎりぎりのところに来ています。ただ1次救急センターがあって救われていたのですが、1次救急センターに休日の夜に医師を派遣していた大学が手を引くという話がきています。本当にそうなって、1次救急患者も富士宮市立病院に来るとなると、これはもうパンクすると思います。だから連携と言っても、ある医師数がいなければ無理ではないかということが1番言いたいところです。

山口：雑賀所長がお出しになった医療再生計画のプランというのがございましたよね。あれは今のところ、この医療関係者だけが目にしているものですが、本日はいろいろな市町の議員の方がお見えになっておられるので、是非いろいろな場でこの医療崩壊前日を語る場をつくっていただきたい。それも、私はどうもずっと聞いていて、ある市だけ、ある町だけというのはもうお話にならなくて、難しいとは思いますけれども、周辺の市町と一緒になってこのような問題をどのように解いていくかという議論を始めなければ、もう間に合わないのではないかという気がしています。

静岡県東部で言えば、市町村合併などが一所懸命議論されるのですけれども、それをやっていただいていいのですけれども、どうせ成果は上がらないわけだから、その一部の時間を、その地域の医療をどう守るかというように時間を使っていただきたい。それで本日出て来たいろいろな介護職の問題、派遣切りに遭った方が誰も介護関係に進もうとしないという現実は、仕事の内容とそれへの対価にギャップがありすぎることを考えれば当然自明の理なのです。これは介護保険制度の問題だけではなく診療報酬制度についても言えることです。そういうことを、今日をある意味きっかけにしていただいて、地域での議論を始めていただく、あまり追い込まれる前に、前向きに検討していただくことを期待しています。他にいかがでしょうか。どうぞ、三間屋先生。

三間屋：2次医療圏のことで少しコメントさせていただきます。先ほど雑賀所長が2次医療圏のことで発言されていましたが、私は昨年8月に行政に入ったばかりで、その時に2次医療圏というのがどういう経緯で8カ所となったのか十分理解することが出来ませんでした。つまり、2次医療圏を2.5次医療を完結する圏域と定義するならば、今の2次医療圏は是非とも見直すべきではないかと考えます。私どもの圏域でも、各病院長、医師会長、市長、その他関係者の意見聴取をしましたところ、熱海・伊東地区では現行の2次医療圏の見直しが必要だという意見が多数をしめました。ところが他の2次医療圏域では、雑賀所長もおっしゃっていましたけれども、今回の保健医療計画について、現時点では見直しは必要ないだろうということになっています。各圏域内で一般住民の方から、2次医療圏に関してどの程度の意見が出され、議論されたのか、本当に現状の圏域でよいと考えているのか、即ち、県民の声が反映しているのか、私自身非常に疑問に感じています。是非とも、その2次医療圏の見直しについてはもう1度きっちりと議論していただく事を希望いたします。

山口：今日は副知事や厚生部長がお出でなので、また頭に入れておいていただいて、四本先生、いかがですか。

四本：富士宮市選出の県議会議員の四本でございます。地元のことで申し訳ございませんが、富士医療圏の救急の現状について、木村病院長にお尋ねをいたします。本日の木村病院長のお話ですと、富士宮の救急の現状は大変厳しい。そして私達の富士医療圏は、確か一昨年だったでしょうか、富士市立中央病院の産婦人科が休診をしてしまうということで、大変危機的なところを経験しました。富士市立中央病院が倒れてしまうということはもう富士宮も同じということで、一心同体のような関係がある中で、今富士医療圏の救急医療の現状について、先ほど沼津医師会長さんからもお話がありましたように、富士の方からも何か沼津の方にというお話もある中で、富士の医療圏の救急の現状をお知らせいただけますか。

木村：実は僕は本当に山田富士市立中央病院長は心労のあまりお亡くなりになったのだと思っています。お亡くなりになったのは2月25日ですが、2月2日に山田病院長が、副院長と救急担当の先生、それから看護師長さんと共に我々の病院にお見えになりました。内容は富士地域の救急の対応についてでした。特に熱傷患者の取り扱いについてです。当院には皮膚科医が1人しかいないので、富士宮地域の熱傷患者も富士市立中央病院に送っていたことが多いのですが、対応しきれないとのことでした。富士市は25万ぐらい人口があるのに医者が69人ぐらいしかいない。2次救急は他の当番病院もあるのですけれども、24時間いろんな救急に対応できるわけではないので、そのような時は結局富士市立中央病院に送られてきます。本当に忙しそうです。現在、富士市立中央病院は常勤の麻酔科医が1人しかいませんが、当院には麻酔科医は4人いるので、救急手術の必要な患者が来たら当院で診るようにして、お互いにいろいろ協力し合ってはいるのですが。熱傷患者の取り扱いや、富士市立中央病院に麻酔医がいない時の手術患者の対応、それから多発外傷の受け入れ等、いろいろな救急患者を両病院でどう診ていくか、その相談に見えられたのです。実は亡くなる前日にも、私は電話で山田病院長とその話をしました。亡くなったと聞いた時は、「救急の問題がストレスになったか」と本当に真っ青になりました。そういう状況です。危機的状況だと思います。

県にちょっと悪口になって申し訳ないのですけれども、産婦人科問題について1つ言わせていただきます。富士地域は富士市立中央病院に5人、我々の所に4人の産婦人科医しかいません。昨年、富士市立中央病院から産婦人科が引き上げる話がでて、富士宮市立病院の4名の産婦人科医だけで富士地域のハイリスクのお産を診なければならないという危機的状況になりました。その時、我々は静岡県に、「もうこれは富士圏域だけでの対応は無理だから、周りが富士圏域産婦人科医療を助けて欲しい」と、多分保健所長を通じて申し入れたと思うのですけれども、その時は残念ながら全然動いてくださらなかったので、我々富士圏域だけで対策をしていました。ところが清水厚生病院の産婦人科が無くなる時は、我々の所にも県から「これに対して対応してほしい」と、すぐに呼び掛けがあったのです。「どうして、今度は」と思いました。静岡は富士医療圏に比べればあまり危機的状況ではありませんよね。ハイリスク分娩を担当できる病院の産婦人科医9名が4名になるという富士地域の事態とでは比較にならない。実際、静岡はその後あまり問題にならずに、患者を他病院で吸収できているようですよね。私は、静岡県の行政は静岡・浜松・沼津中心なのかといつも感じます。それ以外の地域もよろしくお願いします。

青木：ちょっと私も責任を感じるのですけれども、沼津市立病院と富士市立中央病院との間で患者さんの行ったり来たりというのはあります。富士でも専門医がいないからという時には沼津市立病院に来ていることも事実あると思います。そのような問題は病院間でいつも起っていることです。例えば消化管出血に対しても、現実対応に苦慮しています。ということで、これからそういう話がまたどんどん表には出て行くと思いますので、医療関係者や行政の方々の捉え方を出来るだけうまくいくよう、お互いに助け合ってここは凌ぐのだという捉え方でいかないと、もうあっという間に救急医療体制が壊れてしまいます。例えば、内科で2次救急のお願いをしている病院でも、「現有の内科の先生で月に2回だけ2次の待機は何とかやってもらっているけれども、そこをもう1回増やしてほしい」と病院長に言いますと、「今ぎりぎりでやっているので、そこにもう1回やってくれとはとても言えない。それを言ったら内科が壊れてしまう」という状況なのです。例えば、内科の待機病院に対しては一晩3万円ぐらいしか出てないので、そこに医師とパラメディカルの人が関与して、や

っていけるわけがないのです。もう少し行政側からお金が出れば、例えば、一晩 30 万ぐらいをその待機病院群に出していただければ、一晩、大学か病院等から報酬が多ければ来るよという医師は必ずいるはずです。ドクターヘリもそれは必要ですが、もっともっとお金を出してもらいたいところが一杯あるのです。行政や医療者はわかっているはずなのですけれども、沼津の圏域の救急は6診療科目ぐらいあるのですけれども、全ての救急で一晩 30 万ぐらいでやっているのが現状です。1次から2次、3次までの救急をそのくらいの費用でやっているので、とてもではないけれども病院に負担が掛かるばかりです。皆献身的にやっているのです。それがここ何十年か続いてきて現在の状況にあると思うので、雑賀先生に言ってもそれは無理かもしれませんけれども、やはりちょっと行政側も充分考慮していただきたいということで、いかがでしょうか。

小室：救急医療センターのことについてですが、富士宮市の場合は救急医療協会、医師会に指定管理ということでお願いしています。現在、救急医療センターの夜間に 4 つの大学から医師に来てもらっていますが、設置者は私ですから、それに「金に糸目は付けるな」とこう言ってあります。

山口：どうぞ。

西原：お金の件で言うと、先ほどもずっと出ていますが、沼津は外して、静岡と浜松では県立病院が、県立こども病院と県立静岡病院とこころの医療センターが静岡にありますよね。それから浜松には浜松医科大学医学部附属病院があって、本当に国もお金を出しています。それから静岡は、県もお金を静岡市に出している。ここは静岡がんセンターがあるので、静岡がんセンターも大分静岡県がお金を出していますが、実はその他の医療圏の所には、病院としては県がお金を出していないのです。だからそういう所にも応分の財政支援を、自治体病院等いろいろ頑張っているから見てほしいなということを思っているのです。

山口：なるほど。静岡県理事の立場と沼津市民の立場で若干説明させていただきますけれども、まず県の立場から言うと、そう簡単にこの医療の問題を解決できるような手段はなく、人材も多分いないと思うのです。それから景気の良い時はお金を何とか出せていたものが、やはりその選択と集中という観点から言うと、どうしても今言ったような問題が起きざるを得ない。だから、あとは先ほどから何度も話が出ている連携の問題かなという気がいたします。

それから沼津市民の立場から言いますと、しばらく前ですが、確かに沼津市立病院で診ている患者さんの半数は沼津市民なのです。けれども、それ以外の半数は他の市町から受け入れていて、私はある時に前の市長さんに申し上げたのですけれども、「もういざとなったら沼津市民だけを診る。そういう選択は、沼津市立病院というのは市立ですからあり得るのですよ。ただ、それをするとある意味医療の崩壊を一気に進めることになるので、最後の手段ですけれども、持たなくなったら」という話はしたことがあります。だから思いがけないきっかけでとんでもないことが起きるというのは、今やこの医療の世界ですから、是非いろいろな形で相談をしていただきたいと思います。先ほどの象徴的なのは、やはり医師は非常に優秀な人材が揃っていますし、無理が利くのです。ただし、それはあくまでも使命感が続く時だけです。それを無くさせてしまうと、今の病院勤務医を代表する言葉で「立ち去り型サボタージュ」という有名な言葉がありますが、要するに今の時代は、医師は辞表を 1 枚出せば明日からいくらでも雇ってくれる所があるわけです。だから何の喧嘩もせずに、何の文句も言わずに、ある日突然「私、辞めますから。実際こんな所にはいられません」というのが医師の世界では十二分に起き得ることで、その共立湊病院の問題も含めて、私はいろいろあると思うのですが、どうも今日のお話の中で、まだ医師を非常に軽んじた形で考えている部分があるのではないかという気がします。あと10年か20年すると医師の方が売手市場という時期はなくなるかもしれません。その時は厳しくやっていただいてもいいですから、やはりこの 10 年は医師を大事にしなければならない。病院の経営を考えれば当り前なのです。病院の診療報酬というのは、9 割から 9 割 5 分は医師の行為によって得ています。看護師は一所懸命頑張っていますし、重要なのですが、看護師の行為については診療報酬はほとんど出ていないというのが現状です。したがって、医師が確保出来ない限り、病院の運営は全く成り立たないのです。それを養成数が少ない静岡県でどのように確保していくかということになると、もう答えは決まっていて、皆が団結して努力するしかない。

民間ですけれども医療セクター協評議会という、日本

の医療を語る会があって、私はもう3年、4年、設立時から参加しています。厚生事務次官級の人達も皆さん出ています。そこで我々が1番言われるのが、「医師が発信しない」、「その危機的状況を医師がしっかりと社会に告げていない」ということです。原因は先ほどの「立ち去り型サボタージュ」という手があるので、もうそんな面倒臭いことはしないでおこうという気持ちがあるのですが、本日のパネラーの先生方はそういう中で勇気を持ってかなり厳しいことも発言をしていただいたので、私はコーディネーターとして大変感謝をしております。是非このパネルディスカッションを、それぞれの地域を守る1つのきっかけにしていただき、是非地域での議論に挙げていただくことを期待して、これで終了したいと思います。どうぞ。厚生部長が発言をしてくださいます。

石川：静岡県の厚生部長です。すでに本日この場に来た時に、このような厳しい意見がたくさん出るだろうと予測をしてまいりましたが、私の予測を超えて大変厳しい意見を頂戴いたしました。ちょっと言い訳になりますけれども、幾つかお話がございました件について、私の方から申し上げたいと思います。

まず医療圏の問題ですけれども、これは、今回は来年度からの保健医療計画の中で定めておりますけれども、この2次医療圏を定めるにあたっては、今回どうしようかということは実はかなり議論になりました。今回の結論に至る前には当然各地域での議論もいただいておりますし、なお且つ最終的には医療審議会の方でもご審議をいただき、今回の計画についてはこれでいきましょうということで、最大限の意見を集めた中の最大公約数の結論だと私は思っております。ですから、見直すかどうかについては次にさせていただき、今回は5年間ございますけれども、この5年間は当面はこれでいきたいと考えております。それが1つのお答えです。

もう1つは医師確保の問題でございましたけれども、先ほどから出ておりますように、今回は地域医療再生基金ということで国の方から各25億円、静岡県では2圏域にいただきました。この中で全県事業ということで、実は医師の確保については奨学金の貸与であったり、全県的に医師が不足しているという対応に対して、県はこのお金を使っていくのだという姿勢を明確にしたつもりでございます。今後まだ奨学金については、最終的には卒業生が出て来るまでには少し時間がかかるかもしれません。今年度は当面1名の卒業生が出ましたけれども、順次奨学金を受けた関係の方が卒業されて、段々と県内に戻ってくると思います。その時には結局、全県的な調整をどうしたらいいのかということで、医師の確保をするための中立的な調整機関も置きまして、県のそれぞれの圏域で、医師の不足の現状をきちんと反映した形での奨学生の配置に努めていきたいと思います。

ですから、ここの地域がいないからここが不利だとかではなく、もう少し全県的な広い視点でその辺は公平にやっていきたいと思います。いずれにしても、あとは県の方が負担をすべきだということですけれども、これはある意味では、県の方の立場でまた言わせていただきますと、今回は国の方の財政フレームの関係で、要は1次救急、2次救急につきましても国の方からの財源が直接市町の方に下りたという経緯もございます。ですから県はそのように、加えてできることは一生懸命やりますけれども、市町についてもそういう責任があるということは是非、ご認識いただければと思います。以上です。

山口：勇気あるご発言をいただきました。有り難うございました。

それでは最後に吉田先生、お願いします。

吉田：静岡県立こども病院の吉田です。先ほど西原市長からちらっと何となく県立病院がお金をいただいてどうのこうのと、ちょっと気になりました。県の幹部の方もいらっしゃいますので、その救急に関して言い訳をさせていただきます。各地区で、私は小児ですから子どもを相手にしています。今は、1次、2次のお話ばかりが出ましたけれども、結局、本来医療は3次、いわゆる困った時にどこでもかかれる所が無いと、多分2次、1次の先生が疲弊するという、大体そういうストーリーになっています。静岡県は一応幹部の方々の理解も得まして、小児の集中治療施設をこども病院につくりました。平成19年の6月から稼働しております。大体1年間で200人前後の患者さんを外から入れて、中の患者さんを入れて、現在はもう500を超えていると思います。先ほどからお話しの、正にドクターヘリを利用させていただいております。ちょうど当院の位置が順天堂大学医学部付属静岡病院からは70キロ、それから聖隷三方原病院からも確か70キロで、県内のどの地区におきましても20分以内で当院まで到着しております。そういう1次、2次の病院があって機能する3次病院ですのであまり大きなことは言えませんが、一応小児の3次につきましては、とりあえず当院が受けて

おりますので、お金の面はそのいただいているお金の何十パーセントを果しているか私にはわかりませんけれども、やっておりますので、よろしくお願いいたします。

山口：私もがんセンターの件では言いたかったのだけれども、代弁していただきまして、ありがとうございました。

では、これで本当にお開きにさせていただこうと思うのですが、この段階で県立だとか、市だとか、県だとか、町だとか言っている段階ではどうもなさそうというのが、あまり声を上げない医療者の立場からの感触ですので、是非またいろいろな機会にこのようなシンポジウム、パネルディスカッションを開催していきたいと思います。これに懲りずにご出席いただいて議論を戦わせながら、これからは本当に具体的に何をやるかという議論が絶対に必要だと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は多くの方にご出席いただきありがとうございました。パネラーの先生方、どうもありがとうございました。

静岡がん会議２００９

静岡県のがん医療の現状～地域医療を守るために～

平成22年３月

記　録　集

発行
静岡県・静岡がんセンター