

## 「第1回松原市これからの地域医療のあり方検討委員会」議事録

平成21年11月2日 302会議室

○(司会) お待たせいたしました。それでは、開会に先立ちまして、ちょっと皆様にお願いがございます。この会議を「市長の部屋」というホームページの活動アルバムに掲載予定でございますので、写真撮影させていただいてよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、ただいまより、「第1回これからの地域医療のあり方検討委員会」を開催させていただきます。

本日は、各先生方には公私とも何かと御多忙のところ御出席賜り、ありがとうございます。

これより、「第1回これからの地域医療のあり方検討委員会」を始めたいと思います。

まず、松原市より澤井市長、それから川西副市長が出席しておりますので、紹介させていただきました。開催に当たりまして、澤井松原市長よりごあいさつを申し上げたいと思います。よろしく願いいたします。

○(澤井市長) 皆さん、こんにちは。松原市長の澤井宏文でございます。本日は大変委員の皆様には公私何かと御多忙の中、御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

また、平素は本市の医療、また街づくりに対しまして、多大なる御尽力を賜っているところでございます。重ねてお礼を申し上げますとともに、私自身が肝いりといえますか、力を入れました、「これからの医療のあり方検討委員会」の委員を引き受けていただきましたことに対しまして、おくれげながらお礼を申し上げます。本当にありがとうございます。

皆様もご存知のように、本市は、市立松原病院を今年の10月30日をもって廃院いたしました。閉院に至った経過は昨年末にさかのぼります。あえて今細かい話は申し上げませんが、大きく2点の問題があったのかなど私は思っております。1点目には、臨床研修医制度による医師不足、国によるこういった医師不足が発生しておること、そして、私はふだん人のせいにはしたくないんですけども、国の制度による、財政健全化法による連結決算、これも本市にとって大きな打撃となりました。この2点が私どもの市民病院の運営を圧迫いたしました。

我々は地方、また市民の基礎自治体として生き残るために病院を廃院させていただきました。そのことは、これは私自身言いわけではございません、市職員として、また市長としてそういったことをきちっと認識しながら、これからの街づくりを現在考えてるところでございます。その後、医師会の皆様を初め、関係各位のおかげをもちまして、何とかベッド数100床も本市の中核病院である徳洲会さんのほうに、小児科も含めてこの11月の頭より移管させていただき確保することができました。こういったところも大きく変化をいたしました。

また、私自身、これはもう手前みそかもしれませんが、職員自身がやっぱりそういった中で、市民病院を廃院したことの重さを感じてくれております。あらゆる医療水準を上げる手法を職員なりに考えてくれております。こういった意識改革という点でも大きく松原市は変わろうとしております。その結果、例えば看護師資格を持っている、保健師の資格を持っている、栄養士の資格を持っている職員が、2階のロビー、1ブースを使って、市民の健康相談窓口をつくってくれて、お金をかけずして

何とかそういった市民の医療水準を上げる方法も職員なりに考えてくれております。

また、いろいろとそういった医療水準を上げるための方策として、医師会を通じて、また関係機関を通じて、今現在、我々松原市は検診事業の充実にも力を入れていただいております。これから、国のやること、府のやることを、これは待っていても仕方ありません。市民の一番の基礎自治体としてできることは何か、私はまず第1点として、検診事業に力を入れていきたいなと思っております。これはこの6月の補正予算でも、就任後、早速予算化させていただきました。来年度の本格的な私の本予算となるところにも、さらに充実した予算の編成を考えております。

こういったところ、いろいろとあるんですけども、せっかくの機会ですので、委員さんに申し上げたいことは、この病院の処理に係るだいたいの経費が、人件費を含めて約40億近くかかるものがありまして、これも職員がすばやく動いてくれて、何とか32億1,600万の改革債、起債の発行を認めていただきました。このほかには、これも手前みそかもしれませんし、こういった場所で申し上げることかも、どうかもわかりませんが、年間で約2億円の起債の返済をしなければなりません。そういったところにも、早速、私を初め、副市長、教育長、また特別職を初め、部長以下すべて人件費を削減させていただきました。この2億円をもって、起債に対しての借金返済に充てたいと思っております。松原市はやっとこれからの街づくりを考えていける財政状況になってきたのかなという思いでございます。

そういった意味でも、今後は、私はあえてこの検討委員会を市長直轄という場所に置かせていただきました。それはなぜかと申し上げますと、今までの既存の審議会でありましたら、私から諮問をさせていただいて、答申を上げていただく、こういったことが主でございました。私はこの検討委員会において、スピードを持ってあらゆる問題に取り組みたいと思っております。この委員会での皆さんの御意見が、すなわちイコール私の街づくり、施策にすぐに反映できるものでありたいと思っておりますし、皆さんの貴重な御意見は、来年度の予算にもすぐに直轄して結んでいきたいなと思っております。そのぐらい私はこの検討委員会に力を入れていきたいと思っております。

ぜひとも皆さんの知識、そういったものを我々のこの地域のあり方検討委員会に御提案いただき、松原市の政策に結びつけていけるような、御意見を賜りたいなと思っております。いずれにいたしましても、私自身皆さんと御一緒にぜひとも、こういった市が先進的な取り組みをしている、この病院はこういったところがすばらしいというのがありましたら、ぜひとも視察にでも行って、皆さんと一緒に向かわせていただきたいと思いますと思っておりますし、私はそれほどこの検討委員会にやはり重きを置いてる立場でございますので、ぜひとも皆さんのそういった貴重な御意見を賜りたいと思っております。いろいろと申し上げたいことがありまして、あり過ぎまして、ちょっと本当に申しわけない、もうとりとめのない話になりましたが、ぜひとも皆様には時間の許す限り、こういった貴重な御意見を賜りながら、一緒にこの松原市の医療水準を上げるためのお力添えを賜りますことをお願い申し上げます、私のごあいさつにかえさせていただきます。ありがとうございました。

○(司会) どうもありがとうございました。

続きまして、検討委員会委員の御紹介をさせていただきます。

それでは、あいうえお順の委員名簿に沿って御紹介させていただきます。

まず、桃山学院大学社会学部長の石田委員でございます。

- (石田委員) よろしく申し上げます。石田です。
- (司会) 大阪大学大学院医学系研究科特任教授の高鳥毛委員でございます。
- (高鳥毛委員) 高鳥毛です。よろしく申し上げます。
- (司会) 松原市社会福祉協議会在宅課長の竹井委員でございます。
- (竹井委員) 竹井と申します。よろしくお願いいいたします。
- (司会) 松原市歯科医師会会長の西本委員でございます。
- (西本委員) 西本です。よろしく申し上げます。
- (司会) 松原市医師会理事、明治橋病院院長の前川委員でございます。
- (前川委員) 前川でございます。よろしく申し上げます。
- (司会) 大阪府藤井寺保健所所長の御前委員でございます。
- (御前委員) 御前です。よろしく申し上げます。
- (司会) 松原市医師会会長の山田委員でございます。
- (山田委員) 山田です。よろしくお願いいいたします。
- (司会) 続きまして、事務局の職員を紹介させていただきます。  
松原市保健福祉部部長の高井です。
- (高井部長) 高井でございます。よろしくお願いいいたします。
- (司会) 理事の長谷川でございます。
- (長谷川理事) 長谷川です。よろしく申し上げます。
- (司会) 次長の山下でございます。
- (山下次長) 山下です。よろしく申し上げます。
- (司会) 地域保健課長の岡田でございます。
- (岡田課長) 岡田でございます。よろしく申し上げます。
- (司会) そして、本日の司会を仰せつかりました参事の浦野でございます。どうぞよろしくお願いいいたします。

それでは、これから検討委員会に入りますが、市長、副市長におかれましては、この後、公務が控えておりますので、これで退席をさせていただきます。

続きまして、当委員会の委員長及び副委員長の選出に移らせていただきます。

当委員会の委員長及び副委員長につきましては、「松原市これからの地域医療のあり方検討委員会」規則の規定では、委員の互選により選出するとなっております。

委員の皆様方、どのように取り扱いさせていただいたらよろしいでしょうか。(発言する者あり)、委員の方から事務局一任の声ということで、そのように進めさせていただいてよろしいでしょうか。

[「異議なし」と呼ぶ者あり]

- (司会) ありがとうございます。それでは、事務局より御指名させていただきます。

委員長には山田委員、それから、続きまして副委員長には西本委員にお願いしたいと思います。山田委員、西本委員、よろしくお願いいたします。

山田委員長、西本副委員長、委員長席、それから副委員長席にお移りいただきますようお願いいたします。

それでは、正副委員長が決まりましたので、代表いたしまして山田委員長に委員長就任のごあいさつをお願いいたします。

- (委員長) 山田です。大任ではございますけども、ただいまより、西本副委員長と正副委員長を務めさせていただきます。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

今松原のほうでも、社会的に問題となっている新型インフルエンザが蔓延しておりまして、先ほど保健所長の御前先生ともお話しておりましたけど、全国でも110万を超える感染者が出たと。そして、きのうも3名京都と岩手でしたか、亡くなられる方も出たということです。死者も、亡くなられた方が43名でした。ということで、これも大変なことになってきておるんですが、保健所の所長さんに聞くとちょっとピークを越えつつあるのかなという印象で少し安心しております。このまま少しずつ終息していってくれればと願っております。診療側としては、これからワクチンですね、ワクチンの問題でまた大分混乱するような感じがございます。ワクチンの生産が非常に少ないといった面、ということがあるので、それこそ予想されたんだからもっとたくさんできないのかなと思います。これが今の状況であります。これで優先順位とかいうことで混乱が起こるとということも考えられます。

先ほど市長のお話にありましたように、松原市は市立松原病院が廃院ということで、やはり市民にとっての医療サービスは低下したということになろうかと思えます。よかったのは、まだ、その機能が徳洲会病院に移りまして、松原市の中で機能移転できたというのは市民にとってはまだしもかなという感じがいたします。これもやっとな稼働しつつあるというところで、まだまだ十分ではございません。これから松原市にとって、長い委員会の名前ですけども(笑声)、この委員会を通じて、先ほども市長がおっしゃっておられましたが、皆様方の御意見いただいて、いい案が出ればと思います。よろしくお願いいたします。

- (司会) ありがとうございます。

それでは、これより司会進行につきましては、山田委員長にお願いいたしたいと思います。

それで、この会議は公開になっておりますので、傍聴の方にただいまお入りいただいておりますので、御了解ください。

山田委員長、よろしくお願いいたします。

- (委員長) それでは、これより「第1回松原市これからの地域医療のあり方検討委員会」を始めます。その前に、委員の皆様から一言ずつ自己紹介をしていただきたいと思いますので、よろしいでしょうか。

- (西本副委員長) この4月より、松原市歯科医師会の会長をやらせていただいております西本です。副委員長という大役を仰せつかりまして、山田委員長の足を引っ張らないように、少しでも役に立てよう頑張ります。よろしくお願いいたします。

- (石田委員) 桃山学院大学の石田です。資料を送っていただいて、医療のことはわからへんなと思って戸惑っておりますけども、福祉をしておりますので、福祉の視点から少しでもお役に立てればと考えております。よろしくお願いいたします。
- (高島毛委員) 大阪大学で現在、健康政策学を教えておりますが、もともとは、昭和61年から63年の間、松原保健所に勤めさせていただいたこともございまして、そういう縁があって、今回こういう形になったというふうに思っております。やってることは、いわゆる公衆衛生、本来のことであるんですが、日本では医療でも保健でも公衆衛生対策でも一番柱にやってきた、基本的な分野ですけども、結核の対策については一貫してやっております。その他については、いろいろ雑多なことをしております。そういうことでよろしくお願いいたします。
- (竹井委員) 松原市社会福祉協議会の竹井といいます。よろしくお願いいたします。ことしの4月から現職で、在宅福祉課長ということでさせていただいておりますが、社会福祉協議会では、介護者、高齢者の部分と障害者の方の部分ということで、介護保険と自立支援法の事業を行っております。私自身も地域包括支援センターへ18年4月から行きまして、そちらのほうで3年間社会福祉士として総合相談のほうを受け持ってきました。その中で、やっぱり介護と医療、医療だけでもだめだし、連携をこれからしていかないとということがいつも課題になっておりまして、何かまた現場のことを踏まえて、また御意見も申し上げられたらと思っております。よろしくお願いいたします。
- (前川委員) 明治橋病院の前川です。市民病院が廃院になりまして、残っている病院で、それと診療所の先生方、医師会とともに連携して、地域の医療を何とか守っていきたいと思います。微力ですけども、頑張っていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。
- (御前委員) 藤井寺保健所長の御前です。ことしはとにかくもう新型インフルエンザ一色、頭はもうそれに染まってまして、あとそれ以外の業務については、あんまり力入れてません。(笑声) この委員会でどれだけ役に立てるか。もともと保健所は医療機関に対して監視している、指導しているとか、悪いことをしないように監視している立場で、医療を確保する、その地域で足りない医療を確保するなんて保健所今までやったことなかったんですね。ところが、ここ数年、そういう研修医制度とかいろんなことで、私、前任、泉佐野保健所でしたけど、泉佐野保健所でも病院がつぶれるみたいな話があって、転勤したらまたこっちでこういう話があって、特にこの大和川以南ではそういうふうなことで、今まで保健所でやったことないような仕事をしないといけないというふうに、そういう意味でちょっと戸惑ってるんですけど、よろしくお願いいたします。
- (委員長) 南河内医療協議会ではいろいろお世話になって、徳洲会へ移管できてよかったと思っておりますけれど。それでは、会議の次第によりまして、委員会設置の趣旨説明を事務局にさせていただきます。
- (事務局) それでは、当委員会の趣旨なんですけども、先ほど市長の説明、話の中にもございましたように、3月で閉院を、市民病院が3月で閉院の手続きを行い、この10月29日をもって廃院という形になりました。今の市長は6月に当選されたわけなんですけども、その中のマニフェストの中で、「市民病院の閉院に伴う地域医療の不安の解消を目指し、庁内にプロジェクトチームを設置すると

もに、医師会等との連携を強化することで、小児医療を初め、地域医療体制の一層の充実を図ります」と、こういうふうにご公約されておられます。この間、地域医療の後退を危惧する声もありましたが、現在、病床100ベッドを移管する徳洲会病院において、小児外来、休日急病診療の実施、医療機器の譲渡によるがん検診体制の維持等、市民への影響を極力ないものとする努力を重ねてまいりました。

このような状況のもと、本市といたしましては、地域医療体制のさらなる充実を図ることは当然のものとし、また、同じくマニフェストの中に、「だれもが元気に暮らせる松原にします」という公約もございます。市内の医療水準の向上が今後の松原市の施策の不可欠な要素であります。ただ、ここでいう医療水準とは、単に医療機関の充実だけを指すのではなく、市民の健康長寿を実現する検診等の健康事業や介護予防を含んでの広義の医療水準という意味でございます。

本委員会におきましては、地域医療の向上をキーワードに、健康づくりと医療環境について、課題や課題解決に向けての幅広い議論をお願いできたらというふうにご考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○(委員長) まず、御討議に入っていただきます前に、あらかじめお手元に配付しております資料の確認を事務局にさせていただきます。

○(事務局) 続きましては、資料の確認をさせていただきます。

まず、第1、資料の1-1ですけれども、南河内医療圏の現状と特徴、これにつきまして、ちょっとページのほうでテレコになっておりましたので、本日テーブルの上に置かせていただいております。内容については前回とは変わっていませんが、申しわけございません。

続きまして、資料1-2、大阪府保健医療計画、ちょっとこれは保健医療計画の抜粋でございます。最初のページが94から、最後が330までで抜粋させていただきます。

続きまして、資料2ですが、大阪府地域医療再生計画「堺市・南河内医療圏」(案)につきましてお配りさせていただいております。

続きまして、資料3ですが、がん検診事業実績、松原市市内医療機関で、あと予防接種事業実績について載せさせていただきます。

続きまして資料4でございますが、松原市人口、介護保険被保険者の人口、身障手帳平成20年度の部位別、等級別、それと松原市の有料老人ホームの一覧表、居宅介護支援事業所一覧、松原市内の障害福祉関係事業所一覧等でございます。

最後に、資料5といたしまして、救急搬送病院別集計表を平成18年から平成21年の4月から9月末までの分を載せさせていただきます。

皆様、ございますでしょうか。それでは、よろしくお願いいたします。

○(委員長) 資料の説明は以上でございます。これまでのところで何か御質問ありますか。

それでは、これより討議を始めます。本日の案件は、南河内及び松原市の保健・医療の課題についてということでございます。この議題につきまして、委員の皆様方から積極的な御意見をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○（石田委員） 唐突で 今は何を話していいかわからなかったんですけど。もう一度山田さんの話をさせていただいたら、何を話すのか。

○（委員長） 本日の案件は、南河内及び松原市の保健・医療の課題についてということなので、そのことにつきまして先生方の御意見いただければと。

○（石田委員） 余りにも大きなテーマなので、何から話していいかわからないんですけども、さっき竹井さんもおっしゃったように、福祉とか介護予防とかいうものとどう連携するかということはとても大事だなということを思いますし、やっぱり医療というとても専門性の高いものですので、我々市民としては基本的に医師とか病院とかに依存し過ぎて、もっと何か市民がかかわる部分があってもいいんじゃないかなということを、介護予防なんかのことを思って、これを見ながら思っていました。

ちょっと卑近な例で恐縮ですけども、この間うちの嫁さん、階段でひっくり返って、足の骨折りまして、整形外科の病院行っただんですけども、お医者さん、こんなん言うてええのかどうかわからんけど、お医者さん1人で、あと看護師さんといわゆる理学療法士のようなマッサージとかする人、20人ぐらいいる病院で成り立ってる。整形外科の医院というのは、お年寄り来てはるのを見てたら、別にお医者さんの診察受けに来てはる人ほとんどなくて、みんな看護師さんがもう決まったパターンで点滴打ったりとか、マッサージ、理学療法士の人がマッサージしたりとかですんでるわけですから、それがもういっぱい次から次から来られるのを見て、僕は妻の心配をするよりも、それを見ることがおもしろかったんですけども、こんなんで病院成り立ってるのかと思ったときに、もっともっと専門、医師の専門性よりも市民がかかわる部分というのはあるんだなということを改めて思いました。

もう一つ思ったのは、ここに福祉の専門家を置けば、老人介護、介護のことの心配だとか、あるいはもうちょっと言ったら財産の心配とか、いろんなことの手当て、包括支援センターでやっておられることが、包括支援センターというところにぽんとおさまらんと、ああいうお年寄りが集まる病院に置けば、もっとうまくいくなあとそのとき思ったんですけどね。

だから、病院のことについてはもう本当に素人ですのでわかりませんので、どうかかわっていいかわかりませんが、もっと市民側とか、あるいは福祉側の接点があれば、大きな病院が1個なくなるということは大変なことだろうと思うんですけども、結局、市民にとってみたら、相談して、ここへこうしなさいと言うてくれる人があれば、随分不安が解消されることになりますから、お医者さんに診てもらおうというのが一番いいことでしょうけど、医者の数というのは限られてますから、お医者さんにかかわる、あるいはお医者さんの指導のもとで動けるような相談機関だとか、スタッフだとかを充実させることがとても大事ななということを思いました。

とりあえず1回戦これぐらいで。

○（高島毛委員） 昭和60年初めから2年弱ぐらい松原市で働いておりました。その頃は、徳洲会病院、もともと保健所は市民病院の中にありまして、あと、大きな同和地区があって、阪南中央病院、いろいろ救急等で明治橋病院、また、吉村病院精神科とか、まあ非常にこじんまりして、地域医療にとって好適のところがなと。当時は歯科医師会の会長の先生に熱心にお世話になって、ちょっとお名前忘れちゃったけど、ですから、ちょっと雑談的にいいますと、まず、こういった組織の形態ということ

で、先ほどの市長さんのあいさつ、興味深く拝聴いたしました。欧米の社会では、いわゆる一般の市民の問題を取り上げて、行政的に、また政治的に解決するために、日本でも市長さんを選び、市議員さんを選んで、行政組織、市の組織、大体アメリカ的なところなんかが非常にはっきりしていると思うんです。コミッション制度といいますけれど、それは市の事務局とは別に、市民参加型の行政組織で、9月にニューヨーク行ったときに、そこにいるある市の改革部長をしている部長さん、コミッショナーと名刺に書いてる。日本でいったら、それこそ市役所行って、コミッショナーというと、何かプロ野球のコミッショナー（笑声）を思い出すわけです。そこが、どういう問題の取り上げ方と解決の方法をしているのかという中に、先ほど市長が言われた直属にして、審議会とか諮問委員会ではなくて、直接、今の現市長が実行するとある。当然、市の行政組織なり議会、議会の中の委員会等がフォーマルな大きな組織ですが、何かそういう似たようなことを多分勉強されてということではないんだけど、今マニフェストで掲げてることを実行しようという点では、考えている中身はおのずと似通ったことを考えているなど、それはちょっと蛇足です。

もう1点が、先ほど紹介では余り言いませんでしたが、阪大の公衆衛生、今教授が変わって循環器の疫学研究のみの教室に変更してますけど、もともと公衆衛生の教室をつくられた初代の先生は、イギリスの制度研究、イギリスの研究を最初からやっておられたわけではないのです。もともと微研で感染症をやっておられた先生が、もう感染症はだんだん今では少しずつ片がついていって、GHQさんは公衆衛生の方へ進みなさいということで、適任として回されて、アメリカとかドイツとか、いろんな制度を研究された上で、イギリスの制度を勉強すると、日本の将来につながるんじゃないかとして研究をされてきた。その後の先生方もその勉強を引き続きやって、ここはまじめに勉強をしていたわけではないんですけども、たまたま先ほど紹介した結核の対策ということが、日本の場合も大きな転換期を向え、そういう政策研究をしている中で、改めてイギリスの制度を勉強すると。単に結核というものを保健・医療、特にプライマリーケアと、最近ではプロテクションエージェント、日本でも今、新型インフルエンザの問題とか、その前はSARSの問題とか0-157の問題とかありましたけれども、そういった点を大きく制度改革。その中で、イギリス等の研究では、だれしも知っている制度は、ナショナルヘルスサービスという制度、福祉ではコミュニティーケアで、今まで社会福祉で結構影響を受けていると思うのですが、1980年の後半から来てる変化というのは、ちょうど日本なんかの参考になる点かなと。当時はイギリスも医療にかかれない、それから医療機関、ベッドが不足しているということが多分20世紀の初頭大きな課題であった。だれしもがかかれるようにすることで、税金で医療費払う制度をつくって、ベッドを供給して、医療機関を結構国営に近い形にして、フリーアクセスの仕組みにして、その制度が完成したのが1980年代なんですけど、実際にはウェイティングリストいっぱいになって、立派な病院はいっぱい、立派といっても、お金を余りかけてないですから、実際にはぼろぼろの病院がいっぱいあるというのが正しいかもしれないですが、サッチャーさん、間にメジャーさんとか保守党の政権がありました。その後、メジャー政権党で繰り返している、いわゆるプライマリーケアの地盤をどうするかというのが一番医療システムのコアであると。それと、NHSという仕組みをつくったことによって、日本でも今、保健と医療と福祉と介護の連携



と、先ほどの竹井委員なり、また石田委員も言われてますけど、NHSの制度をつくったことによって、エリアのつくり方が、ソーシャルパーフェクト。医療サービスの体系が管轄エリアが違うということと、ジョイントするという機能が弱まってきているという形ができて、というのは、完成した後大きな問題が出てきて、それを解決するためのチャレンジをここ20年、多分終わりなき改革を続けている。その中のキーワードがコミュニティケアで、こういう保健医療の領域でいうと、プライマリケアというんです。これを最初に手がけたサッチャーさんは経済原理主義的な医療の効率を求めて考えただけだったと思うんですが、地域の医業者、特に開業して患者を診ているところにヘゲモニーを移すという大きな政策転換をした。最初はこれは何のことかと、やはり日本でも偉い先生はかなり高度の病院なり大学のプロフェッサーで、君臨している医者が一番偉い形になって、市中でたくさん患者を診療している病院というか、医業者は下に見られてる構造なんだけど、サッチャーさんがしたのは、日本でいうと、開業医の先生にバケット、病院の選択をさせた。ですから、患者に病院を、どこの病院がいいかどうかということを選択させるんじゃなくて、医療費を開業の医師に管理させるという仕組み。その医師の組織をどうするかという改革が、その後、ブレア政権へ引き継いで、毎年のようにチェンジしてますからわかりにくいんですが、ただ、整理して言いますと、病院を整理するという時代があって、一応病院のシステムが完成した後、そこ地域医療とどう繋ぐのかと。地域医療と一般の住民の医療ニーズをどうマッチさせるかというところまで制度設計の考えが進んでいるという状況が生じてきている。その制度設計の中で、もう一つが、医療の中のシステムだけをつくるんじゃなくて、ソーシャルサービスとジョイントした仕組みをどうつくるかというところにきてる。ちょうどこの松原というエリアを考えると、いろんな意味では、イギリス以上の仕組みを作ることが大事だなと（笑声）（発言する者あり）。

- （竹井委員） 患者でもあり、介護の立場から申し上げますと、まず、入院、困難ケースと向き合っていて、ぐあい悪いと、まず医院に行って、入院して、たまたま運よく入院できたとしたら、今度はもう入院した日から、退院はいつだろうと心配せんといかんような現実があるように思います。実際、皆さんが大病院ということで行くのは、やはり入院で、入院していて今度退院したらどこに行くんやという安心感がどこにもないんですね。介護にしても、医療にしても、安心のないということが今一番ちょっと大きな混乱を招いているのかなと。今先生がおっしゃられていた、開業医の先生から大きな病院、必要なときには病院を探していただいて、そこの安心ですね、こうなったときはこうなる、だから家で頑張るといふ、とにかくそういうふうな安心がどこにもないということが私は今大きな問題あるんじゃないかなというふうには思っております。実際、母親の介護をしまして、今入院してるんですけども、病院から電話がかかってくるたびに、いつ退院て言われるだろうというふうな、予測はされるんですけども、まずその心配をします。石田先生もおっしゃったように、まずMSW、病院のソーシャルワーカーさんの顔が見えてる場合は、そちらの方ときっちり連携をされて、対策にうまくつながって、私たちも仕事としてつなげられるんですけども、例えば余り面識のないところにあるとか、MSWさんで余り詳しくない方に当たったときには、もうそこから途切れてしまう。突然におうちに帰ってきたから、困ってるから助けてくれという、実際はそういう声があったりします

ので、本当に安心をどこで買うかという、私たちの介護の仕事にも、やっぱり医療という安心、どこでもいつでも医療という安心の先生の言葉が必要な現実もありますので、またその辺でどうなんだろうて、毎日日々過ごしてます。済みません、意見になっているかどうか。

- （委員長） 在宅の地域連携がうまいことってないんですかね。
- （竹井委員） そうですね、うまくいってないというか、とにかく今……。
- （委員長） 生活自体が核家族で、皆さん働いてて、若い人は働いているのでお年寄りがいると大変だということで、返ってきてほしくないというような感じのところがありますね。
- （竹井委員） そうですね、あとは、そうですね、たくさんサービスができておまして、療養型にしても、そういう施設にしてもできてるんですけども、まずは、また費用の問題も出てくるといいうのと、在宅で見たいけれども、この在宅の介護がいつまで続くんだというときに、こういうときになったら、ここまで頑張ったら、何か次の方法があるよというのが、今はないと言えちゃちょっと語弊あるかもわかりませんが、とにかく頑張るかいがないみたいな、入れるときに医療機関から普通入院されてて、そのまま療養型に移られるとかという形もありますので、本当に連携をしながら、どこが一つ欠けてもだめだというのは今思ってますが。
- （委員長） それでも、高鳥毛先生からイギリスのことでお話がありましたが、ブレア政権はもう1.5倍か、医療費をふやしましたよね。だから、やっぱりお金の問題ですか。
- （竹井委員） そうですね、何か月かたったら、お年寄りの場合はお金ですね、医療費の差額とか、いろんなシステムの中で、そういう人たちが翻弄されているようなところもあるかと思うんですけども、私たちも最近、本当に私たちも安易に医療機関を利用し過ぎる言うたらおかしいんですけども、何かそういうところも、何かあったらすぐ病院で、整形外科のリハビリとか、そういう体操についてもそうですけど、私たちが見ても、変な話ですけど、今中止させても大丈夫なん違うのと思っても、そのことをずうっと続けないと、何か体が弱ってしまうというふうな意識があったりしますので、何かこう本当にお互いに、医療の方も私たち一般市民も、もっともっと何か考えていかないといけないという部分は実感しております。
- （前川委員） 私の場合は、病院の日々の業務に追われまして、南河内の医療をどうするかとか、そんな大きなテーマで日々考えたことは、正直言ってほとんどありません。この場に出席するのが適切かどうかという、そういういろんな考えも持っておりませんが、ただ、松原地区の、松原地区に限らないでしょうけど、地域医療のあり方としましては、従来から言われているように、以前からは施設完結型といいますかね、総合病院でいろんな患者をすべてを診てしまうという時代から、地域完結型といいますか、それぞれの機能分担に応じて、急性期でポイント的に診て、あとは回復とか、療養とか、あるいは在宅、それなりの施設ということに流れが移って行って、地域完結型にしようということが言われてます。そういう意味の流れでは、竹井委員から話が出ましたけども、なかなかすぐにはいかない状況だと思います。国の方策も、委員長も言われましたけど、とにかく医療費抑制、医療費の適正化という言葉の名のもとに、とにかくもう医療費を、ポイントは医療費を削ることだけに主眼が置かれているような状況じゃないかと思うんですね。療養病棟ももうあつという間に、余り議

論もせずに、もういきなり13万床ですかね、15万床ですかね、なくする。僕らの病院としても、こういう国の施策の一環を受けて、平成12年にこの療養型病床を建てたんですけど、それが12年ですから、10年もしないうちですかね、もうそういう方向転換、もうやめだと、さんざんつくらせといて、やめたという、そんな国の施策でいいのかなと思いますねえ。どういう、長いデザインといいますか、長期的な展望を持ってやっているのかなということが、非常に不信感といいますかね、もうころころころころ二、三年でいろんなことを変えていくんで、本当に地域の人とか、とにかく患者さんのためというのか、そういうことを考えて国がやってるのかなと、僕ら自身も医療者として考えるところですね。

現実にはいろんなことがそういうふうに医療費適正化という名のもとに、医療費については縮小されているんですけども、そうは言われてられず、地域の医療を確保するためには、特に今御心配のような在宅でやろうという話も含めて、やっぱりこう資源は少ないかもしれませんが、そういう流れを少しでもちょっと、完璧にはできないでしょうけど、流れるをつくれるようなシステムを、できる範囲で考えていかなきゃいけないのかなという感じはしてるんですよ。漠然としか言えないんですけど、そういうことは思っております。

○（委員長） 先生おっしゃられるように、国の方針がころころ変わって、梯子はずされるようなことされたらかたがたないません。それも、国の考えが、いわゆる在宅のほうでやれば、在宅へずっと流れるような安易な考え方だったのかなと思います。

○（前川委員） そうだと思いますね。机上の論理だと思いますね。でも、在宅はもう大変な労力が要ると思います。おっしゃいましたけどねえ国は、患者さんが在宅で亡くなるのを望んでるんやから、在宅にしたらええわという。病院が在宅に行く人を捕まえて入院させてるという。そうじゃないんですね、そうじゃないんですね。

○（委員長） 患者さんは家でと言うけども、家族はもうとにかく病院におつてくれというような。

○（前川委員） そうなんです。もう帰ってこられたら生活が成り立たんとおっしゃってるんですね。僕らも勧めるときありますけど、もう本人さんもいや、病院が安心とか。あるいは、家族がもうそんなことしたら、私らの生活が成り立ちません言うて逆に怒られたりね。何も病院がひっ抱えとるわけじゃないんですけども、国の言うようにね、社会的入院とよく言葉使われますけども、決してそうじゃないですね。在宅でやろうと思ったら、もう並大抵の根性が要るんじゃないかと思いますねえ。よく介護してる人がもう、何ていいですかね、自殺したりね、やっぱあれは本当に考えてやらないかんのじゃないかなという気がしますけどね。

○（御前委員） 私は、3月に松原市民病院が閉院になって、後、周りの病院にどういふ影響があるかと気になって、毎月病院から、病床何人入院してますかという報告があるんで、それをちょっと、その3月ぐらいから見てたんですけども、この藤井寺保健所の管内で、一般病床、急性期ですね、一般病床の病院が15カ所ほどあるんですけども、それをずっと2月ぐらいから見てたんですけど、余り変わらないんですね。だから、松原市民病院がなくなったからといって、ほかの病院が満床になったり、病床の入院率が上がったたり余りしてないんですね。ずうっと相変わらず6割から7割ぐらいで

ずっといってて、前川先生がおっしゃったように、療養型のほうはもうほとんど九十何%ぐらい、もう満床ですけども、一般のほうについては、もう余り、6割7割、変わらないんです。いうことで.....。

- （石田委員） ちょっと聞きますけど、3月に閉めるいうてて実際に閉めたのはこの10月の.....。
- （御前委員） いやいや、3月に閉まってた。
- （石田委員） もう閉まってたんですか。
- （御前委員） はいはい。
- （前川委員） 仕事はもうやってない。
- （御前委員） 法的に10月に閉めたわけなんです。だから、一体、急性期のニーズが一体何なのかということと、もう一つは、医療圏の考え方ですよ。南河内医療圏というものが、もともと無理があって、松原の人が、河内長野に病院があるからといって、多分そこへ行くよりは大阪市内に流れたり、あるいは堺のほうに流れたりするほうが多いんですけども、南河内医療圏というのがそもそも成り立たないし、我々藤井寺保健所管内であっても、そういうふうに患者の流れが、市民病院がつぶれても、要するにほかのどこへ流れてるような、少なくとも入院で見ると、変化がないんですね。だから、医療圏の考え方非常に難しい、特にこの松原みたいな、大阪市に隣接するようなところでは、医療ニーズのとらえ方がなかなか難しいなと思って、地域性をどう見るかという。

それと、もう一つ、石田先生がおっしゃった、相談窓口の設置というの、それ僕もそれいいんじゃないかと思うんですけど、こういうのは市民病院でいてはった職員の方が、看護師さんなんか民間に引っ張られるかと思ったら、大分残ってはるんですよ。それで、市長さんがあいさつで、2階でそういう相談窓口やってますとか言うてはったのも、結局、そういう民間に行かなかった人を活用して、活用してやってはるんで、それは非常にいいアイデアで、そういう、竹井さんもおっしゃって、市民の不安、どこへ行ったらええかわかんないとか、そういう、あるいは医療でも、自分がどういところへ行ったら一番適切な医療が受けれるかというのは、それは一番、核家族で相談する相手もないわけだし、一番困ってる。そういうOBを活用する、市民病院にいてはったOBを活用するという意味では、非常にいいアイデアじゃないかなと。

- （委員長） 松原は大きな産業もない、お金の問題でいうと弱いとこありますね。
- （事務局） そのとおりでございます。
- （西本委員） 我々歯科医師会は、元々市民病院に歯科がなく、市民病院が閉院になっても、歯科のそういう患者さんの影響があるかという、全くなかった。ただ、患者さんで来られた方には、疾患を持った方がたくさんいらっしゃいます。今までこんな薬を飲んでいたが、今は自分たちどこ行ってええかわからんとか、そういうような不安のある方はたくさんいらっしゃいます。先ほど市長も言われたように、相談窓口があるのは非常にいいことだ。ただ、やはり専門的な部分、どういう薬をよく飲んでいて、どういうふうな使い方してるか、例えば何か処置するときにとめてほしいとかいう場合には、本当にとめていいのかどうかという問題とか、やはり専門ドクターに聞かないとわからない。ただ単に、相談窓口だと、我々がそこを利用するわけには行かないから、ですから、やはり大きなバ

ックアップの病院が必要だということで徳洲会病院が、今それを担っていただいているんですけど、歯科医師会としてはありがたいことです。徳洲会病院に歯科があるので、その徳洲会病院の中の歯科をもうちょっと利用させてもらうということができれば、歯科医師会とのコネクションの中に徳洲会病院の歯科を利用して動けていけたらいいなどは考えておりますけど。

- （委員長） 入院のほうは、想像したほどなかったということですが、外来は結構（「外来はちょっとふえてますね」の声あり）ふえて、大変やというのは、阪南中央病院からお聞きしましたが、入院自体は、入院は大体6割か7割ぐらいですか。
- （御前委員） ずっとそんな感じで。
- （委員長） 大体御意見が出ましたけど、市民とのつながり、市民とどうかかわっていくかというご提案をしたかと思えますけど、ここをちょっと何か具体的に何か。
- （高鳥毛委員） 石田委員もおっしゃってましたけども、日本の場合、一応建前とすると、患者がいわゆるお金の問題じゃなくて、どこでも受診できる。それは日本の医療制度の特徴というか、長所でもあるんだけど、反面、医療機関の情報というのは医療者側の独占状態になっている。いわゆる特に社会的な弱者ほど情報がない、年寄りほどね。急にひとり暮らしになって、胸が痛いとか、どこ行ったらいいかと、近くの病院行ったら、うちには内科医がいないとかね、いろいろ言われて、また近所に聞いて、また行けるんだったらいいんだけど。で、病院のほうも、今回の新型インフルエンザの場合でも、発熱外来とか発熱相談という体制は、多分日本の場合、外来機能を病院が持っているがために、多分普通に行くと、みんな病院に殺到して、交通整理が必要となる。本来はプライマリーケアの基盤があると、そこにバンパーがあって、必要な人を医療者が、入院が必要と考えた病院に紹介するという流れがあると、余り特別な仕組みがなくても流れていく面があると思うんですが、日本の場合、一般の患者と医療機関をつなぐ間が何の交通整理をする仕組みもないから、かえって患者がどどどと評判を聞いて特定の病院に固まったり、その病院がなくなると、また別な病院に固まるということで、それは患者にとっても負担になる部分があります。多分病院でかなり、ある特殊な診療科を設けても、そこに来べき患者ではなくても、償却しないといけないから、ほかの患者でもうちょっと稼ごうかということで、医師の負担にもなる。
- （委員長） 年寄りでしょうね、これ大分インターネットなんかで情報はとれるようになってきているんですけども。
- （高鳥毛） そうなると、また御前先生がおっしゃってるように、医療圏とは関係なく、アンダー病院でも、いろんなところから人が来るということで、医療圏というものが何のためにあるのかということが、そういう情報を持つてる人は、もう限りない情報を持つてるけど、持ってない人はもう果てしなく持ってない。で、いろいろ松原なんかで考えたら今回こういう、一つは相談とかね、やはりそこに専門職の方が必要で、市民病院閉鎖されたことによって生まれたその方たちなんかを何か一つの仕組みとしてね、医療システムの仕組みとして、こういう市内の医療関係者でいっしょに研修したり、教育する中で、若干市民相談とかね、介護保険だったらここに行きなさいとか、また、うちのこういうおばあちゃんが認知症で入ってるけど、あの病院出ていけと言うけど、どうしたら

- （委員長） 今はもう取っかかりつくってくれているので、その拡充といえますか、それとも一つ、組織でそうやっていくということですかね。
- （前川委員） OBちゅうのは、看護師を含めて何人残ってはるんですか。
- （事務局） 病院から市のほうに残ったのは、全体で90（「90名の看護師か」と呼ぶもあり）名。看護師全体じゃなしに、我々事務とか、職員として90人、検査技師とか皆含めて。
- （委員長） 病院職員の残りが90名、そういうことですね。
- （事務局） 看護師でいうと、70名ぐらいですかな。
- （前川委員） それだけそのまままだ残ってはるんですか。
- （事務局） ええ、本庁の一般行政職と、あと保育所とか、いろいろ保育所の看護師として頑張っている部分とか、子育て支援とかね、そういうところで頑張っている方がおられます。
- （前川委員） どこの病院も看護師不足で（笑声）70名も。これはでも、市民病院に、看護師さんおりませんかとか言う問い合わせは。（発言する者あり）
- （事務局） 病院を閉鎖するとき、ほかの病院から結構以来あったんですけど、就職説明会もやったんですけど、結果的にこういうことに。
- （前川委員） それ給料の問題と、それから定年までの退職金ですね。そういう問題があると思います。
- （委員長） そういう問題もありますね。年齢の問題もあるよね。
- （前川委員） それはどこの病院でも1人でも欲しいんですけどね、それやっぱそういうあれがあるわけです。今やめないで、そのまま公務員として定年退職したほうが、それは。
- （委員長） これは平均年齢としては割と高い。
- （事務局） それと、産休・育休の方も結構おられましたんで。だから、そのまま直ちに民間へというわけにもいきませんでしたんで。
- （前川委員） 医療資源としてはもったいないことです。こういう看護師不足の時代に70人も市役所に抱えてるというのは。
- （高島毛委員） 一つ、これはちょっともうかなり昔から言われてる方式ですけど、イギリスなどは税金でやってるから、病院で働いている看護師が地域で、日本でいうたら保健所とか訪問看護ステーション、みんな公務員だから、どこにくっこうと、別にお金とは関係ないわけです。日本でいうと、保健所の保健師さんとか市の保健師さんが、ある診療所の先生と一緒に在宅ケアをやると、なんである先生が看護師をお金出して雇用するべきなのに、市の保健師がスタッフとしてくっついてんだとなってるね。あるいはホームとどう関係あるのかとか。そこにそういう来てもらえない先生が当たったら、なかなか難しいんだけど、そんだけの看護師の方がいるんですしたら、アタッチメントいわゆる勉強す

ればいい。普通開業医の先生で在宅ケアをすとかいうときに、一応市民という人が対象になりますけど、そのいろんな医療とか介護とかするような業務にくっついて活動させるということも日本の場合必要じゃないかなと。日本の場合、先ほど前川先生がおっしゃられているように、官僚的に医療費をレギュレーションしてるがゆえに、医療者が必要な医療が何なのかということで、財源が末端までしみ透る仕組みであって、結構ビューロクラティックな仕組みで、仕組みがつくられちゃうから、末端ではかなり一般の人のターゲットの段階では、そんだけ金あるんやったらこれに使ったらええやないかなとなる。そんな勝手に組みかえなんかしにくいという見解がありますけれども、こういう患者のケアを中心にしてしようとすると、もうちょっと医療費がふえれば別ですけども、医療費がふやすことができないとすると、開業の先生が患者を持ちなさいとか、看護師をもうちょっとふやして、在宅ケアをやってくださいといっても、診療所の中の経営以上のスタッフを持つことができません。それを外部的に市民の公共サービスということで、多分その先生がされているのは半分公的なのというか、サービスですよ、医療の。だから、その看護師さんたちがなじんでくれるかどうかは別にして、いろんな地域ケアとか、在宅で制度とバッティングする。介護保険制度なり訪問看護制度なりいろんな制度とバッティングする面があるとは思っただけど、在宅の市民サービスということで、熱心にやられている医療者の、これはアタッチメント方式といいますけど、何かそういうのをちょっと考えて、トライしてみても面白いかもしれない。明治橋病院さんの中で在宅へ帰えそうとするけど、自分のところの看護師、余剰人員がいないと、もうベッドに張りつける看護師で手が足りない。例えば週1回ぐらい診察した患者の病状を看護師に見させたりという。介護保険の対象とか、訪問看護ステーションでもちょっと採算に合わへんということで、なかなか難しい。

- (委員長) 市立介護訪問センターみたいな、になるんですかね。
- (高島毛委員) ちょうど今回の検討委員会では医師会の先生方でありますか、何か地域医療関係のそういう仕組みをつくと。で、やっぱり一番最終的に、長々言いましたけど、国の医療費抑制策はゆゆしきことですけど、ただ、トレンドとすると病院をつくって、ベッドで医療が完結するという時代はもう終わった。それで、在宅で、在宅というか、今の医療、国の医療政策で単にベッドの規制だけをしたり、入院期間、それと医療費減額すとか、そういう鞭のような政策で、追い出された人はジプシーのように社会的なケアから外されてしまう。で、今現在は、くしくも松原市では、3人5人ではなくて、70人余りの看護師さんがいる。
- (前川委員) すごいですよね、あり得ない。
- (委員長) これはもったいないね。おっしゃるように介護の事業、松原市介護訪問センター、そんな方向も。
- (石田委員) 機能すれば病院のほう回らなくなり大変とかということになってきますよね。地域に看護師さんがどんどん出ていって、病院行かんでも、そこで完結するようなことになったらね。もう患者が病院に来ないとかいう、そういう心配とかね。
- (前川委員) これはまた違うと思うんですよね。在宅のほうはねえ。
- (高島毛委員) むしろ病院に置いとけないから、患者さんを説得して退院させないといけないとい

うことで苦勞して、後、帰ってもこういうケアが受けられますよとなると、病院もベッド回転できるから、ベッド当たりの収益が上がる。

○（前川委員） 病院なくなったことを不幸と思わんと、また新しいシステムができるというのがねえ。

○（高鳥毛委員） あともう一つ、これもイギリスなんかがとっている制度で、抜け道いっぱいつくってますけど、イギリスの場合、地域医という一般医も公務員だから、余り一生懸命働かない。だから、医療ニーズがあっても、予約制にしてね。後、お腹痛いからすぐに診てほしんだけど、来週にしたら（笑声）ということで、健康管理でも困るんじゃないかと。そしたら、病院に直接行けるような仕組みにしてほしいと。欧米では病院は外来やってませんからね。救急車を呼んで行くとか、救急車は大体ほとんど病院が持っている仕組みですから医療のシステムはゆがんでしまうということで、間を地域医を通さなくても行けるというバイパスを作る。その一つがNHSダイレクトという、ダイレクトに医療サービスにアクセス、自分のかかりつけ医を通さなくても医療サービスにアクセスできますよというのをイギリスのGPEの団体も合意の上で、自分らも仕事助かる。もう夜中もいろんなときも管理があると。そのNHSダイレクトというのは、NHSという保健医療サービスにダイレクトにアクセスできますよと。で、それは、媒体は大体基本的には電話とかで相談できる、その対応者が看護師。看護師は来る人がお腹痛いと言うけど、これすぐに病院行かないといけないのか、医者にも診てもらわないといけないのか、そういうある程度の振り分けをする。直接医師の需要ということでなくて、結構専門的にトレーニングされているという条件が必要ですけど、救急とか受診とか、そういうことでなくて、医者は自分が診断すべき患者に専念するという仕組みとなる。で、そういうことで、手おくれになったらいけないじゃないかということがあるので、救急車呼ぶというのを、病院では外来がないんだけど、外来的な機能を病院の横につくって、ウォークインセンター、歩いて受診できる。病院の普通の外来は開業医を通さないと受診できないが、そのウォークインセンターというところは、救急で急ぐ患者は受診していいというバイパスをつくることをやって、それ以外もいろんな何か需要に対応して仕組みを付加している。NHSダイレクトみたいなものを。ここの直接来所しての制度だけど、ある程度いろんな看護師さんをトレーニングして、松原近辺の医療とか福祉とか介護の支援なんかして、家でその人が介護できなくても、どこにつないだらいいかぐらいの役割だけで、結構地域の方も安心する面もあるのでは。

○（前川委員） 日本の医療システムで、責任はお医者さんが持って、看護師さんで余り責任を持たないとか、判断をしないとかいう仕組みの中でやってはるから、それは別として看護師さんがそういう機能をするでしょうかね。

○（高鳥毛委員） だから、そこが難しいとこなんだけど、だんだん今医師不足の最大のところが実際僕の研修であったり、今でも医療行為的なことを週一回だけやりますし、何でこんな一般書類書かんとかかんねん。（笑声）何かむしろ患者の診療終わった後ね、ある程度またあって、それ書いてください、診断書、医師の意見書。こんな仕事いっぱい、例えば本来の医師の仕事はだんだん追いやられるところがあります。大体あとは熱心に聞いていると、もう家族とけんかして、ここの病院出たら行くところがないと。そう話して、行く所があれば行くけど、行く所がないと時間を費やすという形な



んで、だから、医師の仕事とか、病院という機能本来の業務と収益性を確保しようとする、本来診るべき患者に専念できるほうがいいわけで、何かあったらいいと思うんですけどね。

- （前川委員） そういう意味では、もう少し病院がそういうふうな方向になればどうなんですかね、ほかの病院は。もう僕らはやっぱりいまだにあれしてますけどね。医療クラークの配置。（発言する者あり）
- （高島毛委員） 日本の病院の医師の給与が安いから、事務作業をやって時間を費やしても、十分にペイ取れる。それは医師1人ね、5,000万とかかかったら、そういう事務作業でね、患者をもうちょっと30人ぐらい診てくれたほうがとかいったほうがいいんだけど、サラリーマンにちょっと毛が生えた給料だから、結構雑用をさせるとしても、時間当たりの労働単価としては、もう少し何とか。ですから、先ほどの話の看護師の位置づけというのも、総体的に医師の仕事を、本来の医師の仕事をさせないと、医療費の増大になって数をふやして、医師にさせると、サービスの質が必ずしもよくなるとは限らないですよ。だから、看護師と、ほかの職種のほうが、例えばリハビリにしたっていろんなソーシャルワーカーにしたって、いろんな循環器にしても、そういうところは専門職に荷を持たせたほうがコストの削減になる。
- （委員長） アメリカなんかではずいぶん看護師さんの人件費が高すぎる。
- （高島毛委員） この背景には、医学部の授業料が高い、大体医者が卒業すると、日本の私立大学を卒業したのと同じぐらいの借金を背負って卒業するから、それからご存知のように裁判とか事故とかリスクが多いので、だから、サラリーが多いとしても医者が豊かかどうかわかりませんがね。
- （委員長） 保険料だいが払わんといかんといひますもんねえ。
- （高島毛委員） だから、そのおかげで、医者を使うというのはものすごく医療費の高騰にもつながるんで、医者じゃないといけないというのは、はっきり決めて、できるだけほかの専門職置いていけばいい。
- （委員長） あと何か御意見ありませんか。
- （前川委員） 市長さんが松原市の地域医療のあり方の話を大前提とおっしゃいましたけど、漠然と議論してもなかなか何も解決出ないというか、そういう問題じゃないかなと思うんですね。今ちょっと思いついたんですけど、発端は、市民病院が廃院になったと、これで市民の方がどんだけ不利益を被っているんやと、その不利益を被ってるものは何かというのをまずつかんで、松原市民病院の廃院による問題点というのをまず上げて、そこをどう解決するか。例えば外来の問題、それから入院の問題に分けて、入院はさっき、御前所長がおっしゃいましたけど、余り影響してないと。余り増えてないことは、そんなに市民も困ってないということですよ。堺市に流れたか、あるいは大阪市に流れたかですけど、外来はちょっと確かにちょっと増えてます。だから、入院の問題は余り問題視しなくてもいいんじゃないかということで、入院があふれて困ってて、市民が非常に入院もできない状況に陥ってるということはないんで、そこは余り考えなくていいと思う。外来の問題も、まあ増えてますけど、外来診れなかったということはなく、ただ、どうなんですかね、一般と救急、外来でも一般と救急の問題がありますけど、一般診療において、一番やっぱり問題になるのは、内科でもなく、産

科が減ったのはちょっと問題あるかもしれません。それから小児科の問題ですね、産科・小児科がどういう不利益を被っているかと、市民の方がね、その辺の話ですね、まずね。ほかの診療科はそんなに、整形もありますし、うちもありますし、阪南もありますし、そんなにちょっと患者さんが診れん状況やというほどでもないだと思います。

だから、まず、今困ってるって、そこの不備になっているところをどう考えていくかというのをまず考えるべきじゃないかなと思いますねえ。具体的にやらないと、なかなか大上段に松原・南河内をどうするか、松原市はどうか、なかなか僕のイメージでは全然ふだんはそういうことは考えてないんでイメージが浮かばないんですけど、まず市民病院が閉院になってどっだけ市民が困ってるんやという話から。

- (委員長) それの何かアンケートみたいなものはとってますか。市民病院なくなったの問題と、その地区の医療がどうあってほしいかという、意見もあろうかと。
- (前川委員) そうですねえ、閉院の問題と、もう一つは、さっき言うたように、松原市として今後の医療の保健・福祉の問題という、分けて考えたほうがええと思うんですけどね。
- (事務局) おっしゃったように、病院を閉院するに当たって、徳洲会病院に100床移管という話をしたときに、徳洲会病院と一応協定書を取り交わしました。やはり小児科の問題が大きいということで、小児科を開設していただく。同じ規模の16床なんですけど、それをつくっていただく、それから、1次診療、救急ですね、休日急病診療を行うということの一つの条件にしたというふうなことなんです。やはり松原病院は小児救急、二次救急もできなくなっただけなんですけども、途中で、そういった問題もありましたのでそれを条件に、市としては第一義的にその部分の整理をとにかく急いで徳洲会病院と話をしながら、その整理ができるだけできるように応援していく。
- (前川委員) 松原市民病院が休日急病をやってたんですか。小児科、内科の救急はやってなかった。
- (事務局) 内科もやってます。
- (前川委員) 内科もやってるんですか。
- (事務局) 内科と小児科を。
- (前川委員) 休日。
- (事務局) はい。
- (前川委員) 内科、小児科。
- (委員長) いろいろご御意見をいただいて、それをどうつかむかということ。看護師さんのことは大きなことなんで、それをどう活用するか、今、一つ健康相談というのをやっておられるので、それは一つの形だと思いますけど、それを何か組織立ったことができないかとか、御意見をいただいていますので、そのあたりをちょっと作っていけばと。ほかに何か御意見ありますか。
- (高島毛委員) あと、一つむしろ教えてほしいなと思いますのは、前川先生が言われたこととの関係ですが、市民病院というのは、なぜ設置しているのかということと、なくなったらあかんのかということの問題があると。多分もともと日本が皆保険制度をとったときに、やはり医療は、保険あって医療なしという状況が起こったときにあったから、特に僻地等は国保は市町村長さんが保険者ですから、

医療確保ということで国保病院つくったり、そういう延長として市民病院ができたと思うんですけど。その後、昭和40年代、50年代に入って、一般の医療機関がたくさんできてきたときに、市民病院が何なのかというようなどが基本的に余り議論されずに、市民病院なくすると困るという話だけがあって、確かに日本海側のいろんなところで、そこしか医療機関がないというところがなくなるということと、もう周りに医療機関があるといった時代には、市民病院の役割が何なのかということを吟味しなければ。今日の話ですと、特に入院という需要に対しては、市民病院がなくても、一応満たされている。外来についても、小児科とか救急的なものの受け入れることとすると、この松原市民病院の場合、なぜできたのかということが、むしろこの市民病院がなくなって、閉鎖した後の医療を考えると、そのときのミッションていうかね、必要使命というか、市民病院の使命が何なのか、それが現状満たされているとすると、何かそこの市民病院が出来てきたところも教えていただければ。あとは、地方公営企業法とかいろんな国が縛りをかけて、だんだん医療機関としてはなかなか経営も難しいというような状況もあったし、最近ですと、市長さんが言われたように、こういういろんな財政の、自治体の財政の健全化法とか、いろんな縛りができて、そこにさらに絡んで、ほかの市でも相当お金を突っ込んで維持してますけどね、税金をね。で、かえって一般の市内の医療機関が果たすべき役割として転換できることも、できなくて、何かせつかくできた市民病院が、最初にできてきた経過とどういふ使命を持って方針としてされてきたのかも教えていただきたい。

- (事務局) 次回で。ちょうど病院を閉鎖して移管する時作成させていただいた書類があります。まあ市民病院の沿革を書いたものです。ただ、病院として発足したのは昭和25年、松原国保病院としてです。(発言する者あり)
- (前川委員) 当初はそこしかなかったの。今でこそねえ、できましたけど。うちも徳洲会とか、阪南もありますけど、当時はなかったんで、唯一のね、病院としての機能を持たせたんでしょ。(発言する者あり)
- (高鳥毛委員) 竹井委員さんが言われたように、今の市民が求めている医療というのは何なのかを考えて、いろいろ仕組みをつくれたら。(発言する者あり)
- (委員長) そしたら、きょうはこの辺につきまして、また、まとめて御報告したいと思います。
- (事務局) さっきの看護師の件は、また資料作らせていただきましょうか。もう今は漠然と70人ぐらいと言っておりますので。(発言する者あり)
- (委員長) 一応、またその時に。健康相談のそのあり方をもうちょっと考えていくのが一つですね。(発言する者あり) ちょっと何か、もうちょっと何か方法がないかなと。(発言する者)
- (事務局) 大半が行政職に職種替えしておりますので。
- (前川委員) それももったいないですよ。
- (委員長) それはそれでまた、組織だてるんだったらやったらねえ。
- (事務局) できればまた、希望者はいるか考えて、ただ、今すぐ稼働できるかというのと、これはちょっとちがうんで。(発言する者あり)
- (前川委員) ただ、やっぱり市民の何が困ってるのかとか、そういうアンケートも必要なんじゃない

ですかねえ。それをどう改善していくかというのがやっぱり見えないと、なかなか理想論だけ言っても、何が困って、一番ねえ、問題なのか、困っていらっしゃるかとか、その辺からまずしないと。

- （事務局） 一番最初、外来と入院、特に外来のほうで産科とか小児科とか、言われる分のいろいろな声をとってみます。市民アンケート。
- （委員長） 外来の要望もあるけれども、やはり市民病院のことばかりにかかわらず、もっと松原にこうあってほしいとかいうようなこともねえ。
- （事務局） またどういう形でアンケートを取らせてもらうか、あるいはどっかの事業に来られた方にヒアリングするとか、いろんなやり方があると思うんで。
- （委員長） 健康相談の少し内容をもう1回よう考えてみて、そのスタッフを活用させるということも一つかも。他に、何かこうすればということがありましたら。
- （高鳥毛委員） それと、一つは、多分御前先生が一番最初言われたことと関係すると思うんだけど、もし調査するとすると、いわゆる慢性疾患が中心でいくかもしれないけれど、市民の方の医療機関としてどこに受診するかとか、例えば電車に乗って阿倍野へ行けば市大病院とか、鉄道病院だったりとか、また、現実に医療需要をどこで満たしているのかとかいうことと、それを本来は市内の医療機関でどう満たせるか。（発言する者あり）
- （委員長） 患者さんは、医師会のアンケートでも近いところが良い。その先生がいいとかいうよりも、近いのが良い。何かちょっと悲しいなという感じもするんですけど、そういうアンケート調査結果ですから、近くへ行くという方が多いのでは。
- （御前委員） 外来がね、要するにクリニックのようなレベルのどこだったら、近いところという話になるんですけどね、いわゆる手術するとか、いわゆる2次医療の病気を考えるときは、やっぱりちょっと安心して遠くのどこまで行くということになるかもわかりません。ただ、それは聞かないとわかんないです。
- （委員長） そのアンケートの際、どうしますかとか、何か項目を付け加えて。
- （事務局） 結構お年寄りの方は近いところへ。まだ若い方は、インターネットか何かで調べて手術件数の多いところとか有名などこへ。
- （委員長） それ調べてもらったら、思ったより多いとかね、いうことはあるかもわかりませんね。
- （御前委員） それは国保の何や、何ていうか、レセプトというか、何かそんなんで何かわかんないんですか。アンケートをするよりは何か。
- （高鳥毛委員） 多分サラリーマン等の方は、近くの僕の同級生でも心齋橋とか本町、それから大阪城とか、そういうあたりで受診。（笑声）やっぱり中には、僕もちょっと太り気味だけど、若干血圧も高いけど、ちょっと頭痛とかいうのに、わざわざ帰ってたら、もう帰る前に一杯飲んだりなんかするから、家の近くでかかるというよりも、結構半分は若干便利な要素もあるんでしょう。
- （委員長） アンケートで調べてもらいますかね。（発言する者）
- （高鳥毛委員） 松原の先生が困ったら、どこへ紹介されますかね。（笑声）
- （委員長） まずは、でも、近くのほうの病院が多い。（発言する者あり）それでは、これで。

○（事務局） アンケートについては、ちょっとお時間をいただいて項目とか検討させていただきます。

○（委員長） いろいろ御意見もあるので、土台をつくってもらったらどうですか。また材料をそろえまして、お集まり願うと思いますので、本日はどうもありがとうございました。またよろしく願いいたします。

○（司会） それでは、次回なんですが、日程調整、1月か、2月ごろで思っておるんですが。

○（委員長） それまでに材料そろわないとね、早急にやってもらいたいです。

○（司会） そしたら、また、調整を1月か2月ごろでということではとさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

これをもちまして、「第1回松原市これからの地域医療のあり方検討委員会」を閉会させていただきます。どうもありがとうございました。