

医療対策特別委員会会議録

平成23年7月21日

場 所 第3委員会室

平成23年 7月21日(木曜日)

午前10時 2分開会

会議に付した案件

○参考人意見聴取

1. 医師不足の現状及び対策について
2. 医療行政における課題について

○意見交換会

1. 本県における地域医療の現状及び課題について

○概要説明

福祉保健部

1. 県内の市町村別がん検診受診率
2. 県内の男女別がん検診受診率
3. 九州各県のがん診療連携拠点病院関係予算等の状況
4. 悪性新生物の75歳未満年齢調整死亡率の計算方法
5. がん検診受診率の死亡率への寄与度のデータ・根拠

○協議事項

1. 県内外調査について
2. 次回委員会について
3. その他

出席委員(12人)

委員	長	内村 仁子
副委員	長	凶師 博規
委員		緒嶋 雅晃
委員		星原 透
委員		押川 修一郎
委員		黒木 正一
委員		二見 康之
委員		清山 知憲

委員	井上 紀代子
委員	田口 雄二
委員	鳥飼 謙二
委員	新見 昌安

欠席委員(なし)

委員外議員(なし)

意見聴取のために出席した参考人

宮崎大学医学部教授 長田 直人

意見交換会のために出席した者

宮崎大学医学部教授 長田 直人

宮崎県医師会

会 長 稲倉 正孝

常任理事 古賀 和美

説明のために出席した者

福祉保健部

健康増進課長 和田 陽市

事務局職員出席者

政策調査課主任主事 池田 憲司

政策調査課副主幹 山口 修三

○内村委員長 それでは、ただいまから医療対策特別委員会を開会いたします。

まず、本日の委員会の日程についてですが、お手元に配付の日程(案)をごらんください。

本日は、宮崎大学医学部地域医療学講座の長田直人教授及び医師会から稲倉会長ほか1名にお越しいただいております。

まず、地域医療学講座の長田直人教授より、本県における医師不足の現状及び対策、それから医療行政における課題について御意見をお伺

いします。その際、若干質疑の時間を設けます。

その後、医師会より、本県における地域医療の現状と課題、医療連携等について御意見を伺った後、長田教授を交えて意見交換を行いたいと思います。

意見交換終了後、前回の委員会で資料要求のありました本県におけるがんに関する資料等について、数分程度、健康増進課に説明をお願いしております。

その後に委員協議をお願いしたいと思いますが、このように取り進めてよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○内村委員長 そのように決定いたします。

それでは、長田教授及び医師会の入室のため暫時休憩いたします。

午前10時4分休憩

午前10時5分再開

○内村委員長 それでは、委員会を再開いたします。

本日は、宮崎大学医学部地域医療学講座、長田直人教授及び医師会においでいただきました。

初めに、一言ごあいさつを申し上げます。

私は、当委員会委員長の内村仁子と申します。

長田先生、それから医師会の皆様におかれましては、大変お忙しい中、当委員会にお越しいただきまして、まことにありがとうございます。

この医療対策特別委員会は、昨年度に引き続き設置されておまして、これまで医師確保や地域間医療格差の解消など、本県が抱える地域医療の課題解決に向け、提言等行ってきたところです。

当委員会では、テーマの一つに「地域医療の充実」を掲げておまして、現状と課題はもとより、「医療行政の課題」や「医療連携」等につ

いて御意見をお伺いしたいと思います。

本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

次に、委員を紹介いたします。

最初に、私の隣が児湯郡選出の凶師博規副委員長です。

続きまして、皆様から見て左側から、西臼杵郡選出の緒嶋雅晃委員です。

西都市・西米良村選出の押川修一郎委員です。

東臼杵郡選出の黒木正一委員です。

都城市選出の二見康之委員です。

宮崎市選出の清山知憲委員です。

続きまして、皆様から見て右側から、都城市選出の星原透委員です。

宮崎市選出の井上紀代子委員です。

延岡市選出の田口雄二委員です。

宮崎市選出の鳥飼謙二委員です。

宮崎市選出の新見昌安委員です。

以上で委員の紹介を終わります。

それでは、長田先生、御説明をお願いいたします。

○長田教授 おはようございます。40分の目標で、きょうは課題をコンパクトに話をさせていただきます。あとの10分で、行政の課題に対して、僕のほうからちょっといろいろお願いしたいことがあります。

では始めます。きょうの話ですけど、「宮崎県の高齢化と医師不足について（復習1分）」、そして「宮崎県に在住した宮崎大学出身の初期研修医について（復習1分）」、皆さんが知りたい、僕も話したいという「当地域医療学講座がめざすもの」ということで、これを参考に持ってきました。

まず、資料にも書いてあったんですけど、このように、宮崎県の65歳以上の高齢者の罹患率が高いと推測されています。推計としてこれは

宮崎県に存在します。

医師の数、これは平成8から18年まで見た場合に、宮崎県はふえていますけど、全国も同じような割合でふえてはいるんですけど、なだらかに、恐らくこれ以降は頭打ちだと思います。

そして、これも次の資料に出ていますけど、医師の高齢化の問題があります。平成12年から18年まで見た場合、30歳未満が216から148で68名、そして30から39歳が690から606、84名です。そして、40から49歳、これがふえている。当然、50から59歳、もう僕は60過ぎましたけど、このあたりになってくると、かなりの数になっちゃって、要するに、若い医者が足りないということは如実に数字であらわれているということですね。これは御存じだと思います。

次に、初期研修医についてですけど、これも御存じでしょう。平成17年から平成21年までのデータなんですけれども、この緑であらわしたところは、宮崎大学の人間が、宮崎大学出身というか、宮崎大学を卒業して、宮崎県内の病院と宮崎大学病院に所属した人間が20のあたり、こういうふうな数字になっているということになります。よろしいでしょうか。ほとんどの卒業生が宮崎県外の大学病院、宮崎県外の病院に行ったということです。これが平成17年から21年、22年、23年、御存じのように、宮崎県出身が14名だったですか。

宮崎大学医学部医局員の数なんですけれども、これも平成16年を境にして、17年、18年は、ところどころでは、どの科とは言えないんですけども、かなり減っています。ふえている科というのはないんじゃないですかね。

解決策として、県は、宮崎県出身の医学生をふやさうという方針を出して、そして地域枠の推薦入試制度を平成18年度から行ったわけです。

そして、1年次、2年次、3年次、4年次は30名前後の地域枠の人間がいる。ことしは宮崎県出身が、地域枠の設定で地域特別枠を入れて40人輩出されているということになります。こういう制度ができて、来年ちょうど地域枠から卒業生が出るんです。あるところでは、35名とか40名、宮崎県に残るんじゃないかというふうに言っていますけど、私は、余り学生の言っていることを当てにしていけないと思います。そして、これがもう一つ、細かい数字で宮崎県出身者を見た場合に、推薦と一般入試、すべて32、29、26、34というふうに動いています。

じゃ、地域医療学講座が去年の7月開講しましたけど、ちょうど1年です。こういうもので一体何をすべきかということ、医局員の連中ともいろいろ考えました。それで、6つの項目を一応上げているんですけど、きょうは1番と2番と3番について話したいと思います。

1番は、卒後後期研修医——1年、2年の初期研修が終わって3年目——の臨床教育の充実化ということを去年考えました。なぜさかのぼって考えたかということ、1期生、2期生と書いてあるけれども、平成16年から17年、平成20年から21年、36、26、23、36名、こういうふうに残ったわけですね。初期研修を宮崎県で1年、2年やった、その人数です。残った人数。この人たちが、後期、3年目にどこに行ったかというその数字をあらわす。そうすると、宮崎大学にほとんど残っている。85%残ります。これは、卒後研修を担当している小松先生なんかは非常にうれしいという評価なんです。宮崎県の中の2年ぐらい初期研修をやっているのが、3年目になって外に余り出て行かない。そして、宮崎県内の病院じゃなくて、宮崎大学に就職して臓器別の診療科に行ったという点では、卒後の担

当をしている先生としては、非常にいいというふうの評価しております。僕はまた違う見方をします。県外の病院に行った人間がどれだけいるかということ、やっぱり2名、8名、6名というふうに、それなりの数字が並んでいる。申しわけないんだけど、これ以降についてちょっとデータはとれていないんですけど、恐らく5～6名の人間は出ていきます。

じゃ、この後期研修医の人たちの意識ってどういうことかということ、大学院から臓器別診療科に進む研修医が多いということです。それから、こういうことがあって、認定医または専門医をどうしても取得したいという気持ちが非常に強い。そういう人が多いんですね。県内の病院、大学以外の県内の病院を選択した研修医もいるんだけど、彼らの悩みは、話を聞くと、こういうことをして本当に認定医が取れるのか、専門医が取れるのかということ結構やっぱり悩んでいます。そのことはよく耳にします。そしてもう一つ、県外の病院を選択した研修医はどうか。これも話を聞くと、一番多いのは、初期研修は知り合いがいる県内で受けたほうが良いと考えている人がやっぱり多いんです。要するに、知り合いのところまで1年目、2年目、不安だからという理由かもしれないけど、それで受けている、そして残った。実際3年目になったら出て行ってしまう。その中に、1人か2人なんですけど、宮崎県の研修にちょっと期待外れというか、そういう声も聞きます。

私は、宮崎県の地域で働く医師をふやすには、どのような医師をふやすかということ考えた場合に、臓器別診療科に行くのもいいんですけど、これは各診療科でやっていただいて、総合的な視点で診断ができる医師、やっぱり地域で働いている医師というのは、プライマリーケア

だとか救急ができないと、最初に患者を診ますからね。そういう患者を診るときには、総合的な視点で診なきゃいけないから、そういうことができる医者、そして臓器別診療科にこれはやっぱり送らないといけない、いろいろ患者さんについて、これは外科にすぐ送らないといけない、脳外科に送らないといけない、科目別に相談しなきゃいけないというふうな判断ができないといけない。かなり厳しいというか、申しわけないけど、臓器別に行った人が決して偉い人だけじゃないんです。総合的に患者さんをそこで診るという医者も同じくらいに偉いんです。どうも厚生労働省はこの格差をつくっちゃって、専門科を志望した人間が偉いというふうな傾向があったんだけど、これは間違っているんです。僕自身は、総合的な視点で診る医者をつくらうということで、研修、要するに初期研修をこういうふうな後期研修、初期研修で不十分と考えているという人がいるんです。1人か2人なんですけど。それと総合的な研修を受けたいというふうに考えている人もいます。だから、そういう人たちを対象に、研修科目、いろんなものを考えました。そして、こういう研修科目を履修できるような病院を設定しています。そして、この研修病院では、研修医が自分の目標を達成できるようにサポートしています。そして、平成22年度、こういったことを提案して、研修医にも呼びかけました。なかなかこういうことは1年限りだというふうに思いましたが、結果的に平成23年度、ことしの4月から、宮崎大学出身の後期研修医が2人、当講座で研修を受けることになりました。この2人は、消化器外科を標榜しています。総合的なものをどうかというんじゃなくて、消化器外科を標榜しているんだけど、今、麻酔をもう少し勉強したい、集中

治療を勉強したいという意向と、もっと救急をやりたい、そういうふうな意向があって、A医師は大学で麻酔と集中治療を、僕が一応そういうことを専門にやってきましたから、教えています。一応これでも30年医者をやってきて、ほとんど臨床ばかりやってきた人間ですので。集中治療は特に教えがいがあるし、教えるようにしています。B医師、彼は救急をやりたいということがあるので、1年か6カ月——どっかわからないんだけど——という形で、民間の病院に行っています。そして、6カ月じゃなくて1年やりたいと言うから1年やって、その後、1カ月しか麻酔をしていないので、大学のほうに戻って麻酔でもやるかと声をかけつつ、なかなかその病院まで僕も行けないので、指導はメールとかでやるしかできないんですけど、そういうふうな形で彼らに研修を受けてもらっています。

問題なんですけど、やっぱり1年やってみて、地域医療学講座って診療科じゃないですよ。自分が患者さんを持っているわけじゃない。だもんだから、自分の動きがないんですよ。学生・研修医にとって、講座の目的が、僕が言っていることがなかなかわかりにくい。それと学生と接する機会が少なくて、コミュニケーションがとりづらいんです。だから、たまたま去年は2人来ていただいて、彼らが、その1人は今度の地域医療ガイダンスにも積極的に参加してくれるから、外科だけを志望しているわけじゃなくて、ひょっとしたら、地域医療にももっともって入ってきてくれるかもしれないし、もう1人、救急をやっている人間も、肩をたたけば地域医療もどんどんやってくれるかもしれない。これはわかりません。たまたま来たけど、じゃ来年、24年度、当講座にこういった後期研修医が

来るか、どうもわかりません。でも、今言ったように、2つの問題点があるから、なかなか来るかどうか、僕もちょっとわかりません。

次に、2番目になります。医学部学生に対する地域医療に必要な教育と啓蒙活動、これは当たり前のことなんですけど、地域医療学講座Ⅰというのがあります。これは全員が1年生です。8回の座学で全員必修になっています。試験はありません。特別地域枠というのは御存じだと思うんですけど、修学資金をもらった地域枠の学生ですよ。その人たちへのアプローチに関しては、これは僕が赴任する前から決めてあったんですけど、地域医療学Ⅱというのがあります。そういう講義がございます。この講義を彼らは履修しなきゃいけない。へき地医療ガイダンス、これはことしで6回目になるんですけど、へき地に行って、いろんなどころを見学するということですね。そういうことに必ず参加しなくちゃいけない義務があります。こういうものが設けられています。

具体的には、ことしに関しては、このような宮大医学部附属病院の池ノ上先生をはじめ、吉持先生、この吉持先生というのは、京都大学医学部を出てからネパールに行かれて、そこで6年半、外科でそういった診療をされて、たまたまこちらに帰ってくるときに、椎葉で働くということが可能になって、それから今ちょうどことしで8年目になりますが、この吉持先生の講義もあります。あと、金丸といって、これが救急部にいるんだけど、ドクヘリを一生懸命やる連中ですね。白尾、こいつもそうですね。矢野祐一朗、これは地域医療学講座にいるんですけど、彼は自治医大の出身で、どちらかというと、臨床研究はかなりできる男で、こういったことを講義として設けています。これが地域医療学

のⅡなんですけれども、これは学生の発表を主体にして、これから発表することになっている。なぜかという、へき地医療ガイダンスとして、これは椎葉とかいろいろ学生が行くんですけれども、その発表の場になります。

先ほどから言ってるように、へき地医療ガイダンス、御存じだと思うんですけど、宮崎県が主催なんです。6回目になるんだけど、2011年の8月17日から19日、今話していることは、学生に対してどういうふうなことを僕が地域について見てもらいたい、そういったことを知ってもらうためにこういうことをやっていることを説明しているんですよ。宮崎大学医学生が21人でしたか、特別地域枠は当然出なきゃいけない、ことし12名、あと1年で4、2年3、自治医大生が9名なんです。椎葉、いろんなところにいます。これらはすべて地域医療学講座に関係した人間について行きます。やっぱりついて行かないと、向こうの先生に任せっきりでこういうことを研修を受けさせる、これはよくないので、僕も高千穂、五ヶ瀬に行ってきます。

ことしから新たな試みとして、宮崎県の人も頑張ってもらって、5年生を対象に別に枠をつくらうということで、8月9日から11日、5年生3名でやってきました。これも呼びかけたら出てきたんですね。まさか僕は来ないと思って、いろいろ学生のサークル活動もあって、こんな時期ってなかなか難しいんだけど、呼びかけたら3名出てきましたよ。よく出てきたなと思います。

それともう一つ、公衆衛生学実習の地域医療体験というのがございます。これで、公衆衛生の教授の黒田先生にお願いして、このうちの4年生の8名を僕自身が直接担当して、いろんな地域に行かせてるんですけど、ここでどうい

ことをやるかというレポートを書かせて研修させる、そういうことを新たに始めました。なぜこういうことをするかという、1年生は、今言ったように、へき地医療ガイダンス、前からあるわけです。そしてその次、2年生になったら、これはないんです。3年生、ないんです。4年生もなかった。要するに、公衆衛生でこの地域医療の実習があったというのを黒田先生が去年から始めたことで、基本的にはないんです。5年生もないんです。だから1年生だけなんです。そういうふうなことで、連続して地域に行ったら、地域医療を見てもらうというか、1年生のときにはそれなりに知識があるんですよ。僕が講義していろいろ言ったら、それなりに知識があるんですけど、2年、3年になると、大学の中の授業がちょっときついで、はっきり言って地域医療のことが頭から抜けていきます。4年、5年、6年になると、どうしようもない。そういうふうな状態があるので、滋賀大学とかいろいろところが一生懸命頑張ることができる、1年から6年までやっぱり継続して、選択だけでもそういった地域に行かせるように、研修を経験させるように、そういうふうに組んでいますから、これをできるだけつくらうというふうな考えでやっています。

それとは別に、気管挿管操作とAED・CPRの実習、これは実習ですね。これはどうでもいいといえばどうでもいいんだけど、僕は救急は当然やっているんで、学生たちが一番卒業する間に考えることは、自分が行って一体何ができるかということを考えている。やっぱりプライマリーケアと救急がきちっとできないといけない。そういう意味では、もう5年生のうちから、こういうふうな挿管実習とかきっちり教えて、いいかげんに教えたくないんで、教えます。

これは心肺蘇生も教えます。そういうことをしています。ずっとやっています。そして、2010年11月21日に宮崎大学医学部で、一つのイベントなんですけど、135名の一般市民の人を、僕ともう1人の事務の人で何とか寄附を集めて、135名の人にこういうような心肺蘇生の講習会をやりました。こういうときにも学生に声をかけて、できるだけ接触しないと、学生が行かないとわからない。そしたら、今のところ、4年生が5名、5年生4名、看護学生4名、来てくれました。これは一体どういうことかという、テレビにたまたま出たりすると、こういうふうに小さな人形があるんですけれども、この小さな人形、こういうふうな人形を全員で押す。胸部圧迫。そういうことを教えています。こういうことをすることに学生も参加してくれたんです。こうして11月の末に大学生が、僕はやっぱりきっかけづくりをしているだけで、今度はおまえたち自分たちでやれと、医学部の学生主催でやれんかというふうに言ったら、大学祭で彼らがやるということで決定になりました。そういうことで、1年から6年まで20名の学生を集めて、それに対して僕たちは全面的に協力すると、そういうふうなことも考えろと。来年以降だったら、学生に接する機会をふやして、コミュニケーションをとらないと、僕たちの考えることがなかなか伝わらない。そのためにはこういうふうな広報も必要だろうというふうにしてやっています。

次に、時間がどんどん過ぎますが、ドクターヘリを用いた広域救急医療活動への参加ということ。なぜ、救急医療に僕たちが顔を出すか。これは救急医療、僕はそういう考えでやってくるんだけど、外から見ると、大学の中で、何で地域医療学講座の教授は救急ばかりやっ

ているのか。救急ではなくて、地域にやれる仕事があるんじゃないかということが言われます。しかし、僕はあえて、この地域は救急医療をきちっと押さえるという考えなんです。学生の意識、これはやっぱり患者を初めに診断するときにしょっちゅう聞いていただいて考えているんですね。

これは平成23年2月13日にAZMホールでやったときのセッションというか、シンポジウムに近いものなんですけど、ここには学生が参加します。この学生は6年生です。名前はK君です。医学部6年生のK君は、同じ学生に対してアンケートを全部自分でとっているんですよ。そのデータです。僕たち教員が学生にアンケートをとっても、なかなか本音を言わないです。本音を書かないです。学生はある程度ここからこういう300万なら300万、これはとんでもない額なんですけど、自分たちでは集められないと。そして、残念ながら3年では、寄附集め、一番忙しいとき、苦しいときでやっぱり集まらないんですけど、それが集まってきます。この中で、どういうふうなことが書いてあるかといいますと、最初やっぱり今の人たちって給料を最も考えるんですね。ちゃっかりしてますよ。本当ちゃっかりしているのがあるけど、これは今の人たちに対して、先輩たちとの関係をしっかりと守ろうなんて言ったらとんでもないこと言われるし、そんなふうにだめですわ。僕たちが考えるときの学生に対する対策はよくない。それで業務面はどうかといたら、やっぱり一番多いのは教育の体制なんです。292人。そして数多い症例、これはなかなかよく見ているなと思いますよ。数が多い症例。救急が充実しているのは93でやっぱり多いですよ。僕は、これはそうじゃないなというふうに考えています。これに合わ

せて、やっぱり宮崎県の救急医療を見た場合どうかというと、公的機関に1次から3次まとめであるということが宮崎県にはないというふうに僕は思っています。僕は三重県の出身だけれども、三重県には、県立宮崎病院と同じクラスの病院がありますけど、1次から3次までやっています。鹿児島は鹿児島市立病院、いろんなところの原点は、やっぱり公立病院、それなりの大学も含めて、1次から3次の救急をきちっと押さえているというふうに思いますけど、残念ながら宮崎県はそれがうまくできてこなかった。それはいろいろ原因があると思うのです。これは非常備消防地域が長かった。全国で2番目です。これは御存じだと思いますけど、日赤病院がない。日赤があれば、救急が原因とは思ってませんが、やはり名古屋にしても、やっぱり救急をやる人間が集まりますから、それが無いのは宮崎ですね。救急を勉強したい医師、先ほどの宮崎県から離れている人間というのは、やっぱりそれなりに逆に言うと、骨がある人間が離れているかもしれない。それだけに、やっぱり救急をやりたいという人間が結構いるんですね。それを考えると、やっぱり宮崎で救急をきっちり立ち上げる必要があるだろう。救急医療システムの充実、今までは救急が宮崎大学は国の方針によって、さらに教授がいて、講師がいて、教育だけやればいい。そういう考えでつくられたものです。それで10年きたんだけど、残念なことだったんだけど、今の現時点においては、救命救急センターをつくるぐらいの救急はしなきゃいけないということに変わってきました。そうすると、この救命救急センターが宮崎県は一つのキーワードになるんじゃないか。それだけ充実させる。そのことは宮崎県のほうも10億のお金を出して、ドクヘリを立ち上げよ

うと。ドクヘリというのはいろいろ問題がありますけど、そういう意気込みがあるということは理解できるので。北総で4年6カ月従事した自治医大卒の医者がいるんですけど、これは当講座から赴任させて救急部に出向させております。そして、もう一人、これは実は宮崎にいる金丸という人間です。下の人間は白尾という人間で、小児地域医療に彼も出しました。要するに、僕の部屋から何人も出て、今残っているのは僕と事務方2人と、あと、後期研修医が1人です。ほとんど人を出しています。彼らは、既に「あおぞら」に乗って、本当は「あおぞら」に乗って働くんじゃないけど、「あおぞら」にもう乗っているわけです。5回飛んで、そして訓練で今飛んだりしている。そして、ほとんど彼らは家に帰ってませんよ。僕は、今までの救急がちょっとかた苦しかったから、風通しをするように、去年頑張って風通しをよくするようにしたつもりです。その風通しをやったところ、すごく風通しがよくなり過ぎたという面もあるんですけど、残念ながら、その後、どういうふうに立て直しするかということで、おまえたち2人が、風通しがよくなったんだから、仕事がよくできるようになったんだから、というふうに声をかけています。2人とも必死でやっています。ほとんど家に帰ってない。それを大学でもそれなりに出かける人間は評価するけれども、そうでもしなきゃ、やっぱり救命しようとするときに、汗をかかないと。前のときは、そういうことが今までなかったものですから、それをやれ、おまえたちの仕事だと、一生懸命やりますと言った。うれしそうにやっていますから、別に無理してやっているわけじゃない。そういうふうにして、この2人は頑張ってくれています。今後も、救急医療、この講座で取得して救

急医療をやらせています。自治医大卒の研修医もやろうというふうに言っています。救急医療が元気になれば、何が言いたいかという、研修医が集まってくるだろう。宮崎県の地域に根づかせればいい。そして、救急医療に従事する医者がふえるかもしれない。これが私の希望です。

この後、救急部の未来というのがありますが、これはちょっと時間がありませんから、急ぎます。よろしいでしょうか。わかりますね。機会があったら、串間市民病院に早川君という救急の当講座の今5年目になる人間がいます。それから、市立小林病院に松田君というのが地域医療講座から出ています。そして、それぞれこいつらが核になるかどうかかわからないんですが、こういった関係ができてくると思うのです。だから、研修医が救急救命センターに地域医療学講座というところでやってもらえれば、この地域医療学講座で救急もある程度やってきたらうから、そこで市立小林病院に行ってみるか、声をかけるのは僕たちです。串間市民病院でも消化管の出血に内視鏡でちゃんとできるから、そういった仕事をちょっとやってみるか。もう一人で行っても何とかやれるだろう、そういうことがある程度わかってきたら、それこそ延岡から上のほう、そういうところまで用意しなきゃいけない。

もう一つ、宮崎大学新研修プログラムが平成22年度から変わってますよね。御存じだと思います。1年目、2年目、ここのところに2年目で自由選択科目が9カ月あります。ここのところに地域医療というものが1カ月、それと、救急は3カ月です。麻酔・産婦・小児から1つ取って2カ月、ここの9カ月の部分で何とか救急プラスアルファという形のコースをつくる。もう

一つは、地域医療というか、地域に置くんだけど、地域の枠を、これをもう少しふやせないかということを考えております。それで、救命救急センターでさらに救急疾患を研修して、3番目でこれらの地域に勤務していただく。今、小松先生という研修の准教授の方と、今まで都城市郡医師会の善仁会の救急をかなりやられていて、それなりに学生には評価がいいんですよ。その中身を整理して、救急の連中と話をして、救急プラスアルファ、脳外科の疾患があったりとか、循環系の疾患が入るとかして、コースをもう一遍つくりたいと思っています。

それともう一つ、自分たちとへき地の医療の担当者が、要するに自治医大の5年目、6年目に入ってますので、そういう連中と話し合っ、地域医療の研修の枠をもう少し1カ月で足らなかったけれども、何をしているか、それを今それこそ地域医療学講座の人間にやらしてくれという情報を集めて、これも枠を拡大して、そして11月の初めぐらいにコースを決めて、そして2年目は検査、1年目は研修ですね。そいつらに提示して、2年ではこういうふうにしようかというふうなことを考える。残念なことに、もう一つ、ここで宮崎県でへき地医療がうまくいかないというのは、やっぱり自治医大の連中がしっかりへき地に根づいていないんですよ。申しわけないけど、宮崎県でどれだけ根づいているかといったら、今の自治医大の連中、今という卒業生、それに関してはちょっと今パワーがないんじゃないか。ここにも書いたように、へき地の自治医大卒とのパイプが太ければ、もっともっとういうことができるんだろうけど、残念なことに、なかなか研修枠が拡大できるか。こちらがかなり伸ばないと、へき地医療ができないかもしれません。でも、やります。計画し

ています。

夢物語、夢がなければ何も語れない。希望がなければやる気も出ないということで、学外活動をいろいろやってきました。これは参考にしてください。

あと10分あるんですね。僕は12年間、宮崎県立日南病院で仕事してましたけど、そこで行政の方をお願いしたいのは、行政職というか、病院の事務で働いている方々、その方たちは大体、僕が12年間いた間に、事務長は6人かわったし、事務次長も5人か4人、医事課長もやっぱり6人かわっています。3年で大体かわるんですよ。これは僕も最初はわからなかったんだけど、6年か7年目に来てわかってきたことは、3年仕事をされて、用度とこんなものを買いたいと相談するじゃないですか。そうしたら、用度の人が、これをやろうと計画して、3年目ぐらいに的が絞れるんですよ。大体働いている皆様は3年ぐらいで大体わかってきます。その目標というか、課題が出てきたなと思うときに、やめちゃうわけです。そうすると、その次の人は、引き継ぎというか、口承を受けるときに、課題だけだから、頭だけしかない。具体性がない。だから、この申し送りが非常に不十分になって、同じことを繰り返して先へ余り進んでいない。こういう現象があって、何とかならんかと思っています。5年間働いてくれよと言ったら、最初、県から言われたことは、汚職がはびこると、5年間あれば。そういうふうに言われたけど、今はそんなふうに言ってる場合じゃないでしょう。やっぱり4年よりも5年間働いて、3年目に課題を提出させて、そして5年には成果を出させる、そういう厳しい仕事をさせたらどうですかということなんです。土木だとか建築だとか図書関係はどんなふうなパターンでやれるか

わかりません。そして僕は最初にある事務の人から、医事課長だったかな、こういった災害が起こるから、何とか訓練しましょうやと声をかけられて、僕も3年間、前に宮崎空港で訓練をやっていたんですけど、あんまり意味はないんですよ。訓練の意味がない。なぜかと言ったら、そんな宮崎空港で何か爆発事故が起きたら、人だけかりができて入っていけないんです。だから、電話連絡網きっちりやろうじゃないかということで、図面から、何から全部つくったんです。つくった途端異動になりましたと。それからずっとやっておりません、10年間。

県立日南病院は、実際赤字があって困っている、だからアクションプランをつくろうということで、僕たち、診療科の代表者と全部集まって、必ずやりますと。そして、つくったアクションプランを3年後に評価する。そのときに事務長いないんです。前の事務長。次長、医事課長、できないんですよ。僕らだけわかっている。発表される事務の方は棒読みでしょう。その中に何かある、どうしていいかというのがわからないじゃないですか。その繰り返しがあって、申しわけないけれども、僕は会議に出席しなかった。皆さん、そういう気になる。やっぱりそういうことがいろいろあるものですから、県庁の中でどういうシステムか知りませんが、5年ということが、人事で難しいことかもしれないけれども、そういうことをやっていただきたい。それと、用度に異動で来るのにダムで働いていた人が来たり、何でダムで電気系統のことをやっていた人がわかるんですか。そして、細菌検査をする人が、前は保健所に十何年間働いていた。それとて、きょう来て、ここに来て仕事ができるかというところちょっと難しいなど。やっぱり医療は医療の中で細菌等やるんですか

ら、そこで回していただく。回すと言ったら失礼かもしれないけれども、やっぱり経験を積んだ形で、伸ばせるような形で仕事をさせてあげるほうがよろしいんじゃないかなと思うのですけどね。そういうような感じです。それこそが、意外と僕たちの意欲をそいでいるのは間違いないです。要するに診療者代表者会議に出ても、診療においても、何もそれは話をまともに聞けないですね。どうせ3年たったらいないんです。

それとあと、病院長の権限が物すごく少ないです。県立日南病院も、県立宮崎病院も、要するに自力で賄えない。お金をどれだけか動かしていくこともできない。これもやっぱり今の公益事業法も全適かどうか、独法にしないとできないか、事業主体のだれが、頭になった人がどうやるかということで、変わると思うのですが、少なくとも病院長が見ている、物が決められないという状況にはあります。自治体病院が3つあって、そこに研修医が行くわけだから、見ている感じますよ。何も決められない病院であると。どうやって自分たちで解決するかということも、あんまり挙げられませんね。そういうことを12年間ずっと見てきて、声は皆上げてませんが、かなりの人は思っていると思いますよ。そういうことが改善できれば、また違うかなという気もいたします。

それと、この地域医療学講座が4年目に終わるわけですが、お願いはやっぱり方向性、どうするか。なくなるならなくなって構いません。僕自身は別に構いません。三重なんかはなくなりましたからね、実際に。看護会に吸収されちゃってないです。東北大学はもともと大きな組織ですから、要らないのかもしれませんが、なくなりました。だから、市町村の寄附で賄っているところもたくさんあるし、どういう形か

はお任せするしかないんですけど、どういうふうになるかも、最低2013の中ごろにはうまいぐあいに決めていただかないと、もし形が継続するのであれば、地域医療学講座の中からこいつはという人間に気づいていただきたい。それが先が見えないと、そういう人を連れてこれない。やっぱりそれは責任を持ってやっていただきたいなというふうに思います。あと、いろいろごちゃごちゃあるんですけど、あんまりごちゃごちゃ言っても、何言ってるんだとよく言われますから、もうここら辺でいいです。以上です。

○内村委員長 ありがとうございます。後ほど意見交換を行う予定にしておりますが、これまで御説明をいただきました内容につきまして、委員のほうから何かお聞きしたいことがあればお願いします。

○鳥飼委員 後半で話された自治医大卒の医師ですね。10数年以上前は、自治医大卒がへき地勤務ということですが、県内での義務年限が済んだら、宮崎県自体も勝手に自分でしなさいよというようなことをやってきたというツケが今来ているんだろうと思います。今、その大事さが、県民もわかってきた。先ほど言われたのでは、自由選択（9カ月間）の中で、自治医大卒医師と貴校とのパイプが太ければというのがありました。私は、やはりこうやってお話を聞く、そうすると出ていかないと。顔を合わせない。いろいろ勉強会をして、去年からその費用なりを県が負担してでもそういうものを持つとか、そういうことでやっていくことの積み重ねの中からしか出てこないのかなと思っているんですけど、何か行政にここの部分で、こうやってパイプを太くする手立てというのができるんじゃないかとか、何か強く改善することがあればお聞かせいただきたいと思います。

○長田直人教授 難しいですね。僕もわからないもんだから、対策を考えつかないんです。なぜかといったら、地域枠ができたでしょう。自治医科大学を目指した人間は地域枠に流れてくるんですよ。自治医大で地元に残って熱意を持ってやっている人間が、最初の30年、40年前はそうだったんです。それが強いて言えば、学生の知識が変わっているんじゃないかなという思う節があります。去年もやっぱり一緒に自治医大生の連中と話をしたんだけど、いま一つ、ちょっと煮え切らないというか、言いかえれば、要するに教室で何かやろうという考えは出てこないんですよ。じゃ、具体的にどうすればいいかといったら、今ある自治医大を出ている連中と話しても、どうするかは話になりません。そこで話がとまっちゃうんですよ。とまっているんです。どうしていいか僕もわからない。だから、意見交換会になると、先々週もやりましたけれども、それこそこしかなないし、声をかけ合っでやるしかないなというふうに思っているんです。一つは、僕たちの授業枠の中で、地域医療学講座の医大卒の連中と現在働いている連中との、どうするんだということ巻き込んでいくなにかないかなというふうに思って、行政の方に何かお願いはできないかなと思っているんですけどね。何かありますか。何かあれば。

○鳥飼委員 僕たちだって、その自治医大卒のそのグループというか集まりがあるからということで、意見交換をする場も欲しいなと思いつながら、その手立てもないもんですから、そのままになっているんですけど。その熱意がある人たちとどういふことを県に求めておられるかというのがわかれば、少しでも議会としても何かそこで発言をするなり、行政自体に協力することができるんですけど、何とかしないといけ

ないがなというような気がしております。

○長田直人教授 ありがとうございます。実は、もしあれだったら、今の自治医大卒の残っている連中が68人中25人いるんですよ。70名ですけども、9名が義務免除されて来年から52名として、52名のうちの25名が宮崎にいて、あと県外ですよ。公立病院に残っている人間が1人ですよ。それも九大に入って派遣されたという形になっているので、実際彼らにしても残っているわけでもない。そういう現状というのがあるんだけど、その残っている25名と一度こういうふうなお話し合いをされてもいいかなと思います。やっぱり自治医大は結構義務年限の間に、宮崎県の職員である、そういうところがやっぱり自縛になってますよ。何か事あるごとに話をしていくと、県のほうを気にして仕事していますね。ちょっとかわいそうな気もするんですけど、一方で、何千万というお金を県が出しているような感じで育てたのが、自治医大の連中もへき地というか、ああいうところに絶対に出ないといけないと、行く必要があるということは十分理解しています。その中でもやっぱり県に縛られているなというところが、そこそこ話すと出てきます。だから、もう少し楽に話せるように、今、義務年限の中で6年目の人間が大学病院の循環器内科で研修を受けています。矢野というやつも、非常に前向きにとらえられていっていると思いますから、今度交換会をやられるときにも、もう僕自身なしでいいから、自治医大、宮崎県が音頭をとって、県議会議員の方と話をするというふうな話でも、十分何かやる気が出てくることもあるんです。何か自縛みたいな感じがするんです。

○星原委員 1点なんですけど、いろいろ聞かせていただいて、医師不足の問題等、これははずっ

と抱えている課題の中で、先ほど、最後のほうで先生が言われた、病院長の権限がない、あるいは、県から行っている局長さん、担当者が3年で交代していると。その辺がやっぱり大きな原因があるのかなと、一方ではですね。医師の確保のことも指摘していかなくちゃいけないけれども、本当はできることをやっていただかなかった分が少し話を聞いていて感じたんですよ。ですから、やっぱりそういうところを行政側と、病院を守っている先生方との信頼関係というか、そういう環境づくりというのをやっぱりやらないと、病院経営ですから、あくまでも人と人とのつながりの中でしか経営がうまくいかないと思うのですよね。人づくりの中で。ですから、やっぱりそういう体質を変えていく何かを変えないと、医師を派遣しようとか、いろんな形の方法論としてはそういうことがあるんだろうと思うのですけれども、基本的に先ほどの話を聞いていて、ある程度そういう期間の問題とか、経営に対する感覚の問題を逆に考えていかなないと、医師の確保という言葉だけで本当にうまくいくのかなという感じを持ったんですが、その点についてどう考えますか。

○長田直人教授 僕はそういうつもりで言ったんです。そのとおりでらうと思います。それをやっていただいていると、いや、5年がいいかわかりません。職場の職域医療というのとは違うかもしれん。そこ辺もちょっと突っ込んで考えていただけると助かります。例えば、やる気出しますよ。5年の間に提案された問題点を直してきなさいよという、それで認められる場合がある。5年の間にクリアする。そういうふうな職場の体系というものを組み立てれば、研修が変わると思いますけどね。

○星原委員 やはりそういうできることから何

かをやっぱり変えていかないと、この医師不足の課題というものはやっぱり解決していかないんじゃないかなという気がしますし、そして、今、それぞれ卒業された後の学生もいらっしやるでしょうし、県外に行くか、県内に残るかという課題等も、やっぱり先生方から、医者の方から見ての働きがいというんですか、そういうものが何なのかという基本的なことをちゃんとつかまえていかないと、将来的にやっぱり、今働いているときはいいんでしょうけれども、ある程度年数がたっているいろいろな段階を経ていきますと、やっぱりそういう将来に対して、本当にここでやりがいがある病院としてやっていくのかどうかという、あるいは宮崎においてそういうことができるのかどうかという、そういう部分があるのかなというふうに感じたところでもありますので、何かその辺を我々ができる範囲で取り組まなきゃいけないのかなと感じたところです。ありがとうございました。

○清山委員 きょうは貴重な話をありがとうございました。先生は県立日南病院時代の経験を踏まえて、最後にいろいろメッセージをいただいたんですけれども、私なんか、率直に申し上げて、こちらに参ってから、病院局の方々とお話ししていると、医師不足に絡んで、医師の確保やら研修事業やら、また病院定数の問題やら、さまざまな点をお話するんですけれども、大体として、現場の病院長にお任せしてますとか、現場の先生方にお任せしていますというような言葉をいただくので、僕は、本当にそうなのかなという、ちょっと考えもあつたんですけれども、先生のお話をきょう伺う限りでは、ちょっと逆というか、違う部分があるのかなという点を改めて感じました。よく医師会に行ったら、我々行政に対して、いろんなメッセージ、意見

発信いただくんですけれども、私が常々思うのは、そういう逆に県立病院それぞれのメンバーから意見をいただくとか、大学から県議に対して意見をいただくとか、そういう機会も余り少ないので、もっともっと、現場にいた自分としてもそうなんですけれども、現場にいる医療者がきちんと意見を発信していくということは本当に大事なんだなと思いました。以上、感想なんですけれども。

○内村委員長 時間が押していますので、次に移りたいと思います。長田先生には後ほど意見交換にまた御参加いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは次に、医師会から御説明をお願いしたいと思います。

○稲倉正孝医師会長 県医師会の稲倉でございます。本日はこういった機会を持たせていただきまして、まことにありがとうございます。後は座って説明させていただきます。

資料1-1、これは長田教授のお話と一部重なるところがあるんですが、まず1ページ目でございますけれども、医師数の推移ということでございます。宮崎県も全国と同じように医師数自体は少しずつふえておるわけです。下のほうのグラフは、年代別医師数の推移でございますけれども、若い医師が少なくなっているということで、これは非常に大きな問題だと思います。

2ページは、病院等における必要医師数の実態調査ですけれども、最低限どのくらいの医師が必要かということです。全国的に見てみますと、2万4,000人余り不足している。今の医師数の1.14倍が最低限必要だという調査結果が出ております。宮崎県に限ってみますと、宮崎東諸県医療圏が1.1倍、一番倍率が高いのが西諸医療

圏の1.35倍、大体これは実情を反映しているんじゃないかと思います。それから、その下のほうを見てみますと、どういった医師が必要かというアンケートですが、頻度の高い多疾患に対応できるような医師が欲しいということが一番多いですね。外科系と内科系、同じようなことが言えます。

3ページでございます。一番上の医師数の推移の表を見ていただくと、宮崎県も全国と同じような数は確保できておるわけでございます。一番下の表、年齢階級別医師数の推移を見てみますと、見てわかりますように、30歳未満の医師の数がぐっと減っております。それから、30～39歳、ここも減っております。どういう年齢層の医師がふえているかといいますと、50～59歳の医師、ここが今、頑張っているわけです。しかし、毎年毎年、年をとるわけですから、あと10年たつと、年が10歳ふえていくわけです。ですから、非常に危機感を持っております。

4ページをお願いします。医師の数に地域間格差があるんです。診療科間と地域間の偏在が大きな問題になっていると思いますが、一番上の表を見ていただきますと、宮崎県は、52.8%の医師が宮崎東諸県医療圏に集中しています。今、問題になっております宮崎県北部医療圏や日向入郷医療圏に医師が少ないわけです。都城北諸県医療圏も少ないわけですが、特に県北部医療圏はなぜ救急医療など問題が発生しているかといいますと、これは交通事情も関係していると思うんです。都城北諸県医療圏と県北部医療圏は医師数に関しては余り変わっていないんですけれども、救急医療に関してなぜ県北部で問題になっているかといったら、やはり交通事情が大きな問題になっておるところです。医師が応援に行くにしても、大学から遠く離れ

ていますが、都城には簡単に行けますけれども、日向のほうもそうですが、延岡はなかなか行けない。急患搬送の問題については、県北部に関しましては、ドクターヘリなどを有効に使えるんじゃないかと思っておりますけれども、都城に関してはドクターヘリの必要性は少ないんじゃないかという感じはしております。

それから、診療科間の偏在ということで、下の表でございます。これを見てみますと、小児科関係が県南、宮崎のほうが多いですね。絶対数も少ないんですけれども、全国に比べると宮崎県全体で小児科医の数が少ないんです。県内では救急と小児患者さんの入院、こういったところがやはり問題になります。少ない人数では、ある程度医師を集中させなければいかんだろうという話なんですけれども、絶対数が足りないわけです。ですから、その点は、集中的に入院施設——救急医療と隣接の形の拠点病院みたいなところをつくっていかないと、この人数では対応していけないんじゃないかという感じがしております。

5 ページでございます。これは県医師会員の郡市医師会別平均年齢を書いたわけでございます。開業医もかなり高齢化して、勤務医もそうですけれども、高齢化しております。2010年の統計によりますと、平均年齢が59歳ぐらいです。勤務医も平均年齢55歳で、結構高齢化している。ただ、大学の場合、若い先生たちは医師会に入っておりませんから、そういう面では大学は特別ですが、一般の病院に関しては高齢化しているということで書いております。

6 ページでございます。本県における医師問題ですけれども、やはり医師の偏在——地域間の偏在、診療科間の偏在——が大きな問題となっております。

医師の高齢化、これは若い医師が減少していると。国の新医師臨床研修制度が発足してからこの傾向が一層顕著になっております。このため、若い医師に魅力的な職場をつくってやる必要がある。ということは、臨床研修を充実する必要があるということでございます。ここに書いてありますように、県医師会員の高齢化につきましては、産科医療は危機的な状況にこれからなるだろうという予想をしております。お産を取り扱っている医師の平均年齢が60歳ですから、あと10年たちますと、大部分のお産を扱っているお医者さんが70歳になり、そして新たに補給する見込みが今のところないんです。ですから、宮崎県の産科医療は危機的な状況を迎えようとしている、こういった認識をしております。今、産婦人科の医師に占める女性医師の割合が70%で、ほかの科に比べて多いんです。こういう女性医師が主体となった場合に、自分も子供を産んだりするわけですが、果たして100%の力を発揮できるのか。私たちの感覚としましては、7割ぐらいの方しか働けないんじゃないかといったような印象を持っております。

救急医療の抱える問題ですけれども、これを解決するために、宮崎大学が地域医療学講座を充実していますが、私どもこれには非常に期待をかけています。そのためには、やはり研修できる環境を整備しておく必要があります。それから、救急医療に関しましては、どうしても拠点病院に重点的に医療支援を提供する、こういうことが必要ではないかと思っております。また、拠点病院も数が少ない医者でやるわけですから、診療に関しましては、普通の病院、開業医、こういったところも応援するような体制でないと、なかなか難しいんじゃないかという感じがしております。

それから、医師の仕事も診療や研修以外に雑用が多いんです。だから、雑用を減らしてあげることが大事なところかと思えます。そのためには専門知識を有する医療秘書というのが養成されておりますから、こういう方を活用すべきと思っています。ただ、県病院あたりもパートで雇っておりますね。本当に優秀な医療秘書がなかなか育たない。正規の職員として医療秘書を養成して、医療秘書というものを雇用して活用するようにすれば、勤務医師の負担も大幅に減ってくるんじゃないかと思っております。

それから、勤務医師に生きがいをとということですがけれども、今の勤務医の先生方は自分をリフレッシュできるような環境にないんです。学会があれば年に数回は参加できるように、それから週末ぐらいはかわりのお医者さんに来ていただいて、自分が休養できる環境、そういう環境をつくっていかないと、いい先生を確保するというのは難しいんじゃないかと思えます。

7ページを見てください。これは中医協のデータでございますけれども、日本の医師は労働時間が非常に長いんですね。イギリス、フランス、ドイツ、こういった国に比べまして、圧倒的に勤務時間が長い。これはやはり日本の医療制度に問題があると思えますし、また主治医制にも問題があるんじゃないかと考えております。

8ページですが、正規の勤務時間以外に医療従事者にはオンコールという拘束があるんです。これが非常に精神的なプレッシャーを与えるわけです。長時間勤務に加えまして、オンコール体制を強いられるわけです。そうしますと、拘束感というものが非常に強いと思うんです。具体的に申しますと、勤務時間が月間に372時間というようなデータですね。これは普通の方の労働時間の1.5倍強です。拘束時間を入れまして、

それ以上にふえます。こういった労働環境の改善をしてやらないと、勤務医のいい先生を確保するのは難しいという感じがいたします。

医師確保の取り組みにつきましては、古賀先生のほうからお願いします。

○古賀和美医師会常任理事 私のほうも座って説明させていただきます。資料1-2をごらんください。

まず最初に、医師会はどういうふうに取り組んでいるかというお話をする前に、宮崎県には宮崎県臨床研修運営協議会というのがあります。そこを中心にして宮崎県医師会も医師確保問題に取り組んでいるわけです。運営協議会というのは、臨床研修指定病院の大学病院や県病院、それから協力型病院、行政、県医師会が主なメンバーです。

やっている取り組みを3つぐらい挙げていますが、上から説明していきますと、レジナビフェアに出展するようになったと。これは何かといいますと、民間医局という一つの民間企業体がやっている事業ですが、かなりの数の医学生を集めて、またいろんな病院も出展してもらって、そこで研修病院の説明会をやるんです。地方の県はやっぱり大きな病院が少ないものですから、県で一つにまとまって、臨床研修病院群というものを編成して出展しています。宮崎県の場合は、6つの基幹型病院がまとまって出展しています。50万円ぐらい費用がかかるんですが、県のほうから予算をいただいて、東京、大阪、来年は福岡であるんですが、その説明会に宮崎県も参加するようにいたしました。

ことしから出展しているんですが、7月3日に大阪でありました説明会では、参加施設は373、集まった医学生が1,702名、宮崎県の臨床研修病院群のブースに来てくれた医学生は26名で、県

内出身者が3名、県外出身者が23名です。それから、つい先日、東京でありまして、これもかなり大きくて、参加施設は450、参加者数が2,300名です。知事も来ていただいたんですが、宮崎県のブースに説明を聞きに来た学生は47名、県内出身者が6名、県外が41名です。5年生という医学生がいますので、続けて毎年出したほうがいいんじゃないかというふうに思いました。来年の2月には福岡県でありますので、それも宮崎県としてまとまって出展する予定です。

次に、真ん中あたりに書いてありますが、初期医師臨床研修並びに修了後、これは後期研修のことですが、その研修病院の説明会を行っております。既に6月10日には宮崎大学のほうで、マッチング説明会の後に宮崎県内の基幹型臨床研修病院の研修内容の説明を行いました。参加学生は88名、5年生も1人います。それから、県内外の医学生を対象にして、来月ですが、8月13日に宮崎観光ホテルで説明会を行う予定です。基幹型臨床研修病院からの説明と、協力型の研修病院もありますので、協力型病院の先生たちにも参加していただいて、説明会を行った後に、来ていただいた学生を含めて懇親会を開きます。

一番下の欄ですが、指導医養成のためのワークショップ、これも県のほうから予算をいただいております、毎年12月に行っています。こたしも12月17日と18日、1泊2日でサンホテルフェニックスに缶詰状態になりまして、ワークショップを行います。対象者は、7年以上臨床経験があり、研修病院に勤務している先生たちです。どういうことをやるかという、ここにいろいろ書いてありますけれども、指導医はどういうふうにあるべきか、研修内容プログラムの作成の仕方、そういうことを小集団で討論し

ながら全体発表をやっていくというワークショップの形でやっております。厚労省のガイドラインが既にある、その指針に従ってワークショップをやらなくちゃいけないということになっております。

ぜひ委員の皆様にご理解いただきたいのは、指導医は大体、30代から40代前半で、さっきから話題になっていますように、この年代の医者が一番少ないんです。臨床医ですからほかの仕事も当然やっているわけですが、研修医を指導するときはマンツーマンでやりますので、さらに指導医に負担がかかってきます。最前線で働いている指導医というのは、当直もありますし、手術もあるし、患者さんも多いし、外来もやらないといかん、そういうところにマンツーマンで研修医を指導する。これから国の当然の政策で医学生がふえてきます。初期臨床研修もふえてくるわけです。ふえてくる研修医をどうやってマンツーマンで十分指導していくか。指導医のサポートが今、非常に薄いものですから、さらに彼らに負担がかかってくる。そして、いろいろ指導したからといって何のメリットもあるわけでもない。会長もおっしゃいましたけれども、どうやって勤務医に生きがいを持ってもらってこたえていただくかというのが大きな課題であるというふうに思っています。以上です。

○稲倉正孝医師会長 看護学校の重要な問題を資料1-3を使って説明いたします。

宮崎県には看護の大学が2つありまして、県立看護大学が100名の定員、宮崎大学医学部看護学科が60名、計160名の卒業生が出るわけですが、県内には65名、40%ぐらいが残っています。資料1-3の1ページですが、医師会は3つの正看護師養成所を持っているわけですが、その卒業生が133名、県内に107名、80

%ぐらいが残ります。宮崎県で働く看護師は、医師会立の看護師養成所、正看のほうですけれども、これが主体を占めております。そのほかに准看護師も養成しております。国や県からの補助金も少しずつ減らされている関係で経営が厳しくなってきたおかげです。医師会の会費の中から別途出してもらって、今、非常に困っておるような状況です。詳しい内容を表で提示してあります。こういう点から見ますと、医師会が非常に力を注いでいるけれども、会員が講師になっていて、ほとんど無料で働いているような状況です。全国的に見ましても、医師会で養成している看護学校の数がだんだん減ってきています。経営できなくなって減ってきたという状況になっているわけです。そうしますと、宮崎県によその県から看護師が来るということはまず考えられません。県内で養成した看護学校の皆さんの8割が宮崎県内で働いていただいている、このような学校は宮崎県の医療に役立っていると私たちは自負しているものですが、非常に経営困難な現実になっているということで、そういう面があるということで御配慮をお願いしたいと思っております。

資料2、これは提案でございます。日本医師会で協議会がありましたときに、新潟県医師会からこのような提案があったわけです。災害時医療における地理情報システム（GIS）の活用ということでございます。地理情報システムは、地図にさまざまなデータベースを組み合わせまして、重層的に地域情報を可視化する手法ではありますが、医療分野では余り用いられてきませんでした。災害医療の分野にもこういうものを利用すると将来的に非常に役立つのではないかというような感じがしておりますので、提案しておきます。

4ページですが、携帯情報端末です。今、話題になっておりますスマートフォンとかありますけれども、災害のとき、県の職員の方やマスコミの皆さんがこういったものを利用して、いろんな情報を入力する。それを多くの人が利用すると。どういうものに役立つだろうかということですが、例えばインフルエンザみたいな感染症や口蹄疫が発生したときに、発生地の交通状況や天候の状況、そういったものをあわせて、いろんなデータが瞬時に持ち出せるものです。詳しいことはここに出ておりますので、御検討をよろしく申し上げます。

資料3でございます。医療機関も経営がなかなか厳しくなっておりますけれども、税制の問題です。医療機関は税制面で優遇を受けている、こういったような認識が一般的な傾向ですが、実際はそうじゃないんです。例えば、消費税の非課税の問題が医療機関の経営を圧迫しております。医療機関が最終消費者である国民にかかわって消費税を払っているという事実を、医師会のほうも宣伝不足ということもありますけれども、一般の国民の方は知っておられないわけです。

資料3-1の1ページでございますけれども、消費税というのは平成元年に税率3%で導入されました。そして、平成9年に5%になったわけですが、20年以上にわたって医療機関は最終消費者である国民にかかわって消費税を払ってきたわけです。ところが、2015年度には10%になるだろうという話で、そうしますと、医療機関の経営に重大な影響を与えて考えています。例えば、どのくらいの消費税の負担が発生するかといいますと、医療機関全体で約4,000億円の消費税を払わなければいけない。消費税法によりますと、医療、介護、助産、こういったものは非課税になっているわけです。もともと

と医師会も最初の導入のときに対応を間違っただけでございますけれども、非課税というのは、仕入れのときに支払った消費税分が戻ってこない。仮払い消費税が戻ってこないようなことになっています。その負担が非常に大きくなっておりまして、1つの病院で平均してみますと2,200万ぐらいの消費税を払っているということでございます。これは、やはり課税制度にしないとどうしようもないということです。しかし、これを課税しますと莫大な負担が——国は税収がふえてきます。35兆円の5%といえますと1兆6,000億ぐらいの税収です。これを国民が払うことになるわけですから、それだけ国民と保険者の負担が発生するわけです。国が増収分を税の調整に使えば大きな負担なしにできるのではないかと。例えば、国民の医療費の一部負担の率を下げるとか、増収分になった税収を保険者側に渡す、そういったいろんな取り組みをして、そういうような格好で課税制度にしないと、消費税が10%になったときには病院経営が困難になるだろうと思います。恐らく消費税による倒産というのも出てくるんじゃないと言われていています。

それから、もう一つ、お金のことばかり言って申しわけないんですけども、資料3-2、医療にかかわる事業税非課税措置等存続についてでございます。医療機関は税制上、事業税非課税ということで大変大きな恩恵を受けております。それに対しまして、全国知事会などでは、地方の道路財政も悪化しておりますので、事業税非課税を廃止して課税にしようというような動きも見られるわけです。なぜ非課税になったかと申しますと、社会保険診療というのは、公共性がある、非営利性というものがあると。営利事業として事業税をかけることに対しては、

公共性、非営利性を否定することになります。それから、社会保険診療報酬は公定価格として安い値段で設定されているわけです。ですから、こういうものに対する救済措置として事業税が非課税になっていたわけでございますけれども、これに対しまして、課税しようというような動きが全国的に見られるところでございます。ぜひとも、こういった医療機関の公共性、非営利性に配慮していただきまして、事業税非課税措置を存続していただけるようお願いしたいと思っております。以上でございます。

○内村委員長 ありがとうございます。これまで御説明いただきました内容について、委員のほうから何かお聞きしたいことがあれば、お願いします。また、ここからは長田先生も一緒に、今後、地域医療の充実をどう図っていくのか、意見交換ということで忌憚のない意見を賜りますようお願いいたします。質疑ございませんか。

○緒嶋委員 いろいろと貴重な御意見ありがとうございます。今度、宮崎県にドクターヘリを入れることによって地域医療の充実が我が県を含めて相当——国の抵抗も多いというか、大変ありがたいことだと思うんですけども、このことで宮崎県の医療の質そのものが相当変わってくるというような理解はできるものかどうか。

○長田直人教授 ドクターヘリだけでなく、つながりがあるんですけども、ドクターヘリを使うには、ドクターヘリを飛ばしてフライトドクター——医者が行くわけです。医者が行くけれども、治療は余り大きい傷だとしようがない。どういう疾患が多いかということ、やっぱり多発外傷が6割5歩ぐらいになってくるんじゃないかと。御存じだと思うんですけども、宮崎県

で年間9,000何人とか交通事故に遭って、去年は50人しか死亡していないんです。交通事故の死亡者というのは24時間内に死んだら死亡事故になるんです。恐らくもっと本当は死んでいるんじゃないか。昼間に起こっている事故が多いから、ドクターヘリは5時ぐらいまで飛べるので、そういうふうなところには解消になるというか、役に立つと思うんです。

実際、県立日南病院から宮崎大学まで重症の患者を搬送するのに8分ですね。重症患者の搬送というのも行っていけば、年間、僕が推測するに200回は飛ぶんじゃないかと思っています。長崎県と事情がよく似ているので、長崎県なんか300回以上飛んでいるし、導入したのは全国で26機だったと思うんですけれども、どこも大体何百回という形で、それなりの仕事はしているなと思うんです。3年後に延岡のほうに道路ができて、一番いいのはドクターズカーだと思うんですよ。ドクターズカーというものがそこらじゅうに走り回れば、それが一番いいと僕は思います。夜も走れる。僕は、延岡や北のほうに行って、椎葉にも行って見たんですけれども、トンネル1つ2つあけたところで、消防非常備地域というのが長かったわけだから消防署がないわけですね。救急車が通らない。なかなか通らないんじゃないか、難しいという気は——道路が幾らよくなってもあそこら辺は無理なところはあります。ドクヘリに関しては金丸というのが4年半やってきているので、彼からいろんな意見を聞かれたほうがいいのかも思いません。

○緒嶋委員 私も北総病院に行って金丸先生の話も、熱血漢といいますか、伺ったことがあります。あの先生にはぜひ帰っていただきたいというふうに期待しておったんです。その1回

だけだったんですが、いずれにしましても、あのようなすばらしい先生がリードしていただくことで相当変わってくるんじゃないかと私は期待しています。

○長田直人教授 こういうことは私的なことかもしれないんですが、それこそ金丸がここに来れるかどうかの正念場だったんです、去年は。そういう事情が大学の中にあって、それを何とか風通しよくしたという点で、これからは変わってほしいなと。ドクヘリだけを特化させるんじゃないくて、救命救急センター20床がどれだけの仕事ができるかというのは、もっと大きいんです。ドクヘリは一つの手段でもあるけれども、搬送手段とは言わないけれども、特殊性は持っているけれども、それだけが救急じゃないというふうに考えています。

○押川委員 先生方の宮崎県内の数字でありますけれども、平成12年度は2,440名、20年度が2,602名ということで、総体数はそう変わらないんですが、先ほど説明がありましたとおり、30歳未満の先生方が少ないということで、医師においても高齢化が進んでいるという説明であったんです。平成16年度に臨床制度が始まってから本県の若い先生方が少なくなったのかなというふうに私は思うんですけれども、全国的な動向というものはどのような方向で今進んでいるのでしょうか。全国的に見ても若い医師が少ないのか、あるいは都会は逆に若い先生たちが多いのかという気がするんですが、わからないので、教えていただきたいと思います。

○稲倉正孝医師会長 やっぱ偏在しています。どうしても東京、大阪、九州ですと福岡に固まっていますね。生活もしやすいし、待遇面もいいし、研修機関も多い。充実しているところが多いんです。今は研修医の数、いわゆる国家試験

合格者に対して研修医の枠が3,000ぐらい余っていて、枠が多いわけです。選択の余地があって、売り手市場みたいになっているんです。そして、給料も大分違うんです。安いところは300万円から高いものは1,200万円、こういったばらつきがある。そういう需給状況もあるものですから、なかなか難しいところがあります。もしこれを行政がやろうとしたら、簡単に言えば、研修医の数、医師国家試験合格者の数と同じにすれば、大学と同じようにいずれかに行くから、その面では全国に散らばる可能性がある。その枠を人口の数に比例するとか決めていく。今、枠が3,100ぐらい余っているんです。その辺が一番の問題と私は思います。若いお医者さんにとっては、それだけ選択の自由があるということではいいことかもしれませんが、医師不足という面から見た場合に一つの大きなネックになっていると思います。

○押川委員 ありがとうございます。そこあたり我々ができる分においては今後いろいろ協議しながら取り組んでいきたいと思えます。

失礼な話になるかもしれませんが、先ほど指導医の先生のお話もあつたんですが、県内の大学病院で、若い医者がこの先生の指導を受けたいという魅力のある先生方というのはどのくらいいらっしゃるというふうに考えればいいでしょうか。

○稲倉正孝医師会長 能力のある先生はたくさんいると思うんです。ただ、その先生方が診療のほかに余裕がないんです。ふだんの診療でくたくたになっているところに新たに協力せよという環境はなかなか難しいと思うんです。そのためには指導に重点を置くドクターを配置するぐらいの余裕がないと、指導医自体が全然余力がないと思います。その辺をしっかりと対応すべ

きじゃないかと。

○押川委員 もったいないですね。素晴らしい先生がいらっしゃるのに、業務に追われてなかなか後輩の指導ができないと。それと、数日前の新聞で、研修医が少ないから大学病院ではせつかく公立病院等にいい医師を派遣していても大体6カ月後にまた慌てなくちゃいけないという記事を見たんですけれども、こういう繰り返しがあるから、地域医療、特にへき地あたりが医師不足で大変なのかなということで新聞を見たんですけれども、実態としてはそういう新聞報道というのは的をとらえた書き方になっているのでしょうか。そこあたりがあるのかなということと、そればかりじゃないのかなということもあつたものですから、率直に質問させていただきたいんですけれども。

○稲倉正孝医師会長 私的な意見かもしれませんが、やはり大学にも非常に問題があるわけなんです。というのは、大学の教官の中の判定基準は、業績といいますか、論文が主体になるわけなんです。ですから、どうしても論文となりますと、一般的な診療、教育というのは評価が低くなるんです。研究みたいところが最も評価されるものですから。やはり地方の医学部の使命としては、いい指導教官を養成することが最大の使命というか、こういう感覚が大学のほうに全然ないんです。ですから、そういうものから変えていかないと難しい。大学の教官も自分が評価されることに対して力を注ぐのは当たり前だと思うんです。だから、評価の方法を変えていって、診療をする先生は診療で評価する。教育する先生は教育で評価する。研究する先生は研究で評価する。そういうふうになればいいんですけれども、そうならないんです。

○押川委員 ありがとうございます。済みま

せん、失礼な質問をして。

○長田直人教授 稲倉先生の言われたのはそのとおりなんです。大学で自分の同期の連中も結構、教授になっているんだけど、こういう私的なことを言っちゃ悪いんですが、実際、研究で評価されるようになったということで教授になる。やっぱり研修医は集まらんです。さっき言ったように、救急がちゃんとできたり、臨床の場で教えるというようなことをしないと、それを初期研修の2年間はねらっているんで、それに該当しないようなことを大学でやっているは……。だって、できるかできないかというのは見えますからね。患者をどう診察すればというのは目の前で見ていて、これはちょっと無理だなと思ったら集まらんですよ。それはどの科がとは言わないけれども、申しわけないけれども、自分と同じかまの飯を食った人間がもっとしっかり見ていないというのは寂しい思いがしますね。大学に呼ばれたという僕も、本当を言うと大学に戻る気はなかったんです。自治医大の連中が苦しんでいるという話を聞いて、こいつらが苦しんでいるのは困るから、お手伝いのつもりで来ただけです。自分は県立日南病院で集中治療をやっておけば、それで事足りるというふうに考えていました。

やっぱり僕も県立日南病院で指導医のような仕事を麻酔の関係でやるんだけど、周りの援助がないと、一人で研修医2人を育てる、教育するというのは結構きついです。へこたれてしまう。そのためにはやはりいろんな医療を支える、先ほど言ったような事務のこともきっちりやれて、ちゃんと自分が望んでいるような形に、お互い、事務のほうも望んでいる、自分も望んでいることが達成できるような、そういう病院づくりをしていかないと、やる気をなくし

ますね。愚痴になりましたけれども。

○押川委員 ありがとうございます。先ほど星原委員からもありましたけれども、我々も、専門職の異動のあり方については、いろんなところで議論があるところでもありますから、まさしくそういうことで3年の異動というのが本当にいいのかということと、専門職について今後のあり方というものは、本日勉強させていただいて、我々もさらに協議していく必要があるなというふうに思いましたので、また先生方と一緒に取り組ませていただきたいと思います。ありがとうございます。

○井上委員 本日は大変貴重な御意見をいただきましてありがとうございました。長田先生にお尋ねしたいんですけども、いただいた資料の中で衝撃的なのは、医学部学生に対する地域医療に必要な教育、啓蒙活動というのは、今まで私どもの持っていた印象と全然違うところがあつたわけです。大学で十分こういうことについてはお話ししていただいているものというふうな実感を持っておりました。ですから、そのほかのところでも私どもがいじれることについては説明はしなきゃいけないということを常々考えていたわけですけども、ここは今もずっと先生のほうは考えてきておられるわけですから、ここをもうちょっと詳しく教えていただきたいんです。

○長田直人教授 4年生の公衆衛生を出しましたね。公衆衛生のプログラムの先生は、興味を持たれて、地域でのこういうふうな研修をやろうと思って始められたんですけども、カリキュラムの中で学外での研修をやるときには大学からお金が出ないんです。例えば、日南でも串間でも延岡でも、3泊4日で学生が研修に行きますね。義務であるカリキュラムの中で公衆衛生

の実習をやるわけですから。そうすると、旅費と宿泊費に関しては学生の自腹なんです。要するに、国公立大学なので、学外での研修を義務の範囲内でのカリキュラムでやる時はお金は出さないうんです。一方、自治医大はやっているんです。なぜできるか。私立大学だし、県が補助しているから、彼らは6年の学生の間いろんなところに行くんです。全部お金が出ています。学外で研修をやっているんです。そんなことができない。やっているところは後援会費と寄附でやります。今回でも公衆衛生の先生は、大学医学部の後援会に頼んだら断られたものだから、そのつてをたどって何とか出させていただいているという感じなんです。そういう性格はございます。

何が言いたいかというと、僕も行って見て、地域医療というものを根幹に持っている大学がやっぱり要るものだなと、自治医大の性格を出さないと本当はできないんじゃないかというぐらいに思うんです。いろんな縛りがある。今言ったように財政面もあるし、まず興味というか、各臓器別の診療科の先生に地域医療がどうのこうのと言ったって、自分ところに研修医がどれだけ来るか、医局員が何とか減らないように、そのことだけで頭がいっぱい。だから、こういうふうなことで僕が派遣——わずかになるかもしれないんですけれども、だからといって全部こっちに任されても、愚痴になるけれども、余り虫がよ過ぎますよね。しかし、地域に限らず、宮崎県に残る医者をふやすための対策としては救急で頑張るしかないというふうにして、矛先をちょっと変えているといえればそういうことになります。地域医療から少しずれているかもしれない。それはよく指摘されます。しかし、自分はそうなっていくと思ってやっていますから、もっといい意見があればお伺いしたいんで

すけれども、ごちゃごちゃ言いましたが、どうでしょうか。

○古賀和美医師会常任理事 医師会から発言しますが、県の医師会の立場じゃないんですけれども、大学の機能として大学は研究というものがあるので、それはそれでしっかりやってもらわないといけない。見ていると、宮崎大学医学部に研修医がほとんど県内は残っている。8割強ぐらいは大学に残っている。ですから、かなりそこに集中している。よその県と比べると、よそは基幹型の研修病院の大きいのがあって、そういうところに行っているんです。医学生のアнкケートも出ましたけれども、お金につられて何とかというのは論外ですからほっておいていいんですが、要は、いい研修を受けたいということにかかってくるんです。宮崎県の中に、大学以外にもう少し魅力のある研修病院をつくるのが一番大事だと僕は思うんです。それを考えると、宮崎県の中に、自治体病院、国立病院、準公設的な病院が幾つかあって、全然研修病院になっていない病院もあるんです。ですから、選択と集中でゴーサインをとって、国家から莫大なお金をむしって、新しくつくることを考えたほうが良いというふうに思います。これは県の医師会の立場とは全然別です。

○井上委員 ちょうど次に聞こうと思っていたところがそこなんですけれども、議会の中でもそのことについて議論されているのは事実なんです。うちにあります県立病院についても、県立病院の中にもそこを求めている部分がすごく大きいわけです。この特別委員会も何年か続いているわけなんですけれども、自治体病院の強化というか、そういう意味では、いい指導医の先生も必要ですし、いい研修医になっていただける先生たちが必要であるというふうに思って、方

向性というのは今言われたのと同じ考えなんです。

先ほどちょっと長田先生が言われた中で、各県立病院の病院長の権限が余りにも低いと言われたことも私の心に残ったことの一つなんですけれども、どのような権限なのかというのが具体的に私もイメージが全くできないんです。先ほど清山委員が言われたように、それなりの権限をお持ちだというふうに理解しておりましたので、どういう権限が具体的に必要なのかというのが、イメージできていないところでもあるわけです。

○長田直人教授 院長の権限なんですけれども、僕自身がちょっと難しいなと思っているんです。大学医局から医者が自治体病院に派遣されます。いつ帰るかというときに、病院長は知らないんです。例えば、ある科が始められますね。何カ月の予定か病院長もわからない。6カ月と一応聞きますが、3カ月で引き揚げてしまう。そのときに初めて病院では、引き揚げるんですかということですね。その調整役もつかないんです。それはわかっているとおり、病院局の問題でもない、県の問題でもない、そのとおりかもしれない。要するに、大学の医局と病院長との話し合いです。病院長が頼みに行かなきゃいけない。出してもらえるようなところから出してもらうために頭を下げて行かれるわけです。そのときにもうちょっと人事で、3県病院の病院長の中で大学に対して最低こういうふうなことの期限はお願いできるというか、そういった権限というか、もうちょっと強い発言力があってもいいんじゃないかと思います。僕たちも、いつの間にかいなくなっていくから、病院局を知りません。そういうこと自体がうまく回っていないようです。それは最近特に、日南病院にいたとき

激しくなりましたね。10何年目にして、そういうことが気になります。お金についてはもう何も言いません。

○稲倉正孝医師会長 県病院の院長に権限がないというのは私たちも感じております。どういふことかといいますと、例えば診療科別に医師の定員があるとか、そういう大きな枠も決めてしまっているものですから、院長が独自の特色を出すことができないわけです。ですから、もう少し人事の面も含めて、シビリアンコントロールじゃなくて、現場の最高責任者である院長に権限を持たせて特色のある病院をつくっていかないと、将来的に患者さんの問題ももちろんあるでしょうし、研修医に魅力的な病院というのをつくることができないだろうと。すべてのものをやり抜くことは今はできないんです。そういう時代じゃないんです。宮崎県病院はどういうところに力を注ぐ、日南病院はどういうところに力を注ぐ、そういったはっきりとしたビジョンのもとに、院長がそういうシステムをつくれるような環境にさせていただかないと、研修医も希望して県病院に行こうと、どういうことを勉強したいから宮崎県病院に行こう、延岡県病院に行こう、そういったようなことを打ち上げていかないと、今のままではなかなか難しいだろうという感じはしております。

○鳥飼委員 お願いをしておきたいと思います。お願いといいますか、実は前期の初年度に地域医療対策の特別委員会をつくって、井上委員が委員長になって、前期の終わりにこの委員会をつくりまして、そしていろいろ話し合いをしました。その中で、歯科口腔の請願がありまして、歯・口腔の健康づくり推進条例をつくったという経緯がございます。今期もそれぞれの各会派から出して、やはり宮崎県は医療の問題が大き

いということでこれをつくろうじゃないかということで、今、議論としては、がん対策条例をつくろうじゃないか、地域医療を守る条例をつくろうじゃないか、そういうふうなことを議論して、その方向性が出ていると思うんですけども、お願いというのは、私ども池ノ上先生と4年ぐらい前いろいろお話をして、医師会の先生方とも話し合いをして、地域医療学講座の必要性、ドクターヘリの必要性、そして西郷病院に行ったら金丸先生からも、まだやることがいっぱいあるじゃないかというような意見も出たんですけども、そういう中で、地域医療学講座をつくろうじゃないかということで会派から議会のほうへ出されて、そしてドクターヘリを言ってきた都城の議員が今度の選挙で落ちたんですけども、ちょっと気の毒なんですけど、そういう経緯もあるわけです。当局とはもちろん話し合いをされるだろうと思うんです。厚生常任委員会というのが常任委員会としてありますが、常任委員会は5つありまして、特別委員会を3つつくっています。これはその3つの中の1つなんです。厚生常任委員会で福祉とか医療の問題をやっているわけです。ぜひ、意見交換を議員とも、大変お忙しいと思うんですけど、やっていただければ、我々としても当局に対していろんな提言もできるということもありますので、お願いということで申し上げておきたいと思えます。

○内村委員長 それでは、意見はないということで終わらせていただきたいんですが、私のほうから一言お礼を申し上げたいと思います。本日はお忙しい中、大変丁寧な御説明をいただきましてありがとうございました。心より厚くお礼申し上げます。先生方のお話とその後の意見交換では、当委員会のテーマであります地域医

療の充実について、医師・看護師不足など厳しい現状を目の当たりにするとともに、医療行政の課題を示していただきました。当委員会の今後の取り組みについて視界が開けたような気がいたします。委員一同、本日お聞きしましたことは今後の委員会活動において十分反映させていきたいと存じます。本日はお忙しい中、当委員会にお越しいただきましてありがとうございます。

暫時休憩いたします。

午後0時8分休憩

午後0時11分再開

○内村委員長 委員会を再開いたします。

前回の委員会において要求いたしましたがんに関する資料について、健康増進課においていただきました。それでは、説明をお願いいたします。

○和田健康増進課長 前回、御要望がございました資料を、ちょっと遅くなりましたけれども、提示させていただきましたので、簡単に御説明申し上げたいと思います。

表紙に医療対策特別委員会追加資料と書いてありまして、1番から5番まで5点の資料をお願いいたしております。

1ページですが、これは県内の市町村別がん検診受診率、平成21年度のものでございます。それぞれのところにグレーで全国と県の平均を掲載しておりますので、ごらんいただければと思います。

めくっていただきまして、2の県内の男女別がん検診受診率であります。先ほどの市町村別受診率の統計をとる際に、男女の人数がわかっておりますので、数値としては公表されておりましたが、計算し直して一覧表としたもので

ございます。これもごらんいただければよろしいかと思ひます。

めくっていただきまして、3の九州各県のがん診療拠点病院の予算関係の状況です。これは、前回もちょっとお話しさせていただきましたけれども、6月27日に西日本新聞が厚生労働省に資料概要をお願いして新聞紙上に載せたものですが、我々もこれ以上のものがございませんで、一応厚生労働省には確認して、交付決定ベースでこの金額で間違いはないというところですので、使わせていただいております。このような状況になっております。

続きまして、4が悪性新生物の75歳未満年齢調整死亡率の計算方法ですが、もう1枚めくっていただいて、5ページを見ていただいたほうがわかりやすいと思ひます。モデル人口は昭和60年の日本の人口を使ひます。5歳未満でこのようになっておりまして、総人口が74歳までで1億1,565万6,000人ということで、これはそれぞれ現在わかっております県の死亡率、10万対の死亡率②に当たります値を入れて人口に掛けると大体何人亡くなるのか出てきます。最終的に全人口1億1,565万6,000人で10万に直すというような計算式を使ひています。基準になる人口が昭和60年の日本の全人口だということになります。

最後が6ページのがん検診受診率の死亡率への寄与度の根拠ということになりますけれども、6ページ、7ページにつきましては、基本計画をつくるときの考え方の文章の抜粋になっておりますけれども、これは後ほど読んでいただければよろしいかと思ひます。

8ページの表が根拠となっておりますので、こちらを簡単に御説明したいと思ひます。一番左が検診の種類で、胃、大腸、肺、乳房、子宮、

肝臓とございますけれども、A1というところに死亡率減少効果、パーセントが書いてあります。これは、今まで研究されてきて、胃がん検診であれば59%の減少効果があると確定している数字でございます。それに対してA2のところは、精度管理が悪いとこの値が少し悪くなるだろうということで、乳房の精度管理は非常にいいということになります。ほかに0.8とか0.7を掛けて、実際の修正された死亡率の減少効果が3つ目のデータで、胃がんが47%、肝臓が29%、このように計算されています。隣のB0、現在の受診率でこのようになっておりますので、受診率をB1の50%あるいはB2の70%にした場合、B1マイナスB0、あるいはB2マイナスB0の分が乗っかってきますので、死亡率の減少効果はB0の受診率よりちょっと——乗っかる分がどれくらいかというのがこれになっております。したがって、実際にがんで亡くなっている患者さんの人数に対して、50%受診したときにどういふふうになるかというのを加重平均していきまして、合計の欄の右から2番目の一番下の8.0%というのが50%受診された場合に確実に達成されるであろう死亡率減少効果ということになります。70%になりますとこれが12.2%です。ただ、検診の効果があらわれるまで恐らく5年のタイムラグはあるのではないかとということで、5年のタイムラグを見込んでこの数字を半分にしたものが50%受診で4%の減少効果ということになっております。

以上で説明を終わらせていただきます。

○内村委員長 説明が終わりました。御意見、質疑などございましたらお願いいたします。

○清山委員 4%、6.1%というのは年齢調整死亡率とは違う数値なんですね。数値としては一緒ですか。

○和田健康増進課長 年齢調整死亡率が例えば70だったら、その4%が下げられるということですよ。

○清山委員 単位としては年齢調整死亡率と同じと考えていいですか。

○和田健康増進課長 年齢調整死亡率に掛け込む場合、その分だけ、例えば年齢調整死亡率が100で4%下がると、調整死亡率は4%下がるということですよ。

○清山委員 肺がん検診に関しては、レントゲン——胸部エックス写真でこれだけ死亡率が下がるデータがあるという理解でよろしいんでしょうか。

○和田健康増進課長 胸部エックス線写真が日本の研究とかで出ている——何例かございますので、胸部エックス線と細胞診を組み合わせたくくりで考えていきたいと思えます。

○内村委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○内村委員長 ないようですので、これで終わりたいと思えます。執行部の皆さん、お疲れさまでした。

暫時休憩いたします。

午後0時19分休憩

午後0時20分再開

○内村委員長 委員会を再開いたします。

まず、協議事項1の県外調査についてですが、調査先との調整など準備に時間が必要なものもありますから、今回、皆様から御意見を伺いたいと思えます。県外調査について何か御意見等ございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○内村委員長 御意見や御要望がないようですので、県外調査先の選定につきましては、正副

委員長に御一任をいただきたいと存じますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○内村委員長 それでは、そのように進めさせていただきます。

次に、協議事項2ですが、県内調査についてであります。資料1及び資料2をごらんください。前回の委員会での御意見をもとに作成しました日程を記載しておりますので、御確認ください。

なお、7月28日の県北調査は、先方の御都合もあり、集合時間が早いんですが、8時30分となっておりますので、よろしく願いいたします。よろしいでしょうか。

現在のところ書記から、途中からの合流も含め、全員御参加との報告を受けておりますが、変更等ございましたら、書記を通じて御連絡のほどよろしく願いいたします。また、調査時の服装については、クールビズでお願いします。

次に、協議事項3の次回委員会についてですが、次回委員会につきましては、2回の県内調査を挟みまして、現在のところ、9月20日の午前10時から行うことを予定しております。

次回委員会での執行部への説明、資料要求については何か御意見や御要望はありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○内村委員長 特にないようですので、次回の委員会の内容につきましては、正副委員長のほうに御一任いただいてよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○内村委員長 では、最後になりますが、協議事項4のその他で何かございませんか。

○星原委員 きょう、いろいろ御意見を聞いたところなんですが、そういう意見を聞いて、この間から出ている我々議員だけ議論する場をど

こかでまた持ってもらいたいなというふうに思います。次にまたどこかに視察に行ったときなんかでも、議員同士の意見もある程度まとめるべきじゃないかなと思いますので、ぜひどこかそういう時間をとってください。

○内村委員長 今、星原委員からそのような意見がありましたけれども、そういうことでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○内村委員長 わかりました。では、そのようにさせていただきます。

ほかに御意見等ございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

ないということですので、以上で本日の委員会を閉会いたします。

午後0時23分閉会