

へき地保健医療対策検討会報告書（案）

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を策定してきた。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 都道府県であった。

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、29.4%にとどまっていることが明らかになった。

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

また、へき地勤務を義務付ける奨学金制度を導入している都道府県は 19 都道府県であり、大学等のへき地医療に関する寄付講座を創設している県は 10 県であった。

(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 府県に上る状況をみると、「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・ケアを實踐できる、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、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、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卒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。

（3）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の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親和性を高める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。

(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、ドクタープール機能やキャリアパス育成機能も持たせることが肝要であるとした上で、現行の役割を含めて、以下の役割があげられた。

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方策について

- 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プランや人事のネットワークなどをもち、きめ細かな対応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