

表2 戦後のへき地（保健）医療計画の概要

計画	期間（年度）	概要
第一次計画	昭和31年～37年	人口300人から2000人の無医地区に診療所を単独ではなく、公的医療機関の出張診療所として設置することとした。32年度からは運営費の補助も開始された。
第二次計画	昭和38年～42年	診療所設置の他患者輸送車、巡回診療車などの整備に重点がおかれた。
第三次計画	昭和43年～48年	国立病院の医師派遣とへき地診療所へ医師を派遣する親元病院への助成を実施。地域内の保健所・医療機関・市町村の連携強化のためへき地医療連携対策が講じた。
第四次計画	昭和50年～54年	(1)無医地区を有する広域市町村圏単位にへき地中核病院（へき地医療センターを併設）を整備し、無医地区等に対する巡回診療やへき地診療所への診療援助を行う。(2)へき地保健指導所を設け、保健婦による保健指導を行う。(3)へき地診療所、へき地患者輸送車（艇）に対する国庫補助率を1/2から1/3に引き上げる。
第五次計画	昭和55年～60年	(1)へき地保健指導所と最寄り医療機関との間およびへき地診療所とへき地中核病院の間にファクシミリによる医療情報システム体制の整備を図る。(2)医師等医療従事者の確保対策として医師等の就職の紹介斡旋を行う。という施策が追加された。
第六次計画	昭和61年～65年	初めて外部に公表された形の計画である。(1)へき地中核病院の研修機能強化。(2)へき地勤務医師の研修時に代診医を派遣する。(3)へき地診療所の医療機器の整備。(4)診療支援のための静止画像伝送システムの導入。
第七次計画	平成3年～7年	(1)へき地勤医師等確保事業。(2)医療情報システム導入。
第八次計画	平成8年～12年	(1)「へき地医療支援病院」を新たなへき地医療の担い手として位置付ける。(2)へき地診療所において、在宅ケアを支えるデイサービスやショートステイ等の機能に重点を置くため、看護婦の人件費加算を設ける。
第九次計画	平成13年～17年	(1)「へき地医療支援機構」の設置。(2)「へき地医療拠点病院群」の構築。

3. へき地医療の今後を考える上で考慮すべき事柄

上で見てきた内容に基づいて今後のへき地医療について考えるべき点を指摘したい。第一の点は、医師の勤務条件とは相対的なものである、ということである。戦前のように農村部での医療費の支払が悪いために、相対的に条件がよい都市部に医師が逃げ出す形が最も端的なものである。受け入れる条件をどんなに良くしたとしても都市部での勤務条件が良ければ医師はへき地には赴任しないであろう。

では、へき地での勤務条件を改善することとは何であろうか。単純に病院や診療所の「ハコもの」を改善すればよいのであろうか。最低限度の診療機器・設備を整備することは必要であろう。しかしながらより重要であるのは、医師が一個人としてへき地に暮らすことをバックアップする体制では無かろうか。

表1でも見たとおり、へき地に勤務する医師には診療面のみならず生活面での困難もある。例えば、住居を提供するために町や村の中心部に官舎を建てたとしても、赴任する医師によっては常に監視されている気持ちになるかも知れない。また、医師としての研修の機会を与えられることのみならずそれが周囲に理解を持って受け止められることも必要である。さらには、医師も私生活に戻れば家族関係に悩む一個人かも知れない。へき地に赴任することで難しくなるかも知れない医師の家族関係に対して何らかの配慮をする必要があるかも知れない。このような点はこれまで余り検討されて来っていない問題であり、赴任する側の医師がその地域医療への情熱によって補ってきた点でもあろう。

つまり、へき地において医師を確保するためには聖人君子の医師を招聘するのではなく、専門的技量をもつ普通の一個人を招くにはどうしたらよいかという観点で考える必要がある。

もともと、医師の勤務条件は相対的なものであるため、へき地医療の問題を根源から解決するためには都市部での医師の勤務条件について何らかの介入を行う必要があるとも言える。より端的に言えば、都市部における自由開業制のあり方について踏み込まなければへき地医療を含む医療機関の偏在の問題についての解決は見られないと考えられる。その意味でへき地医療対策は都市部の状況も勘案した上で国がリードすべき課題であると言えよう。

へき地医療対策が国がリードすべきであると認識した上で、第二点は、へき地医療対策は個別の地域の状況をふまえた上で行うべき課題であることである。交通条件の緩和によって住民がへき地診療所を超えて都市部の大病院に受診するケースを見た。医師を雇えなくとも、交通条件の改善によってへき地でなくなるのであれば、そちらが選択されるべきケースが存在しても良い。もちろん地域によって状況は様々であるからどのような政策を実施するかは地域住民の選択によるべきであろう。

第三にこれまで行われてきたへき地対策の効果をどのように考えるか、という点である。へき地が実際に残っている以上有効性が低い(ない)とする考え方もあろう。しかしながら、現行の施策が無くなった場合に何が起こるのか、という点についても

考えなければならない。また、現行のへき地医療制度の対象にはならないが医師の高齢化などで無医地区になり得る地域の把握、へき地対策として国保の直診を設置したが時間の経過とともにその役割を終えたと考えられるケースの把握、等も考えなければならない課題である。

いずれにせよ、今後の施策のあり方を考えるためには一般論を超えて各地域の実状をふまえた議論を展開する必要がある。次回は各地のへき地医療対策を吟味する。

参考文献

- 太田祖伝他著（1983）『沢内村奮戦記 住民の生命を守る村』あけび書房
- 厚生省 50 年史編纂委員会編（1988）『厚生省 50 年史』中央法規出版社
- 国民健康保険協会編（1948）『国民健康保険小史』東洋印刷株式会社
- 社会福祉法人 恩賜財団済世会編（1982）『恩賜財団済生会 70 年誌』社会福祉法人 恩賜財団済世会
- 全国厚生農業共同組合連合会編（2001）『全国厚生連 50 年史』家の光出版総合サービス
- 全国国民健康保険団体中央会編（1958）『国民健康保険 20 年史』全国国民健康保険団体中央会編
- 土佐の国民健康保険史編纂委員会編（1993）『土佐の国民健康保険史』高知県国民健康保険団体連合会
- 長野県国民健康保険団体連合会編（1968）『信濃の国保 30 年史』社会保険新報社
- 前田信雄（1983）『岩手県沢内村の医療』日本評論社

Ⅲ 医師の生活をふまえて医師確保策を考える

山本克也 泉田信行 菊地英明
(国立社会保障・人口問題研究所)

1. へき地対策の大綱

へき地保健医療対策は昭和 31 年以来、「へき地保健医療計画」(現在実施されているのは平成 13～17 年度の第 9 次へき地保健医療計画)が大綱を定めている。第 9 次の計画とそれまでの大きな違いは、第 8 次までのへき地保健医療計画は二次医療圏単位でへき地医療を担うことを想定してきたことである。これは、通常二次医療圏²³で医療供給が完結するということをへき地においても当てはめたことによる。しかしながら、へき地中核病院やへき地医療支援病院の創設にも関わらず、支援病院の数は少なく、代診医の派遣数も伸びていない。これは二次医療圏単位のへき地医療供給体制の限界を示すと言えよう。結果として、より広域的な都道府県単位のへき地医療対策を行う必要があると考えられる。このような検討をふまえて、「へき地保健医療対策検討会」は次のような事業を実施するべきとする報告を提示した。

(1)へき地医療支援機構の創設

へき地医療対策の各種事業を円滑・効率的に実施するため、新たに担当責任者(医師)を配置した「へき地医療支援機構」を各都道府県の取組として 1 箇所構築する。

(2)へき地医療拠点病院群の構築

新たにへき地診療所等への代診医等の派遣、研修、遠隔診療支援を含む診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院群」として再編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行う。

(3)へき地医療情報システムの充実強化

行政・へき地診療所等の医療関係者間のメーリングリスト(電子メール自動配信)や電子会議室機能を「へき地医療情報システム」に付与し、全国規模で運営する。

しかし、いままでの大綱が実効をあげていないことも事実であり、この第 9 次の計画が大きく実を結ぶ可能性も低い。大綱には何か重要な視点が欠落しているのではないかと考えられる。この問題を、今回は考える。

²³ 1 次医療圏と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地域単位の市町村からなる。2 次医療圏とは 1 次医療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、保健・医療・福祉サービスの完結をめざす地域単位のことである。3 次医療圏と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のことである。

2. 病院、医師の偏在

厚生労働省のへき地（無医地区）の定義は「半径 4 キロ以内に 50 人以上住んでいる所で、医療機関がないか、簡単に利用できない地区」である。この定義によれば、へき地は山村地区の過疎地域のみでなく、東京であっても離島など上記に該当する地区であればへき地となる。へき地、いわゆる無医地区というのは、単なる過疎地域を指すのではなく、“医療に恵まれない地域”の総称である。そして、それらの地域における医療活動をへき地医療と呼ぶ。

今回は、具体的な数値でへき地がどのようなところであるかを見てみよう。表 1 に全国、東京都、福島県の診療機関（医科）に関する数値をあげた。この数値で見ると、福島県の全国における位置づけは、一般病院数、公立一般病院数、一般診療所数それぞれ、22 位、24 位、23 位である。構成比を見ると、東京に一般診療所が集中していることがよく分かる。大阪に全国の 8% 強の診療所が開業していることを合わせると、診療所の 5 件に 1 件は東京・大阪で開業していることになる。実は埼玉、千葉、東京、神奈川と愛知、大阪を合計すると、診療所の約 40% を占めることになる。ただし、これらの都府県の人口を足しあげても全国の約 40% を占めるので、人口からみれば異常なほど東京や大阪といった大都市圏に診療所が集中しているとは言えないのである。

表 1 診療機関、医師の分布

実数	診療機関			常勤医師	
	一般病院数	公立一般病院数	一般診療所数	医師数	数
全国	8222	1386	91500	236933	131498
東京	628	50	11548	29648	15382
福島	132	25	1341	3441	1811
構成比	-----			-----	
東京	7.6%	3.6%	12.6%	12.5%	11.7%
福島	1.6%	1.8%	1.5%	1.5%	1.4%

このことは、医師数を集計しても言える。表 1 の右列に示したように、診療機関の数や人口規模に呼応した形で医師も存在し、これも集計的な数値からみればそれほど問題ではないように見える。医師数に関しては厚生省時代の検討会では人口 10 万人あたり 200 人の医師という基準が掲げられたが、福島県の人口（約 212 万人）でこれを計算すると 800 人あまりの医師が足りないことになる。ちなみに、この計算を全国に当てはめると、関東以北で基準を満たすのは東京都だけである。面白いことに、この“理論値”からみれば、高度経済成長以降、人口が急増した神奈川県でも 4000 人弱、埼玉県にいたっては 6000 人あまりの医師数が足りないことになる。しかし、これらの地域で、例えば救命救急の問題や夜間の小児医療の問題以外に医療供給の問題点がクローズアップされることがないのは、1) 地域の人口構成自体が若く医療需要が少ないこと、2) 千葉、埼玉、東京、神奈川内では交通の利便性が高く、それ程

困難無く医療サービスの地理的な相互利用が可能であることによる。では、もう少し微視的な視点からこの問題を考えてみよう。表2には福島県の2次医療圏別の医師数、人口数を掲げてある。理論値というのは、上述した10万人あたり200人の医師という基準を医療圏毎に計算した値であり、乖離は実際の医師数と理論値の差をとったものである。

表2 二次医療圏別医師数、人口（福島県）

2次医療圏	医師数	構成比	人口	構成比	値	乖離
県北	1,215	33.0%	518,385	24.4%	1037	178
県中	888	24.1%	561,254	26.4%	1123	-235
県南	208	5.6%	155,015	7.3%	310	-102
会津	462	12.5%	290,412	13.7%	581	-119
南会津	36	1.0%	34,988	1.6%	70	-34
相双	238	6.5%	206,743	9.7%	413	-175
いわき	639	17.3%	360,138	16.9%	720	-81
計	3,686		2,126,935		4254	

この表2から明らかなように、理論的には県北地域以外は医師数が足りないことになる。特筆すべきはやはり我々の研究フィールドである舘岩村の属する南会津地域であり、理論値の半分程度の医師数しか存在しないことである。この医師の地域的偏在がへき地医療の原因である。加えて、この偏在にはある特徴がある。表3では、上述した二次医療圏毎の医師を、年齢階級別に見たものである。上段が実数値で、下段が構成比である。この表を見て、奇妙に思われる読者諸氏は多いだろう。それは何故か？その原因は南会津の医師の年齢分布が他の医療圏とは大きく異なることである。

表3 二次医療圏・年齢階級別医師数（福島県）

	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
～29	134	64	19	48	2	14	50
～39	356	216	58	111	14	51	142
～49	302	240	45	127	11	66	165
～59	183	159	33	70	1	47	115
～69	139	97	26	38	1	32	74
～79	84	95	24	60	5	23	71
80+	17	17	3	8	2	5	22
合計	1,215	888	208	462	36	238	639
構成比							
～29	11.0%	7.2%	9.1%	10.4%	5.6%	5.9%	7.8%
～39	29.3%	24.3%	27.9%	24.0%	38.9%	21.4%	22.2%
～49	24.9%	27.0%	21.6%	27.5%	30.6%	27.7%	25.8%
～59	15.1%	17.9%	15.9%	15.2%	2.8%	19.7%	18.0%
～69	11.4%	10.9%	12.5%	8.2%	2.8%	13.4%	11.6%
～79	6.9%	10.7%	11.5%	13.0%	13.9%	9.7%	11.1%
80+	1.4%	1.9%	1.4%	1.7%	5.6%	2.1%	3.4%

特徴を端的に言えば、50代、60代の医師が極端に少ないということである。詳述

すれば、45 未満の医師が 18 人を占めており、半分が若い医師で賄われているのが実状である²⁴。このような年齢分布を見せるのは、医師をどのように確保してきたかという地域の歴史にかかわってくる。

3. 地域はどのように医師を確保してきたか

前回記したように、その昔、農村に医師が定着しにくかった理由は農村経済の不安定さがそのまま医師の収入の不安定さに繋がることによっていた。しかし、それでも多くの医師は資産に恵まれたいわゆる旧家の出であることが多く、いわゆる”イエ”制度の名残として地域で開業を続ける医師も存在していた。その際、必ずしも直系男子が診療所を引き継ぐわけではなく、特に戦後は男子が絶えてしまっている場合も散見され、そのような場合は外部から養子を取るというケースも多々あったようである。言い換えれば、医師の”イエ”の跡取り問題とへき地の医療供給の解決策が結果として結びついていた時期が高度経済成長を迎える前にはあったようである²⁵。この時代に、やはり医師としてへき地に入った医師の回想は興味深い。この医師は、戦後まもなく、へき地の医者”イエ”に養子として入った。以後、50 年あまり、へき地医療を担うことになる。

彼は”田舎なら白い米が食えるぐらいの気持ちで入ったよ。”という。”農地改革で財産のほとんどが没収されたが、イエが所有していた山林等は村民が寄付として返してくれた。その山林で儲けた金でレントゲンとかも買った。まだまだ結核が大変な病気でね。医事新報で薬なども通信販売で買った。30 年代の終わりぐらいから、薬屋が車で回ってくるようになった。国民皆保険はありがたかった。自己負担分はなくても大半の報酬は保証されるからね。”何が大変だったかと問えば、”学会の出席や研修の機会が少なかったこと。ただでさえ、交通の便が悪かった。ある程度の年齢になると、近くの町に出るのもおっくうになる。”とのこと。何故、ずっと田舎で開業続けたのかとの間には、”40 代ぐらいに、都会での開業話が持ち上がったことはある。しかし、若くして田舎に来たので（外科としての）技術が未熟なままであるという負い目があった。自信がなかった。”

へき地で高齢になってまで開業を続けている医師には多かれ少なかれ同様な経験があろう。様々な事情から地域医療を担ったが、医師としてのプロフェッションを全うしているのかという自問を続けているこの医師の言葉は非常に重いものである。

一方、現代社会で 20 代、30 代の医師はどのような行動を取るのか。現実として、都会の勤務医として生きるのであればそれは難しい選択肢ではないということがある。北海道だけではなく中京圏でも「名義貸し」が問題になるほど、医師が不足している

²⁴ このような傾向は、青森県の下北、岩手県の気仙および久慈、長崎県の対馬といった二次医療圏にも共通した現象である。

²⁵ 自治医科大学の開学が昭和 47 年というのも興味深い。高度経済成長で日本が変わったことの証左かも知れない。

病院は多い。加えて、後述するように、技術進歩に遅れまいとする一種の”強迫観念”に苛まれているようにも見える。身近周りなことでは、やはり子供をはじめとした家族の問題は大きい。なぜ、へき地に壮年の医師がいないのか。答えは簡単で都会に帰ってしまうからである。他所に生活の糧を見つけることがそれほど難しくない人間を、多くの部分で不便を強いるへき地にとどめておくにはそれ相当の工夫が必要である。しかし、考え方を変えれば、また別の医師がスムーズに地域に入ってくれば、それはそれで良いという考え方もあろう²⁶。

4. 医師はどこにいるのか

先に医師を「他所に生活の糧を見つけることがそれほど難しくない人間」と記したが、それにはいくつかの留保条件が付く。とりわけ医師という職業は大学卒業後、国家試験を突破して医師免許を取得したら即戦力というわけにはいかない職業である。医師の多くは医学部卒業後、医局²⁷に所属する。何故、医局に所属するかと言えば、医師免許があっても経験がなければ、どこの病院も雇ってくれないし、開業も難しいという現実があるからである。医局に入れば大学病院で専門的な研修が受けられるだけでなく、指導してくれる医師のいる関連病院²⁸で経験を積むことができる。もともとの医局の意味は診療科ごとに設置される医師の情報交換や症例の検討などを行う控室を意味するが、現実には「医局講座制²⁹」のもと、医師のキャリアパス³⁰の場として機能しているといわれる。医師には、開業するか、市中病院の勤務医として生活するか、学究にいそむかという三つの”ゴール”がありうる。このうち、おおよそ35歳から49歳ぐらいの間に、どのゴールを目指すのかということが決定されていくようである。この中で、学問を究める(=教授になる?)ということにはそれなりの競争があるが、開業する、市中病院の勤務医となるということには上述の年齢になれば医局の意向は決して強く働くものではないという。言い換えれば、医局の意向があつてへき地を去るというケースもあるが、その他の市中病院の勤務医になる、あるいはへき地とは違う地で開業するという選択を医師自らが選択しているということである。仮に、医局講座制の最大の目的が講座を担う教授の再生産であるとしたら、むしろプラ

²⁶ 都会には多数の医師がいることは確かであるが、独りの医師に多数の患者が割り当てられるという意味では、へき地における患者と医師の関係の方が密である。また、この地域住民とあまりに密接な関係を好まない医師もいることも事実である。

²⁷ <http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/ansin/an3a3102.htm>

²⁸ 大学の医局から医師を派遣している病院のこと。大学病院だけでは医師が働く場に限界があるので、経験を積む場として外部の病院が必要となる。以上の説明は建前であり、医局と関連病院は労働力と臨床経験を交換しているということも言える。

²⁹ 大学病院の多くは「第一内科」「第二外科」というように、医学部の講座に対応した診療科があり、講座の責任者である教授が診療科の責任者を兼ねている。教授を頂点に助教授、講師、助手、大学院生などがピラミッド構造を作っている。教授は教育や研究の方針だけでなく、診療内容や学位の授与、医局員の人事にも強い影響力を持つ。この教育と診療が一体化した仕組みが「医局講座制度」と呼ばれている。こういう”白い巨塔”の中に医師はいるのである。

³⁰ 以下の記述は猪飼(2000)に負うところが多い。

イマリーケアに重点が置かれるへき地医療に関して医局が積極的になることはないことになる³¹。

このように見てくると、自治医科大学³²のような特殊な環境にいない限り、医局のサポートを得ながらへき地医療を選択しつづけるという医師の一生という構図を描くことは無理である。いや、この特殊な環境にあつても難しい。表4に自治医科大学卒業生のへき地等の勤務・開業状況をあげた。自治医科大学は開学して32年であるから、高校卒業後、直ぐに入学した第一期生の年齢は50歳ぐらいになるという状況にある。ここで、表4をあらためて見ると、へき地以外で勤務あるいは開業している卒業生の割合の方が大きいのである。注記した義務年限を過ぎればへき地での勤務は強制されず、どのような選択を行なおうと自由である。しかし、この結果を見て一抹の寂しさを感じるのは筆者だけではないだろう。自治医科大学は、成績優秀で有れば例え金銭的に恵まれなくても医師になる機会を若者に与える。しかも、郷土のへき地医療を担うということに多少なりとも関心を持っている若者である。それが、ひとつのゴールとしてへき地以外での開業では、寂しい感情を抱くことを禁じ得ない。

表4 自治医科大学卒業生のへき地等の勤務・開業状況（機関別）

区 画	へき地	へき地	合計	割合	へき地等の勤務・開業の内訳						
	等	等以外			へき地指定				へき地	へき地医療	施設数
					過疎	山村	離島	特別豪習	中核病院	支援病院	
勤 病 院	597	582	1,179	58.8	306	340	52	92	209	57	253
診 療 所	239	75	314	15.8	181	162	51	21			216
務 行 政	7	83	90	4.5	5	6	1				7
大 学		227	227	11.4							
そ の 他		18	18	0.9							
小 計	843	985	1,828	91.4	492	508	104	113	209	57	476
開 業	28	145	173	8.6	15	15		9			28
小 計	871	1,130	2,001	100	507	523	104	122	209	57	504
合 計	43.5	56.5	100		25.3	26.1	5.2	6.1	10.4	2.8	

³¹ 日本の医師は、クローズドシステムと呼ばれるように、開業医と勤務医が峻別されている。そのかわり、例え勤務医であっても”専門性”を持つようにされ、かつ、教育の段階で両者が区別されることはない。そのかわり、プライマリーケアを例えば開業医に担わせるといったことも行なうことが出来ず、医師全体にプライマリーケア教育を施すという迂遠な方法をとっている。

³² この特殊な環境にあるのが自治医科大学である。この大学はへき地や離島に住んでいるために医療の恩恵に浴する機会が少ない住民の医療を確保すると共に、住民の健康の増進、福祉の充実を目指す医師の養成を目的として全国の都道府県が共同して昭和47年に設立した医科大学。入学者は全員、修学資金貸与規程の定めるところにより、貸与契約を締結し、修学資金を借り入れ、納入することになっている。この貸与金は、大学を卒業後、引き続いて出身都道府県知事が指定する公立病院などに勤務し、医師としてその勤務期間が修学資金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間（その勤務期間のうち2分の1は、知事が指定するへき地等の指定公立病院などに勤務する）に達した場合は、返還を免除される。ただ、この条件を成就しなかった場合には、貸与金に一定の利息を加えた額を一括して返還しなければならないことになっている。

5. 医師の考えるへき地医療

では、へき地で何が問題なのか。東北地方の病院で研修を受けた歯科医師は以下の7点を筆者に示唆してくれた。

1 医師の勤務条件（給与面）は相対的に農村の方が高いので、給与の他に赴任する医師に対し、当該地区における医療活動にやりがいを感じさせられるような仕組みが必要と考える。

例えば

- a 母子保健の普及への立案.参画（保健所機能を付与する）
- b 幼稚園教育・小中学校保健活動・健康増進活動への立案.参画
- c 産業保健活動への立案.参画
- d 老人保健活動への立案.参画

2 当該地区活動へ医師の参加を促す仕掛けの構築

へき地医療を志す若手医師は少なくない。しかし、赴任したとしても自分の顔を出す場が少ないので、どうしても診療所に閉じこもりがちになる。村まつりやマラソン大会、ひいては同世代の飲み会など積極的に顔を出す場を提供して、その地区に親しみやすい環境を整えることも必要。（普段着で町を歩ける環境づくり、もちろん細君もである）

3 受け入れる自治体の変革

受け入れる自治体は一人前の医師（もしくは一流の医師）を期待し、自分の行政府でまだ未熟であっても医師を成長させてやろうという心構えが欠落している自治体が多い。腕の良い医師には来てほしいけどヤブはご免だという姿勢がへき地の自治体が多い。

もともと地域医療において高度先進医療を行おうと考え赴任する医師はまずいない。自分の自治体ではどういうことをやろうとしているのかについて（ありきたりの保健計画ではなく）自分達の言葉で将来の医療提供の有り様（グランドデザイン）を提示する努力が求められている（実際この点を議論して、理路整然と話せる自治体職員は少なく、すぐ専門外ですからと逃げられることが多い）。今まで成功してきているへき地医療は赴任した医師よりも、受け入れた行政府の仕掛け（医師をやる気にさせている）がうまくいったと考える。実際は自治体が最も苦勞して企画立案し成功したのだが、あたかも赴任した医師が素晴らしかったから成功したと医師に思わせる環境も大切。→医師に疎外感を抱かせない努力が自治体に求められる。「住民は貧しいけど元気であるのはこの先生がいるからだ」というような考えをプロデュースできる自治体が必要である。

4 健康に関心の高い住民であるように住民も変わる努力

へき地に住む住民も変わらないといけない。つまり『自分の健康は自分で守る』姿勢がないと赴任した医師もやる気がおきない。地域医療現場では実際、高度な医療を提供することには限界がある。しかし、その反面予防医学は大きなハコ（設備）がなくても推進できる。もっと住民が健康に関心をしめず努力をすれば状況は良い方向に向かうはず。来てほしいと口を開けて待つことから、自分達もアクションをおこすことが必要である。

5 医療教育の変革

入学時は地域医療に関心があっても、学年が進むにつれて急速に関心が薄れていく理由の一つに希有な疾患の治療=高級、地域医療=低級という暗黙の理解が教えるサイドの大学教官にある（正直に告白すると私も同じ考えを有していた）。いわゆるへき地で勤務することが「都落ち」であるような感情を払拭するカリキュラムの変更も必要である。具体的には研修医へのプログラムの1つに一定期間へき地医療での診察を組み込むことや、5.6年の実習に無名のへき地を割り振り、保健医療活動を行わせる仕組みが必要である。

6 自治体病院協議会の意識改革（紹介機能の質の向上）

たとえ地域医療を志したいと考えて、自治体病院協議会（地域医療に医師を斡旋する団体）にコンタクトしても書くべく書類は多い（プライバシーに関する事項も多い）にもかかわらず、あれば連絡するというような態度が強くある。ここがもっとハローワークのような間口の広い組織に変れば、門をたたく医師も増えると思われる。HPなどで求人情報を掲載するのも1つと考えられる（私の友人は登録をしにいったのち、あそこはホントに紹介する気があるのか、と言っていた。）。

7 積極的な女医の活用

地域医療というどうしても男性医師のイメージがある。積極的に女医にも門戸を広げる努力が必要である。もう新規医師の半数近くが女性であるから、地域医療においてもその比率が維持されることが自然であろう。

6. おわりに

もういちど「へき地保健医療計画」見直してみよう。医師の教育、研修というところから立ち返ってへき地を担う医師を養成するという姿勢があるだろうか。また、ライフイベント（大学入学、卒業、医師免許取得、研修、結婚、子育て、開業するか、勤務医となるか、研究者となるか）ということを考えて医師をサポートする体制を整えようとする姿勢が見られるであろうか。医師の”自発性”や”自己犠牲”にたよっ

ていては、へき地における医師の確保はできない。

では、どのような方法があり得るか。例えば広島県の御調町には公立みつぎ病院という有名な病院がある。この病院は、“寝たきりゼロ”を目標とし、保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを行っていることでもあまりにも有名である。しかし、みつぎ病院をまた別の視点から注目することは可能である。みつぎ病院は広島県御調町を中心に周辺の4市8町、人口約7万人を診療圏域とする地域の中核病院であり、ICU（集中治療室）、無菌手術室、マイクロサージェリーをはじめとする高度医療も可能である。また、退院後は在宅医療（ケア）を積極的に行っており、そのために院内には回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、療養型病棟も設置している。一方、病院には行政部門である保健福祉センター³³を併設し、これらを核として介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、訪問看護ステーション等の保健福祉総合施設を併設して地域包括ケアシステムを構築している。

このことは何を意味するのか。約7万人を診療域とし、院長によれば「開胸手術以外はほぼどのような治療も可能」なこの病院は、若い医師が臨床経験を積むのにも適している。また、上述のように、プライマリーケアを含めた本当の意味でのトータル・ケアの経験を積むことができる。言い換えれば、このようなシステムを作れば、特に新しい研修制度のもとでは卒後まもなくの医師がこぞって集まってくる。この若い医師を、例えば車で1時間の範囲に適宜往診や出張診療を行なわせれば、医師の確保は容易である。このことは、いわゆる“無医村”という言葉の定義に再考をせまることになる。この具体的なへき地医療、地域医療のシステム設計については次回に詳細な検討を加えよう。

参考文献

猪飼周平(2000)「日本における医師のキャリアー医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析」『季刊社会保障研究』第36巻 第2号

資料

福島県企画調整部統計調査課

http://www4.pref.fukushima.jp/toukei/bunya_frame.html

自治医科大学ホームページ <http://www.jichi.ac.jp/>

³³ これは、高知県梶原町と同様な組織体制である。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

② レセプトデータの保健事業に対する活用策の研究

—事例分析から一般的な分析方法へ—

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

へき地における医療供給の確保策を考察するために、フィールド調査やヒアリングを行った。分析対象地区を福島県館岩村とし、館岩村長、他医療提供者にヒアリングを行った。また、国保レセプトデータの収集・解析を行った。レセプト解析の結果、①外来医療・歯科医療のニーズ（レセプト件数）は南会津二次医療圏で66%、87%が満たされる一方、入院医療は27%しか満たされず、隣接する会津二次医療圏に43%も依存している。②館岩村民の画像検査の利用はX線単純撮影が最も多く、撮影部位は胸部、脊椎・腰椎等および膝関節部分が多かった。③館岩村における高血圧症・高脂血症・糖尿病罹患者はそれぞれ、そうでないものと比較して、年間12万6千円、9万8千円、19万円程度多く外来医療費を利用していることがわかった。入院医療費には有意差は見られなかった。

A. 研究目的

医師数や病床数のマクロレベルでの過剰が議論される現在にあっても医療サービスの利用に支障がある無医地区はいまだ残存している。これは医療機関の自由開業制の帰結である。医療費の適正化政策は医療供給が過剰な地域に向けた施策であるが、影響は医療供給が過少な地域にも現れる。そこで、現行の医療政策が無医地区等の医療が過少供給の地域に与える影響を調査・分析すると共に、そのような地域における医療供給確保策について

検討を行った。

B. 研究方法

フィールド調査やヒアリングを行った。分析対象地区を福島県館岩村とし、館岩村長、他医療提供者にヒアリングを行った。さらに使用申請を村に対して行った上で国保レセプトデータの収集・解析を行った。また、館岩村における分析結果については村に対する情報提供のみならず、地域住民に対してもフィードバックを行った。

C. 研究結果

館岩村における2003年7月請求分から12月請求分のレセプトデータの解析を行い、館岩村における医療需要の実態と、館岩村に設置された公設民営型の診療所（老人保健施設併設）のあり方について検討を行った。その結果、①館岩村は南会津二次医療圏に含まれる。外来医療・歯科医療のニーズ（レセプト件数）は南会津二次医療圏で66%、87%が満たされる一方、入院医療は27%しか満たされず、隣接する会津二次医療圏に43%も依存している。②館岩村民の画像検査の利用はX線単純撮影が最も多く、撮影部位は胸部、脊椎・腰椎等および膝関節部分が多かった。③館岩村における高血圧症・高脂血症・糖尿病罹患者はそれぞれ、そうでないものと比較して、年間12万6千円、9万8千円、19万円程度多く外来医療費を利用していることがわかった。入院医療費には有意差は見られなかった。

D. 考察

①会津二次医療圏の基幹病院は会津若松市に立地しており、館岩村からの時間距離が遠いため、急性疾患時の救命率に影響を与えている可能性があるかも知れない。②館岩村に設置された公設民営型診療所の設備投資には、レセプト分析によるニーズ調査が有効であると考えられる。③医療供給を確保すると同時に、生活習慣病対策を現状よりも強化することにより、医療サービス利用の向上と医療費

適正化を両立することが可能であると考えられる。

E. 結論

小規模な町村であってもレセプト情報を有効に利用することによって医療費の適正化と医療利用の向上を両立させるための政策指針を得ることが可能となる。

F. 研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

第21章 レセプトデータの保健事業に対する 活用策の研究

—事例分析から一般的な分析方法へ—

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

I. はじめに

老健拠出金の増大に起因する医療費の増嵩に対して、より有効な医療費財源の使用が求められている。医療費の増嵩の原因に対しては、政策によっても様々な対応がなされてきた。また、その根拠となる研究も数多くなされている。しかしながら医療保険を実際に担当している公的医療保険者に対して、実際にどのようにすれば「医療費財源の効率的利用」が図れるのかを示唆する研究等はほとんど存在しない。もちろん、幾つかの分析システム等は存在するが、基本的なデータ集計作業を提供するものであり、医療保険の実務担当者が必要とする情報を生み出すためには未だに改善の余地はあると考えられる。

このように医療費がどのように使用されているのか、を把握し、どのように医療費を使用することが医療費の効率的な使用につながるかを示唆する研究が行われてこなかった理由としては、医療費データの利用可能性に関する制約に依拠している。データのIT化が難しく、結局紙データしか利用できず、研究者や実務家のデータ入力費用の制約から統計的な分析に耐えるデータベースの構築が難しかったことが指摘できる。

しかしながら、いわゆる保険者機能論に沿ったとも言える昨今の医療保健制度改革では保険者の自発的な活動が求められている。このため、データ利用可能性の制約を超えて医療保険者が自らの活動に資する医療費分析フレームワークを構築する必要に迫られている。

このようなフレームワークに対しては学術的ではないとの批判が与えられるかも知れない。しかしながら、利用できるデータベースの質を向上することによって医療保険者の活動に対して有益であり、かつ、学術的な意味を持つことは十分に両立可能であると考えられる。本稿ではそのような形態の研究として保険者が利用可能なレセプトデータを用いてそれを保健事業に対してどのように有効に利用できるか、について検討する。実際の保険者の協力を得、データを用いてその利用方法について検討する。

本稿ではある村の国民健康保険レセプトデータを用いて、そのデータからその村が直面する医療に関わる課題に対して解答の手がかりを与えるための方法論を構築することを目的とする。そのため、分析内容は当該村に固有のものとなる。分析内容は固有のものであっても方法自体に普遍性があれば他の医療保険者においても分析方法は有用性を持つと考えられる。

本稿は以下において次のように構成される。次節においては分析対象である館岩村の現状が記述される。第3節においては基本的なレセプトデータの再集計結果が与えられる。第4節においては患者受診行動、診療所開設の影響の分析、住民の傷病罹患状況についてそれぞれレセプトデータの再集計から分析される。最後の節において結語が与えられる。

II. 分析対象保険者の概況

分析対象保険者は福島県南会津郡館岩村である。本村は人口2,300人であり高齢化率が30%を超えるいわゆる「過疎の村」である。南会津郡の他の町村も同様の状態である。表1は福島県と南会津郡管内の市町村別将来推計人口である。

表1 福島県・南会津管区の将来推計人口

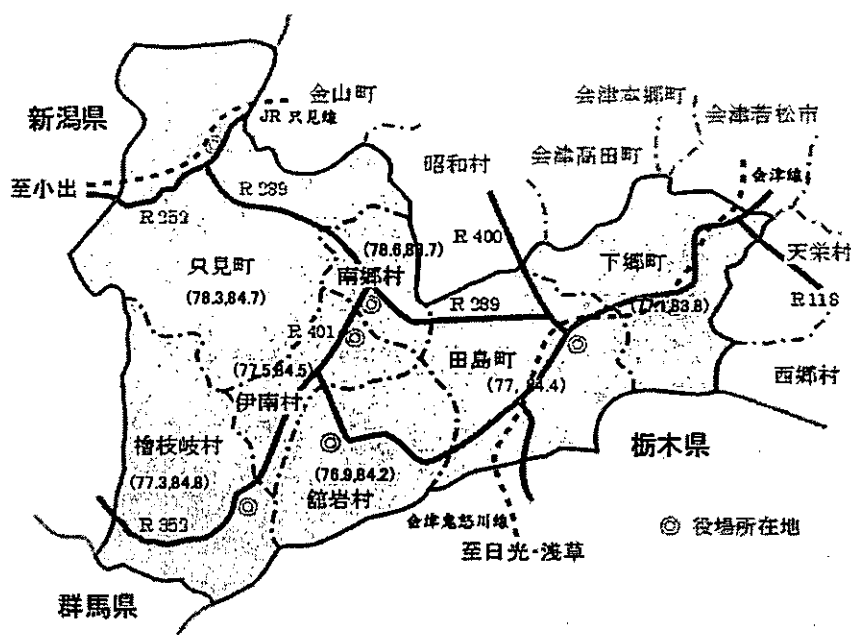
	2015年	2030年
福島県	96.1	87.2
田島町	86.8	71.6
下郷町	83.7	67.5
館岩村	75.7	54.5
檜枝岐村	87.9	70.7
伊南村	76.9	53.8
南郷村	83.1	62.9
只見町	80.6	57.5

2000年を100とした指数

表1から福島県自体も人口が減少していくことがわかるが、館岩村や伊南村、只見町などはそれを遙かに上回るスピードで人口が減少していくことが理解される。このことは現状でも福島県他市町村よりも高齢化が進んでおり、かつ、少子化も進行していることも意味している。このため、高齢者が利用する医療・介護サービスの充実が図られる必要と財源負担者が少なくなることが予想されるため、効率的な医療・介護サービスの供給・利用が求められる。

館岩村は過疎の村であり、医療についても恵まれた状況にはない。2003年の9月より公設民営診療所が診療を開始した。診療所が有効に利用されるためには、診療所の施設・機器に対する適切な投資を行う必要がある。何が必要な投資であるかについては既受診者の診療内容を観察することにより決定することも可能である。これは顕在化している医療ニーズを観察することに他ならない。もちろん潜在的な医療ニーズについても検討する必要があるが、それらは意識調査等を別途行う必要がある。このため、ここでは潜在的な医療ニーズの計測については深く立ち入らないが、一点だけ指摘しておく。それは館岩村の平均寿命についてである。図は南会津管内町村の平均寿命を示している。南会津郡7町村の平均寿命が図中に（男性、女性）の順に書き込まれている。

図1 南会津管内の平均寿命



平成12年の生命表では全国では(77.71,84.62)となっている。福島県は(77.18,84.21)であり、福島県自体が全国平均と比較して低くなっている。7ヶ町村を比較すると館岩村は男性が76.9歳で最下位、女性が84.2歳で下位から2番目となっている。市町村別の生命表は全国推計よりも誤差が相対的に大きくなると考えられるが、全国と比較すると少なくとも高いとは言えないことは事実であろう。これが医療供給の確保が難しいことの影響であるのか否かは十分検討される必要がある。

医療施設の立地状況については図2に示されている。これは南会津二次医療圏および会津医療圏の一部である。この図から明らかであるように、田島町の福島県立南会津病院ならびに会津若松に立地する竹田総合病院、福島県立会津中央病院、会津総合病院の4病院しか存在しないことがわかる。館岩村からは県立南会津病院までは1時間、会津若松の各病院へは3時間30分程度の時間がかかると言われている。それゆえ、緊急の治療が必要な場合に医療機関へのアクセス時間がかかることの影響を考える必要がある。

図2 医療施設の立地状況



Ⅲ. 基本的分析結果

2003年7月処理分から2003年12月処理分の6ヶ月間のレセプトについて分析した。同期間の国民健康保険加入者と社会保険加入の老人医療受給者のデータから構成されて

いる。保険者による処理時点と診療時点の差異により、診療月で見ると、国民健康保険加入者については2003年5月診療分から2003年10月診療分となる。社保老人については2003年3月診療分から2003年10月診療分となる。ただし社保老人については8月から10月のデータが月遅れ請求などの影響により確定していない可能性もある。

診療月別に診療の種別（入院・入院外・歯科・調剤・訪問看護）ごとのレセプト件数を見たのが表2である。社保老人と国民健康保険加入者に分けて表示してある。既述のとおり、社保老人については8月から10月のデータが月遅れ請求などの影響により確定していない可能性がある。国保加入者についても10月分のレセプトに月遅れ請求の影響が出ている可能性がある。

表2 診療種別月別レセプト件数

診療年月	社保老人分					国保分				
	入院	入院外	歯科	調剤	訪問看護	入院	入院外	歯科	調剤	訪問看護
2月	12	158	9	42	2					
3月	13	155	13	35	3					
4月	11	174	13	32	1					
5月	12	258	22	55		40	955	79	235	3
6月	13	250	17	45	1	38	974	82	240	2
7月	12	228	17	58		29	889	73	248	2
8月	3	73	9	16		28	821	73	204	2
9月		76	8	21		30	911	65	221	2
10月		64	7	23		34	762	67	227	
合計	76	1436	115	327	7	199	5312	439	1375	11

表3 年齢階級別・診療種別レセプト件数

年齢階級	入院・入院外	歯科	調剤	訪問	合計
0-4	91	9	19		119
5-9	101	43	29		173
10-14	70	8	25		103
15-19	61	11	16		88
20-24	71	4	23		98
25-29	37	13	14		64
30-34	61	10	24		95
35-39	61	5	17		83
40-44	53	12	19		84
45-49	150	25	32		207
50-54	194	22	60		276
55-59	310	42	74		426
60-64	434	48	109		591
65-69	926	71	229		1226
70-74	1445	91	376	8	1920
75-79	1552	101	351	5	2009
80-	1406	39	285	5	1735
合計	7023	554	1702	18	9297

年齢階級別にレセプト件数を見たのが表3である。最も件数が多いのが70-74歳、75-79歳階級であることがわかる。表4-1、4-2は月別・診療種別に見た平均受診日数である。レセプト一件当たりの平均入院日数は20日を切っている。社保老人については、このグループが高齢者のみから構成されるため、やや長い傾向がある。

表 4-1 平均受診日数 国保分

診療年月	種別	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
200305	入院	17.83	10.60	2	31	40
	入院外	1.53	1.13	1	13	955
	歯科	2.46	1.66	1	7	79
	調剤	1.28	0.61	1	5	235
200306	入院	14.95	10.81	1	30	38
	入院外	1.51	1.26	1	19	974
	歯科	2.40	1.73	1	11	82
	調剤	1.21	0.54	1	5	240
200307	入院	19.21	11.47	2	31	29
	入院外	1.58	1.69	1	26	889
	歯科	2.48	1.94	1	14	73
	調剤	1.29	0.59	1	4	248
200308	入院	17.21	10.68	2	31	28
	入院外	1.48	1.44	1	20	821
	歯科	1.85	1.05	1	5	73
	調剤	1.25	0.55	1	4	204
200309	入院	16.10	11.26	1	30	30
	入院外	1.44	1.26	1	22	911
	歯科	2.23	1.50	1	6	65
	調剤	1.25	0.57	1	5	221
200310	入院	16.97	11.92	1	31	34
	入院外	1.58	1.40	1	25	762
	歯科	2.21	1.59	1	7	67
	調剤	1.35	0.67	1	6	227

表 4-2 平均受診日数 社保老人分

診療年月	種別	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
200302	入院	16.42	11.33	2	28	12
	入院外	1.54	1.07	1	9	158
	歯科	2.44	1.67	1	6	9
	調剤	1.29	0.55	1	3	42
200303	入院	19.77	10.56	1	31	13
	入院外	1.78	1.66	1	16	155
	歯科	2.38	1.98	1	7	13
	調剤	1.31	0.58	1	3	35
200304	入院	24.27	9.94	1	30	11
	入院外	1.66	1.04	1	8	174
	歯科	2.92	1.50	1	5	13
	調剤	1.34	0.60	1	3	32
200305	入院	20.58	11.71	2	31	12
	入院外	1.43	0.79	1	5	258
	歯科	2.32	2.06	1	8	22
	調剤	1.24	0.43	1	2	55
200306	入院	20.15	12.57	1	30	13
	入院外	1.45	0.82	1	6	250
	歯科	2.24	1.35	1	5	17
	調剤	1.27	0.50	1	3	45
200307	入院	19.83	11.65	3	31	12
	入院外	1.51	0.92	1	6	228
	歯科	1.94	1.64	1	6	17
	調剤	1.26	0.55	1	3	58
200308	入院	16.67	14.50	2	31	3
	入院外	1.36	0.90	1	7	73
	歯科	2.11	1.05	1	4	9
	調剤	1.13	0.34	1	2	16
200309	入院外	1.38	0.77	1	5	76
	歯科	1.63	0.92	1	3	8
	調剤	1.33	0.48	1	2	21
	入院外	1.36	0.57	1	3	64
200310	歯科	3.86	1.77	1	6	7
	調剤	1.22	0.42	1	2	23