

第3回へき地保健医療対策検討会 議事次第

平成21年10月30日(金)

15:00~17:00

全国都市会館第1会議室

1 開会

2 議事

- (1) 論点整理について
- (2) 今後検討すべき事項等について

3 閉会

【配布資料】

- 資料1 : 第2回「へき地保健医療対策検討会」議事概要(案)
- 資料2-1 : へき地検討会における論点整理(第2回会合の議論を踏まえた修正案)
- 資料2-2 : へき地医療支援機構の役割等について(案)
- 資料3 : 前野委員提出資料
- 資料4 : 吉新委員提出資料
- 資料5 : 梶井座長提出資料

- 参考資料1 : 第2回「へき地保健医療対策検討会」議事録
- 参考資料2 : 平成21年度へき地医療現況調査資料(第2回検討会資料セット版)

第2回 へき地保健医療対策検討会 要旨（案）

日 時：平成21年9月18日 10:00～12:05

場 所：都市センターホテル オリオン

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

【意見交換】

○澤田委員：へき地診療所の資料を見ると、へき地医療支援機構の運営がうまくいっているところと、そうでないところの差が大きいように感じる。「全く関わりがない」とへき地診療所に思われている機構が予想外に多いのが残念。こういうところも補助金をもらって運営しているわけで、機構を運営する都道府県は先進事例を参考に改善策を策定していくべきで、国はそのフォローアップを行ってほしい。

○木村委員：機構側のPR不足という要素も大きいのではないかと思う。

○三阪委員：新しい仕組みを作るときは、現場にキーとなる人間がいないと、システムだけ丸投げしてもうまく機能しないで絵に描いた餅になってしまう。機構においても組織としての意識付けが重要で、県レベルで意識が高いところがうまくいくと思う。

医療現場では「なぜ自分たちがへき地・離島を担わなければならないのか」というところについて、職員が全く興味がない状態から始まり、それを改善するのに2年かかった。どのような医師がへき地医療を担うのか、それは誰なのかという問題が常にある。自治医科大学出身だから行うのか、地域卒出身だから行うということなのか。その位置づけが非常にフアジーである。だれが行うのか明確にする、つまりマーキングをすることによって、他職種を巻き込んだチームができる。自治医大卒や地域卒出身者はそもそも意識が高いので、まずここをピックアップして活用できないか。

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を、へき地・離島医療でも作れないか。総合医や認定医ということになるとややこしいので、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のも大きな動機付けになる。こうしてマーキングされた人材は、地域医療連携を担える人材ともなる。

○奥野委員：自治医大卒以外の診療所にもきちんと足を運んでいかなければいけない。

○澁谷委員：すぐできる対応と、中長期的な対応をわけて考えていく必要がある。市町村合併が進み、へき地の声が届きにくくなっている。そんな中で当事者だけがやっているという状況ではなかなか進展しない。大学の中においてもへき地医療支援機構に関することをカリキュラムに盛り込むなど、へき地医療に関する教育を行っていくことが重要ではないか。

また、現在へき地医療支援機構を設置していない県においては速やかに設置をしていただきたいし、国も進行管理をしてほしい。

○鈴川委員：5年前と今回、研究班で機構の認知度を調べたところ、3割くらいの認知度だった。理由を分析して改善していく必要がある。その方策として、地域医療振興協会で行っている「へき地医療支援機構連絡会」のようなものを、国レベルでやって、機構の担当者間でディスカッションを行うのも一案ではないだろうか。

○村瀬委員：へき地で仕事をすることがどういうキャリアパスにつながるのかということをはっきりさせないといけない。その意味で、機構は単なる支援機関ではなく、ドクタープールとしてどう機能させるか、その中でキャリアパス育成機能も持たせることはできないか。

○吉新委員：「機構連絡会」については、国主導で単に開催するだけでは、各地域の事例が紹介されるだけにとどまってしまう恐れもある。

機構の専任担当官だが、各県とも勤務形態、雇用形態がまちまちで、充分機能もしていないければ、認知もされていない。機構だけでは限界がある。

まず市町村は長崎や島根のように広域連合を作り、臨床研修病院を持つなどしてマンパワーを確保する努力が必要だ。

へき地への派遣についてももう少し評価できないものか。診療報酬とかメリットシステムを充実させる必要もあるのではないか。

○前田委員：大事なことは、機構長（専任担当官）のモチベーションを上げていくこと。機構で勤務することがキャリアになるような仕組みが必要。また、地域枠学生の教育について、機構として大学の卒前教育と連携する努力が必要ではないか。

○内藤委員：機構をこれまで担ってきたのは自治医大の卒業生だったが、今後地域枠

の卒業生が現場に出てくることを踏まえ、彼らをどう活用していくかを考えることが重要。

- 澤田委員：機構は大学とへき地診療所を仲介する必要がある、そのために現地視察を行って、実際に状況を聞いたり首長と意見交換をしたりすることになる。このような視察は、私自身は代診に行ったときについてにやっているが、そうでない場合でも年に1回やれば十分である。
- 梶井座長：機構について、本日欠席の中村委員からのご意見は、「専任担当官がへき地医療に専任していないのではないか」「へき地医療に専任させなければならぬ縛りを作った方がいいのではないか」「活動実績が低い場合は兼任担当官として、補助制度も別立てにした方がよいのではないか」「専任担当官と兼任担当官が各都道府県に1名ずついてもよいのではないか」。
- 木村委員：私は島根県の専任担当官として7年間務めたおかげでへき地に限らず全県下の医療状況を把握し、行政の立場からコーディネートすることができた。これは専任担当官としての一つの理想のあり方かもしれない。コーディネートの仕事をする人間は、ある程度長くその職にあることが必要だと思う。
- 吉新委員：代診医のリソースマネジメントを的確に行うことが機構の最大の任務である。リソースをチェックして派遣のマネジメントを行えば、専任担当官自身は別に診療に行かなくてもよい。専任担当官自身が代診に走り回らなければいけないような状況は、本末転倒だと思う。
- 土屋委員：へき地医療の現場ではナースの役割も大きい。ナースの充足をどうするかということも大事だと思う。
- 角町委員：へき地医療について、歯科も回復期の医療ケアの一端を担っているので、きちんと考えていきたい。
へき地・離島における歯科診療については、自分も大学関係者にいろいろ聞いてみたが、2年くらいで交代できるなら人を出すことも可能ではないかという話だった。今後、国保直営歯科診療所等現場の意見もよく聞いていきたい。
- 畠山委員：行政の立場からは、来てくれ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、地元としても受け皿の立場から努力することが必要と考えている。
- 前野委員：昔と今では医療のあり方が変わってきている。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も必要ではないか。医師の間で専門医志向が強い中で、地方で働く医師をどう確保していくべきかという問題がある。総合医の確保が重要だが、その方策としてプライマリケア学会等関連3団体の認定医制度の拡充も一手段と考えられる。また、へき地医療だけではなく、へき地医療支援機構は地域医療対策協議会の中で地域医療全体を考える必要がある。

○内田委員：機構は地域医療のコーディネーターの役割を負っているが、機能しているのは熱心にやっている専任担当官がいる地域と重なると思う。こうした進んでいる地域の情報を集約していくことが大切。

総合医については、医師会においても総合的な診療能力をもつ医師を認定する制度を考えている。

○砂山委員代理：北海道は面積が広いので、道全体でというよりは、三次医療圏ごとにマネジメントを行う体制を取っている。看護師確保対策は機構の仕事ではないかもしれないが、へき地における看護職の確保の問題も考えていくべき。

地方においては高齢化率が高くなっており、いろいろな職種が関わって、組織として医師を支えていくことが一層重要になってきている。

○対馬委員：住民側の立場から言えば、一人の先生に長くいていただきたいという気持ちもあるが、以前若手の医師と話をしたときに、「家族のことを考えると、へき地医療を長くはやれない」ということを言っていた。住民側としても、そういう気持ちを十分理解しなくてはいけないと思う。

○梶井座長：本日は機構のあり方について様々なご意見をいただいた。いままで狭くとらえられがちだった機構の役割や位置づけを整理し、明確化していくべきというご意見があった。また、機構の運営にもっと国がフォローアップすべきというご意見、支援機構会議を立ち上げて議論してはどうかというご意見、地域医療の分析が必要というご意見もあった。これらのご意見を踏まえて、機構が果たすべき役割とは何なのか、引き続き考えていきたい。

今回は、へき地医療拠点病院の問題、医師の育成、キャリアパスの問題などを議論していきたい。

○奥野委員：へき地診療所の施設整備の補助金の基準額や基準面積が非常に安いのではないかと感じている。前向きに検討してほしい。

(丁)

へき地検討会における論点整理（第2回会合の議論を踏まえた修正案）

論点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検討していくことが必要

- 地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策について検討することが重要
- 地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県（へき地医療支援機構）は積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組が必要
- 大学の医学教育において、へき地医療支援機構に関することをカリキュラムに盛り込んでいくことが必要
- へき地だけにこだわらず、地域医療全体を見渡して、地域に根ざした医師をどう育てるかという仕組みが必要であり、例えば、総合医の確保策としてプライマリケア学会等関連3団体の認定医制度の拡充も一手段として考えられる一方、本人や周囲への意識付けと、本人のステップアップの双方を満たすような制度として、医学教育の中で統一したカリキュラムを履修した医師は「地域医療修了医」というような肩書きを与えることも大きな動機付けになることも考えられる。

論点2. へき地医療支援機構の強化

第9次計画より活動してきたへき地医療支援機構は、へき地診療所に勤務する医師等の支援機能等、代診医のリソースマネジメントを的確に行うことが最大の任務であり、さらなる向上が必要である一方、今後機構が果たすべき役割や位置づけを明確化していく必要がある。

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

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

○専任担当官（医師）のあり方としては、現場のキーとして、機構の組織としての意識付けが重要であり、他職種を巻き込んだチームでの対応が必要。例えば、自治医大卒や地域枠出身者はそもそも意識が高いので、まずここをピックアップして活用することが考えられる。また、ある程度長く担当官として務められるようにすることが重要

○専任担当官（医師）の勤務内容としては、へき地医療に専念するような工夫が必要であり、例えば、

- ①現場の医師と行政とのパイプ役が必要であり、都道府県の医務主管課に、へき地医療の勤務経験を持つ臨床医を専任担当官として配置すること

②へき地診療所の現地視察を行って、実際に状況を聞いたり首長と意見交換をしたりすることも必要である。

○地域医療の分析を行った上で、先進事例を参考にして、各都道府県が改善策を策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国がそのフォローアップを行うような仕組みを作るべき

○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

論点3. 安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築

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。

○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

○へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備（拠点病院等を中心としたローテート方式等）

○勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築（産休・育休を含む）

○へき地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

○市町村として、医師がへき地での勤務を楽しみ、充実してもらえるように努力することが必要

論点4. へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援

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。

○へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような支援が必要

論点5. その他の事項

○へき地勤務医師を全国的にリクルートする仕組み作りについて

○へき地における歯科医療ネットワークについて

○へき地における看護職の確保対策について

○普及・啓発について（住民が、へき地勤務医の生活面での実情を理解するようにしていく）

○へき地診療所の施設整備の拡充について

へき地医療支援機構の役割等について（案）

第2回検討会において、「いままで狭くとらえられがちだった機構の役割や位置づけを整理し、明確化していくべき」というご意見を踏まえ、へき地医療支援機構が設置された第9次計画の策定通知を元に、本検討会での議論等について加筆した。

(1) 「へき地医療支援機構」の設置について

ア へき地医療支援機構の設置

へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、各都道府県に1箇所「へき地医療支援機構」を設置する。へき地医療支援機構は、専任担当者を置く。また、へき地医療拠点病院群の代表、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し、する「へき地保健医療対策に関する協議会^{*}」において~~各都道府県の直接的な指導の下に~~、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、専任担当者はへき地での診療経験を有する医師であって、~~とする。~~へき地医療支援機構の責任者として、へき地医療に関する業務に専念できるような環境を整えることが必要である。なお、ある程度長く勤務することが望まれる。

イ へき地医療支援機構に対する都道府県の評価

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。

ウ へき地医療支援機構の役割

へき地医療支援機構の具体的な役割については、以下の事項があげられる。

①へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請

②へき地医療拠点病院における医師・歯科医師等の派遣登録業務及び当該人

材のへき地診療所等への派遣業務に係る指導・調整

- ③へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成
- ④総合的な診療支援事業の企画・調整
- ⑤へき地医療拠点病院群の活動評価
- 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

※「へき地保健医療対策に関する協議会」とは、第10次へき地保健医療計画によって、各都道府県において設けることとされた、へき地医療に対する検討を行う協議機関。

(平成18年5月16日医政発第0516001号「第10次へき地保健医療計画等の策定について」より抜粋)

ア 協議会

へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所、関係市町村、公立病院、公的医療機関、大学医学部、大学医学部附属病院、地域医療支援病院、臨床研修病院、救命救急センター、国立病院機構病院、地域の医師会及び地域住民の各代表者の参加を得た上で開催し、へき地保健医療対策について以下の検討を行う。

- (ア) 医師を確保する方策
- (イ) 医師を確保する方策
- (ウ) 診療を支援する方策
- (エ) へき地医療の普及・啓発

第9次へき地保健医療計画の策定について (平成13年4月2日：医政発第384号：各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)より抜粋改変

「医療改革」提言 からの参考所見

厚労省・へき地保健医療検討会
2009年10月30日

読売新聞東京本社編集委員
前野 一雄

「へき地医療」を支える 地域医療自体の弱体化

○「医師不足」の現状

- ・地域の中核的病院など500か所で診療科が閉鎖
- ・医学部の70%が3000医療機関の医師派遣を制限

○原因

- ・新臨床研修制度はきっかけに過ぎない
- ・社会の高齢化 高齢者人口5.7%(61年皆保険制発足時)
→22.1%(08年)
- ・医師業務の拡大
- ・問題は少ない医師、多すぎる病院・病床
- ・若者の職業意識 大都会・専門医志向、待遇・リスク要因
- ・地域、診療科の偏在複合的な要因

日本と欧米諸国の病院の国際比較について

○ 日本の人口10万対病院数は欧米諸国と比較して多い。

	病院数	人口10万対病院数	1病院当たり病院職員数(常勤換算)	病院病床数	一病床当たり職員数(常勤換算)
アメリカ	5,759	2.0	799.6	955,885	4.9
フランス	2,890	4.8	-	453,424	-
ドイツ	2,166	2.6	419.1	707,806	1.3
日本	8,943	7.0	183.0	1,631,338	1.0

出典:OECD Health Data 2007、医療経済研究機構「アメリカ医療関連データ集【2006年版】」医療経済研究機構「フランス医療関連データ集【2007年版】」、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2007年版】」、「平成18年 医療施設調査」「平成18年 病院報告」厚生労働省大臣官房統計情報部

注 :2004年の数字である。ただし病院数、人口10万対病院数、人口は、フランスは2005年、日本は2006年の数字

都道府県別にみた人口10万人対医師数

○ 都道府県別に見て、人口10万人対医師数は最小で141.6(埼玉県)から最大で292.1(京都府)まで存在。(人口10万人対従事医師数で見ると、最小で135.5(埼玉県)から最大で272.9(京都府)まで存在。)

	平成10年		平成18年			平成10年		平成18年	
	(総医師数)	(従事医師数)	(総医師数)	(従事医師数)		(総医師数)	(従事医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
全国	196.6	217.5	206.3	206.3	三重	175.6	186.2	177.9	177.9
北海道	192.8	219.7	206.7	206.7	滋賀	176.3	202.3	190.7	190.7
青森	168.3	180.0	170.5	170.5	京都	262.9	292.1	272.9	272.9
岩手	168.8	186.8	174.1	174.1	大阪	228.9	250.5	237.6	237.6
宮城	184.7	208.7	196.0	196.0	兵庫	193.7	213.8	203.4	203.4
秋田	177.1	200.9	188.9	188.9	奈良	180.2	208.3	201.0	201.0
山形	177.2	203.0	187.9	187.9	和歌山	221.4	257.5	246.3	246.3
福島	167.5	183.5	176.1	176.1	鳥取	255.8	281.0	259.9	259.9
茨城	136.4	155.1	146.7	146.7	島根	228.1	263.1	247.8	247.8
栃木	181.0	204.7	195.1	195.1	岡山	237.0	264.1	251.3	251.3
群馬	187.9	208.6	199.2	199.2	広島	222.9	234.4	222.5	222.5
埼玉	116.5	141.6	135.5	135.5	山口	216.6	241.9	227.6	227.6
千葉	138.3	159.1	153.5	153.5	徳島	263.3	291.9	270.1	270.1
東京	264.4	282.0	265.5	265.5	香川	233.7	250.8	238.7	238.7
神奈川	164.2	178.3	172.1	172.1	愛媛	219.3	232.8	224.3	224.3
新潟	168.8	185.2	171.0	171.0	高知	268.3	275.8	263.2	263.2
富山	207.6	238.3	220.1	220.1	福岡	252.1	278.3	262.8	262.8
石川	253.5	254.3	239.6	239.6	佐賀	209.7	240.9	229.1	229.1
福井	197.1	215.9	206.1	206.1	長崎	237.8	271.3	256.8	256.8
山梨	180.8	199.1	192.6	192.6	熊本	239.7	252.6	240.0	240.0
長野	171.9	198.9	190.0	190.0	大分	219.4	240.8	229.6	229.6
岐阜	156.8	179.9	173.0	173.0	宮崎	199.2	222.7	209.7	209.7
静岡	157.7	177.2	169.9	169.9	鹿児島	211.7	230.8	220.8	220.8
愛知	175.0	192.1	180.7	180.7	沖縄	176.6	216.7	208.3	208.3

	人口10万人対医師数の 平成10年→平成18年の増加率
全国	110.6%(196.6 → 217.5)
東京	106.7%(264.4 → 282.0)
大阪	109.4%(228.9 → 250.5)
愛知	109.8%(175.0 → 192.1)

(参考) 総医師数

全国平均… 217.5人
最大都道府県… 京都府(292.1人)
最小都道府県… 埼玉県(141.6人)

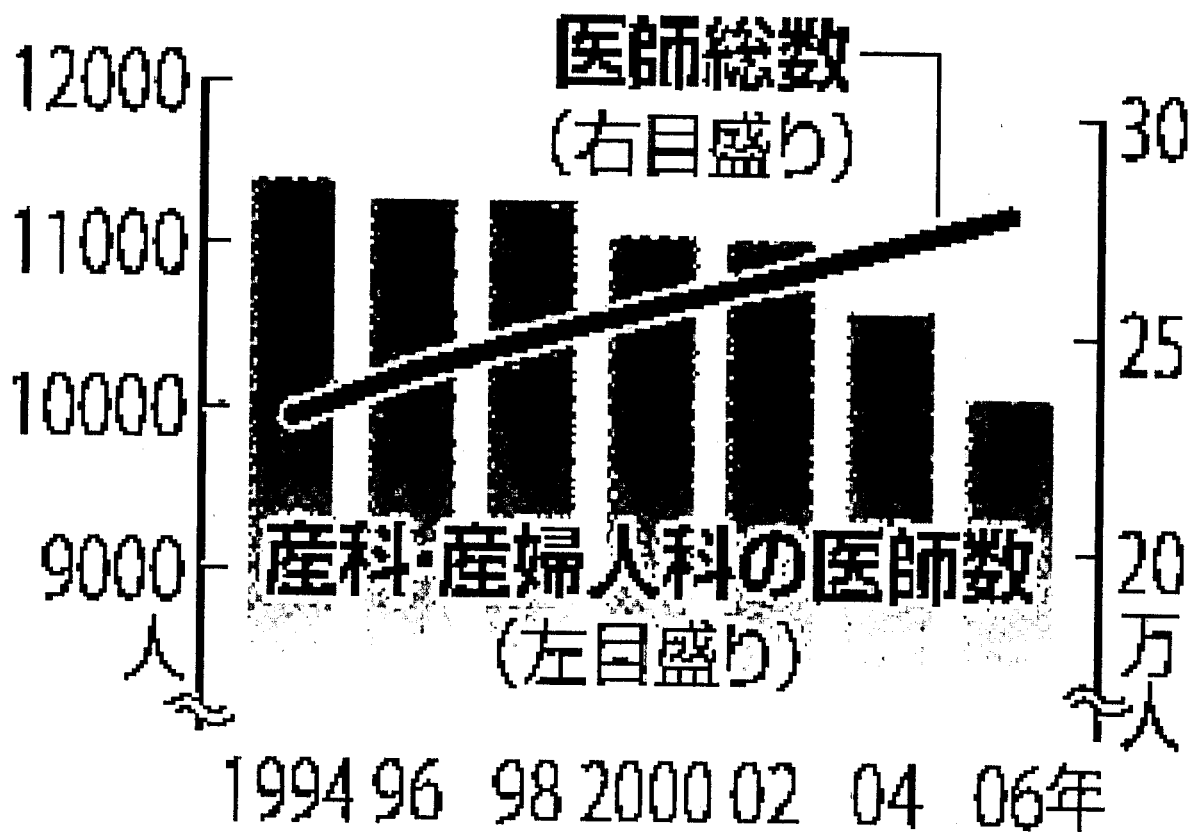
最大と最小の差は、約2.1倍

出典:厚生労働省大臣官房統計情報部

平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査

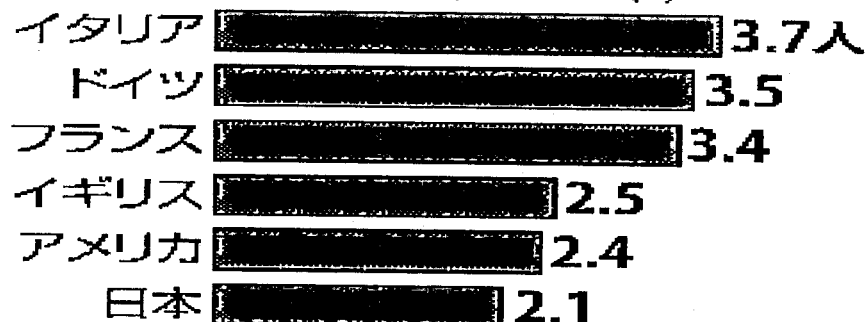
注) 総医師数…医師・歯科医師・薬剤師調査に届け出た全ての医師の数
従事医師数…総医師数のうち、医療機関(病院・診療所)に勤務する医師の数

産科・産婦人科医の減少



主要先進国の医師数

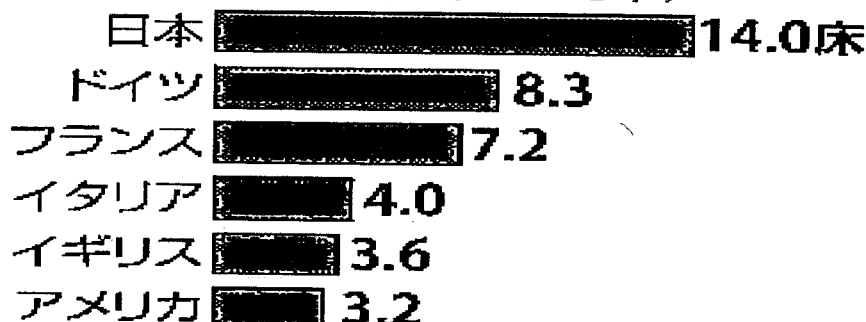
(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

主要先進国の病床数

(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

へき地医療拠点病院の立て直し

■最大の課題は**医師不足の解消**と、**安定した医療供給体制の確立**

・<緊急対策>

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

<構造改革>

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

へき地勤務医等のキャリアパス

■★医療は「公共財」

医師のモチベーション維持策と、国民の認識と支持のアップ

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

診療科・地域別の医師配置の提案

- 2007年の医療法改正で、各都道府県ごとに大学、基幹病院、自治体などによる調整機関「地域医療対策協議会」設置が義務づけられている。これに一般市民（患者側代表）らも入れ、医師派遣・調整を担う第三者機関として運用 へき地医療支援機構との連携
- 後期研修プログラムに定数を設ける。初期研修の際のような、マッチングを実施。後期研修医の特定の診療科、地域（大学）への集中、偏在を防ぐ
- 若手医師が流出して医師不足に陥っている地方大学病院、基幹病院に後期研修医が戻ることで、従来のような中堅医師の医療過疎地域への派遣も可能になる
- 保険医として働く医師は、原則どこかの都道府県の第三者機関に所属する

第3回へき地保健医療検討会

論点3 へき地医師のキャリアパス

論点4. へき地医療を支えるへき地医療
拠点病院等への支援

2009/10/30
社団法人 地域医療振興協会
吉新 通康



(Oregon 診療所、病院)

2009/10/30

へき地保健医療検討会

1



社団法人地域医療振興協会

- 設立の趣旨
へき地等の医療の確保と質の向上を図りもって地域の振興を図る

：へき地医療⇄医師、看護師確保

- 村おこし、地域おこしを保健・医療・福祉（雇用力↑）で
昭和61年：自治医大の卒業生が中心となって誕生。
- 医師を正会員とする民法34条の公益法人（総務、厚労省共管）
- 地域医療研修センターと総合診療科（総合医）がエンジン
- みんなで力を合わせて地域医療を！
歴代会長：中尾喜久、高久史磨（自治医大学長）
施設45、職員：4724名、医師581名（研修医のべ176名/5年）
平成20年度
14名の常勤医師派遣、医師の代診、協会内外10500日

2009/10/30

へき地保健医療検討会

2

地域医療振興協会の 運営施設

<管理型研修病院>

- 東京都◇東京北社会保険病院
- 神奈川県◇横須賀市立つわまち病院
- 神奈川県◇横須賀市民病院
- 静岡県◇市立伊東市民病院
- 奈良県◇市立奈良病院
- 長崎県◇市立大村市民病院

<病院>

- 北海道◇池田町立病院
- 宮城県◇公立黒川病院
- 茨城県◇石岡第一病院
- 茨城県◇村立東海病院
- 栃木県◇日光市民病院
- 群馬県◇西吾妻福祉病院
- 千葉県◇東京ベイ・浦安市川医療センター
- 東京都◇区立台東病院
- 新潟県◇湯沢町保健医療センター
- 石川県◇山中温泉医療センター
- 福井県◇公立丹南病院
- 山梨県◇上野原市立病院
- 岐阜県◇市立恵那病院
- 静岡県◇公立湊病院
- 福岡県◇飯塚市立病院

2009/10/30

<その他>

- 東京都◇へき地医療センター
 - 岐阜県◇岐阜へき地医療支援センター
 - 奈良県◇近畿地域医療センター
 - 沖縄県◇沖縄地域医療支援センター
- へき地保健医療検討会

<複合施設>

- 青森県◇東通村保健医療福祉センター
- 福島県◇磐梯町保健医療福祉センター
- 群馬県◇六合温泉医療センター
- 埼玉県◇宮代福祉医療センター
- 福井県◇おおい町保健医療福祉センター
- 岐阜県◇揖斐郡北西部地域医療センター
- 三重県◇志摩地域医療福祉センター
- 滋賀県◇包括ケアセンターいぶき

<診療所(単独)>

- 青森県◇白糠診療所
- 栃木県◇日光市立奥日光診療所
- 神奈川県◇山北町立山北診療所
- 岐阜県◇揖斐川町春日診療所
- 山梨県◇山北診療所
- 静岡県◇安良里診療所
- 静岡県◇田子診療所
- 静岡県◇いなずさ診療所
- 奈良県◇奈良市立柳生診療所
- 奈良県◇奈良市立田原診療所
- 奈良県◇明日香村診療所

<介護老人保健施設(単独)>

- 栃木県◇にっこう(日光)
- 東京都◇さくらの社(東京北)
- 東京都◇千楽(台東)
- 静岡県◇なぎさ園(渚)
- 静岡県◇みはらし(伊東)

3

MED 協会のへき地医療・支援事業

間接支援事業

1. 総合医集団の育成・院内組織合意
2. 研修事業・海外交流
3. 医療情報システム
4. 代診医派遣
5. 医師派遣(プール・登録)
6. 相談事業
7. 企画調査
8. 支援機構会議
9. 医師確保・シルバー人材
10. 住宅の確保

直接支援事業:現地事業

1. へき地の施設運営
2. へき地巡回診療
3. へき地医療拠点病院の確保
4. 研修病院の確保
5. 支援施設の確保
6. 事務組織の確保



OHSUのへき地診療車



2009/10/30

へき地保健医療検討会

4



東京北社会保険病院（北社保） の目標と概況

目標：地域の住民、医療機関、行政との連携を大切に、愛され、親しまれ、信頼される医療機関となることを目指す。

- 施設概況：東京都北区（33万人）
区内、唯一の200床を超える病院。
分娩ができる唯一の病院でもある。
所在する東京都西北医療圏（北、板橋、練馬、豊島）は、病床不足地域（398床不足：平成21年4月1日現在）
- 病院：280床（うち、産科41床、小児科30床、ICU4床、開放病床5床）
診療科目：18診療科
指定：臨床研修指定病院、東京都二次救急病院、東京都災害拠点病院、北区夜間こども救急医療
- RFO出資、売却では固定資産税など



2009/10/30

へき地保健医療検討会

5

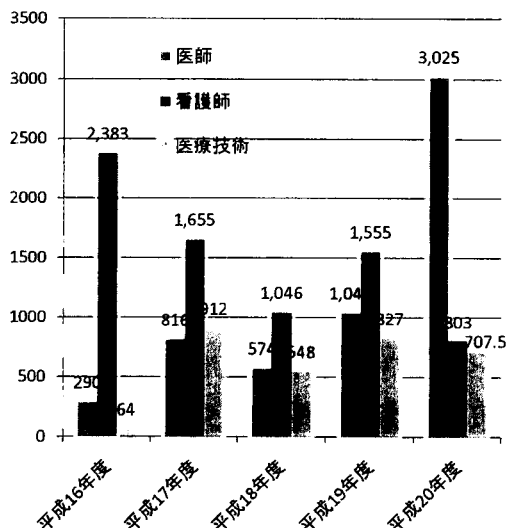


北社保の5事業

救急医療・災害拠点病院・

へき地医療・周産期医療・小児医療（小児救急）

1. 地域医療支援延日数



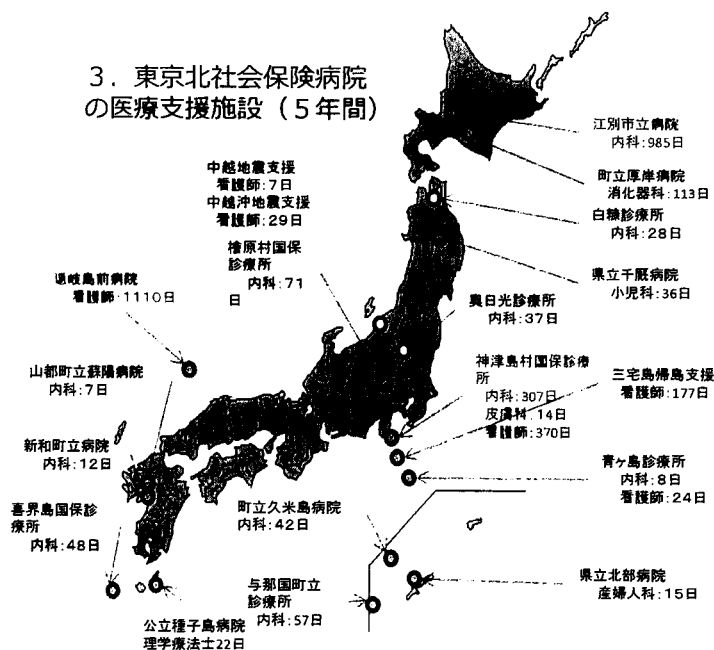
2. 東京島嶼妊産婦支援事業

平成20年度実績

小笠原村 2名（滞在日数149日）

神津島 11名（滞在日数221日）

3. 東京北社会保険病院の医療支援施設（5年間）



2009/10/30

へき地保健医療検討会

6



論点3. 安心して勤務・生活できる キャリアパスの構築

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。

○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

へき地医療を担う医師組織の育成と運営が重要

1. 「へき地の医師は、30代は自己の能力に悩み、40代は子弟の教育に悩み、50代は自己の老後に悩む、いつも拘束され、冠婚葬祭もままならない」
ライフサイクルに見合った人事、人事のできる組織が必要
2. 休みが取れない代診もない
支援機構の充実、代診組織・プール
3. 身分上の制約: へき地医療を担う全国的なネットワーク組織

2009/10/30

へき地保健医療検討会

7



論点3. 安心して勤務・生活できる キャリアパスの構築

○へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備(拠点病院等を中心としたローテート方式等)

へき地医療・総合医に特化した研修病院が必要

都市部研修と地域での勤務。病院の確保

救急・総合診療科、臨床研修センター(地域枠)

転勤しても借りられる住宅の確保(家族が残れる)

→やはり、へき地医療支援機構が運営する病院があればよい

2009/10/30

へき地保健医療検討会

8



論点3. 安心して勤務・生活できる キャリアパスの構築

○勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築(産休・育休を含む)

へき地医療支援機構

人事ローテーション

病院(救急・総合診療科を持つ)

研修センター(総合医の育成)

2009/10/30

へき地保健医師検討会

9

論点4. へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援

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。

○へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような支援が必要

1. へき地医療拠点病院群の一つとして

社会保険病院の活用(仮称 独法地域医療機能推進機構)

2. 医師不足に悩む自治体病院(研修病院規模の地方の基幹病院)の活用、NW化

例:多くの研修病院規模の自治体病院

3. 救急総合診療科。地域医療研修センターの設置

2009/10/30

へき地保健医師検討会

10



提案

- 検討している「社会保険病院、厚生年金病院→(仮称)独立行政法人 地域医療機能推進機構」へき地医療支援、医師看護師確保を目的とした病院チェーンとして位置づけ、活用しよう。

特色＝医師を養成し、へき地医療支援機構を有し地域医療不足の解消を目指す

社会保険病院＋へき地医療支援機構機能
人事・代診＝へき地医療の勤務を評価、ドクタープール
教育・診療＝救急・総合診療科
研修センター＝総合医の養成

2009/10/30

へき地保健医療検討会

11



格差の解消しない理由

1. 医師の養成が医科大学の専門講座中心。
総合医養成、大学病院でできるのか？
2. へき地医療支援機構の弱体・安心できる組織がない
人事組織、医師研修(養成)、指揮命令系統が曖昧
3. へき地の持つ、不便さ。生活格差。医師の世界では
へき地勤務評価なし
4. 医科大学、地域の病院(自治体病院)に壁がある、
支援は都道府県を超えない。

拠点病院機能(大学から見て、拠点、下地域ではない)。最近、病院ランキング、経営難、医師不足でなおさら自己目的化

2009/10/30

へき地保健医療検討会

12



提案の背景

1. へき地医療＝国の根幹(地域では解決しない)
social security=確実に、確保する仕組み
2. 医師確保＝どんな地域でも、最低限を確保し・保証する仕組みが必要。本来、都道府県
しかし、都道府県が当事者能力を失っている。
3. 地域の医療を担う「総合医」を国が推進
4. 今後も地域間、医療格差は解消しない。
価値観が違う組織、文化
5. 地域枠を作っても従来組織に依存する方法では、現在の医師不足は解消しない。
5000人を超える規模の医師不足
6. 全国ネットで医師養成、派遣、支援できる組織は社保等の他にない。派遣の文化がある
マグネット病院も多い。

2009/10/30

へき地保健医療検討会

13



提案の問題点

1. 都道府県(へき地医療支援機構)、地元医科大学、自治医大や社団法人 地域医療振興協会、医師会などで運営できるのか？
病院の壁、地域の壁を越えて運営できる体制の確保(プロパー医師と大学派遣専門医との協調が確保されるか？)
2. 医師派遣・代診等の運用、財政支援の柔軟な運用(全国一律でなく)
3. 院内で救急総合診療科、地域医療研修センター、総合医への理解が得られるか？

2009/10/30

へき地保健医療検討会

14



10次までのへき地医療政策

1. まず、インフラ整備(診療所、住宅)
2. 診療の委託(へき地中核病院)
3. 運営の一元化(へき地医療支援機構)
4. さらなる充実支援(代診制度、IT)

基本はあくまで個人を誘導

義務年限、誘導的、支援的

ヒューマニズム中心

最近は家庭的な点も支援(ライフサイクル)

これだけでは限界→我が国の医療確保に特化した固有の
病院ネットワークが必要(寄せ集めでは限界)

2009/10/30

へき地保健医療検討会

15



この1年、協会には 全国、100件の自治体の施設から 医療の相談がありました

「医師が引き揚げられていない。医師を派遣してほしい。」

「経営が深刻だ。公設民営で運営を検討してほしい」

「へき地で休みが取れない。代診を出してもらえないか」

「3人医師がいた診療所、1人になってしまった」

「過疎が進んで病院から診療所にしたいが、強い反対がある。」

個人の方からも

「開業医だが。自分が病気になって手術をする。この間応援して貰えないか」

地方の医師不足、医療問題は深刻です。

2009/10/30

へき地保健医療検討会

16

2009年10月30日
へき地保健医療対策検討会

へき地で働く医師の背景と思い

自治医科大学 地域医療学センター
松本正俊, 梶井英治

へき地医師の特徴

(自治医大出身者1,255名の多変量解析)

	義務年限後もへき地 経験あり(倍)	義務後も長期へき地 経験*あり(倍)
性別(女性が男性に対して)	1.21	1.76
入学時年齢(一歳増加あたり)	0.94	1.13
出身高等学校(私立が国公立に対して)	0.56	0.81
出身地(へき地が都市部に対して)	1.89	1.90
入学時順位(10%上昇あたり)	1.00	1.00
卒業時順位(10%上昇あたり)	0.95	0.92
初期研修(非大学病院が大学病院に対して)	1.31	1.96
専門分野(総合医が非総合医に対して)	7.63	32.07

* 長期へき地経験とは、9年間の義務年限が終了した後も自主的に6年以上へき地医療を経験したことを指す。太字は統計学的に有意。
** 一般内科医、一般外科医、小児科医、総合診療医、全科診療医など総合性の高い分野の医師を総合医とした。

(Matsumoto M et al: J Rural Health 24, 360-368, 2008., 地域医療テキスト2009年)

へき地医師が重視している事柄

項目	重視度係数
行政の姿勢	120.0
医療スタッフ	117.0
事務スタッフ	109.0
医療機器	106.0
後方病院	26.8
出張のしやすさ	7.0
生涯教育の機会	6.6
代診の得やすさ	5.9
休日の取りやすさ	5.0
給料	4.5
診療のゆとり	4.1
診療所の広さ	3.1
勤務時間	2.2
診療所の新しさ	0.9

全国の公立へき地診療所の医師126名へのアンケート調査

重視度係数 = (非常に重視する人数 + 重視する人数) / (まったく重視しない人数 + 重視しない人数)

(Matsumoto M et al : Aust J Rural Health 9, 64-68, 2001. 地域医療テキスト2009年)

へき地医師が満足している事柄

項目	満足度係数
勤務時間	5.3
後方病院	4.0
医療スタッフ	3.2
事務スタッフ	3.2
給料	3.1
診療のゆとり	2.8
診療所の新しさ	2.2
医療機器	2.1
診療所の広さ	2.0
出張のしやすさ	1.3
生涯教育の機会	1.3
休日の取りやすさ	1.1
代診の得やすさ	0.9
行政の姿勢	0.9

全国の公立へき地診療所の医師126名へのアンケート調査

満足度係数 = (非常に満足 + 満足的人数) / (非常に不満 + 不満的人数)

(Matsumoto M et al : Aust J Rural Health 9, 64-68, 2001. 地域医療テキスト2009年)