

医師確保・少子高齢化対策特別委員会会議記録

医師確保・少子高齢化対策特別委員会委員長 三浦 陽子

1 日時

平成 20 年 4 月 16 日（水曜日）

午前 10 時 5 分開会、午後 0 時 2 分散会

2 場所

第 2 委員会室

3 出席委員

三浦陽子委員長、高橋比奈子副委員長、伊藤勢至委員、佐々木順一委員、
千葉康一郎委員、郷右近浩委員、千葉伝委員、平沼健委員、工藤勝子委員、
吉田洋治委員、小西和子委員、斉藤信委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

武蔵担当書記、高杉担当書記

6 説明のため出席した者

岩手県立中央病院長 佐々木 崇氏

7 一般傍聴者

なし

8 会議に付した事件

(1)岩手県における地域医療の現状と医師不足への対応

(2)その他

①次回及び次々回の委員会運営について

②委員会調査について

9 議事の内容

○三浦陽子委員長 委員会を開きます前に担当書記に異動がありましたので、新任の書記を御紹介いたします。

武蔵担当書記でございます。

昨年と同じ高杉担当書記でございます。

それでは、お手元に配付いたしております日程によりまして、これより本日の会議を開きます。

本日は、「岩手県における地域医療の現状と医師不足への対応」について調査を行います

が、講師として岩手県立中央病院の佐々木崇先生を講師としてお招きしておりますので、御紹介申し上げます。

○佐々木崇講師 どうもおはようございます。佐々木でございます。お招きいただきまして、大変ありがとうございます。昨今のこのような情勢でございますので、医療をどうするか、さあ、頑張ろうと思ってもどのように頑張っていっていいかなということのをいろいろと悩むことも確かに多うございます。きょうお話をさせていただきますけれども、実際には結論の出るようなお話では基本的にはございません。いろいろお話を伺いながら、我々のあすから以降の糧になればいいなというふうに思ってきょうお話しさせていただきますので、ぜひ忌憚のないお話を伺わせていただければ大変うれしく思いますので、よろしく願います。

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。佐々木先生の御経歴につきましては、お手元に配付しておりますとおりでございます。

本日は、「岩手県における地域医療の現状と医師不足への対応」と題しまして、佐々木先生に御講演をいただくこととなっておりますが、先生におかれましては御多忙のところ、本日の御講演を快くお引き受けいただきまして、改めて感謝申し上げます。

それでは、これから御講演をいただくわけではありますが、後ほど佐々木先生を交えての質疑、意見交換の時間も設けておりますので、よろしく願います。

では、先生こちらのほうに願います。

○佐々木崇講師 果たしてこういう席でお話しさせていただいて、大体スライドというのは前に来てこうして話をさせていただくものですが、ちょっとそれではここで話しさせていただきながら、長い時間になりそうなので、座りながらお話しさせていただきたいと思います。

こういうタイトルで御指示をいただきましたので、なるべくこれにというような思いでスライドは準備させていただきましたけれども、なかなか一つ一つ取り上げましても、地域医療の現状どうなっているのだと、私の知る範囲ということになります。それから、医師不足への対応、どのようにして今やっているのだというようなこととなりますので、そんなことが話の中心になろうかと思えます。差し迫った問題にどのように対応しているかと、これは岩手県の医師不足というのは今に始まったことでは基本的にはございません。

私が20年前ですが、この病院にお世話になりましたときには県立病院の医師数が350名という数だったと思います。定かではありませんが、大体そのくらいで。それが80名増員であるとか、150名増員ということを目標に掲げて対応していたことを耳にしておりました。実際には500名くらいまでふえた時期がありましたけれども、その後また、今ほどのような状況になっているか、正確な数は違ってくるかもしれません。

これまでどのようにして医師不足に対応してきたかということになりますし、それから現実には医師はなかなかふえてくれないということが事実であろうというふうに思えます。そうすれば、今後どのようにして岩手の医療を守っていくのか、喫緊の本当に重要な課題に

なることもあろうと思いますので、そんなことも話題の中心にしようと思っていました。

スライドが資料にないのは、実は10枚くらいあると思います。これはこれで御容赦いただきたいのですが、本田宏医師というのは最近NHKであるとか、いろんなどころに出てきてオピニオンリーダー的にいろんな発言をされています。彼は私のちょっと後輩でして、随分前ですが、私も大学にいたことがありまして、そのころ彼は東京女子医大にいてやはり同じような仕事を、実は私は移植の仕事を十何年間やってきたのですけれども、臓器移植の仕事を彼していました。ほとんど同じプロジェクトの中で一緒に仕事をする、大学の垣根を越えてやっていたものですから、最近もまたこういう状況の中で聞く機会があって、先生、必ずスライドを使ってくれということで、私に百何枚のスライドを預けていますけれども、まさか百何枚ここで並べるわけにはいかないの、2枚ほど、後でもう1枚出るとは思いますけれども、これが現実でございます。

それで、よく言われています、最近。全国平均がとにかく206、岩手は170です、10万人当たりの医師数です。OECDの標準が290で、今日本は二十何ぼの先進国、OECDの中で下から2番目と言われているけれども、そういう医師数であります。

実は、私は2年前に院長になりましたときに、研修会がしょっちゅうありました。そのときによく言われていたのは、御記憶あろうと思いますが、ベッドが多いのだと。要するに、医師も看護師も足りているのだと。足りているのだけれども、日本はほかの国に比べれば圧倒的にベッドの数が多くて患者1人当たりというか、医師1人当たり、看護師1人当たりの診る患者数がすごく多いのだと。それが不足なのだというふうに見えてくるのだというような声がありました。これ本当に驚きですけども、つい2年前です。その前には閣議決定、医師はもうふやさないとか、そういうのがあったはずですけども、そういった状況の中でありました。実際にはこういう状況なのです。これがもうはっきりしてきていますので、それで大体3分の2、OECDが290、それから日本が200ということで、3分の2強は日本はあると思いますけれども、いずれ26万人の医師、さらに14万人OECD平均からいって少ないのだと。そうすれば、これを今のまま増加を期待しているのであれば三、四十年かかってしまうぞというデータであります。これは、これに対する反応は基本的に今なくなっていますから、まず間違いないと思います。

それで、同じようなことが、御存じだと思いますけれども、サッチャー政権の時代にイギリスが大変なことを、医療費削減やったのです。そのときにイギリスの医師たちはみんな国外に逃げ出したのです。それで、イギリスの医療ががんの手術は何カ月待ち、救急はたらい回し、そういう状況があって、これがその後ブレアが必死になって50名、あっという間に日本を追い越しているのですが、実際医師が育つためには10年以上かかります。そうすれば、1999年にやって、今やっと形になり始めたかなというところまで来ているのが今のイギリスの状況だと思います。これが今、あるいは日本にもしこのままの状況があればどうなるのだということは彼の訴えでありまして、これは大抵の方はこれにもう要求が把握できている状況になってきているのかなというふうに思って、今厚労省でみんな方針変更には

なっていますけれども、私の知るところではまだ閣議決定変えられていない、医師はまだ増えていないというのが残っているやに聞いております。したがって、岩手医大に10名増員、10年間にわたって。全国10大学に10名増員、毎年ですね、医師学生の増員をしているというのが現実のようですが、それが果たしてどこまで効果的に今後展開するかということにはちょっとまだわかりません。

こういう話をするとき、いろいろな偏見が基本的にあるはずなので、私だけの偏見があるかもしれないので、そういうことで、こういうことに対して私の偏見がどこから来ているかというのはおわかりいただけると思いますが、私は20年間、平成元年から中央病院にお世話になっています。ほとんど外科で、副院長をさせていただいて院長になる。したがって、樋口先生が院長で2年院長でしたけれども、その辺から社会情勢については随分たたき込まれ始めました。それまではほとんど朝から晩まで少ない人数で手術の件数をこなしていました。私と望月という副院長おりますけれども、彼とほとんど同じ時期にこの病院にお世話になりました。来たときに消化器外科の手術が350件でした、年間。今1,200件です。そういうふうな状況です。実際、これはそれなりの仕事をしなければ食えませんものですから、おわかりいただけると思いますが、ほとんど帰るのが何時になるのかわからないような状況で、それでも若気の至りではないですが、頑張れたので頑張っていましたし、仕事自体は大変おもしろかったものですから、やらせていただきました。そういう状況でした。

それから、これはぜひ御記憶いただきたいのですが、岩手県立病院が県立病院医師連合会というのがあります。25年に県立病院ができた後に37年から、ですから小山田先生がまだこの病院に来られる前でしたけれども、そのころから医師の待遇改善というようなことが主だったと思いますが、そういうのが作られました。その後45、46年、私がちょうど大学卒業したころですが、救急患者のたらい回しが全国的に新聞にずっと出ていました。このままで日本の医療いいのかという論調の中であって、岩手県も医師不足の中で救急対応しなければならない、県域をとにかく越えて連携をとっていかなければならないのだということで、これを連合会が一生懸命やったことが記憶に残っています。そういう状況の中で、私も宮古病院で仕事を始めましたけれども、釜石から、指導医の先生がいないときに来てもらって一緒に手術したり、そんなことが結構ありました。そういったことに関しての芽生え、下地かなと。

私は会長をやったことがあります、十何年前ですが。そのころ小規模病院で医師がどのくらい当直しているかということになると月に10回くらい当直しているのです。えっということになりまして、これではいかんだろうということで、そこから連携をしながら応援に行って当直をすとか、そんなことも始めた時期でした。今はもう少し違った格好であります。後でお話できると思います。

それから、自治体病院として、これは全国各地、夕張の話であるとか、舞鶴の市民病院がなくなった話であるとか、福岡の4つの県立病院が民間に移管したとか、PFIが云々とか、

いろんな話を聞かせていただく機会があります。当事者として聞いているわけではないので、十分ではないところがありますが、知識としては多少持たせていただいています。今医療連携の中で医師会、それから病院との役割は積極的に大きくなってきていますので。

それから、あとは下のほうにあります実情を勉強させていただく機会あります。それから、私は大抵今になって思うのですが、うちの大学の医局というのは大きな医局で医局員が100人ぐらいいつもいたのですけれども、そんな医局だったので三十何ぼの病院、医師派遣、当時ですから、今とちょっと違う大学の状況が現実にあります、そういった中で医師派遣させていただく、そういったことも経験させていただいたということは、地域に対する見方というのは少し違うかなというところがあります。

それから、あとは私自身も今大学に行って医師派遣の要請を行っています。何とかしてくれよということで、頻繁にやらざるを得ないということが、基本的に私はそういう部分ありますものですから、そこにありますように、いつも言われるのですが、県立病院の病院長会議なんかやると、おまえ、でかい病院の中で、おまえの視点で、よそに偏見を言いたいのだろうと思うのですが、地域が本当にわかるのかといつも言われます。それはそのとおりだろうなというふうにも思いますので、私の話は半分にしてください。県立病院のそれぞれの院長先生に言わせると、もっと言いたいことがいっぱい出てくるはずなので、そうしていただければと思います。中央病院がこういう状況にあります。

実は、ここに書かれている指標は、基本的にはこのくらいの表の標準というか、指標になるような数値になっています、今。かなり注目浴びていると思うのですが、民間病院を全部入れると難しいのですが、自治体病院の中で、例えば収支を見たときに600床以上の病院が四十幾つあるのですが、自治体病院。今収支だけでいくと上から3番目くらいになっているのです、全国で。そうすればなぜそういうふうな状況になっているかというときに、みんなこれを注目します。後でお話しさせていただきます。

うちの病院、樋口先生のときから救急車は断らない。もちろん断ってはいかんですが、高次救急センターがありましたし、それぞれの病院がそれなりに役割分担があるということの中でやっていましたけれども、だんだんとそういう時代でなくなってきました。それなりの病院にそういう患者さんが集中して来ているということもありますし、それにきちっとこたえなければならぬという役割があると思います。これがこういうふえ方してしました。今5,000件です、救急車の搬入件数。5,000件というと14台、もつともつ多いところは世の中にいっぱいあります、実は。ただ、この規模でこのくらいのいろんな仕事をさせていただいて、この人数で、これを引き受けることはなかなか大変な状況が現実的にあるということです。これは資料ないので、後で。それから、病院の忙しさのバロメーターですが、在院日数というのは1人の患者さんがゆっくりしていただければ病院は少しゆっくり仕事できるのですが、それが多少元気になってきたときに次の患者さんをお引き受けしなければならぬという現実もありますし、よくなったときには御自宅に、あるいは近くの病院にということで御協力いただきながら大分減っています。

それから、逆に1日平均44名というような形で患者さんをお引き受けします。新しい患者さんが来られます。これがあってベッドがある程度余裕があるからこういう患者さんをいつでも引き受けられるという現実です。実際言いますと、月曜日、火曜日は80人くらい入院されます。それから、金曜日、土曜日になると逆に退院される方がそういう状況になります。御存じのとおり、あるときは物すごい書類の数がふえました。1人の患者さんが入院されると同意書であるとか、いろんなことが全部ありますけれども、説明も全部入ってきます。そうすると80名の方に説明をして云々ということになると大変です。それから、逆に退院のときにもそのくらいの資料がまた必要になります。当然紹介状もございますし、それから御自宅に帰ったときにこういうことを気をつけてくれということをお渡しするとか、いろんな指導が入ってまいります。昔であれば、私は消化器外科やっていた程度御飯食べれて、何とか食べれるね、よかったねと。実はそのときは生きる、死ぬということに対する危機感はなく、食べる、食べない。だったら、うちにいて好きなものを食べたほうがいいのではないかと。したがって、そういう格好できちっと指導して、どういうものを食べてはいかんよ、こういうことは気をつけてよということはある。御自宅の生活のほうやっぱりはるかに満足度が高いものですから、決してそれに対して帰られたときの不安と、それからその後の不安というのは全く乖離している、そういった状況がありますので、必ずしも今こういうふうにあるのは不都合な状況には基本的にないと思いますし、これはこういう形でこれから。ただ、これ以下になるかということになるとちょっとそれは病気の質とか、そういったことからいって難しいかなと思います。ただ、実際慶應病院は9日くらいです。恐れ入りました。東北大は23日だったのですが、これはいかにも長過ぎるので、今は十何日まで減っています。実際に標準的なところは14日、13日が我々の規模の病院であれば大体そのくらいだと。

手術件数ですが、これも一番下のほうに5,000件を超えています。先ほど消化器外科の話をしましたけれども、消化器外科だけではなくて、手術総数この10年間で毎年120件くらいふえてきています。先ほど救急の話をしました。うちの病院のミッションですけれども、急性期救急に関してきちっと対応すると。救急車は断らないということはそのとおりですが、それと同時に世界標準ですね、先端ではないです。先端というのは大学の仕事ですけれども、基本的に、世界標準の高度医療をきちんと提供するということが我々の病院のミッション、この2つは医療の中では欠かせないことなものですから、こういったことは必然的にふえてきます。手術件数がふえてきている状況であります。

それから、これは全国どこにもありません。実はうちのような病院1つの病院がほかの病院を応援するところはどこにもないです、実は。それは、我々非常にありがたい中で、県立病院の創業の精神というのは、御存じのとおり「県下にあまねく良質な医療の均霑を」ということの一行の文字が我々の病院だけではなくて県立病院みんな後で資料お出しできると思います、これがあるから医師不足と言われる中で、何とか医療の形態を保ってこれたかなという部分が現実にあります。どういう作業を行っているかということなので。

それから、もう一つ、これは平成8年、9年に遠隔医療を始めたころには全国で2つ、3つでした。今随分あちこちでその利点が言われるようになりましたし、画像そのものが随分鮮明になりました。始めたころは、本当にこれでがん診断ができるかと、よほど目を凝らさなければなかなか難しいぞというような話が現実にはありました。バージョンアップした中で、今のハイビジョン装置から何かから格段のものがありますので、これはこれからの武器としては非常に大きいのではないかなというふうに思います。整備がされるべきだと思います。

それで、本題に移りますけれども、最近経験しました二、三の例、それから医師の配置はどうなっているのだと、それから地域病院、基幹病院の医師不足、これはどういうことなのだ。それから、診療応援の実態はどうなっているか、中央病院、それから県立病院ネットワークがございます。

それから、先ほどからも話していましたが、住田病院の役割、難しいのは今後の見通しですが、これが順不同で出てまいります。きちんと整理した格好でお話しできないと思いますけれども、お話ししてみたいと思います。

この辺からちょっと具体的な取り組みが出てくるので、これが資料としていろんなところに添付されているようですが、本当に了解とらずに私来ていましたから、いいかなと思って。関係ない状況で仕事しているわけではないのですが、いいのかなと思いますけれども。地域医療が担っている病院で、それまで4名の勤務医がいたが、2名おやめになったと、後任がなかなか見つからない。こういったものはどういふふうに考えるのだろうか、どういふふうに対応するのだろうか。基幹病院から、循環器の医師が引き揚げられる。これはもう公になっている宮古病院、大船渡病院はそういう状況が去年の今ごろございました。みんな慌てました、どうしようということが現実です。そんなところもお話しさせていただきます。

さらに困ったのは、宮古病院の話ですけれども、専門医が3名から1名になって大変御苦労いただいているという状況の中で、いろいろと県立病院全体でどうするかということが現実になりました。具体的な話をさせていただきます。そのほうがまずいいかなと思いがら、準備しました。

それまで4名の勤務医がいたのが2人やめた。えっということになります。当然町長さん本当に御苦労されました。本当に大変だったと思いますよ。これつてを頼るのです。医師確保ははじめ。いずれ8,000人の町ですから、大学に派遣を依頼する。なかなかすぐにはあられない。県も実際に動きましたけれども、医師のストックがあるわけでも基本的にはありませんものですから、それから最近稼働し始めて、自治体病院診療所医師求人求職支援センターというのができまして、これは全国的な規模で大分動きがよくなっています。そういったところもいろいろ、なかなかいかないということで、うちの病院にも派遣依頼をいただいたというふうな状況であります。

同じことで、続きになりますが、我々、そういうときどのように対応したかということで、これは正しいかどうかわかりません。実は、高度医療を求められる医療費は基本的にないの

です。高度医療といったら語弊がありますけれども、プライマリーケア、要するに緊急性があるかどうか、どういった疾患であるか、それからいざというときには救急の1次、要するに最初の初期治療をやって、さらに2次救急の病院に送るとか、そういったことが基本的にプライマリーケアというふうに考えますと、そこでやってくださっているのは必ずしも病院だけではなくて、しっかりとした開業医さんがいていただければ、それだけでも日中はこの医療は成り立つのです、実は。ただ、調査させていただいたら、具体的に言っていかがどうかどうかわかりませんが、4名の開業医さんがいましたけれども、皆さん私よりも年上でした。中には大正生まれの方もいらして、そうするとほとんど病院としてはもうやっていない。医師数としては登録されているのですが、そういうのが現実です。そうすると、開業医さんをお願いするという部分もないということですので、もうこの地域はこの病院がやはり背負わなければ何ともならぬということになります。そうすると、次の段階として、外来の患者数何名くらいいらっしゃるのだろうかということ、8,000人という、大体予測はできますけれども、そんなこととか、いろんなことをやったので、絶対的に必要なのは、あるいは2名でやっていけるという数なのですけれども、実際にはそれだけではないのですが、絶対的にあれないのは、日当直、休日と応援なのです。これはお二人でやるとなったら月間15回、土日は必ず交代で当直する、そんなことになりかねないので、これはいかんだろうと。それから、急病になったときにカバーする。要するに、4人いれば何とか3人で1人カバーできる。2人でやっていて1人倒れたらどうするのか。現実には起こりました。そういったことで緊急診療応援の体制は絶対必要だろうと。これどこやるのだ。うちの病院しかないということになりました。

もう一つ、プラスアルファの動員がどうしても必要だったのです。実は2人いらっしゃるのと1人やめるということは基本的に起こります。そうしますと、もう一人も必ずやめます。こういう格好で病院がなくなったところはいっぱいあります。これはいかんということで、実はここにいらっしゃる先生は岩手県出身の方ではありません。地域医療をやりたいということで、非常に若くして来られたのです。そういう状況の中で、こういう方がやっていけないといなくなったら、岩手県の医療どうしようもないということもありますものですから、そんなことをみんなで話しさせていただいて、何とかここを応援しようということやらせていただきました。

もちろん勤務医がふえてくれば地域医療もう少しいろんな医療展開、要するに福祉のほうとか、いろんなことまで展開できるかもしれませんが、そこまではちょっと我々今関与できるところではないというところなのですが、当然町の住民のみなさんは何とかこういう格好でいかなのかなというふうな望みは非常にお持ちではないかなというふうに思っています。

実際どうしたかという、こういうふうになりました。とにかくそれまでほかの施設から幾つかの診療応援が来ていましたので、これは継続してお願いする。うちの連中は、とりあえずこういう格好で応援していて、一番求められるのは緊急応援だろうと、土日の当直に関し

ては、たしか大学かどこかで応援に来てくださったのではないかなと思います。したがって、18、19年は当直大丈夫でした。20年度、ことしから土日の応援もちょっとうちで行かなければならなくなったかなということでございます。

それから、その18年、19年の内科の第1、第4火曜日午後からと書いていますけれども、これどういうことかという、うちのメンバーが午前中自分の外来があります。自分の入院患者さんをいろいろ処置して、頼むよと言って仲間にとりかかるとか、そのチームの人間が基本的にチームでやれと。1人だと1人いなくなったら大変だから、チームでやれというふうにやっています。やれるところからそういうふうにしていましたけれども。そういう仕事をしてから午後行って、そして午前中診療して、昼1時間半くらいとりますけれども、戻ってきて、今度は自分の仕事をするというようなことを基本的にやっているスケジュールなのです。そんなことをいろいろやりながら。

それから、先ほどメンタルケアということもありましたけれども、やっぱり話し相手が必要なのです。そういうところでお仕事されている先生方はですね。うちは副院長が1人月1回は必ず行って、患者も診なければならぬかもしれないけれども、それよりも何よりもその医者たちと話してくれと、いろんな話をしてくれるようです。それはそれで私もいろんな実情を聞く機会もあってありがたいと思いながら見ていました。こんなことをしていました。

それから、基幹病院なのですが、ここで具体的な病院名が出てきたので、資料として本当にいいのかなと。これは本当に悩みました。なぜうちの病院が悩まなければならないのだと思うのですが、そのうち後でお話しします。

去年の2月、3月にいなくなるという話が聞こえてきました。それで、その後どうも補充がきかない。これなぜ補充がきかないことになったかという、後で聞かれたらお話しすることにします。でなければ、おしゃべりだとなりかねないので。これうちの県の事情ではありません。ほかの県の事情です、実は。それに巻き込まれたのです。それがなければ多分ここに人が1人でも2人でも派遣されたのではないかなと実は思っています。そうなりませんのでしたものですから。実はそれに巻き込まれて、うちの病院からも循環器の医者が1人減りました。

どうするのだよということが現実でありまして、そのときに菅野先生が院長をされていますけれども、菅野先生もびっくりされたと思います。何だと、自分が来たときにこういう状況でスタートしたのです、大変申しわけないということで、申しわけないという話でもないかもしれませんが、同情せざるを得なかったです、私も。実はこういう状況で、6月までに3名いた循環器の医者が2名いなくなりました。でも、患者さんが現実にいるわけです。その患者さんたちをどうするかということで、とにかく6月までの3カ月間で大学からの週2回の応援、うちからもとにかく行ってくれと。行って週2回4日間をカバーするということになりました。

それで、この間開業医さんに紹介状をお書きして、要するにお薬だけの患者さんと言った

らおかしいかな、いろいろフォローアップをしていただいて、今直接的に治療に関与するという状況ではなくて、お薬でとにかくコントロールできているという患者さんは診ていただくということで、実際に宮古病院の開業医さん、循環器を標榜しながらやったださっているのは4名しかいなかったのです。大変御苦労なさったと思います。今でもそれは状況としてはあると思います。

それから、心臓カテーテルですから、ということは、うちの病院あるいは岩手医大さんのほうにも行って検査されたと思いますけれども、うちも何しろもう器械が老朽化して更新しなければいけないという時期になったのですが、対応せざるを得ないという状況で、対応してもらいました。救急を必要とする患者、これは盛岡に搬送する。実は治療施設としては、宮古にはありませんし、今でも県内各地からですけれども、岩手医大さんからうちのほうに救急患者さんは来られていました。ですから、そこについては特別に変わったという状況ではないのですけれども、それでもやはりいないということで、不安をあおられることは間違いないところなのです。不安になられることは間違いないと思うので、宮古医療圏 10 万医療圏ですけれども、御苦労されているのは今でも同じ状況です。

実際にまとめて言いますとこういう状況で、宮古からの紹介患者さんのスタートした4、5、6 とどんどん、どんどんふえているという状況の中で、連携して治療しているという状況であります。開業医さんには本当に御苦労いただいて、うちの医師たちが連携をとらせていただくために開業医さんにあいさつに行き、何かあったときにはすぐ連絡くださいと。幸い心電図をファクス送信して、何が起きているかという、できる分野ですから、すぐ診断には話を聞いて、いろんな情報は得やすい部分はありますけれども、そういった状況です。

それで、そういう中で緊急派遣ということが去年の6月ありました。詳しい話は私言える立場ではありませんけれども、それも準備していろいろやって、2カ月間やって本当は3カ月間。どういうふうにしてお受けするのかという話がありましたけれども、それではと行って、そこでまた循環器の外来をオープンしますと、2カ月後にいなくなるとまた同じだろうと。そうすると、患者さんだけあっちに行ったらいいのか、こっちに行ったらいいのかわけわからなくなってしまうので、今あるこういうふうな状況をきちんとやった上で救急対応したり、何だりしていきましようということで、開業医さんとの連携はそのまま同じ状況が続きました。日本赤十字、国立病院、済生会などから医師派遣が来ましたが、速かったです。こういうのがすぐ出ました。6月の末には、7月の初めにはもう医事新報に載っていましたが、これは日本赤十字社の事務局長さんが「何言っているんだ、うちだって医者がいなくて大変なんだぞ」と。それで、そこに、左側に、字が小さくてあれですけれども、こんなに医者がいなくて困っているのだと。何でそれなのにうちがそっちにやらなければならないのだというような内容で書かれていました。これも現実だと思います。ただ、実際日赤さんのある病院というのは大都会ですから、ほとんどが。そこがもし機能が少し落ちて医療過疎にはならぬだろうと。医師不足は医療過疎ではありません。こっちは医師不足は

即医療過疎だと、全然立場が違うのだから、そのぐらい我慢しろよと、私はそれ読んだのですけれども、それは表立って言える話ではないものですから、来ていただくだけでも大変だろうかと、本当にそう思いながら読ませてはいただいたのですけれども、現実そういった反応はすぐ出ました。そのとおりだと思います。

これは岩手県だけではなくて全国どこでも医師不足というのは言われているような状況で、こういう格好で7月以降常勤医がいなくなった後、対応させていただいたと。今でもこの状況は続いています。済生会東部病院という、神奈川から2カ月間おいでいただきました。非常に優秀で有能な循環器の先生だったです。うちの病院の規模と同じですが、循環器の医師はざっと見てうちの病院の倍です。ですから、何とかなるだろうと思っておるのですけれども、よく聞きますと1週間5日のうちに1日は研修医として休むことができるのだそうです。それを利用して今も来ている方が日曜日の夕方に向こうを発たれまして、宮古に来ていただいて、月曜日診療されています。非常にありがたいと思っています。そして、あとうちで週2回応援に来ていただいています。先ほどうちの医者も減りましたと言ったけれども、とりあえずその後何とかしてくれと、こういう状況もあって大変だからということで1人また復活させてもらっています。数は元に戻りましたが、実際はこれが今の循環器の診療の状況です。

あと遠野、八幡平病院、それから紫波と。週2回、1回、1回ですから4日になります。それから、月2回、1回、1回ですから、これも毎週だれか行くことになります。そうすれば毎日だれかはとにかく出かけているということが現実で、その中で実は循環器センターの当直とありますけれども、これ若手7人、副院長は私と同じ年ですし、救急部長も立派な年ですから、もう当直はさせられないので、そのほかの連中でやると週1遍必ず当直が入ってまいります。そのほか外来診療とありますけれども、実はほとんどコンサルテーションというか、ほかの病院でちょっと心配だから診てくれということで紹介がありますので、外来診療の薬だけ出すという診療だけでは基本的にございませぬ。大分頑張って仕事をこなしてもらっているというのが現実であります。これが地球を約8周するスケジュール表ですけれども、19年、真ん中のところですが、これ全部で3,000回弱になりました、診療応援です。岩手県、宮古を行ったり来たりしているとそれだけで200キロ以上になります。近いところもありますけれども、平均すると大体四、五十キロ片道。そうすれば100キロ、110キロ、150キロかなと。どう計算しても、それに3,000回掛け算すると36万キロぐらいで、極を回転させると4万キロでしょうから、そんな話をすると地球8周でバトンタッチして走っているみたいだということで、冗談で話していましたが、やっぱり大変な状況でいろいろ頑張ってくれているということは間違いありません。

一人でしゃべっているうちこんな時間になりましたけれども、続きますけれども、よろしいでしょうか。

○三浦陽子委員長 はい、よろしいです。

○佐々木崇講師 今のお話をちょっと総括しますと、基幹病院は基本的に専門診療です。地

域医療とプライマリーケアをびしとなされていれば、その地域は安定するというふうなことが現実だと思います。その中でどういうふうな格好で患者さんがセレクトされて、専門診療を受けるかということになりますので、プライマリーケアということになると、実際開業医さんがどこにあるかという状況の配置図です。当然盛岡、それから沿線のところにはそういう状況でございます。

宮古、釜石、久慈、沿岸、北部はなかなか大変な状況であるという状況があると思います。ただ、実際に、例えば先ほどの病院のやつは同じなのです、実は。それから、沢内も同じような状況なのですが、開業医さんが1人、2人、3人、4人という状況で、沢内病院は4人だったと思いますけれども、やはりプライマリーケアの部分をシェアするといってもなかなか大変な状況にあります。かといって、では即いつも沼宮内に通いなさい、盛岡に通いなさいといったら、とんでもない距離になります。そういった距離もどうにもできないということになると、やはりそういったところ、幾ら数がどうあろうとなかなか医療の恵まれない地域というのは何らかの形できちっ、きちっとカバーしていかないとやっぱりならぬだろうというふうには思います。これが14年に医師の数が出たときに、この後は余りはっきり出てきませんが、実際に見ますとこのときよりも数が減っているのです。カウントの仕方はちょっと違うかもしれませんが、一概に言えませんけれども、そういう状況であります。

開業医さんが、こういう表現が適切かどうかわかりません。何とか落ちついて仕事いただいているかなと思いつながら、実際は地域に非常に開業医さんも少ない。開業医さんもとにかく患者さんを診なければ診療報酬は上げられないという状況になると、やはり本当に地域で開業される方は基本的にいなくなりました。息子さんがいらっしゃるのだけれども、息子さんは継がないという状況も現実にある。そういう状況の中で、なかなかいかない。あとはやはり岩手県の場合は距離、時間、なかなか厳しいという状況があるということになると、こういったところは何とかカバーしていかねばならないだろうというのが診療応援の主体になると思います。それで、これは大学にはおりません、プライマリーケア医というのは。当院にも基本的には専門医です。

それで、この話をお話し始めると長くなりそうなので、短くしますけれども、実はこの後期研修医というのは非常に今力になってくれています。彼らはどういうふうな状況かという、これも全国的にこんなことやっているところありません。若い医師は地域に行って頑張れよというメッセージを出しているのはうちの病院だけかもしれませんが、岩手県の中でもありません。別なメッセージしか、今ほかの県では出ていますので、こんなことをやっているのはうちだけなので、疑問を感じながらやっています、ある意味、うちの後期研修医たちは。

どういうことかといいますと、後期研修医というのは2年間の初期研修が終わった連中がほとんどが実は大学であるとか、研究機関に入りたいと。待てよと。おまえたちこの病院で、先ほど世界標準なんていう大きいことを言いましたけれども、専門診療をやりたいのであれば、ちゃんと専門診療の研修をして、修練をやってから、伸びてから行けというふう

な話をさせていただいて、1年か2年うちの病院に残ってくれています。この連中が地域医療の応援に行ってくれています。これがなければ、そして彼らはプライマリーケアという部分からいくと私なんかよりはるかに優秀です。救急はとにかく毎週1回眠くても何でもやらせると言ったらおかしいけれども、あれだけの数を診てくれていますし、そこでトリアージ能力が全部育っています。

それから、夏、スーパーローテートの中で小児科、産科、いろんなことを経験しています。地域医療も2カ月間というのは、これ全国普通は1カ月間なものですから、2カ月間やっているのはうちだけですけれども、地域の状況も見てきています。そういった状況の中で、地域医療ということととにかくやってもらっています。ところが、世の中がこういう状況になってきました。東京が、つい最近の新聞にこんなこと始めたのかと思っと思っていますし、半分腹立ちながら、でもこれが正論だろうなと思っ書いたのですが、東京に研修医が物すごく集まっています。

この間もインタビューしていた、その答えた、「私は田舎に行きたくありませんから」とぬけぬけとしゃべるような研修医たちがインタビューに答えていました。そういうのが実はおったのですけれども、そういう中で研修制度が始まってもう4年になりますので、その連中が大学に行くのは選択肢であります、その病院に残るという選択肢が実はあって東京近在の医師数がふえていました。そろそろ満杯になるだろうと、そう思っっていたのです。そうすれば、行くところがなくなって地方にだんだん分散するだろうと実は思っ期待していたら、定員枠をふやささんばかりにこんなことを始めたのです。内容的には、東京医師アカデミーという研修終わった連中をさらにスキルアップさせるためのシステムをいろいろ組みましたと、東京16病院、都立病院を含めてそんなことです。困ったなと思っはいますけれども、これが全国的に波及することになりかねない。どこでも自分がきちっと育てた医者は自分のところに残してしっかりとした医療体系をつくっていきたいと思っのが病院経営者であるはずなので、定員枠をとにかくふやすことで動き始めたと。それにひっかかってうちからも行かなければいいなというふうに思ったりはしていました。

どうもいろいろとあちこちで行動し始めているなということがあって、難敵がまたあらわれたなということです。実際話を戻しますけれども、うちのレジデント、要するに初期研修終わった連中が大体3分の2強、半分近くです、実は。このくらいまで診療行為をやってくれています。これはほとんどプライマリーケアの部分です。

それで、これが今のうちの医師数です。ことしになって少しふえましたが、大体100人くらいがずっとありました。全然ふえないです、実は。研修医はふえてくれています。16年から新臨床研修制度が始まって、ここからふえています。したがって医師の総体、医師免許を持った総体とすれば100、相当の数です。みんなで飯食っていかなければならないので大変なのですけれども、いずれそういう状況です。ただ、うちの病院でも婦人科減っています、小児科減っています。消化器科減っています、循環器科減っています。こういう状況が現実で、そして緑の部分のカバーしてくれているという状況で、非常に大きな戦力になってくれ

ている。

ただ、先ほど言いましたようにほかの病院、ほかのところでは専門診療とかでプライマリーケアの応援、地域応援はどこもやっていませんから、いつまでうちの病院にいてくれるか、ほかのほうがいいよということになると、いなくなるとどんどん、どんどんこのところが減っていきます。これはちょっとこれからの医療の中で岩手県の医療を根底から支えてくれたところがちょっと心配だなということできっきの新聞記事にかみついたのです。こういう状況です。

16年からふえてきていました。このときに何が起こったかという、言われているように診療研修、新臨床研修制度の中で大学に医者がいなくなったからということで地域から引き剥がします。そうすると、必然的に地域に人がいないということで、どこかでカバーしなければならぬということで、うちの病院の医師たちは行っている。これは県立病院以外の部分ですが、ここは何かというと宮古の新里診療所がありました。沢内病院に医師がいなくなった。それから、葛巻病院に医師がいなくなった。応援に行かざるを得ないという状況で対応させていただいています。それが今でもこういう状況です。

県立病院に関しては少しずついろんな手当てがあるようですが、実際県立病院同士どうなっているのだと、これは県立病院間のネットワークのお話しになりますけれども、15年のデータとしてありましたので、これ各基幹病院がどういう応援の仕方をしているかということになります。実際基幹病院の全部を足しますと4,800件、年間やっていました。実際県立病院全体で約6,000件ですから、逆もあるのです。地域の先生が少しでも時間あるときには基幹病院に行って診察すると、手術の応援をするということもやっていますので、総体として双方向で連携をとられていますから、こういう状況です。うちの病院では、ほとんど医療圏をカバーするような格好でいってました。それぞれ二戸もそうですし、磐井ももちろんそうですが、近くの病院のお互いの医療圏をカバーし合うという状況で現実動いているという状況です。これが、先ほどは15年でしたけれども、18年、さらに数ふえています。二戸、本当に一生懸命、大変ですね、二戸も先生方が少ないところに4つの県立病院、あるいはセンターをカバーしなければならない。ここも花泉のセンターをカバーすることになりましたので、どんどん数がふえているのが現実です。だんだんと、気仙がどうするのかなという状況がありますし、いろんな診療センターがあると思います。これがネットワーク、ごらんになられたと思いますけれども。

もちろんここで書かれているのは県立病院間のネットワークです。岩手医大さんは物すごい数の診療応援を基本的にやられています。ちょっと違うのは、我々は、これも適当かどうか、表現として。診療応援自体は勤務形態の中の一つとしてとらえていますので、出張命令で行きます。したがって、もちろん行ったときの手当はいただきますけれども、基本的に大学であるとか、先ほど言った済生会から来たとかというのはアルバイト行為になるのです。ですから、そこで発生する金額は全く違ってきます。よくほかの他県に行ってこういう話をさせてもらうところがあるのですが、みんな大学院にいたときに大学からアルバイト

でやっていました。私も大学院にいたときにはアルバイトに行って、それが生活費になったということが現実にあります。それをイメージされるのです。おまえたちそんなに給料安いのかと、そこに行っていっぱいもらってくるのかみたいなことを言われるのですけれども、それはそうではないのだということを一番最初に断っておかないと、みんなそういうことで、「何だ、うまくやっているんじゃないか」みたいなことでとらえられるものですから、決してそうではないということをお話ししていかなければいかんのかかもしれません。

とにかく高度医療、専門医療は人海戦術。手術であれば、これだけの人員がずっと動きます。心臓手術ということになると大変です。この間、肝臓移植を若林先生がやっていました。肝臓移植を大学で、それから腎臓移植を2チームでやりますから、物すごい人員が必要になります。これは、一般病院はできません。集中治療はなかなかできない。ただ、高度専門、標準治療ということでも人手は必要になります。救急医療、不眠不休であります。これは、基幹病院は本当に大変だと思います。人数少ない中で、よく言われている日勤もやりました。夜当直しました、次の日も仕事します。しかも、先ほど言いましたように2次医療圏の中の基幹病院に救急患者手術します。これはこれでしょうがないと思いますけれども、患者数がかなりどこもふえています。夜にちょっと仮眠をとるということがやっとならざるを得ないかくらいなのです。そういう状況があって、基幹病院の医師不足ということがよく言われているということがこのような状況です。婦人科、小児科、麻酔医、放射線治療医、本当に必要です。リニアックがあっても稼働できないという状況でございます。病理医もありません。したがって、普通にセンター間とかで3人なんとかあれしながら基幹病院から転送されて、がんがあるかどうかという診断をするわけですね。そういったことで、リハビリテーション科医もほとんどいません。それから、「さらに岩手県では」と書いていますけれども、循環器の医者、消化器科、呼吸器科、なかなか大変だなと。絶対的に医師が不足しているというのが一番最初に本田先生のやつです。実際におまえのところはいっぱいいるではないかということですが、これもうちの病院が、例えば730床で常勤医師数が101、後期研修医を加えても120名です。平均在院日数13日、救急車台数14台、聖隷浜松民間病院です。京都にある洛和会音羽病院、大体同じです。平均在院日数同じくらいです。救急車の搬入件数も同じくらいですが、民間病院でこのくらい医師を抱えてやっています。そうすると、うちの医者は結構効率よく仕事してくれているなと思います。相当きつく仕事していることも現実です。

これは同じですというか、虎の門であるとか、国保旭中央病院、それから聖路加なんていうのは比較しようがないです。うちの病院が建てる時に一番下にある神戸中央市民病院、ここがたしかモデルになってこの病院が建ったというふうに聞いていました。ここが大体900床の病院で、16日の在院日数で、救急車の搬入件数ですが、医師の数がこういう格好で、病床当たり5名という状況の様子で、大体このくらいが同じような規模で忙しい病院なのですけれども、7名あるいは6名というのは、やはりまだ医師が足りないかなという状況があります。いずれこの下の病院はどこも診療応援だとかはゼロですから、どこもやって

いませんから。全く形態が違うのです。

グラフの話ははしよりますけれども、今回いろいろとお認めいただいて、何とかというところまで病院、果たしてこれからどうなるのだということになると、やはり大学からどういう形で医師が派遣できるかということは、やはり大きいと思います。そうすれば大学の入学状況はどうなるのかということは大い。

それから、意外と問題だと思っているのは、これ話し始めると長いので、あれですけれども、学会、専門医、登録医の問題とありますけれども、呼吸器科の専門医になるとほかの専門医取れないのです。何でもとにかくできるのですよ、人間というのはその気になれば。ところが、1つの専門医になってしまうとほかの専門医にならないのです、今のシステムは。そうするとプライマリーケア、要するに何でも診れる医者というのはなかなか育たないということも現実であります。

それから、研修医のことは、診療応援にばかり行っていると、自分は専門診療の修練をしたいのにその時間が奪われると、現実まじめに考えている研修医もおりますので、ちょっとなかなか大変です。

これも本田先生のスライドですけれども、こういう格好で、これ以降まだ手つけていないという現実があって、それが標準になっていると、基準になっているということのようです。いずれ県立病院、私から言わせていただきますと、ほかの県にはないいろんなことを試みとしてやられながらやっつてるなあと思いながら、気になっているのは最近、やはり一番下のところです。宮古から盛岡に来て検査を受ける。宮古から片道2,000円だよな、往復4,000円で、これは保険きかないからな。緊急車両が足りなくなったということはよく聞きます、盛岡に搬送するために。地域で、もっとこの辺はもう少し整備できる話ではないかなと。ただ、今度は人を雇わなければならないだろうから、公務員削減の中でどんどんやられている。あれはひどかったですね、おとしの公務員削減という格好でやっていたときに、どうするのだと。これから手をつけなければならないところがいろいろあるにもかかわらずですね。それはどこか減らさざるを得ない。これだけ減らして、さらに減らすのはどこを減らすのだろうというふうに思ったりします。

いずれ、まとめますと他県に見られない岩手県の特徴いろいろございます。これやはり県立病院は23病院を基幹病院としてあるわけで、ほかにはありません。宮城県、青森県は本当に苦労しています。それぞれ母体が違うものですから、隣の病院に応援に行くなんていうのは考えられない状況でそれぞれの病院があるのですが、患者さんをよこしてくださいとは言えても、自分たちのほうから行ってやるなんていうことは基本的にやっていないようです。これが非常に大きなネックになっているのが現実で、岩手県はこのような格好でネットワークがとりあえずある。

しかも、先ほどの創業の精神というのは非常に大きく我々のスタンスになっていると思います。後期研修医がこれからも何とかこの地域に残っていろいろやっていただきたいというふうに思いますが、ただただ診療応援だけに目をやるような格好にしていると、彼ら

はそっぽを向いてしまうということが現実です。目的が違うところにありますから、基本的に彼らは、地域にも目を向けてもらわなければならないというのも確かなのですが。

それから、岩手医大さんが地域医療に本当に一生懸命、大学のミッションとしてやられている。これはほかの大学では最近やっと形として出てきていますけれども、言葉として出歩いていますけれども、岩手医大さんは昔からこういう格好でやっているというのはすばらしいと思っておりました。

最後に、余計なことを書いています。今後どうなるかということは、これは一つ一つ言い始めると本当にまた長くなりそうなので、与えられた時間をもう10分オーバーしていますので、お話しはやめさせていただきますけれども、ぜひいろいろ御質問いただければありがたいなと思います。

終わります。ありがとうございました。

○三浦陽子委員長 佐々木先生、本当にありがとうございました。大変今の現状をとらえた本当に深刻な岩手の医師不足の問題、そして岩手県の地域医療の現状などお話しいただきまして本当にありがとうございました。

これより先生と質疑、意見交換を行います。ただいまの御講演につきましての質疑、御意見などがございましたらお願い申し上げます。

○工藤勝子委員 先生、大変どうもありがとうございました。先生とお会いする機会がありまして、ぜひ今の医療現場を県議会の議員の皆さんに知っていただきたいというお話がありまして、本来であれば県政調査会、議員全体の会議、そういうところでお話しをしていただきたかったのですが、今回は私たちのこういう医師確保・少子高齢化対策特別委員会でお願いたしました。

またいつかの機会をお願いいたしまして、全議員の方々にお話をさせていただいて、今における医療現場というものをもう少し皆さんに知っていただかなければならないのではないかなと思っております。やはりこういう機会というのは、患者さんと申しましょうか、その人たちにわからないことが多いです。遠野病院もそうなのですが、さっき先生がお話ししたように日直をやって、当直をやって、また次の日も日直をやって。だけれども、非常に高度な医療を求めたり、親切、丁寧にしっかりと説明してほしいとか、そういうことを患者さんが望んでいるわけでありまして、非常になかなか難しいものがあるのではないかなと思っておりました。

その中で、先生が、例えば手術の量が多くなっているという話がありました。結局これはいろいろ地域の総合病院等で外科医の先生が2人体制でなくなって手術ができない状況になってきているのではないかなと思っておりますけれども、その辺のところをどうとらえていращやるのか。

それから、私がこういう立場になりましたときに、医療局に行ったときに研修制度が始まりまして、この人たちが4年たって終われば必ず医師は十分になるというような医療局のお話でございました。しかし、4年たっても5年たっても全然改善されないような状況であ

って、この研修医の皆さんが今3分の1活躍していらっしゃるという中で、この人たちが減ってしまうと、結局自分が専門的なことを勉強したいということができなくなったり、指導体制が物すごくできなくなったり、いろんな勤務条件を今の状況で見ていると、自分はそういう場に行きたくないという思いがあるのではないかなという思いがあって、その辺のところ今後課題をとらえながらどう解決していったらいいのかなというようなどころをお聞きしたいと思います。

それから、遠野では産婦人科の先生がいなくなりまして約5年になります。個人病院もないわけで、それで助産院の今の医療、遠隔診断を使って妊婦をとろうというようなことで助産院を開設いたしました。助産院制度ということで釜石とかなんかでも始めているわけですが、先生はこの課題についてどうとらえていらっしゃるのかということをお聞きして、今後とも助産院のような形でいいのかというようなどころをお聞きしてみたいと思っております。

それから、副院長さんに看護婦長さんたちが当たるというようなこともよく新聞記事に出ております。今後大きな県立病院として、例えば女性の視点からの経営改革とか、患者さんに向き合う立場から看護師さんの婦長さんによる副院長という、そういう就任はどのように考えていらっしゃるかというようなこと。

それから、もう一つ、ドクターヘリ、300万円今年度予算を調査費として県がつけました。広大な面積を誇る岩手県の中で、このドクターヘリで緊急に搬送しなければならない患者さんが出たときに非常に大きな役割を果たしてくるのではないかなと思っております。いろいろ高齢化の問題、私たちは昔は家族の中で年の順番に亡くなるというようなことを考えていたわけですが、今はそうではなくてお年寄りのほうが残って、次の世代の働き盛りの人が逆に心臓とかなんかで亡くなる人が出てきております。地域の現状として、そういう逆現象みたいなものが多く出てきております。そういうところから、こういうドクターヘリも今後活躍するのではないかなと思っておりますけれども、この辺の導入に向けての院長先生の考え方もお聞きしたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。たくさん御質問いただきましたけれども、よろしくお願ひいたします。

○佐々木崇講師 ありがとうございます。うまく答えられるかどうかはあれですが、

手術件数ですけれども、これは私先ほどちょっとお話しさせていただきました。平成元年350件、毎年ふえていたのです。何が起きているのだろうなと思いましたが、当時単純に考えて大病院志向というのがどうしても人の中に出てきているのかなと。よく言われていましたので、多分それかなと実は思っていました。

例えば胃がんというのは盛岡医療圏で130人、140人ぐらいですよ。その辺までに少なくともいったら、これ以上ふえないだろうなと実は思っていたのですが、そうしたらさらにふえたのです。その間に何が起っていたかといいますと、それぞれの必ずしも規模の大き

くない病院さんでもほとんどの診療科というか、基幹となる診療科、内科、外科は要るだとか、整形外科、こちらが要らないとか。そうすると手術するには2人必要だ。1件減り、2件減りしていると病院が経営できなくなってくるのです。2人雇っていても手術の件数がなければ収入が入ってきませんので。だったら、うちは手術やめようかということがあって、お一人残ってプライマリーの部分だけやって、あとは手術はうちでやるとか、医大さんでやるとか、日赤さんでやるとかになってしまいうということ、どんどん、どんどんとある意味縮小、あるところではふえてくるということを集約したみたいな格好が起こったような気がします。それは10年間続いたのではないかなと思います。

その後も続いているかもしれませんが、その後は先ほど懸念されたように、県全体の中で、やはり手術というのは基本的にはイベントですから、緊急迫られて対応するというのももちろんありますけれども、診断がついた、胃がんだ。だったら、盛岡に連れていくかという方もやはり出てきているのです、時間的にそういうことが許される部分がありますので。しかも、うちの病院であれ、医大さんであれ、「いいです」というようなことはありませんから、すぐとにかく手続をとって入院するということになると対応できるということになると。ですから、皆さんが皆さんもちろんそうではないですけども、そういう方もだんだんふえてきていることも現実で、それで数がふえていっている部分があるかなというふうに思います。

それから、私ちょっと懸念しているのは、がんに関しての委員会、国からの要請もあって作業しました。その中でいろんなことをこれから公表すると、件数を公表するというのがあります。そうすると、やはり心理として数が多いところはやはり安心できるのではないかということがさらに悪い格好になって、数が少ないところでも優秀な医師がいっぱいいて地域で頑張っているのです。私はよく見えていますというか、どれだけの仕事をしているか。ところが、そういう数がぼっと出たときに、それだけで評価されてしまって、やっぱり盛岡に行ったほうがいいのかという思いがどんどん強くなるのではないかなと。果たしてそういう格好を誘導するようなことでいいのかなんて思って、それぞれの地域ではきちんとした格好の役割云々という病院はさらにあって、先ほど言いましたように肝移植は医大でしかできませんから、それはどこかの地域の病院でやるという話ではないですけども、標準的な医療に関してはきちっとやられていますから、そこは信用いただいて、それぞれの地域でやっていけばあんなに一極集中ということにはならぬのかなというふうには思いますけれども、ある意味来た患者さんをお断りするわけにはいかないこともあってあいう状況になっていることは現実だと思います。

手術に関しては、これからどういうふう展開するか。どうも集約化、集約化の方向だけに話が進んでいて、ちょっと気になっているところは確かです。

研修医はあのとおり。お断りしておきたいのですが、初期研修医の地域医療の部分は、あれは修練ですから、地域医療のカウントには入っていません。ですから、2年間に関しては修練であちこちの病院に行きますけれども、これは戦力的には基本的になくて、戦力でない

ことはないのですけれども、勉強が主になると。それ以降の部分がああいうふうな格好のカウントになります。したがって、あの連中は自由なのです。うちでなくてもいいのです。ですから、うちに残るのは20人いるとすれば10人、15人のときは七、八人、半分くらいはうちの病院に残ってくれています。それ以外は医大さんに行く、あるいは東北の自分の出身の医局に戻る、中には東京に行くやつがいるのです、二、三人。ああいうふうな格好で何かいいことをやっているように見ればですね。

そうでなくても、例えばある特殊の部分で非常に興味を持つと、これが大学、どこでやっているか、あるいは全国のどこかの施設があると、そういう情報はどんどん今は入ってくる時代ですから、我々の時代みたいにぼっと研修終わった後には大学に戻って博士号を取ってみたいな時代では全くなくなってきていますので、ですから逆に言えば相当心配な部分があります。したがって、残すためには精神論でいかなければいけないのです。「おまえたちな、これからの医療をずっと見ていくときに岩手県くらいいろんなことを診れるところないんだ。いろんなことを研究しろ」ということです。

さらには、ちょっと際立ったところでは、おまえはすごいと、将来リーダーとして、あるいは教授になるかもしれない。そのときに地域もわからないで教授やっていたら本当にとんでもないことになるのだから、今のうちしかできないのだからというような話をするのですけれども、そんなことまで言っていますけれども、そうして鼓舞してうちの病院で専門診療、もちろん相当のレベルでうちの医師たちは、指導医たちが指導してくれていますから、それについては安心してはいますが、そんなこともやっていました。ただ、非常に危ういです、精神論でしゃべっているときは、いつなんどきいなくなるかわからないということです。

婦人科に関しては、ちょっとこれはなかなか大変です。もうどんどん、どんどん拍車かけて婦人科の医師が減っています。これは、福島の大野事件は相当に効いています。どうしてあれであれしなければならぬのだと。鑑定医が全く十分な知識を持たない人が鑑定したみたいで、ああいう格好で引きずられた格好があるみたいなのですけれども、あれが訴えられるようであれば本当に婦人科やれないと思います。確かに亡くなったことに対しては本当に気の毒ですし、亡くさなければならぬようなといても、本当にお産というのは何が起こるかかわからないというのが現実にあって、そこはみんなやっぱり了解しながらよりよい医療を求めていかなければならぬのだらうと思うのですけれども、ああいうことが起こったときに、あれが悪いと言われてしまうと、若い人たちはもういいですと。やれませんよ、本当に。その中で、小笠原先生がああいうシステムをつくって本当に頑張られています。この間もテレビで特集されていましたね。本当によくやられているなど。

ああして頑張ると、うちの研修医も2人ばかり育て、1人はもう二戸に行きましたし、1人は大学に戻られると。うちも数は減ってきているのですけれども、どこからか何とかと思いつつも、全国的にどこでもいないものですから、これは何とかしたいなと思っているのはそのとおりなのですけれども、お伝えできるような状況ありません。

ただ、小笠原先生のやられているシステムは、やはり彼は一生懸命あれしてバージョンアップさせてきて頑張ってきた人で、すごくいいシステムだと思うのですけれども、あれをほかの人たちがみんな標準的に使えるかということになると、これはなかなか難しいかもしれませんね。そういったことでの標準化できるかどうかどうか、自分はまだわかりません。

看護部長を副院長、私はあり得ると思います。今のうちの看護部長は実は副院長待遇です。うちの副院長、それから部長たちはみんな副院長待遇になっているはずなので、ただ副院長というネームは部長とは全く違ってきますでしょうから。これは私これからどういうふうに展開するか、私自身まだ十分整理ついていません。メリットはあると思います。やはりあれだけの看護部が病院全体を、安心安全医療をきちんとやる分野であることは間違いないので、病院全体をコントロールできる立場ですから、そういったことでのメリットは大きいと思いますけれども、私はまだ今の段階で云々ということはちょっと控えさせていただきたいなと思います。

ドクターヘリに関しては、使えればいいのですけれども、どうしても制約のほうが多くあって、洋上であるとかなんとかであればいいのですけれども、岩手県の中で山間のところからつるすというのはメリットというのは非常に大きいと思うのですが、夜は飛べないとか、いろんな制約の中でどこまで利用できるのかなど。そういうことでちょっと気になりながらですね。

うちの病院のそばにヘリポートがつくれればよかったのですが、よく話があったのがうちの裏に杜陵高校があります。あそこに広い校庭があったので、あれすれば、ヘリコプターというのはこうおりてきて、こう上がってくるのだそうですね。したがって、前後に障害物があると全くだめだと、こうなるんじゃないそうですね。それがあるので、ここだったらいいのではないかと言ったけれども、これはだめだと言われまして、ここだったら、あとは太田橋の河原か、あとは県警の東署。あそこは十分利用されておりますけれども、利用価値はもちろんあると思いますが、あればあったほうが絶対いいと思いますけれども、ぜひ私は救急車両がもっと普遍的に使えるような状況で、あそこに行ったから亡くなって、対応できなかったということだけはちょっとなくしたいなと、そっちのほうがかどちらかといえば気になっているとは思いますが。否定するものではありません、ドクターヘリ。

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。

○斉藤信委員 大変リアルなお話で参考になりました。私もこの1年間、11の県立病院回って院長先生からそれぞれの地域について聞いています。きょうせっかくですから、中央病院の話を。

中央病院で救急患者を断らないという、このシステムすばらしいのだと思うのです。全国いろんな事件が起きている中で。そして、患者が急増していると、救急の患者が。それで、ちょっと心配な点は、救急患者がふえる中で、中央病院としては少ないと言われる医師で、どういう体制で対応しているのか。以前はやっぱり研修医中心で、診断に時間がかかり過ぎて、行ったけれども2時間も3時間も待たされたなんていう話もあるのです。だから、そこ

らの点で、苦勞されていると思いますけれども、中央病院として断らない救急体制をどういう形で構築しているのか。

あとその他の病院なんかは当直体制ですよ。私は当直といったって、日勤以上の仕事をしているわけですよ。ここらあたりは診療報酬を変えないと、何とかならないものかどうか。やっぱり夜の救急、特に基幹病院クラスであれば10台以上の救急車が来るわけだから、そうすると専門的に対応するという医師の配置の体制というのがあって当然ではないのかという感じしますけれども、それはそうする上では何が障害になるのか、これが第1点です。

あと第2点は、医療クラーク始まったばかりであれなのですが、始まった段階でどんな改善、具体的な、医師がどういう形で仕事の軽減をされてプラス面が出ているのか。

あと3点目は、中央病院は7対1の看護体制を導入されて、大変私喜んでいるのです。40人実増で看護師さんがふえたということでした。この点で7対1看護体制になって、これまだ一月もたっていないのですけれども、どんな苦勞をされて、そして7対1になってどういう変化といいますか、改善がなされているのか、これ3点目。

あと4点はちょっと難しい問題なのですけれども、ことし1年間というのは医療が最大の焦点になると思っていますのです。1つは、今大問題になっている後期高齢者医療制度、外来の場合だと主治医を決める。診療報酬が600点で6,000円の安上がり医療というので、これは医師会あたりがもう協力しないと、それではまともに医療できないという声が医師会レベルで出ているのですけれども、病院の場合だと、入院の場合は退院支援計画を立てると、そうすると病院に診療報酬がおりる。いわば病院追い出しですよ。

あともう一つは、終末期医療は在宅でという、これも計画を立てると病院に診療報酬が出るという、いわば後期高齢者だけは退院を勧められる、終末期は在宅でやられると。中央病院の場合、急性期なのでどのぐらいかかわるかわかりませんが、これ後期高齢者医療制度にどう中央病院が対応しようとしているのか。

それと公立病院のガイドライン、岩手県全体でも市町村立病院含めて再編計画をつくるというのが国の方針ですけれども、私は新たな診療所だとか、あとせつかく19床の診療所化になったにもかかわらず無床にするとかという、そういう縮小というのはやっぱり県下にあまねく医療に均霑をということに反するのではないのかなと。

花泉に行ったときにこういう話がありました。これお医者さんの話ですけれども、無床になったら死に場所がなくなると、花泉で。今8割は病院で亡くなっているのですよね。だから、本当に花泉で、今は19床あります。それでも最後の場、そこで面倒見るわけです。これ無床になったら死に場所がなくなるといのは、これお医者さんの話でした。

あと住田も4月から診療所化になったのですけれども、やっぱり80代のお父さんがそこに入院している。年配の人ですから、救急というよりは年から来る病気だと思うのですけれども、もし住田にベッドがなかったら大船渡なわけです。ここはもう急性期ですから、入ってもそれこそ1週間そこそこ、せいぜいそれぐらいしか。見ているのは同じ80代のお母さんですよ。だから、私は地域にそういうベッドがなくなったら、高齢者はどんどんふえる中

で、高齢者を支える医療の体制が本当に崩壊してしまうのではないか。こういう点で、縮小再編ではなく、地域医療を守る、そういう岩手独自のガイドラインつくるべきではないかと思っているのですが、ここを院長の話をお聞きします。

○佐々木崇講師 答えられる部分と答えられない部分があるのですが、まず救急体制です。うちの病院の救急体制どういうふうになっているかということですが、ずっと昔から脳神経センター当直、それから循環器センター当直、この2つはずっと基本的に置いて、それで実は先ほど循環器のお話をしましたけれども、7人、心臓外科の若手も入れてもう少しふやしながら当直対応とっていると。脳外科のほうと脳神経内科を一緒にして体制をとっている。これは基本的なことです。それから、内科系、外科系の医師1人ずつ、これは指導医クラス、中には3年次以降の後期研修の連中も中に入りますけれども、この連中が1人ずつ入ります。それから、2年次の研修医が1人ないし2人入ります。1年次の研修医1人ないし2人入ります。それから、実はICU当直ということで、病棟の何か不都合なことがあったときにはすぐ対応できるような格好で、基本的にはICUにはメインになりますけれども、そういった格好で当直体制をとっている。したがって、7人から8人です。そこにあとは小児輪番、これが今小児科の先生が本当に減ってきて、4人で月間12回やります。これが市内の病院との役割の中で当直が入ります。したがって、数からいけば相当の数になります。実際の修練の場としての救急の場もありますので、先ほど御指摘あったように、研修医はさっぱり先に進まない。確かに救急車が4台入って満杯になって、指導医はそっちに入ったりなんざりしている中で対応が出来るという現実があります。本当に申しわけないなど、これが現実です。

それから、先ほど救急車は断らないという話がありました。この間、4台入ったときに5台目が来たのです。どうするのだということで、さすが断ったのだそうです。私どもに報告が来ます。「なぜ断った」と私は怒るのですけれども、必ず一言言ってくれと。ほかの病院に行つて断られて、何か所かやっぱり動くことがあるのです。うちの病院だけが忙しいのではなくて、ほかのところでもそういうことがあります。ですから、ほかでも断られたときには必ずうちにもう一回来るように、それだけ伝えてくれと。そうしなければ、こんなに人数いっぱい当直しているところなんて世の中にはないですから、本当のことを言えば、世の中ありますけれども、岩手県には基本的にはないはずで、これだけの医師が当直して体制とれているのは、これは指導があつて、研修医が20名という格好で来てくれていますから。

実際に研修医といつても1年目はまだ自立できません。ただ、10月ころになると相当のレベルになります。2年目になると1年目を指導できるようになります。相当のレベルです。これは、やはりそのくらいの患者さんにさわつてあれしないと研修は役には立ちません。促成しているような状況があるかもしれません、そういった意味では。相当なレベルでやるようになります。研修医ということで、懸念される患者さんは、やはり少なからずいますが、以前に比べれば随分減つたように思います。昔は研修医というだけで「おめえなんか診てもらいたくない」と言っていました。ところが、ずっと優しいのです、研修医のほう言葉

遣いから何から。そんなことがあります。そうでないことも現実あるようなのです。

それから、クラークですが、クラークに関してはまだ評価は十分できません。ただ、病院の中で、例えば書類の出方が遅いであるとか、いろんなことが言われています。確かに入院証明書から何からお預かりして、2週間もさっぱり来ないのではないかとクレームが入ります。これは、だめだと。それから、病院の取り決めですけれども、これだけの規模の病院であれば退院したらサマリーというのはきちっと書くのですけれども、それは3日以内に書きましょうということになってカルテが整理されなければならぬということになっているのですけれども、これもおくれるのです。そういったことに関してぴちっと手厚くやるとか、やらなければならないことが基本的にやっていかなければならないことがありますし、それから書類がいっぱいありますものですから、それを一生懸命編集してもらっています。何分にもこういったことをトレーニングしてきている人たちではない、そういった人たちは世の中にいませんので、その人たちに病院のあり方、医師の仕事の内容、職務をきちっと守ってもらいながら、それを進めているという状況で、評価をもうちょっと先にしたいなと思っていました。

それから、7対1に関しては、看護師をあのよう形で導入してもらったというのは本当に、少なくとも私は20年間仕事させていただいて、人はふえない。その中で、仕事量だけふえるという格好でずっと来ていましたので、ちょっとキツネにつままれたような状況が現実にあります。非常にありがたいと思っています。今若手も結構ありますし、うちの病院のようなどころになれていない看護師たちも少なからずいますので、トレーニングが主になっています。したがって、夜勤とかなんとかまで十分入っていませんが、そのうちそれも入るようになると思います。

実は7対1をとるために40名では全然足りないのです。あと30名以上は必要なのですが、これは外来勤務の中で作業をいろいろさせていただきながら、6月からメンバーも病棟のほうで仕事するようになります。その部分をどうするかというと、補助要員ということになりますか、看護補助要員、それから事務補助要員、これも倍までいきませんが、そこをカバーするぐらいの人数を何とか準備しなければならないということになっていました。

先ほどでましたけれども、聖隷浜松とうちの病院と同じような規模だとありました。あそこは昔から50名くらいのクラークが入って外来業務やってくれています。したがって、外来には看護師さんはほとんどいません。そういう状況でずっとやってきて、ただやはり時間がかかったそうです。なれてもらうというか、病院のやりようを知ってもらったり、我々も初めて導入するのが現実でありますので、ほかのところで勉強をさせてもらいながら、モデルにさせてもらいながらいろいろ試行錯誤していかなければならない点がありますので、ちょっとどうなるのかなと、それはないわけではありませんが、世の中そういうところで随分やられているところは先進的にいっぱいありますので、参考にしていきたいと思っていました。

それから、後期高齢者、これに関してきのうもちょっと話題にしたのですけれども、うちの病院の中で混乱は起こっていないようです。ただ、私も外来に出て、今週はどののだと言ったら、先生大変だつてと、これこれと言っていました、みんな。要するに、まだ実態がよくわからないことが大変だと思います。

それから、御自身が今までは息子の扶養家族だったのだけれども、おれ取られるのだよなと言っていましたので、私もその辺疎かったものですから、何の話かちょっとぴんと来なかったのですけれども、実感としては相当つらい思いされる方がやはり少なからずいらっしゃるのではないかなというところで危惧はしていました。全然問題ない方は何も声を出さないでしょうから、大変な方のほうが実際声出されるでしょうから、実態どうなのか私もわかりません。

これに関して、先ほど入退院云々とか、そういったことありましたけれども、我々今までと同じスタンスできちんとやりますので、これによって何か不都合なことが起こるようなことがあったら、私自身抑制かけなければならない部分があるかもしれません。別に高齢者だから早目に退院してもらおうとか、そうではなくてやはり基本的に病院としてのありようをどうするかということでスタート。ただ怖いのは、こういったことは政策要因ですから、知らず知らずのうちに我々もそれに染まっている可能性があるのではないかなと。それは気がつかないうちに5年後全然がらり変わった診療形態になっていたらどうでしょうね。私もそういう面は気をつけてやりたいと思っていました。決して高齢者だから、あるいは保険の要素が変わったから、それによって我々スタンスを変えたということは基本的にはないと御理解いただきたいと思います。

それから、ガイドラインですけれども、あのガイドラインを見ていると腹が立ちます。というよりも、あれは岩手県はもっと積極的なことをやっているのではないかというふうに思うような内容だと思います。先ほどちょっと言いましたけれども、公務員であるとか、宮城県もそうですし、山形県は少し前に置賜総合病院をつくって周りを診療所化しました。あれは、評価としてはちょっといまいちなのですけれども、それ以上のことは言いませんが。

宮城県も今大学がマグネットホスピタルと言って北のほうに大崎市民病院をあれしてそこに医師を派遣する。そこから近在の病院に医師を派遣するようなことを考えて、南のほうは中核病院でしたかね、どこかありましたけれども、幾つかの病院、マグネットホスピタルです。これは、考え方からいくと岩手県が先進事例でやっているネットワークのあれですね。宮城県はどこまでやれるかちょっとわかりません。病院を一気に合併して、それで集約化して云々というのは、私はやはり違うのではないかと実は思っています。集約化というのは、本当に方向性は正しいのかどうか。ですから、自治体病院協議会の小山田先生今度かわられますけれども、任期で。小山田先生は集約化こそ自治体病院という格好であちこちの病院でそれを進めながらやってきたことはありますが、なかなかそんなに思っているような格好ではいかないはずで。これは経営母体が違うので、お互いに資産が全然違うものですから、合併したくないところも出てくるとか、そういうところがいっぱいあるのです。そんなにう

まくいく話ではないと思いますし、集約化というのは医師が一緒になる、医療者が一緒になる、モチベーションは全然違う立場、一緒にやる中で絶対暮らせませんから。必ずどっかやめますから、これは。そうしますと病院つぶしてしまうかもしれません。妙な話ですけども。

ちょっと言葉が過ぎたかもしれませんが、そういったところが現実にあるように思います。したがって、このガイドラインに関しては私がリアクション云々ということではないと思いますが、ただ県立病院の5カ年経営がことし策定して来年から動くという動きがあります。ちょうど5カ年計画がことしで終わりになって、来年以降ということになるのですけれども、よほどしっかりした格好で活力ある岩手の医療という方向性を見定めた上でガイドラインをつくらないと、はっきり申しまして、前の5カ年計画は縮小と人員削減で、どこからどう見てもこれでは元気出ないよなと思わざるを得ないようなガイドラインだったと私は勝手なことを言います。皆さん御苦労されてつくられたことは間違いないので、縮小という言葉ではなくて、何か人数が少ないなら少ないなりに頑張ろうというシステムをつくらないと。本当に勝手なことばかり言いました。そんなことを考えておりました。

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。よろしいですか。

ほかにございませんでしょうか。

○伊藤勢至委員 先生には先般は大変お世話になりまして、ポリープをとっていただきまして、自分の腹を自分で見たのは初めてなものですから、相当腹黒いかなと思っていたところ、大したことがなくてよかったとお礼を申し上げたいと思います。

15 ページの一番最後なのですが、先生がくしくも観測を交えた言葉なのかと思いますが、それにしても今のままの財務省、厚労省、総務省の医師抑制政策では医療も福祉も先はないかもしれない。私も全くこのとおりでございまして、こういうことを最前線で頑張っておられる先生に言わせる国策というのを何とかしなければならぬのだというふうに思うのですが、これ政治に絡むとかではなくて、そういうことが県民の、あるいは国民の声だということであれば、我々県議会としてもそういうものを見方として変えるべきを変えんことをやっていくのが筋だと思うのです。

そこで、きょうは先生に改めてお伺いをしたいと思います、我々県民の代表たる県議会議員がこういった政策に対して何をしたら先生のためになるのか、もしお聞かせをいただければお伺いしたいと思います。

○佐々木崇講師 これが県政の何かに張りつけられるということはちょっと意識してなかったもので、余計なことを書いたかなと思うのですけれども、ここに最近厚労省があちこちでぎりぎり、ぎりぎりあれしているのではないかという話が基本的にあるのですけれども、そこにあるのは、要するに金を渋っている財務省なんだということがあって、その中で厚労省もうんと苦労しているという実態が見えてきたということがあるように思ったものですから。

それから、あとは公務員を削減するという法律がおととし通りました。聖域なき削減です

から、どうするのかとか、そういったことに関してとか、あるいは社会へ、教育とか、そういったところに対してどういうふうに展開させようとしているのかなというふうに思うと、観測交えて書かざるを得なかったかなと、それがあれなので、余計なことを書いたかなと。

何をしていただくということもあれですけども、医療者に何よりも県民のために何したださるかということで考えていただいて結構だと思います。そうすれば、先ほどの救急車両であるとか、医者を上手に使うためにはどうするのだと。今ある医療形態をいろいろまくやっっていかなければならないかもしれないけれども、2次医療圏の医師たちがあれだけ頑張っているのをどのように評価して、どのようにモチベーション保つかということになると、患者さんが満足度が上がることだというふうに考えるとすれば、ここにいてよかったなということだと思うのです。そういったことで、何をやる。先ほど言いましたように、医師はすぐにはふやせない、若い医師たちに残れと言ってもなかなか、別な誘惑があるとどうしても自分のスキルアップのために別な選択肢を選ぶかもしれない。そういう中で、今の医療を何とか支えていくというときに、人間たちが何とか頑張れるというのは、やっぱり医師たちのモチベーション、医療者たちのモチベーションがきちんと保てるように、患者の満足度が上がるシステムなのだろうなど。これは医療者が提供するということによって、患者の満足度が上がることは間違いないのですが、それと同時に周りの環境というのは随分大きいかなというふうに思っていました。

答えとしては、私はなかなかいい形にはできませんけれども、1つだけどうしてもやはり住民に理解していただきたいのは、夕張ありましたね。確かに大変な状況で、あそこ夕張市民病院、どんどん、どんどん医師減ったのだけれども、4人残ったのです、副院長初めとして。院長はいなくなったのですけれども、4人残ったのです。それで、その連中は必死になって交代しながら当直もやったのです。本当に疲労困憊の中で何とか、おれたちがいなくなったら大変だということでやられていたときに、夜当直していたときに、なかなか医師がすぐに対応できなかったか、少しおくれたかで罵声を浴びてしまったのです。その途端に「何なんだ」と、こんなにと、本当につらい思いをされて、どうするというところで、結局4人皆さん撤退されたのです。そうでなければ、あそこはもう少し頑張れたかもしれません。そうすれば何とかしたいということで全国的にいろんなニュースになっていましたから、人が集まってきて何とか立て直そうという機運がもう少し出たかもしれないのですけれども、やはりそういったこと自体、意外と医療者は効きますね。だからといって、不適切なことにってはちゃんとそれなりにお話ししていただいて構わないのですけれども、そういったことの一つ一つの積み重ね、地域で全体医療をどう守っていくかということの非常に大きな要因にはなるようだなというふうに思っておりました。これは、岩手県でもあれだけ本当に、うちの医者たちもそのとおりなのですけども、地域で仕事をされている先生方は本当に大変だと思います。

○三浦陽子委員長 お一人、簡潔にお願いします。

○高橋比奈子委員 本当にお忙しい中、大変勉強になりました。これだけのことをやっただけだと思っていると、改めて御礼申し上げます。

1つだけ、たくさん先輩たちがいろいろお聞きいただいて、私も御質問したいことが入っていたので、1つだけ御質問させていただきますが、今のお話しありましたが、私は特に盛岡におりますので、医大がそばにあって日赤にも行けるし、中央病院にも行けるし、開業医にも行ける。こういう場合に、全国的に軽度の人たちが救急に行くということが問題になったりして、いっとき埼玉医大では軽度な人が来たらお金いっぱい取ろうというようなことをやってみたいという話もあったというふうにお聞きしているのですけれども、患者としてかかる私たち県民としての、特に病院がいっぱいあつたりする中での心構え、軽度の人たちが救急に行って大変な思いをさせないというときの何かコツがあれば、ぜひ私も含めた県民や市民の方にもちょっとお話しできることがないかなということもちょっとこれまでも思っていたものですから、難しい御質問かもしれないのですが、ぜひ軽度の人たちが集中して皆様方に迷惑にならないようなということで、今の夕張の例もありましたので、ぜひお知らせいただきたいと思えます。

○佐々木崇講師 救急車の利用に関してお話ししますと、やはり何で救急車で来たのという皆さんは実はいらっしゃいます。いらっしゃいますが、最近マスコミで随分いろいろお話しされています。それもあるかもしれませんが、救急車の利用は徐々にですが、減ってきているのではないかと実は思えます。まず、実数としてはつかんでいませんけれども、さっき言った、これ私の思い違いの部分があるかもしれませんが。したがって、マスコミとか、そういったところの役割はすごく大きいと思えます。ただ、いかんせん不意をつかれて何か症状が起こると、我々から診ても軽度であっても患者さんは不安が先にありますし、これを「おまえ使うな」と、やっぱり私は言えないのではないかなと思えます。やはり慌て方は個人それぞれが違いますし、何で救急車呼ばなかったというような方も自分の車で来られる方もいらっしゃるのです。これは、そこまでの立ち入ったあれに関してはなかなか我々としても、今度はこういうことがあつたら救急車で来なさいよというくらい何とか話できる場所であつて、救急車で来た人に、「おめ何で救急車で来た」ということは、なかなかまだ言えないということになると、それなりに医療がこういった格好で、潤沢であるかどうか、それぞれそういうところはそれなりにそれは享受していいのではないかなと思えます。そうでないところをどうするかということの視点で、県全体でも見ていただくような格好でやっていければ、そういう形でしか、そこに精力を通じて、あなた方、余計なことに救急車使わないほうがいいのだよなんて、そこはマスコミかなんかで上手にお話ししていただければという気がしますけれども。

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。ほかにあるかと思えますけれども、時間がまわりました。本日の調査はこれをもって終了いたします。

佐々木先生、本当に本日はお忙しいところまことにありがとうございます。

○佐々木崇講師 本当にきょうはありがとうございます。これでよかったかどうか気に

なりましたけれども。

○三浦陽子委員長 いいえ、いろいろ示唆に富んで。私たちも考えていきたいと思います。参考にさせていただきます。

○佐々木崇講師 ありがとうございます。

○三浦陽子委員長 委員の皆様には次回の委員会運営などについて御相談がありますので、お待ちしております。1

それでは、次に次回の委員会運営についてお諮りいたします。何か御意見ございませんでしょうか。

(「なし」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 なければ、次回8月6日に予定しております閉会中の委員会については、調査事項を「地域に根差した子育て支援について」として、県内の先進事例の矢巾町の事例を現地調査したいと思います。きのうも常任委員会で外に出て調査させていただきましたので、それに倣って現地に赴き、現地を調査したいと思いますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 では、御異議なしと認めて、さよう決定いたしました。なお、詳細につきましては当職に御一任願います。

次に、次々回、9月4日に予定されております当委員会の調査事項についてであります。これにつきまして御意見ございませんでしょうか。

(「なし」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 特に御意見なければ当職に御一任願いたいと思いますが、御異議ございませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 次に、6月3日は葛巻町と二戸の県内調査をしたいと思っております。今お話しいただきました県立中央病院の佐々木先生のお話にも絡みますが、地域医療連携につきまして、特にも二戸病院、地域医療との連携が非常によくされているというふう伺っておりましたので、そちらの院長先生のお話を伺いたいと思っております。

平成20年度の調査計画の(案)2、県外調査でございますが、これにつきましては各委員の御意見をお聞きした上で、次回協議したいと考えておりますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 この際、何か御意見ございませんか。

(「なし」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。では、以上をもちまして本日の日程は全部終了いたしました。本日はこれをもって散会いたします。どうもありがとうございました。