

第 8 4 回近畿ブロック知事会議

開催日時 平成 2 0 年 (2 0 0 8 年) 6 月 6 日 (金)

午後 1 時 1 0 分 ~ 午後 4 時 5 6 分

開催場所 リーガロイヤルホテル 桐の間

〔午後 1時10分 開会〕

1 開 会

事務局（上原政策監）：それでは、ただいまから、第84回近畿ブロック知事会議を開会いたします。本日の司会を務めさせていただきます、私、滋賀県政策監の上原でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、開会に際しまして、会長の嘉田滋賀県知事から、ごあいさつを申し上げます。

嘉田滋賀県知事：皆様、改めまして、こんにちは。

本日は、本当にお忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

84回の近畿ブロック知事会議でございます。近畿ブロック知事会の会長といたしまして、一言ごあいさつを申し上げます。

私といたしましては、昨年秋の知事会議と同様、琵琶湖のそばにお越しいただきかけたのですが、知事会の申し合わせによりまして、春の会議の場所は三重県か徳島県、あるいは大阪でとなっております。その中で今回は大阪で開催させていただくことになりました。

さて、地方自治の話題でございますが、本日の新聞は橋下知事一色で、大変ご苦労さまでございました。今日また、後からいろいろご苦労などもお伺いできるかと思えますけれども、去る5月30日、政府の地方分権改革推進委員会の丹羽委員長から、総理に提出されました第一次勧告がございます。

今回の勧告は、国と地方の役割分担の考え方が示され、その方向性は評価できると思えますが、重点行政分野の抜本的な見直しについては、例えば、必要な措置を講じるなど、抽象的な表現にとどまっている部分がございます。今後の第二次勧告あるいは第三次勧告において、さらに具体的な内容が盛り込まれることを大いに期待したいと思っております。

ただ、霞ヶ関あたりでは、地方分権の推進にとっては消極的、あるいはむしろ、後ろに引っ張るような動きが既に出ており、また今後も強くなるかもしれません。そうした動きに対しましては、毅然とした態度で臨むとともに、権限が来て、財源が来ずというような最悪の形にならないよう今後の審議を注視し、場合によっては、積極的に声を挙げていかなければならないと思っております。

財源問題でございますけれども、今年1月から国会が大変な状況となりました、道路特定財源がございます。暫定税率は復活しましたが、今後の成り行きは予断を許さない

状況でございます。ご承知のとおり、政府は来年度からの一般財源化においては、地方財政に影響を及ぼさないように措置する。また、必要と判断される道路は着実に整備すると基本方針を閣議決定しております。これは今年の5月13日でございますが、地方の厳しい財政状況を勘案いたしますと、これまで地方に配分されてきた財源、3.4兆円は、その総額を地方枠として維持、あるいはそれ以上の額を確保することが不可欠であると考えております。

そんな中で、全国知事会では道路財源対策本部、あるいは地方税制小委員会での議論を経て、7月の横浜での知事会議で、制度設計について知事会としての検討方向などをまとめることになると思います。どうやら税制改正議論の日程が例年より早まる気配もでございます。私たちといたしましても、早め早めの研究、検討が必要となってまいります。これらの問題は後ほどまたご意見をいただく機会もございますので、どうかよろしく願います。

さて、本日、ご協議いただきます議題は4点でございます。

まず1点目ですが、鳥取県知事さんの加入についてでございます。後ほど改めて説明させていただきますが、ぜひともご承認のほどよろしく願います。

2点目は、近畿の当面する重要課題といたしまして、本日は、「地域医療の確保と広域的連携について」と題しまして、日本医科大学の長谷川敏彦先生と、一橋大学の井伊雅子先生にお話をいただき、その後、皆さんとのディスカッションを予定しております。井伊先生は、政府の地方分権改革推進委員会の委員でもありますが、今回は、「地方財政と地域医療の確保について」のお話をお願いしております。

また、3点目ですが、緊急提言など議題が用意されております。

4点目と含めて、ご出席の皆さん方には、忌憚のないご意見をお出しいただきまして、地方分権、地方財政において極めて重要なこの時期に、近畿として全国に発信することができればと考えております。

限られた時間に大変盛りだくさんの内容となっておりますが、円滑な議事進行にご協力にいただけましたら幸いです。

本日はどうかよろしく願います。

事務局（上原政策監）：それでは、恒例によりまして、会長を座長といたしまして、会議を進めさせていただきたいと存じます。

会長、よろしくお願いいたします。

嘉田会長：では、議事に入ります前に、まず、前回の知事会議以降、新しくご就任されました大阪府の橋下知事から、一言ごあいさつをお願いいたします。

橋下大阪府知事：大阪府知事の橋下です。

右も左もまだ行政経験のない中、何もわからないことだらけですけれども、皆さん方先輩のご指導をいただきながら頑張っていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

（拍手）

2 議 事

（１）鳥取県知事の加入について

嘉田会長：それでは、議事に入りますが、まず議題（１）鳥取県知事の加入についてでございます。

このたび、鳥取県の平井知事から、近畿ブロック知事会への加入の申し出がございました。鳥取県さんは国土交通省の近畿圏広域計画検討会議にもお入りいただいております。また、経済界での結びつきもございます。中国横断自動車道姫路鳥取線や鳥取豊岡宮津自動車道が今後開通いたしますと、産業・観光・防災などさまざまな面で連携することが可能となります。

鳥取県さんのご加入について、ご異議ございませんでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

嘉田会長：皆さんから、ご異議なしというお声をいただきました。本日から加入いただくこととなります。

なお、加入に伴いまして、近畿ブロック知事会規約を改正する必要がありますが、皆さんの卓上にお配りしております、別紙改正案のとおりでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

嘉田会長：それでは、鳥取県の平井知事さんにご入場いただきますので、拍手でお迎え

くださいませ。

平井知事さん、どうぞ。

〔平井知事入場〕（拍手）

嘉田会長：早速ですが、平井知事さん、一言、ごあいさつをお願いいたします。

平井鳥取県知事：ありがとうございます。

ただ今は、皆様の近畿ブロック知事会の10番目の仲間として加えていただくことをお決めいただきましたこと、本当に鳥取県民とともに、この喜びを分かち合いたいと存じ上げる次第でございます。

新たしき年の始めの初春の今日降る雪のいや重（し）け吉事（よごと）

これは、今、1300年祭を控えておられる荒井知事の平城京、青丹（あおに）よし寧楽（なら）の京師（みやこ）から赴任をした大伴家持が、ちょうど1250年前に因幡国に着任をしました。その翌年の正月の朝に、いわば職員の知事の訓示として述べたのがこの歌です。これが万葉集の最後を飾る歌として、家持は編者になりました。

その昔から私たちは、近畿、そして鳥取の地域が交流をし、ともに栄える歴史を持ってきたとっております。今ようやく、それに新しい光が差ししてくるようになりました。

それは鳥取自動車道が62キロございますが、62キロのうちの8キロを除いて、これがほぼ来年度には開通をしてくる時期に入ってまいりました。今年度中にも鳥取市内によろやく、県庁所在地にまだ来てなかったのですが、初めて高速道路が通るといふ、そういう時期を迎えております。皆さんのガソリン税で迎えるということでもありますけれども、そういう時期に入ってまいりました。

さらに、井戸知事の兵庫県とは境を接しているわけではありますが、県境いの道路も鳥取県と豊岡・宮津を結ぶ道路でございます、この高速道路も今年の12月までには開通をするという運びになりました。

このように、大変に近畿との結びつきは近くなります。今までも経済上の結びつきや文化のこと、あるいは観光客もずっと周遊をしておりますので、大変近い存在ではありました。ますますその絆が深まると思っておりますので、どうか皆様にはこのことをご認識いただければと思っております。高速道路が通れば、大阪からわずか2時間半で来れるようになりますし、現在も在来線の特急で神戸まで2時間、大阪まで2時間半、京都まで3時間という距離感なんです。これからますます皆様と連携を深めたいと思っております。

地方分権の時代といわれますが、地方分権という共通の課題を持ち、さらに絶対に西

に、この日本の核をつくらなければならないのだと思います。それはこの近畿ブロックが大いなる中心にならないといけない。私たちは、ともにやっていくそのパートナーとして頑張ってもらいたい、そんな決意でございます。

どうか皆様には、このことをご認識いただきまして、これからも一体性のある、私どもとともに栄えていく、そういう時代を見つめていただければありがたいというふうに考えます。

今日は大阪に参りましたら、大変暑うございます。鳥取県は大栄という町がございます。今は北栄町とっていますが、大栄という町がございます、実はここはスイカの名産地でございます。このスイカが、きょう天下の台所、大阪市場に初出荷の日でございます、少しトラックからくすねてまいりましたので、皆様に鳥取県の気持ちを込めて、これを贈らせていただきたいと思っております。中にはカリウムですとか、あるいはリコピンですとか、血液をさらさらにしたり、内臓を活性化するような素晴らしい作用のものがいっぱいあります。皆様には鋭気を養っていただきまして、この厳しい時代を乗り切っていただければと思っております。

それでは、ちょっと時間をいただきまして、スイカを贈らせていただきます。

嘉田会長：素晴らしいですね。じゃ、代表して大阪府知事さんに、どうでしょうか。

橋下大阪府知事：ありがとうございます。

平井鳥取県知事：山陰は2月、3月ぐらい、雪の降るころから畑づくりが始まります。

橋下大阪府知事：ひとり、いただいていいんですか。

平井鳥取県知事：お子さんがいっぱいいるでしょうから。

橋下大阪府知事：いただきます。

嘉田会長：ほかの知事も一つずつですか。ありがとうございます。

公職選挙法上は選挙区外ですので、私どももいただいてよろしいようでございます。どうもお心遣い、ありがとうございます。

日本には伝統的に、入会するときのあいさつというのがございまして、お酒一升だったりするのですが、今日はスイカということで、大変思いのこもったプレゼントをいただきまして、入会のあいさつ料とさせていただきますということで、ありがとうございます。

それでは、議事に入ります前に、ちょっと事務局のほうから。

事務局（上原政策監）：恐れ入ります。報道関係の皆様、誠に申しわけございませんが、

以後は会議の進行上、所定の位置での取材をお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(2) 近畿の当面する重要課題について

「地域医療の確保と広域的連携について」

嘉田会長：それでは、議題の(2)に移らせていただきます。

今回の協議話題は、皆さん大変ご関心があると思いますが、「地域医療の確保と広域的連携について」とさせていただきます。

本日は、講師といたしまして、日本医科大学医療管理学教室の長谷川敏彦先生と、一橋大学国際・公共政策大学院の井伊雅子先生においでいただいております。

それでは、お二人の先生にご入場いただきますので、どうか拍手でお迎えください。

長谷川敏彦先生、井伊雅子先生入場 (拍手)

嘉田会長：では、事務局からお二人のプロフィールについて簡単に説明いたします。

事務局(上原政策監)：会議資料の5ページをご覧くださいと思います。まず、長谷川先生のご紹介をいたします。

先生は1972年に大阪大学医学部をご卒業、1981年にハーバード大学にて修士号を取得、2002年に東京大学で博士号を取得されております。また、先生は旧厚生省や国際協力事業団などに勤務の後、2006年に日本医科大学医療管理学教室主任教授になりました。さらに先生は、厚生労働省や東京都の委員、各種学会の理事としてもご活躍いただいております。

次に、6ページをご覧くださいと思います。井伊先生のご紹介でございます。

先生は1986年に国際基督教大学をご卒業、1993年にウィスコンシン州立大学マディソン校で博士号を取得、横浜国立大学助教授を経て、2005年に一橋大学国際・公共政策大学院教授になりました。先生はほかに、地方分権改革推進委員会委員や政府税制調査会特別委員などでもご活躍いただいております。

以上でございます。

嘉田会長：はい、ありがとうございます。

それでは、これからお二人の先生方からご講演をいただきますが、まず長谷川先生から、「今後の医療を展望する - 医師不足の解消と地域医療の確保について - 」ということで、30分程度のご講演をお願いいたします。

「今後の医療を展望する - 医師不足の解消と地域医療の確保について - 」

講師 長谷川 敏彦氏（日本医科大学医療管理学教室主任教授）

ご紹介いただきました長谷川でございます。

パワーポイントの調子が悪いようでございますけども、このたび大変自由なテーマで、このような会にお招きいただきまして、大変感謝しておりますと同時に、楽しみにしております。

もともと私は関西出身で、本籍が三重県ですし、育ったのは大阪、すぐそこに学校があったのですけれども、後に滋賀のほうで勤めたりしております。ですので、今日は楽しみにしております。

これから30分強、皆さんと一緒に今日の政治的にも大変重要な課題、医療の今後の展望について考えることができるかと思っております。

じゃ、お手元の資料をご覧くださいまして、略歴についてお話しいただきましたけども、繰り返しますれば、私は外科医で、アメリカでトレーニングを受けました。「ER」のシーンを見ますと、昔が思い出されて、なるべく見ないようにしておりますが、大変苛酷で、「レジデント」は人間でない、奴隷だと言われました。そういうのを経まして、公衆衛生を少し勉強しました。後、滋賀医大に帰ってまいって、それから以降は厚生省の行政をしております。一番最後は病院経営をしております。過去13年間は研究をやっておりまして、縁がありまして、2年前から日本医大に行っております。

研究の分野としましては、行政と関係のある病院経営や国際保健、公衆衛生などをやってまいりましたが、最近ではそれらを統合して、今後の超高齢社会における日本の医療システムはどうあるべきかというような研究をしております。

お手元の資料をご覧くださいますように、この間、厚生省直属の政策研究機関にありましたものですから、さまざまな政策関連の仕事をしてまいりました。予防の健康日本21とか、あるいは地域医療計画の新しい概念ですとか、一番印象に残っておりますのが、スリランカの国全体の医療計画を立てるチャンスがございました。県のほうでも、病院経営改善とか、医師確保の検討委員会のような仕事もしてまいりまして、ついこの間、沖縄県で仲井眞知事に確保対策案をお手渡ししたようなこともやってまいりました。

そのような中で、今日は、日本の医療をめぐる3つの大きなテーマを皆さんと一緒に見てまいろうと思っております。

1つは、社会全体がこれからどう変わっていくのか。その中で実は医療が要と。ご存

じのように、クリントン、オバマの論戦を見ておりましたも、医療はかなり大きな課題となっておりまして、日本においても、これからの大きな政治課題といえるのではないのでしょうか。行政の形も随分変わってまいりました。詳しくは後で申し上げますけれども、都道府県自身が医療をリードしていくんだという方向性になってまいっております。

それから、皆さんご存じのように、近年、病院が大変厳しい状況に置かれておりまして、その中でも医師の不足、いわゆる医療人材の問題が。こういったものを手短にお話し申し上げた後、それらに関して、都道府県や知事が何をなされたいのかということについてご提言できればというふうに思っております。

まず、第1部としては、国の形がどう変わってくるのかということ、少し図を交えて申し上げたいのですが、残念ながら、パワーポイントができ上がっておりませんが、小さい字で恐縮ですけれども、日本は何度も大きな歴史転換期を迎えましたが、恐らく現在が400年来の大きな転換期じゃないかと思えます。精神世界が鎌倉時代に形成されて、そして基本的な生活様式が戦国から江戸の初期にでき上がった後、我々は近代化を迎えたのですけれども、人口はこれから100年かかって江戸時代に戻っていくと。

2番目のスライドを見ていただきましたら、おわかりいただけるのですけれども、この数百年間、日本が形づくってきたのは、棚田があって、米をつくって、そして魚を食べるといったような日本の基礎文化ですけれども、それがここ数十年の間に崩壊してきていると。

先日、私の友人で27歳の男の子と一緒に、江戸千家の家に行ったのですけれども、正座するのが初めてというようなことを聞いて、びっくりしたのです。日本人の体型自身も、もともと座るということを前提にして足が短かったのですが、このごろは足が長くなって、したがって疾病構造自身も変わってくる可能性があるのではないのでしょうか。

それから、国の形が大きく変わってくるのではないのでしょうか。実は日本は古くから、どれぐらいの人口が都会に住んだかというのがわかっているのですけれども、江戸時代から現在まで、増えた分はほとんどが都会に流入しました。ところが、これから人口は減っていくのですが、減っていくのは郡部からと。一説には8,000といわれる限界集落が存在していて、私の友人の研究によると、そういうところに医療を提供するのは大変難しいと。

こうなると、コンパクトシティ、都会に移っていただいて、そこで医療を提供すると

いうふうにせざるを得ないのかなという議論をしていたのです。さっきの話のように、そうすると、治山、治水、田んぼが荒れるというふうな状況で、やはりもう一遍考え直す必要があるのかなと。この限界集落に対する医療の提供というのは、大変大きな課題というふうに思われます。

さらに、人口の高齢化は人類未踏の超高齢社会でありまして、この間、人口自身も随分増えてきたのですけれども、これからは減っていく。これまで1年間に100万人ぐらいつつ増えたきたということは、言ってみると、滋賀県ぐらいが毎年増えていたということになるわけですが、これからは、それぐらいの量の人口が減っていく。20世紀の常識は危険。土地にしがみついている、土地が値上がりしていくという時代から、そうではないという時代になっていくのじゃないでしょうか。

実は高齢社会のピークというのは、そう遠くありません。本当に20年後ぐらいに来ます。30年か40年ごろに高齢者の絶対数がピークを迎えます。相対的には高齢化はさらに進行しまして、2060年か2070年ごろにピークを迎えるのです。といたしますのは、その支える人口、若年人口が減るからです。

ですから、この図から、我々の作戦は、まず2030年ごろまでに絶対数の施設やシステムを立ち上げて、その後はそれを効率よく改善していくというふうにすればいいということがわかります。人口が減るということ自身は必ずしも悪いことじゃなくて、歴史的に見ましても、ルネッサンスの時代にはむしろ人口は減っておりました。その意味では、日本もこれから新しいルネッサンスに入ることが言えるかもしれません。

実は余り報道されませんでしたでしたが、日本は2002年にかつての同盟国、ドイツとイタリアを抜いて、世界一の高齢大国になっております。そして今後、世界をリードして、人類がかつて経験をしたことがないような大変な高齢社会に突入してまいります。

20世紀のイメージというのは、機関車に象徴されるように、限りなき成長を信じて頑張ってきたと。ところが、実はいろんな国が最後のランディング、ファイナル・ディスティネーションに到達する。それが実は超高齢社会、日本がそれに一番乗りだと。私、2年前に国際人口学会に呼ばれて、基調講演をいたしました。コール首相とか、有名な方が随分お話しされたのですが、次の日の新聞には私の記事が載っておりました。

私がいいというわけではなくて、日本が注目されている。ヨーロッパの人々はかたずをのんで日本を見ている。どういうふうに高齢社会を運用するのだろうか。ましてや、近くの東南アジアでは、日本に対する関心は大変高うございます。最近、中国との関係

はぎくしゃくしているようですけれども、高齢化問題に関して、中国人は大変日本を尊敬していると。日本がお父さんの背中ということになるのでしょうか。

そう考えてまいりますと、日本はかつての軍事大国、西洋列強に対する富国強兵という政策からやり過ぎまして、すみませんと。人材を経済に投入して、経済大国から、さらにはこれからは高齢大国ということで、私は、土地とりゲーム、金とりゲーム、年とりゲームと言っておりますけれども、皆さんと一緒にこれをやっていかざるを得ないと思っております。その場合に、やはり医療が要になってまいると。

では、医療はどのように変わってくるのか。まず第1番に、患者さんの年齢が高齢化してまいります。先ほど申し上げた2030年ごろには、入院の半分以上が後期高齢者、75歳以上というふうに推計されますし、外来も高齢者の割合が大きくなる。実はこの回帰法を使いますと、入院回数はどんどん増えるのですけれども、外来は余り増えません。といいますのは、過去に少し外来が減る傾向にございましたものですから、こういう傾向になっているのですけれども、大体、外来で薬を処方する期間が長くなりますと、外来患者が減るという構造になりますので、そういうことが影響して過去に減ったのですけれども、そのように外来というのは割とフレキシブルですけれども、しかし、入院回数のほうは間違いなく増える。

それで、いろんな推計方法はございますが、私は、患者数に対しまして、一人単価の医療費で掛けて推計したのですけれども、入院は増えます。そして、介護も大変増えます。しかし、総数としては、1.4倍ぐらい。これをどういうふうにかえるかは難しいところでありますけれども、問題はむしろ、それよりも年齢構成。いわゆる60歳以上が8割の医療費を使う。後期高齢者、75歳以上が半分の医療費を使っちゃう。

そうしますと、むしろ世代間の問題、もちろん医療費が増えるということ自身問題ですけれども、それ以上に誰がそれを支えるのかということが大きな課題となってくるのではないのでしょうか。

そして、医療そのものは、かつての若人を中心とする急性期の医療から、さまざまなケアが必要。若い人は、病気になった、病院に入院した、治った、帰る、こういう繰り返して済んだのですけれども、老人の方は、機能を回復するためのリハビリが必要、場合によっては、福祉施設が必要、そして在宅で家に帰る、またそのエピソードを繰り返す。ぐるぐる繰り返しながら、最後は亡くなる。これまでの医療のシステムが変わってくるのではないかというふうに思われます。まさしくさまざまなケアをつないで、継続して

いくような医療体制、これを考えていく必要があるのじゃないでしょうか。

行政の型も大いに変わってまいります。実はこの4月に、恐らく各県でおつくりになったと思うんですけども、医療費適正化計画、この5年間は第1期で、それからさらに5年間は第2期になるんですけども、第1期の重点はメタボ予防対策、それから介護病床の適正化ということでありましたが、第2期以降は医療分野の効率化、特に医療費の適正化といったようなことが課題になってくるのじゃないでしょうか。

実は私、第1期の準備の研修を科学院でやらせていただきまして、各県の担当の方といろいろとお話をする機会がございました。同様に、第2期についても、今から準備をしていかなければならないというふうに思われます。特に、2011年には診療報酬請求が電子化されます。そうしますと、一人の患者さんをずうっと追っていきける。

実は今、私、福岡県と福島県で、介護のデータと医療のデータとをつなぎまして、一人の患者さんをずうっと追って、どういう病気のとときにどうなるか。したがって、どうしたら介護費が減るか、医療費が減るかといったようなことを研究しているのですけれども、そういったことを県レベル、全国レベルでやる必要が出てくるのじゃないでしょうか。

実は、この医療費適正化計画というのはかなり恐ろしい内容がございまして、法律には次のことが書いてある。

この計画は府県を中心にやってください、府県が中心ですよ。それから、医療費を予測してください。とりあえず、医療費を目標管理するとは言っていませんけれども、各県で何年後にどれぐらい医療費がかかるかというのを算出してください。言外の意で、それをなるべくうまく管理してください。さらに興味深いのは、知事が医療費を決めてよるしい。

内容は、1点単価、現在10円ですけども、これを変更してもよるしい。それを決めるのは中医協という厚労省の委員会ですけども、そこに申請してよるしいよというふうになっていく。これ、現在はどこも執行しているところもないでしょうし、当分執行するということはないでしょうけれども、この脈絡を読むと、権限を地方に分権化します。しかも、資源まで分権化します。したがって、皆さん方が医療を構築してやってくださいというメッセージだというふうに思われます。

実は、これは医療制度改革の一環として行われまして、医療制度改革自身は1997年に既に橋本行革の一環として、与党協と厚生省が改革案を出していました。なかなか

実行されなかった。特に、橋本行革が失敗しまして、やっと小泉改革になって、次第に実行されてきて、実は2年前、突然、新しい展開がありました。二法案が新しく成立し、診療報酬が改定されたわけでありませう。

97年の原案は、医療制度改革4項目、医療供給体制をどうしていこう、病院やら診療所やら医者やらどうしよう。それから、支払報酬、薬価と診療報酬、それから財源、老人保健制度はなかなか財源が厳しいということで、新しい高齢者の財源を確保する必要があるという議論がありまして、実は高齢者医療制度がなかなか成立しなかった。供給体制は、とりわけ小泉内閣になってから、規制緩和の流れの中でさまざまな政策がとられてきております。診療報酬もDPCという定額払いが執行されております。

しかし、なかなか高齢者医療制度ができなかった。それが2005年に大綱がまとめられ、2006年に新しい法律が成立したと、こういう流れになっております。

正直申し上げますと、2005年の選挙で、この制度に反対していた某団体が小泉さんに反対をしたということがあって、それで圧勝の後、はっきり言うと、小泉さんは余りそれを気にせずに大なたを振るって、この改革案を提出したという流れになってございまして、ご存じのように、審議打ち切りで法案が成立したと。国防とかその他でそういう状況はあり得るのしょうけれども、保健医療の法案で審議打ち切りで採決と、そういうようなことは前代未聞のことだったわけだ。

その意味では、結構この法改正等につきましては、全般的に統合的な案が出てございまして、大綱のもとに、医療法と健康保険法は改正されました。医療法に関しましては、情報公開や医療計画の見直し、それから医療費、医師不足の解消、医療事故の予防、法人制度なんかは課題で、健康保険法に関しましては、昨今大変議論になってございませう後期高齢者医療制度、それから保険者の再統合、府県単位に統合していくという考え、そしてそれらを推進するための医療費適正化計画というものが策定されたという流れになってございませう。

医療費適正化計画は、その意味で、これまでのさまざまな計画、予防の健康日本21、介護の介護保険支援事業、それから治療に関連する医療計画、こういったものを統合する総合的な医療施策と言えませう。こういう流れで、残りの三計画も見直すというふうになってきてございませう。

その背景には、政府の役割が大きく変わっていくのだということがあるかというふうには思います。実は医療制度改革は日本の専売特許じゃなくて、ヨーロッパで80年代

の後半から90年代の半ばぐらいまで盛んに行われました。そして、ヨーロッパ、アメリカでは少し見直されたのですが、日本はちょっと遅れて、小泉改革で大前進をしました結果、私は冗談半分で、「一周遅れの第1走者」と言っているんですけども、今、医療制度改革の緒についたと。

釈迦に説法ですが、政府の役割自身が小さな政府から戦後のイギリスの福祉国家を代表とする大きな政府、それが制度疲労を起こして、適正な政府、政府は船をこがさないで、かじを取るだけだと、そういったようなイデオロギーのもとにヨーロッパで始まり、日本に広がったということじゃないでしょうか。さらに、ここから地方分権、中央と地方の機能の役割分担というのを進めてまいった。特に医療について、やはり現場に近い府県が中心になって考えていくということが必要なんじゃないでしょうか。

その一つの方法論としては医療計画でありまして、私もこの基本概念のところに関わりましたが、今までの医療計画というのは、えてして提供側を中心にまとめられた傾向がございました。これを患者の視点で考えようと。実は委員会等に消費者代表で中年の女性が入るということはよくあったのですけれども、なかなかハードルが高くて、質問をすると、提供側は、わっと、つぶしてしまって、それ以降発言しないみたいな。

そこで疾病のシナリオを想定して、例えば40歳の方が乳がんになった。それをどうするのかというプロセスをずっと考えていく過程で、どんな資源が必要かというアプローチがいいんじゃないかなというのを私どもが提案いたしまして、それでこういう新しい地域医療計画の考え方ができました。

これまで供給体制を階層的に、1次、2次、3次というふうな考えでプランをしていたのから、やはり必要な医療に応じ、住民の目線に立って医療ネットワークを考えるとこの考え方に変わった。私は、これは医療の大政奉還と言っておりますけれども、住民に返していくという医療計画。4疾患5事業で医療拠点をきちっとつないでいって、医療ネットワークをつくっていきこう。診療所、病院、福祉施設、そういったような発想でございませう。

そのほか、昨今大変議論を呼んでおります高齢者医療制度ができたわけでありまして、そしてその財源の収集と支払いに関して、マネジメントのレベルを県にすることが進んでまいっております。内容については、まずは初期の導入の混乱も見受けられますし、また、いろいろとご議論があるとは思いますが、先ほど申し上げた長期的な展望の中では、何らかの形で高齢者の医療費を持ってくるということを考えない

と、医療システムは崩壊するということがあると思います。

それから、情報提供制度、実は診療情報を県が集めまして、インターネットで公開をしようとする。その情報を使って、住民や紹介元の診療所の先生方が選ぶということ。これが始まりまして、今年度で完了することになっております。一部の県では既にウェブサイト情報に情報が挙がっておりますが、主に3つ、基本的な情報、実績、それからアウトカム。アウトカムにつきましては、今年度はまだ詳しくは出さないと。次回の改定、恐らく数年後ぐらいにこれを公開する。こうなるとまいますと、随分様相は変わってまいります。情報に基づいて、患者さんが医療機関を選択していくというような時代が来るのではないのでしょうか。

最後に、昨今、新聞ニュースをにぎわせております病院の問題であります。病院崩壊とか医療崩壊ということが語られて、ここ一、二年で病院医師が突然減少した。例えば、十数名いる内科の先生方が1人やめてもどうということはない、2人やめてもどうということはない、3人やめてもどうということもない。4人やめると、みんなやめちゃう。内科の先生が全部やめると、外科が商売にならん。外科がやめると、病院を閉めざるを得ない。一つの病院が閉めると、その患者さんが次の病院に行って、次の病院が疲弊してやめていく。いわゆるドミノ現象が起こっているわけですが、その背景は2つ考えられる。

短期には、大学からの医師の引き上げがあったということ。それから、この間少しずつ明らかになったのですけれども、立ち去り型サボタージュ、若手の活動的な医師がやめていく。行政も院長も想定外だったんでしょうね。これらの2つの背景には、実は初期研修医制度という、2004年に始まりました卒後2年間の新しい研修制度があります。卒後研修は医学部にとっては長い歴史がございまして、戦後のインターン闘争という時代から、天国と地獄でインターンが犯罪を起こすというのを覚えておられると思うのですけれども、それから68年の大学闘争、これ全部卒後研修をきっかけに起こった問題でありました。

今回も、とうとう2年間の義務化が行われたのですけれども、その結果、6万人の医師が市場から消えたのと一緒にですね。1年間8,000人卒業しまして、2年間の研修医がいますから、一挙に6万人。病院医は16万人ですので、ある意味では、突然10%の労働力が市場から消えた。それは病院側にとっては大変なことだと思います。

その背景にさらに、医者団塊の世代、戦争中に卒業された軍医さんが約3万人から

5万人いると言われているのですけれども、ここ10年間でリタイアしておられて、医師数がどんどん減っていったんですね。そこに一挙に6万人減った。これで突然、病院の医者が減りまして崩壊と、こういうふうになっております。

まず前者のほうから見てまいりましょう。初期研修医制度というのは2004年に始まったんですが、上が大学病院の医師数で、下が市中病院の医師数で、かつては70%までが大学病院で研修しておりました。それが減りまして、最近特に市中病院、大学病院以外の病院で研修している人が増えている。当初は都市でも減りまして、大阪、京都もかなり減りました。しかし、その後、地方で減少しているというような厳しい状況にあって、もともと田中角栄首相の時代に一県一医大というのを構想して、その県の人材の供給源として医学校をつくらうという考えだったわけですので、それができなくなりました。

ちょっと見てみましょう。これが2007年の1年目の研修生、三重県ではほとんど大学にはいないですね。鳥取、徳島、この辺は非常に少ない。大学の病院は減っている。実際にこれを見ますと、制度開始前の大学に来た人、この辺は一県一大学ですので、特定の大学がイメージされてしまいますけれども、三重なんか、かつて四、五十人の人が研修生だったのに、7人まで減った。鳥取も徳島も非常に厳しい。私も滋賀医大におりましたけれども、1年間入局者がほとんどいなかった時代があります。そのときに、これが3年続いたら、つぶれるなど。働き手がいないわけですので、ぶっちゃけ、つぶれたのでしょうか。余り特定の県を言うと申しわけありませんけれども、こういうのが3年続くと、かなり厳しい。

といいますのも、これが医者基礎表です。医師確保の基本方針は、まず初期研修生をいかに県に引っ張り込むかということが重要でありまして、私、沖縄県の対策をつくりましたけれども、沖縄は非常に有利で、いい研修病院が多いのです。ですから、生涯キャリアを県の中で考えて、魅力のあるものにしていくということがすごく重要ですが、残念ながら、この3つの県、かなりやばいんじゃないかと思われまして。

そういうことがありまして、現在、急性期病院はかなり厳しい。これは2年前につくったスライドですけども、多分このような状況は余り変わらない。この中でも自治体病院はかなり厳しいんですね。後で詳しく申し上げますけど、院長に権限がないとか、ビジネスセンスがないとか、時間単価が高い医者に座長をさせているとかというようなこともあろうかと思いますが、国立独法は最近、鼻息が荒いです。

私、国立病院の経営をしておりますが大変だと思ったんですが、この間、久しぶりに九州に行きましたら、昔、本省にいて予算支出をどうしようかと言っていた事務長が、どうして金もうけようかと言っています。やっぱり制度が変わると、すごい変わるんだなと実感いたしました。

国立独法はさっき申し上げました、医者は来ない。一桁で済むかどうか。大学はつぶれませんかから、既病院を民営化して、新しい独法でもつくるのでしょうか。そして、これらのあおりを受けて、私立病院では医者や看護師が来ない。こういったことから、病院がつぶれる。金がなくなると、病院はつぶれると前からわかっていたのですけれども、人がいなくなると、つぶれる。資源がなくなれば、システムは崩壊しますから、当然と言えば当然ですが、それを我々は現在見ているということであります。

自治体病院は、その中でも一番厳しいんじゃないかと言われております。院長に権限がない。条例や議会で予算が決まる。だから、現場から何か上げて、1年たたないと解決しない。そのうちに疲れてやめてしまう。それから、住民からの要望をなかなか断れない。とりわけ救急に関しては、やはり一番厳しいのは、昼間、外科の専門医が胃がんの手術をした後に、夜起きて小児の救急を診ないといかん。特に小児とかは足が速いので、リスクが高いんですね。そういうことが自治体病院の厳しい状況です。それから、不採算医療というものを担わなければならない政策医療、これはやはり行政としてどうしてもやらなきゃならないことですね。

それで、院長のビジネスセンスの話ですが、これはビジュアルサイクルでありまして、権限を与えないからビジネスセンスが出てこない、ビジネスセンスが出てこないから権限を与えられないという構造になってしまうのです。

最後に、事務部門の幹部の方は、やはり病院経験がない。きのう講演の運営をやった方が突然病院にやって来るみたいなことになっておりまして、しかも大体上がりポストなので、たくさん退職金を持っていかれる。それはちょっとあれですけども。

そういうことで、これを解決するというのは、かなり大きな課題があります。恐らく事務部門なり院長なりに、経営の専門家、あるいはトレーニングというのが必要でしょうし、その上で権限を与えて、自由な運営というのが必要になってくるんじゃないでしょうか。

それから、救急制度は時間がないので、後で質疑応答でお話ししようと思いますけれども、根本的に考え直す必要があるんじゃないでしょうか。

病院医師はなぜ離職するか。これはさっき申し上げたように、特に中核的な医者がやめていくということが多いんですけれども、まず大変忙しくなっている上に雑用が増えている。最後に、研修制度でドミノ現象が起こったということがあります。2006年の流行語大賞になっておりました。

2004年に研修が始まったことがきっかけです。その間、病院はかなり機能強化が進んでまいって、平均在院日数がこんなに減ったんです。余り人材、看護師や医師の投入が増えずに、これだけ平均在院日数が減りますと、かなり労働強化ということになってまいります。その上にそのような状況がありました。つまり、訴訟などのリスクが増大する、それから今後、ロースクールの卒業者が増えてまいりますので、ますます訴訟が増加するという可能性があるんじゃないでしょうか。

それから、ある意味で当然ですけれども、説明責任から保険書類がどんどん増えてくる。それを医者にかかせる。そして、最近の若い人の職業観から、結局、離脱する。いろんなセオリーがあって、最近では、セルフ・エスティームとかワークインゲイジメントとかあるのだそうですけれども、今までは夜眠くても、救急で患者さんからある程度は感謝されていた。

ところが、けんかごしでみんな当然だというふうになると、ばからしくてやってられんわと言って、やめていくという状況が出ているんじゃないでしょうか。福島県立医大の事件は、かなり大きな影響を与えていると思います。したがって、救急の負担というのをどうしていくかというのは、大きな課題だと思います。

まとめますと、要望は国際標準化したんでしょうね、平均在院日数も、国民の要望も。しかし、インフラ、例えば法律ですとか診療報酬とか、院内の役割分担が旧来どおりと。医療法に至っては昭和23年、ちょうど今年還暦を迎えております。そういう状況の中で病院を運営している。根本的に考え直す必要があるんじゃないでしょうか。職種間の見直し、効率化。ここにざっとまとめましたけれども、こういうような方法でやっていく必要があるのではないのでしょうか。

一つ、大きな提案でございますけれども、今回、広域交流というお話が出ておりますけれども、まず地域で病院と診療所を一体化してやっていくと。一種のウォールレス病院というか、町全体が病院というか、既に東京都の一部では、小児の夜の救急に小児科の先生方に来ていただくとか、紹介制度を強化するとかというようなことが進んでいるというふう聞いております。

以上、皆さんと一緒に3つの大きな領域として、国全体の高齢化でどんなふうに医療が変わってまいるかというお話、それから政府の役割の転換によって、いかに地方分権が重要かという問題、具体的な医療制度の改革のかなり複雑な問題について短時間でお話し申し上げました。そして最後に、今現場で短期に起こっている課題の背景というのを申し上げましたし、自治体病院の課題というのをお話し申し上げました。これらはすべて皆様方の双肩にかかっているのじゃないでしょうか。

高齢化の課題、政府の役割の課題、今日はちょっと詳しく申し上げませんでしたけれども、国民の期待、医療の質や安全性への期待とか、患者の参加の課題、一緒に意思決定していく場合に、患者さんご自身がもう少し医療知識を高めていただく。英語でヘルスリテラシーというのですけれども、そういう課題があると思います。

こういう課題を3つのK（効果・効率・公平）のバランスをとりながら、医療システムを変えていく。人類未踏のいまだかつてない高齢社会に向けて、再設計していくと。考えますと、日本は欧米からたくさんいろいろなものを盗んで、医療システムをつくってまいった。特に医療界はそういう傾向がございます。

アリババ大国というか、これからは我々が盗まれる立場、我々の創意工夫でシステムをつくっていかなければならない。そのときに、効果・効率・公平という3つのバランスをとってやっていかなければならないのですが、ご存じのように、経済では格差が是と。競争によって効率を高めていこうというようになりました。そういう意味で言いますと、医療はセーフティーネット。しかし、医療そのものの自身の効率性も問われているというので、この2つのバランスを今後どうとっていくかということが課題じゃないかなというふうに思われます。

言わずもがなですけれども、政策決定の過程がある。今までのように、パイが膨らんでいるのではない時代に、どのようにして緊縮化していくかという場合には、やはりかつての行政ではだめ。分析をして、説得をしていくということが必要。そのためにはデータが必要で、実は医療の場合には結構、ほかの業界よりもデータがあります。しかも、今後2011年に診療報酬の電子化等によって、多量に出てまいります。これらを使って、きちっとした行政、エビデンス・ベースド・ヘルスポリシーと言っているのですけれども、そういうのが必要になってくるのじゃないでしょうか。

これらは中央に座っておられる各知事の方々のリーダーシップというのが必要、流れは総合的医療政策。今までは厚労省が決めて、具体的には市町村が執行するというので、

県は割とスルーだったと思うのですが、ああせえ、こうせえ、厚生省と言われていましたが、それから県が自分で考えて政策を展開するという時代になりつつある。そうしますと、どうしても専門部署と、ノウハウの蓄積が必要になります。府県こそ中心、専門人材を確保していくということが必要なんじゃないでしょうか。

それから、地域医療の確保と広域的連携、今日の会議のテーマでありますけれども、それには情報の収集と分析、先ほど何度も申し上げておりますように、データは存在します。これをどうしていくかというのも課題。

最後に、府県間の交流が重要です。お手元にお配りいたしました資料の一番最後のページが、各県のベンチマークを示しております。平均寿命も医療費も医師数も、県によってばらついております。それはそれぞれ独自の政策が必要ということではありますが、また同時に、お互いに学び合えるということになるんじゃないでしょうか。

したがって、この会は大変素晴らしいテーマをお選びいただいたというふうに思っているのですが、今後、実務レベルでの会議や交流やベンチマークというのが必要じゃないでしょうか。

ということで、私のご提言と、お話を終えさせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

嘉田会長：どうもありがとうございます。

本当に盛りだくさんの背景から、最後、私どもの今やるべき役割までまとめていただきました。コメント、質問いただきたいのですが、井伊先生のお話をお伺いしてから、最後にまとめてということをお願いしたいと思います。

どうも長谷川先生ありがとうございました。また後ほどよろしくお願いします。

では、第2講演、お願いいたします。

「今後の医療を展望する - 地域医療の確保と広域的連携について - 」

講師 井伊 雅子氏 (一橋大学国際・公共政策大学院教授)

一橋大学の井伊雅子と申します。今日は、こうした機会を与えていただきまして、どうもありがとうございます。

私は、近畿ブロックの知事の方たちだけという会合と伺っていましたので、もっとこじんまりした場だと思ひまして、最初、質問で始めようと思ったのですが、質問からしてもよろしいでしょうか。

と申しますのが、こういった「地域医療の確保と広域的連携」というテーマで議論しようということは、皆さん非常に医療に関心がある、果たして「よい医療とは何か」というふうにご定義されているか、思っているか、ぜひ伺おうと思ってまいりました。

私、学生によく質問をしながら講義をするのが好きで、今日はたまたま政府税調でいつもお隣、井戸、井伊と並んで、井戸さんに、「よい医療とは何か」と思われているか、ぜひ簡潔に一言で。

嘉田会長：質問型講演ということなので、井戸さん、用意はいいですか。

井伊先生：質問はこれだけですので、ほかの知事の方は皆さん、安心して聞いていただければと思います。

井戸兵庫県知事：そうですね。難しい質問ですけれども、その人に合った、ふさわしい治療が提供される。しかも、適正な値段で応じていただける、それがいい医療だと思います。

井伊先生：なかなか模範解答でいらっしゃると思います。

この後、皆さん、どのようにご自分で定義されるかというのをぜひお考えいただければと思います。

今日、最初に事務局のほうからは、財政健全化計画ですとか、そういったことに絡めてというふうに伺っていたのですが、皆様のご経歴を見ましたところ、自治省出身の官僚の方が非常に多いという印象を受けましたので、基礎的な知識というのは皆さん同様にお持ちだと思います。今回は、長谷川先生のお話とも関係すると思いますが、医療崩壊、医師不足の背景というのを私なりに分析いたしましたので、そのあたりと、やはり地方分権のあり方ということと絡めてお話をしたいと思います。

なぜ今、医療崩壊、医師不足かということで、地域住民の医療との関わり合い方、あと制度的なことで、私は特に家庭医や総合医、これは俗に言われているかかりつけ医とは全く違ったものですが、そういった家庭医という制度が遅れたことが非常に大きな影響であると思います。あと地方分権のあり方という視点から見ていきたいと思います。

まず1点目に、地域住民の医療との関わり合い方ですが、これは長谷川先生のお話の中にも出てきましたけれども、やはり非常に住民の意識が変わってきている。24時間、365日間、夜でも休日でも、気軽に病院や救急医療を受けるコンビニ受診、これはこの1年足らずだと思いますけれども、医療の世界で言われてきたことで、コンビニ受診

というものが非常に増えてきた。

大した重症でない、軽症でも発熱だったり、ちょっとした腹痛であったりしても、本当にあいていてよかったという感じで救急や救急車を利用する。東京にある慈恵医大の先生に伺ったところ、2005年は救急医療を利用する人は月1,400人だったところが、2年後の2007年は、月1,730人ということで、月200人以上増えているということです。それから、コンビニ受診のほかに、住民の権利意識が強くなったということも、後でデータでお見せしたいと思います。

次のスライドですが、これは10年間の救急搬送人員の変化というものを、厚労省の佐藤さんという指導課長、この方は厚労省の中でもはっきりとものおっしゃるというか、なかなかおもしろい意見をおっしゃる方なので、ぜひ何か機会があったら、お話を伺われるといいと思います。

その佐藤さんが作成された資料を参考として使っています。この後も幾つか佐藤さんからお借りした資料がございます。これは、平成8年から平成18年度の10年間でどのくらい救急搬送人員が変化したかということ年齢と重症別に見ております。これを見ますと、「成人」のところ軽症で青から赤に増えている。あと、「高齢者」も軽症から重症のところ救急搬入が増えているということがわかんと思います。

次が全体の割合ですけれども、これが過去10年間で51%増えている。ほかの産業でも10年間で51%増える産業というのは難しいと思うのですが、救急に関してはこれだけニーズが増えているということが、このデータからわかんと思います。

特に高齢者に視点を合わせてみますと、平成8年から平成18年にかけて、やはり軽症と中等症のところ、救急の搬送人員が増えているというのが明かであると思います。これから団塊の世代の人たちが高齢者になってきたときにどうなるか。これはまだその以前のデータですので、こうした傾向が医療現場に非常に負担をかけているということがわかんと思います。

次が、権利意識が強くなったということで、医療事故をキーワードにした新聞の検索ヒット件数を見ますと、やはり横浜市大での取り違いなどが起きた1999年以降、急激に増えているということがわかんと思います。

ですから、まず1点目に、コンビニ受診や患者の権利意識ということで、地域住民の医療との関わり合い方というのがかなり変わって、それがよくも悪くも医療現場に非常に負担をかけているということが明らかだと思います。

次に、制度的なことですが、私はやはり、日本で家庭医や総合医の制度化が遅れたことが非常に大きな問題であると思います。

以下のことは、先ほどの長谷川先生のお話とも重複しますが、それ以外によく言われていることとして、予想以上に女性医師が増加をしたと。国立大の医学部などですと、高校生レベルですと女子学生のほうが成績がいいので、今のように成績で採る制度ですと、どうしても女性が増えてしまう。私立の大学などですと、ある程度男性にげたを履かせるというような話も聞くことができますけれども、やはり成績で採ると、どうしても女性が増えてくる。

あとは、これはよく言われている臨床研修制度が導入をされている。地方分権の仕事で地方に行って、知事さんなどいろいろなお話する機会があるのですが、皆さん、これが非常に大きな問題だと言われていらっしゃるのですが、確かにきっかけにはなったと思いますが、やはり医療崩壊や医師不足の本質というのは、もっとほかにあるのではないかというふうに思っております。具体的には、後ほど詳しくお話しします。

これも、先ほど指摘されていましたが、医専と言われている戦争中に教育を受けたお医者さんたちが一斉にリタイアをする時期になっている。あと、大学でCOEという大学院重点化研究重視が四、五年ぐらい前から始まったのですが、臨床ではなくて、研究のほうに移る医師が増えているということ。あと、研修医の過労死などをきっかけに、労働基準法が厳格に適用されたということがあると思います。

総医療費抑制策や医学部定員削減というのは、どのぐらい影響があったかを見ていきますと、こういう制度的な変化などで医師達にどういうことが起きたかということ、まず病院勤務から開業医や、比較的楽な診療科へ移った。あと、そもそも医学部を出ても医師にならない人が増えてきたということも深刻なことだと思います。

最近、東大や一橋の経済学部を出ても、お役所出身の方も多いと思いますが、昔はやはり優秀な学生というのは役人になったり、日本の大手銀行に入ったのですが、最近はいんな横文字の会社に行く人が、私の学生でも多くなっています。

その中でマッキンゼーというコンサルタント会社があるのですが、その方とお話をしていましたら、二、三年ぐらい前から東大の医学部や慶應の医学部、京都大の医学部を出た人たちが二、三十人受けに来たというので驚いたという話を聞いたんです。毎年その数が増えているそうで、やはりマッキンゼーなどに行きますと、大学を卒業して、うまくいけば1,000万円以上の給料をもらえますので、そういう人たちもいる。そう

すると、国立大学で医者を1人養成するのに、多分、億単位かかるのではないかと思いますので、そういったあり方というのも問題ではないかというふうに思っております。

実際に各診療科の医師の推移というのを見ますと、医師不足、医師不足と言われながら、実は急激に増えている医師の数もありまして、これも厚労省の佐藤さんが作成した図をお借りしたものですけれども、一番急激に伸びているところはリハビリのところですね。これは2004年までのデータですけれども、1994年を100として、10年間で、医師不足と言われながらも、実は増えている科がある。そのほかに形成外科、美容外科、あとよく言われているように眼科であるとか、耳鼻科というところが増えているということがわかると思いますので、医師不足と言われても、内容を見ていくと、実はこういった現象が起きているということが言えると思います。

そもそもの原因は何かというのを考えてみますと、1つは自由標榜制、よく言われていますように、マッキンゼーに就職する学生さんもそうですけれども、医学部卒業後の進路というのは全く自由ですし、どういう科を選択しようとも全く自由である。私もアメリカに住んでいたことがありますし、何でもアメリカの制度がいいとは思いません。

特に保険制度というのは崩壊していると思うのですが、人を育てるという意味ではアメリカの制度を学ぶことがあると思います。あれだけ自由の国アメリカでも、やはり年間育成する脳外科医であるとか、心臓外科医というのは、例えば50人なら50人、70人なら70人というふうに決められていて、それで5年なり6年の専門家としてのトレーニングを受けた後は数千万円の給与を保障される。そのような形で医師というのは育成されていると聞いていますので、日本のように全く自由というのは、やはりいろいろ弊害が出てくるのではないかというふうに思います。

病院側の問題として、魅力ある職場づくり、魅力ある研修の場づくりという点で、研修制度が始まって、みんなが都会の病院で研修を受けているかということ、私もある都内の民間病院で研修医の面接を毎年担当しているのですが、意外に人気のある病院というのは北海道であったり、沖縄であったり、東海地方ですと、浜松にある例えば聖隷浜松病院のようなところ、千葉の鴨川にある亀田総合病院であるとか、決して都会ではなく、ちょっとへんぴなところでも、非常に魅力のある研修病院には学生が集まっているということが言えると思います。

昨年、愛媛県に行ったときに、愛媛県立中央病院の院長先生とお話したのですけれども、愛媛県立中央病院でも研修医の倍率というのは5倍ぐらい最近あるそうです。た

だ、ここ数年のいろいろな工夫でそうなったわけで、5年ぐらい前までは、特に自治医科大学の卒業生というのが愛媛に戻ってきても、県の健康福祉部に所属をさせられて、非常に不満が多くて何かくすぶっていたのを、県立中央病院の中に総合診療部というのをつくって、そこで研修医の人と一緒にチーム医療をさせて、例えば週二、三回は県立病院、週に2日はチームとして、愛媛の中の僻地に人を送るといような形で、非常にうまくいっているというお話を伺いました。ですから、自治医科大学の卒業生が、せっかくそういう地域医療の教育を受けた学生が毎年県に戻ってくるのだけれども、それがうまく活用されていなかったというお話を伺いました。

ただ、院長先生に、「どんな悩みがありますか」と伺いましたら、やはり公営企業病で、ダムとか水道とかと一緒に病院というのはされているので、そこが非常に悩みだということはお話しされていました。

そのほかに、年功序列の給与体系であるとか、固定した就業形態というのも問題になってくると思います。やはり女性医師が増えていますし、看護師というのが女性の職場ですので、3交代のように午前中だけとか、午後だけとか、あと家族が戻ってきて、小さい子どもの面倒を見てくれる夜間だけ働きたいといった、そういった就業形態が可能になったり、短時間の労働制というものが可能になると、かなり変わってくるのではないかとこのように思います。

一つ大きな問題は、総定員法ですが、行財政改革の中で、国においてこの総定員法がありまして、地方自治体でも同様の枠組みというのが恐らく条例などによって、定数管理されていると思いますので、例えば先ほどの愛媛県の県立中央病院でも、研修医になりたいという人が5倍ぐらいの倍率でいるわけで、医師はそこで働きたいと思っても、総定員法にひっかかってしまって、医師だけを雇うことはできないと。

そこで、例えば農政部を少し減らして、その部分を保健福祉部や病院局に振りかえといったことは多分府県庁レベルでできることじゃないか。その横並びの中で、霞ヶ関の官庁でもどこの役所も、1割削減だったら、1割というように横並びで減らすところで、そういうことは難しいのかもしれませんが、ただ、病院の現場に聞いていますと、研修医、中堅のお医者さんでも、その場で働きたいという医師は決して少なくないということをお伺いしております。

診療報酬の分配の仕方ですが、先ほど長谷川先生が、今後どんどんデータも出てくるし、医療というのは比較的データが多い分野であるというふうにお話されました。私も

データに基づいた分析というのは非常に大切だと思うのですが、個人情報ということもあって、行政記録とされているレセプトのデータを分析して医療政策を提言するということが日本ではなかなかされていなくて、私も以前、社会保障審議会の医療保険部会に出ていたときに、何か政治的な、各団体を代表して来ている方の意見であるとか、そういう人たちが好き勝手にいろいろ言って、最後は厚労省がいつの間にか意見をまとめているというような印象がありました。

やはりデータに基づいた分析、特に今よく言われているような病院と診療所の配分の問題、あと、病院の場合、問題があるのは、診療報酬の手当を受けて病院の収入にはなっても、個々の医師の収入とは関係していないという問題もあると思います。

病院の医師不足への対応というのを、もう少しミクロなデータで見えますと、やはり現在の病院の診療体制と専門の育成システムには課題があるのではないかと。ですから、単純に学部の定員増をただけでは、今の医師不足には対応できないのではないかと。

このデータは、元東大教授で、今、国立病院医療機構の理事長をされている矢崎先生のデータをお借りしたものです。日本とアメリカとを比べた場合、人口はアメリカが日本の2倍近く、脳神経外科の年間の手術数というのが日本が14万、米国は83万、脳神経外科の専門医というのが日本に約5,000人いるそうです。米国は約4,000人。年間育成数というのが日本が200人、米国は150人。

ですから、外科医が少なくなってきたとはいえ、今まで外科医になった人が多くて、日本の場合、なかなか疾病に応じて医師が育成されているというふうにはなっていないようです。

次は肺がんの例ですが、これは国立がんセンターの土屋院長が肺がんの専門家でいらっしゃるのですが、土屋先生のデータをお借りしたものです。日本では年間手術件数というのが3万例あるそうですが、専門医の年間手術件数というのは大体100例だそうです。土屋先生に言わせると、たった週2回だと。必要な専門医数というのは300名いればいいんだけど、実際は1,000名ぐらいいる。年間の補充必要数というのは15名程度でいいということではないか。年間の肺がん手術例数が100例以上の施設数というのは、日本では36施設しかないそうです。そうすると、外科医の目から見ると、とてもそれだけの手術をこなした医師というのは日本では育ちにくいという指摘をされていました。

韓国は、日本の医療保険制度を参考にして、1989年に皆保険を導入しましたので、

非常に診療報酬のあり方とか、大病院に皆が集中するとか、いろいろな傾向が非常に似ているのですけれども、一つ韓国がしたことというのは、レセプトの電子化というのを早めに進めて、こういった病院の集中なども後から来たということで、日本の失敗に学んだことはあると思うのですが、がんの場合に、全体の8割の患者さんが6病院に集中をしているそうです。ですから、そこで医師の育成などもかなり制度的に行うことができるようになった。

もう一つが、がん登録があるということです。日本は昨年、ちょうど1年ぐらい前にがんの対策基本法が通りましたけれども、がん登録に関しては、やはり個人情報保護法のこともありますし、個人情報ということでがん登録ができなかった。先進国の中でがんによる死亡率が増えている国は日本だけであるというふうに聞いています。がん登録がありませんので、実際どの地域に、どういう人が、どんながんになっているかという情報が全くないところで、がん対策というのはなかなか難しいところがあると思います。やはり個人情報との関係は非常に難しいのですが、そういう登録をすること、データを集めて分析をすることによって、実は便益を受けるのは国民であるということのをうまく伝えていくということも大切であると思います。

韓国の場合は、5年前からがん登録が始まって、今、5年分のデータ分析を始めて、それに基づいてがん政策がされていると聞いています。乳がんの診察をするマンモグラフィの受診率が日本は10%ということで、先進国の中でも多分一番低いと思うのですが、韓国の場合、納税者番号がありますので、低所得者に関しては無料でマンモグラフィの受診を義務づけていて、受診率もわかるようになってきているということで、乳がんの死亡率も韓国は急激に減っていくのではないかと聞いております。

じゃ、一体どういう医師が足りないのか。私は、家庭医の育成というのが非常に重要ではないかと思います。「福島に学ぶ」と書きましたのは、私が非常に尊敬をしている家庭医、10年前ぐらいですか、北海道の室蘭にある日鋼記念病院の家庭医療学センターの方で、2年前に福島県立医科大学で地域・家庭医療部を開設して、その主任の教授になられた葛西先生という方がおられて、たまたま先週、日経産業新聞の中で、「医療・介護改革の主役たち、身近な存在、家庭医育成」という記事が大きく出ておりましたので、皆様のお手元にコピーを1枚配っております。

家庭医というのは聞きなれない方も多いと思いますけれども、健康問題や病気の8割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科の専門医とも連

携をして、患者やその家族の事情や地域の特性を考慮した「患者中心の医療」を実施できる医師である。具体的には、診療科全般にわたって高い診療能力を持っている医者ということで、医学分野の一領域である家庭医療学を履修した専門医です。よく医師会などがかかりつけ医というふうに言っているのですが、かかりつけ医とは全く異なるものです。

1985年に家庭医構想が出たときに、医師会の猛反対があって、結局それはなくなってしまったのですが、昨年、厚労省が、今度は家庭医ではなくて、総合医という言い方で、総合医構想を出したのですが、やはり医師会が非常に反対をして、今、ちょっと足踏み状態になっている。医師会が反対する理由というのは、やはり診療科全般にわたって、広い診療能力を持っている人が今の開業医でどのくらいいるかということ。あと、都市部にはビルなどで開業しているお医者さんが多いので、時間外の診療はしないビル診と言われている開業医というのは家庭医にはなれないであろうとか、いろいろな意見があると思います。

いずれにしても、医師会が非常に反対をしていて、厚労省のほうでも、昨年また、家庭医というふうに名前を出すと、20年前の失敗の経験がありますので、総合医という名前で出してきたのですが、やはり足踏み状態であると。

その中で福島県というのは、国に頼らずに福島県でやろうということで、2006年に福島県立医科大学が地域・家庭医療部を開設して、今、実際にその家庭医というのを育成しております。この中に葛西先生のコメントが出ていますけれども、下から2段落目の最後のあたりですけれども、「日常の病気は約8割が家庭医で対応できる。大学病院など高度医療が必要なのはわずかという、家庭医が初期診療に当たり、患者が集中する総合病院の負担を軽減できれば、専門医はより高度な医療の診療ができる」ということで、葛西先生がおっしゃるには、200人くらい診て、大学病院に行く必要がある患者は、大体自分の経験からして、1人いるかいらないかというようなお話をされていました。

いずれにしても、葛西先生はまだ50になるかならないかくらいですが、カリスマ性があるというか、こういうお医者さんに診てもらいたいと。魅力のある方なので、ぜひ何か機会がありましたら、家庭医というのは県レベル、もしくはこういった近畿ブロックなどの広域で試みるには非常に重要なテーマではないかと私は思っております。

次に、産科を例に、少し医療費と医療診療のことについてお話ししたいと思います。

最近、産科というのが医療崩壊、医師不足などで、よくマスコミなどでも取り上げられることが多くなってきております。例えば里帰り分娩お断りであるとか、産科部門が縮小したとか、撤退したとか、予約以外の分娩お断りとか。じゃ、診療報酬を増やして対応しましょうという話がよく出てくるのですが、もともと産科というのは帝王切開のような手術をする場合を除けば自由診療ですので、診療報酬を増やしても余り関係がない。だれが価格を決定していくのか。保険者から35万円還付されることになっております。これは、また厚労省の佐藤さんに作成していただいた資料をお借りしてきたのですが、設置主体別の分娩費用分布割合というのを見ますと、非常に低いところが多いんですね。出産をする場合に、日本の場合は皆保険ですので、一応無保険者はいないことになっておりますから、35万円もらえて、安い額で分娩をしている。そして、差額は多分、子どもを産むたびにお小遣いは減ることになるのかもしれませんが、低い額でやっている。

そうすると、このデータから何が言えるかというと、採算を度外視した価格破壊的な価格設定がされている。産婦人科医師会によると、大体お産というのは40万円以上するであろうと。公立病院の価格が相場形成に非常に大きな影響を与えていると言われていまして、民間病院や診療所というのは、公立病院の分娩費用を参考にしますので、やはり公立病院が低い価格設定をしていると、なかなか自分たちも高い価格を設定することができない。そうすると、これは開業医や医師会が産婦人科から逃避する要因になるのではないかと。ただ、中央議会などでは、なかなか分娩費用を上げましょうということではできませんので、相場というものに応じて価格設定することができない。産科医不足の病院の多くは、公立病院に見られる現象であるというふうに使われています。

じゃ、国に頼らなくても、病院単位でできることは何かということを考えますと、やはり病院の収益を個々の医師に還元する仕組みや、診療報酬がアップをしても、自治体の金庫に行ってしまうことがありますし、診療報酬を上げたからといって、開業医の場合は別ですけども、勤務医の医師に還元される仕組みにはなっていないということ。あと、医師の能力であるとか、努力の量に結びつけて給与をつけるとか、今、だんだん自治体病院でも増えてきましたけども、指定管理者制であるとか、地方独法といったことも一つの方法であると思います。

先ほど長谷川先生も指摘されていたことですが、公的病院の院長とか事務長の役割が変化してきたということも多いと思います。かつて院長というのは、大学医局か

らの医師派遣を調整すること、事務長は一般会計からどういうふうに繰り入れを確保するかといったことが大きな役割であったと思いますが、現在は、院長、事務長とも管理者や経営者の視点ということが非常に重要視されていると思います。最近、N T Tの病院やトヨタ記念病院、J R東海といった企業の病院で院長をされている方のお話を直接、間接的に聞く機会があったのですが、皆さん、口をそろえておっしゃるのは、事務局長は非常に優秀である。特に、トヨタ記念病院の院長がおっしゃっていたのは、世界のトヨタの中のローテーションの中で病院に来て、事務局長をやる。余り赤字だとかは気にせず、トヨタからある程度潤沢な資金を用意されているという利点ももちろんあるのですが、事務局長が非常に優秀であるというのが、院長をしていたり、下で働いていても、働きがいがあるということで、事務局長の役割というのが非常に重要であるというのは、そういった民間病院からも聞くことだと思います。

政策提言としては、やはり国になるのか、なかなか地域レベルで難しいことなのかもしれないませんが、やはり診療科別の適正医師数の提示をする、診療科の偏在を解消する。これは学会レベルで今後の疾病構造などとあわせて提示していくということが必要なかもしれない。

あと、地域別の適正指数の提示。これは例えば東京都だったら、皮膚科医というのは何人というような形で、ある程度決めていくことが必要である。

高額な医療機器の配置ということで、日本の場合は、医療の質の評価をするときに、まだ診療内容に合わせて評価するということが出来ていませんので、医療機器を持っているところ、MRIであるとか、最近ですと、数億円以上するようなPETといった高額機器があることがすごくいい病院であるかのように患者のほうも思う面がありまして、高額な医療機器を競って病院側は購入をして、必要以上の検査が行われてしまう傾向にある。そういうときに、高額な医療機器の配置というのは、県なり、ある程度広域の中で適正化していったほうがよいのではないかとということ。

また、ほかの職業を活用する医師の業務独占の問題であるとか、歯科医は非常に増えておりますので、麻酔科などで活躍をしてもらうとか、そういったこともあるかもしれません。

最後に、この4月から後期高齢者医療制度が始まりまして、非常に保険料の負担の不平等などが指摘されていますが、日本の医療保険制度は非常に平等であり、公平であると。効率性も、低い医療費でこれだけ寿命を延ばして、非常に効率的であるといわれて

きましたけれども、本当に日本の医療保険制度は公平なのか。給付は確かに同じように、どこでも、だれもが、日本全国の医療を受けることができますから、公平なのですが、じゃ、負担はどうなのか見てみますと、これは2005年の国保の保険料ですが、一番保険料が高いところは北海道の羅臼町で11万7,000円、12万円近くの保険料を払っている。一番低いところが沖縄県で、2万2,840円ということで、これだけの保険料の格差がある。保険料が高いところは、上位4位が北海道ですので、多分小さな町村で高齢者が多くて、病気がちの人が多からなのかなと思うと、5位に千代田区が入っていたり、9位に渋谷区が入っていたり、どうやって保険料が決まるのかというと、非常に複雑なところがある。大潟村というのが確か原発だったか何か、そういう特別な交付をされているところで、そういったところが入っていたりして、保険料の決め方というのは明確ではないと。

一方で、保険料の低い下位の10位を見てみますと、沖縄とか鹿児島、東京でも三宅村というように、医療機関が少ないところというのは医療費がかからなくて、どうも保険料が少ないというような想像はできるわけですが、保険料の決め方というのは非常に複雑になってきている。

それで、市町村が保険者ですので、市町村がどうやって保険料を決めているかということ、所得割、資産割、均等割、平等割というのを、下にありますように、4方式、3方式、2方式の中で組み合わせて保険料というのを決めております。例えば、東京のようなどころですと、資産割を入れてしまいますと、非常に保険料は上がってしまいますので、2方式を採っていて、所得割と均等割という都市型の方式を採っています。町村型というのが一番上にありますが、これは市町村が合併する前のデータなので、今よりも自治体の数が多いのですが、4方式を採っているところが2,211の町村、所得割、資産割、均等割、平等割をそれぞれ採っている。

非常に複雑なのは、この所得って何をもって所得とするかということのも市町村が決めていますし、3つの方式の中でどれを採るのかということのも市町村、保険者が決めています。じゃ、所得割を採るといったときに、所得に応じて何%保険料を取るというのも市町村が決めているという形で、究極の地方分権がここで行われているというのが大きな問題であると思います。ここに、所得割の定義が何かというのが、やはり地方で全然違っている。あと、2005年現在で、保険料として選択しているところが321の自治体、地方税制のもとでの保険税として選択している自治体が9割ぐらいあるということも余

り知られていないことですが、指摘できることであると思います。

一方で、国保以外の医療保険、政管健保の場合には8.2%の保険料率を被用者と事業者折半で4.1%ずつ払っていますし、健康保険組合では、会社によって違うのですが、某商社というのはたまたま被用者負担が1.6%と非常に被用者負担が少ない会社、これは今地方分権で、院長をされている丹羽さんが会長をしている伊藤忠ですが、別にそれでとったわけではなくて、いろいろな企業を見たところ、伊藤忠が一番低かったので、ここで伊藤忠の例をとっているのですが、非常に低い。その中で国保の負担というものがあれだけ都道府県格差ではなくて、市町村格差があるということが大きな問題になってきた。その中で高齢者が占める割合が大きいのではないかとということで、高齢者を外して、今後、都道府県ごとに保険料を設定するというようなことがなされていきますから、その準備段階であったということも一つ言えると思います。

これはたまたま、一橋大学の近くの多摩市、小樽市、これは小樽商科大学があるところで、人口が似ているところなのですが、年収300万円の人が、今、ポストクで博士を取った後に300万円ぐらい奨学金をもらって大学に所属することがあるのですが、そういう人たちは国民健康保険に入りますので、一橋大学を選んだか、小樽商科大学を選んだかでどのぐらいの保険料の違いがあるかというのを試算してみたら、多摩市の場合には15万6,000円、小樽市だと37万8,000円の保険料になるということで、住民税ですとか、物価の高さというのは事前に調べていくのですが、国民保険料というのがこのぐらい地域格差があった。それも都道府県格差ではなくて、市町村格差があったということが指摘されると思います。

4月からの後期高齢者医療制度、いろいろな問題点が指摘されていますが、経済学者から見てやっぱり大きな問題というのが、保険者が明確でないということ。保険料の徴収は市町村で、保険者は都道府県を単位とする広域連合、財政責任の所在が明確でないということ。今までの高齢者というのは国民健康保険、国保に所属していたわけですが、都道府県格差よりも市町村格差というのが非常にあったということで、各市町村が独自のやり方で国保保険料というのを決めていましたので、付加ベースの統一化というのが必要であるということがあるといいます。

最後に、何が都道府県レベルでできるのかといったときに、一つは、やはり先ほどのような家庭医の育成、長谷川先生も診療所と病院と一体化をしての医療システムというようなことを指摘されましたけれども、やはり国に頼らず、府県レベル、または広域的

に行うということで、福島県は既に実行しているわけです。いつまでも国の制度が変わるのを待つということではなくて、府県レベルでできることがあるのではないかとということ。あとは、やはりデータに基づいた医療政策というのをを行う上で、国保にしても、介護保険にしましても、市町村がデータを持っているのですが、医療と介護のデータをつなげて分析をするということがなかなかされていませんし、そういったデータに基づいて高齢者の福祉政策を考えているというところがほとんど皆無というのは、非常に驚くべきことだと思います。

生活保護にしましても、2兆5～6千億円の半分、1兆3,000億円、1兆4,000億円ぐらいは医療扶助で、医療費に使われているのですが、そのときに自己負担というのが全く生活保護者の場合にはないので、どうしても必要以上に医療を受けてしまうとか、病院側のほうも、生活保護の人は全く自己負担がないので、必要以上の検査をしてしまうというようなこともあると。ある一部のケースワーカーの人たちの意見を聞いて、政策に反映されるというようなことがあると思うのですが、きちっとレセプトというデータがあるわけですので、そういったものを分析して、ぜひ政策提言をしていただきたい。そのときに、そういった医療や介護のレセプトを持っているのは市町村でありますので、市町村レベル、県レベルで十分そういった政策提言をすることができるということを最後に申し上げたいと思います。

先週、日経新聞を見ておりましたら、嘉田知事が、「こころの玉手箱」の中で、農業の話だったと思うのですが、自分で段取りをとることの重要性というのをおっしゃってイまして、家庭医のような制度をつくりましても、医者に頼るということをしすぐ考えるのではなくて、やはり自分たちで段取りをつくるということが非常に重要なのではないかなと思っております。

以上、失礼いたしました。(拍手)

嘉田会長：どうも井伊先生、ありがとうございました。

大変濃密な講演をお二人からいただきました。多分皆さん、あれもこれもと、ご質問、ご意見があたりだと思っておりますが、少し時間も迫っておりますので、お一人1、2問、できたら1問ずつぐらいで、お一人2、3分以内でのご意見、ご質問など、全体をまず聞かせていただいて、その後で長谷川先生、井伊先生にコメント、お答えいただきたいと思っております。

どなたからでも結構です。どうぞ、仁坂さん、お願いします。

仁坂和歌山県知事：ありがとうございます。

私は就任以来、医師の数を増やす大運動をしまして、ある程度うまくいったんです。それで、先ほど井伊先生からおもしろい言葉があって、自由標榜制はもういいかげんにしたらどうかという話をまさに実践してしまいまして、新しく増やした県立医大の入学定員25人は義務づきなんですね。卒後、地域中核病院や指定医療機関で勤務することを自分で宣言をしていただくこととしました。なぜそうしたかというような詳しいことは省略させていただきます。

それで、コメントを一つ申し上げますと、診療報酬のバランスを直さないと、いろんな医療の矛盾みたいなものが直ってこないんじゃないか。最近発見したのは、二次救急病院で次々と、先生のお話の言葉を使って言うと、立ち去り型サボタージュが起こり始めた。これを食い止めようと思ったのに、もっと事態は大変だということで、大慌てに今度は、二次救急であり続けることについての報酬を上げてあげなさいと、政府に要望したところです。経済的なインセンティブで解決できるところはたくさんあるんだから、それをやらないのは、ああせえ、こうせえ、厚生省じゃなくて、ちゃんとやれ厚生省というふうなことじゃないかなと思います。これ、コメントです。

質問を一つ。長谷川先生にお聴きしたいんですけども、医師が研修医として、大学病院でない病院に行っている。ある先生に聴いたら、このような状況はそのうち維持できなくなるから、絶対今度はもう一回吹き出すぞと、大学病院以外の病院が吸収した人が。だから、医師不足というのは少し緩和される傾向が出てくるんじゃないかと。特に、拠点病院における医師不足は緩和されるんじゃないか、あと1年、あるいは数年したら。というような話を聞くんですが、そんなことはありませんよと言う人もいますね。先生はどう思われますか。質問です。

嘉田会長：はい。また後でまとめてお願いします。

飯泉さん、どうぞ。

飯泉徳島県知事：本当に素晴らしいご講演、ありがとうございました。

先ほど長谷川先生のほうから、大学が倒れて危ないと言われた3つの中の一つの徳島県でありますので。

今、徳島が大学が危ない、また自治体病院が危ないといったことについて行っている施策、幾つかあるわけではありますが、それに対して、できましたら、お二人からアドバイスをいただければと思います。

まず、大学が危ないということで、確かに徳島大学、この初期研修が行われて、定員割れを大きくしました。これによって県内の公立病院からどんどん医者が引き抜かれたんですね。おかげで県南の県立病院では、お産ができない状態になっております。

そこで、「隗より始めよ」ではありませんが、まずは先ほど仁坂知事も言われた義務的なものを付する。そうした徳大の枠を平成21年度から5名、ただし、この場合には、県の奨学資金をくっつける。そして6年間与えるわけありますので、その1.5倍を義務年限にしていく。ただし、大学からの提言も入れまして、12年間の中で、例えば留学をしたいといった3年間を入れる中で、1.5倍の義務年限を入れるということを、いよいよスタートをさせようと考えています。

それから、また食わず嫌い、総合診療医あるいは地域医療、食わず嫌いの若いドクターが多いものですから、大学のうちから地域の医療を見てもらおうと。意外と中山間地域、捨てたもんじゃないよと。機器もなかなかいいよと。そうしたものを見ていただくための夏期地域診療、これを自治医大だけではなくて、徳大をはじめとする各大学の医学部の学生を今集めてやっているところであります。

また、徳大と連携をして、お産ができなくなった県南の病院に、大学院に地域医療学分野というものを県の委託事業でつくってもらいまして、そこに教授と助教を1人入れると。また、今は各医学部の教授が毎回回診に来てもらうという形をとって、地域医療というものについてしっかりと学んでもらおうと。そして、ここにも魅力を持たせようという形を行っています。

さらには、これは全国で徳島が唯一ですが、大学病院と県立病院が隣同士にあるのですね。従来は、こんなむだなものはない。何とかしろという話を医師会はじめ、言われていたのですが、こうなると、これを一体化して、総合メディカルゾーンという形で打って出ることにより、例えば外来を一つに見てしまうとか、あるいは総合周産期を全部まとめてやるとか、専門外来は例えば大学のほうに行き、外来に逆にそれぞれの教授が回診に行くとか、そうしたハード、ソフトの一体化を行っています。

そうなると、受け皿となる県立の病院もしっかりと、先ほどお話がありましたように、そのトップが大切であろうということで、こちらは病院事業管理者、これを坂出病院から塩谷先生をスカウトさせていただきまして、また法適化を完全にしていく。完全独立採算性を採っているところであり、累赤（累積赤字）が100億円あったものが、この2年は単年で毎年黒転（黒字転換）をしているところでもあります。

また、さらに、先ほどアドバイスで、オープンネットワーク化をすべきじゃないかというご指摘があったわけですが、そこで今、例えば町立病院にただお医者さんが来るとするのは難しいんですね。そこでこれを任期付き職員ということで、県職員として採用し、そこを今度は町立病院などに送っていきこうという形もっております。また、徳島は先ほどのデータにもありましたように、人口10万人あたりのお医者さんの数は全国第2位なんです。しかし、ほとんどが徳島市に集中をしている。開業医の皆さんは多いということで、退職のお医者さん、あるいは開業医の皆さん方に、短期診療ということで、公立病院などにヘルプをしていただくという制度。

また、女医さんの比率が、実は徳島は全国第3位なんですね。この女医さん、いったん例えばお産をされますと、現場に戻るのが怖いという声も多くありまして、そうした皆さんに研修を兼ねながら、実践を積んでいただく。そういうことをスタートしたところではありますが、こうした制度などにつきましても、またアドバイスをいただければと、このように思います。よろしく願いいたします。

嘉田会長：随分いろいろな工夫をしておられて、逆に私たちも勉強になります。

いかがでしょうか。順番で行くなら、奈良の荒井さん、お願いします。

荒井奈良県知事：大変貴重な意見と情報をいただいて、感謝申し上げます。

奈良県では、今年、地域医療等協議会を発足させまして、医療・介護・福祉の課題を全面的に検討して、解決策を出そうとしています。今年でなければ、後は永久に出来ないからというようなことを言っております。それは今まで周産期などで奈良の医療、随分遅れていることもあって事件も発生いたしましたので、そのほかの分野でもやろうかということでございます。それについて、大変参考になるご意見をいただきました。

井伊先生と長谷川先生には、今までのいろんな本も、1年近く前から、県庁ではデータ、資料を収集して、勉強を始めておりましたが、今日、このように直接お話を聞かせていただいて、大変参考になる点が多々ございました。

その上で、後でまとめたのときに、機会があれば、ちょっとお聞きもしたいことがございます。一つは医療費適正化計画の県の計画を3月末に出せと言われて、奈良県は出していないんです。担当の課長から1県だけになると言われてたのですが、1県になってもいいから、出すなと言ったら、数県つき合っていたらいい県もあるようです。

というのは、療養病床の廃止というのは、介護の受けがないと、勝手に数字を書いてもおかしいじゃないかというふうに、これこそ、ああせえ、こうせえ、厚生省の典型じ

やないかといって、怒りを持って出さなかったんです。すると厚労省のほうは、療養病床のあの計画は見直すんだなんて最近言って、厚労省の言っていることがあんなに揺らいでしまうと、余りフォローしていると、ばかを見るんじゃないかと強く思っております。それについて知事会と厚生大臣との意見交換会が発足いたしまして、それが3回続いてテーマ別に意見交換があると、今日もそうですけども、他県の知事さんの意見が大変参考になることが多いということ。

もう一つは、舛添大臣に言ったんですが、できたことを知らしめるんじゃなしに、企画のときから相談してくれと。そうしますと、データを持ち寄って、また企画で一応試行でも動き出したときに、各県知事は味方になるよということを申し上げて、忙しい知事さんですけども、そういう企画の会議も進むというふうに約束されました。その企画の会議で各県のデータと意見を言うときに、知事にある程度説明のキャパシティビルディングをしておかないと、具体的な提言とかデータに基づいて厚労省にも言うべきというふうにも思っております。

その関係で、県のキャパシティ・ビルディングだけじゃなしに、市町村、それと各組織のキャパシティ・ビルディングが制度の学習に追われていますので、キャパシティ・ビルディングをどうするのかというのが大きな課題のように思います。情報とマネジメントということですが、これは一つ課題だと思います。また、ちょっとご意見を賜りたいと思います。

そこから、もう一つの大きなところは、情報のコミュニケーションと連携が大変大事だと思っております。特に、各県知事がおられますので、隣県との連携、県のはずれのところは実は医療が不足しております、中心地は多少重なったりして、それで奈良県も三重県、和歌山県と大変お世話になっているのですが、これがどういうふうに制度化できるのかということ課題の一つに、これもどういう形で出口を見つけていけばいいのかというように思っております。

もう一つは、コンビニ医療で、これは多分お年寄りとか後期高齢者もそうですが、やはりちょっと体が弱ったり加齢すると、寂しい思いがあって、寂しいのを国とか周りの家族も離れていっていますので、忘れてないだろうかというので、試しに110番呼ぶとか、119番呼ぼうとかいう心情があるのかなと、ある程度思ったりすると、医療のほうでそういう寂しさを紛らわすんじゃないしに、ほかで紛らわす、あるいは励ますというような、後期高齢者の安心対策というふうなことも同義になってくるのかなというよ

うな気もします。これは医療、医療と言っていると、医療は病人にならないと構ってくれないので、病人になるまねをしようというふうにもなりかねないかな。これはちょっと憶測というか、私見ですが、これはデータが余りございませんけれども、余計なことを言いました。

最後ですが、地域といっても、県と市町村、随分立場が違いますが、それと病院とか組織すべきことというのが串刺しで厚労省からおりてくるんですが、これはどのように役割分担をすればいいのかというのが明らかにならないまま、地方分権とばかり言っても、システムや構造がはっきりしないで、これはやっといってくれという、ああせえの一部が来るような分権では、ちょっと困るというふうにも思っております。役割の分担を医療・介護の分野はどうすればいいか、また今日だけでなく、今後、ご示唆願える機会がありましたら、よろしくという意味で、たくさんのことを申し上げてしまいました。大変ありがとうございました。

嘉田会長：包括的な質問でございましたけど、また後でお願いいたします。

井戸知事さん、いかがでしょうか。

井戸兵庫県知事：貴重なお話を両先生からお伺いしました。ありがとうございます。

私どもは4,200床、県立病院を持っていまして、全国で3番目の規模、東京、岩手、兵庫です。もうかっている病院が非常に少ない。特に丹波の柏原県立病院などは医師が確保できなくて四苦八苦しております。こんな状況なものですから、どう立て直すかなというのが一番基本ですけれども、ともあれ、私はコメントとしては、医師不足は先ほどもちょっと触れられましたが、医師倫理に欠ける医者が増えてきているんですね。

ですから、その医師倫理に欠けるようなお医者さんに、診療報酬の指定医を指定しちゃっているのが一番いけないので、つまり、診療報酬の指定医権限を都道府県知事におろせばいいんです。厚生大臣は引き上げたのですね、そのおかげで、そういう実態もわからない厚労省が、勝手に診療報酬の指定医を指定しているということになっているので、これをやはり見直してもらいたいなというふうに私は主張しているのです。これは私のコメントです。

質問は、井伊先生からも、保険者と医療サービスの提供単位がずれていることの矛盾についてのコメントがありましたが、私は、保険料とか、あるいは医療の計算単位は都道府県単位にして、保険者は全部国に一本化すべきだと。市町村を保険者にさせているから矛盾が出ているので、保険者としては健康保険と同じように国に一本化して、そし

て保険料の計算単位、あるいは財政の計算単位は都道府県単位で考えればいいのではないか。それは介護保険も同じです。何か対人サービスは市町村という名目にこだわり過ぎて、どうも実態に合わないような仕掛けをつくり過ぎてきたのではないか。

なぜこんなことを言っているかという、都道府県を保険者にしたがっている勢力がたくさんあるものですから、都道府県を保険者にするくらいならば、保険者は国一本でつくったほうが効率的だし、制度は国がつくっているわけですから、まさしく制度は国がつくって、運用責任を都道府県に負わせるなんていうのはけしからん。運用責任も制度をつくったところが負え。ただ、計算の単位としては、都道府県が単位でいいのではないかという主張をしているのでありますが、コメントをいただきましたら幸いです。

嘉田会長：また、その辺もコメントのほうお願いいたします。

平井知事さん、いかがでしょうか。

平井鳥取県知事：コメントから最初に入らせていただいて、実は井戸知事のお話を伺って、我が意を得たりと。私もそう思うんですね。本来は保険財政は財政ですから、大きければ大きいほど大数の法則が働くわけでありまして、保険財政は安定するわけです。

先ほどの井伊先生のデータを拝見させていただきましたも、上位のほうに北海道の市町村の名前が並んでいました。羅臼とか、行くといいところだと思うんですけども、しかし、何であんなところでそんなに保険料がかかるのか。それは簡単ですね。それは越冬入院するからです。ああいうところは冬ごもりで、札幌とか旭川とかに行って、冬じゅう病院にいないといけない。

なまじっか家のほうにありますと、医療を受けられなくなるかもしれない。それで医療は膨らんでしまうんですね。こういうような市町村単位に押しつけて保険者単位を組ませること自体が、保険という財政を破綻させる原因をつくっているんだと思うんです。ですから、私は、保険財政は大きければ大きいほどいいと。

そういう意味で、都道府県というのも一つの解決策かもしれませんが、現実には47の都道府県を並べていただければ、これもおのずから医療費の総額に差があるわけでありまして、やはり井戸知事がおっしゃったように、本来は国全体で一本で保険財政を組んで、その中で保険料計算とか、それと連動させた健康指導なんかを都道府県単位でやれるような権限を持たせるとか、その辺が合理的なのかなというように私も思います。これは1点目のコメントですから、気楽に聞いていただいたら結構です。

それで、私は、長谷川先生のお話、冒頭はどうなることかと思ひまして、どんどん人口は膨らんできまして、このままどういふように高齢化社会が世界に冠たる、人類未踏の境地まで入ってきてどうなるのかと。こういうのが普通の医療保険の議論ですけれども、私はもうそろそろ視点を替へるべき時代じゃないかなと思ふんです。

今、後期高齢者医療の問題でもこんなになつて騒いでいますが、本来は長寿国家をつくらうといふのが世界共通の目標だつたわけでありまして、我々はまさに不老長寿の薬を手にした唯一の国家なのかもしれない。ですから、長寿社会を楽しもうといふことで、健康づくりの対策をしっかりと地域から、あるいは国も応援してやうといふことに本当のお金を割くべきではないかと思ふんです。

その中で、医療費を抑制していくといふのが本来だと思ふんですが、今のやり方は、小泉さんの時代に1兆1,000億円といふ最初のたがをかけてしまつて、年間2,200億円ずつ減らしていくんだといふ機械計算をや、財務省よりも力の弱い厚労省が、あせえ、こうせえと言われて、それでころころと変わっていくから厚労省になつちやうといふことかもしれないが、こんなことでみんな七転八倒している。

結局、現場にツケが回ってくるといふことでありますから、私はここでそろそろ、医療保険に対する世の中のマスコミも含めた見方を変へて、こういう長寿国家といふのを楽しむ、そのための健康社会をつくるためには、どういふ文化を我々の身近でつくっていくかといふことに本来の精力を割くべきではないかといふように思ひます。

それから、コメントの3つ目といたしまして、私どもの今やういふことで悩んでいることなんかも申し上げれば、やはり医師不足は先ほどのデータですと、いいように見えますけれども、やはり同じよふな問題があります。診療科目によつて、例えば眼科とか、あるいは産婦人科とか、こちらの地域にはないといふ状態が起こってきます。

ここからちょっと質問が絡むんですけれども、その原因は、余りにも専門医に細分化されているのではないかと。これは学生の意識も影響しているのではないかと思ふんです。今の子どもたち、高校生ぐらゐの子を見ていますと、理系志望が結構多い。理系志望の中で圧倒的多数が医者になりたい、医学部志望だと。これはおかしいと思ふんですね。昔は、例えば宇宙飛行士になりたいとか、あるいはエンジニアになりたいとか、いっぱいあつたと思ふんですが、その前の世代の親、私も含めて親が悪いのかもしれませんが、どうもそういうことになっている。大学に入った途端に、今度は何の専門医を目指すのかといふ世界に来てしまふ。先ほどの井伊先生のお話では、家庭医、あるいは地域医、

もっとゼネラリストでプラクティショナーの、そういう方々を本来養成すべきなのかもしれないませんが、どうもそういうことになっている。

しかも、さらに今は訴訟社会になってしまって、医療過誤が叫ばれる。おっかないものですから、必ず複数で診る。産婦人科も2人いない病院には医局を派遣しないと、こんなことになってしまっている。こういうやや行き過ぎたところがあるんじゃないかと思うのです。ここらをもう少し戻していかないと、私はいけないのではないかと。

そういう意味で、長谷川先生がおっしゃるように、府県知事が権限を持って、しっかりやってくれと。おっしゃるとおりだと思うんです。ただ、残念ながら権限がないと思うのです。私たちは、例えば医局を乗り越えて、あなたはこっちの病院に赴任しなさいという権限が与えられているわけでもない。特に研修医制度のところでは、都会と違いますか、要は給料のいい病院に実は流出しているんです。

確かに、井伊先生がおっしゃるように、浜松のほうみたいに救急病院で一生懸命やっている病院に行ってみたいという研修医もおられますけれども、結構やっぱり給料がいいところにとられていってしまう。もっと昔は、それぞれの地域の大学の医局に残って、しっかり修行した人たちが消えてしまうという現実があって、私は非常に悩んでいるんです。

そういう意味で、私どもでしたら、東部、中部、西部ぐらいの医療圏をもとに、病院を最終的にはまとめるぐらいのことも考えて、医療の効率化を図らなければならないのではないかとこの悩みすら持っていて、今、話を始めているところです。結構難しいです。

そこで、一つ質問として、さっきの専門医のようなやり方に対するご見解をお伺いしたいのと、それから私は、みんな言わないんですけれども、今、超高齢社会に入ってきていますが、必ずこの後は人口は下がるんです。厚労省も予算を取りたいものですから、上がってくる局面ばかりを言いますが、実はその後下がってくる。そうすると、本来医者数の必要数には山があって、この山を乗り越えればいいということではないかと個人的には思っているんです。それを乗り越えるために、その間は非常権限として、都道府県知事にこういう権限を与えましょう、あるいは病院の数を制限するとか、ちょっと規制的な行政をこれにも入れてみまじょうと、こういう制度設計が必要なのではないかとと思うのですが、その辺の医師の今後の見込みについてお教えをいただければと思います。

嘉田会長：はい、どうも。ちょっと時間が押しておりますので、後半、急いでいただけ

たらと思います。申しわけありません。

大阪府の橋下知事。

橋下大阪府知事：いいえ、そんなに。

2月の就任以来、僕は医療制度に関しては、救急医療制度の確立と、公立病院の再編というものを2つ重要課題に挙げまして、担当部局に指示を出しました。救急医療体制については、部局が一生懸命頑張ってくれて、いわゆる救急告示の基準緩和を中心とする輪番制の体制を導入して、何とか乗り切ろうということになったんですが、次、公立病院改革で、年度内に大阪府の公立病院改革プランというものを策定、発表するという事で、専門部会等でも一生懸命頑張ってくれているんですが、当初の僕の公立病院の再編のイメージは、二次医療圏の中の公立病院で、それぞれ公立病院が総合病院の機能を果たさなくてもいいじゃないか。

非常に非効率なので、二次医療圏の中での公立病院でそれぞれ専門特化して、一つの自治体、これは首長さんの政治的な思惑があるので、なかなか難しいところもあるんですけども、二次医療圏の中で複数の公立病院で、ある意味、総合病院的な機能を果たせばいいという思いで再編をかけているんですが、ただ、これは素人的な考え方でもあり、専門部会等がどういうやり方がいいのかを一生懸命考えてもらっているんですが、その意見交換をする中で注意点といいますか、公立病院の再編で今言った発想、二次医療圏の中での公立病院をそれぞれ機能集約して、二次医療圏の中で総合的な機能を発揮すればいいという点についての、両先生の専門家の立場で、いや、それはこの点がまずいんじゃないかというようなコメントをいただければありがたいです。

もう1点は、これは近畿ブロックの先輩方の知事さんとぜひ協議させていただきたいのが、今回大阪府は医療費助成について切り込みまして、メディアなんかでは要は弱者切り捨てなんてことで、いい加減な報道もされているところもあるのですが、あれは高額所得者には一部負担を求めなければ、もう持続可能なセーフティネットはできないという発想で、やっぱり医療費というセーフティネットの名のもとに、何でもかんでも、ぼんぼん金を突っ込む時代ではないと。高齢化社会を迎えるに当たっては、それなりに財政的なところに手を打っておかないと、今ここでいい顔をしてどんどん医療費に金を突っ込んでいくと破綻を来すだろうということで、僕は今回高額所得者の方に一部負担を求めるようにしたんです。

ただ、よくよく考えると、国民皆保険制度ですか、その基準の3割負担がある中で、

各都道府県でばらばらに医療費助成を打っていますので制度が複雑すぎて、こういう医療費の問題というのは、なんぼ地方分権であったとしても、そんなばらけていいのかなというところがあります。

ある一定の基準というのは、我々知事レベルで、医療費助成はこの辺にすべきだというようなことをやって、医療費に金をぶち込むのだったら、その分を医療制度の拡充のほうに回すべきじゃないのかなという思いで、今回、大阪府だけ医療費助成に手を突っ込みました。

これからの時代、長谷川先生のお話をお聞きすると、やっぱりどこかで手を打たなきゃいけないので、この近畿ブロック知事会で、いわゆる国レベルの医療費のところ、どのあたりまで都道府県が単独で医療費助成を打つのかを、一度議論させていただいたらなというふうに思うのです。東京がひとり、中学校3年生まで小児医療は無料なんておかしな話で、やっぱりバランスをとりたいというふうに思います。

嘉田会長：滋賀県も、去年それをやりまして、500円を1,000円とワンレセプト、増やしたんですが、議会で予算修正をかけられました。33年ぶりの予算修正は医療費助成でした。ですから、こっちはもっときついので、できたらどこかで議論したいと。

橋下大阪府知事：近畿ブロックでこうやろうという方針でやると、それでインパクトも強くなると思うんですけども。

嘉田会長：はい。また後からの議論で。これは市町村の助成もありますから、県と市町村、二重のところ、また人気取り政策になります。選挙の前は増えてきますので、そういうところも含めて議論が必要だと思います。

京都府さん、いかがでしょうか。

小石原京都府副知事：両先生のいいお話を聞かせていただきまして、ありがとうございます。時間も余りないようでございますし、今日、私ひとりが知事の代理でございますので、少し遠慮させていただきまして、時間を短くさせていただきたいと思います。

京都府も、全国的に見ますとお医者さんの数というのは多いと思っておりますけれども、ただ、京都府はご存じのとおり南北に長い、特に丹後方面については非常にお医者さんが厳しい状況でございます。そういう中で、3年前に、産科でお医者さんが引き揚げってしまったというようなことがございまして大問題が起きました。

そのことを境にいたしまして、一昨年、特に丹後のほうを中心とする医者確保をどのようにしていったらいいのだろうということを、医師会を初め、京都の場合は医科大

学あり、京都大学の医学部がございます。そういう関係、あるいは市町村を集めて検討委員会をつくらせてもらいました。

そういう中で、少々思い切ったことをやろうと。そうしなければ、医者の確保ができないだろうという形の中で、市町村とも協力しながら、例えば大学生また院生を含む関係者等の奨学金を新しくつくったり、それから京都府立医科大学の助教枠というものも別に余分につくったりと。

さらにまた、北部へ行くのに一番困難なことは、やはり住宅問題であり、特に若手は、なかなか先生の研修ができないというようなこともございまして、指導医さんに一緒に行ってもらったり、そういう形の中で約1年間を過ごしてまいりました。

その奨学金制度も、去年で35、6人使っていただきました。それで、17、8人が既にその制度の中で丹後のほうに定着していただいたと思っております。ただ、これも奨学金をもらった期間しかありませんので、これがどこまで定着するかもございまして、まだまだそれで十分ではございませぬ。いろんな方法の中でやっていかなければと思っております。

同時に、今、一番大きな問題は、これは京都府の中でございまして、北部のある地域におきまして大きな病院が4つございまして、それぞれ市立が経営したり、それから共済病院であったり、設置者は全部違うんですけれども、ご存じのとおり長谷川先生のほうからお話がございましたけれども、昔は、どちらかというとなんか経営が成り立たないからという話ですけれども、最近はお医者さんがいないから難しいと言う。ご多分に漏れず、そういうことがございまして、去年その地域におきまして、4つを今後どうしていくかというような検討会をつくりまして、採算が合わない、それぞれの病院に特化をして、せいぜい1つか、2つにしていこうというような方向を出しているんですけれども、先ほど申しましたように設置者が全部違うものですから、そのあたりが今後の課題であります。

最後に1点、長谷川先生のほうからもお話がございました、これからは都道府県の知事の役割は大きいということがございまして、権限の問題とか、いろいろと問題がございまして、なかなか難しい問題もございまして、そのあたりのことも含めて、またお話しただければというように思っております。どうも、長くなって申しわけございませぬ。

嘉田会長：はい、どうも。急いで、ありがとうございます。

野呂三重県知事さん、お願いします。

野呂三重県知事：今日は、いろいろお話を、ありがとうございました。

三重県におきましても、医師確保の問題等は最大の問題でありまして、そういう意味では、さっき徳島県さんあたりもいろんな取り組みを言われましたけれども、三重県もいろんな取り組みをやっていきます。

そういう中でも、他県と同じことをやっていたのではだめなので、他県よりもこっちへ引っ張れないかというような妙な知恵のつけ方もありまして、例えば奨学資金制度につきましても、過疎へ向けて行かなきゃだめですよという条件づけをしますと、それだけでも難しくなるので、もう少し緩く、県内の病院でいいですよとか、いろんな形を取りながら、そんなこともやっているところであります。

それから、三重県にとりまして急務の大きな課題は、実は県立病院が4病院あるのがありますけれども、それをどうやっていくのか。全適でいろいろと今日までやってきて、財政的には好転した時期がありましたが、最近はとてもじゃないけれども大変な状況になってきている。南北に細長くて、名古屋に近い四日市あたりにある病院と、それから南のほうの志摩にある病院とでは、そういう状況も全く違うんですね。ですから、全国のいろんな問題が、三重県の中でもいろんな格差として余計出てきているというところなんです。病院によっては、病棟閉鎖のところも出ています。

今日、お話になかったことで、これは質問であります、医師の確保というだけではなくて、実は病棟閉鎖をしているようなところは、看護師が集まらないというようなことであります。国のほうには、例えば看護師の確保策はいろいろあるでしょうけれども、潜在看護師という結婚や出産のためにやめられた看護師さんがいるんですね。そういうところを、何か掘り起こしていきたいと思っても、実はそれのもとになる資料がないんです。そういう意味では、登録制度みたいな形で、我々のところで把握できるような方法はないのだろうか、ということも言っているところです。

それから、今までのお話でいろいろ出ましたけれども、社会保障制度というのは実践するのは地域なので、これは地方分権の中でも大変大事な問題です。しかし、制度そのものは、ある意味でまたナショナルミニマムとしての保障しなければならないもの、それから財政的には、いわゆる皆保険の中で医療保険もそういう制度の中にありますから、制度的にはやっぱり国で、かなりしっかりした制度というものがあるべきではないのか。あるいは、財源的にも、私はある意味で、これは消費税等に振りかえられる、年金なん

かでもそんな話も出ておりますが、そういうことができるんじゃないかと思うのです。

保険制度というよりも、消費税等による医療保険制度への切り替えとか、そういうことについてはどう考えておられるのか、そこら辺もお聞かせいただきたいと思います。これぐらいにしておきます。

嘉田会長：はい、どうも。

福井県の西川知事さん、お待たせしました。お願いします。

西川福井県知事：最初に発言できなくて、ちょっと作戦が間違っただのでありますが、それはともかく、1つだけ長谷川先生にご助言と、お願いであります。福井県はこれから陽子線のがん治療施設が、あと2、3年後に完成すると思います。現在は、兵庫県の「スプリング8」にありますけれども、あとは日本海側にありません。

しかし、残念ながら、診療報酬の対象になっておりませんので、完全に治るまでには、どうでしょうか200万円とか300万円ぐらいかかるかもしれません。ですので、ぜひ診療報酬化についてできるように、いろんな場でご助言をいただければ。以上であります。

嘉田会長：はい。

滋賀県のほうは、ちょっと時間がございませんので、全体のほうの今のコメント。

荒井奈良県知事：1つだけ。

嘉田会長：はい、短くお願いします。

荒井奈良県知事：野呂知事に悪いですけど、たばこ税を増税して医療費財源に充てるというのは、原因・受益でいいように思うのですが、ぜひ税政調査会などで進めていただきたいという、ご意見を伺うよりも要望です。野呂知事、すみません。

嘉田会長：はい。

全体が押しておりまして、包括的なところですが、まず長谷川さん、コメントをお願いできますか。

長谷川先生：大変すばらしい意見が出てきて非常に感動したんですけれども、恐らく現場で悩み苦しんでおられて、いろんなアイデアを出しておられる。既に、私が研究者として見ていた以上のことを現場でやっておられて、大変私自身が勉強になりましたし、感動いたしました。そして、個別の話題とか、いろいろご質問が出たんですけれども、それにつきましては時間がないので、またお呼びいただければお答えしたいと思います。

お話をお聞きしますと、4つぐらい大きなポイントが共通してあったのかなと。第1

点は財源といいますか、保険制度といいますか、それに関したお話でありまして、これをもう一遍考え直す、一応20006年の健康保険法案で後期高齢者というのができ上がったわけですが、もう一度考えていくべき時期に来ている部分は大いにあると思います。

まさしく三重の知事さんがおっしゃったポイント、一体これは何なんだと。保険というのは、ビスマルクが19世紀の終わりに、若い人がまれに起こる病気をみんなで支えて保険にしようというリスク・プーリングで始まったわけですが、何と我々は人類未踏の超高齢社会で、多くの人たちが常に病気を抱えてリスク・プーリングできないと。そういう方をどう支えるかという制度設計をする。だから、新しいビスマルクが必要です。そういう意味では、三重県の知事がそうなのかもしれませんが、税金とのミックスをどうしていくかということ、もう一遍考え直す必要があるんじゃないでしょうか。

だから、いろいろご意見があったと思いますが、割と皆さんが集まっているいろいろとご意見をプールされて、国なり何なりにお話をされる。あれは、まさしく近畿ブロックでそういう保険を始めるといってもいいんじゃないでしょうか。例えば、たばこ税のことをシンタックスと言うんですけども、それは非常に進んでおりますので、そういうのを研究されて、近畿圏で始めるということのも大変いいことじゃないかと思います。

それから、2番目に医師の見込みのことを、皆さん方共通してお聞きになりました。おっしゃるとおりです。私は医療の現場に関しては戻ってくると思います。さっき申し上げたように、軍医さんのリタイアが一応終わりました。それから、6万人の医師がまたレーバーマーケットに戻ってまいります。全体的にはそういう計画です。

ただ、この間に、つぶれてしまったシステムを修復するのは大変かなと。日本国全体としては、医師の数も戻ってきましょうし、ご指摘のように、長期的には人口は減りますから、私の予測では2020年か25年ごろにはバランスがとれるんじゃないかというふうに予測はしているんです。

したがって、短期的にどういうふうにしていくかということはやはり問題、とりわけ診療科と地域の問題は創意工夫で 実はまだ始まって、僕は栃木で聞いたんですけども、もう診療科ひもつきの奨学金というのを始めて、結構人気があって、何と小児科と産婦人科で12名も応募があったんですよ。だから、今の問題には解決できませんけれども、6年後に、10年後に小児科、産婦人科が確保できるということで、和歌山は何か大分進んでいるというふうにお聞きしました。

それから、3番目に救急の問題と総合診療費、実は私に言わせると同じような内容なんです。何といても二次救急が大変、一次が二次に上がっている。三次と二次がぐちゃぐちゃになっているので、二次救急をどうするかというのが、今の日本の医療を救う最大の課題と思っています。そのときに、実は一番前面に出る本当の総合診療医をつくらなければならない。三次救急専門の診療医は、計算すると実は余っているんですよ。だけど、二次は足りない。それは、全く新しい医療である。それが総合診療医です。

アメリカの医療費が余りにも高くなっている理由は、すべてが専門家で、最初にぼんと出くわしたところで、皆、専門家がするから見当違いで、金のかかるようにやっちゃう。実は、小児と産科につきましては、今後、皆さん方がご努力されて、住民教育も含めた活動をしていく中で減っていくと思うんですけども、最後まで残るだろうと思われるのは老人ですね。これは大変です。

いっぱい病気を抱えて、突然、福祉施設から救急で上がってきて、ぐちゃぐちゃみたいになって、それをどうしようかと。それをさばいて、つなぐ専門家をつくらないと日本の医療は崩壊する。それは、ものすごい能力が要するんですね。プライマリ・ケアはどうでもいい。浅く、薄くでなく、深く、広くの能力を持った医者ですね。それが、初めて人類が直面する超高齢社会において必要な新しい職種です。したがって、そういう総合診療医を育てて、その名誉をつけて、あなたは医者の中の医者だという名誉にして、お金も払って、そういう方を24時間、3交代制にして、一番前面に立っていただいて、さばいて、その専門家につないでいくと、この職種を育てていく必要があるんじゃないでしょうか。

実は、福島県のプライマリ・ケアをやっておられる葛西先生は古い友人で、さっき介護と医療費をつなぐ研究といいましたが、実は葛西先生と一緒に、三春町でやっているんですけども、そういうネットワークをつくっていくことが、今後の総合診療の新しい行き方じゃないでしょうか。

4番目にご指摘があったのは、行政のキャパシティ・ビルディング、行政の役割分担のお話だと思うんですけども、やっぱり新しい経験、明治以降、日本は中央集権、江戸時代は地方分権だったと思うんですけども、それを30年間で中央集権国家に仕立て上げたということ自身、西洋に対する恐怖があったんでしょうけれど、すばらしいことですが、それを解体してやり直すのは大変なこと、今やっているんじゃないでしょうか。

総論は、皆、賛成、各論は、どの権限を、どういうふうに移譲していくのかということであって、今はそういうことになってくるんじゃないでしょうか。それは、奈良の知事からご指摘があったように、やっぱりキャパシティ・ビルディングの問題と裏腹でありまして、とりわけ医療界というのは特殊な状況が多いので、専門知識が必要ですし、これを総合的にきちっとトレーニングしていくということは、やっぱり非常に重要じゃないでしょうか。

以上4点、共通の課題だと思いました。個別には、また個人的に、どうぞ。

嘉田会長：はい。どうもありがとうございます。

井伊先生、いかがでしょうか。

井伊先生：私も、各知事さんのお話は非常によく考えていらして、地域に応じたいろいろなお話をもっとゆっくり伺いたいと思ったほどでございました。3点ほど、お話をしたいと思います。

1点目は、国保の保険者を国レベルにということですが、やはり国保というのが40年前にできたときの自営業者であるとか、農業従事者を対象にした保険ではもうなくなって、半分ぐらいが被雇用者になっていますので、国保だけを再編するというのは難しくなってくるのではないかと。やっぱり健保組合等の関係をどういうふうにするかということが問題になってくると思います。

市町村が保険者というのは、確かに小さ過ぎると思うのですが、大きければ大きいほどいいというものではなくて、私は医療とか介護というのは非常に地域的なものがありますし、やはりコムスンのように全国一律で展開するというのは無理があったというふうに思っておりますし、ある程度の地域でやっていくことが必要であろうと。

あと、保険料の徴収と保険者が乖離してしまうというのはどうなのかなと考えると、やはり都道府県レベルというようになっていくのではないかと思います。そのあたりが健保組合との関係も含めて議論をするべきところだと思います。確かに、今、3,000幾つかの保険者というのは多過ぎますので、考えていくべきことだと思います。地方分権の議論の中で非常に問題だと思っておりますが、社会保険庁が再編をされて、全国健康保険協会というところが、政管健保の受け皿に、でも、保険料を集めるのが日本年金機構というところです。

先ほど井戸さんがおっしゃっていた保険医療機関の指導というのが、今までは仮にも社会保険事務局でしたけれども、都道府県レベルにあったものが今度再編されて、厚労

省の出先機関である厚生局という全国に7つか8つのブロックがあるところがやることになっていきますので、そこでまた行政とのねじれ現象ではないですが、今まで少なくともまだ都道府県レベルでそういった指導がなされていたのが、この度、国の出先機関ということは、いろいろな関係者が出てきて、ますますねじれ現象が増えてきてしまうのではないかなというのは非常に危惧している面でございます。

2点目が、先ほど2次医療圏の中での公立病院の再編化ということで、それぞれの病院が専門特化するというのは非常にいいアイデアだと思うのですが、地域医療を考える場合に、公立病院だけではなくて、公的な病院や、特に大阪府でしたら民間病院も多いと思いますし、その公的な病院で済生会とか社会保険庁病院とか日赤とか、国立病院機構とか、本当にいろいろな開設自治体の病院がありますので、そういうところとのすみ分け、専門特化ということを考えるのは、やはり県ではないかというふうに思っております。

あと、3点目の小児医療の無料化というのは非常に問題だと思っていて、東京都で、中学校3年まで無料化をしていると。これは先ほどのコンビニ受診というか、気軽な受診を助長して、医療現場を混乱させるということももちろん大きな問題ですが、もう1つの問題点というのは、例えば東京都23区が小児医療を無料化するとき、無料化しているのは3割の自己負担だけで、じゃ、7割はだれが負担しているかということ、その患者さんの親が国保に属していれば、国保が負担をする。

そうすると、税金に保険料となると、全国民の財政負担が増えていく。健保組合に所属していれば健保なわけですが、7割をだれが負担しているのか。その7割までもちゃんと東京都あたりが負担をしてくれれば、まだ問題ないと思うのですが、やはりそういうことももっと問題にするべきではないかなと思っております。

嘉田会長：はい。

長谷川先生：1点、先ほど大阪府知事のほうからご指摘があった二次医療圏、私も、それしかないと思いますね。集約をして役割分担をする。そのときにすごく重要なのは、やっぱりITですね。お互いの病院同士のネットワーク、あるいは一人の患者さんにいるんな病院が関わってくるとすると、地域全体で一人の患者さんを診ていくというような、1患者、1カルテ、1傷害というシステムをどう構築していくかが大きな課題じゃないかと思います。それをちょっと付け加えます。

嘉田会長：改めて振り返ってみますと、本当にそれぞれの府県が工夫をしてやっている

ということが、きょう、情報交換できたと思います。そういう中で、もう時間が迫っているんですけども、3点、まさに長谷川さんがまとめてくださったところですけども、分権化の中で、知事のリーダーシップということをきちんととらないと、住民の医療・福祉、そして将来の安心ということが保てないんだという、それくらいぎりぎりの時代になっている。もう厚労省だけに、ある意味で依存できないということですね。

それには、情報が必要だということ、私も知事になってから、例えば女性医師の割合はと聞いても、そういうデータさえなかったんですね。今ようやくそれをつくってもらって、じゃ、潜在的な女性医師はというと、滋賀県でもまだできてないんです。まさにプライバシーの問題もあるし、意外と基礎的な情報などが無い。あるいは、つくるといふ意思がなかったというようなことも含めて、やはり長谷川先生がご指摘くださったように、個別のレセプトではなくて、人をユニットにしたような形でのコーホート、しかも過去10年から将来にわたってパーソナルなコーホート情報というようなものを有機的に作り出すことによって、いわば予防から、福祉から、荒井知事さんが言われたことは本当に大事だと思うんですね。

救急車を、あれだけお年寄りが呼ぶというのは、やっぱり存在感となると、これは生きがいづくりと関わってきますので、これこそ個別の縦割り省庁ではなくて、自治体でやれる、あるいは自治体でしかできない分野だろうと思っております。

それで、3点目ですけども、まさにそれぞれの連携をどうとっていくかということですけども、今日の近プロの知事会での提案として、ぜひ実務者レベルでのポイントを明確にした形での意見交換をして、そして財政の問題、医師確保の問題、それから医療費助成の問題などをポイントを絞って、実務者レベルでの連携を始めたいと思うんですけども、そのあたりの皆さんのご了解なり、いかがでしょうか。

今日のお二人のお話を聞かせていただいて、そしてまさに皆さんからの個別の工夫をいただいて、これはすごいことをやっておられるなという、そのまさに苦しみと工夫の中から智慧が生まれてくる。それを、相互に連携をしていくということで、実務者レベルのネットワークづくりというようなこと、皆さん、よろしいでしょうか。

井戸兵庫県知事：野呂知事がよろしければ。

野呂三重県知事：結構です。

井戸兵庫県知事：というのは、ほかの県の上前をはねる。

嘉田会長：現在のビスマルクにということも含めて、はい。

少し時間が押しておりますけれども、本当にすばらしい講演を長谷川先生と井伊先生にさせていただきまして、お二人ともここでお帰りになられますけれども、最後に改めて、大きな拍手をさせていただきたいと思います。どうも、本当にありがとうございました。

〔拍手〕

嘉田会長：では、休憩に入りますので、事務局のほうにマイクを渡します。

事務局（上原政策監）：それでは、ここで一たん休憩をとりたいと存じます。

再開は、50分ということにさせていただきたいと思います。それまでには、お席のほうにお戻りいただきますよう、どうぞよろしく申し上げます。

〔午後 3時42分 休憩〕

〔午後 3時53分 再開〕

（3）平成21年度国の施策・予算に関する提案書について

嘉田会長：では、議題の（3）に入らせていただきます。

「平成21年度国の施策・予算に関する提案書について」お諮りをさせていただきたいと思います。まず、事務局からの報告、お願いします。

事務局（上原政策監）：はい。本日の資料の中の提案書（案）をごらんいただきたいと思います。

内容につきましては、事務局において各府県さんと細部にわたりまして調整させていただいておりますので、詳しい内容は省略させていただきたいと思っております。全体の構成は、目次を見ていただきますように、1の安全・安心な社会の形成から、6の総合交通ネットワークの整備の推進と、大項目で整理をいたしております。

随分大きく変化します社会情勢を受けまして、今年度は昨年度までの構成を大きく見直しております、ゼロベースから議論を進めてまいりました。また、次の議題でもございます緊急提言について、緊急性の高いものに絞る必要がございますことから、できる限り共同提言はこの提案書の中に盛り込んでおります。

また、提案書につきましては、これまで同様、環境保全の観点からヨシ紙を使用し、冊子形式でとりまとめた上で、今月中に各府省等に提案活動をしてまいりたいと、このように考えております。

以上でございます。

嘉田会長：この提案書につきまして、ご意見、ご質問はございますでしょうか。

よろしいですか。事務局のほうでも、すり合わせをしてもらっておりますので、はい。

(4) 緊急提言について

嘉田会長：では、議題(4)の緊急提言ですが、こちらのほうはいろいろご意見がおありだと思います。

緊急提言が6件、共同提言が2件ございます。前回の知事会議からですが、緊急提言については、基本的には一つ一つお伺いして、また共同提言については一括してご審議いただくこととしております。

まず初めの、第二期地方分権改革の推進に関する緊急提言でございます。近畿ブロック知事会として、第二期分権改革を推進していかなければならないということを言い続けるということですが、事務局からの提案を出しております。第一次勧告を受けて、前文と1を書いておりますが、2以下は昨年秋の提言を基本にしております。

何かここで、ご意見、あるいは修文などのところがございましたら。

仁坂和歌山県知事：修文じゃなくてもいいですか。

嘉田会長：はい。

仁坂和歌山県知事：提言については、これはこれで結構でございますけれども、じゃ、これからどうしていくかということを考えたときに思うことを1つだけ申し上げますと、地方にできることは地方が担うというふうに書いています。これは当たり前で、別にそれでいいと思うんですが、じゃ、それをどうやって実現するかということで、私は今回の地方分権改革推進委員会の内容については、余り気に入っておりません。

なぜ気に入ってないかという、何か各論で一個一個、これは移せませんかと言っている。それで移せないということについて、ケチっているとか、抵抗しているとかそういう話になって、一体この国をどういうふうにしたいのかという設計がさっぱりないというふう思うのであります。

どうしたらいいかを方法論的に言うと、国は何をすべきかと、先ほど国に全部持ってもらうといいじゃないかというか、持つべきだというのがありましたね。国は、ここまでちゃんと責任を持つという話を、あるいは国は持つべきだというようなことを、国の分権改革推進委員会だから、むしろそれを先に決めて、それで残りはそれこそ地方が担うということにしたらいいんじゃないか。そうすると、この国の形というのが安心して出てくるんだから、そっちのほうを議論しないで、これをちょっと移したらどうだと

いうのを、一々やり過ぎるから、あんなふうになるんじゃないかなと。

それで、1つだけあとで申し上げますが、やり過ぎというのが一個あると思うんですけど、全体的に言うと、各論的の寄せ集めみたいになるのは、国の形を議論しないからではないかと私は思うのであります。意見だけで、このとおりの文書でいいんですけれども、今後の運動方針として、そういうふうを考えていくべきじゃないかと思います。嘉田会長：はい。大変包括的なご意見をいただきましたけれども、ここに例えばこういう文言を修正したらというようなことは。

仁坂和歌山県知事：いや、それはありません。

嘉田会長：よろしいですか、はい。

野呂三重県知事：私も意見として言わせていただきます。

嘉田会長：野呂知事、どうぞ。

野呂三重県知事：私は、今回の第一次勧告については、確かに我々地方分権から考えて、ニア・イズ・ベターとか、地域主権の社会に向けて全体としては評価できる方向というのはあるのではないかと思います。ただ、仁坂さんがおっしゃったことと、多分、底辺は共通してくるんですが、こういう形で進んでいくときに、イケイケどんどんで我々行っていいのかなということ、本当に疑問に思っておるところがあります。

1つは、今回、道路だとか河川だとかかなり具体的なところでも、権限移譲の話が出てきておりますね。しかし、例えば我々三重県ですと、和歌山でも徳島でもそうですが、東南海・南海地震が起こったときに、さあ、どういうふうな状況になるんだろうか。いわゆる壊滅的なああいう大規模災害が起こったときに、権限を受けたことについての、例えば災害復旧だとかそういう面についても、一体どうなっていくのだろうか。

いわゆる平常時のときのものについてはできても、例えば平常ではない異常なとき、そういったときにどういうふうになるのかというような担保まできちっと制度の中で組み込まれていかないと、地方でできることは地方でといって、簡単に受けられるものではない。やっぱりその辺をしっかりと考えておくべきではないのかなと、こう思いますね。

それから、もう1つは、今度の分権の思想としては、我々県というよりも、基礎自治体として市町村への権限移譲、分権ということがかなり強く打ち出されておるところです。しかし、先般から行われた合併等でも、それぞれ対応は大変ばらつきがありますし、市町村の行政の実態は、相当な行政能力からいっても格差がある状況ですね。

例えば三重県でも、県から市町村への権限移譲の議論を3年以上にわたって具体的に

やっておるんですが、なかなかここは難しい課題です。したがって、そういう受け皿づくりということについて、より専門的な、より大変な課題に対応できる、そういう行政能力をつけていくという道筋を、一方できちっと議論をしておかないと、かえって行政上のリスクは大きくなってしまわないか。

いよいよ、これから具体的に進めていくなれば、そういったことの議論もきちっとやっていかなきゃいかんと、こういうふうに思いますね。そうしますと、国としてどういう姿を追い求めるのかというようなことも含めて、やはり大事な議論になると思います。

さっき異常時、平常時ということを行いました、もう1つは、義務教の議論なんか、前に随分対立して知事会の中でもやり合いましたね。ああいうことも含めると、やっぱり全国一律に担保すべきもの、地域間の格差が許されるものと、許されないもの、あるいはナショナルミニマム的なもの、こういった議論もベースにきちっと持っておかないとだめではないかなと、こういうふうに思います。

この第一次勧告の後、第二次勧告が今年の12月ごろ、あるいは来年の春には第三次勧告というようなことも予定されていますけれども、その中で、そういう議論も行われるのかということについては、どうも疑問に思われます。そういう意味では、もうちょっとしっかりした議論を詰めていただかないと、結局、最後は先般の騙しの三位一体改革と同じようにやられてしまうという危険もあるのではないかなと、そんな気がいたします。

嘉田会長：はい。時間がかかり押ししておりまして 荒井知事、今の分権のほうの。

荒井奈良県知事：はい、分権のほうですね。

すみません。同種の意見になる面もあると重複になっていけないんですけれども、各国の地方自治の動きを見ていますと、国と基礎自治体というのは必ずあるわけですが、中間自治体のあり方というのは実に多様なわけですね。それが多層制になっていたり、国の関与が強い国があったり、日本の国の中間自治体の役割というのはちゃんとした構造的な議論なしで、地方、地方と。

地方といったときに、基礎自治体なのか中間自治体なのかということがあいまいで議論されてきているように思いますが、我々は中間自治体としての立場、役割をいま一度しっかりしてやる。基礎自治体というのは、必ずあるわけです。

それと、地域格差ということは都道府県にもあるんですが、地域格差は私論ですけど、地方分権じゃ是正されない。中央が地域格差を是正する権能は各国とも持っているとい

うふうに思います。交付税にしろ、どんな権能にしろ。

それと、もう1つは、地方分権で責任だけ来て、財源と能力は来ない。能力というのは、キャパシティビルディングを含めて能力は来ないというのが各県の経験ですので、野呂知事も、その点をよく考えて現実的にやれとおっしゃっているように思いますので、その点では同趣意でございますけれども、大事な点でございますので、つけ加えさせていただきますたいというふうに思った次第でございます。

嘉田会長：はい。

平井知事、どうぞ。

平井鳥取県知事：ポイントだけ申し上げます。野呂知事のほうからのご提言ありましたように、まだこれが最終形でないと思います。問題は、これから冬に向けて、今度は地方支分部局の問題なんか出てきまして、これは大いなる被害を地方側が被る可能性がある。

これとあわせて、権限移譲の問題が出てくると思いますので、よくウオッチをすることをお互いに申し合わせて、会長のほうで、この次の手のことをよくみんなと協議して進めていくことを確認し合えばいいのではないかと思います。

橋下大阪府知事：ちょっと1点だけ、いいですか。

嘉田会長：どうぞ、橋下知事。

橋下大阪府知事：僕は、大阪からも地方分権をやるということで、分権委の勧告に従って、できる限りの分権をやっっていこうと思っているんです。もちろん各都道府県によって、いろんな事象も違うので、一概には言えないと思うんです。

ただ、これ、気をつけないといけないのは、僕らは地方の首長であって、要は府民や国民にメッセージを伝える立場でもあるので、分権にちょっと及び腰なんじゃないかということが、やっぱり国民やその住民に伝わってしまうと、せっかく分権委員会がああいうふうにやっているのに、必ず国が押し戻してくると思うので、注意点はあるにせよ、メッセージとしては分権だというような方向で言っていかないと。

それで、仁坂知事とまた後ほど議論させていただきたいのが、まず国の形だというふうに言われたんですけども、その国から入っていくのが今までの中央集権の考え方で、逆に、まず基礎自治体が全部できるという前提で、できないものを上に上げていくという発想をやらないと、分権に行かないのかなと。

だから、野呂知事や仁坂知事と僕も考えるところは同じで、地方ができることと国が

やってもらわないといけないことはあるんでしょうけど、国がやるべきことから入るよりも、基礎自治体でできないものを、こっち側からばんばん、これはできない、これはできないということで挙げていくけれども、まずは地方でというメッセージを発しないと、そういう運動に水を差してしまうんじゃないのかという思いがあるんです。

嘉田会長：どうぞ、仁坂知事：

仁坂和歌山県知事：これは2つありまして、後半のほうは、我々としてはそれでいいと思います。ところが、国も一緒になって同じ議論をしている必要はないと。国のほうは、この国のあり方を国民にきちんと言うべきです。

橋下大阪府知事：国のほうは。

仁坂和歌山県知事：そうです。したがって、例えば義務教育なんかは、各県別に任すのかと言ったら、絶対任せてやらないと、国はそう思うはずだと思うんですね。

橋下大阪府知事：今、国はそうでしょうね。

仁坂和歌山県知事：はい。私も賛成してなかったんですけども、知事でなかったから。そんなものを何で都道府県に半分費用を持てよなどというくだらないことを言うか。国のあり方として全くおかしいと思うんですよね。したがって、国はそういう議論をちゃんとすべきだし、我々はこういうところは移せるよと、移したらどうだということはどうどん言ったらいい。

それから、第1点については、そういうことについてきちんとした物を言うのを怯えてはいかんと思うんですね。私は、あとでまた、今、橋下さんが言われたような誤解されかねないことを言います。だけど、それは正しいことを言うのを怠って世におもねたら、この国も、あるいは県の中、あるいは田舎の人というか、かわいそうな人たちも、みんな困っちゃうというようなことがあるなら、勇気を持ってきちんと言うべきことは言うべきだと。

したがって、何でも分権で地方に移せばいいんだと言っているときに、そんなことを言ったらちょっと水を差しますよねなんて言って、気にする必要は私はないと思います。

橋下大阪府知事：いや、これは僕らが言うことじゃなくて、国が言えればいいんじゃないですか。僕らは、全部まず寄せというふうと言って。

仁坂和歌山県知事：いやいや、思っていることはきちんと言えばいいと、あとでまた。

野呂三重県知事：もう1つだけ。橋下さんに言っておかなきゃいかんのは、4年前、5年前、我々は三位一体改革の議論もほんとに夜中まで、この知事会も議論したんですね。

結果として、そうは言え、我々はやっぱり分権を進めていかなきゃいかんのだから、一歩みんなの前へ進みましょうよ。実は、話の中には、私なんか絶対だめだという部分も含めて、しかし、みんなが前へ一歩踏み出したんですね。

その裏返しで騙された結果として、ぽんと地方にしわ寄せだけ来た結果、今大変な状況が地方にまた来ておるわけですね。そういう過去の経緯があって、結局、なぜ騙されたのかというと、いろんなところで本当に純粋に分権を議論してくれたらいいんですよ。

しかし、不純なところから、この分権なり合併なりというところが出てくるから、道州制の議論も、それからこの分権の議論も、我々にしてみれば、ねらったことと出てきた結果が違うという、ついこの間の三位一体の反省を思うと、ただ単にイケイケどんどんではなくて、やっぱり国にはもっと大事なところを議論して詰めた上で、この分権とあわせて議論を進めてもらわないと、何のための分権なのかわからなくなるということがあったんですね。

橋下大阪府知事：ただ、今までは首長さんが国に対して訴えかけていたんですけど、変えようと思うと、国民に対して訴えかけて、国民に変えてもらわないといけないじゃないですか。だから、今まで僕も、知事になる前の話で、いろいろ知事会と国がやり合うのを外で見させてもらったんですけど、よくわからないところがあった。

だから、国民に対して働きかけて、その選挙・投票行動で、国政選挙でやってもらうというようなやり方をやらないと、国相手にとっても、なかなか変わりにくいんじゃないでしょうか。

野呂三重県知事：そういう点は確かにそうだと。

ただ、国自体は、国会のあの状況を見てもわかるように、政策の議論で動いているんじゃないで、政局で動いているんですね。いわゆる実態がそういう状況の中で、国にそれだけの受ける状況がそろっているのか。例えば、地方分権といったって、中央省庁そのものが、その足をひっぱる、あるいはそれに協力しないと、そういう体制の中でイケイケどんでんやってきたときに、例えばそれならどうだ、どうだと言って、向こうからいけば、じゃまもの扱いのやつを先にしようかというような状況で今までやられてきたわけですね。

だから、そのこのところは、やっぱりきちとした詰めをしていかなきゃいかんだろうということをおもうので、この第一次の勧告については評価をするところと、しかし、どうも第二次勧告、第三次勧告といっても、大事なところの議論がまだされるようには見

えない部分があるので、よほど注意して、今後確かに状況を見守っていかなくちゃいかんと思いますね。この文章の中に入れるか、入れないかということについては、なかなかその表現はすぐ浮かびませんがね。

嘉田会長：私自身もちょっと意見を言わせていただきますと、橋下知事に意見が近いんですが、まず意識として、自治体の職員がお金も仕組みもみんな上を見ている。市町村は県、県は国。この意識改革をしないと、本当に住民が何を望んでいるのかという、まさに住民目線の政策はできないですね。

そういうところで、分権の中で総論賛成、各論は河川、道路を都道府県、市町村にとすると、もちろん財源の議論はしなくちゃいけないんですけども、それを受けとめてきちんと住民、県民のためのいい行政サービスを生み出す覚悟なり、あるいはキャパシティなりをどこまで持っているか。あるいは、持てるように積み上げていくかという、その覚悟がやはり自治体のほうは弱いんじゃないのかなと。

特に、煮え湯を飲まされた知事さんたちのところ、野呂さんもそうだと思うんですけども、4年前のときの知事会というのは大変だったらしくて、その経験から、確実に積み上げてということと言われるのはよくわかるんですが、絶対に霞が関は防衛してきますし、手練手管やってくるわけですから、味方につけるべきは国民、市民、そしてマスコミだと思うんですね。そういうところの戦略をぜひとも近畿知事会としてはつくりたいなと、1年前に申し上げたんですが、それが十分に動いていない。

ただ、今、少し流れが変わってきて、まさにこれから。地方支分部局、出先機関の仕組みをみんな知らないんです。ほんとに道路、河川、だれが、どう管理しているのかも。その共通の情報をつくり出す中で、みんなにまさに社会の中で目線を持ってもらうということで、近畿としてもその中から道州制の話なりも具体的に出てくるんだと思うんですけども。

井戸兵庫県知事：嘉田知事、実務的な話をして恐縮ですが、全国知事会で各部門別に検討して提言をしましたね、知事会として。ですから、今、野呂知事、仁坂知事が言われているような、どう評価するかという評価を、二次勧告について総じて望ましいんじゃないかというのが、みなさんのご意見ですが、それぞれの分野ごとの評価をきちっと、知事会の部会でもう一度やればいいのかと思うのですね。

その評価した結果を、知事会としてはこう考えるのだというような具体的な行動に移さないと、同じような失敗、同じような轍を踏みかねないということになるのではない

かなと思います。これは、ぜひ知事会に提言したいと、こう思っています。

嘉田会長：はい。

荒井知事。

荒井奈良県知事：そのやり方で、知事会の中には地域格差があるんですから、地域格差で意見は違うのは当然ですね。それを知事会でどう反映するかというのが、プロシディアとしても一緒になろう、一緒になろうというプレッシャーは強いんですけども、立場が違う、利害が違うということは、意見の違うことを反映させると弱くなるから、やめようというプレッシャーがあったんですけども、そうじゃなしに、地域格差の遅れているところと、進んでいるところは、かくかく意見が違うんだと。その制度をどうするかということ、知事会で反映するようなプロシディアにしていきたいというふうに思います。それが全くなかったんだから。

嘉田会長：飯泉知事。

飯泉徳島県知事：例の4年前、その意見は対立したわけですが、ただ、共通した意識というのは、ここは橋下知事が今言われたようにテレビで見ている、これはわからないじゃないかと。我々知事会は、実はそこを大きく反省したわけですね。つまり、国民にわかられていない。知事会と国とは一体何をやっているんだと。ただお金のぶんどり合いをやっているだけじゃないかと。

その後、反省で、佐賀の古川知事を立てて、いかにPRをしていくのか。そして、国民目線に立ってわかりやすく、まさにそれを橋下知事は言ってくれたわけです。考え方は皆、同じだと思うんですね。あとは、手法としてもっと国民、世論を巻き込む。はっきり言って、まだわかられていないですね。そこをわかりやすく、いかに言っていくか。分権をすると、こんなによくなるよという絵がかけていないですね。それをいかに言っていくか、それを言われたんだと思いますので、その点は私も賛成です。

嘉田会長：はい、その辺のところは知事会としても。

平井知事。

平井鳥取県知事：話が長くなるので、ちょっとまとめたことだけ言いますと、私は橋下知事の発想は基本的に正しいと思います。それで、じゃ今、我々が議論していることは後ろ向きかということ、このペーパー自体は、今回の地方分権を絶対進めようという委員会には、我々は大賛成だと。これ、文面自体がそうなっているわけでありまして、今後の戦略のことを話し合っているという整理なんだと思うんです。

その際に、前回の反省をやっぱり考えなきゃならなくて、国が用意した土俵で私は議論すべきじゃないという直感を持っています。橋下知事がおっしゃいましたけれども、やはり国民の皆さんに理解してもらって、何が問題なのかと。その中から答えと一緒に考えていこうと。これは地方側から考えていくような提言も受け身ではなくて、あってもいいんじゃないかと思うんです。

名前を出して悪いですが、例えば農政事務所が何をやっているのか。あるいは、財務事務所が何をやっているのか。そういうことを一つ一つ我々のほうでも発信をしていって、地方にむだがある、地方に押しつけようということではなくて、じゃ、こんなことを一体その国の機関すらどういうふうにするのか。その国の機関のところ、じゃ、廃止した上で、それで本当に必要なこの事務だけ地方に持っていくんだというような流れを、こちらも関与してつくっていかねばならないと思うんです。

それを、むしろ地方側でオープンな議論の場を国民に開かれた形で、国にセットされるのではなくて、我々でセットする。それぐらいの気概が今回は必要なのではないかと思います。

嘉田会長：実は今、淀川の河川政策については3知事が舞台をつくって説明をという、きょう午前中もあったんです。多分異例だと思うんですが、こういうことがまさに今、平井知事がおっしゃった、こちらが舞台をつくって国のほうから説明を求めるというような流れは各分野で、まさに農林もそうですし、あるいはこの保険医療の話なんかもそうですね。

それには、こちらが覚悟と、まさにキャパシティを持っていかないといけないところですが、あと、項目が幾つもあるんです。時間も迫っているんですけど、11月までこの近プロ会議は開かれませんが、事務局のほうではそのあたりを詰めてもらって、ぜひとも、こちらが舞台をつくる。そういう中で、市民目線でということの、それぞれの地域でのシンポジウムなんかもお考えいただいたらありがたいです。

滋賀県は、この分権の話に近いうちに県民討論会など考えようというふうに指示を出しているところです。

2点目に、もう事務的に移らせていただきますが、道路財源の充実についてです。

その前に、和歌山さんのほうで教職員人事権のあり方についての緊急アピールがあったんですが。

仁坂和歌山県知事：はい、ありがとうございます。

地方分権改革推進委員会の提言の中で、私が余り評価しないと言ったのは、1つには、さっき言ったみたいな国のあり方についての議論がないから、一個一個、しけた話になっているというのが1つです。

もう1つは、別の意味で地方、地方というのは例えば大阪と和歌山みたいなものと和歌山、和歌山市と那智勝浦町から見ると那智勝浦町というような意味で、物を見る視線というのは、やっぱりないといけないと思うんですね。

そういう意味から、この教職員人事権のあり方についての地方分権改革推進委員会の提言は全くおかしいと私は思っています。どういうふうに提言されたかということ、現状は都道府県教育委員会の一括採用になっているんですね。それで、教職員をそれぞれの市町村の教育委員会にアロケートすると、こういうことになっているわけです。つまり一括人事で人を回していく。そういうのはもうやめろと。これはなぜかということ、できるだけ地方に移せということだから、初めの原案は市町村に移したらどうだということだったと思います。

だけど、それは難しいから、それじゃ中核市に移せということで、語尾がはっきりしないんですけど、ちょっとなよっているんでしょうか。そういう提言が出ている。私はこれは全くおかしいと思うんです。なぜならば、何でも地方に移せ、あるいは下のほうに移せというのがすべての哲学であるならば、それは僕はちょっと間違いじゃないかというふうなことを申し上げましたが、これは正しいのかもしれない。

それから、誤解なきようにしたいんですけども、都道府県知事の立場として、自分は権限が欲しいから、和歌山市という中核市に移したくないから言っているんだろうと言われたらとんでもないと。和歌山県が、和歌山市のような市が3つぐらい横に並んでいるような県であれば、喜んで移したらいいと私は思います。

ところが、和歌山県は一極集中の県で、和歌山市に40万の人口がいて、周りは大きい市でも8万人ぐらいですね。それがたくさんあるというのが和歌山県のあり方ですけど、そういうふうに和歌山市だけ和歌山市の職員採用をして、残りのところで人事を回せと言われたときに、どうなるか。和歌山県で教員をやってあげようという人は結構いると思います。だけど、その人たちも優秀な人であればあるほど、志だけで生きていけない。やっぱり和歌山市ぐらいのところで自分の居も構え、それで大勢の生徒さんも教えてみたいという気持ちも一方ではあると思う。あるいは、教育行政にも携わってみたいという気持ちもあって、教職員を志望するであろうと思うんですね。

ところが、そういう部分は和歌山市に移してしまって、残りの部分は、県の教育委員会、よろしくねというと、和歌山市と、それから残りのところで、応募してくる人たちに随分差が出てくるだろうと思うんですよ。もちろん、中には非常に志の高い人がいて、僻地教育をやってあげようという人たちもいるということは全く否定しないんだけど、大数の法則として、我々行政としては考えておかないといけない。

すなわち、本県の視点は、移すというのを人口の多いところからしか見てないんじゃないか。人口の少ないところから見て、移されたらどうなるかということを考えないような提言というのはやめてもらいたいというふうに思っております。こんなことをすると、例えば素質はあっても、田舎のほうで育て、それで優秀な先生にめぐり会わず、その素質が伸びなくて活躍できなかった人たちというのは、一体どうやって、だれが責任を持つのであるかということを、地方分権で何でも下へということであったとしても、ちゃんと考えてやらないといけないので、これは絶対に反対であるというふうに私は思います。

したがって、皆さんぜひ賛成をしていただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。
嘉田会長：今の教職員人事権のあり方について、できるだけ簡略にご意見をお伺いしたいのです。西川知事、どうぞ。

西川福井県知事：今の和歌山県知事の考えに賛成です。というのは、この提言は2つ観念論が混じっていると思います。1つは、何でも市町村にやると、よくなるのではないかという一般論がここに入っていると思います。

もう1つは、大都市から物を見ておって、万遍なくその地域が緊密に、一体的な地域だったら可能かもしれませんが、大抵の県では、人材の確保、また子どもたちの教育水準を確保する上で不都合なことが起こると思います。

ここは、今回の一次勧告の中でも重要なポイントだと思いますから、子どもたちのためにも、しっかり考えた方針を出すべきだと思います。

嘉田会長：はい。

井戸知事さん、どうぞ。

井戸兵庫県知事：私は、実を言うと、市町村に全部移してしまえという主義者です。ですから、こういう中途半端な提言はいかがだろうかという点では、全く180度、私は違いますが、結論としては賛成です。ただ、考え方としては、そういう問題点があることは事実です。

それで、人事権だけでこういう問題を解決することが可能なのかどうかということとあわせて、教育内容とか教育指導とかというのに対して、今、余りにも市町村が発言しなすぎているんですね。自分の町の子どもたちを育てるのに、市町村長さんがほとんど発言なくて、教育委員会に丸投げになっていて、その丸投げの教育委員会が、教育内容については国からの教育指導要領に基づいて全部決められて、それで県の教育委員会が市町村教委を指導している。

こういうあり方自身を、どう考えていくべきなのかを議論しないといけない。単なる人事権だけの問題ではない。人事権だけの議論をするのだったら、市町村に全部移してしまえというのが私の立場です。

嘉田会長：どうぞ、橋下知事：

橋下大阪府知事：多分、また仁坂知事と西川知事と、僕と立場が異なってしまうのかなと思うんです。まさに、こういう問題のときにこそ、問題があるから要らないというんじゃなくて、来ることを前提に、その問題をどうやって解決したらいいのかと。仁坂知事や西川知事が言われるように、地域によっては、人事権が全部おりてきたらいろんな問題が出てくると思うんですけど、そうであれば、例えば和歌山市のほうから、その場合は移すとか、僕は今すぐにはわからないですけども、そこはいろんな智恵があると思うんですよ。

だから、問題があるから要りませんよじゃなくて、来た上で、その問題を解決するために新たな制度設計をしたらいいんじゃないでしょうか。基礎自治体もおっしゃるとおりで、大阪府でも全部賄えないような基礎自治体もあるかと思うので、やっぱり基礎自治体がどういうものなのかということも、最初に決めなきゃいけないと思うんですけども、その問題があるから要りませんというよりも、こっちにまず分権した上で、それをどう解決するか。

あと、分権で何でもかんでも住民にとってパラダイスになるなんていうのは、変な幻想を抱かしてしまうわけで、分権をやっていいことといえば、住民がちゃんと責任を持って投票行動を起こして、行政がよくなるうが悪くなるうが、最後は住民の責任だということところが分権の趣旨で、分権をやったから全部が全部よくなりますよということをやると、また誤解を与えてしまうのかなというふうに思うんです。ちゃんと意識を持ってもらって、ちゃんと行政をチェックしてもらおう。そういう意味での分権を、国民にアピールしていくべきなのかなと思うんです。

嘉田会長；仁坂知事、どうぞ。

仁坂和歌山県知事：井戸さんのおっしゃることは、ちょっと情情的に共感を持つところもあるんですよ、本当は。だけど、我々は現実の問題について責任を持たないといけな
いでしょう。私は、実は和歌山市に生まれたんです。したがって、自分の若いときを振
り返ったら、それなりに学校を少し選びながら、市内ですっと過ごした。先生も、まあ
まあ、いい先生に教えてもらったなど。それで、こうやって育ててもらったと、こう思
っているわけです。

現実には、私は県内の限界集落みたいなところをいっぱい回っていると、現在でも教育
委員会が先生をアロケートするときに、優秀な先生を一生懸命探ると、やっぱり和歌山
市に住みたいという人は結構いるわけです。それを無理に、そっちも行ってねとお願い
をして、行ってもらっている。それで、行ってもらっているときに、若い人だけじゃな
くて、やっぱり仕上がった40、50代も回してよという議論もいっぱいあるわけです。
そのような状況なので、市町村で勝手にやりなさいとなったとき、同じようなレベルの
先生が本当に雇えるかということ、私は雇えないと思うんですよ。

それで、何らかの工夫とおっしゃったけど、実は今の制度は何らかの工夫そのもので
すね。教育委員会がやっているように見えるけど、別にすごいところまでびしびしとや
っているわけじゃなくて、教育委員会がやっていることは、実は市町村連合をつくって、
それを運用しているようなものだと思うんです。それで、教育内容について独自性をも
っと発揮しろという井戸知事の議論については、私は各地の教育委員会なんてだらしな
いとか、そういうような意味だと思うので、それはそのとおりだと思うんです。

我が和歌山県だって、国に対して非常にだらしないところがたくさんある。そういう
ところは、どんどん直していかないといけない。だけど、現実に背を向けて理想だけで
走ると、和歌山市のようなところはいいいし、大阪の町中に住んでいる人も、それでやっ
たらいいかもしれないけど、和歌山県のような、あるいは福井県のようなところは、運
用できませんと。

和歌山市が、私がやらせていただきますと言った瞬間に、和歌山市以外のところから
人材が本当に育つかということについて、我々は、結果としての責任を持たないといか
ん。これは、分権に反対しているように聞こえようと何しようと、子どもたちのことは
守らないといかんということで、皆さん、賛成してくださいと、こう言っているんです。
野呂三重県知事：ちょっと短く。これ、非常に僕も大事なことだと思っています。教育

委員会は、選択制みたいなことを言われておるのに、この人事権については、多分、大阪みたいなところと、三重県みたいに限界集落をいっぱい抱えておるような地域も一方である。一方では、日本で一番元気な地域もあると、そういうところですね。そうすると、やっぱり私たちはいい面だけ見るわけにいかない。その弊害が出ている可能性が、三重県の場合には、大阪なんかよりも、遙かに危機的な状況があります。

したがって、仁坂さんがおっしゃったように、私はそういったことに対する何か手当てがきちっとあるのならいいですけども、なかなかそれが難しい状況の中では、これはよほど慎重にやってもらいたいと思います。だから、この提案には賛成します。

嘉田会長：はい。この提案を出すこと 平井知事、どうぞ。

平井鳥取県知事：私は、認識として申し上げれば、人事の問題とファイナンスの問題、それをどうやって教員の給与を払うか。もう1つは、井戸知事がおっしゃいましたけど、学習内容の定立権、これを三位一体で一つの主体にきちんと合わせて、それが住民の皆様に対して責任が持てる体制をつくる。どこかにデモクラシーの仕組みがかむようにする。これが理想だと思います。

ですから、本来はその教育については大きな自治体にして、そこで人事権も、それから財政は自分で責任を持つ。そして、学習定立権も持って、これは国の学習指導要領がどののということは表示するにしても、自分たちでの教育権というものを行使させる。これを目指すべきだと思います。

確かに、今回の第一次分権改革は、中核市におけるその人事権のみを提唱したということで、やや不十分なところがあるだろうと思います。ですから、もしこういう緊急提言をされるのであれば、私はどちらかということ、井戸さんに近いのかもしれませんが。

本来は、全市町村含めて、何らかの仕組みを考えるべきだという感じがするんですけども、もしこういうことをするのであれば、そうした財政権の問題だとか、それから学習内容の定立権の問題だとか、そういうことも含めて、きちんと国として検討しながら、この分権の課題について考えるべきだと、そういう内容のほうがいいんじゃないかという気はします。

嘉田会長：はい。

飯泉知事、実は全体が4時半で終わりで、記者会見なんですけど、まだ項目が残っているので、ちょっと。

飯泉徳島県知事：一言だけ。もう議論は恐らく出尽くしていると思うんですね。確かに

大都市部と地方との格差、これは県内の格差と仁坂知事がおっしゃったとおりです。我々が考えないといけないのは 医療問題は先ほど議論をたくさんしましたね。まさに人事権をそれぞれの大学が持っている、それを厚労省が初任研ということで離れた途端に、崩壊してしまったんですね。

ですから、教育もこの点は徹底的に考える必要があって、中途半端な形の分権、あるいは知事がおっしゃるように、プールをして何とかもっているんだと。あるいは、徹底的に分権してしまうという形かと思う。ですから、それから見ると、確かに今回のものは、中途半端な形を出してきていると、こう思いますので、方向性については、皆さんと同じ形で結構だと思います。

嘉田会長：はい。ここで じゃ、教育の最後の一言をお願いします。

小石原京都府副知事：私どもの考えがちょっと違うかもわかりませんので、一言だけ言わせていただけますか。

私、教職員人事につきましては、やっぱり広域調整の仕組みというのが、ある意味必要だというふうに思っています。その面から、和歌山県の知事さんがおっしゃいますように、弱い町村が守れないという部分があるかもわかりません。同時に、その面から見たときに、やはり広域調整の仕組みというものを考えることと、それから中核市の人事権の移譲をどうするかという問題は、これはセットの話じゃなかるうかというふうに思っております。

その面から見て、第一次勧告は広域調整の仕組みにも留意をするというようなことを書いていますので、和歌山県さんの文案は、人事権そのものを移すことについての否定的な書き方ですので、文面を少し調整をさせていただいたらどうかというような感じがいたします。それ1件でございます。

仁坂和歌山県知事：私は口では絶対反対といいましたが、文面はそういうふうには書いてないです。

嘉田会長：はい。出発点のところをお知らせしなければいけなかったのですが、これは和歌山県さんのお一人の名前で出しているものですが、ここに、ほかの皆さんのを入れる、あるいは和歌山県さんとして出される。

仁坂和歌山県知事：いや、皆さん賛成してくださいよと、こう言って持ってきたんです。

荒井奈良県知事：賛成します。名前を入れてもらって結構です。

嘉田会長：はい。そのあたり。

野呂三重県知事：三重県も賛成します。

井戸兵庫県知事：この文章を少しいじらないと、このままではちょっと。

嘉田会長：兵庫県さんが言われるように、やっぱり教育の本来の自治はどうあるべきかと、教職、財源、そしてカリキュラム、これの自治はどうあるべきかということも並行して1つパラグラフを入れていただくと。

井戸兵庫県知事：そういう問題が残っているのだぞということを、バランスをとりながら検討しろと言わないと、これ人事権だけの話になっていますので。

嘉田会長：はい。その辺を少し入れていただけると、イメージは逆かもしれませんが、文面としては子どもたちにとって、いい教育はどうあるべきかという原点のところが見えるようなところで修文をお願いできますか。

私のほうの運営がまずくて、実はこの会場をあと20分でないといけないと、今、事務局からメモが入りました。

それで、大変駆け足で申しわけないんですが、次に、道路整備財源の充実についての緊急提言は、事務局でかなりこの部分は押さえていますので。

井戸知事：あとは一緒に審議しましょう。

嘉田会長：いいですか。船舶衝突事故対策。

井戸兵庫県知事：1つだけですが、北陸新幹線について。

西川福井県知事：早く言っていただいて、ありがとう。

嘉田会長：じゃ、ちょっと項目だけ、長寿医療制度、カワウ対策、それで北陸新幹線まで来ましたけど。

井戸兵庫県知事：1と2はいいんですけど、3として、未計画区間となっている敦賀から大阪までの区間の早期決定をしろというのは、言わないのですか。

西川福井県知事：せっかくの励ましの言葉をいただいて、ありがたく思うんです。ただ、本年中に敦賀まで何とかして着工決定ということで大阪につなげようということになりますので、戦略目標というのはこの黒字のところ、あと、強い気持ちで大阪ということで、みんなに応援してほしいんです。ありがとうございます。

井戸兵庫県知事：北陸新幹線に我々がなぜ取り組むかということ、大阪につなごうということで取り組んでいるのですね。ついでに、大阪までの全線整備が一日も早く実現されるよう、以下の事項の実現を強く提案すると書いてあって、以下に入っていないものから。

西川福井県知事：これは段階がありますから、お気持ちは大変ありがたくて、そのとおりですけど、そして次にということで、まだ敦賀までは行かないと。

嘉田会長：実は、敦賀から先が、西へ行くのか滋賀県に入るのかで大きな課題がございますものですから、滋賀県としてはまだ検討に入っておりません。西に行くと京都ですが。

井戸兵庫県知事：いや、豊岡まで持ってきていただいてもいいです。

嘉田会長：きょうのところは、こういうように事務局で整合をとったということによるのでしょうか。

西川福井県知事：いずれにしても、近畿圏の各知事、県民の皆さんに力強い応援をぜひいただきたいということを申し上げます。

嘉田会長：リニアのほうは三重県さんと奈良県さん、いいですか。

療養病床の再編。

平井鳥取県知事：会長、すみません。きょう入ったばかりなんで流儀がわかってなくて、次回で結構ですが、もしあれでしたら、私ども、京都府さん、兵庫県さんと一緒に、山陰のジオパークの加盟を目指しています。世界ジオパークネットワークという一つの地質学的な遺産があると。これを世界的に認定してもらおうという運動をしています。

これも広域的なものでありますので、きょうは間に合わないと思います。次回以降、その緊急提言の中で、実は今年、来年が本当の勝負の時期になっていきますので、ぜひ会長のほうでご配慮いただければと思います。

嘉田会長：じゃ、ジオパークのことも、次回11月に議論していただくということで。

では、この緊急提言は、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

3 報告事項

(1) 共同事業について

嘉田会長：時間がなくて申しわけありません。

最後になりますけれども、報告事項に移ります。

共同事業について報告事項1と、広域政策課題に関する取組、一括して徳島県の飯泉知事からお願いします。

飯泉徳島県知事：

1つは、第28回の近畿高等学校総合文化祭の件です。こちらは報告事項ではあるわけですが、鳥取県さんが今回加入を認められたものですから、ここは急遽ご協議をしていただきたいと思います。といいますのも、目的にありますように、この第28回の近畿高等学校総合文化祭ですが、「近畿は一つ」の合い言葉となっております。

そうになってまいりますと、この中に、鳥取県が入っておりません。そこで、準備の関係もあるものですから、内容としては、開会行事、それから部門別、そして閉会ということではありますが、開会、そして閉会にご参加をいただくとともに、部門別の部分について、今回は、オブザーバー参加というか、呼び方は何とでもなりますが、参加していただけるものについて調整をしていただいて参加していただいたらと。そして、「近畿は一つ」というのを、この第28回の近畿高等学校総合文化祭から実現をしていただいたらと、このように考えるわけですが、いかがでしょうか。

嘉田会長：はい。「近畿は一つ」というのを、この高等学校総合文化祭について入れるということですが、特に。

平井鳥取県知事；本当に飯泉知事からご配慮あるお話をいただきまして、ありがたく存じます。私ども、もしそういうふうにお認めいただけるのであれば、今日の今日のことでありますけれども、ぜひ調整をさせていただいて、一つの近畿の中に入っていくように、子どもたちも、そういうことに取り組みさせていただければと思います。

飯泉徳島県知事：よろしいですか。

嘉田会長：じゃ、そのようなことでお願いします。

飯泉徳島県知事：そうさせていただきます。

次に、もう1点ですが、これは平成16年6月に徳島県で行われました近畿ブロック知事会議で、ちょうど災いの年であったわけではありますが、ヘリコプターの運用といったものが大変効果的であるということで、自衛隊、あるいは我々の防災ヘリ、警察があるわけですが、せっかくですから民間のヘリ、これを活用したらどうだろうかということで、実は今、近畿府県防災・危機管理協議会の中で検討していただきました。

そして、その結果がようやく出ましたものですから、この際に、具体的な協定の締結時期あるいは方法、これをできる限り今年度内の早い時期に協定ができればと。といいますのも、先ほど野呂知事からも南海地震の話が出ましたし、いつ何どき大きな地震が来るかわからないといった点もありますので、こうした緊急時における民間ヘリコプタ

一の活用について、しっかりと近畿で、今度は10府県になりましたので、固めていければと考えており、よろしく願いをいたしたいと思います。

嘉田会長：はい。こちらも報告事項ということで、では、よろしく願いいたします。

その他の報告事項は、事務局から報告をさせていただきます。

(2) その他

事務局(上原政策監)：それでは、まず昨年11月の第83回の当会議以降の全国知事会等の動きは、資料の13ページと14ページに記載のとおりでございます。

次に、「近畿ブロック周産期医療広域連携体制の確立について」でございますが、席上に配付させていただいております。これは大阪府のほうから出されているものでございます。ご覧いただきたいと思います。この広域連携の基本的ルールであります実施要領が、各府県の合意のもと、5月31日に施行されまして、本格的に稼働することとなりました。

今後とも、広域連携体制の推進について、ぜひご協力をいただきますようお願い申し上げます。

以上でございます。

井戸兵庫県知事：嘉田知事、よろしいですか。

嘉田会長：井戸知事、どうぞ。

井戸兵庫県知事：席上に配付されている資料で、エコポイント制度と、子育て応援関西キャンペーンと、2つあると思います。先日、京都、大阪、兵庫の3府県知事会議で話し合いましたときに、共同プロジェクトチームをつくって取り組んでいこうということにさせていただいたのです。

それで、できますれば、関西全体で、これらは取り組ませていただいたらどうかと思いますので、3府県でとりあえずまとめました案を各県にも呼びかけさせていただきますので、ぜひよろしく願いしたいと思います。

嘉田会長：はい。この子育て支援と、それからエコポイントですね。温暖化対策ですが、全体として取り組むという方向をご提案いただいたんですけど、いかがでしょうか。

井戸兵庫県知事：ですから、ここで全部合意しなくても、そのまとまりに対して、一緒にやれるぞという県が入っていただいたらいいのではないかと思うのです。といいますのは、既に福井県さんなどはかなり先行されているのです。子育て応援店舗の指定制度

などは。

ですから、わざわざ直さないといけないというような議論も出てくるのだとすると、それはそれで先行しておいていただいてもいい。

西川福井県知事：福井のレベルに上げていただければいいと。

嘉田会長：はい。自信を持って言っておられますので。

井戸兵庫県知事：方向としては、前向きにみんな思っているでしょうから、共通でやっていただいたらいいと思います。

平井鳥取県知事：鳥取もやっておるんですけども、実は鳥取の場合は全国で唯一島根県と越境して、相互乗り入れ制度でやっているということになっていまして、ちょっとモディファイが必要かもしれません。そういうことをまた話し合わせていただければと思います。

井戸兵庫県知事：趣旨は越境できるようにしようという趣旨なものですから。

嘉田会長：まさに人が動くところ、制度が追いかけて動くということで、ちょうどこの地域は人が動くということで、方向としては協力をするというのでよろしいでしょうか。はい。全体進行の不手際でおくれてしまいましたけれども、本日予定しておりました議題は、一応ここで終了いたしました。最後に何かございますでしょうか。

仁坂和歌山県知事：ちょっと修正しましたけど、どうしましょう。

嘉田会長：教育のほうですか。

野呂三重県知事：これは、すぐ議論にならないんだったら、あとでもらって、できたら、みんなが共同で出せるように。

嘉田会長：そうですね。事務的にやりとりを。

仁坂和歌山県知事：じゃ、ちょっとだけ。せっかく書いたので読み上げるだけ。あとでもう一回送らせていただきます。

嘉田会長：会議中に書かれたらしいので、じゃ。

仁坂和歌山県知事：初めは一緒でございまして、ほど遠いものなると。そこから、「本来、本件は初等・中等教育を、国、都道府県、市町村がどのように責任を持つべきかという教育のあり方をめぐる国家の根本をなす重要な問題の一部をなす課題であるけれども、そのような根本的な議論に結論を得ることなく、県から市町村への教職員人事権の移譲のみを決定することについては慎重であるべきである。」

井戸兵庫県知事：余り異議はないですけど、ただ、国家だ何とかと大げさに言い過ぎる

なという感じが。

仁坂和歌山県知事：ちょっと消します。あとで、言ってください。

嘉田会長：そのあたりは、事務局のほうでやりとりをさせていただくということで。

仁坂和歌山県知事：ありがとうございます。

嘉田会長：はい。全体としては最後ですが、次期会長であります仁坂さんのほうから、一言、ごあいさつをお願いできますか。

仁坂和歌山県知事：順番で、次期会長を仰せつかります仁坂でございます。和歌山県知事が順番でございます。きょうの嘉田知事の名司会のように、今日は各論人間で自分の意見を申し上げましたが、皆さんの意見が反映できるように頑張りたいと思います。

(拍手)

嘉田会長：では、よろしく願いいたします。

1年間、新米でブロック知事会の会長をやらせていただきました。なかなかうまく運営できないところもございましたけれども、御礼を申し上げて、また次の知事会は鳥取さんに入っていただいて、ますます元気になるということで、西日本の雄として、近畿からの発信をしていけるような形で、皆さん、力を合わせていきたいと思います。

不手際なところがいろいろありましたけれども、1年間の応援、ありがとうございます。した。

(拍手)

事務局(上原政策監)：それでは、これをもちまして第84回近畿ブロック知事会議を閉会させていただきます。

なお、このあと、5時05分から共同記者会見を行いたいと思いますので、向いの舘の間のほうへご移動をよろしく願いいたします。

本日は、どうも、大変ありがとうございました。

[午後 4時56分 閉会]