

◆六番（尾崎充典）（登壇） それでは、通算十一回目、一般質問としては九回目の質問を行います。

私は、昨年十一月に厚生委員会の県外調査で沖縄県立中部病院に行く機会をいただきました。

自ら医師の資格を持つ我が県の高城医療政策部長の、沖縄の中部病院は研修医制度に魅力があり、研修先として人気があるとの話を受け、視察先に加えることとなりました。

視察中、小泉厚生委員長をはじめ多くの議員が口をそろえて、よいな、何とか奈良県も参考にできないものかと話していました。中には、荒井知事が見てくれたらなとつぶやく議員もいました。

さらに、今月十二日には、会派の仲間とともに、福井大学医学部の寺澤秀一教授に話を聞くことができました。

本日の質問の内容は、四年ごとに作成しています奈良県民主党政策集に盛り込み、夏には発表の予定ですのでご期待ください。

それでは、沖縄県、福井県への調査報告の意味を込めて、質問に移ります。

一問目は、E R型救急と研修医制度についての質問です。

人口百三十八万人の奈良県と比較して、沖縄県は百四十二万人と同規模で、福井県は少し少ない七十九万人です。また、沖縄県は離島を、奈良県と福井県は山間地を持ち、人口が本島や平野部に集中しています。置かれている立場が非常に似ているので、当然、医療における課題も同じはずです。

しかしながら、沖縄県の県立病院では、昭和四十二年から四十七年間の歴史を持つアメリカ式の研修教育を取り入れた独特の研修医制度によって、医療分野の幾つかの重要課題を解決していました。

まずは、沖縄県の取り組みを県立中部病院の事例をもとにご紹介します。

沖縄県では、臨床研修事業が機能しなければ、離島医療はおろか、沖縄県全体の医療が崩壊してしまうとの危機感を県立病院と行政が共有しています。

パネル①をごらんください。

県単独事業の医学臨床研修事業費が三億三千八百万円に上っていることで、その本気度が伺えます。

沖縄県の研修医制度の一つ目の特徴は、アメリカ式研修教育が実施されていることです。

パネル②と③をごらんください。

実践的であることや、研修医一人当たり年間千例以上の経験を積めること、近年制度化され、各科を回るスーパーローテーションを四十七年も前から実践していることで、指導医が豊富であること。一年次研修医を二年次研修医が、二年次研修医を後期研修医が指導し、指導医が監督していく屋根瓦方式という制度で、効率的な育成と医療の安全を両立させていること。自由な伝統と診療科の壁がないことや、プライマリーケアを重視していることが挙げられます。これらが日本国内で高い評価を受け、また米国留学を容易にし、研修希望者の激増につながったようです。

次に、二つ目の特徴は、ハイレベルな診療が可能なプライマリーケア医と総合診療医を多く輩出していることです。

パネル④をごらんください。

これは、住民千人の健康問題における超専門医、いわゆるスーパードクターの必要性は1%未

満であるというデータです。これらは、五十二年前と十二年前の千人規模の調査結果でも裏づけられており、注視しなければなりません。

パネル⑤と⑥をごらんください。

国民の健康ニーズと医師のミスマッチ・専門医・超専門医への偏在解決の必要性を示しています。そのために、内科、外科、小児科、産婦人科等の幅広い知識と経験を基礎に専門性を磨いていく、計画的な人材育成がなされていました。

次に、三つ目の特徴として、北米E R型救急体制で研修医を育てていることです。E R型救急とは、重症度によらず全ての患者を救急室で受け入れることで、まさに断らない救急そのものです。軽症患者から重症患者までの全ての患者を二十四 時間三百六十五日受け入れるほか、救急車だけではなく徒歩、タクシー、自家用車で来院患者も診療します。北米E R型救急とは、E R型の中でも治療の優先 度決定技量重視の振り分け型救急と言われています。

ご説明をいただいた玉城和光医療部長は、血液・腫瘍内科が専門でありながら、通常 分娩はできるそうです。玉城先生のような医師を育てたのが、北米E R型救急の現場でした。玉城先生は、研修時代に、米国留学という恵まれた経験をお持ちでしたが、そのベースは沖縄の県立病院が採用しているE R型救急にありました。

次に、四つ目の特徴として、独特な当直制の方法で研修医が育成されていることです。

沖縄県の県立病院では、奈良県で定着している主治医を廃止して、グループあるいは病院全体で患者を診る独特な当直制を採用していました。

パネル⑦をごらんください。

ここには、独特な当直制を採用する理由が書いてあるのですが、要約すると、各科横 断的かつ多くの経験数が確保できるメリットがあること、屋根瓦方式が可能になることによって、質も確保できること。医師の肉体的・精神的な負担の軽減につ ながり、研修医にとってよい環境が提供できると書いてあります。一人の医師が重症患者を複数人受け持つことは不可能であり、これが受け入れ拒否を生む原因 につながります。二十四時間三百六十五日働けるスーパー医師は存在しないと訴えていました。

パネル⑧をごらんください。

これは救命救急センターでの救急患者受け入れ率です。

奈良県の救急患者受け入れ率は、以前に比べよくなっています。近隣の大阪府八三% や兵庫県八〇・四%に比べると、一定の評価ができます。しかし、私が問題視したいのは、率ではなく受け入れ人数そのものです。奈良県の千二十九人に比べると、福井県は約五倍の五千百十人で、沖縄県は約十五倍の一万五千四百三十八人です。沖縄県の救急患者受け入れ実績のこの圧倒的な差が臨床研修医の経験値を 上げて、重症度に応じて治療の優先順位の決定ができるようになります。

以前から私は、直感的ではありますが、疑問を感じていたことがあります。現在の奈良県の救急現場において、一体誰がどのようにして重症度を判断しているのか。担当部局に聞いても、納得できる回答は返ってきませんでした。奈良県では、多 くの場合、救急隊員が現場に駆けつけて、e - M A T C Hシステムに救急隊員が観察した病状等を入力して、患者の情報を各病院に伝えるとともに、当直看護師 等に電話で救急患者の受入要請をして、その当直看護師等が当直医と相談して受け入れを決定しているようです。

福井大学に視察に行った際、この状況を寺澤教授に質問すると、全国的な傾向としな がらも、

医師が患者の顔を見ない状況下で治療の優先度が決定されている。医師が実際に患者の顔を見て診察しても正確な診断が難しい世界なのに、看過できない状況が現実に行われていると指摘を受けました。

それでは、福井県での調査内容を紹介いたします。

福井大学医学部の寺澤教授は、金沢大学医学部を卒業後、先ほど紹介しました沖縄県立中部病院で研修を受け、地元福井県に戻られ、現在、福井大学医学部で地域医療推進講座を受け持っておられます。

パネル⑨をごらんください。

一、学閥のために救急病院同士が不仲で助け合えない。これは一般的な国内の事情として、学閥による弊害を言っておられます。

二、地域に愛着がない大学志向の腰かけ医師たちは、救急に熱心になれない。

三、横断的診療医、いわゆる総合診療医の不足の問題。

四、救急の出口（後方施設）が確保されていない。最も注視すべきは、この救急の出口（後方施設）の確保の重要性です。多くの場合、救急車で運よく救命救急センターに運び込まれて急性期を脱しても、患者はそのまま病院にとどまります。そのことが、新たな救急患者の受け入れ困難の原因を生んでいることを指摘されていました。

ちなみに、診療能力を磨くにはアメリカがすぐれていて、研究者を目指すなら日本の方がよいようです。

パネル⑩をごらんください。

日本の救急体制は、各科専門医持ち回り型、救命型救急、ER型救急のどれかが採用されています。奈良県内の病院では、おおむね各科専門医持ち回り当直制が採用され、救急救命センターでは救命型救急が採用されています。

パネル⑪をごらんください。

県内の多くの病院で採用されているこの方法では、各科の専門医が交代で当直を行うため、医師がどの科の専門医なのかによって救急患者の運・不運が発生してしまいます。昼夜を問わず当該患者の疾病に対応できる専門医がいるとは限りません。運よく対応のできる専門医がいたとしても、専門外の病気が発見された場合、対応できません。特に、高齢者は複数の持病の上に、急性期の疾病で搬送されてくるのが考えられます。その結果、日本の医療技術は、昼間は先進国並みで夜間は途上国並みだと憂いておられました。

パネル⑫をごらんください。

県内の救命救急センターでは、救命型救急が採用されています。大ヒットドラマシリーズの救命病棟 24時が、まさにこの救命型救急です。救命救急医が治療の優先度の決定から治療・手術までを行っている様子が描かれていました。

パネル⑬と⑭をごらんください。

アメリカの人気ドラマERが本当のER型救急を表現していました。ER型救急医が、原則、重症・軽症の判断をし、治療の優先度の決定のみを行い、重症かつ高度な治療が必要な場合は、専門医が手術する分業制が描かれていました。ここが先ほどの救命型救急との大きな違いです。軽症から重症まで、救急搬送者だけでなく、徒歩、タクシー、自家用車での来院患者も診療します。私が沖縄県や福井県で見聞きしてきたのは、この形の救急医療体制でした。

この現場で研修医を育てることが、NHKで評判になっている総合診療医が病名を見事に探り当てる番組総合診療医ドクターGの育成につながります。Gとはジェネラルを意味して、各診療科を横断するスーパー総合診療医のことです。この総合診療医は、救急の現場ではER型救急医として、地域の診療所では救急初期診療能力を持つ家庭医として活躍されています。

奈良テレビやこの議場で、ここまでの私の話を聞いていただいた多くの皆様は、ER型救急の必要性について、共感していただけたと思います。

そこで、県立の医科大学附属病院があり、新たな新奈良県総合医療センターを整備しようとしている奈良県に一つの提案をいただきました。

パネル⑮をごらんください。

当初、厚生労働省は、人口百万人規模に三次救急の救急体制の構築を目指していました。その後、人口規模が緩和されて、現在、奈良県では三つの救命救急センターが存在します。この救急体制を十分に生かしながら、各救急病院にそれぞれER型救急医を新たに数名配置するだけで、奈良県医療の課題の解決ができる提案です。ER型救急医を配置することで、多くの救急患者が押し寄せてきても、患者を重症度と緊急性によって分別し、治療の優先度を決定し、適切に振り分けることができるからです。救急隊員に負担を掛けすぎている実態の解決にもつながります。

ここで、今まで述べましたER型救急の利点を整理します。

パネル⑯をごらんください。

一、救急車の受け入れ拒否が発生しない。つまり、たらい回しがなくなります。ER型救急体制が定着した沖縄県と福井県では、救急車の受け入れ拒否は原則発生しないと明言されていました。

二、ERにおける初期診療の質が標準化できる。要するに、当直の医師がどの専門医かによる救急患者の運・不運が発生しません。

三、ERにおける医事紛争が防止できる。これについては、寺澤教授自身、約三十年近くER型救急医をしてこられました。医事紛争や裁判はゼロであり、さらに福井県立病院と福井大学病院で働いているER型救急医も医事紛争や裁判に巻き込まれた者はおらずと明言されていました。

四、各科専門医がそれぞれの専門診療に専念できる。つまり、救急の現場などで専門外の患者を診る必要がなくなります。

五、ERにおける初期研修医の育成が充実する。ERの現場において、軽症から重症までの総合的な経験値を上げることができます。

六、初期研修医獲得が容易になる。幸いにも、今の研修医のニーズは、ER型救急医が指導してくれる臨床研修医病院に向いているようです。加えて、研修医は、初期研修した施設に後期研修医としてとどまる傾向がありますので、病院でのマンパワー確保の観点からも、ER型救急医の配置は必須と言えます。

七、救急患者、入院患者がふえ、病院経営がよくなる。つまり、初期診療の患者数がふえることにより収益増が図られます。

これらは、奈良県の医療課題である断らない救急の実現と、僻地医療をはじめとする医師不足の解消につながるとともに、奈良に適した形へと工夫することで、オリジナルの奈良モデルと進化することも期待できます。

猪奥議員、ご協力ありがとうございました。

また、福井県では、地域医療を担う医師の養成体制が充実していました。奈良県のように、各病院がそれぞれに研修医を養成する仕組みではなく、研修医のさまざまなニーズに合った幾つかの統一プログラムを持っていました。

調査報告の結びとして、沖縄県の医療の成り立ちは、歴史的な条件について、奈良県がまねのできない部分が存在することは否定できません。しかし、その長所や理念なりを近隣県の福井県が三十年かけて焼き直しをして、実践され、一定の成功と言える形にまで醸成してこられたことについて、我が奈良県も大いに参考にすべきだというのが今回の視察の私の結論でした。

そこで、知事に質問します。

県民の命を守るためには、軽症・重症にかかわらず、総じて見立てる技術を持つ総合診療医を多く育てることが重要かつ急務です。そのためには、研修医一人当たり年間千例以上の経験を積むことができるER型救急の現場の提供が必要と考えますが、いかがでしょうか。

また、開院が十七年春に予定されている新奈良県総合医療センターに、今、活躍していただいている救命型救急医を温存した上で、新たにER型救急医の配置の検討をすべきと考えますが、いかがでしょうか。

続いて、医療政策部長に質問します。

よい医師を育て、引き続き奈良県で活躍してもらうためには、県内統一の研修医ごとのニーズに合った幾つかの研修プログラムを策定すべきと考えますが、いかがでしょうか。

二問目は、本県のがん患者に対する心のケアについての質問です。

本年四月二十二日付の毎日新聞夕刊の一面のトップに、がん患者、自殺リスク二十倍という大きな見出しの記事が掲載されました。私にとっても衝撃的な数字でしたが、がん患者の友人にとっては、その見出しを見た瞬間、息を飲み、足が震えるほどの衝撃でした。

記事によりますと、がん患者以外が自殺する危険性を一として、がんと診断されてから一年以内のがん患者が自殺する危険性は二三・九倍になるというものでした。これは、国立がん研究センターの研究班が十万人を対象に約二十年間追跡調査したものです。

さらに、これには続きがあります。まず、診断後一年を超えると、その危険性が一・一倍にまで急激に減少することです。また、北欧のスウェーデンの調査では、一年以内ならば約三倍、一週間に限っても十三倍程度の危険性にとどまるようです。

さらに、欧米諸国では、がんの進行度によっても違いが見られます。早期であれば自殺の危険性が低いのに、日本では、進行度に関係なく自殺リスクが高いという結果も出ています。

我が国では、二人に一人ががんになり、三人に一人ががんで死亡しています。しかし、生存率の点から言えば、治療技術の進歩などにより改善され、平成十五年から平成十七年の統計によると、五年生存率は五割を超えています。特に、早期に発見できれば、五年生存率は約九割となり、もはやがんは死に直結する病気ではなくなっています。がんを実態以上に恐れ、助かるはずのがん患者が、それ以外の理由で自ら命を絶つことは、非常に無念です。がん患者への心のケアは、まさに急ぐべきです。

がん患者の方々が、ボランティア活動として、お互いの心のケアを行う動きは既に始まっています。しかし、ボランティア頼みでは、その力はまだまだ不十分です。自殺を未然に防ぐためには、行政の支援が必要です。また、がん診療の拠点病院には、がん相談支援センターが設置され

ております。しかし、その認知度は低く、存分に活かされているとは思えません。さらなる広報の重要性を感じます。

さらに、自殺を防ぐためには、即効性と実効性のある施策が求められます。例えば、宣告のその場所にカウンセラーが立ち会う、あるいは宣告されたら自動的にカウンセリング室に回るなどの取り組みです。

一方で、がんになる前に、間違った認識を変えておくことも重要です。学校教育や地域の講座などで、子どもたちあるいは大人に対してもがん教育を実施することで、等身大のがんを知り、油断せず、恐れ過ぎず、正しく警戒する人を育てるという観点も必要です。

そこで、教育長に要望します。

がんに対する正しい知識と理解並びに命の大切さに対する理解を深めるための教育の推進をお願いします。また、子どもががん告知を受けたとき、自殺という極めて残念な事故が発生しないよう、心のケアの充実もあわせてお願いしておきます。

続いて、医療政策部長に質問します。

現在実施されているがん患者の自殺予防対策はどのようなことが行われ、今後、どのようにされるのかお答えください。

以上で壇上の質問を終わります。(拍手)

◆六番(尾崎充典) それぞれご答弁ありがとうございました。

がん患者への自殺対策については、特に最初の一カ月、いや一週間が非常に大切だというふうに考えております。がんと闘い、あるいはがんとともに生きていこうという気持ちを持っていただき、社会で引き続き活躍していただけるような制度を、手厚い対応を要望しておきます。

ER型救急と研修医制度についてですが、知事とほぼ同じ認識であることがわかりまして、再質問を予定していたんですが、課題の認識も、ER型を指導のできる医師が不足していて、その獲得が大変だということも認識は一緒でございますので、今後、厚生委員会等で議論しながら、よりよいものにしていきたいなというふうに考えます。

統一の研修プログラムですが、今、奈良県にあるのと、実は福井県で見てきたのとは、少し意味合いが違うということなんです。例えば自治医大コースなんてあるんですね。そちらの場合は、自治医大の人を大切にします。自治医大の人には義務が課されているんですが、大切に福井県に残ってもらおうというようなプログラムのようでございます。あと、奈良県でもそういう特別な枠の学生さんが医師になったときにしっかりと対応していただきたい旨の、さらなる研究をしていただいて、研修医をしっかりと獲得し、育てていっていただきたいと思っております。

それと、もう一点は、研修医も、人数なんですが、要望次第、厚生労働省の方に要望すれば、研修医枠の獲得枠もふやしていけるということです。本気の研修医制度は、やはり二けた以上の人材が来てくれることだというふうに認識しておりますので、現在、新奈良県総合医療センターでは八名、前年度までは八名だったようなので、それも、増員も含めて今後の奈良県の課題を解決するために必要なんだということで厚生労働省の方にも要望していただけたらと思っております。

以上で質問を終わります。