第２回奈良県地域医療等対策協議会

平成２０年８月２０日（水）

午後１４時００分～

杉中課長補佐：　それでは、定刻でございますので、ただいまから「第２回奈良県地域医療等対策協議会」を開催いたします。

皆様方におかれましては、大変お忙しいところ本日の会議にご出席いただきまして、ありがとうございます。

それでは、会議に先立ちまして荒井正吾奈良県知事からごあいさつを申し上げます。

荒 井 知 事：　第２回の地域医療等対策会議が開催されまして、また、お忙しい中、皆さん方御参集いただきまして、感謝を申し上げます。

このたびの奈良県の地域医療等対策協議会は、奈良県にとりましてとても大事なテーマを扱っております。また、今回の協議会の結論は、奈良の医療、福祉、介護サービスの将来を決めるようなテーマを組んでおるところでございます。

皆様、お集まりいただきまして、いろんな知恵、いろんな私見についての御芳見をいただくことを心から感謝申し上げたいと思います。今日は福島の大野病院の医療過誤の判決がありました。無罪でございます。大変話題をよんできたものでございますが、医師の責任とその範囲ということが大きくああいう形で問われた問題でございますが、その理念についてはまだまだあのような難しい治療については、ああいう判決だったと思いますが、単純なガーゼを置き忘れたというような事故があったりしますと、訴訟の被告が私のところに参るわけでございまして、それで控訴するとか、しないとかいうことを判断しなければいけない立場にあるわけでございます。事例によって、いろんなことが起こるという時代になっていくと思います。それはそれといたしまして、限られた医療資源をいかにうまく活用するかというのが、我々の本質的なテーマではないかというふうに思います。医療資源ではございませんが、県と市町村がどのように連携するか、公立病院の県立の病院と市立、町立の病院がどのように連携するか、あるいは公立病院と私立の病院の皆さんがどういうふうに連携するか、あるいは救急と医療サイドがどう連携するか、あるいは医療のチームの中で医師と看護師がどのように連携するか、もう連携ばかりでございます。連携は医療資源を増やさなくてうまく使うという知恵でサービスは向上すると、限界はあろうかと思いますが、そのようなことをまず模索しているような気がいたします。

奈良は、多少努力は遅れてていたような気もするんですが、この際大いに取り戻して、多少とも先進的な事例が出るように頑張っていきたいというふうに思っております。県の立場から限られた財政的な資源ではございますが、精一杯の努力をしていきたいというふうに思っております。そういう面から楽しみもいろいろ発見できる会になっているような気もいたしますし、今後とも皆様の御尽力を是非ともお願い申し上げたいというふうに思っております。

改めて御参集、お時間とっていただきましたことを感謝申し上げて、開催冒頭のあいさつにさせていただきます。

本日はありがとうございました。

杉中課長補佐：　ありがとうございました。

本来でしたら、ここで出席をいただきました委員の皆様方を御紹介するところなんですが、時間の都合上、お手元にお配りしております名簿と配席図で対応させていただきます。どうか御了承方お願いいたします。

それでは、お手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。まず会議次第でございます。続きまして、委員名簿、配席図、それから資料１、資料２となっております。それから、本日、村上委員の方から冊子「奈良のケア２００８」というものを御持参いただきまして、お手元に配付をさせていただいております。

以上でございます。御確認をお願いいたします。

では、改めまして、本日の会議は審議会等の会議の公開による指針により公開となっておりますので、御協力をお願いいたします。傍聴される皆様、報道機関の方につきましては、先にお渡しいたしました注意事項をお守りいただきますように、お願いいたします。

では、委員の皆様にお手元のマイクの説明を簡単にさせていただきます。お手元の方に卓上のワイヤレスマイクを配置させていただいております。お話しいただく際には、マイク本体にございますボタンを押して、マイクのお手元の赤いランプが点りますので、点灯を確認した状態でお話をいただければと思います。ほかの委員さんがお話の途中で他の委員さんがボタンを押されますと、前の方のスイッチを切ってしまうということになりますので、御注意をいただきますように、よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入りますので、奈良県地域医療等対策協議会設置要綱第６条の規定によりまして、吉田会長に議長をお願いいたします。

それでは、吉田会長、よろしくお願いいたします。

吉 田 会 長：　一言ごあいさつを申し上げて、議事に入りたいと思います。本日は大変お暑い中、また御多忙の中をお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

５月から発足いたしました協議会では、八つの部会で奈良の地域医療に関して、２回ずつそれぞれ協議会をやりまして、部会を開催していただきました。各テーマごとにいろいろと熱心な議論をいただきました。私もできるだけ参加させていただきましたが、参加できない場合には、副会長の方にお願い申し上げまして、大体出席していただきました。私が参加した部会の内容をを聞いて、その議論を通じまして、今の荒井知事が言われたとおり、奈良県の医療をよくするためには、限りある医療資源をいかに大事に使うかということに尽きるような気がいたしております。医療というものの持つ公共性を考えますと、これは無駄遣いは決して許されることではないというふうにも思っております。医師、看護師、あるいは医療関係者が、あるいは県の行政、あるいは国、その人たちに医療状況をよくしてくれということを叫ぶのではなくて、我々みんながよくしなければいけないということを痛感したようなわけでございます。

今後とも皆さん方におかれましては、なお一層の御協力をお願い申し上げまして、簡単ではございますけれども、冒頭のごあいさつとさせていただきます。

それでは、まず議題１、各部会における検討状況について、各部会それぞれ２回

程度、今申し上げたとおり開催されておりますけれども、その状況について各部会長から説明をお願いしたいと思います。

始めに健康長寿部会、小林部会長、お願いいたします。

杉中課長補佐：　会長、済みません。事務局から一言お願いがあります。大変申しわけございません。時間の都合上、各部会の御報告に関しましては、約５分程度でお願いをいたしております。５分になったところで、また事務局から合図をさせていただきますので、まとめに入っていただければと。よろしくお願いいたします。

吉 田 会 長：　それで、そのあと質疑は時間的にできるのですか。

杉中課長補佐：　そうですね、御報告を各部会頂戴した後で。

吉 田 会 長：　全部御報告していただいた後で。

杉中課長補佐：　はい。

吉 田 会 長：　はい、わかりました。それでは、そういうことでございますので、小林部会長、健康長寿部会、よろしくお願いいたします。

小林秀委員：　小林でございます。

吉田会長さんからごあいさつがありましたが、みんなが力を合わせてやれば、必ずや奈良県はよくなっていくと思うんですよ。私、東京に住んでいるんですが、東京からこっちへ、ここに駆けつけて、私は健康長寿部会を担当して、部会長ということでして、健康長寿部会は、これまで６月１３日と８月１９日、これまで２回開催をさせていただきました。

当部会では、大きく二つのテーマを設定し、検討を進めているところです。一つは、健康の保持増進、要はその病気対策というのは大変大切になるんでありますけれども、最後になると、やっぱり病気にならないように元気に県民の皆さんが過ごしていただくということが最も大切だということで、どうやって県民の健康の保持増進を進めるのかということを、私どもの会で議論をしようということです。

もう一つは、高齢者や障害者の地域ケア体制の構築ということについて、我々として、テーマを設定をしておるところでございます。

第１回の会議では、部会の進め方と検討課題の確認を、二つのテーマに関する奈良県の現状について事務局から紹介され、意見交換を実施。昨日開催された第２回目の会議では、二つの柱の一つである高齢者や障害者の地域ケア体制の構築について、先進的な取り組み例の報告、本県における課題や取り組みの方向性について、意見をいただいたところでございます。資料の１の方にそれらの内容が書いてありますので、御参考いただければと思います。

昨日のことなんですが、各委員からは大変厳しい意見が出ました。どんなことかと言いますと、先ほどの先進的な取り組みのところで、各地方自治体の報告が出ておりますけれども、委員の先生からは報告の出た都市は、みんなモデル的なものですから、大体都会的なところとか、お金には困ってなさそうなところとか、そういう話がたくさん出てきて、これは奈良県のモデルにはならないんじゃないかという厳しい意見が出てまいりまして、事務局が大変驚いたんですが、今後は、もう一つの課題である健康の保持増進に対して、本県の健康長寿の実現に向け、県民の健康づくりのための運動等の推進、高齢者の健康づくり、障害者のスポーツ・レクリエ

ーション参加の促進について検討し、一定の方向性を示すと、このように考えております。

以上でございますが、ただもう一つ書いておりますのが、厚労省の方で、皆さん御存じだと思いますが、医療療養病床、それから介護療養病床というものについて、厚労省の方がある考え方を示してまいりました。それは要は、できるだけ療養病床は減らすんだと。特に介護療養病床は無くすんだと。それから療養病床も県民の人口の数から多過ぎるんじゃないかというようなことを国が言ってきました。国の方の政治でも大変議論になっておることでございます。それに対する厚労省からの奈良県へのお願い事で、どうするつもりかという答えを請求をされております。４７都道府県中、残りの４県ぐらいは答えを出していないところが、その一つに奈良県が入っています。後ろからは厚労省に叩かれ、前からは委員の先生がそれぞれ将来にかけて少しずつ考え方が違っておりますので、その調整にこれから頑張っていこうと思っております。

吉 田 会 長：ありがとうございました。ちょうど５分です。

それでは、次は救急医療部会、榊部会長にお願いします。

榊　委　員：それでは、救急部会を担当させてもらっております榊でございます。

これまでに６月２日と８月１１日の２回、行っております。いろいろ現状と問題点があげられました。基本的には奈良県の救急医療は奈良県の医師が責任を持って患者を診るんだ、そういう意識を貫くという点では、共通しているかと思います。

それで、現状と問題点ですが、今、夜間休日診療所というのが開かれておるんですが、その利用率が年々低下している。その原因として、血圧を測る装置すらないという現状の中で、患者さんもそういうことを皆知っている。若い先生方もそういうことをわかっていて、利用率が減っているじゃないかと思います。そういう点については、開業されている先生方が担当されておられますので、そこを充実させるためにどうあるべきかというのを、課題として検討させていただいております。

今、市町村単位で行われているのを、大きく枠を広げて、しかも機能をもう少し充実させて、そこで開業されている先生方がそこに赴いて、経営という面からも、あるいは患者さん利用の観点からも充実させるのが一番いいんじゃないかということが挙げられます。

それから、二次救急に関しましては、今ある病院がそれぞれ救急輪番病院及び大学病院含めて、毎日救急をしているわけですけれども、救急隊から病院との連絡がうまくいかない。要するにメディカルコントロールがうまく進んでいないという状況があるのではないか。どの科に今日その当直の先生がいて、何人受け入れられるかということを、リアルタイム情報として伝達するのをうまくやるというのが重要ではないかなということを挙げられました。

それから、特定診療科の耳鼻科、眼科等では、応急診療所にも勿論そういうところはないので、耳鼻科の開業をなされている先生方も徐々に減っているとのことですので、応急診療所を充実させて、また、二次を大学病院とか、病院で受けるようにする。それから、救急搬送に関しましては、タクシー代わりに使われているという部分もあって、これは県民の皆さんへのインフォーメーションを行う。そのために啓蒙すると

いうことが重要ではないかなと言われております。

最後にドクターヘリの問題が出まして、これは今、和歌山県にお世話になっているわけですけれども、大阪府の方へもお願いして、ドクターヘリの体制というのを共同運用という形で応援を求めたいということになっています。

先ほど言いましたように、奈良県の救急医療については奈良県の医師を中心に責任を持つ、この趣旨は変わらないということですが、この棲み分けをこれから明確にしていって、連絡体制、市町村の持つ役割と県の持つ役割というのを、どういうところで共通性があり、どういうところでわからないかということも検討するということになっておりまして、今後第３回目を予定しております。

以上でございます。

吉田会長：　どうもありがとうございました。

それでは、次はへき地医療部会、中村部会長、お願いします。

中村委員：　中村です。県立五條病院で、へき地医療支援ということをやっております。よろしくお願いします。

へき地医療部会は、６月３日と７月３１日の２回やっております。現状と問題点ですが、１番、２番はへき地に勤務している医師の問題、３番は拠点病院並びに支援する病院側の問題、４番がコメディカルの問題で、５番が診療する上で、もしくは村の運営に関わる経済的な問題ということが挙げられました。

まず１番、２番のへき地における医師の問題ですが、へき地の公立診療所というのは、現在１６診療所ございまして、そのうち１０の診療所を自治医科大学の卒業者でカバーしております。残りの６診療所を自治医科大学卒業医師以外がカバーするというふうになっておりますが、１番のそこに書いています、十津川村、川上村、山添村のところは、自治医科大学の卒業生以外の方々がカバーしていただいている診療所の問題でございます。その３診療所が維持が困難になっているというか、医師がいなくなる可能性があると。もしくは医師がいなくなってしまったということで問題がありますよということでございます。

２番の開業医の高齢化ということですが、へき地で開業してくださっている先生方も５名いらっしゃるわけですが、この先生方も高齢化しておりまして、なかなか後任が難しいということでございます。

３番は、へき地医療拠点病院や支援する病院も医師が少ないということですが、分けて言いますと、病院で言いますと、宇陀市立病院、吉野病院、町立大淀病院、県立五條病院が僻地に近い、今の支援する病院であり、拠点病院でございますが、それプラス奈良市にございます市立奈良病院、県立奈良病院、合計六つの病院がへき地医療の拠点、もしくは支援する病院として頑張ってくださっておりますが、特に、最初に言いました四つのへき地に近い病院の医師の減少は激しくて、なかなかサポートし切れないというのが現状でございます。

４番は、コメディカル、特に看護師等々の補充が難しいということでございます。

５番は、当然ですが、診療所の運営が赤字になること。診療報酬が低いとか言われていますけれども、これは全国一律の診療報酬でございますので、田舎だから特別高いというのではございませんので、都会で患者数が多いところではうまくいっ

ても、少ないところではうまくいかないということでございます。

そこで、施策及び対応策の方向ということですが、最も重要な課題は医師確保対策ということになります。現状と問題の１、２、３番は当然医師確保の問題ですので、どのようにして医師を確保をするかということが課題であると。施策のところの１番から４番が医師確保に関する施策でございまして、５番が看護師に関する問題、６番、７番が連携等々、医師確保に関しまして１番から４番、いろいろなプロモーション等々やっておりますが、御存じのように、その下の当面の取り組みというところを見ていただきますと、今年度から県立医科大学におきまして、緊急医師確保対策ということで特別枠で５名入学しております。更にもともと奈良県の地域枠ということで１０名の方を医学生として入学していただいておりますが、その方々を、へき地だけではございませんが、奈良県の地域医療に、特にへき地に行っていただきたいということで何らかのプログラムを作っていきたいということです。

続きまして、県立五條病院と書いていますが、今言いました特別枠の学生はまだ入学したばかりですので、すぐには出てきません。それに先駆けまして、県立五條病院の方で自治医科大学の卒業生だけではない、研修医を対象にしたへき地研修プログラムとあります。へき地だけではないんですが、地域医療を積極的にやりたいという後期研修プログラムを立ち上げたいと思っております。それに呼び込むといいますか、最後のところに書いていますけれども、地域医療ワークショップと書いていますが、今月２９日に第１回を開くことになりましたが、医学生等々を呼びまして、地域医療のワークショップを開くことも考えています。

以上です。

吉田会長：　どうもありがとうございました。

それでは、次は産婦人科・周産期医療部会の小林浩部会長お願いしいます。

小林浩委員：　それでは、産婦人科・周産期医療部会についてご説明いたします。過去２回、６月、７月に部会を開催しております。

まず第一に、本部会では現状の解析と問題点および今後の中長期的なビジョンということを示せるように努力をしております。昨年の橿原市の妊産婦の事案を受けまして、この協議会の前に知事を委員長としました検証会が開催されました。その会で対応策の概略・具体案が出てきました。現在、確かに分娩を取り扱う医療機関というのが、ここ５年で１６から１０に減ったという事実がございます。

２番目の問題といたしまして、ハイリスク妊産婦に関しては、事実上対応できる医療機関は医大と県立奈良病院だけです。病院の数を増やすということは不可能ですので、この二つを拠点病院として、これに連携する協力型病院とコミュニケーションを密にとるという、いわゆる集約化というよりは、その病院の特徴を持たせた機能分担をするということで、話が大体まとまってきております。

それから、総合周産期母子医療センターが今年６月にオープンいたしましたけれども、まだ看護師不足でフルオープンまでに至っていないというのが現状です。

産婦人科一次救急という言葉とハイリスク妊婦搬送という言葉がございますが、奈良県には産婦人科の一次救急がございませんでした。この一次救急と言いますのは、ハイリスク妊婦とはちょっと違います。例えば夜間に、女性の方がおなかが痛いとか、

出血があった場合に産婦人科に特化した一次救急を診るというシステムがございませんでした。これを今年の２月から産婦人科医会、医師会の強力なバックアップのもと、開業医の先生が、連日、一次輪番を立ち上げていただきました。現在のところ、北和と中南和１カ所ずつ一次救急をオープンしております。

ハイリスク妊婦の搬送に関しましては、現在そのコーディネーターの配置がまだ不十分です。現在、医大の産婦人科の当直医がコーディネーターの業務を代行しているというような状況でございますけれども、産婦人科の一次救急患者が一次輪番に行くようになっただけでも、ハイリスク妊婦を受ける可能性は高いということになります。３年前には、４５％のハイリスク妊産婦さんが県外に搬送されましたが、昨年は２２％まで低下しております。３年間で半減いたしました。逆に、病床稼働率は１６０％以上と上昇しておりますけれども、大学の中の自助努力でかなり改善はしてきているようです。

今後の中期的なビジョンですけれども、医師確保並びに看護師確保というのが非常に大きなキーワードになるわけです。最近、産婦人科の医師に関しましては、かなり追い風になっております。若手医師がどんどん今増えてきておりますので、やはり具体的なビジョンを示せば若い医師は必ず来ます。産科の若手あるいは中堅医師が新生児科やＮＩＣＵでトレーニングしたいという意見もございます。

総合周産期母子医療センターをフルオープンできない原因の一つとして、やっぱり看護師確保ということがございますので、そちらは看護師確保部会と連携して進めていきたいと思っております。

コーディネーターについては、見直しと書いてありますが、見直しというのはやめるという意味ではなくて、バージョンアップといいますか、奈良県でも効率的に広域連携で妊婦を搬送できるようなシステムを構築したいというふうに考えております。具体的にはすでに広域連携協議会で話が進んでおります。さらに、奈良県には新生児搬送用のドクターカーがございません。これを行政だけにお願いするのが妥当かどうかちょっとわかりませんが、例えば、ほかの県を調べますと、宝くじとかパチンコとか、そういう企業に依頼して、宝くじ号という名前で新生児ドクターカーを運用している地域もございますので、そのような企業との連携ということも視野に入れて検討していただきたいと考えております。

さらに周産期医療体制に関しまして、一番問題である医療訴訟問題ですが、来年の１月１日から産科無過失補償制度というのが始まります。これによって脳性麻痺が激減すれば、より若い医師の参入というのが期待されると思います。

以上でございます。

吉 田 会 長：　はい、ありがとうございました。

随分成果が上がっておるようで、心強く感じております。

それでは、次は小児医療部会、西野委員、お願いします。

西 野 委 員：　西野です。

小児医療部会では、まず将来的な問題として、日本小児科学会から提案されております小児医療提供モデル案というものがここ２年の間に、以前の審議会で既に提案・協議されておりましたので、今回は小児救急ということに絞ってやっていきたい

と思いました。

小児救急は、御存じのように一次、それから二次、それから最終的に三次ということなんですが、奈良県の特徴としては、二次病院にかかるのが非常に多いというのが特徴です。奈良県は全国に先駆けて、小児二次輪番体制というものをつくりました。それは、かなり先を読んでつくったもので、それが今現在もちゃんと機能しておりますので、県外搬送は０％だと思っております。救急搬送を断ることもないと思っております。そういう今は非常にいい状態で動いているんですが、実は崩壊の危機にあるというのが現状です。それはなぜかといいますと、まず最近ですね、患者さんが小児科の医師に診ていただきたいと。要するに休日診療所で内科の先生では困る。外科の先生では困る。とにかく小児科の先生に診てほしいという要望が非常に高いので、休日診療所になかなか行ってくれない。実は休日診療所にかかる患者さんの５０％から６０％は小児なんですよ。ところが、奈良県では橿原休日診療所を除いて、他のところでは小児科医が常駐していないという現状で、お母さんが来られて、当然患者さんに幾ら休日診療所勧めても、行ってくれないということで、当然二次病院、本来は二次の入院患者を、重症患者を対象とする病院に一次救急の患者さんが集まる。これを称してコンビニ受診と言っているのかどうか、なかなか難しいですが、実はきのう青木先生に来ていただきまして、受診の状況を調べましたら、大体６～７割以上は検査処置しておりまして、コンビニとはなかなか言えないなという感じを持ったのが現状なんですけれども、これはまた後日発表していただけると思いました。

そういうことで、二次病院の負担がかかっているということなんです。実は、この二次病院で過重労働をする小児科医師が嫌気をさして退職していくということが、現在の奈良の小児科医師の数が減っているという原因となっています。この輪番病院、もしくは小児救急をしていただける公的病院の医師が減少しているという状況で、北和地域では、９病院が６病院にも減っております。かなりの部分の参加が減って、病院の医師がやめたいとか、異動したいとかいうふうな現状が起こっているということを御理解していただきたいということであります。

それと三次救急に関しましては、概ね医大の方でとっていただいております。しかし、搬送に相当時間がかかる場合もありますので、三次救急についても現実的な問題として送れない。

この対策に関しましては、約２回ほど会議でそれぞれ２時間半ほどかけましたが、なかなかいい案がでてきません。一応休日診療所、もしくは広域の休日診療所をつくって、集約した方が効率が上がるんじゃないかとか、二次病院の勤務医の負担軽減のために開業の先生方と手を組んで、連携を深めて、何らかの対策を模索するということ。それから、適正受診、要するに患者さんの意識の向上ということを図るというふうなことが、今、検討されていたところです。

以上です。

吉 田 会 長：　ありがとうございました。

次は、医師確保部会です。よろしくお願いします。

福 井 委 員：　奈良医大の卒後臨床研修センター長をしております福井でございます。医師確保部会の内容は、先ほど先生方もいろいろ御指摘ございましたように、すべての分野に

関わってきております。これまで、２回、部会をやりました。なかなかうまくまとまりませんが、１回目の討議内容は既にホームページにアップされておりますので、また見ていただければと思っております。第１回は吉田会長先生にも御出席いただきまして、本当にいろんなことを話し合いました。県の方が準備いただいた資料を参考にして、ご説明申し上げたいと思います。第１回は厚生労働省の資料、県の資料、それから各委員の持ち寄った資料を基にして、奈良県の医師の充足度の現状把握をやりました。御異論もあろうかと思いますが、単純に欠員があるかどうかという立場から見ますと、本県では診療科別としては小児科、産科、麻酔科などで、地域別では南和医療圏、中和医療圏で、病院診療所別としては病院で、医師が明らかに不足しているということがわかります。

それから、資料８番にありますが、高齢化、さらに医療の高度化とともに、患者さん１人当たりにかける医療の質やボリュームが非常に増えておりますので、単純な欠員ということだけではなくて、さらにそれ以上に１人１人の勤務が過重になっております。理想の医療をやる意味において不足数を計算し直しますと、もっと足りない。またいろんな問題が出てきますのでで、これについては、課題にしてあります。

それから２番目の臨床研修医の定員に対するマッチ者数の割合が低いということですが、確かに１３０名の奈良県に対するマッチ率が低いことは事実ですが、低いからまだ定員を低いところに下げてしまおうというのではなくて、私たちの希望とすれば、奈良県にはこれぐらいの初期臨床研修医数は必要であるから何とかそれに近づけてく努力をしなければならないということです。今後のさらなる具体策については、現在は来年度の臨床研修医の試験もやっている最中ですので、それが終わった後で、このことを反省の意味もこめて、話し合いたいと思っております。

それから、医師の養成や派遣に対して、県立医科大学に依存し過ぎていた面があるという御指摘ですが、これは医大の側からは、言いづらいことではございますが、これからも奈良県医療の中心的役割を果たしていきたいと思っております。地域の病院との連携をさらに深めながら、新しいプログラムを立ち上げて、双方で維持する努力をしていきたい、そう言った提案を医大病院からして行きたいと思っております。

それから、女性医師の割合が年々増加している。これはもう明らかなことでございます。さらに医師以外の職種でも可能な作業を医師が全部やっており、雑用に追われて、さらに忙しくなっているという状況もあります。それから、病院勤務医については、当直も含めて勤務時間が非常に長い。３０時間労働などというのもわれわれは耐えてきた、人の命を守るのは我々の責務であるという使命感に立って頑張ってきたわけでございますが、これもかなり限界に来ております。

さらに、訴訟リスクがあることが、医師のモチベーション低下の一因となり、診療科間での偏在を招いていること、これらが現状把握でございます。

とりあえず、策を講じるということから、すぐできる方策ということで、２番目の項目のところで幾つか話し合いました。まず先ほど申しました奈良県の卒後臨床研修の一層の改善を目指し、卒後臨床研修連絡協議会を立ち上げて、お互いに話し合って、協力できることは協力していったらどうかと思います。その席上、研修医の集いなんかを提案できたらと、つまり臨床研修連絡協議会を母体にして奈良県研修医の集いを

始めたらどうかと思います。それから、医大や医大病院のホームページの内容もまだ少し乏しいとこがございますが、県としても県のホームページの中に、奈良県は医師が必要なんだという姿勢を多いにアピールしていただけたらと思います。そこに我々も新しい研修の試みなどどんどんアップロードいたしまして盛り上げていきたいと思います。我々もできるだけ早く臨床研修情報を充実させていきたいという希望がありますので、お願いしたいと思います。

それから、前期の臨床研修も大事でございますが、それから後のいわゆる専門医養成するコースも工夫し、優秀な専門医に教育していきたいと考えます。大学病院も関与しながら、各病院との連携のもとに優秀な専門医を一緒につくって行こううということで、これもさらにアピールしていきたいことでございます。

今後やるべきこととしては、例えば女性医師に対して復職支援センターをつくる。これは今まで大学各診療科が個別にやっていたわけでございますが、他の地区ではコーディネーター的な役割を果たす事務の方もおられて、いろんな情報を集めて個々に面談し、奈良県全体のスタンスとして育児で職場を離れていた女性医師の復職を支援することがあってもいいんではないか、と思います。

それから２４時間保育施設、病児保育施設の設立といった話も出ました。どこにこれを頼むかということはありますが、こういったことアメニテイの改善があれば、働きやすくなり、良いのではないかと思います。

それから、主治医精度の見直し、トリアージナースの導入、医師の働き方の見直し、交代制勤務の導入、これら全部をやっていくとなると、もっと医師がいるわけですね。ですから、これは今後の問題としてもう一度考え直したいと思っております。

ともかく、現実に今、先ほど小林先生が言われましたように若い医師に病院としての県としてのビジョンを示さなければならないと思います。良いプログラム、夢のあるプログラムをつくって、それを若い人に訴えていくということです。また次回の部会が終わりましたら、御報告をしたいと思います。

以上でございます。

吉 田 会 長：　どうもありがとうございました。

それでは、公立病院改革部会及び看護師確保部会、この両部会長とも本日欠席でございますので、武末次長からお願いいたします。

武 末 次 長：　健康安全局の武末でございます。本日欠席されている飯田部会長及び伊関部会長のかわりに、看護師等確保部会と公立病院改革部会の報告をさせていただきます。

まず７ページの看護師等確保部会でございます。現状と問題といたしまして、現在奈良県における看護師数が２５から２９歳をピークとして、年齢が経るとともに、減少しているということが、非常に問題となっております。従いまして、奈良県における離職率が、東京と並んで全国１位であるということを何とかしなければならない。

２番目としましては、県内で養成した看護師の方々が、県内で就職していただけないという点がございます。１９年度実績で５７．７％、前年度に比べると半減しているとありますが、約半数が県外に出てきているということが、なぜかという議論の過程で少し出てきたことで３番目が出てきました。これは、ほかとは少し粒度が違ってくる。具体的な議論のベースでございまして、看護師の養成機関と実習病院の連携

が不十分なのではないかと。養成機関が実習病院に来たときに、そこで働きたいというような経験を積んでいく必要が、結果的には県内就職率のアップにつながるのではないかというようなことで、養成機関の求めていることというのを両機関で話し合っていく必要があるかもしれないというようなことがあります。

４番目としまして、重症心身障害児施設等の福祉施設で、当然一部医療的なケアを行っているわけでございますが、なかなか看護師の確保が、特に看護師の確保はいろんなところでも苦労しているところでございますけれども、重症心身障害児施設では、ここでは特に困難であるというような現状が示されております。

５番目の認定看護師資格等の取得を目指す看護師に対する負担が大きいということでございますけれども、これは、看護師のキャリアアップ、働いてだんだんレベルアップをしていく、それに沿う処遇を受けていくというところが今の看護職等ではないので、そこを何か制度をつくっていけばいいのではないかという御意見が出ていました。

あと医師のところでも出てきましたけれども、各資格職の役割分担、業務の役割分担をもう少し見直す必要が、現在の状況ではあるんではないかという意見がありますし、７番目のモチベーションですね、それを確保するためには、きちんとしたハード面での環境整備が必要だということです。

最後に、現行の県の奨学金制度、学生を対象に貸与をしているものでございますけれども、使いにくいという御意見が出ております。

具体的な施策及び対応の方向性でございますけれども、多くの自治体で行われております定着促進策、離職防止、復職支援のための取り組みというのは、一通りこれは奈良県はほかの県と遜色なく取り組んでいるところでございます。しかしながら、２番目のところで、養成機関と実習病院がもう少し連携していくと、さらに県内就職率が上がるんじゃないかというような今後の取り組みの提言がなされております。

さらには、福祉で働く看護職員の確保というのも、何らかの対策、これはまだどういった対策かということは出ておりませんけれども、考えていこうというような方向で今検討しております。

４番目としまして、認定看護師、専門看護師等の資格等のキャリアアップを、これは逆に同じ医療職である医師を見ますと、臨床研修であるとか、博士号を取るとき、あるいは、留学、そしてある病院で部長になるなどといった形で、一定の節目節目に何らかの目標が設定されているのに対して、看護職は１０年程度何らそういったものがなく、どういったことをやればいいのか、なかなか目標が定めにくくて苦しんでいるというようなことに対して、何らかの支援制度をつくってはどうかというふうに提言されております。

そして、これはワークライフバランスの実現のための業務分担の見直し、仕組み、アウトソーシングの検討ですね、これはもう医療職には限らないことでございますけれども、特に女性が多い医療現場、医師でも女性が増えているという現状及び医療職がこれほど人材不足であるという環境を考えますと、こういうワークライフバランスというのは、一般の労働の問題ではありますけれども、特段医療の分野でまずは取り組むべき問題ではないかという提言がなされております。

以上が看護師等確保部会の報告でございます。

引き続きまして、公立病院改革部会の方の報告に入らせていただきます。

実は、公立病院改革部会については、まだ１回も開催になっておりませんので、作業部会ということで、事務長レベルの作業部会を開催しております。そこで、提示された問題、現状の問題としては、常勤医の引き上げによる診療科の縮小、閉鎖による診療機能が低下している。累積赤字の増加、資金繰りの悪化などによる経営状況が悪化している。いわゆるコンビニ受診ですね、適切な受診、急がないのに、夜間に来るというような受診が増加することによって、特に公立病院の負担がふえているのではないかと。そして、これは奈良県全体の公的病院に言えることですけれども、施設設備の老朽化、ちょうど昭和３０年代から４０年代に多くの病院が建っておりまして、室内が老朽化で治療が困難なばかりではなく、耐震構造上も問題があるというふうな指摘がされております。

これに対してですけれども、特に、現在、この公立病院改革部会においては、議論をする前にまず現状の調査をすることが必要ではないかということで、そこにお示ししますように、公立病院、公的病院ですね、これは赤十字病院、奈良県にはないと思いますけれども、それと済生会病院を含めていけば公立病院と公的病院の現状調査ということで、調査を始めております。

この公立病院・公的病院の調査というのは、まずは現場を知る。調査をするということを基本的なコンセプトとして行っております。一つは、そこに書いてございますように、公立病院の簡易的な経営診断を行いまして、２番目、３番目、４番目にありますように、医師、あるいは医療の専門職、これは２番目はどちらかというと現場重視、全員に対してアンケートをして回答を得ているところでございます。

３番目の方は、部長、医長クラスでのヒアリングを行っておりますし、それ以外にコメディカルのヒアリングも行って、聞き取りを行っております。これにより今、公的病院がどういった問題を抱えているかというところを収集しまして、今この問題点の抽出を行っているところでございます。

２番目の丸としまして、地域医療の実態調査というのを、業務委託にて実施をするということでございます。これは８月に実施委託業者が決まりまして、今から調査が開始されるところでございますけれども、そして、その結果を出していきたいというふうに考えております。

調査の内容でございますが、資料の２の方を見ていただきたいんですが、その４５ページに奈良県医療提供体制検討支援業務における調査の概要というＡ４の一枚物がございます。今まで何度か伺いましたヒアリングを少し医療にたとえますと、問診を行ってきたというところでございます。対象は、医師、看護師、コメディカル、院長、事務長などでございます。今後の８月からの調査については、そこに書いてありますようなことを現場に入って、事細かくカルテをめくりながら、台帳をめくりながら調べていくという作業をいたします。そういった現場の実態を把握した後に、一体奈良県の医療の根本的な課題、問題ですね、熱が出たとか、せきが出るとかいうような症状ではなくて、どこに根本的な中心的な問題があるのかということを同定しまして、そこに対する対策をとっていきたいというふうに考えております。

最終的にこういった現場の実態調査を十分に行った上で、その実態をデータとして明らかにして、最終的な対策を、具体的な対策を立てていくという予定でございます。公立病院改革部会の方は以上でございます。

吉田会長： どうもありがとうございました。皆さん、大変に要領よくまとめていただきましたので、内容のある御報告でございました。

ただいまからそれぞれの御報告に対して、御意見、あるいは御質問等がございましたら、活発に討議をしたいと思います。どの部会にどういう質問が、どういう意見があるということでお願いします。それから、皆さんの御意見をお伺いした後で、荒井知事から御意見等を出していただきます。御遠慮なくどうぞ。

今村委員： 奈良医大の今村でございます。

今の部会全体の報告に対して、医師不足という問題についてちょっと私の持っている私見をご説明したいと思います。私は厚生労働省の一次救急の研究班をやっておりまして、その中で医師がなぜ足りないのかということを研究しております。よく言われている一般の理由としては、女性医師の比率が高まってきていること。特に小児科、産婦人科では４割から５割の方々が女性医師であります。さらに、その中で、女性医師の場合は妊娠出産の時期がございますので、リタイアする時期というのがございまして、大体３０から４０ぐらいの間で、２０％ぐらいの方々がリタイアします。ちょうど女性医師の比率が上がってきた原因と、この方々がピークに達している年齢がありますので、数としてはかなりの数が、新しくどこかに流れているんですけれども、実際の労働力という面で見たときには、この数ほど数字が出ないという状態があって、その女性医師が休職期間をどれだけ短かくするかということ、また、どれだけ早く戻ってきてもらえるかということが、かなり大きな問題になっておりまして、医師確保の中では、最も大きな実効性のあるものとして考えられるんじゃないかなと、これは情報提供です。

もう一つございまして、これは余り表に出てきていないんですけれども、新しく入ってくるドクターの数というのは、実は増えていまして、小児科なども入る数は、着々と数が増えてきています。それがなぜこんなに医師不足と言われるのか調べておるわけですが、継続期間が短かくなっていてという現実がございます。３０年前のドクターで、小児科を目指した方々が、小児科をやめるまで、２割やめるのに３０年かかっているんですけれども、今２割の方がやめるのに５、６年、昔は最初志した診療科が、なかなか入れなかったんですけれども、今はドクターも診療科を捨てて、ほかの診療科に復帰するという状態ですので、たくさん入ってくるんですけれども、たくさんやめるという状況があって、どれだけ一つ診療科を選んでいただいた後で、その診療科を続けてやってもらえるのかということが、二つめの大きな課題としてあげられます。この２点が多分、医師確保の中では数字上、考えていただいた方がいいんじゃないかなという感じです。

以上です。

吉田会長：どうもありがとうございました。大変貴重な情報を提供をしていただいたと思います。女性医師の問題とそれぞれの専門家の継続性の問題について。どうぞ。

村上委員：奈良ＮＰＯセンターの村上と言います。

今、発表された部会の報告について、要望をまず申し上げたいと思います。公立病院改革部会で、ぜひ検討していただきたいのは、この協議会の目的の一つとして、医療を受ける側と提供する側の情報交換ということが挙げられていると思うんですが、奈良県内では、残念ながら、患者情報室を設けている公立病院がないんですね。自分の病気について知るチャンス、あるいは、病気を患っておられる方々、患者会の情報であるとかですね、同じ病気の方々の情報を得る機会がないというのが現状なので、ぜひ患者情報室を設置する。常勤のスタッフの方がおられて、そこにいるというふうな体制がとれればそれが一番いいことでしょうが、まず情報提供の場を公立病院の中にぜひ設けていただくと、そのことをやっていただきたいというふうに思います。

それにつけ加えて、同じくいろんな取り組みをしている市民活動グループが、患者塾であるとか、病院探検隊というようなものを派遣して、病院の状況等を市民の側に情報提供できる、市民の側もこういうところを改善してほしいという情報提供ができる、そういうようなことを設けるということをぜひ検討していただきたいというふうに思います。

それから、私、自分が加わっていて２回とも残念ながら部会に出席できなかったんですが、健康長寿部会についてです。これも議論の話題の一つに挙げてほしいと思っているのが、実は精神障害のある人たちへの問題です。これは医療関係の皆さん方よく御存じだと思いますが、いわゆる精神科の病棟に入院している人たちが約２１万人ぐらい。そのうちの３分の１、約７万人がもう既に寛解状態、医療のケアが必要でない状態の方々が入院しているんです。それが日本の医療にとって大問題だと思うんですが、これを地域に受け入れられる受け皿づくりがもちろん必要であって、それを引き受けるのが、市民活動グループなんですね。そういうものをバックアップするようなことをぜひ健康長寿部会で議論すべきじゃないかというふうに思っています。

前に申し上げたと思うんですが、どの部会にも属さないで、ぜひこの協議会で議論すべき問題だということを何点か挙げたいんですが、よろしいですか。

吉 田 会 長：　ちょっとそれじゃあ、その前に今それぞれ３点ほどおっしゃいましたね、要望。それについてのお答えとか、現状を御説明いただいて、その後にお願いいたします。始めの方の公立病院関係で、今日、部会長お休みですけれども、武末次長、情報室と市民活動、その２点。

武 末 次 長：医療従事者と患者さんのコミュニケーションの向上を図るという趣旨だと思いますが、いかがでしょうか。よく今まで１９９０年から取り組まれてきた活動というのは、医療従事者側から患者に対する情報提供ということで、１０年間以上取り組まれてきたわけですが、昨今、がん対策基本法などを見ましても、患者側から医療従事者に対してこういう医療を望むというような活動が今、世の中にあるということは間違いございません。

したがいまして、そういったことについて、どういうふうなやり方があるのか、今、患者情報室というのは多分一つ取り組みの例だと思いますけれども、そういったことも含めまして、どうやったら医師と医療関係者と患者さんの間で、コミュニケーションがとれるのかというのを検討していく、そういうことでよろしゅうございますでしょうか。まず私の二つはお答え申し上げます。

吉 田 会 長：　ありがとうございました。それでは、小林部会長、ただいまの精神疾患の方で、約２１万人、うち７万人の方、それを地域として受けるというような受け皿があるか、受け皿をつくるべきだという御提案をいただきましたが、いかがでしょうか。

小林秀委員：　大変ごもっともな御意見だと思いました。私は前、厚生省の精神保健課長で、昭和６２年の法改正をやった担当者でございますので、全部わかっております。それで、我々のこの健康長寿部会のメンバーにも精神科の先生に入っていただいておりまして、実は昨日、議論をする予定だったんですけれども、課題の一番最後だったもので、時間切れになってしまっていて、事務局から考え方の説明だけを聞いたというところで終わってしまって、精神障害者の社会復帰ということは、大変大事なことだと。そういう意味で我々初めから地域ケアという概念でやらないと、それを病院が出せ出せと言ったって、実際には受け皿になる地域の方々の御理解がないと、これはうまくいきませんので、その辺を長年、中でも医療の文化度というのがやっぱりその地域住民の方々が御病気の方々に対してどういう感情を持たれているのかということは、それは簡単に教育といっても、簡単にできないし、そこがやっぱり若干時間はかかるのかなというふうには思っています。でも、大切なことであるということについては間違いないと、そういうふうに思っております。

吉 田 会 長：　この点に関して、県の方でお考え、あるいは議論をされたところでもあろうかと思うんですが、竹村健康安全局長、あるいは武末次長、何かありましたら。

畑 中 課 長 ：　県の健康増進課でございます。今の精神の社会的入院の患者の地域と申しますか、そこにつきまして大変大きな問題となっているときに、そのために社会的入院者のですね、退院計画等をつくりまして、現在取り組んでいるところでございます。具体的な対策等につきましては、また部会の方でつくっていただきたいと思っております。以上でございます。

吉 田 会 長：　それでは、村上委員、全体を通しての御要望というのを聞きます。どうぞ。

村 上 委 員：　３点あるんですが、１点目は、国の方で２０１１年に導入がもう既に決まっているという仮称社会保障カードについてです。これについて、個人情報、プライバシーの問題もあって反対だという、例えば、日弁連なんかの意向もあるんですが、国としては導入の方向で動いているということなんですね。それについては、ほとんど情報が流れていない。まだ何も決まっていないというようなこともあるんでしょうけれども、このままずるずる２０１１年を迎えると、後期高齢者医療制度と同じで、制度が明らかになった時点ではもう手おくれで、大変な大混乱に陥るというようなことになりかねない。逆に、これをこの協議会で議論をして、積極的に利用するようなことを考えたらどうか。例えば、医療を提供する側からの情報がケア、あるいは福祉の関連の人たちに提供される。あるいは日常的な生活で受けているケアの情報が医療側にも提供される。医療の流れも、在宅医療にシフトするという状況から考えて、これは本当にぜひ必要な情報の共有になるものですからね。

それと年金、医療、介護の情報を一本化するカードをつくるというんですから、それを有効に利用して、ケアの側も、医療の側も情報が共有できるようなシステムを、奈良が率先してやるというようなぐらいの意気込みでやるんだと。国が決めないから情報がまだ流せないというんじゃなくて、こういうことをシミュレーションすれば、

こういう問題点があるというのは、奈良県から厚労省に言うぐらいのスタンスで、ぜひ積極的に取り入れるべきじゃないかというふうに思います。これが１点。

それから２点目は、これは余り奈良では大きな問題になっていないんですが、アスベスト被害の問題ですね。奈良県西部でかなり広範囲にアスベスト被害が出ているということですね。これは環境省の今年の２月の調査で奈良県も調査をされまして、石綿関連の工場で働いていた人、家族以外の人でも、かなり遠い地域の人にも被害が出ているんです。数十年たってから中皮腫等になるということを考えると、これはもう大規模な被害が出る恐れがあるんじゃないかというふうに心配するんですけれども、これも大規模な疫学調査をする必要があるんじゃないかというふうに思います。２月に出た調査をもとに、これは地域調査なので、広域的な健康調査をする必要があるんじゃないかというふうに思います。これが２点。

それから３点目、これも議論すべきじゃないかと思うんですが、新型インフルエンザ対策ですね。国でもパニックが起これば６０数万人が亡くなるということを想定していろんな対策を講じようとしているところです。この協議会でもやはりパニックになる、いつ起こってもおかしくない状況だと言われているものなので、奈良がメッセージを発しないというのはおかしいんじゃないかと思います。これについての議論の場というのを設ける必要があるんじゃないかというふうに思います。

以上です。

吉田会長：　ありがとうございました。今御指摘いただいた３点、それぞれ大変大事なことだと思います。一番最初の２０１１年の社会保障カードの発行の件、これは私自身もこの件に関して詳しいことはまだ存じません。したがって、これから十分調査して、どういうふうにするか、対応したいというふうに思っております。

それから２番目のアスベスト被害、これもおっしゃるとおりでございますが、奈良県には医科大学にこのアスベスト専門の教授もいらっしゃいますし、その辺のところとよく御相談して、対応したいと。

それから３番目の新型インフルエンザ、これも大変重要なことですけれども、この点についても十分にケアをしておきたいというふうに思っております。

荒井知事：　今おっしゃった三つは、国の中でも大きな問題であります。この協議会は、奈良県地域医療等対策協議会なので、奈良県で取り組むべき問題に集中していただきたいと私は思います。特に２、３は国の関与がぜひ必要な訳でございますし、奈良県だけの病状であれば、奈良県がやるべきですが、調査などは全国的にしないと、その治験が集まらないと私は思います。特に、この地域医療等対策協議会は大変課題が多くありますので、こういうのに特化してやるのは、私は反対です。ただ１番目の社会保障カードとかは、年金が含まれる点で国がやらないと意味がないと、私は思います。ただ、実は後で報告しようかと思ったんですが、奈良県だけでできるのは、医療と介護の健康手帳のようなものを１４０万人いますけれども、成人に向けて、母子手帳が、これ小林先生に教えてもらったことで、母子手帳は大変優秀ですので、健康安全手帳なるものを、コンテンツを十分吟味して発行できないかということは、事務的に検討しております。この協議会でも議論していただくとありがたいというふうに思います。

そういう中で、ＩＣチップなんかが入ることになれば、大変な薬歴、病歴がその患者の個人の情報が入りますので、そういうことができるのかどうか、安い費用でできるのかどうかというのは、別途検討はしております。

以上です。

吉田会長：　ありがとうございました。村上委員は、しかし国に任せたらいつになるかわからんから、奈良県から発信したらどうかというふうな御意見かと思いますが、知事の考えはただいまのとおりであります。

荒井知事：　他で県も関係しておりますので、検討するのはいいですけれども、この地域医療協議会、これだけのメンバーが集まっている中で、場所をとるというのは反対です。県の他のところで、この石綿とかをやっていないわけじゃないんです。課題を抱えておりますので、個別課題として処分したいということでございます。

吉田会長：　武末次長、どうぞ。

武末次長：　社会保障カードの現状について少し御説明いたします。一般に社会保障カードと言われておりますのは、年金手帳と健康保険証、介護保険証の三つのカードを一つのＩＣカードで集約させていくと。それを２０１１年度、平成２３年度までに導入を目指して、具体的な導入に向けての検討をしていくということでございます。これは国の方では、もう既に今年の１月だったと思いますけれども、報告書が出ておりまして、今知事の御指摘があったように、集約化をする利便性や効率化が図れる一方で、個人情報の問題があるので、そういう問題についてはどうしていくのかというのが、一つ課題としてあります。

奈良県で、先行するということについては、これは、やり方次第かと思っておりまして、そこが一つは、将来２０１１年に全国の共通した規格で出る物を先行して奈良でつくってしまうと、また、全国版が出たときに、全部入れかえないといけなくなるという非効率的なことがありますので、そういったハードのことは抜きにして、今知事の方から言いましたように、一部分、集約化したりして、手帳を発行したりするという何らかの目的の部分を一部分奈良県で試みてみるということは、検討する価値が十分あるのかなというふうに考えております。

以上でございます。

吉田会長：　ありがとうございました。ただいまいただいた三つの点について、全体についての御意見、あるいは御提案をいただくわけでございますけれども、これはやるか、やらんかということもあろうかと思いますが、やれるか、やれんか、これだけの限られた、しかも時間的なこともありますので、それもぜひとも十分に勘案しないといけないというふうに思いますが、ただいまの御意見は大変貴重な御意見として拝聴いたしました。

ほかに、どなたか、どうぞ。

小林浩委員：　看護師等確保部会の部会長がお見えじゃないので質問しにくいのですが、例えば、産婦人科の医師確保にしましても、やはり短期的なビジョンを示せばそれなりに学生、あるいは初期研修、後期研修の先生方に反応があります。確実に手ごたえを感じます。へき地医療部会も、あるいは医師確保部会も短期的なビジョンというのがある程度資料に書いてあります。しかし、看護師等確保部会に関しまして、施策及び対応の方向

ということで、具体的なことがほとんど書いてありません。この部会で短期的なビジョンとしてこういうことをやって看護師を確保するというような話し合いがあったのでしたら、教えていただきたいのですが。

武 末 次 長： 実はやはりそれぞれの部会でいろいろな進み方の度合いが違いまして、看護師等確保部会については、第２回目で比較的にその点が提示されてきたところでございます。一番そういう意味で進んでいるのは、この７番目のところですね、７ページの７番目、看護職員のモチベーションの確保のためには、ハード面での環境整備が必要ではないかということ、それと、５番目のところで、今いろいろな専門看護職がある中で、それに対しての支援をしていくことが働きやすい、あるいは、奈良県でそういう独自の制度を持てば、奈良県に行って働こうというような人が出てくるのではないかというとこが出ているところまででして、具体的にどういうことを行って、それを実現していくかというところまではまだ部会の議論としては至っていないところでございます。

以上です。

吉 田 会 長： 小林先生のところは、何か、先ほどの御発表で大変成果も上がっているし、先生の御報告を聞いていたら、聞いている方が明るくなってきたんだけれども。

小林浩委員： 知事が九つの対応策の中で決定されたように、財政的な支援や、ハード、ソフト、ヒューマンウエアをうまく連携しようというようなことが盛り込まれ、その中には具体的な項目がちゃんと記載されております。それをかなり若手の医師やさらに学生もホームページなども見ております。先生、この内容は本当ですかという連絡もいただきますので、実際にみんなそれらを見ているんですね。ですから、そういう情報を発信して、財政的にもこれだけ優遇されますとか、学生でも地域枠、あるいは、推薦枠もありますというようなことも大々的にアピールしていくと、定着してくれると思うんです。具体的には、その現状と問題のところにでも、３番目に三つの項目があります。

また、私が実感する一例を申し上げます。県立病院には優秀な看護師・助産師がたくさんいます。ただ彼女たちが5時に終われないんですね。やはり長時間勤務しますと仕事が長続きしないので、恐らく離職率も高くなってしまうんじゃないかと思います。そういうことも一つの大きな要因なので、それに向けた具体的な方策を出していく。そして、これを目に見える形で示してあげるのが大事じゃないかと思います。

吉 田 会 長： そうですね、単に夢だけじゃなく、具体性のあるものをちゃんと示したら、成果はちゃんと出てくるんだというような御意見でございました。

吉岡副会長。

吉岡副会長 ： ただいま各部会から発せられたように、やはり医師の確保、マンパワーの問題が大きな問題になっています。奈良県下で医師を教育して、供給する側の唯一の機関としての医科大学の立場で少し発言させていただきます。今年度からいわゆる緊急医師確保のための増員枠というのができまして、これは既に５名を募集、既に入学を許可しております。これまでの定員９５名にプラス５名ということで、１００名がこの４月から入学してきています。

もう一つは、「地域枠」というのがございます。数はふえても、奈良県への定着が

低ければ、残念ながら余り意味がないという考え方から、奈良県では独自に奈良県の住民であるとか、奈良県の高等学校に在籍した者を少し優先的に枠をつくるということで、これも今年から１０名枠をつくって入学を許可しています。さらに、現在、文部科学省及び厚労省の方で、さらに長期的に医師を増員せよと、そのための財政的な措置をとるということで、既に全国の国立・公立・私立の学長もしくは病院長レベルが集められまして、それで国の方針が出されております。まだ、最終的な結論には至っておりませんけれども、一番日本で医師の養成数が多かった時期は、年間８千数百名だったものが、現時点では7,８００名ぐらいまで落ちていると思います。５００名程度回復させることはやろうと、少なくともそれはやるという方針でございます。奈良医大だけではなくて、全国の各大学にこれにどのようなプログラムでもって、医学生を増員するのかということが問われております。県とも相談し、奈良医大としても平成２１年度からさらに増員を図るべく、現在計画をしているところでございます。

吉田会長：　それではほかに御質問、コメントございましたら、お願いいたします。どうぞ。

秋山委員：　今日はそれぞれの部会の先生方の御尽力で解決策の方向性まで見えて、本当に心強く思いました。2点あります。

まずは、先ほどの看護師等確保部会の中で出た看護師のキャリアアップ、特に認定看護師、専門看護師の資格取得というところですけれども、確かに医師不足の中で医療の質を上げるという意味で、非常に有効だと思うんですが、資格を取った後に病院の中でポジションを作るというか、役割を果たせる体制づくりというのが恐らく続けて働いてくれるかどうかというところにかかってくると思います。私どもの東京の病院でも、認定看護師はともかく、専門看護師についてはまだまだ使い切れない、どこに配置していいかわからないというような悩みもあるようですので、その辺も一緒に進めていっていただけると、優秀な人材が地域の病院に残ってくれるのではないかと思いました。

そして、もう１点は、すべての部会に共通することだと思うのですが、最初に知事がおっしゃいました、連携、みんなが力を合わせていくということをどう作っていくか。この「皆」という中には、医師以外の専門職の皆さん、そして行政、それから住民というのも担い手として入ってくると痛感いたしました。例えば、若いドクターの確保ということも、先生方がビジョンを示して、すばらしいプログラムをつくって、せっかく医師の方が集まってくださったら、その努力を実りあるものにするためにも、地域ぐるみでそのお医者さんたち、若いお医者さんを大切に育てていくというような住民の啓発のようなものが非常に大事だと感じました。コンビニ受診というのも、救急医療とか小児医療の現状、実情を知らないから、あるいはそこまで考えが及ばないからという点もあると思います。そのあたりの啓発も含めて、住民をサポーターとして引き入れていくために、きょうはメディアの方も取材にいらっしゃっていましたけれども、地域のメディアというのも、ひとつ担い手として大きな役割を果たせるのかなと感じました。そんなところです。

吉田会長：　どうもありがとうございました。大変貴重な御意見だと思いますし、おっしゃるとおりでございまして、知事からの挨拶の中にもございましたし、私どもも申し

上げましたけれども、やはり限られた医療資源、これを大事に使うと。県民全体が、つまり医療崩壊なんて言葉がありますけれども、医療が崩壊したらだれが一番被害を受けるかというと県民なんです。だから、これは我々みんなでやらなければいけない。そのためには、やはり地域住民の方々に、啓蒙といいますか、物の考え方、現状、それに対する理解を深めないといけない、こういった運動が必要だというふうに、この協議会では思っておりまして、シンポジウムを開いたり、それぞれに努力はしておりますが、もっと努力した方がいいというふうに思います。

　地域のメディアの人、おられますか。代表して今のご発言に何かありませんか。我が社は協力してやりますというようなことはありませんか。今までこんなことやったことないから、地域のマスメディアにだれかに発言してもらいましょう。どうぞ。

荒井知事：　奈良テレビの大口株主は奈良県ですので、１５％。奈良テレビをこういったことにどう活用しようかということを考えております。今まで行政を取材されるので、奈良テレビに番組の制作に関与しちゃいかんと思って、この１年ばかりしてなかったんですが、この医療についての番組をつくって、それを常時報道するというのを県の予算でやろうかということを検討し始めております。こういうのはやってもいいのかなと。奈良テレビの視聴者は、３万人ぐらい常時いるんです。少ないですけれども、健康の内容を発信することで、視聴率が上がる可能性がありますが、そのコンテンツを、実はこの協議会の中身は大いにコンテンツの提供の素材に考えております。そして、このようなことをして、番組を、県のプロパガンタじゃなしに、県民へのいい情報提供というシリーズをつくろうかと思っております。

吉田会長：　メディアの人から発言はございませんか。メディアからの発言を知事に代弁してもらっていいのかなあ。ＮＨＫの人来ているじゃない、どうぞ。

ＮＨＫ：　ＮＨＫの鵜飼でございます。

　地域というところで、ちょっと東京から来ていたもので遠慮して発言しなかったんですけれども、今、ＮＨＫスペシャルという、今後、放送予定の番組で、奈良県の地域医療全体を見直すという今回の取り組みを取材させていただいております。ほかの都道府県の取り組みとの比較をしながら、我々は見ているんですけれども、ここまで根本的に実態に基づいてやろうとしている県は、我々が取材した範囲では今のところ見つかっていなくて、それで我々は奈良県に通って、一番最初の撮影は多分６月にさせていただいたので、もう随分長い取材になっております。今までの部会長の方々にもいろいろとお話を聞いたり、取材をしております。

　とにかく今まで医療のことは、住民の側が病気になるまで関心がないということと、あと医療者の方々が、多分日常の医療で非常に大変で、自分たちの現状を訴えてくるという余裕もなかったということと、行政の方々も両方見ておられたんでしょうけれども、それをあえて自分たちはこういうことをしているというふうに伝えるということを、余り意識してこられなかったということがあって、皆さん、医療についてはすごく熱心に取り組んでおられたのですが、何かかみ合っていなかったような印象を端から見てて、受けております。我々メディアの責任としては、ここをつないで、住民の方たちにわかりやすい形で、自分たちの問題として考えていただけるような番組をつくっていきたいというふうに考えております。

以上のような発言でよろしいでしょうか。

吉田会長：　ありがとうございました。大変熱心に、最初から取り組みをずっとしていただいておりました。何ですか、クローズアップ現代。

ＮＨＫ：　随分前から番組名とか番組の取材を御説明させていただいたつもりだったんですけれども、ＮＨＫスペシャル「医療再建」です。医療崩壊と言われておりますけれども、今はもうどう新しくよくしていくかというふうに移ってきていると思いますので、それをぜひテーマにしたいと思っていますので、ぜひ覚えていただければと思います。

吉田会長：　ほかにございませんか。

赤井委員：　薬剤師会の赤井と申します。健康長寿部会で高齢者・障害者の地域ケアの体制ということを挙げられましたけれども、２年前の医療改正で薬品を提供しているということで、医療提供施設になりまして、地域医療にかかわってきたということがいわれてきました。それで今年の６月にも安全と希望の医療確保ビジョンの中でも、在宅医療の推進の中で、薬局がそういったことに関わっていけということも発表されました。しかし、この部会に薬剤師が関わっていませんし、入っていないんですよね。だから、そういったことも含め、在宅医療を進めていく中で、がん患者に対して、麻薬を扱う者として、メンバーとして入れていただきたいということです。

また、医薬分業も一つの医療連携なんですね。だから、ドクターの次に患者情報を持っているのは、かかりつけ薬局だと思いますので、ぜひ御検討願いたいと思います。以上です。

吉田会長：　もう一人、どうぞ。

辻村委員：　健康長寿部会の辻村でございます。先ほど周産期医療部会の方でも、重症心身障害児施設の看護師不足の解消を目指すなど、あるいはまた、看護師等確保部会でも、福祉施設で働く看護職員の確保も視野に入れた施策の検討などを取り上げていただいているということで、福祉部門の者にとっては大変心強い視点を入れていただいた。ところで、健康長寿部会の課題の中では、障害者の地域ケアということが大きな課題の一つになっておりますが、奈良県では障害者ホット支援戦略プランというのを立てています。その一つ目のテーマに、障害のある子供と保護者にホットな安心をサポートというのが第一番に挙げられております。実は、その障害を持っているお子さんのケアに関する医療サイドとの連携、あるいは、福祉サイドに対する医療側からの助言指導、これらについては、吉岡副会長がお詳しいと理解しているわけですが、先ほどの小児医療部会の方では、あえて小児救急の方に絞っておりますというふうにお話をされていました。そういうことで、あえて触れておられないんだろうと思ったんですが、障害を持つこども達にとって、特に就学以前の早期発見、早期療育という、これは障害児にとってはもう大変重要な大きなテーマなんですが、その辺のところが、実は、このホットプランのところでも、医師や医療とのかかわりというのは余り強く書かれていないんです。小児医療の先生方との連携というのが非常に重要な課題で、ここはぜひそういう視点も入れておいていただきたい。今はあえて抜けているというか、そこは触れていないということなんだろうと思うんですが、障害を持っているお子さんに対する、これは子供に対する投資というのは、先行投資として非常に重要なもの

だと思います。障害の分野においても、障害を持つお子さんの早期のかかわりというのは、非常に重要な課題だと思いますので、ぜひ医療サイドのかかわりを一つのテーマにしていただきたいと思っています。

吉田会長：　ありがとうございました。

西野委員：　まさにおっしゃるとおりなんですが、今回ですね、小児医療部会と産科・周産期ですね、別々になってたんですけれども、もともと産科と小児科は連携して動かないと、周産期だけじゃないんです。公的病院の産科医の配置と協議会の配置がずれているところもあると。それについては、もう当然、調整していただきたいというふうにまず１点思っております。

　それから、余計なことですけれども、小児科医として、奈良県が住みやすくて、安心して暮らせるというのは、女性と子供が安心して暮らせるというのが僕は一番だと思うんです。嫁さんと子供が元気だったら、おじいちゃん、お父さんが少々しんどかっても、僕はそう思うんですよ。これは小児科医の偏見ですけれども。そういうことをやっぱり小児救急とか、それから周産期の地域で解決しないといけない問題ですから、特に僕は力を入れてやりたいということをお願いしたいと思います。

　もちろん発達の方ですね、もう小児科と周産期と密接に関与しています。我々も十分な討論をしなければいけないと思っています。それにはそれなりのセンター的な大きな施設で、ある程度整っているところで、システム的にという方向で、分散して見るというのはなかなか難しいと個人的に思っております。その点、討論の対象になるかと思っています。

吉田会長：　はい、ありがとうございました。小林先生。

小林浩委員：　これは議事録に載りますので、今の発言を訂正していただきたいと思います。周産期医療は産科と小児科が連携しないといけません。周産期部会でも、産科側も新生児を担当している先生方も、両者が歩み寄った方向で検討しています。両者が離れているというふうな言い方をされたので、その発言は修正していただきたいと思います。

吉田会長：　どうもありがとうございました。ちょっと知事から、時間が込んでおり、４時まででありますので、余り残っておりませんけれども、今までのいろいろな議論をお聞きになって、何かございませんでしょうか。

荒井知事：　発言させていただいてありがとうございます。いろいろ聞いておりまして、大変感謝を申し上げます。この際、根本的かつ実体的な、立証的な医療体制の構築、視点を持って奈良県の医療体制の構築をしたいというのが、本当の気持ちでございますので、それをつかんでいただいて、また、各部会の方々、本当によく掘り下げていただいて、感謝をいたします。まだこれが続きますので、その刺激を受けた面もございますので、今日、この反応がまだ残っている間に若干のコメントをしたいと思いますが、まず健康長寿、大事なことでございます。この資料の順番で、地域ケアですが、いろんな意味があってなかなか実現しないところなんですけれども、工夫をできることはしていきたい。先ほど秋山委員がおっしゃった地域の住民との関係、コミュニケーションがどうかということで、一つは今度の９月補正で実は、県立病院は施設の快適性が不足していますので、アメニティ改善の費用を予算でつけて、看護部長がそれをまかなうようにし、予算を出してくれといっております。

そういたしますと、病院長は看護部長に頼んで、あそこ直してくれと言わないといけないという関係になるのが、いいのではないかと思っております。

これを掴みで、ギリギリとこれで使えということを査定しないで、年間継続したアメニティ予算がつくということは、今年できなくても、来年はあそこをしようと、計画性を持って病院のアメニティの改善になるのではないかと考えております。それとともに、実は、その予算の中で、病院で地域の住民も招いたお祭りを必ずするようにということを入れようかと思っております。

そういたしますと、先ほどの地域の方に、病院に来てもらって、お祭りのときにいろいろ病院の実態、こんなに大変なんだという面も含めて、コミュニケーションの場、患者になって行くよりも、あるいはお見舞いに行くよりも遊びに行く方がよっぽどいいやというふうに、コミュニケーションのパターンをしてもらえたらと思っております。県立病院の関係では多少自力でできますので、そうしたいと思っています。

それから地域ケアでは、地域ケアで行政ができるのは、環境整備だと思います。病院なり施設の福祉の周りの道をむしろ、その病院の周りの道をよくしていいいんだよと、そういう道を、例えば散歩道、病院から近くのスポーツセンター、スポーツ施設の公園に行く散歩道を車いすで、自動車の通らない道をつくっていくんだと言っております。そういうテーマを持った道づくりの計画をつくって、実行するようにということで、例えば、施設と病院と神社仏閣、スポーツ施設に気兼ねなく動き回れる地域に。これも同じ場所に集約されていると非常にいいと思うんですが、すぐにそうはいきませんので、既設の施設のそういうところに病院をつけるようにと。あるいは、私立も含めて既設の病院で環境が悪いのは整備するようにと、こういうものは別に公共事業の不公平さにはならないんじゃないかということをテーマにして、検討を進めております。

それと、この健康長寿の予防医療にかかるまでの予防はとても大事でございますが、医療費と健康長寿とは余り連動しなくて、長野県のように医療費が少なくても長寿率が高いという例もありますので、奈良県はそこを目指したいというふうに思います。それと、その中で、予防については、主役はだれかといったら、やっぱり個人だと、そうなると完全にならないというのが一番いいことなので、その人たちの啓蒙、啓蒙というと何かおれは関係ないと言われるので、先ほどの村上さんの発想の一部ということなんですけれども、健康安全手帳のようなものを発給できないかと。その中に、いざというときにはこういう病院でといった地域の具体的なことを書いたものであるとか、自分の自己情報を書き込むとか、あるいは、アドバイスがあるとかというようなことで役に立たないかと。予算が余りかかるとしにくいと思いますが、そういうことは余り地域でされていないのでどうかというふうに今思っております。

救急ですが、一次救急の設備やサービスが貧弱だという意見がありますが、これは県と市町村の役割分担が、明確になってない面があると思います。耳鼻科、眼科などの一次体制で医師会の方が病院に出診してもいいよということを耳鼻科の先生方が言いに来ていただいていますので、これは大変有力な動きじゃないかというふ

うに思っております。
　このような関係があると、公立病院、私立病院の設備の整ったところへ医師が出診して、治療していただくとありがたいと思います。更に、例えば、スーパーで診療所をつくって、あそこは２４時間営業ですので、薬局もそばにありますので、そういうところで診療所をつくる。あるいは市役所や村役場の横に診療所をつくるとかいうふうにすると住民がわかりやすく、来やすいところに、そういうサービスができないのか。これは立地は行政の方の関与がききますので、そのようなことをしたらどうかというふうに言っております。
　へき地とほかにも共通するんですが、医師確保で、医師と看護師の奈良県におけるキャリアパスをつくれないか。先ほどのビジョンということで言っていただきましたが、キャリアパスということで、奈良県にいると、ほかに勤めていただいてもいいですけれども、必ず奈良県に帰っていただいて、いろんな仕事についていただけるというシステムが、これも養成プランというのがいるのかと思いますが、そのようなことができないかというふうなことを検討しております。
　そこから、産科では、大分進んだ面がありますが、正常分娩の場所が不足しているのをどのようにするのか、ぜひ検討課題として取り組んでいただければと思います。
　小児の方は、先ほどのお母さんの来やすいように、例えば、スーパーのような買い物に行く場所に、小児科の休日夜間診療所があるというようなイメージで、これは新規の投資になりますが、その小児科の休日夜間の施設とか、設備が問題だと思います。また、コメントにも書いてございますが、二次病院への休日夜間の一次の先生の出診などが、有効であるように思います。ただ、医師確保で、吉岡学長か或るいはほかの方かおっしゃったのかもしれませんが、奈良の公立病院では、奈良県立医大に頼むしかない、頼むと医師が回ってくると思っていたのですが、そうもいかないようになってきましたので、県や市町村の医師確保への役割をどのようにすればいいかというのを模索中でございますが、大きな部門だと思っております。どのようにすればいいのか、キャリヤパスの中で、例えば、看護師さんの研修制度をもう少し確立したらどうか。外国でも、他の病院でも行っていただいて、一時研修をやったらどうかというようなことも提案しております。
　これは、看護協会の方もおられて多少難しい面があろうかと思いますが、インドネシアとかフィリピンにＥＰＡが出てきておりまして、インドネシアの看護師さんが数名が奈良県にも来られると聞いておりますが、日本語という点では少し問題ですが、そういう方たちは相当トレーニングされて来られ、重症障害児の方の看護というのは、そういったスキルがあれば、いけないのかなというように思いましたが、外国人の方についても、数は少ないですけれども、調和的な活用の分野もどうしても出てくるように思うわけでございます。
　病院の中でも、専門看護師のポジションということで、先ほどのアメニティの責任とか、それと幹部になられる、平の看護師時代の役割とか楽しさというものをどのように出していくのか、法律のＡＤＲと医療のコメディカルの分担というのが、ちょっと並行しないかもしれませんが、法律のＡＤＲが随分進んできていますので、

医師法と弁護士法とそれぞれ書き方は厳しいんですけれども、何でもお医者さんというわけにもいかない時代になっているように思います。これは法律の運用ですので、地域だけで勝手にこれは看護師さんしていいよ、と決められないんですけれども、もう少しこう看護師さんの能力活用という面が現場で出ないものかと、国に対してちょっと無理な相談をかけております。いろいろ触発されて行政の立場から検討できることは検討をしていく。

最後に公立病院の施設の老朽化とかいうのが、これは財政的な大きな課題でございます。施設が古くなると、むしろチャンスがあるぞということを言ったりしております。本当に古くなるとやめようかという選択肢も出てくるわけでございますので、やめるわけにはいかないのならば、集約しようか、役割分担をしようかということができますので、その際に新しいところをどのようにしようか。非常に建設的な発想につながる可能性もありますので、集約移転ということもこの際古いからもう見切りをつけて移転しようかというような、ちょっとずつの改善というのは目立たなくて元気が出ないんじゃないかというような感じもしております。

先ほど村上委員の発言でアスベスト、新型インフルエンザ、医療社会保険カードが国と地域のこの医療協議会の意識ですけれども、やはり奈良県で改善しなければいけないなら、奈良県でできる改善点をできるだけほかのことをしてはいけないというわけではないのですが、集中して、それで余力があれば、いろんなこともやっていただいてもありがたいかというふうに今、過激さを修正しておきたいと思います。

患者との連携、患者さんとのコミュニケーションというのは、本当に大事だと思いますので、県民便り、あるいは講演、その他いろんな県のツールで継続的に持続力を持って努めていきたいというふうに思っております。統計資料を出すだけでも随分意識が変わってくる面があろうかと思います。それと市町村ごとの統計を勇気を持って出していきたいというふうに思っております。

県の立場から思いつき、また、実行しようと思っているようなことは、以上でございますが、協議会の議論が進むと県の仕事もまた発見できることを期待しております。

本当にありがとうございます。

吉田会長：　どうもありがとうございました。今の知事の御発言、私、大変誠実な発言だったと思っております。大変ありがたい。時間の関係で、大体これで各部会からの御報告と議論は終わりたいと思いますので、議題の３のその他ということで、事務局から発言いたします。

武末次長：　議題の３は、協議会という会議以外にこの奈良県地域医療等対策協議会が行っていることの御紹介でございます。資料の２の１ページ目でございますけれども、一つは、住民を対象としたシンポジウムを行っております。１回目は聖路加国際病院の名誉院長の日野原先生をお迎えして、千人を超える方の御参加をいただいております。ただ、協議会のポリシーとしまして、コミュニケーションというのがキーワードですので、この際、アンケートをおとりしております。参加者から実は千名の方から実に７５０名の方が御回答をいただくという、非常に高い回収率になって

おりまして、ちょっと集計が逆に間に合わないという事態にもなっておりましたが、そういったことで、参加者から玉を、講演やシンポジウムをして投げてお答えをいただくということは、今後シンポジウム、タウンミーティングを行っていきたいと思います。

そして、もう一つは、２枚めくっていただきますと４ページに、病院経営マネジメント講座というのがございます。これは、８月からいろいろ県内の調査を行っているところでございますけれども、そういった調査を踏まえて、我が身のこととして、自分の体、病気がどうなっているのかというのを、ここでフィードバックをしていきたいと思います。具体的には、公立病院の方々を中心として、私立病院の方も参加を呼びかけているところでございます。きょうはちょっとそのサンプルとして、一部その講師の青木先生の方から、どういったことをやっているかというのを、見ていただきたいと思います。これは、今まで行いましたヒアリングをもとに、今の奈良の病院、医療がどうなっているかというのを、実際にこの病院経営マネジメント講座でやった一部でございます。

青木先生、どうかよろしくお願いいたします。

青木先生：　私の方から発表させていただきます。スライドが何か映らないみたいなので、お手元に配付した資料で最初始めようかと思います。

私の方からは、４６ページの資料をごらんいただければと思います。「病院に蔓延する疾患調査」というタイトルをつけておりますが、私はテキサス大学というところにおりますが、テキサス大学というのは州立大学でして、日本でいうところの県立大学です。そこに医学部、看護学部、公衆衛生などの医学系に関する大学院を六つほど抱えている大学院の中に、２００１年に学問、医学や看護学、そういうところを超えて、州の皆さんのために医療の情報とか、あとはマネジメントというのをどういうふうに考えていけばということのために、州が設立した健康情報大学院というところに２００２年から勤めております。

そこでの活動を日本でお示ししたいと思いまして、２００３年に自分たちで設立したヘルスサービスＲ＆Ｂセンターと書いていますけれども、そこでＮＰＯの活動をしております。その中で、私たちがいろいろと日本が抱えている日本の病院、あるいは、これはもともとアメリカの病院が抱えていた問題をいろいろ見ている中で、こういうことなんじゃないかなと思ったことを、きょう皆さんにお話しできればと思ってやってまいりました。

「今ここにある問題」という２番目のスライドになるところを見ていただければ、うれしいんですが、今いろんな病院は症状を抱えています。武末次長もおっしゃった医師不足、このままではいろいろな加算がとれない。病院内、あるいは病院間の情報協力ができないとか、患者さんからのクレームがふえてきた、訴訟がふえてきた、そのようなところに、いろんな形で対応を行っている医師の確保、新しい施設をつくってみるとか、ＩＴを導入してみる、いろんな努力をしてきたかと思います。しかし、この対応でいいのかというところを、症状に惑わされるなという書き方をしましたが、次の４枚目。

「対症療法ＯＲ」と書いてあるところをごらんいただければと思うんですが、症

状、もし私たち、医師の立場で話しますけれども、頭痛、発熱、咳嗽、下痢、このような症状を抱えた患者さんが病院へやってきたときに、頭痛薬、あるいは解熱剤、鎮咳剤、止瀉剤、こういうものを対症的に処方しているでしょうかという話です。多分ほとんどそういうような処方はしないはずです。あれば、医療におけるマネジメントにおいても、対症療法や、あるいは民間療法ではなく、根治療法が必要なのではないかということが、きょうのポイントです。４７ページの下のスライドに「症状に惑わされずに、原因を詮索したい」というタイトルがあります。

４８ページ、根治療法の話が書いてあるスライドは、それでは、何をすべきかというのは、あと５分ほどで簡単にお話します。まず疾患の原因と病態生理を理解すること、そして、診断方法を知り、治療を行い、さらに慢性時になったときに、予防を継続する。ただ、その前にまず自分たちが一体どんな疾患にかかっているのかというのを当然知らなければ、病理を理解することはできませんので、今、私たちが持っている症状を、例えば、ざっと並べてみるとどうなるかというのを多くの医療機関の疾患への反応ということで書いてみました。

例えば、自覚症状がない。なかなか説明を聞いても、大丈夫だろうと思うとか、最悪何らかの介入があるんじゃないか、こういうような形でいろいろと実感がある。そして、私たちは多分ふだんの診療の中で、このような患者さんを多く診ているのではないかというのが、このスライドです。一番左下に、４８ページの下に病院メタボという言葉を書きましたが、今、多くの地域医療や医療機関が持っている問題は、まさにメタボリックシンドロームという言葉の定義の問題は多少ここでは置いといて、今多くの人々が持っているメタボリックシンドロームと同じようなものであるのではないかというのが、今回の骨子です。メタボリックシンドローム４９ページの一番上、これは、医療関係の中であれば、生活習慣病はこういうふうにすべきだと、そして、ただ多くの患者さんというのは、なかなか問題点は認識してくれないとか、将来のリスクをわかってくれない、そして、自分の都合がやっぱり大事、なかなか行動変容が起きない。そこを病院メタボというところで、ちょっと文字を患者さんというところを、医療機関に変えてみるだけで、少し当てはまるものが見えてくるかもしれないです。４９ページの下、病院メタボの症状、これいっぱい書いていますが、病院メタボの症状で一番典型的なのは、全員みんなが頑張っていることです。物が足りないことや、あるいは現場・経営陣と現場の間に認識のずれがあるというのも、病院メタボの典型的な症状です。この（1）、そして次のスライドの（2）の中で、もし医療機関の中で、半分ぐらい、あるいはそれ以上、何かどこかで当てはまるなと思われたら、それはどこかで組織内の中で、症状が出始めている証拠かもしれません。５０ページの真ん中のスライドは、しかも自治体病院の場合においては、パートナーが一緒にメタボになっている可能性があって、このときには、やや厳しい状態かなというふうなスライドです。

今日のポイント２というのは、医療機関の症状というのは、患者さんが持っていらっしゃるメタボリックシンドロームに非常に近いのではないかというところまでわかれば、病院メタボの疫学と病理を考えてございます。５１ページの真ん中のスライドをごらんください。「疾患増加の原因」です。これメタボの中でも特に糖尿を例に

挙げて、特に医療者にわかりやすく書いたつもりなんですが、糖尿病というのは、過去日本に食糧がないころから、飢餓遺伝子の発現ということで、特にアメリカと違って日本の糖尿病の患者さんの特徴から、言われていることは、もう先生方御存じかもしれません。ただそこに外部環境の変化、例えば、豊かな食生活、生活や仕事のスタイルの変化というのが加わって、糖尿病が増大増加しています。７４０万人とか、全部入れると１，６２０万人とか、いろいろ言われております。病院メタボもほぼ同じように、過去の日本、医局制度や古きよき時代ですね、それらの中で私たちは組織文化をずっと形成してきた。この中で外部環境が変化しました。それは、医学や機器の進化であり、社会や患者の変化であり、そこに対応するかごとく病院経営が悪化したり、二次搬送が増加してきてというのは、今皆さんが症状として診ていることかもしれません。

そして、一番下のスライド、「病院メタボの成因」、これ疾患の病院を考えるときに、私たちは環境要因と遺伝的要因を分けます。そして、環境要因、５１ページの下のスライドですが、環境というのは外部と、そして私たちの生活習慣、全部で三つの要因に分けて考える。外部環境を先ほど申し上げたような患者さんの変化と、あとはずっと公立病院ということであれば、どうしても母体である役所の指導なんかという外部環境があるかもしれません。生活習慣は、古きよき時代への記憶や新しい枠組みへの抵抗ですね。そして、その中で培ってきた、いわゆる医療機関としての遺伝子、組織文化、あるいは制度、それは自分たちの仕事環境が重要な気持ちでも多少残っているかもしれません。

めくっていただいて５２ページ、これをもぎ取るとどうなるか、糖尿病、高血圧、高脂血症のようなメタボの場合は、言うまでもなく、皆さん御存じのとおり、過食や、一番下の方からごらんいただければと思うんですが、左下、過食や運動不足を続けるや、高血圧、高脂血症が続く症状や検査を軽視したり、医学的な知識を学ぼうとしないという患者さん、それと同じようなことを自分たちがやった場合、労働は高労働状態や症状や検査を軽視したり、右側のマネジメント知識を学ばないと、どうなるかということは、下から３段目に経費のむだとか、すべきことができない、従業員のストレスがたまる、どんどん増悪する症状、そして、治療や予防がおくれ、最終的には動脈硬化ならぬ組織硬化が起こり、脳卒中ならぬ倒産、心筋梗塞ならぬ医療訴訟まどというところに行ってしまうかもしれません。

その次のスライドは、「病院メタボの根本治療」と書いていますが、糖尿病やほかのメタボリックシンドロームという今までの疾患にはいっているものと同じです。動脈硬化による輸送障害を防ぐために行動変容しよう、これ左側の糖尿病です。右側、病院メタボは病院の中における人・物・金・情報の輸送に対する悪影響を避けるために、自分たちの行動変容をしようということになります。３番目のポイントは、根本的治療や行動変容であるという点も非常に似ているということであります。

５３ページ、最後ですね。病院メタボの予防・治療、これが行動変容でやるならば、行動変容に関しては、明確な行動変容理論というものがあります。多分いろんな方々は、患者さんの行動変容に使っていらっしゃると思うんですが、その病気が重大化ということと、かかりやすいかということを考えてしまう。そして、それに対する

行動変容が簡単かどうか、行動変容の紹介というのを考えて、患者さん一人ひとりが行動を起こすわけです。疾患の自然歴というのは５３ページの一番下に書いていますが、病気が起こってから、症状が出たり、自覚症状が出たり、検査異常が出るまでに少し時間がありますが、今、病院のメタボというのは、かなり重大な合併症も含む近いところにあるのかなということを示したのが、この図であります。

５４ページですね、疾患の重大性は、先ほど申し上げたように、病院として医療機関としての死を伴う合併症を伴う。しかもページとしては合併症縮減であれば、行動障害、行動変容への障害を何とか取り除いて、考えなければいけないんだ。しかし、５４ページの真ん中のように、抵抗というのは、あちらこちらに蔓延しています。その抵抗をマネジメントというか、抵抗を何とかするためのツールが、５４ページ一番下のスライドに「マネジメントとは」というふうに書いています。住民、医療機関、そして政治や行政、その三方よし、私たちは三方よしの地域医療ということをよく言っているんですけれども、三方よしを実現するためには、何とか医療機関として、やりくりをして、努力しなければいけない。そのためには、どうすればいいかというのが、５５ページの上、「自分たちの組織のマネジメントをするために必要なもの」ということでまとめております。

実は、病院メタボは日本初ではなく、アメリカでは１９８０年代くらいから、当然のようにありまして、もしかしたら輸入の病気かもしれないとも思っているんですけれども、そちらの方では、既に処方せんが出ています。その処方せんが５５ページ真ん中に書いた教科書なんですけれども、それは私たちの方で、アメリカの医療マネジメントをやっている学会の教科書を訳したものです。ここには、左にだらだらと書いてあるようなことについて、アメリカがどうやってそれに対して、まだ治ってないかもしれませんけれども、頑張っているということを集めました。

最後のスライドが、５５ページ一番下、「きょうのポイント」、医療マネジメントを知ることで、病気の行動変容をして、そして、少しでも三方よしの医療が実現できればいいかなということをちょっと皆さんと協議したくてやりました。

どうもありがとうございました。

吉田会長：　どうもありがとうございました。武末次長、ちょっと青木先生のバックグラウンドを発表してもらえますか。

武末次長：　青木先生、自己紹介でお願いします。

青木先生：　済みません。前後になってしまったんですけれども、私は札幌医科大学９１年卒の後、東京の研修病院で２年研修し、救急専門医と内科専門医を取得した後、京都大学にあった臨床疫学という教室で、ＥＢＭの研究をし、その後１９９７年に渡米して、医療における意思決定、そしてその後、先ほど紹介したテキサツ大学の大学院でヘルスインフォマティックスの学位、そして、マサチューセッツ大学でＭＢＡを取得し、今このような医療のマネジメントやインフォマティックスに関する研究開発やあとは教育などを、日本とアメリカでやっているような立場におります。

吉田会長：　どうもありがとうございました。じゃあ武末次長、よろしくお願いします。

武末次長：　きょうこういうふうな形で御紹介したのは、今からいろいろ地域の調査、病院の調査をさせていただきたいと思っております。ただその調査の結果をもうただ集

計して公表するだけではなくて、まずは講座の中で投げて、そのデータを皆さんで議論した上で、どういう解釈なのかというのを議論していきたいなと思っています。今のは今まで主に公立病院でヒアリングをしていた中で、こういったことがひょっとしたら言えるのではないかというのを考えてみましたが、皆さん、どうでしょうかというのを、病院経営マネジメント講座の中でやったのを、ここで御紹介したところです。

今後、８月から９月にかけて、いろいろな調査をお願いし、また調査で病院にお伺いすることになりますけれども、必ずそういった形でフィードバックをいたしまして、またその解釈については、解釈は間違ってないかを議論させていただきたいと思っておりますので、どうかよろしくお願いします。

以上でございます。

吉田会長：　どうもありがとうございました。いろいろと御意見とか、御発言、御質問もあろうかと思いますけれども、予定時間がちょっと超過いたしておりますので、特に何かないようでございましたら、まとめも省略いたしますけれども、本日これをもちまして、議事の方は終わりにしたいと思います。

杉中課長補佐：　委員の皆様には、長時間議事の進行、協力いただきましてありがとうございました。

以上をもちまして、第２回地域医療等対策協議会を終了いたします。