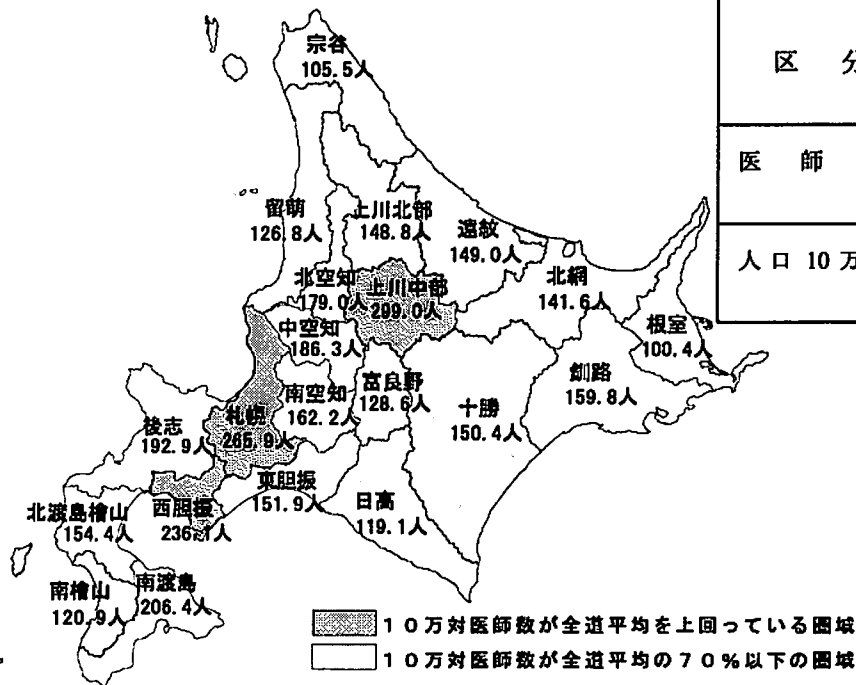
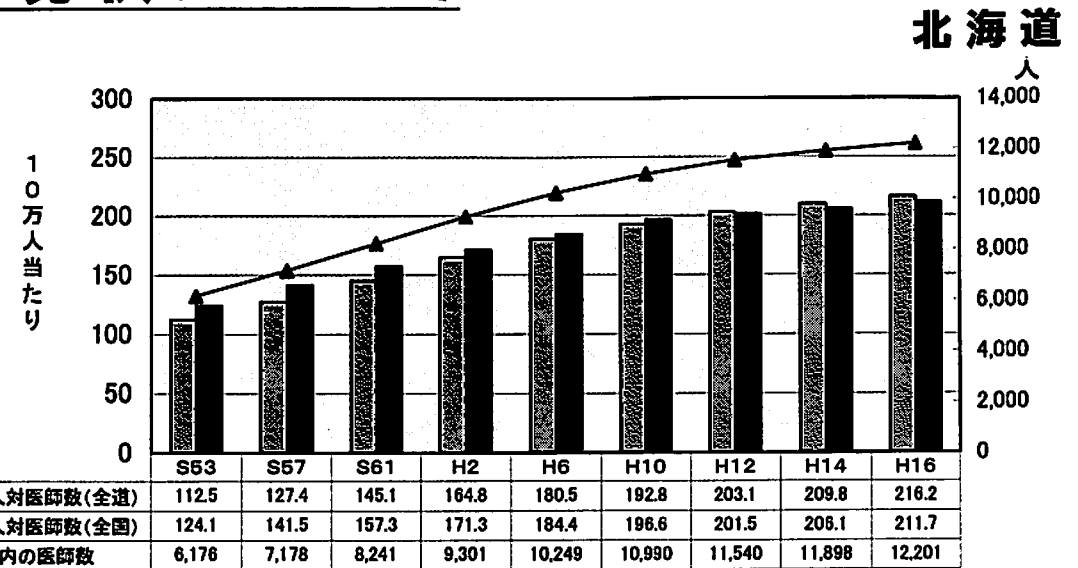


地域医療の現状について

- 本道においては、卒後臨床研修制度の影響や、開業医志向の高まりなどにより、医師の地域偏在や特定診療科の医師不足が進行しており、自治体病院などでは医師不足が極めて厳しい状況にある。

〔 本道の医師数は人口10万人当たりでは全国平均を上回っているが、地域偏在が著しく、多くの地域で医師不足の状況にある。〕



- 平成18年4月からの診療報酬の改正に伴い、特に地方のへき地、救急医療を担っている自治体病院では、経営状況が一層、厳しくなっている。
- こうした地域医療の崩壊の危機的状況を踏まえ、医療の基盤である地域の医師確保に向けた取組みを強化する必要がある。

地域医療体制の確保に向けた包括的な地域医療政策の展開

＜医師不足＞
医師の養成数
医師の地域偏在
診療科別の偏在
など

国への要望

- ・ 医育大学の定員増
- ・ 医療機関の管理者要件に医師不足地域の従事経験の義務づけ
- ・ 診療報酬の適切な評価 など

＜医師確保＞

- 北海道医療対策協議会による医師派遣調整
 - ・ 自治医科大学卒業医師の活用
 - ・ 地域医療振興財団ドクターバンク
 - ・ 札幌医科大学地域医療支援センター

【今後の推進方策】

- ☆ 医師を道職員として採用し、地域の医療機関へ派遣する新たな医師派遣体制
- ☆ 民間医療機関等も含めた医師派遣体制の充実

地域医療体制の確保

＜医師招聘等＞

【今後の推進方策】

- ☆ 道外医師への個別訪問などによる積極的な招聘活動や本道の地域医療の情報発信
- ☆ 「北の大地への交流・定住促進事業」と連携した医師の移住促進
- ☆ 地域の臨床研修病院の指導体制の充実による研修医の確保

＜中長期的対策＞

- 地域枠の設定・奨学金制度創設

道州制特区の活用

＜広域化・集約化＞

○ 自治体病院等の広域化

（地域の医療機関のネットワーク化、連携体制の構築）

○ 小児科・産科の集約化

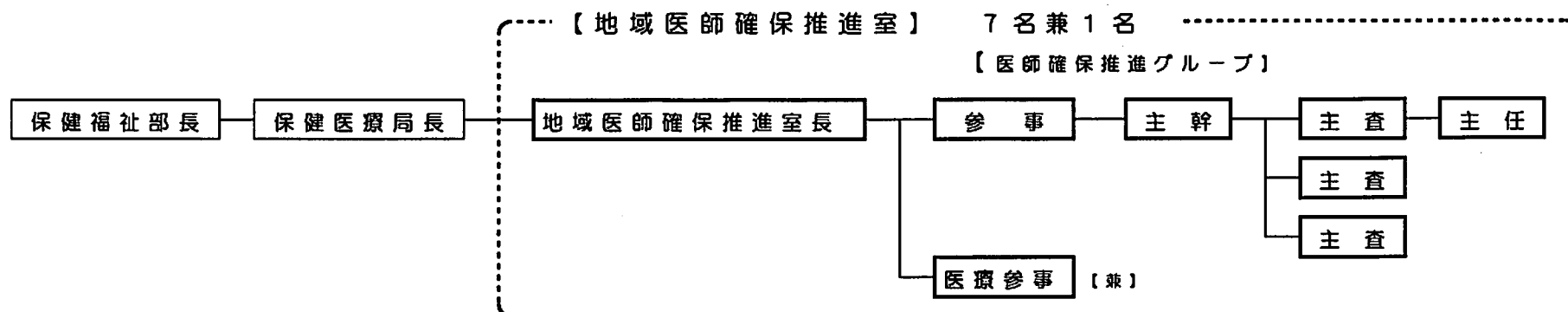
（医療資源の集約化による地域の小児医療、周産期医療の確保）

新たな医師確保対策について

1 組織体制

地域医師確保推進室（平成19年6月1日設置）

○ 地域の医師不足に迅速に対応するため、保健福祉部に医師確保を専掌する組織を新設



2 主な医師確保対策

「地域医師確保推進室」所掌事務

○ これまでの取組み

- ① 北海道医療対策協議会の運営
 - ・ 全体会議
 - ・ 医師派遣連絡調整分科会
 - ・ 医師養成検討分科会
- ② 医師派遣調整
 - ・ 医師派遣システムの全体調整
- ③ 医師確保（要請）対応
 - ・ 札幌医科大学地域医療支援センターからの派遣
 - ・ 地域医療振興財団を通じた医師紹介
 - ・ 自治医科大学卒業医師の活用
- ④ 地域医療を担う医師の養成
 - ・ 医育大学地域枠、奨学金制度（検討中）
 - ・ 臨床研修病院合同プレゼンテーションの開催
 - ・ 総合医養成支援事業

など

○ 新たな取組み

- ① 義務年限を終了した自治医科大学卒業医師や道内外の医師を道職員として採用し、地域に派遣する取り組み
- ② 医育大学や民間病院と連携した公立病院への医師派遣制度の拡充
- ③ 本道の地域医療に関心がある道外医師を北海道に招聘する取り組み（移住促進とのタイアップ）

など

2 - (3)

北・北海道の医療体制の現状とこれから

久保田 宏

(1) はじめに

地域における理想的な医療提供体制は「病診連携」による医療を基本とし、さらに保健・福祉と連携した地域完結型包括医療である。言い換えれば、保健・医療・福祉が一体化したもとの医療提供体制である。しかし、医療において、地域の診療所や病院は医師確保の困難による医師不足からその機能が麻痺しており、同じ保険料を払っていても過疎地域住民には一定レベルの医療が保証されているとは言えず、都市住民との間には大きな医療格差が生じている。まさに「保険あって医療なし」である。その格差を少しでも解消するためには地方センター病院の充実が必要で、診療所や中小病院への医療支援機能が重視される。また、広域的に救命・救急医療を行う地方センター病院の機能を発揮するには、それを可能とする交通網の整備も必要である。その意味で、広域性を有する過疎地域にあつては「道路も地域医療の一部」なのである。

地域に人々が安心して定住、定着できてこそ地域振興や産業振興が可能であり、その安心の基本となるのが医療である。筆者は1991（平成3）年4月、北・北海道の基幹病院の一つである名寄市立総合病院の副院長として赴任し、1993（平成5）年4月から2003（平成15）年3月までは病院長としてその運営に当たった。またその間に、2001（平成13）年度には北海道の「へき地医療支援対策検討委員会」委員長、2002（平成14）年度から現在までは（財）北海道地域医療振興財団の「過疎地勤務医 総合臨床研修運営委員会」委員長として検討の場を与えられた。そうした経験も踏まえて、北・北海道における地域医療のあり方及び今後の課題等について概括的に述べてみたい。

(2) 医療体制エリアとしての北・北海道

北海道における行政的地域区分では、上川支庁、宗谷支庁、留萌支庁をもって「道北」とするのが一般的であるが、本稿では医療エリアとして「北・北海道」を用いている。その理由を説明するために、まず北海道が1998（平成10）年3月に樹立した「北海道保健医療福祉計画」¹⁾における圏域の区分を見ておこう。

「同計画」は圏域を第1次保健医療福祉圏、第2次保健医療福祉圏、第3次保健医療福祉圏の3段階に分けている。第1次保健医療福祉圏は、「住民の日常生活に密着した身近で頻度の高い保健医療福祉サービスを提供する基本的な地域単位」であり、市町村行政区域である。第2次保健医療福祉圏は、「第1次保健医療福祉圏のサービスの提供機能を広域的に支援するとともに、比較的高度で専門性の高いサービスを提供し、概ね、保健医療福祉圏サービスの完結を目指す地域単位」であり、全道が21圏域に区分されている。そして第3次保健医療福祉圏は「高度で専門的な保健医療福祉サービスを提供する地域単位」であつて、道北、オホーツク、道央、十勝、釧路・根室、道南の6圏域から成る。以上のうち第2次保健医療福祉圏と第3次保健医療福祉圏の圏域に関する基本的考え方は、医療法第30条の3によって与えられている。

第3次保健医療福祉圏の一つの圏域、道北は、宗谷、留萌、上川北部、上川中部、富良野という5つの第2次保健医療福祉圏（第2次を構成する21圏域のうちの5圏域）によって構成

される。ここでも道北を形づくるのは上川支庁、宗谷支庁、留萌支庁であるが、しかし上川支庁を一括して道北に入れるのは地域医療の実態から見て実情に合わない。その根拠としては上川支庁が南北に長く、そのため第2次保健医療福祉圏では上川北部、上川中部、富良野の3圏域に区分されていて、そのうち上川中部と富良野は旭川市を中心に、「高度で専門的な保健医療福祉サービスを提供する地域単位」を独自に確立している。他方、上川北部は名寄市立総合病院を中心とする医療体制をこれまた独自に構成し、さらに同病院には宗谷支庁、留萌支庁からも、また網走支庁（オホーツク第3次保健医療福祉圏）の北部及び空知支庁（道央第3次保健医療福祉圏）最北部の幌加内町朱鞠内、同母子里などからも患者が来院する。このような実態から判断すると、上川北部、宗谷、留萌、オホーツク北部、道央最北部をもって独自の医療体制エリアと考えるほうが地域実態を反映しているといえる。これが、道北ではなく「医療体制エリアとしての北・北海道」と称する所以である。

名寄市立総合病院は1984（昭和59）年3月に上川北部第2次保健医療圏の地域センター病院に指定され、上川支庁管内塩狩峠以北の医療体制を中核的に支えるようになったのち、1998（平成10）年3月に道北第3次保健医療福祉圏の中心たる地方センター病院に指定された。北海道は独自の医療行政施策として、第3次保健医療福祉圏の中心たる地方センター病院、第2次保健医療福祉圏の中心たる地域センター病院の概念を設定している²⁾が、この概念に従うと、北・北海道において地方センター病院は名寄市立総合病院、地域センター病院は市立稚内病院、北海道立羽幌病院、留萌市立病院及び北海道立紋別病院である。そしてさらに数多くの中小病院や診療所が各自自治体に所在する。つまり地方センター病院としての名寄市立総合病院は、上川支庁管内和寒町から宗谷支庁管内稚内市まで南北約240km、網走支庁管内紋別市から留萌支庁管内留萌市まで東西約140kmのエリア、面積的には福島県1県分を上回る広域的圏域たる北・北海道のあらゆる医療体制を支援の対象としているのであり、これを図示したのが図-1である。2005（平成17）年の国勢調査によると、北・北海道—上川北部、宗谷支庁全域、留萌支庁全域、オホーツク北部（網走支庁北部＝西興部村・興部町・雄武町・滝上町・紋別市）、道央最北部の幌加内町—の人口はおよそ256,000人である。

（3）地域医療の基本は病診連携

地域医療の基本は何か。一言で言えば、それは地域において病診連携のシステムを構築し、その充実を図ることである。図-2をご覧ください。病診連携とは、病＝地域の大きなセンター病院と、診＝センター病院を取り巻く診療所がそれぞれの役割、機能を分担して、情報を公開し、緊密な連携のもとに、地域で完結する医療体制を構築して包括医療を実施することである。センター病院に何よりも要求される役割、機能は高度・専門・先進医療、24時間365日の救急・救命医療であり、加えて医師不足を始めとする医療過疎地に対する医療格差解消のための地域医療支援機能である。これに対して診療所の役割、機能は主治医的な医療、一次救急医療、センター病院への紹介機能及び保健・福祉と連携した高齢者・要介護者に対する包括医療である。地域医療を充実させるには、センター病院と診療所とがこうした役割、機能の分担を明確にして連携することが必要であり、そのためには病院、診療所と行政が連携しなければならない。

こうすることによっていつでも、どこでも、誰でも、どんな病気でも、同じ値段で医療を受けることが可能となる。その意味をこめて、こうした医療提供体制を筆者はコンビニ医療と名

づけている。

(4) 地域における医師の不足

しかし、こうした病診連携、地域完結型包括医療をシステム化し、機能させていくにはさまざまな障害がある。その最たるものが地域における医師不足の問題である。数年前に北海道でも問題になった医師の名義貸しなども、その根底にあるのは地域の慢性的な医師不足であった。そして、医師の不足は診療所だけに限られた問題ではなく病院においてもしかりであり、特に、2004（平成 16）年度から医師の卒業後研修が義務化された影響で、大学が地方の病院から医師を引上げ、また病院を特定して診療科ごとに医師を集約させる等の措置によって、センター病院でも医師が不足する事態が起こっている。センター病院に医師が確保されなければ、地域の病院、診療所への医療支援も不可能であり、それは地域の医師不足をさらに加速させる要因ともなる。

こうした事態の背景には、基本的に医師の絶対数の不足があるが、しかし、それだけが要因ではない。まず 1 つは、医師の都市への偏在、集中がある。2004（平成 16）年現在、北海道の対人口 10 万人の医師数は 216.2 人で、全国平均を上回っているにもかかわらず、その 9 割は都市部に集中しており、町村部では医療過疎の状態になっている。また医師 1 人当たりの人口を見ると札幌市が 400 人であるのに対して、上川北部地域では 2,700 人と大きな隔りがある。

第 2 に、地方の診療所・中小病院への医師の定着率が低いことも問題である。町村部においては、ほぼ 1 つの町村に 1 つの診療所、そこに勤務する医師は 1 人という状況である。医師が学会に出席することも、またリフレッシュのための休暇をとることも難しい状態にあり、労働過重となっている。また逆に、診療所の医師でもかなりのことがやれるのに、大病院での診療を選択するという住民・患者の指向から、診療所医師の能力を活かすことができない状況も起きている。さらに医師の子弟の教育・進学問題もある。こうしたさまざまな問題が地域における医師の定着率を低くする要因になっている。

さらに付言すれば、日本における医師養成の問題もある。日本の医師教育は分化された診療科の専門医を養成するという志向が強く、一般的な病気をきちんと診療できる総合医の育成を怠ってきた。これも医療過疎、医師不足の問題を助長している。

いずれにせよ、地域の診療所は医師の確保が困難であり、診療所の機能麻痺は拡大する傾向にある。国民皆保険によって国際的に見てもレベルの高い医療を受けている地域がある反面、過疎地はそういう恩恵に浴しているとはいえない。そして、医師不足の解消を含む地域医療体制の充実及び都市部と郡部の医療格差の解消には、センター病院からの医療支援が不可欠であり、その意味において第 3 次保健医療福祉圏の医療を担う地方センター病院の充実は、地域医療の展開にとって鍵を握る存在ということになる。

(5) 名寄市立総合病院の運営とその充実

前述のように、筆者が名寄市立総合病院の院長として在任したのは 1993（平成 5）年 4 月から 10 年間であった。地域医療に触れる前に、その前提となる名寄市立総合病院の運営の二、三について簡単に整理しておきたい。

1) 病院の運営

地域への医療支援を進めるには、まず第1に病院が財政的に健全に経営されていることが前提になる。名寄市立総合病院は1993（平成5）年度には不良債務が約9億円、累積赤字が20億円を超えているという状況であり、まずこの問題を解決する必要があった。そのため1994（平成6）年度から8年間にわたる財政健全化計画を樹立して、それを実施した。その結果、不良債務は4年間で解消し、累積赤字も6億円まで減少することができた。

第2は、院長以下スタッフの意識改革の重要性である。病院経営の健全化には財政状況の健全化とともに、病院運営に係る意識の健全化も重要である。病院自体が病気に罹っていたのでは、その健全な経営もあり得ない。その点で、教育・研修体制のあり方は極めて重要である。そのため教育や研修を重視し、それまでの4～5倍の教育・研修費用を見込んだ。一定の計画のもと、卒業後1年、そして3年、10年とキャリア別に研修への参加を義務化し、研修で得た成果を院内各部署に報告、周知させることとした。不良債務の解消を計画の半分の期間で実現できたのは、こうした教育・研修の効果が反映している面が多分にあり、教育・研修への投資はすぐには結果がでないにしても、長い目でみれば先行投資として費用をかける価値は十分にある。また、「当たり前のことABC」を標語に掲げ、これに取り組むこととした。すなわち、「A=当たり前のことを、B=ぼんやりせずに、C=ちゃんとやる」、である。これは医療事故の防止にもつながる内容であった。その一つとして、「名寄市立総合病院を挨拶日本一の病院に」などということも意識的に行った。朝夕には職員間だけでなく患者さん、その家族のかた、来院者の皆さんに大きな声で挨拶をする。これは、病院は患者さん中心、患者さんのために病院があるのであり、病院のために患者さんがいるのではないということを意識化するためでもあった。通常業務のなかでは報告、連絡、相談をしっかりと行い、整理、整頓、清潔を習慣化した。

第3は、病院の評価に関することである。つまり、自分たちの病院が外部からどのように評価されているのかを明らかにすることである。そのために『名寄市立病院医誌』を1993（平成5）年度から定期刊行し、それを全道の関係機関に配布した。また1999（平成11）年3月には財政健全化計画の推進に合わせて情報を公開し、第三者による客観的な評価を得るため（財）日本医療機能評価機構による病院機能評価を受けた。評価を受ける前年の1年間にわたる準備期間では、評価項目に合わせて院内のスタッフをグループ分けし、評価基準に即して項目を設定し検討作業を進行させる過程で、自ずと病院の業務内容の改善が進んだ。個人的感想を述べると、評価を受けるための各種の準備は、10年間院長として勤めたなかで「病院という山が動いた」という感じを受けたほど大きな成果のある試みであった。その結果、自治体病院・公立病院としては同評価機構による道内初の認定病院となった。

2) 名寄市立総合病院の充実

救急・救命医療、先進・専門医療、看護体制の充実が地方センター病院としての責任であり、使命である。そのためには医師の確保と看護師の育成が大きな課題である。そして、その充実は財政の健全化それ自体にとっても不可欠であり、また健全化に資するものでもある。

医師の確保については財政健全化計画の当初、医師28人であったが計画の進行過程で49人に増え、必要な専門分野の医師を確保することができた。こうしたなかで、医師全員が日当直を行う勤務態勢とし、そのための条件として最低1科2人以上の医師配置体制をとった。さらに人工透析、脳神経外科、胸部心臓血管外科の増員を行い、地域の大きな信頼を得ることにつな

がった。また医師とともに看護師も病院の顔である。短期大学や大学卒の看護師を毎年 10 名ほど採用し、その人数は当初の 140 人ほどから 300 名を超えるにいたった。看護師の採用については、1994（平成 6）年度に、市立名寄短期大学に看護学科が開設されたことも有利な条件として作用した。看護のレベルも年々向上し、このことも病院の信頼を高める大きな要因となった。

一般病床数は 260 床から 40 床増やして 300 床としたが、（精神科 165 床、感染病床 4 床を加えると合計 469 床）、これは病院の収入増にも貢献することになった。基準看護も一般病床は患者 2 人に対して看護師 1 人、精神科では 3 人に 1 人という体制で、病床利用は高いレベルの状態で運営された。2003（平成 15）年度の平均でみると一日当たり患者数は外来 1,200 人、入院 410 人ほどであり、その半数が名寄市以外からの来院である。その意味でも地方センター病院としての役割を十分に果たしていると思われる。また、こうした病院の充実と併行して脳死臓器提供病院、医師臨床研修指定病院、学会専門医研修認定施設（14 部門）の認定を受けるなど、病院のステータスを高める努力も行った。

かくして財政健全化計画が終わったとき、名寄市立総合病院は 3 つの医療理念、すなわち①地域社会から信頼される医療、②患者さん（ひと）と医療職員（ひと）の心が触れ合う医療、③患者さん、住民の立場に立った医療という理念を掲げ、過疎、寒冷・積雪、広域、高齢・少子という地域特性をもつ南北 240 km、東西 140 km の診療圏をカバーする自治体病院、地方センター病院として、北・北海道の医療支援ができるレベルに到達していた。

（6）名寄市立総合病院による地域医療の支援

財政健全化計画の推進及び医療体制の充実と併行して名寄市立総合病院が次に目指したものが、病診連携を中心にした地域完結型包括医療である。このため、1996（平成 8）年度より病院内に地域医療支援室を設置した。これは、北海道がモデル事業として行った地域医療支援事業を率先して実施に移したものである。地域医療支援室の役割は、地方センター病院である名寄市立総合病院と地域の診療所との調整を行い、医師代替派遣事業やサテライトクリニックによる専門医の派遣・診察等を円滑に実施していくことであり、その全体機構は図-3 の通りである。

一般的に診療所の医師の数は極めて少ない。そのため、医師が学会その他の事由で診療所を留守にする場合、その間、診療所の機能は麻痺することになる。医師代替派遣事業とは、そうした場合に地方センター病院から代替医師を派遣する事業である。2002（平成 14）年度の例では、中川町、音威子府村、下川町、剣淵町、和寒町等の病院や診療所に年間 80 日にわたって名寄市立総合病院から医師が派遣された。またサテライトクリニックは、地方センター病院での診察や診療または手術後の通院が困難な地域において、センター病院の医師が当該地域の診療所の一室を借りて、患者さんの経過観察や新規の患者さんの診察、重傷者がいた場合の措置などにあたるというシステムである。2002（平成 14）年度は、総合病院のある稚内市や名寄市から距離的にも遠く、医療の空白地帯となっている枝幸町と中川町にサテライトクリニックを設置した。具体的には、枝幸町では脳神経外科、循環器内科を月 1 回、精神科を月 2 回、中川町では母子保健ということで産婦人科と小児科をそれぞれ月 1 回開設した。それらのサテライトクリニックには近隣の町村からも来院者があった。

こうしたシステムは当該自治体や診療所にとっても、また患者さんにとってもメリットが大

きい。しかし、地方センター病院としては時間や経費の面で大きな負担となる。このため最近になり、サテライトクリニックに対して国や北海道から一定の支援を行う動きが見られる。この他、2002（平成14）年度に実施したものに機能回復訓練事業（リハビリ）がある。名寄市と名寄市以北町村の協力事業で、名寄市及び周辺の町村がそれぞれ一定の費用を負担し、名寄市立総合病院に採用した理学療法士を各町村に派遣するというものである。風連町、下川町、美深町、中川町、音威子府村に合計115日の派遣があり、好評をもって迎えられた。

（7）地域医療格差の解消に向けて

地域医療格差の解消には、まず医療政策的に医師の都市部偏在を是正する必要がある。また、医師養成段階の教育過程において地域医療の重要性を医学生に認識させ、地域医療に対する使命感、義務感を持つ医師を育成する必要がある。近年、医学部に総合医療講座、地域医療講座などの講座開設がみられるが、これは教育上の大きな前進と言える。

北海道ではこれまで、医師の派遣に係わる大学間の協力が行われてきたとは言えず、むしろ、それが全く行われてこなかったのが現実である。こうした事態を踏まえて、北海道のコーディネートにより地域への医師派遣について話し合い、より透明性が高く、公平な医師派遣が行えるような対策が検討され始めている。地方センター病院がしっかりと機能すれば、診療所勤務医師の定着率は間違いなく向上する。それには恒常的に地域に医師を派遣できるような体制が必要である。

次に、地域医療格差の解消という点からすれば、地方センター病院の教育上の役割、機能を拡大せざるを得ない。医療が人を相手にする職業である以上、そこでは医師とそれ以外の医療スタッフも含めて人と人との関係をしっかりと保てる人材の育成が必要であり、その意味で、研修医だけでなくその他の医療従事者を受け入れて教育する能力を地方センター病院が持つことも重要であろう。それは総合医の育成についても言える。例えば、小児科や内科などの専門医として勤務した後、地域医療に係わることを希望する医師がいたとしても、地域においては総合医的な能力が要請されるため総合医育成研修が必要になってくる。10年間、小児科勤務をした医師が、道庁の支援を受けて名寄市立総合病院で1年半ほど研修した後、地域の診療所に赴任していった事例がある。こうした点で、地域医療に取り組む総合医の育成は地域で組織的に行っていく必要がある。

あるいはまた、過疎地域における医療支援は代替医師の派遣やサテライトクリニックだけでなく、多面的になることが予想される。例えば、各自治体の保健・福祉充実政策に関連してリハビリの理学療法士を派遣する、子どもの保健でも産後すぐ、6ヵ月、1年半、就学前の各健診や学校健診に小児科医を派遣するなど、要望は現在でも多様であり、今後さらに多くなっていくことも予測される。

そうしたさまざまな意味において、地域医療格差解消のための地方センター病院の役割、機能は増大するのであり、それを一層、充実するよう医療政策が策定される必要がある。

（8）まとめにかえて

戦後、1つの町村に1つの診療所ないし1つの病院という形で医療機関がつくられたが、現在ではそれが作りすぎだったという状態になっており、その再編が問題になっている。小規模自治体同士が隣接しあっている地域などでは診療所を統合し、そこへセンター病院が支援す

る形式が望ましいが、統合・再編の対象となる自治体の首長、住民からは地域における医療レベルの低下を招くとして反対が強いのも事実である。過疎地であればあるほど保健・医療・福祉の連携が重要になるため、中小病院や診療所は診療能力についてきちんと情報を公開し、住民の参加を促し、行政の協力を得て問題を解決していかなければならない。

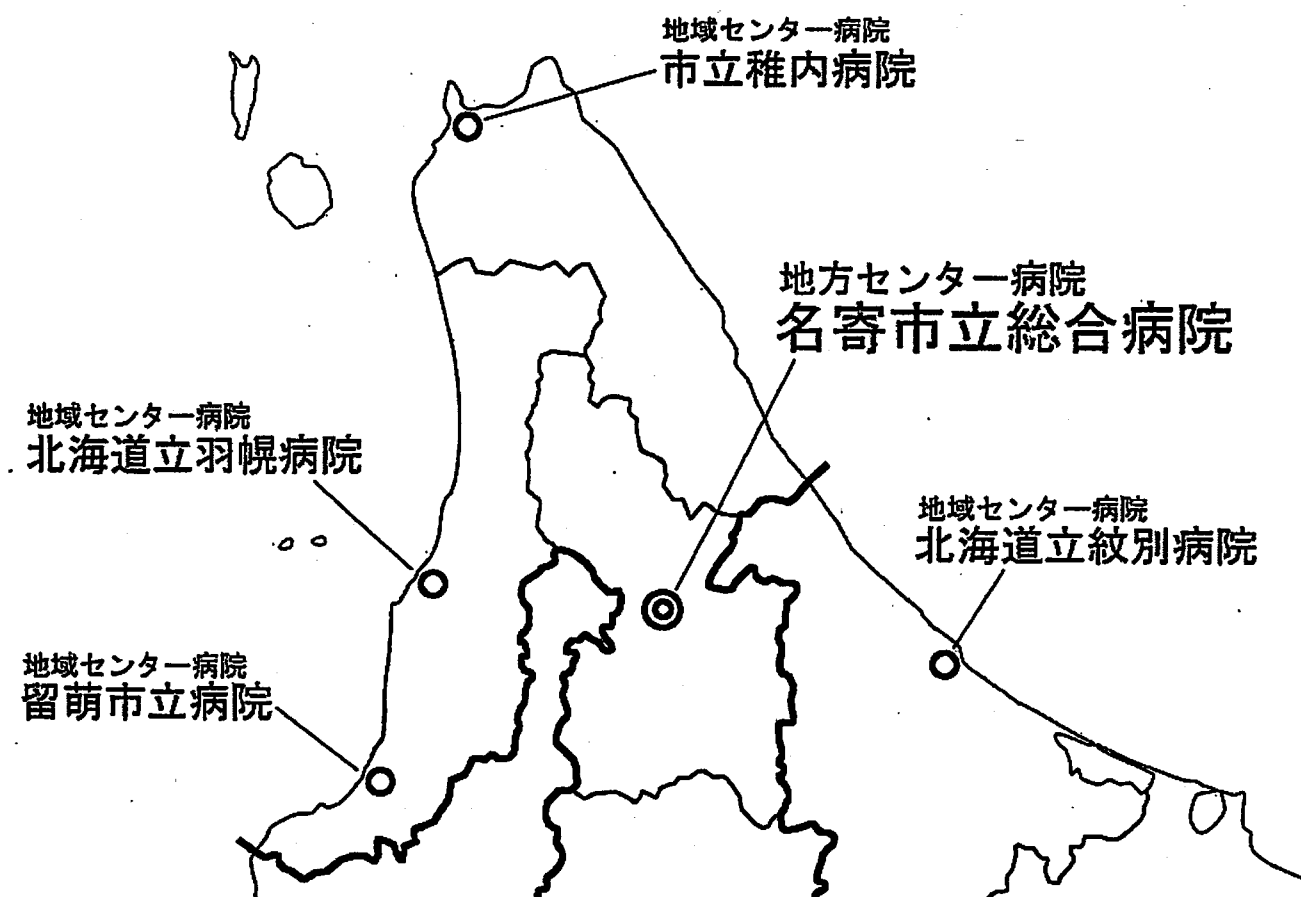
次に公立病院の経営、管理運営に関する問題である。名寄市立総合病院の場合、開設者は名寄市長であり、経営をチェックするのは名寄市議会である。病院長は病院の管理を行うことだけがその職責であり、その結果、病院経営の全体的あり方については市長や議会に依存する体質が強いように思われる。現在は地方公営企業法の一部適用であるが、これからはその全面的適用が必要と考えられる。全面的適用というのは独立行政法人のあり方に近く、自治体の組織と離れて全体を管理する病院事業管理者を置き、その管理者が医師の確保や人事、予算編成などの全てに責任を持って病院の経営・運営を行う形態である。それがうまくいかなかった場合、病院事業管理者は社会的に批判を受け、赤字財政になればその責任もとらねばならない。地方の自治体病院を再編するときには、こういう形態が良いのではないかと考えている。

現在地域医療はさまざまな問題を抱えている。その最大の課題は医師不足に関することである。医師不足の要因は、2004（平成 16）年度に始まった新卒後臨床研修制度の影響が大きく、これまで地域に医師を派遣してきた「大学病院の医局」それ自体が医師不足となり、医師派遣機能を失ったのである。そのため、大学による地方病院からの医師引き揚げが起こったのである。それに加えて医師の都市部偏在、診療科偏在も医師不足の要因である。

その結果、住民の最大の要望である、地域の救急医療体制すら崩壊しつつある。民間による「医師紹介業」も出現しているが、地域の医師不足解消には役立っていない。その解消には、国や道の本格的な関与が不可欠である。住民が基本的な医療すら受けられない状態が続くならば、地方の過疎化は加速し、自治体崩壊にもつながりかねない。国や道には強力な指導力を発揮し、いまずぐ医師不足解消に取り組むことが要請されている。

（注）

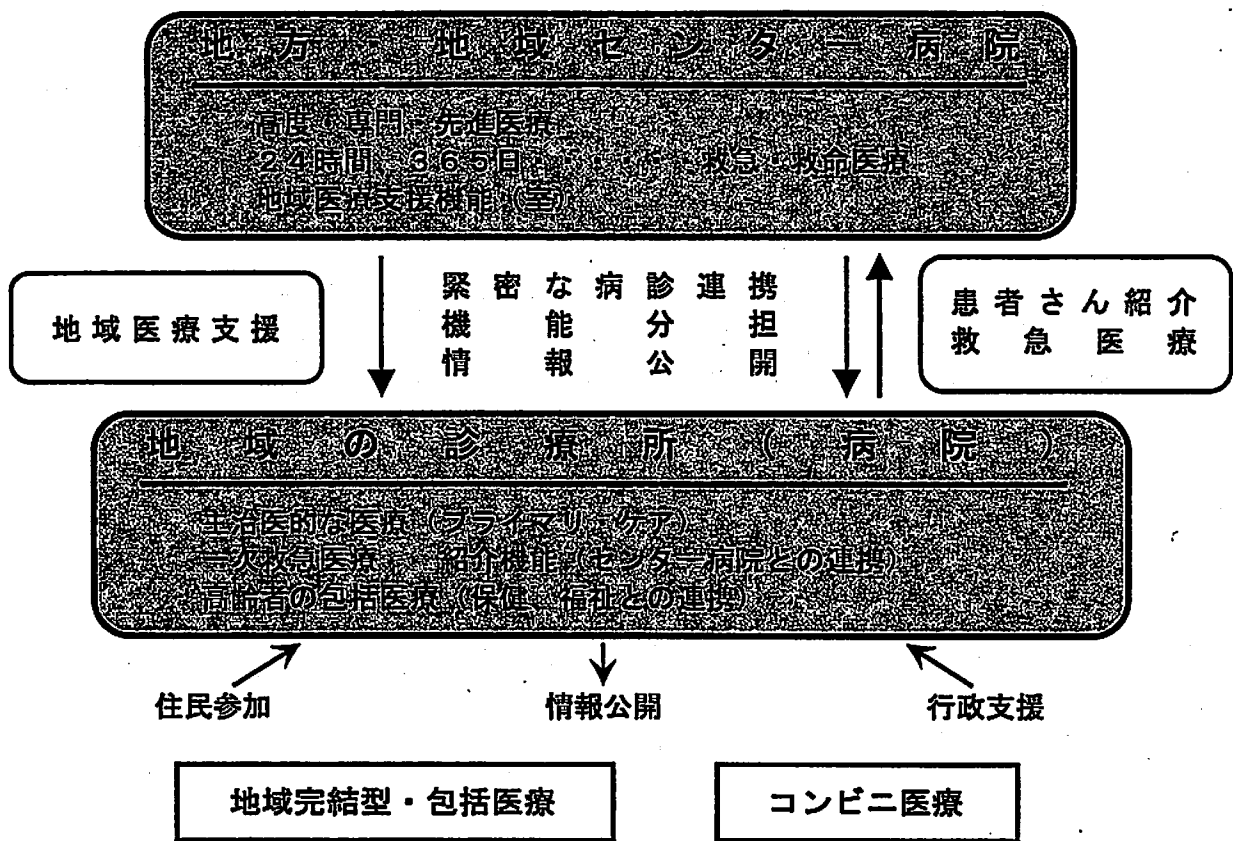
- 1) 北海道は、この「北海道保健医療福祉計画」を 2003（平成 15）年 3 月に改定した（北海道『北海道保健医療福祉計画 健やか・安心・いきいき 21（改訂版）』、2003 年 3 月）。
- 2) ただし道央第 3 次保健医療福祉圏や上川中部第 3 次保健医療福祉圏などには多くの病院があるので、あえて地方センター病院は指定されていない。



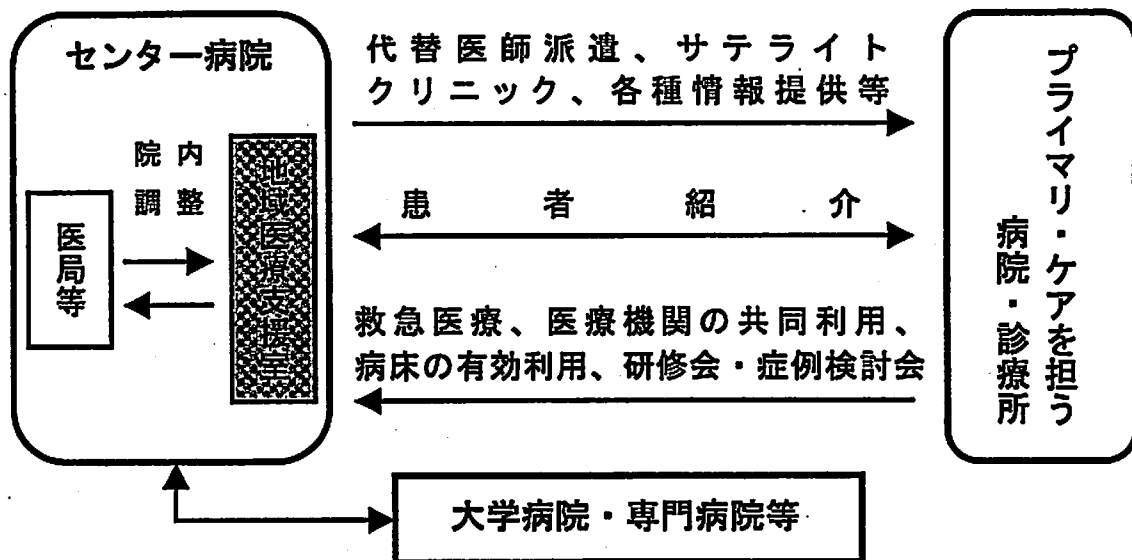
図—1 北・北海道における地方センター病院と地域センター病院

注1) 北海道『北海道保健医療福祉計画 健やか・安心・いきいき21 (改訂版)』
(2003年3月)に基づき、筆者が作成。

2) 北・北海道の範囲は上川北部、宗谷・留萌支庁全域、オホーツク北部(西興部村、興部町、雄武町、滝上町、紋別市)、道央最北部(幌加内町)で、その人口は256,000人である。



図—2 北・北海道における望ましい地域医療の提供体制



※地域住民や関係機関の声を反映するため、運営委員会と病診連携協議会が設置されている

図—3 名寄市立総合病院 地域医療支援室の機能

北・北海道の地域医療

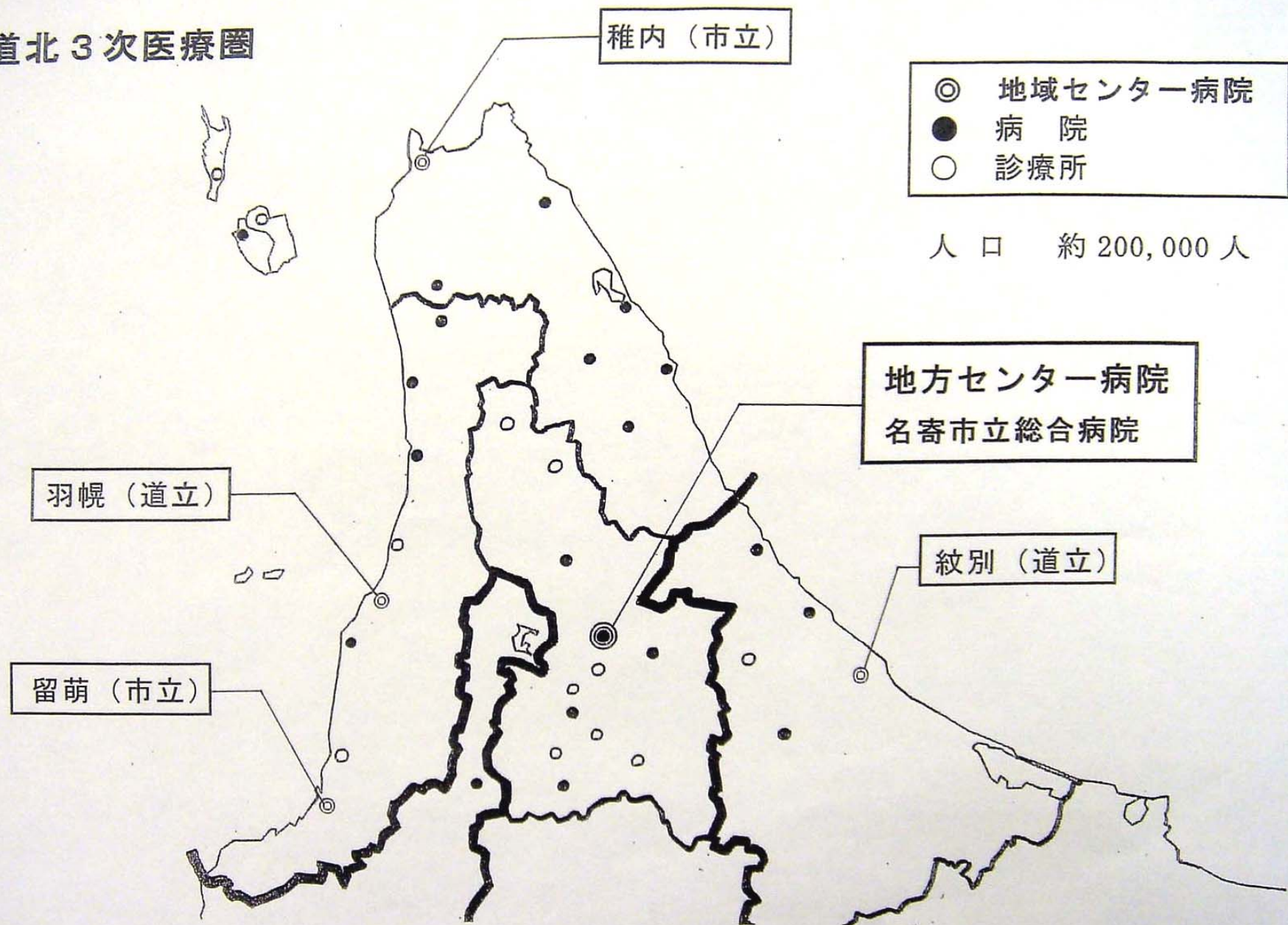
久保田 宏

道庁 H19.8.28

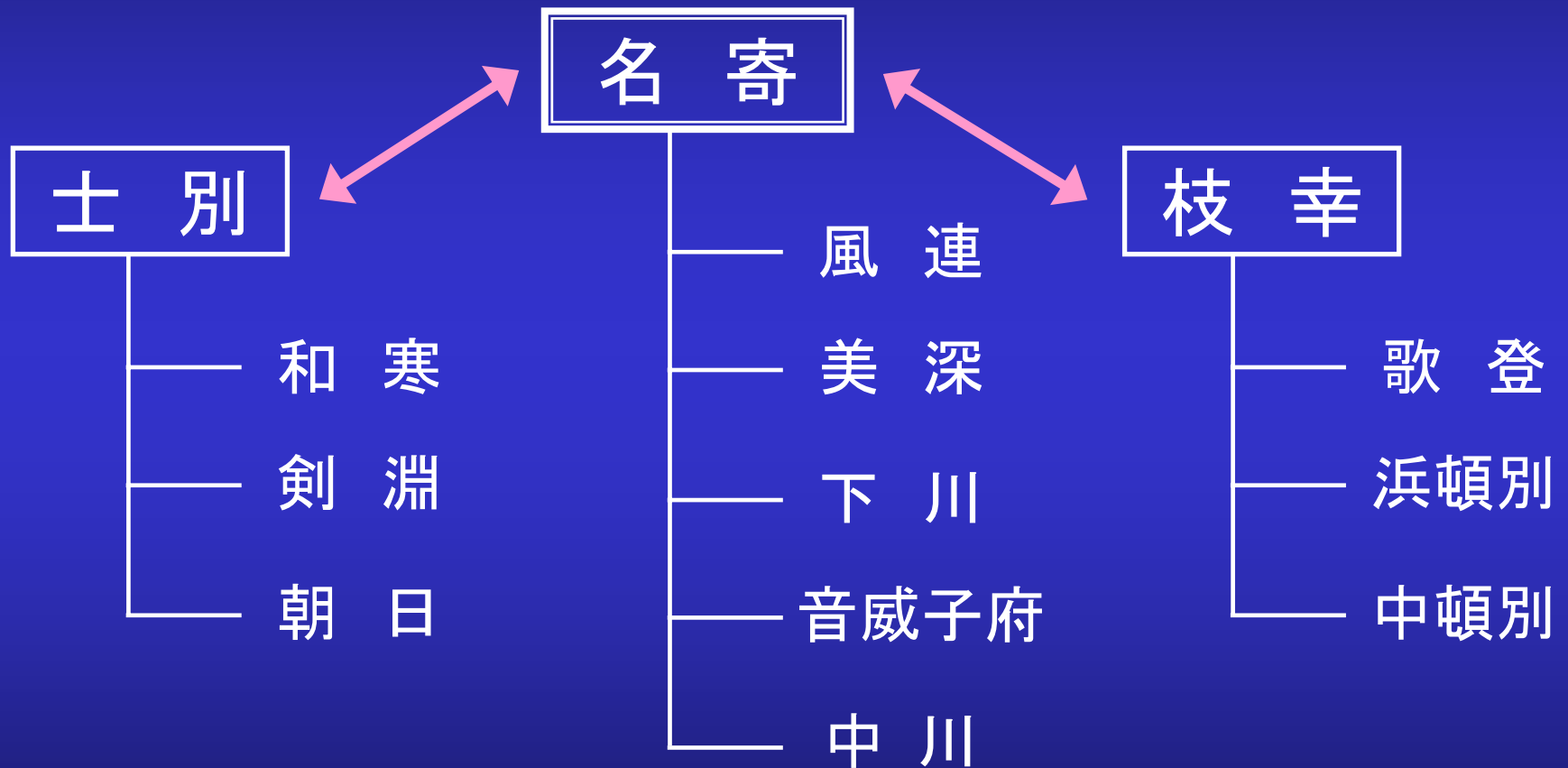
ま と め

- 「地域医療」の基本は「病診連携」
- 地域完結型包括医療
- 保健・福祉・医療の一体化
- 医師不足 → 医療格差 → 医療支援
- 医療は「町づくり」の基本
- 医療を中心とした「産業クラスター」
- 医療は「社会的共通資本」（宇沢弘文）
- 「高速道路」は「医療の一部」

道北 3 次医療圏



センター病院と病診連携



病 診 連 携



診 (診療所・病院)



病 (センター病院)

望ましい北・北海道における地域医療の提供体制

地 方 ・ 地 域 セ ン タ ー 病 院

高度・専門・先進医療

24時間、365日……救急・救命医療

地域医療支援機能(室)

地域医療支援

緊 密 な 病 診 連 携
機 能 能 分 担
情 報 公 開

患者さん紹介
救 急 医 療

地 域 の 診 療 所 (病 院)

主治医的な医療(プライマリ・ケア)

一次救急医療 紹介機能(センター病院との連携)

高齢者の包括医療(保健、福祉との連携)

住民参加

情報公開

行政支援

地域完結型・包括医療

コンビニ医療

医師不足の要因

- 医師の地域・診療科偏在
- 医師の絶対数が足りない
- 地域での定着率が悪い
- 新医師研修制度(大学医局機能不全)
- 女性医師の休職・退職
- 病院勤務医師の過重労働
- 総合医の養成不足

道内の医師の分布(1)

—過疎地医療の現状—

医師数及び人口10万対医師数

平成16年

全 国		北 海 道	
実数	人口10万対医師数	実数	人口10万対医師数
270,371 人	211.7 人	12,201人↑	216.2 人↑

2次医療圏別医師数及び人口10万対医師数

医師数		人口10万対医師数	
最 高	最 低	最 高	最 低
札幌 6,089 人	南檜山 41 人	上川中部299.0人	根室 100.4 人

医師1人当たりの人口

名寄市周辺	2700人	札幌市	406人
全道平均	492人	全国平均	496人

道内の医師の分布(2)

—過疎地医療の現状—

都市部と町村部の比較

平成16年

区 分		都市部	町村部
医 師	実 数	11,100人 ↑	1,101人 ↓
	全道に占める割合	91.0%	9.0%
人口10万対医師数		252.4人	89.3人

北海道180市町村、70%過疎地

中・小自治体病院、標欠病院、80%

1人医師、33／212

地域医療支援

継続性のある
医師確保
(地域医療振興財団
医育大学・道庁)



地域の診療所(病院)
医師確保困難、医師不足
機能不全、医療格差大

地域医療支援

医療支援のための
医師確保
(医育大学・医局)



地方センター病院



国の支援

名寄市立総合病院の概要①

- 役割・使命
 - 自治体病院(市立病院)
 - 地方センター病院(道北第3次医療圏)
- 医療基本理念
 - 地域社会から信頼される医療
 - 患者さん(ひと)と医療職員(ひと)との心がふれあう医療
 - 患者さん、住民サイドの医療
- 診療圏
 - 旭川地方を除く道北第3次医療圏
 - 名寄市を中心として南北200km～250km
東西100km～150km
 - 四国4県と同面積 過疎、寒冷、積雪

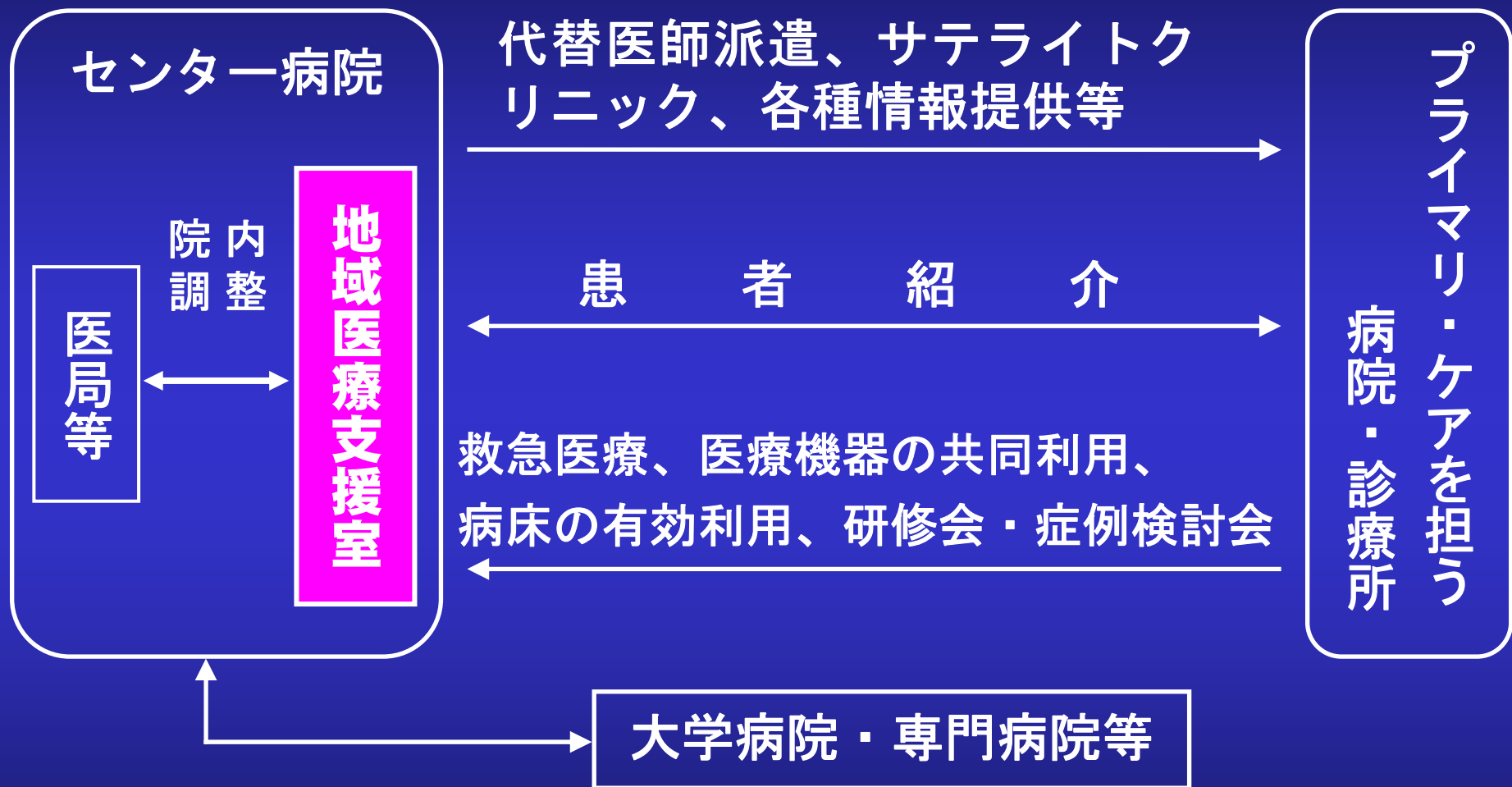
名寄市立総合病院の概要②

- 診療内容
 - － 高度・専門・救命救急・精神医療に重点
 - 職員数:550人
(医師47、看護師330、ほか)
 - 病床数:一般病床300、精神科病床165
感染病床4 合計469床
 - 看護基準:一般病床 2:1、精神科 3:1
 - 診療科:19診療科
 - 一日平均患者数:外来 1,200人
入院 410人
名寄市以外の患者さん:平均 50%
 - 平均在院日数:18日

名寄市立総合病院の概要③

- 研修施設指定・医療機関指定
 - 日本医療機能評価機構の認定病院
 - 脳死臓器提供病院
 - 医師臨床研修指定病院
 - 旭医大学生実習病院、市立名寄短大看護学科実習病院
 - 上川北部医師会実習病院、外国人医師臨床修練指定病院
 - ほか、学会専門医研修認定施設 14
 - 医療機関指定 18

地域医療支援室の機能・フロー図



※ 地域住民や関係機関の声を反映するため、**運営委員会**と**病診連携協議会**が設置されている。

病診連携に基づいた地域医療支援

- 地域医療支援室

- ① 代替医師派遣事業(年120日)
- ② 精神科サテライトクリニック(月2回)
- ③ 脳神経外科サテライトクリニック(月1回)
- ④ 循環器科サテライトクリニック(月1回)
- ⑤ 小児科サテライトクリニック(月1回)
- ⑥ 産婦人科サテライトクリニック(月1回)
- ⑦ 名寄地区機能回復訓練事業(年200日)
- ⑧ 巡回診療(年50日)

地域医療支援室運営委員会

地域医療・これから

- センター病院の充実：広域的拠点化

支援機能の充実

- 病診連携：保健・医療・福祉の連携
- 地域完結型包括医療
- 医師・看護師等の勤務環境の充実
- 医師の確保（道庁・大学・地方拠点病院）
- 地域医療を担う医師は地域で育てる
- 病・診管理体制：病院事業管理者

道庁・大学

名寄地域病院管理室
病院事業管理者・運営協議会

名 寄

士 別

和 寒

剣 淵

朝 日

風 連

美 深

下 川

音威子府

中 川

枝 幸

歌 登

浜頓別

中頓別

センター病院と自治体病院再編(案)

地方公営企業法(全適)

「やればできる」

「なせば成る」

参 考 資 料 一 覧

- 参考資料 1 「緊急医師確保対策について」(H19.5.31政府・与党)
- 参考資料 2 H20 国の施策及び予算に関する提案・要望(北海道)
ー地域医療の充実に向けた医師確保対策の推進ー
- 参考資料 3 医学部入学定員削減に関する経緯など
- 参考資料 4 H20 国の施策並びに予算に関する提案・要望
(全国知事会)
- 参考資料 5 看護職員就業状況
- 参考資料 6 国家資格と都道府県資格の例
- 参考資料 7 へき地等病院医師確保支援特別対策について

緊急医師確保対策について

平成19年5月31日
政府・与党

医師確保対策については、平成19年度予算においても、その拡充を図り、新たな対策を進めている。しかしながら、全国各地の医師不足を訴える声は日増しに大きくなっている。その声を深刻に受け止め、地域に必要な医師を確保していかなければならない。

医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療に従事する方々が働きがいのある医療現場をつくっていけるよう、万全を期したい。

このため、「地域の医療が改善されたと実感できる」実効性のある更なる以下の緊急対策を講じる。

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築
医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。
2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等
病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。
3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備
出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。
4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等
大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。
5. 医療リスクに対する支援体制の整備
産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。
6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進
地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。

平成20年度 国の施策及び予算に関する提案・要望

地域医療の充実に向けた医師確保対策の推進

(総務省、文部科学省、厚生労働省)

医師確保の困難な過疎地域の多い北海道において、どこに住んでいても安心して医療が受けられるよう、地域医療を担う医師の養成・確保に向け、必要な措置を講じていただきたい。

【提案・要望事項】

- 医育大学の入学定員の拡大や入学試験における地域枠設定の推進
- 奨学金制度をはじめとする医師確保対策への財政支援の充実
- 医師に対する臨床研修修了後の一定期間内の地域勤務の義務付け

【提案・要望の理由・背景】

- ◆ 本道の医師数は、人口10万人当たりではほぼ全国と同じ水準となっているものの、都市部に著しく偏在しているため、町村部においては依然として深刻な医師不足となっている。特に、全国的に医師不足が問題となっている小児科、産婦人科医は、本道の過疎地等ではより確保が困難な状態となっている。

○人口10万人あたりの医師数

全国211.7人 全道216.2人(市部252.4人、町村部89.3人)

- ◆ 過疎地域の医療を担う医師の養成や、地域への定着を促進する観点から、医育大学の入学定員の拡大や入学試験における地域枠の設定を推進するとともに、地域医療への従事を要件とする医学生への奨学金貸与制度をはじめとする医師確保対策への国による財政支援の充実が必要である。
- ◆ 自治体病院での勤務環境の厳しさなどによる開業志向の高まりや、臨床研修制度の導入などの影響により、都市部を含めて医師確保が困難な状況にあり、都道府県を中心とした医師派遣調整では限界があるため、臨床研修修了後の一定期間内に、へき地や医師不足地域での勤務の義務付けなど医師のへき地等勤務を促す具体的な方策について検討を行うことが必要である。

文部科学省

Home > 政策関連情報 > 審議会情報 > 調査研究協力者会議等 > 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 > 第二次報告 > 添付資料 > 医学部入学定員削減に関する経緯

医学部入学定員削減に関する経緯 〔枠内は閣議決定等〕

昭和57年7月 臨時行政調査会「行政改革に関する第3次答申」

- ◎ 医師については、過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する。

昭和57年9月 「今後における行政改革の具体化方策について」閣議決定

- ◎ 医師については、全体として過剰を招かないように配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める。

昭和61年6月 厚生省「将来の医師需給に関する検討委員会」最終意見

- ◎ 平成7年を目途として医師の新規参入を最小限10パーセント削減すべき。

昭和62年9月 文部省「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」最終まとめ

- ◎ 新たに医師になる者を10パーセント程度抑制することを目途として、国公私立を通じ、入学者の削減等の措置を講ずべき。

※ 以降入学定員の削減を実施。平成18年度までに7.9パーセント削減をしている。

平成9年6月 「財政構造改革の推進について」閣議決定

- ◎ 大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ引き続き医学部定員の削減に取り組む。

平成10年5月 厚生省「医師の需給に関する検討会」報告書公表

- ◎ 当面、昭和62年に立てた削減目標の未達成部分の達成を目指す。

平成11年2月 文部省「21世紀医学・医療懇談会」第4次報告公表

- ◎ 医学部の入学定員について、現状よりさらに削減することが必要であり、削減目標の達成を目指すことが適当。
- ◎ 入学定員の削減は国公私立大学全体で対応すべき。

平成18年7月 厚生労働省「医師の需給に関する検討会」報告書公表

- ◎ 医学部定員の増加は、中長期的には医師過剰をきたすが、人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある。

【参考資料】

■学校教育法施行令

第二十六条 次に掲げる場合においては、・・・市町村長、都道府県知事及び公立大学法人の理事長は、当該市町村、都道府県又は公立大学法人の設置する大学について文部科学大臣に対し、それぞれその旨を届け出なければならない。

三 学則を変更したとき。

■閣議決定

財政構造改革の推進について 一抄一

平成9年6月3日
閣 議 決 定

財政構造改革については、政府・与党財政構造改革会議「財政構造改革の推進方策」に沿って次のように決定し、着実かつ強力に推進することとする。

記

1. 社会保障

(1) 医療については、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内とすることの基本方針を堅持し、今後、医療提供体制及び医療保険制度の両面にわたる抜本的構造改革を総合的かつ段階的に実施する。

④医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。あわせて、医師国家資格の合格者数を抑制する等の措置により医療提供体制の合理化を図る。地域差を考慮しつつ全体として病床数の削減を推進し、もって医療環境の改善も図ることとする。医療機関の機能分担や連携を進め、患者が必要な場合にふさわしい医療機関にかかるという流れをつくる。

文部科学省

Home > 政策関連情報 > 審議会情報 > 調査研究協力者会議等 > 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 > 第二次報告 > 添付資料 > 医学部の収容定員増について

医学部の収容定員増について

1. 国立大学

認可事項：各国立大学が国立大学法人法第31条に規定する中期計画に記載し、文部科学大臣が認可することとなっている。

具体的には、各国立大学法人が中期計画(変更)案を作成し、国立大学法人評価委員会に諮り、文部科学大臣が認可することになる。

2. 公立大学

届出事項：学校教育法施行令第26条の規定により、文部科学大臣への届出事項となっている。

3. 私立大学

(1)大学全体の収容定員の総数が増加する場合

認可事項：学校教育法施行令第23条の規定により、文部科学大臣の認可事項となっており、大学設置・学校法人審議会に諮問し文部科学大臣が認可することになる。

但し、「大学、大学院、短期大学及び高等専門学校の設置等に係る認可の基準」(平成15年文科省告示第45号)により、医師の養成に係るものは認可対象から除かれている。

(2)大学全体の収容定員の総数の増加しない場合

認可事項：一般的には、文部科学大臣への届出事項となっている(学校教育法施行令第23条の2)が、「学校教育法施行令第23条の2第1項第5号の規定による分野を定める件」(平成17年文科省告示第51号)により、医師の養成に係るものは届出対象から除かれている。

別添

○ 国立大学法人法(平成十五年法律第百十二号)

(中期計画)

第三十一条 国立大学法人等は、…中期目標を達成するための計画を中期計画として作成し、文部科学大臣の認可を受けなければならない。

3 文部科学大臣は、第一項の認可をしようとするときは、あらかじめ、評価委員会の意見を聴かなければならない。

○ 学校教育法施行令(昭和二十八年政令第三百四十号)

(法第四条第一項の政令で定める事項)※認可事項

第二十三条 法第四条第一項(法第八十三条第二項において準用する場合を含む。)の政令で定める事項は、次のとおりとする。

十一. 私立の学校又は私立の各種学校の収容定員に係る学則の変更

(法第四条第二項第三号の政令で定める事項)※届出事項

第二十三条の二 法第四条第二項第三号の政令で定める事項は、次のとおりとする。

四 私立の大学又は高等専門学校の収容定員(大学にあつては、通信教育及び文部科学大臣の定める分野に係るものを除く。)に係る学則の変更であつて、当該収容定員の総数の増加を伴わないもの

(市町村立高等学校等の名称の変更等についての届出等)

第二十六条 次に掲げる場合においては、…市町村長、都道府県知事及び公立大学法人…の理事長は、当該市町村、都道府県又は公立大学法人の設置する大学について文部科学大臣に対し、…その旨を届け出なければならない。

三 学則…を変更したとき。(注)

○ 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校の設置等に係る認可の基準(平成十五年文部科学省告示第四十五号)

第一条 文部科学大臣は、大学…に関する学校教育法…第四条第一項の認可…の申請…に関しては、…次に掲げる要件を満たすことを審査の基準とする。

二 医師、歯科医師、獣医師及び船舶職員の養成に係る大学等の設置又は収容定員増でないこと。

○ 平成十七年文部科学省告示第五十一号(学校教育法施行令第23条の二第一項第五号(注)の規定による分野を定める件)(注)現在の第二十三条の二第一項第四号

学校教育法施行令(昭和二十八年政令第三百四十号)第二十三条の二第一項第五号の規定により、文部科学大臣が定めることとされた分野について次のように定め…る。

医師、歯科医師、獣医師及び船舶職員の養成に係る分野

平成20年度

国の施策並びに予算に関する提案・要望

平成19年7月12日

全国知事会

2 保健医療体制の整備等

医療を取り巻く環境の変化に即し、地域の実態を十分考慮した医療提供体制の体系的整備を図ること。特に、全国的に深刻な状況に陥っている医師不足の改善を図るため、地域及び診療科における医師偏在の解消など、新医師確保総合対策を積極的に推進し、緊急医師確保対策を早急に具体化するとともに、更なる医師確保対策を講じること。

また、へき地医療など地域における重要な役割を担う自治体病院等については、その経営の健全化を推進しやすい環境を整備するなど支援策を講じること。

さらに、将来にわたって医療保険制度の安定的運営を図るため、医療保険制度の改革等を引き続き着実に行うこと。特に、すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的道筋を早期に提示するとともに、改革に当たっては、地方公共団体の意見を十分に反映するように努めること。また、国民の生涯にわたる健康づくりを積極的に推進すること。

【背景・理由】

- 最近におけるめざましい医療技術の進歩、急速な高齢化の進展、国民の生活水準の向上や意識の変化など医療を取り巻く環境は著しく変化しており、これに対応した医療機関などの機能分化、役割分担等が適正に行われるよう、その体系的整備を効率的・効果的に推進する必要がある。
- へき地等における深刻な医師不足、地域間あるいは診療科目間の医師の偏在が大きな問題となっているため、新医師確保総合対策を着実に実施し、緊急医師確保対策を早急に具体化するとともに必要養成医師数について全国レベルで再検討を行った上で、更なる医師確保対策を講じる必要がある。
- 医療施設の整備に当たっては、多様化する医療ニーズに対応することが必要である。
- へき地医療、小児医療、救急医療、精神科医療等の不採算分野を担っている自治体病院等については、経営健全化の促進及び地域の特性を考慮するなど、その役割を踏まえた対策を講じるべきである。
- 国民総医療費は、高齢化や医療技術の高度化などにより年々増大し続け、そのうちのおおむね4割が高齢者に係る医療費となっている。国民健康保険の財政状況は、高齢化の進展や就業構造の変化などにより極めて厳しい状況にある。また、医療保険制度の一元化に向けた明確な道筋も示されていない。
- 医療制度改革については、3計画1構想（医療計画、医療費適正化計画、健康増進計画及び地域ケア体制整備構想）の策定とその推進など、都道府県も主体的な役割を果たすことが求められており、今後、改革を進めるに当た

っては、地方公共団体の意見を十分に反映させる必要がある。

- 国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な事項などを定めた健康増進法に基づき、健康づくりを積極的に推進することが必要である。国は、医療費適正化の推進について、生活習慣病予防対策を主要な課題として位置付けているが、生涯にわたる健康増進、疾病予防対策の体系的な整備が必要である。
- 新型インフルエンザなどの感染症対策については、国際的に取り組む課題として、国、地方自治体、医療機関、社会福祉施設等の連携体制を整備し、迅速かつ的確に対応していく必要がある。

【具体的な要望事項】

- (1) 国立病院機構の病院・療養所の運営に当たっては、医療提供体制の体系的整備を推進する観点及び、これまでの地域医療の担い手としての役割を十分踏まえて対応すること。
- (2) 社会的要請の強い救急、へき地、周産期、小児等の医療の充実を図ること。特に、地域及び診療科における医師偏在の解消のための抜本的な対策として、へき地・周産期など地域医療で特に必要性の高い分野における一定期間の診療経験を医療機関の管理者となる要件にすることなど、具体的な対策を講じること。また、女性医師が出産や育児と両立して働くことができるよう、就業環境の整備のための具体的な措置を講じること。
- (3) 小児科医、産婦人科医、麻酔科医、看護師、助産師、理学療法士等医療従事者の養成確保・資質の向上及び子育て支援策の充実などの就業環境の整備を総合的に推進すること。特に、地域における医師不足の現状を踏まえ、大学医学部の入学定員枠の更なる拡大を図ること。また、大学教育から後期研修の各段階で、へき地に勤務する医師を養成する具体的な仕組みづくりを行うこと。
- (4) 医師の標準数については、病院の持つ機能や慢性期・急性期などの患者の特性に応じた設定を行うとともに、医師確保が困難な地域については、病院の開設計可等に当たっても特例措置を講じること。
- (5) 病院勤務医の過重労働を解消し、本来業務に専念できる勤務環境を確保するため、医療関係職種（事務職を含めた医療従事者）の役割分担の在り方について、診療報酬上の配慮も含め具体的に検討すること。
- (6) プライマリケアに対応でき、小児の一般疾患や産科の正常分娩にもある程度対応できるいわゆる総合医は、へき地に限らず地域でも大いに求められる人材であることから、総合医を専門医と同様に位置付け、育成を図ること。
- (7) 救急病院に軽症の患者がかなり集まっている現状を鑑み、病院勤務医の負担を軽減するため、地域の開業医に今まで以上に政策医療への協力を呼びかけるとともに、それを誘導する診療報酬上の配慮をすること。
- (8) 産科を志望する若手医師が減少する中で、その原因の一つである周産期

訴訟問題を解消する手段としての無過失補償制度を早急に確立すること。

- (9) 患者の死をめぐって、医師が刑事事件に問われる事例が発生し、特定の診療科を志望する医師が減少していることから、医師法第21条に規定する「異状死」の定義を明確化するとともに、当該事案についての届け出先を警察署ではなく有識者で構成する第三者機関（医療事故調査委員会）とするよう、医師法を改正すること。
- (10) 終末期医療に関してはガイドラインが示されたところであるが、終末期の定義や対象疾患、延命中止の基準などを明確にすること。
- (11) レセプトのオンライン化等、医療のIT化への対応により病院経営を圧迫することがないように、適切な財政措置を講じること。
- (12) へき地医療、小児医療、救急医療、精神科医療などを担う自治体病院の役割を踏まえ、社会保険診療報酬を適切に見直すとともに、自治体病院の再編等については、地域における医療機関ネットワークの形成が適切に図られるよう必要な施策を講じること。また、救急医療や救急搬送体制の充実強化を図る観点から、ドクターヘリの導入促進及び安定的な運用について十分な財政措置を講じること。
- (13) 医療保険制度改革については、地方の意見を十分に反映させ、国の責任において、医療保険制度における構造的課題の具体的な解決策を講じるとともに、負担と給付の公平化、安定した制度運営を将来にわたって確保するため、すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的な道筋を早期に提示すること。
- (14) 三位一体の改革により平成17年度から国民健康保険制度に都道府県負担が導入された上、今回の医療制度改革における後期高齢者医療制度においても、都道府県に新たな財政負担が強いられる結果となっている。各医療制度の安定的な運営のため、地方の意見を十分に尊重し、国が応分の負担をするよう制度の見直しを行うとともに、制度の周知を図るため積極的な広報活動を行うこと。
- (15) 医療費適正化の推進に当たっては、医療費に多大な影響を与える診療報酬等に権限を有する国が主導的な役割を果たすこと。また、都道府県の医療費適正化計画においては、計画に定める目標を実効性のあるものとするため、医療保険者に対する臨実な財政支援措置、療養病床の転換支援措置を講じること。
- (16) 健康増進法の理念を十分周知し、国民自らの生涯にわたる健康づくりに対する支援を行うとともに、地方公共団体が行う生涯を通じた健康増進、疾病予防対策を効果的に推進するための環境の整備を推進すること。また、平成20年度から保険者に義務付けられる特定健診・特定保健指導等が円滑かつ適正になされるよう国において適切な対策をとること。
- (17) 新型インフルエンザ等の感染症対策については、諸外国との連携体制を強化し、適切な予防対策を講じること。また、国内における感染症発生時の対策の充実を図るとともに、必要な支援を行うこと。特に、結核予

1 看護職員就業状況

(1) 年次別就業数

各年12月末日現在

年次	職種 保健師	助産師	看護師・准看護師			合 計	増減指数 (平成8年=100)
			看護師	准看護師	小 計		
平成8年	2,006 (2)	1,241	29,221 (711)	24,502 (936)	53,723 (1,647)	56,970 (1,649)	100.0
10	2,180 (6)	1,268	31,918 (831)	24,961 (1,027)	56,879 (1,858)	60,327 (1,864)	105.9
12	2,456 (17)	1,335	34,845 (1,049)	24,536 (1,079)	59,381 (2,128)	63,172 (2,145)	110.9
14	2,450 (17)	1,348	37,428 (1,274)	24,393 (1,172)	61,821 (2,446)	65,619 (2,483)	115.2
16	2,506 (26)	1,417	40,717 (1,574)	23,951 (1,164)	64,668 (2,738)	68,591 (2,764)	120.4
全国16年	39,195 (281)	25,257 (0)	760,221 (31,594)	385,960 (22,838)	1,146,181 (54,432)	1,210,633 (54,713)	

注 ()内は、男性の再掲である。

(2) 人口10万対就業数

ア 年次別就業数

各年12月末日現在

年次	人口	保健師	助産師	看護師・准看護師			合 計
				看護師	准看護師	小 計	
平成8年	5,699,000	35.2	21.8	512.7	429.9	942.7	999.6
10	5,700,000	38.2	22.2	560.0	437.9	997.9	1,058.4
12	5,682,950	43.2	23.5	613.1	431.7	1,044.9	1,111.6
14	5,656,000	43.3	23.8	661.7	431.3	1,093.0	1,160.2
16	5,630,000	44.5	25.2	723.2	425.4	1,148.6	1,218.3
全国16年	127,687,000	30.7	19.8	595.4	302.3	897.6	948.1

注 全道の人口は、当該年10月1日現在の推計日本人人口による。

ただし、平成12年については、10月1日現在国勢調査結果速報(外国人含む)である。

全国の人口は、平成16年10月1日現在の総務省統計局推計日本人総人口による。

【国家資格と都道府県資格の例】

区分	理 容	美 容	調 理
目的	資格の定め+理(美)容業務の適正化の規律→公衆衛生の向上		資格+資質 up →国民の食生活の向上
定義	頭髪の刈り込み、顔そりなどにより容姿を整えること 	パーマントウェーブ、結髪、化粧などにより容姿を美しくすること 化粧に付随した軽い程度の「顔そり」は化粧の一部として行っても差し支えない 	調理師の名称を用いて調理の業務に従事することが出来る者として、都道府県知事の免許を受けた者 調理師 
資格	国家資格		都道府県資格
取得手続き	○ 受験資格＝厚生労働大臣指定の理(美)容師養成施設での修学 ○ 試験合格者は厚生労働大臣の免許を受けて理(美)容師になることができる		調理師免許の取得は、 ① 厚生労働大臣指定の調理師養成施設で1年以上必要な知識及び技能を修得 ② 飲食店等での2年以上調理業務経験+調理師試験の合格
養成施設	養成施設指定に関する事務の一部は、政令の定めるところにより、都道府県知事が行うことができる ①指定に必要な調査 ②指定取り消し理由の有無の調査		
試験	○ 厚生労働大臣は理(美)容師試験を行う ○ 厚生労働大臣は指定試験機関に試験を行わすことができる		○ 都道府県知事は、厚生労働大臣の定める基準により調理師試験を行う ○ 都道府県知事は厚生労働大臣の指定試験機関に試験を行わすことができる
営業場所	次の場合を除き、理(美)容所以外でその業をしてはならない 〈政令〉疾病等の来所不能者+婚礼参列者等の直前の理(美)容+条例 〈条例〉交通不便地+演劇出演者等の直前+福祉施設、刑務所等		多数人に対して飲食物を調理して供与する施設などは、調理師を置くよう務めなければならない
措置	皮膚に接する器具は客1人ごとに消毒 〈省令〉クリッパー、はさみ、くし、刷毛、ふけ取り、かみそりなど		厚生労働大臣による調理技術審査 〈省令〉(Ⅱ)調理技術技能センターに委託
組織	理(美)容師会を組織できる		調理師会を組織できる
権限	厚生労働大臣権限→地方厚生局長に委任できる		
参考	整髪後のサービス行為(なで・押・捻・叩)は、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律」に違反～30万円以下の罰金刑		

日医発第 621 号 (地 I 105)

平成 16 年 9 月 3 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

植 松 治 雄

へき地等における医師の配置標準の特例措置について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、厚生労働省医政局長より各都道府県知事宛に、へき地等病院医師確保支援特別対策の実施についての通知が発出されるとともに、本会に対してもその協力方依頼がありました。

本件は、医師配置標準の特例措置として、へき地等や人口当たり医師数が全国平均を下回っている市町村に所在する病院であって、医師の充足率が 60%を下回っている状況にあるなど所定の条件に適合する場合には、その病院からの申請により 3 年間に限り現行算定式の 90%相当まで医師の定員減の許可を受けられるというものです。また、本措置を医療計画に位置づけて実施するよう努めることも求められております。

本措置では対象となる病院は限定されますが、昨年行った医師配置標準の端数の取扱いの見直しや地域における医療対策協議会と併せ、地域の医師確保問題への対策としてご活用いただければ幸いです。

なお、診療報酬上の取扱いについて、特例措置に係る許可を受けた保険医療機関における「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法」(平成 16 年厚生労働省告示第 52 号)(いわゆる標欠)、「基本診療料の施設基準等」(平成 16 年厚生労働省告示第 49 号)等に規定する厚生労働大臣の定める医師の員数の基準については、今回の特例措置による員数をもって取り扱うことになります。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご丁知いただくとともに貴会管下医療機関への周知方につき、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

平成16年8月30日
医政発第0830001号

各都道府県知事殿

厚生労働省医政局長

へき地等病院医師確保支援特別対策の実施について

本年2月26日に地域医療に関する関係省庁連絡会議において取りまとめられた「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」(別添1参照)において、当面の取組のひとつとして、「臨床研修必修化に伴う当面の影響等に対応し、へき地等を含む地域の医療の確保に不可欠であって医師の確保が特に困難と認められる病院について、医師の確保や病院機能の見直し等の計画的な取組を促進・支援するため、医師配置標準の取扱いも含めた特別措置を早急に検討し、導入する」とされたことを踏まえ、へき地等病院医師確保支援特別対策として、医師の配置標準の特例措置について、平成16年8月27日付けで医療法施行規則の一部を改正する省令(平成16年厚生労働省令第123号)が公布され、同日施行されるとともに、医師確保及び病院機能の見直し等の支援措置を下記のとおり実施することとしたので、その旨御丁知いただくとともに、その運用に遺憾なきを期されたい。

また、貴管下保健所設置市、特別区等に対しては、本通知の趣旨等について、貴職より周知されるとともに、医師の配置標準の特例措置の診療報酬上の取扱いについて、関係機関とより一層の連携が図られるよう御配慮願いたい。

記

第1 医師配置標準の特例措置

1 病院に置くべき医師の員数の特例

(1) 特例が認められる病院

次の要件のすべてに該当する病院から、当該病院の開設許可の申請書に記載された医師の定員を3年間に限り減じようとする旨の申請があった場合には、都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を踏まえ、医療法第7条第2項の規定により、当該病院に係る医師定員の変更を暫定

的に許可できるものとする。

ア 次に掲げる地域をその区域内に有する市町村又はこれに準ずる市町村の区域に所在するものであること。

(7) 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

(4) 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地

(9) 山村振興法の規定により振興山村として指定された山村

(エ) 過疎地域自立促進特別法に規定する過疎地域

イ 当該病院が所在する地域における医療提供施設の整備の状況等からみて、当該地域の医療を確保する上で必要かつ不可欠であると認められるものであること。

ウ 必要な医師を確保するための取組を行っているにもかかわらず、なお医師の確保が著しく困難な状況にあると認められること。

(2) 申請書に添付すべき計画書

(1) の申請を行う病院は、申請書に、医師の確保に向けた取組及び病院機能の見直し等当該病院における医師の充足率の改善に向けた取組を記載した計画書を添付しなければならない。

(3) 適用される医師配置標準の特例

(1) の許可を受けた病院については、許可を受けた日から起算して3年を経過する日までの間は、特例的に、当該病院の医師配置標準を現行の算定式の90%相当に緩和する。ただし、医師3人という最低の員数は下回らないものとする。

(4) 留意事項

① 1(1) による定員の変更許可に当たっては、現行の算定式の90%相当までの減が認められるものであること。

② 1(1) アにいう「これに準ずる市町村」とは、人口当たりの医師数が全国平均を下回っている市町村を想定しているものであること。なお、平成14年の医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、全国平均の人口10万人当たりの医療施設に従事する医師数は195.8人となっている。また、へき地等を有する市町村が市町村合併の対象となった場合において、当該旧市町村に所在する病院から申請があった場合には、これに該当するかどうか個別の状況に応じて判断されるものであること。

③ 1 (1) ウにいう「なお医師の確保が著しく困難な状況」とは、医師配置標準に対する充足率が60%を下回っている等の状況にあることをいうものであること。

④ 1 (2) の特例は、医療法施行規則第49条の適用を受ける病院が許可を受けた場合にも同様の取扱とするが、この場合には最低の員数は第49条の場合と同様に2人とするものであること。

⑤ 1 (2) の特例は、医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第8号）附則第15条、第16条第2項又は第17条の適用を受ける病院が許可を受けた場合にも同様の取扱とするものであること。

2 施行期日

平成16年8月27日から適用する。

第2 医師確保及び病院機能の見直し等の支援

1 医師確保等の支援

第1の医師配置標準の特例措置により都道府県知事の許可を受けた病院における医師確保等を支援するため、今般「へき地保健医療対策実施要綱の一部改正について」（平成16年8月30日医政発第0830003号医政局長通知）によりへき地保健医療対策実施要綱を改正し、当該許可を受けた病院への定期的な医師の派遣を行う「へき地医療拠点病院」等について医師派遣等に係る経費を補助できることとする。

2 病院機能の見直し等の支援

(1) これらの病院が民間病院である場合には、医療施設近代化施設整備補助金（優先採択とする。）、独立行政法人福祉医療機構の貸付け、税制を活用し、支援を行う。

(2) これらの病院を含めて、施設の財産処分（転用等）に伴う補助金の返還が生ずる場合については、「地域再生計画の認定申請に伴う医療施設等施設整備費補助金及び医療施設等設備整備費補助金に係る財産処分の承認手続について」（平成16年6月3日医政発第0603002号・健発第0603003号・障発第0603001号・雇児発第0603001号・保発第0603002号厚生労働省医政局長、健康局長、障害保健福祉部長、雇用均等・児童家庭局長、保険局長連名通知）により、地域再生計画の枠組みを活用し、一定の条件の下に、補助金の返還を不要としているところである。（別添2参照）

第3 医療計画との関係

第1及び第2に掲げる特別対策を実施する場合は、医師確保対策、病床の偏在の解消策等と整合的に実施することが適当であることから、各都道府県におかれては、可能な限り、当該措置を都道府県が策定する医療計画に位置付けて実施するよう努められたい。

医師配置標準に係る特例措置について

1 改正の経緯

へき地を含む地域における医師の確保等について、関係省庁が十分に連携して更に積極的に取り組むため、厚生労働省、総務省、文部科学省において設置した「地域医療に関する関係省庁連絡会議」における取りまとめを踏まえ、当面緊急に取り組むべき施策として、平成16年8月27日に公布・施行されたものである。

2 改正の概要

(1) 医師配置標準の特例措置に係る都道府県知事の許可

都道府県知事は、次の要件の全てに該当する病院からの申請により、都道府県医療審議会の意見を聞いて、当該病院に係る医師定員の暫定的変更を許可できるものとする。

- (1) へき地等(注1)を有する市町村又はこれに準ずる市町村(注2)の区域内に所在すること
- (2) 地域医療に不可欠な医療機関であること
- (3) 医師確保の努力をしているが、医師の確保が相当程度困難と認められること(医師配置標準に対する充足率が60%を下回っている等)
- (4) 医師確保、病院機能の見直し等の計画が策定されていること

(注1)ここでいう「へき地等」とは次に掲げる地域とする。

- イ、離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- ロ、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地
- ハ、山村振興法の規定により振興山村として指定された山村
- ニ、過疎地域自立促進特別法に規定する過疎地域

(注2)人口当たりの医師数が全国平均を下回っている市町村

(2) 医師配置標準の特例措置

(1)の許可を受けた病院については、許可時から3年間、特例的に、当該病院の医師配置標準を現行の算定式の90%相当に緩和する。

(注)ただし、医師3人(療養病床数が全病床数の50%を超える病院については2人)という病院に置くべき最低の員数については、緩和しない。

確 認 書

下記事項を確認する。

記

1. 医師不足県における医師養成数の暫定的な調整の容認

地域間の偏在により一部の地域における医師の不足が深刻な現下の状況にかんがみ、医師の不足が特に深刻と認められる県(注)において、当該県内への医師の定着を目的として、平成20年度からの最大10年間に限り、将来の医師の養成を前倒しするとの趣旨の下、10名を限度として、現行の当該県内における医師の養成数に上乗せする暫定的な調整の計画を容認する。

この場合には、以下を条件とする。

イ 当該県が、奨学金の拡充など実効性ある医師の地域定着策を実施すること。

ロ この措置に基づき暫定的な養成数の調整を行った県において、養成増に見合って医師の定着数の増加が図られたと認められる場合に限り、前倒しの趣旨にかかわらず、当該暫定措置の終了後も、当該県における現行の養成数（暫定措置を講じる前の養成数）を維持で

きること。

この方針の下での当該県の取組を前提として、関係審議会において、大学の具体的な定員の在り方について検討を行った上で大学の定員増の申請の審査を行う。

(注) 本措置の対象となる県（人口当たり医師数及び面積当たり医師数において医師の確保が十分にできていないと認められる県）：青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重

2. 自治医科大学における暫定的な定員の調整の容認

自治医科大学において、全国知事会及び自治医科大学による地域定着率の向上策など更なる地域医療貢献策の実施を条件として、平成20年度からの最大10年間に限り、10名を限度として、定員に上乗せする暫定的な調整に係る申請を容認する。

この場合において、医学部生の暫定的な定員増は、医師不足が認められる都道府県に対し行うものとする。

具体的には、関係審議会において、大学の具体的な定員の在り方について検討を行った上で大学の定員増の申請の審査を行う。

3. 医学部定員の削減等

「財政構造改革の推進について」（平成9年6月3日閣議決定）の趣旨を踏まえ、引き続き、医学部定員の削減等に取り組む。

平成18年8月31日

総務大臣

財務大臣

文部科学大臣

厚生労働大臣