

医療・福祉・介護対策調査特別委員会会議記録

医療・福祉・介護対策調査特別委員会委員長 神崎 浩之

- 1 日時
平成 28 年 1 月 14 日（木曜日）
午前 10 時開会、午後 0 時 05 分閉会
- 2 場所
第 2 委員会室
- 3 出席委員
神崎浩之委員長、千葉進副委員長、伊藤勢至委員、小野共委員、佐藤ケイ子委員、
柳村岩見委員、佐々木宣和委員、渡辺幸貫委員、ハクセル美穂子委員、田村勝則委員、
高田一郎委員、小野寺好委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
平担当書記、神田担当書記
- 6 説明のために出席した者
町立西和賀さわうち病院 院長 北村道彦氏
- 7 一般傍聴者
2 名
- 8 会議に付した事件
 - (1) 調査
「岩手県・県立病院の医療の現状と課題
～医師支援調整監としての奨学金養成医師支援～」について
 - (2) その他
委員会県内調査について
次回の委員会運営について
- 9 議事の内容

○**神崎浩之委員長** ただいまから医療・福祉・介護対策調査特別委員会を開会いたします。
これより本日の会議を開きます。
本日は、お手元に配付いたしております日程のとおり、「岩手県・県立病院の医療の現状と課題」について調査を行いたいと思います。
本日は、講師として町立西和賀さわうち病院院長の北村道彦様をお招きしておりますので、御紹介をいたします。

○**北村道彦講師** 雪深い西和賀町沢内から参りました北村です。きょうは、この講演のお

話をいただいてから時間が余りなかったので、多少資料が古いところがあるのですが、以前いた岩手県立中部病院勤務時代や岩手県立胆沢病院勤務時代の話をつまえて、医療の全体像について皆さんと情報共有できればいいと思っています。皆さん興味のおありになるところは奨学金医師の養成事業だと思いますが、それは後段のところ質疑を受けながら、皆さんにお話しできる範囲でお答えしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。

〔拍手〕

○**神崎浩之委員長** 北村様の御経歴等につきましては、お手元に配付している資料のとおりでございます。

本日は、「岩手県・県立病院の医療の現状と課題～医師支援調整監としての奨学金養成医師支援～」と題しまして、本県における医療情勢の変化や奨学金養成医師の配置調整などについてお話をいただくことになっております。

北村様におかれましては、御多忙のところ、このたびの御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。

これから講師のお話をいただくことといたしますが、後ほど北村様を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので、御了承願いたいと思います。

それでは、北村様、よろしくお願いいたします。

○**北村道彦講師** よろしく申し上げます。座って話を進めさせていただきます。私は山が好きなのでスライドの冒頭で山の写真を出しています。これは三ツ石神社から見た岩手山の夜明けの写真です。今回の講演では先ほどお話しましたとおり、医療の全体像を聞いていただきたい、わかっていたいただきたいと思っています。岩手県と県立病院の医療の現状と課題、それから私は御紹介いただきましたとおり、町立西和賀さわうち病院院長と岩手県医師支援調整監という肩書を持って動いていますので、そのお話をしていきたいと思っております。お手元にきょうのお話のタイトルを用意させていただきました。そのタイトルに沿って話を進めさせていただきます。1時間15分ぐらいお話をし、その後質疑の時間を設けたいと考えております。

略歴で御紹介いただきましたが、私は医師になってからは43年目になるのですが、一人前の医師としてのキャリアは40年ぐらいになります。現在は65歳です。今は2年間、病院等で修行をしてその後大学へ戻るのが大体のパターンですが、私は3年間修行をしました。私の場合、国立水戸病院というところで3年間研修を受けまして、外科の道を志し東北大学第二外科で食道外科を専門にした後、秋田大学に移りました。そして、縁がありまして平成10年度から県立胆沢病院に来まして、その後新しく立ち上がった県立中部病院の院長をやるように言われ、60歳を過ぎていたのですが、やりました。それぞれその中でいろいろな目標を立ててやっていたのですが、こうしてみると大体10年刻みでいろいろな動きがあって医師生活40年を迎えるということになります。途中で私は内科の勉強も始めて現在もしているところです。平成26年度からは西和賀町の当時の国保沢内病院、今は町

立西和賀さわうち病院と名前が変わりましたが、そこで医師をしているということになります。

これが非常に大事なのですが、これからの奨学金養成医師の調整とか、その方にどのような活躍をしていただくかということを考えるときに、ひとり立ちするまでは大体10年掛かるということです。10年間はやはり人の指示のもと、いろいろなところでやっていかなければならないということなので、ひとり立ちするまでに10年から15年はかかります。それから、部門の責任者になるまで20年から25年ぐらいかかるのです。それから、養成医師の支援、その配置調整もたくさん時間がかかるというのは皆さんにおわかりいただけるのではないかと思います。特効薬というのはないのです。そのため、これから長い時間をかけて、しっかり支援をして配置についてもらいたいと考えております。

旧沢内村のことをお話したいと思います。今年度は深沢晟雄村長の没後50年と、それから本来は61年たちますが、旧沢内病院の開設60年ということで記念行事をやりました。このときに旧沢内病院を立ち上げたドクターの加藤邦夫先生が、深沢晟雄村長をしのんで対話、共鳴、同志への進展ということで話をしてくれました。皆さんには同志になっていただきたいと強く考えております。この特別委員会を皆様がお引き受けになって活動してくださるということを大変うれしく思いますし、一緒に対応できればいいなと思っていました。私は今回の参考人でお話をさせていただくということを大変うれしく思っていました。

共鳴というのが非常に大事なのです。ですから、これから若い医師の方にもぜひ共鳴を持って岩手県内に定着をしてもらいたいというのが、私が考えていることであります。この加藤先生は、昭和35年に1カ月間の出張ということで東北大学の当時の第一内科から派遣されてきたのです。1カ月たって離任するときに加藤先生は深沢村長に、地域医療をよくするには10項目ぐらいやらないと沢内病院はだめになりますよという話をしたそうです。そうしたならば深沢村長が、「それならば病院をあなたに任せるからやってみないか」ということで説得をしたのです。その後は会議を次々と開催をして、たった1カ月の出張のはずが、地域医療制度の立ち上げ、そして運営まで15年の長きにわたり旧沢内村を支えたのです。この後、有名な増田先生という方が着いたわけなのですが、スピード感があって志と志のぶつかり合い、それから対話から共鳴、そして同志への進展となり、これが大きな流れになって旧沢内村の歴史をつくったのです。いろいろな制度をつくるだけではなく共鳴ができるような運営をしていかなければならないのです。それから、いろいろなシステムを変えていかなければならないと考えております。

これは有名な乳児死亡がゼロになっていくグラフなのですが、昭和30年代前半当時は、1,000人の赤ちゃんが生まれると80人ぐらい亡くなっていたのです。そういう大変な時代に深沢村長が就任して乳児の医療費を無料にし、その次の年に乳児の死亡がゼロになりました。全国の自治体の中で先駆けてゼロになったのです。それで、一気に旧沢内村が注目されて、当時の武見日本医師会長が訪れて一緒にいろいろなプロジェクトを動かそ

うという話になったのです。その辺の話について、私は西和賀町に来てからよくわかりました。あと大事なのは無料にして医療を手厚くする、すなわち予防に力を入れると医療費が少なくなるということなのです。ことしもJICAの方が見学に来たのですが、キーワードは予防に力を入れると医療費が少なくなるということです。これは間違いではないみたいなのですね。この辺はぜひ皆さんに御理解いただいて応援していただければいいかなと思っています。後から後から追っていったのではだめなようです。長野県もそうだと思うのですが、予防に力を入れるといいかなと思うのです。そういうわけで、この特別委員会の名前に「保健」を入れていただくとよかったかなと思っています。

実は西和賀町の平均寿命は男性が岩手県内第2位なのです。あの雪深く、寒いところでよく2位だなと思っています。平成22年度の数字になりますが、女性が第8位ということでまずまずの数字なのです。岩手県全体としてはまだまだなのですが、生命尊重の伝統が少し息づいているかなと思っています。私は2年前に西和賀さわうち病院の院長に就任したわけなのですが、就任に当たってはいろいろなことを考えました。自分の年齢や豪雪地帯での勤務などネガティブなことを思いました。旧沢内村の栄光の歴史についてもいろいろ思いました。ただ、最終的には地域全体の健康を守るミッションに魅力を感じて決めたわけなのです。私と同じような人が今岩手県内で頑張っております。そういう方がふえてくればいいかなと思っています。そういうわけで制度を立ち上げたら、それにしっかり評価をしてメッセージを与え続けるというのは大事だと思っています。

これも非常に重要なスライドなのですが、福井次矢さんは聖路加国際病院の院長をされています。日野原重明先生のお弟子さんなのです。その方が、少し前のデータなので今では少し変わっていると思うのですが、1,000人の方がいるとそのうち860人は何らかの不調を自覚するそうです。そして307人が医師の受診をして、そのうち232人が開業医を受診しています。88人は病院の外来受診、49人は内科受診です。ERと言われている救急室受診するのは10人、7人が一般病院の入院、6人が大学病院の外来に来て、3人は在宅ケア往診、当時は在宅ケアは包括ケアと連動してくるのですが、余り多くないという状況だと思います。そして、大学病院の入院は0.3です。これからわかるように地域の医療機関が住民の健康維持に実はかなり大きく関与しているのです。先進医療と地域医療のバランスというのがこれから大事だと思っています。そういうわけで、開業医の先生や小規模病院が住民の健康に関して、特に予防の領域や重症化の防止の面で大きな役割を担っているのです。この話はいつも奨学金をもらう方にお話をするのです。皆さんがやることというのは非常にボリュームが大きくてやりがいのあることですよと話をしています。

西和賀さわうち病院に私が就任してから、それまで30%ぐらいの病床利用率だったのが、今は6割を超えるようになってきました。やり方が変わると病院は変わるのでね。県立病院もそうですし、この診療所もそうなので、どうやったら皆さんに利用していただけるような病院運営になるのかということを考えていかなければならないと思っています。私は、公約を町民にお話をして院長になりました。高齢化率43%、現在は45%に上がりましたが、

西和賀町の 6,000 人ぐらいの町民の健康を守るという話をしました。400 床の病院の院長から 40 床の病院の院長になるということで感じることはあったのですが、一方で 6,000 人の健康を守るということは非常に大きなミッションなのです。奨学金をもらって医師になってくれた方にも、こんな大きなミッションがあるのだよという話をしているところでもあります。キーワードは包括ケアということとも関係あるのですが、シームレス医療というのがキーワードだと思います。少し生意気なことを言ったのですが、特別委員会の名前に保健を入れていただいて、保健と医療と福祉、これをつなぐ形でのつなぎ目のないという話でシームレスという話がいいのかなと思っています。この 3 本立てですね。これが地域包括ケアの中でも 3 本柱になっておりますが、そのように展開をしていけばいいのかなと思っています。

現在の私の名刺なのですが、町立西和賀さわうち病院の院長と、それから先ほどお話しした岩手県医師支援調整監ということで二つの名刺を持って歩いております。

ここからが本題になるのですが、医師のキャリア支援と専門医制度ということをお話しします。専門医制度というのが今避けて通れない状況なので、その話を加えてキャリア形成ということをお話しします。先ほどお話ししたとおり、医師の一生というのは大体 65 歳というのを区切りにしますと 40 年間ということになります。そして、流れとしては四つありますね。教育職や研究職など大学病院で教授を目指すこと、病院勤務で病院長、科長を目指すこと、開業して地域医療を担当すること、そして行政職です。保健所など行政の中に入っていくということですね。この四つを大きな柱と考えています。どういう診療科を目指すか、それからどんな医者を目指すかというのを今奨学金をもらっている医師たちは、非常に悩みながら、研修をしたり勤務をしている状況であります。

それを図にいたしますと、最初の 2 年間は、初期研修というのが平成 16 年度から義務化されました。これはインターン制度がなくなった昭和 43 年度に既にできていたのですが、努力目標だったのです。それで、それが行われていなかったということで、平成 16 年度に義務化をされました。そして、初期研修 2 年間というのが今行われているところであります。ですから、医籍には 2 回登録されるのです。1 回目の国家試験、それから初期研修が終わった後も医籍に登録されます。2 回目の医籍の登録がないと単独で診療が難しい状況になるということで、これは必須なのです。奨学金をもらっている地域枠の 1 期生があともう少しすると初期研修を卒業して、そして自分の責任で医療をやることになります。2 年間の初期研修を終わりますと大学院に入る方、それから後期研修ということでそのまま基幹病院で内科や外科など診療科を決めて専門性を持って勉強するというのに入るわけです。一方で医療行政に入ったり、留学をする人もいます。こんな形で分かれる専門医制度が新しく来年の 4 月から動き始めます。

少し絵を描いてみると、内科と外科の場合には内科の専門医、外科の専門医というのが最初のベースになります。そして、その上に内科といっても範囲が広いので呼吸器、循環器や消化器の専門医を取ることになります。外科ですと心臓、呼吸器、肺、それから消化

器という具合に2階建ての部分が専門医制度の中で行われているということになります。内科、外科系の場合は更にその上に高度の技能医という3階建ての構築で今はやっているところでもあります。日本専門医機構という組織が立ち上がりまして、現在各学会と検討中ですが、今お話ししたとおり平成29年4月から後期の専門医研修が開始になるということになっています。19領域が専門医ということで決まっています、初期研修修了後3年から5年間ぐらいで専門医を取ることになります。

次は医師がやめるということ、現在の奨学金制度ができた理由やなぜ医療崩壊が起こったのかということをお話したいと思えます。安全神話とその破綻、それから医療者と患者の間の深い河、そして医師の過重労働、これは岩手県立磐井病院の副院長の佐藤耕一郎先生からスライドを借りてきたので後でお見せしたいと思えます。皆さんは今度県立磐井病院の見学に行かれるということなので、ぜひ突っ込んだ話を、特に救急のお話を聞いていただければと思えます。県立磐井病院のポイントは、宮城県の県北から患者がたくさん来ているということなのです。これは岩手県の県北でも同じようなことが起きています。県境の医療をどうするかということも大きなポイントなので、ぜひそこら辺をお聞きいただければと思っております。

オレゴン・ルールというお話を皆さんはお聞きになったことがあるでしょうか。これも非常に大きなポイントでありまして、1枚スライドを持っていますのでお話をしたいと思えます。医療は安全を目指すのですが、安全は現実的に保障できません。安全神話という中で、医療は安全を目指して安全であるのが医療であるということで、我々もしてきました。医療を受ける側も安全であってほしいということで我々医師も動いていたのですが、「人は誰でも間違える」のです。安全神話が医療界を苦しめ、現実性のない安全神話がひとり歩きをしていたというのがあります。「ヒューマンエラーは裁けるか」というシドニー・デッカーの名著もあるのですけれども、安全で公正な文化を築くという作業が今少しずつなされて、効果も上がってきております。安全向上のシステムと文化を醸成していかなければならないと考えております。

西和賀さわうち病院は40床の病院ですけれども、転倒・転落事故が一昨年度は9例、昨年度は12例起こりました。幸い重度の損傷というのはありませんでした。一方で、公にされている聖路加国際病院のデータですが、転倒・転落の発生率は西和賀さわうち病院と余り変わらないのです。軽傷の転倒・転落事故発生が、聖路加国際病院で300人弱起こっていて、重傷が3人ぐらいいるということです。県立中部病院でも同じぐらいの数の事故が起こっていました。病院の中で転倒・転落事故が起こり、そして骨折をして手術する患者さんもいます。西和賀さわうち病院は高齢者の患者が多いのですが、幸い重度の損傷者はいませんでした。実はことし骨折した人が1人いたように、転倒・転落事故を一つ考えても安全ということはかなり危うい状況にあります。

また我々医師は薬の処方箋を出すのですが、それを薬剤師がチェックをしてくれます。間違っているのではないかとと言われる率が2%から3%ぐらいあります。2%から3%

いうと、県立中部病院単位で1,000件ぐらいです。そして、変更率は7割ぐらいです。つまり間違っていたということになるわけですが、これはやむを得ないです。薬の剤形や飲み方など様々なことがあるわけですが、実際に危ない間違いというものもないわけではないのです。全国的に見ても7割ぐらいの変更率になっています。これが医療の現状なのです。これを見るとぞっとすると思うのですが、医療というのは安全を求めながらも実際なかなかできていないのです。これに関しては医薬連携とか薬業連携、すなわちチーム医療で対応している状況があります。そういうことで我々はいつも綱渡りの感覚でいるということをお聞きいただければいいかなと思います。

NPOのCOMLという患者の団体があり、これはその理事長からいただいたデータのスライドです。医療側と患者側は非常に構造的に、医療側の我々は日常で、客観で、診る・看る、不特定多数なのですけれども、患者側は非日常で、主観で、感じる、個別性という、本質的に非常に大きなギャップがあるのです。ここをつなぐためには話を聞いて、思いを伝えて、コミュニケーションをしっかりと取って橋渡しをしていかなければならないのです。橋渡しをするすべをいろいろ検討しているのですが、医療と患者の間に深い河がある、二分化されているということをお聞きいただくと肝に銘じて我々はやっていかなければならないということだと思っています。

先ほど紹介したオレゴン・ルールなのですが、アメリカのオレゴン州の衛生局の玄関には、医療の三原則を示した「オレゴン・ルール」が掲示されています。「すぐ、いつでも診てもらえる」、「質の高い医療が受けられる」、「安い医療費」、この3つがあり、「国民は3つのうち2つは自由に選択できるが、3つとも求めることは困難である」ということが書かれています。今活発に活動されている石川県七尾市の恵寿総合病院の院長先生のブログから持ってきたのですが、この三つはなかなかできないのに、日本はこの三つを目標にしたことで医療崩壊が起こってしまったのではないかというお話をこの先生はしています。私はそれが非常によくわかります。県土が広く、高齢者が多い岩手県ではやはり独自のルールをつくっていかないと、この三つ全てをパーフェクトにやるということはできないと思います。オレゴン・ルールのfree and easy accessibility、high qualityそしてlow cost、これをどこかで落とすところをつくってやるということが、皆さんの仕事であると思うのですが、我々もそれらに対して責任を持っていろいろとやりとりをしていかなければならないなと思っています。

次は全体的な医療の大きな流れなのですが、我々が医師になったときには、がんの患者には病名は伝えませんでした。大々的に伝えるようになったのは、私が県立胆沢病院に行ってからです。県立胆沢病院に行った平成10年度までは患者にがんだというお話をしていませんでした。私が行ってから、これではだめなのでお話を少しずつしようということから始めました。ですから、ここ20年ぐらいで医療というのはお任せの医療からパートナーシップということで、患者から意見を聞き、リスクを共有しながら医療を進めるように変わってきています。ただお任せの医療が悪いわけではありません。今でも90歳や80歳の方

はお任せしますということで、それに対して我々にはできるだけのことをしましょうねということといい関係でやっています。最近、割と乱暴にがんの告知が行われているのかなという反省もあるのです。自分の病名告知を受けたくないというのも同じ権利なので、その辺を思いに添ってやらないと一方的な告知というのになってしまうのではないかと危惧しながらやっていますが、基本的にはパートナーシップということで情報は共有して、一緒に考えていこうという時代になりました。そういうわけで告知に関しては私が医者になった20年前と大きく変わりました。

急性期医療も変わってきました。これは高知県の近森病院の資料です。今までの古いビジネスモデルでは、医師と看護師中心の少数精鋭のヘルシーペーシェントでした。基本的に割と若くて元気のいい患者さんを診ていたと近森正幸院長が言っています。そしてこれまでは出来高払いでしたが、現在はDPCという包括払いに変わったのです。これは非常に大きな流れであります。これまでは医師を頂点とするピラミッド型のチーム医療であって、知識、技能そして経験が重視されていました。医師は知識と技術の提供者であったわけですが、現在はそういう状況はすっかり変わってパートナーシップが重要になり、多職種、多数精鋭のスタッフで医療をやるということになっています。医療の高度化や標準化というのもキーワードですね。医師のさじかげんだけでやってはいけないというのが今の現状で、標準的な治療をやってくださいということになっています。もちろん個別性は重視するのですが、俺のやり方でやるということではいけないわけです。世界の標準があって、できるだけ効率がよくて完治性のある治療をやればよいというのが現在の状況であります。今お話ししたDPC・包括支払い制度が急性期病院にもかなり入りました。これが大きな動きになっています。ピラミッド型のチーム医療から多職種連携型のチーム医療に変わり、チーム医療化が重視されて、医師は知識、技術の提供者だけでなくリーダーシップや決断力が求められています。

1999年に横浜市立大学医学部附属病院で患者の取り違えが起きました。それから医療はすっかり変わりました。スライドは、論文の中でチーム医療が取り上げられた数を見えます。社会学者の細田満和子さんという方の本に書いてあるのですが、このとおり1999年の患者取り違えと時期を同じくしてチームというキーワードで発表するのがふえたのです。このあたりは医療崩壊とか医療バッシングが強く言われた時期なのです。そのときに医療マネジメント学会やクリニカルパス学会など組織横断的な委員会が立ち上がったのです。今までは胃の委員会や学会、それから外科の中でも胃、腸、肺や心臓という学会が多かったのですが、組織横断的な委員会がここから注目されて立ち上がったということになります。チーム医療の導入というのが安全と言われたのです。

ここからは高齢化のお話をしたいと思います。押し寄せる高齢化でどんな影響があるのかということをお話したいと思います。これは既に岩手県立病院医学会に投稿されているので、実は皆さんにお渡ししてもよかったです。資料の中には入っていないので聞いていただきたいと思っております。昨年の県立病院医学会のシンポジウムで、緩和ケアで

有名な豊島先生から高齢社会をどう支えるか、地域の病院の立場からということで、連携のお話をさせていただきました。平成 21 年度に県立中部病院ができたのですが、この三角が 70 代でかなりふえ、その後もふえています。これが 80 代です。こちらが 60 代です。このとおり高齢者の方の数がこんなにふえているのです。率もふえているし、数そのものもふえているという状況です。高齢者がふえると実際にどういうことが起こるかという、これは胃がんの手術で見ているのですが、年齢がふえると平均在院日数が長くなり退院するまでの時間がかかってしまうのです。高齢者になると入院日数が長くなるのです。それから、看護必要度が増します。当然おむつをかえたり、食事をしたり、日常生活の支援をする領域がすごくふえてしまうのです。

ここで話したいのは看護師の採用がすごく難しいということなのです。苦戦をしているのです。日本の看護師がやることを外国の看護師はしないという有名な言葉があります。外国では、日本の看護師がやる例えば食事介助やお風呂の介助をしないのです。その辺の業務を変えていかなければならないのです。後でまたお話ししますが、日本はおくれているのです。この看護必要度が増すということに対しての対応が十分なされていないために看護師はやめてしまったり、疲れてしまったり、倒れてしまう現状があります。高齢者がふえるということは、看護のニーズが年々かなりふえていくことになります。ところが、今お話ししたとおり看護職員数はふえていないのです。県立中部病院では少しふやしたのですが、十分とは言えない状況です。では臨時職員やパートがふえているかということではないため、大変苦戦をしているところです。退院する患者の行き先を決めるときに、これは総数なので自宅がふえているように見えるのですが、実際には介護施設に移られる方や転院する方がふえています。これが現場をかなり疲弊させているところなのです。

そういうわけでこの辺の手当てをしていかなければならないということがあります。高齢者がふえている、医療もケアも生活支援も必要度が上がる。次から次へと患者がやってくる、ベッドはふえない、これでは病院スタッフは疲弊してしまいます。ではどうしたらいいのだということで、チーム医療と地域連携、サポート連携が重要だと思えます。連携に関しては、ソーシャルワーカー、社会福祉士という方がかなりふえてきています。この方が退院の支援、このような公的な援助を使ったほうがいだろうとあって、介護保険認定しましょうという話をしています。ソーシャルワーカーは 15 年前の過渡期には 1 人だったのですが、現在 3 人でやっているのです。退院支援が月に 150 件、そして年間 1,500 件とすごい数の退院支援をしています。相談だけですとこのとおり年間 1 万 3,000 件とすごい数をやっているということがわかります。それで、スタッフの増員が必要だということになります。高齢者の患者がすごくふえております。しかし地域医療の崩壊は避けなければならないということで、チーム医療と地域の連携ということで、一緒に頑張りたいというのがそのときの発想でありました。そういうわけで高齢化の波はものすごい形で寄せてくるといふことになります。

西和賀さわうち病院の入院患者の平均年齢が 80 歳なのです。ことしは少し上がっていま

す。そういう状況で地域病院は頑張っています。大変な状況だというのがおわかりいただけるかなと思っています。

高齢化によって平均在院日数が延びる、お金もかかる、合併症もふえる、そして看護の必要度も上がるという現状があります。それから、なかなか自宅には帰れないので、その連携をしっかりとサポートするシステムが必要だということになります。

次は県立病院の過去 12 年間の医療成績から見えるものをお話します。少し古いデータで平成 24 年度までなのですが、医療局のデータで県立病院全体のものです。延べの外来患者はこの 12 年間で半分になりました。当然延べの外来患者が減れば 1 日平均の外来患者も減ります。右側下が外来に来る新患の患者ですね。新しくこの病気になりましたと来るのが新患なのですが、その方も減りましたということでもかなり連携が進んだのです。その分 1 人当たりの単価が上がりました。これで何とか県立病院の経営がもっているわけなのです。役割分担が進んだという流れです。患者が減っているのですが、例えば抗がん剤を使う方がふえるとか、検査をする方がふえています。お薬だけに来るとい方が減っているという状況なので、診療単価が上がって、それで何とか経営効率が上がっているということなのです。

県立中部病院で住民の方に県立中部病院は外来を減らして入院中心の病院にしますよと言いました。なぜか。それは心筋梗塞など重症の患者に対してみんなで治療しないとだめだということなのです。そうでないと外来をとめて治療に当たらなければならないということなので、重症の患者を診るためには外来を減らせてくださいとお願いをしました。ここでは研修医を含めてドクターが 5 人集まって、どういう治療をしたほうがいいのかということを決めています。こうして外来を減らすことにできるのです。ですから、この連携はもうどうしても認めていただかなければならないことなのです。

次は入院に関してですが、総ベッド数は 17% ぐらい減らしているのです。ところが、延べのベッドを減らしても入院患者数は 29% 以上減っているのです。1 日平均の入院患者は減っている状況であります。では、新しい患者が来ているかということと全体的にそんなには来ておらず、0.3% ということなので、ベッド数を減らしても新しい患者が来なくて入院患者が減っているということで、病床の利用率は減るわけです。

一方で平均在院日数が 30% ぐらい減っているという状況があります。そういうわけで一般ベッドの利用率が 20% ぐらい減ったということがあります。またこれも同じなのですが、単価に関しては 1 人当たりの入院単価はふえている状況なのです。県立病院など大きな病院は入院や急性期病院として、そして外来を減らしているということになります。

これは全体の病院のデータなので、基幹病院に合わせたらデータ的にはもっと激しくなります。平成 24 年度までの 12 年間の医事成績を見ますと、外来新患数は減少ということで、地域の医療機関との役割分担が進行して平均外来患者数が大きく減少しました。これも外来患者が減少、新患も減少、外来数そのものも減少ということで、地域の医療機関との役割分担が進行しているのです。あとは薬の長期処方ですね。今は長い人で 90 日まで処

方します。昔は開業している先生で7日から2週間まででした。今は開業の先生も少し長く出されている人もふえてきました。そういう形で外来をなるべく減らして、県立病院は急性期医療に特化してやろうという流れで来ております。

一方、入院の患者に関しては変化がないのです。新患が変わらず、平均在院日数が短くなっているということで、病床数を削減しても追いつかず、病床利用率が少なくなっている状態であります。幸い単価そのものが増加しているので、患者数の減少や病院利用率の減少をカバーしているという状況であります。薄利多売という言葉の逆ですね。それを医療の場合は逆展開しているということになります。

実は、全国的にも平均在院日数は少なくなっております。包括支払制度を導入している病院、すなわち急性期病院が主になりますが、平均在院日数が全国的に減っているのです。逆に利用率は上がっています。ところが、県立病院は利用率が下がっているのです。ということは何が起きているかということ、全国的に病床数が削減されているのです。そういうことで県立病院は乗りおくらせているなというふうには私は考えております。

これはまとめなのですが、平均在院日数の短縮は県立病院でも全国でもトレンドであります。病床数が同じであれば利用率は低下します。平均在院日数が短く、早く帰りますからね。病床規模の適正化が全国的には行われているのですが、県立病院は少し対応がおくれていると思います。規模の最適化はマネジメントの最重要課題だと、ドロッカーの言っている言葉なのですが、このとおりだと思っています。

これは少し古いスライドなのですが、非常におもしろいスライドなのです。実は1960年代は日本も欧米諸国も平均在院日数は変わらなかったのです。日本は出来高払いをずっと続けていたために、長く入院していればお金が病院にたくさん入るというインセンティブが働いたと言ってもいいかと思います。そういう状況で平均在院日数が延びてしまったのです。今これを日本も短くしています。今はアメリカで平均在院日数5日ぐらいなのです。アジアでも1週間前後のところもふえてきています。そういうわけで日本は今そちらに向かっているのです。これがどの辺に落ちつくのがいいのかどうかは、患者の視点を入れながら展開をしていかなければならないことです。

県立胆沢病院の10年間と県立中部病院の5年間の医事をごらんください。胆沢病院は外来患者が多いので非常に有名だったのです。1日に1,200人ぐらいの外来患者がいました。1日平均の外来患者は少しずつ減ってきて、平成24年度は600人台です。今はもう少し減っているかもしれません。そういうわけですごく患者を減らしました。その分単価が80%に上がっています。そして、紹介型の病院に生まれ変わりつつあります。紹介率が40%ぐらいだったのが60%に上がっているという状況と、昔は何でもかんでも県立胆沢病院というキャッチフレーズでやっていたのですが、それを入院型の病院にかじを取り始めました。そうでないと手術ができなくなってしまうからです。1日入院の患者も少し減りました。率としては12%ぐらいです。しかし、新患の場合は少しふえたのです。紹介を少しふやして、入院に関しては少し減ったのですが、新患がふえているということはいいことだと思

っています。この間、産婦人科の撤退もあったのですが、胆沢病院はその中でよくやっているといます。平均在院日数はどんどん減っていています。入院単価は上がっています。大体県立病院は全体的に同じような状況であります。

私がおりました県立中部病院は、平成 21 年度開院で、平成 20 年度は花巻厚生病院と北上病院を足した数字ですが、外来の患者を減らして、新患も減りました。紹介型の病院になりました。単価も上がるという状況です。入院患者に関して最初は減ったのですが、その後はふえて 1 日平均入院患者数もふえています。新しい入院患者もふえています。平均在院日数は減って、今 10 日ぐらいです。これは県立病院の中でも県内でも一番高い方です。岩手県の平均在院日数は 10 日ぐらいがいいと私は考えているのですが、そのぐらいの日数になっています。単価もこのとおりかなり上がっているということがわかりいただけます。手術数、化学療法数もふえています。通常、化学療法というのは抗生物質を使うものをいうのですが、ここでは抗がん剤を使うことをいっています。これがふえています。それから、放射線治療はかなりふえました。2 倍ぐらいになりました。そして、分娩数とお亡くなりになる患者さんもふえているという状況で、医療の効率化がかなり進んだ、役割分担が進んだということになりました。

そして、救急外来のことに関しても、救急来院患者総数は少し減ってからまたふえているのですが、救急車の台数は 2,500 台から 4,000 台にふえているのです。それから、その地域の医療の完結性が上がったということが言われると思うのですが、救急車でいらして入院する率が上がる、それから亡くなる方もふえて、ヘリコプターでの搬送もふえているということがありました。そういうことで病院の合併は大正解だったとっております。収益も上がって、差し引き損益も 2 年目からプラスに転じて、平成 25 年度は 8 億円ぐらいです。給与費が対医業収益、すなわち収益に対する給与費の割合も減っているということで、患者がふえて、連携をしっかりとって急性期医療に特化した医療を展開すると効率性も上がるということが言えます。

これで県立病院の今の状況がわかりになったと思うのですが、一方職員はどうかといいますと、我々は県立病院なので県の条例で総定員数が決まっているわけなのです。ここ 12 年間の状況を見ますと、合計の人数は 5,000 人弱です。この数をこの前変えていただいたのです。少し余裕を持たせてふやしてもいいというお話を皆さんの力でしていただいたのですが、看護師もほとんどふえていない状況なのです。こういう状況で 1 対 7 というのを聞きになったことがあると思うのですが、それ以外に 1 対 10、1 対 13、1 対 15 というのもあるのです。患者 7 人に看護師を配置するという流れですとやってきたのですが、その割には看護師がふえていないという状況があります。医師は若干ふえています。社会福祉士や栄養士も必要だということでそこもふえていますが、そこをふやすために事務職員がすごく減っているのです。こんなところで少しひずみが出てきているわけですね。それから検査科のスタッフも減り、薬剤師も減りました。ただ薬剤師については、6 年制の大学を出てやっとふえてきました。それまでは減っていたので、薬剤師

の数はまだ平成13年度の数まで回復はしていないのです。そんな形で、我々をサポートする医療職Ⅱという方の数がかなり減っていった時代があります。看護師はふえず、医療職Ⅱ、放射線科とか検査科の人は減っているというのがここ10年間の医療局の運営の中で出てきているのです。ここが疲弊につながっていったということでもあります。

県立病院の人事管理に関してのまとめです。平均在院日数の短縮、医療の高度化の流れの中で定員制の維持は破綻しました。看護科は外来が縮小し、病院の統廃合により基幹病院で7対1を守るために看護師の配置を変えていってぎりぎりでも乗り切ってきました。事務や薬剤科の縮小は医療の高度化やチーム医療の推進の流れに逆行するものでした。苦節10年でやっと定員制に風穴があきましたというのが、各県立病院の院長やスタッフの考えなのではないかと思えます。一方で、臨時職員や委託業者の方もたくさんいます。そういう中でそういう人たちのモチベーションやマネジメントが非常に重要なのですね。

これは少し古いデータですが、アメリカは平均在院日数が5日ぐらいです。前から5日ぐらいなのですが、一方で職員の数が病床数当たり5倍ぐらいあります。県立中部病院はできるだけふやそうということだったのですが、今病床数当たり2人です。ですから、病床数が400床なので800人が働いています。済生会熊本病院という公的病院は病床数400床で1,600人ぐらいのスタッフがいます。かたや県立中部病院は病床数400床を800人で頑張っているわけで、こんな格差が生まれている状況であります。平均在院日数が短くなって患者がどんどん治って帰っていく状況ですと、職員数もふやさないとだめだということなのですが、その流れがうまくいっていないというのが現状であります。

平均在院日数が短くなれば増員は必須で、しばらくはチーム医療と連携で対応しなければならぬと思っております。これは小さいスライドで申しわけないのですけれども、ここが中部病院です。職員数は836人で病床数が434床なので病床あたり2人弱ですね。同じ公的病院の済生会熊本病院は病床数400床で1,600人ぐらいいますので、このギャップをどう埋めるかが課題です。これも含めて岩手県版のオレゴン・ルールをつくっていかないといけないのです。同じく公的病院の石巻赤十字病院は病床数450床で職員が1,300人います。医療職Ⅱの放射線技師で見いきますと、済生会熊本病院が44人、県立中部病院が17人、石巻赤十字病院が28人ですね。同じく検査技師は済生会熊本病院が77人、県立中部病院が20人、石巻赤十字病院が36人です。こんな状況ですので、県立病院はもう少しこら辺をふやしていかないといけないと思っております。先ほど高知県の近森病院の話をしたのですが、病床数340床で、リハビリのスタッフが100人います。県立中部病院の栄養士さんが7名ということで、全国的に見て県立病院は少ないスタッフで一生懸命頑張っているということがわかります。この辺をどういうふうにするかというのを皆さんと一緒に考えていきたいというふうに思っておりますので、皆さんにもぜひ御支援をいただいて、岩手県としての落としどころ、どのぐらいのチーム医療をみんなでやったらいいのかというようなのを共有できればいいかなというふうに思っております。

これは、少しぼやけている写真なのですが、褥瘡いわゆる床ずれなのです。これは在宅

から来た患者ですが、介護放棄ということでこういう問題が結構あります。したくてしているわけではないのでしょうけれども、現場ではかなり疲弊をしています。県立北上病院から県立中部病院になりました。その褥瘡のデータですが、総数が平成20年度は231人、451人、435人、526人、514人というふうに年々ふえているのです。院内発生はあまり変わりありませんが、持ち込みがふえているのです。院内の褥瘡の数はある程度コントロールされているのですが、持ち込み数がふえているのです。これが介護現場の疲弊で、もう明らかかなのです。ですから、病院だけで褥瘡が減りましたという話をしてもしょうがないのです。地域のアウトカムというのですが、地域の成績をよくしないとだめだということなのです。自宅からの持ち込みが急増、高齢化社会と核家族化（いや家族崩壊）と書いているのですけれども、地域連携と在宅医療の充実が必須ということがおわかりになるのではないかと思います。

西和賀さわうち病院のデータを持ってきたのですが、一昨年度の新規の発生は11例、昨年は5例ということでかなり減りました。ところが、問題は持ち込みの例です。持ち込みはどういうところから来ているかということ、在宅から、施設から、そして他院からの持ち込みです。そういうことで、地域との連携を図っていかねばならないということになります。私は医療の標準化とか効率化、質の向上ということも一生懸命やってきたので、西和賀さわうち病院に行ってから聖路加国際病院と比較をしたりしました。非常に嫌がられてはいるのですが、余り変わらないのです。東京の病院だろうと県立病院だろうと西和賀さわうち病院だろうと一生懸命頑張っているのです。ですから、この質をいかに管理しながらやっているのかということもぜひ見ていただきたいのです。標準化というのが非常に大事で、褥瘡の発生率は聖路加国際病院と西和賀さわうち病院は客層が全然違うはずですが、余り変わらないのです。そのため、これを見て西和賀さわうち病院も頑張れと檄を飛ばしている状況なのです。

地域のアウトカムを共有しなければならないということがおわかりいただけましたでしょうか。

シームレス医療という言葉をお聞きになったことがあると思うのですが、地域で疾患管理、褥瘡に関してもそうですし、MRSAという感染症もですが、急性期も回復期も地域でやらなければならないということになります。予防、治療、福祉、リハビリをつなぎ目なく、段差なく結ぼうと、そして急性期も回復期も健康期・維持期もつないでいこうということで考えております。

「健康いわて21プラン」というのがありますが、ここでもこの包括ケアシステムの絵があります。医療、これは治すほうですね。介護、これは弱い人を助けるほうです。そして予防ですね。この三つの葉っぱで花を咲かせようということだと思のですが、これがシームレス医療の3本柱であります。それを支えるためには土が生活支援と福祉のサービス、そして植木鉢が住まいと住まいの方法ということなのです。これはうまくできています。実は、余り注目されませんが、本人・家族の選択と心構えも非常に重要なのです。これ

がしっかりしていないとこの形はいかないということです。例えば死生論ですね。自分が亡くなる時には延命治療はやっぱり嫌だと、それから鼻から管を入れるのは嫌だと、人工呼吸をやめてくださいというようなことがしっかりとないといけません。そうでないと東京から来た娘が「何だ、治療しないで」と、怒り始めることがよくあるのです。ですから、皆さんがこの地域でもこの文化をつくっていただいて、自分は亡くなる時にこういう亡くなり方をしたいのだから東京の娘は黙っていると云わなければならないのです。アメリカではカリフォルニアから来た娘と言うのだそうですけれども、この文化をつくっていかなければならないのです。この中で我々が目標にしていることは、平成32年には3人に1人が高齢者になるということなので、オール岩手でやっていかなければならないということになります。先ほどの絵は、非常によくできた絵だと思っています。

西和賀町はもう既に高齢化率45%なので日本のモデルや岩手県のモデルになればということで檄を飛ばしている状況であります。国民健康保険ができた三十年前に、国民がすべからず医療を受けるためにということで施設を全国につくったわけです。そのときにできたのが国民健康保険団体連合会の病院であります。その病院の病床利用率ですが、旧沢内病院は平成26年度ですが42%、種市病院は50%とここはいい率です。葛巻病院は半分ぐらい52.7%で、西根病院は61.9%です。藤沢病院とまごころ病院は立派で、7割を超えています。衣川診療所が32%と非常に苦戦をしているのです。この数も非常に重要なのです。今回の地域構想の中で目標の病床利用率がうたわれていますが、すごい乖離があるのです。これをみんなで考えていかないと、いろいろなところに不具合が出てまいります。国保連の病院というのは頑張っているのですが、病床利用率そのものが高くないという状況なのです。スタッフがいないということが問題で、旧沢内病院ではこの前の年は1人になってしまったのです。医師がいなかったこともありました。

というわけで地域医療構想に関して私の意見をお話しますと、皆さんは地域医療構想ということで、いろいろな委員会でお聞きになっていると思うのですが、病院のものは四つしかないのです。高度急性期、急性期、回復期と慢性期です。我々の病院はどこにも入らないのです。これでは困るのです。法律で定めた病床稼働率について先ほどお話ししました。高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%です。これでは回りません。そのため、岩手県で構想をつくる時には少し変えていかないと、急激に変えることはできません。先ほど県立病院の病床利用率のお話しをしました。この辺をぜひ皆さんは十分に注目して地域医療構想の中に入れていただければいいかなと思います。あと、岩手県は二次医療圏単位でやると決まりました。先ほどお話ししたとおり県立胆沢病院には産婦人科がありませんので、出産はできないのです。そういう事情もあって県立中部病院に来ています。胆沢病院は脳外科も縮小しています。また沿岸部の県立病院には耳鼻科の常勤医師が一人もいません。久慈病院、宮古病院、釜石病院、大船渡病院、これらは全て基幹病院ですが耳鼻科の常勤医がいないのです。県土が広い岩手県はいろいろな問題があるのです。というわけで二次医療圏では完結できない状況があるのだということを運用の中で少し盛

り込んでいただければいいかなと思います。一つの医療機関を単純に四つの機能に分けることが困難です。また病床稼働率と現状に大きな乖離があります。二次医療圏の中でも例えば西和賀さわうち病院は高齢化率が高いですし、医療資源に大きな差があります。二次医療圏で完結できないことがあると言えます。

次は病院の目指すもの、医療に関する国民や県民の満足度、県立病院の評価、全国での位置づけ、それから医師と看護師の満足度のお話をしたいと思います。私は、県立中部病院でもこの絵を出したのですが、西和賀さわうち病院でもこれを目指そうとお話しをしました。それは、患者さんの視点、職員の視点そして病院の視点です。病院の視点の中には経営と質と、この三つないし四つの視点で正の方向へ回すようにということで、人を大事にしてやりましょうという話をしています。患者さんの視点、職員の視点、病院の視点の中には経営と質、この4本柱です。

「もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」という本があります。お読みになった方もいらっしゃるかもしれませんが、これはよくできた本でした。私は最後に思わず涙を流してしまいました。この中に病院の顧客は誰かというのがありまして、西和賀さわうち病院で言えば岩手県、西和賀町、患者、職員となります。つまりは先ほどの4本柱だと思っています。病院の使命としては治すこと、予防すること、癒やすこと、寄り添うこと、特に寄り添うことをしっかりできるような医者を育てたいと思っています。もう一つ、どんな組織でもそうでしょうが、特に病院は感動を与えるような組織でないとだめだと思っています。

これが日本の医療に関する意識調査です。余り注目されていないのですが、日本医師会が経年的にやっているのです。このとおり医療全体の満足度は2006年から上がってきています。恐らく一番低かったのは患者の取り違え事故があった2000年前後だと思うのですが、医療全体の満足度、それから受けた医療の満足度は上がっています。というわけで、全体的にいい方向に向いていると思っています。

我々にとって余り実感がないのが残念なのですが、これは県立病院に対する満足度です。基本的な接し方とインフォームド・コンセントの二つを持ってきたのですが、これも徐々に上がってきています。いろいろな取り組みがいろいろな形で少しずつよくなってきているのだと思っています。

これは医師と看護師の満足度を比較したもので、非常に怖いデータなのです。医療局は2年に1度職員の満足度調査をしています。満足度調査の中では、このオレンジ色の網掛けが7割以上の数値のものです。医師の満足度はこのとおりふえているのです。一方ブルー色の網掛けは満足度が30%未満のもので、これは減ってきているのです。総合すると医師の満足度は上がってきているということになります。一方、看護師はオレンジ色の網掛けがありません。ブルー色の網掛けはあまり変わりません。この乖離は非常に大きな問題だと思っています。患者の一番近くにおいて、患者に寄り添ってやっている看護師の満足度が上がらないようであれば岩手県の医療はよくならないと思います。医師に関しては、い

ろいろなお手当が効いてきたということだと思います。

これは県立中部病院のデータですが、その大きい要因は、クラークという医療秘書がふえてきたということなのです。クラークがふえたことが医師の満足度を大きく上昇させた要因だと思います。また看護師がふえないということで看護補助者をふやしています。それから外来アシスタントとって、これは看護師の事務的なものを代行する仕事を県立中部病院では独自に入れたものです。看護師、それから医療職Ⅱといわれる放射線の技師など免許職のパフォーマンスを上げるために関連の非免許職の採用が必須であります。現在、非免許職は臨時採用ですが、できれば常勤化や階層化、教育・人事考課体制、スキルアップ、モチベーションマネジメントをしていくことが大きい課題だと思います。業界ではクルーサティスファクションとも言っています。非常にうまくやっている業界もありますので、こういうのがこれから必要だと思います。

ここからは佐藤耕一郎先生のプレゼンテーションを少しお見せしたいと思います。これは岩手県知事との面談でお話をした内容なので既にオープンになっているものだと思います。岩手県知事との懇談会は昨年2月に行ったものであります。医師過剰労働を引き起こす岩手県における救急の問題ということで、まず最初に退職に関するアンケート調査を行ったのです。佐藤耕一郎先生は、我々医師の組合すなわち医師連の責任者をしているのです。これによりまずと辞職した医師の県立病院に対する評価は不満もあるのですが、満足度も高いのです。これは平成21年度から平成26年度のデータですが、満足度が高いのも多いということで、以前とは変わってきているかなと私は思うのです。感想に関してもこのとおりです。やめた方の満足度がふえているということで、先ほどのデータと似ています。こういうことで医師の満足度は増加しています。不満の原因は、拘束時間が長いこと、それからサポートしてくれる医師がいない、つまり一人科長であるという状況があるのだと思います。過重労働や人間関係でやる気を失うことがあります。中にはモンスターペーシェントの問題もあり、こういうこともやはりつらい原因になってきています。患者を含めた人間関係ですね。どうしたらもっと県立病院に勤められたかということなのですが、拘束時間の短縮、医師の増員、当直の軽減、それから盛岡市や仙台市から通えればいいということもあります。

県立病院の医師の超過勤務時間は50時間ぐらいで、かなり多いです。医師の満足度は上がっている、過重労働労務対策が必要、その中での日当直の負担軽減ということで、救急患者の対応がきつくなるのではないかということでもあります。県立病院の病床数は県内の病床数の30%です。そこで70%の救急患者を診ているのです。よくやっているなと思うのですが、必ずしもそうとは見られていないところもあります。逆に言うとやりがいのあるということですが、負担が多いというのが現状だと思います。

各地域でどのぐらい県立病院に来ているかを見るために、管内の県立病院、管外の県立病院、地域の病院の救急車の行き先を見たのですが、沿岸部は県立病院の割合がかなり高いですね。宮古地域で70%を超えています。盛岡地域は当然医療機関がたくさんあるので

県立病院への依存度は低くなるということになります。7割ぐらいというのが県立病院に来ているということになります。1人当たりの当直回数について基幹病院はそんなに多くないのです。疲弊して大変なのは地域病院です。例えば県立軽米病院は3日に1度当直という状況なのです。こんな感じで、研修医がいるところは少し楽なのです。これから養成医師がふえてくれば楽になっていくと思います。その中で県立宮古病院は研修医が少ないので研修医に対する負担が大きいということがあります。先ほど当直の回数は地域病院に多いということを使ったのですが、救急車の数はやはり基幹病院に来るので、このように1人の当直医が診る患者が多いということになります。県立中央病院はこれが少なくなっているのはたくさんの医師で当直しているからです。県立中央病院は、患者もたくさん来ているのですが、実際に頭割りすると少なくなるということになります。

これが大事なのですが、実は一次救急が8割なのです。県立磐井病院に行くと、ここを何とかしてほしいという話があると思います。この8割を減らすことができれば県立病院はもう少し元気になると思います。県立病院の病床数は、全体の30%にもかかわらず、救急車の7割以上が県立病院に来ているのです。その80%が一次救急ということで、複数の救急隊から直接病院に連絡が入るのです。県立磐井病院がそうですが、宮城県からも連絡が入って、それで疲弊をしているということがあるのです。これは調整が必要だと思います。地域病院では当直回数が多くて、基幹病院では患者が多いところで、研修医も非常に頑張っております。その研修医が少ないと大変だということでもあります。

それで、先ほどもお話ししたとおり超過勤務時間数は、平成27年4月から10月までの平均ですが、基幹病院ではほとんど50時間を超えます。地域病院でも50時間を超えるというのがあるということです。マズローの欲求5段階説をお聞きになったことがあるでしょうか。生理的欲求、安全欲求、社会的欲求、尊厳欲求、自己実現欲求とありますが、その上の二つが高次の要求とされています。医師は尊厳欲求と自己実現欲求が満たされれば満足度が上昇します。50時間の超過勤務でも満足度が上がっているのです。急には状況を変えられないので、そこをうまく持ち上げて、やっていただくほか今のところないですね。

県立中央病院にいた渡辺登志男先生が医師の生きざまということで、「1週間以上自宅に帰らないこともあった。そのころ生まれた下の息子は、私をみてもにこりともしなかった。誰にあやされても、じろりと見るだけの、愛想のないのが地だと知って安心した」と東北大学第二外科同門会雑誌に書いています。その先輩の小山田恵先生は、県立中央病院の創立60周年の記念式典で、「あまりにも過酷であった人生に愛おしさも感じます。後に続く方々が普通人に近い生活環境で県医療の発展に専念できる環境整備に、開設者である知事をはじめ県民の皆様の深いご理解をお願いするものであります」と述べているのです。医師の過剰勤務は今も続いております。自分もそうでしたが、先輩のように、後輩にそれを強いることはちょっと難しい状況があるので、少しずつ変えていってほしいと思います。

現在、私はこの「人生の目的」を必ず若い先生にお話します。一つは自分に潜在する能力をできるだけ引き出すこと。二つ目は他の人と好ましい人間関係を作ること。三つ目は他の人の人生に意味のある貢献をすること。この三つ目が大事だと思ってお話をしています。

我々医療者の使命としては、治るべき病気を治るようにすることです。治る病気をふやすこと、病気を予防することです。これは知識と技能なのですが、知識と技能を尽くしても治らない病気になった人が希望を持てるようにすることです。これは態度の問題ですね。これが医療崩壊というか、いろいろと今までの中で大事にされてこなかったことなのです。こういう理念や使命にもう一度戻って養成医師の支援もしていきたいと思っています。

今までは、Cure、治すこと一辺倒でした。それから Care に変わって、そして Share ということで、この Share がないとだめだと思います。Share できたときに「お会いできてよかった」という言葉が聞こえることがあります。こういう医師の育成を私は目指さなければならぬと思っています。

また、医のプロフェッショナリズムというのが、今話されています。2000年ぐらいからこれをやらなければならないということで、医のプロフェッショナリズム教育の推進というのが現在の医学教育の根幹であります。プロフェッショナリズム教育というのは、昔から言われていたことで、ただ非常に難しいことなのです。それでもやっていかなければならないということでやっております。Stern という方が定義をしているのですが、卓越性と人間性、説明責任、利他主義ということなのです。下のほうに、診療能力ということで、倫理性および法的理解、コミュニケーション技術、臨床能力があります。臨床能力が重視された時代から、むしろ総合的にプロフェッショナリズムを意識した人間教育をしなければならないというのが現状であります。心構え、価値観ですね。こういうことをしっかりと教育していきたいということで、利他主義や説明責任などこの四つの柱を頭に入れながら医師の育成支援をやっております。

2013年のDPC機能係数の比較ということで、全国に急性期病院が1,500箇所ぐらいあるのですが、そこがどのぐらいの機能を持っているかということで、六つの指標から算出された病院ランキングが出たのです。実は県立中部病院が1,500カ所中1番でした。これは病院群が三つに分かれていて、Ⅰ群が大学病院です。Ⅱ群が県立中央病院みたいな大きな病院です。Ⅲ群が一般の急性期を担う病院なのです。圧倒的にⅢ群の病院が多いのですが、そこで県立病院は結構上のランクなのです。

2014年は県立磐井病院がトップなのです。このときには後発医薬品係数、いわゆるジェネリックが入ったのですが、トップでした。ことしもトップです。すごいですよね。他の県立病院を見てもみると、基幹病院は軒並み入っているのです。県立中央病院はⅡ群なのでここに入っていないのですが、多分1桁ですね。DPCの中で1桁なのです。県立病院は頑張って地域医療をやっている、ある程度質も担保されているということなのです。もう少し医療局は宣伝してもいいのではないかと思います。

いよいよ最後になってきました。医師支援調整監としての奨学金養成医師の支援の話に移ります。その土台になるのが自治医科大学卒業の方です。1期生というのは昭和51年ぐらいですね。県立中部病院の遠藤先生が1期生です。卒業生の方の40年という長い歴史があるのです。キーワードは、義務年限が終了しても地方に残ってもらい医師を養成していかなければならないということです。9年間の義務年限が終わったらみんないなくなるのでは困るのです。岩手県は自治医科大学卒業生の定着率が90%で、全国で2位か3位なのです。これはすごいことです。たしか熊本県は50%ぐらいなので、半分ぐらいしか残らないのです。9割残るといえるのは、自治医科大学学生の動きとしてはうまくいっていると思います。何と県立病院勤務の7割をカバーしているのですが、病院長に関しては6名もいますからすごいです。地域医療をしっかりやって、そのあと病院長まで上り詰めて地域医療の先頭に立っているというのにはほかにないと思います。そういうことで、自治医科大学卒業の方のキャリア形成の歴史は、奨学金養成医師支援の大きな正の財産だと思っています。

私がこの業務についてもうすぐ2年なのですが、私の考え方です。去年は106名ぐらいの養成医師の方にお会いしたのですが、地域医療への県民の熱い負託を伝えることで、目指すは良医育成、患者さん中心の医療の実践者、義務終了後も岩手県内に定着することです。専門性を視野に入れた義務履行の支援もしていかなければならないと思いました。また専門医を目指す方がどうしても多いので、それを視野に入れて育成をしなければならないと思います。それから、できれば総合診療医が育ってくればいいとも考えています。そこまでできなくても総合診療のマインドを持った専門医の育成ができればいいと思っています。県立病院だけと言わず、大学も入れたオール岩手でやっていかなければならないと思っています。長期にわたる継続性、一貫性を持った全人的支援が必要だと思っています。

最後は皆さんのお手元にある資料をごらんになっていただきたいと思います。あと5分ぐらいで終わりたいと思うのですが、この中で左側から見ていきます。初めにこれまでの経緯として医学部の定員増に対応して、岩手県奨学金養成医師の貸付枠が55名です。これがキーワードです。今の段階でこれは限定付きの増員なので、今後は300名ぐらいの増員が見込まれるということでシミュレーションしております。これはこれからまた考えていって、継続するようであれば数字が変わってくるのではないかと思います。それを検討するためにワーキンググループを平成24年9月につくりました。現在、全国的には医師がふえているのですが、ふえ方が岩手県では鈍く格差が拡大している状況があります。そして、岩手県の場合は盛岡保健医療圏に医師が集中しています。そして、診療科によって医師配置の偏りがあります。この奨学金はお金を貸しても義務年限を勤めてもらえばお金を返さないでいいシステムです。それから、もう一つ大事なことは、私立大学と公立大学ではかかるお金が当然違います。これも大きな問題であります。奨学金の性質として、9年間の義務がある方と6年の方がいたり、途中で借りた方もいるので非常に複雑になっているのです。

それから、養成医師の配置調整で、今までですと医局に入っている方が多かったので、大学の責任や意向もあって少しぎくしゃくしたことがありました。また専門医取得というのが若い人たちにとって大きなモチベーションなのです。それとの整合性を図っていかなければなりません。ここに書いておおり、平成25年度段階で岩手県は9年間の免除期間で15名です。医療局は6年間の免除期間で25名です。そして市町村というのもあるのですが、これは6年間の免除期間で15名となっています。奨学金の基本的な考え方は、深刻な医師不足と地域偏在を解消するということ、あとは医療の質を高くするということです。そして、真ん中に書いてある良医育成です。ただ配置するだけではよくなくて、県民の負託に応えるような良医を育てることが必要です。それから、中小規模の医療機関にも行ってもらうなければならないので、中小規模の医療機関をカバーできるようなスキルを持つことも必要です。専門しか知らないということではだめなのです。奨学金の運営に関しては、三つの奨学金があります。市町村、医療局、大学と岩手県が協定を結んでやりましょうということで動いております。

9年間だとどういう形になるというお話を最後にしたいと思います。2年間の初期研修が終わっても使い物にならないという言葉は悪いのですが、まだまだ勉強しなければならないのです。そのため、公的基幹病院で2年間ぐらい勤めます。2年間勤めて大学院に戻って勉強する人はそれでいいし、そのままいても構わないのですが、次に公的基幹病院にいながら地域の病院に、例えば西和賀さわうち病院に週に1度当直に来てもらうことを考えています。そして、その後に大学病院を挟んでもいいのですが、基幹病院ではない中小規模の病院で2年間勤めます。ちなみに県立病院で基幹病院というのは9つあります。二次医療圏の中に1つあるということになります。9年間のうち2年間は中小規模の医療機関に行って、その後また戻ってきて専門性を発揮しながら勤めます。その間にはいろいろな病院を交流しながらやるということなのです。ですから、9年間のうち2年間は中小規模の医療機関でやるということで御理解いただければいいと思います。中小規模の医療機関にそんなに少なくないのかという御意見はあると思うのですが、ニーズはそうなのです。基幹病院が疲弊しているため、そこに人がある程度集まれば地域病院にも応援にも行けるということでシミュレーションをしています。

以上で私のお話を終わらせていただきます。御清聴ありがとうございました。

〔拍手〕

○**神崎浩之委員長** 大変多くの視点から貴重なお話をありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行いたいと思います。ただいまお話をいただきましたことに関し質疑、意見交換等がありましたらお願いをしたいと思います。いかがでしょうか。

○**柳村岩見委員** 先生にお会いしたらこれをお尋ねしたいというのが前もってありましたので質問します。最後のところで触れられておりますが、平成28年度から奨学金養成医師が現場に配置されていくということであり、配置の基本的な考え方というのはお尋ねしません。微妙にいろいろあるのだと思いますので、これをお尋ねはしないことにしま

す。いわゆる専門医制度の改革と相まって、研修医が医師としてどういう道を選んでいくか、どういう専門医になっていくかということの中で、地方の病院や基幹病院に勤めて、大学に戻って論文を書き、専門医になっていく、そしてまた現場に戻っていくという流れを見たときに、どこにいて勉強したいか、どこに戻って論文を書くかというのは、さながらその人それぞれの思いがありますよね。働く場の選択でもあるし、そこをたまたま専門医制度の改革が一緒だったので、岩手県の医師がふえていき、それは奨学金制度の成果としながらも、単純にそうでもないというところを聞かせてください。

○北村道彦講師 大変大事な御指摘で、専門医制度というものの理解が非常に大事なのです。ホームページを見ていただくとわかります。県民にわかりやすく、それから実際に標準的な医療をやるかということなのです。そのため、スーパードクターではないのです。良医を養成していく、それから、標準と書いてあります。例えば胃がんの手術だったら標準的な治療ができる医者がいることが大事です。また、どうしても東京中心の考え方があるので、症例数というのはどうしても出てくる悩みです。岩手県は症例数が少ないわけで、これは大きな問題です。そこを専門医機構が考えて、あとは一定期間地域病院に行くという課程をその中に組み込んでもらうことが必要です。そういうことをしてもらわないと、集約化がすごく進むと思います。今までですと、県立中部病院でも専門医の認定施設になったのですが、これからはなれないです。県立中部病院の規模の病院がそうになってしまうと、ほかの病院はなかなか取れないということになり、連携を取らなければならなくなります。今その作業をしているのですが、正直言うと難しい流れにきています。ただ、一方で手術をしない専門医も今までいたわけですが、勉強してペーパーを書けば専門医になれたわけですが、今後はそれがなくなっていくと思います。そのため、どのぐらいの、例えば手術でしたら何例の手術をするのを専門医と言うということにするとしたら、集約をされるとともに専門医の数は当然減る領域もあります。そういう状況ですので、地域の病院で勤める人がふえてきてもいいのだらうと思います。専門医という方は、ある限られた形で数も場所もある程度指定されるわけですが、それ以外の治療をやる方は広く地域に出てやってもらうという流れになるのではないかと思います。

あと、もう一つは、専門医の中に地域医療や家庭医をやる方も専門医として認めてもらうということです。19 領域の 19 番目になります。それ以外は全て臓器別なのですが、総合医という形で専門医ができました。その方を育てることによって教育や行政の構築ができるのではないかと思います。全体的には厳しい状況がこれから来るのではないかと思います。奨学金をもらっている方に聞きますと、志の高い地域医療をやりたいという方が何人もいらっしゃいます。専門性のある程度持ちながら地域医療に入るということです。それから、地域医療を専門科としてやる方は法制度の中で展開をしながらやっていくお考えだと思っております。専門医制度は来年の4月から動き始めますので、初期研修のマッチングに影響がもう出ているということで心配ではあるのですが、岩手県の中でできるだけ連携して育てることが重要です。私は東北6県でそういう考えを持ってほしいと思って

います。オール岩手で人を育てるという流れで、専門医制度もうまく構築してもらえれば
いいなと思っております。

○佐藤ケイ子委員 県立北上病院と花巻厚生病院が統合されて県立中部病院になったと
きには、コンビニ受診を避けるようにと言われたり、紹介状を持ってこないと受診はさせ
ないということで、その当時はすごく抵抗感があったのですが、定着し経営も安定してき
ているということで本当によかったなと思っております。そして地域の開業医の方々の
連携もしっかりとされてきたと思っています。県立中部病院のいいところは緩和ケア病棟
に特徴があることだと思っています。そこが非常にいいなと思っているのですが、ただ緩
和ケア病棟を設けることによって医療スタッフの配置の負担があるのかなのかと思っ
ています。経営にとってはいいのか悪いのかとか、そのあたりを教えていただければと思
います。

○北村道彦講師 経営に関しては、あそこはマルメなのです。緩和ケアというのは基本的
に治療しません。しかし、たまに放射線治療をやったほうがいいということがあったり、
抗がん剤は使わないかもしれないけれども、何か高価な薬を使うという持ち出しになる
こともあるのです。ただ、今のところは緩和ケアがあるために、それが中部病院の経営を
圧迫しているという状況はないです。逆に緩和ケアというのは医師が一定程度行って寄り
添わなければならないので、急性期をやっている医師にとっては負担感が大きいです。夜
中に呼ばれたり、それも治すために呼ばれて、大変な状況でした。かつては症状をとるた
めに呼ばれたりすることが多かったのですが、今はその業務から外しています。中部病院
は急性期との役割分担が非常にうまくいっております。そのため、急性期をしている医師
にとっては非常に楽でありますし、財政的にもマルメということで少し評価してもらっ
ているので、財政的には問題はないです。それから、医師に対しても非常にモチベーショ
ンが上がり、急性期をする人にとっては非常に楽になったのです。もちろん地域の方にと
っても、安心のとりでになっています。スタッフの育成とサポートに関しては、永遠の課
題です。亡くなる方を見送るわけなので、思いに寄り添い過ぎて気持ちが引きずり込まれ
そうな方が出てくるのです。どこの科目や病棟でもあると思うのですが、うまくいって
おりますので御安心ください。

○ハクセル美穂子委員 私は先生の病院の隣の雫石町に住んでおりまして、近いなと思
いながらお聞きしていました。医師の生きざまのところでお話しされた、先輩のようにと
いうか、後輩に強いることはできないという部分で、私の知り合いの医師で東京で勤務さ
れているのだけれども、震災後に何かお手伝いできることがないかということで、週末、月
に1回か2回県立病院で当直のお手伝いされている方がいらっしゃいました。その方は子
供が2人いて家族が東京に根づいてしまっているわけです。何らかの形で岩手県の医療に
貢献したいと思っているのですが、全ての家族を連れて、県立病院の勤務医になるにはそ
の選択自体が重過ぎるというのです。私ぐらいの歳の先生方でも一度東京など関東圏に出
た方は同じような悩みを持っていらっしゃる方がいると思います。ただそういう先生方の

中に役に立ちたいという心があると思いますから、それは月に1回2回の当直を東京から来てやってもらうというローテーションをうまく組めば激務の緩和になるのではないかという御意見をもらいました。そのとおりだと思って聞いていたら、ちょうど先生もそういったことをお話しになっていましたね。関東圏にいる医師と岩手県医療局とのマッチングというのは、これからどうやったらいいのかという部分を教えていただきたいのです。

○北村道彦講師 そこは非常に大事です。実は西和賀さわうち病院も栃木県から来てもらっています。一晩泊まりで来てもらっているのです。それから、県立大東病院も大変なときがあって、愛知県名古屋市から来てもらっています。そういう形をお願いして来てもらう方がふえてきています。あとは、開業医に頼んで日直をしてもらっている現状があります。宮古病院もそうしていると思います。胆沢病院の救急は地域の先生が診ていらっしゃいます。それが拡充されればいいと思います。短時間育児制度や65歳を越しても常勤医として勤めてもらうなど、いろいろな働き方を考えていると思うので、もしそういう御意見があれば岩手県医師支援推進室に言っていただければいいと思います。非常にありがたいことなのでこういうことは月に1回でも構わないです。どんどん支援していただければありがたいです。

○渡辺幸貫委員 これから患者がふえて、延命治療は要らないと言ってくれたり、私と同じように2人きり世帯で褥瘡ができたとしても在宅ケアを選んでくれる人たちがふえてくれればいいのですが、そうなったときに岩手県において、自宅に医師が来てくれるのかという心配があります。このことについて回答いただきたいと思います。

○北村道彦講師 在宅ケアは少しおくれていて、地域性があります。北上市は在宅ケアが進んでいます。盛岡市も進んでまいりました。ぜひ皆さんの地域それぞれで見ていただきたいのですが、率が上がるのと数がふえるのとは違うのです。高齢者の数はこれから減ってくる時代に入りますが、率は上がっていきます。これに対してどのような手当てをするかというのは、パーセントと実数の両方で見なければならぬのです。あとは、西和賀町が何とかやっているのは、社会福祉協議会や民生委員の方、それをソーシャルキャピタルというようなのですが、地域力があるからです。これは医療計画の中にもうたわれているのですけれども、私はきずな力と呼んでいます。公助ではなく、やはり互助、つまりはソーシャルキャピタルの力というのがないとだめだと思っています。それを上げることによって在宅ケアで最期までというのは可能だと思っています。

あと、延命治療とお話があったのですが、延命治療というのはピンからキリまであります。昭和天皇が亡くなるときにしばらく輸血をしています、あれも延命治療です。輸血するか、しないか。輸血ぐらいいはしてもいいだろうという方が多いです。しかし、それを拒否される方もいます。人工呼吸にもマスクをする方法と管を入れる方法があり、同じ人工呼吸でもマスクならいいけれども管を入れるのは嫌だという方もいらっしゃいます。鼻から栄養を入れるものもあります。胃から栄養を入れるのは一時つらいのですけれども、あとになれば胃から入れたほうがずっと楽なのです。胃から入れて食べられるようになっ

て胃の管が抜ける人もいるのです。延命治療というのは簡単ではありません。その文化もつくっていかねばならないと思いますし、もっと我々は発信しなければなりません。これについては二戸病院が頑張っています。自分がそういう状況になったときに、自分の意思を決める支援のプロジェクトをしています。それに福祉関係のことが入ってくるといろいろなことをやらなければならないので、それをまた一緒にやっていければいいと思っています。

○高田一郎委員 先ほど先生は、西和賀さわうち病院に行くときに公約を掲げたといいました。我々政治家も公約を掲げるのですが、病院長が行くときに公約を掲げることはすごいと大変感心をいたしました。その中で高齢化率43%の地域の方々の健康を守るのだという力強い決意をしたそうですね。昨年私は長野県に行ってきたときに、高齢化率が高いけれども、医療費がすごく抑制されているのを見てきました。いろいろ調べてみますと、保健師の数が日本で保健活動が活発だということ、そして高齢者になっても農業に従事する方がいっぱいいるという話を伺いました。それで、先生の公約に掲げる住民の健康を守るという点で予防活動が非常に大事だと思うのですが、先生は過疎地域に行って高齢者と向き合って仕事をしています。今後の予防活動を展開する上で一番何が大事だと思っていますか。それが一つです。

もう一つは、済生会熊本病院など他の病院と比較して岩手県の県立病院のスタッフが少ないという説明がありました。今後のチーム医療を進めていく上で、岩手県も県立病院の経営計画をつくって、5年間で300人を超える常勤医をふやすという計画をつくったのですが、今後のチーム医療はどうあるべきかという先生の意見をいただきたいと思います。

最後に、病院は感動を与えることが大事だというお話されましたね。この感動を与えるということはどういうことなのかをもう少し詳しく教えてください。

○北村道彦講師 予防に関して、今考えているのは二つです。口からしっかり食べること、それから、動くことです。口から食べることは歯科の先生と一緒に活動しています。歯科技工士と歯科衛生士が自分で独自の責任で口腔検査をやるように変わりました。国も今医療職Ⅱの人たちの仕事内容を変えています。医師からの指示ではなくて自分でも少しできるよう変わったのです。そんなことで医療職も業務が変わってきているのです。リハビリと口から食べるという二つですね。リハビリの人や栄養士、歯科衛生士の力をかりて、口からしっかり食べるように、今チームをつくってやっています。食べて動けば大丈夫という、非常にわかりやすい、その2本柱であります。

チーム医療に関してのことです。例えば薬剤師も大学が6年制になりました。病棟に薬剤師がつくわけですが、岩手県医療局は少しおくれました。またリハビリは治すためですから365日やらなければならないです。急性期もおくれています。この辺は現場の院長さんのお話をぜひ聞いてください。皆さん、いいアイデアを持っています。これぐらいふえたらこれぐらいできるという具体的なプレゼンテーションがきっとできると思います。今のところ一つは、医療職の業務内容が変わってきたことに連動して人をふやしていくとい

う流れです。それから、クラークや看護補助士の加算単位をしなければならないのです。何人入れるとお金が入るということです。みんな臨時職員なので、この非免許証の方々のモチベーションを上げないと免許証を持っている方のモチベーションも上がりません。ここをみんなで考えてほしいです。それは雇用の問題にもつながります。給料の安い臨時職員だとベテランになってくるとやめてしまうのです。育てるとどこかへ引き抜かれていきますので、非免許職のパフォーマンスをいかに上げさせるか、そうでないと免許職も上がりません。やはりタイムリーに現場に人を入れるということが必要だと思います。

最後に、感動ですけれども、我々の仕事はただ治すだけではないのです。我々の仕事はよりよく治したい、それから大事にするということで、その人が今の段階で求めている医療の水準、それから説明も高いレベルでできるようにということを考えております。寄り添って、その人の独自性を考えながら、その人がやりたいことをやるということで、基本はやれると思っています。特に福祉というのは考えていることと実際に参加してやってみるのではギャップがあります。若い人にはできること、やりたいことをやらせてあげる。参加型のいろいろな社会活動や医療活動をさせるのです。要するにその人ができることと能力を最大限発揮させたいわけなのです。ですから、ハンディキャップに対する考え方を変えているのですね。ハンディキャップというのは、これができない、あれができないと数えていますけれども、現在は、あれはできないけれどもこれができる。それをやらせるようにしています。やらせることによって感動できるわけです。レスピレーターという機械で24時間、人工呼吸をかけている人がいたのです。この人を自宅に連れていったのです。この人はレスピレーターを押していけば自宅に帰れるわけです。それが参加というか、できることをやらせてあげたわけです。それが感動につながると思います。そういうことで、その人の能力をその人らしい形でできるだけ発揮させてあげるのです。できないことを数えるのではなくて、できることを数えてそれをやらせてあげるのです、つまり実現させてあげることが感動につながるのではないかと考えています。

○小野寺好委員 一つだけお願いします。将来展望についてです。今医師の負担が非常に過重なために、君らの能力に期待したいと言って優秀な高校生を集めても、大学が9年制になり15年経った後、人口が減っていつている状態です。先生が卒業した後に各県は医師養成ということで、8,000人の時代が続いて今は9,000人になりました。例えば岩手県の医師会は東北薬科大学の医学部設置などともないと言っています。現在のこんな状態で、せっかく努力して医師になった皆さんはどうなるのかと思ひまして、その辺の展望をお願いします。

○北村道彦講師 東北薬科大学の問題は置いておきます。今は超過勤務時間が50時間ぐらいです。それから当直明けでもみんな仕事をしています。そういうことで医師のパイは大きいのです。人数をふやすだけではなくて、もう少し人間らしい生活ができるような形に転換することが必要なのです。そういう意味からすると、受け皿としてはまだあると思ひます。私が医者になろうと大学に入った昭和50年代には、君らはもしかするとタクシー

の運転手をやらなければならないだろうと話をされました。予想としては医師の数がふえ過ぎてしまい、医師の仕事ができないと言われていた時代があったのですが、そうはなりません。やはり医療が高度化していることと、それから高齢者がふえているので手がかかるためです。そういうことからいうと我々の医療のニーズがふえてきているのだと感じております。そのため、もうしばらくは今ふえている人数を十分に吸収してくれると思います。ただ、これが30年後というとはわかりませんが、ここ10年ぐらいにかけては今のままふえても急激な医者余りになるとは思えません。これから5年から10年は、もう少し楽になるかなというのが私の実感です。

○**田村勝則委員** 私が知る医師はすばらしい方々ばかりで尊敬している方が多いのです。今、精神科の患者がふえてきているように感じます。これに関しては、予防に取り組んでいかなければならないと思います。未来の風せいわ病院の先生や私の知り合いの平和台病院の先生に話をしても、回復傾向があるにしても全快までは絶対に無理だという判断をされています。健全に寿命を全うできないような子供たちがふえてきていると思います。私はそういう子を世話しているのもあるので、医師の多忙な状況はわかるのですが、一歩進んだ予防医療の部分を進めていかなければいけないのではないかと考えています。それについてはどうなのでしょう。

○**北村道彦講師** そうですね。認知症も含めて精神科に関しては、最近の流れとして病院の治療ではなくて在宅でケアするようになっていきます。それは割とうまくいっているのようですが、実は精神科の医師の減少というのはとても著明です。特に県立南光病院が一時期すごく多かったです。あとは県立一戸病院で精神科救急が担えないような状況になってきて非常に気にかけています。すなわち、科の偏在というのが大きなテーマですので、予防を含めていろいろとメンタルケアを各病院で強化しています。今回、奨学金養成医師の初期研修修了者が33人いますが、16の診療科を選んでくれたのです。奨学金をもらっている医師は幅広く診療科を選んでくれているので、それも見据えながらこれから配置を考えていくということになります。今の御質問からいうと、診療科の偏在をいかにして解消するか、これもみんなで一緒に考えなければなりません。各論的には、精神科の予防も含めた医療というのはこれからだと考えています。認知症は国の支援もあり少しずつ変わってきているのですが、精神科そのものを含めて精神科領域に関しては十分対応していかなければならないと思います。

○**田村勝則委員** ありがとうございます。

○**神崎浩之委員長** よろしいでしょうか。

それでは、ほかにはないようでありますので、本日の調査をこれをもって終了いたしたいと思っております。

北村様におかれましては、午前中の外来を調整していただきましてきょうは御出席いただいております。後輩の指導等も含めてお忙しい活動をしていらっしゃる先生の志に我々も共鳴いたしまして、議員として一緒に取り組んでいきたいなと思っております。本日は大

変更ありがとうございました。

〔拍手〕

○北村道彦講師 きょうは受診予定の 18 名をキャンセルしてきたのです。1 カ月前に御依頼をいただきますとそのぐらいキャンセルしなければならないのです。ですから、御留意いただいて参考人を招致していただければと思います。失礼します。どうもありがとうございました。

○神崎浩之委員長 委員の皆様には、次回の委員会運営等について御相談がありますので、しばらくお残りをお願いしたいと思います。

〔拍手〕

○神崎浩之委員長 それでは次に、1 月 25 日に予定されております当委員会の県内調査についてであります。一関市及び奥州市において調査を行います。よろしく願いいたします。

次に、4 月に予定されております当委員会の調査事項についてであります。皆様のほうから御意見等がありましたらお願いしたいと思います。

○神崎浩之委員長 特に御意見等がなければ、当職に御一任願いたいと思います。これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○神崎浩之委員長 異議なしと認め、さよう決定いたします。

以上をもって本日の日程を全部終了いたします。

本日はこれをもって散会いたします。