



厳しい時代ではありますが、医師会の先生方に地域連携などご支援をお願いいたします。



沖縄県福祉保健部保健衛生統括監
高江洲 均 先生

P R O F I L E

平成20年4月1日現在

- 昭和51年5月1日 沖縄県職員採用
- 平成2年4月1日 環境保健部宮古病院長
- 平成11年4月1日 福祉保健部宮古保健所長
- 平成18年4月1日 福祉保健部南部福祉保健所長
- 平成20年4月1日 福祉保健部保健衛生統括監

Q1. 就任されて9カ月が立ちますが、ご感想と今後の抱負をお聞かせください。

私が4月に保健衛生統括監に就任してから9ヶ月が過ぎました。県庁での勤務は初めてですので、現在でも戸惑っているのが現状です。最初の戸惑いは「議会」でした。保健衛生統括監は「本会議」ではなく、文教厚生委員会から出席しますが、委員会の流れが全くわからない、議会特有の言葉もあるようで、未だに戸惑っています。

医療関係においてもいろいろな議論がありました。今年度の大きな課題は、後期高齢者医療制度、ドクターヘリ事業、県立病院のあり方です。いずれも継続中の課題で、解決には数年かかるのかも知れません。福祉関連の課題が多く、特に「保育園」の課題は厳しく、何年にもわたって続いており、保育園が足りない、認可外保育所を支援すべきであるとの議論が続いていたようです。要望は理解はできますが、県財政が逼迫しており、なかなか対応できなくて苦しんでいたようです。沖縄出身の国会議員の方々の活躍もあり、国から特別に予算配分がなされ、認可外保育園の認可化に向けての取り組みが始まることとなり、福祉保健部は、少しホッとしています。

Q2. 先生は宮古病院長という医療の実践現場から、保健所へ、そして今度は福祉保健部の統括監という行政の側から医療を考える立場になられたのですが、治療・予防・行政という幅広いこれまでの経験をふまえて、今、沖縄県の医療についてどの様に感じてもらえますか。

また、全国では「医療崩壊」と言われるほどに、医療現場は混乱と困窮が深刻であり、沖縄県もその例外ではないと考えますが、医療行政を統括する者として現状をどの様に受け止め、改善・改革の方向性をお考えでしょうか。

医療界での大きな課題は、県立病院のあり方ではないかと思えます。私は県立宮古病院に長いこと勤務していましたので、その経験も織り込みながら、その背景を若干説明させていただきます。

昔から沖縄の医療の課題は医師確保でしたが、1981年に琉球大学に医学部が設置され、1990年頃からはようやく医師確保が少し楽になってきたのはご存じのとおりです。しかしながら現在でも離島での医師確保は困難をきわめており、これは離島県沖縄の宿命なんだろうと思います。10年ほど前まで私も宮古病院で院長を務めていましたが、小児科・外科・整形外科・耳鼻科・精神科など毎年のように医師数が減ったり、時にはゼロになり診療科を休止するなどが続き、来年はどの診療科が維持できなくなるかと、心配ばかりしていました。今「医師がいなくて医療崩壊」と各地で言われていますが、考えようによっては、私がつとめていた宮古病院は医療崩壊状態が続いていたとも言えます。当然ながら病院経営も悪化します。現在は医師確保難は少しは緩和されたとはいえ、宮古病院での脳外科、八重山病院での耳鼻科、北部病院での産婦人科など、離島・へき地では、現在でも状況は同じなのだろうと感じています。そのような悪条件の中でも病院を経営・運営することが私の役目です。嘆いていてもしかたがありませんので、いくつかの改革をすることとなります。最初に手がけたのは「糖尿病診療」のシステム化でした。将来は糖尿病が増加する、腎不全・失明が増加するだろうとの予測で20年前に糖尿病教育入院・糖尿病外来を立ち上げました。ターゲットは糖尿病ですが、病院は専門職種の集まりでバラバラになりがちな組織体ですので、病院職員の横の連携を図ることもねらっていました。医師・看護師・検査技師・栄養士・事務職員など沢山の職種がかかわることになります。糖尿病はさらに民間医療機関との役割分担も必要ですので、合併症が少ない患者は診療所の先生へお願いしました。小児肥満は保健所との連携です。今言われている地域連携です。10年後に糖尿病性腎不全、失明のデータもとることになっていましたが、いろいろなことがありコンピューターのデータが壊れてしまい残念ながら成果を出すことはできませんでした。

糖尿病対策で病院職員のチーム化の経験が作られましたので、全く同じ手法で、次は「感染症委員会」です。E・coliのABPc感受性が75%から50%に急落、第3世代セフェムが発売されたことによる耐性菌の増加が予想されたことが背景にあります。いずれも熱心な医師が確保できたことでできたのですが、チーム化、システム化したことで、立ち上げた医師が病院を離れても事業は継続しています。

並行しながら経営改善にも取り組みました。駐車場がとても狭く、毎日のように患者さんやご家族からのクレームがありました。近隣の土地買収もうまくいきません。打ち出した方針は「外来の時間予約」でした。時間予約で駐車場の回転率を上げる、外来待ち時間を短縮して患者サービスを向上する。1年で軌道にのりました。混雑している待合いのスペースを拡張しなくて済む、待合室の椅子の数が減り、浮いたお金を他の機器の購入に回すなどの副次効果も発生しました。次は在庫管理、機器管理です。最小限の在庫を目指して、徹底した棚卸し・定数制をしきります。薬品費が不足がちですので、新規抗生物質の導入権限を薬事審議会から感染症委員会へ移しました。感染症委員会では「細菌の耐性検査データ」に基づいて、60種類以上あった抗生物質を30数種類に減らしてしまし、新任の医師にも病院での細菌情報を流していましたので、新規の抗生物質の導入は吟味されることとなります。他の薬品も種類を減らしていただきましたので、在庫管理の手間も少なくなっていました。足りなかった薬品費に余裕ができました。

医療機器は集積化、配達方式に切り替え、購入数を減らします。レスピレーターだけしかできなかつたので、効果は今ひとつでしたが、現在はもっと集約化されているのだろうと考えています。

次は看護師の残業です。当時の宮古病院では看護師の残業は当たり前のことと考えられていました。病院の改革には看護部の力は大きく、協力を得るためにも、勤務条件改善が急がれま

した。「残業ゼロ」に取り組んでみました。コンピューター導入を考えますが、資金がありませんので、自分でやるしかないと決断、開発に取りかかりました。MS-DOS、16ビット、ハードディスクは200メガの時代で、さらに看護師の大半がコンピューターを操作したことはありません。医師・院長としての仕事は減ることはありません。開発には2年かかりましたが、睡眠時間は4時間を切っていました。40代だからできたのかも知れませんが、並行しながら各種会議の時間短縮を行いました。病院という職場は、職員が患者に対応している時間がとれるほど、経営が良くなることもあります。会議はできるだけ少なく、短くを試みました。一つの会議は3時間がなんと8分まで短縮できたのですが、あまりに短すぎるとクレームがあり、30分にしました。会議が少なくなると病院内情報伝達が悪くなるリスクがありますので、病院内新聞を発行しました。病院内新聞では診療報酬の変更などの記事なども掲載し、職員に考えてもらいました。看護支援システムが全病棟で稼働した後に、看護部長命で「引き継いで帰りましょう」キャンペーンをおこないました。2年ほどで一人当たり月2時間の残業となりました。残業の少ない職場は年休も増えます。平均14日の年休取得となります。看護支援システムはすべての県立病院から見学者が訪れ、全県立病院に導入されることになりました。次が検査機器の解放です。宮古の人口は55,000人ですので、大型の検査機器は宮古病院に集約し、利用してもらえば効率的と考えていましたので、機器が手軽に利用できる仕組みが必要です。ハンセン病の施設の国立南静園に内科医師がいなくなり、応援で週1回診療をしていましたので、検査が必要な患者さんについては、南静園から直接検査予約が取れる仕組みに変えます。医師会への解放も視野にありましたが、これは内部の事情でうまくいきませんでした。

Q3. 島嶼県である沖縄では、セーフティーネットとしての離島・へき地医療の安定的確保は宿命的な課題であり、取り分け医師の確保は難題ではありますが、今後の離島・へき地医療の展開にどのような展望をお持ちでしょうか。

現在は当然の事ばかりかも知れませんが、改革の背景にあったのは、医師の異動です。離島の病院では医師の定着は難しく、2年から3年すると医局員の8～9割が変わっています。医師が定着している病院では医師個人の力量に頼れますが、宮古病院ではこれは不可能です。病院をシステムとして考える、全職員、医師会等との連携で運営せざると得なかったことなんだろうと思っています。

経営は改善しませんでした。当時の状況で、経営改善を阻んだ大きな原因が五つあると考えています。第1が医師確保難です。一つの診療科が休止すると数億円の影響がでます。第2は医師定数です。宮古病院の医師定数はとても少なく、医師数と医師以外の職員数のバランスがとても悪い病院で、医師が診療を行って初めて収入が発生するのですが、この入り口がとても狭い状態でした。又、当時は全身麻酔での手術ができるのは島内では宮古病院しかありませんでした。医師配置はどうしても外科系が優先されます。内科が大きな収入源になることはわかっていましたが、少ない医師定数の中では、内科への医師配置ができませんでした。医師は目一杯働いていますので、市町村から検診の精査依頼なども断わらざると得ません。3番目は事務職員の異動でした。転勤してきた職員も一生懸命なのですが、医療を良く知らないため、どうしてもスピードが遅くなります。診療報酬の請求漏れは数%はあるだろうと思っていましたので、事務と医師が一同に会しての「合同レセプト点検会議」も作りましたが、事務職員の転勤で知識の積み重ねができず、形骸化していきました。4番目は病床が過剰なことです。診療報酬が短期入院にシフトし、病床利用率が悪化していましたが、いろいろな外部条件もあり、

病床削減はできませんでした。5番目は「離島へき地手当」でした。民間と比較すると、もともと高めの職員給与に、「離島へき地手当」がかぶさってきます。これは県立病院の繰り出し基準では反映されていません。これらの幾つかの要因は、現在でも同じなんだろうと思います。

訪問看護・訪問診療、人間ドック、医師会との連携、地域連携・災害医療の確立のために役立つトリアスロン医療救護、ミニ医師研修制度、多良間診療所での妊産婦検診応援・内視鏡2次検診応援、なんだかんだやっているうちに10年が過ぎました。10年が過ぎ、自分の役割はだいたい終わりだろう、余り長いこと同じ人がいるのは良くないと考え、保健所へ異動させてもらいました。これで県立病院と関わるのは終わりだろうと考えていましたが、昨年県本庁への異動となり、9年ぶりに県立病院と関わることとなりました。県立病院の状況をみて驚いたことは、様子がかかなり違っている、特に経営面が悪化してしまっていることでした。

Q4. 統括監に就任早々、県立病院事業の見直しを進める「県立病院のあり方検討部会」という大きな仕事を立ち上げて、審議の主管をされておりますが、審議を通して感じられた問題点や課題がありましたら、お聞かせ下さい。

県立病院のあり方検討部会は未だ最終答申案を上程するまでには至っていませんので詳細はパブリック・コメントを行う時に見て頂くことになります。ここではポイントだけを記します。あり方検討部会が設けられたのは、ご存じのとおり県立病院経営の危機的状況です。県の繰出金は71億に達しており、その上に100億の資金不足金がある。いつ破綻してもおかしくない状態です。中部病院の改築、南部医療センターの新築、医療費抑制策、県財政の悪化、いろいろなことが言われますが、過去のこと、国全体のことに原因を求めても、問題解決にはなりません。県立病院が破綻すると沖縄県の医療

は大変なことになります。破綻を食い止めることが、ありかた検討部会の命題です。委員には県立病院がはたしている役割とその機能・経営の状況、病院職員へのアンケート、民間医療機関へのアンケートなど、膨大なデータが提示されました。病院事業局でも経営の効率化を推進していますので、あり方検討部会の議論は経営形態に集中していきます。6回の議論を経た結論は、県立病院は特に不採算と言われる医療分野や離島医療の確保に、大きな役割を果たしている、民営化はありえない。公営企業法の全部適用でも不安が残る。離島への人材確保の役割も大きいので、6つの県立病院を束ねた独立行政法人が良いと結論がでることになります。精和病院は病院収益と支出の差が大きいので指定管理も検討すべきであります。病床過剰地域にある南部医療センターは子ども部門は強化が必要だが、大人部門に関しては市立那覇病院との連携、場合によっては統合も検討されるべきであります。県立病院が地域医療の確保の大きな役割を担っている点から考え、市町村も県任せではなく、何らかの形で経営に参画すべきであるとの結論になっています。

Q5. 本会や日本医師会に対するご意見・ご要望がございましたら、お聞かせください。

県立病院のあり方については、これからも沢山の議論が続くことが予想されています。県立病院は是非とも残ってもらわないといけませんので、医師会の先生方も地域連携など支援を、お願いしたいと思います。最後になりましたが、あり方検討部会で本当にご苦労されました医師会長を始め、医師会の先生方には心から感謝を申し上げます。

この度は、インタビューへご回答いただき、誠にありがとうございました。

インタビューアー：広報担当理事 當銘 正彦