

第5回 へき地保健医療対策検討会【議事録】

日時 平成22年2月25日(木)

13:00~15:10

場所 三田共用会議所3階大会議室

○馬場医療確保対策専門官：大変、お忙しい中、ご出席を賜りまして誠にありがとうございます。本日は羽田空港濃霧のため前田委員、角町委員、澤田委員、三阪委員からは遅延のご連絡をいただいています。また高野委員、村瀬委員よりご都合により欠席のご連絡をいただいています。高野委員の代理として全国離島振興協議会の渡邊東事務局長にお出でいただいています。以降の進行は梶井座長にお願いいたします。

○梶井座長：それでは皆様、本日もよろしく申し上げます。今日は今までのご議論及び前回検討会終了後に、各委員の皆様からご提出いただいたご意見を基に、報告書の内容を詰めていく作業をさせていただきたいと思っております。時間も限られていますが、検討会報告書を取りまとめる重要な作業となりますので、委員の皆様には活発な意見交換をお願いしたいと存じます。そのために事務局から予めご連絡させていただいたとおり、当初、15時までになっていりましたが、30分程度の延長も見込んでいます。ご了承いただければと思います。

なお、本日の会議で報告書の素案に関する検討を概ね終了させた上で、事務局から予備日とさせていただいている、3月19日（金）に第6回会合を開催させていただき、報告書を確定することとしたいと存じます。併せてご了承いただければと存じます。それでは事務局より資料の確認をお願いします。

○馬場医療確保対策専門官：資料の確認をさせていただきます。資料1が前回第4回会合の議事概要（案）、資料2が本日の議論の材料となる検討会報告書の素案と、その後、委員の先生方からいただいたご意見を整理して、掲載させていただいたものです。左側の黒字で記載されているところは、これまでの検討会のご議論で、概ね委員のご意見の合意のできた部分、右側の赤字で記載しているものは、前回検討会終了後に委員からご提出いただいたご意見です。特に素案に直接関係あるご意見は網掛けをした上で、黄色の矢印で案との対応関係を示しています。各委員からいただいたご意見は、そのまま資料3としてセットしています。なお、資料2の後半は、報告書へ添付する資料で、別添として「へき地医療に関する取組の先進事例（案）」、参考資料1として、「へき地医療に着目した地域医療再生計画の例（案）」、資料2が前回第4回会合に提出した、鈴川委員の研究班の報告書となります。検討報告書参考資料1は、現在調整中となっています。以上です。

○梶井座長：本日は資料2を見ながら、左側の素案の部分に右側の委員からの意見をどう反映させていくか、議論を進めていきたいと思っております。また意見がないテーマもありますが、本日、新たに皆様のご意見を伺いながら肉付けをして、検討会報告書を作りたいと考えています。資料2の冒頭部分で、「近年のへき地医療を取り巻く状況の変化」については、今回、新たに加筆された部分ですけれども、

事務局より説明をお願いします。

○馬場医療確保対策専門官：ご説明いたします。資料2の1頁目からですが、無医地区・無歯科医地区の状況の変化として、5年に一度の無医地区・無歯科医地区調査を行い、現在、平成21年度に行ったものを集計中で、まだ数字は確定していません。これは確定次第、数字が入るものと思われます。次にへき地保健医療対策のこれまでの経緯があり、3頁にいて第9次のへき地医療支援機構とか、10次のへき地保健医療計画の整備体制に関して書いています。

次に現況調査の結果で、1つ目の○は都道府県の取組について書いています。2つ目の○はへき地で勤務する医師の確保について、自治医大の卒業生の動向、奨学金制度、地域枠について書いています。3つ目の○は支援機構の現状ですが、設置状況や専任担当官の活動、診療所との関わり等、これも現況調査の結果を載せています。4つ目の○は、へき地診療所及びへき地医療拠点病院の現状について、これは医師の充足状況や拠点病院の必要な機能、同じく診療所の要望、ご意見等を載せています。

7頁で5つ目の○は地域医療再生計画についてです。これは、「へき地医療に関する事業が含まれている地域医療再生計画一覧」という参考資料がありますが、対象地域を載せています。地域医療対策室で便宜上、へき地に関する記述があるところをここに挙げていますけれども、へき地で行っているものを載せていて、救急であれば救急のところに載せている所もありますから、今後、左側のへき地医療に係る地域医療再生計画について、現在はペンディングで調整中ですがけれども、ここについては再生計画の中から、ペンディングのように、へき地・離島医療対策を重視した計画があったところは、梶井座長とともにまとめさせていただきたいと思ひます。以上です。

○梶井座長：ありがとうございます。ただいまのご説明に何かご意見、ご質問はございますか。まだペンディングの部分もありますけれども、これも後日、記入されていくということです。細部についての修正もあろうかと思ひますが、これは先ほど事務局から説明がありましたように座長にご一任いただければと思ひます。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは時間もありませんので次に進みたいと思ひます。この後は順次、左側と、右側の今回新たにご意見をいただいた部分を見比べながら、どういふように組み入れていくか、ご議論を進めていきたいと思ひます。

議論に入っただけ前に、3つだけ予め議論しておきたいと思ひます。1つ目の議論は、十分に意見の一致を見ていない総合医についてです。2つ目は学会等の役割です。総合医については、10頁のいちばん上のところに「総合医」というのがあります。そのほかにも総合医という言葉は、あちこちに出てきますけれども、この「総合医」という言葉をこの報告書の中でどういふふうに使っ

くか、皆さんのご見解を伺いたいと思います。それと 11 頁のところにあります
が、いちばん上の学会等の役割についても、予め議論をしておきたいと思
います。3 つ目は、これも前回の検討会するときには決めないでペンディングという形に
しましたが、へき地医療の専門医のお話です。この 3 つについて最初に皆様のご
意見を伺っておきたいと思います。よろしいでしょうか。

総合医について、今までの議論を踏まえて報告書には、「地域の医療を担う『総
合医』については、国が推進する必要がある」として、ここで総合医が前面に出
ていますがけれども、いかがでしょうか。そこに対しての意見が右にあります。『総
合医』については積極的に推進すべきであるが、むしろ医学教育全般の問題で、
必ずしも国の役割ではないのではないか」。これは国の役割として求められるこ
とというところに書いてありましたので、こういうご意見が出ています。別のご
意見ですが、「総合医」の定義等が不明の現状で、国が推進していくことに反対
であるということで、国の推進という部分と総合医そのものの定義等について、
ご意見が出されています。この点について、どういうふうに報告書に盛り込んで
いけばいいか。まず総合医について、いかがでしょうか。

○吉新委員：世界的な傾向として、プライマリー・ケアの充実はいままでもない。ア
ルマータ宣言から見て随分経つわけです。その必要性も叫ばれ、効率的な医療に
は必要だと言われていることですから、プライマリー・ケアを担う医師が総合医
かどうかの定義の問題はありますけれども、そういった幅広く地域の医療ニーズ
に応える医師像としての総合医というものを、一步出て、11 次へき地保健医療
としては是非進めていただきたいと、私は思います。

○梶井座長：地域医療を担う医師像として、総合医ということ前面に出していくべ
きであるというご意見でした。そのほかいかがでしょうか。日本では総合医、プ
ライマリ・ケア医、家庭医、総合診療医等いろいろな名称があって、その部分
を総合医という 1 つの名称にしていいのかというご意見もあろうかと思いま
すが、このあたり、いかがでしょうか。

○内田委員：議論のたたき台になればと思いますが、私もいまの吉新先生のご意見に
賛成です。これから地域医療をどういう形でつくっていくのか、支えていくのか
ということを考えると、当然、そういう初期の医療の段階で総合的な診療能力を
持った医師の役割が必要だと思っています。ただ、これを国が制度として推進す
ることについては、またちょっと議論があるのかなと、いまの段階では思ってい
ます。

特にへき地において、初期医療に携わる医師の役割を考えると、私は全般的な
初期の救急医療、第 1 段階の救急医療と、その次の段階でのトリアージという機
能をしっかりとった医師が、へき地において求められる総合医像になるのかなと

考えていますので、もしこの答申の中で総合医という言葉を使うのであれば、そういう意味づけをした上で使っていただくのが適当ではないか。その質についてどう検証していくのか、どういう名称にするのか、あるいはそれをどこが認定するのかについては、ペンディングにさせていただいたほうがいいのかなどという気があります。

○梶井座長：お二方とも、総合医という言葉を使うことは問題ないのではないかといいますが、「ただし」という但し書が付いていました。内田委員にお聞きしたいのですが、もし、今おっしゃったことを入れ込むとしたら、これはどこの部分になりますか。ここでは国となっていますけれども。

○内田委員：これは国ではなくて、難しいところですね。あともう1つ整理が必要なのは、先ほど出ました3学会が今回統合されて、認定医あるいは専門医をつくっていく動きがありますので、先ほど申し上げたへき地における初期診療を担う医師と、3学会が今後つくるであろう認定医、専門医との役割分担というか違いというのは、3学会のほうは、むしろ諸外国で使われているような、プライマリー・ケアの専門医という位置づけになるのではないかと思います。ですから、現状の日本ではそういうプライマリー・ケアの専門医ではなく、それぞれの専門性を持って医療を提供しながら、その上で地域においては総合的な診療を担う役割を持つ。おそらくそういう性格づけになっていると思いますので、そのところを区別してやるということ。今後の総合医の推進策について、どこが担うかという点、私の気持としては日本医師会が担うべき役割ではないかと強く思っているのですが、その辺はまだこれからコンセンサスを作っていくべきところだと思っています。

○梶井座長：吉新委員はどうでしょうか。いまと同じ質問です。

○吉新委員：この「総合医」という単語の持つイメージが、人によって相当バラツキがあって画一的なものではないのです。自治医大で昔、「総合的な診療能力を持った医師」という、一言ではなく長い定義づけで言われた時期がありますが、その中には救急も入っています。もし総合医という単語が相当普及しているとするれば、へき地離島の救急も含めた救急や総合診療科といったものを担う医師だとして、是非、総合医というワードで押しつけていただきたいのと、3学会の認定と、この委員会の立場は少し違うのではないかと思います。我々はへき地保健医療計画の検討をするわけですから、この委員会のオリジナルな医師像として、総合医というのは全然問題ないと私は思います。ですから3学会と無理に合わせる必要はないのではないかと。へき地医療専門医について、もし総合医という名称で11次の委員会で推すということになれば、それも含まれるということで、大きなイメージ

での総合医という単語を使っていいのではないかと私は思います。

○梶井座長：そのほかの委員の方、いかがでしょうか。

○中村委員：前回会議の内容が書かれた資料1の3頁の上のほうで、総合医の4分類つまり、北米型ER医、総合内科医、家庭医、へき地離島型総合医に関する私の発言が出ていますが、あまり賛同を得られなかったようですね。私が思う総合医のイメージには、初期診療、トリアージといった内田委員のおっしゃった内容以外にも、生活習慣病の予防や健康づくり、慢性疾患の管理の占める割合が大きいと思いますし、リハビリ、看取りもあります。そこも併せて、総合医というイメージで自分自身は思っています。学会に関しては、これからどうなるのか、少し様子を見てからでも遅くないと思っています。

○梶井座長：そのほか、いかがでしょうか。いま、お三方とも、総合医という言葉を使うことはやぶさかではないと、むしろそれを推進していこうではないかというご意見だったと思います。いま出ましたことをまとめますと、へき地医療を担う医師の役割像ということで、総合的な診療能力を有し、プライマリー・ケアを実践できる。プライマリー・ケアとは初期の救急、その次の2次のトリアージ、予防、慢性疾患の管理、看取り等というふうに入れれば、いまの3人の委員のご意見が集約されるかと思えます。そういうプライマリー・ケアを実践できる総合医と言ってしまってもいいのですが、まだここでは「いわゆる総合医」ということで、以降は「いわゆる」を取って「総合医」ということで、この報告書の中に入れ込めば、いいかなと思いつながら聞かせていただきました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。では総合医については、そういうふうに皆さんの意見が一致したということで、記載を新たにさせていただきます。

いま出ていた3学会のところですが、確かに内田委員のおっしゃるように、3学会の推進しているところと今のところは必ずしも一致していない。これは吉新委員のご意見でもそうでした。あくまでもこの検討会でイメージする総合医ということでしたが、いずれにしても、こういう総合医を日本に普及し推進していくためには、3学会の役割も大きいと思いますし、医師会の役割も非常に大きいと思いますので、プライマリー・ケア学会と関連3団体は、4月から日本プライマリー・ケア連合学会として1つになりますが、そこだけでなく、医師会が中心になってということで、どうぞ。

○内田委員：3学会のほうは、学会の専門医あるいは認定医という形になりますよね。医師会のほうは先ほど申し上げたように、それぞれの先生が専門医で研鑽を積まれた後、開業されて地域医療に携わるときには、一般的、総合的な診療能力も必要になってくるという意味で、医師会の生涯教育制度というのがありますので、

3 学会とは明らかに違うという認識でいます。

○梶井座長：わかりました。そういう認識でしたら、これは後の学会等の役割のところで切り離して議論を進めていきたいと思いますが、よろしいですか。皆さんの意見を聞きながらと申し上げましたが、最後をお願いしたいと思います。

前回議論が分かれた、へき地医療の専門医のところについては、どこまで報告書に盛り込んでいくかもありますので、皆様の忌憚のないご意見を聞かせていただければと思います。

○奥野委員：へき地医療について、一般の皆さんがどういう認識をされているか、まずそこから考えていかなければいけないと思います。へき地医療を担う医師というのは、以前でしたら奇抜な医師、ちょっと変わった医師、夢ある将来を捨てて挺身する医師、あるいは医師から見ると、専門性を持たない何かわからない人というようなイメージがあります。それがいますべて払拭されているかという、必ずしもそうではなくて、現状としては結構まだ、そういう意識で見られることも多々あるということです。

ただ、認知されつつあるということは、確かだと思えます。それは全国のへき地で頑張っている先生方の活動が少しずつ知られてきたということ。それからもっとはつきりしていることは、大学等でそういったものが講義されたり、学生等に知られつつあるということで、へき地医療の正しい姿が認知されつつあるとは思いますが、中途半端な段階でへき地医療を前に出して、その専門というふうに表現することは、皆さんのご意見の中にもありましたように、例えばへき地医療を担う医師に対してプラスに見る方もいれば、そうでない方もいる。そういう中途半端な段階で、それが専門であるというふうに表現するのは時期が早いのではないか。

例えば脳外科は認知されつつあって、脳外科というのはすごいと、そういう技術を持っている方は脳についての本当の専門家だというのは、何となく一般の方々の中にコンセンサスがあり、脳外科の専門医というのは認識できると思えますけれども、へき地医療の専門医というのは必ずしもそうではないということ。

それと、へき地医療は学問として成立するものであると私は思っていますけれども、まだそこに至っていない。そういった段階でそういうことを決めることに関しては、例えばどういう線で引くのか、誰が決めるのか、どういう枠で決めるのかというときに、たぶん非常に混乱を生じるのと膨大な作業を要するので、いま行うということは時期が早いのかなと思います。

もう1つ、ではどういうふうなものであれば認識されやすいか。これは私の冗談のような意見として聞いていただければと思いますが、へき地医療を表現するものとして前にも私は言いましたけれども、地域の名前を付けた専門医であれば一般の方でも理解しやすいのではないか。例えば私は〇〇島の専門医です、私は

〇〇地区の専門医ですというふうに表現すると、住民の人は「ああ、そうか、この人はこの地区をいちばんよく知っているお医者さんなんだ」となります。認定する場合でも、その地域のことをどれだけ知っているか、文化、歴史、関わり合い、どれだけの人を知っているか等をやれば可能性もあるということです。わかりやすいという意味では、そういうふうなことをしないといけない。いま、へき地というものを表現して専門医を作ってしまうと、大混乱を生じてしまうのではないかというのが私の意見です。

○梶井座長：そのほかの皆さん、いかがでしょうか。

○鈴川委員：大きな表を作っておいて、何も言わないのはと思いますので申し上げます。私自身、いまの専門医が取れるかという取れないだろうと思っていますので、そういうつもりで言うよりは、私たちの研究班の中で、もちろん自治医大の卒業生の方もいらっしゃる中でいろいろ話をして、昨日も会議をやってきました。もう一度、皆さんに「必要でしょうか」という質問を投げて、いま奥野先生がおっしゃったのはそのとおりだと思うのです。いま作って誰が認定するのか、内容は何で何が専門なのか、どこが違うのですかというところが非常にネックになることはみんなわかった上で、でも、私たちがそこで9年なりもってかけて働いてきたのだと。それは何か訳のわからないことをやったのではなく、へき地医療という専門をやったのだと、そういうものがほしいのだと、それを伝えてほしいというのが昨日のみんなの意見だったと思います。いまずぐに慌てて作ることを言いたいのではなくて、現場に行っていた人の何人かは、少なくともそういう思いを持っていたということは伝えておきたいと思います。

○梶井座長：そのほか、いかがでしょうか。

○吉新委員：専門性と言うと、専門でない素人を排除するという意味が若干あると思います。一度、へき地の専門医の数が揃うと、「へき地の専門を持っていないから俺は行かないよ」となってしまう。本来であれば質を高めてる、保証するためにある専門制度が、逆に排他的に、へき地の専門医を持っていないと離島に行けないとなり、ではどうやって専門の認定を取るのか、それはへき地に行かなければいけないぞということになって、鶏と卵になってしまい、おかしいことにならないか。「私、ただいま、へき地専門医の研修コースの最中です」という医師ばかりになってしまわないか。いずれ「そんなものは要らないよ」となってしまう。専門性というのは逆に排他的な部分もあると思うので、逆作用するのではないかと心配です。

○梶井座長：どうでしょう、吉新委員、先ほど来ご意見もありますけれども、これは

「ノー」ではなくて将来に向かっては検討を続けると。

○吉新委員：私は奥野先生が言われたことは正解だと思います。環境ができてくればいいと思いますが、社会が全然期待していないものをわざわざ 11 次の委員会で提案するのは、ちょっとまだ早い。環境が熟していないという見方をしたほうがいいと思いますが、社会が非常にそういう医師像を求めて、希望者も多いという状況になれば、これはまた別だと思います。ですから、いまはノットタイムリーというところかも知れませんね。

○内田委員：大変興味深い話題ですが、先ほどから話が出ているように、総合的な診療能力を持つ医師の養成が非常に重要だということ。それから、これだけメディアが発達していますからインターネットなどを使い、例えば総合医あるいは 3 学会の認定の資格を持っているところに、へき地で何年間勤務しました、こういう所で働いていましたという経歴を入れれば、それを補完するものにはなるのかなという印象を持っています。ですから、あえてここで資格として認めなくてもいいのではないかと考えています。

○梶井座長：というご意見も出ました。そのほかいかがでしょうか。総合医ということは、今日ご参加の委員全員の一致を見たと思いますし、総合医という文言を入れることは大きな前進だと思います。その上で今回、いろいろなご議論があった専門医については「ノー」ということではなく、へき地医療に関する専門医については今後、さらに検討するという文言を付して報告書に入れさせていただくことで、よろしいでしょうか。何かご意見がございませうでしょうか。それではそのように報告書には記載させていただきたいと思います。30 分ほど時間を取りましたが重要な議論であったらと思います。

それでは当初、お話申し上げていましたように、順次進めていきたいと思えます。最初は 3 の(1)都道府県の役割として求められることですが、素案については左側の黒字の部分です。これについては以前のもとの変更はありません。これに対して 3 つのご意見が提出されています。この 3 つのご意見について何か皆様から意見はございませうか。どのように反映させていくかという点です。

実は今日の報告書のいちばん最初の頁を見ていただくと、1 「はじめに」のところ(P)ペンディングが付いています。「はじめに」のところはまだ書かれていないのですが、ここの 3 つのご意見の中には、「はじめに」のところに反映すればいいご意見もあるように思えます。支援機構の役割が、ここに入ってきているところもあるように思えます。それぞれ「まえがき」のところに包含させる、あるいは支援機構の役割のところに反映させるというか、もう反映されている部分もあると思えます。ここのところは、そういうふうに分けて考えれば解決できるように思いますが、いかがでしょうか。

○鈴木委員：質問してもよろしいですか。赤と黒の関係は、赤は新しい意見が出てきたということだけであって、この赤を黒に変えようという意味ではないのですね。

○梶井座長：そうです。ですから赤を左側の現在の報告書の原案に盛り込んでいくか、あるいは、これはこれで皆さんの意見をお聞きして、これはこういうところに反映されているとか、これは入れなくていいのではないかとか、そういう議論を進めていただければと思います。いま皆様からご意見がありませんでしたので、「まえがき」のところに入れるとか、支援機構の役割に反映されているのではないかと、私がいま申し上げましたが、そうなるこここの3つの意見を特段、(1)の都道府県の役割として求められることに入れ込まなくてもいいのではないかと、私個人として思ったという説明をさせていただきました。

○澁谷委員：最初のところで、都道府県全体の医師の確保あるいは医療確保対策の中で、というところを書いたのですが、別にここということではなく、総論的な意味合いで書いていますので、へき地医療ということが付け足しの医療対策ではなく、全体の医療を確保する都道府県の計画の中で、きちんと位置づけられていることが重要だろうと思います。最初のころに各都道府県の医療計画の資料を出していただき、先ほども地域再生計画なども出していただきましたが、そういうような総論のところの考え方として、重要性を強調していただければいいかと思えます。

○梶井座長：そのほかいかがでしょうか。あえて、どなたからの意見というのは付していませんが、いま澁谷委員からご発言いただきましたように、その背景にある気持の部分も、もしこの場で述べていただければ、よりわかりやすいかと思えます。よろしいでしょうか。ではこここの3つのご意見に関しては、そのように対応させていただきたいと思えます。

続いて(2)市町村（へき地の有する）の役割として求められることですが、左側の黒字の素案は前回、私が提案した内容が2つ目に追加されているのみです。ここについてのご意見をお願いしたいと思います。8頁と9頁の上段に4つの意見が赤字で付されていますが、この4つの意見についてご意見を伺えればと思えます。

○中村委員：左のほうの2つ目の○で、福井県で1つの町が寄付講座を作っているというのは隣の町の高浜町ですが、町が寄付講座を作っているというのは、たぶん全国で唯一だと思います。例えば私は町の職員で、高浜町のドクターも町の職員で、私が外科系の総合医であり、高浜町のドクターは内科系の総合医だとします。例えば週1回、お互いの診療所を行き来すると、すごくいい感じになると思えます。でもそういうことをやろうとしても、町の職員の身分だと、そういったやり

取りが難しいですね。そういったことを市町村職員の身分を超えて、もっとフレキシビリティをもってできないでしょうか。そこが市町村同士でうまくできればいいなど、前から思っていました。

○梶井座長：事務局、いかがでしょうか。

○中山救急・周産期医療等対策室長：各自治体のやり方が当然ありますし、おそらく個別の事情もあると思いますので、そこも踏まえて、もしそういう検討が必要だということであれば、それを報告書の中に入れていくことは可能かと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。

○木村委員：いまのことに関しては、おそらく非常に簡単なことだと思います。盛り込むかどうかとは別に、いまの先生のご質問に関しては、例えば自治法派遣で1日だけ隣の職員になるということはできます。私は県職員ですが市町村の代診等へ行きますし、1日身分をいただいてそこで働く。いま先生がおっしゃったのは交換する話なので、例えば協定を結ぶということで、おそらく公務員と公務員だと非常に簡単なことだと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。中村委員のご発言は、この意見の2つ目のところにも関わっていますでしょうか。市町村の枠を超えて医師確保を目指していけるような協議の場を設ける。その上で実際の活動も行っていくことになるでしょうか。もうちょっと突っ込んで「連合体」という言葉がここには入っています。そのほかいかがでしょうか。

○奥野委員：非常に基本的なところなのですが、勤務する医師あるいはコメディカルの生活環境、勤務環境、研修環境を整える。まだまだへき地では劣悪な環境の下に勤務している人たちが少なくないので、非常に基本的なところですが、そういうことをきちっと唱えておいてほしいと思います。

○渡邊委員長代理：2つ目の○の市町村の連合体の件ですが、もし報告書に入れるのであれば、もうちょっとイメージがわかるような説明をいただきたい。まさに市町村は医師がいないことが最大の問題ですから大変悩んでいるわけです。そういった所だけが集まって連合体を作っても、供給側の部分に見込みがなければ機能するかという心配があります。そうだとすると、一体どんなイメージの連合体というのをお考えなのか。その辺を明らかにした上で報告書に入れるなり、ご検討いただきたいと思います。

○梶井座長：この点につきましては、いかがでしょうか。

○唐澤審議官：しばらくお休みしておりました申し訳ございませんでした。いま、お話のありました連合体のところは、例えば自治体間同士の組織をどうするかという問題と、例えば大きな話になれば事務組合を作るとか、あるいは広域連合みたいなものを作るといようなことが関係してきます。それから職員の身分のお話が先ほど中村先生からもございましたが、常勤の公務員として両方の場所に同時に存在するわけにもいきませんし、退職金の処理の問題などもありますので、この辺は渡邊委員長代理からもお話がありましたように、実務的に検討する必要があるのではないかと考えています。少しその辺で、こういうものがすぐにできるというよりは、こうやるためにどういう検討をするかというご指摘をいただければと思っています。

○梶井座長：いかがでしょうか。もしよろしければ、この意見を書いてくださった委員の方、いかがでしょう。

○中山救急・周産期医療等対策室長：まだいらしていないのです。

○梶井座長：わかりました。たぶん、ここに連合体という単語が入ることによって、ずいぶんイメージが変わってしまうのではないかとと思うのですが、これは少しペンディングにしておきたいと思います。そのほかにご意見はございますか。それでは連合体という言葉についての説明の部分はありますが、よろしいでしょうか。ありがとうございました。

続きまして、(3)国の役割として求められることですが、左側の素案は前回、私や鈴川委員が提案した内容が2つ目に追加されているのみです。ここには3つの意見をいただいています。いかがでしょうか。総合医については先ほど、どういふふうな盛り込み方をするかということで結論は出ています。ですから、ご意見の3つ目については定義まではいきませんが、総合医像というのは盛り込めるのではないかと思います。国が推進していくという部分について、あるいは医学教育全般の問題で、必ずしも国の役割ではないのではないかとというご意見も出ています。先ほど内田委員からもそういう意見が出ました。ここについてはいかがでしょうか。

○鈴川委員：国でなくて医師会でやってくださるのは、もちろん非常にいいのですが、自治医大の卒業生や学生と話をしていて、いちばんいらいらしているなど思うのは、総合医というのを自治医大はつくっているけれども、どうもその認識というか社会的地位が非常に低いということで、それがいちばんネックになっている。これを、もちろん医師会の先生にもお願いして、私たちもやらなければいけない

けれども、総合医というものが国の基本的な医療を担っている医師なのだから、これを国としては推進していききたいという強いエールがほしいという意味で、何か制度的なものでどうのこうのというよりも、例えば小学校の教科書に入れて教えることを含めて、支援をしていくべきではないか。いろいろ課題があるだろうと思います。総合医の定義がはっきりしないではないかとか、いろいろあるかもしれないけれども、でも皆さんの今の考えの中では、総合医というのは日本の医療の基本的なところを担い、地域医療の基本的なところをやるという意味で総合医が出てきて、それが最低限の安心・安全な国をつくっていくためのものであれば、これは何らかの形で国民の認識度を上げるような支援がほしいと思います。

○梶井座長：そのほか、いかがでしょうか。

○内田委員：この問題は1年半ぐらい前でしたか、医道審議会の中で診療科目の問題があって、総合医というのを新たに認めるかどうかの議論がありました。このときの議論で、麻酔科標榜医だけ国が認定する資格としてあるのですが、これと同列で総合医を創設したらどうかという議論がありました。その議論は一応、ペンディングにはなっているのですが、総合医が非常に広範な定義になってきた中で、国が認定する診療科目というのには馴染まないのではないかと、私はその議論の中でも申し上げたのです。ですから学会の専門医というのには1つはあっていいと、もちろん思います。

この総合医について、どういう取扱いにするかというのは先ほどからの議論の中でも、これを推進していく必要があるし、いまの日本の医療の中で、これから非常に重要な位置を占めてくるという認識では一致していると思うので、これを診療科として認める、あるいは国が認定するというのではなく、例えば医療基本法みたいなものの中の前文の中で、こういう医師を育てるということを盛り込むとか、そういうのが方向性として私はいいと思います。これを標榜医、認定医という形で、診療科として取り込んでいくと、そういうことではないような印象を持っています。

○吉新委員：いま内田先生が言われたように、医療の基本法まで第11次の委員会でもし提言できるのであれば、それこそ〇〇島には何人、総合医がいたほうがいいというような基本法ですね。要するにへき地をなくすためには、医師を強制的にでも配置することが大事なので、各県の医療計画には必ず〇〇島には何名の総合医で、今年と来年は誰さんが行くというふうに決めればよいと思いますが、そこまで言えないのが、日本の医療制度の辛いところです。方向性だけこの検討会で言って終わってしまうという残念なところがあるわけです。その意味では、ある程度踏み込んで総合医を使うことは、私はとても大切なことだと思います。

この検討会で、〇〇島に〇〇先生を何年張り付けるというところまで、本当は