

第2回奈良県地域医療等対策 協議会

資料 2

県庁で行われている定例記者会見などから、知事の発言や方針を紹介。県政の新たな動きをお伝えします。

◇お知らせ◇

ホームページ「こちら知事室です」に、定例記者会見の内容や「あらい日誌」を掲載しています。ぜひご覧ください!

あらい日誌

検索

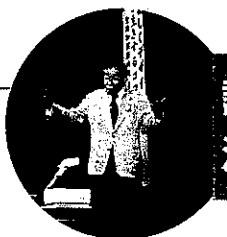


みんなで作るナラの医療

～奈良の医療が良くなるように考えていただきたいこと～

日野原重明氏

1911年(明治44年)生まれ
聖路加国際病院名誉院長
本年10月に97歳になるが、
「健康な生き方」に関する講演等で
全国各地を訪問されている



講演

日野原先生が語る長寿の秘訣!

- ▶自分の活動にあったカロリー摂取を! 適度な栄養と運動が大切。
- ▶生き方を美しくする、大切なものは目に見えない。目に見えない生命や時間を大切にすること。
- ▶年だからできないとはいわずに新しいことに挑戦すること。

県地域医療等対策協議会では、地域で安心して生活できる医療等の実現に向け、7月30日になら100年会館で第1回シンポジウムを開催しました。

ゲストとして日野原重明先生等をお招きし、健康な生き方などについて荒井知事との対談を実施。1000人を超える方々が参加され、日野原先生のユーモアあふれるお話に会場はおおいに盛り上がりました。

「健康には、日頃の生活習慣が大切」、「奈良の医療がよくなるために知ってほしいこと」など、私たち一人ひとりが何をしたらよいのかなどを考える、よい機会となりました。



○日野原先生の歩き方教室

基本はかかとから着地して、さわやかにかっこよく歩くこと。荒井知事は、日野原先生の指導で、80点の合格点をいただきました。

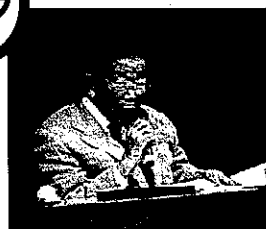
*和顔施…仏教の経典にある言葉で笑顔が相手の奉仕となることを意味する。

日野原先生が「生活習慣病」という言葉を提唱されました。禁煙などの節制のほか、笑顔も良い生活習慣です。荒井知事から、日野原先生には長寿の秘訣の話だけではなく、和顔施*をいただいたとの感謝の言葉がありました。

○あなたのよくない習慣が病気になる

トーク

「みんなで考える健康な生き方の秘訣」



日野原重明氏



荒井正吾奈良県知事



高橋裕子氏
日本禁煙科学会の発足に尽力。現在、奈良女子大学教授

○奈良の医療資源を大切にしよう!

奈良県は医師数・病院数などの医療資源数では他府県より劣っている状況です。高橋先生は「病院で当直をしていた頃、明朝の診察でも大丈夫な子どもたちの診察がたくさんあった」と語りました。日野原先生からは「昔は、同居のおばあちゃんなど適切なアドバイスができる人がいた。どうした場合、緊急に医療を受けるべきかなどの知恵を持つべき」とのお話がありました。

荒井知事は「医療資源を有効活用できる、よいシステムを作って、県の健康のグレードアップに全力をあげたい。受診される側も、上手な医療の利用をお願いしたい」と語りました。

医療を受ける側も、提供する側も知恵を出し合い、限られた医療資源を有効利用していくことが求められています。

奈良県地域医療等対策協議会第1回シンポジウムに関するアンケート

本日は、奈良県地域医療等対策協議会第1回シンポジウムにお越しいただき、ありがとうございます。

今後の奈良県医療を県民のみなさまにとってより魅力あるものにするため、アンケートを実施しております。

どうぞ、ご協力いただきますようお願いいたします。

なお、ご回答いただいた内容は、調査目的以外には使用いたしません。

お問い合わせ先：奈良県地域医療連携課

TEL 0742-27-8645

1 このシンポジウムのことを何でお知りになりましたか。

(あてはまるものに○印をお付けください。)

新聞 テレビ 図書館 チラシ 友人知人 職場

その他(具体的に

)

2 下の表でお聞きするそれぞれの事項について、「どうお感じになったか」をお答えください。(質問事項ごとに4から1のうち、あてはまるもののひとつに○印をお付けください。)

	どうお感じになりましたか				お差し支えなければ、「不満」「やや不満」とお答えなった理由をご記入下さい。
	満足である	やや満足である	やや不満である	不満である	
会場、開催時期について					
①会場(なら 100 年会館)は適切ですか	4	3	2	1	
②開催時期は、いかがですか	4	3	2	1	
内容について					
③伊関氏の講演はいかがでしたか	4	3	2	1	
④日野原氏の講演はいかがでしたか	4	3	2	1	
⑤トークはいかがでしたか	4	3	2	1	
⑥地域医療等対策協議会について理解できましたか	4	3	2	1	
職員等の対応について					
⑦受付、案内の対応の態度は、好感が持てましたか	4	3	2	1	

3 次の事項のうち、このイベントにおいて大切と思われるものに○印をお付けください。(複数回答可)

①会場の地域設定 ②会場への交通の便 ③開催時期 ④講演内容

⑤出演者 ⑥職員の対応態度

4 このイベントにお越しになった総合的なご感想はいかがですか。
(あてはまるものに○印をお付けください。)

満足である やや満足である やや不満である 不満である

5 次回もこのイベントにお越しになりたいと思われますか。
(あてはまるものに○印をお付けください。)

来る たぶん来ると思う たぶん来ないと思う 来ない

6 今後、医療関係でどのような方の講演を聴きたいと思われますか。

7 奈良県の医療について、興味をお持ちになりましたか。
(あてはまるものに○印をお付けください。)

持った 持てない わからない

8 その他、お気づきの点がありましたら、お教え下さい。

9 最後にあなたご自身のことをお聞きます。

おいくつですか: 20 歳未満 20 歳代 30 歳代 40 歳代 50 歳代 60 歳代
70 歳代 80 歳代 90 歳以上

性別は : 男 ・ 女

お住まいは : 県内・県外 市町村名()

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

病院経営マネジメント講座

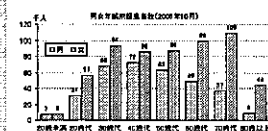
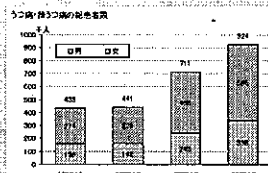
公立病院改革部会の部会長である伊関友伸先生を中心とする講師陣により、公立、公的病院の経営責任者等（病院長、事務長、総務及び医事担当課長等）を対象とした講座を開催（1～2ヶ月に1回の頻度で継続的に）し、病院経営のマネジメント力の向上を図る。

1. 日 時 平成20年8月4日（月）
（第一部）講 義 午後2時00分 ～ 午後5時30分
（第二部）懇 親 会 午後6時30分 ～
2. 場 所 奈良市池之町 猿沢荘 3階「わかくさ」
3. 対 象 者 14病院、約40名
（病院長、事務長、総務及び医事担当課長、経営事務担当者）
4. 講 師 「破綻した自治体病院とその再生への道」
城西大学准教授、奈良県特別参与（地域医療担当）
伊 関 友 伸 氏
「病院のマネジメントに必要な知識とスキル」
テキサス大学健康情報科学大学院 アシスタント・プロフェッサー
青 木 則 明 氏
「医療リスクマネジメント ～ソーシャルリスクと地域医療～」
多摩大学統合医療リスクマネジメントセンター シニアフェロー
川 井 真 氏
5. 受 講 料 10,000円
（受講料：8,000円 懇親会食事代：2,000円）

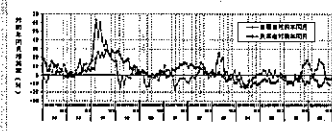
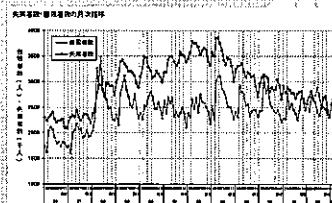
2008.08.04 病院経営マネジメント講座
医療リスクマネジメント
～ソーシャルリスクと地域医療～
MILDS 明治大学死生学研究所
川井 真
(多摩大学統合RM研究所医療RMセンター シニアフェロー)

近代日本社会を概観する
～暮らしに潜むソーシャルリスク～

うつ、失業、そして自殺



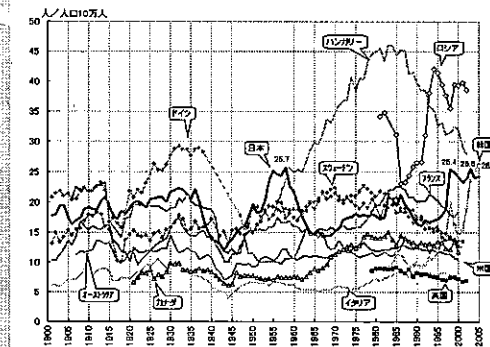
【注】「失業率」は毎月15日現在の失業率(15歳以上64歳未満の人口に対する失業人口の割合)を示す。自殺率は毎月15日現在の自殺率(15歳以上64歳未満の人口に対する自殺人口の割合)を示す。



【資料】労働省「労働力調査」、自殺者数(厚生労働省)

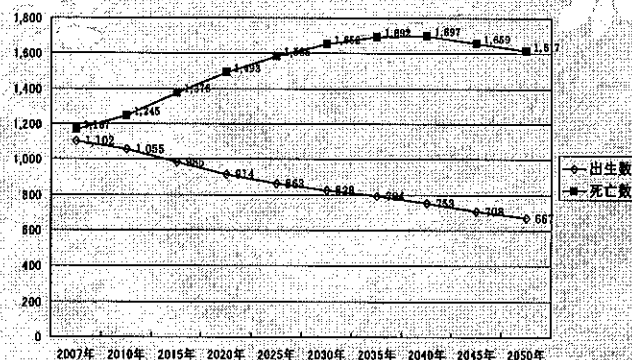
主要先進国の自殺率

主要国の自殺率長期推移(1901～2005)



【注】東欧・ロシア時代のドイツは西ドイツ、日本の2005年は推計値。
【資料】厚生労働省「平成16年度人口動態調査報告書」、他、Korea National Statistics Office(韓国)

超少子高齢・人口減少社会の到来



国立社会保障人口問題研究所中位推計(単位:1,000人)

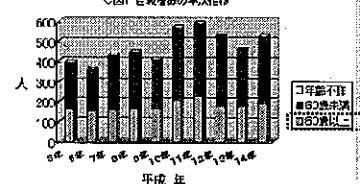
介護疲れと殺人・心中

<http://www.geocities.jp/safameinck/j-kunou/ji-kaigo/C801-1432-kaigo-hgek1.htm>

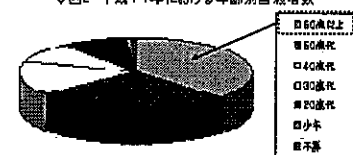
- 埼玉県で無理心中
1月8日、無職男性(72)と妻(71)が死亡。娘夫婦と同居していた。妻が病気で入退院を繰り返し、男性は介護で悩んでいた。無理心中とみられる。
- 東京都で90歳母と68歳娘が死亡、介護途絶え病死
1月8日、無職の女性(90)と長女(68)が死亡しているのを、訪ねてきた次女(66)が発見した。長女先に病死し、寝たきりだった母が介護を受けられなくなって死亡したもよう。女性は約2年前に脳梗塞(こうそく)を患い、その後、重度の要介護者になった。長女はぜんそくの持病があった。
- 宮城県で介護疲れで無理心中
7日、飲食店経営の女性(59)と、父親(86)が死亡していた。「介護に疲れた」との内容の女性の遺書があったといい、無理心中を図ったとみている。2人暮らしで、父親は約15年前から寝たきり状態だった。
- 青森県で、無理心中、死に切れぬ娘、殺人で逮捕
6日、無職の女性(82)が死亡。同居の次女(58)を殺人の疑いで逮捕された。「介護に疲れた」などと供述し、無理心中しようとしたとみられる。女性は数年前から寝たきりで要介護認定を受け、訪問介護などを利用していたが、普段は次女が世話をしていた。次女は、自分の首など数か所を刃物で切った状態でいたところを親族に発見された。
- 奈良県で、介護疲れで無理心中、9歳女兒・母・祖母の3人が死亡
5日、奈良県で、県道に止まっていた経業用車の中で、同乗の小3年の女兒(9)が死亡していた。近くで、祖母(56)と母(31)が首死亡していた。祖母の夫(73)は認知症で、二人が介護していた。

ご老人の自殺の背景 (福島県精神保健福祉センターから)

◇図1 自殺者の年代別推移

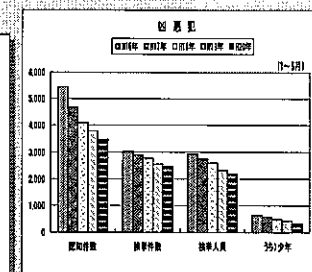
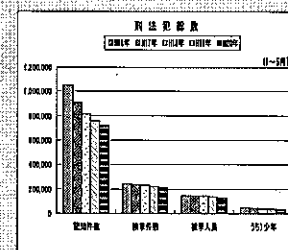


◇図2 平成14年における年齢別自殺者数



犯罪の質 (警察統計資料から)

犯罪件数は減少傾向にあるものの...



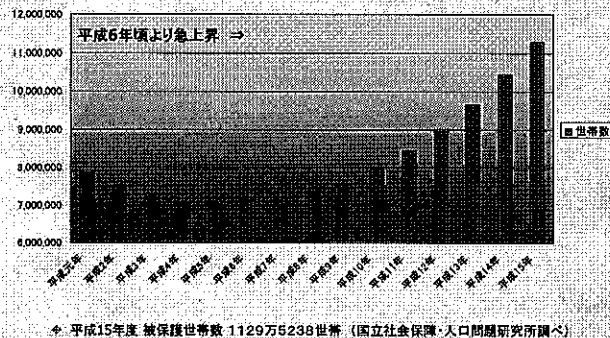
犯罪の質

- (3月)二十五日夜、ＪＲ岡山駅で男性公務員がホームから突き落とされ、電車にはねられ死亡した。容疑者はまたも若者だ。何が無差別殺人に走らせるのか。(2008年3月27日 東京新聞)
- 茨城県土浦市のＪＲ荒川沖駅周辺で起きた８人殺傷事件で、県警土浦捜査本部は１３日、同市中村東３、無職、金川(かながわ)真大(まさひろ)容疑者(２４)＝別の男性の殺人容疑で逮捕、処分保留＝を殺人と殺人未遂の疑いで再逮捕した。(2008年4月13日毎日新聞)
- 【秋葉原通り魔】タイミング見計らい暴走 20日に殺人容疑で再逮捕(2008年6月20日 産経新聞)

一連のチューリップ連鎖事件

- 茨城でも花切り事件 赤チューリップばかり61本(4月21日産経ニュース)
 - 21日午前10時ごろ、茨城県牛久市の車用品店「イエローハットひたち野うしく」から、「駐車場の花壇のチューリップが切られた」と牛久署に通報があった。
- またチューリップ切られる 福岡の大濠公園で150本(4月15日産経ニュース)
 - 15日午前3時ごろ、福岡市中央区の大濠公園で、花壇に植えてあったチューリップの約150本が切り取られているのを巡回中の警察官が発見した。
- 切られたチューリップ「1000本」 群馬(4月9日産経ニュース)
 - 前橋市本町の国道50号沿いなど前橋駅の周辺約1キロの範囲で9日、プランターに植えられたチューリップ約1050本(約4万円相当)が切断されているのが見つかった。
- チューリップ2千本に被害 車侵入、花壇踏み荒らす(4月4日産経ニュース)
 - 福岡県東海市の遠賀川河川敷で5日開幕する「のおがたチューリップフェア2008」の花壇に車が侵入し、チューリップ約2000本を踏み荒らしていたことが4日、分かった。

生活保護世帯数の推移



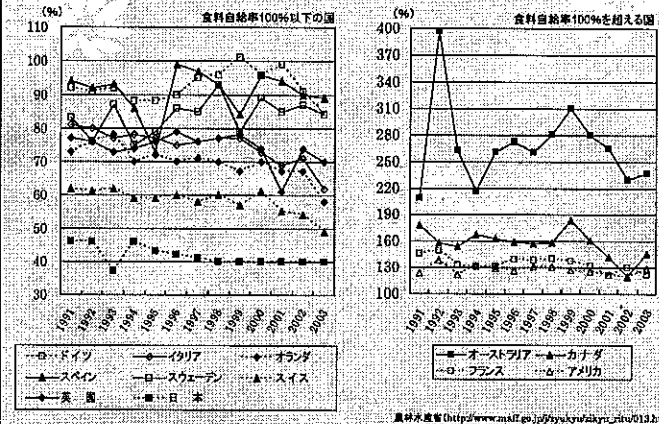
2007年9月28日【朝日新聞】朝刊から

- 年収200万円以下、1千万人超える 民間給与統計
- 2007年09月28日08時00分
- 民間企業で働く会社員やパート労働者の昨年1年間の平均給与は435万円で、前年に比べて2万円少なく、9年連続で減少したことが国税庁の民間給与実態統計調査で分かった。年収別で見ると、200万円以下の人は前年に比べて4.2万人増え、102.3万人と21年ぶりに1000万人を超えた。一方、年収が1000万円を超えた人は9万5000人増加して22.4万人となり、格差の広がりを示す結果となった。
- 年収300万円以下の人の層は5年前の34.4%から年々増加しており、昨年は全体の38.8%を占めた。男女別では、年収が300万円以下の男性は21.6%と5年前から4.6ポイント増え、女性は66.0%で5年前から2.3ポイント増えた。アルバイトや派遣社員など給与が比較的小さい非正規雇用者が増えている状況を浮き彫りにした格好だ。
- 一方、年収300万円から1000万円以下の人の割合は一昨年の57.6%から56.3%に減少した。
- また、1年を通じて働いた給与所得者は448.5万人と前年に比べ9万人減少した。男性は01年から減少傾向にあるが、女性は逆に03年から増加傾向にあるという。

わたしたちの暮らしと「食の安全」

- ミートホープ社（品質偽装・表示偽装）～不二家（期限切れ材料使用）～比内地鶏（表示偽装）などの偽装工作
- BSE問題～中国産冷凍ぎょうざ事件
- 「食」の偽装頻発 何を信じていいのやら（2007年10月26日岩手日報論説）
- 高まる「食」不信 暮らしの根幹が揺らぐ（2月24日中国新聞社説）
 - 「駅弁よ、おまえもか」。なんとも情けない時代になったものだ。中国製ギョーザ中毒事件で食の安全が大きく揺らぐなか、東海道新幹線（東京～新大阪）の車内や駅の売店で売られていた駅弁やサンドイッチ、おにぎりなどの消費期限偽装が明らかになった。
- 輸入牛肉にBSE混入 対応に追われるスーパー（4月24日産経新聞）
- 船場吉兆 客の残した料理を使い回し アユ塩焼きなど6種（5月3日毎日新聞）

主要先進国の食料自給率（カロリーベース）の推移（試算）



過疎と限界集落（都道府県別過疎地域市町村の状況：2007年）

都道府県	市町村数 ^①	過疎地域市町村数				国勢調査人口（2005年）			
		市	町	村	計	過疎市町村割合（%）	全市町村	過疎地域市町村	過疎市町村割合（%）
全国	1,804	263	355	120	738	40.9	127,756,916	10,682,799	8.4
北海道	180	20	109	12	141	78.3	5,627,424	1,568,688	27.9
青森	40	7	11	6	24	60.0	1,439,628	275,692	19.2
岩手	35	8	7	2	17	48.6	1,385,097	384,002	27.7
宮城	36	4	3	0	7	19.4	2,259,591	332,891	14.7
秋田	35	11	6	2	19	54.3	1,145,471	625,015	54.6
山形	35	3	12	3	18	51.4	1,214,116	317,843	26.2
福島	60	4	12	7	23	38.3	2,091,223	231,622	11.1
茨城	44	2	3	0	5	11.4	2,975,003	65,343	2.2
栃木	31	1	2	0	3	9.7	2,016,453	41,469	2.1
群馬	38	5	3	2	10	26.3	2,024,044	48,651	2.4
埼玉	70	1	3	0	4	5.7	7,053,698	74,681	1.1
千葉	56	1	1	0	2	3.6	6,058,159	61,749	1.0
東京	39	0	1	4	5	12.8	13,570,904	16,485	0.1
神奈川	33	0	0	0	0	—	8,790,590	—	—
新潟	35	8	5	3	16	45.7	2,431,556	541,438	22.3
富山	16	1	0	0	1	6.3	1,111,602	81,787	7.3

① 過疎市町村割合が50%を超える都道府県

過疎と限界集落（都道府県別過疎地域市町村の状況：2007年）

石川	19	5	3	0	8	42.1	1,173,994	131,839	11.2
福井	17	2	4	0	6	35.3	831,585	31,381	3.8
山梨	28	6	6	3	15	53.6	884,501	79,458	9.0
長野	61	7	7	21	35	57.4	2,195,012	137,863	6.3
岐阜	42	8	2	3	13	31.0	2,107,253	155,928	7.4
静岡	42	5	5	0	8	19.0	2,794,457	67,453	2.4
愛知	53	2	3	1	6	7.9	7,354,432	84,158	1.2
三重	29	3	4	0	7	24.1	1,867,186	96,951	5.2
滋賀	26	1	1	0	2	7.7	1,380,543	6,241	0.5
京都	26	4	3	0	7	26.9	2,647,523	56,241	2.1
大阪	43	0	0	0	0	—	8,817,010	—	—
兵庫	41	0	3	0	3	7.3	6,580,381	171,458	2.6
奈良	39	1	2	10	13	33.3	1,431,367	84,740	6.0
和歌山	30	1	10	1	12	40.0	1,036,051	231,401	22.3
鳥取	19	1	7	0	8	42.1	608,947	52,828	8.7
島根	21	8	10	1	19	90.5	742,136	347,588	46.8
岡山	27	11	5	2	18	66.7	1,967,656	307,711	15.7
広島	23	11	5	0	16	69.6	2,876,752	304,389	10.6
山口	22	9	6	0	15	68.2	1,492,575	356,356	23.9
徳島	24	3	5	1	9	37.5	809,574	141,948	17.6

① 過疎市町村割合が50%を超える都道府県

過疎と限界集落(都道府県別過疎地域市町村の状況・2007年)

香川	17	1	4	0	8	35.2	1,012,261	84,512	5.4
愛媛	20	9	8	0	17	85.0	1,451,824	353,199	24.1
高知	35	7	16	4	27	77.1	756,211	200,945	25.2
福岡	66	7	8	3	18	37.3	5,049,128	290,017	5.7
佐賀	33	5	2	0	7	30.4	866,402	89,443	10.3
長崎	23	10	4	0	14	60.9	1,478,520	310,049	25.0
熊本	48	7	13	7	27	56.3	1,841,140	541,837	29.4
大分	18	13	2	1	16	88.9	1,209,587	481,563	39.8
宮崎	30	6	8	3	17	56.7	1,152,965	256,617	21.1
鹿児島	49	14	26	4	43	87.8	1,751,144	666,706	38.0
沖縄	41	1	4	13	18	43.9	1,350,890	108,942	8.0

過疎率の算出方法は「過疎率算出方法」平成18年度版による。人口は総務省統計局「国勢調査報告」による。市町村数は平成19年4月1日現在。1)重要都市地区は1)部として計算されている。

【国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別過疎地域市町村の状況」】

■ 過疎市町村割合が50%を超える都道府県

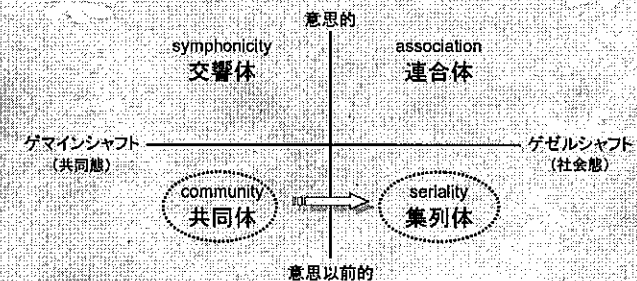
既に47都道府県で17の道県において過疎市町村割合が50%を超えている。

高度経済成長とライフスタイル



文明化と経済

社会存立の論理的4形態



真田素子「社会学入門—人間と社会の未来」から

[illegible]

欧米型社会への移行とグローバル化

- 農耕民族型文化から狩猟民族型文化へ
- ゲマインシャフトからゲゼルシャフトへ
そしてバーチャル・コミュニティの台頭
 - ゲマインシャフト：地縁や血縁で深く結びついた伝統的社会形態
 - ゲゼルシャフト：近代国家・会社・団体・大都市のような利害関係に基づいて人為的に作られた社会
 - ゲマインシャフトとは対照的に、ゲゼルシャフトは人間関係が疎遠になるとされた
- リベラリズムからネオリベラリズムへ
- 「正義は勝つ」のか「勝てば正義」なのか
～市場原理主義の行方

いのちと経済活動

⑧ 伝統的経済活動（人間と自然の物質代謝）

```

graph TD
    A[人間] -.-> B[自然への働きかけ]
    B -.-> C[食料・原料・部材の収穫]
    C -.-> D[消費]
    D -.-> E[廃棄物]
    E -.-> F[自然へ返戻]
    F -.-> G[地力の増強]
    G -.-> A
    B -.-> H((生活基盤の安定  
生産力の向上))
    H -.-> C
    
```

暮らしと経済は一体化していた。しかし...

人間社会の構築（重化学工業から知識集約産業へ）

たとえば、ジャーナリスト内橋克人氏曰く、

わたしたちは の統合体として生存している。

この二つが豊てこそ「生きる」という条件が充実する。

自分自身の人生を豊かなものとするためにこそ、
助け合い
支え合う
という意識が大切になる。

真にいのちの価値を実感できる社会～人間回復の社会へ

グローバリズムと庶民の暮らし

■ (独) 社会学者ウルリッヒ・ベックは、そのリスク社会論のなかで、グローバリズムが関与する社会では以下のようなリスクが生成されると主張する。

- 雇用形態の変化による雇用不安の増大
- 自己アイデンティティの形成過程における伝統と慣習の希薄化
- 伝統的な家族形態と生活様式の崩壊
- 個人主義の台頭による人間関係の希薄化

■ といったわたしたちの暮らしに係わるほぼすべてを包含するリスクである。

グローバリズムと格差

■ 一面においてグローバリズムが所得格差と地域格差を加速させたとも見られる。

■ アルゼンチンの社会学者サスキア・サッセンは、多国籍企業の拠点でもある先進諸国の中心都市—東京、ニューヨーク、ロンドンといった—においては、金融やコンサルティング、先端技術部門の利潤が他の労働市場を飲み込み始めていると指摘する。

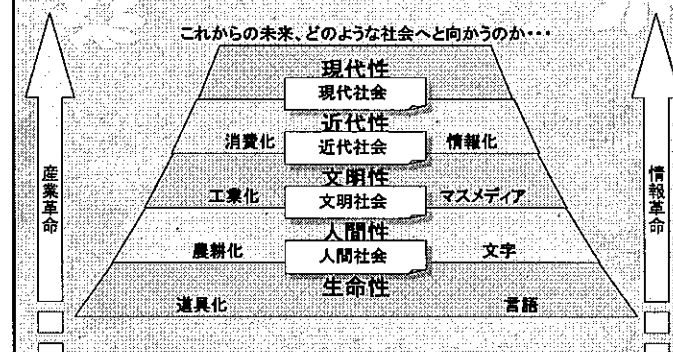
■ このようなニュー・グローバル・エコノミーの最先端にいる者の労働対価は上昇を続け、周辺労働者の賃金は下降を続ける。従来からの製造業や小売業は職を奪われ大量の低賃金階層を生み出すことになる。

グローバリズムと価値観

■ 伝統的なライフスタイルを維持してきたコミュニティが、世界的な新しい秩序や価値観と交響することにより、従来からの人生の道標は著しく薄らいでいく。

■ これまでわたしたちの自己アイデンティティは生まれ育ったコミュニティにおける相互行為を主として形成されてきた。しかしながら、いまや自己実現の選択肢は広大な地平となって広がっている。

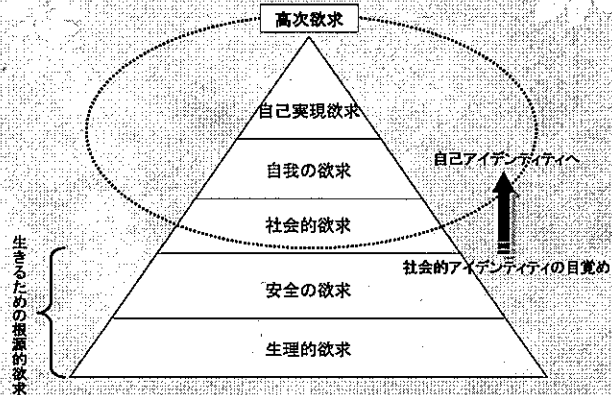
産業革命を経た現代人の5層構造



見田康介「社会学入門—人間と社会の未来」から

アブラハム・マズローの欲求段階説と社会

❖ 忘れてならないのは、人と人の関係性、人と社会の関係性である。

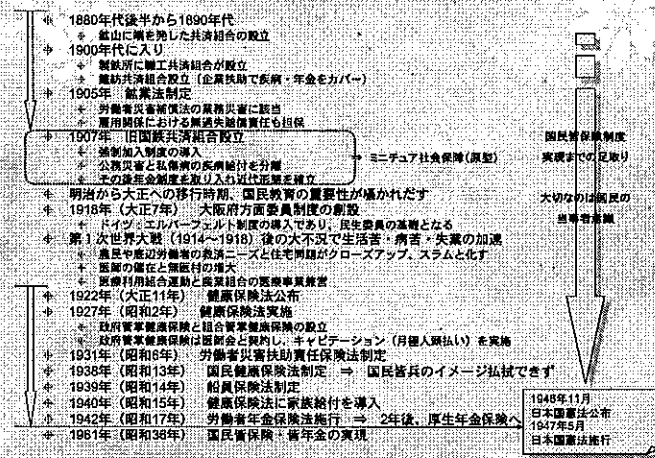


文明化と破滅期への推移



社会保障の変遷

日本の社会保障史 (抜粋年表) ~国家の恩恵とエンパワーメント

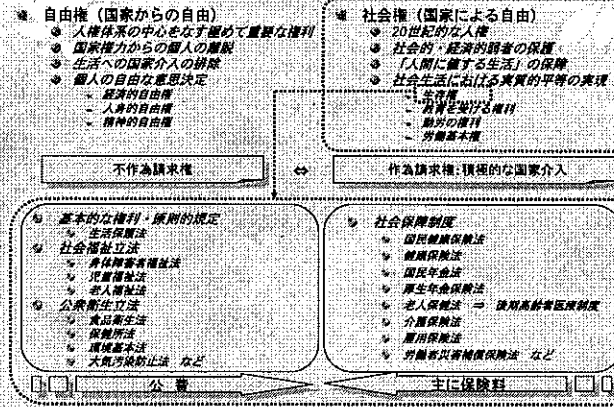


社会保障理念の変遷と新たな潮流

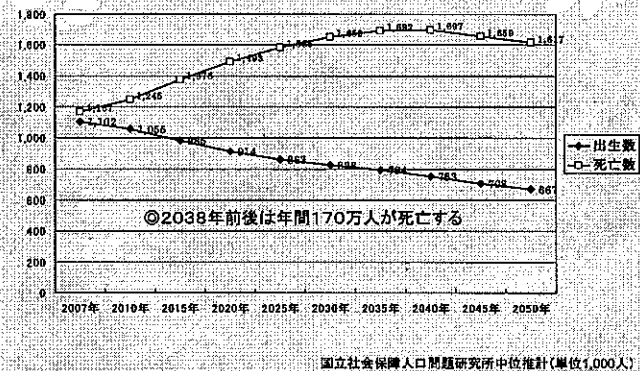
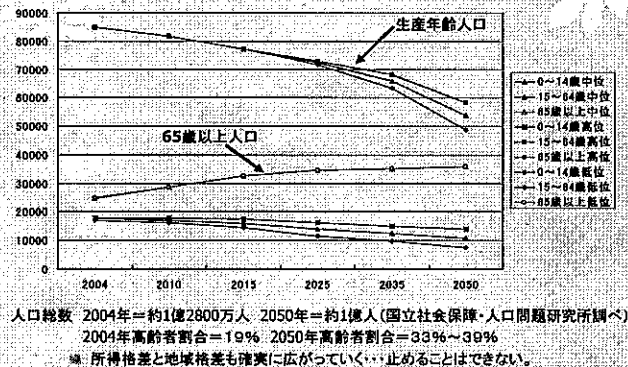
- 国家介入前（太平洋戦争前）
 - 個人主義の徹底 ⇒ 「公」は「私」に介入せず
 - 生活への責任はあるが、援助はない
 - 共済組合の乱立 ⇒ 市民のエンパワーメント
- 富国強兵策 ⇒ 国家の独走 ⇒ 国民皆兵と国民皆保険
 - （独）ビスマルク型社会保険の直輸入
- 国家の介入（ほぼ同時に高度経済成長期へ）
 - 英国から発信されたベバリッジ・レポートの世界的な影響
 - 憲法25条の制定 ⇒ 国家責任が明確化される
 - ベバリッジ構想の終焉 ⇒ ナショナル・ミニマムの明確化
 - 豊かさのなかの貧困を補うための社会保障 ⇒ 物質的な豊かさとは「どこ」の豊かさを同時に育てることができなかった
 - 北子高齢化と経済衰退で迎える熟老世代社会保障の終焉
- 社会保障は第3ステージへ
 - 豊かさとは何か
 - 精神的価値を新たな価値観として共有できるか
 - 生きることの意味が問われ始める
 - 生活圏に「死」が引き込まれてくる
 - 健康であることの価値を実感できるか
 - 積極的な社会参加への意欲を持てるか
 - 自らが主体となって社会を創造する行動力を維持できるか
 - 国民一人ひとりの当事者意識の醸成が大切



自由権と社会権を享受できる社会



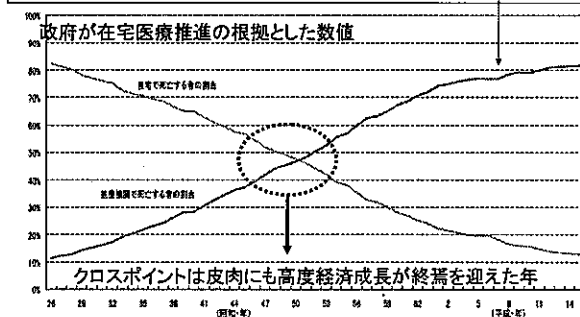
年齢構造別人口の将来推移



在宅死と病院死・・・死生観の変化に起因する

医療機関における死亡割合の年次推移

医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。

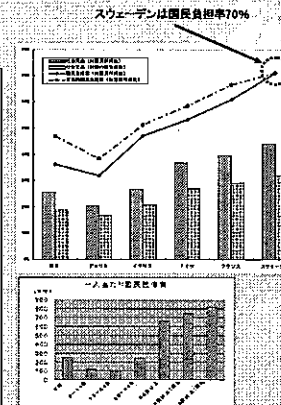
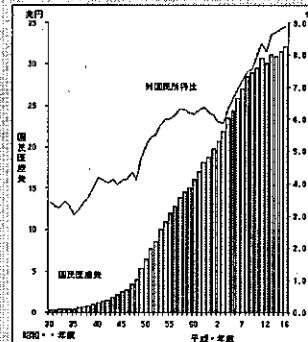


資料「人口動態統計」(厚生労働省)

【厚生労働省ホームページから抜粋】

国民医療費と国民負担率の推移

国民医療費と対国民所得比の年次推移



厚生労働省および国立社会保障・人口問題研究所 資料から

必然と偶然、政策におけるいくつかの失敗

❖ 医局制崩壊と対応の遅れ

❖ 医師不足～勤務医労働環境悪化～医療ミスの増加
～モチベーションの低下～開業ラッシュの悪循環

❖ 医学の専門化と国民の専門志向

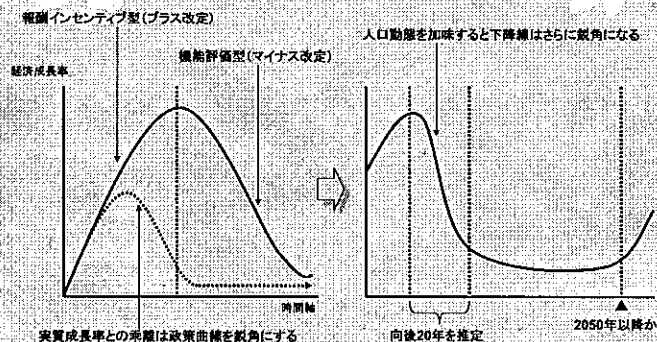
❖ 医療界における専門化ブーム
❖ 国民の専門志向による大病院集中
❖ 英国GPのような総合診療医養成の遅れ
❖ 在宅療養環境と人材育成の遅れ

❖ 社会保障財政枠の圧縮

❖ 度を越えた医療費削減
❖ 診療報酬点数による医療費コントロールの限界

計画経済における医療費コントロール

～医療費抑制政策：医療機関及び医療従事者に支払われる医療費の抑制～



新たな健康のパラダイムが生じる (1)

- ▼ わたしたちはこの半世紀で健康であることの価値を忘れてきている。医療は1800年代の後半から病原微生物学が発達し、診断と治療への「科学」の適用により生物医学的モデルが隆盛を極める。なかでも抗生物質の登場が疾病構造を大きく変化させた。
- ▼ これは先進諸国に共通の兆候として現れるが、疾病構造は急性感染症から慢性感染症へと移行し、そして今日に至っては生活習慣病が医療政策における主要な地位を占めるようになった。
- ▼ また、公衆衛生や栄養摂取の改善、上下水道の整備による衛生環境の改善で乳幼児死亡率が顕著に減少し、結果として統計的な平均寿命は伸び続けた。
- ▼ また、わが国は1961年に国民健康保険制度が完全施行され名実ともに国民皆保険制度が完成する。国民所得の向上が保険財政を支え、医療費負担は軽減し医療環境も急速に整い始める。わが国の医療はアクセス、コスト、クオリティのすべてにおいてその評価は高い。

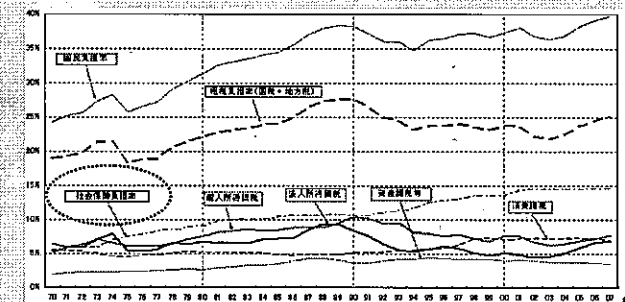
新たな健康のパラダイムが生じる (2)

- ▼ しかしながら、国民医療費は高騰を続け、一方で保険財政を支える保険料収入は生産労働人口の減少等により下降を続けている。医療費高騰に対する究極のリスクマネジメントは「予防」であるが、これも全世界的な潮流になっている。わが国は米国における「ヘルシーピープル2000」の後を追うように健康日本21をスタートさせ、健康増進法の施行を経て、現在は健康フロンティア戦略に着手している。政策の背景には近い将来に訪れる超少子高齢・人口減少社会における国民皆保険制度存続の危機がある。人口構成がこれほど急速に高齢に向かった先進諸国が過去に存在しない以上、わが国が高齢化対策のフロントランナーであることに疑いはない。

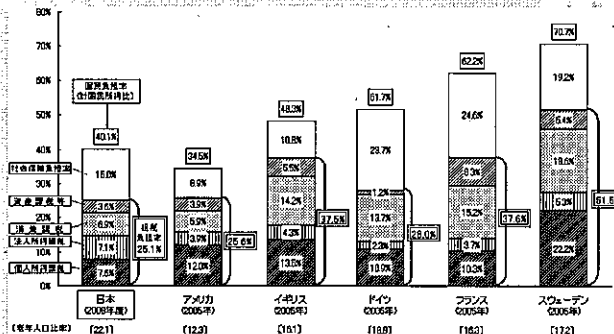
新たな健康のパラダイムが生じる (3)

- ▼ 国立社会保障・人口問題研究所の将来推計では、2038年には年間で約170万人が死亡し、出生者数は80万人を割る。人口の減少が加速している。2024年には第1次ベビーブームで出生した団塊の世代がすべて後期高齢者となるが、ここで懸念されるのは健康寿命である。まさに現在、国家主導で新たな健康のパラダイムを生み出そうとしている。しかしながら、生活者の視点からこの一連の動きを展望したとき、長寿を祝える社会環境がガラガラと音を立てて崩れ始めている不安感を、誰もが抱くのではなかろうか。

日本の国民負担率および租税負担率の推移 (財務省資料)



国民負担率の内訳の国際比較 (財務省資料)



保険と産業のボーダーライン 『いのちの値段』

支えあいの仕組みか
あるいはデリバティブか

民間保険の仕組み

賦課方式と保険料方式

Exパーティーや懇親会における各人の負担金額を決定するに当たり、最終的に頭割りにするか、あるいは予め適当な金額を徴収して、不足があれば追加徴収する ⇒ 賦課方式

Exパーティーや懇親会の実行に当たって事前に会場費や飲食代の計算をし、必要額+αを徴収しておく ⇒ 保険料方式

株式会社と相互会社

Exパーティー終了後に予算の過不足が出たとき、その損益は企画者に帰属する ⇒ 株式会社

Exパーティー終了後に過不足が発生した場合、残余があれば返却し、不足があれば追加徴収する ⇒ 相互会社

生命保険の歴史と変遷

生命保険は、18世紀の半ばに英国の『エイクタブル・ライフ社』によって始まり、19世紀に米国で概念整理され、日本では高度経済成長期に普及した。

生命保険への批判⇒生命への冒とく・死と金の交換・生命の商品化・汚れた金...

保険業界誌『クロニクル』に掲載されたヤコブ・グリーンの論文

貨幣またはそれに等しいものを生み出すものは、資本と考えてよい。他の生命のために貨幣を生み出し、何らかの労働によってそれを稼ぐ生命は、明確に算定しうる貨幣価値を持つ資本である。

死亡の経済的な意義は、他者と社会の存在を前提にして顕在化する。

参考：田村祐一『いのちの経済学』

生命保険の歴史と変遷

○ヒューブナーの生命価値論

- 定義『われわれ人間の内部に備わっている経済的諸力から生まれる所得能力を資本化した金銭的価値』
- 家族観『・・・経済的観点からすれば、家族は他の事業組織と同様に正しい金融方針に沿って開始され、経営され、保護されるべき男女間の一種の事業組合にたとえられよう』
- 『妻と子に対する夫と父の金銭的価値』を評価しようとする試みから始まる。
- 生命保険セールスマンへの偏見や誤解を取り払っていく。

参考：田村祐一『いのちの経済学』

生命保険における家族の意味

- 生命保険は旧来の家族形態を土台として、家長の持つ扶養能力の突然の喪失に備える経済的手段としてその価値評価を得た。
- 生命保険が対象とする「家族」像
 - 家族内の働き手が決まっていって...
 - 定期的な給与収入があって...
 - 働き手の死により生計が維持できなくなる家族
 - 生活リスクに対して脆弱な構造を有する家族
- 生命保険は産業革命を経て都市化、工業化、そして核家族化を背景に発展を遂げる。

生命保険大国日本の背景

○共済と保険

- 共同体（家族共同体や村落共同体）あるいは何らかの集団（企業集団や宗教集団）が、相互扶助の精神を基盤に「支え合い」の仕組み（義務的）を構築する⇒共済制度へと受け継がれる。
- これに対し保険は⇒契約は本人の自由意思であり⇒相互扶助の精神も不要である⇒弱者救済やボランティア精神で保険に加入するものはない。
- コミュニティ崩壊と保険ニーズの拡大
 - 従来からの伝統的な生活保障システムを構成する外部集団（地域共同体など）は、産業構造の変化（サラリーマン社会への移行と人口の都市部流動）に伴って弱体化し、これまで家族の生活保障をある面で補完してきた社会機能が失われた⇒個人主義と自己責任原理にも後押しされて、金融商品としての生命保険の価値が認識され始める。

生命保険はいのちの値段か

- わが国における生命保険の主流は『死亡保険』である。
- しかし、死をタブー視する日本人の死生観には抵抗があった。
- そこで、貯蓄性を前面に出した『養老保険』なるものが登場し、社会は生命保険を受け入れていく。
- 生命保険は「死亡保障の付いた定期預金」のような印象を醸し出しながら、社会へ浸透していく。
- オイルショック以降は生活設計シートを利用した生活設計話がセールスの主流になる⇒「暮らしの保障」や「明るい未来」というイメージを生命保険に与える。
- わが国の生命保険は『死』をバールで覆い隠すことで社会的に認知された金融商品である。

生命価値に対する法の苦悩

- 財産的損害（積極損害・消極損害）と精神的損害を合わせて「損害」という。
 - 事故による経済的影響と、さらに心理的影響をも包含して、それが生活に及ぼす変化を損害としている。
- 法は金銭賠償を原則とし、金銭における原状回復を目指す。
 - 生き返らせることが不可能であるがゆえに、いのちの償いを金銭換算する。
- これまで法曹界は、『いのちの償い』の増額に努めてきた。

法の中にある死生観

- 死亡した被害者本人は損害賠償の請求主体にはなれない。
- 賠償請求権の相続説
 - 被害にあった死者が損害賠償請求権を得、その権利が遺族に相続される。
 - 裁判所は長きに渡りこの説を採用してきた。
- 我妻栄の学説【家族共同体説】（扶養説）
 - 家族共同生活体の一員が他人の不法行為によって殺害されまたは傷害を受けたときに、その財産的損害を純粋に個人的に考えることは、どこかに必ず無理を生じる。むしろ、家族ないし遺族全体が一団となって『被害者』となり、その損害を総括的に計上すべきではないか。

逸失利益と人間観

- 人間は利益を生む機械か...
 - 人間は経済的価値を生み出す機械であり、生命侵害によってその機械が破壊されたから、交換価値としての損害を評価しなければならないのか...
 - 自己所有する機械が壊されたことで、その機械が将来生み出すはずの収益を損害賠償として支払え、という遺族からの請求なのか...
- 子供を亡くして深い悲しみの中にある両親に『金をもらって一体何になろう』という、英国判事の言葉がある。

慰謝料概念と逆相続

- 慰謝料は、経済的には量れない損害。
- 慰謝料は、精神的・肉体的苦痛への慰謝の表れ。
- 慰謝料は、総損害賠償額の調整機能。
- 慰謝料の持つ、満足的機能⇒精神的苦痛の一時的軽減。
- 本人慰謝料と遺族慰謝料
 - 本人慰謝料は相続されると解される。
- 逆相続⇒子の死亡による損害賠償金を親が相続する。
 - 海外においては違和感が強い。
 - 日本人の死生観や親子関係においては素直に受け入れられた⇒子は親の分身である。
 - 日本人の伝統的イデオロギーや宗教観において、死者と生者は連続し交流し合う存在⇒特に幼い子供の霊は。
 - しかし、金銭賠償として算定される子供のいのちに違和感はないのだろうか。

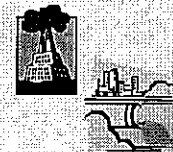
モータリゼーションと保険

- モータリゼーションの進展に伴う交通事故の多発により、被害者保護（同時に過失責任を問われる加害者の経済的保護）の観点から、強制保険が整備され人身損害賠償基準が定型化された。
- 自動車損害賠償保障法と自賠責保険
 - 損害賠償や慰謝料請求が持つ『私的制裁』機能は、保険によって薄れ始めている。
 - 『身銭を切る』ことはなくなり、保険会社の示談代行サービス（俗に言う任意保険）により、加害者の『責任逃避』や『誠意の喪失』も起こる。
 - 人のいのちを奪っても保険会社が金を払って処理してくれる、との風潮を生み出すことは避けなければならない。

法と保険

- 現代社会において、損害賠償責任の判断と履行は保険なしでは机上の空論となり得る。

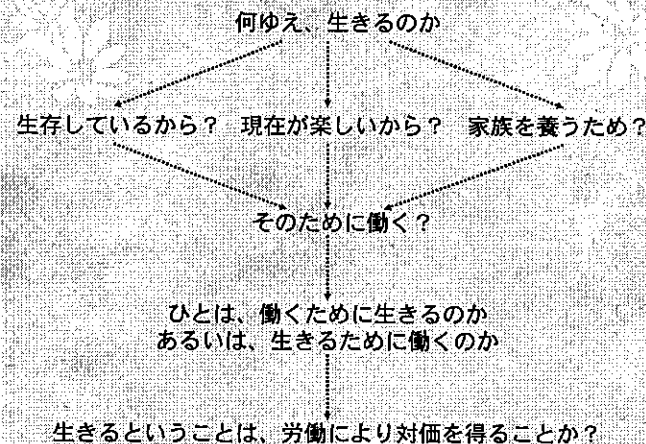
- 高度広域災害
- 賠償資力の問題
- 損害賠償額の高額化
- 無過失責任法理の展開

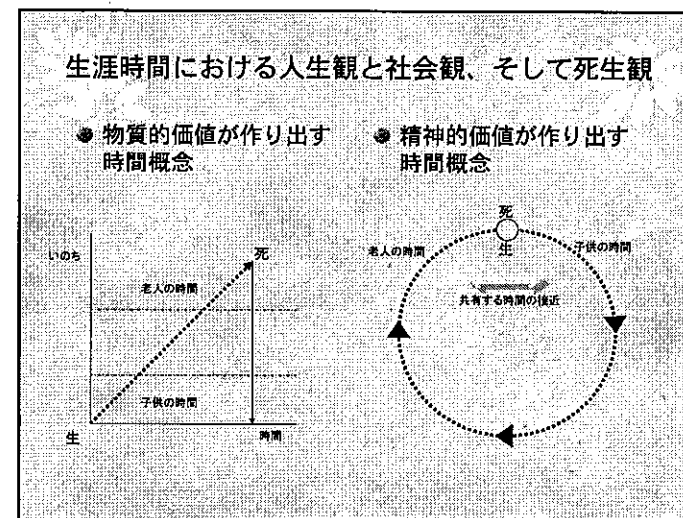
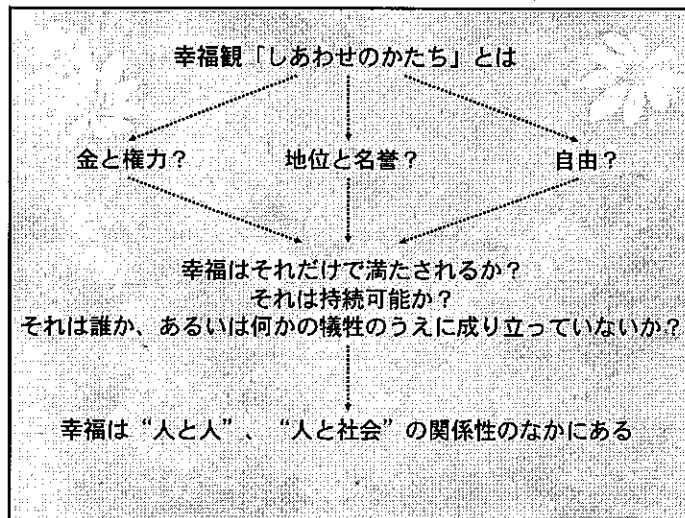


例 EX 自動車損害賠償責任保険、（労働者災害補償保険）、
製造物責任保険、原子力損害賠償責任保険、環境保険など

ひとは 何のために生きるのか

《地域全体で共有したい意識》





地域社会の健全な発展のために

それは、

ポジティブに生老病死を

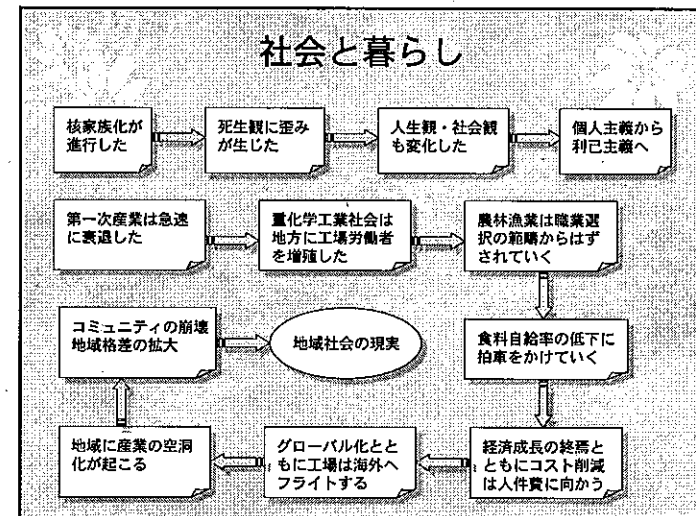
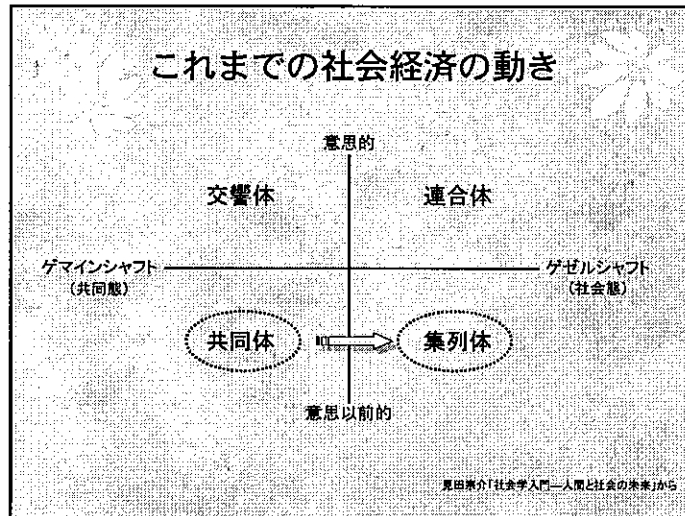
・・・受け入れる こと

地域社会の健全な発展のために

それは、

世のため、人のために

・・・生きる こと



【参考】「競争」と「利他」——作家：長部日出男
(日経新聞「あすへの話題」2008.07.02夕刊)

os それを知る人はだれもいないが、ぼくは自称「盛り場評論家」である。

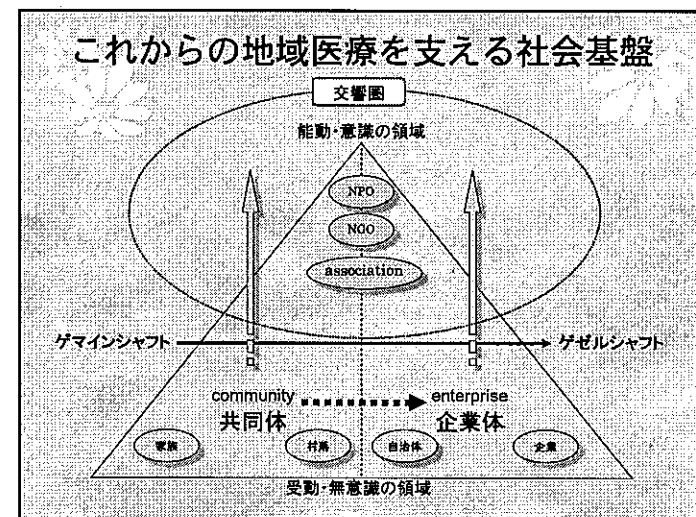
試写室ではなく映画館で観て批評を書くため、封切り日の毎週土曜には、決まって新宿、渋谷、銀座のいずれかへ行く。映画全盛時代の昭和28年に始めて上京したときから数えれば、もう55年。これら三つの盛り場の変遷をずっと見つけてきた。

東京メトロ副都心線の開通で、こんどは池袋も盛り場の定点観測地点に加わりそうだ。その開通を伝えるテレビで興味深い画面に接した。ライバル同士である西部百貨店と東武百貨店の両池袋本店が、新宿と渋谷を相手にした地域間の顧客争奪戦に共同で当たるため、池袋駅の地下通路に二日間、合同運営の臨時案内所を設置したというのである。このニュースに、なぜ強い関心を持ったかといえば……

昔はいきなり大きくなるが、資本主義の良所を「自由競争」すなわち市場原理の一点に特化したことが、今日の世界経済の混迷を生み出した。勝つためには手段を選ばない経営が蔓延して、百年以上前にマックス・ヴェーバーが『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』で予見した「精神のない専門人、心情のない専業人」の犯案が、まさしく現実のものとなったのだ。

だが多くの日本人の奥底には、べつに自分を仏教の信者とはおもっていないまでも、遠い過去から先祖代々にわたって延々と刷り込まれてきた大乗仏教の「利他」の精神が眠っている。

「競争」と「利他」——。相反するこの二つの原理の共存共栄こそが、日本を救い、世界を救う。ぼくが新潮新書『仏教と資本主義』に書いたのはそのことだった。



スウェーデンにおけるKnowledge Societyへの潮流

19世紀末の大不況

禁酒運動と国民教育運動

- 「苦しい時代だからこそ、みんなで酒を断って勉強をしよう！社会活動しよう！」という国民運動が起こる。
- 現在でも成人の多くはいくつもの「学習サークル」に参加している。
- ノーベル賞が登場する契機ともなる。

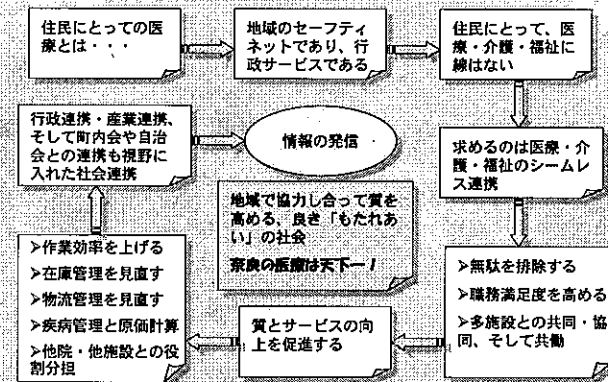
産業構造の転換

- 重化学工業社会からの脱却
- 20世紀末には知的（知識）集約産業が急増している。
- 物的投資から人的投資へ ⇒ 教育への投資

すべて無料の重層的な教育システム

- 学校教育と成人教育 ⇒ 雇用を意識した再教育システム
- 人が社会を作る ⇒ 社会の安定と経済成長を両立する。

地域医療と自治体病院の役割



未来は、今を生きるものが創造する社会

未来が
其の胸中に在る者、
之を青年と云ふ。

（熊本県道、熊本県道、熊本県道）

END

2008.8.4奈良県病院関係者

試練の時代の 自治体病院経営

城西大学経営学部
准教授 伊関友伸

本日は

- ・危機的な状況にある自治体病院の経営の問題点の分析とその再生方策について議論を行う

自治体病院冬の時代

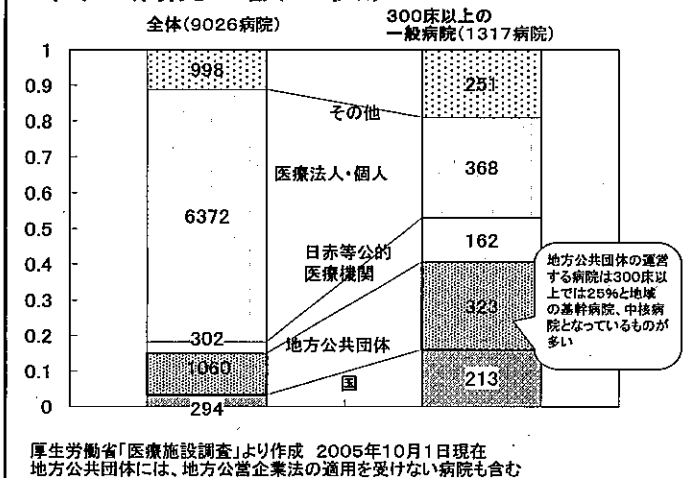
- ・自治体病院の経営は非常に厳しい状況にあり、冬の時代を迎えている

わが国の医療施設数の状況(平成17年10月現在)

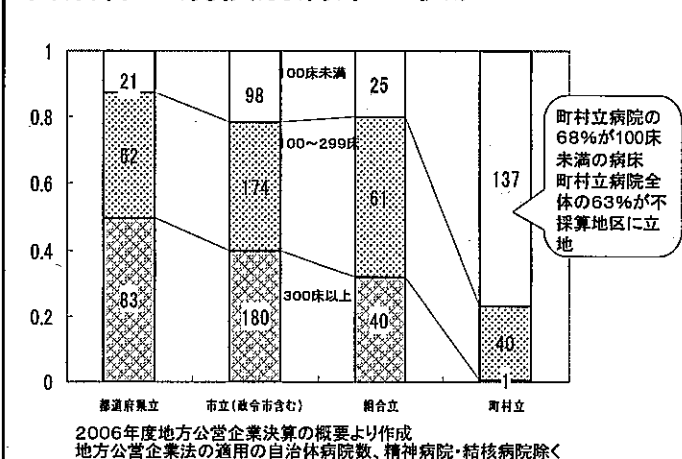
	病院数	総数に対する割合	診療所数	総数に対する割合
総数	9026	100.0%	97442	100.0%
国	294	3.3%	633	0.6%
厚生労働省	22	0.2%	29	0.0%
(独法)国立病院機構	146	1.6%	2	0.0%
国立大学法人	49	0.5%	119	0.1%
(独法)人労働者健康福祉機構	38	0.4%	8	0.0%
その他の国	39	0.4%	475	0.5%
自治体立	1060	11.7%	3643	3.7%
都道府県	303	3.4%	318	0.3%
市町村	757	8.4%	3325	3.4%
公的医療機関	302	3.3%	321	0.3%
日赤	92	1.0%	208	0.2%
済生会	81	0.9%	46	0.0%
北海道社会事業協会	7	0.1%	2	0.0%
厚生連	121	1.3%	65	0.1%
国民健康保険団体連合会	1	0.0%	0	0.0%
社会保険関係団体	129	1.4%	750	0.8%
公益法人	402	4.5%	899	0.9%
医療法人	5695	63.1%	30941	31.8%
学校法人	102	1.1%	146	0.1%
社会福祉法人	186	2.1%	6202	6.4%
医療生協	81	0.9%	311	0.3%
会社	55	0.6%	2318	2.4%
その他の法人	43	0.5%	585	0.6%
個人	677	7.5%	50893	52.0%

地方公共団体には、地方公営企業法の適用を受けない病院も含む
厚生労働省「医療施設調査」より作成

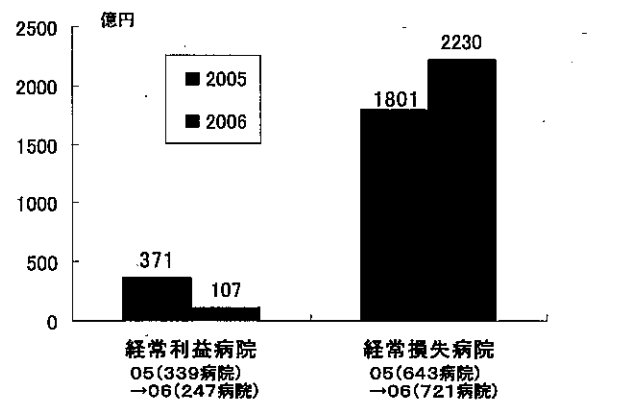
全国の病院の設立状況



自治体の規模別病床の状況

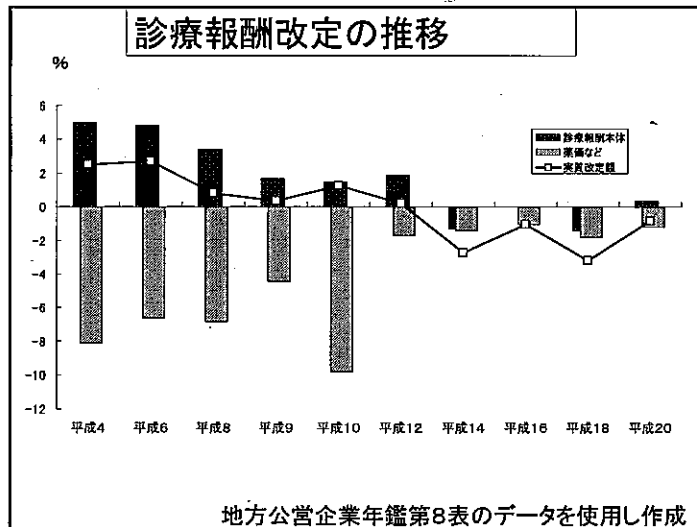


経常利益病院と経常損失病院



自治体立病院経営の難しさ

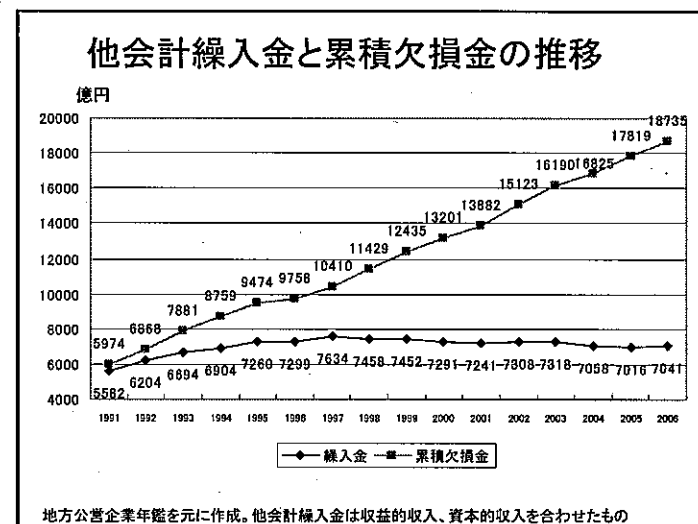
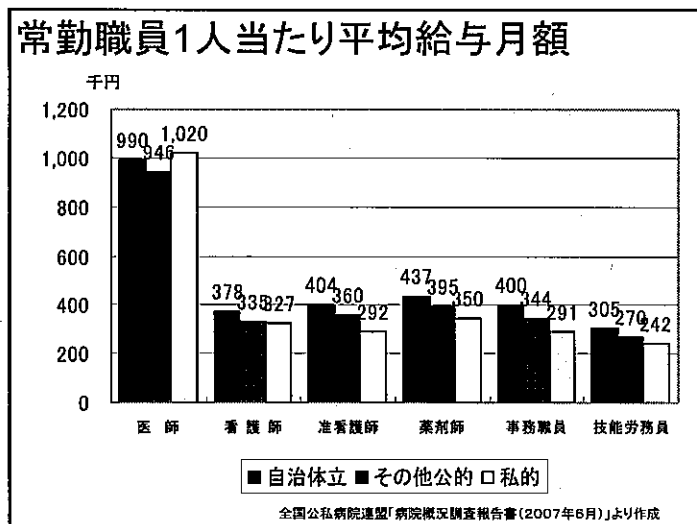
- 国の医療費縮減政策
- 高コスト体質
- 民間病院の充実による競争の激化
- 病院経営の素人である、地方自治体が病院経営を行う不合理



医療経済実態報告(1施設当たり収支)2007年6月

	国立		自治体立		公的		医療法人	
	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%
I 医療収入	447,493	100.0%	412,942	100.0%	422,586	100.0%	125,223	100.0%
入院収入	357,457	79.9%	281,645	68.2%	287,809	68.4%	84,727	67.7%
特別の療養環境収入	5,012	1.1%	3,962	1.0%	7,521	1.8%	1,547	1.2%
外来収入	81,841	18.3%	118,608	28.7%	135,440	32.1%	36,171	28.9%
その他の医療収入	3,182	0.7%	8,728	2.1%	11,826	2.8%	2,778	2.2%
II 医療費用	445,940	99.7%	484,605	117.4%	445,795	105.5%	122,133	97.5%
給与費	236,914	52.9%	246,682	59.7%	226,285	53.5%	66,500	53.1%
医薬品費	62,005	13.9%	67,105	16.3%	80,427	19.0%	13,804	11.0%
給食材料費	8,223	1.4%	3,138	0.8%	3,659	0.9%	1,389	1.1%
診療材料費・医療消耗器具費	39,480	8.8%	50,037	12.1%	40,519	9.6%	9,715	7.8%
委託費	19,322	4.3%	37,723	9.1%	28,350	6.2%	7,070	5.6%
減価償却費	24,083	5.4%	31,043	7.5%	23,504	5.6%	5,474	4.4%
(再掲)建物減価償却費	6,783	1.5%	15,989	3.9%	6,493	1.5%	2,332	1.9%
(再掲)医療機器減価償却費	5,833	1.3%	13,281	3.2%	8,265	2.0%	1,828	1.5%
施設関係費	14,971	3.3%	14,407	3.5%	15,984	3.8%	6,908	5.5%
経費	28,479	6.4%	31,840	7.7%	23,824	5.6%	10,279	8.2%
その他の医療費用	14,462	3.2%	2,829	0.6%	5,244	1.2%	994	0.8%
III 医療収支差額(I-II)	1,552	0.3%	-71,662	-17.4%	-23,209	-5.5%	3,089	2.5%
IV その他の医療関連収入	8,304	1.9%	55,680	13.5%	18,332	4.3%	2,316	1.8%
V その他の医療関連費用	17,148	3.8%	18,498	4.5%	11,122	2.6%	2,674	2.1%
VI 総収支差額(III+IV-V)	-7,212	-1.6%	-31,501	-7.6%	-15,999	-3.8%	2,731	2.2%

介護保険事業に係る収入のない医療機関の集計
自治体立病院は給与費・診療材料費・医療消耗器具備品費・減価償却費、その他の医療関連収入(補助金・負担金)の比率が高い



舞鶴市民病院(京都府)

- 全国有数の一般内科医研修を行っていた病院であるが、その中心となった副院長の退職を機に内科医が大量退職
- 市長の医師の感情に配慮しない行動や発言もあって、常勤の医師全員が退職、医師不在の病院に
- 一時期は2人の入院患者に91人の看護師や事務職員が存在するという異常事態に追い込まれる

阪南市立病院(大阪府)

- 平成19年7月、派遣を受けていた大学医局から、内科医師の引き揚げを受け、入院・外来機能を停止
- 平成20年4月、更なる医師の退職で、消化器外科医1人と小児科医1人しか残らない事態に
- 財政規模の小さな阪南市にとって、医師の退職による収益の悪化は、巨額の赤字を生むことになり、財政再生団体転落の危機に瀕している

医師大量退職の分析

- 内科、産婦人科などが多い
- 非常に業務が忙しい
- 住民がコンビニ感覚で夜間などに診療を受ける
- 地元の医師会が病院に協力的でない
- 給料は、一律で民間に比べて安い
- 最初に1人～2人が辞める
- 医局からの補充がないまま、残った医師の業務がさらに重くなり、一斉に退職

医師不足時代の病院経営

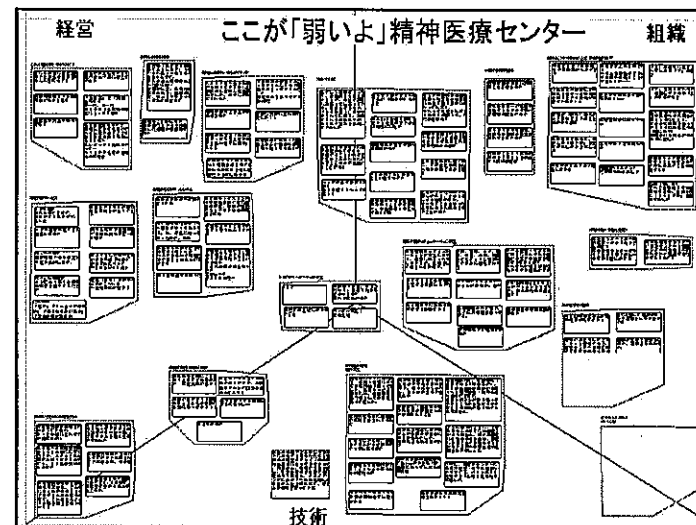
- 病院の魅力を高めず、単純に医局の派遣に頼っていた自治体病院ほど、医師不足に苦しんでいる
- 都会の病院に負けないぐらいの魅力(待遇、研究・研修体制)を確保しなければ、医師は招聘できない

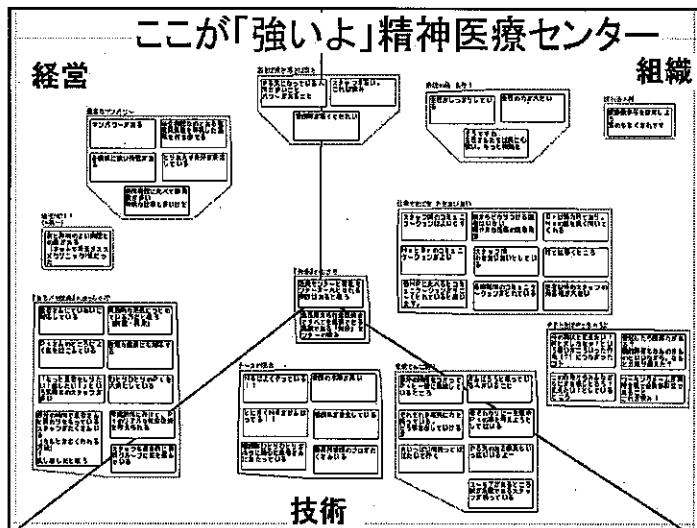
医師がいなければ 病院はただの「ハコ」

- どんなに豪華な病院の建物でも、優秀な看護師や医療スタッフがいても、医師がいなければ、医療ができない
- 医療ができなければ、収益が上がらず、病院に巨額の赤字をもたらす
- 巨額の赤字は、病院に突然の「死」をもたらすことになる

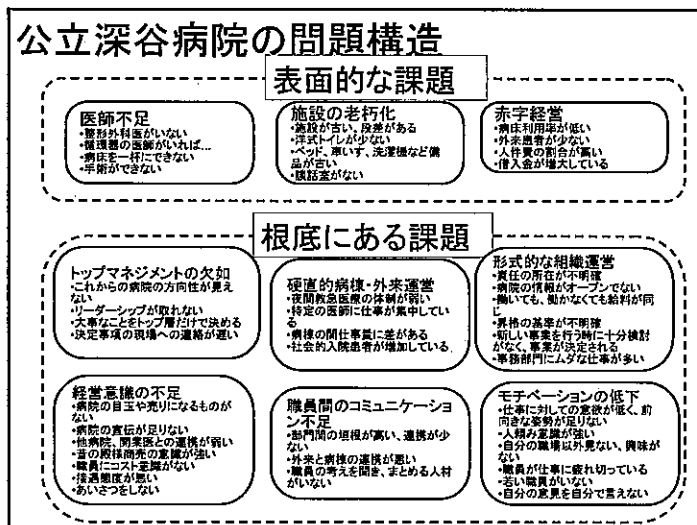
自治体病院の組織問題を可視化する

埼玉県立精神医療センター 総務職員担当主幹時代の試み





公立深谷病院の 組織分析ワークショップ



あえて批判を覚悟で
議論をする

公設公営の「公営」って どういう意味があるのでしょうか？

- 行政が直接、公務員としての病院職員を雇用し、
既得権に安住させる(高い給料、働いても働かなく
ても同じ、権利だけ主張する)
- 病院の運営のやり方が違う、役所の規則で病院を
運営する(人員の招聘を自由にできない、給料を
自由に設定できない、病院長より本庁の企画・財
政担当の方が偉い、事務は短期間で異動)
- 議会という医療に不勉強な人達の関与を与える
(ピントのはずれた提案、理不尽な要求)

質の高い自治体病院経営に必要なこと

レベル	主な担い手	必要なこと
ガバナンス レベル	自治体本体・議会 住民(患者) 病院経営者	・責任を持って病院を経営する人を置く ・責任者へ権限付与と責任の明確化 ・経営者の示す病院の方向づけの了解 ・必要な医療分野へ資源の集中 ・外部者の医療現場への敬意
マネジメント レベル	病院経営者 各部門のリーダー	・病院内における方向付けの提示 ・病院長のリーダーシップの確立と各部 門への権限委譲 ・メリハリのついた資源配分 ・人材の登用 ・最新の病院経営手法の導入
オペレーション レベル	各部門のリーダー 現場職員	・職員間のミッションの共有 ・経営が悪ければ病院がつぶれるという 意識を持つ ・チーム医療の実現 ・現場での改善活動

ガバナンスレベルの問題

- 責任を持って病院を経営する人を置く
→役所は個人を目立たせない、権限を与えない
- 責任者へ権限付与と責任の明確化
→企画や財政、人事など官房セクションが力を持ち、現場
に権限を与えない、責任も明確にしない
- 経営者の示す病院の方向づけの了解
→行政・議会・住民全てが現状維持に意識が向かう、方針
を明確にすると反対する人が出る、議論ができない、出来
ない要求をする
- 必要な医療分野へ資源の集中
→必要でないとされる部門から苦情が出て対応ができない
- 外部者の医療現場への敬意
→官房セクションが偉いと言う文化、住民(患者)も権利し
か主張しない、クレーマーに弱い

マネジメントレベルの問題

- 病院内における方向付けの提示
→そもそも最初に行政組織の存在ありきなのでこれからの
方向付けを考えない、職員が個別の利益に固執する、病
院長が病院の方向付けを示せない
- 病院長のリーダーシップの確立と各部門への権限委譲
→職員がバラバラで、病院長に誰も従わない、医療が素人
の事務が病院を仕切る
- メリハリのついた資源配分
→一度ついた予算や人員は簡単に変更できない、条例や
規則が支障となり、スピード感を持って資源配分ができな
い
- 人材の登用
→役所のルールが優先し、優秀な人材を登用できない
- 最新の病院経営手法の導入
→事務は医療の素人で、数年で異動する

オペレーションレベルの問題

- ミッションの共有
→職員がバラバラで、病院として共通の意識を持つという考え方は少ない
- 経営が悪ければ病院がつぶれるという意識を持つ
→役所はつぶれないと考えている、経営指標にも関心がない
- チーム医療の実現
→部門別のセクショナリズムが強い
- 現場での改善活動
→現状を変えることに強い抵抗が存在

公設「公営」のメリット

- 行政が公務員として病院職員を雇用し、行政のルールで運営し、議会の監視をすることによって、自治体立の病院として「権威」を与えた
- 「権威」があることにより、医師やお金を集めやすかった
- 患者からの評価や尊敬が存在した
- 一般の病院職員も「権威」のある自治体病院に勤務でき、給料も高いので、モラルが比較的高かった

時代は変わった

- 医局制度の崩壊、給与や勤務条件の悪さから、自治体病院に勤務する(したい)と考える医師は少なくなった
- 医師への待遇向上は、役所のルールを変えるので簡単にはできない
- 国や自治体本体の財政が厳しく、これ以上の自治体病院への資源投入はできなくなった
- 住民も自治体病院への尊敬は少なくなり、苦情と憎悪の対象となることが多くなった、事務職員は住民のクレームに弱い
- 職員も、自治体病院に勤める誇りよりも、現在の既得権を守ることに関心が向かうことが多くなった

自治体病院の経営が破綻する理由

- 「お役所流」の中央集権的で、規則にガチガチに固められた意思決定のシステムでは病院経営ができない
- 医療を維持するために必要なことができない
- 医療の維持にとって不要なことを「あえて」する
- 既得権を突き崩すことができない

変革の時代、自治体病院は 生き残れるのか？

- 今の医療改革の動きは性急で、現場の実情を無視したもので、問題がある
- 国民に、もっと医療にお金をかけることの正当性を訴えかけることが必要
- しかし、現在の動きを批判するだけで自治体病院が生き残れるかという疑問
- 時代の変化に対応していく必要がある

公設公営の病院でも

- 病院経営者の権限を高め、医療を行う上で無意味な行政上のルールを廃止し、メリハリのついた資源配分(医師に手厚い処遇)と意思決定のスピードを実現する
 - 職員も既得権にしがみつかず、当事者意識を持って働く
- これが実現できれば、収益も改善し、安定的に医療を継続できる

自治体病院の経営形態の変革

運営形態の変革

(Ⅰ 自治体・行政法人が運営)

- ①現状の維持
- ②地方公営企業法全部適用
- ③経営主体の統合
- ④地方独立行政法人化
 - i 公務員型、ii 非公務員型
- ⑤指定管理者制度
 - i 外部の法人へ委託
 - ii 内部職員が法人を作り委託
- ⑥経営の譲渡
 - i 外部の法人へ委託
 - ii 内部職員が法人を作り委託
- ⑦運営PFI、包括業務委託
(Ⅲ運営そのものを廃止)
- ⑧病院の廃止

医療提供形態の変革

a 収支改善の試み

・収入の増加(入院・外来単価の向上、病床利用率の向上、外来患者の増加、加算項目の取得、医療連携、重点部門への投資拡大)
・支出の減少(給与見直し・コスト削減)

b 診療部門の見直し

c 病床の休止・削減

d 複数病院の合併・再編

・基幹病院とサテライト病院・診療所へ

e 診療所化(19床以下に)

f 保健・医療・福祉複合体

・医療機能のほか、在宅、通所ケア施設、老人保健施設と連動し、複合体を形成

g 医療提供の全面廃止

公設「自立運営」

- 別に、現在の公設「公営」形態で、高い医療の質を維持できれば問題はない
- ポイントは「自立運営」(伊関の造語)
- お役所仕事の病理から脱却すること
- これができれば民間であろうと地方公営企業法全部適用でも部分適用でも構わない

当事者意識

- お役所意識を変えるには、職員1人1人が当事者意識を持てるかにかかっている
 - 自らの病院と考える
 - 経営指標を学び、何時、病院経営が破綻してもおかしくないことを意識する
 - 職員が自分ができることをする
- 当たり前前のことを当たり前にする

兵庫県立柏原病院 一住民自ら行動する

地方だから、僻地だから、 住民が心優しいとは限らない

- 地方部だから、僻地だから、必ず住民が医師に対して心優しいというわけではない
- 医師に対して、ワガママ、勝手な要求をする人は都市部も地方部も変わらない
- かえって地方の方がひどいという意見もある

ある市民団体の医師アンケート 「ところで・・・患者さんにひどいことを 言われたことがありますか？」

- 「救急外来で、発熱の経過観察でよいと思われるところ、『小児科医を呼べ！！』」
- 「手術後数月経過しての再来でていねいに診察したつもりだった。後刻、電話でその患者の夫から『今回十分診てもらわなかったといって帰宅した。ちゃんと診療しろ』と30分以上も長電話でクレームを。その間外来患者は待ち呆け、という身勝手な患者家族がいた」

- 「よくならないのはおまえのせいだ！」
- 「『あなたで本当に大丈夫なんですか？』などなどいっぱい」
- 「一度だけ手術不能な進行食道癌の患者の母親に人殺しと罵倒され蹴りを入れられたことがある。ほとんどの人間は病気で死ぬものなのだが。(以下略)」
- 「(前略)入院患者が死亡した際、病院にとまりこんでいないのが悪いと言われた(実際は死亡する前にかけつけている)」
- 「思い出したくないと思っていたら本当に忘れてしまいました。確か『ヤブ医者』とか『金返せ』とかのきかない言葉だったような・・・」。
- <http://members.goo.ne.jp/home/kinbyou>

兵庫県立柏原病院の 周産期医療の危機

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

丹波「未来」新聞平成19年4月27日

柏原病院に小児科医を」母親が署名運動

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

- 吉田さんたちの活動を知った、氷上や春日に住む母親たちもグループを作り、「守る会」の署名集めをサポートする。
- 署名用紙には、「コンビニを利用するように軽々しく(柏原病院で)受診することは慎む」と、医師が過重労働に陥らないよう患者側も注意するとし、入院を伴う母児医療を提供できる柏原病院の小児科・産科が存続できるよう、知事にただちに小児科医を派遣するよう求めている。
- 子どもが定期的に同病院にかかっている杉浦さんは、「近くの開業医では『診れない』と言われている。柏原病院の小児科がなくなれば、小野や三田に連れて行かなくてはいけなくなる。

- ・ 柏原病院の2人の小児科医に大きな負担がかかっていることはよく知っており、『もっと診て』とは言えない。お医者さんの数を増やしてもらう以外に解決法はない」と訴える。
- ・ 吉田さんは、「もう1人子どもがほしいが、柏原病院の小児・産科がなくなれば、産むかどうか考える。署名運動を通してこの問題を広く知ってもらい、みんなの力でお医者さんを招きたい。また、来て下さったお医者さんを大切にする気運も高めていきたい」と話している。(以下略)

こどもを守ろう **お医者さんを守ろう**

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

◆柏原病院から小児科医が1人もいなくなってしまうかもしれません

署名にご協力をお願いします

県立柏原病院の小児科を守る会
mamoru-yoinika@yahoo.co.jp



市民の皆様へ **ママ達からの緊急メッセージ**

柏原病院の小児科医が1人もいなくなってしまうかもしれません。



- ・ある日、子どもが事故に遭ってしまったら？
- ・突然、目の前で子どもがひきつけを起こしたら？
- ・ぜんそくなど重い病気を抱える子どもたちの未来は？

《助かるはずの命が助からない》
などということがあってはなりません。

今妊娠しても、丹波市内には
子どもを産める病院がないのです！

小児科がなくなれば産科もなくなります。
柏原病院の産科は、小児科がなくなる恐れがあるので
今年12月以降の分娩予約を一時停止しています。
小児科医が増えれば分娩制限が解除される見通しです。
(日赤の産科はすでにありません)

皆さんご存知でしょうか？
柏原病院の小児科のお医者さんたちの勤務実態を…。

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



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

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

私たち親も、子どもが少し熱を出した、軽いケガをした、と言って
簡単に柏原病院に行かないようお互いに気をつけませんか？

ぜひとも裏面の署名にご協力よろしくお願いします。

♥・♥・♥・♥・♥ ・♥・♥・♥・♥・♥

この問題を「自分の家族」のこととして真剣に考えてみませんか？
子どもたちの未来、私たちの未来、そして丹波市の未来を…

【連絡先】

『県立柏原病院の小児科を守る会』

mamorusyounika@yahoo.co.jp



★上記の問題において深刻な悩みをお持ちの方は、お手紙をお送りして、私たちが責任を持って知事に届けます。

県立柏原病院小児科への医師招へいを求める要請署名用紙(一部)

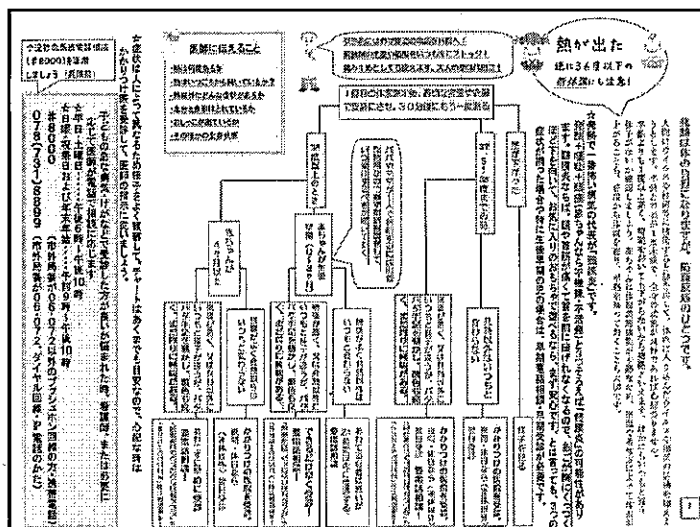
- ・ 柏原病院小児科は昨年3月末に医師1人が退職し、2人で1年間診察を続けてこられました。
- ・ 今年4月1日の県病院局の人事異動で、小児科医2人のうち1人が院長に昇任され、現場でフルに働ける医師は1人になりました。
- ・ この医師も過重労働を危惧して退職を示唆しており、このままでは、柏原病院の小児科は休診に陥ります。
- ・ 小児科が休診になると、産科も無くなり、丹波市内でお産ができなくなります。
- ・ (中略)
- ・ 子供も親も安心して暮らせ、子どもを産み育てられる兵庫県、丹波地域を守るため、ご尽力頂くことを強く要望します。
- ・ 私たちも、「コンビニ感覚での受診」を厳に慎み、「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

「柏原病院の小児科を守る会」の意義

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

親への啓発活動

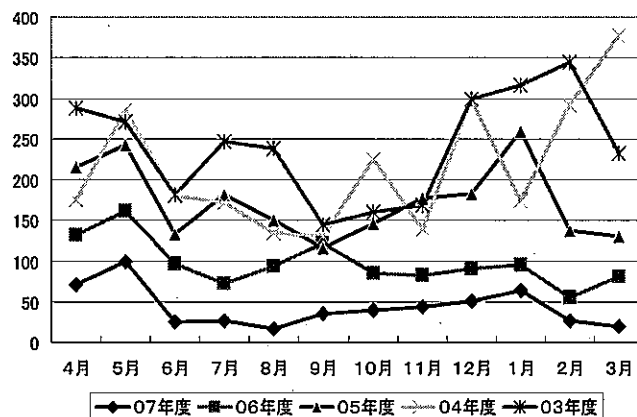
- ・ 小児科を守る会が、柏原病院の小児科医の監修を受け、代表的な子どもの病状についてのチャート図を作成した
- ・ 「発熱」「せきが出る」「吐いた」「下痢」「いつもとようすが違う」の5症状について、チャートをたどると、「様子を見る」「あわてる必要はないが、24時間以内に受診する」「かかりつけの医院を受診」「救急病院に大至急受診する(救急車を呼ぶ)」などに行き着く
- ・ 「熱が出た場合」では、38度以上と、それ以下、生後3カ月未満とそれ以上などに区分し、対応策を示している



実際、コンビニ医療は減った

- ・ 県立柏原病院を夜間受診する保護者は激減したという
- ・ 本当に医療が必要な子どもが夜間受診をするようになった
- ・ 地元医師会の行う夜間診療にも、軽症でかかる人はいないそうだ

県立柏原病院の時間外診療件数



県立柏原病院和久祥三医師提供資料

丹波医療再生ネットワーク

- ・ 2007年6月から若手の医療関係者、歯科医師、薬剤師、医師で「丹波市の医療問題研究会」をつくり、30回に及ぶ勉強会を行う
- ・ 研究会を一步進め、丹波の医療再生を目標に、「丹波医療再生ネットワーク」を結成
- ・ 市内開業医、勤務医、薬剤師、歯科医師、ジャーナリスト、NPO関係者、弁護士、青年会議所メンバーなどで構成
- ・ 市民への医療に対する理解、啓蒙を図るための活動を行う

県立柏原病院の医療再生 の試みから教えられるもの

- 住民のレベルが、その地域の医療のレベルを決める
- 自分のことしか考えない住民ばかりの土地ほど、医師は立ち去っていく

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

2つの提案(足立智和記者)

丹波新聞2007年3月21日

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

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

自治体病院の危機や
医師不足問題が
地域の民主主義の質
を向上させる

すべて「人任せ」では
地域医療は崩壊する

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

地域医療の再生は
民主主義の再生につながる

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

最後に

これからの自治体病院

- そのお役所的体質から、これまでのやり方で経営を継続していけるのは、一部の病院であると思われる
- 相当数の自治体病院が、財政破綻や医師不足により崩壊していく可能性が高い

大事なことは

地域にとって必要な医療を継続して提供すること

- そのために、問題を先送りすることなく、できる行動は何でもすることが必要である

「現場」の重要性

- その時大事なことは「現場」である
- 「現場」を知らない、勉強するつもりもない、国や都道府県庁の役人にお任せでは、かえって地域医療は荒廃する
- 現場にいる人達が自ら変革をしていく必要がある

伊関友伸のブログ

<http://iseki77.blog65.fc2.com/>

メールアドレス

iseki@pm-forum.org

夕張希望の杜応援メルマガ

<http://www.mag2.com/m/0000253983.html>

奈良県初の企画！！

地域医療ワークショップ

日本一大きな村 十津川村でへき地医療を語る 「星降る夕べに 医療を語る」

奈良県の広さは、日本の約1%、そしてその3/4が、山間部地域、いわゆる“へき地”です。そのため、現在、奈良県では、県域の大部分を占めるへき地に対する県や自治体の「医療提供体制」の将来的なビジョンや、へき地で働く医療関係者に対する支援システムについての提言を、奈良県地域医療等対策協議会のへき地医療部会を中心に話し合っているところです。

その中間報告を8月29日（金）に十津川村で行うと共に、実際に現場で働く医療関係者、へき地医療に関心の高い医師、医学生、そして、県およびへき地の自治体の保健・医療・福祉の担当者が集い、熱く語っていただきます。

そして、参加者の中で、そのビジョンに共感していただける方々には、将来その実現に向けてのプロジェクトに参加していただけるよう、奈良に来ていただくことを募っていきたいと考えています。

□【と き】 平成20年8月29日（金）～30日（土）

□【ところ】 十津川温泉一乃湯ホテル（吉野郡十津川村小原223-1）

□【内 容】

8月29日（金）

15:05～16:05

講演

講 師：^{まつしま}松島 ^{しょうすい}松翠氏（佐久総合病院名誉院長）

テーマ：「地域における保健・医療・福祉のネットワークづくり」

16:05～17:35

ワークショップ

講 師：^{いせき}伊関 ^{ともとし}友伸氏（城西大学経営学部准教授）

18:30～20:30

交流会Ⅰ（夕食）

20:30～24:00

交流会Ⅱ（交流会Ⅰの続き）自由参加

□【参加者募集】

■【対 象】へき地医療に関心のある医学生や研修医等

■【参加費】

- ・1日目の昼食と近鉄橿原神宮前駅、県立医科大学、県立五條病院までの交通費は各自で負担。
- ・参加費は無料です。

■【申 込】 8月8日(金)必着

ハガキかFAX、Eメールで氏名、住所、電話番号、年齢、性別、学校名を下記お問い合わせ先へ。

■【定 員】 50名。ただし、定員に満たない場合は、締切以降も先着順で受け付けます。

■【問合せ】 奈良県福祉部健康安全局地域医療連携課

TEL 0742-27-8645 FAX 0742-22-2725

Eメール iryourenkei@office.pref.nara.lg.jp

〒630-8501 (住所記入不要) 奈良県地域医療連携課

ホームページにも掲載します。

- 奈良県地域医療等対策協議会ブログ「みんなで作ろう！ナラのイリヨー」

http://www.pref.nara.jp/dd_aspx_menuid-3619.htm

「ナラのイリヨー」で検索できます!!

ナラのイリヨー

検索



地域域医療ワークショップ（星降る夕べに医療を語る）
平成20年8月29日（金）～30日（土）

実施体制	県及び八き地市町村、八き地医療拠点病院等により合同で実施
1. 県	奈良県
2. 八き地市町村	五條市、宇陀市、山添村、曽爾村、御杖村、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、上北山村、下北山村、川上村（吉野町、下市町、東吉野村は不参加）
3. 八き地拠点病院等	県立五條病院、市立奈良病院、町立大淀病院、宇陀市立病院（県立奈良病院、吉野病院は不参加）

参加（予定）者

対象者（所属等）		
一般参加者	医学生（奈良医大学生 他）	約50名
	研修医（自治医科大学卒業医師他）	約10名
	八き地診療所 医師	約10名
主催側参加者	八き地市町村 職員等（十津川村長出席予定）	約10名
	八き地拠点病院等（院長、事務長他）	約10名
	県立医科大学教員等（吉岡学長他）	数名
	計	約100名

平成 20 年 8 月 20 日 水曜日
地域医療連携課

奈良の医療に関する調査 計画および分担について（案）

奈良県の地域医療についての議論を行うにあたっては、下記のように医療の現場の意見や実態を十分に調査した上で、奈良の医療の実態について、分かりやすく、見える形にすることにより、今後の医療関係者、関係団体、さらには住民・患者が奈良の医療を議論する際に、資するものとして提供することを目的とする。（ ）内は、その調査の主体

【問診】

現場の医師・看護師、コメディカルスタッフ、院長・事務長に対するヒアリングを実施することにより、奈良県の医療が抱える問題を包括的に把握する。

【検査】

疾病ごとの医療費や患者数等、入院医療需要がどのようになるか
国の医療制度の改革など、奈良の医療を取り巻く環境が及ぼす影響の分析
医療施設ごとの機能を調査し、県内において比較し、地理的な分布を明示する
奈良県が保有する医療資源についての把握と分布の調査
医療施設および医療従事者や特色ある資格を持つ医療従事者数や分布を中心に調査

【病因の把握】

奈良県地域保健医療計画の策定過程における医療関係者・医療施設の連携や患者の受療動向など中心に調査分析し、を奈良県において発生している様々な問題を“症状”と仮定して、その根底にある病態を正確に同定することが可能であるとの仮説のもとで、中心的な問題、つまり“病因”を把握する

■ 治療に向けての処方箋を作成（協議会の委員【知事・調査チームを含む】）

これらの医療の現場における、ヒアリング調査（問診）、医療施設の機能や分布の把握、医療資源の把握（検査）を踏まえて、奈良県の医療におけるいくつかの中心的な問題（病因）を同定し、その問題の解決に向けた処方箋を協議会で議論するものとする。

奈良県医療提供体制検討支援業務における調査の概要

本調査で定量的に明らかにすること = グランドデザイン検討に必要な材料

(1) 将来、各地の入院医療需要がどうなるのか

- ① 疾病分類ごとの医療費、患者数
- ② 主要疾患ごとの医療費、患者数
 - ～ がん、脳卒中、急性心筋梗塞、周産期、小児など

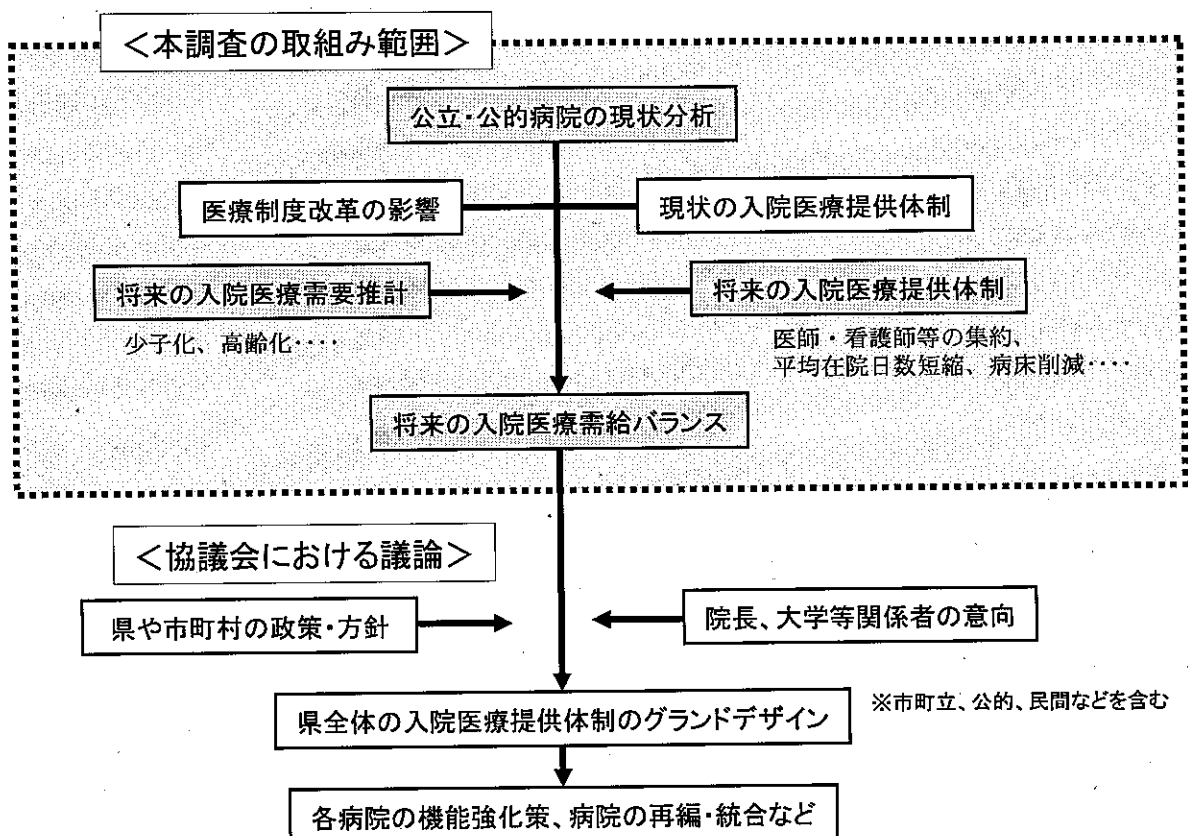
(2) 医療制度改革で将来の入院医療提供体制がどうなるのか

- ① 療養病床の削減
- ② 一般病床の集約
- ③ 精神科入院患者の削減

(3) 各地の、主要な分野ごとの入院医療需給はどうなるのか

- ① 入院医療サービス供給量
 - ～ 一般病床には平均在院日数短縮を加味
- ② 県全域・二次医療圏の、疾病分類・主要疾患の入院需給バランス
 - ～ とくに発生から治療までの時間が重要な分野は重点的に検証
(脳卒中、急性心筋梗塞、周産期など)

⇒ これらを、県内での機能強化や再編集約、大阪・京都など県外との分担などを検討する際の基礎資料とする。



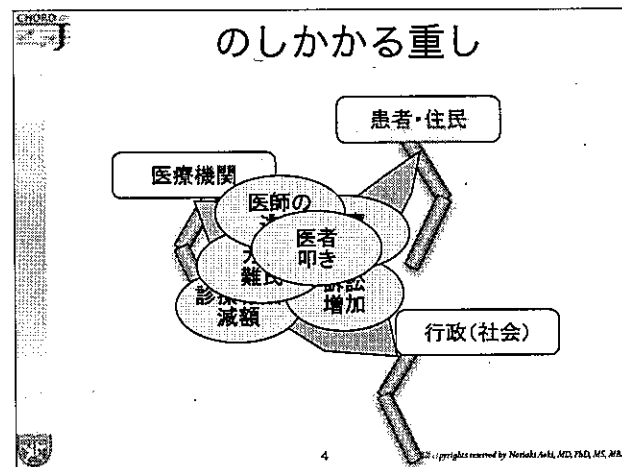
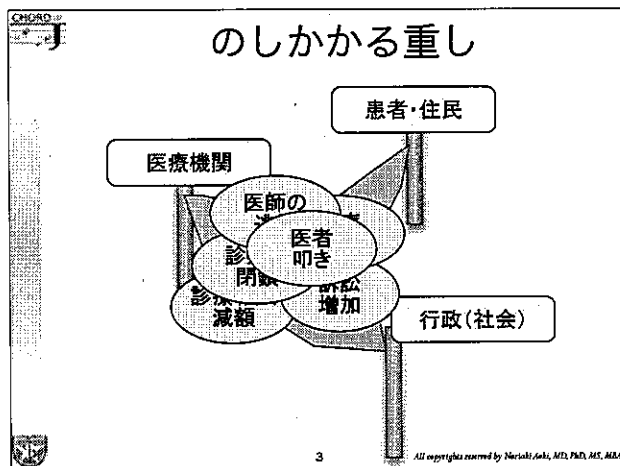
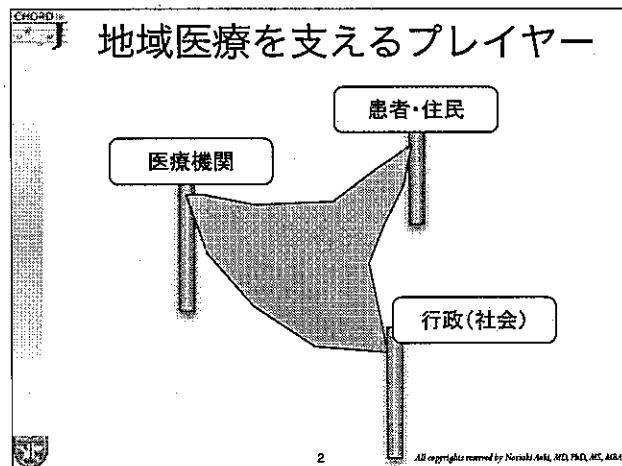
CHORD

THE UNIVERSITY OF TEXAS
SCHOOL OF HEALTH INFORMATION SCIENCES AT HOUSTON
A part of The University of Texas Health Science Center at Houston

病院に蔓延する疾患の調査 第一報

青木則明 (MD, PhD, MS, MBA, FJISM, CPE)
大田祥子 (MD, PhD, MS, FJISM)

NPO法人 ヘルスサービスR&Dセンター (CHORD-J)
School of Health Information Sciences,
University of Texas Health Science Center at Houston



CHORD

地域医療の「目標」

患者・住民

医療機関

「三方良し」の地域医療改革を
実現する

行政(社会)

そのために、医療機関は何ができるのか？

5 All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

CHORD

しかし・・・今、ここにある問題

症状	対応
・ 医師不足	➡ ・ 医師の確保
・ このままでは、新規の加算がとれない	➡ ・ 新しい施設を作る
・ 情報の共有ができない	➡ ・ IT (電子カルテなど) の導入
・ 患者からのクレームが増えてきた	➡ ・ 患者接遇向上のため、「患者様」と呼ぶ

6 All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

症状に惑わされるな

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

対処療法 or

症状

対応

- | | | |
|-----|---|---------|
| ・頭痛 | ➡ | ・頭痛薬を飲む |
| ・発熱 | ➡ | ・解熱剤を飲む |
| ・咳嗽 | ➡ | ・鎮咳剤を飲む |
| ・下痢 | ➡ | ・止瀉剤を飲む |

ありませんよね？

「対処療法」では、疾患は根治しません。
マネジメントでは・・・？？

8

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

根治療法

症状

対応

「対処療法」や「民間療法」

に頼らず、

「根治療法」

を考えよう！

9

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

今日のポイント

1. 症状に惑わされずに、原因を検索し、根本治療を行う

10

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

根治療法のために：今日の話題

1. 疾患の「原因」と「病態整理」を理解する
2. 疾患の「診断方法」を知る
3. 疾患の「治療方法」を知る
4. 「慢性期のケア」と「予防」を継続する

私達のかかっている疾患は何か？

11

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

多くの医療機関の疾患への反応

- ・自覚症状がない
- ・忙しくて、なかなか時間がとれない
- ・病識が少ない
- ・何度、説明しても、「まあ、大丈夫だろう」と考えてしまう
- ・最悪、介入方法（例：薬や手術）があると思っている
- ・合併症の怖さは、起こすまで実感できない
- ・最悪、死に至る合併症（例：脳卒中、心筋梗塞）を起こす可能性がある

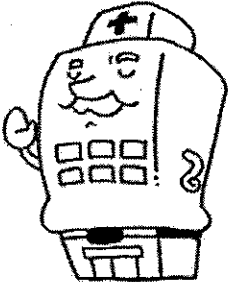
こんな患者さんを診たことはありませんか？

12

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

病院メタボ

今、多くの地域医療・医療機関は



メタボリックシンドロームと言える！？

All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

メタボリックシンドローム

多くの場合、生活習慣に関連している。

早期にスクリーニング・診断して、
生活習慣の改善のプランを立てて、
実際に行動変容を行うことが重要である。

しかし、多くの患者さんは

問題点を認識しようとしなくて
問題があっても、将来的なリスクを分かってくれない
自分の都合を優先させ、行動変容しない

All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

病院メタボ

多くの場合、普段の習慣に関連している。

早期にスクリーニング・診断して、
普段の習慣の改善のプランを立てて、
実際に行動変容を行うことが重要である。

しかし、多くの医療機関・医療者・事務職員は

問題点を認識しようとしなくて
問題があっても、将来的なリスクを分かってくれない
自分の都合を優先させ、行動変容しない

All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

病院メタボの症状（１）

- ・皆、がんばっている（あるいは、がんばってきた）
- ・人員やモノが足りないことが、問題点としてあげられている
- ・経営陣（執行部）と現場で問題の認識にずれがある
- ・自分達は悪くないと思っている
- ・誰か（大学や県）がなんとかしてくれると思っている
- ・いい人材ほど、早く辞めていき、自力で人材の補充ができない
- ・現場の医師に「自分達は、目の前の患者を診ることで精一杯」という雰囲気は漂っている

16 All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

病院メタボの症状（２）

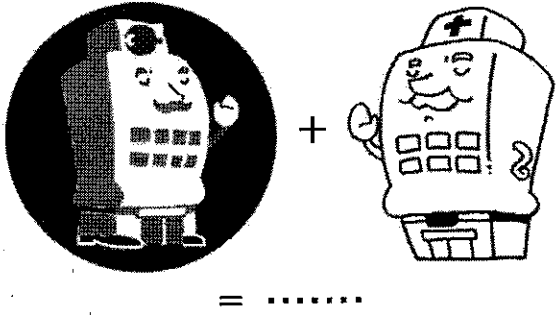
- ・重要な事項が、トップまで上がってこない
- ・現場の対応に組織が責任を持ってくれない
- ・コミュニケーショントラブルが多い
- ・各職種間（診療科間）の交流が少ない
- ・臨床指導医が困惑・疲弊している
- ・現場が、ITの導入のメリットを実感できていない
- ・医師が「経営」に関心

すべてが「医学以外」の問題点！

17 All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

しかも

自治体病院の場合には・・・



All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MD, PhD, MS, MBA

今日のポイント

1. 症状に惑わされずに、原因を探索し、根本治療を行う
2. 医療機関の症状の原因は、「病院メタボ」である

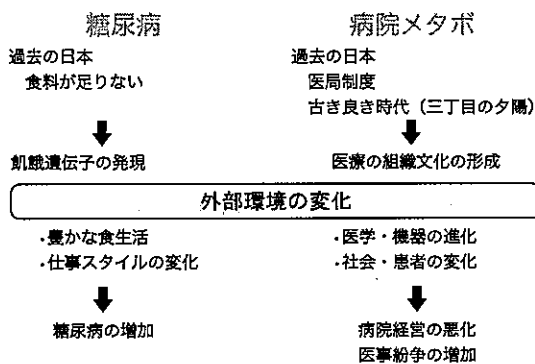
19

All copyrights reserved by Noriaki Asahi, MD, PhD, MS, MBA

病院メタボの疫学と病理

All copyrights reserved by Noriaki Asahi, MD, PhD, MS, MBA

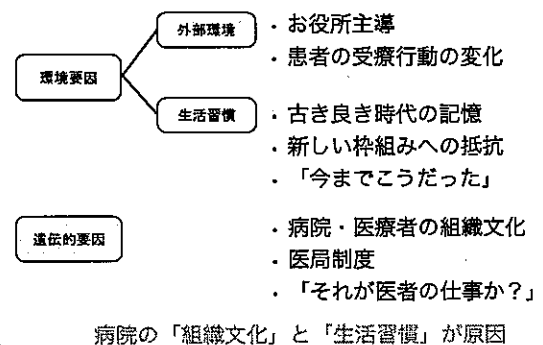
疾患増加の原因



21

All copyrights reserved by Noriaki Asahi, MD, PhD, MS, MBA

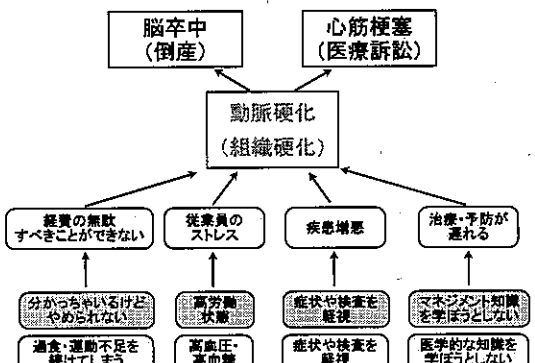
病院メタボの成因



22

All copyrights reserved by Noriaki Asahi, MD, PhD, MS, MBA

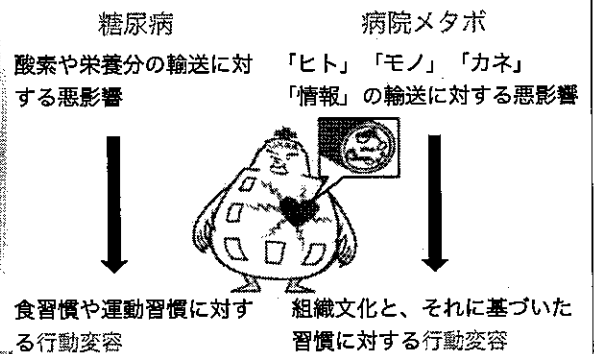
病院メタボの帰結



23

All copyrights reserved by Noriaki Asahi, MD, PhD, MS, MBA

病院メタボへの根本治療



24

All copyrights reserved by Noriaki Asahi, MD, PhD, MS, MBA

今日のポイント

1. 症状に惑わされずに、原因を検索し、根本治療を行う
2. 医療機関の症状の原因は、伝染性の「病院メタボ」である
3. 「病院メタボ」の根本治療は、「行動変容」である。

25

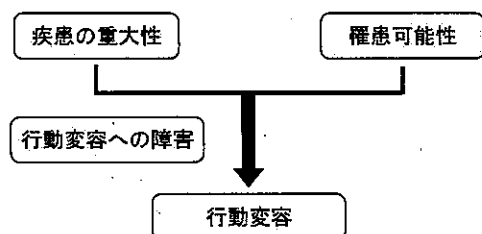
All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

病院メタボの予防・治療 「行動変容」

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

行動変容を阻むもの

健康信念モデル

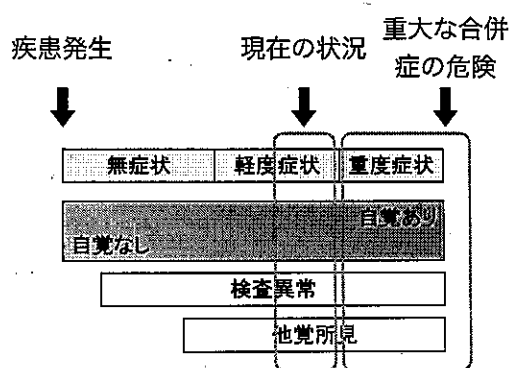


松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動変容の基礎より改定

27

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

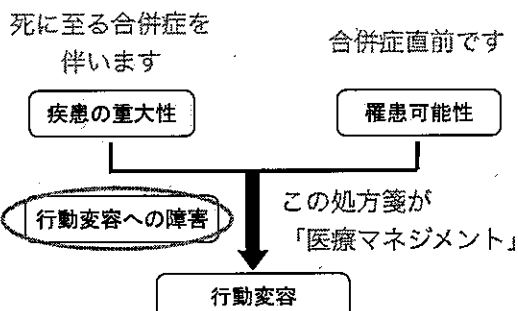
疾患の自然歴を見ると



28

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

健康信念モデル



松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動変容の基礎より改定

29

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

抵抗のパターン

1. 「そんなに問題でしょうか?」、「皆、同じ状況ではないのでしょうか?」
2. 「うーん、そんなに上手くいかないでしょう」
3. 「上手くいってもあんまり変わらないのではありませんか?」
4. 「うーん、でも、実際にやってみると、こんな問題やあんな問題が出てくると思います。」
5. 「それができれば理想的ですが、実際には、〇〇はありませんし、そう簡単ではありません」
6. 「そうですね・・・前向きに考えましょう」

30

All copyrights reserved by Noriaki Asai, MD, PhD, MS, MBA

マネジメントとは？

医療機関が、継続的に質の高い医療を
提供し続けることを目的に
いろいろと工夫を凝らすために役立つ
知識とツール、実践のノウハウ

31

All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MEd, PhD, MS, MBA

自分（組織）のマネジメント

糖尿病

- ・自分の疾患を正しく理解するための医学的知識
- ・検査値の正しい理解
- ・医療者との適切なコミュニケーション
- ・情報収集の方法や、してはいけないことを知っている
- ・自分の体を守る

病院メタボ

- ・組織の状態を把握するための統合的知識
- ・「医療の質」と「経営」指標に対する正しい理解
- ・組織内におけるコミュニケーション
- ・情報収集の方法や、してはいけないことを知っている
- ・リーダーとして組織を守る

32

All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MEd, PhD, MS, MBA

病院メタボ先進国？における処方箋

- ・「医療の質」の定義と測定・比較の方法
- ・EBMを超え、「医療」と「経営」を再度、科学的に理解する
- ・「ヒト」の継続的雇用：コミュニケーションの理論と実践ツールを手に入れる
- ・患者中心のアプローチを知り、紛争、クレームを超えて、「今、患者が求めていること」を実践する
- ・リーダーとして知っておく、「医学以外の知識とスキル」を身につける



33

All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MEd, PhD, MS, MBA

今日のポイント

1. 症状に惑わされずに、原因を検索し、根本治療を行う
2. 医療機関の症状の原因は、伝染性の「病院メタボ」である
3. 「病院メタボ」の根本治療は、「行動変容」である。
4. 「医療マネジメント」は、病院組織の行動変容のためのツールである

34

All copyrights reserved by Noriaki Aoki, MEd, PhD, MS, MBA