

第1回 新県立奈良病院整備検討委員会

日次：平成22年8月30日（月）

午後2時30分～

場所：猿沢荘 わかくさ

（中西室長補佐）

定刻となりましたので、ただ今から、「第1回新県立奈良病院整備検討委員会」を開催させていただきます。皆様方におかれましては、お暑い中、大変お忙しいところ本日の会議にご出席頂きまして、ありがとうございます。

本日、当委員会の進行を務めさせていただきます、奈良県医療政策部新奈良病院建設室の中西でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に先立ちまして、窪田副知事からご挨拶申し上げます。

（窪田副知事）

みなさん本当にお忙しい中、皆さん本当にそれぞれお忙しい方でございますが、この新県立奈良病院整備検討委員会にご参加頂きましたこと、まずは厚く御礼申し上げたいと思います。

県は、今年の2月に県内2ヶ所に高度な医療拠点病院を作ることを発表しておりまして、その中でも、北和地域につきましては、県立奈良病院を拠点病院として位置づけ、具体的に整備を進めていくこととしています。私どもの心積もりでは、平成28年度開院としておりまして、事の大きさを考慮しますと、必ずしも日程に余裕があるというものではないと思っております。県といたしましても、精力的に検討を進めていきたい。実は、整備場所を含めてこれからの検討となっており、課題も多いですが、これからの検討を進めていきたいと考えております。皆様方は、それぞれのご専門の立場あるいはそれぞれの立場からご意見や深い知見をお持ちの方々ですので、ぜひ、いろいろと忌憚のないご意見を頂き、ご指導頂ければと思います。よろしくお願いいたします。

（中西室長補佐）

それでは続きまして、各委員の皆さまのご紹介をさせていただきます。お手元の資料、次第をめぐって頂きますと委員の皆さまの名簿がございますので、この名簿に従いましてご紹介をさせていただきます。

まず学識経験者としていたしまして、建築の立場から社団法人日本医療福祉建築協会会長であり、広島国際大学の名誉教授でいらっしゃいます河口先生です。

（河口委員）

河口です。よろしくお願いいたします。

（中西室長補佐）

続きまして、医療経済学の立場から国立大学法人東京医科歯科大学大学院教授でいらっしゃいます川渕先生です。

(川渕委員)

川渕です。よろしくお願いします。

(中西室長補佐)

続きまして、公立大学法人奈良県立医科大学より、吉岡学長でいらっしゃいます。

(吉岡委員)

吉岡です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

附属病院長の榊院長です。

(榊委員)

榊です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

続きまして、県内の関係団体より、社団法人奈良県医師会の塩見会長でいらっしゃいます。

(塩見委員)

塩見です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

続きまして、社団法人奈良県病院協会の今川副会長でいらっしゃいます。

(今川委員)

よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

続きまして、県立病院から、奈良県立奈良病院の川口院長です。

(川口委員)

川口です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

続きまして、県関係です。窪田副知事です。

(窪田委員)

よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

続きまして、地域振興部影山部長が急遽欠席でありまして、代わりまして大西次長です。

(大西次長)

大西です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

健康福祉部杉田部長です。

(杉田委員)

杉田です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

医療政策部武末部長です。

(武末委員)

武末です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

土木部川崎部長です。

(川崎委員)

川崎です。よろしくお願いいたします。

(中西室長補佐)

なお、まちづくり推進部の上田部長は欠席となっております。

以上で委員の皆さまのご紹介を終わります。

続きまして、議事に入って頂きます前に、本検討委員会の委員長の選出をお願いしたいと思います。新奈良病院整備検討委員会設置要綱第5条第1項の規程により互選となっておりますが、どなたかご推薦を頂けますでしょうか。

(塩見委員)

副知事が委員としてご出席されているので、委員長は窪田副知事が適任でないかと思えます。

(中西室長補佐)

ただいま窪田委員とのご推薦を頂いておりますが、窪田委員に委員長をお願いしたいと思いますがよろしいでしょうか。

(拍手)

(中西室長補佐)

ありがとうございます。では、本検討委員会の委員長を窪田委員にお願いいたします。会議の議長につきましては委員長が行うこととなっておりますので、委員長には、これからの議事進行について、よろしくお願いいたします。なお、議事に入ります前に、本検討委員会の公開・非公開について決めさせていただきますので、報道関係の皆さまは一旦退出をお願いします。

(窪田委員)

それでは、議事に入ります前に、本県の「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づきまして、本検討委員会の公開・非公開について決めさせていただきます。公開・非公開について事務局から説明願います。

(中西室長補佐)

事務局から説明させていただきます。本検討委員会につきましては、「審議会等の会議の公開に関する指針」により、公開対象の審議会等となりますので、原則公開することとさせていただきますと考えております。なお、本指針に基づきまして、「新県立奈良病院整備検討委員

会の会議の公開等に関する取扱要綱（案）」を作成し、お手元にお配りしております。

取扱要綱では、第 2 条で公開・非公開を定め、第 3 条では傍聴の実施について記載しております。「取扱要綱」をこのとおり制定させて頂いてもよろしいでしょうか。

また、議事録についても、県のホームページに掲載させて頂く形で公開とさせて頂きたいと考えています。よろしくお願いいたします。

（窪田委員）

ただ今、事務局から諮問がありましたが、それでよろしいでしょうか。

特にご意見はないようですので、本検討委員会は原則公開とさせていただきます。

それでは議事に入る前に本日の配布資料の確認をお願いいたします。

（中西室長補佐）

配布資料の確認をさせていただきます。まず、新県立奈良病院整備検討委員会設置要綱、表裏の印刷をしたものです。今、ご審議頂きました新県立奈良病院整備検討委員会の会議の公開等に関する取扱要綱（案）、A4 の表裏 1 枚ものでございます。続きまして次第が 1 枚目にありまして、名簿のあとに A3 の資料が 3 ページまで、続いて A4 の資料がついたものが一つございます。最後にカラー刷りの周辺地図、県立奈良病院周辺広域図でございます。資料は以上ですが、よろしいでしょうか。

（窪田委員）

それでは次第に基づき議事を進めさせていただきます。本日は第 1 回ですので、新県立奈良病院の概要と整備スケジュールについて県の方で考えていることについて、事務局から説明させていただきます。では、よろしくお願いいたします。

（中川医療管理課長）

それでは、事務局から説明させていただきます。申し遅れましたが、医療政策部医療管理課の中川と申します。よろしくお願いいたします。

それではお手元の本日の次第の資料の 1 ページをご覧頂きたいと思えます。1 ページの上段が現在の県立奈良病院の現状を概略記載したものになっております。県立奈良病院は県の西部に近いところ、平松町に位置しておりまして、病床数が一般病床 400 床、救命救急センター 30 床、計 430 床で設置しています。看護体制は、10 : 1 看護体制となっております。また、災害拠点病院となっている等、記載のとおりでございまして、現在 17 診療科を有する病院として運営しております。数値的には 1 日の外来患者数 927 人になっておりまして、病床利用率 79.7%これは後でも触れますが、少し看護師不足もあり、実際の稼働病床数が低いという状況になっております。施設の概要ですが、平松町、資料の真中に図を入れておりますが、平面配置図で上が北、下が南になっております。また敷地面積は約 45,000 m² になっており、地下 1 階建て、地上 7 階建ての本館と救命救急センターが設置されています。また、ここには記載しておりませんが、南に附属看護専門学校、1 学年 40 名程度の附属看護専門学校を併設しています。建設年度は昭和 52 年であり、築 32 年以上を経過しております。また、記載していませんが、本年の 6 月 1 日時点で、医師数が 81 名、

看護師数が 340 名という体制になっています。運営にあたりまして、一般会計からの補助が約 7 億円、看護専門学校の運営経費を含めると、約 8 億円の一般会計からの補助で運営しております。資料の右隣に現在の課題を少し整理しておりますが、地域との連携、これはこの委員会でも議論して頂くことになっていきますが、現在の連携状況は紹介率が約 47%、後方病床に対する紹介であります逆紹介率が約 40%となっております。これは、特に昨年から今年にかけて、現院長による経営努力をしまして、ここまでようやく上げてきた数字となっております。20 年度の数値はもう少し低い値となっておりますが、ここで紹介させて頂いた数値は直近の昨年度末時点の数値となっております。診療単価が約 50,000 円となっております。これも 20 年度以前の実績では 40,000 円台の後半の数値となっております。マンパワー不足と記載させて頂いていますが、先ほどの病床利用率でも触れましたように、許可病床が約 400 床ありますが、現在は看護師不足で一部休床をしまして、運用病床は 311 床とかなり少ない中でやりくりをさせて頂いている状況です。あとはその関係もあり、救急の受け入れ体制が不十分ということもありますが、これにつきましては昨年から今年にかけて、院長によって救急専門医を 3 名確保・配置して対応しているところでございます。がん治療ですが、病院でもこれから取り組んでいく大きな課題かと思いますが、特に今年度から奈良病院の中で、集学的がん治療センターを立ち上げております。後ほど、川口委員から補足説明があらうかと思いますが、組織を立ち上げたところです。これから成果を上げていくことになると思われます。施設設備の関係では、築年数が古いので、診療にも支障をきたしている状況です。昨年度、耐震診断も実施しておりますが、現行の新耐震基準を満たしておらず、耐震強度も少し弱い状況です。

資料下になりますが、新奈良病院の概要ですが、これは現在県庁の中で、これから議論して頂きます新病院の機能について現時点で県庁内において議論をしたものを少し整理させて頂いたものという観点で見ればと思います。真中で丸く囲っておりますのが、県庁の中で出た意見を表現そのまま書かせて頂いております。癒しと安らぎの空間を提供できる病院、入っただけで病気が治るような気にさせる病院を作っていきたいという思いで書かせて頂いております。この図の左上ですが、地域の核となる高レベルな医療を提供、北和地域の高度医療を担ういわゆる中央病院的な病院、この中央病院的な病院についてしっかりと議論を我々の中でも行って、また、この場でご意見も頂いて形作っていかねばならないのですが、特に北和地域の中で他の病院とどのような連携をこれから行うのが大きな課題と思っております。その下ですが、断らない救命救急システム、基幹病院として、今回、整備を進めるにあたりまして、特に奈良県の場合、3 年前から救急搬送に関して次から次へと全国的に県の名前が出た事例もありました。そのため、いろんなシステムを組み合わせる中で、断らない救急システムを作っていきたい。その最後の砦を奈良病院として位置づけたいと考えております。それをどのように形作っていくのかは大きな課題と考えております。その右の方ですが、医師・看護師に魅力ある病院を作っていき、医師・看護師を惹きつけるような病院にしたいと考えております。

2 ページを見て頂きたいと思います。当委員会を含めまして、新病院を作っていく中で検討体制を整理したものになります。右上が本日お願いしております新県立奈良病院整備検討委員会になります。この委員会で以下の委員会で検討の中身を集約した案についてご審議を頂いて、ご意見を頂くような会議にしたいと考えております。今日を含めまして、計3 回程度を今年度中に実施したいと考えております。この委員会の右側に新県立奈良病院理念・基本方針検討会議を書かせて頂いておりますが、こちら本日の検討委員会と平行して行いまして、新しい奈良病院の理念・基本方針を知事も入りまして検討を進めるための会議と考えております。こちら会議については既にお願している先生もおられますが、まだ数名予定している先生もおられますので、個人名が入っていませんが、早急に立ち上げて実施していきたいと思っております。いろんな検討チームを作っていきたいと考えております。検討チームの真中にありますのが、医療機能・運営の検討チームですが、我々が事務局となりまして、関係の有識者にも入って頂きまして、新病院の診療機能・規模をまとめていきたいと考えております。その下に医師・看護師を集めるための検討チームを作っていきたいと考えており、この検討チームについても外部の有識者に入って頂き、我々が精力的に案を作っていきたいと考えております。その横にまちづくり検討チームとあります。後ほど説明させて頂きますが、今回の新しい病院が現地建替えを行うのか、また移転ができないかと検討を進めておりまして、いずれにしても新しい病院の機能を考えていく中で、病院を中心としまして、それと関連する機能や周辺環境との調和をどのように進めていくのかについて、新病院の建設と同時にまちづくりについても検討を進めていきたいと考えております。基本的には庁内の各部長が参加した検討チームにアドバイザーとしてお願いする先生のご意見も頂いて、絵を描いていきたいと考えております。この体制の左に北和地域医療連携協議会を掲げております。これは、奈良病院は北和地域に位置しますので、北和地域の主だった病院に参加して頂きまして、新しい奈良病院がどのように病病連携ができるのかについて検討頂く協議会だと考えております。こちら早速立ち上げていきたいと考えております。

以上、資料の1 ページ、2 ページを私から説明をさせて頂きました。

(西崎新奈良病院建設室長)

新奈良病院建設室の西崎と申します。私から資料の3 ページと4 ページについてご説明申し上げます。3 ページの資料ですが、新県立奈良病院の整備場所の比較検討になります。整備場所としては、現在、現地建替えと移転建替えの両面で検討を進めております。現地であります平松町と移転候補地の六条山地区の概要について資料の右側に記載させて頂いております。平松町の概要ですが、所在地は奈良市平松町、敷地面積は東側駐車場を含めまして、5 ha、約5 万㎡となっております。交通アクセスは尼ヶ辻駅から約1 kmにございまして、路線バスがすぐ目の前まで走行しております。敷地の形状ですが、図面と写真のとおりとなります。なお、図面の破線は既存の建物を示しております。一方移転候補地であります六条山地区ですが、所在地は奈良市七条西町、敷地面積は未買収地を含めまして

12ha、約 120,000 m²となります。交通アクセスは、最寄りの近鉄西の京駅から約 2km ありまして、路線バスの最寄りのバス停は六条山であり、そこから徒歩で約 10 分程度を要します。敷地の現状では、写真のとおり森林でして、また図面は造成後のイメージをしたもので、まちづくりエリアとしまして、病院の連携施設の整備など、道路の形状を含めまして、今後熟度を高めてまいりたいと考えております。資料の左側に比較検討項目ですが、病院機能につきましては、病院敷地面積の妥当性、あるいは病院施設配置の自由度、一般交通や救急時のアクセス性、救急搬送者を受け入れるヘリポートの整備、災害時の収容スペースの確保について比較検討を行っていきたいと考えております。その他にも経済性や周辺地域への影響、工事中の影響、まちづくりについても同様に検討を進めていきたいと考えております。

続きまして 4 ページでございます。新県立奈良病院の建替え整備に係る今年度のスケジュールですが、整備場所を含めます基本構想を年内に、基本計画は年度内に決定したいと思っております。そのため、第 2 回検討委員会を今年の 11 月、第 3 回を来年の 2 月に開催する予定にしております。各検討委員会で検討頂く内容については資料に記載しておりますとおりです。第 2 回検討委員会では、基本構想に盛り込みます新病院の理念・基本方針、新病院に求められる役割・機能、新病院の整備場所について、第 3 回委員会では、基本計画に盛り込みます新病院の病床数・診療機能・施設整備計画、新病院の事業収支計画、新病院を中心とした北和地域の医療連携、医師研修、看護のあり方、新病院を中心としたまちづくりについてご検討頂ければと考えております。

説明は以上です。

(窪田委員)

ありがとうございました。現段階では今、お示しさせて頂いた内容ですので、なかなかご意見を頂きますことに恐縮するところではありますが、最初に武末委員より補足説明を含めて、発言頂けますか。

(武末委員)

医療政策部武末と申します。まず、この委員会に期待することですが、県立中央病院たる県立奈良病院のあるべき姿と現状がありますが、その間には現実的な制約が多数あると思います。本委員会では、どちらかといえばあるべき姿を提示頂きまして、各検討チームで現実的な制約や課題を解消することに向けて取り組んでいきたいと考えておりますので、この場でご意見を賜ればと考えております。

具体的には県立奈良病院に対する県の期待ですが、病院というのは一度建てますと約 30 年間使うものになります。北和を中心した県全域の 30 年間の特に高度な医療を担っていくような病院としてご意見を賜りたいというのが 1 点と、繰り返しますが、一度建設しますと 30 年間利用していく病院です。そのため、今の医療を念頭に建てますと、病院が開院する平成 28 年の段階では、その時点から時代遅れの病院になっていくことになります。難しいとは思いますが、少なくとも 10 年先の医療を見据えたご提言を頂ければと考えておりま

すし、当然 30 年間、県の医療を担うことに耐えうる病院の考え方について意見を賜りたいと考えております。最後に医療・疾患を治療する病院としての施設・設備だけでなく、地域の診療連携の拠点としての役割や位置づけ、さらには公立病院ですので、周辺のまちづくりとしての中心的な施設としての県立病院という位置づけでご意見を賜りたいと考えております。

以上、3 点 30 年間使う病院でございます。県の中心的な役割を担うものですので、できれば 30 年間耐えうるためにも、10 年くらい先を見据えたご意見を頂ければと思います。そして地域のまちづくりの中心的な役割を担えるような病院、ある意味、公立病院のトレンドであるかと思いますが、そういったことも踏まえてご意見を頂ければと思います。私からは以上でございます。

(窪田委員)

いかがでしょうか。本日は第 1 回ですので、自由にご発言を頂ければと思いますが、勉強した方が良い点等があればご意見頂きたいと思います。いかがでしょうか。

(川渕委員)

今日視察をさせて頂きましたが、外部から見て、奈良県に頑張ってもらいたいと思う一方で、部長からあるべき論という話もありましたので、都合 3 点くらいお話をさせて頂きたい。先ほど県立病院を見せて頂き、院長先生のお話も聞きましたが、先ほどの本日説明頂いた資料と直近のデータが違うのは、経営改善が相当進んでいる点です。その一方であるべき論の中で、「癒しと安らぎの空間の提供、病気が治るような気にさせる」という書き方をされますと、完治が期待できないという印象を持ってしまう。特に急性期病院に対しては完治を期待して来られる。このあたりが多分事務局が作られたと思いますが、病院の関係者の意見も聞いて、院長の熱い思いをキーワードに含めて頂きたいと思います。

二つ目は救急医療です。救急医療について、先ほどの説明の中でも 2006 年 8 月、2007 年 8 月、2009 年 3 月の話をする気はありませんが、私は今、救急の見える化について、厚生労働省から研究費を頂きまして、受け入れ困難な事例についてスタディを行っております。消防庁のデータと病院のデータの提供を受けまして、11 回以上の受診拒否があった事例について調査を行っております。平成 20 年度で 11 回以上の受診拒否があった件数が 922 件ありまして、そのうち 49 件が奈良県です。一番多いのは東京都でして、23 箇所の救命救急センターがあるにもかかわらず、467 件は東京都でした。2 番目は埼玉県で、132 件で結構多い。3 番目が残念ながら奈良県となっております、49 件でした。先生方が非常に努力されていると思いますが、平成 20 年時点では 11 回以上の受診拒否の事例が 49 件もありました。ちなみに隣の和歌山県では 1 件、大阪府では 44 件でした。そういう点では私は、急性期病院の一つの使命としましては救急ではないかと思います。しかしご多聞に漏れず三次救急がバーンアウトしている事例が多いものですから、地域の先生方、医師会の先生方、みんなでがんばってチーム医療を行うことがテーマかなと思います。私自身、49 件の事例研究を行っておりまして、防げた死亡事例もあるのではないかと考え、調査しております。

その結果について、鋭意この検討会でフィードバックしていきたいと考えております。

3 番目ですが、がん医療についてです。開院後 30 年間となりますと、2046 年ごろになります。30 年後の未来予測は難しいと思いますが、そうは言ってもがんで亡くなる方がもっと増えていくであろうと思います。もしかすると画期的な薬ができるかもしれません。いずれにしても後から出てきますが、例えば放射線治療や例えば重粒子線装置を将来的に拡張・設置できるバックヤード（後背地）が必要ではないかと思います。ソフト面としてですが、DPC という疾患別定額払い方式に、8 月 1 日より地域医療係数が入ってきました。いわゆる 4 疾病 5 事業を行っている施設が高い点数を頂けるのですが、先ほど、院長先生にお話しをお聞きすると、脳卒中も医療連携も救急も災害拠点も周産期も全部カバーしている。唯一残るのが地域がん登録です。私はぜひ、県を挙げて地域がん登録をやって頂かないと、どこの病院でどんながんの患者さんがどのようになっているかが分からない。特に大阪府立成人病センターが先陣をきっておりますが、ぜひ奈良県でも地域がん登録をやって頂く。病院ができることと地域医療として県全体で取り組むべき項目とが混在していますが、都合 3 点、私の私見を述べさせていただきます。以上です。

（窪田委員）

今のご意見に対していかがでしょうか。多少現状について、別に言い訳をする必要はありません。より論点が広がるかと思しますので。

（武末委員）

ありがとうございます。1 点目はおっしゃるように 3 点目と兼ね合いがありまして、確かに急性期であれば治す必要があると思います。ただ、今後生活習慣病を中心とした、あるいはがんを中心とした疾患構造を考えますと、治すだけでなく、安らぎの場としても必要だろうというのがこの中に織り込んであります。最近、聞きますのはオスローの国立病院をはじめとしまして、病を治す場だけでなく、“健”院という考え方もあると聞いています。そういう意味で、従来の病気だけを見つめる医療施設ではなく、最終的には生活をきちんと送る、しっかりとした人生を送っていく病院というのを目指していきたいと考え、「この病気が治るような気にさせる病院」と込めているのですが、確かに多少誤解を招くところもありますので、少しご議論頂ければと思います。

2 点目の救急については、現場の先生のご意見を賜ればと思いますが、現在、いろいろ分析を行っております。

3 点目のがんですが、ご指摘の通りハード的にも日進月歩の対応は必要だと思います。そういうことができる場所を確保しておくことが今後の設計上では必要だと思います。最後に出てきました地域がん登録ですが、平成 14 年まで行っておりまして、結論から言えば来年度から再開を目指しておりますが、その目的として、川渕委員がおっしゃるような実態把握するのががん登録ですが、現在大阪がやっているトラディショナルながん登録ですと、結果が出るまで 5 年かかってしまいます。日進月歩のがんの時代に 5 年サイクルでしか結果をフィードバックできないがん登録では使いにくいと考え、奈良では独自になりますが、

1 年間スパンのある程度リアルタイムにがんの成績が出るようなシステムに挑戦しつつあります。現在、その準備や医療関係者に対する説明に取り組んでいるところです。以上でございます。

(榊委員)

先ほど救急の話が出ましたので、奈良県が受診拒否 11 回以上断った件数が全国で 3 番目に多かったという統計上の問題については、実際には、最終的に奈良県で受け入れております。救急部門と病院の部門との連携が多分悪いのであろうと考えて、すぐに受け入れることができる病院が分かれば 1 度で対応できると思います。しかし消防では、近くの病院から順番に当たっていくことになっているようですので、統計の数では悪いような見られ方をされ、現実とは少し当たっていないのではないかと思います。ただし、そのような問題が起こっているのは確かですので、県が進めております最終的に絶対に断らない病院は作って行くことは重要だと思います。統計と実態に少し差がありますので、今後川渕先生が研究をなさってから、調べて頂ければと思います。

(吉岡委員)

2 点お話をさせて頂きたいと思います。今、救急の問題が出ております。私は、2 年前までは小児科の責任者でしたので、私が勤めてまいりました教授時代の小児科の救急のあり方について想いをめぐらせています。一般に一次救急に来る患者さんは、そのおよそ 3 分の 2 弱は小児です。数から言えば圧倒的に多い状況です。しかし幸いなことに、奈良県下で小児の「たらいまわし」事例は 1 例もありません。そのためには何をやって来たかという、国の方針のさらに以前から奈良県では、小児の二次輪番制度を奈良県立医大や関連病院が中心となって作り上げた。しかし、これに対する県の態度が冷たかった。教授になった直後に、当時の県健康局長に「私どもが精一杯やってもこの程度だから来月から辞めさせて頂きたいと申し上げてもどこからもお咎めがないのではないか、何か問題がありますか」と申し上げたところ、「制度上になにも問題はない」という回答であった。要するに何の制度にも守られていなかった。ボランティアの精神だけで行っていた。そこで県がこれではいけないとして、協議会をおつくり頂き、ネットワークを公的に認めて頂き、比較的少額であります、補助金という形で運営費を出して頂いたことから、国の方針よりも一年早く公的に小児の一次救急・二次救急・三次救急を構築した。二次輪番病院が北和と中・南和の二ヶ所で行うことで、少なくとも二次救急病院には必ず医師がいて、検査・入院できる体制を整備したので、幸いにして「たらいまわし」事例というのは起こっていない。しかし現実の問題としては一次の休日応急診療所に来られる患者さんの 3 分の 2 は小児という状況から、また、二次輪番は必ず小児科が対応してくれるということから、多くの患者さんや家族が二次輪番病院に集中する。予想されたとは言え、大変な事例が起き、二次輪番病院がパンクしそうになる。やはり医師会あるいは市町村を中心とした一次応急診療所の充実は必須である。これは当初から申し上げてきたことですが、現実として分かった訳です。そこで私どもとしましてはこのままでは二次輪番が潰れてしまうということので

次医療機関に対するてこ入れを行い、私どもの教員、大学院生あるいは関連病院の医師が積極的あるいは上司から言われての渋々を含めまして、24時間365日の二次輪番体制を中・南和では作りました。要するに小児科医が24時間365日対応できる体制を整備したのです。北和でもそこまでいっていませんが、かなり肉薄している状況を作りました。このような努力は、マスコミは一切書きませんが、実際に子供たちが守られているという実態が大事だと考えやってみりました。何が言いたいかと申しますと、奈良県でも草の根運動は医師を中心にして行われているという実態と県がかろうじて支えて頂けているという実態があることを申し上げたい。

2点目を申し上げます。県立医科大学学長の立場から申し上げますと、今問われている地域医療の全ての根源の中の一つに、いかに量的に、質的に良い医師、看護師を養成し、世に送り出すかです。そのことが私に求められることであると考えます。現在も将来にわたっても強い決意で努力していくことになります。量的なことを申しますと、奈良県と十分協議を行った結果、奨学金を出して頂くことによって、入学時点あるいは途中から地域医療や人材の不足する診療科に邁進する決意がある学生に対しては、奨学金を出して頂いています。その学生たちがぼちぼち一部卒業する時点になりました。この春にはトータルで113名という入学者、これは全国の公立医科大学でも最も多い人数ですが、そのうち13名は奨学金と決意を約束した学生になります。6年後あるいは研修を終えた8年後には、そういう学生が目的をもって卒業してくれる訳です。それをいかに大学の6年間でしかるべき地域医療マインドを熟成するのかという教育が我々に課せられています。そのための教員の育成も必要となります。もう一方、看護師につきましては、医科大学では4年制の看護学科を持っております。まだ卒業生3年分の実績しかありません。この卒業生についての奈良県下での就職に関する実績に対しては我々が決して満足している数字ではありませんが、およそ50%程度の卒業生が奈良県で就職している状況にあります。先ほどの医科大学のことを申しますと、現在卒業生の約半数が奈良県で地域医療に従事している状況です。それぞれの数字が十分であるとは申せませんが、これからもうひとがんばりすれば、県民の期待に一定以上の対応できるという数字ではないかと考えます。今言いました医師および看護師を医科大学としてどのように育成していくかは、この新奈良病院の建築整備に対してもかなり問われている課題だと考えます。

(窪田委員)

素晴らしいご意見有難うございました。他に何かございますでしょうか。ちょっと医療システムの方に議論がいてありますが、施設的な面を含めてお願いいたします。

(榊委員)

武末先生がおっしゃった通り、30年先を見据えてやっていく、それで川渕先生がおっしゃったように、がんの治療などを考えるとやっぱりそれなりの装置も取り入れていかないといけない。まちづくり等のサポートが必要であるということになると、ここで現在の敷地で可能であるのか、新しいところがどうなのかということも、やっぱり30年先のことを

考えてぜひ考えて頂かないといけないので、私としてはそういったこともこの委員会で問い直す必要があるのではないかと思います。

(窪田委員)

現奈良病院の院長の川口先生どうでしょうか。

(川口委員)

県立奈良病院院長の川口でございます。

貴重なご意見ありがとうございました。私もさっきの病院長のお話からしますといくら勉強して今のことがわかっている医者でも、10 年先が精いっぱいだと思います。今の時点以上が 10 年以上前に見えたかという 20 年前には少なくとも見えなかったと思います。そういうような変化に対応できるような施設・設備・システムづくりをしておく必要があるのではなかろうかと思います。何らかの形で伸ばせる。何らかの時に進展できるような施設・設備を構築しておく必要があるというのが設備面では第一目標であり、それは治療がどう進んでいるのかわからない想像もつかない、ひょっとしたら工学系も薬学系も進んでいるかもしれません。そんなことがすぐに吸収できるようなそんな建物にしないといけないと思います。

それからここで議論しておいて頂きたいのは、看護師の教育・養成についてです。北和地区でもそれなりのところをきちんと作っておかなければならない、多分これは事実だと思います。そのため今、看護学校が併設されておるわけですが、県立病院の残る 2 病院そのあたりとの住み分け・役割分担を含めてどのようなシステムにするのか、例えば大学にするのか、短大にしてしまうとかのやり方、その時の設備をどうしていくかということをここで議論して頂くとありがたいと思います。

それと今現在は無いのですが、心療内科を持つ精神科を来年の 4 月から開設しようとは思っているのですが、そのあたりを今、医大の教授等とお話していますと急性期は診てもらえないといけないのではないか、大学だけでは絶対に将来パンクしてしまうという話もあります。ただ慢性期は結構奈良県にはありますし、ここにも近隣にもございますのでいけると思うのですが、その辺りが大きな問題なのではないかと思っています。

それとあと救急の受入の問題ですが、最近よくなってきたのは一次・二次病院への指導とか救急隊への指導が良くなっている。それにより受入率が上がっている。今年度は大体月別で奈良市の消防ですが、90%~100%ぐらいの間を推移している。それは来るたびに救急隊員を指導していることによって良くなっている。よく考えると受入率はどれだけ問合せが来るのか、どれだけ取るのか、病院としては取る努力をしないとイケないのですが、全体のシステムとしては問合せを下げてもらわないといけない。そうしたら県全体として受入率があがりますので、その効率を良くするのがどうするのかということがやはり大きな問題だと思います。やはり私が口を酸っぱくしていっているのは消防本部を一体化して頂くと、情報の共有ということ、これが大きな救急のシステムとしての重要な課題である。

少し長くなりましたが、すみませんが宜しくお願いいたします。

(窪田委員)

全てこの委員会で結論を出して頂くのではなく、論点を指摘して頂いて、また県の方で具体的な案を出してまたそこでフィードバックいたします。

(今川委員)

病院協会の今川でございます。先ほど川渕先生がおっしゃった救急医療の問題ですが、皆さん奈良県では各医療圏で病院による二次医療輪番制度というのを実施しています。しかし、かなりスタッフ的には貧困な状況と言わざるを得ないと思います。と申しますのも大多数の病院で当直が一人、あるいは二人といった状況で麻酔医の常勤のいない病院もかなりあります。そういうような状況の中でかなりの救急医療というようなものを病院協会の会員の人は受け入れる努力はしておりますが、どうしても受け入れられないケースも非常に多くなっております。それからもう一つは、私どもの病院で統計を取ったのですが、ほとんどが1～1.5次の患者さんがほとんどであるということで、真の意味の二次医療の患者さんはかなり少ない、ですからこのあたりのことも今後この県立病院の救急センターというものを考える上ではやはり一緒に考慮して頂くあるいは検討して頂くことが大切ではないかと思います。宜しくお願いいたします。

(河口委員)

私は施設というか建築が専門ですが、これまでいろいろな病院を建てるための前提条件の整理を行ってまいりました。そういったところはシステムで解決しなければ建築にそれを求めること自体が難しいという場合があります。今おっしゃられたような救急がほとんど1～1.5次であり、じゃあそれをどうするのかといった時に、多分医師会などが中心となった奈良県の地域医療の協議会等で、そういう救急のことをどうするのかを検討されていると思うのですが、広島県にもあり、やっぱり救急医療情報センターをきちんと立ち上げていかないと難しいのではないのでしょうか。埼玉県等でも完全にうまくいっているわけではありませんが、阪神淡路の大震災の時以来、救急の受入体制の整備で、空きベッド登録をやっていけば、いちいち救急が問合せなくてもできるようになるはずです。しかし実際はなかなか難しい。その辺りをもう一步進んでどう工夫すれば出来るのかということをやって頂かないと、なかなか建築の方まで降りてこないのではないかという気がします。それで最近では一次から三次まですべて診て行こうというような形に、私が今関わっている病院いくつかでもそのような形でやらざるを得なくなっているというようなことがあるのですけれども、本当にそうなのか。医師会の先生方のいろいろな援助でもって、場所としては例えば県立病院の中に置いても、ある部分については医師会の先生方に来てもらって、時間帯あるいは症状別で、うまく使い分けることをしていかないとなかなか難しいのではないかというように今感じてきました。

それからもう一つ、施設が30年使うためにというようなことで、全国でも計画されています。特に現病院は耐震性能がCランクで駄目だということですが、これから作るものは

多分免震構造でしょうから、構造的な意味での建物の寿命というものは今までの病院に比べては長くなる。今度は機能的な意味で寿命がきてしまうということがありますが、その機能的なものは先ほどおっしゃられたように先を見通してもせいぜい10年ぐらいだろうと思います。それよりももっと使う病院について考えておかないといけない。機能的に対応できるような作り方をしておいて欲しいというようなこともございます。今まで30～35年で取り壊す割合が多かったのですが、今は手を入れて更にプラス30年持たせようというような考え方もされてきています。例えば岩手の県立中央病院も35年ぐらい経ちますが、全面的に診療部門の見直しをして、設備の入れ替えをして、これから30年持たせようとしている。それから獨協医大は栃木にあります、これも診療部門の大改修をしてもう30年以上になるのですが、更に30年以上ぐらい使おうとしています。浜松医大も新しい病棟を作って、今までの病棟をいわゆる耐震機能が駄目です为上の6層ぐらいを取り除いて、つまり増築ではなく減築にして今までの病棟を改修して使っていこうとしています。かつてのように30年～35年で作りかえられる病院というのは自治体の体力として段々なくなってきたというか、むしろ今までがもったいない使い方をしている。その辺りうまく機能を展開できる作り方をやっぱり真剣に考えていかないと、奈良でも多分そうだと思いますが建築廃材等は捨てる場所がなくなって、それがコストに繋がっていく。県の方にも多分いろいろな環境に関する注文が国から付いてきていると思うのですが、県の施設として病院を長く使うということが、これからの医療政策的であると思います。

(塩見委員)

救急医療システムのことがいろいろと話題になりましたが、その辺りは我々医師会の方としてもいろいろ改善していかなければならないと思いますが、それは今後いろんな形で出来るかと思います。今回の病院建築にあたって、果たして資料の1ページにいろいろ挙げられていますが、これらを全て同時に目指していくのか、あるいは優先順位をつけてやっていくのか、そういったことも必要だと思います。特に我々から見ると三次救急として絶対に断らない救急病院であって欲しいと思うわけですが、果たしてそれを実現していくために最初の建築費用もさることながら、それよりもむしろランニングコスト的な部分にどれだけ財政的なものが必要になるのか、実際に絶対に365日24時間断らないための体制・物にどれだけのマンパワーが必要であって、どれだけ費用がかかるかということ、これをやはりきちんと出して頂かなければならないと思います。建てればそれで終わりというわけではないと思います。そのあとの救急部門というのは必ず赤字になるわけですから、果たして県としてどこまでやる気があるといえれば失礼ですが、そこまで30年後と言われたけれども、果たして毎年毎年多額の費用をつぎ込んで行くことが必要だとは思いますが、そういったことが可能なのかどうかだと思います。

(窪田委員)

ご意見いかがでしょうか。また皆さんの意見を聞いてどうでしょうか。

(川渕委員)

それでは 1 巡致しましたのでもう 1 度喋らせて頂きます。私自身いろいろな県でこういう機会に携わらせて頂いているのですけれども、奈良に来て意外だなと思ったのが、経営成績は、自治体病院としてはいいという点です。ただ繰入基準がちょっと言い難いのですがやっぱり明確になっていないのではないのでしょうか。ここで大学病院の話をしてもしようがないのですけれども、独法化して、東京医科歯科大もそうですが、経営的自由度が大きくなってきていますが、国立大学法人は依然としてだいぶ多くの国税を入れて頂いています。これに対して県立病院の経営成績は数年前まですこぶる良く、最近少し収支が悪化している。ただ悪化原因がいろんな機器の更新によるリース料の増大です。医師を惹きつけるには画像診断や PACS の導入は世の中の趨勢ですが、これまではアナログでとっていたレントゲン写真が今はみんなもうデジタル化しており、こういうのはもう当たり前になっています。そういう点ではやっぱり私自身は設備投資していきますと必ず赤字になると思います。今回もそうですが多分建て替えをしますと、建築単価の話が出てきます。河口先生がおられますが、医療経済学者がみた建築単価は段々だんだん下がってきております。県立病院・市立病院でもできるという話を一度しようと思うのですが、そうは言っても、やっぱりエコ対応とか省エネ対応をやってもやっぱり建て替えしますと赤字になりやすいし、また赤字が膨らみます。ですから私は早急に繰入基準というのを明確にされる必要があるのではないかと思います。というのは赤字補てんというような形で今までやってこられたので、赤字が出れば補てんします。逆に言いますと、頑張る者が報われない。ある程度の政策医療とか不採算医療をやるあかつきには、補填は必要です。医師会長からも出ましたけれども三次救急・二次救急・一次救急によって機能は違いますから、ある意味では火事にならなくても消防庁は待機コストがありますので、きっちりと繰り入れの基準を決めておかないといけないのかなというのが一点です。

もう一点は IT 化についてです。先ほど院長先生からは出なかったのですが、電子カルテの話が病院で聞けました。ついに電子カルテが動き出すのかと思ったのですが、大体自治体立病院で電子カルテを導入しますとドクターは憂鬱になります。とにかく今まで電子カルテというものがなかったので、そういう点では良くも悪くもアナログの紙カルテを書いていればよかったのですけれども、やっぱり相当打ち込むのに時間がかかるとか、あるいは下手をすれば患者様からのクレームがくる。この点をどうするのかということもあります。やがて建て替えがありますから、そんなに立派な電子カルテは購入できないと思いますし、そういうように考えておられるみたいですが、先ほどから繰り返し申し上げますけれども、救急を含めた地域医療情報システムの構築が必要です。先ほど河口先生から埼玉県とか広島県のケースの紹介がありましたが、東京都も東京モデルということで、本当にこの人は救急車を呼ぶ必要があるのかどうかといったシステム導入を行っている。また横浜とか大阪でも一部の会社が作った IT システムが使われている。リアルタイムにどの病院がどういう状況になっているかということを、きちんと見える化をすることが大切だと思います。こういった会議もそうですが、日程調整すると×をつける人が多いのです

が、本当に×であるのか、それとも条件付きで△なのか。そういうことがわかるのか。先ほど出ましたような麻酔科がどうなのか、手術中だからどうなのかが見える化できます。市販にそういったソフトが売られておりますので、私は奈良県ではおそらくそれが使用できるのではないかと思います。そうすると本当に一次救急のところがボトルネックであるのか、preventable deathと言いますか、心臓や脳卒中が大きいのか、その辺りの見える化をIT化を合わせて進めて行かれる必要があるのではないかと思います。

(武末委員)

まず県立病院の充実ですが、建築単価とかその辺りのことはこの委員会で検討していくのかと考えております。今、川渕先生がご指摘頂いた中で、赤字が出たらそれを埋めるといことが、大きな問題だろうと思っておりまして、例えば病床の閉鎖にしても、看護師が減ったら病床を閉鎖するというのであれば、これはいつまでたっても経営改善していかないということでございます。ではどういうことを目指していくべきかという話をしますと、おそらくこういった点についても、あるべき医療を目指して時として積極的に、例えば7:1という基準がございますけれども、その基準を満たすために積極的に病棟を一時的に閉鎖するような戦略をもって経営する必要があるかと思ひますし、医療の提供のあり方にしてもこういう医療をするからこそ繰り入れをするとか、投資をするといった発想を戦略をもって経営をしてそれに対して費用を払うといった考え方になってくるのではないかと思います。今現状は赤字があるからそこを埋める。すると努力しなくても何とかするというのが公立病院の体質になってしまっておりますので、努力をするコミットメント(約束)をして、それに対して政策的な投資を行うことが今後の公的な医療のあり方の一つであるのではないかとこのように考えております。

2点目のIT化についてですが、多分47都道府県または全国の公立病院の中で、オーダリングすら入っていない病院は奈良県ぐらいしかないというように聞いております。従いまして実は今年度から少なくとも電子カルテの導入については県立2病院については行っていこうと考えております。その際、先生がご指摘された救急医療が情報化であって、分単位の中で発生した診断がついてない患者とその患者を受け入れることのできる病院をマッチングする、これはもうはっきり申し上げて電話で人と人がやりあっているような悠長な話ではなくて、何らかのシステムでやっていく必要があるかとこのように考えております。そのシステムの構築に向けても、奈良県立病院が建つ前に、県の方で、今年、あるいは来年度中に何らかの制度・ルール等を作っていきたいと思ひております。以上です。

(榊委員)

いろいろな意見が出ておりますが、川渕先生や川口先生がおっしゃっておりますが、変わらぬ信念というのは職員が満足しない病院は患者さんも満足しない、患者さんが満足する病院は職員も満足する。これは変わらぬ信念だと私は思ひます。大学も法人化になりまして、県から離れるというか、県とはつながらなくてはならないのですが、人の増員等

に携わって少しは職員の満足、その部分で患者さんも満足して頂いていて、経営改善に繋がっていると考えて新県立奈良病院も職員が満足する病院を作らないと絶対に患者さんも満足されない。それは絶対に変わらないものであると思いますので、ぜひそういう概念で病院づくりをお願いしたいと思います。

(川口委員)

榊院長のおっしゃるとおりで、私もそのことに関してはずっと追求しているところで、そういう意味で、先ほど川渕先生の方からご指摘頂いた夢と温もりのある病院、これは私は大きなものの考え方で、職員にしても、患者さんにしても夢と温もりのある、それで患者は良くなるという、元気になって帰るんだという気持ちで、そんな夢を持ちながら職員の温かみに包まれながら治療していく。それから医療スタッフの方で、自分はここでこんなことを頑張ればこう患者に貢献できて、医学のこれからの発展に寄与できるというような意味で、夢と温もりがある病院ということを大きな柱に、コンセプトにしたいなというようなことで考えております。そういったことを実現するために皆さま方からご意見を頂戴したいなと思いますが、やはり務めている者が嫌々していたら患者さんに出まして治療成績が良くなりませんので、そういう意味でも職員の満足は患者さんの満足、患者さんの満足は職員の満足、これはお互い相互するものと思っております。

(塩見委員)

せっかく新しい病院を作るのですから、今までにないようなやっぱり病院であって欲しい。今、先生が言われたように、スタッフが安心して働ける、余裕を持って働ける。そのためにはもちろんスタッフの確保・数の問題もあるでしょうけれども、一つは例えば一般外来は診ない病院とはっきり打ち出すとか、あるいは救急にしても私がいた時代に奈良医大に救命救急を作った際には、一次から三次まで全部の患者さんがER型ということで来ました。今回、もし24時間365日断らないという姿勢を打ち出せば、例えばきっと消防隊にしてもここに行けば必ず診てもらえるという安易な、頼りにされるのはいいことですが、そういった姿勢も出てくるでしょうし、一般の方からも必ずいろいろな問い合わせがあるだろうということで、今までにないスタイルの、本当に職員が安心して、そして余裕を持って働けるような、新しい病院にしてほしいと思います。

(武末委員)

まず一般外来を診ないような病院というのはここでも多少ご検討頂きたいテーマでございます。この1ページの新奈良病院の概要のところに、地域の核になる高レベルな医療を提供と、その下には高度な医療を担う中央病院という表題を付けております。これは何かと申しますと、銀行で言うと中央銀行、銀行は顧客を直接相手にせず、銀行のための銀行でございますが、おそらく高度なレベル・高度な医療を担うような病院に県立奈良病院を特化させていくと、さすがに風邪とか熱が出ましたというような先生が言われたような一般外来まではとても対応できないのではないかと考えております。やはり先ほど奈良県では二次の医療機関が脆弱になっているということを鑑みますと、やはり県に必要なのはそ

ういった二次医療機関をサポートするような病院、そういう役割を持つ必要があるのではないかと思います。そういうことを優先順位の第一としますと、場合によっては一般の外來は診ることができないということもあるのではないかと思います。そういったこともここでは議論して頂けたらと思います。

もう 1 点。絶対に断らない救命救急病院とはここには書いておりません。絶対に断らない救命救急システムの基幹病院でございまして、全ての患者をこの県立奈良病院に集めるということではございません。まず奈良県で体調が悪いという人を一次のコールセンター、一次の夜間休日診療所、二次の救急病院、輪番病院、そしてそれらの病院を合わせて高度な医療、最後の砦となる病院として県立奈良病院を作っていく。そういうシステムとして断らない、いずれかのところで患者を受け入れるというようなコンセプトで最後の砦というのもそういう意味でございまして。従いまして必ずしもこの県立奈良病院に全員が来る訳ではなく、むしろ本当に県立奈良病院ではないとダメな患者が何らかのシステムで選別されて最終的に県立奈良病院に来るというようなことを考えております。この際どこも行き場がない人は県にはいないと言うようなシステムを作りたいという主旨でございまして。

(窪田委員)

部長がおっしゃる通り、資料に書いてあることがそういったことではないということはどうもう少し丁寧に説明しないと誤解を受けやすいのではないのでしょうか。

(武末委員)

申し訳ありませんでした。

(窪田委員)

時間も大分おしてきましたが、今日は第 1 回目ということですので結論を出すということではなく、またたたき台を示すなりした上で、こういったところも勉強した方がいいという点を残りの時間ございましたら、出して頂けたらと思います。

(杉田委員)

健康福祉部長の杉田でございます。今回、県立奈良病院の検討の視点の一つでまちづくりの連携とあると思うのですが、アメリカですとピッツバーグとか、まち全体が医療をテーマにしたそういう取り組みがあるのですが、日本で成功している、成功しつつあるような取り組みがあればそういうものをベンチマークとして勉強するようなこともあっても良いのではないかと思います。私ども知事と話しております時に、医療と福祉が一体となったまちづくりについて指示を受けるのですが、参考になるような事例がなかなかないので、もしこれから検討を進めるのであれば公立病院建て替え時にそういった視点を取り入れうまくいっている事例等、先行モデルのような事例を勉強してもよいのではないかと思います。

(川渕委員)

私も全部周知しているわけではありませんが、今、医療クラスターという言葉が流行っております。私が今、関与しているところで言いますと神戸市民病院があります。今度

新築移転しますけれども、そこにいわゆる医療産業都市を作ろうという構想がございます。医療産業都市構想のようなことを知事が考えておられるのかは判りませんが、そこまでいかなくても聖隷三方原病院や聖路加国際病院のまわりに一つのコンプレックスがございます。ただし、いずれも大学を巻き込んでのものではございませんので、大学といえば京都大学の先生方がテコ入れをしている、神戸市民病院が一つのモデルになるのではないかと思います。アメリカではそういう意味では医療クラスターがいくつかできていますが、我が国ではあまり先行事例がない中で、先ほどの医師会長の発言ではございませんが、奈良は奈良モデルを国に先行して作るというのものもあるのかもしれません。その辺は大学・企業、そして病院、連携が一つテーマではないかと思います。

(窪田委員)

病院の性格というものにも関係すると思いますが、まちづくりというのはどういうイメージを持ったら良いのでしょうか。今回は医療クラスターとも少し違うのかと思いますが。

(川崎委員)

まず百聞は一見にしかずということで、これからの望ましい病院というものは、こういうものであるということを見せて頂くと、どのようにインフラがうまく配備されているかが分るのですが。これを言葉だけでは、伝えにくいのではないかと思います。こういう病院がよく出来ているから見に行行って来なさいと言って頂けると、道路等のインフラ担当側としても、もう少し想像力を巡らせることが出来るのではないかと思います。

ぜひ医療関係者の方に（インフラ整備側に）ご指摘を頂きたいのですが、私が昔、秋田にいた時に高速道路と病院の関係について医療関係者と話をさせて頂く機会がありました。その時、重要な視点と言われたのが、救急患者の搬送は、単に時間だけでみるのではなく、どれだけ信号にかからないか、あるいは冬場の除雪による路面の平たんさなど揺れずに搬送出来ることが重要であると。患者側の視点でインフラを評価すべきで、時間が短ければいいというような単純なものではないとご指摘を頂きました。今回の病院の建設を考えるにあたって、道路等のインフラ整備側に考えてもらいたい点に関して示唆を頂けると助かります。私どもは、一般には不特定多数の車を対象に道路の整備を考えており、例えば、救急車にとっては、どのような道路が望ましいのかを議論する機会が少ないので、重要な視点を見落とさないためにも、ご示唆を頂ければと思っております。以上です。

(河口委員)

これはまた違う観点になりますが、今、この医療機能は地域医療等でがん治療にかなり重きを置くようになっていきます。もちろんがんの死亡率が高いのですからこういった基幹病院でやらなければならないのですが、もう一つの面ではやはり救急を中心とした急性期医療をきちんと診ていこうというのが役目であると思います。そうすると救急と周産期と小児救急と循環器、そういったようなものがむしろ中心となって、がんについては無論難しいがんなどを診るというのは良いと思うのですが、がんはやはり慢性期の病気ですので、二つ目玉があると言えばそれでも良いのですが、性格をどうしたいのかという検討が必要

であるかと思います。奈良県ではがんセンターがありませんけれども、山形では山形県立中央病院が県のがんセンターとなっています。茨城県みたいに一般の病院で分散してがんセンターを持つといったやり方もあるかと思いますが、ただ急性期の色々な問題とがんの治療とをもう少し整理して頂いた方が良いのではないかという気がします。

(窪田委員)

大体時間もきておりますが、ぜひにということがあれば。

(塩見委員)

先ほどのまちづくりの話ですが、以前知事に話を伺っているときに、宿泊施設、県外からの受け入れというようなことをおっしゃっておられました。これは今話題になっている医療ツーリズムの考え方に近いようなものですが。例えばそれを海外まで広げたりそういうようなことまで考えてのまちづくりということであれば、私はちょっと疑念を感じます。

基本的に世界的に流行している医療ツーリズムというのはアジアでは中国、韓国、台湾、シンガポール、タイ、そういったところで海外からの患者を受け入れて治療するというようなことのように、今、国の政策として打ち出されているのは海外からの富裕層を日本で受け入れて治療するというので、本当に医療が必要で日本のレベルの高い医療を提供するというのであれば良いのではないかと思うのですが、海外から富裕層を受け入れてということが政策にきっちり書いてある。そうした時に果たしてそれで医療が良いのかと思います。当然これは保険診療を外れるわけですから、国民の中からも先進医療を自分もお金を出すから行って欲しいというような話も出てくると、そこにやっぱり命の格差が出てくる。我々の知らないところでかなりそれが進んでいるという状況がありますので、私は医師会の立場からは医療ツーリズムというような考え方というのは賛成しかねます。

(窪田委員)

大変議論がつきないところだと思いますが、時間も来ておるところでございますし、いろいろご指示頂いた点について少しまた整理致しまして、またご意見頂けたらと思いますが、本日のところはこれくらいで議事を終了したいと思います。事務局から何か伝達すべきことがございますか。

(中西室長補佐)

長時間にわたり、熱心にご検討賜りまして誠にありがとうございました。次回の検討委員会の日程につきましては、11月を予定しておりますが、調整のうえ、事務局から再度連絡させていただきますのでよろしくお願い申し上げます。

なお、今回の検討委員会の検討概要につきましては、各委員の皆様のご理解を得たうえで、近日中にホームページに掲載させていただきます。

それでは、これを持ちまして、第1回新県立奈良病院整備検討委員会を閉会させていただきます。皆様方、有難うございました。