

大町市における 地域医療再生の取り組み

住民との対話と総合診療科によって

市立大町総合病院 副院長
高木哲

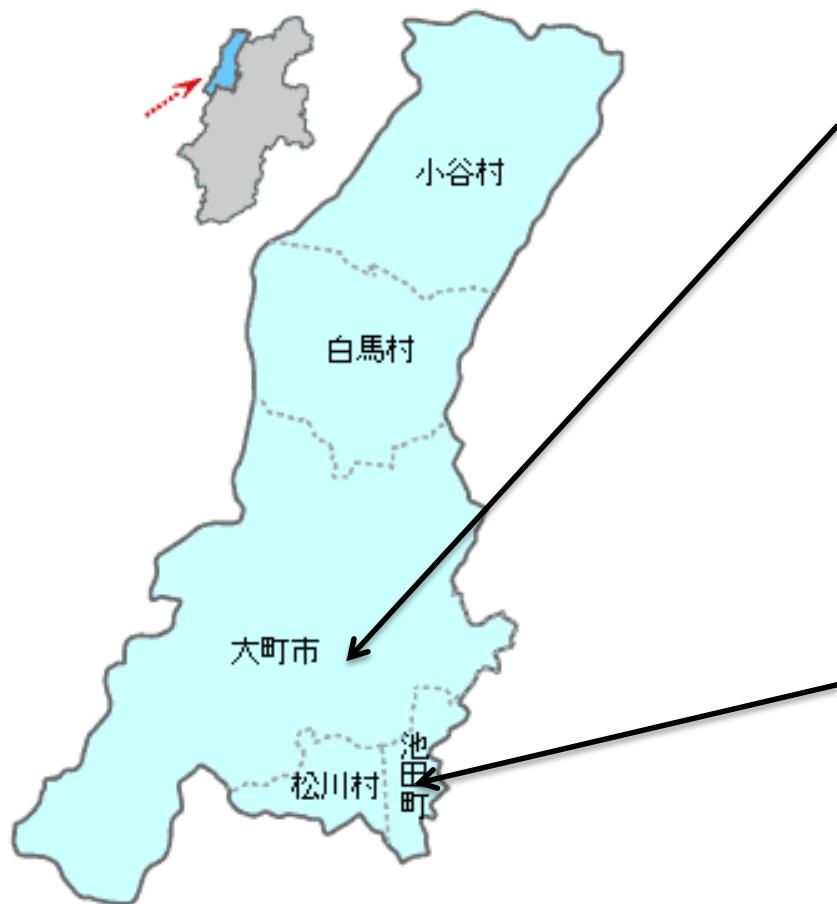
自己紹介

- 昭和42年生まれ、49歳、上田市(人口15万、長野県3位)出身
- 上田市:基幹病院の信州上田医療センターも医師不足であり、医療圏外への患者流出あり
- H4年信州大学医学部卒業、信州大学第一外科入局
- 大学のほか、県内の関連病院を1~2年ごとにまわり、H16年から市立大町病院勤務、現在副院長

今日の内容

- ・ 人口減少と少子高齢化
- ・ 医師不足と大町病院の危機
- ・ 病院存続のための取り組み
- ・ 総合診療科とジェネラルマインド、
ジェネシャリストを目指して

大北地域って？



市立大町総合病院

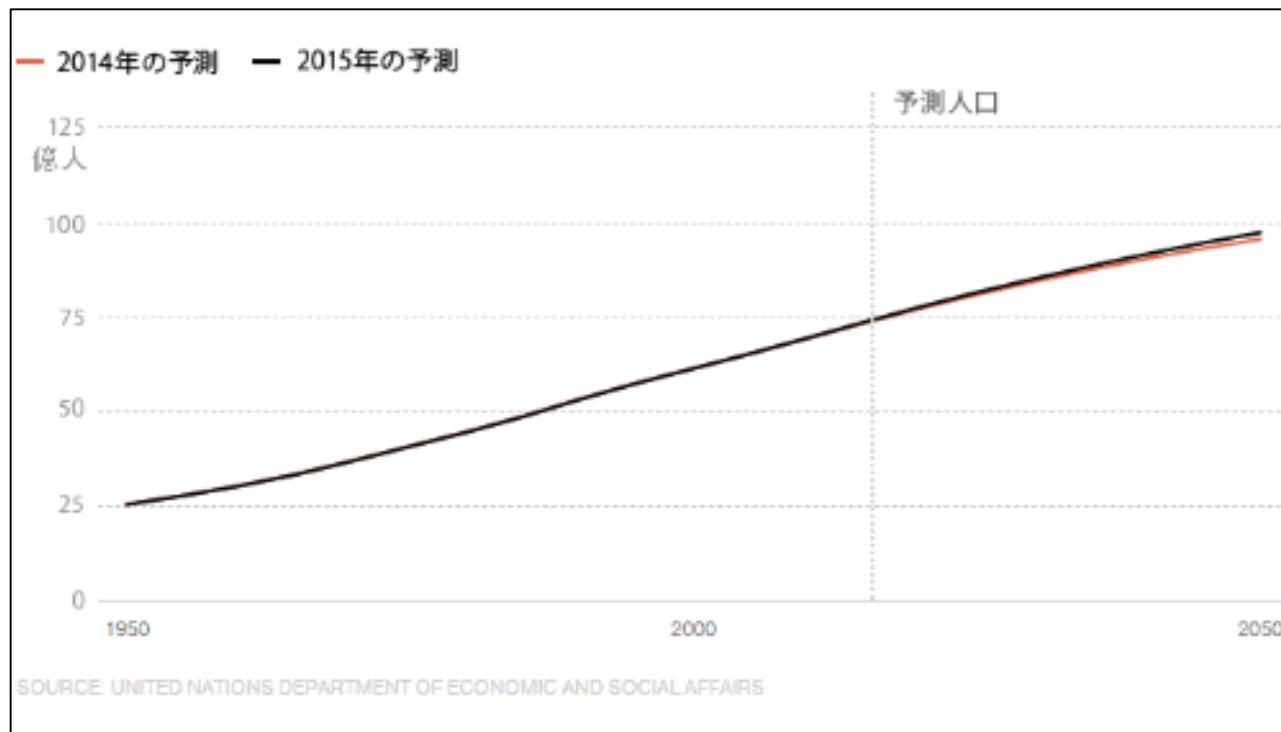
一般:212床
療養:60床
常勤医:17人
総合診療スタッフ2人

厚生連安曇総合病院

一般:200床
精神:120床
常勤医:43人

世界の人口

- 現在73億人→97億人(2050年)…アフリカ、アジアを中心に増加、出生率ではなく、寿命の伸びによる



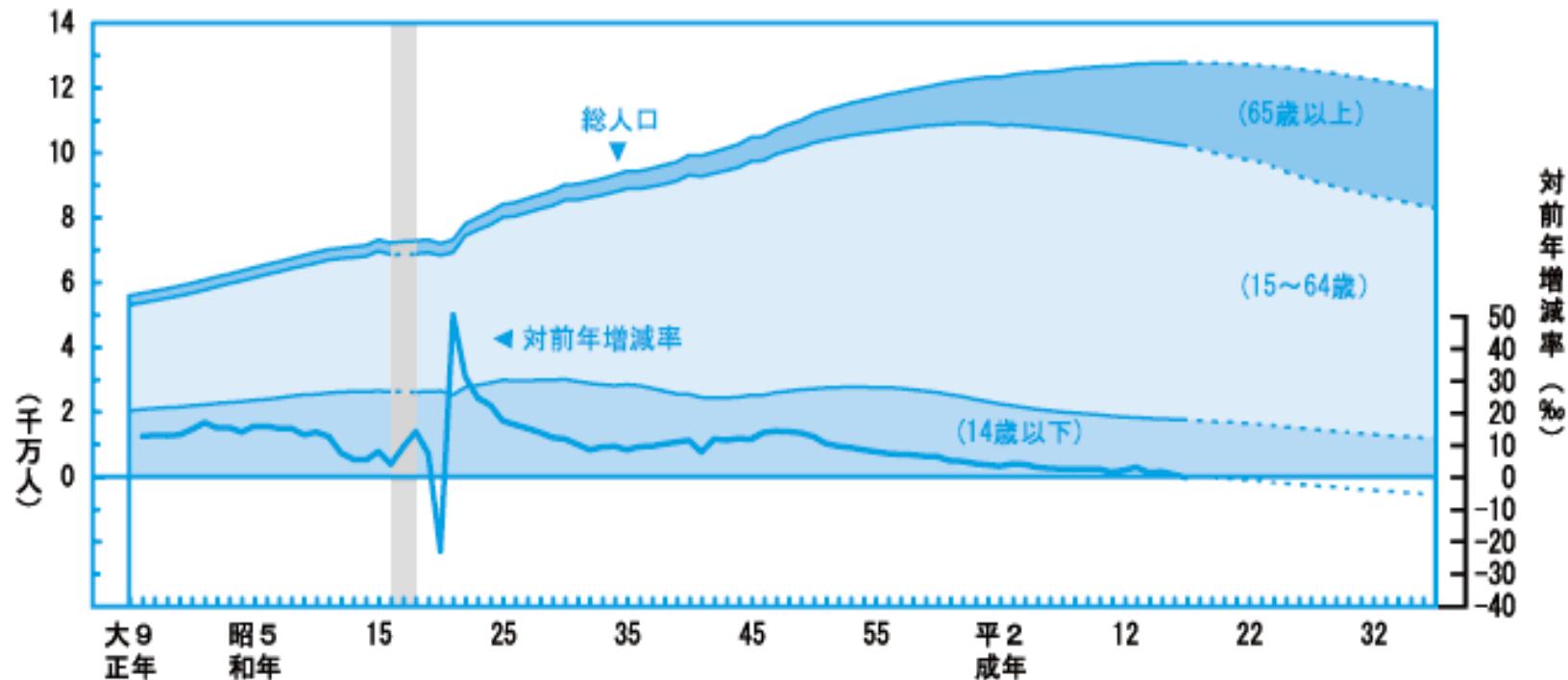
世界の人口推移、国別

	2013年		2050年		2100年	
	国	人口	国	人口	国	人口
	世界	7162119434	世界	9550944891	世界	10853848570
1	中国	1385566537	インド	1620050849	インド	1546832807
2	インド	1252139596	中国	1384976976	中国	1085631060
3	アメリカ	320050716	ナイジェリア	440355062	ナイジェリア	913833864
4	インドネシア	249865631	アメリカ	400853042	アメリカ	462069894
5	ブラジル	200361925	インドネシア	321377092	インドネシア	315296295
6	パキスタン	182142594	パキスタン	271081825	タンザニア	275623695
7	ナイジェリア	173615345	ブラジル	231120024	パキスタン	263320495
8	バングラデュ	156594962	バングラデュ	201947716	コンゴ	262134111
9	ロシア	142833689	エチオピア	187572656	エチオピア	243415842
10	日本	127143577	フィリピン	157117506	ウガンダ	204595582

日本の人口

3 総人口の推移

H17年から、日本は人口減少時代に突入した！！

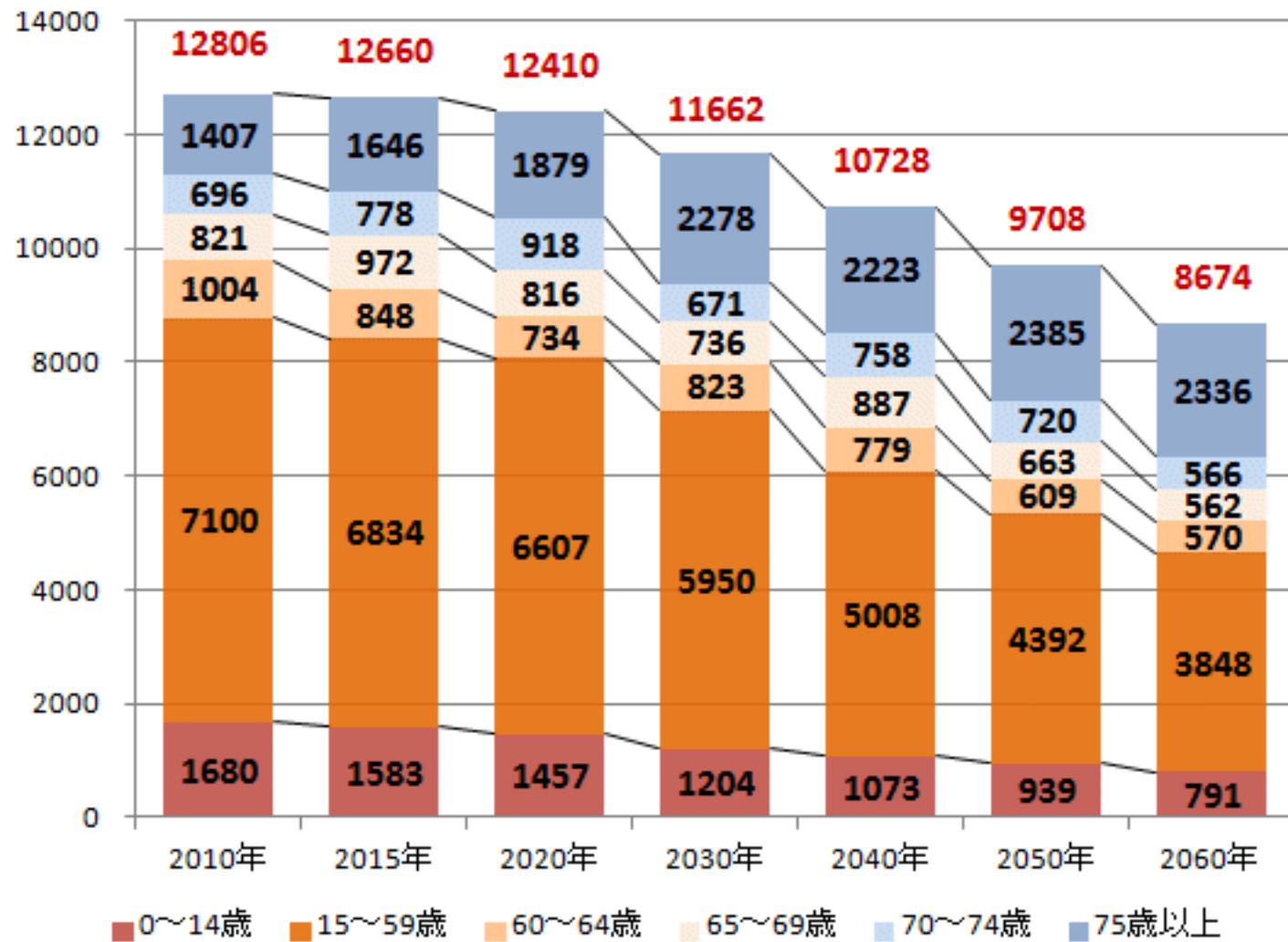


注) 昭和16~18年の年齢別の推計は行われていない。

[2-1表参照]

国立がんセンター がん対策情報センター

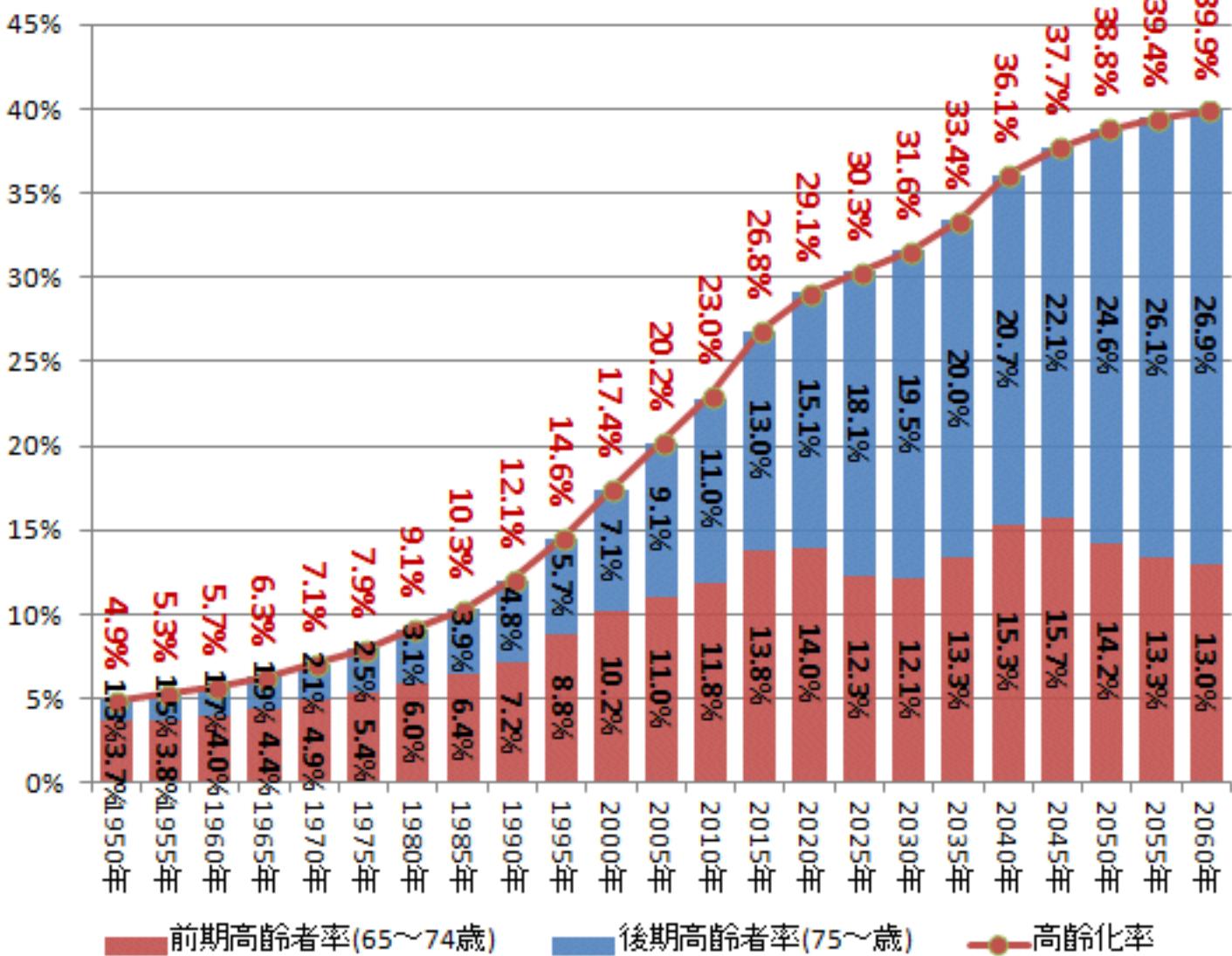
日本の年齢区分別将来人口推計(万人) (2015年版高齢社会白書より)





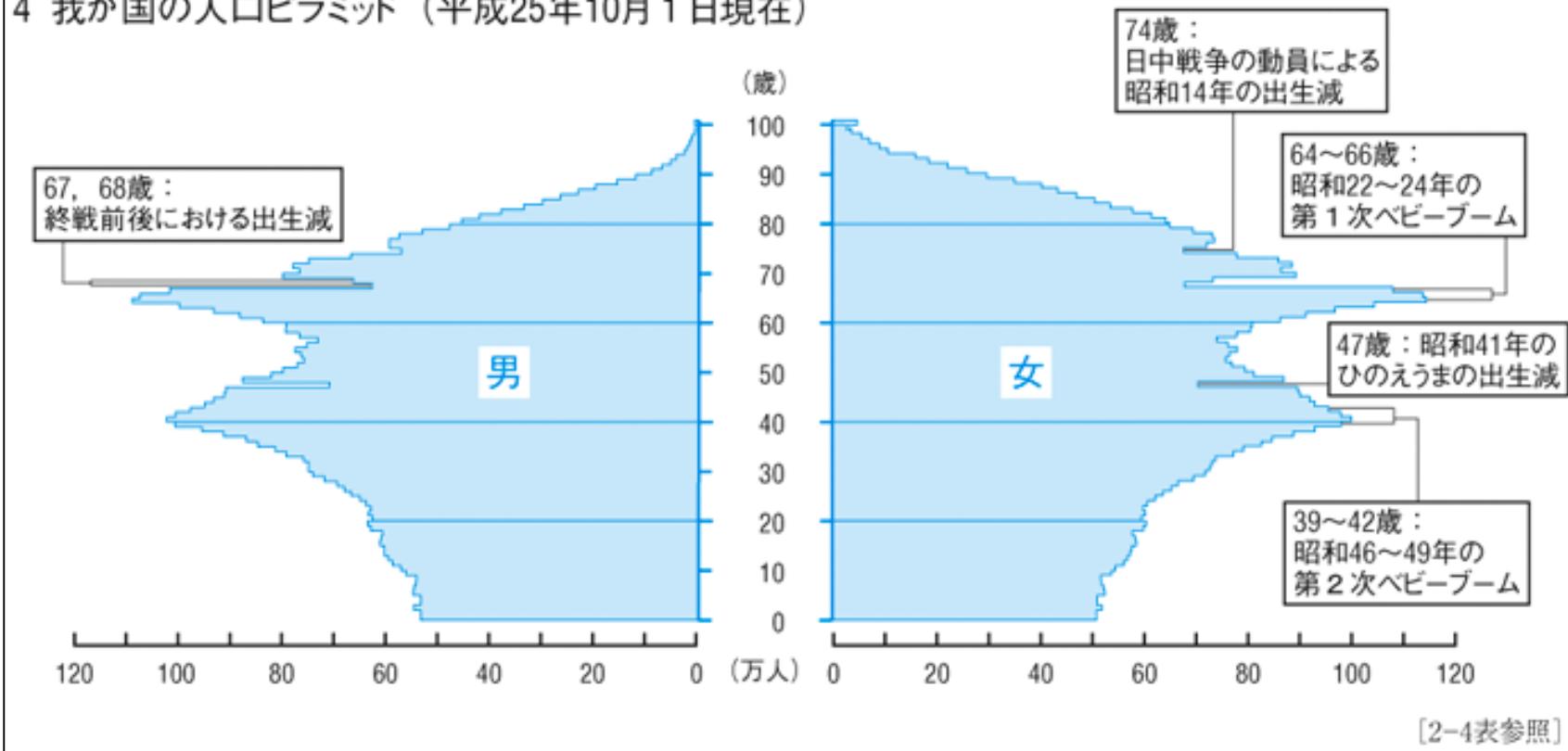
65歳以上人口推移

(総人口比、2015年以降は推定)(2015年版高齢社会白書より)

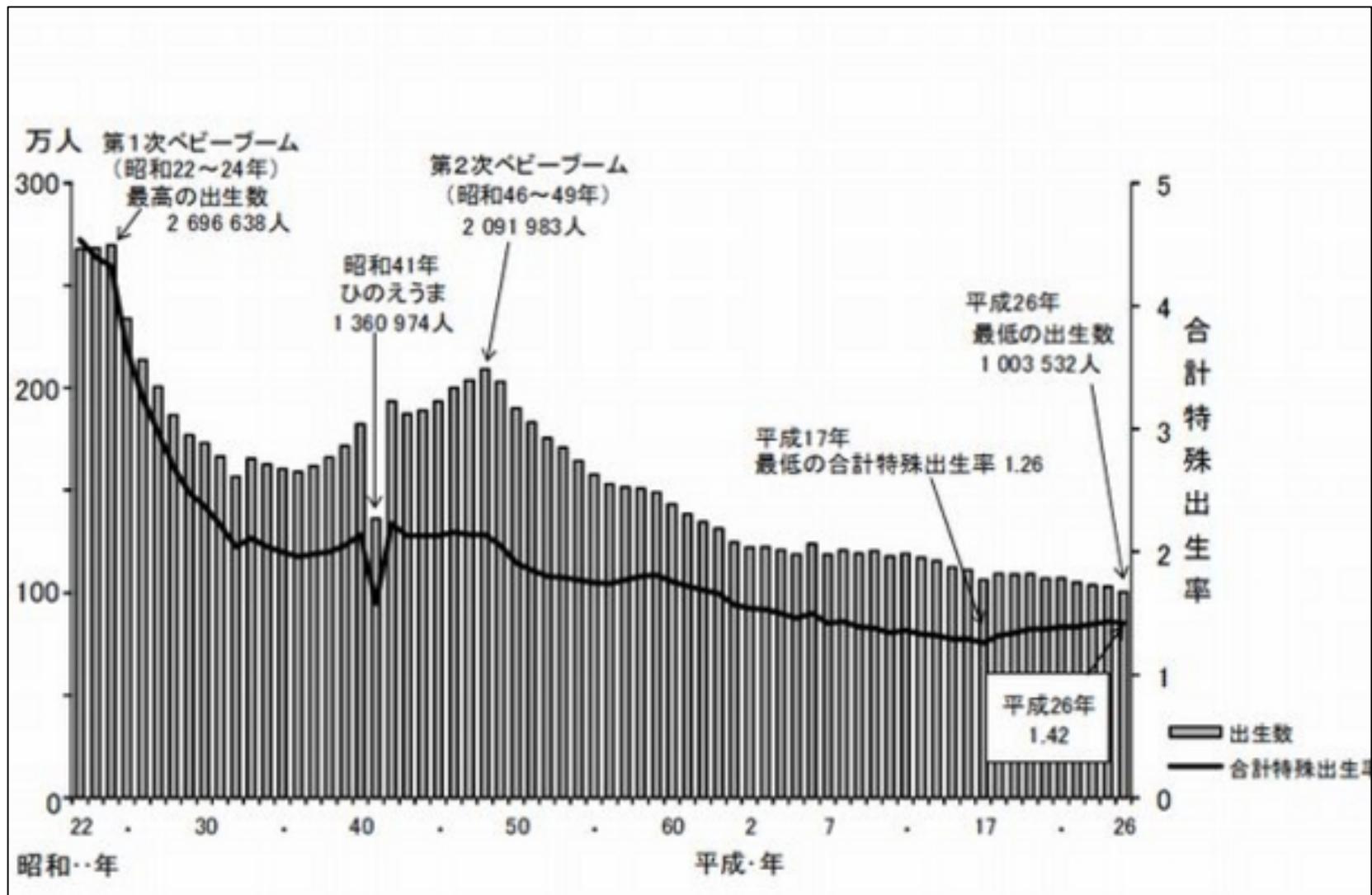


我が国の人口ピラミッド(H25年)

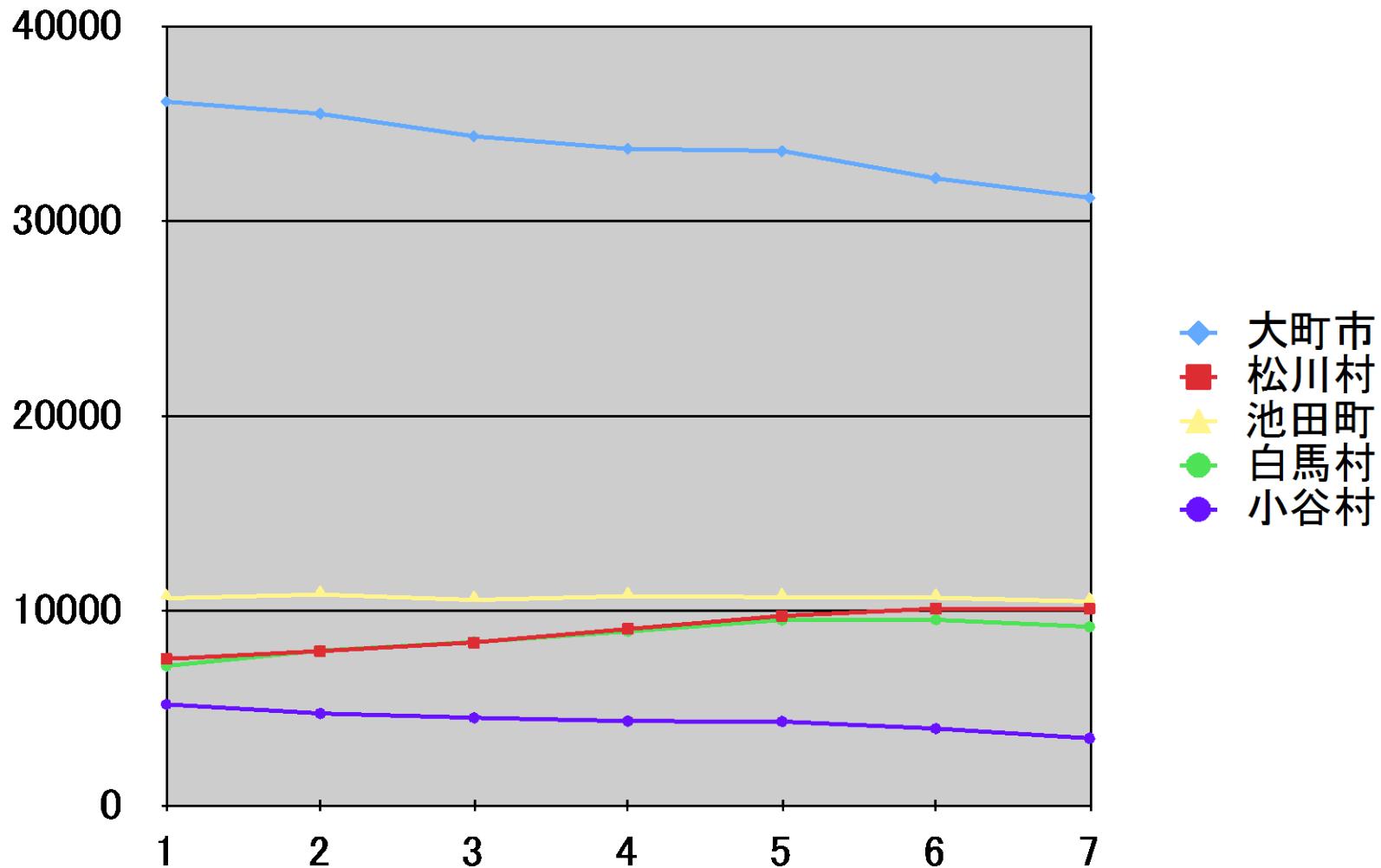
4 我が国の人団ピラミッド（平成25年10月1日現在）



日本の出生数と合計特殊出生率の推移



大北地域の人口(1980~2009)

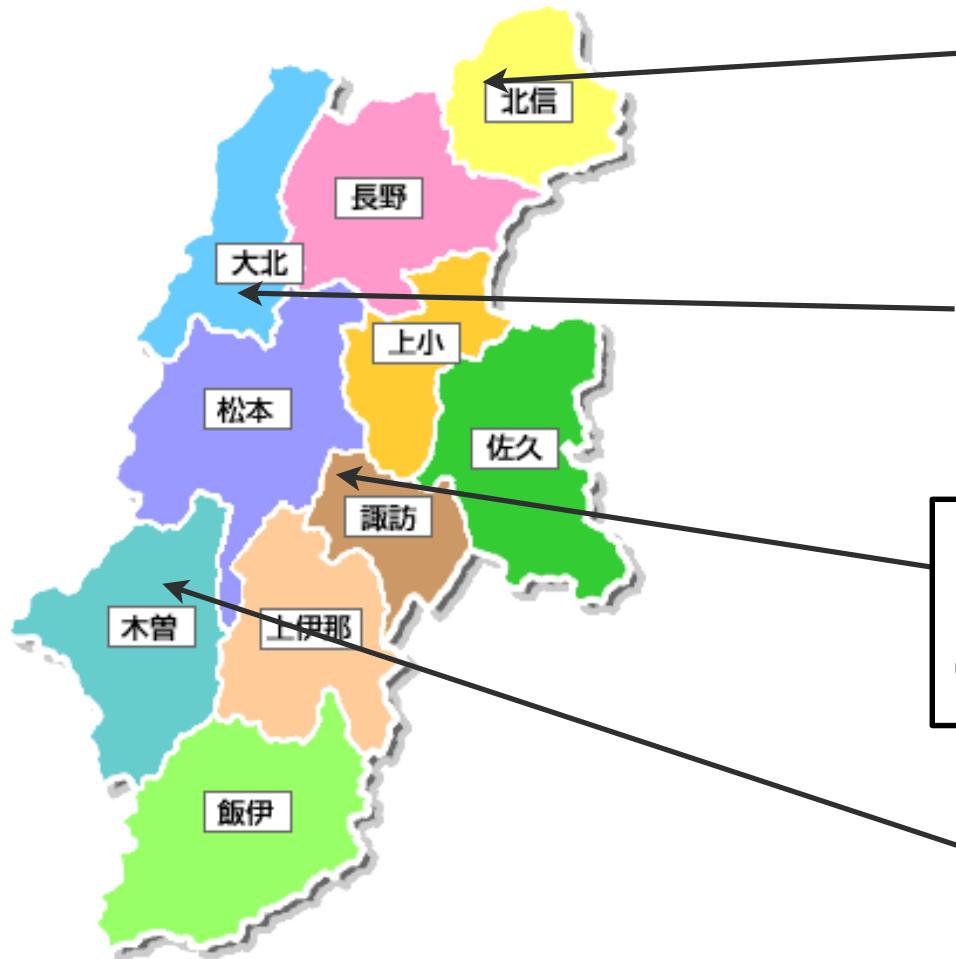


大町市、周辺地域の人口推移

	2015年	2025年	2040年	2010→2040の減少率
長野県	209.1万	193.8万	166.8万	-22.5%
大町市	27530	23354	17355	-41.8%
小谷村	2907	2342	1601	-50.3%
白馬村	9004	8424	7226	-21.5%
池田町	9928	8947	7361	-28.7%
松川村	9917	9299	8146	-19.3%
安曇野市	94878	89294	78208	-18.9%
松本市	240659	230632	208978	-14.0%

人口減少地域

1980年から一貫して人口が減少している主な市・町



飯山市

30073→23548人

大町市

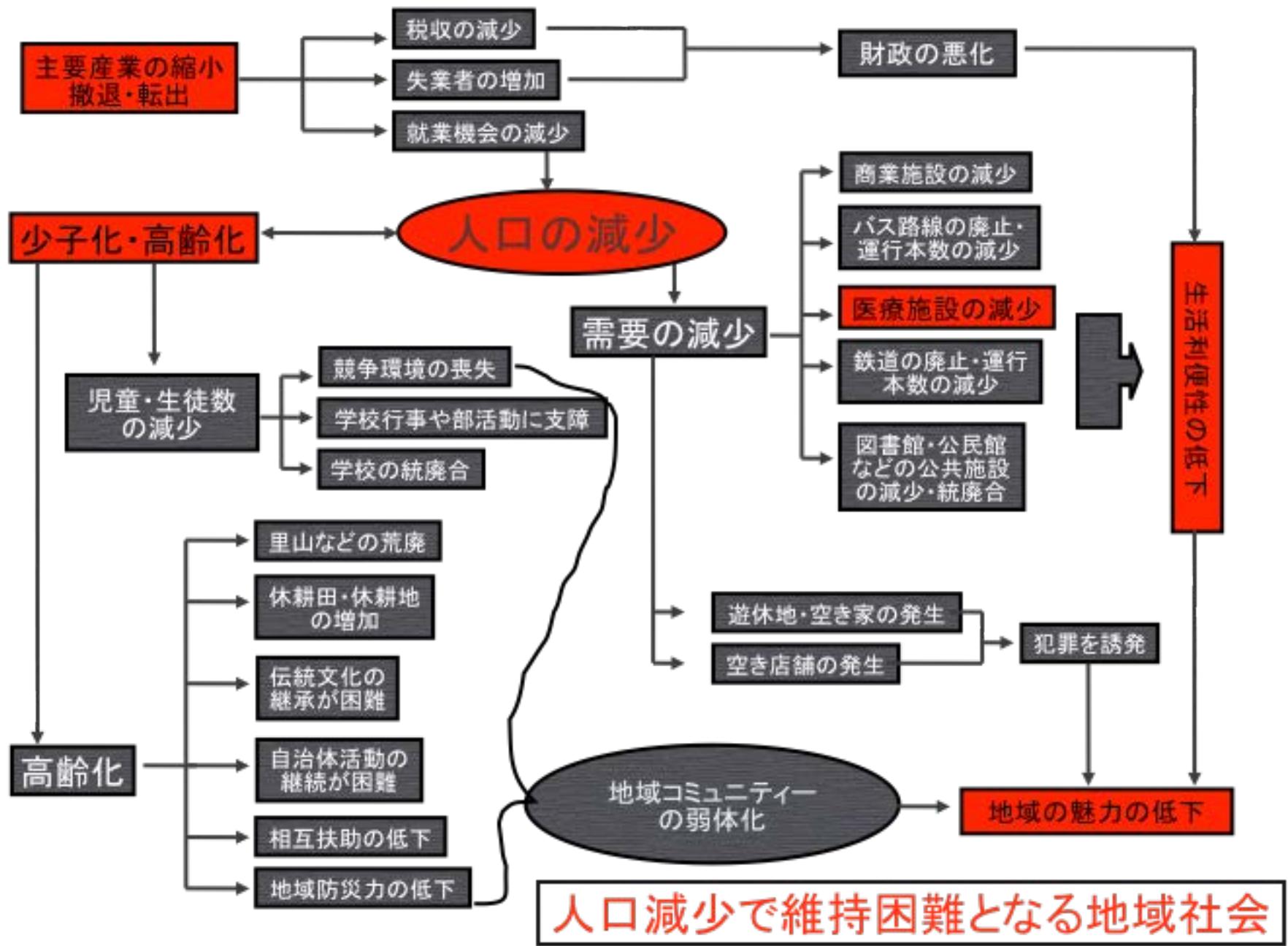
36083→29805人

岡谷市

62210→52859人

木曾町

17426→12750人



人口減少と医療の危機

- ・ 日本全体、長野県全体も人口が減少しているけど、大北地域は特にそうだよね。
 - ・ 将来、大町病院と安曇病院、二つは必要ないんじゃないの？どちらか一つでいいんじゃないの？
- …そういう議論もあり、大学や多くの医師はそう考えている？

地域医療の崩壊→地域の崩壊

- 大町病院がなくなったら？
- 地域医療の崩壊が、その地域 자체の崩壊を招くおそれがある
- 人口減少と医療崩壊とはお互いに関係し合い、負のスパイラルを起こして地域崩壊の原因となっていく可能性がある

大町病院の危機

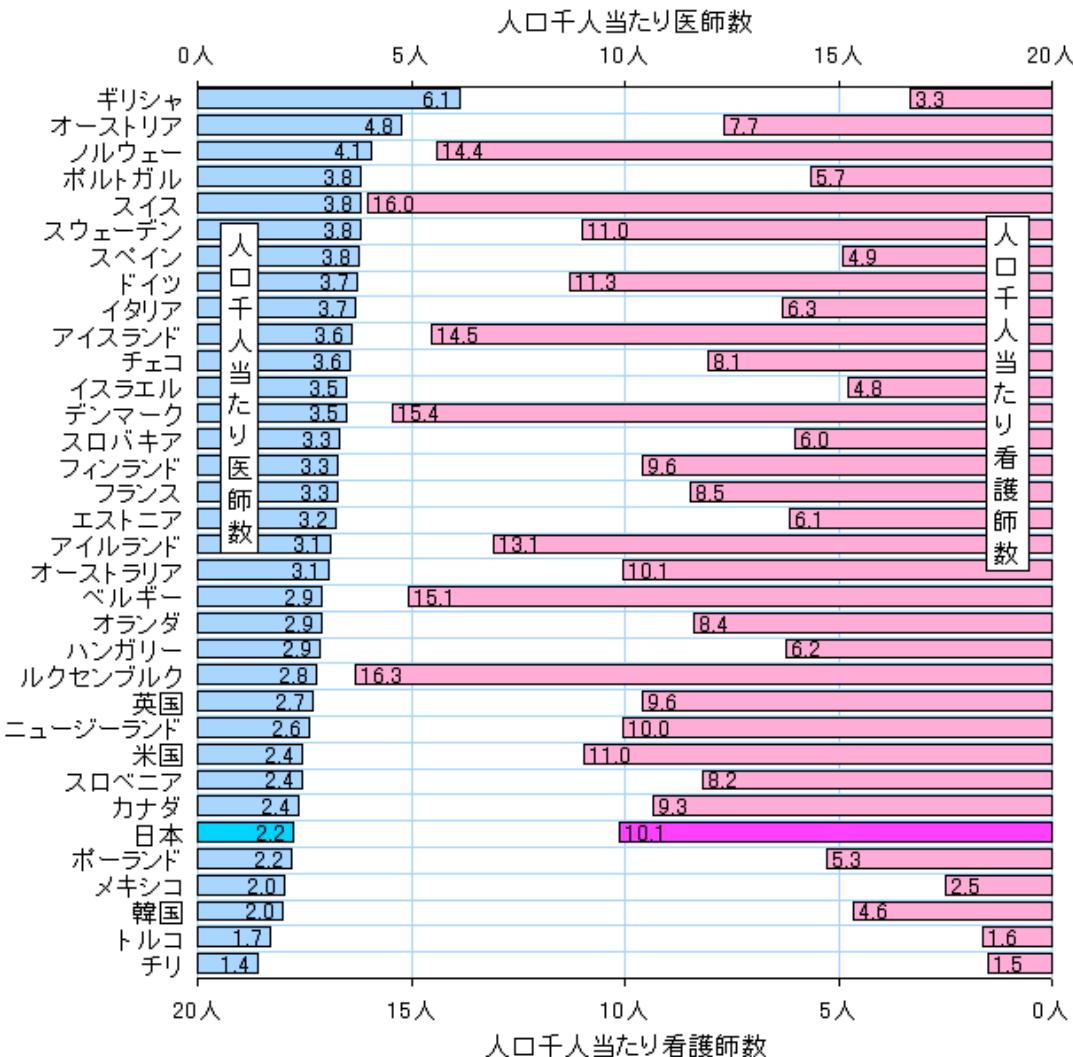
忍び寄る医師不足

- 長野オリンピックが開かれた平成10年、この時常勤医は27人いた…徐々に減ると気付かない
- 日本全体の医師不足、地域間格差、新臨床研修医制度(H16年～)、専門医制度など
- 私が赴任したのは平成16年、その時すでに常勤医は20人まで減っていた、しかし外科3人の中の2番目だった

常勤医師数の推移

		H5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年
診療科別 医師数(人)	内 科	5	6	6	6	6	8	8	7	7	6	6	5	6	6	5	3
	小児科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	外 科	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3
	整形外科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
	脳 外 科	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0
	皮膚科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	泌尿器科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2
	産婦人科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	眼 科	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
	耳鼻科	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	麻酔科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	形成外科	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合 计	20	22	23	24	25	27	27	26	24	23	23	20	22	21	20	17

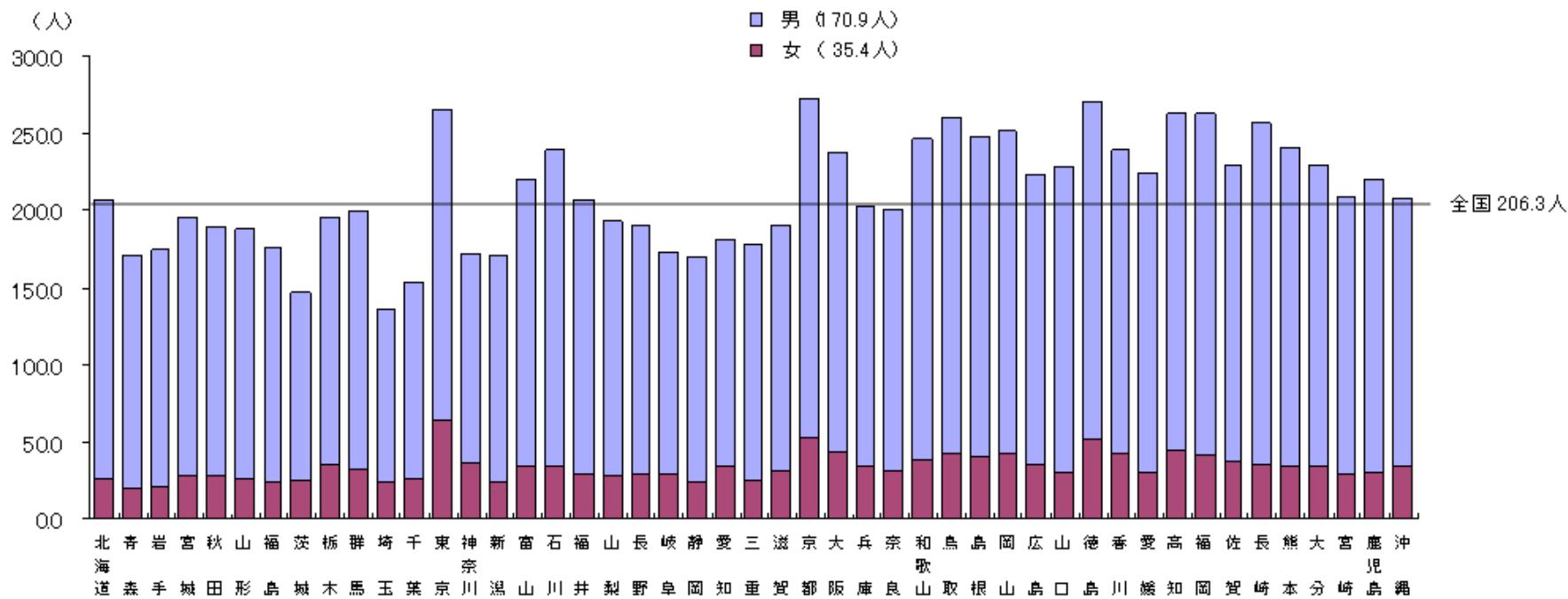
医師数・看護師数の国際比較(OECD諸国、2010年)



(注) 臨床など医療関係に就業している医師、看護師が対象。2010年以外の年次は、スウェーデン、イタリア、デンマーク、オーストラリア、オランダの医師、ギリシャ、スウェーデン、フィンランド、エストニア、オーストラリアの看護婦は2009年、オランダの看護婦は2008年、チリの看護婦は2011年のデータ。

(資料) OECD Health Data 2012 (28 June 2012)

都道府県別 人口10万対医師数



自治体病院の危機

- 大学への依存
- 親方日の丸的な経営感覚
- 事務職員のローテーション人事
- 意思決定に時間がかかる
- 行政や首長の無理解

→多くの自治体病院が閉鎖に追い込まれた
(夕張、舞鶴、銚子など)

大町病院の危機

- 院長人事の頓挫
- 内科医減で診療制限、患者減少、手術が減る
- 入院患者が減少して、閑散とした病棟。しかしオーダーリングシステム導入のため、毎晩徹夜の配線工事が行われ、新しいパソコンがどんどん運び込まれる違和感
- 大学からは外科撤退の打診も。
- 慢性的な赤字経営に慣れっこになっている状態

みなさんならどうしますか？？

- 医師不足で大変(当直やオンコールが多い)
 - 症例が少ない
 - 経営悪化
 - 頑張ってるのに、住民からは苦情の声
 - 大学からも相手にされない(常勤医を派遣してもらえない)
- …やめるか？ VS やめずに頑張るか？

何とかしないと、、、

- 院長人事に介入
- 開業医訪問
- 職員集会
- 病院だより・有線放送・市民公開講座
- 住民との対話集会
- 総合診療外来
- リフレクソロジーサービス
- 病院祭
- フェイスブック
- ジビエの会など地域医療研修医のもてなし

住民との対話集会

- まずは病院の現状を知ってもらうこと
- 大町病院は地域住民のための病院であり、地元の住民が利用しなければ存在する意味がない
- 住民にとって、大町病院は必要か？

住民との対話集会



大町病院を守る会

- 病院のことを知る
- 会報の発行
- 植木の剪定、植樹、花壇の整備
- ありがとうメッセージボックス
- 職員歓迎会
- 研修医のおもてなし(ジビエの会)

守る会の イベント



病院祭もやってます



中学校での授業



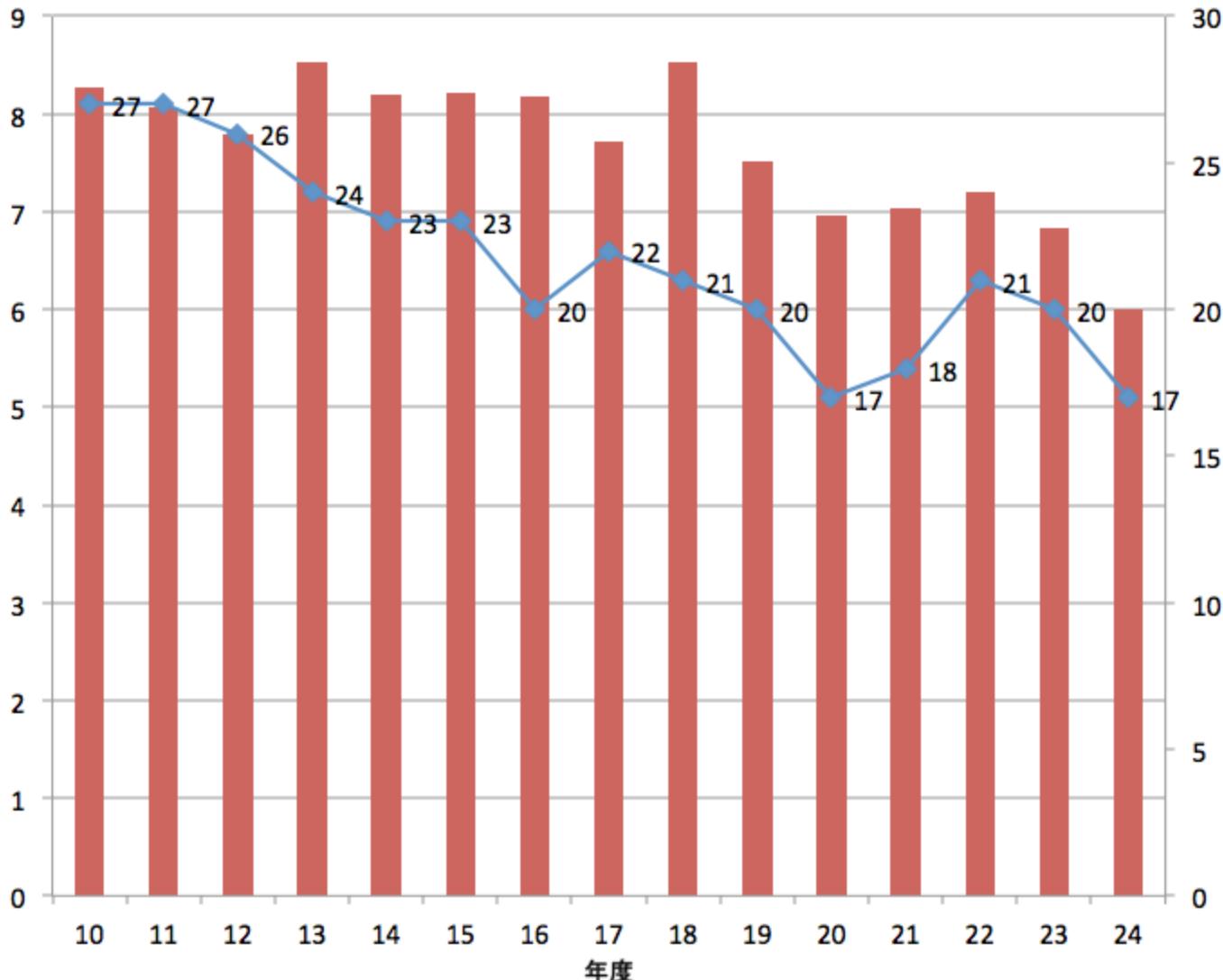
フェイスブック

- 研修医の獲得のため
- 病院が頑張っていること、楽しい話題を発信していく
- 学生や研修医が来るたびに、友達になる

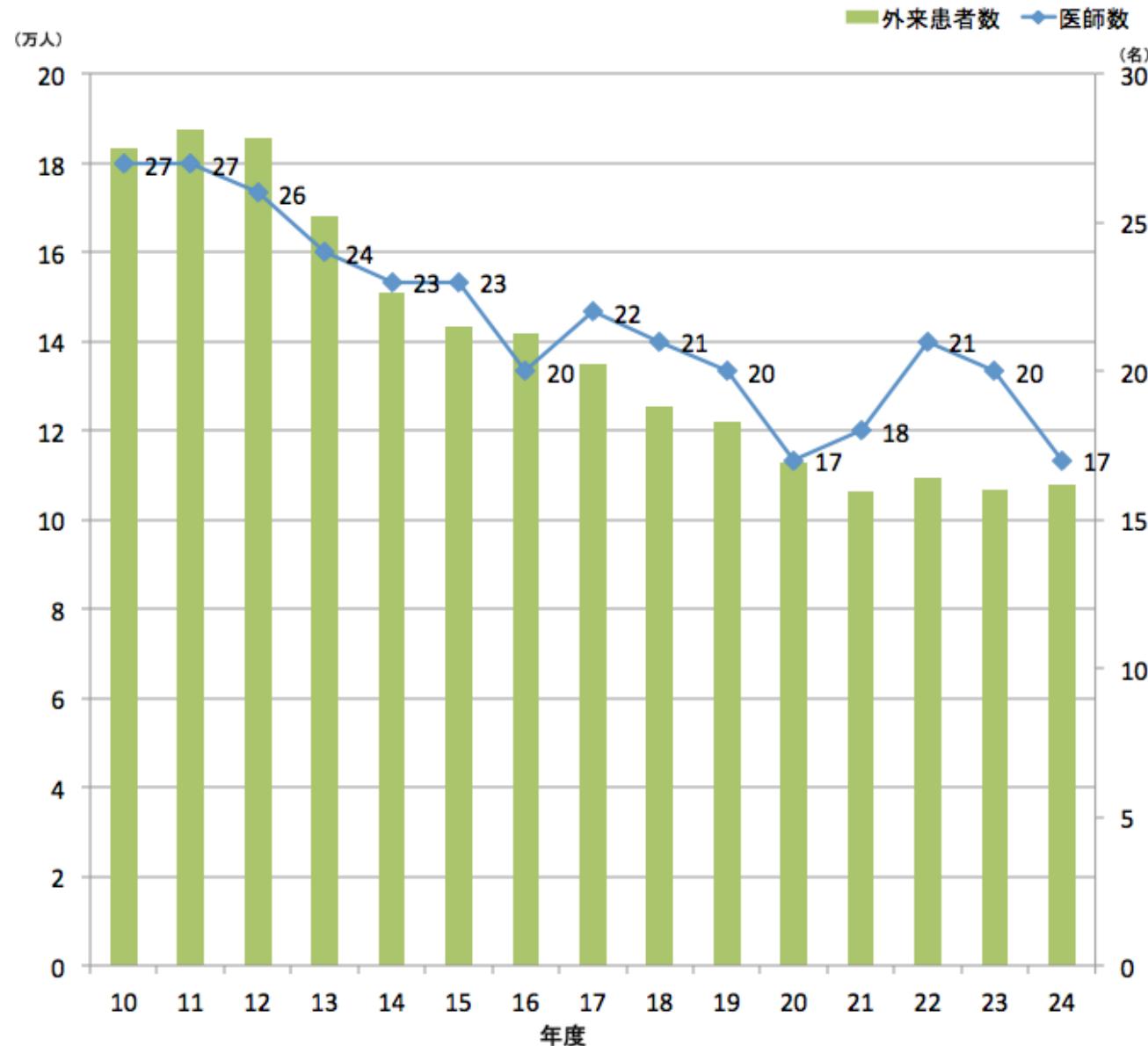
延べ入院患者数

(万人)

■ 入院患者数 □ 医師数(名)



外来患者数



医師不足解消は難しい

- 県や大学の一時的な配慮で、一度は数名増えたものの、3年で元に戻ってしまった
- そして再び医師不足、経営難に陥ってしまった、、、
- そもそも大町病院を気に入ってくれた医師ではなかった、、、

国・県として考えてほしいこと

- そもそも多額の税金を使って医師をつくっている
- 国民は等しく医療を受ける権利がある(都会であろうが、田舎であろうが)
- しかし、医師の配置、配分は、国民・住民のニーズとは関係なく個人の考えにまかされている
- 初期～後期研修の間にしっかりした教育を受けるべきであるが、どこかで一定期間、医師不足地域で働く義務を科してもいいのでは？

医師不足に対する対策

- 大学に依存していくはだめ(大学は既に医師派遣能力を失っている)
- 病院全体で、地域全体で研修医を育てるという風土をつくっていく
- 周辺の病院と連携した研修プログラム

2014年からの明るい材料

- 2014年4月～関口信大総合診療科の地域での拠点病院に、外来のみでなく入院診療を行う
- 2014年9月から初期研修医が一人研修開始、終了
- 2015年から後期研修医が一人研修開始
- 2014年10月～脳外科常勤医、リハビリ・健診担当医が着任
- 2016年4月から初期研修医二人、後期研修医一人が新たに着任
- 2017年4月から初期研修医三人が研修開始。

総合診療科

- 信州大学総合診療科(2013年11月設立)の臨床拠点
- スタッフが重点配置されており、臨床をしつつ、学生や初期研修医の教育を実践
- 総合診療外来、救急外来から、主治医として入院治療、そして在宅医療まで。
- 臓器にとらわれない全人的な医療の提供
- 屋根瓦方式によるチーム医療
- エビデンスを重視した医療

総合診療科の拠点として

- ・ 専門診療内科医が少なく、高齢者が多い大町病院は、総合診療科の診療の舞台として最高の環境。
- ・ 信大総合診療科に医師が増え、大町病院への医師派遣が増えれば、各専門医の負担は軽減し、定着しやすくなるかも。
- ・ 総合診療科で地域医療を立て直す！

さまざまな勉強会

- 外部講師を招いてのさまざまな勉強会
- 感染症コンサルト&勉強会(亀田メディカルセンター総合内科 片山先生)
- リウマチ膠原病 &コンサルト(東京医科歯科大学膠原病リウマチ内科 宇都宮雅子先生)
- スキルアップ救急勉強会(福井大学地域医療推進講座教授 寺澤秀一先生)など

朝のカンファレンス



“地域に標準的感染症診療を！”

感染症コンサルト &勉強会

亀田メディカルセンター 総合内科 部長代理

片山 充哉 先生

主な経歴・学歴

東京慈恵会医科大学 卒業
亀田総合病院レジデンント
東京都立墨東病院 救急シニアレジデンント
ハワイ大学 内科レジデンシープログラム
ケウスプロリグ大学 感染症科フェロー



講演会テーマ

“外来感染症講座 総集編”

日時: 3月4日(金)

17³⁰-18³⁰ 症例検討会

18³⁰-19³⁰ 講演

場所: 市立大町総合病院

対象: 医師・研修医・医療従事者・学生



感染症コンサルト&勉強会



リウマチ膠原病 コンサルト&勉強会

第3回
テーマ

鑑別に「膠原病」と書かないように
するためのレクチャー

講師: 宇都宮 雅子 先生

東京医科歯科大学 膜原病・リウマチ内科

2005年 亀田総合病院
2007年 同院 リウマチ膠原病内科
2011年 武藏野赤十字病院 膜原病・リウマチ内科
2015年4月より現職



2016 2.19 金
市立大町総合病院

医師・研修医
医療従事者・医学生対象
申込不要・途中参加可
近隣病院の皆様も是非ご参加ください。

タイムスケジュール

- 16:00-17:30 ハンズオンレクチャー「Case-Based 身体診察」
- 17:30-18:30 講演会
- 19:00-20:30 症例検討会

※懇親会を予定しています。

リウマチ膠原病コンサルト＆勉強会



第55回 カモシカ学習会

第2回

スキルアップ救急勉強会

| 第1部 16:30-17:45

ERで冷や汗かいたあの症例を寺澤先生とともに再検討!

TBL形式症例検討会

| 第2部 18:00-19:15

特別講演

バイタルサインから読み解く 患者の状態評価

2015年

9月4日(金)



講師

福井大学医学部
地域医療推進講座
教授
寺澤 秀一 先生

場所 市立大町総合病院 南棟 講堂

対象 医師・研修医・医学生

申込不要・参加費無料

どなたでも
ご参加いただけます。
奮ってご参加下さい！

スキルアップ救急勉強会



夜の部も楽しい



地域でしかできない研修を、大町で しかも、アカデミックに

- 大学や大きな病院ではできない、初診外来、そしてそのまま入院患者の主治医に
- 指導医とともに屋根瓦式で治療にあたり、退院までの一貫した流れを学ぶ
- コメディカルとの連携や在宅医療も学ぶ
- 問診や診察を重視し、臓器でなく人を診る
- UP TO DATEなどを利用し、EBMに基づいた治療を行う

地域医療が求める医師像とは？

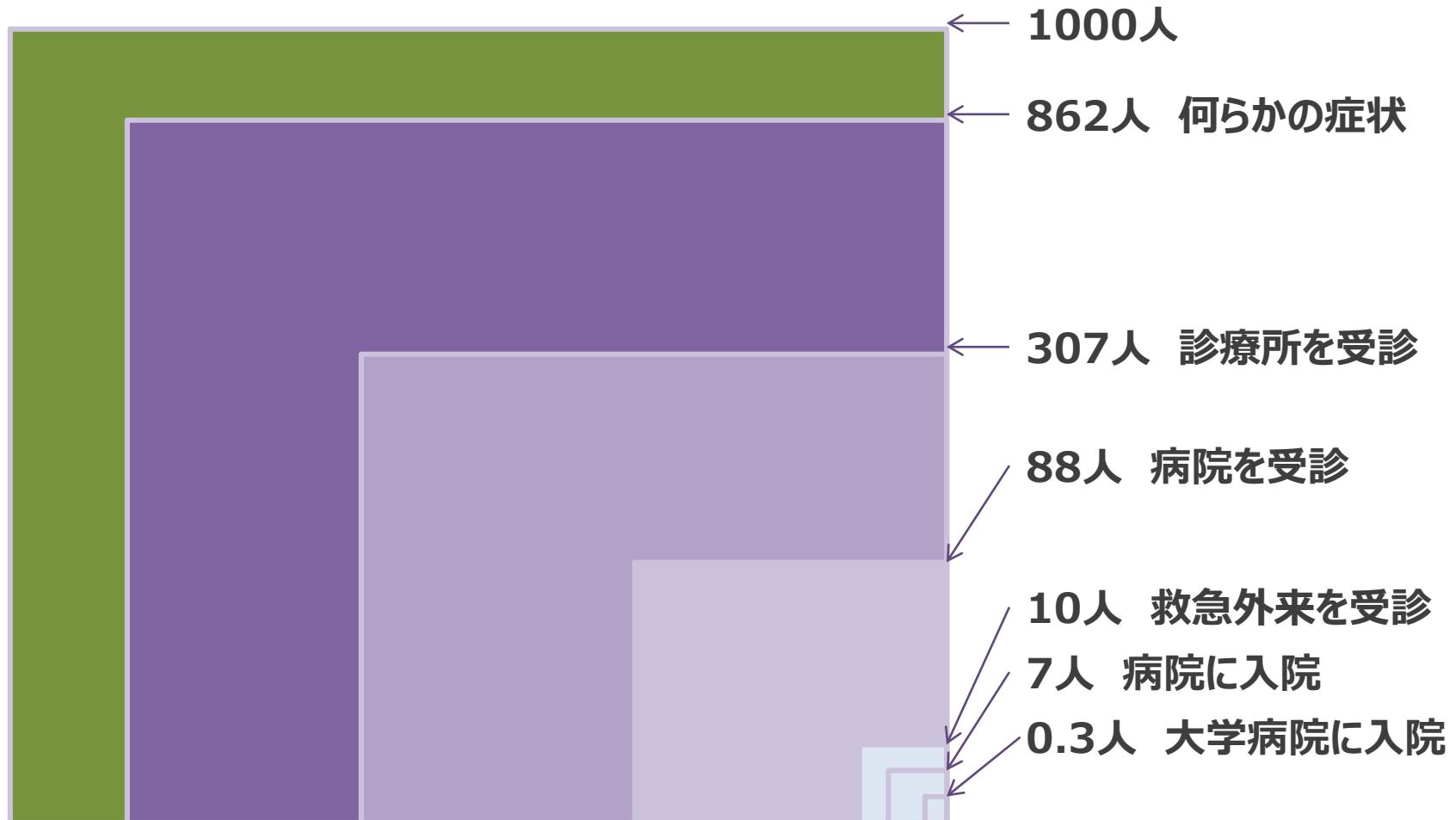
- ある程度の専門性はあっても、専門外のあらゆる疾患について広く柔軟に対応する。
- 医師同士はもちろん、多職種とのコミュニケーションを大事にする。
- 地域に关心を持ち、地域住民とのコミュニケーションがとれる。地域の祭り、病院祭への主体的な参加。
- 臓器専門医ではなく、人を診る医師、すなわち家族、地域社会、精神心理的な部分、スピリチュアルな部分なども含めて、その人の幸せを考えて診療にあたることができる医師

私が考える総合診療医とは

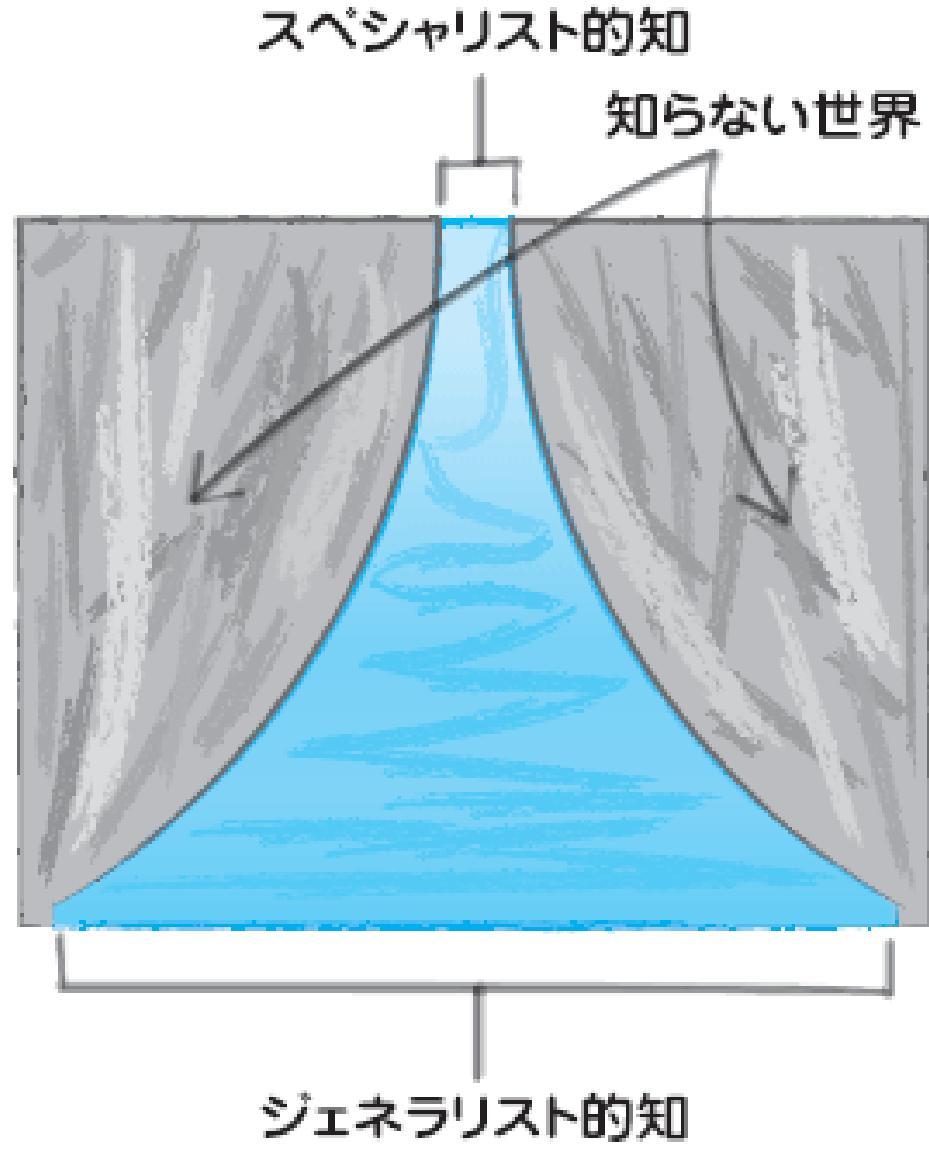
- 自分の目の前にいる患者さんに対して、自分が何ができるかを考え、精一杯できることをする。それは、何科の医者であるとかではない。専門が何科であろうとも、そういう気持ちで患者さんの診療にあたれば、それはすなわち総合診療を実践していることになる。
- 「〇〇科的には問題ありませんねー」みたいによく聞く臓器別専門医のセリフ。こういう医者にはなりたくない。

わが国の成人1000人の健康問題

(Fukui T, et al. JMAJ 48:163-167 2005)



ジェネシャリストの三角形



ジェネシャリストとは？

- ジェネラリスト的な広い領域の勉強をしっかりしている一方で、ある領域に対する特化した専門性も持っている。
- 最も重要なことは、その三角形の内部の知識の総量ではなく、その外側に広大な知らない世界があるということをイメージでき、謙虚になることであり、それにより患者や他の職種に対する敬意が生まれ、コミュニケーションを大切にし、チーム医療の原則が生まれる。

みなさんもいざれ地域医療を担う 主役になっていく

- 大学やそれに準ずるような病院で、専門的なことだけを一生やっていく医師はごく一握り
- 多くの医師は、いざれは地域の中小病院、あるいは診療所で働く、あるいは働く機会がある
- 人口の少ない地域、過疎地域に医療崩壊が起こると、それが引き金となって地域の崩壊が起こる可能性がある（その地域は非常に住みにくくい土地になってしまう）
- **みなさんが、地域医療の主役！**

大町病院から見える爺ヶ岳

