

奈良県地域医療等対策協議会 第1回救急医療部会

日時 平成20年6月16日（月）午後2時～

場所 奈良県医師会館

（開会挨拶）

塩見副会長：この協議会はことしの5月14日に奈良県知事の御主導のもとにスタートした協議会でございます。私、この協議会の副会長を務めております医師会の塩見でございますが、初めにこの協議会そのものを簡単に御説明申し上げますと、近年ですね、特に医師不足の問題、あるいは看護師不足の問題、そういったところから地域医療が崩壊を始めていると、そういう状況の中で、この奈良県の医療をどう守り、どのように立て直していくかというような考えから発足した協議会でございます。

中身としましては、8つの専門部会と4つのワーキンググループに分かれておりまして、いろいろな内容につきましてそれぞれが何ができるか、県民の医療を守るためにどういったことが必要か、そういうことをそれぞれの立場から御提案いただきまして、それを医療行政に生かしていこうという知事の熱い思いがございます。中でも、救急医療に関しましてはいろいろな問題がたまたま周辺に起こったということもございまして、特に力を入れておられる部分であろうというふうに思います。

具体的には救急医療体制の整備、それから医師不足等を考えまして勤務医、開業医、それらの連携の問題、それから、特に他府県への救急患者の搬送、そういうものもございまして。それから、これは我々医療関係者だけではなく、行政や救急、消防、そういうところも一体となって考えていただくべきことではございますし、さらにはまた県民、いわゆる患者さんをも巻き込んだ議論へと将来的にはお願いしていく必要があるのではないかとこのように考えております。

救急医療に関しましてのいろいろの提言がさまざまところでされています。この会では、できましたらそういうこれまでの議論を踏襲するのではなく、何らかの新しい提案、そういうものやっただけだったらというように思っておりますので、どうかこの1年間、とはいうものの、来年度の予算編成等を考えますと10月ぐらいまでにある一定程度の方向性というか、提案はしていきたいと考えておりますので、これから何回か開催されると思いますけれども、どうかよろしく願いいたします。

（資料確認・出席者紹介）

（議事）

榊 部会長：高いところから失礼いたします。規定によりまして、部会長が議長になるということになっておりますので、先生方、どうぞよろしく御協力ください。

本会は、先ほど塩見医師会長がおっしゃいましたように、奈良県地域医療等対策協議会の救急医療部会でございます。協議会の中でも救急部会というのは最も重要で、しかも最も難しいものを扱っていると私は思っております。そして基本的姿勢は奈良県の医療は奈良県内の医師が責任を持って診ていく、奈良県の救急医療に関しても奈良県内の医師が責

任を持って診ていく、この姿勢が最も重要です。奈良県の医師以外に奈良県の救急医療を解決する者はいない、このことも先生方には御理解いただいていることだと思います。そこで、この協議会ではどうすれば救急医療ならびに救急搬送の件も含めて解決をつけていくことができるかが重要です。また、あらゆる診療にかかわっておりますので、ここに精神科医療の先生方も来られてまして、精神医療の救急もこの部会で共通の課題として扱っていただくということです。

奈良県の中では病院、この中には一次、二次、三次を扱う病院もございますし、あるいは開業をされている先生方が日々患者さんを診ておられる状況もあるわけです。しかし、私は奈良県の医療は、これらの医師たちが医療側として共通のテーマとして扱っていく。それから、行政にお願いしたいことは、各医療者間のネットワークをうまく作っていただくようなサポートをしていただきたい。そして、今は救急診療のコンビニ化言われていますように、少し熱が出ただけとか、少し具合が悪いというだけで救急にかかる、本来なら朝から具合が悪いのに夜間になって、あるいは明日まで待てるのに待たないで次の日に会社に行かないといけないから救急で来るといったようなこともございますので、そういう店に関して県民の皆さんへの啓蒙をすることも含めて、この部会できちっとした形で提案していくのが重要じゃないかなと思っておりますので、どうか御協力くださいますようお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきますが、まず事務局から資料の説明をよろしくお願いいたします。

(事務局から配付資料の説明)

榑 部 会 長：ありがとうございます。事務局から説明していただきましたけれども、この件につきましてどなたか御質問ございませんか。

ないようでしたら、次の議題であります奈良県の救急医療の課題や解消に向けた方策について、病院の先生方、あるいは開業されてる先生方、あるいは消防の先生方とか、いろいろな立場の方が来られておられますので、それぞれの立場から御意見をお伺いしたいと思いますのですが、よろしいでしょうか。

なかなかこれは難しい問題でして、本質的なところは、また今日の資料とかいろいろお持ち帰りいただいて、次回に回したいと思っておりますけれども、当面、今のお考えというか、お持ちであろう御意見等をこの場でお述べいただいといて、その上で資料を整理して、また次回で議論させていただきたいと思っております。今回は、どういう現状にあってどうすればいいのだろうかという御意見あったらお伺いしたいと思います。

では、奥地委員からよろしく申し上げます。

奥 地 委 員：資料を読ませていただいて、日ごろから考えていることでもよければということで、意見を述べさせていただきますけれども、一次、二次、三次という形で救急医療体制を構築せよというふうなことで我々もやってまいったわけでありまして、一次ということでもいいですと、ここにも書かれていますように空白時間というのがありまして、4ページの部分で、平日に夜間やっているところが2つですね、0時から朝まで、深夜やっているとこ

ろが2つしかないというところ。それから、多く登録されている休日夜間診療所が日曜の昼間だけありまして、数はありますけれどもそういった形で機能というふうなことからすればもう少し効率よく、集中しないような形で分散するような形でやっていただきたいと思います。それから、内科、小児科というのが標榜されてまして、もちろん一次救急では小児科多いですのでそれぞれ構いませんけれども、外科的なものがどんどん二次の輪番なり救急告示病院の方へ行っていると。一次に関しては、そういうふうなことが問題点ではないかと。

それから、5ページを見ていただきたいんですけど、休日夜間診療所の患者さんの数なんですけど、これは余り伸びておりませんで、伸びていないというのは救急車の搬送件数というのは右肩上がりです上がっていくのに、本来でしたらこの休日夜間診療所の患者数もやはり右肩上がりです上ってもいいはずなんですけれども、何らかの様子でもうこれでフルといますか、満杯状態であるのか、それとも患者さんがもう休日夜間診療所でなくて別のところを選んでるか、救急車を選択しているか、そういうふうなところかもしれません。それから、二次というふうなことから見ますと、二次に関しては輪番病院と、それから救急告示の病院というのが当たると思いますが、これが一次救急を大体9割方、二次といっても、一次に当たる入院を要さないような救急に対応しております、入院、それから特に手術を要するような、簡単な手術ですね、そういうふうな部分の、本来、二次救急が果たさんといかんような部分がなかなかできていないというように思います。それから、二次の部分でも、手術なり入院というふうな形になりますとどうしても大学なり三次の方へ患者さんの方が来られるということがありまして、二次でも本来でしたら入院して対応できる部分が三次救急の方へ来ているというふうな実態がありまして、三次の現状がなかなかうまくいかないというふうな形ではないかなというふうに感じております。

それから、三次を担う医師ということで日ごろより感じておりますけれども、この13ページですね、この診療科、これは身体部位別といますか、もう今までずっと行われてきた科ですね、身体部位別の診療科の分け方なんですけど、三次救急を担う医師は救急の専門医というふうな形で、臓器の専門医じゃなくて救急医療に対する専門医というふうなことで、そういう専門医の標榜というのが可能になっておりまして、そういった三次救急というか、救急医療をライフワークにするような救急医といったドクターですね、そういった先生方、医師が若い人の中からどんどん生まれていってですね、三次救急はもう少し活性化できるようになればというふうな形で思います。

すみません、長くなりました。失礼します。

榊 部 会 長：順番に、岸本委員、それから川嶋委員というふうな、それぞれ立場でいろいろ考え方も違うでしょうけれども、きょうは御意見を出し合っていて、次回で個々の協議を進めようと思いますので、それぞれ委員の先生方、御意見をよろしくお願いします。

岸 本 委 員：私、精神科の岸本でございますが、精神科の救急は一時問題があったんですけども、医大の方で三次救急を引き受けるようにしまして、警察や消防の方は比較的喜んでいただいているんじゃないかということですけども、精神科医療は人権の問題が非常にございまして、難しい問題もございましてというか、ここで申し上げたいことは、医大が三次救急を引

き受けるに当たって、先ほど榊委員長がおっしゃったように、県下で生じた事例は、奈良県下から外へ出さないように、そういうつもりで我々日々やっているんですけども、そういう点で現在の精神科医療の中、救急医療の中での問題点は、輪番病院と医大病院にだけ負担がかかっておりまして、一般の開業医の先生、クリニックの先生で診ている後始末を輪番病院でしてる。そういう形になっておりますので、開業医の先生方も何らかの応分の負担をお願いしたいということと、それから、精神科は、奈良県下を一医療圏でやっておりまして、北の方の病院が輪番に当たっていると南の方の患者さんが北の方へ行ってなかなか大変だというふうな、実際の患者さんの都合とか、やはりそれを警察でも消防でも言われまして、そういう問題点がありますので、今、一次、二次と一緒に輪番で診ているんですけども、一次、二次、三次としっかりした体制が組まれることが必要じゃないのかなというふうに思っております。

川嶋委員：消防の川嶋でございます。私、今回消防の立場で若干申し上げたいと思います。

9ページに書いてございますけども、救急患者の搬送は右肩上がりで上がってきている。現在5万4,600を超えてる。これは平成19年度でございます。今年もかなり上がるであろうと予測されるわけでございます。これはどういうふうなことが原因だと考えますと、1つは人口の高齢化ということがございます。それから、地域社会が希薄化してきている。隣との、いわゆる連携がないということで、今まででしたら親戚、あるいは隣近所のものがちょっと近くの診療所や病院に連れて行ったりしていたものが、どこへ搬送していいかわからない。だから直に救急車の要請がある、そういうふうなことも原因ではなかろうかと。今後とも増えるであろうと思われまます。消防といたしましても、これらに対応するために高規格の救急車の充実、あるいは救急救命士の養成、これはもちろん県内のMC協議会等の御協力を得まして、整備、充実に努めておるところでございます。現在県内で、救急救命士が約250人ほど養成されておるところでございます。さらに13あるそれぞれの消防本部で、充実しておるところでございます。

この救急搬送の関係で、夜でも病院に行くまでの時間がかかると、こういうふうに書かれております。この表を見ましたらですね、平成10年には奈良県下25.7分で病院に搬送されたところが、現在32.6分かかっております。もちろん全国平均よりも超えておる、こういうような実態でございます。これは地域的な、特に山間部の患者を搬送するのにはもちろん時間がかかります。あるいは道路事情等により渋滞しておる道路では時間がかかります。これ以外にも医療体制、一次、二次、三次ですか、医療体制の追いつかない分ではないかと、このようなことも要因ではなかろうかと思っておりますが、事実、私どもの消防本部でも、現場に行くまでには平均約6分かかります。119番が入って現場に行くのに約6分、現場に行くのに。それから今度は病院探しに手間がかかるというような実態でございます。そういうふうなところを今後解決していかなければ無理ではないかと思っております。以上でございます。

眞井委員：消防の救命士の立場から、現場の方の立場から重ねてお話しさせていただきたいと思っております。私ども救急隊であります。今、消防長の方から話がありましたように、救急出動の増加というのは目に見えてふえてる、先ほど奥地教授の方から話がありましたように、

やはり以前とは救急の要請される内容に差がありまして、私が救命士の資格を取ってから20年、30年以上前のときに比べると、本当に安易に救急車を呼ばれることが多くなった気がいたします。データにありましたように、軽症が半数以上、私、言葉が悪いですが、呼ぶ患者さんの方にしたらすごい出血なんでしょうね。大変な出血なんで救急車お願いします、私たちが現場に行くと、本当にきずテープで対応できるようなこともありましたが、それでも頼むように搬送すると、逆にドクター側はどうかなと。救急隊はそんなけがの治療もできないのかっていうようなことでおしかりを受けたりということもしてまいりました。私たちは要請があれば必ず救急隊は出動するという形で消防側は対応しております。患者さんの痛みは私たち、電話119番では把握できないし、痛み、苦しみ、悲しみは人それぞれなんで、救急隊としましたら要請された患者さんの症状に合う医療機関を手配し、速やかに搬送するというのが救急隊の任務でありまして、いろいろ検討していただくことがたくさんあると思いますけれども、やはり救急車を適正に利用していただくということも今後やられるべきじゃないかなと思っております。

消防庁の方から、救急搬送に関する適正利用についてとか、検討会を置く、または患者等搬送事業、簡単に言いますと民間救急の活動利用を消防側でしっかり図っていきましようという形でこういうのが決められておりますので、奈良県の消防長会、救急の方からいたしましても、患者等搬送事業、民間救急という形が言葉的に適当かどうかわからないですけれども、今、介護タクシーとかよく走っておられますけれども、そちらの業者の方の認定を消防側から行い、そういう簡単な軽症と思われる患者さんの病院への移送を消防が担保をする形で事業計画がどんどん進められているところですので、今年度中にも奈良県といたしましても事業者認定に大きな骨子を一つの契機としまして動こうという動きが出てきております。以上です。

山本委員：私もともと胸部外科医でございまして。それで、実はそういう当時、今から40年ぐらい前になりましたけれども、そういうことから考えますと、こういう医師側の発言という、こうなりますと今日のメンバー見ておきますと、西田先生、西尾先生あたりでいろいろ話をしてくれたらいいのではないかなとも思いますが。私自身が当時、京都におりましたけど、常に、その病院が救急病院じゃないですけども、そういう地位にあったといえますかね、胸部外科というものは肺外科、心臓もできるという形になりますと余り人がいなかった。私自身は本当に救急の場合に、滋賀県の北の方まで呼ばれて、タクシーで走ったこともございますけども、そういう状況というのが今、医師にないんじゃないかなという気がしてなりません。それでこういう問題がすべて起こってるんじゃないかと。ただ言えることは、そういうふうなことをしてその医者にとりましても、そういう医師が勤務しておるその病院とかそういうことに対しても何らメリットはないわけですね、今の状態。そういうことがやはり今の制度的な面から考えますと非常に劣っておる。もしも奈良県で本当のこうした県民のためのそうした救急体制をとるとするならば、県がそういうことに対する一つのシステムと申しますか、それと同時にペイされるような、そういうふうなことをしていかなければならないじゃないか。非常に昔に返るような、そういうふうなことを言うかもわかりませんが、やはり大学ではそういう総合的な救急ができるような体制の医師を育成すると同時に、そういう医師はたとえ自分から開業するとかそういうふうなことを

しましても、常にそのつもりで対応していくと、そういうシステムをつくらなければ救急体制というものにはできないんじゃないかと思っております。以上。

桜井委員：病院協会の桜井でございます。

私の役割としたら、二次病院としての問題点を指摘すればいいのかなと思いますけれども、常々救急体制に参加してまして一番思うのは、患者のニーズをもう少し分析していただきたいというのがあります。こういう会合でいろいろ御意見を伺うんですけども、医療側の立場が非常に多いので、もう少し詳しい患者のニーズ分析が必要であろうと考えます。一次救急体制、二次救急体制について申しますと、先ほど奥地先生の指摘がありましたように、救急搬送患者数に比べて一次救急の夜間休日診療所を受診する数が余りふえていない。ですから先ほど申しましたようにやっぱり患者のニーズの分析が足りないんじゃないかということがあります。それと、二次輪番あるいは救急告示病院をしている立場から言いますと、もう少し病院の中に一次救急を担当される医師が入り込んできていただきたいというのが私たちの希望です。それをつくづく感じたのは、奈良市では、二次病院が年末年始の応急体制を引き受ける時間帯があるんです。去年の12月31日に引き受けたんですけども、来られた初診患者約140名。そのうちの約80名は小児でした。その小児のうちに二次救急、その日は天理市民病院でしたけど、結果的には小児の二次救急に送った患者は1名、そういうふうになったんですね。というのは、一次救急を引き受けたときに私どもでは小児科の医師がいないので、その時間帯に小児専門医を派遣していただいたんです。病院に派遣していただいた時点でこちらでも安心しますし、私どもの病院では救急医が1人泊まって、それとあと内科医が1人泊まって。救急で一次救急を引き受けていただく小児専門医が1人泊まっていただいたということで、非常にうまく体制がとれたし、また患者さんに喜んでいただいたということがあり、ですから、市内の病院と診療所医師との連携をもう少しとっていききたいなというふうに思いました。

それと、二次救急としてももう少し充実させていただきたいなと思うのは、病院前救急、救護といいますか、いわゆる救急救命士制度が発足して以来のMC体制の充実です。MC体制は全県下1カ所でやってる県というのはほとんどありません。大体ほとんどの都道府県では二次医療圏で1つのMC協議会を持つような状態ですので、奈良県が県下1つのMC協議会で運営しているというのはまれなことですので、MC体制をもう少し充実させていただきたいというのがあります。

それと、救急医療情報システムの問題です。先ほど消防の方から指摘がありましたように、救急車の覚知から現場到着までは早いんですけども、それから病院を探すのに時間がかかるわけです。やはり救急医療情報システムの充実が必要です。ひとつには病院側の情報の打ち込み体制によるところです。ですからリアルタイムな打ち込みが必要である。それは一つは物理的なもので、端末をもう少しふやしていただきたい。大きな病院に端末が2台とか3台しかないというようなのでしたら、各部署からの打ち込みがおくれる。ですから、端末さえふやしていただければ今の状態はもう少し改善できるであろうというふうに思います。

それから、精神科救急に関しましては、精神科・合併救急に関して医大の方の岸本先生のところをつくっていただいて非常にありがたいと思っております。今まで非常に悩みの種

だったんですけども、精神科の患者さんにイレウスを発症することが多いんですが、それもとっていただけるようになったのはありがたいと思うんです。

あと、MC体制に関しては、これからもう少し私たちも、これは全県の救急体制と協力しながらMC体制を担っていかなきゃいけないなとは思っております。以上です。

岩口委員：消防救急課を担当させてもらっております岩口でございます。

先ほど来、救急の関係で、奥地先生をはじめ、あるいは川嶋消防長さんから状況の報告があったわけなんですけれども、まさに10年前に比べて1.5倍以上の救急搬送人員数がふえてきている状況の中で、昨年の妊産婦の搬送事案にありまして、病院照会の開始が遅れてきているのも一方で事実でございます。近府県の状況を見ますと、1回で大体90%以上が収容といいますか、病院の方に収容されてる状況にあると。ところが奈良県の方は70数%という状況で、非常に病院の方への問い合わせ回数が全体としてふえてきている状況でございます。

また、先ほど桜井先生の方から病院前治療といいますか、救急救命士の処置の関係につきましてのお話ございましたが、現在、救命士は、川嶋消防長さんからの話ございましたが、毎年10名程度の養成をできておまして、現在二百五、六十名前後という状況で、だんだん比率は伸びてきて、救急車も高規格救急車にだんだんシフトをできてます。しかしながら全国と比べますとやはり若干、編成率といいますか、それがやはり低い状況でございます。救命士さんの救急車に乗るパーセントといいますか、そういったことを見ますと全国よりやっぱり10%、10ポイント程度低いという状況で、奈良県はやはりその辺も引き続きやっていかないといけないのかなと思います。

またヘリコプターの件に関しましては、救急搬送、データ、先ほどもございましたですけど、だんだんふえてきておまして、昨年、ヘリに医者が乗れない場合もあるわけなんですけれども、救命士を同乗させ、現場で処置をしてというようなことも若干ふえてきているという状況でございます。状況の御報告ばかりですけれども、そういった点も順次、展開を充実していかなければならないのかなと、こんなふうに思っております。以上、お知らせします。

榊部会長：安彦委員からお願いいたします。

安彦委員：先生方が多くて、実際看護は私一人なのでいささかちょっと言いにくいような雰囲気の中で先生方のお話を伺っておりました。冒頭、塩見先生の方から医師不足、看護師不足というふうにお話ししていただきましたんですが、どうしても今、医師不足の方が全体的に前に出ておまして、看護師不足の方が少しマスコミの方のちょっと陰に隠れているという状況なんです。奈良県のドクターの比率が非常に全国的に低いということはもう前々の救急医療部会から言われていたことなんです。看護師の比率も全国最下位から何番目というような状況にあるのが奈良県の実態でございます。もちろん医療は先生方が御判断なさるわけですけれども、医療はドクターだけではありません。看護師も当然、そこに診療上のお手伝いという形で加わっていかなければ、また、7対1という状況の中で、7対1をとられてる病院は非常にいいですけれども、そうじゃない病院は非常に看護師不足であ

えいでいるっていうのも今、県内の民間病院の偽らざる実情でございます。

この救急搬送にかけてなんですけれども、以前にも安易な救急車の要請ということが問題になりまして、これ何とかできないかということと、そして二次救急を受け入れてくれる、若干といいますか、先ほどのお話では二次救急を受けてくださる病院もふえてきているというふうなことで、ちょっと安心はしているんですけれども、どうしても一次から即、三次の方に。以前にも私言いましたけれども、これ全部含めて医大にお願いするというのは無理があるんじゃないかっていうのを、これ私は言い続けてきたつもりでございます。ですから、医大に匹敵するような病院が率先して三次の方も受け入れてくださるっていうふうな体制に持っていかざるを得ないかということと、あとは桜井先生、とってもいいことをおっしゃってくださいます、病院の中に一次の診てくださる先生がいてくだされば非常にいいっていうふうなこと、本当に賛成でございます。現実には利用者、患者さん側から、特に今、郊外化が進んでおりますけれども、安易な救急車要請というのは周囲を見回しても非常に多いです。どうして、そこですぐ救急車呼んだのかと。救急車の方にすればこれは要請があつたら出動せざるを得ないというふうに今お返事がありましたけれども、そのあたりもちろん地域との疎遠というふうなこと、核家族、それっていろいろあつたと思うんですけれども、語弊があるかもしれませんが、冒頭、どなたかの先生がおっしゃったように、前々から悪いのにその時間帯ならあいているだろうからというような患者さんの利用方法も決して少なくはないということなんです。そういうところが非常に、極論ではありますが、二、三年前にラジオでやっておりました。なぜ日本が医療救急で救急車の出動がそれだけ安易に行われるのか、欧米先進諸国の中で日本だけが救急車を出動しても無料であると、そこに問題があるのではないかと。高いところでは20万円、あるいは5万円なりあるいは6万円ということが当たり前になってる。ところが日本人はただであるということが当たり前になっている。そのあたりでやはり救急医療を見直さなければならぬのではないかと。そういうふうなラジオでコメント聞いたことが非常に頭に残っております。

あと空白地帯に関しましては、何か行政の方でかなり考えてはくださったんでしょうけれども、前回の救急部会から余り進展していないように思うんですけれども、何か御努力はいただいた、でもやっぱりだめだったということなんですか。そのあたりお尋ねさせていただきたいということと、やはり二次救急の、ずっとやっていただくということがちょっと三次というところには奈良県ではなかなか無理があるので、二次救急の普及率ということをもう一度。そういうことを考えますと、まず今度は一次からのというふうなことになるかと思えますけれども、この程度で申しわけございませんけれども。

尾 鼻 委 員： 近大病院の尾鼻です。

うち一応三次を標榜しておるんですけれども、実際問題としまして、なかなか三次だけではなく、二次の患者さんも受け持っているという点は事実です。どうしてそういうことになるのかというと、なかなか二次で受け入れができない。救急隊の方から「もう既に12件ぐらい問い合わせたんやけど、どこも受けてくれへんので、どうにかならへんやろか」と言われると、やっぱりうちで受けざるを得ないというようなこともあります。それと、やはりそういうことを考えると救急体制自体の問題もあるでしょうし、うち自身も先ほど

桜井先生がおっしゃったような出口というので非常に困っております。やはり一番困るのは、薬物中毒や自殺未遂患者その後の受け入れ先、あとは脳卒中などでリハビリが必要な患者のその後の受け入れの施設の問題というのがかなり大きいと思います。

あと全般的に見ますと、やはり医師不足というのはあると思うんですけども、現在、厚生労働省が掲げる今の研修体制では今後も大きな問題が残ると思います。実際、外科であるとか救急救命科であるとか、いわゆるしんどい科に入ってくる人間が少なくなってきたのも事実だと思います。ただ、その辺のことも考え合わせていけないとは思いますが、何しろ人手が足りないというのがありますので、その辺も加味して救急体制、あとは医師の確保、その辺を考えていってもらいたいなと思います。以上です。

西田委員：私は循環器を専門にしていますので、その立場から意見をのべさせていただきます。この資料にあるように、理由はわかりませんが、奈良県で天理市だけ二次救急医療体制が未整備になっております。うちの施設では、急性冠症候群などの心・血管疾患の救急症例はすべて取るようにしております。奈良県立医科大学をはじめとする官公立の施設にたくさんの救急患者が搬送おり、大変苦勞されているようですが、まだまだ我々の施設には余裕があります。我々民間にも競争させていただき、救急の症例を多く受け入れたいというのが1点。

もう1点は、急性冠症候群の収容処置時間は重要で、我々の民間の医療機関では、ドア・ツー・ベッドを最も重要と考えております。ドア・ツー・ドアで救急隊が30何分で搬送となっておりますが、実際にはドア・ツー・ドアで早く来られても、それからまたベッドに移して特殊な治療をするまでの時間が早くなければいけない。そこを早くできるところがやっぱり民間のいいところかなということがあります。その他に、治療を早くする方法として、ファクス通信による心電図診断です。救急搬送では、心電図はすべてファクスで事前に飛ばして欲しいです。ファクスか何かで飛ばしていただいて、搬送される前に治療の準備をして、治療に活かしたいと思います。以前からそういうシステム構築を考えていたのですが、まだ奈良県下では実現していないようです。ファクスによる心電図診断を専門医が診て、治療に役立てるシステムを作っていただけたらいいと思います。

西尾委員：市立奈良病院の総合診療科の西尾です。

私は、当院で二次救急を担当させていただいているわけなんですけど、一次、二次、三次という従来の救急の体制に関しては、現実にはもう崩壊しているというふうに考えてもらって結構だと思います。二次病院が一次救急、一次の患者を診るのは当たり前、下手したら三次の患者を診るという現状があります。そういう形で二次病院に負担が強いられて二次病院がやめていく、で二次病院が救急から撤退する、そういう悪循環が現実には起こってきていると。大阪なんかでもそういう状況で、二次救急の病院がつぶれていって、それが三次救急にしわ寄せをしているというふうな現状があると思います。ただ二次は、救急だけではない。高齢者医療の問題もありまして、二次病院、特に公立、官公立の病院は非常に高齢者の入院患者が多いです。こういう患者さんを抱えてるとどうしてもベッドが詰まってくる。そうすると、救急をとりたくても満床でとれないと。先ほどから二次の病

院頑張れ、頑張れという言葉がありましたけれども、頑張ろうにもその後方ベッドがないから、二次をとれないというのが現実問題として起こっている。ですから、そういう状況を打破するためには救急医療という問題だけじゃなくて、奈良県の医療全般を全部考えないと、どうしてもそれ救急だけの問題じゃないんですね。全体の高齢者医療というものを考えていかないと、そういう二次救急から、先ほどありました出口ですね、そういう後方に患者さんを転院できるようなシステムができないと、常に有効なベッドの活用というのでできなくなってしまうと、そういうふうに僕は思います。そういうこともまず言いたいのと、あと一次、二次、三次というシステム、従来のシステムを維持するのであればもう少し一次救急を頑張っていたきたい。それは先ほども奥地先生も桜井先生もおっしゃったとおりで、休日夜間診療所の器具をもう少し充実してほしい。休日夜間診療所に僕も月1回行くんですけども、何もありません。心電図しかとれません。レントゲンも足りないし、点滴もわずかししか出来ない。レントゲン、検査、何もできない。そういう状況で一次救急をやれと言われても、多分担当している開業医の先生はちょっと腰が引けると思います。そういう意味でも、医師会の先生方の協力を得てそういう一次救急をきちっととれるようなシステムを何とかつくってほしい。

空白の時間がありますんで、その時間を何とか開業医さんの御協力をいただいて、何か当番制、あるいは輪番制みたいなものを、一次救急、開業医さんレベルでとっていくというシステムをつくらないと、すべて一次の患者が病院に押し寄せてきています、今現在。で、救急車も来ます。救急車の患者さんを診ていて、多くの患者さんを待たせると、我々が怒られます。どなられます。で、モンスター何とかという問題が起きてきた。ですから、そういういろんな悪循環になっているというのが今の現状だと僕は思います。

あと、救急車の問題に関しては、皆さんから活発に議論されているので、やはり民間救急を活用いただくということと、あるいは本当にこの有料化というのを考えなければならぬ時期に来ているかもしれないですね。このまま救急車の搬送件数が右肩上がりに伸びていきますと、貴重な医療資源をむだに使うことになります。それを抑えるためには何らかの有料化ということも考えなければならぬというふうに僕は考えます。

あと患者さんとシステムの側だけじゃなくて、僕は医療従事者側も少し考えていただきたいと思います。今、現実に当直とかしていると、我々は総合診療、ERという形ですべての患者さんをまずは診るというシステムでやっていますが、近年の先生方は自分の専門科以外は診ないという姿勢を持って当直に当たってます。

それから、救急医療をもう少しスムーズに流すためには、すべての科を診るという救急医ですね、これは奥地先生にお願いをしているんですけども、救急医の養成をいただいて、一次救急、二次救急、三次救急だけじゃなくて、医療の底辺にそういう総合医、救急医が飛び立っていけるような時代が来れば、ある程度救急医療の問題は解決するんじゃないかと思います。

あと、患者さん側も問題があるということですね。どうしても専門医に診てもらいたい。夜中の1時、2時でも専門医、夜中の1時、2時に脳外科を探す。そうするとどうしても救急隊も脳外で探しますと、奈良県内には限られてる分しかありませんから、どんどんどんどん断られていくという状況にある。だから、患者さん側もとりあえずは診てくれる先生に診ていただいて、必要性があれば専門医を紹介していただくということを理解していた

だくような何らかの啓蒙はしていかないといけないと思います。ちょっと取りとめもない話かもしれませんが、お話を聞いて気づいた点だけ申し上げました。

竹林委員：ハートランドしぎさんの竹林でございます。

私、専門の方は医療経済学ですので、そちらの面から一つ意見を述べさせていただきますが、まず12ページを見ていただきまして、医師数という、厚生労働省発表のその資料がございますが、ここにもう既に厚生労働省は年金の問題も介護保険の問題もデータが全部間違ってます。これに関しても、アメリカの場合は人口10万人に対して330人の医師がいるんですが、この中で、アメリカのデータでは60歳以上のドクターと、それから大学病院で働いているドクターを抜いてるんですね。現在臨床しているドクターの数は大体330人。合わせますと440人ぐらいいるんです。これ日本、半分しかいない。だから奈良県これ196人ですから、半分以下ですから、もう大変な状況に陥っているということです。

私どもの病院の現状を申しますと、ハートランドしぎさんは奈良県の病院の中で一番の数の精神保健指定医という精神科の専門医を抱えてますが、常勤していただいているドクターの半分は高齢者です。ということで、当直はお願いできませんので、奈良、大阪の4つの大学病院からアルバイトの先生に来ていただいて、やっと当直の人を支えていると。救急輪番の日には何とか高齢の先生にお願いして、当直に来ていただけるという状態ですので、そういうことを考えますと現状、要するにこの霞が関の数字と現場の我々の救急やってる病院の数字というのに大きなギャップがあります。我々は20年前、1983年に医学部の定員を30%削減するとき大反対しました。このときに全然大丈夫だと、そのとき出してきた一緒の数字で、医師免許の発行件数、この件数を人口10万台で割った数字、当時の与謝野文部大臣はこれ絶対大丈夫だという、5年前に与謝野さんと対談したら、絶対と言ったのに、今年やったらやっぱり間違っていました。そんなばかな話はないので、我々はこれからどうやって救急やってもらおう先生に負担を与えないかということをしてあげないと、何でもかんでも救急で当直してる先生に全部診させるので、それこそもういきなりやらされるんですね。

私どもの病院でもすごくよくやってくれる35ぐらいの先生が夜中の輪番制どんどんどんどん当てられて、夜中全然眠れないと。次の日やっぱり病院にいと、昼から帰ってもいいですよと言っても、患者さんの家族がおいでになったりとか入院患者さんの訴えを聞いたりすると帰れないんですね。で過重労働になって退職されたんです。だけど、病院は楽しいのと言って週に1回、日勤でアルバイトに来てくれますけれども、病院が嫌なんじゃないし、医療が嫌なんじゃないけども、自分がもたないのでやめさせてもらいます、体壊しますからという意見を聞くと、非常に私も病院経営者として悲しい思いでいっぱいですので、そういう全体的なことを考えてやっていかないと。

それともう一つ、私どものデータでは、女医さん、特に国公立大学の場合は、半分近い45%の学生が女性なんです。その卒業生の女性をずうっと10年間フォローアップしていくと、医師国家試験は通って10年以内に医師をしてない人が49%、要するに家庭で主婦してるんですね。そういうように働く女性を支える体制というもの自体が地域にないので、子供産んだら女医さんをやめて子供を育てないと、ちゃんと見てくれる託児所とか、

そういう施設がないというのはこれは看護師さんもそうですけども、看護師さんは今振り返ると、2004年には絶対充足するということを厚生労働省は強く言いました。我々病院団体は絶対足りないよと言ったのを足りると言ったんですが、足りてないわけです。2009年になりますけど、もういつまでたってもだまされてる気分になります。そういうことを全体的にもう、地域も当然そうですけども、医療で働いている、現場で働いている医師等、女性とかをもっと皆で支えていけるような体制をつくっていかないと崩壊してしまう。ただでさえ足りないのに、おまえ頑張れとか、努力、忍耐、根性では医療はできないので、私はみんな、看護師さんもドクターも女医さんにもここにこ笑いながら診療できるような、そういう病院をつくりたいと思ってるんですが、それにはやっぱりいろんな協力とかシステムとか、それから一番大事なのはコストの問題だと思いますけど、そういう面で皆さんの認識を高め合って頑張っていきたいなと思っております。以上です。

北村委員：市町村として委員に入っております生駒市の健康課の北村でございます。

まず、一次診療のことについては先ほど西尾先生の方からおっしゃったように、確かにメディカルセンターの中には検査する機械も何もございません。そして薬も1日分しか出さないという現状ですので、この辺についてはやっぱりいろんな是正すべき現状があるのかなということで、改めて認識いたしました。

それから、生駒市の場合は、幸いにも平日と休日の応急診療はやっておりまして、平成19年度の統計で見ましても、やはり患者数は減っております。その原因につきましては、県全体のことはわかりませんが、生駒市の実態を経験的に考えますと、やはり例えばインフルエンザの多かった年なんかは応急診療所の患者数がやはり多くなっているという現状はあるのかなというふうには考えております。それから、市町村が今、一番苦しんでおりますのはやはり二次の輪番制の構築というのはかなり苦しんでおります。

1ページ目の4にもありますように、生駒では昨年、前におられる桜井先生に御協力いただいて、生駒市外の奈良市内の病院の協力を得まして、やっと二次輪番を組めたというのが現状です。協力が得られなかったら二次輪番の空白日はかなり生じていたというふうに思います。そして、今年についてもやはり各病院さん、スタッフ不足ということはずっと訴えられて、かなり構築にもしんどかったということはありません。それから、檀原市さんにおかれましてもやっぱり同じような形で、市内での構築に苦労されている。二次医療というのはもう市町村レベルの話では、かなりしんどいというのが今、感じておる現状でございます。以上でございます。

武末委員：健康安全局の武末です。

この委員会は行政も委員に入って、行政も言いたいことを自由に言う、そういう試みでもあるんですけども、非常に貴重な御意見をありがとうございました。先ほど医師数の話でちょっと御批判を受けてしましまして、確かにそのとおりなんです、ちょっと一つだけ言わせていただきますと、これ免許の発行数じゃなくて2年に1度やってる三師会調査ですので、一応本人申請で働いていると言っている数ですので、その点だけは訂正させていただきますが、高齢が入っているということには間違いはないということで、65歳以上ですね、抜いてやるかどうかというの、例えば70過ぎたらどうかなと思ったりするんです

けども、そういうことも考えてみたらいかがでしょうか。おっしゃるとおりなんです。私も4月に県に来ていろいろな国の指標を使ってつかもうとすると、奈良って平均なんです、平均平均平均平均。悪くないけどよくもないと言うとちょっと語弊がありますけども、なので、どうこれを課題と皆さんが実感しているのと、その指標がどうなのかという、少なくともちょっとマッチしてないんだらうと。では、奈良独自の指標で調べていく必要があるのかなと。ただ、これはやっぱり県庁がやってくれと、これは実は奥地先生とお会いしたときなんですけども、じゃあ救急の実態を調べてくれよ県庁さん、と言われても、そればかりはやはり救急の専門家に聞くしかないということで、なかなか県は、手足はあっても頭というのは、医療の頭ってあんまりないので、困ってしまうということが1点ございます。そこら辺を具体で少し打ち出していただければ非常にありがたいなと思います。

もう1点は、そうですね、患者さんのニーズの分析していくことが必要だという御意見がございましたけれども、まさにそのとおりかなと。医療側から見ると多分不適切な利用というふうに一言になってしまう場合も多分かなりあるんだらうと思うんですけども、一方でやっぱりこれが適切か適切でないかを、患者とか消防、救急救命士の方に判断をしろというのは、私自身としてはちょっと、私自身も医師なんですけども、これはちょっと難しいのかなと。ただ何らかのこういう場合はねというような、それこそ医師とその関係者との連携が必要になってくるのかなというふうにお聞きしながら考えてました。それは、逆に言うと、医師の中にも多分言えることで、専門化ですね、病院の医師が専門家になっているのもう少しどうにかしたらどうかと、何か一例としては内科、小児科が多くなったんで外科の救急がふえたんですねというような、逆に私、なるほどなと思ったりもしたんですけども、そうすると、例えばですけども、こういった病気だけは診れるような医者になりましょうというのを、まさにそれが新医師研修制度の目的でもあるんですし、余りこれに名前を冠するといろいろと過去の経緯があるんで、名前を冠するよりは何%、一般の患者の何%ぐらいの病気は、治療をしろとまでは今の医療では言わなくていいと思うんですね。診断がある程度できるような能力と技能があればいいなという方向性で、ただこれ10年かかります、なので、これだと今専門医を経ていろいろ働いてる方に、最低限これぐらいは診ましょう、これは1つか2つでもいいんですけど、やると、リストアップしてですよ、救急へ、救急とって夜とか休日に診てる患者さんの上位何位かを見きわめること、あるいは何%見当をリストアップして、これをちゃんと診れるような奈良の医療体制にしましょうというような議論があるのかなあとか、いろいろ思ったりします。県へのニーズもいろいろありまして、それについては真摯に受けとめていかないといけないなと思いましたが、ここはちょっと一委員としての意見ですので、その点どうかよろしくお願ひしておきます。以上でございます。

榊 部 会 長 : ありがとうございます。各委員の先生方から、ドクターのお立場、看護師のお立場、あるいは救急のお立場、行政の立場、それぞれの立場の御意見いただきました。

この救急の課題は、そんな簡単に解決がつけば何も苦労はしないわけです。これは大変難しい問題でして、私も脳外科の医師でして、やはり医療はものすごく高度化しているんですね。患者さんも知っているわけですよ。夜間救急診療所へ行けばどんなことしかでき

ないのかということを知っているわけです。だから、結局ちょっと頭を打っても脳外科へ来てCTを撮って、CTを見ないと納得しないと。いや、大丈夫ですよと言っても、それが絶対に保証できますかと言われると、もちろん救急隊員の方も運ばないといけないし、病院側も送られてきたら、意識もあって全く大丈夫だと言っても、来るというのを断れば結局、あちこち病院を探し、結果的に診ないといけないというような形になるのでしょうか。でもそういう患者さんのニーズというか、そういう患者さんの心配も、これは否定できないわけですね。先ほどおっしゃいましたように、やっぱり患者さんのニーズというものの分析というのが大変重要だと思います。と同時に今、武末先生がおっしゃいましたように、また、どなたかの委員がおっしゃいましたけれど、やはり専門家である前に医師であるという、このスタンスは重要だと思います。例えば専門診療をされている先生方でも、そういうスタンスでおられるのだらうと私は思います。この会の中に患者さんの立場という部分はおられません。その部分は行政の立場の方がなさるのかなと、思ったりしますけども、やはりその救急医療を崩壊させないためには、むやみに救急を利用しないでいける分はしないでいく、救急車を利用しないでいける分はしないでいくというようにしないと、みんな崩壊してしまいます。だから、限られた医療の資源の中で解決していくという部分につきましては、昨年の8月に妊婦搬送事案というのをここに配らせていただいています、これも一つの参考になるかなと思います。それから、やはり開業されておる先生方も、あるいは病院で働いている先生方も、ある程度一次救急部分については、均等負担をすることも必要かなと思います。また、患者さんも安易には救急を利用しないように、そういう啓蒙が重要だと思っています。

それから、小児科救急とか、周産期のことはまた別の部会でも議論されますので、そこでおまとめいただいたらいいと思うのです。この部会ではいろんな意見を出し合っていて、奈良県の救急をどうすればより良いものにできるか探っていきたいと思っています。ここに塩見先生が来られていて、開業医の立場という部分でも見ていただいております。やはり今後そういう県民啓蒙と医師の均等負担により、一部の医療者の負担軽減をどうするかも考えたいと思います。それから、一次、二次、三次を分けて、三次のところ二次も一次も来るということがないようにする工夫が必要かなと思っています。武末先生が厚労省から県に出向して来られていますので、またこういう意見は厚労省にも多分、奈良県の意見が厚労省に反映されるようになるのではないかなと思っていますし、この部会である程度の方向性をやっぱり示していきたいと思っています。

どなたか御意見、ぜひこれだけはということとはございませんか。

塩見副会長：私がこの協議会の副会長なので発言していいかどうかですけども、いろんな問題があるろうかと思っています。1つは、ちょっと資料として県の方に1点お願いしたいんですが、それと各病院の先生方にも協力していただいて、救急に関するコストですね、それを一度きちっと出していただけたらと思います。特に人件費。救急をやっておられる先生方の病院で、本当に自分たちのやりたい救急医療をするためにどれだけのコストが必要なのか。例えば夜間受けようとしたときに、医師が1人でいいわけではないですね。それから、看護師も1人でいいというわけでもない、事務員も必要。そういうのも含めて、実際に救急にかかるコストというのは余り見たことないですよ、私、資料として。ですから、理想と

する救急体制をとるためのコスト、それを一度調査していただけたらなというふうに思います。

それから、開業医、勤務医等の問題というのは、これはいろいろ言われておりますが、医師会としては別に開業医を区分けしているわけではございませんので、奈良県医師会、半分は勤務医の先生ですし、半分は開業医ですから、決して開業医を代弁しているわけではございませんけれども、開業医には開業医のやはり医療というものも当然ございます。朝診察して、晩診察して、毎日、ほとんど毎日のようにそれをやり、自分がこけたら診療所自身がこけてしまうというような状況の中で、開業医は開業医なりに頑張っていると。それから、その中で意外に一次救急と呼ばれるものが、開業医の仕事でやれる状況では今はないんですね。例えば仮に自分が住まいでやってたとしても、そこへ夜に患者さんが来られたときに、本当に対応できるか、患者さんを守ることができるような医療が行えるかということ、これはなかなか疑問なんですね。そうすると、ヒントはですね、先ほど桜井先生が言われたように、地域の病院と連携し合って、そこへ開業医が当直すると。例えば、病院の中の二次救急をやっておられるようなところで手術が必要な患者さんも診れる状態で、そこへ開業医がお手伝いに行くというようなシステムができたらというか、これはできたら私、医師会の会長になる以前から思っていた状況なんですけど、そのために越えるべきハードルというのはいろいろあるんだと思うんですけど、そういう感じで、つまり開業医のところは人はいても設備がない。病院側は設備があっても人手が足りない。その辺をうまくマッチさせていけたらというふうに考えているんです。

それからもう一つなんですけど、休日夜間応急診療所の問題。これも患者の数が余り増えていない。これもいろいろ問題があるんだと思います。確かに夜中に来て小児科の専門医がおるのかといろんなことを言われると、非常に当番の人としてやりづらいものがある。それと、例えば休日にやってるところが多いんですけど、これ結構休日で作るよりもその前の日にやっている方が本当は便利なんです。というか、患者さんも多分休日そのものよりも前の日の方が多いんじゃないかなというふうに思っております。ですから、ただ単に休日やるなんてことで、しゃくし定規に考えないで、これをだから半分分けて、片一方は土曜日にやるとか、半分は休日にやるとか。そういうふうな体制の連携といいますかね、そういったことも考えていかなくちゃいけないのではないかなと思います。だから、いずれにしてもそれぞれの立場で思い切った発想で、今までこんなこと考えなかったよというような発想、ぜひとも御意見としてお伺いしたいなと思います。

榊部会長：ありがとうございます。いろいろな御意見あるのでしょうかけれども、開業されてる先生も病院の先生方も、日々患者さんをごらんになっているわけですので、そういう患者さんをどう責任を持って診ていくか。そういうことも含めて考えていかないとなかなか解決かないのでしょうか。日頃開業されている先生方に診てもらっている病気が、急に悪くなってという患者さんもおられるわけですので、そういう部分はやっぱりみんなで診ていくという姿勢は重要ではないでしょうか。

私は、大学病院でできるだけ救急の方には対応していただくように、各ドクターにお願いしておりますけれども、やはり先ほどもだれかおっしゃいましたけれども、やっぱり夜中一睡もしないで働いて次の日もまた患者さんを診るとなると、この環境はやっぱり解決

していかないといずれ崩壊していきたくらうと思います。

もう一つは、本当に夜中に来なくてもいい患者さんが、たくさんおられるのです。そういう部分は、やっぱり奈良県の医療を守るためにやっぱり県民自身がそういうことはしないと考えていただく必要があります。昔だと先ほどどなたかおっしゃいましたが、みんな家で我慢して、それでも治らなかつたら翌日行くというのが普通だったように思うのですが、今はちょっと悪くなったら救急でという話になりますので、そういう部分もやっぱり協議して行って、県民の皆さんにもこうしてくださいますというように問いかけるような結論を出せたらと思います。

長時間にわたって議事の進行に協力いただきましてどうもありがとうございました。

皆さん、特に御意見なければ、次回は先生方の今日の御意見を踏まえて、そして一度今日の資料を持ち帰りになって、問題点を挙げていただいたらどうかと思っております。それでは、事務局でまた時間を先生方と調整させていただいて、連絡させていただきたいと思えます。

皆さん、ぜひこれだけは言っておきたいということはございませんか。

奥地委員：先ほど便宜上ですね、一次、二次、三次というふうに分けて説明させてもらいましたが、患者さんの立場からになりますと、一次、二次、三次というのはありませんし、それから、要は臓器別診療科というのものないかもしれない。ですから、広く救急患者ということで、例えば心筋梗塞、例えば脳卒中というふうな形であればその専門科というふうなことで受け皿はあると思うんですけども、どこの専門科にも入らないと、多分市立の西尾先生とかで診てもらおうと思うんですけども、そういう形のどこの、どこで診るかわからないような患者さんというのが大変発生しているわけです。やはりそこを受けていただくのが二次輪番病院であって、ですから、A、B、Cとあって、Bが当番ならやっぱりBの病院が受けていただくというふうなことがちゃんと機能されてるかどうか。で、受けられてない場合は救命センターに来るという実態があるんですね。ですから、そこら辺のところをもしよかつたら県の方で調査していただいて、輪番制がきちっと機能してるかどうかというのはちょっとポイントだと思います。

武末委員：もう一遍、一次とは何ぞや、二次は何ぞや、三次は何ぞやと定義しないと、多分利用者が思っているのと、この会場でも相当違いがあるのかなということがあるので、やっぱりこの議論もいるのかなと思います。

安彦委員：我々医療提供者側から、以前の救急医療部会もそうだったんですけども、何人かの方が御一緒させていただいたかもしれませんけれども、一次、二次、三次というのは利用者、いわゆる地域住民の方にはわかっていないんじゃないかということ、大和高田市長さんがいつかおっしゃいました。ごみの分別の日はもうはっきり書いてあるわけですね、月曜日とか。じゃあどのぐらいだったら一次なのか二次なのかということが民間の実際に利用してくださる患者さんたちに浸透してない、言葉としても浸透してない。その内容としても浸透してないというところにもこういう問題が起きてきているんじゃないかと。医療サイドの人員不足というのはもちろんこちらに置きましてね、そちらの方への啓蒙という

こともまた同時にあわせてやっっていかなきゃいけないんじゃないかなというふうには思います。

榊部会長：ありがとうございます。ほかにこれだけはという人おられませんか。

桜井委員：実際、奈良市の二次輪番制を引き受けてる病院なんですけども、先ほど北村委員おっしゃったように、生駒市の二次輪番も引き受けさせていただいてます。奈良市の輪番のときには医師1人しか泊めてません。生駒の輪番制のときはER1名と、それから外科系を1名泊めてます。というのは、生駒の輪番のときには救急車も来るし、それから紹介患者ですね、ウォークインの患者さんが救急隊に問い合わせた二次輪番に来ていただく。そういうふうな体制がとれてるわけです。昨年、生駒市の近くへ病院を引っ越して感心したんですけども、非常にきっちりした体制とられてるんです。リアルタイムで救急隊の出動もパソコンで調べられますしね。そういうことで協力しだして感心いたしました。

榊部会長：ありがとうございます。また調整させていただいて、次の会を決めたいと思いますので、忙しいところ集まっただきましてありがとうございました。これからもどうぞよろしくをお願いします。