

れには何らかの形で専門医制度をつくる、へき地医療専門医（仮称）でもいいんですけれども、名前はともかくとして、そういうのをつくる方向がやはりいいのではないかというのが私たちの研究班からの提言です。

それには、この話はまた後でちょっと出ますけれども、専門医の認定の条件としては、まず能力がきちんとあるということが認定されること及びへき地での経験があるということの2つを持って、何らかの公的な組織が認定するべきだと。まず、そのような認定される医師が存在するべきだというふうに考えました。

今度は、その認定する主体、お医者さんがどこに勤めるかということで、それは先ほどの3本の柱から言うと、へき地の診療所、黄色になっていますが、それから拠点病院、緑色になっています。それから明るい黄色の大学等というところで働いたときに、どのようにそれぞれのインセンティブが、それぞれの診療所等でこのようなお医者さんが、つまりへき地医療専門医が働くことによって、それぞれの立場でどのようなメリットがあるかということ、今度はメリットという意味での評価をそこに書いてみました。へき地等の診療所では、このような専門医が診療する場合には、例えば診療報酬を上乗せする等のメリットを与えるべきではないか。へき地医療専門医のための常勤医師の転用、診療報酬の上乗せもあって定員を確保し、都道府県あるいは全国で統一された報酬及び待遇が保障されれば、医師は安心して赴任することができ、勤務の交代というのも円滑にできて、診療の質の継続性が保たれるのではないかと、つまり医師も安心して赴任することができるというようなメリットがあるのではないかとこのように考えました。

拠点病院または基幹病院に対しては、このような専門医をある程度の一定数確保するということに対して、補助金を交付することはできないか。交付することによって専門医を採用するためのインセンティブとならないかということを考えました。例えば、医師の定数の確保には、へき地医療のための、へき地医療を支援するへき地医療支援部等を必ず設置しなさい、そうして、設置することによって、その部分に関しては定員を確保し、このような専門医を登用するというふうにしていくべきではないかというふうに考えます。こうしてへき地医療支援病院に勤務した専門医というのは、自分自身も臨床能力を磨くことができますし、病院としてもこのようなへき地医療拠点病院であれば、専門に偏らない診療を行うことが必要だと思いますので、医師不足できちんと、今の医師不足の一端は、自分が専門医だからといってほかの科の医療を全く見ないというところも一因だと思いますので、そういうことも含めて、医師不足に対して、医師を確保するメリットにつながるのではないかとこのように考えました。

大学等については、学生教育とか研究によって情報を発信してほしい、地

域医療学系の講座を設置してほしいというふうに考えます。このへき地医療講座等には、先ほどの専門医を教授とか准教授または委員として採用してほしいというふうに考えますし、先ほどの大学院の進学等であれば、それに対して何らかの援助をしてでも、このようなへき地医療専門医を使っていたきたいというふうに思います。総合的な医療に関わる人材の育成というのは、今後は大学といえども絶対必要だというふうに考えます。特に地域枠等で学生を入れていますが、専門的なもの、非常に細かな専門分野の話と、それから医師をやっていく上で、特に地域で採用されて、その地域の医療を見ていく医師に対してきちんとした教育をしていくために、へき地医療専門医というのが必要であるというような位置づけにするべきだというふうに考えます。

それで、その下のほうに、国としてのとかいろいろ書いてありますが、上記のシステムを円滑に運営するには、国の積極的な関与を受けたへき地医療支援機構またはへき地保健医療対策協議会が重要な役割を果たすべきだと考えます。

もちろん、それには、その大前提として国民全体が総合的な医療というものの重要性についてきちんと理解をしていただく。これは文科省も含めて、もっともっと医師というのは一体何なのかということについて国として啓発をしていただきたいというふうに私たちの研究班では提案したいと思います。

最後に、ちょっとめくっていただいて、じゃ、へき地医療の専門医と言うけれども、そんなに簡単じゃないだろうということで、どうやってつくったらいいのでしょうかというようなことについて何か意見を出しなさいということなので、最後の9ページの表になります。

5つぐらいに、とりあえずAからEまでに分けてみて、それぞれどんな弱点、長所があるかを検討してみました。私たちの研究班の中では、そのAのへき地医療保健専門医というのを、それと、先ほどの認定された施設での臨床研修とか一定期間のへき地・離島研究を認定するというのですけれども、それに対しては、へき地医療支援機構等を全国的な組織にしてつくったらどうかというふうにとりあえずは考えたんですが、そのような例えば全国へき地医療支援機構会議みたいなものでは、なかなか専門医をつくるという組織にはなり得ないというようなお話もあったというところで、その辺が課題になりました。

Bの各大学における個別の認定というのは、例えば教職の免許のように、各大学でそれぞれの教職課程というのがあれば、それで認定していいよということになるんですけれども、自治医大は、確かにへき地医療、地域医療の授業が90コマだったか、非常にたくさんあるのは事実ですけれども、それを

各大学、現在、地域枠のある大学で、新たにそれを90コマ作るというのが現実問題として可能なのか、また、そういうのを作ってしまうと、実際に今へき地枠のある大学で、地域枠の方とそうでない方との授業が別になってしまうぐらい今の医学生には選択という枠がほとんどありませんので、必修ばかりあるところで、さらに加えて90単位というのは非常にきつい話だというふうに思います。

それから、自治医大生にとっては、このようにただ言われても、卒業したイコール何とかの資格というのでは、自分たちに何かメリットがあるんですかということになりかねないというのがBについてのちょっと問題点だと思います。

それから、もう一つは産業医というのがあるじゃないか。産業医と同じように認定医をつくったらどうかというようなお話もありました。産業医というのは非常に特殊な資格だというふうに思いますけれども、逆に、これは地域のへき地で実際に現在診療されている方に対してこのようなものをもしつくったとして、この認定を持っていないと地域では働けないのというふうに言われると、産業医とはちょっとそこが違うかなと。現在でも、既にへき地等で働いている方とどうやってこれを区分けするんだという話になって、これも難しいかなというふうに思いました。

それから、骨子案ではプライマリーケア等の三学会というのに入ったらどうかというのが一つ昔からよく出てくる案ですけれども、気になっているのは、三学会が合同して求めている総合医というものと私たちが考えているへき地で勤務をする総合医というものが全く同じなんだろうかということに関しては、いろいろ疑問があるというふうに言っている方が多かったという結果です。

最後の、それでは新たなへき地医療学会でもつくったらどうですかというようなことを、もちろんそういうのは可能性はあるんですけれども、今からつくるんですかというような話になります。そこで、我々としては、AとEを合体させたような形で、支援機構の全国組織、これを何らかの形で学会等の大きな組織に考えていって、そこで専門医等をつくったらどうかというようなことを我々の提言として出したらどうかということで最後の話をまとめたところです。

長くなってしまいましたけれども、ご報告いたします。

○梶井座長：ありがとうございます。鈴川研究班から、鈴川委員にご報告いただきました。2つの大きな提案があったと思います。キャリアパスとかキャリアデザインは当初からいろいろ議論を積み上げてきましたけれども、今日は非常にそれに対する具体的なお提案であろうかというふうに思います。こ

れから皆様のご意見あるいはご質問等をお受けしながら進めていきたいと思  
いますけれども、1つは、へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル  
ということでありましたし、それからもう一つはへき地医療専門医制度に  
ついてであったと思います。

最初に、キャリアデザインモデルについてご意見いただければと思います。  
いかがでしょうか。前田委員、どうぞ。

○前田委員：まず、大学院の件についてちょっとお尋ねしたいんですが、10年目  
以降に大学院を学位取得に入るという件ですが、これはいろいろな大学でい  
ろいろな取組がなされていると思うんです。長崎大学では社会人大学院制度  
もありますし、そういったものを活用すれば、地域に勤めながら大学院を卒  
業できるという制度があります。ですから、もうちょっとこれをフレキシブル  
に考えてもいいのかなというふうに正直思います。

それと、もう一つ、これが大学院教育になじむかどうかは議論が多いところ  
ですが、e-learningみたいなことが最近叫ばれています。こういったのが  
今後発達していきますと、もちろん10年とかつちり切らなくてもいけそうな  
気がするんです。いかがでしょうか。

○鈴川委員：これは全くのモデルですので、それからどのように逸脱するかは皆  
さんのこれからの考え方次第で、それからIT化等を含めたe-learningがも  
っともっと盛んになれば日本の国が変わっていくと思いますので、それはそ  
れで柔軟に動けばいいと思います。

○梶井座長：そのほかいかがでしょうか。中村委員、どうぞ。

○中村委員：これは非常にすばらしい図で、ありがとうございます。

一つ、私の場合は初期研修2年と後期研修の2年以外は全部今の診療所で  
すので、こういったキャリアデザインに当てはまらないんですが、目の前に  
いらっしゃる奥野先生は、恐らく独自で大学に行ったり、またへき地に戻っ  
たり、大学に行ったりということをやっていたらして、澤田先生とか、あと同  
じ高知の家庭医療学講座教授の阿波谷先生は、もしかしたらこういったデザ  
インの中で動かれたのかもしれませんが。そういった具体例を二、三名、名前  
を伏せてでも出していただくと、何かもっとイメージしやすいかと思いま  
した。

○鈴川委員：ありがとうございます。これをつくったときには、だれかを思いつ  
いてこれを入れたわけではないんですけれども、みんなのいろいろな意見が

出たもののハイブリッドがこうなって、ちょっと理想的過ぎるかもしれませんが。だけれども、実際にもし奥野先生等が私がおっしゃってくださるのであれば、非常に私としてもありがたい。

○梶井座長：奥野委員、いかがでしょうか。

○奥野委員：実は、三重県のほうでも同じようなことを考えておりまして、図はうまくこちらのほうができているなという気はするんですけども、例えば、自分が医師になってから40年間をどういうふうに過ごすかというのを、住宅のデザイン、建て売りの住宅を買いに行くときは、最近では、骨格が決まっています、中のデザインはいろいろなものを取り入れて、それで家を組み立てていくという、そういうものがあるんですけども、我々の場合は、医師としていろいろな生き方がある、例えば、診療所の長い人もあれば、病院に行ってから研修する、あるいは子育てに専念するのでそのときには少しお休み、あるいは非常勤のような形でやるというふうないろいろな形があるんですけども、その中で背骨をここでは、年金等のことで、私は公務員という表現をするんですけども、公務員としてつくり上げて、この40年間の中を、いろいろなプランを、その時々ニーズとか変化に応じて入れていくというふうなプランを立てています。絵としてはこちらのほうがいいかなと思うんですけども、非常に近いものがあるというふうに見て感じました。

○梶井座長：ありがとうございました。村瀬委員、どうぞ。

○村瀬委員：大変興味深くお話を聞かせていただきました。奥野委員からお話ありがとうございましたのは、地方公務員として身分保障をした上でのキャリアパスということかなと伺いました。この話の中で、鈴川委員からお話があったのは、新たに身分保障の制度をつくるということでしょうか。

○鈴川委員：現在、公務員で、例えば自治医大生であれば9年間が保障されているということだと思えます。その後の保障は原則的にはない県のほうが多い。それではなかなか地域等で安心して医師をやっていくことは難しいのではないかということを考えると、そこの部分に関しては新たに考えざるを得ない。もちろん、じゃ予算はどうするんだとか、もし言われれば、今のところは、私にはそれにこたえる財源はないんですけども、ただ、このようなことを考えなくちゃいけないだろうという意味で提言はさせていただいているつもりです。

○村瀬委員：お話を聞かせていただいて、これがうまく動くためには、どこか軸になる身分保障をされているところがあって、そこを中心に他の2カ所へ出ていくということが、多分、働いている先生方には一番安心感があるように思います。そうでないと、個別に3カ所に交渉しながらということで、今、成功されている先生方は、そういった能力がおありになる方だと思いますが、多くの方にこういうところに入っていただくと、最終的にその人事調整をどこで行うかという形になってきて、そこが一番の身分保障のよりどころになると考えます。もちろん、地方公務員という考え方もありますし、自治医科大学の9年間を例えば18年間とか27年間のパスに延ばすという考え方もあるでしょうし、協議会というところが新たな医局のように、ドクタープールとして機能するというものもあると思いますが、最終的には、どこか一つ核になる組織、委託する組織をつくって、そこを共同で運用するというものを合意形成する必要があるかなという印象を持ちました。

○鈴川委員：ありがとうございます。全く村瀬先生がおっしゃるとおりで、その核となるものとして、とりあえず、その下の一番下のところのへき地医療支援機構の力をきちんとすることと、それから三者との協議会がきちんとできて、どういう形でもいいですけれども、その下の丸の部分を中心とした辺りが、全体を、人事を含めてキャリアアップを考えていく組織として中心にならないといけないだろうと、こういうものをつくらないといけないだろうという提案です。

○梶井座長：ありがとうございます。今の話に関しまして、前回、へき地医療支援機構がプール機能をきちっと持つと、そして、実効性あるものにしていくというような方向で一つまとまったかのように思っておりますので、まさに今の鈴川委員のご発言は前回のものと一致した発言ではないかというふうに思いますが、そのほかいかがでしょうか。吉新委員、どうぞ。

○吉新委員：へき地医療のモデルとして僕はおもしろいと思います。しかし、こんなことをやったらへき地の仕組みが、がたがたにならないかなという心配もあります。医師の身分は公務員です。自治体病院の医師不足等を見ていると、やはり公務員では運営に自由度が低いとか、勤務について指揮命令系統が実際のニーズをうまく把握していないという不満が非常にドクターたちにあつて、あと、行政というのはボリュームのある業務をどうしても果たさなくちゃいけないわけですけれども、それに対して定数など人員の手当てが少ない場合には、たとえばある医師は週に2回も3回も当直しなければならないという大変な状況に置かれて、結果として、とても十分な活動ができな

い業務量についていけなくなり、サボタージュになるんだと思うんです。

ですから、要するにボリュームに見合った医師を供給できる体力がないと難しいと思うので、医師の供給計画は確認しないといけないのかなと思います。あと、このキャリア自体、僕は実際と違うと思うんです。医師として唯一の研修のチャンスというのは初期研修と後期研修なんで、研修は質量ともは徹底的に手厚くして、医師同士がお互い認められる一定の基準をクリアしてから地域に出るべきで、不十分な状況で地域に出ていいんだよ、あとは生涯教育でやればいいじゃないかということは、医師を生涯というスパンで見た場合に殺しちゃうことになるんじゃないかなという心配があります。ですから、ある程度のレベルの研修病院で、ある一定以上の期間、ある程度のレベルの内容の研修を受けた、修了しましたよということを早いうちにしてあげないと、研修の不全感が残り、へき地に安心してられないと思います。こういう積み木のような机上の仕組みで研修はどこかでやりたいようにやればいいのかというのは、僕は反対というか、あり得ないと思っております。以上です。

○梶井座長：ありがとうございました。繰り返しになりますけれども、初期・後期研修の確保、保障を明確にすると。

○吉新委員：初期研修、後期研修は決められたところできちんとした期間をやって、一人前だということを、きちんとへき地に行く前にしないと僕はいけないということです。

○梶井座長：ありがとうございます。そうしますと、この鈴川班のモデルに関して、その後は、先生、どうお考えですか。

○吉新委員：ある程度の人数の集団になった場合にはとてもおもしろいと思います。この集団が機能すればへき地医療にとって強力な味方になります。ただ、現実的には相当な人員がないと、人事で研修や勤務の序列を決めたりするときに、担当する人はご苦労なさると思います。特に行政の場合には、これから透明性が求められますので、A病院にしようかB病院にしようかという問題が起きるでしょう。

○梶井座長：当検討会として、こういうことを提案していくということを盛り込んでいくということについてはどうですか。

○吉新委員：仕組みの検討は価値があると思いますが、これが本当に現実に動い

ている医療の現場で認められるのには、モデル的にやってみて例えば先ほどの高知県とか長崎なんかでやってみるのはいいと思いますが、これを一気に全国にというのはちょっと難しいんじゃないかなと思います。

○梶井座長：皆様、いかがでしょうか。木村委員、どうぞ。

○木村委員：私はこれに賛成なんですけれども、確かに47都道府県それぞれ温度差といいたいでしょうか、状況に違いがございますので、できるところからやっ  
ていければと思います。恐らくここにいる三重、島根、高知なんていうのはやっぱり医師が不足して困ったところが多いので、結果的には奨学金ですとか地域枠とか、そういう人たちがこういう中に入っていくんじゃないかなというふうな気がします。

身分保障のことが出ましたけれども、今、我々のところでも地域医療再生計画の中で、例えば後期研修医を県職員として正規雇用しようというふうな案も考えたんですけれども、若い人たち、初期研修医さん等に聞いてみますと、今もらうお金はやっぱり多いほうがいいわけですが、あまり身分保障のことは言わないんです。なので、そこに若いころからこだわらなくてもよろしいのかなと。例えば県職員として採用してローテートしていくというふうなことも必ずしも必要ないと考えます。これは一つのモデルであって、いろいろなハードルはあると思いますけれども、私はいんじゃないかなと思っています。我々もこういったところを目指して今やっているところです。以上です。

○梶井座長：そうしますと、今お二方の委員の意見をまとめますと、初期・後期研修を明確に行うと、そして実力をつける、それから、基本的にはこういうような一つのモデルを示しながら各県でキャリアデザインを示していくということをございませうか。そのほかの委員の方、ございませうか。

○澁谷委員：すみません。質問ですが、新潟県のモデルだと、これはへき地だけではなくて、中小規模の県立病院というようなところ、関連病院に勤務というようなところにも矢印が行っていますけれども、先日、新潟県が、順天堂大学に、新潟県の地域に今後勤務をしてくれるということを前提で契約をした、ということ伺ったんですけれども、そうなりますと、例えば、この新潟県の図で言うと、へき地医療も全体の中で考えて新潟大学が調整をしているという、そういうとらえ方でとらえていいんでしょうか。

今、研究班で示されているキャリアデザインのモデルと、例えば新潟県の場合は、決定的な違いというのはどこにあるんでしょうか。つまり、新潟県



が、ここからキャリアデザインのモデルに移行するようなことを考えるとすると、それは何が決定的に違ってくる、何が困るのかということです。つまり、全国にはいろいろな条件のところがあって、このキャリアモデルを考えるとすると、自分のところと何が決定的に違うのだ、というところが明確になった方がいいと思うんですけども、へき地以外のところの、要するに医師の確保という全体の問題の中で各都道府県が考えている、そういう部分のニュアンスがこのキャリアデザインのモデルにはあるんでしょうかどうでしょうか。

○梶井座長：鈴木委員、いかがでしょうか。

○鈴木委員：ありがとうございます。これは新潟県をどうするというようなことで話をちょっと言っていたわけではありませんので、個々の人は必ずしも分かりませんが、新潟の特徴は、やっぱりこのキーパーソンという人が大学と新潟県とを両方とも見ているという立場の人が一人いると、または、いたというんでしょうか。それが、現在は保健部というところで調整という、そういう流れになっているという歴史的なものなんだと思うんですが、そういうように一人の人がちょうど非常にうまく動いたのでできたんだ。

でも、今後は、現在、今動いているのをこっちに変えなさいというふうな意味でそのモデルを出してきたわけではないと思っております。ただ、何もモデルのないところもありますので、そういうところに対してこういうのも提案をしたいんだということを言ったままで、新潟県がこれに変えなさいということを言うつもりではありません。

ただ、違うところは、やっぱり私としては地域医療を見ていく基本的なものとして支援機構等をやはり大事にした、そういうところに移行していくのがいいのかなと、キーパーソンだけで、その人が例えば何か変化したらそれで急激に変わってしまうようなのはやっぱり危ないかなというふうにも思いますので、現時点はいいですけれども、公的などがきちんと全体を見ていくというシステムに今後はしたほうがいいのではないかという意味では変えていく必要はあるかなとは思いますが、今の新潟県を変えなさいという、そういう提案をしているつもりではないと思います。

○澁谷委員：それはそうだと思いますので、こういうキャリアデザインのモデルを全国に示す場合に、それぞれの都道府県は今自分のところの現状を考えて、このモデルに例えば近づけるとか、あるいはそのいいところを取り入れるということを考えたときに、どういうところがそれぞれにポイントになって改良していったらいいかという、それを知りたかったので、それを示していた

できれば、別に新潟県のことを言っているわけではないです。

○梶井座長：ありがとうございました。先ほど中村委員のほうから、いろいろな人を見ていると、振り返ってみるとキャリアデザインがやっぱりできていた人は満足しているということで、多分、そういうキャリアデザインをつくらう、あるいはだれかが設定したじゃなくて、結果としてできたということかなというふうに思います。そういうことを一つ明確に各県がしていければ、より皆さんのモチベーション、インセンティブにつながっていくんじゃないかということかなというふうに思います。そういう意味では、先ほど来出ていますこのキャリアデザインモデルが全てではなくて、こういうことを参考に各県で取り組んでいただいて明確にお示しいただくということなのかなというふうに思いますが、よろしいでしょうか。

また、お時間をとりたいと思いますけれども、次に、もう一つ大きなご提案がされました。これは第2回目とのおときに三阪委員のほうから出されたこととも相通ずるところがあると思うんですけれども、へき地医療専門医についてのご提案です。これについて皆様のご意見をお願いしたいと思います。澤田委員、どうぞ。

○澤田委員：これまでの臨床研修制度というのは、やはり専門医養成のためのカリキュラムが中心であり、前回の検討会でも発言した通り、総合医やプライマリ・ケアを目指そうとする医師が、どういったカリキュラムに基づいて育成・教育がなされ、どのような形で地域医療の第一線に送り出していくのが重要です。これからの時代は総合医を育てていくためのカリキュラムや派遣のシステムを、これまで以上に発展・充実させていくことが求められる時代になってくると考えています。

海外では、「総合医というものが専門医と同等な社会的認知がある」と言うよりもむしろ、「総合医はまさに専門医の一つである」という国もあるわけです。鈴川先生からご提案いただいた「へき地医療専門医」に対して、私は、ある意味では「総合医として一定の評価を受けた資格・称号」といったようなイメージを抱きました。いわゆるGP（General Practitioner）、ジェネラリスト（総合医）が持つ、生活に密着した医療に対するスペシャリティーに対して、社会的認知や評価を与えるという性格をもった名称であって、現場に関わる者として大変心強く感じました。ただ、ジェネラリストとしては、へき地だけでなく、都市部で開業されている先生方も数多くいるわけで、そのために、あえて「へき地」という名称を付けて対象を限定されている配慮についてもよく分かりました。

今後、へき地で勤務したということが、その医師にとって何らかのインセ

ンティブや社会的な評価につながるようにするためには、名称はどのような形になるかは分かりませんが、「私はG Pです」と堂々と自己紹介ができて、かつG Pに対しても社会的な認知がきちとなされているような、そういう時代になって欲しいと思っています。ですから、こういった形で、鈴木先生からご提案いただいた名称を含めて、G Pに対する一定の評価を込めた名称については、是非これから前向きに推進していただきたいと希望します。

総合医というもののステータスというか位置づけについてですが、どうも日本のこれまでの歴史的背景を見てみますと、「専門医志向もしくは、専門医が総合医に優る」というような位置づけになっているように思います。専門医というのは、大病院で病床数や症例数が多くて、スタッフも充実していて…、そういった施設でなければ専門性は発揮できないと考える医師がほとんどだと思います。このまま専門医の養成を続けていくとすれば、当然ながら医師は都市部に偏在するわけで、結局のところ、この専門医偏重の流れこそが、昨今の医師・診療科の偏在や医療崩壊の原因になっていると思うのです。

現状のままでいくと、へき地も含めて、郡部や地方の医療機関では患者数も少なく、高齢者が多くて、スタッフも不足している…そういったところからは、若い医師がどんどん離れてしまって、都市部の大病院により集中していただけたと思います。ですので、逆に言えばこういったへき地医療専門医のような資格をもつ医師に、何らかのステータスやインセンティブが与えられて、社会的な評価が得られるようになれば、これまでの流れとは逆に、若い医師や学生さんたちがG Pになることを目指していくようになり、医師や診療科の偏在や医師不足も解消されていくのではと考えております。

○梶井座長：ありがとうございました。中村委員、どうぞ。

○中村委員：今、総合医というものが何を指しているのかというのは、何か分かったようで分からないような感じなんです。僕自身が思う分類は4つあります。

1つは北米型ERで、全ての疾患あるいは外傷の初期治療をやるタイプの医師です。それから2番目はジェネラルインターナルメディスン、総合内科医、3番目がファミリーメディスンを行うクリニック型家庭医、4番目が、僕と同じへき地・離島型総合医です。これが恐らく鈴木先生が言われるそのへき地医療専門医と似たようなタイプになると思います。

北米型のER医というのは、確かに総合的に外傷から疾患から初期診療をやるんですが、慢性疾患は余り診ません。総合内科医は、内科ですから外傷とか整形疾患は診ないです。クリニック型の家庭医は、検査手技とか治療手

技は余りこだわらない人が多い傾向にあります。へき地・離島型総合医というのは、全世代にわたる予防から看取りまで全てを扱う意味で本当の総合医だと思います。それを専門医と表現するのか総合医と表現するのか、ここはきっちりやった方がよくて、僕は総合医のほうがいいと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。そのほかいかがでしょうか。三阪先生。

○梶井座長：どうぞ、はい。

○吉新委員：このままでは箔がつかないというか、Prestigeがちょっと低いんじゃないかなと思うんです。中村先生が言われたようなオールラウンドというか、ジェネラリストとして非常にレベルが高いという意味ではいいと思うんですけれども、「へき地」とつくと、やっぱり何か、昔、自治医大でも、へき地というのは差別用語だから「地域」にしようじゃないかという話があったり、やっぱり国の委員会がへき地だからいいんじゃないかという話もあったりしたことがあるんですけれども、一時、正確には覚えていませんけれども、多分、昭和60年ぐらいに「へき地」は差別用語だというのが新聞に載ったようなこともあったと思います。ある意味では、積極的でいいと思うんですけれども、勇猛果敢で結構なんだけれども、ちょっとPrestigeが低いのかなという感じがして、何かほかの大きなジャンルの中の一部という意味ではいいと思うんですけれども、「へき地」という言葉が、ぽんと突出するのは余りよくないんじゃないかなと思います。個人的な意識ですが。

○梶井座長：具体的に何かご提案ありますか。

○吉新委員：僕は先ほどの中村先生のおっしゃった方法でいいと思うんですけれども、先日フィラデルフィアのトーマスジェファーソン大学でGIMを2日ほど見せてもらいましたが。へき地医療とGIMは違うなという感じでした。むしろ西海岸のファミリーメディスンのほうが非常に日本のへき地医療に近いと思います。

ただ、日本の場合、医者が一人でぼつんと、しかも、事務員さんとナースと3人という状況で、アメリカのへき地の施設には3倍、4倍のスタッフがいるので、同じようなへき地でも、ちょっと日本のドクターは非常に孤独で、気の毒だなと思うんです。先ほどのへき地医療支援機構のシステムの中の一部となれば、考え方が変えられると思います。今みたいな単独でクリニックに3人、医者とナースと事務が張りついているというのは早く解除していただければ、Prestigeの高いドクターとしていただけるんだと思うんで