

<p>○ なお、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する支援のみであり、へき地にある病院への支援も認定要件として認められてほしいとの意見もあった。</p>	<p>集中的に管理する。運営は自主的なものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、これらの病院の廃止や診療所化を招くことにつながる。それは、地域住民の医療へのアクセスの狭小化を招きかねない。地域の医療機関に配慮し、慎重に進めるべきである。(再掲)
<p>2) へき地診療所に対する支援について</p> <p>○ へき地診療所の施設整備の拡充について</p>	
<p>3) 情報通信技術（IT）による診療支援について</p> <p>○ 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。</p> <p>① 在宅の患者さんに直接健康管理を行うもの。この中に医師が直接指導する場合と保健師あるいは助産師、看護師が指導するものが含まれる。</p> <p>② 医師同士の診療支援ということで、特に一人で診療をされているような先生方について、専門医がどのよ</p>	<p>○ 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のものである。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い。</p> <p>○ へき地等における医療機関から24時間365日いつでも気軽に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必要である。</p> <p>○ ICTによる遠隔医療は、対面診療が原則であるこ</p>

25

<p>うに支援を行えるかという観点から考えている画像診断等の診療支援の仕組み。</p> <p>○ 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のクラウドシステムの構築により、センター化とローカライズを同時に実現することで、遠隔医療マネジメントの質の向上が期待されるという提案があった（参考○）。</p>	<p>と、標準的で開放的なシステムであること、財源面を含め安全性・安定性に優れたものであることなどが必要である。</p>
<p>4) ドクターヘリの活用について</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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必要である。</p> <p>○ へき地医療現場からのヘリ搬送については、ある程度のオーバーリアージを容認する姿勢を明確にしておく必要がある。</p> <p>○ 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、ジェット機の活用も検討されるべき。</p>

26

<p>5) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域における病院間の連携をしっかりと取り、そこにへき地も組み込むという体制にするべきであり、単なる医師の取り合いになると、へき地は負けてしまう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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 200床以下の中小病院は、総合医の育成・教育に適した医療機関であり、特にへき地医療拠点病院の指定がある病院については、総合医教育のコア施設と位置づけ、その地域における4疾病5事業の担い手でもあることから、ヒト・モノ・カネを投入してしっかりとこ入れをする必要がある。
<p>(4) へき地等における歯科医療体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	

27

<p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>(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</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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というの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べきである。 ② 都道府県単位の人材育成として、都道府県立の看護師養成所等が看護の十分行き届いていないところや、人材等支援が必要なところに対して寄与していく役割を強化していくことや、学生が将来も含めて働いてみたいと思えるような離島・山村等に関心を持たせる教育が必要である。 <p>また、キャリア開発支援を視野に入れた人事交流や</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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(身分を同じにする)、診療所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う必要がある。 ○ 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指摘できないか。

28

<p>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とよいのではないか。</p> <p>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、日本ルーラルナース学会が協力して、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事だと思う。</p> <p>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すごく重要なのではないかと思う。</p> <p>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、認定看護師等のへき地看護経験者の登録制度を設けて、へき地に出向いて支援できるような仕組みを作るといいのではないかと思う。</p>	
<p>5 今後のへき地保健医療施策の方向性について</p> <p>(1) 国、都道府県等が果たすべき役割について</p> <p>① 第11次へき地保健医療計画策定にあたり、今後都道府県は、へき地を中心とする地域医療の分析を行った上で、この度例示する先進事例を参考にして、改善策を具体的に策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国は研究班を活用するなどして、そのフォローアップを行うような仕組みを作る必要がある。この際併せて、地域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</p>	

29

<p>ある。</p> <p>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。</p>	
<p>(2) へき地医療支援機構の強化と新たな役割について</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>(3) 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</p> <p>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、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。</p> <p>また、へき地医療への動機付けとして、地域の医療を担う</p>	

30

<p>「総合医」育成を促進する一方、「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。</p>	
<p>(4) 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 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。</p>	
<p>(5) 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・距離的ハンデイ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、引き続き支援していく必要がある。</p>	
<p>(6) 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。</p>	

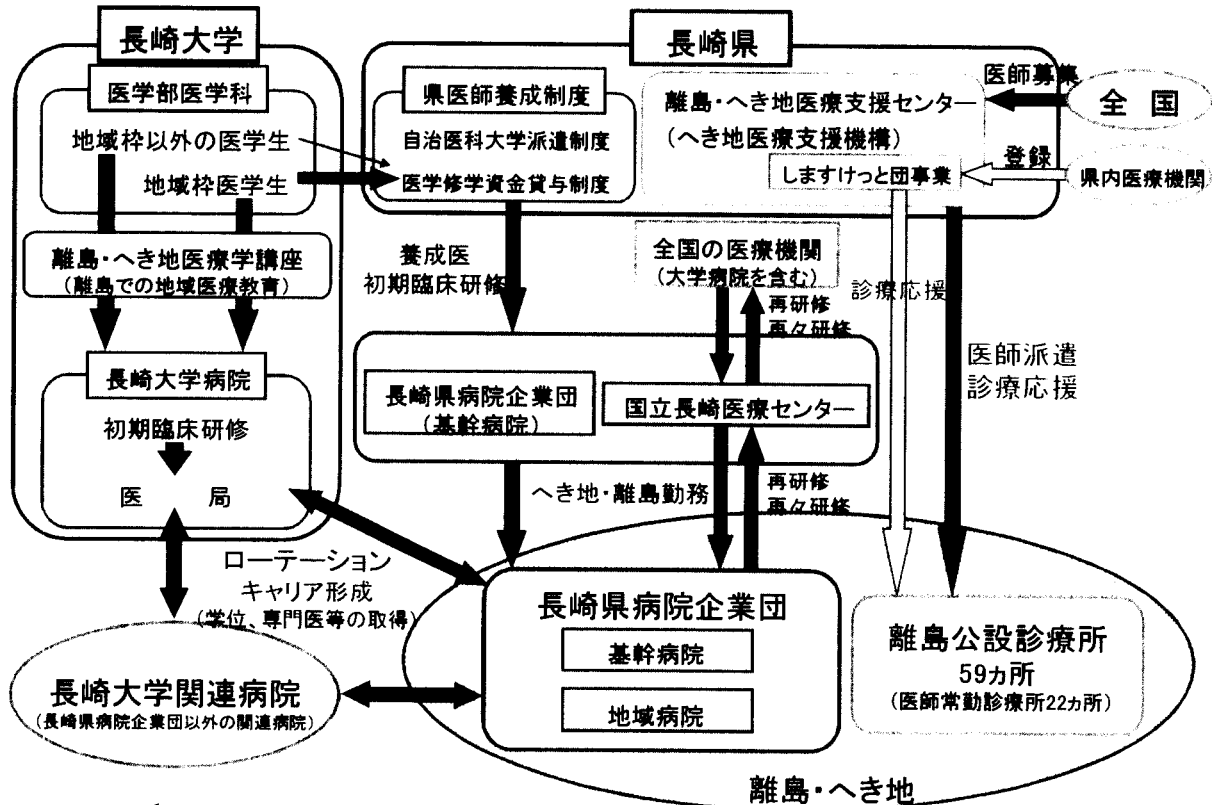
31

<p>(7) 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。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。</p>	
<p>6 終わりに（P）</p>	

へき地医療に関して先進的な取組みを行っている都道府県の例

1. 長崎県の離島医療体系図(一部抜粋)

長崎県へき地医療支援機構概要



長崎県の離島・へき地医療は、主に長崎県、関係市町、長崎大学、国立長崎医療センター、長崎県病院企業団、離島の公設診療所などが有機的に連携してマネジメントされている。こうした地域医療を支える県の養成医制度として、長崎県医学修学資金貸与制度（昭和45年創設）と自治医科大学派遣制度（昭和47年創設）があり、この制度で養成された医師は国立病院機構長崎医療センターと長崎県病院企業団の基幹病院で初期臨床研修を受け、主に離島にある長崎県病院企業団病院に勤務する。標準的な義務年限は、研修期間も含めて医学修学資金貸与制度が12年、自治医科大学派遣制度が9年で、義務期間の途中で希望する医療施設においてそれぞれ1年間の再研修、再々研修を受けることができる。

長崎県離島・へき地医療支援センター（以下、支援センター）は、従来の長崎県へき地医療支援機構の業務に加え、代診医の派遣や常勤医師を確保することで、主に離島の公設診療所を支援する目的で設置された。この支援センターの特色ある支援事業として、「ドクターバンク事業」と「しますけっと団医師斡旋事業」がある。

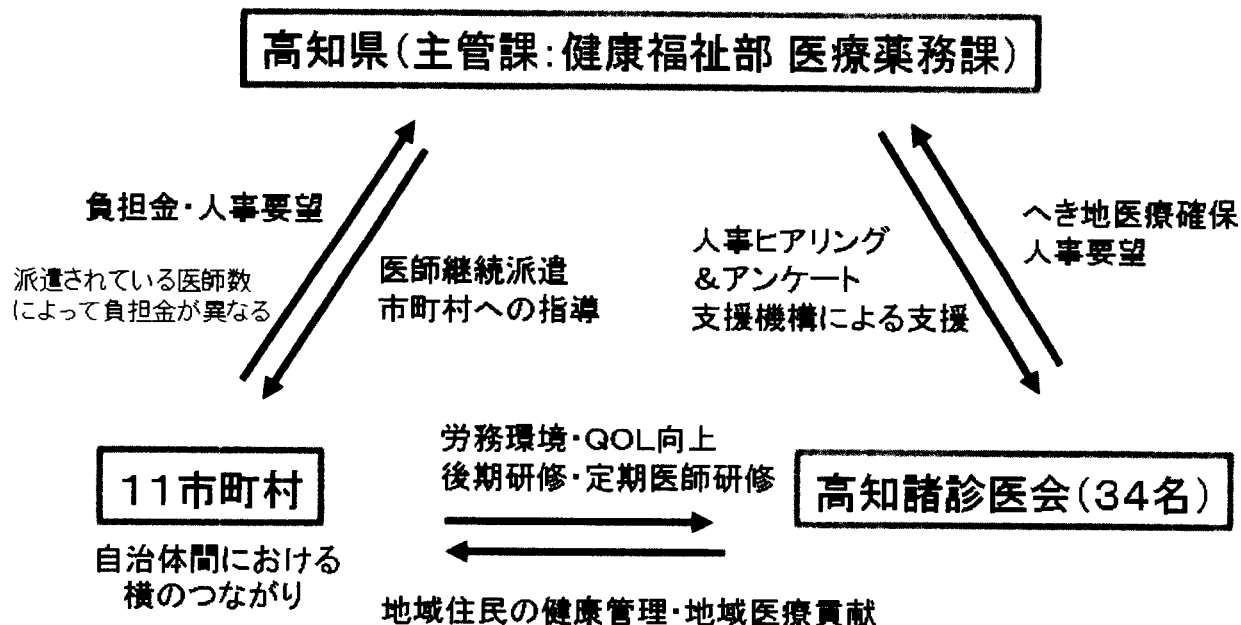
「ドクターバンク事業」では、離島の市町からの要請に応じて、全国から診療所常勤医師を公募し、県職員として採用した上で診療所へ派遣する。2年間で1単位として、1年半の離島診療所勤務の後は、希望に応じて半年間の有給の自主研修が保証されている。また、常に支援センターの専任医師が相談に応じる体制となっており、こうした連携強化によってチームで離島・へき地の医療を支えるという意識を育み、常勤医師の負担軽減を図っている。診療所常勤医師の募集のため、支援センターが主体となって毎年定期的に都市部で医師募集説明会を開催している。

「しませくと団医師斡旋事業」は、離島・へき地の市町から代診医派遣要請を受け、支援センターが「しませくと団」に登録した医師あるいは医療機関を調整して斡旋する事業である。常勤医師の学会出張や休暇、病気の際の代診、そして専門外の医療分野の診療応援などを行うことで、常勤医師を支援するシステムである。

2. 高知県へき地医療協議会

三権分立の関係

総会: 1回/年
幹事会: 3ヶ月毎



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

高知県のシステムは、「人の輪」で構成されている。

自治医科大学卒業医師を受入れている市町村の間の格差を解消し、どの市町村に赴任しても同じ条件で、かつ気持ちよく勤務ができる環境を作ることを目的として、市町村の枠を越えた横のつながりを持つ組織として、昭和61年に「高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会」が設置され、さまざまな課題について議論することとなった。これにより、自治医科大学卒業医師と受け入れる市町村、医師を派遣し市町村を指導する立場の県が、相互理解を深めることが可能になった。県内のへき地医療機関における勤務の条件が均一となり、各市町村から一定の負担金を拠出してもらうことで「在籍出向」の形で後期研修を行うシステムが確立した。

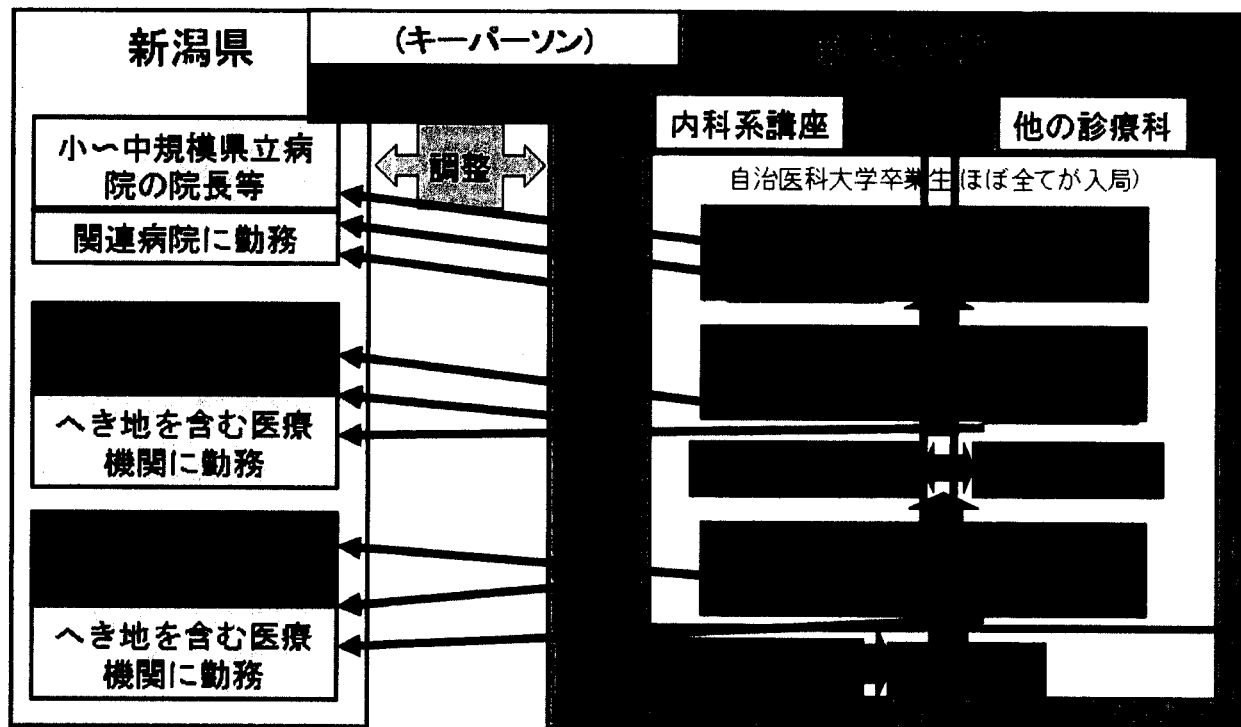
続いて、自治医科大学以外を卒業した医師にも、協議会に参加してもらうために「脱自治医大」のキーワードのもと、平成10年に名称が「高知県へき地医療協議会」に変更された。

それを機に当初、自治医科大学卒業医師のみで発足した協議会の医師部会も「高知諸診医会」と改組されて今日に至っている。

いまだ、自治医科大学卒業医師が中心ではあるが、高知大学の出身者も含んだ「高知諸診医会」が、高知県、各市町村の三者で、「三権分立」と表現されている対等な立場でマネジメントをしていることが特徴である。

3. 新潟方式

古典的な医局人事によるへき地への医師の配置



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

新潟は、「医局人事による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。

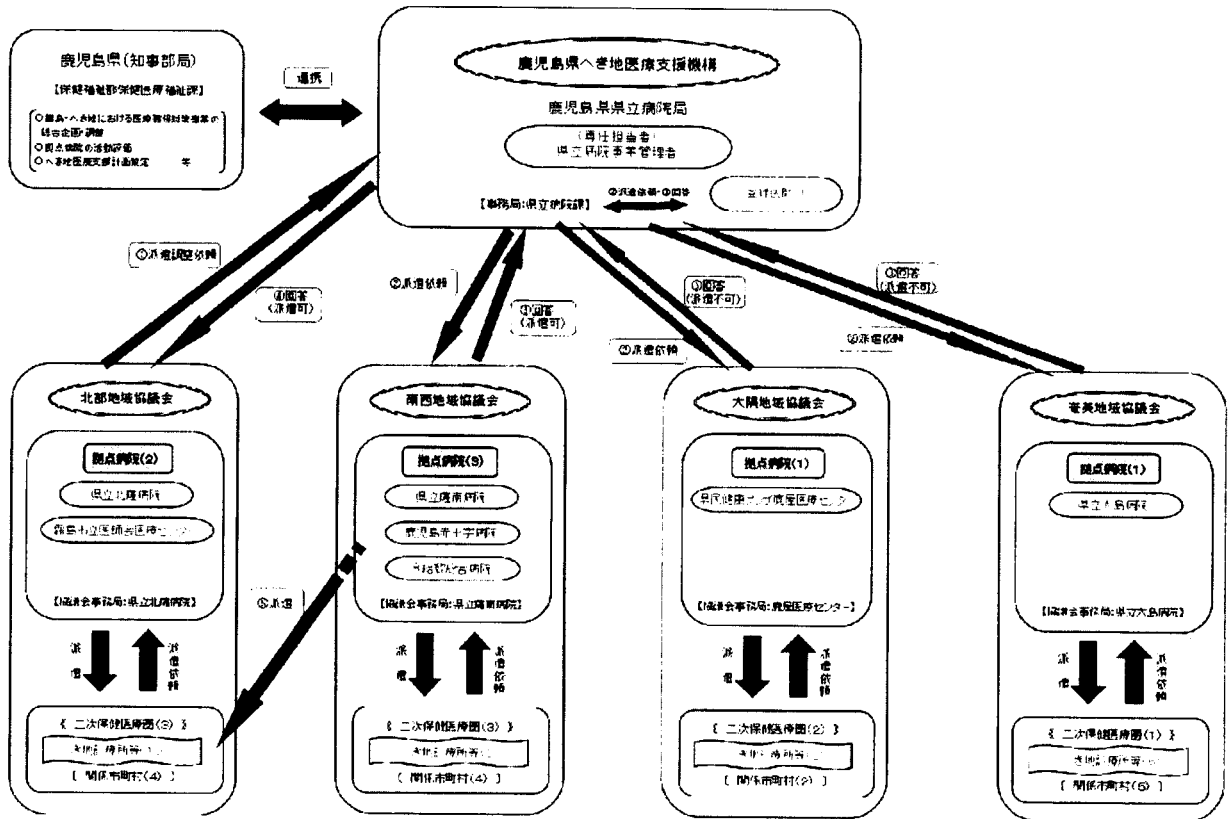
1. 自治医科大学卒業医師のほとんどが新潟大学に入局すること
2. ほかの県と違って、新潟大学の医局の組織の力がしっかり残っていること
3. 新潟大学の内部に「自治医科大学卒業医師は同じ仲間である。」という認識があること

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けば、キャリアデザインがうまく機能するということ言えると考えられる。

4. 鹿児島方式

鹿児島県へき地医療支援機構 代診医派遣システム



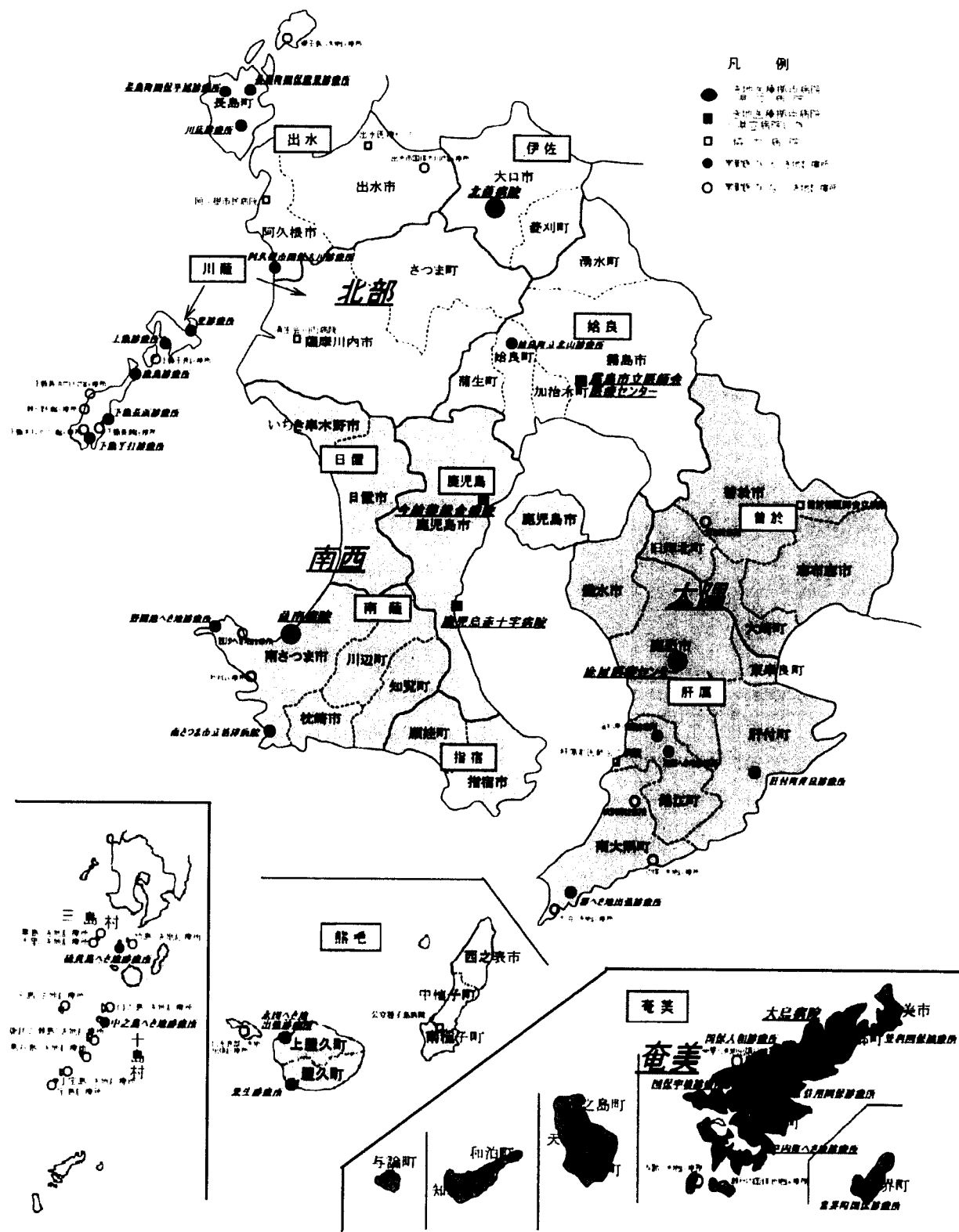
	平成19年7月まで	平成19年8月以降
事務局	霧島市立医師会医療センター内	県立病院課内（+4地域毎の県立病院総務課）
専任担当官	上記センター勤務医師 1名（自治医大卒）	県立病院事業管理者が兼務 1名（医師）
組織体制		<ul style="list-style-type: none"> ・本部事務局を県庁にある県立病院局に置いた。 ・県内を4つの地域に分け、各地域の県立病院に地域事務局を置き、地域毎で先ず対応する体制。（各地域には、派遣協力病院が1～3ヶ所ある。） ・各地域内で代診医の派遣が出来ない場合は、本部が他地域の協力病院や本部所属医師の中で調整する体制。 ◎この様に、行政組織内に位置付けたこと、また事務職も含む命令系統を整備したことで、代診医派遣業務の事務手続きをはじめ、協力医師派遣時の派遣元病院の役割等についてまで、関係者間で明確化することができた。
会議開催	県庁担当課が主催（不定期。専任担当官からの要請にも関わらず、数年間、開催実績がない時期があった）	・「へき地医療支援機構運営委員会」とその下部組織である「へき地医療拠点病院長会議」を設置。本部（県庁）が主催（不定期。新体制での開催は3回）
代診医派遣の協力医師	・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（他大学卒業医師）
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？に応援申請できる	<ul style="list-style-type: none"> ・ネットワーク体制により、加重が分担されている。 ・病院の役割という位置づけのため、自治医大卒業医師に限らない他大学卒業医師も派遣される体制である ・医師派遣中（留守中）、医師をはじめ他職種による院内の協力体制をつくりやすい。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・霧島市立医師会医療センターだけかなりの過重 ・医師同士の関係性に基づいており、医師個人の責任や判断に委ねられがち（病院の他職員の理解は？） 	<ul style="list-style-type: none"> ・現段階は、診療所への代診医派遣業務で留まっている。（小規模病院への支援、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	(再掲)うち「霧島市立医師会医療センター」分	
				医師数	派遣日数
平成14年度	1ヶ所	6人	21日間	6人	21日間
平成15年度	2ヶ所	11人	23日間	10人	20日間
平成16年度	3ヶ所	25人	57.5日間	20人	47.5日間
平成17年度	2ヶ所	15人	23日間	14人	22日間
平成18年度	2ヶ所	6人	7日間	4人	5日間

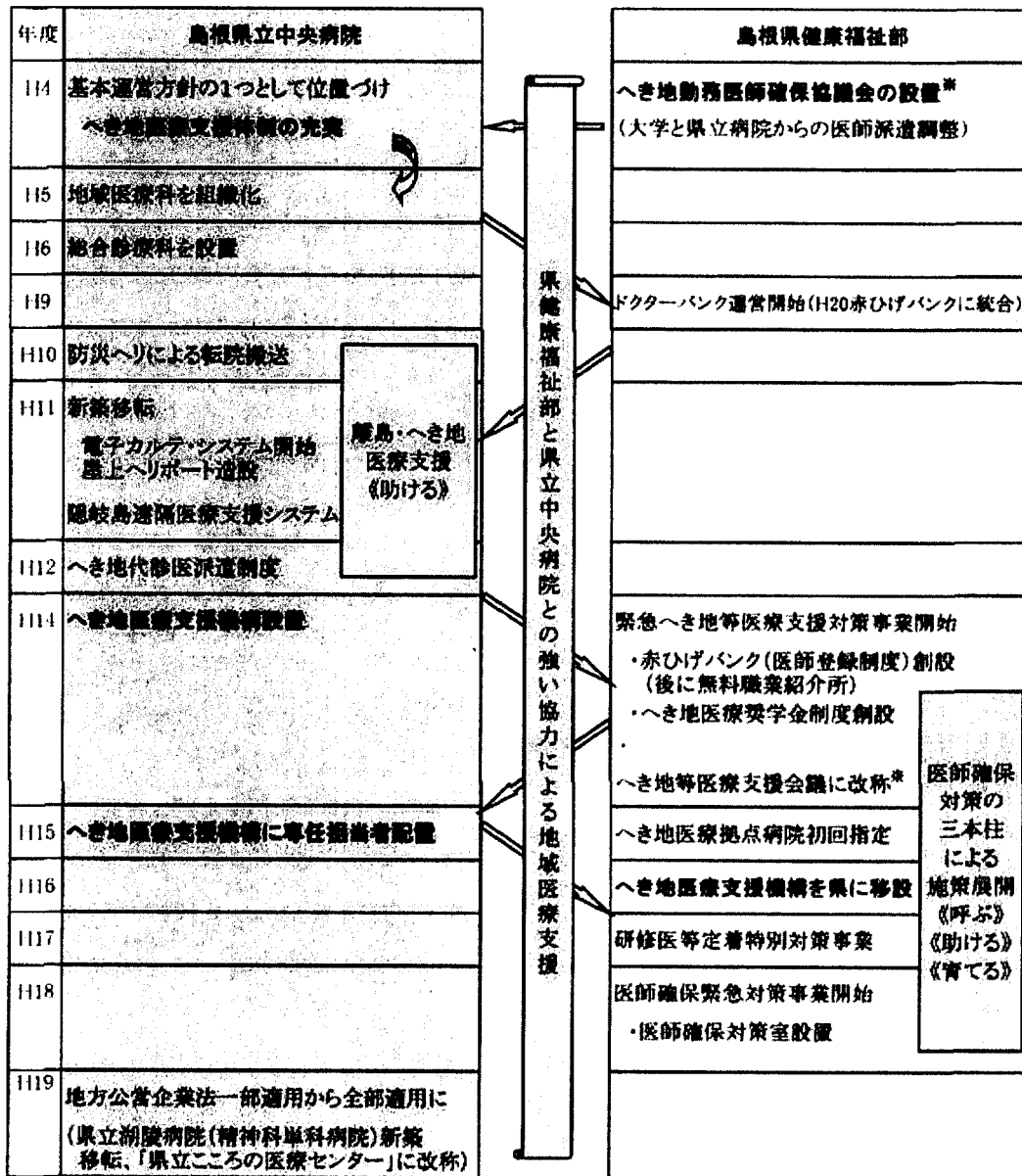
平成19年度 (8月下旬～)	5ヶ所	20人	23日間	3人	3日間
平成20年度	8ヶ所	61人	113日間	3人	6日間
平成21年度 (～12月末)	8ヶ所	42人	70日間	3人	6日間

へき地医療支援機構・地域区分図



5. 島根県方式

島根県の地域医療施策の取組経緯とポイント



*現在の医師派遣調整は、義務年限内自治医大卒医のみ

★地域医療施策の取組のポイント

- ①へき地勤務医師確保協議会(へき地医療支援会議に改称)を県主導で大学の協力を得て設置した。
(この会で大学からの新規派遣医師と自治医の派遣調整を行うことが可能になった)
- ②県立中央病院の基本運営方針の3本柱の一つに「へき地医療支援体制の充実」が位置づけられた。
- ③へき地医療支援機構をH14に県立中央病院に設置。そして、H15には専任担当者を配置。さらに、H18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

