

地域医療確保対策特別委員会会議記録

地域医療確保対策特別委員長 小野 共

1 日時

平成 24 年 9 月 5 日（水曜日）

午前 10 時 14 分開会、午前 11 時 52 分散会

2 場所

第 3 委員会室

3 出席委員

小野共委員長、名須川晋委員、高橋元委員、軽石義則委員、千葉伝委員、
嵯峨老朗委員、城内愛彦委員、伊藤勢至委員、及川あつし委員、小西和子委員、
高田一郎委員、小野寺好委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

小野寺担当書記、荒屋担当書記

6 説明のために出席した者

総合医を育て地域住民の安心を守る会 代表世話人 田中 一哉 氏

7 一般傍聴者

1 名

8 会議に付した事件

(1) 委員会調査について

「総合医の時代」

(2) 次回の委員会運営について

9 議事の内容

○**小野共委員長** ただいまから地域医療確保対策特別委員会を開催いたします。

これより本日の会議を開きます。本日は、お手元に配付いたしております日程により会議を行います。

これより調査を行います。

本日は、講師といたしまして、総合医を育て地域住民の安心を守る会の代表世話人でいらっしゃる田中一哉先生をお招きしておりますので、御紹介申し上げます。

○**田中一哉講師** おはようございます。委員長から御紹介いただいた団体の代表世話人をしてありますが、この 3 月までは国民健康保険中央会という国民健康保険の全国組織の常務理事を務めておりました。

岩手県は懐かしいところでして、私が 20 代の後半に入るところに無医地区無医村を調べて

いた時代がありまして、青森県も岩手県も、それからほか二、三県に行ったのですけれども、今でも思い出しますが、岩手県では3泊4日の日程で連合会の若い職員の車で葛巻町、平庭高原を抜け、久慈市に泊まって、それから旧田老町から三陸海岸を南下して、それから遠野市に入って花巻市から帰ったかな、そういったところがありました。それから、何度かここに来ていて、年かさは随分違いますけれども、岩手県で最も親しい、兄貴分で旧沢内村の増田進という医者があります。弟分は長野県の鎌田實というのがいまして、彼らとは非常に親しくして、地域医療については、僕はドクターではありませんが、いろいろ勉強したり研さんしたりしてきました。

長くなりましたけれども、よろしくお願ひいたします。

○小野共委員長 今先生から挨拶がありましたけれども、先生の略歴につきましては、別添の資料に配布しているとおりでしますので、お目通しのほうをお願ひいたします。

本日は、総合医の時代と題しまして、地域医療を担う医師を育成するという観点から、総合医の現状と課題をお話しいただきますとともに、総合医の育成について御提言などをいただくこと、そして貴重なお話をいただくこととなっております。

それでは、御講演をただいまからいただくわけでございますが、後ほど質疑等意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、先生、きょうはよろしくお願ひします。

○田中一哉講師 よろしくお願ひいたします。

それでは、きょうは総合医の育成と課題について話をしると委員長から御連絡いただきまして、やってまいりました。

なぜ総合医なのかです。そういう時代なのか、また育成しなくてはいけないのか、課題は何なのかということについて、私が日ごろ思っていることについてお話を申し上げて参考にしていただければと思っております。

参考資料として、私はこの問題については9年間取り組んでまいりまして、最終的な報告書が、ちょっと分厚いですが、これだけの資料にしようかと思ったのですけれども、余り分厚くても先生に失礼なのですが。

どういったメンバーでやってきたかというのと、1ページに総合医体制整備に関する研究会の委員名簿がありますけれども、大体こういったメンバーでやってまいりました。現職は、少しかわっている方がおられます。河内山さんは、今社会保険診療報酬支払基金の理事長をし、西村周三さんは、京都大学をやめて、今国立社会保障・人口問題研究所の所長をしております。

それで、資料の3ページから16ページまでが、要するに提言ということで、総合医の問題についてまとめたものです。あとは参考資料ですが、国内のいろいろな関係者が海外視察に行ったり、国内の市町村でモデル事業を行い、その成果についても触れておりますので、これは参考までに。

きょうは、その提言のところについて、少しさまよいた話をしてみたいと思います。

まず、私はなぜ総合医が必要なのか、実際総合的な診療ができた医者というのは、僕が小さいときは現に町なかにはおられたのです。大体何でも診れる医者だったのです。ところが、医学が進歩するということは、いいことも悪いこともあるようで、臓器別になって、もう俺はこれしか診ないという先生がふえてくる。そうすると、他の先生たちもやはりそういうのに倣って、どうも何でも診れる昔の先生がいつの間にか影を薄めてきたということとか、医師の偏在、不在という問題がやはり社会現象として出てくる。そういう日本の医療提供体制というものをどのようにしたら日本の地域住民は安心できるのか、またこれからの社会をうまく乗り越えていけるのかということについて、やはりこれは本気で考えなければいけないという気持ちになりました。

まず、私は総合医というのはどういった役割かという前に、きょうは先生方、政治的なポジションにおられますので、そこで少し訴えたいような事柄もありまして、私も永田町に45年間おったので、政治家の方たちとのかかわりが長いのですけれども、ぜひ皆さん方にもいわゆるポリシーといいますか、基本的な政策的な話、要するにこれからの医療が目指すべき方向というものを、やはりきちんと意識して取りかかっていく。今こうだからこう変えなければいけない、5年後がこうだからという話ではなくて、もっとスパンを長く見た医療政策を考えていかないと、いわゆる地域医療の安心というものはなかなか生まれてこないと思っております。

そのベースにあるのは、やはり大変な少子高齢化といいますが、ここをどう国あるいは地域がうまくかじ取りしていけるのか、それが政治家の腕の振るいどころだと思っております。医療についても明確な方向性を示して行かなければいけないと思えます。

日本の医療というものは、医師をどうするかとか、医療技術をどうするかと、医療の制度というものもありますけれども、もう一つは医療を保障するシステム、これを日本は医療保険というシステムでやっています。イギリスは税金でやっていますから。日本の場合は、保険料を取って、それで社会保険という経済システムでやっているわけですが、これも一般税でやるのか、医療保険という経済システム、そこでやるのかという、その選択は僕はどちらでもいいと思えます。社会保険なるがゆえにそこで発生するいろいろな問題がある。そういったところをどう解決するのかということも考えなければいけないわけです。

要するに、日本の医療政策が目指すべき方向として私は三つあるのではないかと思っております。その三つというのは、一つはやはり高齢化、もうそう遠くない時期に日本国民の3割は70歳以上になります。そういう国の社会情勢の中で、年をとっていくことに不安のない社会、これをどう構築するのかということが等しいのではなかろうかと思えます。

それから2番目は、やはり皆保険体制です。いつでも、どこでも、誰でも医療を受けられると、こういった皆保険体制というものが世界に冠たるものでありまして、これはやはり20世紀、日本の生んだ社会遺産の一つだと思いますけれども、これはやはり守っていかなければいけないということが二つ目。

三つ目は、よく医療費適正化対策と言われます。医療費を抑えようとか。ただ、これも僕は、医者も納得する医療費を抑える政策があるはずなのです。それは、患者も納得するというのです。そういった、医者も国民も納得する医療費適正化対策というものに知恵を出さなければいけないし、推進しなければいけない。この三つだと思っています。この三つの目標が達成できるキーパーソンが、私は実は総合医だと思っているわけです。

時間が限られているので、余り細かくお話はできませんが。まず、老いることに不安のない社会ですね。間もなく、3割近くが高齢者になるわけですけども、やはり年をとっていく、これに楽しみがある社会というものをどう築くのか、そういう社会であってほしいです。医療面でそれがかなえられる方策の一つでは、やはり医療とか健康に対する安心だと思っているのです。それは、自分の身近なところに住んでいる、いわゆる安心できる、信頼できる先生がおられると。健康面でも、精神面でも相談できる。そういった環境をつくっていくということだと思います。

やはりお年寄りも、いつも笑顔でここにいい顔をされている、そういった地域社会を築いていく。その背景の一つがやはり医療とか心身面の健康への安心だと思っています。

よく言うではありませんか、終わりよければ全てよしと。もう若いときから苦勞しても、やはり年をとってから、ああ、いい人生だったというような社会、それが大事ではなからうかと思えます。要するに老いることを楽しむとは言いませんけれども、安心できるニーズというより医づくり。

それから、目指すべき方向、2番目ですが、これは間違いがあり、資料の2ページの大きい2番の2行目に皆保険制度が確立されたのが46年前なんて言っています。これは、5年ほど前の原稿をそのまま焼き写していますので、実際は皆保険制度の確立は昭和36年です、51年前になります。

皆保険制度というのがいかにすごいかというのは、私はたまたまおとといまで台湾でアジアパシフィックの国際会議に出ていまして、アジアでの医療面の先進国は、日本と台湾と韓国なのですが、それにフィリピンとマレーシアとインドネシアとシンガポールとタイとが加わった国際会議で、もう完全に2日間ホテルに詰めつきりだったのですけれども、結局発展途上国は皆保険体制に持っていくのにまだまだ長い道のりです。それを日本は既に51年前に達成している。そういった意味ですばらしい社会的遺産なのですが、これを、このまま放っていたら、国民にとっても、医者にとっても満足できないような状況が出てくることは間違いありません。医療費はふえ、医療環境は悪くなり、自己負担も高くなり、結局経済ですので、費用負担も大変だ。社会保障で一体改革もありましたけれども、あれもどれだけ効果が出ているのか。そういうことでもあります。

要するに皆保険制度というものは、国民の日常生活への安心というものを保障しているわけだし、それからそれに伴う社会的、経済的効果というものもはかり知れない。そういったものをこれからも維持していくためには、やはりこのままではいけない。だから、新たに知恵を出さなければいけないと。その知恵の出どころの最大のものが病院と診療所の

役割というのを明確にしておく。そのことによって、いろいろなこれからの維持していくための方策が生まれていくということです。

それから、3番目ですけれども、要するに医者も国民も納得する医療費適正化対策といいますけれども、これはそんなあるかよという話をよく聞きます。僕はよく言うのですけれども、例えばいきなり大病院に行くというのは本当ですかと。腹痛、風邪引きで東京あたりだと大学病院に駆け込むのです。こちらでも大きな病院の近くに医者が行けるケースはあると思う。大学病院というところは、専門の医者が出て、専門的な医療機器を備えて、専門的なスタッフを置いて、もうそういったのを重装備しているところなのです。そこに腹痛、風邪引きがたくさん押しかけて、そんな医療資源の無駄というものは、それは全国物すごいことなのです。だから、いきなり大病院へ行くというものを何とか解消できないのかと。それをやるためには何が必要なのか。いきなり大病院に行かなくても、結局地元の開業医の先生できちんと、一方、大方のことを診れて、あなたはこういうことだから、こういうところに行きなさいと、そういった方向性をきちんと示しているのです。そういった役割を果たしていただくことが大事ではなかろうかと思っています。

それから、二つ目の問題は、はしご受診ということがあります。国民も健康的な医療について詳しくなってきました、どうも先生の言っていることは、あの本に書いてあるのと違うとか、なかなか納得しないではしご受診してしまう。これもやはり地元で信頼できる、安心できる医者が、開業医がおられたら、そういった行動というのは、少なくなる、なくなるものです。その先生がちゃんとしたところ、また、自分の技量に合わなければ紹介していただく。これも大変な無駄ではないかと。

それで、三つ目に考える無駄は検査です。先生方もそうだと思いますけれども、病院なり診療所へ行って検査した項目をまたこちらの病院に行ったら、また検査するのです。重複検査というのは日常的なのです。なぜその個人の、その疾病に関する検査情報というものを医療機関では共有できないのかと。だから、今申し上げましたいきなり大病院ということの無駄、それからのはしご受診の無駄、それから重複検査の無駄、これは患者にとっても、よくよく考えたらそういうことであり、医者にとってみても、やはりそうではないかと、私は思います。医者も患者も、要するに国民全体が納得する無駄の排除、そういったこと。

そういったことから、この無駄というのはどこから発生しているのかということは、日本医師会の先生方もよく言われる、僕がこう言うと、日本はフリーアクセス型依存。フリーアクセスというものが皆保険体制のいわゆる前提条件だと。いつでも、どこでも、誰でも。でも、いわゆる総合医というものの位置づけをやって、まずは総合医に診てもらいなさいということがフリーアクセスの制限ということには僕はならないと思うのです。日本国民だったら誰でも医者に行けるという皆保険制度は変わらないのです。ただ、唯一、どの医療機関でも好きに行けるというところが変わります。日本は、どの医療機関でも好きに行けるのです。だから、そこを切りかえるということが、先ほどから言っている無駄

の排除です。医療資源の無駄をなくし、医療投資の無駄をなくし、医療保険財政の無駄をなくす方策というのが、病院どこへでも行きますよという、このフリーアクセスを制限しなければいけない。そこだと思っております。

そういった、これからの日本の医療なり医療保険施策というものを目指していくべき候補が三つあると私は思っておりますけれども、今言った三つを解決できる医療人が、また医療システムが総合医であり、病院と診療所の機能をきちんと明確にする。そのことではなかろうかと思っております。

そういった総合医ですが、さまざまな呼び方をされています。今専門医の在り方に関する検討会というのを厚生労働省医政局が担当してやっていますけれども、もう議論が始まりますと、日本医師会はかかりつけ医と言うし、それから学者の先生たちは家庭医と言うし、それから総合診療医と言ったり、僕は総合医と言っていますけれども、言葉で、入り口でかんかんがくがくなのです。

だから、私の研究会も9年前に始めたときは、やはり皆そうだった。だが僕は、言葉は後で考えてくれと。どういう役割をする先生かということを決めようではないかということ。その先生をどう言うかということは、自然に落ちつくところに落ちつきますよという話でやりました。だから今も国の検討も似たような話です。これも多分、もうすぐ落ちつくと思えますけれども。

そういうほかに、少し具体的な話をしていきたいと思えますけれども、5ページにあります総合医の育成。ここから総合医の問題についての育成なり課題についてですけれども、それではどういう先生を総合医と言うのかということ。これは、極めて大事なことです。では、今総合医という先生はいないのか。今の日本の医学教育なり研修体制の中で総合医というものは育てられないのか、そんな改まったことなのかということなのです。率直に言って、今地方において総合医的な役割を果たしている先生はたくさんおります。この間も一関市藤沢町の佐藤元美先生に中央における私どものフォーラムに来てもらったのですけれども、ああいう先生、それは増田さんもそうです。そういったような方がたくさんおられるのです。ただ、問題は、そういった先生たちを育てる大学教育なり、それからそういった先生たちをきちんと研修する場所とかというものを欠いているのです。

それともう一つは、ほとんどの先生方は、何とか医、外科医の何とか医とか、いわゆる専門医なのです。診療所とか病院とか、学会が専門医を認定するのです。ところが、総合医というものを認定する機関も、総合医なり総合診療医とも標榜することもできないのです。だから、できないということは、そういった能力を持った先生がおっても、それが社会的な医療システムとして認知されないということなのです。だから、私はそれは日本の医療システムということを変えていこうというときに、それが認められないままにということ考えたときに、それと総合医の役割ということをきちんと概念で規定づけられていないのです。だから、総合医とはこういう役割の人を言い、それはこういったところできちんと認定すると、そしてまたそういった人たちは医学教育の中で何人ぐらい卒

業させる、そういったことをこれからきちんとやっていかなければいけないと。

総合医の役割なのですけれども、ここで四つほど書いています。いろいろ書いていますけれども、役割のところ、資料5ページの表の一番上に「地域住民によくみられる症状に幅広く対応する」。要するに、もう今は臓器別の複数の専門家を病院に広く渡り歩く患者が多い時代になるわけですけれども、そういった高齢者がわざわざ病院に行って専門の医者のところをあちこち1日で駆け回るのではなくて、身近なところで、一応臓器別に一定のレベルのことを理解できて、判断できて、日常の慢性病だったら診れるような先生たちにいてもらえば、わざわざ病院に行くこともないのです。だから、別に高齢社会だから総合医が必要ということだけではないのですけれども、特に高齢社会においては総合医的な存在というものは極めて必要な要素だと思っております。

そういった意味で地域住民、やはり国民によく見られる、若いも若きも症状には一応対応できる、こういう先生です。脳神経外科しかやらないとか、あそこだったら日本一だという先生ばかりでなくていいということです。

それから2番目は、初期診療に対して、まずそこで何度も言いますが、やはり自分でできないことがあるのです。もっとやはり知識があった先生がいいと。そのときに、適切な医療機関をきちんと紹介すると。だから、病院に行ってよくわからない、あっち行った、こっち行ったと、検査ばかりして、そういう話ではなくて、やはりどちらに行ったらいいのかということが判断できて、ではこれだったらあの病院に行きなさいとか、この先生のところに行きなさいということを適切に指示できる人、これが総合医です。

それから次に、住民、患者と継続的な関係を結ぶこと。要するに患者と日常的に地域社会において継続的な関係を若いときから作る。そういった患者の精神的な、それから肉体的なものを深く理解している、そういう関係が構築できる総合医というものが地域社会におれば、患者も先生の判断で診断するのに十分信頼をおける。そういった継続的な関係を保てるということが総合医にとって大事な要素になる。

それから、最後に、やはり治療だけの医者というものも必要です。大学病院はまさに治療だけ。そうではなくて、地域における診療所の先生というものは、やはり日常的に地域住民との接触の中で健康づくり、予防問題、行政との関係もできてくる。そういったことにも積極的に関与していただく。住民の健康づくりにも。だから、住民の医療にも健康づくりにもやはり総合医の先生というものがリーダー的な役割を果たしていくと。そういった役割を担っていただく先生を総合医と我々は規定づけたわけでありませう。

大方どの、かかりつけ医と言っているも、総合医、家庭医と言っている人たちも、この概念規定については大きく変わらないのです。大体そういうことをおっしゃるのです。そういったようなことが、いわゆる総合医の役割というか、どういった役割をする人かというのは、そういったことだと思います。

それから、ではそういった先生をどうやって世の中に存在させるのか、要するに育成するのかということ、これがなかなか難問でして、まさに日本の医学教育というのは、例え

ば大学に入るときには岩手医科大学もそうだと思います。昔は、おじいちゃんみたいな、お父さんみたいな、いわゆる地域のみんが来てくれる総合診療をやる医者になりたいという思いで入る学徒はたくさんいるのです。ところが、2年たち、3年たち、卒業するころには臓器別の専門医に仕立て上げられるのです。それが今の大学教育です。そういう中で、その後の初期研修2年間、あるいはその後の専門研修3年間というものを終えてから、勤務したところが佐藤元美さんみたいに何でもやらなければいけないと、いつのまにか総合医になってしまう。彼は自治医科大学の出身ですから、建学の理念がそういったことですから、それはいいけれども。

結局卒業してからの環境で総合医になっていくという部分がある。だから、そうではなくて、やはり日本でもきちんと総合医というものを日本の医者の専門医として位置づけることによって大学教育の中でも一定の時期に総合医というものが選択でき、それから卒業後の研修においても総合医の研修をきちんとやる。今は総合医の専門研修というのはないのですよ。というのは、後期の3年から7年の研修というのは専門医研修ですから、総合医という名前ですらない。専門医としても認めていないわけですから、総合医の研修というのはないのです。

それで、一つの提案として、そこに書いていますように、我々の提案は、医学部に入ってから6年間は研修する。そういった中での臨床研修医の中で、やはり一定の総合医的なところの研修を重ねるわけですから、国家試験を通過して初期臨床研修。一生懸命今臨床研修というのは、研修施設なんかあって、昔は大学の医局の専任教諭があっちに行け、こっちに行けといったら、大体それに従わなければいけなかった。ところが、今は大体自分で行きたいところに行くような研修システムになっていますから、それは総合医的なことはできる。そういった、あっち行け、こっち行けができなくなったのが、結局勝手に行くものだから、大学の医局の大学病院に医者が少なくなって、それではおまへ帰ってこいと言って、帰すから地域に医師がいなくなってくる。そういったことなのですから。

それと専門研修で総合医の研修と位置づけることによって、その3年から6年かけての専門研修をきちんとやる。ここには本当に総合医としての資質に富んだ医者を育てていく。その後に認定という形をとっていく、こういったことが大事ではなからうかと思いません。

例えばイギリスとかフランスというのはどのような教育をしているのかといいますと、イギリスの場合は、医学部は5年間です。それで参考になるのは、医学部5年間のうち3年間の学費はどこで出すか。教育省、日本でいう文部科学省が出しますね。あとの2年間はどこで出すか。保健省、日本でいう厚生労働省。要するに医者をつくるということについては、基本的なところは文部科学省が人間をつくるわけです。ところが、こういった医者をつくるかといった話になったら厚生労働省が責任を持って教育をする。それは、いろいろな専門医とかそういう。イギリスの場合は、まさにジェネラル・プラクティショナーといって、これは一般医と訳されていますけれども、総合医と同じ役割をする医者で、ま

さに臓器別の専門医と、これで二つに分けているのです。医学部で5年間教育し、その後2年間基礎教育をやる。そして6年目、大体基礎研修1年が終わったということは、5年プラス1年ですから6年、そのときに免許取得。だから、医学教育を受けて何年目で医師免許を取れるかという、イギリスも日本と同じ6年目なのです。フランスもそうです。アカデミー。2年目のときに、専門研修に進む。そのときに、自分は一般医を選ぶのか、あるいは病院の専門医を選ぶか、こう決めるのです。そういったことで、後の専門研修というのは、一般医—ジェネラル・プラクティショナーは、総合的な人は最短3年間なのです。ほかの専門医は7年間ぐらいということになりますけれども。

イギリスでは、専門医を選ぶときに、一般医は何人とか、例えば極端に言えば、医学部の生徒が、みんな一般医になりたいといったときには、ほかの臓器別専門医がゼロになるわけですから、イギリスの医療の将来というものを考えたときにそれは困るわけです。だから、15年間か25年間でどの医者が、内科がどれぐらい必要なのか、外科は何人必要なのか、心臓外科は何人必要なのか、脳神経外科は何人必要なのか、そういった必要な15年間か20年間先までの人数をイギリスはカウントしているのです。ですから、一般医ばかりになったとき、それはだめだということを、一般医が何人ということをやはり事前にきちんと決めて、専門医志向に対しても成績順か何とか順で振り落としていくと。そういった仕掛けをつくって、医者の特長性に対して余り国民の病気疾患に対応できないような環境をつくらなければ、そういうこともある。

一方、フランスも似たようなことが。フランスにつきまして僕がびっくりしたのは、フランスの大学教育は6年です。フランスは4万5,000人ぐらい医学部に入れます。そして、1年たったところで、4万5,000人も要らないのです。日本だって8,000人か9,000人ですから。日本の人口の2分の1しかいれないところですから。でも4万5,000人医学部に入れちゃう。2年目になったときに、1年間の成績で7,300人にしてしまうのです。振り落とすのです。要するに成績の悪い子は要らないと、あなた医者に向かないということで、4万5,000人を2年目で7,300人にしていきます。そういった振り分けをした後に、これら医者として育てる価値がある、能力を持っているというものを、あと4年間、基礎的なところの残りの1年と、あと4年間で病理研修とかやって、6年目に国家試験を受けさせるのです。そして、それから後に、6年目のときに、7,300人を一般医、総合医と専門医とにやはり分けなければいけない。そうすると、人数が決まっているわけです。そのときに、フランスの場合は、非常に自由はとうとぶけれども規律もとうとぶとって、要するに成績上位何千何百人までは専門医、その下は一般医とばつと分けてしまうのです。だから、あとは成績がよくて一般医になりたい人はなれますけれども、要するに例えば4,000人は専門医、はい、1番から4,000人まではこちらだと、それから4,001番目からは成績悪から一般医だと、こういう分け方をします。これもまたはっきりしているところです。

それは、結果としてどういうことを招くかということ、フランスの場合には、専門医のほうが一般医よりも社会的なステータスとか、それからペイも高い。そういったことがあり

ますけれども、能力主義といったら能力主義なのですが、そういった面がある。しかし、そういったことを専門医と6年目に決めてしまって、あと3年間の研修は総合医研修、一般医研修をしっかりとやる。

今申し上げましたのは、その国の医学、デリバリーシステムというのかな、医療提供体制の中に専門医、我々が言っている総合医というもの、専門医ではなくて一般医、これをきちんと位置づけているということ。位置づけているからこそ、そういった何大教育課程とか、専門研修課程で、それらが備わっていく。日本は、その環境がないのです。そこを早くシステムとしてつくっていかないといけないということの提案がこれであります。

それからもう一つ、認定という問題があります。我々にとってみたら、そう難しくなさそうですけれども、やはり医療の専門家の中では、誰が認定するのか、これはなかなかゆしきことのようにございまして、今の制度というのは、先ほどもちょっと申し上げましたけれども、総合医という専門医がないものですから、専門医の認定の光が入らない。今は、いろいろな学会があります。その学会が、あなたは、この専門医だということを認定しているのです。だから、幾つかの学会から専門医の認定をもらう先生もおられるわけです。

そういった意味では、総合医を専門医として位置づけることは、やはり認定するというのも必要になってくるということなのです。だから、総合医というものを医学教育の中で認めてしまったら、あとは自然とそこを出たら、そうなれるかということ、なかなかそうはいかないのが医師の世界でして、認定と医師会をクリアしないとだめなのです。

それで、中には認定というのは要らないのではないかという医者も医師会とともにありますけれども、基本的にはやはりそういったことが必要だという先生が多いです。

我々は認定についてどういった提言をしているかといいますと、ここに掲げてありますように、今から医者になる人と、既に医者である人と二通りあるわけです。だから、既に今地域社会において開業医、病院の医者をやっていて、将来総合医になり、そういうシステムに乗ろうではないかという先生がおられる。では、そういう先生は、すぐ何もしないでどうぞということかということ、そこはやはり一定の研修、それをどう位置づけるか、いろいろあります。半年間ぐらい、何かちょっと総合医的なことについての研修が必要ではないかと言う人もおるし、いろいろありますけれども、そこは幾らでも知恵だ。要するに今医者で免許を持っている方で総合医というシステムができたときになってやりたいと言われる方には、やはり一定の認定が必要だろうと。それから、これから医学教育ということで総合医が専門医として認められ、日本の医療システムの中に位置づけられたときには、大学での総合医育成教育が早めに始まるわけです。これは、きちんとした大学教育を受けて、2年間の初期臨床研修を受けて、3年間の専門研修と、そういった研修を受けた後に一定の認定を受けると資格になる。今の専門医と同じです。これをどういった仕掛けをするのかということは、なかなか議論が分かれるところでありましてけれども、そういった認定機関が必要だということです。

今厚生労働省が専門医の在り方に関する研究会というのを立ち上げました。去年だったかな、厚生労働省医政局が主導して。私どもで顧問をしてもらっている、前の自治医科大学の学長、高久先生が座長なのですけれども、そこでは、この間この認定問題についての報告書を出しました。要するに現行の認定とは違った第三者の認定機関をつくると、中間報告の中で提言されております。というのは、いわゆる総合医というのは、まだ専門医としてのものが何もないものですから、そういったものを含めて、いわゆる総合医の専門医制度の中に位置づけるということが前提になっております。第三者機関を設けるということを経済発表でまとめましたけれども、ただこの第三者機関がどういった人たちが構成されるのかです。医者だけでやるのか、国が入るのか、いろいろあるのです。それはまだ決まっていませんけれども、いずれにしろ総合医というものを専門医として認め、かつまたそれを認定する機関を今の学会の仕掛けではなくて、第三者の機関を設けようではないかと、専門医を認定する。そういった報告書です。これは、学会なり専門医制度の中では画期的なことだと思います。

それでは、そういった役割を果たす総合医の先生を、今後育て、認定し、では医療に関しての日本の地域社会というのはどういったイメージなのだと。最後のページに、これからの医療のイメージということでお示ししていますけれども、これからの地域住民や患者の病気、調子が悪いというときの行動は、まず地域住民が、やはりあらかじめ日ごろ受診する開業医の先生を決めておく。病院と診療所の役割というものを明確にすることによって、あらかじめ決めておく。そして、その先生にかかる。ほかの専門医にかかったり、病院に入院するという場合には、やはり自分はあらかじめこの先生だという開業医の先生の、それだけの資質を持っている方ですから、その方の紹介によって受診するということです。それでも、私はこの病気だから、今かかっている先生ではなくてこちらの先生を受けたいとか、この病院に行きたいということがありますよね。その場合には、そのルートも当然認めることに。だから、費用的に、それは特別に自分の判断で行くわけですから、若干診療費は別の自分なりの負担をしてもらおうという仕掛けはやはりシステム構成上必要ではないかと思います。

それと非常に似た医療提供体制を組んでいるのがフランスです。イギリスは完全に固定しています。自分が受ける先生はこれだと決めているのです。その先生のところから紹介、そこを通らないとだめなのです。救急はいいそうです。ところが、イギリスの場合も、今はやはり臓器別の医学部の進化の中で、1人の先生が何でも診れるということはなかなか難しくなっていますから、グループプラクティスといって、何人かでグループを組んで診療所をつくってやる。こういう形がふえてきていますけれども、いずれにしろ一つのその診療所を中心として医療を展開していくわけです。

フランスの場合も、一応そういった自分の受け持ちを決めなさいという、それは自由にしていた。ところが、国民のほとんどはその仕掛けに乗ったわけです。それが乗った背景は、多分、ほかのところにあちこち行っていたら費用が重なってくるかもしれないです。

そうすると、1人の先生にかかろうという気持ちはやはり心理的にあるのです、地域の社会において、家族ぐるみで。割かしとフランスというのは固定的ではなくて、選ぶ先生も自由、それから先生も、あんたはだめというのを直接的に言うかどうかは別として断れるのです。そういった、どちらもフリーハンドの気持ちでいる。そして、そういったことを決めてしまったら、その費用は割かし安く済む。ほかの先生のところに行くときには、そういう金は出さないということ。

僕は何カ国か聞いてまいりましたけれども、どうも日本の医療システム、これまで何十年もフリーアクセスの中で生活してき、医者もそういった環境になじんでいる中で、やはりなだらかにとといいますか、うまく新しい病診機能の中に入っていく、1回目にはフランス方式というのは割と抵抗が少ないのではないかなという気もいたしております。

最後に、僕はこの総合医というものを考えるときに、課題はたくさんあります。ただ、根本的なことは、やはり先ほど申し上げましたように、よくこの総合医問題を議論するときに、医療関係者なり、割かし学者の中からも日本の皆保険体制というのは、いわゆるフリーアクセスでもっているのではないかと。いかにもフリーアクセスを大上段に掲げて、いわゆる総合医というのはフリーアクセスを阻害すると言われますけれども、僕はそれは大変な勘違いで、フリーアクセスというような言葉が生まれたフリーアクセス論というのは、先ほど申し上げましたけれども、24時間いつでも、日本国内だったらどこでも、日本国民だったら誰でも、いわゆる医療圏というのがフリーアクセスなのです。これが基本。ただ、日本社会において、これをきちんと維持していくためには、日本は社会保険という保険医療で成り立つような経済でやっていますから、収入と支出のバランスをとらなければいかぬ。それには、医療費の無駄を省かなければいけない。医療費の無駄を省くために必要なことのひとつが、どんな病院でも、大学病院でも、どこへでも行けるといって、これはちょっと我慢しましょうやというのがこれからの日本の医療システム。そうしないと、日本の高齢社会で経済的に疲弊していく中で、また患者がふえる中で、日本の医療システムはもたないし、日本の皆保険体制も保険制度ももたないのです。これを理解しなければいけないのではなかろうかと思っております。

それともう一つ、後で質問があってもいいのですけれども、これは日本という国の国家システムとして、社会政策がきちんとでき上がるということが大前提なのですけれども、僕は地域単位、県。市町村単位ではなかなか難しい要素はあります。県単位だったらできるのです。こういった医療環境をつくって、医療費は、被用者保険、岩手県内の協会けんぽと健康保険組合とどこまで協力するかは別として、少なくとも国民健康保険であれば岩手県の全市町村の国民健康保険の財政を持って、医者へのそういった健康づくりへの報酬とかそういったものに対して上積み考えたシステムを考えることができるのです。僕はそういった意味では、いわゆる総合医を普及する特区みたいなものはできるのではなかろうかと思っております。

○小野共委員長 先生、ありがとうございます。

それでは、ただいまの講義に対しまして、質疑、意見交換を行いたいと思います。

質疑、意見等ございましたら、挙手の上お願いいたします。

○**嵯峨耆朗委員** いろいろお話を伺って、総合医の必要性や概要等もわかったのですけれども、実際に総合医をつくるということからすると、我々はどのようにすれば具体的に動いていくのかなと思いつながりながら聞いていたのですけれども。現状はどのようなのでしょうか。

○**田中一哉講師** 私が日常的にこれまでの勤めを 45 年間ぐらいやっていた中で、市町村のことを考えているときに、我々と一緒に相談し合うというのは市長会、町村会、それから知事会、あとはそれぞれの全国議長会、地方六団体。こういった問題になったときに、例えば今の医療提供体制という中では、なかなか住民の医療の安心が守れないとか、それから医療費の増というものに対しての住民の医療費用負担というものが懸念されるとかという問題が背景にあるとすれば、やはり県議会あたりで地域医療を守るために一番いいのは、病院と診療所の役割というのを明確にしてほしいと。昔から病診機能の分化と言われている。私が医療の世界に入ったもう 45 年前から言われているのです。病院と診療所の機能は明確にしろと。ところが、それは 45 年たっても行われていないですね。これは、この世界というか、人間社会というのは日本だけに限らず、やはり経済であり政治なのです。経済はともあれ、政治というのはやはり利害関係というものが渦巻いている中ですので、やはりそういった病診機能というものを分化させるということは自分たちにとってどうだという動きがどこかにあるのかもしれませんが。果たして利害関係者というものを、これはそういったようなことを自分たちでできますと言われるところに対しての説明をきちんとしなければいけませんけれども、やはり病院と診療所というものの役割を明確にすることによって、地域医療というものを守っていこうではないかと、皆保険体制を守っていこうではないかと。そういった働きかけは国に対してできるのではなかろうかと思っております。

○**嵯峨耆朗委員** 私も余り病院にかかっていたいかなかったのですけれども、岩手県の場合、病院にかかると、昔のようにすぐ県立病院を受診しないという方向を打ち出している、そして検査とか何かと紹介してもらって、CTなりMRIなんていう形でやるような感じになっている。今先生がおっしゃったような形になってきつつあるような気が最近しているのですけれども、いずれ現状で言うと、総合医を育成するシステムになっていないということですよ。だから、それを変えない限りは、今言った地域医療のあり方を変えていって、病診分離をしていくことによって診療所の役割を総合医的な役割として育てていくという側面もあるけれども、医者育成そのものの中に総合医を育成するシステムはないわけですよ。実際には、そうしない限りは恐らくなっていくような気がするのです。それをするためにはどうしたらいいのだろうなと思いつながりながら聞いていたのですけれども。

○**田中一哉講師** わかりました、結局病診機能の分化を主張したところで、診療所の先生が総合医でなかったら意味ないではないかというような、そうですね。

○**嵯峨耆朗委員** だから、どうやったら総合医をつくれるのかなという。

○田中一哉講師 ですから、僕はやはり医者 of 専門医という中に総合医というものを位置づけ、総合医の概念規定等々を先ほど高久先生の委員会で政府の中で出して、総合医として専門医を認めればいいではないかという話になって、ではその専門医の総合医はどこに勤務するのだ、病院でも要るのか要らないのかという議論が当然あります。私は、病院にも総合診療の先生は必要だと思っています。総合診療医と総合医の違いは、それぞれ医師会の先生と話したら、総合診療だけで先生というのは病院に必要なのです。ただ、総合医は私が先ほど申し上げたように、社会行政と一緒に地域によって健康づくりも予防もやってもらわなくてははいけない。総合医と総合診療所の違いは、私はそこだと思うのですけれども。

話をもとに戻しますと、そういった専門医として総合医が認められ、医学教育の中で総合医というものの概念規定が明確になることによって、では今度はそういった医者を育てようではないかということは、もう必然的に落ちついていくと思います。

○嵯峨老朗委員 わかりました。

例えば今からスタートするといった場合には、専門医の先生方に一つ格上の認定要件として総合医というのを持っていれば、これは総合診療医であろうが総合医だろうが、専門性はもちろんあるだけの、専門医とはちょっと違った医者だと、格がある医者だと。そのようにやればどんどんふえてくるような気がします、どうなのでしょう。

○田中一哉講師 私は、医者 of 世界に格をつけるというやり方は余り得手でないと思っています。それはヨーロッパにおける医者を見ていて、それぞれの国の医者 of 成り立ちというのがありまして、イギリスの場合、五、六百年前は、内科医で、外科医があつて、それから総合医的なのは薬屋がやっていたのです。内科医というのが 500 年ぐらい前に王立内科医学会をつくって、外科学会というのは、それから 400 年ぐらい後にできるのですから、内科の先生が一番偉いのです。外科が次。そういう一般医というのは、この間の薬屋がやっていたではないかということで、イギリスにおいては総合医というものの役割がかなり軽くなり、社会的なステータスもそういったことだし、報酬もその程度でということになりますけれども、僕は日本で総合医と今言ったような話に定着していくときに、それを持ってきた人は誰もいません。私は、総合医も専門医も、臓器別のいわゆる病院勤務の医者も、基本的にはステータスは同じ。そういった環境をつくって、おれはあっち、こっちやってみたいなというものにフランスみたいに成績順というのは僕は余り好きではないのですけれども。そういったことではなかろうかと思っています。

今すぐに、そういうシステムができて、今いる医者 that 総合医というものをやってみたいと言われるときに、これは別にそれを持っていたら特別な診療報酬払いますよという世界は僕は想定しなくてもいいのではないかと思っています。

○嵯峨老朗委員 格というのは例えなのですけれども、つまり違った専門性を持った先生方が、例えば総合医が必要という大前提で、やはりこうあるべきだということであれば、その人たちに違った立場というものになりますよというようなことによつて、専門医ではあ

るけれども総合医となれば、即席的に総合医がふえていくのではないかなという意味で話したつもりです。

○田中一哉講師 インセンティブがあるということをおっしゃっていますね。

○嵯峨老朗委員 そういう意味で話したつもりです。そういった格差の話ではないのですが、ちょっと違うぞと、することによって、そのほうが総合医を目指す専門医の先生方がふえるのではないのでしょうかと思っているのですけれども。

○田中一哉講師 先生のおっしゃったことは、僕は考慮に値すると思います。今全くそういったシステムがない大学に、にわかになそこに人を張りつけるためには、やはり何らかのインセンティブがなければいけないと。ただ、これもやりながらこれもという世界ではないものですから、開業しながら、また病院の先生をしながら学校医をやってくれという話ではないです。だから、そのあたりはどういったインセンティブをつけていくのかということは、ちょっと知恵を出さなければいけません、先生おっしゃることは非常によくわかります。

○小野共委員長 ほかにありませんか。

○高田一郎委員 どうもありがとうございました。

総合医を育てるという点で、先生から提案型の講演だったとっております。

それで、問題は総合医を育てる上での国の対応といたしますか、動向といたしますか、どのような状況になっているのか。私先日、佐藤元美先生とお会いしたときに、ちょっと懇談したのですが、国は総合医に向けて相当力を入れていこうとしているという話をされたのですが、具体的にちょっとよくわからないので、国の動向とその課題についてお伺いしたいということが一つです。

それから、研修医を育てていく上でのお話の中で、主に病院や診療所で実施するというお話でしたけれども、例えば、私の住む地域の一関市国民健康保険藤沢病院の佐藤元美先生を見ていると、病院の経営者であり、また患者もたくさん持っている。そういう中で総合医を育てるということも両方やりながらということはなかなか大変だと思うのです。そういうシステムをつくっていく上でどういう課題があるのかなというのをちょっと聞きたいと思っております。

もう一つ、問題は総合医を育てても、結局自分の子供のことを考えて都会に行ってしまうとか、あるいは今の格差社会の中で、病院にかかっても、病気になっても、医療がなかなか受けられないという問題とか、安心して地域社会に暮らしていく老後を暮らしていく、という上では、総合医を育てるだけではなくて、全体の課題をやはり解決しないとだめではないかなと私は思うのですが、その点について先生のお考えを伺えればと思います。

○田中一哉講師 国の動向については、佐藤元美先生の書いてあるとおりでと思います。実は、私は先ほどから9年間やっていたと言いますが、9年前までは、行政レベルやマスコミでは、そういう名前が挙がらなかったのです。厚生労働省の事務次官の次のポストで統括する立場の官僚と二、三年前から話をしていた、去年の早い時期に僕は総合医

をやりますよという言い方をしたのです。結局政府の役人もそれなりの要職の人が本気になって取り組もうというような雰囲気は本省内でもできてきた。その結果、昨年高久先生を座長にした専門医の在り方に関する検討会を、専門医の在り方に関する検討会だから専門医全体のことかと思っていたら、実は総合医問題の検討会だったのです。中間報告では、総合医の認定というものが大事だから、認定についての第三者機関をつくるとして、第三者機関は来年度予算につけて、来年度中につくるという話をしているのです。そこまでやってきている。

ただ、その委員会の課題として言われているのが、一つは、やはり概念規定です。既存の専門医と新たな総合医の専門医の関係をどうするのか。中には、もう既に俺は総合医だと、内科総合医だとおっしゃっている先生がおられるのです。だから、そこは概念規定なり認定するときの要件というものは新しい要素が入ってくるわけですから、その問題をどうするか。

それから、第三者機関というときに、昔政府が家庭医という構想を提供して、いかにも医者というものの環境整備を政府がやるような仕掛けを提案して議論したことがあるのです。このとき日本医師会はむちゃくちゃ反発しまして、それが残っていて、家庭医の議論というものに医師会は乗ってこないのです。名称の問題もそうなのですけれども、結局政府が自分たちの医療関係者の認定に一定の役割を果たすということについては非常に懸念されているのが実情です。だから、第三者機関をどう構築するかというのは、これはそう難しくなさそうで難しい問題になっている。

それから名称の問題、先ほどから言いましたように、家庭医であり、かかりつけ医であり、総合医であり、総合診療医、この議論、これは最初に申し上げましたけれども、それぞれ思いがあるものですからいろいろですが、大体専門委の在り方に関する検討会の中では、いわゆる総合医という言い方にされることとなりましたから、僕は総合医という名称になっていくのではなかろうかと。ただ、日本医師会は総合診療という言葉があるので、総合診療医というところを結局完全に一本にするのか、総合という名前がついて、勤務場所によって私は総合診療だけしかない立場にある病院の総合医の先生は総合診療医でもいいのではないかと。地域社会における、地域住民から見たときには、やはり総合医の先生という形が好ましいのではなかろうかと思っています。要するに名称を統一するかどうか。

今度は専門医療職の更新をどうするかが問題ですね。たとえば、イギリスとかフランスみたいに更新をしない。あるいは何年かごとに技術的なものをチェックし更新するとか、そういった問題も何かあるようでして、今の四つの問題を専門委の在り方に関する検討会では引き続き議論しなくてはいけないとおっしゃっております。少なくとも私が受けている印象は、総合医なり総合診療医なり、やはり地域住民病院と診療所の機能というのはある程度明確にするような、そういった政策が実際浮上してくるような風が吹き始めているのではなかろうかと思っています。

それから、育成の問題。佐藤元美先生からお話を伺うと、本当にもう現場は忙しいです。だから、そういう中で本当に研修できるのかと。ただ指導しなければいけないというわけでもないです、医者にはもう一定の教育を受けてきていますから。例えば佐藤元美先生のところに行って、先生を見ておけばいいのです。あとは、医療技術の習得ですが、今はインターネットの世界ですので、例えば「Dr. コトー」というテレビドラマで有名になった下甕島の瀬戸上健二郎さんがいるのですけれども、彼も僕の親友の一人です。結局彼は島で、自分が対応できないようなものがあつたとき、すぐ仲間に連絡して相談する。すると、すぐ画像等で送ってきて教えてくれる。要するに佐藤元美先生が逐一指導しないと総合医は生まれないのではなくて、その環境を提起してやって、そういうところでそういう患者を診るという、そのことのほうが大事であります。だから、割かし懸念していません。研修場所をたくさんつくってやることであります。

それから、教育の問題。ただ、地域格差、医療格差というのは、病診機能を分化し、総合医というものをきちんと世に出していくことによってなくなると思っています。その裏づけの一つは報酬体系をきちんと整備することです。今の病院や診療所の報酬というのは一本の診療報酬体系の中でやっていますけれども、やはりそこが病診機能を分けるということになったら、いわゆる病院の報酬体系と、診療所の報酬体系、これは昔はそうだったが、二本立てにして、その医療形態に合った報酬体系をつくってやるのです。だから、病院は病院で非常に専門的な難度の高い治療をやられるわけですから、そこには今以上に高点数の費用が必要かもしれません。

診療所は、今度は健康づくりのほうまでやるものですから、そこに対しては今の診療報酬体系だったら医者が地域住民の健康づくりを一生懸命やったら採算が合わなくなるのです。自分の首を絞めるような話でしょう。そんなことは協力できるかよと。そうではなくて、やはり健康問題を行政と一緒にやるとか、日常の相談にも応じるとか、そういった予防的なことまで総合医の先生がおやりになったら、そこに一定の報酬をつければいいのです。

だから、もっとはっきり言えば、開業医の先生というものは、出来高払いであれ何であれ、いわゆる治療することによっての報酬と健康づくりとかそういったことで指導したり相談に乗ってやる。その報酬と二本立てになるわけです。二本立てになるということは、人口が1,000人の島でも、1,000人の治療だけだったら飯食えないという医者が、健康指導や相談をするわけですから、そこに対しては1,000人分の報酬が入るわけです。だから、1人1万円だって1,000万円入るわけです。

結局僕は総合医の先生たちは地域において活動されるときには、今よりもいわゆる報酬状況というのを確保してやるということが大事だと。それは、総合医になりたいというインセンティブにも通じるし、無医地区無医村の解消にも僕は結びつくのではなからうかと思えます。

僕は、地域において取り組んでいくというのは、震災とかそういった問題というものは

別としても、岩手県はかなりそういった地域活動の高いところだし、そうでなくても医者というのはなかなか居座らない。そういう世界ですから、そういったことを岩手県が特区で行う。そこには一定の報酬が確保できるようなというのは、岩手県内の国民健康保険財政を広域連合みたいに全体市町村からかき集め、その財政で、岩手県の診療報酬体系をつくれればいいのです。そういったことで、岩手県内の医療の格差の解消というものを僕はできるのではなかろうかなとも思っています。

○小野共委員長 ほかにありませんか。

○及川あつし委員 きょうは、先生ありがとうございました。私も今まで頭で理解したものがちょっと違うなというのがわかりました。かかりつけ医と総合医というのは、中身は一緒なのですね、ある意味で。私は今までかかりつけ医というのは、県行政でもよく使っていますので、かかりつけ医から医療連携のクリティカルパスを使って総合病院に行ってもらい、こういう仕組みになっている話と、総合医は総合医で専門医とまた違うという概念だと捉えていたので、ある意味一緒なのかなという捉え方もできるのかもしれないということをきょう学ばせていただきました。ありがとうございます。

お伺いしたいのは、今の高田委員の質問とも若干趣旨が同じなのですが、我々の委員会の設立趣旨は、今先生がおっしゃったように、岩手県内のいわゆる医療過疎、医師不足、これに対してどうアプローチしたらいいかというために設置されて、その一環としてきょうも総合医のお話が出たと思います。きょう先生からいただいた資料6ページに、総合医育成の教育研修システムで新しいシステムの概念図が出ていますが、総合医の必要性、あとは総合医がいわゆる無医村とか無医地区の解消に一定の役割を果たすというのはわかりますけれども、最終的な決め手にはならないのかなと。総合医をつくりつつ、もう一つその次の出口のところを制度として担保しないと、公定価格でやっている医療マーケットが最後の出口の開業のところについては、いわゆる自由市場なのですよね。以前ドイツかな、政府が認めたところにしか開業させないとか、医師を割り当てるような制度があるというような報道があって、こういうのもあるのだろうけれども、医師会は反対するのだろうなと思っております。

あとは、きょういただいた概念図の中で、これ臨床研修医制度ということでやっていますけれども、ここをまた医局に戻すというような考え方も考えられないかどうか。これは、全体の制度としてです。結論として地域医療を確保するためには何がいいのかという観点でもう少し詳しく教えていただければなと思います。ちなみに、イギリスとフランスは医師がどう配置されるかということについて、何か工夫があるのか。

○田中一哉講師 全部きちんと答えられるかどうかはあれなのですが、かかりつけ医の話、これは日本医師会がかかりつけ医ということ年全国展開をされているのですけれども、かかりつけ医というのは、医者のほうからと、患者のほうからとではちょっと違うのですけれども、例えばおじいちゃんに、あんたのかかりつけ医は誰と聞いたときに、あの病院のあの先生、あの診療所のあの先生と、かかりつけ医がたくさんおる、必ずしも診療所だけ

ではなく、病院の中でも何人もいる。そういった形でかかりつけ医というのを考えたときに、私が言う総合医というのはちょっと違うのです。それは言葉をどのように言うかだけの話で、要するに自分が受けた先生、いつも受けている先生をかかりつけ医と言うという程度であれば、私はそれほどその問題にこだわることはない。厳密に言うと、そういった問題はあるのですけれども。

それから、医師確保、医師不足の解消というものが一番の問題だと思うのですけれども、実は僕はフランスでもそういった僻地の問題を聞いてみたのです。そうしたならば、困っておるのです。だから、やはり医者勤務地の選択の問題は、なかなか決め手がないことが現実です。さっき言ったように、1,000人の島だって飯は食える、世界はできるシステムをつくれるのです。だけれども、そこに医者をきちんと張りつけるかどうかという話になってくると、これはやはり法律なりそこらあたりできちんと整備する。例えば医者はみんな国家公務員にするとか、地方公務員にするとか、そういった形でその仕掛けを徹底しない限りは、完全なる医師不足の解消ということは僕は無理ではなかろうかと思えます。

それから、研修場所。こういった形で総合医というものを世に出していくかという手段として、僕はこれまでの医局研修、医局中心の研修が悪いとは思っていないのです。ただ、日本の医学教育というのは医局の役割というのかな、考え方が臓器別に余りにも傾斜し過ぎているから、どうしても総合医的なものを育てる環境ではなくなったというだけの話です。だから医局の理解が進んで、ではあれはこう、あそこに行け、そういった研修をやってもらおうではないかと。そのように、医局の意識、大学や教育の認識というのが変わっていけば、必ずしもそれこそ佐藤元美先生のところでしかできないとか、そういう話ではないと。これまでと同じように、医局が、教授が、おまえあっち行け、こっち行けと、本当はそのほうが今の無医地区はなくなるのです。

○小野共委員長 ほかにいいですか。

○千葉伝委員 いずれ総合医の必要性という話になると、やはりそういう制度で全国こういう形になればいいと思いますが、なかなかそのように進まないという現状、ここを考えたときに、制度そのものをどうするか、それから教育制度などの教育を含めて、それぞれのところが現状としてどういうスタンスであるのかと。例えばさっき医師会の話が出ました。それから、大学でも国公立なり、あるいは私立なり、そういった医学教育としての機関なり施設なりと、そういうようなところ。もう一つはそれぞれの考え方の中にもう一つ上の段階では、多分国の考えかと、こういう話になってくると、厚生労働省というところが絡んできて、日本の医療制度をどうするのだと、こういう話は既にあるとは思いますが、それぞれのスタンスですね。国は今、どういう考え方でいるのか、あるいは大学とかそういったところ、あるいは医師会、それぞれの考え方は現状ではどうなっているのかお伺いします。

○田中一哉講師 国の動きについては、先ほどの御質問でお答えしましたけれども、なぜ進まなかったのかということについては、結局誰も進めようとしなかったわけです。政治

家も、私がきょう申し上げましたような中で病院と診療所の機能を本気でやろうとしなかった。医者も本気で考えなかったですね。それから、市町村長も、ここは大変だ、医者がないから大変だとは、そういった実態としての御苦勞はあったけれども、それに対してこうしてほしい、ああしてほしいと、そういった要求もなかったですね。要するに世の中こうあったほうがいいなというところをひょっとして感じている人はおられたかもしれないけれども、そこを本気で変えようというアクションを誰も起こさなかったわけです、と私は思っています。

そこで、先ほどからの政府の動きになってきたわけです。ことしの日本経済新聞の正月の新聞に、総合診療医の育成に国が動くと出たのです。まさか総合医の問題というのがこのように取り上げられるとは思わず、僕はびっくりしました。僕は総合医の育成の会を去年の4月につくって、高久さんとか水野肇さんとか、僕のところの会長は日野原先生の後任の聖路加国際病院の福井次矢先生がしているのですけれども、今130人ぐらい全国の医者が入っています。佐藤元美先生、鎌田實も入ってくれていますけれども、結局そういった動きを僕は、自分の動きというものが世にうまくという、そういったのぼせているという気持ちはありませんけれども、やはり何となく少子高齢社会という日本が大変な時代になって、特に最近医療崩壊と言われているのではないですか。都市部でも崩壊です。いわゆる救急患者がたらい回しになる。これ何だと。それから、お産しようと思ったって、産婦人科医はいないでしょう。だから、昔は医師不足というのは本当に離島とか地方の話です。ところが、今都市部がそういう状態。だから、そういった医療環境に対してやはり国民が非常に不安、不満を持ってきているのが事実なのです。

だから、いろいろなものが醸成されて、そういった医者がいたほうがということで、どこかでちょっとしたニュースが出始めるとということだろうと。だから、僕はぜひ皆さん方のほうから、県レベル、市町村レベルで声を出して行ってほしい。岩手県には医療の歴史に名を残した人がたくさんいますけれども、例えば地域住民の医療を安心させた、乳幼児の死亡率は全国で一番高かったのだけれども、乳幼児の医療費の無料化は岩手県が一番先です。旧沢内村で岩手県が一番先。老人医療費の無料化も、ここが一番先です。結局そういった老人医療費の無料化というのは、最終的に東京都知事の美濃部さんが取り上げて、そして国の全国的なそういう話で国の政策になったでしょう。それが老人保健制度につながっていくわけです。だからやはり国が法案としてつくり上げなければ社会政策が生まれないかと、そういうことではなくて、全て地域における動きというものをキャッチした人たちが積み上げていって政策として上がるわけですから。そのために官制政治家としての議員は、国政に出るわけですね。僕は、いい環境になってきているのではなかろうかと思って、割と楽しみなのです。

僕はきのう、上野駅で新渡戸稲造の本を買ったのですが、その中で、新渡戸先生が言われたことに、困難というのはいつか快樂に到達する順序であると思えよと。そうすれば、困難に遭遇しても落胆することなく、かえって愉快になり勇気が湧くということを新渡戸

先生はおっしゃっているのです。皆さん方の、この岩手県が生んだ世界的な知識人です。この方は、いやあ、すごいことを言う。これは彼は陽明学者ではないけれども、言行一致で実践されたのですよね。こういう方がやはり岩手県に先達でおられるわけですから、ぜひ総合医問題を岩手県から。

○**千葉伝委員** ありがとうございます。いずれ先生がおっしゃるように、岩手県は、全国でも県立病院が一番多いとか、広い県土ということからすれば、これまで必要性というか、必要だったということなのですが、最近は人口が減り、これからも続くと思うのですが、これまでどおりの医療のあり方、やり方でいいのかと、こういうのが今問われているのだと思っています。これは、県の医療局を初めそういったところでどうするかすると、今私らの議会も通しているいろいろやっている最中です。地方の医療をどうするかと、こういう大きな観点から、先生がおっしゃるこの総合医という部分をいかに育て、あるいは定着させていくか、そこは考え方をやはり医師不足のその原因が偏在とかそんなこと、あるいは医師その人の考え方が、子供の教育面でいろいろな考え方があるのですが、やはり医者の位置づけ、そこをよっぽど考えないと、なかなかこれも進まないのかなという感じがしました。

いずれ私ども議会、あるいは市町村とか、そういったところに、こういうやり方を地方でも考える必要があるのではないかと、こういうことはぜひ考えてみたいという気になっております。ありがとうございました。

○**田中一哉講師** ぜひ先生たちは県議会ですので、やはり全国都道府県議会議長会の事務局が東京都千代田区平河町にあるのですが、そこでこのような厚生関係の委員会等で、ぜひ皆さん方から発信され、そういったことに対しての、ここで議論されたのと同じようなことを国全体として、日本中の県議会議員が本気で考える。そうした環境をつくっていただくことは私は大事だなと思っています。それは、当然知事会やそういったことと連動するわけですから。

ただ、なかなか難しいのは僕の福岡県の後輩なのですがそれでも埼玉県の上田知事のようにやはり医療問題について詳しい知事というのは少ないのですよ。京都府の山田知事は結構詳しいですけれども。だからやはり医療に関心を持ってもらう県議会議員をつくっていくとか、やはりそういったものは、僕は道遠いと思いませんけれども、ぜひ都道府県議会の検討課題にこういう問題を岩手県のほうから提案されたらありがたいなと思います。

○**小野共委員長** ありがとうございます。

ほかにありませんか。

○**高橋元委員** 1点だけ。

いただいた報告書に目を通させていただきましたが、医療が抱える問題点、またそれに対する解決策というのでも4ページあたりから載っております、まさにそのとおりだなと思って拝見いたしました。その中で、やはり住民の意識を変えていくためには、診療の流れというのをつくっていかなければならない。総合医がしっかりと診療をして、そして専

門医に送っていくという一つの流れなのかなと、それが一つ。

それから、あと問題は専門医が育ってくる環境づくりというところだと思いますけれども、これには専攻科別の定員枠を導入するという方向性を出していますが、医療リスクの問題とかそういったものが加わって、何となく学生は余り問題の起こらないようなところに流れているのではないかという、そんな思いをちょっと今感じているのですけれども。そういう意味では、この専攻科の枠を決めて、しっかりとした医者を育てていくというのが大事かなと、そんな思いをしておりましたが、この辺を学生はどういう思いを持って今学んでいるのか。

それからあと、そのリスクに対する国の制度、いろいろ感じているのかなという、どこをどのように充実していったほうがいいのかと、その辺の御意見をお伺いしたいと。

○田中一哉講師 医者を育てるにしても、産業人を育てるにしても、教育者を育てるにしても、結局教育課程においてどういった意識を持った教授陣、教育者がいるのかどうか、人というのを育成するという家庭教育もあれば、教育課程もあるわけですが。ですから、そういったものをきちんとやっていないままにやってくると、今先生がおっしゃったように、できるだけ気楽なところで、リスクが少ないところで、そういった問題になってくるのです。現にそれが背景というわけではないのですけれども。

それともう一つ、日本では女医が非常にふえている。これは、イギリスでもフランスでもドイツでもみんな同じような環境で、女医の問題というのがあります。課題として共通しているのは、やはり男女平等とか、男と女とか言いますが、どうしてもやはり向こうでも、日本でも、女性はまず出産があるのです。どうしても家庭のほうのウエートというのが男性よりも重たくなる。それは、長時間の医療行為、手術とか、そういったことに余り耐えられないとか、緊急的な出勤には向かないとか、いろいろな要素があって、女医がふえればふえるほどそういったハードなところに振り向けなければいけない部分の男性が出てきたり、結局振り向けようといったって、そこは嫌だという人がふえてくる、そこに人が少なくなったりするのです。そういった問題が一方にはあります。

話をすれば、今の御質問というか、お話の中で、私は人というのは、何によって生きているかという中の一つは、やはり満足感ですね。自分がこういう職業についてよかったなという満足感というものをどれだけかみしめることができるかということだろうと。それは、医者というのはそういった満足感をかみしめる要素はたくさん持っているわけです。患者に感謝される、家族に感謝される、それから社会的なステータスも高い。結局金銭では買えない、精神的なものをたくさん受けとめるものがある。そういったことを大学教育の中で、医学、医術を教えるということと含めて、どこかで教授なり、そういった教育に携わるといえることが大切と思うのです。それが僕は日本の教育課程の中において、かなり欠落しているのではなかろうかなと思っています。文部科学省が非常に大事なのです、本当は、義務教育課程からと思っていますけれども。お答えにはなりませんけれども。

○高橋元委員 今「梅ちゃん先生」もやっていますね。

○田中一哉講師 そうそう。

○高橋元委員 あれはいい刺激になるのですね。

○田中一哉講師 そうですね。そうだと思います。僕は、地方において教育とかいろいろやって、かつて国民皆保険のとき、天下を制していた武見太郎さんに、国民皆保険を日本医師会では受けるのですかと聞いたら、どうしたか。採算が合うところは俺たちに任せろと、採算が合わないところは行政で考えろと言われたのです。だから、国民皆保険ですから、保険があって医療のない世界は国民健康保険を受ける市町村長は、それは許されないから、医者を招聘して、自分よりも高い給料を出し、いろいろなところから連れてきて提供しているのです。だから、結局それは武見さんの言葉が僕は乱暴だとは言いませんけれども、そういった時代でもあったと思っている。やはり国民皆保険をやるということは、行政がそこは覚悟しなければいけなかった。僕に言わせると、それを市町村長、保険者に、おまえの仕事じゃないかと任せた国が悪いわけです。もっとそこに医者をどんなどころでも、市町村長がむちゃくちゃ苦勞しなくてもいいような、そういった俸給は国のほうで手当てをするぐらいの、そういったシステムをつくっておけば、地方の市町村長、議会議員が悩まなくて済むのです。だから、これからつくるのだったら、それをきちんと法律で書けということだと思います。

○小野共委員長 ほかに。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 それでは、ほかにないようですので、本日の調査をこれをもって終了いたします。

先生、きょうは本当にお忙しいところをありがとうございました。総合医の必要性などをヨーロッパの医療体制と比較して御説明いただきました。本当にきょうはありがとうございました。

〔拍手〕

○小野共委員長 委員の皆様には、次回の委員会運営等について話がありますので、しばしお残りください。

○小野共委員長 来年1月23日なのですけれども、次の委員会があります。

その調査事項についてなのですが、御意見等ございましたらお願いしたいと思います。そして、来年の1月は今申し上げたとおりで、2月は2泊3日で全国調査がありますけれども、この調査事項についてなのですが、何か御意見等ありましたら。

○小野共委員長 まだ間がありますので、随時私のほうに言っていただければ、検討させていただきます。随時意見ありましたら、私のほうに、事務局のほうにお願いいたしたいと思います。

それでは、本日の日程は全部終了いたしました。

きょうはお疲れさまでした。ありがとうございました。