

第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

A. 研究目的

平成26年12月19日に開催された第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議では、PDCAサイクルの活用をグループワーク全体のテーマとした。

B. 研究方法

厚生労働省による第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議は、平成26年12月19日の13時から17時まで三田共用会議所で行われ、43都道府県のへき地医療行政関係者やへき地医療支援機構の専任担当官等、計73名が参加した。研究者らは会議の中で行われた「へき地保健医療対策に関するグループワーキング」において、約3時間のグループワークの進行を担った（資料5-1）。

グループワークを行うにあたり、以下の①～④に関する確認を基にした第11次へき地保健医療計画の振り返りを行ってもらった。

①第11次へき地保健医療計画の再確認（計画策定時のへき地保健医療の状況／計画策定時に設定した課題と目標）

②へき地保健医療対策の現状

③第11次へき地保健医療対策の評価（課題解決の有無／目標達成の有無／新たな課題の有無）

④第11次へき地保健医療対策に関する分析（目標達成もしくは未達成の要因・原因等）

グループ分けは各地域毎とした。各グループには本研究の研究分担者・研究協力者がファシリテーターとして入り、司会・書記・発表者は各都道府県のへき地医療行政関係者やへき地医療支援機構の専任担当官の方々に務めていただいた。

グループワークでは、第11次へき地保健医療計画の振り返り（①～④）を基にして、今後の課題や、取組むための仕組みについて議論を行ってもらった。そして、最後に各グループから発表時間5分、質疑応答3分で発表していただいた。

C. 研究成果

グループ1では、へき地保健医療計画に数値目標が設定されていないため評価が困難、医師派遣実績や代診要請といった数値が適切にへき地医療の状況を表しているのか懐疑的とする意見が出された。その他、地元医大と連携したへき地医療に従事する医師の確保や、

公的病院や地元大学医学部と連携した総合診療専門医の育成といった取組が共有された。そして、次期へき地保健医療計画や第6次医療計画に向けた計画目標の指標として、住民満足度や医療提供体制に関する施設・設備に関する指標が挙げられた。また、専門医制度について、へき地・地域も一体となった認定・更新プログラムの必要性、専門医でもへき地・地域で働けるような環境づくりの必要性について意見が出された。

グループ2では、へき地保健医療計画実施後の定量的な評価、とくに医師のキャリア支援や働きやすい環境作りのような成果を数値化することの困難さについて意見が出された。また、今後の方向性では、他県と接する地域の医師不足に対して隣接県と協働した対応の必要性、地域枠医師のキャリア支援、へき地医療支援機構と地域医療支援センターとの関係性について議論がなされた。

グループ3では、無医地区に該当するだけの住民がいない地域が増加していることから、無医地区の解消といった指標では実態を正確に把握することは困難なこと、県によっては都市部の市中病院でも整形外科等の専門医不足が深刻になっており、へき地における医師確保の対策が後手になっている現状が報告された。また、へき地医療と医師確保の担当部署が異なる県もあり、庁内での部門間連携も今後の課題として示された。今後の方向性として、県内の医療機関に複数の大学医局から医師が派遣されている現状であるため、地域枠のキャリアデザイン等を議論する複数の都道府県・大学医局を巻き込んだ調整の場を確保する必要性について議論された。そして、へき地における地域包括ケアシステムを構築するために、医師以外の職種の確保もへき地保健医療計画等に盛り込み、各科専門医もスキルとして地域包括ケアシステムを取り入れることの必要性について意見が出された。

グループ4では、へき地診療所の医師確保対策において、診療所に勤務する医師の高齢化が不安要因であることが示され、近隣のへき地医療拠点病院で支援を行っているが、拠点病院も医師不足となっている状況では継続的な支援が困難であること、自治医大・地域枠卒業医師が増加したとき、現職場の垣根を超えた支援システムを構築することが解決の一助になるのではという意見が出された。次に、地域枠養成医師が県内に定着するためには、ロールモデルやキャリアアップの提示が必要であることが示された。地域枠卒業医師の人事配置方法は、自治医大・地域枠卒業医師の有機

的なネットワークを構築することが、さまざまな事象に対応できるシステムづくりにつながるのではないという意見が出された。具体的な事例として、今後最大で100名以上の地域卒卒業医師が輩出されるのに備えて、顔と名前を一致させるための人事管理ソフトを導入した県もみられた。

グループ5では、自治医大や地域卒卒業医師らの義務年限終了後の定着やキャリア形成支援において、へき地勤務に対するインセンティブやへき地診療所等も包含した形の研修プログラム、新たな専門医制度による医師偏在の悪化を引き起こさない制度設計の検討について意見が出された。また、今後の地域における過疎・高齢化が進むことを視野に入れたへき地医療拠点病院指定の見直し、へき地診療所の集約化や再編の必要性について議論された。そのためには地域医療ミーティング等を開催することで地域住民との意志疎通を図ることや、医療ICTや電子カルテを活用した遠隔診療や病診間の情報共有も重要であることが示された。

グループ6では、次期計画に向けて検討すべき要点として、①組織作り、②情報共有の場、③教育、④ドクタープール制度、⑤広報活動の5項目にまとめられた。とくに、組織作りについては、へき地医療支援機構を県庁内に移動させ、専任担当官が本来業務に専念できる環境を作ったことで活性化した点を重視し、風通しが良く機動性のある組織作りを目指す必要があるとされた。また、適時適切なタイミングで関係者が広くへき地の情報を共有する場を作ることや、さらには県をまたいだ意見交換の機会を継続して確保することの重要性が示された。

D. 考察

グループワークで議論された重要な論点を以下に示した。

へき地保健医療計画での目標設定

第11次へき地保健医療計画の策定では、目標値の設定がされていない都道府県が多く、そして、ストラクチャー指標やプロセス指標が中心となっていた。

第6次医療計画ではPDCAサイクルが活用されており、へき地の医療部分でも数値目標が設定されていることから、今後は数値目標の設定が望まれる。その際、従来の指標に加えて、住民満足度であったり、医療現場での指標（罹患率等）等、複数の指標を組み合わせた、言い換えれば「都道府県＋市町村＋医療者＋住民」による多角的な指標の設定が望まれる。そして、へき

地保健医療対策に関する協議会の下部組織としてのワーキンググループや、へき地保健医療に関する圏域毎の分科会といった機能性の高い組織によって、へき地保健医療対策として行われた施策の評価と次年度への反映を行うことが、より効果的であると思われる。

都道府県をまたいだ連絡／連携の場

県庁所在地のある医療圏に医師や看護師だけでなく医療機関も含めた医療資源の偏在が見られており、地域間格差の解消には、地域卒や自治医大卒業医師の活用が重要となるが、実際の医師派遣となると地元大学だけでなく隣接する都道府県の大学医局からも医師が派遣されている場合もあり、それらの大学医局との関係性に苦慮する都道府県も見られている。

課題解決の方策として、意見交換の場のブロック毎の開催や、関係のある都道府県や大学による協議の場を設置する等が考えられる。このような都道府県間の協力関係が進展することで、都道府県境のへき地医療における、県境をまたいだ救急体制や診療支援のシステム構築につながることを期待される。

地域卒／自治医大卒業医師のキャリア支援

各都道府県で地域卒卒業医師ならびに自治医大卒業医師の義務年限での専門医取得期間の位置づけについて検討が重ねられている。その一方で、へき地や地域での勤務が考慮されないと医師偏在に拍車がかかる、専門医を取得しても義務年限内に更新ができない、専門医取得が優先されて地域のニーズが置き去りにされるといった懸念が出されている。

専門医の取得・更新の際にへき地・地域での診療経験も適切に評価される制度設計が望まれるが、新専門医制度をにらんだ、勤務地に関わらず自己研鑽を支援する環境整備（e-learning等）、定期的な研修を受けられる診療体制（医師の複数配置等）といったキャリア支援を行うことも必要である。そして、へき地や地域で医師を務めることの価値を卒前・卒後教育を通じて伝えることが、専門医取得といった個人のキャリアだけに目が向くのではなく、“地域のために”という医師の姿勢に繋がるとと思われる。

へき地での地域包括ケアシステム

へき地では高齢化率も高く、疾患の予防・治療に加え、介護も含めた地域包括ケアシステムの構築が求められる。しかし、へき地では人的・物的資源が限られており、住民が受けることのできる介護サービスの地域間格差も大きい。そのため、へき地での地域包括ケアシステムにおける多職種連携等を、今後の医療計画

のへき地の医療部分等に明記することが望まれる。

また、へき地や地域での地域包括ケアシステムには総合診療医のみならず、各診療科専門医の理解と参加も不可欠であることから、へき地医療拠点病院やへき地診療所の場を活用した地域包括ケアシステムに関する卒後教育を推進する必要がある。

へき地医療拠点病院／へき地診療所の支援

へき地診療所では医師と看護師の高齢化が進んでおり、退職後の後任確保が懸念されている。また、へき地診療所の支援として、へき地医療拠点病院から代診医が派遣されていたが、へき地医療拠点病院でも医師不足が顕在化していることから、急な代診依頼への対応が困難となっている。また、医師だけでなく看護師にも代診医と同様のシステムを求める声が上がっている。

このような課題に対して、近年では社会医療法人が代診支援や特定診療科の医師派遣等を行うことで、へき地医療拠点病院にかかる負担軽減に成功している事例もある。また、いわゆる玉突き支援による代診支援を行っている都道府県もあり、より重層的な診療支援体制を構築することが必要と考えられる。へき地診療所やへき地医療拠点病院の看護師確保の観点からは、地元の潜在看護師の復職支援が重要であり、実際にへき地診療所の看護師確保に繋がった事例も多数みられる。その他、地域医療支援センターが総合医局としての役割を果たし、医師だけでなく、多職種の確保や診療支援体制、看護師の派遣制度の構築等を、他の組織と連携を図りながら推進していくことが期待される。

第7回全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

A. 研究目的

第7回全国へき地医療支援機構等連絡会議では、グループワークのテーマを「1. 新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパス～義務年限におけるキャリアパス作成／都道府県内定着率向上に向けた都道府県としての取組み」、
「2. へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の機能向上と連携推進～へき地医療の確保に向けた医療機関の再編／ネットワーク構築における都道府県としての取組み」とした。そして、両テーマに関する現状、課題、目標、具体的取組みの方向性に関して議論することで、課題の深化・共有、今後の方向性に関する議論・情報交換を図ることを目的とした。

B. 研究方法

厚生労働省による第7回全国へき地医療支援機構等連絡会議は、平成28年1月29日の13時30分から16時30分まで厚生労働省で行われ、40都道府県のへき地医療行政関係者やへき地医療支援機構の専任担当官等、計65名が参加した。研究者らは会議の中で行われた「へき地保健医療対策に関するグループワーキング」において、計160分間のグループワークの進行を担った（資料5-2）。

グループ分けは都道府県番号順に第1グループから第6グループに都道府県を振り分けた。各グループには本研究の研究分担者・研究協力者がファシリテーターとして入ったが、司会・書記・発表者はグループワークの参加者に務めていただいた。

当日のグループワークでは、「新たな専門医の仕組みについて」、「へき地医療拠点病院とへき地診療所のネットワーク構築について」の表題で、研究班から具体的事項の解説を行った。

次に、「新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパス」と「へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の機能向上と連携推進」に関する現状についてグループ内で各都道府県から報告し、どちらのテーマについて各グループで決定した後、課題、目標、そして具体的取組の方向性について議論を行った。

各グループでの議論後、議論の内容を参加者全員で共有することを目的として、パワーポイントを用いて各グループによる発表を行った。

C. 研究成果

第1グループでは、新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパスがテーマとなった。後期研修・専門研修の時期設定、都道府県外での後期研修の実施、診療科の選択範囲、配置先の決定者、専門研修施設群におけるへき地医療機関といった課題が挙げられた。そして、自治医科大学卒業医師の後期研修は専門医研修を踏まえて期間の延長が必要という意見が出された。また、総合内科専門医や総合診療専門医ならば取得できるが、外科系やその他の診療科の専門医取得は困難な現状が示された。地域卒卒業医師の人事権を持つ部署は都道府県によって異なっていた。今後は都道府県、大学関係者、派遣希望医療機関等、関係者間の意見調整を行い、地域の医療機関のニーズと自治医科大学卒業生や地域卒の卒業生の希望とをすり合わせることの重要性が共有された。

第2グループでは、新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパスがテーマとなった。義務年限内での専門医資格の取得、総合診療専門医を目指す医学生の数、総合診療専門医の指導医不足といった課題が挙げられた。これに対して、自治医科大学や地域卒の卒後ローテーションシステムを新専門医制度に合わせた変更が可能かどうか各県で検討する必要があること、地域卒医師も加わり、へき地勤務体制に余裕が出てくれば義務年限内のローテーションのルールを変更することも可能という意見が出された。

第3グループでは、新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパスがテーマとなった。義務年限内で専門医の取得を可能とするキャリアパスを検討・策定する、専門医取得は義務年限終了後になるという報告がされた。義務年限内の取得を目指す場合も、内科や総合診療科以外の他診療科は対応困難という声が聞かれた。そして、義務年限内でのへき地勤務と、専門医の取得を両立させるために、内科専門医制度下での特別連携施設に診療所を登録する、義務年限内に猶予期間を設ける等の方策が示された。その他、地域卒卒業医師の配置を新たな専門医の仕組みに組み入れて、へき地医療に貢献していくことはできないか、専門医のプログラムにおける地域医療をへき地医療として活用していくシステムづくり等が示された。

第4グループでは、へき地医療拠点病院ならびにへ

き地診療所の機能向上と連携推進がテーマとなった。人口減少地域では、患者搬送車などの利用、医師や医療機関を集約、センター化させる等、先進的な取り組みを行っている県がみられた。集約化に関しては、常勤医師の配置基準が無い場合住民の理解が得られない、常勤医師の高齢化、医療の専門分化も進み一人の医師での対応は限界等の意見も出された。今後の方向性として、複数の医療機関によるネットワークを構築することで、相互の連携構築や負担の軽減、統廃合の円滑化が図れることが示された。また、へき地医療拠点病院や医師に対するインセンティブ向上、同一開設者間の診療支援の評価の必要性について意見が出された。

第5グループでは、へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の機能向上と連携推進がテーマとなった。近年、医療再編が行われた奈良県、新潟県の事例が提示され、そこに関わる課題、解決方法などが議論された。奈良県と新潟県の事例を比較してみても、その違いが明確にあり、地理的な要因も重要であり、行政が主導していくことの難しさも感じられた。グループワークを通じて、参加者は人口構成が変化していく中で医療再編が求められていることに意識を向けることができたものと思われる。

第6グループでは、新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパスがテーマとなった。地域卒学生が卒業し始めた時期であり、義務年限内のキャリアと専門医取得につながるキャリアをどのようにかみ合わせるかが課題として挙げられた。義務年限の9年間をかけて専門医を取得する案や専門医を取った後で義務勤務に赴く義務猶予案等を検討している事例が紹介された。一方では、義務猶予期間を設けて専門医を取った後で義務勤務に赴く考え方は、地域卒出身医師がある程度蓄積されて地域偏在が解消されなければ、へき地の医療を維持できない可能性や、専門医を取得した後でへき地に赴任する場合は専門医の更新に問題が出る点、指導医の有無による医師偏在の深刻化に対する懸念等が指摘された。方向性としては、専門医取得のための研修期間を考慮した義務年限猶予以外にも、へき地の医療機関が研修病院群に入るよう県を含めた協議の場を設けて調整することや、ICT ネットワーク整備により、へき地病院での勤務を支援すること等が議論された。

D. 考察

グループワークを通じて、以下のように具体的な課

題と方向性等について示すことができた。

まず、新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパスに関して、目標は義務年限内での専門医の取得、へき地医療勤務と専門医研修の両立であり、課題として後期研修の開始ならびに専門医取得と更新の時期設定、診療科の選択、医師の配置先、既卒の医師のキャリア調整が挙げられる。

都道府県の取組みの方向性としては、配置先のローテーションの見直し、指導医の確保、義務年限の緩和（専門医取得の際は猶予期間とする等）、関係者間の協議等が考えられる。義務年限のあり方については、義務の前半部分での専門医の取得や、へき地勤務と並行した後期研修の実施にこだわらず、義務前半でへき地医療勤務、義務後半で希望する診療科を踏まえた病院勤務とする等、柔軟な枠組みで義務年限を検討することが望ましい。とくに、医師の配置に関しては最終的な人事権を都道府県が有さない場合も多いため、学生や医師のニーズと地域や県が期待する役割との調整を関係者間の協議を通じて行うことが重要である。また、義務年限後の都道府県定着率の向上のためには、専門医取得だけではなく、学位の取得や二階部分の専門医取得に向けた研修体制の整備も必要である。

次に、へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の機能向上と連携推進に関して、へき地医療支援機構やへき地医療拠点病院の役割強化と評価、へき地等の民間診療所の後継問題、社会医療法人制度の活用、へき地医療における医療連携や再編を行う上での住民の理解が課題として挙げられる。

都道府県の取組みの方向性としては、研究班による具体的事項の解説でも示したように、地方の一層の高齢化や過疎化を迎えて、「医師の確保」から「医療の確保」、「点（個人）で支える医療」から「面（システム）で支える医療」が基本になると思われる。また、へき地診療所のあり方も、市町村や地域住民とあるべき地域の姿を共有しながら、集約化による一体型運営、常勤医師体制から医師派遣型、指定管理型への移行等、様々な形でへき地医療の確保について協議することが重要である。

平成 26 年度 都道府県個別訪問による第 11 次へき地保健医療計画に関する技術的支援

A. 研究目的

今年度の都道府県個別訪問では、PDCA サイクルの C (check)、A (action) に重点を置いた全国へき地医療支援機構等連絡会議グループワークのテーマを引き続き個別訪問でも取り上げることによって、より一層の各都道府県における主体的な第 11 次へき地保健医療計画の評価と次期計画への反映に対する理解と具体的取組の深化を図った。

また、研究班会議で議論された、へき地保健医療対策に関する様々な課題についても、各都道府県の現状を把握するとともに、今までの研究班活動を基にした情報交換や、へき地保健医療に関する施策について技術的助言を行うことも目的とした。

B. 研究方法

平成 27 年 1 月から 2 月末にかけて、都道府県個別訪問を行った。訪問対象は都道府県庁を基本としたが、先進的な取組を行っている組織等に関しては都道府県庁に代わり訪問対象とした。

個別訪問を行うにあたり、訪問に先んじて文書にて各都道府県へき地医療行政担当者に訪問場所の選定や日程調整の依頼を行った。個別訪問は研究分担者と研究協力者で、1 人数都道府県を担当した。技術的助言および聞き取り調査は都道府県等が用意した会議室等で約 2 時間、へき地保健医療計画担当者や訪問先のへき地医療関係者と直接面談して行った。

個別訪問で使用したチェックリストは別に示した(資料 6-1)。

C. 研究成果

今回は都道府県個別訪問の対象としたへき地を有する 43 都道府県のうち、40 都道府県を訪問した。なお、結果は都道府県が特定できないように都道府県名等は伏せた。

1. 第 11 次へき地保健医療計画における PDCA サイクルの活用

①各都道府県の第 11 次へき地保健医療計画における PDCA サイクル全般の活用について

②PDCA サイクルの活用に関する促進・阻害因子の確認と技術的助言

第 11 次へき地保健医療計画における PDCA サイクル

全般の活用について、12 都道府県 (30%) では従来より PDCA サイクルを十分に活用しており、16 都道府県 (40%) では現在、PDCA サイクルの活用に取り組んでいた。一方では、8 都道府県 (20%) で PDCA サイクルの活用・取組が不十分であり、4 都道府県 (10%) では PDCA サイクルは全く活用していなかった。

PDCA サイクルの活用、取組を行っている都道府県では、へき地保健医療対策に関する協議会等の開催による進捗状況の評価がされていた。PDCA サイクルの活用、取組が不十分な都道府県では、へき地保健医療対策に関する協議会が開催されていない、開催されても活発な議論が行われていない等の声が聞かれた。第 11 次へき地保健医療計画では数値目標が設置されていなかったため、評価が難しいという意見も聞かれた。研究班からは、機動力があり実践的な協議を行える場を作ることや、定量的な目標値を設定できずとも具体性のある定性的目標を示すこと等を助言した。

2. 第 11 次へき地保健医療計画の振り返り

③第 11 次へき地保健医療計画の策定時に設定した課題と目標の確認

21 都道府県 (52.5%) では策定時に設定した課題と目標が関係者間で十分に確認・共有されており、15 都道府県 (37.5%) においても課題と目標の確認はなされていた。しかし、4 都道府県 (10%) では策定時に設定した課題と目標の確認は不十分であった。課題として、会議が開催されていても目標設定が曖昧であったために十分な検証がされていなかったり、会議が策定時の開催のみという声が聞かれた。

④第 11 次へき地保健医療計画策定後のへき地保健医療に関する現状把握

22 都道府県 (55%) では策定後の現状把握に加えて関係者間でも共有されていた。12 都道府県 (30%) では策定後の現状把握が行われていたが、3 都道府県 (7.5%) では不十分であった。そして、3 都道府県 (7.5%) では現状把握の取組も行われていなかった。現状把握の取組が不十分な都道府県では、調査や協議の場の設置は、計画の策定時のみ行われていた。

⑤第 11 次へき地保健医療計画で設定した課題・目標に対する評価システムについて

22 都道府県 (55%) では年度毎に評価が行われており、8 都道府県 (20%) では最終年度に総合評価が行われる予定となっていた。一方、8 都道府県 (20%) では評価を行うシステムが不十分なため、現在システムの構築中であり、2 都道府県 (5%) ではシステム

の構築も取組まれていなかった。関係者が一同に会する場が設けられていない、計画の確認と承認に留まること等が課題として挙げられていた。

⑥第11次へき地保健医療計画策定後に生じた新たな課題の把握

12都道府県(30%)では策定後に生じた課題を把握し、目標の設定、施策の取組が行われていた。21都道府県(52.5%)では課題の把握はされており、4都道府県(10%)は不十分な把握となっていた。2都道府県(5%)では課題の把握はされていなかった。関係者が一同に会する場が無いという理由の他、新たな課題に対する認識に乏しい都道府県も見られた。

新たな課題としては、離島の看護師確保、産婦人科医師の高齢化による将来的な産婦人科医不足、在宅医療の推進、地域包括ケアシステムとの連携、自治医大卒業医師と地域卒卒業医師の協力体制の構築、新たな専門医制度と自治医大・地域卒卒業医師のキャリアデザインとの整合性、へき地診療所医師の高齢化、薬剤師不足、公的病院の集約化・機能分担等が挙げられた。

⑦第11次へき地保健医療対策に関する分析(促進因子)

13都道府県(32.5%)では課題解決・目標達成ができた項目に関する分析が十分行われており、19都道府県(47.5%)でも分析は行われていた。3都道府県(7.5%)では分析は不十分であり、5都道府県(12.5%)では分析が行われていなかった。

具体的には、地域医療再生基金の活用、地域卒卒業医師の増加、地域医療支援センターとの協力体制の構築、へき地医療支援機構ならびに専任担当官の取組、へき地医療拠点病院や社会医療法人の増加、公立病院の再編等が促進因子として挙げられていた。

⑧第11次へき地保健医療対策に関する分析(阻害因子)

10都道府県(25%)では課題解決・目標達成ができなかった項目に関する分析が十分行われており、22都道府県(55%)でも分析は行われていた。6都道府県(15%)では分析は不十分であり、2都道府県(5%)では分析は行われていなかった。

具体的には、新たな専門医制度の制度設計が不透明であるために地域卒や自治医大卒業医師のキャリアデザインを作成に遅れが生じている、キャリアデザインを設計する際に近隣都道府県の大学にまで配慮が必要なこと、細かいレベルでの協議の場が無いこと、市町村の当事者意識の低さ、関係者間の低調な連携等が挙げられた。

3. 次期へき地保健医療計画/第6次医療計画に向け

て

⑨第11次へき地保健医療計画最終年度への反映

3都道府県(7.5%)では、全国へき地医療支援機構等連絡会議で行ったグループワークで議論した「仕組み」に関して、計画の最終年度に反映させる予定であり、16都道府県(40%)では計画に反映できるか検討中であった。そして、12都道府県(30%)では検討は不十分であり、9都道府県(22.5%)では検討する予定も無かった。なお、他都道府県の先行事例・成功事例を聞けるという点で、全国へき地医療支援機構等連絡会議が評価されていた。

⑩第11次へき地保健医療計画から次期計画への反映

7都道府県(17.5%)では第11次へき地保健医療計画終了後、第6次医療計画等の追記・修正を行う計画があり、18都道府県(45%)では現在検討がなされていた。3都道府県(7.5%)では検討は不十分であり、12都道府県(30%)では第11次へき地保健医療計画終了後の方針は未定であった。

4. 第11次へき地保健医療計画に関する個別事案について

⑪「へき地医療」と「地域医療」について

半数以上の都道府県では、へき地医療と地域医療を担当する部署が同一であり、へき地医療と地域医療は一連のものであるため切り分けて考えることはできないとする都道府県も多く見られた。その一方で、へき地保健医療計画や自治医大を担当する部署と、医療計画や地域卒を担当する部署が分かれており、その中には相互の連携が不十分な都道府県も見られた。

その他、地理的要因や過疎4法に準拠した地域をへき地と位置付けたり、地域医療は病院が主体、へき地医療は診療所が主体としていたり、医療に関する事業を行う上での住み分けとしての地域医療とへき地医療としていたりする意見も聞かれた。

⑫へき地医療支援機構と地域医療支援センターについて

へき地医療支援機構の主な役割として、代診医ならびに自治医大卒業生の派遣調整や、へき地保健医療対策協議会への参加が挙げられていた。他にも、初期研修医に対する地域医療研修、ドクタープールの運営、専任担当官によるへき地診療所への聞き取り調査等がへき地医療支援機構によって行われていた。地域医療支援センターは主に地域卒卒業医師のキャリア形成支援、地域医療に従事する医師等に関する現況調査、医師・医学部生に対する地域医療の情報発信等を行って

いた。両組織が統合されている都道府県もあれば、両組織間の接点も少なく、有機的な連携が取れていない都道府県も見られた。

⑬地域枠卒業医師のキャリアデザインについて

地域枠卒業医師の具体的なキャリアデザイン策定状況については、多くの都道府県で具体的内容の検討が進められていた。また、13都道府県では地域枠卒業医師のキャリアデザインにへき地診療所等のへき地勤務が組み込まれていた。直接的にへき地勤務が義務付けられていない場合でも、へき地の公的病院に勤務する等、実質的にへき地勤務がキャリアデザインに組み込まれている都道府県も見られた。

⑭へき地の診療所と都道府県との関係について

多くの都道府県では、診療所の運営に関する補助金交付等を行っているが、基本的にはへき地診療所の医師確保は市町村の役割として考えていた。しかし、へき地診療における医師の高齢化と後継者確保の課題等もあり、都道府県によっては、ドクターバンクの運用による医師確保や、社会医療法人や玉突き代診などによるへき地診療所の支援が行われていた。その他、住民減少による患者減少のためへき地診療所の常勤体制から出張診療所への移行、複数の診療所の統廃合や広域センター化の検討や実施が行われていた。

⑮へき地の歯科医療について

へき地の歯科医療に関しては、計画自体に歯科医療の記載が無い、担当者間の連携が不十分であることから、取組が低調な都道府県も見られた。へき地に特化している取組ではないが、在宅歯科医療を歯科医師会と連携、もしくは歯科医師会を中心に取組んでいる事例もあり、その中には歯科往診車整備への助成や、在宅歯科医療連携室の設置による在宅歯科医療・訪問歯科医療の充実に向けた取組などが挙げられていた。へき地での取組としては、県が歯科医師会に歯科巡回診療車を無償貸与し、歯科巡回診療が無歯科地区を中心に行われている事例も見られた。研究班からは、へき地での歯科医療に関して、地元大学の歯学部との協議の場を設けることや、研修医教育における口腔保健の重要性等について助言を行った。

⑯へき地での看護について

へき地での看護に関しては他部署が担当している都道府県もあり、十分な連携が取れていない都道府県も見られた。実情として、へき地医療拠点病院では7：1看護や都市部への看護師集中等の影響から看護師不足が深刻となっていた。また、へき地診療所でも看護

師の高齢化による退職と後任看護師確保が課題となっており、都道府県によってはへき地医療拠点病院からへき地診療所へ短期的な看護師の派遣や、へき地診療所への医師派遣の際に看護師と事務員を派遣している事例も聞かれた。他にも、多施設合同によるへき地医療拠点病院の新人看護職員研修や、復職支援研修事業がへき地医療拠点病院で行われている事例、へき地勤務を条件とした修学資金の導入を検討している都道府県も見られた。へき地に限定した取組ではないが、看護師養成施設の確保やUターン、Iターン推進事業や、ナースバンク事業も行われていた。

⑰へき地での薬剤師について

へき地での薬剤師に関する状況は、担当部署が異なるため把握ができない、地元大学に薬学部が無く、全体的に薬剤師が不足している等、進展に乏しかった。研究班からはへき地保健医療対策に関する協議会等に薬剤師会からの参加を促す、へき地での在宅医療を促進するためにも薬剤師の役割について検討する等の助言を行った。NPO 法人が運営しているへき地での薬局が訪問服薬指導等を介して、へき地医療の一翼を担っている事例や、へき地医療拠点病院の薬剤師を巡回診療にも同行させている事例等を紹介した。

⑱地域医療構想におけるへき地医療の位置づけについて

訪問時、まだ地域医療構想のガイドラインは示されていないこともあり、具体的な意見交換が行えなかった都道府県が多かった。また、地域医療構想は病床に関する話であるため、へき地医療との関連は薄いと見る意見や、今後のへき地診療所の統廃合等について各自自治体に任せている等の都道府県も見られた。

しかし、地域医療構想において、へき地医療拠点病院を含めた公的な中小病院の再編・機能分担に取組む必要性を認識していたり、診療所の統廃合や広域センター化を市町村に任せるだけでなく、市町村との会合の場でへき地診療所等の将来的な方向性を県からも説明・提案している都道府県も見られた。研究班からも、地域医療構想を策定する上で、へき地医療が埋没しないように意識付けを行った。

その他の項目も含めて、訪問結果の一覧は資料6-2に示した。

D. 考察

1. 第11次へき地保健医療計画におけるPDCAサイクルの活用

医療計画は PDCA サイクルに基づいた記載がされており、今後、へき地保健医療計画も医療計画に一本化されるため、適切な数値目標の設定、進捗状況の評価や協議を行う場の設定等、次期医療計画の策定時には、へき地保健医療対策においても PDCA サイクルに基づいた施策立案・施策管理が必要となる。

2. 第11次へき地保健医療計画の振り返り

第11次へき地保健医療計画の策定時に設定した課題と目標の確認は、ほとんどの都道府県でへき地保健医療対策に関する協議会等で行われていた。しかし、策定後の現状把握や策定時に設定した課題・目標に対する評価に関しては、不十分であると回答した都道府県が多かった。

第11次へき地保健医療計画は、地域医療再生基金といった財源の確保、地域医療支援センターという新たな組織と従来からのへき地医療支援機構との両組織の運営、社会医療法人の増加等により推進された一方、今後の課題として新たな専門医制度に対応した自治医大卒業医師や地域卒卒業医師のキャリアデザイン、公立病院の集約化・機能分担等の課題が挙げられた。

3. 次期へき地保健医療計画／第6次医療計画に向けて

平成30年度からの医療計画への一本化、ならびにへき地保健医療整備指針が示されることから、今後もへき地保健医療の充実に向けて、全国へき地医療支援機構等連絡会議等における都道府県間の情報交換や協議の場を継続して設けることが必要である。

4. 第11次へき地保健医療計画に関する個別事案について

へき地医療と地域医療の意味するところは、各都道府県における医療施策の経緯や地理的背景等に左右されるところが大きい。へき地医療支援機構に加え、大多数の都道府県で地域医療支援センターが設置されたことから、へき地医療と地域医療の行政内での位置付けに留まらず、両組織のより具体的な両組織の役割の明確化や、相互の連携を図る組織運営に関しては、都道府県による差異は大きくなると思われた。

また、地域医療支援センターを中心に作成されている地域卒卒業医師のキャリアデザインには直接的なへき地勤務は組み込まれていなくても、へき地医療拠点病院等に勤務することで、実質的にへき地医療の支援という形で組み込まれている都道府県は多い。そのため、へき地診療所への代診医派遣等の支援において、自治医大卒業医師に加えて地域卒卒業医師が果たす役

割も期待される。

へき地の歯科医療については、在宅歯科医療や口腔保健等の予防歯科等を歯科医師会を中心に取組まれており、今後も引き続きへき地医療関係者と綿密な連携を取りながら進めていくことが望まれる。

へき地での看護も、看護協会が中心となっていたり、他部署が担当していたり、歯科医療と同様に十分な連携が取れていない都道府県が見られた。へき地診療所やへき地医療拠点病院の看護師確保には、地域での新人看護職員研修の場の確保や、復職支援研修事業による地域に根差した看護師の採用等、都道府県ならびに市町村や看護協会との協働が必須になると思われた。

へき地での薬剤師については、とくに在宅医療での役割が注目されるが、未だ認識としては低い都道府県が多数を占めており、研究班からは具体例の情報提供等を中心に行った。

都道府県の地域医療構想とへき地医療との関連に対する認識には較差が見られた。各都道府県の地域医療構想を踏まえて、次期医療計画を策定することになるため、へき地保健医療対策も直接的に影響を受けることになる。地域医療構想の策定にあたっては、へき地医療が埋没しないよう都道府県は留意する必要がある。

平成27年度 都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援

A. 研究目的

研究班は第11次へき地保健医療計画の策定から都道府県の支援を行っており、第11次へき地保健医療計画が延長されるにあっても、現段階でのへき地保健医療対策の評価、ならびに新たな取組みを追加した対策が円滑に実施されることを目的として、各都道府県のへき地保健医療対策関係者と情報交換や情報提供、技術的助言等を行うこととした。

B. 研究方法

平成27年11月から平成28年1月末にかけて、都道府県個別訪問を行った。訪問対象は都道府県庁または各都道府県のへき地医療行政担当者が指定する医療機関とした。

個別訪問を行うにあたり、訪問に先んじて文書にて各都道府県へき地医療行政担当者に訪問場所の選定や日程調整の依頼を行った。個別訪問は研究分担者と研究協力者で、1人数都道府県を担当した。技術的助言および聞き取り調査は都道府県等が用意した会議室等で約2時間、へき地保健医療計画担当者や訪問先のへき地医療関係者と直接面談して行った。

個別訪問では、へき地保健医療対策検討会報告書を踏まえて作成したチェックリストを用いた。都道府県個別訪問で実際に使用したチェックリストは別に示した(資料6-3)。

C. 研究成果

今年度の都道府県個別訪問では、へき地を有する43都道府県のうち、41都道府県を訪問した。また、へき地を有しない都道府県からも都道府県個別訪問を希望した都道府県があり、合わせて42都道府県を訪問した。なお、結果は都道府県が特定できないように都道府県名等は伏せた。

1. へき地保健医療計画の取り扱い

①平成28年度の以降の第11次へき地保健医療計画について

29都道府県(69.0%)で平成29年度まで第11次へき地保健医療計画を引き続き実施する、10都道府県(23.8%)で当初から医療計画として策定しているので特に対応はない、2都道府県(4.8%)で平成28年度以降の取り扱いは未定ということであった。

②第11次へき地保健医療計画の評価について

6都道府県(14.3%)で第11次へき地保健医療計画の評価は十分に行った(行っている途中である)、9都道府県(21.4%)で評価を行った(行っている途中である)、15都道府県(35.7%)で評価は今後行う予定である、8都道府県(19.0%)で評価時期については検討中である、1都道府県(2.4%)で評価を行う予定はないということであった。1都道府県で重複回答、2都道府県では無回答であった。

評価の場として、へき地医療計画策定会議や、地域医療対策協議会等にへき地医療の部会を設けている都道府県がみられた。評価の時期として、へき地医療支援計画推進会議等により毎年度評価の場を設けている都道府県もあれば、医療計画の最終年度である平成29年度予定とする都道府県もみられた。

③第11次へき地保健医療計画の評価内容について

2都道府県(4.8%)で十分に第11次へき地保健医療計画を実施することができた、18都道府県(42.9%)でどちらかというを実施することができた、19都道府県(45.2%)でどちらともいえないということであった。3都道府県では確認できなかった。

具体的な評価内容としては、へき地医療拠点病院の増加、公的病院の再編、医師派遣・代診医派遣の充実、へき地医療に関する卒前卒後教育の充実等が挙げられた。課題としては、へき地医療拠点病院における慢性的な医師不足、巡回診療のあり方、へき地における在宅医療や周産期医療が挙げられた。また、尺度や数値目標が無いため評価困難とする声も聞かれた。

2. へき地における医療体制の現状について

①無医地区・無歯科医地区の現状

18都道府県で人口減少により、12都道府県で交通アクセスの改善により、無医地区数が減少したとのことだった。バス路線や医療機関の廃止により無医地区が増加したという声も聞かれた。

無医地区に関連した課題として、へき地における民間診療所の開業医の高齢化ならびに後継者不足から、将来的に無医地区が増加する懸念があること、民間診療所に対する公的な支援がへき地医療拠点病院から行えないこと等が挙げられた。また、無医地区の周辺地区における医療の課題を検討するために、県担当者が現地訪問を行った事例、巡回診療や患者輸送等の事例が挙げられた。

③へき地医療拠点病院の状況

へき地医療拠点病院の現状としては、設置者が同一市町村である場合等、診療支援を行っていても実績として算定されないことを現在の課題として挙げる都道府県がみられた。また、慢性的な医師不足であることから十分な支援が行えない都道府県がある一方、社会医療法人の診療支援により、へき地医療拠点病院の負担が軽減した都道府県もみられた。

その他、社会医療法人の医療機関からへき地の医療機関に対して、診療放射線技師や理学療法士、離島への助産師や看護師派遣が行われる事例も聞かれた。

3. へき地保健医療対策の新たな取組について

①超高齢化、人口減少社会に応じた適切な医療提供体制

7都道府県(16.7%)で新たな取組を行っている、もしくは行う予定である、16都道府県(38.1%)で新たな取組を検討している、もしくは検討する予定である、15都道府県(35.7%)で現在の取組はあるが、新たな取組は予定していない、4都道府県(9.5%)で現時点では取組む必要性が低いため、現在・来年以降の取組はない、ということだった。

具体的には、地域医療構想の枠内でへき地に該当する医療提供体制の検討がなされる都道府県も多かったが、人口減少に対応するためにへき地医療拠点病院への医師の集約化と診療所派遣のシステム構築、住民の輸送事業の促進、公立病院ならびに診療所の再編、巡回診療の見直し等の方向性が聞かれた民間の診療所医師が退職、もしくは閉院となった場合には、都道府県としての支援が困難であることから、将来的なへき地も含めた地域の診療体制に懸念を示している都道府県もみられた。

②都道府県をまたいだ連絡・連携の場の設置

新たな取組を行っている、もしくは行う予定である都道府県は無く、6都道府県(14.3%)で新たな取組を検討している、もしくは検討する予定である、18都道府県で現在の取組はあるが、新たな取組は予定していない、そして、18都道府県では現時点では取組む必要性が低いため、現在・来年以降の取組はないということであった。

具体的にはドクターヘリの運用に関した連携が最も多く、その他、県境の救急医療に関しては現場レベルの連携が図られているとのことだった。

④へき地医療拠点病院の実績要件の検討／へき地医療拠点病院の充実に向けた取組

1都道府県(2.4%)で新たな取組を行っている、もしくは行う予定である、11都道府県(26.2%)で新たな取組を検討している、もしくは検討する予定である、28都道府県(66.7%)で現在の取組はあるが、新たな取組は予定していない、1都道府県(2.4%)では現時点では取組む必要性が低いため、現在・来年以降の取組はないということであった。1都道府県は無回答(該当なし)であった。

現在の実績要件の課題に関しては、代診医派遣や医師派遣等の実績が診療所の医師確保状況等に左右されてしまうこと、実際には行われている病院間や同一開設者間での診療支援が実績に算定できないことが挙げられた。また、大～中規模のへき地医療拠点病院から中～小規模の医療機関に医師を派遣し、中～小規模の医療機関から診療所等に医師を派遣する、いわゆる玉突き支援も新たに実績要件として算定すべきという意見も出された。

今後の取組としては、へき地医療拠点病院に医師を集約し、周辺診療所への代診医派遣や巡回診療の実施を行うこと、とくに地域枠や自治医科大学卒業医師の派遣先としての重要性について多く聞かれた。

⑥へき地医療の重要性、やりがいを見出すような教育

8都道府県(19.0%)で新たな取組を行っている、もしくは行う予定である、7都道府県(16.7%)で新たな取組を検討している、もしくは検討する予定である、26都道府県(61.9%)で現在の取組はあるが、新たな取組は予定していない、1都道府県(2.4%)では現時点では取組む必要性が低いため、現在・来年以降の取組はないということであった。

多数の都道府県では、地域医療全般の取組みとして、大学の卒前・卒後教育が行われていた。ただし、一部の都道府県では離島や中山間地域で地域医療実習や夏期セミナーが行われていた。また、へき地医療支援機構の専任担当官等、県が講師として大学で地域医療に関する講義を行っている、県の事業として行う地域医療体験研修に、大学の単位取得に互換性がある等、県と大学の連携した卒前教育の具体的な事例についても聞かれた。

⑦へき地医療に対する国民(住民)の理解の必要性

4都道府県(9.5%)で新たな取組を行っている、もしくは行う予定である、5都道府県(11.9%)で新たな取組を検討している、もしくは検討する予定である、26都道府県(61.9%)で現在の取組はあるが、新たな取組は予定していない、7都道府県(16.7%)

では現時点では取組む必要性が低いと、現在・来年以降の取組みはないということであった。

内容は、地域医療全般に対する住民の理解を深めるための取組み、地域医療に関するフォーラムやシンポジウムが行われていた。へき地医療にも関連したものとして、再生基金を利用して各市町村単位で開催された地域医療ミーティングや、へき地医療に関連したパンフレットや県が発行している情報誌で特集を組む等の取組みが挙げられた。

⑧へき地におけるチーム医療の推進

8都道府県(19.0%)で新たな取組みを行っている、もしくは行う予定である、4都道府県(9.5%)で新たな取組みを検討している、もしくは検討する予定である、20都道府県(47.6%)で現在の取組はあるが、新たな取組みは予定していない、8都道府県(19.0%)では現時点では取組む必要性が低いと、現在・来年以降の取組みはないということであった。2都道府県では確認できなかった。

へき地における歯科医療に関しては、無歯科医地区に対する巡回診療を行っている都道府県がみられたが、全体的にへき地に特化した歯科医療の取組みは聞かれなかった。ただし、へき地医療支援計画策定会議等に歯科医も参加している等、へき地医療に関する協議の場への参加は一部の都道府県でみられた。

へき地における看護に関して、県としての看護師確保や研修事業等を行っている都道府県が目立った。へき地医療に関連した取組みとしては、へき地医療拠点病院に勤務する看護師に対する出張研修事業、休日夜間診療センターの看護師を代替看護師としてへき地診療所の支援を行う事業、拠点病院から離島の病院に看護師を派遣する事業等が聞かれた。また、中山間地域における訪問看護師を育成する講座や、離島やへき地をフィールドとした教育プログラムを実践するセンターが設置された大学があることも聞かれた。その他、へき地医療支援機構運営委員会等の協議の場への看護職の参加、看護師不足地域への看護師派遣の検討等がなされていた。

へき地における薬剤師に関しては、地区によっては医師よりも薬剤師不足が深刻なため、薬剤師確保が課題となっている都道府県もみられた。具体的な取組みとしては、へき地における訪問薬剤管理指導、薬剤師確保のための奨学金返還助成制度、自宅まで薬を配達するへき地の調剤薬局等が挙げられた。地域医療対策

協議会等の協議の場に薬剤師が参加しているという都道府県もみられた。

その他、大学や医師会を中心として行われている、多職種連携に関する教育・研修について都道府県から聞かれた。

4. 地域医療構想について

①地域医療構想におけるへき地医療

ほとんどの都道府県で、地域医療構想の策定は二次医療圏毎に検討されていることもあり、へき地医療に特化した検討がされているわけではなかった。ただ、都道府県によっては離島が中心となる二次医療圏もあり、そのような二次医療圏では医療資源に乏しいことから、在宅医療が課題となっていた。

なお、訪問結果の一覧は資料6-4に示した。

D. 考察

1. へき地保健医療の取り扱い

平成27年3月に厚生労働省から出された、へき地保健医療対策検討会報告書に示されたように、平成28年度以降も第11次へき地保健医療計画を延長する、もしくは医療計画の当初予定まで行うとする都道府県が大半であった。ただし、へき地保健医療計画の評価時期は、当初から医療計画としての策定であったり、医療計画に一本化されることが示されたことから、医療計画の最終年度に行うという都道府県がみられた。本来はPDCAサイクルに沿って、毎年度の評価が望ましいが、第11次へき地保健医療計画では具体的な数値目標を設定していた都道府県が少ないこと、医療計画では数値目標の設定を求められていたことが、都道府県が医療計画の最終年度での評価とする要因と思われた。

評価の内容としては、半数近くの都道府県で、第11次へき地保健医療計画の進捗に関して肯定的な評価となった。その背景には、地域医療再生基金等の活用による地域医療に関連した寄附講座の設置、第11次へき地保健医療計画策定指針に基づいたへき地医療支援機構の役割強化、地方都市における医師不足を契機とした都道府県行政と大学の連携強化や医療法で定められた地域医療支援センターの設置等が挙げられた。一方、へき地医療拠点病院等の医師不足や医師の偏在は依然として課題となっており、さらには、地域包括ケアシステムの構築が進められていく中での、へき地における在宅医療の確保といった課題も顕在化しつつあった。

2. へき地における医療体制の現状について

平成26年無医地区等調査・無歯科医地区等調査(へ

き地保健医療対策検討会報告書より)では、平成21年の全国無医地区数705箇所と比較して、無医地区は約10%減少したと報告されている。今回の都道府県個別訪問では、新たな医療機関の設置や医師の確保で無医地区が解消された事例も聞かれたが、それ以上に無医地区数の減少には、該当地区の人口減少や道路事情の改善が主な要因となっていた。今後は道路事情が改善されたとしても、自家用車を運転できない高齢者の増加、利用者の減少による公共交通機関の廃止や、そして、高齢化を迎える医師の退職による民間診療所の閉院により、無医地区数は増加に転じる可能性もあると予測される。

そして、へき地医療拠点病院においては慢性的な医師不足は依然課題となっており、十分な機能を果たすことができない原因の1つにもなっている。このようなへき地医療拠点病院の負担を、へき地要件による社会医療法人が補うことで、都道府県内の代診医派遣や医師派遣が行っている都道府県もみられたが、全体としては、へき地医療を支える医療機関としての社会医療法人は、まだ周知・活用される余地が大きいと思われた。

3. へき地保健医療対策の新たな取組みについて

超高齢化、人口減少社会に対応するべく、半数以上の都道府県では、へき地保健医療対策の新たな取組みを実施もしくは検討していた。取組みの方向性としては、地域卒卒業医師、自治医科大学卒業医師のキャリアパスも組み込んだ、へき地医療拠点病院への集約的な医師配置を行い、へき地医療拠点病院から周辺の診療所や中小病院への巡回診療や医師派遣を行うシステムの構築が主流になると思われた。加えて、人口減少により受診患者数が減少していく場合には、巡回診療ではなく、生活支援と合わせた患者／住民の輸送事業(デマンドバス等)に切り替えていく都道府県や市町村自治体も増えると予想される。

しかし、へき地診療所は医療と介護の拠点機能を有していたり、公民館等のように住民同士の交流の場であったりもする。そのため、派遣元となりうるへき地医療拠点病院等は、単に医師を派遣するのではなく、へき地を有する市町村自治体や地域住民と密な連携を取り、将来的な地域の姿を共有しながら、へき地医療を展開することが望まれる。また、へき地診療所が位置する地理的な要因、離島や中山間地区、そして冬期の豪雪等により、容易に巡回診療や医師派遣を行えない場合もありうるため、そのような地域に位置する診

療所への支援体制の構築も引き続き求められている。

次に、都道府県をまたいだ連絡・連携の場は、ドクターヘリの運用に関する連携が最も多く、県境のへき地医療に関する協議の場等は救急の現場レベルで行われていても、都道府県レベルでは設置する都道府県はなかった。自治医科大学や地域卒卒業医師のキャリアパスを検討する際に、近隣大学の医局人事の対応に苦慮しているという声も聞かれたため、近隣都道府県との情報共有を行うことができる、へき地医療支援機構等連絡会議の活用が期待される。

へき地医療拠点病院の取組みは、半数以上の都道府県で新たな取組みは予定されていなかったが、慢性的な医師不足に対しては地域卒卒業医師の活用が予定されていること、へき地医療拠点病院のうち、8割の医療機関では三事業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)のいずれかを行っていること等、一定の取組みがなされているためと思われた。三事業に関しては、同一開設者間での診療支援や玉突き支援、そして病院間の支援等、従来の枠組みをこえた診療支援の方式がみられるため、今後のへき地医療拠点病院の実績要件を定める際に検討の必要があると思われる。

へき地医療に関する教育は、各大学への地域医療関連の寄附講座の設置、コアカリキュラムでの地域医療臨床実習の実習、近年の家庭医療や総合診療に対する医学生や研修医の期待といった背景から、地域医療教育としての取組みと一定の成果が得られていると思われた。より積極的な都道府県の取組みとして、地元大学での地域医療に関する講義等を担当している事例も聞かれた。卒前教育に行政が加わることで、地域医療の多面的な理解へと深まり、ひいては地域医療やへき地医療に取り組む際に、行政も含めた多職種協働へと繋がると思われるため、今後も卒前・卒後教育への都道府県行政の積極的な参画が期待される。

へき地医療に対する住民への情報発信では、新たな取組みを実施・検討している都道府県は2割ほどに留まっていた。従来の情報発信は、都道府県民全体に対する一方向の発信が多かったが、今後は診療所の統廃合や巡回診療の見直しといった、より地域住民の生活に直結した施策が増えると思われるため、単なる情報発信ではなく双方向的な情報共有が求められる。そこで、都道府県単独ではなく、関係市町村や医療機関と連携した情報共有の場の設置を行い、今後のへき地医療の在り方について、住民・行政・医療者の理解を深めていくことが重要と考えられる。

最後に、へき地におけるチーム医療、具体的には歯科医療、看護、薬剤師に関する取組みに関しては、従来のようにへき地に特化した取組みは少ない。訪問歯科診療、訪問看護、そして訪問薬剤管理指導といった在宅医療、つまり地域包括ケアシステムの枠組みで取組みが進められている。そのため、市町村、地域の歯科医師会、看護協会等が中心になっていると思われる。都道府県は介護保険事業支援計画等による市町村の支援を行っているが、へき地においては医療・介護の資源が乏しいことから、へき地でも十分なチーム医療の構築による在宅医療等の展開が行えるよう、都道府県庁内の横の連携、へき地を有する市町村との連携を図ることが重要と考えられる。

4. 地域医療構想について

地域医療構想は二次医療圏毎に検討が行われていることもあり、へき地医療については必ずしも十分な配慮がなされているかどうかの確認はできなかった。二次医療圏毎に各医療機関の機能分化が進められていくことになるが、へき地診療所の後方病院として各市町村立病院が役割を果たしている場合もあることから、へき地を有する医療圏ではへき地医療の視点からも協議を行う事が期待される。

先進的取組を行っている組織・地域等の視察訪問

A. 研究目的

新たな専門医制度を控え、自治医大卒業医師や地域卒卒業医師の義務年限における専門医取得期間の位置付けといった課題が生じている。一方、地域卒学生に対する卒前・卒後教育、義務年限中の医師配置計画等、新たな取組を始めている都道府県もある。

各都道府県での効果的なキャリアデザイン等の事例について分析・提示することは、へき地医療に従事する自治医大卒業医師や地域卒卒業医師のキャリアデザインの作成に資するものと思われる。そこで、キャリアデザインに関連した取組を行っている組織・地域等を選定し、その取組事例について分析を行った。

B. 研究方法

都道府県個別訪問の際に先進的取組を選定した。先進的取組を選定する際の基準としては、地域卒のキャリアデザイン、具体的には卒前・卒後教育や医師の配置等に関連した取組事例とした。

C. 研究成果

先進的な取組を行っている組織・地域として、A. 秋田県、B. 岡山県、C. 広島県、D. 高知県、E. 熊本県、F. 鹿児島県を選定した。なお、今回の報告書に掲載するにあたり、全ての県から了承を頂いた。

A. 秋田県（「地域循環型キャリアプラン」と「循環型医療教育システム学講座」）

秋田県の医学生修学資金制度には県内地域卒、全国地域卒、一般卒、市町村振興卒、ふるさと元気卒といった複数の制度があり、広義の地域卒医師の義務年限者数は平成35年にピークを迎え280名、うち知事指定病院勤務者数は平成40年にピークを迎え128名となる予定となっている。

そして、地域卒卒業医師のキャリアプラン作成に対する支援や、医師不足と地域・診療科偏在を解消することを目的として、平成25年4月に秋田県と秋田大学の共同で「あきた医師総合支援センター」が秋田大学医学部付属病院に設置された。同センターでは、基本的な方向性として秋田大学と秋田県内の地域の病院（県内の公的医療機関や知事指定医療機関）を循環しながらキャリアを積んでいく「地域循環型キャリアプラン」を打ち出しており、各地域卒に応じた診療科別やコース別（大学院進学コースや臨床継続コース等）

のキャリアデザインについて、モデルの提示や具体的な策定作業が行われている。

なお、医学生修学資金等貸与者については配置基準が定められており、原則として地域の中核的な病院に配置されるが、①医師充足状況調査等により医療機関から医師配置の要望がある、②医師1人当たりの外来・入院患者数が相当数認められる、③人口10万人当たり医療施設従事医師数が低い、④同一地域内に補完する医療機関が無いこと等を総合的に勘案して決定されることになっている。

また、地域の病院での医師不足による診療機能の低下や、指導医不足による若手医師の定着率の低下等の課題に対して、秋田県では新たな取組みとして平成26年度から30年度までの5年間、秋田大学に寄附講座「循環型医療教育システム学講座」を設置している。同講座では地域で若手医師を育成しながら医師不足の医療機関を支援するために、講座に所属する医師（10人以上）を地域の病院（秋田市から概ね50km以上の地域）に派遣し、派遣先病院の診療応援や、地域卒等の若手医師の指導ならびに指導医の養成を行うことになっている。

B. 岡山県（地域卒卒業医師の派遣システム）

岡山県の地域卒は、岡山大学地域卒が7名、広島大学地域卒が2名の計9名/年となっており、平成37年には最大で約40名の地域卒卒業医師が地域の医療機関に配置されることが予想されている。地域卒卒業医師の医療機関への配置等のキャリアプランに関しては、平成24年2月に岡山県庁保健福祉部医療推進課に設置された岡山県地域医療支援センターと、同年4月に岡山大学に設置された同センター岡山大学支部を中心に取組が進められている。

地域卒卒業医師の配置先選定条件は複数の項目で評価されており、地域の受け入れ体制（地域住民との良好な意志疎通、各関係者との良好な連携体制、ローテートする医師を歓迎する雰囲気）、地域で果たしている役割（地域に期待されている役割を果たすための多職種連携）、経営状況等も評価項目となっており、必ずしも教育指導体制や認定施設といった従来の評価尺度にとらわれない幅広いものとなっていた。

これらの評価項目の決定に至るプロセスであるが、まず、平成26年4月に地域卒卒業医師の配置を希望する・検討中と答えた74病院の回答を元に、どういった条件を備えた施設が望ましいかについて、地域医療支援センターと岡山大学地域医療人材育成講座とで検討

された。そして、平成 26 年 7 月に開催された第 2 回地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップでは、県内病院の院長、研修担当指導医、大学病院教授、行政医師、地域卒学生らが参加し、「受入側から見た地域卒卒業医師の派遣システム」についてグループワークが行われた。このグループワークでは、前述した地域卒卒業医師の配置先選定方法の評価・改善点等について議論が行われているが、大学病院教授や地域卒学生まで参加した。また、以前より地域医療支援センター長らが、地域の医療や救急の状況、病院の取組等を把握することを目的として、県内の医療機関を対象とした訪問ヒアリング調査を行っており、平成 25 年以前には 16 カ所、平成 26 年には 12 カ所の医療機関を訪問している。この訪問の際には、病院院長、事務長、看護部長との面談も行っており、このようなセンター長自らの医療機関への訪問が地域卒卒業医師の派遣体制への理解と定着に寄与すると予想された。

岡山県では、へき地医療支援機構はへき地を含む地域医療全体を俯瞰し、既存の地域医療を支えるシステムの維持や、地域のニーズを拾い上げる役割を中心とし、地域医療支援センターは地域卒卒業医師を含めた医師のキャリア形成や、地域卒卒業医師の派遣に関する役割を中心としており、これら両組織の機能分担が図られていた。

C. 広島県（へき地医療支援機構・地域医療支援センターの一体となった組織体制）

広島県では平成 27 年 3 月に地域卒 1 期生 5 人が卒業しており、それ以降は岡山大学の広島地域卒 2 人を含めると、1 学年最大 20 人となる。卒業後、広島大学の地域卒卒業医師は基本的には広島大学に入局する。義務年限は 9 年間となっており、2 年間の初期臨床研修終了後の 7 年間のうち、3 年間は広島県内の公的医療機関、4 年間は中山間地域の医療機関または知事が指定する診療科で勤務する。このような地域卒卒業医師の制度については、広島大学の寄附講座である地域医療システム学講座が各医局への周知を行い、各医局に対するキャリアプランの作成依頼も行っている。具体的な派遣先の調整については、広島県地域医療支援センターが事務局となる調整会議で行う方向で検討が進められている。

地域卒卒業医師の支援や地域医療の医師確保対策において、広島県地域医療支援センターは重要な役割を果たしている。同センターは、平成 23 年 7 月に広島県、市町、広島県医師会、広島大学等で構成される全国初

の組織として設立された財団法人広島県地域医療保健医療推進機構（平成 25 年 4 月から公益財団法人）が母体となって運営している。当初は同機構の地域医療推進部として活動していたが、平成 26 年 7 月から広島県地域医療支援センターと名称変更した。

多くの都道府県では地域医療支援センターとへき地医療支援機構は別々の組織となっているが、広島県では広島県地域医療支援センターが両組織の役割を担っていることが特色である。へき地医療支援機構自体は県に設置されているが、事務局は地域保健医療推進機構に委託され地域医療支援センターが運営している。へき地診療所とへき地医療拠点病院の代診医の調整や、へき地医療拠点病院等の指定協議など、へき地医療の支援に関する調整役を主に担っている。

地域医療支援センターでは、自治医大や広島大学地域卒卒業医師の卒後のキャリアデザインの作成や自治医大卒業医師の配置調整、広島県内の初期臨床研修医を確保するための P R 活動や臨床研修病院会議の開催等を行っている。このほか、女性医師やベテラン医師の活躍支援、若手医師の研修研鑽支援等も行っている。また、卒前教育も広島大学と連携して行っており、自治医大学生や広島大学地域卒学生等を対象とした地域医療マインド養成のための地域医療セミナーの定期的な開催も行っている。他にも「ふるさとドクターネット広島」の運営を行い、医師の就業支援にも活用している。

このように広島県地域保健医療推進機構が地域医療支援センターとへき地医療支援機構を一体的に運営することで、各施策が効率的に進められているように思われた。また、同機構は公益財団法人であるため、公的な医療機関だけでなく民間の医療機関への就業支援も積極的に行っている。

D. 高知県（地域医療研修におけるへき地医療支援機構の役割）

高知県では年間 25 人の地域卒を卒業する医師が見込まれている。義務期間は貸与機関の 1.5 倍、最長 9 年間となっている。専門診療科は自由に選択することができるが、入学初年度から地域卒学生と毎年面談を行っており（初年度は高知県庁、2 年次以降は高知大学家庭医療学講座が主体、卒後は高知県庁が実施）、地域卒制度の理解を促している。派遣先は本人・高知大学・地域医療支援センター間での調整（高知県医師養成奨学貸与金制度等運営会議）で決定されることになっており、派遣先の医療機関は 1）県内基幹型研修病

院、2) 指定医療機関(高知市、南国市、土佐市、旧伊野町を除く)のうち、公立医療機関、許可病床100床以上、一般病床60%以上、分娩を取り扱う医療機関(産婦人科の医師のみ)のいずれかに該当する医療機関、3) 特定科目県内医療機関(分娩取り扱い機関、小児科病院群輪番制病院 ※高知市、南国市、土佐市、旧伊野町が対象)、4) 県内指定支援医療機関(高知大学医学部附属病院 ※勤務期間の半分を義務とみなす)となっている。地域卒卒業医師に対しては、へき地での勤務が義務付けられているわけではないが、自治医大卒業医師がへき地診療所への派遣、地域卒卒業医師はへき地医療拠点病院への派遣という形での、へき地医療への貢献が期待されている。

上記に示した地域卒のキャリアデザインは、地域医療支援センターを中心として県と大学や医療機関等と連携を取りながら専門医取得も念頭に置かれて策定されている。同センターは高知大学医学部内(高知地域医療支援センター)と高知県庁内(高知医療再生機構)に担当部署を設置しており、前者は主に地域卒学生、地域卒卒業医師、高知大学内の各医局などを有機的につなげ、医師の適正配置を目指していくのに対して、後者は主に医師のキャリア形成に必要な財政的支援(補助金関係)や医師確保、斡旋などを担当し互いに役割分担を行いながら運営される仕組みになっている。

一方、高知県のへき地医療支援機構は、県と市町村・国保直診、国保連合会等のネットワーク作りや、代診医の調整等のへき地診療所を支援する取組、そして、今までに築いてきた国保直診や市町村等との良好な関係性を活かして、初期臨床研修における地域医療研修の窓口になり、初期研修医の診療所等への派遣調整を行っている。この地域医療研修の調整にあたって特徴的なのは、県内4カ所のへき地医療拠点病院を中心として地域医療研修を行うへき地診療所等を4グループに分け、県内外10カ所の管理型病院から派遣される研修医を、1施設に1名ずつ継続的に派遣されるように派遣の調整を行っていることである。さらには、指導医の確保に関しても、へき地医療拠点病院(中小自治体病院)に対して政策的に医師(自治医大卒業医師等)を集中配置していることが、勤務環境の改善やへき地診療所の診療支援の充実だけでなく、医学生・研修医に十分な教育が行えることにもつながっている。へき地医療支援機構が地域医療研修の調整を全県的・一括的に行い、集中的に指導医を確保したことが、初期研

修医の地域医療研修の研修プログラムや研修タームの統一を可能としており、その結果、県外の大学からの研修医が参加する研修プログラムを提供できるまでになっていた。

E. 熊本県(県独自の地域医療研修システム)

熊本県では、へき地医療支援機構が県に設置されており、へき地医療勤務歴がある専任担当官も県庁勤務であることから、へき地医療に関する現状把握、へき地医療の支援体制強化に関する施策等、本来業務に専念できる環境となっている。

一方、熊本県地域医療支援機構(いわゆる地域医療支援センター)は平成25年12月に熊本県庁内に設置され、平成26年4月には機構業務の一部が熊本大学医学部附属病院へ委託された(熊本県地域医療支援機構事務局)。地域医療支援機構で行われる会議には、へき地医療支援機構の専任担当官も参加しており、両組織の連携は十分に図られている。

熊本県地域医療支援機構の役割の一つに、熊本大学地域卒卒業医師のキャリア形成の支援があり、熊本大学入学時の地域卒5人、入学後に設定されている一般卒5人の計10人/年が対象となっている。卒業後には県が指定する医療機関での勤務が求められているが、診療科の指定はされていないため、県は地域卒卒業医師が希望する診療科に応じた受け皿となる医療機関を準備する方向で取組を進めている。

県が取組むキャリア形成の支援に関する方策の一つに、地域卒卒業医師に限定されたものではないが、熊本県では熊本大学及び基幹型臨床研修病院と連携した県独自の地域医療研修システムが構築されている。熊本県の地域医療研修システムは、出向元の身分を有したまま、研修先病院において3~6か月間、地域医療を研修する仕組みとなっており、専門的な診療能力に加えて幅広い視野と総合的な診療能力を備えた医師の養成や、地域医療の現場を体験することで地域医療の現状に対する理解を深めてもらうことを目的としている。なお、地域医療研修を希望する医師(初期臨床研修医を除く)は勤務する病院を通じて研修申込書を地域医療研修連絡調整部会に提出し、研修先病院である熊本市外の地域の100床以下の公的病院から提出された研修プログラムとの調整がなされて研修病院が決定される。研修医師の賃金負担については、出向元病院と研修先病院との間で契約が締結され、賃金相当額が研修先病院から出向元病院に負担金として支払われる。もし、研修先病院の他の医師に対する賃金が研修医師

の現在の賃金を上回る場合には、その差額が研修奨励金として研修医師に支給されることになっている。同システムは直接新たな専門医制度とリンクするものではないが、現在勤務する病院での身分を有したまま県内各地域の医療機関での研修を行えることを可能にしておき、今後の総合診療科専門医の育成基盤となるだけでなく、他の診療科の専門医を目指す医師にとっても、各々のキャリア設計の中に短期間であっても熊本市外の地域医療研修を組み込める選択肢を提供できるシステムになると思われた。

地域卒業医師の派遣先には基本的に病院が想定されており、県内のへき地診療所には自治医大卒業医師が派遣されている。熊本県のへき地医療支援体制の特色として、へき地診療所の支援体制にへき地医療拠点病院だけでなく、社会医療法人も参加していることが挙げられる。このことは、地域卒業医師や自治医大卒業医師が勤務する、へき地医療拠点病院の常勤医師の負担軽減や、へき地診療所の重層的な診療支援、そして、勤務環境の改善による間接的なキャリア支援でもあると思われた。

F. 鹿児島県（地域医療支援方策の策定）

鹿児島県では地域の拠点病院、医師会、鹿児島大学、県・市町村行政等の関係者によって、各地域・各診療科毎の適正な医師配置のフレームを示した地域医療支援方策が策定されている。この地域医療支援方策では、二次医療圏毎に設置された地域協議会（各地域での多様な関係者が参加）と、中央に設置された地域医療支援方策策定委員会との間で、交互に議論を積み重ねて合意形成を図っている。地域協議会では各地域の医師不足の状況、その緊急度や医療機関の連携によって対応できる解決策等について検討を行い、地域医療支援方策策定委員会では、医師実態調査等を基にした地域協議会で使用する検討資料の作成や、鹿児島大学病院の医師派遣の状況確認、地域協議会からの報告の検討・整理等を行っている。そして、これらを両組織が相互に連携して行ったことで、単に地域で不足する医師数を数字として算出するに留まらず、各地域の現状や隣接する地域との連携等を考慮した具体的な医師配置の方向性へと展開できていた。地域医療支援方策は平成22年から23年度にかけて議論が行われ、平成24年3月に示されたが、平成26年度には地域医療支援センターが改めて医師の必要数に関する基礎調査を行っているように、フォローアップも行われていた。

県の医師確保対策において、地域卒は重要な位置づ

けとなっているが、現在の地域卒は1年次卒17人、学士卒3人の20人/年であり、地域卒（鹿児島県医師修学資金義務期間内）医師数は平成37年に137人となることが想定されている。

鹿児島県における地域卒業医師のキャリアデザインは、義務期間が1年次卒9年間、学士卒7年間となっている（専門研修により鹿児島大学病院を選択した期間は義務外）。選択する診療科に関しては特に制約はなく、初期臨床研修・実務研修以降の勤務先は、①市町村が国の助成を受けて設置する診療所（へき地診療所）、②国民健康保険の規定により市町村が設置する診療所（国保診療所）、③知事が指定する病院（鹿児島医療圏を除く、地域医療支援病院・へき地医療拠点病院、小児・産科の医療圏拠点病院）と定められている。専門医の取得や更新に関しては鹿児島大学病院での専門研修や、③の知事が指定した病院で行える見通しとなっている。そして、実際の勤務先は、地域卒業医師、勤務先医療機関、医局の関係者等との調整を経て知事が決定し、地域医療対策協議会に報告する。

具体的なキャリアデザインについては、①総合診療医志向、②専門医志向（早期義務履行）、③専門医志向（早期専門医取得）、④ライフイベント型（女性医師）の4つの例が県から提示されている。鹿児島大学の各医局に対しては、早く義務を果たしたい早期義務履行型には医局とのつながりの維持や同期入局者とのキャリア形成の差異に関するサポート、専門医を先行して取得したい早期専門医取得型には取得した専門医や認定医等のスキル維持、ライフイベント型には出産・育児が必要な女性医師への支援等が要請されている。大学内では、各教室が協力して診療科毎の細やかなキャリアデザインを策定するために、地域卒制度の勉強会が行われている。

D. 考察

へき地／地域医療を取巻く環境は、第11次へき地保健医療計画策定当時と比較すると、新たな専門医制度の導入や地域医療構想の策定、そして人口減少に伴った診療所・病院再編の加速等、変化をしておき、このような環境に即した各大学地域卒や自治医大の卒業医師のキャリアデザインの作成が各都道府県で課題となっている。

キャリアデザインの作成にあたっては、基盤となる組織体制を構築する必要がある、とくに地域卒業医師のへき地診療所やへき地医療拠点病院での勤務を想

定している都道府県では、派遣先医療機関との調整や代診等の診療支援等、キャリアデザインの作成に地域医療支援センターだけでなく、へき地医療支援機構が果たす役割も大きい。そのため、広島県地域保健医療推進機構のように両組織を一体的に運営する組織体制の構築は、へき地／地域医療に関する各施策を効率良く進めるだけでなく、キャリアデザインの作成にも資するものと思われる。もしくは、地域枠や自治医大に関する各事業を両組織の協働で行う体制や、関係者が一同に会する場の設置等は必要と考える。

キャリアデザインにおける卒前・卒後教育は、地域枠・自治医大卒業医師のへき地／地域医療の意識付けや義務終了後の定着率にも影響のあるところであり、都道府県も何らかの形での教育への参加が望ましい。卒前教育に対する都道府県としての関わりは、地域医療実習に対する財政的支援や、大学への寄附講座等の形で行われてきた。秋田県をはじめとして、他の都道府県でも行われている、自治医大・地元大学地域枠合同の地域医療実習等も、卒前教育として早期から地域医療に対する意識付けに有効であり、行政担当者の実習への同行や、報告会への参加により、都道府県と学生の情報交換の場にも活用している事例もある。

また、卒後教育は主に大学や医療機関が担っているが、高知県ではへき地医療支援機構が、その役割の一端を担っていた。直接的に地域枠のキャリアデザインと関連するものではないが、初期臨床研修における地域医療研修を一括的にへき地医療支援機構がマネジメントするだけでなく、政策的な医師配置による指導医の確保まで行っており、都道府県がへき地医療支援機構を通じて卒後教育に参加するモデルになると思われる。

地域枠や自治医大卒業医師のキャリアデザイン、とくに具体的な医師配置を検討する際に必要な情報として、各地域や各医療機関（診療科含む）で必要とされる医師数がある。鹿児島県で策定された地域医療支援方策のように、へき地／地域医療の調査・評価体制を構築することで、単なる調査に留まらず、そのプロセスを通じた問題意識の共有や関係者間の合意形成に展開することができる。岡山県の地域医療支援センターが行っている県内の医療機関を対象とした訪問ヒアリング調査も、数字としてだけでなく現場の声としての必要な医師数や医師像を把握する上で有効と思われた。また、全国的な今後の課題として、地域枠や自治医大卒業医師のキャリアデザインを専門医や学位取得等の

個人のニーズに沿った設計とするだけでなく、両制度の本来目的に合うように、へき地／地域住民の声（ニーズや評価）をへき地／地域医療の現状評価として収集し、キャリアデザインの作成に反映させる仕組みを作る必要がある。

各都道府県で作成されているキャリアデザインを見ると、専門医や学位の取得（資格の更新も含む）、女性医師の出産等のライフバランスに配慮したコース等、多様なキャリアデザインが検討されており、その作成にあたって、広島県や鹿児島県等は大学の各医局を対象とした地域枠制度の説明会や周知等を行い、多様な目的に即したキャリアデザインの作成依頼を行っている。実際の派遣にあたっては、今回紹介した県のように詳細な配置基準を定めることが必要であり、このことが各都道府県の地域枠制度の目的に即し、かつ実効性のある制度運用につながると思われた。

地域枠卒業医師の配置計画に関して、岡山県では前述したように点数化による派遣先の優先順位を決定している。その優先順位を決める方策を決定するまでのプロセスには、地域枠学生も含めた多数の関係者が参加したことから、派遣先医療機関の要求のみに終始ない派遣先決定方法への合意形成が円滑に行われたと考えられた。また、熊本県の地域医療研修システムは異なる医療機関での研修を円滑に行えるものであり、地域枠卒業医師や自治医大卒業医師が新たな専門医制度下で研修を行う上でも応用できるシステムになっていると思われた。

最後にへき地／地域の診療支援体制であるが、地域枠卒業医師や自治医大卒業医師がへき地診療所やへき地医療拠点病院で勤務を行う際に、代診医派遣や研修機会の確保といった支援体制を構築することは、継続的な診療技術の研鑽や、ひいては義務後の定着率向上にもつながりうる。そのため、秋田県の循環型医療教育システム学講座による診療支援と教育支援を両立させた取組や、へき地診療所やへき地医療拠点病院の支援における社会医療法人の積極的な活用等は、長期的な観点からも参考となる事例である。加えて、このような取組は地域枠卒業医師や自治医大卒業医師のキャリアデザインに限らず、既存の医師の負担軽減にも貢献するものである。

へき地で勤務する地域枠や自治医科大学卒業医師のキャリアパスに関する調査

A. 研究目的

新たな専門医の仕組みにおいて、基本診療領域専門医に総合診療専門医が新たに加わった。そして、各領域の専門医研修プログラムの策定が行われており、平成 29 年度より新たな専門医の仕組みにおける後期研修が開始される。

一方、多数の都道府県で修学資金制度いわゆる地域枠が設置されているが、制度設計が行われた当初は従来の専門医制度であったため、新たな専門医の仕組みに対応できるものは少ない。また、自治医科大学卒業医師に関しては、従来の専門医制度においても専門医の取得が困難であった。そして、今後は全ての医師が基本領域のいずれか 1 つの専門医を取得することが求められていること、さらには新たな専門医の仕組みに沿った後期研修（専門研修プログラム）の開始が迫っていることから、現在、地域医療支援センター等を中心に新たな専門医の仕組みに対応したキャリアパスの整備が進められている。

そこで、自治医科大学卒業医師、そして地域枠卒業医師のキャリアパス等の検討を目的として、都道府県個別訪問による自治医科大学卒業医師や地域枠卒業医師の新たな専門医の仕組みに対応したキャリアパスの整備状況の調査や情報交換等を行った。

B. 研究方法

平成 27 年度の都道府県個別訪問による第 11 次へき地保健医療計画の継続に関する支援と同じくして本調査を行った。都道府県個別訪問で用いた確認項目のうち、へき地で勤務する医師の確保、地域医療支援センターとへき地医療支援機構における医師のキャリア形成支援、新たな専門医の仕組みにおけるへき地医療の取扱い、以上が本調査に該当する。

C. 研究成果

都道府県個別訪問で使用したチェックリストから該当箇所の結果を以下に示した。

へき地で勤務する医師の確保

今回、訪問した 42 都道府県の全てで、いわゆる地域枠制度が設けられていたが、必ずしも全ての都道府県で、へき地診療所勤務が義務付けられているわけではなく、医師不足地域や知事の指定する医療機関での勤

務となっていた。また、地域枠卒業後の身分は多くの都道府県で医局となっており、自治医科大学卒業医師と同様に、県職員として採用を予定している都道府県は確認できる範囲では 2 県に留まっていた。

その他、へき地を含めた地域医療を担う医師の育成のために、卒前・卒後教育の充実、中高生を対象とした取組みも行われていた。また、県内で勤務する医師の確保を目的として、県外の大学に進学した県出身者へのアプローチを行う都道府県もみられた。

地域医療支援センターとへき地医療支援機構における医師のキャリア形成支援

9 都道府県 (21.4%) で新たな取組みを行っている、もしくは行う予定であり、18 都道府県 (42.9%) で新たな取組みを検討している、もしくは検討する予定、12 都道府県 (28.6%) で現在の取組みはあるが、新たな取組みは予定していない、そして、1 都道府県 (2.4%) で現時点では取組む必要性が低いため、現在・来年以降の取組みはないということであった (2 都道府県では確認取れず)。

地域医療支援センターとへき地医療支援機構は、いくつかの都道府県で一体的な運営がなされており、別々に運営されている場合でも、少なくとも地域医療支援センターの運営においては都道府県もなんらかの関与をしている場合が多かった。キャリア形成支援に関しては、地域枠全般のキャリア調整を地域医療支援センターが行う都道府県もあれば、地域枠の場合でも医局に入局するために、派遣先に関しては各医局が決定、派遣先に関する各医局と都道府県の協議を検討している都道府県もみられた。

新たな専門医の仕組みにおけるへき地医療の取扱い

14 都道府県 (33.3%) で新たな取組みを行っている、もしくは行う予定であり、25 都道府県 (59.5%) で新たな取組みを検討している、もしくは検討する予定、2 都道府県 (4.8%) で現在の取組みはあるが、新たな取組みは予定していない、そして、1 都道府県 (2.4%) で現時点では取組む必要性が低いため、現在・来年以降の取組みはないということであった。

大多数の都道府県において、新たな専門医の仕組みを踏まえた自治医科大学ならびに地域枠卒業医師の派遣先や義務年限のあり方を検討中となっている。その中で、指導医の確保が困難、内科・総合診療科以外の診療科専門医の取得が困難、他大学医局とも調整が必要といった課題が挙げられている。