

へき地保健医療対策検討会における論点整理

1. 地域医療支援センターとへき地医療支援機構における医師のキャリア形成支援
2. へき地医療拠点病院の実績要件等の検討
3. 超高齢化、人口減少社会に応じた適切な医療提供体制
4. 都道府県をまたいだ連絡・連携の場の設置
5. へき地に対応した新たな専門医制度の検討
6. へき地におけるチーム医療の推進
7. へき地医療の重要性、やりがいを見出すような教育
8. へき地医療に対する国民(住民)の理解の必要性
9. その他

※本論点はへき地保健医療対策に特有な論点について整理したものである。

1. 地域医療支援センターとへき地医療支援機構における医師のキャリア形成支援

【総務省行政評価局の指摘】

「医師等の確保対策に関する行政評価・監視結果報告書」より抜粋

(2) へき地機構におけるへき地勤務医のキャリア形成支援の実施状況等

調査した25 都道府県のうち、へき地機構が設置されている21都道府県における平成26年1月1日現在のへき地勤務医のキャリア形成への取組状況についてみると、7都道府県でへき地機構によるキャリア形成プログラムの策定等の取組が行われていたが、残りの14都道府県においては検討中となっていた。

しかし、当該14 都道府県のうち、地域センターとへき地機構が共に設置されている12都道府県についてみると、地域センターとへき地機構が連携してキャリア形成プログラムを策定する予定としているものや、地域センターが策定したキャリア形成プログラムを自治医科大学卒業生にも活用する等両者の連携により、へき地勤務医のキャリア形成対策への取組を進めていくとしているところが6都道府県みられた。

このように、地域センターとへき地機構が連携して医師のキャリア形成支援に取り組むことにより、へき地勤務医のキャリア形成対策の進捗も期待できると考えられる。

したがって、厚生労働省は、医師の地域偏在等の解消を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

医師のキャリア形成支援の実施については、地域センターとへき地機構の取組の一体的実施も含め検討すること。

へき地医療支援機構と地域医療支援センターの比較

	へき地医療支援機構	地域医療支援センター
設置根拠	へき地保健医療対策等実施要綱	医療法 第三十条の十九 平成26年度の法改正で設置の努力義務化
設置件数	へき地のある43都道府県のうち、40箇所を設置 (山梨県、長野県、佐賀県で未設置)	43箇所を設置 (山形県、神奈川県、愛知県、佐賀県で未設置)
主な設置場所	県庁内 8割 へき地医療拠点病院内 2割	県庁内 4割 県庁内+大学内 3割 大学内 2割 その他 1割
主な役割	代診医の派遣要請等のへき地におけるへき地医療支援事業の企画・調整	医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、地域の医師不足病院の医師確保を支援

へき地医療支援機構と地域医療支援センターの関係 平成25年度へき地現況調査より

- ・別々に設置されているが、連携が図られている 47.6%(20箇所)
- ・別々に設置されており、各々が独自に活動している 35.7%(15箇所)
- ・一体となって運営している 7.1%(3箇所(青森、宮城、兵庫))
- ・具体的な関係性は未定 9.5%(4施設)

地域医療支援センター及びへき地医療支援機構の設置場所一覧

県名	地域医療支援センター設置場所	へき地医療支援機構設置場所	県名	地域医療支援センター設置場所	へき地医療支援機構設置場所	県名	地域医療支援センター設置場所	へき地医療支援機構設置場所	県名	地域医療支援センター設置場所	へき地医療支援機構設置場所	県名	地域医療支援センター設置場所	へき地医療支援機構設置場所	県名	地域医療支援センター設置場所	へき地医療支援機構設置場所
北海道	道庁		栃木	県庁		石川	県庁		滋賀	滋賀医科大学病院及び県庁	県庁	岡山	県庁	済生会病院	佐賀		未設置
青森	県庁		群馬	群馬大学病院及び県庁	県庁	福井	福井大学医学部及び県庁	県立病院	京都	府庁	北部医療センター	広島	(財)広島県地域保健医療推進機構		長崎	長崎医療センター	県庁
岩手	県庁		埼玉	県庁	へき地無し	山梨	山梨大学病院及び県庁	未設置	大阪	大阪大学医学部	へき地無し	山口	山口大学病院及び県庁	県庁	熊本	熊本大学病院及び県庁	県庁
宮城	県庁		千葉	県庁	へき地無し	長野	信州大学医学部及び県庁	未設置	兵庫	県庁		徳島	徳島大学医学部	県庁	大分	大分大学医学部	県庁
秋田	秋田大学病院	県庁	東京	都庁		岐阜	岐阜大学医学部	県庁	奈良	奈良県立医科大学及び県庁	五條病院	香川	県庁	県立中央病院	宮崎		県庁
山形	未設置	県庁	神奈川	未設置	へき地無し	静岡	県庁	県立総合病院	和歌山	和歌山県立医科大学	県庁	愛媛	愛媛大学医学部	県立中央病院	鹿児島	鹿児島大学病院	県庁
福島	福島県立医科大学	県庁	新潟	県庁		愛知	未設置	愛知病院	鳥取	鳥取大学医学部及び県庁	県庁	高知	高知大学医学部及び再生機構	県庁	沖縄	琉球大学病院	地域医療振興協会
茨城	県庁	県立中央病院	富山	県庁		三重	三重大学及び県庁	県庁	鳥取	鳥取大学医学部及び県庁	県庁	福岡		県庁			

1. 地域医療支援センターとへき地医療支援機構における医師のキャリア形成支援

【主なご意見】

○これから迎える超高齢化社会に向けて、医療を大きく2つに分けて考えていく必要がある。一つは病気を診断し、治す医療(専門医療)、もう一つは生活や暮らしに寄り添い、支える医療(地域包括ケア・在宅医療等)である。基本的に、新専門医制度に向けてのキャリア形成に関しては、地域医療支援センターを主体として進めていくべきであると考えるが、生活や暮らしに寄り添い、支える医療については一部、国保直診や市町村等との連携・調整も求められることから、研修プログラムやキャリア形成すべてを一括して地域医療支援センターだけでコーディネートしていくことには若干無理がある。

その一部目の行き届かない部分については、国保直診や市町村等との関係が深いへき地医療支援機構とも連携・協力をしてキャリア形成ならびに研修プログラムの策定を検討していくことことも必要であり、基本的には都道府県の実情に合わせて実施すべきではないか。

2. へき地医療拠点病院の実績要件等の検討

へき地医療保健医療対策等実施要綱(抄)

2. へき地医療拠点病院

(1)目的

この事業は、へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保することを目的とする。

(2)事業の実施主体

この事業の実施主体は、へき地医療支援機構を設置している都道府県及び当該都道府県知事の指定を受けた者とする。

(3)へき地医療拠点病院の指定

都道府県知事は、原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ 容易に医療機関を利用することができない地区(以下「無医地区」という。)及び無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区(以下「無医地区に準じる地区」という。)を対象として、機構の指導・調整の下に巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へき地診療所の医師等の休暇時等における代替医師等の派遣等の(4)に掲げる事業((4)ア、イ又はカのいずれかの事業は必須)を実施した実績を有する又はこれらの事業を当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定するものとする。

(4)事業の内容

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整の下に次に掲げる事業を行うものとする。

ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。

イ へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関すること。

ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。

エ 派遣医師等の確保に関すること。

オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。

カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを實踐できる医師の育成に関すること。

ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。

※新たにへき地医療拠点病院を指定・取消をする際には、事前に厚生労働省に連絡・相談することとなっている。

へき地医療拠点病院(平成26年1月1日現在 296施設)の状況

1 規模別割合

100床未満	割合	100~200床	割合	201~300床	割合	301~400床	割合	401以上	割合
41 施設	13.9%	85 施設	28.7%	52 施設	17.6%	42 施設	14.2%	76 施設	25.7%

2 巡回診療実施割合(延べ日数)

0日	割合	1~10日	割合	11~50日	割合	51~100日	割合	101日以上	割合
201 施設	67.9%	15 施設	5.1%	49 施設	16.6%	21 施設	7.1%	10 施設	3.4%

3 医師派遣実施割合(延べ日数)※同一組織間での医師派遣は除く

0日	割合	1~50日	割合	51~100日	割合	101~200日	割合	201日以上	割合
198 施設	66.9%	43 施設	14.5%	15 施設	5.1%	20 施設	6.8%	20 施設	6.8%

4 代診医派遣実施割合(延べ日数)※同一組織間での代診に派遣は除く

0日	割合	1~10日	割合	11~50日	割合	51~100日	割合	101日以上	割合
187 施設	63.2%	51 施設	17.2%	39 施設	13.2%	13 施設	4.4%	6 施設	2.0%

【参考】巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれも行っていない施設数 67施設(22.6%)

5 へき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムの有る施設数 178施設(60.1%)

6 医学生へのへき地医療実習等への関与の有る施設数 166施設(56.1%)

例)へき地への巡回診療に同行し診察を見学。へき地医療実習等を実施 など

7 ITによるへき地医療の診療支援の実施している施設数 70施設(23.6%)

例)システムを使用して管内医療機関の患者情報について共有、静止画像伝送によるレントゲン読影支援、診療所とを結んだ遠隔診療の実施

※社会医療法人のへき地医療に係る要件

へき地医療施設が病院の場合、1又は2の基準に該当すること

1 当該病院において直近に終了した会計年度におけるへき地に所在する診療所(当該病院が所在する都道府県内のへき地に所在する都道府県内のへき地に所在する診療所に限る。)に対する医師の延べ派遣日数(派遣日数を医師数で乗じた日数をいう。)が53日以上であること。

2 当該病院において直近に終了した会計年度におけるへき地(当該病院が所在する都道府県内のへき地に限る。)における巡回診療の延べ診療日数(診療日数を医師数で乗じた日数をいう。)が53日以上であること。

平成26年度地方分権改革に関する提案募集に係る検討要請について

提案事項:社会医療法人の認定要件拡充

提案団体:熊本県

求める措置の具体的内容

社会医療法人の認定要件である「へき地医療への支援実績」について、へき地診療所だけでなくへき地医療拠点病院への医師派遣についても認定要件とすること

具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性等

【支障】

へき地診療所を支えるへき地拠点病院の常勤医師数が減少傾向にあり、へき地拠点病院からへき地診療所への医師派遣が厳しい状況にある。

【制度改正の必要性】

平成20年厚生労働省告示第119号「医療法第42条の2第1項第5号に規定する厚生労働大臣が定める基準」第3条1号イ「へき地にある診療所」を「へき地にある診療所又はへき地医療拠点病院」に改め、へき地医療等を行う社会医療法人の認定要件を拡充し、その数を増やすことで、へき地医療拠点病院の支援体制を確保する。

(参考)

本県では、県内のへき地診療所17か所のうち、常勤医師を確保できている診療所は4か所のみ。また、へき地医療を支えるへき地医療拠点病院の常勤医師数が減少傾向にあり、ここ10年でピーク時から約30%減少している病院もある。

2. へき地医療拠点病院の実績要件等の検討

【主なご意見】

○へき地拠点病院に対するより強い動機づけや評価について、さらなる検討が必要ではないか。

【現状】

へき地医療拠点病院の指定に関し、拠点病院の役割を果たしていない施設も散見される。また、へき地医療拠点病院においても医師不足が起きている。

1. へき地医療拠点病院の指定・取消基準の明確化

例)恒常的に年間○日以上 of 医師派遣のある施設を指定

○年間巡回診療や医師派遣の実績の無い施設を取消 等

2. へき地医療拠点病院を支援する方策

の検討が必要ではないか。

3. 超高齢化、人口減少社会に応じた適切な医療提供体制

【主なご意見】

○地方中山間地を中心に超高齢化、人口減少が進み、地域の病院では医師・看護師不足が発生している。診療所においても医師の高齢化、後継者の不在等が起きている。へき地医療は日本の近未来地域と言える。人口減に対して病院経営者は適切なダウンサイジングを行うことが必要ではないか。

○今後、へき地診療所における常勤医師の確保が極めて困難になる可能性が高く、その対応策として、診療所の出張診療所化や循環型で複数の医師を派遣していく体制等、集約化やブロック制といった形でへき地診療所を維持していくというような見直しの議論が重要。

4. 都道府県をまたいだ連絡・連携の場の設置

【主なご意見】

○長崎県の壱岐では島であるがゆえに提供できる医療に限界があり、必要時には福岡の医療機関に患者を搬送するなど県をまたいだ連携を実施している。

○一県だけで医師・看護師不足を解消するのは難しく、他県と接する地域では、それらの県との協働の中で医師・看護師不足に対応していく必要がある。

○へき地対策を行っていくには、隣接する県同士でブロック毎に意見交換等ができる協議の場を設置し、県を超えた連携を考えていく必要があるのではないか。

○(独)地域医療機能推進機構(JCHO)のような全国的なネットワークを持った組織を活用したへき地対策も有用ではないか。

5. へき地に対応した新たな専門医制度の検討

【主なご意見】

○新たな専門医制度によって、指導医や専門医認定施設等の多い都市部への医師偏在することがない様に、へき地勤務に対するインセンティブやへき地診療所なども包含した形の研修プログラムの策定等、医師偏在を悪化させないような制度設計の検討が必要ではないか。

6. へき地におけるチーム医療の推進

【主なご意見】

○へき地医療こそチーム医療という考え方をさらに推し進めていって、色々な職種の得意分野を結集する必要がある。

○へき地におけるチーム医療にも歯科が参加できるような施策が必要。

○在宅医療で2カ月に1回ぐらいの診療の頻度であっても、その間を薬局の薬剤師がカバーをする等、薬剤師は地域医療に関わっており、へき地医療対策の中で活用が可能ではないか。

○人的資源の乏しい地域においては課題ごとにそれぞれの職種が連携を構築することは困難。岡山県の真庭市では、認知症対策をきっかけに色々な職種で連携がされている。今ある資源をどのように活用していくかが重要であり、包括的な連携が必要。

7. へき地医療の重要性、やりがいを見出すような教育

【主なご意見】

○教育というキーワードから地域医療あるいはへき地医療を盛り上げていくという方向性を考慮することが非常に重要なテーマではないか。

○大学の医学部の教育において、医師の使命として地域にどういう貢献をしなければいけないかということについて、改めて学生が考えられるような機会を与えていくことが必要。

○看護教育も学生の段階から地域医療、へき地医療の重要性、やりがいを見出すような教育を行うことも必要。

8. へき地医療に対する国民(住民)の理解の必要性

【主なご意見】

○へき地では日常的にそれぞれの専門の医療を提供することは困難だが、定期的に巡回診療を実施したり、へき地診療所とへき地医療拠点病院との連携を図ることなどにより医療を受けられる体制にあるということを住民に理解してもらう必要があるのではないか。

○適正受診をするなど、住民が地域全体でへき地医療を支え、地域医療を崩壊させないということを理解することが必要ではないか。