

第3回 へき地保健医療対策検討会 議事概要（案）

日 時：平成21年10月30日 15:00～17:00

場 所：全国都市会館 第1会議室

出席者：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、中村伸一委員、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・へき地医療支援機構について＞

- 澤田委員・梶井座長：特定の診療科の場合は医局があつて、医師をプールし、育成する機能があるが、地域卒出身でプライマリケアを目指すということになると、医局がない。へき地医療医支援機構は、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。ドクタープール機能として、へき地派遣医師を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作ってはどうか。
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。
- 前田委員：医局的な機能をへき地医療支援機構が持つことは大賛成。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、適切な動機付けができる。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。また、地域卒の学生へのプログラムについて、地域医療の経験者に入ってもらい、具体化することは非常に重要
- 梶井座長：地域医療のデータを構築し、解析して客観的な判断に基づくことは非常に重要。
- 中村委員：専任担当官については、必ずしも「専任」しておらず、「兼任」担当官になっているところも多い。しかし、「専任」でも「兼任」でも支出される補助金が同じというのはおかしいので、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。
- 吉新委員：都道府県によって機構の状況は様々なので、あまりきっちりと定義付けしてしまうと、柔軟に対応できなくなるのではないか。

<前野委員・吉新委員のプレゼンテーションを踏まえての全体討論>

◆前野委員のプレゼンテーションのポイント

<緊急対策>

- ・ 医師不足解消、若手医師を計画配置
- ・ たらいまわし防止、開業医も病院救急に積極参加
- ・ 病院勤務医、激務に見合う給与引き上げ

<構造改革>

- ・ 医師養成数を増加
- ・ 地方医大、医学部の入学定員の地元枠拡大
- ・ 医局に代わる医師配置機関を創設
- ・ 女性医師、看護師が働きやすい環境
- ・ 看護師らに医師業務の一部を移す

<へき地勤務医等のキャリアパス>

- ・ 医療機関の役割分担と連携強化
- ・ 研修制度、複数スタッフによるバックアップ体制の充実
- ・ 医学部教育の充実と指導者養成
- ・ 家庭医の研修を開業の条件
- ・ 家庭医（総合医）の資格化 高い技量の習得

◆吉新委員のプレゼンテーションのポイント

<論点3について>

- ・ 「へき地の医師は、30代は自己の能力に悩み、40代は子弟の教育に悩み、50代は自分の老後に悩む。いつも拘束され、冠婚葬祭もままならないこと」に対しては、ライフサイクルに見合った人事、人事のできる組織が必要
- ・ 「休みが取れない、代診も無いこと」に対しては、支援機構の充実、代診組織、ドクタープールが必要
- ・ 「身分上の制約」に対しては、へき地医療を担う全国的なネットワーク組織が必要
- ・ へき地医療・総合医に特化した研修病院が必要
- ・ へき地の持つ不便さ。生活格差。医師の世界ではへき地勤務評価なし。

<論点4について>

- ・ へき地医療拠点病院群の一つとして社会保険病院の活用（仮称 独法地域医療機能推進機構） 社会保険病院＋へき地医療支援機構機能

<その他の論点に関する問題意識>

- ・ 論点1について：医師の養成が医科大学の専門講座中心。総合医養成を大学病院でできるのか？地域の医療を担う「総合医」を国が推進する必要
- ・ 論点2について：へき地医療支援機構の弱体で安心できる組織がない。人事組織、医師研修（養成）、指揮命令系統が曖昧。

○吉新委員：へき地にずっと長くいると戻るところが無くなったり、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。

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曖昧で、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、あまり明確ではない。支援機構というのは実際は中身がない。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作って、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作らなければいけない。ただ言葉だけ「へき地医療支援機構」ということで踊ってしまうと実態が無いような感じなので、もう少ししっかりとした組織にする必要があると思う。

へき地に実際に身を委ねて、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。後任が来るまで辞められないといつて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」と言えるようなへき地のネットワークを、日本にちゃんと作らないといけない。第10次まではバラマキ型の誘導的な施策だったのだが、かなり強制的な意味も込めて、しっかりとした医師の供給と教育、そして一生を委ねていいよというような組織を作っていくことが、今回の第11次計画の責務なのではないか。

○内藤委員：へき地医療拠点病院の中でも、特に200床以下の中小病院はほぼ全てが医師不足状態といってもよく、20%の施設が標準医師数を満たせていない。このような中小病院をどうするかということを、論点に取り上げてほしい。

○澤田委員：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。へき地医療拠点病院の指定を受けることについては、現状ではメリットがあまり感じられない。救急など他の指定については、病院一丸となって取得しようとするのに、へき地医療拠点病院についてはそういうことがない。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あり方の見直しをし、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。

○神野委員：へき地の医療機関では看護職の確保もネックになっている。医師以外の医療職（例えば看護師や薬剤師）の人材確保や保健分野との連携をどうするか考えてほしい。

○内藤委員：へき地医療拠点病院となっている病院のほとんどは、その地域における4疾病5事業の担い手でもあり、モノ・ヒト・カネを投入してしっかりテコ入れをしないといけない。任せられている役割がしっかりと担える体制を作らなければいけないし、都道府県がしっかりやるということが必要。

○角町委員：地域における病院間の連携はどうなっているのかというところが気になる。連携をしっかりと取り、そこにへき地も組み込むという体制でないといけない。単なる医師の取り合いになっては、へき地は負けてしまう。

<へき地勤務医のキャリアパスについて>

○中村委員：自治医大卒医師の場合、義務年限中は義務年限が明ければへき地から戻れるが、義務年限明けにへき地勤務をすると片道切符になってしまうという状況がある。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。

○奥野委員：最近学生と面談すると「自治体病院など公務員の身分を持った医師になれますか」と聞かれることがよくある。一昔前は公務員の医師と言うと保健所に勤務する公衆衛生系の医師が代表的だったが、公に所属して医療を行う医師というものが若い医師から注目され始めているようだ。公務員というところをうまくPRしてみれば、一定期間、定着が見込まれるのではないかと思う。

○村瀬委員：医師個人の支援をしていくような働きかけが重要になってきている。例えば、機構の役割案に⑫として挙げられている就職の斡旋についても、へき地から離れるための就職斡旋についても併せて支援すべき。へき地勤務を辞めさせないよということだけでの支援では、へき地勤務医師が機構と関係を深めることはへき地勤務医師にとってリスクを高めるということにつながる。

○木村委員：島根県では地域医療支援会議というものを設けて医師派遣調整を行っている。今後は奨学金・地域枠医師と自治医大卒医師のグループを作り、地域の中核病院の支援やへき地勤務医師のキャリアパス育成を行おうと考えている。

ただ、へき地へ医師を派遣するにしても本人の希望を聞く、マッチングを重視するということを併せてやっていきたい。医師がいなくて困っている、だから手を挙げるでは、医師は来ない。今の時代は医師の側からも、魅力ある病院に行きたいと思っているから病院側としても努力する必要があるし、その上でいろいろな医師が集まってローテーションができるような仕組みづくりが必要。

○梶井座長：総合医の育成が重要である。診療所や中小の自治体病院を支援する意味でも重要。