

環境福祉委員会会議記録

環境福祉委員会委員長 福井 せいじ

- 1 日時
平成 30 年 1 月 10 日（水曜日）
午前 10 時 1 分開会、午後 0 時 1 分散会
（うち休憩 午前 11 時 39 分～午前 11 時 40 分）
- 2 場所
第 5 委員会室
- 3 出席委員
福井せいじ委員長、千葉絢子副委員長、高橋元委員、高橋但馬委員、
菅野ひろのり委員、岩崎友一委員、中平均委員、千田美津子委員、木村幸弘委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
小原担当書記、中村担当書記、山本併任書記、菊池併任書記、久慈併任書記
- 6 説明のために出席した者
保健福祉部
岩手県立大船渡病院 院長 伊藤 達朗
- 7 一般傍聴者
6 人
- 8 会議に付した事件
 - (1) 保健福祉部関係
(継続調査)
「岩手県奨学金養成医師の配置調整の現状及び課題について」
 - (2) 環境生活部関係審査
(請願陳情)
受理番号第 61 号 早池峰・小田越・薬師岳を一体に特別保護地区とし、実効ある保護を履行されたい請願
 - (3) その他
委員会調査について
- 9 議事の内容
○福井せいじ委員長 ただいまから環境福祉委員会を開会いたします。
これより本日の会議を開きます。本日はお手元に配付しております日程により会議を行います。

初めに、保健福祉部関係の岩手県奨学金養成医師の配置調整の現状及び課題について調査を行います。

本日は、講師として、岩手県立大船渡病院の伊藤達朗院長をお招きいたしております。伊藤院長におかれましては、岩手県奨学金養成医師配置調整会議の構成員を務めていらっしゃいます。

それでは、伊藤院長を御紹介いたします。

○伊藤達朗講師 このような会議にお招きいただき、本当に感謝しております。よろしくお願いいたします。

○福井せいじ委員長 よろしく申し上げます。

伊藤院長の略歴につきましては、お手元に配付いたしておりますので、御了承願います。

本日は、岩手県奨学金養成医師の配置調整の現状及び課題について、専門的な立場から貴重な御講演をいただきます。また、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願いいたします。

大変すばらしい資料もつくっていただきまして、ありがとうございます。

それでは、伊藤院長、よろしくお願いいたします。

○伊藤達朗講師 それでは、早速始めたいと思います。きょうの予定としては1時間程度、私のほうからブリーフィングを行いまして、皆さんからの御意見を聞きたいと思います。

これは、大船渡湾で、1月1日に晴れていたのですね。ちょうど湾口防波堤もちゃんと完成いたしまして、ようやく復興したという感じですね。きちんといかだもできていまして、養殖もやれるようになった。

きょうは、まず本題に入る前にイントロダクションとして、どのようにして医師が育成されていくかということをお話して、あとは今の若い医師たちの気持ちであるとか、その辺の話を簡単にしてお話して、あと私も実は奨学生と同じ考え方、自治医科大学卒業生、4期生です。その後37年間県立病院にいましたが、それでも専門医にも指導医にもなれるよというところがあるのですが、そういう話もしたい。

まずは、ごらんのように、皆さんも御存じだと思いますが、高校を卒業して6年間医学教育を受けるのです。前は2年間はどうちかという教養というような感じだったのですが、今はそういうことはなくて、もうストレートで専門教育が始まってきます。その中で4年もしくは5年のところで共用試験のCBTという試験を受けるのです。これは、チューデント・ドクターになるためです。いわゆる研修の中で実際に患者を相手に実習をするわけです。その場合に、ある程度の臨床の力がないといけないということで、CBTという共用試験をやります。これは全員受ける。それにパスしないと進級できないし、臨床実習には入れないというようなシステムになっています。

それで日本の医学教育の問題がありまして、実習時間が少ない。結構6年生になると、国家試験のための授業があるので、どうしても短くなって、それでは世界的な医学教育では認められないよということで、あともう数年たつと、恐らく72週の臨床実習をしなければ

ばならないようになります。72週というと2年近くですよ、休みがありますから。それが大学教育だけではなくて、地域の病院にも出しましょうということで、地域医療といっても、今であると2週間、3週間のところですが、1カ月、2カ月単位で派遣しなければならないようなシステムになると思います。そこはもう少し変化してからの話になるのですが、結局こういうような診療参加型の臨床実習が充実されている。

国家試験があります。ことしは、2月11日あたりですか。ここで1回合格すると、1回って変な言い方ですが、1回目の医籍登録というのがあるのです。昔は、私たちのころは、医籍登録はこの1回だけで済んでいたのです。次に医師法の中に臨床研修というのがあって、これは2年間やりなさいと。必ずやらなくてはいけないわけでもないのですが、ほぼ必ずやらなくてはいけない。でないと、2回目の医籍登録ができませんよと。そうすると、これは開設者であったりとか、例えば医院長であるとか、開業医の医師は自分で開院しますね。そのときにこれを受けていないと開業できないことになります。そういうことで、ほとんどの方がまず受ける。

そして、専門研修、専門医になるためにという話があります。専門研修というのは臨床研修が終わって、3年から5年と書いてありますが、4年であったり、3年であったり、あと一部の診療科は臨床研修の間の症例も利用しているですよというところがあって、これくらいの時間がかかります。これはストレートで26歳でという話になっていますが、ここでやっぱり30歳過ぎで専門医になれるかというような感じですよ。

あとは、生涯教育になるわけなのです。こういうところで医師の偏在の関係性が出てくる。これは医師の需給分科会のスライドなのですが、医学部養成で、いわゆる地元出身者の定着率はということかということ、卒業後定着が見込まれるような地域枠のあり方を検討しなさいと。地域枠とはそういう意味でできているわけです。自分のところの県の中にある大学をということですよ。だから、いわゆる都道府県が管内の臨床研修の定数を自主的にかかわって是正を進める、自分のところで枠を決めていくというようなシステムも必要ではないか。

ところが、もともとこれは問題点があります。卒業生が少なかったりすると、今多くなっていますが、なかなか枠だけを県で決めるというわけにもいかない。いっぱいやっても、卒業生が少なければ入らないですからね。

それから、出身大学の地域で行われることを促すシステム、いわゆる臨床研修を出身大学、例えば岩手医科大学卒業は岩手県の中でやるようなシステムですね。

それから、あと専門医はどういうことがかわるかということ、これは診療科の偏在是正の仕組みを考えて専門医制度をつくってもらえないかということで、今もそういう形で調整はしているのですが、後で専門医の説明をしたいと思います。

それから、専門医の養成で都道府県が関与する仕組みが必要ということで、既に協議会ができていて、そこでやっているところです。

このような形であるのですが、実は岩手県の場合は、もう一つここが問題なのです。恐

らく医学部に入るのは、年間 50 人から 60 人ではないでしょうか、それは変わらないのです。医学部の定員はふえているのです。今少し開いています。これは、教育の問題があると思うのです。だから、それは小学校から始めないと、中学校では遅いです。恐らく小学校。英語教育を中心にやっていかななくてはいけないところがあると思うのです。その辺のことを考えないと、長期的に考えた場合には長続きしない。あと当然質も下がります。だから、その辺のところは考えていただきたいと思います。

総合診療医というのが出ましたよね。テレビでおなじみのスーパードクターなんて、あれが総合診療医かという問題もあるのです。クイズでもないです。医師の総合診療への関心ということで、これは m3.com というサイトがありまして、医師がいっぱい集まっているところで 2016 年と 2013 年に関心について、投票したものです。2013 年のころは青ですから、大いに関心があると少し関心があると、関心は結構多かったです。2016 年、年数がたってやっぱり下がってきているのです。これが実態だと思うのです。

今回、総合診療医ということも、総合診療のドクターたちも専門医の中に入って、19 番目の専門医として認められて、募集が始まっているのですが、全国では 2% ぐらいしかないので、思ったほど集まっていないです。ちなみに、岩手県はゼロです。

それから、医師の仕事とプライベートについては、開業医の医師も勤務医も全部入っているのです。我々勤務医がどうかということではないのです。これはどういう意味かということ、仕事を 10 としたときにプライベートはゼロ。わかりますよね、感じとして。それで、これが理想としては、2016 年と 2013 年で、ごらんのように 2013 年のほうは、どちらかという仕事が大いわけなのです。それが年数とともにそうではなくなって、プライベートのほうが大きいです。現実には、逆に言うと、2013 年より 2016 年のほうがひどくなっていると思うのです。これは気持ちの問題もありますので、実際はどうかというのはわかりません。気持ちとしては、こういうふうに医師たちは思っている。どちらかという、プライベートをもう少し大切にしましょうと。プライベートを、悪い言い方すれば、仕事のために侵害されていると。我々のときには仕事の中に生活がありましたから、だから全然世の中が変わっているということなのですよね。

それで、医療提供体制のあり方なのです。皆さんも御存じだと思うのですが、昔は市町村に立派な病院が 1 個あればどこでも大丈夫だよという考え方で、そこに行けばいいのではないかということだったのです。今は、医師数が少なくなってきた、二次保健医療圏でやっていきましょうと。少し脱線しますが、私は実は議員の前で説明するのは 2 回目なのです。1 回目は、ちょうど医療局で診療所化するときに説明した記憶があります。大変な時期ばかり、私呼び出される。それで、二次保健医療圏でというのはそういう意味なのですよね。二次保健医療圏で考えていましょうと。ですから、開業医や小さな病院も含めて、そこで対応しましょうと。

ところが、今度は二次保健医療圏だけでは済まない問題が出てきました。早い話がどちらかというとお年寄りであったりそういう人たちがいろんな複合疾患を持っていて、それ

でいろんな難しい病気にかかるわけです。そうする場合には二次保健医療圏だけでは対応できないという問題がまず一つ。あとベビーなんかもそうですよね。二次保健医療圏だけでは対応できないから、県全体でというのが、例えば盛岡であるとか、そういうところに移動しなくてはならない。もう一つは、二次保健医療圏だけでは介護レベルのところの医療といいますか、そういう施設が少ないところがあるから、二次保健医療圏を越えて考えなくてはいけないということになります。そういう意味ではもう医療提供体制を県全体で考えなくてはいけないということになります。

そういう流れがあって、そしてこれは地域包括ケアシステム、私がよくスライドで使っているのですが、これは垂直的なケアという、いわゆる医療に特化した部分のケアで、開業医の医師から、かかりつけ医から、慢性期、回復期、急性期、高度急性期というような形で、これは垂直のケア、これがシームレスに動かなくてはならないと。もう一方では、かかりつけ医を中心に、介護、それから保健医療サービス、その他いろんな水平部分のケアがあるわけです。これをインテグレートしないとイケない。これがいわゆる地域包括ケアシステムだと思うのです。

岩手県の場合には、急性期病院、我々の病院のところとか、例えば回復期の病院であっても、住まいと関係していることが結構多いわけです。いわゆる病院の数が少ないので、こういう層別化ができないのです。これしかないとか、ここしかないとかというところがあるわけですから、そういう意味では、これは地域包括ケアシステムというのを各地域で考えていかななくてはいけないということが言えると思います。もちろんそれが主眼として計画されているわけです。

私は、自治医科大学を卒業して 37 年になるわけなのですが、1981 年に卒業して、ちょうどこの当時は、自治医科大学の卒業生というのはどこの馬の骨かわからないやつは雇えないという大変な状況でした。それで、研修を受けたいと言っても、盛岡のある立派な病院では、門前払いでした。それで拾ってくれたのが宮古病院ということです。そういう状態だったのです。

それで、宮古病院で外科のストレート研修をしました。なぜ外科に決めたかということ、じゃんけんで負けたからということで、同級生 3 人一緒に行ったけれども、大変なので、2 人は内科、1 人は外科でいいよということで、じゃんけんで負けて外科になったということなのです。ストレート研修が始まって、1 人で全科当直、これを 1 週間でやりました。宮古病院に行って 1 週間後に全科当直です。全部 1 人で診ろというわけです、当直。看護師 1 人ですよ。そういうような状況でやっていたわけで、自治医科大学ではそういうところに行くものだと思って教育を受けていましたから、検査も実は顕微鏡で赤血球とか白血球の数を数えるのですよ。ああいうこともやっていたから、当時ドクターたちでそういうことができる人はいませんでしたから、我々の検査結果を信用せざるを得ないのです。昼はちゃんとした器械があるのだが、夜に使わせてくれと言ったら、壊すと大変だからと言われて、自分たちで数えたりした。あとレントゲン写真も自分たちで撮りました。

今はパソコンで見られるようになっていますが、当時は自動現像機と言って、カメラのフィルムと同じように現像して出さなくてはいけないので、それも自分で自現機のスイッチを入れて、それから写真を撮って、温めてからやるというような感じで、それで撮ったりもしました。そういうようなことをやっていたので、これは自治医科大学の教育で、そういうことが成り立っていたと。採血も、今は多分大学でやっているのですが、4年生、5年生になると臨床実習が始まって、朝6時ですよ、大学行って採血やれって言われて、患者の採血をみんなやるわけですよ。そういうようなことをやらされていた時代で、自治医科大学も実は医師が少なかったということです。

そして、ストレートで3年研修です。Aと書いてあるのは、自治医科大学の場合はA、B、Cコースというのがあって、ランクづけをして、三つの病院に分けていたのです。それで、久慈病院がCになっていますが、久慈病院ってCクラスだったのです。あれだけ今大きい病院になったのですが、医師が10人いたのかな、それぐらいのところ、当時は非常に評判の悪い病院でした。

そういうところでストレート研修をやりまして、3年終わって、医局の人事があって、私は岩手医科大学のほうの外科の医局に行ってくれということで行って、その当時、診療科の連携とか、救急診療システムなんてないので、断るような状況でした。本当に大変な状況でした。それを何とかしないといけないかなとみんなで考えたということです。

そして、Bクラスは、1985年からは山田病院の外科に行きました。外科医2人でしたが、内科医が三、四人いて、整形外科医もいたりして、それなりに充実しているところでした。だけれども、日当直を月10回やっていました。あの当時は、土曜日でも県立病院はやっていましたから、そうすると土曜日の朝に出て行って、そして午後の日直と当直やって、日曜日に日直、当直をやって、その次の日の月曜日の夜に帰る。そうすると結婚していましたから、妻は仕事でいませんでした。そういうことですよ、時間がそんなに長い。そういうことを、若かったので月に2回ぐらいやりました。でも小まめに論文を書いたりとか、そんなことをやって、外科学会の認定医を取得しました。自治医科大学では、1番目か2番目だったと思います。私の年から始まったのかな、前の年だったのかな、始まったということなので。ただ、そういうような取り方は、今回の専門医制度ではできないのです。

Bクラスが終わって、今度はCクラスの久慈病院にまた戻ったと。ただ、いろんなことをやりました。義務年限が1990年に終了して、あと組織的にその当時緩和ケアを開始したというところがあります。それから、あとは外科長になりまして、訪問診療をやったのですよ、外科の手術以外に。当時、総合診療医としてここに書いてありますが、この辺からマインドはずっと持っていたつもりです。

そして、1996年に福岡病院に勤務になりまして、やはり緩和ケアをやって、訪問診療をやって、みとりまでやって、最初のみとりをやったのは青森県田子町の人でした。あそこまで行っていました。NSTというのは、ニュートリションサポートチームということで、食べるのが大切だということで、皆さんお聞きになっていると思いますが、そういうこ

とを院内で、岩手県で初めてチームをつくってやりました。

そして、2000年に副院長になったわけなのですが、病院新築ということもありましたし、あとはトータルオーダーリングの開発などをやって、例えば検査や写真をパソコンを使って、電子カルテの前の段階ですね、その開発に携わって。あと臨床研修、それから地域がん診療拠点病院というのが、恐らく岩手県の場合には、大学と医療局の基幹病院が全てなっているのですが、当時は中央病院しかなってなくて、二戸病院が2番目でなりました。あとは、病院機能評価受審というような仕事もさせていただきました。

どういうわけか、2007年に千厩病院の院長になれということで行きました。もう医師不足で大変なところでして、私が回っている病院ははっきり言って全部医師不足の病院です。真ん中はないのですよ、ごらんのとおり。ずっと沿岸のほうから北に行き、そして南に行き、また沿岸のほうに戻っているような状況なので、だから医師不足の状況は非常にわかっているつもりです。ボランティア活動をやっていただきまして、病院が逆に地域から支えられるような環境ができたと思っています。

あとは、総合診療科を設置しました。内科医が少なかったのも、これも県のほうでは初めてそういうような形にしたのだと思うのですが、逆に言うと外科医でも内科を診られる。私は、当時院長をやりながら病棟を診ていました。主治医をしたのは30人近くありましたが、あと20世帯ぐらいの在宅医療もやっていました。そういうことでやっていたということが個人個人の努力だということなのです。地域の病院は、現在もそうだと思うのです。

それから、医療メディエーションの導入等もやりました。医療メディエーションというのは、ちょっと時間がかかるのですが、患者と医療者側との対話を促進するシステムです。これを県の中でも一番最初に導入して、今も医療局では養成を続けて、あとは保健福祉部のほうでも予算を出していただいて、県全体の中で、医療機関でそういう人たちを養成しようという事業もやっていただきました。

震災対応です。2011年のときは千厩病院で。皆さん、沿岸の病院が流されたというのはわかるのですが、実は内陸でも被害を受けた病院はあるのです。これは、もう消えてしまっているのですが、大東病院がそうなのです。大東病院は、その日のうちに地震の災害で使えなくなりました。患者と職員を含めて全部千厩病院に吸収しました。患者が40人いきなり来て、職員も六十何人ですから、100人を当院のほうで対応したということがあるのです。

そして、あと2012年に、ちょうど震災の翌年、大船渡病院に行けと言われてまして、復興支援、復興がまずメインだということで、あとは病院ガバナンスをきちっと確立していかななくてはいけないなということです。地域包括ケア病棟を県立病院では初めて設置しました。それから、去年から始めたのですが、患者総合支援センターということで、ペイシェントフローマネジメントといって、患者の流れに沿ったマネジメントをやっていきたいと思います。ということで、そういうようなシステムを構築しました。これはどちらかというと入退

院支援、相談機能、それから地域連携機能、そういうものを持たせたところとを考えていただければ。あとは、地域医療情報システム、県には四つほどあるのですが、そのうちの一つで、未来かなえネットというのをつくることに参加しました。

このような流れで、私が言いたいのは、義務年限が10年あったのですが、余り義務を苦と思ったことは実はないのです。仕事が楽しかったです。ペーパーも結構書きましたが、私は大学には3カ月ほど自治医科大学に戻っただけで、医局生活はやっていないです。ですから、博士号ありません。けれども、すごく仕事が楽しくて、やりがいがありました。それなりに県のほうでも仕事を与えてくれたところがあるのです。

そういうところで、外科医としては30年近く手術をやって、千厩病院で外科をやめるか、外科医としてどっちにしようかというような、総合診療医になるかを選択しなくてはいけなかった時期だったのです。外科医は私のほかに2人いましたから、2人に任せて自分はやれないことをやりましょうと。もう苦渋の選択でしたが、メスを捨てるわけではないです、置くということですが、そういうふうになりました。そして、あとは病院マネジメントをやったりということで、逆に言うと自治医科大学の卒業生でよかったなと思っています。ですから、今の奨学金養成医師にもそういうふうになってほしいと思っています。

ということで、イントロが少し長くなりました。きょうの予定はそのとおりなのです。配置調整の仕組みは、皆さんも御存じだとは思いますが、地域医療確保に係る関係機関の体系図、これは県の資料です。これは、岩手県で地域医療対策協議会というもともと大きいものがあります。その下に、結果報告をするという形なのですが、地域医療支援機構であるとか、いわてイーハトーヴ臨床研修病院群ワーキンググループ、これは臨床研修を充実させるためのグループなのです。こういうものがあるということで、方向性協議ということがありますが、きょう説明するのはこの部分ですね、養成医師配置調整会議というものがあります。これは、奨学金で養成した医師をどのように配置するかということとを協議するところなのです。これで、原案もしくはそういうようなものをつくって、協議会のほうに報告するような形になっております。

あともう一つ、これは全く別な組織ではあるのですが、連携しなくてはいけないところで、岩手県の地域医療支援センターというのがあります。岩手医科大学と県庁の中にあるわけなのですが、このような形で医師確保対策はやられているということです。その下に医師支援推進室、これは医療局内にもありますが、医療局と、県のほうから入って、本庁のほうから入ってつくっている組織です。それからあと、医療政策室というのは保健福祉部の中の組織になりますが、こういうところでお互いに協力し合いながら、連携し合いながらやっていくというのがそうなのです。

ここの配置調整運営体制なのですが、大切なところは、奨学金養成医師とはどういうものがあるかなということで、自治医科大学を含めれば四つ、自治医科大学を除けば大きく分けて三つになります。ここに書いてあるのは、市町村でやっているもの、それから保健福祉部の中で、これは修学資金貸付事業ということで、いわゆる岩手医科大学の地域卒養

成医師ということで、これは15名のところ。そして、医療局の奨学金の貸付事業というところでやって、医療局の養成医師というふうにあります。この三つです。我々自治医科大学卒業生は、保健福祉部の管轄になっています。

このような形で、こういう人たちが医学部を卒業して、研修医を終わって、それで配置になるというところで、ここの配置調整会議の部分でこれをどうしようかということがあります。ただ、市町村からの要望とか、結構ありますよね。そういうものは、当然県内の公的医療機関のところで、例えば市町村立であれば市町村のほうから来るでしょうし、病院からも要請が来たり、医師派遣を頼んだり、いろいろそういうところで、情報をここでつかんでいるわけです。

岩手医科大学は岩手医科大学で、岩手県の中で医師の供給の最大の機関ですので、やはりここでも連携をとらなくてはいけないというところで、ここに県の地域医療支援センターの岩手医科大学の分室というのをつくっています。岩手医科大学の中には地域医療支援委員会というのがあって、各講座、各教室に医師がいるわけですが、何科のドクターが何人欲しいとか言うわけです。そういうことの窓口がここになりまして、こういうところを通って、こちらのほうにどうですかというような話でなっています。そういうような複合体でできている組織です。

そして、大まかな配置調整というのは、自治医科大学を除く三つの制度のことです。臨床研修、先ほど出ましたが、2年間は含まないと。それから、6年間の猶予期間がある。例えば研修医の2年が終わって、その後9年なら9年、6年なら6年、続けてやるのではないですよということです。トータルで6年もしくは9年ぐらいをきちんと終わっていただければいいということで、地域枠であれば9年ですが、9プラス6で、15年かかって義務履行してください、簡単に言えばそういうような感じです。

それで、その猶予期間には専門医の取得や、大学院も利用してくださいと。それから、地域枠は4年、それから市町村、医療局は貸付期間の3分の1を基幹病院にて勤務ができます。それから、臨床系、これも地域枠は2年、それから市町村、医療局は貸付期間の3分の1は地域病院などで勤務、これは最低ラインです。これ以上いてくれればいいのですが、それくらいは勤務してくださいということで、正確に言うと義務ではないのです。いわゆる貸し付けしている分を返さなくていいよというのが、これくらいをやっただけで返さなくていいですよということなのです。年期奉公みたいに必ずやれということではないのです。フランクにお話ししますと、返していただければいいのです。

これ見づらいなのですが、それぞれのパターンですね。9年パターン、これはいわゆる地域枠ということで、ここに書いてあります。2年の臨床研修が終わった後、公的病院に2年いて、その後も公的な基幹病院に2年いて、その後また基幹病院に2年と。そのときには、地域の病院に出て支援をしなさいと。その後は、それよりも地域病院に出て、2年なり3年でもいいですが、やっていただくというような形です。また基幹病院に戻ってもいいし、その後は地域病院ですずっと働いてもいいですよというようなパターンで、これは見

本ですので、この組み合わせはいろいろあるわけです。でも、そういうような形で、先ほどのまとめたところがわかりやすいと思うのですが、2年間は地域病院に最低でも行ってもらいますよということです。これも同じです。これは市町村の場合です。あとこれは医療局の場合です。

それで、奨学金の返還免除となる勤務対象医療機関というのは61施設ということになっていますが、診療所も含めてこういうような病院があるわけです。その辺のところについては、どこでどれくらいの医師が足りないかというのは、既に大体情報は集めていますので、その中で特にひどいところはどこかという議論になるわけなのですが、そういうところで配置調整をしていくということになっております。

それから、これは私がつくったのですが、貸付金額はどれぐらいかということで、ストレートだということが条件です。自治医科大学は2,300万円なのですが、あと返済金額の計算式というものもわかりやすくつくったのですが、こういうふうになっています。そして、義務履行期間って書いてある、9年、9年、借りた期間、6年または借りた期間。派遣先も、こういうふうに多少ばらつきが、違いがあります。それから、地域病院の派遣期間というもの自治医科大学が一番長いわけなのですが、こんな感じになっています。身分は、自治医科大学は県職員に固定です。それ以外は不定です。病院がかわれば、一度切れるということになります。それから、初期研修場所としては、自治医科大学は指定されているのです。県内の研修病院にしなさいと。それ以外は全てマッチング、全国どこへ行ってもいいことに今のところはなっているのです。それから、初期研修期間は、義務年限に入っているのが自治医科大学です。それ以外は入っていないのです。それから、義務猶予期間というのは、自治医科大学は一応2年間、後期研修として行っていいですよ。ただ、研修の施設は固定されています、岩手医科大学か、東北大学か、自治医科大学。こっちは6年で自由なのです。そういうところがあるのです。

自治医科大学が有利ではないかとすぐ考えるのですが、そうではないのです。返済金額は、オールオアノンって書いてありますね。1日でも足りないと全部払わなくては行けないのです、我々の場合は。こちらは、義務履行した期間の分は差し引かれるということがありますので、こういう計算になるわけです。

ここに書いてありますが、ただ自治医科大学は年間の負担金は1億3,000万円です。地域枠は1人当たり入学時1,500万円の教育研究費負担金を県が支出しています。15人ですから、2億円ちょっとぐらいのお金が学費のほかに入っているということになります。

地域の偏在なのですが、平成28年までの資料です。この辺から奨学金養成医師が始まったのですが、この開きが徐々に開いているのですね。これは、上が国です。下が岩手県です。岩手県も医師が10万人当たりではふえてはいるのですが、ここの開きが少しずつ広がってきているということなのです。この辺から医学部の定員がふえ始めたのですが、それにのっとなって均等にはいっていないと。なぜかという、先ほど言ったとおり、1学年50人から60人のドクターしかなくていないという問題があると思うのです。

あと地域偏在ということで、これ二次保健医療圏です。盛岡だけ断トツで約 300 人、全国の平均も超えているわけです。岩手県は 200 人になったのですが、盛岡のひとり勝ちで、見てください、それ以外は全部ドングリですから。それから、沿岸地域はちょっと大変かな、宮古とかこの辺は。こういうところで、こういうことも考えて配置調整する。ただ、これは勤務医ではなくて、開業医の医師も含まれているということなので、沿岸では開業医の医師が少なくなって高齢化がひどいのです。そういう問題があります。

これは、ちょっと資料に含まれていないのですが、県立病院です。勤務医の数が 100 人を超えているのが中央病院と中部病院だけです。それから、胆沢病院と磐井病院が 50 人超えています。これだと 60 人超えているのですね。大船渡病院以下は 50 人を超えていないのです。ここは二、三人でやっている病院も結構あるのです。これが現実です。ですから、これだけでも、そういう病院に行っているだけでも評価されているのですよ、ここのドクターたちは、働いている方は。これが現実なのです。

これを、例えばここが 20 人のライン、10 人のラインにしようかと思ったら、大変な努力ですし、実際に玉がありませんというところが正直なところ。これを配置調整でどうにかしようというのですが、時間がかかるのもわかりますよね。これは標榜診療科、医師の数が少なくても、中央病院、中部病院はいいとしても、実はみんな、胆沢病院、磐井病院と同じぐらいの診療科を持っているということなのです。だから、そういう病院は常勤医がいない科が結構多いのです。こちらだって大変な状況ですよ、これだけの診療科があつて。稼働病床というのがあつて、実際に働いている病床です。中央病院が一番多いわけなのですが、大船渡病院と、それから南光病院と一戸病院は精神科病棟を持っていますから、ちょっと規模の割には多いような感じがするのです。これだけのところをどうにか維持しているということです。大体常勤当たり、ドクターがよく診て 15 人以上だとちょっと危ないですよ。せいぜい 10 人がいいところなのです。

けれども、大きな病院に行けば大きな病院に行くほど細分化されますから、病棟を診ないドクターがふえているということです。例えば麻酔科医であるとか、あとは放射線科医であるとか、そういう人たちも結構ふえているわけです。だから、ここで言いたいのは、特に沿岸と中小の病院、山間部の病院、ここはもう非常に苦戦していますということです。

これは、都道府県別に見た医療施設に従事する人口 10 万人対医師数のグラフです。これは医療施設に従事するですから、先ほどのデータは年をとってリタイアした人も入っている可能性があるのです。それから、あと医療以外の仕事といいますか、そういうことをやっている人とかも含めてなので、それが実際に医療施設に従事する人だけとなると、岩手県はごらんのとおり 10 万人当たり 193 人しかいないのです。さっきよりも減りましたよね。10 人ちょっとは減っていると思うのですが、そういうような状況です。

それから、これは国のデータなのですが、これは外来と考えてもいいと思うのですが、簡単に言えば、要はもうけの多いところ、1 人当たりの医療費の高いところには医者が集まっているよということです。岩手県はここですから、実際医療費は少ないのです。これ

が診療所の医師数ですから、この辺になって、開業医の医師も少ないのです。

それから、学科別学生数の推移では、2005 年を1とした場合に、医学部は定員が 1.19 倍ですから2割を超えているのです。工学部、理学部なんかは特に下がっているわけで、将来的に日本の科学はどうなるのかと心配ですよ。はっきり言って、日本の将来を考えたならば、医学部だけに行ってはいけませんよ。

それから、あとこれは都道府県別の医師数というのがあるのです。ここが平成 20 年から平成 26 年にかけての増加数が、岩手県はここでやっぱり増加数が少ないのだよね。ほかのところは結構伸びているのですよ。例えば青森県なんか岩手県より伸びていますし、山形県だって結構伸びているのです。この現実は教育だと思います。

あとは、これは地方勤務を妨げる要因ということで、こんなふうな要因があるわけです。環境に不安がある、希望する仕事ができない、医局人事により選択できないとか、あと専門医の取得に不安がある、こういうようなことがあります。これまた新たに出しますが、これはビジョン検討会で去年出た資料です。

地域偏在への対応について、これは日本医師会と全国医学部長病院長会議で、医師偏在解消対策合同委員会で、このようなことを述べているのです。先ほど述べたようなことは、こういうところから出てきているわけです。地域での臨床研修の実施、それから地域ごとに診療科ごとの医療需要の把握と、これはまだやられていないのですが、実際に何人足りない、気持ちで足りないと言っている可能性あるのです。実際にどれくらいの患者がいて、これくらいの対応をしないといけないから、このドクターはこれくらい必要ですよと。例えば脳外科医は何人必要ですよというデータが今のところないのです。そういうようなところで、あとここ、医学部つくっちゃだめだよとかというところがあるのです。

あとは、これ m 3 . c o m の、施策は何かあるのかという調査では、地域偏在では、やっぱり地域医療に従事する医師へのサポート強化、いわゆる情報ネットワークであるとか、いろんな診療に対するサポートをしないといけないのではないですかというようなこと。給与面もあるかもしれないですね。それから、大学医局の派遣能力を強化しなさいであるとか、それから地域ごとの保険医の定数を設定したらどうですかとか、余り多いところはだめだよと、保険医をさせないよというような感じですね。そういうようなところですよ。

実際には、やっぱり岩手県では、我々も考えているところなのですが、まずは絶対数の確保が必要だと、そういうところなのです。どこの病院も実は足りないのです。本線沿いはいいのかなというと、実はそうでもないのです。もう少しいいはずなのです。だから、医師支援推進室で、即戦力の医師の招聘を頑張ってやっています。あとシルバー人材というのは、県立病院のOBの医師。実はここ5年で県立病院では医師数は同じなのです。やめていっている医師がやめないで働いてもらっているのですよ、65歳以上になって。それでOBでもっているという感じなのです。その医師たちもそろそろということですよ。あとは奨学金で医師を養成しましょうと、これをやっているのです。

それから、奨学生養成医師の配置は、基幹病院に先行して配置して、そこから地域病院

に出しましょうということですが、深刻な沿岸部の地域に優先して配置していきたいと。

あと31年度以降については、沿岸部の病院に配置する具体的なルールを明確にしました。そういうような配置計画になっています。

診療科の偏在です。平成6年を1とした場合に、これ簡単に言えば、ふえている診療科、減っている診療科と考えてください。ですから、ここの産婦人科・産科が減っているのですね。外科もちょっと盛り返しても実際には減っています。この辺の人たちは絶滅危惧種と言われているのですね。あとは、ふえているのは例えば麻酔科とか精神科、皮膚科、そういうようなところ、眼科もふえているのです。小児科も割とふえてはいるのです。女性医師もふえてきたというところもあるのです。割かしそういうところではいいというふうなところなのですが、こういう現実があります。

あとは、これは診療科別の医師数の推移は同じなのですが、本当に見てください。こちらはもうやめる人ですが、やめる人も多いわけです。外科とか産婦人科はひどいですよね。精神科がふえている。開業にもってこいですよね、道具が要らないから。そう言うと怒られますが、器械とかそういうものが要らないわけですから、オフィスがあればできますね。あと院外処方でもいいわけですから。都会ではそうなのです。

それからもう一つ、これ診療所の損益率と書いてあるのですが、上のほうに立っているのは、簡単に言うと損益率がいいよ、もうかるよということです。そうすると、産婦人科とか、整形外科とか、外科とかはいろんなことやっている割には、そんなにもうからない。というのは、資材を投入しなくてはいけないから。これは、診療科別損益率と医師増加率と、増加率はこっちですから、ゼロというのはふえないということですがけれども、こちらは減っているのですね。産婦人科と外科が減っていると。損益率も低いわけです。この辺のところ、皮膚科とか、精神科とか、こういうところふえているのだよということになります。経済的なベースで現実的にはこう考えて、そういうほうにシフトしているのだという状況です。これは日本全体で考えた場合ですよ。

これは、今度は診療科で小児科、あと小児科専門医の数を見たときに、ごらんのように岩手県は93人と70人で、全国では107人と85人と、岩手県の小児科医は少ないという状況です。

では、産婦人科はどうかといたら、全国レベルからすれば岩手県はそんなでもないのです。けれども、県土は広いし、産むのはまとまって産むわけではないのです。香川県の面積と、例えば宮古医療圏は面積が一緒ですからね。それだけではちょっと考えられないわけです。全国的に少ないのだと。さっき言ったように、だんだん下がっていますから。

外科医、これも岩手県は専門医の数も外科医の数も少ないです。こういうふうな状況をわかっていただきたいと思います。

それから、これは県の資料の中にあつたものですが、岩手県で圏域に医師がいる診療科という表です。いろんな診療科あるのです。星印のところだけ注意して見ていただければいいのですが、循環器内科医といっても、この辺に集中していて、やはりこういうところ

は沿岸部は少ないのですよね。例えば心筋梗塞を釜石市で起こしたらどうしますかということで、それで90分以内に再開通するような治療をしなくてはいけない、いわゆる心臓の血管が詰まったところ、もしくは狭くなった部分を広げてやるような。なかなか難しいですよ。90分で盛岡市に届くでしょうか。ドクターヘリならいいでしょうが、夜飛べないし、こういう地域は飛べないですから、やはりこういうところでやらなくてはいけない。

高齢化率が高いのですが、実は働く人を助けなくてはならないと。それを支えているのは働く人ですから、そういう人たちを助けていかななくてはならないというので、医師はいるのだが、もう少し人数を多くしないといけない。だって24時間、それでカテーテルをやるために待っているわけですから、3人では足りないです。うちは6人になっていますが、今は3人です。データが古いので。

あと脳外科は、やっぱり沿岸が少ないと言えるのです。大学の働きかけもあって、これは3人以上にしておかなくては、手術しなくてはいけないよということで、やってもらっています。

耳鼻咽喉科も、少ないのです。これ開業医の医師も含まれているのですが、沿岸は少ないのです。産婦人科は見てのとおりです。これは、宮古と、それから気仙に沿岸は拠点化しているので、そういう形です。ですから、そういうところに集中させなくてはならないというところがあるということです。

これは、医師がいない圏域がある診療科ということなのですが、呼吸器内科1人と、開業医の先生も含まれているのですが、県立病院にはいません、私のところには。神経内科もこれだけ認知症が多くなってきているのに、気仙なんかはゼロです。久慈だって1人です。それから、糖尿病内科、岩手県の中で糖尿病というのはやっぱりこれからキーワードになってくるのではないかなと思うのですが、専門医がいないのです。ごらんとおり、ゼロです。特に沿岸、両磐だってそうです。これは、いないから糖尿病を診ていないかという、内科の先生が頑張って一生懸命診ているのです。だけれども、専門医もやっぱり必要ですよ。

これだけあるのですが、これは代替がきくような診療科が多いのです。あと放射線科、写真を読む人、これは気仙も釜石もゼロになっています。一般のドクターたちが写真を読んで頑張っているのと、あと難しい部分はネットワークを東北大学とか岩手医科大学と結んで写真を読んでいるという工夫をしている。

麻酔科の線が抜けていますが、沿岸、宮古もゼロになりました。二戸は病気だという話なので、ここは全部ゼロです。我々のころは、私も麻酔科標榜医なので、外科医が麻酔をかけて手術をするということをやっていたのです。今は自分で麻酔かけながら手術やったらアウトなのです。きちっと誰かがいて見て、手術は手術でやりなさいという時代なのです。

あとは、病理診断科、これこそ本当に絶滅危惧種で、大船渡病院には1人いるのですが、あとはないです。胆沢病院にもいなくなりました。ですから、病理検査ができるところ

は、中央病院と岩手医科大学と大船渡病院だけです。あとは救急科。うちに救命救急センターがあるのですが、ゼロです。だから、普通は病院にいるドクターが来て、みんなで診ている。久慈病院だって1人ですよ。だから、そういう現状があるということ、これは偏在です。

では、そういう取り組みはどうかということ、偏在を助長しない専門研修のあり方と都道府県の役割ということで、どんなことをやったらいいかと。これは需給分科会が出た話なのですが、医師が将来の診療科、需給を見据えたデータをちゃんとつくってやらなくてはいけないよということだと思っております、情報提供をなさいと。

あと診療科の偏在を是正する仕組みが必要だということなのですが、具体的には出ていないです。だって、外科とか産婦人科は大変ですよ。うちの産婦人科医は、当直を1人20日やっていますから。3人いるのですが、二つの病院を持たなくてはいけないので、そういう現実があるということです。努力でやられていると。それで、仕組みをちゃんとつくれということを行っているのですよね。それで、診療科ごとの専門医の需要を明確化していくことが必要だと、また同じことを言っているわけです。

それから、法律上、地方自治体の意見を踏まえる仕組みとしないといけないよということが提言として出てきているわけです。

先ほどと同じグラフですが、今度は診療科の偏在を解消するための方策として、医師が少ない診療科にインセンティブを付与しなさいという意見が多いということです。産婦人科の場合には、分娩を担当すると1回に、1万円の手当でしたか、それは国の施策としてそういうふうになっています。カイザー、帝王切開はたしか2万円だったかな、そういうような感じでやられている。それは時間外手当以外に出ているものです。それだけでは足りないのではないかなと思いますが、では外科もよこせとかという話になるわけです。

それで、あとは都道府県の医師数の調整能力を強化、いわゆる県が医師数の調整能力を強化するようなものがあるのもいいのではないかという意見。あとは、新専門医制度で専攻医、だから自分が内科になりたいとか、外科になりたいという、その数を、枠をちゃんと決めてくださいと。好きなところにばかり行けるようなシステムではいけないよということを行っているわけです。

このようなところで、では実際岩手県でどうかというと、全ての診療科で医師が不足、先ほどごらんのとおりです。まずは、医師の絶対数を確保しなくてはならないと、そこなのです。そして、奨学金の養成医師に期待するわけです。この人たちが選択した診療科は将来は充実するでしょうということが言えるわけです。どれを選択してくれるかというのは、なかなかそこは誘導できないところがあります。全部の科が必要なので、逆に言うと、とにかくどこでもいいからそういうところに行ってくださいということはスタンスとしてはあると思います。

ただ、産科を専攻した奨学金養成医師については、中小の医療機関ではなくて、医師数が深刻な、不足している地域の周産期母子医療センター、沿岸であるとか、その辺のどこ

ろの産科医として診療を行うことができるように、特例的な扱いを配置調整委員会で検討中です。これには非常に政策的な部分もあるし、いわゆる少子化対策にも結びつくところであるのです。

あとは、医師需給分科会で中間取りまとめが12月21日に出ているのですが、これはお読みになってください。これ具体的なことはさっぱり書いていないのですよね、いろいろあるのです。でも、大切なところは、地域医療対策協議会の実効性を確保してくれであるとか、環境整備をしましょうと、いわゆる医師の少ないところに勤務医を促す、勤務を促すような環境整備をしてくれということ、インセンティブとかそういうことを考えたり、医師を派遣する医療機関に経済的なインセンティブを与えたらいいのではないかと。あとは、今新聞なんかで出ていますね。ある期間、その地域で勤務したドクターには認定医として称号を与えましょうとか。それから、ここにも書いてあるのですが、将来的には、そういうことをやった医師が地域医療支援病院の院長になるための一つのインセンティブにしましょうとか、そういうようなことを考えているようです。

あとは、専門医研修であるとか、今言いました医療機関の管理者としての評価とか、そういうことも書かれているわけです。これをもとに、多分法制化になるものもあると思うのです。やはり国として決めなくてはいけないというふうには考えております。

医師の需給の見通しということで、当県の話になります。時間がちょっと過ぎましたけれども、よろしいですか。

○福井せいじ委員長 どうぞ。

○伊藤達朗講師 これは、先ほど奨学金には三つの制度があるということで、その新しい制度が始まって55名の貸付枠を設置したわけです。そして、平成28年度から、順次医療機関に配置しています。そして、平成40年とはもう言わないでしようが、平成40年ごろには、大体県内の公的医療機関の必要医師数300人を満たす見込みです。将来的には、医師不足は解消される予定ではあります。

今後の配置としては、義務履行の猶予者も考慮して配置を進めるということで、我々は臨床研修の間から個人面談をしているのです。そして、自分はどこに行きたいか、どこの診療科に行きたいかという話をする。教室に入ることになれば、今度は教授の医師たちとも面談していて、うまくそこを調整していかなくてはいけないわけです。だから、どちらかという、一人一人のテーラーメイドですよ。これが300人にもなったときにどうするのかという問題はあるのですが、今のところはテーラーメイドでやっているところがあります。

それで、これは平成20年から貸付制度が始まったわけなのですが、ごらんとおりの数で、今実際には441名ということ。そして、ここに書いてありますが、いわゆる地域枠と言われているところは100%貸し付けしている。市町村、医療局は62%から81%、全体で81%。返す人がいるのです、返還率7%で。私たちが自治医科大学に入学したころというのは、経済的に貧しい人が多かったのです、私も含めて。ところが、だんだん裕福に

なって、医学部に受かる程度の人たちというのは、ちょっと恵まれた家庭の人たちが多いですよね。そうすると、返還ということもあると思います。他県から比べると返還率は少ないほうだと思います、お金も他県から比べるとちょっと高いので。もう一つは、ドクターになれば銀行はお金を貸します。医学部に入学した時点では貸しません。そうですよね、担保がとれないですから。でき上がった人にはお金を貸すということになっています。

これが養成医師数の年度ごとの見込みなのですが、こんなふうにあふえていって441人ですが、ふえていきますよということです。実際には、配置1年目、2年目のところで、この数になるわけです。ここは、あと研修医になります。ですから、実際には配置されていない。でも研修医も労働者として働いています。

平成29年度の配置状況としては、配置1期生と2期生とで25名配置しました。それで義務猶予とか大学院であったりとか、専門医をとったりとか、もっと勉強したいというような感じで、34人は義務猶予、6年間を使ってやっているわけです。猶予は6年続けてというわけでもないのです。4年だったり、3年だったり、1年だったりすることもあるのですが、そこも自由に使えるということです。日本で一番いいシステムだよ。こう言っただけではおかしいですが、そういう意味では、行く末ということを考えれば、やっぱりそうだと思うのです。

そして、二次保健医療圏別ではどれくらい配置されているかと。宮古が沿岸では多いのです。どうしてもやっぱり内陸に固まってしまうなというところがあって、先ほどのような意見で、もっと少ないところに派遣を、最初は基幹病院でもやっていきましょうということも出てくるわけですよ。それで、59名の方は、診療科は全て決定しているということです。

先ほどの地方勤務を妨げている要因ということなのですが、それを20代、30代のところをピックアップすると、労働環境に不安があるということは大学と基幹病院との連携で大丈夫だと思うのです。インターネットも今発達していますので、カンファレンスも大学と直接できるようになっています。

希望する内容の仕事ができないということについては、例えば2年間で小さな病院に行っても、論文作成はできるし、あと研究材料はその辺に転がっているのです。若い人たちは見えていないだけだと思うのです。やろうと思えばいろんなことができるのです。例えば私の後輩は、葛巻町に行ってマイマイガの英語論文を出して博士号をとっているのです。そういうことも、本当に目で見れば転がっているのです、いっぱい。それが見えるかどうか。

あとは、医局人事により選択できないことについては、我々が行ってお話をしたり、個人と話をしたりして大学との連携を図っています。

それから、専門医の取得に不安があると。これは、猶予期間を利用すれば、まずできないことないのです。6年ありますから。先ほど言ったとおり、4年、長くても5年ぐらいではとれるわけです。

それから、子供の教育環境が整っていない。小学校までは同行していいのではないですか。親が教えなさいと。私の先輩が言っているのですが、親がちゃんと教えればいいということです。あと、単身赴任をしたらいいのではないですか、もしそうであれば。私は、十何年単身赴任しています。

あと家族の理解が得られないと。これは、地域とのつながりとか、そういうことを考えていけばいいのかもしれないです。地域の人たちが医師の家族をどういうふうに対応するのかということを考えていかななくてはいけないと思います。あとは単身赴任と。

それで、当県の医師偏在の対策のステップとしては、わかってほしいのは都道府県ごとに事情が違うので、その対策も違うのです。医師が充足していて、診療科の偏在だけ残っているところは、またそれなりにやればいいのですが、岩手県の場合には絶対数が足りないわけです。だから、まずここから始めなくてはいけない。そして、その次に地域偏在の解消、ステップでいきましょうということで、こういうようなシステムを考えて、シルバー人材であるとか、医師招聘を続けてやる。診療科の偏在については、専門医の取得をきちんと支援しましょうと。ここが大切なところですよ。または、特定診療科の優先配置というのが、先ほど言った産婦人科の部分とかを今検討中ですが、どうしようかなというところでもあります。それで、県内の診療体制を確保するということです。

専門医制度ですが、よろしいですか。

○福井せいじ委員長 大丈夫です。どうぞ、12時まで。

○伊藤達朗講師 質疑、応答も大切なのです。

専門医というのは、ちょっと誤解されているのです。ここが大切で、標準的な医療を提供できるのです。標準的な医療というのは、英語ではスタンダード。スタンダードというのは標準的と日本語で訳すからそういうことになってしまうので、スタンダードにはすぐれたという意味もあるのです。標準的医療を提供するというと、ただ普通の医療ではないのだなというふうに思うかもしれませんが、これは医学界でも何でも、学会でもきちんとしたデータに基づいて、安全性の高い、どこでもやれるというか、それは施設のレベルなのですが、実際にやっていますよという医療なのです。そごがあるのです。標準的医療をやる人は、普通のドクターではなく専門医なのです。

そして、先端的な医療をやる人が専門医とみんな思っているのですが、先端医療は、理解して情報を提供できるのです。先端医療は確立されていないのです、副作用とか、予後とか、見通しとか。それをある機関で、いわゆる施設でこういうことをやり続けて、データを集めて論文を出したりなんかして検証して、ああ、これは標準医療にできるねというのが標準医療になるわけですから。ですから、先端医療を望むのはわかるのですけれども、安全性は確立されていない。全部治るような感じに思うかもしれませんが、そういうことではないのです。

これは、ちょっと古いデータなのですが、医療で、これは正しい治療だと言われているのは、5年生存率で言うと六十数%しかない。だから、あとの4割近くは、5年後にはこ

れ間違いですよという可能性があるということ。医療というのは動いているものなので、専門医というのはどういうことかということをもまず考えていただきたいと思います。

それで、前は、専門医というのは、学会が病院認定して、そこで研修をすればなれたということなのです。日本専門医機構という第三者機関、ここは学会主導だったのですが、第三者機関を設立して、学会が協力する形でつくられています。基幹病院というところで、基幹施設と言いますが、そこで診療科の専門医研修プログラム、例えば内科専門医研修プログラムとかをつくって、連携施設で研修する。それが各病院。例えばうちの病院も、例えば中央病院と岩手医科大学との連携施設になっている。こういう病院とローテートしながら、基幹病院には1年以上いてもらいますよということなのです。こういうことをローテートしてということで、こういう専門医を養成しながら地域の医療も担いましょうというシステムだということところが大切なことです。

あとは専門医が集まる大きな都市、5都市だったかな、確か東京とか名古屋、京都、それから福岡とか大阪、あの辺のところは制限があるのです。これ以上、専門医の専攻医をとってはいけないよと。

これが専門医制度の基本設計で、ここの部分、外科専門医、内科専門医、救急科など、これぐらいの専門医があります。総合診療というのが19番目にできました。そして、これが終わったら、その次にサブスペシャリティとして、さらに内科医であれば糖尿病内科専門医とか、腎臓内科専門医とか、肝臓内科専門医というのがとれますよと。これが終わってから、次にこっちにステップアップするということになります。ここは、5年、6年とかかるのです。まずは、だから基本領域の専門医をとりましょうというところは、我々のところで調整しているということです。できれば義務年限を履行しながらとっていただきたいということです。

これは、日本専門医機構の理事会で、去年の6月に話し合われましたが、例えば産前のプログラムを組んだとしたらば、ここの中で、女性であれば出産とか結婚してやめざるを得ない期間がある。そういうときには、プログラムだと産前から1年休んだとなるとだめになってしまうので、カリキュラム制度を入れましょうということで、これカリキュラムを分けて、これとこれをやって終わったので、次に1年休んでも、残ったカリキュラムを全部やればとれますよというようなことです。そういうことも柔軟な対応をなさйтеということを行っています。これが大きなところですよ。

それから、できる限り長期間、連携病院における研修期間を設定しなさいと。いわゆる地域に出てやってくれということです。

あと都道府県の協議会というのは、専門医の協議会ができていますから、事前に協議しましょうと。そのプログラムを承認するに当たってということです。県では、もう実際にやっているのですよね。そういう取り組みをしています。

それで、これが一次の登録、来年度から始まるので、今の研修医の2年次が登録するわけです。これは去年の12月15日の締め切りで、あと二次募集が1月15日に締め切りにな

っていますが、岩手県はこういう状況です。全部で55名。これは、奨学金養成医師だけではないので、それ以外のドクターたちも入っていて55名がエントリーしているということで、内科19名、外科7名、整形外科4名とか。ゼロのところもあるわけです。病理がゼロなのです。あと臨床検査ゼロであるとか、リハビリテーションもゼロ、総合診療ゼロです、残念ながら。これが現実です。

これは、見づらいなのですが、先ほどの55名のうち半分、奨学金養成医師23名がエントリーしています。括弧内がいわゆる奨学金養成医師の数を示すということで、割と人気があるのが、内科はもちろんなのですが、外科が4名と多いですね。それから、あとは脳神経外科の3名であるとか、救急科1名ぐらいですかね。こういうようなところですよ。多分二次募集のときにもう少しふえるとは思いますが、そういう方々が専門医になっているということです。

地域の人たちができることがあるのです、実は。私は地域を回っておりますから。まず、今年度の岩手県立病院の職員満足度、医師で、どのようなときにやりがいを感じますかと。ごらんください。患者、家族からの感謝です。ドクターは、苦情を言われるよりも、褒められたほうが働きます。これは大切なことです。褒められたことのない人種ですから、逆に言うと、昔は上からばしばしやられていました。それから、では仕事の満足度を高める要因は何ですかと。三つまで選択する調査ですが、1番には患者、家族からの感謝です。見合った給与とか、自身のスキルアップとかがありますが、やっぱりここなのですよ。ここを考えていただきたい。

それで、臨床研修医や、医師の教育に参加していただきたいと思います。これは、我々が例えば研修医を引っ張って地域の懇談会とか健康講座に行きます。研修医を出します。そうすると、研修医の評価をしてくれるのです。私らは、聞いている人たちに評価表を渡します。そういうことをやったり、こういうことがよかったですねとかと話をしてくる。あとは研修医の研修の中で、実際に患者役とかそういうことを地域の人たちがやってくれたりすることがあるわけです。

あとは、率先して救急には研修医を出しています。そんな研修医には、おまえたちゃんかではなくて、ちゃんと上司を出せとかと言うのではなくて、最初から名医なんかいるわけではないのですから、この調子だと、迷うほうの迷医がふえるのではないかなと思います。やっぱりそういうところなのです。医師の教育に参加していただく、これできるのです、地域で。

それから、医療制度や医療政策を理解していただきたいです。非常に理解が足りないと思います。わからないのかもしれないのですが、それは我々病院が情報発信をしていかなかったということにも原因がありますが、やっぱり自治体に医療制度や今の医療というのはこういうふうになっているのですよとわかりやすく説明できる人がいないのではないかなと。やっていないのですね。紙で出すことはできますし、医療政策室でもいろんなことをやっているのですが、我々は見ればわかるのです。地域でわかりやすく説明されている

かどうかというのは、その地域でそういう会を開くと、いつも同じ人が来るのです。そういう人たちはわかっています。興味があるから、新しいのがないかなと来るのだけれども、それ以外の人たちは分からない。例えばコミュニティーの中でやるとか、公民館単位とかそういうところまで落としてやったらいいのではないのでしょうか。それは、今までの講座型のやり方ではなくて、グループワークをしたり、お年寄りを集めたりなんかして、あとは何か実践的なものなどを入れて、中身をちょっと変えていく必要があるなど。

あと感謝を伝えるのです。これは、苦情を言ってもいいのです。でも、最後は開いて終わる。こういうことに気をつけてくださいと。それでも、よく一生懸命やっていただいているから感謝していますと言えればいいのです。そうすると、前に言われたことというのは残るのです。自分もちょっと直さなくてはいけないねということで。やっぱり開いて終わるといことが大切で、感謝を伝えることが必要だと思います。

それから、あと病院を支える文化というのを地域でつくればいいと思うのです。これは、ボランティア活動でも、自分たちが支えているのだということだと思う。病院の中では、医師数が少ないところほど苦情の数が多いです。ある意味、それは個人の責任になっていますが、システムで考えないといけないと思います。説明したくても時間がなかったり、やりたくてもやれないです。中には変なドクターもいますが。沿岸にいるドクターなんかは、いるだけでも本当に立派だと思います、私は。それで病院を支える文化が必要だと思うのです。千厩なんかは、すごく地域でやっていただいて、いまだに、例えば昼の食事を地域の人がつくって持ってきてということがあるわけです。それは、回数は月に1回、2週間に1回かもしれないですが、それでもいいのです。やっぱり自分たちがそういうことで支援を受けているなど、モチベーションが上がりますからね。そういうことが大切です。

それから、医師のところ、やっぱり医師とか家族が地域との交流があればいいと思うのです。転勤族ですから、家族を連れてくれば、学校とかでコミュニティーがあるではないですか、地域とか。そういうところでもっと交流をしてくれれば、もしくは地域の人がそれで家族との生活を支援したりとか、いろんなことに配慮していただければ、多分医師がそこでいいなど。特に若いドクターがこの辺のところをやっていただくと、もう一回来ようかなとなります。そういうところも大切だと思います。

あとは、もう12時ですが、私が卒業時に学長からいただいた言葉です。中尾喜久さんという非常に有名な先生で、もう亡くなりました。こちらはおとしまで医学会の会長だった高久先生なのですが、卒業証書を渡しながら、伊藤君と言うのです。医療の世界に爽やかな空気を流してきなさいと。感激しますよね。名前をずっと覚えていて、学長室に学生のときに呼ばれたりもしていましたが、学長に会いたいと言うと、何月何日何時に来なさいとくる。今でも多分あるのだとは思いますが、そういう先生でしたから。やっぱり自分は、今でも変わりません。爽やかな空気を流そうかと思ってやっています。

自分が感じたところでは、やっぱり志が必要だと思います。これは、学長から最後に、4期生全員にもらった言葉が志なのです。遠藤医師という1期生が、中部病院の院長です

が、彼らのときには忍と言っていましたか。やっぱりそう考えたのだね。あとは利他です。利他がないと、やっぱりだめなのです。この利他の精神を教えるというのは非常に難しいです。親のまねを子供がするので、医学部の学生を教育するにしても、その親がどうだったかが一つ問題かもしれないけれども、やっぱり背中を見えていますから。あと教える医師がどうかということだと思のです。やっぱり利他の精神は、大人が持たなくてはいけないということ。そして、子供たちがそれを見て自分が利他の精神を持っていけば、地域にどんどん出ていくのです。

これは、1月2日の岩手山です。そういうことで終わりたいと思います。(拍手)

○福井せいじ委員長 それでは、ただいまから質疑、意見交換を行います。ただいま御講演いただきましたことに関し、質疑、御意見等ありましたらお願いいたします。

○高橋但馬委員 地域偏在の解消のための必要な方策ということで、医師数は平成40年ごろには満たすのではないかというのは将来的な充実の部分だと思のです。即戦力の医師の招聘というのがあるのですが、実際どのようなところから招聘してくるのかというのと、どれぐらい今までにそういう人たちを岩手に入れているのか、お聞かせいただきたいと思います。

○伊藤達朗講師 数については、赤坂医師支援推進監のほうから。例えばどういうところからというのは、まずは企業でやります。

それから、インターネットを使ったり、あらゆるところで、病院でも求人を出していますし、あとは医師支援推進室のところのサイトで募集をするというのと、あとは病院個々に、自治体病院協議会のところであるとか、そういうところから出すのもありますし、あとは本に広告を掲載して募集するものとか、あとは個人個人を頼ってやるものとか、あらゆるものを使って募集します。なかなか集まりません。大ざっぱに言うと、震災当時は、岩手県への支援という形で出てきていたのですが、ここ最近は大分少なくなりました。一本釣りというのは危険で、いい人も悪い人もいる。病院をいつもかえて歩く人というのは、果たしていいのかなというところもあるのです。大けがをするときもあるので、そこは十分院長が面談したりとか、そういう手続をとりながらやっています。正確な数は、今ちょっと把握していないのですが、多くはないです。シルバーの方のほうが多いですから、恐らく。そういうことで、よろしいでしょうか。

○福井せいじ委員長 数については、後でまた時間をとりますので、後でいいですか。

○高橋但馬委員 はい、後でもいいです。

○岩崎友一委員 私は地元が大槌町なのですが、うちの長女も、かみさんが切迫早産で釜石病院で産めなくて、大船渡病院で生まれました。お世話になりまして、ありがとうございました。

毎度のところ、本当に参考になるお話をありがとうございます。先生はそのとおり、県北、沿岸で、南のほうで一番大変な地域を回っていらっしゃる方なのですが、自治体も、県北沿岸の市町村もみんな思っていることだと思のです。例えば医師の確保に向けて、

教育という部分も含めて、市町村、自治体ができるようなことで何か先生が考えていることとかと、こういうのは市町村でも小さいうちから教育でできるのではないとか、そういうのがあれば教えていただきたいなと思うのですが、いかがでしょうか。

○伊藤達朗講師 医学教育というか、医学部に入るというような形ですか。一つは、その地域からドクターを育てるということであれば、小学校、中学校のところを充実させないといけないのではないかなと思うのです。教育ですよ、そこを自治体でやれるかという、なかなか難しいとは思いますが、教育長に頼むしかないですかね。

もう一つは、去年体験的に私たちのところでも始めたのですが、中央病院とかでもやっています病院の見学であるとか、そういうようなイベント。県立病院主体でもいいのです、そういうことをやると。去年は、うちの病院もかなり大好評でしたが、実際に手術器具とかそういうのも使わせたり。肝臓、例えば鶏や豚とか、ああいうレバーを切らせたりしました。あとは縫合のやり方であるとか、いわゆる顕微鏡手術みたいなものとか、内視鏡手術があるので、実際に見させて器具を使わせて、できなくてもいいのです。もう一つは、働く人たちとの対話をさせています。ドクターに限らずですが、ドクターも少ないのですが、実は看護師も含めてワーカーも少ないのです。助産師とかも、そういうこともあるので、そういう人たちとも話し合いをする。そういうところで中学生あたりがモチベーションを高める。そうすると、勉強をし出すきっかけにはなるかもしれない。そういうことは、市町村のほうで率先してやって、県立病院任せではなくて、やっぱりお互いに協力しながらやっていくということ。多分市町村でも支援できることはあると思うのです。病院の持ち出しで全部やっているというところがある。勤務しながらやっているわけですから、そういうようなところもあるのではないかと思います。

○岩崎友一委員 そのとおりにかなと思います。教育長に話してみます。

先生に聞きたいのが、その考え方なのですが、今、三陸縦貫道と釜石・秋田横断道の整備が進んでいて、3年後ぐらいですか、全部開通するかと思うのですが、岩手は県立病院の数が多いですね。先生も分散されて非常に大変な状況だと思うのです。医療の根本は、やっぱり人の命を救うというのが本当の趣旨でありますから、県立病院の二次保健医療圏の役割分担がそれぞれあると思うのですが、例えば考え方としては道路の開通とともに、もっと病院自体を集約して、先生も集約したほうが、いい医療を受けられるのかどうかも思ったりもするのですが、その辺というのは、勤務していてどのように考えますでしょうか。

○伊藤達朗講師 非常に大切なところですね。私は、キーワードは機能分担と連携、これだと思っております。選択と集中というのがありますが、やっぱり機能分担と連携。それで、ただ単に集約すればいいかという、ある程度、病院のベースで必要なものというのはあるのではないですか。高齢者がいるわけですから、どこでも。高齢者は動けないですから。例えば釜石から大船渡へ行けとか、宮古へ行けといったとしても、どこの病院も、その部分を充実する必要があります。そこが、実は総合診療だと思っております。内科でもいいです。

外科が必要だと思えるかもしれないですが、外科よりは整形外科のほうが実は需要が高いのです。だって、足腰痛くなるではないですか、そういう点では。一般に外科医でも診られるところはあるけれども、整形外科医が良いかもしれません。そういうような部分は、どこの病院でもきちんとやる必要がありますが、機能分担として、例えば周産期の問題とかがあるではないですか。少ないですよ。もし、ばらばらにやったら、医療安全上も、患者たちにとって不安感が強くなってきます。1人でやるというのはまずないですから。

今、帝王切開をやるには3人以上というふうに学会で決められています。危ないのです。大野病院事件などもありましたから、やっぱりそういうところはきちんと決められてきているので、やはり診療科によって、そのところに特化した形で機能分担をしていただいて、そして逆に言うと、アクセスを考えましようとか、そういうことをつくっていったらいいのではないのでしょうか。

幸いにして、もう少しで三陸縦貫道ができますよね。北のほうはまだあれですが、ワールドカップとともに開通するようにはなっているのです。その辺のところを考えると、やっぱりやっていく必要があると思うのです。ある程度、充実したところで、また戻すかというのは、また次の議論になると思うのです。今はもう本当に大変な状況ですから。やっぱりそうやって安全性とかそういうことを考えてやるということが大切だと思います。

アクセスについては、いろんな支援の方法があるのではないのでしょうか。自分で行くだけではなくて、いろんな方法がありますよね。救急車だって、例えば分娩ということになれば、その救急隊のトレーニングをしなくてはいけないだろうと。助産師がついてくるとは限らないですよ。近ければそのまま行ってしまうかもしれないとかということもあるので、いろんなそういうことまで考えていかなければいけないと思うのです。

今、産婦人科のことだけだったのですが、例えば外科なんかでも、手術件数が多ければ安全性が高まるということもあります。1人、2人でやっているすぐれた外科医もたくさんいます。だけれども、そういう人たちの負担になってやっているわけなのです。自分たちは感じていないかもしれないが、一度事故を起こしたら大変ですよ。そこはやっぱりチーム医療ですから、みんなの力で安全性を確立していくわけですから、その辺のところが将来的には機能分担というところになっているのではないのでしょうか。それはありだと思います。

○岩崎友一委員 最後、1点だけですが、ずばりあれなのですが、今の医師の不足というか、偏在ですよ。沿岸、県北が少ないという中で、これをやったら一番即効性があるとか、先生の個人的な意見としてあればお聞かせいただきたいと思います。

○伊藤達朗講師 それは万病管理センターみたいな話ですね。それは、ないです。残念ながら、これは地道にやるしかないのです。岩手医科大学自体も、病院の機能の割には医師数が少ないのです。そういう事実もあるので、実際には奨学金養成医師というのはほとんどが岩手県出身ではないですか。中には他県から来ている人たちもいるのですが、地域枠は岩手県の人なので、大学としては、そちらの人たちも学力があるという点では力を持つ

ていますから。そういうところを充実させたいという気持ちもあると思うので、そこはお互いに協力し合わなくてはいけない分野だなというふうには考えています。

ですから、そういうところである程度充実して出してもらおうというところがあるのではないかなとは思っています。それには、やっぱり時間がかかるのだと思います。一生懸命やればやってもいいのですが、若いドクターたちですから、では若いドクターたちだけ派遣していいのかということにもなるわけです。やっぱり皆さんが望むドクターというのは、そうではないはずですよ。それには、養成するためには、あれぐらいの時間がかかります。

○千田美津子委員 医師不足、全体が少ないということはそのとおりで、きょう特に私は教育と、それから住民ができる医師確保対策、それらをやっていく必要があるのだなということを痛感させていただきました。

ただ、現状として西高東低で、東日本がやっぱり医師数がぐっと少ないですよ。国の検討会議ですか、非常に期待するのですが、なかなか具体策が打たれない。岩手県も知事を先頭にいろいろ頑張っているわけですが、その部分で何がもっと必要と先生は考えていらっしゃるか、その点をまず一つ。

○伊藤達朗講師 今説明したのが、ほとんどが、どちらかという、体制の整備というところでの話だったのですが、やっぱり地域の力ではないでしょうか。すぐには即効性はないのですが、やはり医療機関を自分の生活の中でどのように思うとか、そういうことをやっぱり考えていただきたいと。ファンデーションですから。地域のインフラです。ですから、それを、地域に行くと県立病院は、特に医療は県とかというような感じだとわかるのです。そうではないはずなのです、実は。そういうところで、先ほど言ったような住民の人たちが支援していくという形ができて、少しずつ少しずつ積み重ねることによって、ドクターたちも近づきやすくなるし、お互いに距離が短くなれば、いろんな問題も理解しやすいので、患者さんたちも、実は考えることがあるのではないのでしょうか。その辺のところはやっていく必要があるのではないかと思うのです。そういう意識を持った人が半分ぐらいあればと思っています。

もう一つは、沿岸部は人口が少なくなっているのですが、お年寄りが総体的にふえているわけです。お年寄りの生活を支えている人たちは、若い人たちになってきている。施設で働く人、ワーカーもいるでしょうし、家計を支える人たちも、実際働いている人ではないですか。大切なことは、その人たちのことを考えてあげなくてはいけないということです。その人たちも、やはり医療というものに興味を持っていただいて、自分たちの健康がまず一つだと。どんどん利用していただいて、そしてずっと働いていけるような世界をまずつくらなくてはならないし、それとともに、病院というものは、自分の地域の生活圏の中にあるわけですから、そういう意味では病院を支えるということを考えていただいたほうが、その中でドクターが働くことは、それも先ほどの満足度ではないですが、いいことではないかと思えます。

○千田美津子委員 もう一つ、奨学生医師がこれからどんどんふえていくということで、10年後くらいには充足するということなのですが、今現在配置されている医師を見ますと、産婦人科が1人でしたか、小児科がたしか3人ぐらいだった。なかなか科の誘導というのは難しいのだと思うのですが、何かその辺で、先生方に頑張ってもらっていると思うのです。私たちにできることはなかなかないと思うのですが、その辺で対応策というか、もし考えていることがあればお聞きします。

○伊藤達朗講師 現代的な人たちがふえてきて、先ほどの費用対効果ではないのですが、経済原理のままに生きていくところはあるとは思いますが、医療局でたしか産婦人科はどうのこうのという制度をつくったことがあるよね。それで養成したのが2人ぐらいしかなかったのではないかな。優先して、義務年限の短縮か何かしたのかな。そういう制度を入れたのですが、2人ぐらいしかなかった。結構長い期間やったのですが、実績としてはそうだとところなのです。

自治医科大学の卒業生が100人ぐらいいるのですが、そのうちやっているのが3人か4人ぐらいですか。だから、やっぱり産婦人科というのは、それだけリスクもあると思うし、大変なのだと思います。でも、彼らが産婦人科をやってよかったと言わせしめるようなことがあればいいのではないのでしょうか。だから、それが患者たちだと思うのです。患者ではないですね、妊婦とか、そういうところだと思うのですよね。

○福井せいじ委員長 休憩します。

〔休憩〕

〔再開〕

○福井せいじ委員長 再開します。

○千田美津子委員 岩手県でも担当部がいろいろ頑張っていらっしゃるし、結局私はきょうのお話の中で、やっぱり医師との交流を図るとか、それから一つ、公民館単位の交流とかというお話があって、そこまでは全然やっていなかったなというふうに思いましたし、千厩病院の昼食をつくるという事例、もしほかにあったら、教えていただければと思います。

○伊藤達朗講師 中央病院だったと思います。県立病院の話ですれば、外に出るという習慣がなかったのです。今はようやくやり始めている。ですから、私のところでは、患者総合支援センターをつくった。あそこで実は、地域からの受け入れをやっているのです。学校からも、例えば実習をやらせてくれとか、小学校、中学校、高校から、見学会をやらせてくれとか。あと地域で、公民館単位でも何でもいいですから、研修会とか医療講演会をやってくださいというのを受け入れしています。そこで決めて、あとそこで調整をして、また実際にやるような、そういうことをやり始めているところではあるのです。それが市民の人もそうやって企画してやっていただければいいと思うのです。ドクターなんか偉くないですから。普通の人間ですから。逆に普通の人間だとわかってほしいです。それが大切なのではないかなと思うのです。生活もあれば家庭もあるわけですし、鬼でもないです

し、そこだと思うのです。

○高橋元委員 監査でもいろいろお世話になりましてありがとうございました。

先生の先ほどのお話の中で、診療科別損益率というところで、あそこで産婦人科と外科が低いと、ありました。

○伊藤達朗講師 あれは、成長率と、なる人が少なくなっているというところで、損益も低いのです。

○高橋元委員 それを改善するためにはどうしたらいいのかなという思いがしています。

それから、医学生が医科大学に入るときに、私はこの科を標榜するとか、そういう目的を持って入ってきているのはどのくらいなのか。あるいは、いろいろ研修する中、自分の適性でここがいいなとか、あるいはリスクをできるだけ回避したいので、こっちへ行きたいなとか、その辺のところの学生の将来の、自分はどこに行くかというところの意思決定、それから先生方を含めて、それにどうかかわっていらっしゃるのかをお伺いしたいです。

○伊藤達朗講師 高校を卒業した時点で、どこの診療科に行くというのは、ほぼ決まっていらないのではないのでしょうか、医師になりたいということで。面接していると、地域医療に貢献したいとはみんな言います。当然そう言わないといけないから。特定の診療科、例えば何かのきっかけがあって、ああいう先生になりたいとか、ああいう内科医になりたいとかということはあると思うのですが、数少ないのではないのでしょうか。実際に何%それぞれ決めているというのはわかりません。決めたとしても、実習をやることで変わってきます。岩手医科大学の場合は、開業医の子弟が多いので、それによって就職される可能性はあります。家業を継ぐということもあるかもしれない。地域枠の学生は、そういうような人も中にはいるのです、誰でも公平にとっていますから。でも、大方そういう人は少ないとは思うのです。

それが大体決まるのは、医学部卒業のときに、6年生とかそういうところで実習をして、自分はここに行きたいのだと。あともっと大きいのは、臨床研修の2年間でローテーションを回りますので、そのときにロールモデルになるような先生がいた、格好いい先生だね、格好いい女性医師だね、私もそうなりたいわとって内科を選ぶとか、あとはそういう診療科として興味を持ってやるというところで決めることが多いと思います。ですから、我々働いているドクターたちも、自分の診療科のドクターが少ないときには、率先して飲み会に連れて行ったり、いろいろ話をしたりとか、アフターファイブのところ、ファイブではないですが、そういうところでやっているところはありますが、その二つのポイントがあるのです。卒業時期と臨床研修のときと。

現在は、臨床研修の2年目のところで、自分が将来何科になりたいか、専門医をとりたいかと、19科から選ばなくてはいけない。選ばなくてもいいのですが、専門医になるとすれば、2年次のところで方向性を決めなくてはいけないので、その時点では決まると思います。そういうようなところですね。だから、そういう方向に導くとすれば、やはり働いているドクターが、俺のところはいい診療科だぞ、いい科だからおまえもやれというこ

とをどんどん言えるような流れというのですか。でも全部が足りないと、みんな同じように言うわけです。こういうところがあるので、実際。回答にはなっていないのですが。正確な数字はわかりません。

○高橋元委員 昨今、テレビ番組で医療関係のドラマなんかもありまして、ドクターXなんかは視聴率が高いと。それらを含めると、左右されて、そちらのほうに学生が行くのではないかという、そんな思いもありました。総合診療の番組もありますし、いろいろな面で興味を持ってもらうのはいいと思います。いろいろ学生に働きかける面で、もう少し県の内情を克明に、このあたりが足りないのだということを伝えてもらえればいいのかという思いをしていたのです。

○伊藤達朗講師 ドクターGとか総合診療医も、総合診療医に興味を持った人が地域に行くかという、そうとも言えない。イコールではないです。地域に出るというわけではない。総合診療医にもいろいろ種類があって、病院の総合診療医、いわゆる大病院の、あとは地域に出た総合診療医とあるわけですから、そのところを混同してしまうところがあるのですが、そういうことがあります。

それから、ドクターXのほうです。あのドクターは何の手術でもやるのですよね。脳外科から消化器から血管まで、ああいうのはあり得ないです、まず。そこは医学部の学生は冷めて見えています。一般的には面白いかもしれないですが、そういうところなのです。

県が今までやってきたことというのは、私も実は県のほうで、イーハトーヴであるとか、その辺のところにはかかわってきたところがあるので、先進的だと思います。イーハトーヴの読者のワーキンググループをつくったというのは。ちょっとマンネリ化しているところがあるかなと思って、これから変えていかななくてはいけないところだと思うのです。

それから、昔は、我々のころは、行政と医師との対話のところが非常に少なかったので、画一的なところで、あなた行きなさい、ここに行きなさいということと言われていましたし、そういうものだというふうな感じだったのかもしれないです。今はドクターが調整監に入るようになって、大分変わってきたのではないのでしょうか。彼らも教授のところに行っているいろいろ説明しても、頭ごなしにばしとやられるだけなので、ほとんどが。だから、ドクターが行くと違うわけです。ですから、そういう意味では、大分改善されてきたのだと思います。

あとは、非常に大切な部分と、これ新たに何か見つけようかなというところをもう少しやっていただければいいのではないのでしょうか、いろんな方策を。今までやってきたのは非常にいいことなのですが、それ以上に何か。もしくは岩手県に特化したものはこういうものがあるのではないかということは。多分、でも岩手県のこの取り組みというのは、日本の中で先進的な部分が結構多いので、ほかのところでもまねして取り入れられているのです。そういうところがあるので、また何かをやり出したら、多分それをまねするのではないかなと。そういう意味では、私は非常に頑張っていらっしゃるのではないかなと思います。

ただ、面接をするには、人が少ないかもしれない。実は、県内だけではないのです。日本全国を飛び回っています。だって、臨床研修でほかに出しているから、そこに行って話をしなくてはいけない。そういうこともあるわけです。もしそういうことでしなければ、アプローチしなければ、やめたということになってしまいます。そういうことがあるので、そういう意味では、スタッフの数ももう少したほうがいいのかもしれないですね。

○千葉絢子委員 奨学金養成医師についてお伺いしたいと思います。

先ほど先生のお話の中にも、一切手をつけていない学生もいらっしゃるという話を伺いました。奨学金での養成というのは、すごく医師の確保のために重要な方策であると考えているのです。ただそのあり方については議論をすることも必要かなと思っています。ただ、そうすると、医学的なスキルの低下とかも、そういったものも招きかねないので、そこは慎重にしなければいけないと思うのですが、本来どういうふうな学生に対して支援をしていくべきか。そこは先生、もしもふだんの臨床の中で感じていらっしゃるものがあれば、そこに対して御提言をいただきたいと思っています。

それから、もう一つ、産婦人科医が減少しているというお話もお聞きいたしますが、ハイリスクであるということが一つ引き金になって、産科医療補償制度のようなものができて、少しでもつなぎとめようというふうな動きがあったのではないかと思います。最近が高齢化であったり、妊婦自体が持っている疾病などが原因で低体重とか、ハイリスクのお産がふえているということが、現場から医師を遠ざけている原因にもなるのかなと思ったりもするのです。そういった傾向も含めて、産科医をふやしていくためにどんな支援ができるのか。それは、私たち住民にとってもそうなのですが、その辺の一般の県民ができることの御提言をいただければと思います。

○伊藤達朗講師 なかなか難しい質問です。一つ目は、先ほど私が言ったのは、ぼろっと漏らした研修医がいたということとどめていただければいいのです。大概の人たちは、やっぱり奨学金を受けてやっているのだから、感謝はしているのです。在学中にどういう取り組みをするかというのは、一つは県のほうで取り組みやっていますよね。サマーセミナーであるとかそういうこと、学生を集めたりして支援をしてやっています。そのときに、奨学金制度の説明会を開いたり、あとは卒業生といいますか、実際にそれを、私みたいな人とか、もっと若い人たちが担っていますが、そういう人たちの体験談聞いたりとかということで、毎年やっています。

あともう一つは、学生が地域研修で病院に来るわけです。そこがまず一つチャンスだと思うのです。その中で、いわゆる奨学金養成医師かどうかというのは、大学では何年生の誰々しか書いてくれていますから、私はわからないのです。だけれども、聞くのです、奨学金をもらっていないかと。私医療局ですとか地域枠ですとか言うのです。そういうときに、君たちもこういうところで働いてくれよなど、やっぱりそういうところで病院として、もしくは同じ医療スタッフとしてお話をしていくというのは一つの方法だと思うのです。そういうことで、モチベーションだったり、意識づけできる可能性があります。

今は前とは違って、新制度になってから、結構自分たちは地域に行くのだというところは自覚しています。だから、そういう意味では非常にいい印象です。全部がというわけではないですが、以前よりはかなりそういうところは守られてきているのかなとは思っています。そういう継続した取り組みは必要です。

それから、あとは、制度的には国が言っているとおり、研修医は県内でやれというふうな話もあります。当県では補助金とか、金の出どころの問題もあって、国はそう言っているのだらうとは思いますが、後で整理しなくてはいけないとは思っています。当県でやるというのも一つあるかもしれないです。ただ、それでも外から研修を受けて帰ってきた人たちも実際にいるのです。そういう意味では、どちらかはわかりませんが、検討する必要はあると思います。

二つ目なのですが、産婦人科は、妊婦自体が非常に高齢化していると。あとは1人ということで非常に大切にするというようなところも不妊治療でようやくできたというようなことがあって、非常に大切なお子さんだということなのです。あとは、御指摘のとおり、非常に難しい病気を持った子供が生まれたりとか、あとは満期になって生まれるところまでいかなかったりとかと、結構そういうようなことがあります。

日本は、世界の中でもかなり進んでいるのです。死亡率も下がっているのですが、トップレベルなために、産むということは非常に危険を伴う大変なことだという認識が薄れてきているところはあると思うのです。そういうところはあると思うのです。その中で、まず地域で、例えば集約化されたら、前にある程度現実的に集約化はされているわけです。そういう部分の機能としては、人の支援はできないわけですね、絶対、産婦人科医をふやすということは、人間の力ではなかなか難しいことです。首長が、どこかの大学に行って引っ張ってきたというのがありますが、なかなかそれは今は難しい。先ほども言ったとおり、全国どこでも足りない。であれば、あとは設備とか、施設の充実とかということはあるかもしれないです。

今岩手県では、先進的なところでやっているのは、情報ネットワークをやっています。これは、産婦人科の部分のところをやっている、それは震災でもその効果が認められたということもあります。周産期医療情報システムイーはと一ぶは非常にいいと思うのです。ああいうものもやっぱり充実させることが必要です。何年になりますかね、もう結構10年くらいになるよね。やっぱり器械の更新とかもやっていくのですが、その辺のところをまた充実させると。少ない中でやっていかななくてはいけないことがあると思うのですよね。あとは病院の施設、器械であるとかいろんなところの整備であるとかもあるでしょうし、その辺のところをやっていけば、そういう難しい案件もやっぱり扱わなければ、大変でしょうけれども。

もう一つは、実は小児科とカップリング施設。産婦人科医だけで、そこの周産期というのはできない、周産期ですから。小児科も一緒にやっていかななくてはいけないというのがあると思います。新生児を診るような小児科のドクターと、あと一般の子供を診るような

ドクターとではちょっと違う。全部できるかという、両者それぞれ特徴があるので、やはり小児科の中でも専門性というのがありますから、そういうところも充実していかなくてはいけないのではないかと思います。

あとは交通手段ですね。アクセスのところを皆さんの力でどうにかしていただきたいと思います。産業だけを考えると、余り道路をつくらなくてもいいのではないかと思います。救急車もでこぼこの道路を走るよりは、高規格の道路を走ったほうがいいです。カーブの少ないところを走ったほうがいいです。そういうことなのです。

ドクターヘリは、いつでもどこでも行けるわけではないということです。ドクターヘリの本来の目的は、ファーストタッチをドクターがやるということなのです。搬送ではないのです。ドクターが最初に患者を診る時間までを短くするのがドクターヘリのもともとの目的なわけですね。夜は飛べないし、曇り空でも飛べないし、なかなか難しいですね。

○福井せいじ委員長 それでは、時間も来ましたので、ほかにもあるかもしれませんが、また機会をつくっていききたいと思います。

それでは、岩手県奨学金養成医師配置調整の現状及び課題についての調査は、これをもって終了したいと思います。

伊藤院長におかれましては、本日、本当に専門的なことから、そしてまた私たちができるような現実的なところまで、幅広く御指導をいただいたと思って、私は非常に感謝申し上げます。また、ハードからソフトまで、これも非常に広い視野で教えていただいたと思っております。

ぜひとも今後、志と利他、そしてまた爽やかな風をこの岩手の医療界にも吹き込んでいただくことを御祈念申し上げまして、本日の講演の貴重なお話をいただいた感謝の言葉とさせていただきます。本当にこれからもひとつよろしく願いいたします。ありがとうございました。(拍手)

○福井せいじ委員長 次に、環境生活部関係の請願陳情について審査を行います。

受理番号第 61 号早池峰・小田越・薬師岳を一体に特別保護地区とし、実効ある保護を履行されたい請願を議題といたします。

なお、本請願については、請願者から撤回をしたい旨の意向が示されておりますので、継続審査といたしたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○福井せいじ委員長 異議なしと認めます。よって、本請願は継続審査と決定いたしました。

以上をもって、環境生活部関係の請願陳情の審査を終わります。

次に、委員会調査についてお諮りします。当委員会の 1 月の県外調査についてであります。お手元に配付しております平成 29 年度環境福祉委員会調査計画(案)のとおり実施することとし、調査の詳細については当職に御一任願いたいと思います。これに御異議あ

りませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○**福井せいじ委員長** 御異議がないようですので、さよう決定いたしました。追って通知いたしますので、御参加願います。

以上で、本日の日程は全部終了いたしました。本日はこれをもって散会いたします。