

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ちょっと思ったわけです。

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ンドン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、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が、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った仕組みにして、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ついては様々ですよ。

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いか、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合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次までは任意の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は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た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、岩手県は通らなかったなんてことになると、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ふ、あるいはニュアンスが違ふという場合に、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っておりますけれども、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）