

東日本大震災津波復興特別委員会会議記録

東日本大震災津波復興特別委員会委員長 佐々木 大和

1 日時

平成 26 年 8 月 7 日（木曜日）

午前 10 時 3 分開会、午前 11 時 56 分散会

2 場所

特別委員会室

3 出席委員

佐々木大和委員長、五日市王副委員長、柳村岩見委員、樋下正信委員、工藤勝子委員、嵯峨壱朗委員、岩崎友一委員、高橋孝眞委員、佐々木茂光委員、福井せいじ委員、城内愛彦委員、神崎浩之委員、渡辺幸貫委員、佐々木博委員、飯澤匡委員、大宮惇幸委員、小田島峰雄委員、及川あつし委員、高橋昌造委員、工藤勝博委員、佐々木努委員、伊藤勢至委員、及川幸子委員、佐々木順一委員、工藤大輔委員、喜多正敏委員、郷右近浩委員、岩淵誠委員、後藤完委員、名須川晋委員、高橋元委員、小野共委員、高橋但馬委員、軽石義則委員、佐々木朋和委員、小西和子委員、久保孝喜委員、木村幸弘委員、斉藤信委員、高田一郎委員、小野寺好委員、清水恭一委員

4 欠席委員

田村誠委員、吉田敬子委員

5 事務局職員

新屋事務局次長、高橋議事調査課総括課長、稲葉政策調査課長、上野主任主査、大坊主査、坂下主査、木村主任

6 説明のために出席した者

チームけせんの和 会長

陸前高田市地域包括ケアコーディネーター

元 岩手県立高田病院 院長

岩手県立病院名誉院長

石木 幹人 氏

7 一般傍聴者

なし

8 会議に付した事件

- (1) 副委員長の辞任について
- (2) 被災地域の医療の現状と課題について
- (3) 現地調査実施報告書について
- (4) その他

9 議事の内容

○佐々木大和委員長 おはようございます。ただいまから東日本大震災津波復興特別委員会を開会します。

田村誠委員、吉田敬子委員は欠席とのことですので、御了承願います。

これより本日の会議を開きます。本日は、お手元に配付しております日程により会議を行います。

初めに、日程1、副委員長の辞任についてであります。五日市王副委員長から副委員長の辞任願が提出されておりますので、これより副委員長辞任の件を議題といたします。

お諮りいたします。五日市王副委員長の副委員長辞任を許可することに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 御異議なしと認め、よって副委員長の辞任を許可することに決定いたしました。

お諮りいたします。この際、副委員長の互選を日程に追加し、直ちに副委員長の互選を行いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 御異議なしと認めます。よって、この際、副委員長の互選を日程に追加し、直ちに副委員長の互選を行います。

お諮りいたします。副委員長の互選は指名推選の方法により行いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 御異議なしと認めます。よって、互選の方法は指名推選によることに決定いたしました。

お諮りいたします。指名の方法につきましては、当職において指名することにいたしたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 御異議なしと認めます。よって、当職において指名することに決定いたしました。

東日本大震災津波復興特別委員会副委員長に岩淵誠君を指名いたします。

お諮りいたします。ただいま当職において指名した岩淵誠君を東日本大震災津波復興特別委員会副委員長の当選人と定めることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 御異議なしと認めます。よって、ただいま指名いたしました岩淵誠君が東日本大震災津波復興特別委員会副委員長に当選されました。

ただいま当選されました岩淵誠君が委員会室におられますので、本席から当選の告知をいたします。

岩渕副委員長、御挨拶をお願いいたします。

○**岩渕誠副委員長** ただいまは、御推挙いただきましてまことにありがとうございます。委員長を補佐して委員会の円滑かつ充実した運営に邁進してまいりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○**佐々木大和委員長** 次に、日程2、被災地域の医療の現状と課題について調査を行います。

本日は、参考人として元岩手県立高田病院院長でチームけせんの和会長の石木幹人先生をお招きしておりますので、御紹介いたします。

石木様の御略歴につきましては、お手元に配付しております資料のとおりでございますが、石木様は青森県の御出身で、昭和54年に東北大学医学部を御卒業後、宮城県立瀬峰病院、岩手県立中央病院に勤務され、その後平成16年4月から平成25年3月まで岩手県立高田病院長を務められました。東日本大震災津波発災時には、交通が寸断され、物資の調達も困難な中、いち早く避難所を拠点に診療を再開し、地域の医療の確保にリーダーシップを発揮されました。現在は、陸前高田市の在宅療養を支える会、チームけせんの和会長、また陸前高田地域包括ケアコーディネーターとして被災地の地域医療の再生、復興に御尽力されております。

石木様には、御多忙のところ、お引き受けいただきまして感謝申し上げます。これからお話をいただくことといたしますが、後ほど、質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしく願い申し上げます。

それでは、石木様、よろしく願いいたします。

○**石木幹人参考人** 皆さん、おはようございます。こういう素晴らしい会に呼んでいただいてありがとうございます。

もともと沿岸地域の医療はもう崩壊寸前だったわけですが、今被災してかなりひどい状況になっています。これから少子高齢化社会を迎えるに当たって、しっかりした基盤をつくっていかないと、特に沿岸地域は大変なことになるし、沿岸地域だけでなく内陸地域も、もちろんいろいろなことを考えながら動いていかなければならないのではないかと思いますので、よろしく願いしたいと思います。

きょうは、医療の今の状況ということをお話いただくために、被災する前に高田病院で取り組んできたことを少しお話しし、被災のときのお話をして、これからの問題としてこんなことが考えられるのではないかとということをお話ししたいと思います。よろしくお話しします。

お手元に配付した資料に加え、スライドの一番最後に1枚追加してありますので、もし必要であれば後でそれを印刷していただければと思います。よろしくお話しします。

医療のことで少しお話をしておきたいと思います。もともと医療自体は市町村単位で完結するものを目指していたのではないかと思います。もともとは市の、あるいは町の、あるいは村立の診療所なり病院があって、その中でほぼ完結するというものを目指して

いたと思うのです。もともとは、病院というのは内科、外科、婦人科、小児科というところで大体おさまっている状態だったと思うのです。ところが、外科の細分化が最初に始まって、整形外科ができたり、麻酔科ができたり、それから脳外科、心臓外科ができていって、今はもう消化器外科、消化器の中でも胃の外科、大腸の外科、胆肝膵といいますけれども、肝臓周辺の外科、それから食道の外科だとか、本当に細かく分かれてしまっているのです。その後、内科の細分化が始まっています。

私が大学を出たのは昭和54年だったのですが、昭和54年に私は東北大学抗酸菌病研究所というところの外科に入ったわけですが、そこは研究所としては肺の生理だとか、呼吸器に関する研究が大きいテーマでした。その医局ではおなかから心臓まで手術をやっている、私はあけたことがないのが頭だけで、ほかの手術にはほとんど立ち会っている状況だったのです。ところが、外科も細かく分かれていったわけですが、内科ももう昭和60年代から細かく分かれてしまって、消化器科、循環器科、呼吸器科、神経内科みたいな格好になってしまったのです。全ての診療科に精通するということがすごく難しい状況になってきています。

最近、総合診療科みたいなことを多分いろいろなニュースとかでお聞きになっているのではないかと思います。そういった動きが出てきている状況がありますが、まだそこを目指す医師が、少し出てきてはいますけれども、大きいうねりにはなっていない状況です。

そうなりますと、小さい市町村でそういう医師を全部抱えることが全く不可能な状態になってきてしまっています。しかも、細分化が始まったので、例えば消化器の医師、消化器を勉強した内科の医師は、消化器以外の疾患に対応することがほとんど経験がない状態ですので、診ることができないということになってしまうのです。大きい、広域で医療を完結する、数市、数町、数村ぐらいの規模で完結するという考え方になっていって、二次医療圏というものが各都道府県単位で決まってくるのです。そういう格好で、何とかしていこうということが起こっています。

気仙地域なのですが、気仙地域の二次医療圏というのは、大船渡市と陸前高田市と住田町と2市1町で二次医療圏ということで動いていって、大船渡病院に救命救急センターができたので、大船渡病院が基幹病院ということで、大船渡病院には各専門医を集中的に配置して、ほかのところでは何か問題が起こったときには大船渡病院に転院なり救急搬送して、何とか気仙地域で全体を賄いましょうということになったわけなのです。ただ、この辺のところは各市町村のレベルでみんなが納得しているわけではないので、私が中央病院に赴任したあたりに、こういう考え方で気仙地域は基幹病院を大船渡病院にして、高田病院、住田病院をバックアップ病院に位置づけることは一番いいと、医師の立場からそう思っていたのですが、住民からは余り受け入れられない状況で、自分のところで全部の診療科がないのはおかしいという声がいろいろわきに聞こえていた状態でした。

3ページのスライドは懐かしい高田松原なのですが、涙が出てきますね。今はもう全くない状態になっています。

4 ページは高田病院ですけれども、こんなにきれいな病院でした。

ところが、医師不足、そういうわけで内科の医師も何人も確保しておかないとうまく動かないような状況になっているわけですので、勢い全体として医師が足りなくなってきたというところが起こってきました。

私は平成 16 年に高田病院に赴任したのですけれども、産婦人科が撤退して、病床が 70 床に縮小したところでした。私が赴任の打診をされたときには、内科の医師が 2 人で、外科の医師が 1 人いて、あと小児科と眼科の医師がいますということで、何とかなるのではないかと引き受けたのですけれども、赴任する前に外科の医師がやめまして、赴任した 4 月 1 日に内科の医師がやめると言いに来まして、何とか慰留したのですけれども、結局 7 月にはやめてしまいました。ですから、トータルとして内科の医師が 1 人、私は外科をやらなければならない状態でしたので、外科が 1 人、あと小児科と眼科の医師の 4 人体制でした。外科、内科以外の診療科の入院患者はほとんどいなく、入院患者は外科、内科の医師が診るしかないので、私が赴任したタイミングで 70 床でも結構大変な状態になってしまったのです。

これは高田病院だけの問題ではなくて、大船渡病院もどんどん縮小になりました。呼吸器科、循環器科、神経内科が撤退しまして、平成 18 年には消化器内科だけになってしまいました。ですから、消化器内科だけだと、例えば一番緊急を要する問題というのは、心筋梗塞が起こったときです。とにかくゴールデンタイムというのがあって、発症から 2 時間ぐらいなのです。2 時間ぐらいの間に処置しないと、病態がもう完成してしまいます。高田病院まで着くのに 30 分から 1 時間ぐらいかかって、それからここでは処置できず、しっかりした治療をしなければならないということで内陸地域の病院に移送する場合、高田病院から 1 時間で着くところで治療ができるところというと、当時は一番近い胆沢病院ぐらいでした。隣の気仙沼市立病院からの厚意で、何かあったときには受け入れますということがあったので、完全にだめな状況ではなかったのですけれども、気仙沼市立病院で患者がもう入っているということがあると、やはり県内の病院に移送しなければならず、そういう状況が 1 年ぐらい続いたのです。

平成 19 年に循環器内科が復活して、今は循環器の緊急対応ができるようになっている状態です。ただ、今も神経内科の復活はまだですし、それから呼吸器科は常勤の医師が 1 人だけです。呼吸器科の医師が 1 人というのは物すごく大変で、要するに外来もやらなければならないし、入院患者も診なければならないということであれば、もう本当に疲弊してしまいかねないぐらいの状況が今も続いているということなのです。旧住田病院は、今無床の診療所になって続いている状況です。

こういった状況の中で、累積赤字が、ここでは口にできないぐらいの物すごい状況なので、とにかく単年度の黒字を目指さないと厳しいのではないかとということで、高田病院を今あるものからどういう病院に変えていったらいいかについて、いろいろな検討をしました。一つは大船渡病院を支える機能とはどういうことかといいますと、今は入院日数をな

るだけ短くする、大きい病院は殊さら、いわゆる基幹病院と言われているところはなるべく短くするというのが基本なのです。そうすると、何かすごい病態だったとしても、2週間もするともうそろそろ退院ですという格好になるのです。ところが、例えば脳卒中みたいな病態だと、麻痺が残っている状態でも退院ですと言われかねない状況があります。ですから、そういう人が出たときに高田病院のほうに速やかに移動していただいて、高田病院でリハビリテーションをやって、機能回復したところで退院まで持っていく。そういう機能がすごく大事になるのです。その機能まで大船渡病院が持つようなことは、いわゆる基幹病院としての役割を果たせなくなるということがありますので、そういう役割をまず果たしていこうということが一つです。

それから、入院患者の平均年齢が85歳ぐらいでしたので、高齢者の医療の充実ということを考えました。これは高齢者特有のいろいろな病態があって、これを全てカバーするのはやはりしっかり勉強しないと無理な状況です。今までの、臓器別といいますけれども、消化器科だとか、循環器科だとか、呼吸器科だとか、そういうものを勉強していても、他科の領域まで対応できないということがあって、高齢者特有の病態をしっかり把握した上で、例えば呼吸器も対応できますだとか、消化器も対応できますだとかという形にならないと、とても高齢者の対応は難しいということがあります。病院を挙げてそういう取り組みを行いましょうということをやっています。

大船渡病院に救命救急センターが入ったので、救急の患者が大船渡病院に集中している状態でした。集中している状態というのはどういうことなのかというと、ちょっとした風邪、熱が上がったという患者が大船渡病院に行ってしまう状況なのです。すごく重症なものももちろんなのですが、そうでない人たちが山のように来るような状況になっていて、大船渡病院の救急の患者数、それから救急車の搬入台数は、私がいた中央病院と匹敵するか、もしかするとそれよりも多いくらいの状況だったのです。担当している医師の数は、もう中央病院の3分の1ぐらいの人数で対応していましたので、これは疲弊してしまうということで、とにかく1.5次というか、要するに軽症、入院が必要だとしても高田病院で十分対応できる患者の受け入れに限定した格好で救急の充実を図りましょうというふうに動きました。

あとは、介護職との連携ということで、高齢者の医療、介護を使っている人たちがすごく多く、介護職との連携を図らないと事がうまく運ばないということが最初の1年目で痛切に感じましたので、介護職の人たちとの連携をしっかりしていこうということで動いています。これは、介護職からも一緒にやりたいという要望もありまして、一緒に地域連携パスというものをつくって動いています。多分この地域連携パスは、日本でこの手のパスとしては初めてだったかもしれません。

患者をしっかり診るということで、トータルケア委員会というのを立ち上げて、高齢者特有の病態をみんなで勉強するという形で、飲み込みの問題だとか褥瘡、床ずれですね、この問題だとか、栄養の問題、それからリハビリテーションの問題、それから排せつの問題

題を勉強して、患者の生活の質の向上を目的とした小委員会を立ち上げています。週1回、患者全員をしかも、全職種で回診して、この人はこの5つの視点から見てどんな状態であるか、改善できるかどうかということをその患者の病態、例えば肺炎で入院している、脳卒中のリハビリテーションで入院しているということ等は関係なく、必ずこういうことをチェックし、改善できるものを改善させて、いい状態で退院させるという取り組みをやっていきます。

地域連携パスは、実を言うと寝たきりの人、介護度の高い人、特に要介護度3、4、5の人が入院してきても、病気の前の状態がよくわからないのです。入院してきて、例えば肺炎がよくなりましたので退院できますと言っても、先生、困りますと言われるのです。何だと聞くと、入院する前、うちでちゃんと歩いていたのだけれども、今は歩けないし、もう歩けない状態だと介護がとて大変でだめですという話なのです。入院する前の状態を一番よく把握しているのがケアマネジャーなのです。家族の人は、どこをどう伝えたらいいかがよくわからないと言います。例えば歩けない、寝たきりでもどのくらいなのか、ベッドで起き上がれるのかだとか、寝返りができるのかだとか、いろいろなこと、ちょっと介助すればトイレまで歩くとか、そういうことはよくわかっているのだけれども、表現できないということがあって、家族に聞いてもなかなかよく把握できないということがありました。そういうことをよく把握しているのがケアマネジャーだということがわかっていましたので、ケアマネジャーと相談して、入院する前の状態がどの程度であるかというのを、こういう一つの用紙の中のこのくらいのスペースを使って書いてもらうということをやっています。ですから、入院すると入院しましたという話がケアマネジャーに行くと、入院した日から大体3日ぐらいの間にこれが届くことになっています。病院の中では、この問題が来たときよりも悪くならないように、あるいはこれで改善できそうなことであれば、こっちでリハビリテーションをやって改善させた状態で退院させようということで、トータルケア委員会で検討しながらやっていくという格好になっています。退院のときには、ここに大体同じようなことを書いて、今の状態はこんな状態になっていますということを書いて、例えば在宅のリハビリテーションが必要ですよということを書いて退院時に渡すという取り組みをやっていきます。

こんなことをやってきてよかったのは、いろんな病院のスタッフたちが割とどんよりした雰囲気だったのが、みんなそれぞれ頑張ってるという気になってくれたというのがすごく大きかったです。こんなことがありましたので、経営もすごく改善しました。若い医師の方々、研修医のレベルの人たちが見学に来ておもしろいということで、ずっと居つく人は余りないのですけれども、何カ月かいてくれるようになってきたということがあります。

さらによくしようということで、高齢者が安心して暮らせるために、入院ベッドの数が足りないということだとか、それから訪問診療をもう少し頑張っていこうとか考えました。訪問診療というのは、実は開業医の医師が頑張ってくれるとすごく助かるものです。いろ

色々な考え方があると思うのですが、病院というのは病院、「院」とついているので、入院させて、入院した患者をしっかりと診て退院まで持っていくというのが病院の役割なのではないかと思うのです。ですから、外来の機能はなるべく縮小して行って、入院を充実させるということが一番大事な病院の役割なのではないかというふうに私はずっと思っているのですが、そういう意味で言うと訪問診療を病院でやるというのは余りよくない。よくないわけではないのですが、開業医の方々がこの訪問診療に参加してもらえればいいという思いがすごくありました。開業医が訪問診療に参加しない大きい理由は、夜間に呼ばれるのが嫌だということと、それから土曜日、日曜日、休みの日に何か呼ばれるのが嫌だというものです。嫌だというよりも、責任を持ってないということです。

その辺のところを何とかカバーできないかということで考えたのですが、平成 23 年度に予定していたのは、特に高齢者の多い認知症の外来診察とリハビリテーションを充実させるということでした。高齢者はリハビリテーションがないとどうにもならないのです。麻痺が来て、一応リハビリテーションをやって、麻痺が残っている状態で在宅に帰ってしまうと、そのまま在宅では動かさない状態で座らせたり、あるいは寝たきりの状態にして麻痺がどんどん進んでしまうということがあります。リハビリテーションのスタッフをふやして、訪問診療も含めた格好で展開できないかということを考えていました。平成 23 年度に、病床は、70 床から 80 床にするという予定に一応なっていました。

ほっとつばきシステムというのは、さっき言った開業医が訪問診療に参加できるための仕組みであります。これはどういうのかというと、訪問診療を利用している患者が在宅で状態が悪くなったときに、高田病院に連れてくればもう即入院というシステムです。要するに、主治医に連絡しなくても直接来れば入院のうえ当院で診ますという仕組みであります。これは、もう登録しておいてもらいますので、患者の情報が病院の中に全部ある状態です。病院に来さえすれば、こういう状態で、こういう治療をしていることがすぐわかって、そのまま入院させて、いろいろな検査をして問題がなければ次の日に退院ですし、問題があれば主治医に連絡をとって、こういうわけで入院してしっかりと治療していくというようにしていました。

高齢者の医療ということであると、在宅医療、在宅療養ということで、在宅療養に係るいろいろな職種の人たちと会を持って皆さんのレベルを上げていくということで、気仙在宅医療を支える会をつくっています。平成 23 年 2 月 26 日に、5 月あたりに本格的な立ち上げをやって動きましょうという話をしていました。

ところが、3 月 11 日です。直後は、物が落ちる程度で人的な被害はありませんでした。津波が来るまでのことなのですが、ラジオ、テレビが全くだめだったので。病院ですので、電源は落ちなかったのですが、テレビをつけても雨模様の状態でザーザーしているだけで、全然電波がキャッチできませんでした。ラジオも全然入らなかったもので、津波の情報が全く入ってこなくて、おかしいと思いながら、あの大きさだから津波は来るのだろうと思いつつも、津波が来ないうちにいろいろ動くのもどうかということで、私は

1階に対策本部を立てて、そこでうろうろしていたのですが、情報は全く入ってきませんでした。情報が入ってきたのは3時20分ころです。防災行政無線でようやく、二、三メートルの津波という話でした。では、3階に移りましょうということで、1階の対策本部を3階に移して、とにかく早く1階の仕事を終えて3階よりも上に上がるようにということで3階に上がっています。

高田病院は一般の市民の方の避難所にもなっていましたので、50人前後の市民が病院の中に避難してきていました。津波が来ないときは2階に避難する場所をつくっていたのですけれども、津波が来るといって、3階に避難民を移すことになって、避難してきた一般市民が3階に全部上がってきたところで、皆さんを確認したとき、海側を見たらもう津波らしきものが来るのが見えています。4階では、人工呼吸器をつけている患者がいましたので、その人たちを一つの部屋に集める作業をしていました。

17ページが3時27分なのですけれども、本当に3階に上がって間もなくです。ちょっと一息ついたあたりに、この辺から水煙が上がってくるのが見えて、何だろうねと言っている間にもう18ページの写真のような状況になっています。これがどんどん近づいてきていますけれども、被災する前に津波は何ぼ高くても2階までだろうと思ってましたので、3階まで津波が来るなんて全く思っていませんでした。3階にいて3階はもう安全というので、見ていると本当に全速力で内陸のほうに国道を走っていく車がどんどん津波にのみ込まれていくのが見えて、あれって生きて運転している人がいるのに、あの人たち大変だなと、人ごとのように本当に思っていました。私は、もう3階で安全だと思っていたので、そういう思いにとらわれていました。ここの高さが3階の高さなのです。ちょうど手術室が2階にあって、その屋上になりますので、ここが3階の高さなのです。ここまで来ると、3階も危ないかなという感じなのですけれども、津波が3階まで来るなんて全く思っていなかったのです。

だんだんもうこれだと3階が危ないということで、このあたりで屋上のほうがいいのではないかという判断をしています。そして、屋上に上がろうということで上がり始めています。

19ページでもう3階が完全にだめになっています。

私は、一般市民の方々が上がっていく一番後ろをついていったのですけれども、ちょうど階段を上っていく速さと水がぐっと上がってくる速さが大体同じくらいの速さだったのです。ですから、誰かが立ちどまってしまうとだめだったのです。それくらいの状況で上っていったのですけれども、高田病院は津波が通り過ぎた後、もうこの写真のような格好になって、ここまで、4階の1.5メートルまで津波が来ています。私が上がって行って、とにかくとまらないでくれというふうなことを話ししながら少しずつ上がっていったわけなのですが、足がぬれることなく、振り向いたら水が上昇するのがとまったのです。それで、4階のスタッフたちが流されそうになっている状態があつて、そこで初めて水の中に足を入れて何人か引き上げているうちに4階の水が引けました。4階におりて、患者と

スタッフの状況を確認しています。

屋上に避難できたのが、患者が 39 名で、夜間に 3 名が亡くなっています。スタッフは 74 名で、スタッフのうち当日出勤していたはずで、上がってこられなかった人が 8 名です。一般市民が 54 名で、全部で 164 名が屋上で一夜を過ごしています。

津波が通り過ぎた後、22 ページの写真でこっちが海側でこっちが山側になります。この辺が駅なのですけれども、残っているのは市役所の庁舎だとか、こういう鉄筋の建物だけで、木造の建物はもう皆無の状態でした。

病院の中は 23 ページの写真のような格好です。本当に数分の出来事なのですが、あっという間にこんなになってしまったという状況です。

私たちは、次の日、12 日に救出されて米崎コミュニティセンターに入って、ここで診療を開始しています。

25 ページでは前と後がこんな格好になっています。

医療関係の施設の被害は、ほとんど壊滅状態です。陸前高田市の診療所で山側にあった二又診療所というところが 1 カ所残ったきりで、あと全部だめだったのです。二又診療所は生き残っており、高田病院は薬も何も全部流されてしまっていましたから、お願いして緊急に必要なものを多少手に入れて、13 日、14 日の診療に使える状態になって、非常に助けていただきました。

13 日から診療を始めています。こういうふうなところで、とにかくいろいろなものでスペースを区切り、あるもので何とか代替して診療できる体制をつくっています。

14 日にほとんどの避難所を見て回っています。救護所を建てるだとか、それから検査体制を整えるだとか、それから一般の薬局を立ち上げるだとか、こういった近々の目標を立てて動いています。

救護所はこんなところに建てましょうということで、陸前高田市と調整して場所を選定してもらっています。地区の救護所の立ち上がった時期ですけれども、広田地区が 3 月 15 日です。小友地区が 3 月 19 日、米崎地区は私たちで 12 日の日にもう患者さんが来ていました。それから、長部地区が 15 日、竹駒地区が 21 日、矢作地区が 12 日ということで、とにかく 10 日ぐらいの間に一応救護所を全部立ち上げることができました。

もう一つ、特記すべきことだと思うのですが、陸前高田市が医療、介護、福祉関係のミーティングを定期的を開いてくれました。31 ページの写真は 3 月 28 日、一番最初の会、この写真も多分その日の写真ではないかなと思うのですが、これはすごく助かりました。実を言うと、全国的に被災したところでは、どこでもこんなことをやっているのだろうと私は思っていたのだけれども、しっかり調べたわけではないのですが、ほかでは余りやったところなかったようです。陸前高田市ではこの仕組みがずっと続いていて、最初は本当に 1 週間に 1 回ぐらいはやっていて、日々状況は変わりますので、すり合わせをしていって、大分落ちついてきてからは 2 週に 1 遍になったり、月に 1 遍になったりして、今も月 1 回やっています。内容的には大分変わってきてはいますけれども、大

体同じ格好でやっています。

今回うまく行った要因という、とにかく職員が一丸になれたということがあるのです。緊急時ですので、黙っていてもこんな感じになるものなのかもしれないけれども、日ごろのいろいろな職員との連携がうまく行っていたということは大きい要因ではないかと私は思っています。

それから、とにかく早い時期に避難所を回れたということがあります。これは、陸前高田市との連携がすごくよかったということがあります。私が避難所を見たいと言ったら、もう次の日にちゃんと車を用意して、運転して回ってくれました。3月14日という道路が本当にまだ何もないような状況のときで、市民でないとしてもわからないような山道を通らないと、その避難所までたどり着けない状況でした。それをしっかり1日で対応してくれました。長部地区というのは橋が落ちてしまいましたので、気仙沼市経由でないと入れなかったのです。気仙沼市経由で入ってくれて、戻ってきて全部見ることができました。広田半島の広田町は途中が陥没していましたので、満潮になるともう入れない状態で、道路が水から浮いているときだけしか行けなかったのですが、何とか行って、帰りに津波警報が出て30分ぐらいストップというふうな状況の中をしっかりと避難所を見せてもらったのがすごく良かったです。これもやはり陸前高田市との連携がうまくいっていたということになるのではないかなと思います。私たちが入った米崎コミュニティセンターには陸前高田市の職員がずっと張りついてくれて、何かあったときに話をすると、しっかりと陸前高田市の本部との連携をとってくれたというのもすごく助かりました。衛星携帯が、なかなか使うのが大変で、直接話をしないとわからないようなことが結構いっぱいあって、そういうのも小まめに動いてくれたというのも助かりました。

それから、県の対応として災害対策本部が、多分私たちが屋上にいてどうするかと思っていたあたりにもう立ち上がっていたようで、特に医療関係で問題が起こっても、医療担当のトップの方が必ずその場所において、災害対策本部に電話すると必ず出てくれて、こういうので困っていますと言うとしっかりと対応してくれたというのも、現場だけ何とかしていれば、何か問題が起こったときは県にお願いできるというので、随分これは心強かったです。

それから、日本赤十字のチームが12日にもう入ってくれていて、これもすごく助かりました。一番人口の多い高田地区を日本赤十字のチームに全部お任せできたので、これも随分助かりました。

3月22日に全ての救護所に医療チームを張りつけることができたので、高田病院のスタッフたちは一応休みましょうという決断をしました。ほとんどの人が被災している状況でしたので、自分の流されたうちを見に行っていないだとか、いろんな人たちがいましたので、とにかく休みましょうということで、2週間休みをとりました。

戻ってきてグループワークで、これからどういう病院にしていくかというふうなことを検討しています。訪問診療、それから仮設病院の早期建設、それから保健師活動への参加、

それから心のケア、こういう4本の大きい目標を立てて動いています。

病院は、3月25日に外来棟ができて、次の年の2月1日に病棟が動いています。

訪問診療は、被災前は20人ぐらいだったのですけれども、被災後の4月は100人ぐらい訪問診療に行かなければならなかったです。というのは、動けないのですね。車が流されて、それからガソリンはないし、とにかく病院に来ることができないというのが市内全域そうだったのです。ですから、行ってみると全然元気がよくて歩けたり何だりしている人のところまで、しっかり訪問診療をしています。

患者の推移なのですけれども、交通事情がよくなってからは大体50人前後で経過しています。入院機能が回復した後は、30人ぐらいになっています。今も20人から30人ぐらいの間で動いています。

心のケアは、こころのケアチームが入ってきてくれて、活動してくれていましたので、それと対応するような格好でいろいろ動いています。

39ページの写真は外来棟です。7月25日から健康講演会を再開して行って、翌年2月1日に病棟が開始になっています。

はまらっせん農園について、もしかするといろいろな報道で御存じの方もいらっしゃると思います。阪神・淡路大震災を経験した方々がいっぱい支援に入ってきてくれて、そういうときの問題として、いわゆるエコノミー症候群、生活不活発病、要するに歩くことがすごく少なくなって、足のつけ根のところの静脈に血栓、血の塊がくっついて、それが流れて行って、肺に詰まって突然死するという事例が応急仮設住宅での生活が始まってから結構見受けられ、その対策を練らなければならないという話を応急仮設住宅ができる前から聞いていました。それからあと、やはり生きがいをつくってあげないと大変ですという話もされてきました。

生活不活発病に関して言うと、応急仮設住宅ができる前に避難所に行っているいろいろなお話を歩いて歩いていましたけれども、そのときに運動しないとだめだという話は歩いてはいたのですけれども、しゃべっただけで大丈夫かという思いがすごく強くて、何かもっと具体的なことをやっていかないといけないのではないかと思っていました。生きがい創生ということは何とかしなければならぬのだけれども、いいアイデアがないと思っていたら、ちょうど病院の支援に入ってきた医師が応急仮設住宅のところに畑をつくって、応急仮設住宅の住民たちに作業してもらおうということを病院の事業としてやらせてもらえないかという話が来たので、私は二つ返事でオーケーだよと答えました。

その医師は、もう一生懸命応急仮設住宅の組長のところに連絡を入れて、希望があれば畑をつくりますということで、つくって歩いています。陸前高田市には全部で50強もの箇所の応急仮設住宅団地があるのですけれども、その中で希望のあった11カ所にこの農園をつくっています。これはすごくよくて、生きがいの指標、本人が書くので、本当かどうかというのはなかなか判断が難しいのですけれども、一応畑をやる前と後では、畑をつくったほうが生きがいの指標自体が上がっているというデータが出ています。それから骨密度

を調べているのですけれども、骨密度は同じ応急仮設住宅にいる人の中で畑をつくっている人のほうがつくっていない人よりも高いということもわかっています。ですから、すごくこれはいい事業だったのではないかと思います。

こういう大災害がこれからないことを望みますけれども、もし同じようなことがあって応急仮設住宅をつくらなければならないようなときは、そこに畑と、それから集会所をセットにしてもらいたいというふうに思います。

今後の問題点をお話ししたいと思います。これは皆さんよく御存じの話なのではないかと思えますけれども、45 ページの人口動態のグラフで今の時点がここなのですけれども、これが65歳以上です。これが15歳から65歳まで、これが15歳までなのですけれども、ここが2050年ですので、ここまで来ると大体50年後までの予測、日本全体の予測になります。要するに高齢者の数が変わらない、ちょっとふえて、あとは変わらないのです。人口が減るのは、3割ほど減るといわれています。3割減るのがちょうど働き盛りのところが3割減るといいますので、今の日本の現状を維持するためには、3割減、7割の人口で今の産業だとか、いろいろなことを支えていかなければならないということになるのだと思うのです。

ほかに高齢者の介護の問題をどう解決していくかということが大きい問題、課題としてあるのではないかと思うのです。だから、高齢者だけの問題でなくて、人口、若い人たちの世代も含めた格好でいろいろ考えていかなければならない問題と思います。

一つは、平均寿命と健康寿命、寿命が大体こんな格好で、健康寿命がこんな格好でということと言うと、平均すると、10年間介護が必要な状態になるということになります。とにかくこの10年をなるべく短くするというのを政策的なことやっていかないとけないと思っています。

今までは、下の世代が支えていたのだけれども、下の世代が介護を支えるようにすると、国を支える働き手がどんどん少なくなってしまうことになります。特に介護を支えていたのは女性ですので、女性がしっかりした仕事をして、介護は別な仕組みをつくっていくことによって、今の日本の産業構造だとか、そういうものを支えることができるのではないかと思います。今までは、親が介護が必要な状態になったら女性が仕事をやめて何とか支えるということで動けたと思いますけれども、それをやってしまうと日本の社会が動かなくなると私は思っています。とにかく健康寿命を延ばすことを一生懸命頑張っていかなければならない。私は、今ずっとこういう啓蒙活動をしていますけれども、これを全国的にやっていく必要があるのだらうと思っています。

それからあとは、みんなで支える社会をどうつくるかということになると思えますけれども、とにかく高齢者が高齢者を支えるような仕組みづくりということがすごく大事なのではないかと思います。あのグラフは65歳以上の人のグラフで、要介護の人の人数ではないのです。65歳以上の人で、いろいろなことができる人は山のようにいるわけです。そういう人たちを放っておく手はないのです。そういう人たちが働いて生きがいを感じていけ

るような、そういう仕組みづくり、地域づくりみたいなものを考えていく必要があると私は思っています。

とにかく女性の労働力の確保ということは、これからの世の中ではすごく大事な部分だと思います。日本は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律ができて、どうしても男性社会であるように思います。ここを見ても女性の県議会議員の数が少ないというのがあるし、陸前高田市議会には女性議員が1人しかいないと記憶しています。というので、もっと女性が社会進出することができる仕組みづくりもすごく大事なのではないかと考えています。

女性の労働力が確保できて、女性が働きやすい地域ができ上がると、恐らくここに住んでいてもいいかなと思う女性の方々がふえてくるのではないかと考えています。女性がふえるということは、子供がいっぱいできるということです。残念ながら子供は男だけだとできないです。女性がちゃんといてくれないとできないのです。だから、女性を支える仕組み、地域自体で支える仕組みをつくっていかないといけないと思います。

51 ページは、一応こんな格好のものが各地域にでき上がればいいというものの模式図なのですけれども、地域の中に高齢者が集まる場所、それから子供も集まれる場所を近いところの一つつくっておいて、このところでは畑仕事だとか、あるいは台所では食事をつくったりだとか、それからその地域の中でできるような作業をつくって行って、高齢者の人たちがここに集まって、子供たちも学校が終わればここに集まっていて、主婦が仕事を終わってここに来ると、両方を車に乗って自宅に帰れるようにする。両方に乗って自宅に帰れるのだけれども、そこではここに地域の台所と書いてありますが、高齢者で例えば認知症の人が何もできないわけではなくて、できることが山のようにあるのです。そういう人たちと一緒に、例えば晩御飯のおかず一品をつくっておくみたいなことを、ここでもしできれば、じいちゃん、ばあちゃんを連れて、子供も連れてうちに帰って、さあ、これから御飯支度となって、もう一品できていると大分女性の負担が少なくなるのではないかと考えるのです。これを市みたいな大きいところが、どこかにまとめて行うとなるとすごく大変なので、何とか町、何とか部落みたいな、そのくらいの規模とところでやってもらえればいいのではないかと考えています。こういうことを今陸前高田市の中で話して歩いているのですけれども、まだ話し始めて3カ月かそこいらぐらいですので、実現の動きはまだありませんが、どこかでやってくれればというふうに思っています。

実を言うと、特に山間部だったりすると、医療を届けるのも結構大変なのです。もしこのようなものが立ち上がれば、ここに訪問診療を週に1回なり2週に1回なり行けば何とかなるかもしれないという思いもあるのです。それも含めて、何とかならないかと思って歩いています。

被災地の医療ということで考えますと、とにかくもともと医師の充足率が低い場所だったということがあります。冒頭にお話ししたとおり、二次医療圏で完結する医療が展開できていない状況なのです。先ほど大船渡病院の話をしましたけれども、恐らく今、基幹病

院という久慈病院、それから宮古病院、それから釜石病院、大船渡病院になるのだと思いますけれども、充足しているのは恐らく久慈病院だけだと思います。ほかのところは、内科が大体うまく行っていない状態です。大きい内科というと、消化器、循環器、呼吸器、神経内科であり、疾患の多いということですのでその4つがあればとにかく何とかかなと思うのです。そこが4つともそろっているところは、多分ないと思います。

ということですので、まず一つは基幹病院の充実ということが絶対的な条件になると思います。医療がほぼそこで完結するようにし、それ以上のものは、盛岡市なりどこかに移送するという形がとれるようにまずしていかなければならないと思うのです。

それから、超高齢化社会への対応ということですので、高齢者に対応できる病院を基幹病院の周りにつくっていくということがすごく大事だと思います。高田病院は、ここ10年ぐらいそういうふうな形で動いていて、結構うまくいったのだと思うのです。そういう展開をほかの病院もするようにしていくことで、高齢化社会にある程度対応できる医療体制をしくことができると思います。

高齢者の病態というのは、本当に特別なのです。若い人と同じような治療をすると、かえってマイナスになることもありますし、それから一つの疾患だけに注目して治療していると、ほかのところが深刻になって、そちらのほうで状態が悪化するということも起こります。ですから、総合的に診られる医者というのがすごく大事なのです。高齢者に特有の対応ができる医者の養成、これももう一つの大きい条件になると思います。

高齢者の病態ということ、どうしてもリハビリテーションの充実ということが出てきます。回復期リハビリテーションというものが結構脚光を浴びている状況がありますけれども、回復期リハビリテーションだけでなく、維持期のリハビリテーションというのもすごく大事なのです。回復期リハビリテーションである程度できるようになって退院しても、余り動いていないと、また悪くなってくるわけですので、それを引っ張り出してしっかりリハビリテーションを集中的にやってまた戻すというような機能がこういう高齢者を対象にする病院には必要になってきますので、そういうことを考えていかなければならないのだらうと思います。

開業医の方々が訪問診療できる体制、さっき話した高田病院でつくったほっとつばきシステムのように、何かあったときに全部診ますという仕組みをつくっていくことが大事なのではないかと思います。

この高齢化社会への対応ということですので、病院が患者が来るのを待っている状態ではだめなのだと思うのです。一次予防というのは、介護予防ですとか、それから認知症の予防ですとか、病気にならないようにする啓蒙活動を病院自体が出かけていってやっていくということがすごく大事だと思います。それで、その住民とのかかわりを密にすることによって、何かあったときにあそこの病院に行くと、あの医師のところに行けば大丈夫だと思えるような、そういう体制をしっかりとつくっておくことがすごく大事だと思うのです。怖い医師だと、本当にぐあいが悪くならないと行かないということになります。怖くない

雰囲気を出しておかないと、なかなか来てくれないというがあるので、そういう観点で言うと、住民とのかかわりというのはすごく大事になります。

私は病院の医師ですので、病院だけにいると病院に来た住民しか私のことを知らないはずなのですが、私は平成16年に赴任してから毎年各地域に入って講演会をやっていますので、患者でない人からも声がかかります。いや、先生、健康だから病院にはさっぱり行かないけれども、先生の講演会の話がすごくよくて、それを守っていたら高田病院に行かなくても済んでいるという話をされたりしますが、そういうことがすごく大事なのだと思うのです。それをやるということがすごく大事です。病院が積極的にやっていくということがすごく大事なのです。

高齢者医療へのシフトという、さっき話した総合医ですね。高齢者に対応できる総合医を養成していくということが大事だと思います。

それから、30分で到達できる救命救急医療ということで言いますと、高齢者の場合には自分で自動車を運転できない人がすごく多いし、ぐあいが悪くなったら自動車を運転できないわけです。例えば陸前高田市の場合、山間部だと高田病院から車で片道30分ぐらいのところにも人が住んでいるのです。そうすると、体調がおかしいとって救急車を頼むと、救急車が来るのに30分、戻って来るのに30分で1時間かかってしまいます。それでも、高田病院があるから何とかなっているかもしれないのです。例えば高田病院がもしなくなって救急をやらないということになってしまうと、これはすごく大変です。高田病院から大船渡病院まで15分から20分ぐらいかかりますので、山間部だとさらに15分、20分かかるわけです。心配で病院に行ってみたら、何でもないので帰きなさいと言われると、帰る足もない。でも、熱があつたりしてぐあいが悪くて行っているわけですから、外来でタクシー待ちをしなければならないわけです。そうすると、すごく大変なのです。そういうので言うと、やはり中山間部というか、基幹病院から遠い場所にもしっかり対応できる病院を設置していくということがすごく大事になるのではないかと思います。

幸いなことに、県立病院は気仙保健医療圏ですと高田病院と、それから住田地域診療センターがありますので、それらがちゃんと動いていれば、高齢者が何かあったときにとにかく一時シェルターのような機能を果たすことができるのだと思います。釜石保健医療圏は大槌病院がありますので、大槌病院が復旧すればそういう機能を持たせることができると思いますし、それから宮古保健医療圏には山田病院がありますので、そういった形で動くようにしていけば、これから高齢化社会になっても対応でき、安心して病気になれるといったことが可能なのではないかと思います。

そういうことで言うと、核になるのは高齢者特有の疾患を何とかカバーできる総合医をどうやって養成していくかだと思うのです。今特に被災したところで問題になるのは、心の問題が結構出てきています。特に高齢者の生きがいのなさ、流されてこれから自分たちはどうなるのか、住む場所をどうするのか、そのときに生きがいをどうするのかという問題に直面します。応急仮設住宅に住んでいて、家族がうちをつくってくれて、そこに出て

いった人の中に、いや、応急仮設住宅にいたほうがよかったという人たちが結構います。それは、新しいコミュニティーづくりをしなければならないという負担が結構かかっているということなのです。3年間応急仮設住宅にいて、その中で関係性がちゃんとでき上がっていて、自分の居場所ができて、自分に役割があったところが、応急仮設住宅を出ると誰もいない、まだ隣近所とのコミュニケーションがとれていない、これからつくっていかねばならず、これからまた何人も引っ越ししてくるスペースがいっぱいあるようなところで、自分はどうすればいいのかということが出てきています。その手のいろいろな心の問題というのがこれから出てくるのではないかと思います。ですから、これからは、優秀な臨床心理士のような職種の人たちが各病院に最低1人ぐらいずつ配置できる体制というのも、特に被災地ではすごく大事だと思いますし、被災地だけでなく高齢化社会の高齢者の心の問題というのは、また特別なのです。そのところをしっかりと勉強している臨床心理士を探すというのもすごく大事です。あるいはそういう教育をしていくなり、県内であるのかどうかわからないのですけれども、そういうことをこれからの社会に向けてやっていくこともすごく大事だというふうに思っています。

これで最後です。とにかく日本全体、韓国、中国がすぐ後についてきているので、岩手県でいい形をつくっていけば、多分世界のモデルになるのではないかと思います。このごろ、地域で言うと、結構先進的に動いているところもあるように見えていますので、そういったところのいいところを取り入れながらやっていけばいいのではないかと思います。以上です。

○佐々木大和委員長 石木先生、どうも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。ただいまの御講演に関し質疑、御意見ありましたらお願いいたします。

○渡辺幸貫委員 医学が進歩すれば、医療の細分化が避けられませんが、ただ、今おっしゃるとおり総合医は必要だということです。そうでないと、岩手県のようなところは本当に困ってしまう。その辺、総合医を育てる仕方について、先生はどうお考えなのか、その点だけお聞きしたいと思います。

○石木幹人参考人 やはり特別なトレーニングは必要なのだと思うのです。トレーニングすることに対して、特に医学系の大学のトップの先生方がどう考えるかという問題がすごく大きいと思います。現場での動きは結構あるのです。若い医師から総合医を育てていこうという動きは、今、岩手県の中で出てきている状況があります。そういう取り組みに大学も参加してもらい、あるいは大学が主導していくことになると、岩手県でもそういうことが起こり得るのではないかと思います。ただ、総合医と単純に言うと、なかなか難しい部分があって、総合医自体がどういうタイプの総合医なのかということが出てきてしまいますので、そのところがなかなか総合医が日本の学会というか、医学界の中で育ちにくいところがあるのです。

例えば高田病院のように高齢者の患者の多いところだと、総合医とは、高齢者の疾患を

何とかカバーできるということになると思うのですけれども、そういう総合医と、それからそうでない、例えば大船渡病院のようなところだと内科の医師が何人かいるのだけれども、医師がいない診療科があります。医師のいない診療科関係の疾患を持つ患者が来たときに、診られないということになってしまうとぐあいが悪いわけですから、そういうところには救命救急医療関係全体を何とかカバーできるような総合医が何人かいらっしやれば、救命救急医療自体は何とかなるのだと思うのです。そこで、大船渡病院で何とかなる患者がいる一方、こちらの患者は大船渡病院で対応できないので、岩手医科大学附属病院に移送しようとか、中央病院に移送しようとかということ判断できる医師がいて、大体オールマイティーに診られる医師がいればいいのだと思うのです。だから、一口に総合医といっても、いろいろな役割があるので、なかなか育ちにくいというのがあります。ただ、全体が大体診られるような医師が出てきさえすれば、それは自分が置かれた病院、あるいは診療体系の中で足りないところをカバーしていくことは十分できるのではないかと思いますし、それからもう一つは、うまく動くようになれば、何か困ったときにコンサルタントするインターネットを介した相談業務のような部署を岩手医科大学附属病院につくるなりしていけば、かなりうまく動くのではないかと考えています。

○及川幸子委員 ありがとうございます。うちの嫁は陸前高田市出身で、看護師をやっております。石木先生については、いろいろ嫁から聞いております。それで、大変私が感銘したことは、この中間あたりにありました一つの拠点に高齢者と子供たちを集めて、一緒に生活をやっていくという部分についてです。これはすごいと思うのです。私は奥州市に住んでいるのですが、先生は3カ月ぐらいお話を各地でなさって、なかなか進まないということですが、うちのほうは見守り隊というのを子供たちのいない家庭でも出てやっています。子供の登下校ですね、特に下校を見守るものですが、そういうふうな形で、行政が町内会を使ってこういうものが可能かどうか、お聞きしたいと思います。

○石木幹人参考人 行政主導で行くのはすごくいいことだと思うのです。今、奥州市でやっている取り組みは素晴らしい取り組みだと思いますし、それを少し拡張した格好で高齢者が集まれるような場所をつくってしまうというのもすごく大事なのではないかと考えるのです。今だと、認知症という診断がついてしまうと、何かどこかの施設のデイサービスのようなどころに行ってしまうところがあるのだけれども、そうでなくて地域の中でそういう人たちも参加できるような場をつくるということがすごく大事なのだと思うのです。それは、行政の主導で行くと結構うまく動くかもしれない。ただ、行政の主導だと住民の意思に反したようなものができ上がってしまうと、なかなかうまくいかないかもしれないというのがあるので、こういうことをやる時は住民の意向というものがすごく大事だと思います。

今、私は、住民の65歳の人たちが集まってきているところで話しをしているのですけれども、皆さん介護をどうするのという話をして、そしてどうすればいいかみんなで相談してみましようということをやっています。そうすると大体こういうアイデアが出るのです。

空き家が結構いっぱいあるから、その空き家を借りてみんなで生活すればいいのではないかという話が出たり、それから月に1回ぐらいはそこで泊まる会もやったらとか、そういう話が出てくるので、もうあと一步踏み出せば何とかなるのではないかという感じはしています。それをしっかり動くように支援していくのが行政の役割です。住民がいろいろ決めて、ここでこういうことをやっていくということを住民主導で動くようにして行って、それで何か困った際は行政がサポートしていく。例えば空き家ですが、直さないと入れないのですよね。この前、1年間空き家にしていたところに東京から戻ってきた人の話を聞かされたのだけれども、夜中に天井から蛇が落ちてきたと言っていましたので、そういうことがないように、いろいろ手入れをしなければならないということが多分あるのだと思うので、そういうところに行政がお金を出すなり支援することが必要になるのではないかと思います。

○及川幸子委員 その場合、その地区住民の65歳なり何歳なりの方が当番として従事するように、当番を決めてやったほうがいいのでしょうか。

○石木幹人参考人 私のイメージはそうです。ただ、それがいいかどうかはまた別になります。その地域で違うと思います。私が今考えて動いているのは、要するに山間部で、もう限界集落で、多分あと10年もすると人口がもうほとんどなくなるのではないかと思います。そこをどうするかという話で入っているので、そこだと結構中心部から遠いので、どう対応するかという問題はあります。

○及川幸子委員 できるところから一つでも生み出せば、物すごく早いと思うのです。実際、家の人が全員働いておられますと、学校が休みになったときの子供たちの居場所がなくて困っているのです。実は、児童センターにも行きたくないということで、何とか言うこと聞くからうちに置いてくれというので、小学生はうちにいますけれども、やっぱり休み中の子供の居場所が問題ですよね。そういうところで、先生がお話しされた地域の高齢者や子供の居場所について、すばらしいなと思ったのですけれども、できるところからやっていけばいいのでしょうか。

○石木幹人参考人 そうだと思います。

○及川幸子委員 それで、もう一つ質問ですが、大変な震災を経験なさって、先生が先に立っているいろいろやられたということは、本当に御苦労さまでございます。そういう中において、医師も足りないのはわかるのですけれども、看護師も不足していると思うのですが、今後の動向というのはどのように手だてをなさっていくつもりなのか、お聞きしたいと思います。

○石木幹人参考人 看護師は、地元の看護師が本当になくて、何かあったときにもう対応が難しい状態です。でも、県立病院ですので、対応が難しくなっても全県的なところからのいろいろなバックアップが入るので、県立病院自体は何とかなるのではないかと思います。ただ、例えば開業している医師などはすごく大変な思いをしているのではないかと思います。特に介護施設では、もう看護師が足りなくてすごく大変な状況になっていて、

今、介護職員に看護師の資格を取るために施設がお金出して、学校に通わせる方法はどうだろうかということを探しているくらい状況であります。看護師がふえていくと、今度は介護する人がまた足りなくなります。とにかく女性の労働力を何とかうまく使うようにしていかないとならないというのがすごくあるのです。それこそ介護しなければならなくなったからやめると言われると、一番働き盛りの人に抜かれるような格好になりますので、そういうことがないように老人ホームを運営していかなければならないのだろうと思います。

○佐々木努委員 貴重なお話ありがとうございました。国の新しい医療政策では、ベッドを極力少なくして、在宅医療とか訪問診療、こういうものに転換していくということなのだと思いますが、私はそれは都会なら可能かもしれませんが、岩手県のようなところだと非常に難しいのではないかと考えています。先ほど先生からはベッドをできるだけ確保していき、そして、訪問診療は開業医の方々にやってほしいというお話をいただきましたが、私もまさにそのとおりだと思います。これから岩手県において入院、ベッドの関係と、そして訪問診療の関係、これはどのようにあるべきかということについて、もう少し先生のお考えを詳しくお伺いしたいです。

○石木幹人参考人 今、気仙保健医療圏の話で言うと、大船渡病院と高田病院のベッドの数が大体埋まっている状態なのです。だから、ベッドをふやす必要は今のところはないです。ただ、高齢者対応のベッドということで言うと、今、高田病院の40床しかないのも、それは足りないのだろうと私自身は思っています。

国の政策は、お話のとおり都会向けなのです。だから、地域だととにかく開業医にしよ、病院にしよ、ある程度ペイするというのをやっていかないとならないわけですが、都会だと次は隣に、次はその隣に、次もまたその隣にみたいな格好ではしごで訪問診療すれば時間短縮できるのだけれども、高田病院の今の訪問診療体制だと、大体午後に行くのですけれども、5人ぐらいが限界なのです。1人30分ぐらいの格好になるのです。訪問して診療して、次に移るのも入れて30分ぐらいかかるのです。そうすると、午後の2時から始まって、2、3、4、5と、3時間で6人、ぎりぎり6人です。6人を診て戻ってくると、カルテの処理だとか、処方を書いたりとかすると超過勤務になってしまうという状況なのです。そういうことで、訪問診療というのは結構厳しい。多分ペイしないのです。だから、もっと別な仕組みをつくってもらわないといけないのだと思うのです。

人口の半分なり3分の2ぐらいがうまく行けば、あとはしようがないというのが、多分、国の政策だと思うのです。その国の政策を踏まえて、県ではそれだとだめだから、どういうふうなことをやっていくかということを考えて、市はまたさらにもっとその地域の実情に合わせたいろいろな方策を立てていくものなのではないかと思うのです。

だから、訪問診療に関して言うと、盛岡市は大丈夫だと思うのです。国の政策のとおりで大丈夫だと思うのですけれども、大丈夫なところは本当に数えるくらいしかなくて、しかも盛岡市だとしても山間部がありますよね。盛岡市には玉山区があります。だから、玉

山区はもう大変だと思います。そうすると、そのところはまた別な方策を考えていかなければならない。それで、そういうところにも何か対応できるようなものを県が検討して考えていかなければならないし、それをさらに市のほうではもっと実務的にやっていくことが必要なのではないかと思います。

○久保孝喜委員 私も先生のお話の中で、高齢者総合医の話を変に興味深く聞かせていただきました。総合医ということ自体は知ってはいましたし、必要性についても一定程度認識しているつもりなのですが、高齢者に特化した総合医というのは、今の岩手県の現状、あるいは医療の現場の状況からすると、非常にタイムリーな提案だというふうにも思うのです。先ほどの質問の中でも、システムの問題ということも言われましたが、例えば岩手県のようにこれだけ公的な県立病院を中心とした医療機関がある中で、ましてや細分化された診療科という状況の中では、この高齢者総合医というのがある種一つの希望になるかもしれないという思いをしたものですから、そうであれば岩手県で、例えば現状ある医師の皆さん方を含めて、岩手県的な高齢者総合医というような養成システムみたいなものを今の状況の中でもつくっていきけるのではないかと、むしろつくっていかなければならないのではないかと気がしたのですが、その可能性や考え方について先生のお考えをお示しいただければと思います。

○石木幹人参考人 さっきもお話したとおり、岩手県の中で、特に県立病院の医師の中で若手の医師たちが総合医をどうやって育てるかということを定期的にディスカッションしていることがあるのです。その中に、やはり中小病院に勤めている医師たちも入ってまして、そういう医師と、それからあと大きい病院の総合医とがディスカッションしている状況がありますので、恐らくその辺のところは核になって、そういう動きになっていってくれればいいと思っているのです。そこに岩手医科大学が参画してくれるような形になれば、もっと強力になるのではないかと思います。

岩手医科大学には老年科という独立した科がなくて、神経内科の中に老年科があり、神経内科の教授が多分主任教授で、老年科の教授というのが大きい講座の中の教授という形になっているのではないかと思います。ですので、確かに神経科的な疾患を持っている高齢者はすごく多いですが、高齢者の疾患は、ほかにもいっぱいあるのです。ですから、そういうのがもっといろいろな科の人たちが集まってくるようになってくると、すごくいい形になるのではないかと思います。

実際には、高齢者だともろろ神経内科的な疾患、特に認知症がすごく多いので、認知症の対応にたけている医師たちがいっぱい出てこないと対応できないというのがあるのです。80歳を超えると、4人に1人は認知症というふうに言われています。今は割と精神科か神経内科の先生が診るような格好になってしまっていますけれども、そういうことと言うと認知症に詳しい医師たちがもっとふえてこないといけません。それからあと感染症が結構多いのです。肺炎だとか、それから尿路感染症とかいうものがすごく多いので、そういうものをちゃんとカバーできる医師が必要です。それから、整形外科的な

疾患がすごく多くて、膝が痛い、腰が痛いというものを、整形外科に行ってもらってもいいのだけれども、そうすると外来が山のように来るので整形外科が大変なのです。だから、そういうのもある程度、整形外科でなくて整形内科というふうに言っている人たちもいるくらいのところなのですけれども、高齢者の総合医ということになると、そういうものにも対応できる技術と、それから知識がまた必須になってくるのだと思います。だから、そういうことがちゃんとトレーニングできるような仕組みは、今そういうプロの医師たちがいるわけですから、そういう医師からちゃんと講義を聞いたりとか、技術を革新していくようなことを定期的に行っていけば、できる確率は結構高いのだと思うし、若い医師の思いを大学なり上の先生たちがバックアップするようなものができ上がっていけば、すごくいいのではないかと思います。

○齊藤信委員 大変感動的な話でした。高田病院が被災して、全国から支援の医師がある意味でいっぱい集中したと思います。どういうところに魅力を感じて、多くの全国の支援の医師が集まったのでしょうか。同時に、先生は日本一お年寄りに優しい病院ということを書いていましたけれども、これから新しい病院をつくるときに、引き続きそういう全国から注目されるというか、新しいモデルに高田病院はなり得るのではないかと思いますけれども、今後の努力の方向としてはどういうことを考えていく必要があるのかお聞きします。

あと、最後ですけれども、今までは二次の救命救急医療にも対応して、大船渡病院の負担を軽減したとありました。私は、医師確保が前提だけれども、やはり引き続き高田病院はそういう役割を果たす必要があるのではないかと思います。その点についてお聞きします。

○石木幹人参考人 これからのことがどうかというのは、なかなかわかりにくいのだと思うのですけれども、やはりモデルとしては大船渡病院があって、大船渡病院をしっかり支える、そして高齢者のことが基本になるのだと思うのです。そういう流れをつくっていけば、さっきの高齢者の総合医みたいな人たちが集まってくる可能性は結構あるのだと思うのです。高田病院で何年かトレーニングして、どこかの地域で開業するという形も可能なのではないかと思います。いろいろなことができますということと言うと、すごくいい技術、知識を持った開業医ができると思うのです。ですから、今までのやりようを続けていくことがすごく大事なのではないかと思います。

もう一つ、何でしたか。

○齊藤信委員 10人ぐらい全国から支援員が集まったと思うのですけれども、何に魅力を感じて全国から支援の医師が高田病院には集まったのでしょうか。

○石木幹人参考人 魅力は、やはりすごく被災したということが、魅力と言ったらなんですけれども、来てみて、いや、これはすごいなという思いになったのではないのでしょうか。

それから、もう一つ言えることは、支援に来た医師には、必ず朝にミーティングやっていました。来たときに、初日に挨拶してもらおうのです。そうすると、大抵の人がみんな緊

張した格好で、被災したところに来て、私は何もできないと思いますけれどもとか、あるいは何とお話したらいいかわからないという話をするのです。ところが、帰るときにまたきょうで終わりですということであげてもらったのですけれども、そのときに必ず出るのは、むしろ元気をもらったという話が出ます。ですから、病院のスタッフのやる気だとか、それから意外と明るさみたいなことがあり、応援に来る前にもううちひしがれた状態で仕事を行っている現場に行き何かできることはあるのだろうかという思いで応援に来たのが、実際はそうでないということがよかったのではないかという感じがしています。実際に私自身も落ち込むことがすごくあるのだけれども、落ち込んでいられないくらいにスタッフにはハッパをかけられながら動いたというのがありますので、そういうところが魅力に映ったのかもかもしれません。

○工藤勝子委員 先生、大変ありがとうございました。ああいう被災の中で多くの命を救われたと、私はそのようにきょうのお話を聞いて思われました。亡くなった方もあるわけですが、でも避難されて、本当に命が救われたのだなと思いました。今後、どんどん高齢化社会が進んでいくのだろうと思います。その中で、自分でできることという、自助と、それから、地域の中でみんなでこれから福祉、地域の医療とか介護を考えながらいきたいと思いますという共助ということがありましたが、公助という部分がなかったと思います。例えば先生から見て、今後、行政はどうあればいいとお考えでしょうか。要望でもいいですし、何かお話を聞かせたいと思います。

○石木幹人参考人 それはかなり話しにくいことではあるのですが、さっきの国の政策としては、訪問診療が地方では合いませんということは、もうそのとおりなのだと思うのです。ですから、行政はやはりそこを踏まえながら各地域の公の部分はどう民間に落とししていくかということがすごく大事なのではないかと思うのです。公でやってもらいたいと思うのは、例えば陸前高田市の中で言えば、高齢化社会の中で高齢者が高齢者を支えるという仕組みづくりが必要だという話をしたのだけれども、高齢者が支えるだけのいろいろな技術だとか、知識だとかをつくっていく、しかもそういうものを勉強して、そういう仕事なりボランティアなりで地域の中で動いた人たちが、もし介護が必要になったときにこういう手当ををするというような仕組みづくりを考えてくれるとすごくいいと思います。いろいろな知識の問題だとか、技術の問題ですので、やはり誰か講師を呼んでそこでやってもらって、その講習を何回か受けて卒業証書を発行し認定するというような仕組みづくりを公的なところで考えてくれればいいと思います。例えば定年退職してやることなく、ゲートボールとか、百名山に登るとかというのもいいのだけれども、百名山に登っている間のあいている時間に介護に行き、気合いが入ったところでまた山に登って戻ってくるとかできるのではないか。そういうことを何も知らないで、こういうのがあるからボランティアで入ってと言っても、なかなか行かないと思うのです。そういう仕組みづくりを教えて、しかも実際にその仕事をした人たちがその後何かメリットがあるようなことを考えていくのがいいのと思っています。

○工藤勝子委員 ありがとうございます。結局、今後、応急仮設住宅からそれぞれの住宅、災害公営住宅なり持ち家なりに入っていくのだらうと思っていました。そうすると、今まで築いてきたコミュニティーがまた崩れるというようなことがあれば、高齢者の皆さんが逆に孤独になる可能性があると思っていました。そういう中において、先生は臨床心理士がもっと必要だというお話もされました。岩手県にどのくらいの臨床心理士がいるのかよくわかりませんが、今後その養成に対して、こういうのはもっと行政がかかわってやるべきなのではないでしょうか、そこのところをお教えいただきたいと思います。

○石木幹人参考人 やってしかるべきなのではないかと思います。というのは、今、私が高田病院でやっている認知症の外来なのですけれども、認知症の外来は臨床心理士と一緒にやっているのです。問題がありそうな家族には、臨床心理士に心理療法をやってもらっている状況なのですけれども、結構効果があります。認知症がなかなかよくならなかった人たちが、その家族の対応が変わって、家族の考え方が変わるだけで認知症が進まなくなったり、むしろ軽くなったように思われるケースがあるのです。ですから、そういう意味で言うと高齢者に特有のいろいろな病態を知っている臨床心理士というのは、これから大事になると思います。

ただ、日本でどういう臨床心理士の教育システムがあるのか、どういう資格を取ればそういうに対応できるのかということが結構わかりにくいところがあります。例えば高齢者向けの臨床心理士ということと言うと、高齢者への対応にはどういうことがポイントになるかということについて講習会を開くとか、そういうこともやっていかなければならないのではないかと思います。それは、行政がやってもいいのかもしれない。

養成は、岩手県だと岩手県立大学にはあるでしょうか。岩手大学はありますよね。文学部で、取った単位によっては臨床心理士を受けることができるものが多分あるのだけれども、臨床心理士でも結構難しいです。難しいというのは導入するのはすごく難しい。その資格を持っているから、その人がすごいかどうかというのはまた別な話になってしまうところがあります。でも、資格を持っているということが第一義的なことにはなるのだと思います。だから、今、本当に岩手県の中に臨床心理士がどのくらいいて、実際にどのくらい必要なかということをしっかり調べて、例えば養成のための学部を岩手大学の中なり、岩手医科大学の中なり、岩手県立大学の中につくるということは、ひとつ県の行政として考えていっていい部分ではないかというふうに思います。

自殺予防とかもやっていますね。今、それに従事しているのは、大抵、看護師か保健師なのです。臨床心理士が入っていても、全体の対象者全部に行き渡るだけの臨床心理士がいなくて、臨床心理士からお話を聞いた看護師なり保健師なりが対応している状況なので、そういうことも含めて、調査してみる手はあると思います。ちゃんと動けば結構需要はあるのだと思うのですが、ちゃんと動いていないと、1回話を聞かれてもういいやと思ったとか、また、多分紙ベースで情報は書いてあるのだと思うのですけれども、聞く人が変わると同じことをまた聞かれるということがあります。それから臨床心理士だという結

構個人情報の厳しいところまで出さなければならない、出さないと話が通じないというのがあって、そうすると誰彼にしゃべりたくないというのがあるから、次に違う人が来てしまったりすると、ちょっと嫌だなということになります。記録に書かれているのがわかっていると、2人にしゃべってしまったような感じで嫌だとかということも出てくると思うので、やはりその辺のところの仕組みをしっかりとつくっていかないといけないと思います。日本の臨床心理士のネットワークというか、その辺の枠組みがまだしっかりしていないのかもしれないのですが、これからの高齢化社会に向けて、ここ数年で何とかまく行くような仕組みをつくっていく必要があるのではないかと思います。

○佐々木大和委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 ないようですので、被災地域の医療の現状と課題については、これをもって終了いたします。

石木先生、きょうは本当にありがとうございます。今後も岩手県の地域医療の再生、そして復興のためにも御尽力賜りますようお願い申し上げます。本当にありがとうございました。

○石木幹人参考人 よろしくをお願いします。

○佐々木大和委員長 次に、日程3、現地調査実施報告書についてであります。5月に宮城県において実施しました現地調査及び6月に釜石市において実施しました現地調査の実施報告書につきましては、あらかじめ各委員に配付しておりましたが、その概要について事務局から説明させます。

○稲葉政策調査課長 それでは、現地調査実施報告書（案）の概要について説明させていただきます。

2件ございます。初めに、5月分でございます。表紙の赤いほうでございます。表紙をめくっていただきまして、1ページ目でございます。5月に行いました現地調査は、宮城県の復興に向けた現在の取り組み状況及び課題を調査し、今後の委員会審議に資するため9名の委員により宮城県の執行部、議会と意見交換を行うとともに、復興の状況を調査するため主要な事業所、施設等の調査を行ったものでございます。

別添1には、調査日程及び出席委員をまとめてございます。

別添2は調査概要であり、質疑や意見交換等の概要を要点筆記しております。

別添3は調査先からいただいた説明資料、そして別添4として当日の写真を添付してございます。

次に、6月分、青い表紙のほうでございます。こちらにつきましては、6月に被災市町村の復興に向けた取り組み状況を把握するとともに、被災地における現在の状況、課題を調査し、今後の復旧、復興に係る審議に資するため全委員により実施したものでございます。

資料の構成は同様となっております。別添1から別添4も同様となっております。

なお、6月に行いました現地調査において明らかとなった課題につきましては、別途整理の上、執行部へ照会するなどをし、次回の委員会で御確認いただきたいと考えておりますので、御了承願います。以上でございます。

○佐々木大和委員長 ただいま事務局から説明させましたが、委員の皆様から今回の現地調査の実施報告書に関しまして、御意見等はございますでしょうか。

○斉藤信委員 よくまとまっているとは思いますが、宮城県の調査で株式会社高德海産、あと南三陸町の土地区画整理事業について、これは現地調査ということになっているのですが、株式会社高德海産でも会議室でのやりとりがありましたし、あと土地区画整理事業ももう少しどういう状況調査をしたのかという記述があったほうがよろしいのではないかと思います。

あと、全員で調査したものについては、県の対応についてはこれからまとめるということなので、ぜひ、今までそういうふういきちとやっていたので、やっていただきたいと思っております。

○佐々木大和委員長 ただいまの意見でございますが、参加した方々の報告書の後の協議等も必要と考えていましたので、その結果、さらに詰めていく機会をつくり、世話人会で協議をさせていただきたいと思っております。

ほかに御意見ございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 それでは、5月実施分の報告書については配付のとおり取りまとめることといたしたいと思っております。

また、6月実施分の報告書については、課題に対する県の対応について追加することとし、追加部分について次回の委員会に再度お諮りすることといたしたいと思っております。これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたします。

次に、その他であります、何かございませんか。

○斉藤信委員 最近、県のロードマップの見直しが公表されて、我々にも資料が来ているのですけれども、残念ながらまた災害公営住宅にしても何にしても、計画がずれ込むということですので、ぜひ次回の東日本大震災津波復興特別委員会ではそうした直近の進捗状況、課題などについても調査のテーマにしていきたい。

○佐々木大和委員長 ただいまの意見を世話人会でさらに検討して対応させていただきます。

ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木大和委員長 なければ、以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。本日はこれをもって散会いたします。

