

奈良県地域医療等対策協議会 第3回医師確保部会

午後1時30分～

福井部会長 それでは、今日は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。時間でございますので、始めさせていただきます。

それでは、事務局からお願いします。

杉中補佐 資料の確認をさせていただきます。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第3回医師確保部会を開催させていただきます。先生方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会御出席をいただきまして、ありがとうございます。

それでは、お手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。

会議次第、配席数メンバー表につきまして、事務局提出資料という資料を一式でございます。それから、横谷先生から提出をいただきました資料、これも一つの綴りにしております。それから最後に、第2回の議事録でございます。

なお、議事録につきましては、10月15日にホームページに掲載をさせていただきますよう、よろしくお願ひいたします。修正等がございましたら、10月14日中に御連絡をいただきますよう、よろしくお願ひいたします。

それから、封筒の中に、交通費、旅費の請求関係の書類を一式入れさせていただきます。大変手続がおくれまして申しわけないのですが、返信用の封筒を同封しておりますので、お書きいただきましたら事務局の方に御配送いただければありがたいと思います。

以上、配付漏れございませんでしょうか。

では、改めまして、本日の会議は審議会等の会議の公開に関する指針によりまして公開となっておりますので、御協力をお願いいたします。

傍聴される方につきましては、先にお渡しいたしました注意事項をお守りいただきますようお願いいたします。

毎回お願いしておりますけれども、議事録は公開としまして県のホームページに掲載をさせていただきますので、後日、テープ起こし等の作業をする関係で、大変御面倒ではございますけれども、発言の際にはマイクを通していただきますよう、よろしくお願ひいたします。

それでは、議事にお入りいただきますので、福井部会長、よろしくお願ひいたします。

福井部会長 先に簡単にあいさつしましたので、討議を始めさせていただきたいと思います。

これまでの2回の地域医療等対策協議会と医師確保部会で、大きな課題とそれに対する対策の方向性が見えてきたように思いますので、今日は、こういった事柄のより具体的な方策を決めて、ちょうど国の概算要求の時期にも当たりますので、そういったことを視野に入れながら、より議論を深めていきたいと思っております。ですから、話しやすいところからまた始めさせていただきたいと思っております。

それでは、第2回目部会で議論いただいた、現状と課題の認識を踏まえて取り組みの具体化に向けた検討を進めていただきたいと思います。事務局から資料の説

明をお願いします。

松山係長

地域医療連携課の松山でございます。よろしくお願いたします。

それでは、お配りの資料の中の事務局提出資料という表紙をつけているものをご覧ください。

1枚おめくりいただきますと、横型の紙がページ番号で2ページ、3ページと振っております。それから、その後ろの4ページ、5ページとございますのは、これが今回参考に、厚生労働省の方で既に国の予算要求として予算要求をされている項目の中で、今回御議論いただく項目と関係のありそうなどと言いますか、場合よって、うまく活用させていただくと財源的には国庫補助を受けながら実施することが可能かもしれない項目について、絵がないと分かりにくそうな項目についてはピックアップして絵をつけておりますが、この二つを使って説明させていただきます。

まず1ページですが、第1回、第2回でそれぞれ御検討いただいた内容を踏まえまして、大きくテーマ別に区分をさせていただいております。臨床研修についてであります。左側2列目については、議事録の中から、またさらに概要をとということになりますが、関連のある項目をできるだけグルーピングして組み直しておりますので、参考にご覧いただいたら、あるいは前回こんなこと言っていたな、ということを確認いただければ良いと思います。

その右側に検討の方向性ということで、議論いただいた内容を抽出いたしますと、こういった内容の検討をすべきという方向性を示していただいているということで、それを丸印で表現しております。臨床研修につきましては、県内の臨床研修病院等が連携して、魅力のある臨床研修や専門研修のプログラムを策定して県外にアピールをする。それによって県外から奈良県に来ていただく。研修医を招聘しようという取り組みを検討していこう、という方向性をお出しいただいて、この方法については、結構色々な具体的な検討方法を議論の中で出していただいておりますが、それがその下の方に列挙しております。例えば卒後臨床研修の連絡協議会を設立したらどうかというお話であるとか、この中では、その臨床研修のプログラム自体を魅力のあるものにするために、色々な情報交換しましょうとか、あるいは病院毎の特色を生かして役割分担、得意分野を生かしながら連携していこうといった内容の調整でありますとか、あるいは協働で研修のポータルサイト等をつくって情報発信したらどうかとか、あるいは合同セミナーを開催したり、あるいは民間医局等の開催している合同セミナーへ合同で参加するとか、あるいは首都圏等でシンポジウムを開いて、これと同時に臨床研修プログラムの説明会をして研修医を招へいする取り組みはどうかとかですね、あるいは研修医の集いを開催したらどうか、といったお話がございました。

それから、専門研修についてもあわせて奈良県は専門研修が弱いんだというようなお話の発表があつて、その中で、専門研修の魅力あるものを策定するためにどうすれば良いのかということの検討も必要ではないかという御意見をいただいております。

それから、これらのこの取り組みを発展をさせて奈良県内に研修医という形で多くの医師に集まっていれば、逆に必要のある他の医療機関へ派遣するような

仕組みも検討できるのではないかと、実は昨日行われたへき地医療部会の方で、へき地を舞台にした人材育成というか、研修の取り組みの中で、あわせて研修の舞台としてへき地の診療所を活用するという形で人材派遣も併せて実施していけばどうかといった方向の議論もかなり具体的にされているところです。

右の方の関連情報といたしまして、国の予算で、場合によってはうまくいけば活用させていただけるのではないだろうかといったものについて挙げておりますが、この関係では、地域医療確保支援モデル事業というのがございまして、これは全国に先がけて優れた取り組みをする場合に2,500万円を限度に2分の1を国庫補助していただけるといったメニューもございまして、今後、取り組みの具体化が進みまして、こういった制度も活用できるかもしれないということで参考に書いております。

その下は、いわゆるマグネットホスピタル、これはかなり取り組みが進んで医師の派遣ができるような病院が出現した場合には、その経費について一定の助成がありますということで御紹介をしております。

それから、2ページ目をごらんいただきますと、専門研修についても御議論いただいていたわけですが、臨床研修とあわせて専門研修の方もまとめて触れさせていただきましたので、③で女性医師の支援というところで、こちらについては女性医師が働きやすい環境づくりについて離職防止と復職支援の両面から対策を検討するという方向性の中では、下の職場復帰のための再トレーニングの仕組みをつくりという方向性をこういった取り組みを検討するのであれば、復職支援プログラムの策定であるとか、専門窓口の設置、あるいは情報発信について支援が必要な部分があるかもしれないということで項目をあげさせていただいております。

それから、その下が短時間正規雇用制度の導入を支援するということで、短時間正規雇用制度をもし病院に勤務いただく医師の雇用を導入していくということであれば、その場合に何らかの支援が必要ではないかといったことであります。

これについては、実は、右の方をご覧いただきますと、国の方が新規で要求をいただいている項目の中に、まず女性医師復職研修支援事業というのがあります。これは4ページの上の方に絵を載せておりますけれども、イメージ図ですけれども、まずはその研修を受け入れてもらう病院で研修プログラム自体を作成いただいて、実際、指導医等研修を見ていただく医師が必要になってまいりますので、それらの経費と、それから実際その研修を必要とされる方と研修をする病院をつなぐ、いわゆる受付相談窓口の運営経費等について一定の支援をしていこうということをご検討いただいているようです。場合によっては国庫補助制度が活用できるのではないかとということです。

それから、もう一つ、その下に女性医師保育等支援事業というのがあります。これは同じく相談窓口を設置するんですが、そのときに、実際の医療以外の周辺のサポート体制ですよね、特に育児等について、例えば保育サポーターとのつながりをするとか、そういった取り組みをする場合の事務的経費について支援していこうという制度を新規でお考えいただいているようです。

それから、短時間正規雇用支援事業ですが、5ページの表になるのですが、病院

で短時間勤務を導入した場合、実は、例えば1日8時間労働で1人の方のこなしている量を1日4時間労働の方2人に入っていて、こなしていただければ、実は、人件費はあまり変わらないはずなのですが、例えば社会保険料等でやはり差が出てまいりますので、トータルとしては多分、一概に正確な数字は申し上げられませんが、ある雑誌の記事によりますと1.2倍ぐらいに多少割高になるといった部分もあって、なかなか導入が進んでいないという実態があるようです。

そのときに短時間勤務をされる正社員が、カバーできない部分を支援するために代替の医師をプラスアルファで雇用する場合に、その経費について支援をしていこうという事業についても国庫補助制度の創設を検討していただいている。条件が合えば、この制度を活用して、もちろんこれは病院側の負担も必要なのですが、制度を活用していけば勤務条件の改善に役立つかもしれないということで参考に挙げさせていただきます。

それから、3ページですが、役割分担、つまり医師以外の職種でも対応が可能な業務を他の職種が担うことにより、医師に本来の医療に力を注いでいただくという役割分担はできないのという方向の中で、国の来年度の予算要求の中では、ただ、医療クランク導入の支援ができないかということで、新規事業の要求をしていただいているようです。医療クランクについては、病院で実際に医療クランクを導入する際に、実際事務職員さんであるとか、既にその病院に勤務されている方を医療クランクの業務をしていただくために一定期間研修に参加いただきます。そうしたときに、本来担当しておられる業務の部分が手薄になりますので、その部分をカバーするための代替職員の雇い上げの経費について支援しようというものです。

それから、トリアージナース等の養成の支援と書いてありますが、別にこのトリアージに限ったことではありませんが、これは医師が担う業務の一部を、看護師が実施するために、その看護師に対する専門的な研修をしようという場合に、それに対する国庫補助制度も今回、厚生労働省が予算要求しているということです。

以上、御紹介いたしました、いずれにいたしましても、国の予算についても、現在、新規に要求中ということですので、最終的に予算化されるかどうかというのは、引き続き情報収集を行いながら考えていかなければいけないところなのですが、こういう状況を踏まえて県として何ができるかということを検討していきたいと考えております。

それと、資料をもう一冊、別冊でお配りしておりますが、これは前回、横谷先生から御発表いただいた内容について、これは先生のお知り合いの医師等からいろいろお聞きいただいたということで、その内容を全部をご披露いただけていないということで、ペーパーにおまとめいただいたものです。

事務局からの説明は以上です。

福井部会長

ありがとうございました。

ということで、左側の欄に提案と問題提起、これらについてはいろいろ御意見があらうかと思いますが、それを集約した形で検討の方向性が打ち出されたわけであり、そういった意味合いで、様々な思いはあらうかと思いますが、真ん中の欄にあるようなことをやっていこうということについては一応基本的な了解が得られ

たのではないかと思いますので、このあたりからまず話を進めさせてます。

ところで、こう言ったことを取り組むにつけて、それだけ資金も要るわけがございますので、それをどこからいただくかということですが、奈良県の今の財政状況を考えますと、県からいただくのはなかなか難しいということもあろうかと思えます。そういう意味で、今、地域医療に力を注ごうとしておられる厚労省の力を借りて、厚労省の提案に合わせて準備していくというのが一つの解決策でしょう。ただ、厚労省で苦勞してつくっていただいたものではありませんが、これはあくまで既製服であって、奈良県の状況から考えてその既製服に腕を通せるかどうかという問題があります。ただ、一方で、これらの提案をできるだけ柔軟に解釈して、一方でこちらの方策を説得力のあるものにしていけば国の方からの補助もあるのではないかと思いますので、それで関連情報として、こういう支援事業があるんですよということを参考資料に示していただいておりますので、対照して検討を進めていこうという方針です。

我々の部会としては、こういうものを創りたいという考えがあると思えますし、また、厚労省から来ていただいている先生方は、このままの案では国で受け入れ難いというご意見、こうしたら良いんじゃないだろうかという示唆をいただけると思えますので、その辺を合わせながら今日はできるだけ具体的に、まず1ページ目から進めていきたいと思えます。

まず、奈良県卒後臨床研修連絡協議会、これは前回私の方からも提案させていただいて皆さん方の御賛同も得られたと思えます。今のところそれぞれの臨床研修病院が全く別々にプログラムを組んでおられるところをお互いに情報交換をして、助け合えるものがあつたら良いのではないかというお話であります。

とは申しましても、今までも奈良医大関連のシステム、天理よろず相談所病院のシステム、近大附属病院のシステム、それから市立奈良病院のシステム、それから個々の病院というような形で進んできたわけがございます。後期の専門医研修では部分的に協力しあっていることもありますが、前期については今まで全く関係がなかったというべきでしょう。そういった背景があり、まず最初からいきなり乗り入れというのは難しいかもしれないけども、少なくとも情報交換をして行きたいということでこれを立ち上げようと思ったわけがございます。この奈良県卒後臨床研修連絡協議会の立ち上げについて、いかがでございましょうか。

菊池先生、どうでしょうか、こういうことをやることについては。

菊池委員 大賛成でございます。できましたら、こういう形で色々な卒後臨床研修の問題点を協議できる場、それから情報交換できる場というのがあれば良いのかなと思えます。イメージ的には、その中に実際に現役でやってる研修医の人たちも入って協議ができるような場もつくっていただければなという気はします。

福井部会長 ありがとうございます。

それは、その下にあります「研修医の集い」の提案につながってくるわけがございます。制度が大きく変わった今、若い研修医たち同志のコミュニケーションが非常に大事でありまして、口コミで、ここはこういうことに取り組んでいるという話

が伝わってそれがもとでシステムを改良し合い、全体が良くなって行くということもございます。この研修医の自発的な動きをさらに促進させるような会があっても良いのではないかと思うわけでございますが、今川先生、この辺についていかがですか。

今川委員 おっしゃるとおり、この連絡協議会というのは大賛成でございます。この名前に奈良県とついているところに非常に意味があるのではなかろうかなというように思っております。

奈良県全体が全体的な医師の確保というふうなことに、いかに力を注いでいただけるかと、あるいは我々も協力してやっていくかということが重要なんであって、この奈良県卒後臨床研修連絡協議会というのは大賛成のところですよ。

福井部会長 横谷先生、どうでしょうか。

横谷委員 私の周りには割と若手の医師が多いのですけれども、若手の医師からの意見では、今の奈良医大の研修プログラムはとても良いというように何人かから伺っております。その良いプログラムを、より良くするというか、色々な人に魅力があると思うんですけども、それを大学だけではなくて県全体に広げていけるような役割を持てると良いのではないかと思います。

福井部会長 学生についておられる立場から、喜多先生、こんなことはいかがでございますでしょうか。

喜多委員 これはもう非常に良いことだと思うのですけども、少し教えていただきたいんですけども、例えば奈良医大の研修を受けている人が、どこそこの奈良の病院でこういうプログラムがあるという場合に、そういうものに一時的に参加することが、現在は可能なのでしょうか。

福井部会長 最初に応募したプログラム以外のところに参加することは公禁じられております。ですから、意見交換をしながら、お互い、良いところを吸収して、また最初から乗り入れできる形にしておけば、最初にそのように決めておけばですね、それは可能になるということです。

喜多委員 そういうふうなことであれば、ぜひこれは進んでいってほしいですね。

福井部会長 基本線としては、皆さん一応御賛同いただいたということで、私たちの考えているのは、いわゆる医師確保部会の下部組織と言いますか、ワーキンググループのような形で各病院で研修に実際に御尽力なさっている実働の先生方にお集まりいただいて、どのようにしていこうかということを決めていただいたらどうか、と思っております。そういう形で色々なことをやっていくという流れで、これは県が作ることに大きな意味があると今川先生から御発言いただいたと思いますが、県でそれを統括される立場として武末先生、どうでしょうか。

武末委員 本当にそこの奈良県というのが、要でありますし、どういう形で県が御協力できるかということと、逆にこちらの方から言うと、どこまで深入りして良いのか悪いのかということもございますので、県としてもこの取り組みについては、まずは何らかの形を今年度から準備をして、恐らく今日、先生のお話を横で聞いていると、10月16日の今年度のマッチングが決まるという、それが今年が決まったら、もうその次の日からは次年度のマッチングを目指していくのだと思いますけれども、その段

階から来年度は遅れることなくタイムリーにいろいろな取り組みをやっていけるように今年度から準備をして、予算的な問題とかが4月とかあるかもしれませんがけれども、そういうのがなければ、今年度からできるところはもう準備会みたいな形でやっていければというように思ったりもしております。

福井部会長 ありがとうございます。

というようなことで、一度に多くの人が集まっても方向性が見つけられない恐れもありますので、意識の高い人達でまず準備会の形で下準備をしていただくために、今度のマッチングの結果が出たあとあたりで1回目の立ち上げをやりたいというような話でございますけれども、御了解いただけますでしょうか。

その中で、各病院の特色を生かした役割分担について、まずはそれぞれがどういう工夫をしているかというあたりをコミュニケーションしながら、進めていくということになるかと思えます。実際に前期ではやってないけれど、後期専門医研修で協力しているという病院もあります。色々なケースがありますので、そういうことも含めて話し合い、より柔軟なシステムをつくれれば良いというように思っております。

それから、研修医が集まる会のようなものもその協議会で提案してもらって、研修医が年に一回でも結構ですから一堂に集まって、そこで発表し合ったり、懇親をしたりして、他の病院ではこんな研修をやってるんだというようなことが分かればお互いに励みにもなるし自分の病院のシステムは結構良かったなと思うかもしれないし、色々な波及効果があると思うのです。

このスーパーローテイトシステムはこちらがこうしようと思って全てできるものではなくて、いくらこちらが良いものを作っても、結局学生がどう選択するかということにかかっているんですね。ですから、彼らが魅力を感じなければなかなか前進しないんです。彼らの満足度は重要ですが、それとあるべき医療とはまた別なんです。そういう点が今のシステムの限界だと思うんです。

ただ、一方で彼らの動きを敏感に感じとり、うまく良い方向に引っ張っていけば、良いものができるという思いもありますので、そういったことで、このような会を立ち上げられたらと思っているわけでありまして。

喜多委員 多分この研修のこととかそういうことについて、学生がいろいろ大学の中で聞いたりするのは、基礎医学も終わってからだと思うのですね。ただ、今私たちが基礎医学を担当してますが、学生と話していても、今の医師の問題、医療現場のことですね、そういうことに対しては余りぴんとこない。当然将来的にどうしたら良いかということもまだ考えてはないんだと思うのですけれども、やはり長期的に物を考えるときには、基礎の段階からでもそういう情報というか、奈良医大の研修についても触れていく機会ということを繰り返してやっていかないといけないのではないかなと思うんです。それが非常に強く考えるのですね。ぜひその辺もお聞きしたい。

福井部会長 その辺は、私、やはりタイミングが非常に大事だと思っておりますし、どのぐらいのタイミングがよろしいですかね。

喜多委員 少なくとも今の基礎2のコースぐらいになってきますと、やはりそういうことに興味を持っている学生は聞いてきますし、それに対して、よく私たちが福井先生の

ところへ行けば良いよとか、そういう話をしたりもするのですが、なかなか基礎の学生が臨床の先生のところへ行くというのは難しいものですから。

福井部会長 現実を申し上げますと、6年生のマッチングが終わった時点で次の5年生に説明するというのが今までの流れでした。でも、それだけでは足りないかもしれないということで、今度は1年生を対照に医学特別講義でシステムの説明をやってみたんですね。

ところが、1年生にやると、もうひとつぴんとこないというか、中には、私はもう奈良に残るつもりは全くないと書いてきた学生がおりまして、奈良医大に受験する時にはそのようなことを一言も言ってなかったのですがね。そんな結果を見て、どう評価しようかと思いましたがね。ある程度臨床に触れさせて初めて、奈良のシステムが良いか悪いか判断できると思います。確かにもう少し早い時期に情報提供ができれば良いかもしれません。それは、このように基礎コースでの時間帯にそういう枠を設けていただいたら説明には行きたいと思います。もっていき方が難しいことは難しいのですけれど。

1年生に対しては、この前、私が卒後臨床研修の話をした後、赤井先生が、日米の臨床研修の話をされたのですが、私、後で考えたら、1年生は日米の臨床研修の話の方が良いかなと思うんですね。もう少し医学や医療のことがわかって、考え方が現実的になり医学生として地に足が着いたところに、具体的な卒後研修の話をした方が良いかなと思います。今、先生がおっしゃっていただいたように、基礎2あたりが良いタイミングで、御提案をいただきましたら、いつでも説明の場を設けたいと思います。その点は、それでよろしいでしょうか。

今川先生、何かその辺のことでどうでしょうか。アピールとかそんなあたりでこれに関連してどうでしょうか。

今川委員 まさにおっしゃるとおりでございまして、初期研修終わった臨床研修医のアンケートを見ますと、やはり大学病院で初期研修を終わった人の大体8割は大学に残るというデータが出ておりますね。それに対しまして、研修病院で初期研修をやった研修医は、大体6割ぐらいが研修病院に残って、あとの3割ぐらいが大学病院を去るということなので、やはり大学というのは非常に魅力があるかと思うのですけれども、それと同時に、天理よろず相談所病院あるいは近大病院なんかの専門医取得のコースが臨床研修を引き継いで後期研修ができる病院というのは、極めて少ないわけで、前回も申し上げましたけども、例えば外科認定医でありますとか、内科認定医を取ろうと思えば、どうしてもある一定の症例数を重ねる必要があるというふうなシステムがございまして、そういうふうなところで大学ともう少し融通を持ったプログラムを組めれば、少しは残ってくれるようなドクターが出てくるのではないだろうかというように思っております。この点もまた先生も検討をしていただきたいなというように思います。

福井部会長 実は、大学でも各教室が教育体制をきちんと明確にして、関連病院を循環させながら専門医を教育していくという仕組みをきちんと作らなければならないので、それを皆さんにアピールするよという話を申し上げます。ある病院はこれが強い、ここの分野はこちらの病院でやった方が良いという話は、各教室のレベルで

はある程度分かっているんですが、それをさらにもう少し広げて行こうというお話だと思うのです。先ほど大学で臨床研修した人は大学に残って、研修病院で研修した人は研修病院に残るといった話がありましたが、天理よろず相談所病院とか市立奈良病院とか、全くそういう面では独自の取り組み方をされているところの状況も聞いてみる必要性がありますね。

今、天理よろず相談所病院の先生方も奈良県の医療を良くしようという強い思いを持っておられると思います。もちろん京大の関連病院であるという意味合いもあるわけですが、地域医療を協力してやり、ともに良い医師を育てて行くという共通目標では協議に入っていただけたと思います。すでに、協力体制を作っておられる科があるのではないのでしょうか、後期においては。

ただ、前期から後期へのシステムは、奈良医大とは余りに違い過ぎて、天理では12人という枠で倍率の高い選抜をされて、その中から振り分けて次に進ませるというような形をとっておられますよね。京都大学の人事で京都へ行く研修医もいるわけで、その辺のところは我々の目的とは違うわけで、なかなかすぐに全面的に協力しあうことが難しい。

我々が例えば、後期研修で天理よろず相談所病院にご協力をお願いしたいという場合に、どういうふうをお願いしたら良いのか分からないということが今までもありました。現実にはケース・バイ・ケースでお願いしているんです。もう少し、向こうではやれるが我々のところではできないことがはっきりしたり、逆もまたあることがわかりますと、より具体的になりますね。連絡協議会の中で、色々な企画と一緒にやることができないかということ、一緒に集まれば多分絶対そういう話が出てくるだろうというように思いますね。診療は別々にやっても研究会は一緒にやりますし、情報交換しながらともに奈良県の医療をになっているわけです。長期的な視野に立って、研修システムの協力は進めていきたいと思います。少なくとも協議会を立ち上げてそれを始めることに意義があるだろうというように思うわけです。

他にこのことについては、協議会をやるについては、ぜひこういう形でやって欲しいというような意見がございますでしょうか。

第1回目の立ち上げを大体そのような感じで準備委員会のような形で集まっていたら、どう立ち上げるかという話をさせていただこうかと、そういうふうな流れでよろしいでしょうか。どういうふうな形に立ち上げるかが決まった時点で、またこの部会でご報告いただきたいと思っています。武末先生、どうですか。

武末委員

では、早速、10月16日の前というのは、なかなか皆さん、都合があると思いますので、終わった後ぐらいに県の方から県下の臨床研修病院のどちらかという、まず担当者レベルの形で集まっていたら、よろしゅうございますでしょうか。少し集まれる方は集まっていたら、コンセプトとか現状の共有みたいなことをやっていきたいと思っておりますので、そういったところを、まず実行していくということで、この会として御了解いただければと思います。いかがでしょうか。

福井部会長

そういうことですが、よろしいですね。

私のところは赤井先生に行ってもらおうかと思っているのですが、県立病

院も多分、菊池先生にお話があると思いますので、ぜひ加わっていただいて、天理よろず相談所病院の先生とご相談ください。そういったあたりで武末先生の御指導のもとに、とりあえず第1回をやってみたいということです。

そういう形で自発的にいろいろ考えていただいて、決定したところを部会を出していただいて、部会ではそれをさらに広めていくというか、さらに検討していくということにしたいと思います。

そういうような形で協議会を作ることは、地域医療確保支援事業というものにつながってきますでしょうか。国から幾らか支援いただけるのか、どういう形にすればこの事業につながっていくのか、この点はどうですか。

武末委員 その地域医療との関連というのは、資料の1ページ目の真ん中一番下に括弧してへき地医療推進協議会との連携というように書いております。1ページ目の真ん中の検討方向性の本当に一番下です。ここが一つ地域医療への貢献につながると思います。

つまり、大きな枠組みで言いますと、良い医師を育てるということは、へき地医療であろうと都市とか病院の医療であろうと同じ訳だと思えます。その中に、メニューとして専門医を目指すコースがあるというような枠組みをつくっていけば、その中で地域医療を目指す人、場合によっては将来は開業を目指す人もいるだろうし、病院で専門医を目指す方、場合によっては臨床をある程度経験してから基礎医学の方を進めるとひともいるだろう。私の立場でいえば、そこから行政を目指すという人もいるかもしれません。今、医療の医師免許を持っている方が働くという点は広がりつつありますし、人が増えればある意味こういったポジションも増えていくだろうと思います。

ですから、そこで少しこの医師確保部会とへき地医療部会の取り組みの協働できるところ、連携できるところをリンクしていけば、一つの固まりとしてワンセットの取り組みとして出していけば良いのかなと思っております。

以上です。

福井部会長 そういうことでございまして、国の施策の目的に合致しているか、つまり国が求めるキーワードが計画に入っていてその目的に沿っていけるという形でないとなかなか支援を得るのが難しいと思うのですが、工夫すればそれは可能かなと思っております。

それで、ここに書いてあります、そのあとの合同セミナー開催、こんなことも卒後臨床研修協議会を立ち上げて、そこでも話し合いをしてもらう方が良いでしょう。今、特にもっとこんなことをやった方が良いのではないかというご意見がございましてでしょうか。

合同説明会ということになってくると、これはさらに合同のシステムが立ち上がってからの話になるので、そういうように立ち上がってくるのかどうか、見た具合でということになるかと思えます。民間医局等が主催するセミナーですが、これは本当のところすごくお金がかかるんですね。あれは1回1ブースを使うだけで80万円とかいう大変な額が必要になります。ですから、確かに上手にこれを使えば良いのですが、費用だけかさんで効果が上がらなかつたらいけないということもある

ので、逆に、民間医局が我々のこういう取り組みを取材させてほしい、というような形で来るぐらいの、向こうにもこちらにもメリットがあってという形にまでいければいいなとは思っています。ですから、こういったことは、もう少し先のことになるかもしれませんが、頭に置きながらまた話し合いを続けてもらおうという形にしたい。

それから、首都圏におけるシンポジウム、これはもちろん時間があればどんなことをやっているのかということを開きに行って、取るべきところは取ってくるというのは大事なことだと思います。ただ奈良県というのは知事さんにも偉大な田舎と言われており、京阪神に近くて都会的な面と地域の面と両方が混在している。学生の6割が大阪、兵庫出身です。だから都会の学生の希望とか考えをある程度そういうところにつかめることはあるとは思っています。ただ、それをいかに奈良の地域で生かしていくかということが問題です。首都圏からはたして奈良の事情が見えるかという気はします。もちろん情報収集は必要と思うので、実地でやっている人たちに行ってもらってここに情報を入れてもらえたらというように思います。

研修医の集い、これは実はわれわれの研修ディレクター赤井先生の発案です。話し合いをしているときに出てきた案ですが、私も直ちに賛成したのは、今のシステムの主役は若い人たちであって、彼らの希望が我々の動きの大きな原動力になっていますので、そういう意味で、彼らの集いをつくってあげることは非常に良いのではないかなど。

奈良県立医大の研修医だけで懇親会をやったことはありますが、まだ全体ではやったことがない。他の大学ではやっているところもあるように聞いています。ですから、関連病院に出ている研修医達と一緒に会をやろうかと考えていたのですが。もちろん県全体としての取り組みを先にやってももらっても良いと思います。色々なところで頑張っている若い人たちが、コミュニケーションを密接にしながらモチベーションを高めて、医師としての倫理観を保ち続けてやっていけるような雰囲気、やりがいがあるというか、切磋琢磨できる環境は、こういうところから育ってくるように思うのですね。ですから、これはぜひやりたいなど。

実はこれは私達だけの話ですが、奈良医大でこの夏、研修医の集いをやったんですね。そしたらものすごく盛り上がりまして、また次回も是非やりましょうということになったんです。そういう意味合いで、精神的なつながりを確認できたわけで、とりあえずは他の奈良県の病院で働いている研修医たちとどんな研修をしているのかという情報交換をし、お互いに発表し合って刺激になるということも一つかなと思います。発表会と懇親会を兼ねたような形を考えているのですが、どうでしょうか。

喜多委員 研修医の集いというのが年1回なのか、それはちょっとわかりませんが、その中で、一度ぐらいはその集いは学生さんたち相手に研修医の声を聞かせてやるということを、ぜひやってほしいと思うのですね。

福井部会長 それも実は、今まで6年生の説明会に研修医の有志に来てもらって、話してもらったことがあるんです。それと去年は、5年生への第1回説明会が終わったあと懇親会をやり、研修医の人に来てもらったんです。基礎2コースですか、その時にも

研修医に来てもらってアピールをしてもらったらどうか、うちではこんな研修を受けているということ、これはもちろん学内の話ですけども、そういうふうな試みも一つかなと思いますね。

それから、研修医の集いというのは、他のところからも集まっているわけですね。だから誰に来てもらって、どう話をするかというのは、またそれは考えないといけないんですが。

喜多委員 学生たちがインターネットで研修医のブログで自分たちのことを重ね合わせて、非常に興味持って皆読んでいますね。ですから、その実態を知りたいということだと思えるんですね。

福井部会長 もう私が何を言うよりも1年上、2年上の研修医が彼らに対して直接影響力を持っていることは事実であります。奈良県に残ろうという気持ちを彼らが持つか、そうでないかはやはりそれに強く影響されるということです。非常に良い御指摘だと思いますね。

小椋先生どうですか、統括される立場からどうでしょう。

小椋委員 統括という立場ではないと思いますが、先ほどから喜多先生からもございましたように、現役の研修医の生の声を聞くということは非常に大事な事かなというように思います。

今回のこの部会にいたしましても、横谷先生から間接的には研修医の声を聞くというような機会がございましたが、直接、生の声を聞くという機会は余りなかったように思いますし、そういうような、何で研修医が、どうしてここは集まるし、ここは集まらないのかというような自分達の実体験あるいは感想みたいなものも聞くことというのは大切なかなというように思います。

先日、ある県の地方の臨床研修病院の方に寄らせていただいたのですが、その地域では、その病院のすぐ周りに処遇というかですね、報酬も非常に高い研修病院あるんですけど、その人気の無いのです。ですけども、ちょっと横にある報酬とかそんなに高くはないけれどもそこは人気があって、定員は常に埋まっているというような病院とかもございますので、そこら辺のところを実際に研修医の方に、何で報酬が高いけれどこっちは人気なくて、報酬が低くてもこっちは人気があるのかというようなことも直接伺う必要があるのかなというように感じているところでございます。

ですから、その研修医の集いということで、学問の情報交換であるとか、懇親会ということも十分必要なことだと思いますけれども、それ以上に生の声を聞いて吸い上げていくというようなこと。すなわち、実態把握、現状把握をきちんと行っていく必要があるのかなというように考えています。

福井部会長 それも全くそのとおりでございまして、私たち奈良医大の研修医が十数人にまで減ってから40人以上に盛り返したのはなぜかと言いますと、それは彼らが、なぜ奈良医大を去ったのか、5年生、6年生が、なぜ奈良医大に魅力を感じないのかというアンケートを無記名アンケートでやって、それをもとに可能なことから変更した、とにかく手をつけやすいところから変えたということなのです。

ですから、小椋先生に言っていましたように、もう少し広い意味で研修医

の声をその後も色々なところで聞いていくことが必要かなと思うんですね。これは大学病院でもまたやりたいと思うんです。全体としてどういう取り組みをするかということは、この連絡協議会に任せましょうか。そういうような意味で、それは絶対必要ですね。

菊池先生、どうでしょうか。

菊池委員

研修医の声を聞くというのは、私は本当に重要だと思ひまして、聞いているつもりでいるんですが、だんだんそれが遠くなってしまうという反省もあるぐらいで、そういった研修医の声なき声にですね、メンタル的なことも含めて対応していくのはいかに大変かなと思ひます。先ほどおっしゃったように、大きな意味でも一つ一つの研修病院が抱えている問題が、研修医の声からのきっかけで解決できるかもわかりませんので、非常に重要かなと思ひております。ですので、連絡協議会の中で検討されるということであれば、そういったこともぜひ実現していただければということでも最初に申し上げた次第です。

福井部会長

そういう研修医の声を聞くにつけても私と研修医達とは親子以上に年齢が違う。ですから、なかなか本音が出ないというところもあるんですね。

そんなことで色々なところで、彼らにどういう希望があるのかを聞いていくのですが、一番本音を言いやすいのはやはり一、二年上の先輩であったり、あるいはお世話いただいている事務の方であったりするんですね。そういった意味合いで、奈良医大で研修医がこれだけ増えてきて、まだ専任の事務担当者がいない。パートと兼任というような形でやっているんですね。これでは十分な対応ができないという思いがして、今年はぜひ院長先生に、少なくとも事務方を専任にしてくださいとお願いしています。同じ研修医の数で大阪市大病院では4人の専任の事務の方がおられるということも聞いておりますので、彼らを支えていく意味において、そういう細やかなことも非常に大事だと思うんですね。

もちろん県立奈良病院も本当にお忙しい中、そういう事務の方がおられない状況で頑張っておられると思うのですが、奈良医大としても、今の人数を確保していくためには事務方の強化が大切ですね。今、喜多先生が言われたんですが、卒後臨床研修センターは教育開発センターと全く別なんですね。一方は多くの研修医が相手で、細かい気遣いが必要になると思うので、十分にサポートしていただければと思います。

小椋委員

今の件なんですけども、先生おっしゃったように、事務員というのは非常に大事だと思うんですね。それで、例えば処遇の問題で本当に細かい話とかというのは1年先輩、2年先輩とかそういう方に相談してもどうしようもないこととかってございますし、例えば女性の方であると当直室のベッドが前の人が男の人が寝ていたかもしれないから毎日替えて欲しいとか、本当に細かい当直室の所も仕切りがどうなっているのかとか、細かい話とかというのは、多分事務しかできないと思うんですね。

私どもも、今日こちらにお伺いする前に近畿厚生局の医事課の中で少し話をさせていただいたんですが、人気のある病院で、まず一つ確実にいえるのは、事務がしっかりしているところが人気があるなというようなところはみんなの意見が一致し

ているところですね。そこら辺でもロコミも先輩、1年上、2年上の先輩から後輩の方に伝わっていきますし、そこら辺のロコミをいかに有効に利用するかということもあろうかと思えますし、協議会の中で、そのようなこともお話しいただいたらなどというように思っております。

福井部会長

そういうことでございます。これはすべての方に伝わっている。例えば女性医師支援のことにつきましても、そういう適切なコーディネータがおられたりすれば良い病院ということになるかと思えます。そういうこともすべて後輩に伝わって行く。ただ、逆に病院を運営する立場からすると、すごく人件費が膨らんで、事務方を一人増やすことでも多分ものすごく院長先生の決断を鈍らせているところもあるかと思うのですね。やはりその必要性を気づいていただいきたいというようには思うのですが、私は病院サイドでいろいろこの点について話をしているのですが、大学としてもその辺のところをぜひサポートしていただけたらなと思えますね。

横谷委員

横谷先生、女性の立場から、そういった事務方の働きについてどうでしょうか。余り分からないのですけれども、色々な処遇について相談したときに、今だと特にこの方に相談すれば良いという方がいらっしゃらないので、何をどこに聞いて良いのかわからなくて、それこそ病院内たらい回しじゃないのですが、それはそっち聞いてください。私の場合は、前に同じように、例えば産休を取ったという方がいらっしゃらなかったもので、誰も良く分からなくて、ということがありましたので、今後この人に聞いたら色々なことが分かるという方がいらっしゃると心強いと思います。

福井部会長

ですから、これは奈良医大のシステムが独立行政法人になったので、やはりそのような事務作業を専任にさせていただく方がいないとうまく管理できないなと思えます。例えば、研修センターを担当している事務の方がもし辞められたら、次はどうしようかなという話があるぐらいですので、そこを含めて、やはり本当に親身になってやっていただける力のある事務の方がいていただけるということは非常に病院運営に大事というように思います。話が少し飛びましたが、よろしいでしょうか。

そういったようなことで、この最初の臨床研修連絡協議会に関しては、そういう形で進めさせていただくということで、一応とりあえず議論を終わらせていただきたいと思えますが、検討の方向性が少し見えているところについて先に議論して、時間が残りましたら、他のところも話し合いたいと思えますが、先ほど来、女性医師の問題が出ておまして、左側に前回出された色々な女性医師を中心と問題点が書かれてあり、それに対して女性医師支援のセンターのようなものをつくるなり、あるいはそういう相談窓口をつくっていくという方向がこの前検討されたわけでございますが、これは先ほど県の方がお示しいただいた女性医師復職研修支援事業というものとの絡みになってくるかということです。これは実際予算が通るかどうか、それはちょっとまだわからないということなのですかね。

ただ、今この時期に奈良県からこれをまずやっていきたいという思いはありますね。これは奈良県が最近産科医療をはじめいろいろな面で注目された時期ですので、全国的にも重要な問題である女性医師支援の問題を奈良県がやっていけば、それはやはり色々な意味でサポートしていただけるのではないかというように私は思うわ

けです。どうでしょうか。何かこれを具体的にこうであればというようなことは。横谷先生は、むしろお立場からしていろいろ考えておられるので難しいこともあるかと思いますが、具体的にイメージとして、例えば東京女子医大のシステムとかそんなことも視野に入れて、どのように考えられてますでしょうか。

横谷委員

システムなどに関しては、難しくても私もよく分からないのですが、当事者としても申し上げますと、例えば短時間正規雇用制度の時の問題として、1.2倍費用がかかるというお話がありましたけれども、その短い周期で見るとそうかもしれないのですが、その1.2倍かかっても、その間に女性医師が離職しないで、その後また何年かたって普通にと申しますか、他の人と同じように働けるようになったということを考えますと、その数年間の1.2倍の経費というのは、全く辞めてしまって新たに一人の医師をどこからは雇用することを考えれば、そんなに大きな費用ではないと思います。

そういうちょっと視点を今までのこの1年周期の1年間の会計で見るとような視点ではなくて、もう少し大きい視点で考える必要があるのではないかなということがまず一つ思います。

福井部会長

そうすると、今までは人事等は年単位で考えていたのが、もう少し細かく対応できるようにしたらどうか。それから、先生が言われた、例えば育児なんかの問題で、どうしても病院の方の仕事を少なくしなければいけないときも自分達で対応できるようなシステムがあれば良い。それは具体的にそれをサポートしてくれる医師の手当があればそれが良いということなのではないでしょうか。手当もそうなのではないかと、人もいないときもありますね。どうでしょうか。

横谷委員

例えば短期間であれば女性医師の場合、人によるんですが、多くの場合は、そんなに報酬面を求める方はいないと思うんです。それよりも報酬よりも自分が生活と仕事を両立できるということの方が大事だと思いますので、そういう意味で、今までにもそういうシステムは無いと思いますので、報酬が少なくても定時でキャリアにつながる仕事を与えられるような新しい発想が必要になってくるとは思います。

一番大事なものは、復職支援も大事だと思うのですが、離職させない、そこが一番大事だと思います。

福井部会長

我々の感覚から言うと辞めてくれて言ったことは一回もない、むしろ続けてほしいのだけれども、本人達からそれについては結論を出さず、考えておきますという形になって家庭に入ってしまうと、そのままということが時々ある。

ただ、ある程度余裕ができれば、また何かやらせてくださいと、教室に来られるわけですね。それで今のところ現実には検診業務とか軽い仕事をパートでお願いしたりしながら乗り切っているということなのですが、もう少し踏み込んで、大学での正規勤務の中においてもそれが入ってきたら良いかなと、そういう考えでよろしいんでしょうかね。

この前テレビで、ある中規模の病院について報道があったのですが、夕方までの外来勤務を専任にする女性医師を一人雇われた。その分、外来での男性の勤務がかなり軽くなった。一方、その男性たちは、当直をしたり、あるいは検査をしたりというようなことで役割分担した。それでうまくいったという報道がされていたので

すが、そういったことが具体的にできていくと良いかなと。大学や大きな病院で医師として勤めていきたい、技術も活かしたい、手術もしたいという女性がある場合に、そういうような話で良いのでしょうか。

横谷委員　　そういうことで良いと思います。

福井部会長　　ここはまだ前回余り踏み込んで議論してなかったのですが、大多数が男性であるから男性の考え方を変えてもらわないと困るという点もあるかと思います。男性の側からしてどうでしょうか。今川先生、多くの女性医師をご自分のところで抱えておられると思うのですが、どういうことに注意されながら、また、どうすればさらにもっと良くなるというようにお考えでしょうか。

今川委員　　非常に難しい問題だと思うのですが、私どもの方でも女医が4人おりますけども、現在のところ、ほぼ男性と全く同等の業務をこなしてしまして、そのために、これ以上は続けていけないというふうなことで、どうしてもリタイアする、あるいはトラバースするドクターというのはおられます。

そういうふうな方に、例えば先生が先ほどおっしゃったような9時～5時の勤務、外来のみだとか検診のみであるとかいうふうなことでお願いはしてるんですけども、なかなか確保が難しいというふうなことが実情ですね。設備的にも、あるいは施設の的にも女性医師に必ずしも配慮した施設にはなっていないというのが現状だと思うんです。そういうふうなところも少し病院自体も工夫していかなくては女性医師の確保というふうなことは難しいんじゃないのかというように思います。

福井部会長　　大学病院なんかは割りとたくさん医師がいますので、横谷先生が言われたようなこともある程度可能かなと思うのですが、例えば県立病院のように、もうみんながものすごい勢いで頑張っているときに、なかなかそれは難しいということもあろうかと思いますが、こういう点を根本的に県立病院としても変えていただいた方が女性の医師は活用しやすいというようなことはございませんか。菊池先生、どうでしょうか。

菊池委員　　そうですね。今川先生がおっしゃられたとおりで、当院でも医師として皆さんフルで頑張らせていただいているわけです。独身の女性の方もおられますし、結婚されている女性の方もおられますので一概には言えないだろうとは思いますが、短時間正規雇用支援というようなことが、本当に例えば公的病院、県立病院等で可能なかどうかという問題があるのですね。例えば常勤の先生が、妊娠、出産といったときに、長期にわたって休暇を取らざるを得ない。そのときに、雇用ができるのか、代替の医師を正規職員として雇用できるのかという問題がまず一つあると思いますし、それから、復職されてからでもすぐにはフルで復職するのが無理だった場合に、短時間かわりの先生を実際にそうやってシステムとして入れられるのかという技術的な問題がありまして、なかなかこういう公的病院、私どもの病院では実現が難しいのかなと思っているところです。

でも、そういったところをできないというのではなくて、何とかやっていくようにしていきませんか、このままでは医師不足は解消されないでしょう。

それとはちょっと議論が違いかもわかりませんが、保育ですね、院内保育等も含めたことになると、これは女性の医師だけの問題ではなくて、実は、看護師にもか

かわる大きな問題でして、看護師不足のところにも関与してくるだろうと。そういうことも含めて、制度をもう少し女性が働きやすい職場に何とか社会全体でする必要があるんだろうなというように思います。ちょっと大きなことを申しあげました。

福井部会長
武末委員

一番大事なところだろうと思うんですね。どうぞ、武末先生。

話が大きくなったついでに、ちょっと逆の視点から考えて見ますと、これはまだ先の話ですが、やはりそういう技術的な問題もありますけれども、実質的な問題として出産を女性がするときに、半年か1年制度お休みをしなければならないという現実があって、実際、特に大学病院みたいなところでは、皆さん同級生というか、同僚とは競争しているわけですよ。その中で、制度が許してくれるからそこでひと休みしたときに、自分が取り残されるのではないかと。もちろん技術的にはどうやって戻ってくるのかという話もありますけれども、そこで女性だけが恐らく必ず出産をするというように仮定した場合で、理想をいえば20代から30歳前半ぐらいで産むのが一番理想であって、何か最近変な風潮があって、40歳でも産めます、産みましたみたいなことを誇らしげに語る方がおられるんですが、これは可能性という意味では一般の方にとって良いのかもしれませんが、やはり医師としては40代で子供を産むということを自慢するよりは、40代でしか産めなかったことを少し改善していくという方が社会のあるべき姿なのかなと。

話を少しもとに戻して、競争をみんなですしているときに、女性が例えば卒業して20代とか30代の前半ぐらいで安心して休めるようにするには、やはりここはF1レースとかでもそうですけれども、1回はストップを必ず1レースでしないといけないという義務づけをするとすれば、それは何かAというチームだけではなくて、全チーム1回ピットインはしなさいということなのですね。

ですから、さすがに男性は産休は取れないですけども、育児休暇は取れるはずで、この片方は男性がとらないといけない、みたいな形で、本当に男性と女性が均等なコンディションで働くということ、ここは本当に大風呂敷で考えていただければ良いのですが、考えるのであれば、やはり女性が産休を取る相当の期間を男性はそれを育児でカバーをするのか、それともそこまではいかないにしても、一定期間、半年は研修をしなければならないみたいですね、そこまで最終的には踏み込んでいかないと男性と女性で生理的に女性にしかできないことがあって、そこでひょっとして職場へ色々な意味で競争をしていくとすれば、そこも最終的には考えていかないと、単に技術的な問題だけではないのだろうというように思います。

もう一点だけ、少し長くなりますが、確かに先ほど1.2倍かかりますねというのは短期間のおっしゃるとおりで、大企業なのですけども、社員一人育てるのに幾らかかるんだというのを見積もって、やはりリタイアをしてその人を失うよりは、その1.2倍は払っても維持していく方が会社にとってメリットがあるというような試算をして、そういう理屈で社員の正規雇用を短時間でも継続していこうみたいなことを取り組んでいるところもあります。やはりよく言う、医師一人育てるのに1億円という話もあり、6,000万円というところが相場じゃないかみたいな意見もありますけれども、育てるだけでもそれぐらいの費用がかかっている、さらには卒

業後にいろいろな方々が御努力をして、せっかくいろいろな知識や技術をつけた方をそのまま事務職に移して良いのかというようなことは、本当にある程度医療の分野では考えていただかないといけないかなと思います。そこをこういうことこそ行政が少し何かしらの研究をしたりとか、労働の分野でしているような試算を医師の当てはめたらどんなようになるかみたいなことを研究としてやっていく必要もあるのかなと思いますが、やはり単に技術的な問題じゃないでしょうと。かなり医療の世界、医師の世界で何となく、モラルと表現するのが適切なのでしょうか、職業的な制約、つまり、いいよと言われているのだけれど、本当はいいよではないのですよねという暗黙の制約みたいなものはかなり強いのかなと思っているので、最初に言いましたところも解消しないと安心してお産ができる医療現場にならないのかなと思います。

以上です。

福井部会長

ありがとうございます。

それにつけても、女性医師の問題を含めてもっと問題が広がるんですけど、例えば男性医師であっても腰が悪くなって短時間しか勤務できないが、やはり現場で働きたいという場合など色々なケースが出てきて、定員が決まっている場合に、そうしたらその人をプラス1としてその給料を余分に支払うのかと言うあたり、非常に難しい問題ですね。だから、そういうものに対しても労働しているのだから、その労働にみあうだけのきちっとした給与計算ができるようになれば、もっと雇用がスムーズにいくだろうと思うのです。

だから、それだけの予算、人件費に割く予算をきちんと確保するということが今の医療形態の中で可能なかどうかということですね。十数年前に日本では無給の医師がいて、それが患者さんを診ているということを言うと、アメリカの医師たちからとても信じられないと言われてたわけです。

ですから、そういったところから、ドクターの処遇が少しずつ改善されてはきたのですが、今その10万円とか20万円の月給をめぐってそういうことを我々は考えざるを得ない。医療の報酬体系からも、その辺をもう少しきちんと考えていかななくてはならないだろうというように思います。この短時間正規雇用支援制度というものについて、女性の産休、育休制度も含めて考えて、何らかの形で勤務をしている人たちにそれなりの報酬が出せるようになったらなど。例えば医学部大学院の学生は研究ばかりしているわけではなくて患者さんを診察しているわけですね。昼間患者さんの診察をして、夜大学院の方で研究しており、一銭ももらわずに診療して、さらに学費を払って、それではやはり長続きしません。ですから、そういう意味でも、そういう人たちにもきちっとした報酬が必要だろうと。大学病院だけの話かもしれませんけれども、そういうふうなことは、ひとつ、まず大学病院から始めていかなければならないと思うのですね。

この前の教授会の議論で大学院生の診療行為にきちんと対処しましょうというお話。そうすると、やはり働いた分に見合うだけのきちっとした報酬体系がないといけないのではないのかと思うのです。これは一向にできてないことなので、努力によって報酬が増えるというような仕組みをある程度入れないといけないところ

もある。

全体として経費を減らしなさい、しっかり患者さんを診なさいといわれても、辛いところはいつまでも辛いので、しまいにもうすり切れてしまう。楽なところでは、うちは楽だからおいでなさいという勧誘話になってしまっただけは具合が悪いわけで、その点もきちんとして、例えばある診療科としてこれだけきちんとして診療して、これだけの収入があるから、これだけの医員を抱えても大丈夫ですよという形を院長がきちんとして差配できるようなシステムを早くつくらないと、崩れるところは崩れていくという気がしますね。これはもう前から思っているのですが、どうしたら良いかなと思っているところです。

武末委員　やはりそこは病院マネジメントだと思うんですね。忙しい先生には医療に専念してもらってもいいかもしれませんが、もしゆとりがあるところがあるのかどうか、私は今の現状分かりませんが、あるとすれば、例えばその科の先生に感染症委員会の委員をやっていただくとか病院全体の仕事をやっていただくとか、やはりそういうような形で仕事をきちんとして割り振っていくということなんですが、今よくあるパターンは、忙しい先生ほどどんどん役職や病院の仕事が増えていくみたいな感じで。私は、福井先生を見ていていつも感じるわけなのですが、先生もお忙しい中で研修医のことをやりながら、日夜、夜遅くまでやっておられるのを見ると、何かそういう仕事の分担を公平に割り振るのは誰なのか、やはり病院長であったりとか、事務部長であったりとか、そういうところがきちんとしてマネジメントしていかないと、なかなかある科だけを優遇すると、必ず他の科の人たちがなぜ、という形になりますし、その皆さんが納得できる処遇というのは、相当辛抱強い調整が必要ですし、しかも全体を見渡して合意的にやらないと難しいのか、なかなか言うは易し行うは難しだと思っています。少し評論的になってしまいましたが、以上です。

今川委員　女性医師の支援の問題で、この上から5行目に書いてある復職支援についてというふうなことなんですけれども、前回医師会の大澤先生の方からも実態としては医師会でもつかんでいないというふうなお話があって、非常に難しいのだというふうなお話があったと思うのですが、手がかりとして実態調査、あるいは意向調査というふうなことができるものなのかどうなのか。例えば県立医大で復職支援研修プログラムをつくったとしても、応募者がいないのでは、制度をつくっても効果がなかったというふうなところだけになりますので、大体こういうふうな実態調査的な手がかりというふうなものは、県としては何か把握しておられるのかかどうかということをお話していただければ、より話の方も話はしやすいなと思うのですが。

福井部会長　県の方で何かその辺のところは、まとめられたことがあります。支援に関して。

武末委員　県でやると、2年ごとに実施している医師看護師調査というのがあるのですが、そもそも調査票を出さないと医師法違反で罰則対象になっているということは先生もご存知だと思いますが、臨床から外れてしまうと、あの調査票を出さない先生も多いですね。だから、この調査で実態がどこまで把握できるかというのは、少し疑問があります。

もう一つは、この2年ごとにやっている医師調査をこの復職支援の目的に使えないという法律上の制約がありまして、確かに情報をもっているところはあるんだけ

れど、目的外使用の手続を踏まえて情報を使用するというと、相当、数年後の話になるかもしれないというぐらい、今、法に基づいて個人情報収集して、行政がそれを別の目的で評価分析していくというのは、かなり制限されているし、制約がありますので、一朝一夕にできるというものではございません。

ただし、個人情報の問題というのは、本人の同意があればできるわけですから、例えば県がそれを目的として調査をしますと、それに対して例えば病院協会、医師会などの色々な医療関係の団体が協力して、今、免許を持っているけれども働いていないという人の情報を集めましょうといったことをやれば、ある程度の精度ですけど、できると思います。完璧に、行政みたいな制度、法律の枠を使おうとすると、個人の同意なく情報を搾取するなというような法律でございまして、それを使うことについては、相当制約がかけられているというのが今の世の中だと思っております。

以上です。

今川委員 興味がありますのはね、大体何人ぐらいのドクターが免許を持っているのだけれど、現場で働いていない状況なのかということは全くわからないので、我々もわかりませんので、そうすると、今、東京女子医大でやっているような復職支援プログラムというのかなり高額ですよ。というようなことで、このような研修を希望された場合に、何らかの形でサポートできるような体制ができるのかどうかということも含めて検討しなければいけないなというように思います。

杉中補佐 事務局の方から、若干資料が古いのですがけれども、総務省の統計局が1999年に行った労働力調査というものがございます。その中で、男性医師と女性医師の就労率というものを調べたデータがございます。その中では、例えば30歳から40歳までの女性の医師の方での就労率が約83～85%程度というようなデータがございます。これは男性医師の場合には、ほぼ100%に近い数字になっております。一般の女性の労働力というところをみますと、この率がさらに低くなっておりますことから、一般の女性就労者に比べて女性医師の就労率は高いけれど、男性に比べて出産、育児に関わられるところで約15%程度の開きがあるというデータがございますのと、医師会がアンケート調査をされた地域がございまして、これは調査年度が定かではないんですけれども、千葉県と長野県と東京都の医師会が調査されたデータで、出産後の休職、あるいは退職された割合という点で千葉県の医師会調査で16.9%、長野県が18.6%、東京都が28.9%というような数字がございます。

あと、大阪府の医師会が、これは会員に対するアンケートということですので、実際に辞められた方が医師会の会員に残っておられるのかということがございますので、その退職率とかというデータは出てないのですがけれども、例えば休暇あるいは休職できない理由といったようなものを集められたデータがございまして、その中で、先ほどの議論にもなりました「同僚に迷惑をかける」ですとか、「研究キャリア形成に支障がある」といった意見が非常に回答率が高くなっておりまして、「同僚の迷惑をかける」というのが84.4%、「キャリア形成に支障が出る」というのが37.5%といったようなデータを把握しております。

福井部会長 ありがとうございます。

これは、また同じ医師でも診療科によって違うと思うのですね。ですから、復職が簡単にしやすい科と、しにくい科があり、それがまた女性からみて色々な意見が出てくるかと思うんです。各教室単位である程度把握していると思うのです。私たちも個々の教室に入った人たちが、今どうしてるかということは把握できてます。放っておくことは絶対にないで、必ず人手が足りないので働かないかという声をかけるわけですが、条件が合わないということもあると思います。

ある一例で、出産して、留学もして帰ってきて、そして研究もしたいという要望に対して、大学病院はどうかと勧めると、大学の勤務は無理ですと言われました。当直はありますし、子育てもしないといけないしと、そういう話になっていくのですね。それなりに皆やる気はあるので、それぞれについて医局が今のところ対処しているかと思うのですが、これを広げた場合、つまり今、医局問題は医局で対処していますが、この女性医師支援センターというのは、結局それ以外の人 came ときどう対処するかとかいうことでは、ある意味では一番手がつけやすい部分かなとも思います。こういうところでこういう研修できますよ、こういう仕事がありますよという話がしやすいかなとは思いますが。例えば科が変わるという女性医師がいますか、結婚してからこの科では無理だからこちらの科でという、そういう点はどうでしょうか。お聞きになっていますか。

横谷委員
福井部会長

余り聞いたことがないです。

われわれのところでは、自分の将来計画を考えて科を変更して、そこでまたしばらくやってから、というようなことは時々経験があります。そのあたりは全体の話としますと難しいことは難しいのですが、それを具体的にどういう形にしていけば良いかということは一いつ考えていかないといけない。

喜多先生は学生さんと接して、特に女子学生、男子学生それぞれの意識を感じておられると思います。実際、医師になってからは多少意識が変わるかもしれませんが、どのように考えられますか、その辺のところは。

喜多委員

私らにとって女子学生が来られて聞かれる中には、やはり将来私たちが結婚し、そして子供を産んで、それでもやってける科はどの科ですか、という人が結構あるのです。私は経験が無いので良く分かりませんと言うのですが、基礎なんかでもまだドクターで残っている女性の助教の先生のところか聞きにくるのが非常に多いです。

ですから、先ほど、後で科をかえるような人がいますかという話ありましたけど、そうではなく、始めからこの科だったら良いですよという話を先輩から聞いたりして行っている科の方が圧倒的に多いと思うのですね。

彼女たちも、やはり大学に残って働いている間に女医さんに色々な話を直接聞きたいという思いは非常にあるようなのですね。ですから、やはりそういう話を聞かせてやって、こういうようにしていけるんだとか、あるいは逆にいけないんだとかですね、そういう話もやはりその中から、例えば外科系なんかに行って本当にやっていけるのですかとか、そういう話なんかもやはりよく聞かれるみたいですね。そういう意味で、かなり前から考えてないようで、かなり考えているなど私らは思うのですね。

福井部会長 私のところにもそういう形で、別に入局というわけではないけれども相談に来ることがあって、私らが言うのは内科系志望であるならば、まず内科認定医だけは取っておきなさいよ。早く結婚しても良いけども子供を産む前にそれは取っておきなさいよと。なぜならば、認定医申請には解剖症例が要るし、外科転科症例が要るから当直できなくなると取得が無理かもしれない。それだけは取っておきなさいよと指導している。後の専門研修は家庭をもっているけれども何でもできますよという話をするのです。多分、各科がそれぞれここまで出産前にやっておけば後はいけますよという話をしていると思います。そのあたりは、ただ全体では伝わってないでしょう。だから、外科であるならこういうぐあいにキャリアを描ける、内科ではこうです、小児科ではこうですということを公に示せばもっと選択の幅が広がるかな、と思うのです。そういう情報をまとめて出すのは一つの取り組みかなと思います。

そういうことで、このところはまだぼんやりとしていて、十分に方針をまとめられなかったわけですが、気持ちとしてはそういうものを奈良県で考えていますよ、ということをして学生たちにアピールしていきたいです。こういうふうな支援システムというものをどういう形で立ち上げたら良いのでしょうか。

武末委員 やはりこれ、数を把握すれば良いという問題ではないと思うので、ここは前向きに調査みたいな形で、辞められるときとか困ったときの事例をきちんと体系的に収集して、場合によっては女性にとって外科が非常に働きにくいんだけど外科に進みたいみたいな意見があれば、ある医局に対してこういう意見もありますよというような情報を提供できるような枠組みをつくっていくことから始めていかないと、量の調査かという、多分そうではなくて、ケース・バイ・ケースなので、一つ一つの事例を積み重ねていくことで何かその中で解決できることがあったりとか、気がつかなかったことについて、ある病院なり医局で対応していただけるようになるみたいなそういう取り組みなのかなと、そういうところで窓口なり枠組みをつくって、今後へ取り組んでいきたいと思いますよということなのではないかと思います。

この点については、多分何か今データがあって分析をして、それについて解決をしていくというようなことだけではないのかなという気がしているところです。

横谷委員 先ほど福井先生や喜多先生がおっしゃられたことに関連してなんですけど、私も大学で短い期間でしたが病棟へ行ってお働かせさせていただいたときに、ローテートで色々な学生さんが回ってきてくださるんですけども、私は外科で女性医師というのは少ないですし、そのとき当時、大学病院で勤務しておりましたものですから、色々な女子学生から質問を受けたりとかということがあったんですね。

そういうことをやはり学生時代からいろいろ考えて科などを選んでいきますので、学生時代にモデルとなるような指導者がたくさんいればいるほど今後の自分の進路を描いていきやすいかなと思うのですけれども、そういうことを考えると、県全体として女性医師が働きやすい環境というと難しいのですが、まず大学だけでも学生と接する、一番人を育てていく場所だと思いますので、そこだけでも女性医師が色々な形で短時間でも集合形式でも病棟を出て学生と接したり、ローテートの研修医と接したりして、その中で、私にしても特に決まった道筋があるのではなくて、試行錯誤しながら自分も迷っている段階で先輩の女性医師と相談したり、同僚の先生と

相談することで結構モチベーションを持って仕事を続けていけるということがございますので、やはり、まずは大学だけでもそういうように女性がどんな形であれ働いて学生とコミュニケーションしていけるような場があると今後につながっていくのではないかと思います。

福井部会長

大変良い話で、これはぜひ一度やりたいなと思っていたことなので、うちにも女性医師おりますけど、女性医師に一度集まっていただいて、ぜひ奈良県立医大で女性医師を育てる会ということをやっていたらありがたい。大変お忙しいとは思いますが、多分そういう取り組みによって大きくまた進歩することもあるかと思えます。運営協議会等でそういうことをまた取り上げていただきたいと思えます。前からやりたいとは思っていたのですが、どう手をつけて良いか分からなかったのです。御意見をいろいろ伺って、かなり集約されてきましたので、とりあえずこれについては奈良県全体の取り組みの前に、ひとつそれぞれ個々のところで取り組んでみる。例えば県立病院なんかはすぐそれをやるということと大変なことになるから、それはそれでまた個々の病院で考えていただいた上で、それが一つの社会の流れになってくれば、それはそういうことで対処できるかなと思えます。

これは一応そういう形で、横谷先生の御提案で閉めさせていただいて、具体的な案はすぐにはできませんでしたが、一度そういうふうなことはできないかということ県立医大の女性医師に投げかけてみたいと思えます。一度大分前に、確か皮膚科に女性教授がおられたときに、そういう対応のお願いをしたこともあったけれども、今では大分女性医師が増えてきましたから、一度気楽に相談していただけるような場を設けられないかなということ大学の中で提案してみたらと思えます。

ただ、病院でこれはバックアップする、大学でバックアップするという姿勢が大事かと思えますから、それはまた院長とも相談していきたいと思えます。短時間正規雇用というのは、そういうものを含めての話でありますので、これが厚労省で今回予算要求している補助事業の中にこういった取り組みが該当してきて、多少でも経済的な援助が受けられるのであるならば、それに関わる人達の労力に対して報いることができる意味があるのですね。少しでも手が多く、サポートしてもらえの方が現場の医療体制の確保につながりますので、これは何とかこういう形でもっていかどうか御相談申し上げたいと思えます。

それから続いて、次のテーマとしては、トリアージ、医療クラークの問題ですね。医療クラークの導入支援、トリアージナース等の養成支援などというところがあるわけですが、このあたりが医師事務作業補助者設置経費というような国の施策とある程度リンクして我々も取り組んでいけるかどうかということ、これは予算化されるかどうか分からない問題がありますが、少し話をさせていただきますが、この点は私も充分、分かっていないところがありますので、少し御説明いただけたらと思えますが、どうでしょうか。

松山係長

事務局の方から再度御説明させていただきます。

医師事務作業補助者というのはいわゆる医療クラークのことなのですが、例えば外来の診察でカルテの作成や電子カルテの入力、また入院時の患者に対する手続の説明などの業務について、これは本来医師でなくても作業が可能な部分があります

ので、これらの業務を医師に替わって担当する方のことです。お忙しい病院現場ほど、却って一から十まで全ての業務をドクターがこなしておられる状況が存在しています。このような医療現場で作業を分担するという事で医療クラーク、つまり事務的な部分をサポートする人材を配置すればどうかということです。配置については、一定の条件がありますが診療報酬上の加算もありますので、病院全体の収入も変わってくるわけなのですが、今回厚生労働省の方で予算化を検討していただいているのは、医療クラークを養成するための経費に関係ある部分の支援です。病院に既に事務職等で勤務されている方に医療の専門知識を習得していただいて、医療クラークの業務を担当していただく。そうすると、この方が研修等に行っている間、従前に担当していた事務のお仕事に穴があきます。その穴を埋めるために代替事務職員を雇用すれば新たな経費が必要になります。この経費に対して支援を行うことによって、病院全体の経営の一部をサポートし、制度の導入を促進していこうという事業の御提案をいただいております。

医療クラークについては入院現場で実際に導入がそんなに進んでいないと思われませんが、そのあたりの原因がどの点にあるのかということも含めて、こういう補助制度があれば、これをきっかけとしてどんどん導入が促進されるものかどうかという点について御意見をいただきたいと存じます。

福井部会長

私から話しますと、医療クラークが、特に病棟にですが、配置され始めたのは、電子カルテ導入の後でして、この電子カルテは我々医師、看護師だけではとても扱えない、事務的な仕事が増えるので、とにかく病棟に一人配置してくださいということを申し上げて、それで配備され始め、ようやく全体に行き渡るようになったところですね。

そういう形で、仮に電話番をしていただいたり、取り次ぎをしてしていただくだけでも、看護師がそれをしなくて良くなるので、医療の効率が上がるわけです。そういうことに手を取られていたのでは、我々は医療に専心できないわけです。

さらに、外来の問題として、私は日に50人、60人の患者を診ていますが、それを手助けいただくドクターがいるからこそなせるわけですが、実際私以外の者も50人以上診て、夜の7時とか8時まで患者さんの診察に当たっているわけですね。これは医療クラークをうまく活用していくことができれば、もっと早く済みまし、お互いにメリットがある。だから、そもそも電子カルテを導入するときに、当然そういうものを対にして議論すべきだったんですが、今のところ何とか皆が我慢してやってくれてるというところなんです。

今の話とは少し繋がりにくいのですが、基本的にそれぞれに事務クラークをつけることを国がサポートしていただけるということになれば、これはもうすぐにそういう話にもっていきやすいと思います。今の話を病院の現状にあてはめるとすれば、本当に事務能力の優れた人を養成しようと思えば、どこかに勉強をしに行っていた方がよろしいですね。保険診療がきちんと請求できるように勉強していただくために、その間その代替職員を雇うということに使えるという意味かなと思います。

どこかから医療経営の専門家をひっぱってきて、その人に病院経営をやってもら

うというのも一つの方法だけれども、病院の考えとしては医療事務に精通した人を自前で育てて、その人が全体を見ていってくれば良いと考えているようなので、もしこの制度を直ちに使うのであればそういうことかな。ただ難しいのは、それで人を出してしまったら、代替要員の確保が非常に難しい。何年も前から医療事務に対して人材を募ってるわけですが、なかなか適当な人が来てくれないということがあります。どういようにこれをうまく使えるかという気がしているのです。そういうようなことも含めて医療事務に関して先生方、御意見ありましたらどうぞ御自由にお願ひしたいのですが、どうでしょうか。

菊池委員

県立病院は電子カルテもオーダーリングシステムも何もございません。今、福井先生がおっしゃったように私も朝8時半から夜7時まで診察しているわけですけど、非常に事務的な作業が多いわけですね。まず現状からいえば、医療クラークは全く導入できていません。ゼロです。なぜなのかと言いますと、予算が無いからです。まずそれに尽きます。今回、国の方で検討されているようなことが少しでも制度化されるのであれば、それは非常にありがたいことです。医療事務というのは、かなり専門的なのですよね。ですので、人を育てるには時間がある程度かかるだろうと。単に事務だけではだめですので、その辺のところはどうなのかなというのが一つ不安ですね。

この前、テレビ見をていますと、実際に外来で医療クラークを導入している病院が、東京の病院だったと思いますが取り上げられていまして、非常に医師の事務的な負担が減ってきたというようなテレビのニュースがございました。ただ、患者さんを見ていますと、30人くらいの患者さんをゆっくり診ておられたようで、私たちとは全然違う世界だなというようにうらやましくもあったわけですが、余裕を持って診ておられました。

そういうところで、当院で本当に今の現状で、先ほど福井先生がおっしゃられたように、医療事務というのが本当に制度上導入してうまくいくのかというところがまず不安はあるわけです。

武末委員

医療クラークというのは、今年度4月から新しく診療報酬の算定が認められておりますし、その導入することに対するモデル事業も厚生労働省の方から、各県に対してやらないかという打診をしたところ、非常に手を挙げる医療機関が少なく不調だったとのこと。そのとき県側がどう判断されたのかというのは、私は直接担当ではないものですから存じませんが、現在実施は20県程度で4,500万円程度の委託費ですから、これ、国の負担が10分の10ですね。診療報酬についても4月から入院初日に25対1の場合は335点、50対1の場合は185点、75対1の場合は130点、100対1の場合は105点ということで、その他にも要件はありますが、算定できる医療クラークをつけることで診療報酬に加算できるというような措置をしているところです。

ただ、先ほど申し上げたように、47都道府県に対して1県2カ所程度にモデル事業をやって、また、それとは別にその効果ですね、どういう効果があるかを検証検討しましょうという予算も別につけて実施しようとしたのですが、やってみようという医局がなくて、事業の取り組みが不調だった。そういう実態を踏まえまして、

今回の予算はまだ概算要求の段階ですけれども、取り組みが進まなかった理由に、今、言われたように、医療クラークというのは、ほとんど医学用語を正確に理解して診断書の下書きをするとか、カルテを書いて最終的には医師に見てオーケーというサインをいただければ良いみたいなイメージでございますので、相当な医療単語用語や略語も科によって同じ単語でも違うというようなことまで熟知しておかないと医療ミスにつながるということでございますから、そういった人を研修できないと現場でうまく機能しないのかなというところで、入り口のところにも補助をしましょうという追加的な措置になっているようです。

以上、説明を追加させていただきました。

福井部会長

大学病院の外来診察にシュライバーがいなくなったのは、平成16年以降です。つまり直接入局する研修医がいなくなって、シュライバーをつけることができなくなったということで、ドクターが1人で診察をして時間が大変遅くなってきているので、すぐに外来クラークを導入できれば良いのですが、さっき武末先生がおっしゃったように、ドクターと比べてきちんと診察補助ができるか、専門知識等があるかどうか、というのは非常に難しい問題だと思うのです。ただ、病棟にクラークを入れることによって、色々な意味でプラスになったことは事実ですので、そういう人たちをきちんと養成していったら、最終的には外来で手伝っていただくことも可能かと思えます。

それから、本当に忙しくて、でも病院が対応してくれないので、ある医師がプライベートにシュライバーを雇って、電子カルテの入力等をしてもらったことがあるのです。そういうのも随分助かったんですね。ですから、色々な検討が必要なことかもしれませんが、今後、大学病院でもっと患者さんを診なさいという話になった場合には、電子カルテを扱う場合には絶対に医療クラークを配置しないと対応は無理だなと思えます。電子カルテの入力をしているときは患者さんの方を見ていませんから。患者さんから、先生は全然私達の方を見てくれません、という話になるわけですし、そういう意味ではこれをきちんと議論することが必要だと思っています。

それと、もう一つ、何回も言いますが、やはりきちんとした保険診療が適正に行われていて、きちんとした医療をしているのに請求漏れがあるというようなことがないように、あるいは二重請求があつたりしないようにきちんと請求をチェックする役職が要るわけですし、これを病院の中から育てていく。さらにどうすれば経営がうまくいくかということを考えていく医療事務の人が必要だと思うのです。そういった人材を育てていく方向にこの制度が使っていけると一番良いと思えますね。

ただ、今の武末先生のお話を聞いていたら、25対1にしたら保険診療上は一応それで認められて多少点数が上がるということと考えると良いわけですね。でも、院長先生がすぐにそれにお乗りにならないのは、また人件費が増えるかもしれないし、病院収支がまた悪くなるのではないだろうか、ということをお慮されているのかな、というところだと思います。

例えば30人以上診る人で、本当に外来診療によって収益が十分に確保できておれば医療クラークを雇って、その分は、診療収入で支払えるのであるならば、もっと

能率が上がるわけなんです。そこのところはきちんと出せば良いと思います。10人しか診察しない人にシュライバーを配置する必要は無いでしょう。しかし、50人、60人を診る人には絶対、配置されていた方が良いわけですね。そういうことも考えており、ですから診療科別収支をきちんと出してくださいますと言っています。他にトリアージナース、これは病院の玄関に座っておられて、あるいは電話のところにおられて、あなたはこちらの診療科に行けば良いですよ、この科を受診した方がよろしいですよ、というような振り分けをしていただけるナースということで理解してよろしいでしょうか。

武末委員 はい、そういうことです。むしろ救急の分野等で御活躍いただくかもしれませんが、本来2次、3次ではない医療機関の医師が診察すべき患者が2次、3次医療機関に直接こられて、そちらのドクターがその患者を診られるといったことがあれば、それで2次、3次の医療機関の医師の診察時間が増えるわけですから、こういった場合に入り口時点での振り分けができるかもしれない。トリアージは一つの例としてあげているのですが、その他にも例えばインフォームドコンセントについて医師にかかわって患者に対して十分な説明をするとか、色々な医師がこなしていただいている業務の中でサポートをいただける分野というのはいろいろあるのではないかと思います。医師法との関係もありますけども、どの分野でどれだけ御活躍いただけるかという業務の分析もあわせて、看護師に事務分担をお願いするときに、逆に言うと、看護師の側からすると通常の業務からプラスアルファの対応が必要になってきますから、対応のための専門知識の研修等について必要な経費を支援していこうということです。

福井部会長 やはり病院、病院で特殊性があると思うのですが、今川先生、今のイメージとして、先生の病院ではどうでしょうか。

今川委員 これは先ほどの医療クラークの問題ともトリアージナースというのは同じような問題だと思うのですが、やはりクラーク、あるいはナースの質と量の問題でございましてね。例えば外来等でオーダーリングの入力とかカルテの整理だとかいうようなことになってくると、事務能力、特に保険請求が絡んでくるようなところになりますと、やはり医療事務に対する知識を持った人が必要にならざるとうように思いますし、それから、病棟クラークというふうなことになってくると、やはり診療情報管理士という、ある程度医学に対する知識というのをを持った人材が必要なんだろうなというように思います。

それから、先ほど少しお話が出ましたが、診断書ですが、あれは介護保険の意見書でありますとか、あるいは先ほどおっしゃったインフォームドコンセントというふうなことになってくると、これは非常に高度な技術というふうなものが必要になりますので、そう一朝一夕に人材をそろえるというふうなことは極めて難しいんだろうなというように思います。

ついでに申し上げますと、先ほどおっしゃった救急なんかのトリアージナースの問題がありますけれども、これは院内トリアージの方は、例えば、あなたは外科ではなくて内科へ行きなさいとかいうような院内トリアージはできると思いますけれども、院外トリアージというふうなことになってくると、非常に難しいのではなから

うかなというように思います。それには特に社会的なコンセンサス、あるいは理解がないとなかなか現実問題として医療現場で看護師さんが、あなたは今日はこの病院に行きなさいとかいうようなことを指導するというのは極めて難しい対応が出てくるのではないかなという気がして、先ほどおっしゃったように、医療クラーク、あるいはトリアージナースにしましても、やはり役割に応じた質の向上を目指していないと、実際の導入は難しいのではないかなというのがインプレッションとしてはあります。

福井部会長 そのトリアージというのは大変難しい問題で、これは救急体制そのものから考えていただかないといけないものですね、なかなか一つの病院だけでは難しい問題ですね。院内においては、あなた、こちらの科へ行った方がよろしいですよというように、ベテランの師長さんが対応しておられたこともありますし、今、事務の方が対応していたり、あるいは総合診療科の先生が担当されるなど、色々なところでやったことがあるんです。トリアージナースのことは余りピンとこないのですが、医療クラークに関しては、また色々な意味で積極的に考えていきたいという思いは以前からずっとあります。

ただ、病院それぞれが置かれている状況の差、業務内容とか役割の差があると思いますので、なかなか全体の問題として委員会でどうしようという話は難しいのです。今日の時点では医師の仕事量を減らす試みが必要であるという見解を出すというだけでよろしいでしょうか。

武末委員 一つは、こういう国の事業がありますということであつたりとか、逆にこれを見ていただいて、どうすれば実現できるのかということも考えていただければ良いのかなと思います。トリアージナースについては、どちらかというところ、今、小児医療部会とか救急医療部会のところで特に2次医療機関に来た人について、2次医療の必要のなかった人については休日夜間診療所に行っていただくように、その場でお願いするというようなことを考えておりますけれども、この協働推進研修事業については、5ページの研修内容のところにございますように、薬剤の投入やらインフォームドコンセントその他いろいろなメニューがありますので、トリアージに限ることではなく、趣旨は、従来、医師が担当しなければならなかった業務について、看護師の技術や知識を上げることで看護師に担当していただくということです。例示されている業務の中には、従来、典型的に医者がやっていたような業務がありますね。でも省力化のためにインフォームドコンセントの説明の紙をワープロでつくったりとか、エクセルでプルダウンで幾つか選べばそれぞれの患者さん用の説明用紙ができるといった作業まで医者がやらないといけないということはないだろうというところで、看護職員のスキルアップと役割分担の推進を目指してるのかなと思います。

補助金があるからやろうというのは本末転倒ですので、あくまで病院の意向として取り組んでいきたいと考えておられるところがあれば、こういう支援のための補助事業がありますよということですし、例えばこの補助事業について何か御意見があればここで出していただくということで良いと思います。

福井部会長 そういうことが結論のようですが、せっかくこの部会は公開であつて、しかも傍

聴の方もおられるということですので申し上げますと、日本の医療とアメリカの医療の大きな違いについてですが、単純に看護師の数、医師の数だけで比較してはいけないということです。アメリカの場合には、医療をサポートする非常に多種多様な職種の方がおられて、サポートしているのです。ところが我々日本では、医師や看護師が1人で様々な業務をこなすというシステムでやってきたので、非常なオーバーワークになって、今破綻してきているということなのですが、この流れは絶対変えていかなければならないということです。

ですから、全てのことを医師が説明して、あるいは看護師が対応してということではなくて、やはり医師や看護師を助けてくださる人たちも一緒になって医療を支えていくという流れを国レベルで創っていただかないといけないかなということも考えております。そういうことを話し合っているということが一般に伝わるのが良いかなと思います。

ですから、これだけ医師の数が少なく、医療費が少ない状況でアメリカよりも平均寿命が長いということ、それが今までどういう仕組みで支えられてきたかということなのですが、現在、第1線の勤務医は限界に来ているということだと思っですね。

それと、もう一つ、研修医の流れから見ると、研修医が大学病院から離れるときに理由の1つにあげますのは、大学病院では雑用が多いということです。雑用については、私は患者さんに関することならそれを雑用と考えてはいけないといつも言うのですが、例えばカルテを運びなさいとか、そんなことまで医師がやっていたら非常に能率が悪いので教育にならない。そういったことについてはクラークを導入してやってもらえば良いのです。それからまた、医師が、注射などを全部やるのではなくて、看護師さんが注射しても良いわけですから看護師さんにしていただく。看護助手さんにできるところは看護師さんがやらずに看護助手さんにしていただくというように分担して行って、どんどん色々な方が加わって一緒に医療をやっていくというシステムにしないと日本の医療はだめだなと思うのです。国でも今色々な制度の検討をしていただくのは結構なことですが、早く対応しないともう危ない。

一方で、アメリカにはない医療保健制度があつて、これは本当にすぐれた制度だと思いますので、これをきちんと破綻させないように運用していくためにもプロの医療事務の方がきちんと病院の収支を見ていただく方向にもっていかないといけないのかなと思います。

ですから、今さらシステム全体を変えることはできないけども、まず直せるところからきちんと直していけたらということで、このような案が出てきたのは良いかなと思います。

少し時間が残りました。言い足りないことがございましたら、先生方どうぞ、何でも結構ですからご発言下さい。

横谷委員

医師の仕事量を減らす試みのところなんですけれども、今、やはり医師が過労で辞めていかれていると思うのです。それが医師不足につながっていく。やはりこの過労の部分はどうにかして改善していかないと、今後も、いくら良い研修医を育てて良い医師になってもらっても働き続けていくことができないと思いますので、今

すぐというのは難しくても今後の方向として医療クラークの導入ですとか、医師が残業代も十分に支払われずに身を粉にして働いて破綻していくというところを少しずつでも改善していけば女性医師もまた働きやすくなりますし、全員の医師が働きやすくなるのではないかと思います。

福井部会長
小椋委員

どうぞ、小椋先生。

皆さんおっしゃるように、そういう方向性でいかななくてはいけないかなというようには思っておりますし、医師法の第17条に医師でなければ医業を行ってはならないというようなことがございまして、先生方が普段、毎日行っている業務の中には、医業で無いものが多く含まれていると思うのですよね。ですから、医業でないものをまたさらに細かく分類していただいて、看護師でないとできないもの、あるいは事務職であってもできるものというようなことに分けていただければ、ある程度このような補助金も有効に活用できるところもあるのではないかなと思っております。それは恐らく病院ごとに異なっておりまして、動線の違いであるとか、配置の違いであるとか、色々なことによってもどこに何が必要か、どなたが必要かというようなことが変わってくると思いますので、一旦は、その病院で御検討いただくことも必要なのかなというように考えているところです。

それと、あともう一点、先ほどお話しするのを忘れたのですが、女性医師の支援というようなことで、先ほどの議論の中でも多くは奈良県内での議論が多かったと思うのですけれども、私ども厚生局には、他県から転入してくるという人から結構意見が、というか質問がございまして、近畿地方に行くのだけれど、どこか働くところはないのかというようなことの相談もございまして、県外から転入してくる女性医師についても、あるいはまた男性もそうなのかもしれないですけども、そういうふうなことにも視点を向けることも一つあるのかなというように思いましたので、そのことをつけ加えておきます。

以上です。

福井部会長

ですから、そういったところの窓口が大学の方にまずはあった方が良いかもしれませんがね。今まではそんなことで転勤してきたときに、旦那さんが奥さんを連れて来て、彼女も働きたいのだけれどと言って医局単位で対応していたこともありました。多分、今は医局という管理体制も弱くなってきていることもあり、どこに相談して良いのか分からないことから、近畿厚生局に連絡があったりするのかなと思います。そういう意味で、確かにそういうお話を聞いて、対応を検討していこうということは必要かもしれませんね。

何かございますでしょうか。よろしゅうございますか。

そうしましたら、これで第3回医師確保部会の閉会とさせていただきます。どうも本当にありがとうございました。