

参考資料

第3回 へき地保健医療対策検討会【議事録】

日時 平成21年10月30日(金)

15:00～

場所 全国都市会館第1会議室

○馬場医療確保対策専門官：定刻となりました。ただいまから、第3回「へき地保健医療対策検討会」を開催いたします。委員の皆様方には、本日大変お忙しい中ご出席賜りまして、誠にありがとうございます。

前回までご欠席だった委員のご紹介をいたします。全国離島振興協議会会長新潟県佐度市長の高野宏一郎委員です。

○高野委員：佐度市長の高野です。全国離島振興協議会の会長もさせていただいています。誠に申し訳ありません。前回欠席させていただきました。よろしくお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：ありがとうございました。なお、本日は内田健夫委員から、ご都合によりご欠席の連絡をいただいています。以降の進行は梶井座長にお願いいたします。

○梶井座長：本日もよろしくお願いいたします。事務局から資料のご説明をお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：資料1が前回の第2回検討会の議事要旨(案)、資料2-1が前回の検討会の内容を踏まえた論点整理の修正案、資料2-2がこれまでの議論等を踏まえたへき地医療支援機構の役割について考えるための資料となっています。資料3は前野委員提出資料です。併せて冊子もお配りしています。資料4が吉新委員提出資料、資料5が梶井座長提出資料です。

さらに参考資料として、参考資料1が前回検討会の議事録、参考資料2は前回検討会で配付させていただいたへき地医療に関する現況調査の資料のセット版となっています。参考資料2は前回と同じものを再配という形になりますが、随時ご活用いただければと思います。

○梶井座長：まず、議題1の「論点整理について」事務局からご説明をお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：資料1ですが、先ほどご案内申し上げましたとおり、第2回のへき地保健医療対策検討会の要旨です。こちらは、前回皆様に意見交換していただいたことをコンパクトにまとめさせていただいたものです。

資料2-1は、へき地検討会における論点整理で、前回第2回の会合の議論を踏まえた修正案です。

こちらを簡単にまとめさせていただきます。論点1の「医師の育成過程等におけるへき地医療の動機付けのあり方等について検討していくことが必要」と。論

点1に関しては、地域枠、奨学金枠の学生に関する記述に加えて、これ以降もそうですが、下線を引かせていただいたところが前回第2回の内容を追加させていただいたところ。それに加えて、卒前カリキュラム、卒後総合医としての認定医制度の拡充などを入れさせていただいています。

論点2は「へき地医療支援機構の強化」についてです。こちらは機構の役割と位置づけ、特に位置づけとしてキャリアパスやドクタープールについて、また専任担当官のあり方や勤務内容、また各都道府県の改善策の策定や、先進事例を参考にした改善策の策定や国のフォローアップの仕組み等々について書かせていただきました。

論点3は、「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」です。こちらは、勤務体制の構築に加えて、勤務評価の仕組みづくり、市町村のかかわり等について書かせていただいています。論点4「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」です。論点5は「その他の事項」としてまとめさせていただいています。

資料2-2は、へき地医療支援機構が設置された第9次計画の策定通知をもとに前回の議論などを加えて、先ほどと同じように下線部分をいろいろ書き加えさせていただいて、議論のもとになるように、頭の体操のためにまとめさせていただきました。

簡単ですが、論点整理案及び支援機構の役割等に関する資料のご説明をさせていただきました。

○梶井座長：どうもありがとうございます。ただいまご説明がありましたように、前回第2回会合の議論を踏まえた修正案、「へき地検討会における論点整理」をお示しいただきました。

前回は、この論点の中でも特に論点2の「へき地医療支援機構の強化」について随分ご議論いただいて、だいぶ骨組みが固まってきたように思います。今日は、そのほか論点1とか論点3論点4のほうにあとでご議論を深めていただきたいと思いますが、前回の論点2の「へき地医療支援機構」についてももう少し何かご意見を伺えればと思います。先ほどの説明で、地域医療支援機構、へき地医療支援機構について非常に分かりやすく、皆様に配付資料、資料2-2をお示しいただいています。こういうようなことも踏まえながら、少しの時間ご議論いただければと思います。いかがでしょうか。

○澤田委員：地域枠等、医師養成奨学金資金を受給する学生さんが、将来的に産婦人科や小児科、救急、脳外科などの特定診療科に進む場合の受け皿は、それぞれ専門の医局が存在するので、さほど問題にはなりません。彼らが地域医療とか総合診療、プライマリケアを目指す場合、現時点では、その受け皿となる医局が存在しないケースが多いと思います。その場合、支援機構などが都道府県と連携する

形で、管理型病院の指定を受けたへき地医療拠点病院の総合診療科などを拠点として受け入れができるような形、地域医療や総合診療に特化した、いわゆる「医局的機能を持つ組織づくりが今後求められるのではないかと思います。そのほか、支援機構として積極的に地域に出向いて、現場の情報収集や地域医療ニーズなどの把握について積極的に努め、地域医療のデータバンク的な役割を果たすことも併せて求められるのではないかと考えています。

○梶井座長：ありがとうございました。ただいま、このへき地医療支援機構が、いわゆる医局的な機能をもってはどうかというお話、地域医療のデータバンクを構築するという役割があってもいいのではないかと、というご意見だったと思います。この2点について皆様のご意見を伺えればと思います。いかがでしょうか。

○鈴木委員：どなたもおっしゃらないのですが、医局制度に対して、国がどういう方向で動かしているのかがすごく気になります。どちらかと言えば、医局崩壊を望んでいらっしゃるようなところがあるわけです。その弊害が出てきているところを見越したうえで今の発言であって、かつ、それを支援機構とどのようにタイアップしてやっていくかという積極的な意味で捉えていかないと、ただ医局を作ればいいというものでは当然ないと澤田委員も思っていると思うのですが、その医局のよかったところを、そのままどこかの大学を作るのでは元の木阿弥と言われてもよくないので、新しい枠組みと言うのでしょうか、どのような対策をとればいいのか、支援機構を中心とした集まりと言うのでしょうか、その中で話し合える場所をきちんとつくっていく。昔の医局的ないところをその中に取り込んだシステムを作っていくという意味の発言ではないかと解釈したのですが、いかがでしょうか。

○澤田委員：そのとおりです。昔の医局制度に戻ろうという回帰論ではなくて、あくまで前向きで、かつ都道府県と連携する新しい形を前提とした「医局的機能をイメージしています。従来までの臨床研修制度では、スペシャリスト養成が主体のプログラムが中心でしたが、これからはジェネラリストを育成・教育していくための研修プログラムや、その受け皿となる病院求められる時代になってくると考えていますが、残念ながら、それらはまだまだ少ないように感じています。ジェネラリスト育成・教育のコアとなる病院は、やはりへき地医療拠点病院の指定を受けた管理型病院が最適であり、これらの病院がイニシアティブをとって、将来的に地域医療やプライマリケアを目指す学生や研修医を集めて、しっかりと教育していくことが求められます。その点からも、都道府県とコアになる病院とをつなぐパイプ役として支援機構の存在は欠かせないと考えています。

○梶井座長：澤田委員にお聞きしたいのですが、そうやって育てますと、先ほどの支

援機構の資料の役割のところ、「ドクタープール機能」が7番目にありますが、例えば、そういう人たちのその後のかかわりは、どうお考えでしょうか。

○澤田委員：一般的に若い医師達は、一定の経験を積むまではなかなか自信も持てず、帰属意識が高い傾向があります。「医局」という言い方には少し語弊があるかも知れませんが、そういった「医局」的機能を持った組織の一員として地域に派遣されるということであれば、大きな安心感があり連帯感ももてるのではないかと思います。しかも、その組織が都道府県などと連携し、県職員など公務員としての身分を有して派遣されれば一定の身分保証も得られます。地域の第一線に派遣されますと、ライフサイクルの中で何年後かには、家族の都合などで都市部に戻らなければならない時期も必ずやって来るわけですが、その場合に、きちっと次の医師にバトンタッチができる仕組みが重要となります。組織対応でなく単独で行くとなると、その点が非常に難しいわけです。こういった「医局」的機能を有する組織を背景として地域に派遣するシステムづくりについて、管理型病院が個別に実施するにはハードルが高いため、やはり都道府県や支援機構などが関与していく必要があると考えています。

○梶井座長：そうしますと、鈴川委員がおっしゃったように、旧来の医局というイメージでなくて、仮にと言いましうか、そういうように皆さんが集って、そういう支援をしたり、お互いをサポートしたりというイメージでしょうか。

○澤田委員：はい、そうです。

○梶井座長：ありがとうございました。いまのお話は、卒前の話ではありませんでしたが、おそらく卒前から卒後のそういう地域医療に将来かかわる、あるいはそういう総合医を目標とする教育あるいは研修に関して強く深くかかわっていくことと、もう一つはプール、その中でお互いがサポートし合うという2つの側面があったかのように思うのですが、卒前、卒後の教育について、前田委員、いかがでしょうか。

○前田委員：私も、「医局」という言葉は不適切か分かりませんが、「医局的な機能」を有するのは私は大賛成です。医局の機能を考えてみますと、まず、これまで専門医としての教育、スキルアップといった場であって、研究の場であって、心理的な拠であったわけです。それから、キャリア形成で、キャリアをサポートしていた側面があります。もう一つ重要な点は、卒前の教育に非常に深くかかわって、卒前から卒後にかけて専門協働して師弟関係が結ばれていったところがあります。

ですから、地域医療に興味がある学生というのは、そんなに少なくないと私は

思っています。それをいかに適切に教育と言いますか、そのためには、やはり卒前から地域医療教育に関与する必要性があると思います。そういう場としては、へき地医療支援機構が卒前のほうから関与していただいて、大学教育と連携していただければ非常にいい体制ができるのではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。いわゆる医局的な役割、機能をもってもらくと、そこに将来、地域の中で医療をやりたい人たちも集まって来るのではないかなというようにお話でした。確かに、教育とか地域の研究に携わりたいという人たちもいるかもしれませんが、キャリアの形成、心理的サポート。

○前田委員：すみません。言い忘れました。全国的に地域枠の学生さんが増えてきました。その地域枠の学生さんにどういったプログラムを課すかという具体的な教育方針がまだ全国的に模索段階にあるのです。ですから、いまの段階であるからこそ、地域医療に経験のある方に入っていただいて、そのプログラムを具体化していただくのは非常に重要だと思います。

○梶井座長：非常に具体的なご提案があったと思いますが、そのほかありませんか。それでは、この卒前、卒後の教育研修、いわゆるドクタープールと言うと、ちょっとこれはまたイメージが違うかもしれませんが、そういう旧来の医局的な役割を担うことを一つ盛り込むということでもよろしいですか。何か、いやいや、そうではないという方はいらっしゃいますか。

(異議なし)

○梶井座長：澤田委員からもう一つ出ていました。地域医療のデータを構築していくことについてはいかがでしょうか。やはりイメージだけで地域医療にアプローチするよりも、そういうデータをきちっと構築して、解析して、客観的な判断に基づいてということもこれから非常に大事になってこようかと思いますが、このあたりはいかがでしょうか。奥野委員いかがでしょうか。

○奥野委員：データという意味では、ずっと以前に全国へき地の診療所のデータ等をとったことがあります。全国の平均的なことが明らかになったのですが、自分が県のへき地の担当になりまして、実に県内のへき地の医療機関のデータが何もないことが歴然としました。例えば、その医師の給与、住宅、勤務状況、月に何回当直するのだといったのは、次から来ていただく人にそういう情報を与えるという単純なこともできませんでした。

ただ、その一つの原因は、自治医科大学の卒業生がずっと継続して勤務したものですから、そういうことがもう口伝えと言いますか、自動的に伝わっていて、それで当たり前ようになっていたということですが、いま改めて考えますと、非

常に大事なことです。

市町村に対しても、例えば、そういうデータを出していただくという意味は、毎年毎年、特に自治医大の卒業生の場合は、継続してやっていくことがもう前提になっています。そうしますと、市町村がなかなか努力をしなくなります。例えば、すごく分かりやすい例を言いますと、4月で交代した時に、医師住宅が、前の医師の荷物がそのままになっていて、掃除もされていなかった状況もあるわけです。

つまり、市町村は毎年毎年この医師を自分たちの診療所とか小さな病院の状況を改めてちゃんと見直して、それを、例えばそのデータバンクに上げていくためにも必要ではないかというふうにも思います。以上です。

○梶井座長：ありがとうございました。今日は医局的な機能、地域のデータの構築の意見が出ましたが、そのほかにありませんか。

○角町委員：5番目の論点の整理の時に出て来る話になろうかと思いますが、医師の確保と同じように、当然、歯科医師の派遣にかかわっても、そういうことが当然言えてくると思いますので、是非、そういう一角にそういう内容を記載してもらおうとありがたいと思います。ただ、それだけです。

○梶井座長：ありがとうございました。医師のみならず、医療従事者全体ということです。

○中村委員：「専任担当官」という言葉がありますが、実は専任してない所がほとんどです。都道府県によっては、へき地診療所を支援するはずの病院のほうも医師不足という所もありますから、それで仕方がないと思うのです。

ただし、その「専任担当官」の定義をきちっと決めないと、「専任」と言いながら他の仕事を「兼任」しているのに、それでいて同じ額の補助金っていくのはちょっと問題だと思います。

ですから、例えば週何回、あるいは年間何回か、へき地診療所を支援しなければ「専任担当官」とは言わないというような定義づけが必要だと思います。「専任」で駄目だったら、「兼任」という言葉で置き換えて、「専任」「兼任」の二本立てにしたほうが良いと私は考えています。

○梶井座長：中村委員ご欠席の時に「専任担当官は複数でも」というご意見が出てきて、その点についてちょっとお聞かせいただければと思います。

○中村委員：例えば、専任担当官1名と兼任担当官1名がいてもいいし、あるいは兼任担当官2名のほうが都合がよい都道府県もあるかもしれません。そのあたりを、

各都道府県の事情に応じて、フレキシブルにやったほうが良いと思います。

○梶井座長：専任担当官と兼任担当官を明確にすべきではないかというご意見です。

○吉新委員：支援機構自体がファンクションなのです。皆で議論して、その県に合った仕組みを作ることで、いま中村委員がおっしゃったように、いろいろな運用の仕方があると思いますが、例えば北海道では、いま1,000名医者が足りないというのです。岩手県の知事さんは、数百人足りないとおっしゃっています。結局、県で状況が違います。ある程度代診の確保は簡単にできるような地域もあると、同じへき地で聞いているので、これをこの委員会で決めるのはちょっとおかしいのではないかと、地域、地域にもいろいろあるのだと思います。

支援機構といっても、非常に大きな絵で捉えている県もあれば、何か専任担当官そのものが支援機構だみたいなどころがあります。もちろん、スタンダードなデータセット、先ほど奥野委員がおっしゃったようなことは必要だとは思いますが、どうなのでしょう、あまりきっちり検討会として方針を出すのは、ちょっと本来の支援機構の動きをかえって逆に難しくしてしまうのではないかと私は思います。ただ、支援機構があまりにも曖昧だということは、もう皆さんもよくお分かりのとおりです。

○梶井座長：ありがとうございました。いまの吉新委員のご意見についていかがでしょうか。多分、都道府県によって全然求められるもの、ニーズが違うと思います。そこで支援機構がどういう役割、ボリュームも質もそうだと思うのですが、その時に、多分いま出ているのは、こういう役割をもってもらおうと、非常に支援機構の位置づけが明確になるのかなということではないかと思うのです。そのほかいかがでしょうか。

だいぶ支援機構については、前回と今日議論を進めてきました。9次から始まって10次、今度の11次とさらに支援機構の役割を明確にして、より実のある活動をやらせようということで議論してきましたが、とりあえずこのあたりで支援機構の議論は一段落させていただいてよろしいですか。また、これからいろいろなご意見があると思いますが、その都度おっしゃっていただければと思います。

論点整理の2で支援機構についていろいろ話をしてきたのですが、今日は、論点の4「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」、論点1の医師の育成にかかわる問題、論点3の「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」についてご議論していただければと思います。

ご議論の前に、今日はお2人の委員のプレゼンテーションをまずお聞きして、それから話に入りたいと思います。最初に前野委員にお願いします。よろしくお願います。

○前野委員：近年、へき地医療を支えてきた地域医療自体が弱体化しており、それを踏まえて論議をする必要があると前回、お話をしました。実際に「医療崩壊」と言われるほど、医療機関と患者双方から悲鳴に近い声が聞こえてきます。これは我が国における医療の構造的な疲弊の現れで、従来の継ぎ接ぎ的な改造、改善では立ち行かなくなっています。

読売新聞は昨秋、高齢社会に相応しい新しい医療システムの方策を考えようと、医療改革提言をしました。それをまとめたものが、お手元にある小冊子です。この作業に参加した経験から、梶井座長が「保健医療のあり方について私見を述べてもよい」というお許しを得ましたので、議論の材料として、しばしお時間をいただきます。

まず、「へき地医療」を支える地域医療が弱体化している現状で。昨年段階で、地域の中核的な病院など 500 箇所が診療科が閉鎖され、大学医局の 70% が 3,000 医療機関に対して医師の派遣を制限しています。これにより中核的病院の窮乏が、へき地医療にもしわ寄せが起きているようです。

医師不足をもたらした原因として、04 年から始まった新臨床研修制度（初期研修）が挙げられていますが、これは、きっかけに過ぎないと考えます。複合的な要因が医師不足をもたらしているのもあって、日本社会の高齢化が背景にあります。高齢者人口は、国民皆保険が始まった 1961 年当時 5.7% だったのが、昨年には 22.1% と 4 倍近くになっています。社会の高齢化が進めば、当然、医療ニーズが高まります。

医療の専門分化や、医師業務の拡大、先進諸国で医師数が決して多くない中、反対に病床・病院数が多いという点もあると思います。また若者の職業意識の変化と言いますか、大都会・専門医志向が強くなり、地方を敬遠し、待遇とか訴訟リスクなどから特定の診療科を避ける傾向が、地域の中核的病院の医師不足を起していると思います。

現象面では、地域と診療科の 2 つの偏在が起きています。すべての診療科の医師が足りないわけではありません。へき地医療を拡充するためには、中核的な病院が直面している問題を解消することが不可欠です。

資料は、日本と欧米諸国の病院との国際比較、さらに都道府県別にみた人口 10 万人対医師数で、地域間の偏在を示すものです。診療科ではとりわけ産科医が減少しています。毎年 4,000 名程度医師の増員がされているのですが、産科・産婦人科の医師が減っています。

国際的にみて、日本では医師がそんなに足りないのかという資料が次にありますが、確かに OECD の中では少ない。イギリス、アメリカが人口 1,000 人当たり各 2.5 人と 2.4 人、対する日本は今 2.2 人とされ、極端に少ない訳ではないようです。しかし、病床数が圧倒的に多いわけですから、少ない医師が数多くの病床を見ている実態があります。

「へき地医療拠点病院の立て直し」に参ります。目下、最大の課題は、医師不足の解消と、安定した医療供給体制の確立だと思います。まず医師不足を解消するための緊急対策としては、若手医師の計画配置があります。既に専門の診療科に勤務するベテラン医師がほかの地域や診療科に移るのは現実的ではありません。そこで初期研修を終え、さらに専門医を目指す若い医師が 3 年から 5 年の後期研修を受ける際、研修先を自由選択に任せるのではなく、都道府県、診療ごとにある程度の定員枠を設けてバランスよく配置するのが現実的ではないでしょうか。それによって大学病院や基幹病院の人手が満たされることで、そこにおける中堅医師を過疎地域に派遣する余裕も生じます。

救急医療のたらい回しが問題化していますが、開業医の先生も病院救急に積極的に参加すべきではないでしょうか。本来なら地域の開業医が診るべき軽症患者も、病院に集中している実情があります。特に小児科が目立つようですが、開業医の先生が交代で地域の基幹病院に詰めて、軽症患者に当たることで、救急医の軽減が図られるのではないかと思います。

長中期的に見た場合、ある程度の医師養成数の増加は必要だと思います。でも先頃、厚労省の「安心と希望の医療確保ビジョン」で 1.5 倍にする、としましたが、医師の養成には長い期間を要し、医師そのものを増やせば、それで解決するでしょうか。むしろ養成の方法だと思っています。

医師を増やすとしても、地方の医大・医学部で入学定員の地元枠拡大が大切だと思います。地元枠と言いますと、地元に残ることを条件にした制度を考えがちですが、そのような縛りを課さない地域枠でもよろしいのではないのでしょうか。地元で生まれ育ち、地域の高校を卒業した学生を優先して入れる制度です。自分の故郷で医療に専念する割合は、他の県、特に都市部から来た医学生が残るより高いと思います。例えば悪いのですが、都市部から来た医大生の認識は、自動車教習所の合宿のようだとも言われます。医師免許さえ取れば、またそれぞれ戻って行ってしまふ。それではいくら学生数を増やしても、地域医療の貢献にはなりません。思い切った地域枠を設けるべきではないでしょうか。地域に残ることを前提にした奨学金制度もありますが、地元で根差した医療の重要性を学ぶ医学教育により自発的な志を培う必要があるのではないかと思います。

それ以外にも医局に代わる医師配置機関の創設とか、女性医師、看護士の働きやすい環境作りと、方策はさまざまあります。医師業務の一部を移すことで、医師の業務の軽減等を図り、医師本来の業務に専念してもらうことも、具体策として可能ではないでしょうか。

次に、「へき地勤務医等のキャリアパス」についてですが、まず「医療は公共財」という認識に立つべきです。医師のモチベーションの維持を図って、やる気、意欲を高めると同時に、国民、住民に医療の大切さを認識していく世論形成が必要です。

先ほど澤田委員が言われたことと非常に似ているのですが、医療機関の役割分

担と連携の強化が欠かせません。へき地医療に携わる医師の声を聞くと、いちばんの問題は孤立感だという気がします。自分一人が孤軍奮闘することで、医学・医療の進歩から隔絶するむなしさに襲われる医療者が少なくないようです。地域の医療機関全体としてへき地医療を組み込んだ役割分担と連携強化を図ることが必要です。

具体的には、研修制度とか、複数スタッフによるバックアップ体制の充実、医学部教育において、地域医療、地域医学の部分をもっと拡充しなければいけない。それは必ずしも地域枠の学生だけではなく、全学生を対象とした地域医療の講座を充実させる必要があります。そのためには、指導者の育成も非常に大事です。

近年、病院勤務医が開業されるケースが増えていますが、いままで専門医であった医師が急に総合医になるというのはなかなか難しいものもあるでしょう。一定程度、研修を受けることを開業の条件にするのも検討する必要があるのではないかと思います。

また、総合医（家庭医）の資格化と言いますか、高い技量を習得し、維持する意味で、実質的な資格制度が創設されると、よろしいと思います。

最後は、「課題としての提案」をします。前回もお話しましたが、07年に医療法の改正で、都道府県に大学、基幹病院、自治体などによる調整機関「地域医療対策協議会（地対協）」の設置が義務づけられました。これに住民・患者側代表らも入れて拡充する形で、医師派遣・調整を担う第三者機関として運用するのはいかがでしょうか。当然、へき地医療支援機構と連携を図り、開かれた形で地域医療のあり方を考えていくべきではないかと思います。

最後にもう一つ。地域に若い医師を配置する点ですが、あくまでも初期研修を一通り終えた後期研修の時点です。医師の希望をできるだけ生かす形で数年間、地域に分散することは、若い医師の社会的使命感を認識する機会にもなります。もちろん同時に地域の研修病院の充実を図っていくことは当然です。

一応、以上、雑駁な説明になりましたが、終わらせていただきます。

○梶井座長：はい、ありがとうございました。続きまして、古新委員からのプレゼンテーションをお願いいたします。

○吉新委員：資料4でございます。全部で16枚でございまして、10分以内に何とかプレゼンテーションを終わりたいのですが、13分ぐらいかかるかもしれませんので、よろしくお願いいたします。それでは始めたいと思います。

先ほどの論点整理のところから、論点3の「キャリアパス」と、論点4「拠点病院への支援」について、これらを解決する提案をしてみたいと思います。

小さい写真ですけれども、協会の後期研修医の3カ月実習を行うオレゴン州のへき地の現地診療所です。こちらは、日本のへき地の診療所と違っていて、たくさんスタッフがいるということで驚いたところでございます。私どもの地域医

療振興協会、次の頁へ行きますけれども、へき地医療の確保と質の向上を図りもって地域の振興を図るということを設立の趣旨としております。へき地医療は、医師や看護師確保と同義語と言われていますけれども、マンパワーの確保しやすい都市部と過疎地の人事ローテーションを行うことで確保して、村おこし、地域おこしを雇用意欲の高い保健・医療・福祉で行おうとするものであります。自治医大卒業生が中心になりまして昭和61年に誕生した特例公益法人であります。協会は、地域医療研修センターと総合診療科（総合医）がエンジンです。医師は現在581名、研修医は5年で176人が入職しましたが、現在修了者20名を加えて110名となっております。初期研修2年の内6カ月、後期研修3年の内9カ月、第一線医療機関での勤務と研修を行っています。平成20年度、協会全体のへき地の支援は14名の常勤派遣を合わせまして、協会内外で延べ1万500日でございます。

赤い字の、来年以降運営開始見込みの3施設を加えますと、現在協会の施設は、病院が20、過疎地の医療と介護を合わせました複合施設が8、へき地診療所が10カ所、へき地医療支援センターが4カ所、合計45カ所になります。ほとんどが公設民営で、病床数は全体で4,000床、入所定数が1,045となります。へき地も都会の施設も両方ありまして、施設間を総合医がローテートすることで、医師不足を解消しようとしています。医師確保や勤務を調整する担当会議がありまして、会議は月2に回行われております。

次の頁をお願いします。協会のへき地医療・支援事業としましては、ご覧のように、間接、直接様々な支援事業が行われています。支援事業の中には、組織内の合意形成というのが最も重要な事業でございまして、よくワークショップですとか研修センター内での研修会が行われています。写真は、オレゴン健康科学大学のへき地巡回診療車です。米国では、州立大学が、へき地そのものを医療を担っているというところがございます。

さて、次の頁をお願いします。協会の施設の多くは、自治体病院の施設の公設民営ですけれども、この写真は協会のRFO、年金・福祉施設整理機構からの受託施設、東京都の北区赤羽にあります、国設民営の東京北社会保険病院でございます。へき地の経験のある医師が指導医となりまして総合医を育成する地域医療研修センター、救急・総合診療科が特徴でございまして、院内の救急ですとか、合併症の多い患者の診療、初診患者の診療を担っています。元来、社会保険病院は全国組織として地域医療支援を行うなど、当院だけではなく、ネットワークを通じて様々な総合支援の仕組ができています。当院も、他の社会保険病院同様、RFOに出資され、現在売却を待っているところですが、売却されなければ、公的病院として存続すると伺っています。また、これはお願いなのですが、できれば、へき地医療支援の施設には、資産の譲渡の場合、固定資産税等での税制等で、できれば社会医療法人並みに、公益法人にも軽減税率といえますか、課税を軽減していただければと思っております。

次の頁をお願いします。当院を協会が受託する際に最重要としたのは、へき地医療の支援であります。左の棒グラフは、北社保の5年間の支援のグラフです。昨年は、協会内外に医師が3,025日、看護師が803日、コ・メディカルが707日のへき地医療支援を行いました。産婦人科では、小笠原村、神津島村区の院内の職員宿舎、保育園を使いました島嶼の出産支援を行っております。

次の頁をお願いします。さて、本日のテーマに戻ります。論点3での「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」というところです。その中の「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」についてです。結論を言いますと、へき地医療を担う医師組織の育成と運営ができるということが重要だと思います。昔から「へき地の医師は、30代は自己の能力に悩み、40代は子弟の教育に悩み、50代は自己の老後に悩む、いつも拘束され、冠婚葬祭もままならない」といわれています。ライフサイクルに見合ったきめ細やかな人事実現のためには、人事のできる仲間のいる組織が必要だと思います。「休みが取れない代診もない」、これらも、「支援機構の充実、代診組織・プール」といった、ドクタープールといった機能を有する人事のできる組織が必要だと思います。

また、公務員と非公務員といった「身分上の制約」が邪魔になることがへき地においてはよくあります。このためには、機関決定すれば医師が動けるような「へき地医療を担う全国的なネットワーク組織」の職員であることが望ましいと思います。へき地の医療を担う医師の組織があれば、へき地の経験や勤務を生かしてネットワークや研修センター等での昇進も道が可能となり、へき地の医師としてだけではなく、都市部や病院のポストが用意されて、より、へき地を支援する機構は盤石になることが期待できます。

次のスライドです。次の論点、「へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備（拠点病院等を中心としたローテート方式等）」についてです。これも同じ結論ですが、へき地には総合医に特化した医師グループを有する研修病院が必要だということです。ただし、都市部と地域での勤務では特殊な仕掛けが必要だと思います。へき地医療支援機構が運営する等、このローテーションを理解している機能を持った病院の確保が必要です。へき地から病院へ戻る、しかし枠がない、ということがよく問題になります。そこで、病院に救急・総合診療科や臨床研修センター（地域枠の学生向け）があれば、ローテートは容易でしょう。救急・総合診療科の活動内容とへき地の活動は極めて類似しています。救急・総合診療科に対する病院の専門各科の理解も重要です。また、研修病院であれば、総合医の基礎の上に専門医を目指すことも可能です。また、ローテートには、へき地から病院、そしてまた再びへき地へと転動してもずっと借りられる、家族が残れる住宅の確保が重要です。やはり、この点でも、へき地医療支援機構が運営する一定規模の研修機能を持った病院とポストがあればよいと思います。

3点目の「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」ですが、

この点も、へき地の支援機構が、へき地の人事ローテーションの中核となる救急・総合診療科のある病院を確保する、総合医の育成のできる研修センターの機能を持つというような組織があれば、きめ細かな人事ができるのではないかと思います。

次の頁をお願いします。さて、論点4です。ここでは、「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」についてです。「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」ということで、医師派遣での動機付けということですが、とにかく現在の問題は、地域全体に医者がいないということが問題であります。短期的には何とかなくても、中長期的には極めて厳しい問題です。

1つアイデアがあります。へき地医療拠点病院の1つとして国が検討している「(仮称)独立行政法人地域医療機能推進機構」、つまり現在の社会保険病院の活用はどうでしょうか。また、医師不足に悩む臨床研修病院クラスの自治体病院の活用もあります。これらをネットワーク化し、全国の地域医療を担うように手伝ってもらっても大変有効だと思います。

これらの施設の運営をへき地医療支援機構が行い、ドクタープールを運営し、救急総合診療科、地域医療研修センターを設置し、地域医療支援のネットワークを構築し、地域枠の若い医師等の受け皿となり、仲間を増やしていけば、担当する地域の病院もへき地も一気に元気になると思います。

次をお願いします。そこで提案ですが、国が現在検討している社会保険病院、厚生年金病院を「(仮称)独立行政法人地域医療機能推進機構」に改組するということが、更に一歩踏み込んで、へき地医療支援、看護師、医師確保を目的としたへき地医療支援機構を拡大させ、病院ネットワークの中核として位置付け、活用してはいかがでしょうか。また、私どもの協会の受託している東京北社会保険病院も是非運営に参画したいと考えています。

この組織の特徴は、へき地医療支援機構を有し、総合医を養成し、全国の医師不足、地域医療不足の解消を目指すということでございます。即ち社会保険病院に全国ネットとしてのへき地医療支援機構機能を加える。具体的には、人事・代診のプールとしてへき地医療の勤務を評価する、ドクタープールを運営するような人事を行う。

2番目、教育・診療として救急・総合診療科を持つ、そして地域医療研修センターとして総合医の養成を行うというものです。へき地の勤務、経験を生かしてネットワークや研修センター等での昇進の道も開かれ、へき地の医師だけではなく、いろいろな人生が用意され、へき地医療の医師を取り巻く環境が盤石になると思います。

次の頁をお願いします。この案の提案理由は、医師の養成が医科大学の臓器別の専門講座を中心で行われてきました。総合医の養成、専門医中心の大学病院では養成はなかなか上手く行かないだろうということがあります。2番目に、へき

地医療支援機構、現在ありますけれども、それ自体があまりにもひ弱で脆弱でございます。人事組織、医師研修、指揮命令系統が極めてあいまいで資源に乏しいと。このままでは苦しいでしょうし、すぐ改善するものでもないと思います。また、へき地に従事してもポストも限られて、へき地以外になかなか道がありません。そういう意味で仕組みを充実させ、拡大させるという発想が必要だと思います。

3番目、へき地の持つ不便さ、生活格差、毎回検討会で話されることですが、医者の世界では、へき地に勤務したということが評価されることはまずありません。へき地医療を担う医師の集団、お互いに評価できる独自の集団が必要でございます。

4番目、医科大学、地域の病院、各自治体病院等には大きな壁がある。支援は、都道府県をまず超えない、拠点病院機能は、上を向いた、大学から見た拠点でございます、(ここの「ド」と書いてあるのを消して欲しいのですけども)、地域を必ずしも拠点病院は向いていないということです。更に、最近では病院のランキングですとか、自治体病院の経営改革プラン、医師不足ということで、尚更、病院自体が自己目的化しまして、他の地域の支援など今後ともとても無理だというふうに思います。

提案の背景、ここに書いてありますけども、先ほど前野委員からも出ましたように、やはり医療というのは、安全・安心の **social security** そのものだと、それを確保することがこの委員会には求められているのだと思います。ところが、医師確保は、とにかく今までは都道府県がその責任の中心というふうに伺ってมาすけども、都道府県自身が、いま医師不足に困っているというような現実があります。

3番目の、総合医の推進というのもよく言われますけれども、欧米のように、専門医を、定数を設けて、専門医の数を制限しているというようなことが我が国では行われていませんので、専門として総合医を確立するためには、しっかりと研修仕組みと専門性の1つとしてのアイデンティティの確立をしないといけないと思います。また、総合医を目指す学生は多いのですけれども、実際問題、受け皿がなくて、途中で別の診療科を選ぶというようなことが私どもよく目にするのです。

4番目、今後も地域間、医療格差は解消しないでしょう。いま、へき地医療に重きを置いた、そこに価値を見出す組織、文化を持つ集団を育てる必要があると思います。

5番目、地域枠の医学生を作っても、従来の組織に依存する方法では現在の医師不足は解消しないと思います。先ほど言いましたけれども、北海道では1千名、岩手県では数百名というふうに医師不足が深刻だということを聞きます。これから誕生する地域枠の学生を受けとめる組織が必要です。

6番目、全国ネットで医師養成、派遣、支援できる組織は、現在の社会保険病

院以外にはなかなか見当たらないと思います。本来、医療は2次医療圏、都道府県単位で動いて参りました。これを超えるような組織が必要です。社会保険病院は公的医療機関としての派遣の文化がありますし、マグネット病院も多く、医師確保がより容易になると考えます。

論題に参ります。次の頁です。都道府県、つまり支援機構、地元医科大学、自治医大や地域医療振興協会、医師会等、背景の違う組織が合意して運営できるのか、病院の壁、地域の壁を超えて運営できるか、そういう体制が取れるかということが課題だと思います。支援機構のプロパーの医師と大学の派遣の専門医との協調が確保されるか。

2番目、医師派遣・代診等の運用、財政支援についての全国一律でない、柔軟な運用も解決しなくてははいけません。院内で専門診療との対立が起きやすくなりますので、救急・総合診療科、地域医療研修センターを、院内での棲み分けに関して理解が得られるかというような問題もあります。

さて、私は、この検討会に4回目の委員として加わっていますけれども、これまで、10次までのへき地医療政策を振り返ってみますと、始めの頃、昭和30年代は、まず、人口規模ですとか離島でのへき地の区分がなされて、その区分に沿って診療所、住宅、病院等、インフラの整備がなされてきました。昭和50年代は、へき地中核病院の整備による診療体制が確立しまして、無医地区、へき地巡回診療が開始されました。第9次では、へき地医療支援機構で支援や運営の一元化、この頃同時に、代診制度ですとかITについての充実支援が確保されて参りました。しかし、医師不足についてはなかなか解消しなくて、これに対する対策は、義務年限を設けての誘導であったり、ヒューマンイズムの喚起型、あくまで一個人に配慮して誘導する、無医地区を解消するということが、これまで、このへき地医療検討会の、保健医療検討会の議題だったと思います。最近では、出産、育児というようなライフサイクルにまで細やかな施策を検討していますけれども、もうこれでは限界があると言うよりも、現在、それどころではなくて、へき地医療を支援する拠点病院群までが深刻な医師不足にあえいでいます。そういう意味では、**Medically Under-Served** というのをへき地医療の概念とすると、日本中、標準以下のへき地だらけというようにも考えられます。我が国の現状を見据えたへき地医療の確保に特化した固有の集団、病院ネットワークが必要だと思います。やはり、寄せ集めでは限界があるのだと思います。

最後ですが、この1年間、協会には全国100件の自治体の施設から医療の相談がありました。知事さんも副知事さんも市町村長も、皆、医師確保で頭を痛めています。それぞれ大きな問題を抱えています、いずれも基本は医師不足、医療機関の経営問題等、大変深刻です。へき地ではなく、元来、へき地を支援するへき地医療拠点病院にも医者がいません。現在の各都道府県のへき地医療支援機構では、あまりにも資源も仕組みも脆弱過ぎます。社会保険病院の改革で、へき地医療支援機構に是非、地域医療研修センター、救急・総合診療科、そして医師の