

第 69 回奈良県医療審議会 議事録

日時:令和 5 年 10 月 31 日(火)

14 時 00 分～16 時 00 分

場所:オンライン開催

出席委員:別紙名簿のとおり

欠席委員:辻本委員、後岡委員

事務局(塚本地域医療連携課課長補佐。以下「塚本補佐」):

定刻となりましたので、ただ今から「第 69 回奈良県医療審議会」を開催します。委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の審議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

本審議会の委員数は 17 名で、本日は 15 名の委員のご出席をいただいておりますので、奈良県医療審議会組織運営規程第 5 条第 2 項の規定に基づき、本日の会議が成立していることをご報告申し上げます。

開催にあたりまして、筒井医療政策局長からご挨拶申し上げます。

事務局(筒井医療政策局長。以下「筒井局長」):

奈良県医療政策局長の筒井でございます。

本日はお忙しい中、本審議会にご出席賜りありがとうございます。また、皆様方には、多様な分野で県政にお力添えを賜り、併せてお礼申し上げます。ありがとうございます。

本審議会では、第 8 次奈良県保健医療計画についてご協議いただきます。皆様から貴重な意見を賜って、内容を充実させていきたいと思っておりますので、本日はどうぞよろしくお願いいたします。

事務局(塚本補佐):

ありがとうございました。

本日、ご出席の委員の紹介、ならびに欠席の委員は委員名簿をもって代えさせていただき、この度、新たに委員となられた方のみをご紹介します。

こちらで名簿に沿ってお名前を読み上げますので、その後に一言お願いいたします。

奈良県議会厚生委員会委員長の川口委員でございます。

<川口委員挨拶>

奈良県歯科医師会副会長の南島委員でございます。

<南島委員挨拶>

それでは、議事に入る前に、本日の資料の確認をお願いします。

会議資料について、資料 1 及び参考資料 1 は、事前に皆様へメールで送付しております。また、別冊資料につきましては、郵送等により事前に送付しております。

資料の内容は次第に記載しているとおりとなります。お手元に届いていない資料がありましたら、お知らせください。

また、本会議は「審議会等の会議の公開に関する指針」により公開しており、報道機関等の取材及び傍聴をお受けする形で開催しております。傍聴される方、報道機関の方には本会議の内容を YouTube にてライブ配信しておりますので、ご了承ください。YouTube にて傍聴される方は、録音・録画はご遠慮ください。

それでは、議事次第に従いましてご審議をお願いします。以後の進行は、奈良県医療審議会議事運営規程第 3 条の規定に基づき、当審議会の会長である細井会長をお願いいたします。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

それでは、議事に入ります。まず初めに、事務局から報告がありましたとおり、本日は委員の過半数のご出席をいただいております、会議が成立していることをあらためて宣言いたします。

続いて、本日の議事録署名人を指名いたします。南委員と堀内委員をお願いしたいと存じます。お手数ですがよろしくをお願いいたします。

<了承>

それでは、議事 1 に入りたいと思います。「議事 1 第 8 次奈良県保健医療計画について」を事務局から説明をお願いします。

事務局（馬場地域医療連携課長（以下「馬場課長」）、金井医師・看護師確保対策室長（以下「金井室長」））：

<資料 1 説明>

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございました。ただいま事務局から説明があった内容、また事前に共有させていただいておりました内容について、ご質問・ご意見はございませんか。多くの報告がありましたので、先生方それぞれの専門分野についてご意見があると思いますが、いかがですか。

青山委員（奈良県病院協会会長）：

まずは医療従事者の問題に関する質問です。医師確保の資料（24 ページ）右側の「取り組むべき施策」の 2 番目と 3 番目、特に 3 番目の「幅広い診療能力を持った医師の養成」について書かれているところです。これは、すごく大切なことですが、現在の日本では専門医制度がかなり細かく分かれていますので、これに引っ張られて、総合診療医のような、様々な疾患を診ることができる医師というのは非常に少なくなる傾向にあると思います。この問題をどうやって解決していくのか、県では何か目標や方法を検討されているのでしょうか。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局、お答えください。

事務局（金井室長）：

「幅広い診療能力を持った医師の養成」については、資料に記載のとおり、修学資金制度で養成する診療科目の中に、総合診療科や救急科、それから総合内科を入れて、医師の養成を図っているところです。また県立医大等と協力し、幅広い診療能力を持った医師の養成に向けたキャリア形成プログラムを運用しています。そして、総合診療研修期間のプログラム責任者の医師の先生方とも協力しまして、魅力ある診療体制の構築、県内外への PR を行って総合診療科の専門医の養成を図っております。これまで、このような事業を行っており、これからも引き続き推進を図っていきたいと考えています。

青山委員（奈良県病院協会会長）：

ありがとうございます。ただ、今の説明ですと、先生方に任せきりという形になるわけです。先生方は専門医の試験を通るために、かなり勉強しなければならず、また専門医を維持していくことにも時間が取られます。そのため、総合診療医のようなことができる先生を養成するというのは簡単ではありません。

ご存知だと思いますけども、奈良県で救急救命センターができたときに、若い先生方にこのセンターにかなり来ていただきました。約 10 年間で 300 人ぐらいの先生方に来ていただき、6 か月から 1 年ぐらい在籍していただいたのですが、その中でこのセンターでのいろんな疾患を体験していただいたことはすごく大きく、その後の医療の中でも役立ったという話をよく聞きます。そのような何か新しい取組を考えないと、先ほどの県の説明のように、先生方への対応で行っていく、しかも少し費用を出していくという形では、残念ながら、そのような能力をもった先生方は増加、増員していただけないと思います。

なぜこのようなことを言うかということ、現在、夜間の救急等で先生方に当直していただいておりますが、昔ですと外科系ならば、例えば、消化器外科や脳外科や整形外科の先生でも、外科一般はある程度診てくれました。しかし、現在は専門化が進み、自分で診られないところがたくさん出てきているのが実情だと思います。先生方に幅広く診ていただけるような形を取るといっても、そう簡単にはいかないと思います。もう少し現状に則して考えていただきたいと思います。

どこの病院でも外科と内科で当直していますけども、内科の先生で全部診られるかということそうではなく、診られない場合も多いです。自分の専門だったら、例えば心臓は診られるけれども、消化器は診られないとか、そういうのが実情です。しっかりと現状を見ていただいて、考えていただきたいと思います。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局、どうぞお答えください。

事務局（金井室長）：

医療の高度化や専門医志向ということもありまして、専門分化が進展していく中で、青山委員がおっしゃられたように、総合的な勉強ができる時間も含めて、幅広く診る医師の養成が必要と

のご意見を賜ったと考えております。それにつきましては、また色々ご教示いただいて、幅広い診療能力を持った医師の養成について研究していきたいと考えております。

青山委員（奈良県病院協会会長）：

よろしく申し上げます。

事務局（筒井局長）：

特効薬・即効薬はないと思いますので、現場の実態を踏まえて、こんなことをしてみたらどうか、といったヒントをご教示いただければ、我々も色々考えることができますので、皆さまよろしく申し上げます。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

この問題は、まず国でどういう議論がされているのかだと思います。どういう医師像を想定されているのか。

例えば、それぞれの専門性があって、その専門分野において極めて優れているところを100点だとします。そして全ては無理としても、例えば内科で5つの専門があったときに、それぞれの専門の先生は循環器も呼吸器も消化器も、それぞれ1人であれば100点となります。そうすると5つの内科の科について、1人で100点を5つ取る人を想定し、そういう人を養成しようしているのか。それとも、40点ぐらいの人が5つの科をカバーする、つまり、とがった医師ではなくて、低い台形のような医師を想定されているのかどうかだと思います。

また、世の中がそれを認めるのであればということにもなります。問題は、患者さんは最高の医療を受けたいと思い病院等に来るわけですので、医師が、その5つの科を平均的に40点で診ることはできるということ、許してくれるのかどうかということです。これは医療訴訟にもつながる話になってきます。

これらのことをきっちりと捉えないと、今言われたように500点満点の医師を養成しようとしているように聞こえてしまうというのが1つの問題点であって、これは1人の人間ではできないことです。しかし、この資料の文字だけを読むと、そのように受け取れます。何か奨学金というお金を出せばそういう人物ができ上がるかのように受け取れるというのは、青山先生の根本的な指摘ではないのかなと思いました。

そこで、それができないのであれば40点だけど5つの科をカバーする人、それだけでも200点になりますから、普通の実力の倍ですけども、そういうことを可能にする方法を考える必要があるのではないかと考えています。1人の人にいくらお金をかけてもそれは不可能なことは、もう明らかですから、では、どうするのかというところが重要です。例えば、1人でできなければ3人でやるとか、5人でやるとか、そういうスキームも作らないと無理なのではないかと考えています。この辺りはいかがですか。

青山委員（奈良県病院協会会長）：

まさにそのとおりです。現在、一番お願いしたいのは当直帯です。やはり現在の状態ですと、ただ問い合わせが来ただけで、自分の専門でなければ、例えば、消化器外科で胃が専門の先生だったら、胃の関係だったら診るけど、腸だったらもうお手上げだとか、肺だったらもうダメだと

か、こういう形になっていくのが一番の問題です。

専門医の先生方は非常に狭いところで深く勉強していきますけども、広く知識を広げていただけるという形がないですから、細井会長が言われたように 100 点は必要ないですけども、救急医療をやっているときには、やはり個々の診療科についての知識は 30 点から 40 点ぐらいあったら、もうそれで、これはこの専門の先生に診てもらった方がいいね、ということが分かり、その先生につないで診てもらえることができる。そのような判断ができる先生をどう養成するか、というのがまずこの問題の根本であると思います。

100 点はいりません、30 点か 40 点ぐらいあったらよいということで、それだけ見識の広い見方をするような先生方を育ててほしいです。総合診療医の先生方は全て最初から、深くなくても幅広い患者を診ていただいていますけども、最初のスタートはそれでいいと思います。我々一般病院として、夜間で診てもらえる先生は非常に大切ですので、そのような先生方の教育をやって欲しいというのが実情です。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございました。何か他の話題、項目についてありませんか。

南委員（奈良県精神科病院協会会長）：

青山委員の意見にはとても賛成です。私も施設を 3 つ運営しておりますが、先日、ある利用者さんに突然意識障害が起きて、近くの某公的病院に入院受入依頼をしました。その病院から「今日は脳外科の先生が当直しておりませんので意識障害は診られません」と断られました。そして、「脳外科の医師が本日当直している病院は、かなり離れたところですがそこに行ってください」という感じで、症状によって、その施設から直接、専門医を受診するように促されるというのが奈良県の実態です。まずは近くの病院に行き、トリアージをしてそこから次の脳外科や整形外科等に行くという形にできたら効率がいいと思っております。

意識障害といっても全て脳外科が対応すべき脳内出血や脳梗塞だけではなくて、栄養失調でも意識障害が起こりますし、精神科の病気でも意識障害に見えるような症状になりますので、一旦、近くの救急病院が受け、必要であれば専門医に搬送するという流れにした方が、逆に先生方は専門にとらわれず、一旦は診ようかという気持ちになって、総合医への興味も出てくるのではないかと思います。

青山委員がおっしゃったように、専門外に手を出してトラブルを起こしたら医療訴訟につながるということで、今の先生方はかなり萎縮した気持ちで診療をされていると思います。医者立場に立ってストレスを減らして、いろいろな科の患者さんを診るというように、体制を整えていただいたら、先生方が総合医になろうという気持ちになると思います。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局いかがですか。体制を整えるべしという話ですが、県からどのような体制を整えるという案が出ますか。

事務局（馬場課長）：

救急の医療提供体制についてのご意見かと思っております。一次、二次、三次と救急医療体制は構築

していますが、その運用の中で、できるだけ迅速にとのことご意見と申します。これに対しては、ER型の救急体制でも活躍していただけたらと思っています。昔と比べると、しっかりとした救急医療体制を構築できていると思いますし、その旨を計画にも記載しています。ただ、記載して終わりというわけではないと考えています。救急の各種の指標は、全国1位ではなく、全国の中ほどであったり、救急の搬送時間というのも少し遅くなったりという部分もありますので、貴重なご意見いただきながら、計画を定めて終わりというわけではなく、改善を繰り返していきたい、検討・研究を進めていきたいと思っています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございました。他に何かご意見ありませんか。

青山委員（奈良県病院協会会長）：

4ページの第3章に基準病床数が書かれてあり、その説明のところに、「開設や増床の許可を与えないことができる」と書いてあります。病床数が空いている地域は、手を上げればある程度の病床数がもらえるということだと思のですが、この「与えないことができる」ということは、逆に与えることもあるということでしょうか。

また、民間医療機関は「勧告」という記載があります。この勧告という意味は、どのように捉えたらいいのでしょうか。民間においても、ダメですよという形で勧告をするという意味でしょうか。そのあたりを教えていただきたいと思っています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局、どうぞお答えください。

事務局（馬場課長）：

まず制度の概要をご説明させていただきますと、基準病床数というのが、今回計画で定める数値でございます。また地域医療構想の必要病床数についても、同じような制度が医療法上定められています。

これらの制度の前提として、公立病院と民間病院では制度が異なるとうことがございます。公立病院でいいますと、既存病床数を超えている状況の医療圏、現時点の奈良県でいえば5つの医療圏が全てその状況でして、この場合には病床数をこれだけ増やしたいという申請が仮に上がってくるとすれば、知事として許可を与えないことができるということが規定されています。

法律の書き方にもよりますが、「与えない」とはなっておらず「与えないことができる」と規定してありまして、これが理解しにくい表現ということだと思います。このような規定は、法律ではよく行われます。基本的に制度としては、与えないもの、ということで構築されていますけれども、単に法律で権限を一律に決めるのではなく、権限を持つ都道府県知事に一定の裁量を与えるという法律の趣旨です。これがこの規定の趣旨であると思っています。基本的には制度の趣旨として、与えないものとして構築されているという理解でございます。

もう一点のご質問についてです。民間医療機関には「勧告」と規定されており、これはどのような違いがあるかということですが。勧告の意味を、誤解を恐れず言えば、行政が行う「お願い」です。従わなかったときに、法的な義務が生じるものではないとの認識ですので、この勧告を無

視して申請がなされるということはありません。そこは法律の趣旨を汲んでいただいて、民間病院にご理解いただくというのが行政の立場と想っています。公的な病院と、民間のいわゆる経営も考えなければならない病院では状況が異なりますので、法制度が一部違うように構成されています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

青山委員、よろしいですか。

青山委員（奈良県病院協会会長）：

ありがとうございました。もう1つ。現在少子化がすごく進んでいますし、高齢化も進んでいますけども、やはり人口減が厳然たるものとして、将来もどんどん進んでいくと思います。現在の必要病床数の規定というのは2025年問題を境として行われているわけですけども、2025年問題というのに対しても、すでに予想以上の人口減が出てきているのではないかと思います。しかも2030年ぐらいまで高齢化率は増えていくと思いますけども、その中で現在の必要病床数を変更するというのはいりえないでしょうか。もうこれで2025年までは決定されたということでしょうか。2025年を過ぎれば、また別のことを考えていくということでしょうか。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局、どうぞお答えください。

事務局（馬場課長）：

資料の5ページを確認いただきながら話を聞いていただければと思います。現計画で、つまり本年度の3月31日までは全ての保健医療圏の既存病床が基準病床数よりも多い状況なので、先ほど申し上げたとおり、新たな病床の整備は無理という状況です。この基準病床数が、患者数の増などいろんな理由があり、少し上がるというのが、次期計画、つまり4月1日以降の部分でございます。

中ほど3つのグラフを並べた3パターンを見ていただいて、県としましては基準病床数の制度と地域医療構想の必要病床数の制度は、基本的に同じように上限規制となると考えていますので、いずれも満たさないもの、今回でいえば1番左の西和医療圏について、必要病床数との差分について、追加整備が制度上できるような状況に至ったという整理です。

少し曖昧な言い方になりますが、絶対に整備しなければならないというものではないと考えています。なぜなら現在、地域の病院の方々によって、円滑に病床を運営していただいております。コロナ禍の特殊な場合を除いて、これまで入院できないというような状況にはなかったと思っています。

ただ、今後ずっとこの数値なのかといえば、そうではないと思っています。なぜかと言いますと、基準病床と必要病床の両方を比べてという話をしていますが、必要病床につきましては2025年の推計値でございます。今まさに国で2040年なのか2035年なのか、はたまた2030年なのかということも含めて議論されているところでございまして、近々、次の必要病床の考え方が示されると考えています。その計算時には必要病床数の数値も変わってくると思いますので、他の4つの医療圏についても西和医療圏と同じような状況になるかもしれません。そうなれば、その

時の状況を踏まえて県と病院の方々と、また、病院協会様も含めしっかり協議させていただきたいと考えています。来年ぐらいから、検討を始めなければならないと思っていますので、その際にご協力、ご理解をお願いします。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

青山委員よろしいですか。

青山委員（奈良県病院協会会長）：

はい、ありがとうございました。よろしく願いいたします。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ほか、何かありませんか。

藪内委員（全国健康保険協会奈良県支部支部長）：

今の話にも絡んでくるのですが、基準病床や必要病床については、おそらくコロナ前の基準で考えられた数字だと思います。新型コロナが起きてから、病床が足りない、医療従事者が足りないという中で、もう3～4年も時間が経っており、次の見直しは2025年となっていて、それは国の方針としては分かるのですが、あまりに動きが遅すぎる。そこは県もしっかりと独自性を出すなり、国にもしっかりもの申すなりで、早めに見直しをするということも考えていかないと、何年の計画だから次の改定時に間に合わせればよいということではなく、医療は人命がかかっていますから、しっかりと対応していかないといけないのかなと思います。これは国全体の問題なので、県の責任というよりは、国に対してもっときつく言っていけないと思っています。

感染症についても、資料21ページに感染症の対策ということで、元々感染症に対して病床数が足りない、医療従事者も足りないという中で、公的病院だけではいけないので、民間も含めて事前に医療措置の協定を結んで確保するようなことが書いてありますが、民間病院は、空き病床を用意しておくということになれば、経営上の問題も発生するでしょうし、その辺りは、経営が成り立つ方法も合わせて考えていかないといけないと思います。

これは医師の数の確保にも同様のことが言えると思いますが、そのような緊急時に合わせて医療従事者を確保するということになれば、平時の人件費としてもかかってくるわけで、その人件費も合わせて成り立つ医療制度というのを本当に真剣に考えていかないと、医師ばかりに負担がかかって、立ち行かないことになるのかなと思っています。

医師の偏在というのも厚労省が出しているのは相対的な評価として医師が多数の県だとなっていますが、相対的なものではなくて、絶対的に足りているのかどうか問題であって、全国的に相対的な基準で奈良県は医師多数だと言われても、それがどうなのかという話です。そもそも足りないのだったら、もっとたくさんの医師を養成することを真剣に考えていかないといけません。医師の成り手というのは、医師になるのには勉強も必要ですが、それ以前にお金がたくさんかかります。教育にも、例えば公立の医大に入ろうとすれば、それまでの教育費がものすごくかかるわけです。もしくは、語弊があってもいけないのですが、私立の医大に行かれるとしても、行くときにはそれなりにお金かかるので、現実的には開業医さんや本当に高給取りのご子息・ご

子女ぐらいしか行けないということになってきます。これ自体をしっかり見直していかないといけないと思います。医師になって公的病院に勤められていると、私立病院もそうでしょうけど、勤務医さんについては非常に処遇が良くないのだらうと思います。一般的な給与ということ言えば良いのだらうと思いますけど、ただ医師になるためのステップや、大変なお仕事されており、しかも高度なお仕事されているということからいえば、おそらく処遇はそんなに良くないのだらうなと思ってまして、そんなことを全般的に考えると、本当にこれから医師をしっかり確保できるのかどうか、これは看護師さんも介護士さんも含めてですけど、もっと処遇をよくしてあげないと、なり手もないし、なられても、体が持たない、働き方改革だけでは、そこはダメなのだと思えます。

これはへき地医療のことも含めて、へき地の病院はそんなに儲からないのだから民間では誰も作るわけがないわけですから、公的病院から行っていただくしかないのですが、ただそれは都市部にある公的病院にいるのと給料が変わりません、ということではまた誰も行かないということになります。本当に全体的に処遇、それから医師のなり方、医師になってからのどういう風に処遇していくかということも含めて、全体で考えていかないと持たないのではないかと考えております。県だけではなかなか解決できない問題だと思いますので、そのあたりは国にしっかりと意見して、全体の制度というのをもう 1 回作り直すということぐらいを考えていかないといけないのかなと思っています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

何か県の方からコメントありますか。

事務局（馬場課長）：

藪内委員のおっしゃるとおり、誤解を恐れず言えば、個人的には同感でございます。ただ、行政の立場からは法律上の制度を無視して奈良県だけが独自に行うことができないのも実際のところ。病床数の関係が臨機応変ではないのではないかとという点でいえば、そのような状況下でも、新型コロナ対応で多くの病院の方々また医療従事者の方々に大変なご尽力いただいたというのは県としてもしっかりと認識しています。ただそれだけを持って、この病床数の考え方を、奈良県だけが違う制度にすることもできません。一般的に言って、地域の現状を踏まえた地方の実情というものを、国に申し上げていくというような作業は、今後もしっかりとしていきたいと思っています。

なお、参考までですが、奈良県には国の政策立案等にも関わっていただいている先生方がいらっしゃいますので、他府県に比べれば国の考え方をしっかりと認識をできているのではないかと考えています。病床数の関係、協定の関係、医師確保の関係につきまして、貴重なご意見賜りましたので、繰り返しになりますけれども、計画を書いたら終わりというわけではなく、中身をしっかりと充実させられるように、また来たるべく変更の波にしっかりと乗れるように、県職員として邁進してまいりたいと考えているところでございます。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございました。南先生どうぞ。

南委員（奈良県精神科病院協会会長）：

4 ページの第 3 章保健医療圏と基準病床数の話ですけれども、今、一般病床と療養病床は数字が明確に、10,331 床と 3,421 床となっていますが、精神病床は、現計画が 2,200 床で、今回は 2,372 ～2,423 床と幅を持たせた表現になっています。これは、どこかの数字に固定させるのでしょうか。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局、どうぞ。

事務局（小島疾病対策課長。以下「小島課長」）：

精神病床は、国から示された基準式で計算し、資料に記載のとおり 2,372～2,423 床と幅を持った形で国から提示されています。県ではこの中の値で、1 つ固定するつもりでおりますが、どの値にするかは検証中で、1 番上にするのがいいのか、中間にするのがいいのか、その辺りを整理しているところでございます。追ってまた確定した数字を提示したいと考えております。

南委員（奈良県精神科病院協会会長）：

奈良県の精神病床数は、人口 10 万対で 220 床を切っておりまして、全国レベルでも病床数が少ない方にあたります。精神科の病院も 7 病院しかなく、少ない状況です。また、現計画の病床数は 2,200 床ですけれども、現在は 2,470 名ぐらいが入院されております。次期計画案の最大値である 2,423 床よりもたくさんの患者さんが入院していますし、全国レベルで精神科の病床が少ないということを勘案して、県の基準病床数を検討していただけたらありがたいと思っています。よろしく申し上げます。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

はい。事務局、何か答えはありますか。

事務局（小島課長）：

ご意見ありがとうございます。委員からのご意見も踏まえて、整理していきたいと思っております。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ほか、何かありますか。

赤崎委員（奈良県医師会理事）：

質問と要望がありますのでよろしく申し上げます。これまでもそれぞれご意見されているところですが、まず 1 点目です。保健医療圏と基準病数につきまして、資料 6 ページで、奈良県の病床利用率は非常に低くなっております。特に西和に関しまして、一般病床は 65%、療養病床につきましても 80%を切っているという状況の中で、この 5 ページ目のいわゆる保健医療圏別の基準病床数と既存病床数の差について、信憑性というか、整合性が取れてないと感じます。この利用率が低いというのは、何か原因が特別にあるのかご説明いただきましたらありがたいです。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

1 つずつの方が分かりやすいと思いますので、事務局はまず今の質問に教えてください。

事務局（馬場課長）：

資料 6 ページの病床の利用状況ですが、全国平均よりもやや低いくらいの数値とっています。こちらについては保健医療圏別にばらつきがあるということを示すグラフです。一方、基準病床数の計算の手法につきましては、4 ページでお示しをすると、資料左側にあるとおり、年齢階級別の人口に一般病床の退院率をかけて、平均の在院日数かけて、病床の利用率で割るということです。全国的な一律の数値と計算式でございますけれども、そのような根拠となる数値をかければ今の全体で 10,331 床になるというものです。計算式を奈良県独自に変更することはできませんので、全国一律のものを使用しています。

なお、整合性がないのではないかという話ですけれども、この計算式を見ていただいたとおり、病床利用率で割っておりますので、それを反映した数値になっていると捉えているところです。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

赤崎委員、2 つ目の質問をお願いいたします。

赤崎委員（奈良県医師会理事）：

2 つ目ですけども、8 ページです。「がん」の項目に検診受診率に関して表記があります。奈良県は非常に低いということですけども、このデータの出典が何か知りたいです。がんの検診受診率に関しまして、大規模な企業等が行う検診がここに含まれているかどうかを確認したい点です。と言いますのは、大規模な企業は、検診にかかる費用が少ない他府県に検診を依頼している傾向があります。そうしますと、その検診が奈良県のデータとして反映されていないのではないかという懸念がございます。

また、少し違った見方ですけども、企業に関しては、健康教育で、被雇用者に対して投資をすることによって、いわゆる健康を保持することが企業を繁栄させられるという考え方がありますが、少しでも費用が安く上がるような検診を実施しているところに依頼をされていると、そのデータが奈良県としての反映になっていないという懸念と、あとはもう 1 つ「質」がどうかというところでございますがいかがでしょうか。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局、回答をお願いします。

事務局（小島課長）

がん検診の受診率についての数字ですが、本資料ではそこまで記載していませんが、県では、医療計画とは別に、奈良県がん対策推進計画の策定作業を行っております。その中で、がん検診受診率については国民生活基礎調査から取っております。これは簡単にいいますと「アンケート調査」でございます。無作為抽出で、国でアンケート調査をして、各がん検診を受診しましたかということで問い合わせさせていただいて、それに回答された方の数を率として計算しております。このため赤崎委員がおっしゃられたような他府県で受診した方であろうと、奈良県在住の

方が受けたということでお答えいただければ、そこは数値に入るようになっています。

また、検診について、現在、県では各町村の受診勧奨体制についても一度見直し、好事例の横展開などを、市町村と共に行っているところでございます。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございます。

藪内委員（全国健康保険協会奈良県支部支部長）：

今のことに関連し、がん検診の話ですけど、県が調べておられるのがこの数字ですけど、我々はいわゆる中小企業が基本的に加入者になっており、奈良県の我々の加入者さんの生活習慣病予防健診、いわゆるがん検診を含んだ健診については、全国の支部の中でも下位にあります。県の調査に大企業の数字がどれだけ影響しているの分かりませんが、我々のところだけを見ても、奈良県というのはがん検診の受診率が低い傾向があります。おそらく県全体でもそのような傾向とあっていて、ここは問題意識を持っています。県と一緒に受診率をしっかりと上げていきたいと考えています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございました。辻村委員どうぞ。

辻村委員（奈良県社会福祉法人経営者協議会会長）：

今回のこの保健医療計画では、しばしば医療・介護・福祉の連携というフレーズが登場するわけですけども、そういう意味から、介護に関連して少しご意見を申し上げたいと思います。

第7章の医療従事者、看護職員の確保というページです。訪問介護・看護という言葉があり、訪問介護員は通称ヘルパーと呼びますが、このヘルパーの受給予測というのをされているのかどうか。資料25ページの左下に看護師さんの受給推計は令和7年には約2,000人が不足するということですが、おそらく同様にホームヘルパーさんも急激に不足するという事態に直面すると思っています。在宅医療においてドクターとナースが最も重要な役割を果たしているとしていただいているのはそのとおりですけど、生活全体を支えているヘルパーの役割についても、その意義と役割を認識しておいていただきたいと思います。高齢者の、特に在宅についてはヘルパーの役割というのは非常に重要なものでございます。看護師さんの確保については上段に記載のところでも地域医療介護総合確保基金の活用ところですが、「地域医療介護」という文言が入っているわけで、ヘルパーさんの確保についても意識しておいていただきたいと思います。おそらくもう数年のうちに、ヘルパー自身が高齢になっていくので急激に離職せざるを得ないというような局面に遭遇するように思います。ぜひこのところを県としても意識していただきたいと思いますので、お願いをしておきます。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

県からコメントをお願いします。

事務局（馬場課長）：

辻村委員のおっしゃったとおり、その部分の意識付けというのは大変重要と思っています。この計画は医師・看護師の確保がメインにはなりますけれども、県全体としては介護との連携も打ち出していますので、現状や将来の予測をしっかりと心に留めた上で、計画を策定しなければならないと認識しています。

実際、高齢者施設やヘルパーさん等の人材確保の担当部局は、医療政策局ではなく、異なる部局となります。しかし、縦割ではなく、この計画を立てるときにも、情報連携をしながら記載をしているところがございます。具体的なヘルパー確保の手法等は介護側の計画に記載することにはなろうと思っておりますけれども、しっかりとそういう現状認識を踏まえた上で本計画も書いていきたいと思っておりますし、実際そのように書いているところです。貴重な意見をいただいた上で、県としてもしっかりと認識して、計画を策定していきたいと思っています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございました。赤崎先生どうぞ。

赤崎委員（奈良県医師会理事）：

3つ目の質問です。10ページと11ページをご覧ください。周産期医療と小児医療のことです。県の行政のご努力と現場も協力させていただいて、ハイリスク妊婦、新生児の受入体制というのは、県内が100%となっておりますが、受入だけでいいのかなというところが少し心配な部分です。NICU・新生児集中治療室というのは主に未熟児、極小未熟児等の呼吸器管理を中心としたベビーの治療が対象になってきますけれども、他の合併症、循環器疾患や外科疾患等がある場合に、県内でその治療を完結することを目標とされているのなら、もう少し充実させていただければありがたいと思っております。さらに小児循環器、小児外科、小児精神科、対象者は限られたものではありませんが、県内でそういう治療体制をこれから構築していただければありがたいと思っております。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

県からコメントをお願いします。

事務局（馬場課長）：

周産期の医療提供体制に関わるものと認識しています。また、小児医療の部分にも関わるとも思います。周産期に関わる部分につきましては、産科の一次医療提供体制の確保、周産期の医療ネットワーク、また2つの周産期母子医療センターを中心に医療圏を超えた全県での役割分担と連携によって、ハイリスクの妊婦さんなどへの対応を構築しているところです。

赤崎委員から常日頃ご指摘、ご意見頂戴しています。このような全県的な対応をもっとしっかりというご趣旨が根本にあって、その中での対応と思っています。赤崎委員もおっしゃっていたように、対象者の数の問題もあろうかと思っておりますし、医師の専門分野というのもあるとは思いますが。少し補足的な情報を申し上げれば、皆さんご承知のとおりとは思いますが、地域周産期母子医療センターであります奈良県総合医療センターにおきまして、昨年度に小児外科を開設していただいたところです。

貴重なご意見を頂戴いたしました。こういうご意見も参考に、計画に基づいて引き続き検討・

研究を進めてまいりたいと思っている次第でございます。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

ありがとうございました。南島先生お願いします。

南島委員（奈良県歯科医師会副会長）：

資料 10 ページのへき地医療ですけれども、無歯科医地区が歯科にとってかなり問題になってきています。訪問診療、巡回診療はさせていただいているのですけれども、行かれる先生が半日かけてそこまで出かけて行って、という形の診療体制になっております。ここにへき地歯科の医療体制の充実を図ることが記載されているのですけれども、具体的な施策はどのようなもので、歯科の先生方に還元していける方策があるのでしょうか。お聞きしたいと思います。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

県から回答をお願いします。

事務局（馬場課長）：

無歯科師地区、特に南和地域が多いのですけれども、そちらへの歯科の医療提供体制をどのように構築していくのかというのは重要と思っています。県が机の上だけで考えていてもダメなので、歯科医師会や、地域の市町村、特に町村の方とご協議しながら、またアンケート調査等も行いながら、前年度に引き続き検討を進めているところです。

具体的な方策については、今、へき地の医療機関等を含めて、派遣の方法等を検討しているところです。現在、予算要求も含めてという状況でございますので、しっかりその辺りを踏まえて、計画の中に落とし込んでいきたいと考えている次第です。へき地の歯科につきましては、昨今多くのご要望等をいただいているところでして、しっかりと計画の中にも位置づけながら、検討していきたいと思っています。

南島委員（奈良県歯科医師会副会長）：

よろしく願いしておきます。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

赤崎先生どうぞ。

赤崎委員（奈良県医師会理事）：

訂正をお願いいたしたいのと、もう 1 つだけ質問をお願いします。19 ページの 5 疾病 6 事業について、周産期医療の右の真ん中の枠の周産期実施機関の医療機関に近畿大学奈良病院が記載されておりますけれども、これは削除をお願いします。

事務局（馬場課長）：

こちらの誤りでございます。こちら、現時点のものを記載していましたが、皆さんご承知のとおり、令和 6 年 4 月 1 日から休止されますので、この部分については削除させていただきます。

赤崎委員（奈良県医師会理事）：

ありがとうございます。最後、25 ページです。先ほどからもご質問が色々ありましたけども、医療従事者の確保についてですが、「具体的な取組」の中の、1 の①新規養成と、③定着促進についてですけども、奈良医大看護学科の卒業生の定着率が非常に低いということを懸念しております。その中で、以前も申し上げたのは、何か定着させるための具体的な入学の際の規定や何かのプライオリティ等を含め、そういう目に見えたものを実施していただければ、少しでも定着率が上がっていくのではないかとということと、もう1つ、奈良県の看護職の給与水準が低いです。全部調べたわけではありませんが、唯一、近畿大学奈良病院の看護職の給与水準が非常に高く、応募・定着率が非常にいいということを伺っておりますので、給与面につきましても県の管轄である病院等におきまして、そういう方面からも対応をお願いできたらありがたいと思います。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

まず県からコメントをお願いします。

事務局（金井室長）：

先ほどご意見いただいた件につきまして、奈良県立医科大学の看護師養成ということでございましたが、奈良県全体で、看護学科卒業生の54%が奈良県に残るということで、それ以外は、他に出てしまうという現状です。特に大学の方で、県に残る方が少ないということでもございまして、県外から通学する学生が多いということも県外就業率の高い要因と考えられます。

奈良県全体としては、看護学生に対しても修学資金を貸与して卒業後の県内就職を促進したり、県内医療機関で各養成所の看護学生の臨地実習を受け入れてもらったりということで、まずは県内の病院をしっかりと見てもらうということ、それから看護師養成所に対する運営費の補助、民間の養成所に対して行っていますけど、県内修業率の高い学校に少し補助率を加算するというところで、就業者を増やす方に誘導しているところでございます。

それから処遇の改善につきましては、各病院の経営ということもございまして、これにつきましては県としても色々研究を進めていきたいと考えております。なお処遇改善は、給与以外の勤務環境等もあります。県が実施した看護職員を対象としたアンケート調査で、休暇が取れないことや超過勤務が多いといった、勤務環境に関するご意見があります。そういったことについても調査・研究を進め、勤務環境という面でも奈良県で働く看護師さんを引き留めて、定着を図っていくような施策を取っていきたいと考えております。

赤崎委員（奈良県医師会理事）：

ありがとうございます。よろしくお願いします。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

奈良医大の話が出ましたので石澤委員にお聞きしたいと思うのですが、その前に、県の方に聞きたいのは、奈良県全体で看護師の養成は何人行われていますか。

事務局（金井室長）：

県内では、現在 18 の看護師養成校があり、令和 4 年 3 月卒業が 1,089 人です。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

1,089 人が奈良県で卒業し、そのうち奈良県内に残っているのは何%になりますか。

事務局（金井室長）：

卒業生のうち、54.3%になります。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

それで石澤委員にお尋ねしますが、奈良県立医大の定着率が少ないというお話が今あったのですが、奈良医大は何人卒業し、何%が県内に残っているのですか。

石澤委員（奈良県立医科大学医学部看護学科教授）：

以前に比べますと随分と、県内就職率自体は上がってはきておりまして、定数が 1 学年 85 名なのですが、そのうち 50～60 名は、毎年附属病院に勤務しておりまして、進学等を抜きましても、6 割は確実に附属病院に就職しているという状況になります。

また、地域性を生かしてということでご意見がありました。入試の状況ですけれども、85 名の定員の中で地域枠といわれる奈良県在住や奈良県の関連で、入学の視点を見ますと、現在は推薦が 35 名、それから、前期試験で地域枠が 10 名ですので 85 名の定員のうち 45 名が奈良県在住や奈良県に関する学生を受験生として受け入れています。文科省の推奨の割合からいくと、これ以上奈良県に住んでいるからということでの入試枠というのは、拡大できないということを教育支援課からも聞きましたので、そういう意味では奈良医大の看護学科としては、人数は最大限入試としては受け入れているという状況です。

あと、どれだけ奈良県に残ってくれるかというのは、奈良県に住んでいるとか、いないとかということも関わってきますし、全体的に奈良医大の看護学科の学生が、定着が悪いという根拠がちょっと私も現時点で分からないので、これ以上のことの説明は難しいと思っています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

話を総合しますと、1,089 人が県内で養成され、奈良医大はだいたい 85 人中、大体 60 人ぐらいが残っているということなので、奈良県全体の看護師の定着率という意味では、特に奈良医大がどうということではないように思いました。

そこで、問題はこの奈良県全体での 1,089 人をどうするかという話になります。赤崎委員も指摘されましたように、大きなファクターは確かに給与なのです。これは奈良に限らず大きなファクターです。そして看護師同士の横の連絡があるので、必ず給与を比較しています。1,089 人がみんな給与を比較していると思って間違いありません。そこでそれぞれの存立の母体が違うので、私立も公立もありますから、そういう意味では、奈良県の中で公立病院の看護職員と私立病院の比率というのは分かりますか。県の方でどうですか。

事務局（金井室長）：

手持ちの資料がなく、この場でお答えできません。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

なぜこういう質問するのかといいますと、1,089人全体の定着率ということを考える上で、まず県が主導してできる範囲があると思うのです。仮にそれが非常に大きければ、この影響がものすごく大きいことになります。ところが私立の方が大きければ、県の頑張りや結果として現れることはある程度制限されます。私立はそれぞれで、経営的な問題もあるでしょうから、県が命令して給与を上げるということにはできないと思います。そういう中で、今の議論の中でこの看護師の定着という意味で県ができることは何だと考えますか。

事務局（筒井局長）：

今、現場の看護師と色々意見交換をしており、看護師にとっての魅力について、給料のファクターが大きいという話になっていますけども、現場でお話を聞くと、しっかり育ててもらえるという点なども魅力とお聞きしています。いろいろな意見をもらって、その魅力を創造するために何をしたらいいか意見交換もしていますので、これも含めて対策を考えていきたいと思います。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

確かに給与だけではないです。医師も同様です。

石澤委員（奈良県立医科大学医学部看護学科教授）：

今、お話がありましたけれども、「奈良県看護師が生き生きと働き続けるための実行策検討委員会」というのが県の医師・看護師確保対策室で始まっています。今、アンケート調査が終わっています。再来週あたりに地域のナースたち、それから看護協会の飯尾会長にも入ってもらって検討していく段階です。確かに給料の要素も多いですけども、様々な原因で離職するということが少しずつ浮き彫りになっていて、それについて具体的にどうするか、給料を上げればいいのかですけども、やはりそれだけではないということが出てきています。今後、検討して何か提言ができればという段階に入っています。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

これも、一番初めに青山委員が指摘された、総合医療ですよ。昔は大体、内科の先生は総合医療だったと思うのです。もう50年ぐらい前は少なくとも総合医療だったと思うのですが、だんだん専門化して、そして専門性が非常に高くなってくると、患者さんもその医療水準を求めるようになりました。そうすると1人で全体の医療水準を保つというのは極めて難しい。反面、総合的に診ていただける先生も必要であることは間違いない。そういうことから総合医療学という学問もできましたし、そういう発達をしてきたわけですね。

しかし、1人でカバーできる範囲が限られてきますから、それをどのように、患者さんに許容していただけるのか、こういう専門医ではない先生が診るということ、そういう世論づくりをしないとなかなか難しいのではないかと思います。患者さんは医師免許を持っている人はみな同じだと考えますから、専門医も総合医も同じです。同じ能力があると考えるので、専門医ではなく総合医が診るとの世論づくりというのも必要じゃないでしょうか。

奈良県だけでできるとは思いませんが、そしていろんな議論が今ありまして、最初と最後だけ

を取り上げるわけではないのですが、最後にはやはりどのようにすれば奈良県に定着するのか、それは医師も看護師も同じですね。給与だけではありません。明らかに給与だけではない。医師もそうです。給与の順番に人気があるわけでは全くありません。私が30年以上前にある調査をしまして、当時は専門研修制度ができたのですけども、昔は研修制度そのものがなかった。今は新医師臨床研修制度というマッチングをやっています。少し自慢させていただくと、今年、奈良医大だけでなく、奈良県全体がマッチング100%です。ちょっと話がそれますが、この10数年のマッチング歴史上、47都府県で、県単位で100%を達成したのは奈良県だけです。大都会も達成していません。奈良県はこれで2回目です。

このように非常に多くの優秀な医師が奈良県に残っている、または他府県からやってくる状況を作り上げることができているわけです。皆さんのおかげだと思います。先ほどの件ですが、医師臨床研修制度の時の給与は、おおよそ国立大学の病院は18万、公立大学は16万8000円の時代が相当ありました。私立大学はバラバラでした。1番高いところは24万円で、1番安いところは2万円だった。2万円はどこかという慶応です。慶応には2万円で人が集まったのです。そういうことがありました。つまりお金だけではない。24万円は、少し語弊があると思いますが、比較的田舎の私立大学です。人が集まらないのです。ですから明らかに医師も看護師もお金だけではありませんが、逆に言うとその大学には24万円出せば集まるということです。

そういうことも考えながらいろんなファクターを考えて、いかに医師・看護師が働きやすい環境を奈良県が作れるか、それを県がどれだけ主導できるか、できる部分とできない部分がありますが、それを考えていただくと、もうすでにマッチングでは全国トップ、2回100%達成した断トツのトップになっているわけですから、この面でも県が中心となって、張り合っていたいただきたいと思います。

それでは、飯尾会長どうぞ。

飯尾委員（奈良県看護協会会長）：

今、処遇改善の話など色々聞かせていただいていたのですが、奈良県看護協会では復職支援に非常に力を入れており、潜在看護師の人たちの登録が3,000人ぐらいあるのですけれど、復職支援研修も他府県が驚くほど活発に、回数も多く、年間30回以上させていただいております。なかなか復職するにはハードルが高いということがあって、子育て期の方は働く時間など、いろんな労務環境のことをおっしゃいますので、そういうところでの環境整備も働きやすいような形で整備していただいたら、少しでも復職していただけたと思います。あとプラチナナースも、プラチナと言いますと大体60歳以上で定年退職を過ぎた方々なのですけれど、週3日ぐらいで働きたいといった希望も結構ありますし、その人に応じたような形で勤務、就職できるような環境が整えられれば、もう少し進捗するのではないかと考えているところです。

1つ質問ですけども、特定行為研修のことで25ページに書かれております。その左下に、計画終了年である令和11年までに養成する特定行為研修修了者の就業者数などの目標値を設定ということが書かれています。これは毎年何名というように設定をされるのですか、目標達成するための検討が必要ということでしたので、これはこの6年間の間で令和11年までにというよりは、もう今すでにその辺りの計画設定をしていただいて、進めていくことになるのではと思いますので質問させていただきます。

その右横に「3 良質かつ適切な医療提供体制構築のための看護の質の向上」という項目があ

りますが、これも今までにすでに特定行為研修受講や、認定看護師の資格取得に要する経費を補助しているというのはよく存じ上げております。訪問看護師について、代替雇用の経費に対する補助は今までもされていたということでしょうか。訪問看護の方は人数が少ない中で特定行為研修に出ていって、研修をおよそ1年弱受けていただくということになりますと、この代替雇用がなければ、到底、研修に出にくいような状況になってくると思いますし、病院等でも人が出ていった後を誰かがカバーしてということになっていくと思うのですが、具体的なところを教えていただけたらと思います。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

事務局、どうぞ教えてください。

事務局（金井室長）：

看護師の確保に関して、保健医療計画の中で、特定行為研修修了者の就業者数、うち、訪問看護ステーションで勤務する特定行為研修修了者の就業者数、病院等で勤務する特定行為研修修了者の就業者数、それから特定行為研修指定研修機関について、それぞれ目標を定めておりますが、6年間を通しての計画ということで、年度ごとに目標値を設けて計画を進めていくという計算ではございませんが、毎年実績を測ってPDCAサイクルを回していきたいと考えております。これにつきまして、素案の377ページに目標値は具体的に記載しております。

それからもう1点、特定行為研修受講や認定看護師の資格取得に要した経費に対する補助、支援を現在行っております。訪問看護師につきましては、訪問看護ステーションは規模が小さいので、長い期間かかります。特定行為研修を行った場合に現場が回らなくなるということで、代替雇用の経費に対する補助は上乘せしております。先ほどご意見ありました中小規模の病院というところも、なかなか人が回らないというようなこともご要望、ご意見いただいたと思いますが、それにつきましてもこれから予算の関係もございしますので、拡充等の検討をしていきたいと考えているところです。

飯尾委員（奈良県看護協会会長）：

ありがとうございました。

細井会長（奈良県立医科大学理事長）：

そろそろ時間ですので、これで終了したいと思います。本日いただきました貴重なご意見や今後の団体からのご意見、それから奈良県保険者協議会でのご意見をもとに第8次奈良県保健医療計画に、事務局で修正を加えた後、12月にパブリックコメントが行われる予定です。なお、修正内容については会長一任とさせていただきたいと考えています。ただし、修正する内容によって再度、医療審議会での審議が必要であると判断した場合は、臨時で開催することとします。このことについて賛成の方はカメラの見える位置で挙手をお願いいたします。

<全員異議なく挙手確認>

皆さん賛成いただきましてはいありがとうございました。では議事1に関する議論はこれまで

とします。本日予定していた議題は以上でございます。委員の皆様には議事進行にご協力いただきありがとうございます。それでは進行を事務局にお返します。

事務局（塚本補佐）：

長時間に渡り熱心にご審議いただきありがとうございました、馬場からも説明申し上げましたとおり、ご意見等につきましては11月17日（金）までに団体様の内部のご意見等も含めまして、ご連絡をいただけましたら対応していきたいと思っておりますのでよろしく申し上げます。また団体様の事務局にもこちらからご連絡差し上げる予定です。以上を持ちまして第69回奈良県医審議会を終了いたします。本日はありがとうございました。

本日の議事を確認するため、議事録署名人が署名押印する。

令和5年10月31日

議事録署名人

議事録署名人