

表1 長崎県の医師養成制度

※予算は平成22年度

	医学修学資金貸与制度(昭和45年～)	自治医科大学派遣制度(昭和47年～)
県予算	36,336千円/年	128,700千円/年
貸与額	○入学金・授業料：国立大学における額(110/100限度額) ○専門課程における図書費：20万円以内/年 ○生活費：7万円以内/月	入学料、授業料、施設整備費、実験実習費等
貸与利率	年14.5%	年10%
貸与条件	所得、出身地、住居等の条件なし	所得の条件はないが、県内出身者
義務年限	貸与期間の2倍 (専門課程からは貸与期間の1.5倍)	貸与期間の1.5倍
採用人数	最大12名/年 6名は地域枠(出身地等制限あり)	2～3名/年
卒前地域医療教育	○夏季研修：離島ワークショップ(1～5年生、年1回、昭和53年～) ○離島病院見学(3～5年生、数日間)	
	○秋季研修：県地域医療研究会参加 ○冬季研修：ウィンターミーティング(1～6年生、年1回、平成15年～)	○早期体験学習 ○選択地域医療実習(4年生、希望者) ○地域医療Ⅱ院外BSL(5年生)

<教育システム・卒前>

医学修学資金貸与制度の特徴としては、単なる「数の確保」に留まらず、「質の向上」をめざした教育システムが伴っているところである。在学期間中には、離島医療に対する意欲向上や理解を深めるため、夏期研修として、離島地区でのワークショップ(1～5年生)、離島病院見学(3～5年生)により、実際の離島医療の現場を体験させている。冬期にはウィンターミーティングと称して、離島に勤務する先輩医師による講演会を開催している。

<教育システム・卒後>

卒後は初期臨床研修2年間及び、後期研修として再研修制度1年間が共に義務年限内で保証されている。初期臨床研修制度は平成16年より義務化されているが、全国に先駆けて昭和51年度から総合診療ができる全科スーパーローテイト研修を国立病院機構長崎医療センター(旧 国立長崎中央病院)で行ってきた。

これら義務研修以外に「再々研修制度」を設け、卒後8年目以降に1年間希望研修が受けられることとなっている。この研修期間は義務年限外としてカウントされ、さらに研修後3年間の離島勤務義務が負荷されることになるが、これにより卒後10年間のうち4年間は研修可能となり、サブスペシャリティーの修得やその技術・知識のレベル向上・維持は十分可能である(表2)。

県の貸与制度は自治医大派遣制度と平行して継続し、学生時代から同等に扱い、卒後は同じ組織(離島医療圏組合)下に勤務するシステムとしたことが、長期継続している要因と思われる。

表2 義務年限と勤務パターン

卒後年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
医学修学資金貸与制度による養成医師(義務年限12年)													
基本	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着						本土勤務			
再々研修者	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着			再々研修	離島定着			本土勤務		
自治医科大学派遣制度による養成医師(義務年限9年)													
基本	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着					本土勤務				
再々研修者	臨床研修	診療派遣	再研修	離島定着			再々研修	離島定着					

<貸与実績>

平成22年3月現在の実績は、「医学修学資金貸与制度」では総貸与者数147名、在学学生数20名、現在勤務している医師数29名、「自治医科大学派遣制度」では、総貸与者数94名、在学学生数16名、現勤務医師数36名で、合わせて総貸与者数241名、在学学生数36名、現勤務医師数65名となっている(表3)。

平成22年3月現在、義務終了前に全額返還した者が、「医学修学資金貸与制度」で64名(43.5%)、「自治医科大学派遣制度」で7名(7.4%)であった。返還時期については、「医学修学資金貸与制度」の全額返還者64名のうち、在学中あるいは卒業直後(臨床研修開始前)の返還者が43名(67.2%)で、臨床研修中あるいは臨床研修後の返還者が21名(32.8%)となっている。平成13年度以降、返還者は少ないレベル(概ね0~1名)で推移していたが、平成20年度から増加の傾向にある(平成20年度2名、平成21年度6名)。

表3 県養成医師の現況(平成22年3月1日現在)

	貸与総数	全額返還	義務終了後退職	現養成数の内訳					勤務中の医師の内訳					
				学生	勤務中の医師数			研修			定着勤務 ()内は義務終了後の医師数(内数)			
					義務遂行中	義務遂行後	計	初期研修	診療派遣(離島)	再研修	計	離島	本土	計
医学修学資金	147	64	34	20	14	15	29	3	2	4	9	16 (11)	4 (4)	20 (15)
自治医科大学	94	7	35	16	21	15	36	4	1	1	6	24 (9)	6 (6)	30 (15)
計	241	71	69	36	35	30	65	7	3	5	15	40 (20)	10 (10)	50 (30)

長崎県福祉保健部医療人材対策室の資料から作成

IV. 離島診療所対策 ―離島・へき地医療支援センター(へき地医療支援機構)の設置―

<設置の背景>

離島医療圏組合や医学修学資金貸与制度は、離島中核病院の充実を目的としていた。

従来、離島の診療所の医師の確保については、各自治体の独自の努力により行われていたが、最近の医師の都市部・大病院志向や、新臨床研修制度の影響による医局派遣の引き上げなどにより、医師の確保が困難となってきたため、離島の公立診療所の支援を目的として、「離島・へき地医療支援センター」が平成16年4月1日に設立された。

この組織は、平成16年度より行われた「へき地医療支援機構推進事業」の一つとして、設置され、平成22年4月現在は、長崎県福祉保健部医療人材対策室医師確保推進班内におかれている。

<主な業務>

1. 長崎県ドクターバンク事業(常勤医師派遣)

離島の自治体から要望により、診療所の常勤医師を公募して採用し、診療所へ派遣するものである。この事業の特徴として、①県職員として採用(安定した身分)、②有給の長期自主研修を保証(2年間を1単位とし、1年半の離島診療所勤務後、希望により半年の研修を保証)、③24時間365日支援(IT等を利用し、いつでも支援センター専任医師が相談に対応)としており、離島診療所の勤務へ対する不安の軽減と、さらなるスキルアップの機会を設定したシステムとなっている。特に自主研修を導入することにより、最新医学からの遅れへの不安の解消や、医療の質の向上、慣れない離島生活からのリフレッシュなどの効果も期待でき、若い医師でも参加しやすい環境を提供できるようになっている。

つまり、医師個人で診療所を支えるのではなく、支援センターと派遣医がチームとして離島医療を支えるシステムである。

平成16年4月の開設から平成22年4月までに12か所の診療所から延べ30人の派遣要請があり、各年度1～2回の医師募集活動を行った。応募者総数12名。採用者数8名であった。県内出身者は1名であり、ほとんどが離島診療所勤務の経験がないため、採用しても慣れない環境での長期勤務は難しく、1単位(2年間)を超える長期勤務者は今のところ県内出身の1名を含む2名のみで、なかには採用後数か月で退職となるケースもあり、離島診療所勤務の厳しさを物語っている。

なお、ドクターバンク制度によらず離島・へき地医療センター(へき地医療支援機構)の紹介・斡旋により直接採用された医師は、平成21年度までに離島の公立診療所13名、旧離島医療圏組合病院4名、長崎県自治体病院7名となっている。

2. 代診医派遣

代診医派遣は診療所支援において、重要な業務である。支援センターの活動は以下のように活動している。

①へき地医療拠点病院からの代診医派遣調整：現状では定期的な診療支援は計画的に行われているが、突発的事由による代診に対しては、対応が困難な事が多いのが現状である。

②支援センター専任医師による代診支援：①による代診医派遣が困難な場合、専任医師が対応。

代診派遣実績 平成16年度 2診療所に対し約8日間派遣
平成17年度 5診療所に対し約25日間派遣

平成 18 年度 5 診療所に対し のべ 35 日間派遣
平成 19 年度 7 診療所に対し のべ 75 日間派遣
平成 20 年度 6 診療所に対し のべ 57 日間派遣

③「しますけつと団」医師幹旋事業（平成 18 年 4 月開始）：代診に協力可能な医師・病院を登録し、離島診療所からの代診要望に対し幹旋する。

登録数（平成 21 年 4 月） 個人登録 8 名 機関登録 2 施設

代診幹旋実績 平成 18 年度 2 診療所に対し のべ 112 日間派遣
平成 19 年度 3 診療所に対し のべ 39 日間派遣
平成 20 年度 4 診療所に対し のべ 44 日間派遣

V. 離島医療研究、医学生教育

—長崎大学大学院歯歯薬学総合研究科「離島・へき地医療学講座」について—

<概要>

長崎県と五島市からの寄附（5年総額2億500万円）によって、平成16年5月1日に長崎大学大学院に開講した寄附講座である。支援センターとともに、県の「へき地医療支援機構推進事業」の一つとして発足した。開講と同時に離島での活動拠点として長崎県五島中央病院内に「離島医療研究所」を設置し、以下に示す業務を行っている。医学系大学院の研究施設が離島に設置されるのは、国内では初めての試みであり、本講座の特徴の一つである。当初は平成21年3月末までの設置計画であったが、平成21年3月にさらに5年間の継続設置が決定した。スタッフは教授1名、助教2名、事務補佐員1名、研究補助員1名から成る（平成22年4月現在）。

<主な業務>

離島医療専門家養成のための医学教育システムの研究開発や、効果的・地域医療情報システムの研究開発、離島・へき地における健康・疾病に関する調査研究、研究成果の医療従事者及び県民への普及など。

地域医療教育の充実を目的に、平成16年度より長崎大学医学部生全員を対象とした離島医療・保健実習を行っている。長崎大学医学部医学科5年生を6～7名の小グループに分け、臨床実習の一環として、毎年6月から翌年2月にかけて各グループが1週間離島に滞在して地域包括医療について体験実習を行う。実習先としては、五島市、対馬市、新上五島町、小値賀町の中核病院やへき地診療所、保健所、市・町の保健行政機関、社会福祉施設などで、離島の医療・保健・福祉に直接触れて実践的な地域包括医療を学ぶことができるようにスケジュールが組まれている。平成17年度からは医学部医学科6年生を対象とした離島実習が始まり、平成19年度からは長崎大学薬学部や歯学部の学生を対象とした離島実習が開始された。さらに、平成20年度からは長崎大学医学部の地域枠入学生に対する早期体験学習が五島市で始まり、長崎県離島をフィールドとした地域医療教育は、学部を超えた地域医療人の一貫教育へと発展している。平成18年度以降は長崎大学以外からも学生が訪れており、全国的にも注目されている。

VI. まとめ

離島医療の確保は県の医療政策上常に重要課題として挙げられてきた。そのため、数々

の取り組みがなされてきたが、一番の特徴は「離島医療圏組合」の設置と「県医学修学資金貸与制度」の創設であろう。これにより離島の医療レベルは大きく向上し、ハード面の整備と共に、救急医療体制や保健・福祉活動に至るまで、様々な医療提供体制が充実し、大離島においては脳外科や心臓血管外科・未熟児医療などの特殊専門領域を除き、ほとんどの疾患に対応できるレベルを獲得するに至っている。昭和40年代から始まり、現在まで存続し発展してきた要因として、地元市町の努力や県の財政的な支援もさることながら、そこで勤務してきた医師達の情熱の深さも大きく関与していると思われる。

先に述べたように、医師確保対策として県独自の奨学金制度が創設されたが、発足当初は返還者も多く、決して順風満帆ではなかった。しかし養成医師達は昭和54年に「もくせい会」(現 長崎県離島医療医師の会)を結成し、お互いの情報交換を行いながら離島医療に貢献すべく活動を開始した。これにより医師一個人ではなく団体・組織として離島医療を支えていく構図ができた。同時に同じ意志を持つ学生に対する啓蒙・教育も行い、返還者をくい止め、組織の発展を促してきた。

以上のように長崎県においては目的を共有できる組織(もくせい会・離島医療圏組合)の存在が、持続可能な離島医療の実現に大きく関与していると考えられる。

また、第9次へき地保健医療計画に則って、長崎県では平成15年4月に「長崎県へき地医療支援機構」を設置したが、多くの有人離島を有していることなどから、本県独自の強化策が必要との判断に至り、平成16年度には「へき地医療支援機構推進事業」が創設された。この事業内容が「長崎県離島・へき地医療支援センター」の設置と寄附講座「離島・へき地医療学講座」の長崎大学への開講である。これまでの離島・へき地医療支援の手法に加えて、こうした近年の新たな取り組みによって、へき地医療支援機構の事業を充実・推進させるとともに、教育と研究の観点から離島・へき地医療の充実と地域活性化を目指す試みが進んでいる。

解説

長崎県のシステムは自治医科大学による医師養成よりも歴史が古く、わが国のへき地・離島医療の体制の先陣を切ってきた。

国全体で行われるへき地保健医療対策の中のへき地医療支援機構などに割り当てられた機能を持つシステムを対策よりも早く取り入れていた点で先進的と言える。

長崎県が、わが国の中でも有数の体制でシステムを構築できた理由としては、まず、自前で医師を養成する制度を持っていたことがあげられる。そしてその医師達のキャリアデザインを離島医療圏組合が設定し、生涯教育の場も提供しながら、へき地(離島)に派遣してきたことが大きい。また、医師同士が孤立することなく、同一の目標を持って勤務できるように活動した自発的団体である「長崎県離島医療医師の会」も貢献していると考えられる。

出典：○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18年度版)

山西 幹夫(長崎県立島原病院) 大塚 俊弘(長崎県福祉保健部医療政策課)

所属は当時のもの

2. 高知県

「高知県へき地医療協議会と高知諸診医会」

I 高知県の医療の現状

高知県は人口 79.6 万人で、うち 31 万人(40%)が高知市に集中している。東西(190km)、南北(160km)と共に移動距離が長く、面積も広い県である。山間部の面積が広く(83%：全国第1位)、人口密度が低い(114.3人/km²：全国平均 643.4人/km²)という特徴がある。

さらに、老年人口比率は 26.6%(全国第3位)と高齢化先行県でもある(平成 20 年総務省統計局調査)。

また、中山間地域を中心とする過疎地域では、高齢化が進む一方、無医地区も多く(48か所：全国第3位)、地域住民の健康管理や医療の確保が大きな課題となっている。また、高齢者単独世帯、高齢者夫婦のみの世帯が多くなっており、在宅介護機能の脆弱化も懸念されている。

統計的には病院病床数や医師数が多く、高知県の医療は問題ないと認識されやすいが、実態は、1) 高知市を中心とする中央医療圏へ医療機関・医師が偏在(病院数で 49%、病床数で 54%が高知市に集中)していること。2) 実際に多いのは療養病床及び慢性期医療に従事する医師であることにより、一般病床及び急性期医療に従事する医師は全国並みの水準である。

さらに、高知市以外の急性期病院の常勤医師数は大幅な減少を続けており、もはや医師確保はへき地を抱える市町村だけの問題でなくなっている。

これらの病院は、これまで高知大学等からの医師派遣により一定の医師確保がなされてきたが、新医師臨床研修制度に伴う若手医師の都市部への流出や、病院勤務医師の勤務環境の悪化、また専門医志向による家庭医的な地域医療を志す医師の減少等の事情によって、診療機能の継続および医師確保が極めて困難な状況になっており、特に小児・産婦人科・救急医療体制の確保は大きな課題となっている。

II 高知県へき地医療協議会の成立

<背景>

高知県では、病院と異なり、へき地の診療所はもともと大学医局等からの医師派遣がなく、診療所を運営する市町村が独自で勤務してくれる医師を探していた。

昭和 53 年に自治医科大学 1 期生が卒業し、臨床研修後にへき地に赴任して、以後医師不足の深刻な市町村から順に、卒業医師がへき地の診療所に勤務することとなった。

ところで、これまでのへき地医療は、医師個人の献身的努力と犠牲によって行われてきたと考えられる。具体的には 1) 診療所を離れると無医地区になってしまうため、自らの研鑽のための学会参加や診療技術を向上させるための研修が行えないばかりでなく、週末の休暇を取ることも難しい。2) 住民の冠婚葬祭には出席しなければならないが、同じ理由で自分の冠婚葬祭には出席できない。3) 自分の代わりに務めてくれる医師が見つからないため、自らの病気で療養できず、重篤化するあるいは過労死に到るおそれがある。4) 後任の医師を派遣するシステムがないため、勤務期間が決まっていない。5) キャリアデザインが決まっていないため、生涯研修(後期研修)の計画が立てられないなどがあげ

られる。

こうしたことが積み重なることによって、へき地医療の第一線で勤務する医師のモチベーションが徐々に低下し、勤務が続けられなくなって退職となり、医師探しが始まるという悪循環が存在していた。

また、医師がへき地医療に対して抱くイメージと、市町村行政が医療に対して持つイメージとの間に大きなギャップがあったため、意欲をもって赴任して来た医師がやる気を無くしてしまうという事例も多くみられた。

じっくりと腰を据えて、へき地医療に従事してもらえる環境としては、単に高額な医療機器や立派な診療所の建物などのハード面の整備だけではなく、市町村行政の医師の労働環境に対する配慮や医療に対する積極的な姿勢や「思い」なども欠かせないと考えられる。

一方、卒業直後からへき地に赴任する自治医科大学卒業医師にとっては、義務年限後半に実施される後期研修は、スキルアップのために日進月歩する医学に取り残されないよう最新医学を学ぶ機会であると同時に、モチベーションを維持するための貴重なリフレッシュの場でもあり、重要な意味をもつ。

高知県では、昭和 60 年から自治医大卒業医師の派遣を受けている市町村から一定の理解・協力を得て、何とか毎年 1 名ずつの後期研修の機会を確保できるようになったが、研修中の身分や義務遂行期間への参入等、条件的にはまだまだ不十分なものであり、毎年 2 名ずつの研修枠確保と、その期間の身分保証や必要経費等の支給制度など、多くの課題が山積していた。

このため、自治医大卒業医師のなかで、中核となる病院内に新たなポストをつくり、代診医派遣を希望する市町村から、一定の負担金等を拠出してもらうことなどにより、自前で代診医を確保するシステムの必要性が検討されはじめた。

合わせて、同じへき地勤務であれば少しでも積極的な姿勢をみせる市町村に赴任したい、労務環境や処遇面に関してもより良い環境のもとで勤務したいとの意向を、全ての自治医大卒業医師が持っていた。

以上より、自治医大卒業医師を受け入れている市町村の間の格差を解消し、同じ条件で、かつ気持ちよく勤務ができる環境をつくるためには、市町村の枠を越えた「横のつながり」をもつ組織づくりが必要だという認識に至った。

一方、もともと、市町村は横の連携を保つことが苦手であり、「おらが町、おらが村のお医者さん」といった感じで、赴任した医師を独自に囲い込む傾向が強く、他の市町村が一体どういった処遇をしているのか、また隣りの自治体に勤務する医師がどのような環境で仕事をしているかなどは全く関心を持っていないことが多かった。

そこで、こういった問題を解決するには、うまく行っている市町村とそうでない市町村が膝を交えて情報交換・協議ができる場が必要であった。

<高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会の成立>

自治医科大学 1 期生の義務年限終了(昭和 62 年)を前にして、自治医大卒業医師の代表者と、県庁の医務課へき地医療担当者が、自治医大卒業医師が義務終了後も残ることができる環境づくりについて検討を開始した。

一方、当時、自治医大卒業医師を受け入れていた市町村は、卒業医師の数も少なかった

ため少数であったが、このなかの県西部の山間地域の自治体の保健福祉担当課長は自治医大卒業医師が赴任する前には、外国籍の医師や高額な報酬を目的とした医師などでかなり苦労を重ねていたため、自治医大卒業医師のありがたみをよく理解していた。

そこで、自治医大卒業医師の代表者と県庁の医務課へき地医療担当者が、市町村による共同体を作ろうとする提案に、積極的に応じて、他の市町村への働きかけを行った。

このように、県庁の医務課へき地医療担当者、自治医大卒業医師の代表者、県西部の山間地域の自治体の保健福祉担当課長を中心として共同体づくりが進められた。

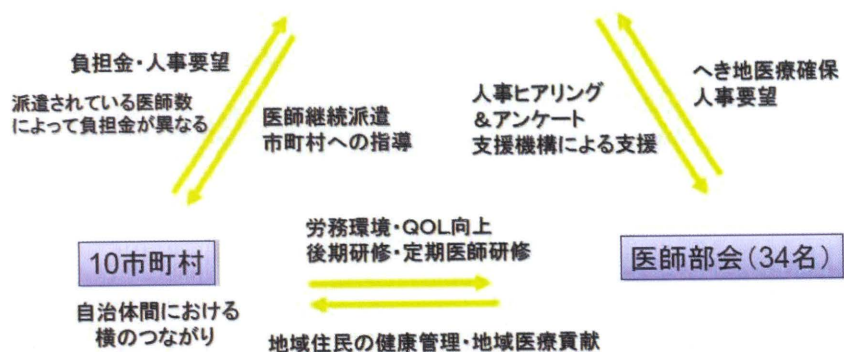
このような経緯から、昭和61年4月に自治医大卒業医師1期生が9年間の義務年限を終える時期に合わせる形で、義務終了後も安心してへき地医療に取り組むことができる環境づくりを目指して、県・医師の派遣を受けている市町村・自治医大卒業医師の三者によって構成される「高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会」が設置された。卒業生と県、および自治医大卒業医師の派遣を受けている市町村が一致協力をして、へき地医療の抱える様々な問題を、組織的にかつシステムとして解決していくことを目的としていた。

高知県へき地医療協議会

三権分立(三位一体)の関係

総会:1回/年
幹事会:3か月毎

高知県(主管課:へき地医療主管課・へき地医療支援機構)



<協議会設置の効果>

この協議会の設置によって、前述した様々な課題や問題を議論する環境が整うこととなった。何よりも自治医大卒業医師とその派遣を受ける市町村、そして医師を派遣し、かつ市町村を指導していく立場である県とが、それぞれ「思い」を伝えあい、相互理解を深めていける場ができたことは大きな意義があった。

さらに、以前から課題となっていた、受け入れ市町村間での労務条件や給与体系などの処遇格差も解消され、県の給与ベースを参考にどこの市町村で勤務しても同じ条件で勤務できるという環境も整い、県内の関連するへき地医療機関での労務条件はまさに「均てん(均霑/均沾:等しく利益にうるおうこと)化」された。

<後期研修>

懸案だった後期研修については、各市町村から毎年一定の負担金(派遣医師数によって按分)を拠出してもらうことで、加盟市町村のどこかに籍を置いて、「在籍出向」の形で後期研修に行くことがシステムとして実現した。この場合、当該医師が在籍する市町村だけの負担にならないよう、研修期間中に支給した給与については協議会の中で按分される方式がとられている。後期研修期間中も公務員としての身分は継続され、給与や社会保険なども全て常勤医師として現状維持が担保され、後期研修枠についても毎年2名ずつの枠が確保できた。

そして特筆すべきものとして、義務年限終了後についても、後期研修と同じ形で1～2年の期間をスキルアップしていく機会となる「義務終了後研修制度」の誕生が挙げられる。この成果は、自治医大卒業医師を受け入れてきた市町村側の義務年限終了医師に対する高い評価の表れと言っても過言ではない。

<代診派遣システム>

さらに、平成7年4月には長年の悲願であった自前の代診医派遣システムが、ようやくできあがることになった。高知県自治医大卒業医師の初期臨床研修病院である高知県立中央病院内に「へき地医療センター」が設置され、専任の医師を置いて代診などの後方支援を行える環境が整い、その結果、多くの自治医大卒業医師の大きな安心感につながる事となった。この業務は、現在高知医療センター地域医療科に引き継がれている。

<学生実習の受入れ>

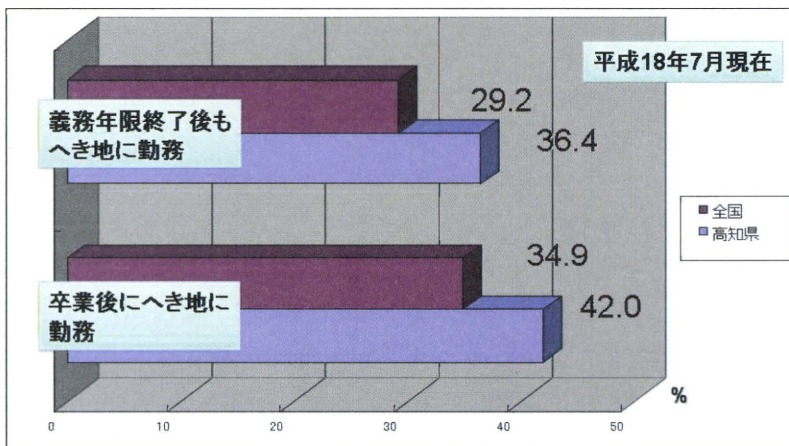
この協議会設置によって、自治医大学生の夏期へき地医療実習の受け入れもスムーズとなり、県が連絡調整窓口となって、市町村は積極的に学生実習を受け入れ、滞在費や交通費まで協議会の方で負担をしてもらえるまでに発展した。この流れは次第に高知医大(現高知大学医学部)学生の受け入れにもつながり、最近では自治医大の学生よりも高知大学学生の方が多く参加するまでになってきた。この取り組みによって、現在までに高知大学医学部卒業医師も、のべにして5名がこの協議会所属の医師としてへき地医療に従事するようになった。

<脱自治医大>

もとより、自治医大卒業医師だけで高知県の地域医療を守って行くことは不可能であり、他大学卒業医師にも参加してもらう必要があった。他大学卒業医師がスムーズにこの協議会に参入してきてもらうためには、「脱自治医大」というキーワードが欠かせないというムードが徐々に高まることになった。そこで平成10年には、自治医大の名称が付くこの協議会の名称が「高知県へき地医療協議会」に変更されることとなり、現在に至っている。その結果、高知大学や愛媛大学卒業医師も協議会に参加するようになり(累計6名)、県・市町村、医師による三位一体のより民主的な運営により、本県自治医大卒業医師も義務年限終了後に残留するケースが多くなってきた。

高知県自治医大卒業医師のへき地勤務状況について次に示す。自治医大の全国平均よりも良好となっている。

高知県自治医大卒業医師のへき地勤務状況



<医師配置の拡大>

医師数の増加に伴い、県内へき地の第一線にある中核病院(嶺北中央病院・大月病院・梶原病院の3か所)に複数の総合医が配置され、その診療レベルや教育機能も徐々に拡充されていった。この3か所の中核病院がへき地における「医療拠点」の役割を果たし、周辺のへき地診療所への代診支援や、後輩医師に対してプライマリ・ケアを中心とする医学教育を提供する役割を担い、「へき地の第一線にある中核病院に総合医を集中させる」ことによるメリットを実例として示すことにもなった。

<へき地医療支援機構の設置>

平成15年4月には第9次へき地保健医療対策により、高知県にも「へき地医療支援機構」が設置されたが、まさにその基礎とも言えるへき地医療支援システムの原型は、高知県ではすでにできあがっていたと言える。先述した3か所の医療拠点は、そのままへき地医療拠点病院として指定を受け、周辺のへき地診療所への支援を機構からの正式な手続きのもとで引き続き担うこととなった。

<初期臨床研修医師の受入れ>

へき地医療で医師を継続的に確保していくためには、後輩医師の教育・育成のみならず、研修医や医学生に対する地域医療教育は不可欠である。

平成16年度より新医師臨床研修制度が始まり、「地域医療」研修が必修科目となったことから、高知県では高知大学医学部と協力してへき地医療機関で質の高いプライマリ・ケア教育を提供できる体制について検討をはじめた。まず、問題となったのは、へき地診療所が個別に管理型研修病院と独自の研修医派遣契約をすると、おそらく同じ時期に複数の研修医を受け入れざるを得なくなり、最悪の場合、県内でへき地医療を学ぶ機会を失う研

研修医が出てしまうという懸念があった。そのため、研修医の派遣窓口をへき地医療支援機構に一本化し、なるべく研修医が「一人ずつ連続して派遣される」ように交通整理する運用とした。研修先は、へき地の第一線にある中核病院(国保嶺北中央病院、仁淀病院、国保梶原病院、国保大月病院)を中心に、周辺のへき地診療所や福祉保健所をグループ化して4グループとした。平成21年度には、県内外10か所の管理型臨床研修病院から派遣される35名の研修医を、各グループに対して派遣調整を実施した。研修プログラムおよび研修期間を統一して、各グループに2名ずつ研修医を派遣し、1名は1クール(2か月)のうち前半の1か月に「へき地にある中核病院内での研修」を行い、もう1名は前半に「院外研修」としてへき地診療所や福祉保健所研修とし、後半はそれらが入れ替わる形としている。このような派遣調整をおこなえば、2名の研修医が同一医療機関で一緒に重なって研修することが回避され、受け入れ医療機関にとっては研修医が1名ずつ連続して派遣されることによって、より質の高い教育を提供することが可能となる。

また、最近では地域枠で入学する学生や奨学金制度を利用する学生も年々増えてきつつあり、彼らに対しては高知大学医学部と連携して、へき地医療実習と郡部の医療機関での専門診療科実習(特定診療科など)の両者いずれかを選択して学べる環境を整えることができた。今後、県としても地域枠等、医師養成奨学資金を受給する医学生に対する教育については、お金さえ出せばそれで終わりということではなく、彼らを「大学と一緒に育てる」というスタンスで、このような実習や各種面談などの機会を利用してコミュニケーションを図っていく必要がある。

Ⅲ. 高知県へき地医療協議会の運用

1) キャリアパスがイメージできる人事調整

へき地医療の人事で最も配慮すべきことは、へき地診療所に限定した勤務が無期限に続かないことを明確にし、一定期間勤務すれば、次の医師へ円滑にバトンタッチできる仕組みづくりである。へき地勤務医師に「いつまでへき地診療所勤務が続くのか」という不安を感じさせることは避けるべきであり、医師個人のライフサイクルや家庭の事情に合わせ、都市部とへき地勤務をある程度融通しながら行き来できる人事が求められる。協議会では勤務先として以下に示す通り、多くの選択肢があり、「キャリアパスをイメージしやすい環境」にあることが特徴である。

A. 県内の基幹病院

- ①高知県・高知市病院企業団立高知医療センター(632床、へき地医療拠点病院)
- 高知県立幡多けんみん病院(355床、へき地医療拠点病院)

B. へき地の第一線にある中核病院

- 国保嶺北中央病院[本山町](110床、へき地医療拠点病院、総合医5名)
出張診療所1か所(浅見川へき地診療所)
- 国保梶原病院[梶原町](30床、へき地医療拠点病院、総合医5名)
出張診療所2か所(松原診療所、四万川診療所)
- 国保大月病院[大月町](25床、へき地医療拠点病院、総合医4名)
出張診療所2か所(安満地診療所、柏島診療所)

C. 複数体制のへき地診療所

○国保大崎診療所[仁淀川町](19床、医師2名)

○国保十和診療所[四万十町](無床、医師2名)

出張診療所1か所(大道へき地診療所)

D. 一人体制のへき地診療所

○国保長沢診療所[いの町](無床、医師1名)

出張診療所2か所(大橋・越裏門診療所)

○国保杉ノ川診療所[津野町](無床、医師1名)

○馬路村診療所[馬路村](無床、医師1名)

出張診療所1か所(魚梁瀬診療所)

○国保小松診療所[大川村](無床、医師1名)(本山町と併任：嶺北中央病院に管理委託)

○沖の島へき地診療所[宿毛市](無床、医師1名)

出張診療所1か所(弘瀬診療所)

E. 後期研修病院(県内外の管理型臨床研修病院)

○高知大学附属病院

○高知医療センター

○自治医大附属病院、海外留学など自由に選択可能

この組織のなかでは、へき地診療所の人事を考える際に、診療所単独の形ではなく、「複数の診療所を一つのグループ(診療所群)としてとらえる」ことが特徴であり、その他にも、へき地の第一線にある中核病院や県の基幹病院も一緒にグルーピングし、キャリアパスを明示する形で人事を検討している。へき地診療所の場合、市町村単独で医師確保を目指すことは極めて困難な時代となっており、このように組織として対応することのメリットは大きい。組織の一員として派遣され、安心してへき地診療所勤務を一定期間経験できることは、総合医や家庭医養成の過程で貴重な研修の場となり、若い医師にとっては大きな魅力にもつながる。

2) 参加医師の状況

平成21年8月現在、協議会に所属する34名医師の内訳は、自治医科大学卒業医師31名(義務年限内17名、義務終了者14名)、高知大学卒業医師2名(これまでの累計5名)、愛媛大学卒業医師1名となっている。この他、自治医大地域医療後期研修プログラムから2名の県外医師を2年間受け入れした実績がある。将来的には、地域枠等、医師養成奨学資金を受給する医学生が将来へき地医療や地域医療に従事したいと希望する場合、この協議会が貴重な受け皿としての役割を果たすのではないかと期待している。

3) 人事の運用

協議会の人事は、毎年次のようなタイムスケジュールで実施される。

4月～6月	構成市町村による保健・福祉・医療に関するマニフェストの作成と公表
9月～10月	医師及び市町村に対する人事希望調査(アンケート方式)
11月～12月	県主管課による医師及び市町村に対して現地ヒアリング
2月上旬	県作成の人事案を協議会医師に説明
2月下旬	最終案を医師と各市町村に提示
3月末	人事異動

4) 人事調整の概要

協議会に所属する市町村は、派遣される医師を常勤職員として割愛採用するが、人事については原則として「協議会案を受け入れる」ことが大きな特徴である。また、院長などの管理職を除き、基本的には2年間ごとに異動がある。初期臨床研修2年間を経て、3年目は加入医師が複数配置されているへき地の第一線にある中核病院で1年間勤務したうえで、翌年からへき地診療所に派遣されることになるため、経験が未熟な段階でいきなりへき地診療所への派遣はなく、若い医師にとっては安心感がある。その後は1)で示した医療機関のなかで、医師のライフサイクルや希望に添う形で勤務配置の調整をおこない、一定のへき地勤務を遂行した時点で先述の後期研修(1年間)を受けることも可能となっている。

5) へき地診療所とへき地の第一線にある中核病院との人事交流やブロック制(グルーピング)によるメリット

この協議会で導入した「ブロック制(グルーピング)」によって、へき地の第一線にある中核病院と近隣のへき地診療所との人事交流がより活発になっている事例がある。それは、本山町立国保嶺北中央病院と大川村国保小松診療所の間で、職員の身分を同じにして、医師や看護師派遣など人事交流が平成20年4月から始まっている。最終的には、同年10月からへき地診療所を開設する大川村が、国保嶺北中央病院を開設運営する本山町に対してへき地診療所の運営を管理委託する形になったが、この運用によって次のようなメリットが出てきている。まず、病院側の医師にとってはへき地診療所で診療することで、周辺的生活環境や医療事情について理解を深めることができ、診療所医師が病院の当直列に加わることで病院医師の負担が軽減された。一方、診療所医師にとっては、病院が所有する医療機器の共同利用(胃カメラやCTなど)が可能となり、後方病院とのより密な連携が図られる。そして何より土日や休日・夜間にずっと診療所で待機しなければならない束縛から解放され、より自由な時間がもてるようになった。今後、こういった「ブロック制(グルーピング)」の導入は、公立病院改革ガイドラインに基づくプラン策定等も視野に入れて、他の地域でも採用の検討がなされる時期にきているのではと考えている。

6) 予算ならびに市町村の負担額について

所属する市町村の負担額および協議会の年度予算は以下の通りとなっている。

協議会に対する市町村の負担額および協議会の年度予算(平成20年度実績)

派遣される医師数	6名	3,408,000円	(1施設)
	5名	2,980,861円	(1施設)
	4名	2,552,200円	(1施設)
	2名	1,696,400円	(2施設)
	1名	1,268,500円	(6施設)
県からの補助金		8,950,000円	
平成20年度総決算額		33,529,888円	(11施設)

このように、負担金額は派遣される医師数によって異なる。医師6名の施設は、国保嶺北中央病院(5名)とこの病院の管理委託を受ける大川村国保小松診療所(1名)とを一緒にした金額である。10市町村からの負担金に県補助金を加えて、年間33,529,888円(平成20

年度実績)の予算となる。歳出の内訳としては、後期研修やへき地勤務医師赴任旅費、夏期学生実習、協議会事業費(IT関連など)等、さまざまな用途に支出されている。

逆に言えば、「この程度の負担額で医師が継続的に確保できている」といっても過言ではなく、さまざまな運用上の工夫や施策によって医師確保が実現できている。なお、派遣された医師が市町村の職員の身分を各々有することからも明らかなように、医師の給与費等は所属する市町村が負担を行い、協議会は支払いに関与していない。

参考までに協議会加入市町村と非加入市町村における医師確保の状況について示す。
協議会加入市町村とそれ以外の市町村の状況(平成21年8月現在)

《協議会加入市町村》

市町村名	人口	面積	人口密度	公的医療機関	医師確保
本山町	4308	134.21	32.1	国保病院	○
構原町	4521	236.51	19.12	国保病院	○
大月町	6298	103.04	61.12	国保病院	○
仁淀川町	7180	332.96	21.56	へき地診療所	○
四万十町	20202	642.06	31.46	へき地診療所2か所	○
津野町	6776	198.22	34.18	へき地診療所	○
馬路村	1140	165.52	6.89	へき地診療所	○
いの町	26701	470.71	56.72	へき地診療所	○
大川村	532	95.28	5.58	へき地診療所	○
宿毛市	24115	286.11	84.29	へき地診療所	○

《協議会非加入市町村》

安芸市	20089	317.34	63.3	県立病院	×
土佐市	29604	91.59	323.22	市立病院	△
四万十市	37490	632.5	59.27	国保病院	×
佐川町	14326	101.21	141.55	国保病院	△
黒潮町	13208	188.38	70.11	へき地診療所	○
三原村	1779	85.35	20.84	へき地診療所	△
四万十市	37490	632.5	59.27	へき地診療所	△

7) 協議会設立によりもたらされたもの

この協議会の設置によって、自治医大以外の卒業医師が組織に参加してきたことは意義深い。そして、へき地医療に従事しながらも、日進月歩する医学に取り残されないための研修体制の充実により、医師のモチベーションは維持されてきている。へき地診療所の場合は、週1回高次医療機関での定期研修(内視鏡やエコー、心臓カテーテル検査など)に行くことも可能である。この他にも、へき地という距離的・時間的ハンディを克服するために、広域ブロードバンド網である「へき地医療情報ネットワーク」も整備された。このネットワークはへき地医療拠点病院が5か所、へき地診療所10か所、その他の基幹病院2か所を結ぶもので、これを活用した遠隔画像伝送で症例の相談をしたり、高知医療センターで月1回開催される救急症例検討会に多地点 Web 会議で参加したりできる環境が整備さ

れた。

この他、医学教育の面では、医学生の夏期へき地医療実習や新医師臨床研修「地域医療」も、へき地医療支援機構を窓口として一括して受け入れをおこない、地域包括ケア教育をはじめプライマリ・ケアの魅力ややりがい伝える貴重な教育の場を提供している。

8) 協議会で、県・市町村が果たす役割

(県) へき地医療政策に対する補助金の適正配分や協議会非加盟市町村への対応・調整などの役割はもちろんのこと、医師がどの市町村に派遣されても勤務条件や処遇に格差がないよう指導を行う(給与水準を県の医療職給料表に基づき均てん化するなど)。また、派遣先決定については医師本人の要望をできる限り尊重し、「キャリアパスをイメージできる人事」を心がける。その他、現場医師と行政(県や市町村)とをつなぐ役割として、県庁主管課にへき地医療支援機構を設置し、そこにへき地医療での勤務経験をもつ臨床医を配置することによって、円滑な代診医師派遣調整や地域医療教育の提供を図るなどの役割を担う。(市町村) 医師を常勤職として割愛で採用(協議会の提示した人事案を受け入れる)し、医師以外の看護師や事務員などは独自に確保する。また、医師研修(へき地診療所での、週1回の研修日確保など)の支援や診療所の施設整備・勤務環境の改善等も役割として求められる。

9) 当該システムが維持されてきた理由

自治医大というへき地医療に対する明確な目的を持った教育システムの下で育成され、かつ一定水準の人材が、卒後に毎年2～3名継続して協議会へ加入するという保証があることが何と云っても大きい。また、これらの人材をへき地医療の第一線で独自に育成・教育するシステムが自前で構築できたことも理由の一つとして挙げられる。先述の通り、へき地の第一線にある中核病院(3か所)に総合医を複数配置し、へき地医療拠点病院として指定することによって、周辺のへき地診療所への支援や医学生・研修医への教育提供を実現できていることは政策的に特筆すべき点である。

この他の要因としては、行政(県や市町村)が現場医師の意見を尊重し、「より民主的な運営」となるよう努め、人事や施策に関する協議、処遇の均てん化などに対して医師自らが主体的に参画できるシステムになっていることも理由の一つである。人事アンケートやヒアリング、市町村によるマニフェスト作成などにより、開設者(市町村長)と現場医師との間の意思疎通が図られ、あくまで組織上は県と市町村、現場医師は「対等の関係」であることが明確にされていることも挙げられる。

この他、へき地医療支援機構を中心とした診療支援(代診支援、研修の確保、IT支援、ヘリ救急の推進等)や、次の医師にいつでもバトンタッチできるという「キャリアパスを保証」した人事調整も、当該システムが維持されてきた大きな理由である。

IV. 高知諸診医会

前述した「脱自治医大」を目的として、「高知県へき地医療協議会」と改称したころから、この高知県へき地医療協議会の医師部会にも新しい名称をつけるべきだという気運が高まり、地域医療振興協会高知県支部でもなく、高知県自治医大卒業医師同窓会でもない「高知諸診医会」という、他県には見られない新しい組織が平成12年に誕生した。諸診医とは、「諸々を診療する」という意味をもつ総合医の造語であり、県内で「へき地医療業務に特化した医師集団」として新たな一歩が踏み出されることになった。

全国の各都道府県では、それぞれ自治医大卒業医師が60名を越える大きな組織になって

きており、卒業生全員の顔と名前を一致させることができる者も少なくなっている。また、県支部や同窓会のなかで様々な意思決定がなされるとすれば、開業や入局などで、へき地医療の第一線から離れている先輩医師の意見が大きくなってしまい、義務年限内の若い医師の意見が組織として反映されにくくなってしまおうという懸念がある。

さらに、自治医大の名前が付いた組織(医師集団)であれば、何よりも他大学卒業医師の参画を阻む要因になりかねず、組織としての成長にも限界があった。そのため県内でへき地医療に従事している、またはへき地医療に特化した勤務を続けている医師を組織化して、へき地医療協議会の医師部会として人事や労務管理、研修などについて議論していける環境づくりを目指す必要があった。このような「脱自治医大」を目指した新たな組織づくりについては、他の都道府県でも求められる時代になってきていると考えられ、今後、全国的な拡がりを期待したい。

<まとめ>

以上、これから求められるへき地医療に特化した組織づくりについて、高知県の事例を含めて報告した。やはり医師と県、市町村がそれぞれの「思い」に耳を傾けていける環境を作り出すことは必要不可欠のものであり、へき地医療に従事する医師が気持ちよく、かつハッピーに、へき地医療に従事できる環境をいかにして作っていくのが大変重要な部分である。

研修医や学生らは最大限の関心をもって、へき地医療の第一線の医師の「表情」を見ている。現場の医師が疲労困憊して、疲れ果てている表情を目の当たりにした場合、「へき地医療はやっぱり大変だ」という実感は抱けても、自分が「将来へき地医療に従事したい!」という気持ちは沸いてこないはずである。

そういったなかで、冠婚葬祭や研修、病気などの際にはしっかりと休暇が確保され、遠隔画像伝送などを通じてリアルタイムにコンサルトできる環境があるとか、同じ意識を持ったへき地医療に特化した仲間がいて、協議会という大きな組織に守られているという安心感を保ちながら、へき地医療に従事している医師たちの「表情」は、きっとハッピーに輝いているはずである。その表情を研修医や学生が見た時に、はじめて「将来、自分もきっとへき地医療に従事してみたい!」とか「将来、この先生のようにになりたい!」と将来の自分のロールモデルとして認知し、憧れにも近い「思い」を抱いてもらえるはずである。

そのような環境づくりを目指すためにも、従来まで医師個人の努力や犠牲のうえに成り立っていたへき地医療を、県や市町村の協力を得て、高知県へき地医療協議会や高知諸診医会というへき地医療に特化した組織づくりによって、かつシステムとして対応していこうとする姿勢が、これから全国のどこの都道府県でも求められる時代に入ったのではないかと考えている。

<結語>

- ・高知県へき地医療協議会のように、へき地勤務医師、県、市町村が三権分立の関係で組織化されている事例は少ない
- ・このシステムにより、義務年限を終了した自治医大卒業医師や高知大学卒業医師が組織に残留する傾向が出てきた

- ・このシステムは、へき地医療支援システムやへき地医療情報ネットワーク、へき地医療教育に大きく貢献した
- ・高知諸診医会という新たな医師の組織も、自治医大卒業生が各県で増えてきた現在では、一つの選択肢として高知県から全国に向けて発信していきたい

解説

高知県のシステムは、自らの健康は自らが守るという精神で市町村が出資して、協議会を結成し、勤務医師の確保と医師の生涯教育の保証をともに行う点で画期的である。

勤務していない医師の研修の費用までも自治体が負担するというのは驚きに値する。

こうしたシステムを作り上げられた行政担当者の努力は計り知れず、医師不足のご苦労がさぞ大きかったのであろうと考えられる。

出典：○「高知県へき地医療協議会と高知諸診医会について」

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18年度版)

澤田 努(高知県へき地医療支援機構 専任担当官 高知医療センター 地域医療科)
所属は当時のもの

○「わが病院はこうして医師を確保した—高知県へき地医療機関」

全国国民健康保険診療施設協議会「地域医療」vol.47 No.2

澤田 努(高知県へき地医療支援機構 専任担当官 高知医療センター 地域医療科)
／高知県健康政策部医師確保推進課)

3. 新潟県

I 新潟県の医療事情

1. 新潟県の地勢

新潟県は南北に長く、海岸線の総延長は 330km にも達する。また面積は、全国でも 5 番目の大きさを有している。中山間地域は世界でも有数の豪雪地帯でもあり、冬季間は 4 m を超える積雪を記録することも珍しくない。広い県土を擁するものの公共の交通機関は充実しているとは言い難く、都市間の移動には時間を要する。主要産業としては農業が挙げられ、米の収穫量は全国第 2 位である。離島として国内では最大の佐渡島があり、そこに 6 万を超える人口を擁している。佐渡島との連絡はカーフェリーやジェットフォイルなどに頼るが、夜間の運行はなく、また冬季間は強い冬の季節風のためしばしば欠航を余儀なくされる。

新潟県全体としての人口は、近年減少の一途をたどっているが、それでも 240 万人を擁している。しかし人口の多くは日本海側初の政令指定都市となり、かつ県都でもある新潟市近辺にあり、広大な新潟県にあって人口、経済、そして医療などにおける地域間格差は著しくなりつつある。また新潟県における過疎地域の多くは高齢化地域でもあり、過疎化の著しい地域では高齢化率は 40% に達しようとしている地域もある。

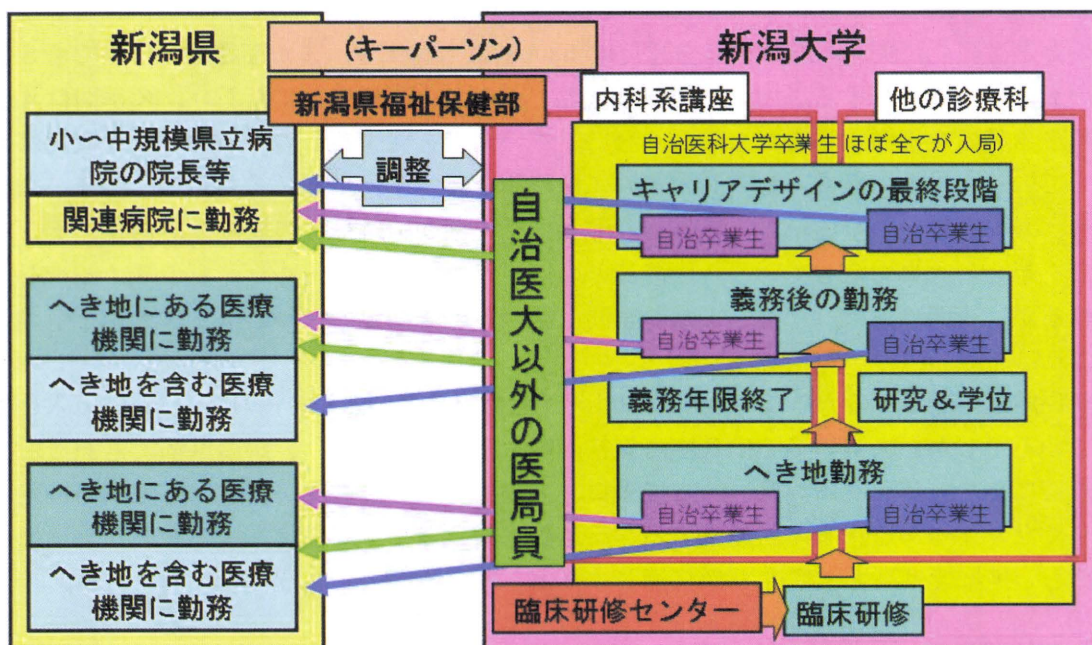
2. 新潟県の医師数

この広い新潟県にあって、医育機関は唯一、新潟大学があるのみである。同じ人口を要する北陸三県（富山県、石川県、福井県）には医学部が 4 つ存在することを考慮すればいかに新潟県が医育機関において貧弱であるか理解できよう。その結果として新潟県は人口 10 万人あたりの医師数では全国で下から 6 番目に位置し、171.0 人（2006 年末現在）である。さらに、医育機関の少なさや卒後県内にとどまる研修医数が人口に比し、少ないこともあり全国平均との差は年々広がる傾向にある。現在、新潟県に残る研修医数は 90 名前後であり、人口から期待される数を大きく下回っている。

さらに同じ新潟県内にあっても人口 10 万人あたりの医師数（2004 年末現在）では著しい格差が生じつつある。新潟市を含む新潟医療圏では 237.5 人であるのに比し、最も少ない魚沼圏域では 124.6 人に過ぎない。この傾向は新臨床研修制度が始まって以降、さらに強まっている。また無医地区も 36 カ所（2006 年末現在）と全国で 4 番目に多く、今後の課題となっている。

II 新潟県におけるへき地への医師の配置システム

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



<経緯>

新潟県においては、以下の3つの特徴が存在している。

1. 新潟大学の医局組織の力が、他の地域と違ってしっかりと残っている。
(新潟大学以外に、医師を複数抱え、県内の医療機関に医師を配置する能力を持った組織がない。)
2. 新潟大学の内部に当初から、共に新潟の医療のために働くのであるから「自治医科大学卒業医師は同じ仲間である」という認識が存在している（新潟県では自治医科大学卒業生は全て新潟大学医歯学総合病院で初期研修を行うこととしている）。
3. その結果、自治医科大学卒業医師はそのほとんどが新潟大学の各科医局に入局する。

以上により、当初は図にキーパーソンと示した人物が新潟大学の各医局と新潟県の間での調整を促し（ネットワーク作り）、結果として新潟県が新潟大学の医局の意向も考慮しつつ、最終的に自治医科大学卒業医師が赴任する医療機関を決定していた。現在は、県庁の福祉保健部を中心にして、県と大学の間での調整が行われている。

<初期研修と入局制度>

新潟県において自治医科大学卒業医師は、卒後最初の1年間、新潟大学医歯学総合病院で初期研修を行う。ここで新潟大学や他の大学の卒業生と同等に、同じ研修医1年目として扱われる。ここで他大学出身者と混じり合う中で同期としての意識が芽生える（同期と

してのネットワーク)。このことはへき地に勤務した後にも、患者のやりとりや症例の相談の中で、相互に良い影響がある。2年間の研修を終えた段階で、多くの自治医科大学卒業生は、他大学出身の研修医と同様に入局先を決めている（医局としてのネットワーク）。

新潟県においては、自治医科大学卒業医師ばかりでなく、新潟大学の各科医局からも医局員がへき地へと派遣されている。またへき地医療機関の週末の代診などについては大学側からかなりのサポートがなされている。これはやはり自治医科大学卒業生も同じ時期に研修をした同期であり、医局の同窓であり、仲間であるという意識が根底にあり、お互いにサポートしていかなければならない、と感じるためと思われる。

またへき地勤務を開始するまでの3年間は、まず大学病院で、その後県内の大規模病院で研修を行っている。その間に、自治医科大学卒業生以外にも医局を通じて様々なネットワークを築くことができる。さらに義務年限中に1年間の後期研修を認め、その間は大学で専門医としての研修もできるなど、義務年限内にも、その後のキャリアデザインを考慮した配置を行っている。

<へき地赴任の状況>

自治医科大学卒業医師の赴任先は、前述のように、大学医局と県庁福祉保健部とのネットワークの中で調整・決定されており、県の一方的な決定ではない。その結果、自治医科大学卒業生は県内でもっともへき地と考えられる地域に赴任している。しかし内科系の医局からも、県内のかなりのレベルのへき地に医師が派遣されており、前述したように週末の代診などのサポート体制はかなり充実している。他の診療科の医局からは、へき地には勤務する診療科がある医療機関が少ないこともあるためか、それほどへき地には赴任していない。内科以外の科に入局した自治医科大学卒業医師の赴任状況については、その科の事情に左右されることもあり、大学とシステムを共用していく以上、ある程度避けられない部分でもあり、今後の課題と言えよう。

<義務年限後>

自治医科大学卒業医師は、義務年限終了を待って、それまで入局した医局との関係を生かしながら、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。また義務年限後も希望すれば県職としての身分は維持されるため、医局の人事で県内のへき地医療機関に赴任することも可能となっている。また大学に残り、地域医療教育関連の講座のスタッフになる卒業生もいる。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し、実際に病院長になっている医師もいる。

また、この方式は自治医科大学卒業医師以外にも義務年限をもって勤務することになる県費修学生や奨学金を伴う地域卒学生にとっても応用の利く方法であろう。

以上から、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（あるいはネットワーク）として維持されていれば、医師人生全般を通じてのキャリアデザインがうまく機能すると考えられるし、そのネットワークが医師のその県に対する帰属意識を高め、結果として医師の定着率を高めるものと考えられる。