

201031020A

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 梶井 英治
平成23（2011）年3月

目 次

I. 総括研究報告	
都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究	1
梶井英治	
（資料1）先進的なへき地保健医療対策の取組事例についての解説	17
（資料2）へき地を中心とした地域医療分析等の調査項目	40
（資料3）へき地を中心とした地域医療分析等の結果のまとめ	55
（資料4）第1回全国へき地医療支援機構等連絡会議に関する資料	120
（資料5）第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議に関する資料	126
（資料6）都道府県個別訪問によるへき地保健医療計画策定支援における確認項目	137
（資料7）都道府県個別訪問によるへき地保健医療計画策定支援の結果のまとめ	143
II. 分担研究報告	
1. へき地医療拠点病院の評価指標に関する研究	165
澤田努、今道英秋	
（資料8）へき地医療拠点病院の評価指標に関する資料	169
2. へき地医療拠点病院の教育機能の評価に関する研究	180
澤田努、神田健史	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	182

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究
研究代表者 梶井 英治 自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門教授

研究要旨 都道府県の第 11 次へき地保健医療計画の充実を目的とし、地域医療に関する調査や、各都道府県訪問による技術的助言を行い、その計画策定を支援する研究を行った。

1) 先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討

平成 21 年度に行われた「へき地保健医療対策検討会」で取り上げられた「へき地に勤務する医師のキャリアパス」について、都道府県に具体案を提示するための基礎資料として、特徴的な取組を行っていると考えられる長崎県、高知県、新潟県について検討した。結果、医師が誇りを失わずに帰属できる場所があり、それが構造として維持されていれば、キャリアパスがうまく機能すると考えられた。

2) へき地を中心とした地域医療分析等の調査

へき地保健医療対策検討会報告書で課題として取り上げられた各項目について、各都道府県の現状を把握し、下記 3) の資料とすることと、各都道府県の気付きを促すことを目的として調査を行った。結果、都道府県間でへき地保健医療対策の取組の程度に差がみられ、都道府県によって事情が大きく異なると考えられた。

3) 全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

第 1 回全国へき地医療支援機構等連絡会議（平成 22 年 5 月）にて本研究班の目的と取組の全体像を説明した上で、上記 1) を解説した。また、第 1 回、第 2 回（平成 22 年 12 月）ともに他都道府県の状況を知ることと、各都道府県のへき地保健医療対策の課題と改善案の掘り下げを行うことを目的としたグループワークを行い、一定の効果が得られた。

4) 都道府県個別訪問による技術的助言

都道府県により事情が異なることに考慮して、より具体的な計画策定支援を行うため、個別に各都道府県を訪問した上で計画に関する技術的助言を行った。結果、より現状に即した形の計画策定を促すことが出来たと考えられ、また、都道府県関係者からも一定の評価を得られた。

都道府県により事情は異なるが、研究者らはそのことを理解した上で、既存の構造を発展させる形で具体的な計画策定支援を行い、一定の効果があげられたと考える。これらの手法は都道府県が主体性を持って取り組むべき課題の解決を促す方法として応用が可能と考えられ、今後、その成果である第 11 次へき地保健医療計画の内容の吟味を行う必要があると考えられる。

研究分担者氏名・所属研究機関および職名

前田隆浩	長崎大学保健・医療推進センター離島・へき地医療教育研究部門 教授
谷 憲治	徳島大学大学院ヘルスパイオサイエンス研究部総合診療医学分野 教授
井口清太郎	新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座 特任教授
今道英秋	自治医科大学救急医学 ポストドクター
澤田 努	高知県高知市病院企業団立高知医療センター地域医療科 科長
神田健史	自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 助教

地医療の確保、向上に寄与してきた。平成 22 年度までの第 10 次へき地保健医療計画からは、国が示した指針に基づき、都道府県がへき地保健医療計画を独自に策定してへき地保健医療対策の推進を図るとされていたが、平成 21 年度に行われた「へき地保健医療対策検討会」の報告書によると、医療計画とは別途にへき地保健医療計画を策定したのは 29 都道府県（67%）であり、医師確保方策の一つとして設置、活用が推奨された協議会（行政、医療関係者、住民代表等で構成され、へき地医療対策の各課題について検討を行う組織）を開催したのは 8 都道府県にとどまるという結果であった。

きめ細やかなへき地保健医療対策を講ずるためには、国の指針をもとに、各都道府県の背景、歴史、事情を反映し、実状に即した独自の計画を策定する

A. 研究目的

へき地保健医療対策について国は、昭和 31 年以来へき地保健医療計画を策定し、各施策を講じ、へき

ことは必須と考えられ、今後も推奨されるべきと考えられる。しかし、国の指針に対する都道府県の対応が現状のまま不十分であれば、その効果は限定的とならざるを得ないと推測される。

国の指針に対する都道府県の対応が不十分である原因は明らかにされていない。都道府県の問題意識の低さやモチベーションの欠如など意識に関わる問題の影響も否定はできない。しかし、都道府県間の背景、事情等の差が大きいため、計画策定に対するノウハウが不足している都道府県では、独自に計画を策定することが非常に困難となっている状況も予想された。

今回研究者らは、これらは適切な助言等の支援により克服が可能と考え、「へき地保健医療対策検討会」の報告書を踏まえて、都道府県の第 11 次へき地保健医療計画が充実することを目的とし、地域医療に関する調査や、各都道府県訪問による技術的助言を行い、その計画策定を支援する研究を行った。

具体的には、1) 有効な取組の中には既存の構造を活かした多様な取組があることを伝え、計画策定の参考にしてもらうための「先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討」、2) へき地保健医療対策検討会で示され、へき地保健医療計画策定の際に要点となる項目について、自らの都道府県の状況を知る契機とすると同時に、他都道府県の状況を知り、計画を策定する際の参考にしてもらうための「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」、3) 具体的に他都道府県の状況を知り、また、自らの都道府県のへき地保健医療が抱える課題と改善案についてより深い思考をしてもらうための「全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援」、4) 各都道府県の背景、事情を考慮し、その都道府県ごとの状況にあった計画策定を支援するための「都道府県個別訪問による技術的助言」を行った。

1) 先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討

第 11 次へき地保健医療対策検討会では、自治医科大学卒業医師や各地域の修学資金制度により、それなりにへき地の診療所に勤務する医師は確保されているが、せっかく養成した医師がいわゆる義務年限後に地域の医療に従事しないことが課題としてあげられた。

委員の中からも、義務年限後の医師やこれまで他の診療領域に携わっていた医師の中にも、実際にへ

き地や地域の医療機関で働きたいと考えている医師がいるが、いざ働こうと思うと、研修の機会も十分ではなく、後任は自分で探さなければならない等、事実上「片道切符」となるため、多くの医師が踏み出せないのではないかと指摘があった。

そこで、第 11 次へき地保健医療対策検討会報告書では、へき地等に勤務する医師を増加させて、継続して勤務してもらうためには「へき地に勤務する医師のキャリアパス」と「へき地等に勤務した医師を評価するシステム」が必要であると述べている。

研究者らは、このうち「へき地に勤務する医師のキャリアパス」について検討するために、特徴的なへき地医療の体制が運営されている事例について検討した。

2) へき地を中心とした地域医療分析等の調査

平成 21 年度に行われたへき地保健医療対策検討会では、「総合医の育成に関わること」、「地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法等に関わること」、「地域医療・へき地医療に関する教育に関わること」、「へき地医療支援機構の機能強化に関わること」、「へき地医療への動機付けとキャリアデザインに関わること」、「へき地医療拠点病院に対する支援に関わること」、「IT による診療支援に関わること」、「ドクターヘリの活用に関わること」、「歯科医療、看護職等への支援方策に関わること」等がへき地保健医療計画に盛り込むべきと示された。これらの項目は都道府県によってその取組に差がみられ、場合によっては行政担当者が自らの都道府県の現状を知らない可能性も考えられた。そのため、これらに関する気付きを促すことを主たる目的として、各都道府県に調査を依頼した。特に「へき地医療支援機構の機能強化に関わること」と、「へき地医療への動機付けとキャリアデザインに関わること」についてはへき地保健医療対策検討会で強調されていたため、各都道府県が意識しやすいように調査項目としても厚くした。また、下記 3) 時の資料とするために各都道府県のへき地保健医療に関する基本的な情報についても併せて調査を行った。

3) 全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

平成 21 年度に行われたへき地保健医療対策検討会では、へき地保健医療に関する各都道府県の取組を支援するために、国において「全国へき地医療支援

機構等連絡会議」を設け、都道府県間の格差の是正や各都道府県間にまたがる事項の調整などを行うように提言された。この提言に基づき、平成 22 年度より、各都道府県におけるへき地医療の課題等に関する意見交換等を目的として、「全国へき地医療支援機構等連絡会議」が開催された。研究者らはこの会議での意見交換をより有意義なものにし、かつ、各都道府県のへき地保健医療に関する課題について、論理的に掘り下げるための機会とすることを目的として、グループワークのファシリテートなどの支援を行った。

4) 「都道府県個別訪問による技術的助言」

1) の「先進的なへき地保健医療対策の取組事例」と3) の「全国へき地医療支援機構等連絡会議」の意見交換で得られた他県の情報を参考にし、2) の「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」で明らかになった各都道府県特有の状況を踏まえて、具体的に各都道府県が第 11 次へき地保健医療計画を策定するのを支援することを目的とし、研究者らが直接各都道府県を訪問し、都道府県担当者と面談の上、具体的な技術的助言を行った。

また、都道府県訪問時には、都道府県へき地保健医療計画が国の示した第 11 次へき地保健医療計画策定指針に則って記載がされているか確認することを目的とした各項目のチェックや、本研究の手法の有効性を確認することを目的とした聞き取り調査も同時に行った。

B. 研究方法

1) 先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討

へき地に勤務する医師のキャリアパスに関して、特徴的であると考えられる長崎県、高知県、新潟県の事例について、関係する研究分担者と協力して、それぞれについて現状、経緯、うまく行った理由等の分析を行い、普遍化できる点を抽出した。

2) へき地を中心とした地域医療分析等の調査

調査はへき地を有し、平成 22 年度中に第 11 次へき地保健医療計画を策定する 43 都道府県（へき地を有さない埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府を除く全都道府県）を対象とした。

始めに、調査項目を決定するためにパイロット調査を行った。パイロット調査は全対象都道府県が回

答可能で目的に対し必要十分な調査項目を選ぶことを目的として行った。具体的には任意に選んだ 9 都道府県を対象とし、詳細ではあるが、回答に困難が予想される調査項目と、回答は比較的容易だが、内容が不十分となり得る調査項目の 2 種の調査項目セットを用意し、いずれかの調査項目に回答してもらった。それらに対する各都道府県からの意見やその回答状況を基に研究班内で検討を加え、最終的な調査項目を決定した。最終的な調査項目は別に示す（資料 2）が、「都道府県の取組について」や、「へき地で勤務する医師の確保について」、「へき地医療拠点病院について」、「へき地診療所について」など都道府県の現状に関する項目に加えて、「へき地医療支援機構について」や、「へき地医療に従事する医師のキャリアデザインについて」、「へき地歯科医療について」、「へき地看護に従事する看護職について」などへき地保健医療対策検討会でへき地保健医療計画に盛り込むべきと示された項目を含めた。また、気付きを促すために、市町村やへき地診療所に対する独自の調査を行わなければ回答出来ない調査項目も設けた。

調査は平成 22 年 6 月 1 日に郵送により対象都道府県に依頼したが、それに先んじて 5 月 24 日に行われた第 1 回全国へき地医療支援機構等連絡会議中に口頭で説明と依頼を行い、また、厚生労働省から別途、都道府県宛に協力依頼を出してもらった。

締切は平成 22 年 10 月 15 日とし、締切日に回答が未着であった都道府県には郵送による督促を時期をあけて 2 回行った。

3) 全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

第 1 回全国へき地医療支援機構等連絡会議は、平成 22 年 5 月 24 日に行われ、42 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が参加した。研究者らは会議中約 1 時間のグループワークの進行を担った。グループワークは全参加者をブロックごとの 6 つのグループ（1 グループあたり 5 ～ 8 都道府県、10 ～ 15 人）に分け、それぞれのグループに本研究の研究分担者・研究協力者が 1 名ずつファシリテーターとして入った。

グループワークを通して、問題解決に重要となる「調査・分析→課題抽出→改善案の立案」というプロセスを理解してもらうことを目的とし、はじめに自らの都道府県の課題を忌憚なくあげてもらい、そ

の課題を例にしながらグループ内の全員で原因分析や改善案の発想の仕方を議論してもらった。ファシリテーターは議論の円滑化のみを担い、結論や合意形成を求めず、また、目的である「問題解決のプロセスの理解」について一方向性に伝えることはせず、参加者が主体的にそれらに気付くのを促す役割を担った。

また、第1回全国へき地医療支援機構等連絡会議時に同時に1)の「先進的なへき地保健医療対策の取組事例」について解説し、さらに、2)の「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」について説明、依頼を行った(第1回全国へき地医療支援機構等連絡会議の議事次第とファシリテーターの担当グループを別に示す(資料4))。

第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議は、平成22年12月2日に行われ、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が参加した。研究者らは約2時間のグループワークの進行を担った。グループワークは全参加者をブロックごとの7つのグループ(1ブロックあたり4~7都道府県、9~15人)に分け、それぞれのグループに本研究の研究分担者・研究協力者が1名ずつファシリテーターとして入った(第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議の議事次第とファシリテーターの担当グループを別に示す(資料5))。

この時期には各都道府県で第11次へき地保健医療

計画策定に向けたへき地医療に関する「課題」の洗い出しや、それらに対する方策をまとめたへき地保健医療計画の「改善案」が策定されていた。グループワークは、その「課題・改善案」について、より具体的かつ有効性の高い改善案に結びつくような意見交換を行ってもらい、最終的に「課題・改善案の見直し方法」に到達してもらうことを目的として行った。具体的には、はじめにグループ内すべての都道府県の「課題・改善案」を発表してもらい、次に現状把握の仕方、原因の考え方、改善案の実行可能性などについてお互いに気付きを促すような議論をしてもらい、「課題と改善案」についての思考の掘り下げをしてもらった。ファシリテーターは議論の活性化のみを担い、結論を提示したり合意形成を図ったりはしなかった。しかし、ファシリテーターはグループ内の各都道府県の「課題・改善案」について問題意識の適否、目標設定の適否、現状把握の適否、問題分析の手法の適否やその論理性や実現可能性について確認・評価を行い(表1)、適宜助言を行った。

グループワークの最後には、到達した「課題・改善案の見直し方法」等は各都道府県に持ち帰り、検討してもらい、その後のへき地保健医療計画策定に活用してもらうよう伝え、同時に、その後の4)の「都道府県個別訪問による技術的助言」についても説明を行った。

表1 グループワークにおけるファシリテートのポイント(第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議)

(1)全体を通した確認事項	
論理性の確認	必要十分な論理的思考をするために下記項目について考慮されているか
情報	情報が確実か否か
可能性	可能性のあるものが考え尽くされているか
判断	比較の上で判断がされているか
(2)ステップ毎の確認事項	
問題意識の確認	目標と現状のギャップをもって「問題意識」としているか
目標設定の適切さの確認	より根源的な目標にするために「なぜその目標なのか」と掘り下げているか
現状把握の妥当性確認	現状把握は妥当性のある調査に基づいているか
問題分析の確認	「問題」と言われる下記項目について、それぞれ適切に分析しているか
状況	目標と現状のギャップの明示
原因	状況の原因についての分析
課題	現状を変えうる原因の選定
問題	その課題に対する具体的な方法の検討(=改善案)
実現可能性の確認	改善案が人、物、金、時間等有限なものをどのように使うか計画されているか

4) 「都道府県個別訪問による技術的助言」

厚生労働省からの通知では、各都道府県は3)の「全国へき地医療支援機構等連絡会議」の意見交換も踏まえて第11次へき地保健医療計画を策定し、平成23年3月15日(火)までに提出することになっていた。そのため、研究者らは平成23年1、2月に都道府県個別訪問による技術的助言を行った。

個別訪問に先んじて、文書にて各都道府県担当者に日程調整の依頼を行い、同時に厚生労働省からも協力依頼を出してもらった。

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、場合によっては1都道府県に2人が訪問した。研究分担者・研究協力者の都道府県担当表を別に示す(資料6)。また、いくつかの都道府県では厚生労働省職員も同行した。

技術的助言および聞き取り調査は都道府県の用意した会議室などで約2時間、へき地保健医療計画担当者やへき地医療支援機構担当者と直接面談して行った。内容は2)の「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」や3)の「全国へき地医療支援機構等連絡会議(第2回)」で得られたものを反映して、より良いへき地保健医療計画策定が行われているかの確認の他に、それらの基になっている「へき地保健医療対策検討会報告書」や「第11次へき地保健医療計画策定指針」が十分に踏まえられているかどうかの確認、また、本研究の手法の有効性についての聞き取りも行った。確認に用いた調査表を別に示す(資料6)。また、各都道府県の実状によって個別に生じうる課題については「へき地保健医療対策検討会報告書」や「第11次へき地保健医療計画策定指針」を基に各訪問者が適切に対応した。

なお倫理的配慮として、都道府県関係者との面談については、その公表時に面談者個人が特定できない形をとり、面談時にその旨の説明を口頭で行い、面談への協力をもって同意に代えた。また、文書の取り扱いについては、紙媒体文書に関しては、事務局である自治医科大学地域医療学センター内の鍵のかかるキャビネットに保管し、電子媒体文書に関してはスタンドアローンの端末で扱い、データのやり取りは電子記録媒体を用い、管理した。

C. 研究結果

1) 先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討

長崎県は、自治医科大学に先駆けて、医学修学資金貸与制度により医師の養成を開始し、県と離島の自治体によって組織される長崎県離島医療圏組合という組織を持ち、離島の診療所および病院、国立病院機構長崎医療センター、離島医療圏組合、離島・へき地医療支援センター等の行政機関、長崎大学等の諸機関が有機的に連合して、医師の臨床研修、へき地勤務、生涯研修等をマネージメントしており、「複数の施設の輪」で運営するシステムということができた(図1)。

高知県のシステムは、医師の派遣を受ける市町村が出資して県や市町村ばかりでなく派遣する医師の組織を含めた三者で構成される協議会でへき地医療の体制を構築している。これは自治医科大学卒業医師を中心としているものの、高知大学出身者も参加して、高知諸診医会という組織を作り、高知県とへき地を抱える自治体の三者からなる「人の輪」によって形成されていた(図2)。

新潟県の場合は、「大学主導による県との連携を持ったへき地への医師の配置」という特徴を持っていた。強い影響力を持ったキーパーソンの下で県庁の調整が行われ、大学から県立病院への医師の研修、派遣、生涯教育が行われていた。「組織の輪」でもなく「人の輪」でもなく、権力を持った一人の指導力によってこのシステムが形成され、指導者がシステムを離れた後も継続して運営されていた(図3)。

2) へき地を中心とした地域医療分析等の調査

最終的に43都道府県から回答が得られ、回収率は100%であった。全回答と単純集計の結果を別に示す(資料3)。結果は都道府県が特定できないよう都道府県名を伏せ、「都・道・府・県」という呼称は便宜上「県」に統一した。主な回答を下記に示す。

1. (1)～(3)「都道府県の取組について」

都道府県の医療計画とは別に第10次へき地保健医療計画を策定したと回答した都道府県は36都道府県(84%)、へき地保健医療対策事業についての通知による「へき地保健医療対策に関する協議会」を開催してとした都道府県は28都道府県(65%)であり、いずれも平成21年度の「へき地保健医療対策検討会」の報告書時の結果よりも増加していた。なお第10次へき地保健医療計画を策定していないとした都道府県はいずれも都道府県の医療計画内のへき地医療の項目を準用していると回答していた。

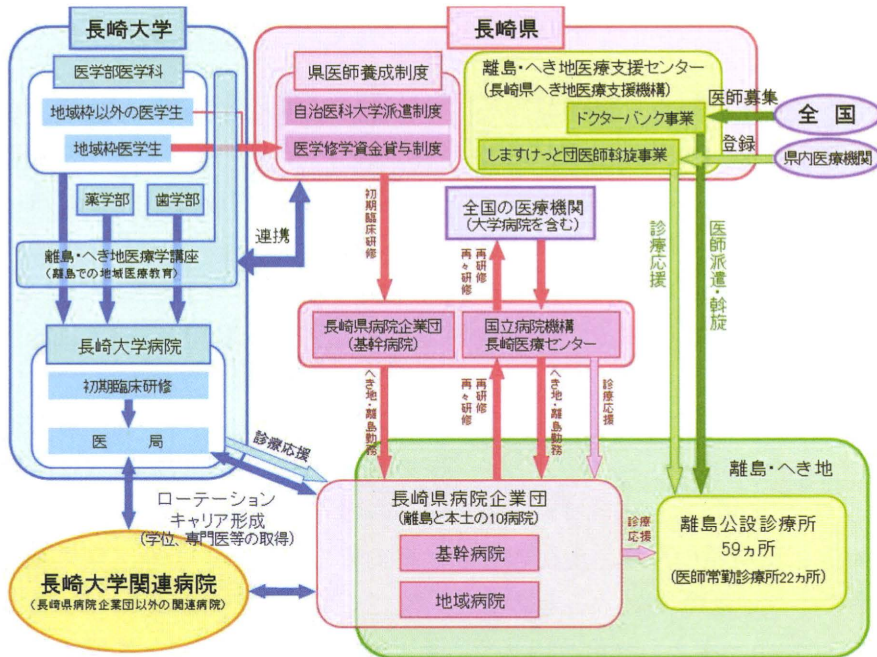


図1 長崎県の離島医療体系図

高知県へき地医療協議会

三権分立(三位一体)の関係

総会:1回/年
幹事会:3か月毎

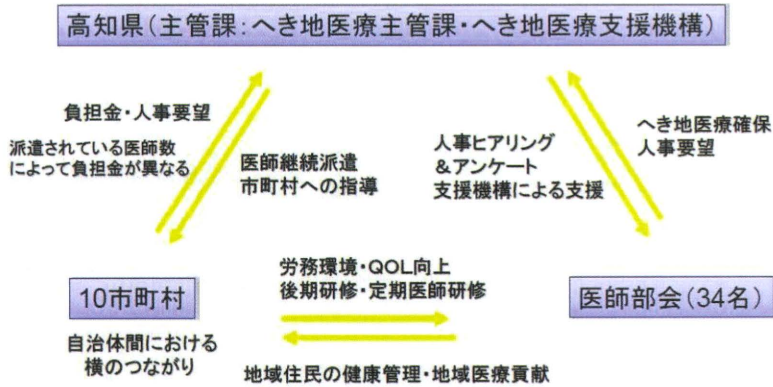


図2 高知県へき地医療協議会

大学主導による、県との連携を持ったへき地への医師の配置

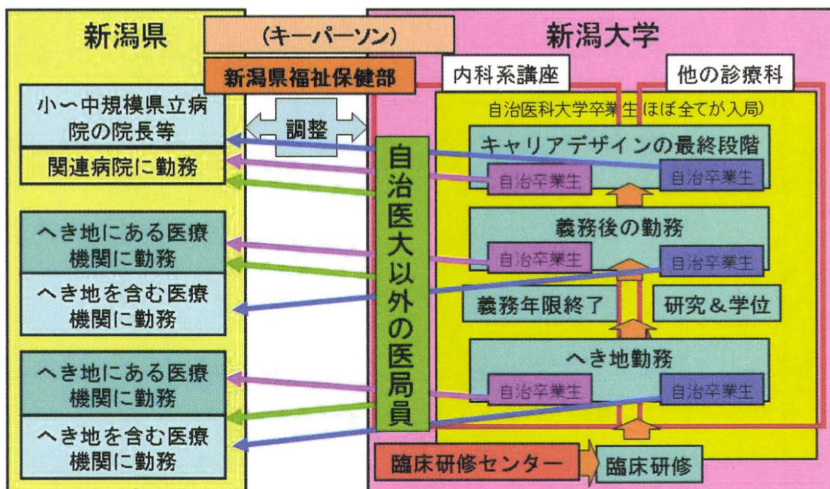


図3 新潟県におけるへき地への医師の配置

2. (1)～(5) 「へき地医療に従事する医師について」

へき地医療に従事する医師数に関する調査が行われている都道府県は 18 都道府県 (42%) にとどまった。しかし、都道府県によっては、現在の医師数、必要医師数にとどまらず、教育への関与を含めた業務内容や今後の見通し、さらにへき地医療に従事する医師からの希望などまで調査しているところもあった。

へき地医療に従事する医師の必要数、および現在の不足数については、それぞれ平均は 184.9 人、30.8 人であった。しかし、その分布はそれぞれ 4～2560 人、0～260 人と幅広く、都道府県の規模、現在の医療提供体制、都道府県のへき地医療に対する考え方など様々な要因が影響していると考えられた。

へき地医療に従事するために必要とされる医師像については、総合医に類する医師像 (総合医、総合的な診療能力を有する医師、総合内科医などを含む) と明確に回答したものが 20 都道府県 (47%) と最も多く、他もこれらの単語が含まれないながらもほぼ同様の医師像を指していることが多かった。

2. (6)～(18) 「へき地医療に従事する医師確保のための取組について」

へき地医療に従事する医師確保のための特別な取組を行っている都道府県は 36 都道府県 (86%) に及び、多くは都道府県独自の修学資金制度やドクタープール制度をあげていた。また、35 都道府県 (81%) が今後もへき地医療に従事する医師確保のために特別な取組が必要であると回答しており、上記に追加して、へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援や、それらを通じたへき地医療に従事する医師のモチベーションの維持を図り、定着率向上を目指すとした都道府県も見られた。

義務終了後の自治医科大学卒業医師の都道府県内定着率について、平均は 67% であったが、都道府県によって差が大きく、43～90% まで幅広く分布した。義務終了後の自治医科大学卒業医師のうち都道府県内へき地にとどまっている医師、もしくは都道府県内へき地医療拠点病院に勤務し、へき地医療支援業務に従事している医師数は、合わせて 27.2% に上り、義務終了後も都道府県内にとどまっている自治医科大学卒業医師の 40.0% を占めるという結果だった。

へき地医療に従事することを条件にした医学生向けの奨学金制度、もしくは大学医学部の地域枠のい

ずれかがある都道府県は 29 都道府県 (67%) に上った。

自治医科大学卒業医師や奨学金の貸与を受けた医師などへき地医療に従事する義務を有する医師の定着を図るための取組・工夫は 21 都道府県 (49%) が行っていると回答しており、その内容としてはキャリア形成支援や身分保障などが含まれていた。

2. (19)～(26) 「へき地医療に従事する医師確保のための動機付け支援等について」

大学と協同したへき地医療に従事する医師確保対策は 31 都道府県 (72%) が行っていると回答したが、その多くが地域枠や寄附講座の設置であり、地域医療実習の実施やへき地医療に関する講義の実施などはごく少数にとどまった。

自治医科大学学生と都道府県との定期的なコミュニケーションは 39 都道府県 (91%) が行っているとしたが、奨学生や地域枠学生と都道府県との定期的なコミュニケーションを行っているとした都道府県は 25 都道府県 (58%) にとどまった。また、奨学生や地域枠学生に対し、地域医療夏期実習等の特別なカリキュラムを都道府県が主催して行っているとした都道府県は 18 都道府県 (42%) しかなかった。

その他の取組として、へき地医療に従事する医師の募集に際し、公務員として身分が保証される等としてメリットを PR している都道府県は 17 都道府県 (40%)、中学生・高校生を対象に、へき地医療の魅力伝える啓発活動等を行っている都道府県は 23 都道府県 (53%) であった。

2. (27)～(29) 「へき地医療を担う総合医の育成支援について」

全医学生に対してへき地保健医療に関する教育が行われている都道府県は 29 都道府県 (67%)、同じく全医学生がへき地医療の現場を経験できるカリキュラムがある都道府県は 21 都道府県 (49%) であった。

3. (1)～(8) 「へき地医療支援機構について」

へき地医療支援機構が設置されていると回答した都道府県は 39 都道府県 (91%) に上った。しかし、都道府県もしくは、その担当部署がその運営を担っているとした都道府県は 27 都道府県 (63%) あり、病院等がその運営を担っているとした 10 都道府県 (23%) を大きく上回った。

へき地医療支援機構に対するへき地診療所からの

代診医派遣依頼総件数の平均は 77.6 件であったが、その分布は 0～802 件と非常に幅広い分布を示した。また、1 件も依頼がなかったとした都道府県は 17 都道府県（40%）に上った。へき地診療所への代診医派遣実施回数の平均は 88.6 件とへき地診療所からの代診医派遣依頼総件数を若干上回った。ほとんどの都道府県では代診医派遣実施回数は、代診医派遣依頼件数と同数か若干下回ったのに対し、少数の都道府県で代診医派遣実施回数が代診医派遣依頼件数を大きく上回っていたためと考えられる。これは 1 回の代診医派遣依頼に対し複数回の代診医派遣を実施していることを示していると考えられる。また、延べ派遣日数の平均は 115.5 日であった。これも同様に、ほとんどの都道府県では延べ派遣日数は、代診医派遣依頼件数と同数か若干下回ったのに対し、少数の都道府県で延べ派遣日数が代診医派遣依頼件数を大きく上回っていたためと考えられる。特に島嶼を有する都道府県で延べ派遣日数が代診医派遣依頼件数を大きく上回る傾向がみられた。

3. (9)～(34) 「へき地医療支援機構の業務について」

いずれも平成 21 年度の「へき地保健医療対策検討会」の報告書であげられた業務について回答を求めた。最も多くの都道府県が、へき地医療支援機構が行っていると回答した業務は「へき地保健医療対策に関する協議会での助言、調整等の業務」で、29 都

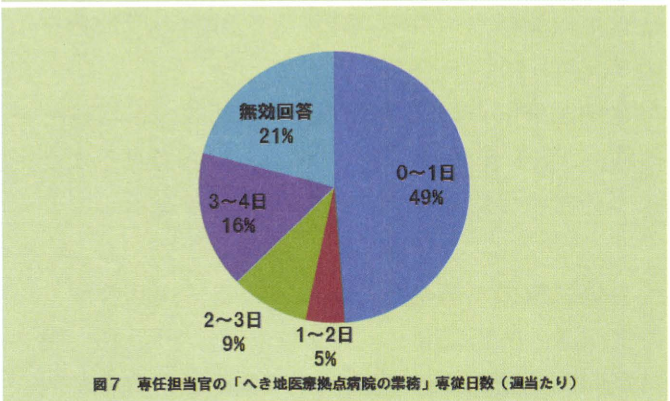
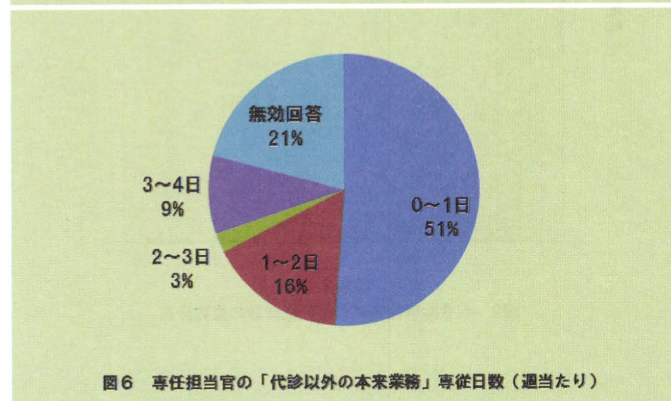
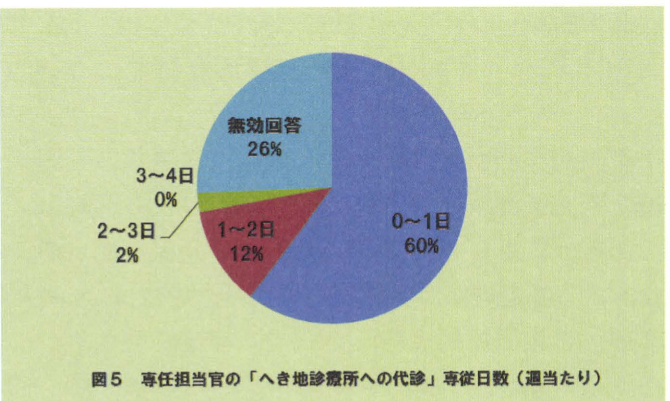
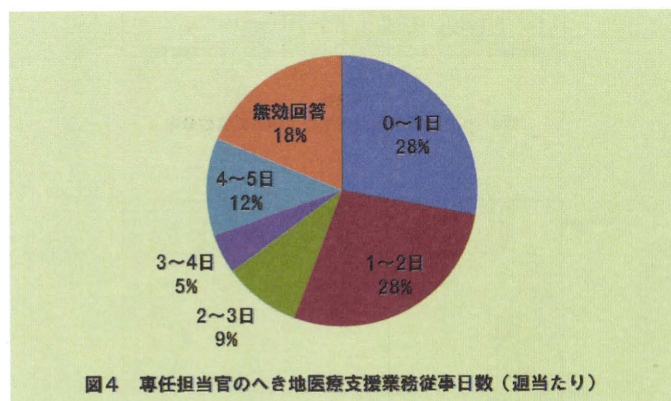
道府県（67%）が、へき地医療支援機構が行っていると回答した。次に多かったのは「代診医師派遣の調整等の業務」の 28 都道府県（65%）であった。逆に最も少なかったのは「へき地医療支援に従事している医師に対する研究費の配分に関する業務」で、わずか 2 都道府県（5%）にとどまった。他の業務はおおむね 30%前後の都道府県のみがへき地医療支援機構が行っていると回答した。

へき地医療支援機構がこれらの業務を行っていない場合のこれらの業務を行っている組織・部署については、無回答、即ちおそらくこれらの業務自体を行っていないとした都道府県も多かったが、都道府県の担当課や各へき地医療拠点病院、大学寄附講座、医師会などと回答した都道府県もあり、多様であった。

3. (35)～(43) 「専任担当官について」

専任担当官にへき地での診療経験があると回答した都道府県は 27 都道府県（63%）であった。専任担当官の勤続年数の平均は 5.3 年であったが、10 年を超えるいくつかの都道府県が都道府県職員としての勤続年数を回答している可能性もあり、多くは 5 年前後未満であると考えられた。

専任担当官の週当たりのへき地医療支援業務従事日数と業務別専従日数の結果を図 4～図 7 に示す。



過半数の都道府県が、専任担当官は週に2日以下しかへき地医療支援業務に従事していないと回答しており、また、同じく過半数の都道府県が、専任担当官は週に1日以下しか「代診以外の本来業務」に専従していないと回答していた。一方で、週当たり3～4日「代診以外の本来業務」に従事していると回答した都道府県も4都道府県(9%)あり、その業務内容の濃淡が明らかになった。実状として多いのではないかと予想された専任担当官自らの「へき地診療所への代診」専従日数はむしろ少ない傾向があり、同様に多いと予想された「へき地医療拠点病院の業務」への専従日数は他よりも多い傾向があった。

専任担当官が、へき地医療現場の現状把握等を目的として、へき地医療現場を訪問、視察した延べ回数と、へき地医療現場の市町村長等の首長等と意見交換を行った延べ回数の平均は、それぞれ、7.6回と2.9回であった。しかし、ともに0ないし1回と回答した都道府県は多く、一方で、最も多い都道府県はそれぞれ95回、20回と回答しており、都道府県間の差は著しいと考えられた。

専任担当官がへき地医療に関する業務に専念できるような工夫をしていると回答した都道府県は11都道府県(26%)のみであったが、その内容としては、本庁に登庁して専任担当官としての業務に専念できる日を設けたり、事務職員を配置して専任担当官が本来業務に専念できるようにしたりするなど、現実的、具体的なものも見られた。

4. (1)～(4)「へき地医療拠点病院について」

1都道府県当たりのへき地医療拠点病院数の平均は6.7病院であったが、多くの都道府県は10病院以下であるのに対し、10病院以上のへき地医療拠点病院を有する都道府県が6都道府県あり、中には24病院ものへき地医療拠点病院を有する都道府県もあった。

へき地医療拠点病院の病床数と医師数の度数分布を図8、図9に示す。

へき地医療拠点病院の病床数と医師数の平均はそれぞれ、281.1床と42.5人であったが図で見るようにその分布は多い方にすそ野の広い分布を示していた。

へき地医療拠点病院が実施している、巡回診療、代診医派遣、医師派遣の実施回数の関係を図10、図11に示す。図は横軸が巡回診療実施回数、縦軸が代

診医派遣実施回数を示し、バブルの大きさが医師派遣実施回数を表すように1病院を1バブルとしてプロットしたものである。医師派遣が0回のは白抜きバブルでプロットした。図10がすべてのへき地医療拠点病院の結果をプロットしたのだが、巡回診療と代診医派遣で、他のへき地医療拠点病院に比べ極端に多い回数の実施回数を回答していた病院があるため、それらを除いて原点付近を拡大したものが図11である。これらより、巡回診療、代診医派遣、医師派遣のすべて事業を担っているへき地医療拠点病院はごくわずか(図で軸上以外にある白抜き以外のバブルで示される病院)で、多くはこれらのうち1、2事業のみを担っていると言える。また、これら3事業のいずれも行っていないへき地医療拠点病院(図で原点上にある白抜きのバブルで示される病院)も存在した。

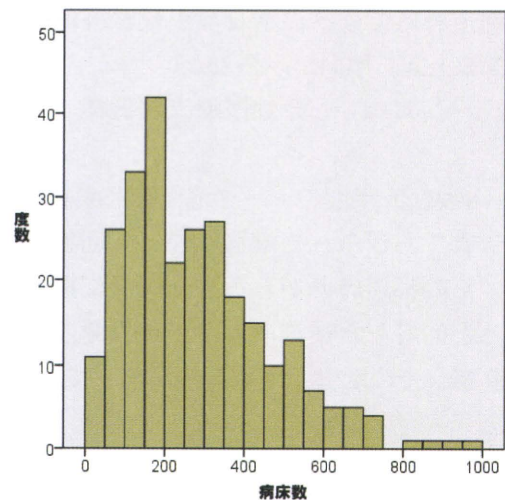


図8 へき地医療拠点病院の病床数の度数分布

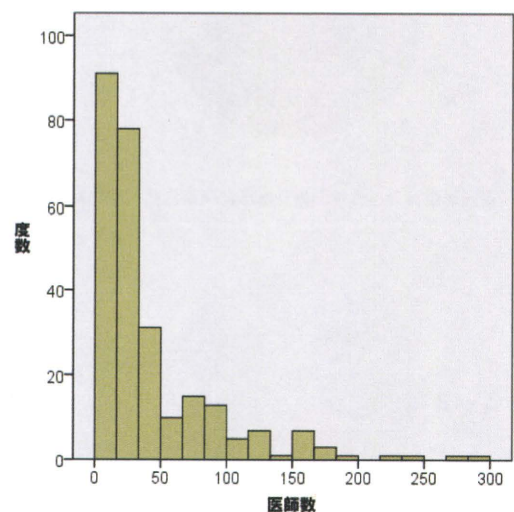


図9 へき地医療拠点病院の医師数の度数分布

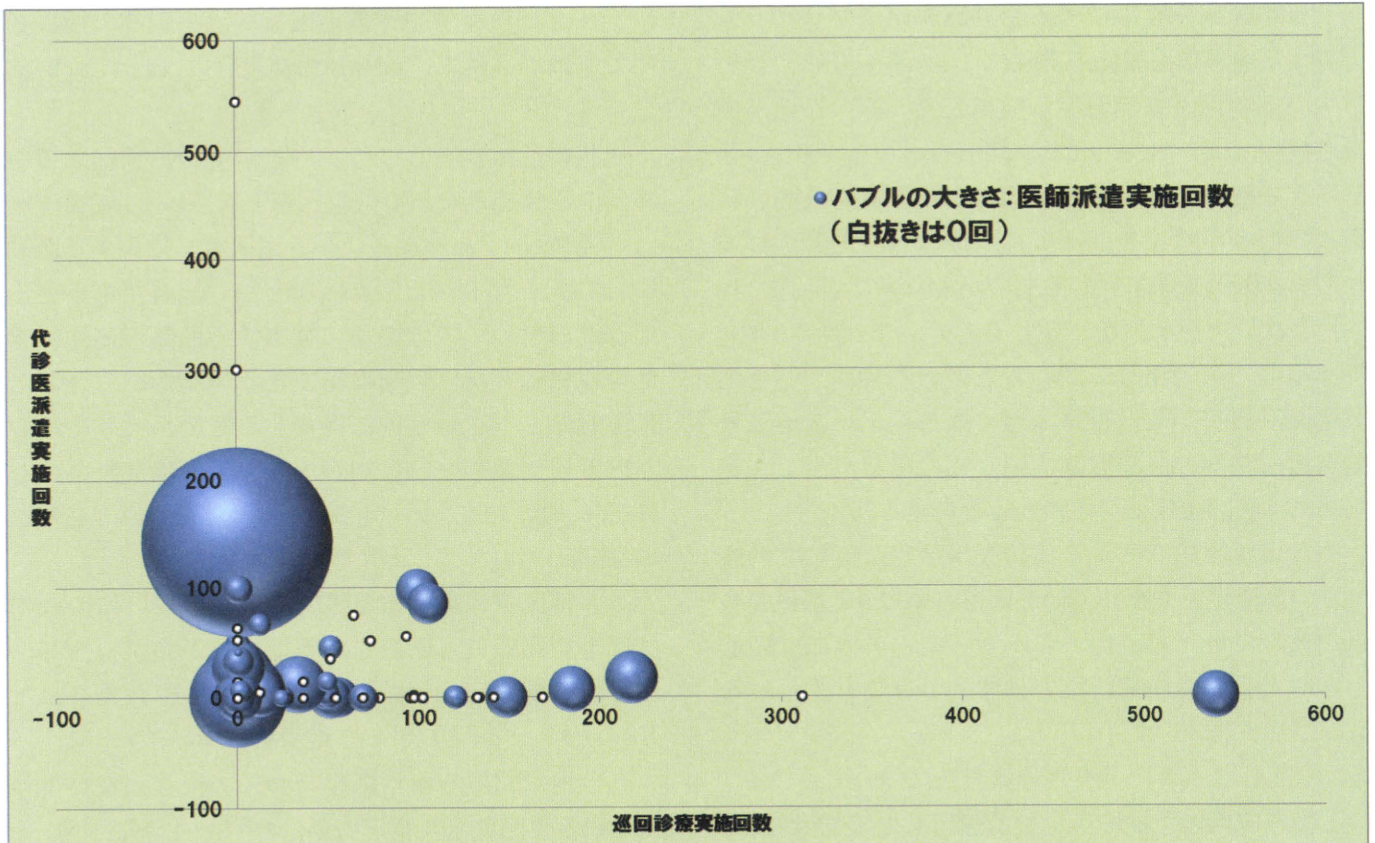


図10 巡回診療、代診医派遣、医師派遣の実施回数の関係

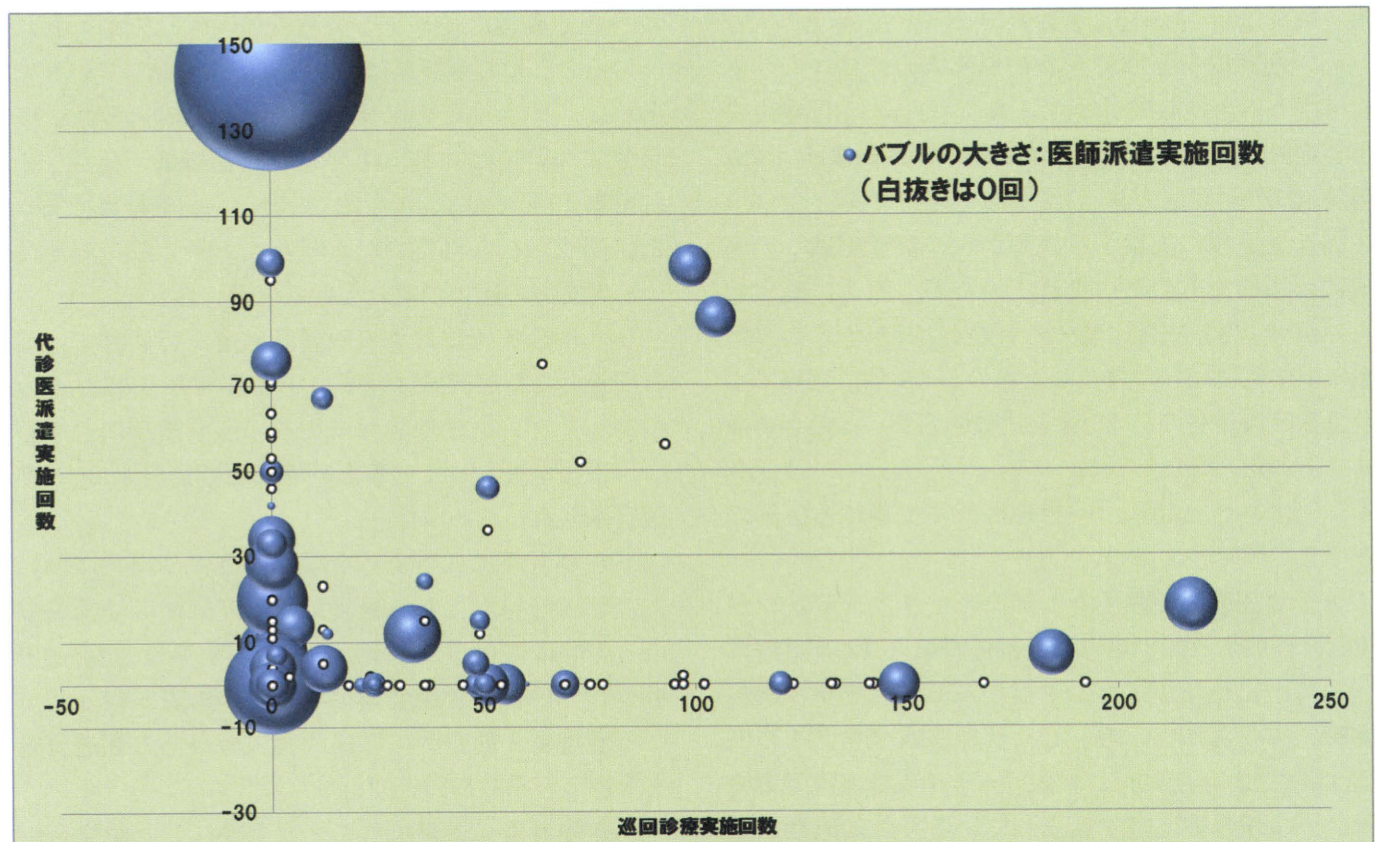


図11 巡回診療、代診医派遣、医師派遣の実施回数の関係(拡大)

へき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムを有するへき地医療拠点病院は 154 病院 (57%)、医学生へのき地医療実習等へ関与しているへき地医療拠点病院は 123 病院 (46%) に上った。

へき地医療に従事する医師からの都道府県への要望には現場の状況を反映して多様なものが含まれていたが、医師確保に関わるものが最も多く 27 件 (10%)、次いで医師派遣に関わるものが 24 件 (9%) であった。医師派遣に関わるものの内容は、へき地医療拠点病院からの医師派遣ではなく、へき地医療拠点病院への医師派遣に関しての要望が多く、実質的には医師確保と同様の内容と考えられた。

へき地医療拠点病院の代診医派遣等に対して動機付けのための工夫をしている都道府県は 10 都道府県 (23%) にとどまった。しかし、その内容には派遣手当や出張旅費の補助など具体的で有効と思われるものが含まれていた。

5. (1) ~ (3) 「へき地診療所について」

1 都道府県当たりのへき地診療所数の平均は 23.9 カ所であり、最少は 3 カ所、最多は 63 カ所であった。へき地診療所に勤務する医師数は、多くは 1 人であった。その勤続年数は幅広い分布を示し、最短は 0 年、最長は 50 年を超えていた。

へき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムを有するへき地診療所は 172 カ所 (17%)、医学生へのき地医療実習等へ関与しているへき地診療所は 262 病院 (26%) にとどまった。

へき地医療に従事する医師からの都道府県への要望には多様なものが含まれていたが、派遣に関するものが 40 件、支援に関するものが 28 件と多かった他に、体制について言及したものが 35 件、研修について言及したものが 26 件と比較的多かったのが特徴的であった。

6. (1) ~ (13) 「へき地医療に従事する医師のキャリアデザインについて」

へき地医療に従事する医師のキャリアデザインが検討、作成されているとした都道府県は 13 都道府県 (30%) しかなかった。また、キャリアデザインが検討、作成されているとした都道府県でも、その内容は平成 21 年度に行われた「へき地保健医療対策検討会」の報告書に盛り込まれているものに比較して具体性が欠けていたり、今後検討予定だったりと、十分とは言えないものが多かった。また、へき地医療に従事する医師のキャリアデザインの検討のため

に、へき地診療所やへき地医療拠点病院等の関係者間で協議がされているとした都道府県はわずか 9 都道府県 (21%) のみにとどまった。

現状の仕組みとしては、へき地での診療経験等を評価する仕組みがあるとした都道府県は 2 都道府県 (5%) のみであったが、へき地医療に従事する医師に対する子育て、家族支援などへの配慮があるとした都道府県、へき地医療に従事する医師が産休、育休等臨機応変な休暇を取得できる体制があるとした都道府県、へき地医療に従事する医師が、へき地のみの勤務に偏らない体制があるとした都道府県はそれぞれ、17 都道府県 (40%)、18 都道府県 (42%)、13 都道府県 (30%) と比較的多かった。

へき地医療に従事する医師の身分の扱いについては都道府県職員と回答した都道府県が多かったが、市町村職員や病院職員といった回答も少数見られた。

8. (1) ~ (4) 「へき地歯科医療について」

へき地における歯科医療について現状調査が行われていると回答した都道府県はわずか 4 都道府県 (9%) のみであった。

9. (1) ~ (13) 「へき地看護に従事する看護職について」

へき地看護に従事する看護職の現状調査が行われているとした都道府県は 11 都道府県 (26%) のみであった。へき地看護に従事する看護職の必要数、不足数については非常に幅の広い回答結果となり、それぞれ 19~3820 人、0~224 人という回答結果であった。調査が行われていなかったことや、都道府県による考え方の違いが現れていると考えられる。

へき地診療所に対する看護師派遣が行われていると回答した都道府県はわずか 1 都道府県 (2%) のみであったが、へき地看護に従事する看護職に対する研修支援が行われていると回答した都道府県は 9 都道府県 (21%) あった。

へき地看護に従事する看護職の確保や支援において、都道府県内にある看護師・助産師・保健師養成所との間に何らかの連携がある都道府県は 8 都道府県 (19%)、へき地看護についての教育が行われている看護師・助産師・保健師養成所がある都道府県も 8 都道府県 (19%) であった。

へき地看護に従事することを条件にした奨学金制度があると回答した都道府県は 9 都道府県 (21%) であったが、へき地に居住する者を対象とした看護師・助産師・保健師養成所進学に関わる奨学金制度

があるとした都道府県は1都道府県(2%)のみであった。

3) 全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

第1回、第2回とも非常に活発なグループワークが行われた。第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議時のグループワークの様子を写真1～写真4に示す。また、第1回、第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議時のグループワークの内容についてファシリテーターを担当した研究分担者・研究協力者がまとめたものを別に示す(資料4、資料5)。なお都道府県が特定出来ないよう、都道府県名は伏せてあり、「都・道・府・県」という呼称は便宜上「県」に統一してある。

第1回全国へき地医療支援機構等連絡会議時のグループワークでは1時間と短い時間ながらも、課題の分析には現状調査と目標の設定が必要で、そのギャップとして表現される課題を解決するための方策が改善策であるという思考プロセスを、直接説明す

ることなく理解してもらうという目的を概ね達成できたと思われる。結果、調査・分析の動機付けになったと思われ、2)の「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」の高い回収率に繋がったと考えられた。

第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議時のグループワークでは、まとめに示すように、他都道府県の状況について自都道府県と比較して聞くことにより、都道府県によって、その歴史、背景、組織等実状が違うことが理解でき、現在の資源を活用した上での改善策が検討出来るようになり、また、ファシリテーターの助言により、各都道府県が策定したへき地医療に関する「課題」と、それらに対する「改善案」について、より具体的かつ有効性の高い改善案に結びつくような思考が出来るようになり、概ねすべての参加都道府県で最終的に「課題・改善案の見直し方法」に到達してもらったと思われる。



写真1



写真2



写真3



写真4

写真1～写真4：第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議時のグループワーク時の様子

4) 「都道府県個別訪問による技術的助言」

最終的に対象となる 43 都道府県すべてを個別訪問し、訪問者である研究分担者・研究協力者からの調査表の回収率は 100%であった。訪問者からの調査表の全項目の調査結果と単純集計の結果を別に示す(資料 7)。なお、結果は都道府県が特定できないよう都道府県名を伏せ、「都・道・府・県」という呼称は便宜上「県」に統一してある。主だった回答を下記に示す。

(1) 1～5 「資料について」

第 11 次へき地保健医療計画の素案は 36 都道府県(84%)で提示された。これは「へき地保健医療対策検討会」の報告書にある第 10 次へき地保健医療計画時の実績である 29 都道府県(67%)を上回る結果であった。提示されなかった都道府県の多くは都道府県の医療計画との整合性を理由にしているところが多かったが、それらの都道府県でも今回の取組をきっかけにその内容について検討している様子が伺えた。

へき地保健医療計画策定指針で示された「へき地医療現状調査項目」および、それを内包している 2) の「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」の結果も 36 都道府県(84%)で提示された。また、それらに関係した独自調査の結果も 31 都道府県(72%)で提示された。しかし、へき地保健医療計画策定指針で勧められていた「へき地保健医療対策に関する協議会」での調査項目の追加については、その結果が示されたのは 13 都道府県(30%)にとどまった。残念ながら 28 都道府県(65%)では「へき地保健医療対策に関する協議会」が開かれていないか、もしくは開かれても調査項目が追加されておらず、同協議会が有効に機能しているとは言い難かった。しかし少なくとも同協議会が開催されたとしたのは 33 都道府県(77%)に上り、平成 21 年度の「へき地保健医療対策検討会」の報告書にある 8 都道府県(19%)を大きく上回っていた。

(2) 1～7 「へき地保健医療計画策定指針で記載すべきとされた項目について」

「へき地保健医療対策の現状と課題」については先述の調査結果などを用いて 34 都道府県(79%)ですでに十分に記載されており、7 都道府県(16%)では訪問者の助言によりより充実した記載をする方向となった。「へき地保健医療対策の目標」につい

ても 29 都道府県(67%)ですでに十分に記載されており、13 都道府県(30%)では訪問者の助言によりより充実した記載をする方向となった。

都道府県、へき地医療関係者、市町村、住民の役割についてはそれぞれ、26 都道府県(60%)、24 都道府県(56%)、21 都道府県(49%)、16 都道府県(37%)がすでに十分に記載していた。この順に記載に困難が伴うようで、訪問者の助言によってもそれぞれ 2 都道府県(5%)、3 都道府県(7%)、3 都道府県(7%)、6 都道府県(14%)は記載する方向とはならなかった。

「へき地医療支援機構を設置するための検討内容」についてはへき地保健医療計画策定指針でも重要視されていたが、へき地医療支援機構がすでに設置されているとした 29 都道府県(67%)を除く 14 都道府県(33%)のうち、7 都道府県(16%)はすでに十分に記載されており、4 都道府県(9%)では訪問者の助言により充実した記載をする方向となった。設置するための検討が行われていなかった 3 都道府県(7%)はすべて訪問者の助言により検討を行う方針となった。

(2) 8～19 「へき地医療支援機構の役割の強化についての検討内容」

「へき地医療支援機構の役割の強化についての検討内容」についてもへき地保健医療計画策定指針で重要視されており、各役割について確認した。「へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関すること」や「へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請」などは 20 都道府県(47%)以上が既に十分な記載がしてあり、訪問者の助言によっても検討する方向とはならなかったのは 2、3 都道府県(5、7%)のみであったのに対し、「へき地医療支援に従事する医師に対する研究費の配分」については十分な記載があったのは 6 都道府県(14%)にとどまり、訪問者の助言によっても検討する方向とはならなかった都道府県は 12 都道府県(28%)に上った。また、「へき地医療機関へ派遣する医師を確保するドクタープール機能」と「へき地で勤務する医師のキャリアパスの構築」についてはそれぞれ 14 都道府県(33%)、15 都道府県(35%)のみが十分に記載をしていたのに対し、ともに 10 都道府県(23%)が検討はしてあるものの記載をしておらず、訪問者の助言によって記載する方向となっており、各都道府県の実状を踏まえてへき地保健医療計画に記載する困難さ

を表していると考えられた。

(2) 20~32 その他の「へき地保健医療計画策定指針で記載すべきとされた項目について」

「専任担当官の機能向上のための取組」についてすでに十分に記載されていたのは 10 都道府県 (23%) にとどまった。しかし 19 都道府県 (44%) では訪問者の助言により、充実した記載をする方針となった。具体的には、専任担当官の複数化や現地視察、市町村長との意見交換などの記載について助言を行った。

「へき地医療支援機構が派遣する医師を確保するために関係者が連携して対応する方策」と「医師の育成過程等におけるへき地医療への動機付けについての取組状況」についてはそれぞれ 27 都道府県 (63%)、28 都道府県 (65%) が既に十分な記載をしており、これらに対する取組が進んできている現状が伺われた。一方「医師の育成過程等におけるへき地医療への動機付けについての今後の取組」と「へき地医療を担う医師のキャリアパスについて、地域の実状にあったキャリアデザイン等の検討内容」については重要視されていたが、十分な記載がされていたのはそれぞれ 19 都道府県 (44%)、12 都道府県 (28%) にとどまった。これらも、検討されていたが記載されておらず、訪問者の助言によって記載する方向となった都道府県がそれぞれ、10 都道府県 (23%)、9 都道府県 (21%) と比較的多く、都道府県の実状を踏まえてへき地保健医療計画に記載する困難さを表していると考えられた。

「へき地医療拠点病院に対する具体的な支援策」、
「へき地診療所に対する支援策」、「IT による診療支援」、「ドクターヘリ等の活用方策」についてはいずれも 23 都道府県 (53%) 以上がすでに十分な記載をしていた。

「へき地等の歯科医療体制に対する支援方策」、
「へき地で勤務する看護師等医療スタッフへの支援方策」については十分な記載がされていたのはそれぞれ 14 都道府県 (33%)、10 都道府県 (23%) のみであり、訪問者の助言により、記載をする、もしくは記載を充実させるとした都道府県はそれぞれ 22 都道府県 (51%)、24 都道府県 (55%) に上った。

(3) 1~3 「改善案について」

「改善案」がすでにへき地保健医療計画に十分に盛り込まれていた都道府県は 30 都道府県 (70%) に上り、不十分なながらも盛り込まれていた都道府県と

併せると 36 都道府県 (84%) にも上った。そのうち第 2 回全国へき地医療支援機構等連絡会議を経て、その「改善案」が十分に改められていたのは 22 都道府県 (51%) に上り、不十分なながらも改められており、訪問者の助言によりさらに充実した記載をする方針となった都道府県と併せると 31 都道府県 (72%) にも上り、3) の「全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援」がへき地保健医療計画策定支援として効果的に作用したことが伺われた。

(5) 1~3 「研究班の活動について」

へき地保健医療計画を策定する上で、「へき地を中心とした地域医療分析等」、「第 2 回全国へき地医療支援機構等連絡会議におけるグループワーク」、「都道府県個別訪問による技術的助言」が非常に有効であったとした都道府県は順に 28 都道府県 (65%)、26 都道府県 (60%)、33 都道府県 (77%) であった。

また、本研究の手法について都道府県担当者等から面談時に聞き取り調査をした内容のまとめを表 2 に示す。いずれも、本研究の手法を評価する意見が多く、へき地保健医療計画策定に役立ったという意見も多く見られた。また、「へき地を中心とした地域医療分析等」における「気付き」、「全国へき地医療支援機構等連絡会議におけるグループワーク」における「他都道府県との意見交換と思考の深化」、「都道府県個別訪問による技術的助言」における「具体的助言」など、それぞれについて研究者らが設定した目的が果たされたと思われる意見も見られた。

一方で改善を求める意見としては「へき地を中心とした地域医療分析等」については回答にかかる手間を問題にした意見や、定義等の曖昧さに対する意見が見られ、今後の課題と考えられた。「全国へき地医療支援機構等連絡会議におけるグループワーク」については時間やグループ編成など運営上の問題に対する意見が出され、今後検討が必要であると考えられた他、ディスカッションが深められなかったなど、手法の問題に対する意見も出され、ファシリテートのあり方についても検討を加える必要があると思われた。「都道府県個別訪問による技術的助言」に対しては、事前にも質疑応答を行いたいという意見があった他は改善を求める意見は出されなかった。

表2 本研究の手法に関する聞き取り調査の結果

	評価する意見など	改善を求める意見など
「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」について	<ul style="list-style-type: none"> ・今までこうした調査は行ったことがなく、全体を把握することができて良かった ・自都道府県の状況を把握する上で大変役立った ・計画策定のためのへき地医療現状調査として活用できた ・協議会での施策の見直しに参考になった ・歯科医療や看護職に関わる課題など多岐にわたる要素に対して対策を講じる必要があることに気付くきっかけとなった 	<ul style="list-style-type: none"> ・手間がかかり大きな負担となった ・質問の内容や定義が曖昧だった ・何を明らかにしたいのかが分からなかった ・趣旨が明確でなく、正確な回答が集まるか疑問であった
「全国へき地医療支援機構等連絡会議時のグループワーク」について	<ul style="list-style-type: none"> ・他都道府県の状況を知ることができて有意義だった ・他都道府県の状況を知ることができて良かった ・他都道府県の進捗状況や実情、問題点等が知れて良かった ・他都道府県の状況を聞いて、自都道府県の方向性が間違っていないことが確認できた ・他都道府県の事情が参考になった ・自分の都道府県だけで悩むよりも、同じ担当同士で情報を共有し互いに相談をすることで自分の県にも取り入れようと思ったり大変参考になることも多かった。 ・グループワークを機会に、連絡を取り合えるようになった ・他都道府県との連携が構築された ・へき地保健医療計画を策定していく上で参考になる点が多かった 	<ul style="list-style-type: none"> ・時間が少なかった ・グループ以外の他の地域の状況も知りたかった ・状況が似通っている他都道府県でのグループワークもしたかった ・自都道府県の状況を述べるだけで、計画策定に役立つようなディスカッションにはならなかった ・意見が言いっぱなしで深められなかった ・へき地保健医療計画に役立つ内容に特化しておらず物足らなかった ・講義が欲しかった
「都道府県個別訪問による技術的助言」について	<ul style="list-style-type: none"> ・個別にゆっくり時間をかけて相談・協議ができた点が良かったと思う ・直接指導を受けながら策定を進めることができて大変役に立った ・記載もれや書き方に困っていた点を丁寧に教えてもらえて大変ありがたかった ・計画の策定項目や他の都道府県の状況について、直接質問ができた ・他の都道府県の情報を知ることができて有意義であった ・他都道府県の現状や課題を知る上で有効だった ・面と向かっては聞けない、他都道府県の状況を教えてもらい、参考になった ・話しにくい内容であっても、少人数の対面方式であり発言しやすかった ・訪問を受けること自体がへき地保健医療計画の策定を進めるきっかけとなって有用であった ・緊張感が増し、しっかりと対応することができた ・大きなインパクトがあった 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問前に質問のやり取り等を行いたかった

D. 考察

1) 「先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討」からは、医師が誇りを失わずに帰属できる場所があり、それが構造として維持されていれば、キャリアパスがうまく機能するということが言えると考えられた。

2) 「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」からは、何より都道府県間の、現状や取組の程度の差の大きさが見て取れた。また、平成 21 年度に行われた「へき地保健医療対策検討会」の報告書に盛り込まれている「へき地医療を担ういわゆる総合医」や「へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援」について各都道府県の実状を踏まえ検討が開始されつつあると考えられた。同じく「へき地医療を担う医師の養成課程における動機付け支援」については、自治医科大学卒業医師に対するものと、それ以外の医師に対するもので取組に差が見られ、改善の余地があると思われた。へき地医療支援機構および専任担当官についても都道府県間で取組の濃淡が著しかったが、まったく実績がないもの以外には、その背景にある事情も考慮する必要があるのではないかと思われ、今後は現在行われている取組、およびそれを担っている組織を活かす方向で検討をする必要もあると思われた。へき地での診療経験を評価する仕組みについては都道府県レベルで検討するのが困難である可能性も考えられ、今後全国レベルで検討する必要性もあると思われた。また、少数ながら具体的に有効と思われる取組の工夫も見られ、他都道府県の参考になると思われた。さらにへき地診療所等現場からの多くの要望・意見も参考になるものと思われた。

3) 「全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援」について、おそらく国が主催し、都道府県関係者が参加する会議で、グループワークを行ったのは今回が初めてと思われる。しかし、ファシリテーターの報告を見る限り、進行上の大きなトラブルはなく、時間的制約はあったが、十分な意見交換等が行えたと思われる。また、限界はあるが、4) の都道府県個別訪問時の聞き取り調査の結果を見ると、このグループワークでの意見交換は他都道府県の状況を知るのに有効であったと評価されており、また、多くの都道府県でこのグループワークを通して「課題・改善案」が見直されて第 11 次へき地保健医療計画に反映されていることを考えると、これらの手法

が、より充実したへき地保健医療計画を策定するのに有効な方法であったものと考えることが出来ると思われる。

4) 「都道府県個別訪問による技術的助言」では、都道府県担当者と面談しながら詳細にへき地保健医療計画案を吟味することが出来、不足のある場合には、都道府県の事情を勘案した上で具体的な助言を行うことが出来たと思われ、へき地保健医療計画の策定支援として最も有効であったと思われる。

また、いくつかの都道府県では厚生労働省職員にも同行してもらったが、都道府県へき地保健医療計画策定の実状を理解してもらうのに役立ったと思われる。

また、聞き取り調査であるため限界はあるが、本研究の手法は都道府県関係者に評価されていることが伺われた。

E. 結論

都道府県によりへき地とへき地医療を取り巻く現状には大きな差があることが分かった。研究者らは、既存の構造を活かす特徴的な事例を参考として示し、現状を自ら調査してもらうことで気づきを促し、他都道府県との交流で考えを深化してもらい、その上で個別の事情に配慮した助言を行った。これらの方法の有用性については更なる調査が必要と考えられるが、一つの流れを提示、実行し、少なくとも都道府県担当者には一定の評価を受けたものとする。

今後は第 11 次へき地保健医療計画の内容の吟味を行うなど、これらの手法の有用性についての検証を行う必要があると思われる。

また、研究者らは直接面談などのコミュニケーションを重視したが、これらの特徴的手法は他の主体性を必要とする取組にも応用できる可能性があると思われ、今後更なる検討が行われるべきと考える。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

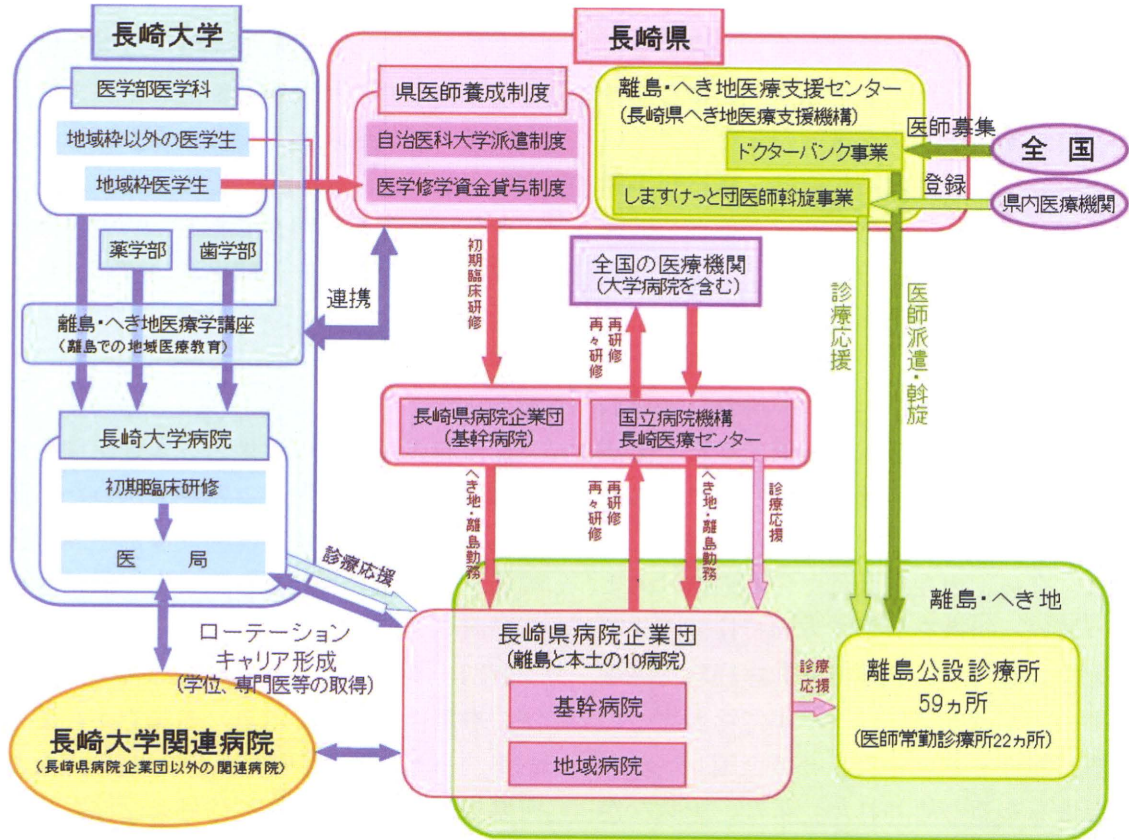
該当なし

資料 1

先進的なへき地保健医療対策の取組事例についての解説

1. 長崎県

《長崎県の離島医療体系図》



I 長崎県の医療の現状

長崎県は大小約 600 の島々を有し、その面積は県土全体の 39%を占める全国一の離島県である。うち有人島は 55 を数え、そこに県人口の 10.3%にあたる 151,826 人が暮らしている (平成 17 年の国勢調査)。

平成 18 年の長崎県医療統計によると、人口 10 万人当たりの医師数は、全国が 217.5 に対し、長崎県全体では 269.8 と上回っている。内訳は、県本土地区 284.0 に対し、離島は 147.1 と明らかに少ない状況となっている。

さらに県内の地域別に医師数を比較すると、都市部では全国平均を大きく上回っているが、周辺の半島地域及び離島では 120~160 であり、医師の地域偏在は顕著である。

II これまでの経緯～長崎県離島医療圏組合から長崎県病院企業団へ ＜設立の背景＞

長崎県の離島においては、昭和 20 年代は保健船による巡回診療、30 年代はへき地診療所の設置と大学病院などの協力による巡回診療の充実が図られたが、地理的ハンディに加え、乏しい医療資源と慢性的な医師不足で、満足できる医療の確保にはほど遠い状態であった。

そこで、昭和 35 年ころ、長崎県衛生部は、離島の保健医療を本土並みに充実させるためにプロジェクトチームを設置し、離島の市町村が行ってきた病院や診療所の経営と、県が行ってきた保健医療対策を一体化させ、限りある医療資源、医療財政の有効活用により、良質の地域医療を展開するための「医療圏」構想を立ち上げた。

つづいて、医療の充実を図るため、基幹病院の施設の老朽化解消や増床、医療機器の整備を行なった。

昭和 43 年(1968 年) 4 月に、「医療圏構想」の仕上げとして病院運営・経営の基盤整備を行う組織として、県と離島の市町村が一体となって病院経営をする地方自治法上の特別地方公共団体（一部事務組合）である「長崎県離島医療圏組合」が設立された。

これにより県と離島関係市町の協力体制が確立し、基幹病院の施設・設備を充実することができ、離島医療が大きく向上した。

<長崎県病院企業団>

平成 21 年 4 月に、離島医療圏組合病院と県立病院を所轄する組織として、長崎県病院企業団(地方自治法上の特別地方公共団体)が設立された。県と島原地域(半島部)、五島地域および対馬地域の 5 市 1 町が共同体を形成して運営することとなった。

Ⅲ 長崎県の医師養成制度 医学修学金貸与制度および自治医科大学派遣制度

<背景>

医療の向上には医師の確保が不可欠であるため、昭和 45 年より全国に先駆けて県独自の「医学修学金貸与制度」により、医師の養成を行った。昭和 47 年からの「自治医科大学派遣制度」と合わせて、毎年 4～6 名の医師を養成している。

<制度の概要>

表 1 に、昭和 45 年に始められた県独自の「医学修学金貸与制度」と昭和 47 年からの「自治医科大学派遣制度」との対比を示す(表 1)。共に大学医学部の修学資金を貸与し、卒業後一定期間離島・へき地に勤務することを義務づけた制度であるが、相違点として「長崎県医学修学資金貸与制度」は国立大学相当額の入学金・授業料以外に生活費・図書費の貸与も行い、義務年限は貸与期間の 2 倍とされている。また、出身県・在籍大学に特に制限が無く、離島医療に情熱を傾ける医学生に対し、広く門戸を開放して募集している。