

人事の機能をを持った全国ネットワークの病院機能を持つようにさせていただきたいと思います。手をこまねているのではなく、何とかしないと、地域の存廃という根幹にかかわる問題になるのではないかと大変心配しています。ちよつと発表に時間がかかり過ぎました。申し訳ありませんでした。

○梶井座長：どうもありがとうございました。ただいま、お二人の委員からプレゼンテーションしていただきました。最初に、医療改革提言をお作りになられたことから、そういうことを背景に、いまの地域医療、へき地医療についての総論的なお話、さらにこの中からのご提案を前野委員からはいただきました。それと、これまでのへき地保健医療計画に関わってこられた、あるいはその分析等を通して吉新委員からは、いま、この検討会で何を検討すべきか。非常に具体的なお提案、ご提言をされたと思います。それを進めるための諸課題についてもお示しいただきました。この二人のお話を踏まえながら、残りの時間、皆様とご議論したいと思います。

3つの論点整理に関わる議論をお話していました。3つ同時にでもいいし、たぶん1つの論点整理をしながら、それぞれ別の方向の議論もあると思いますが、最初に論点4「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」について、皆様とご議論を進めていきたいと思います。お二人の資料で前野委員のご提案には、へき地医療拠点病院の立て直しという最後から3枚日の資料があります。吉新委員のご提案は論点4以降でしょうか、へき地医療拠点病院についてのご提案がなされています。

皆様、いかがでしょうか。各項目についてというよりも、皆様のご意見をまず伺いたいと思います。

○内藤委員：私からは、へき地医療拠点病院の問題について触れさせていただきたいと思います。いわゆるへき地中核病院、へき地医療拠点病院の70%を超える部分が、実は自治体病院です。そういった病院の70%以上が赤字で財政的に非常に脆弱な状況にあるということです。1つは財政の問題、経営の問題です。もう1つは、これまでほとんどすべての人が触れておられる医師不足の問題があります。

私ども全国自治体病院協議会で、もう少し調べてみますと、実はそういった中でも、いわゆる200床以下の中小病院が、非常に深刻な状況になっていることがわかってきました。200床以下の自治体病院に関して言えば、ほぼすべてが医師不足に悩んでいます。200床以下の中小病院の20%が、いわゆる標準医師数を確保できない標準病院となっています。そういった200床以下の病院でも、へき地中核病院の役割を果たしている病院がたくさんあります。この200床以下の中小病院の問題を解決しないと、地域医療を支えることはできないと考えていますので、私ども全国自治体病院協議会では、中小病院問題委員会を設置し、現在、ど

のような救済策というか方策で医師確保を図り、そして経営的にも安定した姿が出せるのか。こういった点を現在、検討しているところです。是非、いわゆる中小病院の問題というの、論点に取り上げていただければと考えています。

○梶井座長：ありがとうございました。中小病院の問題も取り上げてほしいということでした。そのほか、いかがでしょうか。

○澤田委員：へき地医療拠点病院は、第9次へき地保健医療計画で新たな概念として打ち出されましたが、実際的には過去のへき地中核病院の指定要件からほとんど内容の見直しはなく、へき地支援実績等についても十分な評価がなされないまま10次の計画まで来た印象があります。そういった拠点病院の指定要件について、そろそろ見直しの時期にきているのではないかと私は考えます。ただ、このへき地医療拠点病院の指定が、医療機関にとって今一つメリットが感じられないという点に気がかかります。例えば地域医療支援病院や救急救命センター、地域診療がん拠点病院といった指定は、各病院がこぞって、その指定を取ろうと一生懸命努力をするわけですが、残念ながらへき地医療拠点病院の指定に関してはそこまでの気概が感じられません。しかもこの指定を受けている病院のほとんどは、医師確保に難渋し、かつ財政的にも非常に厳しい状況におかれた自治体病院が多く、そのなかでへき地支援のために医師を派遣せよといっても、現実的には相当厳しいものがあります。そのため、是非とも次期計画では、このへき地医療拠点病院の指定基準、もしくは現在の指定そのものの見直しについてもご検討いただければと思います。

そして、総合医の養成・教育やへき地・離島医療機関での地域医療研修の実施、へき地支援実績など、幾つかの項目を指定要件に織り交ぜるなどして、新たにへき地医療拠点病院を指定し、代わりに、この指定を受ける病院が診療報酬や臨床研修制度などに関連する非常に大きなメリットを受けられるような取り組みについて、是非この検討会でも議論をお願いしたい。

○梶井座長：ありがとうございます。そのほか、いかがでしょうか。

○神野委員：前野委員も吉新委員も、看護職の確保に少し触れていただいて大変うれしく思ったところです。先ほど内藤委員からも、いま自治体病院の経営が非常に悪化していて、200床未満の中小病院では特に大変な状況にあるという報告があったと思いますが、この経営には、看護職員の確保の問題が非常にネックになっているのは、よくご存じだと思います。平成18年の診療報酬改定で7対1入院基本料が設けられ、200～500床の大きな都市部にある病院が、准看護師ではなく看護師の確保に非常に奮闘し、地方からこういう所に流れました。本来であれば地方の病院に就業するはずの新人看護師が、都市部の大規模病院に100人、150

人と就職し、地方の自治体病院に大きな影響が出ていると北海道でも聞いております。

今まで1回目から本日までの議論の中心は、どうしても医師確保です。医師がないと医療が始まらないので当然なのですが、へき地医療の問題を考えていくときに、角町委員から歯科の分野についてのご発言にもありましたように、チーム医療ということも言われていますから、医師の確保をどうしていくだけでなく、それ以外の看護職員、薬剤師、あるいはインフルエンザが今流行していますけれども、保健分野とどのような連携をしていくか。そういったトータルなことを考えていく必要があると考えています。

○梶井座長：ありがとうございます。神野委員がおっしゃるとおりだと思います。実は次回のこの検討会で、いまご指摘のあった部分については時間を設けて、じっくり検討させていただくことになっています。今日、そちらにも入り込めばいいのですが、時間も限られていますので、次回に深めさせていただければと思います。よろしくお祈りします。

お二人の委員から、いろいろなご提案をしていただきましたが、拠点病院については当初、澤田委員から、いわゆる医師を育成したりプールしたり、そういう組織化をしていくべきではないかということが出ていました。さらに踏み込んで、その組織化のときに総合診療科を有する臨床研修病院、中核的病院との連携が出ていましたが、吉新委員から、拠点病院をへき地医療支援機構と一体化してはどうかという提案が出ました。その中で社会保険病院の活用という非常に具体的なお話が出ました。その一方、内藤委員からは、いわゆる地域の中核的な役割を担っている病院の7割は自治体病院で、その7割は200床未満であり、その病院がいま非常に悲鳴をあげている現状も提示され、両方を検討しておく必要があるのではないかと思うのですが、これについてのご意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。

○吉新委員：本当に深刻な状況だと思いますが、この論点3のへき地の医師のキャリアパスを考えたときに、へき地にずっと長くいると戻る所がなくなったり、非常に貢献度が高いのに評価されない。その地域ではもちろん評価されますけれども、自分の働く場所を変えるときには開業したり、今までのアクティビティとは全然違う道を選ばなければいけないことが、へき地の医師の場合はあると思います。そうではなく、それが次の昇進につながるように、研修センターの部長になったり総合診療科の診療責任者になったり、日本の地域医療を一生懸命やってくれた人が、戻れる組織なり病院なりがあること。へき地医療というのは非常に幅広い分野を内蔵していますので、そういうところで昇進の道が開かれていることは極めて重要だと思います。

現在のへき地医療支援機構も含めて、へき地医療を担う組織というのは非常に

曖昧ですし、自治体ごとに分かれてしまっていたり、連携も有るのか無いのかわかりません。どこまでの範囲がへき地医療を担っている人たちなのか自体も、あまり明確ではないと思います。そういう意味では実体がないのではないかと。本当は支援機構というのは中村先生に言わせれば兼任かもしれませんが、蓋を開けると実際は中身がない。キャリアパスなんかはなくて本人任せなのが実態だと思います。これでは社会の要請に応えるにはとても歯が立たないし太刀打ちできない。きちんと中身のある、しっかりとした骨太の組織を作って、そこにいろいろな機能を乗せて継続的な活動を常にしている、ゴーイング・コンサーンとして社会からも認知されている、そういうしっかりとした基盤を持つ組織を作らなければいけないと思います。ただ言葉だけ「へき地医療支援機構」ということで踊ってしまうと、実態がないような感じですから、もう少ししっかりした組織にする必要があると思います。

そういう中、200床以下の自治体病院を助ける、社会保険病院を活用する。そういう自分たちの昇進の道とか、いろいろな形でその組織内で活動できることがわかれば、たくさんの方のドクターもそうですし、若い人たちも安心してその組織に身を委ねて頑張っていただけではないかと思います。

○梶井座長：とても広がりのあるお話で、資料の最後のほうに、今までは個人へのアプローチだったと吉新委員はお書きになっていて、確かにそうだろうと思います。今までもそうだし今もそうだと思いますので、それを組織として具体的な方策を練っていく。澤田委員から、拠点病院の見直しをもう一度してはどうかとありました。そのときに人がいなくて大変な状況の拠点病院が、拠点病院としての機能を果たし得るのは非常に困難だろうと、そういう言い方は非常に厳しい言い方かもしれません。ですから、そこに人が集まるようにするにはどうしたらいいか。あるいは拠点病院としてのメリットを活かしながら、拠点病院が充実していくこともひとつあるでしょうし、より拠点病院を先鋭化して、吉新委員が提案されたように、本当に充実した組織のネットワークの中心となるような拠点病院を作っていく。そこからへき地診療所だけでなく、人材難で喘いでいる地域の中核病院も支援していく。そういう考え方もあろうかなと思って、いまお聞きしていました。吉新委員、どうでしょうか。

○吉新委員：よく言われているように医師の偏在が問題なのです。絶対数の不足では必ずしもないと思います。我々はへき地にいろいろな形態で何らかの関与をしていると思いますが、へき地に実際に身を委ねて、そこで一生を終わるのだとなるためには大変な決意が必要です。後任が来るまで辞められないのがへき地医療だと言う人もいます。とてもいい定義だと思いますが、とんでもない覚悟をしないとへき地医療に携われない。この壁の高さと、さらに評価されないというのがあります。ただ、ボリューム的には非常に大きな人を必要とする組織で、それが偏

在していてこっちを振り向いてもらえない。これを何とか振り向いてもらって、「安心して一生を託していいんだよ」と言えるようなへき地のネットワークを、日本にちゃんと作らないといけないと思います。第10次までは、バラマキ型の誘導的な施策だったのですが、かなり強制的な意味も込めて、しっかりとした医師の供給と教育、そして一生を委ねていいよというような組織を作っていくことが、今回、この11次の責務なのではないかと私は思っています。

○梶井座長：ありがとうございました。いかがでしょうか。

○内藤委員：へき地医療拠点病院が、へき地医療支援だけではなくて、ほとんどの地域の保健医療計画に定められた4疾病5事業の担い手でもあるわけですが、このへき地医療拠点病院はしっかりしたテコ入れをする。人、物、金をしっかり都道府県単位でやっていく必要があるのではないかと思います。ですから、これまで出ていますように、ただ闇雲にどこでもいいから拠点病院にしていくなのではなく、拠点病院にするからには、そういった役割が担える体制を、都道府県がしっかりとやっていくべきだと思います。

○梶井座長：拠点病院と支援機構の役割、あり方が、だんだんと皆様のご意見の中で明確になりつつありますが、いかがでしょうか。11次の計画に向けて吉新委員からご提案がありましたように、より具体的なものを是非、この検討会でまとめ上げていければと思っていますので、皆様のご意見を是非伺いたいと思います。

○角町委員：一般的なことで、具体的に数字を把握しているわけではありませんが、へき地診療等に関わる部分で例えば後方支援病院とか、あるいは中核、あるいはへき地の診療所や前線病院等々いろいろあると思います。そういう病院群間の連携が本当にしっかりしているのか気になります。

もう1つは人が足りないということ。当然足りなくなっていくと思いますけれども、我が国の人口構成から考えた場合に、これから一層そういう状況が深刻になってくると思いますので、連携等に関わる仕組みを、へき地の部分までしっかり組んでいくことをしていかないと、取合いになったときに負けてしまうと思います。それではへき地に住む人たちの生活を守れないと思いますので、その辺の機能が本当にしっかりしているかどうか検証する必要があるのではないかと思います。一般的な話で申し訳ありません。そういうふうに思います。

○梶井座長：ありがとうございました。

○澁谷委員：先ほど来出ていますけれども、へき地の医療拠点病院というのは地域の中で考えても、地域医療を担う非常に重要な病院なのです。自治体の経営改善計

画をそれぞれの自治体病院が作ったのですが、そういうものの医療圏域内での調整は保健所がしています。しかし、もう少し広い視点から都道府県単位で全体を見た調整が必要です。確かに新人の研修医の先生たちは新しいシステムで、自分たちで病院を選んでということなのですが、以前からいる先生たちは、それぞれの出身大学と地域の病院とのつながりが依然あるわけです。そういうことも考えると、都道府県単位で全体の医療を見た中で、大学病院や第三者が公平に見て人の遣り繰りの調整ができるような、そういう協議会のようなものが都道府県に1つずつ必要ではないか。その中に、へき地医療ということも含めて重点的に考えてもらう。へき地医療の拠点病院ということで重視して調整してもらう。そういうものを設置しないと、地域ごとでの連携調整というのは、ある程度医療圏か、医療圏をもう少し越したぐらいの範囲でできるかもしれませんが、それ以上の調整は都道府県の責任で、しかも大学病院を巻き込んだ形でやる仕組みが必要ではないかと思っています。

○梶井座長：ありがとうございました。まだ議論していただきたいと思いますが、かなり教育やキャリアパスの話にも入っています。実は資料を用意しました。資料5をご覧ください。先ほど来出ていますように、へき地に一生勤務して、そこで一生をとという形もあるのですが、うまくバトンタッチされて、そういう中で継続性も生まれてくると思います。その時には1年なら1年行って、その後、必ず次の人が来るとか、そういうことも必要だろうと先ほどの吉新委員のお話で思いました。

これは自治医科大学の卒業生のコホート研究をした結果です。へき地医師の特徴をみています。自治医科大学の場合、義務年限が基本的には卒業後9年間あります。「義務年限後もへき地経験あり」と「義務後も長期へき地勤務あり」で、長期とは、9年間の義務年限が終了した後も自主的に6年以上、へき地において医療を経験したことを示します。義務年限後のへき地勤務の経験について2つの群に分けていますが、どういう結果かと言うと、いちばん下の「専門分野」をご覧ください。へき地に長期間勤務した経験のある人たちは、総合医と非総合医を比べて総合医のほうが32倍なのです。この総合医というのは、厚生労働省が拠点病院群あるいはへき地診療所のアンケートを取ったときに、一般内科医、総合内科医、一般医、総合医、家庭医が必要だというアンケートの記載がありました。ここで私たちが言っている総合医というのは、一般内科医、一般外科医、小児科医、総合診療医、全科診療医など、総合性の高い分野の医師を示しています。義務年限後、長期にわたらないへき地勤務経験者でも、総合医のほうが7.6倍になっています。

そのほか青印の所を見ていただくと、出身高校は、私立の出身者のほうが国公立に対して0.56倍です。つまり負の相関になっています。出身地がへき地の人のほうが1.89倍、長期の場合でも1.9倍と、へき地出身者のほうがとどま

っている率が高いです。そのほか入学時の成績、卒業時の順位は関係ないということが出ています。

裏面をご覧ください。これはまた別の調査ですが、へき地の医師が重視している事柄を問うています。これはどういう数値かという、分子に非常に重視する及び重視する人数、分母に全く重視しない、あるいは重視しない人たちの人数が入って、その係数を出したものです。上位5番までを見ると、1番が行政の姿勢です。120と非常に高い係数になっています。次が医療スタッフ、事務スタッフ、医療機器、後方病院等々と続いています。

では実際に満足しているのは何かということ、満足度は先ほどと同じような感じで係数は「非常に満足」「満足」の人たちが分子に、そして分母に「非常に不満」「不満」の人たちの人数が入っています。上位5番を見ていただくと、1番目を除いて後方病院、医療スタッフ、事務スタッフ、医療機器は上位にそのまま位置しています。つまりこのあたりは重視していて、しかもそれがある程度満足のいくものであるということです。いちばん満足度の低いところを見ていただくと、重視している項目のトップになっている行政の姿勢が最下位になっている。これでどうということではないのですが、こういうような調査結果を皆様にご提示します。

いま拠点病院のことが明確になって、煮詰められつつありますが、社会保険病院という非常に具体的な名称が出ています。これはあくまでも1つの例としてということで、吉新委員、よろしいですか。

○吉新委員：これは、国がこれから検討しようということなので、私が言う立場ではないのですが、もし可能であればチャンスかなという感じがしています。もちろん厚労省の偉い人がやるので、私が言うことではないですけれども。

○唐澤審議官：お話だけお願いして、お答えもしないというわけにもいきませんので、一言だけ申し上げさせていただきます。吉新先生もご承知だと思いますが、いま、ちょうど法案の検討をしているところです。大変興味深いご提案をいただきましたが、この法律の中でどこまでそういう事柄を取り扱えるかは、ちょっとまだわかりません。経過が非常に政治的なプロセスを経てきましたので、こういう経過を辿ってきましたが、ただ、吉新先生がお話のように、こういう新しい機構を作って、この病院を活用していこうという方向はほぼ固まりましたので、それをどういう形で活かして使っていくのが、これからの議論です。設立までには少し期間もあると思いますので、こちらのほうでもそのまま取り入れられるかどうかは別にして、この関係で重要な課題としてご指摘をいただくことは、できるのではないかと思います。

もう1点、私のほうからお話を申し上げたいと思っていたのは、先生方からいろいろご提言をいただいた問題は、まさに我が国の医療提供体制が直面してい

る問題の本質的な問題と全部つながっているわけです。内藤先生からもお話のあった200床未満の地方の中小病院を、どういうふうな位置づけにしていくか。特に我が国の医療提供体制全体の中でどういう位置づけにしていくかは、へき地医療の支援の足腰とも非常に重要な関係があります。あるいは人的要件、物的要件をどう考えていくか。中医協は今日の午前中に復活しましたが、診療報酬の議論も始まりますので、そういう中でもご議論を続けさせていただきたいと思っています。

○梶井座長：ありがとうございました。グッとまた深まったように思います。今までのご議論は、拠点病院あるいは支援機構も一体化したような議論になっているかと思えます。各都道府県の中でその位置づけを明確に、そして重点的に整備し強化していく。その中で医師の育成、派遣、キャリアパスを、そこが示していくといった議論になっているかと思えます。

キャリアパスは言葉としてはよく使われますが、むしろ自分の将来がどうなっていくか。そのキャリアデザインというか将来が見えるという意味で、少しご議論を深めていただきたいと思います。吉新委員がおっしゃったように、そこにいたら最終的にその長になれるとか、そういうこともあろうかと思えますが、自分自身のホームベースがここにあって、そこから、先ほど内藤委員がおっしゃったような中小の病院、あるいは診療所に行って、またそこに帰って来る。さらに、ある時には大学病院等で研修を受けるチャンスも設ける。そういうキャリアデザインがひとつ見えてくると、非常にわかりやすいのかなと思えますが、いかがでしょうか。今はへき地へ行ったら後任が来るまでそこにいるということで、非常に先が見えない。医師としてのキャリアデザインだけでなく、自分自身のライフプランもなかなか立てにくい現状もあろうかと思えます。このあたりについては皆様、どうお考えでしょうか。17年間にわたって地域の第一線でやっておられる中村委員、このあたりはいかがですか。

○中村委員：まさに後任がいらないから逃げられないのと、テレビ番組「プロフェッショナル仕事の流儀」に出てしまってから、ますます離れづらくなってしまったというのが、いまの私の状況です(笑)。自治医大のいいところは、9年間の義務年限内で、へき地診療所へ行くことを片道切符にしなかったことです。ただ、義務年限を終わった後にへき地診療所に行くとなると、それが片道切符になってしまうことが非常に多いので、相当の覚悟を決めないとへき地には行けない状況です。私も義務年限終了後、再び診療所へ行くときには、相当な覚悟でもって行きました。

その後、どこに戻るのかということ、本当に戻る所がないのです。吉新委員が言われたような再研修したりする機関があればいいのですが、現在のところ私にとっては、そういった再研修の機関も機会もないのです。へき地診療所を何年か経

験された医師の中には、その後に病院の総合診療科に勤めたり、大学のような教育機関に行ったり、あるいは中小病院の総合医になったりする方もいるみたいですが、それでまたその気になったら診療所に戻れるようなサイクルの例、つまりキャリアデザインを示せるといいですね。そうなれば、それほどの覚悟を決めなくても、若い人たちがへき地診療所に勤務してくれる可能性は高まると思います。

○梶井座長：いかがでしょうか。

○奥野委員：1つの話として聞いていただきたいのですが、最近の若い学生と若い研修医に「公務員の医者になれるのですか」と聞かれたのです。実は我々が想像している以上に今の若い医師は、まず初期の臨床研修のときにマッチングというチャレンジをし、それからまた後期研修でチャレンジをし、またその5年目にどこに行くかをすべて自分で決めていかないといけない状況にあるわけです。例えばいま2年目の人は来年4月で3年目になり、いま何をしようか考えている時期ですが、そういう人たちに聞いても、「4年目、5年目を考えるのが精いっぱい、その先はとてもしゃないけど考えられない」とか、「どう考えていいかわからない」と言われたのです。

県で考えているのは、当たり前のようにすけれども、公務員の医者になるという触れ込みで若い人たちにアピールしてみようかと。つまり、公という背骨を持つわけです。その途中、へき地にも行き、研修もし、子どもが大きくなったら大きな病院へも行き、途中で開業したくなったらそれをバツと切ることができる。だけでも背骨があるよという仕組みです。実は行政の立場で言うと、そういうものは今まであって、実際にできるような形もいろいろある県であると思いますが、そこがうまくアピールできていないので、もう少しスマートにする。

昔、公務員の医師というと公衆衛生といった頭があって、いま議論していただいているような診療所や病院、研修を散りばめていけるイメージがないわけです。ですから改めてもう一度、公というものを若い人たちにアピールすると、そういった一定期間の定着の可能性が大きくなっていくのではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございます。以前、へき地に勤務している医師に、そこに定着しているかどうかの調査をしました。そうすると74%の医師は派遣なのです。ちょうど新医師臨床研修制度が始まる前に調査したのですが、今はどうかというと、派遣ですから後任は大学からまた別の人が来る、そういうひとつの担保はあったと思います。必ずしもその担保が担保どおりにならない場合もあったかもしれませんが、そういうことで以前はかなりへき地の医師の確保がなされていた。それがいまは医局が非常に力がなくなり、そういうことができなくなった。そうすると、いまお話に出てくるような先が見えない状況で、特に若い医師が何か踏ん切るときに、そういう先が見えないと非常に不安になると思います。以前

はそういうことはなかったということではなく、以前と今は違うということで、この部分をどういうふうにかリアデザインするか。いま奥野委員がおっしゃったように、確かに公を求める若い医師は多いと思います。そのあたりをどういうふうに保証してあげるのか、指し示してあげるかというのは大きな問題だろうと思います。

ここで、受入れのほうの市町村として、どういうふうにするかをお考えか、高野委員からお話いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○高野委員：初めて出させていただいたので、よくわからないのですが、私どもの所も合併をして5年経ちました。神田医師は佐渡にもお出でになられて、神田さんのほうがよくご存じだと思いますが、両津市と相川町が病院を持っていますけれども、御多分に洩れず医師が非常に少なく、自治医科大学のお医者さんには本当にお世話になっています。

先ほど、自治体の有り様によって定着の度合いも違うと言われて、そのとおりだと思いました。あちこち歩いてどのように対話したらいいのか苦労しているわけですが、いずれにしても何も申し上げるようなことはないですけれども、心から医師を大事にしようという住民の意思を、そのままきっちり、そのお医者さんに差し上げる姿勢が非常に大事ではないかと思っています。ではそれが十分できているかというと、なかなかそうもいかないのですが、厚生連の拠点病院と言われる佐渡病院が真ん中であって、ちょうどいま移設、新設の時期を迎えています。恥ずかしい話ですが、その新築のときにかなりの金額を拠出することを行政で決めて、反面、昔からの2つの市立病院のお医者さんがかなり動揺しました。つまり統合するのではないかということに不安な気持ちを与えたのです。そんなことはありませんので強く否定して、不安がないようにしようと頑張っているのですが、いずれにしても自治体の有り様として、その病院やお医者さんに対する支えが必要なのは十分にわかります。

ただ述べるだけで申し訳ないのですが、島であるということでへき地ではありますが、喜んでいただいているところもたくさんあります。良いところは良いところで一生懸命支える手立てをとっていきたいと思っています。内容は何も無いのですが、よろしく願います。

○梶井座長：ありがとうございます。いまと同じ質問ですが、畠山委員、いかがですか。

○畠山委員：地方では、あるいは都会もそうかもしれませんが、結婚したときに「嫁をもらった」という言い方をします。いまそういう時代ではない、大きく時代は変わったということで、「お嫁さんにお出でをいただいた」というスタンスが必要ではないかと思っています。これはお医者さんの世界にも言えます。いま町民病院

では5名の常勤医がおられます。5名の常勤医には、私ども行政もそうですし住民もそうですが、お出でをいただいたというスタンスで、そういうステージの中で医療従事者の皆さんも含めて、そういう接し方をしています。

実は来週もあるドクターのスカウトに行く予定になっているのですが、このときにいつも申し上げるのは、地域医療は地域福祉と大きく関わり、地域福祉は一人ひとりのいい状態をみんなで支えること、これが地域福祉で、それを担っている地域医療が地域福祉の要のキーになることです。地域医療は地域福祉の要であると、この辺をお話申し上げながら営業に全国を走り回っているのです。これはそのドクターお一人ではなくて、みんなで支え、みんなで成長する、そんな仕組みが地域医療で、へき地医療の中では特に必要なのではないかという思いで進めているところです。

○梶井座長：ありがとうございました。

○村瀬委員：いま、へき地に限らず地域医療の現状は非常に厳しい状態で、先生方もそうでしょうけれども、厳しい中、なぜこんな大変な事をしているのだろうと自問されることも多いと思います。そのときの結論は、自分自身がやりたいからやっているということなのだろうと思うのです。そういったときに、医局というのはある部分、強制力を持つ組織だったわけで、それがうまくいっていたときは強制的に動くということだったわけですが、そうではなくて自分自身が望む医療をやりたいというところで、医局から離れることもあったわけです。

現在、医局の強制力が弱まってどうなっているかという点、個人、個人の先生方の自己責任が相対的に非常に重くなってきていて、医局がカバーしていた部分を自分自身で判断して何事も決めなければならない。そうなるべくと小児科や産婦人科はリスクが非常に高いところなので、やりたいと思っても簡単にできない状況なのだろうと思います。

前野委員の提言を読ませていただき、なるほど、もっともだと思のですが、少し違和感を感じたのは、それぞれの先生が自己責任でリスクを回避しているところを、もう一度強制力を持たせることによって、元の姿に戻そうという印象があって、医局自体の力をもう一度強くしようというのも、そういう流れなのかなと思います。

ただ、必要なことは強制するのではなくて、個人、個人の先生方を支援するのが大事な考え方であり、へき地の先生がライフデザインの中で困っている部分をどうするかが大事です。そういう観点で見たときに、「へき地医療支援機構の役割」のところの②で「就職の紹介斡旋」とありますが、へき地で働いている皆さんの就職支援の際に、へき地から離れる場合にも本気になって支援していただかないと、いけないのかなと思います。別のへき地をあっせんするとか、へき地勤務を辞めさせないような形で支援するという点では、この機構自体が、先生方

にとっては選ぶのにリスクの高い組織になってしまいます。

産婦人科、小児科の例でも、訴訟のリスクがなくなるとか支援体制があれば、産科や小児科をやりたいと思っている先生方がいっぱいいるのと同じように、へき地へ行きたいと思っている先生方は非常に多いわけですから、本当にその方の不安をなくしていく、ライフデザインを作り上げていくのを助けるという意味での支援機構の活用を、もう一度考える時期にきているのではないかという印象を受けました。

○梶井座長：ありがとうございました。

○木村委員：いまの委員のお話も踏まえて、論点3のキャリアパスの構築と論点4の拠点病院の支援と、2つのところを重ねた話をさせていただきます。島根県では地域医療支援会議という名前で、全国的に言われている地域医療対策会議を開いています。これは各病院からの要望に基づき、自治医科大学の義務年限内の卒業生の派遣を調整していますが、その人数は高々10数名です。今後、我々が考えているのは奨学金を貸与した方や、地域枠推薦等で医師となった人たちもその中に入れていく。それによって、いま小規模拠点病院は非常に疲弊していますが、これは必ずしも自治体病院ばかりでなく、済生会でもいいし日赤でもいいと思っていますが、そういったところの支援とともに、これがある意味では、へき地医療を担っていくドクターのキャリアパスにもなっていくのではないかと考えています。これは従来の医局派遣のような、さらに言えば我々少し前の自治医科大学の卒業医師で、ここしかないよみたいな人事にはならないと思っています。少し緩やかな中で、本人の希望も聞くマッチングのような仕組みでやっていると考えているわけです。

そのときに思うのは、その病院が困っているから手を挙げるわけですが、困っているから手を挙げるだけでは医師は来ないので、その病院にどういう魅力があるかということも作っていただかなければいけないし、我々も魅力づくりについても支援しています。医師が来れば診療報酬も上がるわけですが、おそらく、「困っているから来てください、この科は空いていますよ、是非、お願いします」と言われると、我々の世代だったら、そんなに困っているのだったら、行って一肌脱ごうという気持ちになったのかもしれませんが、いまの若い人たちはなかなかそうはならないと思っています。そういう意味で、支援機構がコーディネートして、必ずしも奨学金の貸与を受けた医師等だけではなく、登録して手を挙げた人たちにそこに入ってもらって、ローテーション勤務できるようにすればいいのではないかと考えています。それにしても、拠点病院への支援は、かなり大事なことでと思っています。

○梶井座長：ありがとうございました。病院、診療所の魅力、地域の魅力ということ

にもなるかと思いますが、今日は青森から対馬委員が来ておられます。住民の目から見た、あるいは住民の側から感じられることという意味で、ご意見を鳴りたいと思います。

○対馬委員：私たちは地域医療研究会というのを立ち上げていて、実はこの研究会というのは県に何かをお願いするとか、病院をお願いするという目的ではなく、地域医療のことをみんなでもっとわかり合おうという意識改革のために立ち上げたものです。そういった中で中核病院がいま建設されます。5つの自治体病院が加わっていて、その中にもへき地拠点病院が1つ入っています。一緒に治療した人たちの中でへき地拠点病院のある所から通院していた方に「いま、病院はこういう状態（産科診療の取りやめや、常勤医が確保できない）で大変だね」と言ったら、「いやあ、私は車で五所川原のこの病院に来るから、そんなに大して思っていないですよ」という意見がきたときに、「えっ、これって、こういう考えでいいのか」と思ったのです。「自分のお父さんやお母さん、おじいちゃん、おばあちゃんが通うとなったらどうする？」と言ったら、「それは困るわね」という話になって、やはり住民の意識改革がすごく必要だなと思いました。

いま中核病院が建設されて、そこから今度は医師が派遣されていくわけですが、派遣されても、その病院に行った先生に温かい態度で接してあげないと、また（医師が）行きたくなくなるという悪循環が出てきます。そういったためにフォーラムを開いて、今まで中核病院を建てるといっても、どういうふうに建てるのかはあまり住民に明かされていなかったのですが、私たちが行政にお願いして、何とかこの計画を住民に教えてください、どういう状況になって、どうなったのかというのをお願いして、今年の2月にフォーラムを開きました。そうしたら、こういうふうに情報公開してくれたのは初めてと行っていいぐらいだったという意見がすごく多くて、いまの「中核病院の進捗状況も何とか教えてください、できる範囲でいいですから」ということで行政の方をお願いして、また11月28日に住民フォーラムを開きます。住民がどういった状況にあるのかが分からないと、本気になって考えないと思うのです。そういった意味で、いま私たちはそういうことに取り組んでいるという状況です。

○梶井座長：ありがとうございました。今日は非常に活発なご議論で、論点4のへき地医療を支えるへき地医療拠点病院について、さらに論点3のキャリアパス、キャリアデザインのところまで非常に深く議論ができたのではないかと思います。今日は実は論点1の医師の育成についても予定ではあったのですが、ここについては従前から事あるごとに触れられていたと思います。吉新委員のご発表にも総合医という言葉が出てきましたし、先ほど私が示したデータにも、いわゆる総合医の話が出てきました。これから総合医をどういうふうに育成していくか。これは診療所だけでなく、内藤委員がおっしゃった中小の自治体病院を強化していく

という意味でも、総合医は不可欠だろうと思います。ここはどうでしょうか。

○奥野委員：いま、私も小さな自治体病院で医師不足に喘いでいるのですが、そんな中でも若い先生方はとても頼もしくて、年間20人の臨床研修医を受け入れ、学生たちの実習も受け入れてます。とても大変なのですが、みんな頑張ってくれてくれるわけです。昨日、その研修の発表会があったのですが、そのときに若い研修医が計らずも、「先生、教育のある所に人は集まります」と言ってくれました。それは、へき地や地域医療を実際に教えることができる、あるいは体験することができるのは小さな病院であり診療所であると思います。そこで研修を充実させるのはなかなか難しいのですが、少ない人数で、なおかつ少ない資源でも実際に教育をやっているし、もっともっとサポートできる方法を考えられないかというのが、ひとつの提案です。

例えば、現に小さい病院をサポートしている大きな病院から、医師が来て講義をしてくれるのです。あるいは1週間まるまる来てもらって、ずっと居座っていただいて講義していただくとか、あるいは長期に2カ月、3カ月来ていただいて戦力としてもやっていただくとか、こちらから外へ出て研修を受けに行くのは、人材が少ないのでなかなか難しいところがありますので、また皆さんのお知恵を拝借していきたい。小さな所で地域も学べるけれども、その中で気づいたこと、例えばスペシャルな部分は学べない。行って学びたいけどできないから来てもらうとか、何か違う方法があればいいのではないかと。

そんなことを考えていただきたいのと、地域や診療所や小さな病院で教育したことの評価を、ちゃんとしていただきたい。あるいは地域でもやっていいのだということ。うちの小さな病院は管理型の研修病院で、3年間、マッチングでゼロだったものですから落とされ、凶らずも今回、協力型になってしまったのです。1人でもいいから1年目の先生が来るように、こつこつやってきたのですが駄目になってしまった。だけど復活を願うわけです。というのは、小さな病院に1人でも1年目の医師が来てくれることはとてもうれしいことなのです。ですから、それを頑張ってやらせてもらえるような仕組みは残しておいてほしい。そのためには、これとこれをやっておかないと駄目ですよと言われるれば、我々は頑張ってやるので、そういった教育をすることの誇りとか、小さな病院でもやってよかったのだとみんなが共有できるような仕組みやアイデアを、是非教えていただきたいと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。大体時間となりました。今日は文部科学省の医学教育課からお出でいただいています。この論点1については卒前の医学教育から、そういう地域医療についての教育を、どう進めていくかの部分は非常に大切ではないかと思います。医学教育課としてどのようにお考えなのか、一言お聞かせいただければと思います。

助成係長 田川 幸太

電話：03-5253-1111 (2550)

○文部科学省高等教育局医学教育課：これまでの議論を拝聴させていただいて、私もこの地域医療の教育の重要性は、改めて痛感するところでございます。医学教育におきましては、これまで大学のご協力によってある意味、最低限の基準としてのモデル校カリキュラムがあって、その中に地域医療という項目があります。モデル校カリキュラムそのものはある意味、医師国家試験の出題基準ともリンクするところも多分にあり、大綱的なものではあります、現実にカリキュラムとは別として、各大学とも昨今、医学部の定員を増やしていくにあたり、地域枠なりの形で増やしていくとともに、その地域医療の教育を充実していくことも私どもは求めています。

そうした中で、大学病院で行われている臨床実習、臨床教育だけではなく、その地域の病院などの力を借りて行っていくことは、大きな方向性としてはかなり進展して、我々も口酸っぱくいろいろな所で申し上げているところです。そうした方向は皆様方のご議論とも共感を持って受けとめているところです。今後のこの検討会での議論の中で、私どもは何ができるかを考えていきたいと思っております。

○梶井座長：ありがとうございました。ちょうど時間となりました。皆様のいろいろなご意見をお出しいただいて、今日は非常に充実した議論の展開ができたと思っております。本当にありがとうございました。次回の検討会においては、論点5がまだ残っています。歯科の領域の問題、看護、遠隔医療等について、議論を進展させていかなければならないと思っておりますので、何卒よろしく申し上げます。次回以降のスケジュールについて事務局からご報告をお願いします。

○馬場医療確保対策専門官：ありがとうございました。次回の検討会ですが、既に調整させていただきましたとおり、12月24日(木)、午後1時から開催します。場所は厚生労働省のある霞ヶ関の中央合同庁舎第5号館会議室を予定しています。これにつきましては開催通知にて正式にご案内申し上げます。なお本日の議事録については前回と同様に、委員各位のご確認をいただいた上で厚生労働省のホームページに掲載させていただきます。

○梶井座長：ありがとうございました。本日も長時間にわたり、ご議論ありがとうございました。4回以降も是非、よろしく申し上げます。以上をもちまして終わりとさせていただきます。

(了)

照会先：厚生労働省医政局指導課
救急・周産期医療等対策室