

第3回奈良県地域医療等対策協議会

平成20年11月25日（火）

午後2時～

杉中補佐： 定刻となりましたので、ただいまから第3回奈良県地域医療等対策協議会を開催いたします。皆様方に置かれましては、大変お忙しいところ本日の会議にご出席をいただきまして、まことに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申し上げます。

荒井知事： 久しぶりの協議会でございますが、日ごろ、各会で皆さん方に大変お世話になっております。また、本日はこのように一堂に会していただきまして、まことにありがとうございます。改めて御礼を申し上げたいと思います。

地域医療等協議会の進捗でございますが、いろいろご報告受けておりますが、年度内に何か方向性のめどがつけばというもくろみでは動いてきたんですけれども、いろいろ内容のなかなか難しいこともあり、また、背景にあります制度、いろんな国の施策が大変、今、流動的に動いていることもあり、多少時間をかけてした方がいいのかなというふうに考え始めております。また、各部会の部会長の方、また皆さんのご意見を伺いながら、日程感をどうするか判断しなきゃいけないと思いますが、奈良県にとってはとても大事な協議会の結論になるものでございますので、やはり納得のいくような念入りな議論と、それに基づく結論、それとその結論に基づく実行体制を築いていきたいというふうに考えております。今後の奈良県の医療、介護、福祉の何十年にわたる趨勢を決める大事な検討の内容だというふうに思っておりますので、もう少し時間をかけるべきだというようなことでありましたら、その方向で時間をかけて議論をしていきたいというふうに思っております。

検討事項は大変重要なことにわたっておりますが、やはり相変わらず周産期、あるいは救急、へき地、公立病院改革、公的医療、それと医師・看護師不足、小児科等々、全国でもありますが、やはり地域でいろいろ考え、実情を把握して結論を出すべき課題であろうかというふうに見えるわけでございます。奈良県の中では最も影響力のある皆様にお集まりいただいておりますように思っておりますので、ぜひ全体の像をご賢察いただきまして、有意義な結論になりますようにご尽力を賜りたいというふうに思う次第でございます。きょうも貴重な時間でございますので、あいさつ、お礼はこのぐらいにさせていただきたいと存じますが、今後ともよろしく願い申し上げます。本日は、とにかくありがとうございます。

杉中補佐： それでは、出席の先生方のご紹介をするのが本来でございますが、時間の都合上、お手元にお配りしております委員名簿でかえさせていただきますので、ご了解お願いいたします。

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。会議次第、委員名簿、配席図、それから資料でございますが、第3回奈良県地域医療等対策協議会資料としましたものとパワーポイントの資料、2種類おつけしております。旅費の請求書につきましても、所定の様式をお配りしておりますので、内容を確認

いただきまして、署名、捺印の上、返信用封筒でご返送等いただきましたら幸いに存じます。

以上でございます。

なお、本日の会議は審議会等の会議の公開に関する指針によりまして公開となっておりますので、ご協力をお願いいたします。傍聴される皆さん、報道機関の方につきましては、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、吉田会長に議事をお願いいたします。

では、吉田会長、よろしくをお願いいたします。

吉田会長： 皆さん、本日はまことにありがとうございます。私が特別にごあいさつというようなものを申し上げるのは、時間の関係で割愛させていただきますけれども、二つだけ。

一つは、今までの皆様方のご協力、心から御礼申し上げたいということでございます。二つ目は、ただいま知事の方から、時間的に、年度内に結論を出すことができなかつたので、延長も考えているというご趣旨の発言がございましたけれども、これは会長である私の至らぬ結果でございます。責任を感じております。おわび申し上げたいと思います。どうぞ本日、よろしく願い申し上げます。

それでは座って進行をさせていただきます。

まず、議題1、各部会における検討状況について、各部会でテーマごとにご協議いただいておりますけれども、その状況について、各部長からご説明をお願いしたいと思います。まず初めに、公立病院改革部会の状況につきまして説明をお願いしまして、その後に各部会の状況をお願いしたいと思います。しております。

それでは、公立病院改革につきまして、武末次長、お願いいたします。

武末次長： 本日、伊関部会長が欠席をされておりますので、私の方からご説明をさせていただきますとともに、公立病院部会については、今年度は調査を中心にとすることで部会が開かれておりませんので、きょうはどのような調査が行われているかというのを、15分程度お時間をいただきまして、ご説明をしたいと思っております。

資料の8ページを開いていただきますと、公立病院改革部会のページがございます。その中で施策及び対応の方向性として、大きく分けて、公立・公的病院の現状調査ということ、今まで伊関部会長、和田委員、富田委員により、各病院のご協力のもとでいろいろ調査を行ってまいりました。本日、青木先生の方からある程度ご紹介いただきますのは、地域の医療の実態、奈良県の地域の医療の実態がどのようなになっているかということ、そこに書いております1から5までのことについて調査を進めているところでございますけれども、本日は、その中でも2番の医療の需要の実態調査の実施というところについて、ある程度の調査の方向性が出ましたので、それについてご説明をしたいと思っております。

まずは、青木先生の方から、奈良県の医療の実態の調査のやり方の方向性についてご説明をお願いいたします。

青木先生： よろしく申し上げます。NPO法人ヘルスサービスR&Dセンター、そしてテキ

サス大学健康情報科学大学院の青木と申します。

本日は、私たちに与えられたテーマの一つは、奈良県における医療の需要と供給、そのバランスを定量化、数値としてあらわすと同時に、だれが見ても一目でわかる形にしてほしいというテーマでした。そこで私たちは、今まで余り使われていない言葉ですが、新しいコンセプトで、医療濃度というコンセプトをつくり、それについてご説明し、実際に例を皆さんにお示しできるところまで参りましたので、今回ご報告させていただきます。

背景は、医療を語るとき、よく使われる言葉、医師不足、医療の偏在、こういう言葉はあるんですが、それでは実際に、どこで、どのくらい、医療の不足や偏在が生じているのかということをはかるということは、今までほとんどなされてきていませんでした。そこで私たちは、まず、不足、偏在というのを目に見える形ではっきりと示し、それを地域ごとに比較したり検討するための方法論をきちんとつくろう。そして、奈良県における脳卒中医療を例に、医療の需要と供給のバランスがどうなっているかというのを試しにあらわしてみよう。そして、今後、その医療の需給がきちんとどうすればなされるのかを検討するための提案ができるところまで準備しようというところまでやることができたので、ご報告いたします。

まず、医療の需要と供給の定量化の方法を簡単に5分ほどでご説明し、脳卒中の例についてお話をしたいと思います。脳卒中は、脳梗塞、脳内出血、そしてくも膜下出血でまとめられる疾患の総称ですけれど、その急性期、本当に急性疾患の急性期の場合の需給についてのご説明になります。

医療には需要があり、供給があり、そのバランスを分数であらわしたものの、需要に対してどのくらい供給がなされているかというものを、我々は「医療濃度」というふうに定義しました。需要は単純に、その地域、例えば奈良県全体で一体どのくらいの脳卒中の患者さんが発生しているのか、それが需要です。それに対して、奈良県が全体として、その患者さんに対応できているのかどうか、1日で一体何人の患者さんに対応できているのか、それを供給というふうに定義いたします。それを奈良県全体で考えるのは余りにも広いので、私たちはメッシュという考え方を利用しました。メッシュというのは、これが例えば奈良県の一部の地図だとすると、その上に、このように碁盤の目、格子をかぶせるようなイメージです。この格子には大きさがいろいろあるのですが、今回は最も細かいメッシュである500メートル四方、私たちはこれを四次メッシュというふうに言いますが、そのメッシュを使って、奈良県全体にかぶせました。そうすると何ができるかといいますと、格子の中の一つ一つに独自の番号が振られ、その中に何人住んでいるかというのが国勢調査のデータなどで分かります。

実際に奈良県に網をかぶせると、このようになります。ちょっと暗いですけど、こちらの方に人口とのメッシュがありますので、ちょっと対比していただければと思います。奈良県全体で1万4,000のメッシュがございます。ただ、山村部などがございますので、全体で人口があるメッシュというのは、その中で3,355個になります。奈良市だけを取り上げてみると、もう少し粗いメッシュになってきます。このメッシュにおいては、国勢調査から総人口、そして年齢と性別、5歳刻みの人

口というのが実際に入手可能です。これが入手可能だと何ができるかといいますと、その年齢別人口に、その人口における脳卒中の発生率、これを専門用語では罹患率といいます。罹患率を掛けることで、メッシュごとにどのくらいの患者さんが発生し得るかということ推定することが可能です。

そして、今度はちょっと供給サイドの方に頭を移していただくこととなりますが、医療機関というのが存在する場合、その1カ所だけで医療をしているんですが、実際にはそこからあたかも医師の手が、あるいは看護師さん、スタッフ全員を含めたチームの手が遠くに伸びるように、このように医療がばらまかれるようなイメージになるのではないかと。ただ、当然、医療機関に近い方が濃い。そして、離れていけば離れていくほど、これは時間と距離で、時間が遠い、あるいは距離が遠い、両方が遠い、それが離れば離れるほど医療の供給が薄くなる。この考え方をすると、対象となる各医療機関から、奈良県3,355個のメッシュにどのくらいの医療が届いているかということイメージとしてあらわすことができます。これをちょっとこの格子図を使って説明しますと、ここに医療機関がある場合、医療はこのように広がって行って、どんどん薄くなっていく。そして、この真ん中の医療機関は、この範囲全体をカバーしている医療機関というふうに言うことができます。これが二つになった場合、さらにこういうふうになり、こう広がります。ごらんになってわかると思うんですが、ここは少し濃くなります。ここは二つの医療機関から医療が供給されている場所と言うことができます。複数の医療機関によってカバーされるメッシュでは、医療供給は複数の病院の足し算になると言うことができます。そうすると、地域における医療の供給も視覚化、そして定量化していくことが可能です。

今回は、医療の需要というのは、リスクで調整した人口と罹患率、実際には国勢調査のデータと医学の論文を使いました。供給数は、24時間対応可能な医療チームによって、果たしてどれくらいの患者さんが診ることができるかというのを利用します。これは実際には病院のアンケート調査で専門医の数を求めました。医療の供給の減衰は、地理情報システムという特別なソフトを使って、時間と距離を計算しました。

では、奈良県では実際どうなっているか。今までの理屈の話です。ここから、奈良県はどうなってるかというお話をします。奈良県で実際にやったのは、人口10万人いたら、そのうち何人の方が1日に脳卒中を発生し得るのかということ計算しました。これがわかると、ちょっと専門的になりますが、最大値、最大どのくらい発生するということを99%信頼区間という統計の用語を使って説明することができます。この一番多くてもこのくらいというものに実際の人口を掛けてあげると、奈良県で1日に発生する、ほぼ上限の脳卒中の患者さんの数が求められます。これを各メッシュごとに実行しました。年間の罹患率はいろいろな求め方があるんですが、理想的なやり方は市区町村でデータを持っていたい。しかし、これは存在しません。これは奈良だけではなくて、日本全国、このような市区町村の統計あるいは県レベルの統計はほとんどありません。学会などでも、人口に基づいたデータを集めようといういろんな登録システムがなされていますが、いまだ完全なものはないです。

ある目的のために、論文や学会などで発表されたデータ、あるいはインターネットなどで出されている二次資料が中心となりますが、今回は秋田県脳卒中医の会というところが10年間追跡したデータを持っておりましたので、私たちはそれを使用しました。実際にこれから地図をお見せします。これが奈良県において脳卒中が発生するのを地図であらわしたものです。真っ赤になっているところが、より多くの患者さんが出てくる可能性があるところ、点々があるところが、少しですが患者さんの発生がある可能性があるところです。このように、発生を一目で見ることができます。

ここに対して、次はじゃあ、これをカバーする医療体制がどうなっているかという話に進めてまいります。医療供給の体制の考え方というのは、まず、そもそも脳卒中に対してどのような医療を奈良ではすべきかというゴール設定からスタートしてはいけないと思っています。それがあって初めて、じゃあそれを実現するには何人いれば間に合うか、そして、それだけの人数がいれば、一体どのくらいの人数の患者さんに対応できるのかということが初めて言うことができます。脳卒中に関して言いますと、救急学会の方が、脳卒中の体制というのは昼夜問わず、患者の搬入時刻から60分以内にTPA、これは専門用語の薬の名前ですが、あるいは緊急手術か、どちらもできる体制、これが整えられて初めて、脳卒中の体制が整えられているというふうに言うことができると明言していますので、これをゴールとします。そして、それに対応するには一体どのくらいのリソースがあればいいのか、ここに関しては、脳外科の専門の先生と少し議論をしながら、脳卒中に24時間体制だよなということで、それであれば、このようなチーム、10人ぐらい、脳外、神経内科、そして救急の先生方がチームを組むような形で、これぐらいの人数がいれば、だれ一人疲弊することなく、24時間、いい医療を提供できるのではないかと、いうふうなお話がありました。これだけの人数がいると、1日、ここは多少難しいところなんです、三、四人、4人程度の患者さんでしたら、そのセンターで賄うことができるのではないかと、いうお話をいただきました。

ここでちょっと、新しいコンセプトなのでもう一度繰り返しますが、1人の医師ではなく、ユニットとしての医療チームを考えます。24時間365日体制で急性疾患の急性期に医師やスタッフが、看護師さんはPT、OTとSTの方も含めて、燃え尽きることなく、きちんとした医療を継続的に提供していくためにはどのくらいの人数が必要か。そして当然、人間だけではなかなか難しいですので、機器や設備も含めて、どうあるべきかということを決めて、そして、そのチームが何人の患者さんが診れるかということを考えていくこととなります。これは実際に病院アンケート調査で、奈良県の中で週に4回以上、これはお手元の資料にありません。実はこれ、アンケート調査で多少不正確な部分があるのでスライドでだけお示ししますが、週に4日以上、夜間に脳卒中に対応可能だといった病院で専門医がどのくらいいるのかというのを数えたものです。ちょっとこれが多少不正確な可能性もありますが、奈良県全体である程度の病院が対応可能。そして、この病院から実際に、各病院からどのくらい各地域が離れているかというのを計算します。これは奈良県立医大の例ですが、このように、星から離れるに従って、少しずつ時間、距離が離

れるのがわかります。

ここから次、医療の供給を求めるんですが、医療の供給というのは、メッシュとの時間、距離の事情に反比例するとして計算しました。これは商圈分析、いわゆるマーケットの分析なんかで使われているやり方にそのまま沿ったものです。それをそのまま絵にしますと、このようになります。医療供給、1日当たり、医療供給可能なもの、奈良県立医大を中心として供給の網がどのように広がっていくかというのを絵にしたものがこれです。県内6病院全部まとめたものがこれになります。六つの星から、医療がこのように広がっていったというようなイメージです。これで医療の需要と供給を視覚化できましたので、もう一度お見せします。これが需要です。赤いところ、薄いところと濃いところがあります。これが供給で、やはり濃いところと薄いところ、これを重ね合わせると、こうなります。この絵の意味は、1.0を境に、青色が濃くなれば濃くなるほど医療の供給が需要を上回っていると言えます。逆に赤色が濃くなれば濃くなるほど医療の供給が需要を下回っている、つまり需要過多です。うまくカバーし切れてないということが言える地図です。

ごらんいただくとわかるように、このあたり、もちろんこのあたり、少し赤が目立つ地域がございます。これを少し数値として見るために、これは視覚化ですが、数値として見るために実際にグラフをつくりました。これが、縦軸が各メッシュの医療濃度、ゼロから10まで、そして何個あるかというのを分布にあらわしたものです。これが先ほどの1.0。1.0の下にもかなり多くのメッシュがありそうなのがごらんいただけます。平均は4.8でしたが、中央値が2.12。ほかに幾つかの統計値をあらわすと、このようになります。ここで、このアウトラインをとって、そこだけを見ますと、これを奈良県における脳卒中の急性期の医療のばらつきと見ることができます。理想的には、これがもう少し上がって、山がもう少し0.1から上の方に動いていく。そして、最低でも1.0をカバーする、これがある意味、医療の濃度の改善、あるいは、まさに底上げです。というようなイメージです。これは一般的なクオリティーインプルーブメントの考え方と何ら変わるところはございません。

ほかに三つほど指標を計算できます。例えば、これは私たちの造語ですが、医療赤字割合です。定義は、医療濃度が1.0未満のメッシュが全体の中のどのくらいを占めるかですが、3,355のうち1,249、37%が1.0未満、つまり赤字という状態でした。医療不足数、これは、その赤字地域において医療がどのくらい不足しているかというのを、先ほどは人数を全部足す形で求めました。そうすると、1日当たり2.9人が、少し医療がカバーし切れてない可能性がある。これは最大値ですけれど、あるかもしれない。年間、最大で1,000人ぐらいです。

もう一つ、濃度格差というのを出しました。これは先ほど、このようにスキューしているグラフ、ゆがんでいるグラフを出して、25%の場所と75%の場所というのを出したんですが、その比をとることで格差をあらわすことができます。4.3対0.98で、約4倍の差があります。もしこれが、そのグラフがもう少し幅が狭くなっていると、この4.4という数字がもう少し縮まってくる可能性があります。これはそれぞれの数値、このような計算をしたことは過去に前例がございませんの

で、これはどこかと比べて、どうということは一切わかりません。まず、このような数字を出して比較することが可能というところだけで現在ほどどめております。

ただし、今回の計算、アプローチとしてはかなりお見せできるところまで来てるんですが、いかんせんデータの問題がございます。限界と課題です。用いた専門医の数とか、そういうものは事務へのアンケート調査ですので、重複とかミスとか、いろんなものがあって、もしかしたら十分ではないかもしれません。さらに、今回、専門的には脳卒中の初発例しか対象にしてませんので、再発例、その辺に関しては検討が必要です。同時に、脳外科の先生は日本では特に脳卒中だけを診てるわけではなく、外傷とか脳腫瘍とか、あるいは慢性期も含めて全部ごらんになってますので、そのあたりを多少考慮する必要があります。さらにクリティカルな問題は、手術といえば麻酔科が必要ですが、今回の計算には麻酔科も入れてません。ほかに、考慮したいと言っていたスタッフ、特に看護師さんであるとか作業療法の方々とか、そういうようなところも今後、当然入れた計算をしていく必要がございます。今回、何よりも問題だったのが、地域のデータがないことです。次のステップとしては、地域のデータに基づいたデータ収集をする必要があるだろうということで、医療機関から医師への負担なく継続的に収集し、そして、この結果を恒常的にフィードバックするために、私たちはこの診療情報の専門家である診療情報管理士の方に声をかけて、奈良診療録研究会というものを立ち上げました。市立奈良病院の二階堂副院長に中心になっていただいて、私たちが後方支援とする形で、診療情報管理士の方々、具体的には、このような病院の診療情報管理者あるいは事務の方に参加いただいて、今後、奈良県における急性疾患の医療濃度を継続的にモニタリングするためのデータの定義であるとか収集のためのフォームづくり、そしてパイロットと成果のフィードバック、こういうステップを進めていきたいと思っております。

最後にもう一度、医療濃度のスライドをお見せして、私の報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

武末次長： こういった形でいろいろな奈良の現状の調査を行いながら、これをもとに、まずは医療関係者の中で医学的な妥当性、医療的な妥当性を議論していただいて、さらには各自治体の関係者、最終的には県民の方々に、あるべき医療の姿というのを検討していきたいというふうな考え方で公立部会の方では進めていきたいというふうに考えております。ちょっと時間がございますので、もし何か質疑がございましたら、5分程度とりたいと思いますが、もしご発言ございましたら、お手をお挙げいただきましたら、マイクをお持ちいたします。

小林秀委員： 今の説明に関係ないところですが、公立病院の全体問題の中の大事なことを一つだけ教えていただきたい。特に、これから調査をやられるということですので申し上げたいんですが、実は、お医者さんの若い人たちが公立病院へ行って、また勉強すると大学へ帰られる、またどこかの病院に出かけると。こういうふうに病院の先生がかわっていったときに、その先生方の年金だとか、それから退職金だとかいうのが、私の今までの過去でいうと、ほとんど非常に不利になってらっしゃる。公務員をせっかくやって病院にいても、今度どこかの私立病院にかわる、そうすると年金が切れてしまう、退職金も切れてしまう。そうすると、私は、現在働いてら

っしやる病院の先生方が大変不幸なことになっているのではないかというのが心配でならないので、今回、この検討の中でそういうことは入ってるのか入ってないのか、不可能なのか、今はもう心配がなくなったのか、その辺についてお知らせをいただきたいと思います。

吉田会長： 今の青木先生の発表に直接関係ございませんが、この質問がございますので、武末次長、いかがですか。

武末次長： ちょっと公立病院部会の方ではそこまでは対象としておりませんで、ここはあくまでも奈良県全体の医療の提供、主に医療的な提供体制のあり方を踏まえた公立病院の方向性ということでやっております。

荒井知事： 今の時間は青木先生のペーパーだけの質疑ですか。公立病院改革の質疑をしていいんですか。

武末次長： できましたら、後で全体の質疑はしますので、青木先生の質問の方でお願いします。

荒井知事： 大変重要な質問だったので。公立病院でもやるべきだと思いましたが、また後で。

武末次長： とりあえず、5分間は青木先生の今のプレゼンテーションに対するご意見やご質問がありましたら、お願いいたします。

吉田会長： いかがでしょうか。どうぞ。

今村委員： 県立医大健康政策医学の今村です。とりあえず意見なんですけど、脳卒中のことが今、テーマになっておりました、私は今、厚生省の医師の需給の研究班をやっております、お医者さんが今後どれほど供給されてくるかという側の研究をしております。研修医の義務化があつて、かなりドクターが減っていたんですが、今、徐々にドクターの数は戻りつつあるんです。ただ、脳外科が戻りが大変悪くて、時間がたったら医師の需給は緩和するんじゃないかと言われていたものの中でも、特に脳外科のドクターの数が少ないというのが多分、喫緊の課題として今後出てくるというふうに考えておりました、需給のことを考えていくに当たって、特に脳卒中を考えられるのであれば、ドクターの希少性が高まっていく分野だということをぜひ考慮いただいて、検討していただきたいと思います。

以上です。

榎 委員： 私は、青木先生のこのデータを見せていただいて、365日24時間、バーンアウトすることなくやれるデータで、ユニットとして、10ないし12人必要で、診れる患者は4人という人数ですけれども、4人じゃなくて5人でも6人でも、多分このユニットだったら診れる。しかも、研修医がバーンアウトした姿を見て、入局しない人たちが、現在、ぐーんと減ってきている脳外科医が、多分こういうユニットがちゃんとできたら、私は絶対に入ってくると思って見させていただきました。

吉田会長： ほかにございませんでしょうか。どうぞ。

中村委員： へき地医療部会をやらせてもらってます中村と申します。私、へき地をやらせてもらってる人間から見た、今のプレゼンテーションについての感想なんですけど、失礼な言い方をすれば、今のメッシュを見させていただきますと、人が多ければ色が濃いということになりますので、これは当たり前ということになります。人が少な

くても、地理的に遠いところに苦勞して住んでおられる方に、どのような方法で網をかぶせていくのかというモダリティ、もしくはノウハウを出すための資料として、今の方法だけでは無理だと思いますので、人口が少ない、都会から遠いところに住んでいる人たちの医療需要、供給というものを評価するような方法もつけ加えていただきたいということです。

以上です。

吉田会長： ほかにございませんでしょうか。

それでは、時間の関係で次に進みたいと思いますが、今ご発表があった青木先生の、こういう方法、こういうアプローチもあると、こういう分析の仕方もあるということを示していただいたわけでごさいます、これがすべて、こういう解決方法があるというふうな答えや提案が出るというまでには、なかなか、今のいろんなご発言もありましたように、いろいろな方法を使って分析していかなければいけないということですが、しかし、少なくともこういった分析の方法というのは今まであまりなかった分析でありますので、今後の発展をお願いしておきたいと思ひます。

それから、知事が前にちょっとおっしゃったことで、産業組織論というのがあるんですけど、医療を産業組織論から見るといふ。これは青木先生、多少これに今の産業組織論から医療の供給あるいはメディカルデンセティーという話も今あったけども、それはどうなんですか。

青木先生： すいません、戻ってきてしまったので、ここで話ししますと、産業組織論を供給側を規制することで、あるいはインセンティブを与えることで適正配置をするものというふうにざっくり定義してしまひますと、どのように何をコントロールすれば医療の供給がどう変わるかということを検討するときに使える指標の一つとして、中村先生がおっしゃいましたように、じゃあ薄いところにはどういふモダリティで、コミュニケーションや時間、距離の改善をどういふふうにするか、どのくらい変わり得るのかというところもあわせて考えるためのツールとしても使っただけかもしれないと思ひております。

吉田会長： そうですか。ありがとうございます。

それでは、時間の関係で次に進みます。次は、健康長寿部会の小林部会長、お願いいたします。

すいません、時間の関係上、今回もそれぞれ5分程度でご発言をお願いしております、5分たちましたらベルが鳴るので、よろしくお願ひします。

小林秀委員： 健康長寿部会の座長を担当させていただいております小林でございます。皆さん方のところには、第3回奈良県地域医療等対策協議会資料と書いた1ページ目、そこを見ながら、私の話を耳で聞いていただければと思ひます。

健康長寿部会については、前回の協議会、8月20日以降、第3回の9月26日、第4回の10月31日に開催をし、健康の保持増進と高齢者や障害者の地域ケア体制の構築という二つの課題について検討を進めてきました。このたび、当面実施が必要と考えられる対応策を中間取りまとめ案として整備したところ、概要については、配付資料の最下段、具体的な施策（案）の記載のとおりでございます。

まず、健康増進に関しては、よい生活習慣を持っている人、特に、より運動習慣を持つ人やバランスのよい食生活を実践する人をふやすことが必要であり、その方向について検討をいたしました。食生活に関しては、奈良県では朝食を食べない子供等が多いとのデータがあり、地域、学校、職場、家庭での食育の推進や、その環境整備が必要と考えているところでございます。運動習慣の普及に関しては、だれしも実践できるものとして、歩くことの普及が大切であり、このためには、歩く習慣を日常生活の中でいかに取り入れていくかが重要と考えているところでございます。対策としては、歩く習慣の実践の職場や地域での健康づくりとして取り組みを進めてはどうか、また、歩く環境整備として、安全で毎日楽しみながら歩けるウォーキングコースの設定などを必要と考えているところでございます。健康づくりの一環として、障害者の健康づくりも重要であり、健常者と一緒にスポーツのできる環境整備や保健所による障害者への健康づくり支援が必要と考えております。

次に、二つ目のテーマである高齢者や障害者の地域ケアの構築についてであります。高齢者については、モデル地域の実践と、それに基づく県下全域での展開が必要であり、実施に当たっては、医療と介護の連携の強化を図るため、在宅医療の充実や訪問看護の機能強化などが重要であります。また、障害者に関しても、地域生活の支援や就労支援を進めるとともに、こちらでも医療等の連携を図ることが必要と考えております。地域ケアに関連しては、国が進める療養病床転換の問題については、県の目標値がいまだ定まっておりませんが、今後、高齢化が進む中、在宅医療を考えていく方向性は変わらないものと考えております。このため、具体的な地域ケア対策を進めるとともに県内の在宅医療資源の実態調査を行い、将来に向けて、県としての対応策を考えていくことが必要と思います。

以上が重要であります。中には対応策として、いまだ具体的に乏しいものもあり、部会ではさらなる検討を進める予定であります。県におかれましては、県民の健康長寿のため、健康の提案の実践に向け、一層のご理解をお願いしたいと思います。

ちょっとここに足りないところだけ一言申し上げます。子供の朝食を抜くというのは、学問的には、子供さんの発達、特に脳発達がおくれるということがはっきりデータに出ております。これは先ほど知事さんが、対策として延ばしてもいいよというお話ですが、今の子供さんなら、私はこの正月からでもきちっと朝食を食べるという習慣をつけて、来年の1月、2月、3月の受験に少しでも有利にする方が私はベターなので、ものによっては早くやった方がいいと。だから、特に栄養関係のところは、朝飯を食べるということは、要は子供さんの成績にきいてくるんだということをよくご理解をして、これは早目にやった方がいいのではないかと、このように思う次第でございます。

吉田会長： どうもありがとうございました。

各ご報告、全部終わってから質疑応答したいと思いますけれども、しかし、どうしてもという方がおられましたら、挙手いただきまして1人だけお伺いいたします。

今村委員： 長寿部会で同じ議論に参加させていただきました今村です。今、小林部会長のおっしゃったとおり、在宅に力を入れるというのは方向として間違いないんですが、

議論の中で、施設数を増やすか減らすかというのは随分議論になってまいりました。そして、現在、老人に対して、介護者に対して44%近く入所者がいると。だから、施設を減らすべきだという議論がずっと来たわけですけども、この9月の新しいデータで、分母になる老人の人口がかなり増えてきまして、国が38%以下にしなければと言ったところまで施設入所数が減ってきているということがわかってきまして、大幅に施設数を減らすかどうかという議論というのは既に決着が付き始めてまして、国が目指すべき水準まで落ち込んできているという状況です。ですので、在宅を増やしていくということは変わりはないんですけども、今後、施設についても前向きに考えていかなきゃいけないという状況が発生してきているということを追加で言っておきます。

吉田会長： それでは、次の救急医療部会、榊部会長お願いいたします。

榊 委員： 説明させていただきます。資料は先生方のところにございますので、その資料を見ていただいて、省くところは省いてご報告させていただきます。

8月20日以後、第3回の救急医療部会を10月27日に開かせていただきました。そこでいろいろと問題点が挙がったわけですが、特に一次救急、これは外来で対応可能な初期救急という定義、二次救急は入院や手術を要する状態、三次は生命の危険がある重篤な状態というように分けまして、一次救急をどう対応するのかというのが主に議論されました。現在、休日夜間診療所というのがございますので、そこでの現状を調べていただきましたが、機能が余り充実してない。それに伴って、利用状況も伸びていないということがわかりまして、今回10月27日は主に、休日夜間応急診療所を集約して機能強化を図ってはどうかという結論に至りました。夜間応急診療所では血圧を測るぐらいで、胸の写真を撮るとか血液検査とかも全くできない環境でしたので、そういうところを集約させて機能強化を図れば、行っていただくドクター、患者さんも安心して来られるんじゃないかということで、これに関しましては、関係機関、特に県と市町村と医師会の方で具体的な検討はしてください、それが必要だという結論でした。

それからもう一つは、耳鼻科が一次でそういう体制が全然できていないということで、耳鼻科医会が応援してもいいということもございますので、夜間休日診療所に、全部でなくてもいいんですけど、2カ所ぐらい、歯科の診察台でも応用できるということですので、耳鼻科の診察機能も追加させていただいたらどうかという結論でした。

あと、ドクターヘリは、近隣の、特に和歌山県とか大阪府の併用をお願いする。それから、搬送時間の短縮に関しましては、単にそういう連絡網だけではなくて、道路事情というのもございますので、その辺の充実は必要という話で、今回は主に、一次救急の対応をしていただく夜間応急診療所の集約化、機能強化というのが重要であるという結論になっております。

以上です。

吉田会長： どうもありがとうございました。

ただいまの救急医療部会、榊部会長からのご報告、どなたかご発言、ご質問ございますか。どうぞ。

小林秀委員： 2ページの下から3行目のところにトリアージ機能と書いてありますが、本来はトリアージというのは人権問題に関係してくるんですね。だから、そこに電話相談と並べてあるが、ちょっと心配をして、トリアージについては本来なら私は法律で書いてあげないと、人がまだ重体、命がなくなるだろうという人をそこで見切つて、次にドクターが行くということですから、本来、従来でいくと、外来でも何でも、患者さんを見たら、その人が亡くなりそうなのに、ほうって医者が別へ行くというのは人権問題になるものだから、そのことを気をつけないといけないので、議論のときにもう一遍、そこを丁寧に見直していただければと思います。

吉田会長： これはしかし、トリアージという言葉の解釈であって、今、先生が言われたような非常に狭い意味でのトリアージで、アメリカであればトリアージナースというのがちゃんとおりまして、それで救急とかいろいろなところに来た場合には、エマージェンシーに来た場合には、トリアージナースが必ずトリアージするというような使い方もありますので、定義解釈にもよるんじゃないでしょうか、トリアージという言葉は。

小林秀委員： まだ日本ではほとんどきちっと使われてないので、それで、ここで使われるのはちょっと心配をしたということですから。

吉田会長： それでは、次に移ります。次は小児医療部会、西野先生。

西野委員： 小児医療部会から報告させていただきます。今回の小児医療部会は、主に小児救急ということを中心に討議させていただきました。過去4回討議いたしました、1回目、2回目、相当いろいろ議論が生まれて、まとまらなかったんですが、3回、4回とだんだん意見がまとまってきました、ここに記載させていただきましたのは、委員全員、一定の合意の得られた項目です。それをご理解ください。

まず、現状と問題というところなんですが、ここに記載してありますのは、一般的に世の中に言われていることなんですが、奈良県の特長ということで、ここでちょっと申しわけないですけど、具体的な例を考えていただきたいんですが、例えば奈良市にお住まいの一、二歳の赤ん坊が夕方からどうも元気がないと、夜中になってきたら熱が出てきたと、深夜12時過ぎてきて、どうもぐったりしてきたと、さあどうしようといったときに皆さんどうされますか。病院はみんな休みですから、休日診療所にかかけます。休日診療所にかけると、小児科のお医者さんはおりません。大きいお子さんでしたら診ますけど、ましてや小さい子ですと点滴もできません。レントゲンもできませんということで、そうなる今度はどこにかけるかということ、119、救急にかかけます。救急にかけるとどうなるかということ、北和の輪番は例えば三室病院ですと、三室病院へ行ってくださいと言われるわけですね。けいれん起こしてますか、呼吸困難ありますか、ないですか、行ってくださいということになりますね、当然ね。

そうすると、奈良市からとことごと車で深夜に三室まで行くわけです。行くと、何と驚き、5人も10人も待ってるわけです。そうしたら、そこで1時間も2時間も待たされるわけです。そのうち、例えばけいれん起こしてしまった。これはインフルエンザ脳炎で、これじゃあ手に負えないというふうになってしまうと、今度は三次になるかもわからないし、入院になって、ほかの患者さんはストップしてしま

う。そうすると患者さんはあふれるということになってきます。こういうことは、まれなことで起こってるわけではありません。日常茶飯事というか、茶飯事ではないですが、往々にして起こる現実です。このことを頭に入れていただくと、当然、解決の方法が次第に出てきます。ということは、まず一次救急、夜間休日診療所の大半は深夜帯は小児科医師が不在、櫃原休日診療所だけはいてくれています。特に北和地域の人口の多い地域の深夜帯は、休日診療所に小児科がない場合がほとんどです。

次に二次救急ですが、二次救急は一般病院が北和と中南和と二つありますが、それぞれ小児科医師は1人しかおりません。それが目いっぱいです。人を回すのが。そうすると、ここで何十人も患者を見ながら、何人か入院して処置をすると、もうそこでストップという時間帯が当然できます。けれども、今、輪番をさせていただいている先生方は大変頑張ってもらっていて、断るなどとは言っておりません。絶対断ってないはずです。だから、どんどん外来に患者がたまってくるという、これが二次救急の現状です。

三次救急になると、当然、呼吸管理をしないといけない。救命救急だということになると、ほとんどが奈良医大の救命もしくは小児科に引き取っていただいています。これも、1人送ると次送れないという状況になる。この状況を理解していただくと、次にやるべきことはおのずと見えてくると思うので、そこに書かせていただきました。当然、小児の初期救急センターを整備する。特に北和地域だと思っています。それから、二次救急の人員ですね。人員を増加しないと、1人で救急することとは到底無理だと思うんです。そういう意味で、十分な人員のそろった地域小児センター、これは病院内に設置するものですが、これを確保する。それから、三次救急の充実ということが重要になってくると思っております。前回、障害児の医療体制についてお話しいただいたんですが、今回は本当に時間がなくて申しわけないですが、これは周産期部会と連携して検討するというふうに考えております。

以上です。

吉田会長： ありがとうございます。

どなたかどうぞ。

吉岡副会長： 私も3月まで医大小児科の責任者でございましたので、これについては随分心を砕いてまいりました。今、西野先生からの説明は、おおむね私が考えてきたことと変わりありません。この中で、いわゆる0.5次という電話によるトリアージがあります。小児科では全国的に学会も、医師会も協力していただいですでに実施しております。奈良県でも0.5次救急という電話相談がございます。2番に少し書いてございますが、これを現行のように限定された休日の夕方とか夜間だけではなく、平日にまで拡大することによって、「救急」の中に混じる比較的軽症な症例については、このトリアージ、広い意味での振り分けですけれども、その機能によって一次救急診療所や二次救急への受診を少し少なくすることが可能であるだろうと考えられます。実際既に他県では実績がございます。奈良県でも少し動いておりますけれども、より発展的にできればと思います。

吉田会長： ありがとうございます。

それでは、次に移ります。次は産婦人科・周産期医療部会、小林部会長、お願いいたします。

小林浩委員： すいません、風邪を引いておまして声が出ませんので。

五つの点を申し上げます。具体的な施策といたしまして、1番目は、奈良県の場合には中南和で既に500人以上の正常妊婦の出産が受け入れられないという、いわゆるお産難民という問題が発生しております。この500名は、大阪、和歌山に流出しておりますので、中南和地区に出産のできる施設を整備する必要があります。これが第1点です。

第2点目は、これは看護師等確保部会からの提案でもございますが、看護師、助産師のキャリアアップのために、正常お産については助産師の関与を高めるため、助産師が妊娠から出産までトータルに対応できる、そういう教育研修施設を整備する必要があるというのが2点目。

3点目は、これに関連いたしまして、キャリアアップした助産師、看護師を奈良にとどめておくための対策を強化する必要があります。そのためには、やはり24時間保育、病児保育や学童保育の整備、これがぜひ必要になってくると思います。

4点目は、新生児搬送用のドクターカーの整備に向けて、配置場所、基準等の検討を行っております。

5番目は、NICUを退出した患者の受け皿の一つとなる重心児施設の、これも看護師不足による受け入れられないという状況を解消することを短期的な目標として、今現在検討しております。

以上の5点を具体的な施策として報告させていただきます。

吉田会長： どうもありがとうございました。

ご質問、コメントございますか。

ないようです。それでは、次に進みます。次は医師確保部会でございまして、福井部会長、お願いいたします。

福井委員： ご報告申し上げます。われわれの課題はこの表に書いてあるとおりでございますが、10月10日に第3回の部会を開きました。この医師確保というのは本来、最初に荒井知事さんがおっしゃいましたように、国の政策をの影響をまともに受けているものでございます。非常に大きな難しい問題で、なかなか具体的な施策は浮かんでこないのですが、とりあえず、とにかく手をつけられるところから手をつけようということで進めております。まず立ち上げようと思いましたが、奈良県臨床研修連絡協議会の設立です。今回の卒後臨床研修マッチングの結果を受けて、今まで奈良県の病院でいろいろな臨床研修のプログラムを別々に組んでおったのを、できるだけお互いに情報交換しながら助け合って、新たな、さらに若者にアピールできるようなプログラムをつくっていかうと。そのために、奈良県の臨床研修連絡協議会を設立しようということでございます。これにつきましては、現在、実地に研修の指導に当たっております人たちの間で準備会をして、どういう形に運営していくかということをお話し合ってもらっています。それから、連絡協議会をこの医師確保対策部会のワーキンググループとして位置づけて、そこで決められたことをさらに部会でも討議し、また、各病院の協力を求め

ていくというような形にしていきたいというふうに考えております。

もう一つは、その中で討議されるべきところですが、研修医たちが孤独感を味わわないようにお互いにいろんな情報交換、意見交換ができたかどうかというようなことを考えており、奈良県の「研修医の集い」をつくってはどうかというように討議をいたしました。これはこの連絡協議会でさらに銀論していただけたらいいと思いますが、年に1回ぐらい、そういうような研修医の集いをやって、そこで実際の症例を報告しあったり、臨床経験を報告しあったり、あるいは懇親会をやったりして、お互いに情報交換する。奈良で臨床研修をやるのが非常にいいんだという心で、をお互いにモチベーションを高めようということでございます。その後、「研修医の集い」がうまく軌道に乗りましたら、学生をそこに呼んでいこうかというような話をしておりました。

次に、奈良の魅力を生かした専門研修プログラム、これは後のお話にもありますへき地医療とも関連をしてくるわけでございますが、奈良で勉強してる学生のニーズは非常に多様でございまして、一方ではへき地医療に興味を持つ子もおりますが、一方ではかなり都会の子が多いからか最先端のこともやりたい。今回も実は、選抜試験を受けた102人のうち過半数が大阪、兵庫出身の学生でございまして、そういった人たちがどちらを向くかということで、実際、マッチングの数が決まってきました。彼らの動向によってマッチング数も決まり、その先の後期専門医志望者数も決まってくるという現実がございますので、奈良の地にありながら、大都会に負けないいろんな経験ができる。一方では、県立五條病院に消化器病センター、県立三室病院に循環器病センターが作られましたが、そういったセンター的な医療の中核施設をつくって地域に根差したプライマリケアにかかわる医療とともに最先端医療もやっていくんだということをもっとアピールしなければいけない。そういう奈良の魅力を生かしたようなプログラム、これは後期専門医研修でございまして、そういったものもつくっていくべきではないかというようなことでございます。まだまだ各病院、各診療科の専門医養成プログラムも十分でないし、ホームページなども十分活用されていないということもありますので、整備してホームページをさらに活用していかなければなりません。

一方、後の問題、3とか4に書いてあります医師の待遇の問題でございまして、これについてはなかなか具体策というのは難しい。また、各病院によってもいろいろ事情が違うわけですし、一つの大枠というか原則を出して行って、コンセンサスを得ていくつもりです。短時間正規雇用というのは必要であるというようなことが中心でございまして。

女性医師の問題に関しては、女性医師の支援センターであるとか、あるいは復職支援センターのようなものも作ってはどうかということを中心にいろいろ議論をいたしました。それからもう一つ、事務方のサポートが非常に重要でありまして、卒後臨床研修センター1つをとりましても、まだ専任の事務方がいないというような現実もございまして。それも含めて、医療全般にわたって医師、看護師をサポートしてくれる優秀な事務方のスタッフを育てて、それによって我々の方も充実した医療を専心してやることによって、それが結局医師の増加につながって

くるということなんだと思います。

今回、奈良医大附属病院卒後臨床研修のマッチング数が少なかったその一番の原因がどこにあるのか。実は、去年よりちょっと少なかく43人だったんです。その原因について学生アンケートで聞いてみますと、研修医数が多過ぎたというんですね。医師達が忙し過ぎるように見えて、十分に教えていただけないと思ったというのが彼らの共通の答えでございました。ですから、何とかわれわれも頑張ったんですが、医大病院の医師の忙しさというものが彼らにネガティブに働いたということです。従って、そこをどう緩和していくかということで、地域の病院各科に1人ずつ一定期間出してプライマリ研修をさせるというようなことも考えたわけですが、そういったものも含めて、新たなことを模索しています。いずれにしても、どんなプログラムをつくっても、選ぶのは学生であるという今の現実をどうしても踏まえなければなりませんので、彼らと日々接しながら、今の医学生のニーズはどこにあるのかということを探っている状況であります。以上です。

吉田会長： 質問、ご発言ございますか。どうぞ。

吉岡副会長： 医科大学は奈良県下での医師の養成の唯一の機関でございますので、医科大学の立場で、学生の増員についてご報告しておきます。この4月から緊急医学生増員という枠ができて、10年間の暫定でございますけれども、奈良医大としては5名の入学者を増やしました。さらに来年度から特別枠という形で、先ほどのものは10年間の限定でございますけれども、来年度からのものはさらに5名、これは特別枠ということで、今般、骨太の五つの提案の中の一つとして、安心の医療ということで医師を増やすという政府の方針から、5名が増えることになりました。

ただ、これについては一つ残念なことがございまして、国立大学と私立大学に対しましては、政府はたしか補正予算で70億円以上の補正予算が出たと思います。しかし、公立の八つの医科大学につきましては、基本的に受け皿がないということで、お手当てがないという実態がございまして、わずかに地方交付税に潜らせて云々という発言はありますけれども、正式には何も来ていないという状況でございます。

私どもの医科大学としては、現在95プラス5の100人になりまして、来年度からは105人になります。

吉田会長： ありがとうございます。

次に進ませていただきます。次はへき地医療部会、中村部会長、お願いいたします。

中村委員： 中村です。ページ6にあります。第3回までやらせていただきまして、先ほど申しましたように、へき地医療に関して検討させていただきました。どの部会も同じなんですけど、その中の第2枠といいますか、最も重要な課題は医師確保対策であるということ、どちらも同じなんですけど、その医師確保対策に関しまして、三つの方向性を出しました。それが一番下の段にございます。「具体的な施策」と書いてございます。

①番、「へき地医療推進協議会の設立・運営」とありますが、これはまだ発足しておりませんが、こういうことが大事であるということです。へき地等々、地域医療

に貢献する医師を定着させるには、医師の養成だけではなくて、それを引き受ける
といますか、受けるであろう地域、行政の心意気といますか、財政的支援も含
めまして、それは絶対必要であるということで、そういうことをへき地もしくは地
域の市町村が一体何をし、どういうふうにお金を出すのかということを検討する必
要があるということです。そのために、へき地医療推進協議会というのを設立して
いきたいと思っております。これは「先進地調査」と書いてございますが、こうい
う協議会は全国にありまして、一つは長崎県の離島医療圏組合というものですし、
高知県にございますところの、同じくへき地等の医療圏の組合がございます。両県
はやり方が違いますけれども、それぞれの自治体が協働して病院を運営したり、研
修医を養成したりしております。そうしたところの調査も含めて、へき地医療推進
協議会というものをつくっていきたいと思っております。

続きまして、②番目、「プロモーション活動」と書いてございますが、医師確保部
会でもおっしゃいましたけれども、医学生等を対象のワークショップを開催したい
ということで、実はもう第1回を開きました。本年の8月、十津川村で医学生を対
象にしたワークショップを開催いたしました。後のページにございますが、9ペー
ジ、10ページに、どのようなことをやったか書いてございます。総参加数は、医
学生32名、研修医4名等々書いてございます。これは私もしゃべらせていただき
ましたけども、へき地に勤務するだけの医師を育てるわけではなくて、奈良県の中
で地域医療に貢献したいという、開業医も含めまして、そういう医師を育てていき
たいという趣旨でございます。

次、③番目、これも先ほどおっしゃいましたように、後期研修プログラムの一つ
でございますが、へき地で勤務することだけを目的とするわけではありませんが、
よき臨床医となることを目的とした後期研修プログラムを来年度を目途にして立ち
上げていきたいと思っております。その中には、へき地で研修するということが、
よき臨床医になるために非常に有用であるということを挙げまして、へき地での研
修、勤務研修ですね、勤務しながら研修するということを一つの柱としております。
この三つを大きな柱といたしまして、へき地の医師確保を進めていきたいと考えて
おります。

最後に、一番上に書いております、十津川村、川上村、山添村、3村が医師がい
なくなりました。昨年から1年、この1年間で3村の医師がいなくなりました。奈
良県には現在3,000人ほど、奈良県全部で3,000人ほど医者がいるんですが、
そのうち、へき地というところに勤務している医者が約30人です。約1%ですね。
30人のうち3人がいなくなったということなんです、簡単に言いますとね。やは
り少ないところで人が1人少なくなりますと、非常に大きなことなんです、逆に
言いますと、1人2人増えることが非常に大きな要因になります。つまり、このへ
き地医療の対策を立てるということは、1人2人増やせば非常に有効な手段を講じ
ることが可能なのです。ですから、コストパフォーマンスが非常にいい分野ではな
いかと思っております。従って、皆さん方も大変だと思いますが、先ほど質問しま
したけども、スライドで見た地図で見ますと、へき地は真っ白になります。人口が
少ないので、真っ白になるのは当たり前なんです。だけど、真っ白になるところ

で、そこに1人2人の医者を手当てすることが非常に意義があることなんだということをご理解いただきたい。

以上です。

吉田会長： ありがとうございます。

ご発言ありますか。

それでは、最後になりましたが、看護師等確保部会、飯田部会長、お願いいたします。

飯田委員： これまで3回行ってきました。そこにありますように、現状と問題については、まず、奈良県では若い看護師さんが離職する率が高くなっている。東京都と並んで全国2位であるということです。それから、看護師の養成機関と実習病院との連携が余りうまくいってないところもあるということ、それから、重症の心身障害児施設でも看護師が不足している。それから、認定看護師の資格を取る際に非常に看護師さんに負担が大きくなっているということ、それから、看護師としての仕事以外の雑務を看護師さんがしていることが多いということ、それから、奨学金制度がうまく機能していない、そういう問題点が現状の問題点として挙げられています。

それに対しまして、3回目は二つの点について、具体的な施策をみんなで協議しました。1番目は、質の高い看護の提供と看護職員の定着促進を図るために、看護職員のキャリアアップに対して支援をしようというものです。それは、まず一つは、認定看護師などの資格を取得するのに対して、本人が負担していた受講料などを費用負担を支援しようということ、それから、専門分野における質の高い看護師を養成するためのプログラムを奈良県下で実施しようということ、それから、在宅看護についての訪問看護師を養成するための研修を実施しようということ、それから、ここに書いていませんが、先ほど小林部会長もおっしゃってましたけれども、助産師に対するプログラムですね、養成のプログラムをしようということ、それから、離職の防止や定着促進を図るために、これまでも既に行われているんですけども、復職応援事業を充実しようということと、それから、ここに書いてませんが、短時間の正社員制度ですね、それを普及していくように検討しようということ、それから、院内保育の促進、そういったものを継続して支援していこうと、そういうことを検討会で話し合いました。

以上です。

吉田会長： ありがとうございます。

ご発言ございますか。

それでは、次の議題で、今後の検討の方向で皆さんのご意見を伺いたいと思えますけど、その前に、この第1の議題のところ、先ほど小林先生からご質問がございました公立病院改革部会についてのお尋ね、荒井知事、どうぞ。さっきの、小林先生、もう一遍、質問されたのを繰り返していただけますか。いいですか。

荒井知事： 公立病院の何を検討して、どういう方向で動いているのか、報告なかったから、小林先生の質問にも答えられないんじゃないかなと思って質問したんです。

武末次長： まず、今年度ということで申し上げますと、先ほど申し上げました現在の公立病院の現状の調査と地域医療の実態の調査というところをまずやっていくということ

ろでございます。その中で、ちょっと私、現場の声としては聞いておりませんが、そういった退職金の方に対して改善をしてほしいという要望がありましたら、もちろん、そこは公立病院の現状の調査という枠の中で今後の課題として上がってくると思いますけれども、私が聞いた範囲では、まだ、小林先生のおっしゃったような、地域でずっと点々としたときに、最後に退職金がきちんと継続した年限が払われるということを希望しておられるということは伺っておりませんが、最終的にはこれはきちんと確認させていただきたいと思います。

荒井知事： 何か、ほかの部会に比べて、公立病院が一番遅れているような気がするんですね。ここが固まらないと、県は手が打ちようがないものだから、今度延ばすというのも、一番大きな原因が公立病院の検討の遅れというふうにも見えてくるので、調査をしてからだちょっと遅いような気がしますので、並行して検討したいと思いますので、よろしくをお願いします。

吉田会長： わかりました。

きょう、部会長が来ておられたらよかったですけども、来ておられませんので、ああいう調査を非常に重視されてるということはよく伺っておりますけれども、やはり同時に、いろいろと解決しなければいけない問題がございますので、そちらの問題も同時にご検討をお願いしたいということでございます。

それでは、今、それぞれの部会からご報告をいただいたわけでございますけれども、それに関して何か。

森本委員： 歯科医師会の森本です。長寿部会の中で、栄養のバランスのとれた食生活普及というふうに書いていただいておりますけれども、我々かねがねから、栄養はもちろん大事なんですけども、食事をするにしても、やはり食事をする方法というのがあります。今、子供さんなんかでも、早食い、大食い、こういうものが物すごいはやっておるようで、痛ましくも犠牲者が出たりとか。それはやはり方法論というのが、昨日も読売新聞の1面に「食」という論文をずっと何回かにわたって書いてたんですけども、栄養もやはり方法をちゃんと身につけさせることが一番大事だということが出ておりました。なるほど、そうだと思うんですけども、その辺のところもつけ加えていただければありがたいと思います。

小林秀委員： 今回のまとめは、今抜けていることをまずはっきり書いて、そして抜けてて必要なことをということで、歯科だとかそちらの方、栄養というのは余り遅れていることではないんですよね。歯科対策も栄養対策も、日本は世界の中でも優秀な成績を上げれるぐらい、よく動いています。ですから、今、歯科のことが重要でないとか、栄養のことが重要でないとか、そんなふうに思ってるわけではなくて、今回のところは特に遅れているところで何とかしなくてはいけないことを書こうということで、我々はポイントを今回置いてるということでご理解ください。先生方のおっしゃることはよくわかります。

吉田会長： ほかにございませんか。どうぞ。

籠島委員： 先ほど小林先生がおっしゃった退職金の話なんですけど、あれについては、次長さんは聞いておられないということですが、私は以前、奈良県医師会の雑誌の巻頭面で、このことを簡単にではありますけれども、やはり医師が安定して仕事できないの

はそこにあるということを書いておりましたので、また機会があったら読んでいただけたらありがたいです。

吉田会長： ほかにございませんか。どうぞ。

小林秀委員： 知事さんお忙しいので、行かれる前に一言。実は私、知事さんにまだ言ってませんが、財団法人医療研修推進財団の常務理事をやっているんですよ。これは、臨床研修のマッチングをやっているところの私は常務理事なんですよ。それで、今、自民党の方で、臨床研修のせいでみんな都会に医者が行っちゃう、けしからんとお説教されて、怒ってる先が私のところなんですよ。実は、

実は私の方も、私のところの財団の自分勝手な意見を言ってるわけではなくて、日本の各科の先生方、有名な先生方、皆さんお集まりいただいて決定している方針に従って、我々は実際やっただけであって、直接に私どもの哲学でもってやっただけではないんですけども、ただ、皆さん方がおっしゃるのは、臨床研修というのは、今は大学に行かずに、確かに市中病院に行っていることが実際なんだけれども、何も都会ばかりに行っているわけではない。例えば沖縄の中部病院なんていうのは、たくさん希望者が行っている。それから、千葉の海岸の方の不便なところにもたくさん臨床研修医が行っているということですから、私は臨床研修病院が、大学病院も含めて、いい病院へ学生さんが行きたがっているということが事実なんです。だから、今は医学部卒業が終わってから2年間の教育というのは、学生さんが本当に選びを選んでいって、それと給料のよさも見て、それで自分たちが好きなところに行く。医者にとって、一生のうちで一遍だけ自分の我がかなえられる、希望がかなえられる可能性があるということで、学生さんにはすごく評判がいいシステムなんですよ。そういうことを背景にして、きょうの医者が足りない、何々足りないというのは、皆さん、先生方、その中で苦勞して案をつくってらっしゃるから、私は大変、きょうの医療関係の部会のご意見は、いい発表だったし、大変、私も感銘を受けたことが多いです。

ただ、1点だけ気になった点は、医師確保部会だったですか、それともほかのところだったでしょうか、例の女子学生が多いという話なんです。ここにも書いてあるんですけど、女子学生が多いから、その人たちが社会人になっても一人前に働けないから、それは困る、そういう人は余り頼りにできないというお考えが少し見えたんですが、日本の一般の臨床の先生は皆さん、女医さんは嫌がられるんですけども、逆に言うと、日本の患者さんの半数以上は女性なんですよ。ということを考えて、私はやっぱり女性の方にも、あなた方の同性の方が国民の患者の半分以上いるんだよと、だから、あなた方もちゃんと頑張ってもらってよと言って、やっぱり女性のお医者さんにももっと頑張ってもらおうようにプログラムを考える。そして、データ的に見て、男性に比べて、やっぱりトータルの仕事能力が80%しかないならば、その80%ということにちゃんと給料を合わせるのか、何を合わせるのか。そのかわり福祉手当をくれるのか、何かそういうふうに考えていかないと、今まで日本はどうも女医さんというのを毛嫌いする。女医さんの方も、我々はあんまり好まれてないんだけど、一番、自分の学力を生かせる、なおかつ生きがいのあるところはやっぱり医者だと言って来られる。そこら辺は、ちょっと男性のお医者さんも少し、

女性の患者の方が多いんだよということを理解をして、その上、軍隊もなく激しい戦争もやってないんだから、そこはちょっと、ここにいらっしゃる皆さん、少し意識を変えていただけると大変いいのではないかと、これは私からの希望でございます。

吉田会長： ありがとうございます。大変貴重なご意見でございましたが、今おっしゃったような認識は、ここにいらっしゃる方は皆さん、もう持っていらっしゃるにして、私どもはもう耳にたこができるぐらい、何遍も何遍もその議論を重ねておると私は思っております。その認識はもう十分です。小林先生、どうぞご心配なく。違いますか、皆さん。

吉岡副会長： 小林先生の発言を追加する意味で、女性医師の最も多いのはやはり産婦人科と小児科、また、一番、医師数が少なく、今、問題になっているのも産婦人科と小児科です。私がやっておりました小児科では、3人の子持ちで、医師をフルに続けてくれる女医さんが複数おられます。2人や1人の子持ちはざらです。要は1年間の育児休暇でもとへ戻ってきていただける方が9割でございますので、女性医師だから働きにくいとか、働きがいがないというようなことは、こと奈良県下の女性小児科医においては無いと言い切れるぐらい、やれてると思います。それだけの努力は教授や部長たるもの、いろいろやっております。私は保育園の世話も、4人いたしました。これは余計なことですけども。

もう一つ、医科大学として、本日出ました中村先生のへき地診療、その医師の確保、それから地域医療全体について、一つだけ医科大学として提案といいたいまいしょうか、私が学長として考えていることを申し上げます。これまでのように、医師の足りない病院や医院や地域の診療所が、お金を出すから特定科の医師を供給してくれということは全く不可能な社会情勢であります。それをやっているのは、「民間医局」と称するものが今、昔の大学医局に代わってやっているわけでございまして、これは言語道断だと私は思っています。一方、私は医科大学が奈良県にあって、へき地あるいは小児、あるいは産婦人科医療に、あるいは地域の一次救急に、今後も引き続いて、これ以上医師を供給できないということでは、県民のニーズにこたえられない、という意識を十分に持っております。

したがって、医科大学には人材をプールする特別なセンター、総合的に地域医療に貢献する特別な支援センターを置くべきだろうと思っております。しかし、それにはマンパワーをたくさん確保する必要があり、そのマンパワーを確保するためには一定のお金が必要です。従いまして、一次の救急診療に対して医科大学が一定の責任を持つ、あるいは地域医療に対して責任を持つ、あるいはへき地で足りない診療所に医師を派遣する人材プールを持つということは、私は医科大学の責任の一部だというふうに認識しております。必要な医師を派遣するための人材プールが要るのです。医師1人分のお金を診療所が出していただいて、それを奈良医大のどこかの医局があっせんをするということはもはや認められません。そういうことでは今後も持ちません。現在は我々がそういう機能を持つことは不可能ですけども、医科大学の中にセンター機能を確保して、そこにプールされた人材をしかるべきところに1人、2人と出していくことについては、条件を整えれば可能だと考えます。し

かし、1人、2人ずつやっていくべきだろうというふうに考えておりますので、今後、十分に県とともに議論をして、皆さん方にご協力を求めたいと考えております。

吉田会長： ありがとうございます。今、非常に大事なご発言だったと思います。私から少しだけ追加させていただくと、そういうプールは非常に大事です。同時に、自治医科大学は今まで、へき地あるいは地域医療の充実についてずっとやってこられて、そういうところに人材もかなりおられるのではないかと。したがって、今後、そういう意味でも県立医科大学あるいは県のいろいろな公的な病院と自治医科大学が今まで何年もかかって培ってこられ、育ててこられた医師、そういう方々との協力体制ということも議論していただければというふうに、私見でございますけれども思っております。

それでは、次の議題に移りたいと思います。今後の検討の方向でございます。いろいろなご意見をお伺いしたいと思います。それぞれの部会から、こちらから指名させていただいてお伺いするよりも、今後、こういうことをやりたいということがございましたら、おっしゃっていただきたいと思います。いかがでしょうか。

福井先生、どうぞ。医師確保部会。

福井委員： 先ほど女性医師の問題が出ましたけれども、私たちの部会の委員にも女性が入っております、女性医師のアンケートを集めてくれましたので、それをもとにこの問題を論じております。そのときに女性委員がどう発言したかと申しますと、「ことは女性医師の待遇の問題はだけではありません、医師全体の待遇改善の問題と捉えるべきです。」というのです。例えば、夜間、病院で当直をして、一睡もせず次の日もまた働くという状況が依然としてあります。また大学院の学生、といっても経験ある医師なんですが、手当を全くもらわずに医療に貢献してくれている。そういう状況でもって、今の日本の医療は維持されているわけですね。ですから、本当に短時間正規職員制をやった場合、もっと労働力がいらいますね。そうしたとき日本の病院の医療経営がもつのかどうかというあたり、その試算をしなくちゃならない。病院でも、ぜひそれはやってみたいと思っています。そういったときに、日本の医療経済がもたないのであれば、やはり国政をやっている方々が真剣に考えていただいて、医療費を上げてもらわなくては、あるいは医療に対する補助をもっとしていただかなければ駄目だと思うんですね。日本では諸外国では想像できないような、低医療費政策で高水準の医療をやっており、そのひずみが一気にきているのです。医師の待遇の悪さもわかりです。ドイツでは2年前に医師が一斉にストライキを何日間もやって、何とか待遇改善を勝ち取ったんです。我々はそんなことはやりたくないですが、そういうところまで来ているということはあると思います。ですから、医師確保を本当にやっていこうと思うと、医療制度の根本から分析していかなければならないと思うのです。短時間の正規雇用制は大事であるということは誰も異論はありませんし、そのことを部会のまとめに織り込むはできます。できればさらに、病院で短時間正規職員制が本当に可能なのか、医療経営的なシミュレーションができたらと思うんです。

吉田会長： 医師確保としての今後の検討の方向性として、その点についてはどうですか。

福井委員： 実際のところ、そこまでちゃんと討論していかないと、本当の意味の医師確保

対策にはならないというふうに思います。

吉田会長： ほかに。どうぞお願いいたします。

榊 委員： 女医の先生方をという話もありましたけど、私はやっぱり基本的な考え方は、先ほど青木先生がおっしゃったように、本当に24時間、高いモチベーションを持ってやれるかどうかという、そういうものをつくっていけるかどうかにかかっていると思ってるわけです。沖縄でも人気のある病院という話で、北海道にもあります。テレビなんかで、勝ち組、負け組なんて、そういう報道をされ、そのことは私は賛同もしませんし、反対もしませんけれども、研修医に人気があるのはやっぱり豊富な人材がいて、そこで疲弊しなくてやれる環境がある、そういう環境のある病院にやはり研修医にも人気があって行っているというのが現実でございます。例えば過疎地に医者1人が必要だという部分もあるでしょうけれど、道路環境が整備され、一方にセンター的病院ができれば、きっと研修医もそういうところで研修を受けたいと思うし、女医の先生方だって、そこで能力を発揮できると思う。ただ、今は本当に病院に泊まり込んででも頑張らないといけないという環境がやっぱり弊害になっている部分もございまして、ぜひ公立病院を今度つくるときに考えていただくことは、先ほど青木先生のおっしゃったように、女医の先生方をという話もありましたけど、私はやっぱり基本的な考え方は、先ほど青木先生がおっしゃったように、本当に24時間、高いモチベーションを持ってやれるかどうかという、そういうものをつくっていけるかどうかにかかっていると思ってるわけです。沖縄でも人気のある病院という話で、北海道にもあります。テレビなんかで、勝ち組、負け組なんて、そういう報道をされ、そのことは私は賛同もしませんし、反対もしませんけれども、研修医に人気があるのはやっぱり豊富な人材がいて、そこで疲弊しなくてやれる環境がある、そういう環境のある病院にやはり研修医にも人気があって行っているというのが現実でございます。例えば過疎地に医者1人が必要だという部分もあるでしょうけれど、道路環境が整備され、一方にセンター的病院ができれば、きっと研修医もそういうところで研修を受けたいと思うし、女医の先生方だって、そこで能力を発揮できると思う。ただ、今は本当に病院に泊まり込んででも頑張らないといけないという環境がやっぱり弊害になっている部分もございまして、ぜひ公立病院を今度つくるときに考えていただくことは、先ほど青木先生のおっしゃったように、今までと全然違った視点で考えていただくのが私は非常に重要ではないかなと思っておりますので、よろしく申し上げます。

吉田会長： 村上先生、どうぞ。

村上委員： 奈良NPOセンターの村上です。ちょっと今後の検討の方向性で意見を申し上げたいと思います。各部会にそれぞれ共通する問題だと思うんですが、100%そうというわけではありませんが、医療を提供する側と医療を受ける側という視点で考えたら、各部会から出てる意見というのは医療を提供する側の視点で、これまでの検討課題と、それから今後の施策を提案されてるようにとれると思うんですね。それぞれの部会に、その問題を解決するためには医療を受ける側の意見が反映されないと、例えばコンビニ受診にしても、コンビニ受診をしている人たちは医療を受け

る側の人ですよね。いくら提供する側がコンビニ受診はやめましようと言っても、その状況をなくすための意識改革、あるいは自分はどうしてそういうことを受けることになるのかということを理解しないと、これは減らないというふうに思いますよね。そのためには、やはり市民の側からの動き、これをどう高めていくかという、そういう視点がどの部会にもぜひ必要だというふうに思います。その一番いい例が、第1回の協議会の際に伊関先生が指摘されましたが、廃止になりかけてた兵庫県立柏原病院の小児科を救ったのは、その小児科を守る会という、若いお母さんたちの動きが小児科を存続に導いたという例が報告されてました。これも同じように奈良県でできないはずはないので、小児科をめぐるコンビニ受診についての実情を勉強し合う、そして、あの小児科を守る会が出しているパンフレットですよね、どういうときに夜間でも救急を要請する必要がある、こういう場合はそういう必要がないという、そういうことを自分たちで学べる、そういうものを提供することによって、コンビニ受診は減るはずなんです。

といいますのも、私がかかわるだけでも、この二、三カ月だけで、医療関連のイベントを三つ、市民のスタンスでやってるんです。一つは、子育て支援をやってる市民活動グループの皆さん方と一緒に、病児保育の問題について取り上げたフォーラムを開催したんです。これは本当に働いているお母さんたちの切実な問題なんです。ちょっと熱が出ると保育所から電話がかかってきて、迎えに来てほしいということで帰らざるを得ない。そうすると、いくら責任ある立場で働いていても、迎えに行かなければならないという状況になる。それを回避するためにはどうしたらいいのかということで、病児保育の問題を取り上げるフォーラムを開催しました。また、地域医療を考えるフォーラム、これは自治体職員の人たちと一緒に、長野県の南相木村で長らく診療所長をされていた色平哲郎さんを招いて、地域医療のあり方について、我々のスタンスで勉強するという、そういうフォーラムを開催しました。

つい先日は、今年から厚労省が11月11日を介護の日と決めるという、そういうことで宣言されました。それにあわせて、私たちが日ごろから介護に携わっている人たちをバックアップする活動を続けてきてるんですが、その一環で、介護の日記念イベントというのを開催しました。これも介護にかかわるいろんな立場の人、医療の立場の人、それからケアを提供する立場の人、さまざまな立場の人たちが集まって、来ていただいたのは昇幹夫さんという、これは産婦人科の方ですけども、日本笑い学会の副会長をされていて、笑いを介護に、大変な介護に笑いを持ち込もうという、そういう話をしていただきました。同時に、奈良介護大賞という賞を設けて、地域の介護に社会性を持たせる、介護の社会化につながる活動をしている人たちを応援するような賞を設けようという、そういうイベントを開催してきたんです。市民の側からの盛り上がりがないと、地域医療の関係の問題も解決しないと思うんです。ぜひどの部会ででも、そういうスタンスで市民の動きをバックアップするような、そういう視点をぜひ今後の施策の中に取り入れる議論をしていただきたいと思います。

吉田会長： ありがとうございます。この問題は、今もご発言がございましたけれども、こ

の協議会の発足の一番最初から、これは非常に重要なテーマとして、みんなマインドしてきたことだというふうに思っておりますが、各部会においてもそれを検討してほしいという今のご希望でございました。こういう地域で、あるいは地域社会の盛り上がりというふうなもの、これは何か、ソーシャルキャピタルと言うらしんですけれどもソーシャルキャピタルというのは非常に難しい言葉で、もっと適当な日本語がないかというふうに聞きましたら、「地域の力」というふうに訳したらいいということでございました。地域の力がよくなると医療がよくなるという、そういうふうなことをおっしゃってる専門の教授もおられます。大変大事なことをご指摘いただきました。ただ、この協議会でやることだけで、この地域の力を盛り上げるということは非常に難しい。もちろん最善の努力をしなければいけないけれども、難しいと思います。こういう点は荒井知事も随分お考えになっていただいておりますし、例えば先般、シンポジウムをやりました。ああいうふうなものでも、できるだけみんな、地域力を高めるというふうなねらいがあったように思っておりますが、荒井知事いかがでございましょうか。

荒井知事： まとめてほかのことも言おうと思ったんですが、今、供給サイドの人が部会長をされておりますけれども、先ほど需要と供給という言葉が出たとき、需要というのは受ける人の受益者あるいは患者さんの声と、あるいは地域の患者候補の声ということになるわけで、それをどのように適切に聞けるのか。先ほど、救急の医療のサービスに到達する時間というのでサービス度を測ろうと、濃度というので測ろうと。濃度は個人の濃度なのか、地域の濃度なのかというふれが出てくるように、例えばの例ですね、思いますけれども、個別に聞くのと集合的に聞くのとで大いに手法に違いがあるので、ここは集合的に、客観的に、また常識的に聞くしかないわけがあります。だから、一つの案を出して、それについて、それで満足かどうか、どうということかというコミュニケーションが発生すると思うんですね。だから、患者さんがいないと医療サービスもないわけなので、1人の患者さんのための医者ではないわけなので、地域の患者さん、あるいは患者さん候補のための医者をどのようにうまく配置するか、サービスを供給してもらおうか、そのコストはどうかということが我々の仕事でありますので、今、村上さんのおっしゃったことはもちろん大前提ですけれども、どのように聞くかというのはテクニックの話だというふうに思っております。

吉田会長： ありがとうございます。知事には後ほど、総括としてご発言いただきたいと思っております。

それでは、ほかに、今後の方針として。じゃあ、中村先生。

中村委員： 簡単に。今、村上委員の方から、住民の声ということが出ましたけれど、荒井知事もおっしゃいましたが、この会で、大体これは市町村、行政担当の人は一体どう考えているのかということですね。やはり私がやってるへき地部会でも医師確保部会でもそうですけれども、どうやって市町村を巻き込んだ動きにしていくのかというのは、これからこの部会が持っていくべきことだと思います。公立病院部会というのはあるということなんですけど、知事もおっしゃいましたように、やはりこの検討したことを市町村も巻き込んだ、私の方ではへき地医療推進協議会という名前に

してございますけども、そういう形がいいかどうかはわかりませんが、市町村も巻き込んだ視点というのをぜひ持っていかないと、これは動かないと思います。

以上です。

吉田会長： ありがとうございます。

塩見先生、どうぞ。

塩見副会長： 今の医療の状況を見ると、一言で言えば、これは医師たちの反乱なんですよ。結局、ドクターたちのモチベーションが非常に下がっている。これは昔から、我々が研修医であった時代でも、私の場合でも一月の間に10日家に帰ればいい状況でした。要するに、労働基準法もくそもない状況で医師が働いてきた。それに今まで我慢してきた医師たちが、いよいよここに至って、もう我慢できない状況になりつつあるということ。それは、一つは処遇の問題もあるでしょう。一つは仕事量の問題もあるでしょう。ただ、もう一つ言えることは、安心して働ける状況にないということですね。つまり、救急の現場にしても、あるいは産婦人科の問題にしてもそうなんです。精一杯やったことで結果責任を非常に重く負わされる。ミスがないにもかかわらず、裁判ざたになったりとか、そういうことがある。先ほど言われたように、患者さん側の問題といたしますか、いわれのないクレームもいっぱいある。非常にそういう部分というのが現場の医師を委縮させております。

救急の現場なんていうのは非常に怖い現場ですよ、医師の方から見たら。ふだんから何のおつき合いもない人が突然やってきて、さあ診ろと言われるわけですね。ですから、一番大事なことは、医師のモチベーションをどう上げるかという、そこに尽きると思うんです。一番大事なことは、やはり医師の安全を守ること。その中で医師のモチベーションというものは上がっていくんです。もちろん、ミスしたら、これは当然責められてしかるべきなんです。そうでないときの、医師に対する風当たり。今、医師会の方では各医療機関に対して、現場でのいろんなトラブルを調査しています。どういうトラブルがあるのかということ、これをまた、まとまってくれば、こういう会にでも報告したいと思っております。だから、一番大事な部分というのは、いかに医師を守るか。もちろん、患者さんの立場に立つてということが必要だと思いますけれども、要は、いわれのないクレームをいかに減らしていけるか、そういうところにあるんじゃないかなと思っております。

吉田会長： ありがとうございます。

ほかに。どうぞお願いいたします。

西野委員： 小児医療部会の西野です。先ほどご意見いただいたことはありがたくお聞きしました。ただ、小児医療部会は、我々は医療側ですけれども、討論の大半は0.5、一次の話に終始しております。先ほど僕が、せっかくいただいた5分間の時間を例えばの話で使ったのも、あの視点は完全に患者の立場で、少なくとも小児医療部会に参加してる先生は、コンビニ受診がどうこうとかいう話よりも、むしろ患者の立場で、どうしたら一番いいのかというのをここに書かせていただきました。できれば住民の方から後押しいただいて、よりよい体制をつくっていただきたいというふうに思っております。

それからもう1点、これは余計なことかも知れませんが、小児科の診療は、少

なくとも県立病院、市立病院、これがほとんど救急を担っております。それから、例えば新型インフルエンザも、手を挙げているのは県立病院しかありません。いざとなつて、我々は常に言うことを聞いておりますけれども、聞いているのは、やっぱり公的病院の重要性というのを非常に痛感しております。特に、北和の中心部にある、固有名詞を言っているのかどうか分かりませんが、県立奈良病院等は今後、小児科としての観点からは、その中に小児科の医療センターを充実していただきたい。個人的な話で申しわけないですが、ただ、これは確実に北和の三次救急、二次救急をバックアップする力になると思いますので、そういうふうに思っております。1カ所を強化するだけで、あとを強化しなかったら全部だめになりますので、とりあえず入り口から、出口はないか、治って帰るまでは、一応考えさせていただいておりますので、参考にさせていただきます。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。

いかがですか。余りご発言のなかった委員の先生方、いかがでございましょう。

吉田委員： 市立病院を持っておる立場で言わせていただきますと、できるだけ早く結論を出していただいて、実行に移していただきたいというのが本当の願いであります。市立病院の話になりますと、2期連続赤字で、今年の前期の決算を中間報告いただきましたが、やっぱり赤字の中で回っている。院長さんと各4部局の責任者に集まっていたいただきまして、会議をさせていただいた。現状の中で、しっかりと把握をしてほしいという会議を開きますと、うれしかったのが、病院の方から提案がございまして、年末年始、9日間連続の公立病院で休日となるという中で、先生方の方から、しっかりと強化していこうというような提案をいただいて、自発的に、9日間をくじ引きで、当直、日直を皆公平に、院長を含め、されたという中で、看護局から、私らどないしていきましょう大変ですわというような話が今、市立病院では上がっています。公立病院としての立場で先生方が一生懸命考えていただいて、地域医療に貢献していこうという立場で考えていただいておりますということは十二分に伝わってきましたし、私も首長という立場では先生方とイコールではないけれども、違う局面からもボールを投げますんで、協働してしっかりとやっていきましょうというところで、今頑張っておると。知事におかれましては、できるだけ早く結論を出していただいて、公立病院の方向性を打ち出していきたいと、そういう思いをしております。

以上です。

吉田会長： ありがとうございました。

ほかに、いかがでございましょうか。平岡委員、いかがですか。

平岡委員： 助産師としては、さっき小林先生がおっしゃったように、研修とかいろいろ考えていただいているようですけれども、正常なお産は助産師が扱えるといいましても、やっぱりバックアップしていただくところがとても大事になってくるので、そういう意味では、今後も周産期の方の充実をお願いしたいと。できる範囲で私たちも一生懸命研修を積んで、正常なお産には当たっていききたいとは思っているんですけども、やっぱりつまるところは、一番大事なバックアップというのがないと自分たちの力を発揮することができないという、そういう部分で私たちは働いておりますので、周産

期部門の充実をしていただきたいという、そこら辺が私たちの一番の願いです。

吉田会長： ありがとうございます。

皆さん方のご協力のおかげで大体時間どおりに進んでおりますので、それじゃあ、荒井知事に総括をお願いいたします。

荒井知事： 総括といっても、感想を述べたら、また意見が出てもいいと思いますので。刺激的に言うのが、どちらかという意見が出そうな方向へ顔を向けて言いたいと思います。大変有意義な情報といいますか、議論を積み重ねていただいているように正直思います。ざっと印象を申しますと、この作業は限られた資源、医療資源、あるいは財政資源の中で、奈良でできるベストのやり方を探ろうと。ベストだといってもパーフェクトじゃないわけでありますので、しかし、今後、いろんな答申があっても、よく考えてはしたなというように言われたいという程度の気持ちはありますので、やはり知恵を出していただくのはありがたいということでございます。

このペーパーを見て、これで解決するんですかと言われたときに、この書いてあることをすれば奈良のベストですと言えるところまで行ってるかどうかというのがいつも気になるわけで、そういう観点からは、もう少し詰めないといけないことがあるかと思えます。特に、誰がするのか、誰の役割かということを経済は詰めない、こうすればいいと言っても、だれもしないということが起こり得るので、県でできることはすべてしたいと思えます。県でできることと、客観的に見て、県がすべきことというのは若干ずれがあって、特に医療の資源の中では、開業のされる方、私立の病院、公的病院、公立病院と、こうありますので、先ほどの話はどうしても公的病院、公立病院の勤務医に勤務的なしわが寄ってくるというようなことで、それをどのようにバランスとって、巻き込むという言い方は変ですけども、負担を民間の人にも開業医の人にもしてもらえるかということが一つのポイントになってくるのでございます。

それで、医師会でも関係の人でも、うちでやるよそういう点は、と言っていたくと大変ありがたい面があるのでございます。それも常識的に、余計なことを押しつけよってと、自分でせないかんのにと、こうなるとコミュニケーションが成立しませんので、うちはこうする、君のそこはこうしてくれという関係になると、奈良のベストに近くなるんじゃないかという気持ちでございませぬ。県では、医療の体制は権限が県に集中してないというように最近感じておりますが、国と市町村に分かれて、いろんな面でなかなか難しい面があると。例えば後期高齢と国保は、舛添さんが県でやったらどうかと試案を出そうとすると、知事会は反対だと言う知事さんが多かったんですが、私は別に県で責任を持ってもいいよと、いい案ができればというふうなスタンスで正直います。舛添さんにも言ってもいいかと思ってるんですけども、そうしますと、しかし、それだけの責任、国保だけの責任、後期高齢だけの責任だけじゃなしに、介護はどうするのか。その診療報酬というのは全国的なものなので、そのほかの県の武器がなしに責任をとれるものかどうか。療養病床の話などが関係しますので、すると、県で精一杯できることを探ろうという、向この協議会ではあるわけでございます。それを国にも言っていくところもあろうかと思えます。

それから、全体の流れの中で、まとめは、全体の最終結論をちょっと遅らせてでもと言いましたが、というのは、先ほど出ましたように、肝心の公立病院改革が姿が見えないということが大きな問題かなと思っています。ただ、この中の案をいろいろ見ますと、すぐにもできるような話、例えばへき地協議会をつくろうとか、こんなのは別に、ここで書かないとできないわけじゃありませんので、アイデアがあって、すぐにやったらいいものは21年度から予算でもつけて、したいというふうに思っております。そうすれば、21年度から実施すべき、かつできるものは何かという整理が要るかと思しますので、そういう整理をする意味で、年度内で予算に向けての中間報告というふうにまとめていただければいいと。この21年度予算措置でも、わずかでも手戻りないようにすればいいんじゃないかというような出発進行というのはして、すると何が残されているのかということをも明示してもらって、その残りの期間は、限られた期間でこれこれやれと、こういうふうに言っていただくようなまとめがありがたいと思います。

健康長寿で小林先生にご苦勞願いましたが、健康長寿で課題と思って拝聴いたしましたのは、県と市町村の役割分担が、この中でこれから課題かと。地域ケアとか言っても、どちらが何をするのか。地域という居場所はないんだと。地域の中の建物だとか家だとか施設だとかということがないので、地域という居場所がないんだという、居場所をどうするのかというようなこと。それから、介護の認定率は奈良県は15%台ですが、3年後に17%台になりそうだと、これをどう食い止めるかというのは県の大きな課題ですが、それにはどうすればいいかというのが、目標値をそういうふうに設定できないものかと。介護の事業計画が市町村から出てきて、まとめて報告する体制になっていますので、この健康部会でも報告させてもらって、医療との連携とか介護の今後のこと、あるいは健康長寿の施策の意味ということをもまとめていただければありがたいというふうに思います。

それから、ほかのところでも関係するんですが、特にこの部分はリスクコントロールの、介護になる前のやるべきことというものの認識というのが、この関係者の認識をどうするかというのが課題でございますが、ほかにも出てくるので申し上げますと、例えば小児医療で、乳幼児の保育とか介護とか、子供の虐待が発生しますので、例えば県庁のホームページに、一、二歳児の子供を持っておられる方はこのサイトを見てくださいというふうな出し方をして、そこに必要な情報をどんどん流し込んでいく。関係者の協力もいただいてですね。そうしますと、何とかという制度の名前を知らないアクセスできないじゃなしに、一、二歳の赤ちゃんを持っている間は、それをいつも愛読されるようなサイトができないものかと。それを見れば、いろんな日ごろのケアする点とか、いざというときにどこに行くべきかというものができないものかと、このようなサイトの編集も考えたりしております。地域の浸透、それがメタボの心配のある方のサイトとか、そういうふうになるかどうかですけれども、浸透をどうするかというようなことを考えて。そういう医療のサイトができたというふうに思っております。

それから、先ほど、ここじゃないかもしれないけど、村上さんからの兵庫の例で、地域が浸透の場でまとまって色々やればいいんだということで、確かにそういうこ

となんです、本当にサービスがなくなるというおそれが出るまで、なかなかまとまっていけないというのが現実です。あんまりおどかして、なくなるぞというのとも言えないので、どのように浸透するかというのが難しい点が基本的にあります。

それから、色んなところを飛び飛びで申しわけありませんが、救急と周産期に関係しますが、広島で乳幼児死亡率が一番小さな県立広島病院は、三次の救急搬送を拒まないというのが大前提にあって、システムができ上がっていると。小児でも周産期でも救急でも、三次で拒まない病院ができないものかと。そのときは、一次の人は拒むが、三次は拒まないというふうに仕分けができないものか。といいますのもここでも課題になっておりますが、そういう投資も要るかもしれないですが、人を集中させるということが要るかと思うんです。そういう体制になって、納得していただけるような体制になるのかどうかというのが検討課題なので、具体的な検討として県庁内で検討を始めております。

ドクターヘリとかドクターカーですが、ドクターヘリは奈良にはないんですが、和歌山、大阪と提携して、1件搬送してもらおうと30万出すんですが、それで提携しております。ただ、年に1回か2回ぐらいしか要請がないんですね。だから、それを自分で持つのはなかなか、大阪を見ると何億もかかりますので、ちょっと計算上、高いのかなと。30万でも、それが3回でも、年間だと大変少ないので、そのように対応しております。

それから、へき地の救急というのは大きなことで、道路が寸断すると腎臓の透析に行けないということとともに、救急が脳卒中だと死んでしまうというような心配が発生しておりましたので、搬送体制ですと、道路を整備するのと、日ごろの——十津川には救急車がありませんので、今、奈良県全体で救急・消防体制を構築しようということを決めて、動き出しておりますが、多少時間がかかります。その間とか、あるいは補完的に、タクシーでも、日ごろの患者輸送と救急輸送と兼ねたような輸送体制ができないかということを検討しております。

それから、小児、周産期等、大変具体的な内容の検討を進めていただいておりますので、ありがたいと思っております。

それから、モチベーションということが出ましたが、大変大事なことかと思えます。総理大臣が社会的常識ないんだとか、あまりそういうことはないと思いますが、ただコミュニケーションが、あるいは診療科ごとのコミュニケーション、あるいは地域とのコミュニケーションが、お忙しいせいもあって薄いのではないかという気配を感じたりして、このようにコミュニケーションができること自体、大変なことで、私も最初、大変お医者さんって話しにくい人たちだなと思ったことはあるんですけども、だんだんこうして共通の課題を議論してますと、全然話にくいどころか、もっと話してほしい、こういう気になってきますので、全然、社会的常識の塊じゃないかというふうに思います。何でこんなことを言ったのかわかりませんが、医師確保で、医者モチベーションということで、ワーク・ライフ・バランスとか、お医者さんの働き方ということを、これは話しにくいからといって、度外視しちゃいけない話かなと。やっぱり一緒に考えた方がいいのかなというふうなふうに思っています、どのように改善できるのかということも行政的な立場からの課題として考えて、

進めていきたいというふうに思っております。

それから、へき地も随分よく話を進めていただきましたように思います。看護師も、状況はよくわかりましたが、なかなか実行をどのようにすればいいのかという点が、まだ課題があるように感じました。

それから、公立病院改革を多少遅れた問題児みたいにしてしまって申しわけありませんが、特に南部で、五條、吉野、大淀、宇陀と公立病院がありますので、それに医大がどのように絡むかということが一つの大きなへき地医療の課題でもありますので、先ほど吉岡先生が、人材プールセンター機能を持つという、大変秀逸な発想だと思います。すると、関係する市町村、県も入って、連携のシステムができないかと。財政負担も関係のところではできないかという発想も入れまして、例えば高田市は産婦人科のお医者さんの確保に随分、何十万も出しておられるわけですが、長期的に確保する負担ということで、割安と言ったら変ですが、リーズナブルにならないかと判断してもらえるような関係にならないといけないというタイプの模索になると思いますが、そうしますと、医大と関係行政機関との協定というようなパターンもあると思いますので、協定のあり方を模索するという形でもいいかと思っております。

それから、地域の声というのは、患者さんの声ということも含めて、大事かと思っておりますが、市町村が来られてないと。実は、公立病院とか、こういうことの市町村の巻き込みというのは実に重要なことなので、ここで市町村長に向けて発信できるメッセージができ上がらないとなかなかできないので、中間的なまとめでも、市町村に向けてのメッセージというつもりでまとめができたというふうに希望しています。先ほどの市町村長さんが、北和でもそうですが、どのような意識でおられるかというのは実に大きなことで、実は、この医療の課題の権限、責任が県と市町村に分かれている面がありますので、どのように調整するか、多少難儀をしたり、どのようにすればいいかと思案をしているというような面もあります。ただ、県は客観的に、県議会から、何を余計なことしているんだと言われたい範囲で積極的な態度をとっていきたいというふうに思っております。

ちょっと、いろいろ細々と長くなって、大変恐縮でございました。

吉田会長： どうもありがとうございました。大変すばらしい総括をいただきました。余り刺激的じゃなかったですね。

それでは、最後になりましたが、事務局の方からご報告が二、三ございますので、それをお願いします。

武末次長： 時間過ぎておりますので、簡単に。

資料の9ページでございます。前回の協議会の直後で、8月29日から30日にかけて、地域医療のワークショップを開催しております。これは十津川村におきまして、吉岡副会長及び荒井知事にも参加いただいた上で、伊関先生によるワークショップ、これは本当に学生さんから先生方及び一部県議の方々、市議の方々も参加して、奈良の医療と一緒に考えるということで、いろいろおもしろい貴重な意見が出ておりました。そのほかに、中村先生から、へき地医療研修プログラムを目指してというご講演と、奈良県立医科大学の地域基盤型医療教育ですね、医学生の教育

の取り組みを藤本先生の方からしていただきました。そして、佐久病院の方からは松島先生をお迎えしまして、地域における保健・医療・福祉のネットワークづくりということで、ご存じのとおり、長野は一番医療費が低い中で、健康な老人を育てているというようなプレゼンテーションがございましたし、医療を何とか一つの産業にしていくべきというようなお話もございました。

あと、交流会に入りましたけれども、この中で各市町村のアピールをしていただき、交流会Ⅱでは学生によるディベート大会などを行い、学生からいろいろな医療に対する提言などをいただきました。確かに、その中にも女性医師の問題については、これは女性ばかりの問題ではなくて、医師全体の問題であるといった意見もチームの中から出てきていたことを思い出しております。

次の10ページでございます。このワークショップはもう一つの試みがございまして、先ほど少し挙げておりましたが、県と市町村の共同開催で行いましょうということでやっております。年度の途中で、かなり市町村の方にはご迷惑をかけた点もございすけれども、そういう意味で、県と市町村と一緒に地域の医療について、特に医師の確保や、来ていただいた先生にどういうふうに働いていただくかということと一緒に考えたという意味で、非常にいい取り組みだというふうなご評価をいただいております。参加者は、そこに書いてありますように、一般参加者と、主催者側としては、県のみならず市町村のご担当者にも参加いただきました。この場をかりて、厚く御礼申し上げます。

今後、こういったような取り組みをやっていく上で、課題としまして、ちょっと急場のぎでつくった関係で、市町村の方にご準備をいただく期間がほとんどなかったということが反省点として挙げておりますので、来年もこれはぜひやりたいということが挙げておりますので、それに向けては、県と市町村及び医療関係者による周到な準備のもとで来年度は開きたいというふうに考えております。

引き続きまして、11ページ以降ですが、病院経営マネジメントという講座を月に1回から二月に1回の頻度で開催しております。今までのところ、主に公立病院を実際に取り組んでこられた方々の講演を通じて、各公立病院、公的病院、あるいは私立の病院の院長先生、事務長の方々、関係者にお越しいただきまして、他の取り組みを参考にしながら、奈良県でどういったことが必要かということを考えていくということをやっております。11月28日、今週の金曜日におきましては、地域医療計画や、本日、一部をご紹介しました計画の取り組みなどを、またこのマネジメント講座の中でお伝えして、また逆に先生方のフィードバックをいただくというような取り組みでございます。これは色々なことで勉強するという意味もございしますが、県下の病院長、関係者が集まり、色々な意見交換ができるという意味でも非常に有効ではないかということで、できればこういう取り組みも引き続き二月に1度程度、続けていきたいと考えております。

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、以上をもちまして議事を終わりにいたします。いろいろとご協力ありがとうございました。

事務局、どうぞ。

杉中補佐： 先生方には、長時間の議事進行にご協力をいただきありがとうございます。

以上をもちまして第3回地域医療等対策協議会を終了いたします。引き続き、各専門部会におきまして検討していただきたいと考えておりますので、ご協力方よろしくをお願いいたします。

なお、本日、県庁来庁者の駐車場にお車をおとめの場合は、時間延長の確認印を押ささせていただきますので、お帰りの際に受付にお申し付けいただきますようお願いいたします。

どうもありがとうございました。