

地域医療確保対策調査特別委員会会議記録

地域医療確保対策調査特別委員会委員長 佐藤 ケイ子

- 1 日時
令和3年4月14日（火曜日）
午前10時2分開会、午前11時50分散会
- 2 場所
第3委員会室
- 3 出席委員
佐藤ケイ子委員長、武田哲副委員長、高橋はじめ委員、郷右近浩委員、千葉秀幸委員、
千葉伝委員、工藤勝子委員、高橋こうすけ委員、工藤大輔委員、佐々木朋和委員、
飯澤匡委員、斉藤信委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
藤根担当書記、菊池担当書記
- 6 説明のため出席した者
町立西和賀さわうち病院 総括院長 北村 道彦 氏
- 7 一般傍聴者
なし
- 8 会議に付した事件
 - (1) 調査
本県における医師確保の現状と課題について
～特に奨学金による医師の養成について～
 - (2) その他
 - ア 委員会調査について
 - イ 次回の委員会運営について

9 議事の内容

○佐藤ケイ子委員長 ただいまから地域医療確保対策調査特別委員会を開会いたします。
委員会を開きます前に、当特別委員会の担当書記に異動がありましたので、新任の書記
を御紹介したいと思います。

菊池担当書記。

これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程のとおり、本県における医師確保の現状と
課題について調査を行いたいと思います。

本日は、講師として、町立西和賀さわうち病院総括院長の北村道彦様をお招きしており

ます。

北村様の御略歴につきましては、お手元に配付している資料のとおりでございます。

本日は、本県における医師確保の現状と課題についてと題しまして、県の医師支援調整監として活動されているお立場から、特に奨学金による医師の養成についてお話しいただくことになっております。

北村様におかれましては、御多忙のところ御講演をお引き受けいただきまして、本当にありがとうございます。

これから講師のお話をいただくことにいたしますが、後ほど北村様を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので、どうぞ御了承願いたいと思います。

それでは、北村様どうぞよろしくお願いたします。

○北村道彦参考人 それでは、よろしくお願いたします。

きょうは、医師の確保についてですが、最初に医療の現状を説明し、その後、医師確保の現状、特に奨学金養成医師の動きがどのようになっているかをお話ししたいと思います。現状を知っていただいて、医療に対して厚いサポートをしていただきたいと思います。

説明の前に、4月13日の岩手日報に岩手県立釜石病院のお産の取り扱い休止に関する記事が掲載されました。私が岩手県立胆沢病院で勤務していた平成10年から20年頃の産婦人科は、若い医師を含めて2人という時代がありましたが、現在の岩手県立大船渡病院の産科常勤医は5人です。このように、二次医療圏の基幹病院について、産婦人科の医師数は倍以上必要になっていきますので、集約をしないと回らなくなっているということなのです。ぜひ御理解いただいて、その中での医療の確保をどうするかということを考えていただく必要があると思っていました。

私の略歴から、医師の一生とはどのようなものかお話をさせていただきます。私は、外科医として東北大学卒業後に3年間研修し、その後東北大学に戻り学位を取りました。そして、40代のときに秋田大学で助教授を務め、その後縁があり、50代から岩手県にまいりました。胆沢病院に勤めたのち、60代で岩手県立中部病院の院長になり、65歳からは院長として現在の町立西和賀さわうち病院に勤めていますが、独り立ちするまでは大体10年から15年必要なのです。奨学金養成医師の養成期間は15年です。ということは、独り立ちしてから岩手県に残っていただかなければならないのです。養成期間が終わり岩手県を離れるようでは困るのです。奨学金養成医師は、今後も長く支援し、県内定着をしていただくことが重要だと思います。

医師には、教授、院長や開業医などの選択肢があります。それぞれに役割があり、連携し、尊敬しあう関係構築が必要であり、新型コロナウイルス感染症の影響がある中において、この関係を一層深めていかなければならないと思っています。

勤務医は時間的制約が大きく、私が勤務していた頃は、超過勤務の平均が50時間を超えており、人によっては100時間を超える人が多くいました。現在は、超過勤務の平均が約40時間の半ばということですが、若い医師に聞いたところ、なかなか家に帰ることが難し

く、家にいる場合でも当番に当たると、いつ電話かかってくるか分からない状況であり、家で休めないという話をしていました。こちらについてもぜひ委員の皆さんには御理解をいただき、御支援をいただきたいと強く思う次第です。医療崩壊は、医療情勢の変化もありますが、結局はこの勤務医の不足なのです。

なぜ医療崩壊が起こったのかと言いますと、医療安全神話というものがありませんでした。医療がそれなりに安全だと思われていた医療安全神話が崩れたのが約 20 年前です。医師も間違えることは当然ありますが、以前は隠ぺいしたり、医師はなかなか謝らなかったという面が正直ありました。しかし、それではもううまく回らないので、全てをオープンにして、みんなで医療を支え、それから医療安全とはどういうものかということを理解していただくこととなります。医療安全神話が医師を苦しめ、患者や住民も苦しめていたこととなります。

こちらの資料は、NPO 法人 ささえあい 医療人権センター COML の理事長である山口育子様から提供いただきましたが、医療者は不特定多数の患者を日常で客観で診るのですが、患者は非日常で主観で感じ、個別性があることから、患者と医療者の間には深い河があるのです。お互いに分かり合うために、常に思いを聞いたり、コミュニケーションをつなげていくなど、さまざまな努力が必要になります。これは、医療者側は一生懸命取り組んでおり、ここ 20 年ぐらいでだいぶ変わりました。この 20 年とは、1999 年に横浜市立大学医学部附属病院において患者の取り違えがありました。心臓の手術と肺の手術を間違っ
て行い、手術そのものはうまくいったのですが、その後その 2 人の患者は亡くなっています。このことから、一気にキーワードとしてチーム医療というものが出てきたのです。20 年前までは安全性や効率化の面でもチーム医療ではなかったのです。

アメリカのオレゴン州の衛生局の玄関には、医療の三原則を示したオレゴンルールが掲示されています。医療の三原則とは、すぐいつでも診てもらえる、質の高い医療が受けられる、安い医療費の三つです。この三つのうち二つは何か選択できますが、三つ全てを選択することは難しいことなのです。日本の医療崩壊は、この 3 要素全てを満たそうとしてあがいたことによるものだと思います。

岩手県立病院の根本は、県下にあまねく医療の均てんをという理念にあります。しかし、これだけ広い岩手県で、あまねく医療の均てんは、これを目標とするのはいいのですが、現実的な戦略を考えると、医師にとってはつらい理念だと思っています。

過去 20 年間の日本の医療の大きな変化として、患者と医師の関係は、医師へおまかせする医療から、患者の意見を聞きながら進める医療に変わりました。以前は、患者に対して簡単な説明のみで手術をしていましたが、現在は、病気の進行状況や手術の場合のリスクなどを全部説明し、患者の意見を聞きながら進める医療になりました。

胆沢病院の外科において、初めて告知したのは平成 10 年でした。それまでは、胃がんの人には胃潰瘍と伝えて手術をしていました。そこから考えると、告知の歴史は 20 年程度とまだ浅く、時間がかかるものなのです。

また、医師、看護師中心の少数精鋭で行っていた時代と、高齢化の中で、多職種多数精鋭、高度な医療、いつでもこの病院にいても適切な医療を行うという標準化の時代に変わりました。そして、出来高払いだったものが、現在は包括評価、包括払いになっています。物品を売る時代から、労働集約型に大きく動きが変わりました。医師を頂点とするピラミッド型の医療から、多職種連携型のチーム医療になりました。医師は、知識と医療の提供者でしたが、リーダーシップなどさまざまな判断力も必要とされる時代になり、ビジネスモデルとして変わってきています。

岩手県立中央病院元院長の小山田恵様は、平成 22 年の岩手県立病院創立 60 周年記念式典の祝辞において、自分の生き方を顧みて、「あまりにも過酷であった人生に愛おしさも感じます。後に続く方々が普通人に近い生活環境で県医療の発展に専念できる環境整備に、開設者である知事をはじめ県民の皆様の深いご理解をお願いするものであります」と話されたのです。

医師の過重勤務は、以前ほどではありませんが続いています。先輩や自分のようには、後輩に強いることはできません。岩手県のサポートとともに進めなければ、医療を守っていけないと考えています。

中部病院は、岩手県立花巻厚生病院と岩手県立北上病院が基幹病院として機能することができなくなり、両院が合併してできたものです。そして、私が院長になり、集約化を目的として、1 日平均 1,000 人であった外来患者を減らすよう取り組みました。中央病院の規模で、現在 1,000 人超という状況です。新患者数は、平成 20 年度の 22,094 人から平成 25 年度の 16,154 人まで減りました。開業医に新患者を診てもらうことで新患者数を減らしましたので、その分紹介率と逆紹介率が上がりました。そして、患者 1 日当たりの医療費の単価が約 2 倍になりました。中部病院の患者数が減ったのは、カテーテルや抗がん剤投与などの中部病院でしかできない医療を行った結果です。

次に入院関係ですが、平均在院日数を減らすことで、入院患者総数を上げることができました。入院の単価も上がりました。平成 25 年度で約 6 万円弱です。今後も、効率よく行う、特化して行うというような、さまざまな引き出しを持って医療を行っていかなければならないと感じています。

手術数、全身麻酔数、化学療法数、放射線治療数や分娩数もふえ、集約化、合併の一つの目的を達成できたということです。

救急来院患者総数にあまり変化はありませんが、救急車来院数やヘリコプター搬入数がふえました。集約化することで、紹介型の病院、入院中心の病院として高度な機能を持つ急性期病院に生まれ変わりました。これは住民の方と一緒に成し遂げたものです。

こちらは、中部病院のある朝の救急外来ですが、重症患者に対し、多くの医師、看護師が集まって治療できるようになりました。このような治療体制でないと負担が大きくなるため、急性期医療の充実には、医師、看護師、設備の集約化が必要だと思えます。

2013 年に、中部病院で D P C の機能係数が全国 1 位になりました。その後すぐ、岩手県

立磐井病院が1位になりました。皆さんの御協力で、岩手県の医療、県立病院の医療は、効率性が上がりました。そして、患者の満足度に、いかにこれをつなげていくかということになりますが、このような面では岩手県の医療局はがんばっていると思います。こちらについても御理解いただきたいと思います。

次は、県立病院全体についてです。1日平均外来患者数は59%減、外来単価は2倍になっています。先ほど説明した中部病院と同じです。現在も、県立病院でしかできない仕事を行い、単価増加に取り組んでいます。ベッド数、入院患者の平均在院日数が減りました。平均在院日数は、令和元年度が約15日、中部病院が約10日、アメリカでは約5日です。どこまで短くするかは地域によって違いますが、皆さんで共有する必要があると思います。

1日平均入院患者数は37%減、一般ベッド利用率は18%減となっており、患者数の減少が著しく、医療の効率化を進める必要があります。ベッド利用率を減らさなければならぬが、地域の要望もあり難しい問題です。単価の上昇で経営バランスを取っているということだと思います。

東北大学第2外科は、以前から岩手県と縁があり、岩手県に多くの医師を派遣をしております、1974年以降約40年で、派遣医師数は2倍になっています。集約化が進展し、何とか医療の進歩をカバーしてきたこととなります。しかし、仕事はまだ落ち着いていないのが現状です。

こちらは、先進国の平均在院日数です。1960年代は各国ほぼ同じ状況でしたが、それ以降日本以外は減少しています。日本は、出来高払い制度を行ったため増加してしまいました。現在、岩手県立病院の平均在院日数は15日ですので、1995年以降は減少してきているところです。しかし、各国と比較するとまだ格差があり、出来高払い制度を続けたツケを現在払っている状況ですので、この格差をなくす方向にならざるを得ないと思っています。

次に、西和賀さわうち病院についてです。平成26年に患者をふやすことを目的として院長に就任しました。入院患者総数は約2倍になり、目的はある程度果たせたところです。また、病床利用率は約7割になり、県立病院の病床利用率とおおよそ同じになりました。入院患者の平均年齢を見ていただくと、毎年、平均年齢が上がってきています。このことが、入院患者をなかなか生活に帰すことができず、現場を苦しめています。介護保険がないと行っていけません。包括ケアシステムを濃厚に意識しながら治療をしています。よって、基幹病院と地域病院の仕事の内容は全然違います。基幹病院は工場のように流れ作業で多くの手術をして治し、その後、地域病院が地域に帰す役割となっています。岩手県の医療を考えると、基幹病院と地域病院の両輪が必要です。基幹病院では、集約化により急性期医療を行い、地域病院では、患者を地域、生活に戻す医療をしっかりと行う。これは介護との連携などさまざまありますが、その両輪をぜひ皆さんに見ていただきたいと思っています。

これは包括ケアシステムの形です。医療、介護、予防の三つです。本人や家族の選択と

心構えを大事にしながらか生活を支援していく必要があります。そのためには、予防、治療、介護やその担当者がシームレスに継ぎ目ない活動をすることが重要です。

地域病院では、急性期医療につなぐ力、急性期医療が終わりリハビリをする力、亜急性期医療を担う力、慢性期、在宅医療をバックアップする力、そして行政と連携する力、介護、福祉と連携する力が重要になります。そのために、地域の医療を確保するには、急性期を担う医師と、亜急性期、そしてリハビリ、回復期、慢性期を担い包括ケアを実践できる医師の両者の育成が必要となり、二つの両輪のごとく行っていかなければならないということです。

そして、先ほどお話ししたとおり、奨学金養成医師には指導者や責任者になってもらうためにも、義務履行期間以降の県内定着支援が必要だと思います。

地域医療構想において、病院群として高度急性期、急性期、回復期、慢性期の四つに分けられてしまっていますが、一つの医療機関を単純に四つの機能に分けることは困難です。また、法令で定めた病床稼働率は、高度急性期で75%、急性期で78%、回復期で90%、慢性期92%となっていますが、岩手県の現状は、平均70%です。これは、国が大都市を想定していると考えられるため、岩手県版をつくらなければならないのです。さらに、二次医療圏では完結できない領域が存在することから、二次医療圏から見直していただきたいと強く思っています。岩手県の地域性にのっとった独自の地域構想が必要なのではないかと思います。

次に、専門医制度についてです。3年前の2018年に新しい専門医制度ができました。奨学金養成医師のさまざまなスタイルを考えた後にできたもので、この制度とのかい離があり苦戦をしています。6年の医学生時代、そこから2年の臨床検証、ここで国家試験があります。その後、専門医研修が始まりますが、その期間と奨学金養成医師の勤務期間が重複します。これは、ぜひ覚えていただきたいと思います。

基本領域専門研修の19領域が固まりましたが、次の段階の2階建ての部分が固まっておらず、今後の課題です。かつての専門医のキャリアパスですが、外科の場合、1階に専門医、その上に心臓血管外科、消化器や呼吸器の専門医、さらにその上に肝胆膵の高度技能医などがあり、3階建てになっています。これを今後どのようにリフォームするかが課題です。ライセンスを取るためには、基幹病院にいる必要があるため、そこにいたいという思いが強くなってしまいます。しかし、専門医制度、学位制度や奨学金養成医師の義務履行の期間と重複してしまうため、現在、これらの調整に力を入れて取り組んでいます。

続いて、今日の日玉である、岩手県の地域医療の現状と奨学金のこと、さらに医師確保の計画についてお話しします。

最初に地域医療の現状と課題、対策についてお話をします。医師数はふえてきましたが、人口10万人当たりで比較すると岩手県と全国の格差が広がっているのです。また、研修制度もオール岩手で取り組まなければならないということで、大学も含めて一緒に取り組んできましたが、そこも今苦戦をしているところです。

人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数を地域的に見ますと、盛岡圏域は全国よりも多いのですが、ほかの地域は少なくなっています。特に宮古圏域、久慈圏域、二戸圏域、釜石圏域などの沿岸や県北の地域がより少なくなっています。ただし、気仙圏域は沿岸や県北の地域と比較し多いように見えますが、人口割によるものです。この数値は、一つのデータではありますが、岩手中部圏域よりも気仙圏域のほうが多くなっているのは、現場を十分には反映していないのではないかと思います。

岩手県は、10 万人当たりの医療施設従事医師数が全国 43 位となっていますが、地域ごとの医療ニーズや人口構成などを踏まえた医師偏在指標によると最下位になってしまいます。これを下から 3 分の 1 までにするように県の行動計画をたてるというのが国の方向性のようです。

国の医師確保計画は、医師の偏在状況を全国ベースで客観的に示し、医師の多数区域と少数区域の設定を行います。これに合わせ確保すべき医師の数の目標を決め、そのためのアクションプランを国で作成し、そして、それにのっとり県で進めている状況です。

岩手県医師確保計画では、医師偏在指標に基づく順位が、全国の都道府県の下位 3 分の 1 を上回るために必要な医師数は、岩手県全体で 359 人となっています。これを二次医療圏ごとに出していくと、必要な医師数は 134 人となり、岩手県全体と二次医療圏では大きな離れがあります。これについては、しっかりと現場を見ながら進めなければならないと思います。令和 18 年における必要医師数は、3,234 人となっており、現在医師の数が約 2,400 人ですので、あと約 700 人が令和 18 年までには必要だと示されています。

こちらは、医師確保対策のためのアクションプランですが、医師の養成、奨学金養成医師、そして医師偏在対策、これらは苦戦をしています。ただ配置しただけではなく、キャリア支援も必要になります。一方で、女性医師やシニア世代の医師等が定年後も医療に携わってほしいという取り組みは効果が出ていると感じています。また、働き方改革は今動き始めたところです。超過勤務をさらに減らし、当直後は基幹病院は休めるようにということを県医療局を中心に、基幹病院が力を入れて取り組んでいると思います。あとは、岩手県は知事が一番動いてくれる県だと思います。知事ががんばっていて、テレビに出るなどさまざまな活動をしていると思います。そして現在、さまざまなアクションプランをつくりながら、奨学金養成医師をさらにふやしていくことによって、格差がなくなり、岩手県医師確保計画の目標達成を目指しているところです。

奨学金養成医師を確保するために、定員を変えろということで、岩手医科大学は定員が 80 人でしたが、130 人にふやしています。段階的にふやしているのですが、さらに続けていかなければ目標値との格差は埋められないと思います。また、格差を埋めるためには、定員をふやすだけではなく、別のコンセプトを入れなければならないと思います。

奨学金制度について、現在、市町村、県医療局、岩手県という三つの区分があり、昭和 25 年から、長い時間をかけて引き続き取り組んできました。さまざまな変遷はありますが、平成 20 年度から新体制になり、地域枠の区分ができました。平成 20 年の地域枠の人たち

が卒業した平成 26 年から、私も医師支援調整監の職に就き、現在も活動しているところです。

現在の奨学金制度の定員は 55 人であり、このところ変化はありません。産婦人科枠をつくったり、東北大学の地域枠を入れたりと区分の変更は行っています。地域枠では、多額の税金が使われていることもあり、9年間の義務履行を課しているところです。

奨学金の貸し付け状況ですが、定員 55 人に対し、平均で 50 人前後、少ないときは 40 人というときもありましたが、それでも令和 2 年は 53 人に貸し付けしている状況です。このことから、奨学金制度が活用されていることがわかつています。

奨学金養成医師を支援しながらいかに効率よく配置調整をするかということで、岩手医科大学、県医療局、岩手県及び岩手県国民健康保険団体連合会で平成 27 年に契約を結び、配置調整の会議を行っています。私は、この会議に属してさまざまな活動をしています。4 者で協議しながら、配置を公にしていくことで、効率よく、そして支援もしながらしっかりと配置をしていくということです。これは、岩手県独自のものだと思いますが、重要で、ある程度機能していると感じています。また、奨学金養成医師の配置調整の支援のため、県立病院の現役の医師や県立病院長を歴任した経験豊富な医師 6 人に医師支援調整監が委嘱されています。この医師支援調整監が、大学の先生に協力をお願いしながら動いています。地域医療確保に関し必要な施策を定める岩手県地域医療対策協議会と、配置を調整する奨学金養成医師配置調整会議、実動部隊として県内の公的医療機関ということで活動しています。また、地域医療支援センターと連携し医師の確保やキャリア支援を通じ医師の地域偏在の解消にも取り組んでいます。

配置のルールですが、岩手県医師修学資金貸付事業については、岩手県の 9 年間の配置うち、1 年目から 2 年目は基幹病院への勤務、3 年目から 4 年目は基幹病院への勤務の他に中小規模の医療機関の応援、5 年目から 6 年目は中小規模の医療機関に勤務、7 年目以降は基幹病院又は中小規模の医療機関の選択になりますが、大体が基幹病院に勤務するという流れで配置調整を行っています。市町村や県医療局の事業の場合は 6 年間の配置となり、中小規模の医療機関は 2 年となっています。

また、義務履行猶予期間を 6 年設けていますので、この間に大学で勉強することができます。これは、奨学金養成医師の義務履行期間終了後も岩手県に残ってほしいことから、キャリア支援もできるように配慮しているものです。この義務履行猶予期間を 6 年設けていることは、ほかの県にはあまりないことですので、インパクトのあるものだと思います。

岩手県医師修学資金貸付事業の具体的な 9 年間の義務履行のパターンを記載していますが、9 年の間に大学で勉強してもいいですし、専門医研修を受け学位を取ってもいいことになっています。

その他、さまざまな特例や取り扱いがあり、最初に県央や県南部に配置した場合は、その後は沿岸部に配置するものや、小児科又は産婦人科を専攻した場合は、岩手医科大学の

管轄である総合周産期母子医療センターでの勤務を義務履行として認めるものなどです。状況に応じて運用を変えながら取り組んでいるところです。

こちらは、6年間の市町村と県医療局の配置パターンです。小児科と産婦人科の場合は同じです。それから、小児科と産婦人科を選んでくれると、中小規模の病院には行かなくてもいいということになります。

釜石病院のお産の取り扱い休止については、産婦人科だけではなく、小児科も絡んでいます。出産には産婦人科だけではなく、小児科が必要になります。小児科の集約化についても並行して今まで進んできており、今回の釜石病院の流れは一定程度やむを得ない面もあるのではと思っています。周産期は産婦人科だけではなく、小児科の動きも大事です。小児科の集約化に関しては、盛岡圏域集約型になってきています。少子高齢化の中で、小児科医師の負担も考えると、盛岡圏域集約型に動いてくるのが現在の周産期医療であることにも注目し、考えていただく必要があると思います。

次に、令和3年度の奨学金養成医師の配置状況です。こちらは、平成28年度から令和2年度までの配置状況の表です。平成26年度に初期臨床研修が始まり、2年間研修した後に配置となりますので、平成28年度が始まりの年となります。人数は年々増加しています。大学で勉強する人も一定程度いますので、約半分は義務履行している状況です。

そして、こちらが令和3年度の配置状況です。配置人数は、令和2年度は84人でしたが、令和3年度は104人となり、初めて3桁になりました。このことから、奨学金制度としては確実に数がふえている状況です。

配置地域の内訳は、やはり盛岡圏域や岩手中部圏域が多いのです。それでも沿岸の宮古圏域、久慈圏域への配置も多くなっています。釜石圏域は、心筋梗塞やカテーテルの治療ができなくなるなど、さまざまな事情により、二次医療圏の基幹病院ではありますが、この奨学金制度の中では中小規模の病院になっているのです。よって、釜石圏域の方には大変申し訳ないのですが、産婦人科や循環器科について大船渡病院に集約が進んでいるのです。一時期宮古圏域が同じ状況でした。どうしてもこのような形を取らざるを得ない状況が今あるのです。道路が整備されたことによりカバーできる場所もあるのですが、これだけ広い岩手県ですので、住民の方の不安はやはり残ると思いますが、9つの医療圏に全部同じ機能を集約することは現在できない状況にあるのです。

診療科に関しては、広くさまざまな科に配置しています。内科系が多く、外科が少なくなっています。現在、外科は絶滅危惧種と呼ばれるようになってきて、手術があつたり、夜に呼ばれたり仕事がつらいこともあり、次は外科の医師不足が問題になるかもしれません。また、奨学金制度では優遇されている小児科や産婦人科についても配置人数が少ない状況です。なお、配置する診療科について、本人の希望する診療科で長く貢献していただきたいことから、現在、調整することは行っていません。広くさまざまな科に配置していますが、どうしても診療科のばらつきはあると思っています。

こちらが岩手県市町村立病院の有床の常勤医師数です。西和賀さわうち病院は、一時期

1人のときがありましたが、現在は何とか3人です。3人のうち、市町村の旧奨学金制度を利用している方が1人います。国民健康保険葛巻病院は60床で4人いましたが、令和3年度は3人となっています。この3人のうち1人は、県医療局の新奨学金制度の方となっています。八幡平市立病院は60床で6人です。こちらにも奨学金制度を利用している方が2人います。そして、奥州市総合水沢病院の平成25年度の常勤医師数は18人となっており、ほかの病院とは桁が違っています。しかし、現在は10人と減ってきています。総合水沢病院の位置づけが今後どのような形で固まるかということだと思いますが、地域のニーズに応えるためには、地域、各病院が何をするかという役割分担をしっかりと展開しなければならないと思います。地域をうまくまとめていただき、地域構想の中に盛り込んでほしいと強く思っています。市町村立病院は、平成20年度を境にしている新旧の奨学金制度に支えられ、何とか医師スタッフを確保しているということです。

それでは、県立病院はというと、比較的少しずつですが、医師数はふえています。しかし、医師確保の中で1番重要となっている初期研修医がふえていない状況です。2年間の集約ですと、研修医は約50人です。県民の人数が同じ沖縄県ですと、少し前の数値ですが、2年間で300人です。研修医に選ばれる地域、研修病院になり、多くの方に来てもらうことが、全体の医師数の増加につながっていくと思います。研修医の増加のため取り組んでいます、なかなかふえていません。研修医が増加すれば山が動くのではないかと考えています。

奨学金養成医師はふえていますが、このふえた分がそのまま医師総数に上乗せはされていないのです。奨学金制度を利用する人が多くなったということで、医師の総数がふえなければならないのです。もう一歩だと思います。

自治医科大学の医師が岩手県医療をサポートしてくれていまして、義務年限が終了しても90%が県内定着しています。これは、受け皿となる県立病院があることが大きい要因であると思います。定着率は全国で2番から3番と高い順位です。県立病院勤務の約7%をカバーしているのですが、院長職ですと30%をカバーしています。自治医科大学は大変うまくいっていると思います。今後も自治医科大学をベースにしながら、地域医療は動いていくのではないかと考えています。このような過去の自治医科大学出身者のキャリア形成の歴史は大きな正の財産であり、これを目標に奨学金養成医師の支援をしていくことが必要だと思います。

医師支援調整監としてのメッセージです。医師不足は勤務医不足です。診療科偏在の問題解決は難しいです。医療情勢の変化への対応が必要であり、その中でも集約化が一番重要です。集約化は避けられない面があります。また、専門医制度を見据えた奨学金養成医師の支援ですが、重複している期間がありますので、これをうまく行わないと離れてしまうことがあると思います。

さらに、やはり一人前になるのは10年から15年ということで、長期の視野が必要です。奨学金養成医師の義務履行以降に県内に残ってもらうようにしなければならないというこ

とです。地域構想からいうと、やはり岩手県版にしなければならないと思います。急性期医療だけではなく、亜急性期、回復期、慢性期を担う医師の確保、中小規模の病院の医師確保を車の両輪として、その人材育成が大事だと思います。

まとめです。新旧の奨学金制度のもとで、義務履行医師は着実に増加しています。県立病院の医師の総数も増加していますが、増加の割合が緩徐です。これが奨学金養成医師の数が上乗せされるような形でないと楽にならないと思っています。平成20年から新しい奨学金制度になり、義務履行が開始して6年目に入って、義務履行の医師が増加しているのですが、専門医制度の役割の中で、県内定着の施策、支援をしていかなければならないと思います。岩手県の医師不足は数を見ると、現在の奨学金制度を継続していけば解消できると予想されますが、そんなに簡単ではないと思うのです。

このように、いかにしてこれから格差是正をなくしていくか、ぜひ皆さんにも見ていただきたいですし、サポートしていただきたいと思っております。

以上で、終了したいと思います。御清聴ありがとうございました。

○佐藤ケイ子委員長 大変貴重なお話をいただきました。ありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行います。質疑、意見等ございましたら挙手をお願いします。

○工藤大輔委員 説明等ありがとうございました。大変分かりやすく聞かせてもらいました。そこで、医療の分野と同時に必要なものが、地域に帰った際のリハビリも重要とのことでした。専門の優秀な医師を育成することも大事ですが、地域に帰ったときのリハビリには大きな差があると思っております。北村先生から見た岩手のリハビリの現状、課題について御示唆をいただければと思います。

○北村道彦参考人 リハビリは、このところ国も力を入れてスタッフの養成が進んでいます。県立病院でもリハビリスタッフの数がふえていますので、県医療局にも力を入れてもらっている状況です。リハビリに従事する職種は、理学療法士、作業療法士と言語聴覚療法士の三つがあり、それぞれ得意なところが違うのですが、バランスよく配置することが大事です。特に平均在院日数が短くなっていますので、回復期病院でのリハビリ、急性期から回復期へのバトンタッチをうまくしていかなければならないと思います。幸い回復期の病院は、リハビリのスタッフが多く、活発に取り組んでいますので、リハビリの流れとしてはそう悪くないと見ています。急性期でいかにリハビリをするかということは、結構難しい問題で、あまり急性期で抱えてしまうと、効率性が落ちることになります。

一方で、回復期病院がない地域もあるのです。そのような地域は、基幹病院で全部行わなければならないため、地域性があります。

また、慢性期に関しては、作業療法士のような生活に帰すリハビリが必要になります。必要なリハビリによってしっかりと役割分担を行うことが求められます。各病院のリハビリのスタッフの数は、差がある領域なのですが、回復期は多くなっています。県立病院の中で、地域に帰す医療ということで地域包括ケア病床を国の施策で導入しており、リハビリスタッフがふえているのですが、人数や機能に関して適正かどうかの検討は、皆様にも

注目をして見ていただければと思います。

リハビリ期間は決まっています、脳卒中の患者の場合は、半年間リハビリすることができませんので、その患者が急性期病院にいたのでは、完全にパンクしてしまいます。よって、回復期でしっかり対応してもらうことです。リハビリも役割分担と地域性の二つを考え、三つの療法士をいかにバランスよく配置するかです。

我々の病院では、総回診でリハビリスタッフが入り、この人は家に帰せそうですというようなコメントをくれます。さらに、家へ訪問し手すりが必要か、介護支援を見ながら介護保険のサポートをどのようにするかなども考えています。県の医療、そして地域に帰す医療を考えるときの根幹であり大事なものです。質と量と、三つの療法士の展開で見ていただいて、ぜひサポートいただきたいと思います。

○**工藤大輔委員** 次にお伺いしたいのが、岩手医科大学の卒業生の中で、県内の定着率を高めなければならないと思います。先ほど先生からも今県等で行っているものをプラスしてという認識は、全くそのとおりだと思います。ただし、入学者の学力の問題なのか、西高東低のような形で関西の出身者が多くなり、地元に戻ってしまうという問題があると思います。併せて、東北医科薬科大学ができるときに、数が少ない東北の医師に貢献すると期待しておったのですが、本当にそうなるのか怪しい状況という感触を持っています。東北医科薬科大学が今後どうなるのか、あるいは方向性も含めてこうあるべきということを改めてお伺いしたいと思います。

○**北村道彦参考人** 入学するときからしっかりと見据えて、我々も地域枠の入試の試験官になりました。また、学生時代から我々もメッセージを出していく必要があると思います。それから、岩手医科大学も頑張って総合診療という講座をつくってくれたのです。そこに地域枠の学生が入ってほしいと思っています。

委員も御指摘の構造的なものがありますが、これを入試制度からいかに克服していくか、そして、我々も地域病院も卒業生が来てくれるのを待っているのではなく、我々の地域に帰す医療のすばらしさを積極的に発信をしていかなければならないと思うのです。よって、総合力が試されているのではないかと思います。

東北医科薬科大学は、私は面接官をしましたが、東北地方の方は少ないです。そして、入試のときは大抵、退路を断ってきています。ですから、これからです。私は、期待しているところもあります。退路を断って、地域医療を行うということで、岩手医科大学の総合診療の講座や、県立病院が受け皿となり、しっかり育てていく。ただ、奨学金養成医師の数は55人で一緒ですので、ふえるわけではないのです。55人という数はそれでも多いので、できるだけ定着させていくということで、15年たって何%定着していくかということになるわけです。義務履行が終わってから大きなミッションだと思います。

皆さまにもいろいろな形、場面でメッセージをたくさん発信していただいて、岩手県の医療を支えてもらうような人材育成にぜひ力を貸してほしいと思います。我々医療者だけではできませんので、県や大学も含めて、みんなでオール岩手体制で取り組んでいかなければ

ればならないと思います。

○飯澤匡委員 今日はどうもありがとうございました。我々も県医療局の審査などの中で、医師招へい、確保の問題については、複数の議員から問題提起をされ、それぞれの認識はあると思ったのですが、今日はその中身がよく分かって、本当に参考になりました。

そこで、懸念材料として2点お伺いします。まず1点は、人口が減少していく中で、医師の数の確保については順調にいつているのですが、問題は質の確保です。私の地元の高校や生徒の数などをいろいろ分析しますと、上の部分と下の部分は一定程度あるのですが、その中間の部分がぐっと少なくなっている点がかれからの社会を支える意味で大きな問題だと思っています。併せて、医師になる方も、学力や技術だけではなく、先生がおっしゃったようにコミュニケーション力のような総合力が試されていく点において大変な問題ではないかと思うのですが、その点についてお考えをお示しいただきたいと思います。

○北村道彦参考人 委員の御懸念のとおり、人数が減っているところで定員を上げましたので仕方ないのですが、それに対しては、平成16年に初期研修制度ができて変わりました。

また、医療側も専門しか見ないというような態度領域に関してはよくなり、チーム医療が進みました。医者は、プライドが高いため、指摘されるのを嫌がるのです。例えば薬剤師から、先生この処方違いますよと言われると、私の処方に何を言うかというような話がありましたが、今は、指摘してくれてありがとうございますと言います。知識、態度、技能のうち、態度は上がりました。技能に関しては日進月歩ですので、そんなに問題ないと思います。知識に関しては、構造的なものですので仕方がないものですが、少し落ちるかもしれませんが、しかし、患者にとって大事なものは、実は態度領域であり、医師が失敗したり、トラブルになっているのはほとんどが態度領域なのです。これに対しては、医療職は医療職として自分たちが大事にしているものをしっかりと持ち、態度領域に関する教育をしっかりとしていけば大丈夫だと思います。今までは、その面が足りなかったと思います。先ほどお話ししたとおり、学生時代から地域医療を担う医師に対するメッセージを発信し、その方が現場に入ったときにもっと患者と向き合うことができるようにすることが、我々先輩医師の責任だと思います。

○飯澤匡委員 もう1点は、大変大きな話になるのですが、今の団塊の世代の方々が2030年には80歳ぐらいになり、病気にかかる人の確率がなだらかに下がっていくと考えられます。そうすると心配なことは、基幹病院と地域病院が両輪でいかなければならないのはもちろんそのとおりなのですが、今の県立病院の在り方が基本的には変わらないとしても、患者の需要が供給とバランスが合わなくなる可能性もあることも考えられるため、その点を先生はどのように御考察されているか教えてください。

○北村道彦参考人 基幹病院は、平均在院日数が短くなり、それなりに動いています。今心配なことは、地域医療を支える中小規模の病院の人材育成で、市町村は何とか動いていますが、人材育成は大きな課題です。いろいろな意味で介護との連携や、チーム医療はここ10年ぐらいでよくなりました。今はどうしても、県民の目が急性期病院に行くのですが、

実際に自分の生活を支える医療がどうなるかを考えると、生活に帰す医療の充実が大事なのです。先ほど、植木鉢の絵で包括ケアシステムの形を御説明しましたが、議員の方々には、ご自身の基盤の地域において、その植木鉢の絵がゆがんでいないかどうかを常に見ていただきたいのです。あの植木鉢の絵のどれを取ってもずれていたらうまくいきませんので、大きな問題なのです。

あとは予防が大切です。たばこ農家などへの配慮がもちろん必要ですが、一方でリスク管理からいうと、たばこと血圧が重要です。

西和賀町は、先日の統計の中で死亡率が一番低い町になりました。女性は前からよかったのですが、その要因の一つは血圧測定が進んでいることです。前から保健医療で有名なのですが、たばこを吸う方は減っていないのです。リスク管理の中で一番インパクトがあるものがたばこですので、たばこを減らすと変わります。病気になってから治す体制が悪いというよりは、病気にならないようにすることが一次予防です。二次予防が早く発見することです。その二つを広い県土で、医療施設や医療資源もそんなにないとすると、まず保健医療を行わなければならないのです。これは、本気になって行っていただきたいと思います。そうしないと、工場が幾ら回転しても、どんどん患者が来るようでは回らなくなりますので、受診行動だけではなく生活そのものを変えて、皆さんが健康になるように行動変容を起こすようなことを、県議会としても大々的に行っていただきたいと思います。医療が悪いといっても、行動が変わらないとよくなるのです。

○**齊藤信委員** 一つ目は、奨学金養成医師は新旧合わせて 183 人配置になっていますが、医師総数は 719 人と微増になっている理由をお聞きしたいと思います。

二つ目は、岩手版地域医療構想が必要だという先生の提起について、私も本当にそう思います。特に今新型コロナウイルス感染症対策で、県立病院、公立病院が大変重要な役割を果たしていて、県立病院の場合にはネットワークで、患者が平均的に発生しないのです。クラスターが起きれば一気に 10 人、20 人というように出てくる中で、私は岩手の県立病院、公立病院のネットワークは、効果的に機能しているのではないかと思います。専門医の養成でも感染症の医師が、産婦人科と同じように本当に少ないのではないかとこのことと、感染症対策が地域医療構想に位置づけられる必要があるのではないかと思います。特に盛岡市立病院は、中央病院、岩手医科大学附属病院、盛岡赤十字病院という大きい病院がある中で、独自の努力もして、亜急性期といった高度医療ではないところをしっかりとカバーするという役割分担がうまくいっていることから、今一番活躍し、感染症対策でも役割果たしていると思うのです。また、総合水沢病院も指定感染症病院なので、私は盛岡市立病院のような役割を果たす必要があり、そのためには一定の規模が必要になってくるのではないかと思います。岩手版地域医療構想の先生の考えているイメージを含め、その点いかがでしょうか。

○**北村道彦参考人** 一つ目について、岩手県の奨学金を借りて医師になれた人がふえていないのです。もともと岩手県に残るような人が奨学金を借り、それで残った方が少なから

ずいるということです。もしかすると、これから県立病院で働く人の多くが奨学金を借りている人になってしまう可能性があり、そうなるプラスアルファになっていないということになります。何とかプラスアルファにするためには、沖縄県のように、魅力ある初期研修を行い、初期研修医がふえなければならないのです。沖縄県は、返還前後でアメリカの医療を入れ、そして今感染症のメッカであり、いろいろな意味の地域医療のメッカになったのです。初期研修医がふえないと、いきなりその後ふえることはありませんので、今後、同じような取り組みを行い、それぞれの地域の初期研修医をみんなでサポートし、医者として見ていくことが必要です。

感染症に関しては、御指摘のとおりなのですが、新型コロナウイルス感染症の前に新型SARSなどさまざまありました。あのときに、二次医療圏にある感染症の病院は、計画は立てましたが、動いていませんでした。今そのツケがあるのです。そもそもその計画は、感染症の病院を基幹病院に置かないで、ナンバー2の病院に置いたのです。例えば岩手県立千厩病院もしかり、岩手県立遠野病院もしかりです。これのツケが今起きているところなのです。今は、昔の感染症から変わってきましたので、それにのっとった新しい構築をしていかなければなりません。新型コロナウイルス感染症の中、急性期をあまり見ないで来た、ないしはそのような引き出しの少ないところで体制を整えて頑張っていて、立派だと思います。感染症は、軽症から超重症まで診なければならないため、県立病院や岩手医科大学の中で、役割分担は今はそのなりに動いていると思いますが、今後いろいろな形で新しいスタイルをつくって診ていかなければならないと思います。

そして、地域医療構想はその地域ごとで全然違いますので、地域の中で、医師会の方も含めてみんなで、ニーズを出し合って、落としどころを見つけていくことだと思います。残念ながら、胆沢地区、奥州市の県立病院に産婦人科はなかなかできないと思います。次のステップは、あえて言えば一関市と奥州市の間に大きな病院をつくるということを行っている人もいます。結局そういうレベルでしか解決できないのです。

今まで一人一人の産婦人科の先生でできたのですが、お産はあるのに毎日寝ないで働くわけにはいかないのです、5人とか、8人とか集めなければならないのです。幸い交通がよくなってきているので、そういう形で許していただくことだと思うのです。

あともう一つ、今、二次医療圏は全部がんの拠点病院があることになっていますが、治療の内容の差は大きいのです。少なくとも、それぞれが同じ機能を担うことはできないと思います。交通手段も使いながら役割分担や集約化し、そして二次医療圏そのものの見直しも行ったほうが良いと思います。これは大きな問題なので、簡単にはできないと思いますが、先ほどの釜石病院のように実際にはもう動いているのです。後づけよりは攻めの施策をしていかないと、団塊の世代の多死時代がすぐですので、間に合わないと思うのです。知恵を出し合いながら、既成にとらわれず、いろいろな形でアクティブに攻めの医療政策をしていただきたいと思います。

いわて感染制御支援チーム（ICAT）ができてよかったと思います。あれは、岩手県

の宝だと思うのです。眞瀬先生のDMATもそうです。今回それが機能したと思います。あのような形で、これからも各現場から、タスクフォースのような形で力を集約しながら行っていくほかないと思うのです。

○郷右近浩委員 緩和ケア病棟について、例えば県立病院の基幹病院にすべからくではないですが、やはりこれからの時代に必要なのではないかと思う反面、先ほどのさまざまなデータを見た中では、収益的には貢献しない中で、緩和ケア病棟の必要性について、中部病院に開院当初から関わっておられた点も含めて教えていただければと思います。

○北村道彦参考人 緩和ケア病棟が中部病院にできたときは私も胆沢病院から移ったので、胆沢病院からいっぱい来ると思っていたのです。実際に紹介もしたのです。しかし、患者の反応は、先生が診てくれるならば看取ってくれと言うわけです。やはり地域で、家族と行き来をしながらというものを選ばれる方が少なくないことが分かったことから、それぞれの地域で機能を持たなければならないと思います。中部病院を一時的に使ったり、もちろんそこで看取っていただいてもいいですし、中部病院をセンターにしながら各地域に緩和ケアのマインドとスキルを持ったシステムが出来上がらなければならないのです。それに対して岩手県は、今はネットで、月1回、緩和ケアに携わる人が集まって勉強会をしていますので、質は上がりました。そのネットワークが充実してきているので、ネットワークを使いながらいろいろな引き出しを持って、地域でお別れをする。現在は、ホスピスケアが全部にある必要はないと思います。ただ、それぞれがその病院に合わせたよりよいケアを行っていますので、在宅も含めて緩和ケアの機能は各地域になければならないものだと思います。あとは磐井病院の緩和ケア病棟もセンターとしてよくなっていると感じています。機能が上がってきたため、ハード面の必要性が少し落ちたと感じていて、それだけいいケアを受けられるようになってきているのだと思います。ただし、少子高齢化、核家族化の中で状況は変わってくると思うので、今後も注目して見ていただければと思います。

収益については、比較的いろいろなサポートがあり、私が中部病院の院長をしている時代は、そこが負担になることはなく、あまり問題ないと思っています。

○郷右近浩委員 中部病院の緩和ケア病棟や、花巻、北上地域でこの緩和ケアに対する認識が広がり、そして行政としてもしっかりと取り組んだことが、在宅を含めた緩和ケアのいろいろなメニューを手に入れられるような体制が構築され、成功例として素晴らしい形になっているのだと思います。ただ、それだけに逆に総合水沢病院、江刺病院、胆沢病院の地域の医療は、いろいろな要素がある中で、何を整えていかなければならないか考える必要があると思います。

研修医制度の中で、研修医の方々に岩手に残っていただけるように、現在の県立病院の中でもさまざまな診療科への配置や研修ができるような仕組みづくりが好評になっているという話は聞いております。しかし、経験を積んでいく中で、臨床数の多さやいろいろな場面に出会えるような病院に行きたいという研修医の方々の考えや意欲に応えるためにも、

医療のつくり方が変わりチーム医療となった中においては、その医療を提供する体制自体をしっかりと構築していくことが、研修医のニーズやさまざまなものに対して及んでくるのではないかと考えていますが、先生のお考えを改めて詳しくお聞きしたいと思います。

○北村道彦参考人 初期研修医の数が伸びないと医師がふえないのではないかというお話をしましたが、そこには、大学の役割もあると思うのです。他県の大学ではもっとたくさん受け入れているところもあるため、大学は実際に頑張っていて、人数がだいぶふえてきましたが、まだ差があることから、もっと頑張してほしいと思います。

現在、中央病院と中部病院がフルマッチしています。規模ではなく、サポートする体制が大事です。常にスタッフが変わるので、指導者や実務で教える人たちが指導者としてのミッションを持ち、あとは病院としてサポートする体制をしっかりと構築し、伝統をつかっていかなければならないのです。これは、結構難しいポイントだと思いますが、行わなければ岩手県は医師がふえていきません。先ほど初期研修が平成16年から始まったというお話をしましたが、平成16年に初期研修を受けた方が指導者になってきて、そのようなマインドを持った方もいっぱいいるので、その人たちをうまく引き上げていく形でサポート体制を構築していくことが必要です。

数よりも質が問題だと思います。1人でそんなに経験はできませんので、いかに身につけさせるかという熱い指導が必要だと思います。患者も一例一例大事にしてもらっていることをしっかり分かって、研修医に受けてもらう。岩手県は研修医ですと言って、嫌な顔をする患者は少ないですから、我々は恵まれた地域で行っていると思います。そのことを分かってくれる研修医もたくさんいます。

しかし、数ではないのですが、数はどうしても必要なのです。というのは、国の考え方として、専門医制度の中で、岩手県で必要な専門医を数で決めたり、手術の数に対し、岩手県ではこのくらいの研修や専門しか受けていないということでコントロールされたりするのです。そもそもこのような考え方は少しひずみがあるのですが、数の論理というものはまだあるのです。しかし、それよりも、患者を診る立場からすれば、質をしっかりと確保して対応していけば、東京都から比べたら少ない患者であっても、十分実がある研修ができると思うのです。一例一例を大事にして、患者に向き合う研修体制をいかにつくっていくかが大事だと思います。磐井病院も胆沢病院も差はありますが、それなりに研修医は多いのです。そういう形で、やはり伝統が大事だと思います。あとは、一人一人を大事にすることです。マンパワーポリシーでは負けてしまいますので、そうではなく、我々は質を見て、人を大事するという風土を岩手県の中でつくっていかなければならないと思います。

○工藤勝子委員 先生から見て、岩手県の産婦人科の、特に産科の体制というのはどのように考えているのでしょうか。チームということですので、それは大変理解いたしますし、釜石病院の例も出てきましたので、お願いいたします。

○北村道彦参考人 産婦人科は、女性が多い職場のため、男性の負担が大きいと言われて

いて、以前は2、3人でできたことが今は5から8人程度いなければならないと言われて
います。このことから、今の段階では産婦人科の集約化は、やむを得ない面が多々あり
ます。小児科も盛岡圏域に集約されつつあり、この流れは止められないところがあるの
です。産婦人科に関しては、二次医療圏の中で完結することは、難しいところがありま
すので、あとは役割分担です。今は病院でお産をされる方が多いですので、正常であ
れば産婦人科や助産師が対応し、重症の方は岩手医科大学で対応するなど、役割分
担をしっかりと構築することだと思います。交通の便もよくなってきましたので、申
し訳ないですが、集約化をしながら行わざるを得ないと思っています。

胆沢病院の産婦人科がなくなったときに、開業医が頑張ってサポートしてくれました
ので、開業医を含めた形でのシステム構築、役割分担、連携で乗り越えるしかないと思
います。お産の件数も減っている状況で、同じ形を維持することは難しいのではないかと
思っています。

○佐藤ケイ子委員長 そのほかございますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 ほかにないようですので、本日の調査はこれをもって終了をいた
します。

北村様におかれましては、本県の医師確保の現状と課題について御示唆をいただきま
した。県の医療体制もしっかりと把握されて、さらに地域医療も頑張っていらっしゃ
る北村様に本当に貴重なお話を聞くことができました。本日は、本当にお忙しいところ
ありがとうございました。

それでは、次に6月に予定されております当委員会の県内調査についてであります
が、お手元に配付しております委員会調査案のとおり実施することにしたいと思います
。ただし、新型コロナウイルス感染症の状況も見極めながら対応しなければならない
と思っております。御意見ございますでしょうか。調査実施の有無も含めて、当職
に御一任願えればと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 それでは、調査の計画に変更があった場合には、また通知す
ることにしたいと思います。

次に、8月に予定されております当委員会の調査事項についてでありますけれども、
御意見などございますでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 特に御意見がなければ、当職に御一任を願いたいと思いま
す。そのように決定させていただきます。

以上をもって本日の日程は全部終了いたします。本日はこれをもって散会いたしま
す。