

平成26年7月28日

松阪市議会議長 中島 清晴様

海住 恒幸

地方議員研究会主催研修「地域医療問題を考える」への参加報告

7月14日（月）～15日（火）

東京

講師 伊関友伸（城西大学経営学部教授）

7月14日

テーマ「地域医療再生への処方箋」

●講座の柱

医師不足の生じた背景

病院の二極化現象

自治体病院・診療所の存在意義

医師が勤務する地域にしていくために（地域で医師を育てる）

総合医の必要性（地域の病院で育てる）

国民皆保険制度の意義

地域医療の再生を

●特に参考になった点

医師不足の原因として

医療の細分化・専門化 一人の医師が診るのではなく、複数の専門科の医師が一人の患者の疾病を見るようになったことが、医師数の不足となり、医師の劣悪な労働環境（休みなし・時間外・長時間勤務の常態化）という悪循環をもたらしているとする点。時間外も医師は仕事をし、平日夜間や休日の時間外も入院患者や救急患者の対応をしている。

夜間や休日、少人数の医師が勤務に就いているが、若い医師ほど専門の細分化が進んでいるため、専門外には対応できない状況を生んでいるということ。

新臨床研修制度で医師の集まる病院にさらに医師が集まる構造（その逆の医師の集まらない病院にはますます医師が集まらない構造）を生み、病院の二極化現象（成長する病院と衰退する病院）をもたらしているとする点。

新臨床研修制度には良い点もある。それは、2年目に1か月間、地域医療研修を受けるようになったこと。

国は、医療の高度化・専門化に対応できない病院の病床数を減らす方向にある

が、20～29床に特化した病院は医師が増え、100前後の自治体病院は厳しい状況になりつつある。

役所の人事の中であっても病院には責任を持って経営にあたる人を置くべき。でないと、医師は医局（大学）を、看護師は労働組合を、事務職員は本庁を見て、病院長には従わなくなる。

医療や病院経営に素人の事務職員が病院経営にかかわることの問題。

昭和は、薬や注射に診療報酬が支払われたが、いまは技術に対して適切に配分される方向にあるということ。

自治体病院の意義として、新型インフルエンザや災害など突発的な事件への対応、介護者のいない高齢者、外国籍やお金のない住民の医療、採算性の合わない患者の受け入れという社会の緩衝器の医療があげられる。一方で、モラルハザードも起きやすい。

医師が勤務したがる病院にする。行う医療を明確にする、過酷すぎない勤務、医療技術を学べる、専門医の資格がとれること、適切な報酬、住民から感謝をされること。

病院機能の再編は避けられない。医師を中核的な病院に集める必要がある。医師が集まることで、医師一人あたりの負担を軽減する。

地域で医師を育てるということ。

人口の高齢化に伴う総合医の必要性。地域の病院で総合医を育てる。

住民も地域医療の当事者

7月15日

テーマ「これからの社会と社会保障」

●講座の柱

TPP と医療（混合診療、アメリカの医療）

急激な高齢化

多職種連携、地域の人の関わり

管理中心的医療モデルから、多職種が連携する包括ケア

社会保障・税の一体改革

医療機関の機能分化

医療介護の総合確保法

●特に参考になった点

伊関氏も、TPP が国民皆保険制を崩壊させる可能性があるとしていることがわかったこと。

混合診療（保険診療と自由診療の併用）を無制限に認めると、保険で受けられる医療は限られたものとなり、カネのある者とない者とで受けられる医療に格

差が生じる危険がある。

利益の上がる最先端医療が受けられるのは都市に偏り、医師の地域偏在が加速する可能性があること。

超高齢化はこれからの10年のあいだに始まり、その後、30～40年続き、絶対的な医療資源不足が生じるということ

安定した老後・・・急性期がカバーできる領域とそうでないもの（福祉プラス健康づくり）

高度・専門化、高齢者の急増で、医師、看護師だけですべての医療を担うことは難しくなっているということ

医師の指示で看護師が患者を管理する管理型の医療モデルから、病院内のさまざまな職種が連携する包括ケアに変わるということ（医師・看護師だけでは人が不足していることから、チーム医療に）

社会保障の給付費として年金は49・1%、医療は32・1%、福祉その他は18・8%。介護は福祉その他の中に含まれ、全体の7・7%にすぎない。医療給付はこれ以上増やせない。公共事業を削ってもこの分野に回す財源はない。医療介護の総合確保法 医療は都道府県の力が大きくなる。

急性期の病院、リハビリの病院の特化と分担・連携、かかりつけ医

その地域で一番大きい病院はいい。問題は2番目の病院。急性期としてやっていくか、亜急性期としていくか、難しいところ。亜急性期になった時点で医師流出するリスク。戦略上、どう考えるか。

7対1看護・・・症状の軽い人にも看護師多すぎることも。7対1看護は高度急性期のみ、一般急性期・亜急性期は10対1看護以下か。