

## へき地保健医療対策検討会報告書（案）

### 1 はじめに

へき地保健医療対策は、昭和31年度から10次にわたってへき地・離島の保健医療対策にかかる計画を策定してきた。第1次から第9次までのへき地保健医療計画は、国が都道府県にへき地保健医療対策の方向性を示すものとして策定していたが、直近の第10次へき地保健医療計画は、地域の実情に応じてへき地保健医療対策の充実を図るため、国が示す策定指針に基づき、都道府県が策定することとしたものであり、平成18年度から実施されている。この間、へき地診療所やへき地医療拠点病院の施設・設備整備に対する財政支援や、へき地医療支援機構の創設により、県全体でへき地医療支援に取り組む仕組み作りを行ってきた。

こういった取組もあり、無医地区数自体は減少傾向にあるが、へき地診療所の数は一定数を維持するなど、へき地・離島における施設面の整備は拡充してきていると考えられる。

一方、過去のへき地保健医療対策検討会報告書で、へき地医療支援機構やへき地医療拠点病院の強化、キャリアデザインの検討について必要性が示されたが、具体的な検討には至っておらず、また、へき地・離島における保健医療サービスの確保について一義的には都道府県の責務に関わることとし、具体策を構築することが必要であり、これについて国は助言や指導を行うこととしたが、その後十分な連携が図られていない状況になっている。また、へき地医療に従事する医師の確保についても、自治医科大学を卒業した医師に加え、今後は医学教育モデル・コア・カリキュラムにへき地医療が盛り込まれたことや、いわゆる地域枠出身の医師が増加していくことにより充足されていくことが期待されているが、教育段階等におけるへき地医療への意識付けや、受け皿となるきめ細やかな人事システムの構築等が併せて必要であり、そのための十分な検討や対策が求められる。

このため、本検討会では、平成22年度で終了することとなっている第10次へき地保健医療計画に引き続いて実施すべき、へき地・離島保健医療対策のあり方について、第10次へき地保健医療対策検討会報告書（平成17年7月）を踏まえた、へき地保健医療を取り巻く様々な課題について、広範な視点から今般本報告書を取りまとめたところである。

本報告書が、今後国及び都道府県等が推進するへき地保健医療対策において有効に活用され、へき地・離島に暮らす方々への医療提供体制が一層充実されることを期待する。

### 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。

#### ( 1 ) 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 都道県であった。

個別の取組としては、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外、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。

#### ( 2 ) 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。

### (3) 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 府県に上る状況をみると、「専任」担当官とは言い切れ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。

### (4) 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(特に総合診療のできる医師)等の確保」、「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(医師偏在の早期是正等)」、「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。

#### (5) 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計画あり、その中にはへき地・離島医療対策を重視した計画もみられた。

今後、これら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) へき地医療を担う医師、医療機関等へき地医療関係者に求められること

へき地医療を担う医師像として、総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる、いわゆる総合医(以下、「総合医」という。)を育成していく必要がある。具体的には、へき地において、初期救急、二次救急のトリアージ、病気の予防、慢性疾患の管理、看取り等を総合的に行う医師が挙げられる。

総合医の確保策として、日本プライマリ・ケア学会等関連3団体(平成22年4月から日本プライマリ・ケア連合学会)の認定医制度のほか、(社)全国国民健康保険診療施設協議会の地域包括医療・ケア認定制度等があるが、現時点では制度創設して間もないこともあり、当面はその活動を見守り、必要に応じて連携していくことが肝要であると考える。

#### (2) 都道府県の役割として求められること

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必要であり、大切なことは、都道府県におけるへき地保健医療対策への目標設定と目標を達成させる計画の内容をいかにするかにある。

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)を参考にして改善策を策定し、これらの取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、大学と都道府県・へき地医療支援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。

また、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。

### （３）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生活環境や勤務環境を整えるよう努力することが必要である。

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が重要で、隣接する市町村同士の協定や高知県などで行われている市町村の枠を超えた広域連合として医師確保を目指していけるような協議の場を設けることも考えられる。

また、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提示し、他施設と比較できるようにすることも考えられる。

一方、学生時代に、地域医療実習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医療実習の受入などについて積極的に対応すべきであり、併せて受入に当たる指導医等の休暇や研修に対する代診を確保するなどの支援も必要であると考えられる。

また、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、様々な取組方策について検討していただきたい。

### （４）国の役割として求められること

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1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。具体的には、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。

また、各都道府県のへき地医療支援機構の専任担当官等が全て参加して、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。

(5) 大学の役割として求められること

地域医療・へき地医療に関しては、医学教育モデル・コア・カリキュラムに盛り込まれることになったこと等から、全ての学生に対する医学教育において、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など地域医療に関する教育を充実していくことが必要である。

この際、都道府県やへき地医療支援機構と連携して、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を行うことが望ましい。

また、教員の中に、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という意見があった。

(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。

現場で患者のためにいつも働いている、何でも診てくれる、そして高度医療についても理解がある人がその地域で一番重要な医師であるということについて、国民に認識してもらいたい。そのような国民の意識改革もしていく必要があるという意見があった。

4 へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討

(1) 新たなへき地医療支援機構の構築について

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。

1) 新たなへき地医療支援機構の位置づけについて

現行の位置づけに、第10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。

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、専任担当官を置く。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。

へき地医療支援機構の運営主体は、これまでへき地医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、専任担当官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。

なお、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、連動を密にすることに留意する必要がある。

## 2) 専任担当官（医師）のあり方について

専任担当官（医師）のあり方としては、現場の核として、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など地域医療に意識の高い医師を中心に位置づけ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。

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、

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、へき地診療所の現地視察を行って、状況を聞き、首長と意見交換することも必要である。

なお、専任担当官については、実質的には必ずしも「専任」していない場合があり、「専任」でも「兼任」でも支出される補助金が同じというのは適切ではなく、兼任担当官を複数配置する方法も含めて検討するべきではないかとの意見もあった。

## 3) 新たな支援機構の役割について

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、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。

なお、医師だけでなく、看護師、保健師ら医療スタッフに対しても機構の役割を拡大すべきではないかとの意見があった。

へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請

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

へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成

総合的な診療支援事業の企画・調整

へき地医療拠点病院の活動評価

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  
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  
就職の紹介斡旋、就職相談、その他就職に関する情報提供

なお、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があった。

#### 4) へき地医療支援機構に対する評価について

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。

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。

これに加え、「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堂に会する場を設けて、お互いの情報共有や協議、評価などを行うことも有効と考えられる。

#### 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

へき地医療支援機構に対しては都道府県が全面的に支援する必要がある。また、機構が派遣する、へき地診療所への医師確保の手段としては、二次医療圏内の拠点病院のみならず、都道府県単位で大学病院、自治体病院、民間病院等が支援していくとともに、地元医師会、保健所などとの連携を重視する必要がある。

一方、機構だけでは限界があり、医師確保の手法として、市町村が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の確保に努めることが考えられる。なお、この場合、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もち、きめ細かな対応が必要となることから、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について、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日本プライマリ・ケア学会等関連3団体の認定医制度等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という意見があった。

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、都道府県や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。

一方、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、具体化することも非常に重要である。

さらには、地元中・高校生を対象とした、体験学習、出前講座など地域医療やへき地医療に関する学習の機会を積極的に設けてはどうかとの意見があった。

なお、医学教育における地域医療実習（特にへき地医療）を充実させるとともに、この活動を財政的に支援するような取組を求める意見もあった。

### 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

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）

へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備

また、へき地勤務医等が安心して勤務・生活できるような、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、義務年限後のへき地勤務が片道切符になっていることから、

希望すればへき地勤務と他のポストを行き来できるようなサイクルを構築する必要があるとの意見もあった。

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）。

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。

#### へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル例

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。

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ため、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。

一定の区切りごとに1年間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。

基本的に3本の柱の中であれば、どのように移動しても構わないものとする。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。

#### イ キャリアを評価する仕組みについて

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。

具体的な評価については、厚生労働科学研究（主任研究者：鈴川正之自治

医科大学教授)での検討結果が示され(参考資料)「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。

- ・ 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、意識は高まるのではないか。
- ・ 地域という角度から見て、行政も福祉も住民の性格についても最も知っている地域を「専門」とするという考え方もあるのではないか。
- ・ 3学会による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、この中にへき地を加味・包含するような形でとらえた方がいいのではないか。これとは別にへき地医療専門医を作ると数多くの専門医制度の中に埋没することを危惧する。
- ・ 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、適切に機能するのか危惧する。また、その資格がなく実際にへき地で診療している医師に対する住民の理解をどうするのか。
- ・ へき地専門医については、十分な議論が必要であり、この検討会で提案すること、実現可能性についても疑問を感じる。

#### ウ その他

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というメリットを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。

また、定年退職した医師にへき地勤務してもらってはどうかとの提案があった。

#### (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一層の支援が求められる。

へき地医療拠点病院のほとんどは、4疾病5事業の担い手でもあり、都道府県が物的・人的・財政的支援をすることで、任せられている役割を十分担える体制を作っていくことが望まれる。

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。

加えて、医師だけではなく看護師等医療スタッフの派遣を行うためには、へき地医療拠点病院単位で「へき地医療支援室（仮称）」を設置し、必要な医療スタッフを登録し、研修・教育も含めた関係者間のネットワークを構築することが重要との意見があった。

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、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。また、この の拠点病院のうち、へき地の医師の教育研修や支援を行い、人事機能の中核的機能も有し、へき地医療を担う医師たちの基地となる機能を有する施設を「へき地医療教育研修支援病院（仮称）」として、へき地医療支援機構が認定し、都道府県ごとに1、2箇所確保する必要性も別に提案された。

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が前提となることから、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、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により、これらの病院の廃止や診療所化を招くことにつながり、ひいては、地域住民の医療へのアクセスの狭小化を招きかねないことから、地域の医療機関に配慮し、慎重に進めるよう留意する必要がある。

一方、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しての支援のみであり、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。

## 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十分配慮する必要がある。現行の設備・施設整備の充実はもちろんのこと、代診医や医学生、研修医などが宿泊するための施設の充実にも配慮する必要がある。

## 3) 情報通信技術（IT）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。

在宅患者に対し、医師又は保健師、助産師、看護師が指導し、直接健康管理を行うもの。

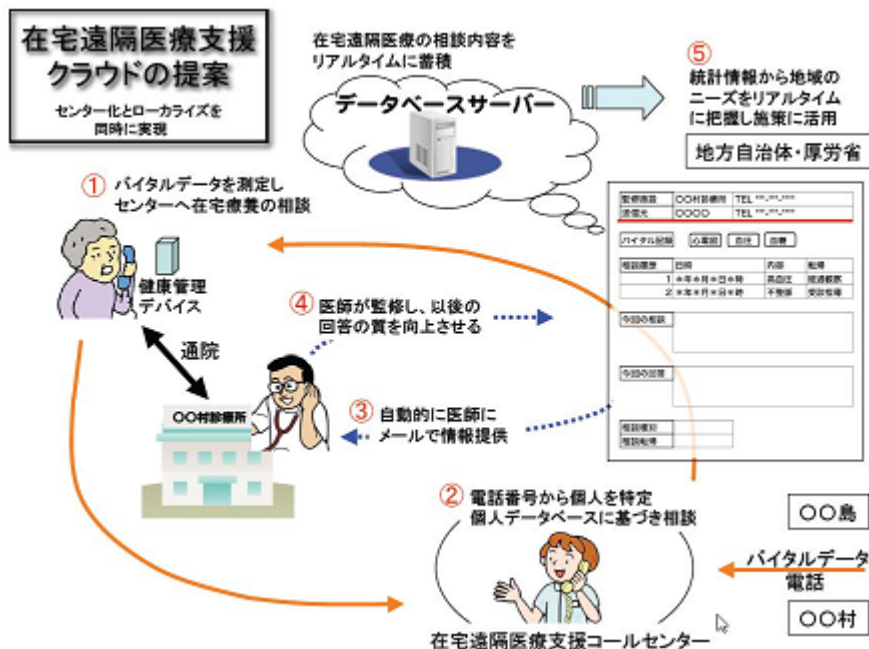
医師同士の診療支援という観点から、特に一人で診療しているような医師に対して、専門医が支援する画像診断等の診療支援の仕組み。

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、ITを利用した相談(遠隔画像伝送等)やTV会議などができる体制の整備が求められる。

この際、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く、また、へき地医療における新しい通信技術を活用している地域の事例集を策定するべきであるとの意見があった。

ただし、ICTによる遠隔医療は、これまで各地域で様々な取組がなされ、結果として有効に活用されていない場合があること、へき地医療に関しても対面診療が原則であり、また標準的なシステムで財源面を含め安全性・安定性に優れたものであることが求められるなどに留意が必要となる。

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を活用することで、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。



#### 4) 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一方、財政上の観点も含めて有効性について十分留意する必要がある。

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求められる。

また、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トリージを容認する姿勢を明確にしておく必要があるとの意見があった。

なお、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との意見があった。

#### 5) その他

地域における病院間の連携を十分図ったうえで、へき地の位置づけを検討するべきであり、単なる医師の取り合いにならないよう留意するべきであるという意見があった。

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。

加えて、この度の新臨床研修制度により、基幹型臨床研修病院において、研修医が3年間にわたって確保できない場合に取消しとなるが、へき地医療を始めとした地域医療の確保に積極的に取り組んでいる医療機関に対しては配慮してもらいたいという意見があった。

#### (4) へき地等における歯科医療体制について

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。

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。

歯科大学の卒前教育や臨床研修においてへき地歯科医療に関する教育・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。

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。

#### (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

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。

へき地看護に従事する看護職の実態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るべきである。

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。

また、キャリア開発支援を視野に入れた人事交流や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ことができないか。

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切ではないか。

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非常に重要である。

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、認定看護師や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、へき地勤務看護師の研修を支援できるような仕組みを作ることができないか。

このように、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必要があると考えられる。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、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ってはどうかとの意見があった。

また、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あるのではないかと意見があった。

## 5 今後のへき地保健医療施策の方向性について

### (1) へき地医療を担う医療関係者に求められること

へき地医療を担う医師像として、総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる総合医を育成していく必要がある。

### (2) 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検討することが重要である。

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。

市町村が独自に大学と提携して医師を派遣してもらうシステムや寄付講座を作っているという事例があり、市町村は、このような取組を参考に、様々な取組方策について検討する必要がある。

大学は医学教育モデル・コアカリキュラム等を元に、全ての学生に対する医学教育において、都道府県やへき地医療支援機構と連携し、地域医療・へき地医療に関する教育を充実することが必要である。

### （３）へき地医療支援機構の強化と新たな役割について

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。

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。

### （４）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

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。

また、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が、「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。

### （５）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一層の支援が求められる。また、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。

### （６）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、有効性・効率性も考慮しつつ、引き続き支援していく必要がある。

(7) 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、有効性・効率性を考慮しつつ、積極的に推進していく必要がある。

(8) 歯科医療、看護職等への支援方策について

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。

6 終わりに

本検討会では、今後のへき地保健医療対策のあり方について昨年7月より6回に亘り検討を行った。

今後、国、都道府県及び関係機関は、本報告書において指摘した内容に基づき、十分な対応を行うことが求められる。これらの対応については適宜評価・分析を行い、必要に応じて計画の見直しを行うなど、へき地医療を取り巻く状況の推移に応じた対応が必要である。

なお、医療計画については、平成22年度にあり方に関する検討会を実施した上で、平成24年度に各都道府県において見直しを行うこととしており、国や都道府県は、医療計画を含めた今後の医療提供体制のあり方を検討するにあたっては、本報告書を踏まえ、医療提供体制全体の枠組みの中で、へき地保健医療対策をどう位置づけていくか考えていくことが望まれる。

## へき地保健医療対策検討会の審議経過

第1回：平成21年7月10日（金）

検討会の趣旨説明

へき地医療について先進的な取り組みを行っている4県の事例紹介

へき地医療に関する厚生労働科学研究班の報告

今後検討すべき事項について

第2回：平成21年9月18日（金）

へき地医療に関する現況調について

論点整理

・へき地医療支援機構のあり方について 等

第3回：平成21年10月30日（金）

論点整理

・へき地医療支援機構のあり方について

・へき地勤務医のキャリアパスについて 等

第4回：平成21年12月24日（木）

論点整理

・へき地勤務医のキャリアデザインと評価について

・へき地医療拠点病院のあり方について

・へき地における歯科・看護の課題について

・へき地医療における遠隔医療の活用について 等

第5回：平成22年2月25日（木）

検討会報告書（案）について

第6回：平成22年3月19日（金）

検討会報告書（案）について

事務局

厚生労働省医政局指導課

救急・周産期医療等対策室

## へき地保健医療対策検討会 委員名簿

うちだ 内田	たけお 健夫	(社)日本医師会常任理事
おくの 奥野	まさたか 正孝	三重県健康福祉部 へき地医療総括特命監
かじい 梶井	えいじ 英治	自治医科大学教授(地域医療学センター長)
きむら 木村	きよし 清志	島根県健康福祉部 医療企画監
さわだ 澤田	つとむ 努	高知県へき地医療支援機構 専任担当官
しぶや 澁谷	いづみ いづみ	愛知県半田保健所長(全国保健所長会会長)
しんの 神野	まさこ 雅子	北海道保健福祉部地域医師確保推進室
		看護政策グループ主査
すずかわ 鈴川	まさゆき 正之	自治医科大学救急医学教授
たかの 高野	こういちろう 宏一郎	新潟県佐渡市長(全国離島振興協議会会長)
つしま 対馬	いつこ 逸子	青森県西北五地域医療研究会代表
つちや 土屋	いち子 いち子	長野県訪問看護ステーションしらかば
つのまち 角町	まさかつ 正勝	(社)日本歯科医師会理事
ないとう 内藤	かずよ 和世	京都府立与謝の海病院長
		(全国自治体病院協議会常任理事)
なかむら 中村	しんいち 伸一	福井県おおい町国保名田庄診療所長
はたけやま 畠山	ひろし 博	岩手県藤沢町長
まえだ 前田	たかひろ 隆浩	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
		へき地・離島医療学講座教授
まえの 前野	かずお 一雄	読売新聞東京本社編集委員
みさか 三阪	たかはる 高春	鹿児島県霧島市立医師会医療センター
		地域診療部長
むらせ 村瀬	すみお 澄夫	東員病院長・三重大学客員教授
よしあら 吉新	みちやす 通康	(社)地域医療振興協会理事長

以上20名

五十音順

: 座長

オブザーバー

総務省自治財政局地域企業経営企画室

オブザーバー

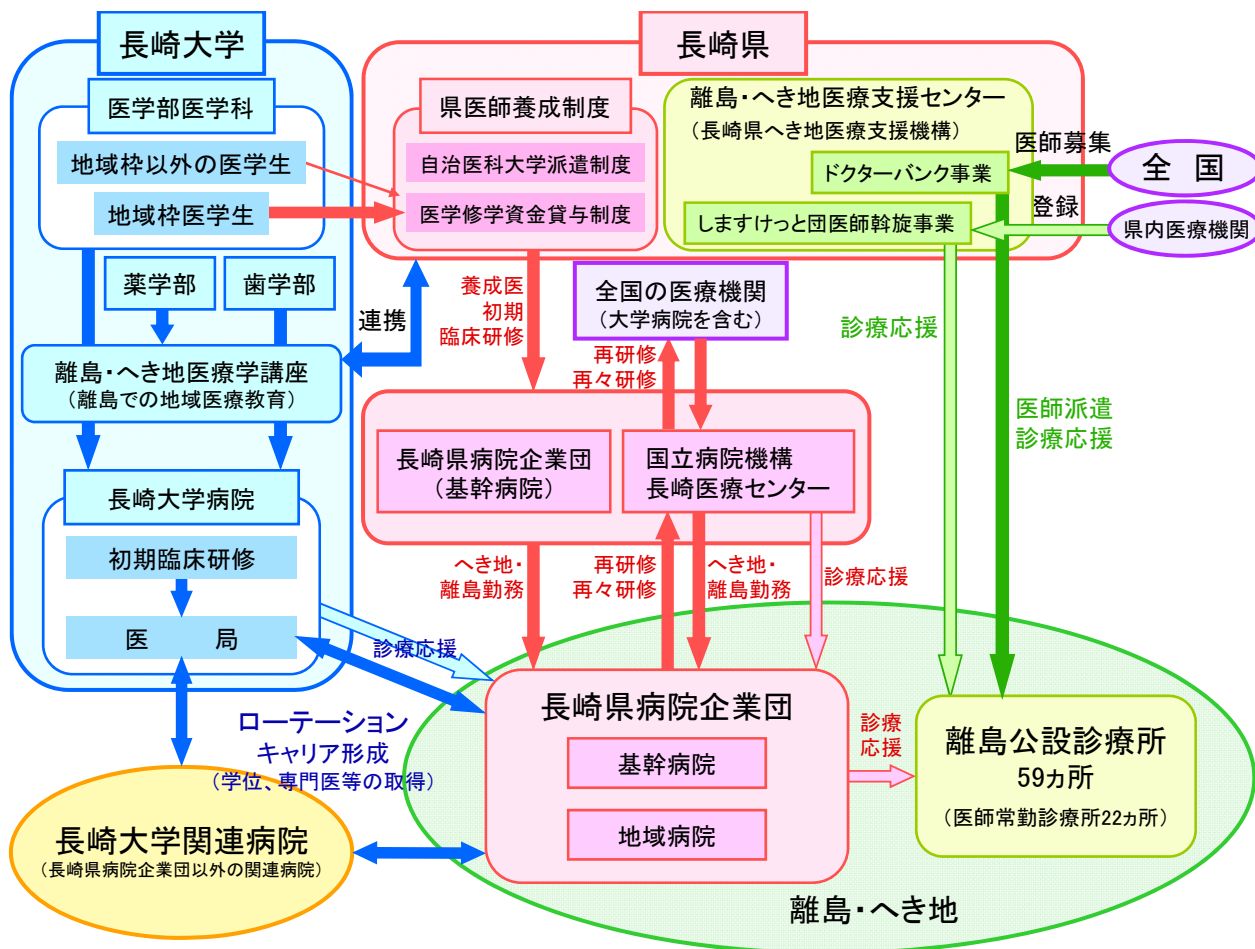
総務省情報流通行政局地域通信振興課

オブザーバー

文部科学省高等教育局医学教育課

へき地保健医療対策において先進的な取り組みをしている都道府県の事例集

1. 長崎県の離島医療体系図(一部抜粋)



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幹旋事業」がある。

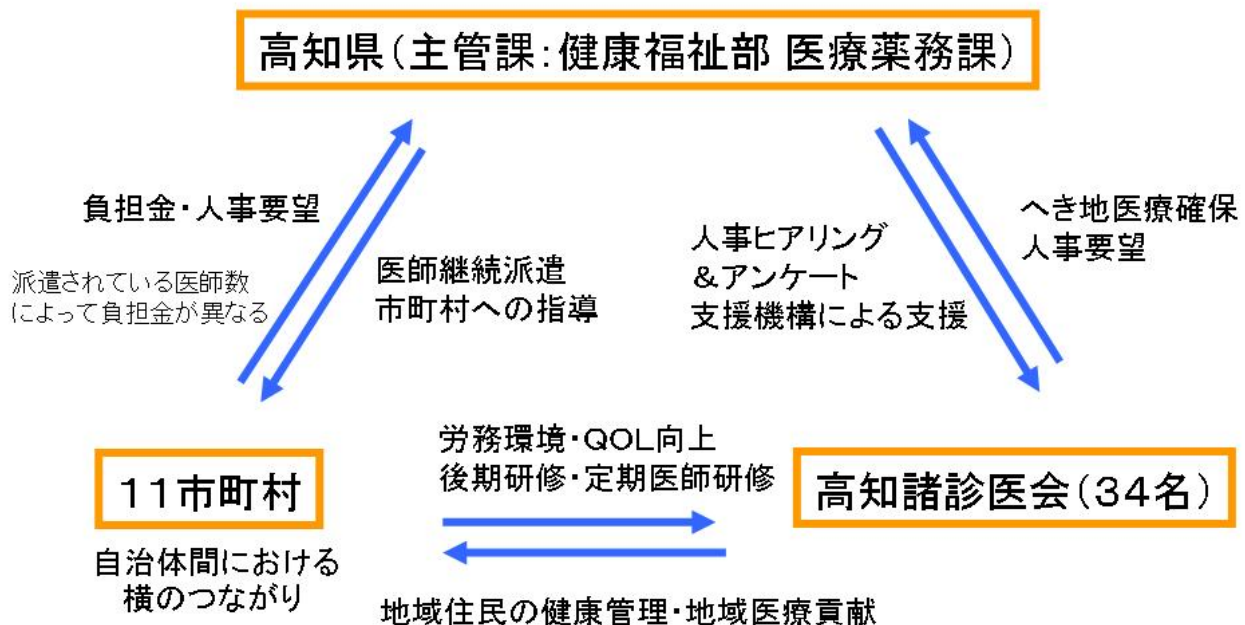
「ドクターバンク事業」では、離島の市町からの要請に応じて、全国から診療所常勤医師を公募し、県職員として採用した上で診療所へ派遣する。2年間で1単位として、1年半の離島診療所勤務後は、希望に応じて半年間の有給の自主研修が保証されている。また、常に支援センターの専任医師が相談に応じる体制となっており、こうした連携強化によってチームで離島・へき地の医療を支えるという意識を育み、常勤医師の負担軽減を図っている。診療所常勤医師の募集のため、支援センターが主体となって毎年定期的に都市部で医師募集説明会を開催している。

「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。

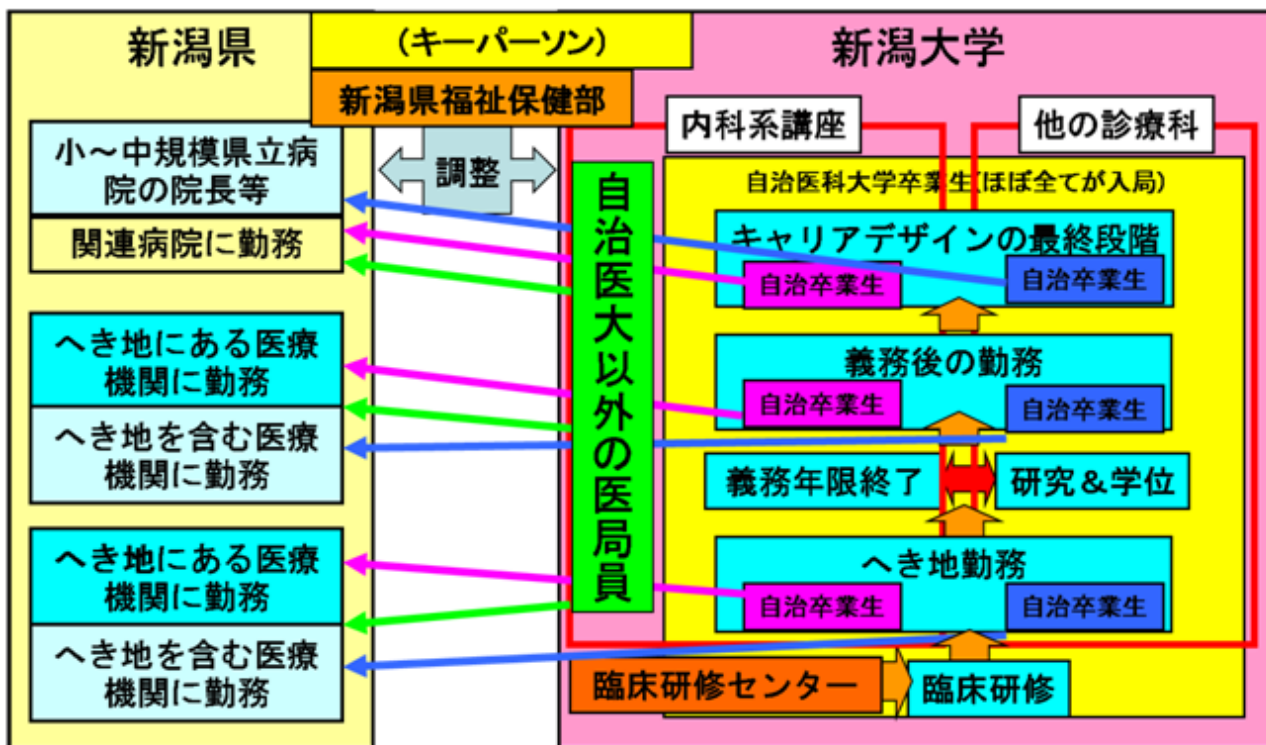
続いて、自治医科大学以外を卒業した医師にも、協議会に参加してもらうために「脱自治医大」のキーワードのもと、平成10年に名称が「高知県へき地医療協議会」に変更された。

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

#### 大学主導による、県との連携を持った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、「大学主導による、県との連携を持った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。

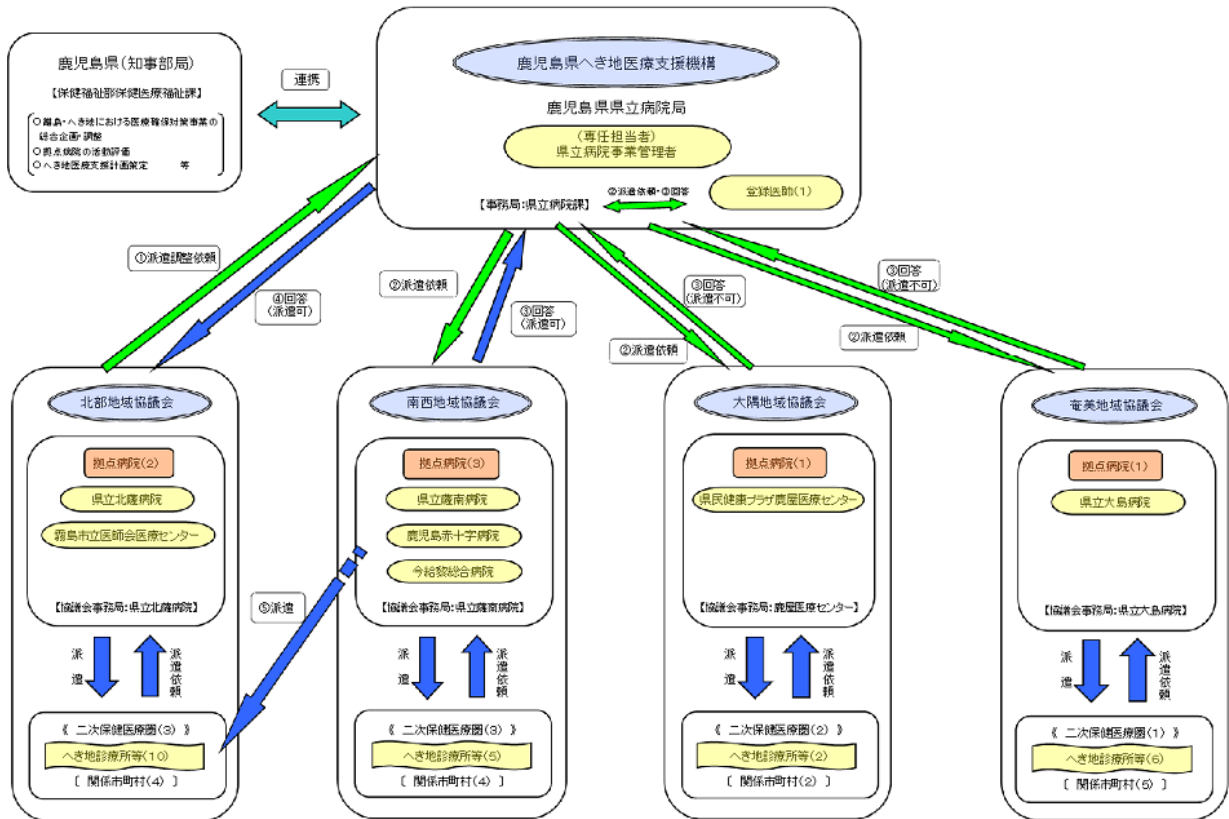
1. 自治医科大学卒業医師のほとんどが新潟大学に入局すること
2. ほかの県と違って、新潟大学の医局の組織の力がしっかり残っていること
3. 新潟大学の内部に「自治医科大学卒業医師は同じ仲間である。」という認識があること

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





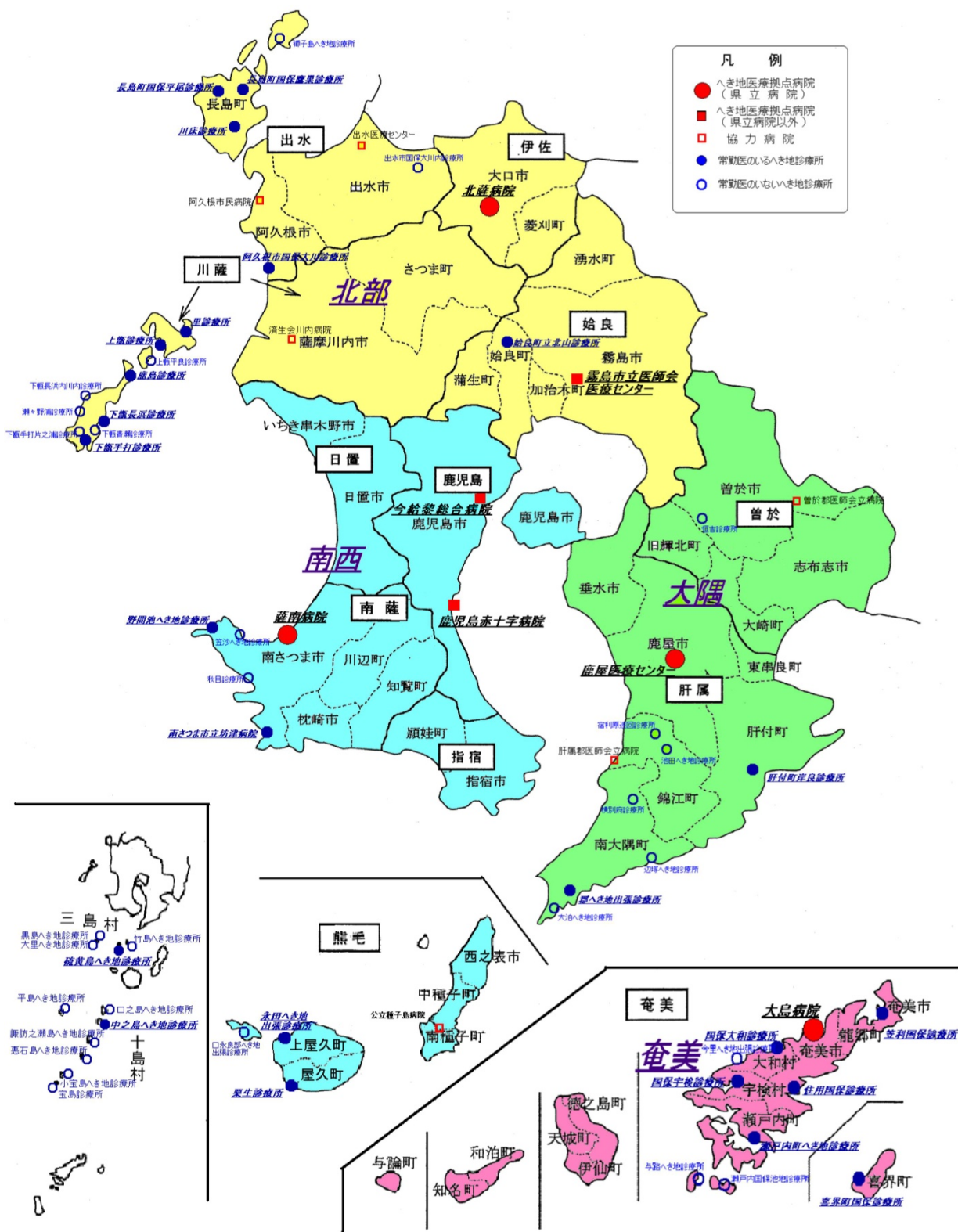
	平成19年7月まで	平成19年8月以降
事務局	霧島市立医師会医療センター内	県立病院課内（+4地域毎の県立病院総務課）
専任担当官	上記センター勤務医師 1名（自治医大卒）	県立病院事業管理者が兼務 1名（医師）
組織体制		<ul style="list-style-type: none"> <li>本部事務局を県庁にある県立病院局に置いた。</li> <li>県内を4つの地域に分け、各地域の県立病院に地域事務局を置き、地域毎で先ず対応する体制。（各地域には、派遣協力病院が1～3ヶ所ある。）</li> <li>各地域内で代診医の派遣が出来ない場合は、本部が他地域の協力病院や本部所属医師の中で調整する体制。</li> </ul> ◎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。
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"> <li>上記センター勤務医師数名（自治医大卒）</li> <li>+県立病院勤務医師数名（自治医大卒）</li> <li>+鹿児島市内の協力病院（民間）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7ヶ所の協力病院</li> <li>派遣医師は、自治医大卒業医師に限らない体制</li> <li>本部所属医師1名（他大学卒医師）</li> </ul>
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"> <li>ネットワーク体制により、加重が分担されている。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>霧島市立医師会医療センターだけにかかなりの過重</li> <li>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？）</li> </ul>	・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

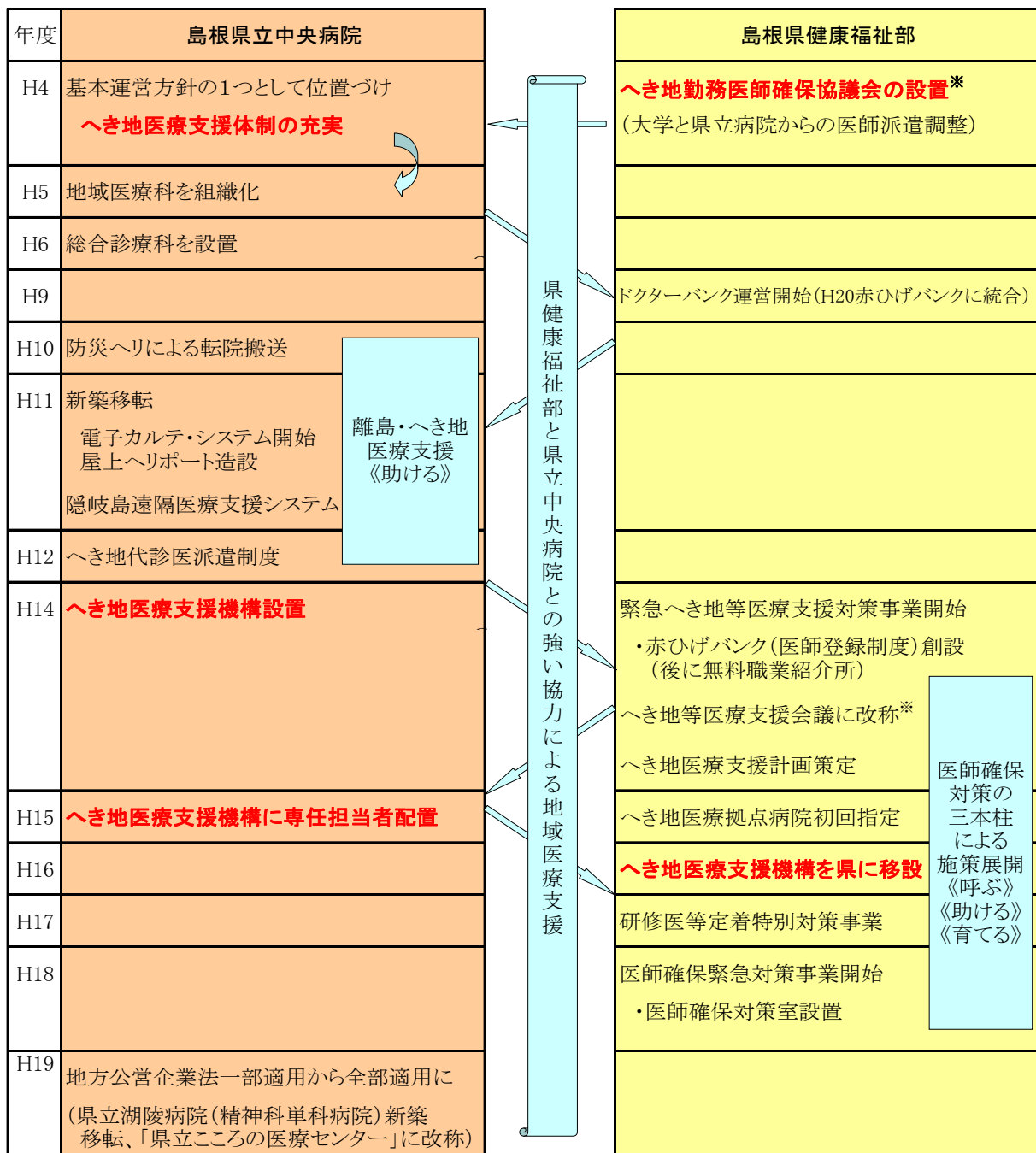
# へき地医療支援機構・地域区分図

- 凡例
- へき地医療拠点病院 (県立病院)
  - へき地医療拠点病院 (県立病院以外)
  - 協力病院
  - 常勤医のいるへき地診療所
  - 常勤医のいないへき地診療所



## 5 . 島根方式

### 島根県の地域医療施策の取組経緯とポイント

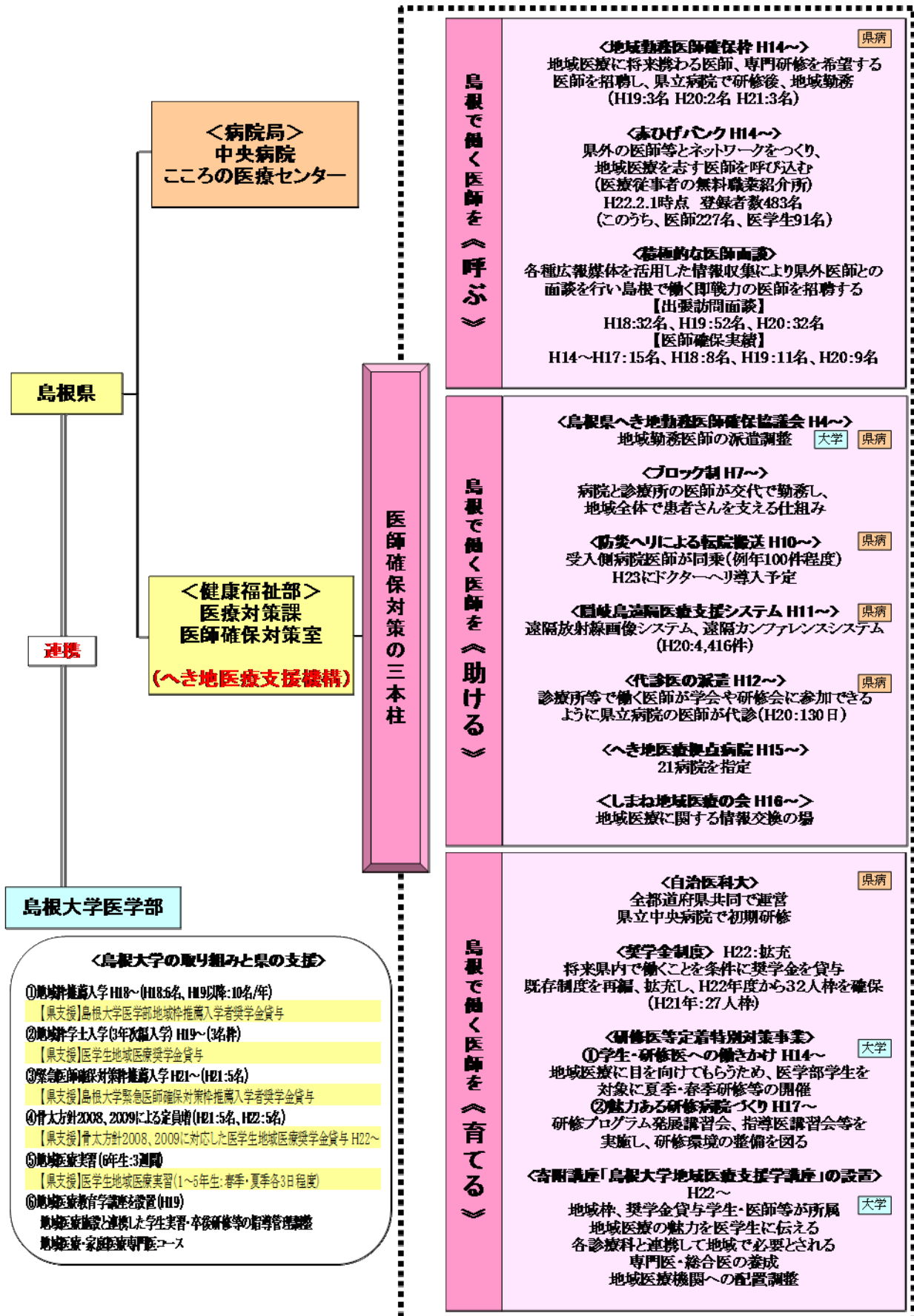


\*現在の医師派遣調整は、義務年限内自治医大卒医のみ

#### ★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. 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。

2. 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。

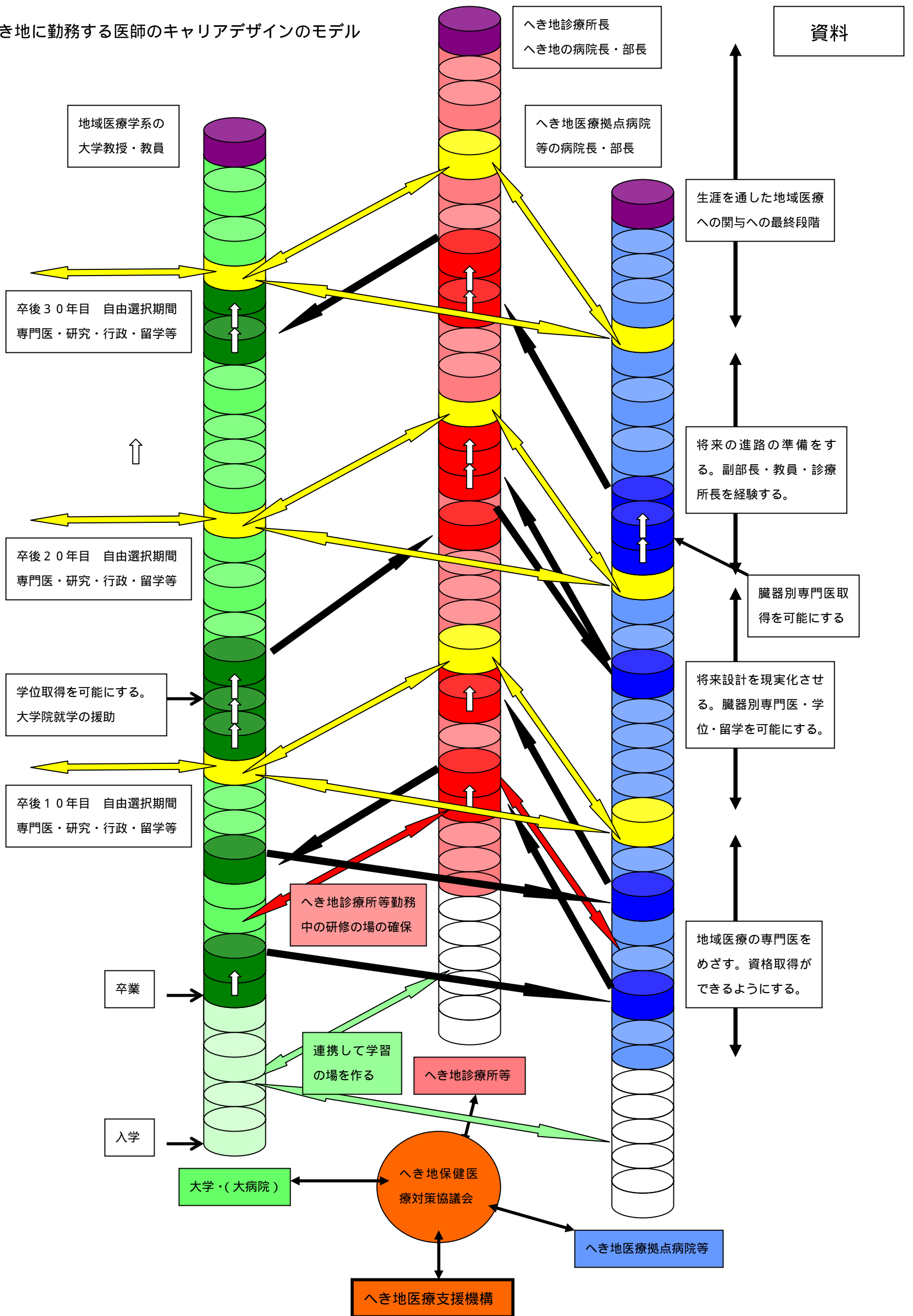
3. 「へき地医療専門医」(仮称)の認定組織について 資料

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

へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル



地域医療学系の  
大学教授・教員

へき地診療所長  
へき地の病院長・部長

資料

卒後30年目 自由選択期間  
専門医・研究・行政・留学等

生涯を通じた地域医療  
への関与への最終段階

卒後20年目 自由選択期間  
専門医・研究・行政・留学等

将来の進路の準備をす  
る。副部長・教員・診療  
所長を経験する。

学位取得を可能にする。  
大学院就学の援助

臓器別専門医取  
得を可能にする

卒後10年目 自由選択期間  
専門医・研究・行政・留学等

将来設計を現実化させ  
る。臓器別専門医・学  
位・留学を可能にする。

へき地診療所等勤務  
中の研修の場の確保

地域医療の専門医を  
めざす。資格取得が  
できるようにする。

卒業

連携して学習  
の場を作る

へき地診療所等

入学

大学・(大病院)

へき地保健医  
療対策協議会

へき地医療拠点病院等

へき地医療支援機構

### 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。	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。	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。 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。 ポストを確保する施策・インセンティブをどうするか。 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、「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)	法的に措置が不要。各大学の判断のみで対応可能。 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までは難しい。	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。 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。 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)	資格取得者については、国が政策的に支援。 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。	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。 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。 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)試験等を要せずに資格を付与	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)試験等を要せず資格を付与する。	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。 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。	三学会とは目的が異なる。 へき地医師が、三学会総合医の資格を望むかどうか不明。 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。 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。	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。 開業医との住み分けをどう行うのか。