

第5回 へき地保健医療対策検討会【議事録】

日時 平成22年2月25日(木)  
13:00～15:10  
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：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。本日は羽田空港濃霧のため前田委員、角町委員、澤田委員、三阪委員からは遅延のご連絡をいただいています。また高野委員、村瀬委員よりご都合により欠席のご連絡をいただいています。高野委員の代理として全国離島振興協議会の渡邊東事務局長にお出でいただいています。以降の進行は梶井座長にお願いいたします。

梶井座長：それでは皆様、本日もよろしく申し上げます。今日は今までのご議論及び前回検討会終了後に、各委員の皆様からご提出いただいたご意見を基に、報告書の内容を詰めていく作業をさせていただきたいと思っております。時間も限られていますが、検討会報告書を取りまとめる重要な作業となりますので、委員の皆様には活発な意見交換をお願いしたいと存じます。そのために事務局から予めご連絡させていただいたとおり、当初、15時までになっていましたが、30分程度の延長も見込んでいます。ご了承いただければと思います。

なお、本日の会議で報告書の素案に関する検討を概ね終了させた上で、事務局から予備日とさせていただいている、3月19日（金）に第6回会合を開催させていただき、報告書を確定することとしたいと存じます。併せてご了承いただければと存じます。それでは事務局より資料の確認をお願いいたします。

馬場医療確保対策専門官：資料の確認をさせていただきます。資料1が前回第4回会合の議事概要(案)、資料2が本日の議論の材料となる検討会報告書の素案と、その後、委員の先生方からいただいたご意見を整理して、掲載させていただいたものです。左側の黒字で記載されているところは、これまでの検討会のご議論で、概ね委員のご意見の合意のできた部分、右側の赤字で記載しているものは、前回検討会終了後に委員からご提出いただいたご意見です。特に素案に直接関係あるご意見は網掛けをした上で、黄色の矢印で案との対応関係を示しています。各委員からいただいたご意見は、そのまま資料3としてセットしています。なお、資料2の後半は、報告書へ添付する資料で、別添として「へき地医療に関する取組の先進事例(案)」、参考資料1として、「へき地医療に着目した地域医療再生計画の例(案)」、資料2が前回第4回会合に提出した、鈴川委員の研究班の報告書となります。検討報告書参考資料1は、現在調整中となっています。以上です。

梶井座長：本日は資料2を見ながら、左側の素案の部分に右側の委員からの意見をどう反映させていくか、議論を進めていきたいと思っております。また意見がないテーマもありますが、本日、新たに皆様のご意見を伺いながら肉付けをして、検討会報告書を作りたいと考えています。資料2の冒頭部分で、「近年のへき地医療を取り巻く状況の変化」については、今回、新たに加筆された部分ですけれども、

事務局より説明をお願いします。

馬場医療確保対策専門官：ご説明いたします。資料2の1頁目からですが、無医地区・無歯科医地区の状況の変化として、5年に一度の無医地区・無歯科医地区調査を行い、現在、平成21年度に行ったものを集計中で、まだ数字は確定していません。これは確定次第、数字が入るものと思われます。次にへき地保健医療対策のこれまでの経緯があり、3頁にいて第9次のへき地医療支援機構とか、10次のへき地保健医療計画の整備体制に関して書いています。

次に現況調査の結果で、1つ目の は都道府県の取組について書いています。2つ目の はへき地で勤務する医師の確保について、自治医大の卒業生の動向、奨学金制度、地域枠について書いています。3つ目の は支援機構の現状ですが、設置状況や専任担当官の活動、診療所との関わり等、これも現況調査の結果を載せています。4つ目の は、へき地診療所及びへき地医療拠点病院の現状について、これは医師の充足状況や拠点病院の必要な機能、同じく診療所の要望、ご意見等を載せています。

7頁で5つ目の は地域医療再生計画についてです。これは、「へき地医療に関する事業が含まれている地域医療再生計画一覧」という参考資料がありますが、対象地域を載せています。地域医療対策室で便宜上、へき地に関する記述があるところをここに挙げていますけれども、へき地で行っているものを載せていて、救急であれば救急のところに載せている所もありますから、今後、左側のへき地医療に関係する地域医療再生計画について、現在はペンディングで調整中ですがけれども、ここについては再生計画の中から、ペンディングのように、へき地・離島医療対策を重視した計画があったところは、梶井座長とともにまとめさせていただきたいと思います。以上です。

梶井座長：ありがとうございました。ただいまのご説明に何かご意見、ご質問はございますか。まだペンディングの部分もありますけれども、これも後日、記入されていくということです。細部についての修正もあろうかと思いますが、これは先ほど事務局から説明がありましたように座長にご一任いただければと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは時間もありませんので次に進みたいと思います。この後は順次、左側と、右側の今回新たにご意見をいただいた部分を見比べながら、どういように組み入れていくか、ご議論を進めていきたいと思います。

議論に入っていたく前に、3つだけ予め議論しておきたいと思います。1つ目の議論は、十分に意見の一致を見ていない総合医についてです。2つ目は学会等の役割です。総合医については、10頁のいちばん上のところに「総合医」というのがあります。そのほかにも総合医という言葉は、あちこちに出てきますけれども、この「総合医」という言葉をこの報告書の中でどういうふうに使って

くか、皆様のご見解を伺いたいと思います。それと 11 頁のところにあります  
が、いちばん上の学会等の役割についても、予め議論をしておきたいと思  
います。3 つ目は、これも前回の検討会のときには決めないでペンディング  
という形にしましたが、へき地医療の専門医のお話です。この 3 つにつ  
いて最初に皆様のご意見を伺っておきたいと思います。よろしいでし  
ょうか。

総合医について、今までの議論を踏まえて報告書には、「地域の医療を担  
う『総合医』については、国が推進する必要がある」として、ここで総  
合医が前面に出ていますけれども、いかがでしょうか。そこに対しての  
意見が右にあります。『総合医』については積極的に推進すべきである  
が、むしろ医学教育全般の問題で、必ずしも国の役割ではないのでは  
ないか。これは国の役割として求められることというところを書いて  
ありましたので、こういうご意見が出ています。別のご意見ですが、  
「総合医」の定義等が不明の現状で、国が推進していくことに反対  
であるということで、国の推進という部分と総合医そのものの定義  
等について、ご意見が出されています。この点について、どうい  
うふうに報告書に盛り込んでいけばいいか。まず総合医について、  
いかがでしょうか。

吉新委員：世界的な傾向として、プライマリー・ケアの充実はい  
うまでもない。アルマータ宣言から見て随分経つわけですから、その  
必要性も叫ばれ、効率的な医療には必要だと言われていることでは  
ないから、プライマリー・ケアを担う医師が総合医かどうかの定義  
の問題はありますけれども、そういった幅広く地域の医療ニーズに  
応える医師像としての総合医というものを、一步出て、11 次へ  
き地保健医療として是非進めていただきたいと、私は思います。

梶井座長：地域医療を担う医師像として、総合医ということ  
を前面に出していくべきであるというご意見でした。そのほかに  
いかがでしょうか。日本では総合医、プライマリ・ケア医、家庭  
医、総合診療医等いろいろな名称があって、その部分を総合医  
という 1 つの名称にしていいいのかというご意見もあろうかと思  
いますが、このあたり、いかがでしょうか。

内田委員：議論のたたき台になればと思いますが、私もいまの吉  
新先生のご意見に賛成です。これから地域医療をどういう形につ  
くっていくのか、支えていくのかということを見ると、当然、そ  
ういう初期の医療の段階で総合的な診療能力を持った医師の役  
割が必要だと思っています。ただ、これを国が制度として推進す  
ることについては、またちょっと議論があるのかなと、いまの段  
階では思っています。

特にへき地において、初期医療に携わる医師の役割を考えると、  
私は全般的な初期の救急医療、第 1 段階の救急医療と、その次  
の段階でのトリアージという機能をしっかり持った医師が、へ  
き地において求められる総合医像になるのかなと

考えていますので、もしこの答申の中で総合医という言葉を使うのであれば、そういう意味づけをした上で使っていただくのが適当ではないか。その質についてどう検証していくのか、どういう名称にするのか、あるいはそれをどこが認定するのかについては、ペンディングにさせていただいたほうがいいのかなという気があります。

梶井座長：お二方とも、総合医という言葉を使うことは問題ないのではないかといいことですが、「ただし」という但し書が付いていました。内田委員にお聞きしたいのですが、もし、今おっしゃったことを入れ込むとしたら、これはどこの部分になりますか。ここでは国となっていますけれども。

内田委員：これは国ではなくて、難しいところですね。あともう1つ整理が必要なのは、先ほど出ました3学会が今回統合されて、認定医あるいは専門医をつくっていく動きがありますので、先ほど申し上げたへき地における初期診療を担う医師と、3学会が今後つくるであろう認定医、専門医との役割分担というか違いというのは、3学会のほうは、むしろ諸外国で使われているような、プライマリー・ケアの専門医という位置づけになるのではないかと思います。ですから、現状の日本ではそういうプライマリー・ケアの専門医ではなく、それぞれの専門性を持って医療を提供しながら、その上で地域においては総合的な診療を担う役割を持つ。おそらくそういう性格づけになっていると思いますので、そこをこのところを区別してやるということ。今後の総合医の推進策について、どこが担うかということ、私の気持としては日本医師会が担うべき役割ではないかと強く思っているのですが、その辺はまだこれからコンセンサスを作っていくべきところだと思っています。

梶井座長：吉新委員はどうでしょうか。いまと同じ質問です。

吉新委員：この「総合医」という単語の持つイメージが、人によって相当バラツキがあって画一的なものではないのです。自治医大で昔、「総合的な診療能力を持った医師」という、一言ではなく長い定義づけで言われた時期がありますが、その中には救急も入っています。もし総合医という単語が相当普及しているとするれば、へき地離島の救急も含めた救急や総合診療科といったものを担う医師だとして、是非、総合医というワードで押していただきたいのと、3学会の認定と、この委員会の立場は少し違うのではないかと思います。我々はへき地保健医療計画の検討をするわけですから、この委員会のオリジナルな医師像として、総合医というのは全然問題ないと私は思います。ですから3学会と無理に合わせる必要はないのではないかと。へき地医療専門医について、もし総合医という名称で11次の委員会で推すということになれば、それも含まれるということで、大きなイメージ

での総合医という単語を使っていいのではないかと私は思います。

梶井座長：そのほかの委員の方、いかがでしょうか。

中村委員：前回会議の内容が書かれた資料1の3頁の上のほうで、総合医の4分類つまり、北米型 ER 医、総合内科医、家庭医、へき地離島型総合医に関する私の発言が出ていますが、あまり賛同を得られなかったようですね。私が思う総合医のイメージには、初期診療、トリアージといった内田委員のおっしゃった内容以外にも、生活習慣病の予防や健康づくり、慢性疾患の管理の占める割合が大きいと思いますし、リハビリ、看取りもあります。そこも併せて、総合医というイメージで自分自身は思っています。学会に関しては、これからどうなるのか、少し様子を見てからでも遅くないと思っています。

梶井座長：そのほか、いかがでしょうか。いま、お三方とも、総合医という言葉を使うことはやぶさかではないと、むしろそれを推進していこうではないかというご意見だったと思います。いま出ましたことをまとめますと、へき地医療を担う医師の役割像ということで、総合的な診療能力を有し、プライマリー・ケアを実践できる。プライマリー・ケアとは初期の救急、その次の2次のトリアージ、予防、慢性疾患の管理、看取り等というふうに入れれば、いまの3人の委員のご意見が集約されるかと思えます。そういうプライマリー・ケアを実践できる総合医と言ってしまってもいいのですが、まだここでは「いわゆる総合医」ということで、以降は「いわゆる」を取って「総合医」ということで、この報告書の中に入れ込めば、いいかなと思いつながら聞かせていただきました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。では総合医については、そういうふうに皆さんの意見が一致したということで、記載を新たにさせていただきます。

いま出ていた3学会のところですが、確かに内田委員のおっしゃるように、3学会の推進しているところと今のところは必ずしも一致していない。これは吉新委員のご意見でもそうでした。あくまでもこの検討会でイメージする総合医ということでしたが、いずれにしても、こういう総合医を日本に普及し推進していくためには、3学会の役割も大きいと思いますし、医師会の役割も非常に大きいと思いますので、プライマリー・ケア学会と関連3団体は、4月から日本プライマリー・ケア連合学会として1つになりますが、そこだけでなく、医師会が中心になってということで、どうぞ。

内田委員：3学会のほうは、学会の専門医あるいは認定医という形になりますよね。医師会のほうは先ほど申し上げたように、それぞれの先生が専門医で研鑽を積まれた後、開業されて地域医療に携わるときには、一般的、総合的な診療能力も必要になってくるという意味で、医師会の生涯教育制度というのがありますので、

3 学会とは明らかに違うという認識でいます。

梶井座長：わかりました。そういう認識でしたら、これは後の学会等の役割のところと切り離して議論を進めていきたいと思いますが、よろしいですか。皆さんの意見を聞きながらと申し上げましたが、最後をお願いしたいと思います。

前回議論が分かれた、へき地医療の専門医のところについては、どこまで報告書に盛り込んでいくかもありますので、皆様の忌憚のないご意見を聞かせていただければと思います。

奥野委員：へき地医療について、一般の皆さんがどういう認識をされているか、まずそこから考えていかなければいけないと思います。へき地医療を担う医師というのは、以前でしたら奇特定の医師、ちょっと変わった医師、夢ある将来を捨てて挺身する医師、あるいは医師から見ると、専門性を持たない何かわからない人というようなイメージがあります。それがいますべて払拭されているかということ、必ずしもそうではなくて、現状としては結構まだ、そういう意識で見られることも多々あるということです。

ただ、認知されつつあるということは、確かだと思います。それは全国のへき地で頑張っている先生方の活動が少しずつ知られてきたということ。それからもっとはっきりしていることは、大学等でそういったものが講義されたり、学生等に知られつつあるということで、へき地医療の正しい姿が認知されつつあるとは思いますが、中途半端な段階でへき地医療を前に出して、その専門というふうに表現することは、皆様のご意見の中にもありましたように、例えばへき地医療を担う医師に対してプラスに見る方もいれば、そうでない方もいる。そういう中途半端な段階で、それが専門であるというふうに表現するのは時期が早いのではないか。

例えば脳外科は認知されつつあって、脳外科というのはすごいと、そういう技術を持っている方は脳についての本当の専門家だというのは、何となく一般の方々の中にコンセンサスがあり、脳外科の専門医というのは認識できると思いますが、へき地医療の専門医というのは必ずしもそうではないということ。

それと、へき地医療は学問として成立するものであると私は思っていますけれども、まだそこに至っていない。そういった段階でそういうことを決めることに関しては、例えばどういう線で引くのか、誰が決めるのか、どういう枠で決めるのかというときに、たぶん非常に混乱を生じるのと膨大な作業を要するので、いま行うということは時期が早いのかなと思います。

もう1つ、ではどういうふうなものであれば認識されやすいか。これは私の冗談のような意見として聞いていただければと思いますが、へき地医療を表現するものとして前にも私は言いましたけれども、地域の名前を付けた専門医であれば一般の方でも理解しやすいのではないか。例えば私は 島の専門医です、私は

地区の専門医ですというふうに表現すると、住民の人は「ああ、そうか、この人はこの地区をいちばんよく知っているお医者さんなんだ」となります。認定する場合でも、その地域のことをどれだけ知っているか、文化、歴史、関わり合い、どれだけの人を知っているか等をやれば可能性もあるということです。わかりやすいという意味では、そういうふうなことをしないといけない。いま、へき地というものを表現して専門医を作ってしまうと、大混乱を生じてしまうのではないかというのが私の意見です。

梶井座長：そのほかの皆さん、いかがでしょうか。

鈴川委員：大きな表を作っておいて、何も言わないのとは思いますので申し上げます。私自身、いまの専門医が取れるかという取れないだろうと思っていますので、そういうつもりで言うよりは、私たちの研究班の中で、もちろん自治医大の卒業生の方もいらっしゃる中でいろいろ話をして、昨日も会議をやってきました。もう一度、皆さんに「必要でしょうか」という質問を投げて、いま奥野先生がおっしゃったのはそのとおりだと思うのです。いま作って誰が認定するのか、内容は何か何が専門なのか、どこが違うのかということところが非常にネックになることはみんなわかった上で、でも、私たちがそこで9年なりもっとかけて働いてきたのだと。それは何か訳のわからないことをやったのではなく、へき地医療という専門をやったのだと、そういうものがほしいのだと、それを伝えてほしいというのが昨日のみんなの意見だったと思います。いますぐに慌てて作ることを言いたいのではなくて、現場に行っていた人の何人かは、少なくともそういう思いを持っていたということは伝えておきたいと思います。

梶井座長：そのほか、いかがでしょうか。

吉新委員：専門性と言うと、専門でない素人を排除するという意味が若干あると思います。一度、へき地の専門医の数が揃うと、「へき地の専門を持っていないから俺は行かないよ」となってしまう。本来であれば質を高めて、保証するためにある専門制度が、逆に排他的に、へき地の専門医を持っていないと離島に行けないとなり、ではどうやって専門の認定を取るのか、それはへき地に行かなければいけないぞということになって、鶏と卵になってしまい、おかしいことにならないか。「私、ただいま、へき地専門医の研修コースの最中です」という医師ばかりになってしまうのではないか。いずれ「そんなものは要らないよ」となってしまう。専門性というのは逆に排他的な部分もあると思うので、逆作用するのではないかと心配です。

梶井座長：どうでしょう、吉新委員、先ほど来ご意見もありますけれども、これは



「ノー」ではなくて将来に向かっては検討を続けると。

吉新委員：私は奥野先生が言われたことは正解だと思います。環境ができてくればいいと思いますが、社会が全然期待していないものをわざわざ11次の委員会で提案するのは、ちょっとまだ早い。環境が熟していないという見方をしたほうがいいと思いますが、社会が非常にそういう医師像を求めて、希望者も多いという状況になれば、これはまた別だと思います。ですから、いまはノットタイムリーというところかも知れませんね。

内田委員：大変興味深い話題ですが、先ほどから話が出ているように、総合的な診療能力を持つ医師の養成が非常に重要だということ。それから、これだけメディアが発達していますからインターネットなどを使い、例えば総合医あるいは3学会の認定の資格を持っているところに、へき地で何年間勤務しました、こういう所で働いていましたという経歴を入れれば、それを補完するものにはなるのかなという印象を持っています。ですから、あえてここで資格として認めなくてもいいのではないかと考えています。

梶井座長：というご意見も出ました。そのほかいかがでしょうか。総合医ということとは、今日ご参加の委員全員の一致を見たと思いますし、総合医という文言を入れることは大きな前進だと思います。その上で今回、いろいろなご議論があった専門医については「ノー」ということではなく、へき地医療に関する専門医については今後、さらに検討するという文言を付して報告書に入れさせていただくことで、よろしいでしょうか。何かご意見がございませうでしょうか。それではそのように報告書には記載させていただきたいと思います。30分ほど時間を取りましたが重要な議論であったらと思います。

それでは当初、お話申し上げていましたように、順次進めていきたいと思えます。最初は3の(1)都道府県の役割として求められることですが、素案については左側の黒字の部分です。これについては以前のものと変更はありません。これに対して3つのご意見が提出されています。この3つのご意見について何か皆様から意見はございませうか。どのように反映させていくかという点です。

実は今日の報告書のいちばん最初の頁を見ていただくと、1「はじめに」のところに(P)ペンディングが付いています。「はじめに」のところはまだ書かれていないのですが、この3つのご意見の中には、「はじめに」のところに反映すればいいご意見もあるように思えます。支援機構の役割が、ここに入ってきているところもあるように思えます。それぞれ「まえがき」のところに包含させる、あるいは支援機構の役割のところ反映させるといふか、もう反映されている部分もあると思えます。このところは、そういうふうに分けて考えれば解決できるように思いますが、いかがでしょうか。

鈴木委員：質問してもよろしいですか。赤と黒の関係は、赤は新しい意見が出てきたということだけであって、この赤を黒に変えようという意味ではないのですね。

梶井座長：そうです。ですから赤を左側の現在の報告書の原案に盛り込んでいくか、あるいは、これはこれで皆さんの意見をお聞きして、これはこういうところに反映されているとか、これは入れなくていいのではないかとか、そういう議論を進めていただければと思います。いま皆様からご意見がありませんでしたので、「まえがき」のところに入れるとか、支援機構の役割に反映されているのではないかと私がいま申し上げましたが、そうなることこの3つの意見を特段、(1)の都道府県の役割として求められることに入れ込まなくてもいいのではないかと、私個人として思ったという説明をさせていただきました。

澁谷委員：最初のところで、都道府県全体の医師の確保あるいは医療確保対策の中で、というところを書いたのですが、別にここということではなく、総論的な意味合いで書いていますので、へき地医療ということが付け足しの医療対策ではなく、全体の医療を確保する都道府県の計画の中で、きちんと位置づけられていることが重要だろうと思います。最初のころに各都道府県の医療計画の資料を出していただき、先ほども地域再生計画なども出していただきましたが、そういうような総論のところの考え方として、重要性を強調していただければいいかと思います。

梶井座長：そのほかいかがでしょうか。あえて、どなたからの意見というのは付していませんが、いま澁谷委員からご発言いただきましたように、その背景にある気持の部分も、もしこの場で述べていただければ、よりわかりやすいかと思います。よろしいでしょうか。ではこの3つのご意見に関しては、そのように対応させていただきたいと思います。

続いて(2)市町村(へき地の有する)の役割として求められることですが、左側の黒字の素案は前回、私が提案した内容が2つ目に追加されているのみです。ここについてのご意見をお願いしたいと思います。8頁と9頁の上段に4つの意見が赤字で付されていますが、この4つの意見についてご意見を伺えればと思います。

中村委員：左のほうの2つ目の で、福井県で1つの町が寄付講座を作っているというのは隣の町の高浜町ですが、町が寄付講座を作っているというのは、たぶん全国で唯一だと思います。例えば私は町の職員で、高浜町のドクターも町の職員で、私が外科系の総合医であり、高浜町のドクターは内科系の総合医だとします。例えば週1回、お互いの診療所を行き来すると、すごくいい感じになると思います。でもそういうことをやろうとしても、町の職員の身分だと、そういったやり

取りが難しいですね。そういったことを市町村職員の身分を超えて、もっとフレキシビリティをもってできないでしょうか。そこが市町村同士でうまくできればいいなと、前から思っていました。

梶井座長：事務局、いかがでしょうか。

中山救急・周産期医療等対策室長：各自治体のやり方が当然ありますし、おそらく個別の事情もあると思いますので、そこも踏まえて、もしそういう検討が必要だということであれば、それを報告書の中に入れていくことは可能かと思います。

梶井座長：ありがとうございました。

木村委員：いまのことに関しては、おそらく非常に簡単なことだと思います。盛り込むかどうかとは別に、いまの先生のご質問に関しては、例えば自治法派遣で1日だけ隣の職員になるということはできます。私は県職員ですが市町村の代診等へ行きますし、1日身分をいただいてそこで働く。いま先生がおっしゃったのは交換する話なので、例えば協定を結ぶということで、おそらく公務員と公務員だと非常に簡単なことだと思います。

梶井座長：ありがとうございました。中村委員のご発言は、この意見の2つ目のところにも関わっていますでしょうか。市町村の枠を超えて医師確保を目指していきけるような協議の場を設ける。その上で実際の活動も行っていくことになるでしょうか。もうちょっと突っ込んで「連合体」という言葉がここには入っています。そのほかいかがでしょうか。

奥野委員：非常に基本的なところなのですが、勤務する医師あるいはコメディカルの生活環境、勤務環境、研修環境を整える。まだまだへき地では劣悪な環境の下に勤務している人たちが少なくないので、非常に基本的なところですがけれども、そういうことをきちっと唱えておいてほしいと思います。

渡邊委員長代理：2つ目の市町村の連合体の件ですが、もし報告書に入れるのであれば、もうちょっとイメージがわかるような説明をいただきたい。まさに市町村は医師がいないことが最大の問題ですから大変悩んでいるわけです。そういった所だけが集まって連合体を作っても、供給側の部分に見込みがなければ機能するかという心配があります。そうだとすると、一体どんなイメージの連合体というのをお考えなのか。その辺を明らかにした上で報告書に入れるなり、ご検討いただきたいと思います。

梶井座長：この点につきましては、いかがでしょうか。

唐澤審議官：しばらくお休みしておりました申し訳ございませんでした。いま、お話のありました連合体のところは、例えば自治体間同士の組織をどうするかという問題と、例えば大きな話になれば事務組合を作るとか、あるいは広域連合みたいなものを作るといようなことが関係してきます。それから職員の身分のお話が先ほど中村先生からもございましたが、常勤の公務員として両方の場所に同時に存在するわけにもいきませんし、退職金の処理の問題などもありますので、この辺は渡邊委員長代理からもお話がありましたように、実務的に検討する必要があるのではないかと考えています。少しその辺で、こういうものがすぐにできるというよりは、こうやるためにどういう検討をするかというご指摘をいただければと考えています。

梶井座長：いかがでしょうか。もしよろしければ、この意見を書いてくださった委員の方、いかがでしょう。

中山救急・周産期医療等対策室長：まだいらしていないのです。

梶井座長：わかりました。たぶん、ここに連合体という単語が入ることによって、ずいぶんイメージが変わってしまうのではないかとと思うのですが、これは少しペンディングにしておきたいと思います。そのほかにご意見はございますか。それでは連合体という言葉についての説明の部分がありますが、よろしいでしょうか。ありがとうございました。

続きまして、③国の役割として求められることですが、左側の素案は前回、私や鈴川委員が提案した内容が2つ目に追加されているのみです。ここには3つの意見をいただいています。いかがでしょうか。総合医については先ほど、どういうふうな盛り込み方をするかということで結論は出ています。ですから、ご意見の3つ目については定義まではいきませんが、総合医像というのは盛り込めるのではないかと思います。国が推進していくという部分について、あるいは医学教育全般の問題で、必ずしも国の役割ではないのではないかとのご意見も出ています。先ほど内田委員からもそういう意見が出ました。ここについてはいかがでしょうか。

鈴川委員：国でなくて医師会でやってくださるのは、もちろん非常にいいのですが、自治医大の卒業生や学生と話をしている、いちばんいらしているなど思うのは、総合医というのを自治医大はつくっているけれども、どうもその認識というか社会的地位が非常に低いということで、それがいちばんネックになっている。これを、もちろん医師会の先生にもお願いして、私たちもやらなければいけない

けれども、総合医というものが国の基本的な医療を担っている医師なのだから、これを国としては推進していきたいという強いエールがほしいという意味で、何か制度的なものでどうのこうのというよりも、例えば小学校の教科書に入れて教えることを含めて、支援をしていくべきではないか。いろいろ課題があるだろうと思います。総合医の定義がはっきりしないではないかとか、いろいろあるかもしれないけれども、でも皆さんの今の考えの中では、総合医というのは日本の医療の基本的なところを担い、地域医療の基本的なところをやるという意味で総合医が出てきて、それが最低限の安心・安全な国をつくっていくためのものであれば、これは何らかの形で国民の認識度を上げるような支援がほしいと思います。

梶井座長：そのほか、いかがでしょうか。

内田委員：この問題は1年半ぐらい前でしたか、医道審議会の中で診療科目の問題があって、総合医というのを新たに認めるかどうかの議論がありました。このときの議論で、麻酔科標榜医だけ国が認定する資格としてあるのですが、これと同列で総合医を創設したらどうかという議論がありました。その議論は一応、ペンディングにはなっているのですが、総合医が非常に広範な定義になってきた中で、国が認定する診療科目というのには馴染まないのではないかと、私はその議論の中でも申し上げたのです。ですから学会の専門医というのは1つはあっていいと、もちろん思います。

この総合医について、どういう取扱いにするかというのは先ほどからの議論の中でも、これを推進していく必要があるし、いまの日本の医療の中で、これから非常に重要な位置を占めてくるという認識では一致していると思うので、これを診療科として認める、あるいは国が認定するというのではなく、例えば医療基本法みたいなものの中の前文の中で、こういう医師を育てるということを盛り込むとか、そういうのが方向性として私はいいと思います。これを標榜医、認定医という形で、診療科として取り込んでいくと、そういうことではないような印象を持っています。

吉新委員：いま内田先生が言われたように、医療の基本法まで第11次の委員会でもし提言できるのであれば、それこそ 島には何人、総合医がいたほうがいいというような基本法ですね。要するにへき地をなくすためには、医師を強制的にでも配置することが大事なのですから、各県の医療計画には必ず 島には何名の総合医で、今年と来年は誰さんが行くというふうに決めればよいと思いますが、そこまで言えないのが、日本の医療制度の辛いところです。方向性だけこの検討会で言って終わってしまうという残念なところがあるわけです。その意味では、ある程度踏み込んで総合医を使うことは、私はとても大切なことだと思います。

この検討会で、 島に 先生を何年張り付けるところまで、本当は

言うべきなのかも知れないわけですが、これは実際できないわけですが、基本的にいまの医療の法律ではそこまで権限はないわけですから、どうしても総合医のことを、この検討会としてきちんとすることがまず第一歩ではないか。それ以上はまだ早いのではないか。今まで「総合医」という単語はどこにも記載されていないのです。初めて医療六法に出てくるということだけでも、大変画期的なことではないかと思います。

梶井座長：いかがでしょうか。内田委員、養成するという言葉でしょうか。

内田委員：はい。

梶井座長：そのほか、いかがでしょう。国の役割のところには、先ほどの内田委員からの1つの提案ということでしょうか。かなり具体的な意見というか提案もなされましたけれども、いちばん大切なのは養成することを今回は盛り込むと、そういう医師が必要であるという認識は一致していると思いますが、医師会のところはどうでしょうか。

内田委員：今回は外して頂いた方がよいと思います。おそらく医師会の中でも大変な議論になると思います。

梶井座長：わかりました。そのほかご意見がなければ次に進みたいと思います。(4)大学の役割として求められることです。ここは前回、特に変更はありませんでした。これに対して4つの意見が出ています。このご意見を素案にどう反映させるか、皆様のご意見を伺えればと思います。

内藤委員：大学の役割は、もう少し素案よりも深く踏み込んだほうがいいのではないかと私は思います。もちろん卒前から卒後に至るシームレスな地域医療教育が重要であることは、皆様ご承知のとおりですけれども、その部分が実際には行われていないという現状があります。

1つの例ですけれども、私は京都府立医科大学において、文部科学省の現代GPの事業で平成18年度から3カ年にわたり、地域医療教育推進授業をさせていただきました。これは医学科生と看護学科生がペアで地域医療をする。もう1つは、地域滞在型の教育を行う。その中で、2つのテーマである地域医療とチーム医療を学んでいただくことを3カ年行いました。この結果については非常に高く評価できるとして、平成21年度(今年度)も実は京都府の事業として、これを継続していただくようにしました。さらに来年度については医学科生の5年生全員、看護学科生の4年生全員について事業化することとしています。これは文部科学省でもおまとめになっておられると思いますが、こういった医学科のみな

らず看護学科も含めた総合教育、地域医療教育が求められていると私は思いますので、そのあたりまで踏み込んでいただければと思います。

梶井座長：今日はオブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課からいらしていますので、ご意見を伺えればと思います。いかがでしょうか。

文部科学省：今、おっしゃったように我々も援助しているものもありますし、大学あるいは県の取組みの中でやっています。私ども、大学教育のさまざまな検討の中で、例えば卒後の臨床実習、臨床研修で地域医療をやっていますけれども、卒前の中でもむしろ大学だけでなく、その地域の医療機関と一緒に、地域医療、プライマリー・ケアというものも含む、基本的な診療能力を身に付けられるような教育を、やっていくことを推進している立場です。

ただ、これは私どもがいろいろな医学教育の現場を見てみると、医学生全体に求められることだという認識でやっています。いま、他方で地域枠のような形で、卒業後にその地域に定着する医師をとということもやっていますが、地域医療教育というのは、おそらく全員に求められる基本的なことなのではないかと思っています。そういった観点からさまざまな方策をやっていますし、いまの予算で大学の教員の手当を出していますけれども、その趣旨も、地域医療教育を充実させていくための手当ということをやっています。

そういった観点で、この中を読ませていただいて私どもが感じるのは、この地域医療という問題で例えばへき地の現場、あるいは住民とともに医師教育をやっていくことは、全体として大切であるとともに、全国一律のカリキュラムで修了証という形で出していくことが、果たしてそういったこととの関連でどう捉えていくか。そこのところは少し議論がある感じはしています。とにかく医学教育の先にある地域医療の現場というのは、へき地を持つ都道府県と、大学あるいは地域医療機関と一緒に、それぞれの実態に合った現場重視の教育を推進していくことが、大事ではないかと思っています。

梶井座長：医学教育モデル校はカリキュラムというのがあって、これは基本的には80の大学医学部、医科大学において必修と位置づけられていると思います。その中に以前、この会議でも申し上げましたように地域医療が必修となって、講義と地域での臨床実習が盛り込まれています。当時、これが導入されたころに入学した人たちが、そろそろこの講義や実習を受ける時期になってきて、いま各大学もいろいろ準備を進めていたり、もう既スタートしているところだと思います。そういう中で内藤委員のお話された部分は、いま各大学がいろいろ考えておられるようです。そういう講義や臨床実習を非常に実効あるものにしていくためには、実際に地域医療、へき地医療の経験者が教員になっていくことも、ひとつ望ましいという意見ですが、確かにそのように思います。

もう1つは、地域の中で医学生が学ぶ教育環境を整備していくことも、同時に大事かなと思います。いま文部科学省からご発言がありましたように、特定の一部の人にこういう地域医療教育をではなく、全員にという意味では確かにいま、そういう体制が築かれつつあると思います。内藤委員、いかがでしょうか。

内藤委員：実はコアカリキュラムの中にこれは入りまして、いくつかの大学について私も調べさせていただいたところ、なかなか実践できていない。クリニックの形で、必ずしもへき地拠点病院のような地域にある病院での教育につながっていないという現状もございます。やはり医学科生、看護学科生全員がそうした地域に滞在するような形の教育というのは、ひとつ効果があるのではないかと考えております。

加えまして、今回地域医療再生計画によりまして、おそらく各都道府県に地域医療学講座がすべてできると考えております。そうした中で学生教育、地域医療教育というのをやはり根付かせていくことが重要ではないかと考えております。

梶井座長：再生計画の中で、確かにいまのような方向に行くと思います。既に、寄付講座ができている県も随分ありますが、ほとんどの県にできるのではないかと考えています。何かこの点について、ご意見ありますか。

もう1つ、地域医療というのは将来へき地に赴くことを予想して、いろいろなことを計画するというだけではなくて、臨床医を養成するにはやはり大学という非常に限られた教育資源の中で行うということだけではなくて、地域の中でより住民の生活に密着した形で学習していく。そういう意味では、全学生に私自身も必要なことであろうと考えております。

さて、そうしますと先ほど出ました「地域医療修了医」、これも前回問題になりまして、今回もご意見をいただいておりますが、いかがでしょうか。専門医のことについては少しまた検討を続けていくとなりましたが、修了医についてはいかがでしょうか。

奥野委員：質問ですが、これは卒業した医者が受ける医学教育を受けた者が修了医になるのですか。この文言ですと、「カリキュラムを履習した医師は」となっていますが、そうすると、医学部を卒業して医者になった者が何かのカリキュラムを受けたら、それが地域修了医になるという意味でしょうか。それとも、学生時代に何かを受ければですか。

三阪委員：これはおそらく私が前に言った意見だと思います。これ、時期尚早であれば、それでいいと思うのですね。ただ、我々が、この前もお話したように、現場で困っているのはそういう地域医療をコーディネートするようなポテンシャルを持った人をピックアップできないという問題があって、その1つとしてこの



意見を出させていただいた。

産業医大のお話をしましたが、産業医大はその卒業と同時に日医が認定する認定産業医と同じライセンスを持つという特別なものがあります。ただ、特殊な資格をくれと言っているわけではないのです。現場で、例えば自治医大の卒業生、地域枠の人たちが本当に現場で認識しづらくて。やはりそういう方々は地域医療に対して意識は持っている。そういう方々を現場でどうピックアップして、利用していくかの1つの方法として出させていただいたものです。そのコーディネーターをどのように周りで認識するかという1つの案ですので、これを必ず入れてくれというわけでは決してない、1つの案です。やはり現場にいて、自治医大の卒業生とか地域枠の学生さんたちも含めて意識が高いので、そういうポテンシャルを持った方々をピックアップしない手はないと思うのですが、それが全くいまできてない状況をどうするかの1つの案として出させていただけです。

梶井座長：いかがでしょうか。コーディネーターが明確になるということですね。

三阪委員：要するに、現場がわかりにくい。先ほどお話があったように、地域医療で他職種で教育を受けたりというのが非常に有効だと思っています。意外と看護師さん、薬剤師さんとかあるのですが、ではその中にいる医師がどういう人がそういうコアになってやっていくかとなると、やはりいまの医療現場の段階ではある程度地域枠をこなした人、自治医大の卒業生というのが取りあえず適任というか、そういう人が中に隠れている可能性の確率が高いというイメージは、医療現場にいとあります。そういう人たちをピックアップして、うまく他職種のそういう教育とかに絡めていくというのが、いまの現実では非常に有効ではないかという実感というか、そういう考えは持っております。

鈴川委員：ある程度わかる場所もあるのですが、1つは、まず地域枠といいますが、地域枠の人たちに特別な教育を本当にしているのかというと、必ずしもそうではなくて、ただ人数が増えただけというようなところもある現状です。

それから、例えば自治医大生がこれを卒業と同時にもらったとしても、卒業証書と同じではないですか、どこが違うのですかというようなことにもなる。専門医のお話は、またありましたが、それは置いておき、個人的には産業医とはやはり違うと思うのです。産業医はこれがないと産業医の仕事ができないということで、どちらかというわかりやすいのです。では地域医療の修了を持っていないと地域で働けないかという、そうでもないというのが一般的なので、そこは非常に難しい話かとは思いますが。

三阪委員：あくまでこれ、先ほど専門医からもありましたが、それを持ってないと地域で働けないというわけでは、そういう資格、そこに非常にディスクレパンシ

ーが、先生方の考えと現場でもまれている私たちとはだいぶ違う。私たちはただコーディネーター、医療現場をコーディネーションする人、そういう医師をどのようにピックアップして周りに認識させるか。だから、何かのカリキュラムをコアにやって何年働いてとか、そういうのは必ずしも必要とは現場では考えていません。

また話がややこしくなってしまうのですが、そういう意識があって、ある程度能力ある人たちをいまの段階でもピックアップする、ほぼコーディネーターとしてのそういう能力をピックアップする方法はないかどうかと、そういう方法論の問題の1つの考え方としてご理解いただければと思います。だから、それを持っていないと地域医療ができないとか、そういうイメージは全く持っておりません。

文部科学省：実は、いまの医学教育の中でさまざまな大学が取り組まれている中に、そうした課題があるということは私どもも認識はしております。それで、いろいろな大学でいろいろな取組があるのですが、そうした核になる人たちが外から見えないという話を解決する方法として、やはり卒前の医学教育の中で地域の現場あるいは都道府県の行政にもその教育が見えるように、あるいは実際の医療現場に学生を出して行って、彼らが、要するに大学の先生だけでない人たちがそういうことを認識できるような、ある意味では開かれた形にしていくことで、そうした芽を見出していくということも、聞いたことがあります。

そういう意味で、大学の授業の中をさまざまな医療現場に実際に出向いて、開いたものにしていくというのですか、そうしたことをしていくというのが1つの解答になるのではないかと思います。いま地域枠がありますが、例えば18歳のときに、この人の6年後の行末というものを決めてしまうようなものだけが、この地域医療というものを支えていく人材の養成というものではなくて、その教育のプロセスの中でいろいろな人の目に触れる中で、いろいろな人材の芽というものが見出されていくのではないかと思います。

梶井座長：三阪委員の意見、皆さんもよくおわかりになられたと思います。たぶんこういう称号ではなくて、そういうコーディネートしていく人、どなたがコーディネートして、この人に任せればよいというような方をわかりやすくするということですね。その意味では、今日は総合医ということが1つ前面に出ましたので、総合医で、なおかつ、医療だけではなくていろいろな保健とか福祉のところも含めたコーディネーションができる人材ということになると、たぶんこれは試験もさることながら、現場で見られると、かなりわかるのではないかと思います。ですから、そういう人たちが何か登録されるといいますか、指名されるようなものが県の中、あるいは地域の中にあれば、必ずしもこういう専門医あるいは修了医というのは専門医の前かもしれないですが、こういう形ではなくとも、いま対応可能かと思います。将来的には専門医についての議論をさらに検討していくとい

うことがありましたので、そこでまた検討を続けていただくということでもよろしいでしょうか。

続きまして、(5)学会等の役割として求められることということです。澤田委員、いまこの報告書の原案と、今回の意見についてどういうふうに考えていくかということ順次進めております。それで3番の(5)に入ります。学会等の役割として求められること、先ほど少しご議論をいたしました、3つ意見が出ております。これについて、ご意見を伺えればと思います。最初のご意見は、3団体の認定制度を拡充することには反対、総合医の認定がへき地対策になるかは疑問であるという意見です。

吉新委員：学会といいますとすぐ認定専門医ということで、1つの臓器とか、限定した領域の非常に深い話をする組織ですから、このへき地医療というのはもともと先ほどの専門性や専門医が成り立たない、あるいは時期尚早ということですね。やはりへき地医療を担う総合医の集まりというのは特殊な存在だと思うのです。これを3学会との絡みで議論する必要はないと思うのです。ましてや、この委員会では学会について議論する必要はないと思うのです。

従来はへき地医療の集まりすらなかったのです、自治医大の同窓会的な組織はありましたが。ですから、へき地のノウハウを議論したりなんていうこともできませんし、代診もいなかったという時代もありました。

そういう意味では、この(5)の設問もよくわからないのですが、既存の学会と同じものを求められることはなくてもいいと思うのです。これからは、第11次の以降は代診が活用され、支援機構がもっともっと活性化されることで、へき地の医師の総合医という共通の集まりが生まれ、それを土台にした学会が、成立してくるのだと思うのです。そういう意味で、(5)の設問が、もし既存の学会との絡みでの学会に期待することということであれば、この設問は不要だと思います。

梶井座長：全く新しいご意見が出ました。内田委員は今日はお帰りになられましたが、先ほどの意見を伺っていますと、同じような意見であったのかなと思いますが、どうでしょうか。

奥野委員：この4月から1つの学会になるということだそうですが、新しくできる学会ですから、それに対してまだいまの時点でどうのこうのと言える問題ではないと思います。せめて12次まで待って、新しい学会ができて、どういう方向性で何をするのかということを見極めた上からでも遅くないと思います。

ただ、いまの問題は、いま我々が使おうとしている総合医という名称と、この3学会がどういう専門医の名称になるかもわかりませんが、もし、それに近いような名称になるのであれば、混乱を生じる可能性があるため、その調整はしっかりしていかなければいけないのではないかと思います。

梶井座長：吉新委員のほうから、ここの(5)はなくてもよいのではないかという意見が出ました。そのほかの委員のご意見はいかがでしょうか。

吉新委員：ただいまの奥野先生の話で言うと、ちょっとまだ混乱して、地盤が柔らかい段階ですから、あとこの3学会の絡みという報告書は1行入れる必要があるのかどうかというのは、私はないのではないかという意味で言いました。というのは、学会というのは、この専門医・認定医と関係でやっていることが多いと思うのです。へき地を担う総合医というようなことを打ち出そうとしている我々には、既存の学会との関係を語る必要はないのではないかということです。

中村委員：実は、数年前から全自病協と国診協とで、地域包括医療ケア認定医あるいは認定施設という制度を立ち上げ始めたのです。私が所属する国診協の立場からすると、入れていただきたい。あるいは外すなら、全部外していただきたいという感じです。

梶井座長：新たな意見が出てまいりました。

澁谷委員：私は、本来学会の活動というのは自由なもので、厚労省のこの検討会が何かその活動に対してこうだという立場で意見を言うのはどうなのかなというふうに感じています。特に、ここは専門医の問題ということなのですが、我々の検討会の立場としては、さまざまな学会があるのですが、そういう所の活動を見守るとか、あるいは連携が取れるようなことを考えると、そういうことのスタンスならいいと思うのですが、その活動そのもの、総合医のあり方そのものがどうだということをこの報告書の中で言うのは少し立場が違うのかなという気がします。

梶井座長：なかなかいい意見が出てきたのではないかと思います。そうしますと、この3学会3団体のところと、それから中村委員が言われたそういう所との連携を視野に入れておくということで、よろしいでしょうか。全くここをゼロにするという意見もあるかと思いますが、いかがでしょうか。

ちょうど中立的といいますか、澁谷委員の意見が、私個人としては、もし記載するとしたらいいのかなと思うのですが、全く記載しないほうがいいのかという方、いらっしゃいますか。このとおりに残しておくという意見の方、いかがでしょう。

大多数の方は澁谷委員のご意見でよろしいということでしょうか。そうしますと、澁谷委員のご意見を前面に出させていただいて、こういう意見もあったということで、ここのところに関してはよろしいでしょうか。

続きまして(6)医療の提供を受ける住民側の役割として求められることですが、これは追加がありました。2段落目の所です。これについて、2つのご意見が出

されました。実は、へき地医療支援機構の役割に入っているのではないか。もう1つは、13頁、2)の専任担当官の項に入っているように思うのですが、もしそれがご了解いただければ、ここの所は議論しなくてもいいと思いますが、いかがでしょうか。ご意見がなければ、次に進みたいと思います。

続きまして、4「へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討」に入ります。この項目は以前の骨子案のときには文末に記載の検討はありませんでしたが、前回第4回目で、さまざまなご意見が出されましたので、検討を追加いたしました。その代わりに、新たに29頁に、5「今後のへき地保健医療施策の方向性について」を作って、概ね意見の一致が得られたと思われる内容を記載させていただきました。

まず、へき地医療支援機構についてですが、14頁までで3つの意見が出されています。この意見について素案にどう反映させるか、ご意見をいただければと思います。

内藤委員：これは、へき地医療対策に対する都道府県の役割と申しますか、その部分とも大きく関連する部分だと思うのです。へき地医療支援機構について、実際には未設置の所もあるようですが、実際には設置されていると言っても、ほとんど機能してない、形だけのそうした県もたくさんあるように私は理解をしています。したがって、このへき地医療支援機構をきちっと機能させるという位置づけでいくなれば、これはやはり都道府県に義務づける。しっかりとへき地医療支援機構を県の1つの組織として作ってもらう。その上で、医療法に定められております地域医療対策協議会等と連携をして、そうした医師派遣機能も含めた総合的なへき地の医師確保対策を担ってもらうような権限を持った、1つの組織にすべきである。もう少し強い立場のほうがいいのではないかとというのが、私の意見です。

梶井座長：4頁の下から3行目をご覧ください。へき地を有する43都道府県のうち、機構を設置しているのは39都道府県、91%である。ですけれども、従来からこの議論は検討の中で出ていますように、かなり設置されている中でも温度差があるということですので、そういう所も含めてもっと強く内容に盛り込んでどうかと、報告書に盛り込んでどうかというご意見だったと思います。いかがでしょうか。

吉新委員：14頁のほうに行っているんですか。

梶井座長：どうぞ、そこも含まれています。

吉新委員：同じ4の中ですからいいですね。これは私が書いたつもりなのですが、

「へき地医療教育研修支援病院」という施設の提案です、へき地の診療所などの一次医療の施設がありますね、そして小病院。その上に、二次医療のへき地医療拠点病院群があるのですが、その上にある、いわばへき地の3次病院といえますか。そこは、へき地支援機構の事務局があって、専任担当官がいて、医師派遣機能を持っている。通常は、その病院内の救急総合診療科をやって、総合医としてそのトレーニングを積んでいる、積めるというような機能を持った病院を指しているのです。

いままでの県の計画ですと、どうしてもすぐ県立中央病院とか、大きな病院、600床、800床の病院が拠点病院みたいに選ばれてしまうことが多くて。実際、救急総合診療科を設置するのにあまりにも専門細分化しすぎているケースが多いのです。あと救急は救急だけの担当であったり、総合診療科はどちらかというところみんなが診ない、専門医が食べ残した疾患だけやっているというような部分があります。ですからより小さい機動力のある病院がへき地医療の拠点に望ましい。

この間、専任担当官ではなくて兼任担当官が多いという話が出ました。どこも兼任かといえば、どうやら県庁みたいですね。そうでなく、機構の事務局及び専任担当官も一緒に同じ場所にいる。専任担当官自身が救急総合診療科で勤務していたり、研修したり、仲間や後輩を指導したりする。へき地医療の資源である、人・金・物・情報を集中して、ここに1箇所集中しているという状況が重要です。先ほど言った、あまり大きくない病院、300床とか200床ぐらいの病院であることが非常に重要であると思うのです。そういうものが各県に1つか2つあれば、へき地のサポート体制の機能強化が図れるのではないかと思います。

梶井座長：吉新委員にお伺いしたいのですが、へき地医療支援機構は1つの独立した組織ということですと議論が進められてきたと思うのです。そうすると、その関係に関して結果としてはそうなるにしても、へき地医療教育研修支援病院（仮称）ということ、へき地医療支援機構が認可する、あくまでも基本的には独立した関係にあるということ、いままでの議論の中では私は想像したのですが、どうでしょうか。

吉新委員：もちろん機構としては各県に1つで、へき地医療支援機構は前から言っているように意思決定機能、ファンクションなのです。ですから、ここは事務局的な機能だろうし、情報を確保する所、手持ちの医療資源をどう利用するかといった意思決定をする所でしょう。そして、医者を派遣してほしい自治体からの要請を受ける窓口ということになると思います。ですから、県全体では機構のパート1、パート2といった部分があったり、大きな県ではたぶんそうなるのでしょうし、そうでない小さい県、へき地がたくさんあるような所では1つの機構がちゃんと事務局というか、意思決定機関として存在するというイメージです。

梶井座長：そうすると、このへき地医療教育研修支援病院、あとでも出てきますが、そこがファンクションを持つような形ではなくて、基本的には独立したような記載の仕方のほうがいいのかなと思うのです。

吉新委員：要するに、これはいろいろな側、いま行政的にへき地の道具なりへき地医療の資源がたくさんあるわけです。それを1箇所に集中させたいというイメージです。

梶井座長：さっき県立中央病院クラスではということでしたが、県によってはそういう所になるところもありますね。

吉新委員：ちょっとさっき奥野委員とも話したのですが、あまりにも巨大な病院だとすると、人はいるのだけど、専門分化し過ぎていて、実際へき地に行ってくれる人はほとんどいないというようなことが起こったり、病院全体がここはへき地を支援する病院だということを認識しながら動くということが大事だと思うのです、職員で知らせる、職員が行動することが重要です。県立中央病院でも、小さい所もあります。けれども西日本にあるような選任担当官が勤務する大きな病院だと、あまり大きすぎて適切でないような所もある、一部の医師の仕事になってしまって病院全体では動きが取れないのではないかと思います。ですから、本当に病院自体が県の医療の中央の病院としての機能を果たしている所はまさにそれでいいと思うのですが、選定にあたっては最初の導入が難しいのではないかとともに思います。ただ、へき地の支援が病院として当たり前になって、みんなに浸透してくれば、機能として十分満たしているのであればいいと思います。最初の導入が難しいでしょうね。院内で相当マイノリティな人たちが重い仕事を持つというような状況だと、かえって破綻してしまうと思います。適切な、へき地支援の活動が浸透しやすい規模の病院がいいと思います。

梶井座長：こういうような支援病院を設けることについては、いかがでしょうか。

内藤委員：私、へき地医療拠点病院の項目で述べようかと思ったのですが、いまお話が出ておりますので、一言拠点病院について考えを述べさせていただきたいと思います。

以前に申し上げましたが、こういう地域医療がうまくいかなくなっている大きな理由の1つとして、地域の拠点病院が医師確保も含めて非常に困難な状況に陥っている。特に、へき地を抱えるような医療県の中核的な医療機関というのは、200床以下の病院が比較的多い。結局、派遣機能を求められるべき、へき地医療拠点病院が実はそうした機能を失ってしまったために、県立中央病院クラスの各都道府県の県庁所在地にあるような大病院にこれが振り替えられているという

のが現状だと思います。各都道府県では保健医療計画で、各医療圏単位の拠点病院の整備を進めていると思うのですが、やはりその部分を充実させていかないと、本当の地域医療確保、あるいはへき地医療対策につながっていかないのではないかと考えております。したがって、各医療圏単位で拠点病院あるいは教育も担えるような病院をしっかりと作っていくことが重要ではないかと考えております。

吉新委員：一昨日もある県のへき地医療策定会議に出ましたが、県によっては自治医大も入れると地域医学の方が15人、20人、早い県ではもう4年生、5年生になったと思いますが、彼らを流し込む仕組みが必要だと思うのです。県立中央病院でそれが全部受けられるのであればいいのですが、一定期間他科ローテーションすると、おそらく2、3年後には中小病院の勤務になってくると思うのです。そこがちゃんとへき地医療の支援の受皿として機能するような仕組みを作らないと、本来の目標である拠点病院群の周りのへき地に人が流れていかないと思うのです。地域枠の医師がばらばらになってしまうと、無駄に雲散霧消してしまう危険性がある。この第11次として我々が作ったルールが、今後5年間、日本のへき地医療の施策に効いてくるわけですから、新しい地域医学の人たちが現地に出るまでの問題点が解決されるような流し込みの仕組みを、今回作る必要あると思うのです。その意味では、やはり従来からある拠点病院群を元気にする、へき地医療支援病院を魅力的にすることをある程度ここで議論しておく必要があるかということで、中小病院を重視した発言をさせていただきました。

梶井座長：続きまして、15頁に移りたいと思います。15頁から17頁の前半、15頁の最初のなお書きに、前回内藤委員からいただきましたご意見が載せてあります。4つの意見をいただいておりますが、皆様のご意見を伺いたいと思います。15頁の赤丸は、拠点病院の所にも入ってきておりますので、むしろそちらでご議論いただければと思います。そのほかの項目についてご意見を伺えればと思います。

奥野委員：文言の問題なのですが、これから以降も何回も出てくるのですが、「医局的な」という表現がありますが、これは何を指しているのか、人によって受け取り方が違いますし、よい取り方もありますし、そうでない取り方もありますので、この「医局的な」という表現はもうやめていただいて、医局的な中の何を指して言っているのかを明確にさせていただきたいと思います。

梶井座長：皆さんが集うという意味だと思うのですが、何か「医局的」に代わるような、たぶん一部の人にはスッと通じるのでしょうか、通じない部分もあろうかと思っています。



奥野委員：私ではなくて、私はこうだし、あの人はそうだし、一般の方はそうだしという意味で、こういうことは表現としては「医局的な」という表現は全然駄目です。

梶井座長：ですから、奥野委員が考えられる何かいい文言があれば、あと皆さんにも聞いてみたいと思います。ではどうですか、全員の方にお聞きしたいと思います。どうしても従来のそういうような言葉に引っぱられてしまうところもあります。

内藤委員：奥野委員のおっしゃることも十分理解できるのですが、良い面も悪い面も含めて、「医局的」というのは非常に医療者にとってはわかりやすいのではないかとというのが、だから使っても、良い意味に取っても悪い意味に取っても、これは両面ございますので。

奥野委員：私は、その一般的な人がどう感じるかということに重点を置くわけですね。だから、いままでの医局制度が悪かったから、相互補助が崩壊して、いまがあるという表現を使われるわけですが、一般的な方がこの報告書を見た場合に、その医局的なというのは、これもまた復活かというふうな、我々医療者はよくわかっていると思うのですが、一般的な目にさらされる場合には、こういう表現はどうかという意味です。

梶井座長：いかがでしょうか。

奥野委員：報告書の中に使われなければ、別にいいのですが。

梶井座長：少し考えていただきながら、いまお示した所を次に進みながら、もう一度お話を伺いたしたいと思います。

次の広域連合のところですか。これはたぶん書き方かと思います。「機構だけでは限界があり」、左側の黒字のところ。「医師確保の手法として」というところは、「市町村は長崎や島根のように広域連合を作り、臨床研修病院を持つなどしてマンパワーを確保する努力が必要である。」「方法もある、その際にご意見をいただいたような十分な配慮が必要であるとの意見もあった」という書き方では、どうでしょうか。何かあまり必要であるかということになってしまうと、いろいろな意見が出てきそうな感じがします。1つの策として、手法として方策としてこういうことがありますと、そのときにこういうような課題もありますということ付記したような形にすれば、ここの意見はクリアできるかなと思いますが、いかがでしょうか。もし、ご異論がなければ、次に進ませていただきたいと思います。

その次については、総合医あるいは地域医療修了医については、先ほどご議論が終わりましたので、割愛させていただきます。

先ほどの「医局的」というところはいかがでしょうか。もう一度お聞きしたいと思います。

澤田委員：第3回の検討会の場で発言させていただいた、「医局的」という言葉の裏に込めた意味としては、一定の人材を育成しプールすることにより、人事配置に関して権限を有することと、派遣される医師に対して「往復切符」を持たせて現地に派遣し、必ず何年先には確実に戻って来られるという約束のもとに、派遣決定がなされるというイメージでお伝えしました。また、所属しているドクターは、複数医師のいるグループの中で守られているため孤立もしません。それらのことも包括して「医局的な」というイメージで表現を用いました。特にへき地医療というのは、一旦、派遣されたら派遣されっぱなしで、自分自身で後任医師を見つけない限り転勤もできないのでは...、といった不安や心配が拭い去れないことなどが最大のネックになっているのではないのでしょうか。その意味も含めて、将来のことを心配せずに、へき地の現場に派遣してもらえというイメージで説明させていただいた次第です。もしも、「医局的な」という言葉に代わるものがあれば、それに越したことはないのですが、少し補足をさせていただきます。

中村委員：医局機能の中の人材バンク的な意味あいと捉えていいのですか。

澤田委員：そうですね、人材をプールし、組織として人事機能を発揮するという意味で捉えております。

中村委員：教育機能は含めてだと、やはり医局的な、人材バンク的なものだけだったら。

澤田委員：もちろん教育機能としての役割も欠かせないと思います。

中村委員：すると、やはり医局的ですか。指導者がいて、後輩を教育していくという意味では、やはり教育的なところもあるとは思いますが。ただ、この場面で使う文章としては、「医局的な」を省いても意味は十分に通じると思いますね。

吉新委員：へき地の現場にいと、総引き上げだとか、医局間抗争があったり、医局の総引き上げがあったり、医局の何とかがあって、あんまりいい単語でない場合が多いのですね。本来の医局のイメージ、古き良き医局をイメージする方と、迷惑な組織だというようなことと、いろいろあると思うのです。医局的というのは、あまりにも曖昧なのではないかと思います。ですから教育研修の機能を持った医

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、大学の人はどう見るかです。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か。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ていたら良いと思います。

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

ークシヨップは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ヨ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たとおり、「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、比較的中国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に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、皆様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るかと思いますが、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、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、 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」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」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しての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いいますね。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ても、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した。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。要するに変え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ている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くと、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お前は言っているのだから、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程度の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お担当者にお聞くとお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こうと。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こうと思っています。

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9,000万くらいですね。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巖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週間くらいかかるのです。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。毎年を見てもみると、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、ほかとのタイプ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うてきたのですが、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作りをしていただかないと、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なさ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いう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)