

奈良県地域医療等対策協議会 第1回医師確保部会

午後2時～

杉中補佐：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、第1回医師確保部会を開催いたします。

委員の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をいただきましてありがとうございます。

それでは、会議に先立ちまして、奈良県地域医療等対策協議会の吉田会長からごあいさつをお願いいたします。

吉田会長：皆さん、本日は、御多忙というよりは超御多忙な中を方ばかりお集まりをいただきまして、本当にありがとうございます。

この協議会の目的は、一言で言うならば奈良県の医療をよくするためということに尽きるわけですが、そのためには何をすべきか、我々に何ができるかということを中心に御議論いただきたいと思います。本協議会は8つの部会に分けておりまして、そのうちの1つが医師確保部会ですけれども、8つの部会の中で非常に重要な部会でございます。

現場の声を、あるいは現場の状況を徹底的に調査して、正確な情報に基づいてそれぞれの御意見をいただく、議論していただく。十分な議論を尽くして解決策を出していただきたい。それをちゃんと実行するという、そういうふうな方法をとりたいと思っております。

荒井知事は来年度の予算に反映させるようにするというふうにおっしゃっております。もちろん豊かな県の財政があるというのではございませんので制約はありますけれども、単に議論のための議論に終わるというのではなくて、予算的な裏づけも出来るものはきちんとするというをおっしゃっていただいております。

今朝の新聞を見ますと、やっと厚労省が医師養成増加へ転換する、今までは医師の数も抑制の方向ばかりでありましたけれども、やっと転換するとでしております。その解説に朝日新聞では、遅過ぎた医師増員ということが書いてあります。確かにそのとおりでありまして、来年度、再来年度ぐらいから医師増員するにいたしましても、10年後ぐらいでないと効果が出てこないわけで、その間一体どうすればいいのかということは、これは我々が努力して何とかして解決していかなければならない問題である、こう思っております。何もかも国に頼るということではなくて、やはりそれぞれの自治体において我々のできることはきちっとやっていくと。そしてむしろ地方から国の方に向かって発信するぐらいの気概を持って、勇気を持ってやっていきたい、皆さんとご一緒にやっていきたいと思っております。

それでは、どうぞよろしくをお願いいたします。

部会長、どうぞよろしく。

～～ 委員紹介 ほか ～～

福井部会長：御指名いただきました福井でございます。

医師確保部会の部会長という大役を仰せつかりまして、本当に責任の重さをひしひしと感じている次第でございます。私自身、30年以上にわたりまして奈良県の医療に携わり、また長年学生と接触してまいりました。数年前に研修医が非常に減った時期、何とかしなくちゃならないという思いで卒後臨床研修センター長をお引き受けして、少し研修医を増やしたということもあって、このような責任ある仕事をくださっ

たんだろうとも考えております。

私自身、奈良県の医療に対する思いは大変強いわけですが、何分本当に微力でございます。医師確保対策という課題は本当に皆がどうしたらよいか、悩んでいるところだと思います。本日ここにお集まりの委員の方々のいろんな忌憚ない御意見、また御提案をいただきまして、皆で知恵を出し合って新しい制度をつくり上げていけたらというふうに思います。

先ほど吉田会長先生がおっしゃいましたように、実効性を伴った委員会でありたいとは思いますので、一つはすぐにでも活かせる即効性のあるご提案をいただきたく、それから加えて、将来に向けての長期ビジョンを含むいろんな御意見を頂戴いたしたいと存じます。何とぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

まず、先ほどあらかた御説明いただいたかと思いますが、もう少し資料の詳しいことにつきまして御説明をお願いしたいと思います。

それでは、松山様、よろしくお願いいたします。

松山係長：地域医療連携課の松山でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、資料の説明をさせていただきます。お手元の冊子になっております資料の部分をまずごらんください。

最初に、御議論いただく上での参考となる客観的なデータをお示しをした上で、その後、奈良県として現在取り組んでおります施策、それからあと参考情報といたしまして、女性医師の復職支援の取り組み、県立医科大学の参加されている取り組み、あるいは先ほど会長の方からもございましたが、国の方で示されたビジョンの概要等について御説明をさせていただきます。

では、まず1ページですが、最初の大きな1番の表については、人口10万人当たりの医療施設の従事医師数について、これは厚生労働省の方で2年に1度調査をいただいております医師、歯科医師、薬剤師調査、通称3師調査と申しておりますが、こちらの方のデータになっております。上段が全国、下段が奈良県となっておりまして、それぞれの総数については増加をしておりますが、診療科別に見ますと減っている診療科もあるといった方向では、傾向が似通っているのかと見受けられます。奈良県の方で、太囲みをしておりますところが内科、循環器科、小児科、整形、産婦人科、耳鼻咽喉科、麻酔科となっておりますが、これらの診療科については本県の場合16から18にかけて医師数が減っているという状況が見てとれます。

右の2ページに移っていただきまして、これは上段、下段それぞれ、これは県が独自に平成19年度10月1日時点で調査をしたものです。県内の病院における治療診療科別の医師の不足の状況が大きな2番の表になってございます。AとBの欄は、それぞれ平成17年、19年の医師数、BマイナスAで増減が示しておりますが、総数といたしましては20人増えておりますが、診療科によっては減っているところもあると。その右側のCの列が不足数になっておりますが、ここはちょっと若干客観的な指標ではなくて、各病院の思いが入っている部分もありますが、各医療機関が安全な医療の提供等を行うべく望ましいと考える医師数からすると、現時点でどれだけ足りないですかといった人数を上げていただいています。

右の方に参りまして、内数として公的病院の人数等についても示しております。太囲みで1番、2番、3番と、産婦人科、小児科、麻酔科について順位を示しておりますが、これは後でも御紹介をいたしますが、奈良県が平成19年2月補正あるいは平成20年度当初予算で医師確保施策ということで数本の事業をやっておりますが、その中で積極的に獲得をしていこう、誘導していこうとしております、特定の奈良県として不足をしておりま

す診療科を示しています。

下の大きな3番になりますが、こちらでも調査を同じく昨年度の県単独調査になりますが、これは地域別の集計をしております。中和地域、それから南和地域に網かけをしておりますが、これらの地域においては総数も減っておりますし、不足割合もほかの地域よりは高いと、地域的な偏在もあるのかなというところでございます。

次に移っていただいて3ページですが、大きな4番の表、こちらは病院勤務医と診療所の勤務医の推移でございます。出典の基本は厚生労働省の3師調査になっておりますが、病院勤務の医師の割合が減って診療所勤務の医師の割合が増えているという状況が見てとれます。

それから、大きな5番につきましては、女性医師の割合となっております。こちらでも出典は同じです。全医師に占める女性の割合というのは年々増えていっているという状況、それから下段の方では、特に若い世代、30歳未満で見たときの全医師に占める女性の割合、それが小児科、産科にあれば50%を超える非常に高い比率になっているといった状況が見てとれます。

それから、一番下の大きな6番になりますが、これは平成16年度に始まりました新臨床研修医制度におけます本県と、それから全国については、データがわかる範囲で全国状況を並べて表示してございます。本県のマッチ者、いわゆる最終的に本県のそれぞれの病院に臨床研修医としてお越しいただいている研修医の人数については、平成16年度から17年度、18年度と減ってきています。平成19年度、20年度につきましては、県立医科大学附属病院については福井先生がいろいろと御工夫されたということも含めて、若干盛り返しているといった状況でございますが、募集の定員と応募者あるいはマッチ者の状況を比べてみますと、全国に比べて定員に対する応募者が残念ながら少ない、あるいは、マッチ者に比べて定員が多いという状況が見てとれますので、定員が十分充足をしきれていないという状況になっているといったところでございます。

それから、次、右の4ページになりますが、これは平成20年度の奈良県の医師確保対策として取り組んでいるものについての御紹介でございます。人材養成、偏在の解消、それから県立病院の取り組みと分けて書いておりますが、本来この区分は重複もいたしますが、最もふさわしい区分に分類しています。①番については、国の緊急医師確保対策に基づく県立医科大学の入学定員の増であります。95名から5名増の100名となっております。これは緊急施策ということで平成20年度からの10年間の措置ということに現時点ではなっております。それから、この5名分につきましては、出願資格としまして、出身地、これは問いません、県外でも結構でございます。次の②番で御紹介をする緊急医師確保修学資金の貸与を受けていただいて、その規定により卒業後9年間、知事が指定する医療機関で勤務をいただくということを出願の資格としております。

次に、②番ですが、先ほども説明を申し上げましたが、国の緊急医師確保対策に続いて、県立医科大学が実施いたします特別入学試験に合格して入学をしてきた生徒に対しては、この施策による貸付金を貸し付けいたします。金額的には授業料と生活費相当、それから入学金になっております。これをお借りいただきますと、卒業後、知事が指定する医療機関、これは僻地に所在する公的な医療機関あるいは小児科、産婦人科、麻酔科になりますが、原則として9年以上診療に従事いただきますと貸与金の返還を免除させていただくという制度でございます。

それから、③番ですが、こちらの方も修学研修資金の貸付金であります。ただし、これは②番の制度とは若干異なりまして、対象の医学生については県立医科大学に限定はしておりません。こちらについては、貸与をいただいている年限の1.5倍の年数を勤務いただくことと返還が免除ということになります。平成20年度から新規施策としてやっております。

すが、5月末時点で5名の予算枠に対して、現在3名に対して貸与決定をしております、残り6月末までの期限で再度現時点で追加募集をさせていただいているところであります。

それから、④番が医師確保推進事業であります、これはいわゆるドクターバンクの制度であります。小児科、産科等の医師の確保のために離・退職をした医師等の掘り起こしを行い、県内の医療機関へ就業のあっせんを無料で行うといった事業になってございます。

それから、⑤番ですが、これは自治医科大学の卒業医師の派遣でございます。自治医科大学につきましては、卒業後1年目、2年目は臨床研修、これは県立奈良病院で受けていただきます。3年目に地域研修ということで、県立奈良病院に勤務いただくと。4年目、5年目には僻地の診療所、これは県の方で指定するのですが、診療所に勤務いただく。6年目、7年目は後期研修ということで、県立奈良病院等で研修いただいて、8年目、9年目、再び僻地の診療所に勤務いただくという形で、合計9年間奈良県内のいろんなところで研修あるいは医療に従事いただく格好になっております。

自治医科大学につきましては、基本的に各都道府県とも1学年が2名となっておりますので、このローテーションに従って回しますと、現在、県内の8カ所の僻地の診療所で御勤務いただいて、それぞれ御活躍をいただいているという状況でございます。なお、この自治医科大学の取り組みにつきましては、県からは運営費負担金として毎年1億2,700万円を支出しているところでございまして、現在、大学生は13名、それから卒業生が67名奈良県内にいらっしゃいます。

続きまして、県立病院の取り組みであります、こちらについては昨年度、初任給の基準でありますとか地域手当の引き上げを実施するといった処遇の改善を図ったところでございます。

それから、5ページ、6ページになります。こちらは参考として御紹介になるのですが、東京女子医科大学の方で取り組まれております女性医師再教育センターですが、この活動に対しまして6ページの上の方に参加病院一覧がございまして、うえから6番目にありますが、奈良県立医科大学附属病院でもこの取り組みには参加しておりますということで、後ほどまた福井先生の方から御紹介があるかもしれませんが、そういった取り組みがございました。

それから、7ページ以降ですが、実は、既にこういった形で安心と希望の医療確保ビジョンの第9回の会議の骨子の資料を御用意をしておりましたが、先ほど吉田会長からも御案内がありましたとおり、実は昨日、6月の18日に国の方で10回目の会議をされまして、その結果ビジョンが示されたということで、取り急ぎ御用意をして皆様にお配りをしているところです。こちらの別冊のこの資料、ビジョンの方ですが、この内容についても簡単に御説明したいと思います。

まず、3ページでございますが、具体的な政策ということで議論の方向性についてお示しをいただいております。(1)番のアのところですが、医師数の増加についてということで、3段落目あたりからですね、平成9年6月3日の閣議決定で、多少飛ばしますが、引き続き医学部定員の削減に取り組むとされていたが、今回、現下の医師不足の状況にかんがみ、従来の閣議決定にかえて医師養成数を増加させるとしているということで、国の方で大きな方向の転換をされたといったところが表示をされております。あと具体的な施策の方向性としての紹介の中では、イのところでは、看護師を初めとしたコメディカルの雇用を増加しようということでもありますとか、右、4ページのウですね、総合的な診療能力を持つ医師の養成をしましょうということ、それからエのところ、臨床研修医制度の見直しということで、医師不足がより深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価するとともに、卒前教育や専門医制度との連携を深めるでありますとか、研修医の受け入れ数の適正化を図るといったことが示されております。

それから、(2) のアといたしまして、女性医師の離職防止、復職支援について、次のページにまたがりますが、例えば短時間正社員制度を初めとした出産・育児への配慮でありますとか、院内保育所の整備、あるいは復職研修の充実などについて方向性が示されているところでございます。その他にも診療科のバランスの改善でありますとか、職種間の協働・チーム医療の充実等について、それぞれ方向性を示されているところでございます。

また、大きなくりといたしましては、8ページ、地域で支える医療の推進、この中で管制塔機能を担う救急医療機関の整備や人材育成でありますとか、あるいは医師側と患者側の対話を仲立ちする人材育成でありますとか、こういった今後の具体的な施策と書いていただいておりますが、これからまさに事業化をしていくための方向性についてそれぞれ示していただいているところでございます。

以上、今後、部会で医師確保対策について御検討いただく上での現時点での参考資料の御説明をさせていただきました。

では、検討の方をよろしくお願い申し上げます。

福井部会長：どうもありがとうございました。それぞれの資料を御説明いただいたんですが、各資料をきっちり見て、それらの背景を深く読みながら検討して行けたらと思います。今までの資料のことで御質問ございましたら、何でも結構ですからご遠慮なく御発言いただけますでしょうか。

まず最初に、医療施設の充実についてですが、医師数を各科別、地域別に見て、病院の側からの不足はこういうものであるというふうなデータを示していただいたんですが、これは具体的にはどのような形でアンケートをとられて、どういうふうに集計されたのか、もうちょっとご説明願えますでしょうか。

松山係長：1ページの資料は、まさに全国調査でありまして、2年に1度調査をしてデータが集計されているものの中で、地域の全国との比較ということで、単位人口当たりの数値が見やすいかなということで、その数値を示しておるものでありまして、総数のデータでありますとか、年齢構成のデータ等も内容にはございますが、ちょっと今回お見せする形で御準備をいたしておりません。

それから、2番、3番の調査につきましては、昨年担当をしておりました杉本係長の方で説明をお願いします。

杉本係長：杉本と申します。よろしくお願いをいたします。

2ページ、3ページの調査につきましては、これは県内の各病院、奈良県内の77病院にこういう項目について17年10月1日、18年10月1日、19年10月1日の医師の数、それとその病院が不足だと思っている数が何名かということ科目ごとに照会させてもらったものです。したがって、病院の主観が入っておりまして、病院によってちょっととり方が違うかもわからないのですけれども、それぞれの病院がどのように思っておられるかということ科目別、地域別にまとめさせてもらったものです。

福井部会長：一応病院から各科にそれぞれ問い合わせ、それを集計して推計されたデータですか。

杉本係長：そうです。病院の中で、それを各科に問い合わせさせていただいたデータとなっております。

今川委員：だけど、主観的なデータって言われた、医師の数が要るのは主観分が入るか。

杉本係長：失礼いたしました。医師数はそうですね。ですから不足数というところですね、不必要数とか不足数というのが客観的なものとはちょっと言いがたいという意味です。

医師数自体は当然客観的なデータでございます。

福井部会長：現状で単純に不足しているのはどれくらいかと考える人と、それから理想的な運営のためにはこれ位の人員はあるべきだと考える人と、その辺りをどのようにするかがちょっとあいまいな気がします、主観的というよりは、むしろそういうふうに答える

側の視点が異なってしまうという意味で、資料の客観性がいささか問題なのかもしれないですね。例えば、消化器疾患の救急を考える場合、奈良県の南を全部責任もってやっていくためにはどれだけの人員が必要なのかというふうな視点に立ってもう一遍アンケートをやり直せば、また違った数字が出てくるかと思うんです。ほかの科でもそうだと思いますね。ですから、どこまでの医療を目指すかという目標をきちんと定めて不足数をもう一度きちっと出す必要があるかと思いますが。とにかく、ここで言えることは、どの科も本当の自分たちの思いからすると医師が絶対的に不足しているということが言えるのではないのでしょうか。

吉田会長：この数は、例えば産婦人科の場合に開業していて、出産も取り扱っているケースもカウントされているのですか。

杉本係長：カウントされていません。

吉田会長：だからこれは要するに、病院に勤務している医師の数が不足しているかどうかということですね。耳鼻科の場合でも、眼科の場合でも開業している人がたくさんいて医師の数が確かに勤務している人の総枠は減ったけれども、それを総合するならば、ほとんど変わらないというふうなデータも出るのではないかな。

杉本係長：そうですね。

吉田会長：それから、これもう一つ聞きたいのは、僕は内田先生にお聞きしたいんですけども、近畿圏全体としてどうですか。

福井部会長：いかがですか、内田先生。

内田委員：もちろん私どもの方では2府5県、福井県を含む近畿地区の臨床研修から医療対策、そういうことを所管しておるわけなんですけれども、当然医師数の絶対的な不足数というのは、今後養成云々という話もあると思うんですけれども、主観的判断も含めたそういうふうな不足数というのは、正直申し上げていろいろな要素が当然あるというふうに考えておまして、正直申し上げて私どもで把握し得るものというのは、例えば人口10万単位であるとか、面積当たりの医師数の集中度合いですとか、あるいは研修医の在籍状況ですとか、そういった指標というところで把握というか分析を今現状進めているような状況でございます。そういった中で見ると、やはり近畿地区というのは、特に京都、大阪というのに非常に医療、特にマンパワーの部分というのは集中していると。特に京都の場合は人口もそんなに多くないということで、かなりその集中というのはほかの県に比べて非常に集中している部分があるということでございまして、そこら辺にいろんな要素があるんですけれども、全体数としてほかと相対的な比較をしたときに、大体奈良県さんの場合は真ん中ぐらいかちょっと足りないかというふうな数、あくまでもそれは相対的な比較ですので、絶対的に足りないというのはそれぞれの地域事情差とか。

吉田会長：それは病院勤務医師ですか。

内田委員：これは全体の医師数です。病院勤務を、それをさらに細分化して診療科別ですとか病院別ということになると、今手元にちょっとないので何とも言えないのですけれども、たしか産婦人科とか、そこら辺の分母がほかにも比べて非常に少ないとか、そういうふうなデータがあったということは記憶しております。

福井部会長：どうですか、ほかの先生方、ご意見は。

どうぞ、大澤先生。

大澤委員：奈良県全体ないしは近畿圏での医師数の増減ということですが、1ページのところの資料を見せていただくと、全国と奈良県のデータがあります。これは全医療機関ということですね、病院も診療所も含めてのデータということですが、全国でも奈良県でも医師数は年々増加しています。一般的には1年間に4,000人ずつ増加している。医師は増加しているんだけど、必要なところにいてないというので一たです。医師の数が足りないと

言われますけども、偏在の方が大きな影響があって、特に新臨床研修医制度が始まってそれが極端に出てきてしまったというような現状があるかと、このデータを見せていただくとそういうふう思うんです。特に産科、小児科、麻酔科についても、全国的なデータ、それから奈良県のデータを見せてもらっても、例えば奈良県では小児科は2年前と比較すると1%減ということですけども、4年前と比較すると増えています。全体の総数でも増えているというデータと読んだらいいのかなと思うのですけども、全国でも小児科の医師数は4年前と比べれば少し増えていますし、2年前と比べたら増減がないというようなデータですので、決して極端な医師不足ではなくて、やっぱり偏在の方が大きな影響が出ているのではないかなというふうに感じますけど。

福井部会長：どうでしょうか、先生方。医師の偏在のこと、それから勤務医と診療所の医師の比率の話も出ましたけれども。

今川先生。

今川委員：この表を見せていただいて、私まさに病院協会に所属しておりますので申し上げますけども、やはりどうしても2ページの表の3にありますような医療圏における医師の偏在というのが非常に著明になってきておりまして、特に南和医療圏、中和医療圏というところは随分医師が減ってきておるとというのが実感でございます。

それともう一つは、病院の医師の過重労働というふうなことが非常に問題になってきておりまして、燃えつき症候群でもう開業しちゃおうとか、あるいはもう引退しようとかいうケースが非常に多うございまして、それを補充するだけのスタッフの余裕がないというのが実情なんで、この辺のところから手をつけていかなければならないのではなかろうかなというふうに思っております。

福井部会長：病院の現状という立場からではどうですか、菊池先生。

菊池委員：私は、奈良市の公的病院に勤務しておりますので、その立場からもちっとお話ししたいんですが、やはりこの前も、当院で問題になったのは、麻酔科のドクターがやはりかなり勤務的に非常に厳しい。特に当院は母子医療の方も中心的にさせていただいているんですが、通常勤務帯の麻酔手術の終了時間がどんどん遅くなってきてるんですね。内視鏡を使った手術や大きな手術が非常に増えているのが原因と思われます。これは患者さんにとっては非常にいいことではあるのですが、そうすると何列もなかなか同時にやれない。そこへ緊急の症例が、例えば母体搬送等が来た場合に対応がかなり厳しい。そういった現場の業務の内容が非常に高度化していること、それから濃度が濃くなっていること、そういったことで業務内容の量が多くなっておりますので、相対的に医師も看護師もやっぱり不足してきている。つまりいい医療、安全な医療を提供しようと思えば、それなりの人材の確保を確保、担保しなくちゃいけないというのが病院に課せられた課題だろうというふうに思うんですね。

その一方で、各診療科いろいろ調べていきますと、今、今川先生がおっしゃったように、どの診療科も勤務が非常に長時間になってきて、夜遅くまで超勤というような形で患者さんの対応に追われているというのを現場で見るにつけ、どの診療科もやはり疲弊してきているなど。モチベーションもそのままでは落ちてしまうのではないかとという危惧を持っております、そういった意味で北和圏においても医師は足りていないのではないかと思います。

一方で、奈良県というのは南和、特に私どもは自治医大の卒業生の研修も担当させていただいておりますので、僻地といいますか、南和地区の医療のことも情報が彼らからいろいろ入るのです。向こうも彼らは非常に頑張っているのですが、やはり多勢に無勢というのですか、非常に少ないところで努力している。何か孤立感も感じているというような表現をすらすらするケースがありますので、そのネットワークづくり、これも急務か

なというふうに思っています。

福井部会長：ありがとうございます。対策にまで触れていただきましたけども、田中さん、どうですか。その辺のところにつきまして、病院を管理なさる立場からいかがでしょうか。

田中委員：そうですね、ドクターの数からいいますと、最近数年間増減があるわけです。どうしても常勤医が不足しておるという状況がございます。それを補うために今、非常勤の先生なんかもういっしょにしまして日常の医療を行っているという状況でございまして、まさに少ない中でドクターは非常に頑張っているわけですから、まさに皆さんおっしゃるように非常に疲弊していると。また、いろんな待遇改善の問題でも、いろいろ工夫していかなければなかなかドクターの通常の勤務ができていかないのじゃないかなという印象は持っています。

福井部会長：疲弊して孤立感を持つといいますと、その一歩先は医療崩壊ということになるわけで、その手前でとどまっているのが今の奈良県の現状ではないかと思うんですが、今の時点でいろんな手を打っていないと、医療崩壊が雪崩現象のように起こってしまうかもしれないというのが私たち現場の感覚ですが、このあたりはどうでしょうか。

では、ちょっと次の話題に移りまして、女性医師の割合が増えてきて、30歳未満の全医師に占める女性の割合もかなり増えてきたというところから、本日は横谷委員が一人女性として加わっていただいていますけれども、女性の立場から見て奈良県は働きやすいのか、この辺こうしてもらえば違うかというあたりは、いかがでございましょうか。

横谷委員：一人だけ女性医師なので意見を求められると思うのですが、今私11年目なんですけど、10年目ぐらいまでは女性だから、男性だからという余り意識したことがなくて、男性と全く同じように働いてきたような感じでした。子供もいたのですけれども、小さかったので預けて、今から思うと全然子育てせずに、子供は産んだだけで預けっ放しで、もう男性と同じような、当直はちょっと免除していただいていたんですが、形で勤務していたという感じでした。今はほとんど個人の努力で普通、何が普通かは難しいんですけど、一般の勤務を何とかこなしているという状態ですので、例えば見てくれる人がいなくなるとか、何かちょっと問題が起こるともうすぐに破綻してしまうような、いつも綱渡り状態だなと思っているのですけれども、それを考えるときに、女性の医師のことだけ考えてもだめだと思うんですね。女性医師に対することだけ考えても、職場全体がもう過重労働になっていて、全体が疲弊している中でやっぱり勤務医全体の働きかたを見直していかないと、女性医師が働けるように、じゃああなたは短時間で良いと言われても、周りの環境との差が大き過ぎて本人も気を使って長く続けられないですし、また周りの支える医師も、短期間だったらいいけどいつもいつも女性医師の、何というんですかね、残業をとり続けているというわけにもいかないと思いますので、女性のことだけというよりは、男性も含めた勤務医全体の労働環境のことを改善していただけると、多くの女性医師が働く意欲が出てくるんじゃないかと思います。

福井部会長：ありがとうございます。

やはり問題は勤務医のあり方といいますか、働き方の問題に帰着するかなという思いがしております。厚生労働省の管轄のうちの労働基準とか労働条件という点につきましては勤務医に申しわけない状況が今ずっと続いてるというのが本当のところじゃないでしょうか。あと、研修医のマッチ率がちょっと低いということも含めて、学生を見ておられる立場からして、喜多先生、どうでしょうか。奈良医大の学生の構成はどちらかというと大阪出身者が多いわけですが、その辺から見て彼らの奈良への思いというか、どのように感じられておられますか。

喜多委員：きょうも学生に講義していて、奈良県知事さんの名前とか写真を出したら、だれも

知らなかったです。こんなことを言うと思いがけず。

やはり何というか、奈良県に対する思い入れというのはやっぱり今の学生には非常に希薄な面がある。かつて大学院なんかの関係の方でいろいろ調べたときにもそうだったんですが、今の学生にも聞きますと、やはりかなり土地のブランド志向が強い。奈良県内であれば当然より都会に近いと言ったらおかしいですけど、奈良市内、そういったところへの勤務、それから大阪や京都、神戸といったことを非常に志向する学生が非常に多いですね。学生さんといろいろ話ししていると、やっぱりもう既にいろんなマスコミとか、いろんなことを通じて、今の医療状態は非常に厳しい、それから勤務医、それから大学病院においてもそうですけど、非常にしんどいというイメージだけがどうも先行しているのですね。それで自分らとしたら、やはりできるだけ早く一人前の医者になって、早く専門医をとって、自分が行けるとかで自分で主体的に選べるところで仕事していきたいという学生さんたちが非常に多いんですね。それにはどうしたらいいのでしょうかとよく聞かれるんですけども、それはちょっと僕に聞かれても無理やという話でいつも答えるんですが、どうもそういう志向はやっぱりあると。

実際にきょうも、ことしの今僕が担当する3年生の今の学生も、医師になりたいとて来た人の割合、本当に医師になりたいという、そういう割合というのは低いんですね。やはり医師になりたいという人は、本当にやりたいという人が実際今やっぱり3分の1おるかどうかで、あとは成績が優秀であって来たという人が非常に多いんですね。ですから、やっぱり教育というか、もっともっと前の部分からやはり動機づけとか、そういうモチベーションを高めていかないと、なかなか今の医療の問題、特に医師の偏在とか、そういったことが非常に難しい面があるんじゃないかなという気がしますですね。

福井部会長：奈良医大では教育改革を進めておりまして、医学特別講義というのを1年生からやっているわけで、少しは以前より低学年のときから医師になるということの意味を皆考えるようにはなったとは思いますが、実際やはり偽らざるところは先生がおっしゃったようなところかと思えます。臨床実習に入ってから何とか彼らの意識を変えようと毎日努めています。患者さんとの一対一の医療が本当に大事なんだ、患者さんに満足してもらう医療するのが医師としての生きがいなんだということを自分の体験も交えて、彼らの心に訴え、刷り込むように教育しているんですが。臨床側の熱意と努力がようやく今のマッチング数の回復につながったと思っています。

もう一つ、奈良医大は大阪あるいは京阪神出身者が多いままの状態です。ずっと今まで来ており、奈良県に残りたいという意欲をどのように彼らに醸成し、高めて行けるかというのが、私達がいつも苦慮しているところです。当初、厚労省の御指導のとおり南和地区だけで連携するような形でプログラムを組んだんですが、本当にそれであつという間に研修希望者が4分の1にまで減ってしまったんです。それを何とか取り返すために大阪の病院とのたすきがけとか、プログラムの改変とか、教える側の意識の改革とか、思い付く限りのいろんなことをして、ようやく現状にまで回復したのです。またその間、県立病院にも非常に頑張ってもらったんですが、結局は奈良の中央から北にかけての研修希望はあるんだけど、なかなか南に向けての希望が少ないという現実があります。それを踏まえて、とりあえず「奈良医大中心のプログラムに残りなさい、そこでがっちり基礎を教えるので。その後奈良の医療に尽くして欲しいし、希望があれば新たな可能性を求めて他府県に出ていってもいいから最終的には奈良県のために戻ってきて欲しい。」と言いながら今まで研修医達と日々つきあってきたのですが。

内田先生、どうですか。

内田委員：臨床研修はうちの方で運営をさせていただいておりまして、その関連して幾つか先生方

もおっしゃりたいこともあるのかなと思ひながら拝聴させていただきましたけれども、まず1点申し上げておきたいのは、よくマスコミなんかでも報道されることなんですけれども、この臨床研修制度によって都市部に研修医が行ってしまったという報道がよくなされるんですが、これは実はあんまり根拠のない数字でございまして、厚生労働省の本省の医事課で調べた調査によりますと、平成15年度、義務化直前の年でございすけれども、これを100とした場合、平成19年度のマッチングの研修医の数というのは、これは実は都心部はかなり低いと。近くで申し上げますと、京都府なんかは15年と19年を比較して7割ぐらいしか研修医が残ってないと。大阪も9割程度、東京でも8割程度ということで、むしろそれ以外の、沖縄なんかはもう200%に近いぐらい研修医が増加してたりですとか、北海道とか東北もかなり研修医の数が増加していると。残念ながら奈良県の場合は、19年と15年比較した場合、研修医は8割以下に減ってしまっているという状況でございまして、これは正直申し上げてほかの県、あんまり人口のそんなに多いところではないようなところにあんまりないパターンでございす。

そういう中で、やはり県全体として臨床研修制度で研修医を確保していくんだということを、ぜひ県の方でも取り組んでいただきたいというところがあるということと、冒頭こちらの資料にもついてございすとおり、今現在130の定員に対して77というふうなマッチ率でございまして、近畿全体の平均がマッチ率が75%ということでございまして、近畿全体で通して見ても、奈良県全体のマッチングの割合というのは非常に低いと。制度開始以後フルマッチが続いているのが残念なことに天理よろづ相談所病院さんだけで、ほかの病院は軒並みマッチ率が非常に低い状態、奈良県立医大さんの方は大分盛り返してきているというのが率直なところだと思いますし、そのためにはかなりプログラムの改革というのはやられてきたんだと思うんですけども、それにしても決して高くはないと。同じ県立の医大のなかに比べてもかなりやはりマッチ率自体は低い方の部類に入ってしまうというのが正直なところとございまして、これは個別の医療機関もそうですし、個別の都道府県、そういったところでやはり全体となつてまず研修医を集めるところから、それも一つの将来的には医師確保対策だと思いますので、そういうところで積極的に取り組んでいただきたいというのが正直なところで、極端な例を申し上げますと、同じ近畿でも和歌山なんかは点数が非常に医学部の養成数は低いんですけども、マッチ率なんていうのはかなり高いとかですね、あるいは某地方の田舎の方では、これは決して正しいと私は思わないんですけども、研修医でも報酬の面ですとか、そういうところが非常に1,000万を超えるような地域もあるとかですね、そういうふうなさまざまな地域、さまざまな取り組みというのをやはりやっておられることがあるというのと、最後にもう一つ、医師の労働環境ということでしたけれども、私どもも特定機能病院、いわゆる大学病院ですとか、そういうところに立入調査に入らせていただいておりますけれども、奈良医大さんもしか違ったと思うんですが、某大学病院さんとかですと、この医師不足が叫ばれている現状の中にあっても、点滴の調剤から何から生食を側管から注射するようなやつも全部研修医だけではなくて、5年目、10年目のドクターがやるというふうな体制をまだ前近代的なと私はそのとき申し上げたんですけども、そういう体制をやって、言ってみれば医師というのは貴重な、何千万もかけて国の税金を投入して養成している一種の社会資源なわけですから、そういうのをやはり単に浪費するのではなくて、ほかの職種でやれることはやってくださいよというのは厚生労働省の方針でもございすので、やはりそういった職種間の協調というのをやった上で、むだ遣いをやはりなくした上で医師を有効に活用していくというのも、重要な要素ではないかというふうに考えております。

福井部会長：ありがとうございます。

今度は、いわゆる職種間の間でのすみ分けをもう少し変えたらいいんじゃないだろう

うかという御提案をいただいたわけですが、どうでしょうか。この資料、全体についてももう少しフリートーキングをして、最後にどういふことをあと検討するかということでまとめたいと思いますが。どんどん御発言を。

菊池委員：よろしいですか。研修医のことが出ましたので、私、研修医のカリキュラム委員長も仰せつかってますので現状を言いたいんですが、初期臨床研修制度が開始されて5年たちました。先ほど委員がおっしゃられたとおり、当院も最初の3年間は100%マッチしてたんですが、4年目、5年目とマッチが減ってきております。ただ、研修医のその後の進路を見てみますと、県内にほとんどの研修医が残ってくれてるんですね。平成16年は11分の7、平成18年度卒ですが、それは10分の10、100%奈良県に残っていると。それから平成19年度は13分の7、この年は少し近隣の兵庫県、大阪といったところにも出ていますが、大学の関連施設も含めてということになりますので、将来的には奈良に戻ってくるかと思われます。そういったような形でやはり初期研修をちゃんとしていけば、その後も残ってくれるんだらうと。ただ、一方で一番遅れているのは後期研修制度の確立だと思います。私たちの病院でもまだ1年契約のレジデント制しかできていません。一応当院の後期研修の募集要項をつくってはいるんですが、予算の確約もないのでまだ公表はしてません。そういったようなことがございまして、今後はやはりそういった後期研修を遅ればせながらも制度として確立していきたいと。そのためには、やはりそれなりの予算確保が必要だろうかなというふうの一つ思うんですね。

もう一つ、うちの初期研修の動向を見てみますと、奈良県出身で他府県の医科大学、大学の医学部を卒業して戻ってくる研修医が一定数おります。その数は、むしろ比率的にはやや増えてきているんですね。それを考えますと、我々これから奈良県全体として考えないといけないのは、奈良県に戻ろうと考えている医学生に対して何かアクションができないかという点です。それから奈良県というのは全国に知名度が高い県ですから、奈良県に住んで医療してみたいなと思わせるような広報などをやってみてはどうか、すぐには効果は出ないかも知れないんですが、ほかの都道府県では、医学生を対象にしたサマースクールみたいなものを開催しているような県があったりしますので、そういったようなことも対策の一つになるのではと思います。

福井部会長：ありがとうございます。奈良県は潜在的には人が集まるところであるので、さらにいろんなことを工夫すればもっと来るんじゃないだらうか、後期研修にも力入れたというのは確かだと思います。

武末先生、どうぞ。

武末委員：いろいろ医師を奈良県に招くという意味においては、県庁の立場からすると、恐らく今まで、医大に依存し過ぎていたのかなと。これは医師の育成ばかりではなくて、医師の県下への病院の派遣についても、ほとんど「医大に任せていれば大丈夫だろう」というところがあったのかもしれないし、もちろん県内の自治体にもそういった意識があって、非常に医大の先生方が苦勞されていたと思うんですね。ただ、菊池委員の方からお話がありましたように、多くの都道府県が県を挙げて医師を招こうとしている中で、その努力も、さすがに、限界となってきている。ある意味、奈良県立医大が孤軍奮闘してやってもなかなか、学生の選択肢が少なかったり、マンパワーが足りてない。たとえば、ホームページで臨床研修の奈良医大の紹介をするサイトを見に行くと、奈良県の関係するプログラムが更新されてないまま1年間ぐらい放置されたものがあつたりします。やはりそういうのを学生が見たときに、奈良県に行こうとするのか？ というところもあります。やはり行政を含めた、あるいは県内の臨床研修病院の協力体制をきちんとして、奈良県に医師が来ていただいて、そこで働いていただくというような取り組みは、今まで医大という貴重な財産があつたために、そこに依存し過ぎていたのかなという気がしているところでござ

います。そういう意味で、この協議会も一つのそのあらわれですけれども、今後は県庁としても医師確保、つまりは奈良で働いていただくということについては、何らかの取り組みをやっていきたいと思いますので、この部会でいろいろなアイデアをいただきたいというふうに考えております。よろしくお願いします。

福井部会長：いかがですか。

吉田先生。

吉田会長：皆さんからいい御意見をいただいておりますけれども、研修医を増やす、医師を増やすということが目的じゃなくて、よい医療をし、よい研修の場を与え、やりがいのある医師としての納得のいく日々が送れるというか、そういう条件をきちっと整えば、結果として増えるというぐらいのつもりでやらない。このことを大変困っていらっしゃる所でいうと、何をそんな理想論ばかり言うんかとおしかをりを受けるかもしれないけれども、基本的に奈良県の医療の状況なり研修とか教育、もちろん研究等も入れて全体をボトムアップするということを、その結果としてこの問題が解決するというのが基本にあるので、決して理想論ばかりではありません。

それからもう一つ、研修医の話が出ましたけども、インブレッドよくないと思っております。理想的に言うとな、研修の2年ぐらいは他流試合やってきてね、それで帰ってきてきちっとここの地域の方の医療に貢献するというのが、これもまた理想論を言ってると言われるかもしれないが、理想じゃないかと。

それから、福井先生なんかにもお願いして後期研修のやり方、これは厚労省からも、文科省からも案も出てませんよね。それと今後大学院をどうするか、それも出てない感じがする。だからこれは本当に現状に即した、しかも医の本質を踏まえた後期研修の制度等を皆さんよく議論していただいて、つくり出していただいたらありがたいというふうに思います。

福井部会長：私もその点は同感でございまして、前期の臨床研修はかなり苦勞して、もうそこそこ頭打ちかなというふうに思っているんですね。ですから、今後さらに奈良県で専門医を育ててさらに彼らの可能性を伸ばしていくためには、こういうところで働きたいというような魅力的な職場をいろんなところでつくっていったらいいし、日常的に苦勞はしてるんだけどそれが余り公になっていないということもあるかと思います。各病院や各診療科がいろんなセンターとか、いろんな診療部門を立ち上げて、奈良県でこんなことやってるんだということをもっとどんどん宣伝していくことも大事なかなと思います。その辺のところはいかがでしょうか、この点はまた今後絶対話し合っていくべきことではないでしょうか？すぐ手をつけられることではないかもしれませんが。

正直に申しあげて、例えば大阪とか京都には何とかセンターとか何とか研究所とかいろんな病院や施設があります。東京にはもっとあります。これらが目立つと、やっぱりついそこへ若者の気持ちが引かれてしまうと。奈良には奈良県立医科大学があるほか何があるんだというような思いをもたれてしまうんですね。県立病院も本当に頑張っているんで、県立病院において例えばこんなセンターがあるとか、がん治療センターがあるとか、出すべきではないでしょうか。他府県に比べてやっていることは同じというか、ある意味でもっと一生懸命に患者さんの気持ちを大事にして医療をやっていると思うんです。そういうところをもっとアピールして行くべきだと私自身は思っております。医師確保にとって芯のところは、やっぱり専門医養成コースから先をちゃんとしていかないとだめだというのは、私も同感です。

武末委員：この協議会はいろいろな部会がございまして、今、福井部会長が御指摘になったセンター化というのも、公立病院改革の中で今、議論されているところです。がんの拠点病院で

あるとか、消化器病センター、循環器病センターという形で、今、奈良県内の病院の特色を出していくということは、また別途中でやっていますし、そうしますと働きたい人とか勉強したい人がどこに行けばいいのかというのが明確になってきます。逆に、病院がありとあらゆる、いろんなことをやっていると、いろんなことはできるけれども、やっぱり何か学ぼうとすると、一定期間集中してその技術の症例をこなすというのは必要であります。それは学生ではなくて普通の医師がある技術を取得しようとするときは、必要な取組です。そういう意味では今の病院の体制というのは、働きがいという意味でも教育という意味でも、また働いている医師のレベルアップという意味でもうまくいってないところがあるのかなと思いますので、そこはまた別途公立病院改革の中でセンター化をより明確にしていこうということは、今、議論されていますよということはちょっと御報告させていただきたいと思います。

吉田会長：大澤先生、奈良県で本当に開業する人の数は増えているんですか。

大澤委員：毎年開業する人の数は今、少しずつ増えてます。医師会の会員数にしても、開業医のA会員の数というのは毎年少しずつ増えております。私の郡山地区でも毎年5名ぐらいは新規に開業しています。それも県立の関係の病院とか市立の病院をやめられたケースです。医局の医師が足りないので大学の方に勤務医が、常勤医が引き上げていきますので、一人だけしか常勤医がいないという診療科もあり、そこで勤務が激務化してしまっています。さらに医療訴訟のこともありますから、そういうのでモチベーションが物すごく下がってしまって、もう耐えきれなくて開業してしまうという、何か悪循環みたいな状態が起こりますよね。それが現実です。去年もそのようなケースが3例ぐらい相談に来られたりして、大学の教授からも、開業は大変やからやめるように説得してくれって言われるようなこともありました。開業の大変さとかいろいろ説明させていただいたんですけど、やっぱりモチベーションが物すごく下がってしまってるという、訴訟の問題がやっぱり結構大きいですね。今ちょうど医療法の21条でいろいろ議論されていますけどもね、その辺のこととか、医療事故死に対して業務上過失致死という、善意の行為に対して業務上過失致死というような刑事罰、逮捕までされるというようなことが起こりますので、これが物すごく大きな影響を今受けているようで、それがもう雪崩を打ったように開業志向というのが出てきているように思います。その辺もこの会議でちょっと協議していかないといけないと思います。

福井部会長：その辺は厚労省が出していた第三次試案というのがどこまで実効性を持ってくるのか、委員会で種々検討された第三次試案にあるような内容が本当にそのような形で我々の医療行為を守ってくれる方向に進むのかどうかというのは非常に関心のあるところだと思います。これはぜひとも厚労省の先生方に頑張っていただいて、法務省にそこらへんを主張していただいて、「こうしないと日本の医療は萎縮して潰れるよ」と強くおっしゃっていただきたいというのが僕らの気持ちなんです。それから開業医と勤務医の話が出ましたので、例えば地域の産科診療が破綻状態になったときに、開業の先生方が一次救急を手伝っていただいているというような現実があると思うんです。一旦、開業して地域に出てから、またさらに病院に入って勤務医と一緒に頑張ろうかという、そういうふうな動きがあるように思うんですが、開業の先生方の流れとしてはいかがでございましょうか。

大澤委員：産科の事故がありまして、それで産科の救急に対して一次救急を整備しないといけないということで、開業医が一次救急の穴埋めをして、週2日ほどできてなかったところが埋まり、やっと一次が少し整ったかなというところなんです。でもそれは数人の開業医の犠牲的精神で成り立ってる状態で、もっともっと一次救急の充実を開業医もさらに自覚して参加していかないといけないです。ただ開業医だけで一次救急をやっていこうとなると、夜間

がかなり大変になって、今度は開業医の負担というのも大きくなってしまいますので、開業医と勤務医の先生と協働で一次救急を整えて、それで二次を助けるという、それで勤務医の先生方の勤務状況を改善に持っていくような方向ですね。

今、各地区医師会の方で夜間の応急診療所を開設してますけども、それでもちょっと回り切れないところがあって、深夜帯ができなかったりすることがありますので、できれば常勤の医師をそこに入れることによって、開業医が手伝いやすくするような形で一次救急をスムーズに進めていくような方策を奈良県が考えていただいて、その一次救急のセンターみたいな場所をある程度整備していただけたらいいと思います。開業医としてはその準備状態というのは、何とかしようというモチベーションもかなりありますし、まだ残っています。このままでいくともう完全に医療は崩壊してしまいますので、何とかしようという意識はあるんですけど、ただ今の国の施策を見ますと、何か支離滅裂です。安心と希望の医療確保ビジョンで、その第1番目のところに医師の数が足りないので養成数を増加させるというようなことが、一番重要な項目として出てきています。これは短期的にはちょっと無理で、長期的なことになると思うんですけども、ふやす数も今の1.5倍ですね、OECDの平均で1,000人当たりの単位ですけども、それも3人ぐらいまで平均並みに持っていこうということで、10万人ぐらいふやさないといけないということですけども、これもべらぼうな数で、今の医学部では絶対足りない。1割程度の増員ぐらいしかできないのが現状だと思うんですけど、これでは全然全く足りないんで、新しい医学部を建てないと追いつかないような数字です。また、このビジョンの一番この下のところに97年にできた閣議決定を撤回するようなことが書かれています。でも一方では、社会保障費の削減をしていく、その方針はそのまま堅持するという、国レベルで5年間で1兆1,000億円の削減、これが地方まで入れますと5兆円ぐらいの社会保障費の削減になるのですけども、それは堅持するという。毎年2,200億円減ということが、来年度は2,200億円減にならなくても、帳じりを合わすよというようなことを福田総理が一方ではおっしゃっているんで、医師数を増加させてそれでもつのかなと。単純に医師の数は1.5倍に増えても、給与は3分の2になるよというようなことと同じことですので。

その辺がこのようなビジョンが出てきたとしてもちょっと何か不安な面があります。その辺ももっと今の医療が崩壊してますので、それを一度立て直すということで財源を十分確保しますということを約束してもらえば、私たちのモチベーションも上がってもっといい医療という気持ちにはなると思うのですけど、一方では、財政諮問会議なんかでもかなり厳しいことを言いますし、いまだに株式会社の導入とか、混合診療のことを言うてきますので、その辺でぐっとまた抑圧されるような暗い気持ちになりながら、耐え忍んでいるというのが現状かなと思います。

武末委員：今言われたことは、まさに非常に重要なことだと思うんですけども、一方で現実的に、じゃあだれがお金を出しているのかということを考えると、やはりそこは県民であり住民であり患者さんでありと思います。

たしか4月の21日に日本医療政策機構というところが調査した調査があると思うのですけれども、医師の不足に対しての国民の認識と負担の可否についてみたいなことを調べたものによると、多くの人、7割、8割ぐらいの人は医師が不足をしていると理解していただいている一方で、8割ぐらいの人が負担はしたくないという現状がある中で、どうやってこういう予算を増やすのかというのは多分大きな問題としてあって、また多分一つは医療の問題がどうも住民の間で我がことにはなっていないのが一つ、それともうちょっとこの委員会の先生の中でこう言うのも何なんですけども、どれぐらい大変なのかというのがやはりいまいち伝わっていないし、関心がある人はちゃんと番組を見て、新聞記事も読んでいただけるんですが、多くの方はそういう番組になったら別のチャンネルにかちゃ

っと変えちゃうでしょうし、記事も読まないという中で、きちんとやはり医療の現状、重要性というのをもう少し何らかの形で出していくことは重要だと思います。

それが大きなビジョンで、これはとても大きな話で、10年、20年かけてやるべきことでしょうけども、もう一つ、ただ今身近にすぐできることということは、やはり例えば女性医師の問題が一番大きいのかなと私は個人的に思ってます、たしか30歳未満でいうと産科の30%、小児科の20%でしたかね、数字ちょっと間違ってるかもしれませんが、が女性医師になっている中で、果たして今の医療の現場が女性にとって、しかも女性、これは本当に問題、一番働き盛りの三、四十代、20代も含めればですけども、はどうしても男性と違うのは、やはり子供を産んで育てる、育てるのは男がやってもいいんだと思うんですけども、産む必要がどうしてもあるということについてきちんと医療の現場で対応していただけてるのかということだと思います。

先ほど周りが忙しい中で女性だけに休めといっても無理というお話もありましたけども、私はもっと逆に言えば、女性だけというところをまず第一にやっていくべきではないかなと思います。できれば奈良医大でできるのか、県立医大でできるのかわかりませんが、女性の働く環境を整備ということについては、ある実際にやっていけないのかなと。ただ、そのためには、一人で足りなければ二人の女性の方をペアとしてやっていくとか、いろいろ工夫することで必要かなというふうに思います。ただ、どのくらいの潜在的な女性医師が奈良県にいるのかというのは今のところわかりませんので、やるとすればこれからやっていかないとはいえませんが、まず例えば半年、1年でできることということは、まずそこが第一かなという気がするんですが、いかがでしょうか。

横谷委員：女性医師だけの問題ではなくって先ほど申し上げたんですけども、私は若手医師にも入ると思うんですけども、実際若手医師は10年目から15年目のすごく働き盛りといいますか、そういう医師と話しますと、みんな最近働きにくいということを口にするんですね。どういうところが働きにくいといいますと、やはり長時間労働で現場の医師数が少ないので当直の回数もすごく多い。以前と比べると、当直しても患者さんの数が多いので全然寝られないのがもう当たり前、以前でしたら寝られる日もあり、全然寝られない日もあったけども、当直すれば寝られない。そのまま次の日全く同じ勤務をして、それで何かミスがあると訴えられるんじゃないかという不安感を抱えて、自分の体が十分な状態じゃないのに責任は100%、こんなのは40になって、50になって、こんなこと続けられるかなというのがよく話に出るんですね。

それから、患者様も高齢化されているので、一人一人にすごく手がかかるんですね。合併症も多いので、今までだったら余り、私は外科ですけども、手術に伴う不測の事態というのがほとんど起こらなかったようなことが普通に起こってくる。そういうことですごく手がかかる。あと御本人と話してもなかなか意思疎通がうまくいかないの、御家族に来てもらわないといけないけれども、御家族は仕事が忙しくて夜や休日しか来れません。私たちが時間外ではあるけれども、夜、休日対応しても、そんな家族にとっては当たり前だというような感じで、医者は夜出てきても休日出てきても当然じゃないかというような感じで対応されてしまうことが多いとか、あと医大の方は電子カルテの方が導入されたんですけども、末端入力といいまして、いろんなことを指示する医師が入力しないといけないので、その入力作業だけでもかなり負担が増えた感じが、便利になった部分も多いんですけども、実際一人一人の医師にとっては負担感が増していると思うんですね。

あと書類ですね、書類が、何か起こると一つ書類が増えるということで、山のように書類が増えてきまして、今何でも書面で残すようにということで、いろんな書類、手術一つするときにも厚さ1.5センチぐらいになるんじゃないかというぐらい、同意書とかいろんな書面を取りまして、していく。何かもう書類に追われたりして、疲れて、自分は何を

しているんだろうということ現場を離れたくなっているという医師が相当数いると思うんですね。

そういう医師を見て、やっぱり若い医師は入ってくれるだろうかと思うと、やはりそこら辺も問題がありますし、そういうやっぱり現場が働きにくい感じがすごく今あるので、そこら辺を女性医師を活用するとかいろんな制度を整えるとか、いろんなことをしてやはりみんなが、女性もですけど、男性の医師もここで働きやすい、先ほど多くの先生から働きがいがあるという言葉が出ましたが、またやっぱり昔のように働きがいを感じながら大変でも頑張ろうというような職場をつくっていききたいと思うんですけれども、現実は今そうだと思います。

福井部会長：横谷先生がもう私の言いたいことを全部代弁していただいたように思います。本当に大切なことなんですけど、医師の仕事が限界を超えて過重になってしまっています。それをサポートしてくれるいろんな職種があれば、もっといろんな意味で医療が円滑に進むということだと本当に思います。もちろん今、武末先生が言われたように、女性医師の問題としては、例えば短時間正社員制度をつくるとか、24時間保育設備をつくるとか、そういうふうな決断で良くなることもあるでしょうね。そういうことはもちろんやっていくべきだとは思いますが。ワークシェアリングに関してなら、例えば病院に電子カルテが導入されたときに、クラークがしっかりサポートしてくれれば全然状況は違ったと思うんですね。電子カルテの記入のために画面ばかり見ていて、患者さんと十分にアイコンタクトを取れないというようなことがずっと続いて、診察せねばならない現実があるわけです。病院の経営を考えたらかなりそれは難しい、クラークをどんどん入れたら経営が成り立たないという話も出てくるんで、そのあたりが大変で本当に難しいと思うんです。

吉田会長：ちょっと女性医師の点でね、これ次長かあるいは内田委員にお聞きしたいと思うんですが、日本で女性医師が占める割合はどうか。将来の見通しはどうか。

内田委員：具体的な数字として、やっぱり入学試験という行為があって、その後、国家試験と出てくる、なかなか正式な予測というのは立てにくいものがあるんですけれども、やはり男女の性差を考えると、ほかの職種なんかを見た場合ですけれども、場合によってはこういう言い方は非常に失礼な言い方なんですけれども、女性の方が勉強をちゃんとやるんで、女性の方が逆に増えてしまうというふうな男女の逆転現象が起こっているような職種もございますので、将来的にはやはり女性医師というのは半分ないしはもっとということになってくるんだろうと思いますし、先ほど武末次長からもございました産科ですとか、そういうところでは実際問題としてほとんど新入局は女性がほとんどだとか、女性の方が非常に多い。実は私の妻も産科の医者で、まさに今育児休業中という状況でございまして、今後それをまさに復職するにはどうするんだという、まさに自分でもそこはまじめに考えるを得ない部分もあるんですけれども、やはりそういった資源を今後は積極的に活用していくシステムというのを当然整えなきゃいけないと。

吉田会長：いや、私が言いたかったのはね、直面している問題ばかり解決しようとしてね、ちょっと先のことすら手を打たないのが今までとどのつまりここまで来ているわけでしょう。10年も20年も前からね、例えば産科医師が不足するというのは、これはもう指摘されてたことなんですね。それを何ら手を打ってきてない。今の女性医師の課題も、今基本的な対策を講じないと、今場当たり的なことばかりをやったら、それ必要ですよそれも、今直面する問題は大事ですよ。しかしながら、ある程度プロスペクティブなことを考えてやらないと、必ずまた同じような問題になる。だから医師数はこれは増やしていくということで言ってるけども、どういう根拠で、どういう推計で、どういう数字でこれを出しているのか。

それからもう一つ、今、横谷先生が言われていたことで非常に大事なことは、同じ人口割にしても、人口でも高齢者になった場合には医療のボリュームが増えているわけよね、ボリューム全体が。だからパー・パーソンばかりで言っているんじゃないくて、医療のボリューム、平均年齢とか高齢者による医療の量が増えているということをやっぱり考えると、適正な医師の数というものを出すのに、かなり検討が必要なんじゃないでしょうかという感じがしますけれども。

内 田 委 員：正直申し上げて、私も武末次長もそうなんですけれども、向こうに勤めている間は、あんまりあれなんですけれども、臨床にいたころよりよっぽど余裕がない過酷な状況で、労働基準法を厚生労働省が一番やぶっているんじゃないかという居酒屋タクシー的なそういう状況でございました。正直申し上げて、いろいろな制度とか、そういうところのそういうゆとりすらないというのが霞が関にいる連中の本音だと思いますし、そこら辺をきちんと検証してこなかったから今までこういうふうな御批判を浴びているというのは、それは我々も当然熟慮した上でそういう制度設計をしていかなければならないというのは、まさに猛省しなければならない点だと思いますし、今後当然そういうふうな形で考えていかなければならないというふうには真摯に考えております。

吉 田 会 長：厚労省の若手のホープ、頑張ってください。

武 末 委 員：もうちょっと県庁の立場を、やはり元厚労省で働いていた者として言うと、見てると医療の現場と厚生労働省の状況というのは全く同じで、本当に30時間も連続勤務をしながらそのまま国会に行くとかいうのは当たり前のような状況の中で、今おっしゃられたような長期のビジョンを見据えて仕事ができるのかということ、なかなか今の厚労省の若手の人たちを見ると難しいのかなという状況はある意味、医療界と厚生労働省の官僚界と非常に、全く違和感なく同じ労働環境でございました。これはだからこそ悪循環が起きているというところもありますので、どこかでその輪を断ち切らなきゃならないというのは間違いのないところですよ。できればここは奈良県から断ち切っていただきたいというのが私の個人的な思いでもありますけれども。

吉 田 会 長：そうなんです。ある程度先を見てね、そういう提案をしていただきたい。

武 末 委 員：ここからは県庁の武末に戻らせていただきますけれども、本協議会としましては、いろいろまずことしできることを秋までに出してほしい。特に冒頭で吉田会長が言われた予算にかかわることについては、秋までに出不ないととても予算化は無理ですから出していただきたい。ただそれは予算要求に耐えられるようなきちんとしたものではないといけませんので、ここで言えば予算がつくというものでは決してないということはちょっとお断りしておきたいと思います。

2点目は、そういうお金が必要なものの以外に、話し合ってできることがあれば来年、今年度中、十分話し合って、できることをやりましょうということです。私、実は労働基準局にもおりましたけれども、職場で一番過重労働を強要しているのは職場の空気なんです。帰りたいけど帰れない空気で、帰れない理由は男女でそれぞれ別にあると言われますが、例えば「主治医なのにおまえ帰るのか、5時で帰るのか、9時－5時生活かよ」、みたいなことを言う先輩の先生が病院にはおられます。ことばで言わなくても態度が示しているとかですね、そういうまず一つ短時間労働をこの医療界で、進めていくには、まずそういった特に医療でいえば主治医制で患者さんに一人の医師が責任を持つというのをちょっと変えていかないとイケないかなと思います。そのような職業上の慣習や倫理が、過重労働の原因になっているというのはどこの業界でも同じことです。

この話をすると、大体お医者さんは、「だって患者さんが主治医じゃないとだめだからと言うんですよ」という反論を聞くんですが、その患者さんに聞きに行くと、別にあんな人じゃなくてもいいけど、やっぱりごますつとかないといけなからとか、私の病気のこ

とはあの先生しか知らないから仕方がないとか、つまりは、医療情報と治療に関する決定権を一人しか持っていないからと、主治医制はそのような状況を作っています。このようなひとばかりではないと思いますが、患者さんはそこまで主治医にこだわっていないと思います。こだわっている方ももちろんおられますけれども、意外とこだわっていない方が多いのが現状かなと。ちょっと地域性がこれはあるので一般論としては言いづらいところがありますけれども、医者が患者さんに対して感じているほど、患者は主治医にこだわっていないというのを、私は医者をやめて痛切に感じました。医者の場合には、先生、先生といっていかに主治医を信頼しているように見えますけれども、そこは病棟に行くと患者はうまくそこは立ち回っているなど。だからそこはやはり患者さんを交えて主治医制というのはちょっと考えていきながらやらないと、主治医制というのを今後続けていくとすると、今の夜昼、365日、24時間営業の医療はなかなか止められないのかなと感じます。また、9時－5時の働き方をする医者が医者じゃないのかという、医者じゃないかのごとく言われるこの業界、これだけ疲弊していながらそういう人は出ていけみたいな、そんなやつは要らないという、現代の急性期の病床で、チーム医療を行う医者として、ちょっと合わない倫理みたいなものは直していかないと、今後の医師の就労環境の改善は、難しいのかなと思います。特に女性医師の観点でなくて、多分そこは男性の医師も時としてはパートタイムでしのぎたいときもあると思うんですね。病気のとときとかいろいろな事情があると思うんですが、それができないと倒れるまで働かなきゃならなくなってしまいますので、それはあんまり女性とか男性とかにこだわるべきではないのかもしれないかもしれません。

ちょっと長くなってしまいましたけれども、どうも診療科や地域によっては、古いパターンの医師の働き方、イメージが今の時代には合わなくなって行って、ひょっとすると偉い先生方から見ると、何かいいかげんな医師だなといった働き方をしている医師が、今後の働き方としてはマッチしているのかもしれないという、意見でございました。

吉田会長：今の主治医制度について反省すべきだというのが、議題に出たのは私、大変うれしいと思いますね。

ただ、かかりつけ医とか開業しているときの場合の主治医制というのは一対一、パーソン・ツー・パーソンというのと、それから病院に行っているある集団のときの主治医制というのは違いますよね。だから病院での主治医制というふうなものは、これは反省すべきところが多々あると思うんですね。非常にいい提案だと僕は思うんです。

私最近ね、ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスンに書評が載ってたんですぐ取り寄せて読んだんだけど、ローレンスというカイザー・パーマネンテの会長ですけれども、その人が「チーム・ベースド・メディスン」という本を書いた。そのチーム・ベースド・メディスンのチームというのは、まさに今先生が言われたように、主治医一人じゃなくてチームでやる。チーム医療というと、狭義の病院内における医療を言うけれども、そうでなくて縦のチーム医療が重視されるべきだと、そうするとね、医師の偏在が起らないし、充実した診療ができるという。したがって、21世紀の医療というのは、ある程度の専門性を必要とする医療というのはチーム・ベースド・メディスンでやるべきだという、副題にフロム・ケオス・ツー・ケア、混乱からケアへというふうな副題がついているぐらいに、今まさに混乱だという。だから主治医制度をやるならば、主治医制度をずっと続けるならば混乱がずっと続きますよというふうな本を最近読みました。

したがって、この間言ったように、例えば救急なんかでもトリアージナースがちゃんと電話で対応してそこである程度のトリアージをする。日本でもそれやっているとこあるんです。不必要なコンビニ診療というような、かなりそれで防げるということが、半分ぐらい、半減しているというところがある。それでいろんな問題は生じませんかということを書きましたらね、ほとんど生じてない。ただし、トリアージナースというのはかなりのベテラ

ンで、主任クラスから上でいろいろなことがわかった人がやっているんです。だからそれぞれがいろいろな役割分担をきちんとやって整理してやりましょうというふうなことね、制度として新しい問題として提案していただきたい。

福井部会長：今の件ですが、確かに患者さんはたくさんの主治医、かかりつけ医をつければ喜ぶますね。若い人は若い人なりに頑張るのでかかわる医師が多いと大変患者さんは喜んでくれますし、総括的に自分を診てくれる人はだれかということは十分理解してくれていると思います。ただ、奈良県ではそれでも「先生の次の出番はいつですか」と尋ねる人が多い、主直医への期待が強いというのが現実だと思います。ただ、少しずつ状況は変わってきていて、その時点、時点で誰に自分は相談したらいいのかわかってきてくれていると思います。複数のスタッフで患者さんを診ていく、あるいは欧米のように、全然主治医というのがなくて、そのときに誰が診るのか当番が決まっているだけというような状況に日本の患者さん方が馴染んでくれるか、徐々にそうなるかとは思いますが、全体として責任を持って医療をやっておればそうなることを期待したいと思います。

吉田会長：パターンリズムに依存しているその日本の風習が完全に払拭されていない。依然として日本の中にはパターンリズムが残っている。だからそれを無視してこういう制度へいきなりは行かないけれども、やっぱり考えてみるべきテーマじゃないかと思うんです。

福井部会長：ありがとうございます。

主治医制のことが話に出ましたが、ほかに。

今川先生。

今川委員：いろいろ難しい話になりつつあるんで、さっきの女性の先生がおっしゃったように、例のメディカル・クラークの話ですけども、こういうふうな話になっていくと厚労省は何考えてこんな点数つけたのかなというふうな、到底成り立たないような点数をつけて、つけましたというふうなことを言うてるような気がするんですね、我々の病院の立場からするとね。そういうふうなことだと思えるんですけども、それから吉田先生、前回もおっしゃいましたけども、トリアージというふうなことをおっしゃいましたけども、奈良県におきまして小児の電話相談室というのが開設されているんですけども、この利用件数というのが年々下がってきてるんですね。これはどうしてかというふうなことになってくると、どういうふうなところに問題があるんだろうかというふうなね、検証をやってないんだろうと思うんです。どういうふうな問題点があるんだろうかというふうな検証をね、余りやっていないんじゃないかなというふうに思いますので、もう少しその検証というふうなことを。

吉田会長：検証というか、フォローアップというかね。

今川委員：フォローアップですね、チェックですね。

吉田会長：チェックね。

今川委員：いろんな制度を決めたりとか、そういうようなときに、やったときのチェック体制ですね。それをどういうふうに改善していくかというふうなチェック体制というふうなものをもう少し整備していかなくは、こういうふうなものもうまく機能しないんじゃないかなというふうに思っております。

それから、2点目の表2ですけども、これも主観的なデータに偏っているというふうなことをどなたかおっしゃいましたけども、現実問題として安心できるような医療を提供するには、これだけの医師が必要なんだという病院側あるいは医療を提供する側の悲痛な叫びであるというふうなとらえ方をしていただかんことには、これ各病院の主観的なあれによっているんだということでは成り立たないのではなかろうかというふうに思います。

それからもう一つ、臨床研修医制度のことなんですけども、これは福井教授、福井先生

の方で非常に努力していただきまして、奈良医大の出身者の研修医というふうなものが初期研修の人数が増えました。これに関しましては非常に感謝いたしておりますけれども、菊池先生のところ、あるいは我々のところ後期研修というふうなことを考えて検討はしておるんですけども、まだ具体的にできてないんですけども、そういうふうなときに問題になってきますのは、例えば関東の方では厚生労働省の調査によると、総合医になりたい。関西の方は専門医になりたいという志向があるようでございますが、我々のところに来る研修医に聞きましても、専門医になりたいというふうな意向が強いようでございます、調査いたしますと。そういたしますと、例えば外科会の認定医になろうといたしますと、我々の病院で外科をやっていたとしても、胸部外科あるいは心臓外科の経験が症例数が要ります。そういうふうなときに、奈良医大の方で協力していただくような体制を整備していただくと、なかなかそういうふうなことは進まないだろうというふうに思います。

それで、もう一つお願いしたいのは、後期研修プログラムというのを大学として一冊の立派なパンフレットとして全科が総合的なやつを発行していただきたいと、つくっていただきたいと。そうすることによって、我々もコマーシャルしやすいというふうなこと。それから、奈良県出身の学生に、学生時分から他大学へ行ってる人に、でき得るならばそういうふうな情報誌を送るような努力をやっていただけたらというふうに思います。

もう一つだけ言わせてください。それとこれ救急問題なんで、救急のところであれかなと思ってたんですけども、先ほどトリアージというふうなことをおっしゃいましたけども、我々のところも当該桜井地区で救急輪番制をやっておるんですけどもね。もう既に崩壊しつつあるんですよ、救急医療が成り立たないと。輪番で当直ができないという病院が既に出来まして、これが4病院でやっていると。

吉田会長：それはどうして、数が多いからという。

今川委員：いやいや、もうドクターがいなくなってです。救急を担当するドクターがいなくなってできないんです。それで橿原市の救急輪番も崩壊いたしました。桜井の方の救急輪番も崩壊という……。

吉田会長：途中で申しわけないけど、先生、そのトリアージをするのにね、それは医師でないとだめですか、それは。さっき私が言ったのは……。

今川委員：そこが先生、小児科のところちょっと申し上げたように、相当ベテランの看護師さんが、あるいはメカスタッフが対応したとしても、結局なかなか納得してもらえない場面が大いにあるんですよ。

吉田会長：実際やっててそうなの。

今川委員：現実には。

吉田会長：現実には、ああ、そう。

今川委員：はい。例えば、我々の病院なんかでも、管理婦長というのがいろんな病状を聞いたりなんかしてるんですけども、それだけではやっぱり納得されないんですね、患者さんは。とりあえず診ろというふうなのがあるわけです。なかなかそういうのも運用が難しいと思うんですね。そんなことよりも僕が申し上げたいのは、各地区で一次救急、二次救急のやっておりますけども、一次救急は桜井でたった一人で夜中まで診ておられるわけですね。ろくな設備ないんですよ。あるのは心電図と血圧ぐらいしかはかれないんです。それは県内の方でも同じだと思うんですけどね。そういうふうなところへ開業医の先生が一人でおられるわけですね。そんなところでね、先生、非常に不安ですわな、先生。ですから、一次と二次がやっぱりタッグを組んだような格好をつくらんとね、これはもう絶対にできないと思います、機能分担という意味ではね。ですから、例えばある一定の病院、北部であれば奈良病院あるいは中和地区であれば中和病院に一次診療所をつくって、それで開業医の先生にトリアージやっていただくと。

吉田会長：だから、それをタッグを組むとおっしゃったけど、そういうふうなのがやっぱりチーム・ベースド・メディスンなんです。

今川委員：そうですね。そういうふうなことを今現在、桜井市の方は医師会長とちょっとそろそろそういうふうな格好でやらないかなという話はしてるんですけどね。それがうまいこといくかないかは、もう県の方が救急医療に対する補助をですね、支援金ですな。

吉田委員：そういうことはあんまり言わん方がいい。

今川委員：いやいや、言うとかんとね、いやいや、だんだん二次救急のお金もだんだん減らされてきてますのでね、現実問題として。そういうふうなことでね、機能分担という意味でそういうふうなことも医師確保の大きな一つの方法ではないかなというふうに思っておりますので、今フリーディスカッションの時間というふうに聞いておりますので、あれします。

大澤委員：先ほども言いましたように、一次救急ですね、開業医だけではちょっと負担が大きくなりますので、勤務医と連携してということなんですけども、できれば今ある休日応急診療所を使われてもいいんですけども、できればセンターみたいなものをつくられて、そこに準夜帯は開業医が応援に行って、深夜帯はそこに常勤の勤務医を一人か二人入れられて、そこで一次を確実にやって、二次が確実に受けていただけるというような体制を組んでいただけたらきれいに回ると思うんです。それを組むためにはやはり財源が必要になってきますので、その辺の財源の確保、やっぱりこの事業を進めるに当たっては財源というのがかなり大きなウェートを占め、それがないとやっぱりできる範囲というのは限られてきます。さっき武末委員が言われたように、女性医師の掘り起こしのようなことで終わってしまう可能性がありますので、もうちょっと先を見据えて、短期に今年度の事業で一応結論は出さないといけないんですけども、それを今年度だけで終わることなしに、今後も続けていくために中長期のビジョンもあわせてやっていただいて、一次、二次、三次、今、勤務医の方は二次ないし三次を担当されているのですが、やむを得ず一次を診ないといけない。その一次で物すごくトラブルが起こってしまって、モチベーションが下がるというような形になりますので、一次はもう開業医の先生、そういうセンターの方で処理できるような形で、それで二次に送れるところがしっかりと確保される体制が必要です。その二次を探すのにまた困るというのでは困りますので、そういうシステムがきちりできるような体制に持っていったかかないと、なかなかやりづらいかなど。そうすれば開業医も助かるし、勤務医も助かるという、今ある人数の中でやりくりしようと思えば、そういうシステムをきちりつukらないといけない。

医師の養成数をふやすのは、もう10年後ぐらいしか効果が出てきませんので、短期的にはそういうことで、そのためには先ほど2ページのところにある医師の不足数ですね、主観的な数字ということなんですけど、本来は県の医務課の方が必要な病床数ですね、それに対する必要なドクターの数ですね。医師数を疾患ごとに計画を立てて、さらにこれだけ要るんだ、奈良県ではこれだけの病床数が要って、これだけのドクターが要るんだと、その目標に向かって計画を立てていかないと、その目標が定まっていないのです。それから厚労省の長期のビジョンを先ほど吉田会長から言われてましたが、厚労省の長期ビジョンというか、長期のシミュレーションもかなりいい加減です。医療費のシミュレーションが最たるもので、10年後の医療費が、百何十兆円とか言ってたのがもう半分に減り、また半分に減りでしょう。そのいいかげんな統計で建てた長期ビジョンを信用できるかということになります。それと今の医師数ですね、OECD、諸外国の平均をにらんでの医師数で、日本の医療の現状をにらんでのものではないということですね。入院日数にしても短くせよ、短くせよということですが、諸外国、特にアメリカなんかは入院日数が短いですが、網膜剥離でも1日か2日の入院です。医大だと2週間ぐらいは入院してると思うのですが、1日2日で退院してる、そういう統計を見てもっと短くしないといけないと

ということなんだけども、そのシステムが全く違うんですね。向こうは病院のそばにモーターないしそういう安いホテルがあるんですね。退院しても1～2週間は、そこから通院します。システムが全然違うので、その辺比較にはならないと思います。

このようにシステムが日本とは全然違います。一人の患者さんが外来に来たら、一人のナースが完全につきます。それで診療が全部終わるまで、検査も全部終わるまで一人が全部ついて最後まで、帰るまで面倒見てくれます。それと外来の待合室もこの医大と同じぐらいに広い待合室があるのですが、患者さんはほとんど待ってないんですよ。閑散としています。予約だけですから。午前中で10人ぐらい診れば、それでちゃんと経営が成り立つようなシステムになってますので、その辺と同じようにしようと思えば、これまた財源がたくさん、莫大な財源が要りますので、日本型の理想的な医療というのをやはり模索していかないといけないかなと思います。

福井部会長：かなり医師確保から逸脱しておりますけれども、それに向けての話をお願いします。

武末委員：今の大部分の提言は少し救急部会の方で引き取らせていただいて、一次、二次をどうしていくのかという話、ちょっと一言だけお話しさせていただくと、一次救急をいきなり県がやるというのは非常にまれなケースだと思います。一次救急は基本的には二次救急の中で比較的市町村がやっているものですので、なぜそれがいきなり県に来るのかというのはちょっと私も勉強させていただきたいのと、ある程度それは救急の方でちょっと議論させてください。

後段の適正な診療科の偏在のお話ですが、逆に言えば、やってもよろしいというのであれば、県としては検討していく必要もあろうかと思っています。このビジョンですね、ビジョン案の5ページにもございます(3)診療科のバランスの改善等というところを書いてございます医師の職業選択の自由に配慮しつつ、診療科ですね、現場・地域の意見を重視して、それを今、方策を自治体とともに検討するということでございますので、例えばちょっと極論を申し上げますと、医療圏ごとに内科医何名、外科医何名というのを定めることを医師会としてある程度納得していただけるのであればという話です。ただし、県としては、医療圏ごとに医師の定員を定めることは、法律ではできないのですが、医師会とかとの話し合いの中で、話し合いができれば、診療科の偏在なども解決できるかもしれません。もし、医療圏ごとに必要な診療科を定めるということになると、これは本当に国内初の取り組みになるかと思っています。

大澤委員：強制力を持つものでなければいいと思います。この二次医療圏で内科医は何名までしかだめというものでなく、理想的な配分というのはこういう数になるということを示していただけたら、各病院とか診療所でも、それに大体見合うような、それを標準にしてそこに余り外れないような形で医師の確保というのを持っていくと思うんですけど、今はそういう標準が無いので好き勝手にみんなやってるわけですから、そういう標準が決まれば、それを大きく超えてくればちょっと抑制が多分かかると思います。強制力を持つとちょっとぐあいが悪いですけども、標準として理想的な配分はこれぐらいになるんじゃないかというような、ある程度の幅で示していただけたら非常にやりやすくなるんじゃないかと思います。偏在は少なくなると思います。

武末委員：それは行政が示すという性質のものではないのかなと思ってまして、百歩譲っても、それは多分医師会と行政とで話し合いながらやるもので、むしろ専門家たる医師会の方々とか、大学の方々とかで医療圏ごとにどのぐらいの医師が要るのかということ、調査してそれこそ5年ぐらいのビジョンで、いろいろな側面で調査や議論をしながら、奈良県はやっていくんだというのは、検討していく一つの課題かなと思っています。

大澤委員：そうなんですよ。今の医学部に欠けているところは医療行政を考えるところがないのです。それは物すごく大事で、外科、内科とかいろいろな講座がありますが、その一番上

に持ってきてもいいような講座だと思います。医療行政を取りまとめるような、そういうことを考え、シミュレーションして将来これだけの医師が要ります、これだけの医療費がかかります、そういうきっちりシミュレーションできるような講座があればかなり日本の医療行政というのはうまくいくんじゃないか。そういう学問としてそういうものを持てばね。今はそんなんないですから、あちこちの統計とりながらああでもない、こうでもないとやっているんですけど、それがうまくいっていいですけど、全然的な外れな形になってしまいますので、学問としてそういう講座を設立していただけたらと思います。

福井部会長：奈良医大でも健康政策医学講座というのができまして、また御要望いただきましたらそういった方面も教授にお願いしたいと思っています。

そろそろ時間が迫ってまいりました。今日は余りこちらから干渉せずに、皆様方から意見を自由に出していただくという形で進めさせていただきましたが、今後の方針を簡単に申し上げて最後に吉田先生からお言葉をいただきたいと思っています。一応今の議論の中で、地域で協働して医師確保の仕組みをつくろうと。それは、一つは卒後臨床研修精度についてでございますし、その次はやっぱり後期の専門医養成制度についてでございます。それから、先ほどジェネラルのドクターに対して志望が少ないというお話がありましたが、ジェネラルを希望している学生もかなりいることは事実ですので、どうすれば総合医を育てられるかという方策を地域で協力して進められないかというテーマがあらうかと思います。それから、女性医師の離職防止、復職支援ということで、女性医師だけではないという話も出ましたが、それも含めた上で、いろんな医師をめぐる職種間の業務分担というようなことについても、話し合っていきたいと思っています。ほかにもあらうかと思いますが、一応こういった方向で次の会を進めたいと思います。

吉田先生、最後にまとめのご挨拶をよろしくお願いいたします。

吉田会長：大変貴重な御意見をたくさんいただきましてありがとうございます。幾つかメモしておりますけれども、本当にどのテーマを取り上げても大変な問題ではあるけれども、非常に大事な問題を御指摘いただいたように思います。

もう一つ、私がこの部会に出て必ず申し上げておることは、次長ともこの間少し議論して、次長に専門的に調べてもらっているんですけども、天然資源とかいろんな資源がありますけれども、医療も資源である、それで資源というのは限られています。だれのものかという、県民のもの、国民のもの、全体のもので、医療資源は。だからその資源はみんな大事に使いましょうという考えを持ってほしい。そういうものをみんな持つように一般の県民、国民のレベルを上げるという、そういうふうな運動も、あるいは動きもしていく必要があるのではないかと。それが医師不足等の解決にもつながるものではないかというふうなことを感じております。

この部会は、正直申して一番最初に心配したのがね、自己の組織、機関の立場よりの発言が多いのではないかとちょっと心配したが、そうじゃなくて、日本の医療、奈良県の医療からみて、全体としての立場からこうだというふうなご意見をいただいた、さすが見識のある委員ばかりがそろっていらっしゃって、非常にいい議論ができたというふうに思っております。

どうぞ、この調子でいいものをつくっていただきたい。そしてこれは霞が関の方に向けて発信しても、おっと驚くようなことが出ればすばらしいなと思っています。部会長、よろしくお願いいたします。

皆さん、どうも大変ありがとうございました。

福井部会長：吉田先生、ありがとうございます。

また部会の皆様、本当に忙しいところを長時間非常に御協力いただきましてありがとう

ございます。

今後とも何とぞよろしくお願いします。

次回日程につきましては、調整の上、また事務局の方から連絡させていただきます。よろしく願いいたします。

それでは、これで閉会とさせていただきます。