

第4回 へき地保健医療対策検討会【議事録】

日 時：平成21年12月24日（木）

13:00～16:31

場 所：三田共用会議所3階 大会議室

○馬場医療確保対策専門官：ただ今から第4回へき地保健医療対策検討会を開催いたします。委員の皆様方には、本日、大変お忙しい中ご出席を賜りまして誠にありがとうございます。本日は、全委員にご出席をいただいております。また、へき地における看護職の課題についてプレゼンテーションをしていたため、参考人として日本ルーラルナーシング学会理事で自治医科大学看護学部教授でいらっしゃる春山早苗先生にお越しをいただいております。

あと、注意事項ですけれども、マイクですけれども、皆さんの前にマイクがございますけれども、少し大きなボタンを押していただきましてお話しいただけたらと思います。また、お話が終わりましたら、このマイクの前のボタンをまた押して、消えたことを確認していただけたらと存じます。

以降の進行は梶井座長をお願いいたします。

○梶井座長：皆様こんにちは。今日は12月24日という、なかなか皆様動きにくいときに設定させていただきまして、誠に申しわけございませんでした。ただ、今日であれば皆様がおそろいいただけるということもありまして、大変ご無理申し上げてしまいました。

さて、議論を重ねてきたんですけれども、いよいよ検討会の報告書の骨格を取りまとめていく時期となりました。今日は、いつもに比べて時間も3時間と、長時間の議論の時間をいただいております。何とぞよろしくお願いいたします。

では、事務局から今日の資料のご確認をお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：では、資料の確認をさせていただきます。

資料1が、前回、第3回会合の議事概要となっております。

資料2が、検討会報告書の骨子（案）となっております。これは、前回までの論点整理を、最終的な報告書の形をイメージして、項目の整理、並べ替え等を行ったものであります。前回、第3回でいただきましたご意見も反映させていただいております。

資料3以降は、本日プレゼンテーションをいただく先生方の資料でございます。資料3がへき地勤務医師のキャリアデザインに関する厚生労働科学研究班資料、資料4がへき地医療拠点病院の在り方に関する澤田委員提出資料、資料5がへき地における歯科の課題に関する角町委員提出資料、資料6がへき地における看護職の課題に関する春山参考人ご提出の資料、資料7が遠隔医療に関する村瀬委員提出資料となっております。

○梶井座長：そうしますと、お手元にごございます資料2の骨子（案）に今日の議論の内容を加えまして、検討会報告書がつけられると考えればよろしいでし

ようか。

それでは、事務局より資料2の説明をお願いしたいと思います。

○馬場医療確保対策専門官：まず、資料2の前に、資料1のほうから説明させていただけたらと存じます。

資料1は、先ほど申し上げましたとおり、前回10月30日に行いました第3回の議事概要からとってきたものでございます。意見交換されました要旨について、まず、こちらのほうからご紹介させていただきます。

まず、「論点整理・へき地医療支援機構について」でございますけれども、澤田委員、梶井座長から、へき地医療支援機構は、そういった医師についての医局機能を持つことが必要ではないか、また、公務員化して、へき地医療支援機構という集団組織を背景に派遣されるという仕組みをつくってはどうか、また、地域医療に関するデータバンク的な役割も求められると思うと、こういったご意見がございました。

また、前田委員ですけれども、このご意見に賛成された上で、キャリア形成面や卒前・卒後教育において築かれる師弟関係において適切な動機づけができる、そういう器として、卒前教育において大学と機構が連携すれば非常によい体制ができるのではないかと、こういったご意見がございました。

また、梶井座長よりも、地域医療のデータを構築し、解析することが非常に重要。

また、中村委員でございますけれども、専任担当官については、まず専任担当官の定義をはっきりと決め、その上で専任担当官を配置できないなら、兼任担当官でカバーするとか、兼任担当官を複数配置するとかで対応することを認めてもよいのではないかとというようなご意見もございました。

また、最後に吉新委員ですけれども、都道府県によって機構の状況は様々なので、余りきつちりと定義づけしてしまうと、柔軟に対応できなくなるのではないかと、この意見もございました。

次に、前野委員と吉新委員のプレゼンテーションを踏まえての全体討論、ここで前野委員のポイント、また、吉新委員のポイントはそれぞれここに挙げさせていただきまして、次に吉新委員のお話がございました。へき地にずっと長くいると戻るところがなくなったり、非常に貢献度が高いのに評価されない、そうではなく、それが次の昇進につながるように戻れる組織なり病院なりがあることは非常に重要だと思う。

また、現在のへき地医療支援機構も含めて、へき地医療を担う組織というのは非常にあいまいで、どこまでの範囲がへき地医療を担っている人たちなのか自体も余り明確ではない。支援機構というのは実際中身がない。キャリアパスなんかはなくて、本人任せなのが実態で、その辺をきちんと中身のあ

るしっかりとした骨太の組織をつくって、そこにいろいろな機能を乗せて継続的な活動を常にしている組織をつくらなければいけない。へき地に実際に身をゆだねて、そこで一生を終わるのだとなるためには、大変な決意が必要である。後任が来るまでやめられないといふとんでもない覚悟をしないとへき地医療に携われない。この壁の高さと、さらに評価されないというのがある。安心して一生を託していいんだよといえるようなへき地のネットワークを日本にちゃんとつくらなければいけない、こういったご意見がございました。

また、澤田委員のご意見ですけれども、へき地医療拠点病院の指定要件について見直すべきではないか。例えば、総合医がいて、臨床研修病院であることを要件として位置づけるような指定基準の見直しや在り方の見直し、また、指定されることによってメリットを受けられるようにこの検討会で何らかの案を提示できないか、こういったご意見もございました。

角町委員ですけれども、また、連携をしっかりととり、そこにへき地も組み込むという体制でないといけない。単なる医師のとり合いになってはへき地は負けてしまう、こういった意見もございました。

次に、へき地勤務医のキャリアパスですけれども、中村委員からですけれども、ある程度へき地勤務をした後、どこかのポストに戻り、さらに希望すれば、またへき地勤務に戻れるというサイクルを示すことができれば、へき地勤務医になるのによほどの覚悟を示さなくてもよくなり、なり手も増えると思う、そういった意見もございました。

また、最後には、梶井座長からも、総合医の育成は重要であるという意見がございました。

これらを元に、次の資料2のほうに移っていただきますと、先ほどの、今までの論点整理と前回の議論を合わせて、前回の報告書、第10次報告書を参考に細かい項目をつくり、この項目ごとに整理させていただくと以下のようにになります。

まず、1の「はじめに」と2の「近年のへき地・離島保健医療を取り巻く状況の変化」、これがございまして、これはまた後でまとめさせていただくのですけれども、その後に3の「へき地等における医療提供体制を構築する各主体の役割」、これをまず6つの項目を挙げさせていただきました。

(1) から (6) までですけれども、都道府県、市町村、国、大学、学会等、住民側に求められる意識と、この項目を挙げさせていただきました。

次に、4の「へき地保健医療対策に関する今後の具体的支援方策」については、まず1つ目にこの(1)ですけれども、新たなへき地医療支援機構の構築について、以下の項目、1) から5) まで、まず、1) の位置づけについて、専任担当官の在り方について、次に新たな支援機構の役割について、

へき地医療支援機構に対する評価について、5)が新たなへき地医療支援機構に対する支援方策について、この5つの点についてまとめさせていただきました。

次に、2つ目の(2)ですけれども、「へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築」を挙げさせていただきました。この前段のへき地医療の動機付けの在り方について、これが1)、後半の2)として、キャリアパスの構築については、これはア、イ、ウと3点挙げさせていただきました。キャリアパスの在り方について、キャリアを評価する仕組みについて、また、その他というこの3つの項目をつくらせていただきました。

また、両括弧のほうに戻りますけれども、(3)「へき地等における医療提供体制に対する支援」として、これを1)の「へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について」「へき地診療所に対する支援について」「ITによる診療支援について」「ドクターヘリの活用について」「その他」と、この5項目を挙げさせていただきました。また、(4)、(5)と「へき地等における歯科医療体制について」、また「へき地等の医療機関に従事するコメディカルについて」と続きまして、最後に5の「おわりに」、このように構成をさせていただいたところでございます。

以上でございます。

○梶井座長：ありがとうございました。この報告書の骨子を見ますと、これまで論点整理をしながら、皆様の意見をいろいろ言っていただきながらやってきたわけですけれども、項目によっては、かなり出尽くしたというような内容もございますし、まだまだそうじゃないと、もう少し膨らませていかなければならないというような項目も見受けられます。いずれにしても、これまで十分にまだ議論が行われていなかったところに関しましては、この後プレゼンテーションをしていただく予定であります。この段階でご意見がございませう方いらっしゃいますでしょうか。

○高野委員：時々しか出てこなくて申しわけないんですが、この中で、各都道府県の役割の中で、どうしても都道府県の財政力の差によって公平、不公平の差が多いんじゃないかというふうに我々は考えます。それについては、もう少し国の関与が必要なんじゃないかということで、何かそういう文言が入らないかということをご提案したいと思うんです。

○梶井座長：例えば具体的に国の関与と申しますと、何か……。

○高野委員：例えば、医師の配置基準とか指針とか、そういう形で、それぞれの

都道府県が一定の基準の下に公平な医師確保と派遣、それから、地域の人たちが医療を受けられるような仕組みができないかというふうに考えるんですが、いかがでしょう。

○梶井座長：医師の配置基準という問題が出ましたけれども、この点についていかがでしょうか。三阪委員、どうぞ。

○三阪委員：今、予算の話が出ましたが、これは非常に僕も大きな問題だと思っています。拠点病院の要件の問題がいろいろ出てまいりましたが、要件を満たしていくにはそれなりの投資が必要だと思います。

私ども拠点病院ですが、へき地に派遣すると出来高制でかかった費用だけ入るという仕組み、これだと、組織にへき地の支援をするための意識付けが難しいと思います。

例えば当初のがん拠点病院は、その手挙げしたところは初年度のみお金がおりるという政策で開始されました。しかしながら手を挙げる施設があまりなかった。今は名称も変更され、がん診療連携拠点病院に手挙げをすると毎年お金がおりるわけです。例えば今年度はたしか各拠点病院に2,200万円ずつおりていたと記憶しております。そうしますと多くの施設が手を挙げました。がん診療連携拠点病院も二次医療圏に1つというのを目安に国は設定しておりまして、へき地拠点病院の考えと非常によく似ていると思っています。

私も今がん診療に身を置いています。やはりそこにお金が入ることによって、その組織が非常に前向きになる。要件の中には、こういうがん認定看護師を置きなさい、あるいは、相談室をつくりなさいとか、あとは腫瘍の専門医を置きなさいというような、そういう要件があつて、やはりお金が入るものですから、この二、三年、一気にそういう役割や癌診療が医療者に浸透してきて、強化されていくのを肌で感じるんです。

そうなってくると、二次医療機関に1つずつというのは最初にへき地拠点病院も発想としてあつたと思うんですが、要件を満たすような予算をつけないとなかなか話が進まないのではないかと思います。そういう予算の配分が今後どうなるかということも同時並行で施設が前向きに取り組む予算をつけないとシステムは動かないだろうという印象を持っております。すみません。ちょっとわき道にそれたかもしれません。

○梶井座長：いいえ、わき道ではございません。実は、今の先生のご発言は、この後、澤田委員のほうから、へき地医療拠点病院の在り方に関してプレゼンテーションがございますので、その後、三阪先生初め、皆様のご意見をさらに膨らませていただければというふうに思います。

さて、予算のところはそこでも出てくると思うんですけども、もう一つ、医師の配置基準、これは大変大きな問題になろうかと思うんですけども、この点についていかがでしょうか。高野委員にお聞きいたしますけれども、これは計画配置にもつながることでしょうか。

○高野委員：本当のことを言えば、そういうふうに国が具体的にその医師の派遣にまで踏み込んでいただかないと、なかなか今の状態を解決するわけにはいかんだろうと。今おっしゃられたように予算の問題も一つの非常に大きな方向性を示す大事な話ではあると思うんですが、どうしても都道府県の力の、財政力の問題によって、あるいは為政者の考え方によって、同じ国民でありながら差があるんじゃないかというふうなことを感じたものですから申し上げたんです。

○梶井座長：ありがとうございました。今のご発言をまた踏まえながら、先ほどお示しいただいた骨子についてはまた後で議論したいと思います。

そのほかございませんでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、前回より議論が続いていますへき地勤務医のキャリアデザインの在り方について、これからプレゼンテーションしていただきたいと思えます。

実は、これは前回にもお話がありました厚生労働科学研究班の中で、こういう研究を鈴川委員のほうで班長となっておやりになっておられました。鈴川委員のほうからそのご報告をいただければと思います。よろしく願います。

○鈴川委員：自治医大の鈴川です。よろしくお願いいたします。

資料3に沿って説明させていただきたいと思えます。今お話しいただいたとおりで、資料3、めくっていただきますと、研究班の班員の名前が書いてありますが、へき地を抱えた地区の委員の意見を吸い上げてお話をさせていただければというふうに思っております。今回のこの検討会に向けて、この研究班でキャリアデザイン、それからへき地勤務の評価について提言を何かしてほしいんだというお話で、みんなで検討をした結果であります。

まず、一つはキャリアデザイン、これは研究班の中でいつも話題になることですが、今まではキャリアデザインといっても、どちらかというと、余りないというのが一般的で、キャリアデザインとして有名なのは、医局、教授をトップとしたピラミッドを僕たちは今まで頭に描いてくるが多かったわけですが、それがへき地に行く場合にはなかなかそういうデザインを描きにくい。とりあえず自分がこれからどうなるのかというイメージ

を持たずに現場に行く、非常に不安である。帰属意識がなかなか持てないじゃないか、そういうことに関して何か案はないのか、皆さんどう考えるのかというような話を研究班の中でずっとやってきました。

そして、その研究班の中で幾つか代表的なものを参考にしたらどうかという話が出たものをとりあえず資料の3-①、②、③として取り上げてみました。もちろん、ほかにも、ほかの県の方の意見も聞いた上での話であります。自治医大の制度ができる前から、長崎県では、へき地、離島に勤務する医師の養成システムというのがありましたし、特徴的な高知県、今、澤田先生がいらっしゃるから私が言うのもちょっと申しわけないかもしれませんが、自治医大の卒業生が中心になって新たなシステムをつくってきたという高知県、それから県立病院を中心にして、義務後も勤務を続けている自治医大卒業生が多いと言われている新潟県、この3つをそこに図としてかかせていただきました。

長崎と高知については、既にCD-ROM等でお渡ししてありますけれども、まず、長崎のお話で3ページ目になります。3-①、長崎県の離島医療体系図というのが上のほうに載っております。長崎県のシステムは、離島の診療所、離島に存在する病院から国立長崎医療センター、離島医療圏組合、離島・へき地医療支援センター等の行政機関、それから長崎大学、このような機関が有機的に連合して、医師の臨床研修、それからへき地勤務、生涯研修などを、こういう複数の組織がまとまって和をつくった上でマネジメントをしているというふうにすごく大ざっぱなまとめをできるかというふうに思います。

一番上の黒いところに長崎県、それから左側に長崎大学、それから国立長崎医療センターが並んでいて、その下の医療政策課と、それから医療組合、それから平成16年からは離島・へき地支援センターですけれども、それができる前から医療圏組合と、こういう形で組織の和をつくって、主に義務内の方が多いと思いますけれども、このような離島の診療所、それからへき地の拠点病院に勤務をすることと、それから長崎大学、国立長崎医療センターとの連携をとりながら、へき地医療を見ていくというシステムがもう既にでき上がっていたというようなイメージを描いています。

一方、高知県、その下に書いてありますけれども、これは澤田先生からの資料ですけれども、自治医科大学生が中心、そのほかにも高知大学の方も含めて、その3つのオレンジ色というか肌色というか、囲んだ中で高知諸診医会というシステムをつくったところがみそだと思うんですけれども、そういう組織と、それから高知県という県、それから各市町村、この3つの三者でマネジメントをしている。このような組織を新たにつくり上げてマネジメントしていこうと、そこで勤務場所、それから後期研修を含む医師の研修、そ

ういうものもこの三者でマネジメントしていこうというような人の和という
んでしょうか、そういうものをつくって、へき地の医療を見ていきましょう
というようなシステムができ上がっているというふうに考えました。

その裏を見ていただくと、新潟なんですけれども、新潟は、言葉がいいか
どうかは別として、古典的な医局人事によるへき地医師配置と勝手に書かせ
ていただいているんですが、これは新潟大学の総合地域医療学講座の井口先
生のご協力を得て作成した図になります。これは、新潟県の場合には、自治
医大の卒業生はほとんどの方が新潟大学に入局をするということがほかの
県とはかなり違う。ほかの県でもあるんですけれども、多くの方が新潟の場
合は入局する。その後、全国的には医局の崩壊とかあるんですけれども、そ
れでも新潟県は現在でもしっかりした組織の力が残っている。

それは、そこにキーパーソンと書いた方が、新潟大学と新潟県の間、現在
は福祉保健部を中心として県と大学の間をうまく調整することによって派遣
先をきちんと確保している。自治医大の人だけでなく、自治医大以外の医局
員も同じようにへき地にある関連病院に派遣されていますけれども、自治医
大の人も多くはこれに沿って、自治医大の人のほうが、よりへき地に行っ
ているという話は聞きますけれども、新潟県の県立病院等を中心にして多くの
方が派遣されている。これが現在でもきちんと生きているというのは、お話
を聞く限りでは、キーパーソンがきちんと力を持って全体を統一して見てい
る、それで、このキーパーソンの元で県庁の調整が行われていて、大学から
県立病院への医師の派遣が行われている。指導力がしっかりした、いい指導
力があればこのようなシステムができていうようなニュアンスにとら
えました。特徴は、自治医大卒業生が新潟大学に入局していること、義務年
限終了を待って大学で研究を行って学位を取得する、そういうようなことも
ありますし、専門医の資格を得るということもできる。それから、義務後も
医局の人事で県内のへき地医療機関に赴任して、その後、キャリアデザインの
最終段階としては中小の県立病院の病院長職とか、そのようなものが考え
られているというようなシステムがあると。

このシステムが成功した理由というのも考えたんですけれども、キーパー
ソンが非常に強い力を持っていて、これが自治医大卒業生ではないんですけ
れども、新潟大学内部の方で、それがちょうど自治医大の考えと、例えば自
治医大建学の精神みたいなものと非常に似た形で考えていただくことができ
て、それを自治医大卒業生に非常に理解があって、県庁との強いつながりで
これが成り立っているのではないかというように、図になるもの3つに関し
ては、どうしてこの3つの県は割合うまくいっていると言われているのだろ
うかということをちょっと考察してみました。

これを踏まえた後で、先ほどの研究班の各班員に、それぞれどのようなキ

キャリアパスを自分たちで、自分たちがへき地に行く若い医者だとしたら、どのようなキャリアパスになったら行く気になるだろうかと、どういうのがいいんだろうかというのをいろいろな立場から話を聞いて、その結果をその3-④という、新しく作った図ですので違和感はあるかもしれませんが、私たちの研究班の提言という形で、キャリアパスというのは今までなかなか世の中になかったものなんですけれども、一つの案として、研究班の案として見ていただければというふうに思います。

これらを踏まえまして、3本柱のキャリアデザインモデルをつくってみました。赤系統はへき地診療所等、青系統がへき地医療拠点病院等を示しており、緑系統が大学等をあらわしているというふうに考えてください。

骨子は、この3つの間を自由に、自由にというんでしょうか、かなり自由な形で行き来しながらキャリアアップを図って、一生、例えば65歳ででき上がりというんでしょうか、そこまでの間、どのように自分は勤めていくのだろうかというモデルを考えてみたらどうかというのが一番の基本であります。

医師を育てる、医学生を育てるのは、一応、大学が基本ですので、大学の下は薄緑色で少し延ばしてあります。この小さな丸が、丸というか円柱が1年だと思って見てください。左下の緑のほうの下に入学と卒業がありますが、ここが6年間ありまして、この間は有機的に診療所、それからへき地拠点病院等と連絡をとりながら学習の場をつくっていくというのはそれでよろしいと思うんですけれども、その後、先ほどからいろいろお話が出てきたように、大学にいったん戻ったらへき地に戻れなくなるとか、へき地に行くとい生そこにいないといけないのではないかというようなことに関しては、このモデルに入っている限りは、へき地に行きました、その後また自分としてはこういうところについて特に勉強してみたいのと、または、こういうところで臓器別の専門の資格を取ってみたいというようなことについても満たせるように、大学なり拠点病院にもう一度戻っても、へき地のキャリアは消えないというような形で、この3つの間を移動しながらキャリアアップを常に行っていくというシステムができれば、今現在抱えている、へき地等で勤務されている方の不安を和らげることができるのではないかというふうに考えました。このシステムをうまく動かす基本として、その下に、丸が書いてあって、ちょっと赤っぽい中に「へき地保健医療対策協議会」というのがあって、その下に「へき地医療支援機構」というのを書きました。

この支援機構が、3つの柱を支えている大学と診療所等、それからへき地拠点病院等とが一堂に会して集まれるような、話し合いができるような協議会、そういうものをへき地医療支援機構が指導することによって、このキャリアアップを、デザイン全体をきちんと見ていく、そういうシステムができるべきだろうというふうに考えました。このキャリアデザインで働く間は、身分

的にはずっと保障される。つまり、どこどこで年金が切れるとか、そういうようなことではなくて、常に自分の、それぞれ機関は違う、いろいろな診療所もあれば大学もありますけれども、身分が保障されて公的年金も継続されるべきであるというように、勝手な意見かもしれませんが、そのように考えると、へき地に行くという医師の期待は大きくなるのではないかと思います。

そのほかに、端のほうに書いてある特徴的なところを簡単に、これは私たちの研究班の中から入れてほしいという希望で出たものをそれぞれ四角の中に入れてあります。例えば、最初の10年間でへき地医療の専門医、この話は後でしますけれども、へき地医療に関係する専門医が取得できるように考えましょう。それから、大学における学位というのを取得を希望する人がいらっしゃれば、それについても学費の援助等で支援をしたらどうか、それから、臓器別の専門医の取得を希望する、これも認めたらどうかというふうに一応考えました。もちろん、学位といっても、DNAの研究で試験管を振ってということのイメージよりは、へき地、地域医療に関する社会学的な研究について、ぜひ専門的にやってほしいという意見は出ていますけれども、どちらにしても、そういうことができるように、へき地等の診療所にいると学位はとれない、専門医はとれない、何々はできないというのではなくて、できるよというシステムをつくれるようにしたらどうかというふうを考えました。

このキャリアデザインをある程度満たした人たちは、大学であれば地域医療学講座等の教授とか部長、拠点病院等であればその支援病院の部長とか院長、それからへき地診療所では当然ながら所長、そういったものに優先してなれるというようなインセンティブを考えるべきではないか。それから、この話、これはキャリアデザインのモデルですけれども、これと、それから今からお話しする評価の話とがどうしても密接に関係しますので、とりあえず3本柱で移動しながら、自分のキャリアを磨いていくというモデルを考えたというところで、その先に進めさせていただきたいと思います。

6ページ、7ページは、これをつくるに当たっていろいろ議論が出たときに私が最初に書いた説明文ですので、これは後で興味があれば見ていただければと思いますので、これを飛ばしまして8ページに行かせていただきたいと思います。

へき地に勤務する医師の評価、評価という言葉にはいろいろあって、一つは、へき地医療の専門医として認定するという意味の評価、それからへき地に行ったことを重く見て、それに対して何かインセンティブを与えたらどうかということの評価という言葉がちよっとダブるところがありますので、2つに分けて説明させていただきたいと思います。

まず、この8ページの図の左側の大きな四角、へき地に勤務する医師、こ

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というふうに考えました。

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というふうに考えました。

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年とかっ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。

○鈴木委員：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る、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。

○鈴木委員：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た、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、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、個々のは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行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と思いますが、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GPです」と堂々と自己紹介ができて、かつGP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、GP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GP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

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ありがとうございます。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やって、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ところ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で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ょうけれども、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でも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でよろしいですか。

○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、質の担保といいますか、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とか、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と。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事になると困りますので、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で、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えます。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えます。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。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れども、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れども、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れども、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と。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てしっかり連携して、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ありましてけれども、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。

○神野委員：医療確保については、私自身は担当ではないのですが、北海道で地域医師確保をしている立場から、是非発言するよう託されましたので申し上げますが、今、へき地医療拠点病院の問題が議論されていますが、そこを支えていく手だての一つになる提案ということで申し上げますと、平成19年の第5次医療法改正で新しく社会医療法人という法人ができているということですが、これは都道府県知事が認定することになっておりまして、その要件の一つに、へき地医療に対してある一定期間支援を行った場合、社会医療法人の指定を受けることができますようですが、その支援先としては、へき地診療所に対しての支援のみというところで枠が決まっているということです。実際には、へき地診療所だけでなく、へき地医療拠点病院、例えば総合診療を100床未満で担っているようなへき地にある小規模病院への応援をしたいけれども、この制度の要件の対象にならないため、今後へき地診療拠点病院への支援を行う場合も対象として認めてもらえないか、社会医療法人の基準についての見直しができないかという意見を発言させていただきます。

○梶井座長：貴重なご意見ありがとうございます。ちょっとこの場でそれについて提案するのは少し難しいのかなというふうに思いますが、いかがでしょう。

○神野委員：いえ、一応発言させていただくというところで、よろしいです。

○梶井座長：承りました。それでは、時間が随分押してしまっていますけれども、ここで、3時10分まで休憩させていただきたいと思います。

〔休憩〕

○梶井座長：それでは、時間となりましたので、始めさせていただきたいと思います。

最初に皆様にお断りしておかなければならないんですけども、今のペースでいきますと、3時間いただいたんですけども、それでは終わりそうにございません。できるだけオーバーしないようにとは思いますが、ただ、それで議論が余り出ないようでは困ると思います。いずれにしても、今日がこういう議論の場としては一応締めとなります。次回は報告書についてのご議論だというふうに思いますが、そのときでもまた意見を言っただけであればとは思いますが、ぜひ活発に後半も進めていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、論点の中に盛り込まれていたへき地における歯科の課題につい

てでありますけれども、角町委員からプレゼンテーションをお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○角町委員：ただ今非常に熱い議論が続きましたので、歯科の話題について話をさせていただきます。少し和らいだ議論になればと思いますので、頭を冷やしながらお伺いいただければと思います。

私は、日本歯科医師会に所属をしております。本日は、ご提示しております8枚の図表を用いて説明をさせていただきたいと思っています。とりあえず、初めてのことなので、記録をまとめてきましたので、文章を読むようにして、できるだけ時間内に終わりたいと思います。

私の臨床活動の拠点というのは、離島が多い長崎県でございます。開業の傍ら、30年近く県内で地域医療の充実や地域保健活動に携わってきました。その巡回診療や住民健診などの経験から、離島での生活の大変さを実感いたしました。そのとき経験したことです、台風の進路が急に変わったために、当初予定していた活動ができずに、島での当時のスケジュールを大幅に変更せざるを得ないということになりました。その翌日、台風が通過しても波が高く、船が出せないため、島から帰ることもできないという経験でした。晴れているのになぜ船が出ないのかとぼやきながらも、離島の生活の大変さを体で体験したわけです。このような経験から、離島やへき地における歯科保健や医療活動の充実を図ることの大変さを痛感しました。それ以来、小離島の医療活動を少しでも本土並みに近づけるために、廃車になる巡回診療車の無償払い下げなどを長崎県にお願いしたり、関係機関と折衝し、住民の歯科医療環境改善のために巡回診療車の歯科医療機器の整備充実などに奔走したことを覚えています。このような経験から、立ち遅れが目立つ離島や中山間地域といったへき地で生活される住民の方々の口腔の健康に関わる課題である歯科保健医療の充実について、何とかしなければいけないというふうに考えるようになりました。そのような視点で、今回は、委員の先生方に、本日表題に掲げました件につきましてご検討いただきたいと思っています。

まず、我が国におけるへき地の歯科の現状です。平成16年度の厚生労働省の無歯科医地区調査の結果では、全国の無歯科医地区数は1,046カ所、また、そこで生活する住民の数は29万5,480人となっております。また、へき地ネットのデータベース等によると、全国のへき地医療拠点病院の数は43都道府県で263施設ですが、このうち歯科を標榜しているへき地医療拠点病院は30都道府県に73施設しかありません。また、へき地医療診療所は47都道府県に1,063施設ありますが、ここでも歯科を標榜しているへき地医療診療所は23都道府県で66施設しかありません。つまり、現在の都道府県において整備されているへき地医療拠点病院やへき地医療診療所における歯科医療の提供体制は必

ずしも十分なものではありません。そのため、へき地における住民の生活面での安心・安全を支える上で口腔の保健医療福祉に関わる環境整備、すなわちへき地医療拠点病院及びへき地医療診療所に歯科の標榜ができる体制を構築することは、へき地における歯科医療提供体制の充実を図る上で重要な課題と考えています。

2つ目、医科歯科連携の重要性。今日、我が国の高齢化の進行は、地域によって高齢者の増加率は異なっていますが、そのスピードに関わらず加齢によって住民が抱え持つ健康問題は、へき地も都市部も変わらないと思います。お話をしてきましたとおり、へき地で生活する住民の方々への歯科医療の提供は十分でないため、歯科疾患の早期の段階から適切な診断や加療を行うことが困難な場合があり、中には重篤な事態に陥る場合もあります。歯科医療の提供体制が十分でないへき地にあっては、加齢や障害によって起こる身体機能低下、その延長線上にある口腔機能の廃用、そして、誤嚥性肺炎等の致命的な問題を引き起こすことにもつながっています。これらの問題は適切なケア等の供給がなければ避けることができません。

しかし、必要な施設や人材が十分でなく、医療連携がとられていないへき地では、必要な医療であっても、それを受けることができません。また、その状況を当たり前のように住民が受け入れざるを得ないという実態は決して見逃すことはできません。我が国は、どのような環境にあっても、人々はひとしく医療を受ける権利を有していると思います。何とか知恵を出し合って、可能な限り、へき地住民の方に光が当たるような歯科医療提供のための地域連携ができる環境づくりへの努力が必要と考えます。

教育の問題です。へき地医療に関わる歯科教育に関する問題。へき地の住民の生活や高齢化が進行することを考えると、歯科関係者の関わり必要性がこれまで以上に大きくなりつつあると思います。歯科医療提供体制が十分でないへき地に歯科医師を派遣するという体制づくりを考えると、歯科医療を担う人材の育成・確保は重要な課題です。

しかし、新しい歯科医師を養成する歯学教育課程の中では、へき地医療について十分な環境づくりができていません。平成19年度に改定されました歯学教育モデル・コア・カリキュラムでは、歯学教育における地域医療などへの歯科の関わりについて、保健・医療・福祉制度に関わる一般到達目標の中で、地域医療に求められる歯科医師の役割と機能及び体制など地域医療の在り方を概要できること、また、地域における保健・医療・福祉・介護の分野間の連携及び他職種間の連携の必要性について説明できるということを求めています。

しかし、最近の歯科大学の教授要綱の中では、必ずしもそれがへき地医療の歯科保健という形に特化できているという状態ではありません。そういう

面では、これらの強化を今後考えなければいけないと思います。また、へき地出身の歯科医師への教育支援としての奨学金の充実など、人材の育成・確保に必要な支援体制の充実も求められると思います。次は、事例の中で実態を少しご説明したいと思います。

事例に即して、へき地における歯科医療の提供体制の現状と課題についてご説明します。事例1は中山間地域の例です。今回は都道府県歯科医師会から情報提供をいただきました。中でも、山口、島根、高知、愛知などにおいて、無歯科医地区の増加が見受けられました。これらの地区の増加の原因としては、歯科医療機関の廃止、交通の便の悪化、地区区分の変更などが挙げられました。これらの事象は、へき地という地理的な特徴や人口減少などの問題に起因しているようでした。そして、十分な医療環境の整備ができにくい中山間地域では、その対応を巡回診療車や訪問診療によって対応しており、そのための機器整備に追われているような状況がうかがえました。このため、中山間地域における限られた医療資源の中では、へき地医療支援機構の機能強化やへき地拠点病院の機能面での整備・強化を図り、地域の必要に応じた歯科医療連携がスムーズに行えるような体制整備、仕組みづくりが必要ではないかと思えます。

次は島根県における県民残存歯数調査でございます。平成13年度の結果で、残存歯数が少ない市町村は、中山間地域や歯科医療機関が少ない地域に多く見られるようです。また、この傾向は平成17年度の結果でも同様で、残存歯数が少ない地域は島根県の中央部、いわゆる山間部に集中していました。逆に残存歯の多い地区は、平成17年度の調査結果から、成人歯科保健事業を実施している地区が多いということも示されています。これらのことから、地域住民の歯科保健医療向上には中山間地域における歯科医療供給体制の整備や同地域における歯科保健事業が極めて重要であると考えます。

次は離島の例でございます。私が活動しております長崎県では、齋藤、林田、長崎大学の先生方ですけれども、その先生方によって興味深い調査結果が示されました。それは、長崎県の五島列島にある福江島の東約20キロ、五島灘に浮かぶ杣島で平成21年5月14日、15日に実施された健康調査において、歯科健診を受けた40歳以上の71名、男性26名、女性45名に対して聞き取りによって行われた住民歯科医療ニーズの調査の結果です。

この島の人口は約230名で、歯科医院はなく、いわゆる無歯科医地区に該当します。島の人口はゼロ歳から14歳までの学齢期の占める割合がわずか5.9%、15歳から64歳までの生産人口が占める割合は37.4%、65歳以上の高齢人口の占める割合が56.7%で、全国平均と比較しても極端に高齢化が進行した島と言えます。

医療を受けるためには、隣接する福江島にある五島市、これは旧福江市で

すけれども、そこまで行かなければなりません。フェリーでは約30分の域なんですけれども、海の状態によっては当然治療に出かけることができませんし、また、治療に出かけても、その日のうちに帰れないで、2日も3日もその場所にとどまらなければいけないという環境です。

このような結果から、具体的には、島の医療ニーズとして歯科医院がなく困ったという住民が8割でした。また、3割の住民は歯がなくなっても我慢するという状況でした。また、中でも特記すべきは、4割の住民が、本来であれば継続治療によって残せる歯についても、治療回数を減らすために抜歯を行った経験があるということでした。我が国の国民は、ひとしく医療を受ける権利を有しているはずですが、へき地という地理的なハンディを持つ環境のために、適切な医療を受けることができないとすれば、それは大きな問題と考えます。へき地の健康の保持は、離島という環境の中で、大変深刻な状況と言えるのではないのでしょうか。

一方、この件に関して、住民の6割が歯科の巡回診療を希望されていました。その理由としては、私どもの住む長崎県の巡回歯科診療の対象者が障害者に限定しており、離島住民であっても巡回診療を受けることができないということがその背景にありました。この巡回診療に関して、昭和60年から長崎県の委託事業として県歯科医師会が受託して行っているわけですが、県の受託費だけでは必要な経費、歯科医師1名、歯科助手2から3名、運転手1名の体制を賄うことができないために、本県歯科医師会としてもテダシをして実施しているのが現状でした。さらに、歯科治療は1回で終わらず数回の受診が必要な場合がありますが、巡回診療では長期間に1カ所にとどまることができないために、その後の継続的な受診や定期管理においてはどうしても近隣の歯科医院の協力が不可欠です。しかし、これまでお話ししたような状況から分かるように、地理的な制約から、治療の継続や定期管理が困難な場合がしばしば見受けられることを申し添えておきたいと思えます。

そういうことのまとめを、ここに記載しているとおりですので、読んでみたいと思えます。

今回、歯科医の立場でへき地における歯科医療の提供体制の課題について意見を述べる機会をいただきました。私は今回のヒアリングで委員の皆様方にお伝えしたいことは次の3つでございます。

1つは、へき地支援機構の強化の中で、口腔の問題について具体的な対応ができるような方向付けをすべきということです。例えば、へき地医療支援機構において、口腔の問題について医科との連携を含め、コーディネートできる機能を充実させるべきだと考えます。

2番目に、歯科医師の教育において、へき地医療に対する教育目標が明確ではありません。そのため、へき地医療に関わる課題を教育カリキュラムの中

で位置付けるべきだと考えています。併せて、自治体などから、奨学金制度の支援要件などにもへき地に関する事項を加えていくことも必要ではないかと思ひます。

3番目、へき地医療を支えるへき地医療拠点病院の機能の中に、へき地住民の口腔機能の管理などを支援してもらえるような機能を強化して、へき地住民の必要に応じたへき地の医療拠点病院等から歯科医師を派遣するなどの機能強化ということも必要だと考えます。

以上の3点ですが、今回のへき地医療検討会の中で住民の方々の安心・安全な生活を支援するという観点から、委員の先生方に山間地域や離島というへき地の歯科医療の提供体制の課題についてご理解をいただき、全国のへき地の歯科の課題が少しでも解決できるようにご検討をお願いしたいと思ひています。これは個人的な思ひなんですけれども、実は私自身が訪問の現場で、様々な口の問題でトラブルを抱え、そして亡くなっていく人、あるいは生活の質が著しく低下する人々をたくさん見ております。そういう事実認識に立つと、これら口から起こる問題によって、住民方々の生活の質の低下に関わる問題を次の時代に引き継ぐことのないように何とかして解決していきたいと思ひています。よろしくお願ひしたいと思ひます。以上です。

○梶井座長：へき地の歯科の問題を明確にご発表いただきました。ただ今のご発表について、ご意見ございますでしょうか。

先ほど、中村委員、帰られたんですけれども、私のところにメモをお寄せになっておられます。歯科と医科との連携の重要性ということで、最近の事例を書いておられますが、ここでは割愛させていただきますけれども、歯の問題、歯科の問題を内科的問題のように誤ってしまうことは少なくないように思ひますと。それを踏まえて、やはり歯科との連携が重要であるというふうに申し送って帰られました。こうやって取り上げてみますと、本当に私自身も大事だと思ひますし、日ごろの診療においても、私もそのように感じております。いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○神野委員：私も保健師として、かつてへき地の村を家庭訪問したときに、この村の人はどうしてこんなに歯がないのだろうと感じたことがございまして、やはり齲歯予防や歯周病予防というのは、予防的な対策を進めるということが、へき地においてはより一層必要だなというふうに思ひているところなので、保健活動と歯科医療が十分連携をして、予防活動の推進を是非進めるべきと思ひております。

○梶井座長：神野委員も同意見のご様子でございます。そうしますと、ここによ

くまとめていただいていますけれども、まとめの1番は、2番、3番に関わっていくかなというふうに思いますけれども、そうしますと、歯科医師の教育において、へき地医療に関わる問題を教育カリキュラムの中に位置付けると、これは医学部のほうでもそういうような意見が以前にこの会でも出ておりましたので、これを盛り込ませていただくということによろしいでしょうか。それから、3番の、これは小さい字で書かれたほうの、へき地住民の必要に応じ、へき地医療拠点病院等から歯科医師を派遣するなどの機能を強化する、この点を盛り込ませていただければいかがでしょうか。

○角町委員：ずっとこの検討会の資料をめくっておりましたけれども、なかなか明確にその辺の指摘がありませんでしたので、今回そういうふうにしていただくと幸いです。ありがとうございます。

○梶井座長：皆様よろしいでしょうか。それでは、次に進ませていただきたいと思います。看護職の課題については、今日、自治医科大学の春山教授が参考人としてお越しになっておられます。春山参考人からプレゼンテーションをいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○春山参考人：自治医科大学看護学部の春山と申します。2005年に発会しました日本ルーラルナース学会という学会の理事も務めております。今日は資料6のほうを用いまして、へき地看護に従事する看護職の確保・定着のための提言ということでお話をさせていただきたいと思います。

まず、へき地で働く看護職の調査というものは、25年以上前に駐在保健師の活動を対象としたものが数件、それから、最近では都道府県単位のへき地看護活動や人材育成に焦点を当てたものが幾つかあるのみです。そこで、自治医科大学看護学部の地域看護学担当教員により、2003年と2008年にへき地診療所看護職を対象とした全国調査を実施いたしました。そこにお示ししてありますように、回収率は十分高いとは言えませんが、ほかに調査がないことから、参考になると考え、へき地診療所看護職の特徴、それから看護活動の特徴、看護活動における問題や課題を述べさせていただきたいと思います。

まず、1ページ目ですけれども、へき地診療所で働く看護職の年代は、全国看護師就業者の年代と比べますと、40から50代が多く、最高年齢は70代です。

2枚目をご覧ください。看護師と准看護師の割合ですが、正看護師が2008年の調査では65%であり、これは全国病院看護師就業者における割合よりも低く、全国の診療所看護師就業者における割合よりも高いという状況です。下の図です。現在の診療所における勤務年数ですが、5年未満の者が約4分

の1、20年以上の者が約3割という状況です。

3枚目をご覧ください。約9割は既婚者で、約8割は診療所所在の市町村に居住しています。2008年回答者の約7割は勤務診療所所在の市町村または近隣市町村の出身者でした。一方、派遣は1割に満たないぐらいです。下の図ですが、診療所の常勤職員数です。常勤看護師がゼロ人という診療所が1割強、常勤医師ゼロ人というところが約2割、常勤事務職ゼロ人が4割弱、他の常勤医療従事者は8割以上はゼロ人という状況です。常勤看護師ゼロ人の診療所は、常勤看護師が確保できず非常勤看護師で対応している可能性があります。また、医師も同様だと思いますけれども、常勤医師や事務職、他の常勤医療従事者がいない場合には、それらの職種の役割を補う多様な役割が看護職に求められることが考えられます。

次をご覧ください。へき地診療所における看護活動の特徴です。実施率の高いものは、一番上に2つ挙げておりますが、往診や外来での診察の介助や処置等、診療の補助があります。次の2つ目の図からですが、医師不在時の応急処置や初期対応、電話相談、それから往診以外でも患者宅を訪問して健康・生活状況を把握していたり、受診手段などの援助をしていたりという「多様なアプローチによる外来看護活動」がありました。

また、3つ目の図ですが、救急搬送時の初期対応や付き添い、搬送先の病院への状況報告など「救急対応」があったり、それから4つ目の図の「在宅介護家族への支援」、そして、5つ目の図の「住民ネットや地域資源のアセスメントに基づく関係機関との連携・調整」といった看護活動がありました。また、一番下の図ですが、実施率は高くありませんが、診療所の看護職の中には「健康増進や疾病予防のための教室の企画・開催」までしている者がいるというところに注目すべきではないかと思います。

このように、診療の補助のみならず、外来患者への療養支援、救急対応、介護支援、そして疾病予防や健康増進といった多様な看護活動が、ジェネラリストとして看護活動が、看護職に求められておりますし、それを、その地域の社会資源や人と人とのつながりをとらえながら看護活動を展開している点がへき地診療所における看護活動の特徴だと思います。全てではありませんけれども、診療所によっては、医師は派遣で数年で交代ということもありますが、看護師は、先ほどお示しましたように、そこに在住している看護師が定着して働いている場合が多いという特徴があります。交代する医師のつながりの役割や医師の不在時の対応など、看護職は医師とうまく役割分担しながら地域医療を支えていると思います。多様な業務が求められる中、准看護師が3から4割の現状もあるわけですが、へき地診療所で働く看護職が、看護としての役割をよく発揮できるよう支援することが、やはりその地域に住む住民への安心・安全な医療にもつながると思いますし、医師の働きやす

さにもつながると考えます。定着しているといっても、いつかは交代しなければならず、常勤看護師がいない診療所など、確保が難しい地域も見受けられますので、へき地診療所で働く看護職をどう育成、つくっていくかということをやはり考えていくことが重要であると考えます。

次のページをご覧ください。5ページ目です。へき地診療所看護活動における問題や課題は大きく3つ挙げられます。まずは、看護や医療に関する最新の情報が入ってこない、研修・研さんの機会が不十分である、看護活動に関して困ったときに頼りにできる人がいないといった「研修・研さんの機会やサポート・連携の少なさ」、2点目は、休暇が思うようにとれない、仕事に見合った給料をもらっていない、仕事に追われて必要だと思う看護援助ができないという「仕事の対価の不十分さや看護職としての役割の発揮しにくさ」、そして3点目は、担当専門外の仕事をしなければならない、自分の時間を使って仕事をしなければならないといった「看護業務とそれ以外の業務、仕事と生活の境界のあいまいさ」です。

次のページをご覧ください。次の調査は、2005年に行いました9つの離島における保健師として勤務経験のある者27名への調査結果から示したものです。離島勤務経験のある保健師が考える保健師の確保・定着のための条件として調べた結果を参考にお示ししました。

この中で、対象者が絶対必要、かなり必要と考えた割合が高かったのは、「保健師活動に対する役場の理解」、「業務時情報交換できるIT設備がある」、「自己研さんの機会がある」、「研修参加に対する職場の理解がある」、「保健師活動を確認評価してくれる人が島外にいる」、「内地保健師との給料の格差がない」などです。

最後のページをお願いしたいと思います。Vのところです。以上を踏まえまして、大きく3点、確保・定着のための提言ということでお話しさせていただきたいと思います。まず、1つ目ですけれども、へき地看護に従事する看護職の実態がきちんと明らかになっていないということがあると思います。今私がお話ししましたのはへき地診療所の状況ですけれども、これ以外に、へき地をカバーしているへき地医療拠点病院の看護職の確保や看護に関わる実態を示すデータがあれば、より問題が明らかになると思われますが、そのような調査が実施されていないので、明確とは言えない現状があります。

ですけれども、前回の検討会で示されておりましたへき地医療拠点病院の意見の中にも、少なからず、看護師の確保や支援の問題は出ておりました。それから、私の大学の看護学生の実習や研修先の病院でも、全て多少なりともそのような問題を抱えていることから、恐らく、恐らくというか問題があると思いますが、それが明確になっていません。人確法に基づいて各都道府県は看護師の需給対策に取り組まれています。都道府県内の地域性というも

のを考慮して取り組まれている都道府県もありますが、そうではなく都道府県全体として一律にとらえておられますと、へき地看護に従事する看護職の問題というのは見えにくいということがありますので、へき地等地域性に関わる問題が有るのか、無いのかということ、まず明確にするということが重要ではないかと思えます。

2点目は、へき地看護に従事する看護職の育成と確保ということについてです。自治医科大学医学部では都道府県単位できちんと人づくりを行って成果を上げてきていると思えますが、看護職も同様で、都道府県単位の人材育成が必要であると考えます。各県には、今や都道府県立の看護系大学や看護学校というものがあって、それらの学校の使命は、各都道府県で看護が十分行き届いていないところや、人材や支援が必要なところに対して寄与していく役割があると思えます。その役割を強化していくこと、それから学生が離島・山村等における看護に関心を持ち、将来も含めて働いてみたいと思えるような教育が必要だと考えます。

また、マンパワー不足を補うということのみならず、キャリア開発・支援を視野に入れた人事交流や派遣制度等の仕組みづくりができないかということです。自治医科大学附属病院の看護部では、地域医療振興協会の依頼を受けて、へき地医療拠点病院等に毎年二、三十人の看護職を派遣していますけれども、それはマンパワーということだけではなくて、働いている看護職の看護実践能力にも寄与しているということが、添付資料につけさせていただきましたが、看護部長の研究等で明らかになっております。看護職の間でも、へき地看護や医療資源の少ない地域での看護活動は余り知られておりません。都道府県看護協会や各地域でネットワーク組織をつくって、へき地看護活動について知ったり体験できるPR拠点をつくって、現職場での退職を検討している者などが自分のキャリアパスを見直す機会、つまり、今の病院では働けないけれども、地域病院だったらもしかして働けるかもしれないというような、そういう機会をつくって、その結果、へき地看護への従事につながるとういのではないかと思えます。

最後の3点目は、やはり確保と支援は両輪として考えていく必要があると考えておまして、都道府県単位のへき地看護に従事する看護職への支援体制の確立というものを挙げさせていただきました。支援の内容としては、女性が多いですから、何かあったときに代替の看護師が確保できるであるとか、育児休暇、介護休暇がとりやすいですとか、そういったことも関連しますが、「働きやすさを向上するための支援」、それから「看護職としての専門性を維持・向上するための支援」、そして、「看護実践をしている上での、今の問題・課題を解決して、よりよい看護活動が展開できるための支援」ということが重要になってくると思えます。

支援策の一案として、都道府県担当部署あるいはへき地医療支援機構が中心となって、まず、へき地といっても離島や山村、いろいろありますので、各都道府県単位で支援ニーズの明確化と支援方法を検討して、支援を実施していくということが大事だと思います。

ITを活用した支援の検討ということも重要でしょうし、ITを活用するとしても、支援においてはへき地で働く看護職の状況や看護活動を共有できていること、一方通行的な知識や情報の入手だけではなくて、看護活動について考え、話し合ったり、その成果や課題を確認しあったりするような相互的なコミュニケーションによる支援を基盤にしてITも活用していくということがとても重要なのではないかと考えています。

連携協力機関としては、各都道府県の状況によっても違うと思いますが、看護協会、看護系大学、へき地医療拠点病院、そして、私たち日本ルーラルナーシング学会でも、へき地で働く看護職の支援のために設立したという発会の趣旨もありますので、そういった支援をどのような体制で進めていけるか、準備検討しているところです。

それから、市町村保健師や国保連合会保健師との連携の促進や、それから、どこかに集めて集合研修ということでは、なかなか支援が難しいへき地の状況がありますので、専門看護師や認定看護師、へき地看護経験者等の人材を生かした支援者登録制度といったものを設けて、へき地に出向いていろいろな支援ができるような仕組みをつくるというのではないかと考えています。以上です。

○梶井座長：ありがとうございます。非常に的を射たといえますでしょうか、データをお示しいただいて、その後にご提言をいただきました。

ご意見ございませんでしょうか。はい、どうぞ。

○神野委員：春山先生、ありがとうございました。本当にへき地における看護について特化したデータといいますか、これまで実態を十分に北海道としてもまとめてこなかったなということを先生のご発表を聞きながら思いました。前にも申し上げましたが、平成18年の診療報酬改定で、大規模病院が7対1入院基本料にするために看護師を大量に募集をしたため、地方の病院に影響が出ているというご指摘が、各地方の自治体から出されているわけですが、保健師、助産師、看護師には、就業届というのが2年に1回ごとに行われておりまして、直近のデータでは、平成20年の12月末と2年前の平成18年末を比較しますと、北海道は二次医療圏が21カ所ありますが、そのうち8圏域の看護職員の数が減りました。ですので、全体としては増加していますが、都市部が増加し、3分の1強を占める、地方の医療圏の看護職員数が減

っているという実態が見えてまいりました。診療所からは、「看護師が1人辞めるために夜勤体制ができないので、有床診療所を無床化しなければいけないので何とかしてほしい」とか、あるいは、「このままいくと病院を診療所にしなければいけないので、看護師を地元で探してもいないので、何とか北海道として探してほしい」というような要望が何件も来ております。

都道府県にはナースセンターが設置され、ナースバンクという制度がございまして、求人と求職の無料職業紹介をしているんですが、そこに登録されている求職者の要件を満たすような条件のところなかなかありません。その背景を見ますと、地方が非常に財政難ということで、市町村の職員の給与が下がっております。1割、2割下がっております、看護職員などの専門職も、国保病院等に勤めておられる方の職員の給与も下がっていると。そうすると、この間求人では、勤務経験10年の方で基本給が18万という募集が出ておりました。そういう給与で、へき地に就業しますという看護師はおりません。そういった意味で、非常に経済の問題とも大きく関わると思います。地方の医療を支えていくための看護職員への何らかの国の支援がないと、今後ますますこの傾向は強くなっていくのかなというふうに思っております。病院の病床数が削減されれば、病院の看護師数も減っていったらよいはずと思うんですけども、その一方、今度は在宅看護がもっと充実していかなければならないという問題がございまして、それでは訪問看護が充実できているのかというと、地方になるほど訪問看護ステーションは経営難で、遠いところに少ない人数で経営しなければいけませんので、赤字になるという問題があって、やはりトータルで看護職員の確保ということについての何らかの地方への支援が必要になってくるというふうに思っております。

○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。土屋委員、どうぞ。

○土屋委員：本当によくまとめられていて、すごくうれしく思いました。私は、実際にここのへき地診療所看護活動における問題や課題と挙げていただいたことを、へき地というほどではないのですが、私の働いているところも田舎ですので、ここに問題や課題と挙げられたものをほとんど毎日のように感じながら働いてきた看護師の一人です。

じゃ、どうすればいいのかというようなことで、県のほうのどんなふうなという話もちよっとお聞きしたところ、女性であるがためということはないんでしょうけれども、やっぱり居住地にいる診療所に勤めるという形が多いとか、訪問看護ステーションはその中でというようなことであるので、田舎、へき地はやっぱり人口が少ない中には潜在看護師もいないという状況があっ

て、なかなか確保は本当に難しいというようなお話でした。

私らも、訪問看護ステーションをやっている、病院の内科なら内科、外科なら外科病棟に勤めている看護師なんかよりも、総合的にいろいろ知っていないとできない部分がかかなりありまして、求められるものが多いので、先ほどの総合医じゃないんですけれども、本当に研修は必要なことで、私たちも不安があるので、市民病院辺りに交渉して、その交流研修を1週間ぐらいつつ、お互いにどちらも理解しようというようなことでやりましたけれども、そうすると、それだけでも私、少し余裕になるかなというのがありましたので、そういうところに、田舎やらのへき地やら、離島はちょっとよく分からないんですが、働く看護師を一人でも多くするために、先ほど医師のところを出たキャリアデザインのモデルのようなものが応用できないかなというふうになんかと思ったわけです。

ただ、男性の看護師も大分増えたんですけれども、まだまだ女性がほとんどで多いので、なかなか難しいところもあるかとは思っています。結婚、出産、子育てというようなことがあるので、難しいところは多いんですけれども、でも、応用できる場所はあるかなというふうに思って、この定着のための提言と挙げていただいたここにちょっと通じるのかなと思いました。

○梶井座長：ありがとうございます。本当によくまとめていただけたと思います。やはり実際にへき地で診療に携わっておられる看護職の方々をお一人お一人どうサポートしていくかという、今の土屋委員のお話にもありましたように、これは研修であったり、実際に休みがとりたくてもとれないとか、そういう部分は非常に大切だと思います。そのほかにも、全体でどういうふうにとらえていくか、そのシステムをどういうふうにしていくかということをおまとめいただいておりますけれども、この部分も非常に大切かというふうに思います。吉新委員、どうぞ。

○吉新委員：Nurse Practitionerは医師が十分対応できない診療所や出先の訪問看護活動とか、クリニックが閉まっている時間に、処方したり処置をある程度やっているようです。実際、相当ご自分一人でどんどん家々を回られますし、訪問看護でしょうけれども、例えば、日本でも医者を置かない、人口300人以下の離島では、へき地保健指導所を設置することになっています。ナースがそこに住んでいて、遠隔の画像で医師の指示をもらったり、処置や処方もしていることは実態だと思うんです。

私もナースと医師と事務だけの診療所に五、六年勤務したことがありますけれども、実際、自分が診療所にいないとき薬を出してもらうこともありました。日曜日に処置が必要であればお願いしたりすることがあります。医者

が不在時処置ですとか処方ができるようにはならないのでしょうか。

○梶井座長：はい、どうぞ。

○春山参考人：できるできないは厚生労働省の方に聞いていただきたいと思いますが、今日お話しした調査とは別の調査で、医師のいない離島も含めて、へき地診療所において医師と看護師がどのように役割分担をしているのかという調査をしました。その結果では、現在、事前指示、包括指示が認められているので、その現行法の範囲内で、医師が不在であっても、医療サービスが確保されるよう看護師と医師でうまく役割分担なされていました。以上です。

○吉新委員：そこはちゃんとしないと教育もできないと思うんです。想定されないことを教育するということもあり得ないと思うんですが、ちゃんと教育なり訓練なり、処置の方法とかできるのであれば、実技もできるのであればとってもいいと思います。

○梶井座長：それも明確にするということでしょうか。ありがとうございました。それでは、看護職の課題についてはこれで終わりたいと思います。

約束の時間にだんだんと迫ってまいりましたけれども、先ほどお話ししましたように、少し延長させていただきたいと思います。もう帰りのチケット等購入しておられて、遠方にお帰りになられる方もあると思います。今回は2月25日木曜日の13時からということで、後でまたご説明がある予定ですが、くれぐれも、予めご説明申し上げておきます。場所は未定でございますが、これもご連絡はあります。ということで、また議事録等をお読みになられて、不明なところは問い合わせただければというふうに思います。

ということで、誠に申しわけございません。続けていきたいと思います。村瀬委員のほうから、遠隔医療について今日は資料をプレゼンテーションをお願いしたいと思います。

○村瀬委員：資料にある事例のお話からさせていただきます。4ページに、参考資料「遠隔医療の活用事例」と書いてございます。1から11の事例がありますが、後で確認しておいていただきたいのが下線の引いてある部分で、この部分については、遠隔医療に診療報酬の請求が認められている部分です。一部には、診療報酬が認められているというのが、ここの4ページのポイントです。

5ページ以降に、その内容が簡単にまとめてあります。5ページの上の①と②、両者とも高血圧の管理の例です。上は、病院が中心になって在宅の患

者さんの高血圧管理を行っており、下は、全国的にも珍しいのですが、町が主体となって住民の健康指導を行っている、保健センター、保健師さんが中心になっての健康管理指導です。

それから、6ページ、7ページに、それぞれ、糖尿病、ぜんそく患者、それから心臓病の不整脈等を中心にした管理、在宅酸素療法、呼吸器障害の患者さん指導の例です。それぞれ在宅の患者さんの健康状態を遠隔医療機器を用いてモニターをして、その結果に対して医師が直接指導をしています。

8ページの6、7については、看護師、助産師が中心になっているもので、6については、訪問看護の際にテレビ電話を使って医師が指導を行うという形態になっています。なかなか医師の往診が難しいところを訪問看護を充実させることで対応するという事例です。7は、産科医が少なくて診療が難しいという部分を、助産師さんが機器を用いて妊婦のモニターを行い、そのデータを産科医が見て指導を行うということで、妊婦の健康管理を行っています。

9ページ、10ページについては、医師間の、医師同士の連携です。8は電子カルテを用いて情報を共有しています。9については、眼科の画像、専門医が眼底画像を見ることによって指導を行うというものです。10ページの10、11、これは全国的にかなり広がっています。10については、放射線画像を専門医に送って診断を仰ぎ、その診断結果を基に病院、診療所の医師が患者を診断し指導するというものです。11については、術中迅速診断を行う病理医が非常に少ないということで、顕微鏡の画像を病理の専門医に送り、その診断により、手術の適応を決めるというものです。

それから、冊子を1冊つけさせていただきました。これは、厚生労働省から研究費をいただいて調査研究を行ったその中の一部抜粋でありますけれども、この52ページのところに、健康管理コンタクトセンターのサービス、2006年のフィンランドの状況についてまとめさせていただきました。日本国内でも、いろいろな形で健康保健関連のコールセンターの取り組みが進んでいますが、この52ページに書かせていただいたフィンランドでは、国土が日本とほぼ同じ、それに対して人口が520万人しかいないという地域におけるヘルスケアをどう組み立てるかということで、このコールセンター、コンタクトセンターとも言いますが、それが非常にうまく機能しているという事例です。こういった事例を踏まえまして、2ページへ、もう一度戻っていただけますでしょうか、2ページに今日のお話の内容をまとめさせていただきました。

まず最初に、1のところ、遠隔医療ですが、医師法第20条に、要するに患者さんを直接診ないで診断とか治療とかしていいかどうかと医師法20条の関連ですが、これについては、遠隔医療は、直ちに無診察診療には当たらない

ということが、1997年に厚生労働省通知で出ております。これを基礎として遠隔医療がゆっくりと広がっているという状態であります。

医療の高度化と効率化をどう組み合わせるかということを考えると、やはりITをうまく活用するしか方法がないだろうというのが、遠隔医療導入の大きな動機付けの一つになっているということでございます。

2の先ほどご説明させていただきました事例ですけれども、大きく分けますと対象1と対象2に分かれます。対象1は、在宅の患者さんに直接健康管理を行うもので、この対象1の中に、医師が直接指導する場合と保健師あるいは助産師、看護師が指導するものがさらに含まれるということになります。

対象2については、これは基本的に医師同士の診療支援ということで、特に1人で診療をされているような先生方について、専門医がどのように支援を行えるかという観点での画像診断等の診療支援の仕組みになっております。

この3のところ、へき地医療拠点病院においても、この医師に対する支援というのは一つの要件として入っており、目的の中に、遠隔診療等の診療支援事業が実施可能な病院をとということで定められております。ただ、実施件数のほうを見ますと、ここの検討会でも出ておりましたけれども、263施設中38例が遠隔医療実施という回答になっておりました。現在でもまだ14.4%にとどまりますので、今後のさらなる活用が期待されます。

IT自体は便利なものではあります、実際問題、活用するに当たって、一つは診療報酬上の問題、もう一つはやはりマンパワーをどう確保するかということが非常に大事で、へき地医療拠点病院自体でマンパワーが十分確保できない状態で、遠隔医療に人を割く余裕があるかどうかというのは極めて大きな問題かと思えます。

そういった観点を踏まえて、地域の住民の健康管理をどのように行うかというのが、4の遠隔医療支援クラウドの提案でございます。これについては、3ページの図にまとめさせていただきました。①でバイタルデータを測定し、センターへ在宅医療の相談を行います。健康管理デバイスを用いてこのデータを送ると、それに対して、在宅遠隔医療支援コールセンターで相談を行い、その相談内容については、きちんと記録を残して回答します。この内容を自動的に医師にメールで提供することによって、回答の質をさらに向上させるということを書いたものです。

この提案の中心は、なかなか各地域でマンパワーを確保することが難しいということに対して、地域の住民の健康管理を在宅遠隔医療コールセンターに集約してはどうかということでもあります。それぞれ各地で、例えば保健センター等でほぼ同じようなモデルで健康指導を行っているところがありますが、やはりそれなりに利用者数が十分確保できないと、システムの維持費とか人件費が出なくて、非常に大変だということもありますので、全国を対象

としたセンターを設けることによって、各地の要望に応えようということです。一方で、全国規模でのセンターとなると、地域の細かな住民のニーズに応えることが難しくなりますので、地域に精通されている先生方の監修を受けるという仕組みにして、集中化をしながらも、それぞれの地域のニーズに十分応えられるような体制をつくるということを考えてはどうかということです。

ここでクラウドという言葉を使わせていただきましたのは、ちょうどこのデータベースですけれども、システムが雲の上にあるかのごとく、どこからでも自由に使えるという意味で、今クラウドという言葉が使われるようになってきています。これまでですと、病院ごととか、あるいは保健センターごとに1台ずつこういう機器が設置されて、それに対するシステムの管理が必要でしたが、現在はクラウドという考え方で、どこかにサーバーを置いて、それを全国で共通で利用するということがIT利用の新しい考え方になってきています。

同じようなことがフィンランドで実際に既に行われており、右の上の5に書きましたが、ここで蓄えられた統計情報から地域のニーズをリアルタイムに把握して施策に活用することが行われており、それぞれの地域における住民のニーズを解析しながら医療の充実を行っています。今後、各地で遠隔医療の整備等が進められていくと思いますが、へき地医療全体を国としてどうデザインするかということの中に、各地に任せるということだけではなくて、全国的にどういうふうに通のインフラを整備するかということが、一つの考え方として必要ではないかということでご提案させていただきました。以上です。

○梶井座長：ありがとうございました。ご質問、ご意見ございませんでしょうか。

これは、前回の検討会の報告書にも、この遠隔医療の部分は活用、整備するというふうに盛り込まれているんですけども、今の村瀬委員のご発表ですと、実施比率が14.4%と、まだまだだということのようです。ただし、地域によってどういうふうな形でそれを導入しているかに関しては様々ですよ。

それで、最後にクラウドの提案というのがありましたけれども、これはできるだけ標準化した形でというような形でお話しされましたけれども、これもすぐに全てというわけにはいかないと思いますので、前回の報告書に盛り込まれたことをより具体化して、今日お示ししていただきましたこのクラウドの部分あるいはほかの利用の仕方についてもいろいろご提示、ご示唆いただきましたので、こういう具体的な方策を盛り込みながら報告書に書かせていただくということによろしいでしょうか。

ありがとうございました。それでは、もう一度最後の議論を詰めたいと思

います。資料2のこの検討会の報告書骨子（案）のところをご覧ください。大分、今日、議論を深めていただきまして、かなりまだ不十分だったところが煮詰まってきたといいましょか、盛り込まれるような内容になってきたと思います。ちょっと流してみたいと思いますけれども、3の（1）の都道府県の役割として求められることはもうかなり出てまいりました。（2）の市町村（へき地を有する）の役割として求められることということで、こういうような努力をすることが必要ということで、少し漠然としたような感じではありますけれども、ここについてもう少し何か盛り込むべきことございましたら。どうぞ、内藤委員。

○内藤委員：この報告書骨子（案）、これを検討するに当たって、ちょっとこの3以外の部分で先に申し上げたいと思います。

これまで各委員の議論の中で、実はへき地医療という言葉と、それから地域医療という言葉が、皆さん方、非常に混在して使われているように思います。この部分が実は非常に大きな問題点になってくるのかなと私自身は考えております。これまで、第10次までの50年間の間に、このへき地医療、つまりへき地診療所を含むそういったいわゆる診療所あるいはへき地の地域にある病院に対する人の充足を含めたへき地医療については、非常に大きな進歩があったように私自身は考えております。

一方で、昨今言われております地域医療の崩壊という言葉に代表されるような地域医療というのは、これはへき地も含む、そういったへき地医療を支える病院群も含んだ地域医療機能の確保が困難になっている状態だと思っております。この辺のへき地医療と地域医療の言葉の定義と申しますか、地域医療というのはへき地医療も包含したもう少し幅広い言葉であろうと思います。それから、各大学である一定の地域医療に関する講座の設置というのが、現在、準備が進められております。恐らく、各都道府県には地域医療再生計画に基づきまして、全ての大学に地域医療学講座ができると思います。現在、準備をされているところを見ますと、へき地医療学講座と銘打っているのは、私が調べた範囲では1大学のみでございます。そういった面で、へき地医療と地域医療をやはり言葉の使い方として少し考えておく必要があるのかなと思います。

それから、第2点目でございますけれども、これが骨子（案）の都道府県の役割、それから市町村の役割というところに関係する部分でございますけれども、市町村が大きな役割をするというのは実際のところ難しい部分がございます。これは都道府県の役割が非常に大きな部分を占めると思います。へき地医療を含む地域医療確保についても、これは大学に設置される地域医療学講座と連携をしつつ、そういった役割を求められると思っております。

今回、第11次のへき地保健医療計画を策定するに当たって、私、一つ申し上げておきたいのは、各都道府県には全て保健医療計画が定められています。その中には、へき地医療として詳しく定めている都道府県もございます。一方で、地域医療の確保という形でのへき地医療を含んだ地域医療確保について言及している都道府県も少なくないわけでございます。

今回、へき地保健医療対策検討会における議論の中で、この保健医療計画との整合性をどう担保していくのか、これが実は一番大きな問題ではないかと思っております。やはりへき地保健医療対策を含む地域医療対策は都道府県が主体になってすべきものと思います。医療法にも定められておりますけれども、各都道府県には既に医療対策協議会も設置されて、それが医師確保を含む地域医療機能確保の定められた協議会の場であると思っておりますので、もちろん、へき地医療支援機構や拠点病院をより充実したものにしていくというのは当然でございますけれども、やはり都道府県の役割というのを再度認識しておく必要があるのかなというのが私の意見でございます。以上でございます。

○梶井座長：重要な指摘、ありがとうございました。保健医療計画とへき地医療計画との関係について、多分これは、この検討会の報告書が出た後に、各都道府県がへき地医療計画を…。はい、吉新委員、どうぞ。

○吉新委員：たぶん、各都道府県の医療計画で、へき地医療は第7次までは任意的記載事項だったんです、へき地のことは。第8次に必ず書く記載事項になりました。ご存じのようにほとんどへき地には各都道府県の医療計画で配慮がないということで支援機構ができたと私は認識しています。

○梶井座長：ありがとうございました。それで、必ずしもへき地医療計画がきちっと出されていないというのが現状なんです。ですから、11次に向けては、きちっとこの報告書をお送りして、どういう項目に関してということもきちっと指導していただきながら全都道府県からご提出を願うと、まずそこが第一だと思います。

それから、協議会でということでしたけれども、この4回の議論を踏まえますと、やはり実効性のある組織が必要であろうと。そのために、この検討会としてはへき地医療支援機構を明確に位置づけて、そこに実効性を持たせるようにしようではないかと、そこに医師のプールとか派遣とか、そういうようなことをということで議論してきたかのように思います。もちろん、協議会との連携は今日の澤田委員の説明にもありましてとおりでございます。ということで、どうでしょうか、内藤委員。

○内藤委員：1つだけ気になるのが、澤田委員がへき地医療対策協議会という位置づけをされておられたと思うんです。違いましたでしょうか。

○澤田委員：先ほど発言したのは、医療法で定められた各都道府県で設置すべき医療対策協議会のことです。

○内藤委員：いや、こちらには、資料には、へき地医療対策協議会になっていたんじゃないか……、ごめんなさい。

○澤田委員：鈴川先生の提出された資料の中に記載されていた名称ですね。

○内藤委員：そうですね。

○澤田委員：へき地保健医療対策協議会、これは鈴川先生がイメージされた名前だと思います。

○内藤委員：だから、私、ごっちゃにしている申しわけございません。鈴川先生のほうが書かれた資料の中にもへき地保健医療対策協議会と、これは一昨年、各都道府県には医療法に定められた医療対策協議会が設置をされておるわけです。これは、地域医療確保のための義務的な部分を持っているわけで、もしそれが仮にへき地医療対策を含む地域医療対策に対して機能を発揮していないということであれば、これは問題がいささか変わってくるのかなど。やはりへき地医療対策というのも、これは地域医療対策の一つでございますから、この辺について余り屋上屋を重ねるとか相対するという形になると、これは一元的な管理運営ができにくいのではないかと心配をいたします。

○梶井座長：何かご意見ございませんでしょうか。少なくとも協議会との関係性についても以前からご議論になっていきますけれども、全く別個のことではなくて、支援機構を支援する組織としてきちっと挙がっていたように思いますし、その中で議論がされて、支援機構の実際の活動が行われるというふうには私自身はこの今までの議論を通して考えていますけれども、いかがでしょうか、内藤委員、その点については。

○内藤委員：それでよろしいかと思えます。

○梶井座長：そうすると、組織と実効性ある活動の場というのが明確になってこ

ようかと思えます。ありがとうございました。

確かに、これからへき地医療を考える上でも、自治体単位というのは、地方自治体、公共団体でというのはなかなか難しくなってくると思うんです。そういう意味での一自治体で、一市町村で解決できる問題、そこを越えているような感じはいたしますけれども、そういうような地域の枠組みをもう一回見直していく、見直していかなくても、多分、結果として見直さざるを得ない状況が今来ていると思えます。実際に市町村としていろいろ活動しておられるところもあります。

以前にこの検討会でちょっと私お話ししましたけれども、筑波ですと、市町村が独自に大学と提携しておられると。そして、医師を派遣してもらうようなシステムがつくられていたり、福井のほうですと、中村先生は帰られましたけれども、1つの町が寄附講座をつくっておられるとか、いろいろな事例があります。そういうことも踏まえながら、市町村の役割というところを少し盛り込ませていただければというふうに思います。

それから、ずっといきまして、国の役割、大学の役割として求められること、これは確認ですけれども、大学の医学教育において、モデル・コア・カリキュラムにへき地のことも教育するよということになっておりますが、その中にへき地医療支援機構の仕組みに関しても盛り込んでもらうというご意見が出ていましたけれども、よろしいでしょうか、これは。これは確認です。

それから、3ページのところで、支援機構の役割についてということで、医局的な機能としてドクタープール機能というところで、今日もちょっと出ていたかと思えますけれども、例えば自治医大の卒業生とか、あるいは就学資金を借りた医師がこれからどんどん出ますけれども、その中で多分へき地ということで約束している医師もいようかと思えます。そういう医師はへき地医療支援機構に属するというようなご意見が出ていましたけれども、そこはどうでしょうか。内藤委員、どうぞ。

○内藤委員：その辺も都道府県によってこれは違うと思えます。ある点では、そういったものを県と大学と連携する中で、この医療対策協議会、こういったものに持たせようというところも、地域もございますし、また、一方、あるところでは、地域医療学講座、ここに対してそういうドクタープール機能を持たせようというところもございますし、これは各都道府県によって、これは一律ではございませんので、ここでへき地医療支援機構にこれを義務づけるような形というのは少し理解が得られにくい部分もあるのかなという感じがいたします。

○梶井座長：これは確認させていただいたということなんですけれども、ドクタープール機能というのに関してはよろしいでしょうか。次のキャリアパスのところでは一つのモデルをお示しするということでしたけれども、今のプールについての考え方も一つのモデルとしてお示ししていくという位置づけになりますでしょうか。

それから、先ほど議論を最後に先送りいたしましたけれども、へき地医療専門医、これをどうするかということです。ずっと4回にわたっていろいろ議論してきました、いろいろ周辺の状況を勘案しなければならないんですけれども、やはり一つ設置の方向で検討を行うというような内容で盛り込んでいただければと思うんですけれども、いかがでしょうか。はい、吉新委員。

○吉新委員：この報告会の報告というのは、これで都道府県に流れるわけですね。そうすると、都道府県にへき地への専門医をつくるのが望ましいということしていくのか、つくってくれというふうに行くのか、よく分からない。結局、国の動きになるんだと思います。本来、この検討委員会の結果は、都道府県に、この事業は、補助金がつきますよということで誘導するわけですから、へき地医療専門医ということ今回出して、それが中途半端になっちゃいますと、問題だとなる。各都道府県の判断になるわけです。ですから、結局何か宙に浮いちゃうような形になるので、本当にこの検討委員会で提案すべきことなのかは、疑問です。県によって、秋田県は通るけど、岩手県は通らなかつたなんてことになる、ここの性質上、そういうことだと僕は思うんです。各都道府県の判断でこの仕組みをとれるかどうかということになるわけですから、実現可能なんでしょうか。それとあと、厚生省で今まで多分麻酔科だけだったと思うんですけれども、そういう専門家の。

○梶井座長：お願いいたします。

○新村指導課長：幾つかの角度でお話しする必要があるかもしれませんが、まずこの検討会の報告書をどうとらえるかだと思うんですが、検討会で仮にその専門医のことで合意が得られたとして、それを書かれるというのは、検討会の委員の合意としてあり得ると思いますが、ただ、それを行政で受け取った場合に対応できるかという問題は非常に大きな問題として残ります。

先生おっしゃったように、麻酔科は標榜医ですか、一つ何かそういった経緯もあって特別にあるんだと思いますが、ほかの専門医については一切そういう公的なものとしてはなっていないという中で、総合医だけ位置付けられるかという問題はございますので、この1ページにも、これまでの議論を踏まえて、国の役割として総合医を国が推進ということを書いてありますが、

ここまでの言葉であれば、何を推進するかというのは余りはっきりしていませんし、ここまでの言葉であればまだしも、具体的に専門医とか総合医とかいったようなものを仮にこの検討会で出されたとしても、受け止めた場合に、行政として対応はなかなか具体的に考えにくいとか、あるいは難しいということもございます。

それからもう一つは、先生方で少し意見が違う、あるいはニュアンスが違うという場合に、無理に1つにまとめるということもちょっとリスクがあるかなど。特に、何人かもうお帰りになっていらっしゃると思いますので、次回、できれば報告書（案）の形でお出ししたいと思いますけれども、意見がきちっと合意がとれていない部分については、両論併記するなり意見を羅列するなり、幾つかお出しして、再度この点についてはご議論いただきたいなと思っております。それから、それ以外の部分についても、もうお帰りになった先生もいらっしゃると思いますので、事務局からまた通知をさせていただいて、文書なりメモでご意見いただくなり、この文章の修正をいただくなりさせていただいて、もうちょっと時間も過ぎておりますので、そういったことでやらせていただければありがたいなと思っております。

○梶井座長：ありがとうございます。ということで、次回、まとめ案についてのまた議論があろうかと思っておりますので、そこで最終的にこの検討会としての結論を出させていただくということでよろしいでしょうか。

大分時間が超過してしましまして申しわけございませんでした。そうしましたら、今日の議論はこれで終わらせていただきたいと思います。次回の検討会について、事務局のほうからお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：長時間にわたりありがとうございます。先ほど梶井先生からご連絡がありましたとおり、次回は2月25日木曜日の13時から開催いたしますが、まだ開催場所は未定でございます。また、これに関しては開催通知で正式にご連絡を申し上げます。

なお、本日の議事録については、前回と同様に、委員各位のご確認をいただいた上で厚生労働省のホームページに掲載させていただきます。ありがとうございました。

○梶井座長：長時間にわたりありがとうございます。どうぞお気をつけてお帰りください。

(了)

照会先：厚生労働省医政局指導課

救急・周産期医療等対策室

助成係長 田川 幸太

電話：03-5253-1111（2550）

D P Cにおける新たな機能評価係数の導入に関する 対応について

第1. これまでの議論のまとめ

1. 次期改定で導入する新たな機能評価係数について、①調整係数から置き換える割合は25%、②評価項目は6項目、③重みづけは「救急医療の入院初期診療に係る評価」を除き、等分に配分、という対応案を中心に検討がなされ、基本的な方向については概ねの理解が得られたところ。
2. その上で、前回（平成22年1月29日）の議論で指摘された以下の主要事項について更に整理をした上で、最終的に検討することとされた。

(1) 「地域医療への貢献に係る評価」の評価事項

- 「へき地の医療」の評価においては、「へき地医療拠点病院」指定の有無だけではなく、実際にへき地診療を行っていることを要件とすべき。（具体的には、社会医療法人の指定要件などを参考に設定したらどうか。）〔鈴木委員、西澤委員〕
- 4疾病については「脳卒中」に関する医療体制も評価に含めるべき。〔鈴木委員〕

(2) 置き換え割合

- 影響を最小限に抑えるため、置き換えは15%とすべき。〔鈴木委員〕

(3) 項目の重みづけ

- カバー率と複雑性指数に関しては配慮が必要。〔鈴木委員〕

第2. 検討

1. 「地域医療への貢献に係る評価」の評価事項

(1) 「へき地の医療」の評価要件について

○ 前回の議論を踏まえ、「へき地の医療」については、以下のいずれかの要件を満たした場合に評価することとしてはどうか。

① 「へき地医療拠点病院」に指定されていること

② 社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること（以下のいずれかを満たすこと）

- ・へき地に所在する診療所（当該病院が所在する都道府県内のへき地に所在する診療所に限る。）に対する医師の延べ派遣日数（派遣日数を医師数で乗じた日数をいう。）が53人日以上であること。
- ・当該病院においてへき地（当該病院が所在する都道府県内のへき地に限る。）における巡回診療の延べ診療日数（診療日数を医師数で乗じた日数をいう。）が53人日以上であること。

(2) 4疾病に関する評価について

○ 前回提示した原案では、医療連携体制への参画については今後の検討課題とし、これ以外の地域医療への貢献として「地域がん登録への参画」を掲げていた。しかし、「脳卒中」など地域における連携体制が具体的に評価可能なものについては積極的に導入すべき、との意見があった。

○ このような指摘を踏まえ、医療連携体制への参画についての評価項目を追加することとし、以下のような取扱いとしてはどうか。

① 「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2 地域連携診療計画管理料」または「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料」を算定している医療機関を評価

- ② 「がん」について、次期診療報酬改定において新設予定の「がん治療連携計画策定料（仮称）」、または「がん治療連携指導料（仮称）」を算定している医療機関を評価

2. 置き換え割合・重みづけ

- 「救急医療の入院初期診療に係る評価」については、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額が算出できることから、これらの配分額に相当する係数を設定する。

※ 上記の点で他の項目とは性質が異なることから、名称については「～係数」とし、他の項目は「～指数」として区別してはどうか。

- これ以外の5つの項目の重みづけについては、各項目の評価特性がそれぞれ異なることから、今回の導入においてこれら5項目については等分で配分してはどうか。
- 置き換え割合については、シミュレーション結果と、今後段階的に新たな機能評価係数を導入するという方針も踏まえ、今回は25%としてはどうか。

第3. その他

1. 施行時期等

実施に係る詳細については、次のように取り扱ってはどうか。

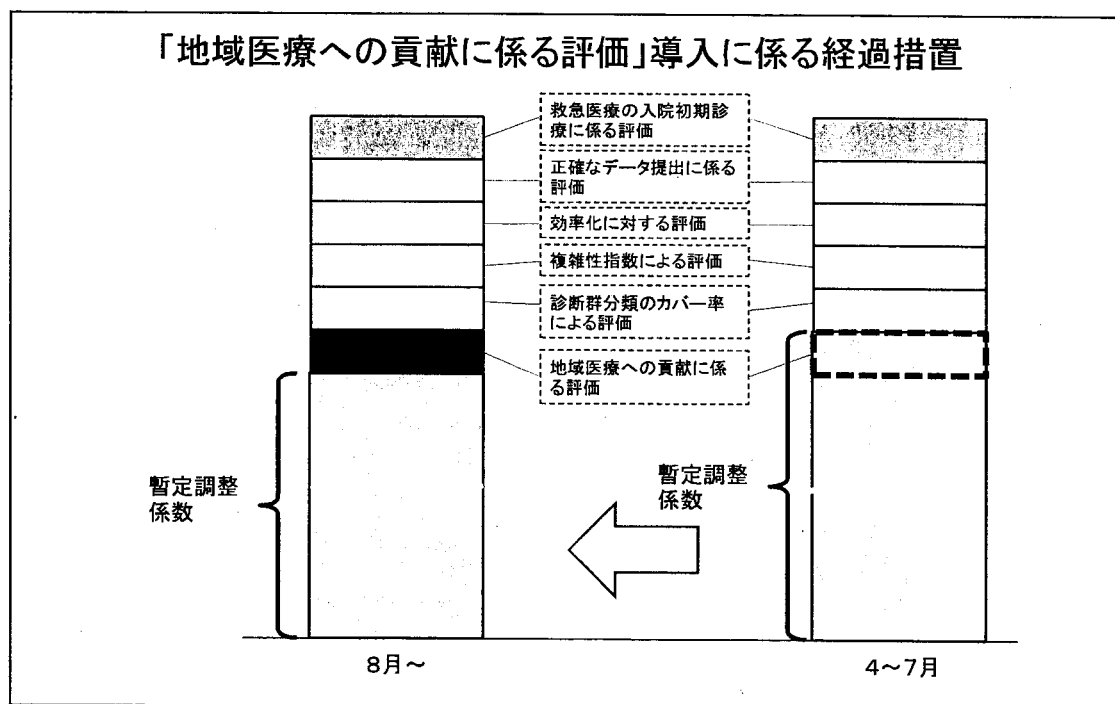
- (1) 新たな機能評価係数による評価は原則（※）、平成22年4月から実施する。

※ 「地域医療への貢献に係る評価」については、届け出が必要であることから、平成22年4月1日時点の状況を届け出ることとし、その結果に基づき平成22年8月からの係数に反映。

※ 「正確なデータ提出に係る評価」における、「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」の評価については、対象となるICD10コードの周知が必要であることから、平成23年4月からの評価に反映。

(2) 新たな機能評価係数の導入に対応する診療報酬については、置き換え割合に相当する報酬から、「救急医療の入院初期診療に係る評価」を差し引き、残りの項目の評価に割り当てる。
(前ページ2. の再掲)

※ 但し、「地域医療への貢献に係る評価」が導入されるまでの間、この評価に相当する報酬分については、暫定調整係数部分に含めて評価する。(下図参照)



2. 評価項目の名称

以下の名称としてはどうか。

- 〔項目1〕 「データ提出指数」 (正確なデータ提出に係る評価)
- 〔項目2〕 「効率性指数」 (効率化に対する評価)
- 〔項目3〕 「複雑性指数」 (複雑性指数による評価)

- 〔項目4〕 「カバー率指数」 (診断群分類のカバー率による評価)
- 〔項目5〕 「地域医療指数」 (地域医療への貢献に係る評価)
- 〔項目6〕 「救急医療係数」 (救急医療の入院初期診療に係る評価)

※「係数」「指数」の使い分けを踏まえ、項目5、項目6について順序を入れ替え

<参考>

項目	名称(案)	考え方
1	○データ提出指数 ○データ提供指数 ○提出データの質指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価
2	○効率性指数 ○相対平均在院日数指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価
3	○複雑性指数 ○患者構成指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価
4	○カバー率指数 ○総合性指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価
5	○地域医療指数 ○地域貢献指数	地域医療の向上に資するような各病院の取組みを評価
6	○救急医療係数 ○救急初期対応係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価

へき地診療所の医師住宅等に係る医療施設等施設整備費補助金の改定について

医療施設等施設整備費補助金における下記事業については、へき地保健医療対策検討会での意見等を踏まえ、基準面積の改定を行ったところである。

対象事業	改定前	改定後
へき地診療所等医師住宅	50㎡	80㎡
へき地診療所等看護師住宅	50㎡	80㎡
へき地医療拠点病院医師住宅	64㎡（2戸を限度）	80㎡（2戸を限度）

※「へき地診療所等」には、「過疎地域特定診療所」を含む。

また、医療施設等施設整備費補助金及び医療提供体制施設整備交付金にかかる1㎡あたりの基準単価についても、物価動向等を検討した結果、それぞれ1.8%の引き上げを行った。

以上については、平成22年度より適用される予定である。