

第4回 へき地保健医療対策検討会 議事概要(案)

日時：平成21年12月24日(木) 13:00～16:30

場所：三田共用会議所 大会議室

出席者：内田健夫委員、奥野正孝委員、梶井英治委員(座長)、木村清志委員、澤田努委員、澁谷いづみ委員、神野雅子委員、鈴川正之委員、高野宏一郎委員、対馬逸子委員、土屋いち子委員、角町正勝委員、内藤和世委員、畠山博委員、前田隆浩委員、前野一雄委員、三阪高春委員、村瀬澄夫委員、吉新通康委員及びオブザーバー(総務省・文部科学省)

【意見交換】

<論点整理について>

高野委員：各都道府県の役割については、県の財政力によって公平・不公平が生じてくる。国の関与が必要であると思う。具体的には医師の配置基準や指針の設定を行い、都道府県にそれを徹底させるというような取組が考えられる。

三阪委員：へき地に関する補助制度は出来高制であるが、これでは意識付けできない。がん拠点病院のような1か所あたり補助金2,200万円で2次医療圏に一つという仕組みにすると組織が前向きになるのではないかと。時間がかかっても、組織が強化されていくような取組をすべき。

高野委員：国が医師の派遣にまで踏み込まないといけないのではないかと。為政者(知事)の考えによって、同じ国民でありながら受けられる医療に差が生じるのは問題ではないかと。

<キャリアデザイン>

鈴川委員：(資料3に基づき説明)

前田委員：今は社会人大学院もあるので、勤めながら大学院に入ることも可能。e-learningという手法もあり、もっとフレキシブルな考えとすべきでは。10年とか切らなくてもよいのでは。

中村委員：奥野先生や澤田先生など現実の具体例を出すとわかりやすいのでは。

奥野委員：三重県でも同じようなことを考えている。医師人生40年として、いろいろな形の人生プランがあり、年齢に応じて必要なことをうまく入れ込んでいくことが必要。

村瀬委員：軸となる身分保障が必要。身分保障があって、そこを中心に他の2か所へ出て行くということが、望ましい。どこか軸にして合意形成すべき（個別にするのは大変）。

鈴川委員：そのためにへき地医療支援機構の力をきちんとし、3者（大学、拠点病院、診療所）と機構が構成する協議会が出来て、協議会等が人事とキャリアアップを考えていかないといけない。

吉新委員：モデルとしてはおもしろいが、実際にやってみたらガタガタになるのではないか。自治体病院のニーズをきちんと把握した上で、ボリュームに見合った供給サイドの体力が必要。

また、ここで提示されているキャリアデザインのモデルはあまりにもデタラメだと思う。このような積み木のように、どこかでやりたいようにキャリアを積み重ねていけばいいという形はあり得ないと思う。初期研修・後期研修をへき地に行く前に決められたところできちんとやらせ、修了したことをどこかで評価する必要がある。そういう人たちがいる程度のボリュームがそろい、これが機能すればとてもおもしろいと思う。ただ、現実的には相当な体力がないと、それに並ぶ市町村長が序列を決めたりするときに、相当間に入る人は苦労すると思う。このキャリアデザインのモデルについては「検討する価値がある」程度の扱いでいいのではないか。全国的にこのモデルを一気に導入しようというのは難しいと思う。

木村委員：これでよいと思う。できるところからでいいのではないか。また、身分保障の公務員型にはこだわらなくてもよいのではないか。これも一つのモデルとして見ればいいのであって、我々（島根県）としてもこれを目指している。

鈴川委員：新潟県の特徴は、キーパーソンとして県と大学の両方を見ている人がいるということにある。一人の人間が非常にうまく動いた。新潟のようにうまく動いているところをひっくり返してこのモデルを入れようというのではない。モデルがない地域においては、このようなモデルを作ってはどうかと提案をしようということ。

新潟のやり方とこのモデルの違うところは、キーパーソン次第で変化が起こるのは危ないので、今後は支援機構等、公的なところがきちんと見ていくシステムにした方がいいとは思っている。

梶井座長：このモデルを参考にして、各都道府県でいろいろなキャリアデザイン作りに取り組んでもらいたい。

<へき地専門医>

澤田委員：名称はどういう形になるかはわからないが、今後、へき地で勤務したと

ということがある程度インセンティブにつながるような、社会的評価につながるような時代になってほしい。名称はこれから考えるにしても、ご提案の考え方は、ぜひ推進していただきたい。

中村委員：総合医を分類してみると、4つのタイプがあると思う。北米型 ER 医（全ての疾患の初期診療に対応するもので慢性疾患はあまり診ない。） 総合内科医（外傷や整形疾患は診ない。） クリニック型家庭医（検査手技や治療手技にこだわらない人が多い。） へき地・離島型総合医（今回提示された「へき地医療専門医」と類似。） は本当の意味での総合医だと思う。これを専門医と表現するか総合医と表現するか検討すべき。僕は総合医がいいと思う。

吉新委員：「へき地」は差別用語ではという議論がかつてあったと思う。そこをあえて「へき地」と名乗ることは勇猛果敢であって結構だけど、格が低い感じもするので、他の大きなジャンルの中の一部という位置づけであればいい。

畠山委員：製造現場では PM 班と BM 班という二つのチームを運用した。PM とは Primary Maintenance。機械の寿命を延ばすのが任務で、総合医にあたる。BM とは Breakdown Maintenance。壊れた場合には専門的な人間がメンテナンスを行う。専門医にあたる。地方が求めているのは総合医であり、キーパーソン。PM と BM の技術屋にステータスの違いがないように、総合医と専門医も同じレベル・ステータスである必要があると思う。

三阪委員：地域医療やへき地医療に意識の高い医師を周りの医療者が認識できていない状況をなんとかできないかと思っている。その延長線上に専門医制度というものもあると思うが、産業医方式だとか学会の専門医だとかであると話がややこしくなるので、「県の地域医療認定者」というようなものを作ってもいいのではないかと思っていた。

県の地域医療検定のようなものを作って、医師、看護師等に検定を受けてもらう。ネットでの検定でもいい。その結果として県内の医療上の問題や医療施設の働きなどが普及啓発できるし、医療者間でもディスカッションする場ができる。また、検定に合格した人たちを集めて年次総会をやってみんなで議論する仕組みはできないかと。これは資格ではないが、意識は高まると思う。合格者にはストラップの一つでもあげてはどうか。今、開業医を含めて地域に根ざして医療をやっている方はいっぱいいて、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。

鈴川委員：国民の意識改革もしていけないといけないのではないかと。現場で患者さんのためにそこにいていつも働いている、何でも診てくれる、そして高度医療についても理解があり、そういう流れのちゃんとわ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ことをぜひ進めてもらいたい。

奥野委員：今は医師としての技量・能力という観点から議論をしているが、少し違う角度として、この地域については行政も福祉も住民の性格も一番知っているから私の専門はこの地域ですという、地域という角度から見てもらうのも一つの方法かなと思う。そういう角度も考えてほしい。

前野委員：患者サイドから言うと、総合医ができたばかりで試行段階になっているところでもあり、総合医とこのへき地専門医というのは同一ではないかもしれないが、それほど大きく変わるものでもないのだから、むしろへき地の部分を加味、包含するような形で在り方でとらえた方がいいのではないか。そのステータスも高まるのではないか。小さなものがたくさんあって、何が何だかわからないという感じになりはしないかという危惧を感じる。

吉新委員：これは、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へき地の一定期間勤務が終わったらただけという理解でよい。

鈴川委員：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ことになるかはわからないが、卒業したら認定するというを考えているわけではない。

吉新委員：この検討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ので、いいとか悪いとかという議論よりも少し慎重になった方がよい。これがないと何かいけないみたいなことになると問題だと思うし、これがあると何か全てオールマイティーになるのもおかしいと思う。使い方として、国民の人たちが納得してもらえらるようなものである必要がある。

内田委員：専門医制度として最も重要なのは、医療の質を担保し、レベルを上げるためのものであり、市民にわかりやすい制度である必要があると思う。日本ではしばしばあるのは、学会のステータスのためであったり、処遇の改善というものが目的化している例がある。この検討会はへき地医療に従事している先生が関わっていらっしゃるが、その意見が非常に前面に出てきた結果としてへき地専門医というものを作っても、国民に理解してもらえるのか、きちんと機能するのか危惧するところ。また、実際にへき地で診療にその資格がなく従事されている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する。これを報告書に盛り込むという方向性については、もう一度よく考えるか、両論併記又は留意点として併記する程度にすべきではないか。

<へき地医療拠点病院のあり方について>

澤田委員：(資料4をもとに説明)

吉新委員：第9次のときにへき地の拠点病院について、活動内容に応じた補助を行うこととした経緯を踏まえてのことか。

澤田委員：従来までの指定基準を という指定で置いておくということで、 についてはさらに実績とか、教育を入れたところがポイントであり、そこに対しては かなり相応のメリット、従来以上のメリットがあるようにしたい。

吉新委員：アメリカのACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) のように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、ちゃんとしたスタンダードを守っていればいいが、それはそれだけでも大変な作業であり、ちゃんとした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するのか。

澤田委員：こういった方向性が大事だと思う。そういった地域の病院で総合医を育てるためのプログラム、カリキュラム、標準化が骨格になって各都道府県で拠点病院を充実させようという動きになっていけば、必然的にプログラムも充実していくし、3学会も協力していただいて、盛り上げて行くような方向性になればいいと思う。

吉新委員：条件だけ満たせばもらえるということになると、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るようなことであれば、これは大変な間違いと思う。

澤田委員：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認定するもので、手を挙げたもの全てが認定されるわけではない。

実績というものを一つは評価していただければということが一つ、もう一つは、私自身は大学病院とか500床以上の大病院では、総合医教育というのは難しいのではないかと思う。ですから、より住民に身近な生活の見える保健福祉と包括したような医療を提供できるところが教育機関になるべきで、そこをコアになるような流れを作るには、へき地医療拠点病院の指定をよりメリットのあるものにしていかないと、なかなかその制度が進んでいかないのではないかと、今までの第10次までの運用とほとんど変わらない形になるのではないかと。

梶井座長：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る。

吉新委員：精神的にはわかるが、本当にそのクライテリアを満たしているかどうかという作業は膨大で、本当にできるのかという感じがする。各論にそんなに強くない大学や県の医師会でやって二次医療圏全てに同じように悪平等で補助金なり交付金がちゃんと評価されないで、みんなで物事が進められるというのは非常に危険だと思う。

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、いくつかの優先順位の高いものがあり、そういったところに拠点病院から巡回診療するといったきめ細やかな基準でやってもらいたい。

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作れるのかという気もあり、ハードルはしっかり、評価できるような仕組みを作らないと、みんな悪平等で共倒れしてしまいますよということを言っているので、現在の仕組みがいいのかどうかということも含めてやらないと、新たな全く別の物差しを作ると、今まで詰めているチェック可能なものまで見えなくなるのではないかと思って心配している。

内田委員：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く、その大きな原因としてキャリアパスや処遇の問題があると思うが、診療報酬で手当て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ことも非常に大きいと思っている。

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、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。

神野委員：へき地医療に対してある一定期間支援した場合、社会医療法人の指定を受けることができるが、実際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、へき地医療拠点病院等になり得るようなところへの補助金の手だてとして、ぜひその社会医療法人の基準についての見直しをしていただきたい。

<へき地における歯科医療ネットワーク>

角町委員：(資料5に基づいて説明)

中村委員：歯科と医科の連携が必要。

神野委員：齲歯予防、歯周病予防等の歯科の予防医療について、保健活動と歯科医療との連携が必要だと思う。

梶井座長：角町委員がまとめて書かれた1, 2, 3の記述を報告書に盛り込むこと
としたい。

<へき地における看護職の課題について>

春山参考人：(資料6に基づいて説明)

神野委員：地方の看護職員などの給与が下がっており、募集しても、はい、行きますという看護師はおらず、そういった意味で、地方の医療を支えていくための看護職員への何らかの施策的な国の支援がないと、今後ますますこの傾向は強くなっていくと思っている。

土屋委員：看護師も、総合的にいろいろ知っていないとできない部分がかなりあり、求められるものが多いので、本当に研修は必要なことで、働く看護師を一人でも多くするために、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思った。

<遠隔医療について>

村瀬委員：(資料7に基づいて説明)

梶井座長：実施比率が14.4%と、まだまだだということ。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。

クラウドの提案もすぐに全てというわけにはいかないと思うので、前回の報告書に盛り込まれたことをより具体化して、今日お示しいただいた内容について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きたい。

<まとめの議論>

内藤委員：まず、へき地医療と地域医療の概念が混在していることが大きな問題である。地域医療はその中の一部であるへき地医療を支える機能であるということをはっきりさせるべき。また現在あちこちの大学に地域医療講座ができていますが、「へき地医療」と銘打っているのは一大学のみという状況なのも問題だと思う。

また、市町村に大きな役割を期待するのは難しい。都道府県の役割が重要。医療計画が定められているが、へき地医療についてきちんと詳述している県と地域医療の記述の中で丸めてしまっている県とがある。へき地医療対策については、都道府県の保健医療計画との整合性も重要。

へき地医療支援機構やへき地医療拠点病院を充実していくのは重要だが、都道府県の責務についてきちんと示すことも重要。

吉新委員：へき地専門医については、議論が中途半端なままなものを出しては混乱するのではないか。この検討会で提案すべきことなのか、実現が可能なのか疑問

を感じる。

(了)