

## 奈良県地域医療等対策協議会 第3回へき地医療部会

午後3時03分～5時03分

**事務局** : それでは、定刻となりましたので、ただいまから「奈良県地域医療等対策協議会 第3回へき地医療部会」を開催させていただきます。

皆様方におかれましては、大変お忙しいところを本日の会議に御出席をいただきまして、どうもありがとうございます。本日、司会をさせていただきます杉本と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、まずお手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。

まず、会議次第、それから配席図、そしてメンバー表、それと資料ということで、奈良県地域医療等対策協議会第3回へき地医療部会資料と書かれたものと、もう一つは、同じく武田委員提出資料と書かれています、この資料があると思います。それから人によって置いている方、置いていない方があると思うんですけども、別の封筒にえんぴつで名前を書かせていただいていると思うのですが、非常に遅くなって申しわけございませんでした。中身はこれも人によって違うんですけども、委嘱状とそれから旅費の請求書ですね、1回、2回も含めた旅費の請求書、そしてあと口座振替申出書、そういったものが入っているかと思います。それと返信用の封筒を入れさせていただいておりますので、またお帰りになられたら、所定事項を記入、押印のうえ御返送をお願いします。もし不明な点がありましたら、私どもの方に聞いていただいたら、また説明させていただきますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

特に何かございませんでしょうか、資料に関しまして。

それでは、改めまして、本会議は、公開となっておりますので御協力をお願いいたします。また傍聴される方につきましては、さきにお渡しいたしました注意事項をお守りいただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、議事録は公開とさせていただいており、また県のホームページに掲載させていただきますので、マイクの方を使用して、しゃべっていただくようよろしくお願いいたします。

続きまして、委員の紹介に移りますが、今回は3回目ということで、今回初めて出席される委員の方のみを紹介させていただきます。

県立五條病院の院長であります松本委員でございます。

**松本委員** : 松本でございます。

**事務局** : 今回初めて出席される委員は以上でございます。

また、今回もオブザーバーといたしまして、県立医科大学の藤本先生に御参加をいただいておりますので、御紹介をさせていただきます。

それでは、議事の方に入りますので、中村部会長、よろしくお願いいたします。

**中村部会長** : お疲れさまです。中村です。よろしくお願いいたします。

今回第3回ということで、第2回までさせていただきました、へき地医療部会のメインテーマといいますか、大事なことといたしまして、やはりどの会でも同じか

もわかりませんが、医師確保というのが一番大事である。特に、へき地及びへき地に準ずるところの病院、もしくは診療所に行っていただく医者を何とかしようということで、それが大きなテーマであるということになりました。

今回は、山間地域における医療、医者の方の常久体制の構築ということで、二つのことを提案させてもらいたいと思っています。一つは、私が前から言っていますように、後期研修医、初期研修が終わった後期研修医を何らかの形で奈良県のへき地医療、地域医療に入ってもらえるような入り口としての後期研修プログラムをつくりたい。それを一つ提案させてもらいたい。

そして、そこを卒業、もしくはその後期研修プログラムをやっている医者たちをサポートし、その後も定住してもらうためには、村・県並びに各方々の御協力が必要だろうということで、そういう方々の御協力を得るためには、やはり何らかの協議会といいますか、検討会が必要だろうということで、一つの協議会の設置について考えさせてもらいました。

この2点につきまして、本日は提案という形をさせていただきたいと思っております。その前に、資料につけてますように、第1回の試みとして十津川村で行いました「星降る夕べに医療を語る会」ということで、なるべく地域医療、へき地医療に興味を持ってもらおうではないかということで、奈良医大の学生さんと、自治医大の学生さん、並びに他のところでお医者さんをしてこられた方も少数来ていただき、集まっていたきまして、へき地医療、地域医療とはどういうものかということに興味を持ってもらうための会を開きました。その会の報告をさせてもらいまして、その次に2点について御提案という形にさせていただきたいと思っております。

まず事務局の方から、十津川で行われた「星降る夕べの会」の報告並びに感想と申しますか、参加者にアンケートをとっておりますので、そのまとめについてもお話をしてもらいます。よろしくお願ひします。

**事務局** : それでは、説明させていただきます。十津川村で実施いたしました地域医療ワークショップ「星降る夕べに医療を語る」につきまして、内容の報告とアンケート結果の報告の方をさせていただきます。奈良県地域医療等対策協議会第3回へき地医療部会の資料をめぐっていただけますでしょうか。それを1枚めぐっていただいて、1ページのところですね。そちらの方から説明をさせていただきます。

地域ワークショップワークショップ「星降る夕べに医療を語る」ということで、これは平成20年8月29日の金曜日と30日の土曜日にかけて、十津川村で実施させていただきました。役場の住民ホールと、一乃湯ホテルという隣接するホテルがございまして、そちらで実施いたしました。

次第に従いましていきますと講演がございまして、まず最初に吉岡奈良県立医科大学の理事長で、地域医療等対策協議会の副会長のごあいさつをいただいた後、伊関先生の方からワークショップ「星降る奈良で医療を考える」ということで、御講演いただいた後、グループ討議という形で実施いたしました。医学生、医療関係者、それから役場の職員の方、こういった方が一つのグループになって、御討議、意見交換いただいたということでございます。

そして二つ目が、講演で「魅力ある奈良県のへき地医療研修プログラムを目指し

て」ということで、中村部会長の方から今後五條病院でやっていこうとされている研修の内容等につきまして御講演いただきました。そしてその後に、当初予定にはなかったんですけども、特別発言という形で、県立医科大学の藤本先生の方から、奈良県立医科大学の地域基盤型医療教育の取り組みとしまして、医大の教育カリキュラムにおける今後の取り組み等についての説明をいただきました。そして、休憩を挟みまして、荒井知事に途中参加であいさつをいただいた後に、講演のメインとなります佐久総合病院名誉院長の松島先生、地域医療に非常に熱心に取り組んでこられた方ではありますが、この方の「地域における保健・医療・福祉のネットワークづくり」ということで、御講演をいただきました。

そして、交流会、場所を変えまして、ホテルの方に移りまして、交流会1ということで、これは全員一堂に会しまして、荒井知事や吉岡学長なども入っていただいて、交流会を実施いたしました。この中では、各役場の方に村の紹介等をいただきました。この中で村の医療の状況なども紹介いただきました。そして、ここで一たん中締めをした後、交流会2ということで、それぞれ三々五々に分かれ、それぞれで医療を語っていただいた。また、医学生については、ディベート大会といったイベントを実施させていただきました。そして、翌日はバス、またはそれぞれの自家用車で帰っていただきました。

2ページをごらんいただきますでしょうか。

こちらは、実施体制ということで、今回は新たな試みで県とへき地の市町村、それからへき地医療拠点病院等が合同で実施いたしました。県は奈良県、へき地市町村は五條市、宇陀市、山添村、曾爾村、御杖村、黒滝村、天川村、野迫川村、上北山村、下北山村、川上村、吉野町が参加いただきました。下市町と東吉野村は今回は不参加でございました。それから、へき地医療拠点病院等ということで、県立五條病院、市立奈良病院、町立大淀病院、宇陀市立病院、県立奈良病院、吉野町国保吉野病院、これらで実施するというので、それぞれ費用負担もいただいております。県は講師謝礼の20万円、各村、拠点病院は各10万円ですね、町とへき地拠点病院が重なるところについては、一緒に10万円ということにさせていただき、合計200万円程度を集めさせていただいて、事業を実施いたしました。

そして参加者ですが、合計102名が参加いただきました。一般参加者ということで、これは招待させていただいた方ですね、その方が合計45名おりまして、医学生が32名、研修医が4名、へき地診療所等の医師が9名ですね。このうち医学生32名なんですけれども、ほとんどが奈良医大の学生で、奈良医大の学生が28名、そして自治医大の学生が3名と、それ以外では近大の医学部の方が1名という状況でございます。そして主催者側ということで、市町村の職員、それから拠点病院の関係者、そして奈良県関係職員ということです。そしてその他視察等ということで、県会議員の先生などか視察に来られまして、合計すると67名です。この方達については全員参加費を別途いただいております。合計102名、こういう形で実施させていただきました。

それでは、続いてアンケート調査結果の方に移らせていただきます。3ページをお願いいたします。

全部で102名参加いただいて、回収は34人ということで非常に少ないという状況ですが、当日、雨が降ったりとか、一部の講演の方がかなり押しやりして、我々スタッフも手薄になりまして、回収が余り思わしくなかったんですけども、34名の方から回答をいただいております。それぞれの内容につきまして、説明いたします。まず、このワークショップを何で知ったかということで、1番多かったのは大学、そして知人ですね、あとは協議会で知ったとか、市町村の担当者会議で知ったというような状況です。それから満足度ですけども、会場については満足が11名、やや満足が17人、開催時期については満足が18人、やや満足が11人ということで、次に伊関先生の講演、それから中村先生の講演、そして松島先生の講演、それからへき地医療についての理解度、職員の対応等について、おおむねほぼ満足したというような回答を得られております。

次に、このイベントで大切と思われるものは何かということで、やはり一番重要なのは、講演内容であると。続いて会場の地域設定、そして出演者といった順になっております。総合的な感想も先ほどの満足度と同じように、ほとんどの方がやや満足以上の状況でございます。次回お越しになりたいと思うかというところでは、来るが8名、多分来るが17人、多分来ないが5人という状況でございました。

4ページをお願いいたします。

続きまして今後医療関係でどのような方の講演を聞きたいかということですが、一番多かったのは現時点でへき地医療を実際に行っている医師の話を知りたいという方が7名おられました。具体的には色平先生のお名前があがっておりました。また、へき地の医療の大変さを知りたいとか、へき地医師の一日のスケジュールを知りたい、こういったこと書かれておりました。そのほか住民側の意見ですとか、医療従事者、行政・住民の対談、こういったものが挙げられておりました。

続きまして、へき地医療に興味を持ったか、これは持ったという方が22人でかなり多いというふうに思っております。そして、その他お気づきの点についてということで、2日目に施設見学をすればよいとか、グループ討議がちょっと時間がなかったと、そういったような御意見をいただきました。

問題点が一つあるんですけども、周知がちょっと徹底できていなかったというのがあって、もっと多くの大学に宣伝すれば、多くの学生に興味を持ってもらえるはずであるなどといった意見もございました。記入者の年齢は、こちらのとおりです。男女比率、それからお住まいはここに書いておりです。それと5ページ、6ページについては、このアンケートの調査用紙を載せております。

このワークショップは、我々県といたしましては、成功したと、このように考えております。ただ、全く反省点がないわけではなく、反省点といたしましては、まず準備不足ということが挙げられるかと思っております。そのため、周知がちょっと不足しておりまして、医学生については奈良医大の方がほとんどで、他大学の方を集められるような周知をするべきであったのではないかと。あと市町村の方の巻き込み方として、市町村の方の出番というか、そのあたりがうまくできなかったのではないかと思います。それから、急にやるということで負担金の問題ですね、病院の方、それから市町村の方に迷惑をかけたということで、こういったことも反省点として

あげられます。今後につきましては、年度内にもう1回ぐらいできれば、我々スタッフかなり手薄でそこまで手が回らないところもあるんですけども、できれば実施したい。また、少なくとも毎年夏ごろにはこういうイベントをやりたいということを思っております。

以上でございます。またこれにつきましては、皆様の御意見もいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

**中村部会長：** 以上が報告ですが、この種のイベントというのは、1回やっておしまいというのは余り意味がないので、継続することに意味があるわけですが、継続するにしても、皆さん思っておられるように、反省と総括があって次があるわけで、総括としては、主催者側としては成功であったと、おおむね。次回もやりたいと思っているということです。継続することに御異議のある方はいらっしゃらないと思うんですが、ただどの点をもって成功といい、どの点をもって継続というふうに言っているのか、杉本さん、どういうことで成功というふうな面でしょうか。

**事務局：** 地域医療について、学生の方々にも理解いただけたということ、それとアンケート結果からも非常に満足度が高いというような状況の結果も出ていますし、一番初めのとっかかりにしては成功ではないかというふうに考えております。

**中村部会長：** 御意見伺いますが、今の言っていることは、準備不足、宣伝不足であったけれども、来てくれた人は満足して帰ったようですというので成功だったということです。

**武末委員：** 役所的に数値目標とかで考えるとすると、成功の基準の一つのアウトプットは参加者がちゃんと来てくれるかどうかということだと思います。そういう意味では、短い期間ながら、参加者はきちんと集まったのかなというふうに思っております。ただ、会の目的はあくまでも地域医療に関心を持っていただく、そういう中間目標もありますけれども、最終目標はこの会に参加することで、地域医療に従事していただく方が出るということが最終的なアウトカムでございまして、その二つ、どこのプロセスをもってエンドポイントとするかというのは、いろいろあるかと思いますが、最終的には、この会に出ることで地域医療に関心のある方がほかの日本のどこでもない奈良に来ていただくということをもって、成功の基準とするのが適当ではないかというふうに考えてございまして、その評価については、まだ今後やっていけないといけないことだと思いますが、一番手前のプロセスである参加者がきちんと集まったところでは、参加者は集まりました。会を持ったことで、関心を持っていただいたという2番目のプロセスにおいては、持っていただいたのではないかなというふうに考えております。

また、この評価についても、今後どうしていくかということは、御意見を賜りたいと思っておりますけれども、現時点では、やった側としては、このように考えております。ただ、今回まだちょっと全然私ども呼びかけながら、全然評価やフィードバックをいただけてないのは、自治体の方々ですね、今回は県と自治体が一体となってこの会をやりましょうという形で呼びかけまして、具体的にはその心があって、形として費用負担をいただきたいということがあったんですけども、本当にその自治体の担当者の方が、この会をどういうふうにごらんになっていただいたのかというところを、ちょっとまだ時間的にできておりませんが、今後自治体の参加された

方及びこの担当者には、今回の十津川の評価というのは、何かの形でとっていきたいと思っております。

以上でございます。

中村部会長： この場にも参加して下さった方が何人もいらっしゃると思うんですが、國松先生、どうですか。

國松委員： 私の一番思ったことは、十津川村の村長さんや向こうの役場の方が、こういう会を開いていただいて、本当にうれしかったと。こういうことで、我々の現状というのを知っていただいたということで、非常に感激しておられたということが、すごく印象に残りました。これだけ喜んでいただけたんだなど。そういう意味ではほかの市町村でもやっぱり自分らの思いとか伝わっていないんじゃないかなという感じじゃないかなと思いました。

以上です。

中村部会長： はい、ありがとうございます。ほかの方で、このことについて、御発言ございませんか。

では、今年中にもう一回開くかどうかと、ちょっと今決める必要はないと思いますので決めませんが、継続して開くことの意味はあると思いますので、継続して開くということに御異議はございませんか。

では、今年中に開くというのは、ちょっとしんどいと思うんですけども、個人的意見を申し上げたんですが、来年度以降も継続して、開いていくということの一つ決めておきたいと思います。これは予算措置も含めて、やはり参加者の方、もちろん協賛金をとったということもありますが、県の方、医大以外の方からもお金をいただいておりますので、結構しんどい。予算措置も含めて、ぜひ頑張ってもらいたいと思います。来年度以降ですけれども。

それからもう一つ、市町村の参加の仕方が問題だということですが、そのとおりでと思います。この会は、医学生に対してのもので、医学生も余りわかってないので、医者のことを聞きたいということなんですが、私たちは、例えば十津川村や黒滝村等々がこれだけのことを考えて、これだけの医療をやろうとしている。ぜひ来てくれというような御発言があることを期待するわけです。是非、次の会では村からの発表といえますか、うちの村ではこんないいことをしているので、是非来てくれというような御発言を期待したいと、私は思っているのですが、構いませんか。なければ、そういう意味でお金の協賛も当然ではありますが、今次長さんがおっしゃられたように、村からのアピールというのを、ただ飲み会の席でいつでも来年遊びに来てくださいというアピールではなく、是非うちの村の医療のことをアピールしていただきたいなと思っています。

では、「星降る夕べの会」につきましての議論はこれで終わらせていただきたいと思っております。よろしいですか。

では、続きまして、今回の本題でございます二つの点について進めさせていただきます。

二つの点、もう一度繰り返します。第1点は、奈良県のへき地医療並びに地域医療に医者を集めるための入り口としての後期研修プログラムを何とかつくっていき

たいということです。でき得れば早目に。これは、私も言っていますし、吉本先生も言われましたし、奈良医大の先生も言われましたが、奈良医大の学生さんですら、へき地医療、地域医療に興味を持たれても、奈良県内に残る術が今はない。残ってもどういう道に進んだらいいのかわからないというのが現状です。それをなくすために、入り口としての後期研修プログラム、へき地医療、地域医療だけではないのですが、作っていききたいというのが第1点。

第2点は、そういうものをサポートするためには、医者だけではなく、大学だけではなく、県だけではなく、行政等々も含めました、行政といいますのは、へき地市町村ということですが、へき地市町村も含めましたところが集まった協議会等がありましたら、そこが運営する必要があるのではないかとということで、第2点目の提案とさせていただきます。

では、まず第1点目の後期研修プログラムというのをお話しさせていただきます。私の方から話させていただきます。

申しわけないですが、パワーポイントにさせていただきました。理由は、これはあくまでもまだ案でございます、公表して世間に知らしめる段階になっておりません。理由は、私どもの五條病院ではこれでやっておりますし、来年もこれでやろうと思っているんですが、繰り返しますが、この場でオーソライズされたわけでもありませんので、オーソライズされた上で、発表したいと考えています。この会は公開されますので、紙で出しますと、ホームページ上でも発表されてしまいますので、ちょっとそこまでいっていないので、パワーポイントの発表ということにさせていただきます。

五條病院が考える良き臨床医を目指す医師のための研修ということですが、これは先ほど奈良県の自治医大の後期研修でやっているところ、1年間、五條でやっている後期研修と同じことで、この白字のところは、2年間の臨床研修ですけれども、これはどこで受けてもらっても構わないんですが、へき地診療所等の研修を目途とした心構えで行うということで問題ない。1年間を五條病院、内科を中心とした総合的研修でへき地に備える。2年間を複数医師勤務でのへき地診療所で研修します。

これは総合医家庭医開業医コースと書いてありますけれども、いわゆる将来総合医、家庭医、もしくは開業医になりたいと思っている方は、こういうコースでどうかという考え方です。その後の2年間を志望する専門診療を中心に、病院で研修。それで2年間へき地に出る。こういう形にしたのは、後でお話しします。

これは、同じく専門医、今度はER型救急医等のための基礎コースと名前づけましたが、2年間の臨床研修は同じです。1年間は五條病院で、2年間はへき地でやってもらうと。こういう短期コースにしまして、これも御提案ですので、皆さん方でもんでいただいて結構なんですけど、後半は省略した形だけなんですけれども、後半まで入れるとなかなか集まりにくいかなということで、こういう形にしました。

本プログラムの背景といたしまして、1978年より実施されております奈良県の自治医大卒業医師研修プログラムが基礎になっております。その評価が、奈良県の自治医大の卒業医師のへき地勤務評価が高いということが第1点、2007年まで、昨年までに定住へき地勤務を終えた奈良県の自治医大の卒業医師が各専門診療

所で活躍していると。各専門診療分野で専門医師資格、博士号を取り、さらに専門科のみにとらわれない診療ができる医師として評価されている。奈良県内でも、奈良医大等々で専門診療科だけにしか目が行かない医者ではないということで、評価されているというふうに思っております。

次にいきます。へき地勤務を終え、一般開業をしている自治医大卒業医師もいるんですが、へき地の家庭医師として信頼されているということがございます。

こういったことを踏まえて、私がこういう提案をさせていただいております。

本プログラムの特徴、概要をこれから説明しますが、奈良県のへき地に住む。これが大事ですね。診療所でオンザジョブトレーニングを行う。要するに、格好よいこと書いていますけれども、実際仕事をしながら、身につけるということです。得意とした専門診療の研修も行う。これも実は大事だと私は思っております。研修期間中は、県職員の身分を有する。これは来年度より実施したい。そのために、総合医、一般開業医を目指す医師には最適のプログラムだと思っておりますし、ER型救急医や専門診療を目指す医師の基礎研修としてもいいと思っております。その理由をこれから述べます。

既存の家庭医、総合診療医プログラム研修目標ということで、実は武田先生にはここでしゃべってもらおうと思ったのですが、間に合わないみたいなので、いろんなところがこういう総合医、家庭医、総合診療医のプログラムをつくっております。例えば、家庭医療学会、そこに武田先生が、分厚い資料をつけてくれていますが、それ全部読むの大変なので、今読まなくていいのですが、家庭医療学会というのがありまして、一言で言いますと、地域で生活する人々や家族、その地域のニーズにこたえる家庭医を養成するという家庭医療学会。武田先生はプライマリ・ケア学会というのもつけてくれてあります。また、武田先生が所属しております社団法人地域医療振興協会が研修しているプログラムも載せておられます。その説明はもし時間があれば後ほど御報告してもらいましょう。

次に、これは福島県立医大の地域家庭診療部というところがございまして、そこで三つの大きな柱を立てて、研修目標としております。よく起こる体の問題、風邪、頭痛、腰痛、糖尿病・高血圧の生活習慣病、心の問題に対して適切な治療アドバイスを提供する。こういう文章は書けば、みんな同じになってしまいます。私も最終的にはこういう文章を書いて、後期研修プログラムに書くんですが、同じような文章がどこの科でも出てきます。次に、治療において各専門医やケアにかかわる人と協力し、家庭の事情、地域の特性に合わせた最適な医療環境を整えるのが二つ。第3点は、患者さんの家族、地域の健康のための適切なアドバイスや予防接種、習慣予防の健診などの予防医療の知識なども提供します。この三つを福島県立医大の研修目標としておられます。家庭に限れば、いわゆる総合医、研修医はこうなってしまうですね、家庭医、開業医の目標は。

次もう一つ、札幌医大地域医療総合診療部というのがございまして、これなぜ私が載つけたかということ、私の先輩の自治医大1期生が教授でやっているということですね。持ち込まれる問題をより好みせず、まずは診るという診療態度を身につける。医者としていつでも気軽に患者の個別の事情を理解して、何でも幅広く保健・



福祉と協調しながら、地域住民に信頼され、限られた設備、備品で最大限の診療をするというのを目指していると言っておられます。これは実は、私が提案しているところでのオンザジョブでもできると思っています。

奈良県のへき地診療所のオンザジョブトレーニングはどんなものかという、へき地診療所へ行きますと、性別・年齢・診療分野にかかわらない診療をしなければなりません。次に、重症度に関わらず、まず診るという診療態度をとらないと、へき地診療所ではできません。自分の得意分野に合致する患者のみを診るのではなく、患者の症状、状態によって必要とされる診療知識や技術を身につける態度は必要です。へき地にいる限り。要するにへき地において、診療をすれば、先ほどいろいろこの札幌医大とか福島医大とかで書いておられることは、おのずと身につくというのが、私の持論でございます。

次、地域の話ですが、地域共同で住民とともに生活する。つまり住むということです。地域への深い知識と理解を持ち、そこで暮らす人々に共感する医師になります。当然ですね、住むんですからね。そのときにはへき地診療所のある村に住民となって住むのです。住民と日々の生活をともにし、村の行事や村おこしに参加し、住民の気持ちに心から共有できるようになる。これは住めば、おのずとそうなります。そういう研修の意味があると思います。

次、得意とした診療の知識、技術を習得する。これは余り多くの方は言わないんですが、私はこれは大事だと思っています。理由は、たとえ総合医、家庭医であっても、得意とする診療分野を持つことは重要です。もう一つの理由は、へき地医療システムの一環として拠点病院や、マグネット病院などに勤務する際には、勤務しても、役に立たないというのではいけないのです。病院の医師として役に立つことが重要なんです。そこにおいて、お客さんで金食い虫で、実は大して働かないのでは困るわけで、病院の医者として働ける技量を持つということが重要です。ずっとへき地にいるのだったら、こんなことは必要ではないのですが、へき地医療システムの一環として動くのであれば、やはり得意とする診療科は持たないといけないと思います。そうしないと、やはり続かない。ずっと田舎における医者だけをつくるのではないということです。

次に、大学病院や研修病院で専門診療を研修することにより、専門医の考え方、診療内容を把握することができる。これは大切だと思っています。いわゆるプライマリケアだけの勉強をして、専門的な勉強をしないと、専門医の考え方とか病院の運営の仕方とかを全く理解できない。私たちは、吉本先生もそうですが、大学病院も経験し、保健所も経験し、多くのところを経験したからこそ、やっぱり話ができるところがあるのです。

その次に出しますが、伊関さんの意見というのを書いてみました。私の意見と書かないところがいいことなんですが、これは伊関さんが「星降る夕べの会」のときに言われたことなんです。一般医と専門医、医療スタッフ、患者、住民、行政が相互信頼、協力ができていない。これはどうしてなのかと、それは、それぞれの立場の人が少ない医療資源や資金を取り合いしている。専門医は病院での専門医療しか経験しないために、患者一般や医療スタッフ、行政からの思いや意見を理解しに

くいというようなことを言うておられます。また伊関氏の意見と書いていますけれども、私もそう思っているということです。

どういふことをすればいいかという、オンザジョブトレーニングといひますけれども、健康祭り、住民健診、介護予防活動など住民・行政と一体となった活動を行うことで、地域活動のノウハウが習得される。これは自分でやることによつて、習得せざるを得ない。行政組織の一員となつて、医療・福祉・介護政策を立案・実行することにより、行政ノウハウを習得すると書いてあります。習得せざるを得ない。といふのは、田舎へ行けば必ず起こるわけだ。やらないといけない。まさにオンザジョブトレーニングだ。

それで、この相互理解ができないといふことに対して、それぞれの立場、専門医や仕事の内容等限界を理解できていないのが現状ですが、しかし、それぞれの仕事や立場を経験しないと、真の意味でも理解はできないと思つています。つまらない例を言へば、例へば、親にならないと自分の親の気持ちはわからないといふことがよくありますよね。それと同じで、それぞれの立場を経験しないと理解なんてできないし、協力もできないと思つています。私たちは、病院もやり、大学病院もやり、へき地もやり、いろいろなことを経験しているから、わかるんだと思つています。それはへき地に住み、へき地の一人診療所で診療し、大病院の研修も積むことで、それぞれの思いが共有できる。このような経験を積んだ医師が、専門医、ER型救急医、行政、総合医、開業医等になることによつて、それぞれの協力が円滑に進み、大きく出ますが、日本の医療改革につなげられるんじゃないかといふふうに思つております。

これは、救急の研修プログラムで、茨城県の総合救急医プログラムですが、救急も同じことを書いてあります。総合救急医は、成人、小人、体、精神にかかわらず救急医療の初期対応、救急患者のトリアージを行う。地域医療との連携をする。専門医と調整をする。病院の高度専門医療を推進する高い能力を身につけ、患者のために奉仕する。いわゆる総合救急医と書いてありますが、いわゆるER型救急医と同じような考えですね。何でも診ると。これは聖マリア医大の救急医学講座のER型救急医の話ですけども、ここは第三次医療もやっていますので、ちょっと違ふんですが、北米型ERを目指して三次救急患者の診療を中心とする救命センターと、一次の救急患者の診療を中心とする夜間急患センターを統合して運用する。一次から三次まで救急患者に対応します。プライマリ・ケアを重視したプログラムであり、開業するには最適のプログラムであるといひます。

私が言いたいのは、ER型とか救急医の入門のところも、私たちは田舎へ行けばやらざるを得ない。当然専門診療科の協力も必要だし、患者のためにトリアージも行わなければいけないし、そういうことが幾らでも起こります。田舎に住んで、田舎の医療をするといふことは、いろいろなものの対応と経験ができる。へき地診療では、症例としては幾らでも来ます。内科は高血圧足す、糖尿病足す、肝臓疾患足す、神経疾患もいっぱい来ます。外科も来ますし、泌尿器も整形も来ます。これはより好みできない。外傷も熱傷、骨折は多数、いろいろな針刺し事故もいっぱい来ますし、障害者も多数来ます。要するに、内科も診ながら、外傷も診るし、骨折も診るし、

精神病のフォローもしないといかん。提供往診もいっぱいするよと。

例えば、こういう症例、これは症例1と書いていますが、これは何かというと、架空の症例としていますが、実は私が十津川に行ったときに経験してやったことをそのまま書いています。山村で老夫婦のみで暮らしていた85歳の老人が脳梗塞で左半身まひ。老人は退院後も山村での生活を望むが、二人だけの生活は無理だということです。ところが、診療所の医師は、発症時に診断し、病院へ紹介、入院後も週に1回の健診をし、入院の様子を観察し、治療を手伝う一方で、退院後の相談も受ける。村行政や介護対象者、地域の婦人会や近隣住民と相談し、周囲のサポート体制を整えた上で退院後の往診を引き受けながら、サポート体制の変更も行った。これは私のことを書いているんですが、こういうことを診療所ではやっていきます。初期診療もするし、アフターサービスもするし、行政とのコネクションもコンタクトもとる。症例に山村で三世代で暮らしていた老人が肺がんになった。進行がんで治療できず、在宅での療養を希望。村への帰村を希望する。家族も協力する。三世代ですからね。診療所の医師は、診断して、様子をみて、退院後は定期的に往診し、末期にはほぼ毎日の往診と診察を引き受け、深夜いなくなった際にも往診し、布団での死をみとる。これも私のやったことなんですが、こういうことを診療所へ行けば、やらざるを得ないし、そういう患者がいっぱい来ます。やろうと思えば、家族との調整というのは、別に理屈をこねなくても、経験するんです。それが一番大事で、診療所へ行くということは、どんな病気が来ても驚かない。いろんな立場の人を理解する土台ができるというのが一番大事だと思って、私はこういう総合医、家庭医、開業医コースとして7年間ですね、ER型救急専門医として3年間の、これ3年間でやるかどうかちょっと疑問なんですが、こういうのを考えました。

私が考えているのは、よりよい地域医療を継続するには何が必要かということを考えますと、行政の側からいえば、後期研修に入門していただいて、その方々が継続して地域医療についていただくためには何が必要かということ、地域を魅力あるものにし、医師が喜んで勤務できるようにする必要があります。次に、医師の側からは、病院・診療所の診療にとどまらず、地域に出向いて、健康予防活動、さらに町おこし、村おこしなどに参加する。住民・患者の側からも大事で、医師や行政に要望するだけの立場ではなく、自分たちの健康は自分たちで守るという意識を持ち、みずからも勉強し、貴重な医療資源である医師や看護師を大切にす気持ちを持つことが重要だと思います。医師・行政・患者・住民、それぞれが認識し、相互に信頼できる環境を保つ。それで、幅広く診療し、全人的医療をしたい、必要とされる場で医師満足を得たい、人間的触れ合いを大切にしたいという医療の原点にたって医師に現場で働いてもらいたいと考え、そのような人材を奈良県で育てる。これが後期研修プログラムですが、継続して、地域で医療に貢献してもらうために、後期研修プログラムと医師をサポートする公の組織が必要であると思っています。その二つがそろって初めて奈良県にへき地医療や地域医療が定着するだろうと思っていますので、私はこういう後期研修プログラムを提案させていただきます。これから県の方としては、こういう継続するための仕掛けというものを提案してくれます。私も当然絡んできますが、こういうものがいいなと思っています。以上です。

今の私が後期研修として実施しようと思っている分ですが、来年度からと言ってみても、そうすぐには集まるとは思っておりませんが、ただやはり来年度からやるという声を上げて、県としても、県職員として公の身分を持つということはやはり公表して、発信していかないといけないと考えております。

今の話について、何か御質問なり、ご意見なりございませんか。

**藤本先生：** 私はオブザーバーなので、本来正式な発言というよりも、教育という観点から今ご説明のプログラムの話を聞かせていただき、一つ思いましたことを発言させていただきたいと思っております。中村先生の今のお話の内容は、かなりの部分が、いわゆるカリキュラムの前書きにあたる場所をお話しいただいたということになり、実際のカリキュラムはここから以降に多分出てくるだろうというふうに思っております。やはり、今後、公に示していかれるカリキュラムについては、もう少し形式の整ったものを作る必要があるだろうということを、まず、指摘させていただきたいと思っております。

それから、もう1点、私が思いますのは、大学の立場で私が、今、発言すべきかどうか分かりませんが、今後、大学の関与をいろいろ考えていきます場合に、もう少し短期の研修というものを、このカリキュラムの中に考えていかないと、大学の関与がしづらい部分も出てくるのではないかと考えています。と言いますのは、後で次長が話されると思っておりますが、県全体の中で、へき地医療に対する、大学、地域の自治体、へき地医療協議会などの関係（ネットワーク）等も詰めていかねばならないのですが、その中で、大学として、へき地と間接、あるいは直接に関与する場合についても想定していますので、今言いましたような、短い期間の研修もそこに加味しないと、大学の十分な貢献が難しい場合もあると推測しています。その点を今後、我々と一緒に御検討願えたらというふうに思っております。

**中村部会長：** 御指摘ありがとうございます。おっしゃるとおりで、まだこれをそのまま出してみんなを集めようとは思っていません。プラス奈良医大や県立奈良病院等々に7年間の研修の一部をお願いします。現在も自治医大の卒業生がお世話になっているところもありがとうございますけれども、一部をお願いするという事は当然考えておりますので、そういう意味では御協力をお願いしたいと思っております。御指摘ありがとうございました。

**西浦委員：** へき地医療のシステムを先生がつくられようとしていますけれども、今、先生が考えていらっしゃるところは、五條病院を中心としたというのに限定されているのですか。

**中村部会長：** 始まりはとりあえず五條病院と思っております。とりあえず来年は五條病院でやろうと思っておりますが、将来的には五條病院だけではなくて、今集まってくださる吉野や、大淀など、すべてのところでやりたいなと思っております。

**西浦委員：** 我々の管轄でも天川村や黒滝村などへき地の村がたくさんありますから、できるだけお話をしながら、研修も一緒にさせてもらいながらと考えているところでございますので、また、御配慮をお願いします。

**中村部会長：** 済みません。そのとおりだと思います。後で次長が話をするとありますが、ここに集まってもらっている病院は、へき地協議会にも関係する話ですが、とりあえず

は県職員ということで、五條病院でとしかとりあえずは言えないんですが、将来的には、県職員ではなく、公の身分を持ちながら、吉野病院なり、宇陀市立病院なり、大淀病院なりに行けるという仕掛けができたかと考えています。本当は吉野、大淀、宇陀、五條、この4病院がやはりこのプログラムで動いて、後期研修を養成し、かつ定着してもらおうという必要があると思いますので、最終的には4病院でやりたいと思っています。もちろん奈良医大や市立奈良、県立奈良には御協力願わなくてはいけないと思っておまして、4病院が中心になって、最終的には推進していかなければいけないなと思っております。以上です。

では続きまして、2番目の継続してお医者さんに定着してもらおうための仕掛けを次長さんの方から考えを披露していただきたいと思っております。お願いします。

**武末委員：** 健康安全局の武末でございます。資料と書いてある資料の7ページを開いていただきますと、コピーで長崎県の離島医療圏組合というパンフレットがございます。ここの資料を使いまして、多少今いい医師を育てるためにと、ある意味では、いい医療を地域に安定的に提供していくための枠組みとして、何らかの組織が必要であろうというところで、今後どういうものをつくるか、全くたたき台とかイメージがないと難しいと思っておまして、全国を調べましたところ、一つ長崎県の取り組みというのがありましたので、それを紹介することをもって、今後の議論の一つ軸をつくっていききたいなと思っております。

まず資料の10ページを見ていただけたらと思っております。

長崎県、御存じのように、非常に県内離島を抱えている病院でございまして、もう大部分、県の3分の2ぐらいが、医療費の3分の2もそうですね、ほとんどが離島医療に費やしているようなところでございます。その中で、安定的な医師の確保であるとか、各離島の診療所やそれをサポートする病院の運営をどのようにしているかということまで考えられたのが、この体系図でございまして、実はこれまだ精査が終わっておりませんで、考古学で言えば、遺跡を掘って、こんな形の物がありますというところを見ているところですが、今後長崎県病院事業管理者の矢野先生という方がお詳しいというふうに聞いておりますので、さらには、どういうふうなファンクション、役割を持っているのかとかいうところまで詳しくお聞きするとともに、場合によっては、奈良にも来ていただいて、いろいろ御説明いただくことも必要かなと思っております。

ずっと見ていきますと、左側に長崎大学がありまして、医局派遣や離島・へき地医療講座、または離島医療研究所みたいなものを持ったりまでしておりますけれども、中央に長崎県という県がありまして、その下に福祉保健部の医療政策課というのがございます。これが奈良県でいえば、奈良県と奈良県の福祉部の地域医療連携課に相当することになるのかもしれませんが。それとはまた別に、国立長崎医療センターというところがございます。ドクターヘリとかを飛ばしながら、へき地医療を医療面で支えているというような構造でございまして、真ん中左に、長崎県の離島医療圏組合というのがございまして、これが1県3市1町で構成された組合で、昭和43年からこういった幾つかの市町村と県が一つの組合をつくって、病院経営及び医師の育成確保、または雇用もやっているということでございます。

一方、右側の方に離島・へき地医療支援センターというのがございまして、これは比較的新しいようでございますが、こちらの方でいろいろな医師の育成といったことをやっているということで、病院経営等を行っているのが左側の方で、右側の方が医師の育成、そういう役割分担なのかなと考えております。さらにその枠の真ん中に、長崎県の描く医学修学生制度、昭和45年から。その下に自治医科大学の派遣制度、昭和47年からということで、矢野先生が必ず講演されるときは、自治医科大学よりも我々の方が早くからやっていたんだと言われて、そこが少し自慢のようでございますけれども、非常に似たような制度を持ってやっておられます。

下にございますように、もちろん県だけではなく、実際のその離島の市町村が一つの長崎県離島医療圏組合という組合をつくりまして、まず離島医療圏の組合病院9病院を持っております。これが奈良県に置き換えますと、宇陀・大淀・五條・吉野のような病院になるのかなと思いますし、都会の方にあるものとすれば、県立奈良病院とか市立奈良病院に相当するのかもしれない。右側の方に、実際その離島にあります診療所、57診療所を要しているということで、こういった枠組み、仕組みを構成しまして、離島の住民、55島の17万2,000人に対する医療を安定的に供給しているということでございます。

次の11ページを見ていただきますと、先ほど長崎県の描く修学資金貸与制度と自治医大派遣制度ということで比較をしてありまして、似たような形でやっています。もちろん額が違ふとか、義務年限が違ふとかいうことはございますが、こういふことで医師の養成もやっているということでございます。

次のページ見ていただきますと、12ページでございまして、43年にスタートしまして、実に40年かけて、ちょっとクロスしております。下がっているのが人口でございまして、右肩にジグザグ上がっているのが、この離島医療圏組合病院の常勤の医師数でございまして、後でも述べますが、この離島圏組合に所属する医師を雇用しております。その全病院の医師のうちこの離島圏組合が雇用している医師が約4割を占めています。6割はやはり大学の派遣であるとか、いろいろなルートでございまして、常勤雇用を4割はその組合で確保しているところでございます。

さらに13ページの方にまいりますと、へき地医療支援センターのドクターバンク事業です。これがいわゆるドクターバンク紹介ではなく、どちらかというともうドクタープールということで、ドクターを抱えているというような状態でございます。1番目として、四角で囲っておりますけれども、その医療圏に所属して、先ほどの自治医科大学のプログラムと似ていますねと言ったプログラムに乗っている限りは、県の職員としての身分保障をするということです。2番目としては有給の研修もしますし、24時間365日の支援体制、これが非常に離島の場合は重要でございまして、レントゲンを送れば、どういう所見か、脳内出血であればヘリコプターを要請するべきか、様子を見るべきかなどということは、長崎医療センターが対応してくれるというような、遠隔医療の取り組みもやっているようでございます。そもそも海上自衛隊のヘリとか防災ヘリを主に活用してございましたけれども、最近ドクターヘリも配置をしたというように聞いております。実は、私壱岐の島に勤務

しておりまして、この枠組みとはちょっと違うんですが、実際その枠組みの中で働いていたこともありますので、非常にそういう意味でサポート体制があるということは、ありがたいなというふうに感じていたところでございます。

ちょっと資料戻りまして、8ページでございます。

先ほど中村部会長の方からは、医師を育てるコンテンツ、ソフトウェア的な話を主にしていただきましたけれども、それを自動的に提供したり、支えたりするための枠組み、組織として長崎県の場合は、離島医療圏組合を持っております。その組合とは何ぞやと言いますと、離島地域医療を確保する目的で、長崎県と離島ですね、五島、壱岐、対馬、これらの市町が一体となって病院を運営するために昭和43年に設立された地方自治法上の特別地方公共団体一部事務組合でございます。もちろん今後検討する上では、一部事務組合以外にも地方独立行政法人みたいな形もあるかと思っておりますので、これはあくまでも例として考えていただければと思いますが、そういうことでございます。一部事務組合というのは、例えば、ほかにも沖縄県の離島医療組合で沖縄県と久米島等がつくっていたりとか、山形県の方では置賜広域病院組合があります。また、割と最近話題になったところでは、高知県と高知市が病院組合をつくっていたりとか、福岡の八女市と3町2村が公立八女総合医療団という形で一部事務組合をつくって、病院経営や医師を確保し派遣を行うなど医療提供を行っているところです。

実際、そこの組合で何を行っているかということですが、比較的やっていることは一部事務組合で様々でございますけれども、長崎県はもう全国の中でも幅広くやっているところでございます。3.の組合の行う事務の1から7まで病院の経営、訪問看護ステーション事業を病院に併設して行っております。また、居宅の介護支援事業も行っておりますし、老人介護支援センターの、これは運営委託ではございますけれども、行っています。また、離島医療医師センターということで、これは本当に医師不足による診療中断を防止するために、その医療の補完を目的に制度化されたもので、医師をプールしておいて、必要に応じて派遣するというようなことでございます。ここは多分49年からと言いますけれども、16年から本格的に動いているところかなというふうに考えています。

さらには、今日、中村先生から説明ありましたように、単にプールしているわけではなく、ちゃんと離島医療をできるような医療従事者の養成も行っているとともに、研究・研修などもこの事務組合がある程度責任を持ってやっているということで、非常に取り組みとしては参考になるかなというふうに考えております。

9ページ、組織図は大体こんな感じになっております。形も重要ですが、大体どういうところがどういうふうな役割になっているかという、実際のファンクションなりをもう少しイメージできるように研究したいと思いますが、こういうものを参考にしながら、奈良に合った形をつくっていければと考えております。先ほど御質問あったように、当初は例えば五條で始めて、五條の県職員の枠を使って、来年やるとすればそこから始めるにしても、最終的にはこういった組合をつくって、そこで医師が雇用できるようなところまでやっていくのかどうか、そういったところを検討しながら、それこそ数年かけてやっていくことです。長崎の取り組みも4

0年かけてここまでつくり上げたもので、すぐにはできないことだと思います。

ただ、比較的この9ページのところで大きく書いてございますけれども、やっぱり身分というのがこの長崎県の場合は非常に重要で、たしかこの部会でも働く身分というのを長崎県内で働いている限りはある程度安定した身分があると、本当に医師確保にとってはいいのではないかとということでございまして、それを組合というところで枠組みを設けて、その中で働いている限りは、市町村を越えて動いても同じ身分であるというところでございます。

それが、県の職員なのか、組合の職員なのかというところは今後検討が必要ですし、一つのメリットとしては、事務職員がずっと組合の職員でございまして、変わらない。要は専従というか、専属というか、長いこと勤めるのがいいことか、悪いことかは別としましても、組合の病院事務職員がずっといるというところで、幾つかの自治体でそういう職員がいると、知識が豊富な事務職員の雇用も可能になってくるということでございます。

大体私の方の説明は以上ですが、最後の14ページでございまして。

今のようなことを踏まえまして、既に新聞紙上等に多少載っておりますけれども、(仮称)へき地医療推進協議会(案)というのを書いております。ここは読んでいただければもう皆様おわかりかと思っておりますので、説明は省略させていただきますが、こういったものをつくりながら、最終的な形、これはあくまでもひょっとするとへき地医療の推進を協議する準備会みたいなことになるかもしれません。この枠組みをつくりながら、さらに本当にあるべき姿を少しずつ練り上げていくというような取り組みになるかもしれませんので、先ほど言われたように、スタート、来年何をするのかという話と、最終的に何を目指すかというのを明確にビジョンをつくって、それに向けてのアクションプランをつくって、それこそ来年から取り組んでいこうというふうなことを年内、あるいは年度内にこの部会でまとめて公表できればなというふうに考えております。

当面、私の方からの御提案としては、来年まずはこのへき地医療推進協議会みたいな枠組みをつくって、今後のことを話し合っていくようなことを考え、場合によっては本当に実体を伴った組織にしていきながら、医師のプールをするのか、プールはしないけれども、身分を保障しながらいろいろな病院で働いていただくのかといったことを、奈良で検討していきたいというふうに考えています。

以上でございます。

中村部会長： ありがとうございます。

長崎県のことを例にさせていただいてのプレゼンテーションでございましたが、今このことでこの辺よくわからないとか、何か聞きたいとかございましたら。

籠島委員： 今すばらしいお話を聞いたんですが、要するに行政域が異なる場合は、同じ県内での行政域であれば、おっしゃったように組合もいいですけども、県が違った場合もそれはいけるんでしょうか。

武末委員： 県というのは奈良県の県ですね。ちょっとそこは私も確認はしていませんけれども、規約をつくるか、もしくは地方独立法人の形態をとれば可能になるかというふうに思っておりますけれども、可能だと思いますし、この一部組合でも多分可能じ



やないかなと思います。ちょっとそこは済みません。詳しく調べてみます。

**籠島委員：** 実際に県の周辺域が隣の県との兼ね合いですね。その辺が一番問題になる、どこの県でも問題になるかと思うので、それが可能であれば、非常に有効な方法ではないかなと思います。

**武末委員：** そこは多分いろいろな方法があると思うので、今後ひとつ留意したい、検討したいと思います。

**中村部会長：** 県を越えたらというお話でしたが、ほかに御質問ございますか。

**中村委員：** 40年にわたるそういう制度、ですから、もうかなり成熟している制度だろうというふうには思うのですが、一番大事なのは、要するに義務年限で縛るというのは、やはりこれからはなかなか難しくなってくるのではないかと。そうすると、義務年限を越えた後でどれだけ定着してくれるかということが、非常に大事になるだろうというふうに思うんですね。現在のこの長崎県の制度では、そのあたりは何か情報が入っていますでしょうか。

**武末委員：** おっしゃるとおり、従来は義務年限ですね。たしか資料にもございましたが、自治医科大学よりも長い、義務年限2倍ですね。修学金の貸与を受けた2倍を設定しておりますけれども、なかなか維持が難しくなっていくというお話を聞いております。ですので、逆に先ほど言った研修をきちっとする。要はその枠組みの中にいると、いい医師になれるというプログラムの魅力でもって、医師を引きつけておくということで、義務で縛るのは、もう無理だというのがこの長崎県の取り組みでも、今そちらの方にシフトしつつあるというふうに聞いております。

**中村部会長：** ほかにございますか。

**富田委員：** 非常に部外者として素朴な質問をしたいと思います。今の中村先生のお話に近いんですけども、長崎県のこの資料の11ページを見ますと、長崎県医学修学資金貸与と自治医大の制度を比べて、貸与額が載っています。6年間で何百万、それから貸与、中身、義務年限ですが、奈良の場合でも、たしか自治医大のほかに県立の中で、修学資金というのがあると思いますけれども、今のお話によると、修学資金と義務年限だけで縛るのは難しいというお話でしたが、それでは、修学資金を受けない方が、プログラムに魅力を感じて、お金を貸していただくなくても、みずから来るといような仕組みも考えられるのか。あるいは、先ほど中村部会長のお話にありました、開業医コースということもありましたけれども、病院で今は専門医をしていますけれども、親元に帰って開業をしたいとか、そういう方向の短期コースもありとか、そしたら、少し勉強ができて、多少お金ももらえるととか、そういうもうちょっと現実的な魅力といいますか、それ以外のメリットというか、そういったものは具体的にどんなふうに考えられておられるのか、お聞きしたいのですが。

**中村部会長：** 意見と御質問があったと思いますがお答えください。二つかな。後者は、要するに開業医等も含めた短期コースといったものを考えたらどうかというような。

**武末委員：** これは県全体としては医師確保の枠組みの中の一つのへき地医療というのは、メニューとして最終的には位置づけられるのかなと思います。もちろん、義務年限というのは今制度としてありますから、それを基礎とすれば、義務年限を終えたときに開業がきちんとできるようなものをもってすれば、義務なのか、義務でないのか

ちょっとわからなくなってくるのではないかなと思っていますし、今、自治医大のプログラムも一応義務という形にはなっていますが、9年たってみたときに、一人前の医師になれるプログラムというふうに私は非常に評価しておりますので、そういったものを奈良県で、要は自治医大を卒業してなくても、その修学資金をもらわなくても、そのプログラムに入れば、ある程度のトレーニングが受けられるコースというふうにとらえていけばいいのかなと思います。

ですから、途中で場合によっては家庭の事情で変更することを伴うことは可能ですし、それに伴って何かペナルティーが課せられるということはないというところが、逆に入りやすいメリットになるのかなと考えております。

**中村部会長：** もう一点、奈良県の現在の修学資金の制度がどれくらいあるのかという話ですね。

**事務局：** 現在、修学研修資金の制度といたしましては、2通りございます。一つは、県立医科大学の、これは本年度1年生で新規入学生が出ましたけれども、特別推薦入試の枠で入っておられる5人の方、義務系の制度になります。これは、月額20万円をお貸しをすることになります。大学卒業後、臨床研修も入れて9年間、知事の指定するところで研修という形で、御勤務いただくという形になります。

もう1種類が、これは大学を限定をしない形の修学研修資金の制度がございます。こちらの方は、実はお借りいただくこの年限についても、大学2年生であるとか、3年生からスタートしても結構ですし、あるいは、臨床研修であるとか、専門研修の年限だけをお借りいただいても結構です。こちらの方は義務年限はお借りいただいた年限の掛ける1.5倍となります。こちらについても、現在、他府県の医科大学の方もいらっしゃるし、こちらの中にも県立医科大学の生徒さんもいらっしゃるということになります。こちらの義務の方は、臨床研修を含まずに、奈良県の指定する病院や診療所で勤務いただいた年限のところからカウントしますので、仮にその大学1年から6年間お借りいただいた場合には、一つ前に申しました緊急医師確保の制度とは義務の終了の年というのが多少違ってくる、2年間ずれてくるということになります。制度としてはこの2本がございまして、それぞれ金額は月額20万円、予算枠というか、対象の予定をしている枠としては、とりあえず5人ずつの合計10名という形になっております。

以上です。

**中村部会長：** ありがとうございます。

現在、奈良県では二つの枠があって、修学資金を貸与しているという話でした。それぞれ月額20万円。

**武末委員：** ちょっと一言追加でございしますが、その貸与制度、県独自のものの方は、今年度からスタートしたばかりでございまして、今年募集した感覚を言いますと、これを借りたがためにやっぱり縛られるのは不安だと。要はお金で体を売ることかみたいな変な話、そういう不安もありますので、やはり自治医科大学であるとか、産業医科大学とか防衛医科大学とか、貸与するからには、こういったコースがあるというのをぜひ奈良県でつくらなければならないという課題もございまして、その県が抱えている課題として、このへき地医療のコースも活用できればなというふうにご考えております。もちろん貸与した人が今後やるプログラムに乗っかるというふうにご方向

性としてはやっていけたらと考えております。

中村部長： ありがとうございます。

という話でいいですか。もう少し、はいどうぞ。

富田委員： 私自身は医師じゃないんですが、ドクターとのヒアリングを通して、お聞きしたこととか、それから若い先生方の傾向などを見て、やはりへき地の医療というのはかなり厳しいなということを感じております。病院に勤務する場合、教えていただける先生がいて、そういう中でも減っていつている現状なのに、まして田舎の村に非常に大変な思いをして、特に、義務年齢の終わりぐらいになりますと、子供の教育等を考えて田舎暮らしを心配する若い医者が多いと思うので、余り理想的にいても続く制度なのか、もうちょっと現実的により多くの人に参加できるというものがいるのではないかと私は思っています。

例えば、この自治医科大学の制度が続いているのは、貸与資金がかなり高額であって、なかなか返せないということで、9年間しっかり働く先生が多いというのは確かだと思います。今の県立医大のものはわかりませんが、ある程度ペイをいただいて、返してしまってもいいということになれば、へき地に行く医師がいなくなるかもしれませんし、そういうことでは、ある程度縛りも必要だと思いますし、それと医者になりたいという若い方はいないわけじゃないので、もうちょっと浅く広くやる必要があるのではないかと思います。

それと、先ほど義務年齢に縛られないとおっしゃいましたけれども、義務年齢を終わった後の自治医大の先生ってどうなっているんだろうと思うんですけど、これは県によってかなり違うらしいのですが、奈良は非常に厳しいんじゃないかと今、思っています。1人で大変なところへ行きますと、多分9年終わった後は離れていってしまうという傾向が続いていますが、1人じゃなくて、もうちょっと緩やかなところで働いているという地域の方は義務年限の後でも地域の診療所に残っているという県もございます。

どういうフォロー体制になるのかなと思いますと、実名を挙げてあれなんですけれども、市立奈良病院が運営しています地域医療振興協会のように、やめた後の、義務年齢が終わった後の先生方が普通の家庭生活ができるような環境を用意して、それでなおかつフォロー、ローテーションのような形で時々地域にいらっしゃっているという制度、これは、非常に現実的なんじゃないかなと思っています。やはり30代、40代になってきますと子供の教育もあって、ずっと田舎に家族を置いて、家族を伴っていくと難しいと思います。そういう先生方が地域医療にも参加できて、先ほどおっしゃった病院の専門医的なものもとれて、両方満足しながら、両方のためになるということをもうちょっといろいろ現実を取り入れて、若いうちは現場で頑張ると、家族を持った後はもうちょっと緩やかな形で参加できるという息の長いプログラムをいろんな病院と一緒にやられたら、現実味があるのではないかと思います。義務年限の自治医大の先生が8人、プラスそれと奈良の方の県立医大で続いた方が5人とおっしゃっていましたから、その何倍かになると思うんですけども、それ以外に多分、地域の病院でも最近は足りなくなってきたりして、県によるとへき地の診療所だけではなく、自治医大の卒業の先生方が結構病院に入っている地域

も多くなってきております。今後もそういう傾向があると思いますので、へき地診療所だけではなく、それを支える病院も含めて、もうちょっと底の厚い政策というのを長い目で見ていく必要があるのではないかなと思います。あれこれ言って申しわけありませんけれども。

中村部会長： ありがとうございます。異論はございません。そのとおりです。ほかにはございませんか。

なければ、もちろんこの場でこういう協議会の設立が決まるわけではないのですが、長崎の離島医療圏組合というのは、病院経営、運営までやっているということで、そこまで踏み込んで奈良県の、例えば吉野病院、大淀病院等々経営まで任せられるような一部事務組合になるのかどうかはちょっとわかりません。わかりませんが、長崎県の場合は、病院運営までやっておられる一部事務組合であるということですね。昨今、各市町村も病院経営が非常に厳しいところがございますので、こういう話を持っていけば乗るか、乗らないかがわかりませんが。

今話を続けまして、富田先生がおっしゃられましたように、後期研修プログラムだけですべてが解決するわけではありませんし、後期研修プログラムがワンパターンであっていいわけではありません。おっしゃられたように、開業医を目指して短期修練コース等々も含めた研修コースを考えてあげないと、入りやすくはないでしょう。私がなぜ自治医大の話をしたかという、今まではへき地医療というのは、非常にハードルが高い、1回入ったらもう出てこれないと思われていたのですが、1回へき地医療に関わると、二度と都会の医者なんかできないというようなハードルの高いところだったんです。ところが、奈良県の自治医大の卒業生がやってみたら、確かに最初は大変なわけですが、やってみると案外その後は普通のお医者さんでもできるということがわかったんですね。だから、へき地医療をハードルが低い医療にしてあげたいと思っています。それは富田さんがおっしゃられたことと同じことなんですけれども、ハードルが低く入れて、入るのも簡単、言葉は悪いけれども、出るのも簡単な医療システム、それをつくっていききたいなと思っています。

それは恐らく武末さんが言うておられることも同じようなことではないかなと思っています。入り口が低く、出口も低いと、そんなこと本当にできるのかと言われると、そのとおりなんです。繰り返しますように、奈良県の自治医大の卒業生が20数年間やってきた経験に基づいてしゃべっております。そういう後期研修プログラム、まだ具体的なことは何も出していないので、たたき台も何もないんですが、次回の会にはぜひこのことをやるということが了解を得られれば、次回の会議は細かいところを出した後期研修プログラムを出したいと思っています。武末さんが言われたへき地医療推進協議会という名前になるかどうかわかりませんが、その検討を始めてもよろしいかということ、ここで御議論をいただきたいと思っています。まず第1点、私の方で後期研修、とりあえずは協議会ができるまでは、県でやるしかない、五條病院でということになって、吉野、大淀の先生方には申しわけないんですが、まず五條で始めさせていただく。それができれば、ほかのところにも広げたいと思っていますので、来年度から五條で始めるということでプログラムを次回には細かいのを提示させていただきたいと思っています。それについ

てはいかがでしょうか。

**潮田委員：** その前に一つお聞きしたいんですけれども、このシステム、非常に結構だと思うんですけれども、この制度は主に男性医師に照準を合わせておられませんか。女性医師の応募はほとんどないと考えているんでしょうか。実際自治医大の卒業生の先生方も、女医さんがいらっしゃるし、立派に仕事もされていますが、聞いていますと、余り男女のことを考えておられないのかなと。今、実際には奈良医大にも、どこの大学の病院でも女性医師が多いので、女性医師の場合のことも考えて、例えば、女性医師が結婚されて、御主人の働き場所がへき地になかったら、このシステムから外れていくということも考えないといけません。その辺のフォーカスは男女同じように合わせておられるのか、その点だけちょっとお伺いしたい。

**武末委員：** 当然女性医師についても、同じフォーカスをしています。ここは少しへき地医療に焦点を当てて議論をし過ぎたのかなと思いますけれども、当然ライフスタイルに合わせて働き続けることのできる枠組みを、当然へき地医療でもつくってあげればいいのかと。そこでつくれば、当然町の医療もできるわけなので、そこは、ではどう区別するのかという話で、それは嗜好で合ったりとか、先ほど言ったように、かなりへき地に行くと、行政的な保健・医療・福祉をやらなければならないとかいうようなことがあるので、そういったことを逆にやりたいという人はそちらに行っていただけであればいいし、そうじゃない人は、町の医療をやっていただければいいということで、先ほど申し上げたように、多分大きな医師の県内定着・育成という枠組みの中で、多分山間部医療コースというのがあったりとか、総合診療医コースですとか、というようなのがあったりとか、勤務医コースがある。この部会では、やはりへき地の医療をどうするかという部会ですので、そこをやっている。当然男性でも、幼稚園ぐらい、小学生低学年ぐらいは、やっぱり自然環境の中だと思うかもしれませんが、やっぱり学業進学のことがあったら、逆に県奈良であるとか、市立奈良の方に勤務して、その際はキャリアパスをうまく調整していくと。さらに、子供が大学でも入って、一通り育児が終われば、今度はひよっとしたら単身赴任か、夫婦で行くか、わかりませんが、また地域医療に戻っていくみたいなことを、男性であっても女性であっても、同じかなと思って、余りそこは私は強くは意識してないんですけれども、むしろ私は男性を念頭に置いてやっていると、女性も同じかなと思ってます。

**潮田委員：** 私自身、自治医大ではなく、よく知らないですけれども、自治医大の学生さんは現在女性の比率どれくらいなんでしょうか。それと、もう1点は、大阪はたしかへき地がないはずですね。ただ、大阪の自治医大出身のドクター、大阪府でどういう仕事に主についておられるか、ちょっとそこがわかったら、教えていただきたいですが。

**中村部会長：** 私が答えてもいいんですけれども、吉本先生、頼みます。

**吉本委員：** まず女性の学生の割合ですけれども、我々がいたころは約30人弱20の後半ぐらいでした。3期生ぐらいまではゼロなんですけれども、1とか、そういう10人以内ぐらいだったんですけれども、ただ、僕らのころはむしろ多いぐらいで、今は20人前後で維持しているぐらいだと思うんですね。

また、県によっては厳しい県というか、へき地勤務が厳しいので女性はとらないと、公言はしていませんけれども、実質一度も女性が入っていない県とかもあるみたいです。

大阪の先生は、主に保健所勤務をされている方が多いのと、あと大阪で足りないと言われている科をしたいといった人は、精神科だとか救急科とかをしたいといった方は、割とずっとそちらの方に、保健所とかではなくて、その科でやっていたりしている先生もいるみたいです。

**武末委員：** 今ちょっと検索してみますと、今の自治医大の男性が84.9%、女性が15.1%になっているようでございます。在学生です。

**西浦委員：** 10ページに書いてあるその枠組みの中で考えるという形で話をしますけれども、11ページの自治医大の資金と県の修学資金、税金を納めているタックスペアの立場から見て、この2,260万円と934万円ってえらい違いますよね。結果として出てくるのは、へき地で仕事をしてくれる先生が確保できたという結果になりますよね。タックスペアの立場から見れば、これに理解できる説明が十分できるのでしょうかね。余りにも額が違って、結果は同じだし。

**中村部会長：** つまり、自治医科大は高く、長崎のは少ないけれども、結果として、へき地に勤務しているのであれば、なぜこんな差があるんだということですね。

**西浦委員：** 言葉を変えれば、なぜインターンはインターンで確保したらいいんじゃないかという説明を県として十分できるのでしょうかね。  
それからもう一つ、第2点ですけれども。

**中村部会長：** 済みません。第1点まず答えてもらいましょう。いいですか。

**武末委員：** 長崎の立場に立って言うと、貸与の対象が図書費、生活費用含めて934万円になっていますので、恐らく長崎県出身が長崎に、例えば自宅から通っているという話と、自治医大の方は、地元を離れて、栃木で暮らすというところがまず違うのかなということ。あともう1点は、やはり構成員が離島出身者が自分の町の医療をとということで、この制度に参加してくる。自治医大も同じように自分の県ということでやっていくんですけれども、これが説明できるのかということ、どうなんでしょうね。長島さんみたいになってしまいますが、ただ、もちろん安くできるのであれば、奈良でやればいいと思いますけれども、現状として47自治体が共同でやると、このぐらゐの費用をお支払いしてやっているというのが制度としてはあるということですね。県で単独でやれば、逆にこのぐらゐしか払えられない中で、それでもやりたいという人がいて、そのバランスがとれているということなので、全国のタックスペアということになると、“うーん”ということになりますけれども、多分地域で考えれば、それはそれで納得していただけたらと思っています。

**中村部会長：** 今のお答えで、一つ忘れてるのは、では義務年限は長崎県の場合2倍ということですが、実際定着率はどのくらいなのか、本当に2倍みんな全部やったのかというのが、ここではわからないので、自治医大の場合は大体わかりますけれども、安ければたくさんやめているんじゃないかということも考えられますから、一概にこの枠で2倍全員が勤めているというふうにはお考えにならない方がいいのではないのかなと思います。

では第2点、どうぞ。

**西浦委員：** その修学制度ですけれども、奈良県ではなく、もう少し小さなところで、例えば、大淀町とか、そういうところから補助を出せば、またその大淀町に帰ってくるとか、黒滝村でお金を出せば、帰ってくるとか、そういうことまでは考えてはいないのですか。

**武末委員：** 狭い範囲でやればやるほど、その修学コースに乗る人の、いわゆる縛りが強くなるので、そこは逆に先ほどの広域圏でやれば、ある意味ライフスタイルに合わせて全県でできる。うまくここは本当にマネジメントしないと、偏っちゃう、今の地域の偏在、県内の偏在をやはり是正するシステムとして何か組合なり、組織をつくって、その全体の医師の状況を見ながら、うまく働きやすい環境をつくっていくというのが、この目指すところなのかなと思っています。

従って、狭い一つの町でつくれば、できればいいんですけれども、やはり一生を、ある市町村に骨を埋めるといとか、10年間そこで働けと言われると、ちょっと困りますけれども、奈良県のどこかでと言われるといいかもしれません。もっと言えば、日本でと言われれば、もっと誰でもいいんだと思って、みんな医者を目指しているんだというような認識なのかなと思っています。

**中村部会長：** ありがとうございます。

私、自治医大の卒業生ですので、自治医大のことばかり言って申しわけないんですけれども、自治医大の卒業後の勤務に関しては、奈良県の場合、特にうまくいっているんで、それは義務のお金が大きいということもあるんですけれども、やはり入学のときからそういうことをするんだという気持ちで入ってきていることを大前提として、面接もやり、試験もやっています。ですから、奈良県が今考えていることも、全員が自治医大ではなかったら、大学卒業生全員にやらせるなんてことはとても無理です。やはりこういうことを考えている人が入るんだという、1学年に10人も20人も来てほしいなんて思っていないので、1人でも2人でも徐々に入ってきてくれたらいいなと思っておりますので、やはり意気に感じる人が集まってきてくれたらなと思っております。

ほかに、どうぞ。

**武末委員：** ちょっと明確にしておきたいと思いますが、このプログラムとか枠組みの対象者は、全国から募集するんです。毎年今7,800人ですか、今後それを8,500人までふやすという話もありますけれども、その毎年卒業する中で、山間部医療をやりたいという人は必ずその中に数十人はいるはずなんですね。その人を奈良に来ていただきたい。北海道、長野、沖縄とかいろいろあるんですけれども、もちろん長崎もあるんですけれども、その選択肢に奈良を入れていただくというのが、大きくこういう枠組みをつくって、プロモーションをしていく目的だと思います。第1回目のときに、へき地医療というのはどうなんですかと、國松先生に聞いて、やっぱりそれはやりたい、魅力を感じる人はいるんだよというお答えをいただいたんですけれども、そういう人が集まってこれるように、とにかくアドバルーンを上げて、ここに来てくださいというふうなものを目指していきますので、縛らなくても、もともとそういうことをやりたい人を集めて、その人たちがきちんと働ける環境の整

備を目指すということが、結果として県内定着医師の安定確保。確保という言葉を使わないようにしたいと思って、県内定着等養成というふうになるのかなと思っております。

**中村部長：** 武田先生、手を挙げていただきましたので、こういう資料をつけていただきましたので、その資料の説明と合わせてお話ししていただければいいかなと思います。

**武田委員：** 遅くれてしまって申し訳ございませんでした。先ほど武末委員の方から、「全国から募集」ということがありましたが、やはりそれなりの魅力あるプログラムでないと集まらないでしょう。そこで、全国の研修医が何で後期研修に動いてくるかという、もちろんそのプログラムの魅力もそうなんですけれども、例えば、今内科なら内科の専門医とか、それから総合内科の専門医（内科総合専門医？）などそれなりの専門医資格を目指しています。それから、武田資料に示してある家庭医療学会の認定プログラムですね、指定のプログラムを修了すると、家庭医療学会としての認定が受けられるといったものであるとか、それから、日本プライマリケア学会が、これも既に認定医制度と専門医制度、2層の構造でやっています。それと今、厚労省と日本医師会が総合医の認定制度（県医師会にもアンケートが来ているぐらいなので、進んでいくかどうかは難しいところですけども）が検討されていますように、家庭医コース、あるいは、総合医コースというのがかなりフォーマットを持って動いてくるんじゃないかなと思います。

ですから、当然このプログラムが入ってくれば、そういったオフィシャルな認定が取れるということがないとなかなか集まらないと思います。うちでこれだけ働けますとか、こんだ研修できますよというだけではなかなか集まってくれないのかなと思っています。

もう一つは、先ほど富田委員の方からこういう修学制度だけじゃなくて、そうじゃなくて集まってくるとか、そこで是非研修したいというためには、やっぱりきっちりしたプログラムと、それからスタッフですね。そういうスタッフになりたい、あるいは、そこでやっていけば、将来そういう中でスタッフとして、あるいは総合医として、家庭医として生き生きと働いていけるようなロールモデルがないと集まってこないのではないかなと思います。今後つくられる、あるいは、この制度をやっていかれる際には、こういったことも十分参考にしていただければと思います。

ちなみに吉本先生はこの専門医、プライマリケア学会の専門医を取りましたね。その要件には、資料11Pに書いてありますけれども、専門医でAコースですね。ちなみに吉本先生が将来プライマリケアというか、家庭医か総合医か、まだどうなるかわからないですけども、そのためにとられた専門医Aコースについて、私は単なる認定医で、ただ書いて申請すればしまいというぐらいの軽いコースでしたけれども、専門医の場合には研修要件と、それからOSCEであるとか、そういった幾つかの本当の試験があるわけです。この前提の要件として、最低2年間の病院研修、これは臨床研修、初期臨床研修で今クリアされているということなんですけれども、その後1年間の保健・医療・福祉群での研修と、残りの2年間はどこでも構わない。病院へ行っても、診療所で仕事をするのでも。この辺は多分



今考えておられる研修でいいと思いますけれども、ただしこのための指導医がいる病院じゃないと、認定できないということになってくると思いますので、その指導体制の充実もまた御検討をいただければと思います。

家庭医療学会の方も同じくで、やはりそれなりの指導医の要件がありまして、指導医がいないと、クリアできないということがありますので、今後その辺も含めて、御検討いただければと思います。

以上です。

中村部長： ありがとうございます。

おっしゃるとおりで、こういう各学会の認定医なり専門医なりそういうのは、どれほど実質的に意味があるのかどうかというのは、なかなか大変なんですけれども、ただ、やはりある以上はとれるということがないと、なかなか集まってこないというところはあると思います。残念ながら私は何の資格も持っておりませんので、とれないんですけれども、とれる人たちを集めていきたいとは思っておりますが、来年からはそういうコースには当然なりません。申しわけないですが、私がっておりますので、だめなんです。今、武田先生が指摘してくださったような資格がとれるという必要はあります。五條病院もそういう資格がとれるような認定施設にならないといけないとは思っておりますが、松本先生厳しいですね。

松本委員： せっかく振っていただきましたので、私は中村部長がずっと話をしていますので、きょうは余り発言せずにようと思っておりますけれども、院長として、言わせていただきますと、五條病院を中心としてスタートしようという、非常にすごいプロジェクトであります。ですから、これはもう五條病院がしっかりと土台ができていなければできません。たまたま中村部長を含め、私も指導医の1人になるかもしれませんが、内科医の指導をする人たちが、それなりにそろっているので、多分そんな話が出ているのだと思うのですが、少なくとも私が今院長として言えることは、かなり限界に近いところでやっているということは間違いないということ、認識していただいて、もちろん、ですから、藤本先生が大学の方からのサポートをしっかりするよという話が出ているんだろうと思いますので、あえて言うことではないのだろうと思うんですけれども。あとは、大学なり高度な医療機器がそろっていても、やっぱりMRの新しいのすら入っていないというような現状のままでは、五條病院の体力としてかなり限界に近いところでやっていますので、これは少し短期間に、きちっとそろえていただければ、来年の春からのスタートは難しいと思いますので、それは院長として申し上げたいというように思います。

國松委員： 大変すばらしいことだと思いますけれども、実際の問題として、今現在公立病院改革ガイドラインというのが出ているんですけれども、それに沿ってやっていきますと、恐らく我々の病院というのは、ここにいる四つの病院というのは、そのまま改定なしに進められると、公設の指定管理者制度というのに陥って、一つ一つが民間に移譲してしまうんじゃないかなというのが5年以内に起こるので、そういうことが一つと。

もう一つは、私思うんですけれども、今、人口が5万人程度以下の地方自治体が、病院を持っていくこと自体にかなり無理があるんじゃないかと思うんです。やっぱ

り南和地区という、あるいは、宇陀市を含めて、広域行政組合、病院などを形成する広域行政組合というような形をつくって経営していかないと、もうやっていけない。経営がやっていけないんじゃないかなという物すごい危機感がありますね。そういう中で、非常に改革が迫られているということが一つと、今現在、来年から五條病院がこういうことをやられて、私が卒業生で、奈良医大卒業生で行くかといったら、恐らく行かないですね。どこへ行くかといったら、やっぱり佐久総合病院とかですね、とってもらうハードルが高いので、試験に受かるかどうかわからないんですけども、それとか、四国の三豊病院とか、ああいうところへ行って、そして、今、示していただいた長崎の方へ行って、そこで七、八年やって、奈良の現状を見て帰ってこようかなというふうに考える方が現実的じゃないかなと思うんですね。だから、1年間ぐらいは、五條病院でやっていただいたらいいと思うんですけども、今現在、五條病院におられる医師の数というのは22名か23名というふうに聞いていますし、やっぱりそういう数を見ただけでも、研修医が来てくれるかどうかというのは非常に難しい問題があると思います。すごく理想的には、南和地区でまた新たな病院を建てていただくというのもあるんでしょうけれども、それはもう奈良県の経済的にも無理ですから、初めに言いましたように、いわゆる広域行政組合をつくって、五條病院は県立なんですけれども、何とかそういう形で再編していかない限り、将来的にはちょっと無理があるんじゃないかという気はしています。

それとあと一つだけ質問なんですけど、長崎県のこの広域行政組合というのは、全部町立病院という病院単位は一緒なんですか、それともこの中に県立病院とか私立病院とかは入っているんでしょうか。

**武末委員：** 図の中にあるのは、全部広域圏組合の病院です。

**國松委員：** だから、それが県立なのか、町立病院なのか、それとも私立の病院も入っておられるのかということをお聞きしたかったんですけども。全部町立病院ですか。

**武末委員：** 9病院、この図の10の9の病院。

**國松委員：** いや8ページのところです。8ページの五島中央病院とか、富江病院。

**武末委員：** 9ページに書いてございますのは、これは全部離島医療圏組合立病院になります。

**國松委員：** 組合立病院。じゃあ町が一つ持っているとかそういうことじゃない。

**武末委員：** 町と県が集まって組合をつくり、その組合が運営する病院として、昭和40年ごろにやはり病院経営が不安定だったために、市町村が集まってそういう広域圏をつくってやったということでございます。

**國松委員：** その以前というのは。

**武末委員：** やっぱり町立とか。

**國松委員：** 全部ほとんど町立だったんですね。

**武末委員：** 多分そうだと思います。

**國松委員：** ああそうですか。

**武末委員：** 先ほどこういう一部組合の例として、最近では高知県と高知市が一つの病院をつくってという例がございます。だから奈良県で言えば、奈良県立と市立奈良が一つの病院というか組織になるというようなイメージもあるかもしれません。

**國松委員：** だから、そういうイメージを公立病院改革ガイドラインの中に県が中心となっていれるべきだというふうに書いてありますので、その辺も県の方も頑張っていたかどうか、いろんな積極的な姿勢で臨んでいただいたらと思うんですが。

**武末委員：** 我々に残された時間は余りないということで、申しわけなかったです。

**中村部会長：** ありがとうございます。

二つほど言われましたが、この研修を始めたから来年から来てくれるなんて、あまり思っていない。ただ始めないと始まらないと思っているということが一つ。もう一つは、病院自身が五條も含めてですけれども、先行きないぞという御意見ですが、そのとおりですね。先行きどうなるかわかりません。ただ、どうなるかわからないからこそ、受け皿として、今、國松先生がおっしゃってくださったように、今ここで県も市町村も危機感を持って協議会を持ってやっていかないといけないと思うんですね。ですから、今厳しいですが、いつつぶれるかわからない病院と診療所を相手にした話ではあるんですが、ぜひこの二つの話は、すぐに実を結ぶとは思っておりませんが、始めない限りは始まらないという話でよろしいですか。

**武末委員：** そのとおりで、五條病院でというのは、今の体制というのがありますけれども、ちょっと調整するかもしれませんが、県の定員があいておりますので、そこを使って出さしていただければなということで、ただ、コンセプトは単に五條病院の病院職員を雇うというわけではなく、こういうへき地医療のスタートとしてモデルの方が、ひょっとして来年、研修医ではないのでマッチングの必要はないでしょうし、来ていただければ、一つスタートできるかもしれません。

**林委員：** 國松先生が言われましたようなことなんですけれども、これはそういう意味でこの病院を生き残らせていくために、うちとか吉野とか、そういう病院を生き残らせていくためには、やっぱり医者集めを、医師の確保をしていかねばならない。その医師を確保するための手段としての方法だと思っていますので、できるだけこれに協力していきたいと思っております。

**中村部会長：** ありがとうございます。

診療所だけの医者を考えているわけではないので、さっきも言いましたように、診療所、病院が一体となった運営をしないといけないと思います。

**武末委員：** 最終目的はやっぱり地域にきちんとした医療を提供する。そのためにはやはり医師が必要で、そのためには病院や診療所が必要なんですということで、多分同じ目的に乗っているというふうに認識していただいたら、わかるのではないかと思っております。

**中村部会長：** では、具体的にはすぐに実を結ぶという話ではありませんが、それぞれ私の方が次回の会議に向けて、細かい、絵にかいた餅にならないように頑張りたいと思っていますので、細かい御相談をさせていただきます。

第2点といたしまして、武末さんの方が、その協議会を設営、準備するために必要な予算措置も含めまして、何らかのことをお考えいただきたいと思っています。それを含めて、第4回がおしまいにしたいと思っております。

星田先生、何もしゃべっていないですが、いいですか。どうぞ。

**星田委員：** 2番と3番が、このへき地医療部会の結論になるということなんですかね。この

仮称が抜けて。後の進み方のことなんですけれども。

**武末委員：** さらに言えば、それに対するアクションプログラムも必要になってきます。どういうビジョンをつくって、それに向けてどうやって進めていくのかということもありますが、今年度に限っていうと、2番と3番ぐらいになるかもしれません。

**星田委員：** そうすると、先ほど藤本先生も言われたように、中村先生がこの研修プログラムをしっかりとつけない限りは、進まないだろうと。言わせてもらおうと、中村先生の話は第2回のときの話、それから十津川での話、きょうの話、変わってないんです。これでは、今度の研修プログラム、カリキュラムという形は全くなしてないと思います。これは、先生がやっぱりしっかりしないとできない。私もそれ非常に危惧します。それをやはり今日の時点で言うておきたいなと思います。

それから、三つ目の設置をしましょうというだけでは、対策協議会の一部会を1年やって、次にまた協議会を設置します。これでは何の意味もない。だから、今、次長が言われたように、アクションプランをきっちりと入れた協議会の設置という形にして、その予算措置も含めて、それを第4回のときに出していただかないと、単に協議会設置しましょうというような結論にはならないようにしてほしいというふうに思います。

以上です。

**中村部会長：** ありがとうございます。

第4回に向けては、今、星田先生が言われましたように、具体的な話が出ないと何もなりませんので、本当は会が開かれる前に、私の方から皆さん方に具体的なものを前もって送らせていただきまして、検討していただいて集まるという形にしたいと思っておりますので、次回の会が開かれる前には、送らせていただきます。

**武末委員：** では、私の方は当然先ほどの資料の10ページが何年後にできるのかわからないんですけれども、とりあえず、まず中間目標を設定をしなければならないので、そこは会の前に事前に幾つかの委員の先生方と御相談して、まずはこの仮称の協議会をつくることの中間目標は何かということ、あるいは、ある程度最終目標がこの10ページの案をもう少し練って行って、どういうことにしていくのかということを示すところまではいけるのかなと思っておりますので、そこは次回まで少し関係者で集まっていたら、御相談した上で、この場に出せるようにしたいと思います。少しタイトかなと思っておりますけれども、いずれにしても、少なくとも4回目には何らかの形のものを、できかけでも出すというところでお約束いたします。

以上です。

**中村部会長：** それでは、2点目、3点目御議論いただいて、御了解いただいたということで、第3回目の会議は終わりとさせていただきます。どうもありがとうございました。第4回目については、また事務局の方から御連絡が行くと思います。

**事務局：** どうもありがとうございました。それでは、これで終わりたいと思うんですけれども、また第4回目については、皆様方の日程を調整させていただいて、御連絡させていただきたいと思っております。きょう初めに配付いたしました旅費とか、口座の申出書を配らせていただいたと思っておりますので、そちらの方にご印鑑を押して、地域医療連携課の方まで返送いただくようによろしく願いいたします。それでは、これ

で終わらせていただきます。