

## 平成19年度 第2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19年8月28日（火）9:32～12:45

場 所：北海道立道民活動センター（かでの2・7）730会議室

出席者：

（委員）井上会長、五十嵐副会長、佐藤委員、林委員、福士委員、山本委員

（参考人）久保田宏 名寄市立大学学長

（事務局）川城地域主権局長、井筒地域主権局次長、  
條野保健福祉部保健医療局地域医師確保推進室参事、  
出光地域主権局参事、田中地域主権局参事

### ○井上会長：

定刻を若干過ぎましたが、委員の先生方全員お揃いですので、只今から第2回目の提案検討委員会を開催させていただきたいと思っております。

今日は、スケジュールの都合上ですね、各先生がお揃いになるのは早朝のこの時間しかありませんでしたので、皆様方には多々ご迷惑をおかけしたと思っておりますけれども、今日は従前同様にですね、自由で活発なご議論をいただきたいというふうに思っております。

第1回目は、7月の30日に開催したということでございますけれども、本日の第2回目から、これは国への新たな提案ということで、具体的な審議を進めてまいりたいというふうに思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

議題に沿って進めさせていただきたいと思っておりますが、「2 議事」ということで、「(1) 当面の審議スケジュールについて」ということであります。お手元の資料の1に基づいて進めさせていただきたいと思っておりますが、前回の会議の確認でございますけれども、7月の30日に開きました席上で、当初は事務局の案でもありましたけれども、ここの資料の1のですね、上の囲みの答申の「9月下旬」というのがもともとはなくて、それで答申というのは、来年の、平成20年の3月に国に向けて提案をするというようなことで、実は、この検討委員会の答申は11月の中旬ということでありました。ただ、参加されておられた方々は全員ご承知のように、種々議論の結果ですね、やはり国からこういった形でのボールが投げ返されている中で、知事選等々もありましたけれども、1年程度のブランクがあるということはいかかなものかということで、この点については知事のほうからも意見があったやに聞いておったわけですが、それらを踏まえてですね、やはり多少の無理というのは委員の先生方と、あと事務局もそうでございますけれども、多少の無理をしてもですね、やはり余り期間をおかずにですね、この年内、カレンダーイヤーで年内に、やはり国に向けて提案を持ち込もうということで、そのスケジュールをまずフィックスして逆算しますと、9月の中旬までにですね、一本固めてあげなければいけないということになりました。多少無理がありますけれども、日程のスケジュール等々ですね、各委員の皆さん方調整しながら今後進めていこうということでありました。

そういうようなことでですね、まず資料の1等に基づきまして、事務局のほうから「提案検討委員会の当面のスケジュール」ということで、ご説明等いただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

## ○田中地域主権局参事：

それでは、資料1に基づきまして、当面の審議スケジュールなどについてご説明いたします。お手元に資料1とございます。この第2回目でございますが、「道民提案第1次整理（考え方）」というのを書いてございます。口頭で申し上げますが、道といたしましては、国会審議における議論、例えば自民党石崎議員の質問に対します林副大臣答弁といたしまして、広域行政の推進に関するものであって、このような知見に基づく提案であれば、それ以外の範囲の制限はない。また、平成18年11月8日、衆議院の内閣委員会におきまして、公明党の丸谷議員の質問に対します佐田大臣の答弁といたしまして、道民の皆さん方の意見を中心として、規制改革、税源移譲、権限移譲、こういうことを行っていくということ、などと説明がございました。さらに、道州制特区推進法、またこれに基づきます道州制特区基本方針を踏まえますと、いずれにいたしましても、道州制特区推進法で提案できる範囲は、幅広いものと考えております。さりとて、特区提案によらなくても対応可能なものの中にはあろうかと思えます。具体的には、現行法令での対応が可能なもの、道の施策により対応が可能なもの、また、国の専掌事項であるものなどにつきましては、特区提案によらなくても対応可能なものとして整理されるものと考えてございます。このような考え方に立ちまして、248件の道民提案を振り分けるのが、いわゆる第1次整理案ということになります。多岐にわたる提案を振り分けるに際しましては、なかなかそのグレーゾーンのよう、判断の難しいものもありますことから、今回はまず、優先的に審議するとされました地域医療対策につきまして、国の専掌事項であるもの、現行法令で対応が可能なもの、現行施策の推進で対応が可能なもの、などにつきましては、特区提案によらなくても対応可能なものという形で整理いたしまして、それ以外の特区提案として検討すべきものというのを絞り込んでございます。個別に見ていきますと、こうした絞り込みが果たして適切かどうか、またグレーゾーン案件もあると思えますが、本日の審議を踏まえまして、今後更に精査していきたいと思っておりますので、ご審議のほどよろしくお願ひしたいと思っております。

また、次に資料1のところでございますが、分野別審議のローテーションについてでございます。本日は優先的に地域医療対策の分野をご審議いただきますが、事務局といたしましては、本日のご審議を踏まえ、今後、食品表示、水道問題と併せまして、地域医療分野からも緊急提案案件を選択いただきまして、日程表にありますとおり、第3回、第4回につきましては、これら緊急提案の審議を優先していただければと考えてございます。従いまして、その後の分野別ローテーションにつきましては、資料1の中段以下に書いてございますけれども、分野別審議の※印のところでございますが、道政課題、緊急度、道民の関心度等を考慮いたしまして、委員会において柔軟に決めていただければと考えてございます。以上よろしくご審議のほどお願ひいたします。

## ○井上会長：

ありがとうございました。

只今、前回の第1回の委員会で出てきましたものを、改めて事務局から整理した形でですね、説明をしていただきました。くどくなりますけれども、ポイントは2点。1点は、道民の皆さん方からあがってきました、およそ250件の提案の整理の仕方ということでありまして、これは大きく、この委員会はすべての諸課題を具体的にですね、統一された形での問題を解決する手順を議論するというよりは、これは道州制特区法案にかかわるものということで、これは1つは、道州制特区法案として国にあげていくもの、権限移譲だとか規制改革だとか、あるいは税源移譲といったような問題が1つあって、それ以外の部分、つまり、道民の皆さん方からあがってきた中には、国の専掌事項の問題

であるとか、あるいは今の段階です、やろうと思ったらあえて国からの権限移譲等々がなくてもできるもの、とりわけ予算措置を講じれば可能になるものというような形のもの、ここのところは要するに道州制特区という形で国と向き合うということの、必ずしも必要のないものですから、大きくこの250件というのを2つのジャンルに分けていくということ、そしてその中でですね、これからの議論というのは、道州制特区というところで国と向き合わなければいけないものに焦点を絞って議論をしていくというものであります。

そういうようなことで、まず最初に暦年の今年以内に1本あげ、そして当初予定されていたように年度内、つまり来年の3月に、国に向かって1本あげるという形で当面のスケジュールをいくということ、2番目といいますか、3番目のところになるかも知れませんが、要するにたくさんのジャンルというものが、事務局からの整理としても先般あったと思いますが、例えば地域振興だとか子育てとかですね、そういうものも含めて、10程度のジャンルというものがあるわけですが、当面、9月中旬というところを睨んでいくと、その中で焦点を絞っていくということで、1つはこれから今日議論する予定になっております地域医療、そして食の安全といいますか、JAS法にかかわる問題、更に北見のところで問題が出てきました、水道法の関連というものを、この9月までまとめっていくというようなことであつたというふうに思います。

そういうようなことで、論点を整理していただきましたけれども、いずれにしても大事なことは、道民の皆さん方が250件ものですね、提案をされたわけですから、道州制になじむもの、必ずしもそうではなくても現行のシステムでできるものというようなところを分けるところからですね、250件程度、正確には248件だつたと思いますが、それを全て我々自身で目を通してですね、その振り分けからやるというところから始めるということでした。

こういった、これ事務局提案といっても、これほとんどのところは我々が決めるべきことだというふうに思いますけれども、只今、実質的には事務局から説明してもらった点についてご意見等々があれば、お出しいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

(意見等なし)

## ○井上会長：

では、これは話を遮る形になるかも知れませんが、この件は第1回目の会議の中でですね、ある程度議論をしたことなので、少なくともですね、9月の1次答申というところまでは、こういうスケジュールで走らせていただければというふうに思います。当然のことながらですね、これは今回医療の問題を議論しても、全て国にあげていくという形にはならない。例えば今、食品の問題あるいは水道法の問題言いましたけれども、それ以外の問題というものは、当然10月以降ですね、ここで審議を尽くしていくこととなりますが、絶えずですね、今回議論するような医療の問題は、例えば来年に入ってまた出てくるかも知れないし、また来年度に入ってもですね、繰り返しこのテーマというのは道民の皆さん方からは途中経過の中でですね、これはこうだというような意見がまた寄せられてまいりますので、絶えず洗い直しをしていくということで、ご理解をいただければというふうに思います。そういうようなことですね、進めさせていただくということで、よろしゅうございますでしょうか。

(委員から意義がない旨の発言)

○井上会長：

ありがとうございます。

それで、ちょっと先ほど私、言い忘れましたが、今日9時半から、だいたいどうもこの種の委員会というのは、2時間程度で終わるのが普通だと思いますが、前回またこれも了解を得たようにですね、多分昼過ぎまでかかるということで、ご了解いただいていると思いますけれども、途中でですね1回多分、参考人の意見聴取ということで久保田先生の話が終わった後あたりにですね、若干の休憩時間を入れさせていただきたいというふうに思います。

○井上会長：

それではですね、今度は(2)ということで、先ほど申し上げましたけれども、「道民提案第1次整理（地域医療対策）」ということについて、まず事務局のほうから説明をいただきたいと思います。ですからこのところは、先ほど言いましたけれども道州制にかかわるものとして、国に向かって提案していく、そのことが極めて明確なもの、そして必ずしも現行のシステム等々で実現可能で、制度的には実現可能であるものということで、わかる作業の部分であります。そのところで事務局のほうから説明いただきたいと思います。お願いします。

○田中地域主権局参事：

それでは、お手元に資料2、資料3並びに資料3（個票）という資料があるかと思えます。資料2につきましては、248件のうち地域医療に関します道民提案、右側のちょっと下に、右下にございますが53件のものを分類したものでございます。これをベースといたしまして作成いたしましたのが、資料の3、A3判の横長のかい表でございます。この資料3につきましては、先ほどの資料2のほうから左上に書いてございますが、地域医療対策のうちの中分類、医療従事者の地域偏在是正、ということで中分類ごとに整理をしております。それで、概要、提案件数、事実関係等の整理、これを実現するためにはどうしたらいいかという、考えられる手法、それと実現した場合のメリットまたはデメリット、そして個票の番号がございます。先ほど一緒に添付しております、資料3（個票）というものにつきましては、この資料3のA3判横表の順番に並べてございますので、後ほどご覧いただければと思います。

それで、特区提案として検討すべきものとして、地域勤務医の養成から始まりまして、めくっていただきまして2ページでございますが、例えば地方への派遣システム、また次の3ページでございますが、看護職員の確保、などなどとなっております。それで4ページでございます。大きい表の4ページを見ていただきますと、標題が先ほどの中分類の中で、特区提案によらなくても対応可能なものと考えられるものとして、地方への派遣システム、いわゆる医療機関のグループ化というのがございます。これにつきましては、中核病院と中小病院をグループ化して中核病院から中小病院へ医師を派遣するというものにつきましては、現行の施策の中で対応が可能であるということで、特区提案として検討すべきものから一応外しておるという表のつくりになっております。次に5ページでございますが、特区提案として検討すべきもの、これは中分類が地方病院の経営健全化についてでございますが、2件、標準医師数の算定方法の緩和と看護職員の配置基準の緩和、という2つのものがございます。めくっていただきまして最後のページでございます。最後のページ、6ページでございますが、これは地域医療対策の中分類、その他に分類されているものでございます。ここ見ていただきますと、例えばこれは特区提案によらなくても対応可能と、事務局として一応考えました。それで、

例えば緊急通報システムの整備、これはへき地などにおける緊急通報システムを全世帯に整備したいと、これは専らシステム整備にかかる予算の議論ではなかろうかということで、その他に整理しております。あと医療チームの出向につきましては、患者の家族が行動不可能な場合に速やかに医療チームが出向するという点につきましては、専ら医療チーム派遣に関します施策実施の議論ではなかろうかということでございます。次に通院費補助でございますが、これは通院に要する交通費の割引や無料化につきましては、ここは予算の議論ではなかろうかと、あとバイタルチェックの常駐というものにつきましては、これは現行法令で特に規制がございませんので、看護師が医師の指示のもとにバイタルチェックを行うことは対応が可能であると、あと施設の整備等につきましては、基本的には現行法令での対応でできるということで、例えば病院を無床診療所と介護老人保健施設へ転用する際の共用部分の拡大、これは現に今、その拡大が予定されてございます。また小児科、産婦人科、歯科の設置につきましては、基本的には地域における診療科設置にかかる議論ではなかろうかと、更に学校と病院の併設、これにつきましても特に法令上現行の規制はございませぬ、基本的には医療法上の要件を具備しておれば対応は可能という形でございます。あと私立病院の空き病棟についても同様でございます。あと医師確保対策の強化ということで、医療対策協議会、知事が会長をやっておりますが、医対協の権限を強化してはどうかということでございますが、現行法令におきましては医対協の協議を経て定められた施策の実施に協力するよう、医療従事者には努力義務があるという法律の仕組みになってございます。あと救急車の出動理由の公表につきましても、なかなかこれは原因を特定するのが難しい面もございまして、広報活動の強化などによって適切な使用を目指していきたいということで施策の中での対応が可能と。最後、予防医療と家庭医制度につきましては、現行予算におきまして総合医養成支援事業を実施しておるということで、一応対応というような頭の整理をいたしまして、このような整理をいたしました。以上でございます。

## ○井上会長：

ありがとうございました。

本日の会合で議論すべきテーマというのは、何度も申し上げておりますけども、地域医療ということであります。それで、事務局のほうから只今資料の2に基づいて説明がありました。これは、ここに掲載されておりますように、地域医療対策という点においては、道民の皆さん方から53本の案件が提案としてありました。重複を除いて整理をすると、39件に絞られるということであります。特に、私も精査してきましたけれども、例えば中分類の地方病院の経営健全化というのは、一番右側の関連提案番号ということで、このあたりのところはたくさん入ってますけれども、ほとんど内容は同じということで、このところは1本としてカウントするというような形を通せばですね、この8本がここに集約できるというような形であります。

そういうようなことで、ここでは53本あるいは集約した39件を、今度は中分類という形で分けてあります。そこでですね、その中分類それぞれに基づいて、特区提案として検討すべきもの、そして、特区提案によらなくても対応可能なものということで、AかBかというような形で整理をしてもらい、それを実は私どもも事前にですね、確認したというところであります。残りのところは、今度は、特区提案として検討すべきものというのは、後段で十分な審議をしてまいりたいと思っておりますが、今、事務局で説明があった中で、とりあえずここで一応今回の、9月提案の段階では特に特区提案の中に絞り込んで議論を尽くさない、尽くす必要は今の段階では考えていないというものがあって、それが特区提案によらなくても対応可能なものということであります。

今申し上げているのは、そういうようなことなので、これが少し自分の持っている認識と違うというようなことがありましたら、委員の先生方から意見をお出しただけであればというふうに思います。具体的に言えば、先ほどの資料の3のですね、他のところにもあるんですが、資料のところのページ6のですね、事務局から細かく説明ありましたけども、このあたりのところは今日の議論ではこれ以上掘り下げることが後にないと思いますので、何か疑義等がおありでありましたら、今の段階でお出しただきたいというふうに思います。

(意見等なし)

○井上会長：

よろしいでしょうか。

○佐藤委員：

4ページと6ページですね。

○井上会長：

そうです。4ページと6ページ。

○井上会長：

よろしいでしょうか。

何か議論が淡々と進んでるようで、若干、今日始めてといいますか、出ておられる委員の方以外の方は知っておられるかも知れませんが、実は私どもはこれに先立ちましてですね、既に3時間プラス3時間ですね、3時間は審議だけに集中してということで、プラス3時間の後のほうの3時間は食事をしながらということで、若干そういったところの集中度というのはなかったかも知れませんが、それぐらいの時間をかけてですね、今日議論する地域医療についての勉強会というのを専門家を呼んでですね、やってまいりましたので、ある程度議論というのは、勉強する段階で固まってきているという部分はあります。そういうようなことで、またここでは、これでもう全部整理したということではなくて、政局も含めてですね、政治の流れの中でもう一度見直す機会というのは、冒頭に申し上げましたように私どもの任期は2年だったと思いますけれども、繰り返し繰り返し見直していく、目を通していくということにさせていただくということで、はいこれで終わりということで決着つけるものではないということがご理解いただきたいと思います。

それで、この点に関しましては、少なくとも今日の議論ではですね、若干、今の点について言及されることがあっても構わないと思いますので、次にですね、「(3)緊急提案案件」の審議、これは地域医療対策となっておりますけども、そこに焦点を合わせて進めてまいりたいと思います。

9月ということで、今回はあわててるということではなくてですね、先ほど申し上げましたように、時間的にあまり1年以上のブランクを空けるというのはいかななものか、道のやる気というのを中央から見られてますので、そのところをきちんとやっていくということ、更に食肉偽装事件とか、水道の問題がありましたので、特に道州制というのは道民の皆さん方からわかりにくいというご批判も一部いただいていたということですので、是非ですね、こういったものがある段階で、きちんと北海道は道州制について前向きに議論をしているということ、そして道民の皆さん方には道州制というのはこ

ういうものだということを見せるという折角の機会ということで、この緊急ということが、この1か月の間にまとめなきゃいけないものとしてついていてということでご理解いただければというふうに思います。

長くなりましたけれども、このアですね、概要説明ということで、この点につきまして事務局のほうから説明をいただきたいとしたいと思います。よろしくお願いいたします。

### ○條野地域医師確保推進室参事：

それでは資料4に基づきまして、地域医療の現状について概略をご説明いたします。左側の○に記載しておりますけれども、道内では平成16年度から導入されました卒後臨床研修制度の影響、また開業医志向の高まりということによりまして、医師の地域偏在、特定診療科の医師不足が進行している。結果として自治体病院では医師不足が極めて厳しい状況にあるという状況になっております。

卒後臨床研修制度につきましては、平成16年度から導入されたわけですが、それまでは医師の場合、国家資格を取得して医師になると、大部分の医師が大学病院で研修をしていた。大学病院では1年ないし2年研修後、地域の自治体病院あるいは中核病院に医師を派遣していた。ところが卒後臨床研修制度以降、大学病院でなくて都市部の医療機関で研修する医師が増えた結果、大学での医局の医師の不足が顕著になった。その結果として、大学では派遣したくても派遣する医師がいなくなって、地方の自治体病院は医師の確保に困窮をしている。

また、開業医志向というのは、今日、データは資料にはついておりませんが、道内の医療施設の状況を見ますと、病院あるいはベッドのある有床診療所というのは数は減少しているのですが、いわゆる無床診療所、ベッドのない診療所については平成2年にはですね、1,887箇所道内にございましたけれども、これが平成18年には2,803と約1,000箇所近く増えていると。結局開業医といっても、いわゆる無床のクリニックに行く先生が多いと。この結果として、地方の医師不足が深刻化しているという状況にございます。

それで、資料4の右側のグラフですけれども、棒グラフが記載されておりますけれども、これは全国との対比でございます。昭和53年には道内の人口10万人当たり医師数は112.5人、そして全国では124.1と、この時点では全道が全国を下回っていましたが、それをずうっと右側に走っていただくと、一番右側、平成16年には全道が216.2、全国が211.7と、平成12年以降逆転をしている。都道府県レベルで見ますと、道内の医師数は全国平均を上回っている状況にあると。更に道内の医師数全体、人口あたりの下ですが、昭和53年には6,176人が、平成16年には12,201人と、1.98倍、約倍増しているという状況にございます。

ただそれで、オール北海道で見るとそういう状況にございますけれども、左側の、北海道地図が書かれていますけれども、実態といたしましては、上川中部、札幌、西胆振の3つの2次医療圏だけが平均を上回っておりまして、あと残りの圏域につきましては全国平均を下回っている。一番最低は、根室の100.4人という状況になってございます。あるいは実数で申し上げますと、右側に表が載っていますけれども、最低圏域として南檜山は医師が41人しかいない、一方それに対して札幌には6,089人もいるという状況にございます。

あとですね、その表の下に状況が書いてありますが、平成18年4月からの診療報酬の改定に伴いまして、地方のへき地、救急医療を担っている自治体病院では経営が一層厳しくなっているというふうな、これが現状でございます。

そして、続きまして次のページでございますけれども、こういった状況に対しまして

現在の道の施策展開でございます。問題状況としては、医師の不足、絶対数の不足を解消するために医師の養成数の増加が必要ではないか、あるいは医師の地域偏在を是正する必要があるのではないかと。その次に診療科別、特に近年、産科、小児科といったものの偏在が強く指摘されているところでございます。

これに対しまして、まず1つは国への要望ということで、医育大学の定員の増。その次に医療機関の管理者の要件に医師不足地域の従事経験を義務づけるべきではないかと。あともう1つは過疎地に医師を誘導できるような診療報酬の見直し、評価が必要ではないかといったことを道としては国へ要望しているところでございます。

そして、左側の下の四角でございますけれども、医師の招聘ということで、1つには道外の、道内の医師、どこかの町村立病院など地方に勤務している先生を更に別の地方に誘導しても、それは道内だけの移動ですと実際にはプラスになりませんので、道外医師への誘導、これは道で現在取り組んでいます、北の大地への交流・定住促進事業と連携した医師の移住促進なども含めましてやっていきたい。あるいは若い医師を道内に多数誘導できるように、地域の臨床研修病院の指導体制の充実によってですね、研修医の確保にも努めてまいりたいと。

そしてもう1つは、中長期的な対策ということで、医育大学の地域枠の設定ということで、将来地域勤務を義務づけるような形ですね、地域枠を設定していただくと。それともう1つは、それに対してですね、よりインセンティブを高めるために、奨学金制度を創設をすると。これにつきましては、地域枠の設定については、札幌医大、旭川医大で平成20年度入試から実施する予定という状況で、現在道もそれに合わせて奨学金制度を検討しているところでございます。

それと右側の四角、まずでございますけれども、医師確保ということで、これは既存の施策でございます。北海道医療対策協議会による医師の派遣調整ということで、各大学あるいは道の自治医科大卒業医師などをですね、オープンな場で各市町村からの要請に応じまして、配置計画を協議をしているというところでございます。そして、今年度からの取り組みとしましては、医師を道職員として採用し、地域の医療機関へ派遣する取り組み、これは現在検討しているのは2年間勤務を、道職員として市町村に派遣して2年間の勤務をしてもらう、そして1年間は都市部の臨床研修病院で研修をしてもらうというような形で、スキルアップの場を用意しながら安心して勤務してもらうというところでございます。あともう1つは、民間医療機関も含めた医師派遣体制の充実ということで、大学でも医局、大学病院の医師不足が深刻化しているわけですがけれども、一方で民間病院ではかなりの数の先生がいらっしゃる病院もある、そういうところに協力を求めて、地域に派遣をしていただくというところでございます。

その下の広域化・集約化ということでございますけれども、1つは自治体病院等の広域化。郡部町村では小規模な病院が多いと、そういうところについてはなかなか医師の勤務環境が厳しいですとかいったこともございまして医師の確保が難しい。そういうところをネットワーク化する、あるいは連携体制を構築して医師が勤務しやすい環境整備を行うと。それと特定診療科におきましても、小児科、産婦人科みたいなそもそもの医師が少ないところ、また1人だと勤務がなかなか大変な診療科については、特定の病院に集約化して地域全体で医師が確保できるような体制づくりを進めるということです。

あともう1つは今日ご議論いただいております、道州制特区を活用した新たな仕組みづくりということでございます。

それで、資料の3枚目ですがけれども、これは私どもの組織体制と、今ご説明申し上げました主な医師確保対策をまとめたペーパーでございます。以上でございます。

○井上会長：

ありがとうございました。

事務局のほうから資料の4に基づきまして、北海道を中心とした地域医療の現状についてということで説明がありました。

これらの点につきまして、何か質問等々がありましたら、是非ともお出しいただきたいというふうに思います。

実は、前回もうかなりの時間、3時間にわたって今説明受けました事務局の参事のほうからですね、この北海道の地域医療の現状について、課題についてということで、かなり子細な説明を受けた、それを基にして議論したという経緯がありますけれども、折角の機会ですから、日数も何日か経っておりますので、この機会にご質問等々があれば、是非ですね、確認していただければというふうに思いますがいかがでしょうか。

○林委員：

よろしいですか。

○井上会長：

林委員。

○林委員：

新たな取り組みとして、道職員として医師を採用して地域に派遣する取り組みというのは、いつくらいから何人くらいを考えているのでしょうか。

○篠野地域医師確保推進室参事：

今年度からの新しい事業でございます。それで、何名ということは1人でも多くというふうには思っているんですけども、私どもとしては今年度、実は既に年度途中で、お医者さん一般的には人事はもう既に固まって、もうその状況で走っているものですから、なかなか難しいと思うんですけども、一応5名を目標ということで今やっているところでございます。

○井上会長：

そのほかいかがでございましょうか。

佐藤委員。

○佐藤委員：

勉強会に出ませんでしたからよくわからないところがあるんですけども、2枚目ですか、国への要望というのがあります、これらの要望の中にはおそらく予算的な要望であるとかですね、そうしたものもあるかと思うんですが、それらの中で特区でないダメというようなものが、ここに3つあがってますけども、そういうものはどれがそれに該当するのでしょうか。

○田中地域主権局参事：

恐れ入ります。後ほど特区提案として検討すべきものの中に、例えば医育大学とか、義務づけの話が出てまいります。それで、それぞれにメリット、デメリットなどがございまして、後ほど議論の中で審議していただければと思いますが、よろしいでしょうか。恐れ入ります。

○井上会長：

そのほかいかがでございましょうか。  
五十嵐委員。

○五十嵐副会長：

今の2ページ目の右下の広域化、集約化ということで、小児科、産科の集約化についての新聞記事もたくさん出ておりますけれども、地域の中においてはある意味中核病院に集約されることによって、実際にはそこに行くために2時間も3時間もかかるという、こういう非常に広い範囲内をカバーしているということもあると思うんですけども、地域の意見というかですね、声として、集約化によってますます医者が少なくなるという、そういった不便を感じているという声というのは届いていますでしょうか、というか、どういう実態になっているかをお伺いします。

○條野地域医師確保推進室参事：

今、委員ご発言がございましたように、集約化されるとですね、当然、従来あった医療機関から先生がいなくなる、距離が遠距離になるというのは事実でございます。当然そうした地域からはですね、慎重な検討をというご意見をいただいております。

○五十嵐副会長：

もう1つその時に助産師さんとかというのは、地域での活動はどういう活動が許されているというか、診療はできないのでしょうか、どういう役割を果たすことができるのでしょうか。

○條野地域医師確保推進室参事：

ちょっと助産師さんのことについては担当が違うんですけども、現実にはですね、助産師さんの場合はバックアップの医療機関が必要なものですから、それが無い中でやるというのは難しいし、特に近年というか、ここ10年のスパンで言いますと、医療機関から全く独立した形で助産師活動を行うというのはあまり実態として少ないものですから、なかなか難しいのではないかとこのように考えております。

○井上会長：

はい、山本委員。

○山本委員：

同様に2ページ目の医師招聘等の今後の推進方策のところ、ちょっとご質問、教えていただきたいんですけど、最初のスターマークの道外医師への戸別訪問などによる・・・というのは、これ何かリストを既にお持ち、どういうふうに推進されるのか、それと本道の地域医療の情報発信の手法を教えてください。

○條野地域医師確保推進室参事：

特にリストがあるわけではございません。少なくとも現時点でですね。今後、私どもが広報活動をした結果、実際に手を挙げていただいた先生、またもう1つリストと言えばですね、いろいろ関係する道内出身の医師だとかというのは、各大学にいらっしたりするものですから、そういうつてを使ってですね、お願いをしていこうというふう

に考えております。それからもう1点…。

○山本委員：

情報発信の手法、何か。

○條野地域医師確保推進室参事：

情報発信につきましては、1つはホームページの掲載、またいわゆる医学関連雑誌と言いますか、そういったもので求人募集などという欄がございますので、そういったものを活用したり、あともう1つはいろんな形でですね、道のイベントと言いますか、いわゆる北の大地への交流・定住促進事業ですとか、あるいは道内の臨床研修病院の合同説明会など、そういった時にですね、リーフレットなどを配布してまいりたいというふうに考えております。

○井上会長：

そのほか、いかがでございましょうか。

福士委員どうぞ。

○福士委員：

これもし後の説明になるということであれば、それで結構ですけれども、2ページ目の地域枠の設定・奨学金制度の創設ということで、国でもですね、報道によると、いわば地域版の自治医科大ですね、そういうのをつくるというようなことで、それと同じような構想になると思うんですけども、国の制度とのですね、整理というのはどうされているのかということだけ。

○條野地域医師確保推進室参事：

先週の土曜日、また8月6日にも新聞報道があったんですけども、現時点で、国はと言いますか厚生労働省は概算要求段階、まだ概算要求出してませんけども、厚生労働省ではですね、各県の医育大学の定数増を認める方針ということになっております。それは、各県5名、北海道は特例的に15名。そして定数増を認めるに当たりましては、都道府県が講じる奨学金制度と連動させることと、いわゆる増やす人数の5名、北海道の場合は15名ですけども、その場合については、それらに対して都道府県が奨学金を用意して貸し付けて、そして貸付を受けた学生さんは医師になってから9年間の義務年限を課しますと、地域で勤務してくださいという制度を国は現在検討をしているというところでございます。これは、最終的な決着は12月、予算の政府案の内示の時というふうに私ども理解しておりますけれども、それと、道としてはですね、それに先行してと言いますか、先立ちまして、もう既に現時点で定数増うんぬんではなくて、今の定数の範囲内で地域勤務を行ってもらおうべく奨学金制度を現在検討しているところでございます。ですから私どもとしては、定数増は道内の医師数の増加につながる意義のあるものと考えておりますので、道としては現在定数内の、将来の義務づけを行っている奨学金制度を今年度中と言いますか、来年度から実施をすると、そして一方で国で検討いただいている定数増について、はっきり決着しましたらですね、道内3大学に定数増を要請をしてまいりたいというふうに考えております。

○井上会長：

よろしいでしょうか。

そのほかまたあれば、是非お出しいただきたいと思います。いかがでしょうか。

(委員発言なし)

### ○井上会長：

先ほど佐藤先生のほうから質問等々があって、それに対して事務局に対応していただいた時に出てきましたように、今日、後段のほうでですね、実際に特区提案として国にあげていくものを審議する段階で、今各委員の先生からお出しいただいたような意見が多々出てくるだろうというふうに思いますので、一応ここで一通りご意見いただいた、ご質問いただいたということで、次のステップに行きですね、もう一度改めて佐藤先生の質問等も含めてですね、後段のほうで議論をさせていただくということにしたいと思いますので、よろしいでしょうか。

特に、今配布された資料の4というのは、実はこれに行き着くまでかなりの資料を私ども先週の金曜日でしたか、参事のほうから説明あった時に、勉強させていただきました。その中で、地域医療体制をどうするかという問題と、特区提案としてあげなければいけないものがそこにどう絡んでくるのかという問題とか、この資料にも書いてありますように中長期的対策とあるけれども、じゃあ定員を増やしたって6年後あるいはそれ以降になるというようなことを考えるとですね、短期的あるいは緊急対策として、この医療過疎あるいは地域医療全般の問題の対応の仕方というのはどうあるべきなのか、その中で国に向かって要求していくものはどういうものなのかというのは、これからまた出てくると思いますので、とりあえずここで一区切りさせていただいて、まず、現場を踏んでよく地域医療、この問題を熟知しておられます、名寄市立大学学長の久保田宏先生に本日は来ていただいておりますので、まずこの医師確保の問題等々も含めてご説明いただければというふうに思います。まずそれを聴いた上で、今度は久保田先生のお話に対する質問等々を受けて、その後に先ほどの議事に戻ってまいりたいというふうに思います。

では、先生、お忙しいところわざわざ来ていただきましたけれども、よろしく願いいたします。

### ○久保田名寄市立大学学長：

名寄の久保田でございます。今日はこういうところでお話しさせていただきますこと、大変うれしく思っております。実は今月の始めに急遽、地域主権局の出光さんからFAXがまいりまして、道州制を執行するに当たって、地域医療に関する問題点を話してくれないかという連絡をいただいたんですが、私、道州制のことにつきましてはほとんど何も知らないという人間でして、お断り申し上げましたが、今、名寄でやっている地域医療のこと、あるいはそれまでやってきたことを、そのまま話してくればいいんだということでお引き受けして、のこのこ出てきたわけでございます。そういうようなことで、ろくな話もできませんが、よろしく願いいたします。

先ほど来、お話が出ておりましたが、今、地域で一番問題になっておりますのは、医師の確保困難からくる医師不足の問題、地域医療格差のことです。それが1つ。もう1つ、これも医療と関係しているんですけども、自治体病院が大きな赤字を出してるんです。これは自治体病院の責任だけではありませんが、自治体そのものの財政も急激に逼迫しておりまして、かつては足りない分は一般会計から繰り入れという形で何とか凌いできてたわけですけども、本体の自治体そのものがピンチになっている、繰入金を負担できないということで、現在は大変な状況になっているわけです。しかし、

これを放っておいたら、自治体は最低の医療を与えなきゃならない、提供しなきゃならないという義務がありますので、それがもしできないとすれば、地域自治体そのものが崩壊するというような問題です。ここはひとつこういう機会ですので、道庁主導型でこれらの問題を解決していただきたいと思っております。

医師確保対策やいろいろなことにつきましては、今、ここへ来て30分ほどお話を聞いておりましたが、もうほとんどできあがって、それをやるかやらないかの問題の段階に入ってる、やる気の問題だと思いますが、このあと一般教養的に地域ではどんな格好で医療をやっているのかということをお話しますので、皆さん聞いてくださればありがたいと思います。

じゃあ、スライドをお願いします。

簡単に私が日常、地域医療のことについてどう考えているのかという、まとめを先にお話します。「地域医療」の基本は「病診連携」だと。中核になるセンター病院とそれを取り巻く診療所、中小病院。これらがそれぞれ機能分担、役割分担をして、緊密な連携を保って医療をやる、これが地域医療の基本だと考えております。そしてその内容として、保健・福祉も、医療に含めた格好で、包括した格好で、その地域で完結する医療、地域完結型包括医療と言っておりますが、そういう医療が理想であると。しかしながら、医師不足問題がある。医師不足は慢性的に昔から、もう40年前も私が医者になったころからあるんです。その証拠の1つは、今回の医師不足の発端でありました、名義貸しですね。大学は貸す、地方の病院は借りるという、あれそのものの根っこは医者不足ですから。それでああいうことが起こった。そのために医療格差、地域格差が出ている。その解消のために医療支援ということが行われております。この医療支援は、地域でグループを組んでいろいろやる場合には、センター病院、中核病院が医療の支援を行う、これをしっかりやるのが大事だとそう捉えてきました。それから、医療は「町づくり」の基本であると。地域振興だ、観光振興だ、何々振興だと言いますが、とにかくその地域に人が住んで、その仕事をやってくれなきゃ、ことは始まらないわけです。じゃあ、そこに地域に定住してくれるその条件はというと、安心してその地域に住めるということ、その安心を支えることの中で非常に重要なのは医療の充実だ、こんなことを言ってきました。それから、名寄のようなところだと、市立病院を中心とした1つの大きな、医療を中心とした産業クラスター的な事業が成り立つと思っております。それから、医療は宇沢先生がおっしゃっているように社会的共通資本の1つであるというふうにも捉えております。もう1つ、先ほど来、地域の医療の再編、集約化という話が出てますが、集約というのは、集約されたところの人は病院に行くのが近くなる、そうでない人は遠くなるということです。その両方を見て、ことを考えなきゃならない。そのためには、道路、交通網の整備は絶対必要だと。ですから、道路は「医療の一部」であると言っております。私、大体地域医療のことについてはこんな概念を持っております。

次、お願いします。

それで、現場の話ですが、名寄市立総合病院は北・北海道の3次医療圏の地方センター病院という役割を持っております。市立病院でもありますが、この地域の医療を完結する最後の病院というふうになっております。それで、サブセンター的には稚内があります。留萌があります。紋別があります。そこで2次医療の2.5ぐらいのところまでは済みますが、3次はできない。例えば、脳神経外科の手術、それから心臓血管外科の手術という場合は名寄に患者さんが搬送されてきます。この広さですね。道北3次医療圏と皆さん言いますが、道北といえば旭川地方も入りますので北北海道と言っていますが、南北250キロぐらいあります。稚内から。ここ塩狩峠です。そして東西は

150キロぐらいあります。だいたい四国4県と同じぐらいの広さになります。そこにセンター病院を中心として、診療所、中小の病院がそれを取り巻いて、広域的に点在しているわけです。そして地域の条件はというと、特性として過疎、寒冷、広域、3Kです。過疎、寒冷、広域、そして積雪が加わってくるそして少子高齢もぴったり言葉が当てはまる地域であります。そういう地域ですが私は医療をやるものとしてやりがいのある地域ではないか、私は今大学の仕事をしていますんですけども、私の大学は保健・医療・福祉に関する学科が栄養、看護、社会福祉と3つ揃っておりまして、そういうことを勉強するには、あるいは研究するには最高にいい場所でないかと苦しまぎれに言っておりますが、そういう地域です。そこで、日常の名寄市立病院がやっているエリアがどうなっているかと言いますと……。

次、お願いします。

こんな格好です。名寄を中心として、ちょっと矢印取れてますが、サブ的に士別と枝幸がございまして、士別グループ、名寄グループ、枝幸グループ、こんなような格好で名寄市立総合病院を取り巻く病院と一緒に、病診連携を中心に、全体としてバーチャル的に総合病院という格好でやっております。ですからこの形をそれぞれの地域で全道でやっていけば、それで私はいいんじゃないかと思っております。

はい、次お願いします。

これは大学の講義用のスライドですが、病診連携の病はセンター病院、これ名寄市立総合病院ですけども、診のほうは診療所、中小病院、これは風連の診療所ですが、これらがこのセンター病院を取り巻いて、それが連携して医療が行われる。

次、お願いします。

そこで私どもが、ここ10数年、名寄市立総合病院で目指してきた、北・北海道における地域医療の提供体制というのは、こういう内容であります。先ほど来、地域医療は病診連携が中心だと、これ病診連携のことであります。これはセンター病院、中核病院。これは病診の診のほうの病院、診療所です。それで、先ほど機能の分担、役割分担という話をいたしました。たくさんセンター病院の持つべき機能、役割がありますが、私はこの3つに重点を置いてやってまいりました。「高度・専門・先進医療」は、センター病院としてはきちんとやんなきゃならない。そういう医者も設備も揃えなきゃダメだ。特にですね、これが大事なんですけれども、救急医療・救命医療ですね。これも、1日だけやるんじゃないで、365日24時間体制で、先ほどの地域、名寄の地域、そしてもう少し大きくなれば道北3次医療圏の救急・救命医療をやってあげるといふような体制を持たなきゃダメだと。それから、もう1つ、ちょっと先ほど話しましたけれども、こちらの診のほうは医師不足のために非常に大変な状況になっていますから、センター病院から医師を派遣するなり、あるいはいろんな技師さん達を派遣するなりして、医療支援をやるという役割があります。この医療支援機能も非常に大事な役割だと考えております。だいたいこの3つあたりがセンター病院、中核病院の持つべき役割だろうと思っております。そして、診療所、病診の診のほうであります。診のほうは日常一般的に見られる病気の治療・診断、そして1次救急はまかなっていただく。そしてここで大事なことは、この診療所、中小病院で扱えない状況の患者さんをセンター病院に紹介する、きちっと見極めて、ここでは無理だと、これぐらいしかできないということを見極めて、センター病院への紹介、そういう機能をしっかり持っていたきたいと言ってきました。それからこの診のほうは、高齢者の方々がたくさん面前に表れてまいります。高齢者と言いますと、保健、福祉が関係してきますので、診療所は保健、福祉と仲良くして、そして医療をやるにはそれらを包括した形での医療をやるという機能、役割があると思っております。その上でこの病と診の間には、緊密な連携が必要であると思ってい

ます。だいたいこんな形でできあがるのを地域完結型包括医療、これを10数年目指してやりました。

次、お願いします。

ところが、医師不足により診療科が休診となったり、産婦人科で分娩を休止する病院が出るというような状況があります。医師不足、これは大きな問題になりました。そこで、地域の医師不足をセンター病院が支援してあげなきゃならないんですけども、センター病院そのものが足腰弱くて、ほかの病院に支援するなんてことはできない、私が着任したときにはできない状況であったわけです。それでまずはセンター病院がしっかりして、支援できるような内容にしなければということで計画を立てまして、8年計画で病院の経営再建を目指したんですが、みんな本当にかんばってくださいまして、4年間で、例えば9億円あった不良債務がなくなった。20億円ぐらいの累積赤字があったのが6億円になりました。

次、お願いします。

医師不足の状況は先ほど来話がありましたのでよろしいですねもう。偏在。札幌、旭川偏在です。ひどい偏在です。それは地方の医師不足の大きな要因になってます。しかし、先ほど来、絶対数も少ないんだという話をされていますが、これはOECDなんかの人口1000人当たりの医者数、平均は3人です、1000人当たりの医者が。日本は全国平均が2人ですから、これを見ただけでも絶対数が足りない。地域偏在の内容はここに書いてあります。北海道に12,000人いるうちの11,000人が都市部にいて90%、町村部には約10%、1000人ほどという実態であります。この偏在をどうするかが大きな問題です。

はい、次、お願いします。

そこで、話をまとめますと、地域の診療所は医師確保困難から医師不足、そして機能不全になっていて、医療の格差が大きく広がっていつていると。そこでセンター病院から支援をと、これをやろうと考えたんですが、当初の名寄ではできなかった。そこで8年間の再建計画を立てて、そして足腰強くして支援にかかろうという体制をとりました。

次、お願いします。

それで、だいたい支援を開始できる状況になった形は、この概要ですけれども。

はい、次、お願いします。

医者数が計画を始める時には25人ぐらいですから、半分ぐらいでした。今は50人以上。看護師さんも150人ぐらい。今は300人ぐらい。病床も今は一般病床は300ですけれども、250床でした。看護の体制も非常に悪い体制だったんですけども、このように2:1、3:1というような最高の看護のレベルにできるように看護師さんも確保しました。診療科も10ぐらいしかなかったのを19診療科にいたしました。外来も7~800人だったのが1,200人、入院も300人ぐらいだったのが400人、こういう状況で、特に名寄市以外の患者さんが入院にしても外来にしても半分以上であるという状況になりました。

次、お願いします。

それからもう1つ、病院のステータスの問題ですけれども、これはほとんど私が手を付けた時にはありませんでした。8年間ほどかかってここにありますが、病院医療機能評価の認定、北海道の公立病院で一番最初です。いろいろ臨床研修の指定病院とか、大学の実習病院とかそういう認定、指定を受けました。これは非常に効果がありまして、医者は、旭川医大、北大から派遣してもらっていたんですが、最初は名寄なんか遠いし寒いし暑いしと嫌われたんですけども、ところが一定の指導医、そして行けば専門医の認定をしてもらえる時間になる、研修時間に入るということで、それで黙っててもです

ね名寄へ行きたいと医局で言ってくれる、そして医局ではそれこそ希望者が定員オーバーで、じゃんけんして名寄へ来るのを決めてくれるような、そんなような状況でしたから、医者を確保するのに本当にあつという間に25人から50人近くになりました。これは非常に大事な条件であります。

次、お願いします。

そこで、支援ができる形になったのでやろうということになり、ちょうどこれは道庁の地域医療を考える、地域医療振興財団でしたか、検討会がありましてね、こんなような形で地域医療支援をやったらいいのではないかと提案ができました。それに乗っかって始めたんですが、センター病院に地域医療支援室、調整機関を置いて、こちらの診療所とあるいは医局と話をまとめるという場所をつくりました。あとは、これは病診連携です。それに乗っかって、医療支援ということになります。大学・専門病院等に支援をもらうという形で、運営委員会あるいは病診連携協議会をつくって、スムーズに運営できるような形でやりました。

はい、次、お願いします。

支援の内容ですけれども、だいたいこんな7つ8つの項目があります。代替医師派遣事業、これは非常に大事なんですけども、地域で1つの町に1つの診療所で医者が1人と、これちょっと皆さんもう大変なんです。放っておいたら休みは365日取れない、仕事は大変、責任は持たされる。それから他にいろいろありまして、加えて子どもさんの教育というようなことを考えたらもう、そこに長いこと定着してられない。医師不足の大きな1つの原因なんですけども、それを何とか解消しよう、助けてあげてそして定着をしてもらおうということで、1年に1回ぐらい学会に行ったり、認定医の資格を維持するのに出なきゃなりませんから、学会に出席、1週間ぐらい。それから、外国に行ってリフレッシュしたいという時にやる留守番ですね。それから、3か月に1回ぐらい土日休ませてあげるといような格好でやるのがこれです。これは今200日を超えています。あとはですねサテライトクリニック、これは2つ〔精神科・脳神経外科・循環器科〕これらは枝幸の国保病院、〔小児科・産婦人科〕は中川の町立病院、診察室をお借りして月1回なり2回なり、こちらの病院から行って診察外来をやる。そこへ集まる人は通常なら名寄まで150キロ、2時間3時間かけて通ってこなきゃならない人が、そこで診療を受けられるということ。場所を選んだ理由、中川それから枝幸を選んだ理由は、稚内からも遠い、それから名寄からも遠い、医療の空白地帯ということになりますね。そういうことを考えて、この部分〔精神科・脳神経外科・循環器科〕は北見枝幸、この部分〔小児科・産婦人科〕は中川に行ってもらいました。これは非常に患者さん、住民の皆さんから評判が良くて、今も続いているんですが、循環器の医師の一時引き上げ事件で、まかなえませんでした。今はリカバリーしていただきたいこれらはやっています。7番のこれは機能回復訓練事業ですが、ここまでは道庁の支援があります。1番下は国の支援です。これは名寄の地域の皆さんだけで集まって、そして理学療法士を1人市立病院に採用して、応分の負担をもらうというような格好で、名寄地域で運営しているリハビリの事業です。これは名寄スタイル、名寄方式と言われて、なんぼかのところではこれを真似てやっている。北見、あるいは留萌のほうでやってる事業でもあります。こんなことが地域医療支援、センター病院から、病のほうから診のほうへの支援の内容です。

はい、次、お願いします。

「地域医療のこれから」ですけれども、これも先ほど来、出てます。要するに再編・集約化しなきゃならない。センター病院を拠点的に充実させると。それが必要ですし、センター病院としては、支援機能をしっかり持つような、充実した内容にすることが必要。

それから保健・福祉と連携して地域完結型の包括医療をやりましょうと。それから医師・看護師の勤務環境の充実あるいは医師の確保、地域医療を担う医師は地域で育てよと。これはもう、先ほど来、医師確保のところに出てきておりますので、省略いたします。最後にですね、もう時間もなくなりましたが、病院、診療所の経営、運営管理の問題です。これは全くもうなっていないと。ダメな状況です。今のままだともっともっと赤字は増えていきます。ここを何とかしなきゃならない。ということで私はですね、病院事業管理者を置く必要があると考えております。

次、スライドをお願いします。

こういう1つのエリア、名寄を中心とした1つの病診連携体制の取れた地域がありますが、このエリア全体の経営・運営に関する権限をこの病院事業管理者に任せてやると。現在はですね、私、市立病院の院長10年やったんですけども、設置者は名寄市の市長です。そして病院の運営いろいろまくいってないかというようなことに関しては、議会がやります。ですから、何をやるにしても、病床増やしたいというにしても市議会にお伺いを立てて、市長の決裁をもらってですね、またこれがいろいろまくいかないんですね、市議会は市民の代表だとかと言って、身の丈にあった医療をやれと言ったり、そんな病床増やすなだとか、透析やるだとかはいらんとかで、その辺を乗り越えなきゃならないんですね。大変なんです。院長は人事権なし。予算を作る権利もない。それからいろんなことを契約しますね。例えば建物をつくるとか。それで契約しますけれども、これは市の建設部がやるんですね。病院の院長がサインするわけではありません。ですから、今現在のいいところもあるんでしょうけども、病院にはですね、大きい病院には社長さんがいないということです。要するに。管理する責任者がいないということです。ですから、今度いろいろ、今日の新聞見てもこういう地域を30地域ですか、昨日何か発表があったらしいですけども、そういう地域を作っても、ただそういう区分をしても経営は良くなると思います。その地域をまとめあげる人が必要です。院長あたりが一番いいんですけども、院長でなくても管理・運営・経営をきちんとやれる人ならばよい。ですからここは道庁の方が来てもらうとか、道庁の市町村課に公営企業グループというのがあるんでしょうか。そこと密着して、直結して、動くような人がいてくださればと、思っております。

だいぶ時間をオーバーしました。まとめなしで終わります。

どうもありがとうございました。

(会場から拍手)

#### ○井上会長：

久保田先生、ありがとうございました。

折角の機会ですので、各委員の皆さん方から何かご質問等あれば、是非お出しいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

はい、林委員。

#### ○林委員：

良いお話ありがとうございました。

以前にも、フォーラムなどでもご一緒させていただいてたんですけど、

(久保田学長～お久しぶりです。)

いつも久保田先生のような方が5人、6人北海道にいれば大丈夫じゃないかなと思うぐらい素晴らしいシステムを考えていらして、こういった成功事例が広がっていくといいなということを思います。それと今日、最後に先生が提案くださった、この病院事業管理者の設置というのは、名寄の場合はその先生のお力でできていったんだと思いますが、何が一番こう、壁になっているんでしょうか。こういうものを置けない、置こうとみんなが思わないというんでしょうか。こういったことが進むためにはどういうものを、障壁を乗り越えればいいのか。

**○久保田名寄市立大学学長：**

まずですね、これをやろうとする人がいないんですよ。それからもう1つは、そういう人が養成されていないといいますか、一番いいのは院長がやるのがいいんですけども、院長もあんまり経営のほうに携わりたくない。本来の診療のほうへ力を注ぎたいということで、そんなことでこういう立場でやれる人がいないんですね。それが1つの大きな原因だと思います。僕は2年間副院長やって、院長になった時に、両方やってたらダメだと、診療と経営やったらダメなんだと思いましたので、診療はやめて、そしていい跡継ぎをしてくれたんで経営に専念したんです。医者でなくてもいいんです。誰でもいいと思います。病院を経営・運営・管理できる人であれば。

**○林委員：**

人がいればこういうものを設置するというのは可能なんですか、例えばその市とか町の人たちはその、設置者が首長だからとか議会の承認というようなお話しがありましたけれども、そのあたりは特に法律を変えなくてもこういうものは設置できるんですか。

**○久保田名寄市立大学学長：**

これは、公営企業法というのがあるんです。今は公営企業法の一部適用で、全部を適用しますと、病院管理者を置いてやんなさいというようなことになるんです。全適用でなくて部分適用でやってますので、これは特別、道州制の特区でなきゃやれないということではないと思います、わかりませんが。公営企業法を全部適用した格好でやればやれます。

**○林委員：**

先生のお話を伺ってその、医育大学でどういう教育が行われているかわからないんですが、こうした、例えば久保田先生の今までのご経験を授業でね、若い医学生に話すチャンスとかそういう、地方医療のあり方を学ぶ授業とか、そういうものはあるものなんですか。

**○久保田名寄市立大学学長：**

いや、それは非常に少ないのが今までの状況ですね。それで、ここ数年こういう状況になりましたから、3大学ともどもですね、学生のうち1年生、2年生の時にインターンシップと言いまして、単位にはならないんですけども、希望を受けてそして地方の病院、例えば私の病院に1週間なり研修に来ます。その時に私どもは学生さんに、地域医療の大事さ、ポリシー、使命感、倫理観などの話はいたします。それからあとはですね、研修医、昔ですと1年あるいは2年単位、今は2年単位で来ます。その時にですね、徹底的に地域医療の大事さを話します。それで最近はその中から、方向性に関して内科に行きたいんですけども、地域医療をやりたいということで浜頓別、中頓別に今

まで2人名寄から送り出しています。

**○林委員：**

そういう意味では今、医育大学への奨学金制度とか地域枠が出てますが、それだけではなくて、医育大学の授業のあり方みたいなものも、提案する必要があるのかも知れませんね。

**○久保田名寄市立大学学長：**

ただ地域枠をつくっても、地域で頑張る医者は出てきません。ですから僕、途中で話しましたけれども、地域で頑張る医者、地域の医療を担う医者は、地域のセンター病院、それから道庁それらが一体化して医者の教育、あるいは医師派遣もその中に含まれますが、やんなきゃダメだと思います。大学にはちょっと当分任せられないですね。ですから、道庁、大学、そして地域の拠点病院と一緒にあって、医者の教育も医者の派遣もセットでやるという、そういう枠組みを考えないと良くなっていかないんじゃないかと思っています。

**○井上会長：**

そのほかいかがでございましょうか。  
福士委員お願いします。

**○福士委員：**

非常に勉強になりました。どうもありがとうございました。

本当は全部ですね、先生にここで問題になっていることを全部お聞きしたいと思っただんですけども、3点ぐらいちょっと、お答えにくいところは結構だと思うんですけども。1つ目は先生のご講演の中の医師不足の要因の中で、新医師研修制度というのが導入されることによって、大学医局が機能不全になった。そうすると北海道ではですね、このままの研修制度ではなくて、地方に行ってもらおうというのを義務づけるというのが1つあるみたいなんですけど、そういうのを導入した時のですね、影響、良くなるのか悪くなるのかという。逆に北海道の大学を卒業してですね、地域に行ってもらいますよということになるといい先生が来なくなる、北海道にはですね、そういうことがありうるのかというのが1つ、1点目。それと、北海道の要望の中に医療機関の管理者要件にですね、医師不足地域に行った人に管理者になってもらう、そういう地方の経験を積んだ方にやはり管理者になってもらうというのを特別にですね、北海道で課すると、これももしかしたら非常に優秀なお医者さんですね、管理者になりたい方は本州に行ってしまうということがありうるのかどうかですね、そういったことについて、その2点についてお話をいただければ。

**○久保田名寄市立大学学長：**

最初の地域での研修ですね、2年間のうちに確か3か月間、地域医療のことを勉強しなきゃならない。内科、外科、小児科、産婦人科に加えてですね、地域医療の勉強をさせる内容になってます。それで札幌の市立病院なんかは、自分のところでそういう地域医療のことは研修させられませんので、他のところと契約してといますか、そういう格好で3か月間は研修する形になってます。それは、初期の研修の中です。後期になると、後期研修というような特別な期間は設けてないんですけども、そこでそういうような地域での勤務あるいは研修が、希望者というか、勧めてやらなきゃできないという状

況でありますから、今のところ初期の研修の3か月の地域での研修効果がありやなしやというのは、ちょっと今わかりませんですね。

○**富士委員：**

管理者になる時には必ず医師不足の地域で働いた経験がないとですね、管理者になれないと。

○**久保田名寄市立大学学長：**

それはですね、大学で助手、講師、准教授、教授というような、例えばですよ、こうなっていくときに、かつてはですね、業績、論文、研究が重視されて、論文何本書いてるかというようなことで、位が上がっていったんです。それで、それはちょっと問題があるのではないかということで、その准教授や教授になる時の審査の対象に、地域で何年間診療をやってきたかと、そういうことも加えて昇格させていくというようなことを札幌医大は始めてるようですね。それが他のことにも準用されればいいのかと思います。

○**井上会長：**

ありがとうございました。  
そのほかいかがでございましょうか。  
はい、五十嵐委員。

○**五十嵐副会長：**

お話しありがとうございます。  
先生のお話の中の1つだけ、病診連携の先生たちをむしろ派遣する先の地域のほうの診療所ですとか、中小病院についての、望むことと言うんですかね、例えばここに総合医の医師不足、総合医の養成不足が医師不足の要因の1つということであげられているんですけども、地域で診療を行っていただく先生たちに求められるものとか、病診連携をする際にこういうような壁があるんだけど、例えばこういうことだったらもっといいとか、そういうところはございますでしょうか。

○**久保田名寄市立大学学長：**

そうですね、定期的にはですね、病診連携協議会というのを、みんな施設全部が出てくるんですけども、そこでいろいろ話があります。その時にですね、いろいろ要望を受けたり、病のほうからもお願いしたり、診のほうからもお願いするというような格好で進めております。

○**五十嵐副会長：**

診療所の先生というのは何科の先生とか、そういう診療科目には特にこだわらなくても構わないんですか。

○**久保田名寄市立大学学長：**

麻酔科の経験、内科、整形外科といういろいろな科の経験者がいます。オールマイティの教育を受けた人は一人もいません。ですから本来ならば、総合医の訓練を受けた、総合医というのは、他の専門医と同じランクですが、その教育を受けた人が各地に住んでくれば、非常にことは進むんじゃないかと思えますね。ところがですね、北大の総

合医療講座とか、札幌医大、旭川医大もあるんですけども、そこへ入局して勉強しようというような人は非常に少ないんですよ。

○五十嵐副会長：

新しい講座……。

○久保田名寄市立大学学長：

新しいです。それに期待しています。

○五十嵐副会長：

例えば診療しながらでも、リカレント教育みたいな形でも可能だと思いますか。

○久保田名寄市立大学学長：

ええ。それはやっています。地域医療振興財団でありますので。その時の留守番は振興財団から来たり、あるいはセンター病院から派遣してやっています。

○佐藤委員：

ちょっといいですか。

○井上会長：

佐藤委員。

○佐藤委員：

どうもありがとうございました。

1点確認なんですけど、このちょうど今、スライドに出ていますけれども、下のほうに小さくセンター病院と自治体病院再編の案というふうになっています。ちょっと先ほどの林委員からの質問で、もう名寄ではこれが完成しているかのように聞こえたんですが、それでよろしいんでしょうか。こういう、病院事業管理者制度というものをこの地域で取り入れられているんでしょうか。どうでしょうか。

○久保田名寄市立大学学長：

やればできる、なせば成るということです。現状では十分できてないと思います。7割ぐらいで、多めに見て7割。ですから、それをやれと院長や若い幹部に言ってるんですけども、そんなことやる人いないよと。赤字出したら責任とらなきゃならないし、人事やったら人事やったで後が気持ち悪いと。こんなことで、できませんよと。今のところはそういうことです。だけど、旭山動物園が日本一になったようにやればできる、なせば成るということです。駒大苫小牧が甲子園で優勝したようにやればできる、なせば成るということです。

○井上会長：

よろしゅうございますか。

久保田先生、どうも貴重なご意見ありがとうございました。

○久保田名寄市立大学学長：

まとまりのない、無茶苦茶な話でどうも失礼いたしました。

皆さん、地域医療が少しでも良くなりますように、ご尽力よろしく願いいたします。  
ありがとうございました。

(会場から拍手)

**○井上会長：**

では、今、11時8分ぐらいだと思いますので、短い時間ですが15分まで7分間休憩ということでやらせていただきたいと思います。

(休憩)

**○井上会長：**

では、予定しておりました時間になりましたので、これから議論を再開させていただきたいというふうに思います。

議事の(3)、緊急提案案件審議(地域医療対策)についてということで、只今、久保田先生のほうから賜りましたのが、イの参考人意見聴取というものでありまして、これからウのところの案件審議というところに入ってまいりたいと思います。

いろいろな地域医療に関わる課題、問題というものを、時間の関係で浅くなるのではと思いますけれども、広く認識しておくということでそれをたたき台にしながら、今後の議論をするということでもあります。

実際には、先ほど先生のほうから説明がありましたようにですね、例えばどこまで特区というような形で国から権限、あるいは規制の改革というところで持ってこなければ、この地域医療の問題が解決しないかという、そればかりではないというようなことだと思いますけれども、このところつまりこれからの議論は、道州制特区というところを中心課題にして議論を進めさせていただくということで、委員の先生方にはご理解をいただきたいと思います。今、基礎的な勉強をさせていただいたということで、特区のところの議案についてご議論いただきたい。

ただ、並行して走ってる部分がたくさんあるということで、1つは、先ほども出ておりましたけれども、医学部の定員増というような問題、A新聞には今月の初めぐらいには5という数字だったと思いますが、直近のHという新聞は15という数字になったりしておりますけれども、いずれにしても権限移譲という方向で動くというのは、これはほぼ間違いのないところであって、場合によってはそう遠くない時期にこのところはですね、指針というガイドラインそのものが決まってくるのではないかとこのところには思っております。こういう国の1つの、一連の動きということがあっても、私どもは粛々と、それが決まっていないうちにおいては、やはりその問題を課題としてあげていかなければいけないということで、国と我々の議論が並行して進んでいくということは、当分やむを得ないだろうというふうに思っております。

昨年、8項目の道州制特区について、国から権限移譲された部分につきましてもですね、過去ずっとこの道州制の議論を様々な委員会等で議論してきていて、国にあげたものが実は8項目が絞られる段階で、国から逆に、途中の段階で認められたとかですね、移譲されたというようなこともありますので、私どもが議論した部分というのをあげている。

あと1つは、北海道内における議論だと思いますが、これも先ほど久保田先生が言及された、30という地割りというんですかね、30という地域に分けて、センター病院というのをつくって、集約していくという部分、これはA新聞に今朝出てたと思います

が、この道で行われた、あれは分科会だと思うんですが、医療対策協議会だと思いますね、そこで出てきた30という地割りの構想が出てきているということでもあります。そして、私どものところは結局、地域医療をどうするかという非常に大きな大きな課題の中で、問題解決の部分というのはたった1つ、国との制度改革といいますかね、権限移譲の部分だけに絞っておりますので、全体の議論が進んでいってどう決着するかということと並行しながらですね、国からの権限移譲をどう扱っていくのかというようなところを考えていかなければいけないということで、そのあたりをご認識しておいていただければありがたいかと思えます。

では、長くなりましたけれども、先ほど若干説明ありました資料の3ですかね、これに基づいて特区提案として検討すべきものということに集約しながら、事務局のほうから説明方お願いいたします。

### ○田中地域主権局参事：

それではお手元に資料の3、大きな紙がございますが、その横に恐れ入ります、参考資料一覧というのを配布してございます。資料の3と参考資料というのを並べ見る形でお願ひできればと思えます。

ではちょっと座ってご説明させていただきます。

まず資料の3でございます。1点目、地方勤務医養成、医育大学定員増・地域枠の導入という点でございます。それにつきましては、事実関係の整理でございますが、まず定員増、これは学校教育法に基づきまして、公立大学、札幌医科大学でございますが、それにおける収容定員の変更というのは、学則変更ということになっておりまして、文科省への届出となっております。これにつきましては、1つまずは参考資料のほうを見ていただきますと、参考資料の1、参考資料の1というのは本年5月31日、政府・与党から出されました、緊急医師確保対策についてというペーパーでございます。これにつきましては1から6までの項目がございます、例えば4番で研修医の都市への集中の是正とか、あと6番で医師不足地域などにおける医師の養成ということで、下から3行目、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる、というものが本年5月に政府・与党合意となっております。

次に参考資料の2、これは平成20年度国の施策及び予算に関する提案・要望ということでございます。北海道がいわゆる国費要望というんでしょうか、国に出したものでございます。その真ん中、提案・要望事項といたしましては、医育大学の入学定員の拡大とか地域枠の推進、あと奨学金制度をはじめとする医師確保対策の財政支援、更に医師に対する臨床研修終了後の一定期間の地域勤務の義務付けといったものを、国に要望事項として提案してございます。

それで、参考資料の3でございます。参考資料の3、文科省からのデータでございますが、まず医学部入学定員削減に関する経緯というふうになってございます。これはもともと昭和57年、臨時行政調査会、いわゆる行革第3次答申からスタートしてございまして、真ん中に、平成9年6月とございますが、財政構造改革の推進についてという閣議決定がございます。これは右側、参考資料3の右側でございますが、閣議決定の中身をちょっと見ますと、1の(1)の④、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き医学部定員の削減に取り組む、ということで医師総数の抑制というものがうたわれてございます。それで、参考資料3をひっくり返していただきまして裏側でございます。裏側は医学部の収容定員増についてと、参考資料3の裏側でございますが、そういたしますと、まず国立大学、医学部の収容定員につきましては、国立大学につきましては現在独立行政法人化されておりますが、文科大臣の認可事項となっております。

一方、札幌医科大学、公立大学につきましては、学校教育法施行令第26条の規定によりまして、文科大臣への届出事項と。私学も認可ということで、いわゆる公立大学は届出制度ということになってございます。それで、その右側でございますが、第26条というのがございますが、これ学校教育法施行令第26条、ここで公立大学法人の理事長は、文科大臣に対し届けなければならない、学則を変更したときと。学則の中で募集定員をうたうと、いう仕組みになってございます。それで済みません、資料の3、大きな横表に戻っていただきまして、このような形で資料の3のほうの事実関係の整理でございますが、①定員増につきましては、閣議決定に基づいて医師抑制が行われておりますが、実質的には国が関与、いわゆる届出制におきます時に事前にいろいろ協議があるという点がございます。ではどうすればいいかというのが、考えられる手法ということで、客観的に考えられることとございますが、いわゆる札幌医大の定員増は形式的には届出制ですので増員も可能でございますが、実質的には国が関与しておるとということで、学則変更の届出を北海道知事に文科大臣から移してはどうかという手法でございます。メリット・デメリットでございますが、メリット、いわゆる知事権限ということで、医師数の調整等ができるのではなかろうかという反面、いろいろ物理的な制約等ございますので、財政負担というのが懸念されると。それで、摘要でございますが、先ほども話ございましたが、現在厚生労働省で、各医大の定員につきましては増加の方向で検討という報道がなされてございます。

次に②地域枠でございます。地域枠につきましては、これは札幌医科大学におきましても平成9年から10名、平成14年から20名、総体が100名おりますので、今20名地域枠を持っております。更に20年度におきましては、特別推薦選抜枠ということで、5名新たに導入するという形になってございます。それでこれに入りますと、手法でございますが、特別推薦選抜の入学者全員に奨学金貸与を準備中ということで、予算措置を想定してございますが、また更にこれの特別選抜の5人につきましては、一定期間北海道の地域医療従事者をもとと確約をさせるという形でございます。メリット、これは地域医療の確保にはつながりますが、デメリット、将来もしかしたらこの奨学金を返せば別なところに行ってしまうということも考えられます。

続きまして2点目、地方勤務医確保の地域での臨床研修義務化、これは先ほど佐藤先生からもございましたが、研修医等に地方勤務を義務づけることについてはどうかという点でございます。これは臨床研修医の制度で、臨床研修を受けるお医者さんの卵が、都市部の臨床研修病院に集中的に集まる結果として、地方のほうの医者が不足になってくるという点でございます。これにつきましては、研修医、病院などの管理者となる医師の地方勤務の義務づけができないかという点でございます。これは恐れ入ります、参考資料の4でございます。これは本年7月、全国知事会が国に対しました制度要望等の書類でございますが、この参考資料の4をひっくり返していただきまして裏側でございます。参考資料の4の裏のページでございますが、左側、47ページのところで、左側の具体的な要望事項(2)というところでアンダーラインを引いてございますが、地域及び診療科におけるいし偏在化の抜本的な対策として、へき地・周産期など地域医療で特に必要性の高い分野における一定期間の診療経験を医療機関の管理者となる要件にすることなど、具体的な対策を講じること、といった形で全国的な動きにもなっております。これにつきましては、デメリットといたしまして、道州制特区を活用して地方勤務を義務づけた場合、北海道だけでやってしまうと、みんな嫌がって本州のほうに行ってしまうのではなかろうかといった、道外への医師の流出を招く恐れがある、といったものが主なデメリットでございます。

次に3番目でございます。潜在医師・外国人医師の招致について。これは潜在医師、

いわゆる第一線を退こうとしている方とかどのように対応していくかと。これにつきましては例えば、定年退職年齢の見直しとか、道予算事業として医師確保対策を強化することができるのではなかろうかと。このメリットとしましては例えば、市町村職員として、例えばその退職後とか退職間際の方を常勤医師として採用することができるのではなかろうか、という点でございます。それで、②外国人医師。外国人医師につきましては、現行におきましても日本の医師免許を取得することによりまして、医療行為は可能となっております。また、臨床修練制度、これは外国から参りまして日本の医療技術を学びまして、また本国に帰るといって制度でございますが、そういう形での外国人の受け入れも現在は行っているという趣旨でございます。それで、そう考えますと、外国人医師につきましても日本の国家資格を取れば、それは日本の中で医療行為ができる。その時のメリットでございますが、外国人医師につきましても、いわゆる日本の医師免許を取得すれば、医療水準の確保は間違いなくできるであろうと。一方でデメリットという点につきましては、先ほど申しました臨床修練制度、これは外国の方が日本に参りまして、日本の医療技術を習得し、自国の医療水準を高めることを目的として、本国に帰るといってございまして、なかなか日本の医師の増加にはつながらないのではなかろうかと。あとまた懸念される点で、言葉の違いで十分なインフォームドが行えなくて、患者さんが満足できないこともあるのではなかろうか、という点でございます。

続きまして、大きな資料の3をめぐっていただきまして、いわゆる2ページ目でございます。2ページ目につきましては、まず、期間限定交代制の導入。過疎地に期間限定交代制で医師を派遣すると。それにつきましては、事実関係の整理といたしましては、先ほど全国知事会の要望を見ていただきましたが、そういう要件化することによってこういう交代制も行うことができるのではなかろうかという点で、先ほどの義務化に近い形で整理をさせていただきます。

その下の医師派遣の円滑化。これにつきましては、病院間の医師派遣を円滑化するために、派遣元医療機関の医師数が診療報酬上、減らされないようにしてくれないかという要望でございます。これにつきましては、もともと医療法に基づきまして医師の配置数が決まっておりますことから、自分の病院を離れて他の病院に診療に行ったときに、そのもともといた自分の病院にはその先生がいないものですから、診療報酬がその分減算されるというのは、現行法ではそのような仕組みになっておるので法改正が必要になるという点でございます。それでメリットといたしましては、医療機関、経営的な面では、病院経営の点からはプラスとなりますけれども、逆に派遣元の先生がいなくなった時に、そこに残っているお医者さんに過重な労働が出るのではなかろうかというデメリットでございます。

続きまして、道職員医師の民間病院派遣でございます。これにつきましては、地方自治法によりまして、道職員の派遣を医師に限り民間ならどこでも行けるようにできないか、という提案でございます。これに対しましては、現在、派遣法に基づきまして、個人病院を除きまして公的医療機関、医療法人などに職員派遣は可能となっております。ただその時には、ここで手法といたしましては、派遣職種の除外を規定すると書いてございますが、そもそも地方自治法の法律の中から、派遣法の中から、医者は対象外とするといった大胆な法改正をすれば、こういうこともできるのではなかろうかというのが手法に書いてございます。それでデメリットにつきましては、民間医療機関への派遣によりどのように公平性を担保し、いろいろ要望がある時にどのように選定していくのか、この辺の公平性の問題、また選別の基準がいろいろ難しいのではなかろうかという点でございます。

次に、診療報酬の特例措置でございます。これは診療報酬で地方勤務の加算、いわゆ

る地方の診療報酬を増加して、都市部の診療報酬を減額すると。それでオール北海道の中の診療報酬は変えないといった趣旨の提案でございます。これにつきましては、事実関係といたしましては、現在診療報酬は厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会に諮問して、その意見を受けて決めております。現実にはこれは全国プール制で行ってございまして、北海道に来たものを都市部と郡部で増減を付けるという提案ではございますが、何がしかの全体への影響は出るのではなかろうかという点がございます。それでデメリットでございますが、ここでございますのは、一部の診療報酬を引き上げ、これに見合う診療報酬の引き下げがそもそも可能かどうか、現実的なシステムを含めてどうなんだろうか、また、北海道だけ場合によっては郡部と都市部との患者の数とか病院の数等によりまして、北海道だけ医療費が増加するとか、そういう結果が出る可能性もあり、結果的に全国一律の保険料に差が出ることになりかねないと。また、そういうやり方をやるのが全国の各保険者の了解を得ることができようかという点でございます。

続きまして、大きな資料の3ページでございます。3ページにつきましては看護職員の関係でございます。恐れ入ります、参考資料の5を見ていただきたいと思っております。参考資料の5に、看護職員の就業状況をつけてございます。それでその参考資料の5の(2)人口10万人対就業数でございますが…、すみません、参考資料5につきましてはめくっていただきまして、次の裏側を見ていただきますと、就業者数と10万人対比の数が載っております。真ん中に、看護師、准看護師、小計がございまして、北海道の第二次医療圏ごとの看護師の数が載っております。それで10万人当たりで見させていただきますと、例えば札幌圏で言いますと801.3人とか、少ないところと言うとちょっと上、南檜山424人とかになってございまして、下に行って下から2行目、全道平均で申しますと723人。全国の10万人当たりは595人ということで、全国平均より上回っている状況でございます。

それで、資料3に戻っていただきまして、看護職員の確保という点でございますが、まず1点目、定数を増やすとともに奨学金を拡充して欲しいということで、これは平成18年4月の診療報酬改定によりまして、看護師の配置基準が変わって診療報酬の差が拡大したことによって、特に地方の看護師確保が難しくなっていると。これについては、道予算事業として検討したいということで、摘要欄にナースバンク事業とか、臨床実務研修の実施などが書いてございます。それと若干あとデメリットでございますが、看護師養成校につきましては、現実には定員割れの学校もあるなど、そういう問題点も懸念されておるということでございます。

次に養成施設指定権限の移譲でございます。これは、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、歯科技工士、臨床検査技師、理容師、美容師の養成機関につきまして、国が今、養成学校の指定を行っているのでその権限を移譲できないかという点でございます。これにつきましては、摘要欄でございますが、①保健師等につきましては、現時点において地域実態等に応じた指定等に支障は生じていないという点、また③、摘要欄でございますが、理容師、美容師につきましては、道州制特区で、今回調理師の指定権限が北海道にまいりましたが、既にこれを提案しておりました時に、国からはねられたという経過がございます。そこで恐れ入ります、参考資料6を見ていただきますと、参考資料6、国家資格と都道府県資格の例ということで触れておりますが、理容師法、美容師法、調理師法と3本の法律がございまして、理容師、美容師は国家資格、調理師は都道府県資格になってございます。その結果、もともと北海道が16年の提案の時に理容師、美容師、調理師の養成学校の指定権限が欲しいということで要望いたしましたところ、理容師、美容師は国家資格で、調理師は都道府県資格だからということで、調理師の権限だけが今回の道州制特区法に位置づけられたという経過がございます。従って、今回提案

にあがっております①、②につきましては全て国家資格という状況でございまして、それは頭の整理をする必要があるのかなというふうに思っております。

続きまして外国人の受け入れでございしますが、外国の看護師資格があれば、日本の資格がなくても看護職員になれるようにすると。これは現実に今、フィリピンとの経済協定の中で、看護職員の就業についての協定が結ばれております。ただあくまでも、日本でその資格を取らなければならないという点がございします。

それで4ページは飛びまして、5ページになります。5ページ、これはかなり数が多いんですけども、標準医師数の算定方法の緩和という点でございします。これはまず恐れ入ります、参考資料の7、参考資料の7を見ていただきますと、平成16年にへき地等における医師の配置の特例措置というのができました。アンダーラインを引いておりますが、医師配置標準の特例措置といたしまして、へき地とか人口当たり医師数が全国平均を下回っている市町村に所在する病院で、医師の充足数が本来100のところ60%を下回っている場合など一定の要件、あと過疎地とかございしますけれども、この場合申請によって3年間、現行の医師標準数の90%相当まで医師は定員減といいますか、90%相当の配置で足りるという点でございします。これ口頭で申しますと、本来70%、標準100に対して、配置基準100に対して70%になりますと診療報酬の一部が減額されます。その70%をベースとしまして、その0.9、90%、 $7 \times 9 = 63\%$ であれば3年間に限りへき地などは減算はしない。一方でそれを8掛けにしてほしいという要望があり、 $7 \times 8 = 56\%$ でも診療報酬が下がらないようにというのが要望の趣旨でございします。それでちょっとめくっていただきまして、今の参考資料7の5ページでございします。これちょっとここで入れるのかどうかちょっとあれでしたが恐れ入ります、いろいろ定員の関係で、これは国の確認書でございしますが、これは先ほどの医師の定数のところについているのが妥当なのかも知れませんが、確認書というのがございまして、5ページの右側、(注)となっておりますけれども、青森とか岩手とかこれまで10県につきましては医者の数が少ないということで、記の1の5行目ぐらいにございしますが、平成20年度からの最大10年間に限り、10名を限度として医師を増やすことができる。先ほどちょっとこれ医師の定員のところの資料が妥当だったかも知れませんが、国においてはそういう10県につきましては医者の数が少ないということで、既に前倒しをして定数増を行っているというものの例でございまして、その6ページを見ていただきますと、とは言いながらも最後、医学部定員は削るんだよというふうになっておりまして、総務大臣以下4大臣の確認書というものが作られた経過があるという点でございします。ちょっと恐れ入ります、資料の3に戻っていただきまして、そういうことでちょっとずれましたが、標準医師数の算定方法の緩和と、へき地等については3年間、医師配置の90%、これを80%に下げて欲しいということなんです。一方、メリット・デメリットで申しますと、メリットは医療機関の経営負担を軽減できる。一方、少ない人数で医療行為を行うものですから、残ってるお医者さんに過重な労働が出るという点でございします。

次に最後ですが、看護職員の配置基準ですけれども、夜間看護職員の配置につきまして、入院患者数で診療報酬をはじいておりますけれども、ここは事実関係でいくと、平成18年の診療報酬改定という中で、看護職員の夜間勤務条件とか、月平均夜間勤務時間72時間以下であるということが必須条件とされております。また、よく新聞等が出ておりますが、これまで入院患者15名に対して看護師1人と、または10名に対して看護師1人としたものが、その時の診療報酬の改定で7人に1人というものが改定の目玉でございします。その時に、15人で1人の看護師の場合は9,540円という診療単価でございしますが、7人に1人つければ15,550円といったような、要は患者数が少

ない中に看護師がつけばいっぱい診療報酬が出るという点でございます。これにつきましては、やはり看護職員の労働条件の悪化とか、医療の質の低下とかそういった問題が懸念されると。

すみません長くなりました。以上でございます。

**○井上会長：**

ありがとうございました。

これから主に資料の3に基づいてご議論いただきたいと思いますが、個別に言いますと、ここで特区提案として検討すべきものということで、12件ほどあげられております。それで大まかにそのジャンルをあれしますと、1点は医師の絶対数を増やそうとするもの、その前の段階になると思いますが、医育大学の定員増を図ろうというようなことについて、どういうふうに考えるかということ。あと2つ目は、これは医師の絶対数を増やすか増やさないかは別として、医師の地域偏在というようなものについて是正する措置を、ここでいくつかあがっておりますけれども、それをどうするのかというような問題、あるいは若干矛盾する点もありますけれども、現行の医師の配置に関しまして、これの配置基準の見直し、緩和をどうするのかということ。更に医療従事者である、看護師等々の配置基準あるいは養成の問題ということで、およそ分ければそういった項目が入ってるのかなというふうには思います。

それで、全ての事柄についてここで議論をこれからするわけですが、特に今回は議論を十分に尽くすことが難しいというようなこともあるかと思いますが、少なくとも9月提案に向けてあげていくものは、少なくともコンセンサス、合意できれば、少なくとも1本程度はですね、あげて、地域医療対策というものが基本的にゼロにならないように図りたいとは思っております。

それでまず最初に、一番最初のところの医師の絶対数を増やすかどうかというところで、とりわけこの問題は一番最初の細分類で、医育大学の定員増・地域枠の導入ということがあります。それでこのあたりのところについて、ご意見等々いただければというふうに思います。いかがでしょうか。

**○佐藤委員：**

ちょっと質問。

**○井上会長：**

はい。

**○佐藤委員：**

今の点に関しまして、最初に質問をしておきたいんですが、資料をたくさん見せていただきまして、国の資料その他ございましたけれども、それでこれ国が医師を増やさないとといったようなものは、かなり医師会の圧力があつたように記憶しているんですけども、これについて北海道医師会はどんな対応、地域の医師不足といったようなことについてですね、北海道医師会はどんな対応をされておられるのか、もしおわかりでしたら教えていただきたいと思います。

**○篠野地域医師確保推進室参事：**

今おっしゃられたように、医師の総数の抑制というのはそういった団体のご意見もあったやに承知してはおりますけれども、現時点です、道医師会としては医師の絶対数の増加、

医科大学の定数の見直し等には反対はございません。むしろ、地域への医療充実について医師会としても協力できるものがあれば言ってくれという感じでございます。

○井上会長：

ご意見等いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○佐藤委員：

じゃあ、じゃあすみません。

今の医育大学の定員増なんですけども、形式上公立大学法人は届出でいいわけですよ。やっちなえばいいんじゃないんですか。と言いますのは、折角地方分権ということになってですね、国と地方が対等な関係になった、と言ってもいわば不明朗なと言ったらいいんでしょうかね、言い過ぎかも知れないんですけども、事前調整なりあるいは恐らくやり方としては届出を持って行っても受理しないといったようなことがですね、考えられるんですね、最近の国はどうかわかりませんが、昔の形態で言えばですね。そういったようなことではなくてもう、届出をすると。法制度上は恐らく今の見せていただいた資料で見ますとですね、これ福士先生にも聞かなきゃいけないんですが、法制度上は恐らく、はい届け出ましたと言えばそれで終わりのはずなんです。それでそういうふうになっているものを、あえて特区といったような形で修正するのか良いのかどうか、いわゆる地方分権とかですね、地域主権という観点から見て良いのかどうかというのは若干疑問に思えるところがあります。

ただ、いやそうではなくて政令上なり、あるいはいろいろな問題でそう簡単ではないのだと、届出と言ってもいろんな同意が必要だとか何とかというものがくっついているとすればですね、それは1つ考えられるんですけども、その辺のところはいかがなものでしょうかね。

(田中地域主権局参事挙手)

○井上会長：

どうぞ。

○田中地域主権局参事：

はい。いわゆる道州制特区推進法につきましては、国から道への権限移譲と、それと併せまして国の関与の縮小、廃止といったものが、1つの法の要請となっております。それで、先ほど資料の7で4大臣、参考資料で確認書というのを付けておりましたが、10個の県で10人定数を増やす時に、かなりの労力を要しておるといったものを考えました時に、やはり国の関与を例えば廃止をする。また今回の手法といたしましては、文科大臣に出すべき届出を、いわゆる独立行政法人の設立母体であります北海道に出すようにしてはどうかというような問題意識ではございますので、なかなかこうやってみるといったときに、たまたま札幌医科大学は定員を増やしてございませぬので、そういう届出というのは関係がございませぬでしたが、現実には他県の例を見ると、なかなか厳しい事前交渉があったのかなと見ました時に、国の関与の縮小という観点からいろいろ検討の余地があるのかなと考えてございます。

○佐藤委員：

他の県の場合はですね、公立大学ないしは公立大学法人じゃないんですよ。国立で

すね、たぶん。岩手は私立大学ですけども。つまり国立大学だとか私立大学だとか、先ほどの文科省の基準によればですね、これは認可が必要なんですね。ですからこれ大変難しい、認可ですから国の関与の仕方としては縛りがきついですけども、公立大学ないしは公立大学法人の場合は届出でいいという違いがあるわけで、今申し上げたのは北大とか旭川医大は難しいと思うんですけども、札幌医大についてはですね、公立大学法人ですから届出でいいと言ってるわけですから、届け出ればいいんじゃないかとそういう発想であります。もちろん、札幌医科大学だけ増やせばいいという問題ではないかと思えますので、その辺のところはまだ検討の余地はあるかと思えますけれども。

(田中地域主権局参事挙手)

○井上会長：

どうぞ。

○田中地域主権局参事：

すみません、先ほどの10県の中の福島が公立大学です。恐れ入ります。

○佐藤委員：

ああ、そうか。失礼しました。

○井上会長：

今の点、いかがでしょうか。

福士先生どうぞ。

○福士委員：

定員を増加するという、そういう枠組みとしてはですね、国立大学と私立大学は認可と、公立大学は届出というふうになって、恐らく行政指導だと思うんですけど、いわゆる行政指導ということになる。その時に確かに独自の判断でやりたいという、そういう仕組みになってると思うんですけど。国立は認可で、私立は認可で、公立については届出にしてると法律の趣旨というのは、これは自治体でそうやって判断をするんだったら、これは国としてはそのまま認めますというのが法律の趣旨でですね、恐らく国の取り扱いが法律の趣旨に反してると思うんです。それでですね、ちょっと抵抗を感じるの、そういう実態があるので、これは佐藤先生の発想と一緒に思うんですが、学則変更の届出を北海道知事とするというのと全体の法制度の設計ですね、要するに医学部の定員については全国の規模で考えたいというのが国の政策だと思うんですけど、それを届出もしないと地方でやってるとなるわけですね、情報もある意味こないということになります、そうなる。そういう法制度というのが、全体として合理的なのかどうかというのにも、ちょっと疑問を感じるころなんですね。それで、実質的には国が関与しているというのを、それを無くするという方向の手法を考えられないのかと。その辺ちょっと疑問というところです。

○井上会長：

ありがとうございました。

そのほかいかがでしょうか。

○佐藤委員：

ごめんなさい。

若干付け加えて言いますとですね、よくありがちなのは、地方の側も国立大学や私立大学は認可なんだから、つつい届出と法令上なっているにもかかわらずですね、そちらに合わせようというふうに考えてしまう。勇気を持って、届出なんだから、はい届けましたとこうやってしまえばいいわけで、そこで何か問題があるとすればそこから先はまた別の話で、もしかしたらやっぱり届出はまずかったというんで認可に戻っちゃうかも知れないんですけど、それは今の分権の流れからは考えられませんが。そういうふうには折角ある権利といいたましようかね、これを行使しないまま、ちょっと特区だったらできるかなというふうな……。まだ勇気がないなという感じがします。もちろん全体の枠として定員増ということであれば、札幌医大だけではなくて北海道大学とか旭川医科大学とかというのがありますから、これは国立ですね、むしろそこまで含めて、北海道大学や旭川医科大学の学則変更も知事の届出でいいとか、あるいは逆に届出でいいんだと、認可じゃなくて届出にするんだと、こちらのほうが筋はわかるんですけどね。札幌医科大学についてだけ届出先を北海道知事とするのは、ちょっと筋が悪いかなという印象です。

○井上会長：

ほかどうですか。

今、佐藤先生と福士先生からご意見いただいているわけですが、この点は福士先生がご専門かも知れませんのでちょっとお伺いしたいんですが、先ほど事務局のほうから説明がありましたように、例えば参考資料の3のところにありますように、基本的には文科省のこれの裏側ですね、文部科学省の1. 国立大学、2. 公立大学、3. 私立大学ということで、札幌医大なんかは公立大学にあたって、届出事項というふうになっているということで、26条というのは学則の変更等々を伴うということで、ここにあると。ですからこれに伴えば、要するに道州制特区の議論というよりもずっと以前の問題で、単に公立大学としてその所管の長である知事に届け出ればそれで終わりだというふうになるんだろうと思うんですが、ただやっかいな問題は我々のような経済学部とか法学部ではなくて医師の定員、あるいは医学部の入学者の定員というのは、総枠で管理されているということ。そして、その裏側には、裏側にはというのは表現がいいのかどうかかわからないけれども、先ほどの参考資料3の表側ですね、そのところで先ほど久保田先生がおっしゃっていたのは、要するに医師は足りてると言いながら、OECDの中では要するにかなりの下のほうにあるということで、国際的な基準で言えば医師の数は十分ではない、にもかかわらず、ここに出てくるように例えば構造改革の推進に関する閣議決定とか、あるいはその他、先ほど説明があったのかどうかかわからないけれども、平成18年の7月の厚生労働省、医師の需給に関する検討会報告書公表のところで、中長期的には医師の過剰をきたすがというところ。これが要するに医学部の入学定員というものをどんどんどんどん絞り込んでくる道筋にあったということで、結局これが閣議で決定されて、そして法律的にはこれは例えば知事がオーソライズすれば済むことになっているにもかかわらず、これは事前協議というのを、これは何も法律的な裏付けがなくても、これを求めているということ。ここが確かとすればですね、要するに閣議の決定であろうが何であろうが事前協議はいらないんだと。要するに文科省の26条等々のところをベースにしていけば、これは要するに知事の権限でできるじゃないかと、公立学校、道立といえますか、その間というのは、これはいかがでしょうね。要するに法律にはこれしかないんだから、これでいいじゃないかと。しかし現実の世界では、事前調整と

いうのがある。だからもうこれからは事前調整は持って行きませんよと、というような意味ではこれは必要ないのかどうか。というのはいかがでしょうね。

○福士委員：

分権改革が行われて、国と地方というのは対等・協力の関係になって、関与する時には法律やそれに基づく政令によることになっているんですね。それ以外には基づけないことになっています。ただ実態としては、こういう行政指導というのがなされてると。国の政策としてですね、閣議決定等で例えば医学部の定員を抑制するといったことがあってですね、政策的に関与してくるわけですね。その時にしかしですね、法律的に見ると現行法はですね、届け出ればいいということになっているわけですね。ですから先ほどのように、分権改革の精神で言えば、届け出て、それについて国がですね、適正に法律を執行しないようであれば争うと。そういうことになるという筋になります。ですから、ここでは恐らくですね、北海道全体の問題を考えてるのでですね、北海道全体の医師の総枠を増やしたいということであればですね、これは札幌大だけじゃなくてですね、北大であるとかですね、旭川の医大であるとか、それも含めた形の法的なですね、特例を求めていくというほうが考え方としてはすっきりするんじゃないかなとは思いますが、それでも。

○五十嵐副会長：

はい。

○井上会長：

五十嵐先生。

○五十嵐副会長：

法律上の解釈というのではいろいろあるんだろうというのは、ちょっと勉強させていただきましたが、道民にとってわかりやすいものとはなんだろうというふうに思うと、ここの目的はあくまでも、地域に医療従事する人たちをどう増やすかということの最初の入口だと思うんですね。そうすると、単に医学生を増やすということが目的ではなくて、最終的には地域医療を担っていただくための政策の1つだというふうにすると、先ほど先生の話も聞いてそう思ったんですが、なかなか道州制特区の1個の、ピンポイントで突き崩すのは難しく、いくつかこうセットで考えていかないと、なかなかそこに到達しないのかなという感じがして聞いていました。

従って定員数の増については、ここに書かれている札幌大の他に北大、旭川医大も含めて提案したらよろしいのではないかという、逆に先生達のご意見はその通りだなというふうに思いますし、しかしそれを一々国に届出をしなければいけないのかというところに、たぶん道民のわかりにくさがあって、もっと道内で北海道に必要な医師の育成というのはできないのだろうか、そうすると先ほど林委員からもありましたけれども、どんな医師を育てていくのかという、医学部の教育にまで及んでくることもありますし、これデメリットに書いてあるように、その時にかかるコストをどうするのかという問題もあって、ある程度、医療従事者の育成をどうするかという議論の中で、我々はこのところを特区として求めるんだと。こういうストーリーがやっぱり必要なのではないかなと。

ちょっと長くなりますけれども、それと2点目に、地域枠というのもやっぱりこういう視点から行くということ、この場では確認をして、だからここを求めたいという、

そういう方策で行く必要があるのかなと思います。基本的にこれは私は賛成という考えですね、むしろ枠を拡げて北大、旭川医大も含めて、特例というものを提案したほうがいいのではないかということです。

○山本委員：

ただ厳密に言うと今の話は、札幌医大に関しては現行の法律でできるので除外して、ちょっと難しい議論になるかも知れませんが、北大と旭医に関してはこの俎上に乗せていくという、法解釈上はそのほうが、厳密に言うと正しいということですよ。おっしゃっているのはそういうことですよ。要は札幌医大に関しては今、北海道でできることなので、まずは届出を出すという行為をチャレンジしてはいかがでしょうかというのがご専門の先生からのアドバイスというかご意見ですよ。

○佐藤委員：

ちょっといいですか。

○井上会長：

はい。

○佐藤委員：

これたぶん、法令上こうなっているのはですね、実際に公立、今の場合は道立ですけども、道立の大学でそういうふうに申請をして、届出を受け付けますが、文科省はそこで終わりなんですけども、現実には経費がかかるわけですね。その経費について、総務省が地方交付税とかそういうところで縛りをかけてまして、補助金とかですね、そういうところで縛りをかけてまして、だから恐らく文科省のほうはそっちでコントロールができているからここは届出でいいだろうというふうな構成にしているのではないかと思います。ですから、その辺、文科省に出すのはいいんですけども、金？、お金が必要？あんたがたやりたいって言ったんでしょ、どうぞご自由にみたいな、そういう話になると、それがいいのかどうかですね、そこをちょっと考えなきゃいけないですね。

○山本委員：

その両セクションを考えたときに、インクルードで出したほうが、やっぱり有効だという。

○佐藤委員：

ただ、特区の提案としてですね、ちょっと筋がいいのかどうかですね、判断しかねているところですね。すみません、私だけ。

○林委員：

単に定員増だけでは全然地域医療にいかないなというのを、本当に久保田先生のお話を伺って思ったんですね。それで、私はこの定員増ということに関して、学則変更の届出先を北海道知事とするということで私はいいのではないかと考えてます。それと同時に、この書き方に授業の本当にカリキュラムを含めてね、もっと地方勤務医を養成するための強い権限を知事が持つような形をここに何か書き込めないのかなということも思ったんですけども、それはまた道州制特区というのとは別のところでそれは書い

ていくことなのかも知れないんですけども、単に定員増をしたからといって終わるのではないなというのを、凄く思うものですから、何かそれをここににじませる方法はないのかなというのを思いました。あと私は北大、旭川医大までというのは単にそこで、国立の大学でたまたまこの地域で授業を行っているわけで、それが全部北海道で医者になろうという人たちではないという難しさもありますよね。そういう意味では、私は札幌医大に関して、より北海道にとっても有益な大学であるための力がつくような道州制特区の提案にならないのかなというのを思っていました、そのあたりアドバイスがあったらお願いしたいんですけども。

#### ○福士委員：

確かにその医学部定員の増加という議論をしておりますけど、それはここに書かれてある地域枠、要するに増加の分は地域枠の導入というふうな提案になると思っていただんですけども。やっぱりセットなんですね。どうして入学定員を増やしたいかという地域枠で地方病院で勤務してもらえるそういう医者の方を増やしたいと、その方法としては奨学金という形ですね、それを援助して地方で勤務してもらい、そういう方を増やしたい。それを北海道としてかなり自由な形でやりたいという、そういうことだと思うんですね。だからこれは、いわゆる北大のですね、ここの議論でどうなんでしょ、札幌医大だけがそうなるのかという、ちょっと狭いかなという気はちょっとするんですけども。

#### ○五十嵐副会長：

もう1つちょっと確認です。

冒頭、確かご説明の中で道州制特区で考えていくのは、権限移譲、規制緩和、財源移譲、この3つは3点セットだというふうに思っていたんですけども、今みたいにとどちらかと言うとコストの面というのは、前回も言いましたが気になるところで、いいですよ、お好きにやりなさい、ではあなたたちどうぞと言われるようじゃやっぱりダメなんで、その時に財源の問題というのは必ず出てきます。ちょっと今日、財源の問題はあまり出てきてはいなかったんですけども、これは、じゃあお好きにと言われない方法でやっぱり提案をしていかなくちゃいけないと思いますので、交付税でみるのか何なのか、ちょっとその辺は専門的な何かわかりませんが、何かこの3点、きれいに3つがなくてもいいんですけど、少なくとも何かこう、必ずセットで考えていく必要があるのかなと思っておりますが、その辺はいかがでしょうか。

#### ○田中地域主権局参事：

すみません。ちょっと補足です。

先ほど財源措置で医科大学、公立大学に関します交付税措置の話が出ました。現在、普通交付税による措置がなされておりまして、実際の学生数に単価を掛けて積算されておりまして、医科大学については1人当たり年間400万ぐらいでしょうか、ただ実際に出してる額と比べると6割ぐらい、どの程度入っているかちょっと別として、交付税上は実際の生徒数、実際に在籍している生徒数×医学部の単価という形で積算されてございます。従いまして、総務省がそこでかんでくるかどうか、例えば単位費用、測定単位で生徒の数を取りますので、そこでどうするのかというのは、今の、現行記載要領上は実際の生徒数という形になってございます。

#### ○川城地域主権局長：

今、五十嵐委員からお話あったように、権限と規制緩和、そしてそれに伴う財源というのは、我々の今回の非常に重要なポイントでもありますので、先ほど来いろいろご指摘ありますように、じゃあ好きにというのはちょっと我々もですね、非常につらいところでもあります。国の中ですね、このじゃあ好きにというのは我々にとって非常にとどめをさすようなフレーズでもありまして、先生方よくご案内のとおりだと思っておりますので、できますればこの特区法でセットで突破をするという、もっと勇気を持ってというご指摘ももちろん重々わかっておりますけれども、そちらのほうも是非検討させていただきたいなと思っておりますのでございます。以上です。

#### ○佐藤委員：

ちょっといいですか。

それを確かに懸念するんですが、逆に届出先を北海道知事とした場合にですね、いわば公立大学の学則変更について、国が関与しなくともよいということになりますね。それこそ、どうぞ好きなように、つまり財源やなんかはご自由に北海道内でやってくださいというふうになりかねないのではないかと。むしろ現在は、文科省に届けました、届出を受け付けましたよねというようなね、1つのポイントになって、だから国だってそれなりに責任あるでしょうと、ちょっとさっきの言い方と若干ずれてますけど、微妙にずれてますけど、ただ一応、届出という関与をあなた方しましたよね、ということですね、責任あるでしょ、とこう言えるような気がするんですね。これが完全に北海道知事、北海道だけでおやりになりましたね、結構なことですねと、そういうことで後はどうぞというふうにかえってなるんじゃないかなと、そっちが心配なんですけどどうですか。

#### ○川城地域主権局長：

そこも微妙なことですけどね、交付税の算定は届出がなければ算定できないということではもちろんありませんで、基礎数値をそれぞれ交付税算定上ですね、やりますので、まさに先生おっしゃるように微妙です。ここは本当に微妙だと思います。やはり勇気を持って出して査定をしてもらうという方法もありますし、我々に権限をもらってその中で堂々とやっていくという…、まあ非常に微妙なところだと思います。

#### ○井上会長：

そのほか今の議論に関連して、おありだったらお出しいただきたいと思います。

それで、ちょっと様々なご議論を伺っていて、全体としての落としどころというのはこういうものかなということ披瀝させていただいて、そしてそれに対してご意見をもって、修正あるいはボツにして、代替案を出していただくということで、お諮りしたいと思えますね。

それでまず1つはですね、これは非常に大きな形、大きな形というのはこれはピンポイントでなくてという意味ですが、これで国に向かってあげていくというのは、これはこれで我々が今後の議論に向かっていく方向の手法の1つであっていいんだろうと思うんですね。ただ、幾つか今日何度もお話申し上げてきておりますけれども、少なくとも水道法だとかJAS法以外に、医療のところこういう形でデータを申し上げましたけれども、道民の方々の提案で多いところの1つであるということで、9月の国に向かっての提案の準備という形で知事に答申するというので、つまり時間の問題と、そして医療の問題についてはゼロにしたいところの問題。それでいきますとですね、1つは先ほどから出ていた北海道大学だとか旭川医大だとかいうようなものと、札幌医

大の問題というのをセットにして出していくことのプラスマイナスと言いますかね、そのところを少しきちんとご検討いただきたいと思うんです。例えば、国立大学法人ということで、従前の国立大学ではないのですが、かなり私も新しい大学院をつくるために何度も文科省に折衝に行きましたけれども、これは完全に知事に相談する話じゃなくて、国と直接に向かい合う。そしてその下準備で、いろいろと官僚の方々からチクリチクリとやられてですね、まとめあげていくということの問題がある。恐らく、そのやり方と、国立大学法人の問題と、公立大学の問題というのはやっぱり手続においてですね、違う。ですから、どうしてもあげるんだったら、北大とか旭医大の場合は次の時に持って行くとか、あるいは今回あげるんだったら札幌医大の問題と北大、旭医大というのは2本立てであげていくということだろうと思うんですね。そして、札幌医大の問題は、これは要するに、これは先ほど佐藤先生なんか言われた問題で、法律的にはそうなっていると言え、それが特区制になじむのかという問題は当然出てくる。ただ現実的な対応でそういうふうには実際には動いていないので、そのところを確認して、その特区ということで法律に基づいて、我々は粛々とやりますよということの表明というのをそこでやるということ。国立大学の場合には、そういう形にはいかない。

あと1つのところは、先ほど財源の問題が出てきました。これは後々尾を引くというふうに思いますけれども、これは道民の方々が要するにAorB、AorBorCの中で、そのA、Bがあるとすればですね、地域医療、医療過疎の問題で、このところをどういうふうに考えられるかというところで、じゃあ時間を切ってもというふうなところの場合によっては落としていかざるを得ない部分がある。ただ今、その前の段階で学則の変更等々についての、特に医者ですね卵になる人たちの定員を増やしていかなくちゃいけないというところは、これは即座に、地方分権という形で、これが形式的に実質的にそうなっているのかどうかは別として、今はそういうようなことではないので、その点を少なくとも明確にするという形で、地域医療のところはですね、他のところの議論を何もしてないんですが、少なくともここを強い1つの候補として残しておいて、他、医療のところ議論する中でこれだというものが出てくれば、それに代えるなり、それを優先的に扱うということではいかなものかなというふうに考えます。

規制改革だとかいろんなところ、これは実際には私はこれも何度も申し上げておりますけれども、例えば医療過疎、地域医療の問題というのは本当にトータルで考えて、そしてこの地域医療というものを要するに高度化し、そしてレベルを上げていく時に何が国の法律として障害になっているのかということで、本来は立ち向かうべきのところを、これはこれで、グランドデザインというのは別のところで走って、ウチは法律のところだけ考えているというところの矛盾点というのは、今回だけではなくてこれから走っていかなくちゃいけないというのは、先ほど並行というところでお話申し上げたとおりなんです。

ですから、何を言おうとしてるかという、札幌医大の定員を増やしたところで地域医療の問題解決になるのかというふうなところというのは絶えずある。あるいはここでやっても、それは北大で旭医大で医学部の定員を増やしたって、今のように多くの人たちが札幌に集中し、あるいは内地に向かって出ていきや、医療過疎の問題というのは何の解決にもならないので、これはやはり大きな中で考える必要がある。そしてそれと同時に、これは例えば五十嵐委員なんかがお出しになった、あるいは林先生がお出しになった部分かも知れませんが、やはり地域枠というふうなことを1つのテコにしながら、例えばこの定員を増やした部分については必ず、奨学金をつけようがつけまいが、地元に残ると。そして地方で医療に従事するというのを、自治医大のように9年にするのかどうかは別として、きちんとした形で担保するというものと抱き合わせにしてい

ないと、やっぱり原点のところというのは地域医療対策ですから、そのところはやっぱり抱き合わせで何らかの形で地域医療に従事するという担保をしていくということの抱き合わせでいかなければいけない。ただ、地域医療に従事させるというところの担保は、これは国と向き合うところかどうかというのはまた別の問題だということで、原点に戻りますが、このところの法律の部分というのは、これは粛々とやっていくけれども、今、事前協議というのが必要になっている。そのところをこれからはしないという、あるものを奪い返すのではなくて、あるものを無視しますよという、これは言っちゃいけないのかな、そういうようなところでいくということ。そして北大、旭川医大というのを入れるんだとすると、それは別立てに、9月の別立てにするか、あるいはその後の議論の中で提案していくのかということ。そういうふうに、一番最後に申しあげた、今回は札幌医大の問題に限ってというところの1と2は、北大等々の扱いは1に別個なり、あるいは時間的にずらして、もう一度改めてということではいかがかというのが、だいたい皆さん方のいろいろな意見が出てきたところの集約なのかと思いますが、当然皆さん方の異論もあるかと思いますが、ここでお決めいただければというふうに思います。

#### ○佐藤委員：

いいですか。

会長のおまとめでよろしいですが、私はやっぱり、お医者さんの数が増えればですね、これは全国まで見ればどっかにちらばってしまうところまで掘ればそうなんですけども、道内とりあえず完結で見れば、お医者さんの数が増えればですね、当然、札幌に集中したにしてもスピルオーバーといいますか、一般論として言えば、過疎地に行くお医者さんも増えるだろうというふうに想定します。そこはやっぱり定員増はそれなりに意義があるというふうには思います。

ただ、ことが養成に相当に時間がかかる問題でありますから、すぐ特効薬のようにして効くものではなくて、恐らく10年後ぐらいからじわじわと効き始めるという話で、現状の問題解決にはそんなにはつながらないのではないかとこのように思います。

それでですね、ちょっと話が先走るのかも知れませんが、地域医療対策で何か1本というのであれば、私はこの実現するために考えられる手法というところに、法改正が必要だといったようなものですね、これをむしろ検討した方が特区の申請といいましょうか、それとしては筋が良さそうな感じがするんですね。先ほどの札幌医大の学則変更の届出というのは、届けばいいじゃないと言って、こんなこと言っちゃなんですけど、特区で申請してきたら、なんだ届ける勇気がなくて北海道知事にしろとか馬鹿なこと言ってきたとかいうふうにね、他の東京あたりの学者たちに言われるのは何かかっこ悪いなと。ごめんなさいね、何かそういう感じがするんですね。お前何やってんのよとか言われそうな気がしてですね、ちょっとかっこ悪いなことなんなんですけども。ですから、例えば関係法の改正とでかでかを書いてある、2ページ目の医師派遣の円滑化ですね、そういったもの、これももちろんいろいろメリット・デメリットあるかと思うんですけども、例えばそういったものとか、あるいは3ページ目の2番目の養成施設の指定とかですね、そういったもののほうがいいのかという感じがしております。以上です。

#### ○井上会長：

ありがとうございました。

そのほかいかがでしょうか。

私も法律の専門家じゃないので、富士先生、先ほど私のほうで整理したやり方では何か矛盾が出てきますか。

**○富士委員：**

いえ、先ほどの整理で結構ではないかというふうに思います。ただ、そうですね気になるのは私どもの今の議論だと、もし北海道がですねこの札医大のをあげていったらですね、これはちょっと分権というのを理解してないなというふうには恐らく言われてしまうだろうというふうに思います。

**○井上会長：**

では、一応先ほど整理させていただいた通りですけれども、あと1点だけお話してですね、この絶対数にかかわるのがあと他にもあったので、その意見もいただきながら今の問題について言及されるのであれば、ご意見伺いたいのですが。

外国人医師。これは1ページ目の下に1件、外国人医師の国家試験を免除するというのが1つあります。ただこのところのあれは、例えば実現するために考えられる手法のところ、括弧して現行法令で対応可能というふうになっています。このところだけですね。ですから、このところは3番目に意見としてあがってきておりますけれども、これは国にあげて持って行くようなものではないというような判断をしているところですが、そのところいかがでしょうか。

よろしゅうございますでしょうか。

いずれにしても、何度も申し上げますけれども、ここで全部ボツにして議論が蘇ることはないというようなことではないので、少なくとも今の段階では9月の中旬を目途にした議論の整理を行っておりますので、これはこれで一応現行法で対応可能ということで決着させていただければというふうに思います。

あと1本ぐらい行っておかないと、来週、次回からきついと思うのは、これは議論がかなり時間がかかるようだったら途中で打ち切ることになるかも知れませんが、医師の地域的偏在。これは先ほどもちょっとご議論ありましたけれども、地方勤務医確保ということで、研修医等に地方病院勤務を義務づけるということで、これは佐藤先生からもちょっとお話ありましたけれども、デメリットもあるということで、ここに記載してありますように、地方勤務を義務づけた場合に道外への医師の流出を招く恐れがあるというふうになっている。その他のところもだいたい同じような、例えば交代制の問題が2ページの一番上に出てきますが、これも道外への医師の流出を招く恐れがあるというような形になっている。それで、このところは先ほど事務局のところ、資料で言及ありましたけれども、全国知事会のところ、出てきているのは、内容的にはこれはへき地医療等々での診療経験を管理者となることの要件とするなどということ、若干視点は違いますが、こういう形が出てくる。つまり1地域だけでやると、その問題の解決にはならない形になるということで、全部が一緒にやるんだったら効果があるんだけれどもという形でありました。ですからその義務化だとか、交代制だとかというところについて、ご意見等があれば、いただければというふうに思います。

**○佐藤委員：**

訂正したいんですけども。

先ほど事務局の人もそう言ってますし、会長もそう言ったんですが、デメリット・メリットについて質問したのは、私ではなくて富士先生です。そうですね。そこだけ。

○福士委員：

先ほどの医師不足の原因としてですね、やはり今の研修制度というのが、かなり医局の崩壊をもたらしたというのが大きいということがあげられてるんですけども、ただここでそれと病院等の管理者となることについては、札幌大等ですね、ここは教授等に昇任する場合の要件ということなんですけれども、この義務づけるというのはどういう形で、どのような形式でやられることを想定されてるんでしょうか。

○井上会長：

これは、札幌医大の人事の内規か何かというのはご存知ですか。

○福士委員：

ああ、そういう意味ではなくて、特区としてですね提案するとき、どのような改正なりですね、変更を国に求めていくということになるのかということなんですけれども。

○篠野地域医師確保推進室参事：

ここで書いてある、道民提案ではあるんですけども、それで書いてある趣旨というのは、全国知事会の要望なんかでもそうなんですけども、地方勤務の経験のない方に、義務づけというよりも経験のない方には、将来病院の管理者となる資格を与えませんということで間接的に地方勤務に誘導しようという趣旨というふうに理解しております。

○福士委員：

それでその特区の提案としてですね、国に提案するときどういう形ですね、これは恐らく法令で決まっているものではありませんので、事実上の措置、政策的にやってくれるわけですね。そういう時に特区の提案としてこういう政策について、政策的な事実上の措置について北海道でやりたいんですけども、そういう提案になるわけなんでしょうか。

○篠野地域医師確保推進室参事：

どういう形で国に要望するのがいいのかというお尋ねでございましたけれども、道州制特区として道内の医師に、研修医も医師ですけども、医師に対して地方勤務の経験がなければ、管理者となることの要件を付けないということではあるんですけども、法律上はですね、特に今そういう縛りはないものですから。

○井上会長：

そうしたら…、何か付け加えるんですか。

○田中地域主権局参事：

すみません。臨床研修に限って申しますと、医療法の第16条の2ということで、診療に従事しようとする医者は、厚生労働大臣の指定する病院において臨床研修を受けなければならないといった、医療法上の、いわゆる厚生労働大臣がどこで研修するかというその指定権限を、国が持っております。それで、そこを例えば条例で、北海道に移譲してもらいまして、北海道が定めると。その時に例えば札幌じゃなくて郡部のほうを中心に指定していく、といったことが法令の制度的には可能かなというものを、選択肢の1つですがそのように感じます。

○井上会長：

それはしかし、管理者の話とはまた別ですね。

○田中地域主権局参事：

はいもちろん別です。義務化の1つの議論としての選択肢です。

○川城地域主権局長：

ただ管理者となるためにはそういう地方勤務を経たということが必要だということであれば、研修を機にですね、厚生労働大臣の指定ではなく、知事の指定の研修というんですか、そういうことを要件としてかませるとするのは可能だと思います。

○井上会長：

ただ、福士先生が言われようとしているところは、私もわかるんだけど、結局、国立大学病院もたぶんそうではないんだろうと思うんですが、例えば病院の管理者になるというような場合には、かくかくしかじかの要件が必要であるというのは、これは国が法律をもって決めるわけではなくて、たぶんそれぞれの病院なり、あるいは例えば大学であれば大学が自分たちの内規として決めるというようなことであって、あえて私が1つだけわからないのは、国立の病院なんか勤務する場合には、そういった資格要件が国の法律として細かく決めているものがあるかどうかだけなんです。あればそこを突破しなきゃいけないけれども、なければ要するにみんなそれぞれの組織の中で処理していただければいいわけで、それを国がそういう形での資格要件を作りなさいということになると、道州制とはたぶん逆で、権限をもらうのではなくて、国にこうすべきだというような形になって、議論がちょっと複雑化というか、逆立ちした形になるということですね。

ちょっとこれ、時間・・・、私は別に構わないんだけど・・・

○川城地域主権局長：

ちょっとこれもう少し、法制的なところを次回まで調べてきたいと思います。

○井上会長：

ではですね、これは先ほど医師の絶対数のもの、これ私は9月の9月のというところの部分があったので、若干強引にまとめた部分がありましたけれども、その部分の論点整理でこういうような形であげていきたいというようなところ。そしてそれ以外にですね、要するに医師の地域偏在の問題、あるいは医師の配置基準の緩和の問題、看護師の配置基準の問題、あるいは看護師の養成施設の問題等々は次回ですね、集中的にやらせていただきたいというふうに思います。

そういうことで本日、よろしいでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、随分長時間にわたりましたけれども、こういう形で今回まとめたいと思いますが、次回の第3回について事務局のほうから説明いただけますか。

○田中地域主権局参事：

はい。次回の委員会につきましては、事前に各先生方にはメールでご連絡しておりますが、9月7日金曜日、大変恐縮ですが午後6時から、赤れんが庁舎2階の2号会議室

で開催したいと考えてございます。夜間ということで大変恐縮でございますが、よろしくお願いいたします。

**○井上会長：**

ちょっと中途半端な終わり方になりましたけれども、ちょっと議事の進め方が私が悪かったのかなというふうに反省をいたします。次回、夜の会合、夕方からの会合ということになりますので、ご協力のほどよろしくお願い致します。

よろしゅうございますか。

特段ご意見なければ、これにて閉会ということにさせていただきたいと思えます。

3時間までかかるかなと途中まで思っていたんですが、3時間を超えてやることになってしまいました。申し訳ございません。

これにて閉会いたします。