



992

日医発第 341 号 (地 I 63)

平成 22 年 6 月 30 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

原 中



第 11 次へき地保健医療計画の策定等について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、厚生労働省医政局長より各都道府県知事宛に「第 11 次へき地保健医療計画の策定等について」の通知が発出されるとともに、本会に対してもその了知方依頼がありました。

本通知は、第 11 次へき地保健医療計画について、これまでの第 10 次計画が平成 22 年度をもって終了することから、平成 23 年度から 27 年度までの 5 か年を計画期間として、第 10 次計画と同様に国が示す策定指針に基づき、各都道府県ごとに地域の実情に応じた計画を新たに策定するよう求めるものです。

したがって、第 11 次計画の策定に際しては、「第 11 次へき地保健医療計画策定指針」及び「へき地保健医療対策検討会報告書 (第 11 次)」(平成 22 年 3 月)を踏まえて、「へき地保健医療対策に関する協議会」を設置し、同協議会の意見を聞いた上で具体的かつ実効性のある計画を策定することとなります。

なお、第 11 次計画の内容について、平成 25 年度までに医療計画に反映し、その実情に応じたへき地保健医療対策を推進するよう、要請がなされております。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただき、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。併せて、貴会管下郡市区医師会等への周知方につきご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

医政指発 0520 第 2 号
平成 22 年 5 月 20 日

社団法人 日本医師会会長 殿

厚生労働省医政局指導課長



第 1 1 次へき地保健医療計画の策定等について

標記について、別添（写）のとおり各都道府県知事宛て通知いたしましたので、御了知の上、よろしくお取りはからい願います。

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

第11次へき地保健医療計画の策定等について

へき地保健医療対策については、第10次へき地保健医療計画（以下「第10次計画」という。）が平成22年度をもって終了するところであり、へき地保健医療対策の更なる充実を図るため、平成23年度から平成27年度までの5か年を計画期間とする「第11次へき地保健医療計画」（以下「第11次計画」という。）を策定する必要がある。

第9次までのへき地保健医療計画については、国が都道府県に対してへき地保健医療対策の方針を示すものとして策定してきたが、第10次計画については、地域の実情に応じた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、都道府県ごとにへき地保健医療計画を策定することとしたところである。また、第10次計画においては、都道府県に対し、「へき地保健医療対策に関する協議会」を設置し、へき地保健医療対策について検討するよう求めたところである。しかし、へき地を有するにもかかわらず第10次計画を策定していない都県があり、また、「へき地保健医療対策に関する協議会」の活動状況は全体的に低調であった。

第11次計画については、第10次計画と同様、国が示す策定指針に基づき、都道府県ごとに地域の実情に応じたへき地保健医療計画を策定することとする。各都道府県におかれては、「第11次へき地保健医療計画策定指針」（別紙1）及び「へき地保健医療対策検討会報告書（第11次）」（平成22年3月・別紙2）を踏まえ、「へき地保健医療対策に関する協議会」を設置し、当該協議会の意見を聴いた上で、具体的かつ実効性のある第11次計画を策定するようお願いする。

また、国においては、第11次計画の策定に向けた都道府県の取組に対し、随時、技術的助言等による支援を行うほか、「全国へき地医療支援機構等連絡会議」を開催し、都道府県間の格差の是正、都道府県にまたがる事項の調整等に関する支援を行うこととしている。「全国へき地医療支援機構等連絡会議」は、全国のへき地保健医療対策の先進事例等を学び合うことにより、第11次計画をよりよいものとするための機会となるものであり、各都道府県においては、へき地医療支援機構の専任担当官及びへき地保健医療対策の担当者の出席について配慮いただけるようお願いする。

さらに、各都道府県においては、第11次計画の内容が医療計画のへき地の医療体制に係る部分の内容と大幅に異なる場合は、必要に応じて、第11次計画の内容に合わせて医療計画の内容を変更するようお願いする。また、今回医療計画の変更を行わない場合においても、第11次計画の内容を平成25年度までに医療計画に反映していただき、その実情に応じたへき地保健医療対策を推進されるようお願いする。

第11次へき地保健医療計画策定指針

1. 第11次へき地保健医療計画の策定における基本的な考え方

第11次へき地保健医療計画（以下「第11次計画」という。）については、平成21年7月から6回にわたり開催された「へき地保健医療対策検討会」において、その在り方等について議論を行い、平成22年3月に「へき地保健医療対策検討会報告書（第11次）」（以下「報告書」という。）を取りまとめたところである。

報告書においては、「都道府県は、第11次計画の策定に当たり、へき地を中心とする地域医療の分析を行った上で、例示する先進事例を参考にして、へき地保健医療対策に係る改善策を具体的に策定し、これらの取組を積極的に公表する」旨の提言がなされたところである。

このため、第11次計画の策定に当たっては、まずへき地保健医療対策の現状と課題に関する調査及び分析を行った上で、現在実施しているへき地保健医療対策の改善案（以下「改善案」という。）を作成し、「全国へき地医療支援機構等連絡会議」等における改善案に対する意見交換や助言等を踏まえ、第11次計画を策定するものとする。また、第11次計画の策定作業については、「へき地保健医療対策に関する協議会」（以下「協議会」という。）の意見を聴き、その意見を十分踏まえつつ行うものとする。

2. 改善案の作成について

(1) 第11次計画の策定に当たっては、都道府県内のへき地保健医療対策の現状に関する調査（厚生労働科学研究班（「都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究班」主任研究者：梶井英治・自治医科大学地域医療学センター長）が策定している「へき地医療現状調査項目」（別添1）を踏まえ、さらに地域の実情に応じて協議会等で必要と考える項目を追加すること。）を実施し、へき地保健医療対策に関する課題を分析すること。

(2) (1)の調査及び分析の結果、「先進的なへき地保健医療対策の取組事例についての解説」（別添2）並びに報告書別添の先進事例を踏まえ、地域の実情に応じたへき地保健医療対策の改善案を作成すること。なお、改善案の作成に当たっては、以下の事項に留意すること。

① 報告書の4の(1)に示された提言に基づき、へき地医療支援機構の強化策について検討すること。特に以下の提言については尊重すること。

(i) へき地を有するにもかかわらず、へき地医療支援機構を設置していない県は、へき地医療支援機構を設置すること。

(ii) へき地医療支援機構の専任担当官には、原則としてへき地医療の従事経験を有する医師を配置し、へき地医療支援機構の責任者としてへき地医療支援業務にあたることのできる環境整備を行うこと。

なお、へき地医療支援機構の専任担当官は、へき地診療所、へき地を有する市町村の首長等とのコミュニケーション確保に努めること。

- ② 報告書の4の(2)に示された提言に基づき、地域の実情に応じて、へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパスの構築について検討すること。この際、へき地医療支援機構を中心に、大学やへき地医療拠点病院との連携の下、地域の実情に応じて、へき地医療機関に派遣する医師を確保するドクタープール機能、へき地医療を担う医師のキャリアパスの構築等について検討すること。

3. 第11次計画の策定について

- (1) へき地保健医療対策の改善案については、平成22年10月29日(金)までに作成し、厚生労働省に報告すること。その後開催予定の「第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議」において、各都道府県の改善案について意見交換等を行うものであること。
- (2) 第11次計画については、「第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議」における意見交換等を踏まえつつ、地域の実情に応じて、以下の項目を基に策定すること。

【記載すべき項目】

1. へき地保健医療対策の現状と課題

◆2の(1)により実施する調査及び分析の結果を記載

2. へき地保健医療対策の目標

◆都道府県の医療対策全体の中でのへき地保健医療対策の位置付けを確認した上で、へき地保健医療対策の目標を記載

3. へき地等の医療提供体制を構築する各主体の役割

(1) 都道府県の役割

◆次のような都道府県の役割について記載

・各主体との調整を行い、へき地保健医療対策を取りまとめ、実行する役割

(2) へき地医療を担う医師、医療機関等へき地医療関係者の役割

◆次のようなへき地医療関係者の役割について記載

・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、いわゆる総合医の育成に取り組む役割

(3) へき地を有する市町村の役割

◆次のようなへき地を有する市町村の役割について記載

・へき地の医師が充実した勤務をすることができる生活環境や勤務環境を整える役割

(4) 医療の提供を受ける住民の役割

◆次のような住民の役割について記載

・へき地勤務医の重要性や生活面での実情等を理解し、市町村等とともにへき地勤務医を支える役割

4. へき地保健医療対策に係る具体的支援策

(1) へき地医療支援機構の強化について

- ◆へき地を有するにもかかわらず、へき地医療支援機構を設置していない県においては、へき地医療支援機構を設置するよう検討を行い、その検討内容と結論について記載。なお、へき地医療支援機構を新たに設置する場合は、へき地医療支援の中核を担ってきた、又は担い得る都道府県、医療機関等を運営主体とすること。
- ◆へき地医療支援機構の役割の強化について、報告書の4の(1)の3)に示された以下の役割をへき地医療支援機構が担うことができるようにするための検討を行い、その検討内容と結論について記載
 - ①へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請
 - ②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
 - ③へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成
 - ④総合的な診療支援事業の企画・調整
 - ⑤へき地医療拠点病院の活動評価
 - ⑥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
 - ⑦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
 - ⑧へき地で勤務する医師のキャリアパスの構築
 - ⑨へき地における地域医療の分析
 - ⑩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
 - ⑪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
 - ⑫就職の紹介斡旋、就職相談、その他就職に関する情報提供
- ◆へき地医療支援機構の専任担当官の機能向上のための取組について、地域医療に意識の高い医師を配置し、専任担当官を中心として他職種を巻き込んだチームとしてへき地医療支援業務にあたることのできるような体制を構築すること、ある程度長く専任担当官として勤務できるようにすること、へき地医療支援業務に専念できるような環境を整えること、現場の医師と行政の間のパイプ役となり、現地視察や首長との意見交換等も行うようにすること等を記載
- ◆へき地医療支援機構の機能向上のための取組について、へき地医療支援機構の活動を都道府県が支援していくこと等を記載
- ◆へき地医療支援機構が派遣する医師の確保について、都道府県単位で関係者（大学病院、自治体病院、民間病院、国立病院機構病院、地元医師会、保健所等）が連携して対応していくための方策について記載
- ◆へき地医療支援機構の活動を評価する取組について、「全国へき地医療支援機構等連絡会議」等を通じ、他の都道府県の取組等の情報収集を行った上で、都道府県がへき地医療支援機構の活動について評価を行い、必要な指導を行っていくこと等について記載

(2) へき地医療を担う医師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について

- ◆地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の定着率を上げるための方策や活用方法について、医学生等とのコミュニケーションを確保する機会の充実、大学等と連携した地域医療への動機付け等の取組状況を記載するとともに、今後の取組の検討を行い、その検討内容と結果について記載
- ◆地域医療への動機付けについては、医学生等に対するプログラムの作成へのへき地医療の経験者の参加、中・高校生を対象とした出前講座の実施等も考えられ、先進事例等を参考に様々な取組を検討すること

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

- ◆へき地医療を担う医師が安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築について、報告書に記載されたキャリアデザインのモデル例等を参考に、地域の実情にあったキャリアデザイン等の検討を行い、その検討内容と結論について記載

(3) へき地等の医療提供体制に対する支援について

- ◆へき地医療拠点病院に対する具体的な支援策について記載
- ◆へき地診療所に対する支援策について記載
- ◆情報通信技術（IT）による診療支援について記載
- ◆ドクターヘリ等の活用方策について記載
- ◆その他の事項について記載

(4) へき地等の歯科医療体制について

- ◆へき地等の歯科医療体制に対する支援方策について記載

(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等医療スタッフへの支援方策について記載

八ヶ地保健医療対策検討会報告書
(第11次)

平成22年3月

目 次

1	はじめに	1
2	へき地保健医療対策の現状と課題について	1
	(1) 都道府県の取組について	2
	(2) へき地で勤務する医師の確保について	2
	(3) へき地医療支援機構の現状について	3
	(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	3
	(5) 地域医療再生計画について	4
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	4
	(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	4
	(2) 都道府県の役割として求められること	4
	(3) 市町村（へき地を有する）の役割として求められること	5
	(4) 国の役割として求められること	5
	(5) 大学の役割として求められること	6
	(6) 医療の提供を受ける住民側に求められる意識等	6
4	へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討	6
	(1) 新たなへき地医療支援機構の構築について	6
	1) 新たなへき地医療支援機構の位置づけについて	
	2) 専任担当官（医師）のあり方について	
	3) 新たな支援機構の役割について	
	4) へき地医療支援機構に対する評価について	
	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	
	(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	9
	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	
	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	
	(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	11
	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	
	2) へき地診療所に対する支援について	
	3) 情報通信技術（IT）による診療支援について	
	4) ドクターヘリの活用について	
	5) その他	
	(4) へき地等における歯科医療体制について	14

(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	14
5 今後のへき地保健医療施策の方向性について	15
(1) へき地医療を担う医療関係者に求められること	15
(2) 国、都道府県が果たすべき役割について	15
(3) へき地医療支援機構の強化と新たな役割について	16
(4) 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	16
(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	16
(6) 情報通信技術（IT）による診療支援について	16
(7) ドクターヘリの活用について	17
(8) 歯科医療、看護職等への支援方策について	17
6 終わりに	17
へき地保健医療対策検討会の審議経過	18
へき地保健医療対策検討会委員名簿	19

別添 へき地保健医療対策において先進的な取組をしている都道府県の事例集

参考資料 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及び評価指標に関する研究」研究班

へき地保健医療対策検討会報告書

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に基づき実施されてきた。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、①へき地医療支援機構やへき地医療拠点病院の強化、②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、③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 IT 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、29.5%である。

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、へき地においてその地域の特性を理解し、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、リハビリテーション、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及び全国自治体病院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られる。

(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1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理解と意欲を育む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。
- 一方、寄付講座を含めた地域医療教育を担当する部門については、長期的な展望に立ち、継続性や教員の身分の安定性に配慮した体制の確保が求められ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なっていく必要がある。
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卒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、へき地医療に関する職務に専念するような工夫が必要であり、例えば、
 - ① 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、
 - ② 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。

 - ① へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請
 - ② 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

- ③ へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成
 - ④ 総合的な診療支援事業の企画・調整
 - ⑤ へき地医療拠点病院の活動評価
 - ⑥ 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
 - ⑦ 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
 - ⑧ へき地で勤務する医師のキャリアパスの構築
 - ⑨ へき地における地域医療の分析
 - ⑩ 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
 - ⑪ 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
 - ⑫ 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いとなっている。
- 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持ち、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、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。
 - ① 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
 - ② 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）
 - ③ 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：鈴木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

- 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。
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。
- ③ 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）、「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、年齢や診療科の経験を問わず、へき地医療に意欲を持つ医師を幅広く受け入れる意識や体制作りが必要ではないかという意見があった。

(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Ⅰ、Ⅱ等2つの指定に大きく分類し、Ⅰ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Ⅱとすることが提案された。また、このⅠ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拠点となる機能を有する施設を「へき地医療研修支援拠点病院（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。

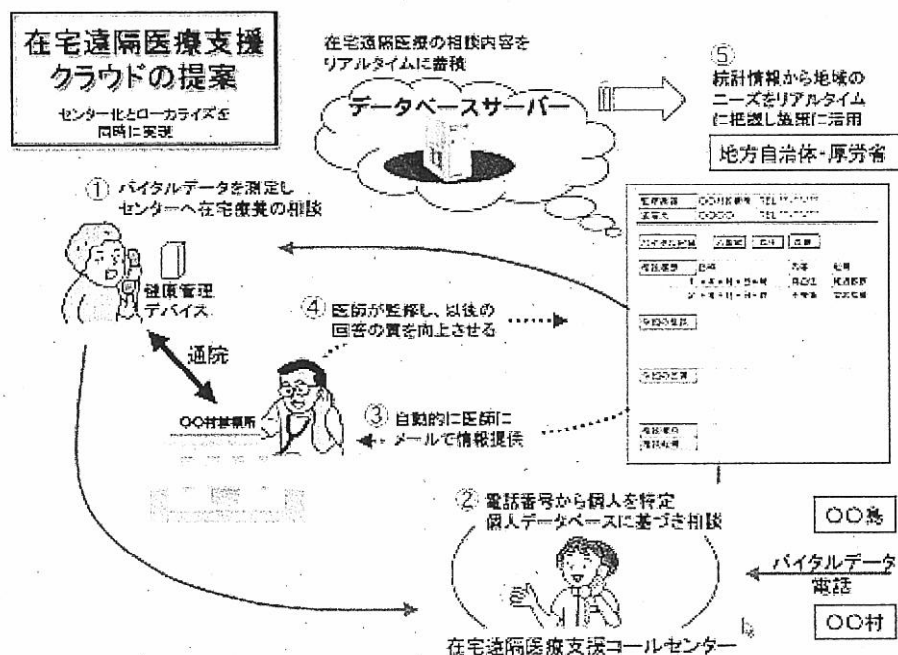
2) へき地診療所に対する支援について

- 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。

- ① 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。
- ② 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、へき地医療に対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、利用の仕方について検討してい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、ジェット機等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。
 - ① 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。
 - ② 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。
 - ③ 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。
 - ① 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。
 - ② 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。
 - ③ 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この意見があった。

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

- ① 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、地域卒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。
- ② 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。

- ③ 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。
- ④ 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ます。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回にわたり検討を行った。
- 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

へき地保健医療対策検討会 委員名簿

うちだ
内田
おくの
奥野
かじい
○梶井
きむら
木村
さわだ
澤田
しぶや
澁谷
じん
神野

たけお
健夫
まさたか
正孝
えいじ
英治
きよし
清志
つとむ
努
いづみ
いづみ
まさこ
雅子

社団法人 日本医師会常任理事
三重県健康福祉部 へき地医療総括特命監
自治医科大学教授 (地域医療学センター長)
島根県健康福祉部 医療企画監
高知県へき地医療支援機構 専任担当官
愛知県半田保健所長 (全国保健所長会会長)
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
たかの
高野
つしま
対馬
つちや
土屋
つのまち
角町
ないとう
内藤

まさゆき
正之
こういちろう
宏一郎
いつこ
逸子
こ
いち子
まさかつ
正勝
かずよ
和世

自治医科大学救急医学教授
新潟県佐渡市長 (全国離島振興協議会会長)
青森県西北五地域医療研究会代表
長野県訪問看護ステーションしらかば
社団法人 日本歯科医師会理事
京都府立与謝の海病院長

(全国自治体病院協議会常務理事)

なかむら
中村
はたけやま
畠山
まえだ
前田

しんいち
伸一
ひろし
博
たかひろ
隆浩

福井県おおい町国保名田庄診療所長
岩手県藤沢町長
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
みさか
三阪

かずお
一雄
たかはる
高春

読売新聞東京本社編集委員
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
よしあら
吉新

すみお
澄夫
みちやす
通康

東員病院長・三重大学客員教授
公益社団法人 地域医療振興協会理事長

以上20名

五十音順

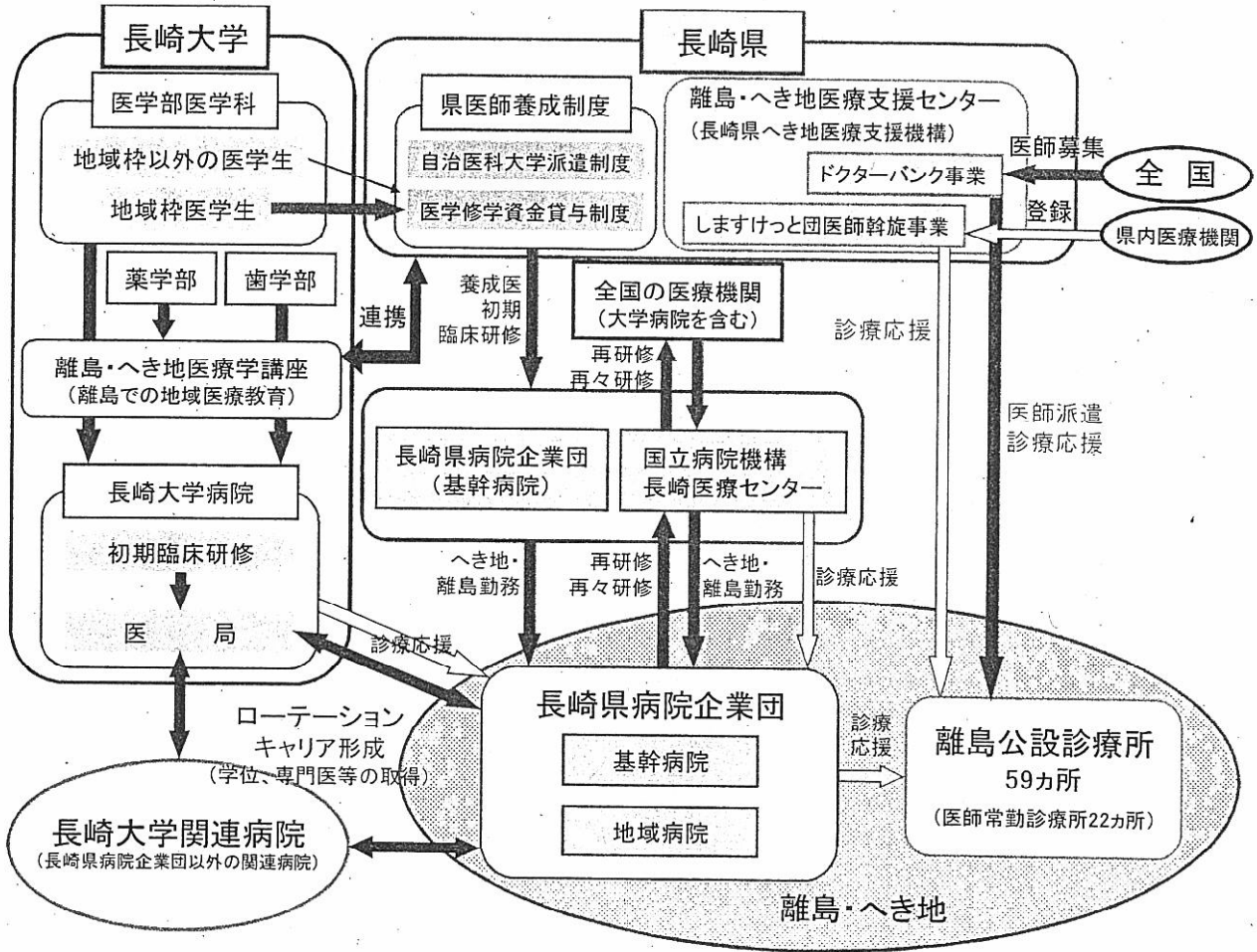
○：座長

オブザーバー
オブザーバー
オブザーバー

総務省自治財政局地域企業経営企画室
総務省情報流通行政局地域通信振興課
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組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。

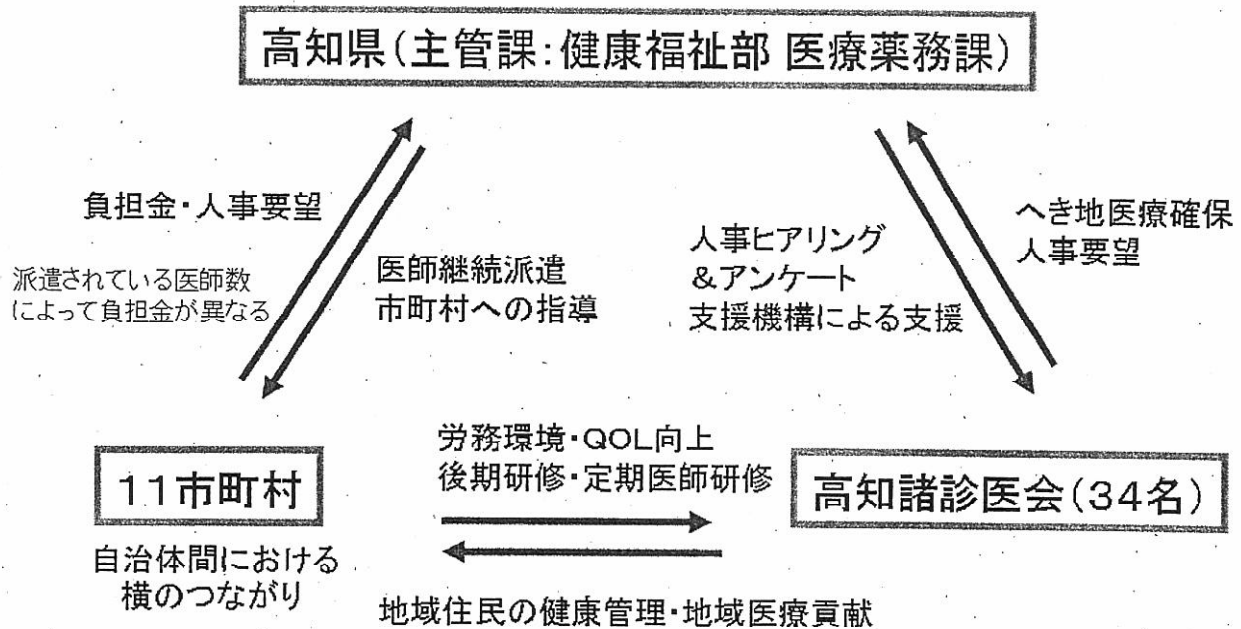
「ドクターバンク事業」では、離島の市町からの要請に応じて、全国から診療所常勤医師を公募し、県職員として採用した上で診療所へ派遣する。2年間で1単位として、1年半の離島診療所勤務の後、希望に応じて半年間の有給の自主研修が保証されている。また、常に支援センターの専任医師が相談に応じる体制となっており、こうした連携強化によってチームで離島・へき地の医療を支えるという意識を育み、常勤医師の負担軽減を図っている。診療所常勤医師の募集のため、支援センターが主体となって毎年定期的に都市部で医師募集説明会を開催している。

「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。

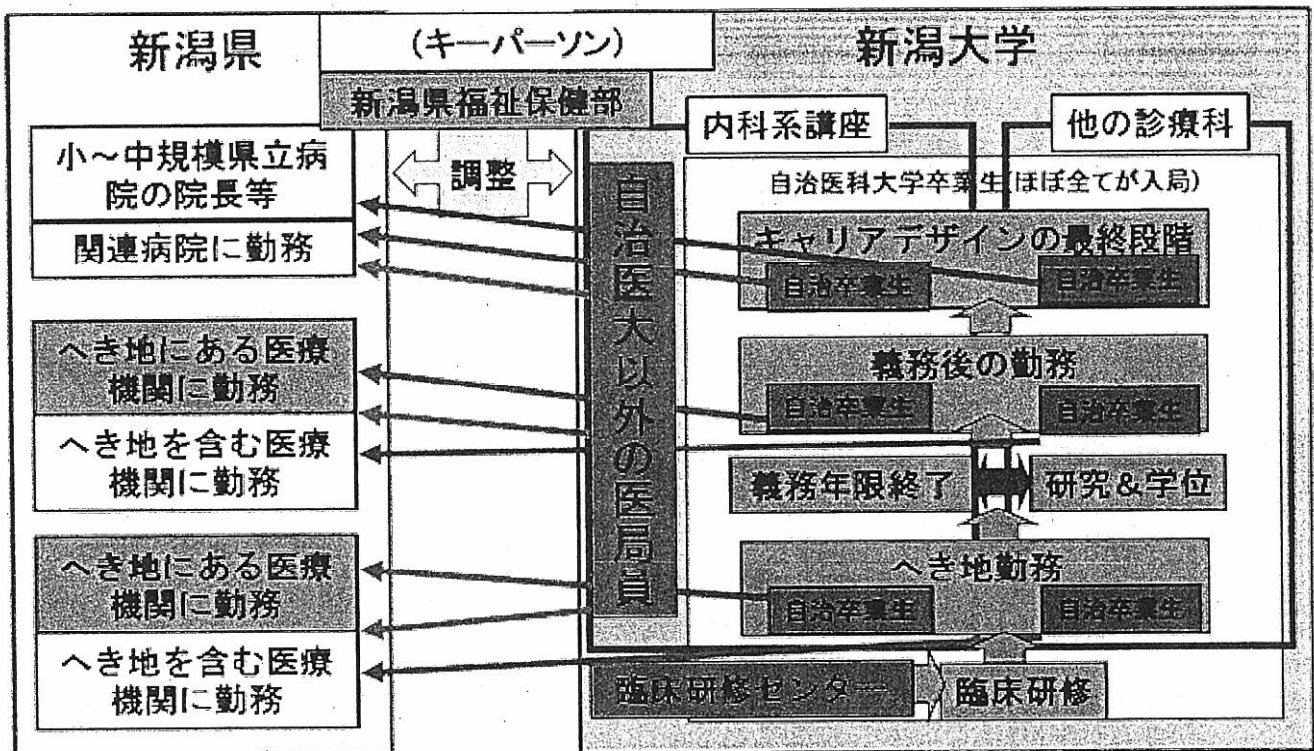
続いて、自治医科大学以外を卒業した医師にも、協議会に参加してもらうために「脱自治医大」のキーワードのもと、平成10年に名称が「高知県へき地医療協議会」に変更された。

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。

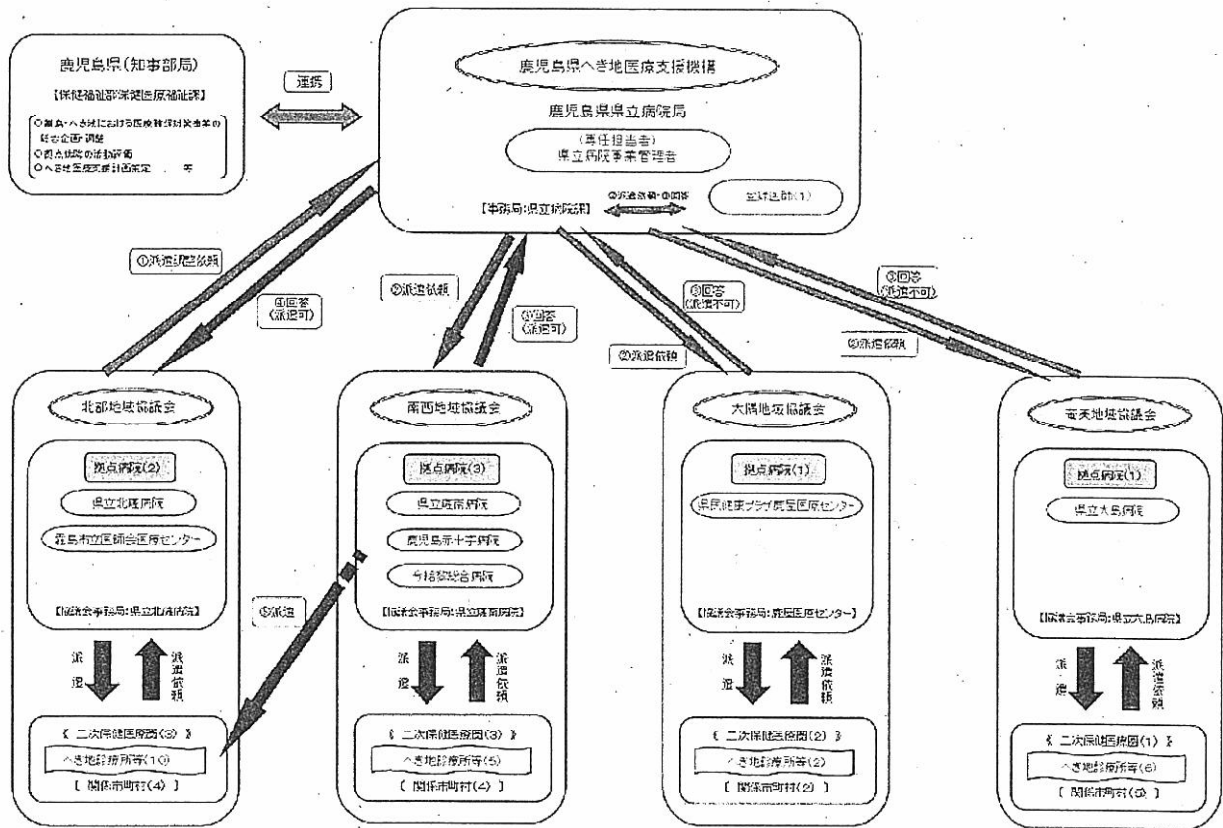
1. 自治医科大学卒業医師のほとんどが新潟大学に入局すること
2. ほかの県と違って、新潟大学の医局の組織の力がしっかり残っていること
3. 新潟大学の内部に「自治医科大学卒業医師は同じ仲間である。」という認識があること

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など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

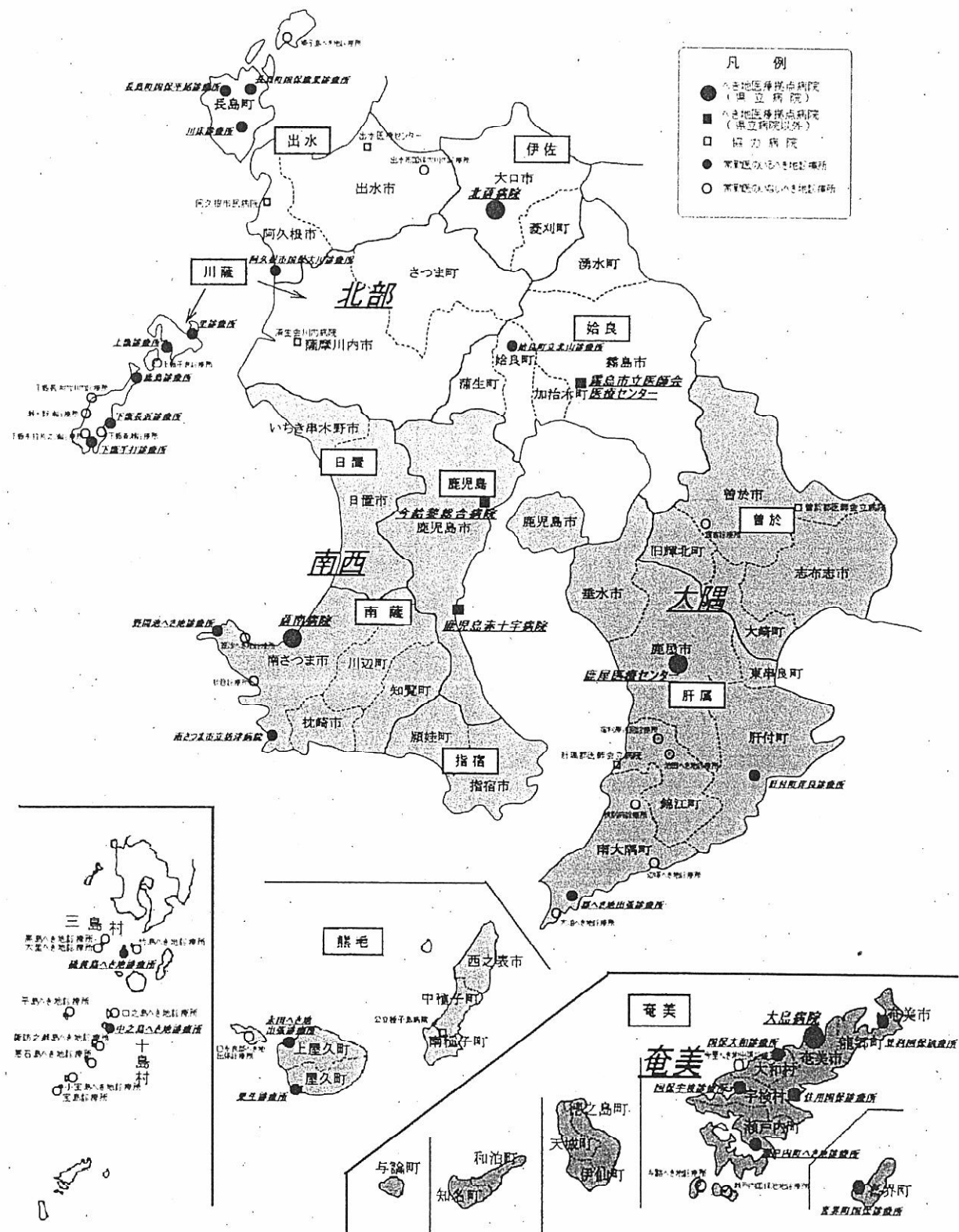


	平成19年7月まで	平成19年8月以降
事務局	霧島市立医師会医療センター内	県立病院課内（+4地域毎の県立病院総務課）
専任担当官	上記センター勤務医師 1名（自治医大卒）	県立病院事業管理者が兼務 1名（医師）
組織体制		<ul style="list-style-type: none"> 本部事務局を県庁にある県立病院局に置いた。 県内を4つの地域に分け、各地域の県立病院に地域事務局を置き、地域毎で先ず対応する体制。（各地域には、派遣協力病院が1～3ヶ所ある。） 各地域内で代診医の派遣が出来ない場合は、本部が他地域の協力病院や本部所属医師の中で調整する体制。 <p>◎この様に、行政組織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	<ul style="list-style-type: none"> 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？） 	<ul style="list-style-type: none"> 現段階は、診療所への代診医派遣業務で留まっている。（小中規模病院への支援、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	(前掲)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

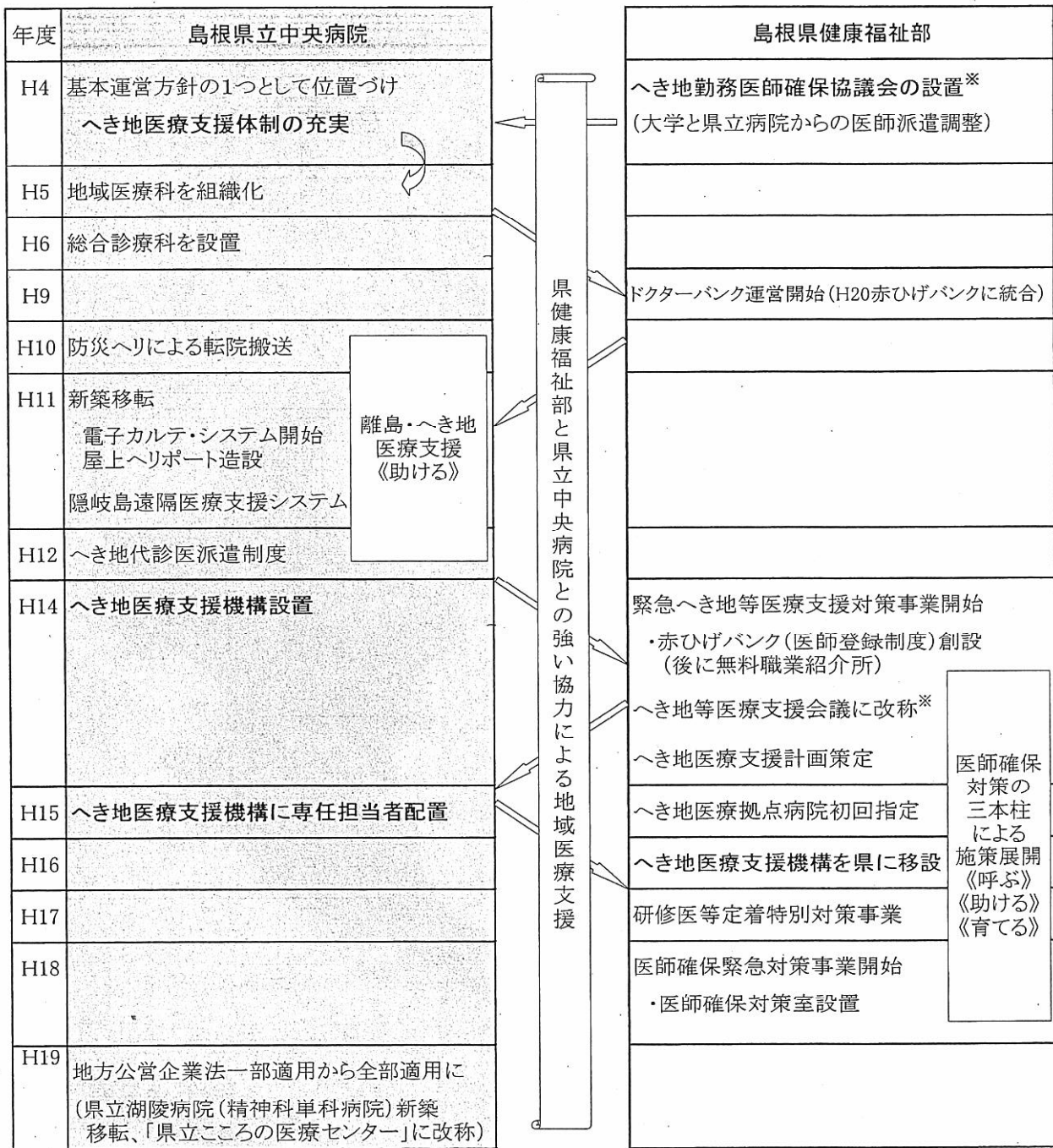
へき地医療支援機構・地域区分図



- 凡例**
- へき地医療支援病院 (独立病院)
 - へき地医療支援病院 (独立病院以外)
 - 協力病院
 - 医療支援センター
 - 医療支援センター

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

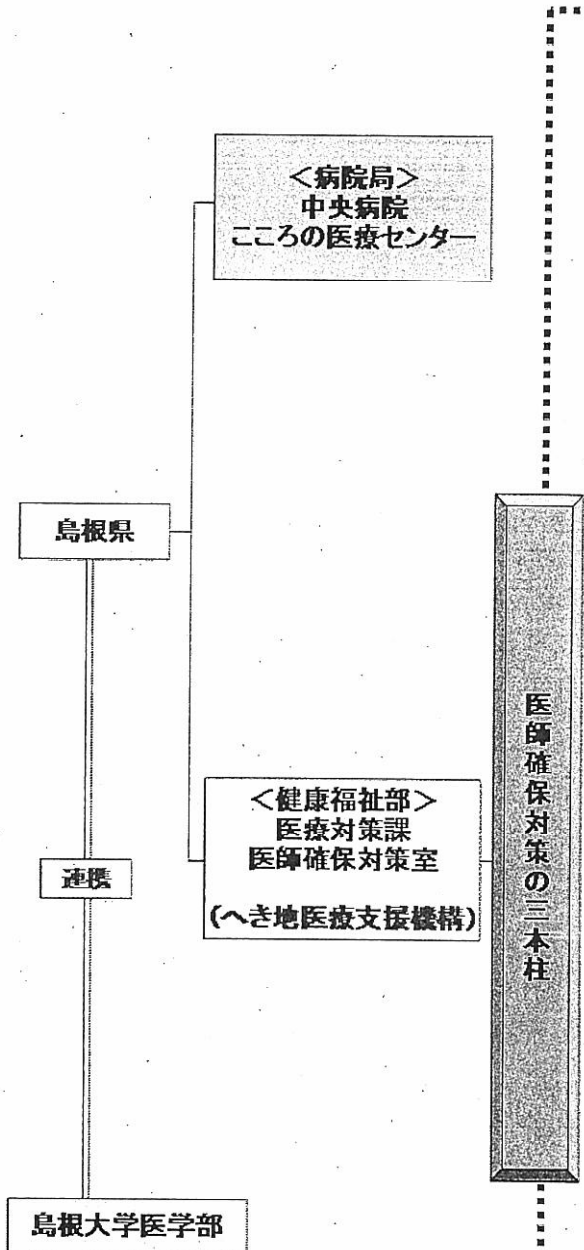


※現在の医師派遣調整は、義務年限内自治医大卒医のみ

★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



- 〈島根大学の取り組みと県の支援〉**
- ①地域科推薦入学 H18～(H18:5名、H19以降:10名/年)
【県支援】島根大学医学部地域科推薦入学者奨学金貸与
 - ②地域科修士入学(3年次編入学) H19～(3名/年)
【県支援】医学生地域医療奨学金貸与
 - ③築地医師確保対策推薦入学 H21～(H21:3名)
【県支援】島根大学築地医師確保対策推薦入学者奨学金貸与
 - ④計大方針2008、2009による定員増(H21:5名、H22:5名)
【県支援】計大方針2008、2009に対応した医学生地域医療奨学金貸与 H22～
 - ⑤地域医療実習(6年生:3週間)
【県支援】医学生地域医療実習(1～3年生:夏季・夏季各3日程度)
 - ⑥地域医療教育推進事業(H19)
地域医療施設と連携した学生実習・卒業研修等の指導管理支援
地域医療・家庭医療専門コース

島根で働く医師を「呼ぶ」

〈地域勤務医師確保枠 H14～〉[県病]
地域医療に将来携わる医師、専門研修を希望する医師を招聘し、県立病院で研修後、地域勤務(H19:3名 H20:2名 H21:3名)

〈赤ひげバンク H14～〉
県外の医師等とネットワークをつくり、地域医療を志す医師を呼び込む(医療従事者の無料職業紹介所)
H22.2.1時点 登録者数483名(このうち、医師27名、医学生91名)

〈積極的な医師面談〉
各種広報媒体を活用した情報収集により県外医師との面談を行い島根で働く即戦力の医師を招聘する
【出張訪問面談】
H18:32名、H19:52名、H20:32名
【医師確保実績】
H14～H17:15名、H18:8名、H19:11名、H20:9名

島根で働く医師を「助ける」

〈島根県へき地勤務医師確保協議会 H4～〉
地域勤務医師の派遣調整 [大学] [県病]

〈ブロック制 H7～〉
病院と診療所の医師が交代で勤務し、地域全体で患者さんを支える仕組み

〈防災ヘリによる転院搬送 H10～〉[県病]
受入側病院医師が同乗(例年100件程度)
H23にドクターヘリ導入予定

〈島根島道隔医療支援システム H11～〉[県病]
遠隔放射線画像システム、遠隔カンファレンスシステム(H20:4,416件)

〈代診医の派遣 H12～〉[県病]
診療所等で働く医師が学会や研修会に参加できるように県立病院の医師が代診(H20:130日)

〈へき地医療拠点病院 H15～〉
21病院を指定

〈しまね地域医療の会 H16～〉
地域医療に関する情報交換の場

島根で働く医師を「育てる」

〈自治医科大〉[県病]
全都道府県共同で運営
県立中央病院で初期研修

〈奨学金制度〉 H22:拡充
将来県内で働くことを条件に奨学金を貸与
既存制度を再編、拡充し、H22年度から32人枠を確保(H21年:27人枠)

〈研修医等定着特別対策事業〉[大学]

- ①学生・研修医への働きかけ H14～
地域医療に目を向けてもらうため、医学部学生を対象に夏季・春季研修等の開催
- ②魅力ある研修病院づくり H17～
研修プログラム発展講習会、指導医講習会等を実施し、研修環境の整備を図る

〈吉附講座「島根大学地域医療支援学講座」の設置〉
H22～[大学]
地域科、奨学金貸与学生・医師等が所属
地域医療の魅力や医学部に伝える
各診療科と連携して地域で必要とされる
専門医・総合医の養成
地域医療機関への配置調整

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

- 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②

- 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。

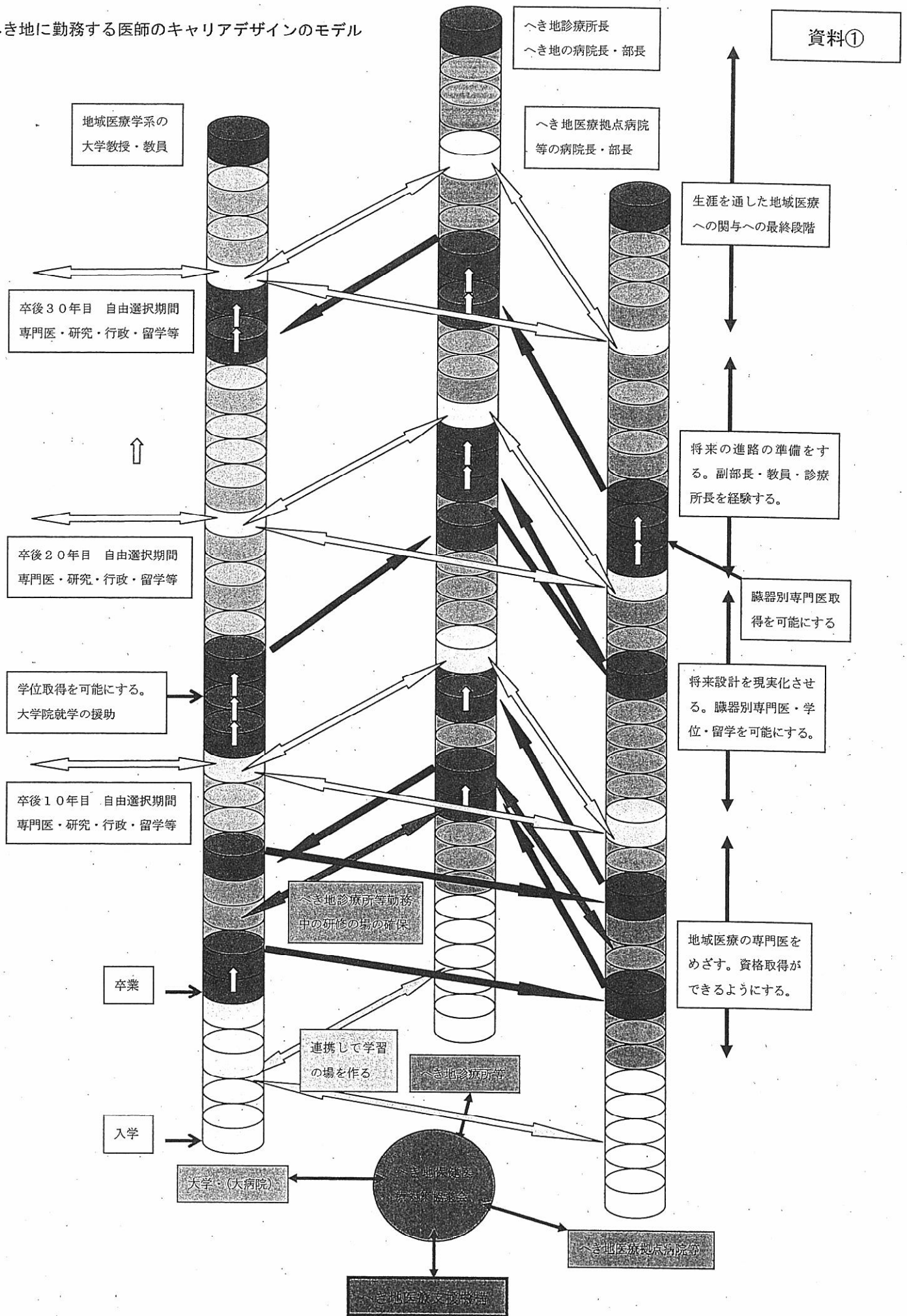
3. 「へき地医療専門医」(仮称)の認定組織について 資料③

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。

「現状に即したべ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	鈴木正之
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

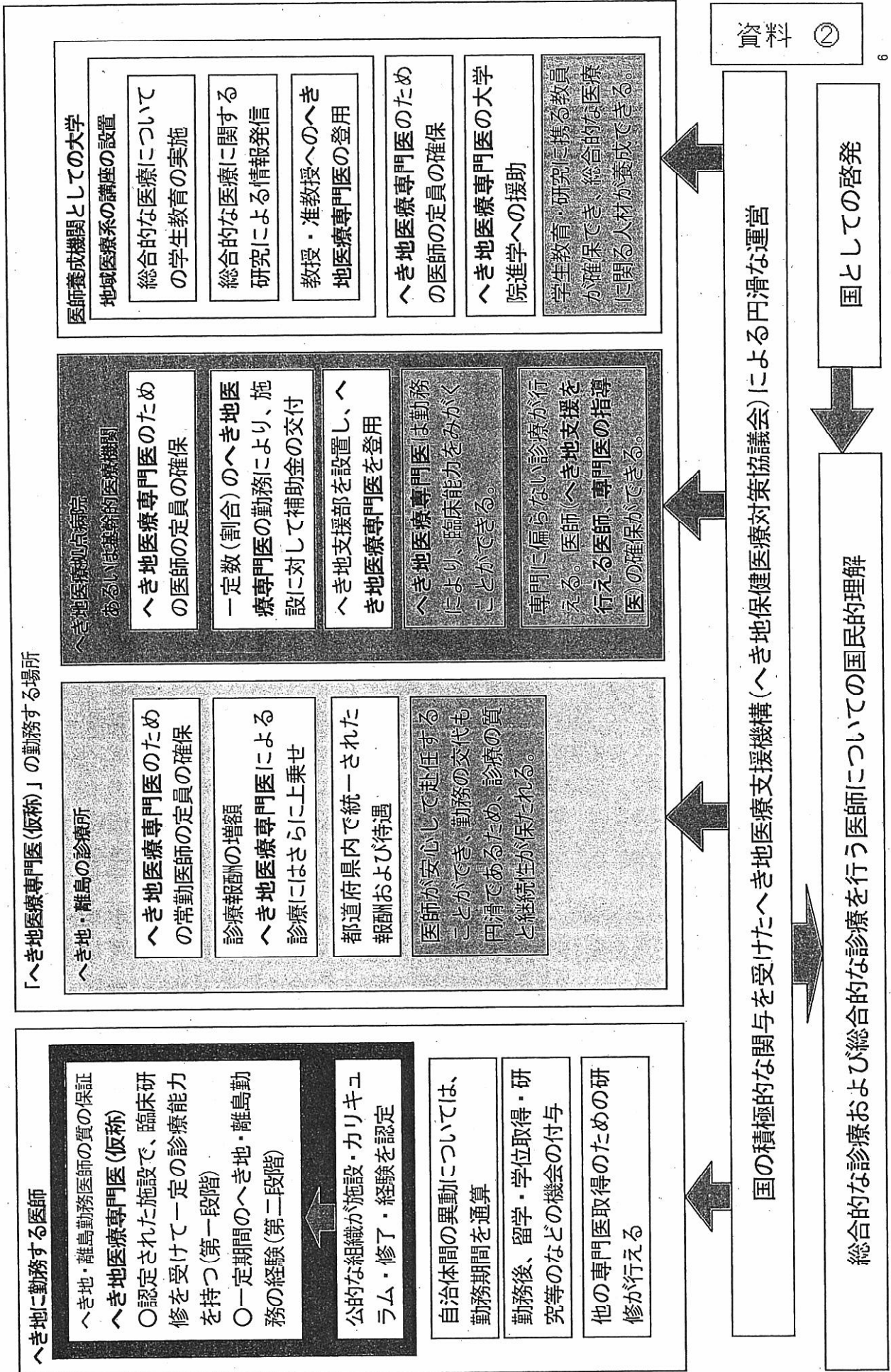


3本柱キャリアデザインの説明

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ぬからである。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する。

へき地に勤務する医師の評価に関して



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j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とい。	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。「名譽客員教授」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までは難しい。	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が疑問。 ②私的な称号であり、アピール面で効果がい十分であり、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地域性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して、産業医はそれ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ぬとされている。(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られない場合、「具体的」の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割について「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」としてマーケティ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。	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。	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。

へき地医療現状調査項目

各都道府県は、以下に示す調査項目を踏まえ、へき地保健医療対策の実態調査を行われたい。なお、必要に応じてへき地医療に従事する歯科医師・看護師等の現状についても調査をいただくようお願いする。

1. へき地医療拠点病院に対する調査

- ・ 施設名称、開設者、所在地
- ・ 全病床数
- ・ 全医師数（非常勤医師は常勤換算して加算）
- ・ 標準医師数（医療法施行規則第19条第1項に基づく標準医師数）
- ・ 一日平均入院患者数（平成21年度実績）
- ・ 一日平均外来患者数（平成21年度実績）
- ・ 巡回診療の実施回数、延べ日数及び延べ受診患者数（平成21年度実績）
- ・ 医師派遣実施回数及び延べ派遣日数（平成21年度実績）
- ・ 代診医派遣実施回数及び延べ派遣日数（平成21年度実績）
- ・ 初期臨床研修医数（平成21年度実績）（通年である場合以外は常勤換算と同手法で加算）
- ・ へき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムの有無
- ・ 医学生のへき地医療実習等への関与の有無（平成21年度実績）
- ・ ITによるへき地医療の診療支援の実施状況
- ・ へき地医療に従事する医師からの都道府県等に対する要望

2. へき地診療所に対する調査

- ・ 施設名称、開設者、所在地
- ・ 全病床数（有床診療所のみ）
- ・ 全医師数（非常勤医師は常勤換算して加算）
- ・ 現在の常勤医の勤続年数（複数名いる場合は各々）
- ・ 一日平均入院患者数（平成21年度実績）（有床診療所のみ）
- ・ 一日平均外来患者数（平成21年度実績）
- ・ へき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムへの参加・関与の有無（平成21年度実績）
- ・ 医学生のへき地医療実習等への関与の有無（平成21年度実績）
- ・ ITによるへき地医療の診療支援の活用状況
- ・ へき地医療に従事する医師からの都道府県等に対する要望

3. へき地医療支援機構に対する調査

- ・ へき地医療支援機構に対するへき地診療所からの代診医派遣依頼総件数（平成21年度実績）

- ・へき地医療支援機構が関与した、へき地診療所への代診医派遣実施回数及び延べ派遣日数（平成21年度実績）
- ・専任担当官のへき地での診療経験の有無及びその内容（勤務地、診療科、当該医療機関の常勤医数等）
- ・専任担当官の勤続年数
- ・専任担当官のへき地医療支援業務（下記のア又はイの業務）従事日数（平成21年度実績）
- ・専任担当官の業務別専従時間（平成21年度実績）（1週のうちのア～エの業務に係る専従日数）
 - ア へき地診療所への代診
 - イ アの業務以外のへき地医療支援機構としての本来業務（代診医派遣調整、医療計画策定への関与、へき地医療従事者への研修計画立案、へき地医療現場の意見の調整・集約等）
 - ウ へき地医療拠点病院の業務（へき地医療拠点病院での診療等）
 - エ その他（ア～ウの業務以外の業務）
- ・専任担当官のへき地医療現場の訪問及び視察延べ回数（平成21年度実績）
- ・専任担当官の市町村長等との意見交換延べ回数（平成21年度実績）

4. 全市町村に対する調査

- ・へき地医療に従事する医師の必要数
- ・へき地医療に従事する医師の現在の不足数
- ・へき地医療に関する独自の取組の内容

5. 自治医科大学卒業医師に対する調査

- ・義務年限終了後の自治医科大学卒業医師総数
- ・義務年限終了後の自治医科大学卒業医師のうち都道府県内に留まっている医師数
- ・義務年限終了後の自治医科大学卒業医師のうちへき地医療拠点病院でへき地医療支援業務に従事している医師数
- ・義務終了後の自治医大卒業医師のうちへき地に留まっている医師数（へき地に留まっている医師とは、過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法、離島振興法及び豪雪地帯対策特別措置法の指定地域で診療に従事している医師およびへき地診療所に勤務している医師を指し、へき地医療拠点病院に勤務している医師は含めない。）

6. 基幹型臨床研修病院・大学病院に対する調査

- ・へき地医療を担う総合医の育成を目的とした後期臨床研修プログラムの有無

先進的なへき地保健医療対策の取組事例についての解説

(都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究班)

《目 次》

P 1 : 長崎県 (前田隆浩、今道英秋)

- : I 長崎県の医療の現状
- : II これまでの経緯～長崎県離島医療組合から長崎県病院企業団へ
- : III 長崎県の医師養成制度 医学修学金制度及び自治医科大学派遣制度
- : IV 離島診療所対策－離島・へき地医療支援センター（へき地医療支援機構）の設置－
- : V 離島医療研究、医学生教育
- : VI まとめ

P 8 : 高知県 (澤田努)

- : I 高知県の医療の現状
- : II 高知県へき地医療協議会の成立
- : III 高知県へき地医療協議会の運用

P 20 : 新潟県 (井口清太郎)

- : I 新潟県の医療事情
- : II 新潟県におけるへき地への医師の配置システム

P 24 : 厚生労働科学研究班名簿

※ () 内は執筆者。

そこで、昭和 35 年ころ、長崎県衛生部は、離島の保健医療を本土並みに充実させるためにプロジェクトチームを設置し、離島の市町村が行ってきた病院や診療所の経営と、県が行ってきた保健医療対策を一体化させ、限りある医療資源、医療財政の有効活用により、良質の地域医療を展開するための「医療圏」構想を立ち上げた。

つづいて、医療の充実を図るため、基幹病院の施設の老朽化解消や増床、医療機器の整備を行なった。

昭和 43 年(1968 年) 4 月に、「医療圏構想」の仕上げとして病院運営・経営の基盤整備を行う組織として、県と離島の市町村が一体となって病院経営をする地方自治法上の特別地方公共団体（一部事務組合）である「長崎県離島医療圏組合」が設立された。

これにより県と離島関係市町の協力体制が確立し、基幹病院の施設・設備を充実することができ、離島医療が大きく向上した。

<長崎県病院企業団>

平成 21 年 4 月に、離島医療圏組合病院と県立病院を所轄する組織として、長崎県病院企業団(地方自治法上の特別地方公共団体)が設立された。県と島原地域(半島部)、五島地域および対馬地域の 5 市 1 町が共同体を形成して運営することとなった。

Ⅲ 長崎県の医師養成制度 医学修学金貸与制度および自治医科大学派遣制度

<背景>

医療の向上には医師の確保が不可欠であるため、昭和 45 年より全国に先駆けて県独自の「医学修学金貸与制度」により、医師の養成を行った。昭和 47 年からの「自治医科大学派遣制度」と合わせて、毎年 4～6 名の医師を養成している。

<制度の概要>

表 1 に、昭和 45 年に始められた県独自の「医学修学金貸与制度」と昭和 47 年からの「自治医科大学派遣制度」との対比を示す(表 1)。共に大学医学部の修学資金を貸与し、卒業後一定期間離島・へき地に勤務することを義務づけた制度であるが、相違点として「長崎県医学修学資金貸与制度」は国立大学相当額の入学金・授業料以外に生活費・図書費の貸与も行い、義務年限は貸与期間の 2 倍とされている。また、出身県・在籍大学に特に制限が無く、離島医療に情熱を傾ける医学生に対し、広く門戸を開放して募集している。

表1 長崎県の医師養成制度

※予算は平成22年度

	医学修学資金貸与制度(昭和45年～)	自治医科大学派遣制度(昭和47年～)
県予算	36,336千円/年	128,700千円/年
貸与額	○入学金・授業料：国立大学における額(110/100限度額) ○専門課程における図書費：20万円以内/年 ○生活費：7万円以内/月	入学料、授業料、施設整備費、実験実習費等
貸与利率	年14.5%	年10%
貸与条件	所得、出身地、住居等の条件なし	所得の条件はないが、県内出身者
義務年限	貸与期間の2倍 (専門課程からは貸与期間の1.5倍)	貸与期間の1.5倍
採用人数	最大12名/年 6名は地域枠(出身地等制限あり)	2～3名/年
卒前地域医療教育	○夏季研修：離島ワークショップ(1～5年生、年1回、昭和53年～) ○離島病院見学(3～5年生、数日間)	○早期体験学習 ○選択地域医療実習(4年生、希望者) ○地域医療Ⅱ院外BSL(5年生)
	○秋季研修：県地域医療研究会参加 ○冬季研修：ウィンターミーティング(1～6年生、年1回、平成15年～)	

<教育システム・卒前>

医学修学資金貸与制度の特徴としては、単なる「数の確保」に留まらず、「質の向上」をめざした教育システムが伴っているところである。在学期間中には、離島医療に対する意欲向上や理解を深めるため、夏期研修として、離島地区でのワークショップ(1～5年生)、離島病院見学(3～5年生)により、実際の離島医療の現場を体験させている。冬期にはウィンターミーティングと称して、離島に勤務する先輩医師による講演会を開催している。

<教育システム・卒後>

卒後は初期臨床研修2年間及び、後期研修として再研修制度1年間が共に義務年限内で保証されている。初期臨床研修制度は平成16年より義務化されているが、全国に先駆けて昭和51年度から総合診療ができる全科スーパーローテイト研修を国立病院機構長崎医療センター(旧 国立長崎中央病院)で行ってきた。

これら義務研修以外に「再々研修制度」を設け、卒後8年目以降に1年間希望研修が受けられることとなっている。この研修期間は義務年限外としてカウントされ、さらに研修後3年間の離島勤務義務が負荷されることになるが、これにより卒後10年間のうち4年間は研修可能となり、サブスペシャリティーの修得やその技術・知識のレベル向上・維持は十分可能である(表2)。

県の貸与制度は自治医大派遣制度と平行して継続し、学生時代から同等に扱い、卒後は同じ組織(離島医療圏組合)下に勤務するシステムとしたことが、長期継続している要因と思われる。

表2 義務年限と勤務パターン

卒後年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
医学修学資金貸与制度による養成医師(義務年限12年)														
基本	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着						本土勤務				
再々研修者	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着			再々研修	離島定着			本土勤務			
自治医科大学派遣制度による養成医師(義務年限9年)														
基本	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着					本土勤務					
再々研修者	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着			再々研修	離島定着						

<貸与実績>

平成22年3月現在の実績は、「医学修学資金貸与制度」では総貸与者数147名、在学生数20名、現在勤務している医師数29名、「自治医科大学派遣制度」では、総貸与者数94名、在学生数16名、現勤務医師数36名で、合わせて総貸与者数241名、在学生数36名、現勤務医師数65名となっている(表3)。

平成22年3月現在、義務終了前に全額返還した者が、「医学修学資金貸与制度」で64名(43.5%)、「自治医科大学派遣制度」で7名(7.4%)であった。返還時期については、「医学修学資金貸与制度」の全額返還者64名のうち、在学中あるいは卒業直後(臨床研修開始前)の返還者が43名(67.2%)で、臨床研修中あるいは臨床研修後の返還者が21名(32.8%)となっている。平成13年度以降、返還者は少ないレベル(概ね0~1名)で推移していたが、平成20年度から増加の傾向にある(平成20年度2名、平成21年度6名)。

表3 県養成医師の現況(平成22年3月1日現在)

	貸与総数	全額返還	義務終了後退職	現養成数の内訳				勤務中の医師の内訳						
				学生	勤務中の医師数			研修				定着勤務 ()内は義務終了後の医師数(内数)		
					義務遂行中	義務遂行後	計	初期研修	診療派遣(離島)	再研修	計	離島	本土	計
医学修学資金	147	64	34	20	14	15	29	3	2	4	9	16 (11)	4 (4)	20 (15)
自治医科大学	94	7	35	16	21	15	36	4	1	1	6	24 (9)	6 (6)	30 (15)
計	241	71	69	36	35	30	65	7	3	5	15	40 (20)	10 (10)	50 (30)

長崎県福祉保健部医療人材対策室の資料から作成

IV. 離島診療所対策 ―離島・へき地医療支援センター(へき地医療支援機構)の設置― ＜設置の背景＞

離島医療圏組合や医学修学資金貸与制度は、離島中核病院の充実を目的としていた。

従来、離島の診療所の医師の確保については、各自治体の独自の努力により行われていたが、最近の医師の都市部・大病院志向や、新臨床研修制度の影響による医局派遣の引き上げなどにより、医師の確保が困難となってきたため、離島の公立診療所の支援を目的として、「離島・へき地医療支援センター」が平成16年4月1日に設立された。

この組織は、平成16年度より行われた「へき地医療支援機構推進事業」の一つとして、設置され、平成22年4月現在は、長崎県福祉保健部医療人材対策室医師確保推進班内におかれている。

＜主な業務＞

1. 長崎県ドクターバンク事業（常勤医師派遣）

離島の自治体から要望により、診療所の常勤医師を公募して採用し、診療所へ派遣するものである。この事業の特徴として、①県職員として採用（安定した身分）、②有給の長期自主研修を保証（2年間を1単位とし、1年半の離島診療所勤務後、希望により半年の研修を保証）、③24時間365日支援（IT等を利用し、いつでも支援センター専任医師が相談に対応）としており、離島診療所の勤務に対する不安の軽減と、さらなるスキルアップの機会を設定したシステムとなっている。特に自主研修を導入することにより、最新医学からの遅れへの不安の解消や、医療の質の向上、慣れない離島生活からのリフレッシュなどの効果も期待でき、若い医師でも参加しやすい環境を提供できるようになっている。

つまり、医師個人で診療所を支えるのではなく、支援センターと派遣医がチームとして離島医療を支えるシステムである。

平成16年4月の開設から平成22年4月までに12か所の診療所から延べ30人の派遣要請があり、各年度1～2回の医師募集活動を行った。応募者総数12名。採用者数8名であった。県内出身者は1名であり、ほとんどが離島診療所勤務の経験がないため、採用しても慣れない環境での長期勤務は難しく、1単位（2年間）を超える長期勤務者は今のところ県内出身の1名を含む2名のみで、なかには採用後数か月で退職となるケースもあり、離島診療所勤務の厳しさを物語っている。

なお、ドクターバンク制度によらず離島・へき地医療センター(へき地医療支援機構)の紹介・斡旋により直接採用された医師は、平成21年度までに離島の公立診療所13名、旧離島医療圏組合病院4名、長崎県自治体病院7名となっている。

2. 代診医派遣

代診医派遣は診療所支援において、重要な業務である。支援センターの活動は以下のように活動している。

①へき地医療拠点病院からの代診医派遣調整：現状では定期的な診療支援は計画的に行われているが、突発的事由による代診に対しては、対応が困難な事が多いのが現状である。

②支援センター専任医師による代診支援：①による代診医派遣が困難な場合、専任医師が対応。

代診派遣実績 平成16年度 2診療所に対し約8日間派遣
平成17年度 5診療所に対し約25日間派遣

平成 18 年度 5 診療所に対し のべ 35 日間派遣

平成 19 年度 7 診療所に対し のべ 75 日間派遣

平成 20 年度 6 診療所に対し のべ 57 日間派遣

③「しますけっと団」医師斡旋事業（平成 18 年 4 月開始）：代診に協力可能な医師・病院を登録し、離島診療所からの代診要望に対し斡旋する。

登録数（平成 21 年 4 月） 個人登録 8 名 機関登録 2 施設

代診斡旋実績 平成 18 年度 2 診療所に対し のべ 112 日間派遣

平成 19 年度 3 診療所に対し のべ 39 日間派遣

平成 20 年度 4 診療所に対し のべ 44 日間派遣

V. 離島医療研究、医学生教育

—長崎大学大学院医歯薬学総合研究科「離島・へき地医療学講座」について—

<概要>

長崎県と五島市からの寄附（5年総額2億500万円）によって、平成16年5月1日に長崎大学大学院に開講した寄附講座である。支援センターとともに、県の「へき地医療支援機構推進事業」の一つとして発足した。開講と同時に離島での活動拠点として長崎県五島中央病院内に「離島医療研究所」を設置し、以下に示す業務を行っている。医学系大学院の研究施設が離島に設置されるのは、国内では初めての試みであり、本講座の特徴の一つである。当初は平成21年3月末までの設置計画であったが、平成21年3月にさらに5年間の継続設置が決定した。スタッフは教授1名、助教2名、事務補佐員1名、研究補助員1名から成る（平成22年4月現在）。

<主な業務>

離島医療専門家養成のための医学教育システムの研究開発や、効果的地域医療情報システムの研究開発、離島・へき地における健康・疾病に関する調査研究、研究成果の医療従事者及び県民への普及など。

地域医療教育の充実を目的に、平成16年度より長崎大学医学部生全員を対象とした離島医療・保健実習を行っている。長崎大学医学部医学科5年生を6～7名の小グループに分け、臨床実習の一環として、毎年6月から翌年2月にかけて各グループが1週間離島に滞在して地域包括医療について体験実習を行う。実習先としては、五島市、対馬市、新上五島町、小値賀町の中核病院やへき地診療所、保健所、市・町の保健行政機関、社会福祉施設などで、離島の医療・保健・福祉に直接触れて実践的な地域包括医療を学ぶことができるようにスケジュールが組まれている。平成17年度からは医学部医学科6年生を対象とした離島実習が始まり、平成19年度からは長崎大学薬学部や歯学部の学生を対象とした離島実習が開始された。さらに、平成20年度からは長崎大学医学部の地域枠入学生に対する早期体験学習が五島市で始まり、長崎県離島をフィールドとした地域医療教育は、学部を超えた地域医療人の一貫教育へと発展している。平成18年度以降は長崎大学以外からも学生が訪れており、全国的にも注目されている。

VI. まとめ

離島医療の確保は県の医療政策上常に重要課題として挙げられてきた。そのため、数々

の取り組みがなされてきたが、一番の特徴は「離島医療圏組合」の設置と「県医学修学資金貸与制度」の創設であろう。これにより離島の医療レベルは大きく向上し、ハード面の整備と共に、救急医療体制や保健・福祉活動に至るまで、様々な医療提供体制が充実し、大離島においては脳外科や心臓血管外科・未熟児医療などの特殊専門領域を除き、ほとんどの疾患に対応できるレベルを獲得するに至っている。昭和40年代から始まり、現在まで存続し発展してきた要因として、地元市町の努力や県の財政的な支援もさることながら、そこで勤務してきた医師達の情熱の深さも大きく関与していると思われる。

先に述べたように、医師確保対策として県独自の奨学金制度が創設されたが、発足当初は返還者も多く、決して順風満帆ではなかった。しかし養成医師達は昭和54年に「もくせい会」(現 長崎県離島医療医師の会)を結成し、お互いの情報交換を行いながら離島医療に貢献すべく活動を開始した。これにより医師一個人ではなく団体・組織として離島医療を支えていく構図ができた。同時に同じ意志を持つ学生に対する啓蒙・教育も行い、返還者をくい止め、組織の発展を促してきた。

以上のように長崎県においては目的を共有できる組織(もくせい会・離島医療圏組合)の存在が、持続可能な離島医療の実現に大きく関与していると考えられる。

また、第9次へき地保健医療計画に則って、長崎県では平成15年4月に「長崎県へき地医療支援機構」を設置したが、多くの有人離島を有していることなどから、本県独自の強化策が必要との判断に至り、平成16年度には「へき地医療支援機構推進事業」が創設された。この事業内容が「長崎県離島・へき地医療支援センター」の設置と寄附講座「離島・へき地医療学講座」の長崎大学への開講である。これまでの離島・へき地医療支援の手法に加えて、こうした近年の新たな取り組みによって、へき地医療支援機構の事業を充実・推進させるとともに、教育と研究の観点から離島・へき地医療の充実と地域活性化を目指す試みが進んでいる。

解説

長崎県のシステムは自治医科大学による医師養成よりも歴史が古く、わが国のへき地・離島医療の体制の先陣を切ってきた。

国全体で行われるへき地保健医療対策の中のへき地医療支援機構などに割り当てられた機能を持つシステムを対策よりも早く取り入れていた点で先進的と言える。

長崎県が、わが国の中でも有数の体制でシステムを構築できた理由としては、まず、自前で医師を養成する制度を持っていたことがあげられる。そしてその医師達のキャリアデザインを離島医療圏組合が設定し、生涯教育の場も提供しながら、へき地(離島)に派遣してきたことが大きい。また、医師同士が孤立することなく、同一の目標を持って勤務できるように活動した自発的団体である「長崎県離島医療医師の会」も貢献していると考えられる。

出典：○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18年度版)

山西 幹夫(長崎県立島原病院) 大塚 俊弘(長崎県福祉保健部医療政策課)

所属は当時のもの

2. 高知県

「高知県へき地医療協議会と高知諸診医会」

I 高知県の医療の現状

高知県は人口 79.6 万人で、うち 31 万人(40%)が高知市に集中している。東西(190km)、南北(160km)と共に移動距離が長く、面積も広い県である。山間部の面積が広く(83%：全国第1位)、人口密度が低い(114.3人/km²：全国平均 643.4人/km²)という特徴がある。

さらに、老年人口比率は 26.6%(全国第3位)と高齢化先行県でもある(平成 20 年総務省統計局調査)。

また、中山間地域を中心とする過疎地域では、高齢化が進む一方、無医地区も多く(48か所：全国第3位)、地域住民の健康管理や医療の確保が大きな課題となっている。また、高齢者単独世帯、高齢者夫婦のみの世帯が多くなっており、在宅介護機能の脆弱化も懸念されている。

統計的には病院病床数や医師数が多く、高知県の医療は問題ないと認識されやすいが、実態は、1) 高知市を中心とする中央医療圏へ医療機関・医師が偏在(病院数で 49%、病床数で 54%が高知市に集中)していること。2) 実際に多いのは療養病床及び慢性期医療に従事する医師であることにより、一般病床及び急性期医療に従事する医師は全国並みの水準である。

さらに、高知市以外の急性期病院の常勤医師数は大幅な減少を続けており、もはや医師確保はへき地を抱える市町村だけの問題でなくなっている。

これらの病院は、これまで高知大学等からの医師派遣により一定の医師確保がなされてきたが、新医師臨床研修制度に伴う若手医師の都市部への流出や、病院勤務医師の勤務環境の悪化、また専門医志向による家庭医的な地域医療を志す医師の減少等の事情によって、診療機能の継続および医師確保が極めて困難な状況になっており、特に小児・産婦人科・救急医療体制の確保は大きな課題となっている。

II 高知県へき地医療協議会の成立

<背景>

高知県では、病院と異なり、へき地の診療所はもともと大学医局等からの医師派遣がなく、診療所を運営する市町村が独自で勤務してくれる医師を探していた。

昭和 53 年に自治医科大学 1 期生が卒業し、臨床研修後にへき地に赴任して、以後医師不足の深刻な市町村から順に、卒業医師がへき地の診療所に勤務することとなった。

ところで、これまでのへき地医療は、医師個人の献身的努力と犠牲によって行われてきたと考えられる。具体的には 1) 診療所を離れると無医地区になってしまうため、自らの研鑽のための学会参加や診療技術を向上させるための研修が行えないばかりでなく、週末の休暇を取ることも難しい。2) 住民の冠婚葬祭には出席しなければならないが、同じ理由で自分の冠婚葬祭には出席できない。3) 自分の代わりに務めてくれる医師が見つからないため、自らの病気で療養できず、重篤化するあるいは過労死に到るおそれがある。4) 後任の医師を派遣するシステムがないため、勤務期間が決まっていない。5) キャリアデザインが決まっていないため、生涯研修(後期研修)の計画が立てられないなどがあげ

られる。

こうしたことが積み重なることによって、へき地医療の第一線で勤務する医師のモチベーションが徐々に低下し、勤務が続けられなくなって退職となり、医師探しが始まるという悪循環が存在していた。

また、医師がへき地医療に対して抱くイメージと、市町村行政が医療に対して持つイメージとの間に大きなギャップがあったため、意欲をもって赴任して来た医師がやる気を無くしてしまうという事例も多くみられた。

じっくりと腰を据えて、へき地医療に従事してもらえる環境としては、単に高額な医療機器や立派な診療所の建物などのハード面の整備だけではなく、市町村行政の医師の労働環境に対する配慮や医療に対する積極的な姿勢や「思い」なども欠かせないと考えられる。

一方、卒業直後からへき地に赴任する自治医科大学卒業医師にとっては、義務年限後半に実施される後期研修は、スキルアップのために日進月歩する医学に取り残されないよう最新医学を学ぶ機会であると同時に、モチベーションを維持するための貴重なリフレッシュの場でもあり、重要な意味をもつ。

高知県では、昭和 60 年から自治医大卒業医師の派遣を受けている市町村から一定の理解・協力を得て、何とか毎年 1 名ずつの後期研修の機会を確保できるようになったが、研修中の身分や義務遂行期間への参入等、条件的にはまだまだ不十分なものであり、毎年 2 名ずつの研修枠確保と、その期間の身分保証や必要経費等の支給制度など、多くの課題が山積していた。

このため、自治医大卒業医師のなかで、中核となる病院内に新たなポストをつくり、代診医派遣を希望する市町村から、一定の負担金等を拠出してもらうことなどにより、自前で代診医を確保するシステムの必要性が検討されはじめた。

合わせて、同じへき地勤務であれば少しでも積極的な姿勢をみせる市町村に赴任したい、労務環境や処遇面に関してもより良い環境のもとで勤務したいとの意向を、全ての自治医大卒業医師が持っていた。

以上より、自治医大卒業医師を受け入れている市町村の間の格差を解消し、同じ条件で、かつ気持ちよく勤務ができる環境をつくるためには、市町村の枠を越えた「横のつながり」をもつ組織づくりが必要だという認識に至った。

一方、もともと、市町村は横の連携を保つことが苦手で、「おらが町、おらが村のお医者さん」といった感じで、赴任した医師を独自に囲い込む傾向が強く、他の市町村が一体どういった処遇をしているのか、また隣りの自治体に勤務する医師がどのような環境で仕事をしているかなどは全く関心を持っていないことが多かった。

そこで、こういった問題を解決するには、うまく行っている市町村とそうでない市町村が膝を交えて情報交換・協議ができる場が必要であった。

<高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会の成立>

自治医科大学 1 期生の義務年限終了(昭和 62 年)を前にして、自治医大卒業医師の代表者と、県庁の医務課へき地医療担当者が、自治医大卒業医師が義務終了後も残ることができる環境づくりについて検討を開始した。

一方、当時、自治医大卒業医師を受け入れていた市町村は、卒業医師の数も少なかった

ため少数であったが、このなかの県西部の山間地域の自治体の保健福祉担当課長は自治医大卒業医師が赴任する前には、外国籍の医師や高額な報酬を目的とした医師などでかなり苦労を重ねていたため、自治医大卒業医師のありがたみをよく理解していた。

そこで、自治医大卒業医師の代表者と県庁の医務課へき地医療担当者が、市町村による共同体を作ろうとする提案に、積極的に応じて、他の市町村への働きかけを行った。

このように、県庁の医務課へき地医療担当者、自治医大卒業医師の代表者、県西部の山間地域の自治体の保健福祉担当課長を中心として共同体づくりが進められた。

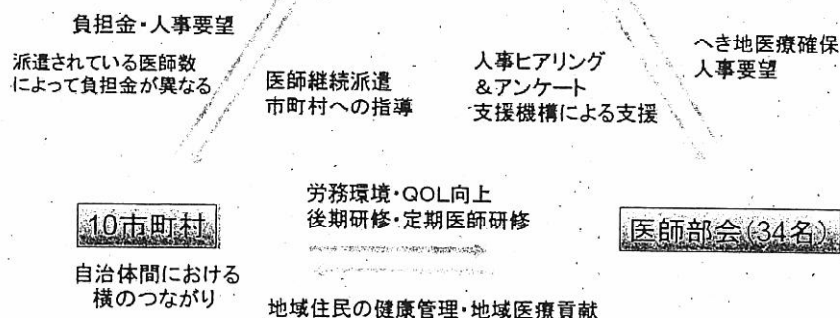
このような経緯から、昭和61年4月に自治医大卒業医師1期生が9年間の義務年限を終える時期に合わせる形で、義務終了後も安心してへき地医療に取り組むことができる環境づくりを目指して、県・医師の派遣を受けている市町村・自治医大卒業医師の三者によって構成される「高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会」が設置された。卒業生と県、および自治医大卒業医師の派遣を受けている市町村が一致協力をして、へき地医療の抱える様々な問題を、組織的にかつシステムとして解決していくことを目的としていた。

高知県へき地医療協議会

三権分立(三位一体)の関係

総会:1回/年
幹事会:3ヵ月毎

高知県(主管課 へき地医療主管課 へき地医療支援機構)



<協議会設置の効果>

この協議会の設置によって、前述した様々な課題や問題を議論する環境が整うこととなった。何よりも自治医大卒業医師とその派遣を受ける市町村、そして医師を派遣し、かつ市町村を指導していく立場である県とが、それぞれ「思い」を伝えあい、相互理解を深めていける場ができたことは大きな意義があった。

さらに、以前から課題となっていた、受け入れ市町村間での労務条件や給与体系などの処遇格差も解消され、県の給与ベースを参考にどこの市町村で勤務しても同じ条件で勤務できるという環境も整い、県内の関連するへき地医療機関での労務条件はまさに「均てん(均霏/均沾: 等しく利益にうるおうこと)化」された。

<後期研修>

懸案だった後期研修については、各市町村から毎年一定の負担金(派遣医師数によって按分)を拠出してもらうことで、加盟市町村のどこかに籍を置いて、「在籍出向」の形で後期研修に行くことがシステムとして実現した。この場合、当該医師が在籍する市町村だけの負担にならないよう、研修期間中に支給した給与については協議会の中で按分される方式がとられている。後期研修期間中も公務員としての身分は継続され、給与や社会保険なども全て常勤医師として現状維持が担保され、後期研修枠についても毎年2名ずつの枠が確保できた。

そして特筆すべきものとして、義務年限終了後についても、後期研修と同じ形で1～2年の期間をスキルアップしていく機会となる「義務終了後研修制度」の誕生が挙げられる。この成果は、自治医大卒業医師を受け入れてきた市町村側の義務年限終了医師に対する高い評価の表れと言っても過言ではない。

<代診派遣システム>

さらに、平成7年4月には長年の悲願であった自前の代診医派遣システムが、ようやくできあがることになった。高知県自治医大卒業医師の初期臨床研修病院である高知県立中央病院内に「へき地医療センター」が設置され、専任の医師を置いて代診などの後方支援を行える環境が整い、その結果、多くの自治医大卒業医師の大きな安心感につながる事となった。この業務は、現在高知医療センター地域医療科に引き継がれている。

<学生実習の受入れ>

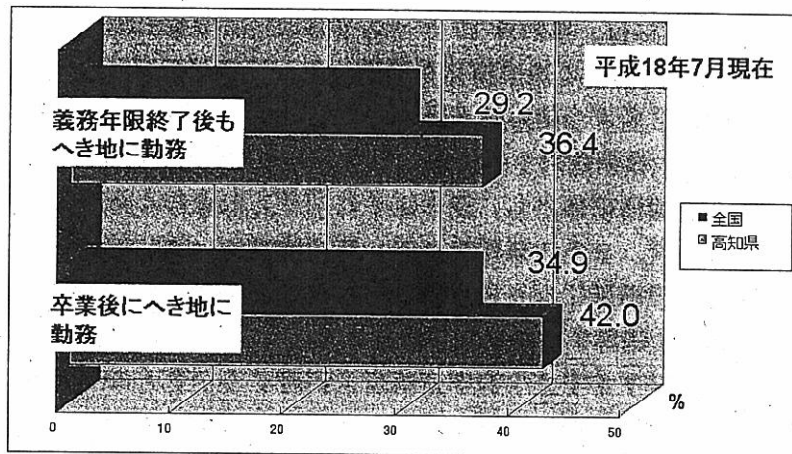
この協議会設置によって、自治医大学生の夏期へき地医療実習の受け入れもスムーズとなり、県が連絡調整窓口となって、市町村は積極的に学生実習を受け入れ、滞在費や交通費まで協議会の方で負担をしてもらえるまでに発展した。この流れは次第に高知医大(現高知大学医学部)学生の受け入れにもつながり、最近では自治医大の学生よりも高知大学医学生の方が多く参加するまでになってきた。この取り組みによって、現在までに高知大学医学部卒業医師も、のべにして5名がこの協議会所属の医師としてへき地医療に従事するようになった。

<脱自治医大>

もとより、自治医大卒業医師だけで高知県の地域医療を守って行くことは不可能であり、他大学卒業医師にも参加してもらう必要があった。他大学卒業医師がスムーズにこの協議会に参入してきてもらうためには、「脱自治医大」というキーワードが欠かせないというムードが徐々に高まることになった。そこで平成10年には、自治医大の名称が付くこの協議会の名称が「高知県へき地医療協議会」に変更されることとなり、現在に至っている。その結果、高知大学や愛媛大学卒業医師も協議会に参加するようになり(累計6名)、県・市町村、医師による三位一体のより民主的な運営により、本県自治医大卒業医師も義務年限終了後に残留するケースが多くなってきた。

高知県自治医大卒業医師のへき地勤務状況について次に示す。自治医大の全国平均よりも良好となっている。

高知県自治医大卒業医師のへき地勤務状況



<医師配置の拡大>

医師数の増加に伴い、県内へき地の第一線にある中核病院(嶺北中央病院・大月病院・梶原病院の3か所)に複数の総合医が配置され、その診療レベルや教育機能も徐々に拡充されていった。この3か所の中核病院がへき地における「医療拠点」の役割を果たし、周辺のへき地診療所への代診支援や、後輩医師に対してプライマリ・ケアを中心とする医学教育を提供する役割を担い、「へき地の第一線にある中核病院に総合医を集中させる」ことによるメリットを実例として示すことにもなった。

<へき地医療支援機構の設置>

平成15年4月には第9次へき地保健医療対策により、高知県にも「へき地医療支援機構」が設置されたが、まさにその基礎とも言えるへき地医療支援システムの原型は、高知県ですでにできあがっていたと言える。先述した3カ所の医療拠点は、そのままへき地医療拠点病院として指定を受け、周辺のへき地診療所への支援を機構からの正式な手続きのもとで引き続き担うこととなった。

<初期臨床研修医師の受入れ>

へき地医療で医師を継続的に確保していくためには、後輩医師の教育・育成のみならず、研修医や医学生に対する地域医療教育は不可欠である。

平成16年度より新医師臨床研修制度がはじまり、「地域医療」研修が必修科目となったことから、高知県では高知大学医学部と協力してへき地医療機関で質の高いプライマリ・ケア教育を提供できる体制について検討をはじめた。まず、問題となったのは、へき地診療所が個別に管理型研修病院と独自の研修医派遣契約をすると、おそらく同じ時期に複数の研修医を受け入れざるを得なくなり、最悪の場合、県内でへき地医療を学ぶ機会を失う研

研修医が出てしまうという懸念があった。そのため、研修医の派遣窓口をへき地医療支援機構に一本化し、なるべく研修医が「一人ずつ連続して派遣される」ように交通整理する運用とした。研修先は、へき地の第一線にある中核病院(国保嶺北中央病院、仁淀病院、国保梶原病院、国保大月病院)を中心に、周辺のへき地診療所や福祉保健所をグループ化して4グループとした。平成21年度には、県内外10か所の管理型臨床研修病院から派遣される35名の研修医を、各グループに対して派遣調整を実施した。研修プログラムおよび研修期間を統一して、各グループに2名ずつ研修医を派遣し、1名は1クール(2か月)のうち前半の1か月に「へき地にある中核病院内での研修」を行い、もう1名は前半に「院外研修」としてへき地診療所や福祉保健所研修とし、後半はそれらが入れ替わる形としている。このような派遣調整をおこなえば、2名の研修医が同一医療機関で一緒に重なって研修することが回避され、受け入れ医療機関にとっては研修医が1名ずつ連続して派遣されることによって、より質の高い教育を提供することが可能となる。

また、最近では地域枠で入学する学生や奨学金制度を利用する学生も年々増えてきつつあり、彼らに対しては高知大学医学部と連携して、へき地医療実習と郡部の医療機関での専門診療科実習(特定診療科など)の両者いずれかを選択して学べる環境を整えることができた。今後、県としても地域枠等、医師養成奨学資金を受給する医学生に対する教育については、お金さえ出せばそれで終わりということではなく、彼らを「大学と一緒に育てる」というスタンスで、このような実習や各種面談などの機会を利用してコミュニケーションを図っていく必要がある。

Ⅲ. 高知県へき地医療協議会の運用

1) キャリアパスがイメージできる人事調整

へき地医療の人事で最も配慮すべきことは、へき地診療所に限定した勤務が無期限に続かないことを明確にし、一定期間勤務すれば、次の医師へ円滑にバトンタッチできる仕組みづくりである。へき地勤務医師に「いつまでへき地診療所勤務が続くのか」という不安を感じさせることは避けるべきであり、医師個人のライフサイクルや家庭の事情に合わせ、都市部とへき地勤務をある程度融通しながら行き来できる人事が求められる。協議会では勤務先として以下に示す通り、多くの選択肢があり、「キャリアパスをイメージしやすい環境」にあることが特徴である。

A. 県内の基幹病院

○①高知県・高知市病院企業団立高知医療センター(632床、へき地医療拠点病院)

○高知県立幡多けんみん病院(355床、へき地医療拠点病院)

B. へき地の第一線にある中核病院

○国保嶺北中央病院[本山町](110床、へき地医療拠点病院、総合医5名)

出張診療所1か所(浅見川へき地診療所)

○国保梶原病院[梶原町](30床、へき地医療拠点病院、総合医5名)

出張診療所2か所(松原診療所、四万川診療所)

○国保大月病院[大月町](25床、へき地医療拠点病院、総合医4名)

出張診療所2か所(安満地診療所、柏島診療所)

C. 複数体制のへき地診療所

○国保大崎診療所[仁淀川町](19床、医師2名)

○国保十和診療所[四万十町](無床、医師2名)

出張診療所1か所(大道へき地診療所)

D. 一人体制のへき地診療所

○国保長沢診療所[いの町](無床、医師1名)

出張診療所2か所(大橋・越裏門診療所)

○国保杉ノ川診療所[津野町](無床、医師1名)

○馬路村診療所[馬路村](無床、医師1名)

出張診療所1か所(魚梁瀬診療所)

○国保小松診療所[大川村](無床、医師1名)(本山町と併任:嶺北中央病院に管理委託)

○沖の島へき地診療所[宿毛市](無床、医師1名)

出張診療所1か所(弘瀬診療所)

E. 後期研修病院(県内外の管理型臨床研修病院)

○高知大学附属病院

○高知医療センター

○自治医大附属病院、海外留学など自由に選択可能

この組織のなかでは、へき地診療所の人事を考える際に、診療所単独の形ではなく、「複数の診療所を一つのグループ(診療所群)としてとらえる」ことが特徴であり、その他にも、へき地の第一線にある中核病院や県の基幹病院も一緒にグルーピングし、キャリアパスを明示する形で人事を検討している。へき地診療所の場合、市町村単独で医師確保を目指すことは極めて困難な時代となっており、このように組織として対応することのメリットは大きい。組織の一員として派遣され、安心してへき地診療所勤務を一定期間経験できることは、総合医や家庭医養成の過程で貴重な研修の場となり、若い医師にとっては大きな魅力にもつながる。

2) 参加医師の状況

平成21年8月現在、協議会に所属する34名医師の内訳は、自治医科大学卒業医師31名(義務年限内17名、義務終了者14名)、高知大学卒業医師2名(これまでの累計5名)、愛媛大学卒業医師1名となっている。その他、自治医大地域医療後期研修プログラムから2名の県外医師を2年間受け入れした実績がある。将来的には、地域枠等、医師養成奨学資金を受給する医学生が将来へき地医療や地域医療に従事したいと希望する場合、この協議会が貴重な受け皿としての役割を果たすのではないかと期待している。

3) 人事の運用

協議会の人事は、毎年次のようなタイムスケジュールで実施される。

4月～6月	構成市町村による保健・福祉・医療に関するマニフェストの作成と公表
9月～10月	医師及び市町村に対する人事希望調査(アンケート方式)
11月～12月	県主管課による医師及び市町村に対して現地ヒアリング
2月上旬	県作成の人事案を協議会医師に説明
2月下旬	最終案を医師と各市町村に提示
3月末	人事異動

4) 人事調整の概要

協議会に所属する市町村は、派遣される医師を常勤職員として割愛採用するが、人事については原則として「協議会案を受け入れる」ことが大きな特徴である。また、院長などの管理職を除き、基本的には2年間ごとに異動がある。初期臨床研修2年間を経て、3年目は加入医師が複数配置されているへき地の第一線にある中核病院で1年間勤務したうえで、翌年からへき地診療所に派遣されることになるため、経験が未熟な段階でいきなりへき地診療所への派遣はなく、若い医師にとっては安心感がある。その後は1)で示した医療機関のなかで、医師のライフサイクルや希望に添う形で勤務配置の調整をおこない、一定のへき地勤務を遂行した時点で先述の後期研修(1年間)を受けることも可能となっている。

5) へき地診療所とへき地の第一線にある中核病院との人事交流やブロック制(グルーピング)によるメリット

この協議会で導入した「ブロック制(グルーピング)」によって、へき地の第一線にある中核病院と近隣のへき地診療所との人事交流がより活発になっている事例がある。それは、本山町立国保嶺北中央病院と大川村国保小松診療所の間で、職員の身分を同じにして、医師や看護師派遣など人事交流が平成20年4月から始まっている。最終的には、同年10月からへき地診療所を開設する大川村が、国保嶺北中央病院を開設運営する本山町に対してへき地診療所の運営を管理委託する形になったが、この運用によって次のようなメリットが出てきている。まず、病院側の医師にとってはへき地診療所で診療することで、周辺的生活環境や医療事情について理解を深めることができ、診療所医師が病院の当直列に加わることで病院医師の負担が軽減された。一方、診療所医師にとっては、病院が所有する医療機器の共同利用(胃カメラやCTなど)が可能となり、後方病院とのより密な連携が図られる。そして何より土日や休日・夜間にずっと診療所で待機しなければならない束縛から解放され、より自由な時間がもてるようになった。今後、こういった「ブロック制(グルーピング)」の導入は、公立病院改革ガイドラインに基づくプラン策定等も視野に入れて、他の地域でも採用の検討がなされる時期にきているのではと考えている。

6) 予算ならびに市町村の負担額について

所属する市町村の負担額および協議会の年度予算は以下の通りとなっている。

協議会に対する市町村の負担額および協議会の年度予算(平成20年度実績)

派遣される医師数	6名	3,408,000円	(1施設)
	5名	2,980,861円	(1施設)
	4名	2,552,200円	(1施設)
	2名	1,696,400円	(2施設)
	1名	1,268,500円	(6施設)
県からの補助金		8,950,000円	
平成20年度総決算額		33,529,888円	(11施設)

このように、負担金額は派遣される医師数によって異なる。医師6名の施設は、国保嶺北中央病院(5名)とこの病院の管理委託を受ける大川村国保小松診療所(1名)とを一緒にした金額である。10市町村からの負担金に県補助金を加えて、年間33,529,888円(平成20

年度実績)の予算となる。歳出の内訳としては、後期研修やへき地勤務医師赴任旅費、夏期学生実習、協議会事業費(IT関連など)等、さまざまな用途に支出されている。

逆に言えば、「この程度の負担額で医師が継続的に確保できている」といっても過言ではなく、さまざまな運用上の工夫や施策によって医師確保が実現できている。なお、派遣された医師が市町村の職員の身分を各々有することからも明らかなように、医師の給与費等は所属する市町村が負担を行い、協議会は支払いに関与していない。

参考までに協議会加入市町村と非加入市町村における医師確保の状況について示す。
協議会加入市町村とそれ以外の市町村の状況(平成21年8月現在)

《協議会加入市町村》

市町村名	人口	面積	人口密度	公的医療機関	医師確保
本山町	4308	134.21	32.1	国保病院	○
橋原町	4521	236.51	19.12	国保病院	○
大月町	6298	103.04	61.12	国保病院	○
仁淀川町	7180	332.96	21.56	へき地診療所	○
四万十町	20202	642.06	31.46	へき地診療所2か所	○
津野町	6776	198.22	34.18	へき地診療所	○
馬路村	1140	165.52	6.89	へき地診療所	○
いの町	26701	470.71	56.72	へき地診療所	○
大川村	532	95.28	5.58	へき地診療所	○
宿毛市	24115	286.11	84.29	へき地診療所	○

《協議会非加入市町村》

安芸市	20089	317.34	63.3	県立病院	×
土佐市	29604	91.59	323.22	市立病院	△
四万十市	37490	632.5	59.27	国保病院	×
佐川町	14326	101.21	141.55	国保病院	△
黒潮町	13208	188.38	70.11	へき地診療所	○
三原村	1779	85.35	20.84	へき地診療所	△
四万十市	37490	632.5	59.27	へき地診療所	△

○：医療法上の常勤医師定数を満たし、通常業務が行えている状態。

×：医療法上の常勤医師定数を満たさないため、通常業務の制限・縮小もしくは休止にまで追い込まれている状態。(例)時間外救急の受け入れ制限等

△：医療法上の常勤医師定数を満たさないものの、何とか通常業務を維持できている状態。

7) 協議会設立によりもたらされたもの

この協議会の設置によって、自治医大以外の卒業医師が組織に参加してきたことは意義深い。そして、へき地医療に従事しながらも、日進月歩する医学に取り残されないための研修体制の充実により、医師のモチベーションは維持されてきている。へき地診療所の場合は、週1回高次医療機関での定期研修(内視鏡やエコー、心臓カテーテル検査など)に行くことも可能である。この他にも、へき地という距離的・時間的ハンディを克服するた

めに、広域ブロードバンド網である「へき地医療情報ネットワーク」も整備された。このネットワークはへき地医療拠点病院が5か所、へき地診療所10か所、その他の基幹病院2か所を結ぶもので、これを活用した遠隔画像伝送で症例の相談をしたり、高知医療センターで月1回開催される救急症例検討会に多地点 Web 会議で参加したりできる環境が整備された。

この他、医学教育の面では、医学生の夏期へき地医療実習や新医師臨床研修「地域医療」も、へき地医療支援機構を窓口として一括して受け入れをおこない、地域包括ケア教育をはじめプライマリ・ケアの魅力ややりがいを伝える貴重な教育の場を提供している。

8) 協議会で、県・市町村が果たす役割

(県) へき地医療政策に対する補助金の適正配分や協議会非加盟市町村への対応・調整などの役割はもちろんのこと、医師がどの市町村に派遣されても勤務条件や処遇に格差がないよう指導を行う(給与水準を県の医療職給料表に基づき均てん化するなど)。また、派遣先決定については医師本人の要望をできる限り尊重し、「キャリアパスをイメージできる人事」を心がける。その他、現場医師と行政(県や市町村)とをつなぐ役割として、県庁主管課にへき地医療支援機構を設置し、そこにへき地医療での勤務経験をもつ臨床医を配置することによって、円滑な代診医師派遣調整や地域医療教育の提供を図るなどの役割を担う。(市町村) 医師を常勤職として割愛で採用(協議会の提示した人事案を受け入れる)し、医師以外の看護師や事務員などは独自に確保する。また、医師研修(へき地診療所での、週1回の研修日確保など)の支援や診療所の施設整備・勤務環境の改善等も役割として求められる。

9) 当該システムが維持されてきた理由

自治医大というへき地医療に対する明確な目的を持った教育システムの下で育成され、かつ一定水準の人材が、卒後に毎年2~3名継続して協議会へ加入するという保証があることが何と言っても大きい。また、これらの人材をへき地医療の第一線で独自に育成・教育するシステムが自前で構築できたことも理由の一つとして挙げられる。先述の通り、へき地の第一線にある中核病院(3か所)に総合医を複数配置し、へき地医療拠点病院として指定することによって、周辺のへき地診療所への支援や医学生・研修医への教育提供を実現できていることは政策的に特筆すべき点である。

この他の要因としては、行政(県や市町村)が現場医師の意見を尊重し、「より民主的な運営」となるよう努め、人事や施策に関する協議、処遇の均てん化などに対して医師自らが主体的に参画できるシステムになっていることも理由の一つである。人事アンケートやヒアリング、市町村によるマニフェスト作成などにより、開設者(市町村長)と現場医師との間の意思疎通が図られ、あくまで組織上は県と市町村、現場医師は「対等の関係」であることが明確にされていることも挙げられる。

この他、へき地医療支援機構を中心とした診療支援(代診支援、研修の確保、IT支援、へり救急の推進等)や、次の医師にいつでもバトンタッチできるという「キャリアパスを保証」した人事調整も、当該システムが維持されてきた大きな理由である。

IV. 高知諸診医会

前述した「脱自治医大」を目的として、「高知県へき地医療協議会」と改称したところから、この高知県へき地医療協議会の医師部会にも新しい名称をつけるべきだという気運が高まり、地域医療振興協会高知県支部でもなく、高知県自治医大卒業医師同窓会でもない「高

知諸診医会」という、他県には見られない新しい組織が平成12年に誕生した。諸診医とは、「諸々を診療する」という意味をもつ総合医の造語であり、県内で「へき地医療業務に特化した医師集団」として新たな一歩が踏み出されることになった。

全国の各都道府県では、それぞれ自治医大卒業医師が60名を越える大きな組織になってきており、卒業生全員の顔と名前を一致させることができる者も少なくなってきた。また、県支部や同窓会のなかで様々な意思決定がなされるとすれば、開業や入局などで、へき地医療の第一線から離れている先輩医師の意見が大きくなってしまい、義務年限内の若い医師の意見が組織として反映されにくくなってしまおうという懸念がある。

さらに、自治医大の名前が付いた組織(医師集団)であれば、何よりも他大学卒業医師の参画を阻む要因になりかねず、組織としての成長にも限界があった。そのため県内でへき地医療に従事している、またはへき地医療に特化した勤務を続けている医師を組織化して、へき地医療協議会の医師部会として人事や労務管理、研修などについて議論していける環境づくりを目指す必要があった。このような「脱自治医大」を目指した新たな組織づくりについては、他の都道府県でも求められる時代になってきていると考えられ、今後、全国的な広がりを期待したい。

<まとめ>

以上、これから求められるへき地医療に特化した組織づくりについて、高知県の事例を含めて報告した。やはり医師と県、市町村がそれぞれの「思い」に耳を傾けていける環境を作り出すことは必要不可欠のものであり、へき地医療に従事する医師が気持ちよく、かつハッピーに、へき地医療に従事できる環境をいかにして作っていくのが大変重要な部分である。

研修医や学生らは最大限の関心をもって、へき地医療の第一線の医師の「表情」を見ている。現場の医師が疲労困憊して、疲れ果てている表情を目の当たりにした場合、「へき地医療はやっぱり大変だ」という実感は抱けても、自分が「将来へき地医療に従事したい!」という気持ちは湧いてこないはずである。

そういったなかで、冠婚葬祭や研修、病気などの際にはしっかりと休暇が確保され、遠隔画像伝送などを通じてリアルタイムにコンサルトできる環境があるとか、同じ意識を持ったへき地医療に特化した仲間がいて、協議会という大きな組織に守られているという安心感を保ちながら、へき地医療に従事している医師たちの「表情」は、きっとハッピーに輝いているはずである。その表情を研修医や学生が見た時に、はじめて「将来、自分もきっとへき地医療に従事してみたい!」とか「将来、この先生のようにになりたい!」と将来の自分のロールモデルとして認知し、憧れにも近い「思い」を抱いてもらえるはずである。

そのような環境づくりを目指すためにも、従来まで医師個人の努力や犠牲のうえに成り立っていたへき地医療を、県や市町村の協力を得て、高知県へき地医療協議会や高知諸診医会というへき地医療に特化した組織づくりによって、かつシステムとして対応していこうとする姿勢が、これから全国のどこの都道府県でも求められる時代に入ったのではないかと考えている。

<結語>

- ・高知県へき地医療協議会のように、へき地勤務医師、県、市町村が三権分立の関係で組織化されている事例は少ない
- ・このシステムにより、義務年限を終了した自治医大卒業医師や高知大学卒業医師が組織に残留する傾向が出てきた
- ・このシステムは、へき地医療支援システムやへき地医療情報ネットワーク、へき地医療教育に大きく貢献した
- ・高知諸診医会という新たな医師の組織も、自治医大卒業生が各県で増えてきた現在では、一つの選択肢として高知県から全国に向けて発信していきたい

解説

高知県のシステムは、自らの健康は自らが守るという精神で市町村が出資して、協議会を結成し、勤務医師の確保と医師の生涯教育の保証をともに行う点で画期的である。

勤務していない医師の研修の費用までも自治体が負担するというのは驚きに値する。

こうしたシステムを作り上げられた行政担当者の努力は計り知れず、医師不足のご苦労がさぞ大きかったのであろうと考えられる。

出典：○「高知県へき地医療協議会と高知諸診医会について」

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18年度版)
 澤田 努(高知県へき地医療支援機構 専任担当官 高知医療センター 地域医療科)
 所属は当時のもの

○「わが病院はこうして医師を確保した—高知県へき地医療機関」

全国国民健康保険診療施設協議会「地域医療」vol.47 No.2

澤田 努(高知県へき地医療支援機構 専任担当官 高知医療センター 地域医療科)
 /高知県健康政策部医師確保推進課

3. 新潟県

I 新潟県の医療事情

1. 新潟県の地勢

新潟県は南北に長く、海岸線の総延長は 330km にも達する。また面積は、全国でも 5 番目の大きさを有している。中山間地域は世界でも有数の豪雪地帯でもあり、冬季間は 4 m を超える積雪を記録することも珍しくない。広い県土を擁するものの公共の交通機関は充実しているとは言い難く、都市間の移動には時間を要する。主要産業としては農業が挙げられ、米の収穫量は全国第 2 位である。離島として国内では最大の佐渡島があり、そこに 6 万を超える人口を擁している。佐渡島との連絡はカーフェリーやジェットフォイルなどに頼るが、夜間の運行はなく、また冬季間は強い冬の季節風のためしばしば欠航を余儀なくされる。

新潟県全体としての人口は、近年減少の一途をたどっているが、それでも 240 万人を擁している。しかし人口の多くは日本海側初の政令指定都市となり、かつ県都でもある新潟市近辺にあり、広大な新潟県にあって人口、経済、そして医療などにおける地域間格差は著しくなりつつある。また新潟県における過疎地域の多くは高齢化地域でもあり、過疎化の著しい地域では高齢化率は 40% に達しようとしている地域もある。

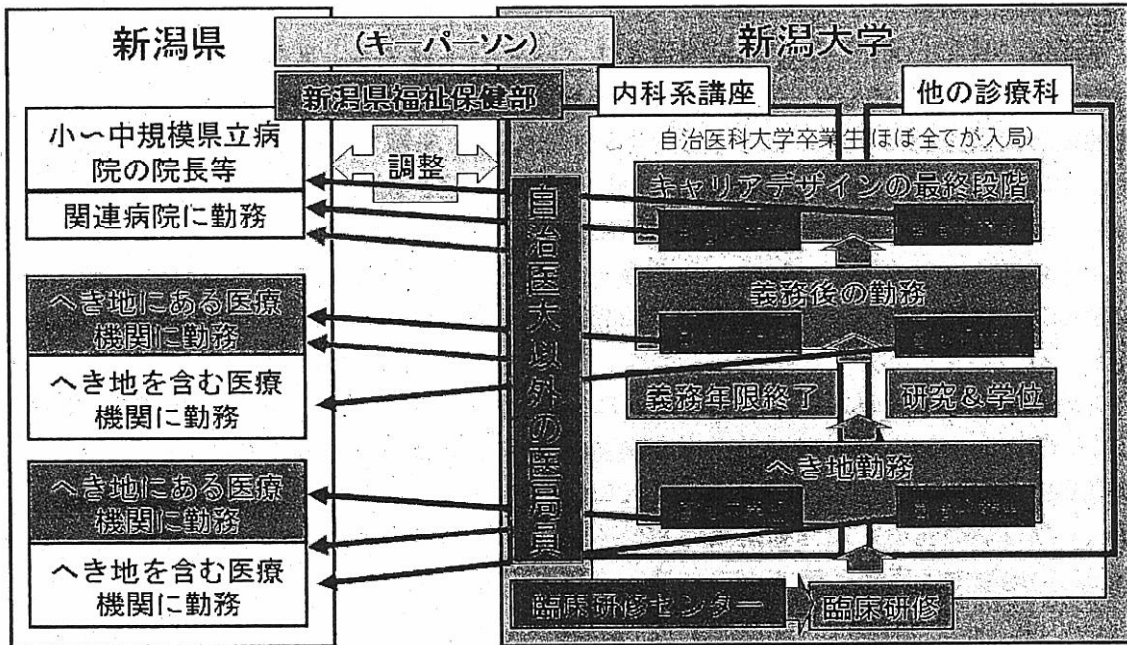
2. 新潟県の医師数

この広い新潟県にあって、医育機関は唯一、新潟大学があるのみである。同じ人口を要する北陸三県（富山県、石川県、福井県）には医学部が 4 つ存在することを考慮すればいかに新潟県が医育機関において貧弱であるか理解できよう。その結果として新潟県は人口 10 万人あたりの医師数では全国で下から 6 番目に位置し、171.0 人（2006 年末現在）である。さらに、医育機関の少なさや卒後県内にとどまる研修医数が人口に比し、少ないこともあり全国平均との差は年々広がる傾向にある。現在、新潟県に残る研修医数は 90 名前後であり、人口から期待される数を大きく下回っている。

さらに同じ新潟県内にあっても人口 10 万人あたりの医師数（2004 年末現在）では著しい格差が生じつつある。新潟市を含む新潟医療圏では 237.5 人であるのに比し、最も少ない魚沼圏域では 124.6 人に過ぎない。この傾向は新臨床研修制度が始まって以降、さらに強まっている。また無医地区も 36 カ所（2006 年末現在）と全国で 4 番目に多く、今後の課題となっている。

II 新潟県におけるへき地への医師の配置システム

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

<経緯>

新潟県においては、以下の3つの特徴が存在している。

1. 新潟大学の医局組織の力が、他の地域と違ってしっかりと残っている。
(新潟大学以外に、医師を複数抱え、県内の医療機関に医師を配置する能力を持った組織がない。)
2. 新潟大学の内部に当初から、共に新潟の医療のために働くのであるから「自治医科大学卒業医師は同じ仲間である」という認識が存在している(新潟県では自治医科大学卒業生は全て新潟大学医歯学総合病院で初期研修を行うこととしている)。
3. その結果、自治医科大学卒業医師はそのほとんどが新潟大学の各科医局に入局する。

以上により、当初は図にキーパーソンと示した人物が新潟大学の各医局と新潟県との調整を促し(ネットワーク作り)、結果として新潟県が新潟大学の医局の意向も考慮しつつ、最終的に自治医科大学卒業医師が赴任する医療機関を決定していた。現在は、県庁の福祉保健部を中心にして、県と大学との間の調整が行われている。

<初期研修と入局制度>

新潟県において自治医科大学卒業医師は、卒後最初の1年間、新潟大学医歯学総合病院で初期研修を行う。ここで新潟大学や他の大学の卒業生と同等に、同じ研修医1年目とし

て扱われる。ここで他大学出身者と混じり合う中で同期としての意識が芽生える（同期としてのネットワーク）。このことはへき地に勤務した後も、患者のやりとりや症例の相談の中で、相互に良い影響がある。2年間の研修を終えた段階で、多くの自治医科大学卒業生は、他大学出身の研修医と同様に入局先を決めている（医局としてのネットワーク）。

新潟県においては、自治医科大学卒業医師ばかりでなく、新潟大学の各科医局からも医局員がへき地へと派遣されている。またへき地医療機関の週末の代診などについては大学側からかなりのサポートがなされている。これはやはり自治医科大学卒業生も同じ時期に研修をした同期であり、医局の同窓であり、仲間であるという意識が根底にあり、お互いにサポートしていかなければならない、と感じるためと思われる。

またへき地勤務を開始するまでの3年間は、まず大学病院で、その後県内の大規模病院で研修を行っている。その間に、自治医科大学卒業生以外にも医局を通じて様々なネットワークを築くことができる。さらに義務年限中に1年間の後期研修を認め、その間は大学で専門医としての研修もできるなど、義務年限内にも、その後のキャリアデザインを考慮した配置を行っている。

<へき地赴任の状況>

自治医科大学卒業医師の赴任先は、前述のように、大学医局と県庁福祉保健部とのネットワークの中で調整・決定されており、県の一方的な決定ではない。その結果、自治医科大学卒業生は県内でもっともへき地と考えられる地域に赴任している。しかし内科系の医局からも、県内のかなりのレベルのへき地に医師が派遣されており、前述したように週末の代診などのサポート体制はかなり充実している。他の診療科の医局からは、へき地には勤務する診療科がある医療機関が少ないこともあるためか、それほどへき地には赴任していない。内科以外の科に入局した自治医科大学卒業医師の赴任状況については、その科の事情に左右されることもあり、大学とシステムを共用していく以上、ある程度避けられない部分でもあり、今後の課題と言えよう。

<義務年限後>

自治医科大学卒業医師は、義務年限終了を待って、それまで入局した医局との関係を生かしながら、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。また義務年限後も希望すれば県職としての身分は維持されるため、医局の人事で県内のへき地医療機関に赴任することも可能となっている。また大学に残り、地域医療教育関連の講座のスタッフになる卒業生もいる。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し、実際に病院長になっている医師もいる。

また、この方式は自治医科大学卒業医師以外にも義務年限をもって勤務することになる県費修学生や奨学金を伴う地域枠学生にとっても応用の利く方法であろう。

以上から、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（あるいはネットワーク）として維持されていれば、医師人生全般を通じてのキャリアデザインがうまく機能すると考えられるし、そのネットワークが医師のその県に対する帰属意識を高め、結果

として医師の定着率を高めるものと考えられる。

解説

新潟県の体制は「大学主導による、大学と県とのネットワークの中で調整を行い、へき地への医師の配置」を行っているという点で特徴的である。この方法は短期的には県が自由に配置できる医師数は減るが、義務年限後も県内にとどまる医師が多くいることから長期的には、県の医療体制に寄与するものと思われる。

ただし前述した3つのポイントがあり、キーパーソンが大学内の各科医局と新潟県とのネットワークをまとめることができたからこそ、この体制が構築できたと考えられる。

現在、様々な原因で各地の医学部・医科大学の医局制度は十分に機能できなくなっており、多くの地域では新潟県のような体制を構築することは不可能であると考えられる。

ただ一部には、十分な組織の力を持ち、都道府県内の医療体制に影響力を持っている大学医局も残存していると思われる。そうした地域では大学が研修医に対しては研修制度を通じて、自治医科大学卒業医師と他大学卒業生とのネットワーク形成を促し、入局制度を通じて同じ専門科に所属する医師の中でのネットワーク形成を促し、さらに県が自治医科大学卒業医師の赴任に関して大学とネットワークを構築していくことで、大学がイニシアチブを持ちつつ、県の意向も考慮して、かつ自治医科大学卒業生のキャリアデザインを生かすことができるような医師の配置体制を作ることも可能だと思われる。

(参 考)

「都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究班」名簿

平成 22 年 5 月現在

【主任研究者】

梶井英治：自治医科大学医学部教授（地域医療学センター長）
へき地保健医療対策検討会委員（座長）

【分担研究者】

前田隆浩：長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島・へき地医療講座教授
へき地保健医療対策検討会委員

谷 憲治：徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部総合診療医学分野
教授

井口清太郎：新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座特任教授

今道英秋：自治医科大学救急医学

澤田 努：高知県へき地医療支援機構専任担当官
高知医療センター地域医療科
へき地保健医療対策検討会委員

神田健史：自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

【研究協力者】

角町正勝：社団法人日本歯科医師会理事
へき地保健医療対策検討会委員

春山早苗：自治医科大学看護学部地域看護学教授
へき地保健医療対策検討会参考人

中澤勇一：信州大学医学部地域医療推進学講座准教授

古城隆雄：自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門