

師派遣のできるドクタープールとか、そういうことでいった表現がいいのではないかと思います。

○梶井座長：という提案が出されました、奥野委員いかがでしょう。

○奥野委員：私は、あくまで一般的な方が受けとるイメージというのと、それからもう1つ付け加えるとすれば、大学の人がどう見るかです。また国なり県なりが公的な医局を作るのかというような捉え方もされなくもないのです。私ももちろんいいほうのお話をしているということは重々承知の上なのですが、そういうような無駄な受け取られ方をするような表現をあえてする必要はないと思います。

○梶井座長：そういうことも踏まえて吉新委員から提案がありましたが、もしよろしければ、その医局的という言葉を使わないで、吉新委員ご提案のような文言を入れさせていただくということで、よろしいでしょうか。

続きまして、(2)へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築について、1)の医師の育成過程等におけるへき地医療への動機付けのあり方についてです。これも前回と変更ありませんが、5つの意見が出ています。そのうちの2つについては、先ほど既にご議論は終わっています。あとの3つについてはいかがでしょうか。3つ目も、大学の役割のところでは終わっているかと思えます。

4つ目と5つ目です。地元高校生を対象として、へき地医療に関する授業を教育カリキュラムに組み込んでどうか、これについてはどうでしょう。いきなり組み込むというのもいかがなものかと思うのですが、かなりいま早期体験学習的な取り組み、そこに中学生も含めて高校生等が行って、実際に医療現場を見せていただく。あるいはいろいろな医師をはじめとする医療スタッフの活動を見せていただくというような取り組みが全国でいま起こってきているように思います。そういうレベルからではどうでしょうか。地域の中でも、地域を担う自分たちの、将来担ってくれる医師あるいは医療スタッフとなる人たちを夢見ながらやっている所も、いくつもあります。ですから、そういうことをここに盛り込ませていただくということで、いかがでしょうか。ありがとうございます。

5つ目のご意見ですが、地域医療実習を都道府県が大学と連携して実施する場合に、補助金が受けられるような制度を求める。これは実際にはどうですか。木村委員、県のほうで補助金というか、支援をしておられる所がありますね。

○木村委員：島根県では大学への委託事業としてやっていますが、そういう意味で言えば県が大学に支援しています。その事業費を国が支援するような形を作っただけであれば良いと思います。

○吉新委員：いまもあると思うのですが、昔、長崎の離島医療圏組合の、県主催のワ

ークショップは2分の1補償だったと思います。金額100万円ぐらいだったと思います、随分古い話、昭和52、3年ぐらいの時期に、国の補助制度で出ていました。まだ残っているのかな。地域医療を担う医学生のワークショップに関わる補助事業、それと同じような運用です。

○梶井座長：それについては後で調べていただきます。そのほかなければ、次に移りたいと思います。

2)安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築、アのキャリアパスのあり方についてです。これは19頁の2つ目の○以降に、前回鈴川研究班が提案されましたキャリアデザインのモデル案と、そのときにいただいた意見を踏まえて策定したモデル例が載せてあります。これについて、何かご意見ございませんか。

特に無いようでしたら、次に21頁、イのキャリアを評価する仕組みについてに入ります。ここも鈴川研究班の検討結果が示され、いろいろご意見をいただいておりますので、そのまま掲載しております。2つの意見をいただいております。この意見を素案にどう反映させていくか、皆様のご意見をお伺いしたいと思います。

○澤田委員：このコメントは、私から提示させていただいたものですが、これまでの議論も含めて「総合医」というものの定義づけは非常に難しいものがあります。へき地だけでなく、都市部や大規模病院で活躍されている総合医も大勢いらっしゃるわけですが。専門医という名称についても自分なりに考えてみますと、この言葉の背景には、やはり「病気を治す」とか「病気と戦う」立場に重きを置いた医療を担う医師というイメージが強いように感じます。それでは総合医というと、どちらかと言えば病気と戦う医療も提供しながら、それ以上に「生活に寄り添う」とか「生活を支える」といった立場に重きを置いた医療を実践する医師のイメージを持っております。高知県では、鈴川先生の資料にもありましており、「高知諸診医会」という組織を作っています。外科や内科も最初から存在した言葉ではないわけで、新しく作る診療科や医師像を示す言葉を生み出すことは大変に難しいものです。「諸診医」という言葉は、「諸々を診る」という総合医の造語であって、この「諸」という字は万（よろず）という意味もあって、比較的中國語に詳しい方から見ても「総合」とか「何でも屋」みたいなイメージで捉えることができるそうです。医療だけでなく、保健福祉や生活のことなど、あらゆることに関して幅広くという意味で「諸」という言葉を用いました。混乱をさせるようでは申し訳ないと思ったのですが、総合医とはまた少しニュアンスの異なる、「諸診医」という言葉もあるという事例として提示させていただきました。

○梶井座長：今日の皆様のご意見では、ここまでで「総合医」ということは出していこうということになっていきますので、澤田委員どうでしょうか。こういうふう

に使っている所もあるというご意見を入れさせていただくということによろしいでしょうか。

○澤田委員：はい。

○梶井座長：その次の意見に、へき地医療専門医と名前が付くと、「単にへき地に専門に行ってくれるお医者さんぐらいにしか思わないのではないかと懸念する」。これも、今日の議論の最初のところで意見がありましたので、こういうことも踏まえて総合医、専門医制度については今後検討を重ねていくということになりました。

それからウに入りたいと思います。ここでは2つの案、3つの意見が出ております。最初の意見は、キャリアデザインの中に入っていると思います。それから、公務員であることがインセンティブになるかどうかわからないという意見もあります。これは以前に奥野委員から、やはり若い人たちは公務員であることがインセンティブになるということのご発言があったと思うのです。そもそも支援機構に所属しているということは、基本的には県職の身分がその時点では付与されるということになるかと思えます。そして機構が人事権を保有していくということになるかと思えますが、いかがでしょうか。

○吉新委員：沖縄県では、私どもの協会が機構を受託していますので、民間人の場合もあると思います。

○梶井座長：という意見もありましたが、ほとんどが現時点では県職ということでしょうか。

○吉新委員：だと思いますが、公務員ではないケースもある。

○梶井座長：ですから、県職の身分がということでPRに使いたい所は、それはそれでインセンティブにつながるということで使っていただくということは問題ないですね。では、ここはそういうことでよろしいでしょうか。

次に(3)へき地等における医療提供体制の支援についての1)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に入ります。ここは前回、23頁の最後の行から澤田委員のご提案が示され、さまざまな意見が出されましたので、新たに記載をいたしました。ここでは2つの意見をいただいております。この意見について、皆さんのご意見を伺えればと思います。

2つ目の意見ですが、へき地医療拠点病院等の中核的な病院への支援については、医師の集約など、他の病院等から医師の引き抜き、これらの病院の廃止や診療所化を招くことにつながる。それは、地域住民の医療へのアクセスの狭小化を

招きかねない。地域の医療機関に配慮し、慎重に進めるべきである。再掲となっております。ここで議論しましょうということで、先に出たところでは議論しませんでした。これは「慎重に進めるべきである」という文言が付されていますので、確かにこういうようなことに注意しながら、配慮しながらということで問題はなかろうかと思いますが、よろしいでしょうか。

そうしますと、最初の意見については、先ほど吉新委員が話されていましたが、へき地医療教育研修拠点病院の創設。ここで、先ほど議論しまして、これについてはご異論なかったようですが、ただし、そのへき地医療支援機構との独立性について、この意見だと、もうそこに入ってしまうというような感じになりますが、あくまでも独立という下で、こういうような機能を持っていくということで、よろしいでしょうか。

○吉新委員：これは全く支援機構の下部組織であることには変わりはないので、それがどのような関係で、濃い関係なのか、一体的に運用しているのか、全く別なのかというのは地域でやはり違うのだと思います。基本的には機構があって、その手足といいますか、医師をプールしていて、スピードを重視し非常に強力なへき地医療のサポート医師団としてこの病院位置づけられるという理解をしていただければいいと思います。

○梶井座長：そうしますと、ここに書いてあるいくつかの要件の中のいくつかのものは、機構にそのままくっつけていけばいいということでしょうか。

○吉新委員：おそらくそれは都道府県の状況で違うと思います。二次医療圏がたくさんあったり、へき地が県全体に散在していたり、その運用の仕方が違うのだと思います。

○澤田委員：前回の検討会でへき地医療拠点病院をⅠ、Ⅱというように2群に分けるという案を提示させていただきました。私は、吉新先生がご提案された「へき地医療教育研修支援病院」のイメージと、私の思い描いている「へき地医療拠点病院Ⅰ」のイメージが、かなりオーバーラップしているように思います。ですので、しっかり医師を集約して、地域に派遣できる総合医を育成・教育し、必要とされる地域にきちんと総合医を派遣することができる機能を持つ、そういった役割を担うへき地医療拠点病院には、大きなインセンティブが与えられるようになれば、という思いであります。私の予想では、吉新先生が提唱されます、この「へき地医療教育研修支援病院」の認定を受ける病院というのが、県内では、おそらく最初に「へき地医療拠点病院Ⅰ」の指定を取る病院なのだと考えております。それらの指定基準等に関しては、これから研究班などで検討を重ねていく必要があると考えています。

○梶井座長：ありがとうございました。前回の意見から、今日のこの意見についての流れが明確になったと思います。そのほかございませんでしょうか。

続きまして、2)へき地診療所に対する支援について。ここは今回は意見はいただいております。そして、前回までの意見は、へき地診療所での施設整備の拡充についてということ、この1点だけが記載できる項目でした。そのほか何か、皆様のご意見を伺って追加できるかと思いますが、いかがですか。

○中村委員：へき地の診療所は医療機器や医師住宅に関する補助金の制度はいくつかあるのですが、わりと困るのは代診医の先生方に泊まってもらう施設だとか、見学や研修に来る学生さんや研修医が泊まる施設などに対する補助金は私は見たことがないのです。そういったものがあるとちょっと広がりが出てくると思いますね。例えば Dr.コトーで有名になった鹿児島県下甕島の瀬戸口先生の所の診療所もそうですし、先ほど話題に出ましたが、町が寄付講座を作った福井県高浜町もそうで、医学生の研修用の宿泊施設が充実しているのです。それだけではないのですが、宿泊施設があることは、学生や研修医が多く集まってくる大きな要因になると思います。例えば市町村の立場から言うと、10年前から医学生や研修医の教育をやっている、それは中村の趣味だろうとしか思われてないのです。本当は日本の医療のためにやっているのですけどね。財政が厳しい市町村では、職員でもない彼らのために単独事業で宿泊施設を建てるとするのは難しいので、補助をしていただけたら助かると思います。

○梶井座長：ありがとうございました。何かいまのご意見、あるいはその他のご意見ございませんか。

○内藤委員：26 頁の 4)にドクターヘリの活用についてがあります。これまで我が国ではドクターヘリについては、いわゆる救命救急センターを持つ大病院が運航する形で、実はこれまでへき地を抱えるような日本海側には全くドクターヘリはなかったのです。来年度、今年4月からこれは全く新しい試みですが、兵庫県、京都府、鳥取県の3県で日本海側での北部地域のドクターヘリの運航を始めますが、やはりへき地医療をサポートする体制としては、ドクターヘリは非常に有用だと思いますので、広域で県が協力し合って運航するようなことも、今後、推し進めていく必要があると思っております。

○梶井座長：ありがとうございました。いまドクターヘリのご意見をいただいたのですが、2)へき地診療所に対する支援のところでもその他ご意見ございませんか。

○奥野委員：この参考資料3は、これは決まりということによろしいのですよね。医師住宅や看護師住宅の補助の平米数が変わったという。

○事務局：参考資料3に付けさせていただいております「へき地診療所等の医師住宅の拡充について」ですが、こちらにつきましては財務省との協議を終了いたしまして、平成22年度の予算通過後に、来年度からの予算事業では基準面積の拡充及び単価を上げさせていただくという形になりました。これにつきましては、前回奥野先生とご提案いただいたことと、検討会の議論を踏まえて財務省との調整を行いまして、明日の全国医政関係主管課長会議で、各都道府県にもこれをお知らせするという予定になっております。

○奥野委員：もう1つは、先ほどの研修医に関しては、臨床研修に係る補助か何かで研修医を泊める住宅の補助があったような記憶があるのですが。

○事務局：医師住宅に関する補助事業はございますが、中村先生がおっしゃるようなへき地診療所内における宿舎のようなものに対する補助制度は、現在のところはございません。住宅という形で医師が居住することが前提なので、一泊とか短期間滞在されるようなものという想定ではございません。臨床研修病院のほうは臨床研修病院研修環境整備事業という形で研修医の宿舎整備に対する補助事業があるのですが、へき地診療所での施設整備という形ではございません。

○梶井座長：ありがとうございます。よろしいでしょうか。もしなければ次にいきたいと思えます。

3)情報通信技術(IT)による診療支援についてですが、これは前回、村瀬委員にプレゼンテーションをいただいた内容を載せております。これに対して3つの意見をいただいております。

村瀬委員から、今日は出席できないというご連絡をいただいているのですが、2つ目の○を見ていただきまして、「コールセンターと、データベースのクラウドシステムの構築により、センター化とローカライズを同時に実現することで」というところを、このように変えていただきたいという連絡を受けております。「のクラウドシステム」から「実現」、ここまでを削除してくださいということです。「コールセンターと相談データベースを活用することで」というように変えていただきたいという連絡を受けております。村瀬先生からのご報告は以上ですけれども、3つの意見につきましてはどうでしょうか。

いちばん目の意見については、できるだけブロードバンド環境、光ファイバー網であることが望ましいということは、ある程度検証はされているのでしょうか。

○吉新委員：先日の東京都のへき地医療策定会議で、小笠原の母島まで、もう光ファイバーが行っているということなので、相当改善されているなと思えます。ただ、そこで広尾病院の先生がおっしゃっていましたが、いま、タイと日本の間で九州大学のダ・ビンチというオペをするロボットを、電子コントロール、要す

るにリモートコントロールをして、アップの手術などをやった例があるという話を聞きました。東京都では簡単なウェブ会議と、画像伝送がペアになって、これは当然のシステムということで、これから揃えるというようなことをおっしゃっていて、かなり進んでいるところは、レベルの高いシステムを入れるということです。できればこの委員会が望ましいかどうかわかりませんが、こういった事例があるというような事例集を出していただいたりするといいのではないかと。要するに変わるならばこういうレベルですよと。へき地医療における新しい通信技術はここまでいっていますよということが、どこかでわかるといいのではないかと思います。

○鈴川委員：ちょっと一般論で申し訳ないのですが、IT化が非常に進んでいるというのは私もよくわかっていますが、実際にそれを動かすには人と金が必要なのです。そのことを言わずにこういう技術を並べても、全然動かないと私は思っていて、たくさんつぶれている事例を見えています。そのことを注意して、IT化の推進ということを書くのだったら、それを両方書かないと、お金をたくさん無駄にしまうと私は思っています。

○梶井座長：ありがとうございました。いまの一言は大切だと思います。

○中村委員：実は私が現場でやっている感じでは、特定保健指導などで、栄養士や保健師による指導にITがすごく有効なのです。ちなみに平成19年度の「厚生労働白書」に旧名田庄村で携帯電話を使った取組みを掲載していただきましたが、保健指導で非常に有効なのです。

ただ問題なのは、ここで話題にすべきことかどうかわかりませんが、いまの特定保健指導との初回の面談は、直接対面式ではないと駄目なのです。そこを緩和して、携帯電話のテレビ電話機能やパソコンのWebカメラを使ったITでの面接でよいことにしていただけると、へき地のマンパワーの不足を大手のコールセンターで補えるのです。今後、へき地でも多くの人に特定保健指導を受けてもらいたいので、初回面接のITでの許可は非常に大事だと思います。

○梶井座長：ITの技術については、国レベルでいろいろな取組みがなされていますよね。

○吉新委員：そういう議論が出たということを私は言っているのですが、ここでいろいろな紹介をしてもいいのではないかなと思います。実際、どの程度までブロードバンドの実態はどのようなだろうという話があったときに、どこにブロードバンドが引かれているかということを担当者に聞くとご存じない方が多いと思うのです。ADSLなのか光なのか。ですから、ちゃんとやるのであればそこまできっちり調

べなくてははいけませんねという話です。

○梶井座長：ありがとうございました。

○澤田委員：へき地診療所は、距離的・時間的ハンディが大きいところが多くて、光ファイバーの環境がまだ整っていない、もしくは今後10年経っても採算性などの問題のため、おそらく整備されないだろうと言われている地域が多くあります。ただ、役場とか小中学校については、意外と光環境が整っている場合が多いのです。高知県の場合は、へき地診療所の傍に位置する役場まで来ている光ファイバーを、分配して利用させてもらうといった工夫をしてみました。へき地診療所などが、単独で光ファイバーを引き込むというのは、財政的な意味も含めて大変難しいことだと思いますが、近隣まで来ている公共の施設などを調査して、そこから回線を分けてもらうなどの運用イメージも、一つの対応策として情報提供していくことも必要ではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。いろいろなご意見が出ましたが、よろしいでしょうか。いまのご意見を踏まえた報告書への盛り込みをさせていただきたいと思います。

先ほど少し出ました、ドクターヘリの活用についてですが、これまでの検討会では特に意見交換がなかったテーマなのですが、こういう4つの意見が出ました。そして先ほどのご意見をいただきました。また鈴川委員も意見をということでしたので、鈴川委員、お願いします。

○鈴川委員：ヘリコプターは非常にいいと思うのですが、いわゆるドクターヘリ法案で考えているドクターヘリをそのままへき地医療に有効かということについては、よく考えていただきたいと思います。例えばドクターヘリは指令があってから何分で飛び立つということばかりを非常に気にしていますが、もう少しヘリコプターを柔軟に活用することができれば、例えば資材を運ぶ、そんなに重症ではないけれども患者さんを運ぶとか、もう少し広い使い方ができるような、例えばドクターだけを専門科診療で運んでもいいとか、もう少し柔軟なヘリコプターの活用。私たちは昔研究班の中の報告書では、へき地医療支援ヘリコプターみたいな言い方をしたと思いますが、もう少し楽な活用方法を考えていただければと思います。いまの救急医学会で考えているようなドクターヘリではなくて、もう少し活用度の広いヘリコプターの提案をしていただければ、もっと動くのではないかという気がしております。

○内藤委員：私ども、鳥取県、京都府を含めまして、基幹施設となる兵庫県とも、現在具体的なそういった基準作りを進めているのですが、鈴川委員がおっしゃると



おり、日本海側でこれまでできなかった理由の1つは、気象条件等もありますが、人口密度が低い、なおかつ医療過疎地域だからうまくいかなかった部分があります。そういった意味では、今回、私どもが目指しているのは、まさしく地域医療支援型のドクターヘリを目指していきたい。したがって、これまではいろいろなドクターヘリの運用では、50km圏域、これしか効果がないのだよと言われていたのを、最大100kmまで飛ばしましょうとか、いろいろな形でやっているかと思っています。夜間等についてもドクターヘリは現在日本では夜明けから日没まで、有視界飛行しかできませんので、ドクターヘリと合わせてドクターカーも運用しているか。それによって傷病者に対するドクターの接触時間を短縮する。こういったことを進めているかと思っています。

○吉新委員：たぶん、第9次からヘリを巡回診療に使おうという話は出ていますし、基準額はちょっと忘れましたが、補助も9,000万ぐらいですね。国は2分の1、あとは自治体と県という負担額だと思いましたが、ドクターを運ぶというのはいいのです。巡回診療するというのはあるのですが、これは私たちも長崎でやろうと思って、まだ十分準備ができていないのですが、結局、私どもの運営している施設が、神経内科といくつかの科が厳原と上五島と福江島に巡回診療をしているのです。移動に時間を取られてドクターが気の毒でしょうがないのですが、飛行機だと1日で済むのですが、船だと1週間ぐらいかかるのです。そういうようなことが、いま鈴川先生がおっしゃったように、非常に効率よくできるのだと思います。ヘリがそれをやると年間1億5,000万かかると聞いています。大半はガソリン代です。そのガソリンの半分以上が税金なのです。日本のガソリンはアメリカの倍以上するのですが、ガソリンの税金をへき地医療に限ってはただにするというような仕組みはできないのでしょうか。非常に原価は安いわけですから、そうすれば皆が気軽にヘリコプターを使えると思うのです。そこはへき地医療の名ではならないですか。

○梶井座長：なかなか即答はできかねることだと思いますが、吉新委員の言われた、ドクターを運ぶドクターヘリという。

○吉新委員：ヘリによる巡回診療です。

○梶井座長：ドクターヘリと一緒にになってしまいますね。

○奥野委員：もう1つお聞きしたいのですが、今回は検討いたしまして、予算規模が限られていますよね。毎年を見てみますと、ドクターヘリが増えてから、全体のへき地のその検討に関わる予算の中でドクターヘリに取られるお金というのはたくさんありますね。というのは、ドクターヘリ独特の法案があって、そちらの

ほうにへき地として潜り込ませていただいて、いろいろな議論をさせていただいて、いまの用途などもお願いするということで、ここでへき地対策のほうから限られた予算の中でこれを持って帰ろうとすると、ほかの部分が引っ込んでしまうので、是非、ドクターヘリがほかに全くなくて、ここで組み立てないといけないのであれば、こちらからお金を出さないといけないと思うのですが、もっともお金がどんどんあって、上乘せできるのであればいいと思うのですが、ちょっとその辺のお金のからくりがわからないので、検討委員会全体でどれぐらいの予算規模で、どれがどう配分されるのか、もともとわかっていないので難しいところなのですが、ドクターヘリというのは、ほかに議論する場所があるのであれば、そこでしっかりやってもらって、こちらから出すお金を少なくするということはできないのでしょうか。

○梶井座長：いかがでしょうか。

○唐澤審議官：同じ指導課の予算だと思いますので、そんなにご心配しなくてもいいと思います。ふんだんに取れるわけではないと思うのですが。

○梶井座長：当初全く記載のなかったドクターヘリについて随分記載項目が増えました。どうもありがとうございました。

続きまして、5)に移りたいと思います。ここでは1つ意見が出ていました。この意見に関しましては、拠点病院の項に記載されていると思います。さらに、人、物、お金を投入してしっかりテコ入れする必要があるということも書いてありまして、これは今後、研究班等でさらに検討していただければと思いますが、よろしいでしょうか。

○奥野委員：これも1つ現実ですが、管理型の臨床研修が小さいところで連続して3年以上研修医の応募がなかった場合には、応募権から外されるのです。実は現実にそういう病院があったわけですが、へき地では臨床研修に来ていただきたいと努力しても、なかなか来ていただけない。だから来ないとそこで指定が受けられないというような形になりますと、田舎でなかなか実際、小さいところで臨床研修を行う、もちろんいろいろな要件を満たさないといけないので、ほかとのタイアップということがあって、協力型という理由もわかるのですが、そういうことも勘案していただきたいと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。そのほかご意見いかがでしょうか。

○前田委員：先ほどの奥野委員の意見なのですが、長崎のほうも離島の中小病院で研修医が来なくて、指定を外れるというような恐れが出てきております。これは、

学生、あるいは若い研修医をその現場に連れて行って紹介することによって、その地域の中小病院に研修医として興味を持つという現象もありますので、卒前教育が少し地域医療教育に傾いていけば、もしかすると出てくる可能性があります。いまの段階で、3年間なかったから切るというのは、まだ早いのではないかなと思います。是非盛り込んでいただきたいと思います。

○梶井座長：前田委員のご意見、ありがとうございました。そのほかございますか。よろしいでしょうか。

続きまして、(4)のへき地等における歯科医療体制についてですが、前回のご提言をベースに素案が作られています。これに対して特にご意見をいただいておりますので、時間の関係もありますし、次にいってよろしいでしょうか。

ありがとうございます。次に(5)へき地等の医療機関に従事する、以前は「コメディカル」となっていたのですが、「医療スタッフ」という言葉のほうが良いでしょうということで、「医療スタッフ」と言い替えさせていただきましたが、ここは春山参考人のプレゼンテーションを踏まえて掲載させていただいております。ここでは3つの意見をいただいております。このご意見についていかがでしょうか。

○神野委員：私もどこかに看護師等のスタッフについての具体策をいままでの10次の中では、あまり具体的なことは書かれていなかったのかなと思ったのですが、今回の11次で、医師以外の医療スタッフの分をどの程度盛り込んでいくのかなというところが、皆さんも含めて、いろいろなご意見が出ていたと思います。派遣についてなのですが、看護師の例を北海道でちょっとご紹介しますと、これまでも看護師は1回たりとも、充足しているということは全然ありませんで、毎年ずっと増加しているのですけれども、不足だということは言ってきたのですが、この3年ぐらいで、議会議論の中でもたくさんの質問が出て、いよいよ看護師も派遣制度ができないのかといった議論が出てきています。来年度、北海道は非常に実現するのも人材確保という部分では難しさがあるというのはわかりつつ、検討会を設置することにしています。ほかの都道府県の皆様も、看護職員の確保対策は、トータルとしてどこもなされていると思うのですが、やはりへき地医療として特化した形での対策というところが、いままであまり焦点化されてこなかったかなと思うので、何らかの書き込みをしていただければと思います。

○梶井座長：例えば、具体的にこういう書き込みをというご意見がありましたら。

○神野委員：私の意見ではないのですが、先ほど支援機構のところにも、看護師やほかのスタッフのことも、機能として盛り込むべきではないかというご意見も書いてあったのですが、14頁の「新たな支援機構の役割」のところに、「医師だけで

なく看護師、保健師らコメディカルに対しても機能の役割を拡大すべきではないか」ということと、このことがどの辺りを落としどころで書いたらいいかが、私もちょっと迷っているところです。

○梶井座長：ここで個別に書いていくという方法もあるでしょうし、やはり支援機構ということをもっと強化していこうというのが、この検討会での最初からの骨子だったと思うのです。ですから、「ではないか」というところの書きようかなとも思いますが、どうでしょう。

○神野委員：よろしくお願いします。

○梶井座長：もちろんここに、いま春山参考人の意見を踏まえて書かれていることも非常に大切ですよね。今回いただいたご意見について、これは書き加えるべきではないというようなご意見はないと思うのですが、この項についていかがでしょうか。

○前野委員：14頁の、コメディカルに対しての機構の役割を拡大すべきというのは、私が付けたものだと思うのですが、いま指摘がありましたように、医療スタッフの充実というのを、今回はどこかに触れておいたほうがよろしいのではないかと思います。

○梶井座長：前野委員から、ただいまのご発言もありましたし、先ほどの神野委員のご発言も踏まえて、支援機構のところできちんと述べてお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す。ということで、(5)の議論を終えまして、時間になってしまいましたので、5の「今後のへき地保健医療施策の方向性について」です。これまでの検討を踏まえて、一定の方向性が示されたと思う内容を載せております。本日のご意見を踏まえて、次回までに手を加えることとなりますが、この場で特にご意見等がありましたらお願いします。

○三阪委員：いまのへき地等の医療機関に関する地域医療スタッフについてもトータルでなのですが、へき地の拠点病院の立場から、非常に危惧をしているのが、今回これが策定されても、いま拠点病院で抱えている、いったい誰がやるのか、どういう仕組みでやるのかというのは、たぶん上から降りてきても解決されないのだろうなという危惧があります。その1つとして、医師に対して何かインセンティブという話もあったのですが、これが無理なら、やはり拠点病院同士で何か作るというのも、1つの案だと思います。話を蒸し返して非常に申し訳ないのですが、例えばがん診療連携拠点病院の場合は、予算が下りてがん相談室を作って、

コーディネータを作るということで、非常に機能が始まっている。そうすると、窓口がどこで、誰がするんだということを明確にしてもらうために、文言は、へき地地域医療支援室だとか、何でもいいと思うのです。あるいは病院によっては地域医療連携室とバンドルさせてもいいと思います。支援室に室長、誰か医師を置くなり、あるいはその支援室のメンバーを看護師、薬剤師、コメディカルを拠点病院として置く。支援機構の命令系統をその各室が伝えて、各コメディカルの問題点やネットワークをそこで作っていくというような仕組みを作っていたかかないと、おそらくいま誰がどうしてどのようにやるのか、支援機構がこうだよと言われて、拠点病院がこういう役割をしなさいよと言われても、これはおそらく窓口がないまま終わってしまうというところですよ。

ですから、予算の配分がありました。場合によっては、拠点病院に支援室を作るような予算を配分して、室長を作り、コメディカルのスタッフを作るというような、現場の仕組みを何とかしていただくようにできないか。その中で教育のネットワークなども各県で作るといえるようになってくると、医療機関に従事する医療スタッフ、先ほど看護師の問題もありましたが、看護師も支援室のメンバーになっていただいて、県全体で広域的にネットワークを作って、情報交換をすると、そのような仕組みが必要だと思います。いままでの議論ではなかったのですが、蒸し返すようで申し訳ないですが、その辺の仕組みを作っていたかかないことには、拠点病院は動きようがないかなというイメージを持っております。

○梶井座長：ただいまの意見についていかがでしょう。

○中村委員：例えば地域包括支援センターのように、社会福祉士、保健師、主任ケアマネが1名ずつといったような絵があるといいですかね。こういった職種が何人いてという絵を描くとわかりやすいですね。

○三阪委員：そうですね。確かにそういう絵を描いて、それを広域的に全県的に拠点病院でネットワークを組んで、各室が窓口になってやるような窓口の機能というのが、いま一切無いので。

○中村委員：専任のドクターがいて、専任のコメディカルスタッフがいてという、そんな絵があると少しわかりやすいと思います。確かにそういうのは全然ないですよ。

○梶井座長：澤田委員、いかがでしょうか、実際にやっておられる立場で。

○澤田委員：確かにご指摘の部分は大切なことだと思います。へき地医療拠点病院に対して、支援機構から代診依頼をするにしても、やはり院内調整役といいましょ

うか、いわゆる窓口となる担当の部署や担当医師などが決まっていると、依頼もしやすくなると思います。私が所属する高知医療センターでは、「へき地医療支援室」を設けて、窓口を担当しているわけですが、この部屋があることによって、へき地医療拠点病院としての姿勢や役割を明確にすることができておりますし、院内スタッフからも、私が担うへき地支援業務に対する認知を高めることにもつながると思います。以上のことから、へき地医療の窓口となる部署を院内に設置することについては、それなりの意義があるものと考えております。

○梶井座長：ありがとうございました。新たなご意見でしたが、少し皆様のディスカッションを進めていただきました。そのほかございませんか。今日は長時間にわたりありがとうございました。時間を 10 分近く超過してしまいました。誠に申し訳ございませんでした。

振り返りますとこのへき地保健医療対策検討会は、昨年7月以降、これまでに5回にわたって、へき地保健医療対策に関わるさまざまな事項を議論してまいりました。特に、今回の検討会におきましては、報告書の素案の中身について、非常に熱心に真摯なご議論をいただきました。

当初お話ししましたように、次回の検討会をもう一度開きますが、その際には本日の議論を反映させた検討会報告書（案）を提出させていただき、最終的にご確認をいただいた上で、この検討会の報告書として取りまとめたいと思います。それでは次回のスケジュールにつきまして事務局からご案内をお願いします。

○馬場医療確保対策専門官：次回の検討会ですが、既に予備日として調整させていただいておりました、3月19日（金）の13時から開催をいたします。場所は未定です。これにつきましては、開催通知にて、正式にご案内申し上げます。本日の議事録につきましては、前回と同様に各委員のご確認をいただいた上で、厚生労働省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：ありがとうございました。

（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）