

第4回へき地保健医療対策検討会 議事次第

平成21年12月24日(木)

13:00~16:00

三田共用会議所大会議室

1 開会

2 議事

- (1) 第11次へき地保健医療対策検討会報告書骨子(案)について
- (2) 「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」報告について
- (3) 今後検討すべき事項等について

3 閉会

【配布資料】

- 資料1: 第3回「へき地保健医療対策検討会」議事概要(案)
- 資料2: 第11次へき地保健医療対策検討会報告書骨子(案)
- 資料3: 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
- 資料4: 澤田委員提出資料
- 資料5: 角町委員提出資料
- 資料6: 春山参考人提出資料
- 資料7: 村瀬委員提出資料

参考資料: 第3回「へき地保健医療対策検討会」議事録

第3回 へき地保健医療対策検討会 議事概要（案）

日 時：平成21年10月30日 15:00～17:00

場 所：全国都市会館 第1会議室

出席者：奥野正孝委員、梶井英治委員（座長）、木村清志委員、澤田努委員、澁谷いづみ委員、神野雅子委員、鈴川正之委員、高野宏一郎委員、対馬逸子委員、土屋いち子委員、角町正勝委員、内藤和世委員、畠山博委員、前田隆浩委員、前野一雄委員、三阪高春委員、村瀬澄夫委員、吉新通康委員及びオブザーバー（総務省・文部科学省）

【意見交換】

＜論点整理・へき地医療支援機構について＞

- 澤田委員・梶井座長：特定の診療科の場合は医局があつて、医師をプールし、育成する機能があるが、地域枠出身でプライマリケアを目指すということになると、医局がない。へき地医療医支援機構は、そういった医師についての医局機能を持つことが必要ではないか。ドクタープール機能として、へき地派遣医師を公務員化してへき地医療支援機構という集団・組織を背景に派遣されるという仕組みを作ってはどうか。
また、地域医療に関するデータバンク的な役割も求められると思う。
- 前田委員：医局的な機能をへき地医療支援機構が持つことは大賛成。キャリア形成面や卒前・卒後教育において築かれる師弟関係において、適切な動機付けができる。そういう器として、卒前教育において大学と機構が連携すれば、非常によい体制ができるのではないか。また、地域枠の学生へのプログラムについて、地域医療の経験者に入ってもらい、具体化することは非常に重要
- 梶井座長：地域医療のデータを構築し、解析して客観的な判断に基づくことは非常に重要。
- 中村委員：専任担当官については、必ずしも「専任」しておらず、「兼任」担当官になっているところも多い。しかし、「専任」でも「兼任」でも支出される補助金が同じというのはおかしいので、まず専任担当官の定義をはっきりと決め、その上で専任担当官を配置できないなら兼任担当官でカバーするとか、兼任担当官を複数配置するとかで対応することを認めてもよいのではないか。
- 吉新委員：都道府県によって機構の状況は様々なので、あまりきっちりと定義付けしてしまうと、柔軟に対応できなくなるのではないか。

<前野委員・吉新委員のプレゼンテーションを踏まえての全体討論>

◆前野委員のプレゼンテーションのポイント

<緊急対策>

- ・医師不足解消、若手医師を計画配置
- ・たらいまわし防止、開業医も病院救急に積極参加
- ・病院勤務医、激務に見合う給与引き上げ

<構造改革>

- ・医師養成数を増加
- ・地方医大、医学部の入学定員の地元枠拡大
- ・医局に代わる医師配置機関を創設
- ・女性医師、看護師が働きやすい環境
- ・看護師らに医師業務の一部を移す

<へき地勤務医等のキャリアパス>

- ・医療機関の役割分担と連携強化
- ・研修制度、複数スタッフによるバックアップ体制の充実
- ・医学部教育の充実と指導者養成
- ・家庭医の研修を開業の条件
- ・家庭医（総合医）の資格化 高い技量の習得

◆吉新委員のプレゼンテーションのポイント

<論点3について>

- ・「へき地の医師は、30代は自己の能力に悩み、40代は子弟の教育に悩み、50代は自分の老後に悩む。いつも拘束され、冠婚葬祭もままならないこと」に対しては、ライフサイクルに見合った人事、人事のできる組織が必要
- ・「休みが取れない、代診も無いこと」に対しては、支援機構の充実、代診組織、ドクタープールが必要
- ・「身分上の制約」に対しては、へき地医療を担う全国的なネットワーク組織が必要
- ・へき地医療・総合医に特化した研修病院が必要
- ・へき地の持つ不便さ。生活格差。医師の世界ではへき地勤務評価なし。

<論点4について>

- ・へき地医療拠点病院群の一つとして社会保険病院の活用（仮称 独法地域医療機能推進機構） 社会保険病院＋へき地医療支援機構機能

<その他の論点に関する問題意識>

- ・論点1について：医師の養成が医科大学の専門講座中心。総合医養成を大学病院でできるのか？地域の医療を担う「総合医」を国が推進する必要
- ・論点2について：へき地医療支援機構の弱体で安心できる組織がない。人事組織、医師研修（養成）、指揮命令系統が曖昧。

○吉新委員：へき地にずっと長くいると戻るところが無くなったり、非常に貢献度が高いのに評価されない。そうではなく、それが次の昇進につながるように、戻れる組織なり病院なりがあることは非常に重要だと思う。

現在のへき地医療支援機構も含めて、へき地医療を担う組織というのは非常に曖昧で、どこまでの範囲がへき地医療を担っている人たちなのか自体も、あまり明確ではない。支援機構というのは実際は中身がない。キャリアパスなんかはなくて本人任せなのが実態で、その辺をきちんと中身のある、しっかりとした骨太の組織を作って、そこにいろいろな機能を乗せて継続的な活動を常にしている組織を作らなければいけない。ただ言葉だけ「へき地医療支援機構」ということで踊ってしまうと実態が無いような感じなので、もう少ししっかりとした組織にする必要があると思う。

へき地に実際に身を委ねて、そこで一生を終わるのだとなるためには大変な決意が必要。後任が来るまで辞められないというとんでもない覚悟をしないとへき地医療に携われない。この壁の高さと、さらに評価されないというのがある。「安心して一生を託していいんだよ」と言えるようなへき地のネットワークを、日本にちゃんと作らないといけない。第10次まではバラマキ型の誘導的な施策だったのだが、かなり強制的な意味も込めて、しっかりとした医師の供給と教育、そして一生を委ねていいよというような組織を作っていくことが、今回の第11次計画の責務なのではないか。

○内藤委員：へき地医療拠点病院の中でも、特に200床以下の中小病院はほぼ全てが医師不足状態といってもよく、20%の施設が標準医師数を満たせていない。このような中小病院をどうするかということ、論点に取り上げてほしい。

○澤田委員：へき地医療拠点病院の指定要件について見直すべきではないか。へき地医療拠点病院の指定を受けることについては、現状ではメリットがあまり感じられない。救急など他の指定については、病院一丸となって取得しようとするのに、へき地医療拠点病院についてはそういうことがない。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し、指定されることによってメリットを受けられるように、この検討会で何らかの案を提示できないか。

○神野委員：へき地の医療機関では看護職の確保もネックになっている。医師以外の医療職（例えば看護師や薬剤師）の人材確保や保健分野との連携をどうするか考えてほしい。

○内藤委員：へき地医療拠点病院となっている病院のほとんどは、その地域における4疾病5事業の担い手でもあり、モノ・ヒト・カネを投入してしっかりテコ入れをしなければいけない。任せられている役割がしっかりと担える体制を作らなければいけないし、都道府県がしっかりやるということが必要。

○角町委員：地域における病院間の連携はどうなっているのかというところが気になる。連携をしっかりと取り、そこにへき地も組み込むという体制でないといけない。単なる医師の取り合いになっては、へき地は負けてしまう。

<へき地勤務医のキャリアパスについて>

○中村委員：自治医大卒医師の場合、義務年限中は義務年限が明ければへき地から戻れるが、義務年限明けにへき地勤務をすると片道切符になってしまうという状況がある。ある程度へき地勤務をした後、どこかのポストに戻り、さらに希望すればまたへき地勤務に戻れるというサイクルを示すことができれば、へき地勤務医になるのによほどの覚悟を示さなくてもよくなり、なり手も増えると思う。

○奥野委員：最近学生と面談すると「自治体病院など公務員の身分を持った医師になれますか」と聞かれることがよくある。一昔前は公務員の医師と言うと保健所に勤務する公衆衛生系の医師が代表的だったが、公に所属して医療を行う医師というものが若い医師から注目され始めているようだ。公務員というところをうまくPRしてみれば、一定期間、定着が見込まれるのではないかと思う。

○村瀬委員：医師個人の支援をしていくような働きかけが重要になってきている。例えば、機構の役割案に⑫として挙げられている就職の斡旋についても、へき地から離れるための就職斡旋についても併せて支援すべき。へき地勤務を辞めさせないということだけでの支援では、へき地勤務医師が機構と関係を深めることはへき地勤務医師にとってリスクを高めるということにつながる。

○木村委員：島根県では地域医療支援会議というものを設けて医師派遣調整を行っている。今後は奨学金・地域枠医師と自治医大卒医師のグループを作り、地域の中核病院の支援やへき地勤務医師のキャリアパス育成を行おうと考えている。

ただ、へき地へ医師を派遣するにしても本人の希望を聞く、マッチングを重視するということを併せてやっていきたい。医師がいなくて困っている、だから手を挙げるでは、医師は来ない。今の時代は医師の側からも、魅力ある病院に行きたいと思っているから病院側としても努力する必要があるし、その上でいろいろな医師が集まってローテーションができるような仕組みづくりが必要。

○梶井座長：総合医の育成が重要である。診療所や中小の自治体病院を支援する意味でも重要。

(了)

第11次へき地保健医療対策検討会報告書 骨子（案）

※第3回会合までの議論を新たな項目ごとに整理

- 1 はじめに
- 2 近年のへき地・離島保健医療を取り巻く状況の変化
- 3 へき地等における医療提供体制を構築する各主体の役割として求められること
 - (1) 都道府県の役割として求められること
 - 地域医療の分析を行った上で、先進事例を参考にして、各都道府県が改善策を策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国がそのフォローアップを行うような仕組みを作るべき
 - 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検討することが重要。
 - 地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県（へき地医療支援機構）は積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組が必要。
 - (2) 市町村（へき地を有する）の役割として求められること
 - 市町村として、医師がへき地での勤務を楽しみ、充実してもらえるように努力することが必要。
 - (3) 国の役割として求められること
 - 地域の医療を担う「総合医」を国が推進する必要
 - 各都道府県が策定した改善案について国がフォローアップを行うべき。
 - (4) 大学の役割として求められること
 - 大学の医学教育において、へき地医療支援機構のしくみに関することをカリキュラムに盛り込んでいくことが必要。
 - 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。

(5) 学会等の役割として求められること

- 総合医の確保策としてプライマリケア学会等関連3団体の認定医制度を拡充

(6) 医療の提供を受ける住民側に求められる意識等

- 普及・啓発について（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）

4 へき地保健医療対策に関する今後の具体的支援方策

(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、代診医のリソースマネジメント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

へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、各都道府県に1箇所「へき地医療支援機構」を設置する。へき地医療支援機構は、専任担当者を置く。また、へき地医療拠点病院の代表、地域医師会・歯科医師会の代表、市町村の実務者、地域住民の代表等によって構成する「へき地保健医療対策に関する協議会」において、へき地医療対策の各種事業の実施について実質的な助言・調整等を行う。

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担ってきた、あるいは担い得る都道府県又は医療機関等とし、専任担当者はへき地での診療経験を有する医師であって、へき地医療支援機構の責任者として、へき地医療に関する業務に専念できるような環境を整えることが必要である。なお、ある程度長く勤務することが望まれる。

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、現場のキーとして、機構の組織としての意識付けが重要であり、他職種を巻き込んだチームでの

対応が必要。例えば、自治医大卒や地域枠出身者はそもそも意識が高いので、まずここをピックアップして活用することが考えられる。また、ある程度長く担当官として務められるようにすることが重要

○ 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、

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、実際に状況を聞いたり首長と意見交換をしたりすることも必要である。

なお、専任担当官については、必ずしも「専任」しておらず、「兼任」担当官になっているところも多い。しかし、「専任」でも「兼任」でも支出される補助金が同じというのはおかしいので、地域の実状を留意しつつ、まず専任担当官の定義をはっきりと決め、その上で専任担当官を配置できないなら兼任担当官でカバーするとか、兼任担当官を複数配置するとかで対応することを認めてもよいのではないか。

3) 新たな支援機構の役割について

機構の位置づけとしては単なる支援機関ではなく、医局的な機能としてドクタープール機能やキャリアパス育成機能も持たせることが肝要である。

へき地医療支援機構の具体的な役割については、以下の事項があげられる。

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

- ・ 機構に地域医療に関するデータバンク的な役割も求められるのではないか。

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

- ・ 医師がへき地から離れる場合の斡旋もきちんとやっていくべき

4) へき地医療支援機構に対する評価について

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

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

- 機構だけでは限界があり、医師確保の手法として、市町村は長崎や島根のように広域連合を作り、臨床研修病院を持つなどしてマンパワーを確保する努力が必要との意見もあった。

(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り、例えば、総合医の確保策としてプライマリケア学会等関連3団体の認定医制度の拡充も一手段として考えられる一方、本人や周囲への意識付けと、本人のステップアップの双方を満たすような制度として、医学教育の中で統一したカリキュラムを履修した医師は「地域医療修了医」というような肩書きを与えることも大きな動機付けになることも考えられる
- 地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県（へき地医療支援機構）は積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組が必要（再掲）
- 地域枠の学生へのプログラムについて、地域医療の経験者に入ってもらい、具体化することは非常に重要
- 大学の医学教育において、へき地医療支援機構に関することをカリキュラムに盛り込んでいくことが必要（再掲）

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

ア キャリアパスのあり方について

- 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（拠点病院等を中心としたローテーション方式等）
- へき地医療・総合医に特化した研修病院が必要
- 「身分上の制約」に対しては、「安心して一生を託していいんだよ」と言えるようなへき地医療を担う全国的なネットワーク組織が必要
- 自治医大卒医師の場合、義務年限明けにへき地勤務をすると片道切符になってしまうという状況がある。ある程度へき地勤務をした後、どこかのポストに戻り、さらに希望すればまたへき地勤務に戻れるというサイクルを示すことができれば、へき地勤務医になるのによほどの覚悟を示さなくてもよくなり、なり手も増えると思う。

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

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ことをインセンティブにPRすればへき地医療に専念してもよいという医師の定着が見込めるのではないかと。

(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支援が必要。
- へき地医療拠点病院の指定要件について見直すべきではないかと。例

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し、指定されることによってメリットを受けられるように、この検討会で何らかの案を提示できないか。

- へき地医療拠点病院となっている病院のほとんどは、その地域における4疾病5事業の担い手でもあり、モノ・ヒト・カネを投入してしっかりテコ入れをしなくてははいけない。任せられている役割がしっかりと担える体制を作らなければいけないし、都道府県がしっかりとやるということが必要。

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

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

- 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。
- 地域における病院間の連携をしっかりと取り、そこにへき地も組み込むという体制でないといけない。単なる医師の取り合いになつては、へき地は負けてしまう。

(4) へき地等における歯科医療体制について

- へき地等における歯科医療ネットワークについて

(5) へき地等の医療機関に従事するコメディカルについて

- へき地等における看護職の確保対策について
医師以外の医療職（例えば看護師や薬剤師）の人材確保や保健分野との連携をどうするか

5 おわりに

- ・ へき地保健医療対策検討会の審議経過

- ・へき地保健医療対策検討会委員
- ・平成 21 年度無医地区等調査・無菌科医地区等調査の概況

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

1. 参考とした各地域の事例について(長崎県、高知県、新潟県)

資料3-①、3-②、3-③

2. へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデルについて 資料3-④

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

3. へき地に勤務する医師を評価するシステムについて 資料3-⑤

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

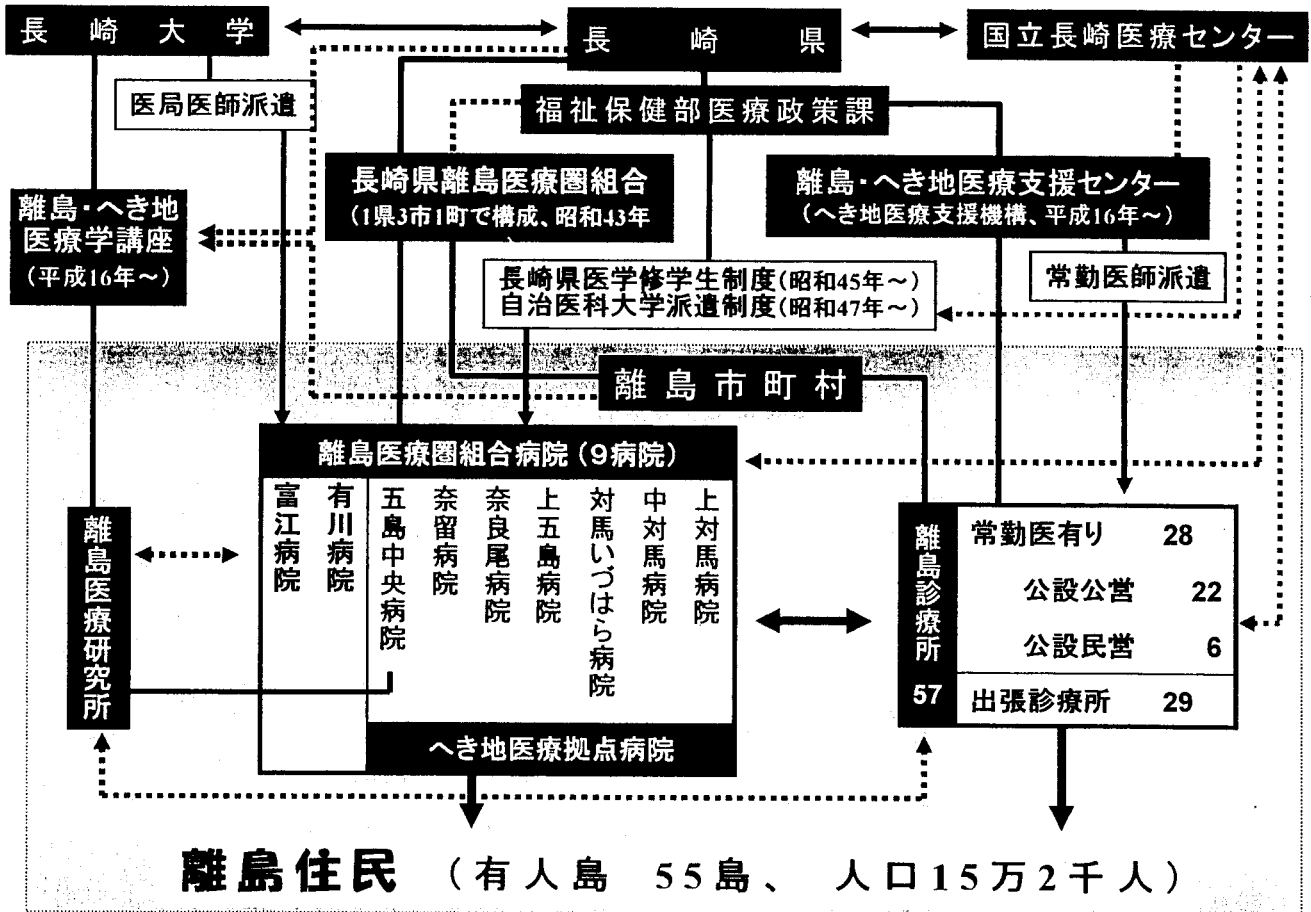
4. 「へき地医療専門医」(仮称)の認定組織について 資料3-⑥

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

資料3-① 長崎県の離島医療体系図(一部抜粋)

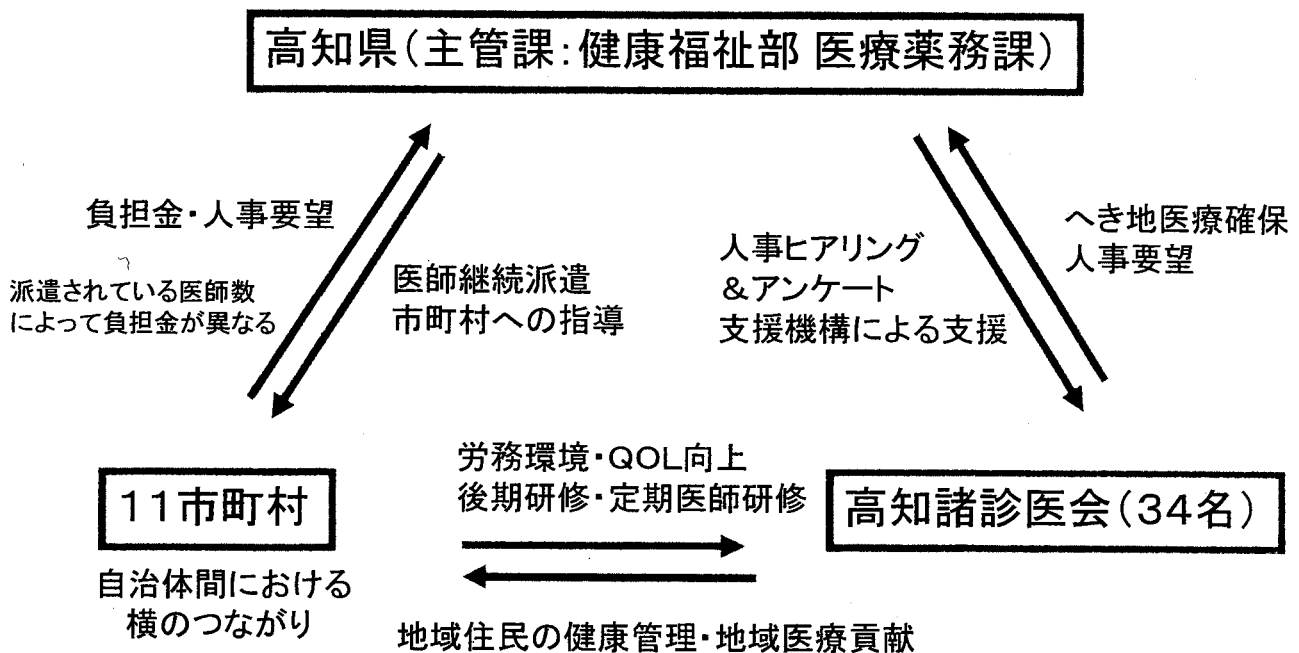


山西幹夫:「都道府県へき地・離島保健医療計画策定に向けての事例集(平成19年度版)」から

資料3-② 高知県へき地医療協議会

三権分立の関係

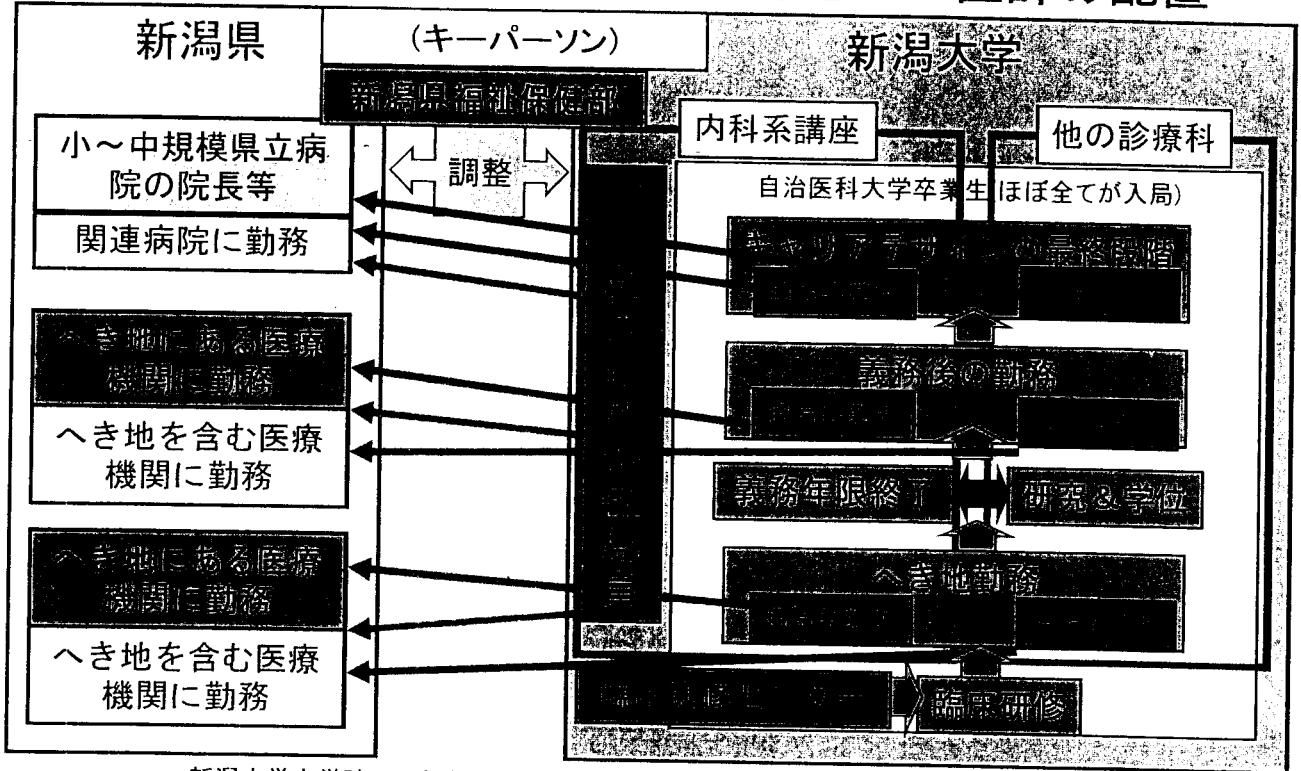
総会:1回/年
幹事会:3ヶ月毎



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

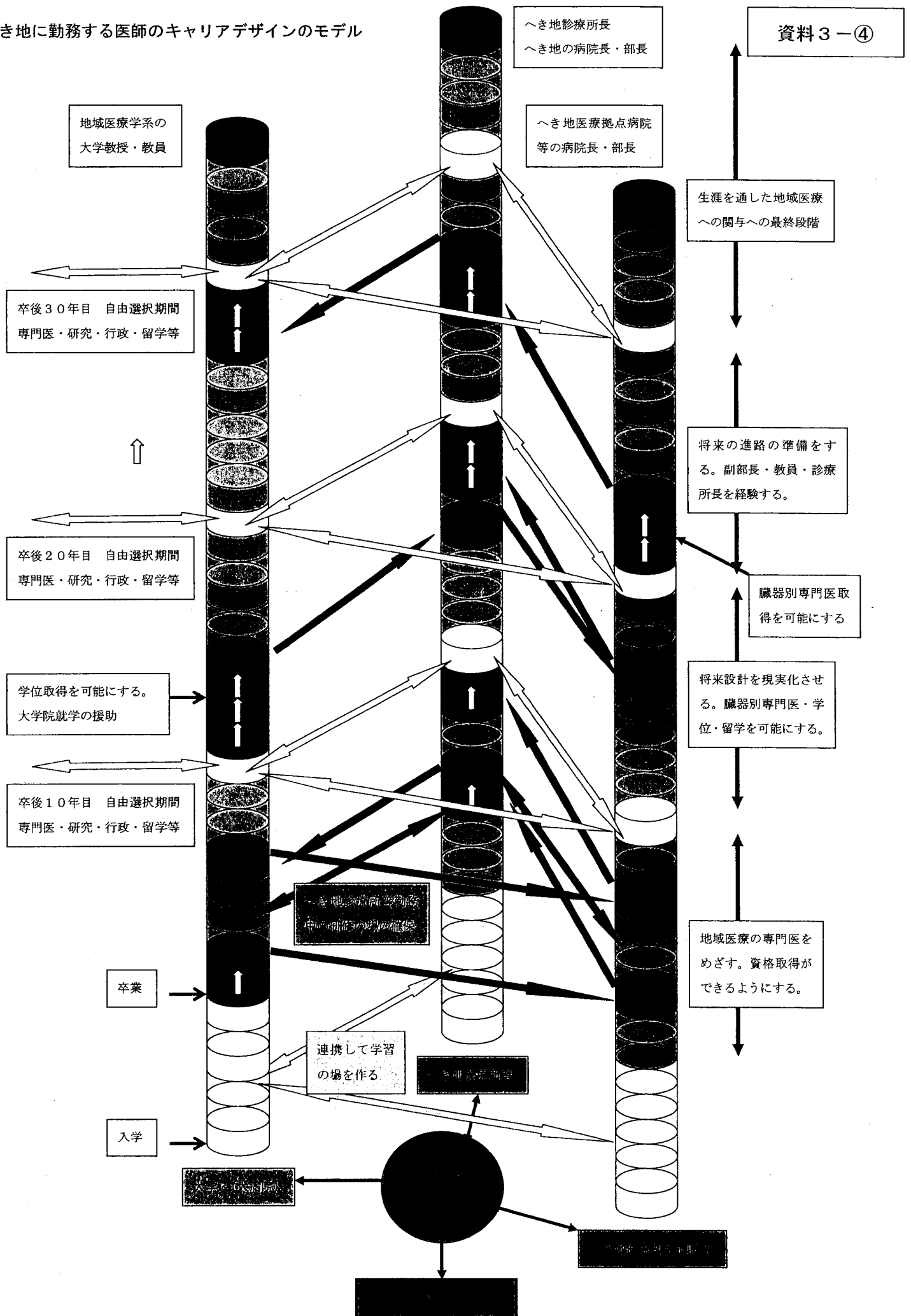
資料3-③ 新潟方式

古典的な医局人事によるへき地への医師の配置



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

へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル

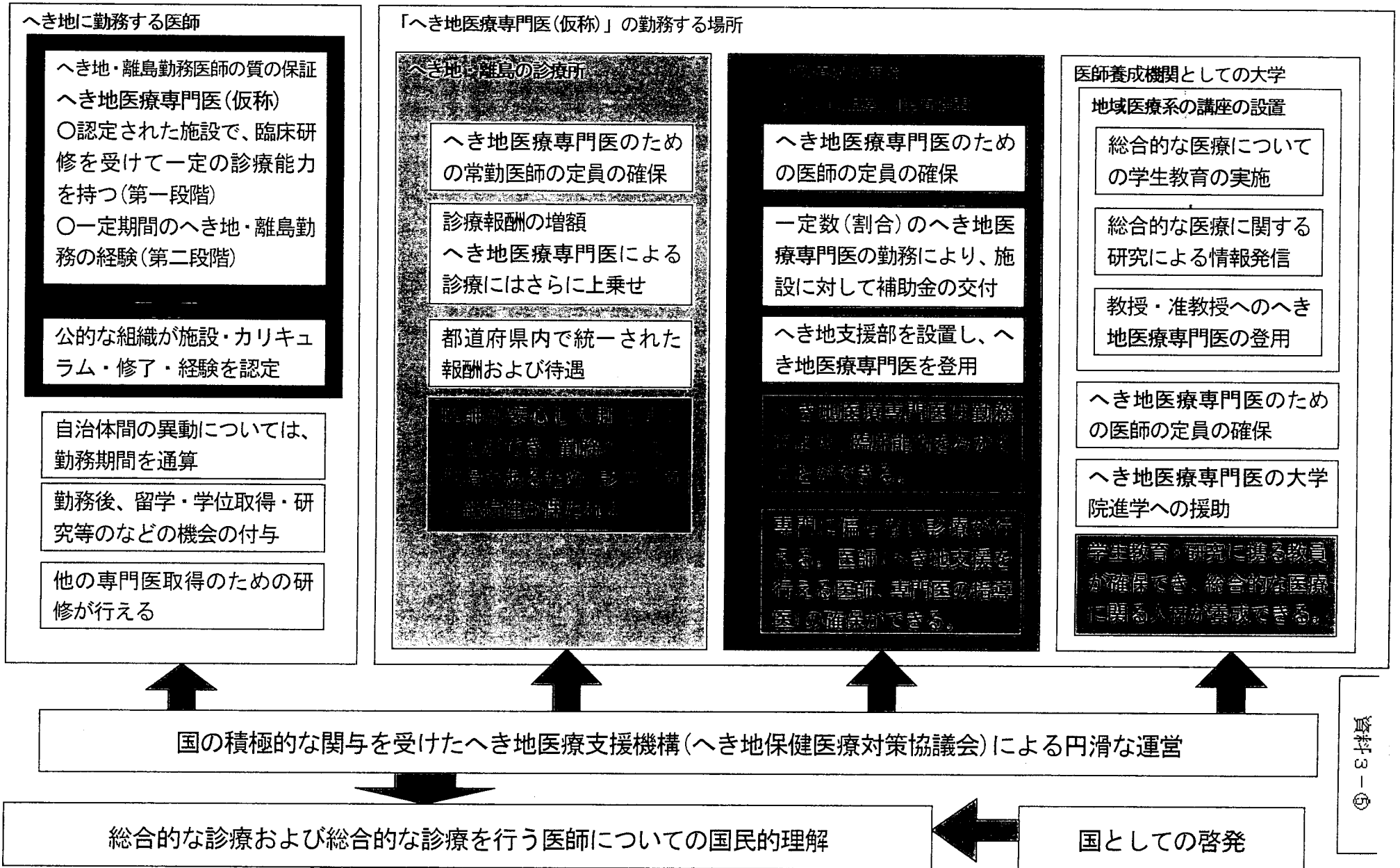


3本柱キャリアデザインの説明

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

10. つまり、へき地医療支援機構は、大学等ともへき地医療について、緊密に連携を図る必要がある。とくに、地域枠の学生の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



へき地医療専門医の認定について

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

第11次へき地保健医療計画におけるへき地医療拠点病院のあり方について(案)

高知県へき地医療支援機構 専任担当官 澤田 努

これまでの計画では、へき地医療拠点病院の指定を受けていても、実際に代診や医師派遣などのへき地医療支援実績がほとんどない医療機関もあり、次期計画では指定要件の見直しを図る必要があると考える。しかしながら、現実問題として、これらの医療機関では地域医療を担う医師不足が深刻であり、医師を派遣するどころか、自らの医療機能を維持するだけで精一杯の状況であるといった現状がある。これらの医療機関において求められる医師としては、保健・福祉分野をも視野に入れて幅広く診療することができる病院 GP(General Practitioner：総合医)/診療所 GP であり、これらの GP(総合医)をどのように育成・教育していくかは、今後の地域医療における医師確保の観点からも大変重要な課題である。次期計画の中では、へき地医療拠点病院を GP(総合医)の育成・教育のコア施設として位置づけ、将来的に医学生や研修医が GP(総合医)を目指すためには、へき地医療拠点病院で一定期間の研修を積むことが必要十分条件になるくらいの社会的認知・評価をもった指定要件になることを目標としたい。

A. 指定要件の見直しについて

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、GP(総合医)の育成・教育機能を有すること等を条件とし、更に地域性や病床規模等によって例えば3群に分類して指定する。

※ なお、Ⅰの指定要件には当てはまらないが、都道府県の考え方として、従来通り指定する場合はⅡとし、現行の運営費補助金等のメリットだけでも残したい場合の選択肢とする。

(参考) へき地医療拠点病院Ⅰの指定要件に対する考え方の一例

従来までの指定要件では、病院規模や地域性が一切考慮されず「代診医派遣機能」を中心とした基準が設けられていたが、やはり指定にあたっては、それらを一定考慮する必要がある。今回、病院規模や地域性によって更に3群に類別をし、各々に対して指定要件を定める。

1. へき地医療拠点病院Ⅰa：過疎地域にあって地域包括ケアを実践し、在宅訪問診療や周辺にあるへき地診療所や無医地区への医師派遣を行っている小規模の病院群を想定したもの。
(病床規模としては100床未満)
2. へき地医療拠点病院Ⅰb：二次医療圏の中核的病院で、院内にいる専門医と病院GPがうまく連携している。二次医療圏内の多くの患者は、この病院で医療がほぼ完結できている。この他、へき地勤務医師のリカレント教育なども行っている中規模の病院群を想定したもの。
(病床規模としては100床～500床未満)
3. へき地医療拠点病院Ⅰc：都道府県全体の中核的な位置づけとなっている病院で、へき地医療支援機構などと連携して、代診医師の派遣調整や地域医療研修カリキュラムを作成するような機能を有する大規模病院を想定したもの。

(病床規模としては500床以上)

B. メリットについて

1. へき地医療拠点病院Ⅰの指定を受けることによる新たなメリット(例)

- ・診療報酬上の評価を是非検討して欲しい

(例：へき地診療所等から紹介された患者を、指定医療機関の医師が診察する場合に加算がある等)。

- ・臨床研修や医学教育の分野において、この指定を受けていることで、「GP(総合医)の育成・教育に適した教育医療機関」であることが明確になるような施策を国としても検討する。このことにより、病院GP/診療所GPを目指す若い医師が、指定を受けた病院に集まりやすくなると考えられる。
- ・都道府県が定める医療計画のなかで、優先的に医師を配置すべき医療機関として位置づけられ、地元大学や医療対策協議会などと連携しながら、この指定を受けた医療機関への医師の重点配置が推進されるようにする。

2. へき地医療拠点病院Ⅰの指定取得を推進するための方策(例)

- ・病院GP/診療所GPを育成・教育する立場にある指導医*の給与について、その50%を補助するものとする。

*指導医の認定については、日本プライマリ・ケア連合学会(日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本家庭医療学会が合併して発足する新たな学会)が定める指導医の資格を有するものとする(案)。

- ・Ⅱ指定に比べて、より有利な運営費補助金額が得られる(例えば30%上乘せされる等)ことや、臨床研修指定に関連する補助金についても同様のインセンティブが与えられるようにする。
- ・病院GPとして勤務する医師が、日常業務をストップして代診業務を担う場合に、病院として特別手当を支給するなどの制度をもつ医療機関には、別途補助金が支給されるようにする(代診に行くメリットを医師個人が感じられるようにするため)。

C. 終わりに

へき地医療拠点病院の指定要件の見直しは、あくまでも地域の医療機関にとっての相当程度のメリットの存在が大前提となる。「より魅力的なもの」にするため、指定によるメリットについては引き続き更なる検討が必要である。また、病院規模や地域性によって3群に類別された各々の指定要件に関して、医師派遣実績やGP(総合医)の育成・教育機能以外に、どのような条件を付加するべきかについても詳細に検討していく必要がある。

へき地における歯科ネットワークに 関する提案

* 長崎の離島事例などを通して住
民の医療を受ける権利を支える *

へき地保健医療検討会
日本歯科医師会 角町正勝

へき地保健医療対策の現状と問題

- 1) 我が国における、無歯科医地区数は1046地区
- 2) 我が国における、無歯科医地区人口は295,480人

平成16年度無歯科医地区調査の概要報告(厚労省)

- 1) へき地医療拠点病院において歯科を標榜している病院
73施設(30道府県) / 263施設(43都道府県)
- 2) へき地医療診療所において歯科を標榜している診療所
66施設(23都道府県) / 1063施設(47都道府県)

へき地ネット(へき地情報ネットワーク<http://www.hekichi.net/>)データベースより

以上のことから、へき地医療拠点病院やへき地医療診療所
における歯科医療の提供は必ずしも十分だとはいえない。

このことは、へき地住民の口腔の保健・医療・福祉に関わる
安心安全な体制整備の課題といえる。

住民の安心安全のために 口腔保健・医療の安定供給は必須

- 住民の生活や健康問題を考えるとき、歯科関係者の関わりは、口の崩壊がもたらす高齢者の生活の破綻や生活の質の低下を予防する意味で重要である。
- 医療計画策定の中で、歯科の関わりは、4疾患に関わる医療連携の中で、口の問題を支援する形で明記されてきている。
→しかし、離島・僻地までについては十分な体制作りができていない。

なぜ離島・へき地では不十分なのでしょうか？

歯学教育における地域医療等への 関わり現状

保健・医療・福祉制度

一般目標:

保健、医療、福祉に関連する社会制度、地域医療および社会環境を理解する。

到達目標:

- ・地域医療に求められる役割と機能および体制等、地域医療の在り方を概説できる。
- ・地域における保健・医療・福祉・介護の分野間の連携および他職種間の連携の必要性について説明できる。

歯学教育モデル・コア・カリキュラム(平成19年度改定版より抜粋)

➔ へき地に特化した教育は行われていない

事例1

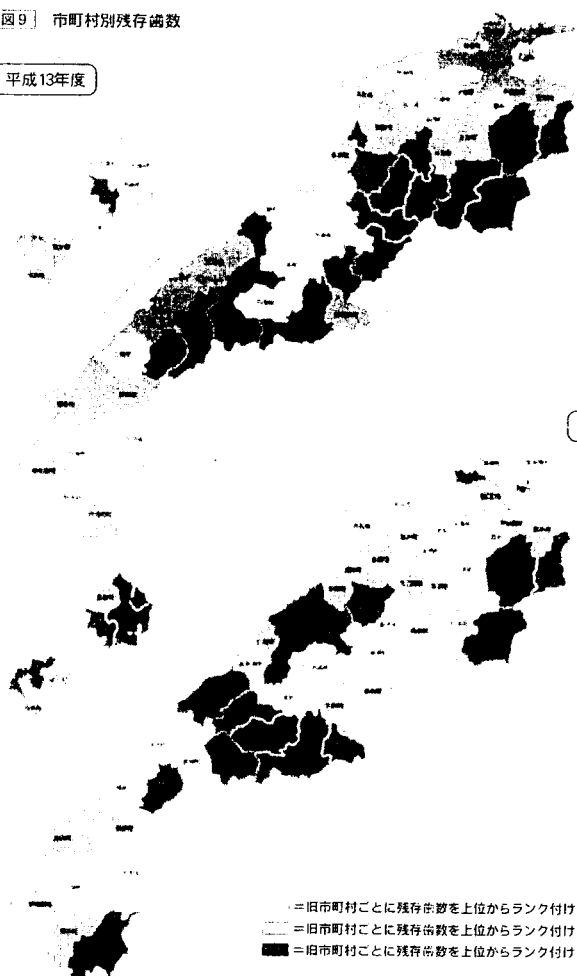
中山間地域に見られる歯科事情

高知県・山口県・愛知県などの

- 山間地域における無歯科医地区の増加の原因が、医療機関の廃止、交通の便の悪化、地域区分の変更などが、地域的な特徴や人口減少などの問題に起因しているようである。
- 巡回診療車での対応訪問や診療機器の整備などによる対応。
- 歯科に関わるへき地医の問題に対しては、へき地医療支援機構の機能やへき地の拠点病院機能が十分機能できていない状況など考えられる。

図9 市町村別残存歯数

平成13年度



島根県における 県民残存歯数調査

平成13年度

歯が少ない市町村は中山間地域、歯科医療機関数の少ない地域にみられ、県全体では80歳で一人平均10本の歯がある状況だった。

平成17年度

歯が少ない地域は県の中央部に集中し、成人歯科保健事業を実施しているところほど歯が多い状況であり、県全体では80歳で一人平均12本の歯がある状況だった。

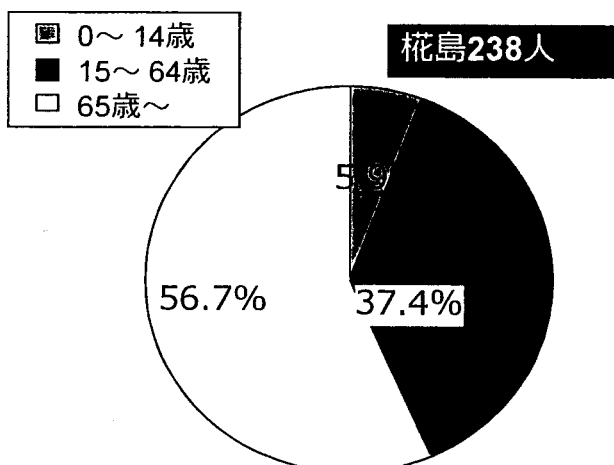
出典：島根県「平成13年度及び平成17年度
県民残存歯数調査」

事例2

樫島における歯科受療ニーズ調査

- ・ 樫島：人口約230、歯科医院無し
福江島の東、約20km、福江港よりフェリーで約30分
- ・ 平成21年5月14日、15日に実施された健康調査で歯科健診を受けた40歳以上の71名（男性26名、女性45名）
- ・ 面接による聞き取り調査

平成21年5月14日、15日実施
長崎大学大学院医歯薬総合研究科
口腔保健学・林田秀明・齋藤俊行



樫島調査のまとめ

- ・ 8割の者が歯科医院がなくて困ったことがある。
- ・ 3割の者が歯が悪くなってもがまんする。
- ・ 4割の者が治療回数を減らすために抜歯を選んだことがある。
- ・ 6割の者が巡回診療を希望。

そのうち6割が月1回以上を希望。

へき地の歯科問題が浮き彫りに

ま と め

- 1) へき地支援機構の強化の中で、口腔の問題について具体的な対応ができるような方向付けをすべきではないか。

へき地医療支援機構において、口腔の問題について医科との連携を含め、コーディネートできるシステムはまだ十分ではない。

- 2) 歯科医師の教育において、へき地医療に関わる問題を教育カリキュラムの中で位置付けるべきではないか。

歯科医師の教育カリキュラムにおいてへき地医療に対する目標等が明確でない。さらに自治体などから奨学金制度の支援要件などにも加えてもらうことも必要と思われる。

- 3) へき地医療を支えるへき地医療拠点病院の機能の中にへき地住民の口腔機能の管理などを支援してもらえるような機能を強化すべきではないか。

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。

へき地看護に従事する看護職の

確保・定着のための提言

H21. 12. 24 第4回へき地保健医療対策検討会

自治医科大学看護学部 春山早苗

I へき地診療所看護職の特徴

-2003年、並びに、2008年に実施したへき地診療所全国調査結果より

* 調査対象は、へき地保健医療対策実施要綱に規定されたへき地診療所、並びに、国民健康保険法に基づく国民健康保険診療所 第1種・第2種へき地診療所。巡回・出張診療所のみを実施している診療所及び歯科診療所を除く。

2003年 対象924施設 回収数417票(回収率45.1%)

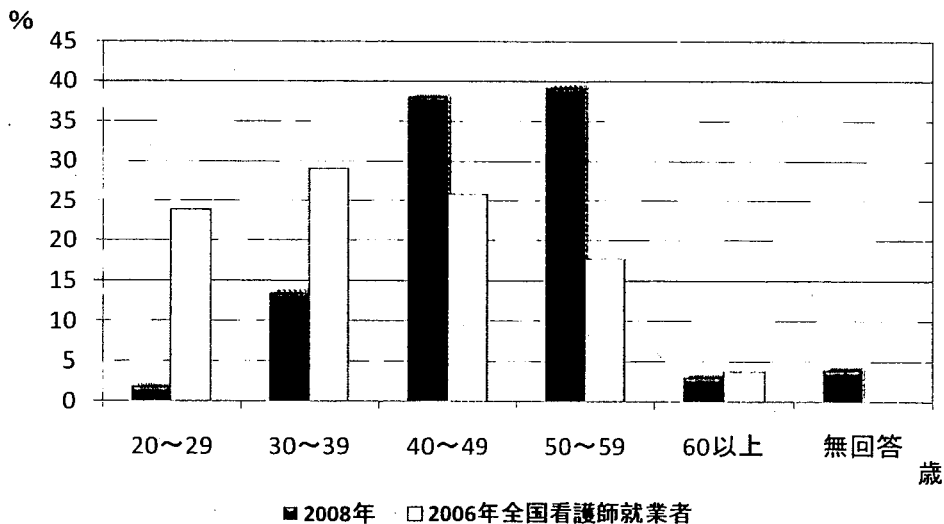
2008年 対象838施設 回収数316票(回収率37.7%)

へき地診療所で働く看護職の年代

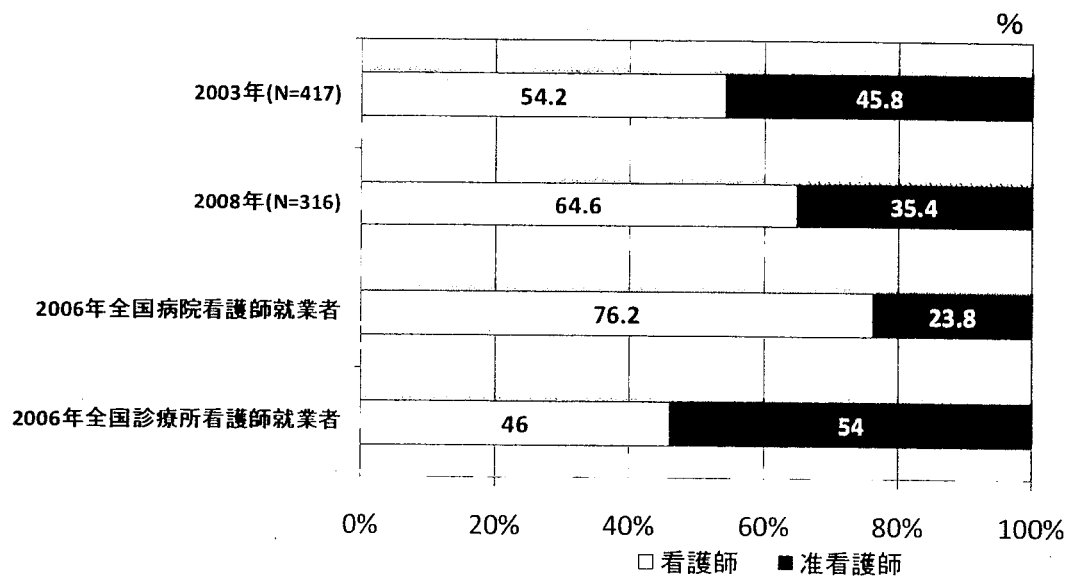
●40～50代が多い。

2003年(N=417) 平均年齢45.6±8.5歳 最低年齢23歳 最高年齢79歳

2008年(N=316) 平均年齢47.6±8.1歳 最低年齢24歳 最高年齢70歳



看護師と准看護師の割合

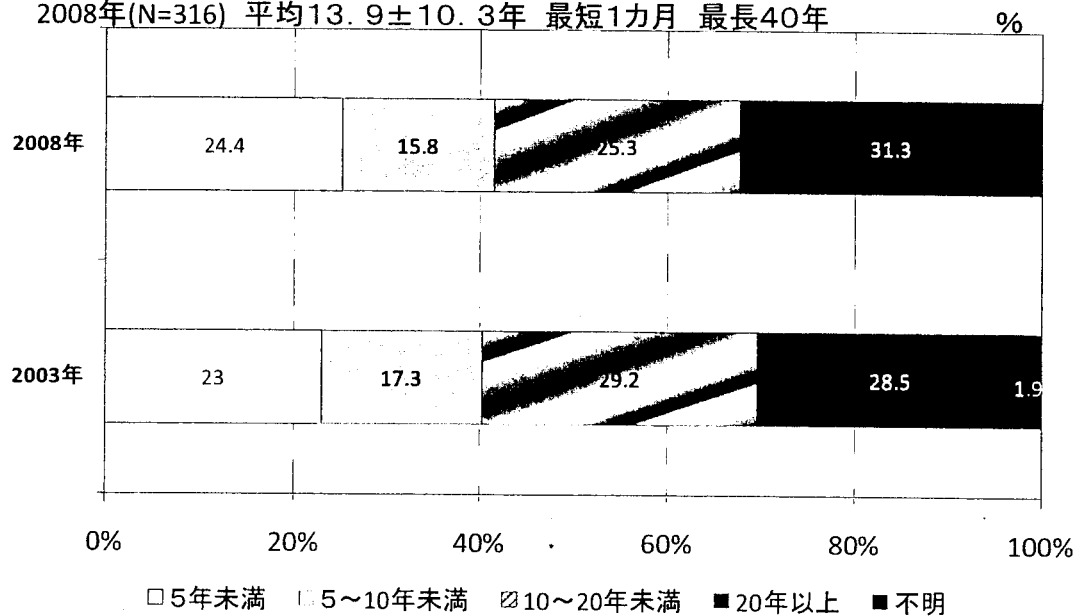


現在の診療所における勤務年数

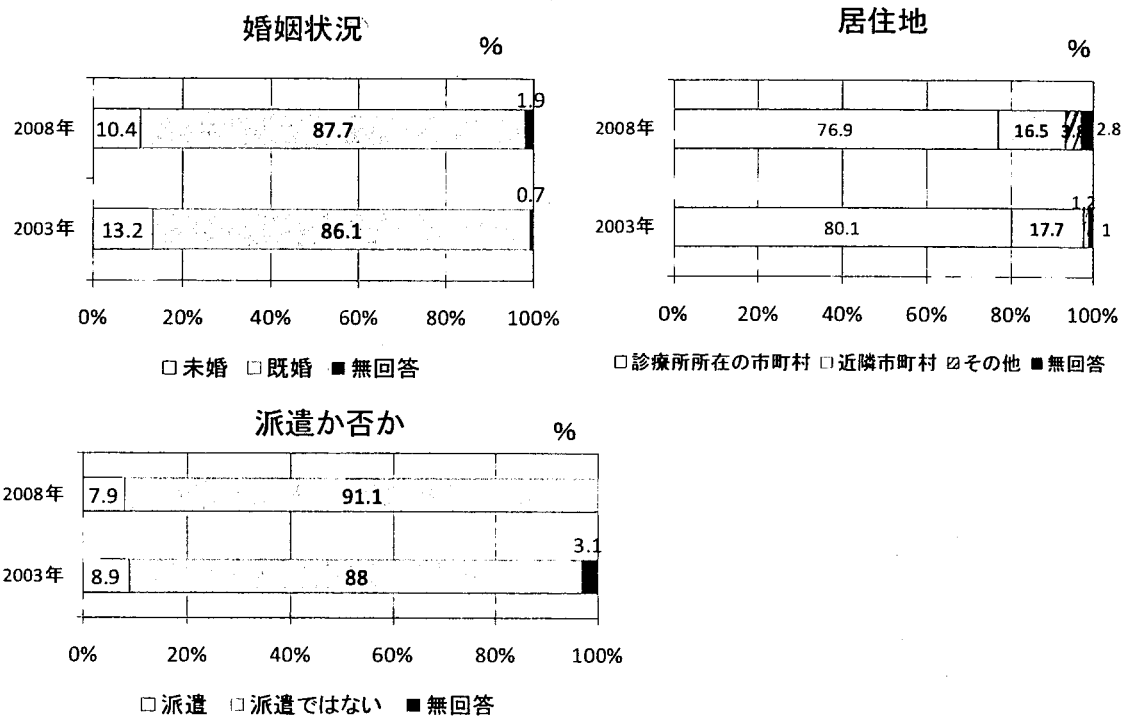
●5年未満の者が約1/4、20年以上の者が約3割。

2003年(N=417) 平均14.2±9.8年 最短1カ月 最長43年

2008年(N=316) 平均13.9±10.3年 最短1カ月 最長40年



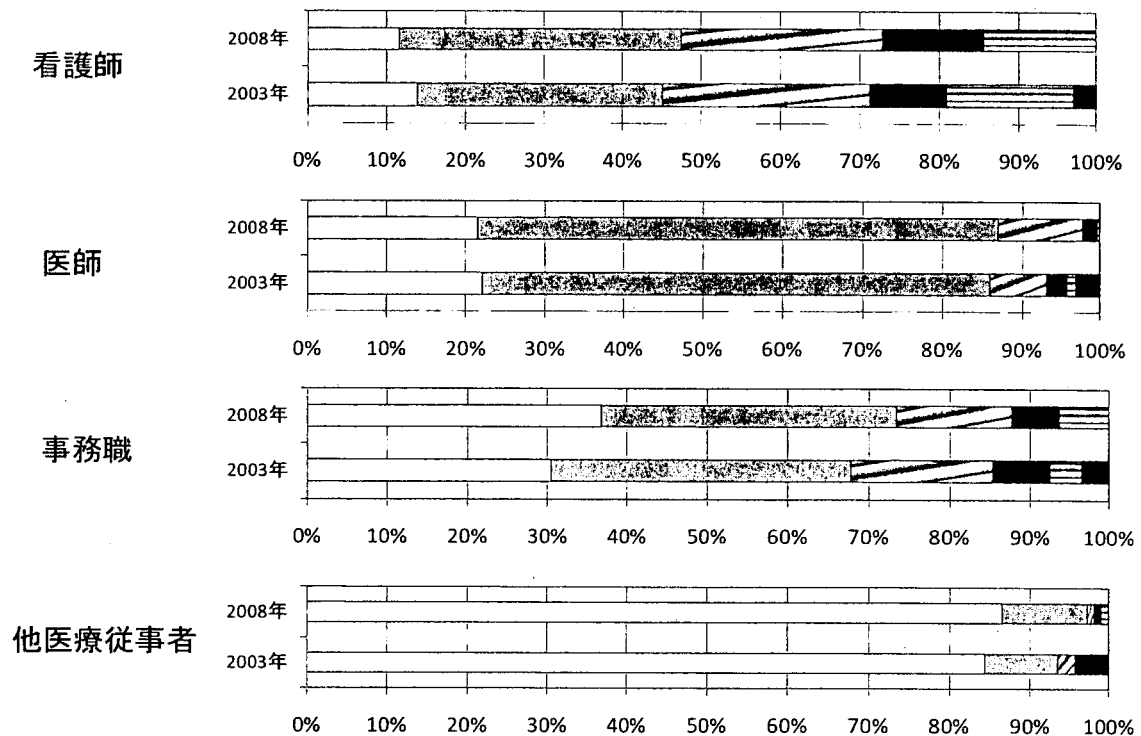
●約9割は既婚者であり、約8割は診療所所在の市町村に居住。
 2008年回答者の約7割は勤務診療所所在の市町村又は近隣市町村の出身者。



診療所の常勤職員数

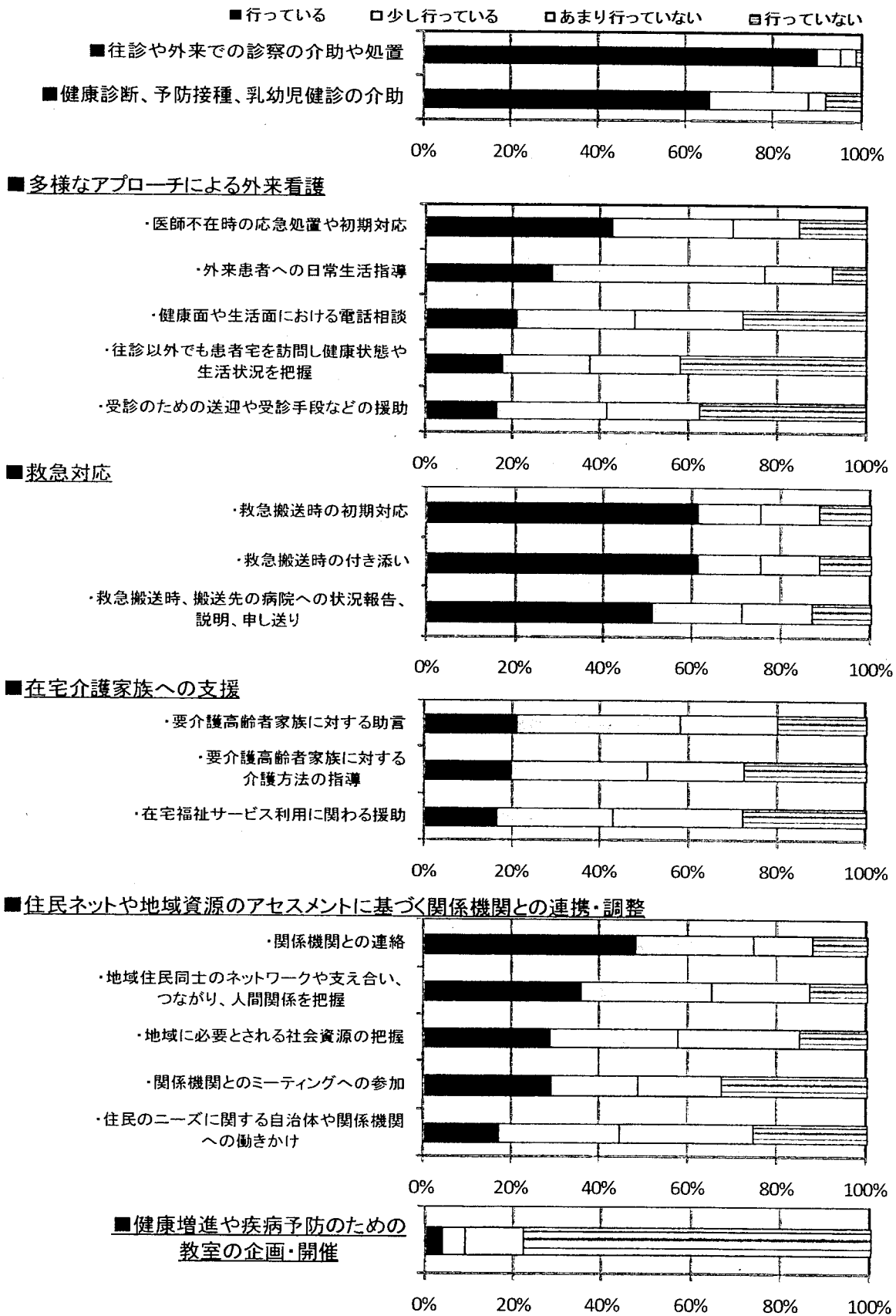
* 常勤看護師0人が1割強、常勤医師0人が約2割、常勤事務職0人が4割弱、他の常勤医療従事者は8割以上は0人。

□0人 □1人 □2人 ■3人 □4人以上 ■無回答



II ヘき地診療所における看護活動の特徴

—2008年へき地診療所全国調査結果より—

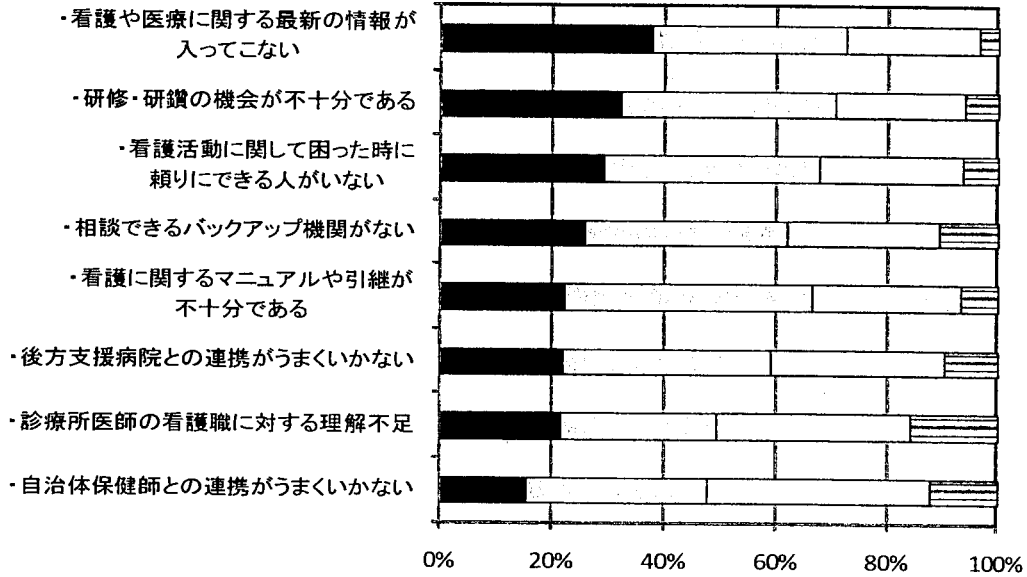


Ⅲ ヘき地診療所看護活動における問題や課題

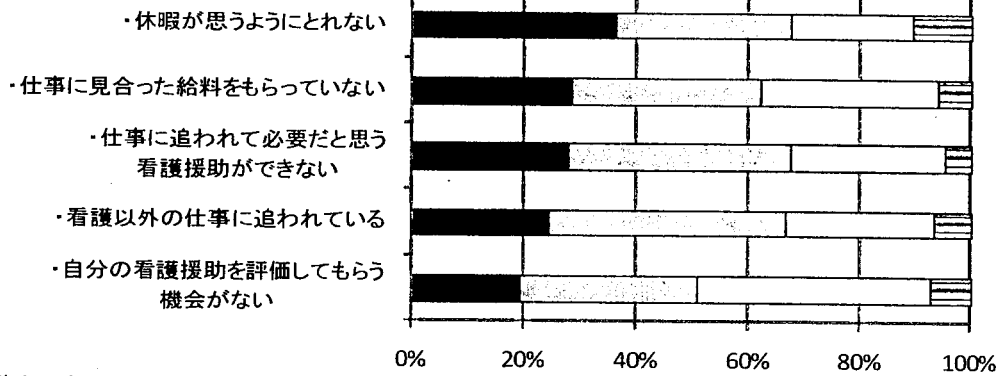
—2008年へき地診療所全国調査結果より—

■ 研修・研鑽の機会やサポート・連携の少なさ

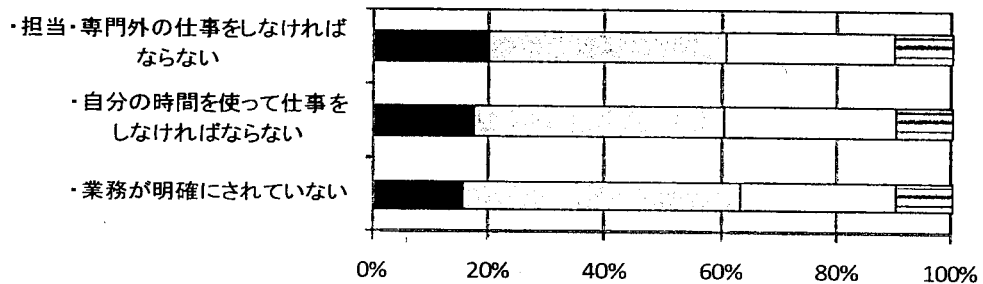
■ かなり感じる □ 少し感じる □ あまり感じない □ 全く感じない・無回答



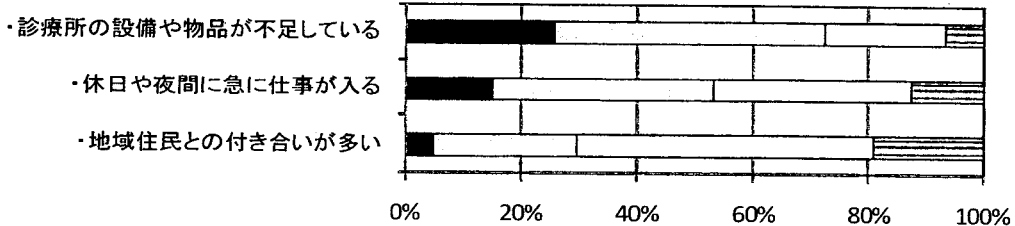
■ 仕事の対価の不十分さや看護職としての役割の発揮しにくさ



■ 看護業務とそれ以外の業務、仕事と生活、の境界の曖昧さ



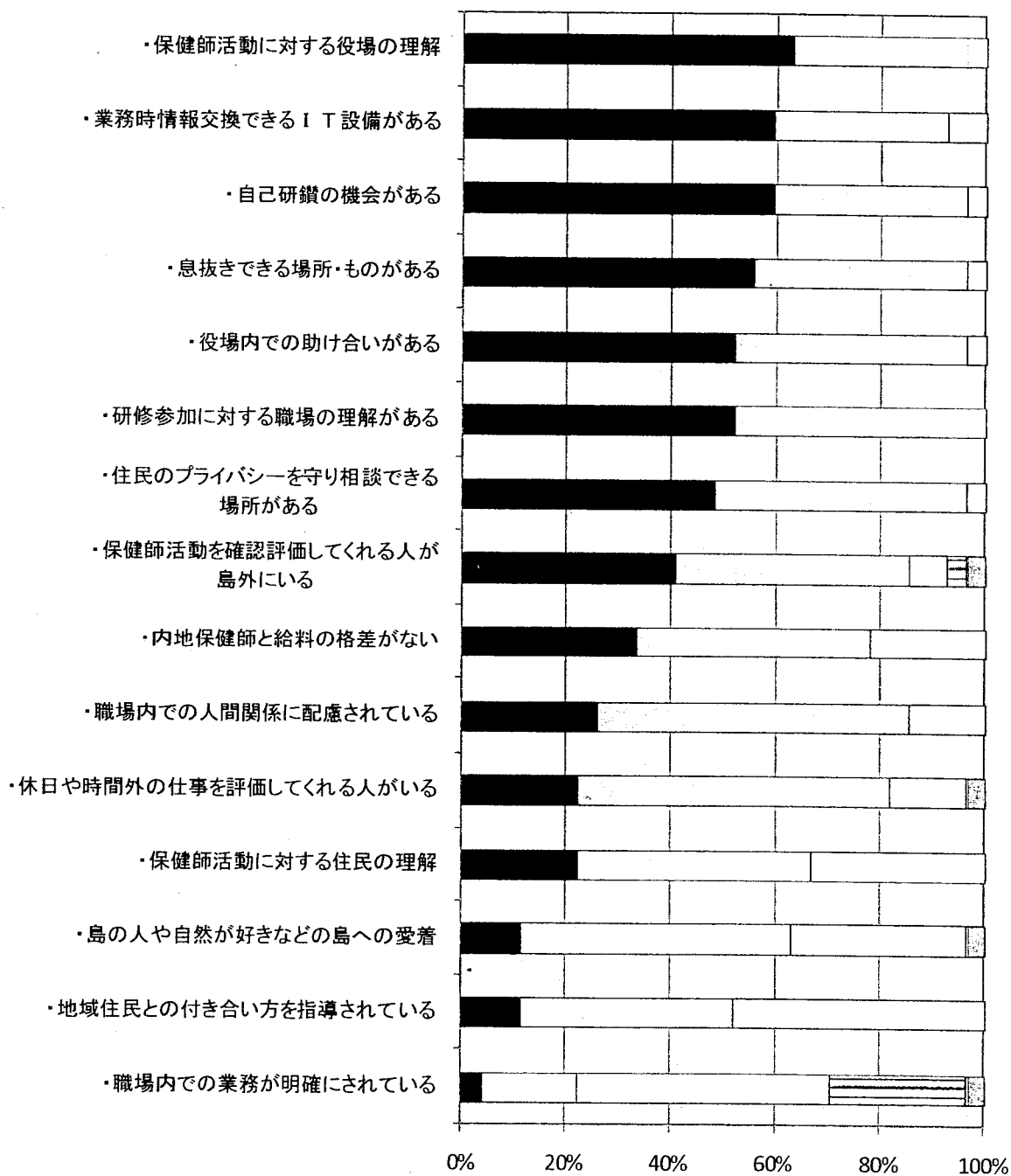
■ その他



IV 離島勤務経験のある保健師が考える保健師の確保・定着のための条件

—2005年9月離島における保健師として勤務経験のある者27名への調査結果より—

■絶対必要 □かなり必要 □やや必要 □必要なし □無回答



V へき地看護に従事する看護職の確保・定着のための提言

1) 各都道府県におけるへき地看護に関わる問題の明確化

- ・へき地診療所
- ・へき地医療支援病院

2) へき地看護に従事する看護職の育成と確保

- ・都道府県立看護系大学や看護学校との連携による都道府県単位の人材育成
- ・マンパワー不足を補うということのみならずキャリア開発・支援を視野に入れた人事交流・派遣制度等のしくみづくり

3) へき地看護に従事する看護職への支援

—都道府県単位のへき地看護に従事する看護職への支援体制の確立

●支援内容

- ・働きやすさを向上するための支援
- ・看護職としての専門性を維持・向上するための支援
- ・看護実践上の問題・課題を解決し、より良い看護活動を展開するための支援

●支援体制

- ・都道府県担当部署あるいはへき地医療支援機構が中心となって、支援ニーズの明確化と支援方法の検討、支援の実施

連携協力機関・組織：各都道府県看護協会、各都道府県立の看護系大学、へき地医療拠点病院、等

- ・市町村保健師や国民健康保険団体連合会保健師との連携促進
- ・専門看護師、認定看護師、へき地看護経験者等の人材を活かした支援者登録制度

表 自分にとって重要であった派遣による学習体験

学習経験	派遣時職位スタッフ (N=38)		派遣時職位 主任以上(N=19)		全体(N=57)	
	人	%	人	%	人	%
I. ヒューマンケアの基本に関する実践能力						
1 人間関係を形成する年代の拡大	14	36.8%	8	42.1%	22	38.6%
2 利用者の思い、考え等意思の適切な把握	9	23.7%	8	42.1%	17	29.8%
II. 看護の計画的な展開能力						
3 看護技術の種類の幅の拡大	27	71.1%	3	15.8%	30	52.6%
4 看護に必要な知識の広がり	22	57.9%	5	26.3%	27	47.4%
5 看護実践経験の増加	18	47.4%	2	10.5%	20	35.1%
6 アセスメントにおける利用者の日常生活、家族生活、地域社会生活への視野の広がり	10	26.3%	6	31.6%	16	28.1%
7 技術実施過程における危険性(リスク)の認識とリスクマネジメントの認識の強まり	6	15.8%	6	31.6%	12	21.1%
8 看護の対象の成長発達段階の多様化	9	23.7%	2	10.5%	11	19.3%
9 看護技術の目的・必要性・方法を理解し、実施することの重要性の認識	4	10.5%	1	5.3%	5	8.8%
III. 多様な健康レベルの人・多様な健康問題を持つ人への実践能力						
10 高齢者の健康生活の援助課題の判断と支援	8	21.1%	5	26.3%	13	22.8%
11 看護を実践する上での健康問題の多様化	9	23.7%	3	15.8%	12	21.1%
12 救急搬送時の看護の体験	6	15.8%	5	26.3%	11	19.3%
13 退院後の療養生活への関心の深まり	6	15.8%	5	26.3%	11	19.3%
14 終末期にある人への看護の体験	8	21.1%	2	10.5%	10	17.5%
15 妊娠・出産期にある母子への援助	9	23.7%	0	0.0%	9	15.8%
16 心の危機状態の判断と緊急対応の体験	4	10.5%	4	21.1%	8	14.0%
17 生命の危機状態の判断と救命処置の体験	6	15.8%	1	5.3%	7	12.3%
18 回復期にある人の看護の体験	5	13.2%	1	5.3%	6	10.5%
19 看護する対象の治療過程の多様化	3	7.9%	1	5.3%	4	7.0%
20 退院後の療養生活支援の体験	2	5.3%	2	10.5%	4	7.0%
21 健康の保持増進と健康障害の予防に向けた支援	0	0.0%	3	15.8%	3	5.3%
22 慢性疾患をもつ人への療養生活支援	3	7.9%	0	0.0%	3	5.3%
IV. ケア提供とチーム体制整備能力						
23 当院(自治医科大学付属病院)の看護サービスの質・提供方法・体制を客観的に評価する体験	18	47.4%	9	47.4%	27	47.4%
24 医療に付随する多様な業務の体験	13	34.2%	7	36.8%	20	35.1%
25 少ない(限られた)看護職(専門職)で構成されているヘルスケア提供組織(病院・診療所等)であるがゆえの勤務の体験	17	44.7%	3	15.8%	20	35.1%
26 地域のヘルスケア資源の現状を把握する意義の認識	8	21.1%	5	26.3%	13	22.8%
27 チームの一員としての自覚と責任ある行動の認識の強まり	6	15.8%	7	36.8%	13	22.8%
28 治療・ケアの改善・充実に向けて自分の判断や考え方を他の看護職や他職種に説明し、話し合った体験	4	10.5%	9	47.4%	13	22.8%
29 コスト意識向上を目指した指導	5	13.2%	8	42.1%	13	22.8%
30 ヘルスケア提供組織(病院・診療所等)の成り立ちや運営の現状の理解	5	13.2%	7	36.8%	12	21.1%
31 看護部管理職として、ヘルスケア提供組織(病院・診療所等)の運営・管理の体験	0	0.0%	12	63.2%	12	21.1%
32 所属する看護サービス組織(病棟)における看護サービス提供方法の改革	4	10.5%	7	36.8%	11	19.3%
33 利用者の個別ニーズを充足するための他職種との連携・協働の体験	5	13.2%	5	26.3%	10	17.5%
34 地域における自己の所属するヘルスケア提供組織(病院、施設等)の役割特性の理解	6	15.8%	3	15.8%	9	15.8%
35 看護サービス提供組織(看護部)の運営管理及び体制整備	0	0.0%	9	47.4%	9	15.8%
36 看護サービス提供組織(看護部)における院内教育環境の整備	1	2.6%	8	42.1%	9	15.8%
37 地域のケア体制の充実に向けた活動の体験	1	2.6%	6	31.6%	7	12.3%
38 自己の所属するヘルスケア提供組織(病院・診療所等)において必要とされる看護職の能力の理解	5	13.2%	2	10.5%	7	12.3%
39 所属する看護サービス組織(病棟)の運営・管理の体験	1	2.6%	6	31.6%	7	12.3%
40 看護サービス提供組織(看護部)の看護基準の統一化、整備	1	2.6%	6	31.6%	7	12.3%
41 利用者の個別ニーズを充足するために看護職同士が連携・協働する必要性の理解の深まり	3	7.9%	3	15.8%	6	10.5%
42 ヘルスケア提供組織(病院・診療所等)の他部門との調整の体験	0	0.0%	6	31.6%	6	10.5%
43 看護サービス提供組織(看護部)のサービス統一や改善への参画	0	0.0%	4	21.1%	4	7.0%
V. 看護職者として生涯にわたり専門性を深めていく力						
44 看護職者としての職業倫理の意識の強まり	7	18.4%	4	21.1%	11	19.3%
45 看護の本質や看護の専門性の理解の深まり	6	15.8%	4	21.1%	10	17.5%
46 看護専門職としてのあり方(看護実践経験の蓄積や職業生活の継続)の理解	5	13.2%	3	15.8%	8	14.0%
47 自己の看護実践における課題・疑問の整理とその解決に向けた取り組み	2	5.3%	2	10.5%	4	7.0%
48 自己の看護実践とそれにかかわる現象を客観的事実としてとらえる必要性の認識の深まり	1	2.6%	0	0.0%	1	1.8%

菊池睦子、後藤光代他(2006):へき地等地域病院への派遣が看護実践能力にもたらす教育的効果、日本ルーラル・ナース協会誌、第1巻、18-24.

【へき地における看護活動についての意見】

NO	意見
1	診療所認定看護師などあってもいいのではないか。若い看護師が勤めたいと思う職場であってほしい。
2	人事配置について行政の理解が得られず困っている。退職により人員が減ったとき、ケアマネをしている看護師が診療所兼務となり、情報の共有や対応の省略化になり、患者には良くなったが、双方とも職務の増加やミスにつながらないか不安。
3	数カ所の診療所を週3日午前午後に分かれての掛け持ちなので、時間に追われていろいろできないことが多いのが少し悔やまれる。
4	薬剤師ではないのに薬の管理を任されているので、とても不安。
5	看護師もへき地手当てがほしい。
6	看護師は地域医療に対してどのように考えているのか。実際に働こうとしている人はいるのか。
7	離島で人口300人弱。診療所にはレントゲンもなく、交通が不便なため、採血しても提出できない。慢性疾患対応の薬しか置いていない。
8	医師・看護師不足であっても、地域住民に守られ助けられながら医療が行なえることは喜ばしいこと。昔ながらの施設だが暖かい診療所である。最先端技術とはいえないが、点数点数といった金儲け主義でないところがいいところである。
9	へき地で働く看護師は他との連携もあまりなく、孤立していると考えられる。同じ立場の看護師同士のネットワークがあればよい。
10	診療所に努めて10年弱になり、この頃、患者の家族や生活の様子が理解でき、お互い良い信頼関係ができた。看護職員が少なく、時には辞めたいと思ったが、私を頼って相談してくれ、時には元気付けてくれる患者と離れられず今に至る。もっと研修や知識があったら、良い指導もできたのではないかと不安や心配もあるが、もう少し大好きなこの診療所で頑張れたらと思う。
11	調査用紙を書き終えて、(診療所に)来た時の思いと現実のギャップを感じると共に、憂鬱な気分になった。
12	在宅療養支援診療所として、365日24時間、拘束されているが、特殊手当、拘束手当もなく、精神的な負担はかなり大きい。地域住民が信頼してくれており、それが生きがいになっている。しかし、他の人が同じ状況で仕事を継続するのは困難だと思うし、させたいとは思わない。
13	2つの科を掛け持ちで1人しか看護師がいなかったため多忙。
14	遠隔地のため、医師が休むと対応に困り、代替はいない。看護師も同様で大変である。
15	地元出身の看護師が地域のために働くことはやりがいがあることだと思う。診療所の医師や看護師は何でも屋のところがあ、ある程度の幅広い知識と技術を要する。力を発揮しようと思えば自分の学んだことが活かせる場もある。大病院などで得た知識と技術を地域で活かすことは地域の人の役に立てること。地域医療に興味をもてる(大学での)講義等を期待している。
16	合併して診療所があることで地域住民には大変喜んでもらっている。村職員ではあるが、上司もあまり頭のない様で、地域の人達が薬をもらうだけの診療所になっているところがさびしい。もっと活動したいが、どこまで首を突っ込んでよいのかもわからず、考えているだけで前に進むことができず過ごしている。患者には全力を尽くしている。
17	診療所で20年も過ぎてしまい、取り残されるかなど考えることもあるが、雑誌、テレビや専門病院を体験してきた患者の話から医療の進歩を見ている。患者のことは、家族のことから家の場所まで知っていて、花や野菜作りのことを学んだりする。看護活動といわれてもと思うが、患者1人1人が大切なので、この地区でできることを皆で頑張っている。
18	非常勤で勤務しており、もう1名の異動になった常勤看護師と2名で活動している。医療事務から全てを一方の看護師が行い、私は介助をしている。医師が月6回来ており、そのうち4回は午後はこの島の診療を行なっている。医師が来ない日は医師に電話で報告して指示を受けた看護師が対応している。看護師2人でこれから何をしていくか考えを出し合っているところ。島への通勤も船で片道1時間以上かかる。
19	離島の住民に対して、町の人と同じ看護や介護を行なうための、NPOの立ち上げ等の活動をしている。
20	1人暮らしの高齢者の多くは車の利用ができない人が多く、夜間の急病は大変。

【へき地における看護活動についての意見(つづき)】

NO	意見
21	日常業務に影響するので(研修は)参加しにくい。
22	調査内容をもとに研修会等が地域ごとにでも良いので開催されていくことを望む。
23	調査を通して、私たちが行なっている看護活動について改めて見直すことができた。普段、業務の中で気付かなかったことなど確認できる良い機会となった。
24	診療所は看護師が1人もしくは2人しかいないため、休暇がなかなか取れずに、研修参加や連絡会議への出席なども難しい状態。当施設では、診療だけしていればいいという感じがする。この調査が、学習のレベルアップ、連携の促進、働く環境の整備に役立つことを願っている。
25	保健、福祉と行政サイドにつながりやすいが、医療サイドは業務をこなすだけになってしまい、少し立ち止まって「患者その人」を考える時間がない。改めてカンファレンスをしなが、良い看護を提供していきたいと思う。
26	学習意欲はあっても、日常の仕事があり家庭があり、自分自身の体調もあり、本を読む暇も研修会に出かける気力も体力もない。医師から新しい知識をいろいろ教わっている。インターネットもあるが、何よりも、何でも気軽に相談できる医師が赴任してくれることが、看護師にとっても心強い。
27	市町村保健師と協働する場を与えてもらえないのが現状。看護師は島にいてくれればいい、急患対応時に島にいたということが大切で、保健師との協働・学習等もない。
28	行政、福祉、医療関係者との研修会で情報交換ができればと思う。
29	合併前は毎週1回関係者が連絡会を開いて情報交換していたが、今、保健師はほとんど地域にいない。
30	地元の保健師との交流が全くないことを自覚した。話し合いの場がほとんどない。
31	合併により医療面での地域格差がますます大きくなると感じた。へき地診療所を希望する医師も減っている中、誰がへき地診療所を守っていくのか問いたい。行政が取りくむべき課題ではあるが、合併により広域になったため、住民の声が届きにくくなった。閉鎖に追い込まれていくへき地診療所の実態を知ってほしい。

平成21年12月24日 へき地保健医療対策検討会

へき地医療支援における遠隔医療の活用

村瀬澄夫

東員病院・認知症疾患医療センター院長
前日本遠隔医療学会長

参考資料 遠隔医療活用事例
別添資料 健康・医療系コールセンター調査（冊子）

1. 遠隔医療のこれまでの経緯

遠隔医療は、医師法 20 条で禁止される「無診察診療」には、直ちに当たらないことが 1997 年に厚生労働省通知で示され、その後、次第に診療報酬の適応範囲が広がり、ゆっくりとした発展が進んでいる。2003 年度より、厚生労働科学研究費補助金「遠隔医療調査研究班」(主任研究者 村瀬澄夫) がスタートして、遠隔医療の実情や政策的課題に関する調査が進み、現在に至っている。

また、遠隔医療に対しては、IT 活用の重要な対象としての社会的関心が高く、産業育成や社会的振興などの各種プロジェクトが進められ、2000 年度の経済産業省の補正予算公募事業「先進的 IT 活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業—電子カルテを中心とした地域医療情報化—」、2008 年度の総務省・厚生労働省の「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」および「地域 ICT 利活用モデル構築事業 (遠隔医療モデルプロジェクト等)」などが企画されている。

2. 遠隔医療の事例 (参考資料参照)

対象 1、在宅の患者や高齢者の診察や健康管理を通信を介して行うこと

過疎地での保健師による高齢者健康管理、助産師による妊婦健診、在宅医療などでの遠隔医療の活用の試みも進んでいる。10 年以上継続している取り組みも存在する。

1 高血圧の管理、2 糖尿病の管理、3 喘息の管理、4 イベント心電計 (発作時の心電図記録)、5 在宅酸素療法患者の管理、6 TV 電話診察による在宅医療の補完、7 遠隔妊婦健診

対象 2、同じ施設や地域にいない専門医の支援を通信を介して受けること

その地域や施設で不足する専門的診療が可能になる。MRI、CT などの画像診断や悪性腫瘍手術の術中迅速病理診断の支援を遠隔地から行う取り組みが多く利用されている。市中の地域中核病院から市周辺・過疎地の診療所の診療を支援する試みも始まっている。

8 地域共通電子カルテによる遠隔コンサルテーション、9 遠隔眼科診療支援、10 遠隔放射線画像診断支援 (テレラジオロジー)、11 遠隔術中迅速病理診断 (テレパソロジー)

3. へき地医療拠点病院 遠隔医療実施比率 14.4% (38/263)

へき地医療拠点病院での遠隔医療実施は、14.4%に留まる。今後の活用が期待される。

(へき地医療対策実施要綱平成 13 年 5 月 16 日医政発第 529 号厚生労働省医政局長通知)

(1) 目的

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

4. 遠隔医療支援クラウドの提案

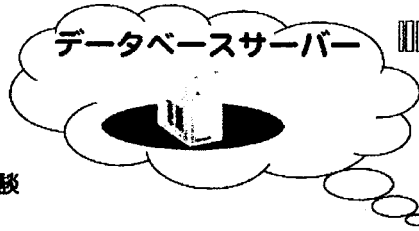
健康・医療の分野において、コールセンターの活用が進んでいる (資料 2)。電話は、最も基本的かつ誰にでも容易に利用可能な通信手段であり、遠隔医療においても電話の活用が必要である。コールセンターと相談データベースのクラウドシステムの構築により、センター化とローカライズを同時に実現することで、遠隔医療マネジメントの質の向上が期待される。(図 1)。

以上

在宅遠隔医療支援クラウドの提案

センター化とローカライズを同時に実現

在宅遠隔医療の相談内容をリアルタイムに蓄積



⑤ 統計情報から地域のニーズをリアルタイムに把握し施策に活用

地方自治体・厚労省

図1

① バイタルデータを測定しセンターへ在宅療養の相談



健康管理デバイス

通院

〇〇村診療所



④ 医師が監修し、以後の回答の質を向上させる

③ 自動的に医師にメールで情報提供

② 電話番号から個人を特定個人データベースに基づき相談



在宅遠隔医療支援コールセンター

バイタルデータ
電話

〇〇島

〇〇村

医療施設	〇〇村診療所	TEL	*****
通信元	〇〇〇〇	TEL	*****
バイタル記録	心電図	血圧	血糖
相談履歴	日時	内容	結果
	1. *年*月*日*時	高血圧	経過観察
	2. *年*月*日*時	不整脈	受診指導
今回の相談			
今回の回答			
相談種別			
相談転書			

参考資料 遠隔医療の活用事例

1. 高血圧の管理：通信装置と一体化した心電計・血圧計を患者宅に設置し、定期的に心電図や血圧情報を施設に送る。施設では看護師や保健師がデータを確認し、健康指導を行う。岩手医科大学による釜石市せいてつ記念病院での研究では、利用者群において血圧が有意に低下したことが実証された。地域ぐるみの取り組みでは、福島県西会津町（町役場の保健師による運用）がある。
2. 糖尿病の管理：インスリン自己注射の患者が在宅の血糖値計の測定結果を電子メールやWEBを介して施設に送り、インスリンの量の指導などを受ける。患者の通院負担を軽減でき、きめ細かな指導ができる。千葉県立東金病院で実施している。
3. 喘息の管理：通信機能を持つスパイロメーターにより計測データを施設に送信して、診療に役立てることにより、喘息発作の回数を有意に減らすことができた。診療報酬が認められており、条件を満たした患者に適用できる。
4. イベント心電計（症状発現時の心電図記録）：通信機能を持つ心電計により、症状発現時の心電図を施設に送信する。診療報酬認められており、複数の事業者によりサービスが提供されている。
5. 在宅酸素療法患者の管理：COPDで本療法を受けている患者の血中酸素飽和度を定期的に測定して、症状増悪前に通院勧奨などを行う。呼吸不全による救急通院が減少している。富山大学医学部付属病院で実施している。
6. TV電話診察による在宅医療の補完：訪問看護の際に、テレビ電話を用いて医師が病状を観察する。岡山県新見市医師会や山形県朝日町立病院などで試行されており、現在は月一回程度の頻度で行っている。診療報酬として電話再診料を請求できる。
7. 遠隔妊婦健診：産科医の不足地域で、妊婦の健診通院負担の軽減として、通信機能付き胎児心拍計測装置を用いた遠隔妊婦健診が行われている。地域の助産所や妊婦宅に同装置を置き、通院健診の回数を二分の一～三分の一に減らすことができた。かがわ遠隔医療ネットワークのシステム（K-MIX、全国で利用可能、香川県に制約されない）を用い、岩手県遠野市（～岩手県立大船渡病院）、北海道函館市～国保奥尻島診療所で日常的に実施されている。診療報酬対象外であり、遠野市では利用料を徴収している。
8. 地域共通電子カルテによる遠隔コンサルテーション：相互接続可能な電子カルテを用いて、カルテの相互参照やTV会議を併用により、医師の間で相互に診療を支援する取り組みが進んでいる。すでに富山県南砺市などで日常的に活用されている。また北海道函館市の取り組みも報告されている。
9. 遠隔眼科診療支援：精密眼底検査、眼底カメラ撮影、細隙燈顕微鏡検査、汎網膜硝子体検査における画像を専門医のいる施設に送り診断を受ける。診療報酬が認められている。
10. テレラジオロジー（遠隔放射線画像診断支援）：MRI,CTなどをネットワークに接続して画像を伝送して、他地域の施設の画像診断専門医が診断を行う。診療報酬（画像管理加算）が認められている。長崎県の離島部まで含めた地域ネットワークなどでの利用も広がっている。
11. テレパソロジー（遠隔術中迅速病理診断）：悪性腫瘍手術中にカメラを接続した顕微鏡から病理検体画像を通信で送り、他地域施設の病理診断専門医が診断を行う。診療報酬（術中迅速標本作製料）が認められている。東北大学病院や岩手医科大学などで日常的に実施されている。

1 高血圧の管理①

▶ 内容・方法

- 患者宅に一誘導心電計、血圧計などの複数バイタル計測・通信装置を設置して、定期的に心電図や血圧を伝送する。
- 病院では看護師がスクリーニング、医師が確認して、月一回の患者向けレポート
- 結果により患者を呼び出すことがある。それ以外は定期通院

▶ 対象者

- 市在住の高齢者、常時300人程度を対象に健康指導として実施した。
- 診療報酬は請求せず、月額3000円を徴収

▶ 実施地域と実施者

- 岩手県釜石市 せいてつ記念病院（釜石市）、CATV会社で1995年～2009年3月に実施

▶ 効果

- コントロールスタディを行い、使用群が優位に血圧が低いことを実証
- 経済学者による研究で、住民の値頃感が3000円以上（顧客が満足する）ことを実証

▶ 必要設備とコスト

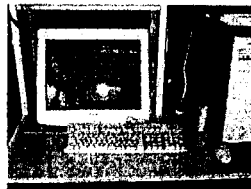
- 各患者宅に計測装置（一台30万円？）、病院にサーバーが必要



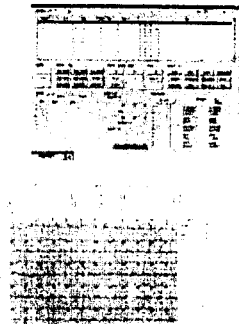
患者宅装置



通信回線
(電話、CATV)



病院サーバーと患者情報画面



1 高血圧の管理②

▶ 内容・方法

- 患者宅に一誘導心電計、血圧計などの複数バイタル計測・通信装置を設置して、定期的に心電図や血圧を伝送する。
- 保健師がスクリーニングと健康指導

▶ 対象者

- 町在住の高齢者、400人程度を対象に健康指導として実施した。
- 費用徴収無し。町の行政施策

▶ 実施地域と実施者

- 福島県西会津町、健康福祉課・保健センターが実施

▶ 効果

- 町の医療費の伸びが全国平均の伸びより大きく鈍化（遠隔医療だけの効果ではない）

▶ 必要設備とコスト

- 各患者宅に計測装置（一台約30万円）、保健センターにサーバーが必要



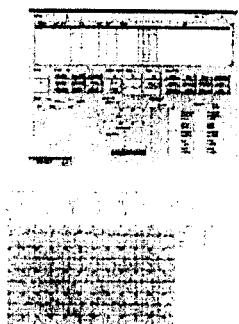
患者宅装置



通信回線
(電話、CATV)

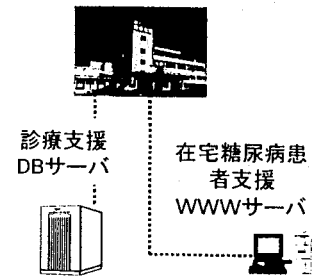


センターサーバーと患者情報画面



2 糖尿病、在宅自己注射管理

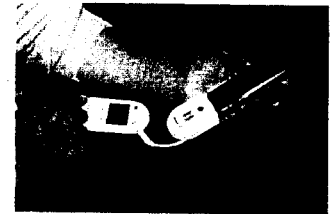
- ▶ 内容・方法
 - 患者が自宅で血糖値を測定して電子メールで病院に知らせる。
 - インシュリン単位数を病院から指示する電子メールを返信する。
- ▶ 対象者
 - 自己注射適用患者
- ▶ 実施地域と実施者
 - 千葉県東金市、千葉県立東金病院
- ▶ 効果
 - HbA1cの良好なコントロール
- ▶ 必要設備とコスト
 - わかしお医療ネットワークの中で実施
- ▶ 2000年度経済産業省
 - 「先進的IT活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業」



インターネット



パソコンからインターネット経由で送信



3 喘息患者の在宅管理

- ▶ 内容・方法
 - 在宅で通信装置付きスパイロメータで測定して、データを送信する。
 - 医師がデータを見て、指導・治療する。
- ▶ 対象者
 - 診療上、必要と認められた患者。
- ▶ 実施者
 - 帝人ウェルファーマから機器と通信サービスを提供
- ▶ 効果
 - コントロールスタディにより、使用群で有意に発作回数を抑制できた
- ▶ 診療報酬
 - B001 特定疾患治療管理料(喘息治療管理料)
 - 条件: 重度喘息の20歳以上患者で緊急受信した回数が過去1年間に3回以上ある場合、下記点数を認める

1月目	2,525点
2月目以降6月目まで	1,975点



4 イベント心電計(発作時の心電図記録)

▶ 内容・方法

- ▶ 小型の携帯用心電計を患者に持たせて、異常時に測定し、施設に送信する。
- ▶ 長期間にわたる非連続心電図モニターである。
- ▶ 医師がデータを見て、指導・治療する。

▶ 対象者

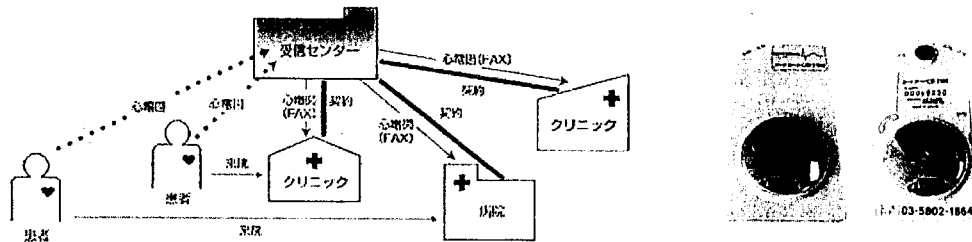
- ▶ 診療上、必要と認められた患者

▶ 実施者

- ▶ 心電計提供とデータ収集(通信およびサーバー)の企業が複数あり。

▶ 診療報酬

- ▶ D212-2 携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査、500点



5 在宅酸素療法患者の管理

▶ 内容・方法

- ▶ COPDの在宅患者の血中酸素飽和度を定期的に計測する。
- ▶ その結果により、指導や管理、呼び出しなどを行う。
- ▶ 常時10人前後の患者を管理

▶ 実施地域と実施者

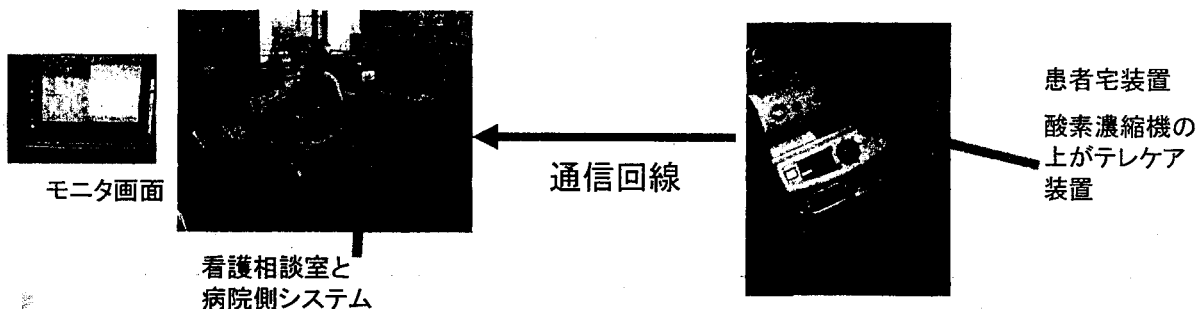
- ▶ 富山大学医学部附属病院呼吸器内科で実施
- ▶ 機器と通信サービスは、帝人ウェルファーマが担当

▶ 効果

- ▶ 居宅率が向上(発作による緊急通院の抑制) 必要設備とコスト

▶ 診療報酬

- ▶ このための報酬は無いが、在宅酸素療法(約8000点)の中で装置を活用



6 TV電話診察による在宅医療の補完

- ▶ 内容・方法
 - 在宅医療対象患者宅にTV電話を設置する。
 - 訪問看護師の訪問時に病院・診療所の医師とTV電話をつなぎ、診察を行う。
 - 月に1回程度の往診の間を補間する
- ▶ 実施地域、実施者、対象者
 - 山形県朝日町立病院～5名の在宅患者(総務省指導のブロードバンド回線設置事業)、2007年スタート
 - 岡山県新見市医師会～20名の在宅患者・施設患者(総務省地域ICT利活用、遠隔医療モデル事業)、2009年スタート
- ▶ 効果
 - 患者の満足度は高い。
- ▶ 必要設備とコスト
 - TV電話、ブロードバンド回線
 - その他にケアカンファレンス用コミュニケーションシステムを利用(朝日町立病院)



朝日町立病院

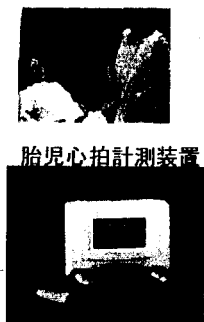


新見市医師会(太田病院と患者宅)

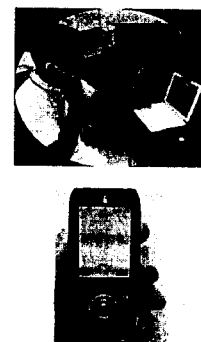
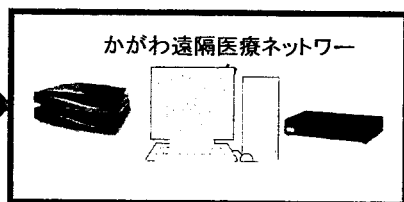
7 遠隔妊婦健診

- ▶ 内容・方法
 - 僻地助産所に通信機能付き胎児心拍モニタ装置、TV電話、パソコンを設ける。
 - 助産師が妊婦からバイタル計測して、データを送信する。
 - 遠隔の産科医はデータを見て、指導内容を助産師に伝える。必要な場合は、TV電話で直接妊婦と話す。
- ▶ 対象者
 - 通常の妊婦(ハイリスクではない)
- ▶ 実施地域と実施者
 - 助産所: 岩手県遠野市(市行政)～岩手県立大船渡病院産婦人科(費用徴収している)
 - 助産所: 北海道奥尻町(町行政)～函館市えんどう桔梗マタニティクリニック
- ▶ 効果
 - 通院健診の回数を1/2～1/3に減らした。
 - 岩手県では既に数十人を対象に実施、奥尻町は2009年夏時点で数人(2009年4月開始)
- ▶ 必要設備とコスト
 - 助産所に計測装置
 - K-MIX(かがわ遠隔医療ネットワーク)への加入
- ▶ 経済産業省モデルプロジェクト、総務省地域ICT利活用「遠隔医療等モデル事業」で実施

助産所

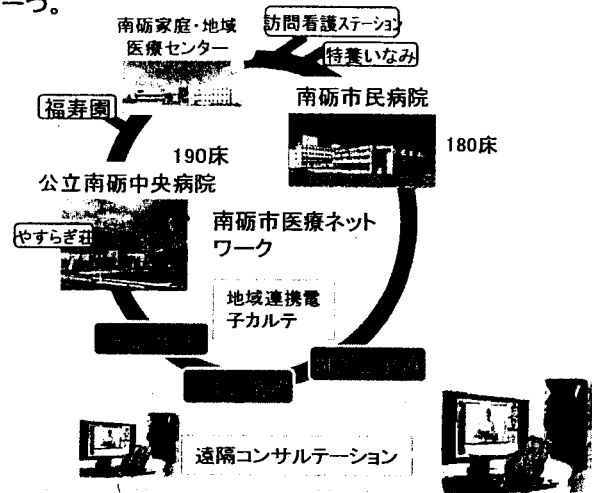
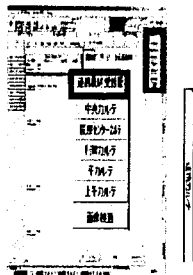


胎児心拍計測装置



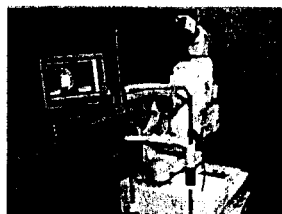
8 地域連携電子カルテによる施設支援

- ▶ 内容・方法
 - 市辺縁部の3診療所診療科以外の患者の診療について、市中央の病院が支援する。
 - 患者情報は地域連携電子カルテで共用して、遠隔カンファレンスを行う。
- ▶ 実施状況
 - 各病院、診療所が100～500件の患者情報検索(2009年春にスタート)
- ▶ 実施地域と実施者
 - 石川県南砺市病院局
 - 総務省地域ICT利活用遠隔医療等モデル事業の一つ。
- ▶ 必要設備とコスト
 - 地域連携電子カルテ



9 眼科遠隔医療

- ▶ 内容・方法
 - 相談側施設の眼底写真撮影装置から送り出した画像を、専門医側の施設で読影して、診断結果を伝える。
- ▶ 実施者
 - 旭川医科大学等
- ▶ 診療報酬、
 - 精密眼底検査、眼底カメラ撮影、細隙燈顕微鏡検査、汎網膜硝子体検査の際に、遠隔医療での請求を認める。
- ▶ その他
 - さらに進んだ装置では、遠隔からの操作(手術)も可能



撮影装置
(依頼側施設)



ブロードバンド回線



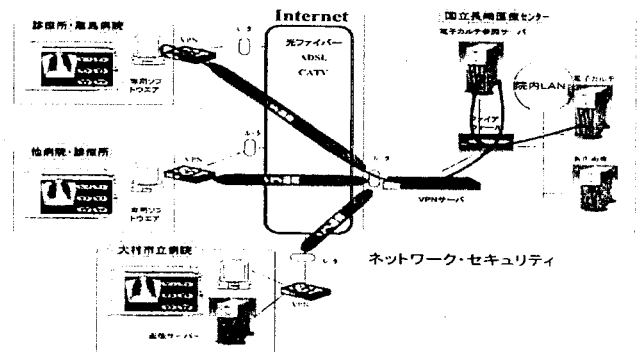
観察装置と眼底画像
(専門医側施設)



手術用装置

10 遠隔放射線画像診断(テレラジオロジー)

- ▶ 内容・方法
 - 僻地・離島診療所と中核病院をブロードバンド・インターネットで接続する。
 - 僻地・離島診療所でCT、CRで撮影した画像を中核病院に送り、診断や支援を受ける。
- ▶ 実施地域、実施者、対象者
 - NPO法人あじさいネットワーク(国立病院機構長崎医療センター、市立大村市民病院他多数)
- ▶ 必要設備とコスト
 - ブロードバンド回線
 - 通信装置
- ▶ 効果
 - このネットワークは放射線画像診断専用ではないが、多くの案件は画像診断である。
 - 専門外の部位でも、しっかりした診断ができる。
- ▶ 注記
 - 他にも多数の地域や施設で遠隔放射線画像診断が実施されている。



11 遠隔術中迅速病理診断(テレパソロジー)

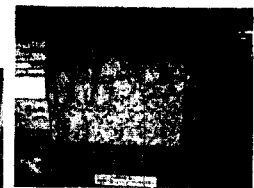
- ▶ 内容・方法
 - 病理医がいない病院での悪性腫瘍手術中に、切除した組織の顕微鏡画像を、病理医がいる病院に伝送し、断端部へのがん細胞の残存の有無を診断する。
 - リアルタイムで行う。
- ▶ 実施者
 - 東北大学病院病理部、岩手医科大学病理学第一講座他多数の大学や病院で実施
- ▶ 効果、成果
 - 病理医がいない病院でも、悪性腫瘍手術を実施可能となった。
 - 東北大学病院や岩手県立中央病院では年間100件ほどの実施実績あり。
- ▶ 診療報酬
 - 術中迅速病理診断標本作製料 1900点(施設設置基準を満たした場合、遠隔医療に適用可能)



顕微鏡、モニタ、通信用パソコン



観察施設側装置



観察用モニター