

<資 料>

住民が医療の運営者であってこそ 医療の再生がはじまる

——岩手県藤沢町立病院の保健・医療・介護の一体化戦略を中心に——

大 本 圭 野

解 題 (大本圭野)

第1部 藤沢方式といわれる町立病院の経営

第2部 地域ナイトスクール——これからの地域医療の方向性について

解題目次

はじめに——“医療の崩壊”の現実と再生の方向

1. コミュニティー思想, セラピー思想, 医療思想のパラダイム転換
 - (1) ソーシャル・キャピタル理論——コミュニティ思想の転換
 - (2) SFA 理論 (ソリューション・フォーカス・アプローチ), 社会構成主義理論の登場——セラピー思想の転換,
 - (3) WHO 「ヘルス・プロモーション」戦略および健康ストラテジー理論
 2. 藤沢町政と藤沢町民病院設立
 3. 佐藤元美氏とのインタビューの概要
 - (1) 病院長の医療思想
 - (2) 藤沢方式: 総合医療・包括医療
 - (3) 「健康増進外来」による糖尿病予防
 - (4) 住民が病院を支えるナイトスクール, 住民が医師を育てる報告会
 4. ナイトスクールの概要と意義——町民病院を支える住民自治の力への訴え
 5. 藤沢町民病院の経営改善方式
 6. 「平成の大合併」と藤沢町の今後
- むすび——藤沢方式が指し示すもの——

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

はじめに——“医療の崩壊”の現実と再生の方向

21 世に入り新自由主義思想の政策が徹底され、労働、社会保障、医療、教育など社会的政策の領域まで規制緩和がはかられ、市場化・商品化がなされてきた。その結果、社会格差が拡大しかつて経験したことのない多量なホームレスをはじめ家族崩壊、地域崩壊、労働崩壊など重大な社会問題が起きている。そのうちでも医療崩壊、健康格差の拡大が注目を浴びている。

いま、日本の医療現場では何が起きているのか。テレビや新聞で報道されているように妊婦の救急車たらい回しによる死亡事件、小児科病棟、産科病棟の閉鎖、また地方の自治体病院の医師・看護師らの医療専門職の不足と経営難、閉鎖など、地域の妊婦や母親をはじめ地域住民を困惑に陥れている状態などが明らかとなっている。また国による医療費の抑制策で診療報酬の引き下げがなされている。少子化対策を謳い子育て支援に力を入れると政府はいうものの、医療の実態はその逆方向に走り、子どもが生みにくい・育てにくい少子化促進を煽る状況に働いている。

他方、分権改革といっても地方自治体は三位一体改革による地方交付税の減額化、平成の大合併による従来の自治体行政サービスの後退などに直面し、自治体病院はもとより自治体そのものの運営も困難となりつつある。

これに対し政府は、2007（平成 19）年 12 月に総務省自治財政局長名で「公立病院改革ガイドライン」通知を地方自治体に出し、自治体病院再編の計画も発表している。たとえば「岩手県では、県立病院 2 6 病院では、医師不足と病院赤字で県立病院改革に迫られ、県立病院の再編や県立医療センターの無床化を強行している。このようななかで自治体病院の統廃合、再編や経営移譲の問題で病院が消える地域も出てきて、地域医療やコミュニティ自体の崩壊の危機さえ指摘されている」（牧野忠康「自治体病院の統廃合問題を考える」『月刊保団連』No.1006、全国保健医団体連合会、2009 年、9～10 頁）。

他方、このような状況のなかでも世間一般の流れとは異なって藤沢町の保健・医療・福祉の取り組みは、町民が主体となった医療をめざして、町民が病院を育て、若い医師を育てる仕組みをつくっている。佐藤守前町長さんが「いままで行政の論理でやって危機になったわけだから、それをクリアするにはそれとは違う手法で危機を乗り越えて別なものをつくる以外にない。危機は次の発展のチャンスなのです」（大本圭野「真の住民自治こそ地域再生・創造の原動力——岩手県藤沢町長 佐藤守氏に聞く」『東京経済大学会誌』249 号、2006 年 3 月、192 頁）と語られたことがあるが、そのことを実証している一例を提起している。

1. コミュニティー思想, セラピー思想, 医療思想のパラダイム転換

さてコミュニティー分野, 健康および医療の領域において, 20 世紀前半と異なるパラダイム (思考枠組み) が 20 世紀後半に出てきて 21 世紀初頭の現在, 広まってきている。藤沢町民病院はいち早くこれらの転換を受容し実践にいかしている。そこで以下, それらの主要な転換についてふれておこう。

(1) ソーシャル・キャピタル理論——コミュニティー思想の転換

『哲学する民主主義』で知られるロバート・D・パットナムは, 近著『孤独なボーリング——米国コミュニティーの崩壊と再生』(柏書房, 2006 年)においてソーシャル・キャピタル=社会関係資本, つまり地域内におけるボランティアな住民組織の活動と住民の健康度の関係を探求し, ソーシャル・キャピタルが整備し豊富である地域ほど, 住民の健康度が高いことを明らかにしている。

また, カワチ/スプラマニアン/キムの『ソーシャル・キャピタルと健康』(日本評論社, 2008 年)も公衆衛生の分野からソーシャル・キャピタルと健康の関連性を研究する可能性を切り開き, その研究方法の有効性と限界性を吟味することを提起している。

ソーシャル・キャピタル論が, 健康を地域の社会経済的条件との関係でミクロ的にみると, 社会経済的環境が地域住民の健康に大きく影響していることを解明していることは大きな成果であるといえる。

誰もが, いずれかの自治体・コミュニティーに居住し生活している。それぞれの自治体・コミュニティーには健康づくりの取り組みに違いがあり, その違いにより住民の健康度が異なってくる。その違いは, 住民本位の健康づくりであるか, 行政本位の健康づくりであるかにより大きく差がでてくるのが私の過去の事例研究でも明らかである。「住民の自治を育成している地域では住民の健康度が増進し, また住民の健康を高める取り組みをしている地域では, 住民の自治活動が活発である」という私の仮説もソーシャル・キャピタル論によって裏付けられていると考える。

(2) SFA 理論 (ソリューション・フォーカス・アプローチ), 社会構成主義理論の登場——セラピー思想の転換,

これまで知識をもてば人間は変わることが出来るとされてきたが, それは結核やコレラなどの感染症時代には適応できても, 現在の高齢社会における生活習慣病の時代には, 知識獲得だけでは適応できない。というのは生活習慣自体を変えるのはあくまでも当事者であるが, その当事者自身が生活を変えていくことが非常に困難であるからである。その場合, 行動変

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

容をどのように促していくか、どのように当事者自身に気づかせるかが課題となる。それは、「問題」に焦点を当てるのではなく「解決」の側からみてゆく、解決の方法は当事者自身の潜在的な行動変容の力を引き出していくことにあり、それが医療関係者の役割であるとするアプローチの発見が転換をもたらしたのである。

この従来の行動変容を超える SFA 理論（ソリューション・フォーカス・アプローチ）の源流はアメリカの精神医学者であるミルトン・エリクソンに発すると言われている（ウイリアム・オハンロン『ミルトン・エリクソン入門』森俊夫／菊池安希子訳、金剛出版、1995年）。「エリクソンは、人間は能力があり、自然は健康を維持し支えていくものと捉えている。正常な行動や成長は、当然起こるはずのものであり、症状や病理は、自然な健康性の障害物であるとエリクソンは考えた」。「エリクソンは問題志向というよりも、解決志向であったと言える。彼は、過去を振り返り、その人の問題の起源とか学習された制限を見つめることを好まなかった。その人の中にある今もあるもの、もしかすると将来的に伸びてきて使えるもの、そうした解決法や力に、彼の目は向けられていたのである」（同上、18～23頁）。

エリクソンの考えを受け継いで森教授がブリーフ・セラピー（短期療法）の実践を通して、良いゴール（解決像）の条件として「①クライアントにとって、明確であり、重要なことであること。②大きな事ではなく、小さな目標であること。③否定形ではなく、肯定形で記述されること。④具体的で、行動の形「～をする」で記述できること。これらの条件を備えたゴール（解決像）を引き出すのに有効な質問なのです」（森俊夫『“問題行動”の意味にこだわるより“解決志向”で行こう』ほんの森出版、2001年、68～69頁）を挙げ、「解決の方法は、クライアントが知っているのです。あるいは、自分のことなんですから、自分が治る方法のことは自分しか知らないのです」（同、70頁）と指摘している。

現在、行動変容がもっとも問われているのは、現代病といわれる生活習慣病の疾患であり、その行動変容をどのような方法で促していくかが多くのエリクソンの弟子たちおよび関連する人びとによって国際的に取り組まれている¹⁾。わけても保健、医療の領域においては臨床心理学を取り入れた試みがなされている。例えば、ステファン・ロルニック／ピップ・メイソン／クリス・バトラ『健康のための行動変容——保健医療従事者のためのガイド』（原書は1999年刊行。翻訳は法研、2001年）、C・ホワイト／D・デンポロウ『ナラティブ・セラピーの実践』（原書は1998年。翻訳は金剛出版、2000年）。これらは、医療従事者がクライアントに命令的にまたお説教で行動を変えろということではなく、クライアントにどのようにして気づかせるか、という心理的行動の理論である。

21世紀は糖尿病の時代とまで言われるほど、糖尿病は生活習慣病の凝集した疾病である。「生活習慣病は初期から疾患確立期にいたる数十年にわたって何の自覚症状もない場合が大部分である。高血圧も初期がんも動脈硬化も、何も感じないのが普通である。そこが沈黙の病気といわれるゆえんでもある。厚生省の調査が示すように、690万人の糖尿病の潜在患者の

なかで、治療を受けている者は 217 万人にすぎない。したがって、予防も治療も受けずに、潜在患者として次第に悪化するままに放置されることが多い」（香川靖雄『生活習慣病を防ぐ』岩波新書、2000 年、13 頁）と指摘されている。糖尿病をはじめ生活習慣病の予防や治療には個人の日常の生活行動を変えていかなければならないが、言うは易しで行動変容は非常に困難であるため、ソリューション・フォーカス・アプローチの臨床心理学を取り入れた方法が支持を得つつある。

さらに臨床における社会構成主義の角度から、「医療化論」、「病の意味と語り」理論、「ナラティブ・セラピー」が注目されている。そのうち医療化論は社会がどのようにしてある状態を「病気」とみなすようになるのかを歴史的に描き出す。「病の意味と語り」理論は、個人がどのように「病い」を構成するのかを個人の視点から描き出す。さらに、ナラティブ・セラピーは、「病い」が社会的に構成されるのだとすれば、それは社会的に再構成できるはずだと考える（野口裕二「臨床のナラティブ」、上野千鶴子編『社会構築主義とは何か』2002 年、55 頁）。

（3）WHO「ヘルス・プロモーション」および健康ストラテジー理論

WHO では、1984 年から 1986 年にかけてヘルス・プロモーション（＝健康促進）に関する議論をかさね、1986 年にオタワ憲章を出した。オタワ憲章は、健康のための必要条件としての基礎的な生活状態と資源の重要性を全面にかかげ平和、住居、教育、食物、そして収入が健康のために必須なものとならなければならない。これは、ヘルス・プロモーションを公衆衛生と幅広い社会政策の根元に連れ戻している。また、人間の健康のための前提条件としての安定した生態系を確認する最初の WHO の文書でもある。憲章は、「ヘルス・プロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することが出来るようにするプロセスである」と定義し、コミュニティ・エンパワメントへの方向を示している。そのヘルス・プロモーション戦略は、健康への公共政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動の強化、個人技術の開発、ヘルス・サービスの方向転換を要請している。そしてこのヘルス・プロモーション戦略で、20 世紀最後の健康問題に応える新しい公衆衛生の発展を強調している。ひきついて、ヘルス・プロモーションは、ヘルシー・シティープロジェクトによってヨーロッパのシティー（自治都市）で適用され、発達させている（WHO『戦略・活動・研究政策——』（島内憲夫訳）、垣内出版、1992 年、16～18 頁、23 頁）。

つぎに健康ストラテジー理論においてはローズによってハイリスク・ストラテジーとポピュレーション・ストラテジという二つの戦略が提起されている（ジェフリー・ローズ『予防医学のストラテジー生活習慣病対策と健康増進』（原書は 1992 年刊。増田健二／田中平三監訳、医学書院、1997 年）。日本では近藤克則氏が、社会疫学の立場から『健康格差社会』（医学書院、2005 年）、『検証 健康格差社会』（医学書院、2007 年）など、健康と社会格差に

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

関する一連の研究成果が出されている。近藤氏らはそのなかで、ローズの戦略を引用しながら2つの戦略の特徴と限界を以下のように述べる。「ハイリスク・ストラテジーは、疾患を発症しやすい高いリスクを持った個人を対象を絞り込んだ戦略である。この戦略は、従来の医療の考え方や組織が使えること、技術が確立している場合には費用対効果の点で優れている。[……]しかし、複数の疾患、例えば高脂血漿と肥満、糖尿病、高血圧などをもっている人は少なくないが、患者の多さと、それにかかる手間や人手、医療費などを考えると、現実的とは思えないほど困難である。ポピュレーション・ストラテジは、対象を一部に限定しない集団全体への戦略であり、リスクが集団全体に広く分布している場合にとくに有効である。予防医学は、ふたつの戦略を統合するものでなければならない、主力は、ポピュレーション・ストラテジーにある」(『健康格差社会』, 155頁～156頁)。

また氏は行動変容のステージ理論によると、その過程には無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期の5段階があるとして、それを踏まえると知識伝授型の健康教室だけではほとんど無力であることを指摘している(同書, 27頁)。

さらに予防に対しては「個人への介入には避けがたい限界があることを考えると、『健康によい社会づくり』のためにコミュニティや社会の介入するNew Public Healthの可能性の追求が今後重要になると思われる」(同, 158頁)とともに、社会経済的な条件の違いによる健康の不平等があることを解明し、結論的に社会保障、労働政策、教育政策、税制などの改革を提起している。

たしかに、生活習慣病などは、ストレスを被る日常の労働環境、社会環境といった社会経済的条件によって生み出されていることが放置される一方、個人を対象とする予防、治療に限定することには限界がある。近藤氏が今後の課題として指摘されていることは、小さな事例であるが、すでに佐久病院の働きかけにより旧八千穂村で実践され、藤沢町でも追求されていて、その成果が出されている。

2. 藤沢町政と藤沢町民病院設立

佐藤守氏を首長とする藤沢町の30年にわたる町政で築き上げられたことは、一つは、旧来の農村共同体の半封建的側面を克服し住民による自治を形成してきたこと、二つは、知的障害をもつ人と住民との共生と相互の学びあいの場としての知的障害施設の設置、三つは、医療・保健・福祉の統合をめざした藤沢町民病院の政策と実践であり、その成果としての藤沢町の雇用創出である。

現在、三位一体改革のなかで藤沢町も財政危機に直面して給与の削減まで行われている。前佐藤町長は「首長をはじめ役場職員および住民ともども痛みを共有することが、住民が地方自治は自分のものだという意識をもつ原点だと思います。大変だという話と同時に、おら

も頑張る。これが地方自治なんだろうと思う。まちづくりというのは何かのための言葉としてあるのではなくて、一人ひとりにとってなくてはならないもの、必要なものをつくりだす。所詮、それがまちづくりの出発点として位置づけられなければだめだと思います」(大本圭野「21世紀の住民自治と生活保障を考える」東京経済学会誌, 2007年3月, 269頁)と述べているが、いままさに30年という時間をかけて育てきた住民自治の真価が問われている。

それでは藤沢町民病院はいかなるプロセスをへて設立にいたったのであろうか。

藤沢町では、1985(昭和60)年から1993(平成5)年までの8年間、医者のない時期があったが、その実情が藤沢小学校の「郷土歴史研究会」のクラブ活動で生徒がヒアリング調査をした結果が記されている。

「昔、大籠(おおかご)に高金医院があった。その先生の名前は佐藤光栄(こうえい)。67歳まで、昭和20年から昭和60年まで40年間もの長い間一人で一日200人もの患者さんを診察していた。しかも、寝る時間は一日2,3時間しかなくても、朝早くたって、夜中だって、診察にきた人をことわることはしなかったそうです。特別養護老人ホームの名前「光栄壮」は、みんなに貢献したすばらしいお医者さんをたたえて、名前を残してある。[……] そのあと、ずーと藤沢町にはお医者さんがなくて、今の町民病院を建てるのに、力を注いだのが、佐藤守前町長さんや役場の人だったと。[……] 昭和60年から平成5年まで、8年間、お医者さんがいない時期があったんだ。診療所はあったけど、緊急な、大変な病気の時はすぐみてもらえないし、入院もできなかったのです。8年間も。」(おざわせいこ『ふじっこG7』, 2009年5月)。

このような状況のもとで、佐藤前町長は、藤沢町民の住民の8割は他の町の病院で死亡してくる状態を知り、住みなれた町で死を看取れる病院をつくることを考えた。「私どもが病院をつくらなければならないと思った出発点は、毎日入ってくる町民の死亡届が他所の町からのものだったことです。他所の町の病院で死んでいるのです。地方自治をつくっている以上、終の住処として最期はその町で死ななければ駄目なのです。この町に最期の死に場所をつくろう。これが病院の始まりです。どこかで死んでこなければならぬような町を誰が守りますか。最後はこの町が自分らを守ってくれるんだ。そして病気になったら家でも病院でも、ここで自分らを支えてくれるんだ。そういう町だから皆は守るのです」(前掲雑誌「21世紀の住民自治と生活保障を考える」, 273頁)。

また町民意識調査でこの町はどのような町にしたらいいかという問いを立てたところ、住民から「生命を守って」、「とにかくこの地域で死んでいけるような町になってほしい」という要望が強くあったので、医療・保健・福祉に力を入れ基本的なサービスは公共がやり住民がサポートするやりかたをとってきた。その拠点として医療を自分たちの町にもってこなければいけないということで藤沢町立病院を設立したのである。

設立に当たり県立久慈病院の勤務医であった佐藤元美氏に「三顧の礼」をもって――若干

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

おどしも含んで——藤沢町に迎えたのである。その過程が今回の佐藤元美氏とのインタビューによって明らかにされている。佐藤元美氏に白羽の矢を立てた町長の透視力は偉大なものであるが、佐藤元美氏は元美氏で町長をはじめ藤沢町民の期待に十二分に応えておられる。

藤沢町民病院の基本的柱は、保健・医療・福祉の一体化があげられるが、「保健・医療・福祉という言葉ではきれいに福祉と保健と医療を並べていますが、それらのあいだに本当は区画はないんです。お役所がつけた分類なのです。もともとは一体のものなのです」と佐藤守前町長は述べている（前掲雑誌「21世紀の住民自治と生活保障を考える」, 261頁）。

佐藤元美院長のもとに1993（平成5）年7月に国保藤沢町民病院の診療を開始した。『忘己利他』（もうこりた）を病院の理念として、質の改善、安全確保、経済性向上を基本方針に掲げて活動を展開している。2009（平成21）年4月現在、町役場の一角に藤沢福祉医療センターとして町民病院、老人保健事業「老健ふじさわ」、特別養護老人ホーム「光栄壮」、訪問看護ステーション、介護支援事業、データーサービス事業、ケアマネージャー、認知症グループホームなど一つにまとまり、保健・医療・福祉の統一をめざして総スタッフ210～220名で活動している。そしてこれら保健・医療・福祉のスタッフの拡充はそれはそれで藤沢町の雇用創出にも貢献している。

藤沢町民病院は、2009年現在ベット数54床の診療科目が内科、小児科、外科、整形外科の4科目の小さい病院である。それでも医療関係スタッフは、医師数5.9人（常勤医5人、非常勤医0.9人）、看護師数32人（うち非常勤0.6人）、薬剤師3人（常勤のみ）、診療検査技師3人、診療放射線技師2人、リハビリ療法士4人（言語聴覚療法士1人、理学療法士3人）、管理栄養士1人、メディカル・ソーシャルワーカー（社会福祉士）1人、看護補助（ヘルパー）6人（常勤）で、総合医療、包括医療をめざして活動している。月当たり患者数は、外来延べ数3,400人、入院延べ数1,400人、計4,800人に及んでいる。

3. 佐藤元美氏とのインタビューの概要

今回のインタビューでは、佐藤元美院長が藤沢町に来る経緯と藤沢町立病院を設立する経緯、および藤沢方式医療の内容が語られている。医師になることを最初から望んでいたわけではないが、周囲のすすめと成りゆきで医師となったが、そこにいたる学生時代の勉学の苦勞、大学自治会のリーダーとして活動されたことが語られている。学生時代からリーダー的存在であり、挑戦的であったことが現在にも引きつがれているとみられる。

（1）病院長の医療思想

佐藤元美院長は、その医療思想を「住民主体の医療でなければ植民地主義の医療となる」「予防なき先端医療技術では悪魔的である」とわかりやすい奇抜な表現で語られており、徹底

した住民主体の医療の実現に努力されていることが伝わってくる。具体的には、医療の「前」の保健、医療の「後」の介護を結ぶ垂直的連携方式、「総合」と「包括」をキー・ワードにして藤沢方式の保健・医療・福祉を構築している。

(2) 藤沢方式：総合医療＋包括医療

近代の医療は臓器別医療といわれているが、それは大きな都市において専門医を多く揃えることのできる病院では可能であっても、中山間地の医師の少ない地域では不可能である。そうした地域では臓器別医療ではなく、身体を全体的に捉え診療できる総合医療の医師が必要とされる。

藤沢町が実践している医療は、総合医療プラス包括医療を中心に取り組まれている。総合医療とは、人間をパーツ（部分）で捉えるのではなく精神と身体の統合および歯科医科との統合という総合的に捉えていく医療をめざしている。包括医療とは、診療している時点のスナップショットの治療ではなく、患者の生活歴単位、家族歴単位、職業歴単位、地域単位の時間軸で捉えて、それぞれの治療のステージごとに予防、早期発見、早期診断、早期治療を実践していく医療の方法をとっている。これら総合医療および包括医療を行っているのが特徴である。

(3) 「健康増進外来」による糖尿病予防

生活習慣病の代表である糖尿病は、21世紀の現代病とも言われ、従来の感染症を中心とした治療方法とは異なる方法が問われるほど、治療が困難な病気であるといわれる²⁾。藤沢町民病院では糖尿病を中心に、学問上でも先進的動向を取り入れ医療の現場で実践している。

佐藤院長は、糖尿病患者に対して生活習慣の問題行動を取り出しそれによって解決して行く「問題解決型」アプローチではなく、クライアントが問題を気づき、主体的に取り組む「解決志向型」アプローチを取り入れて試みている

佐藤院長は、前掲森俊夫『“問題行動の意味”にこだわるより“解決志向”で行こう』による心理学におけるソリューション・フォーカス・アプローチを学び、これを健康増進外来の医療に取り入れている。専門的には、「糖尿病問題領域質問表 (PAID)」や「健康関連 QOL (SF-36)」、「HbA1c」による調査をおこなっている。その効果測定によると成果が上がっていることが明瞭に示されている（図表はⅡ部に掲載）。

(4) 住民が病院を支えるナイトスクール、住民が医師を育てる報告会

藤沢町民病院のとりくみでユニークなのは住民が医療を育てる役割と仕組みであるナイトスクールの開催、および住民が若い医師を育てる研究報告会の仕組みをつくっていることである。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

2001（平成13）年から藤沢町民病院の病院院長と住民との対話集会を“ナイトスクール”と名づけて、夜間7時から9時まで4地域において年一回ずつ開催している。その具体的内容は、①近年の政府・県などの医療行政の状況を説明、②藤沢町民病院が実践している医療行為および財政的状況の説明、病院が直面している課題を率直に説明する、③住民に対して病院に理解と協力して欲しいというメッセージを病院院長が投げかけている。

住民と院長との質疑、討論では、住民が病院に対するお願い事項、病院への疑問点、病院に対する意見などに、病院長の回答などの応答が行われている。住民は活発な意見を出し、院長の的確な応答を通して、住民は病院の実情を知り、協力できるところは努力していくという関係が築かれている。一般的にあって、病院の経営内容について住民は知り得る機会がなく、病院が何に困っているかも住民は知るすべがないが、ナイトスクールを通して、両者の状況をお互いに知ることができ、その結果、両者が協力しあい改善していくことを可能としている。結果として“住民が病院を育てる”関係が生み出され、住民主体の病院が形成されていること。そのことの象徴的な一例はナイトスクールを開催して以降、住民の病院への寄付が増大したことである。また、ここでは住民が積極的に若いお医者さんを育てる触れあい、語りあいもなされている。

相互に率直に状況・情報を公開し、意見を述べ合う・話し合うことから、協働（コラボレーション）がはじまり、相互の努力と改善につなげている実践事例である。

4. ナイトスクールの概要と意義——町民病院を支える住民自治の力への訴え

上述のようにナイトスクールでは、町民病院の歴史と特徴、具体的医療サービスの内容と病院の課題が院長から報告され、次に病院と町民との対話がなされている。これは、藤沢の医療を育てていくために病院と住民の間に相互に理解し合う関係がつけられていることを意味する。住民が病院に対して日常的に疑問に感じていることを出し、それに対して病院の実情を率直に述べ理解と協力を求めている。何よりも病院の実情がよくわかり、何をどのように協力したらいいのかがわかる。これら相互に理解し合う機会を通して、両者が学び合い、市民として相互に成長しあう場となっている。

対話の事例を挙げると、“ヒヤリハット”が起きていることに対して、どう予防に繋げるか、学会でも取り上げられている議論の報告がされ、藤沢病院で起こったことについては、そのつど言ってもらいたいという答弁している。また、市町村の合併問題にともなう病院への不安について、住民と一緒に藤沢町の福祉・医療・保健サービスを守っていきたい旨の意思を伝えている。

また個別のケースについても丁寧に説明がなされている。

・患者送迎バスの運行がどのようにになっているのかについての問い合わせに対して、路線毎

の事情を考慮した回答がなされている。

- ・住民から両親が受けている病院のサービスに対して感謝が述べられたことに対して院長は「藤沢の町の人たちの我慢強さ、礼儀正しさとか、そういうものはかなり大きいんです。僕も岩手県をいろいろ歩きましたけれど、そういうところをよく感じるんです。医者が忙しいとか大変だということもよく分かってもらっているの、このまちのそういうところに仕事のやり甲斐を求めてくる人は多いのではないかと考えています」と述べている。

- ・積雪時期における駐車場が危険であることへの住民からの除雪の要望。

- ・病院の待ち時間が長いことへの改善方法についての住民から意見が出されている。「待っている方に気分の悪い方はいらっしゃいませんか、声を掛けてもらえば、そういう配慮があれば助かるんですがどうでしょうか」という具体的で改善しやすい提案が出されている。病院長の応答は、電話を活用して欲しい、また具合の悪い場合や急ぐ場合は、受付のときに言ってほしい旨の説明がなされている。

- ・医薬分業についてのどのようになっているのか住民からの問いについて。院長は、詳細に病院の薬価差益について率直に述べ、住民の協力を求めている。この件について患者は一般的に知り得ないことであるが、院長の正直な実態説明には納得でき医薬分業の仕組みを学ぶことができ、住民が協力する姿勢が打ち出されている。

これに対し、病院側からは住民の医療費の不払いに対する強い要望を伝えている。

病院側の学習会への呼びかけ：病院内で毎月行われている学習会に住民の参加を呼びかけている。

最後に将来にたいする準備も院長から語られている。「最近なんとかこれからの 10 年間、20 年間は、僕もがんばるだけじゃなくて、次の体制をつくっていくということをやって、自分が欠けた後でもなんとか皆さんに支えてもらえるような病院にしたいと思っています。そのことを心がけていろいろな人と付き合っていますので、すぐにはできませんが、だんだんにいろいろなスタッフをかき集めてこれるようにしたいと思っていますので、よろしくお願いします」。

以上の事例から引き出されるナイトスクールの意義を探ると、住民が自由に自分の意見を述べ提案する市民自治が活発になされている社会が市民社会であることからすれば、ナイトスクールは農村型市民社会の形成となっている。ナイトスクールが町民病院を支える住民自治の力を培う場となっている。佐藤守前町長以来、藤沢町は住民の自治を育てることに尽力してきたが、町民病院においても自治が貫かれているといえる。

5. 藤沢町民病院の経営改善方式

藤沢町民病院は、病院の経営改善にも注力し、事故がなく、患者の目線で医療活動をする

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

ことに努力している。

アメリカでは1980年代に日本の「カイゼン」を導入してアメリカ企業の再生をはかる「経営品質向上プログラム」をつくり出し、ビジネス分野（製造業、サービス業、中小企業の3分野）で成果を上げている企業、組織に「マルコム・ボルドリッジ賞」³⁾を設けて表彰してきた。のみならず1999年にはヘルスケアと教育の2分野の領域にその範囲を広げて医療改革にも物りだし、「組織のパフォーマンスが質の向上、顧客満足、従業員満足、地域満足、財務成果など卓越した成果の組織が増えてきた」（水町浩之『医療経営品質』生産性出版、2007年、12頁）といわれている。アメリカ医師や看護師たちの考えを変えるきっかけの一つになったのが、慢性赤字に陥っていた内科病棟の変化であり、アメリカの医療改革に成果をあげている（『日経ビジネス』特集「医療崩壊のウソ」、2009年7月6日号、67～80頁）。日本においても遅ればせながら医療崩壊に陥っている病院に経営品質基準が導入されつつあり、2009年から日本の経営品質賞のなかにも医療部門が加えられている。

藤沢町民病院では、厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業の研究プロジェクトの一環として「医療提供システムの総合的質管理手法に関する研究」に2001（平成13）年度から2006（18年）度にかけて藤沢町民病院も参加して、病院の品質改善に取り組んでいる。

これらの努力の成果として、2001（平成13）年2月に病院機能の全国的評価機関である（財）日本病院機能評価機構により一般病院Aの認定を受けている。また、2005（平成17）年度全国自治体病院協議会・会長表彰を受賞し、引きつづいて2006（平成18）年5月に自治体立優良病院総務大臣表彰を受けている。自治体病院協議会長表彰は毎年5病院が表彰されているが、その内2病院が総務大臣賞となる。表彰条件の一つは過去5年間（平成13年～17年）の病院経営が黒字であることであり、ハードルがきびしい。

これらの表彰は、長期にわたる病院の努力が評価された結果であると思われる。

6. 「平成の大合併」と藤沢町の今後

2005（平成17）年以降、平成の大合併といわれる市町村合併の推進が全国的に広まった。政府は人口1万人以下の町村に対して地方交付税の削減と地方債の認可という「鉛とムチ」の両方を用いつつ強制に近い形で合併促進させた。その結果2008年末現在では、3,232市町村が1,760市町村になり1,472市町村が減少した。そのうち、670市が783市となり増加する一方、1,994町が788町に減少し1,206町に、568村が379村減少し189村になった。合併の結果は、小さな町村が大きな市町に飲み込まれる形で進められ、地方独自の個性や地域の伝統的な文化が崩壊したと言われている。

今般、2009（平成21）年5月に地方分権改革推進委員会の第一次勧告がだされ、第29次地方制度調査会は6月16日、政府が進めてきた「平成の大合併」を2010年3月末で、「一区

切りとすることが適当」という答申をまとめた。これをうけて政府は、財政支援策をテコに 10 年間で市町村合併をほぼ半減させた合併運動の旗をおろすことになった。

藤沢町は、「平成の大合併」時には合併を見送ったが、人口 1 万人を切り 9800 人となった現在、再度合併を考えている。そのさい、従来取り組んできた先進的な諸施策はどうなるのかは一の関市との話し合い次第であろう。

むすび——藤沢方式が指し示すもの——

最後に、上来、藤沢町と藤沢町民病院が実践して来たことを整理しておく、以下のよう
にまとめられよう。すなわち

一、パラダイム転換を先駆的に実践しているのが、藤沢町であり、佐藤元美氏のリーダーシップによる藤沢方式の保健・医療・福祉の連携システムである。

二、ナイトスクールは、藤沢町民の自治の力によって病院を支えていくことへの訴えである。

三、藤沢町民病院と佐藤元美氏の実践の先駆性は、厚生労働省の研究事業に加わっていることに見られるように小さい病院であるが、全国的評価が高い。

このような実践を積み重ねることによってここに医療崩壊を地域医療のレベルからの克服に努力している姿が伺える。藤沢方式はたしかに医療崩壊の克服する道筋の一つを示唆しているといえよう。

注

- 1) ジェフリー・k・ゼイク『ミルトン・エリクソンの心理療法セミナー』（成瀬悟策監訳、星和書店、1984年）。「エリクソンは治療は問題であって解決ではないと考えていました」（同書、V頁）。「エリクソンの教育と心理療法のスタイルには、物語を使うという特徴がありました。彼の教育的物語は患者や性との連想を引き出すために使われました。そうすることで、彼らが今まで使われなかった資質や能力を活性化するのを援助出来ました。[……] この逸話による方法は、治療者よりも患者が多く活用することを勧める伝統的な心理療法とは全くかけ離れていました」。「彼は、患者の成長を助長するために、物語のなかに他水準のメッセージを入れていました。エリクソンの方法は、間接的技法に基づいたアプローチでした。そのなかでも物語は、彼の方法のほんの一部分にすぎませんでした。患者はよく直接的な助言に抵抗を示します」。「エリクソンは患者の無意識の心を刺激して新しい行動を引き出すために、間接的技法を発展させたと思われます。間接的であるがゆえに、患者は自分自身の名誉となるように、また自分自身のやり方で変化する最高の機会を得ることになりました。」（同書、vii～viii頁）
- 2) 「昔の医療モデルは、主に感染症を対象にしておりましたから、とにかくその病気を起こさせる病原菌なりウイルスを発見しさえすればよかった。原因と結果を、きれいな対一の直線的因果律で考えていた。確かに、これはわかりやすい。ところが、感染症対策が一段落し、主な対象が高血圧や糖尿病や癌といった成人病に移った現代では、昔のように病気を単因子では説明できな

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

なくなりました。」(森俊夫『“問題行動”の意味にこだわるより“解決志向”で行こう』ほんの森出版, 2001年, 14頁)。

- 3) アメリカでは1987年に「マルコムボルドリッジ賞」(MB賞)という国家表彰制度が創設されている。この賞は、日本企業の製品の優れた品質, それを生み出すプロセス, さらには「デミング賞」の効用を学び, 米国産業の競争力復活をめざしたものである。同様に表彰制度が世界60以上の国や地域に創設・運営されている。「日本経営品質賞」も共通する考え方にもとづく表彰制度である。

1993(平成5)年に社会経済生産本部がわが国を代表する大手企業20社による「顧客満足」に関する研究成果を引き継ぎ, 1995(平成7)年に創設した「日本経営品質賞」は, 「経営品質向上プログラム」の実績を中核的活動としており, 日本の経営力, 競争力向上のため, 幅広い内容を展開している。2003(平成15)年度より, これまでの民間企業対象であった表彰対象を「地方自治体部門」に広げた。さらに2009(平成21)年度から同賞に医療部門も対象とするようになった。

第 I 部 藤沢方式といわれる町立病院の経営

藤沢町福祉医療センター (FWMC)

国保藤沢町民病院事業管理者 佐藤元美先生

目 次

医師になる動機

学生運動，市民運動などへの参加

知的障害者更生施設をみて病院立ち上げに挑戦

健康関連サービスの垂直統合

総合医療と包括医療

「健康増進外来」をつくる

住民が医療を育てるナイトスクール，住民が若い医師を育てる研修報告会

「カイゼン」による医療の経営改善

医療における SFA (ソリューション・フォーカス・アプローチ)

糖尿病こそ現代病の典型

医療における悪魔的なものと医師の社会的使命

佐藤元美先生の略歴

1955 年 岩手県千厩町に生まれる。

1979 年 自治医科大学医学部卒業

1979 年 県立宮古病院 内科勤務

1985 年 県立久慈病院 内科勤務

1992 年 藤沢町に移り福祉医療センター所長

1993 年 国保藤沢町民病院創設し病院長

2005 年 国保藤沢町民病院事業管理者

はじめに

2000 年から藤沢町に入り佐藤守町長の住民自治の実践を調査してきましたが、佐藤前町長の住民自治の関連で実践してきた保健・医療・福祉の連携に関して、佐藤前町長が佐藤元美先生を獲得できなければ到底今日のような日本でも有数の実践を創造することは出来なかったと思います。そこで今日は佐藤元美先生がなぜ藤沢町にこられたのか、その時の思いは何であったのか、現在重点的に進めておられる医療政策がどのようなものなのか検証したいと思いやってきました。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

医師になる動機

大本 まず前段として先生がなぜ医者を目指されたのか伺おうと思います。先生が、お医者さんになりたいと考えられた動機は何だったのでしょうか。

佐藤 それだね、医者になる気は全然なかったんです。だから受験した時には医学部が卒業に6年かかるということも知らなかった。医学部に入れるとも思っていなかったし、入りたいとも思っていなかった。小学校の頃から、ずっと数学をやろうと思って勉強していたのです。ところが、僕の生まれたところがたまたま無医地区だったんです。それで保健所長が高校にしょっちゅう来て、とにかく僻地医療のための学校が出来た。受からなくてもいいからぜひ受験してみろと勧めていたのです。志望が数学だということも分かっている、だから自治医大以外は医学部を受けなくてもいいから、自治医大だけ受ける。競争率が上がるだけでも受ける価値がある。それだけで応援になる。それに受験日が早いから他の受験の邪魔にならないからいいじゃないかと言われて、なんか変だなとは思ったのですけれど受けたのです。

その人は、満州医専出身の人でした。満州に日本人が開拓ということでたくさん行きましたが、医療が足りないので向こうで4年で卒業して、それから4年勤務したら学費がすべて免除されるという医学部をつくったのです。いまの中華大学か何かになっているはずですが。でも結局、戦争に負けて満州国がなくなって、日本に帰ってきて後半の勉強をどこかの大学でやって、医者をやっているという話でした。

その先生の情熱におされて経済的に余裕がない恵まれない人も医者になれる道ができたのだからと盛んに言われて受験する気になったのです。そして親もそのことを聞いて、数学をやっても食っていけないと思ったからでしょうか、いいことじゃないかとなってしまったのです。

それで受けたら自治医大しか受からなかったのですが。たまたまですが他の大学は数学が落ちてしまったんです。それで僕は翌年、数学科にもう一度チャレンジしようと思っていたのですが、僕のいないうちに家に自治医大から“合格したけど入りますか”という、電話が入ったところ、親が“絶対、行きます”みたいなことを言ってしまったのです。僕は本を買いに隣町に自転車で行っていたのですが、家に帰ったら、みんなで集まってお祝いをやっているわけです。もう医学部に入ることになっているんです。自分の家で受験勉強をやっていればお金はかからないし、浪人というのは何やかんや大変だろうから、“じゃあ、医学部でもいいか”と思って入っちゃった。だから入ってから本当に苦労しましたね。

大本 何が一番ご苦労されましたか。

佐藤 まずは生物学を勉強しなければいけなかった。受験に関係ないと思っていたから、

全然やっていなかったのです。ミトコンドリアという言葉を知らなかったのは学内でぼく一人だった。だから非常に孤独な辛い学生時代だったのです。だって、みんな医者になりたくて勉強して医学部に来た人でしょう。みんなは覚えたりするのがすごく得意な人たちなんです。暗記です。だから考えるより覚えればいいじゃないかみたいな、すごく記憶力のある人たちに囲まれて、劣等感の塊になってつらかったです。本当に、何回も辞めようと思った。

それから自治医大だけの問題なんですけれど、自治医大はすごく体育を重要視する。1日の半分が体育で、走ったり動かされたりさせられる。身体も小さくて丈夫じゃないのに年がら年中しごかれました。1学期をへただけで体育と英語ばかりなので肌に合わないなと感じました。

それでだんだんサボるようになったのですが、女房が大東文化大学の文学部の日本文学科にいたんです。1, 2年の時は、一般教養があったのでとどまっていたのですが、2, 3年目は万葉集だとか心理学だとかもあるので女房の学校に行っていて、自治医大は実習のときだけ行って点数をとっていた。だから偽学生で授業を受けていた。

大本 いわゆるもぐりですね。

佐藤 そうですね。板橋の近くに住んでたので、大東文化の授業を聞いてそこで夜を過ごして、朝一番で自治医大に戻るとい生活をしていたんです。

学生運動、市民運動などへの参加

大本 先生は何年に大学にお入りになりましたか。

佐藤 僕は昭和 48 (1973) 年です。

大本 いわゆる 70 年安保が終わった後ですね。

佐藤 ちょうど終わったころ。けどまだ都内の大学にはそういった学生運動の名残があり、ちょっと怖い雰囲気もあったですね。

大本 大学の自治会活動はやっておられたのですか。

佐藤 自治医大自治会の代表として、全学連の集会に出たりしました。

当時、三菱本社ビル爆破事件とか過激派のテロが多かった時代だったのですが、僕はいつもかばんか風呂敷のなかに辞書などを入れて持ち歩いていたんですが。何回も“中を改めさせて下さい”と職務質問された。警察に目をつけられちゃって、中核とか革マル派とかに思われたのでないですか。何度もデモ行進にも出たことがあったので、もしかするとマークされていたのかもしれませんが。今の社民党党首の福島さん。

大本 瑞穂さん。

佐藤 そう、弁護士さんでしょ。津田塾の学園祭に行ったら、誘われて男女平等のデモにも出たこともあります。それから、水俣に行って現地調査をしてみるとかいろいろなところへも

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

行ったりしました。そういう意味では、普通の医学部の学生とはちょっと違ったかもしれない。

大本 住民運動などもされたのですか。

佐藤 早くから寮を出て、住民と一緒に自分たちで「健康を守る会」というのをつくって血圧測定をしたり、大学から先生を呼んで教えてもらったりしました。住民活動には何グループかあったんですけど、そのうちの一つのグループに参加させてもらったのです。

大本 卒業後はどこの病院へいかれたのですか。

佐藤 最初は、岩手県の三陸沿岸の宮古市の宮古病院というところで6年。それから久慈市の久慈病院で7年いたので、僻地といわれるところには行っていません。

大本 自治医大には、もともと医療過疎地で勤務する義務がありますね。

佐藤 もともと9年間の義務のうち、4年半は知事が命ずる僻地に行かなければいけない。僕は僻地に行きたいと言ったのですが、県からはとにかくいまある病院を守ってくれということなので行かなかった。実は、藤沢町に来て初めて僻地的なところに来たような感じです。

知的障害者更生施設をみて病院立ち上げに挑戦

大本 この藤沢病院には、ご自分から積極的に選択されてこられたのですか。

佐藤 いや。佐藤（守）町長さんが来られて誘われたからです。最初は断ったんですけど、久慈病院に2回か3回来られた。

大本 先生を名指しされてですか。

佐藤 私を名指しで。

大本 佐藤守町長さんは、どうして先生を名指しされたのでしょうか。

佐藤 病院をつくりたいということでいろいろな大学病院に院長になることを頼んでみたけれど、結局、みんな断られた。それでいよいよ自治医大に行った。一つは佐藤町長さんの親戚が自治医大で教授をやっていたんですが、その人は非常に力のある人だったんです。そこに相談に行ったら、卒業生で誰かキーになる人がいれば、少しは応援しないでもないが、大学からこの人にいけということと言えないから卒業生で行く人を探してみたらと言われたんです。それで多分、卒業生みんなにあたってみたのではないですか。

大本 先生もそのお一人だった。

佐藤 隣町、千厩町だしね。

大本 千厩町ならお近くですね。

佐藤 同じ郡内ですからとくに力を入れたということです。

大本 最初、お断りになられたのはどういう理由からですか。

佐藤 理由が二、三ありました。一つは、当時から藤沢町の財政難はかなり噂されていた

こともあるので、行っても余裕のある運営はできないだろうとみていたのです。それと、ともかく医者や看護師を集める設計プランからしてゼロだったから医者をどうやって集めるのかという心配もあった。

大本 そうすると先生はここではゼロから始められたわけですね。

佐藤 ゼロからです。すごく大変なことだということが分かっていたので、3回くらい断ったのです。ともかく4月に来てほしいというのを延ばし延ばししていたのですが、佐藤町長が7月に来て、8月に来て、9月にもお会いしてからはどうしようかと思った。実は県立病院のほうでもどんどん条件を出してきていたんです。藤沢町と交渉中だったことは院長先生にも振っておいたわけです。そしたら岩手医大の第3内科にポストを用意したからそこに行くってくれとか、そこへ行くことにして県立病院で活躍してくれとか、いまの病院に大学からもう一人出して3人体制にしてあげるとか、千厩病院の副院長のポストを用意したからどうかとか、そんな話ばかりが持ち掛けられていたのです（笑）。

大本 つまりは藤沢町に行くことを阻止したかったのですね。先生は優秀でいらっしゃるので手放したくなかったのですね。

佐藤 優秀というのではなく、みんなが行きたがらないところに僕が行って、いろいろ問題を抱えていた病院が安定してきたのです。抜けられたら現実的に困るということです。そこで大学と交渉し、岩手医大から僕の後任を出してもらうことを確約してもらった。最終的には、休みをとって年末年始にこっちに来た時に、町長さんに「ふじの実学園」（藤沢町内にある知的障害者更生施設）を案内してもらったさい、こう言われたんです。今の藤沢町の診療所はうまくいっていない。だけど「ふじの実」では障害者とどう付き合うかを考えて運営しているんだ。自分の福祉の気持、福祉ということで実践してきた実績というのは言葉でなくて「ふじの実学園」なんだと、これは言葉だけの信用できないやつなら来なければいい、言葉だけでなくて確かに力のある実績のある人と、一緒にやりたいと思えば来てくれるのもいいという含みで、最後に「ふじのみ学園」を見てくれといわれたんです。

「ふじの実学園」はお正月休みであり人数はいなかったんですけど、佐藤町長さんが行ったら、わーっと園生が集まってきて「町長さん、町長さん」とみんなしがみつくように集まってきて、非常に大歓迎なんですよ。それ、あとで考えれば、演出じゃなかったかなと思ったりもしました（笑）。

それはさておき、僕は知的障害者の施設を見るのは初めてだったし、こうやって障害者の施設をつくって、町で力を尽くしている。少なくとも困ったから何とかという付け焼き刃ではないんだなということはわかった。親も反対、先輩も反対、医局も反対、病院長も反対でしたが、じゃあやってみましょうかということにした。

大本 真の意味で自己決定をされたのですね。そこで、来られてどうでしたか。

佐藤 すっかり誰とも比較ができないような人生が始まってしまった。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

大本 ゼロからの出発でしたからですね。

佐藤 ゼロだし、要するに自分が嫌だと思ったらその瞬間に病院計画は吹っ飛んでしまう。そういう実状だったので一人でリーダーになって、5年、10年と引っ張らなかつたら続かないわけです。今でも多分、僕がここを辞めたら5年もしないうちにここは経営難になると思う。そういう意味ではやりがいもあるのですが、非常に孤独な責任があります。簡単に言ってしまうものすごく大人にならないと生きていけない世界です。感情に流されることなども許されない。まさしく船のキャプテンになったということです。船のキャプテンとして船をつくり、乗組員を選び、訓練をして、目的地まで誰の助けも借りないで辿りつくという、そういう世界だと思っています。本当に毎日自分との戦い。自分の弱さというのが、船にすぐ出てしまうから。楽しみたいとか、儲けたいとか、そういうのがすぐに出ちゃうでしょ。だから、すごく大変なことです。

健康関連サービスの垂直統合

大本 地域医療の方面では藤沢町といえば“藤沢方式ですね”と言われています。藤沢方式とはどのような特徴をもつものなのでしょうか。

佐藤 藤沢方式というのは、いま、夕張市に行って夕張市立総合病院で活躍されている村上智彦医師がかつて藤沢病院に研修にきていた彼が言っているんでしょ。

大本 いや、他の医療関係の方々も言っています。

佐藤 藤沢方式ということには、いろいろなことが含まれていると思うのです。大きな柱の一つは、垂直統合ということです。“保健・医療・福祉の連携”といったほうが通りがいかもしいかな。“健康関連サービスの垂直統合”とっている。それは製造業などの現場の経済活動の用語ですが、生産することを「川上」、販売からリースまでを「川下」とっていますが、この「川上」「川下」を一括して、同系列の会社でつくっていく。全部、内製化するということと同じような考え方です。

例えばトヨタであれば、トヨタ車体で車体を作り、トヨタエンジンでエンジンを作って、そして本社工場で組み立てをやる。それだけでなく販売をやり、リースもやるでしょう。そのようなことですね。

僕らのところという健康づくりに始まって病気のわりと早い段階の診断や治療。それからリハビリ、施設での療養、在宅医療、看取りというところまで自分たちでやっていく。

大本 オールラウンド・プレイヤーになるのですね。

佐藤 藤沢町に他の医療機関がないから、施設福祉から救急病院まで一括してやる垂直統合という形にならざるをえない。だけれどこれには非常にメリットがあります。医療とか福祉とか保健で何が大事かという、その人から情報をとることで、それが仕事の大半です。

いつから身体が悪いのですか、家族の構成はどうですか、どういうところに住んでいるのですか、そういう情報を一度とったら使い回しができます。そこで非常に仕事の能率が上がる。経済的な効果があるのです。そういったことが一つと、それから田舎では非常に得にくい医者や看護師が 0.3 人必要とか 0.5 人必要だということがあるでしょう。いろいろな法律上のことで、あるいは現実の仕事上でそういった換算をしてやりくりしていきながら仕事ができる。

大本 それなりに合理的にやれるシステムがつくれるということですね。

佐藤 そうです。こういった過疎地では垂直統合というのは欠かせないものです。

大本 社会政策分野ではインテグレーション（統合）という言葉をよく使いますが、医学でも統合という言葉が使われるのを初めて聞きました。

佐藤 日本福祉大学に二木立という先生がいますが、その先生が 15 年くらい前から盛んに言っているのです。これと対比する概念としては、水平統合というのもあります。水平統合とは、全国ホテルチェーンのようなものです。例えば東横ホテルというのは札幌にも盛岡にもありますが、その全部にお客さんが行ったり来たりすることはないので、水平統合は顧客情報の管理ではなくて、むしろんと頑張っている支配人はこの前は帯広にいたけれど、今度は東京にもってくるといった人事管理が中心なのです。岩手県だと県立病院が急性期の病院のリーグをやっている。そういったものが水平統合なのです。

水平統合は、主に働く人の人事管理という点に強みがある、垂直統合の場合は顧客情報をインテイクするところに利点があると思います。これをわれわれの世界の情報化のなかでは、“保健・医療・福祉の連携”とか統合とか言っていますが、簡単に表現すると垂直統合ということになります。この顧客管理を行政として組織的にどう実現するかということも大事ですが、現実的には毎日の仕事のなかで、人が組織の決まり通りに動くわけではないので、仕事のなかで実現するのは、またちょっと違いがあると思います。

というのは、まずもってトップがそういった顧客管理の必要性を何度も繰り返して行って、いろいろな部門、部門で働いている人にクライアント第一で働くことの意味を理解させないとできないです。

それだけでなく川上ほど偉く川下ほど低く見られてしまうので、そうならないようにする。病院でいうと、お医者さんだけが偉くなって、ケアワーカーが一番低く見られるといったことがないように配慮していかないと駄目なのです。そこが難しいところです。

大本 保健・医療・福祉の統合というのは 1980 年代から統合した方が合理的であるということで高齢化の早い北欧ではじまった。日本の旧厚生省もその方向を採ったわけですが、実際にそれがやられているところはすごく少ない。

佐藤 多分、日本で 5 ヶ所くらいです。

大本 どこどこですか。

佐藤 広島県の御調町（みつぎ）、秋田県の大森町、宮城県の涌谷町、長崎県の諫早のほう

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

で昔オランダ村があったあたり平戸市と、ここ藤沢町の五つです。全国的には、保健・医療・福祉の連携——垂直統合——という流れのほかに、“官から民へ”という流れも同時に進んでしまったので、うまくできなかったのです。

いま、お話しにあった北欧の仕組みは、自治体の合併を進めて、ある程度小さい規模の自治体をなくして、保健とか一次医療、あるいは二次医療までを基礎自治体の仕事としたものです。

スウェーデンですと基礎自治体のことをコミューンといいます。コミューンが一般的な入院医療までの二次医療を担っている。そして県の仕事は、もう少しレベルの高いセンター的な医療を担う。だから国のほうは医療機関の運営というのはほとんどなくて、企画、研究開発などを担当するというふうに分かれています。

日本との比較ではスウェーデンの場合は市議会が医療や介護を握っているんですが、日本はそうはなってはなくて、民間あり国立あり、いろいろな医療が混在しています。つまり基礎自治体が医療のマネージャーではないという違いがある。

だから日本では、どちらかという医療過疎地を中心に保健・医療・福祉の連携・垂直統合が行われている。要するに民間があまり参入できない空白地をそういうやり方で埋めているということです。

やはり大事なのは基礎自治体が体力をつけて、基礎自治体で担っていく。直営ではなくて民間中心でもいいでしょうけれど、基礎自治体のレベルで全体のアレンジメントをやるようにしないといけないですね。そうすれば住民のエンパワーメントにもつながって、住民の協力もえられるんじゃないかと思います。

大本 日本で基礎自治体が全体をアレンジするという場合、実際にはどういう形をとりますか。

佐藤 要するにマネージャーになるということです。だから岩手県でいうと県立病院などが二次医療を担っていますけれど、基礎自治体が普通の入院医療まで運営して、医師会などとネゴシエーションして、自分たちのエリアのなかでやられている医療についてうまくコーディネートしていくことです。そうでないと、医療が住民からすごく遠い世界になってしまいます。

大本 ここ藤沢町は、町立病院が中心で開業医の先生方が極めて少ない。開業してもなかなか成り立たない側面があるのでしょうか、都会では地域の医師会があってかなり活発に働いています。だから自治体が医師会と連携する場合、よほど意識の高い医師会でないと非常に難しい。

佐藤 それは医師会といっても①国の医師会と②県の医師会と③郡・市医師会との3本立になっているからです。ちょうど日本の行政と同じような仕組みになっています。郡・市医師会という一番下の医師会は、今は利益団体みたいになっている面もありますが、もっと

高い職能団体になっていくためには、やはり自治体としっかり組んでやっていかないと医者の公的な責任を果たせないと思います。

全国のうちには基礎自治体のレベルでうまくいっているところもあるのです。たとえば、四国の観音寺市には大きな国保病院がありますが、それが医師会と一緒にあって僻地から市の中心部までの情報を共有化して、電子カルテの仕組みをつくってやっている。ただ、1万とか2万人の人口規模では厳しくとも30万とか40万人の都市で市がやれる医療の切り札としてしっかりと医師会をもっていれようまくいく可能性があると思います。

ですが、そこに県立病院があるとややこしいのです。県立病院は、みんなにとって文句だけ言って利用するだけだからイメージが抽象的になってしまっている。だから世の中はなかなか保健・医療・福祉の連携垂直の方向に動いていなくて、県立病院は民営化してください、独立法人化してくださいという流れのほうに傾いている。

総合医療と包括医療

大本 そういうなかで藤沢町の藤沢方式はどのように位置づけられることになりますか。

佐藤 一つは垂直統合ですが。もう一つは、総合医療と包括医療、僕の言葉使いでいいますと“総合”プラス“包括”ということがあります。“総合”というのは、医療の中身の話になりますが、頭から足までワンシステムということ。要するに人間はパーツ（部分）ではなくて全体で捉える。心身統合というか、気持も身体の一つだ。日本では歯と身体とが分かれています、歯科と医科といっても一つの仕組みなんだと理解することがすごく大事なのです。これが総合的な医療というときの私の言葉遣いの意味するものなのです。

もう一つ、総合が空間軸だとすると、“包括”というのは時間軸なのです。今度は、例えば肺がんが発見された患者さんがいたとして、その目の前にいる患者さんでも、赤ちゃんの時代もあり、子供の時代もあり、子育てをした時代もあり、そして肺がんが見つかった日があって、今後、手術をしたり酸素吸入したりして、やがて年をとったりして、やがて亡くなる日も来る。そういう長い時間軸のなかで、その人を考えていく。目の前にいるから患者だ、施設に入っているから要援護者だという見方ではなくて、すべての人に過去があり現在があって未来につながっていく。そういうふうに理解する医療が欠けている。今の医療はスナップショット医療だと思います。

大本 長い時間をかけてみるということは、予防にもつながりますね。

佐藤 そうです、そうです。

大本 この人はどういう体質の人であるとか。

佐藤 はい。それから予防してもだめだったら、次は病気になったら病気の早期発見・早期診断・早期治療だというふうにパッと区切らないで、病気になった人にも予防の要素とい

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

うのが残っているかもしれないとみる。お年寄りの場合でも、予防のなかにも介護の要素が入ったりするし、すべての人が純粋な要介護老人だったり、純粋な何かの病人だとはいえない。そういう見方を止めてその人のなかのいろいろな特徴を時間軸でみて割り切れないものがいっぱい入っていることを見ないと、本当に長く付き合う理由が見いだせない。今までの付き合いっていた医療を生かして、今日だけでなく来週も来年も10年後も付き合う医療が必要なのです。

大本 そういう包括医療というのは、地域に密着した医療でないとなかなかできないですね。

佐藤 そうです。そして家族単位・地域単位でみていくような医療でないといけません。そのために、抽象的な患者から何々家のどういう役割を果たしている人ととらえることで、患者を単純に要素に還元しないでやっていくことを目指しています。

大本 一個の生活者として患者を診るといことですね。

佐藤 そうです。住民の移動があまりないのでできていると言えますが、このことは開業医にしても、何代も続けて付き合いければ成し遂げられる。今の日本の医療に対する大方の人の不満の一つがここだと僕は思っています。例えば、胃がんになった。急に大学病院に行って、何回も違う先生のところを回って検査をして、一週間くらいで手術をして、はい帰って下さい。あとは私の病院に来ないで下さい。何々病院に行って下さいということで終わってしまって医者との出会いが自分の人生に影響しないようになっている。

大本 私の亡くなった父がそうでした。骨折したので地元の民間病院に行ったさい、90歳にもなるいろいろな病気を持っていましたので、あちこち、いろいろと科をまわるのですが、トータルで診てくれるところがなかったのです。

佐藤 現状ではやむを得ないかもしれないけれど、たとえば今日、足が折れて自分でトイレにも行けない。そうしたときもっと元気だった時分の自分を知っている人に、継続して診てもらいたいという要望がありますね。そういった要望に応じていく。いろいろな病院に短い時間ごとに紹介することはあっても、そのことも含めてずっと長い時間付き合いしていく基盤になるものがいます。そういうこと全体を包括医療と表現をしているのです。

これは、高血圧や糖尿病を診るときもたんに血糖値がいいとか血圧がいいだけではなくて、5年後、10年後にもこの人の心臓をどうやって守っていくかということを考えてやっていく、息の長い医療です。これまでの医療では糖尿病だといえば糖尿病の治療をし、その人が脳梗塞になれば神経内科に回し、心筋梗塞だと循環器科に紹介状を書いたらそれで終わりでその患者から離れてしまうんです。そうではない医療をしようということです。そうすると、慢性疾患に対する見方がうんと変わります。数字を診るのではなく人を診る。自分の見立ての押し付けでなくて患者さんが自分で回復していくようにしていくのです。

「健康増進外来」をつくる

佐藤 それから、もう一つのポイントは健康に対する考え方、健康の概念です。これが非常に一般の見方と離れています。一般に病気がないことや自由に動けることをもって健康だとしています。ですが僕は、自分の人生を自分でコントロールしている自信とか実感とかがなければ健康ではないと思っています。この健康の定義については非常に長い議論の果てから出てきたことなのです。

したがってたとえば盲腸の手術では一日、二日で終わってしまうから患者の参加がなくてもやむを得ないかもしれない。でも糖尿病、高血圧の診療に際してはぜひ患者に参加してもらおう。つまり治療も含めて自分の生き方を自分で真剣に考えて、糖尿病を良くする自分ではなくて、糖尿病と一緒に良い人生を送る自分をつくっていきたいと思っています。だから、いろいろな治療法があるので、治療法を押しつけないで患者さんがどういう治療を望んで、どんなふうに自分は努力ができるのかをじっくり考えていただく。そういう医療をやらうとしています。

実際のところ治療のために患者さんにやっていただかなければいけないいろいろな行動があります。たとえば食事療法とか、運動をしていただくとか、たばこをやめていただくとかありますが、こういったことをやりきるのはなかなか難しいです。そうだとすればそうした行動目標を自分で決めましょうというのが、僕の健康に対する解答なのです。糖尿病にしても、おやつを減らすという方法もあるし、酒をやめるという方法もあれば、朝・昼・晩の三食を減らすという治療法もある。だけれどそれについてどの方法でやれとは言わない。まず糖尿病について学習をしていただいて、自分に合った行動目標を立てて、それを今度かみくだいて実践できるようにわれわれが支援しますよという形で糖尿病外来を、いま、やっているんです。これは健康を高める診療ですから僕は「健康増進外来」と名付けているのです。

大本 先生のおっしゃる通りです。病気とは、自分の人生とのかかわりそのものなのですね。そこまで先生が考えておられることはすごいです。例えば、がんでも糖尿でも高血圧でも、それはほっとおけば死が見えています。それをどうするかは、自分の人生との相談でやっていくしかない。何もやらないというのは、その人が自分で自分の人生を放棄することにつながりかねないわけです。

佐藤 そのことが、分かっているてもなかなかやれない。だからサポーターが必要なのです。

大本 そこが一番のポイントなのでしょうね。

佐藤 医療に限らずです。やらなければいけないと分かっているけれど、やってはみたものの、長続きしないことというのはいっぱいあります。でも生命にかかわるわけだからぜひ続けてもらいたいので無理しないでやりやすいテーマを選んでください。何度も行動目標を

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

変えて、自分のやりやすい、自分に合った、無理のない療養を選んでくださいというのが健康増進外来です。無理のない療養を選ぶという主体的な生き方そのものが健康なのだという立場にたって、押しつけられたり叱られるので頑張る医療ではなくて、自分のために自分で工夫して折り合いをつけていく。

大本 自律的で、自分に対して自治的ですね。セルフ・ガバメント、自分自身を治めていくことですね。藤沢町自身がケルンとして自治を目指していますが、個人も自分の心身を自治する。

佐藤 患者さんのやる気とかプライドを高めるという意味でよくエンパワーメントという言葉が言われるのですが、言葉を変えていうとある種のエンパワーメントです。患者中心のと言ってもいいかもしれない。でも、それをもう少し進めて僕らのほうではスキルによって自分で行動目標は立てましようの世界にしているんです。健康増進外来は、1990年から2000年までだったかWHOで提起されたヨーロッパのヘルス・プロモーションの実践です。これはちょうど藤沢方式のようなものを企業でやってみたりする、地域でやってみたりする、さまざまなトライアルの集まりなのです。

大本 先生はそういう先端的理論と実践に基づいてやっておられるのですね。

住民が医療を育てるナイトスクール、住民が若い医師を育てる研修報告会

佐藤 次に藤沢方式のもう一つの特徴としてナイトスクールがあります。今日（2008年9月3日）もありますけれど、ナイトスクールに代表される住民参加です。いま、全国的にモンスターペアレントとか医療崩壊とか、いろいろなことが言われていますが、実は住民参加が地域を挙げての健康と密接な関係があるのです。健康が大事だといっても、お医者さんや保健師さんが頑張って、みんながそれに言いなりになっていけば健康になるというわけではないので、病院についても住民の皆さんに支えてもらう、住民から意見を出してもらう。非常に重視しているのは診察室の外でも話し合おうということなのです。

たとえば診察室のなかで待ち時間の問題や医療費の問題とか、いろいろなことを言っても、診察室のなかでは患者さんは非常に不安で緊張もしていて、ある意味では弱者になり得る時間でもあるのです。そこでいろいろ医療の在り方について議論してもそもそも対等の関係になりにくい空間です。一対一で密室だということもあって、お互いに感情の整理も未整理になりやすい。自分の健康問題は診察室でいいとしても、藤沢町の医療の在り方とか介護の在り方とか健康づくりの在り方といったことは、皆さん自身、病院の運営者として診察室の外でぜひ考えましようという主旨からナイトスクールをやっているのです。ナイトスクールをやるようになってから寄付が増え、ときにはものすごい寄付さえしてもらっています。

今年からもう一つやっている住民参加としては、意見交換会というのがあります。意見交

換会というのは、僕らのところにも自治医大とか県立病院とかから一カ月間、地域医療保健実習ということでお医者さんが来るのです。大体、卒後2年目の先生ですけれど、そういう先生たちが研修をした後に自分の研修の成果を発表して、スタッフからフィードバックをもらうという研修報告会があるんです。これに住民も参加してもらって、住民にも聞いてもらう。それから、その後の交流会に参加してもらって住民から若いドクターにエールを送ってもらうということを始めました。

これは千葉県県の県立東金病院で、平井愛山先生が医療崩壊を防ぐために一生懸命やっている企画の一つなのです。「クローバーの会」とか「東金市民医療を守る会」とかをつくっている主婦の方がいらっしゃるのですが、その方々にも藤沢町に来てもらって教えてもらっています。

もう少し詳しくいうと、若いお医者さんと診察室の外で話をすることによって、どんなお医者さんにも修業時代があり、誰かの息子や娘だったり孫だったりするという当たり前のことにみんなが気付いて、医療といふとなんでも100%完成された療法を得たいという要求や欲求を、もう一回クールダウンして考えてみましょう。だからせっかく外来実習に先生たちがきても、“おらは若い医者は嫌だ、おらは院長がいいだ”と言っていると、若い先生が来ても勉強ができません。“今日は若い医者があるな、では若い医者のところに寄って励ましていこうという気持ち、もたなければ育たないよ”と言っています。これをやってから、若い先生の診察を非常に嫌がるということはありませんでした。

大本 それは珍しい試みですね。

佐藤 ナイトスクールのほうは、みんなで医療を考えて、医療を育てましょうということですが、こちらは地域で若い医者を育てましょうということです。これら垂直統合、総合と包括の医療、健康の概念、住民参加というものが、藤沢方式といわれる柱になっていると思います。さらにそれらを現実化するためのエンジンとして、経営の改善——仕事の中身を改善させるための改善大会などもやっているのですが、概念的には大体、これまで述べてきた4つの内容のものだと思います。

「カイゼン」による医療の経営改善

大本 経営改善をめざす改善大会というのは、どういうものですか。

佐藤 日本の製造業ではよくQC大会というのをやっていますね。クオリティ・コントロール、品質管理です。日本では戦後、占領軍が入ってきましたが、電話回線がパンクしたり、よく切れてしまうので非常に電話が通じにくいというアクシデントが発生したので、アメリカからデミングという偉い博士を招いて、今のソニーや松下とかの企業を指導したのです。それは要するに物をしっかりと作るためには、統計的な手法を駆使した生産管理が必要だ

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

ということです。それを一生懸命やって日本の電子機器はすごくよくなったのです。それを日産やトヨタも取り入れて車の質も本当に良くなったのです。トヨタのカイゼン運動という名前で世界で名をはせて「KAIZEN」という言葉は国際語になっています。

大本 トヨタでは何かアクシデントが起こると最低五回“なぜ”を追求させるということですが、そういう「カイゼン」ですね。

佐藤 しかし、日本では医療などのサービス業ではあまり「カイゼン」が行われなかったのです。ところがアメリカのハーバード大学などいろいろなところで医療の部面にも「カイゼン」を取り入れて、それが日本に再上陸してきたのが医療のTQM。

大本 トータル・クオリティ・マネージメント、全社品質管理ですね。

佐藤 そうです。今、アメリカは「カイゼン」の国家賞というものもあるのです。大統領からもらえる非常に大きな賞であるMB賞（マルコムボルドリッジ賞＝MB USA Award 米国家経営品質賞¹⁾）です。MB賞の対象は行政とか協会とか学校とか病院とかでいっぱいです。1990年代の後半から、日本は非常に遅れているということで、医療事故を防ぐ目的もあって、日本にそれが逆輸入され総合的な質の改善活動になっているのです。それは日本にきて最初に5つの病院が始めたんですけど、これに藤沢町民病院も入っているのです。東北大学の先生と一緒に始めたのです。病院全体で質の改善をしっかりと続けられるような仕組みをつくりチームごとにいろいろ改善したものを年に一回、改善大会で発表し合うのです。そういうことをやっているのは、東北では4カ所くらいしかないのです²⁾。

大本 小集団活動をやるのですね。

佐藤 そうです。小集団でどこに問題点があるか、問題の分析をして、どんな効果が出るかを想定してみて、数値目標を立ててやって、ここまでよくなりましたと報告するわけですね。たとえば水を少し無駄に使っているのではないかと考えて、それをこうして抑えましたとか、患者さんの待ち時間を短くするために、こういう配置にしてみたらどうかとやってみましたら改善されましたといってきます。

大本 医療現場でも十分応用できるのですね。

佐藤 現場で取り組む改善活動。現場のことは現場の人しか知らないという発想で始まっています。

大本 そういう観点からすれば、生産現場だけでなく、あらゆるところでたくさんあるでしょうね。

佐藤 医療の世界は院長先生とお医者との権威による支配がほとんどで、これまで現実を分析して数値目標などでコントロールというのはなくて、オーソリティーによるコントロールが中心だったのです。理屈に合わなくても院長先生がそう言っているからやったという感じが強かったのを、もっと事実による改善というか、働く人の知性に依存した病院づくりということです。そういうものが今は藤沢町民病院でも定着してきています。

大本 藤沢町民病院では、健康のための行動変容というのに取り組んでおられますね。

佐藤 はい。健康増進外来がそれに当たります。

大本 非常に分かりやすいのですが、効果のほどというのはどうですか。

佐藤 わたしの「心理的サポートを重視した糖尿病外来『健康増進外来』の試み」(『日本診療内科科学会誌』, vol.12, No.3, 2008, 135～139頁)という論文に書いてあるのですが、効果というのは、一人ひとり違うので、なかなかそれを測るのは難しいけれど、今までのすごくコントロールが悪かったとか、しょっちゅう治療から脱落していたとかいうことを改善するのです。実際のところ糖尿病の診療というのは脱落、中断との戦いでもあるのですね。皆さん、非常に前向きに自分で療養の方法論を考えているので、幸い、一人も脱落者が出ないで、一人も悪化せずに済んでいるのですが、数字で他の医療と比べてどうかはなかなか比較が難しいのです。

ちょっと専門的な話になりますが、糖尿病がその人の人生に与えるストレス的なインパクトを図る尺度があるのです。PAID(資料1)というアンケートです。そういったものでみると、非常にPAIDも低い。それからSF-36(資料2)と言って主観的な健康観を見るためのショートフォームというのがあるのですが、要するに健康かどうかを病気に関連づけてみても前後で明らかに良い方向にしていることを今年、同僚が発表することになっていますが、多分、そういう点でもいいんです。ストレスが減って主観的な健康観が上がって、糖尿病も改善しているということです(資料3)。

大本 私の周りにも糖尿病の友人たちがいますが、なかなか行動変容ができないですね。知識として良く分かっているのですが、改善のために自分で行動できるかと言ったらほとんどやってない。そこで他者から“なんとかしなさい”といわれると、それがすごくストレスになるからと言われるので何にも言えない。しかし明らかにどんどん進行している。失明すると分かっているにもかかわらず改まらない。

医療における SFA (ソリューション・フォーカス・アプローチ)

佐藤 自分の行動だけでも変えるということは大変です。ですから他人の行動を変えるのはもっと大変。人間関係を悪化させないで、他人の行動を変えることは非常に難しい。クライアント中心主義と言うんですが、自分が逆に相談される側の相手に合わせて変えられるかという問題点があるんですね。それは20世紀の大きな業績で、心理と行動に関する理論なんです。そういったものを勉強していく³⁾。

大本 糖尿病に限らず、例えば、たばことかお酒とか明らかに健康に良くないことが分かっているけど、なかなか行動変容は難しいですね。だけれど考え方としては同じですね。

佐藤 同じです。でも糖尿病の場合は、基本的に治す薬がないのでやはり必ず行動を変え

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

なければいけないので、そこが一番他の場合よりも厳しい。

大本 薬がないのですか。

佐藤 本当の意味ではないのです。血圧を下げる薬はありますけれど、糖尿を治す薬はないのです。そのためにいろいろなことをやるのですが、まず患者さんに気づいていただく、今の現状を知っていただく。少し古い1950年代より昔の理論は、知識があれば人は変わるという理論です。これは何かというと、なぜ、この人は食べ過ぎちゃうのだろうと問うてみると、ストレスがあるからだとか、会社で残業があるからだとか、意気地なしだからとかが考えられる。またなぜ、運動しないのだろうと問うと、太っているからだとか、運動がそもそも嫌いだからとか、いや怠け者だからとかが考えられる。そういうその人のだめな理由、なぜできないかという理由を考えていく考え方をプロブレム・オリエンテッド・アプローチ＝問題志向型アプローチというのです。そう考えて、なぜ、食べ過ぎちゃうのか、なぜ、運動不足なのかを考えましょうと専門家と一緒にクライアントが考えていくうちに、やはり自分がどうしようもない、だめな人間だということを念を押されてしまう。それで無力化されていくというのがあるのです。

これは、成人学習理論とかいろいろな名前で行われているのですが、たしかに知識があつて行動が変わる人はいますけれど、でも全員ではないのです。知識もあつて行動が変わらない人は、そのことのギャップで苦しむという面があります。そして無力感、挫折感を味わうのです。

だからそうならないように、まずは知識を持っていただくけれど、その知識が脅かしとか凶暴にならないような、ニュートラルな知識の与え方をします。そこでどういうふう生きるべきかについては、相手を尊重するどころか、相手の言う通りにしかなりようがないということをお認めなければならぬ。とはいえ、ここからが分かれるんですね。だったら放っておけばいい、やる気のあるやつだけおれのところに来いという熱血コーチ風というか、“やる気のないやつは面倒なんか見ない、止めろ”という人、お医者さんにもそういう人います。

ですが、僕はそういう考えはとらなくて、どんな人でも自分なりに努力をしているし、必ず解決する。もし、その人がたばこを止めなければいけない病気があつて、たばこを止めなければいけないのだとしたら、必ずその人には自分でたばこを止める力があるんだと信じることからスタートしようということです。それは妄想かもしれないけれど、例えばAさんという大酒飲みで糖尿病で、全然運動しなくて、甘いものいっぱい食べて、油っこいもの食べて、あそこが悪い、ここが悪いと言っている人がいるとする。ですが、その人が1年後に糖尿病がすごく良くなって、いろいろな問題行動を解決している人になっているとするでしょう。そのAさん、どうやって変わったんだろうと考えたら、やはりその人が1年間努力して、その人が自分で変わったはずなんです。

だから、もし良くなる日がある日奇跡的に来るとしたら、必ずそれはその人の力で良くな

るんだと信じることでですね。これが新しい複雑な家族問題とか生活習慣病とかの込み入った問題と付き合っ治していくときの新しい考え方で、解決志向型アプローチといっています。これは、そういう人へのフォーカスト・アプローチなので、SFA（ソリューション・フォーカスト・アプローチ）⁴⁾ ということです。

つまり必ず良くなるとしたら、自分の力で解決できるんだよということを患者さん、クライアントと一緒に考えていく。これにはいくつかの技術があるのです。たとえば、1カ月に1回でもうまくいった人に会ったら、その日はなぜうまくいったのかを聞くといったことを繰り返して、だめなようでも自分にも力があるし、孤立無援なようでも支援してくれる、励ましてくれる人もいることに少しずつ気づかせ、周りと折り合いを付けながら解決していくということです。

このSFAをいま、一生懸命勉強しています。東京でそういうカウンセリングをやっている専門家がいるのです。田中ひな子先生（原宿カウンセリングセンター臨床心理士／立教大学社会福祉研究所研究員）という先生です。最初（2007年2月10日）は向こうから押し付けてきたんだけど、その先生に来ていただいています⁵⁾。

このSFAの考え方というのは実は医者や看護師のストレスも非常に減らすのです。相手の悪いところを見つけるのを医学用語で“診断”というのです。糖尿病患者を担当している看護師に悪いところをどんどん見つけていって、しかも自分の指導法が悪いのではないかとイライラして、その怒りの感情を患者さんにおつけて燃え尽きてしまうこともよくあるのです。それがなくなる。そういったことをやるために、いろいろなツールを用意しているのです。

大本 いま、お話を聞いていますと患者さんの話ではなくて、学生の教育でも同じと思いました。

佐藤 学生の教育、非行とか不登校とか、そういうことに全部応用できる新しい考え方なのです。僕も、この考え方を最初に知ったのは、東京大学に不登校の取り組みをしている森俊夫先生が教員向けに書いた『“問題行動の意味”にこだわるより“解決志向”で行こう』（本の森ブックレット、2001年）という本を見つけたのがきっかけだったのです。不登校の話というのはまったく糖尿病そのものだなんて思って調べたのです。最初から医学の世界でないところでいっぱい活用されていたのです。だから僕にとっては不登校と糖尿病とは似ている。

大本 学生に対しても同じです。こうあってもらいたいと、もっと勉強してもらいたいと思ってもなかなかそうはいかない。

佐藤 こちらが、自立してテーマを選べるようになってほしいとか思っても。いついっても無気力だとか、ありますね。（笑）

大本 一番、悩みの種なのです。

佐藤 何か新しいことをやると1週間くらいはやるけれど、すぐに飽きて続かないという

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

のもあるではないですか。

大本 だから、自分で気づいてやるようになってもらうにはどうしたらいいか。

佐藤 実は“あなたにはそういう能力があるんですよ”と言われることが一番最初の気づきのはずなのです。そうじゃなくて宿題ばかりだと嫌になってしまう。

こういうことがわかっている糖尿病の専門家とか心理療法の専門家が、この山の中まで押しかけてきて教えてくれているんです。

大本 そういう先生方がこちらへ来られるのは、こちらの病院を見たいからですか。

佐藤 こちらは山の中で修業のような生活しているんですけど、出版社の企画で、そっちで勉強会を開かせて下さいとか、そういうことから来るのです。(笑)

大本 先生はすごく良いアンテナというか、感性をお持ちだと感じました。先生のそういう感性とか発想というのは、どういうところから築かれたのでしょうか。

佐藤 うーん。

大本 旧来の医療を主張する人たちから診れば、すごく先進的ですね。

佐藤 たしかに変ですよ。(笑)

大本 出る杭は打ちたいみたいな側面はないのですか。

佐藤 あまり打たれてもいない。僕は基本的に競争的ではない世界にいるでしょう。たとえば大学の講師だから他の講師を潰して自分が教授になろうとか、どこかの病院にいて院長を選ぶレースに参加している診療部長だとかというわけではないので、みんなにとって僕は入れ知恵しても、自分の将来が侵されない安全な人でもあるのですね。

大本 ということは、自由に発想して自由にそれを実現できる。

佐藤 みんなが僕に教えやすい。それとこういう狭い領域の医療だけでなく、なんで社会のことに医療のことを考えるかという、それは僕の仕事だからです。僕が藤沢町へ来たときに病院だけでなく、保健・福祉・医療全体を町づくりと一体となってやってほしいと依頼されたわけですから、それを僕の職務の一環として考える立場になっているということです。だから、本も医学の本だけでなく関連するものは随分読むようにしているのです。

糖尿病こそ現代病の典型

大本 先生がご紹介されたご本は、心理学関係のものですか。

佐藤 これは健康増進外来だから臨床心理学ですね。

大本 こちらは、ナラティブ・セラピー⁶⁾。

佐藤 ナラティブ・セラピーも随分勉強しました。

大本 そうですか。なかなか広い分野にわたる勉強をなさっているのですね。保健師さんと話しておりましたら、寸劇なども。

佐藤 やりました。

大本 そういうのも、このナラティブ・セラピーの一つではないのですか。

佐藤 その一環です。ナラティブ・セラピーの実践の中に出てくるのですが、オーストラリアのある地域で糖尿病を良くすることに取り組んでいるバーバラ・ウィングードというアボリジニーの保健師さんがいるのです。今も元気でやられているのですけれど、その人の取り組みから、寸劇をやってみたりしているんです。

大本 コミュニティのなかで。

佐藤 そうです。コミュニティのなかで、糖尿病を良くしましょうということで、「シュガー」(寸劇で糖尿病のことを名付けた)という寸劇で取り組みがあるのです。『シュガー』という章があるのですけれど、C・ホワイト/D・デンボロー編集、小森康永訳『ナラティブ・セラピーの実践』(金剛出版、2000年)に載っています。

大本 1950年代、イギリスで精神病患者を病院のなかで治療するのでなくて、地域のなかで治療していくコミュニティ・ケアというのがありましたが、日本で実際にはやられた医療は病院の治療です。そういう現状ですから地域で糖尿病を治療していこうというのはすごいですね。

佐藤 それというのも、病院の中だけで良くなっても、地域に行ったら元に戻ることの繰り返しになりますね。人間にはいくつもの顔があるわけですから、自分自身しっかりと統制を取っていくために必要なのは、自分の頭で考えるということなのですね。

大本 人間、一応成人すれば自立して、自分で自分のことを決めていくということは、それが成人になるということですから当たり前とされていますが、なかなか難しい。

佐藤 なかなかそうはできないですね。自分が人生を生きていくときの主役だとしても、やはりコーチが必要なんです。コーチといっても技術だけを教えるのではなくて、人生の辛い時期であることを理解し支えてくれて、「きっとできるよ」と言ってくれることが必要なのです。だから糖尿病の療養というのはある意味では、浪人生に付いている家庭教師みたいなところがあるんですね。糖尿病になった時点で、みんなにきっと自分の生活をコントロールできないと見られているんだらうと感じていて、ちょっとプライドが傷ついているわけです。そして合併症を起こさないために、第2回目のチャレンジになっているわけですね。そこにプライドと挫折が入れ替わり出てくるという糖尿病特有の心理が作られてしまうのです。

大本 なるほど。糖尿病は怖いですね。

佐藤 怖い病気です。きっと21世紀を代表する病気です。まさに糖尿病の時代ですね。

大本 高血圧とか癌ということではなくてですか。

佐藤 糖尿病こそが、まさしく現代的な病気だと思います。

大本 主要な要因というのは、何ですか。

佐藤 主要な要因は、多分、昔だったら食べ物を自分で調理して食べるしかなかったでし

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

よう。それがそうでなくて食べられる食事がコンビニエンスな時代になってきた。あと歩かないとどこにも到達できなかったのが、歩かなくても到達できるようになってきた。この二つではないですか。

大本 飽食と運動しない、身体を動かさないということ。

佐藤 クルマ化された社会ですね。

大本 まさに現代病ですね。

佐藤 とくに日本には大量に輸入している食べ物があるし。

大本 要するに、コンビニに行けば、すぐ手軽に食べられる。

佐藤 例えると、コンビニをはびこらせている国家政策による病気みたいな面があるんじゃないですか。

大本 食糧政策・農業政策にも及ぶ。(笑)

佐藤 だから犠牲者だというつもりはないですが、個人の力で24時間、ローソンとかセブンイレブンとかトヨタ、ホンダなどから垂れ流されるコマーシャルによって支えられているテレビ文化などがありますね。そのなかで、うんと食べたりすることが悪いことだとはけっして出てこないですもの。格好いい車に乗って、おいしいものが食べられる店に行き、珍しくて、うまいお酒を飲む。それでなおかつスタイルの良い人がテレビの中にいっぱい出てきて、どちらが本編でどちらがコマーシャルだか分からないような番組がずっと流れてくるじゃないですか。そういった強い主張にさらされ続けて生きているわけです。だから、自分の頭で考えない限り絶対克服できないと思います。

明治時代には糖尿病はすごく珍しい病気で、東大のなかの症例検討会とか内科の学会の報告をみると、現在、日本に100人ほど糖尿病がいると書いてあるんです。非常に珍しいので、“われわれが経験した糖尿病1例を詳細に報告する”なんて書いてあるんです。それがあつという間にこうなったのは、まさしく政治も経済も大きく経済のグローバルゼーションのなかに入って、大量にクルマを売って、その代わり大量に食べ物を輸入してというぐるぐる回る社会に入っていることにあるのではないですか。

大本 食べ物は自分で作らなくても、いろいろとレトルト食品をはじめ沢山あります。自分で作らない食べ物と糖尿病との関係はどこにあるのですか。

佐藤 コンビニ弁当といったものは食べてもすぐには消化されないのです。ご飯には空気がかなり入っています。よく噛んで、胃の中に入って胃で少し消化されて、でも吸収されるのは小腸に行くまでゆっくりなんです。たとえばビタミンとかカロリーメイトとか、大人が吸飲するような栄養剤があります。ああいうのは液状で消化されやすいようにつくってあるので、入ってきたらあつという間に吸収されるのです。ですが、一気に吸収されて血糖値が上がってくることに身体が追いつかないのです。ゆっくり上がってくれば、それに合わせて身体が10とか20とかいうインシュリンを30分、1時間かけて出すのはできるのだけれど、

15分後に300というのは出せないのです。

だから液状の甘い飲み物、たとえば缶コーヒーなどは非常に糖尿病に悪い。1日のカロリーを守っているからいいということでは全然ないのです。吸収のスピードが早いということがあるんです。だから日本食だにご飯とおかずいろいろな食べ方があるでしょう。でもおかず、おかず、おかず、ご飯ではだめだというでしょう。間にご飯が入っていると、ご飯はお腹の中に入って、膨らみますからなんでもゆっくりになるんです。これを伸ばして、米のせんべいにしてしまえば、びしびしと入っちゃっう、そういう差があるんですね。

大本 人間の身体が対応していけないスピードというのは怖いですね。

佐藤 喉ごしがいいようにしてある脂っこいものは、ものすごくカロリーが上がってしまうのです。よくスポーツドリンクなんかで宣伝しているでしょう。ああいったものが糖尿病には非常に悪いです。ああいった軟くてすぐに吸収されるものが糖尿病を生み出しているのです。パッとインシュリンを出せというのに膵臓が疲れてしまうのですね。

大本 それは知らなかったです。

佐藤 ゆっくりインシュリンを上げるような食物を「インシュリンインデックス」と言って、「インシュリンインデックス療法」と言った本も売られています。

大本 私はスポーツジムに行っていますが、そこで売っているのはすべてスポーツドリンクです。ジムの先生は、お水を飲みなさいとトレーニング中に指示されますが、その水とは、スポーツドリンクです。それは機能的に意味があるとしても、いま先生がおっしゃられたようなことだと、長くそれを続けていると非常によくない。

佐藤 筋肉の疲労を早く取るためには、アミノ酸とかいろいろあります。そういう飲料は、暑い中で走ったりする人とかオリンピックを目指す人とか、よほど激しいトレーニングをする人にはいいかもしれないです。普通の人には、ただの水か、ただの水にちょっと塩が入るくらいでちょうどいいのです。そんなに塩分がなくなってということは全然ないですから、さしあたり必要なのは水分なんですね。

大本 私たち、一般常識としてそういうことは知らないですね。

佐藤 売る側のほうの情報のほうがいっぱい露出して、すごいんだもん。

大本 怖い話ですね。いいと思っていたもので知らないあいだに身体が蝕ばれてしまう。

佐藤 現実というのは人びとの認識にもとづいてつくられるという社会構成主義⁷⁾といった世界では、“ドミナントな理論”と言うのがありますが、その時代にすごく威勢がよくて、権力があって、お金がいっぱい使えるような考え方のことですね。これに対し、専門職にはこの“ドミナントな理論”にノーと言って立ち向かっていくための技術が必要なのです。そうでないとそれに巻き込まれてしまう。これまでの話はそういうことと似ていますね。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

医療における悪魔的なものと医師の社会的使命

大本 先生、お忙しくいらっしゃるのによく勉強しておられるのですね。すごく考えさせられました。

佐藤 それはさっきもお話したように、僕に期待されている仕事の一部ですから。僕は単純な狭い医療だけでやって下さいというのではない仕事だということなので、こっちに来ているのです。

大本 すごい使命感ですね。

佐藤 でも、おもしろさでもあります。前の病院で僕は医療というのはけっこう悪魔的だと思ったのです。自分の技術を生かすためには誰かが病気ならないといけない。僕が非常に努力して気管支や肺の中にカメラを入れて、肺の悪いところを診断づける技術を磨いていました。

大本 県立久慈病院ですか。

佐藤 そうです。そこに僕の後輩として岩手医大の教室から4人とか5人とかが集まって、1日5人とか6人の肺にカメラを入れて、1年間の件数が日本の全国の病院の何番目かに入るくらい、どんどん診断して手術する。最初の頃は、それで非常に技術も向上していくし、おもしろい。ですが、街ではいっばいたばこを吸っている人がいるわけですね。たばこを吸っていたら確実に肺がんになる割合が決まっている。でもそちらは放っておいて、早々と癌をみつけたと自慢しても、それはある種の悪魔ですよ。要するに不幸が起こることを放置している。それでだんだんと疑問を感じるようになりました。

大本 どんどん悪いことやらせておいて、あとで結末だけのところで治療する。

佐藤 だから、その時に思ったのは、予防と結びつかない早期診断は悪魔的なものである。たばこによってほとんどの早期肺がんが誘発されてくるのであれば、一生懸命、禁煙活動をして、それでも発生してくるものを水際で発見するというのがいいのだと思うけれど、そうでなければいかにお金が入ろうとも、自分の技術が高く評価されようとも、それは本当の意味での医者やりのやりがいではないのではないかと思ったのです。

それから、肺がん手術をした後は、たばこを吸っている人の場合、かなりの人が呼吸不全になります。酸素療法が必要になります。おうちで酸素療法をやるのを法律で許されていなかったから、栄養療法も必要なのですけど、そういったものは、当時、手薄だったんです。

もう一つ考えたのは、医療が終わったあとの、今でいう介護、当時は福祉とっていましたが、その人の生活に関心をもたないで診断だけ、治療だけに血眼になってやるのも、ある種の悪魔だなどというものです。その6～7年間の久慈病院の経験でそういうことは非常に洗練された悪魔的なものだなどと思うようになっていましたので、僕は自分の医療技術が役に立

つためには、医療の前後を整えていくということをやらないと自分の勉強がそのままではみんなの役に立たないと思ったのです。

だから藤沢町で医療の“前”の保健と、医療の“後”の介護が一体だということは、僕にとっては自分の長年の疑問を解決する非常にいいチャンスだし、やりがいのある仕事だし、自分の医学の知識や技術が本当に名前も顔もある誰かの幸わせの役に立つということにつながるのではないかと。そうしたら、それが一番、自分の人生にとって自分が医者になったことが良かったということにつながるのではないかと考えるに至ったのです。

大本 それが先生が藤沢町に來られた原点ですね。

佐藤 そう、原点です。

大本 日々の病院の激務でお疲れになりませんか。

佐藤 まあ、疲れません。仕事ですからね。3食のご飯みたいなもの。

大本 それでは天職ですね。

佐藤 天職じゃない。訓練です。

大本 使命感に燃えていらっしゃるので疲れを感じない。いやいやながらやると疲れを感じます。

佐藤 少なくとも誰かから働かされる立場ではないんです。

大本 主体的にとりくむ仕事。

佐藤 完全な管理職ですからね。ただ管理職でありながら監督でありコーチであり、なおかつプレーヤーでもある。

大本 先生にはそれだけの能力的なキャパシティーもおありなので、たくさんの役割を担っておられるのだと思います。

佐藤 ミッションに基づく訓練です。

大本 それだけ強烈なミッションをおもちですと、長生きされますね。

佐藤 結局、医療に限らず社会で何か活動することは、ミッションがなければだめなんです。ミッションがあるから努力する、なにをしてもゴールというものがあるんで、目的もゴールもなしに頑張ると言っても、何を頑張ったらいいか分からない。今の医療の一番の問題はミッションを見失っていることだと思います。労働時間が長いとかなんかではないです。働きがきついのではなくて、何を成し遂げたいかが分からなくなっている。

大本 だから逆に嫌なことがあると、それが重荷になってくる。ミッションがあればそれがそれほど苦にならない。

佐藤 僕は別にぜんぜん宗教的には何もないんですけど、自分の仕事は良い意味でも悪い意味でも大航海時代にいろいろな地域に行った宣教師に似ていると思う。やはり新しい文明というものを伝えたいと思って、一生をそこで捧げているわけですね。そこで殉教しているわけです。でもさすがに世紀が違うので、押し付けたりはしない。僕は住民中心でいくよ

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

うにしていますが、それをしないと植民地主義になってしまう。

大本 その地域の人が主体になるような形にしないと、そうなりますね。

佐藤 だから、いろいろ猛烈に頑張るんですけど、やはり地域の人自分たちでしっかり考えて選択してコントロールしていく医療なんですよというスタンスでやっています。

大本 地域の人たちも先生のそういう思想というか、思いは伝わっていると思いますけれど。

佐藤 どうでしょうか。

大本 でも先生は事あるごとに住民・患者主体ということをおっしゃられているわけですよ。

佐藤 多分、雰囲気としては理解されていると思う。生き方としては理解されていると思う。

大本 佐久病院の若月俊一先生は98歳まで生きられました。あれだけの激務のなかで、アカだのなんだのと言われながらですから外的な圧力もあったと思うのです。しかし、あの使命感と情熱はすごいですね。普通、医者には早死が多いといわれているのに逆ですから。

佐藤 医者の平均寿命は一般の人の平均寿命より10歳くらい若いそうですね。

大本 あの100歳近くまで生きられたのは何故なのでしょう。

佐藤 日野原重明先生もそうです。遺伝子も働いているかもしれませんね。

大本 遺伝子だけではなくて、やはりミッションの情熱と実践力ではないでしょうか。ミッションがないと長生きできないのではないかという気がします。

佐藤 大きな仕事にはある意味でストレスがあると思いますが、よくないストレスというのがどうやって生ずるかという、大きな責任で小さな権限、これがストレスになる。それからソーシャルサポートの欠如。ソーシャルサポートをしっかり受けながら、大きな責任に見合うだけの大きな権限を獲得していけば、ストレスがやりがいに変わっていく。なかなかそういう人だけではないけれど、僕もそうだといいし、そういうふうに感じていますね。

大本 若月先生にしても精神が肉体を引っ張っていったと思います。そういう強烈な使命感を持った情熱家を見ますと、ああ、この方は長生きされるなと思ったりします。

佐藤 若月先生に最初にお会いしたのは、自治医大の学生時代に学生が呼んで話をさせていただきました。そのあと、何回かお会いする機会があったんですけど、僕には佐久病院に行くというのになかなか抵抗があったのです。すごく影響されて藤沢を見失うのではないかと怖くて行けなかった。今は代替わりしていますから行っても大丈夫だと思うけれど。(笑)

大本 でもやっている内容は、若月先生と佐藤元美先生はほとんど同じですね。

佐藤 なんか、よくそう言われるんですけど。

大本 そうでしょ。私もそう思います。これは目標が同じでしたら、同じような方法になるのかなと感じています。

佐藤 若月先生は、いろいろ偶然的なこともあったんですが、農協をベースにやられましたが、僕は行政をベースにしている。

大本 佐久地域の医療も住民主体で徹底しています。

佐藤 そうですね、徹底しているね。僕が若月先生が名誉院長をやっていた頃の佐久に行くのが怖かったことの一つは、いくと自分の病院を大きくしていくんじゃないかという不安があった。やはり大きな病院には大きなリスクをとまなう、藤沢の身の丈にあった医療をつくっていかねばいけないのに、あまり影響を受けたくないという気持ちがあったんです。同じことは国保旭中央病院の諸橋芳夫先生のところについてもいえます。あそこも小さい病院が大きくなった病院ですね。

大本 小さい病院のままでいくか、大きな病院にしていくか、難しい選択肢ですね。先生は前者でいくわけですね。

お話はつきませんが、住民参加・住民主体の医療をめざし実践しておられるお姿を具体的に伺え、理解が深まりました。長時間にわたりどうも有り難うございました。

(2008年9月3日午後4時～5時30分、介護老人保健施設「老健ふじさわ」応接室において行った)

注

- 1) 米国のマルコムボルドリッジ賞は、日本の優れた企業や製品の品質、それを生み出すプロセス、さらには「デミング賞」の効用を学び、米国産業の競争力復活をめざして、1987年に創設した国家表彰制度。
日本では、1993年にわが国を代表する大手企業20社による「顧客満足」に関する研究成果を社会経済生産性本部が引き継ぎ、1995年に創設した表彰制度が「日本経営品質賞」である。表彰対象は、①大規模部門、②中小規模部門、③地方自治体部門。アセスメント基準は、(1) 目指すべき方向：顧客本位に基づく卓越した業績を生み出す仕組みを追求するための継続的改善・革新を組織風土・文化に持つ組織づくり、(2) 基本理念を構成する4つの要素：①顧客本位、②独自能力、③社員重視、④社会との調和、(3) 7つの重視する考え方：①顧客から見たクオリティ、②リーダーシップ、③プロセス、④対話による「知」の創造、⑤スピード、⑥パートナーシップ、⑦フェアネス、(4) I. 組織プロフィール、II. カテゴリー：1. 経営幹部のリーダーシップ、2. 経営における社会的責任、3. 顧客・市場の理解と対応、4. 戦略の策定と展開、5. 個人と組織の能力向上、6. 顧客価値創造のプロセス、7. 情報マネジメント、8. 活動結果。2009年度より病院部門が「日本経営品質賞」の中に入れられることになった。
- 2) 厚生労働省科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業として「NDP 医療のTQM実証プロジェクト」の一環で「医療提供システムの操業的質管理手法に関する研究」として平成13年度～15年度にかけてプロジェクトに藤沢町民病院も参加し、また、引き続き平成16年度～18年度にかけても参加している。
- 3) ステファン・ロールニック／ピップ・メイソン／クリス・バトラー『健康のための行動変容——保健医療従事者のためのガイド』（法研、2001年）。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

- 4) SFA とは、問題ではなく解決に焦点を合わせる治療モデル。すべてのクライアントは自分たちの問題を解決するために必要なリソース（資源）と強さをもっており、自分たちにとって何が良いことかをよく知っており、またそれを望んでいて、彼らなりに精一杯やっているのだ。クライアントこそがエキスパートである。治療者はクライアントが自分の力、リソースに気づくことができ、クライアントの望む目標に向けて解決できるように援助する立場にたつ。（佐藤元美「健康増進外来の実践」PCBM 17th Meeting, による）。
- 5) 「地域社会振興財団 295 回現地研修会」の一環として藤沢町民病院が主催で財団法人地域社会振興財団が共催となって“ナラティブの臨床実践”をテーマとして 2007 年 2 月 10 日に老健ふじさわ会議室で開催された。研修の内容は、「ナラティブと医療」と題して名古屋市立大学の古屋聡教授の講演から始まり、報告では藤沢町民病院の菅原良子看護師長および看護部局スタッフから健康増進外来の取り組みについて、自治医科大学から松嶋大先生からの「健康増進外来の立ち上げ」について、佐藤院長から「健康増進外来を振り返って」と題して報告がなされ、最後の「解決指向型アプローチと健康増進外来」と題して田中ひな子先生からコメントがなされるという構成で開催された。
- 6) ここで使われている「ナラティブ」とは、「語り」、「物語」、「会話」、「対話」などという言葉を一っくくめて「ナタティブ」と呼んでいる。人と人とのコミュニケーション、とりわけ言葉が関与し作り上げる世界を問題にしている（野村直樹教授の講演より抜粋）。
- 7) K・J・ガーゲン『社会構成主義の理論と実践——関係性が現実をつくる』（永田素彦／深尾誠訳）ナカニシヤ出版、2004 年。

資料1

日本語 PAID 質問表

H18・2/21 作

PAID 質問

答え方：あなた自身の考えでは、以下に示すような糖尿病に関連することがらが、あなたにとってどのくらい問題になっていますか？それぞれの質問理由について、最も当てはまる答の番号に○をつけて下さい。例えば、ある質問項目があなたにとって、心配でもなく、あてはまらず、問題になっていなければ、1に○をつけて下さい。もし、そのことでたいへん悩んでおられれば、5に○をして下さい。

それぞれの質問について、1から5の5段階の中から番号で選んで下さい。

1、自分の糖尿病の治療法（食事療法、運動療法、飲み薬、インスリン注射、自己血糖測定など）について、はっきりとした、具体的な目標がない。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
2、自分の糖尿病の治療法がいやになる。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
3、糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとこわくなる。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
4、糖尿病の治療に関連して、周りの人たちから不愉快な思いをさせられる（例えば、他人があなたに何を食べるべきか指示するなど）。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
5、食べ物や食事の楽しみを奪われたと感じる。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
6、糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると、ゆううつになる。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
7、自分の気分や感情が糖尿病と関係しているかどうか分からない。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
8、糖尿病に打ちのめされたように感じる。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	
9 低血糖が心配である。							
私にとってそれは	1	2	3	4	5	私はそのことで	
まったく問題ではない。						たいへん悩んでいる。	

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

10、糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると腹が立つ。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
11、つねに食べ物や食事が気になる。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
12、将来のことや重い合併症になるかもしれないことが心配である。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
13、糖尿病を管理していくことから脱線したとき、罪悪感や不安を感じる。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
14、自分が糖尿病であるということを受けいれていない。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
15、糖尿病をみてもらっている医者に対して不満がある。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
16、糖尿病のために、毎日多くの精神的エネルギーや肉体的エネルギーが奪われていると思う。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
17、糖尿病のせいでひとりぼっちだと思う。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
18、自分が糖尿病管理のために努力していることに対して、友人や家族は協力的でないと感じる。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
19、自分が今持っている糖尿病の合併症に対処していくことが難しいと感じる。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
20、糖尿病を管理するために努力しつづけて、疲れ燃え尽きてしまった。 私にとってそれは 1 2 3 4 5 私はそのことで まったく問題ではない。 たいへん悩んでいる。
20 項目すべての度合いを表す数字に○をつけてありますか、もう一度ご確認ください。

Copyright Joslin Diabetes Center

日本語版 天理よろづ相談所病院内分泌・糖尿病センター

資 料 2

日本語版 SF-36 (V.1.2.0)

--	--	--	--

アンケートのお願い

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。

このアンケートの結果はすべて責任者のみが扱いとりまとめて統計的に処理しますので、個人のプライバシーがもれるようなことはございません。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

ご記入上のご注意

- ・ご記入は、原則的にご本人にお願いいたします。ただし、ご記入がむずかしい場合には、ご本人がお答えになりそれをご家族あるいは介護の方などがご記入されてもかまいません。その場合あくまでもご本人の意見をご記入ください。
- ・ご記入の済んだアンケート用紙は、封筒に入れ封をして係の人にお渡しください。

禁無断転載・使用

Copyright© 1988, 2002 by Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated. All rights reserved.

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

問1 あなたの健康状態は？（一番よくあてはまる番号に○印をつけて下さい）

1 最高に良い	4 あまり良くない
2 とても良い	5 良くない
3 良い	

問2 1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。

（一番よくあてはまる番号に○印をつけて下さい）

1 1年前より、はるかに良い	4 1年前ほど、良くない
2 1年前よりは、やや良い	5 1年前より、はるかに悪い
3 1年前と、ほぼ同じ	

問3 以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、こうした活動をすることがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。（ア～コまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまる番号に○をつけて下さい）

	とても むずかしい	すこし むずかしい	ぜんぜん むずかしくない
ア) 激しい活動、例えば、一生けんめい走る、重い物を持ち上げる、激しいスポーツをするなど	1	2	3
イ) 適度の活動、例えば、家や庭のそうじをする、1～2時間散歩するなど	1	2	3
ウ) 少し重い物を持ち上げたり、運んだりする（例えば買い物袋など）	1	2	3
エ) 階段を数階上までのぼる	1	2	3
オ) 階段を1階上までのぼる	1	2	3
カ) 体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ	1	2	3
キ) 1キロメートル以上歩く	1	2	3
ク) 数百メートルくらい歩く	1	2	3
ケ) 百メートルくらい歩く	1	2	3
コ) 自分でお風呂に入ったり、着がえたりする	1	2	3

- 問 4 過去 1 カ月間に、仕事やふだんの活動をした時に、身体的な理由で次のような問題がありましたか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけて下さい)

	は い	いいえ
ア) 仕事やふだんの活動をする <u>時間</u> をへらした	→ 1 2
イ) 仕事やふだんの活動が思ったほど、 <u>できなかった</u>	→ 1 2
ウ) 仕事やふだんの活動の <u>内容</u> によっては、 <u>できないものがあった</u>	→ 1 2
エ) 仕事やふだんの活動をする <u>ことが</u> <u>むずかしかった</u> (例えばいつもより努力を必要としたなど)	→ 1 2

- 問 5 過去 1 カ月間に、仕事やふだんの活動をした時に、心理的な理由で (例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために)、次のような問題がありましたか。
(ア～ウまでのそれぞれの質問について、「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけて下さい)

	は い	いいえ
ア) 仕事やふだんの活動をする <u>時間</u> をへらした	→ 1 2
イ) 仕事やふだんの活動が思ったほど、 <u>できなかった</u>	→ 1 2
ウ) 仕事やふだんの活動がいつもほど、 <u>集中してできなかった</u>	→ 1 2

- 問 6 過去 1 カ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんにつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらいさまたげられましたか。
(一番よくあてはまる番号に○をつけて下さい)

1 ぜんぜん、さまたげられなかった	4 かなり、さまたげられた
2 わずかに、さまたげられた	5 非常に、さまたげられた
3 すこし、さまたげられた	

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

問7 過去1ヵ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。

(一番よくあてはまる番号に○をつけて下さい)

1	ぜんぜんなかった	4	中くらいの痛み
2	かすかな痛み	5	強い痛み
3	軽い痛み	6	非常に激しい痛み

問8 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）が痛みのために、どのくらいさまたげられましたか。(一番よくあてはまる番号に○をつけて下さい)

1	ぜんぜん、さまたげられなかった	4	かなり、さまたげられた
2	わずかに、さまたげられた	5	非常に、さまたげられた
3	すこし、さまたげられた		

問9 次にあげるのは、過去1ヵ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。(ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまる番号に○をつけて下さい)

	いつも	ほとんどいつも	たびたび	ときどき	まれに	ぜんぜんない	
過去1ヵ月間のうち	—	—	—	—	—	—	
ア) 元気いっぱいでしたか	→	1	2	3	4	5	6
イ) かなり神経質でしたか	→	1	2	3	4	5	6
ウ) どうにもならないくらい、気分がおちこんでいましたか	→	1	2	3	4	5	6
エ) おちついていて、おだやかな気分でしたか	→	1	2	3	4	5	6
オ) 活力(エネルギー)にあふれていましたか	→	1	2	3	4	5	6
カ) おちこんで、ゆううつな気分でしたか	→	1	2	3	4	5	6
キ) 疲れはてていましたか	→	1	2	3	4	5	6
ク) 楽しい気分でしたか	→	1	2	3	4	5	6
ケ) 疲れを感じましたか	→	1	2	3	4	5	6

問10 過去1ヵ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいをする時間が、身体的あるいは心理的な理由でどのくらいさまたげられましたか。

(一番よくあてはる番号に○をつけて下さい)

1	いつも	4	まれに
2	ほとんどいつも	5	ぜんぜんない
3	ときどき		

問11 次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまる番号に○をつけて下さい)

	ま っ た の と お り	ほ ぼ あ て は ま る	何 と も 言 え な い	ほ と あ ん ど は ま ら い	ぜ ん ぜ ん あ て は ま ら い
ア) 私は他の人に比べて病気になりやすいと思う	→	→	→	→	→
イ) 私は、人並みに健康である	→	→	→	→	→
ウ) 私の健康は、悪くなるような気がする	→	→	→	→	→
エ) 私の健康状態は非常に良い	→	→	→	→	→

これでこのアンケートはおわりです。ご協力ありがとうございました。

資 料 3

研究対象と方法

- **研究対象:**増進外来の患者(2003年10月~2007年3月)
- **研究デザイン:**横断研究
- **調査項目:**
 - 対象者基本情報(年齢, 性別)
 - 以下の初診時および3ヶ月時点の値
 - 糖尿病問題領域質問表(PAID)
 - 健康関連QOL(SF-36)
 - HbA1c
- **統計解析:**
 - 単純集計
 - 対応のあるt検定(PAID, SF-36, HbA1cの推移)

Fujisawa Municipal Hospital

PAIDおよびHbA1cの推移

(N = 22)

	初診時	3ヶ月後	P値
PAID*	42.4 ± 13.7	34.4 ± 11.1	0.011
HbA1c (%)*	7.5 ± 1.1	6.8 ± 0.9	0.019

PAIDスコア: 高いほどストレスが多い *平均±標準偏差

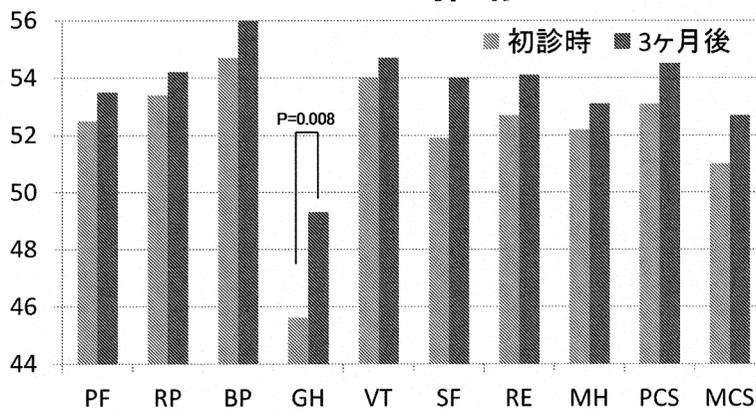
Fujisawa Municipal Hospital

結果 <対象者>

- 対象者： 22名
- 年 齢： 54.6 ± 6.6歳（平均±標準偏差）
- 性 別： 男性 15名(68.2%)
女性 7名(31.8%)

Fujisawa Municipal Hospital

SF-36の推移



いずれのスコアも50が国民標準値(2002年)。

PF:身体機能, RP:身体・日常役割機能, BP:体の痛み, GH:全体的健康感, VT:活力, SF:社会生活機能, RE:精神・日常役割機能, MH:心の健康, PCS:身体的サマリースコア, MCS:精神的サマリースコア

平成 20 年度地域ナイトスクール
第Ⅱ部 これからの地域医療の方向性について
国保藤沢町民病院事業管理者 佐藤元美先生

目 次

I. 話題提供

演題「これからの地域医療の方向性について」

藤沢町福祉医療センター

病院理念「忘己他利」

藤沢町民病院の歴史

藤沢町民病院事業

藤沢町民病院の特徴

総合医療——空間的広がり

包括医療——時間的広がり

ナイトスクール——住民が病院を支える

住民参加——住民は医療の運営者でもある

ナイトスクール——社会から生活習慣を考える

藤沢町民病院の 15 年

藤沢町民病院の 15 年をふり返る① 最初の 5 年——医療型

藤沢町民病院の 15 年をふり返る② 次の 5 年——公衆衛生型

藤沢町民病院の 15 年をふり返る③ 最近の 5 年——自己管理型

藤沢町民病院の強み

藤沢町民病院の不安材料

公立病院改革プラン

県内国保病院経営状況

県内国保病院医業収益

県内国保病院医業費用

住民のみなさんへのお願い

II. 意見交換

III. ナイトスクール傍聴記

I. 話題提供

演題「これからの地域医療の方向性について」¹⁾

佐藤 町民病院の佐藤です。こんばんは。今日は大勢お集まりいただきありがとうございます。今日は藤沢の病院の現状、これからの医療の問題点などを皆さんと話していきたいと思います。簡単に言うと、今後どうやって藤沢の医療や介護を守っていくかということをごさんと一緒に考えたいという趣旨です。毎年、ナイトスクールにお邪魔しているのですが、いつもナイトスクールに来て思うことは、自分の生活だけではなくて、医療保険のこと、介護保険のこと、病気のことなどで集まってみんなで考えましょうという、こんなに大勢の人が夜集まるということはなかなかないんです。これは藤沢町だけができることで、そういう意味ではいつもナイトスクールに来て、これが藤沢町で仕事をする意味なんだなとつくづく思っています。

それでは紙芝居のようなものを使いながら始めたいと思います。ナイトスクールは 1995 (平成 7) 年頃から始めたのもう 14 回目だと思います。あまり暗くするとみんな寝てしまうからこのぐらいがいいですかね (笑)。

藤沢町福祉医療センター (写真 1)

[病院, 特養, 保健センター, 役場, 老健, 居宅介護, 訪問看護ステーション]

このスライドに特別養護老人ホームの光栄荘, 保健センター, 訪問看護ステーション, 老人保健施設ふじさわが写っています。今はここにグループホームがあったり, こちら側に新しい光栄荘が写っていたり, 病院にも MRI (磁気共鳴画像法) という検査機械の入る建物が建っているので, だいぶ昔とは変わっています。

これが病院, 私の職場です。この写真を見ても, 皆さんあんまり変だと思わないでしょう。明かりがついています。病院ができたとき, この明かりが大変だったんです。あの近くには, 夜, 明かりがついている店はないんです。それで夜の 2 時位になっても明かりがついているので明るくて眠れないという投書や電話。それから夜, 車を運転していたら 2 キロ先からでも明るくて眩惑されて運転できないから今すぐ消してくださいという連絡なんか来たのです。藤沢町の人の闇に対する憧れはといったどこにいったんだと思うぐらいだったんです (笑)。今は明かりがついていても叱られることはないので, 安心して明かりをつけています。

役場の周りに病院があったり老健があったり特別養護老人ホームがあったりして全部が一ヶ所に集まっているというのは, 皆さんは普通だと思っていると思いますが, 日本に 5 ヶ所ぐらいしかないんです。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

写真1



隣り合っているけど、こっちは県立病院、こっちは町、こっちは民間になっていて、いがみあってうまくいっていないところが大半なのです。全部を同じ組織が運営しているところは少ないんです。その一つは広島県の御調町です。佐藤守前町長さんがモデルにして藤沢につくりたいと思っていた御調町。それから後に、それを東北地方でやろうということをやった宮城県の涌谷町。それからうちと、秋田県の大森町ぐらいなんです。だからこれは非常に実はめずらしいことです。なぜかという、いま、医療や介護は“官から民へ”と言われているんです。できるだけ民間でやってください。公務員がなんでおしめ交換をするんですかというふうに言われているんです。ですけど、それはそれなりに、もちろんマイナス点もあるけれど、いい点もある。このことはあとでお話します。

病院理念「忘己利他」

〔自治医大初代学長中尾喜久先生から書いていただいた「悪事向己 好事与他 忘己利他慈悲之極」(悪事(あくじ)を己(おのれ)に向(むか)え、好事(こうじ)を他に与えよ。己(おのれ)を忘れて他を利(り)するは、慈悲(じひ)の極(きわ)みなり)。最澄が朝廷に提出した山家学生式に由来する。 病院職員の名札に。 医療の本質。〕

私たちの病院の理念は、病院に来たことがある人は分かると思いますけれど、駐車場の口

一タリーのところにも、それから職員の胸の名札にも書いてあるものです。つまり「忘己利他」。これは中尾喜久という自治医大の初代の学長から書いてもらったんですが、伝教大師・最澄が朝廷に、自分たちのところのお坊さんの養成学校に国からお金を出してくださいと書いた申請書にある言葉なんです。「悪事を己に迎え、好事を他に与えよ。己を忘れて他を利するは慈悲の極みなり」。嫌なことは自分で抱えて、いい事は人に与えて、自分を忘れて他の人のために一生懸命やることこそが慈悲だ。そういったことができるような人を養成するので朝廷でお金を出して下さいという予算の申請書です。「忘己利他」という精神でやれ。そういう精神で最澄は比叡山延暦寺を建てたのです。われわれは北上山脈の山の中で同じことをやっているという感じです。

藤沢町民病院の歴史

[昭和 43 年、県立藤沢病院が廃院。 昭和 57 年、特別養護老人ホームと国保診療所で藤沢町福祉医療センター設立。 平成 5 年、国保藤沢町民病院開設。 平成 8 年、老健と在宅介護支援センター。 平成 11 年、訪問看護ステーション。 平成 15 年、認知症対応老人グループホーム。]

ここに出ているのが病院の歴史のあらましです。“医療崩壊”という言葉を知っていますか。テレビとか新聞、それからラジオで、医療崩壊という言葉を知ったという人は手を上げてみてください。半分ぐらいの人が知っている。昭和 43 (1968) 年に藤沢では医療崩壊があったんです。県立藤沢病院がなくなった年です。昭和 30 年代に県立病院ができて、多いときは 5 人ぐらいのお医者さんがいて、産婦人科もある、外科もある、そんな病院だったのですが、当時 30 あった県立病院のなかで最も規模が小さかったんです。そこで医師確保ができません。それから経営が悪いですということで、30 のなかで二つつぶすことになった。それが県立の藤沢病院と県立の東山病院だったのです。

今度は 100 床以下の県立病院は五つぐらい診療所にしようということで、花泉を診療センターという名前で診療所にしたりしました。現在は 200 床以下の院をどうするかということが次のテーマになってきています。そういうことが過去一度、藤沢町に起こって、その間、病院のない町になって大変な苦勞をしたと佐藤町長さんから聞いています。

そういうことで平成 4 (1992) 年に私が来て、平成 5 (1993) 年に病院をつくりました。平成 8 (1996) 年には老健と在宅介護支援センター。それから平成 11 (1999) 年に訪問看護ステーション、平成 15 (2003) 年に認知症のためのグループホームというふうに行って事業の中身を整えてきたということです。

藤沢町民病院事業

[平成 17 年度から地方公営企業法全部適用。 平成 18 年度、自治体優良病院総務大臣表彰。]

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

保健医療福祉複合体（病院，訪問看護ステーション，指定居宅介護支援事業所，老人保健施設，特養施設，デイサービスセンター，グループホーム）。 藤沢町福祉医療センター（町民病院事業，保健センター）。]

私たちの病院は，いま「藤沢町民病院事業」と名を変えて経営をしています。平成 17（2005）年から地方公営企業法の全部適用になったのですが，この全部適用になる前はどうかというと，町長さんが病院の管理者だった。病院長は町長さんの管理のもとで毎日の診療とか，そういうことを一部自分の考えでやる。いちいち町長さんのところにどうでしょうかと聞きにいかなくてはならなかった。つまり昔は人事のこと，予算のことは全部町長さんの許可を取らなければできなかつたんです。今は私が管理者になっているので，いちいちこういう人を採用したいとか，この人は仕事ぶりがこうだから注意しようとかいうことを自分で決められるようになりました。

お金のことも前は町長さんの右のポケットが一般会計，左のポケットは病院会計，水道会計ですね。そういうふうになっていたけれど，そうするとどうしても，そっちが足りなければこっちにスッと出すことができるので，それをやり続けると病院は 5 年後，10 年後を考えた経営ができません。なぜかという自分たちの努力ではなくて，そのときどきの地方交付税が町になんぼ来たとかで，病院が赤字になったり黒字になったりするからです。そこで今年，機械を買おうと思って貯めていたお金でも，役場が今年は大変だからちょっと 1 年だけ貸してくれと言われれば買えなくなるんです。それでは企業としてやっていくのはとても難しいということで，町長さんと相談をして，2，3 年掛けて全部適用ということになったんです。

それから平成 18（2006）年には自治体立優良病院総務大臣表彰をいただきました。これはけっこう難しいんです。5 年間連続黒字になって 1 回表彰を受けて次の年も黒字だと大臣表彰になるということです。非常に難しいのですが，これには副賞が出るんです。500 万円の副賞をもらって，職員のパソコンを買ったり訓練やなんかに使ったんです。

現在，病院事業ということで何をやっているかということ，平成 17 年から病院，訪問看護ステーションが，指定居宅介護支援事業所になりました。ケアマネージャーがいる昔の在宅介護支援センターです。それから特養老人ホーム光栄荘，老健ふじさわ，デイサービスセンター，グループホーム，これらを全部まとめて管理するというふうにやらせてもらっています。したがって藤沢町福祉医療センターは，保健センターと町民病院事業の二つで成り立っていて，保健センターは行政部門，病院は収益事業という仕切りになっています。

毎日の仕事は別に全部適用で変わるわけではありません。全国でも一つの病院で全部適用になって，実質的に病院を運営している人が管理者となっているところはまだ少ないのです。全部適用になっているけれど，管理者は役場からきて事務の方が 3 名ずつやるというのが多いんです。

この機会に皆さんに誤解のないようにぜひ知っておいていただきたいのですが、全部適応になって管理者になると、何かいいことがあるかと思っている人がいるのではないかと思いますけれど、あまりないんです。それをぜひ分かってもらいたい。むしろ悪い点がいっぱいあるんです。まず将来設計ができない。なぜかというとな任期が4年なんです。4年後に採用されるかどうかは、そのときの町長さんの意向次第だから、町長さんの許可をもらわなければ私は職を失ってしまう。特別公務員といって、簡単に職がなくなる公務員なのです。非常に責任の重い仕事についているということを知って理解してください。

藤沢町民病院の特徴

[町民医療に占める大きな役割（人口9,600で唯一の医療機関。町民死亡の7割を担当。土曜日・平日午後も診療）。 実習・見学の受け入れ（ニカラグア, 中米, 自治医大, 岩手医大など）。 電子カルテ実相（平成14年）。 日本医療機能評価機構の認定（平成12年）。 総合診療方式。 医療のTOM参加, 改善大会開催。]

私たちの病院は全国のなかでも非常に変わった病院です。まずは町内に他に医療機関がありません。これも非常に少ないです。歯科の先生は二人いらっしゃるけれど、医科のほうはわれわれだけです。それから土曜日に診療している公立病院はほとんどありません。平日の午後診療をやっている県立病院もほとんどありません。午後もやり、土曜日もやりというのは開業医がないからです。普通の町だったら開業医がやることもやって病院の仕事もやるというわけですから町民死亡の7割ぐらいを担当しています。だから私たちは町民に大きな役割を果たしていると思っています。これは医療技術が低くてすぐ死んでしまうということではない。最後に、“どうぞ町に戻ってきて最期を迎えてください”という体制を整えていることです。佐藤前町長さんが平成に入ってから悩んだことの一つに、町の半分以上、7割ぐらいが町外で亡くなって帰ってくるということです。見知らぬ町の見知らぬ人に囲まれたベッドの上で亡くなって冷たくなって帰ってくる。これはいくらなんでもかわいそうだ、生まれた町で死ぬような町にしようということが病院をつくった大きな目的の一つだったんです。いまはそれを果たしていますよということです。

それからいろいろなところから研修や見学に大勢の方がいらっしゃっています。今日も東京経済大学の大本圭野先生においでいただいて、参加していただいています。この次にこの場でやるときには新潟の県立津川病院長 吉嶺文俊先生が見学に来たいということで予約が入っています。

それには電子カルテを平成14（2000）年に入れたこともあります。電子カルテというのはお金があれば誰でも買えるんです。2000万か3000万ぐらいしたんですけど、買うことは誰でもできるけれど使えない。なぜかというとな、職員が電子カルテに合わせて仕事の仕方を変えなければいけないんです。私たちのところで使っている電子カルテはいま県内で5カ所

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

か6カ所に入っているのですが、入院も在宅も外来も施設も全部電子カルテで動いているのは私たちのところだけです。

いま、県内の病院で電子カルテで医療をやっているのは県立磐井病院とうちの病院だけです。ほかは電子カルテは入っているんですけど、電子カルテとして動いていないんです。なぜ電子カルテが大事かという、病院の仕事というのは、たとえばなんとかいう薬を1日3回に分けて10日間飲んで下さいと書くわけです。それを処方箋というんです。誰かの頭のなかをMRIで薄切りにして見せてくださいということも処方箋のうちです。

そういうものは薬剤師も計算しますけれど、普通の病院ですと処方箋だけが来るから、それを見てもなんでそうなるのか分からない。誰れ誰れの処方箋としか書いていない。それもいつ撮ったか分からないんです。でも電子カルテがあれば、電子カルテを開けて、こういう病気があるから今日またここを撮るんだなとわかる。患者さんがいつもと違うと言っても、いや、この前と違うところで大事なところを調べるのですよといえるし、薬も前と違いますよといわれたら、薬がこんなふうになっている処方箋を考えているんですよと説明すれば納得して出せますね。そういうのが電子カルテのいいところなのです。

それからお医者さんはみんな小学校、中学校からうんと勉強して、難しい学校に入ってもすごく勉強してなっているのですけれど、あまり勉強し過ぎてみんな字が下手なんです。急いで書いているんじゃないかと思うのですけれど、自分で書いた字が読める先生というのは1割ぐらいしかいない(笑)。自分の書いた字も読めないぐらい分からない。ましてや他人には読めない。

ですが電子カルテだとみんなキーボードから入れるので読めない字はないんです。必ず標準語で入ります。英語も使わないで、日本語で入力していますからみんなが分かってやれる。間違いがない。それがふにゃふにゃ書いた字だと薬局が読めない。そういうわけで安全な医療ができますので、このことは非常に大事だと思っています。もう入って6年になります。岩手で最初の電子カルテの実相です。

それから日本医療機能評価機構の認定。これは岩手県では県立中央病院に次いで2番目です。日本のなかでも100床以下の病院ではたしか2番目か3番目です。この機構というのは何かというとお金を払ってあら探しをしてもらいますというぐらいの感じのところなんです。毎日の仕事には滞りがなくても、どこか自己流になる。そうすると事故が起きやすくなって、経営的に無駄が多くなったりする。いろいろ細かいことを直せって言われて、直すとはよくなります。

それから総合診療方式というのをやっています。これは、私は耳だけを担当してますとか、私は腎臓だけですかではなくて、一応なんでも聞いて、自分の得意なところはそのまま診るし、不得意のところはもっと得意な先生に紹介しますというやり方です。内科にもそれぞれの先生が得意な分野はあるんですけど、私は肺だけだよとか、そういうふうにしな

やっていくというものです。

これはたぶんお年寄りの多い藤沢町ではそうでなかったら大変だと思います。内科が5人いて、私は脳神経、私は肺、あなたは腎臓、こちらは心臓ですといっても今週1週間、夏休みを取るから心臓の人はその間何かあったらあきらめてねということではできないでしょう。だからみんなでオーバーラップして診ることが大事なんです。それから治療の質改善運動をやって、改善対策に取り組んでいるというのも東北地方ではたぶん3カ所か4カ所しかないのではないかと思います。

そういうことをやって、地域で大事な役割を担っていますので、お蔭さまでよそからもいろいろの人が見学に来たり勉強に来るのを受け入れています。田舎ですけれど最新の医療のやり方を取り入れて、そして地域に合った医療を展開している。そのため職員も毎日工夫してやっていますということです。

総合医療——空間的広がり

私が藤沢町でぜひやりたいなと思ってめざしている医療は大きく分けると、二つです。一つは総合医療。頭だけとか目とかだけで生きている人はいないですから。最近、水木しげるさんの「ゲゲゲの鬼太郎」が復活したらしくて、目玉おやじは目だけで生きているけれど、普通の人間は目だけでは生きていないので、全部の身体で一つなんです。身体も気持があっ一つ。それから体も歯もあっ一つというふうに、一体のものとして人間を理解するということをやりたいと思っています。だから僕らは歯科医を呼んで歯の勉強もしています。

それから精神科医ですが、自治医大から月に2回精神科の先生に来てもらって、難しい症例を教わりながら、心の問題にもできるだけ自分たちでやれる範囲で、安全な範囲内でやるというふうにしています。大学病院なんかだったら例えば一週間で心臓の手術をしたあとは一生お会いしませんということになるのですが、地域の医療はそれではダメなんです。周りの病院がそういうようにパーツ、パーツの医療をやるんだったら、なおさら僕らは一人の患者さんをずっと診ていく。一人の患者の身体を全部診るということで支えていかないと、患者さんは行き当たりばったり、いろいろな専門のところに行かなければならず大変なことになるのではないかと思います。

包括医療——時間的広がり

[医療と医療の前後を考える＝包括医療。 患者を歴史的な存在として、過去から未来にかけて考える。 自分たちの仕事も地域と相互に影響しあう成長の物語と捉える。]

もう一つ、病院としてこういうことができるようになりたいと思っている医療が包括医療なんです。目の前にいる人が心筋梗塞だとしても、心筋梗塞になる前のその人の状況、子供の頃のその人の状況、そしていまは心筋梗塞だけれど、やがて亡くなる時もあるし、心筋

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

梗塞のあとで在宅で療養したり、施設に入ったりという時期もある。そういう人をその瞬間だけではなくて、生まれてから死ぬまで地域や家庭や職場を含めた、長い人生としてこの人と付き合っていくような医療をしたい。自分たちの家庭のことも分かってもらって、住んでいる場所や働いているところも理解してという医療ができればいいのではないか。一つには安心。もう一つは僕らから見るとやり甲斐。何か論文を書くための医学知識、どこかで発表するための技術ではなくて、実際にどこかの誰かの役に立つ勉強や技術にしていきたいということです。

ナイトスクール——住民が病院を支える

[町内 10 カ所の地区保健センターを舞台に。 福祉医療センターの各職種が向かい。住民と直接対話をする病院。 患者と住民は同じではない。 生活習慣を地域で変えよう。]

これはここのナイトスクールの写真です。こうやって住民と一緒に医療を考えるとというのは非常に大事なことで、僕の考えではこうして住民とわれわれとが話し合うということがなかったら、過疎地の医療はすぐに崩壊すると思います。医者だってやはり患者さんから評価されるとやる気が出るんです。でも放っておくと田舎の人は、田舎に来るぐらいだからきつと都会で仕事ができない人が集まっているんだろかなみたいな感じで見ますね。

そうすると働いているほうは、なんだ、この人たちは、私のことを低くみてなんか大きな病院のほうを上に見ている。そんなに低く評価されているんだったら早くやめて、また大きな病院に戻りたいなんて思いますね。だから実は田舎の病院でお医者さんと患者さんが会おうと、たいてい不幸な出会いになってしまうんです。それをなんとかしようということで、ナイトスクールで皆さんに病院の現状を分かっていたいただいて、ぜひ病院を応援してくださいといっているわけなんです。

住民参加——住民は医療の運営者でもある

われわれは病院が明日ダメになっても、すぐというわけでもなくとも 1 ヶ月もすればどこか勤め口を探せます。だけど皆さんはすぐに行く先の病院を決められますか。磐井病院に行っても、紹介がないと診てくれないとか大変なことになりますね。だから実はここの病院を守らなければいけないのは皆さんのです。ぜひ皆さん、病院のことを理解して、病院を守ってくださいねということです。

ここに映っている方ですすでに亡くなられた方もいらっしゃいます。皆さんもご存じだと思います。各地区へ行って、皆さんに患者としてではなくて住人として、自分が病気に罹るだけじゃなくて、自分の家族が罹ったり将来罹るときのために、いい病院というのはどういうものだろうと考えてくださいねというのがナイトスクールの趣旨です。

ナイトスクール——社会から生活習慣を考える

[まずはアイスブレイク。 昼間からの酒を上手にことわる方法を身につけよう。]

こういう寸劇もここでやりました。私は区長役で、この人が区長さんに昼間お酒をすすめる人なんです。区長さんはお酒好きなんだけれど、最近、肝臓が悪くてお酒を休んでいる。昼間は飲まない。私が回覧板を持って行って、“ちょっと配りに来ました”といったら“お茶だから飲まんや”と言われて、それをうまく断るのは難しいとってここで劇をやったら“藤沢町には昼間から酒を飲む人なんか一人もいません”と怒られました(笑)。でもそうかなーと思ったんです。だって“一人も”というのですが、われわれが調べたところでは少なくとも 10 人はいるのになとみていたからです。

こういう劇をなぜやったかと言うと、たばことかお酒とか生活習慣とかはとかく個人の問題だと思われているけれど、実はそうじゃない。社会がそうなんです。だから一人が変わるというのは難しく、社会全体で病気にならない酒の飲み方、たばこのやめ方をみんなで考えようよということを言いたかったんですけれど、皆さんにお叱りを受けてしまって、頓挫しました。

藤沢町民病院の 15 年

[平成 5 年から 19 年までの 15 年間でふり返る。 地域社会のなかで医療の意味が急速に変化する。 今日の仕事に含まれる過去の要素とすでに始まっている未来を峻別したい。]

今、病院の歴史を振り返ってみると、平成 5 (1993) 年からいま 20 (2008) 年まで 15 年経過しているのですが、本当に 5 年ごとに仕事が大きく変わってきたなと思っています。したがってこれから 5 年、10 年でどう変わるのかを考えて、僕らも勉強や仕事内容を変えていかなければいけない。

藤沢町民病院 15 年をふり返る① 最初の 5 年——医療型

[平成 5 年から平成 9 年まで。 GTF をすれば胃癌が、CF をすれば大腸癌が、超音波をすれば膀胱癌や肝臓癌、胆石が毎日のように発見され、どんどん治療されていく。 技術があれば、人の命を助けることが出来る。 気分が高揚した時期。]

最初の 5 年はどうだったかという、とにかく病院がなかったものですから、皆さん、胃カメラも初めて、超音波も初めて、CT も初めてで、隠しもっていた病気がものすごく見つかったんです。そこでレントゲンを撮ると全員が肺癌みたいと言うと大きさですけど、最初の 5 年間は毎日のようにそういうのが見つかる時代でした。そういう人がどんどん手術をして治っていくわけです。皆さんにも感謝されて、“いい病院、つくったね、ありがたう。癌が進行して助からないと思っていたけれど、手術をしてもらって助かったよ”というふうな関係でした。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

漫画で書くと、こういう感じです。誰かが泳いでいて、危ないなと思ったら、溺れたのでパッと助ける。助けられた人は感謝、感激。助けたほうも、おれってすごいなと非常にやり甲斐がある5年間でした。だけれど、これがいつまで続くかと思ったら、すぐ続かなくなりました。すぐ癌の人はいなくなりました。全部見つけられちゃったからです。

藤沢町民病院 15 年をふり返る② 次の5年——公衆衛生型

[平成10年から平成14年まで。病棟や施設では要介護が大きな問題となり、外来では生活習慣病の比重が大きくなる。しっかりと生活指導が必要。禁煙、カロリー制限、運動処方など。医師により指導がまちまち。すべての指示に従うと元気がなくなる?]

次の5年はどうだったかと言うと、ほとんどがたばこ病とか糖尿病とか高血圧、高脂血症、そういう慢性疾患が中心になりました。いろいろな検査をするといっても、検査が必要な人もいなくなりました。そして軽い脳梗塞とか軽い心筋梗塞が一気に増えました。その時期に心臓を診るためのカラードップラーの機械とか軽い脳梗塞を知るためにMRIの機械を入れて対応しました。そして生活指導ができるようにということで栄養士や理学療法士と一緒にやって糖尿病教室をやったり高血圧の運動療法をして生活習慣を変えるということを一生涯懸命やりました。

しかしお医者さんは一人じゃないから、お医者さんがたばこをやめろ、次のお医者さんは酒をやめろ、次の人は運動しろというふうに、みんながいろいろ親切にアドバイスをやるんですけど、全部守るとなると、今度は元気がなくなってしまう。そういうふうになる人が多かったんです。藤沢町の人は真面目だからね。聞いたら一応守らないと思うんだけど行き詰まってしまう。

漫画で描くと、こういうことですね。あれやっちゃだめだ、これやっちゃだめだ、がんじがらめにしてしまう。そういう感じの5年間だったと思います。それは安全な社会だけれど、窮屈な社会です。そしてなんとなく怒られはしないか、人に褒められたいという医療になってしまうんです。お酒飲みたいけれど、怒られるからやめた。たばこを吸いたいけれど、吸って、あんた吸ったと言われるんだったらやめようか。それで褒められる、喜んでもらえるための医療という感じになって、だんだん何のために生きているのか分からなくなる。それなりにいいことだし必要なことだと思うんですけど、そういう時代だったのではないかと思います。

藤沢町民病院 15 年をふり返る③ 最近の5年——自己管理型

[平成15年から平成19年まで。患者中心の医療。患者が元気になる医療。]

そこで病気がよくなるだけでなく、患者が中心になって元気になる医療をしようと考え方を変えました。時間がかかっても患者さんが本当にたばこをやめたら健康になれると思

うまで待つて、止めやすいアドバイスをしよう。お酒は健康に悪いんだけど、自分からお酒をやめますとと言うまで、あまりせかさないようにしよう。そうするとだいたい自分で止める。自分の意志で止めるというのは長続きする。そして怒られるとかいったことを気にするのではなくて、患者と医者とが診察室で大人の付き合いができるようになる。“また飲んじゃった”, “でも 6 ヶ月も飲まないでがんばったもんね” という話ができるような診察室にしようとしてだんだんと変わってきたんです。

漫画で描くと、こうですね。好きな方向に、好きな泳ぎ方で泳いでください。しかし泳ぐと溺れる危険もあるから、ぜひ私たちにいいタイミングでアドバイスさせてくださいねという医療に変えていこうと思っています。“酒飲むなよ”, “働き過ぎるなよ”, “薬飲めよ” とドリフターズみたいに言っていたらいいかということ、そういうわけにいかないんです。だって、みんな自分の生活・人生と医療とを同時に考えなければいけないですから。その人がどういう考えでどういう生活をしているかは、その人にしか分からない。だからみんな自分の頭で考えましようと、やり方を少しずつ変えようと思ってやっています。健康増進外来というのはこういう考えでやっているのです。

藤沢町民病院の強み

[住民・行政と病院の良好な関係。 病院事業として垂直統合が行われている。 良好な財務内容。 将来への投資 (医療器械, 新人の採用など).]

私たちの病院はいまでは非常に珍しい病院になっています。どういう点で珍しいかというと、いま全国で医療崩壊しているのは小さい病院なんです。100 床以下の病院がどんどん診療所になったり閉鎖したりしています。それなのに続いているのは珍しいことです。つぎに全国で医療崩壊している病院はどこかということ、市町村や県がやっている病院です。民間の大病院は大丈夫です。市町村や県の病院、公立病院がどどんつぶれている。このように公立病院のなかでなんとか保っているのは珍しいのです。

いま、公立病院の赤字はおよそ 1 兆円あるんですが、そのうちの 300 億ぐらいが不良債権で焦げ付きになっているんです。そういったことが問題になっていて、公立病院はダメだ、一つも許すなみたいな雰囲気になっているんです。幸い、私たちの病院は、今日、皆さんに集まっていたように、住民と行政と病院とが良好な関係でやれている。

事業としても病院だけではなくて在宅介護とか訪問看護とか老人保健とか、そういったものを一体として運営することによっていい経営が得られている。良好な財務内容になっている。そういった良好な財務内容を基盤として、他所の病院ではなかなか入れることができない高額な機械も入れて、町内外からまた患者さんが集まって新しい病院ができるので、将来、新人を雇って教育することもできているのです。

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

藤沢町民病院の不安材料

[全国的な医師確保の困難。 公立病院改革プラン。 藤沢町人口の減少。 未収金。]

他方、不安材料もあるんです。これについてぜひ皆さんも一緒に考えてもらいたい。全国的な医師不足があります。もちろん、ここに日本中の医者を集めたいわけではないです。300人とか400人とかが来てもらっても困るんですけど、ここの病院にあと7、8人は欲しいんです。それなのにいま5人しかいないのです。だから病院の仕事をしている先生方には大変な負担を強いているんです。たとえば診療所の先生は当直しなくていい。ですが、病院は必ず1人は当直しなければいけない。1ヵ月当直を5人でこなすためには1人が6回当直しなければいけないんです。当直の次の日に帰って休めるんならまだいいんです。朝帰って何もしなくてもいいならいいんですけど、次の日も普通に往診がある、外来もある、手術もあるんです。だから非常に大変なんです。そここのところをぜひ分かってください。

医師の確保は私の仕事なので、町の皆さんに、日本中に散らばって医者を確保して帰ってきてくださいとは申し上げません。しかし来た先生が嫌になるのだけは、住民と一緒に防ぎたい。若い先生というのは別に何歳という年齢じゃない。私より若かったらみんな若い先生なんです。若い先生が楽しく暮らせる町、若い先生とその家族が楽しく暮らせる町。そしてみんなに“よく来てくれたね、先生に来てもらって助かっているよ”と言われて、“おれは頼りにされているな”と思えるような、本人もやり甲斐を感じられるような町にしてもらいたいのです。だけれど、これは私だけではできない。住民の皆さんにしかできないことです。そこで、こうした町づくりをぜひ皆さんにお願いしたいと思います。

それから公立病院改革プランというのがあるのですが、これは何とベッドの利用率が70%以下だったら診療所にしよう、赤字だったら店じまいをしようというプランなんです。例えば藤沢町だったら店じまいをして、千厩病院と統合して診療所にして、そして医者を派遣してもらえばいいではないかというふうなことをやろうとするんです。昭和43(1968)年に県立藤沢病院がなくなったときと同じ理屈なんです。そうして統合しても診療所はいつかなくなるに決まっているんです。だから私はこの動きに非常に危機感をもっています。

これには藤沢町の人口の減少も影響しています。これが激しい。私に来たときは1万2000弱だったんです。それがいま9500ぐらいでしょう。これほどどんどん減っていったらいつかマイナスになる。そういうことはないでしょうけれど、ゼロになったら大変です。ゼロになってお医者さんしかいない町になったら患者がいらないからやっていけない。だからこのこともぜひ皆さん何とかしてください。一つは、今日、おうちへ帰って励んでいただいて子供をつくる。それが難しいとしたら長生きして人口が減らないようにしてもらいたい。そっちは皆さんも協力できるでしょう。ぜひ、早死にしないで長生きして藤沢町の人口減少を食い止めてください。

他所の町からお年寄りでも病気の人でも、いい町だからと伝え聞いて移って来てもらえる

ようだったらいい。それから皆さんのところにも長男とか長女とかで東京、大阪に行っている人がいるんじゃないかと思えますけれど、そういう人たちが年を取ったら帰ってくればいいのですけれど、だいたい帰ってこない。それはいま暮らしているところに比べたらこの町が住みにくい町だからではないですか。そうではなくてそういう人たちが定年になったら早く帰りたい、おれはあの町で暮らしたいんだと思うような町にしてください。

そうでない限り、皆さんの息子や娘や孫が帰ってこない町だったら、この町に来たお医者さんの家族だって長くはいないかもしれない。そういう意味で住みやすい、長生きできる町づくりをぜひ皆さんも真剣になって考えて、息子などから“そろそろ東京のほうに来ないか”とか声を掛けられたら、“おまえこそ、ここに帰ってこい”って言ってあげてください。そうやって一人でも二人でも人口を増やしてもらいたいと思っています。

それから未収金の問題があります。何のことか分かりますか。病院にかかった、老健にかかったけれど、払ってもらっていないお金がまだあるのです。難しい問題です。全部、その日に現金払いをしてくれなくてもいいんですけれど、あとで必ず払ってほしいんです。だいたい前のことですが、ある人と話をしていたら、すごく病院のことを褒めるんです。“町民病院はすごくいい、大したものだ”と言うんです。“どういうことですか”と言ったら、“何がいいってお金を払わなくてもいい”。“金がなくても、さすが町民病院だからうるさいことを言わない”。“これが県立とか民間だったら払わなければ診てくれない”という話をするんです。だけれど町民病院というのは“町民が支える病院”であっても“町民をただで診る病院”ではないんです。ですから大変でしょうけれど、やっぱりルールを守って、そのつどお会計をすることをお願いしたいと思います。

時間外診療のことは来たことがある人は分かると思えますけれど、いま前金制になっています。今日のような会においていただく方で未収の人はもちろんいないのは分かっているんですけれど、ぜひ町を挙げてやってもらいたいと思っています。公立病院にはかなり未収金がありますが、言いにくいんですね。言う、いろいろな攻撃の対象になって、怒って物を壊したり暴れたりというのがあるのでなかなか未収のことというのは言いにくいんです。

だけれど、これを放置しておけば借金というか赤字の元になります。だいたい病院というのは100万円ぐらいの仕事をしないと1万円も稼げないんです。だから100万円の未収金があることは、それを穴埋めするためには職員が1億円分生み出さないとダメなんです。そんなことは不可能です。だからぜひ、このこともよろしくお願いしたいと思います。

公立病院改革プラン

〔経営効率化—経営指標改善に数値目標を。再編・ネットワーク化—小さい病院は診療所化して中核病院から医師の派遣を受ける。経営形態の見直し—出来るだけ民間運営に。〕

公立病院改革プランというのは、数値目標を決めて、もっと効率のよい運営をしてくださ

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

いということ掲げて小さい病院は診療所にする、再編・ネットワーク化するという事です。医師の派遣を受けるというのも昭和43（1968）年の県立千厩病院付属藤沢出張診療所のような形です。経営計画の見直しというのがあります、何かというと、できるだけ民間病院にしてくださいということが書いてあります。しかし藤沢町のように民間の診療所すらない、民間の力の弱いところで、それをやるのは難しいんじゃないかと僕は思っています。

県内国保病院経営状況（図1）

県内に国保病院がいくつあるかということ、7つあります。種市、藤沢、沢内、葛巻、西根、まごころ病院、水沢です。私は岩手県の国保連（岩手県国民健康保険団体連合会）に設けられている岩手県地域医療研究会の第4代会長をやっているのですが、僕が会長になった平成13（2001）年にはまだ12か13あったんです。だけれど金ヶ崎も田老も、それから石鳥谷も診療所になったり、民間になってしまいました。

この図でみると、これらの病院のなかで財政をみてわずかですけど経常収支がプラスなのは藤沢町だけで、あとは全部マイナスです。それでも過疎だからとか、医療をやっても採算がとれない地域だからとか、救急をやっているからとか、学校保健をやっているからということいろいろ交付税というのが入ってくる。理由がなくて入ってくるお金はないんですが、そういうことで付いたお金を入れて、ようやく水沢ぐらいのいくつかの病院がなんとか黒字になっている。

このことで何が言いたいかというと、うちの病院が黒字だといっても、みんながお金を払ってくれなくても何をして耐えられる体力のある黒字ではないということなんです。ほんのちょっとなんです。そういう黒字なんです。それに、いまは町にも病院が赤字になっても一般会計でそれを負担するという力はないんです。だから病院はなんとしても黒字を成し遂げなければいけないということで、私も月曜日から土曜日まで休まずがんばって働いているのですが、ぜひ皆さんにも経営存続へのご協力をお願いしたいと思っていますからです。

県内国保病院医業収益（図2）

医業収益のなかには入院の分—入院収益、外来の分—外来収益があります。藤沢の場合は、個人でしている開業先生がいないので、外来がかなり多い。外来の収益分が多いというのが特徴です。またベッドが54床と少ないので、長い入院の人などは、みんな老人保健施設に移るので入院の収益部分が少ない。

県内国保病院医業費用（図3）

そこで今度、費用はどんなところにかかっているかを見ると、薬代です。藤沢の場合は入院したり外来を診察していますから薬代が大きい。他方、給与費を見てください。給与費は

図 1 県内国保病院経営状況

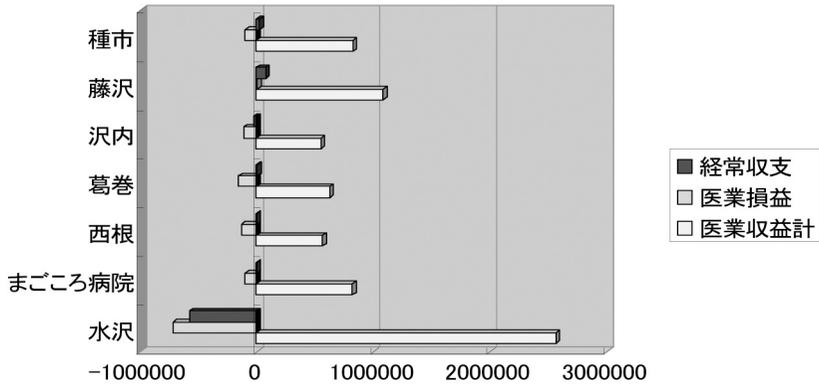


図 2 県内国保病院医業収益

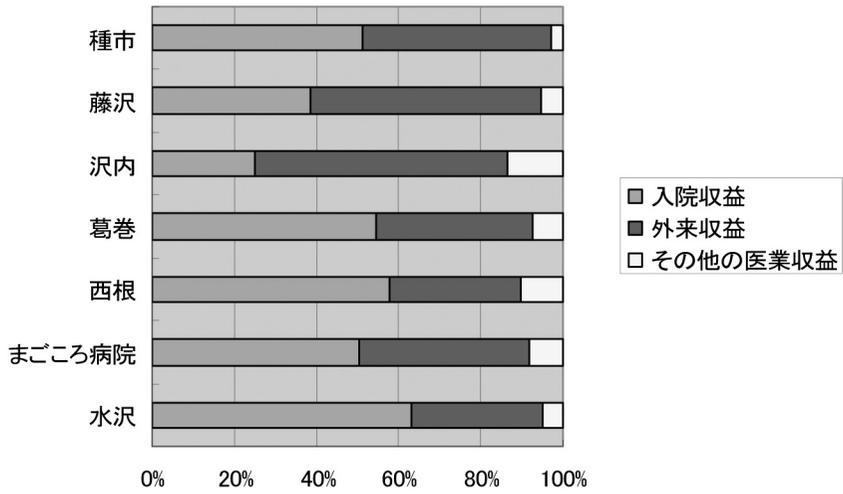
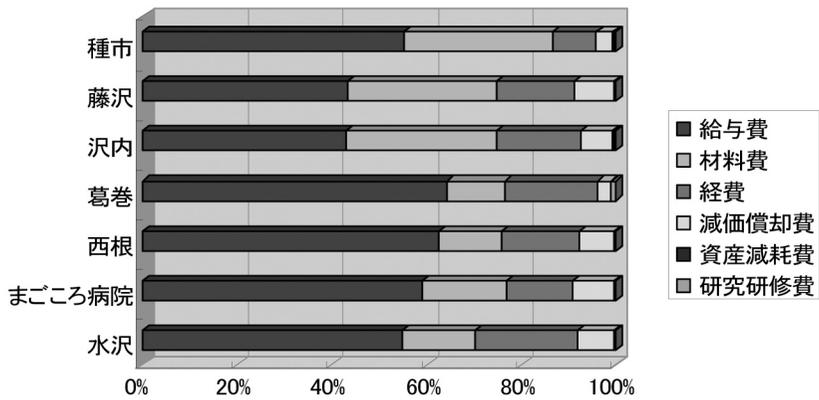


図 3 県内国保病院医業費用



住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

とても少ないんです。少ない理由は内科の先生が数年岩手県からの派遣だった。県からの派遣の人は給与費ではなくて経費から支払うことになっているので給与費に入っていないんです。私たちのところは常勤の医者はもちろん給与費から出ている。それに対して臨時の先生は経費から出ている。そういったふうな兼ね合いなのです。とにかく給与費が5割を超えると、どんなにがんばっても赤字になると言われているんです。要するに、何を言いたいかと言うと、一人ひとりで考えればいろいろなこともあるかもしれないけど、スタッフ全体としては給与に見合うぐらいの仕事はしているということが言えるということです。

住民のみなさんへのお願い

[若い医師とその家族が住みやすいまちづくり・環境を。若い医師を町で育てましょう。時間外診療がコンビニ感覚にならないように。そのたびに会計をお願いします。年をとって歩けなくなってから町民病院に移るのではなく、若いときから利用しましょう。]

これは最後のスライドです。ぜひ皆さんにお願いがあります。もう一度、いいますが若い医師とその家族が住みやすい町づくり。別に医者だけではなくて、皆さんのお子さんやお孫さんが住みたいと思うような町づくりを真剣になって考えましょう。他所の町の人も移って住みたいような町づくりができればもっといいですね。人口が増えて、いろいろな人が集まって、働く場所も増えて、物も売れるとなれば、いい循環に変わっていくのではないかと思います。

自治医大、それから県立磐井病院、実績はありませんけれど県立千厩病院、それから千葉県立病院ネットワークというところから研修医の先生をお引き受けすることになっています。卒業して2年間の研修の間に1ヵ月だけ「地域保健研修」という研修があって、地域に行くことになっているんですけれど、それをお引き受けしているので年間で最低10人ぐらい来ています。その先生方の研修報告会をやっています。その研修報告会に住民の皆さんが参加できるようにしていますから、ぜひ参加して、“よく来てくれた”、“どんなところで生まれたのか”とか、“どうしてお医者さんになったのか”とか、いろいろなことを聞いて、若いお医者さんと言葉を交わしてください。

どういうふうにしてお医者さんを育てていくかということ、若い医者といっても誰かの息子であり、誰かの娘であり誰かの孫なんです。だから、まずそういう気持ちで若い先生に接してください。自分ちの子供でないから24時間働いたっていいや、過労死したっていいやというのではなくです。

それから医者1年目というのは医者1年目だけじゃないんです。社会人の1年目であるんです。今まで住んだところを離れて、今まで勉強してきたところを離れ、社会人1年目、2年目で藤沢に来て医療を勉強しているわけです。そういう人たちに“がんばれよ”と声を掛けてほしいと思います。

それから外来は大勢のお医者さんで担当しています。今日は研修医の先生が代理で担当しているので看護師が“研修医の先生でどうですか”と声を掛けると、“おれは嫌だ、診てもらいたくない”とか、“代理の先生は嫌だ”と言えば、せっかく来てくれたけれど勉強になりません。診察しないで勉強するという方法はないですもの。だから若い先生が今日きていると言ったら、“よし、おれが行って挨拶してやろう”、“おれが行って教えてやろう”という気持ちでぜひ若い先生の診察室に行ってください。これはすごく大事なことだと思うんです。

ここにきた先生に嫌いだというふうに接したら、来年からその先生が藤沢に来ることは絶対ない。もともと心臓外科をやりたいとか形成外科をやりたいとか決まっている研修医の誰かが“すごくいい町だよ、あそこに行ったら、きっとおまえなら合っていると思うよ”と言ってくれるならば、“みんなが一度は行いってみたい町”、“勉強して実力を付けたら一度は行って勤めたい病院”ということになると思います。

そうでないと、いっぱいお金を積んで、名前だけでいいから、仕事しなくていいから、10時に来て1時に帰っていいといった条件で、頭数だけは集めることはできるでしょうけれど、それでは病院は保たないんです。“人の役に立ちたい”、“がんばっていい医療をしたい”という人が集まるのでなければ病院は成り立たない。いいお医者さんが集まってこそ病院なのです。ぜひ、皆さん、若いドクターを見かけたら、話し掛けて、かわいがってください。実際、そうやってもらっています。すでに今年の4月から研修医の研修報告会を意見交換会という名前にして3回ほどやった実績があります。皆さん方のなかにも参加していただいている方がいます。ありがとうございました。これからもどうぞお願いします。

もう一つ、藤沢町ではあまりこんなことはないのですが、少し気になることがあります。私たちは午前も午後も土曜日もやっています。そして入院患者さんもいっぱいなので、最初に言ったように、みんなが平等にやるとすると転勤してすぐに当直を月6回こなさなければいけないんです。私は病院長なのでいま月に1回しかやっていません。そうするとみんなは7回やらなければいけない。大変ですよ。だからぜひ、日中に来れる人は日中に来てください。土曜日の午前で済む人は土曜日の夜でない時に来てください。

気が付いたら日曜日だった、薬を出してくださいという場合もあると思うのですが、時間外の場合は医者と看護師だけで検査も薬をつくるのも全部やるんです。すごくストレスになるんです。それでもそのことが重症の人に役に立つとは思いますが、“1週間前からずっと腹が痛くて、明日から出張だから今日のうちに薬が欲しい”とか、“ずっと薬がなかったけれど、日曜日によやく暇ができたから、また薬をください”とか言われると、ちょっとがっくりするんです。ぜひ、お医者への配慮もよろしくお願いします。

いろいろな症状が出たときはご心配でしょうけれど、まず電話で相談してください。看護師が電話でいろいろお話しして、それだったら家で水分を取って、もう少し様子を見るとかいつてくれるでしょう。だけれど直接来られると、事情を言って診ないということはなかなか

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

か難しいので、ぜひ電話で相談してからおいください。できるだけ看護師が相談に乗るようになっていますから。

繰り返しますが、そのたびにお会計をお願いします。それなしには病院はもう成り立ちません。あまりお金のことばかり言って恐縮ですけど、私のお金ならいくらおごってもいいんですけど、公のお金なので、ぜひ、そのたびごとにお会計をお願いします。

最後にこれも一つお願いしたいんです。年を取ってはいよいよ歩けなくなったからといって、“先生、ただいま”と言ってくる人がけっこういます。たしかにそれが病院の大きな役割です。でも動ける間は遠くの病院に行って、いよいよ動けなくなったからといって来られるのは、悪いことではないんですが、そういう人により医療を施すことは難しいのです、というのは若い時からここに来ている人でずっと長い治療の歴史がありますからもう治療の方針は決まっているんです。これから私たちが何か治療方法を考えたり診断するということはあまりいらないんです。そしていよいよ終わりに近づいている。そういう関係でありたいと思います。

だから、“痛い”とか、“かゆい”とか、“苦しい”というときには、ぜひ、ここに来て下さい。それでこそ病院の検査とか治療のスタッフが役に立つんです。私たちのほうで難しい病例はもちろん専門のところへ送る用意をしていますので、ぜひ、若いときから病院を利用してください。老人になって病院ということになっても、今の医療制度では残念ながら病院は収入を確保できません。“年を取ったからちょっと入院させてください”という人ばかりになったらすぐ潰れます。本当に医療が必要なとき、医療のことが心配なときこそ、病院を利用していただきたい。難しいことでも解決できる能力を身に付けるために毎日努力しているつもりですので、ぜひ、早期来院をお願いしたいと思っています。

だいたい一時間、お話をさせていただきました。これから皆さんと意見交換をして、少し補足をしながらやっていきたいと思っています。どうもご清聴ありがとうございました。

注

- 1) ナイトスクールは、藤沢町における全44地区自治会を旧大字にあたる4つの地域に分けて年間行事として毎年7月から9月にかけて開催されている。藤沢地区（第1地区自治会～第11地区自治会・第44地区自治会）、黄海（きのみ）地区（第12地区自治会～第23地区自治会）、矢沢地区（第24地区自治会～第35地区自治会）、大津地区（第36地区自治会～第43地区自治会）。

Ⅱ．意見交換

司会（藤沢町福祉医療センター事務局長 吉田浩和氏） それではこれから時間の許す限り懇談に移らせていただきたいと思います。発言をぜひいただければと思いますが、どなたかいらっしゃいませんか。

千葉弘さん（12区） われわれの町はこんな小さな町で、そんなに豊かな町でもありません。そのなかで医療がしっかりしているというのは大変頼もしいと思っています。私は一関市で仕事をしておりますが、まず自慢したいのは藤沢の病院なのです。これは本当にうれしく思っています。佐藤院長先生、こういう病院をつくっていただいたことを本当に感謝しています。

われわれがやっぱり一番心配なのが老後のことです。病気になったとき町の病院や施設が一番安心を与えるのではないかと思います。だからわれわれもこの病院の体制をこれからも維持して、われわれも若い人たちが遠くに行かないでやっていける地元をつくりたいと思いますのでよろしくをお願いします。

あとは私の母もショート・ステイで世話になっていきますのでちょっと言いにくいんですが、ショートから帰って来たときにけががあったんです。夜、気が付いたのですけれど、これはバスの中かどこかでぶつけたんだろうなどは思ったのですけれど、ただ、それに担当者の方が気が付かなかったのか、あるいは気が付いてそのままにしちゃったのか。それがちょっと気になりまして、せっかく今まで信頼関係がよかったのに、ちょっとしたことで信頼関係が崩れることもあり得るなと思いました。一生懸命やってもらっているのは分かっているのですが、ただ間違いはあるかと思えますけれど、何かあったりしても言っていたかかないと家族も安心してまかせられないことになりますので、よろしくをお願いします。

佐藤 ありがとうございます。実は、ドーナツ現象といって役場の人とか議員さんとかいった人は大きな病院に行くと、田舎の病院ほど周辺の人だけが来るという風潮があるんですけど、藤沢の病院にはそういうことはなくて本当に議員さん方や役場の方に随時ご利用いただいています。ただ、もう少し若い人たちが使ってくれるといいなと思っています。

それからショート・ステイのことは申し訳ありませんでした。多分、施設を利用された時であれば何かしら施設から説明があるだろうと思いますけれど、実は病院事業全体でヒヤットしたとか、事故になりそうだったとか、傷ができたとか、骨が折れたとかでハットしたと言うのを全部合わせて、“ヒヤリハット”と言っているんです。こういう“ヒヤリハット”の事例をここの職員は大きい病院とは比較にならないぐらいいっぱい書いているんです。1年間にだいたい1000枚になります。

この前、医療のマネージメント学会が盛岡市であって、300床ある病院の先生がうちの病

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

院では最近ヒヤリハットがすごく増えて、年間 270 枚と言っていましたけれど、これは本当に事故があったのではなくても、事故が起きそうだったというケースもみんな報告して、それを予防につなげようということでやっているものです。

千葉さんのお母様の場合、看護師が少ない人数で輸送するので、何か気付かない点、足りない点があったのではないかと想像します。もし気付いたことがあったら、今後のこともあるので、ぜひ、そのつど言っていただけたらと思っています。それから自分が老後のときにこの病院があってほしいというのは、まったくその通りだと思うんです。皆さん頭のなかには合併するとどうなるのかということが不安としてあるのではないかと思いますけれど、まだ合併したわけではないから分かりませんが、合併してもその影響をあまり受けないようにやるつもりですので、そうでない場合よりは悪くなるということはないと思います。

しかしいま合併後の室根医科歯科診療所とか川崎弥栄診療所とか、いろいろなところを見ると、直営の国保診療所を大事に育てていくというよりは、早く民営化させてほしいという市の意向があるのかなと思って、私も皆さんと同じように不安を感じています。もし合併が具体的な協議に入りましたら、ぜひ町長さんにも市長さんにもお願いして、そのプロセスのなかに参加して、藤沢の医療と福祉と健康づくりが一体になった町づくりを地域の住民と一緒に守っていく気持をお伝えしたいし、ぜひ、そうなるように皆さんと一緒にがんばっていかねばならないと思っています。

司会 そのほか何かありませんでしょうか。お手が上がらないようでしたら、こちらからご意見を聞きたいと思うんですが。

佐藤行雄さん（13区） 外来患者の診療に患者送迎バスの運行をしています。平成5年から始まって町内の患者さんや町外からの患者さんもとどきいましておられるんですけど、近年になってから津谷側方面に何曜日、それから現在、小梨方面のほうは何曜日の運行となっていますか。

佐藤 室根方面は、現在は休止しております。

佐藤行雄さん（13区） それがちっと不安だなと思っています。もし室根地域まで拡大して外来の患者の30%ぐらいの人が町外から来ているということを私はありがたいと思いますが、増えるというのも複雑な気持です。患者が増えることはいいのですが、医師方には、負担になるのでね。

司会 ただいまのお話はバス路線のお話ですか。

佐藤行雄さん（13区） そうです。

佐藤 はい。患者さんのバスは新しいバスを購入したのをきっかけに、住民の要望がありましたので小梨と、それから室根、津谷川にバスを出していたんですけど、津谷川のほうは結局、バスが1週間に1本しか出ないのでなかなか自分の都合に合わないということで、津谷川のほうは需要がどんどん減っているんで、バスを出してくださいと言った人から、申

し訳ないから結構ですと言ってきました。病院にも負担が掛かるからというので休止しました。それから小梨のほうは、初めは大きなバスだったのですが、その当時はガラガラだったんですけれど、もうちょっと効率よくということで8～10人乗りのバスに替えました。そうしたらすぐに満員になりましてね。人間の心理って不思議ですね。早い者勝ちで埋まると思うと埋まるんだなあと妙に感じました。そちらのほうは非常にいま需要が高い状態になっています。

バスがすべてというわけではないけれど、自分で車を運転しなくなると、どうやって病院に行く足を確保するかというのは本当に大きなテーマですが、それにはある程度まとめ役の人がいないとダメなんです。室根診療所との連携のなかで、そういったこともうまくやれるようになるかなと期待していますが、今は町内と、それから小梨地区に週1回、具体的には火曜日の午前だと思いますが、バスの運行をしています。

熊谷郁雄さん(23区) 院長先生、ご苦労さんでございます。本町は住民の自治意識が高いと私も感じています。それで改めて話されると、やはり自分たちの地域は自分たちでつくって、将来子供たちにも安心して暮らせる町づくりが必要なんだということを再認識しました。

実は町民病院に私の両親がお世話になっていまして、手厚い医療で本当にありがたいのですが、知合いの患者さんも同じように話していました。患者さん個人個人に医療スタッフの皆さん、先生、看護師さんがこれだけ手厚くやっている病院はない。給食までそれぞれの患者によって違っている、これだけやってもらって本当にありがたいって涙を流しながら話されたのを思い出しました。

実は私も何年前にここの町民病院ではなかったのですが、入院した経験がありますが、改めて若いうちからというか、早いうちに病院に行って自分の身体を監視してもらいたいと思いました。院長先生も健康には十分注意されまして、町は1万人を切りましたけれど、いつかはまた戻ってくると思いますので、自信をもって取り組んでいてもらいたいという思いでいっぱいです。

佐藤 ありがとうございます。小さい町なのに病院がよくやっていると新聞やテレビとかでずいぶん取り上げられているのですが、病院は医者とか看護師だけでは成り立たないんです。やっぱり住民がいて患者さんがこられるのが一番です。藤沢の町の人たちの我慢強さ、礼儀正しさとか、そういったものはかなり大きいんです。僕も岩手県をいろいろ歩きましたけれど、そういうところをよく感じるんです。医者が忙しいとか大変だということもよく分かってもらっているので、このまちのそういうところに仕事のやり甲斐を求めている人は多いのではないかと思います。

私もここで仕事を続けていい医療をつくっていきたい。しかし私も皆さんと一緒に永遠に生きるわけではないんです。65歳とか70歳になれば、体の調子も悪くなったりすることが

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

あるんじゃないかと思います。だから最近なんとかこれからの10年間、20年間は、僕もがんばるだけじゃなくて、次の体制をつくっていくことをやって、自分が欠けた後でもなんとか皆さんに支えてもらえるような病院にしたいと思っています。そのことを心がけていろいろな人と付き合っていますので、すぐにはできませんが、だんだんにいろいろなスタッフをかき集めてくれるようにしたいと思っていますので、よろしくお願いします。

小野寺源七さん（17区） 私も地元で平成3年に戻って来ましてから17年目になります。他所に出て初めて地域医療の大事さを感じました。先生から藤沢は自治組織の活動が素晴らしいと言われましたけれど、そのことを特段、意識しないで暮らしていて、これが当たり前のようになっています。

反面、近年、意識の変化が非常に早いスピードで現れているという気がします。先ほどお話があった医療費の不払い。たぶん払える能力がありながら払わない方もいらっしゃるんです。私どもが仕事を通じて、その姿を見る機会があるんですけど、意識の変化が非常に激しいと感じています。そのことを踏まえてこれから病院と自治組織とのかかわりをどうしていくのか、そのへんにも目を向けていく必要があるという印象を持っています。いま先生から強い決意をいただいて、一つ、われわれも補助していければいいと思いますし、こういった場を定期的に設けていただくのは非常にありがたいことだと思いますので、今後も続けていただければ素晴らしいと思います。今後ともよろしくお願いいたします。

西功雄さん（16区） 私も最近感じたことをお話をさせていただきます。私は役場に40年近くお世話になりました。話のあった広島県の御調町のこと、病院開設での県当局とのさまざまなやりとり、国とのやりとりなど含めていろいろいきさつがありました。町づくりのこともほとんど分かっているつもりです。私たち町民がこれから町民病院をなくさないために何をすればいいかということにかかわっていいと思いますと、実は、5年ぐらい前に院長先生に自治医大の先生になってもらいたいというような話があったのですが、先生は私たち藤沢町民のために病院を続けたいということで話をことわりました。今は話にありました通り全国的にみても公立病院は地域と行政と病院の三者が力を合わせないとなかなかまい経営ができない時代になってきているのではないかと思います。

私も公私ともに病院にはたいへんお世話になっていまして、現在も私の母親がお世話になっております。そこで何かありましたら気軽に声を掛けていただければと思っています。何とか頑張りますのでよろしくお願いいたしますと思います。

佐藤 ありがとうございます。いまのお話、皆さんに誤解がないように言っておきますけれど、すぐという話ではないんです。母校の自治医大から地域医療学教室の教員として戻って欲しい要請はありました。将来、地域医療学部門をつくっていく大事なメンバーの一人として卒業生を教員に残していきたいのでという話でした。しかしもともと大学には全然関心がないので、藤沢で仕事をしながら大学のためにできることがあれば何でもやりますと言

っちゃったんです。余計なことを言わなければよかったなと思っています。

というのはそのために大学の授業だとか学生の実習だとか、社会人教育のための講義だとか、年に4、5回は大学に行かなければいけないということになっていたからです。だけれど、その分、大学からいろいろな面で強力な応援をしてもらっているので、そういう意味ではいいかなと思います。そういうわけですので“なんだ、また今日も院長は出張か”というふうには思わずに温かく見守っていただければと思います。

いろいろな歴史的なことがあって、私も卒業生の一人としてなんとか自治医大を盛り上げたい、またそうしなくちゃいけないという気持ちもあるんです。同窓会の副会長もやっています、いろいろな機会になんとか大学を盛り上げていきたいと思っていますので、極力皆さんに迷惑が掛からないようにはしたいと思っていますのですが、授業はどうしても平日になるので不在のさいには、そういうやむを得ない事情だなと思って、ぜひご理解をお願いしたいと思います。

司会 ここでPRをさせていただきたいと思います。実は先ほど院長先生のお話のなかにもありましたが、町民病院は自治医科大学や県立磐井病院から臨床研修のドクターが1ヵ月研修ということで来ます。今年に入って4月からですけれど、自治医大のお三人の若いドクターが研修のために町民病院に来られています。またこれからのことをご紹介しますと、10月と11月にそれぞれ自治医科大学から一人ずつおみえになります。それと磐井病院からお二人。たしか11月と2月だったと思いますが、お越しになる予定です。

保健・医療・福祉意見交換会のなかで臨床研修医の先生方の研修報告をさせていただけるという機会を設けています。有線放送でも流しておりますが、そういった時期、時期にぜひ皆さんにもご出席いただいて励ましていただければと思っています。

それと町民病院でNST（栄養サポートチーム＝病院内の委員会の一つ）ということで、毎月学習会をしています。老健の会議室で夜間にやっています。これもそのつど有線放送で流しております。それぞれテーマを決めて毎月やっているのですが、10何回になっています。そういったことで町民の皆さんにいろいろな情報に提供をさせていただき取り組みをしておりますので、ご都合のつく方は、ぜひ、お出でいただければと思います。

佐藤 自治医大と、それから県立磐井病院からの研修医の方々とおつき合い、ぜひ皆さんよろしくをお願いします。まだ不確実なのですが、一昨年研修に来た人で、この病院で勤務したいという希望のもっている人も出てきています。それはなぜかという、やはり職員とか患者さんとか、患者さんの家族と接して、こういう町で仕事をしたいという思いを持ったんだと思うんです。

NSTのほうは渡邊龍太郎内科長が主催しているのですが、院内の勉強だけではなくて、住民の皆さん、患者の皆さん、家族の皆さんも参加しての勉強会としてやっていますので、そのつどご案内しています。今年の秋は糖尿病の勉強会です。これは専門職向き勉強会ですが、

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

一関市で東北6県から糖尿病の専門職の人に集まっていただいて勉強会をする予定です。ぜひ関心のある方は参加していただければと思っております。

私の考えでは、医者と皆さんが一对一で、診察室で、密室で話し合うのも、診療という意味ではいいと思うんです。しかし藤沢の医療を育てていくには、やっぱり一对一で診察室、密室で話し合っても、お互い自分の気持だけでいっぱいになってしまいなかなかうまくいかないんです。診察室の外で、明るいところで、大勢でこれからの藤沢の医療を考えるというのがすごく大事だと思います。そういったことにぜひ参加したいという思いで来る先生も多いわけです。住民の皆さんもぜひ積極的に参加していただけたらと思います。

佐藤行雄さん（13区） 病院の駐車場のことでございますけれど、この機会ですからお願いしておきます。雪が降って、積雪の状態になった場合、駐車場が非常に危ないです。とくに老健側、「老健ふじさわ」の玄関近くに山のように雪が積まれている状態を見たことがあるんですが、非常に危ないので除雪を早めにしてほしいのです。駐車場が足りないところでは足元に不自由なものがあると、これも危ないです。いま業者がいくつもあるのでいち早く除雪してもらって安全で、けが人がでないようお願いしたいと思います。

佐藤 除雪は大変難しい問題です。雪が降りますと職員は8時前、早い人は7時半ぐらいに来て除雪をしています。それでもどんどん降っていくうえに、車もどんどん止まっていくので完全な除雪は難しいのですが、足の不自由な人が通るということで、できるだけ除雪をしています。フジテック岩手（株）というところから除雪機を寄付していただいたりしています。近所の方で腕に自信がある方はぜひ病院に駆けつけていただいて、除雪に協力していただければと思います。結局、病院が除雪するときはこちら当たり全部除雪が必要なんです。だから、自分ちの前とか道路とかが優先になるでしょうけれど、雪が多いときはぜひ病院に駆けつけて応援していただければというふうに思います。

先ほど言いましたように、お金を掛ければいろいろなことが解決するのは私もよく分かります。しかし病院にはそれだけの資金的な余裕がないんです。除雪をどんどんやるために常時契約しておいて、何センチになったら一冬何百万でやってくれというふうにはなかなかできない。そういったことをやって、もし病院が赤字になったときに町の会計からお金が入ってくるということも大変難しい状況なので、数少ない職員で当たっているというのが現状なんです。というわけで、雪が降ったら一人でも多くぜひ病院に駆けつけていただいて、お手伝いいただけたらうれしいと思います。

今日あまり女性の方の意見がないので、これからマイクを回していただいて、ぜひ女性の皆さんのご意見を伺いたいと思います。

司会 女性の方でご発言いただけないでしょうか。

佐々木ゆり子さん（21区） いろいろ先生のお話を聞いて、地域にいい病院があり施設があるので私もおばあさんがおりますけれど、老後を安心して暮らせると感じています。わた

しもこういう勉強会には時間の許す限り参加させていただいております。やはり病院の先生方、それから事務局の皆さん方も毎日の仕事があるなかナイトスクールを開催するというのは大変なことでしょうけれど、一人でも多く参加するように地域のなかで声を上げていきたいと思います。どうぞこれからもいろんなことを教えていただき、またこういう勉強する機会を与えていただきたいと思います。

佐藤 どうもありがとうございます。これからもこのナイトスクールに限らず、皆さんと一緒にやっていきたいと思います。この間も 15 周年の節目で勉強会をしました。これは非常に私が尊敬している千葉の東金病院の平井先生の真似をして研修医の報告会もやっているんです。その勉強会にも大勢参加していただいて、来られた先生方も非常に喜んでお帰りになりました。そういうことがやれるのもやはり藤沢の力だと思うんです。勉強会、意見交換会に出てきて自分の意見を言ってくれたりするのは非常に大事なので、これからも企画しますので、ぜひ、よろしくお願ひしたいと思います。

阿部毅さん (23 区) 私は深萱の阿部でございます。二つ、お尋ねしたいことがあります。一つは、私は若い頃からあまり丈夫なほうではございませんで病院によくかかるんです。入院するとかそれほど重病ではないんですが、風邪を引いたり、体力的に調子が悪いときがあります。そういうときに、会社には悪いけれど、半日行けば治るといものなのに病院に行かなくて、2、3日後に行って1週間休む。それではいかんのじゃないか。調子が悪かったらすぐ医者に行こうと決心したのです。

有給休暇は1日だったんですけれど、会社に半日休暇を認めてもらって、休みは取ったんですが、いざ病院に行くと、朝の7時とか8時とかに行っても、もう札が取れないんです。5時、6時、7時あたりぐらいから並んでいる年配の方々がいるわけです。そんなわけですが、仕事をしていて医者にかかりたいという人を早く診ていただいて早く回復させるほうが、本人のためにも会社のためにもいいんじゃないかという思いをずっと前から思っていたんです。そのへんのところは、大変難しい判断だと思えますけれど、待っている方に気分の悪い方はいらっしませんかとか、声を掛けてもらえば、私はすぐに手を上げて言いたいです。そういう配慮があれば助かるんですがどうでしょうか。

もう一点は医薬分業の話なんですが、今ほどこの病院に行っても医薬品、薬の問題が非常に多くあります。それにどういうわけなのか、とにかく薬局へ行ってくださいといいます。公立病院は赤字だ、赤字だというのにどういうわけなんだろうかと大変気にしているんです。私は間違っているのでしょうか。

佐藤 大変いい質問とご意見だと思うんです。私も待たせるのは得意ですけど、待つのは苦手です。去年、ここに腫瘍ができてまして大学病院歩きしたんです。予約を取っていても1時間、2時間待つのがざらなんです。何時に来いと書いてあるのに待たせられるんです。それはうちの病院もそうです。9時と書いてあっても10時、11時になってしまう。病気の治療

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

と仕事との両立というのは大事だと思うんです。仕事を何回も休まなければいけないとなると仕事に支障が出る。そうすると結果的に長いこと仕事を休んでしまうことになりますから、おっしゃるように気軽に早くかかれるというのは大事ですね。

椎名くに医師（藤沢病院の医師）外来の混み具合についてなんですけれど、ぜひ、電話をご活用いただきたいと思います。電話でのおたずねのときに聞いていただければ事務のほうで混み具合はわかりますのでお話できるかと思います。それと、どうしても予約の方や救急の方を優先しますので、救急車が入ってしまいましたら、時間がずれていくことがございますけれど、それにつきましてはやはり病院の性質上、皆様のご理解、ご協力をぜひお願いしたいと思います。

佐藤 もし具合が悪い方、お急ぎの方がいましたら受付のときに言っていただければ早めにカルテが回ってくるようになっていきますので、ぜひご活用をお願いしたいと思います。

その他、できましたら午後の外来を活用していただいたらいいんじゃないでしょうか。午前中だと、例えば7時に来られても外来が始まるのは、流れからして9時からなんです。そうすると8時に行っても9時に行っても1, 2時間待ち時間がある。午前中は、バスの人が黄海地区30人とか、50人とかそれぞれ予約して来ますからしっかり入っています。ですけれど午後はバスも入っていません。午後は2時からスタートして3時半で受け付けが終わるんです。ですから、もし早くというならば3時頃に来てもらえば、どんなに待っても4時か4時半ぐらいには終わります。働く人のためにということで午後の外来と土曜日の外来をやっています。午後は年金受給の人は少ないでしょうからぜひお出でください。本人一人では来れないので、付き添いの人と午後に来るという方がいらっしゃるのでガラガラというわけではないのですが、比較的、空いております。午後もできるだけ大勢のドクターを集めるつもりです。幸い、かつてここで勤務して自治医科大学に戻った方のうちにも、1週間に1回位は応援にいきたいといってくれている人たちがおりますので、そういう人たちにも応援をいただいて、何とかあまり待たせないようにしたいと思います。

医師も少ないなかで毎日がんばっておりますので、ぜひ皆様のご理解、ご協力、それからこちらの制度のご活用をお願いしたいと思います。

それからもう一つ、医薬分業。非常にいい質問をいただいたなと思っております。実は二次医療圏と言っているんですが、昔の両磐、今の一関地方で、一番最初に医薬分業を始めたのはうちなんです。医薬分業というのは患者さんが希望したときに、どこに行っても薬と交換できる処方箋を出す。院外処方箋と言うんですが、それを出してやれるようにするため平成8年に医薬分業推進協議会というのをつくって2年ぐらい活動したんですけれど、うちの病院は最初でした。病院の薬局で薬を出す院内処方箋は安いのですが、院外処方箋は高いです。だから今でも希望の人は私たちの病院で院外処方箋をもらって丸久さんに行ったり佐庄薬局さんに行ったり、それから千厩、大東に住まれている人でも自分のお住まいの薬局で用が足

せるということをやっているんです。

しかしいま、国が言っているのは 100% 院外処方にしろということなんです。これは私たちも検討しました。実は今年の 10 月 1 日からやる計画だったんですが、バスで受診にくる人が多いとか、いろいろな問題があり、院内でもいろいろな意見がありますので、延ばしております。

もう一つは、いま薬をかなりジェネリック薬品というのに替えているんです。そうすると患者さんの負担は減るので、病院の取り分が割合としては増えるんです。そういったことでほしい 1 年間に 500 万円とか 1000 万円ぐらいの薬価差益の収入があるんですが、これが全部、院外処方になるとゼロになる。ということで病院の収入にもマイナスに働く。

ではなぜ、ほかの病院は院外処方になっているかと言うと、薬剤師の数を減らせるというメリットがあるからなんです。ですが私たちの病院は 3 人しかいないのに老健もやり特養もやり病院もやるのは難しいなということで、今回は院内処方ということにさせていただきました。

でも院内処方を続けていってもやっぱり経営は厳しいんです。なぜかと言うと、病院にきて薬をもらって薬がなくなるとまた来ますね。ところがその人しか飲まないという薬もあるんです。非常に少ない薬がある。ところがその人が別な病院に移ったとすると、薬だけが残る。それは全部捨てる薬になるんです。それから毎年、薬価改定というのがあって 100 円の薬を 80 円で仕入れて 100 円で患者さんに手渡していたのが、次の年には 90 円で買って 85 円で手渡すみたいな変更がある。そして利幅がどんどん小さくなるような仕組みがあるんです。

そこで、安くて、なおかつ病院の取り分も多く取れるような薬に順次切り替えています。そうするとどうしても不便が起こるわけです。私たちは薬の名前を全部覚え直さなければいけない。そして患者さんには見かけの違う薬がいくということを理解をしていただかなければいけないということになります。

それで皆さんにお願いしたいのは、病院でお薬を続けてもらいたい方については、病院の薬が替わるということはお知らせします。説明もします。そういった背景があって病院経営のためにどうしても薬を定期的に替えていかなければならないので、みかけが替わりますが、薬効については一緒だと理解していただき、ぜひ、ご協力をお願いしたい。

それから非常に少数しか飲んでいない特殊な薬というのは、できたら院外処方でお願したい。実は薬剤師会のなかでは、その人が通院しなくなったら残った薬を他所で、また処方できるんですけども、私たち病院側は買い取ったらそれで終わりなんです。そういうことで、どうしても薬が無駄になりやすいということをぜひご理解いただきたいと思います。バスで来られた方にも必ず調剤薬局まで歩いてもらわないといけないというのはなかなか難しいなと思っていますので、当面、院内調剤でいきたいと思っています。

それから実は医局の先生とか薬剤師さんからは、僕らももっとがんばって仕事するから患

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

者さんに不便になるようなことはしないで、なんとか続けてほしいという意見もありました。大変立派な意見だと思うんです。そういうことで長期的にいうと院外処方、医薬分業のほうが多分メリットがあるのですが、当面、地域の特性を考えたらある程度利益が生じて、病院の薬剤師とか事務の人に人件費をきちっと払えるような工夫をしてきているので当面は院内処方で行きたいと思います。

希望の方には必ず院外処方箋を出しますので遠慮なくおっしゃっていただければと思います。現在、ほぼ1%が院内処方です。見てみると町外の方が多いんですね。訪問医療を受けている町外の方もだいたい薬はうちまで持って来てくれるので、便利だといっていたいております。こういうふうには病院のほうもいろいろ工夫をして、電子カルテでお薬の中身を確認しながら窓口で皆さんに安全にお渡しするというように続けていますので、ぜひご理解、ご協力をお願いしたいと思います。

司会 そのほか皆さんのほうからございますでしょうか。もしなければ、閉会にしたいと思います。

佐藤 遅くまでありがとうございます。また来年、再来年とお邪魔しまして、皆さんと意見交換をしたいと思っていますので、その折はどうぞ温かくお迎えいただけますよう、お願いして今日の会を終わりたいと思います。どうもありがとうございます。

司会 以上で平成20年度の黄海地域ナイトスクールを閉じさせていただきます。ご苦勞様でした。

Ⅲ. ナイトスクール傍聴記

大本 私は、これで2回ほどナイトスクールに参加させていただきましたが、佐藤元美先生のお話は今回も明快でしたし、また住民の方がたまに意見をなかなか活発に出され感心しました。藤沢町では住民主体を旨として長い年月を掛けて住民の方々を育ててこられました。住民が育ってくると今夜のナイトスクールの住民の方々のように自分の意見をはっきり述べるようになり、お役所も病院も緊張しますね。このような双方の対話のなかで、双方の改善が進んでいくのだなと深く感じ入り、とても素晴らしいことと思いました。これが民主主義なのだとあらためて学ばせていただきました。

ここ藤沢町には小さな市民社会というのが形成されてきていると感じました。市民社会というのはなにも都会だけにあるのではなくて農村にもある。なかなかのものです。

佐藤 住民の方々がナイトスクールに参加するというのはここの伝統ですが、これは本当にすばらしい財産です。

吉田 ある町議会議員さんのいっていたことなんですけれど、私たちは当たり前だと思ってやってきた。常々やっていることは自分たちのためになる。誰もやってくれるわけじゃな

いから自分たちがやらなければ、というスタンスで物事を考えてきた。それが他所から見れば大変素晴らしいことだと評価されると改めて本当にそうなのかなと気付かされる。

やっぱり第三者からそういう評価をいただくと、自分たちの積み重ねてきたことを改めてひもといたとき、自分たちが普通だと思って一生懸命やってきたことが、えっ、そんなにすごいことだったのというところに立ち返るわけです。そうすると、じゃあ、もっとがんばろうとすごく励まされますね。

大本 本当に、素晴らしいことです。いろいろと学ばせて頂きお礼申し上げます。

吉田 でも議員さんたちが、そういうふうに分たちのやってきたことを客観的に見てられるというのも、議員さんをやっている前は自治会長さんをやられてきた経験があるからです。

大本 町長さんをはじめとして合併推進のように受け止めたが、合併するとこの病院がどうなるのか気掛かりです。どうしても合併しなければいけないのでしょうか。

吉田 この間の話し合いでもやっぱりそのことが出ました。町民の皆さんも合併でどうなるのという不安をお持ちです。あくまで仮定ですけど、もし町民病院をつぶすなんていう話になったときには、住民はだまっていけないという姿勢になるかもしれないですね。相手があることですから、私たちが軽々しくは言えないんですけど、ただ、市民の生命と健康を守れない自治体というのがあっていいのかという思いは、こういう小さい自治体でも強くもっています。大きな市になったら市民の生命と健康を守るという発想がないんですかね。どうなんでしょう。私たちが今までやってきたことが否定されると、これからも守り育てようとする理念を失ってしまうような反動があるようで、仕事に手がつかわらないですね。

大本 政府が管理しやすいから中央集権的にやりたいのでしょうか、基本はやはり自治と分権におくべきでしょうね。

吉田 そう思いますよ。

佐藤 政府・総務省は1万以下のところは一人前の市町村とは見なさず、権限も減らして、補助金も減らすという方針なのです。そうすると学校一つ建てられなくなるし、形だけの自治体になってしまう。本当にじり貧になるんです。だからよほど高収入な人ばかりが集まるような町にでもならない限りダメなんです。ただ、僕の本意ではないですけど、病院がどんどん大きくなって700床位あって、病院職員が1000人も2000人も住むことになると話は違って来るでしょうけれど、合併しない限り、1万人を切った町には将来性はない。

では、どうすればよいか。公的病院といってもいろいろな運営方法があります。最初の段階は地方公営企業法の全部適用なんですけれど、次が独立行政法人。その次に公設民営。それからあとは社会福祉法人、社会医療法人とかの特殊法人。

公務員型の独立行政法人まではいいいですけど、完全な公設民営は全員民間人ですから、その問題はあります。でもまだ少し時間的に余裕がありそうなので、僕の友だちがやっている

住民が医療の運営者であってこそ医療の再生がはじまる

公設民営の形態などをつぶさに観察しながら、どういうのがいいか考えていこうと考えております。

公設民営のいいところは、設置主体は公のままだから、赤字が出たら民営化しても援助しますよということができる。公設民営のための社会医療法人をつくって、建物や土地は町の共有財産、市の共有財産に移行してという公設民営は完全な民営というよりは1.5みたいな相違がある。

いまでも黒字を出して職員みんなで経営を考えているから公設民営もできるんです。ただ公設民営になれば、その瞬間から契約していないサービスはできなくなる。どんどん削っていくということになって、例えばこういった住民との対話集會に今日も大勢職員が来ているのですが、果たしてそういうことが自然にできる病院でいられるかということちょっと疑問なんです。今は公務員ですけど8時間過ぎると、民間だからどうしても超勤だよねっていうことになる。

それから昔と違って住民立のような法人化もできるんです。だから場合によっては、住民立という形にすることもできるのではないかと思うんです。

ともかく、財政支援がだんだん減ってきており、高額な機械や建物への起債など、公益法人として受けてきたさまざまな財政的な支援なしに、僻地医療を続けるのは不可能なんです。だからそのへんがこれからの課題です。

大本 生き残り策にも苦勞されていて大変ですね。お疲れのところ貴重なご意見をお聞かせて頂きましてどうも有り難うございました。

この度のヒアリング調査に当たり、藤沢町福祉医療センター事務局長の吉田浩和氏には調査のお手配を頂き大変お世話になりましたことお礼申し上げます。

[この第Ⅱ部ナイトスクールの講話と意見交換と傍聴記は、平成20年9月3日(水)午後7時～9時に黄海(きのみ)地区公民館和室で行われたものをテープを起こして整理したものである。]