

えてしまった)のも事実である。

すべての部面において、モノとそれに付随する安全はタダで得られるものではない。医療の供給や安全も同様で、より高度の医療や安全性はその分、コストがかかる。医療供給側に、いわばコスト負担なしで、医療の供給や安全性を求めるだけの現在の議論は、医療供給側の疲弊とモラル低下を招き、いずれ破綻する。まずこのような事実を国民が正しく理解し、どの程度のコスト負担のもとにそれに見合った安全性を受け入れるかという議論を、広く行う必要がある。

D. 考察

現在の救急医療に関する専門医の人数から考えると、仮に全国 369 のすべての 2 次医療圏に救命救急センターを設置しても専門医不足となることは明らかである。従って、現状では 2 次医療圏の範囲を越えた救急患者の搬送体制の確立の方が先決であろう。

わが国の川崎病患者が受診する病院の状況の一端を明らかにした。過去にも川崎病全国調査の結果を用いて受診する病院の状況を観察した研究はいくつかある^{5) 6) 7)}が、小児循環器専門医が勤務する病院を受診しているかどうかを明らかにしたものは今回が初めてである。

表 1 及び表 2 に示した川崎病患者報告病院の川崎病受診患者数と病床数からは、わが国では多くの川崎病患者は規模が大きく、川崎病患者の診療経験に長けた病院を受診していることが判明した。すなわち、患者の 7 割以上が 2 年間で 20 人以上の川崎病患者を診療した病院から報告されているが、これらの病院では平均するとほぼ毎月川崎病の患者を診ていることになり、川崎病の診療経験は十分な病院と考えることができる。また小児科一般病床を見ると患者の半数以上が 25 床以上、9 割以上が 10 床以上の病院を受診しており、小児科としての規模も十分な病院と考えることができる。一方で小児科一般病床がない 46 病院から 102 人の患者が報告されている。これらの病院は小児科の標榜はしているので、小児科は外来のみの診療と思われ、入院による十分な診療が提供されたかどうか、判断が難しい。なお、全病床数の観察で 100 床未満の病院数が少ないのはこれらの病院は全て小児病院であるためである。

表 3、表 4 に示す川崎病患者が受診する病院の小児科医の勤務状況についても、多くの患者が相当数の小児科医、あるいは小児循環器専門医が勤務する病院を受診していることが明らかとなった。川崎病は発熱で発症することが多く、このような場合、まずかかりつけの、多くの場合診療所の小児科医を受診するであろう。そしてその小児科医が川崎病を疑った場合に病院を紹介することになるが、その際の紹介先の病院の選択(振り分け)が現実問題としてはうまく機能していることが推察される。

川崎病の最大の問題の 1 つは心障害・心後遺症であり、川崎病の治療の目標の 1 つとして巨大冠動脈瘤をはじめとする心後遺症を残さないことが挙げられる²⁾。そのためには川崎病の急性期から小児循環器専門医による循環器系の評価・管理が必須である。表 4、および表 5 に示すように、患者の 57% は小児循環器専門医が常勤で勤務する病院を受診していたので、これらの患者は循環器系について急性期から適切な管理を受けていたものと推測できる。これ以外の患者でも、全体の 28% は常勤の小児循環器専門医は不在だが、小児循環器専門医が非常勤で勤務している病院を受診しており、やはり適切な循環器系の管理を受けていたものと思われる。以上の約 8 割の患者についての循環器系の管理は一般的には問題ないと考えられ、この割合が高いかどうかの評価は難しいが、川崎病患者の急性期の管理体制としては一定のレベルに達していると判断することも可能である。問題は残りの、非常勤を含めて小児循環器専門医が不在の病院を受診した 18% である。なお、これら 18% の川崎病患者の一部は循環器内科の医師や断層心エコー検査に熟達した小児科医や臨床検査技師による管理を受けている可能性もあるが、今回の調査ではこれらの点に関する情報はなく、詳細は分からない。

興味深いのは小児循環器専門医の管理を受けていない患者の割合が、必ずしも都市部の都道府県で低く、地方の県で高いというわけではないことである。確かに東京、神奈川、大阪などの都市部の都道府県では全国レベルよりもこのような患者の割合は低いが、群馬、京都、兵庫などでは全国水準よりも高くなっている。また、岩手や宮城では高い割合を示しているが、青森ではその割合は零(報告さ

れた患者のすべてが何らかの形で小児循環器専門医により管理されていると考えられる)であり、同じ東北地方の山形でも低い割合であった。青森では報告患者の82%が常勤の小児循環器専門医がいる病院から報告されており、そのような病院への患者の集積が推察される。一方山形では非常勤の小児循環器専門医がいる病院からの報告割合が高く、非常勤医師の配置が適切になされている可能性がある。また、小児循環器専門医が勤務していない病院の受診者割合が低い都道府県では、川崎病の診療・研究に関して熱心な小児科医が存在し、その施設に患者が集中している可能性もある。これらの県で制度として患者の受診状況のコントロールや非常勤専門医の配置がなされている可能性は低いが、結果としてうまくいっている。その背景を明らかにすることが、限られた資源の中での川崎病のみならず小児循環器疾患の合理的な医療供給体制を供給するためのヒントを得るためには必要であろう。

近年、特に病院に勤務する小児科医の不足^{8) 9) 10)}や偏在⁹⁾が明らかになってきている。このような状況の中で、今回の第18回全国調査で患者報告があった病院すべてに小児循環器専門医を配置することは、現実性に乏しい。そこで、問題解決に向けて次の3点を提言したい。まず第1点は川崎病が疑われた患者は、その病院に小児循環器専門医がない場合には、そのような専門医が常勤する病院に患者を積極的に紹介することである。これは日本小児科学会が提唱する小児科医療資源の集約化・重点化の方針に沿ったものである¹¹⁾。しかしながらこの対策は都市部においては可能であるが、地域によっては患者が受診可能な診療圏内に小児循環器専門医が在籍していないこともある。特に川崎病は乳幼児に好発する疾患なので、入院治療を行うとしても両親などの保護者が通院できる範囲でないと診療は難しい。このような場合には、小児循環器専門医の計画的な巡回診療(非常勤)も次の対策として検討に値する。しかしながらこれも不可能な場合には、第3の手段として近年発展により実用化が可能となった高速通信回線を用いた遠隔画像診断^{12) 13) 14)}の導入を提言したい。すなわち、患者が受診する病院と小児循環器専門医が所在する病院を高速通信回線で結び、断層心エコー図

を初めとする画像データをリアルタイムで主治医から小児循環器専門医のもとに送り、評価を行うというものである。本研究では小児循環器専門医が不在で川崎病患者の診療を行っている病院が316か所存在することが明らかとなった(表5)が、現実問題として遠隔画像診断を導入しなければならないのはこのうちの一部であり、小児科医不足や偏在の現状に鑑みて具体的な問題解決方法と考える。

本研究にはいくつかの問題点がある。まず第1に、川崎病全国調査の回答率が100%ではないということが挙げられる。このために未回答病院の情報を加えると、本研究で観察された結果とは異なるものが観察される可能性も否定できない。一方では、川崎病全国調査における患者捕捉率は回答率よりも高いことも、特定の県における別の資料を合わせて観察した研究で明らかになっている¹⁵⁾。

もうひとつの問題点は、本調査では小児循環器専門医の定義を行っていない点である。一般的には学会が認定する専門医や専門学会の役員などがその領域の専門医と考えられるが、(1) 範囲の選定が難しいこと、(2) 定義をしてもそれに該当しない専門医も存在すること、(3) 調査票のスペースの関係、などの理由により、専門医の定義は回答者の主観的な判断にゆだねた。

E. 結論

地域医療確保の観点から、現在の救急医療を専門とする医師数に関するデータを用いて、搬送体制の充実の必要性を示した。川崎病のデータを用いて、遠隔医療の必要性を提案した。医療確保のためのコストの必要性を提言した。

F. 文献

- 1) 中村好一, 屋代真弓, 上原里程, 他. 第18回川崎病全国調査成績. 小児診 2006; 69: 281-292.
- 2) 日本小児循環器学会学術委員会. 川崎病急性期治療のガイドライン. 日児誌 2003; 107: 1713-1715.
- 3) 日本川崎病研究会運営委員会. 川崎病の管理基準(2002年改定). 日児誌 2003; 107: 166-167.
- 4) 日本小児科学会. 小児科医の到達目標: 小児科専門医の教育目標. 日児誌 2006; 110

: 860-892.

- 5) 上原里程, 中村好一, 屋代真弓, 他. 施設特性から見た川崎病診療の観察: 第 15 回川崎病全国調査より. 小児診 2001; 64: 1404-1408.
- 6) 上原里程, 中村好一, 屋代真弓, 他. 川崎病に対する冠動脈造影実施の過去 10 年間の動向. 日児誌 2002; 106: 1230-1234.
- 7) 尾島俊之, 屋代真弓, 多治見守泰, 他. 第 16 回川崎病全国調査による施設ごとの診療方針. 小児診 2002; 65: 673-678.
- 8) 日本小児科学会. 病院小児科医の将来需要について. 日児誌 2005; 109: 1052-1065.
- 9) 泉達郎, 古城昌展, 秋吉健介, 他. 小児科医のいない街: 少子, 高齢, 過疎化と小児医療. 小児保健研究 2005; 64: 441-446.
- 10) 辻本愛子, 三宅捷太, 加藤達夫. 小児科医の人材有効活用に関する調査. 小児保健研究 2005; 64: 709-715.
- 11) 日本小児科学会. 小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について: 小児科・産科における医療資源の集約化中黒重点化の推進. 日児誌 2006; 110: 839-851.
- 12) Sable C. Telemedicine applications in pediatric cardiology. Minerva Pediatr 2003; 55: 1-13.
- 13) Widmer S, Ghisla R, Paolo Ramelli G, et al. Tele-echocardiography in paediatrics. Eur J Pediatr 2003; 162: 271-275.
- 14) Cloutier A, Finley J. Telepediatric cardiology practice in Canada. Telemed J E Health 2004; 10: 33-37.
- 15) 渡辺晃紀, 大木いずみ, 尾島俊之, 他. 川崎病患者数に関する検討: 栃木県における小児慢性特定疾患認定情報と川崎病全国調査を用いて. 日児誌 2002; 106: 1892-1895.

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・中村好一, 屋代真弓, 上原里程, 大木いずみ, 萱場一則, 柳川洋. わが国の川崎病患者は小児循環器専門医が勤務している病院を受診しているか. 日本小児科学会雑誌 2007; 111(8): 1078-1083.

2. 学会発表

- ・中村好一, 屋代真弓, 上原里程, 大木いずみ, 柳川洋. 川崎病患者が受診する病院の

特性: 小児循環器専門医がいる病院を受診しているか? 第 26 回日本川崎病研究会 (大阪, 2006. 10. 14). 第 26 回川崎病研究会抄録集: 43.

- ・中村好一, 屋代真弓, 上原里程, 大木いずみ, 柳川洋. 川崎病患者が受診する病院の特性: 循環器を専門とする小児科医の管理を受けているか? 第 65 回日本公衆衛生学会総会 (2006. 10. 26, 富山), 日本公衆衛生雑誌 2005; 52 (10, 特別附録): 892.

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1. 川崎病患者が受診した病院の受診患者数分布(第18回全国調査, 2003-2004年)

1病院からの報告川崎病患者数	病院数(%)	患者数(%)	患者数累積百分率
1-4	295 (27.9)	637 (3.3)	100.0
5-9	198 (18.7)	1356 (7.1)	96.7
10-14	123 (11.6)	1467 (7.7)	89.6
15-19	112 (10.6)	1901 (9.9)	81.9
20-29	120 (11.3)	2873 (15.0)	72.0
30-39	71 (6.7)	2427 (12.7)	57.0
40-49	51 (4.8)	2227 (11.6)	44.3
50-99	80 (7.6)	5257 (27.5)	32.7
100+	8 (0.8)	993 (5.2)	5.2
合計	1058 (100)	19138 (100)	

川崎病患者が報告された1058病院を集計.

表2. 川崎病患者が受診した病院の病床数分布(第18回全国調査, 2003-2004年)

病床数	病院数(%)	患者数(%)	患者数累積百分率
全病床*			
20-49	11 (1.1)	151 (0.8)	100.0
50-99	17 (1.7)	167 (0.9)	99.2
100-199	167 (17.0)	992 (5.5)	98.2
200-299	178 (18.2)	2397 (13.2)	92.8
300-399	222 (22.7)	3481 (19.2)	79.5
400-499	128 (13.1)	2830 (15.6)	60.3
500-999	227 (23.2)	6998 (38.6)	44.7
1000+	30 (3.1)	1110 (6.1)	6.1
合計	980 (100)	18126 (100)	
小児科一般病床**			
0	46 (4.8)	102 (0.6)	100.0
1-4	81 (8.4)	283 (1.6)	99.4
5-9	152 (15.7)	1048 (5.8)	97.9
10-14	173 (17.9)	1955 (10.9)	92.0
15-19	100 (10.3)	1824 (10.1)	81.2
20-24	113 (11.7)	2637 (14.7)	71.0
25-29	55 (5.7)	1640 (9.1)	56.4
30-34	86 (8.9)	2644 (14.7)	47.3
35-39	47 (4.9)	1425 (7.9)	32.6
40-44	34 (3.5)	1511 (8.4)	24.7
45-49	18 (1.9)	624 (3.5)	16.3
50-99	58 (6.0)	1990 (11.1)	12.8
100+	5 (0.5)	313 (1.7)	1.7
合計	968 (100)	17996 (100)	

*: 全病床数の記載があった980病院を受診した18126人を集計.

** : 小児科一般病床数の記載があった968病院を受診した17996人を集計.
全病床の観察で100床未満はすべて小児病院である.

表3. 川崎病患者が受診した病院の小児科医数分布(第18回全国調査, 2003-2004年)

病院に勤務する小児科医数	病院数(%)	患者数(%)	患者数累積百分率
常勤小児科医*			
0	7 (0.7)	11 (0.1)	100.0
1	186 (18.5)	678 (3.7)	99.9
2	241 (24.0)	2041 (11.0)	96.3
3	146 (14.5)	2163 (11.7)	85.3
4	110 (10.9)	2459 (13.3)	73.6
5	73 (7.3)	2157 (11.6)	60.4
6	45 (4.5)	1518 (8.2)	48.8
7	41 (4.1)	1458 (7.9)	40.6
8	32 (3.2)	1287 (6.9)	32.7
9	17 (1.7)	688 (3.7)	25.8
10-14	52 (5.2)	2013 (10.8)	22.1
15-19	25 (2.5)	957 (5.2)	11.2
20+	30 (3.0)	1127 (6.1)	6.1
合計	1005 (100)	18557 (100)	
非常勤小児科医**			
0	229 (26.9)	3132 (20.3)	100.0
1	199 (23.4)	2798 (18.1)	79.7
2	141 (16.5)	2595 (16.8)	61.5
3	98 (11.5)	2046 (13.3)	44.7
4	51 (6.0)	1139 (7.4)	31.4
5	42 (4.9)	981 (6.4)	24.1
6	27 (3.2)	551 (3.6)	17.7
7	19 (2.2)	492 (3.2)	14.1
8	11 (1.3)	320 (2.1)	10.9
9	7 (0.8)	227 (1.5)	8.9
10-14	13 (1.5)	352 (2.3)	7.4
15-19	8 (0.9)	524 (3.4)	5.1
20+	7 (0.8)	262 (1.7)	1.7
合計	852 (100)	15419 (100)	

* : 常勤小児科医数の記載があった1005病院を受診した18557人を集計.

** : 非常勤小児科医数の記載があった852病院を受診した15419人を集計.

表4. 川崎病患者が受診した病院の小児循環器医数分布(第18回全国調査, 2003-200

病院に勤務 する小児循 環器医数	病院数(%)	患者数(%)	患者数累 積百分率
常勤小児循環器専門医*			
0	581 (62.9)	7452 (42.6)	100.0
1	223 (24.2)	5767 (33.0)	57.4
2	65 (7.0)	2361 (13.5)	24.4
3	24 (2.6)	764 (4.4)	10.9
4	19 (2.1)	588 (3.4)	6.5
5+	11 (1.2)	549 (3.1)	3.1
合計	923 (100)	17481 (100)	
非常勤小児循環器専門医**			
0	462 (57.1)	7373 (50.2)	100.0
1	284 (35.1)	5172 (35.2)	49.8
2	40 (4.9)	1240 (8.4)	14.6
3	15 (1.9)	487 (3.3)	6.2
4	1 (0.1)	8 (0.1)	2.9
5+	7 (0.9)	412 (2.8)	2.8
合計	809 (100)	14692 (100)	

* : 常勤小児循環器専門医数の記載があった923病院を受診した17481人を集計.

** : 非常勤小児循環器専門医数の記載があった809病院を受診した14692人を集

表5. 都道府県別川崎病患者受診病院の小児循環器専門医の勤務状況(第18回全国調査, 2003-2004年)

都道府県	病院数			合計	患者数			合計
	小児循環器 専門医不在	非常勤の小児 循環器専門の み	常勤の小児循 環器専門医が 勤務		小児循環器 専門医不在	非常勤の小児 循環器専門の み	常勤の小児循 環器専門医が 勤務	
北海道	16 (36)	12 (27)	17 (38)	45 (100)	179 (25)	201 (28)	343 (47)	723 (100)
青森		5 (42)	7 (58)	12 (100)		35 (18)	156 (82)	191 (100)
岩手	6 (55)	2 (18)	3 (27)	11 (100)	78 (52)	23 (15)	50 (33)	151 (100)
宮城	13 (62)	3 (14)	5 (24)	21 (100)	152 (34)	74 (17)	220 (49)	446 (100)
秋田	5 (33)	7 (47)	3 (20)	15 (100)	24 (21)	50 (45)	38 (34)	112 (100)
山形	1 (10)	6 (60)	3 (30)	10 (100)		3 (2)	94 (56)	168 (100)
福島	7 (39)	6 (33)	5 (28)	18 (100)	53 (18)	146 (49)	97 (33)	296 (100)
茨城	4 (25)	6 (38)	6 (38)	16 (100)	79 (24)	28 (9)	216 (67)	323 (100)
栃木	7 (39)	5 (28)	6 (33)	18 (100)	29 (9)	99 (29)	210 (62)	338 (100)
群馬	5 (33)	3 (20)	7 (47)	15 (100)	95 (26)	53 (14)	223 (60)	371 (100)
埼玉	15 (43)	11 (31)	9 (26)	35 (100)	96 (12)	404 (51)	298 (37)	798 (100)
千葉	4 (14)	12 (41)	13 (45)	29 (100)	127 (12)	442 (41)	506 (47)	1075 (100)
東京	13 (20)	24 (38)	27 (42)	64 (100)	191 (11)	311 (19)	1174 (70)	1676 (100)
神奈川	13 (23)	21 (38)	22 (39)	56 (100)	140 (10)	379 (28)	853 (62)	1372 (100)
新潟	5 (29)	6 (35)	6 (35)	17 (100)	50 (27)	57 (31)	76 (42)	183 (100)
富山	4 (50)		4 (50)	8 (100)	26 (34)		50 (66)	76 (100)
石川	7 (47)	4 (27)	4 (27)	15 (100)	46 (21)	33 (15)	142 (64)	221 (100)
福井	5 (42)	5 (42)	2 (17)	12 (100)	33 (23)	72 (49)	41 (28)	146 (100)
山梨	3 (38)	4 (50)	1 (13)	8 (100)	42 (43)	40 (41)	15 (15)	97 (100)
長野	7 (30)	4 (17)	12 (52)	23 (100)	49 (16)	54 (18)	200 (66)	303 (100)
岐阜	15 (60)	4 (16)	6 (24)	25 (100)	90 (26)	78 (23)	174 (51)	342 (100)
静岡	8 (26)	14 (45)	9 (29)	31 (100)	142 (24)	222 (37)	531 (39)	895 (100)
愛知	10 (23)	18 (41)	16 (36)	44 (100)	132 (11)	420 (35)	644 (54)	1196 (100)
三重	12 (71)	2 (12)	3 (18)	17 (100)	108 (37)	50 (17)	134 (46)	292 (100)
滋賀	4 (29)	6 (43)	4 (29)	14 (100)	13 (7)	39 (21)	132 (72)	184 (100)
京都	10 (32)	11 (35)	10 (32)	31 (100)	112 (26)	145 (33)	177 (41)	434 (100)
大阪	13 (26)	17 (34)	20 (40)	50 (100)	147 (14)	341 (33)	548 (53)	1036 (100)
兵庫	18 (49)	8 (22)	11 (30)	37 (100)	247 (33)	215 (28)	298 (39)	760 (100)
奈良	11 (73)	4 (27)	4 (27)	15 (100)	100 (56)		77 (44)	177 (100)
和歌山	3 (25)	5 (42)	4 (33)	12 (100)	19 (9)	69 (33)	118 (57)	206 (100)
鳥取	4 (57)		3 (43)	7 (100)	47 (49)		49 (51)	96 (100)
島根	4 (33)	4 (33)	4 (33)	12 (100)	16 (20)	24 (29)	42 (51)	82 (100)
岡山	10 (63)	2 (13)	4 (25)	16 (100)	41 (27)	3 (2)	110 (71)	154 (100)
広島	9 (36)	4 (16)	12 (48)	25 (100)	100 (20)	41 (8)	351 (71)	492 (100)
山口	5 (45)	3 (27)	3 (27)	11 (100)	57 (42)	9 (7)	71 (52)	137 (100)
徳島	1 (13)	2 (25)	5 (63)	8 (100)	5 (4)	18 (15)	94 (80)	117 (100)
香川	6 (55)	1 (9)	4 (36)	11 (100)	14 (10)	9 (6)	124 (84)	147 (100)
愛媛	3 (27)	2 (18)	6 (55)	11 (100)	16 (7)	35 (15)	189 (79)	240 (100)
高知	2 (33)	1 (17)	3 (50)	6 (100)	11 (16)	14 (20)	45 (64)	70 (100)
福岡	4 (16)	2 (8)	19 (76)	25 (100)	10 (1)	19 (2)	743 (96)	772 (100)
佐賀	3 (50)		3 (50)	6 (100)	35 (39)		55 (61)	90 (100)
長崎	2 (22)	2 (22)	5 (56)	9 (100)	41 (26)	26 (16)	92 (58)	159 (100)
熊本	8 (73)	1 (9)	2 (18)	11 (100)	149 (51)	3 (1)	140 (48)	292 (100)
大分		2 (33)	4 (67)	6 (100)		72 (43)	94 (57)	166 (100)
宮崎	3 (38)	1 (13)	4 (50)	8 (100)	22 (18)	12 (10)	87 (72)	121 (100)
鹿児島	4 (33)		8 (67)	12 (100)	27 (16)		145 (84)	172 (100)
沖縄	4 (44)	1 (11)	4 (44)	9 (100)	19 (20)	13 (14)	63 (66)	95 (100)
合計	316 (34)	259 (28)	342 (37)	917 (100)	3212 (18)	4449 (25)	10029 (57)	17690 (100)

常勤・非常勤小児循環器専門医数の記載があった917病院を受診した17960人を集計。
かっこ内はパーセント。

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
研究報告書

持続可能なへき地等における保健医療を実現する方策に関する研究
「へき地の保健医療に関する方策の有効性に関する研究」

分担研究者 杉田 義博 （社）地域医療振興協会 東京北社会保険病院総合診療科

研究要旨 平成 17 年度におけるへき地離島医療マニュアルの有効性に関する予備研究をもとに、平成 18 年度はへき地・離島医療マニュアルの活用並びに改善に関する研究を行った。具体的には、再研修事業における基本テキスト、24 時間電話相談サービスの応答資料として使用する一方、さまざまな機会にへき地・離島医療マニュアルを配布するとともに現地調査を行い、へき地・離島医療マニュアルの改善に関する意見を収集している。平成 19 年度には、医師数の絶対的不足と地域的・診療科の偏在を解決する目的で導入された各地の医学部・医科大学の地域枠・推薦入試の状況と、今後どのような地域定着策が行われるかについて調査を行った。この調査の分析によって、各都道府県が手探りでやっている地域枠・推薦入試制度が実効性のあるものになっていくことが期待される。

I. 平成 17 年度
「へき地離島医療マニュアルの有効性に関する予備研究」

A. 研究目的

へき地における医療行為の基準となるべく作成が進められている「へき地医療マニュアル」が有効かつへき地医療の現場で使いやすいものであるかどうかを、実際のへき地医療の現場で実証する。

B. 研究方法

現在、厚生労働科学研究「持続可能なへき地等における保健医療を実現する方策に関する研究」班で作成が進められている「へき地医療マニュアル」に掲載される予定の項目を、へき地の診療所で勤務する医師とともに検討し、実際に診療所で行われている医療行為と比較した。

比較の方法は、まずへき地診療所を調査員が訪れ、診療所の置かれた地理的、物理的状況および担当地区の医療状況や交通事情を調査し、実際の診療時間内に調査員が診療に立ち合い、医師が行う医療行為を観察した上で患者数、患者層、救急診療の頻度からその診療所がどのようなタイプの診療所なのかを分類することから始めた。調査員が立ち会うに

あたっては、診療所医師からの事前説明と調査員の自己紹介を行い、患者の了解のもと、調査を行った。

次に「へき地医療マニュアル」に掲載された医療行為について、診療所医師と検討を行った。数日間の実地調査では普段行われている医療行為であっても期間内に実施されない可能性を考え、診療所における実施率を分類し、それぞれの項目について医師の目から見た検討を行った。

今回の調査場所としては近接離島診療所を想定し、九州地区と近畿地区を予定していた。しかし、九州地区の島に渡る船の関係で本土側から行くことが出来ず、今回は調査を断念した。そのため実際の調査は一ヶ所となった。

調査を行ったのは三重県鳥羽市の神島にある鳥羽市立神島診療所で、自治医科大学卒業の奥野医師が 15 年にわたって勤務を行っている。

C. 研究結果

調査場所	三重県鳥羽市立神島診療所
調査対象者	奥野正孝所長
調査担当者	社団法人 地域医療振興協会 公益事業部 堀江 裕之
調査日	2006/3/11（月）

外来者数 11人／1日
 平均診療日数 20日／月
 神島の概要 面積 0.7平方キロ
 人口 500名あまり
 65歳以上の老人割合 40%

◎診療所の特徴

1. 季節による変動、離島だからといって、あれが多い、これが多いということはない
2. 漁師の人口が多いからといって、外傷が多いというわけでもない。
3. 各症例の発生頻度は、全国の平均を老人割合 40%、500人という環境当てはめた程度の発生頻度（離島だからという特異性はない）
4. 海難事故が、5年に1度くらいの頻度であり。それは医師が関われない領域、特異性

があるとしたらまずここ。

5. 交通事故が少ない（というより皆無）というのも離島ならではの特異性
6. 寝たきりゼロ（要介護度4が一人いるが、実際には元気。）生活習慣病の予防（運動・食事）が自然にできている。（階段の上り下り、徒歩移動などが、自然のリハビリ、健康管理になっている。介護保険対象人口に対する要介護認定者の比率も少ない。）
7. 介護に関しては対応しないといけませんが、実数は少ない。ただ、介護が必要な人に診療所の医師が関わる割合は非常に多い。
8. 都会ではどこで介護を受けるかの選択肢は多いが、へき地では選択肢が限られ、実数と割合が逆転する。

◎項目の実施率

神島実施率(評価 5=90~100、4=80~90、3=70~80、2=60~70、1=50~60、0=50%以下)

1. 診療、管理	実施率	補足事項
生活習慣病の管理	5	
基本健康診査	5	日にちを決めての一斉実施
健康相談・健康教室	0	
健康診断	4	
予防接種	3	一部ポリオなどは、本土側で集団接種有
乳幼児健診	0	全部本土側
学校医・園医	5	
往診・在宅医療～家族を知る～	5	
往診・在宅医療～家を知る～	5	
介護保険意見書の提出	4	島外での受診がある
訪問看護	0	
生活習慣改善指導		予防のための改善指導であれば 2、治療のためのそれならば 5
産業保健	0	
2. がんの診療		
胃がん2次検診(胃ファイバースコープ)	4	一次検診の段階で奥野先生がファイバースコープで行っている。
肺がん検診(胸部エックス線の撮影方法)	0	来訪の上、施設のレントゲンで撮る(撮影方法は要る)住民の自発的意識で来る。
大腸がん検診(便潜血検査)	4	増加中。同じく住民が自発的意思で診療所に来る。
3. 心疾患		

虚血性心疾患の心電図等による診断	4	
心筋梗塞治療後(退院後)の外来通院と薬物治療	3	
不整脈の診断(ホルダー心電図を含む)	0	
4. 脳血管疾患		
脳血管障害を発症し、リハビリ後、後遺症を残した状態での在宅医療と介護支援	5	
5. 外科疾患		
急性虫垂炎の診断	3	
急性胆嚢炎の診断	0	急性腹痛の場合は診断で時間をとられるより、後方病院に送るほうが賢明
急性膵炎の診断	0	(診察して、処置ができないよりもとにかく早く処置ができる環境にもって行く)
6. 整形外科疾患		
肩関節痛、腰関節痛への対応	3	
腰痛症への対応	3	
7. 外傷、救急疾患		
四肢外傷の初期治療(骨折を除く)	4	
骨折患者の初期治療	0	すぐ後方病院に送る。痛み止めの処置のみする。
外傷性腹腔内出血の初期治療	0	輸液等、ルートの確保はする
到着時心肺停止症例(CPAOA)に対する心肺蘇生	5	
カウンターショック	5	
一般住民に対するBLS指導	0	
8. 小児疾患		
小児(幼児以上)の診察	4	
新生児・乳児の診察	0	
小児の採血・輸液	0	
小児の喘息の治療	0	
9. 眼科疾患		
白内障の薬物療法	0	しない。
結膜炎の治療	3	
視力検査	4	
10. 耳鼻科疾患		
鼻出血	4	
耳垢摘出	4	
喉頭異物	0	
鼻炎の治療	3	
慢性副鼻腔炎の薬物治療	2	
11. 皮膚科疾患		

皮膚疾患と外用剤治療	5	
褥瘡の保存的治療	5	
熱傷の治療	4	熱傷の大きい症例が少ない
12. 各種検査		
院内血液検査と迅速検査	0	
腹部超音波断層検査	4	
13. その他		
外来での対応	5	
行政担当者(保健師、事務職、首長)との連携及び所内スタッフとの関係調整	3	
上記以外に設けるべき項目のアイデア		
自分の健康管理	5	代わりがないから当然やるべきことになってくる
眼内異物の診断と治療	3	

D. 考察

厚生労働科学研究「持続可能なへき地等における保健医療を実現する方策に関する研究」班で「へき地医療マニュアル」は、全国のへき地診療所に対して行われたアンケート調査の解析で 50%以上のへき地診療所で行われている医療行為を取り上げ、へき地医療の minimum requirement と位置づけたものである。

へき地といっても地理的条件、天候、人口集積度、交通手段等、それぞれの現場は千差万別であり、一言でくくるのは難しい。そこにある医療機関の規模、存在する医療機器、医師の数・経験年数・専門科、コメディカルスタッフの数等により、行うことができる医療行為は限られてくるし、行うべき医療行為も自ずと規定される。

この「へき地離島医療マニュアル」によって minimum requirement がまとめられた。非常に意義のあることと思われるが、さらにこの精度を上げるために、へき地医療の現場の中でももっとも条件が厳しいと思われる離島診療所に勤務する医師に対して、マニュアルに記載されている内容について実際に実施されているかどうかを調査した。

その結果、おおむねマニュアルの記載項目は妥当であること、内容についても minimum requirement としては最低限満たしているとの評価を得た。

しかし、今年度調査を行った対象は離島診

療所勤務が 15 年を超えるベテラン医師であり、へき地勤務義務ローテート中の自治医大卒業医師のように経験年数が浅い医師の場合も同様の評価であるかは不明である。

平成 18 年度は調査対象をひろげ、若い医師にとっても「へき地離島医療マニュアル」が有用であるかどうかを調べてみる予定である。

II. 平成 18 年度

A. へき地・離島医療マニュアルの活用並びに改善に関する研究

1. へき地・離島医療マニュアルの活用について

へき地・離島医療マニュアルを下記の目的に利用した。

①再研修事業における基本テキスト

東京北社会保険病院総合診療科で平成 19 年度から正式に再研修事業の該当者として研修を開始する医師(65 歳)にテキストを配布した。この医師は医科大学卒業後すぐに基礎系の研究を開始し、これまで全く臨床経験がない。19 年 4 月から東京北社会保険病院総合診療科にて on-the-job training を行うことになっているが、その前にオリエンテーションとして病院に来訪した際、へき地医療の場で求められる基本的な医療行為の種類と内容を学ぶためのテキストとして利用した。今後実際に研修を行う際にもテキストとして

利用する予定である。

②労働者派遣法によるへき地への医師派遣にかかる研修の基本テキスト

18年度該当者がなかった。

③24時間電話相談サービスの応答資料

応答者に対してへき地・離島医療マニュアルを配布することになっている。現在総合診療科2名、精神科1名の医師に配布済み。総合診療科医師はへき地勤務の経験があり、マニュアルは参考程度の使用となるが、精神科医師はこれまでへき地医療の経験がない。本人の希望もあり、離島病院への見学を行ったが、離島における患者層、多く見られる疾患等については知識がないため、へき地・離島医療マニュアルを配布した。今後も専門科医師等がへき地からの質問に答える際、へき地ではどのような医療行為が可能なのか、といった基礎的な点をあらかじめ知ってもらうために利用して行く予定である。

2. へき地・離島医療マニュアルの改善について

当協会ではへき地・離島医療マニュアルをできるだけ活用してもらうために、へき地医療関係の学生、医師や事務担当者が集まる機会に配布を行っている。マニュアルの存在について、反響は良好である。

内容については昨年離島医療のベテランである三重県神島の診療所医師に対して調査を行った。引き続き今年度はさらにへき地・離島医療の経験が少ない医師に対して調査を行い、彼らが現場で知りたいことや知っておくべきであろうと思われることについて調査を依頼した。

(調査施設)

平成18年10月1日

熊本県 湯島へき地診療所 (近接小離島)

熊本県 教良木診療所

(交通の便利な山間へき地)

平成19年2月17日

広島県 神石三和病院

(橋で結ばれた小規模離島の病院)

2月24日

佐賀県唐津市 馬渡島診療所

(近接小離島)

3月3日

秋田県 市立大森病院 (地域中核病院)

このうち現時点で調査に協力していただい

た3施設と、卒後16年目、へき地・離島勤務経験のある研究者が伊豆大島で得た経験による経験で記載した結果を報告する。

それによると、へき地・離島医療マニュアルの記載事項について、現在記載されている項目はおおむね妥当であるとの評価であった。しかし記載されていない項目、特に精神疾患への対応など、へき地・離島の現場で必要とされる項目の追加についての希望があった。

B. へき地医療事例集

当センターからはへき地医療事例集に東京都大島町の大島医療センターを推薦した。

大島町医療センター 設立の経緯と今後の課題
(社)地域医療振興協会 へき地医療支援センター 杉田義博

1. はじめに

東京都大島町は伊豆諸島の北端、東京から120km離れた太平洋上の人口約9150人の遠隔中規模離島である。面積91平方キロ、南北15キロ、北部、中央、南部に集落があり、北端から南端まで車で行けば50分程度かかる。気候は海洋性で夏は穏やかな天候が続くが、冬期は強い季節風が吹き航空機の欠便と定期船の欠航が相次ぐ。通常「伊豆大島」と称されるが、行政区分上は「東京都大島町」である。

筆者は平成14年6月から16年3月まで大島町北部診療所に内科医師兼所長として勤務した。離任後北部診療所は閉鎖され、島内に3カ所あった有床診療所が「大島町医療センター」に統合され、島の新たな医療体制がスタートした。

この項では筆者が勤務していた当時の島の医療状況と大島町医療センターが設立された経緯、並びに現在と今後の島の医療体制について報告する。

2. 大島町医療センター設立まで

(ア)センター設立以前の大島町医療体制

大島-東京は直線距離120km、高速船で1時間30分、航空機で30分の距離である。遠隔離島の中では本土に近い方だが、島内で完結できない医療については船・航空機で東京まで行き、受診する必要があるし、緊急搬送はヘリコプターに頼らざるを得ない。人口約9000人、高齢化率が25%を越える離島とし

て、できる限り島内で完結できる医療体制が必要となる。

島の中央、北部、南部の3カ所にある大きな集落それぞれに8床の有床診療所があり、医師2名ずつが勤務していた。3施設あわせると内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科の専門医師と24床の入院ベッドが確保されていたが、施設が分散しているため医療資源を十分活用しているとはいえなかった。

中央の民間診療所（藤井医院）は戦後早くに開院し、島の医療において中心的役割を担っていたが、高度医療機器の導入や施設の更新は公立の診療所に比べて遅れがちだった。島の南北に町立の診療所があり、北部診療所には整形外科医と内科医が、南部診療所には産婦人科医と小児科医が都内の大学病院から3～6ヶ月交代で派遣されていた。内科はいわゆる一本釣りで常勤医を確保していたが、ほとんどが数年で退職しており、両施設とも継続的な医療を行うことはできなかった。高度診断機器としては北部診療所に全身CTが、北部・南部ともにエコーが設置されていたがすべて旧式であり、満足な性能ではなかった。CTやMRIを撮影するためだけに都内の病院へ紹介することが多く、住民にとって時間的にも経済的にも大きなマイナスだった。3つの診療所はそれぞれ8床の入院ベッドを持っていたが、どこも給食設備がなく、また北部診療所にはエレベーターのない2階に入院ベッドがあり、担架で患者さんを運ばなければならない、とても満足な療養環境とはいえなかった。

住民にとって近くに診療所があり気軽に見てもらえる点は便利だったろうが、医師が分散し、入院設備が不備だったことから、医療に対する満足度は決して高くなかったと思われる。赴任する医師にとっても、外来で専門領域以外の疾患を扱うことが多く、特に南部診療所の産婦人科医師は出産数が年間30件と少ない上に内科診療を行わざるを得ず、大きなストレスとなっていたようだ。自分の専門領域については24時間拘束となり、島を離れるのは難しい。これでは長期に赴任する医師も現れず、せつかく赴任した医師を十分活用することが出来ない、問題の多い体制であったといえる。経営面を見ると、2ヶ所の町立診療所に対する一般会計の繰入額は累計6億円に達しており、なんらかの打開策が必

要なのは明白だった。

(イ)大島医療センター設立に向けて

平成4年に新たな医療施設整備への取り組みが始まった。平成5年「大島町保険医療懇談会」、6年「大島町保険医療審議会」、9年「大島町病院建設検討委員会」、13年「大島町医療問題検討委員会」と検討が続けられ、町立の統合医療施設を建設し、民間委託する方針が決定された。建設場所を当時藤井医院に隣接した土地とし、町が取得、平成13年に着工、16年に総事業費21億円、鉄筋コンクリート2階建、駐車場100台分を備えた「大島町医療センター」が完成した。

医療センターは19床の有床診療所で、内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科の常勤医と皮膚科、心療内科、耳鼻咽喉科、眼科の非常勤医による診療体制である。おもな医療機器として1.0テスラの超電導MRI、全身ヘリカルCT、CR化されたエックス線装置、上部下部の消化管内視鏡、9床の透析装置をそろえる。診療所のイメージを越えて高度医療を提供できる施設となった。開院と同時に電子カルテ化を行い、自動受付機と自動支払機を設置した。これだけの規模であれば診療所ではなく病院を、という声もあったと聞いているが、あえて職員数、医師数等に比較的自由が効く診療所とし、少ない病床数は在宅医療と島内にある特別養護老人ホームとの連携でカバーする方針とした。敷地内に増築の余地があり、今後患者数が大幅に増えた場合は病院化することが可能だという。

運営は「公設民営型」で、町が建設した施設を指定管理者制度による利用料金制で経営委託している。指定管理者は藤井医院を運営していた「医療法人 藤清会」で、これまで行われてきた医療の継続性が保たれ、人事が安定した医療法人に委託したため、長期的な視点で医療に取り組むことが出来る体制となった。既存の3医療機関をひとつにまとめることには住民の不安・反発も強かったが、町当局は住民説明会や広報を通して説得に当たった。統合後は巡回バスを運行して島内全域からセンターへのアクセスをよくする工夫をしている。医療センター運営は「大島医療センター運営協議会」を中心に町と法人が共同で行っており、経営状態が公開されオープンに議論されている。民間による効率的な経営が期待される反面、不採算医療、政策医療に

については町が責任を持つという、連携体制がとられている。

3. 大島町医療センターの現状

(ア) 外来診療

外来診療時間は9時から15時30分で、月曜一金曜に午前・午後診療を行っている。内科3名、外科、整形外科、小児科、産婦人科の各科医師が集まったことで患者の併科受診が容易になるなど利便性が高まった。外来患者数は統合直後に1日あたり30人ほど増え、電子カルテ化、会計自動化の影響もあってか外来の待ち時間が長くなり苦情が多かった。17年度からは1日約350人と統合前3施設の合計患者数とほぼ同じになった。また透析ベッドを9床持つことにより、以前であれば透析導入とともに島を離れていた腎不全患者が島内で生活できる環境が維持されている。

(イ) 入院診療

病床は19床で、全室個室である。常時15床程度利用されている。提供できる医療が高度化したこと、給食サービスが開始されたことにより、住民が気軽に入院できる施設となった。医療提供側としては、複数の医師によるカンファランスを行うことができるようになり、各科の連携がよくなった。

分娩数は16年度36件、17年度27件と減少傾向にあり、産婦人科医師の常駐を維持するのは厳しい状況である。これまで島内で出産する妊婦と島外に出て出産する妊婦の割合は1:1.5-2の割合で島外が多い年が続いていたが、17年度からは島内出産が島外出産を上回るようになった。

(ウ) 出張診療

小児科・産婦人科医師が勤務していた旧南部診療所がある地区は、島の中心部から車で30分程度の距離にあるため、診療所を閉鎖せず週2日の出張診療を行っている。外来数は平均30人程度で、主に慢性疾患の管理のみを行い、検査が必要な場合は医療センターで行っている。

(エ) 休日・時間外診療

日直、当直は内科または外科の医師1名、看護師2名(病棟兼務)の体制となっている。産婦人科、小児科、整形外科医師は3週間に1度の当直以外はオンコール体制で、これら専門科医師の当直の際は内科・外科医師がフォローしている。医師宿舎は医療センターの

近くに備えられている。

(オ) 救急医療

平成18年8月から東京都の二次救急医療機関に指定された。

島外に搬送が必要な救急患者が発生した場合、都立広尾病院を中心とした後方病院へヘリコプター搬送される。ヘリには広尾病院救命救急センター医師もしくは自治医大卒の医師が輪番で添乗し、いわゆるドクターヘリが実現している。搬送実績は年間60件程度で、統合以前と比べると減少するかと思われたがほとんど変化がない。

救急患者のレントゲン写真等を、ISDN回線を介した画像電送装置で広尾病院救命救急センターに電送するシステムが平成6年から稼働している。平成17年にシステムが更新され、煩雑だった操作が改善された。しかし救急の場面に利用が限られていること、待ち受け側である都立広尾病院救命救急センターの多忙さもありそれほどたくさん利用されているわけではない。

(カ) 住民健診

胃がん、大腸がん、腹部超音波、子宮がん、肺がん、骨粗鬆症、基本検診を行っており、17年度4300人余りが受診した。

(キ) 経営面

公設民営型施設とした最大の目的は、離島という地理的ハンディに対して行政が医療供給を保証し、経営には民間のノウハウを生かして効率的な運営を行うことにある。

大島医療センターの年間医療収入は16年度6億9500万円、17年度7億2400万円と患者数が減ったにも関わらず増収となった。原因としては電子カルテに慣れて請求漏れが無くなったこと、CTの導入など検査が増えたことが考えられた。16年度に赤字額1億円となっていたが、支出の削減を行い、17年度は1100万円の赤字と大きく改善、18年度は単年度黒字を目指している。民間ならではの経費削減策として、寝具等レンタル業者との交渉、清掃の見直し、医療ガスの見直しなど細かいところを含めて努力しており、公設民営のメリットが生きていると思われる。

センターの経営面と合わせて、地域の医療費を全体的に削減することも求められている。国保・老人保健対象者のうち島内で医療を受診する患者の割合は平成6年度に4割だったのに比べ、平成17年は7割となっており、

医療費総額の削減に貢献していないものの、島外に流出する医療費は減っている。

4. 大島町医療センターの今後

(ア) 医療面

医療資源の集約化を行い、病院に匹敵する医療設備と専門医集団を抱えた大島医療センターは、これまでの診療所の枠を越えた施設である。今後は公費で整備された医療機器等を最大限に活用し、島民の健康管理をさらに進める必要がある。そのために現在救急時のみに行われている遠隔画像診断を平時の医療に役立てる仕組みづくりも必要ではないかと思われる。

なにより今後も職員確保、特に医師確保が大切である。現在のところ安定して若い医師が供給されているが、今後も継続されるためには医師に選ばれる施設となる必要がある。また現在も臨床研修医の研修施設となっているがさらに拡大していくことは日本の地域医療のためにも有用であろう。

(イ) 経営面

医療環境が厳しさを増し、診療報酬改訂の度に収入が減額となっていく現在、診療単価を上げ、さらに経費を削減していく必要がある。医療センターががんばればがんばるほど、町の医療財政がひっ迫していくというジレンマに陥らないよう、センターは今後保健・予防活動にも力を入れていくべきものと思われる。

5. まとめ

人口の高齢化と偏在化、これに市町村合併が加わった社会的要因と、医師の不足という医療的要因によって、へき地の医療機関を維持していくだけで大変な時代である。全国的な集約化の流れにいち早く乗り、さらに全国に先駆けて公設民営方式でへき地離島の医療を担っている大島町医療センターの試みは高く評価されるべきと考える。同様の施策を全国で展開している(社)地域医療振興協会の施設と並んで、大島町医療センターには今後さらに全国のモデルとなる事業展開を期待したい。

C. へき地病院に関する調査事業

現在もっとも医師が不足している地域の中核病院の現状を、へき地医療情報ネットワークの調査を通して情報収集中である。

III. 平成 19 年度

「地域枠推薦入試状況に関する調査」

A. 調査目的

日本各地で医師不足が喧伝されるようになり、医師数の絶対的不足と地域的・診療科の偏在が大きな問題とされている。

これを解決するために短期的には医師不足地域への医師派遣が、国の地域医療支援中央会議が中心となり、各都道府県の地域医療対策協議会との連携のもと平成 19 年度から始まった。長期的対策としては女性医師等の活用が進んではいるが、医師数を増やすこと、地域医療の現場に従事する医師を作り、育てることが大切であるとの認識から、医師数増加の方向性が進んでいる。

具体的には、国主導で医科大学の定員増が行われ、各都道府県主導で地域枠とよばれる特別入学枠の設定と奨学金の貸与が、将来の地域・へき地勤務または特定診療科への従事とリンクして行われるようになった。しかし、自治医科大学や長崎県、岩手県等ですで行われているように、実際に地域で医師が持続して勤務するためには、単に入学させただけではなく、入学後、場合によっては卒業後も継続的なフォローアップが必要である。

我々は、この政策が着実に実行され、実効性のあるものになることが、日本の地域医療・へき地医療が将来発展していく大きな要因となると考える。そこで、平成 19 年度時点で、各都道府県において行われ始めた医科大学の地域枠・推薦入試の状況と、今後どのような地域定着策が行われていくかを調査することとした。

この調査によって、各都道府県が手探りでやっている地域枠・推薦入試制度が実効性のあるものになっていくことを期待している。

B. 研究方法

- ①各都道府県のへき地医療支援機構担当者に対してアンケート調査を行う。
- ②調査票は独自に作成し、郵送する。
- ③調査結果は集計し、各都道府県、学術雑誌、学会等で報告する。
- ④調査項目
 - (ア) 都道府県
 - (イ) 大学名
 - (ウ) 入学定員
 - (エ) 地域枠募集人員

- (オ) 実際の応募数
- (カ) 導入年度
- (キ) 応募資格
- (ク) 入学の実績
- (ケ) 既入学者の内訳（学年別人数）
- (コ) 奨学金貸与額
- (サ) 返還免除の期間と規定等
- (シ) 卒前・卒後の地域定着対策
- (ス) 備考

3. 調査期間

平成 20 年 2 月 1 日～15 日

地域枠医学生の現状調査

1. 目的

(ア)へき地および地域で勤務する医師の不足が全国で叫ばれる中、平成 19 年に国の方針として医学部入学定員増員が決定された。増員する場合は卒業後地域、へき地等で勤務することを義務づけるいわゆる「地域枠」学生とすることが原則とされ、各都道府県で 20 年度に 245 人の定員増が予定されている。

(イ)これまで各県独自の政策として「地域枠」を設定し、一般入学生とは別枠で医学生を育成している県もあり、また大学全体が「地域枠」といえる自治医大は卒業生 3000 人あまりを輩出している。

(ウ)この研究調査は現時点で全国にどれだけの「地域枠」学生がいるのか、どのような条件なのか、卒後に本当に地域で勤務する医師となるべく、何らかの対策が取られているか、といった点について最新データを集めることを目的とした。これによって、国家的課題となった地域医療の確保に役立つ医師養成を進めていくに役立つ指針が得られることを目指した。

2. 方法

(ア)平成 20 年 2 月 1 日～15 日にかけて、各都道府県のへき地医療支援機構担当者に対して郵送による自記式アンケート調査を行った。

(イ)アンケート内容は、都道府県、大学名、入学定員、地域枠募集人員、実際の応募数、導入年度、応募資格、入学の実績、既入学者の内訳（学年別人数）、奨学金貸与額、返還免除の期間と規定等、卒前・卒後の地域定着対策、備考、とした。

C. 研究結果

(ア)アンケート回収率は 42/47 都道府県だった。

(イ)地域枠を実施している都道府県は、47 都道府県中 29 道府県で、北海道は 2 大学（札幌医大、旭川医大）、青森・大分は学士編入学枠がある。（図 1）

(ウ)募集定員の合計は平成 20 年度全国合計で 319 人だった。30 人以上の定員は青森・山梨の 2 県、20-29 人は 3 県、10-19 人が 12 県、10 人未満が 12 県だった。（図 2）

(エ)募集定員の年次推移を見ると、平成 9 年度は 1 県 10 人、14 年度 4 県 38 人、17 年度 7 県 56 人、19 年度 19 県 165 人、20 年度 29 県 319 人と、急激に増加していることがわかる。（図 3）

(オ)地域枠募集と修学資金貸与が連動しているのは 29 県中 21 県で多くの県が連動させている。

(カ)修学資金の額は 6 年間換算で 576 万～1720 万、平均 1015 万だった。

(キ)卒後の地域勤務義務と免除規定については、9 年間もしくは貸与期間の 1.5 倍であるところは北海道 岩手県 福島県（1 種）長野県 山梨県（2 種）岐阜県 京都府 和歌山県 鳥取県 徳島県 香川県 大分県、県内離島・へき地に 5 年が鹿児島県、へき地医療機関等に 6 年が福島県（2 種）島根県 愛媛県 宮崎県であった。

(ク)今後重要になると思われる、卒後地域に定着してもらうために学生時代から取る方策としては表 1 のような回答があった。

結果をまとめると、次のようになる。

(ア)平成 19 年 医学部の入学定員（7700 人）が 245 人程度増員された。

(イ)平成 20 年度の入学定員のうち、地域枠といわれる都道府県と入学者の間で卒後勤務地についての事前契約を締結する入学定員は約 320 人であった。

(ウ)将来地元県で勤務する医師をもっている医学生に対して修学資金貸与を行う県が増えており、地域枠と連動している県が多い。

(エ)修学資金貸与額は 6 年間で 1000 万円前後、返還免除となる勤務期間は 6 年×1.5 倍とされるところが多い。

(オ)約半数の県で卒後に地元で勤務する率を上げる対策が実施または検討されている。

D. 考察

(ア) 医師不足、特に地方の病院勤務医の不足が叫ばれる中、長期的対策としての医師養成数増加を将来地域で勤務することが確実ないわゆる「地域枠」の医学生としたことは賢明な方策だと思われる。

(イ) 以前から「地域枠」を採用していた県の定員を合わせると平成 20 年度で 300 人以上となり、これは医学部入学定員の 4% 以上を占める。

(ウ) 合わせて多くの県で修学資金貸与と地域での勤務を条件とした返還免除制度を採用しているため、想定通りに地域で働く医師の養成が進めば、地域の医師不足解消に大きな役割を果たすものと思われる。

(エ) しかし、現在各県が採用している方策の原点といえる長崎県離島医療圏組合による就学生制度と自治医科大学によるへき地勤務義務制度をみると、単に契約すれば地域勤務医師が増えるというものではなく、卒前教育における地域医療体験実習等の工夫と卒後初期の研修における他科ローテーション研修、および地域勤務中の適切な研修の実施やローテーションの工夫等がなければ、簡単に地域勤務医師が離脱していくことになりかねないことは容易に想像できる。

(オ) 今回アンケート内容に卒後地域で勤務する医師を増やすための方策を入れたのは、入学早期から上記の施策が必要と思われる中、320 人のうちどれだけが地域医療へのモチベーションを維持できる環境にいるのかを知るためであった。

(カ) その結果、約半数の県のみで施策が検討されているということがわかり、このままではせっかく地域医療への意欲を持って入学した地域枠医学生が将来脱落する可能性があることが危惧される。

(キ) 今後はこの点に注意し、いろいろな方策を早い段階でとっていくことが必要だと思われる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1 卒業後、地域に定着してもらうための方策

都道府県名	対策
北海道	9年の義務中に4年の研修(初期2年、専門2年)を行う
福島県	福島県立医大が医療人育成・支援センターを設置
神奈川県	臨床研修後3年間の専門研修→4年間の地域医療実践コース
山梨県	山梨大学に地域医療学講座を新設
和歌山県	和歌山県立医大で「地域医療を担う医師を養成するプログラム」を策定実施
鳥取県	地域医療体験研修を実施
島根県	卒前に地域医療実習に参加
愛媛県	地域医療実習の実施
香川県	香川大附属病院で地域密着型の研修プログラムを実施、卒前カリキュラムで地域医療への関心を高める工夫を行う(学外医療機関との連携、県・医学教育センター・卒後臨床研修センターの協力など)
佐賀県	佐賀大臨床研修プログラムでへき地診療所研修を行う
長崎県	1年:地域・総合・離島医療ゼミ 5年:離島医療・保健実習(必修) 6年:離島中核病院で高次臨床実習(必修)
大分県	地域医療実習・地域医療講座開設(予定)
宮崎県	夏期へき地臨床実習体験事業に参加(任意) 高校生に対して地元国立大学への進学説明時協力を依頼
鹿児島県	臨床研修後、希望により実務研修を実施

図1 地域枠を実施している都道府県

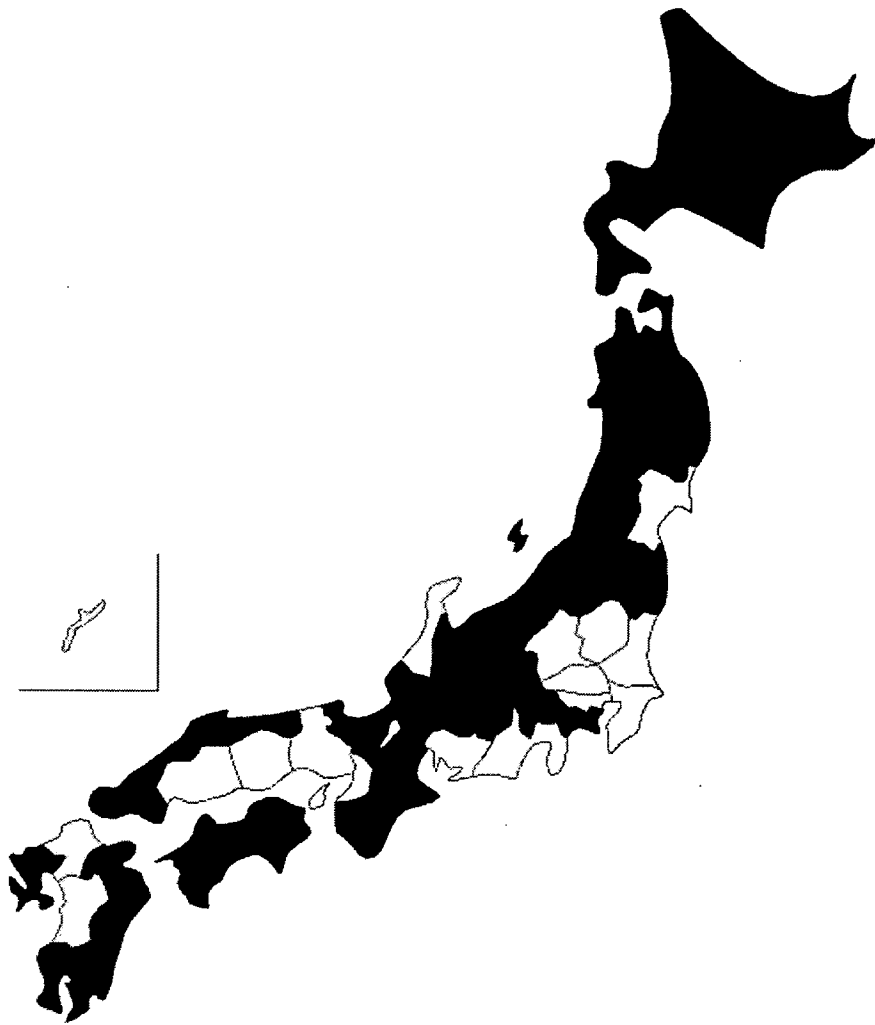


図2 募集人数

