

へき地保健医療対策検討会報告書素案と委員からいただいたご意見について

素案に個別に対応するご意見がある場合は、  で示している。

報告書素案	委員からいただいたご意見
1 はじめに (P)	
<p>2 近年のへき地医療を取り巻く状況の変化</p> <p>へき地医療を取り巻く状況については以下のような現状となっており、へき地保健医療対策を検討するに際しては、十分な考慮を行うことが必要である。</p> <p>(1) 無医地区・無歯科医地区の状況の変化</p> <p>平成 21 年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査によれば、平成 21 年 10 月末の無医地区は P 地区となっており、平成 16 年末 (787 地区) と比較して、P % 減少した。同様に、無歯科医地区は、P 地区と平成 16 年末 (1,046 地区) と比較して、P % 減少した。</p> <p>無医地区・無歯科医地区について増減をみると、無医地区・無歯科医地区が減少しただけでなく、新たに無医地区・無歯科医地区になるところもみられた。無医地区・無歯科医地区が減少したところでは、その理由として、「交通の便がよくなった」という回答が最も多く、この他の理由として、「人口が無医地区の要件である 50 人未満となった」、「医療機関ができた」</p>	

と続いていた。無医地区・無歯科医地区が増加したところでは、その理由として「医療機関がなくなった」との回答が最も多かった。【P】

無医地区の人口をみると、へき地診療所を設置する要件である1,000人以上の地域は10地区、離島においてへき地診療所を設置する要件である300人以上の離島は1地区であった。また、無歯科医地区の人口をみると、1,000人以上の地域は42地区であった。

【P】

このように、新たに無医地区・無歯科医地区となる地区や、人口減によって無医地区でなくなった地区もあり、高齢化の進行による医療需要の増大や、医師不足の影響等も考慮すると、引き続きへき地保健対策を実施することが重要である。

(2) へき地保健医療対策の現状と課題について

山村、離島等へき地における医療の確保については、昭和31年度以来へき地保健医療対策として取り組んできたところであり、地域の実情に応じてへき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣、緊急時の輸送手段の確保や遠隔医療の導入等を推進してきた。

このような個別の施設等の整備に加え、平成17年度までの第9次へき地保健医療対策においては、へき地医

療支援機構を創設して支援体制を二次医療圏ごとから都道府県単位へ拡大し、平成 18 年度からの第 10 次へき地保健医療対策においては、各都道府県ごとにへき地保健医療計画を整備し、地域の実情に応じたきめ細かい支援体制を実施する体制を構築するよう努めてきたところである。

このような状況の中で、今回の検討会において実施されたへき地医療に関する現況調査の結果、以下のような実態が明らかになった。

都道府県の取組について

第 10 次へき地保健医療計画においては、都道府県がへき地保健医療計画を策定し、平成 20 年度までに医療計画に反映させることとされていた(平成 18 年 5 月 16 日付け医政発第 0516001 号各都道府県知事宛て厚生労働省医政局長通知「第 10 次へき地保健医療計画等の策定について」)が、実際に都道府県においてへき地保健医療計画を策定していたのは 29 都道府県(67%)という状況であった。また、同通知では、へき地医療対策の各課題について検討し、医師確保の取組みを進める「協議会」の設置と活用も提言していたが、平成 19 年度に実績があったのは 8 都道府県であった。

個別の取組みとしては、国の補助制度を活用した施設や設備の整備は多くの都道府県が行っている他、通信回線の高速化など I T の活用を促進するための環境整備、

へき地医療に関する広報誌の発行等による住民への普及啓発等を行っている都道府県があった。

へき地で勤務する医師の確保について

へき地に勤務する医師の多くは自治医科大学の卒業生であり、都道府県の医師確保に対する取組みも「自治医科大学の活用」というものが多いが、自治医科大学の調査によれば 9 年間の義務年限を終了した後もへき地で勤務を続けているのは、29.4%にとどまっていることが明らかになった。

一方、自治医科大学の活用以外の医師確保の方策としては、地域枠や奨学金制度があるが、その現状を見ると、医師免許取得後にへき地で勤務することを義務付けた地域枠を設定しているのは 11 都道府県であり、このうち、学生に対して、へき地医療に積極的に動機付けするような、へき地・離島における体験実習等の特別なカリキュラムを設定しているのは 3 都県であった。

また、へき地勤務を義務付ける奨学金制度を導入している都道府県は 19 都府県であり、大学等のへき地医療に関する寄付講座を創設している県は 10 県であった。

へき地医療支援機構の現状について

へき地医療支援機構の現状を見てみると、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%）であり、4 県が未設置であるものの、へき地を有する都道府県のほとんどで設置されている

状況である。

しかし、へき地医療支援機構の業務の責任者である専任担当官の活動状況については地域ごとに濃淡があり、専任担当官がへき地医療関係業務に従事する日数を見てみると、週のうち4～5日従事する県が10県ある一方、0～1日と回答した県が13県、1～2日と回答したところが8府県に上る状況を見ると、「専任」担当官とは言えないところが半数以上を占めていることがわかる。

また、今回418か所のへき地診療所について調査を行ったところ、へき地医療支援機構との関係について「全く関わりがない」と回答した診療所が219か所(52.4%)にも及んだ。この結果については、へき地診療所側がへき地医療支援機構の関与をよく理解していないための誤解も多いという指摘もあるが、機構からの支援を最も享受しているはずのへき地診療所からみると、へき地医療支援機構との関わりが低いという状況が明らかになったと言える。

へき地診療所及びへき地医療拠点病院の現状について

医師の充足状況であるが、へき地医療拠点病院においては263施設中44施設(16.7%)で医療法施行規則に規定する標準医師数を満たしていないことがわかった。診療所には標準医師数の考え方が無いが、病院の標準医師数の考え方を参考に算出すると調査を行った418か

所のへき地診療所中 69 か所 (16.5%) がこれを満たしていない状況にあることが判明した。

また、へき地診療所に勤務する常勤医の数の平均は 1.2 人、常勤医の勤務年数については、現在勤務している診療所に 5 年以上勤務しているという医師は全体の 25.3%、10 年以上勤務している医師も 14.4%存在することがわかった。

なお、へき地医療拠点病院に対し、へき地医療拠点病院にとって必要な機能について意見を募ったところ、「医師派遣・研修、地域医療の提供等」「医師等の確保・派遣機能」、「救急を含む医療提供体制に関する機能」が必要との意見が多く寄せられた。また、国や都道府県に対する要望等としては、「医師等の確保（特に総合診療のできる医師）」、「ドクタープールの創設」、「医師養成・キャリアパスの充実（総合診療のできる医師の育成、医師の生活環境への配慮等）」、「医師研修に関すること（臨床研修制度にへき地での研修期間を義務化等）」、「医療制度・医療体制に関すること（開業に関する規制等）」、「財政支援に関すること（補助金・診療報酬）」等の意見があった。

また、へき地医療拠点病院と同様にへき地診療所に対して国や都道府県への要望等について意見を募ったところ、「医師等の確保への支援」「医師研修及びキャリアパスに関すること（へき地診療所医師のスキルアップ

等)」「医療制度・体制に関すること(代診医制度の強化等)」「財政支援に関すること(補助金の充実等)」、等について意見が寄せられたところである。

意見の提出状況については、へき地医療拠点病院から多くの意見が寄せられる一方、へき地診療所からの意見は比較的少なかったところである。

地域医療再生計画について

平成21年度第1次補正予算で創設された「地域医療再生基金」は、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づいて行う、地域の医師確保、救急医療の確保などの医療圏単位での医療機能の強化や医師等の確保の取組みを支援するものである。

各都道府県が策定した地域医療再生計画は合計94計画あるが、そのうちへき地医療に言及しているものが15県で19計画あり、その他にも、...【P】のように、へき地・離島医療対策を重視した計画(参考資料)があった。

今後、これら多くの都道府県において、地域医療再生計画に基づいたへき地医療対策が進められていくものと考えられる。

3 へき地等における医療提供体制を構築する各主体の役割として求められること

(1) 都道府県の役割として求められること

都道府県は、第11次へき地保健医療計画の策定に際して、地域医療の分析を行った上で、先進事例(別添)を参

都道府県全体の医療確保対策の中でのへき地保健医療対策の位置づけ、重要性をあらかじめ確認しておくことが

考にして、各都道府県が改善策を策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国がそのフォローアップを行うような仕組みを作ることが求められる。

また、地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策についても、都道府県ごとに検討することが重要である。

例えば、地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県（又はへき地医療支援機構）は積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組も考えられる。

必要。

マンパワーとして今後、自治医大卒業生や地域枠の医師が増えていくが、しっかりと仕組みを作らないと有効な活用は出来ない。大切なことは、目標設定と目標を達させる計画をいかにするかにある。

学生時代から目的意識を強く持たせ、総合医としてへき地でも都市部の病院でも勤務できるよう、救急総合診療を中心に研修・勤務できる地域医療研修センターなどの仕組みを構築し、人事ローテーションや勤務で公平な運営ができるような人事組織を構築するとともに、さらに計画の策定を行う組織の構築が必要であり、特に、人事はストックではなく、フローの管理であり、きめ細かな対応をする人事組織がきちんと機能しないと、現在の人材への投資が無駄になる可能性がある。

市町村（へき地を有する）と積極的に連携を図り、へき地勤務医師も巻き込んだ形で、医師確保や医療供給体制について協議できる場を設けることも考えられる。

（２）市町村（へき地を有する）の役割として求められること

市町村は、勤務する医師がへき地での勤務を楽しみ、充実してもらえるように努力することが必要である。

具体的には、茨城県であれば市町村が独自に筑波大学と提携して医師を派遣してもらうようなシステムが作られていたり、福井県での1つの町が寄付講座を作っているという事例があり、このような取組を参考に、様々な取組方

市町村が保健・福祉・医療に関連する計画を立案していく過程において、へき地勤務医師とも積極的に意見交換しながら進めていくことが必要と考える。

市町村単独での医師確保は困難な時代となっており、市町村がお互いに情報共有を図り、横のつながりを密にしていくことで、市町村の連合体として医師確保を目指

<p>策について検討していただきたい。</p>	<p>していけるような協議の場を設けることも考えられる。</p> <p>市町村の各々の自助努力を促す取組として、例えば各市町村において、自治医科大学義務年限内の医師派遣を希望する場合は、給与、手当、住環境や勤務ローテーション等の現状を明確にし、他施設と外形的に比較することも考えられる。</p> <p>学生時代に、地域医療調査で家庭訪問することや現地での住民や行政を交えてのワークショップなどで地域との交流を深めることなど地域の自分たちへの期待を直接意識するような環境の醸成も重要であることから、市町村は、ワークショップや地域実習の受入などについて積極的に対応すべきであり、併せて休暇や研修で代診を確保するなどの支援も必要であると考えられる。</p>
<p>(3) 国の役割として求められること</p> <p>今回の報告書や策定指針を受けて、今後各都道府県が策定する改善案や第11次へき地保健医療計画について、国がフォローアップを行う必要がある。</p> <p>また、各都道府県のへき地医療支援機構等が全て参加して、全国へき地医療支援機構等連絡会議（仮称）のようなものを作り、都道府県間の格差の是正や各都道府県間にまたがる事項の調整などを、国と共同して実行する必要がある。</p>	<p>国は各都道府県の計画の実施状況を支援する仕組みの構築として、例えば、へき地医療支援機構の活動状況、教育、人事組織、策定会議の状況などの取りまとめや公表のほか、必要に応じて技術的支援も考えられる。</p>

る。

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。

「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。

「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は反対である。

(4) 大学の役割として求められること

大学の医学教育において、へき地医療支援機構のしくみ等へき地保健医療に関して広く、カリキュラムに盛り込んでいく必要がある。

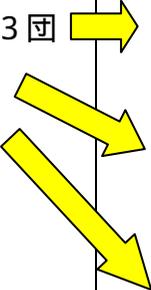
へき地・離島医療の現場を経験できるようなカリキュラムを、都道府県(へき地医療支援機構)と連携して作成し、学生に対して地域医療やへき地医療に対する親和性を高める教育が必要である。

教員のなかに、へき地医療に従事した経験のある医師や総合医を加えることによって、学生が総合医と接することができる機会を増やすことが可能となる。

「総合医」のカリキュラムや活動目標が、大学の活動と一致しないことが多く、従来の専門各科の寄せ集め的に総合医を養成するケースが見られる。大学で専門各科と切り離れた、総合医養成の仕組みや生涯教育の確保ができることが重要。

なお、医学教育の中で統一したカリキュラムを履修した医師は「地域医療修了医」というような肩書きを与えるべきとの意見があった。

大学の医学教育のみで、「地域医療修了医」のような肩書きを与えるのはいかがなものか思う。

<p>(5) 学会等の役割として求められること 総合医の確保策としてプライマリケア学会等関連 3 団体の認定医制度を拡充する必要がある。</p>	 <p>「総合医」の定義等が不明の現状で、プライマリケア学会等関連 3 団体の認定医制度を拡充することには反対で、総合医の認定がへき地対策になるかは疑問である。</p> <p>総合医に関連した認定医や専門医の取得にあたっては、へき地勤務経験が取得のための緩和条件につながるような検討を進めるべき。</p> <p>3 団体の活動を見守り、その後へき地医療の認定制度を構築することは問題ないと思うが、3 団体の内容が問題で、実際、十分な研修体制や、指導者の育成がなされているのが問題。</p>
<p>(6) 医療の提供を受ける住民側に求められる意識等 住民が、へき地勤務医の生活面での実情を理解するようにしていく必要がある。</p> <p>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。そのような国民の意識改革もしていかないといけないのではないかと という意見があった。</p>	<p>医師と住民のトラブルも少なくなく、医師が地域では弱い立場であることが多いことから、現地での紛争になる前に、意見を聴取する窓口的機関が欲しい。</p> <p>へき地だけでなく他の地域の住民にも広く医療の実情を理解していただく必要があり、そのためには保健所、保健センターなどと連携し、啓発することも必要である。</p>
<p>4 へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討</p>	

<p>(1) 新たなへき地医療支援機構の構築について</p> <p>第 9 次計画より活動してきたへき地医療支援機構は、へき地診療所に勤務する医師等の支援機能等、代診医等の派遣調整を的確に行うことが最大の任務であり、さらなる向上が必要である一方、今後機構が果たすべき役割や位置づけを明確化していく必要がある。また、へき地を有しているが機構未設置の県については、設置を行うようにすべきである。</p>	
<p>1) 新たなへき地医療支援機構の位置づけについて</p> <p>現行の位置づけに、第 1 0 次計画策定時に創設することが求められた「へき地保健医療対策に関する協議会」やその後の議論を踏まえ、以下のように修正することが確認された。</p> <p>へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、各都道府県に 1 箇所「へき地医療支援機構」を設置する。へき地医療支援機構は、専任担当者を置く。また、へき地医療拠点病院の代表、地域医師会・歯科医師会の代表、市町村の実務者、地域住民の代表等によって構成する「へき地保健医療対策に関する協議会」において、へき地医療対策の各種事業の実施について実質的な助言・調整等を行う。</p> <p>へき地医療支援機構の運営主体は、これまでへき地医</p>	<p>平成 18 年の医療法改正で都道府県に設置が義務付けられた地域医療対策協議会との連携、連動を密にすべきという点に触れるべきではないか。</p>

<p>療支援の中核を担ってきた、あるいは担い得る都道府県又は医療機関等とし、専任担当者はへき地での診療経験を有する医師であって、へき地医療支援機構の責任者として、へき地医療に関する業務に専念できるような環境を整えることが必要である。</p>	
<p>2) 専任担当官(医師)のあり方について</p> <p>専任担当官(医師)のあり方としては、現場のキーとして、機構の組織としての意識付けが重要であり、他職種を巻き込んだチームでの対応が必要である。例えば、自治医科大学卒業医師や地域枠出身者はそもそも意識が高いので、まずここをピックアップして活用することが考えられる。また、ある程度長く担当官として務められるようにすることが重要である。</p> <p>専任担当官(医師)の勤務内容としては、へき地医療に専念するような工夫が必要であり、例えば、</p> <p>現場の医師と行政とのパイプ役が必要であり、都道府県の医務主管課に、へき地医療の勤務経験を持つ臨床医を専任担当官として配置すること</p> <p>へき地診療所の現地視察を行って、実際に状況を聞いたり首長と意見交換をしたりすることも必要である。</p> <p>なお、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</p>	

<p>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、地域の実状を留意しつつ、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との意見もあった。</p>	
<p>3) 新たな支援機構の役割について</p> <p>へき地医療支援機構の位置づけとしては単なる支援機関ではなく、医局的な機能としてドクタープール機能やキャリアパス育成機能も持たせることが肝要であるとした上で、現行の役割を含めて、以下の役割があげられた。</p> <p>へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請</p> <p>へき地医療拠点病院における医師・歯科医師等の派遣登録業務及び当該人材のへき地診療所等への派遣業務に係る指導・調整</p> <p>へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成</p> <p>総合的な診療支援事業の企画・調整</p> <p>へき地医療拠点病院の活動評価</p> <p>へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関すること</p>	<p>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構の役割を拡大すべきではないか。</p> <p>ばらばらに分散しては、マンパワーを多く必要とするへき地医療という困難な目標は達成できないことから、上記の機能に加え、研修機能として、奨学生・研修医の基地となる「へき地医療教育研修支援病院（仮称）」を認定し、そこに支援機構の事務局機能や専任担当官が勤務するようにすることが大切である。</p>

へき地医療機関へ派遣する医師を確保するドクター
プール機能

へき地で勤務する医師のキャリアパスの構築

へき地における地域医療の分析

へき地医療拠点病院においてへき地医療支援に従事
している医師に対する研究費の配分

へき地保健医療情報システムのデータ登録、更新及
び管理

・ 機構に地域医療に関するデータバンク的な役割
も求められるのではないか。

就職の紹介斡旋、就職相談、その他就職に関する情
報提供

・ 医師がへき地から離れる場合の斡旋もきちんとや
っていくべき

なお、医局的なドクタープール機能を支援機構以外の医
療対策協議会や地域医療学講座などに持たせることも考
えられ、都道府県によって一律にすべきではないのでは
ないかという意見あった。

へき地医療支援機構の見直しに関して、実施主体をへき
地医療拠点病院など特定の病院にするものであれば「『医
局的な機能』を持たせる」ことは、支援機構の実施主体と
なった病院に医師を集約させるものであり、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
ことにつながることから、地域住民の医療へのアクセスの

	<p>狭小化を招きかねなく、慎重に進めるべきである。</p>
<p>4) へき地医療支援機構に対する評価について</p> <p>支援機構に対する評価については、現在以下のような取扱となっている。</p> <p>へき地医療支援機構の活動については、当該機構の設置されている都道府県のへき地医療担当部局が評価し、当該評価結果に基づいてへき地医療支援機構に必要な指導を行う。また、都道府県は、評価結果及び指導の内容等を含め、へき地医療支援機構の活動状況について積極的に情報公開を行う。なお、国は、都道府県に対し、評価指標・方法の研究開発等の技術的支援を行うものとする。</p>	<p>「全国へき地医療支援機構等連絡会議(仮称)」など全国のへき地医療支援機構が一同に会する場を設けて、お互いの情報共有や協議、評価などを行ってはどうか。(再掲)</p>
<p>5) 新たなへき地医療支援機構に対する支援方策について</p>	<p>医師確保の手段は都道府県単位で考え、機構を支援していく必要がある。拠点病院にこだわらず、地域医療圏外であっても大学病院、自治体病院、民間病院の支援や</p>

機構だけでは限界があり、医師確保の手法として、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。

地元医師会、保健所などとの連携を重視する必要がある。

広域連合は都道府県の指導力次第で有効になるが、内部の医師のキャリアプランや人事のネットワークなどを持ち、きめ細かな対応をしないと、目標達成が優先してしまう恐れがあり、組織全体が自ら計画し目標達成に向け公平に活動するといった状況が確保できるかが重要であり、十分な配慮が必要である。

(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) 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等について

へき地だけにこだわらず、地域医療全体を見渡して、地域に根ざした医師をどう育てるかという仕組みが必要である。

例えば、総合医の確保策としてプライマリケア学会等関連3団体の認定医制度の拡充も一手段として考えられる一方、本人や周囲への意識付けと、本人のステップアップの双方を満たすような制度として、医学教育の中で統一したカリキュラムを履修した医師は「地域医療修了医」というような肩書きを与えることも大きな動機付けになることも考えられる。

「総合医」の定義等が不明の現状で、プライマリケア学会等関連3団体の認定医制度を拡充することには反対で、総合医の認定がへき地対策になるかは疑問である。(再掲)

大学での医学教育のみで、「地域医療修了医」のような肩書きを与えるのはいかがなものかと思う。(再掲)

また、地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県(へき地医療支援機構)が積極的に

当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組なども求められる。(再掲)

一方、大学の医学教育において、へき地医療支援機構に関することをカリキュラムに盛り込んでいくことや、地域枠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であるという意見があった。

大学教員のなかに、学生から総合医をイメージしてもらえる人材に入ってもらうことにより、総合医と接触する機会を増やす必要がある。

地元高校生を対象とした、地域医療や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はいかがでしょうか。

地域医療実習(特にへき地医療や特定診療科について)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。

2) 安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築について
へき地勤務医等が、自分のキャリア形成や家族への影響について心配することなく勤務できるような、医師派遣(定期的な交代)の枠組み作りに必要な対策について検討する必要がある。

ア キャリアパスのあり方について

キャリアパス作成に当たっては、以下の事項に十分留意する必要がある。

へき地勤務医の子育て、家族支援などを考慮に入れたキャリアデザインの策定

<p>勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築（産休・育休を含む）</p> <p>へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備（拠点病院等を中心としたローテーション方式）</p> <p>また、「身分上の制約」に対しては、「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医療を担う全国的なネットワーク組織が必要という意見や、自治医科大学卒業医師の場合、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ことから、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との意見もあった。</p> <p>以上の検討を踏まえ、へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル案を厚生労働科学研究（主任研究者：鈴川正之自治医科大学教授）で作成した（参考資料2）。</p> <p>このモデル案について出された様々な意見を踏まえ、以下のようなモデル例が考えられる。</p>	
<p>【コラム部分】</p> <p>へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル例</p> <p>1．大学等（研修部分では大病院を含む）・へき地医療拠点病院</p>	

等（地域の中核的病院を含む）へき地診療所等（へき地にある病院も含む）の3本の柱を行き来しながらキャリアを重ねていく構造である。

このように3本柱間の長期間にわたる移動を前提にしているので、このキャリアデザインで動いている場合には、身分的な保証・年金の継続の保証などを考える必要がある。

2. 一定の区切りごとに1年の自由期間を設けてあり、この時は3本の柱から離れて自分のキャリアアップを図ることもできる。臓器別の専門医の研修、基礎研究、留学、行政での活動経験を得ることが可能となるとともに、次の勤務期間をどのようにするか考える期間にもなる。

3. 基本的に3本の柱の中であれば、どのように移動していてもかまわないものとする。3本柱のどこにいても、他の2本へ移動することが可能であることを保証する。これらの移動は、どこかが軸となって合意形成していく必要がある。例えば、へき地保健医療対策に関する協議会を通じてへき地医療支援機構が調整することが考えられる。

この場合、へき地医療支援機構は、このようなキャリアデザインを保証し、人事面でも3本柱間の調整をする上で、このシステムの中で非常に大きな役割を果たす必要がある。

つまり、へき地医療支援機構は、大学等ともへき地医療について、緊密に連絡を図る必要がある。特に地域枠の学生のいる

<p>医科大学などにおいては、早急にキャリアデザインを明らかにする必要はある。</p>	
<p>イ キャリアを評価する仕組みについて</p> <p>へき地医療を担う医師のモチベーションを上げていくために、へき地・離島での診療経験や機構での勤務を評価して、キャリアになるような仕組み作りが必要である。</p> <p>具体的な評価については、厚生労働科学研究（主任研究者：鈴木正之自治医科大学教授）での検討結果が示され（参考資料P）、「へき地医療専門医（仮称）」や他の新たに考え得る認定制度については様々な課題があり、直ちに制度化することが難しいことが示された上で、名称は別として新たな称号や資格化について推進する必要があるとの意見がある一方、以下のような意見があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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改善するため、「県の地域医療認定者」検定を作り、合格者を集めた年次総会で議論する仕組みを作ることで、資格ではないが、意識は高まると思う。 ・ 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と思う。 ・ 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、むしろへき地の部分を加味、包含するよ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国として、特定の学会の専門医指定に頼ることなく、「生活に寄り添う（生活を支える）医療」を実践できる総合医であることが住民からしっかりと認知できるような資格又は称号を検討してほしい。「へき地医療専門医」という表現では、「専門医＝病気と戦う（を治す）医療」ということで、「諸診医」という表現はどうか。 ・ 「総合医」、「へき地医療専門医」というものについては、住民にその趣旨やその2つの違いなどをきちんと説明しないと分かってもらえないのではないかと。へき地に行ってくれる先生には感謝しているが、「へき地

<p>うな形での在り方でとらえた方がいいのではないか。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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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のだろうかという気もする。 ・ へき地専門医については、議論が中途半端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。 	<p>医療専門医と名前がつくと、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。</p>
<p>ウ その他</p> <p>自治体病院等の公務員医師として採用し、給与と身分を保障することをインセンティブにPRすればへき地医療に専念してもよいという医師の定着が見込めるのではないかという意見があった。</p>	<p>この表現だと、現状の公立病院における深刻な医師不足が説明できないので、へき地医療拠点病院やへき地診療所、大学病院などとキャリアパスを重ねていても、通算して公務員としての給与と身分が保障され、福利厚生や年金などの面でメリットがある旨の表現の方がよいのではと思う。</p> <p>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。</p> <p>定年退職した医師にへき地勤務してもらってはどうか。</p>
<p>(3) へき地等における医療提供体制に対する支援について へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院等地域の中</p>	

核的な病院を地域全体で支援する具体的な仕組みについて検討していくことが必要である。

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

へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような支援が必要である。

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くてはいけなく、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という意見があった。

また、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ので、例えばがん診療連携拠点病院のような1か所あたりの補助金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いう意見があった。時間がかかっても、組織が強化されていくような取組が求められる。

一方、へき地医療拠点病院の指定要件については見直すべきであり、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行い、指定されることによってメリットを受けられるようにできないかとの見解が示された。

具体的には、へき地医療拠点病院、等2つの指定

に大きく分類し、については原則的に医師派遣実績があり、G P（総合医）の育成・教育機能を有すること等を条件とし、従来どおり指定する場合を とすることが提案された。

しかし、へき地医療拠点病院の指定要件の見直しは、あくまで地域の医療機関にとっての相当程度のメリットの存在が大前提となり、付加すべき条件も含めて引き続き検討が必要とされた。

なお、この提案に対して以下のような意見があった。

- ・ 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。
- ・ 全てに同じように悪平等で補助金なり交付金が交付されるというのは非常に危険だと思う。

例えば、常勤の医師がいない出張診療所とかの優先順位の高い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かねない。

- ・ へき地医療拠点病院群、へき地診療所といった現地での体制は構築できてきたので、11次では、最重点事業は、「へき地医療教育研修支援病院」、つまり、へき地の医師の教育研修、支援を行い、人事の機能の中核の機能も有し、へき地医療を担う医師たちの基地となる機能をする施設を、各都道府県にまずは1か所、今後は2つ程度確保する必要があり、また、へき地医療支援機構の専任担当官は、できれば「へき地医療教育研修支援病院」の中核的な医師であることが望ましい。

具体的には、へき地医療支援機構が認定する「へき地医療教育研修拠点病院」を創設し、救急総合診療科の運営、へき地医療支援機構の運営、研修人事ローテーションの運営、奨学生、研修医の指導研修センターの運営、へき地医療計画策定会議の運営といった機能を持たせ、窓口を一本化させ、リソースを

<p>なお、へき地医療に対してある一定期間支援した場合に社会医療法人の指定を受けることができるが、認定要件となるのがへき地診療所に対する支援のみであり、へき地にある病院への支援も認定要件として認めてもらいたいとの意見もあった。</p>	<p>集中的に管理する。運営は自主的なものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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)
<p>2) へき地診療所に対する支援について へき地診療所の施設整備の拡充について</p>	
<p>3) 情報通信技術(I T)による診療支援について へき地における遠隔医療は大きく以下の2つに分けられる。へき地医療拠点病院においては、263施設中38例(14.4%)が遠隔医療を実施している。 在宅の患者さんに直接健康管理を行うもの。こ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含まれる。 医師同士の診療支援ということで、特に一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</p>	<p>へき地等における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するためのツールとして、情報ネットワークの整備は不可欠のものである。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。 へき地等における医療機関から24時間365日いつでも気軽にI Tを利用した相談(遠隔画像伝送等)や、T V会議などができる体制の整備が必要である。 I C Tによる遠隔医療は、対面診療が原則であるこ</p>

<p>うに支援を行えるかという観点から考えている画像診断等の診療支援の仕組み。</p> <p>なお、電話は最も基本的かつ誰にでも容易に利用可能な通信手段であり、健康・医療の分野において、コールセンターの活用が進んでいることから、遠隔医療においても電話の活用が考えられる。コールセンターと相談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、遠隔医療マネジメントの質の向上が期待されるという提案があった（参考 ）。</p>	<p>と、標準的で開放的なシステムであること、財源面を含め安全性・安定性に優れたものであることなどが必要である。</p>
<p>4) ドクターヘリの活用について</p>	<p>へき地医療の現場から、医師や救急車不在を回避するために、ドクターヘリの活用は積極的に推進していく必要がある。</p> <p>へき地等の多い中山間地域では、ヘリが着陸できない地域が多いためヘリの離発着場の整備も必要である。</p> <p>へき地医療現場からのヘリ搬送については、ある程度のオーバーリアージを容認する姿勢を明確にしておく必要がある。</p> <p>地理的要件によっては、海上交通の選択肢しかない場所もあり、距離が遠い離島地域については、ジェット機の活用も検討されるべき。</p>

<p>5) その他</p> <p>地域における病院間の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にするべきであり、単なる医師の取り合いになると、へき地は負けてしまうという意見があった。</p> <p>また、200床以下の中小病院は特に医師不足に陥っており、このような中小病院対策も考えてほしいという意見があった。</p>	<p>200床以下の中小病院は、総合医の育成・教育に適した医療機関であり、特にへき地医療拠点病院の指定がある病院については、総合医教育のコア施設と位置づけ、その地域における4疾病5事業の担い手でもあることから、ヒト・モノ・カネを投入してしっかりてこ入れをする必要がある。</p>
<p>(4) へき地等における歯科医療体制について</p> <p>歯科においても医師等に対する対策と同様の取り組みを行うとともに、特に次の点について重点的に取り組む必要があるとの提案があった。</p> <p>へき地医療支援機構において、歯科医療や口腔ケアについて医科との連携を含め、コーディネートできる体制がまだ十分でないことから、へき地医療支援機構の強化の中で、地域の歯科医師会や歯科大学・歯学部との連携の推進など、歯科医療や口腔ケアの確保に向けた具体的な対応が可能となるような方向付けをすべきではないか。</p> <p>歯科大学の卒前教育や臨床研修においてへき地歯科</p>	

<p>医療に関する教育・研修が必ずしも十分でないことから、カリキュラム等のなかでへき地歯科医療に関する内容の充実を図るべきではないか。また、へき地歯科医療の確保が困難な都道府県においては、自治体などの奨学金制度の充実も検討課題のひとつではないか。</p> <p>へき地住民の必要に応じ、へき地医療拠点病院等から歯科医師を派遣するなどの機能を強化する必要があることから、へき地医療を支えるへき地医療拠点病院の機能の中に、巡回歯科診療や訪問歯科診療などの歯科医療提供体制の確保を明示するとともに、へき地住民の口腔機能の管理などを担う地域歯科保健活動についても支援できるようにすべきではないか。</p>	
<p>(5) へき地等の医療機関に従事する医療スタッフについて</p> <p>へき地で勤務する看護師への支援等について以下の提案があった。</p> <p>へき地看護に従事する看護職の実態というのが明らかになっていないことから、都道府県等において必要な調査を実施すべきである。</p> <p>都道府県単位の人材育成として、都道府県立の看護師養成所等が看護の十分行き届いていないところや、人材等支援が必要なところに対して寄与していく役割を強化していくことや、学生が将来も含めて働いてみたいと思えるような離島・山村等に関心を持たせる教育が必要である。</p> <p>また、キャリア開発支援を視野に入れた人事交流や</p>	<p>医師だけでなく看護師をはじめとする医療スタッフの派遣も視野に入れる。</p> <p>常勤でのスタッフ確保が困難な場合は、隣接する市町村が広域で運営を行い(身分を同じにする)診療所を出張診療所化するなど、医療機関の再編も視野に入れて検討を行う必要がある。</p> <p>医療スタッフのモチベーションを高めるためにも、業務の権限委譲に向けた環境整備、研修体制の必要性が指摘できないか。</p>

派遣制度等の仕組み作りができないか。都道府県看護協会等が各地域でネットワーク組織を作り、現職場での退職を検討している者などがへき地看護の従事につながるような機会を作るとよいのではないか。

都道府県担当部署又はへき地医療支援機構が中心になって、看護協会、看護師養成所等、へき地医療拠点病院、日本ルーラルナーシング学会が協力して、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ことが大事だと思う。

看護活動に関して相互的なコミュニケーションによる支援というものがすごく重要なのではないかと思う。

集合研修ということでは支援が難しいへき地の状況があるので、認定看護師等のへき地看護経験者の登録制度を設けて、へき地に出向いて支援できるような仕組みを作るといいのではないかと思う。

5 今後のへき地保健医療施策の方向性について

(1) 国、都道府県等が果たすべき役割について

第11次へき地保健医療計画策定にあたり、今後都道府県は、へき地を中心とする地域医療の分析を行った上で、この度例示する先進事例を参考にして、改善策を具体的に策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国は研究班を活用するなどして、そのフォローアップを行うような仕組みを作る必要がある。この際併せて、地域枠選拔出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策についても検討することが重要で

<p>ある。</p> <p>国は、全国のへき地医療支援機構の専任担当官等が参加する「全国へき地医療支援機構等連絡会議（仮称）」を設け、都道府県間の格差の是正や各都道府県間にまたがる事項の調整などを、国と共同して実行する必要がある。</p>	
<p>(2) へき地医療支援機構の強化と新たな役割について</p> <p>へき地医療支援機構は、代診医派遣等の従来の機能を拡充させるため、医育機関やへき地医療拠点病院と調整しながら、へき地保健医療施策の中心的機関として、地域の実情に応じたドクタープール機能やキャリアパス育成機能などに主体的に関わることが期待される。</p> <p>具体的に国は、本報告書を踏まえて機構が果たすべき役割や位置づけを明確化し、都道府県等に周知・徹底していくとともに、これら新たな機能を果たすべく、へき地医療支援機構等の強化に向けて、国、都道府県等は積極的に支援する必要がある。なお、へき地を有しているが機構未設置の県については、設置を行うようにすべきである。</p>	
<p>(3) へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築に向けて</p> <p>この度、へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル例を作成したので、都道府県はこのモデル例を参考にして、関係者間で協議しながら地域にあったキャリアデザイン作りに取り組んでいく必要がある。</p> <p>また、へき地医療への動機付けとして、地域の医療を担う</p>	

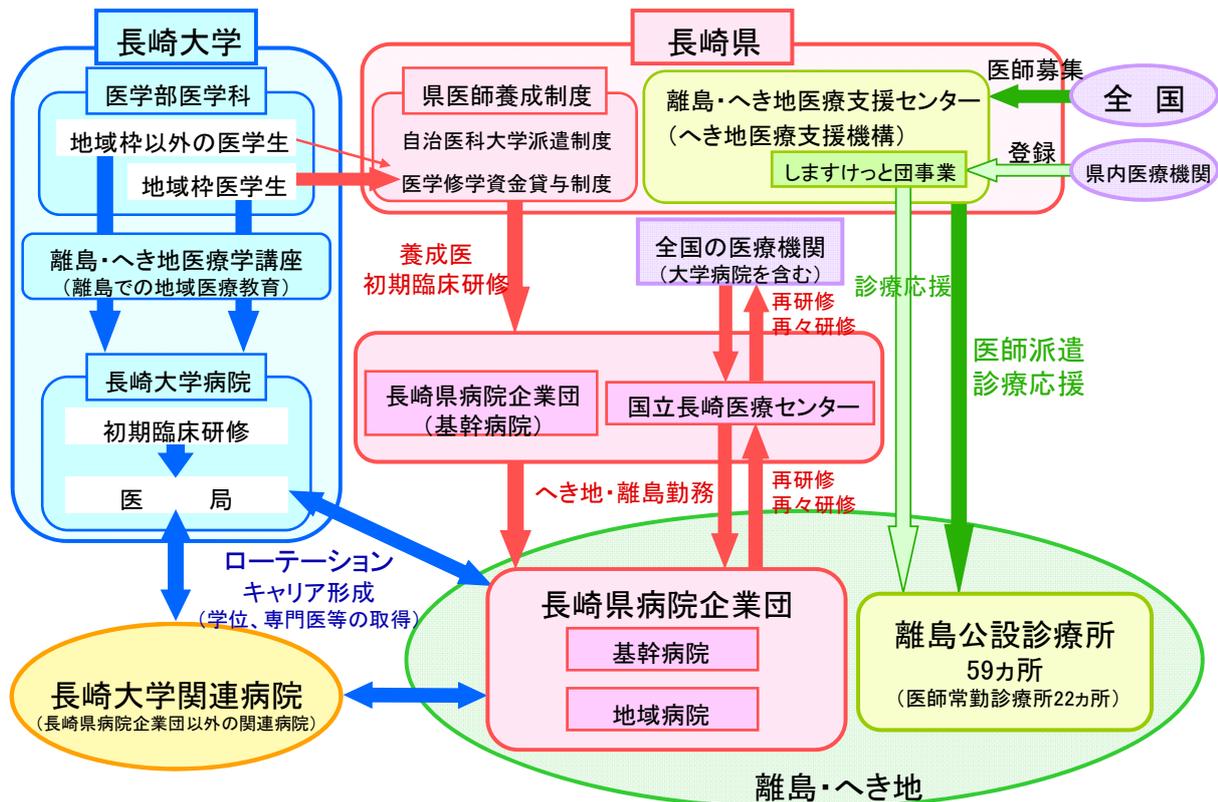
<p>「総合医」育成を促進する一方、「へき地医療専門医(仮称)」、「地域医療修了医(仮称)」等新たな称号や資格化については現時点では様々な課題があり、直ちに制度化することは難しいものの、引き続き関係者と協議しながら研究班等で検討していく必要がある。</p>	
<p>(4) へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について 今般、診療報酬上、DPC対象病院における新たな機能評価指標に、へき地医療拠点病院が選定されたことを踏まえ、また質を確保する観点からも、拠点病院の実績や体制にあった新たな評価指標について、今後研究班等で検討していく必要がある。</p>	
<p>(5) 情報通信技術(IT)による診療支援について へき地等における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するためのツールとして、情報ネットワークの整備は不可欠であり、へき地診療所がへき地医療拠点病院等と常時相談できるような体制整備等に向けて、引き続き支援していく必要がある。</p>	
<p>(6) ドクターヘリの活用について へき地医療の現場から、医師や救急車不在を回避するために、ドクターヘリの活用は積極的に推進していく必要がある。</p>	

<p>(7) 歯科医療、看護職等への支援方策について</p> <p>へき地等における歯科医療体制、看護職等への支援方策などについても、原則、医師等に対する対策と同様の取り組みを行うことが必要であると考え。今後関係者間での協議や研究班等での検討を踏まえて、具体的な施策に結びつけるよう、国は引き続き支援していく必要がある。</p>	
6 終わりに (P)	

へき地医療に関して先進的な取り組みを行っている都道府県の例

1. 長崎県の離島医療体系図(一部抜粋)

長崎県へき地医療支援機構概要



長崎県の離島・へき地医療は、主に長崎県、関係市町、長崎大学、国立長崎医療センター、長崎県病院企業団、離島の公設診療所などが有機的に連携してマネジメントされている。こうした地域医療を支える県の養成医制度として、長崎県医学修学資金貸与制度(昭和45年創設)と自治医科大学派遣制度(昭和47年創設)があり、この制度で養成された医師は国立病院機構長崎医療センターと長崎県病院企業団の基幹病院で初期臨床研修を受け、主に離島にある長崎県病院企業団病院に勤務する。標準的な義務年限は、研修期間も含めて医学修学資金貸与制度が12年、自治医科大学派遣制度が9年で、義務期間の途中で希望する医療施設においてそれぞれ1年間の再研修、再々研修を受けることができる。

長崎県離島・へき地医療支援センター(以下、支援センター)は、従来の長崎県へき地医療支援機構の業務に加え、代診医の派遣や常勤医師を確保することで、主に離島の公設診療所を支援する目的で設置された。この支援センターの特色ある支援事業として、「ドクターバンク事業」と「しますけっと団医師斡旋事業」がある。

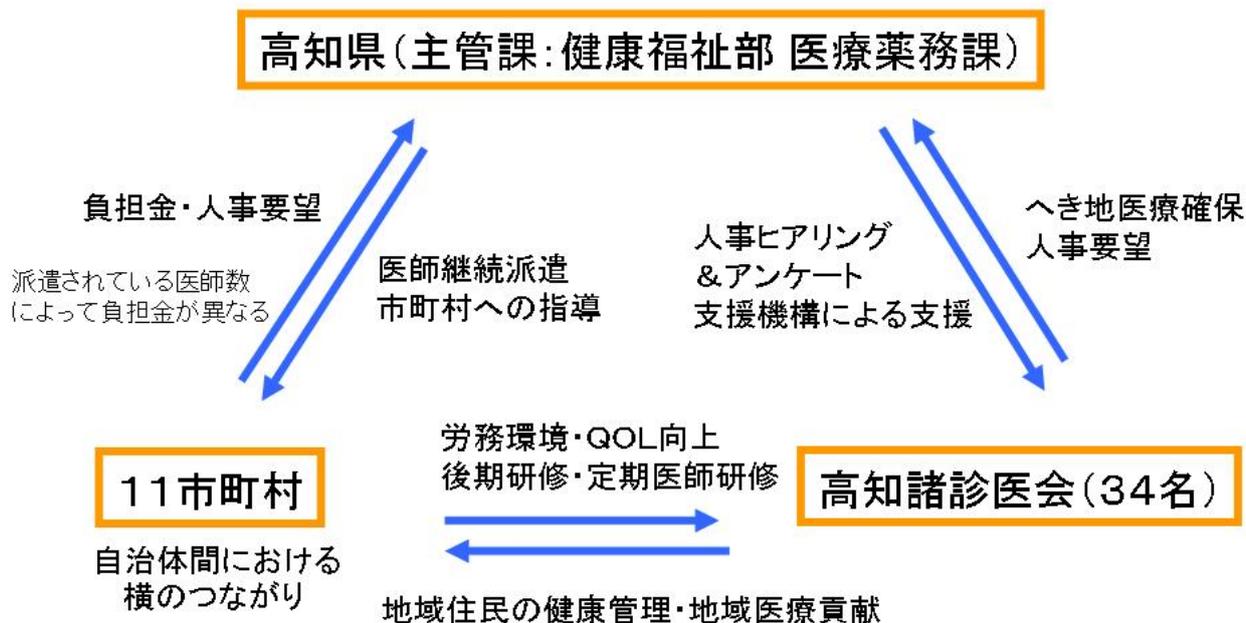
「ドクターバンク事業」では、離島の市町からの要請に応じて、全国から診療所常勤医師を公募し、県職員として採用した上で診療所へ派遣する。2年間で1単位として、1年半の離島診療所勤務の後は、希望に応じて半年間の有給の自主研修が保証されている。また、常に支援センターの専任医師が相談に応じる体制となっており、こうした連携強化によってチームで離島・へき地の医療を支えるという意識を育み、常勤医師の負担軽減を図っている。診療所常勤医師の募集のため、支援センターが主体となって毎年定期的に都市部で医師募集説明会を開催している。

「しますけっと団医師斡旋事業」は、離島・へき地の市町から代診医派遣要請を受け、支援センターが「しますけっと団」に登録した医師あるいは医療機関を調整して斡旋する事業である。常勤医師の学会出張や休暇、病気の際の代診、そして専門外の医療分野の診療応援などを行うことで、常勤医師を支援するシステムである。

2. 高知県へき地医療協議会

三権分立の関係

総 会:1回/年
幹事会:3ヶ月毎



澤田 努:「都道府県へき地・離島保健医療計画策定に向けての事例集(平成19年度版)」から

高知県のシステムは、「人の輪」で構成されている。

自治医科大学卒業医師を受入れている市町村の間の格差を解消し、どの市町村に赴任しても同じ条件で、かつ気持ちよく勤務ができる環境を作ることを目的として、市町村の枠を越えた横のつながりを持つ組織として、昭和61年に「高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会」が設置され、さまざまな課題について議論することとなった。これにより、自治医科大学卒業医師と受け入れる市町村、医師を派遣し市町村を指導する立場の県が、相互理解を深めることが可能になった。県内のへき地医療機関における勤務の条件が均一となり、各市町村から一定の負担金を拠出してもらうことで「在籍出向」の形で後期研修を行うシステムが確立した。

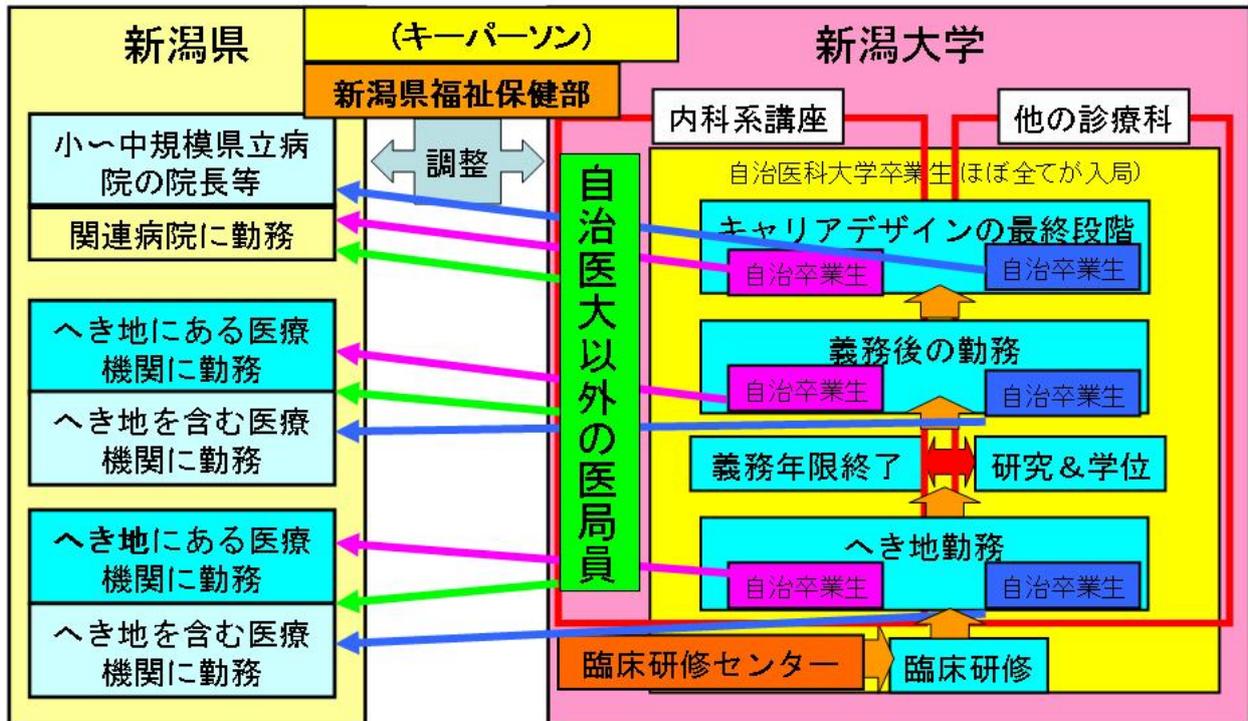
続いて、自治医科大学以外を卒業した医師にも、協議会に参加してもらうために「脱自治医大」のキーワードのもと、平成10年に名称が「高知県へき地医療協議会」に変更された。

それを機に当初、自治医科大学卒業医師のみで発足した協議会の医師部会も「高知諸診医会」と改組されて今日に至っている。

いまだ、自治医科大学卒業医師が中心ではあるが、高知大学の出身者も含んだ「高知諸診医会」が、高知県、各市町村の三者で、「三権分立」と表現されている対等な立場でマネジメントをしていることが特徴である。

3. 新潟方式

古典的な医局人事によるへき地への医師の配置



新潟大学大学院 医歯学総合研究科 総合地域医療学講座 井口 清太郎 先生の協力を得て作成

新潟は、「医局人事によるへき地への医師の配置」と言うことができる。

まず、前提として、以下の3つが新潟県の特徴としてあげられる。

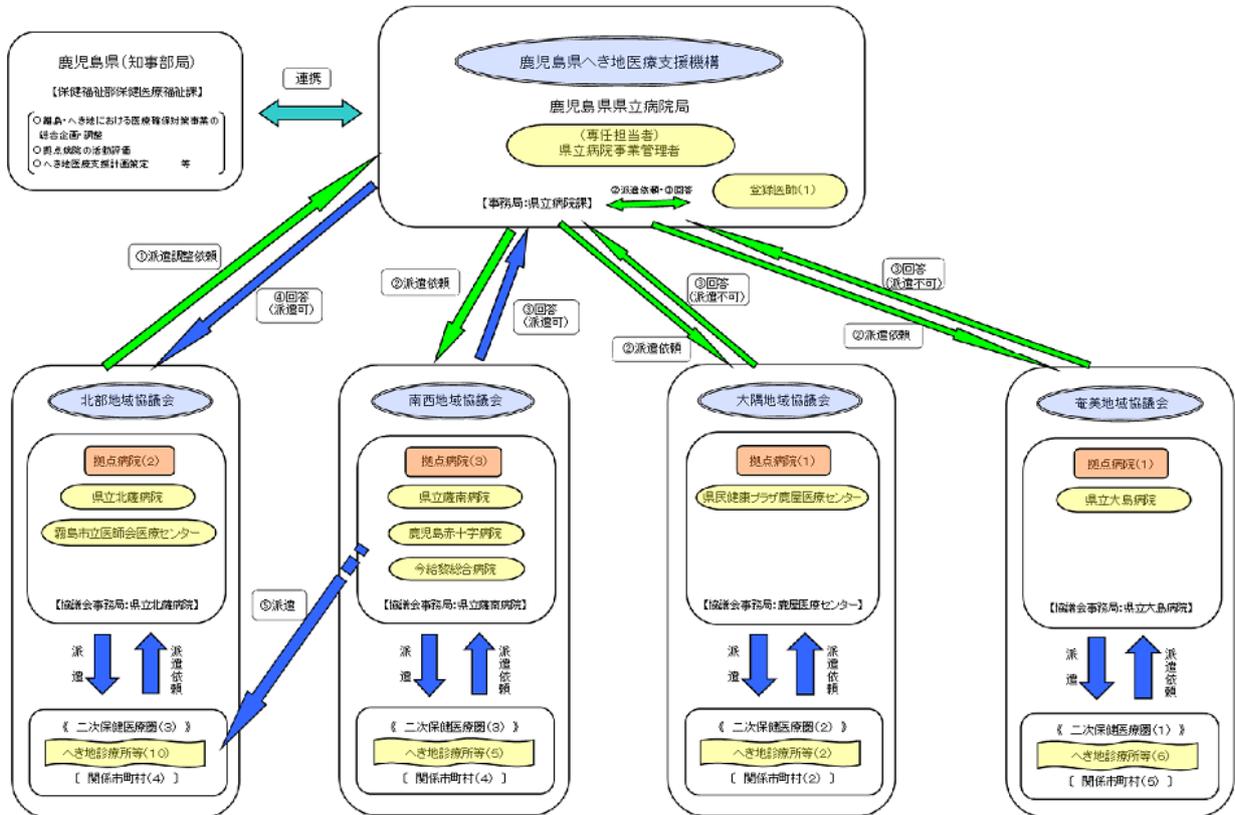
1. 自治医科大学卒業医師のほとんどが新潟大学に入局すること
2. ほかの県と違って、新潟大学の医局の組織の力がしっかり残っていること
3. 新潟大学の内部に「自治医科大学卒業医師は同じ仲間である。」という認識があること

上記の前提のもとで、図にキーパーソンと示した人物が、新潟大学と新潟県の間、現在は福祉保健部を中心として県と大学の間をうまく調整することによって派遣先をきちんと確保しており、義務内のへき地勤務を行っている。義務年限終了を待って大学で研究を行って学位を取得することや、専門医の資格を得ることもできるようになっている。義務後も医局の人事で県内のへき地医療機関に赴任して、その後、キャリアデザインの最終段階としては中小の県立病院の病院長職等が考えられている。

以上のことから、医師が誇りを失わずに帰属できる場所があり、それが構造として維持されていれば、キャリアデザインがうまく機能するということ言えると考えられる。

4. 鹿児島方式

鹿児島県へき地医療支援機構 代診医派遣システム



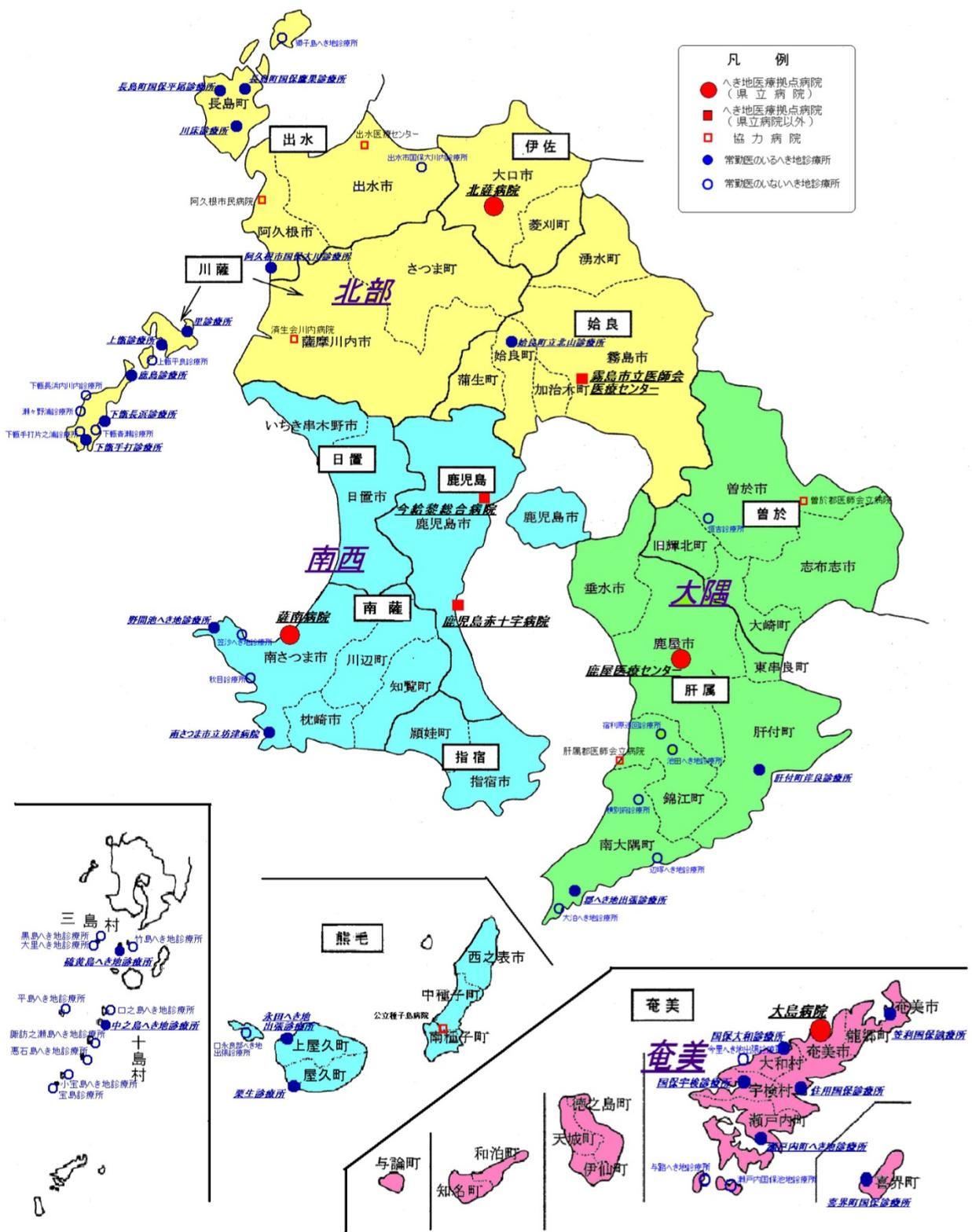
	平成19年7月まで	平成19年8月以降
事務局	霧島市立医師会医療センター内	県立病院課内（+4地域毎の県立病院総務課）
専任担当官	上記センター勤務医師 1名（自治医大卒）	県立病院事業管理者が兼務 1名（医師）
組織体制		<ul style="list-style-type: none"> ・本部事務局を県庁にある県立病院局に置いた。 ・県内を4つの地域に分け、各地域の県立病院に地域事務局を置き、地域毎で先ず対応する体制。（各地域には、派遣協力病院が1～3ヶ所ある。） ・各地域内で代診医の派遣が出来ない場合は、本部が他地域の協力病院や本部所属医師の中で調整する体制。 <p>◎この様に、行政組織内に位置付けたこと、また事務職も含む命令系統を整備したことで、代診医派遣業務の事務手続きをはじめ、協力医師派遣時の派遣元病院の役割等についてまで、関係者間で明確化することができた。</p>
会議開催	県庁担当課が主催（不定期。専任担当官からの要請にも関わらず、数年間、開催実績がない時期があった）	・「へき地医療支援機構運営委員会」とその下部組織である「へき地医療拠点病院長会議」を設置。本部（県庁）が主催（不定期。新体制での開催は3回）
代診医派遣の協力医師	<ul style="list-style-type: none"> ・上記センター勤務医師数名（自治医大卒） ・県立病院勤務医師数名（自治医大卒） ・鹿児島市内の協力病院（民間） 	<ul style="list-style-type: none"> ・7ヶ所の協力病院 ・派遣医師は、自治医大卒業医師に限らない体制 ・本部所属医師1名（他大学卒医師）
派遣対象	公立医療機関	原則として、常勤医のいる公立診療所の代診医派遣
メリット	・電話で気軽？に応援申請できる	<ul style="list-style-type: none"> ・ネットワーク体制により、加重が分担されている。 ・病院の役割という位置づけのため、自治医大卒業医師に限らない他大学卒業医師も派遣される体制である。 ・医師派遣中（留守中）、医師をはじめ他職種による病院内の協力体制をつくりやすい。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・霧島市立医師会医療センターだけにかかなりの過重 ・医師同士の関係性に基づいており、医師個人の責任や判断に委ねられがち（病院の他職員の理解は？） 	・現段階は、診療所への代診医派遣業務で留まっている。（小規模病院への支援、地域単位での医療従事者研修の開催等には及んでいない。）

実績資料

年 度	協力病院数	医師数	派遣日数	(再掲)うち「霧島市立医師会医療センター」分	
				医師数	派遣日数
平成14年度	1ヶ所	6人	21日間	6人	21日間
平成15年度	2ヶ所	11人	23日間	10人	20日間
平成16年度	3ヶ所	25人	57.5日間	20人	47.5日間
平成17年度	2ヶ所	15人	23日間	14人	22日間
平成18年度	2ヶ所	6人	7日間	4人	5日間

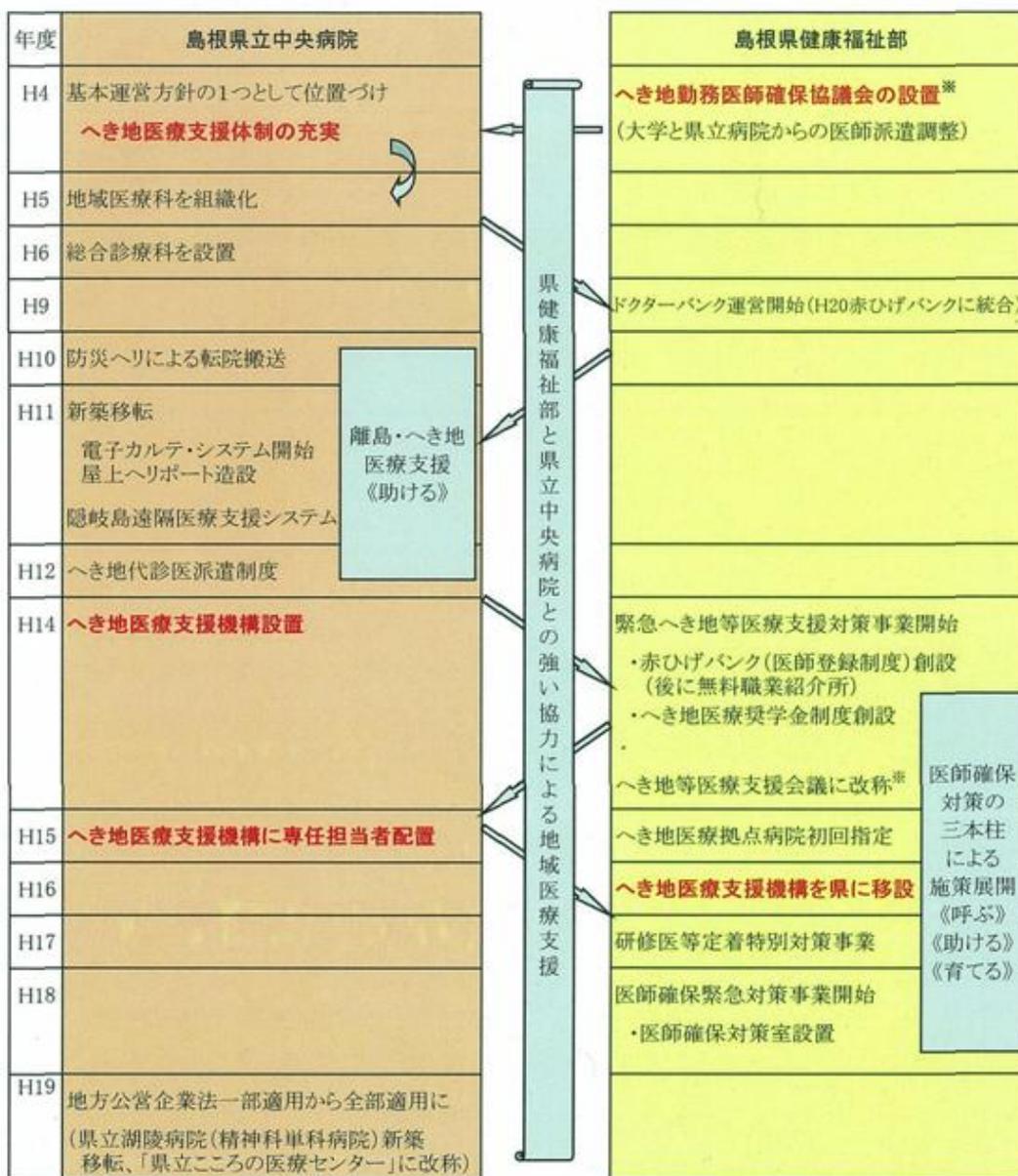
平成19年度 (8月下旬～)	5ヶ所	20人	23日間	3人	3日間
平成20年度	8ヶ所	61人	113日間	3人	6日間
平成21年度 (～12月末)	8ヶ所	42人	70日間	3人	6日間

へき地医療支援機構・地域区分図



5. 島根県方式

島根県の地域医療施策の取組経緯とポイント

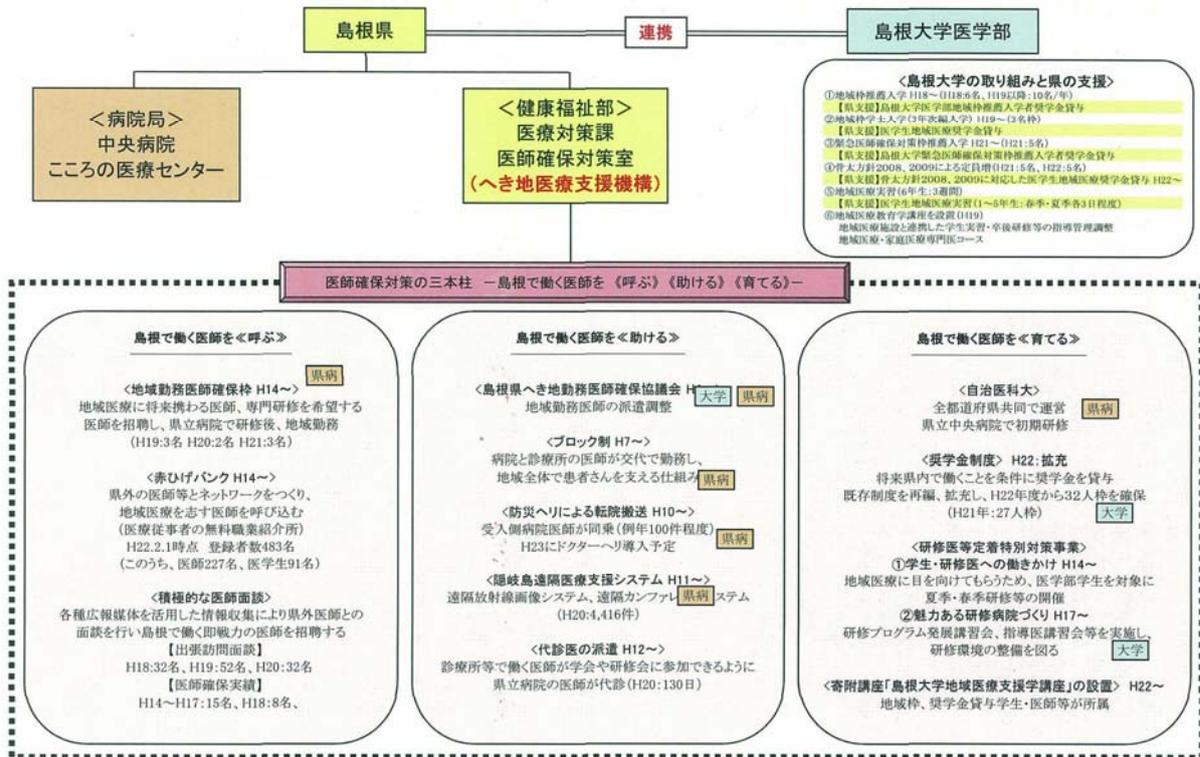


*現在の医師派遣調整は、義務年限内自治医大卒医のみ

★地域医療施策の取組のポイント

- ①へき地勤務医師確保協議会(へき地医療支援会議に改称)を県主導で大学の協力を得て設置した。
(この会で大学からの新規派遣医師と自治医の派遣調整を行うことが可能になった)
- ②県立中央病院の基本運営方針の3本柱の一つに「へき地医療支援体制の充実」が位置づけられた。
- ③へき地医療支援機構をH14に県立中央病院に設置。そして、H15には専任担当者を配置。さらに、H16には県健康福祉部内に支援機構と専任担当者を移し、県の施策として地域医療支援に取り組む姿勢を明確化した。
- ④H18には医師確保対策室を設置し、スタッフを拡充するなど推進体制を整備した。
- ⑤現在、島根大学医学部との連携を強化し、地域医療に携わる医師の育成、研修医の定着策に力を入れている。今後は、奨学金貸与医師等の配置調整についても大学との協働により実施予定。

島根県の医師確保対策事業の概要



へき地医療に関する地域医療再生計画について

P 1 : へき地医療に関する事業を含む地域医療再生計画一覧

【上記以外で、へき地医療について参考となる地域医療再生計画の例】

(現在、調整中)

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
(平成21年11月26日現在)

各都道府県より提出された地域医療再生計画について、「へき地医療」に関する事業が含まれている計画は以下のとおりである。

都道府県	対象地域
青森県	西北五
山形県	庄内・最上
	置賜
福島県	会津・南会津
茨城県	水戸・日立・常陸太田・ひたちなか
栃木県	県西
三重県	南勢志摩
広島県	福山・府中
徳島県	東部Ⅰ
	西部Ⅱ
香川県	高松
	中讃
愛媛県	宇摩
	八幡浜・大洲
福岡県	八女・築後
長崎県	佐世保・県北
熊本県	天草
鹿児島県	奄美
沖縄県	宮古・八重山

へき地に勤務する医師のキャリアデザインとへき地勤務の評価について
「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策および評価指標に関する研究」研究班

1. 参考とした各地域の事例について(長崎県、高知県、新潟県)

資料、

2. へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデルについて 資料

- 1) へき地の診療所等(診療所および小規模病院)、へき地医療拠点病院等(基幹的病院を含む)、大学の3つの柱の間を異動しながらキャリアを重ねていく構造である。
- 2) 初期臨床研修、へき地等の勤務、生涯研修、学位・専門医取得等について、へき地医療支援機構(へき地保健医療対策協議会)が調整を行う。
- 3) このキャリアデザインで働く間は、身分が保証され、公的年金も継続される。
- 4) 最初の10年間で、へき地医療専門医(後述)等の地域医療系の専門医を取得できる。
- 5) 10年目以降に学位の取得を希望する場合には、学費の援助等を行う。
- 6) 10年目以降には、臓器別専門医の取得についても配慮する。
- 7) このキャリアデザインで過ごした医師の最終的な地位としては、大学等の教授・部長等、へき地医療拠点病院等の部長・病院長等が考えられるが、このキャリアデザインで20年以上勤務している医師を優先する等のインセンティブを与えるものとする。
- 8) キャリアデザインと3.の評価の関係は密接であり、ともに考慮する必要がある。

3. へき地に勤務する医師を評価するシステムについて 資料

- 1) へき地等に勤務する医師について、「へき地医療専門医」(仮称)制度を創設する。
専門医認定の条件は、a)認定された施設で臨床研修を受けて一定の診療能力を持つ、
b)一定期間のへき地勤務の経験の2つとする。診療報酬や補助金の増額等のためには、「へき地医療専門医」(仮称)が公的な資格である必要がある。
- 2) 「へき地医療専門医」(仮称)の勤務する施設としては、へき地等の診療所をはじめとして、へき地医療拠点病院あるいは基幹的医療機関、大学等が考えられる。
へき地等の診療所には「へき地医療専門医」(仮称)が診療する場合の診療報酬を上乗せする等のメリットを与える。へき地医療拠点病院あるいは基幹的医療機関に対しては、「へき地医療専門医」(仮称)のための定員を確保するとともに、一定数(割合)の「へき地医療専門医」(仮称)が勤務している場合は、施設に対し補助金を交付する。
- 3) 上記のシステムを円滑に運営するためには、国の積極的な関与を受けたへき地医療支援機構(へき地保健医療対策協議会)が重要な役割を果たすべきである。

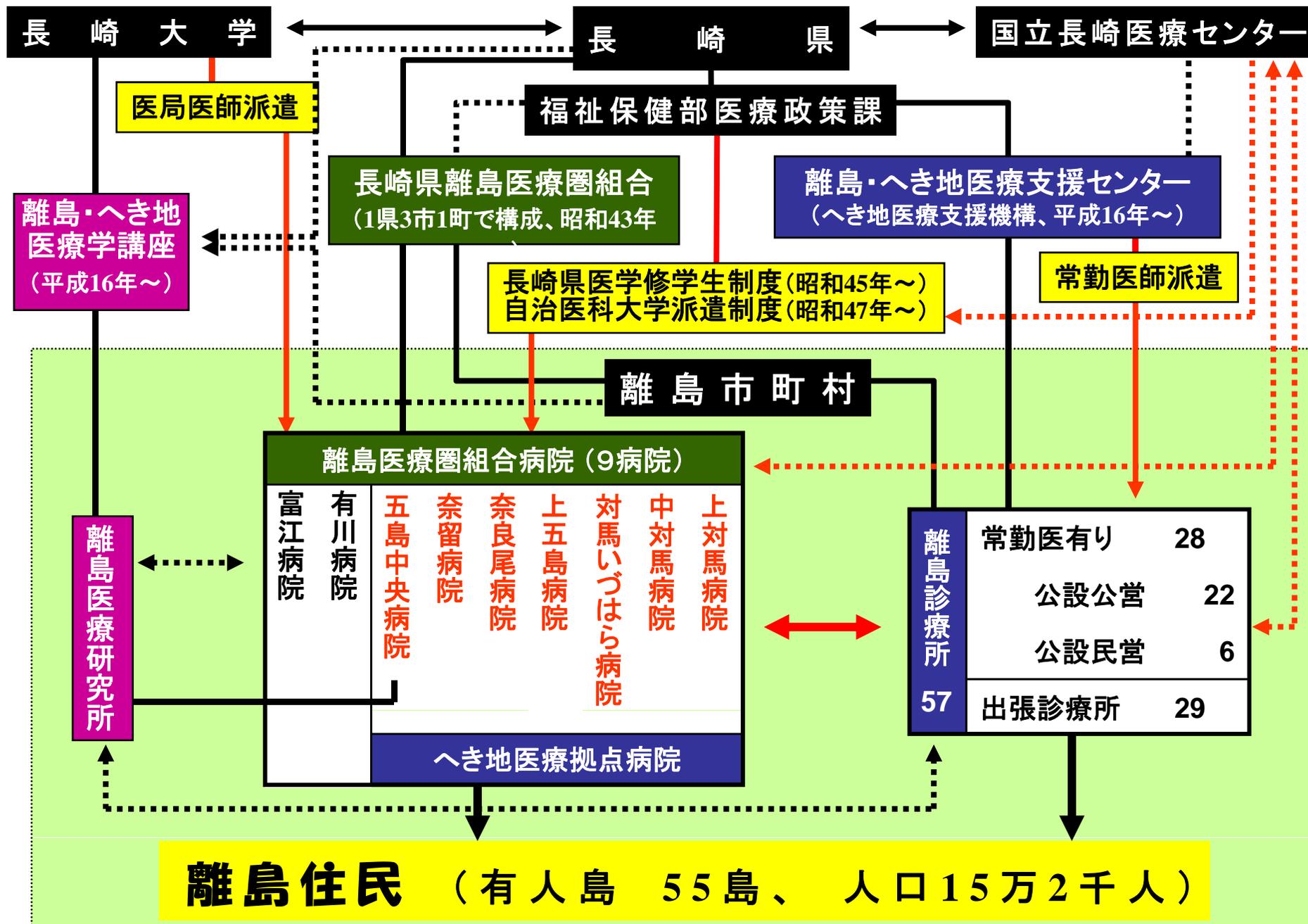
4. 「へき地医療専門医」(仮称)の認定組織について 資料

研究班としては、へき地医療支援機構の全国組織を学術団体へ格上げして認定組織とすることを提案するが、その他の考え方についても整理したのがこの資料である。

「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策および評価指標に関する研究」研究班

自治医科大学	鈴川正之
札幌医科大学	浅井康文
鹿児島大学	嶽崎俊郎
島根県立中央病院	大田宣弘
国立長崎医療センター	米倉正大
帝京大学	井上和男
自治医科大学	中村好一
台東区立台東病院	杉田義博
自治医科大学	今道英秋

資料① 長崎県の離島医療体系図(一部抜粋)

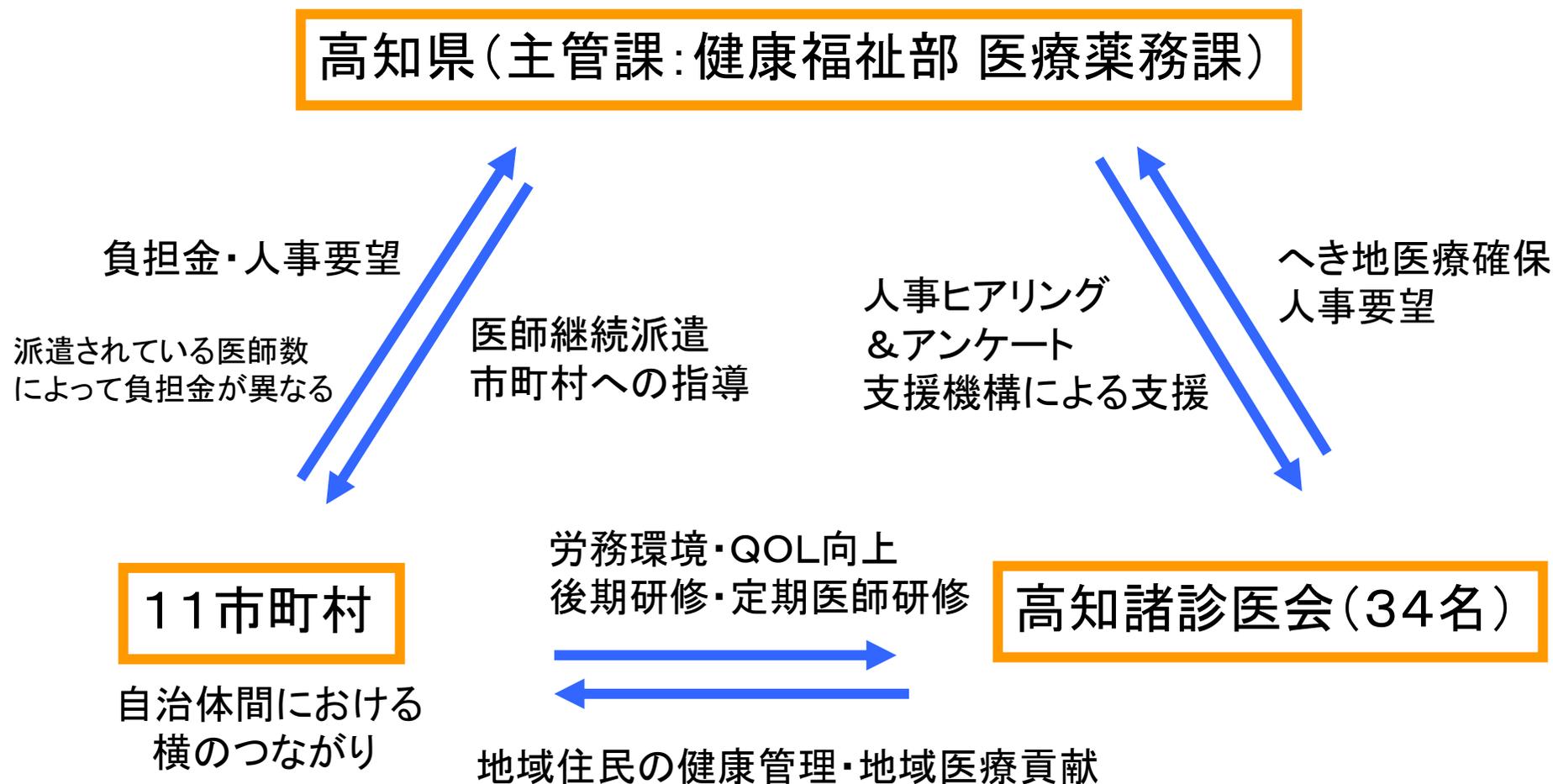


山西幹夫:「都道府県へき地・離島保健医療計画策定に向けての事例集(平成19年度版)」から

資料② 高知県へき地医療協議会

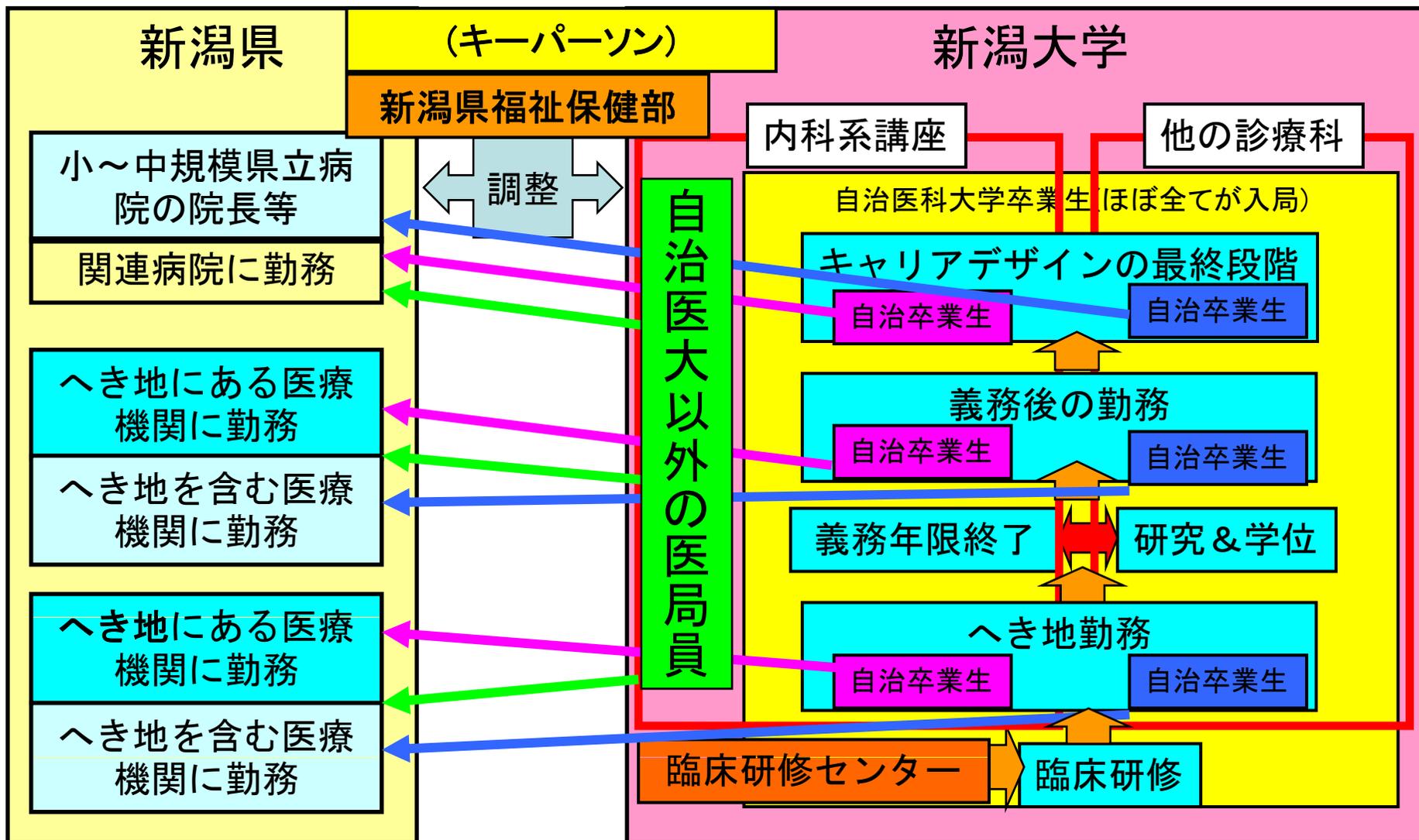
三権分立の関係

総会: 1回/年
幹事会: 3ヶ月毎



資料③ 新潟方式

古典的な医局人事によるへき地への医師の配置



3本柱キャリアデザインの説明

1. 大学等（研修部分では大病院を含む）・へき地医療拠点病院等（地域の中核的病院を含む）・へき地診療所等（へき地にある病院も含む）の3本の柱を行き来しながらキャリアを重ねていく構造である。
2. 10年目ごとに、一年の自由期間を設けてあり、この時は3本の柱から離れて自分のキャリアアップを図ることもできる。臓器別の専門医の研修、基礎研究、留学、行政での活動経験を得ることなどが可能となるとともに、次の10年をどのように過ごすかを考える期間にもなる。
3. 基本的には3本の柱の中であれば、どのように移動していってもかまわないものとする。最初の20年においては、へき地診療所等を最低1/3含むことが前提になる？3本柱のどこにいても、他の2本へ移動することが可能であることを保証する。これらの移動は、へき地保健医療対策協議会を通じてへき地医療支援機構が調整するものである。
4. このように3本柱間の長期間にわたる移動を前提にしているので、このキャリアデザインで動いている場合には、身分的な保証・年金の継続の保証などを考える必要がある。
5. 最初の10年においては、プライマリーケア専門医を含む地域医療関係の専門医を取ることを一つの目標とする。あらたに、へき地医療専門医として専門医化するかどうかは議論のあるところである。
6. 10年を過ぎたところから後では、大学院において学位を取ることを可能とする。この間、収入が減ることについては、大学院の学費を援助するなどの方法が考えられる。また、へき地診療所等・へき地医療拠点病院等に非常勤で勤務して、収入が得られるようにする。
7. 同様に、10年を過ぎたところから後では、臓器別の専門医をサブスペシャリティとして取得できるように配慮する。大学等・へき地医療支援病院等での研修が必要になると思われるが、3本柱の移動の中でこれが可能になるようにする。
8. このキャリアデザインで過ごした医師は、最終的には、大学等の教授又は部長又は病院長・へき地医療支援病院等の部長又は病院長・へき地診療所等の所長・病院長などになることが考えられるが、その際に、このキャリアデザインによるキャリアが20年以上ある場合を優先するなどのインセンティブを考えるべきである。
9. へき地医療支援機構は、このシステムの中で非常に大きな役割を果たす必要がある。つまり、このようなキャリアデザインを保証し、三本柱間の調整をしなければならないからである。各都道府県はへき地医療計画を立てる上で、へき地医療支援機構を強化しながら、このキャリアデザインに則ってキャリアアップを図る人材を確保するように努めなければならない。

10. つまり、へき地医療支援機構は、大学等ともへき地医療について、緊密に連携を図る必要がある。とくに、地域枠の学生がいる医科大学などにおいては、早急にキャリアデザインを明らかにする必要がある、これを怠ればせっかくの地域枠の医学生が他の医学生と同様になってしまい、地域医療に従事する医師は増加しない。
11. このように、大学といえども、地域枠のあるところや自治医科大学などのようにへき地・地域医療に従事する学生を育てるところにおいては、担当教員はこのような医療に理解があり、かつ経験を持つべきであり、へき地・地域医療経験者をその教員として採用すべきであるし、教授などの地位にあるものは、少なくともへき地へ行った経験を持つべきである。この3本柱デザインでは、いずれは、このデザインで20年以上の経験があるものを地域医療関係の部署に、優先的に配置できるように考えている。
12. このような、各都道府県ごとの3本柱体制が、強化されたへき地医療支援機構の指導の下で動くことができるようになったら、さらに、各都道府県のへき地医療支援機構がすべて参加して、仮称・全国へき地医療支援機構会議のようなものが作られるべきである。
13. 全国へき地医療支援機構会議は、各都道府県間にまたがる事項の調整（結婚した医師夫婦の勤務先の調整など）や、都道府県間の格差の是正などを、国と共同して実行する必要がある。
14. このようなキャリアデザインを実施するにあたっては、へき地を含む地域医療の重要性について、国民のコンセンサスを求める必要がある。国民全体が臓器別専門医にのみ期待している現状では、総合医は重要視されず、このキャリアデザインに参加する医師は少なく、国民の評価は低いままである。もし、地域医療をセイフティネットとして扱うのであれば、警察・消防・初等教育と同様に地域医療に従事する医師を（国家）公務員的な扱いをするべきであるし、小学校の教科書においても、地域医療を学ぶべきであろう。
15. へき地医療のキャリアデザインやへき地医療の評価については、小手先の改革だけでできるものではない。それが50年にわたって検討会が行われてきてしまっていることに表れていると思われる。日本国の医療をどうするかについてよく検討して、その中でへき地・離島医療を重要かつ必要な医療・政策であることを国民として認識して、はじめて地域医療に一生をささげたいような医師が出て、このキャリアデザインプログラムでキャリアアップして行くことができるようになる。そしてこのような医師が大学等の教授や拠点病院等の部長又は現場の診療所長として働くようになる30年後には、へき地医療が国民の医療として定着するものと考えられる。

へき地に勤務する医師の評価に関して

へき地に勤務する医師

へき地・離島勤務医師の質の保証
へき地医療専門医(仮称)
○認定された施設で、臨床研修を受けて一定の診療能力を持つ(第一段階)
○一定期間のへき地・離島勤務の経験(第二段階)

公的な組織が施設・カリキュラム・修了・経験を認定

自治体間の異動については、勤務期間を通算

勤務後、留学・学位取得・研究等のなどの機会の付与

他の専門医取得のための研修が行える

「へき地医療専門医(仮称)」の勤務する場所

へき地・離島の診療所

へき地医療専門医のための常勤医師の定員の確保

診療報酬の増額
へき地医療専門医による診療にはさらに上乗せ

都道府県内で統一された報酬および待遇

医師が安心して赴任することができ、勤務の交代も円滑であるため、診療の質と継続性が保たれる。

へき地医療拠点病院

あるいは基幹的医療機関

へき地医療専門医のための医師の定員の確保

一定数(割合)のへき地医療専門医の勤務により、施設に対して補助金の交付

へき地支援部を設置し、へき地医療専門医を登用

へき地医療専門医は勤務により、臨床能力をみることができる。

専門に偏らない診療が行える。医師(へき地支援を行える医師、専門医の指導医)の確保ができる。

医師養成機関としての大学

地域医療系の講座の設置

総合的な医療についての学生教育の実施

総合的な医療に関する研究による情報発信

教授・准教授へのへき地医療専門医の登用

へき地医療専門医のための医師の定員の確保

へき地医療専門医の大学院進学への援助

学生教育・研究に携る教員が確保でき、総合的な医療に関する人材が養成できる。

国の積極的な関与を受けたへき地医療支援機構(へき地保健医療対策協議会)による円滑な運営

総合的な診療および総合的な診療を行う医師についての国民的理解

国としての啓発

へき地医療専門医の認定について

	名称(仮)	概要	評価・認定のシステム	ポイント	課題
A	へき地医療専門医 (仮称)	認定された施設での臨床研修や一定期間のへき地・離島勤務経験を経て、一定の診療能力を認定された医師を「へき地医療専門医」として認定し、診療報酬面やポスト面(大学教員等)で優遇する。	全国的で公的な組織が施設・カリキュラム・修了・経験等を認定する。	①専門医制度とは別に、へき地に勤務する医師に対する称号を付与することができ、へき地勤務医に対する国民的な理解や評価、権威付けにつなげることができる。	①認定を行う組織として、全国へき地医療支援機構連絡会議(仮称)が1つの候補であるが、行政組織で可能かどうか。 ②活動場所がへき地に限定され、へき地以外でのキャリア形成には役立たない可能性がある。 ③ポストを確保する施策・インセンティブをどうするか。 ④大学院入学や留学に要する費用負担の問題。
B	各大学において個別に認定	自治医科大学および各大学医学部において大学規則等において、個別に認定制度を設け、所定のカリキュラムを修了した者等に対し、「〇〇大学認定地域医療修了医(仮称)」等の付与するもの。	各大学において、大学規則等に制度を設け、個別に認定する。(「名誉客員教授」に近い)	①法的に措置が不要。各大学の判断のみで対応可能。 ②へき地に勤務する医師に対する称号を付与することができるが、へき地勤務医に対する国民的な理解や評価、権威付けに繋げることは難しい。	①実際にへき地に勤務している医師にとって、メリットがあるかどうか疑問。 ②私的な称号であり、アピール面で効果が不十分であり、診療報酬や政策的な支援にリンクさせることが難しい。 ③地域枠学生に対して新しいカリキュラムを課す場合、カリキュラムが複数存在することとなる。
C	法定の資格・ポストを創設するもの (産業医認定制度に準じたシステム)	産業医のような法定資格。(産業医の場合) 事業者が産業医を選任し、労働者の健康管理等を行わせるものとされ、産業医はそのために必要な医学に関する知識を備えた者でなければならないとされている。(労働安全衛生法第13条)	自治医科大学や所定のカリキュラムを修了した者等に資格を付与する。 (産業医の場合) 産業医の養成等を目的とする課程を修めた者等を規定している。(労働安全衛生規則第14条)	①資格取得者については、国が政策的に支援。 ②業務範囲を「へき地等」とし、へき地以外にも準へき地(労働者派遣法上のへき地)等医師不足地域もカバーできるようにすることを検討。	①産業医と同様に、資格を持っていない医師はへき地に勤務することができないとすることは非現実的である。 ②資格を持った医師をへき地に配置するように義務づけない場合、「具体的にどのようなことを行うのか」「制度上なぜ必要か」という説明が必要となる。 ③例えばへき地医療等に関わる役職について「一定期間のへき地勤務」等の就任要件を法令上定めることで、結果的に「へき地医療の専門家」としてマーキングすることが可能となることから、資格制度を個別に創設する必要性がないと解釈される。
D	プライマリケア系 連合学会専門医を 準用 1) 取得の際の要件の緩和 2) 試験等を要さずに資格を付与	へき地医療に一定期間従事することを総合医の能力の向上に資するものと評価し、三学会認定医の認定要件や受験資格の緩和(筆記試験免除等)につなげ、へき地勤務を、三学会総合医の資格にリンクしていく仕組みを作る。	一定のカリキュラムを修了することや、へき地医療の従事経験を評価し、 1) 認定試験の受験要件を緩和する。 2) 試験等を要さず資格を付与する。	①三学会が厚生労働大臣に届け出た後には、三学会総合医として広告が可能となる。 ②へき地医療の従事経験を三学会総合医につなげることにより、その後のキャリアがへき地に限定されなくなる。	①三学会とは目的が異なる。 ②へき地医師が、三学会総合医の資格を望むかどうか不明。 ③要件緩和案：三学会総合医の認定要件が厳しくなった場合、大多数のへき地勤務医は認定に参加できなくなる。 ④無試験案：へき地という特殊性はあるが、専門医の要件認定の厳格化の流れに逆行する。
E	三学会とは別の学会による専門医資格を創設するもの	へき地勤務医の実情になじまない三学会総合医とは別段階の専門医資格を創設し、付与する案。	一定のカリキュラムを修了することや、へき地医療の従事経験を評価し、資格を付与する。	三学会総合医の枠組みにとらわれず、へき地勤務医の実情にあった制度を作ることができる。	①新たに専門医を創設するためには、受け皿となる学会が必要となる。全国へき地医療支援機構連絡会議(仮称)が母体となり、新しい学術組織を創設することは可能か。 ②開業医との住み分けをどう行うのか。

