

奈良県地域医療等対策協議会第2回医師確保部会

午後1時30分～

松山係長： それでは、定刻となりましたので、ただいまから奈良県地域医療等対策協議会の第2回医師確保部会を開催させていただきます。皆様方におかれましては大変お忙しいところ本日の会議に御出席いただきまして、ありがとうございます。本日司会を務めさせていただきます地域医療連携課の松山と申します。よろしくお願いいたします。なお、武末委員から遅れるとの連絡が入っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、お手元に配付をしております資料の確認をさせていただきたいと思います。まず会議次第、それから配席図、それから委員の一覧表。それと資料でございますが、資料については事務局提出資料という2枚ものがございます。それから議事録を置かせていただいておりますが、この議事録につきましては各委員の先生方に確認いただいた内容を反映させていただいたものになってございます。再度、内容を御確認いただきまして、もし何か不都合等ございましたら、あさっての木曜日、14日中に御連絡を下さい。15日の金曜日にホームページにアップしたいと考えております。資料はそろっておりますでしょうか。

それでは改めまして、本会議でございますが、審議会等の会議の公開に関する指針により公開となっておりますので、御協力をお願いします。また、傍聴される方、報道機関の方につきましては、お配りしている注意事項を守っていただきますようお願いいたします。議事録は公開として、県のホームページに掲載させていただきます。したがって、後日テープ起こし等を行いますので、ご面倒ではございますが、マイクを使って御発言をお願いいたします。

それでは続きまして、委員の御紹介に移りたいと思います。今回は2回目ということになりますが、今回初めて出席される委員の方について御紹介をさせていただきます。近畿厚生局の医事課長でいらっしゃいます小椋委員でございます。内田委員の方が7月11日付で国立循環器病センターに異動されましたので、後任の小椋医事課長に委員を委嘱しております。それでは、小椋委員の方から一言ごあいさつを賜りたいと思います。よろしくお願いいたします。

小椋委員： 小椋でございます。7月11日付、今御紹介あったとおりで医事課長に就任いたしまして、内田前課長に話をしたら、この対策協議会の委員になっているので、ぜひ引き続きなっていたきたいというお話ございまして、本日参ったところでございます。まだちょっとわからないところもございますけれども、また今後ともぜひよろしくお願いいたします。

松山係長： ありがとうございます。

それでは、議事に入りますので、福井部会長よろしくお願いいたします。

福井部会長： それでは、皆様お暑いところありがとうございます。本日は、多くのテーマあるということで

ございますので、議論を簡潔に進めていきたいなどを思っております。

では議事でございますが、お配りさせていただきました第2回医師確保部会資料、また、第1回の部会で確認した現状や課題に対して今後検討する施策の方向性について、これは県の方でまとめていただいた資料でございますが、こういうことについて、特に今回は施策の方向性を中心に、具体的などころまでお話を詰めさせていただきたいと思っております。

まず、資料について事務局から御説明をお願いします。

松山係長： 第1回の議事録についてはお配りをしたところで、約25ページの大変大部なものになってございますので、その内容についてこちらでまとめたものでございます。

事務局提出資料を1枚おめくりいただきますと、横形の1枚ものの資料がついているかと思いますが、左側に第1回の部会で確認をしていただいた現状や課題、それから右側の方にその現状や課題の解決方策ということで方向性という形で整理をしております。第1回から若干日もたっておりますので、お復習いということで再度この資料でもって説明、確認させていただきたいと思っております。

まず1つ目でありましたが、全国でも奈良県でも医師の総数は増加をしているが、現在医師が不足していると言われている。その内容については偏在が問題ではないかと。本県の場合は、診療科別では小児科、産婦人科、麻酔科、地域別では南和医療圏、中和医療圏、病院診療所別では病院でそれぞれ医師の不足が顕著になっているといったことで、これに対しては右の方に行きまして、医師の偏在を解消するための取り組みの検討が必要ではないかといったことでございます。なお、前回は御紹介させていただきましたが、県の施策といたしましては、緊急医師確保修学資金の貸与事業でありますとか、同じく医師確保研修資金、これは県立医大に限らず日本全国の医科大学あるいは臨床研修生等も対象として修学研修資金を貸し付けるもの、あるいはドクターバンクの制度等を運用しているところでございます。

それから左側の2番、3番ですが、2番で臨床研修医の定員に対してマッチ者数の割合が現在低い状況にある。それから医師の養成や派遣に対して県立医科大学に依存し過ぎているのではないかと御発言もございました。これに対しましては、右の方の施策の方向性として御提言いただいたのが、地域で人を育てる取り組みを検討していくべきではないかということで、県内の各医療機関が協力して魅力ある臨床研修や専門研修のプログラムを策定しアピールをしていこうということ。その内容として、家庭医やすぐれた臨床研修医を養成するコース、こちらの方は、へき地医療部会でも、意見が出ているところですが、へき地の診療所とも連携をした地域医療のプログラムなどの検討ができないだろうかといったこと。それから、その他の専門医を養成するコースもできるじゃないかという中で、こちらについては一定の症例数を確保するために、病院ごとの特徴を生かした研修センター化等の検討ができないだろうかと

いう意見がでています。こちらの方は、公立病院改革部会の方でもあわせて議論をしていく内容になってくるかもしれません。

そういった御提言をいただきました。

それから左に戻っていただきまして、大きな4番ですが、女性医師の割合が年々増加している。特に30歳未満の小児科では半数、50.1%です。それから産婦人科では約7割、73.1%であります。これを超える割合の医師が女性であるといったことで、今後ますます増加する女性医師にとって働きやすい職場環境の整備のための取り組みを検討していくべきではないかということで、制度的には短時間正社員制度や復職支援制度の検討等が必要ではないかという御意見もございました。

左へ行っていただきまして、5番、医師以外の職種でも可能な作業を医師が担っているケースがあるという話につきましては、右の方に行きまして、医療関係者の役割分担の整理が必要ではないかということで、主治医制を見直してチームとして医療を見ていくといったやり方も必要ではないか。あるいはトリアージナースの導入なども含め、医師の働き方の見直しが必要ではないかといった御意見もございました。

左側6番ですが、病院勤務医については当直も含めた勤務時間が非常に長いではないかというお話がございました。こちらについては右の方へいきまして、勤務時間の縮減の方策ということで、例えばこれは大幅な増員が必要かもしれませんが、交代制勤務の導入等も検討していけないだろうかというお話がございました。

それから左へ行きまして7番、8番です。7番では訴訟リスクがあるということが医師のモチベーション低下の一因になっているのではないかと。あるいは高齢化とともに1人当たりの医療ボリュームも増えているはずなので、適正な医師数を議論する場合には患者1人当たりではなく医療の総数、総量を踏まえた議論が必要ではないかといった御意見もいただきました。

具体的にこれからの議論をしていただく中で7番、8番については、例えば日本医療機能評価機構の方で最近も具体的な検討が進められているところですが、ある程度国政レベルで議論が必要な分野もございますので、そのあたりについても協議会としてこういった関与、あるいは働きかけができるかということについてもお考えいただいた上で御議論を進めていただきたいと思います。

前回、御議論いただいたものについては、大体こういったところが主なものであったと思われます。簡潔にまとめて表現するという作業の中で、貴重な御意見を色々いただいたことについて、十分に表現できていないところがあるかもしれませんが、そういった項目も含めて、本日は施策の方向性や具体的な取り組み等について御議論いただければと思います。

では、よろしく願いいたします。事務局側の確認と説明は以上でございます。

福井部会長： ありがとうございます。

最初に言われましたように、ほかのいろんな委員会とか部会あるいは国政レベルで検討しなくちゃならない大きな問題でございますが、そこから始めますと、議論が右往左往してなかなかまとまらないということもあろうかと思しますので、まずは、やはり、どなたもが一応賛成なさるような今後の具体的取り組みのあたりから、しばらく討論させていただいて、残った時間をもう少し広げて、いろんな問題を話し合っていってどうかなというように思っております。

そういった観点からしますと、私の独断ですが、例えばこの2番とか3番の問題は、取り組み方が右に例示してございますが、これはある意味で施策を立てやすいといえますか、委員会で方針を出しやすいかなというように思しますので、このあたりからまずお話を進めさせていただいたらどうかと思います。

もちろん卒後臨床研修のマッチ者数の割合が低いということもあります。定員に対する割合ということもありますが、もともと奈良県の定員がこれでいいのかどうか、やっぱりこれは確保しなきゃならんんじゃないのかという議論があったことは記憶しております。皆さん方もそれは御存じだと思います。

それから医師確保について県立医大に依存し過ぎていた面がある、これは県の立場から言われたことかもしれませんが、病院から見ればまた別の見方もあるかと思うのですが、それはそれで置きまして、こういったものに関する具体的なお考えがございましたら、まずそのあたりからお話進めていただけたらどうかと思います。御自由に御発言いただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

本日は、女性の医師の問題、それからいろんな病院勤務医の作業の問題とか、あるいは医師以外の職種に仕事を分担してもらおうというような、4、5、6の項目に関しまして横谷委員の方が何人かのドクターにアンケートとっていただいた資料を用意していただいておりますので、それも後ほど御発言いただくことにしたいと思っております。

2番目の県内各医療機関の協力と、魅力ある臨床研修、専門研修のプログラム策定、県内へのアピール、このあたりはどうでしょうか。こういうことはやったらいいんじゃないだろうか。このあたりはすぐにでも実行しなければいけないものであるというふうに思うんですが。

どうぞ、小椋先生。

小椋委員： こちらの臨床研修に関しましては、若干、国の方針も変わってきておまして、魅力のある臨床研修プログラムというような点については、大学病院に限ってなんですけれども、大学病院では少しプログラムの弾力化というようなことで、内科、外科とか産婦人科とか不足しているであろうというような科に限定された特別コースがつかれるという流れに変わってきておまして、そういうものも既に来年度からスタートできるというような状況になっております。ですから、で

きるだけ魅力的なプログラムを策定していただいて、そちらの方で特別コースという形で対応することは、大学病院に限定してですが、可能になってきているというのが現状でございます。

福井部会長： ありがとうございます。私もその文部科学省、厚生労働省合同の説明会に実は先週行かせていただきまして、直接お話を伺ってまいりました。これは運用面でちょっとまだ難しいところもあるのですが、非常にお考えは立派だというか、我々に対してある意味で大きな自由を与えていただいたというのがあります。研修の質を担保した上でかなり必修期間を柔軟にするということで、それで医師が足りないと言われている分野、その中では産科、小児科、救急、内科あたりが対象だと思いますが、これらの専門医をめざす研修医に関しての特別コースをつくってもよろしいと。ただ、それらについてはいわゆるコースとしてこれまでのプログラムと平行して立てて、マッチングに乗せようというお話だったのですが、その点についてはちょっと、今年は難しいかなという印象を私は持ちました。非常に魅力的ではございますので、私たちもこれは持ち帰りまして、大学病院でどういうコースにすれば応募者により魅力的であるかということを考えさせていただいて、次の年度になるかと思いますが、考えていきたいと思っている次第でございます。それが小椋先生からお伝え願いました、新しい大学病院の臨床研修の流れということでございます。

どなたか御発言ございますでしょうか。

どうぞ、大澤先生。

大澤委員： 建設的な意見でないかもわかりませんが、臨床研修制度のことに関して一言発言させていただきます。4年前に新医師臨床研修制度ができて、そのことによって今までの医局制度といえますか、医局での医師派遣の機能が全くそがれてしまい、そこで極端な医師の偏在が起こってしまいました。大学に残る研修医の数が以前の半分以下になってしまっています。地方ではもっとひどい状況になっていて、その状況の中で研修医の労働力としてのマンパワーがなくなったことにより、関連病院から医師を引き揚げて大学に戻さないといけないという事態が起こり、当然の結果として関連病院でまた医師の偏在が起こってという悪循環が生じています。今の医療崩壊といえますか、医師不足、医師偏在の根本的な一番の原因というのは新医師臨床研修制度です。その辺のところをもっと深く掘り下げて、その偏在になった原因というのを考えないといけないと思います。あれだったらもう一度もとに戻すような、今の臨床研修制度を廃止ないしは大幅に改定するような方向でないと、なかなか今の医師の偏在というのは短期的にはもとに戻せないと思います。中・長期的には対策は立てられるかもわかりませんが、短期的に今の医師不足、医師の偏在を解消しようとすればその辺にメスを入れていかないといけないかと思えます。制度を少しだけさわってということでは到底解決は望めないのではないかと。ということを思います。大学病院に臨床研修医を戻そうと思えば、大学病院の方にもっと予算

をつぎ込んで設備とかスタッフを充実しないといけません。研修医は大都市の設備のそろった、教育スタッフのそろったところに自由に行けるわけですから、研修医が、そういうところを選択するのはいたしかたがないと思います。財源を確保して、充実した教育のシステムつくることが重要です。

しかし、現実には、一番ネックになっているのが財源の確保ということです。制度を少しさわっただけでは全く効果がありません。国の方もこの3年間医師不足解消のための対策にいろいろと取り組んでいます。前々年度の医師確保対策、前年度の新医師確保対策から今年度の緊急医師確保対策等3年間ずっとやってきていますが、去年度にしても100億円ぐらいの額で予算を組んでいますが、額は少ないし、それから執行率を見ても物すごく悪いのです。いいので10%ぐらい、悪いのだと執行率ゼロ、そういうほとんど焼け石に水のような対策しか立てないというのが現状です。もっともっと根本的に考えないとこの問題は解決しないのではないかと思います。

福井部会長： 今の問題は、もう国民全体の大問題でして、国レベルで話し合ってもらわなくちゃならない問題だと思うのですね。私たちもそれはもう根底に共通して持っている意識であります。もちろんこういったことについて意見が出ましたから、新医師臨床研修制度の廃止についてですけども、根本的に制度を変えていくプロセスというか、どういう手続でそれが行えるのかいうあたりは厚生労働省の先生の方が御存じだと思いますけど、小椋先生、その辺はどうでしょうか。もともとこれがスタートしたときに諮問委員会があつて、その討論でスタートしたわけでございますね。ですからこれを変えていくにも、パブリックオピニオンを聞いてからということであったわけです。途中で委員会をもたれてオピニオンを聞いた段階ではおおむねよかったという話であつて、そのまままた進められたということなのですね。今までのようないろいろ意見というのは、やっぱり現場の医師それぞれの思いがあり、変えて欲しいという希望が沸々としていると思うのですが、この制度は当面は変わる見込みはないというふうに考えたらいいんでしょうか。

小椋委員： 厚生労働省の中に医道審議会というものがございまして、その中に医師の臨床研修部会といったようなものがございます。その中で決定されていったことが国の方針として、政策として反映されていくという形になっていると思いますので、まず第1には、臨床研修部会の方々にそういうような声を届けていくことが大切なのかなというふうに考えております。

それとあと大きな改革というようなことは急には難しいかもしれないですけども、今、現段階でできるというようなことに関しましては、国の方としてもそれは考えていただけないかなというふうに思っております。

それと、あと、先ほどの臨床研修プログラムの弾力化というようなこともございましたし、あと今年度というか、この前の臨床研修部会である程度決まったことといたしましては、今までは

新規の研修病院をつくるというようなことは認められていなかったわけなのですけれども、ある一定の条件を満たせば新規の臨床研修施設もつくっていくことが可能になったというようなことになっております。ちょっと詳細な条件につきましては、たしか3つぐらいあったはずですが。

1番目として、臨床研修施設がない、2番目に医師が不足している地域であるというようなこと、3番目といたしまして医師不足の地域に対して、きちんと、“たすきがけ”で医師を派遣するというような条件があれば、新規の臨床研修施設も認める可能性もあるというような形に流れとして少しずつ変わってきていると思います。

福井部会長： 今の臨床研修制度自体について何か御意見がございますでしょうか。

どうぞ。

横谷委員： 確かに研修制度が始まって医師不足が顕在化したと思うのですが、それは私が医者になって11年になりますが、なったときからやはりベテランの先生がどんどん開業されてやめたり、入局に関しても、外科などの仕事が大変と一般的に言われている科には、入局がもう既に少なくなってきて、やはり偏った入局、多いところは多いし、結構大変だと言われているところはもう私たちのころから入局が少なくなって、このままいったら自分たちがベテランになるころには、大変だと言われている科は少なくなるのではないかなというようなことはみんなで若手の医師は感じていたのです。

その後、臨床医師研修が始まって、それが二、三年早く、四、五年早く顕在化しただけで、いずれそういうこととして、研修が始まってなくても今のような状態になっていったのではないかなと思うのですけれども。

福井部会長： それについては確かに国の方が例えば今回この診療科にはこれぐらいのドクターが必要なのだというような基準も示してくれれば、ある程度、その答えも得られるかなと思うし、それぞれの業務の評価をきちっとするというのを各病院でやることも大切だし、あるいはこの評価が何よりも必要だろうというふうに思うわけですが、そこら辺になると、ますます話は大きくなっていくわけですが、専門分野間の医師偏在をきちっと正していこうと思えばやっぱりそういうことをしなくてははいけないかなと。

どうぞ。

菊池委員： 県立奈良病院の菊池ですけれども、私どもは研修病院として研修医の教育を担当させていただいている病院なのですが、今のお話を聞いていますと、医師不足、それは全体像としてはあるのでしょうか。偏在もあるのでしょうか。まずそこで初期臨床研修制度、これを廃止するかという大きな話になると非常に問題もあるでしょうから、続けていくにしても、厚労省の方から言われている、大学病院だけでも弾力的な運用するか新規の研修施設を出しやすくするとかという施策を打っておられるというのは、まず魅力ある臨床研修というところへ向けて変わられ

たということで、それは非常にいいことだと思います。

その一方で、奈良県の場合ですが、やっぱり初期研修医の数をふやす努力をしないといけないですね。前回に吉田会長がおっしゃられたのは、初期研修はいろんなところに行っているのだよと。それで奈良に戻ってきたらいいのではないかというふうにおっしゃられましたけど、やはり最初に研修した地域に根づく研修医もいると思うのです。そうだとすると奈良県全体で初期研修制度を今後どういうふう構築していくのかを考える必要があると思います。例えば今、大学で福井教授がやっておられる、“たすきがけ”みたいなものを、もう少し弾力的に運用することによって、大学病院で初期研修を1年しながら地域の臨床病院でもできる。つまり初期研修で医師としての人格を涵養するという大目標があるわけですから、プライマリーケア、それからいろんなコモンディゼーズを見る機会のある病院とタッグを組んで、初期研修制度を行うという柔軟性が今後必要になってくるのではないかと思います。特に奈良県は初期研修制度について、もう少し積極的にしていく必要があるのではないかなと思うのです。各臨床研修病院が一つ一つで頑張っている、これはもう多勢に無勢になってしまいますので、奈良県全体として初期医師研修をどう考えるかということが必要だと思います。

もう一つは、後期研修です。奈良県の場合、後期研修は立ちおけています。第1回の会議でも申し上げましたが、例えば内科専門医や外科専門医を取得するという目標が明確にされたプログラムを是非つくっていく必要があるのではないのかなと思います。そうしないと大阪や、京都の大きな病院などに、人が流れていくのは仕方がないかなと。各研修管理病院が後期研修のプログラムを一緒になって組んで運用している都道府県もありますので、そういったことも考えていく必要があるでしょう。そうすれば後期研修で民間病院も入ってやっていけるようになればもう少し活気が出てくるのではないのかなと思います。

福井部会長： ありがとうございます。

今川先生、ご意見がありますか。

今川委員： いや、今おっしゃったことと関連するのですが、まずは奈良医大を卒業された研修医の方が奈良県内で研修される率というのが最初はちょっと低かったというふうなことで、現在、来年度から奈良医大でかなり柔軟性を含めたプログラムというようなものをおつくりになって、それで初期研修医をふやす、県内で研修する人をふやすというのは非常によろしいかと思うのですが、菊池先生おっしゃったように、やはり最初に研修したところに落ちつくというドクターがかなりふえていると思いますので、そういう意味ではよろしいかと思います。

ただそういうふうなときに大学以外の臨床研修病院のプログラムというのがかなり大学と違って柔軟性が少ないわけですね。そうするとそういうふうな柔軟性のないところにどういふに工夫したらふえてくるのかというふうなことになってきて、非常に厳しいというふうな。

それからもう一つは、従来は卒後5年以上であれば指導医になれたところをまた7年間にお戻しになるというふうなことを厚労省が、それから指導医ワークショップを必ず受けていかないかんというふうな厳しい条件がある。私は済生会に所属しておりますけども、済生会の全体で見ても医師が指導医のワークショップを受けている率というのは30数%しかないんですね。定員の人数。そういうふうなことで指導医の数も足りない。それから指導医の条件が厳しくなっているというふうなことで、一方でこの3番に書いてあるような奈良医大で研修を受ける人数はふえるのだけでも、県内の臨床研修病院というふうなものは少し疲弊してくるのではないかと、いうふうな心配をしておりますので、この辺のところを福井先生の方で“たすきがけ”、あるいは奈良で初期研修を重ねる先生方の私たちの病院の役割というふうなものをもう少し総合的に明確化していただいたらというふうに感じております。

福井部会長： 大学では私が担当しておりますので、ちょっと申し述べさせていただきますが、既に先生方の病院とも“たすきがけ”をさせていただいて、その定員も決めた上で決めているのですが、この場合に、ある病院が非常に人気があった場合にその定員が邪魔になってなかなか決定が難しいこともございます。次年度からは1年毎の“たすきがけ”に加えて、大学病院中心で研修する場合でも3カ月間は外で研修することにし、この際先生方のところでお世話になるという形も入れさせていただきましたので、そういう意味で協力体制はさらに緊密になっていくだろうと思います。今後御期待いただきたいというふうに思っております。

先ほど先生が言われたこと非常に大事だと思ひまして、やはり前期、後期それぞれに分けてきちっと対策を立てていかなければというふうに考えるわけでございます。前期の卒後臨床研修で各病院がそれぞれどういう工夫をしているかということは、持ち寄って話し合う会があってもいいだろうし、その中からさらに新たな協力関係ができていくのではないだろうかという気もいたします。

それで一つは、今まで奈良医大関連として研修管理委員会をやっていましたけれども、奈良医大関連だけじゃなく、例えば天理よろず相談所病院とか近大病院の先生方にも入っていただいで一度話し合いの場を作れたらなと思っております。ただし、これは我々が音頭をとるべきなのか、県が音頭をとられるのか、そこらあたりはやっぱり県の立場というのもあると思います。武末先生、来られて早速でございますが、その点について御発言をお願いしたいと思います。

武末委員： 第1回目のときにも申し上げたように、ある意味研修及び後期研修、さらに言えばその後の医師のキャリアパスについて余りにもちょっと今まで県として関与が少なかったのかなと思っていて、そこはただ、今実質的に医大が中心となってやっていただいておりますので、そこを医大とも話し合いを十分しながら、ある程度一貫性のあるものをしていく必要があるだろうと

。余り個々の病院は名前を申し上げるとなんですので、ぼやかしてお話ししますと、やはり医大がやるとなかなか関係しにくいところもあるところは、県が地域としてやることとして御参加いただける場合もあるかもしれませんし、そういったところはこの厳しい現状において、県としては、やらざるを得ないだろうというふうに考えております。

具体的には、南和の山間部、へき地医療については8月29日に、研修医をやっている方々とか、今医師として勤務している方も対象にして、十津川でワークショップや交流会をします。そこに来ていただいて南和の医療をやってみようかなという人がもしいらしたら、これは県内を対象として限定するつもりはございませんので、全国的に呼びかけて、県外から県内に医師の定着を図っていくというのが、もう一つあります。

それと、もう一つ、まだこれは正式には話ではないのですが、実は首都圏の大学の方がちょっとキャンパスを、要は場所を貸してくれて、何か地域医療を考えるみたいな講演をやった前後で、奈良県の臨床研修病院の紹介ぐらいはしてもいいですよ、というようなお話をいただいておまして、そういうことを例えば、お盆明けにでも県下の臨床研修病院に対して呼びかけてやっていきたいなと思っているところです。そんなことも考えている次第です。

福井部会長： 奈良県の卒後臨床研修といいますと、これまで人数面では、やはり我々医大が中心であったけれども、ほかのプログラムがどういうふうなものかは知りたい、情報交換をしたいですね。さらに研修医がどういう思いであるかということも含めて、研修医同士の情報交換会があってもいいのではないかと考えます。

ただ、まずは奈良県の医師臨床研修連絡協議会みたいなものを立ち上げる。これは一つのやり方ですね。そこで奈良県研修医の集いとかを提案して、各プログラムの研修医が発表しあったり、意見を交換したりして、これをもとに、いろんなことを計画していくというような流れで、自然に若い人につながりができていけば、指導医同志でまた雪解けになって自然とつながることはつながっていくだろうし、やっぱりプログラムは別だという認識から、結局別々になるかもしれません。ともかく、その辺もう少し風通しを良くしてやっていく。それを県が主催していただいたら県が頑張っていることもはっきりと見えるというのが私の今思っていることです。

武末さん、今言われたような形で、もうちょっとすり合わせていただきたいと思っております。それとそういう話が出ましたので、県の役割ということでちょっと私の方からぜひお願いしたいと思っておりますのは、県のホームページの充実ですね。どの病院ではどんな研修ができるかというような部分をかなり詳細にわたって紹介していただけると良いですね。そういうことをまとめるのは医大の事務ではやはりできないわけですから、県からこういう形で情報を出してくださいというご依頼があれば各病院がいろいろ工夫して出すと思うのですね。そういったものがあったらどうかというふうには思っています。

一方で、あんまり全体でがっちり規制してしまうとかえって硬直化して動かないということもあるので、それぞれの試みを皆さんがホームページ上で見られるようなシステムにすれば、役割がはっきりするかなというふうに思います。ちょっと私勝手にしゃべりましたけれども、そのようなことは今すぐ具体的にできることだと思うのですね。例えば奈良県のホームページの中で医師研修にかかわるサイトをつくっていただけたらと思います。それから地域医療とからめて卒後臨床研修連絡協議会をつくる、これも音頭をとっていただければすぐできるのかなと思います。そういったことをこの秋に立ち上げてもらったらなと考えます。

どうぞ。

武末委員： 秋にと言われましたけれども、たしか1回目のマッチングの締め切りが。

福井部会長： そうですね、それが終わってからです。

武末委員： 終わってからのなんですね。とすると、残念ながら今すぐにできることをやっても1回目の申し込みにはちょっと間に合いそうにないので、今、私が起死回生と申し上げたのは1回のマッチングを見て、2回目の希望登録する間に何が奈良県としてできるのか。今77名ですか。それを今ちょっと私の感触でひよっとすると77名を下回る可能性が来年ある。

それを来年度ベース以上、できれば100ぐらいを目標にやる必要があって、ただ、申しわけないのですけども、今医大に単独で100まで上げてくださいというのがいろいろな意味で制約がございまして、4月からそこは福井先生や榊先生の方から御要望があって、私のできる範囲のことは、正直言ってできなかつたんです。

できない中で県としてじゃあ何ができるかということは今、福井先生の方に御相談申し上げていて、この場でちょっとお披露目という形になってしまいましたが、ここで話しないと実はこれだけの方々集まっていたいてお話しする機会もありませんので、あえてちょっとこの委員会として議題としてふさわしいかどうかわかりませんが、今この場でお話をさせていただいたところです。できればやはり最低100名確保してはいきたいというふうに思っております。

福井部会長： ありがとうございます。それはもう非常に心強いところで、どういう形の研修であっても県に100人残るって非常に大事だと思います。それはそういう方向でやります。

先ほど菊池先生からお話があったのですが、やはりこの前の厚労省の会議に出ても僕の質問したいことと東大の先生が質問したいこと全然違うのですね。東大の先生が考えておられる医療というものと我々が思っている医療、めざすところはかなり違う。だから我々は、地域マインドを2年間でしっかり教えたいと思うのです。「すべてを患者さんのためにしなさい。患者さんからの信頼を得ることが医師人生で最も重要なことだから。」こういうことを徹底的に教えて、それでもって初めて地域に根ざした医師が育つと思うのです。研究のため医学の発展のためと早くから考えてしまうと、やっぱりこれはちょっと地域医療とは違ってきえるように思うのです

。そういう意味で医師としての価値観が決まる前期臨床研修をきちんと指導して、やはり相当数を確保しておかないと後期研修につながらないという思いがするのです。さらに、3年目からどれくらい奈良医大医局に帰ってくるかということ調べてみたんですね。平成15年までは大体80人から90人残っていました。スーパーローテイトが始まった平成16年以降はずっと大体30人前後ですね。だから一番少ない時も一応30人は帰ってきましたけれど、だけど、どこから帰ってきたのかというと、残念ながら奈良医大の関連病院のところからしか帰ってきていません。県外の病院、奈良医大とは全然関係のない病院へ行った人はそのまま帰ってこないという形なのです。そこではまた違う価値観があるでしょうし、当然そのままそちらの方に行ってしまうきりになると思う。だからやはりそういう意味で前期研修医数の確保は絶対必要です。

その上で、ほかにはない特色のある専門医養成プログラムを工夫し、奈良の地の利を生かして、他からも集めればいい、菊池先生もそのような意味で言われたのではないかと思うんですけれども。

どうぞ。

喜多委員： 今言われた菊池先生、今川先生もおっしゃられましたが、特に5年生か6年生の学生に聞きますと、やはり奈良医大の今の研修プログラム非常に充実してきている。それで奈良医大に残りたいと言う。しかし、「君らは医大に残るんやな」というような話をすると、人数の問題をすぐ言われるのです。ですから5年生の段階から、やっぱり人数的な問題があるなら他をという気持ちも持っている人もたくさんいます。

奈良医大のプログラムは非常に充実してきたし、奈良県がこの中でいわゆる研修というネットワークがしっかりと樹立され、たくさんの希望者に対応できるということであれば、奈良に残りますという人が、去年より今年はさらに増えると思います。先ほど先生がおっしゃられたように、最初の段階から奈良県内で研修を受けられる人数が増えれば、より多くの人に残ってもらえる可能性は高いと思いますね。ですから初期研修の段階で質を高め、定員枠を広げていただければ、もっと多くの学生に残ってもらえると思います。

福井部会長： ありがとうございます。

臨床研修センターとしてもいろんな先生方の御意見をいただいて、いいものをどんどん取り入れていきたいと思っております。

そういったことで、そのあたりはひとつ具体的に施策に移せるところかなというふうに思うのですが、ほかにこの関連でどうでしょうか、御意見がございますか。

今、研修医の集いのことと、それから地域医療も含めた医師臨床研修連絡協議会なんか立ち上げる話をさせていただいたのですが、私思いますに”たすきがけ”等に関しては今までのおなじみのところはそれで進めてきたのですが、初めてのところはその中でじゃあ話し合いを

した上でお見合いしてよければいいし、ちょっとしばらく別にやりましょうかということでも結構なのですけど、お互いに相手を知ること、それからどんな研修をしているかということを知ることが絶対大事と思うのですね。そういう意味でそんな機会がそれぞれの先生方の負担にならない程度に進めていきたいと思います。

何としてもやっぱり研修先を選ぶのは学生達であるという現実がありますので、なかなかそういう場合にこちらからうまく差配できないところもあるんです。ともかく、より魅力的なプログラムをつくっていくという方向で検討していきたい。

それじゃ、2、3のことについては、あと、家庭医やすぐれた臨床医を養成するという点。これに関しましては、後期臨床研修にかかわってくるところで、まだ医大としての取り組みは遅れているわけでございますけれども、ちょっと内科側で話し合いをしていますのは、例えば内科専門医コースみたいなもの後期につくって、非入局でしばらく内科を希望に応じて回るということにすることです。さらに外科専門医コースで複数の外科を回るとか、あるいは産科小児科コースで特色あるものを作るとかいろいろ立ち上げられるのと違うかなと思います。

どこまで許されるのかはちょっと問題なんです。あるいはがんの専門医コースを作るとか、その中に家庭医養成コースもできたらやろうと思います。どうしてもやっぱり指導スタッフが必要かと思えますね。それから、いわゆるエマージェンシールームですか、ERというようなものも、もし作っていくことができるならば、プライマリー対応というコースを作れるかなと思っております。これにはスタッフがいるわけです。少なくとも、今いるスタッフで話し合いするだけでできる後期のプログラムがあると思えますし、それは医大だけじゃなしに、その中に県立病院、や他の公的病院、それに準ずる規模の病院など、すべてその中の関連でのプログラムを入れさせていただくことで後期研修を整備していけたらと。

それから県の方にホームページをつくってくださいと申し上げておいて、奈良医大のホームページもまだ貧相で、後期臨床研修のページがありません。ですから後期臨床研修のページをつくりますので、それを集約して奈良県に大きな医師向けのホームページがあれば、これはもう毎日たくさんの人が見るわけですから、違ってくるのではないかなと思います。これは今の状態をそのままにしても即効性という意味はあるのではないかなと思っています。ただ、根本的な話は、今まで、しておりませんので、とりあえず具体的な話ということをここに進めさせていただいて、あと40分ぐらいしかありませんので、もう少し根本的な話に戻っていききたいかなと思っています。

それで次、1番の医師の偏在を解消するための取り組みですが、これはちょっと今すぐには難しい議題かなと思っておりますが、3、4、5あたりで横谷先生がいろいろアンケートとっていただいた内容もございますので、ちょっとこのあたりを補足させていただくことありましたら、ぜひそ

の辺も御披露いただきたいと思います。

横谷委員： メールを使いまして知り合いの医師とか、メーリングリスト等ありますので、それを利用してこういう会議があるので勤務医の先生を中心に意見をちょっと伺ってみました。ちょっと順番逆になるのですが、意見の方は、卒後10年以上たった医師からで、ほとんどが病院勤務のドクターからの意見です。

まず、5番のことに関係したことになりますが、医師以外の職種でも可能な作業を医師が担っているということで、意見としてあったのが、やはりメディカルソーシャルワーカーの導入をしてほしいという意見が結構ありました。入院時間が短縮され、国としてはできるだけ療養型のベッドなどを削減して介護保険利用ですとか在宅の方に持っていきたいという方向にある中で、なかなか今までのように医療だけで完結できなくなってきています。そのときに退院を促したり転院を促したりするのが、今はほとんど医者、主治医の仕事になっておりまして、これが結構負担になっているという意見がありました。

それから、クレームへの対応ですね、問題がある場合は別として、いわれのないことでクレームがあつて、それに対応することが多い。それがものすごくストレスが多いので、それに対応してもらえる専門の人を置いていただきたいというような意見がありました。

4番目の女性医師のことにについてなんですけれども、今後検討する方向性ということで女性医師にとって働きやすい環境の整備ということがありますけれども、女性医師の方からじゃあどういうところが働きやすいのかというのをちょっと聞いてみました。

たくさん意見があつて、ここでぱっと一言にまとめてというのが難しいのですけれども、まずやっぱり時間が決まっているというのが一番仕事を、子供を持ったときですけれども、子育てとの両立というのを考えますと時間が決まって働けるということが大事なのではないかという意見がありました。例えば忙しい時期だけ時間、ここにもありますけど、短時間正社員制度などという言葉もありますけれども、短時間のときに仕事の内容をちょっと検診とか簡単な業務じゃなくって、今後、自分がまた子育てが一段落して働けるようになったときのキャリアにつながるような形で、短時間といえども雑用ではなくてやはりそういう今後につながるような仕事を与えていただきたいというような意見もありました。

あとはやはり女性医師がこれだけふえている中で大学などにおいては指導の立場の先生が女性はとて少ない。ロールモデルがないので、どうしても途中で挫折する人がふえているという意見があります。今はまだ女性医師というのは、どちらかという指導医レベルになってくるとまだまだ人数が少ないんですけれども、ある程度ちょっと優遇策を入れても女性も教員なり指導者の立場の人をふやして、ロールモデルをつくって女性の若い先生が続けていけるように配慮していくのが大事じゃないかという意見もありました。

あとは、これは女性医師のことだけではないのですけれども、やはり労働環境が悪くてもう大変で病院をやめてしまうという方も多いので、もう少しみんなが働きやすさを感じて働く、修行するだけのような勤務ではなくて、もう少しやっぱり働いてよかったというような、やりがいを感じて働けるような勤務体制をつくっていくのが必要じゃないかという意見がありました。

それから前回、潜在女性医師というのかわかりませんが、働きたいけれども余り仕事ができなくてない医師をトレーニングしてもう一回働いていただくのはどうかというようなお話があったんですけれども、ちょっと知っている医師だけのことなのでわかりませんが、あんまり働きたいけど全然今は仕事をしていませんという人は周りにはいないというお話でした。何らかの形で週何回勤務とかアルバイト等も含めて働く意欲のある人は何とか仕事はしているけれども、自分の納得いく形でできているかどうかというのに関してはちょっと問題があるというようなお話で、今、潜在女性医師を活用して即効性のある何か対応というのはちょっと難しいかなという御意見でした。

簡単に言ったので、いろいろ抜けている部分もあるのですけれども、大体いろんな意見を、こういった内容でした。

福井部会長： ありがとうございます。

こういうアンケートは非常に貴重でして、私たちが研修医の教育の改革に当たったときもまずアンケートから始めて、声にならない声を集めていくことから始めたわけなのでございますが、今女性医師について勤務時間などいろんなお話があったんでございます。これに関連してでもどなたか御意見がございませうか。

これはもちろんこの委員会でもそうでございますし、こういったことを各病院が認識してもらうことが大事だと思うので、こういう委員会があることで話し合われているということをさきに申し上げたいと思いますけれども、病院長のレベルで解決できる問題と、それからやはり全体の枠が決まっておいて仕事を組み立てて行くということもありますね。

特に県立病院なんかは非常に厳しい条件の中で今までやっていただいていたと思うのですが、例えば後期の研修医の枠がもう少しあればやっていきやすい。例えばもう少しソーシャルワーカーの人員があればというようなことが当然県立病院にはあると思うのですが。そういう意味で中核になっていただくような意味合いから県立病院でこういうことがあれば、より医師確保につながりやすいのかなというご意見、菊池先生、ありますでしょうか。

菊池委員： まず、女性医師のアンケート非常に参考になりました。ありがとうございます。

その前に委員長が、後期研修のことをおっしゃられましたので、まずそちらの方からお話したいのですが、後期研修という枠組みは、私どもの病院では実はないのですね。レジデントという名前で、しかも契約は1年更新の契約でして、給料のこと言っただけなんです、給料は初

期研修医に、ちょっと上乘せされた程度の給料しかもらってないというようなことです。その中でも、やはり初期研修を私どもの病院で2年間した医師たちが後期研修をレジデントとしてやって行きたいというような希望があるのですね。定員5名だったのですが、それを6名に増やしていただいているのですけども、そのうちの半数は当院の初期研修から上がってきた人たちです。

ただ、1年毎に更新ということになっているという関係上、先ほど私が言ったようなちゃんとプログラムをつかって専門医までというようなことをきっちりカリキュラム的にはつけれないわけです。ここのところは県に、もう少し弾力的な運用ができるように是非お願いしたい。そうしない限り県立病院で後期研修はなかなか前向いて進んでいかないと思います。

女性医師のことにに関してですが、出産、子育てを契機に休職になる場合が多い。それで復職するとなるともうかなり時間が経っていて、そのときでは実際に臨床の場ですぐに仕事に復帰するのはなかなか難しい。先生自身も大変なのだろうと思います。だから復職支援といいますか、例えば一定のキャパのある病院で研修といいますか、もう一度経験を積んでいただく期間をつくることができれば自然の流れで復職していただけるのじゃないか。

福井部会長：ありがとうございます。

武末先生。

武末委員：今の復職支援のことについては、奈良県立医大が、東京女子医大と組んでの内視鏡の検査でプログラムに参加していたり、長崎のGPですか、プログラムに参加は奈良医大としてはしていたりして、キャパのあるところでやろうとしている試みはないわけではないのですけれども、まだそこが本当に実効性のあるところに行っていない。

それはなぜなのかというの、またそこは分析して考えないといけないでしょうと。

後期研修制度が今、県立ではないということですね。給料が安い。済みません。手当てをきちんとしていただきたいというところ、もうちょっと個別具体的に、この場ですからちょっと教えていただければと思います。

菊池委員：レジデントというのは県職員ではないんですね。身分は嘱託で1年ごとの契約となっています。嘱託ですので、県職に準ずるのだろうと思いますが、保険等もちゃんと整備されているのですが、月の基本給が30万弱だったと思いますけど、ほかの地方自治体の後期研修医の場合と比べると安いのではないのでしょうか。安いからだめだとは僕は思っていないのですが、1年目、2年目、3年目と年次が上がるにつれてほかの都道府県だとステップアップしているようですね。

奈良県の場合は1年ごとの契約ですから、全く一緒ですので後期研修で、レジデントとして入っていただいても、先が見えないという感じがどうしてもレジデントの中にはあるのかもしれ

ませんね。

レジデントと身分等について本音の話はしたことはないのですが、そういうふうにも思っているのではないかなと思います。だから3年なら3年という形でしっかりプログラムを組んでやれてはいないということですね。

武末委員： まず、処遇の面で手当てをきちんとということ。

次に、研修医のプログラムについては、後期研修プログラムをつくるとするならば、そんなに広い県ではない。正直申し上げますと140万という県は、私のふるさとである福岡市も140万人なのです。その中でまず、5年間のプログラムをつくるとすれば、県としての魅力的なプログラムをつくって、それに基づいて、県内を動き、一定の課題をクリアしている限り、あなたはこのプログラムに乗っかっているのだから、継続的な処遇をします、というような取り組みまでいけたらいいなと思います。

今すぐには、そんなことでできる状況じゃないのはわかっているので、5年後ぐらいまでには、そういうふうな体制ができたらいいなと思います。この部会でそういうような5カ年計画みたいな形でビジョンを出していただいてもいいのではないのでしょうか。

ただ、まだ現実には、まず1回目の臨床研修病院の集まりをやりましょうという状況ですから、各臨床研修指定病院が、どういった目的で、どういったビジョンを共有しながら集まっていたかかというのは重要ですので、ここでそういったことも、議論して打ち出していただけたらと思います。また、魅力的なプログラムを県がつくれと言われても難しく、できるものではないので、そこは例えば医大であるとか、関係臨床研修指定病院の方が集まっていたいて、奈良県において、そのプログラムのもとで働いた医師は、10年で一定のレベルになることを念頭にしています、みたいなプログラムを、幾つか策定し、それぞれの選択肢として、幾つ必要なのかも含めて、ここでは決めないかもしれません。

最終的に、県でやりましょうということが決まったら、今度は県が音頭をとって集まりましょうといった枠組みの中で決めていただけたらなという話です。

何もかも、今年の秋までに結論を出して、決めなくてもいいと思うので、どういうところで県に対して果たしてもらいたい役割ということを、この部会で出していただけたら非常にありがたいなと思います。

あと横谷先生、非常にありがとうございました。できましたら、個人情報にならないように配慮して頂いて、アンケートの結果を会議の資料としてホームページに載せていきたいなと思っていますし、そうすると、この会議を知った人がその資料を読んで、さらに何か御意見やご提案を賜ればと期待します。

年度の後半は、協議会のホームページも立ち上げまして、今度は県民を初めとする意見を

受け付ける場をつくりますので、前半の議論とか資料がやはり意見を誘発する一つのきっかけとなるかと思っておりますので、できるだけ資料をいただけたらなと思っております。

やっぱり忙しい時期に短時間正社員制度というようなことというのは、ちょっとお聞きしていると、表現は悪いのですが、福祉の社会に考え方にノーマライゼーションという考え方が近いのではないかと思います。

日本でノーマライゼーションというのは、勘違いされていた時期があり、障害者を普通に働けるように教育するという大きな誤解のもとで福祉施策が当初進んでいたというのがありますが、本来は、障害を持っている方が普通に働けるように環境を変えるのがノーマライゼーションで、女性医師に限らず男性医師も、例えば病気になったときは本当に短時間労働ができる環境が必要という点では、女性医師と同じことかもしれません。そういった場合でも、きちんと働けるような場をつくっていくというのが、やはり医師が一生その職業で使命を全うしていく上では重要な環境なのかなという気がいたします。

ただ私はちょっともつと医師として言いますと、それを許さないのは、実は医師の職業倫理みたいな、中身の問題です。定時勤務で、9時、5時勤務をする医師は許せない。24時間、365日、患者を責任持って診ろ、みたいな暗黙のプレッシャーが色濃くあります。

通常はいいのですが、医師自身の体調が悪くなった場合や、育児とか出産のときはちょっと特別扱いしましょう、ということも許してくれないのがテクノクラートの集団というか、技術職業集団的な倫理観がちょっと医療界、特に今の日本の医療界は強く、働きづらい環境になっているのかなと思っております。

背景には、確かに医師不足があるのだと思っておりますので、ただそういうところを見直していくことで、さらには、職種に仕事をうまく配分していくことで、できることがいっぱいあるような気がいたします。長くなりましたので、こら辺で切らせていただきます。以上です。

福井部会長： まだ少し、1時間ほどいただいたようですが、先生、どうぞ。大澤先生。

大澤委員： 私もこの女性医師の現場復帰支援というのは非常に大事な項目かと思っております。唯一県が県レベルでできる短期的というか中期的な対策の一つだと思っております。ここに書かれているように短時間正社員といいますか、正規雇用医師制度ですね、こういうのをぜひ確立していただけたらいいと思っておりますし、それから職場復帰のための再トレーニング事業ですね、これも非常に大事で、ブランクがあって不安になられると思っておりますので、そういう再トレーニングの事業をきっちりできるようなところを県内につくられるというのも大事だし、それから子育てしながら、家庭を持ちながら働いていかれるんですから院内保育ですね、そういう施設、それから病児保育も考えの上でそういう施設を充実するようなことでないとこの事業は難しいかと思っております。今の県のこれに関するようなドクターバンク事業というのがあるので、年間予算が50万

円ということで、もう非常に微々たるお金です。十分に財源を確保してそこにつき込まないと、女性医師の現場復帰を支援するのは難しいか思います。

それからちょっと話はそれますが、先ほど後期研修医の処遇についての話が出てきました。給与の面ですね、一時新聞に奈良県の勤務医の平均給料が全国最低ということで大きく載りました。それがかなりインパクトを持っていますので、この勤務医の給料の低さも奈良県にとどまらない理由の一つかと思います。せめて全国平均の中の上でないと、地方になりますので、なかなか集まらないと思います。勤務医の処遇もしっかり考えていかないといけないと思います。ここでも財源の確保が重要で、お金なしでは何も事業が動かないのだと思います。今まで国策として医療費が抑制されてきましたけど、そのひずみがここに来て一気に噴出してあります。十分な財源確保を国の方にも話してもらわないといけないと思います。

福井部会長： ありがとうございます。

病院レベルで解決できること、それから県が取り組んでいくべきこと、国の施策となるべきことを、分けてお話しただいたこと非常に大事なことだと思います。

どなたか御発言はございませんでしょうか。ちょっと時間を余計いただきましたので、御自由に御発言いただいて結構なのですけれども。

今の女性医師支援の問題、これは僕も研修医に対して訴えるときに奈良県はこういうことをしているのだよということは非常にこれから大事だろうと思って、それをお話ししたいなと思いながらここで議論ができないで今まで来たのですね。そのとき考えた中には、やっぱり24時間保育、病児保育の話も言われましたけど、そういった多分、その医師を対象としたものもやっぱりつくっていただけないかというふうに医師会に働きかけたらいいかどうしたらいいのかなということで考えたままになっているのですけど、これがもしできるならば大きな進歩であろうとは思いますがね。

それと今まで復職支援に関しては各科がそれぞれケース・バイ・ケースで対応していると思うのですが、こういったものをどこかで一つにまとめてくれる、事務的なことをしていただけたところがあっていいのではないだろうかという気はいたしております。東京女子医大が始めたのは、そういったことをして大きく全国に出したわけでございますけれども、その意味で科によって後期研修には特性があると思うのです。ですからそんな事態がもし進むとするならばどのあたりどうしたらいいだろうかというような御意見はございませんでしょうか。僕はちょっと。

どうぞ、横谷先生。

横谷委員： 保育の問題なのですけれども、これは医療業界だけじゃなくて世間一般になんですが、女性が労働力として今貴重になってきているので、保育所を24時間体制にして病児保育もして働いてもらいましょうというふうになってきているんですけれども、やはりそれを考えるときは仕事

のことだけを考えるのではなくて、やはり子育てというのも物すごく大事なものなので、やっぱり生活していくこと、子供を育てていくことと仕事を両方できるように、どっちかというと私は、それは夢のような話ですけど、子供が病気のときぐらい仕事をそんなに気兼ねなく休みたいと思うのですね。こんなに気を使って子供のために何もできないんだったらもうやめようというドクターも多くって、かえって今までの女性ドクターはすごく頑張っただらされている方も多いので、子供が小さいうちは何とか働いて保育園の助けもあったりしてできたけれども、小1の壁と言うらしいのですけれども、小学校に入るときにやはり母親の手とり足とりも、子育てというか、時間のかかわりが必要だということに気がついて離職されるという方がすごく多かったようなのですね。ですからやはりそこを両立していけるような体制というのが大切、すぐには無理ですが、今後のこととして大事なかなと思います。

福井部会長： 武末さん。

武末委員： 済みません。うちの内輪話をしていますが、うちは専業主婦でございまして、保育園に行き出したことも、小学校に行き出すという経験もあるのですけども、小学校に行き出すと逆に手がかからない。しかし、乳幼児の2歳、3歳のころは保育園に行きながらも子供の非常に依存心が強くて、小学校になったら少し仕事をやってもいいかなというのが専業主婦をやって育児をやった女性の感触らしいのですね。先生の今のお話は、小学校に行き出すと、育児で就業が難しいと、専業主婦の場合と話が逆になっていて、その違いがなぜなのか、わかりますか。

横谷委員： 小学校1年生じゃなくて2年か3年になってきたらちょっと手が離れるという話を聞くのですが、保育園育ちの子供の場合は6歳までは延長保育があり、用意とかも親がすればよかったので、そんなに、何とか両立できたけれども、今度小学校になって自分でやらせないといけない。延長がないので、早い時間に帰ってくる。学童が二重保育になる。学童が入れないとか、そういうところでやはり仕事をあきらめて、子供との時間を少し持ったり、今度は精神的なバックアップが必要になってきたりしますよね、大きくなってくると、

そういう意味で、子どもとの時間をとりたいたいけれども、仕事で夜も遅くなると、十分なゆとりがないので仕事の方をあきらめた、という意見が結構あったように思います。

福井部会長： 私たちの教室でも週5日働くのであるならばどうしてもやっぱり9時～5時の検診みたいな業務になってしまう。全日であるならば週2回とか、そんな形で一応仕事はしているのだけれども、やっぱりそういう制限がある。例えば大学の中でそういうことをしていくとなると、やはりかなりの数の医師が大学病院の中にいないと、そういうことに、すぐに対応できないという状況ですね。例えば夏休みになってきて、みんな夏休みとりなさいよと。そしたら検査の件数減らさんことにはこれはなりませんという、これだけ予約が詰まっています、そういう状況が確かにあるのだと。手術なんかでも同じだと思う。ですから、そういった状況なので、根本的にちょっと

変えていくべきこともあるけれど、そういうのはどうでしょうね。日本の医療のこれから先見通してそういうふうに完全に、当直明けはフリーになるというような流れは作れそうなのでしょうか、どうでしょうか。それをやらないと、これはもう前からの大きな問題としてあるのですけれども。

小椋委員： そこら辺に関しまして、私が答えられる立場ではないのですけれども、ぜひ奈良県さんは県としての特色を出していただきたいと思います。

例えば先ほどの部会長のお話にあったように“女性医師にターゲットを絞っていく”、というような話であれば、そちらの方に絞っていただいてやっていただければ、日本で先駆けて奈良県ではやっているといった取組や打ち出しも可能だと考えております。そこら辺のところは関連機関とかございますけれども、文科省あるいは厚生労働省、そしてほかの機関も様々ございますが、先ほど5年計画とかという話もありましたが、連携して先生方の今回の部会の中でまずはできることの方向性を打ち出していただければいいと考えております。

武末委員： たしかに、すべてをすることは難しいかなと思います。そのできない理由の、最大のボトルネックは、“ただでさえ人手不足なのにそこまでできるか”、ということでしょう。しかし、ただでさえ人手不足なのに、定時だったら勤務できる人をうまく活用していない側面がある。その本当の理由は、先ほど私が申し上げた、何か旧来の職業倫理で自分達自身を縛りつけているところがあるのではないか、という疑問の投げかけです。

話は変わりますが、先ほどの横谷先生の御意見で、へえっと思ったのは、潜在女性医師というのは実はないというご意見です。何らかの形で医師として働いているけど、出産や育児を契機として、異動や診療科を変えて働いているが、それは、本来自分のやりたいこととは違うのだと言われました。例えば定時にできる医師の仕事といたらやはり検診であるとか、献血の問診医がなど、9時～5時で間違いなく帰れますし、場合によっては、相談すれば、“きょうはちょっと子供の調子が悪いので”と、休みを取ることもできるかもしれない。

そのような診療科は、あるのですけれども、多分、全ての診療科でやるのは難しい。例えば外科であれば育児の間は麻酔科に変わって、予定手術だけだったら9時～5時の勤務が可能なので、麻酔科で術場には行く。かえって逆に術者じゃなくて麻酔医として見ていると、外科医の視点ではわからなかった手術に関する視点ができて、外科医のキャリアとしてもいい、みたいなこともあり、そういうような科を超えた働き方の横断的なやりとりができるといいのかなというところなのです。

ただ、潜在女性医師になりかけていて、でも医師不足だから働く場所はなんとかあって、今は、仕方なく働いていますという方は大体どんなところで働いておられるか、わかりますか。

横谷委員： 一番よく聞くのは、本当は臨床でいたいんだけど、自分が長時間の労働ができないので、保健所に行きませんかと言われて保健所に8年ぐらい勤めて、8年も勤めたら今度臨

床に戻りたいけれども、もう戻りづらいけど、頑張ってるけど、大変でしたという先生がいらっしゃいました。あとはやっぱり検診業務。長くやっぱり臨床を離れてしまうと今度臨床に戻るときの壁がすごく高くなってしまいますので、やはり何らかの形で臨床とかかわれるような何か体制があればいいなと思うのですけれども、今だったら保健所行ったら保健所だけ、検診だったら検診だけ。あとは多いのはパートで私立の病院に週に、それはパートだけど週5日の定時で帰る、当直なしという形で働いておられる先生も何人かいらっしゃいます。

何か私立の病院の方がかえってそういう融通をきかせてやってくださっているようなのですが、逆に県立病院になると産休すらほとんどとられてないと思うんですね。産休なぜとれないかという、自分が休んだときにかわりの応援医がないので、ただでさえ定員が少なく、各医師がいっぱいいっぱい仕事をしているのに、自分が産休をとって休もうという気にもなれない。

そこに自分が休んだときだれかがバックアップとして交代で、学校の先生だと講師とか来られますよね、そういうかわりの人が来られればとろうかなという気になるけれども、そうじゃなかったらとても気持ち的にとれないということで、もうそこでやめてしまっただけで復帰につながっていかないということもあるようです。

菊池委員： 当院では、男性と同じ条件ですずっと仕事をしてきて、当直もして、当直の後、次の日も診察、寝ずに30何時間、40時間連続勤務という勤務で体調を崩し、もうほとんど疲れましてと言って、やめられて開業した女性医師も実はいるんですね。代替りの医師の派遣というのは大変むずかしい。ですので、産休をとるなんていうのはまず無理ではないでしょうか。私どもの県立病院だけでなく他の病院でも状況は一緒だと思います。

あとは若い女性医師が研修でキャリアアップ、結婚、妊娠されるまで働いているという、何か二分化しているのではないかなと思うのです。ちょうどその間の一番妊娠、出産、子育てのところがすっぱり抜けているというのが現状というか、何か印象なのですね。だからそこをどうするかということですよ。

横谷委員： 実際には県立病院で勤めていたのだけれども、妊娠したので、もう産休に入る前にやめているのですよね、実は。

菊池委員： そういう場合もある。

横谷委員： だからそういう事例が。でもなぜやめているかという、交代要員がない。そこというところがあると思うのです。

武末委員： ちょっとこれ確認しないといけないんですけど、産休、うちの課にも一人とっておきまして、県の制度だと産休をとっても定員が減らないから、補充の新規雇用ができないと思うのです。

杉中補佐： そういう定数管理的な問題はあります。ただ、横谷先生おっしゃっているのは制度的な話。育児休暇の話ですか。

横谷委員： 違います。産休です。

菊池委員： 制度でとれないというんじゃなくて、実際要するに医師の派遣ということでいうと、これは大学の各医局から県立病院に派遣しているわけですよ。だから女性の医師が産休、育児をとるとすれば、期間は1年か2年、1年半でしたっけ、制度的には。

横谷委員： 産休は4カ月です。

菊池委員： 産休4カ月でしたっけ。その間に交代要員をさがすというのはというのは、なかなか難しいですよ。だからそういうケースがないのですよ、基本的に。制度はあるし、可能なのですよ。でもその4カ月の交代要員の医師が実際いない。医師が産休後帰ってきた場合、交代医師はどこかへまた行くわけですよ。そういう体制が全くとれていないわけです。

ということは、事実上これは動かない制度ということです。規則上、産休をとれる制度はあるのですが、医師の場合、実際は動いてないんです。

武末委員： ただ、一方で、学校教職員はその制度が動いていますよね。

菊池委員： そうですね。

武末委員： だから、何かそこに一つのヒントがあるかでしょうか。公立の場合は定員の問題があって、だから本当にできないという話がひとつ。多分、医師の補充ができないという問題と、制度上の定員の規制があって、その二つの問題が公的病院にはあるという話。

私立病院には、制度上の問題ないにしても、いわゆる医師の派遣がない場合、産休もとれない。ただ、逆に言うと、4カ月だけ働きたいというのは、例えば育児をやっている方でとりあえず何か4カ月だけ来ませんかという、育児が落ちついているときに1年間なにもしないより、4カ月働いて6カ月は育児に専念するというのという方法もあるのではないのでしょうか。そういう人が本当は潜在女性医師としているのかなと思っていたんですが、どうもそれはいらっやらないのかな。それとも先ほど言った保健所とかに行ってる方で4カ月だけでもやりませんかと言うと動いてくれるのかという、どうなんでしょうか。済みません。全部そちらに投げかけして申しわけないんですが。

横谷委員： 私も友人とか知り合いの方が経験されたことしかわからないので、全員対応、反映をしないと思うんですけれども、例えば保健所に行っても4週間だけ麻酔じゃあかけてと言われても、多分急に麻酔一人で夜中に呼ばれてかける勇氣はないと思うんですね。特にこの時代ですから、やはり危ないし、自分を守りたいですので、だからやっぱりそういう何かシステムを全体でつくらないと急に行ってできることもあるかもしれませんが、完全主治医制のこの今のシステムでは、ちょっと急に行って何年も胃カメラしてないのに、はい、カメラしてく

ださいと言われてもその先生のかわりにはなかなかならないんじゃないかなと思います。

武末委員：最後にじゃあ、長くなりますが。わかりました。ドラマでは8年間市役所に勤めてた医者がいきなり……………なんかをやって、あれは非常に誤解を招くかなと個人的には思ったりもしているんですが、それはちょっと現実的ではないという、私も感じてましたし、ちょっと先生もそう言っていたんで、やっぱり僕の感覚は間違っていないと思ったんですけれども、とすると最初に戻りまして、やっぱりどっか少しキャパがあるところで何か研修なり臨床をやりながら必要があればそこから派遣するみたいな、それをマグネットホスピタルと呼んでるかもしれませんし、マグネットホスピタルみたいな大きなものじゃなくても、もう少し特化した形でやることは可能なのかなという気もします。ちょっとしますというところで、どうやるんでしょうというのはまた今後詰めていく必要があるかもしれませんが、一応私は以上でございます。

福井部会長： どうぞ、大澤先生。

大澤委員： このことに関してですが、私が大学病院に勤めてたころですが、もう20年、30年前になりますが、関連病院たくさんありました。各関連病院、医師2人ずつぐらい充ててやっており、その中で女性医師が半数ぐらい占めていました。当然女性医師とのペアでやってる関連病院もありました。女性医師が妊娠、出産ということは当然あり得ることで、もちろん産休、引き続いて育児休暇に入られるのですが、そのときはどうやってたかという、1人では無理です。手術もできませんので、応援の医師が必要になりますが、そのときは大学から臨時的に応援を出して2名は確保するような形をとっていました。今はそれができないというのが現状なんですね。もちろん関連病院もスタッフがいない、大学の方も医局から出すスタッフがいないという状況が現状でこのような状況になってくると、関連病院から引き上げざるを得ないような状況になってしまいます。2年前に国の方が新医師確保対策事業というのをやりました。

その中に今言われたマグネットホスピタルの構想が出てきてましたけど、これも計画倒れで、予算を立てたのですが、予算の執行率が1%、全然機能しませんでした。それはマグネットホスピタルになったところも医師を出す余裕がないのですね。また、医師を出したからといって足りない部分を雇えるような余裕もない。それで計画倒れになってしまう。医師を出した病院が新しく医師を雇用できるだけの予算というか、財源が援助されているものであればまだましたかもしれないんですが、1人に対して3万円ぐらいだと聞いてるのですが、それでは到底新しい医師も雇えない、そういう状況です。今までの医局の医師派遣機能をマグネットホスピタルにかかわらせてやらそうとしたんですけども、全然機能しませんでした。病院に勤務してる医師が少ないという現状。そういう極端な偏在の形に今なってきたので、勤務医を中で動かしてというのは非常に難しいと思います。

福井部会長： その点に関して人事をやっている立場から申し上げますと、昔でしたらできた。「

こういう条件で教室のためでもあるから是非出張して欲しい。」という話でいったんですが、今はそれが全然通用しなくて、各人の自由意思が非常に強いということがありますね。例えば4カ月間だけ行ってくれないかとか、とてもじゃないが、そういう話は持ち出せないし、先ほどの専門性の話もある。ですからやはり根本的にそういうシステム自体が変わっていかないと、また余剰人員がいないことにはなかなかそういうことには対応できないだろうということですね。その辺がいわゆる一般の公務員と違うところで、辞令1枚で、はい、行きますという形には絶対ならないというのが我々の職業なので、本当に今さっき菊池先生言われたように、医師1人の欠員について何カ月間もどうしようかこうしようかと迷うぐらいなんです。それぐらい1人がいなくなるということが大変な状況なんです。世間一般には医局機能をつぶしたら全部が良くなると言われるかもしれませんが、医局もそういう従来からの機能を果たすこと自体が今はもう非常に難しくなってきた。どうしたらモチベーションを高く保たせて行けるか、ということが大事で、それを含めて若い医師に十分説明し、わかりましたということで初めて人事が進む。若い医師たちにやっぱり何年間かのビジョンを示してあげないことにはなかなか人事も難しいというのが現状ではないかと思えます。臨時に応援に行き、その人が帰ってきたらポストがなければどうしようもないですから、そのあたりが非常に難しいところです。ですから大学病院では多少の余裕があるので、そういった事態にクッションにしていけたわけですが、県立病院では難しいかなと思えます。そのまま本当にいいのかどうかということはいつも思っています。

ほかに何か。

武末委員： ごめんなさい。多分この協議会に期待されているのは、そのいろいろ難しい、だからトップダウンでくるのはなかなかうまくいかないだろうというのがある意味荒井知事の思いで、じゃあやっぱりボトムアップで皆さんでちょっと考えて、一つでもいいからいいアイデアなりトライアルを出していただければ、それをモデル事業として来年やってみましょうということですので、ぜひ、女性医師問題ではないのかもしれませんが。短期正規職員と言った方が、男性だって病気で休むことあるときは産休、育休と同じ扱いになってくる。そのときにもうその職を離れるのかという話もありますし、離れずにじゃあほかの人は欠けた人を埋めるようなことが本当にいいのかという話もあると思うので、できればこの、それについてはぜひこの部会でいい何らかの取り組みを出していただければと思います。

福井部会長： それから主治医制の話が出ましたので、そのことについてなんですが、日本の世の中においては「自分の主治医は誰である」ということが大事で、その主治医は常に24時間自分のためにいてほしいというのが一般の方の今までの考えがあったと思います。医師の過剰業務が限界に達している今、その考えをある程度変えていかないと難しいですね。我々もきちんと休む時は休み、過労のない、心身ともに健全な状態で医療の安全は保てるのです。それを一般の方々が受け入れていただけるかどうかというのがこれから問題だと思うんですね。欧米では主治医は決まってなくて、そのときの担当医にすべてを任せるといような状況です。ですから完全に2週間、3週間フリーで、その間は

もない。そのかわり残っている人は結構忙しいですね。倍の仕事しますから忙しいんです。つまり、オン・オフが非常にはっきりとしている。それを一般の方々が受け入れていただいて、その間はA先生が私の主治医である、次の週はB先生だというぐあいに見ていただくということは非常に大事です。それを目標に私たちは今複数主治医制を始めてるんですね。3人ぐらいの医師で1人の患者さんを持つ。できればグループで担当するという形にしたいんですが、そしたらだれの責任なのかというのがなかなか難しいことはあります。ただ、私がそういうふうに3人主治医制にしてから、患者さん方もかえって喜んでいただけてるんですね。つまり若いドクターも若いドクターなりに熱心に何回もベッドサイドに行きますし、そういう意味でたくさん主治医がつくのは、患者さん側から見ると多くのドクターに見守ってもらっているのだなという印象を持っていただけるのです。もう少し意識が変わっていけば主治医なしのチーム担当制も可能になるんじゃないか。

ただ、そのとき責任体制をどうするかということだけが一つやっぱり残ります。もしほかの日本の病院で主治医制をとっておられず、うまくいってるところがあるなら、情報を収集したいなと思っておるんですが、それもこれも、人がたくさんいればある程度実施できるということなのです。

武末委員： 2人主治医制は、私もあるところでやったことがあって、2人主治医と言いながら主副が決まっています。やり始めた原因は、やっぱり外科医ですので、手術中にいろいろな指示や処置ができないというのがクレームが来たので2人でやり始めた。そうすると1人で大体当時30人ぐらいですかね、主治医、15人掛ける2ですから30人ぐらい持つ。主が15で副が15ということで、結構しんどかったですね。ですからもう少し細かいレベルでできたらなという理想はあるんですけども、ただ1回目のときも少し申し上げましたが、そうすると患者さんの方に変化があります。というのは私の先輩、非常に厳しい方なんで、私は非常にルーズなというか、だったんです。そうすると外泊許可は私のところをお願いに来て、何か手術のことは先輩のところへ聞きに行ってしまうような患者さんの行動が透けて見えるんですね。そのときにじゃあ主治医というのは結局何なのかということ、1回目も少し申し上げましたけども、やっぱり自分の病気や治療を十分理解していただいている方というのが主治医であって、1人自分が責任者というのが主治医じゃないんだろうなと。そこを今チーム医療であるとか医療スタッフ間の情報の共有といった中で、どれだけ安心感を持ってデイシフト、ナイトシフトにかかわっていただけるのかというのは、どこに情報を置くかというのが問題であると思います。今は少なくとも主治医の頭の中に患者さんの医療情報はメインに詰まってて、カルテにはその一部が散見されてるのが一般的な診療所の状態かなと。それをきちんと、忙しい中カルテ書けというのは無理だろうと言われるのが聞こえるんですけども、ただそこをきちっと共有していけばできる。ただ、それにはちょっと手間暇がかかりますね、今はちょっと多忙でできませんねというところはあるのか

など思っています。

福井部会長： ありがとうございます。

今川先生の病院どうですか。例えば完全に2週間の休みをあげるとか、そういう完全なオン・オフをはっきりさせるいうの可能でしょうか。

今川委員： まずは病院全体から見るとパラメディカルスタッフですね、看護師さんであるとか、あるいは薬剤師なんかは育休、産休は我々の病院では全員とっております。ただ、それをドクターに振り分けるととてもじゃないけども、制度はあるんですけども、制度を利用できるような体制にとってもできないというのが現状ではないかなというふうに思います。ですから産休、育休欲しいんだけども、とても休めないわねというふうな格好で女医さんも出てまいりますし、ひどくなると私はこれから子づくりしたいからもう辞めますと。辞めないで、奈良県の言葉でいうと、きづつないので、周囲に気を使うので、もう私りタイアして子づくりに励んでまいりますというふうなことでおやめになった女医の先生がおられます。そういうふうなことで、一般職ではほとんど産休がとれているのに医療の方では全然とれてないというのが実情じゃないかなというふうに思っています。

先ほどおっしゃったような短時間勤務でありますとか、そういうような先生方を探してはおるんですけども、これもほとんど個人情報というのか、知り合いを訪ね訪ねて、おられませんかというふうなのが現状なんですね。ですから医師会の方でもドクターズバンクであるとかそういうことをやられておりますけれども、そういうような方がスムーズに出入りできるような情報源といますか、情報元というものが、我々がどこにアクセスしたらそういうふうな情報が得られるんであろうかというのが現実問題としては、ないわけなんですね。そういうふうな情報を管理するようところがあって、それを上手に運用できるようなシステムがあればなというのは常日ごろ思っております。

それから復帰支援ですけれども、我々のところでも一旦やめた方、例えばもう検診にしかできませんとか、あるいは当直はもう全然怖くてできませんとかいうのがありますので、そういうふうな復帰支援システムというふうなものは十分充実させたものをどうか奈良県で1カ所つくっていただくとか、女子医大でやっておりますけども、これは人数制限がありまして、かなりエントリーが厳しいみたいですね。それと非常に費用もかかるというふうに聞いておりますので、なかなか難しいんじゃないかなというふうに思います。ですからそういうふうな情報が得られるようなシステムができればなというふうに思っております。

福井部会長： 復職支援については、実際現場でそれぞれのケースと対処法を教えていただいて、こういうことができるよという情報がどっかに集まっておれば、そこにアクセスすればいいというような意味合いですね。

今川委員： そうです。

福井部会長： ということは、そういう事務的な機構があってもいいじゃないか。この点、県としてはどうでしょうかね。県の方では全然そういうことは、県としてはやるつもりはない。あるいは考えていない。

武末委員： どうなんですかね。県がやるのがいいのか、先ほど言ったように例えば個人情報の問題があるので、それを回避しようとする職能集団というところでやっていただくとか、いろいろ選択肢はあるにしても、この協議会もう一つはだれが何をするのかというのは最後は白黒はつきりつけましようというところですけど、最初にそこに入ると多分何か責任のなすりつけ合いになるので、そこは最後の最後にとっておいて、純粹に今そういった機能が必要で、だれかがそういうのがないと動かないという結論を出していただいた上で県がやるのか、それとも自治体で、市町村でやるのかとか、ひょっとしたら医大でやるだろうとか、医師会でやるのかとかいうのは最後に少し議論してもいいのかな。そこで折り合いがつかないとちょっとこれはペンディングという形でいかがでしょうか。

福井部会長： この復職支援の必要性は皆さん認識しておられると思うんですね。ただ、これは医師がしなくちゃならないのかどうかという問題だと思います。それは現場では、いろいろ積極的に教えるにしても、情報の収集と整理、そして具体的なあっせんとか、そういう実地の仕事では、これは医療に通じた有能な事務の方がおられるだけでも全然違う。

例えば卒後臨床研修の研修センターに女性の事務員がおられるわけですけども、これもやはり研修医がふえてくると細かくいろいろと対応していただくためにもっと人がいますね。彼女がいるだけで全然違う。そういった意味合いで、そういうことを通じたそういうサポートしていただける方がたくさんおられれば非常にやりやすいなというのが印象ですね。もちろん大学で作ってもいいですけど、大学の教授が誰かやってくれと言われても、各人やっぱり日常業務もあるし、なかなか手が回らないというのが普通なんですね。ですからもちろんそういうときに相談相手にはなれても、やはりそれを動かしておられる有能な事務の方がおられたらいいですね。そのための予算をいただいたら大学に作ろうと思います。そういうふうなことを考えております。

武末委員： 多分そういう何か事務的なことは例えば行政とか事務方でできるかなと。ただ、実際復職支援をしようとする方の相談をじゃあ事務方が見れるかということ非常に医学的な、しかも専門的な、しかも内視鏡でも要はERCPできるけども、ERCPって何ですかとかいう話だと全然歯車がかみ合わないし、うまいマッチングもできないので、そこは多分医療職サイドに、医療に精通した方、別にドクターである必要はないんですけども、多分医療に精通した方が相談に乗って、あそこにどこがありますよというのは何らかの形で医療に精通した方がやらないといけな

い。現実的には多分ドクターかなと思ってるんですけど、おっしゃる例えば役割分担するとあつせんのところの事務的なこと、情報収集あるいはホームページの掲載というのはひょっとすると行政もできるかもしれませんが、そういう整理は今後していかないといけないなと思ってますけども。

福井部会長： そういうようなパラメディカルのいろんな新たな職をつくっていく場合に、やっぱりコーディネーターがで大事ですね。移植医療でも臨床治験でもコーディネーターの重要性が実感されます。復職支援でも事務職員がコーディネーター役をしてくれると随分助かります。ここでも医師が全てをしていては非能率的なのです。

武末委員： もう1点は、ちょっとほかのところでの復職支援聞いておりますと、ただ単に行ってくださいではなくて、行った後に1カ月後、3カ月後、半年後ぐらいにどうですか、どうですかって、やっぱり場合によっては3カ月後に引き揚げるといふことのいわゆるフォローアップが必要になってくるみたいですから、本当にそこまでできる体制をちゃんとつくらないと本当の意味での復職支援じゃないんで、ここは夢を語る場、今のところ計画を語る場なので、やるとすればそこまでできる体制をちゃんと組みたいなと思ってます。

福井部会長： すべての面において事務職員の助けは絶大なものがあります例えば、患者さんをスムーズに転院していただきたい場合でも、病院探しから交渉まで全部医師がしていたのでは大変です。地域連携の部署に非常に優秀な方がおられて、その方が患者さん側や病院側と折衝していただいて十分納得していただけるように解決していただければ助かります。頼ってこられた方、尋ねてこられた方にまず適切に対応していただける事務の方がおられたら、医師の勤務は随分軽減するのです。業務が緩和されれば現在の人員でもいけるんじゃないかとも思います。ただ、先程来指摘されているように、そういう意味で医師は足りているというわけではなくて、各職場で医師は完全に足らんわけですね。これだけ医療が高度になったんですから、それは当然です。安全な医療を守ろうと思うならやはり、最大限医師は増やさないことには問題は解決できない。また、ただ増やすだけじゃなくて、地域医療を大切に、患者さんのために尽くす医師を作らなくちゃならないわけです。いくら増やしても楽な方にばかり流れたらいけないという思いがある。そういう意味で初期研修から始めて非常に倫理観の高いドクターを若いときからきちんと育てることが大事なんです。若い医師の情熱に答えて育て、彼らを逃がさないシステムを作っていくことが大事だと思います。

あと10分ぐらいございますが。

どうぞ、菊池先生。

菊池委員： 復職支援センターというのは私も大賛成です。できれば大学病院に県との共同センターというような部門があればいいと思います。例えば消化器外科の女性医師が復職までもう一度勉強したいんだと。内視鏡をちょっとやりたいんだというような人たちのニーズにこたえられるようなシステム、フレームワークをつくっていただけたらなというふうに思います。それが大学病院がいいのかどうかは別にして、大学じゃなくて、家の近くの病院で私はしたいんですといったら

、それがちゃんとできるような柔軟なシステムの構築ができればいいと思います。どこでも復帰支援ができるような形で対応できる柔軟性のあるシステムをつくっていただければいいんじゃないかなと思うんですね。

この会議に出席するので、公開されている長野県の地域医療対策協議会の議事録とかを調べてきたんですが、長野県では平成18年ぐらいに開催しておられる。そこで今日と同じようなことが討議されてるんですね。復職支援の目的で短時間正規職員という制度をつくり、当初は一日4時間で2日間最低でスタートされた。その結果、かなり女性医師がふえたというようなことなんですが、ただコストが非常に高いというようなことも書いてるんですね。実際どれぐらいのコストがかかったんだろうかって。どれくらい女性の医師がふえてきて、そこに参画していただけるのか、どういう効果があったのか、問題点は何なのかということを知りたいわけですよ。実際に先進的にちょっとやっているとところがあるのであれば、そこを倣ってみようというのも非常に重要なことだろうと思うので事務の方で一度調査していただければいいなと思います。

福井部会長： ありがとうございます。菊池先生。何人かの先生方からこれを作ったらいんじゃないかという話をいただいたと思います。ぜひ具体的にまた次の会で検討したいと考えています。いろいろなお話を伺いまして、幾つか方針が立てられてきたと思いますので、次回はさらに具体的に進めたいと思います。まだ発言したりないという人、8分ほどございますけれど、この機会にありましたら。

どうぞ。

横谷委員： 実は全国の大学で5大学ほどの女性の支援センターというのを立ち上げておられるようで、実はちょっと母校の自治医大の方に行く機会があったので、その女性支援センターをちょっと訪ねてきたんですね。ワークショップの資料とかもまたお出ししたいと思うんですけど、やはりそこに行けばコーディネーターの方がおられるのと、それから子育てのサポーター、NPOの方と一緒に、ふだんは保育園に預けてるけど、病気でどうしても預けられないときのサポートとか、そんなこともされておられたり、あとはキャリアプランですね、自分はこういうふうにしていきたいけど、このときどうしたらいいかというときにコーディネーターの方が、じゃあこの教授とこの教授と相談されたらどうですかというようなキャリアのことをされたりとか、あと短時間勤務であるとか、いろいろ4本ほど柱があったと思うんですけども、実際にされていて、そちらも動き出したばかりで、まだまだだと思ってしまうんですけど、復職支援とともにやはり仕事をやめない、離職しない、細々とでもつながっていればまた復帰もしやすいと思いますので、離職を防止するような施策も同じように両輪といいますか、行っていただければうれしいなと思います。

福井部会長： わかりました。いろいろと皆さんから情報があるようですから、次回ぜひその辺の

ところを議題にしたいと思っております。

ほかにございますでしょうか。

喜多先生、あと一言言っていたら、あと、何かございますでしょうか。

喜多委員： いや、僕の立場はどっちかという学生そのものを対象としてますので、学生の意見を聞き入れて、できるだけこういう場に反映したいということでこの会に入ってます。奈良医大を卒業し、奈良県での初期研修の段階で、いい研修内容があれば、確実に彼らは県内で研修していきたいと言っています。後期研修においても、こういう先生がおられて、こういう充実した専門家養成プログラムがあると分かれば、学生はそういうものに飛びついてきます。県内の医療機関での詳細な情報をもっともっと欲しいということも良く聞きます。さらに、可能なら研修医受け入れの数を増やしていただきたい。そういう情報提供や受け入れ数の増加に県の方もぜひお金つぎ込んでやってほしいというのが、学生を送り出す側からの要望です。

福井部会長： 現実に今、来年度の卒後臨床研修の前期の面接試験が終わって、後期試験に移るところで、全体として103名の応募で去年と同数なんですけれども、専願というのは少なく、いろんなところを併願で受けているようですね。併願の大半が大阪など京阪神の臨床研修病院です。大阪が地元という学生が半数おり、それで大阪が非常に重要な選択肢になっているような気がします。ですから今回もそういうことで厚労省にお願いして70名定員をそのまま認めていただいて、何とかそれをフルマッチに近いところまでもっていきたく願っています。マッチングが少なかったら次の学年には定員が減るんですよという話もしているわけですが、どうなるか。定員の維持は奈良の医療にとって死活問題です。そのためにやはり彼らにより良い研修環境を準備し、新しいことをどんどんやるんだという情報を伝えていきたいので、9月の初旬にもう一度彼らに説明会をやります。一方でホームページの方は後期研修も含めて内容をできるだけ充実させていきたいと思えますし、先ほど武末先生がおっしゃっていた中で県庁もいろんな準備をしているということを彼らに伝わるようにホームページなどで視覚化していただきたいと思えます。学生はもう僕らに聞きに来るよりホームページすぐ見ますので、最近更新されているかということも見ており、それが病院の熱意と解釈することが多いのです。だからその取り組みもとりあえずは即効的なやり方かなと思えます。

福井部会長：ほかにございますでしょうか。今日のところはこれぐらいでよろしゅうございますでしょうか。

以上のようなこととございますので、小椋先生、また今後ぜひとも行政の立場からいろいろ御指導いただいて、いいアドバイスいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

それでは、これもちまして第2回の医師確保部会を終わらせていただきます。

次回のことはそちらから御案内いただけますか。

松山係長： お疲れさまでございました。

次回の開催につきましては、事前にアンケートをさせていただいてまして、10月10日に第3回を予定してございます。以上、それでよろしいでしょうか。

福井部会長： 時間は同じぐらいなところですね。

松山係長： 時間も1時半からの予定でございます。

福井部会長： 場所はまだ未定。

松山係長： 場所は未定になってますので、また御案内を差し上げたいと思います。

福井部会長： では、そういうことで閉会させていただきます。どうもありがとうございました。