

病院等における必要医師数実態調査の概要

調査結果のポイント

- 必要求人医師数は18,288人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の1.11倍であった。また、必要医師数(必要求人医師数と必要非求人医師数の合計医師数をいう)は24,033人であり、現員医師数と必要医師数の合計数は、現員医師数の1.14倍であった。(これらの倍率を「現員医師数に対する倍率」という)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数：島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
 - ・必要医師数：岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数：リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、分娩取扱い医師(再掲)1.11倍
 - ・必要医師数：リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、分娩取扱い医師(再掲)1.15倍

病院等における必要医師数実態調査について

- <調査の目的> 本調査は、全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別の必要医師数の実態等を把握し、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的としたものであり、厚生労働省が実施した調査としては初めてのものである。
なお、本調査の結果は、医療機関から提出された人数をそのまま集計したものである。
- <調査の期日> 平成22年6月1日現在
- <調査の対象> 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10,262施設)
- <回収の状況> 回収率は、病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%であった
- <用語の定義> 別添参照(P2)

病院等における必要医師数実態調査

必要医師数

調 必要非求人医師数

(地域医療において、現在、医療機関が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数のうち、調査時点において、求人していない医師数と定義)

【調査項目】

医師数(正規雇用、短時間正規雇用、非常勤の各必要医師数)、都道府県名、医療圏名、病院名、診療科名、勤務条件、必要理由、求人しない理由、その他(自由記載)

調 必要求人医師数

(地域医療において、現在、医療機関が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数のうち、調査時点において、求人しているにもかかわらず充足されていない医師数と定義)

【調査項目】

医師数(正規雇用、短時間正規雇用、非常勤の各必要医師数)、都道府県名、医療圏名、病院名、診療科名、勤務条件、求人理由、求人方法、求人開始時期、充足されない理由、求人するに至った原因等(自由記載)

調 正規雇用

(1日の所定労働時間が8時間程度で週5日勤務を基本(いわゆるフルタイム)とし、期間不定の労働契約を締結している場合の勤務形態)

【調査項目】

医師数(全医師数・女性医師数)、都道府県名、医療圏名、病院名、診療科名

調 短時間正規雇用

(正規雇用の医師のうち、その所定労働時間が短く、その勤務日数も基本給及び厚生年金等の被保険方法が正規雇用の医師と同一の定めのない労働契約を締結している場合の勤務形態)

【調査項目】

医師数(全医師数・女性医師数)、都道府県名、医療圏名、病院名、診療科名、勤務条件(週当たり勤務日数、週当たり勤務時間)、その他(自由記載)

調 非常勤

(正規雇用・短時間正規雇用以外の勤務形態)

【調査項目】

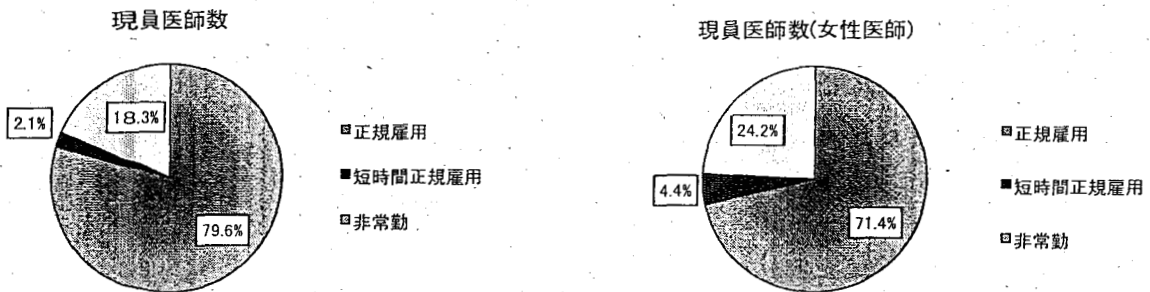
医師数(全医師数・女性医師数)、都道府県名、医療圏名、病院名、診療科名、勤務条件(週当たり勤務日数、週当たり勤務時間)、その他(自由記載)

現員

調査結果について

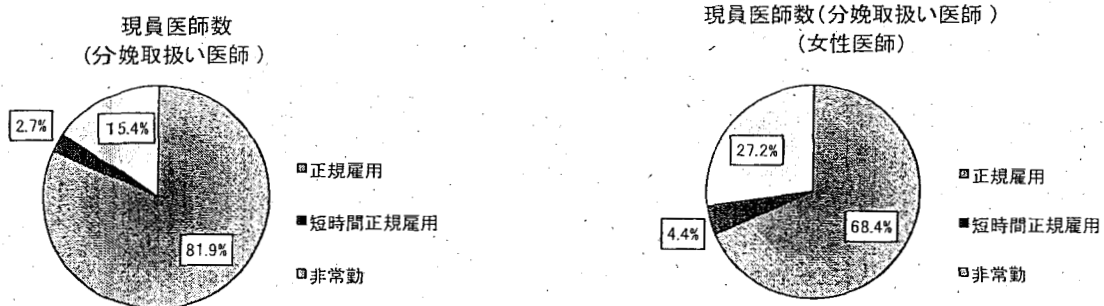
〔現員医師数の状況〕

調査票の提出のあった医療機関の現員医師数は 167,063人で、勤務形態別の内訳は正規雇用 132,937人(79.6%)、短時間正規雇用 3,532人(2.1%)、非常勤 30,594人(18.3%)であった。



〔分娩取扱い医師(再掲)〕

分娩取扱い医師(再掲)は、7,312人で、勤務形態別の内訳は正規雇用5,988人(81.9%)、短時間正規雇用 201人(2.7%)、非常勤 1,123人(15.4%)であった。

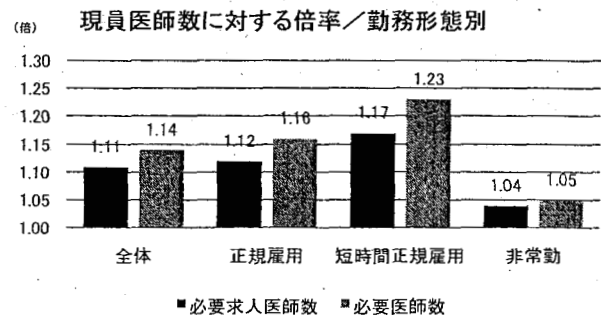


3

〔必要医師数(総数)〕

必要求人医師数は、18,288人であり、現員医師数に対する倍率は、1.11倍であった。また、必要医師数は、24,033人であり、現員医師数に対する倍率は、1.14倍であった。

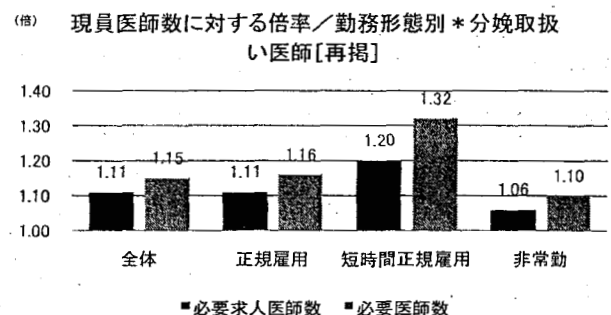
区分	現員医師数 A	必要求人医師数 B	倍率 (A+B)/A	必要医師数 C	倍率 (A+C)/A
正規雇用	132,937	16,488	1.12	21,588	1.16
短時間正規雇用	3,532	617	1.17	817	1.23
非常勤	30,594	1,183	1.04	1,628	1.05
計	167,063	18,288	1.11	24,033	1.14



〔必要医師数(分娩取扱い医師(再掲))〕

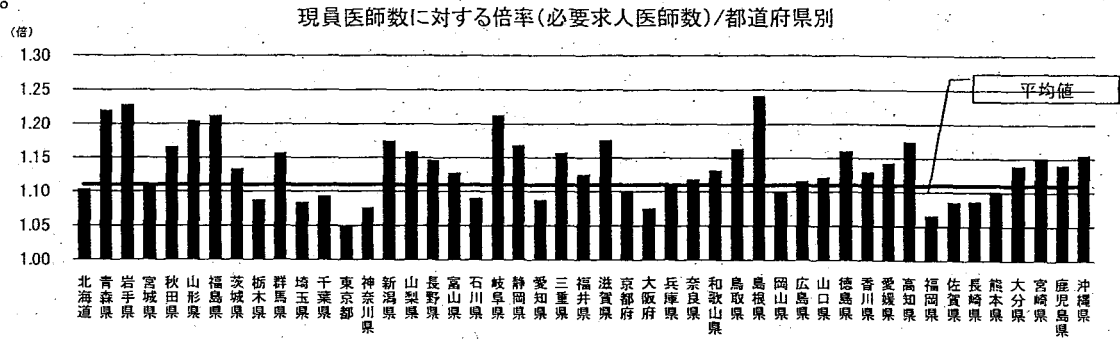
分娩取扱い医師(再掲)の必要求人医師数は、796人であり、現員医師数に対する倍率は、1.11倍であった。また、分娩取扱い医師(再掲)の必要医師数は、1,124人であり、現員医師数に対する倍率は、1.15倍であった。

区分	現員医師数 A	必要求人医師数 B	倍率 (A+B)/A	必要医師数 C	倍率 (A+C)/A
正規雇用	5,988	683	1.11	944	1.16
短時間正規雇用	201	41	1.20	64	1.32
非常勤	1,123	72	1.06	116	1.10
計	7,312	796	1.11	1,124	1.15



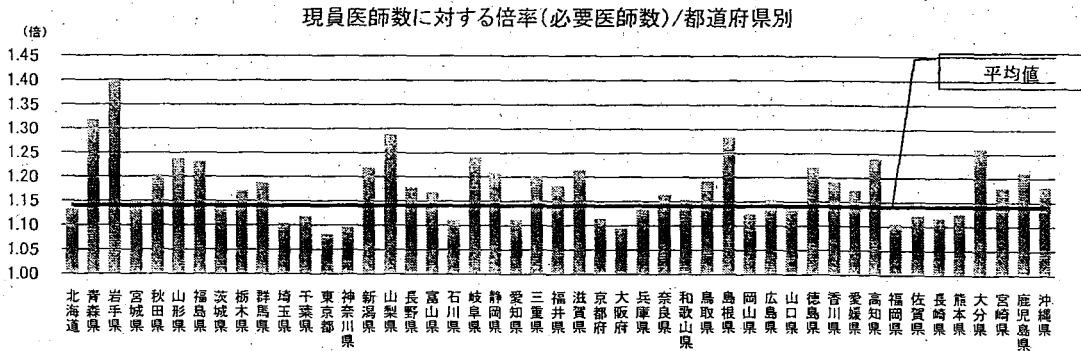
〔必要求人医師数(都道府県別)〕

現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍であった。



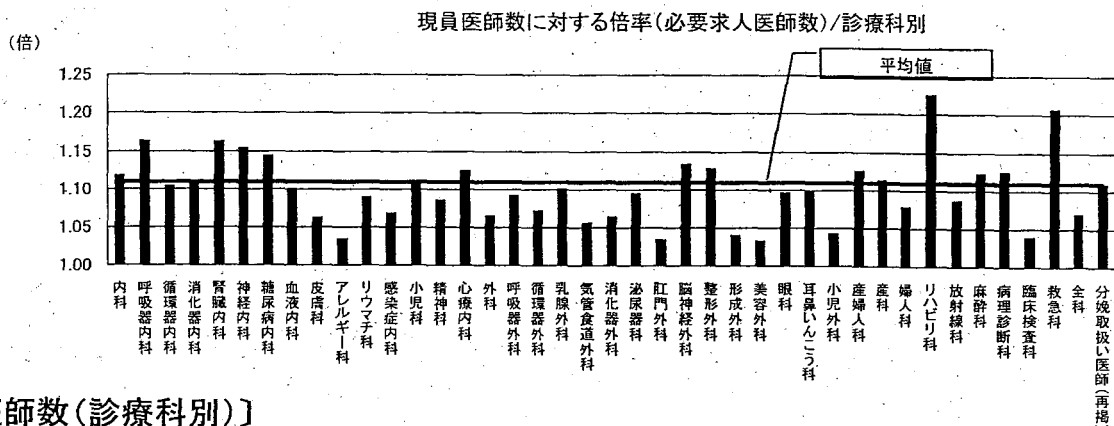
〔必要医師数(都道府県別)〕

現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍であった。



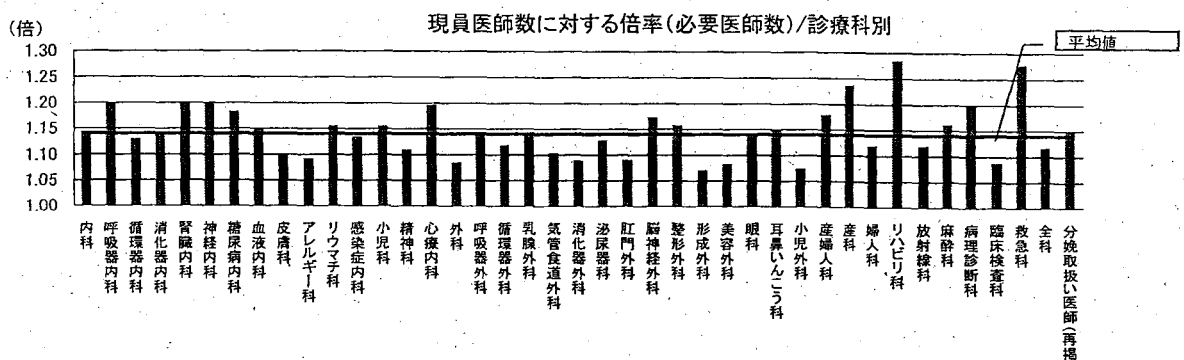
〔必要求人医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.11倍であった。



〔必要医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.15倍であった。



病院等における必要医師数実態調査の概要

I 病院等における必要医師数実態調査について

1. 調査の目的

本調査は、全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別必要医師数の実態、求人理由や求人方法の傾向、求人しているにもかかわらず充足しない理由、短時間正規雇用の導入状況等を把握し、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的としたものであり、厚生労働省が実施した調査としては初めてのものである。

なお、本調査の結果は、医療機関から提出された人数をそのまま集計したものである。

2. 調査の期日

平成22年6月1日現在

3. 調査の対象

全国の病院及び分娩取扱い診療所(10,262施設)

4. 回収の状況

調査対象医療機関は、病院8,683施設、分娩取扱い診療所1,579施設の計10,262施設であり、調査票提出医療機関は、病院7,687施設、分娩取扱い診療所1,011施設の計8,698施設であった。

回収率は、病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%であった。

	調査対象医療機関数 A	調査票提出医療機関数 B	回収率 B/A
病院	8,683施設	7,687施設	88.5%
分娩取扱い診療所	1,579施設	1,011施設	64.0%
計	10,262施設	8,698施設	84.8%

5. 用語の定義

用語	定義
勤務形態	
正規雇用	1日の所定労働時間が8時間程度で週5日勤務を基本(いわゆるフルタイム)とし、期間の定めのない労働契約を締結している場合の勤務形態
短時間正規雇用	正規雇用の医師に比し、その所定労働時間が短いものの時間当たりの基本給及び賞与・退職金等の換算方法等が正規雇用の医師と同等で、期間の定めのない労働契約を締結している場合の勤務形態
非常勤	正規雇用、短時間正規雇用以外の勤務形態 ※ 非常勤は、週当たり延べ勤務時間数を40時間で除して常勤換算している
現員医師数	調査時点において、医療機関に従事している正規雇用医師数、短時間正規雇用医師数、非常勤医師の常勤換算数を合計した医師数 ※ 医療法にいう臨床研修を受けている医師(初期臨床研修医)は除く

必要医師数	地域医療において、現在、医療機関が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数 ※ 初期臨床研修医は調査の対象外
必要求人医師数	必要医師数のうち、調査時点において、求人しているにもかかわらず充足されていない医師数
必要非求人医師数	必要医師数のうち、調査時点において、求人していない医師数

II 調査の結果

1. 現員医師数の状況について

調査票の提出のあった医療機関の現員医師数は167,063人で、勤務形態別の内訳は正規雇用132,937人、短時間正規雇用3,532人、非常勤30,594人であった。

現員医師数に対する短時間正規雇用医師の割合は2.1%であった。

女性医師については、

・女性医師は29,129人で、現員医師数に対する割合は17.4%、

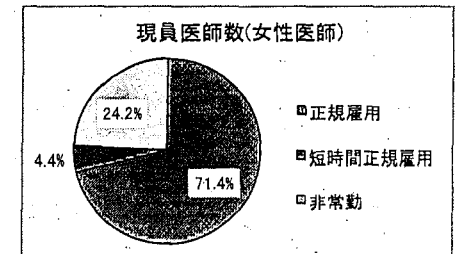
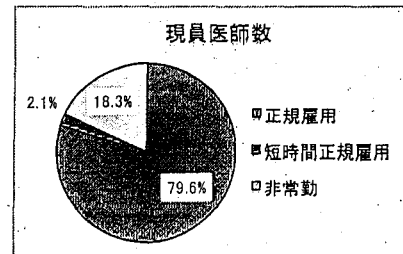
・短時間正規雇用医師のうち女性医師は1,286人で短時間正規雇用医師数に対する割合は36.4%であった。

また、分娩取扱い医師(再掲)は7,312人で、勤務形態別の内訳は正規雇用5,988人、短時間正規雇用201人、非常勤1,123人であった。

なお、現員医師数に初期臨床研修医は含めていない。初期臨床研修医は全国に約15,000人程度おり、毎年約7,600人程度が研修を終えて医療現場に従事している。

単位:人

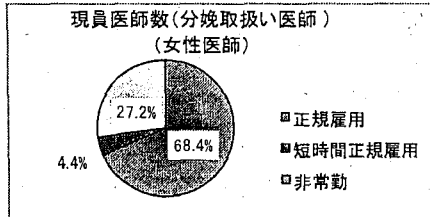
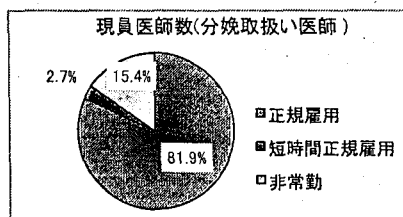
	現員医師数			
	A=B+C+D	正規雇用 B	短時間正規雇用 C	非常勤 D
現員医師数	167,063	132,937	3,532	30,594
うち女性医師	29,129	20,792	1,286	7,051
女性医師の割合	17.4%	15.6%	36.4%	23.0%



【分娩取扱い医師(再掲)】

単位:人

	現員医師数			
	A=B+C+D	正規雇用 B	短時間正規雇用 C	非常勤 D
現員医師数	7,312	5,988	201	1,123
うち女性医師	2,407	1,646	107	654
女性医師の割合	32.9%	27.5%	53.2%	58.3%



2. 必要医師数の状況について

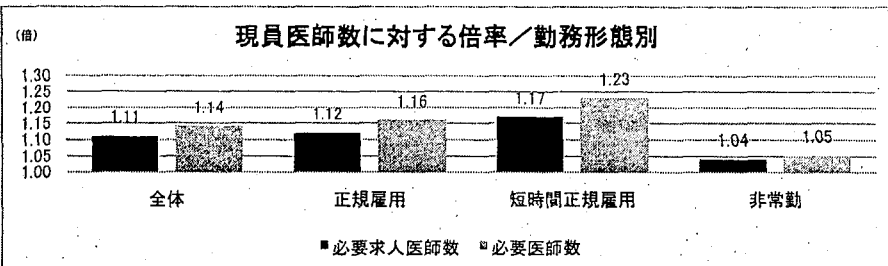
(1) 必要医師数(総数)

必要求人医師数は、18,288人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の1.11倍であった。また、調査時点において求人していないが、医療機関が必要と考えている必要求人医師数を含めた必要医師数は、24,033人であり、現員医師数と必要医師数の合計数は、現員医師数の1.14倍であった。

分娩取扱い医師(再掲)の必要求人医師数は、796人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の1.11倍であった。また、調査時点において求人していないが、医療機関が必要と考えている必要求人医師数を含めた必要医師数は、1,124人であり、現員医師数と必要医師数の合計数は、現員医師数の1.15倍であった。(以下の倍率は、すべて「現員医師数に対する倍率」である)

単位:人、倍

区分	現員医師数 A	必要求人医師数 B	(参考) 必要医師数 C	
			倍率 (A+B)/A	倍率 (A+C)/A
正規雇用	132,937	16,488	1.12	1.16
短時間正規雇用	3,532	617	1.17	1.23
非常勤	30,594	1,183	1.04	1.05
計	167,063	18,288	1.11	1.14

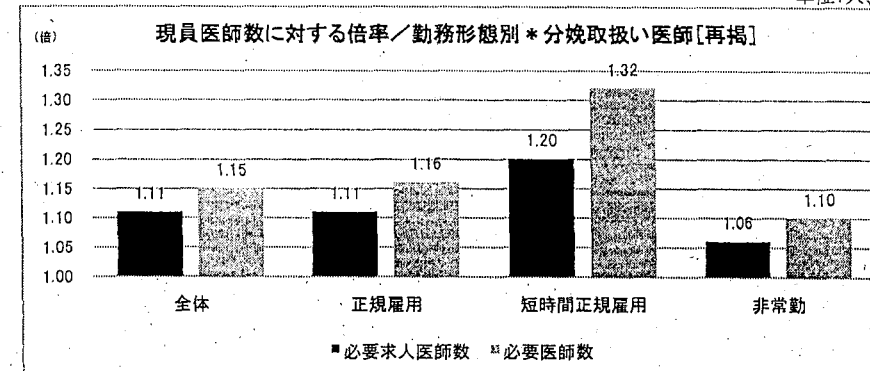


【分娩取扱い医師(再掲)】

単位:人、倍

区分	現員医師数 A	必要求人医師数 B	(参考) 必要医師数 C	
			倍率 (A+B)/A	倍率 (A+C)/A
正規雇用	5,988	683	1.11	1.16
短時間正規雇用	201	41	1.20	1.32
非常勤	1,123	72	1.06	1.10
計	7,312	796	1.11	1.15

単位:人、倍



(2) 必要医師数(都道府県別)

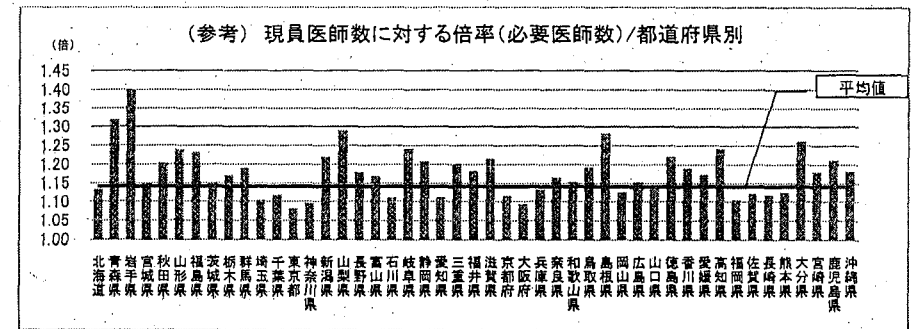
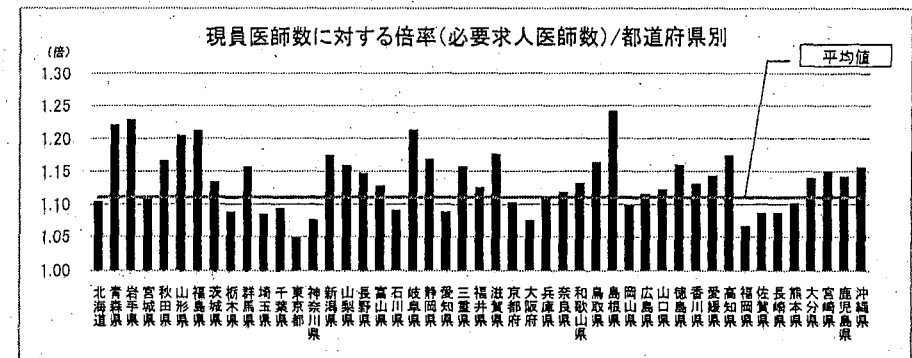
必要求人医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍であった。

また、調査時点において求人していないが、医療機関が必要と考えている必要求人医師数を含めた必要医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍であった。

(単位:人、倍)

都道府県	現員医師数 A	必要求人医師数 B		(参考) 必要医師数 C	
		必要求人医師数	倍率 (A+B)/A	必要医師数	倍率 (A+C)/A
北海道	7,567	785	1.10	1,007	1.13
青森県	1,520	335	1.22	484	1.32
岩手県	1,600	365	1.23	640	1.40
宮城県	2,408	267	1.11	360	1.15
秋田県	1,482	247	1.17	302	1.20
山形県	1,513	310	1.20	360	1.24
福島県	2,397	510	1.21	555	1.23
茨城県	3,292	440	1.13	492	1.15
栃木県	2,836	250	1.09	486	1.17
群馬県	2,490	393	1.16	469	1.19

都道府県	現員医師数 A	必要求人医師数 B		(参考) 必要医師数 C	
			倍率 (A+B)/A		倍率 (A+C)/A
埼玉県	6,757	571	1.08	705	1.10
千葉県	6,812	639	1.09	803	1.12
東京都	20,161	976	1.05	1,656	1.08
神奈川県	7,527	575	1.08	716	1.10
新潟県	2,698	473	1.18	591	1.22
山梨県	1,047	167	1.16	302	1.29
長野県	2,718	399	1.15	485	1.18
富山県	1,736	222	1.13	291	1.17
石川県	2,119	192	1.09	235	1.11
岐阜県	2,314	493	1.21	559	1.24
静岡県	4,149	701	1.17	861	1.21
愛知県	8,267	727	1.09	928	1.11
三重県	1,982	312	1.16	400	1.20
福井県	1,233	155	1.13	224	1.18
滋賀県	1,892	334	1.18	407	1.22
京都府	4,260	435	1.10	490	1.12
大阪府	13,008	982	1.08	1,219	1.09
兵庫県	7,393	820	1.11	986	1.13
奈良県	2,115	251	1.12	347	1.16
和歌山県	1,812	239	1.13	278	1.15
鳥取県	1,037	170	1.16	199	1.19
島根県	1,133	274	1.24	320	1.28
岡山県	3,358	331	1.10	419	1.12
広島県	3,971	461	1.12	607	1.15
山口県	2,132	260	1.12	307	1.14
徳島県	1,268	203	1.16	280	1.22
香川県	1,637	213	1.13	313	1.19
愛媛県	2,128	305	1.14	370	1.17
高知県	1,501	263	1.18	361	1.24
福岡県	7,976	527	1.07	843	1.11
佐賀県	1,378	119	1.09	167	1.12
長崎県	1,944	170	1.09	229	1.12
熊本県	2,839	289	1.10	356	1.13
大分県	1,812	253	1.14	473	1.26
宮崎県	1,566	235	1.15	283	1.18
鹿児島県	2,483	352	1.14	526	1.21
沖縄県	1,776	277	1.16	323	1.18
計	167,063	18,288	1.11	24,033	1.14



【分娩取扱い医師(再掲)】

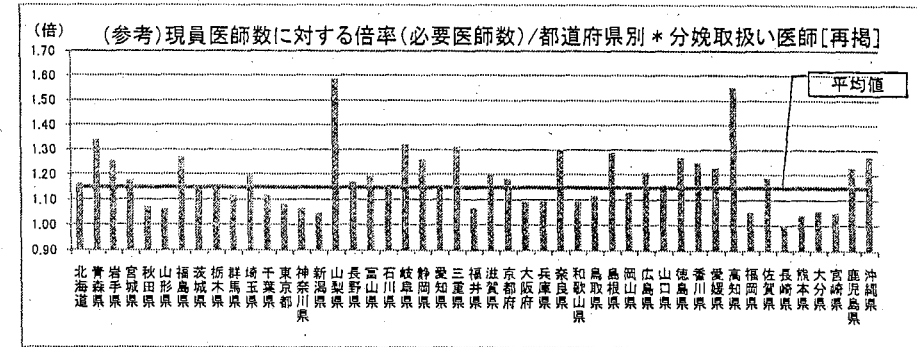
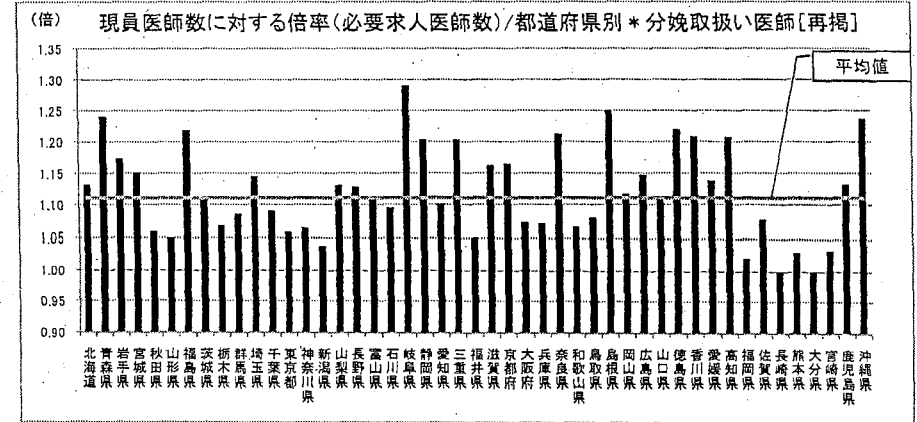
分娩取扱い医師(再掲)に係る必要求人医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率の高い都道府県は、岐阜県1.29倍、島根県1.25倍、青森県1.24倍であった。

また、調査時点において求人していないが、医療機関が必要と考えている必要非求人医師数を含めた必要医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率の高い都道府県は、山梨県1.59倍、高知県1.55倍、青森県1.34倍であった。

(単位:人、倍)

都道府県	現員医師数 A	必要求人医師数 B		(参考) 必要医師数 C	
			倍率(A+B)/A		倍率(A+C)/A
北海道	252	33	1.13	41	1.16
青森県	71	17	1.24	24	1.34
岩手県	98	17	1.17	25	1.26
宮城県	79	12	1.15	14	1.18
秋田県	69	4	1.06	5	1.07
山形県	81	4	1.05	5	1.06

都道府県	現員医師数 A	必要求人医師数 B		(参考) 必要医師数 C	
		倍率(A+B)/A		倍率(A+C)/A	
福島県	119	26	1.22	32	1.27
茨城県	169	19	1.11	26	1.15
栃木県	153	10	1.07	24	1.16
群馬県	129	11	1.09	15	1.12
埼玉県	297	43	1.14	58	1.20
千葉県	412	37	1.09	49	1.12
東京都	787	45	1.06	66	1.08
神奈川県	321	20	1.06	22	1.07
新潟県	105	4	1.04	5	1.05
山梨県	46	6	1.13	27	1.59
長野県	140	18	1.13	24	1.17
富山県	82	9	1.11	16	1.20
石川県	85	8	1.09	13	1.15
岐阜県	131	38	1.29	42	1.32
静岡県	177	36	1.20	46	1.26
愛知県	486	49	1.10	74	1.15
三重県	84	17	1.20	26	1.31
福井県	59	3	1.05	4	1.07
滋賀県	80	13	1.16	16	1.20
京都府	164	27	1.16	30	1.18
大阪府	591	42	1.07	55	1.09
兵庫県	321	22	1.07	30	1.09
奈良県	99	21	1.21	30	1.30
和歌山県	63	4	1.06	6	1.10
鳥取県	51	4	1.08	6	1.12
島根県	52	13	1.25	15	1.29
岡山県	120	14	1.12	16	1.13
広島県	156	23	1.15	33	1.21
山口県	93	10	1.11	15	1.16
徳島県	41	9	1.22	11	1.27
香川県	72	15	1.21	18	1.25
愛媛県	102	14	1.14	23	1.23
高知県	29	6	1.21	16	1.55
福岡県	250	5	1.02	13	1.05
佐賀県	53	4	1.08	10	1.19
長崎県	65	0	1.00	0	1.00
熊本県	98	3	1.03	4	1.04
大分県	70	0	1.00	4	1.06
宮崎県	58	2	1.03	3	1.05
鹿児島県	121	16	1.13	28	1.23
沖縄県	110	26	1.24	30	1.27
計	7,312	796	1.11	1,124	1.15



(3) 必要医師数(診療科別)

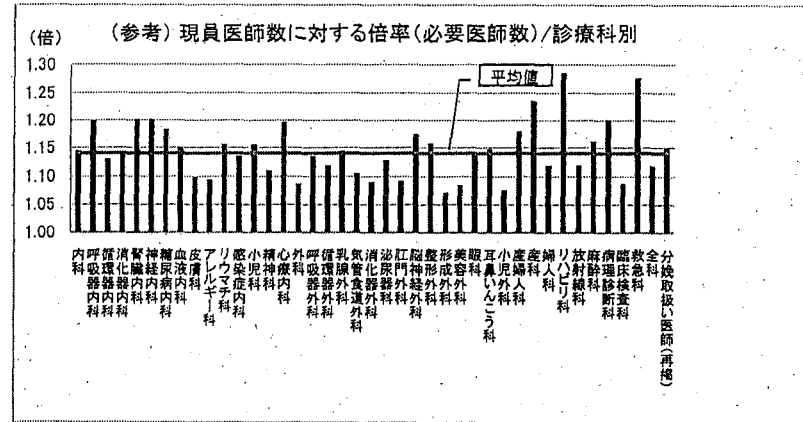
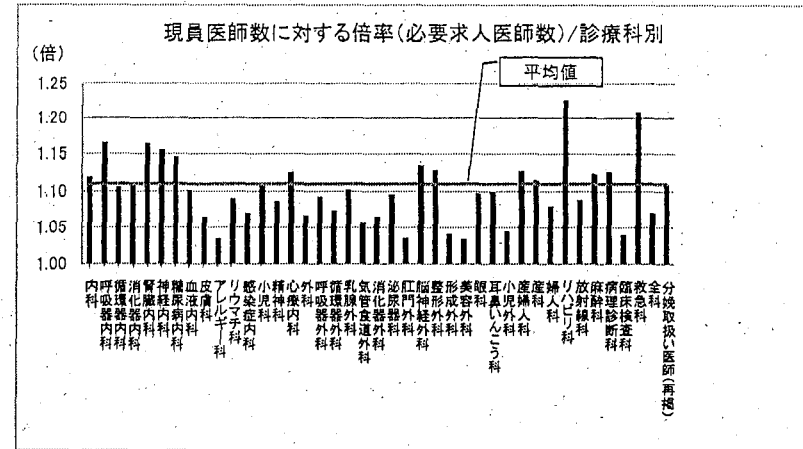
必要求人医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は、1.11倍であった。

また、調査時点において求人していないが、医療機関が必要と考えている必要求人医師数を含めた必要医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は、1.15倍であった。

(単位:人、倍)

	現員医師数 A	必要求人医師数 B		(参考) 必要医師数 C	
		倍率(A+B)/A		倍率(A+C)/A	
内科	27,558	3,284	1.12	3,975	1.14
呼吸器内科	4,002	660	1.16	801	1.20
循環器内科	8,251	873	1.11	1,077	1.13
消化器内科	7,690	853	1.11	1,065	1.14

	現員医師数 A	必要求人医師数 B		(参考) 必要医師数 C	
		必要数	倍率 (A+B)/A	必要数	倍率 (A+C)/A
腎臓内科	2,155	353	1.16	434	1.20
神経内科	3,528	550	1.16	712	1.20
糖尿病内科	1,898	276	1.15	348	1.18
血液内科	1,709	174	1.10	256	1.15
皮膚科	3,347	213	1.06	331	1.10
アレルギー科	258	9	1.03	24	1.09
リウマチ科	608	55	1.09	95	1.16
感染症内科	260	18	1.07	35	1.13
小児科	8,537	956	1.11	1,331	1.16
精神科	10,843	935	1.09	1,200	1.11
心療内科	341	43	1.13	67	1.20
外科	15,202	1,002	1.07	1,314	1.09
呼吸器外科	1,408	131	1.09	191	1.14
循環器外科	1,986	144	1.07	237	1.12
乳腺外科	714	73	1.10	103	1.14
気管食道外科	105	6	1.06	11	1.10
消化器外科	3,046	197	1.06	276	1.09
泌尿器科	4,790	461	1.10	616	1.13
肛門外科	228	8	1.04	21	1.09
脳神経外科	5,754	775	1.13	999	1.17
整形外科	12,373	1,598	1.13	1,963	1.16
形成外科	1,780	73	1.04	128	1.07
美容外科	59	2	1.03	5	1.08
眼科	4,621	451	1.10	660	1.14
耳鼻いんこう科	3,601	356	1.10	531	1.15
小児外科	726	32	1.04	55	1.08
産婦人科	7,450	946	1.13	1,339	1.18
産科	452	52	1.12	107	1.24
婦人科	1,084	86	1.08	130	1.12
リハビリ科	1,750	396	1.23	499	1.29
放射線科	5,101	449	1.09	614	1.12
麻酔科	7,421	921	1.12	1,204	1.16
病理診断科	1,283	162	1.13	259	1.20
臨床検査科	676	27	1.04	60	1.09
救急科	2,610	543	1.21	725	1.28
全科	1,829	128	1.07	216	1.12
合計	167,063	18,288	1.11	24,033	1.14
(再掲)分焼取扱い医師	7,312	796	1.11	1,124	1.15



3. 必要求人医師の求人理由・求人方法について(複数回答あり)

(1) 求人理由について(複数回答あり)

求人理由として多かったのは、「現員医師の負担軽減(入院又は外来患者数が多い)11,757件」、「退職医師の補充7,413件」、「現員医師の負担軽減(日直・宿直が多い)6,860件」であった。

求人理由	件数	全件数に占める割合
現員医師の負担軽減(入院又は外来患者数が多い)	11,757件	27.8%
退職医師の補充	7,413件	17.5%
現員医師の負担軽減(日直・宿直が多い)	6,860件	16.2%

求人理由	件数	全件数に占める割合
救急医療への対応	5,953件	14.1%
非常勤医師により滞りなく業務が進められているが 正規雇用が望ましいと考えるため	3,549件	8.4%
外部機関からの派遣等から自己確保へ	3,539件	8.4%
近々医師の退職が予定されているため	1,238件	2.9%
休診中の診療科の再開	966件	2.3%
休棟・休床している病棟・病床の再開	928件	2.2%
その他	102件	0.2%
計	42,305件	100.0%

その他(具体的理由)の回答として、「医師が高齢のため」、「医療法上の医師充足率のアップのため」、「地域住民からの要望があるため」などがあつた。

(2) 求人方法について(複数回答あり)

求人方法として多かつたのは、「大学(医局等)へ依頼13,691件」、「インターネットへ掲載11,676件」、「民間業者へ依頼9,200件」であつた。

求人方法	件数	全件数に占める割合
大学(医局等)へ依頼	13,691件	28.2%
インターネットへ掲載	11,676件	24.1%
民間業者へ依頼	9,200件	19.0%
個人的に依頼	5,760件	11.9%
医師会の医師バンク等へ登録	2,446件	5.0%
医学雑誌求人広告	2,415件	5.0%
都道府県へ依頼	2,258件	4.7%
都道府県ドクタープール制度の活用	947件	2.0%
その他	87件	0.2%
計	48,480件	100.0%

その他(具体的方法)の回答として、「全国自治体病院協議会への依頼」、「自治体との連携」、「就職相談会への参加」などがあつた。

(3) 医療機関の医師が充足されない背景などについて

「求人しているにもかかわらず医師が充足されない背景」、「医師を求人しなければならなくなった原因」について、自由記載の方式で質問したところ、回答は以下のとおりであつた。

① 求人しているにもかかわらず医師が充足されない背景

求人しているにもかかわらず医師が充足されない背景として多かつたのは、「求人している

診療科医師の絶対数が県内(地域内)で少ない4,212件」、「大学の医師派遣機能が低下している2,207件」であつた。

求人しているにもかかわらず医師が充足されない背景	件数	全件数に占める割合
求人している診療科医師の絶対数が県内(地域内)で少ない	4,212件	38.0%
大学の医師派遣機能が低下している	2,207件	19.9%
当院の勤務条件(当直や報酬等)と医師の希望との不一致	1,549件	14.0%
立地条件に不利がある	1,398件	12.6%
求人に対する応募がない、又は少ない	427件	3.8%
その他	1,295件	11.7%
計	11,088件	100.0%

② 医師を求人しなければならなくなった原因

医師を求人しなければならなくなった原因として多かつたのは、「他の病院への転職 開業、定年等による医師の退職(従前通りの体制を維持するために必要)3,650件」、「医師の引き上げ等大学の医師派遣機能の低下による医師が減少(従前通りの体制を維持するために必要)2,136件」であつた。

医師を求人しなければならなくなった原因	件数	全件数に占める割合
他の病院への転職、開業、定年等による医師の退職(従前通りの体制を維持するために必要)	3,650件	33.6%
医師の引き上げ等大学の医師派遣機能の低下による医師が減少(従前通りの体制を維持するために必要)	2,136件	19.6%
患者数、手術数の増加等地域ニーズの増大に対応することが必要	1,912件	17.6%
医師の勤務時間の短縮等勤務環境を改善することが必要	1,680件	15.4%
非常勤医師から正規雇用医師に切り替えるため	275件	2.5%
その他	1,225件	11.3%
計	10,878件	100.0%

4. 必要非求人医師数の必要理由・求人していない理由について(複数回答あり)

(1) 必要理由について(複数回答あり)

求人理由として多かつたのは、「現員医師の負担軽減(入院又は外来患者数が多い)、3,217件」、「現員医師の負担軽減(日直・宿直が多い)2,133件」「救急医療への対応1,196件」であつた。

必要理由	件数	全件数に占める割合
現員医師の負担軽減(入院又は外来患者数が多い)	3,217件	32.3%

必要理由	件数	全件数に占める割合
現員医師の負担軽減(日直・宿直が多い)	2,133件	21.4%
救急医療への対応	1,196件	12.0%
退職医師の補充	953件	9.6%
非常勤医師により滞りなく業務が進められているが、正規雇用が望ましいと考えるため	949件	9.5%
外部機関からの派遣等から自己確保へ	758件	7.6%
近々医師の退職が予定されているため	331件	3.3%
休診中の診療科の再開	212件	2.1%
休棟・休床している病棟・病床の再開	130件	1.3%
その他	86件	0.9%
計	9,965件	100.0%

その他(具体的理由)の回答として、「医師が高齢のため」、「診療の充実のため」、「育児休暇等への対応のため」などがあつた。

(2) 求人していない理由(複数回答あり)

求人していない理由として多かつたのは、「具体的な求人計画は今後検討2,863件」、「求人しても確保が見込めない1,834件」であつた。

求人していない理由	件数	全件数に占める割合
具体的な求人計画は今後検討	2,863件	47.5%
求人しても確保が見込めない	1,834件	30.4%
経営的理由	1,205件	20.0%
その他	122件	2.0%
計	6,024件	100.0%

その他(具体的理由)の回答として、「緊急性がない」、「縁故、知人で対応」などがあつた。

(3) 必要非求人医師数の求人開始時期などについて

必要非求人医師数の求人開始時期などについて自由記載の方式で質問したところ回答は多い順に、「数年後に求人する予定62件」、「大学からの派遣が困難44件」であつた。

求人開始時期など	件数	全件数に占める割合
数年後に求人する予定	62件	14.9%
大学からの派遣が困難	44件	10.6%
5～10年後に正規雇用医師のほとんどが定年を迎えるので、それまでに医師を確保する予定	21件	5.0%

求人開始時期など	件数	全件数に占める割合
その他	290件	69.5%
計	417件	100.0%

5. 医療機関の医師確保対策について(複数回答あり)

(1) 現在、医療機関で行っている医師確保対策の取り組みについて

現在、医療機関で行っている医師確保対策の取り組みとして多かつたのは、「勤務手当(手術手当、分娩手当などの労働基準法以外の手当)等の処遇改善3,339件」、「院内保育所の設置2,377件」、「医師事務補助者の設置2,207件」であつた。

現在、医療機関で行っている取り組み	件数	全件数に占める割合
勤務手当(手術手当、分娩手当などの労働基準法以外の手当)等の処遇改善	3,339件	24.9%
院内保育所の設置	2,377件	17.7%
医師事務補助者の設置	2,207件	16.4%
看護師等との業務分担見直しによる業務負担軽減	2,132件	15.9%
短時間正規雇用等弾力的な勤務形態の導入	1,892件	14.1%
交替制勤務の実施	1,229件	9.2%
その他	245件	1.8%
計	13,421件	100.0%

その他(具体的理由)の回答として、「非常勤医師の確保等による正規雇用医師の土日祝祭日の当直免除」、「研修費・研究費の支援(学会出席費用負担、研究日の付与等)」、「医師住宅の確保」などがあつた。

(2) 現時点では行っていないが、行えば効果が高いと考えられる取り組みについて

現時点では行っていないが、行えば効果が高いと考えられる取り組みとして多かつたのは、「医師事務補助者の設置2,543件」、「勤務手当(手術手当、分娩手当などの労働基準法以外の手当)等の処遇改善2,169件」、「短時間正規雇用等弾力的な勤務形態の導入1,934件」であつた。

効果が高いと考えられる取り組み	件数	全件数に占める割合
医師事務補助者の設置	2,543件	22.9%
勤務手当(手術手当、分娩手当などの労働基準法以外の手当)等の処遇改善	2,169件	19.5%
短時間正規雇用等弾力的な勤務形態の導入	1,934件	17.4%
看護師等との業務分担見直しによる業務負担軽減	1,804件	16.2%
交替制勤務の実施	1,473件	13.3%

効果が高いと考えられる取り組み	件数	全件数に占める割合
院内保育所の設置	965件	8.7%
その他	227件	2.0%
計	11,115件	100.0%

その他(具体的理由)の回答として、「給与の処遇改善(年俸制の導入含む)」、「非常勤医師の確保等による正規雇用医師の土日祝祭日の当直免除」、「研修費・研究費の支援(学会出席費用負担、研究費の付与等)」などがあった。

医師確保対策の取り組み紹介

大和市立病院は、平成17年には47人の診療体制であったが、平成19年度からの短時間正規雇用等弾力的な勤務形態の導入、外勤当直(非常勤医師)の採用による正規雇用医師の当直回数削減、等の取り組みにより、平成22年には71人の診療体制となった。

現在の求人は正規雇用の消化器内科医3名、神経内科医2名まで減っている。

- 医療機関名 大和市立病院
- 所在地 神奈川県大和市深見西8-3-6
- 病床数 403床(一般病床)
- 標榜診療科 24診療科
- 主な診療機能 がん特定病床90床、SCU6床、災害拠点病院、救急病院、臨床研修病院(基幹型)

○正規雇用医師の推移

各年4月1日現在

	H17	H18	H19	H20	H21	H22
正規雇用医師	47人	49人	54人	61人	62人	71人
うち女性医師	7人	10人	13人	16人	13人	17人
(再掲)産科医	4人	2人	4人	3人	2人	6人
(再掲)小児科医	3人	1人	4人	4人	4人	6人
短時間正規雇用医師	—	—	—	1人	2人	1人
うち女性医師	—	—	—	1人	2人	1人

○医師確保の取り組み

- 平成19年度～
 - ・短時間正規雇用等弾力的な勤務形態の導入
子育て中の女性医師が就職できる育児期間中(小学校就学まで)の週3日ないし4日勤務できる任期付短時間勤務職員制度を導入
 - ・外勤当直(非常勤医師)の採用による正規雇用医師の当直回数の減
労働環境の改善を図る取り組みとして、正規雇用医師の当直回数の減を図るため、非常勤医師を雇用して正規雇用医師の負担軽減を実施また、育児期間中(小学校就学まで)の任期付短時間勤務職員は当直勤務を免除
- 平成20年度～
 - ・短時間正規雇用等弾力的な勤務形態の導入
在職中の職員のために育児短時間勤務制度を導入
 - ・24時間保育の導入
院内託児施設(定員75名)を平成20年12月から24時間保育を導入
- 平成21年度～
 - ・勤務手当等の処遇改善
救急勤務従事に対する手当、管理職の緊急呼出に対する手当、産婦人科医の分娩業務に従事する手当など勤務実績を評価する手当を導入
 - ・看護師等との業務分担見直しによる業務負担軽減
 - ・医師事務補助者の配置

▶ その他の取り組み

- ・産前産後8週間、産休の完全付与と子が3歳までの間の育児休業制度の実施

○現在の求人状況

正規雇用の消化器内科医3名、神経内科医2名について、開業による退職や他病院への転職等により求人している。

◎本調査の詳細な結果の公表について

今後、基本情報データとの関連を含めた地域における医師確保に関わる情報

①病床規模別の必要医師数

②都道府県、二次医療圏ごとの人口10万人当たりの必要医師数

③求人理由等の地域ごとの傾向 等

を分析し、年内を目途に詳細な調査結果を公表する予定。

チーム医療の推進に関する検討会

趣旨

チーム医療を推進するため、厚生労働大臣の下に有識者で構成される検討会を開催し、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方等について検討を行う。【平成22年3月19日に報告書を取りまとめ】

構成員

(○：座長)

- | | | | |
|--------|---------------------|--------|---------------------|
| 秋山 正子 | ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長 | 島崎 謙治 | 政策研究大学院教授 |
| 有賀 徹 | 昭和大学医学部救急医学講座教授 | 瀬尾 憲正 | 自治医大麻酔科学・集中治療医学講座教授 |
| 井上 智子 | 東京医科歯科大学大学院教授 | 竹股喜代子 | 亀田総合病院看護部長 |
| 海辺 陽子 | NPO法人がんと共に生きる会副理事長 | ○永井 良三 | 東京大学大学院医学研究科教授 |
| 大熊由紀子 | 国際医療福祉大学大学院教授 | 西澤 寛俊 | 全日本病院協会会長 |
| 太田 秀樹 | 医療法人アスミス理事長 | 羽生田 俊 | 日本医師会常任理事 |
| 加藤 尚美 | 日本助産師会会長 | 宮村 一弘 | 日本歯科医師会副会長 |
| 川嶋 みどり | 日本赤十字看護大学教授 | 山本 信夫 | 日本薬剤師会副会長 |
| 坂本 すが | 日本看護協会副会長 | 山本 隆司 | 東京大学大学院法学政治学研究科教授 |
| 朔 元則 | 国立病院機構九州医療センター名誉院長 | | |

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書）①

1. 基本的な考え方

- 「チーム医療」とは「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」。
- 「チーム医療」の効果は、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上。
- チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、という方向で様々な取組を進める必要。

2. 看護師の役割の拡大

- チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、①看護師が自律的に判断できる機会の拡大、

②看護師の実施可能な行為の拡大、によって、能力を最大限に発揮できる環境を用意する必要。

【自律的に判断できる機会の拡大】

- 看護師の能力等に応じた医師の「包括的指示」の活用が不可欠であるため、「包括的指示」の具体的な成立要件を明確化。

【看護師の実施可能な行為の拡大】

- 看護師が実施し得るか否か不明確な行為が多いことから、その能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為を拡大する方向で明確化。 ⇒ 看護業務に関する実態調査等を早急を実施

【行為拡大のための新たな枠組み】

- 一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（特定看護師（仮称））が、従来よりも幅広い医行為を実施できる新たな枠組みを構築する必要。 ⇒ 医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的に検討

<行為例>

◆CT・MRI等の実施時期の判断、読影の補助等 ◆縫合等の創傷処置 ◆副作用出現時等の薬剤変更・中止

- 当面は現行法下で試行。試行結果を検証、法制化を視野に具体的措置を検討。

※ 医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書）②

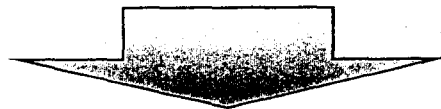
3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

- 薬剤師について、現行制度の下で実施可能な業務（積極的な処方提案、患者の薬学的管理等）を明確化することにより、病棟・在宅医療等における活用を促進。
- 助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士等について、各々の専門性を最大限に活用できるよう、業務の拡大等を推進（リハビリ関係職種による喀痰吸引等）。
- 医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クランク）について、量の確保（必要養成数の把握等）、質の確保（検定の導入等）、医療機関への導入支援等、導入の推進に向けた取組を推進。
- 介護職員について、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の医行為（喀痰吸引や経管栄養等）の実施方策を別途早急に検討。

3

4. 医療スタッフ間の連携の推進

- 各医療スタッフの専門性の向上や役割の拡大を活かすため、医療スタッフ間の連携（医療機関内における連携、在宅医療における地域横断的な連携等）の推進が重要。



- 社会的に認知されるような新たな枠組みとして、客観的な基準（体制・設備等）に基づいてチーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みや、認定を受けたことを広告できるようにする仕組みを検討する必要。
- 認定主体として、臨床現場の関係者、医師・看護師等の医療スタッフ関係者、教育関係者、関係学会等が参画する公正・中立的な第三者機関が必要。

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

- 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。
- このため、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務を以下のとおり整理。

(平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

薬剤師

- ① 薬剤選択等に関する積極的な処方提案
- ② 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施
- ③ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更提案
- ④ プロトコールに基づく薬剤の変更等
(医師等との協働) 等

リハビリテーション関係職種

- ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引
- ② 作業療法士の業務範囲の明確化

管理栄養士

- ① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等
- ② 特別治療食の内容・形態の提案
- ③ 経腸栄養剤の種類を選択・変更の提案

臨床工学技士

- ① 喀痰等の吸引
- ② 動脈留置カテーテルからの採血

診療放射線技師

- ① 画像診断における読影の補助
- ② 放射線検査等に関する説明・相談

その他

- その他の医療スタッフの積極的な活用
- MSWや診療情報管理士等の積極的な活用
- 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

チーム医療推進会議

趣旨

「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ）を受け、様々な立場の有識者から構成される会議を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行う。（平成22年5月12日に設置）

構成員

（○：座長）

- | | | | |
|---------|---------------------|-------|--------------------|
| 太田 秀樹 | 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長 | 中山 洋子 | 日本看護系大学協議会 会長 |
| 小川 彰 | 全国医学部長病院長会議 会長 | 半田 一登 | 日本理学療法士協会 会長 |
| 北村 善明 | 日本放射線技師会 会長 | 藤川 謙二 | 日本医師会 常任理事 |
| 堺 常雄 | 日本病院会 会長 | 藤本 晴枝 | NPO法人地域医療を育てる会 理事長 |
| 坂本 すが | 日本看護協会 副会長 | 宮村 一弘 | 日本歯科医師会 副会長 |
| 島崎 謙治 | 政策研究大学院大学 教授 | 山本 信夫 | 日本薬剤師会 副会長 |
| ○ 永井 良三 | 東京大学大学院医学研究科 教授 | 山本 隆司 | 東京大学大学院法学政治学研究科 教授 |

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

趣旨

「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日 チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ）を受け、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向け、チーム医療を推進するための方策について検討を行う。（平成22年10月4日にチーム医療推進会議の下に設置）

構成員

（○：座長）

市川幾恵 昭和大学統括看護部長
遠藤康弘 埼玉県済生会栗橋病院 院長
小川克巳 熊本総合医療リハビリテーション学院
小沼利光 東京都済生会向島病院 医療技術部長
川越 厚 クリニック川越 院長
川島由起子 聖マリアンナ医科大学病院栄養部長
栗原正紀 長崎リハビリテーション病院 理事長
鈴木紀之 筑波メディカルセンター病院
法人事務局次長・副院長
高本眞一 三井記念病院 院長
田口良子 神奈川県三崎保健福祉事務所保健福祉課長
玉城嘉和 医療法人社団ピーエムエー理事長
近森正幸 近森病院 院長
土屋文人 東京医科歯科大学歯学部附属病院 薬剤長
徳田貞久 医療法人禎心会 理事長
中村春基 兵庫県立総合リハビリテーションセンター
リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部長

原口信次 東海大学医学部附属病院 診療技術部長
堀内成子 聖路加産科クリニック副所長
松阪 淳 国家公務員共済組合連合会
枚方公済病院 臨床工学科
三上祐司 総合病院東香里病院理事長
向井美恵 昭和大学口腔ケアセンター長
森田秋子 初台リハビリテーション病院 ST部門チーフ
○山口 徹 虎の門病院 院長

【オブザーバー】

岡本征仁 札幌市消防局警防部救急課長
柏木一恵 財団法人浅香山病院 社会復帰部長
須貝和則 東埼玉総合病院医事課長
津川律子 日本大学文理学部心理学科教授
取出涼子 初台リハビリテーション病院 教育研修局
SW部門チーフ
畠山仁美 須崎市社会福祉協議会 事務局次長

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ

趣旨

「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日 チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ）を受け、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向け、チーム医療を推進するための看護業務の在り方についての検討を行う。（平成22年5月26日にチーム医療推進会議の下に設置）

構成員

（○：座長）

秋山正子 ケアーズ白十字訪問看護ステーション 統括所長

○有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 教授

真田弘美 東京大学大学院医学系研究科 教授

井上智子 東京医科歯科大学大学院 教授

竹股喜代子 医療法人鉄蕉会 医療管理本部 看護管理部長

大滝純司 東京医科大学医学教育学講座 教授

英 裕雄 医療法人社団 三育会 理事長

川上純一 浜松医科大学附属病院 教授 薬剤部長

星 北斗 財団法人星総合病院 理事長

神野正博 社会医療法人財団董仙会 理事長

前原正明 防衛医科大学校外科学講座 教授

小松浩子 慶應義塾大学看護医療学部 教授

山本隆司 東京大学大学院法学政治学研究科 教授

チーム医療の推進について
(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)

平成22年3月19日

厚生労働省

はじめに

本検討会は、平成21年8月に、「チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」ことを目的に発足した。以来、11回にわたり、関係者からのヒアリングを行いつつ、検討を重ねてきたが、今般、その結果を報告書としてまとめるに至った。今後、厚生労働省を始めとする関係者がチーム医療を推進していく上で、本報告書を参考とすることを強く期待したい。

1. 基本的な考え方

- チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。
- 質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。
- また、各医療スタッフの知識・技術の高度化への取組や、ガイドライン・プロトコール等を活用した治療の標準化の浸透などが、チーム医療を進める上での基盤となり、様々な医療現場でチーム医療の実践が始まっている。
- 患者・家族とともにより質の高い医療を実現するためには、1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、これをチーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要である。
- チーム医療がもたらす具体的な効果としては、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。
- 今後、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった方向を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取組を進め、これを全国に普及させていく必要がある。
- なお、チーム医療を進めた結果、一部の医療スタッフに負担が集中したり、安全性が損なわれたりすることのないよう注意が必要である。また、我が国の医療の在り方を変えていくためには、医療現場におけるチーム医療の推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立、さらには医療と介護の連携等といった方向での努力をあわせて重ねていくことが不可欠である。

2. 看護師の役割の拡大

(1) 基本方針

- 看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のギーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい。
- 一方で、近年、看護教育の実態は大きく変化しており、大学における看護師養成が急増するなど教育水準が全体的に高まるとともに、水準の高い看護ケアを提供し得る看護師（（社）日本看護協会が認定を実施している専門看護師・認定看護師等）の増加、看護系大学院の整備の拡大等により、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある。
- このような状況を踏まえ、チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、一人一人の看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、
 - ① 看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、
 - ② 看護師が実施し得る行為の範囲を拡大するとの方針により、その能力を最大限に発揮できるような環境を用意する必要がある。

(2) 「包括的指示」の積極的な活用

- 保健師助産師看護師法（以下「保助看法」という。）第37条に規定する医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること（包括的指示）も可能であると解されているが、「包括的指示」が成立するための具体的な要件はこれまで明確にされていない。
- 今後、看護師が自律的に判断できる機会を拡大するためには、看護師の能力等に応じ、医師の「包括的指示」を積極的に活用することが不可欠であることから、この際、「包括的指示」が十全に成立するための要件を、例えば以下のように明確化すべきである。
 - ① 対応可能な患者の範囲が明確にされていること
 - ② 対応可能な病態の変化の範囲が明確にされていること
 - ③ 指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容（判断の規準、処置・検査・薬剤の使用の内容等）が示されていること
 - ④ 対応可能な病態の変化の範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていること
- また、「包括的指示」の実施に当たっては、医師と看護師との間で指示内容の認識に齟齬が生じないように、原則として、指示内容が標準的プロトコール（具体的な処置・検査・薬剤の使用等及びその判断に関する規準を整理した文書）、クリティカルパス（処置・検査・

薬剤の使用等を含めた詳細な診療計画)等の文書で示されていることが望ましい。さらに、「包括的指示」による処置等が適切に実行されたかどうか事後的に検証できるよう、その指示に基づく処置等の内容を記録・管理しておくことが重要である。

(3) 看護師の実施可能な行為の拡大・明確化

- 保助看法第37条により、看護師は、医師の指示がある場合には、自らの業務（保助看法第5条の「診療の補助」）として医行為を行うことができることとされている。しかし、実施に当たり高度な医学的判断や技術を要する医行為については、本来医師が自ら行うべきものであり、「診療の補助」の範囲を超えていることから、たとえ医師の指示があったとしても看護師には行い得ないものと解されている。
- 個々の医行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度等を総合的に勘案し、社会通念に照らして判断されるものであり、従来、厚生労働省は、折々の状況に応じ「診療の補助」の範囲に関する見解を明らかにしてきた。最近では、平成14年に静脈注射、平成19年に薬剤の投与量の調節等が「診療の補助」の範囲に含まれることを示している。
- もっとも、これら以外の医行為についても「診療の補助」の範囲に含まれているかがなお不明確なものが多く、その結果、医療現場に混乱を招いているとの指摘がある。また、医療技術の進歩や看護教育の水準の全体的な向上を受けて、看護師が能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為の範囲をさらに拡大することが期待されている。
- このため、看護師が「診療の補助」として安全に実施することができる行為の範囲を拡大する方向で明確化することが適当であり、その具体化に必要な看護業務に関する実態調査や試行等を早急に実施すべきである。

(4) 行為拡大のための新たな枠組みの構築

- 上記のように、まずは看護師により実施可能な行為の範囲を拡大・明確化する方向で取り組むことが求められているが、さらに、近年、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成が急速に進みつつあり、その能力を医療現場で最大限に発揮させることが期待されている。
- こうした期待に応え、医療の安全と患者の安心を十分に確保しつつ、看護師の専門性を活かして医療サービスの質や患者のQOLをより一層向上させるためには、看護師により実施することが可能な行為を拡大することと併せて、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（以下「特定看護師」（仮称）という。）が、従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為（以下「特定の医行為」という。「別紙」参照）を医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する必要がある。
- この枠組みの構築に当たっては、特に、「特定の医行為」の範囲や特定看護師（仮称）の

要件をどう定めるかが重要となるが、これらの点については、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。また、特定看護師（仮称）の養成の状況が不明確な中では、現場の混乱をできるだけ少なくしていくような配慮も必要である。

- したがって、当面、現行の保助看法の下において、医療安全の確保に十分留意しながら、特定看護師（仮称）が特定の医行為を実施することを原則とする内容の試行を行うことが適当である。また、この試行の中で、特定看護師（仮称）以外の看護師によっても安全に実施し得ると判断される行為があるかどうかも含めて検証することが望ましい。その上で、試行の結果を速やかに検証し、医療安全の確保の観点から法制化を視野に入れた具体的な措置を講じるべきである。
- また、医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う看護師・特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要である。さらに、いわゆる「フィジシャン・アシスタント」（PA）については、看護師等の業務拡大の動向等を踏まえつつ、外科医を巡る様々な課題（外科医の業務負担、処遇、専門医養成システム等）の一環として、引き続き検討することが望まれる。
- なお、一部の委員から、「特定の医行為は特定看護師（仮称）しか実施できないとした場合には、医療現場が混乱するおそれがある」として、特定看護師（仮称）の導入について強い懸念が表明された。

(5) 専門的な臨床実践能力の確認

- 特定看護師（仮称）には、その業務の性格に照らし、看護師としての豊富な実務経験とともに、さらに基礎医学・臨床医学・薬理学等の履修や特定の医行為に関する十分な実習・研修が求められる。また、全国的な通用性を確保するためには、実務経験や教育・研修の結果修得した知識・判断力・技術について、公正・中立的な第三者機関による確認も必要である。
- 以上から、特定看護師（仮称）の要件としては、基本的には、①看護師として一定の実務経験を有し、②特定看護師（仮称）の養成を目的とするものとして第三者機関が認定した大学院修士課程を修了し、③第三者機関による知識・能力・技術の確認・評価を受けること、が適当であるが、その詳細については、以下の点にも留意しながら、医療現場や類似の看護師の養成に取り組む大学院修士課程の関係者等の協力を得て専門的・実証的な検討を行った上で決定する必要がある。
 - (7) 実務経験の程度や実施し得る特定の医行為の範囲に応じて②の修士課程修了の代わりに比較的短期間の研修等を要件とするなど、弾力的な取扱いとするよう配慮する必要があること。
 - (4) 一定期間ごと（例えば5年ごと）に能力を確認・評価する仕組み（更新制）や、業務の実施に必要とされる専門性に応じて一定の分野ごとに能力を確認・評価する仕組みを

設けるなど、専門的な臨床実践能力を十分に確保できるよう配慮する必要があること。

(ウ) 特定看護師（仮称）の養成課程については、質・量ともに充実した臨床実習（医師等の実務家教員や実習病院の確保等）が可能となるよう配慮する必要があること。

○ なお、現在、多くの看護系大学院修士課程において、専門看護師の養成が行われているが、特定看護師（仮称）の新たな枠組みの構築を踏まえ、専門看護師の業務や養成の在り方についても、必要に応じ関係者による見直しが行われることが期待される。

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

(1) 薬剤師

- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。
- また、近年は後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤の幅広い知識が必要とされているが、病棟において薬剤師が十分に活用されておらず、医師や看護師が注射剤の調製（ミキシング）、副作用のチェックその他薬剤の管理業務を担っている場面も少なくない。
- さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。
- 一方で、日本医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」、日本病院薬剤師会が認定する「専門薬剤師」「認定薬剤師」等、高度な知識・技能を有する薬剤師が増加している。
- こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

【業務例】

- ・ 医師・薬剤師等で事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、医師・看護師と協働して薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間の変更や検査のオーダーを実施
- ・ 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について積極的な処方提案
- ・ 薬物療法を受けている患者（在宅患者を含む。）に対する薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）
- ・ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、薬剤の変更等を医師に提案
- ・ 薬物療法の経過等を確認した上で、前回処方と同一内容の処方を医師に提案
- ・ 外来化学療法を受けている患者に対するインフォームドコンセントへの参画及び薬学的管理
- ・ 入院患者の持参薬の確認・管理（服薬計画の医師への提案等）
- ・ 定期的に副作用の発現の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤
- ・ 抗がん剤等の適切な無菌調剤

- また、医療スタッフそれぞれの専門性を活かして薬剤の選択や使用に関する業務を行う場合も、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定される。このような場面において、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができるような体制を整えることも重要である。
- 今後は、平成 24 年度から新制度（薬学教育 6 年制）下で教育を受けた薬剤師が輩出されることを念頭に、医療現場（医師・薬剤師・患者等）における薬剤師の評価を確立する必要がある。その上で、将来的には、医療現場におけるニーズも踏まえながら、例えば
 - ・ 薬剤師の責任下における剤形の選択や薬剤の一包化等の実施
 - ・ 繰り返し使用可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）の導入
 - ・ 薬物療法への主体的な参加（薬物の血中濃度測定のための採血、検査オーダ等の実施）
 - ・ 一定の条件の下、処方せんに記載された指示内容を変更した調剤、投薬及び服薬指導等の実施
 等、さらなる業務範囲・役割の拡大について、検討することが望まれる。

(2) 助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。
- 一般的に正常分娩の範囲と考えられる場合であっても、分娩時に会陰に裂傷が生じるケースがあるが、この会陰裂傷の縫合については、従来、助産師による実施の可否が明確にされておらず、現場においても判断が分かってきた。会陰裂傷の縫合については、安全かつ適切な助産を行う上で必要性の高い行為であることを考慮しつつ、安全性の確保の観点から、助産師が対応可能な裂傷の程度や助産師と産科医の連携の在り方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行い、その結果を踏まえて最終的な結論を得ることが適当である。

(3) リハビリテーション関係職種

- リハビリテーション関係職種については、患者の高齢化が進む中、患者の運動機能を維持し、QOLの向上等を推進する観点から、例えば、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーション（ベッドサイドリハ）や在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高まるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割がより大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、リハビリテーション関係職種がそれぞれの専門性を十分に活かし、安全で質の高いリハビリテーションを提供できるよう、それぞれ業務範囲の拡大等を行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。

【理学療法士】

- 理学療法士については、呼吸機能が低下した患者に対し、呼吸リハビリテーションの一環として「体位排痰法」（痰が溜まっているところが上になるように姿勢を変えて、重力を利用して喉もとまで痰を移動させる方法）等を実施する際、口の近くまで集めた痰を患者自身が自力で外に出すことができず、吸引が必要となるケースがある。
- この喀痰等の吸引については、従来、理学療法士法第2条に規定する「理学療法」の範囲に含まれるかどうか明らかでないため、理学療法士は実施することができないと考えられてきたが、理学療法的手法である「体位排痰法」等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを考慮し、理学療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【作業療法士】

- 作業療法士については、作業療法士法第2条の「作業療法」の定義中の「手芸、工作その他の作業を行わせること」という文言にとらわれ、医療現場において手工芸を行わせる職種といった認識が広がっている。しかしながら、実際には、「その他の作業を行わせること」として、例えば以下のようなリハビリテーションがある。
 - ・ 移動、食事、排泄、入浴、家事等の日常生活動作に関するADL訓練
 - ・ 発達障害や高次機能障害等に対するリハビリテーション
- これらのリハビリテーションにおける作業療法士の活用を推進し、作業療法士がチーム医療において十分に専門性を発揮できるよう、作業療法士法第2条の「その他の作業を行わせること」の内容を解釈上明確化すべきである。
- また、作業療法士についても、食事訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、食事訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを考慮し、作業療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【言語聴覚士】

- 言語聴覚士については、嚥下訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、嚥下訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを考慮し、言語聴覚士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

(4) 管理栄養士

- 管理栄養士については、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、管理栄養士の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下

において、

- ・ 一般治療食（常食）については、医師の包括的な指導に基づく食事内容や形態の決定・変更
 - ・ 特別治療食については、医師に対する食事内容や形態の提案（変更の提案を含む。）を行うことができる旨を明確化すべきである。
- また、患者に対する栄養指導についても、クリティカルパスによる明示等、医師の包括的な指導に基づき、適切な実施時期を判断しながら実施することができる旨を明確化すべきである。
- さらに、経腸栄養療法を行う際、様々な種類の経腸栄養剤の中から各患者に合わせて選択・使用する必要があるところ、管理栄養士の専門性を活かし、経腸栄養剤の種類を選択・変更等を医師に提案することができる旨を明確化すべきである。

（５）臨床工学技士

- 臨床工学技士については、近年、医療技術の進歩による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっており、その専門性を活かした業務が円滑に実施できるよう、業務範囲の見直しを行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。
- 臨床工学技士が、患者に人工呼吸器を装着させる際、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために気管挿管チューブ内の喀痰等の吸引が必要となるケースがある。この喀痰等の吸引については、昭和 63 年に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、「吸引の介助」の実施が可能である旨は明らかにされているものの、「吸引」の実施の可否については明確にされておらず、臨床工学技士は実施することはできないと考えられてきたが、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、臨床工学技士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。
- また、臨床工学技士が、人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う際、血液中のガス濃度のモニターを行うため、既に動脈に留置されたカテーテルから採血を行う必要がある。この留置カテーテルからの採血については、臨床工学技士制度の創設当初（昭和 63 年）に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、安全かつ適切な業務の実施を確保する観点から、臨床工学技士は行ってはならない旨業務指針として示されている。しかしながら、制度が十分に成熟し、臨床現場における臨床工学技士に対する評価が定まってきた現在の状況にかんがみれば、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であること、臨床工学技士の技術の高度化を考慮し、臨床工学技士が行い得る行為として明確化すべきである。
- なお、「臨床工学技士業務指針」については、臨床工学技士制度の施行当初は安全かつ適切な業務実施を確保する観点から、厚生労働省が業務指針を示す必要性は高かったと考え

られるが、制度施行から20年以上が経過し、十分に制度が成熟した現状においては、職能団体や関係学会の自主的な取組によって、医療技術の高度化等に対応しながら適切な業務実施が確保されるべきである。こうした観点から、当該業務指針については、廃止も含め、今後の取扱いを検討すべきである。

(6) 診療放射線技師

- 診療放射線技師については、医療技術の進歩により悪性腫瘍の放射線治療や画像検査が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、診療放射線技師の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下、例えば、画像診断等における読影の補助や放射線検査等に関する説明・相談を行うことが可能である旨を明確化し、診療放射線技師の活用を促すべきである。

(7) 臨床検査技師

- 臨床検査技師については、近年の医療技術の進歩や患者の高齢化に伴い、各種検査に関係する業務量が増加する中、当該業務を広く実施することができる専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、臨床検査技師の専門性をさらに広い分野において発揮させるため、現在は臨床検査技師が実施することができない生理学的検査（臭覚検査、電気味覚検査等）について、専門家や関係学会等の意見を参考にしながら、追加的な教育・研修等の必要性も含め、実施の可否を検討すべきである。

(8) 事務職員等（医療クラーク等）

- 書類作成等（診断書、意見書、紹介状の作成等）に関する業務量の増加により、医師・看護師の負担が増加しており、一方で、患者側では書類作成までの時間が長期化していることなどへの不満が増大していることから、医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）を積極的に導入し、医師等の負担軽減を図るとともに、患者・家族へのサービス向上を推進する必要がある。
- こうした観点から、例えば、医療クラークの量の確保（必要養成数の把握等）、医療クラークの質の確保（認定・検定制度の導入等）、医療機関における医療クラークの導入支援（院内研修ガイドラインの作成）等、導入の推進に向けた取組を実施すべきである。
- また、医療クラークのみならず、看護業務等を補助する看護補助者、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の共有を推進する診療情報管理士、検体や諸書類・伝票等の運搬業務を担うポーターやメッセンジャー等、様々な事務職員を効果的に活用することに

より、医師等の負担軽減、提供する医療の質の向上、医療安全の確保を図ることが可能となる。こうした観点から、各種事務職員の導入の推進に向けた取組（医療現場における活用状況の把握、業務ガイドラインの作成、認定・検定制度の導入等）の実施を検討すべきである。

(9) 介護職員

- 地域における医療・介護等の連携に基づくケアの提供（地域包括ケア）を実現し、看護師の負担軽減を図るとともに、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていく必要がある。
- こうした観点から、介護職員による一定の医行為（たんの吸引や経管栄養等）の具体的な実施方策について、別途早急に検討すべきである。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

(1) 医療スタッフ間の連携の在り方

- 上記のような各医療スタッフの専門性の向上や業務範囲・役割の拡大を活かして、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、チームとしての方針の下、包括的指示を活用しつつ各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。
- 医療スタッフ間の連携・補完については、場面によって様々な取組が考えられるが、具体的には、例えば、以下のような取組が行われている。
 - ◆ 各診療科・部門の取組として、手順書やプロトコルの作成により平常時の役割分担や緊急時対応の手順・責任者を明確化するとともに、担当者への教育・訓練、医療スタッフ間における患者情報の共有や日常的なコミュニケーションを推進
 - ◆ 院内横断的な取組として、医師・歯科医師を中心に、複数の医療スタッフが連携して患者の治療に当たる医療チーム（栄養サポートチーム等）を組織

【医療チームの具体例】

- ・ 栄養サポートチーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士 等
- ・ 感染制御チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、臨床検査技師 等
- ・ 緩和ケアチーム：医師、薬剤師、看護師、理学療法士、MSW 等
- ・ 口腔ケアチーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士 等
- ・ 呼吸サポートチーム：医師、薬剤師、看護師、理学療法士、臨床工学技士 等
- ・ 摂食嚥下チーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士 等
- ・ 褥瘡対策チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士 等
- ・ 周術期管理チーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学技士、理学療法士 等

- ◆ 特定の疾患（がん、糖尿病・高血圧・高脂血症等の生活習慣病等）に対する取組として、複数の医療スタッフが連携して患者の治療や生活習慣の改善に当たるチームを組織
- ◆ 地域横断的な取組として、病院・診療所（医師）、歯科診療所（歯科医師）、訪問看護ステーション（看護師）、薬局（薬剤師）、保健所（保健師等）、介護保険事業所（ケアマネジャー）等が退院時カンファレンスに参加するなど、在宅医療・介護サービスにおける役割分担と連携を推進
- ◆ 周産期医療における取組として、院内助産所・助産師外来の設置や周産期医療ネットワークにおいて地域の助産所との連携体制を構築することにより、産科医と助産師の間で、正常分娩の助産業務を自立して実施できるという助産師の専門性を活かした役割分担と連携を推進

(2) 医療スタッフ間の連携の推進方策

- こうしたチーム医療の実践を全国に普及させるためには、各医療スタッフの専門性を活かした安全で質の高い医療を提供し得る環境を整えていることが社会的に認知される仕組みや、その質の高さが適正に評価される仕組みなど、医療機関に何らかのインセンティブが存在する必要がある。一方、患者・家族にとっても、こうした医療機関の存在が十分に情報提供され、医療機関を選択する際の有用な情報を容易に入手することができるような環境が整備されることが望ましい。
- こうした観点から、チーム医療の実践に必要とされる事項について、一定の客観的な基準を設けるとともに、当該基準を満たしている安全かつ良質な医療を提供し得る医療機関が社会的に認知・評価されるような新たな枠組みを構築する必要がある。
- 具体的には、例えば、チーム医療を行う体制が整えられているかどうか、チーム医療を行う設備が整備されているかどうか、チーム医療の具体的な活動が行われているかどうか、といった基準に基づき、公正・中立的な第三者機関においてチーム医療を推進する医療機関等として認定する仕組みを導入すること等を検討する必要がある。
- なお、認定基準の策定に当たっては、今後、医療現場の関係者等の協力を得ながら、医療現場の実態を踏まえた上で、安全性の確保など様々な観点から専門的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。
- また、チーム医療を推進する医療機関等として認定されたことについて、患者等が医療機関を選択する際の有用な情報として提供することができるよう、医療機関が広告することができる事項として位置づけるなど、チーム医療を推進する医療機関等が患者・医療現場から広く認知されるような仕組みを検討すべきである。
- さらに、チーム医療を推進するために必要なコストや、チーム医療の推進によって提供可能となる医療サービスの質の高さ等、種々のエビデンスについて、公正・中立的な第三者機関の協力を得ながら的確に検証・把握するとともに、必要に応じ、財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきである。

(3) 公正な第三者機関

- チーム医療を推進する医療機関等について、その水準を検証・評価し、質を確保するとともに、その評価が医療現場においてスムーズに受け入れられるためには、特定の医療スタッフ関係者等による評価システムではなく、医療関係者の幅広い協力を得て運営される客観的かつ公正な評価システムが必要である。
- このため、多様な医療スタッフから公平な立場で、国民の多様な意見を聴取しつつ、臨床現場の関係者、医師・看護師を始めとする医療スタッフ関係者、教育・養成現場の関係者、関係学会等が参画できる検討の場としての第三者機関が必要である。
- なお、特定看護師（仮称）等、チーム医療の推進に必要な人材の検証・評価に関するシステムについても、チーム医療を推進する医療機関等の検証・評価と同様の理由から、公正・中立的な第三者機関が担うべきである。

おわりに

- 本検討会では、医療現場の関係者の方々からヒアリングを行いながら、チーム医療を推進するための具体策について検討を重ね、本報告書を取りまとめたところであるが、厚生労働省においては、本報告書を受け、今後も関係者の意見を十分に尊重しながら、各種具体策の実現のために必要な準備に取り組まれることを期待する。
- また、医療技術の進歩や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力・専門性の程度や患者・家族・医療関係者のニーズ等が日々変化していることを念頭に置き、厚生労働省においては、今後も医療現場の動向を適切に把握するとともに、必要に応じ各医療スタッフの業務範囲を見直すなど、折々の状況に応じたチーム医療の在り方について、適時検討を行うべきである。
- さらに、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においては、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種連携に関する教育・啓発の推進といった観点から、種々の取組が積極的に進められることを期待する。

特定の医行為として想定される行為例

「特定の医行為」（従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為であり、特定看護師（仮称）が医師の指示を受けて「診療の補助」として実施。）は、例えば、重篤な合併症を誘発するリスクが低いこと、出血した場合の止血が容易であること、合併症への対処方法等が確立していること、予測し得る副作用が一時的かつ軽度であること等を基準として、以下のような行為が想定されるが、今後、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。なお、以下の行為については、専門的・実証的な調査・検討の結果、特定看護師（仮称）以外の看護師であっても安全に実施することができると判断される可能性がある。

チーム医療の推進の観点から、「特定の医行為」の実施に当たっては、薬剤師その他の医療スタッフと相談するなど十分な連携を図ることが望まれる。

◆ 検査等

- ・ 患者の重症度の評価や治療の効果判定等のための身体所見の把握や検査
 - ・ 動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施
 - ・ エコー、胸部単純X線撮影、CT、MRI 等の実施時期の判断、読影の補助等（エコーについては実施を含む。）
 - ・ IVR 時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理等
- これにより、救急外来において、必要に応じた検査を実施した上でトリアージを含む初期対応を行うことが可能となり、症状の早期改善、患者の不安解消等、サービスの向上につながる事となる。

◆ 処置

- ・ 人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管挿管、抜管等
 - ・ 創部ドレーンの抜去等
 - ・ 縫合等の創傷処置
 - ・ 褥瘡の壊死組織のデブリードマン等
- これにより、人工呼吸器装着中の患者への対応において、呼吸状態や検査データ等の把握から酸素投与量の調整、抜管の時期の判断、抜管の実施に至るまでの一連の行為を行うことが可能となり、診療計画の円滑な実施に資することとなる。
- また、創部ドレーンの抜去や創傷処置について、患者の身体的状態や療養生活の状況から適切な実施時期を判断して実施することが可能となり、患者のQOLの向上につながる事となる。

◆ 患者の状態に応じた薬剤の選択・使用

- ・ 疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠等への対症療法
 - ・ 副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止
- これにより、在宅療養中の患者に対して、必要に応じ検査を実施しながら全身状態

を把握した上で必要な薬剤を使用することにより、摂食不良、便秘異常、脱水等に対応することが可能となり、在宅療養の維持に資することとなる。

また、術後管理が必要な患者に対して、患者の状態に合わせて必要な時期に必要な薬剤（種類、量）を使用することが可能となり、状態悪化の防止、術後の早期回復等、患者のQOLの向上につながる事となる。

(参考)

チーム医療の推進に関する検討会 委員名簿

(五十音順 / ○：座長)

- | | |
|---------|-----------------------|
| 秋山 正子 | ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長 |
| 有賀 徹 | 昭和大学医学部救急医学講座教授 |
| 井上 智子 | 東京医科歯科大学大学院教授 |
| 海辺 陽子 | NPO法人がんと共に生きる会副理事長 |
| 大熊 由紀子 | 国際医療福祉大学大学院教授 |
| 太田 秀樹 | 医療法人アスムス理事長 |
| 加藤 尚美 | 日本助産師会会長 |
| 川嶋 みどり | 日本赤十字看護大学教授 |
| 坂本 すが | 日本看護協会副会長 |
| 朔 元則 | 国立病院機構九州医療センター名誉院長 |
| 島崎 謙治 | 政策研究大学院教授 |
| 瀬尾 憲正 | 自治医科大学麻醉科学・集中治療医学講座教授 |
| 竹股 喜代子 | 亀田総合病院看護部長 |
| ○ 永井 良三 | 東京大学大学院医学研究科教授 |
| 西澤 寛俊 | 全日本病院協会会長 |
| 羽生田 俊 | 日本医師会常任理事 |
| 宮村 一弘 | 日本歯科医師会副会長 |
| 山本 信夫 | 日本薬剤師会副会長 |
| 山本 隆司 | 東京大学大学院法学政治学研究科教授 |

へき地保健医療対策検討会報告書（概要）

1 はじめに

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。

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、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、都道府県ごとにへき地保健医療計画を整備することとなった。

2 へき地保健医療対策の現状と課題について

- 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都道府県であり、「協議会」の設置と活用実績があったのは8都道府県であった。
- 自治医科大学卒業医師で9年間の義務年限終了後もへき地で勤務を続けているのは29.5%であった。一方、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、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。
- へき地医療支援機構を設置しているのは39都道府県であり、へき地を有して未設置であるのは4県であった。また、当該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った。一方、へき地医療支援機構と「全く関わりがない」と回答したへき地診療所が52.4%に及んだ。
- へき地医療拠点病院やへき地診療所において、標準医師数を満たしていないのは約16%であった。へき地診療所の常勤医数は平均1.2人で、現在勤務している診療所に5年以上勤務が25.3%、10年以上勤務が14.4%存在していた。

3 国、都道府県、へき地医療を担う医療関係者等が果たすべき役割について

- (1) 都道府県は、今後、第1次へき地保健医療計画策定にあたり、へき地を中心とする地域医療の分析を行った上で、この度例示する先進事例を参考にして、改善策を具体的に策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国は研究班を活用するなどして、そのフォローアップを行うような仕組みを作る必要がある。この際併せて、地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策についても検討することが重要である。
- (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) 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、いわゆる総合医を育成していく必要がある。
- (4) 市町村が独自に大学と提携して医師を派遣してもらシステムや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。
- (5) 大学は、全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。

4 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。また、配置される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、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。

5 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。
- キャリアパス作成に当たっては、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、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に十分留意する必要がある。
- 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。
- 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が、新たな認定制度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。

6 へき地等における医療提供体制に対する支援について

- (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。
 - 一方、へき地医療拠点病院については、今般、診療報酬上の評価指標に選定されたことや質を確保する観点から、指定要件の見直しも含めて実績や体制にあった新たな評価指標を設けるよう今後研究班等で検討していく必要がある。
- (2) 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、引き続き支援していく必要がある。
- (3) 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。
- (4) 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られる。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。

へき地保健医療対策検討会報告書 (第11次)

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

平成22年3月

(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

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。

(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府県に上る状況を見ると、「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。

(8) 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きており、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お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枠出身者など地域医療に意識の高い医師を中心に位置づけることが考えられる。また、ある程度長く担当官として務められるようにすることが重要である。
- 専任担当官（医師）の勤務内容としては、へき地医療に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、ドクターブ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パス

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。
- さらには、地元中・高校生を対象とした、体験学習、出前講座など地域医療やへき地医療に関する学習の機会を積極的に設けてはどうかとの意見があった。
- なお、医学教育における地域医療実習（特にへき地医療）を充実させるとともに、この活動を財政的に支援するような取組を求める意見もあった。

2) 安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築について

- へき地勤務医等が、自分のキャリア形成や家族への影響について心配することなく勤務できるような、医師派遣（定期的な交代）の枠組み作りに必要な対策について検討する必要がある。

ア キャリアパスのあり方について

- キャリアパス作成に当たっては、以下の事項に十分留意する必要がある。
 - 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、適切に機能するのが危惧する。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。時間が経っても、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。

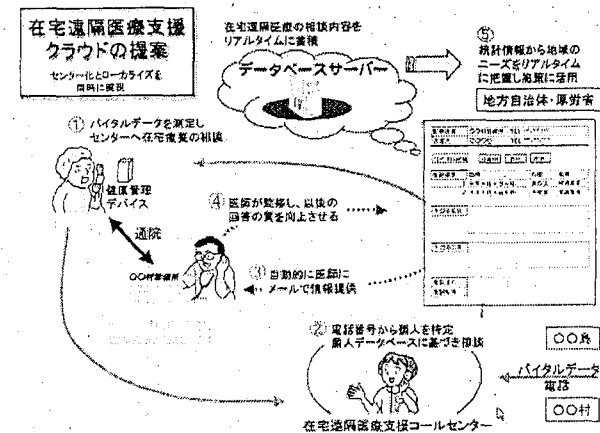
② 医師同士の診療支援という観点から、特に一人で診療しているような医師に対して、専門医が支援する画像診断等の診療支援の仕組み。

○ 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り消しとなるが、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り添っ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1次へき地保健医療計画策定にあたり、今後都道府県は、へき地を中心とする地域医療の分析を行った上で、この度例示する先進事例を参考にして、改善策を具体的に策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国は研究班を活用するなどして、そのフォローアップを行うような仕組みを作る必要がある。この際併せて、地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策についても検討することが重要である。
- 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られる。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

内田 健夫
 奥野 正孝
 梶井 英治
 木村 清志
 澤田 努
 澁谷 いづみ
 神野 雅子
 鈴木 正之
 高野 宏一郎
 対馬 逸子
 土屋 いち子
 角町 正勝
 内藤 和世
 中村 伸一
 富山 博
 前田 隆浩
 前野 一雄
 三阪 高春
 村瀬 澄夫
 吉新 通康

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
 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）
 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
 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
 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

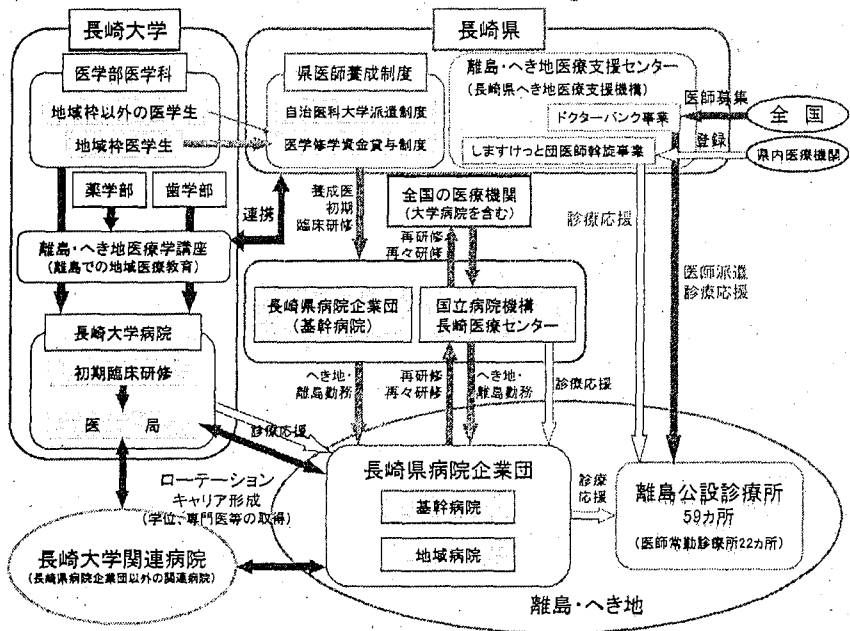
以上20名
 五十音順
 ○：座長

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)



13

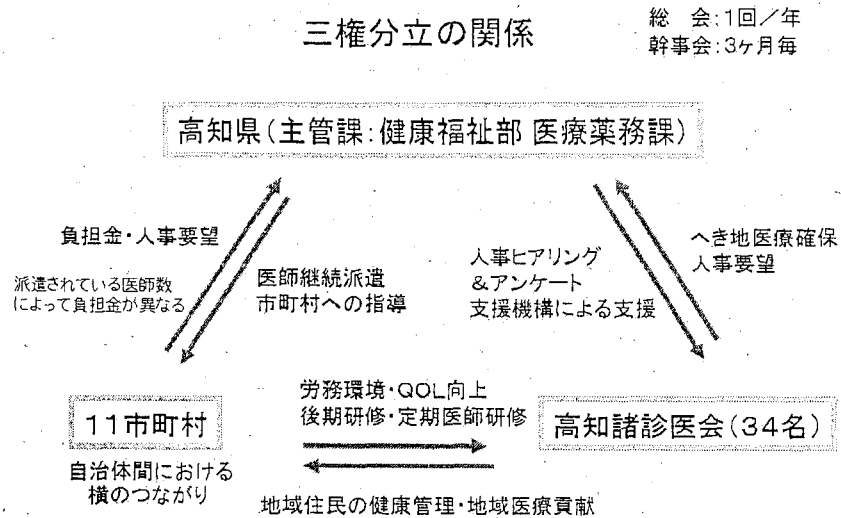
「ドクターバンク事業」では、離島の市町からの要請に応じて、全国から診療所常勤医師を公募し、県職員として採用した上で診療所へ派遣する。2年間を1単位として、1年半の離島診療所勤務の後には、希望に応じて半年間の有給の自主研修が保証されている。また、常に支援センターの専任医師が相談に応じる体制となっており、こうした連携強化によってチームで離島・へき地の医療を支えるという意識を育み、常勤医師の負担軽減を図っている。診療所常勤医師の募集のため、支援センターが主体となって毎年定期的に都市部で医師募集説明会を開催している。

「しまずけっと団医師幹旋事業」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「しまずけっと団」に登録した医師あるいは医療機関を調整して幹旋する事業である。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。

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「しまずけっと団医師幹旋事業」がある。

2. 高知県へき地医療協議会



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。

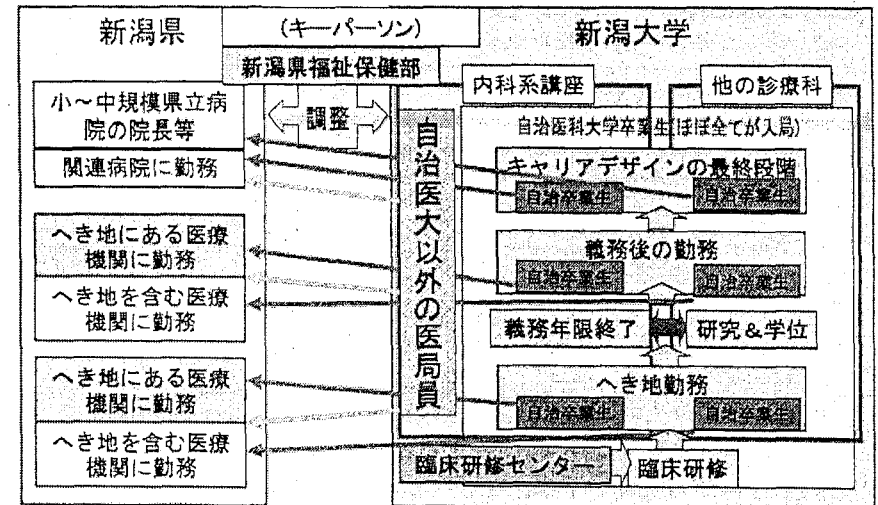
続いて、自治医科大学以外を卒業した医師にも、協議会に参加してもらうために「脱自治医大」のキーワードのもと、平成10年に名称が「高知県へき地医療協議会」に変更された。

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。

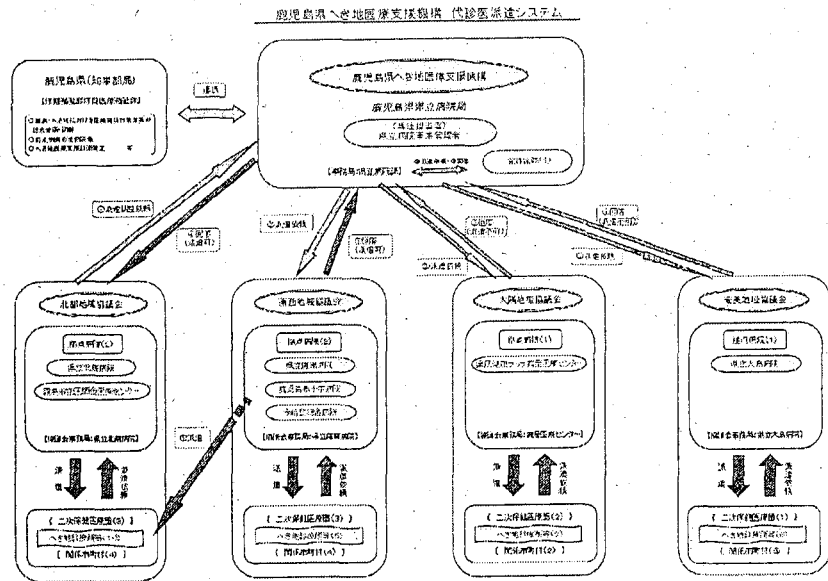
まず、前提として、以下の3つが新潟県の特徴としてあげられる。

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でもできるようになっている。義務後も医局の人事で県内のへき地医療機関に赴任して、その後、キャリアデザインの最終段階としては中小の県立病院の病院長職等が考えられている。

以上のことから、医師が誇りを失わずに帰属できる場所があり、それが構造として維持されていれば、キャリアデザインがうまく機能するということと言えると考えられる。

4. 鹿児島方式



	平成19年7月まで	平成19年8月以降
事務局	霧島市立医師会巡回センター内	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派遣する体制。 この様に、行政組織内に位置付けたこと、また事務局も首長命令系を整理したこと、また派遣医の業務の事務手続きをはじめ、協力医師派遣時の派遣元病院の役割等についてまで、関係者間で明確化することができた。
会議開催	担当官が主催 (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「へき地医療支援病院委員会」を設け、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	・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)	・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	・電話で気軽に相談申請できる	<ul style="list-style-type: none"> ネットワーク体制により、加担が分散されている。 病院の役割という位置づけのため、自治医大卒業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病院内の協力体制をつくりやすい。
デメリット	・霧島市立医師会巡回センターだけにかかりの過重 ・医師同士の関係性に対してあり、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?)	・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。)

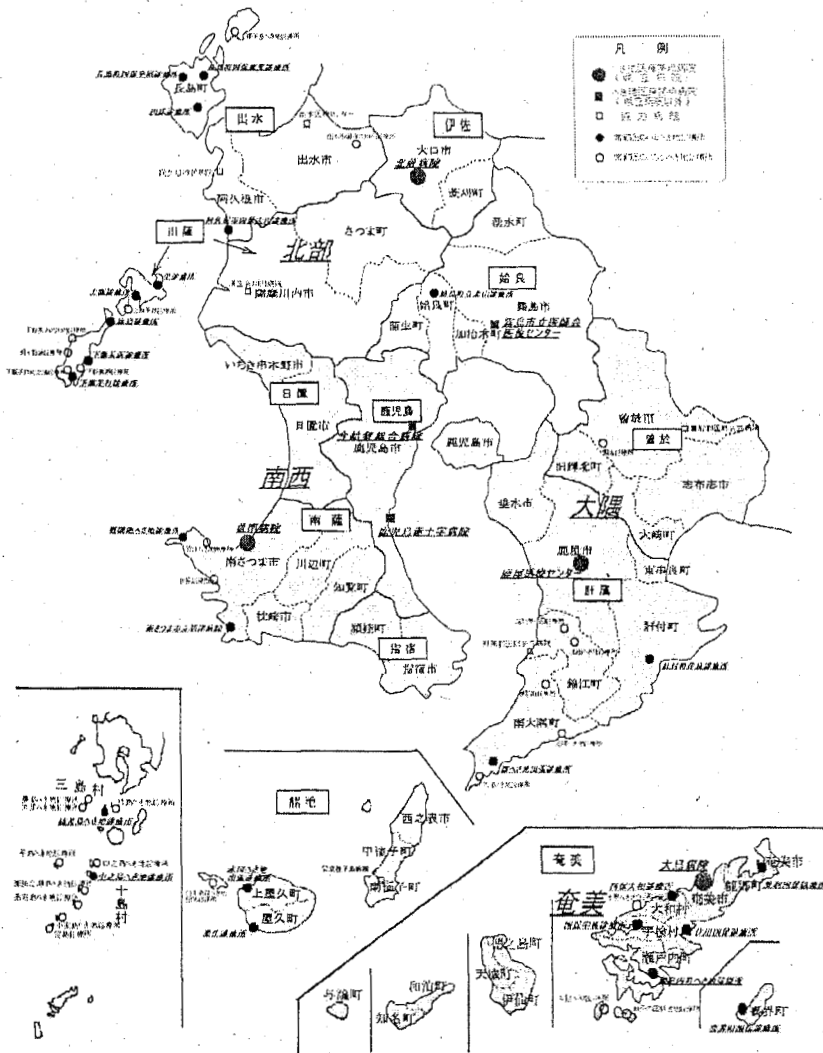
実績資料

年度	協力病院数	医師数	派遣日数	(霧島)うち「霧島市立医師会巡回センター」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

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

へき地医療支援機構・地域区分図



年度	島根県立中央病院	島根県健康福祉部
H4	基本運営方針の1つとして位置づけ へき地医療支援体制の充実	へき地勤務医師確保協議会の設置※ (大学と県立病院からの医師派遣調整)
H5	地域医療科を組織化	
H6	総合診療科を設置	
H9		ドクターバンク運営開始 (H20赤ひげバンクに統合)
H10	防災ヘリによる転院搬送	
H11	新築移転 電子カルテ・システム開始 屋上ヘリポート建設 隠岐島遠隔医療支援システム	離島・へき地医療支援《助ける》
H12	へき地代診医派遣制度	
H14	へき地医療支援機構設置	緊急へき地等医療支援対策事業開始 ・赤ひげバンク(医師登録制度)創設 (後に無料職業紹介所) へき地等医療支援会議に改称※ へき地医療支援計画策定 へき地医療拠点病院初回指定 へき地医療支援機構を県に移設 研修医等定着特別対策事業 医師確保緊急対策事業開始 ・医師確保対策室設置
H15	へき地医療支援機構に専任担当者配置	医師確保対策の三本柱による 施策展開《呼ぶ》 《助ける》 《育てる》
H16		
H17		
H18		
H19	地方公営企業法一部適用から全部適用に (県立湖陵病院(精神科専科病院)新築移転、「県立こころの医療センター」に改称)	

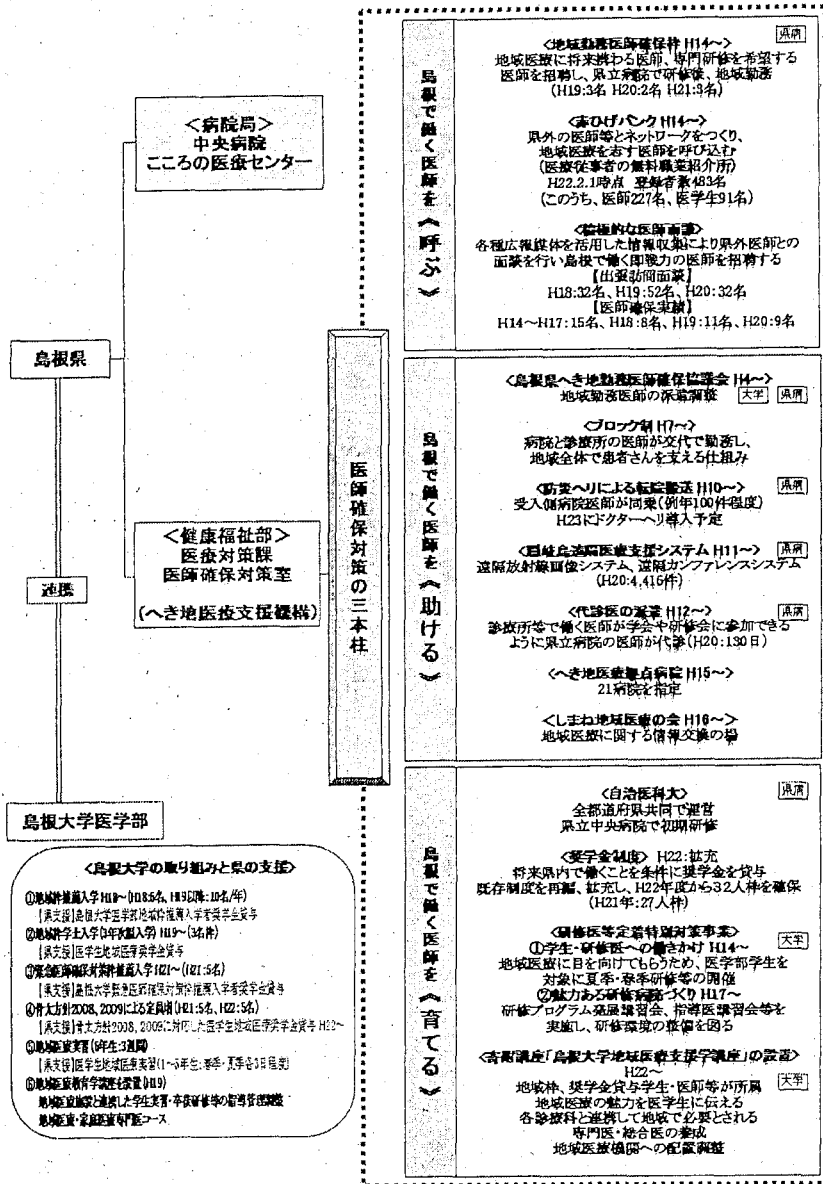
※現在の医師派遣調整は、義務年限内自治医大卒医のみ

★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

検討会報告書参考資料



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。

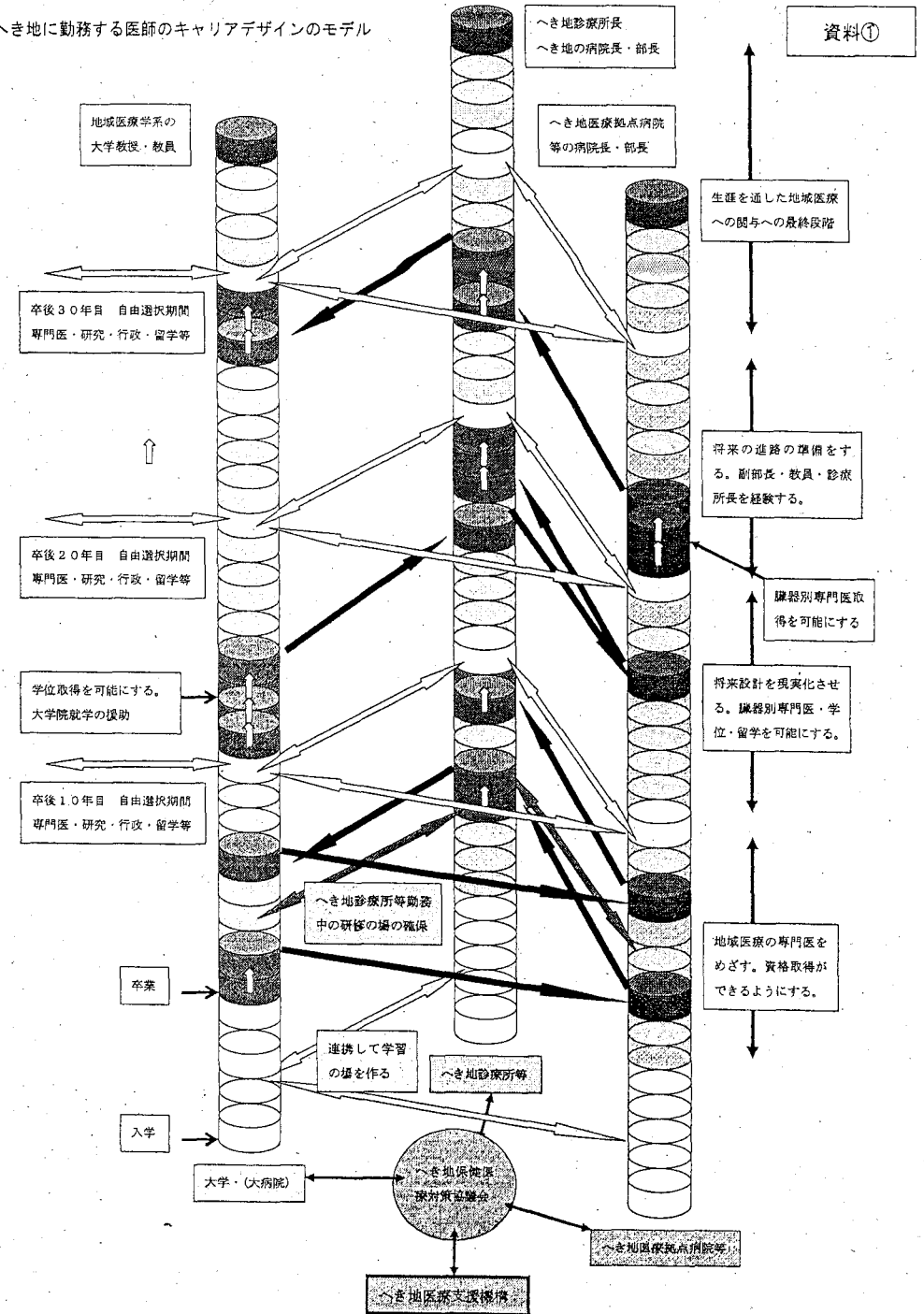
3. 「へき地医療専門医」(仮称)の認定組織について 資料③

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 |

へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル

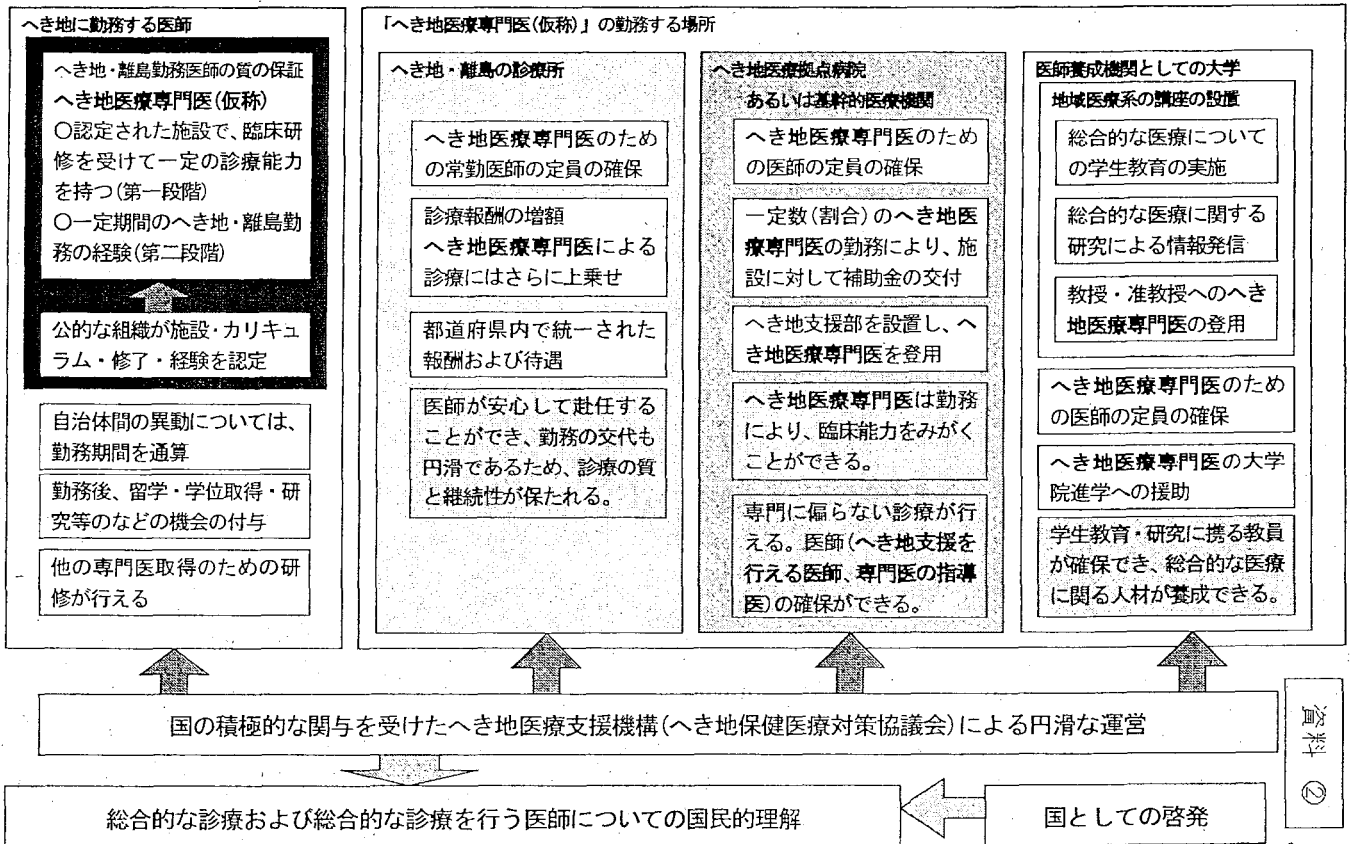


3本柱キャリアデザインの説明

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ため、このキャリアデザインで動いている場合には、身分的な保証・年金の継続の保証などを考える必要がある。
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り、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う、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理解や評価、権威付けにつながる可能性がある。	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地域域学生に対して新しいカリキュラムを課す場合、カリキュラムが複数存在することとなる。
C 法定の資格・ポストを創設するもの(産業医認定制度に準じたシステム)	産業医のような法定資格。(産業医の場合)事業者が産業医を選任し、労働者の健康管理等を行わせるものとされ、産業医はそ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、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のは非現実的である。 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合わ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。

資料 ①

資料 ②

救急救命士の業務のあり方等 に関する検討会報告書

平成22年4月28日

1. はじめに

- 我が国の病院前救護体制の充実を目指して、平成3年に救急救命士制度が創設され、まもなく20年目を迎えようとしている。
- これまでに救急救命士数は3万7千人を超え、救急救命士の資格を有する消防職員数は約2万3千人、救急隊のうち救急救命士を運用している割合は91.0%となっており、着実に増加している。また、メディカルコントロール体制の整備等を条件として、救急救命士の処置範囲の拡大が行われ、気管チューブによる気道確保、アドレナリン（エピネフリン）の投与等が救急救命処置に追加され、病院前救護体制の充実が図られてきた。
- 病院前救護の主たる担い手である救急救命士は、医療機関等と連携して、傷病者に対し、救急現場における処置、適切な搬送先医療機関の選定、医療機関への迅速な搬送、搬送途上における処置等を行っており、その役割はますます重要となっている。
- このような中で、さらに病院前救護を強化し、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等を図るため、次の三行為（以下「三行為」という。）について救急救命士の処置範囲に追加すべきとの要望が提起され、本検討会において、救急医療体制の一層の充実を図る観点から検討を行うこととなった。
 - ① 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
 - ② 重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用
 - ③ 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施
- なお、検討に当たっては、まず、厚生労働科学研究班（「救急救命士による救急救命処置に関する研究」（分担研究者：野口宏 藤田保健衛生大学教授）。以下「研究班」という。）において、三行為の有効性及び安全性等に関して分析・考察を行い、その報告を踏まえ、本検討会において、三行為の救急救命士の処置範囲への追加の適否等について検討を行った。

2. 救急救命士の処置範囲の拡大の検討について

- 研究班においては、救急救命士の処置範囲の拡大の検討対象とすべき行為に関して、次の指標を用いて整理が行われた。
 - ① 良質かつ適切な医療提供の一環であること
 - ② 診断の確実性と緊急度が高いものであること
 - ③ 国際蘇生連絡協議会のガイドラインがあるものは、クラスI（実施すべき：利益>>>リスク）又はクラスIIa（実施は妥当：利益>>リスク）であること
 - ④ 迅速な搬送を妨げないこと
 - ⑤ 処置が単純明瞭でプロトコール化できること
- その結果、三行為のほか、次の行為についても救急救命士の処置範囲への追加を検討すべきものと整理されたが、これらの行為については、研究班では今回詳細な分析が行われていないこと、救急救命士の教育の実態も勘案する必要があること等から、中長期的な検討課題とすることが適当と考えられる。
 - ① 既往歴のある狭心症発作に対する冠拡張薬スプレーの使用
 - ② 心電図で所見が明らかな急性冠症候群に対するアスピリン経口投与
 - ③ アナフィラキシーに対するアドレナリン（エピネフリン）投与

- なお、救急救命士の処置範囲の拡大の検討に当たっては、今般の見直しにより救急救命士の処置範囲となった行為については、全ての地域において、全ての症例に対し、全国一律に実施しなければならないものではなく、地域の救急医療体制、傷病者の発生状況、救急救命士の教育体制等の地域の実情を勘案して、当該行為を救急救命士が実施する体制を確保できる地域において、当該行為を救急救命士が実施する適応がある症例に対し、実施できるようにしておくもの（mustではなくmay）であることに留意する必要があるという意見があった。他方、救急救命士の処置範囲となった行為については、消防本部としては、所属の救急救命士に対して、実質的に常に実施可能な状況を維持する必要があるという意見があった。そのため、救急救命士に対して、十分な教育を前提とすべきものであることから、救急救命士の教育体制の確保等に要する経済的負担・人的資源等の医療資源も勘案し、有効性や必要性等の観点から慎重に検討すべきという意見もあった。

以上のような意見を踏まえ、今回の検討は、全ての症例に対応するためのものではなく、傷病者の状況に応じて必要な際に実施することを事前に許可するという考えで行った。

3. 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与について

(1) 研究班での検討の概要

- 英国の疫学研究でI型糖尿病の死亡原因の2～4%程度は低血糖に関連しているとの報告があるのをはじめ、低血糖が糖尿病患者の死亡や重度の中枢神経系障害発症と関連することはよく知られている。
- 低血糖という病態を考えれば、低血糖の程度が重篤で、さらにその期間が遷延するほど、合併症が重篤になることは間違いないが、どの程度の低血糖が、どの程度遷延することで、どの程度の合併症を引き起こすかについてのコンセンサスは存在しない。
- 我が国における低血糖関連の重度後遺症症例の報告から、低血糖遷延時間（第三者が傷病者の健在を最後に確認してから病院へ到着するまでの時間）が6時間以内と比較的短時間であっても重度の後遺症を残し得る可能性が示唆される。
- 以上から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、救急救命士による血糖測定及び低血糖の補正により、重度の後遺症を回避できる可能性があると考えられる。
- また、病院前で意識消失患者が低血糖疑いと判断できれば、脳卒中等との鑑別ができ、より適切な搬送先医療機関を選択できる。
- 血糖測定及び低血糖の補正の手技については、救急救命士の教育体制の確保が必要であるが、いずれの手技も容易であり、また手技に伴い予測し得る合併症も軽度であるため、実施に当たって特に問題となる点はない。
- 低血糖を疑い血糖測定を行う傷病者については、次のすべての要件に該当する者になると考えられ、傷病者本人や家族等から治療歴等の聴取ができない場合は、糖尿病手帳や薬手帳等により、治療歴等の確認を行うべきである。
 - ① 意識障害を認めること
 - ② 抗糖尿病薬（血糖降下剤又はインスリン自己注射）による治療歴があること
 - ③ 病歴により、低血糖発作が疑われること

(2) 基本的な方向性について

- 研究班の調査では、極めてエビデンスの高い報告は世界規模でも見当たらなかった。しかし、「低血糖遷延時間（第三者が傷病者の健在を最後に確認してから病院へ到着するまでの時間）が6時間以内と比較的短時間であっても重度の後遺症を残し得る可能性が示唆される」という国内の報告があったこと、意識障害の傷病者に病院前で血糖測定を行い、低血糖疑いと判断できれば、より適切な搬送先医療機関を選定できること等から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、必要な教育を受けた救急救命士が血糖測定及び低血糖の補正を実施することについては、救急救命士の処置範囲に追加する方向で検討することが適当である。
- その際、救急現場からの意見として、病院前で当該行為を実施する必要性について慎重に検討すべきとの意見があったこと、また、当該行為については、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域であることが条件となること等から、まずは、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討を行うべきである。
- なお、実証研究においては、当該行為について、適応となるすべての傷病者に実施するものではなく、必要な教育を受けた救急救命士が、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により必要とされた場合に、必要なインフォームド・コンセントの下で実施するものことに留意するとともに、血糖測定等を試みることで搬送が著しく遅滞しないよう留意する必要がある。また、あらかじめ、研究班が中心となって、実証研究の実施地域、適応となる傷病者及びその確認方法、実施プロトコル、インフォームド・コンセントの取り方、救急救命士の教育内容、事後検証の方法等を検討する必要がある。その際、低血糖の補正の方法については、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により、経口投与又は経静脈投与を行うものである。
- また、傷病者の糖尿病の治療歴等を周囲の人が迅速に把握できるようにするため、糖尿病等のIDタグ等を身に付けるよう患者に対する指導・教育が重要であるという意見があった。

4. 重症喘息患者に対する吸入 β 刺激薬の使用について

(1) 研究班での検討の概要

- 重症喘息を疑う患者に対する短時間作用性 β_2 刺激薬（short-acting beta agonist; SABA）の吸入投与は、手技が簡便で、少量の薬剤で攣縮した気管支平滑筋に直接作用して急速に気管支を弛緩させることから、喘息発作時の第一選択の治療と位置付けられている。
- また、重症発作であっても、心肺機能が維持され救急医療機関に搬送された場合は、救命率が高まることが報告されている。
- 発作中のSABAの再吸入又は持続吸入については、重症発作時に完全閉塞している細気管支へのSABAの沈着は期待できないが、気管支の攣縮は肺内で一様に生じるわけではなく、閉塞部位も変化するので、再吸入又は持続吸入により、発作の寛解を得るには不十分であっても、開存している気管支への薬剤沈着が期待できる。また、口腔・気管に沈着したSABAが粘膜から吸収され気道に到達し、効果が発現することも期待できる。

- 以上から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、重症喘息疑いの傷病者に対する救急救命士による SABA の吸入投与は、重症喘息発作による死亡を減少させる可能性があると考えられる。
- SABA の吸入投与の手技については、救急救命士の教育体制の確保が必要であるが、手技そのものは簡便であり、我が国の喘息ガイドラインの範囲内での使用であれば、安全性は確保されるものと考えられる。
- 重症喘息を疑い SABA の吸入投与を行う傷病者については、意識障害の有無に関わらず、次の要件に該当する者になると考えられる。
 - ① SABA の処方歴があり、重症な副作用を認めていないこと
 - ② 喘鳴を伴う呼吸困難、陥没呼吸を認めること
 - ③ SpO₂ 値が大気下で 95% 以下であること
 - ④ 救急隊到着時より 20 分以内に SABA の吸入がないこと
 ※ ①～③は必須であるが、④は必須ではない。
- なお、傷病者本人に処方されている吸入器・吸入液を使用することが適当であり、SABA 吸入器の救急隊への装備は今後の課題である。また、SABA の吸入投与後に、著しい動悸、振戦等が生じた場合は、追加投与を中止する必要がある。

(2) 基本的な方向性について

- SABA の吸入投与は喘息発作時の第一選択の治療と位置付けられていること、重症発作であっても、心肺機能が維持され救急医療機関に搬送された場合は、救命率が高まることなどが報告されていること等から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、必要な教育を受けた救急救命士が、重症喘息疑いの傷病者に対して SABA の吸入投与を実施することについては、救急救命士の処置範囲に追加する方向で検討することが適当である。
- その際、救急現場からの意見として、病院前で当該行為を実施する必要性について慎重に検討すべきとの意見があること、また、当該行為については、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域であることが条件となること等から、まずは、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討を行うべきである。
- なお、実証研究においては、当該行為について、適応となるすべての傷病者に実施するものではなく、必要な教育を受けた救急救命士が、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により必要とされた場合に、必要なインフォームド・コンセントの下で実施するものであることに留意するとともに、SABA の吸入投与を試みることで搬送が著しく遅滞しないよう留意する必要がある。また、あらかじめ、研究班が中心となって、実証研究の実施地域、適応となる傷病者及びその確認方法、実施プロトコル、インフォームド・コンセントの取り方、救急救命士の教育内容、事後検証の方法等を検討する必要がある。

5. 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施について

(1) 研究班での検討の概要

- 重症外傷、重症脱水症、吐下血やアナフィラキシーショックにおいては、静脈路確保と輸液

は極めて妥当な処置であり、医療機関に搬送されれば直ちに実施されるものである。

- 重症外傷傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液の必要性については、個々にその都度判断する必要があるが、例えば、多発外傷や明らかな中等量以上の外出血を認める重症外傷は、搬送中に状態が急変する可能性が高く、搬送中に不可逆的なショックとならないようにするとともに、心肺機能停止状態に陥った場合にすぐに対応できるようにするため、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、あらかじめ静脈路確保と輸液を実施しながら搬送することを考慮することが適当である。
- 明らかな吐下血、喀血によってショック状態を呈している傷病者に対して、医療機関到着前に救急救命士が静脈路確保と輸液を実施することは、ショックの程度、搬送時間や距離等を考慮すべきであるが、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下であれば可能であろう。
- 血管拡張による前負荷の低下を来しているアナフィラキシーショックについては、静脈路確保と輸液はアドレナリンの投与と並んで有効な処置であり、気道確保、呼吸管理が適切に実施され、静脈路確保と輸液が遅滞なく行われる場合には、バイタルサインの悪化を招くことなく医療機関へ搬送されることが期待できる。しかし、そのためには十分な患者観察に基づく判断が極めて重要であり、救急救命士の医学的知識、観察能力、技術等にこれまでより遙かに高度な到達点が課せられることとなる。この条件を満たすならば、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、アナフィラキシーショック状態である傷病者に対して、救急救命士が静脈路確保と輸液を行うことは可能であると考えられる。
- また、搬送時間が長くなるを得ない地域（郡部、離島等）や状況（交通事故や工場における事故等で救出に時間を要する症例等）においては、心肺機能停止前の重症傷病者に対して、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、救急救命士が静脈路確保と輸液を実施することは望ましいものと考えられる。
- 静脈路確保と輸液の手技については、救急救命士はすでに心肺機能停止状態の傷病者に静脈路確保と輸液を行っており、基本的に問題ないと考えられるが、経験症例の違いから生じる技術の個人差や技術の維持を踏まえ、救急救命士の教育体制の確保が必要である。

(2) 基本的な方向性について

- 重症外傷、重症脱水症、吐下血や血管拡張による前負荷の低下を来しているアナフィラキシーショックにおいては、静脈路確保と輸液は妥当な処置であり、医療機関に搬送されれば直ちに実施されるものである。また、搬送時間が長くなるを得ない地域や、災害時や交通事故、工場における事故等で救出に時間を要し傷病者がクラッシュシンドローム（圧挫症候群）となる可能性がある状況においては、心肺機能停止前の重症傷病者に対して、静脈路確保と輸液の実施することが望ましいものと考えられる。
- 他方、心肺機能停止前の傷病者に静脈路確保と輸液を行うことの実効性を示す明確なデータがないことを指摘する意見があった。また、特に、出血性ショックの傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液については、静脈路の確保に時間を要するおそれがあること、輸液を行うことにより出血を増加させるおそれがあること等から、慎重な検討が必要であるという意見があった。

- このため、重症外傷、重症脱水症、吐血やアナフィラキシーショック、クラッシュシンドローム等の傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液については、まずは、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討することが適当である。
- 特に、出血性ショックの傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液については、現時点では、有効性・安全性に関するデータが乏しいものの、傷病者の救命率に大きく関わり、その必要性が高いことから実証研究を行うものであり、安全性に十分配慮する必要がある。
- なお、実証研究においては、当該行為について、適応となるすべての傷病者に実施するものではなく、必要な教育を受けた救急救命士が、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により必要とされた場合に、必要なインフォームド・コンセントの下で実施するものであることに留意するとともに、静脈路確保と輸液を試みることで搬送が著しく遅滞しないよう留意する必要がある。また、あらかじめ、研究班が中心となって、実証研究の実施地域、適応となる傷病者及びその確認方法、実施プロトコル、インフォームド・コンセントの取り方、救急救命士の教育内容、事後検証の方法等を検討する必要がある。
- また、救急救命士の処置範囲の拡大だけでなく、搬送時間が長くならざるを得ない地域等においては、地域の実情に応じて、ドクターヘリやドクターカーの活用についても検討する必要があるという意見があった。

4

6. 実証研究について

- 実証研究の実施体制については、厚生労働省と総務省消防庁が協力し、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行う体制を構築する必要がある。その際、総務省消防庁の救急業務高度化推進検討会との連携が図られるようにする必要がある。
- 実証研究においては、まずは、研究班において、実証地域、教育内容・体制、対象疾患（病態）を含めた実施プロトコル、医師の具体的な指示体制、事後検証体制、データのモニタリング・マネジメント・分析法等の研究デザインを検討する必要がある。その際、実証地域となる地域のメディカルコントロール協議会関係者、都道府県担当者等と事前に十分に調整を行う必要がある。また、研究デザインの検討内容について、本検討会のメンバーに情報提供を行い、助言等を求めることが適当である。
- 実証研究において救急救命士による三行為を実施する際には、安全性に十分配慮し、救急救命士に対する教育、医師の具体的な指示、必要なインフォームド・コンセント、事後検証等を適切に行う必要がある。
- 実証研究によるデータについて、研究班は、医学的有効性、安全性、必要性、必要となる体制等を分析・評価し、その結果を本検討会に報告することとし、本検討会において、三行為に関する救急救命士の処置範囲の拡大についてさらに検討することが適当である。

7. おわりに

- 本検討会では、傷病者の救命率を向上させ、後遺症を軽減させる等の観点から、救急救命士の処置範囲の拡大について検討を行ってきた。

- 三行為について、まずは、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討することが適当であるという結論に至った。
- 厚生労働省においては、総務省消防庁と連携し、本報告書に基づき、三行為に関する実証研究が安全性に十分配慮しながら適切に行われるよう、早急に必要な対応を行うべきである。
- また、救急救命士の処置範囲の拡大とともに、救急救命士の質の担保も重要な課題である。本来、すべての地域において、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保されている必要がある。都道府県においては、衛生部局と消防部局が協力し、都道府県内全域で適切な病院前救護が確保されるよう、救急救命士の教育体制、医師による指示体制、事後検証体制等のメディカルコントロール体制の一層の充実に取り組み、国民の病院前救護に関する安全・安心に寄与することが期待される。

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」メンバー

(委員)

- 石井 正三 (社) 日本医師会常任理事
- 葛西 龍樹 福島県立医科大学地域・家庭医療部教授
- 郡山 一明 救急振興財団救急救命九州研修所教授
- 佐々木 靖 札幌市消防局救急課長
- 島崎 修次 杏林大学救急医学教授
- 杉本 壽 星ヶ丘厚生年金病院病院長
- 永池 京子 (社) 日本看護協会常任理事
- 野口 英一 東京消防庁救急部長
- 野口 宏 藤田保健衛生大学医学部救急科教授
- 樋口 範雄 東京大学法学部教授
- 前野 一雄 読売新聞東京本社編集委員

(参考人)

- 中川隆 愛知医科大学病院救命救急科教授
- 松本尚 日本医科大学救急医学講座准教授

(オブザーバー)

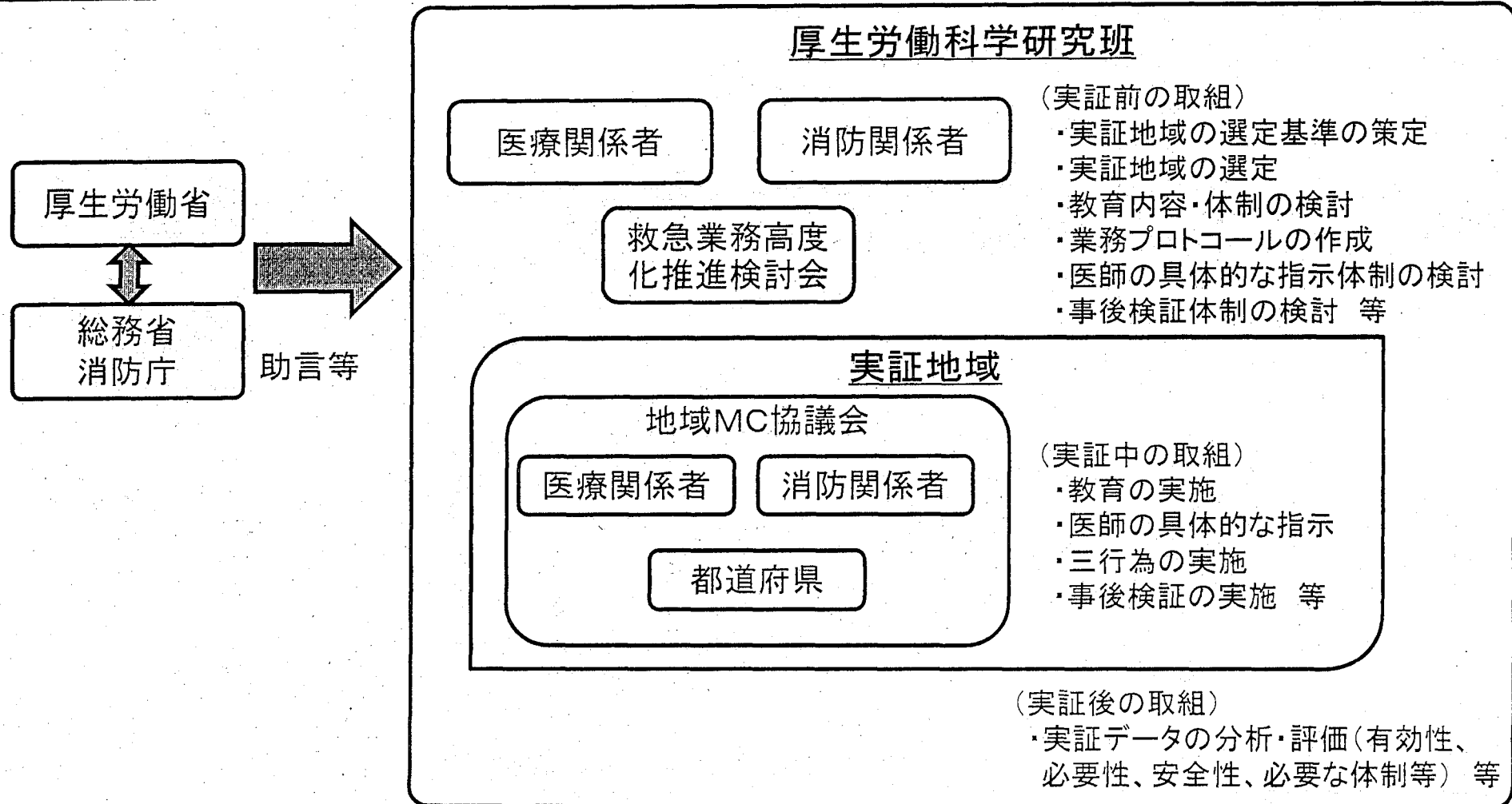
- 総務省消防庁 救急企画室
- 海上保安庁 警備救難部救難課

(敬称略 五十音順、○：座長)

救急救命士の処置範囲の拡大に関する実証研究（イメージ）

次の三行為について、メディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、厚生労働科学研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、救急救命士による実施の有効性、必要性、安全性、必要となる体制等を分析・評価する。

- ① 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
- ② 重症喘息患者に対する吸入 β 刺激薬の使用
- ③ 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施



3