

す。やっぱり「へき地」というといかにもリソースが少ない中で滅私奉公で頑張っているという意味があるんで、ちょっとその辺、総合的に考えるべきだと思います。

○梶井座長：今出ましたのは「へき地」とするか「地域」とするか、はたまた「専門医」とするか「総合医」とするか、こういうようなところでの議論だと思いますけれども、これについていかがでしょうか。畠山委員、どうぞ。

○畠山委員：ちょっと違う視点から、「総合医」あるいは「専門医」、我々の視点から、ちょっと違う視点でお話をさせていただきたいと思います。

私は、この行政に関わる前、製造業に関わっておりまして、今で言うと物づくり産業、そういうところにおりまして、その中でロボットあるいは生産設備の設計をずっとやっておりました。今、日本で、昭和の40年代後半から一気に経済力がついてきた。その中には製造業が占める影響の割合が大きかったと思いますけれども、いろいろ製造業が世界に冠たる位置づけになるというのは、いろいろな要素があると思いますけれども、その中で、今お話を伺っていて、どうも総合医と専門医と何かつながるところがあるなと思って伺っていましたので、それでお話をしたいんですが、日本の製造業が伸びた中で、見えない部分で、製造業の中にPM班、それからBM班というのが大体大手企業さんにはあります。

PMか、あるいはBMかというところもあると思いますけれども、一つはPM、これはPrimary Maintenance、それからBMはBreakdown Maintenanceということで、そういうのが製造業の中でかなり大きな要素を占めております。

PMというのは、私のイメージでは総合医、医療業界の中で言うとPMは総合医、それからBreakdown、BMは専門医、何かそんなイメージで今伺っていたんですけれども、日本にあるいろいろな設備機械、これの寿命を延ばす、これがPM班の大きな役目であります。それから、その生産設備がBreakdownをしたときには、専門的な方々がそのメンテナンスに当たるというのでBreakdownです。

今伺っていて、総合医あるいは専門医というお話がありましたけれども、どちらでも私はいいんだらうと思いますが、まさに地方が今地域医療に求めていますのは総合医。総合医が私どもが最も必要なまさにキーパーソンであります。例えば、先ほどの物づくりでお話をしたのは、PMとBMに携わる技術屋さん、そこには一切違いがございません。ステータスは同じでございます。

私はちょっと医療業界は分かりませんが、どうしても総合医と専門医では

多少その位置づけが違うのかなと思いますが、これは同じレベルである必要があると思いますが、その上には、物づくりでは研究所という別のものがあります。これが、現場で言いますと、これは同じステータス、同じレベルではないかなと思いますが、その辺もへき地医療に関わるドクターの志にはステータスをもう一回、位置づけをきちんと考えている必要があるのかなと思って今伺ったところです。

○梶井座長：製造業のPMとBMという話は確かにおっしゃるとおりだと思います。先ほどはすみません。三阪委員、手を挙げておられましたけれども、いかがでしょう。

○三阪委員：鈴川先生、非常によくまとめていただいております。というのは、以前、私がへき地医療支援機構の専門担当官をやっているときも、同じような形でちょっとこういうのを考えていたことがありまして、こういう感じでディスカッションした記憶がございます。

今、ちょっと専門医とか、そのように議論がちょっと特化していると思います。この前お話ししたんですが、我々が現場で悩んでいるのは、へき地・離島医療、その支援の必要性や担い手がどういう人か周りの医療者が認識できにくい状況が何とかならないかと。それで、医療現場で地域医療であったり地域連携を担う役割を持った医師がいるそういう医師が認識できないというのが非常に問題だと思います。

その延長上で、そういう医師が意欲を持って働くにはというところに、専門医制度とかもあるのだと思うんです。医療者に、どう地域医療、へき地医療というのを認識してもらうかというのが非常に現場で重要だと思っています。

例えば鹿児島県の医療者でも、一体、鹿児島県に保健所が幾つあって、へき地拠点病院というのが幾つあって、あるいはがん診療連携拠点病院というのがどういうところがやって、どのように医者が偏在しているというのは、鹿児島の中で働いている医療者もさっぱり知らないんです。鹿児島県の地域医療検定みたいなのをつくって、地元の医療の問題を認識してもらうことも必要でしょう。まずは地域の医療現場でディスカッションにすら全くなならない状況を打破したい。開業医の先生を含めて、地域に根差して医療をやっている方はいっぱいいらっしゃって、そういう方々を掘り起こしたりとか認識していただくというのがまずは大事、キャリアパスを積んで専門家にならないといけないというよりは、地域にはこういう医療者がいるんですよというのをまずは地域の医療者に認識してもらう仕組みも検討し、その延長上にこの専門医があるような気はしています。

○梶井座長：鈴川委員、いかがでしょうか。

○鈴川委員：ありがとうございます。専門医という名前がいいのか、へき地医がいいのか、これは当然ながら物すごい議論があったところですので、皆さんと全く同じです。

僕は別な言葉をたしか使っていたように思うんですけども、一応、専門医というのが分かりやすいので、ここは専門医にしましたけれども、澤田先生がおっしゃっていたとおりで、やっぱりきちんと患者さんを現場で診てくださる、そういう日本の医療の基本だと実は僕は思うんです。

三阪先生がおっしゃったように、確かに医療者の中で、僕たちの仲間の中でも認識度が低いんです。眼科の専門医には相談するけれども、地域のこういう専門医に相談するということは今のところ大学で余りないんじゃないかと思うんです。そういう意味で、僕たちの意識の改革もしていけないといけない。さっきちょっと言ったのは、国民の意識改革もしていけないんじゃないか、それは、やっぱり地域のお医者さんというのがいかに大事か、日本のセーフティーネットなんじゃないか、そのくらいのことを国としてももっともってほしい。

その上で、こういうへき地医療というんでしょうか、現場で患者さんのためにそこにいていつも働いていらっしゃる、何でも診てくださる、そして、ちゃんと高度医療についても理解があって、いざとなればちゃんと大学病院でも面倒を見れるんだと、そういう流れのちゃんと分かった人がその地域で一番重要な医師であるということを何とか国民の認識に持っていくというのを一方でぜひやりながら、今、先生のおっしゃったとおりで、専門医がいいのか、もう一度また考えないといけないと思いますけれども、何とか医、いいお医者さんという、そういうのが出てくるようなネーミングがあれば、ぜひそれでやっていただきたいなと思っています。

○梶井座長：ありがとうございました。奥野委員、どうぞ。

○奥野委員：専門ということに関してお話をしますと、私は小さな離島に17年おりました、神島というところにおりました、最後のころに使ったのは、私の専門は神島ですという表現を使いました。

つまり、今は、医者としての技量であるとか能力であるとか、そういうものを基本にして総合とかというのを考えているのもあるんですけども、もう少し違う角度として、僕はこの地域を一番知っている医者だよと。日本で一番私はこの地域を知っているから、私の専門はここですというふうなその地域という角度で見えていただくというのも一つの方法かなというふうに思い

ます。ですから、例えば中村先生は、私の専門は名田庄村ですと言っていたくというふうな、割とびったり表現するわけです。

ですから、そういうふうな、自分たちはその地域を一番知っていて、その中身を知っているということは、行政も福祉も介護も医療も住民の人たちの性格も、いろいろなことをみんな含めて一番知っているのが自分だと、だから私の専門はその丸々ですと、それが一つの自分のその総合医といいますか、どういう表現をするか知れませんが、一つの基準になるというふうにも、そういう角度も考えていただきたいなというふうに思います。

○梶井座長：いろいろご議論あろうかと思いますが、基本的には、皆様、こういうような専門医あるいは総合医を認定するということにはご異論なきさそうですので、どういう名称で報告書に盛り込ませていただくかはともかくとして、例えばへき地医療専門医かへき地医療総合医とか、この点に関してはよろしいでしょうか。前野委員、どうぞ。

○前野委員：日本には専門医を標榜する制度は、数多くあります。端から見ると、一般的にいわば、仲間内の顕彰的なものが少なくなく、実際の手技が伴わない形で認定している問題は、指摘されているとおりでと思います。その中で、プライマリケア学会系の3学会が合併して、家庭医の認定制度をスタートさせたことは一つの前進と考えます。そこに、新たに「へき地医療専門医」とか「へき地医療総合医」を認定するのは、果たしていかがなのかなという気もします。

家庭医と、へき地専門医は、専門性において同一ではないかもしれないけれども、大きく変わるものでもないと思います。むしろ両者が包含するような形での在り方で大きくとらえたほうがいいのではないかと。やっとな家庭医ができたばかりで、まだまだ試行段階にあります。そこに意見を述べ、へき地医療の要素を加味する形で模索できないものでしょうか。その方が専門医としてのステータスも高まるのではないかと、患者サイドからしても、小規模な専門医がたくさん混在しては認知できず、それぞれが標榜しても何が何だか分からないという感じになりはしないかなという危惧を感じます。

○梶井座長：ありがとうございます。今の前野委員のご意見も非常に大切な視点であろうというふうに思います。いずれにしても、こういうことをやはり検討は行っていくということが必要かと思いますが、よろしいでしょうか。

非常に大切な議論だったと思います。

あと、その専門医あるいは認定医の認定について、幾つかの方法を5つ、

AからEまでお示ししていただいていますけれども、これも、ここでいずれかということを決められるものではないと思いますので、こういうことを含めて検討ということによろしいでしょうか。よろしいでしょうか。鈴川委員、どうでしょう。この報告書にどういう形で盛り込むかという問題もありましようけれども、その点についてはどういうふうにお考えでしょうか。

○鈴川委員：方向性だけ、少なくとも。名前はともかく。それから、もちろん3学会の話も、これも当然議論したわけですから、私たち、いろいろな意見が出た。でも、今、前野先生がおっしゃったのも当然頭にはありながら、でもというようなところで出てきたところでもありますので、方向性として何かつくる、もし皆さんが本当に3学会のでびったりいくよということであれば、それはそれでいいと思いますけれども、梶井先生含め、皆さんのご意見を併せて、でも、やはり何か欲しいなというのは、研究班の中で皆さんが、やはりあるべきじゃないのかというふうには言っていた意見ですので、何らかの形で実現したいなと思っております。

○梶井座長：そうしますと、この件に関しましては設置の方向で検討を行うということによろしいでしょうか。

○吉新委員：それは、これがないとへき地に行けないというのではなくて、むしろ称号みたいな形で終わったらただけという感じなんですか、へき地の一定期間勤務が条件となる。

○梶井座長：そうだと思います。

○吉新委員：そうですよね。ですから、一定期間が終わったら専門医と称されるという認識で、その前の部分は3学会の認定を持っている方がへき地に一定期間行って、帰ってきたときに専門医になるという話によろしいですか。

○鈴川委員：その前が3学会で行くかどうかはちょっとまたよく知りませんが、卒業したら認定しちゃうとか、そんな話を考えているわけではないですし、もちろんいろいろな考え方はあるだろうというふうに思いますけれども……

○吉新委員：この委員会として結論づけた場合に、ある程度の具体的なことは問われると思うんですね。今日初めてへき地医療専門医という表現を見たので、これはいいとか悪いとかという議論よりも、少し慎重になられたほうがいい

んじゃないかなと思う。これがないと何かいけないみたいなことになっちゃうとまた問題だと思いますし、国民の人たちが納得してもらえる、みんなが分かりやすいというようなことであればいいんですけども、排他的になるようなことでは決していけないと思いますし。

○鈴川委員：それはもちろん吉新先生おっしゃったとおりだと思いますし、私のイメージでは、それをどう決めるかは別として、ある程度のへき地勤務もした後で、ある程度のちゃんと知識等があることがどこかで認定された上で、かつ、勤務の経験があるということをもって認定されるべきだろうというふうに思っております。

○梶井座長：内田委員、どうぞ。

○内田委員：私も前野委員や吉新先生のご意見にかなり近いという認識ですが、この専門医制度というのは、日本の制度自体がかなり整理されていないところがあって、幾つかの側面があるというふうに思っています。

その中で最も重要なのは、質の担保と申しますか、レベルを上げるというところが本来の目的とするところではないかというふうに思っていますが、日本でしばしばあるのは、学会の認定医、専門医を増やしていくというところで、社会的な背景は余り配慮しないで、それはその学会の先生方のステータスになるとか、あるいは処遇の改善につながるのか、そういうふうなことも今後の方向性としては出てくるのかもしれないというふうに思っていますが、一番原点は、やはりその質の担保をすることと患者、市民に分かりやすい制度でなければいけないというところを感じます。

そこで、今日の委員会も、この検討会の委員の先生方のメンバーは、ほとんどがへき地医療に現場で従事されている先生方が関わっていらっしゃる。その意見が非常に前面に出てくるという背景も考えますと、ここでそのへき地医療専門医というものを果たしてつくっても、それが本当にうまく機能するのか、理解いただけるのかという危惧はあります。先ほど前野委員もおっしゃったような専門医の制度が非常に乱立している中で、国民に理解いただけるのかなというところもありますし、実際に、そのへき地で診療に従事されている方が、その資格がなくて従事されているケースが、今の鈴川先生のお話だとあり得るわけで、そういう場合の住民たちの理解というのはどうなるんだろうという気もちよっとならないでもないですし、その辺の整理、方向性としてこれを本当にこの委員会として報告書に盛り込むという方向性については、もう一度お考えいただいたほうがいいのかなど。あるいは、両論併記にするのかなと、そういう留意点もあるんだよというようなことを併記し

ていただくか、そういうところがちょっとあったほうがいいのかなど。

○梶井座長：なかなかこれは、どちらという、現時点では結論が出ないかもしれませんが、すみません、最後にもう一度皆様にご意見をお聞きしたいと思えます。

というところで、その間にまたほかの議論もしながら、このことを考えていただきながら、最後にもう一度議論したいと思えます。よろしゅうございませうでしょうか。

時間がちょっと押してきておりますけれども、次の澤田委員のへき地拠点病院の在り方に移らせていただきたいと思えます。澤田委員にご発表いただきまして、皆様の中でご議論していただき、その後、少し休憩をいたしたいと思えます。それでは、澤田委員、お願いします。

○澤田委員：それでは、資料4をご覧ください。これまでの計画では、へき地医療拠点病院の指定を受けていても、実際に代診とか医師派遣等のへき地医療支援実績がない、または、ほとんど実績がないという医療機関もあって、このまま今の指定要件をずっと続けていくというのはいかがなものかと考えました。しかしながら、現実問題として、これらの医療機関では地域医療を担う医師不足が顕著になっており、医師を派遣するどころか、自らの医療機能を維持するだけで精いっぱい状況であるという現実があります。

これらの医療機関に求められる医師としては、保健福祉分野をも視野に入れて、幅広く診療ができる病院G Pや診療所G Pをどのように育成・教育していくかは、今後の地域医療における医師確保の観点からも大変重要な課題だと思えます。

私は、次期計画の中で、へき地医療拠点病院というものをG Pの育成・教育のコア施設として位置づけるべきではないかと考えています。将来的に医学生や研修医が総合医を目指すためには、へき地医療拠点病院で一定の研修を積むことが必要十分条件になるぐらいの社会的認知・評価を持った指定要件になることを目標にできればと思えます。

その「指定要件の見直し」についてですが、IとIIというふうに2つの指定に大きく分類します。Iについては、原則的に医師の派遣実績がまずあること、もう一つはG P、総合医の育成・教育の機能を有すること、これを条件に付加します。そして、このIに関しては、更に地域性や病床規模によって3群に分類をします。

IIを設定したのは、Iの指定要件には必ずしも当てはまらないが、都道府県として、やはり従来どおり、拠点病院として指定したいというところは多分にあると思えます。逆に、これを契機に、拠点病院の看板を外したいと言

われても困りますので、やはり現行の運営費補助金等のメリットだけでも残したいというところには、Ⅱ指定を残しておくようにします。これは都道府県の考え方次第となりますが、こちらは実績というよりも、従来どおり、その肩書とか補助金を中心であるものをⅡに区分するということです。

先にも述べましたが、専門医教育というのは、やはり大病院とか大学病院といった病床規模や症例数、診療科数が必要であり、これらの病院が中心になるのは皆さんも納得のところだと思います。では、GPを育てるところというのは大病院なのかと聞かれた場合に、実際はそうではないのでは・・と考えています。私は、GPを今後どういうふうに育てていくかを考えた場合に、こういったへき地医療拠点病院をGP教育のコアとして位置づけし、しかも、このⅠの指定を受けたところにはそれ相応のメリットが与えられるということが大事ではないかと思えます。このメリットについては後述します。

従来までの指定要件では、500床以上の病院から30床規模の病院まで十把一からげで、「同じ指定要件で全てを認定する」こと自体に、かなり無理があったのではないかと考えております。例えば、500床規模の病院だとプログラムをつくるような病院であり、そこは管理型臨床研修病院の指定を受けるところなのですが、200床前後だと研修協力病院であったり、30床規模の病院であれば研修協力施設であったりと様々です。

続いて、メリットについてですが、このⅠ指定を受けることに対しては、あくまで案としてですが、やはり何といたっても大きいのが診療報酬上のメリット、評価を是非検討して欲しいということがあります。例えば、臨床研修指定病院とか地域医療指定病院であれば入院診療加算というものが認められています。私が例として書いたのは、そのへき地診療所等から紹介された患者を拠点病院の医師が診察すると加算があるなどといった形で、もう少し手厚いメリットがあればと考えます。

もう一つは、やはり国としてGPの育成・教育に適した医療機関であるということが明確になるようアピールをいただく、または、そういう位置づけとして医療計画等で明示していくことも大切だと思います。そういうことで地域出身の学生が、将来地域医療を目指したい、へき地医療をやりたいなどと希望するときに、これらの病院に安心して飛び込んでいけるようになると思います。それが鈴川先生の提案されたキャリアパスのイメージにもつながっていくのだと考えます。ですが、現実問題としては、これらのコアとなるべき病院が、いま本当に足腰の弱い病院になっているわけです。ですから、こういった病院に対しては、国としても是非とも手厚い支援をお願いしたいと希望します。

もう一つは、指定取得を推進させるために、指導医の給与を補助するとか

の案も挙げております。ただ、その指導医については、病院が適当に認定するということになると思いますので、指導医の指定にも一定の基準を設ける必要があると思っております。

より有利な運営費補助金をということ、へき地支援実績があつて、総合医教育をしっかりやっているということが実績としてあれば、補助額も大きくなるということはやはり必要だと考えます。この他にも臨床研修関連での補助金もありますから、これについても、Iの指定を持っているということで、よりインセンティブが与えられるようにして欲しいと思います。

また、病院の中でGPとして勤務する医師が、日常診療や日常業務をストップして代診に行くわけで、診療所で代診をして帰ると、病院では自分の業務がそのまま残っていることがほとんどです。そういったことに対しても、一定のインセンティブが与えられるように配慮をお願いしたいと思います。例えばですが、医療機関が別途そういうものに手当などを支給していれば、それに対して補助金による手当てがなされるといったような形でもよいのではないのでしょうか。また、医師を派遣する病院に対しても医師を1人不在にするわけですから、それなりの休業補償についても検討されるべきだと考えます。

最後になりますが、この指定要件の見直しは、あくまでも地域の医療機関にとってそれ相応のメリットがないと話になりません。これがまず大前提となります。より魅力的なものにするため、指定によるメリットについては、引き続き更なる検討を要すると思います。また、病院規模や地域性によって3群に類別された各々の指定要件に関して、医師派遣実績、GP（総合医）の育成・教育機能以外にも様々な条件があると思います。そういった条件について、どのようなものを付加していくかについても、これから詳細に検討していくべきだと考えております。以上です。

○梶井座長：貴重なご提案ありがとうございました。この点について、何かご意見ございますでしょうか。吉新委員、どうぞ。

○吉新委員：たぶん、へき地中核病院は年間130回の無医地区の巡回診療をやると、補助金と一定の施設整備ですとか、あと、医師とナースの人件費などの経費が出るという仕組みです。それと、第8次のときに、代診を出すかわりに医者を出しましょうというへき地医療支援病院ができて、これは第9次のときに、へき地中核病院、無医地区と、あと、へき地に代診を出す拠点病院というのをまとめて、へき地医療拠点病院群ができました。

ですから、へき地医療支援病院とへき地中核病院を一体にしたのがへき地医療拠点病院群で、活動内容によって補助しましょうということになりました。

た。ですから、今、澤田先生がおっしゃたことは、8次、9次、10次というつながりから来ると、わかりにくい。病院群をひとつにまとめられましたが澤田先生、その辺は意識されて書いたんでしょうか。

○澤田委員：一応そういった意味で、あまり一変に指定基準を変更してしまうと混乱は避けられないと思うので、やはり従来までの指定基準もやはりⅡという指定で残しておくことにしています。でも、これまでと明らかに違う点は、支援実績があるだけではなく、総合医教育の実績というものを入れたところがポイントとなっています。特にⅠ指定については、それ相応のメリット、従来以上のメリットが得られるようにしたいと考えております。

○吉新委員：アメリカでは標準的なレジデント教育を行っているかどうかプログラムをチェックするところがあって、例えば、条件を満たしていないと研修病院の指定を外されたりすると聞いています。だから、ちゃんとしたスタンダードを守っていればいいと思いますが、それだけでも大変な作業だと思うんですけども、きちんとレジデント教育を行っているかどうかというのをどういうふうに判定されるんですか。

○澤田委員：判定については、「地域保健・医療」研修でのへき地医療機関への研修医派遣実績や受け入れ実績などで評価することなどを検討しています。私は、この検討会で、へき地医療拠点病院の担う役割として総合医教育を位置づけることは重要だと考えておまして、生活を支えていく医療に携わることの多い地域の病院で総合医を育てるためのカリキュラムなどが標準化され、こういった教育の重要性を勘案して、各都道府県の次期医療計画のなかで、拠点病院を充実させようという動きにつながっていけばいいなと考えています。

○吉新委員：いいなということは僕も分かるんですけども、補助金と表裏一体なので、運用が難しい。あと、研修の認定の部分で、非常にレベルの高い、関心の高い病院はやると思うんですけども、右へ倣えして、二次中核病院ごとに、二次医療圏ごとに全部これができちゃって本当にいいのかなど。要するに、条件だけ満たせばもらうことができる。だから、一生懸命やっているところもそうでないところも同じになっちゃうようなことであれば、問題ではないかと思えます。

○澤田委員：ご指摘の通りで、各都道府県の医療対策協議会とか、へき地医療支援機構とかが関与する形で、Ⅰの認定に関してはしっかりとした指定基準と

いうものを各都道府県で設定しておく必要があると思います。手を挙げた病院に対して、全てがIとして認定されるわけにはいきません。そのためにも支援機構などが各都道府県の担当者としっかり連携して、大学とか医師会なども巻き込んで支援実績や教育に関する評価をきちんとやれるようにしていく必要があると思います。しかも、以前の検討会において、その実績一覧を見たときに、拠点病院としてほとんどへき地医療支援の機能を果たしてないような病院にも同等の補助金が交付されているということに、私は疑問を感じました。

やはりその実績というものを一つはきちんと評価していく必要があるということが一つ、もう一つはGP教育ということで、私自身は大学病院とか500床以上の病床規模の病院、ここで言うIcに相当する病院では、本来はGP教育をおこなうのは難しいのではないかと考えます。ですので、より住民に身近で生活の見える医療、地域包括ケアなどを実践できる病院こそがGPの教育機関となるべきで、今の日本において、そのコアになれる病院群としては、やはりへき地医療拠点病院が最も適していると考えます。そのためにも、ご提案したI指定については、これまで以上にメリットのあるものにしていかないと、今までの10次までとほとんど流れが変わっていかないのでは…というのが私の考えです。

○梶井座長：評価についてはもう以前から出ていますけれども、きちっとやっばり評価していかなければならないだろうと。しかも、全国的に皆さんが一堂に会した上で実績報告等を行いながらお互いに評価していくというような意見も出ていまして、そういうようなことも盛り込まれると思いますけれども、吉新委員、いかがでしょうか、今の澤田委員のご説明については。

○吉新委員：精神的には分かるんですけども、本当にそのCriteriaを満たしているかどうかという作業は膨大で、今、先生がおっしゃったように、医師会や大学と相談すればいいといいますが、本当にできるのか心配です。先ほど、地域なり国民が、へき地医療のことというのは余り詳しくないと話がありましたが、その大学だとか県の医師会とか、へき地医療を巡る各論はご存じないと思うんです。そういうところで二次医療圏全てに同じように、補助金なり交付金が出てしまう。簡単に物事が進むのは危険だなと僕は思いますけれども。

○梶井座長：少なくとも、これは拠点病院に関しての見直しというのは必要なように思うんですけども、その際にどういう方向で見直していくかということでしょうね。

○吉新委員：やはり無医地区の巡回診療ですと、常勤の医師がいない出張診療所とか、幾つかのへき地医療で優先順位の高い事業があると思うんです。ですから、もちろん離島の診療所ですとか、遠隔地公共交通機関のほとんど恩恵に浴することができない山間へき地だとか、そういったところに中核病院、拠点病院から巡回診療するとか、事業ごとに細かな基準でやってもらいたいなどと思います。

今までは、補助金の形式を満たせばよいという意味で悪用みたいなところがあったと聞いています。貴重な補助金を一生懸命やったところにきちんと届くような仕組みを本当につくれるのかいなという思いがありまして、ですから、ハードルはしっかり、評価できるような仕組みをつくらないと、みんな悪平等で共倒れしてしまいます。現在の仕組みがいいのかどうかということも含めて検討しないといけないと思います。

○梶井座長：ありがとうございます。以前から、全国的な組織といったのは、へき地医療支援機構が一堂に会してということでもありますけれども、評価を含めて、へき地医療拠点病院の評価及び見直しを行うということによろしいでしょうか。いかがでしょうか。内田委員、どうぞ。

○内田委員：私はその意見でよろしいと思うんですけれども、ちょっと先生方にお聞きしたいんですけれども、直近の医療従事者実態調査では、この2年間で8,000人強増えて、3.3%ぐらい増えているという話ですよ。ただ、特に先生方の現場では、医者が増えているという実感はまず全くないだろうという印象を持っています。

その一番大きな原因は、この中で議論されているまさにその課題だというふうに思うんですが、キャリアパスがしっかりできていないとか、あるいはその処遇の問題であるとか、いろいろあるんだと思うんですが、やはり私は診療報酬で手当しても到底間に合わないような、医療機関の体力がないというところも非常に大きいんじゃないかというふうに思っています。

そこは補助金と診療報酬との兼ね合いで、特にこういう社会的な医療、政策的な医療に関しては、きちっとした評価の上で、きちっと補助金をつけるという明らかな方向性が出されないと、なかなかいい医療をあまねく提供するという体制はできていかないというふうに感じているんですけれども。

○梶井座長：ありがとうございました。補助金がつくということは、評価もきちりやっていくということにもつながりますね、先生。ということで、見直し、評価、それから補助金の問題、これを……。はい、どうぞ。