


## へき地保健医療対策検討会報告書素案と委員からいただいたご意見について

※素案に個別に対応するご意見がある場合は、 で示している。

報告書素案	委員からいただいたご意見
1 はじめに (P)	
<p>2 近年のへき地医療を取り巻く状況の変化</p> <p>○ へき地医療を取り巻く状況については以下のような現状となっており、へき地保健医療対策を検討するに際しては、十分な考慮を行うことが必要である。</p> <p>(1) 無医地区・無歯科医地区の状況の変化</p> <p>○ 平成 21 年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査によれば、平成 21 年 10 月末の無医地区は P 地区となっており、平成 16 年末 (787 地区) と比較して、P% 減少した。同様に、無歯科医地区は、P 地区と平成 16 年末 (1,046 地区) と比較して、P% 減少した。</p> <p>○ 無医地区・無歯科医地区について増減をみると、無医地区・無歯科医地区が減少しただけでなく、新たに無医地区・無歯科医地区になるところもみられた。無医地区・無歯科医地区が減少したところでは、その理由として、「交通の便がよくなった」という回答が最も多く、この他の理由として、「人口が無医地区の要件である 50 人未満となった」、「医療機関ができた」</p>	

1

<p>と続いていた。無医地区・無歯科医地区が増加したところでは、その理由として「医療機関がなくなった」との回答が最も多かった。【P】</p> <p>○ 無医地区の人口をみると、へき地診療所を設置する要件である 1,000 人以上の地域は 10 地区、離島においてへき地診療所を設置する要件である 300 人以上の離島は 1 地区であった。また、無歯科医地区の人口をみると、1,000 人以上の地域は 42 地区であった。</p> <p>【P】</p> <p>○ このように、新たに無医地区・無歯科医地区となる地区や、人口減によって無医地区でなくなった地区もあり、高齢化の進行による医療需要の増大や、医師不足の影響等も考慮すると、引き続きへき地保健対策を実施することが重要である。</p> <p>(2) へき地保健医療対策の現状と課題について</p> <p>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。</p> <p>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</p>	
--	--

2

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。

#### ○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、医師確保の取組みを進める「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 都道府県であった。

個別の取組みとしては、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他、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、

3

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。

#### ○へき地で勤務する医師の確保について

へき地に勤務する医師の多くは自治医科大学の卒業生であり、都道府県の医師確保に対する取組みも「自治医科大学の活用」というものが多いが、自治医科大学の調査によれば 9 年間の義務年限を終了した後もへき地で勤務を続けているのは、29.4%にとどまっていることが明らかになった。

一方、自治医科大学の活用以外の医師確保の方策としては、地域枠や奨学金制度があるが、その現状を見ると、医師免許取得後にへき地で勤務することを義務付けた地域枠を設定しているのは 11 都道府県であり、このうち、学生に対して、へき地医療に積極的に動機付けするような、へき地・離島における体験実習等の特別なカリキュラムを設定しているのは 3 都県であった。

また、へき地勤務を義務付ける奨学金制度を導入している都道府県は 19 都道府県であり、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。

#### ○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

4

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も、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府県に上る状況を見ると、「専任」担当官とは言え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。

#### ○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、「医師等の確保（特に総合診療のできる医師）」、「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（開業に関する規制等）」、「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

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>○地域医療再生計画について</p> <p>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。</p> <p>各都道府県が策定した地域医療再生計画は合計94計画あるが、そのうちへき地医療に言及しているものが15県で19計画あり、その他にも、…【P】のように、へき地・離島医療対策を重視した計画(参考資料①)があった。</p> <p>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。</p>	
<p>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</p> <p>(1) 都道府県の役割として求められること</p> <p>○ 都道府県は、第11次へき地保健医療計画の策定に際して、地域医療の分析を行った上で、先進事例(別添)を参考にして、各都道府県が改善策を策定し、これらの取り組</p>	<p>○ 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。</p>

7

<p>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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>○ マンパワーとして今後、自治医大卒業生や地域枠の医師が増えていくが、しっかりと仕組みを作らないと有効な活用は出来ない。大切なことは、目標設定と目標を違させる計画をいかにするかにある。</p> <p>学生時代から目的意識を強く持たせ、総合医としてへき地でも都市部の病院でも勤務できるように、①救急総合診療を中心に研修・勤務できる地域医療研修センターなどの仕組みを構築し、②人事ローテーションや勤務で公平な運営ができるような人事組織を構築するとともに、③さらに計画の策定を行う組織の構築が必要であり、特に、人事はストックではなく、フローの管理であり、きめ細かな対応をする人事組織がきちんと機能しないと、現在の人材への投資が無駄になる可能性がある。</p> <p>○ 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。</p>
<p>(2) 市町村(へき地を有する)の役割として求められること</p> <p>○ 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努力することが必要である。</p> <p>○ 具体的には、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。</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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で、市町村の連合体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。</p>

8

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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明確にし、他施設と外形的に比較することも考えられる。</li> <li>○ 学生時代に、地域医療調査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、併せて休暇や研修で代診を確保するなどの支援も必要であると考えられる。</li> </ul>
<p>(3) 国の役割として求められること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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11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。</li> <li>○ また、各都道府県のへき地医療支援機構等が全て参加して、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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 国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、教育、人事組織、策定会議の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。</li> </ul>

9

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の医療を担う「総合医」については、国が推進する必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「総合医」については積極的に推進すべきであるが、むしろ医学教育全般の問題で、必ずしも国の役割ではないか。</li> <li>○ 「総合医」の定義等が不明の現状で、国が推進していくことには反対である。</li> </ul>
<p>(4) 大学の役割として求められること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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が必要である。</li> <li>○ なお、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べきとの意見があった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、都道府県（へき地医療支援機構）と連携して作成し、学生に対して地域医療やへき地医療に対する親和性を高める教育が必要である。</li> <li>○ 教員のなかに、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。</li> <li>○ 「総合医」のカリキュラムや活動目標が、大学の活動と一致しないことが多く、従来の専門各科の寄せ集めに総合医を養成するケースが見られる。大学で専門各科と切り離れた、総合医養成の仕組みや生涯教育の確保ができることが重要。</li> <li>○ 大学の医学教育のみで、「地域医療修了医」のような肩書きを与えるのはいかがなものかと思う。</li> </ul>

10

<p>(5) 学会等の役割として求められること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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する必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「総合医」の定義等が不明の現状で、プライマリケア学会等関連3団体の認定医制度を拡充することには反対で、総合医の認定がへき地対策になるかは疑問である。</li> <li>○ 総合医に関連した認定医や専門医の取得にあたっては、へき地勤務経験が取得のための緩和条件につながるような検討を進めるべき。</li> <li>○ 3団体の活動を見守り、その後へき地医療の認定制度を構築することは問題ないと思うが、3団体の内容が問題で、実際、十分な研修体制や、指導者の育成がなされているのが問題。</li> </ul>
<p>(6) 医療の提供を受ける住民側に求められる意識等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 住民が、へき地勤務医の生活面での実情を理解するようにしていく必要がある。 現場で患者さんのためにそこにいていつも働いている、何でも診てくれる、そして高度医療についても理解があり、そういう流れのちゃんとわかった人がその地域で一番重要な医師であるということを何とか国民の認識を持っていくということをぜひ進めてもらいたい。そのような国民の意識改革もしていかないといけないのではないかという意見があった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師と住民のトラブルも少なくなく、医師が地域では弱い立場であることが多いことから、現地での紛争になる前に、意見を聴取する窓口的機関が欲しい。</li> <li>○ へき地だけでなく他の地域の住民にも広く医療の実情を理解していただく必要があり、そのためには保健所、保健センターなどと連携し、啓発することも必要である。</li> </ul>
<p>4 へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討</p>	

<p>(1) 新たなへき地医療支援機構の構築について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>	
<p>1) 新たなへき地医療支援機構の位置づけについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、連動を密にすべきという点に触れるべきではないか。</li> </ul>

<p>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。</p>	
<p>2) 専任担当官（医師）のあり方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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である。例えば、自治医科大学卒業医師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である。</li> <li>○ 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、 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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。</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul>	

<p>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との意見もあった。</p>	
<p>3) 新たな支援機構の役割について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>④ 総合的な診療支援事業の企画・調整</li> <li>⑤ へき地医療拠点病院の活動評価</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師だけでなく、看護師、保健師らコメディカルに対しても機構の役割を拡大すべきではないか。</li> <li>○ ばらばらに分散しては、マンパワーを多く必要とするへき地医療という困難な目標は達成できないことから、上記の機能に加え、研修機能として、奨学生・研修医の基地となる「へき地医療教育研修支援病院（仮称）」を認定し、そこに支援機構の事務局機能や専任担当官が勤務するようにすることが大切である。</li> </ul>

<p>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</p> <p>⑧ へき地で勤務する医師のキャリアパスの構築</p> <p>⑨ へき地における地域医療の分析</p> <p>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</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p>○ なお、医局的な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あった。</p>	<p>○ へき地医療支援機構の見直しに関して、実施主体をへき地医療拠点病院など特定の病院にするものであれば「『医局的な機能』を持たせる」ことは、支援機構の実施主体となった病院に医師を集約させるものであり、他の病院等から医師の引き抜き、これらの病院の廃止や診療所化を招くことにつながることから、地域住民の医療へのアクセスの</p>
---	--

	<p>狭小化を招きかねなく、慎重に進めるべきである。</p>
<p>4) へき地医療支援機構に対する評価について</p> <p>○ 支援機構に対する評価については、現在以下のような取扱となっている。</p> <p>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。</p>	<p>○ 「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同に会する場を設けて、お互いの情報共有や協議、評価などを行ってはどうか。（再掲）</p>
<p>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</p>	<p>○ 医師確保の手段は都道府県単位で考え、機構を支援していく必要がある。拠点病院にこだわらず、地域医療圏外であっても大学病院、自治体病院、民間病院の支援や</p>



<p>○ 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である。</p>	<p>地元医師会、保健所などとの連携を重視する必要がある。</p> <p>○ 広域連合は都道府県の指導力次第で有効になるが、内部の医師のキャリアプランや人事のネットワークなどをもち、きめ細かな対応をしないと、目標達成が優先してしまう恐れがあり、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が重要であり、十分な配慮が必要である。</p>
<p>(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</p> <p>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</p> <p>○ 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。</p> <p>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。</p> <p>○ 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（へき地医療支援機構）が積極的に</p>	<p>○ 「総合医」の定義等が不明の現状で、プライマリケア学会等関連3団体の認定医制度を拡充することには反対で、総合医の認定がへき地対策になるかは疑問である。(再掲)</p> <p>○ 大学での医学教育のみで、「地域医療修了医」のような肩書きを与えるのはいかがなものかと思う。(再掲)</p>

17

<p>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。(再掲)</p> <p>○ 一方、大学の医学教育において、へき地医療支援機構に関する内容を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、具体化することは非常に重要であるという意見があった。</p>	<p>○ 大学教員のなかに、学生から総合医をイメージしてもらえる人材に入ってもらうことにより、総合医と接触する機会を増やす必要がある。</p> <p>○ 地元高校生を対象とした、地域医療やへき地医療に関する授業を教育カリキュラムに組み込んではどうか。</p> <p>○ 地域医療実習（特にへき地医療や特定診療科について）を都道府県が大学と連携して実施する場合に補助金が受けられるような制度を求める。</p>
<p>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</p> <p>○ 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。</p> <p>ア キャリアパスのあり方について</p> <p>○ 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。</p> <p>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</p>	

18

<p>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）</p> <p>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（拠点病院等を中心としたローテート方式）</p> <p>○ また、「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という意見や、自治医科大学卒業医師の場合、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ことから、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との意見もあった。</p> <p>○ 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2）。</p> <p>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。</p>	
<p>【コラム部分】</p> <p>へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル例</p> <p>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</p>	

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>2. 一定の区切りごとに1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。</p> <p>3. 基本的に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。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。</p> <p>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。</p> <p>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。特に地域枠の学生のいる</p>	
---	--

<p>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。</p>	
<p>イ キャリアを評価する仕組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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P）、「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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、意識は高まると思う。</li> <li>・ この地域については行政も福祉も住民の性格も一番知っているから私の専門はこの地域ですという、地域という角度から見てもらうのも一つの方法と思う。</li> <li>・ 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、むしろへき地の部分を加味、包含するよ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国として、特定の学会の専門医指定に頼ることなく、「生活に寄り添う（生活を支える）医療」を実践できる総合医であることが住民からしっかりと認知できるような資格又は称号を検討してほしい。「へき地医療専門医」という表現では、「専門医＝病気と戦う（を治す）医療」ということで、「諸診医」という表現はどうか。</li> <li>・ 「総合医」、「へき地医療専門医」というものについては、住民にその趣旨やその2つの違いなどをきちんと説明しないと分かってもらえないのではないかと。へき地に行ってくれる先生には感謝しているが、「へき地</li> </ul>

21

<p>うな形での在り方でとらえた方がいいのではないかと。小さなものがたくさんあって、何が何だかわからないという感じになりはしないかという危惧を感じる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、きちんと機能するのか危惧するところ。また、実際にへき地で診療にその資格がなく従事されている場合の住民たちの理解というのはどうなるのだろうかという気もする。</li> <li>・ へき地専門医については、議論が中途半端なものを出しては混乱するのではないかと。この検討会で提案すべきことなのか、実現が可能なのか疑問を感じる。</li> </ul>	<p>医療専門医と名前がつくと、単にへき地に専門に行ってくれるお医者さんぐらいにしか思わないのではないかと懸念する。</p>
<p>ウ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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意見があった。</li> </ul>	<p>○ この表現だと、現状の公立病院における深刻な医師不足が説明できないので、へき地医療拠点病院やへき地診療所、大学病院などとキャリアパスを重ねていても、通算して公務員としての給与と身分が保障され、福利厚生や年金などの面でメリットがある旨の表現の方がよいのではと思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 公務員であることがインセンティブになるかわからない。</li> <li>○ 定年退職した医師にへき地勤務してもらってはどうか。</li> </ul>
<p>(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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院等地域の中</li> </ul>	

22

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針について

- 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である。
- 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行けなく、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という意見があった。
- 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。
- 一方、へき地医療拠点病院の指定要件については見直しすべきであり、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

23

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、従来どおり指定する場合をⅡとすることが提案された。

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の存在が大前提となり、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、この提案に対して以下のような意見があった。

- ・ ちゃんとしたレジデント教育を行っているかどうかというのをどういうふうに判定するのか。
- ・ 全てに同じように悪平等で補助金なり交付金が交付されるというのは非常に危険だと思う。

例えば、常勤の医師がいない出張診療所とかの優先順位の高いところに拠点病院から巡回診療するといったきめ細やかな基準でやってもらいたい。

貴重な補助金を一生懸命やったところにきちんと届くような仕組みを本当に作れるのかという気もあり、ハードルはしっかり評価できるような仕組みを作らないと、みんな悪平等で共倒れしてしまいかねない。

- ・ へき地医療拠点病院群、へき地診療所といった現地での体制は構築できてきたので、11次では、最重点事業は、「へき地医療教育研修支援病院」、つまり、へき地の医師の教育研修、支援を行い、人事の機能の中核の機能も有し、へき地医療を担う医師たちの基地となる機能をする施設を、各都道府県にまずは1か所、今後は2つ程度確保する必要があり、また、へき地医療支援機構の専任担当官は、できれば「へき地医療教育研修支援病院」の中核的な医師であることが望ましい。

具体的には、へき地医療支援機構が認定する「へき地医療教育研修拠点病院」を創設し、①救急総合診療科の運営、②へき地医療支援機構の運営、③研修人事ローテーションの運営、④奨学生、研修医の指導研修センターの運営、⑤へき地医療計画策定会議の運営といった機能を持たせ、窓口を一本化させ、リソースを

24