

愛知県医療審議会医療計画部会（平成20年3月14日開催）会議録

（林課長補佐）

お待たせいたしました。出席予定の方で1名、遅れていらっしゃる方がいらっしゃいますが、定刻になりましたので、ただ今から「愛知県医療審議会医療計画部会」を開催いたします。

私、医療福祉計画課の林と申します。議事が始まるまでの間、進行役を務めます。どうぞ、よろしくをお願いします。

はじめに、追加資料と差し替えがございますので確認をさせていただきます。本日、机の上に「配席図」と誠に申し訳ございませんが、資料1-1の差し替えと資料3-1の追加資料を配布いたしました。先に郵送いたしました資料とともに、不足がございましたら、お申し出ください。

次に、定足数の確認をいたします。

この審議会の委員数は10名で、定足数は過半数の6名です。

現在、7名のご出席をいただいておりますので、本日の会議が有効に成立していることをご報告申し上げます。

なお、本日の議題であります「病床整備計画について」及び「診療所の病床設置について」は、事業情報活動に該当する発言も出てくる可能性がありますので非公開とし、それ以外は公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、健康福祉部健康担当局長の五十里局長からごあいさつを申し上げます。

（五十里局長）

本日は、年度末で大変お忙しい中を愛知県医療審議会医療計画部会にご出席いただきましてありがとうございます。

開会にあたりまして、一言ごあいさつを申し上げます。

この計画部会の開催も、本年度は4回目と、例年になく回を重ねて参りました。委員の皆様方には、改めて御礼申し上げます。

本日は、病院、診療所における病床整備計画と前回もご審議いただきました「地域保健医療計画」についてご審議いただきます。

病床整備計画におきましては、各圏域の保健医療福祉推進会議で、検討いただいたものでございます。地域保健医療計画につきましては、来年度予定しております「保健所」等の再編にともなった内容の変更等をご審議いただきます。

詳細は後ほど事務局から説明いたしますので、広く忌憚のないご意見を頂きますようお願いいたします。開会の挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。

（林課長補佐）

本来であれば、ここで出席者のご紹介でございますが、時間の都合がございますので、事前にお配りしております「委員名簿」及び本日お配りしました「配席図」により紹介に代えさせていただきますと思います。

それでは、これから議事に入りたいと思いますが、以後の進行は、妹尾部会長にお願いしたいと思います。

いますので、よろしくお願いいたします。

(妹尾部会長)

座って失礼いたします。本日は、雨の中、定刻にお集まりいただきましてありがとうございます。

年度末ということもあり、今日が今年度最後の医療計画部会であります。どうぞ、よろしくお願いいたします。

限られた時間ではありますが、皆様の活発なご意見により、有意義な会議となりますよう、ご協力をお願いいたします。

では、議題に移る前に議事録の署名者を決定したいと思います。署名者は「愛知県医療審議会運営要領」第4に基づき、会長が2名を指名することとなっております。

本日は、神野委員と玉利委員にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

【承 諾】

(妹尾部会長)

それでは、議題に移りたいと思います。議題「(1)病床整備計画について」と内容が関連しておりますので次の議題「(2)診療所の病床設置について」を一括して審議したいと存じます。

なお、この議題は非公開となっておりますので、報道関係の方は議事終了まで御退席をお願いいたします。

では事務局から説明をお願いします。

(高橋主幹)

それでは、議題1と議題2について、ご説明申し上げます。

お手元資料の内、本日差し替えいたしました資料1-1をご覧ください。

総括表は、各圏域におきます整備可能病床数と今回提出されております病床整備計画を総括的に表にしたものです。表の左から3つ目の(A)欄が基準病床数で、平成18年3月31日に公示した数字です。その隣の(B)欄は平成19年3月31日現在に実際に許可を受けている病床数に、法に定められた補正を行った後の既存病床数です。その隣の(C)欄これが計画承認済病床数となっております。前回の本医療計画部会において承認されました計画病床数でして、つまり(B)欄、(C)欄を足しまして既存病床数というかたちになります。したがって、今回は差し引き数(D)欄のところでございますが、ここに三角の無いところが病床整備可能という数字となっております。

今回、尾張中部医療圏で1病院20床、西三河北部医療圏で1診療所8床、西三河南部医療圏で、2診療所10床、精神病床で1病院計14床の整備計画が提出されております。

それでは、個別の病床整備計画について、ご説明します。資料1-2をご覧ください。

番号1の春日町にあります「五条川リハビリテーション病院」ですが、現在一般病床80床、療養病床54床を、今回、一般病床20床を増床し、結果、一般病床100床、療養病床54床、計154床の病院として、整備するものです。増床理由ですが、当病院はその名のとおり、リハビリテーションに力を入れておりまして、早期回復リハビリテーション病床を増やす計画となっております。なお、増床に当たりましては、20年4月に使用開始の予定となっております。

次に、番号2の豊田市に建設を予定しております「豊田呼吸器クリニック」ですが、一般病床8床の有床診療所を新たに開設するものです。開設理由ですが、睡眠時無呼吸症候群の専門機能を有する診療所の病床が必要としているものです。なお、開設にあたっては、ビルの一部を借り受けるもので、20年7月に着工、20年9月に使用開始の予定となっております。

次に、番号3の安城市にあります「とね耳鼻咽喉科クリニック」ですが、無床診療所に一般病床1床を新たに設けるものです。開設理由ですが、睡眠障害を終夜検査するために、病床が必要ということで計画されているものです。なお、20年5月に使用開始の予定となっております。

次に、番号4の安城市に建設を予定しております「三河乳腺外科」ですが、一般病床9床の有床診療所を新たに開設するものです。開設理由ですが、乳がん治療に特化した診療所として開設するものです。なお、開設にあたっては、敷地は既に確保しており、20年7月に着工、21年4月に使用開始の予定となっております。

次に、精神病床でございます。

番号5の春日井市にあります「医療法人晴和会 あさひが丘ホスピタル」ですが、精神病床148床を、今回、精神病床14床を増床し、結果、精神病床162床の病院として、整備するものです。この病床は認知症に対応したいということをお伺いしております。20年5月には使用開始の予定となっております。

議題1につきましては以上でございます。

続きまして、議題2に移ります。資料2-1をご覧ください。

「資料2-1診療所の病床設置に関する許可の要否について」でございます。先ほど説明いたしました病床整備計画の中にも診療所の病床整備計画がございました。これは平成18年の医療法改正によりまして、病床規制の対象が病院から診療所にも広がったということでございます。その中で、診療所の病床設置につきましては、次の資料2-2にございます「医療法施行規則第1条の14第7項の適用について」ということで、今回一定の要件を整備したのものについては許可が不要、届け出でよいとされたものでございます。その内容につきましては、1の医療法施行規則第1条の14第7項の趣旨についての2つめでございますが、有床診療所の設置について許可を要しない例外は次のとおりとされており、
とありまして、今回出てきておりますのは
の小児医療、周産期医療その他の、地域において特に必要な診療所として医療計画に記載、または記載される見込まれる診療所ということで、周産期医療の診療所でございます。その内容ですか、資料2-1をご覧ください。

今回、産科を予定しております診療所が3件上がってきております。医療圏としては尾張東部1件尾張北部2件の計画があがってきております。尾張東部医療圏のかじうらレディースクリニックでございますが、既設の有床診療所でございます。現在の8床に3床増床して11床にする計画でございます。許可の要否につきましては、不要ということで、先ほど説明いたしました様に許可ではなく届け出でよいということでございます。備考欄にございますように、平成20年7月に既設の診療所に増床を予定しているということでございます。

次に尾張北部医療圏の大林産婦人科医院でございますが、ここにつきましても既設の有床診療所でございます。現在の11床に8床増床して19床の有床診療所にする計画でございます。備考欄にございますように平成21年3月に増床の予定でございます。

次に尾名場尾張北部医療圏の福井産婦人科でございます。こちらは新規の有床診療所でございます。新たに16床の病床を建設し、平成21年3月に開業を予定しております。

以上、議題1、2の説明でございますが、いずれにいたしましても各圏域の保健医療福祉推進会議で適当であるという意見をいただいているものでございます。

どうぞ、ご審議のほどよろしく申し上げます。

(妹尾部会長)

ただいまの事務局の説明について、ご質問がございましたら、ご発言願います。
ございませんか？

(妹尾部会長)

それでは、病床整備計画及び診療所の病床設置については、提出されたすべての計画を適当と認めることとしてよろしいでしょうか。

【異議なしの声】

(妹尾部会長)

どうも、ありがとうございました。

(妹尾部会長)

退席されている方に入室してもらってください。では、次の議題に移りたいと思います。

【報道関係者入室】

(妹尾部会長)

では、次の議題に移りたいと思います。

議題「(3) 愛知県地域保健医療計画について」の説明を事務局からお願いします。

(吉田総括専門員)

はい。医療福祉計画課の吉田と申します。申し訳ございませんが、座って説明いたします。

始めに、資料3-1をご覧ください。第3回計画部会までは主に県計画の各論部分の検討・審議をお願いしてまいりましたが、本日は各論での検討・審議を踏まえ、総論部分での見直し部分についてご審議をお願いします。

ページをめくっていただき、2ページをご覧ください。「計画策定の背景」の箇所ですが、「医師不足により診療制限を余儀なくされている医療機関があること。」「医療機関の連携体制を確立することが課題である。」との記載を加えています。

3ページ上部をご覧ください。「今回の計画の見直し」についての箇所です。「医療法の改正に基づいて、4疾病5事業の医療連携体系図の策定と目標値の設定を行う」ことと「愛知県独自の新規項目として薬局の機能推進対策と健康危機管理対策を加える。」ことについて記載しています。

続きまして、4ページをご覧ください。 の5つ目です。平成20年度より愛知県の地方機関再編

の一環として行われる保健所等の再編について記載しています。

5 ページをご覧ください。計画目標年次を平成 20 年度からの 5 年間とすることを記載しています。次に、大変申し訳ございませんが、本日追加配布しました資料 3 - 1 の追加資料をご覧ください。東三河南部医療圏の区域が市町村合併に伴い、変更されました。

次に、6 ページをご覧ください。ページ上段に基準病床数に変更はございませんが、既存病床数を平成 19 年 9 月末現在の数値に変更しております。

次に 9 ページ「第 3 部第 4 節 保健施設の基盤整備」をご覧ください。保健所等再編に関する修正です。主な修正部分をご説明します。

まず、基本計画といたしまして、「保健所は新型インフルエンザや大規模な食中毒の発生などの健康危機管理事例や自殺・ひきこもりなど複雑化するところの問題などの健康課題に対して、地域保健の広域的・専門的かつ技術的拠点として、迅速かつ的確に対応することができるように機能を強化します。」と修正しました。また、「2 保健所の設置と機能強化」をご覧ください。保健所は現行、12 保健所 9 支所体制ですが、支所の業務を見直し、受付業務に特化した「保健分室」へ改組することを記載しました。以上で総論部分の見直しの説明を終わります。

次に、資料 3 - 2 をご覧ください。資料 3 - 2 は、今回の医療計画の見直しを広く一般県民に広報するために作成した広報用概要版資料になります。主な内容は第 2 回医療計画部会や第 1 回医療審議会での説明資料等を基に改変したものがベースになってございます。

1 ページ目ですが、「見直しの経緯」「県計画の見直し内容」「医療圏計画の見直し内容」「今後の進行管理と見直しの方針」が記載されています。この中で、計画に記載する医療機関名については、関係者と協議を行い、現状を反映できるよう努める予定であります。また参考として策定の経過が記載されていますが、計画は年度内の公示を予定しています。

ページをめくっていただきまして、2 ページをご覧ください。平成 18 年 3 月公示の計画と今回の見直し計画を比較したものでございます。主要な変更項目については矢印で示してあります。

3 ページをご覧ください。4 疾病 5 事業を中心とする見直しの主要項目内容を記載しています。特に主要な目標値について記載しています。

4 ページをご覧ください。今回の見直しの主要なテーマでございます医療連携体系図について「周産期医療」「脳卒中」を例にご説明します。はじめに「周産期医療」です。ページ左に「体系図の解説」を中心に記載し、「目標値」についても記載しています。ページ右は「周産期医療連携体系図」を記載してあります。「解説」「体系図」とも第 1 回医療審議会に頂いたご意見を踏まえまして、県民にとって分かりやすいものにするよう努めました。

5 ページをご覧ください。医療圏計画に記載されている地域の周産期医療機関名を一覧にしたものです。周産期母子医療センター、産科病床を有する病院はもちろん、診療所、助産所に至るまで具体的医療機関名を記載しています。

6 ページをご覧ください。「脳卒中」の医療連携体系図です。「周産期医療」と同様、ページ左に「体系図の解説」を中心に記載し、ページ右は「脳卒中 医療連携体系図」を記載しています。

7 ページをご覧ください。医療圏計画に記載されている脳卒中治療に係る医療機関名の一覧です。「連携機能を有する病院」「急性期治療病院」「回復期リハビリテーション病棟を有する病院」の一覧を記載しています。

なお、県の WEB ページには同様の形式で「がん」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の医療連携体系図を

掲載する予定になっています。

以上、雑駁ではございますが愛知県地域保健医療計画についてご説明いたしました。

(妹尾部会長)

ただいまの事務局の説明について、ご意見、ご質問がございましたら、ご発言願います。

(足立委員)

資料3 - 2の一般向け概要版4ページの体系図の中で体系図の解説には「妊婦」と記載してありますが、体系図には「住民」となっています。ここの用語をもう少し統一された方がいいのではないかと思います。また、6ページの体系図には「県民」と記載されている。このあたりの「県民」、「住民」、「妊婦」といった言葉をもう少し統一したらいかがと思います。その方が分かりやすいと思いますがいかがですか。

(妹尾部会長)

事務局、どうですか。

(吉田総括専門員)

大変申し訳ございませんでした。ご意見はごもっともと思いますし、私どもも「県民」という言葉で統一しておりましたが、訂正もれがございました。申し訳ございませんでした。周産期の「妊婦」さんのところは、今一度検討させていただきたいと思います。

(妹尾部会長)

その他ございますか。

(神野委員)

全体的な話になるかもしれませんが、今日こうして計画を聞いておまして、病院を使うものの立場から考えますと、病床数なりそういったものは計画の中でしっかり進めていると認識しているのですが、例えば救急車で搬送されたときに、なかなか担当医として専門家がない。で、あちらこちらの病院を回らざるを得ないと行った話を聞きます。そうしますと、お医者さんの数と、病床数と勤務の実態とか含めて考えた時に、本当に合致しているのかといった考えで基盤作りをしないと計画が絵に描いた餅になってしまわないかとちょっと心配しているわけです。そのあたりのお考えがあれば少しお話しいただけるとありがたいなと思います。

(妹尾部会長)

事務局いかがですか。

(高橋主幹)

本日、県計画に救急医療につきましては、県内におきます一次、二次、三次と医療機関名を記載しております。ただ、委員ご指摘のとおり現実的な問題として、愛知県はそんなにないと聞いておりま

すが救急車の搬送先が中々見つからないと行ったことが起こっていると聞いております。今後救急医療体制の見直しといった形は、実体的にどういった形になるのかということかと思えます。で、現在医療計画で今やっておりますのは医療提供体制ということで現状を、今病院が持っている力でここまでやれると言うことを今現在記載させていただいております。ただ、今後の問題といたしまして委員今ご指摘の例えば医師不足とかですね、医師の確保といった問題がございまして、一部今後起こるであろうといったことにつきましては、公立病院の改革ガイドラインというものが出まして実体的に見直すといった話が出てきておりますので、その辺を踏まえまして議論をしていきたい。その場合、必要があれば医療計画をまた見直していくということなろうと考えております。

(妹尾部会長)

どうぞ。

(松本委員)

医療計画と救急医療体制について発言させていただきます。

まず、今話に出ました救急医療についてですが、名古屋市では救急はもう破綻状態です。二次救急の輪番が組めなくなってきました。予定どおり組めなくなってきました。既に3次救急病院で二次患者を受けざるをえない状況になっています。その上二次病院での受け入れが更に困難となってきました。ご承知のように朝日新聞に載りましたが、第一日赤さんで月の内14回も今引き受けていただいております。これは、病院協会が当番を組んでおりまして、無理をお願いしてまいりました。第一日赤だけではなくて他の大きな病院でもそうです。かなり、無理をして受けていただいております。もう、ここに至っては受けられないということでもあります。3次と2次を行うことは困難になってきた。もっと言いますと、一次の軽症患者さんが3次の病院に集中するというので、大きな三次病院は破綻している状況です。勤務医は睡眠時間がありません。もう、へとへとです。労働基準法違反です。それが慢性的に続いているといった状況です。しかも、クレマーというかモンスターペイシェントと言われまして、専門医がいないのか、おまえみたいな若造に大事な息子は診せられないすぐ専門医を呼べといった患者の発言もあります。また、二次輪番の病院に補助金をもらっているのだから専門医がいて当たり前だろうと言った発言もあると聞いております。それが、多くなっている。で、診療側がこれではやっていけないとなってきました。で、3次病院は3次患者だけを診るということになります。また、二次輪番を組めないのは、二次輪番病院に医師が不足してきたからです。二次病院は非常に大きな病院もありますし、3次救急をやってもいいくらいの病院もあります。けれども、しかしながら小規模な病院もあります。特に、産科、小児科は小規模な病院も担っていただいている。しかも、医師が高齢な方が多く義務として使命として引き受けていただいている。しかし、高齢と言うこともあり、なかなか協会としてもお願い出来ない状況になっています。さして、新聞に載った現状があります。この4月はなんとか当番が組めましたが、5月からは無理だと思います。

そこで、我々からお願いがあります。3次救急の病院に1次の患者さんに行っていただきたくないんです。二次にも一次の患者さんが余り行っていただきたくないです。あまりと申しましたのは、一次の患者さんはいろいろいらっしやいまして、全ての患者さんを一次医療機関である診療所で全て診ることは無理があると思うからです。当番と言うことになるわけですが、全ての地区に休日診療所がある訳ではなく、夜間診療所があるわけではありません。ですから、この一次を減らすと言うことが

一番の問題です。この問題に悪い影響を与えたのが小児の問題です。小児は医療費の無料化がすすみました。つまり、いつ行ってただということ。で、夜間に押しかけてくるわけ。そして、「専門医はいないのか。」といった患者さんの親からの発言が出てくると言った図式となっております。これを何とかしていただきたい。ただ、医師には医師法で応招義務がありましてお断りできません。誰が責任を取るんだ、賠償金をしっかり取るぞといったことになります。紹介状がなければ診ないということにしていればいいのですが、それが出来るかどうかです。伊勢市と松阪市では市長さんがまあ今のままでは救急医療が破綻してしまう、いや、もう破綻してしまっている、紹介状が無ければ診せんと宣言されたそうです。そうしたら、市民病院の医師が退職することがなくなり、新たに採用も出来たそうです。夜もクレームはなくなったと聞いています。ただ、救急車で横着い患者さんがいらっしゃるの10%程度だと聞いています。名古屋市も愛知県も市長さんが知事さんが紹介状が無ければ3次救急は診せんと宣言をしていただきたい。そうすれば、救急医療の破綻はしばらくは時間が稼げると思います。また、小児の医療費無料についてもお考えいただきたい。私は無料化には原則賛成ですが、救急に関して言えば別に考えて欲しいと思います。無料化は少子化ということで善政とは思いますが、救急に関しては大変お金がかかっていますが、財政支援が長期的に見ればどんどん減ってきています。病院側から見れば医療費が上がらない状況ではもうやっていけないと、二次輪番病院を返上したいといっている病院がほとんどです。使命感でやっておられますというのが現状です。

次に、産婦人科ですが、一度も検診にかからずご出産される妊婦さんがいると、この間もNHKでやっておりましたが、このような妊婦さんは5倍くらいリスクが高い。診たことのない患者さんは医師がしっかり診ないとお産できない。こういった例が、多いということです。拒否するということを不応需といいますが、愛知県は一生懸命やっています不応需率が全体の1.5%となっています。これは、全国的には16.8%、東京都では21%台、この間問題となりました奈良県では40%を超えています。愛知県でもすぐその様になっていくと思います。産科医局入局者も減っていますし、開業されてもお産を扱わない方が増えています。お産を扱っている開業医が高齢化しています。切実な現状を、ペーパーから計画からではなく現実から始めていただきたい。医局入局者が減っています。大半の大学は医局に研究グループが4つグループがあったものが今では、1つだけになってしまった大学もあります。大学に医師が足りなくなっていますから、引き上げてまた病院に送るといったことが困難になっています。私は外科ですが、外科でも医局入局者は限りなく0に近いです。医療計画で申し上げますと、糖尿病では愛知県は指導医が非常に少ないです。10人そこそこではないかと思えます。専門医を取るには指導医が必要です。この現状では専門医が取れないということになります。ですから、計画を立てるときに総合的に、国も一緒にやらないと、全く整合性がとれていません。現実から逃げることなく早急にたてないといけません。それから、今回の計画ですが、病院名がいろいろ載っていますが、ベースとなっている調査が平成16年度調査です。既にお産を取りやめている施設もあります。私ども病院は回復期リハビリテーションの病院に入っていないけれども、既に私どもは、リハビリの療法士が4月から35名になります。いまも30名います。専門医も2名いますので、かなり力を入れております。しかし、16年当時はそれをやっていませんでした。この様に病院名を公表するのであれば、最新のデータに基づき公表していただきたい。毎月毎月の最新のものにしてほしいぐらいだと思います。5年に1度では足りないという意見もあります。

医療は本当に厳しい状況であります。医療計画はこれからこの現実即して、どれだけ人的支援が

あるのか、施設面での支援があるのか、どれだけ予算を出していただけるのかということも含めまして、今回の計画はこれで仕方が無いと思います。時間のない中、よくやっていただいたとは思いますが、次の見直しの時はしっかりやっていただきたいなあと切実に思います。

長くなって申し訳ありませんでした。

それから、計画を立てるときに計画に公表された病院名に不満が多いです。名前を公表するときは基準をはっきりしていただきたい。これがないとなんで俺の所は載ってないんだという話になります。もう、やめてもいいんだなということになります。特にこれは救急に関して顕著です。名前を載せるときはこういう基準だから是非手を挙げてください。競争してください。数の多い方にするなら数、ドクターや医療政策基準をよりたかいレベルで実現したところがやるということであれば、あらかじめ基準をご提示いただきたい。そうしないと、厳しい中ですのでやる気を失ってしまう事になります。やるなら、オープンに進めていただきたいと考えております。

(浜口委員)

今の松本先生のお話で感じたことを少しお話ししたいのですか、救急医療に関して大学の方も危機感を持っております。特に、名古屋市内の救急医療は今年の始めより、最近悪くなっていると感じております。で、例えば日赤で受けきれない患者さんが大学病院に来る状況が生まれてきています。ですから、第一日赤、第二日赤がパンク状態となっているのを感じております。

その中でどうも陰が薄いのが名古屋市立病院なんですね。タックスペイヤーの側としての意見を言えば100億円の市民税を使っているわけですから、もう少し、名古屋市民の救急医療に市民病院が積極的に対応していただく体制を作っていただかないといけないと思うんですね。愛知県からも名古屋市に対してきちっとそういう指導をしていただけないかということこそ是非お願いしたいと思っております。

(神野委員)

私どもとしては、病気になったときに安心して病院に診てもらえる体制、これは贅沢な体制なのかもしませんが、そういうものが医療計画で実行されればいいなと思います。

まあ、松本先生が言われました様に、私もテレビでいろいろ見ていまして、過酷な労働をしているお医者さんのドラマなんかを見ますと、ああいう姿を見ると現実に働いているお医者さんたちの体は大丈夫かと思えます。そこをしっかりとしないと私たちが病気になったときに診てもらえないということに繋がっていきまして、私も、2年前にこの愛知県は医師不足が言われてきていなかったのがそこまで急速に問題となってきたと、そのスピードの速さにすこしばかりしています。2年前は他県に比べて愛知県は大丈夫だと知事も言われた気がしますが、今では松本先生がおっしゃっている状況になってしまっているということなんですね。

それと、医師というのは簡単に育たないということもあるわけですし、計画的な考え方を自治体も持たないと、なかなか計画だけで終わってしまって実行が伴わないと何の意味もないと思っております。

(妹尾部会長)

小児の無料化に関してはやはり保険者に病院の掛かり方を教育してもらわないと困ると思います。診療の現場では患者さんに指導してますけどもね。クレマーなんか増えているし、救急外来でなく夜

間外来と思っているみたいですね。

医療提供体制は医療側も一緒に考えていますけれど、患者教育を是非行ってもらいたい。

(服部委員)

無料化の話はありがとうございます。私も市民ですので無料化は推進すべきだと思いますが、片一方で無料化の中で医療費の3割は行政が残りの7割は保険者でもっているということをご理解いただきたいと思います。

本題にもどりますが、周産期の体系図で質問したいと思います。医師のいない地区があると思います。先だって質問したときは、医師のいない地区が2か所あったかと思いますが、それが1か所に減っているということに関してはご努力されたと思うわけですが、東三河北部医療圏について質問したいと思います。

先だって質問したときは東三河北部医療圏はやむを得ず静岡県にお世話になっているというお話をきいた記憶がございます。ところが、4ページの体系図は東三河は北部南部とも豊橋市民病院かという図になっております。しかし、5ページを見ますと東三河北部は豊橋市民病院の記載がない。また、静岡県にお願いすると行ったことも記載がありません。それは、どちらがいいのか私には分かりませんが、どちらがいいのでしょうかという点についてお考えを伺いたい。私は、感傷的ではありませんけれど、愛知県で生まれ育っているので愛知県でなんとかしたい。さらには、他府県でお困りの方は愛知県にお越しくささいと言いたいという気持ちがございます。東三河北部限定で実情をお聞かせください。この表記に至った経緯なんかをご説明いただけるとありがたいのですが。

(吉田総括専門員)

たいへん重要なご指摘を頂きありがとうございます。東三河北部医療圏につきましては皆様ご案内のとおり残念ながら医療資源の乏しい圏域でございます。中でも周産期の体制は決して十分といえるものではございませんが、そうした中でも、新城市民病院、荻野先生が妊婦さんの健診まではやっていただいております。出産は豊川市民病院、豊橋市民病院で行っていただけると言うことでございます。もちろん、けっして好ましい事ではございませんが、周産期に限らず、脳卒中でも隣接の静岡県の聖隷三方原病院といった大きな病院でお世話になることも現実にございまして、愛知県としましても静岡県まで出向きまして、脳卒中の体系図には県を超えて静岡県の病院を記載しているところがございます。

確かに、県民の皆様には不安を与えてはいけませんので5ページの東三河北部医療圏の欄には豊橋市民病院を記載したいと思います。

(長谷川主幹)

引き続きお答えしたいと思います。5ページに豊橋市民病院が記載されていない点につきましては記入させていただきます。

また、静岡県にかなり患者が流れているのではないかとご指摘ですが、東三河の患者が流れているのは事実ですが、それ以外に、岐阜県、三重県、静岡県の近隣から愛知県に受け入れている患者数はそれを上回っている状況です。県境に近い病院についてはそれぞれの県との連携も今後進めて参りたいと思います。

(足立委員)

少し前の新聞に載っていたのですが、近隣の岐阜とか三重とか静岡とかと話し合いをするといった記事を読んだのですか、あれはこれから進めていくということですね。

(長谷川主幹)

東三河からやはり不安だとお話がありまして、私どもとしては東三河だけでなく全県として、岐阜県三重県とも話し合いを進めて参りたいと考えております。

(浜口委員)

今の医療圏の問題と被ってくるのですが、人材育成という点から考えますと、愛知県、名古屋大学は静岡県の西部、岐阜県の中部、中央線沿線、桑名から北は実はほとんど名古屋大学が人材を送っております。その病院から重症患者は愛知県の病院に送られております。それで、先ほどなぜ静岡県かというお話があったわけですが、静岡県での病院で人材育成が非常に進んでおりましたからです。先ほどの聖隷三方原というすばらしい病院があると、それならばその病院の力量は評価すべきであると思います。高いレベルの医療を提供しておりますのでその医療の必要な患者はそこへ送るべきであると思います。

県を超えた連携は、大学レベルではスタートしておりまして、例えば、がん専門医につきましては、浜松医大や岐阜大学と連携して人材育成のシステムを今作っているところであります。今後、教育の現場ではそういった形がどんどん出てくると考えております。でそれをまた政策に反映していただくことを是非お願いしたいと思っております。

(妹尾部会長)

東京都は医療計画に載ってなくても医療機能を持つ病院があるということにしていたけれど、愛知県ではどうですか。

(高橋主幹)

現在、計画に出しております病院名につきましては、一部19年度に追加調査をしましてここに載せているとお断りいたしまして、今後の掲載方法についてどのように更新していくのか、または今部会長のお訪ねの件は診療報酬で医療計画に載らないと算定できないものがあるということで、国が方針を出して参りました。東京都は医療計画には医療機関名を出しておりませんが、それを補完する意味で医療情報公開制度の中で同等の評価を受けたものを医療計画に載せたものと同様に扱おうという形で整理しております。愛知県の場合は、それを含めた形で今医療機関名を出しておりますので、原則は医療計画に載るということになろうかと思っております。ただ、情報公開制度の中で今後同じようなデータが取れることになっておりますので、これによって最低1年に1回は見直していきたいというふうに思っております。それによって医療計画を変更し載せる形で整理していきたいというふうに考えております。

前のご質問に戻りますが、体系図の中で「住民」「県民」といった用語を統一されていないという点がございまして、「県民」という形で訂正していくことになろうかと思っておりますので、この件につきましては妹尾部会長のほうに一任いただきまして、調整させていただいて修正するという形でよろしく

お願いしたいと思います。また、計画そのものではございませんが公表資料の中に先ほどご指摘のハイリスクの周産期施設について一部記載が空白になっている、不明確だということにつきましては、()書きで、このハイリスクの病院を書いていきたいと思いますのでよろしくお願いします。

(松本委員)

非常に小さい医療圏がございます。東三河北部と尾張中部ですね。これを見ると非常にアンバランスなので、すぐには無理だと思いますが、医療圏もいろいろな問題がございますので、特に4疾病5事業となりますと医療圏は再考していく必要があるのではないかと思います。

(妹尾部会長)

医療計画は名古屋市も入れて愛知県全体で考えていかないとだめでしょう。

(神野委員)

少し雑談になるのですが、一方では一宮市の病院が、閉鎖になるとか、第3セクターに移管するとかいった話を聞くと病院の経営そのものが非常に厳しいと我々は取るわけですよ。それを本当にどうするんだということを考えていかないと、どんどん減ってしまうのではないかと心配しているわけです。

(松本委員)

間違いなく厳しいです。たぶん、市民病院であるとか、公的病院でも厳しいところは多いですし、民間でも非常に厳しい。厳しい理由は二つありまして、一番は財政的に厳しい。もう一つは人が集まらない。こうしていろんな疾病に分かれて出てきますと、専門家がほとんど集まりませんので、これからどうするか疾患ごとにもう少しきめ細かく考えていかないとある地域ではある、まあ数が珍しい疾患、難病あるいは難しい高度な医療が必要なものについては広域で考えればいいんですが、一般的な疾患については、計画を考えないといけないと思います。おっしゃるとおりだと思います。まあ、病院は非常に疲弊しております。

(妹尾部会長)

浜口先生、今救命救急の専門医師というのは全国で年間何人ぐらいできますか。

(浜口委員)

ほとんどいないと思います。うちの大学なんかでもICUのスタッフはどんどん高齢化しておりまして、それをいかに止めるかを必死になっているのが現状でして、スタッフは増えないんです。

(妹尾部会長)

全国で50人くらいですか。

(浜口委員)

それくらいです。

月に10日も36時間働きどおしでやっていたら、これはやれないですよ。実際、この勤務の状況をたとえば、普通のトラックの運転手が北海道まで24時間かかって運荷物を運び、往復して帰ってきてスクールバスを運転したら、この勤務を社会は糾弾しますよ。しかし、病院の医師は現実これを強いられた勤務をしている訳です。36時間連続勤務なんて当たり前じゃってらるんですね。

OECD（経済協力開発機構）で比較しますと、特に日本の20代から30代の若手の医師は勤務時間がOECDの平均の倍ですよ。で、給与はずっと低いです。何が問題か見ていただくと簡単なことなんです。医療費総抑制と医師数の抑制、この2つなんです。総抑制をやっていて、結局、人も財政も増えないから現場は荒れるばかりなのです。我々の試算でいきますと、医師数は14万人足りません。特に愛知、岐阜、三重は全国平均よりさらにが低いです。この現実是我々の力ではどうしようもないんです。おそらく、公的な病院は2、3年のうちに非常に厳しい状態になってきます。そこをしのぎきれぬかどうかなんです。国の政策が変わるのを待っているわけです。

（妹尾部会長）

大学病院を含めて高度救命を行う病院が全国でたくさんあるのに、全国で50人程度の専門医が足りないとなると、大学病院でさえ、高度救命はできなくなります。

（浜口委員）

もう少し、リアルなお話をさせていただくと、例えば循環器内科を例にします。我々が卒業した頃、20年前ですと、心筋梗塞の患者さんがいらっしゃれば痛み止めの点滴をして様子を見るしかなかったのですね。それぐらいしか、治療が無かった。だから、循環器内科の専門医は病院の中で1人いればなんとかなっていたんです。しかし、現在ではすぐに、心カテをしなければならぬ。1人の心カテが必要な重症患者がいらっしゃったら専門医が3人必要なんですね。一人の専門医は24時間働くとするれば3日に2日は休ませたい。すると最低でも1病院に9人の専門医が必要となるわけです。

それだけ、医療の専門化が進んでいる訳なんです。ところが、国はそのところを、現実のデータを見ていないんですね。昔と同じレベルの医療であれば医師は十分足りていると思いますが、先端的な医療はどんどん進んでいる訳なんです。日本の患者さんたちは、アメリカでは5%位の患者さんしか受けていない先端的な医療を普通の保険適応で提供して欲しいと要望しているわけなんです。

このギャップが今全然埋まらない状況にあるわけです。それを埋めるためにはやはりコストをかけないといけないのですね。コストをかけないのであれば、医療レベルを下げなければいけない。こんなリアルな現実到我々は今直面しているわけです。

（妹尾部会長）

医師も看護師も今以上に必要です。

（松本委員）

もう1つ言わせていただきますと、人がいない中で無理をして診療を行っていますので医療事故は減りません。どんなに頑張っても、これは、システムエラーです。それを、病院や医師個人を処罰の対象としています。これは、間違いです。医師はリスクの高いことをしなくなります。絶対にしなくなります。モラルも崩壊します。医師は逮捕されますから。これは何ともなりません。医療の救急現

場取材していた方が、24時間密着しながら、その方とお話ししたら、こんなに大変なものかと言って取材していました。でも、実は取材者も大変なんです。自分たちは仕事が大変だと言ったら首を切られます。先生たちは手が後ろに回りますが、我々は解雇です。と言っておりました。本当に厳しい現状をご理解ください。医師、看護師ともに少ない中で頑張っています。

(妹尾部会長)

じゃあ、そろそろ意見も出尽くしたということによろしいですか。
事務局はいかがですか。

(五十里局長)

いろいろ現場のご意見をいただきまして、ありがとうございました。私ども、あるいは国もまだまだ十分ではございませんが、先ほどの無過失保障制度もまず始めてそれから書き足してくれと言った要望を国に出していこうとしておりますし、これから公立病院の改革、これは総務省サイドはいろいろ経営の効率化とか経営形態の見直しとか、経営問題を何とかしろといった観点から言っておるわけですが、我々サイドとしてはこの中の再編・ネットワーク化というところに注目いたしまして、地域で検討していこうとしております。私どもとしましては、医療計画と整合性を図りながら検討する場を設け、この3月末に開こうと考えております。

今は、総合病院であった病院がいつのまにか総合病院でなくなってきたということが起きておまして、病院ごとに特化を始めようとしております。そうなりますと、総合病院を目指していた病院が連携しないと出来なくなってくる時代が予想されます。患者側から見ますと、距離的には遠くなりますがよい医療を受けることが保障されるといったことになります。そういった組み替えがこれから必要となっていくと思います。その中に県が入っていくことはなかなか難しいことではありますが、4大学、関係機関の皆様方からご意見を頂きながら、なんとか進めていこうと考えております。

なんといっても地域医療を守るという観点を中心に考えておりますし、先程来ご指摘のあった「正しい救急のかかりかた」といった県民への啓発もやっていこうと考えております。来年度は更に厳しい状況になると覚悟を決めておりますので、どうぞご協力のほどをお願いします。

(妹尾部会長)

県はリーダーシップを発揮して欲しいです。
それでは、本日の医療計画部会はこれで終了します。ありがとうございました。

(林課長補佐)

すいません。本日の会議録につきましては、会議冒頭で部会長が指名いたしましたお二人の署名者に後日御署名をいただく前に、発言者の方にテープから起こしました発言内容を確認していただくことにしておりますので、事務局から依頼がありましたら御協力いただきますようよろしくお願いします。