

「第6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23年4月11日 午後2時～ 松原市役所302会議室

- （司会） 本日は、委員の皆様方には、公私何かとお忙しいところ、御出席賜りましてありがとうございます。ただいまより「第6回松原市これからの地域医療のあり方検討委員会」を開会させていただきます。

会議に先立ちまして事務局から連絡事項がございます。本日は、東日本大震災から1か月目に当たることから、改めて亡くなられた方々に対しまして、哀悼の意を表しますとともに、ご冥福をお祈りするため14時46分を期して、1分間の黙祷をささげたいと思います。会議中ではありませんが、庁内放送により行いますのでよろしくお願いいたします。それではこれより田中委員長に委員会の進行をお願いします。よろしくお願いいたします。

- （委員長） 皆さんもご存知のとおり、ひと月前に大変な惨事が起こりました。そのことは後ほど触れさせていただきます。

本日の案件といたしまして、一番目に地域の診療所どうし、もしくは診療所と病院、家族まで含めてどのように付き合っていくといいのか、ということについて皆さんにご意見を頂戴したいなど、いうふうに思いますのでよろしくお願いいたします。

医者というのは病院に勤めているときは、院長なり理事長がトップにいて、そこから内科・外科とか部門が分かれていって、ピラミッド形式みたいになっております。ひとつの病院の中での連携というのはとりやすいと思いますが、開業してしまうと、いってみれば一匹狼みたいなものですね。自分のところのなかではトップだけど、べつに隣と付き合いなくても、医者としてやっていくこともできるし、生活もできるわけですから、あえてそういうことを避けたいために、人間的な関係がうるさいからということで開業した先生もおられると思うので。

ただそれだと自分のためにもならないし、患者さんのためにも、地域のためにもならないわけで、やっぱり何か連絡をとって、地域連携パスもあるわけですけど、「パスを出せ」と言われても、知らないところに手紙ひとつ出して、後はたのみますというわけにはいかないし、顔だけでも見たら次には話もしやすいし電話もしやすいと思う。現実問題、患者さんに入院が必要ですかとか精密検査が必要かというとき、どこかご希望の病院があればそこに対して書きますけども、それでなかったらどこか紹介してくださいという話になるわけですけど。そしたらやはりよく知っていて、電話一本かけて、「頼みます」といい易いところにお互い行くわけですね。逆に帰ってくるときでも丁寧に帰ってくる。ということで普段からの付き合いも必要になってくるんですよ。必要ですけどみんなが仲良くしているわけでもないんで、そんなことが煩わしい人もいるわけで、その辺の関係をどういうふうに持っていけばいいか検討してみたいなと思います。

- （御前委員） （笑）難しいですね。確かに一人でやってもそれなりに社会的な意味はあると思いますが、おっしゃったようにいろいろ医療も難しくなってるし、特に在宅で患者さんを診て貰おうと思ったら、自分ひとりでみるのは到底不可能だから、いろんな医療機関だけでなく、

ケアマネジャーとか介護の人とか、訪問看護とかいろいろできてますので、そういう人たちと連携を取っていかないと、本当の意味で患者さんの役に立つような医療ってなかなか難しい。自分だけでできる狭い範囲でやってもそれなりに意味はあるんですけど、もうちょっと患者さんのために役に立つ医療をしようとおもったら、いろんな人と連携をとらないと難しいと思います。ただ、今は連携ということがいわれるようになって、昔みたいに連携なんか頭から考えてないというよりは、みな、たいてい考えてくれるようになってるんじゃないかと思うので、いろんな集まりがあって、そこへ少しずつ参加していけばいいと思うんですけど。

いま、藤井寺で「いけ！ネット」といって、松原でもやってはりますけども、診療所とケアマネジャーとか、「い」というのは医療の医で、「け」というのはケアということで、あわせて「いけ！ネット」っていう、そういう連携を熱心にやってはります。医療機関だけでなく介護でも連携が少しずつ広がって行って、歯医者さんも入ったり、いろんな施設も入ったりだんだん広がってる。患者さん中心の医療を考えたら少しづついい方向に行ってるのじゃないかないうふうに思います。

○（西本委員） 歯科医師会とか、医師会とかに入っておられる方はたぶん、問題はないと思います。そこへ入ってない方をどうするかというのが難しいとは思いますが。我々、歯科医から見ると医科とどういう風に連絡をとらせていただけるか、というのが診療するなかで一番大切なことだったんですが、最近はこちら10年ぐらい医師会と歯科医師会、薬剤師会といれて松原は非常に仲良く連携をとっていただいている、医師会の先生方には歯科医師会はたいへんありがたく思っています。いろんな意味で、いろんな情報とか、また忙しいときでも電話に出て答えていただいていますので、歯科医師会側としては医師会との連携はうまくいってると思います。

また歯科医師会のなかでの各先生と連携がとれているかということ、やはり歯科医師会に入っていることがひとつのメリットだと思っています。なかでの連携も密にしてまして、みんな何かあったらお互い連携を取って、細かいことですが専門分野もありますし、その中でうまくいってるとは思います。会のなかに入っている先生は問題ないかと思えます。医師会・歯科医師会に入っていない先生との連絡はちょっと難しいかなと、直接電話しても答えていただけないケースもあるので、どうしたらいいかなとは思っています。

○（石田委員） 医師会に入っておられない方ってどれぐらいの比率でおられますか。

○（委員長） 医師会に入っている医療機関は大小あわせて80数件あります。A会員として。それ以外入ってないのが6～7件ぐらい。最近増える傾向にありますね。

○（前川委員） 大阪府の医師会でも75%ぐらいですかね。あと25%は入ってないということですかね。日本の医師会はもっと6割ぐらいしか入ってないのと違いますかね。

○（委員長） 勤務医が入らないですからね。

○（前川委員） どうしても大学とかは、なかなか難しいですね。

○（石田委員） お医者さんどうしもそうですし、われわれ福祉の関係でいったらケアマネジャーとかMSWとか、こういう医療関係に勤めながら医師以外の人たちが、それなりにチームを

つくってますから、そういうところのネットワークもいかしていただけたらいいなという感じもしますけれども。

○（委員長） あの、医師会にですね、名前変わりましたが、在宅——（「地域医療連携——、こちらとよく似た名前」の声あり）地域医療のなまえの委員会、医師会が主体でやってるのがあって、何年か前に、その時にどういう連絡方法をとればいいのかということで、fax用紙を作ったりして、いろいろやるんですけど、なかなか進まない、ということがひとつ。それで受ける側の医者の方の資質もあるのかも知れませんが、どんどんいってきてもらったらいいのだけど、話ものらなあかんのだけでも、最初の第一歩というのが、皆さん踏み出しにくいような状況にあるのかなと、ケアマネさんの方から見れば。

先日、あるところからぜんぜん知らない所からこられて、うちのそばのあたりで困った事例があって、誰も往診に行くひとがいないので、診にいつてもらえないかということで、飛び込みでこられたわけです。私もほかの人を同じように診てることがあるので、とりあえず診にいきましょかということで、行きだしたんですが。それと、もう一人はもともとうちの内科でかかって、体調が悪くて入院されたんです。入院してるうちに認知が進んで、おしっこがわからんようになって、管を入れたまま帰ってきて、そこは病院からカテーテルを入れたまま退院するときに、その病院のほうからケアマネさんがついて、いろいろやってはったんです。そういう関係で今まで面識なかったような方でも、輪がつながって広がっていくことがあるので。一回目のチェーンがうまくかけられたら、その人に対してもうまくいくし、また次の新しい事例が出てきても、また話もしやすいのと違うかなと。これ、受ける側の医者側にも問題があって、忙しいのにうるさいなという感じ、そういうような態度をとるところもあると。それがあるものだからケアマネさんや介護の人でも二の足を踏んでしまうことがある——。ということは逆に連携がとれない。連携が取れなかったら一番かわいそうなのは患者さんですよ。アプローチをしてきてもらったら、それを何回も蹴飛ばすわけにはいきませんから、普通であればひとつの輪のなかに入ってチェーンがつながれば、今後また人間的な関係がひとつ生まれますから、そしたらまた物も言いやすくなると思います。医者どうしもおなじですが、いつも飲んで遊んでる人間は、物言いやすいからいいわけですが全然知らん人の場合は、そういう人たちをいかに引っ張り出すか。輪の中に入れ込むか、ということですね。なかなか難しいですね。ケアマネさんに関しては、あまりびくびくせんと（笑）、そんな感じに見えるんですよ。会議で話しても、相手にしない医者も悪いんですが、だからといって行かなかったら一つも話が進まないし、そうなると同じようなメンバーだけで、限られたいつも分かっている人間だけのことになるので、それ以外の人が入ってこない、輪に入ってこないというのは問題で、ちょっとずつ改善して。とりあえずコネクションを取ることでしょうね。病院に紹介するときでも、電話一本してからやるのとやらないので、えらい違いなんですよ。別に電話しなくても手紙だけかいて分かるようにして渡せばそれでいいのかもしれないけど、一本入れておくと受ける側としても、それなりの気持ちで受けられますし、何かそういうコミュニケーションをとれる方法があればなっと思いますけどね。

- （石田委員） この案件に書いてあるのは行政が音頭をとって、地域のあるかたまりのなかで医療関係者とケアマネジャーとか、そういう周辺の人たちをつなぐ何かをしようということをおられるのですか。
- （事務局） そこまではないのですが、事例としてかかりつけの開業医さんのグループで、情報を共有してやっているところがあるとお聞きしまして、こんなお話どうでしょうかということを出させていただいたわけで。とくに行政でどうするかというのは、考えていないのですけれども。
- （御前委員） 保健所はひとつやってまして。在宅で往診がなかなか難しい、特に難病の患者さんで、往診してくれる先生がなかなかいないので。保健所のほうが音頭をとって往診してくれる先生を中心に、推進委員会を作って年に何回か集まってもらったり、研修をしたり事例検討会もして体制を整えていこうと、これはあちこちの保健所でやってるんですけど。松原だったら李先生とか巽先生が入ってもらって、みんなで力をあわせてやっていただこうという音頭とりをしています。
- （石田委員） 今度の災害は、ある意味できっかけとしてはチャンスかも知れませんね。たとえどこかの病院がだめになったときに、周りがどう支援するかっていうのは、とても大事にいわれてます。そんなことも想定したときに、やっぱり地域のいろんな機関と関係もっていくということも。
- （委員長） 理想としたらみんながその輪にはいつつつながったらいいのですが、あくまで理想であってそのことは、一匹狼とかもいるわけだから、ちょっとでも前向きな人間だけでも、ひとつずつやり出すと、なにかあったら、とっかかりがあったらひとり入ってくれるとかいう感じでいかないと仕方がないかなと。李先生とか巽先生とか熱心に在宅をやっておられるますから。でもほかの人はそんなにたくさんやってません。うちに来てた人が動けなくなったらいく。そのていどのものですが。そういうふうなことで、ちょっとずつ広げていく。そういう委員会なり、勉強会つくっても来る人間が結局限った人しか来ない。いつもよそ向いている人は、来るわけないですから。あるていどこっち向いてくれそうな人を集めて考えていくしかないですね。
- （高鳥毛委員） もともと、かかりつけ医とか国の総合医とか、昔は家庭医とかいたりして、なかなか定着してないですね。それに対して日本の医者教育の仕方はどうしても、いま開業されている先生の大部分も病院で勤務されて、ある程度専門科目をもって長いあいだ臨床されてきて。開業して内科とか小児科とかいろんな看板上げていても、もともといちばん慣れている診療科目がありますよね。僕の知っている人で、泌尿器科やって腎臓しか診たくない、大学がいやでやめて開業して、腎臓の患者だけを診ている先生もいますけど。だからいま田中委員長がいわれてるように、全部の医者をつなぐものさしで同じような形で動かすということは、現実的でないんじゃないかなというふうに思うんですね。

日本は形として、ドイツの医療保険制度をまねてる面があって、ドイツの医者は二層化してますね。二層化というのは、どちらが上とか下とかじゃなくて、はじめから自分のやりたいこと

しかしないという医者と、プライマリケアで患者中心に、いろんなことにかかわるといふ医者とに分かれて、それがいがみあってるんじゃないかと、たとえば咳して、胸に病気があるとしたら、呼吸器科の先生を紹介したり、心疾患の疑いがあるとしたら循環器が専門のおなじ開業医を紹介して。いきなり病院じゃなくて、連携して検査して投薬とか管理は元の先生でして、開業医の先生同士があるていど力を出し合って、長所を出し合ってやってる。

そういうことをやっていかないと、みんなが病院にきてすべてを満たそうという流れを止めることができないんじゃないかな。病院のなかでも入院している患者さんが、肺がんで手術が必要とか放射線治療が必要となると、院内ではほかのドクターと共観したり、コンサルテーションを受けたりしますよね。それが開業するとみな一匹狼というようなところが、ギャップが大きすぎるんじゃないかなと思うんですよね。だからそのあたりを考えると、患者中心にしようとする高齢者の場合ケアも当然必要ですし、いろんな医療が必要な患者さんもいますし、慢性期として管理をするだけでいい患者さんもいると思われるし。

僕はむしろ、すべての医者というよりも1割でも2割でも全体をマネージする医者をつくる、それは必ずしも専門的な医療とかすることではなくて、注射をすとかメスを持って切るとか、そういうのだけでなく、普通のケースワーカーさんがされたり、いろんなどういふニーズがあるかという評価したりするといふのも、医者の立派な仕事と考えると、そういう形の医者がいなくて、システムを作りようがないんじゃないかな。そこになにかひとつ7人程度のドクターがそろると何かかたちがつくれるんじゃないかなと思うんですけど。

○(竹井委員) ケアマネさんとか介護側からいふと、先生のところにお話に行くには敷居が高いといふことで、それならこんな形でしょうかといふて、fax ができて3年ぐらいいなになりますかね。それが一向に進まないのはなぜだろうと思ってるんですけど。自分が必要なときだけ先生の意見をもらえたらいいわ、みたいなことを思っている人が多いのかなとか。

包括支援センターといふものができて、ケアマネさんの相談窓口といふのもできたんですけども、相談したひとがわずかなんですね。

日頃そういうふうに関連していふのが、まだまだできていないなと感じることもあるんですけども。作っていただいたときに、会議にちょうど出さしていただいて、いいのができたねといふて、使われてないといふのが、どうしたのかなーといふのがあります、なぜかといふのがちょっと分からないですけど。

○(委員長) うちにも fax 来たことないですね。用事のあるときは電話か直接来られるか。いっつも行き来しているところはこちらから診療情報提供書を出して、向こうからまた報告書みたいなのがあがってきて、そういうところはやりやすい。お互い顔が分かればいいなといふ気はしますね。医者といふグループ、いろんなところのグループのなかで、ある程度前向きにやろうとしているメンバーを集めて一つのシステムを作って、一度やったらどうかと思いますね。やってみてだめだったらだめで、少なくとも入ったメンバーだけでも動けば、また聞いてくるところもあるし、病院に直接いけない人だったら、そのメンバーが間をとりもつようなかたちをしてもいい

いわけですから。病診とか病病とかはこれも医師会の中で病診連携とか、勤務医部会とかいろいろありますけど、それもいつも出ている人はある程度その院長先生とか事務長さんとか、わかりますから、一つの病院で一人か二人知っていればいいんです。全科知っていなくても。どないかなりませんかとひとこと言えば、どないかしょうかといって動いてくれるわけですから、そういうふうなことで何かつながればいいのか。おととい羽曳野の小児急病診療にいきまして、小学生の子どもで虫垂炎の疑いがあって、ある病院にかけたら小児科は受けますけど、オペするなら転送しますといわれたんで、他をさがすのに、そのメンバーに入っていない病院だったんですけど、ちょっと個人的に知ってまして、外科じゃないですけど、電話をかけたら、そしたらまわしてくれということになりまして、ちょっとでもとっかかりがあればどうにかなっていくので、小さい輪をひとつまず作って行って、そこから輪を枝分かれしていくというかたちで考えないと仕方ないですね。それが病診というひとつの、医療としての輪も必要だし、医療と介護福祉関係の輪もいるでしょうし、そういうことじゃないかなと思いますけどね。

- （高鳥毛委員） 今までのこういう保健とか医療とか福祉とかのしくみは、全国的に熱心な先生も少なからずいるので、形ができてから制度が決まる。そういう制度を作ろうというのは、必要があって作って、そこに参加している人も必要として参加しているんだけど、たとえば自分のところで作った制度が全国の制度になると、自分の手作りではなくて、それにあわせるということになるので。例えば松原も昔から要援護老人の四者会議とか歴史があって、老健法ができ、いろいろ国の制度になっていまは介護保険制度になって、そうなるとなにか、その制度にあわせて仕事することになる。

たぶん地域包括とかケースマネジメントとかそれもどこかでやって、外国から概念が入ってきてる面もありますから、地域でやってるのをほかの地域にも普及させようとする、国のなかば善意だと思うんだけど、しかし今度それができるとみんなあわてて仕組みを作っていくとあかんというかたちになってしまってますよね。ところが患者さんでも、同じ糖尿病の患者さんでも一人一人違いますよね。30歳で仕事している糖尿病の患者さんと、80歳ぐらいの高齢者の糖尿病の患者さん、お酒が好きな糖尿病の患者さんと結構、糖尿病という病態は医学的に一緒でも医者として、医療人として付き合おうとしたら、一人の糖尿病の患者さんも患者が違えば違うはずですよ。だから制度で画一的なかたちであてはめるとどうしても医者自身も育たないし、対象者もなんとなく満足のいかないサービスを受けていくというかたちになってしまうのかな。やっぱり一番現場に近いところで制度を作ってそのサービスを提供している人も、受けてる人も満足行くというところが最大の物差しでしくみを作っていくと、いけないじゃないかなというふうに思ってます。

ぼくは20何年前、市民病院のしたの松原保健所に1年半ほどいたことがあるんですけど、制度でなくてそこにできる医療者がいたり、松原市の社協さんも熱心なヘルパーさんいっぱいいたと思うんですけど、そういう人がいて作ってる時代は、困難なケースでも対応できてたのに、それがちゃんとしたオールジャパンの制度になったとたんに、なんとなく血の通っていないような

かたちになるのはなぜなのかなというふうに。その最大の原因はやっぱり制度というものだけでなく、医療というのはやっぱりそこに患者とか地域のなかで必要な医療人数を満たすということに原点があるはずで、やっぱりそこをベースに物事を構築していかんとあかんのじゃないかな。

○(庁内放送) 本日4月11日(月曜日)は、東日本大震災から1か月目に当たることから、改めて亡くなられた方々に対しまして哀悼の意を表しますとともに、ご冥福を追い祈りするため黙祷を捧げたいと思います。黙祷――

○(委員長) そしたらそういうふうな委員会というかサークルというか、そういうふうなものを現実的になるように考えていきたいと、地域連携はこれで。

○(事務局) 二番目の市民病院の職員の活用について報告させていただきます。市民病院が廃院になって市役所にいろんな職種の方が移ってこられて、職員の活用についていろいろご意見をいただきましたなかで、地域保健課ができることといたしまして、いろんな団体やPTA、農協さんなどの会議や学校の参観日などで、それぞれテーマを絞って講座をさせていただいて、医療の専門職でチームを作っているいろんな講座に対応できるようなコーディネートをやっていききたいと、23年度から実施していきますので報告いたします。

○(石田委員) 具体的にどれぐらい動きそうなんですか。ニーズがあってから動くのですか。

○(事務局) 翻訳家の方が、地域保健の事業を翻訳するとき、地域保健の事業が分からないので、事業の講習会を開いてそこに行こうということで5月には一つ入ってます。今後、どんどん市内のPTAの方々とか働きかけて、地域保健の事業や予防接種とか検診とか、広く進めていきたいと、保健師とか技術職とか出向いて広報活動を進めていきたいと考えております。

○(委員長) 三番目の震災のことですけども。ひと月前に大変なことがおこりましてですね。大阪府の医師会としましても何人かがもう現地に行っておられて、その人たちの講演会もございましてそれを聞きに行ったときの状況ですが、まず、すぐ行ったチーム、大阪府の医師会の役員なんですけど、すぐ行って当初、かなりのご遺体があったということで、検視をして帰ってきたと。次が本格的にチームを組んで、医者が1人ないし2人、あとナースも1人ないし2人、あと事務を入れて5～6人でひとつのチームを作って、現地に派遣する。大阪は岩手県に行くケースが多いんですが、岩手県の大槌町にいったと聞いてます。テレビでみなさん惨状は見ておられますが、かなりひどいということです。ただ2回目の報告のときは3月の下旬に行かれてるんですが、医薬品に関してはそこそこあるという話を聞きました。何をどれだけ持って行ったらいいのか分からないので、いろんな種類を持っていったけど、使わずに持って帰った来たと聞いてます。避難所には1日2回ぐらい薬屋さんも回ってこられて、あるていど薬も流通しているようです。医療のことだけを考えるとまあまあ復興しつつはあるのかな。ただ原発は今後どうなるのかなと思いますけど。一応医療としてやらないといけないこと、それでだめだった人もいますけど。透析せなあかんかったのに透析できなかったとか、在宅酸素してて電源が切れて酸素がなくなったとか、いうひとつも中には何人かおられますけど 全体としてはぼちぼちとー。

行った先生が言うには薬はあるけど同じ薬がないんですね。薬剤情報の紙を持ってるひがいても、同じ薬じゃないから血圧の薬Aという薬が出ても、AがないからBをだす。それを全部説明しないとあかんのですね。それで1日1回飲んでたのを1日2回飲みなさいとかいうことを、説明するためにやっぱり薬剤師さんがかなり重要だったと。そのチームは薬剤師さんを連れて行ってたから非常に助かったというふうに言っておられました。

新聞でもご存知かと思えますけど、ちょっと薬の影響が出てます。甲状腺の薬でチラーヂンという薬があるのですが、チラーヂンは代用品がほとんどない薬で、その工場で亀裂が入ったりして、すごく少なくなった。日本医師会からは長期投薬しないようにと、海外から緊急輸入して補充はできそうですが、ほかの薬に関しても、きれているのは少しあります。代用品があるからみんな代えて使ってますけどやはり流通の問題もあります。そういうふうな状態ですけど、少しは回復していってると思えますけど。普通なら点滴のセットを注文かけてもこないことはないのに、ちょっと日にちがかかったり、話しを聞くと向こうに工場があつたりとか、湿布でもこの大きさのは工場が大丈夫でも、こっちの大きさはあかんとか。代用きくからそれほど大事にはなっていないけど、そういうふうなことがあるようです。まあ現地に関していろいろと出動要請が来るわけですけど、なかなか皆さん診療もありますし動きにくいこともあるようです。私の知っている範囲はだいたいそのようなところですよ。

○(御前委員) 保健所の職員も交代交代で行ってまして、かなり早い時期に保健師が行って、そのときは新潟まで飛行機で行って、それからタクシーで山形には行って、かなり遠回りして行ったみたいで。その時はまだ大阪府が岩手県の支援をすることは決まっていなかったんで、仙台市の宮城野区というところには行って、そこで保健師的な活動というか、要するに健康観察とか健康相談をやってたんですけど。今のところ4人ぐらい保健師としては交代交代で、今は岩手県の宮古とか山田町のほうを支援してますけど。岩手県のほうは面積が広いので宮古市といっても大阪府の7割ぐらいの面積があつて広いんです。移動だけでもなかなか大変です。仙台市の宮城野区の時でも、宮城野区の中の避難所に行くのに1時間かかって、かなり向こうは面積的に大阪のイメージがなかなかかわかない広いところで。それと保健師と一緒にレントゲン技師が福島県のいわき市の近くの町に行って、立ち入り禁止地区とかあるいは自主的に室内退避ですか、そのところへ行ったり来たりする住民の方もいるし、仕事でいってる人も。そういう人の放射能の測定に、交代交代でレントゲン技師が2人行ってまして。私自身も4月末に山田町のほうに行くことになってるんですが、できる範囲のことは大阪府としてもやるということで、来なくてもいいと言われるまでは、支援をしていこうという体制でやっています。

○(委員長) それとさきほどの話ですが、指揮命令系統がきっちり残っているところは復興が早いんですね。町長をはじめ全部がだめになった所がありましたよね。そういう所は誰がその命令をするのかという、そのへんのことが今後の課題だろうな。今後そういう災害があったときは、指示命令系統がきっちりするように考えていくべきだろ、という話です。松原でも、もしも上の人がおられなくなったらー。

○（前川委員） 行政の指導がないとまったく機能しないという話しでたね。現地に行っても何をしたいのか分からない。なにかやりたいけど、しばらくずっと見ているだけで終わってしまったということでしたね。

そのときに役に立つのが患者さんの情報で、「あそこの地区は誰もいません」とかいう患者さんの情報、あるいは民生委員ですね。民生委員が結構重要だと、この地区はこんなおじいちゃん、おばあちゃんがいる。あの人はまだあそこにいると思うとか、この人はだいぶ弱ってはったから歩けない。そういう情報をもつて民生委員のかたが持っていて、非常に重要じゃないかと。想定外のことも今後は造っておかないと、今はいわれますよね。そこまで考えておかないと、という感じですね。残った人で最低の機能を果たすような枠組みも造っておかないと、こんな大きなことが起こったら、そこも考えておかないと厳しいのちがうかなという気がしますね。

○（高鳥毛委員） あと、公衆衛生的に考えると、日本の行政システムの一番弱いところをついてるのかな。というのは、自治体というのはコアなんですけれども、自治体をサポートするもの上の役所の形で、イギリスはご存知のように国営の制度になってるけど、国営の制度がいいというよりも末端まで国が責任を持つということの現われで、自治体によって機能がなくても国で末端まですると。ですから日本の場合は今回象徴しているけど、自治体機能が崩壊したときに都道府県のどこの自治体も市の仕事をすぐやれといってもできないでしょ。上部官庁がその自治体が崩壊したときにバックアップするという訓練が全然されてない。ですから自治体の市や町長さんも含めて全部なくなったとき、隣の市とか町でちゃんとしていても、国もそこからの報告がないと、することを決められないという非常に一番悪いことになるシステムなので。末端まで機能しているときにはびしっといくけども、末端をあてにして指導しているだけだから。医療チームとかは日ごろ医療している人がそこに行くから支援できるけど、行政はまったく、都道府県も支援するという形で日本の行政システムはなっていないことが、防災上は大きな課題じゃないかな。

○（石田委員） 町ぐるみとかで避難してはるところもありますけど、町中のうちの何人かと市役所がそこへいってるけど、ほかの人たちはもうほったらかし状態ですね。

○（高鳥毛委員） だからそういう自治体が、前線に市町村があつて、そこがみんな崩壊したときに日本の中にたくさん地方公務員・国家公務員がいてもほとんどバックアップ機能が十分でないというのが難しい問題と違うかな。今回の災害のひとつの特徴はむしろ、さきほど御前先生が言われた広域連合で、大阪府は岩手県とか、また大阪市は仙台市とか、自治体間同士が協力しあったり支援するということが、神戸の震災のときと比べると著しい活躍で、いろんなところも機能していたりー。

○（石田委員） 機能している分もありますけど大阪府は岩手県なんですけど、大阪府の社協は宮城県なんです。あのへんのずれも一番初めに掛け違えたら違えたままですもんね。

○（竹井委員） 社協も聞いてるところでは、ボランティアさんとかそういう人の派遣を、今後行っていくと聞いてます。介護を必要とされる方がたくさんいらっしゃるの、今後ヘルパー職とか、そういう介護の経験のある者が交代でいかないといけないと違うかなと、現状が落ち着いた

てからということになるかと思います。

- （石田委員） この 19 日からバスを府の社協は宮城まで出すと聞いてます。（「ボランティアで？」の声あり）、はい。
- （高鳥毛委員） だからそういう意味では自治体は向こうでも自治体なんで。細かいことはできないけど、基本的なコアは一緒だから。あとひとつはNHKも取り上げてますけど震災が起きたときに、もともと岩手県は医療過疎問題が深刻なところで、復興したとして医療チームが引き上げたときに、沿岸部の方が結構亡くなられてますけど、町を造ったときの医療システムを作る医療従事者を、看護職員はある程度確保できるとしても、医師をどういうふうに確保するかというところが、神戸の場合とは全然ちがう。神戸はもともと災害の形が違うだけでなく、医師数もないわけでもないし、神戸大学もありますし、中央市民病院とかそういうのがあるけど、岩手はもともと医者さんは盛岡のあたりに集中して多分、県の平均の 50%前後しか沿岸部のところの人口当たり医者がいないところに、あのおり復旧しても、医療の需給関係が成り立たないから新たな医療システムを考えないと難しい。
- （委員長） 震災があって、これを機にもっと防災ということを考えなあかんのとちがうかなと思うんですね。前から言ってますが、もっと実地的なこと考えてやらないといけないなど。医師会の理事会でも話ができましたけど。何かおこったときに、紙の上で決めていても、実際起こったらそのとおりに動けないと思いますね。それを何回か防災訓練をしてたら、いけるだろうということになるわけですね。ごったがえしているようなところへ一人でいっても、「あんた誰ですか？」ということにもなるわけですから。コミュニケーションをとって、顔つなぎをして、そして訓練して。ないほうがいいけども年に 1 回ぐらいやっておいたら、今度東南海でも起こったときに、ここまで大きくなかったとしても、ほかの大きな事故でも起こったらさっと動ける。自分はずっとここへいくのだから、どうにかしていかなければいかんやろという気になるわけですね。市側もちょっとがんばってうごいてもらえませんか。
- （事務局） そうですね。おっしゃるとおりでこの地震で松原市として、体制は絵に書いたものはあります。ありますが実際に動けるかどうかということと本当に分からないと思います。それに向けて医師会さん・歯科医師会さん・薬剤師会さんを通じて早い時期にお話できる機会を、この検討委員会のはなしではないと思いますけど、この機にお願いしたいなと思っています。
- （委員長） 前向きに考える必要があるだろうなと思いますね。
- （石田委員） その絵の描き方は本当に難しいと思いますけど。ぼくも仙台に行ったんですけども、宮城野区のボランティアセンター、市立の体育館なんです。そこと被災の大きいところとの間がありすぎて、自転車でも歩いてても――、神戸のときは歩いてとか自転車も役に立ったんですけど、まったく役に立たない、だから場所を決めたのはいいけど、あとどうするのかということ。そして、社協とか行政がコントロールしすぎてて、市民の本当のエネルギーが全然活用されてないという。そういう雰囲気が流れていて、これはいかんなというのを思いました。

あともうひとつ、ぼく今、松原市のお年寄りの実態調査をさせていただいて、町内会を通

して1人1人の住民のアンケート、情報をもろう形にしてるんですけど。やっぱり市と町内会との関係というか、町内会が動いてないし、町内会がしっかりしてるエリアと、してないエリアが明確になっています。やっぱり世話人さん、さっき民生委員さんの話が出てましたけど、そうした人たちがいてはるところは、機能するんでしょうけれども。住民の間にも距離があって、やっぱりなかなか必要な情報というのは、集まってこないという状態です。もうちょっと行政と住民との間の距離を縮める努力を、日常的にしておく必要ってあるんちがうかなって思います。

- （西本委員） 歯科医師会も災害が始まったときは、検視とか身元調査に行くんですけども、全部流されて、データがないので身元調査もできない。レントゲンもカルテもなかったら、ご遺体の口腔内の状態はわかりますけど、何と比較するのかというとデータが何もない状態で、口腔内の記録をとって帰ってきた先生もたくさんいらしゃって。まあ、1か月がたって今ようやく落ち着いた状態なんですけども、被災者の方の口腔ケアが大事だということができてきて、やはり非衛生的な状態になってますので、お医者さんに行かれてまず薬を出されているんですけど、やはり全身状態、口腔衛生状態をよくしていかないと、なんらかの病気がまた発病してくるだろうということで、口腔ケアというのが大切だということで、日本歯科医師会から、かなり衛生士さんとかが被災地に行ってるんです。

ちょうどたまたま来週、松原歯科医師会 50 周年記念事業として、口腔ケアシンポジウムを開きます。いろんな状態の方々のために、どうやって口腔ケアをしたらいいかということをお勉強していただけたらと思いますので、宣伝になりましたけど、今度の日曜日よろしくお願ひします。

- （委員長） それでしたらこれぐらいで。はい。
- （事務局） ありがとうございます。前回のときに視察の話を申し上げたんですけども、先進的な取り組みを行っている市の視察ですが、とりあえず見送らせていただきます。それと簡単でございますが、松原市が取り組んだ今回の大震災の支援状況ですが、すぐに3月12日に岩手県大槌町まで化学消防車と消防職員を派遣しております。また、岩手県に一般事務職員を派遣、それと上下水道部の職員を派遣しております。そして、住宅の支援として大阪府と連携を取りながら被災者のための市営住宅を提供しまして、1軒住まれています。また支援物資についてはお米や薬剤トイレなどを送っております。以上、松原市の支援状況でございます。
- （委員長） それではどうもありがとうございました。
- （司会） 本日は長時間にわたりありがとうございました。以上をもちまして松原市これからの地域医療のあり方検討委員会を終了させていただきます。ありがとうございました。