

第25回北海道道州制特別区域提案検討委員会 会議録

日 時：平成20年11月27日（木） 18:00～20:30

場 所：かでの2・7 1040会議室

出席者：

（委員）井上会長、五十嵐委員、福士委員、宮田委員

（参考人）北海道医師会

宮本慎一 副会長、北野明宣 常任理事、直江寿一郎 常任理事
北海道看護協会

若山登美子 会長、立石典子 常任理事

（事務局）川城 地域主権局長、出光 地域主権局次長 渡辺 地域主権局参事、
志田 地域主権局参事

○ 井上会長

参考人という形で、先生方にはお忙しいところを本日お越しいただきまして本当にありがとうございました。

本日の議事を進める前に、前回の会議から日数が経っているということ、今日改めて参考人の先生方にご出席をいただいているということでありますので、若干議事の成り行きというものを整理した形でお話させていただきたいというふうに思います。

この委員会は、今回第4回目の答申ということで知事を通して道議会を経て、そして国に挙がるということの素案をまとめる作業に入っているということであります。前々回、第23回委員会において第4回答申に向けての作業に入りました。その時には、道民の皆さん方のご意見等々、これは機会があるごとに整理しているわけがございます。全体で39件の項目が道民提案として第4回の答申に向けて議論をするということにしております。その中身といいますのは、皆様方に配布しております資料では、資料ナンバーの1ということで、全部で39件、16件+9件+14件ということで39件の項目が第4回答申に向けての審議の対象にするということであります。

23回、そして24回が前回でありましたけれども、右側に24回というものがありますけれども、その部分について私どもで審議をし、そして整理をしたものであります。この中から実際には、ここでは太字になっております細分類ということで空港の一括管理から始まりまして、全部で7件が今後答申に向けて更に審議を続けていくというふうになっているものであります。

本日は、25回目ということになりますけれども、一番右端になります。上からずっとありまして、大分類のA地域医療、中分類の医療従事者の地域偏在是正、地方勤務医確保というようなところから○印がたくさんついております。全部で、この部分と合わせて今日議論するのは、21ぐらいになると思います。こういう形で今日の審議をさせていただきたいと思います。

今日の審議の進め方でありまして、事務局のほうから今日審議する部分。核になるのは地域医療等々であります。それについてのメリット・デメリット等々を整理し、そして前回に委員の皆様方にはお知らせしましたように北海道医師会、北海道看護協会のほうから、お忙しい先生方に来ていただいております。これらの医療関係に属する項目について専門的な立場から私見、意見をお聞かせさせていただきたい。そういった順序で始めさせていただきたいというふうに思います。

そういうことでよろしいでしょうか。（異議なし）ありがとうございます。

では、これから議事（1）分野別審議についてということです。これについては事務局からメリット・デメリットということで整理しておる資料を元に説明をしていただければというふうに思います。よろしく願いいたします。

○ 地域主権局 渡辺参事

私のほうから説明をさせていただきます。まず資料2というものがございます。道民提案の実現手法等に関する整理一覧表という資料2について説明をさせていただきたいと思っております。

この地域医療の関係につきましては、昨年にもこの委員会でご議論をいただいております。1年以上が経過しているということもございまして、議論のポイントなど記憶が薄れている部分がおありかもしれませんので、簡単ではありますが資料2の後ろに昨年の当委員会での審議の際の意見、論点などをまとめて参考ということで載せてございます。

資料3ということで関係法令等を整理したものをつけております。これらについては特にご説明はしませんけれども、必要に応じてご覧いただければというふうに考えてございます。

それでは、資料2に沿って説明をさせていただきます。

まず、細分類という項目になります。2番目ということで「地域での臨床研修義務化」ということとございます。提案の内容といたしましては、研修医等に地方病院勤務を義務づけるという中身でございます。事実関係等の整理ということでございますけれども、現在、診療に従事しようとする医師は、医師法の規定により大学の付属病院、または厚生労働大臣が指定する病院での研修というものを受けなければならないことになっております。また、現在の研修プログラムにおいても、1ヶ月以上の地域医療研修というものが必須プログラムとして既に加えられているということでございます。この研修医等に地方病院勤務を義務づけるという提案を実現するために今考えられる手法として、研修プログラムにおいて地域医療研修の研修期間の長期化ということと、地方の研修先病院で研修を受けるということを義務づけるということが考えられます。この提案が仮に実現した場合のメリットといたしましては、地方病院での研修医師の確保ということが期待できるということになります。しかし、デメリットとなりますけれども、その反面北海道だけが地方勤務ということ研修の中に義務づけた場合、道外への医師の流出ということを招く恐れがあるということがデメリットということで考えられます。

次に細分類の3でございます。「潜在医師、外国人医師の招致」ということとございます。概要といたしましては、第一線を退こうと考えている医師の招致。あるいは、外国人医師の医師国家試験を免除するという内容になっております。まず、潜在医師の確保ということにつきましては、現在道の予算事業として熟練ドクターバンクというものを実施しているところでございます。これの中身につきましては、資料3の43ページに事業の概要というものを載せてございます。参考までに後でご覧いただければと思います。

次に、外国人医師の関係でございます。外国人の医師につきましては、医師法によりまして日本の医師の国家試験に合格して免許を取得するということをしなければ日本で診療行為を行うことができないということになっております。これについて外国で既に医師の資格を持っているということを考慮して、外国人医師の国家試験を免除することがこのテーマの中身なのですけれども、そういうことをした場合に医師の確保という点では効果があるということが期待できます。ただ、外国人の方の資格を持っていられる国との、外国との医療水準の違いとか、言葉の壁による患者さんとの意思疎通の問題などを考

慮しなければならないという課題もございます。

次に4番目でございます。「期間限定交代制の導入」ということになっております。この中身としまして過疎地に期間限定交代制で医師を派遣するという中身になっております。これを法制度として地方勤務に交代制導入ということで実効性を確保するためには法制度をいじるということになれば、考えられるのは病院管理者となる要件に、地方勤務というものの経験を義務づけるといったことが考えられます。しかしこれにつきましても、その義務づけということが道内だけ、特区ということですので道内だけで行われるということであれば、提案と同様にお医者さんの道外流出といったことを招く可能性もあるということでございます。

次に7番目です。「診療報酬の特例措置」ということです。診療報酬で地方勤務の加算を行い、増加見合いを他の区分から減算できるよう特例措置を設けるという提案でございます。今、現在診療報酬の仕組みというのは、全国保険制度ということで全国プール制で運営しております。こういった保険制度のもとで道内分に関してだけ加算、あるいは減算するということは現実的に可能なのかどうか。また、都会と地方の医療費の合理性の確保が図られるのかといった点での課題が考えられます。それと、特に北海道だけが独自の考えによる診療報酬の算定をすることが、実際問題可能なのかといったような課題があげられます。そのへんを乗り越えたものの検討工夫が必要なのかと思います。

2ページになります。8番、「看護学校の定員増・奨学金補充」というものです。提案の概要といたしましては、地域の看護師不足に対応するため、道立看護学校の定員を増やすとともに、奨学金制度を拡充するという中身でございます。これにつきましては、いずれについても法律的に規制とか制約があるということではなくて、道立の部分であれば道立ですので道の予算事業によって対応ということで、特区として提案しなければいけないのですが、予算によって対応できるのかなと考えております。

次に9番目でございます。「養成施設指定権限移譲等」ということで、養成施設指定権限の移譲を受け、企業参入も含め地方での設置が容易になるよう指定基準を緩和するという中身になっております。これは、いろいろな養成施設が考えられます。①から③まであります。①は、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、歯科技工士などの資格。②は、臨床検査技師。③は、理容師、美容師という資格の養成施設に関して検討する必要があるということです。

まず保健師から理容師まで、全て国家試験に合格して資格を取得するということでございます。この提案が、北海道に指定権限等が来る。提案が実現した場合には、地域の実情に応じたいろいろな養成施設の設置が可能となる。その反面、指定基準をどうするかにもよりますけれども、もし基準を緩和するというのであれば、教育環境などの面について、日本の中における北海道と他の地域との差ということをどういうふうにするかが課題になってくると思われまます。

次に3ページになります。206番になります。保健師、助産師、看護師の養成施設の基準の設定及び施設の指定を知事ができるようにするということです。1つは、今お話しした提案と基本的には同じになります。メリット・デメリット等についても、整理は9と同じということでございます。

次に10番目です。「外国人人材受入れの促進」ということです。外国の看護師資格があれば日本の資格がなくとも看護職員となれるようにするという提案であります。外国人の看護師の受入れるということにつきましては、日本の看護師国家試験に外国人の方が合格して、厚生労働大臣の免許を受けるということで看護師として働くことができるということになっております。現在、経済連携協定という中でインドネシアから看護師候補者の方々の受入れが行われていますけれども、この方々につきましても最終的には日本で国家試験

に合格するということが前提になっています。この外国人の看護師の方々を受入れていくということのメリット・デメリットでございます。看護師の不足ということの緩和には期待ができる。その一方で、他の国との技術水準の違い、知識の違い。あるいは言葉、お医者さんとの間の言葉の問題、患者さんとのコミュニケーションが十分にできるのかなど、乗り越えなければならない課題も多いというふうに考えられます。

次に4ページになります。12番目になります。「標準医師数の算定方法の緩和」です。中身としては、地域の実態に応じた算定とするとともに、過疎4法の指定地域における特例措置を緩和、延長するという内容です。医師の配置数というのは、医療法で定められております。この医療法の中で過疎4法、過疎地については医師の配置標準というものを3年間、90%に緩和ができるということになっていまして、これについては延長も可能というのが現在の仕組みでございます。医師の配置数の算定方法を更に緩和するというところを行った場合に考えられるメリットとしましては、医療機関の経営負担の軽減ということが考えられるということでございます。その反面、お医者さんが少ない中でやるということになりますので、医療の質の低下、1人のお医者さんに過重な労働がかかるということが懸念されます。

次、13番目でございます。「看護職員の配置基準緩和」ということです。概要としましては、夜間看護職員の配置を入院患者や病床数に応じた配置基準に緩和し、夜勤時間の制限を緩和するという中身になっています。看護職員の配置につきましても、お医者さんと同様、医療法で規定されてございます。この基準を緩和した場合、前の12番で説明したと同様に医療の質の低下、1人の看護師さんにかかる労働、重労働といったデメリットが考えられるということでございます。

次に207番です。「病院、診療所の人員及び施設の基準」ということです。病院、診療所の人員及び施設の基準は、道の条例で定められるようにするという内容でございます。

今は、病院の施設基準というものは、医療法で国のほうで決めているということですので。それを条例で地域の実情に応じて定められるようにするという提案の内容でございます。それで、基準の緩和を行うといった場合、先に説明をしましたがけれどもお医者さんと看護師さんの基準緩和と同じようにメリット・デメリットが想定されます。

診療報酬との関係でいきますと、全国プールで診療報酬が決まっている中で、北海道だけがこの部分を基準に緩和した時に、果たしてどういう仕組みでやるのかといったことを考えなければなりません。

次は5ページになります。245番でございます。提案の概要としましては、臨床研修病院の指定・監督権限を厚生労働大臣から道知事へ移譲する。それと、246番なのですけれども、道内医育大学卒業生の臨床研修先を道知事の指定病院に限定するという内容で、内容的にはほぼ同じ内容というふうに考えられますので、あわせて説明させていただきます。

まず臨床研修先、お医者さんの臨床研修先については、1ページの整理番号2のところの説明しましたがけれども、医師法の規定によりまして大学の付属病院または厚生労働大臣が指定する病院で行うこととされています。その病院を指定する権限を知事が移譲を受けて都市部を研修先にすることを制限して、過疎地などの地域での研修を受けられるように、そういう策を講じた場合に、提案2のところでご説明しましたのと同じように、地方勤務するお医者さんが溢れるということはありませんけれども、逆に臨床研修のお医者さんが道外にも流出してしまうということがデメリットとして考えられます。

次に247番です。「外国人向けの外国人医師等の招致等」ということです。外国の医師免許、あるいは看護師免許等を有する者が、当該外国の旅行者等を対象として、北海道内で医療に従事できるようにする。これは、外国人のお医者さんの提案なのですけれども、患者さんを外国人の方に限定するという中身の提案になっています。

日本で診療行為を行う場合には、医師・看護師の国家試験に合格して免許を持っていることが必要になります。また、この提案の概要のところには書いていないのですが、この提案の中身の1つとして医薬品、外国の医薬品を持ち込むということも認めるというのがこの提案の中に含まれておまして、そのことについて事実関係の整理というものがあります。医薬品に関しては、個人が使用する医薬品の持ち込みについては持ち込みの制限があるということをごさいます。この提案に関してのメリットとしては、外国人の長期滞在、あるいは移住ということが期待できる半面、外国での免許取得の部分の確認をどうするのか。診療報酬をどうするのか。医療事故があった場合の対応をどうするかなどの点について検討が必要になるということをごさいます。

次は248番です。「医療関係学部の定員増」ということをごさいます。これは、医学部以外の公立・私立大学医療関係学部の入学定員増に関する届出及び認可を文部科学大臣から知事に変更するというものをごさいます。この大学の定員というのは、学則に定められています。その学則を変更する場合は、医学部以外の学部でも公立は文部科学大臣への届け出、私立については文部科学大臣の認可となっております。それを知事のほうに移譲して定員増というものを容易にできるようにしようというのが提案の趣旨と考えられます。この提案が実現した場合に、学則変更の手続きの簡素化、効率化ということが期待できるということ。看護師などの医療関係従事者が増える可能性があると考えられます。ただ、その反面、定員増による施設拡充に伴う負担が増えるということ。あるいは、今の少子化ということで現に看護養成施設の定員が割れているといった実態もあるということで、学校の経営面の課題というものもあると考えております。

次に249番をごさいます。これは、「保健師等の学校・養成施設の指定・監督」ということをごさいます。保健師・助産師・看護師、理学療法士、作業療法士にかかる学校養成施設の指定・監督権限を国から道知事に移譲するということをごさいます。これにつきましては、3ページでご説明した206番の養成施設の基準の設定及び施設の指定を知事ができるようにするということと基本的には同じ内容をごさいますので、メリット・デメリットについてもこれと同じということをごさいます。

次は250番です。これは、「医師標準数の設定」ということです。過疎地域における医療機関の医師標準数を、道知事が地域の实情に応じて設定することができるようにするというものです。これは、4ページで説明しました12番の提案と同趣旨ということをごさいます。メリット・デメリットについても同じということです。

次は7ページをごさいます。251番です。「訪問看護師の業務・役割の拡大」ということをごさいます。医師が不在の現場でも看護師ができる医療処置（療養上の世話）の業務・役割を拡大する。ただし、道知事が指定する研修を受けた訪問看護師に限るという内容をごさいます。看護師というものは、療養上の世話と診療の補助を行うことを業とする方ということをごさいます。療養上の世話ということと診療補助に関しては明確な規定がないというのが現状をごさいます。今は在宅医療というものが増える中で、在宅で治療される患者さんにとってみると、こういうことのテーマが実現した場合、通院回数が減って経済的な負担が軽くなるという利点が考えられます。その一方、従来は禁止されていた医療行為というのが看護師の方々にとっても未経験の行為であるということ。医療事故といった可能性もあるということもありまして、現実には訪問看護ステーションを行っている方が、仮に規制緩和された場合にこういう医療行為を積極的に行っていくかどうかということが問題点をごさいます。

次に252番になります。「介護福祉士の業務・役割の拡大」ということです。提案の概要としましては、医師または訪問看護師の指示により、介護福祉士ができる医療行為（喀痰吸引、経管栄養）などといったこともできるように拡大する。これにつきましても前の

提案と同じように知事が指定する研修を受けた介護福祉士に限るということでございます。これにつきましては、医師または看護師以外が行える医行為に近い行為というものは、資料3の24ページに医政局長通知というものが平成17年7月26日に出されています。この中に、真ん中から下に別紙とあります。別紙の中で医行為に近い行為が列挙されています。この提案なのですけれども、介護福祉士の方が行う医療行為を行える医療行為というものを拡大できれば、在宅療養の患者さんにとってはメリットがある。その反面事故のことも懸念されるということでございます。厚生労働省におきましては、今年11月12日に開催した「安心と希望の介護ビジョン」という会議の中で、療養介護士という新たな資格を、経管栄養ですとか痰の吸引などができる療養介護士という新たな資格を創設するという政策提言を行ったということです。これも資料3の47ページに参考として載せております。ちょうど真ん中のあたりですけれども、2の③、医療と介護の連携強化という中で経管栄養や喀痰吸引を行うことのできる新たな介護の資格（療養介護士）の創設といったような提案をしています。

次に253番になります。「地域救急体制の補強」でございます。これは、どういう中身かといいますと、道知事の判断によって住民の身近なところに存在する民間病院などが保有する救急車以外の車両ですとか市町村の公用車両、あるいは民間タクシーなどを緊急自動車に指定して、道路の優先通行、速度規制の緩和をはかり、搬送時間の短縮を図るという内容になっています。緊急自動車につきましては、道路交通法施行令に基づきまして公安委員会が指定することになっていまして、赤色警光灯及びサイレンを装備することになっています。民間の患者輸送車におきましては、搬送時に傷病者が急を要する事態となった場合には、速やかに119番通報をするということになっています。この提案が実現した場合に、緊急輸送体制というものが充実されるという一方で、搬送途中で病状悪化のときにどのように対応するのかという医療上の課題。緊急車両が増えることによる交通渋滞、事故など、交通上の課題などについても検討する必要があるということでございます。

最後になりますけれども、255番でございます。提案の概要といたしましては、公立病院で診療を行う開業医を、医師標準数の中に含まれるようにするというものでございます。公立病院のオープン化ということがあげられております。開業医の方が診療支援として公立病院等の患者さんの診療にあたる場合には、その公立病院の医師標準数には算定できないということになっています。オープン化に伴う開放病床への入院されている患者さんについても主治医として特定の患者のみを看るということで、病院側の診療の中には算定できないということだと聞いてございます。この提案が実現した場合には、医師標準数、医師数が足されることとなりますので足りない病院については経営にプラスになる可能性があるということでございます。その反面、実態として特定の患者さんだけしか看ないということなので、医師の数は充足されているということにはならないので、患者さんにとっては医療の質的向上には必ずしも繋がらないということになります。

以上、資料2の説明を終わらせていただきます。

○ 井上会長

ありがとうございました。

ただいま事務局から説明がありました。この委員会は昨年の7月に発足したものでありますけれども、当時から医療の問題というのは社会的な問題として近々に解決すべきものということでありましたので、まず私どもが道民の皆さん方から当時の時点において250ぐらいの道民の皆さんからの提案がありました。その中でかなり行政、あるいは一般市民の方から医療についてのご提言がありました。それを受けまして、知事に第1回答申としてあげようということで、私どもも週に何回か集まって医療の問題も勉強させていただき

ました。そこのところが多分、今日の資料の1番最後のところに参考ということで、「これまでの検討委員会審議での意見・論点など」ということで、私はこういう形で見るのは始めてでございますけれども、この中で第2回、第3回というのは大体7月、8月に開催したものでありまして、一応、私どもも検討しました。ただその当時、社会的な問題でもあったということで、実際には、名前は正確かどうかわかりませんが、緊急医療対策協議会というものが、知事が座長といいますか委員長を務められたと思うのです。その中で医師会等の皆さん方と非常に活発なご議論をされるということがありまして、少し専門家の議論ということに一応の結論が出るのを待ったらどうかということで、第1回の答申、そして第2回も第3回もそうですが、その段階で答申の中には含めませんでした。ですから今日こういうような形で専門家の先生方にご足労をいただいております。ご意見を賜ることができるということは非常にありがたいことだと思っております。感謝をしております。

この後、今日5名の専門家の先生方にお見えいただいております。今の事務局の説明に対して、委員の先生方で何か質問、意見等々があったらお聞かせいただきたいと思います。これから参考人の先生方からご意見を伺うことにしたいと思います。本当に私ども4人で、先生方は5人もおられて、甚だ失礼ながらこれからの審議を進めてまいりたいと思います。私の手元に先生方の名簿がありますので、形式的になるかもしれませんがご紹介させていただきます。

最初に、北海道医師会副会長、宮本慎一さんです。よろしくお願いいたします。

同じく常任理事、北野明宣さんです。よろしくお願いいたします。

同じく常任理事、直江寿一郎さんです。よろしくお願いいたします。

続きまして、北海道看護協会会長の若山登美子さんです。よろしくお願いいたします。

続きまして、同じく常任理事、立石典子さんです。よろしくお願いいたします。

私が伺っているところによりますと、各参考人の先生方におかれましては、事務局が先程説明いたしました資料については、一応目を通していただいている。あるいは道民の提案ということの整理を事務局から説明しているというふうに伺っております。そういったところを踏まえてご説明いただきたいと思います。

では、先生方のほうからご説明いただけますでしょうか。

○ 北海道医師会 宮本副会長

北海道医師会の宮本でございます。本日は、このような席にお呼びいただきましてありがとうございます。

ただいま事務局から説明がありました個別の提案につきましては、主に看護対策、在宅療養に関連する職員の養成配置の問題、それから医師養成、あるいは事業等の医療政策に関わるものという2つに分けられるかと思っております。個別のことにつきましては、看護対策を担当しております北野。それから地域医療の確保等々につきましては医療政策を担当しております直江から個別にお話を申し上げます。

私のほうからは、ざっと拝見いたしまして、先程会長からも話がございました道の緊急臨時的医師派遣事業は本年4月から知事のたつての要請がございまして、北海道医師会と北海道病院協会が実施主体となって、既に開始をしております。主に札幌の医療機関を中心といたしまして、遠くは北見、網走、利尻、函館。札幌近くになりますと旧産炭地の赤平、美唄、岩内協会病院等々、現在札幌の病院から応援をいただいております。

それから、道州制特区がどの辺まで私どもの医療法、医師法、あるいは保助看法等々に縛られております。やはりユニバーサルサービスとしての国の最低の責任を定めたものだ

と思います。従いまして、私どもが直接患者さんに対して何らかの医療行為を行う。これは医師免許証をいただいた上での医療行為でございますので、それなりの責任がありますので、こういう国のライセンス以上のものを道の特区内で果たしてやるのが妥当なのかどうか。あるいは、そのことが道民の医療の提供に良いものなのかどうかというのが疑問のあるところではあります。

個別の点につきましては、各常任理事から説明いたします

○ 北海道医師会 直江常任理事

医療政策を担当しております直江でございます。

この項目につきまして、私ども道医師会が関連すると思われることについて意見を述べさせていただきます。

今、宮本副会長が申しましたように、やはり医療とか福祉というものは公共財でありますので、国民が親しく平等に利用できることがもっとも望ましいというのが原則でございます。さらに医療福祉というものは、多くの人を入れる方向でやっているわけでございますので、人を多くするという方向で、減らすという方向は原則的にはおかしいのではないかとということが1つです。かつそれでありながら、医療と福祉のいわゆる質を担保しなければ、道民の医療の安全向上にはならないのではないかと考えていることが大原則でございます。

そうして考えますと、私が説明するところは、道民提案のナンバー2、3、4、7、12、207、245、246、247、更に248、249から253、そして246道民の追加分。ここについて簡単にご説明します。基本的には、デメリットが非常に多いということです。メリットとデメリットをバランスとして考えますと、デメリットのほうが非常に多いのではないかとこのように考えております。

それは、まず道だけが特別に、たとえば地域の研修等に地方病院の勤務を義務付けるということになりまして、現在、確かに認証研修制度で1ヶ月の地域の勤務がデューティーになっております。その中で更に地域のほうに医者を義務付けるということになりまして、今までに北海道の中で臨床研修の終わった医師がどんどん道外に出ている中で、更にこういうような道だけの独自の制度をつくりまして、医者というものは北海道離れをするのは確実ではないかというふうに私は思っております。

それから、地域の研修病院というものの指定は非常に大変でございます。実際にその地域に行きますと、その地域の研修病院の、いわゆる規模とか内容を、制度をきちんとさせること。それから指導医という者がいますので、そういう指導医の負担というものは、非常に地域では難しいというより非常に困難である。そういうところで更に研修病院を指定する。それから、その病院から医師を引き上げるような、数を少なくするようなものであれば、全て医療崩壊というか、医療破壊というふうにまで言ったら言いすぎかもしれませんが、そういうふうになるのだと思います。

基準緩和というような方法にいたしますと、これはガラス細工のようなものですから、1人の医師がいなくなるだけで、その医師1人だけの問題ではなくて、全てに関連することによってございます。たとえば、小児科の医師が1人少なくなれば、すぐに代わりの内科の医者がその部分をカバーしなくてははいけません。そうなりますと、その内科の部分は誰がカバーするかとなると、地域の病院のほとんどの医者の負担が多くなるということです。条件を緩和するという方向というのは、その地域のニーズが、地方で働いている医師の過労というか、負担増は間違いないと思います。地域ではそういうことをしますと、医療というものはますます崩壊していったって、医療を十分に受けられないというようなことがございますので、この提案というものは、私どもとしては全てマイナス点が多いのではないかと

ということでございます。

もう1つ、医師のライセンスの問題でございます。これは宮本副会長がお話したとおりであります。現在は、医療の質を高めて、それを担保するためには、いわゆる専門医であるとか総合的に診られる医者というようなことでレベルを上げようとしている中で、1番基本なのは医師の国家試験が最低条件であります。これをクリアしない方が日本の中で医療をすることというのは、特に道だけですというのは、非常におかしい。道民の医療の安全にはならないのではないかと。こういうものは全国共通であるべきであります。もしこれが通じますと、医者にとっては非常にプレッシャーがございます。この患者は診ていい患者、この患者は診られない患者。2人が一緒に来た場合、外国人だから私は診ません。これは、どここの国だから私は診ますということは、医者はそういう選択を普通しません。全ての患者さんが来た場合には最大限のことをするというのが医者でございます。その点についても、こういうような提案は、現実的ではないのではないかとというふうに私は考えております。

それから、現在の機能区分の問題がございます。介護福祉、それから看護師のほうでは、私どもの医師会としては現在機能区分がどのように誰が機能区分するかということについての分担とか、そういうものが各団体できちんとした議論がまだなされていないということが1つあります。看護師の機能区分と医者の機能区分がどういうふうに新しい役割をするのか。あるいはそこに介護福祉がどう入るのか。薬剤師はどう入るのかということについての、各ものに対して正式というか、ちゃんとした議論になっていない。かつ、それに対してどのように報酬をつけるかということも全くないうちにこういうように医行為に対して診療報酬の補助と療養所の世話をする看護師の方が入ってくる。あるいは、ここにありますように医政局長が、痰については条件と契約をすれば家庭内で介護福祉士等、他の人がやってもいいという条件があります。それを更に上乘せするということは、北海道だけでやるというのは非常に問題があるのだと思います。

卑近な例を考えますと、道内でやっていますはいいですがけれども、電車の中で吸引していいけれども、電車の中で津軽海峡を渡って青森に行った途端にこれは違法行為だから違法ですということは、普通はありえないのではないかと。北海道だけで許可されて他のところで許可されないということは、非常に不可思議というか、あまり道民にはメリットはないのではないかと。それならば、この場では違うのしょうけれども、全国共通にそういうものについてはきちんと検討するべきものなのではないかとというふうに、私は考えております。

私が述べたものはそのようなことでございます。医療政策部分、それから学術関係については私が述べさせていただきます。何か具体的例についてご質問をいただければお答えしたいと思います。

○ 北海道医師会 北野常任理事

北海道医師会で医療関連部門をやっております北野と申します。

この要請事由ですが、最大の問題点は、そこに書かれておりますように、とにかく適切な人数がどれくらいなのか把握されていないことが最大の問題点です。平成18年に7対1看護が入ってから、更にそういう不足が目立ってきた。それから、札幌市内というか道央圏における業務研修、看護師の引き抜き合戦、大学までもそういうものを行って地方の施設から引き抜かれて疲弊してきた。道立関係のところでも同じようなことがおこって大変になってきているのが現状だと思います。法が変わったということが1つ。もう1つは、昨今言われております18歳の卒業人口、学生人口が減ってきている。それと、経済がそれなりによかったということ。裏話ですけれども景気が悪くなるとこういう職種のオファー

が多くなって増えてくるのです。現実には他の仕事をしたほうが経済的にはメリットがあるので、なかなか介護職、介護保険の資格の仕事をする人もそうですけれども、そういう仕事にはなかなか就きたいということで人気がなくなるということになっております。定員割れをしているというのが実態です。準看が道内で1/2の卒業生数に減ってきてしまっている。それから、高学歴志向の中で正看護師を目指す人が増えている。トータルでも、一昨年には4千程の卒業生があったのですが、3,950人ぐらいまでに段々と落ちてきているのが現状であります。

最大の問題点は、保健師さんもそうですし助産師さんもそうです、看護師さんもそうですが、この職種の実習問題があるのです。実習場の確保ということが問題になります。ここで決められております実習のやり方。実態実習をしないと認めないということになる。他のことで学生は確保できても、そういう実習先を最終まで確保できなくて、泣く泣く閉校に追いやられる学校がある。札幌市医師会も向こう3年でやめるということです。実習の法的な問題をまず変える必要があり、現状では医師と同じように全国一律の資格制度になっておりますので、やはり一定の水準以上の人材を提供するということになるのと、それなりの規制が厳しくなる。それをクリアしていかなければならない。新規参入になって増えてきますと学生の争奪合戦、授業料の高騰。それに応じることができなくなってしまって、またさらに減ってくる。

もう1つは、全国的には、大学は女性しか学生がいらないのです。それ以外の学校、特に民間になっていきますと男性の比率が全国で10%ぐらいです。現状では、全国平均で6%ぐらいにしかなくなっていないです。ですから18歳人口のことを考えれば、ある程度パーセンテージを上げてやるともう少し人材が確保できるのですけれども、現状では、皆さんいろいろな観点から1割を超えない程度にしか入学定員を決められない。こういう問題もあります。

もう1つは、看護師と助産師はニーズがあって売り手市場と申しますか、足りないのです。保健師さんとか他の職種になりますと、歯科衛生士、歯科技工士は過剰の状態になっています。これから学校をつくってやっても、なかなか難しい。行く先がなくなる。歯科医が多すぎて困っているのが現状なので、それに並んでこういう職種の数を減らしていかなければだめだというのが基本にありますから、増やすということはかなり厳しい。保健師も北海道の場合就職先がないのです。看護師と助産師については、ある程度増やす必要はあるのですけれども、養成するにはよほどの努力をしないと、それが出来っこないということが現状です。

いろいろありますけれども、もう1つは奨学資金のことについてふれています。奨学資金は、平成8年のお礼奉公の廃止ということがあって、なかなかそれ以外から養成機関への熱意が医師会、あるいは他のところでなえてしまった。だから慣行律だけ残ってきて、奨学資金を満度にある程度法的にも与えられれば、これから不況社会ですので、希望者に十分行き渡れば、ある程度の学生は増えてくる可能性はあると思います。

それからカリキュラムの問題があります。だんだん、安心・安全、それから地域の問題ということで増やしてきましたけれども、それに伴うためには、やはり全日制のことの教育方法をとらないと追いつけないということで、養成校における夜学ということがやりづらくなってきている。やはり働きながら学ぶ人の場をある程度設けてやらないと、増やすことにはなかなかならない。だから、日中兼夜学をある程度増やしていかないと、道立などもそうですけれども、全日制をとっていますので、やはり行きたくても行けないという人が多いです。その辺のことを汲み取ってやれば、もう少し違う施策ができるのではないかと考えております。

簡単に言えばそういうことであります。

○ 北海道医師会 直江常任理事

1つ言い忘れました。253番の地域救急体制の補強ということ。これにつきましては、北海道の広域性、それから今救急面が非常に大変であるということ。それから、救急車が到着するまでの時間が段々延びてきたこと。それからドクターヘリの問題等もあります。これについては、いろいろな条件が解決されれば北海道医師会としては、これについては賛成であるということでございます。153番は、いろいろな条件をクリアすれば、救急の患者さんの搬送ということについては、ある程度、いろいろなものを使うというほうが正しいのではないかと。その条件をクリアすればということが私どもの考えでございます。それを追加させていただきました。

○ 井上会長

ありがとうございます。

続けてやってよろしいですか。一通り5人の先生方の説明が終わったあとで、一括して私どもと意見の交換をさせていただくというやり方でよろしくお願いいたします。

○ 北海道看護協会 若山会長

北海道看護協会の若山でございます。私からは関連することについて説明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

このような機会をつくっていただきましたことを感謝申し上げます。それでは説明をさせていただきますと思います。

今、医師会の先生から私どものことも含めてお話、説明がありましたが、少しスタンスが違うかもしれませんがよろしくお願いいたします。

私どもに関連するところというのは8番、9番というところから出発してございます。この奨学資金そのものについては、今先生もおっしゃっていましたが、変わってきているのかなと思います。北海道のことで道立の看護学校のことについて書かれていますので、やはり道立の看護学校というのは周辺、もちろん札幌市にもございます。地方圏、札幌圏にもありますし、ここに書いてありますようにどちらかというところ周辺部分に多くて、学校対策が大変困難だという地域で道立の看護学校は運営されています。こういうところをしっかりとしたかたちで動かしていただくことは非常に重要なことだと思っております。看護学校に入るための奨学資金が十分に設備・受講されていれば、看護学校に行きながら地域で仕事をしていける。全部が地域に残るとは言いきれないのでつらいものもあるのですが、でも地域の学校には地域の人たちが入りますので、そのへんのことは非常に重要かと思っております。

ただ、9番のところの指定の権限移譲ということにつきましては保助看法、保健師、助産師、看護師法の三法。それから、看護師学校等の指定規則、それからその時の基礎となるものがありまして、そういう中で学校の規制というものは、条件というものは整えられてまいります。その中で、学校で、私どもはもちろん他の医業職の方たちと同じように、現場で仕事をするものですから看護学校である程度の基礎的なものを学習していかないと現場に入ってからは間に合いません。学校の要件というものは、施設設備が十分にできていなければなりません。実習だけで学習していけるものではありません。実習は非常に重要ですが、学校の中できちんとある程度の基礎的なものを、技術も含めて練習というかたちで進めながら、実習という場で患者さんの前に行って学習する時に、少なくとも患者さんにご迷惑をかけるというようなことがないように、ある程度の基準まで学内学習いたします。ですから施設基準というものは厚労省で決めてくださっているのですけれども、このところの基準というものは非常に重要だと考えております。全国一律同じ体制で動くわ

けですから、そのところを緩和することについては大変問題ではないかと思ひますし、不可能なのではないかと思ひます。学習環境をきちんと整えておくということは大切なことだと思ひます。

それから、事務手続きの緩和ということもどうかと思ひます。看護学校の場合は、厚生労働大臣からの指定と学校教育法、専修学校の指定の2つござひます。これは専門学校という観点だけではなく、医師法の中でもきちんとみていくという教育のある面を認めて、きちんとしたものをつくり出すという大変重要な役割もやっておりますので、こういった規制ができておりますので、このことも非常に重要と思ひております。

そのための諸々を含めて書類だとか、そういういろいろなもの手続きが面倒くさいというようなことになっているのだと、その辺をおっしゃっているのかなと思ひますけれども、必要なものは必要なものとしていかなければ、その要件を整えた看護学校の運営はできないのではないかと思ひます。して、その先には学生の学習環境を整えるということにもつながっていくと思ひております。

それで営利という視点、企業参入ということについては、考え方としてあるのだなと思ひますけれども、特別、法律等にはないのですが、やはり営利を目的とするということになりましたら、大変無理してやっていくということもあるかと思ひます。ある程度の条件をきちんと整えた中での教育というのは大変重要であると思ひております。

次の3ページ、同じようなことになるかと思ひますけれども、知事に権限を移すということについては、先程から医師会の先生がおっしゃっていましたように国家免許でございます。準看護師については知事免許です。都道府県の知事免許というふうになっています。ただ学習をするという環境は、全道でもきちんと厚労省の決まりで整えられています。そういう学習環境を整えるということは、きちんとやっていかなければいけないと思ひます。免許の職種でございますので、このところに関連するものを知事に移すということは大変難しいと思ひます。先程先生方からも説明がありましたようなことは、同じように生じるというふうに考へております。県をまたぎながら、津軽海峡を渡って、向こうから来たりこちらから行ったりしておりますので、そういう現実を見ていくときには、一括した形で基準というものは設けられていなければならないというふうに考へます。

看護学校は、先程申し上げましたように、実習上だとか学内で学習するための基準が細かくあります。学生何人に対して赤ちゃんをお風呂に入れる、そのお風呂のバスを何個つくるだとか、ベッドを何台置くだとか、そういう決まりがきちんとござひます。そういうものを動かしながら、学内での学習というものをやっております。

それから、実習上の要件というものも、昔から見るとかなり緩和されていますけれども、そういうものをきちんと見ながら、実習上に指導者をきちんと置くということ。こういうようなことも非常に学習環境を整えて、現場に行った時にある程度のことにはできる。そういうものを整えるためには大変重要ではないかと思ひております。206のデメリットに書いてあることは、まさにその通りだと思ひております。

外国人のことですけれども、これは厚労省からの通達にもありますように、あくまでも経済的な協約の中で盛り込むべきであって、日本における看護師が足りないからこういうことをするのはないということをはっきりと記載されております。私どももそういう認識をいたしております。

看護職は、女性がほとんどでござひます。結婚しました、子どもが生まれましたということで職場から離れていく。でも条件さえ整えば、短い時間でも、夜勤だけでもという者がおります。潜在がたくさんいるのですが、なかなか働く場を確保できないという現状がありますので、どんどん潜在化していつているという現状でござひます。今は、厚労省も含めて潜在の人を復職させるという努力をしているところでござひます。多様な働き方だ

とか、夜勤だけでも、3時間のパートでもというような者はどんどん現場に戻ってきております。そうすると足りないというような発想にはなかなかないわけですので、足りないということにはならないと思います。

免許のことにつきましても、やはり日本人に対する看護です。よく私も会議などで言うのですけれども、日本人はそういうものはなくなったかもしれないけれども、目と目でものが言えるだとか、お互いに考えていることを感知しながら、表現しなくても感じ取りながら看護ということもあるということをお願いしております。そういう文化をもっている国民だと思いますので、そこに向かってきちんと仕事をしていくためには、やはり日本の中で日本の学習とか科目を取っていただいて、そして安全・安心ということをつくり出していくということが大事ではないかと思っております。

それから配置基準の緩和でございます。従来、よく2対1とか3対1と言われました。これは昼間の数字ではなくて、夜はそういう数字にはなっておりません。それで今回7対1というものが出たと思います。患者さん7人に対して看護師が1、昼も夜もですよということです。以前は、2対1ということを見ると、外国人はびっくりされました。日本は2対1なのですかと。それは昼も夜も2対1という外国人の発想があるわけです。でも日本の場合、夜中は1人で何十人も見るわけです。そこを緩和したくて7対1というものを私ども協会が動きました。それが結果として、先程先生がおっしゃっていましたように、看護師の動きは合っているように思います。ただ、今年あたりになって看護学校からの情報などを聞きますと、少し従前のような確保対策、確保のために従前のように動いていないように思うと。ですからある程度、落ちつくところには落ちついてきているのかなという感じも受けます。足りない分だけ確保していこうという、そういう動きにもなっているのかなと思いますけれども、病床数に応じた配置数というのは、夜も昼も大事だと思っています。

在院日数はどんどん短くなってきております。加えて高齢化が進んでおります。そういうことを考えますと、夜間の業務は、従前は昼間のほうが圧倒的に多かったように思います。でも今は夜も昼もそう違わない。特に急性期看護病院はほとんど変わらない。夜のほうが必要かと思うような状況があるかと思えます。こういうことについては、過重労働をつくり出すということにもつながるし、医療の質を下げている、医療事故というものが今非常に大きな問題になっています。疲弊しながら仕事をするということでは、それに繋がっていくということも考えますので、ここのところは私ども看護協会としては、賛成できないところであると思っております。

それから、看護師の確保対策です。本当に、先程先生がおっしゃっていましたように、私どもには需給計画というものがあって、それで物事が動いています。18年から向こう5年間の需給計画が今動いております。その中でいろいろな動きが進んでいます。実は、18年から向こう5年間の需給計画をつくったときは、まだ7対1が動いておりません。需給計画は1月1日から5年後の12月末ということになります。診療報酬改定というのが4月1日からですので、需給計画が先に動いてしまっているのです。現実、予定の数字よりも不足という数字が大幅に増えているのが現実でございます。そのところに向かってどういうふうに確保していくかというのはすごく大きなことだと思います。定員増ということをおっしゃいましたが、これを地域にもってくる、知事にもってくるというのは、先程から申し上げておりますように学校の要件というものが非常に重要ですので、そのところは私どもも難しいと思います。ここらでいいのだろうかというふうにはすごく思います。

それから、249についても、先程から申し上げておりますように国家免許ですから、このことは非常に難しいと思っております。

それから訪問看護の 251 でございます。私どもは、療養上の世話、診療の補助業務を行うということは法律で決まっております。特に診療の補助業務というものには規制がございませんが、教育の範囲の中で頑張っているというのが現状でございます。

確かに私どものほうは、いろいろ拡大をしていけば、そのメリットのところにありますように、先生たちの業の軽減になるということには、結果としてつながっていくのではなかろうかと思えます。しかし大変口幅ったい言い方で申し訳ないのですが、免許は免許でございます。私どもは、看護職としての免許を持って仕事をしておりますので、その範疇の中でしっかり基本を果たしながらやっていくことだと思っております。デメリットに関しましても事故ということがあります。そういうことがありながら拡大ということにはならない。そういうことを進めるには、教育というものをしっかりやらないと、本人たちの責任まで問うことになっていきます。教育をしっかりやって、そういうものをつなげていかなければならないと思っております。

その下のことについても、介護福祉士さんたちの活性化におきましても、ある程度福祉士さんたちが医療行為を行うというのは、やはりそれなりの教育というものをしていかなければ、吸引と簡単に言いますが、苦しくなって息ができなくなったりします。そういうことをしっかりと状況を見ながら吸引をしている私どもでございますので、簡単に吸引などというのではないかと思います。もしそれを介護福祉士さんたちにとするのであれば、そちらの教育も必要です。そこを見ていける看護職の力量も育てていかなければならないと思っております。

そのようなことで、15 分を過ぎていただいた時間よりも長くなってしまいました。

○ 北海道看護協会 立石常任理事

北海道看護協会の立石でございます。今、会長が具体的に説明をいたしました。私は、総論的にお話をさせていただきます。

先程医師会の先生もおっしゃったように、私どもの国家免許としての知識等、全国一律に最低の基準をもってこれだけの知識をもたないといけないというものをもちながら仕事をしている者にとりましては、そこに地域性が攻められてきては非常に難しいのではないかと。人の生命を守る、生命を守っていく、健康を守っていく立場の人間が全国バラバラの教育では国民の生命を担保できないというふうに思っております。またそういうものは、教育によって質の担保というものがなさるわけですから、養成施設がそれぞれバラバラの施設基準であっては、そこも担保できないというふうに基本的に思っております。このことについては十分全国で違いがないような体制整備が必要かというふうに思っております。ここで内容として掲げている提案等については反対する立場をとっております。以上でございます。

○ 井上会長

ありがとうございました。

ただ今医療関係の 5 名の先生方からそれぞれの道民提案についてのコメントを核論として、あるいは総論としていただきました。本当に貴重なご意見を賜ったことに関しまして、深く感謝申し上げるところであります。

ご理解いただいているかどうかわかりませんので若干説明をしておきます。この道州制特区、今日配布されておりますけれども、後ろのほうでは道州制というふうになっております。この委員会では、道州制をにらんでということで、いわば実験の場としての道州制特区の検討をしているということ。あとは、今日の会議に書いてあると思うのですがけれども、「道州制特区提案検討委員会」というものであります。この道州制特区「提案」とい

うのは、これは誰がするかというと、「私ども」とか「北海道庁が」ということではなくて、基本的には道民の皆様方からご意見をいただいて、提案をしていただいてということでありまして、発信源はそれぞれの地域、それぞれの個人、あるいは組織体というところからあがってきているということでご理解いただきたいと思います。

そして、次の道州制特区提案検討委員会ということでありまして、ここでは検討をするということと委員会の大きな責任といいますか、役割があるということとあります。このところの「検討」というのは、今日まで、今日現在のものは正確に知りませんけれども、およそ300件の道民の皆さん方から提案があがってきました。1番、2番の大きいのが医療関係で、今日先生方にご意見をいただいた部分が非常に大きいというようなこととあります。

それで、私どもがやる部分というのは、先程先生方から少し意見が出ましたけれども、要するに300件近い提案をどうするかというと、1つは、道州制特区によってやらないと実現できないものということが1つの大きなジャンル。あと1つのジャンルは、道州制特区によらなくてもできるというものがある。これは道民の皆さん方が細かい法律、あるいは規制、条例等々についての理解が不十分、決して多いわけではないのですが、そのため現在の法律の中でもできるというようなものがある。あるいは、先程出ていた中で1件気づいたのがあったのですが。たとえば、8番目護学校の定員増・奨学金拡充。これは道州制特区の議論ではなくて、言い方がまずければ修正していただきたいと思うのですが、要するに道が財源をつけるかつかないかという話であって、これは道州制特区の訴状の中で議論すべきものではないというようなこととあります。

そして実際にここで議論をしましても、基本的に私どもは特段道徳性、あるいは社会性等々に反しないものは極力、その現行の法律に合わせて、その提案の案としてまとめていくということを基本に考えております。ですから、そういった部分について以外のところは、たとえばこれまでに医療関係は挙がってきていなかったわけですが、これはだめだねと言って棄却したというものは1件もないわけで、全てのものは何らかのかたちで検討、あるいは参考人の方々からの貴重な意見をいただきながら、まとめて国に挙げられるものだったということと、私どもの用語では「本棚に一旦しまっておく」というようなかたちでやっております。ですから、そのあたりのところをご理解いただければと思います。

今、先生方からいただいたご意見のところというのは、最後のところについている、これまでの検討委員会審議で私どもが意見や論点などということと議論したものとかかなりの程度重なっている部分も多かったのかなというような意識はもっております。特に先生方からご指摘いただいた部分は、たとえば量の確保というのと質の確保というのを、要するに両方ともどうやって満たすのかということ。量を満たすということと方策を考えても質が落ちたら結局大きな社会的な混乱がということがありました。

また、ドクターにしてもナースにしても、結局ナショナルライセンスである。そのホルダーを持っている人は北海道と北海道以外の所と行ったり来たりすることは完全に自由であるのに、北海道の特区の提案としてリージョナルでここに特例をつくることの間には矛盾がないのかというようなところのご指摘。これはいろいろなところから出てはいるわけですが、今日は先生方から具体的な話を聞いて非常に参考になりました。

貴重な時間でありまして、40分近くありますけれども、委員の先生方と専門家の参考人の先生方との間で意見の交換等々ができればよいというふうに思います。どなたからでも結構でございますが、いかがでしょうか。

○ 五十嵐委員

今日は本当にありがとうございます。大変参考になりました。五十嵐でございます。

見ての通り、我われは医療の専門家ではございません。この場で医療政策を議論するか医療のグランドデザインを描こうというようなことではないわけでございます。あくまでも道民提案に基づいて議論をするということで井上会長からご説明があった通りでございます。むしろ私どもとして期待をしていますのは、医療政策全般、医療のグランドデザイン全般を議論されている皆さんたちから、医療政策はこう進むべきである。しかしながら道州制特区としてもし可能であれば、この辺を、こういう制度をこう変えていただくと、もっとやりやすくなるというものがあれば、むしろ専門家の方から出していただけないかなという期待もございました。これは、今日はご意見を伺っただけですので、是非お帰りいただいてから、今お話しいただいたことをベースにしながらもう少し考えていただければなというふうに思っております。

というのは大きなお話でございますが、基本的にいくつか誤解があったのかなと思ったことを少しと、それから質問というかたちにさせてもらいたいと思います。

道民提案の中にいくつか「基準緩和」という文言と「知事認可にしてもらいたい」という言葉とがあります。これは、必ずしも一緒ではなくて、私たちもこの委員会の中で基準緩和というのは、やはり質の低下につながるということで早々簡単に認められるものではないだろうという議論をしてきました。ただ、「知事認可にしても」というのは、基準を下げて知事で認可するという意味ではなくて、同じ基準のものを国に持っていくのではなくて、知事のももいいのではないかという道民提案ということです。知事認可イコール基準が低下するという意味ではございませんので、そこは誤解なきようお願いしたいというふうに思っています。

その中で、若山会長がおっしゃっていただいたことで、今、あくまでも国の資格の中で、今までの教育の範囲内でやっているということのお話がありました。その通りだというふうに思っています。しかしながら、今後もし、たとえば私たちは道州制特区として北海道全体にこれをやるという場合もありますし、この中でも「過疎地域には」という書き方をしているところもあるのです。過疎地域において本当に医師・看護師が足りないところをどうしていくのだろうかという議論もございます。若山会長がおっしゃったように、たとえば看護師の業務拡大・機能拡大をするのであれば、教育をしっかりとやらなければいけない。それは介護福祉士も同じである。そうであれば逆に、しっかりとすべき教育というものはどのぐらいのレベルであって、それはどういうかたちでできるのだろうかということ。今お答えをいただかなくても、急にお答えできるものではないと思うのですけれども、もしお考えいただけるのであればそこをお考えいただいた上で議論をさせていただきたいなという気がいたします。

もう1つ質問をさせていただきたいのは、直江常任理事からいただいた最初のお言葉でございます。大変感銘を受けました。やはり国民が等しく受けることができなければならぬ医療というのは公共財であるということで、その理念は大原則であるとおっしゃっていただきました。その通りだと思っております。ただ現実問題、道民からこれだけの提案が挙がってきているというのは、医療に対する地域の方々の不安とか、そういった現実問題があるというところで道民の方々が一生懸命考えて挙がってきていると思うのです。おそらく実際は、北海道は医師の数も地域偏在が非常に大きい。それから看護師もそうですし、PT・OTもそうです。非常に医師・看護師だけではなくていろいろな専門職の偏在が多い中で、どうやっていったらいいのだろうかというのは、本当に私たちの悩み、それから道民の悩みだというふうに思っています。そこについて、これは特区とは関係ないのですが、その対応はどのようにお考えなのかということだけ最初にお伺いしたいなというふうに

思います。よろしく願いいたします。

○ 井上会長

2点ほど出ました。若山先生と直江先生のほうでお答えいただきたいと思います。

○ 若山会長

私どもは、国が決めたカリキュラムの中で教育というものが動いていまして、非常にたくさん学校の姿があります。大学養成もされていますし、大学院もあるし修士課程も博士課程もある。中学校を卒業して準看学校に入るコースもございます。高校を卒業して3年間で勉強していくというコースもございます。準看補修の免許を取った者が再度2年、あるいは定時制3年で看護師の免許の国家試験を受ける。いろいろな手段があります。やはり全部指定規則の中で使っているカリキュラムを使いながら、時間数を、準看護師であれば準看護師の教育をやりながら、準看護師の国家試験を受けるための授業はこういう内容でこれだけの時間というものがきちんと決まっています。その内容を見ていったときに、これから業務拡大ともうしましたら具体的に何が出るのかはわかりません。

そのようなことを考えていきましたときに、そこをみた具体的な技術の実習とか知識の学習だとか、そういうようなものをしっかりやっつけていかなければならないと思います。現場に出て行ってからやればいいのではないかという発想もあるかもしれませんが、基礎的などころをしっかりと学習していることは必要だと思います。病気をもたれた方、障害をもたれた方を看護するときに、やはりそれなりの技術、コミュニケーション技術、全部技術に入りますが、そのようなものを学校の3年間で、4年の大学の中で学習していきます。何が業務拡大されていくかということによって学校の中でのカリキュラム内容にも盛り込まれますので、今先生に質問をいただいたのですが、それ以外にはお答えすることは難しいです。

○ 北海道医師会 直江常任理事

医師不足というのは、数年前から非常に言われておりまして、地域によって大分違うというのは間違いございません。特に北海道エリア、東北というのは、医師の不足というのは非常に多いというのは間違いございません。医師不足というものはどういうものが関わってきたかという、いろいろな意見があると思いますけれども、1つはクオリティーオブライフという若い先生方が自分のライフを考えた時に、もっといい道があるのではないかとということが段々わかってきたのではないかと。昔は、ちょっと言いすぎかもしれませんが、徒弟制度のように、卒業したら数年間は無料奉仕のように働く、医者としてはそれが当然であるというようなスタイルの中でやってきた。そういう中で、国とか、いわゆる国民の医療に対するレベルの要求が段々上がってくる。ハードルが上がってきたというようなことで、それに更に、そういうことがありますと、いわゆる医療過誤、医療訴訟の問題が急速にここ10年ぐらいで数十倍以上になっている。そこに臨床研修制度が入ってきたということ。では、そういうような道があるならばそちらのほうに行って自分が腕を磨いたほうがいいのではないかと。それはどこかという、都会のほうで、非常に臨床が出来るところのほうに行ったほうがいいのではないかとというようなことも1つあると思います。

ですので、考えられるのであれば、道が、北海道がいかに医者にとって、それから他の人とかにとって魅力ある地域というふうなものを考えなければ、なかなか難しいと思います。実際に中標津のほうに行きました時には、中標津のお医者さんの中では、中標津に旅行に行って、あの自然が非常に良いので、その自然の中でやるというお医者さん。実際に

関西出身の方がそのままそこで定住した。その方は、臨床ではなくて開業しながら、かつそれ以降、救急のほうもお手伝いをしているようなことがあります。そういう先生に聞くと、やはり北海道の魅力あるところを大いにアピールしたら、多分若い先生も集まってくるのではないかということがありました。やはり北海道が、東京、あるいは大阪、九州等より魅力ある所になればいい。その魅力あるのはどういうふうにしたらいいというのは、経済的なものとかいろいろなものがありますけれども、そういうようなことをすれば先生方は集まってくるのではないかというふうに私は考えます。

それからもう1つは、非常にそのハードルが段々上がってきているわけです。医療に対するハードルが上がってきている。医療法というのは、昭和25年ぐらいにできた法律です。そこでの患者さんと医者の数というものは、今でも同じ。ところが、昔に比べて今ある医者のやる仕事量は10倍以上になっている。それを1人でやるというようなことである。しかしそれは、医者側から言えば、道民の皆さんといたら口幅ったいのですが、そこを皆さんになかなか理解していただけない。救急は、当然コンビニのように来るのが当たり前だろうというようなこともまだある。

そうしますと、もう少し道民との直線対話ということで医療の現状とか、そういうようなものをもう少し知っていただくことによって医者の疲労感、あるいは医者のプライドというものが少しでも確保できれば、その地域で頑張る医者が増えてくるのではないか。それは、もちろん情報の総合性というものがありますので、どちらが優位というものではなくて、現状をお互いに知っていただきたいということがあのではないかというふうに考えてございます。

それと、これは道州制特区だと思いますが、地域を出たお医者さんは地域にいる方が多いですので、そういう点は道のほうは何らかの手を考える。あるいは、国公立大学がそういうような選択の時に、今何らかの方法を考えていますので、考えてどんどんやっているということです。そういうことをすることによって少しでも今より良くなるということ。もう1つは、医者も道民も、もう少し安心できる何かがあれば、5年後ぐらいたつとこのぐらいになるという安心できる何かがあると、頑張れるというものがあるのですけれども、なかなかそこが私どもにもイメージができない。あるいは、厚生省もそういうイメージは出していません。

そういうことと、医療というものは非常に厳しいです。これは、道政経済と同じですので、私どもが1人では何もできないということをご理解いただきたいと思います。道民としては、先程宮本副会長が言われたように、緊急医療の医師対策とか、そういうものには積極的に関わっておりますし、道民との直接フォーラムみたいなものにも、もし道民が参加できるのなら地域の医師会からの要望があればそこにも行って、なるべく現状を理解していただいているというようなこと。ちょっと話があちこちに行きましたけれども、思ったことでございます。

以上でございます。時間が長引いてすいません。

○ 福士委員

どうもありがとうございます。大変勉強になりました。

ここで、タイトルが地域医療対策というふうになっていまして、地域医療に対して対策が必要だというのが前提になっている議論なわけです。どうして地域医療の対策を講じなければいけないというふうにここで取り上げられているのか。医師の皆さんが不足だということ、あるいはお医者さんが地域に不足である。あるいは、保健師さんとか看護師さんとか助産師さんも同時に不足になっているというふうなことが、ここの対策で道民の皆さんが挙げられた前提になっているというふうに思うのです。

ただ、先程伺ったところでは、お医者さんは確かに不足である。不足して、お医者さん自身も困っているというようなふうにお聞きしたのです。ただ、保健師さんと歯科医師、歯科助手さんについては、特に不足ではない。そういう対策を講ずる必要性は特にないのだというふうにお聞きしました。看護師さんと助産師さんについては、対策を講ずる必要があるというような認識でよろしいのでしょうかというのが1つ目の質問ということになります。

2つ目なのですけれども、確かに私も全国一律に決められるべき、そういうものというのがあると思うのです。やはり安全であるとか、特に生命を守るということになると、最低の基準のところはきちんと決めておかなければいけない。そういうのであれば緩和はできないというふうに思います。確かに定員を満たすとか、人を地域に送るといった時に、わりとネガティブなインセンティブ、たとえば管理職になるのだったら地域に行かなければいけない、研修制度については一定の地域に指定する、などのように限定してしまう。これは、職業の自由からいうと、私は法律をやっているのですけれども、ちょっと問題のある制度かなというふうには感じるころなのです。他方、たとえば地域医療のところには診療報酬を高くしたら、お医者さんが行ったりするインセンティブになるのではないかとということもあるのです。

ただ、割とポジティブ・インセンティブというのはお金がかかったり、やはり全国统一でやることについては難しいというのもあるのです。皆さんの中で、たとえば、こういうものがあればお医者さんが地方に行く気になるのではないかとのお考えはないか。先程、クオリティーオブライフということが出ましたけれども、ここの委員会ですとなかなか難しいところがありまして、この仕組みを変えとか制度を変えたり、法律の一部を変えたり、そういったものがあつたら医師が行く気になる。あるいは看護師さんや助産師さんもう少し増えるのではないかと考えられるものはないか、ということがお聞きしたいところです。

あるいは、そういうものは制度の改革ということでは無理なのかどうか。この検討会というのは恐らく当面地域性を入れる検討会である。ただ、それが全国的に望ましいのだけれども、まだやられていない、北海道で先駆けてやろうというようなことはないか。あるいは、全国统一でもいいのだけれども、北海道は特殊性があるので特別の制度をつくって欲しい、というものはないのでしょうか。皆さんのお話をお聞きしていると、全国的にやるべきだということがある。そうすると、国の動きが遅かったりする場合に、北海道で先駆けてこういうことをやってもいいのではないかとというような、そういうヒントがございましたら教えていただければと思います。

○ 北海道医師会 宮本副会長

医師数については、北海道の医師数は、北海道全体でいいますと日本の平均です。問題は、ほとんどが札幌圏域に就いているということです。どうしてそういうふうに医師不足と言われるかといいますと、先程直江常任理事の話にもありましたように、医療の専門化、医療の進歩、それから従来とは違う医師の生活等、いろいろなものがあります。

根本的には、やはり医師が足りない。先程五十嵐先生がグランドデザインではなくてとおっしゃいましたが、やはり日本の医師数がどのくらいなのか、あるいは医療のレベルをどのくらいにもっていくかという国の政策の間違えだというふうに私どもは考えております。明らかに OCEP の先進国の医師数からみると日本は低いわけです。それで、たかだか10年前、20年前まで、今までなんとかやっていたではないかというのは、明らかに医師個人の過重労働によってなんとかやってきたというのが実際だと思います。

現実には、医師の時間外就業については、平均週 80 数時間から 100 数時間です。これを

そのまま労働基準法に当てはめると、北海道中の公立病院の院長は労働基準法違反になります。そういうことが、僕らも先程出た徒弟制度のような感じでやってきて、それが田舎に行くと当たり前になっている。そういうことを医師個人の犠牲の上に成り立たせるといって自体は間違い。根本は、やはり医師が甚だ不足している。潜在をどうするかということは置いておきまして、根本的には医師は不足しているという認識でやっております。したがって社会保障費にどのように手当をするのかということも、その上に乗った同じような議論でやっております。これは、社会補償費に対する国の予算を増やさない限りは、北海道において道州制特区提案で何とかしたいと思っても、甚だ難しいのではないかと。今、先生からあったように何か道レベルでできないのかということになりますと、私は非常に難しいと思っています。

先程救急搬送のことが出ていました。これは、総務省の管轄なのでしょうけれども、救急搬送で、実際に黒松内の町立病院では病床利用率が全国最低で、今の公立病院の広域連携構想の了承を得て免除されております。そこにフォーラムがあって話をしましたが、国保病院を2人でやっているのです。救急患者が来た時には、送る先は八雲か具知安、あるいは札幌なのです。その間に医者がいなくなるわけです。救急車に1時間半乗って行く。そういう救急の連携体制が何とか上手くできないかというのが1つ道レベルで考えて、総務省のいろいろな規制はあるのでしょうけれども、救急搬送でなにかできないかということは考えています。

それ以外のことについては、道レベルで何かをしようというのは難しいと思います。それから、診療報酬のことについても、先程の診療報酬上のいろいろなプールの問題がありますが、一物二価になりますので果たしてそれがいいのか。

それから、個人的な考えですけれども、今産科の先生が非常に少なく大変である。あるいは麻酔科の先生が足りないということで、非常に高額な給料をお出しになって何とか確保している病院がいくつか出てきました。そのことにつきましても、私は人參をぶら下げてやったとしても、それは瞬間的なものであって、制度としてどうするのかということをやらないと、非常に医師を馬鹿にしたようなやり方ではないか。ただ、それぐらい地方の院長先生方、あるいは首長の皆さんは困っておられると思います。

診療報酬を、たとえば北海道の場合に、1点を11円にするのか、12円にするのか。逆に、そうすると後期高齢者医療制度と同じですけれども、保険証をどうするのかということが出てきます。1点10円を11円、12円にするという場合に、逆に1点を9円にする、8円にするということも可能なわけです。国の政策によって、道の政策によって可能です。ですから道の財政になった時に、では1点11円にしたけれども、今回は道財政が非常にショートしているから1点9円にしてくれ。医療機関の先生方はそれで我慢してくれと言われると、はい、そうですかということにはならない。

○ 五十嵐委員

今救急の話が出ましたが、先程のお話の中で、いろいろな条件が解決されればというところのお話がありました。いろいろな条件を、今日でなくても結構ですので、ちょっとあげていただければ思うのです。総務省、警察の問題もありますのでなかなか一筋縄ではいかないみたいですが、何か糸口があれば是非お願いしたいと思います。

それから、若山会長にもう1度お願いなのですが、たとえば、先程の教育なのですけれども、何を業務拡大、役割拡大するかによって教育の内容が異なるというのはそのとおりでございます。最近、私は重身のお子さんを抱えているお母さん達、お子さんといっても大きくなった方もいらっしゃると思いますが、話を聞く機会がたくさんあったのです。その中で、やっぱり吸引の問題が結構出てきていたのです。重たい障害を持った方たちの吸

引ということに限って見た場合に、どんなことが考えられるのか。介護福祉士さんがもしできるとすれば、要するに自立支援法の中ではかなり時間が限られている中で非常にやりくりが難しいところでお母さんたちが実際は吸引をしているという実態がある。そうすると、その負担軽減とか、医師や看護師さんの指導や指示のもとで、もし介護福祉士ができるのだとすると、どのくらいの教育が必要なのか。私達が考えている道州制特区は、何も基準緩和ではなくて、むしろ基準を、ハードルを上げる話かもしれないわけです。それでもチャレンジする価値があるのであればチャレンジしていきたいなというふうに思っております。その点を一緒に考えていただければというふうに思います。

○ 北海道看護協会 若山会長

確かに私どもの仕事からいいますと、きちんと吸引というものの教育を受けています。病態・生理学から、その時のその方たちの状態だとか、それをどうやって観察しながらどういうふうに技術を使いながらやっていくのかという教育をきちんと受けています。それは、病院の中でも様々な経験をしながら現場に行く。ですから現場の実習が非常に重要なのです。そういうことを本当に何年間もかけて実習していきます。それを持って現場に出て行って、また現場の中でその技術を確保していく。先輩看護師等から実際にやっていけるための月単位実習だとか、それから足りない実習をさせてもらうとか、そういうようなことをしながら使っていくようになりますので、やはりそういうことをきちんとやるという中で、学校の中でどこまでやって、実習でどういうふうにするのか。それで現場に行っただろうか。こういうシステム的なものをきちんと考えなければならぬのではないのでしょうか。

看護職の場合は、そういう現場の教育、勤めていった者の教育というもののシステム化がかなり動いています。卒業時にはここまで達しなければいけない。そして、あとはどういうふうにしていかなければいけない。そういうものが厚労省の検討会などで出てきますので、そういうものを見ながら現場は院内研修だとか教育のあり方というものを考えています。

○ 五十嵐委員

ALSの方には、それが認められるようになった。だから病気限定、人限定、ですから、何かに限定した時にそのことをよく学習していけばできるだろうと。それで、現場のお母さんたちは、私たちは素人でやっていますということなのですけれども、素人とは言いながらも子どもの頃から見ているので、いろいろなことがわかって、病気の知識は医学的な知識はなくてもおそらくどこかで勉強しているのだろうというふうに思うのです。私たちができることを、なぜあの方たちができないのかという素朴な疑問です。私は、そこで「そうですね」と簡単には言えるものではないと思いますけれども、何か考えることができるのであれば考えていくことはできると思うのです。そういった背景があるかと思うのですが。

○ 北海道看護協会 若山会長

お母さんたちは、子どもさんのそういうことをしていくためには看護師等からしっかりと技術的なことの学習といいますか、教えていただいて、伝えて、それをわかっていただいて、顔色がこうなったらこうですよとか、管はこういうふうにならなければいけないとか、現象みたいなどころだけを学習してもらいながらやっていきます。そこで事故が起きても、これは問われません。けれども免許者は問われますので、きちんと学習したかたちで責任をとっていけるような条件を、そういうことを起こさないような条件をつくり出して

っていますので、やはり教育というものはそこまで考えたものとしてつくっていかねばならないのではないかと思います。お母さんたちとの違いはそこだと思います。

実際に私どもも病院の中で、お母さんたちにそのことをお話しして、そして決めていく。ただ、困ったときにはいつでも言ってくださいと、そういうことをしながら入院している期間の中で毎日毎日教えて差し上げるということをしています。免許証を持つ方は、そういうことではすまないということになるかと思いますが。

先程北野先生がおっしゃったことで私どもの今の状況をお伝えさせていただきたいと思います。保健師の需要は、今大変足りないというふうに言われています。なぜかという、習慣病の患者さんが増えていまして、保健師の需要が高くなっています。実は、北野先生がおっしゃった通りなのですが、看護師の教育は、大学教育が随分進んでいます。北海道も10校になりました。そういう中で看護師教育と看護師の基礎教育、それから看護師になって後に保健師の国家試験を受けて出るという2つの学習が4年間の中でなされています。そういう学習をして大学を卒業した人たちは、保健師の免許と看護師の免許を取るための調整をいたします。ですから、看護師の免許の国家試験に受かっていないと保健師や助産師の免許は取れないようになっていっていますので、努力をなさって、2つの国家試験を取ろうとしている人は結構います。そういう中なのですが、現実、現場に出て行きますと、4年間の中で、たとえば家庭訪問、家庭へ行って訪問看護をして、そこでお母さんとか子どもさんとか老人の方々にいろいろ指導していくという技術的な部分の学習が、実は大学の中でも十分ではないのです。保健師の資格は持っていますが、そのことを実行していくためには、もう少し現場教育をしていかないとなかなか難しいという状況がございます。保健師たちも、保健師だけに限らず私どもの取り組みの中でも充実させていかねばならないところだと思っています。そういう意味では、保健師の数は結構いるのです。ただ、その人たちがすぐに社会で活躍していける体制を作り出していかなければいけないと思っています。大学で保健師の免許を取っても、私は看護師になるという方が多いですので、実質は動かないということです。ですが、保健師の数は、今基本は増えているということです。

それから、男性につきましても、先程先生がおっしゃった通りなのですが、従前私どもの職業というのは女性がほとんどでした。でも今は男性が増えてきています。ただ、それを学校が引き受けようとした時に、やれ更衣室がない、トイレがない、何がない。現状はそういう状況になっています。あるところにはあろうかと思いますが、でも、そういうものをクリアしながら男子の学生を引き受ける体制を整えていかねばならない。そういう意味では大学等でも学生は増えてきていますし、専門学校などでもそういう人達は増えてきています。そういう努力は、検討していきたいと思っております。

それから、先程福士先生がおっしゃられましたように制度は何かないのかということについては、たぶん制度をつくっても無理かもしれない、制度をつくっても無理ではないかと思うところがある。できないと最初から言うてしまうのかということになるのかもしれませんが、できないのではないかと考えています。

○ 北海道医師会 宮本副会長

救急のことについては担当の医師がいますので、今日は一応意見を聞いてはきたのですが、先生がおっしゃるようなことで何かこの件について整理してお話をしたいなと思っております。

ただ、私が伺いたいのは、規制緩和といいますか、いろいろな条件、事務手続き上の問題もあると思いますが、どうしても財源を伴うようなもの。たとえば今の介護福祉士の方にいろいろな医行為に近いものをやらせる場合に相当のトレーニングをするのかというこ

とになると、そのトレーニングに関わるいろいろな財源をどういうふうにするのか。前の規制緩和のときと今回の道州制特区とでは、財源はどういうふうに違うのかを教えてくださいたいと思います。

○ 地域主権局 出光局次長

その構造改革と道州制特区の違いということになりますけれども、構造改革特区の場合は、主に規制緩和をターゲットにした制度です。それに対して道州制特区は、将来の道州制をにらんで、そのためにいろいろ先駆的にやっていこうというものでございます。その将来の道州制のイメージ、私が講演などでザックリ申し上げますのは、たとえば国の霞ヶ関に官僚の人たちが5万人いるのです。霞ヶ関1丁目から3丁目までに5万人の官僚の人がいます。この人たちは、ザックリ半分ぐらいでいいのではないかと。そのぐらい国の権限、役割というものを絞っていただいて、半分の2万5千人にしたら残りの2万5千人の方たちはどこに行くのか。この人たちを、だいたい10分の1ぐらいの人に道州制に来ていただく。そうすると、北海道にも10分の1ずついただけると2,500人の官僚がくる。国の省庁は10ぐらいありますから、均等割りすれば厚生労働省からも北海道に250人入ることになる。権限、仕事と一緒に入る。そうした時に財源も一緒にくる。厚労省のいろいろなサービス、これもシェア分と一緒にです。そういうイメージなのです。そういうものを念頭に置きながら、先般では、それは無理な話ですから、いろいろなジャンルで先駆的に必要性の高いものから何をやっていくのかというところで道州制特区が出てまいります。

提案の中身としては、たとえば権限の移譲、厚生労働省、あるいは北海道厚生局がやっている仕事をまず道に移していく。その時には、仕事の中身にもよりますけれども、専門的な知見が必要だということであれば、厚生労働省から人ごときたらいいのではないのでしょうか。そうするとその仕事にかかっている経費、国がかけている経費を基本に切り分けて北海道に持ってきたらどうでしょうか。こういうことが提案できるというふうになっております。

たとえば、これまで行った提案の中で水道に関する関係のものが実現しまして、これに関して厚生労働省でも北海道認可として予算の一から北海道シェア分を切り分けて、今移してみましようということでも財務省とも調整しているところでございます。

それともう1つは、道州制特区では、法令の制定改定が提案できるということになっておりまして、法律の改正案とか、あるいは新法をつくる。あるいは、今ある法律をやめてもらうとか、そういうことを提案できるということになっております。これは、言ってみれば霞ヶ関の官僚の人たちが法案をつくって国会に出しているわけですが、これは北海道側で独自の法案をつくれる。そういったこともできるということです。その場合には、ここでもご議論いただきましたが、全国一律がいいかどうかということがあります。これは、ものによっては全国一律のほうが当然いいことも多々ございます。一方では、地域性を活かしたほうがいいのではないかとというケースもあろうかと思っております。医療以外の例でいきますと、最近まで学校の天井の高さというものは3mと全国一律で決まっていたのです。ある自治体で、3mではなくて天井の高さを2.8mにさせてもらえないか。そうすると建築資金が浮くものですから、その分子供たちにパソコンを買ってあげられるということだったのでしたけれども、文部科学省は絶対にだめだと言っていたのです。明治からこの方、学校の天井の高さは3メートルと決まっている。なぜかを調べてもらったら、明治の頃は石炭ストーブを焚いていたので環境のために3mだった。今そんな学校はありませんよねということで、文部科学省もハタと気がついて、それは自由にしていいいですということになりました。こんなふうに全国一律でなくてもいいものもあろうかと思うのです。これも、こういう特区でいろいろな提案の検討を積み重ねながら、こういうものは全国一

律のままのほうがいいでしょう。こういうものは地域ごとに違っていいのではないか。こういうことを提案を積み重ねながら手探りで知見を積み重ねているという状況でございます。

是非、先生方におかれましても、普段のお仕事の中で、これは当然全国一律のほうがいいこともあれば、ものによっては、こういうところが直ってくればいいのに、あるいは行政手続き的なことであっても、3ヵ月もかからないで1ヵ月ぐらいで済んでくれればいいのと思うようなこと。そういうところから場合によっては北海道だけ先んじて、いろいろな法令の制定から入っていければ、たとえば手続きが短縮されて医療現場も助かる。そういうこともあろうかと思しますので、今後ともよろしく願いいたします。それから、何かお気づきの点があればお知らせいただければと思っております。

○ 北海道医師会 直江常任理事

私の勉強不足だったら許していただきたいのですが、252番の吸引です。

これは、確か平成17年3月24日の厚労省の医政局長通達で、個人契約をすれば、ある条件下であれば介護福祉士の方も確か痰の吸引はできることになっているのですが、ここの提案というものは、そういう面倒くさいという言い方は悪いのですが、個人契約みたいなものを全部、個人対個人の契約とか、そういうものを全部外して、一連に教育を受けたものはしてもいいということをご提案では、そういう意味として捉えてよろしいのでしょうか。

○ 五十嵐委員

私も勉強不足なのですが、たとえば個人契約をする時の介護福祉士は、何故個人契約でそれができるといことが認められるようになったのでしょうか。

○ 北海道医師会 直江常任理事

これは、平成17年3月24日の在宅におけるALS以外の療養患者、障害者に対する痰の吸引の取り扱いにということで、基本的に東京の厚労省のほうで研究会ができて、その中で個人、家族以外の者でもある一定の条件を満たせば、たとえばそれは療養管理の関係の管理とか、医者、看護師さんのきちんとした連携があれば、個人契約でやってもいいというふうにはなっております。確か個人契約でなければ、その時は家族のほうの同意でもよろしいということになっています。具体的には、介護福祉士のいわゆる教育レベルというものが大変ということで、実際問題はそこの介護ステーションから行っている方や何かはしないということ。損害賠償とかいろいろな問題があるからというふうに私は聞いております。そのように理解してよろしいでしょうか。それとも、この提案をもう少し広げる。この個人契約を広めるということでもよろしいのでしょうか。もし、こういうものであれば徹底するなり何らかの方法をとれば、今までの制度の中をいじらなくてもできるような、特区でなくてもできるのではないかという気がするのですが、私の知識不足であれば申し訳ないのですが、私はそういうふうに理解しておりました。

○ 五十嵐委員

それは、あくまでも個人契約が原則ということになっているわけです。実態は私もわかりませんので、実態を是非調べていただいて、そこに何か困難があるのであれば、その困難を打ち破るための制度というものが必要になってくるだろうという論理展開になります。そういう時に教育の問題であれば、先程若山会長がおっしゃったことにもなるでしょうし。現状の把握のほうからお願いしたいと思っております。

○ 地域主権局 川城局長

わかりました。後の委員会で報告したいと思います。

○ 宮田委員

私は、唯一地方から参加しております釧路の宮田と申します。今日は本当にどうもありがとうございました。

釧路でも釧路医師会、みんな医師が確保できなくなっていて、釧路市が緊急病院をつくらなければならないようになってしまっているということで、本当に地方では医療問題に非常に関心が大きくて、道民の方からもこのような形でいろいろなアイデアとして現状をわからない方も関わっている提案も中にはあろうかと思うのですけれども、関心は高いということです。何とかこの中だけではなくても、今後医師会の皆様、看護師会の皆様からも、今何かもっと地方の安心安全を進める上で、地域と一緒に何かができるような、今ネックになっているような規制。そういうものがあれば是非皆さんのほうからも出していただき、私どもも勉強しながら役立てていきたいというふうに思っております。

それと同時に、今道州制に向けての議論もありますので、こういった議論が道州制になった時、医療費が国から北海道のほうにどのような形で来て、それで本当に北海道は足りるのか。私達も道路の問題ですとか空港の整備の問題では、今は国のインフラとしてちゃんとやるべきことをやって欲しいというようなことの中で、特区でこれをどういうふうにするのかという議論をしながらやっております。最低限のインフラについては、医療のインフラといったら失礼ですけれども、生活の基盤ですので、主張するものはちゃんと主張する。こういったことの勉強が道州制に移行する時に役立つ議論にもなるかと思っておりますので、本当に今日はいろいろと貴重なお話をいただきましてありがとうございました。

○ 井上会長

ありがとうございました。

様々な観点から貴重なご意見をいただき、深く感謝するしだいであります。今起こっているいろいろな形で、私も経済学をやっている人間ですが、経済関係の週刊誌にも、いかに医療従事者が過酷なのかということの記事が特集で組まれるような時代になってきました。ただ、北海道というこの現場にとりわけありますと、やはり道民の皆さん方から挙げられてくる意見というのは、こういった時代で医療の問題を何とかしろというような声ばかりが挙がってくる。そこをどうやって私どもが解決するのか。あるいは解決する手立ての一翼を担うのかということところが、この道州制特区の役割だというふうに思っております。

医師の不足の問題というのは、全国レベルで見れば当然のことです。これから大学の医学部の定員を増やしますというふうに言ってみても、実際に増えた人間の学生が医療の現場に出てくるまでには6年、7年かかってくるわけです。この5年、6年、7年の間に、今よりももっと悪くなるかもしれない状況の中で、どうやって道民の皆さんが一人ひとりの生活の安全安心というのを確保していくのかというのは、これは非常に大事な問題だというふうに思うのです。

ですから、若干視点が変わるかもしれませんが、北海道は記憶が正しければ全国平均レベルの住民対医師の数は確保している。ただ1万2千人ぐらいのお医者さんの数がいて、その半分が札幌に集中している。これは札幌以外のところの医者、あるいは医療過疎というような問題がある。道州制特区の提案というところでは、この部分はあまりいじれるものはないだろう、難しいだろうということは先生方の説明でよくわかりました。

では、医療過疎の地域というのがあるとするれば、これから何年もの間、このままにしておくということは多分できないというふうに思います。これは私だけではなくて、宮本副会長をはじめとして多くの医療従事者の方々が頭を悩ませておられることだと思います。こういった問題をどうやっていくのか。そして先生方をお願いしたいのは、私どもも大きな組織、大学という組織にいますと、大体議論をしていると「これもできない、あれもできない、無理だ、無理だ」ということで、理路整然とロジックをもって言われるから太刀打ちがなかなかできないのですが、今、目の前にある危機といいますか、ここの問題を、宮本副会長をはじめとして医療従事者の先生方と道民の皆様、あるいは行政と一緒に解決していくということが必要なのではないのかなというふうに思います。

今日、ご検討をよろしく申し上げますと申し上げますと、若山会長、直江常任理事に宿題を持って帰っていただいている感じがしますが、是非何らかの形で提案を挙げることにご協力いただきたい、これは切にお願いすることです。

道州制特区の提案については、基本的には財源を確保するという約束が行われていたというふうに私は記憶しているのです。ただ現実にはそれがなくなった時に、どれぐらいの金がついてくるのか、必要な金がついてくるのかというのは、甚だ疑問なところがある。ただこれは非常に、我々としては試金石のようなものですから、言えるものというのはいわなければいけないものは言っていくような努力というものをさせていただきたいと思っておりますし、ご協力いただきたいと思っております。

私どもが何故道州制特区をやっているのか。冒頭にお話しましたが、みんな我々がまとめているのではなくて、つくっているのではなくて、全て出発点は道民の皆さん方ということになります。何を言おうとしているのかというと、来るべき地方分権、完全地方分権時代になった時に、主役は住民である。ですから、地域主権型の道州制ということを考えて、この試みというのはいくらも当たり前のようではございますけれども、道州制を議論している全国の多くの地域と比べると、私ども北海道方式というのはいくらもユニークなものであります。地域にいて頑張っておられる先生方の悩みを聞いていただいて、仕方がないよねという話ではなくて、とにかく何とかしてあげたい。先程、福士先生からも他の先生からも出ましたけれども、クオリティーオブライフというのはいくらも当然のこと、一人ひとりの人間の犠牲のもとにシステムというのはいくらも運用すべきではないと考えているので、是非ご協力いただきたい。

先生方の中には、日本医師会でもいろいろな提言というものが行われているのだらうと思っておりますけれども、そういった部分を少し具体的に先取りできるようなものがあれば、これは道州制特区でぶつけてみればというふうに思っているのです。個々に私どもは、先生方の意見を聞いて、もう1度次回に練り直して、少し先生方にお叱りを受けるような形ではないものが挙がっていくかもしれません。ただこれは諮問機関ですから知事にあがっていく。知事は、今度は道議会にあげていき、それが国にあがっていくというような形でぐるっと回っていく。それで出てきても北海道で運用するためには、基本的には条例等々によって制定しないと、今度は動いていかないということで、ハードルは、実はたくさんある。ただ、こうやって動いていくということが北海道全体を動かしていくということになりますので、本当にご協力いただきたいと思うのです。これを見ていまして、先生方は技術的に難しいところ、ここで聞いていると逐一もつともだなというふうに思いながら聞いていました。たとえば、地方病院の経営健全化というようなところになっていきますと、私どもも誰が発言しているのかというのはわからないのです。ただ、これよく推測してみると、やっぱり公立病院の、行政的に支えきれなくなったところが何とかしてやってくれよということの苦肉の策だらうと思うのです。だからといって、これをやることによって救われるのかどうか。もっと別な手立てをやらないと抜本的な解決にはならないのかどう

かというようなこともあります。

長くなりましたけれども、切に先生方のご協力を、前向きなご協力をお願いしたいと思うのです。

○ 北海道医師会 宮本副会長

先生のお話から趣旨はよくわかりました。ご協力できるところは是非したいと思います。

ただ、この特区、今先生がおっしゃった、事務局の方がおっしゃった、中央省庁の権限の問題ということに非常に繋がっているのだと思います。

私は、自治体病院の広域化の時にも参画いたしました。自治体病院の広域化、集約化の場合に、もう1つ先を見ると、市町村合併があるわけです。そうすると医療のために医療が非常に問題であるから病院を合併するということは、市町村合併を勧めるということに加担というのは変ですが、なっているわけです。

私も地方におりますが、そのことによって非常にその地方が更に疲弊するということがあるのです。ですから特区として、これを道として手をあげて推進するという気持ちはわかります。それにブレーキをかけるつもりはまったくございません。ただ現実問題としては、そのことによって、いわゆる限界集落なんていう、どこが限界なのかと思うぐらいの言葉が平気で出てくるわけです。全道を60ぐらいの市町村にするということは、行政の経済効率から見るとわかりますけれども、ただそのことによって、地方がより一層疲弊している。

医療機関は最低の保障として何とか皆さん頑張っているのですが、それ以前に銀行の支店は引き上げている、電力会社も引き上げている、電話会社も引き上げている、公立学校は合併しているということになると、医療の問題だけではなくて社会制度そのものの問題でどんどん集約化しているわけです。医療だけを取り上げて、ここを何とかすれば医療の崩壊は防げるかといわれると、私は防げないと思います。道として社会の問題はどうあるべきかということの視点がなければ、私どもは地方の疲弊に手を貸してしまうという危惧を若干持っています。

○ 井上会長

よく理解できました。

先生方には本当にお忙しいところをお見えいただきまして貴重な意見を賜りました。本当に心から感謝いたします。ご苦勞様でした。

では、改めまして医療の問題、あるいはその他残している問題について次回以降に議論を進めていただきたいというふうに思っております。

(参考人退出)

次回の委員会について事務局から簡単に説明していただきたいと思います。

○ 地域主権局 渡辺参事

それでは、次回の第26回になります。12月中旬から下旬ということで、改めてメール等で調整させていただいて日程を決めさせていただきたいと思います。

次回の内容としましては、今日ご意見をいろいろと頂戴いたしましたので、それを踏まえて検討の仕組みを中心に行いたいと思います。順次資料、他のものについても準備をさせていただくということを考えてございます。よろしく願いいたします。

○ 井上会長

次回の日程のことにしましては、事務局から説明があった通りでありますので、日程調整等につきましては年末でお忙しいことだと思いますけれども、ご協力ほどよろしくお願いいたします。

その他ということになります、ございますか。

○ 地域主権局 出光次長

それでは、事務局から道州制に関して全国的な動きが大分出てきましたので、この機会にご紹介をさせていただきたいと思っております。

資料は3点お配りさせていただいております。1点目が道州制ビジョン懇談会中間報告です。これは、国の道州制担当大臣の元に置かれております諮問機関でございます。ここが今年の3月24日に中間報告を出したものでございます。

この中で特に注目すべきものとして、この中の25ページです。このビジョン懇談会中間報告の25ページです。道州制基本法というものをつくるべきだということが提言をされていきました。今、政府与党のほうでも次第に道州制基本法の制定に向けて動きが加速しているという状況でございます。その裏側の26ページになります。道州制特区推進法の活用ということで、北海道が現在、唯一の道州制特区ですので、この北海道の提案というものを真摯に受け止めて、積極的に政府としても取り組んでいくべきであるということが提言をされております。それから、その下から4行目ですけれども、広域連合のような形で他の地域、九州とか関西でも道州制特区になれるように考えていこうということを提言しています。

それから、2つ目の資料にある道州制に関する第三次中間報告です。これは、自由民主党の道州制推進本部、自由民主党直属の本部なのですけれども、そこで7月に出された報告でございます。この中でも、10ページをお開きいただきたいのですが、自民党の中間報告の10ページに道州制導入プロセスとしまして、道州制の基本法をつくるということで、今永田町の自民党のほうも専門の検討委員会を立ち上げて道州制基本法の検討に入ったようです。

その下に、これもビジョン懇談会と同様に道州制特区の北海道の取り組みを応援して、全国の道州制の先駆的事例としてやっていってもらおう。それから九州や関西などの取り組みも確保していく。こういうところが述べられているところでございます。

3点目には、日本経団連が11月に第二次提言を出しています。日本経団連の提言の中でも、たとえば29ページになりますが、29ページの中で道州制推進基本法の検討に着手して、早期に制定すべきであると。また、ちょっと戻っていただきまして18ページ、北海道の道州制特区をもっと応援していく。それから、都府県による広域連合も対象としていく。この3つの提言が期をいつにして述べられているところでございました。

ある面では過去3回、21項目に渡ります北海道からの提案の積み重ねというものが、そしてそれが着実に実現を見ていくつかこういうところが道州制特区についての注目度といいたいまいしょうか、法律が制定されてからあまりたいしたことのない法律だと、随分ひどい評価をされましたけれども、段々と道州制特区はいいじゃないかと、他の地域もどんどんのっていったらいいじゃないかと。そういう流れに今なりつつあるということでございます。

実は、第2回目の提案につきましても、昨日各所の官房長レベルの会議がございました。たとえば、森林関連の一元化とか、審議会とか町内会とか、5項目につきまして国は道の提案を受け入れるという方針を掲げたところでございます。

その他、特定免税店は自民党の税調で議論が始まっている。こういうことで、残り6項目についてもなお検討が続いているということでございます。第2回の提案につきましても、かなり前進しつつあるという状況でございます。

そうしたことから道州制特区そのものについての評価、注目度が高まってきているのではないかなというふうに思っております。当委員会の先生方のご尽力に、改めて感謝を申し上げますとともに、引き続きご協力をよろしくお願い申し上げます。以上でございます。

○ 宮田委員

特区のほうはいいのですけれども、道州制自体の議論は、道庁内ではどういうふうに進んでいるのかかいつまんで教えていただけますか。

○ 地域主権局 出光次長

道州制そのものも私ども主権局が担当しております。私どもなりに道州制についての構想というものを持っております。昨年度につくりました「地域主権型社会のモデル構想2007」というかたちで構想をまとめております。

これを知事会ですとかビジョン懇談会、自民党で説明をして、私どもの考えを発信して、全国の制度設計の議論に是非取り入れていただきたいという活動をやっているところでございます。

なお、このモデル構想は、平成15年に1つ前の構想を策定してしまして、4年が経っていろいろ状況が進展したので、第二次構想としてモデル構想2007としてつくりました。なお、各地域でもいろいろ意見交換を重ねて、新しい要素を取り入れながら、順次新しいものにリニューアルしていくという考えをとっております。また道内でのいろいろなご意見、そして特区の提案の状況等も取り入れながら、さらにバージョンアップした構想にしていきたいというふうに思っています。

○ 井上会長

今日事務局で、出光さんのほうで説明をしてもらったことにしたのは、今宮田さんが言われたように国レベル、あるいは政党レベルでいろいろな話が出てきて、それがグチャグチャしてきている。12月になると、今度は丹羽委員会から第二次のものが出てくる。

こういうものが国レベルでどんどん走っていて、先程何か法律が変わっているのではないかという話で、こちらのほうは、道民の皆さん方の提案というのは多くは去年の夏に上がってきているもので、その後、国は先取りしながらどんどん法律を変えている部分があるわけです。そのあたりを少し整理するというので今回説明をお願いしたのです。

○ 地域主権局 出光次長

ただ、たとえば全国の道州制で基本法をつくるとか、いろいろな構想が出てきていますが、その中でいろいろな構想があるのですが、コミュニティー対策が非常に重要だということは構想の中では述べられるわけです。ところが具体策として、ではコミュニティーの再生のためにどんなことをやるかというのは、そういう構想には抽象論だけであまり書かれていない。具体策の裏づけというのはまだ全国ではあまりない状況です。

そういう中で当特区というのは、たとえば町内会もそうですしコミュニティーハウスもそうです。具体的にそれをどうやっていくのかという具体策の積み重ねという点では先に進んでいるわけでございます。そういう意味でもこれらの構想の中で北海道の特区をどんどんやってもらって、それを取り入れながらビジョンをさらに精緻なものにしていく。そういう考え方が出ていまして、その辺でも当特区への期待度が高まっているという状況にあると思います。

○ 井上会長

先程出ていた日本経団連というのは、先程出光さんが触れた18ページのところ、パッと目を通すと北海道と関西が出ているのだけれども、日本経団連に9月か10月に呼び出されたのです。それで、いくつか言ったのだけれども、要は道州制特区というのは道州制の1つの実験をやっているわけだから、ここで北海道がつぶれるようなことになると、みんなが考えているような道州制なんていつまでたっても実現しないから、特区を最大限認めるということで力を貸してくださいと言ってきたのです。

○ 宮田委員

お金がない中で本当に、また最初の何かチマチマした小粒な、小ぶりなものばかりというような議論に戻ってしまうようなことではなくて、もっとダイナミックな道州制特区による北海道の問題の解決が出てこないダメだと思えます。

○ 井上会長

医療の問題の後で質疑応答が残っておりますが、次回にまとめてやりましょう。ご苦労様でした。

(会議終了)