

第3回 へき地保健医療対策検討会【議事録】

日時 平成21年10月30日（金）

15:00～

場所 全国都市会館第1会議室

○馬場医療確保対策専門官：定刻となりました。ただいまから、第3回「へき地保健医療対策検討会」を開催いたします。委員の皆様方には、本日大変お忙しい中ご出席賜りまして、誠にありがとうございます。

前回までご欠席だった委員のご紹介をいたします。全国離島振興協議会会長新潟県佐度市長の高野宏一郎委員です。

○高野委員：佐度市長の高野です。全国離島振興協議会の会長もさせていただいています。誠に申し訳ありません。前2回欠席させてもらいました。よろしくお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：ありがとうございました。なお、本日は内田健夫委員から、ご都合によりご欠席の連絡をいただいています。以降の進行は梶井座長にお願いいたします。

○梶井座長：本日もよろしくお願いいたします。事務局から資料のご説明をお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：資料1が前回の第2回検討会の議事要旨（案）、資料2-1が前回の検討会の内容を踏まえた論点整理の修正案、資料2-2がこれまでの議論等を踏まえたへき地医療支援機構の役割について考えるための資料となっています。資料3は前野委員提出資料です。併せて冊子もお配りしています。資料4が吉新委員提出資料、資料5が梶井座長提出資料です。

さらに参考資料として、参考資料1が前回検討会の議事録、参考資料2は前回検討会で配付させていただいたへき地医療に関する現況調査の資料のセット版となっています。参考資料2は前回と同じものを再配という形になりますが、随時ご活用いただければと思います。

○梶井座長：まず、議題1の「論点整理について」事務局からご説明をお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：資料1ですが、先ほどご案内申し上げましたとおり、第2回のへき地保健医療対策検討会の要旨です。こちらは、前回皆様に意見交換していただいたことをコンパクトにまとめさせていただいたものです。

資料2-1は、へき地検討会における論点整理で、前回第2回の会合の議論を踏まえた修正案です。

こちらを簡単にまとめさせていただきます。論点1の「医師の育成過程等におけるへき地医療の動機付けのあり方等について検討していくことが必要」と。論

点1に関しては、地域枠、奨学金枠の学生に関する記述に加えて、これ以降もそうですが、下線を引かせていただいたところが前回第2回の内容を追加させていただいたところですので。それに加えて、卒前カリキュラム、卒後総合医としての認定医制度の拡充などを入れさせていただいています。

論点2は「へき地医療支援機構の強化」についてです。こちらは機構の役割と位置づけ、特に位置づけとしてキャリアパスやドクタープールについて、また専任担当官のあり方や勤務内容、また各都道府県の改善策の策定や、先進事例を参考にした改善策の策定や国のフォローアップの仕組み等々について書かせていただきました。

論点3は、「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」です。こちらは、勤務体制の構築に加えて、勤務評価の仕組みづくり、市町村のかかわり等について書かせていただいています。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」です。論点5は「その他の事項」としてまとめさせていただいています。

資料2-2は、へき地医療支援機構が設置された第9次計画の策定通知をもとに前回の議論などを加えて、先ほどと同じように下線部分をいろいろ書き加えさせていただいて、議論のもとになるように、頭の体操のためにまとめさせていただきました。

簡単ですが、論点整理案及び支援機構の役割等に関する資料のご説明をさせていただきました。

○梶井座長：どうもありがとうございました。ただいまご説明がありましたように、前回第2回会合の議論を踏まえた修正案、「へき地検討会における論点整理」をお示しいただきました。

今回は、この論点の中でも特に論点2の「へき地医療支援機構の強化」について随分ご議論いただいて、だいぶ骨組みが固まってきたようには思います。今日は、そのほか論点1とか論点3論点4のほうにあとでご議論を深めていただきたいと思います。前回の論点2の「へき地医療支援機構」についてももう少し何かご意見を伺えればと思います。先ほどの説明で、地域医療支援機構、へき地医療支援機構について非常に分かりやすく、皆様に配付資料、資料2-2をお示ししていただいています。こういうようなことも踏まえながら、少しの時間ご議論いただければと思います。いかがでしょうか。

○澤田委員：地域枠等、医師養成奨学資金を受給する学生さんが、将来的に産婦人科や小児科、救急、脳外科などの特定診療科に進む場合の受け皿は、それぞれ専門の医局が存在するので、さほど問題にはなりません。彼らが地域医療とか総合診療、プライマリケアを目指す場合、現時点では、その受け皿となる医局が存在しないケースが多いと思います。その場合、支援機構などが都道府県と連携する

形で、管理型病院の指定を受けたへき地医療拠点病院の総合診療科などを拠点として受け入れができるような形、地域医療や総合診療に特化した、いわゆる「医局」的機能を持つ組織づくりが今後求められるのではないかと思います。そのほか、支援機構として積極的に地域に出向いて、現場の情報収集や地域医療ニーズなどの把握について積極的に努め、地域医療のデータバンク的な役割を果たすことも併せて求められるのではないかと考えています。

○梶井座長：ありがとうございました。ただいま、このへき地医療支援機構が、いわゆる医局的な機能をもってはどうかというお話、地域医療のデータバンクを構築するという役割があってもいいのではないかと、というご意見だったと思います。この2点について皆様のご意見を伺えればと思います。いかがでしょうか。

○鈴川委員：どなたもおっしゃらないのですが、医局制度に対して、国がどういう方向で動かしているのかがすごく気になります。どちらかと言えば、医局崩壊を望んでいらっしゃるようなところがあるわけです。その弊害が出てきているところを見越したうえでのいまの発言であって、かつ、それを支援機構とどのようにタイアップしてやっていくかという積極的な意味で捉えていかないと、ただ医局を作ればいいというものでは当然ないと澤田委員も思っていると思うのですが、その医局のよかったところを、そのままどこかの大学を作るのでは元の木阿弥と言われてもよくないので、新しい枠組みと言うのでしょうか、どのような対策をとればいいのか、支援機構を中心とした集まりと言うのでしょうか、その中で話し合える場所をきちんとつくっていく。昔の医局的ないいところをその中に取り込んだシステムを作っていくという意味の発言ではないかと解釈したのですが、いかがでしょうか。

○澤田委員：そのとおりです。昔の医局制度に戻ろうという回帰論ではなくて、あくまで前向きで、かつ都道府県と連携する新しい形を前提とした「医局」的機能をイメージしています。従来までの臨床研修制度では、スペシャリスト養成が主体のプログラムが中心でしたが、これからはジェネラリストを育成・教育していくための研修プログラムや、その受け皿となる病院求められる時代になってくると考えていますが、残念ながら、それらはまだまだ少ないように感じています。ジェネラリスト育成・教育のコアとなる病院は、やはりへき地医療拠点病院の指定を受けた管理型病院が最適であり、これらの病院がイニシアティブをとって、将来的に地域医療やプライマリケアを目指す学生や研修医を集めて、しっかりと教育していくことが求められます。その点からも、都道府県とコアになる病院とをつなぐパイプ役として支援機構の存在は欠かせないと考えています。

○梶井座長：澤田委員にお聞きしたいのですが、そうやって育てますと、先ほどの支

援機構の資料の役割のところ、「ドクタープール機能」が7番目にありますが、例えば、そういう人たちのその後のかわりは、どうお考えでしょうか。

○澤田委員：一般的に若い医師達は、一定の経験を積むまではなかなか自信も持てず、帰属意識が高い傾向があります。「医局」という言い方には少し語弊があるかも知れませんが、そういった「医局」的機能を持った組織の一員として地域に派遣されるということであれば、大きな安心感があり連帯感ももてるのではないかと思います。しかも、その組織が都道府県などと連携し、県職員など公務員としての身分を有して派遣されれば一定の身分保証も得られます。地域の第一線に派遣されますと、ライフサイクルの中で何年後かには、家族の都合などで都市部に戻らなければならない時期も必ずやって来るわけですが、その場合に、きちっと次の医師にバトンタッチができる仕組みが重要となります。組織対応でなく単独で行くとなると、その点が非常に難しいわけです。こういった「医局」的機能を有する組織を背景として地域に派遣するシステムづくりについて、管理型病院が個別に実施するにはハードルが高いため、やはり都道府県や支援機構などが関与していく必要があると考えています。

○梶井座長：そうしますと、鈴川委員がおっしゃったように、旧来の医局というイメージでなくて、仮にと言いましょうか、そういうように皆さんが集って、そういう支援をしたり、お互いをサポートしたりというイメージでしょうか。

○澤田委員：はい、そうです。

○梶井座長：ありがとうございます。いまのお話は、卒前の話ではありませんでしたが、おそらく卒前から卒後のそういう地域医療に将来かわる、あるいはそういう総合医を目標とする教育あるいは研修に関して強く深くかかわっていくことと、もう一つはプール、その中でお互いがサポートし合うという2つの側面があったかのように思うのですが、卒前、卒後の教育について、前田委員、いかがでしょうか。

○前田委員：私も、「医局」という言葉は不適切か分かりませんが、「医局的な機能」を有するのは私は大賛成です。医局の機能を考えてみますと、まず、これまで専門医としての教育、スキルアップといった場であって、研究の場であって、心理的な拠であったわけです。それから、キャリア形成で、キャリアをサポートしていた側面があります。もう一つ重要な点は、卒前の教育に非常に深くかかわって、卒前から卒後にかけて専門協翼して師弟関係が結ばれていったところがあります。

ですから、地域医療に興味がある学生というのは、そんなに少なくないと私は

思っています。それをいかに適切に教育と言いますか、そのためには、やはり卒前から地域医療教育に関与する必要性があると思います。そういう場としては、へき地医療支援機構が卒前のほうから関与していただいて、大学教育と連携していただければ非常にいい体制ができるのではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。いわゆる医局的な役割、機能をもってもらくと、そこに将来、地域の中で医療をやりたい人たちも集まって来るのではないかというようにお話でした。確かに、教育とか地域の研究に携わりたいという人たちもいるかもしれませんし、キャリアの形成、心理的サポート。

○前田委員：すみません。言い忘れました。全国的に地域卒の学生さんが増えてきました。その地域卒の学生さんにどういったプログラムを課すかという具体的な教育方針がまだ全国的に模索段階にあるのです。ですから、いまの段階であるからこそ、地域医療に経験のある方に入っていただいて、そのプログラムを具体化していただくのは非常に重要だと思います。

○梶井座長：非常に具体的なお提案があったと思いますが、そのほかありませんか。それでは、この卒前、卒後の教育研修、いわゆるドクタープールと言うと、ちょっとこれはまたイメージが違うかもしれませんが、そういう旧来の医局的な役割を担うことを一つ盛り込むということによろしいですか。何か、いやいや、そうではないという方はいらっしゃいますか。

(異議なし)

○梶井座長：澤田委員からも一つ出ていました。地域医療のデータを構築していくことについてはいかがでしょうか。やはりイメージだけで地域医療にアプローチするよりも、そういうデータをきちっと構築して、解析して、客観的な判断に基づいてということもこれから非常に大事になってこようかと思いますが、このあたりはいかがでしょう。奥野委員いかがでしょうか。

○奥野委員：データという意味では、ずっと以前に全国へき地の診療所のデータ等をとったことがあります。全国の平均的なことが明らかになったのですが、自分が県のへき地の担当になりまして、実に県内のへき地の医療機関のデータが何も無いことが歴然としました。例えば、その医師の給与、住宅、勤務状況、月に何回当直するのだといったのは、次から来ていただく人にそういう情報を与えるという単純なこともできませんでした。

ただ、その一つの原因は、自治医科大学の卒業生がずっと継続して勤務したものですから、そういうことがもう口伝えと言いますか、自動的に伝わっていて、それで当たり前のようになっていたということですが、いま改めて考えますと、非

常に大事なことです。

市町村に対しても、例えば、そういうデータを出していただくという意味は、毎年毎年、特に自治医大の卒業生の場合は、継続してやっていくことがもう前提になっています。そうしますと、市町村がなかなか努力をしなくなります。例えば、すごく分かりやすい例を言いますと、4月で交代した時に、医師住宅が、前の医師の荷物がそのままになっていて、掃除もされていなかった状況もあるわけです。

つまり、市町村は毎年毎年この医師を自分たちの診療所とか小さな病院の状況を改めてちゃんと見直して、それを、例えばそのデータバンクに上げていくためにも必要ではないかというふうにも思います。以上です。

○梶井座長：ありがとうございました。今日は医局的な機能、地域のデータの構築の意見が出ましたが、そのほかにありませんか。

○角町委員：5番目の論点の整理の時に出て来る話になろうかと思いますが、医師の確保と同じように、当然、歯科医師の派遣にかかわっても、そういうことが当然言えてくると思いますので、是非、そういう一角にそういう内容を記載してもらおうとありがたいと思います。ただ、それだけです。

○梶井座長：ありがとうございました。医師のみならず、医療従事者全体ということですね。

○中村委員：「専任担当官」という言葉がありますが、実は専任してない所がほとんどです。都道府県によっては、へき地診療所を支援するはずの病院のほうも医師不足という所もありますから、それで仕方がないと思うのです。

ただし、その「専任担当官」の定義をきちっと決めないと、「専任」と言いながら他の仕事を「兼任」しているのに、それでいて同じ額の補助金が行くのはちょっと問題だと思います。

ですから、例えば週何回、あるいは年間何回か、へき地診療所を支援しなければ「専任担当官」とは言わないというような定義づけが必要だと思います。「専任」で駄目だったら、「兼任」という言葉で置き換えて、「専任」「兼任」の二本立てにしたほうが良いと私は考えています。

○梶井座長：中村委員ご欠席の時に「専任担当官は複数でも」というご意見が出てまして、その点についてちょっとお聞かせいただければと思います。

○中村委員：例えば、専任担当官1名と兼任担当官1名がいてもいいし、あるいは兼任担当官2名のほうが都合がよい都道府県もあるかもしれません。そのあたりを、

各都道府県の事情に応じて、フレキシブルにやったほうがいいと思います。

○梶井座長：専任担当官と兼任担当官を明確にすべきではないかというご意見です。

○吉新委員：支援機構自体がファンクションなのです。皆で議論して、その県に合った仕組みを作ることなので、いま中村委員がおっしゃったように、いろいろな運用の仕方があると思いますが、例えば北海道では、いま 1,000 名医者が足りないというのです。岩手県の知事さんは、数百人足りないとおっしゃっています。結局、県で状況が違います。ある程度代診の確保は簡単にできるような地域もあると、同じへき地で聞いていますので、これをこの委員会で決めるのはちょっとおかしいのではないかと、地域、地域にもいろいろあるのだと思います。

支援機構といっても、非常に大きな絵で捉えている県もあれば、何か専任担当官そのものが支援機構だみたいなところがあります。もちろん、スタンダードなデータセット、先ほど奥野委員がおっしゃったようなことは必要だとは思いますが、どうなのでしょう、あまりきっちり検討会として方針を出すのは、ちょっと本来の支援機構の動きをかえって逆に難しくしてしまうのではないかと私は思います。ただ、支援機構があまりにも曖昧だということは、もう皆さんもよくお分かりのとおりです。

○梶井座長：ありがとうございます。いまの吉新委員のご意見についていかがでしょうか。多分、都道府県によって全然求められるもの、ニーズが違うと思います。そこで支援機構がどういう役割、ボリュームも質もそうだと思うのですが、その時に、多分いま出ているのは、こういう役割をもってもらおうと、非常に支援機構の位置づけが明確になるのかなということではないかと思うのです。そのほかいかがでしょうか。

だいぶ支援機構については、前回と今日議論を進めてきました。9次から始まって10次、今度の11次とさらに支援機構の役割を明確にして、より実のある活動をやらしてもらおうということで議論してきましたが、とりあえずこのあたりで支援機構の議論は一段落させていただいてよろしいですか。また、これからもいろいろご意見があろうと思いますが、その都度おっしゃっていただければと思います。

論点整理の2で支援機構についていろいろ話をしてきたのですが、今日は、論点の4「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」、論点1の医師の育成にかかわる問題、論点3の「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」についてご議論していただければと思います。

ご議論の前に、今日はお2人の委員のプレゼンテーションをまずお聞きして、それから話に入りたいと思います。最初に前野委員をお願いします。よろしくをお願いします。

○前野委員：近年、へき地医療を支えてきた地域医療自体が弱体化しており、それを踏まえて論議をする必要があると前回、お話をしました。実際に「医療崩壊」と言われるほど、医療機関と患者双方から悲鳴に近い声が聞こえてきます。これは我が国における医療の構造的な疲弊の現れで、従来の継ぎ接ぎ的な改造、改善では立ち行かなくなっています。

読売新聞は昨秋、高齢社会に相応しい新しい医療システムの方策を考えようと、医療改革提言をしました。それをまとめたものが、お手元にある小冊子です。この作業に参加した経験から、梶井座長が「保健医療のあり方について私見を述べてもよい」というお許しを得ましたので、議論の材料として、しばしお時間をいただきます。

まず、「へき地医療」を支える地域医療が弱体化している現状で。昨年の段階で、地域の中核的な病院など 500 箇所が診療科が閉鎖され、大学医局の 70% が 3,000 医療機関に対して医師の派遣を制限しています。これにより中核的な病院の窮状が、へき地医療にもしわ寄せが起きているようです。

医師不足をもたらした原因として、04 年から始まった新臨床研修制度（初期研修）が挙げられていますが、これは、きっかけに過ぎないと考えます。複合的な要因が医師不足をもたらしているのもあって、日本社会の高齢化が背景にあります。高齢者人口は、国民皆保険が始まった 1961 年当時 5.7% だったのが、昨年には 22.1% と 4 倍近くになっています。社会の高齢化が進めば、当然、医療ニーズが高まります。

医療の専門分化や、医師業務の拡大、先進諸国で医師数が決して多くない中、反対に病床・病院数が多いという点もあると思います。また若者の職業意識の変化と言いますか、大都会・専門医志向が強く、地方を敬遠し、待遇とか訴訟リスクなどから特定の診療科を避ける傾向が、地域の中核的な病院の医師不足を起こしていると思います。

現象面では、地域と診療科の 2 つの偏在が起きています。すべての診療科の医師が足りないわけではありません。へき地医療を拡充するためには、中核的な病院が直面している問題を解消することが不可欠です。

資料は、日本と欧米諸国の病院との国際比較、さらに都道府県別にみた人口 10 万人対医師数で、地域間の偏在を示すものです。診療科ではとりわけ産科医が減少しています。毎年 4,000 名程度医師の増員がされているのですが、産科・産婦人科の医師が減っています。

国際的にみて、日本では医師がそんなに足りないのかという資料が次にありますが、確かに OECD の中では少ない。イギリス、アメリカが人口 1,000 人当たり各 2.5 人と 2.4 人、対する日本は今 2.2 人とされ、極端に少ない訳ではないようです。しかし、病床数が圧倒的に多いわけです。少ない医師が数多くの病床を見ている実態があります。

「へき地医療拠点病院の立て直し」に参ります。目下、最大の課題は、医師不足の解消と、安定した医療供給体制の確立だと思います。まず医師不足を解消するための緊急対策としては、若手医師の計画配置があります。既に専門の診療科に勤務するベテラン医師がほかの地域や診療科に移るのは現実的ではありません。そこで初期研修を終え、さらに専門医を目指す若い医師が3年から5年の後期研修を受ける際、研修先を自由選択に任せるのではなく、都道府県、診療ごとにある程度の定員枠を設けてバランスよく配置するのが現実的ではないでしょうか。それによって大学病院や基幹病院の人手が満たされることで、そこにおられる中堅医師を過疎地域に派遣する余裕も生じます。

救急医療のたらい回しが問題化していますが、開業医の先生も病院救急に積極的に参加すべきではないでしょうか。本来なら地域の開業医が診るべき軽症患者も、病院に集中している実情があります。特に小児科が目立つようですが、開業医の先生が交代で地域の基幹病院に詰めて、軽症患者に当たることで、救急医の軽減が図られるのではないかと思います。

長中期的に見た場合、ある程度の医師養成数の増加は必要だと思います。でも先頃、厚労省の「安心と希望の医療確保ビジョン」で1.5倍にする、としましたが、医師の養成には長い期間を要し、医師そのものを増やせば、それで解決するでしょうか。むしろ養成の方法だと思います。

医師を増やすとしても、地方の医大・医学部で入学定員の地元枠拡大が大切だと思います。地元枠と言いますと、地元に残ることを条件にした制度を考えがちですが、そのような縛りを課さない地域枠でもよろしいのではないのでしょうか。地元で生まれ育ち、地域の高校を卒業した学生を優先して入れる制度です。自分の故郷で医療に専念する割合は、他の県、特に都市部から来た医学生が残るより高いと思います。例えが悪いのですが、都市部から来た医大生の認識は、自動車教習所の合宿のようだとも言われます。医師免許さえ取れば、またそれぞれ戻って行ってしまふ。それではいくら学生数を増やしても、地域医療の貢献にはなりません。思い切った地域枠を設けるべきではないのでしょうか。地域に残ることを前提にした奨学金制度もありますが、地元で根差した医療の重要性を学ぶ医学教育により自発的な志を培う必要があるのではないかと思います。

それ以外にも医局に代わる医師配置機関の創設とか、女性医師、看護師の働きやすい環境作りと、方策はさまざまあります。医師業務の一部を移すことで、医師の業務の軽減等を図り、医師本来の業務に専念してもらふことも、具体策として可能ではないでしょうか。

次に、「へき地勤務医等のキャリアパス」についてですが、まず「医療は公共財」という認識に立つべきです。医師のモチベーションの維持を図って、やる気、意欲を高めると同時に、国民、住民に医療の大切さを認識していく世論形成が必要です。

先ほど澤田委員が言われたことと非常に似ているのですが、医療機関の役割分

担と連携の強化が欠かせません。へき地医療に携わる医師の声を聞くと、いちばんの問題は孤立感だという気がします。自分一人が孤軍奮闘することで、医学・医療の進歩から隔絶するむなしさに襲われる医療者が少なくないようです。地域の医療機関全体としてへき地医療を組み込んだ役割分担と連携強化を図ることが必要です。

具体的には、研修制度とか、複数スタッフによるバックアップ体制の充実、医学部教育において、地域医療、地域医学の部分をもっと拡充しなければいけない。それは必ずしも地域卒の学生だけではなく、全学生を対象とした地域医療の講座を充実させる必要があります。そのためには、指導者の育成も非常に大事です。

近年、病院勤務医が開業されるケースが増えていますが、いままで専門医であった医師が急に総合医になるというのはなかなか難しいものもあるでしょう。一定程度、研修を受けることを開業の条件にするのも検討する必要があるのではないかと思います。

また、総合医（家庭医）の資格化と言いますか、高い技量を習得し、維持する意味で、実質的な資格制度が創設されると、よろしいと思います。

最後は、「課題としての提案」をします。前回もお話しましたが、07年に医療法の改正で、都道府県に大学、基幹病院、自治体などによる調整機関「地域医療対策協議会（地対協）」の設置が義務づけられました。これに住民・患者側代表らも入れて拡充する形で、医師派遣・調整を担う第三者機関として運用するのはいかがでしょうか。当然、へき地医療支援機構と連携を図り、開かれた形で地域医療のあり方を考えていくべきではないかと思います。

最後にもう一つ。地域に若い医師を配置する点ですが、あくまでも初期研修を一通り終えた後期研修の時点です。医師の希望をできるだけ生かす形で数年間、地域に分散することは、若い医師の社会的使命感を認識する機会にもなります。もちろん同時に地域の研修病院の充実を図っていくことは当然です。

一応、以上、雑駁な説明になりましたが、終わらせていただきます。

○梶井座長：はい、ありがとうございました。続きまして、吉新委員からのプレゼンテーションをお願いいたします。

○吉新委員：資料4でございます。全部で16枚でございます。10分以内に何とかプレゼンテーションを終わりたいのですが、13分ぐらいかかるかもしれませんので、よろしくをお願いいたします。それでは始めたいと思います。

先ほどの論点整理のところから、論点3の「キャリアパス」と、論点4「拠点病院への支援」について、これらを解決する提案をしてみたいと思います。

小さい写真ですけれども、協会の後期研修医の3カ月実習を行うオレゴン州のへき地の現地診療所です。こちらは、日本のへき地の診療所と違ひまして、たくさんスタッフがいるということで驚いたところがございます。私どもの地域医

療振興協会、次の頁へ行きますけれども、へき地医療の確保と質の向上を図りもって地域の振興を図るということを設立の趣旨としております。へき地医療は、医師や看護師確保と同義語と言われておりますけれども、マンパワーの確保しやすい都市部と過疎地の人事ローテーションを行うことで確保して、村おこし、地域おこしを雇用意欲の高い保健・医療・福祉で行おうとするものであります。自治医大卒業生が中心になりまして昭和 61 年に誕生した特例公益法人であります。協会は、地域医療研修センターと総合診療科（総合医）がエンジンです。医師は現在 581 名、研修医は 5 年で 176 人が入職しましたがけれども、現在修了者 20 名を加えて 110 名となっております。初期研修 2 年の内 6 カ月、後期研修 3 年の内 9 カ月、第一線医療機関での勤務と研修を行っています。平成 20 年度、協会全体のへき地の支援は 14 名の常勤派遣を合わせまして、協会内外で延べ 1 万 500 日で行っていただきました。

赤い字の、来年以降運営開始見込みの 3 施設を加えますと、現在協会の施設は、病院が 20、過疎地の医療と介護を合わせた複合施設が 8、へき地診療所が 10 カ所、へき地医療支援センターが 4 カ所、合計 45 カ所になります。ほとんどが公設民営で、病床数は全体で 4,000 床、入所定数が 1,045 となります。へき地も都会の施設も両方ありまして、施設間を総合医がローテートすることで、医師不足を解消しようとしています。医師確保や勤務を調整する担当会議がありまして、会議は月 2 に回行われております。

次の頁をお願いします。協会のへき地医療・支援事業としましては、ご覧のように、間接、直接様々な支援事業が行われています。支援事業の中には、組織内の合意形成というのが最も重要な事業でございまして、よくワークショップですとか研修センター内での研修会が行われています。写真は、オレゴン健康科学大学のへき地巡回診療車です。米国では、州立大学が、へき地そのものを医療を担っているというところがございます。

さて、次の頁をお願いします。協会の施設の多くは、自治体病院の施設の公設民営ですけれども、この写真は協会の RFO、年金・福祉施設整理機構からの受託施設、東京都の北区赤羽にあります、国設民営の東京北社会保険病院でございます。へき地の経験のある医師が指導医となりまして総合医を育成する地域医療研修センター、救急・総合診療科が特徴でございまして、院内の救急ですとか、合併症の多い患者の診療、初診患者の診療を担っています。元来、社会保険病院は全国組織として地域医療支援を行うなど、当院だけではなく、ネットワークを通じて様々な総合支援の仕組みができています。当院も、他の社会保険病院同様、RFO に出資され、現在売却を待っているところですが、売却されなければ、公的病院として存続すると伺っています。また、これはお願いなのですが、できれば、へき地医療支援の施設には、資産の譲渡の場合、固定資産税等での税制等で、できれば社会医療法人並みに、公益法人にも軽減税率といえますか、課税を軽減していただければと思っております。

次の頁をお願いします。当院を協会が受託する際に最重要としたのは、へき地医療の支援であります。左の棒グラフは、北社保の5年間の支援のグラフです。昨年は、協会内外に医師が3,025日、看護師が803日、コ・メディカルが707日のへき地医療支援を行いました。産婦人科では、小笠原村、神津島村区の院内の職員宿舎、保育園を使いました島嶼の出産支援を行っております。

次の頁をお願いします。さて、本日のテーマに戻ります。論点3での「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」というところです。その中の「へき地勤務医の子育て、家族支援などを考慮に入れたキャリアデザインの策定」についてです。結論を言いますと、へき地医療を担う医師組織の育成と運営ができるということが重要だと思います。昔から「へき地の医師は、30代は自己の能力に悩み、40代は子弟の教育に悩み、50代は自己の老後に悩む、いつも拘束され、冠婚葬祭もままならない」といわれています。ライフサイクルに見合ったきめ細やかな人事実現のためには、人事のできる仲間のいる組織が必要だと思います。「休みが取れない代診もない」、これらも、「支援機構の充実、代診組織・プール」といった、ドクタープールといった機能を有する人事のできる組織が必要だと思います。

また、公務員と非公務員といった「身分上の制約」が邪魔になることがへき地においてはよくあります。このためには、機関決定すれば医師が動けるような「へき地医療を担う全国的なネットワーク組織」の職員であることが望ましいと思います。へき地の医療を担う医師の組織があれば、へき地の経験や勤務を生かしてネットワークや研修センター等での昇進も道が可能となり、へき地の医師としてだけではなくて、都市部や病院のポストが用意されて、より、へき地を支援する機構は盤石になることが期待できます。

次のスライドです。次の論点、「へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備（拠点病院等を中心としたローテート方式等）」についてです。これも同じ結論ですが、へき地には総合医に特化した医師グループを有する研修病院が必要だということです。ただし、都市部と地域での勤務では特殊な仕掛けが必要だと思います。へき地医療支援機構が運営する等、このローテーションを理解している機能を持った病院の確保が必要です。へき地から病院へ戻る、しかし枠がない、ということがよく問題になります。そこで、病院に救急・総合診療科や臨床研修センター（地域枠の学生向け）があれば、ローテートは容易でしょう。救急・総合診療科の活動内容とへき地の活動は極めて類似しています。救急・総合診療科に対する病院の専門各科の理解も重要です。また、研修病院であれば、総合医の基礎の上に専門医を目指すことも可能です。また、ローテートには、へき地から病院、そしてまた再びへき地へと転勤してもずっと借りられる、家族が残れる住宅の確保が重要です。やはり、この点でも、へき地医療支援機構が運営する一定規模の研修機能を持った病院とポストがあればよいと思います。

3点目の「勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築」ですが、

この点も、へき地の支援機構が、へき地の人事ローテーションの中核となる救急・総合診療科のある病院を確保する、総合医の育成のできる研修センターの機能を持つというような組織があれば、きめ細かな人事ができるのではないかと考えています。

次の頁をお願いします。さて、論点 4 です。ここでは、「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」についてです。「へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院等地域の中核的な病院を地域全体で支援する具体的な仕組みについて検討していくことが必要である」ということで、医師派遣での動機付けということですが、とにかく現在の問題は、地域全体に医者がいないということが問題であります。短期的には何とかなくても、中長期的には極めて厳しい問題です。

1 つアイデアがあります。へき地医療拠点病院の 1 つとして国が検討している「(仮称) 独立行政法人地域医療機能推進機構」、つまり現在の社会保険病院の活用はどうでしょうか。また、医師不足に悩む臨床研修病院クラスの自治体病院の活用もあります。これらをネットワーク化し、全国の地域医療を担うように手伝ってもらっても大変有効だと思います。

これらの施設の運営をへき地医療支援機構が行い、ドクタープールを運営し、救急総合診療科、地域医療研修センターを設置し、地域医療支援のネットワークを構築し、地域卒の若い医師等の受け皿となり、仲間を増やしていけば、担当する地域の病院もへき地も一気に元気になると考えます。

次をお願いします。そこで提案ですが、国が現在検討している社会保険病院、厚生年金病院を「(仮称) 独立行政法人地域医療機能推進機構」に改組するということが、更に一步踏み込んで、へき地医療支援、看護師、医師確保を目的としたへき地医療支援機構を拡大させ、病院ネットワークの中核として位置付け、活用してはいかがでしょうか。また、私どもの協会の受託している東京北社会保険病院も是非運営に参画したいと考えています。

この組織の特徴は、へき地医療支援機構を有し、総合医を養成し、全国の医師不足、地域医療不足の解消を目指すということでございます。即ち社会保険病院に全国ネットとしてのへき地医療支援機構機能を加える。具体的には、人事・代診のプールとしてへき地医療の勤務を評価する、ドクタープールを運営するような人事を行う。

2 番目、教育・診療として救急・総合診療科を持つ、そして地域医療研修センターとして総合医の養成を行うというものです。へき地の勤務、経験を生かしてネットワークや研修センター等での昇進の道も開かれ、へき地の医師だけではなく、いろいろな人生が用意され、へき地医療の医師を取り巻く環境が盤石になると思います。

次の頁をお願いします。この案の提案理由は、医師の養成が医科大学の臓器別の専門講座を中心で行われてきました。総合医の養成、専門医中心の大学病院では養成はなかなか上手く行かないだろうということがあります。2 番目に、へき

地医療支援機構、現在ありますけれども、それ自体があまりにもひ弱で脆弱でございます。人事組織、医師研修、指揮命令系統が極めてあいまいで資源に乏しいと。このままでは苦しいでしょうし、すぐ改善するものでもないと思います。また、へき地に従事してもポストも限られて、へき地以外になかなか道がありません。そういう意味で仕組みを充実させ、拡大させるという発想が必要だと思います。

3 番目、へき地の持つ不便さ、生活格差、毎回検討会で話されることですが、医者の世界では、へき地に勤務したということが評価されることはまずありません。へき地医療を担う医師の集団、お互いに評価できる独自の集団が必要でございます。

4 番目、医科大学、地域の病院、各自治体病院等には大きな壁がある。支援は、都道府県をまず超えない、拠点病院機能は、上を向いた、大学から見た拠点でございます。この「下」と書いてあるのを消して欲しいのですけども、地域を必ずしも拠点病院は向いていないということです。更に、最近は病院のランキングですとか、自治体病院の経営改革プラン、医師不足ということで、尚更、病院自体が自己目的化しまして、他の地域の支援など今後もとっても無理だというふうに思います。

提案の背景、ここに書いてありますけども、先ほど前野委員からも出ましたように、やはり医療というのは、安全・安心の **social security** そのものだと、それを確保することがこの委員会には求められているのだと思います。ところが、医師確保は、とにかく今までは都道府県がその責任の中心というふうに伺ってมาすけども、都道府県自身が、いま医師不足に困っているというような現実があります。

3 番目の、総合医の推進というのもよく言われますけれども、欧米のように、専門医を、定数を設けて、専門医の数を制限しているというようなことが我が国では行われていませんので、専門として総合医を確立するためには、しっかりと研修仕組みと専門性の 1 つとしてのアイデンティティの確立をしなければいけないと思います。また、総合医を目指す学生は多いのですけれども、実際問題、受け皿がなくて、途中で別の診療科を選ぶというようなことが私どもよく目にすることです。

4 番目、今後も地域間、医療格差は解消しないでしょう。いま、へき地医療に重きを置いた、そこに価値を見出す組織、文化を持つ集団を育てる必要があると思います。

5 番目、地域枠の医学生を作っても、従来の組織に依存する方法では現在の医師不足は解消しないと思います。先ほど言いましたけれども、北海道では1千名、岩手県では数百名というふうに医師不足が深刻だということを聞きます。これから誕生する地域枠の学生を受けとめる組織が必要です。

6 番目、全国ネットで医師養成、派遣、支援できる組織は、現在の社会保険病

院以外にはなかなか見当たらないと思います。本来、医療は2次医療圏、都道府県単位で動いて参りました。これを超えるような組織が必要です。社会保険病院は公的医療機関としての派遣の文化がありますし、マグネット病院も多く、医師確保がより容易になると考えます。

論題に参ります。次の頁です。都道府県、つまり支援機構、地元医科大学、自治医大や地域医療振興協会、医師会等、背景の違う組織が合意して運営できるのか、病院の壁、地域の壁を超えて運営できるか、そういう体制が取れるかということが課題だと思います。支援機構のプロパーの医師と大学の派遣の専門医との協調が確保されるか。

2番目、医師派遣・代診等の運用、財政支援についての全国一律でない、柔軟な運用も解決しなくてはなりません。院内で専門診療との対立が起きやすくなりますので、救急・総合診療科、地域医療研修センターを、院内での棲み分けに関して理解が得られるかというような問題もあります。

さて、私は、この検討会に4回目の委員として加わっていますけれども、これまで、10次までのへき地医療政策を振り返ってみますと、始めの頃、昭和30年代は、まず、人口規模ですとか離島でのへき地の区分がなされて、その区分に沿って診療所、住宅、病院等、インフラの整備がなされてきました。昭和50年代は、へき地中核病院の整備による診療体制が確立しまして、無医地区、へき地巡回診療が開始されました。第9次では、へき地医療支援機構で支援や運営の一元化、この頃同時に、代診制度ですとかITについての充実支援が確保されて参りました。しかし、医師不足についてはなかなか解消しなくて、これに対する対策は、義務年限を設けての誘導であったり、ヒューマニズムの喚起型、あくまで一個人に配慮して誘導する、無医地区を解消するということが、これまで、このへき地医療検討会の、保健医療検討会の議題だったと思います。最近では、出産、育児というようなライフサイクルにまで細やかな施策を検討していますけれども、もうこれでは限界があると言うよりも、現在、それどころではなくて、へき地医療を支援する拠点病院群までが深刻な医師不足にあえいでいます。そういう意味では、**Medically Under-Served** というのをへき地医療の概念とすると、日本中、標準以下のへき地だらけというようにも考えられます。我が国の現状を見据えたへき地医療の確保に特化した固有の集団、病院ネットワークが必要だと思います。やはり、寄せ集めでは限界があるのだと思います。

最後ですが、この1年間、協会には全国100件の自治体の施設から医療の相談がありました。知事さんも副知事さんも市町村長も、皆、医師確保で頭を痛めています。それぞれ大きな問題を抱えています。いずれも基本は医師不足、医療機関の経営問題等、大変深刻です。へき地ではなく、元来、へき地を支援するへき地医療拠点病院にも医者がいません。現在の各都道府県のへき地医療支援機構では、あまりにも資源も仕組みも脆弱過ぎます。社会保険病院の改革で、へき地医療支援機構に是非、地域医療研修センター、救急・総合診療科、そして医師の

人事の機能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。ちょっ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枚目の資料があります。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欠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が気にかかります。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。医師がい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かだけでなく、それ以外の看護職員、薬剤師、あるいはインフルエンザがいま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。よろしくお願いいたします。

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っています。

○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。したがって、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を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たちのほうが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で、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かが、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考えています。

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な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る、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、その先はとてもじ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、公務員の医者になろう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パッ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な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くるのではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。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ある、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、いまお話に出てい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、その部分をどういうふうにキャ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、どういうふうにそのあたりをお考えか、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、そのとおりでございました。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こと、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で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こと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、よろしくお願いします。

○梶井座長：ありがとうございました。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ところです。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、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。そうなってくる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、もっともだと思うのですが、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⑫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ことでは、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考えています。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こう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考えています。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いただき、ローテーション勤務できるようにな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

にもなろうかと思いますが、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、ご意見を賜りたいと思います。

○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んですよ」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言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います。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おうとか、何か違う方法があればできるのではないかな。

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、これとこれをおこなないと駄目ですよと言われれば、我々は頑張るやるので、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す。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。

○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せんが、現実には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えます。

○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います。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、議論を発展させていかなければならないと思えますので、何卒よろしくお願ひします。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、よろしくお願ひします。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

助成係長 田川 幸太

電話：03-5253-1111 (2550)