

言うべきなのかも知れないわけですが、これは実際できないわけですから、基本的にはいまの医療の法律ではそこまで権限はないわけですから、どうしても総合医のことを、この検討会としてきちんとすることがまず第一歩ではないか。それ以上はまだ早いのではないか。今まで「総合医」という単語はどこにも記載されていないのです。初めて医療六法に出てくるということだけでも、大変画期的なことではないかと思えます。

○梶井座長：いかがでしょうか。内田委員、養成するという言葉でしょうか。

○内田委員：はい。

○梶井座長：そのほか、いかがでしょう。国の役割のところには、先ほどの内田委員からは1つの提案ということでしょうか。かなり具体的な意見というか提案もなされましたけれども、いちばん大切なのは養成することを今回は盛り込むと、そういう医師が必要であるという認識は一致していると思えますが、医師会のところはどうでしょうか。

○内田委員：今回は外して頂いた方がよいと思えます。おそらく医師会の中でも大変な議論になると思えます。

○梶井座長：わかりました。そのほかご意見がなければ次に進みたいと思えます。(4)大学の役割として求められることです。ここは前回、特に変更はありませんでした。これに対して4つの意見が出ています。このご意見を素案にどう反映させるか、皆さんのご意見を伺えればと思えます。

○内藤委員：大学の役割は、もう少し素案よりも深く踏み込んだほうがいいのではないかと私は思います。もちろん卒前から卒後に至るシームレスな地域医療教育が重要であることは、皆さんご承知のとおりですけれども、その部分が実際には行われていないという現状があります。

1つの例ですけれども、私は京都府立医科大学において、文部科学省の現代GPの事業で平成18年度から3カ年にわたり、地域医療教育推進授業をさせていただきました。これは医学科生と看護学科生がペアで地域医療をする。もう1つは、地域滞在型の教育を行う。その中で、2つのテーマである地域医療とチーム医療を学んでいただくことを3カ年行いました。この結果については非常に高く評価できるとして、平成21年度(今年度)も実は京都府の事業として、これを継続していただくようにしました。さらに来年度については医学科生の5年生全員、看護学科生の4年生全員について事業化することとしています。これは文部科学省でもおまとめになっておられると思えますが、こういった医学科のみな

らず看護学科も含めた総合教育、地域医療教育が求められていると私は思いますので、そのあたりまで踏み込んでいただければと思います。

○梶井座長：今日はオブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課からいらしていますので、ご意見を伺えればと思います。いかがでしょうか。

○文部科学省：今、おっしゃったように我々も援助しているものもありますし、大学あるいは県の取組みの中でやっています。私ども、大学教育のさまざまな検討の中で、例えば卒後の臨床実習、臨床研修で地域医療をやっていますが、卒前の中でもむしろ大学だけでなく、その地域の医療機関と一緒にあって、地域医療、プライマリー・ケアというものも含む、基本的な診療能力を身に付けられるような教育を、やっていくことを推進している立場です。

ただ、これは私どもがいろいろな医学教育の現場を見てみると、医学生全体に求められることだという認識でやっています。いま、他方で地域枠のような形で、卒業後にその地域に定着する医師をとということもやっていますが、地域医療教育というのは、おそらく全員に求められる基本的なことなのではないかと思っています。そういった観点からさまざまな方策をやっていますし、いまの予算で大学の教員の手当を出していますけれども、その趣旨も、地域医療教育を充実させていくための手当ということをやっています。

そういった観点で、この中を読ませていただいて私どもが感じるのは、この地域医療という問題で例えばへき地の現場、あるいは住民とともに医師教育をやっていくことは、全体として大切であるとともに、全国一律のカリキュラムで修了証という形で出していくことが、果たしてそういったこととの関連でどう捉えていくか。そこのところは少し議論がある感じはしています。とにかく医学教育の先にある地域医療の現場というのは、へき地を持つ都道府県と、大学あるいは地域医療機関と一緒にあって、それぞれの実態に合った現場重視の教育を推進していくことが、大事ではないかと思っています。

○梶井座長：医学教育モデル校はカリキュラムというのがあるが、これは基本的には80の大学医学部、医科大学において必修と位置づけられていると思います。その中に以前、この会議でも申し上げましたように地域医療が必修となって、講義と地域での臨床実習が盛り込まれています。当時、これが導入されたころに入学した人たちが、そろそろこの講義や実習を受ける時期になってきて、いま各大学もいろいろ準備を進めていたり、もう既スタートしているところだと思います。そういう中で内藤委員のお話された部分は、いま各大学がいろいろ考えておられるようです。そういう講義や臨床実習を非常に実効あるものにしていくためには、実際に地域医療、へき地医療の経験者が教員になっていくことも、ひとつ望ましいという意見ですが、確かにそのように思います。

もう1つは、地域の中で医学生が学ぶ教育環境を整備していくことも、同時に大事なかなと思います。いま文部科学省からご発言がありましたように、特定の一部の人にこういう地域医療教育をではなく、全員にという意味では確かにいま、そういう体制が築かれつつあると思います。内藤委員、いかがでしょうか。

○内藤委員：実はコアカリキュラムの中にこれは入りまして、いくつかの大学について私も調べさせていただいたところ、なかなか実践できていない。クリニカルクラークシップの形で、必ずしもへき地拠点病院のような地域にある病院での教育につながっていないという現状もございます。やはり医学科生、看護学科生全員がそうした地域に滞在するような形の教育というのは、ひとつ効果があるのではないかと考えております。

加えまして、今回地域医療再生計画によりまして、おそらく各都道府県に地域医療学講座がすべてできると考えております。そうした中で学生教育、地域医療教育というのをやはり根付かせていくことが重要ではないかと考えております。

○梶井座長：再生計画の中で、確かにいまのような方向に行くと思います。既に、寄付講座ができている県も随分ありますが、ほとんどの県にできるのではないかと考えています。何かこの点について、ご意見ありますか。

もう1つ、地域医療というのは将来へき地に赴くことを予想して、いろいろなことを計画するというだけではなくて、臨床医を養成するにはやはり大学という非常に限られた教育資源の中で行うということだけではなくて、地域の中でより住民の生活に密着した形で学習していく。そういう意味では、全学生に私自身も必要なことであろうと考えております。

さて、そうしますと先ほど出ました「地域医療修了医」、これも前回問題になりまして、今回もご意見をいただいておりますが、いかがでしょうか。専門医のことについては少しまた検討を続けていくとなりましたが、修了医についてはいかがでしょうか。

○奥野委員：質問ですが、これは卒業した医者が受ける医学教育を受けた者が修了医になるのですか。この文言ですと、「カリキュラムを履習した医師は」となっていますが、そうすると、医学部を卒業して医者になった者が何かのカリキュラムを受けたら、それが地域修了医になるという意味でしょうか。それとも、学生時代に何かを受ければですか。

○三阪委員：これはおそらく私が前に言った意見だと思います。これ、時期尚早であれば、それでいいと思うのですね。ただ、我々が、この前もお話したように、現場で困っているのはそういう地域医療をコーディネートするようなポテンシャルを持った人をピックアップできないという問題があって、その1つとしてこの

意見を出させてください。

産業医大のお話をしましたが、産業医大はその卒業と同時に日医が認定する認定産業医と同じライセンスを持つという特別なものがあります。ただ、特殊な資格をくれと言っているわけではないのです。現場で、例えば自治医大の卒業生、地域枠の人たちが本当に現場で認識しづらくて。やはりそういう方々は地域医療に対して意識は持っている。そういう方々を現場でどうピックアップして、利用していくかの1つの方法として出させてください。そのコーディネーターをどのように周りで認識するかという1つの案ですので、これを必ず入れてくれというわけでは決していない、1つの案です。やはり現場にいて、自治医大の卒業生とか地域枠の学生さんたちも含めて意識が高いので、そういうポテンシャルを持った方々をピックアップしない手はないと思うのですが、それが全くいまできてない状況をどうするかの1つの案として出させてください。

○梶井座長：いかがでしょうか。コーディネーターが明確になるということですね。

○三阪委員：要するに、現場がわかりにくい。先ほどお話があったように、地域医療で他職種で教育を受けたりというのが非常に有効だと思っています。意外と看護師さん、薬剤師さんとかあるのですが、ではその中にいる医師がどういう人がそういうコアになってやっていくかとなると、やはりいまの医療現場の段階ではある程度地域枠をこなした人、自治医大の卒業生というのが取りあえず適任というか、そういう人が中に隠れている可能性の確率が高いというイメージは、医療現場にいるとあります。そういう人たちをピックアップして、うまく他職種のそういう教育とかに絡めていくというのが、いまの現実では非常に有効ではないかという実感というか、そういう考えは持っております。

○鈴川委員：ある程度わかる場所もあるのですが、1つは、まず地域枠といいます。地域枠の人たちに特別な教育を本当にしているのかというと、必ずしもそうではなくて、ただ人数が増えただけというようなところもある現状です。

それから、例えば自治医大生がこれを卒業と同時にもらったとしても、卒業証書と同じではないですか、どこが違うのですかというようなことにもなる。専門医のお話は、またありましたが、それは置いておき、個人的には産業医とはやはり違うと思うのです。産業医はこれがないと産業医の仕事ができないということで、どちらかというわかりやすいのです。では地域医療の修了を持っていないと地域で働けないかという、そうでもないというのが一般的なので、そこは非常に難しい話かとは思っています。

○三阪委員：あくまでこれ、先ほど専門医からもありましたが、それを持ってないと地域で働けないというわけでは、そういう資格、そこに非常にディスクリパンシ

ーが、先生方の考えと現場でもまれている私たちとはだいぶ違う。私たちはただコーディネーター、医療現場をコーディネーションする人、そういう医師をどのようにピックアップして周りに認識させるか。だから、何かのカリキュラムをコアにやって何年働いてとか、そういうのは必ずしも必要とは現場では考えていません。

また話がややこしくなってしまうのですが、そういう意識があって、ある程度能力ある人たちをいまの段階でもピックアップする、ほぼコーディネーターとしてのそういう能力をピックアップする方法はないかどうかと、そういう方法論の問題の1つの考え方としてご理解いただければと思います。だから、それを持っていないと地域医療ができないとか、そういうイメージは全く持っておりません。

○**文部科学省**：実は、いまの医学教育の中でさまざまな大学が取り組まれている中に、そうした課題があるということは私どもも認識はしております。それで、いろいろな大学でいろいろな取組があるのですが、そうした核になる人たちが外から見えないという話を解決する方法として、やはり卒前の医学教育の中で地域の現場あるいは都道府県の行政にもその教育が見えるように、あるいは実際の医療現場に学生を出して行って、彼らが、要するに大学の先生だけでない人たちがそういうことを認識できるような、ある意味では開かれた形にしていくことで、そうした芽を見出していくということも、聞いたことがあります。

そういう意味で、大学の授業の中をさまざまな医療現場に実際に出向いて、開いたものにしていくというのですか、そうしたことをしていくというのが1つの解答になるのではないかと思います。いま地域枠がありますが、例えば18歳のときに、この人の6年後の行末というものを決めてしまうようなものだけが、この地域医療というものを支えていく人材の養成というものではなくて、その教育のプロセスの中でいろいろな人の目に触れる中で、いろいろな人材の芽というものが見出されていくのではないかと思います。

○**梶井座長**：三阪委員の意見、皆さんもよくおわかりになられたと思います。たぶんこういう称号ではなくて、そういうコーディネートしていく人、どなたがコーディネートして、この人に任せればいいというような方をわかりやすくするということですね。その意味では、今日は総合医ということが1つ前面に出ましたので、総合医で、なおかつ、医療だけではなくていろいろな保健とか福祉のところも含めたコーディネーションができる人材ということになると、たぶんこれは試験もさることながら、現場で見ておられると、かなりわかるのではないかと思います。ですから、そういう人たちが何か登録されるといいますか、指名されるようなものが県の中、あるいは地域の中にあれば、必ずしもこういう専門医あるいは修了医というのは専門医の前かもしれませんが、こういう形ではなくとも、いま対応可能かと思います。将来的には専門医についての議論をさらに検討していくとい

うことがありましたので、そこでまた検討を続けていただくということでもよろしいでしょうか。

続きまして、(5)学会等の役割として求められることということです。澤田委員、いまこの報告書の原案と、今回の意見についてどういうふうに考えていくかということ順次進めております。それで3番の(5)に入ります。学会等の役割として求められること、先ほど少しご議論をいたしました、3つ意見が出ております。これについて、ご意見を伺えればと思います。最初のご意見は、3団体の認定制度を拡充することには反対、総合医の認定がへき地対策になるかは疑問であるという意見です。

○吉新委員：学会といいますとすぐ認定専門医ということで、1つの臓器とか、限定した領域の非常に深い話をする組織ですから、このへき地医療というのはもともと先ほどの専門性や専門医が成り立たない、あるいは時期尚早ということですね。やはりへき地医療を担う総合医の集まりというのは特殊な存在だと思うのです。これを3学会との絡みで議論する必要はないと思うのです。ましてや、この委員会では学会について議論する必要はないと思うのです。

従来はへき地医療の集まりすらなかったのです、自治医大の同窓会的な組織はありましたが。ですから、へき地のノウハウを議論したりなんていうこともできませんし、代診もいなかったという時代もありました。

そういう意味では、この(5)の設問もよくわからないのですが、既存の学会と同じものを求められることはなくてもいいと思うのです。これからは、第11次の以降は代診が活用され、支援機構がもっともっと活性化されることで、へき地の医師の総合医という共通の集まりが生まれ、それを土台にした学会が、成立してくるのだと思うのです。そういう意味で、(5)の設問が、もし既存の学会との絡みでの学会に期待することということであれば、この設問は不要だと思います。

○梶井座長：全く新しいご意見が出ました。内田委員は今日はお帰りになりましたが、先ほどの意見を伺っていますと、同じような意見であったのかなと思います。が、どうでしょうか。

○奥野委員：この4月から1つの学会になるということだそうですが、新しくできる学会ですから、それに対してまだいまの時点でどうのこうのと言える問題ではないと思います。せめて12次まで待って、新しい学会ができて、どういう方向性で何をするのかということを見極めた上からでも遅くないと思います。

ただ、いまの問題は、いま我々が使おうとしている総合医という名称と、この3学会がどういう専門医の名称になるかもわかりませんが、もし、それに近いような名称になるのであれば、混乱を生じる可能性があるため、その調整はしっかりしていかなければいけないのではないかと思います。

○梶井座長：吉新委員のほうから、ここの(5)はなくてもよいのではないかという意見が出ました。そのほかの委員のご意見はいかがでしょうか。

○吉新委員：ただいまの奥野先生の話で言うと、ちょっとまだ混乱して、地盤が柔らかい段階ですから、あとこの3学会の絡みという報告書は1行入れる必要があるのかどうかというのは、私はないのではないかという意味で言いました。というのは、学会というのは、この専門医・認定医と関係でやっていることが多いと思うのです。へき地を担う総合医というようなことを打ち出そうとしている我々には、既存の学会との関係を語る必要はないのではないかということです。

○中村委員：実は、数年前から全自病協と国診協とで、地域包括医療ケア認定医あるいは認定施設という制度を立ち上げ始めたのです。私が所属する国診協の立場からすると、入れていただきたい。あるいは外すなら、全部外していただきたいという感じです。

○梶井座長：新たな意見が出てまいりました。

○澁谷委員：私は、本来学会の活動というのは自由なもので、厚労省のこの検討会が何かその活動に対してこうだという立場で意見を言うのはどうなのかなというふうに感じています。特に、ここは専門医の問題ということなのですが、我々の検討会の立場としては、さまざまな学会があるのですが、そういう所の活動を見守るとか、あるいは連携が取れるようなことを考えると、そういうことのスタンスならいいと思うのですが、その活動そのもの、総合医のあり方そのものがどうだということをこの報告書の中で言うのは少し立場が違うのかなという気がします。

○梶井座長：なかなかいい意見が出てきたのではないかと思います。そうしますと、この3学会3団体のところと、それから中村委員が言われたそういう所との連携を視野に入れておくということで、よろしいでしょうか。全くここをゼロにするという意見もあろうかと思いますが、いかがでしょうか。

ちょうど中立的といいますか、澁谷委員の意見が、私個人としては、もし記載するとしたらいいのかなと思うのですが、全く記載しないほうがいいと言う方、いらっしゃいますか。このとおりに残しておくという意見の方、いかがでしょう。

大多数の方は澁谷委員のご意見でよろしいということでしょうか。そうしますと、澁谷委員のご意見を前面に出させていただいて、こういう意見もあったということで、ここのところに関してはよろしいでしょうか。

続きまして(6)医療の提供を受ける住民側の役割として求められることですが、これは追加がありました。2段落目の所です。これについて、2つのご意見が出

されました。実は、へき地医療支援機構の役割に入っているのではないか。もう1つは、13頁、2)の専任担当官の項に入っているように思うのですが、もしそれがご了解いただければ、ここの所は議論しなくてもいいと思いますが、いかがでしょうか。ご意見がなければ、次に進みたいと思います。

続きまして、4「へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討」に入ります。この項目は以前の骨子案のときには文末に記載の検討はありませんでしたが、前回第4回目で、さまざまなご意見が出されましたので、検討を追加いたしました。その代わりに、新たに29頁に、5「今後のへき地保健医療施策の方向性について」を作って、概ね意見の一致が得られたと思われる内容を記載させていただきました。

まず、へき地医療支援機構についてですが、14頁までで3つの意見が出されています。この意見について素案にどう反映させるか、ご意見をいただければと思います。

○内藤委員：これは、へき地医療対策に対する都道府県の役割と申しますか、その部分とも大きく関連する部分だと思うのです。へき地医療支援機構について、実際には未設置の所もあるようですが、実際には設置されていると言っても、ほとんど機能してない、形だけのそうした県もたくさんあるように私は理解をしています。したがって、このへき地医療支援機構をきちっと機能させるという位置づけでいくならば、これはやはり都道府県に義務づける。しっかりとへき地医療支援機構を県の1つの組織として作ってもらう。その上で、医療法に定められております地域医療対策協議会等と連携をして、そうした医師派遣機能も含めた総合的なへき地の医師確保対策を担ってもらうような権限を持った、1つの組織にすべきである。もう少し強い立場のほうがいいのではないかとというのが、私の意見です。

○梶井座長：4頁の下から3行目をご覧ください。へき地を有する43都道府県のうち、機構を設置しているのは39都道府県、91%である。ですけれども、従来からこの議論は検討の中で出ていますように、かなり設置されている中でも温度差があるというようなことですので、そういう所も含めてもっと強く内容に盛り込んでどうかと、報告書に盛り込んでどうかというご意見だったと思います。いかがでしょうか。

○吉新委員：14頁のほうに行っていていいですか。

○梶井座長：どうぞ、そこも含まれています。

○吉新委員：同じ4の中ですからいいですね。これは私が書いたつもりなのですが、

「へき地医療教育研修支援病院」という施設の提案です、へき地の診療所などの一次医療の施設がありますね、そして小病院。その上に、二次医療のへき地医療拠点病院群があるのですが、その上にある、いわばへき地の3次病院といえますか。そこは、へき地支援機構の事務局があって、専任担当官がいて、医師派遣機能を持っている。通常は、その病院内の救急総合診療科をやって、総合医としてそのトレーニングを積んでいる、積めるというような機能を持った病院を指しているのです。

いままでの県の計画ですと、どうしてもすぐ県立中央病院とか、大きな病院、600床、800床の病院が拠点病院みたいに選ばれてしまうことが多くて。実際、救急総合診療科を設置するのにあまりにも専門細分化しすぎているケースが多いのです。あと救急は救急だけの担当であったり、総合診療科はどちらかというところみんなが診ない、専門医が食べ残した疾患だけやっているとというような部分があります。ですからより小さい機動力のある病院がへき地医療の拠点に望ましい。

この間、専任担当官ではなくて兼任担当官が多いという話が出ました。どこも兼任かといえ、どうやら県庁みたいですね。そうでなく、機構の事務局及び専任担当官も一緒に同じ場所にいる。専任担当官自身が救急総合診療科で勤務していたり、研修したり、仲間や後輩を指導したりする。へき地医療の資源である、人・金・物・情報を集中して、ここに1箇所集中しているという状況が重要です。先ほど言った、あまり大きくない病院、300床とか200床ぐらいの病院であることが非常に重要であると思うのです。そういうものが各県に1つか2つあれば、へき地のサポート体制の機能強化が図れるのではないかと思います。

○梶井座長：吉新委員にお伺いしたいのですが、へき地医療支援機構は1つの独立した組織ということですと議論が進められてきたと思うのです。そうすると、その関係に関して結果としてはそうなるにしても、へき地医療教育研修支援病院（仮称）ということ、へき地医療支援機構が認可する、あくまでも基本的には独立した関係にあるということ、いままでの議論の中では私は想像したのですが、どうでしょうか。

○吉新委員：もちろん機構としては各県に1つで、へき地医療支援機構は前から言っているように意思決定機能、ファンクションなのです。ですから、ここは事務局的な機能だろうし、情報を確保する所、手持ちの医療資源をどう利用するかといった意思決定をする所でしょう。そして、医者を派遣してほしい自治体からの要請を受ける窓口ということになると思います。ですから、県全体では機構のパート1、パート2といった部分があったり、大きな県ではたぶんそうなるのでしょうし、そうでない小さい県、へき地がたくさんあるような所では1つの機構がちゃんと事務局というか、意思決定機関として存在するというイメージです。

○梶井座長：そうすると、このへき地医療教育研修支援病院、あとでも出てきますが、そこがファンクションを持つような形ではなくて、基本的には独立したような記載の仕方のほうがいいのかなと思うのです。

○吉新委員：要するに、これはいろいろな側、いま行政的にへき地の道具なりへき地医療の資源がたくさんあるわけです。それを1箇所集中させたいというイメージです。

○梶井座長：さっき県立中央病院クラスではということでしたが、県によってはそういう所になるところもありますね。

○吉新委員：ちょっとさっき奥野委員とも話したのですが、あまりにも巨大な病院だとすると、人はいるのだけど、専門分化し過ぎていて、実際へき地に行ってくれる人はほとんどいないというようなことが起こったり、病院全体がここはへき地を支援する病院だということを認識しながら動くということが大事だと思うのです、職員で知らせる、職員が行動することが重要です。県立中央病院でも、小さい所もあります。けれども西日本にあるような選任担当官が勤務する大きな病院だと、あまり大きすぎて適切でないような所もある、一部の医師の仕事になってしまって病院全体では動きが取れないのではないかと思います。ですから、本当に病院自体が県の医療の中央の病院としての機能を果たしている所はまさにそれでいいと思うのですが、選定にあたっては最初の導入が難しいのではないかとともに思います。ただ、へき地の支援が病院として当たり前になって、みんなに浸透してくれば、機能として十分満たしているのであればいいと思います。最初の導入が難しいでしょうね。院内で相当マイノリティな人たちが重い仕事を持つというような状況だと、かえって破綻してしまうと思います。適切な、へき地支援の活動が浸透しやすい規模の病院がいいと思います。

○梶井座長：こういうような支援病院を設けることについては、いかがでしょうか。

○内藤委員：私、へき地医療拠点病院の項目で述べようかと思ったのですが、いまお話が出ておりますので、一言拠点病院について考えを述べさせていただきたいと思います。

以前に申し上げましたが、こういう地域医療がうまくいかなくなっている大きな理由の1つとして、地域の拠点病院が医師確保も含めて非常に困難な状況に陥っている。特に、へき地を抱えるような医療県の中核的な医療機関というのは、200床以下の病院が比較的多い。結局、派遣機能を求められるべき、へき地医療拠点病院が実はそうした機能を失ってしまったために、県立中央病院クラスの各都道府県の県庁所在地にあるような大病院にこれが振り替えられているという

のが現状だと思います。各都道府県では保健医療計画で、各医療圏単位の拠点病院の整備を進めていると思うのですが、やはりその部分を充実させていかないと、本当の地域医療確保、あるいはへき地医療対策につながっていかないのではないかと考えております。したがって、各医療圏単位で拠点病院あるいは教育も担えるような病院をしっかりと作っていくことが重要ではないかと考えております。

○吉新委員：一昨日もある県のへき地医療策定会議に出ましたが、県によっては自治医大も入れると地域医学の方が15人、20人、早い県ではもう4年生、5年生になったと思いますが、彼らを流し込む仕組みが必要だと思うのです。県立中央病院でそれが全部受けられるのであればいいのですが、一定期間他科ローテーションすると、おそらく2、3年後には中小病院の勤務になってくると思うのです。そこがちゃんとへき地医療の支援の受皿として機能するような仕組みを作らないと、本来の目標である拠点病院群の周りのへき地に人が流れていかないと思うのです。地域枠の医師がばらばらになってしまうと、無駄に雲散霧消してしまう危険性がある。この第11次として我々が作ったルールが、今後5年間、日本のへき地医療の施策に効いてくるわけですから、新しい地域医学の人たちが現地に出るまでの問題点が解決されるような流し込みの仕組みを、今回作る必要あると思うのです。その意味では、やはり従来からある拠点病院群を元気にする、へき地医療支援病院を魅力的にすることをある程度ここで議論しておく必要があるかということで、中小病院を重視した発言をさせていただきました。

○梶井座長：続きまして、15頁に移りたいと思います。15頁から17頁の前半、15頁の最初のなお書きに、前回内藤委員からいただきましたご意見が載せてあります。4つの意見をいただいておりますが、皆さんのご意見を伺いたいと思います。15頁の赤丸は、拠点病院の所にも入ってきておりますので、むしろそちらでご議論いただければと思います。そのほかの項目についてご意見を伺えればと思います。

○奥野委員：文言の問題なのですが、これから以降も何回も出てくるのですが、「医局的な」という表現がありますが、これは何を指しているのか、人によって受け取り方が違いますし、よい取り方もありますし、そうでない取り方もあると思いますので、この「医局的な」という表現はもうやめていただいて、医局的な中の何を指しているのかを明確にしていきたいと思います。

○梶井座長：皆さんが集うという意味だと思うのですが、何か「医局的」に代わるような、たぶん一部の人にはスッと通じるのですが、通じない部分もあろうかと思えます。

○奥野委員：私ではなくて、私はこうだし、あの人はそうだし、一般の方はそうだしという意味で、こういうことは表現としては「医局的な」という表現は全然駄目です。

○梶井座長：ですから、奥野委員が考えられる何かいい文言があれば、あと皆さんにも聞いてみたいと思います。ではどうですか、全員の方にお聞きしたいと思えます。どうしても従来のそういうような言葉に引っぱられてしまうところもあります。

○内藤委員：奥野委員のおっしゃることも十分理解できるのですが、良い面も悪い面も含めて、「医局的」というのは非常に医療者にとってはわかりやすいのではないかというのが、だから使っても、良い意味に取っても悪い意味に取っても、これは両面ございますので。

○奥野委員：私は、その一般的な人がどう感じるかということに重点を置くわけですね。だから、いままでの医局制度が悪かったから、相互補助が崩壊して、いまがあるという表現を使われるわけですが、一般的な方がこの報告書を見た場合に、その医局的なというのは、これもまた復活かというふうな、我々医療者はよくわかっていると思うのですが、一般的な目にさらされる場合には、こういう表現はどうかという意味です。

○梶井座長：いかがでしょうか。

○奥野委員：報告書の中に使われなければ、別にいいのですが。

○梶井座長：少し考えていただきながら、いまお示した所を次に進みながら、もう一度お話を伺いたいと思います。

次の広域連合のところですか。これはたぶん書き方かと思えます。「機構だけでは限界があり」、左側の黒字のところ。「医師確保の手法として」というところは、「市町村は長崎や島根のように広域連合を作り、臨床研修病院を持つなどしてマンパワーを確保する努力が必要である」。「方法もある、その際にご意見をいただいたような十分な配慮が必要であるとの意見もあった」という書き方では、どうでしょうか。何かあまり必要であるかというようになってしまうと、いろいろな意見が出てきそうな感じがします。1つの策として、手法として方策としてこういうことがありますと、そのときにこういうような課題もありますということ付記したような形にすれば、ここの意見はクリアできるかなと思えますが、いかがでしょうか。もし、ご異論がなければ、次に進ませていただきたいと思います。

その次については、総合医あるいは地域医療修了医については、先ほどご議論が終わりましたので、割愛させていただきます。

先ほどの「医局的」というところはいかがでしょうか。もう一度お聞きしたいと思います。

○澤田委員：第3回の検討会の場で発言させていただいた、「医局的」という言葉の裏に込めた意味としては、一定の人材を育成しプールすることにより、人事配置に関して権限を有することと、派遣される医師に対して「往復切符」を持たせて現地に派遣し、必ず何年先には確実に戻って来られるという約束のもとに、派遣決定がなされるというイメージでお伝えしました。また、所属しているドクターは、複数医師のいるグループの中で守られているため孤立もしません。それらのことも包括して「医局的な」というイメージで表現を用いました。特にへき地医療というのは、一旦、派遣されたら派遣されっぱなしで、自分自身で後任医師を見つけない限り転勤もできないのでは…、といった不安や心配が拭い去れないことなどが最大のネックになっているのではないのでしょうか。その意味も含めて、将来のことを心配せずに、へき地の現場に派遣してもらえらるというイメージで説明させていただいた次第です。もしも、「医局的な」という言葉に代わるものがあれば、それに越したことはないのですが、少し補足をさせていただきます。

○中村委員：医局機能の中の人材バンク的な意味あいと捉えていいのですか。

○澤田委員：そうですね、人材をプールし、組織として人事機能を発揮するという意味で捉えております。

○中村委員：教育機能は含めてだと、やはり医局的な、人材バンク的なものだけだったら。

○澤田委員：もちろん教育機能としての役割も欠かせないと思います。

○中村委員：すると、やはり医局的ですか。指導者がいて、後輩を教育していくという意味では、やはり教育的なところもあるとは思いますが。ただ、この場面で使う文章としては、「医局的な」を省いても意味は十分に通じると思いますね。

○吉新委員：へき地の現場にいと、総引き上げだとか、医局間抗争があったり、医局の総引き上げがあったり、医局の何とかがって、あんまりいい単語でない場合が多いのですね。本来の医局のイメージ、古き良き医局をイメージする方と、迷惑な組織だというようなことと、いろいろあると思うのです。医局的というのは、あまりにも曖昧なのではないかと思えます。ですから教育研修の機能を持った医