

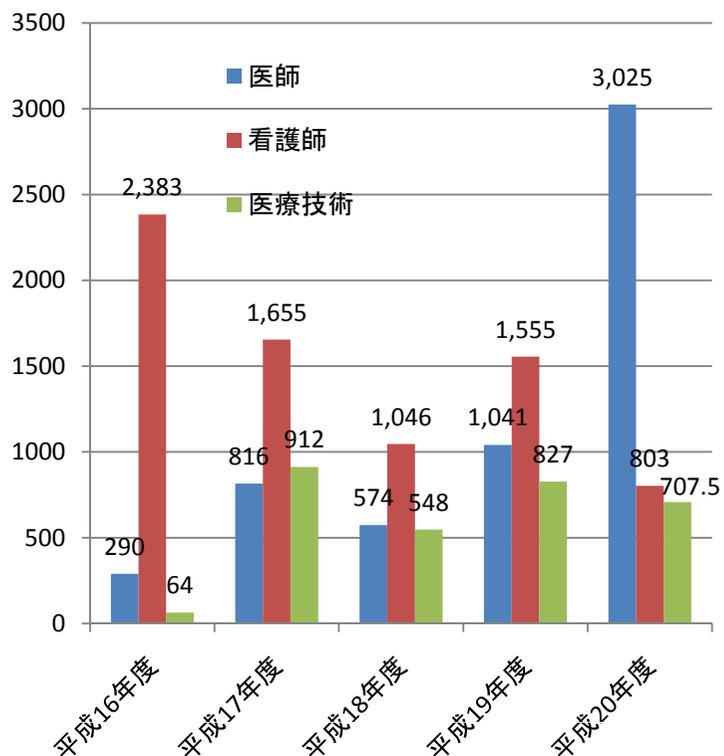


北社保の5事業

救急医療・災害拠点病院・

へき地医療・周産期医療・小児医療（小児救急）

1. 地域医療支援延日数

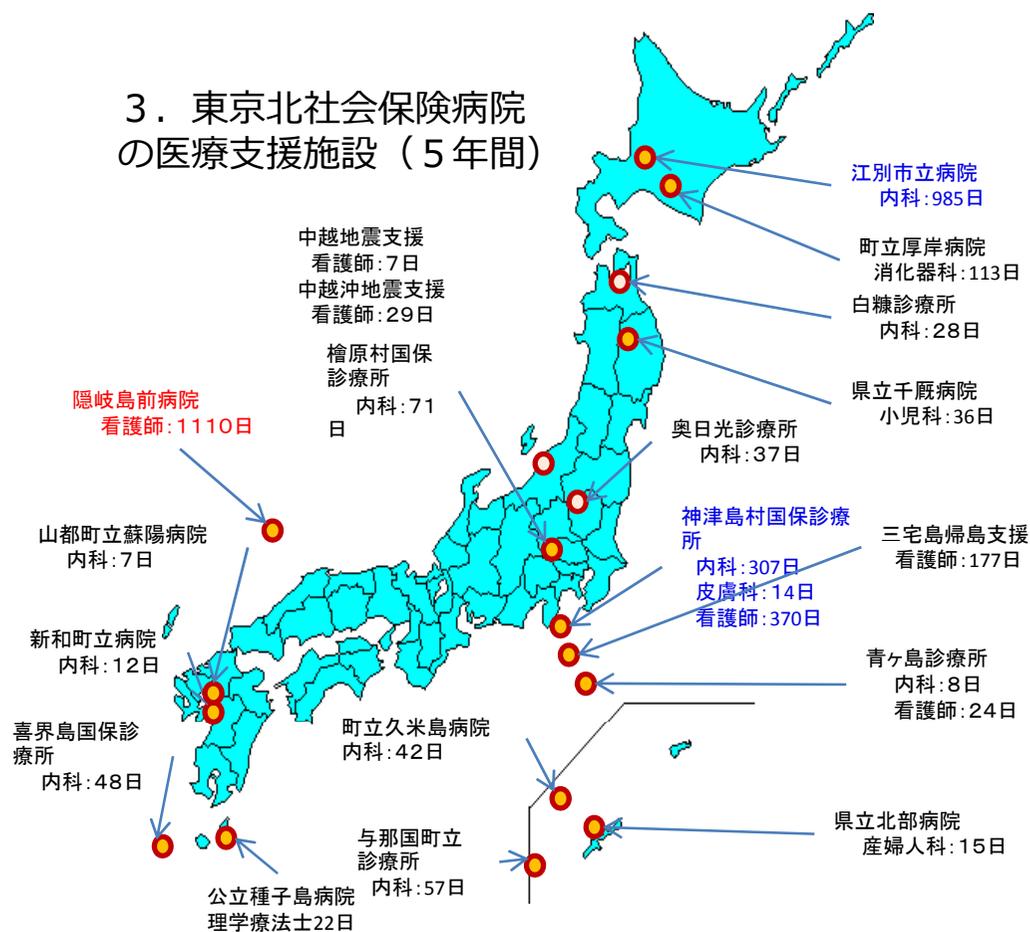


2. 東京島嶼妊産婦支援事業

平成20年度実績

小笠原村 2名(滞在日数149日)
神津島 11名(滞在日数221日)

3. 東京北社会保険病院の医療支援施設（5年間）





論点3. 安心して勤務・生活できる キャリアパスの構築

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。

○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

へき地医療を担う医師組織の育成と運営が重要

1. 「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代は自己の老後に悩む、いつも拘束され、冠婚葬祭もままならない」

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

2. 休みが取れない代診もない

支援機構の充実、代診組織・プール

3. 身分上の制約: へき地医療を担う全国的なネットワーク組織



論点3. 安心して勤務・生活できる キャリアパスの構築

○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ト方式等)

へき地医療・総合医に特化した研修病院が必要

都市部研修と地域での勤務。病院の確保

救急・総合診療科、臨床研修センター(地域枠)

転勤しても借りられる住宅の確保(家族が残れる)

→やはり、へき地医療支援機構が運営する病院があればよい



論点3. 安心して勤務・生活できる キャリアパスの構築

- 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)

へき地医療支援機構

人事ローテーション

病院(救急・総合診療科を持つ)

研修センター(総合医の育成)

論点4. へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援

MED

へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院等地域の中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。

○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

1. 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)

2. 医師不足に悩む自治体病院(研修病院規模の地方の基幹病院)の活用、NW化

例:多くの研修病院規模の自治体病院

3. 救急総合診療科。地域医療研修センターの設置



提案

- 検討している「社会保険病院、厚生年金病院→(仮称)独立行政法人 地域医療機能推進機構」へき地医療支援、医師看護師確保を目的とした病院チェーンとして位置づけ、活用しよう。

特色＝医師を養成し、へき地医療支援機構を有し地域医療不足の解消を目指す

社会保険病院＋へき地医療支援機構機能

人事・代診＝へき地医療の勤務を評価、ドクタープール

教育・診療＝救急・総合診療科

研修センター＝総合医の養成



格差の解消しない理由

1. 医師の養成が医科大学の専門講座中心。
総合医養成、大学病院でできるのか？
2. へき地医療支援機構の弱体・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
3. 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
4. 医科大学、地域の病院(自治体病院)に壁がある、
支援は都道府県を超えない。
拠点病院機能(大学から見て、拠点、下地域ではない)。最近、病院ランキング、経営難、医師不足でなおさら自己目的化



提案の背景

1. へき地医療＝国の根幹(地域では解決しない)
social security=確実に、確保する仕組み
2. 医師確保＝どんな地域でも、最低限を確保し・保証する仕組みが必要。本来、都道府県
しかし、都道府県が当事者能力を失っている。
3. 地域の医療を担う「総合医」を国が推進
4. 今後も地域間、医療格差は解消しない。
価値観が違う組織、文化
5. 地域枠を作っても従来組織に依存する方法では、現在の医師不足は解消しない。
5000人を超える規模の医師不足
6. 全国ネットで医師養成、派遣、支援できる組織は社保等の他にない。派遣の文化がある
マグネット病院も多い。



提案の問題点

1. 都道府県（へき地医療支援機構）、地元医科大学、自治医大や社団法人 地域医療振興協会、医師会などで運営できるのか？

病院の壁、地域の壁を越えて**運営できる体制の確保**（プロパー医師と大学派遣専門医との協調が確保されるか？）

2. 医師派遣・代診等の運用、財政支援の**柔軟な運用**（全国一律でなく）

3. 院内で救急総合診療科、地域医療研修センター、総合医への理解が得られるか？



10次までのへき地医療政策

1. まず、インフラ整備（診療所、住宅）
2. 診療の委託（へき地中核病院）
3. 運営の一元化（へき地医療支援機構）
4. さらなる充実支援（代診制度、IT）

基本はあくまで個人を誘導

義務年限、誘導的、支援的

ヒューマニズム中心

最近は家庭的な点も支援（ライフサイクル）

**これだけでは限界→我が国の医療確保に特化した固有の
病院ネットワークが必要（寄せ集めでは限界）**



この1年、協会には 全国、100件の自治体の施設から 医療の相談がありました

「医師が引き揚げられていない。医師を派遣してほしい。」

「経営が深刻だ。公設民営で運営を検討してほしい」

「へき地で休みが取れない。代診を出してもらえないか」

「3人医師がいた診療所、1人になってしまった」

「過疎が進んで病院から診療所にしたいが、強い反対がある。」

個人の方からも

「開業医だが。自分が病気になって手術をする。この間応援して貰えないか」

地方の医師不足、医療問題は深刻です。