

201129002B

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～平成23年度 総合研究報告書

研究代表者 梶井 英治  
平成24（2012）年3月

## 目 次

I. 総合研究報告	
1. 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	
2. へき地医療拠点病院の評価指標に関する研究	14
澤田努、今道英秋	
（資料1）第11次都道府県へき地保健医療計画についての評価基準	18
3. へき地医療拠点病院の教育機能の評価に関する研究	30
澤田努、神田健史	
4. へき地等の歯科医療体制に関する研究	32
神田健史、角町正勝	
（資料2）へき地における歯科診療に関するアンケート調査（都道府県）についての資料	40
（資料3）へき地における歯科診療に関するアンケート調査（市区町村）についての資料	42
（資料4）へき地における歯科診療に関するアンケート調査（都道府県）結果	46
（資料5）へき地における歯科診療に関するアンケート調査（市区町村）結果	54
5. へき地における看護の充実に向けたへき地医療拠点病院の看護の現状と課題に関する研究	100
春山早苗 他	
（資料6）調査紙（看護部長用）	140
（資料7）調査紙（師長用）	147
（資料8）調査紙（主任・スタッフ用）	151
（資料9）意見・感想	155
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	159
III. 研究成果の刊行物・別刷	161

1. 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

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、へき地医療の確保、向上に寄与してきた。平成 22 年度で終了した第 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ことが推奨されていたが、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「へき地医療対策に関する協議会」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、実情に即した独自の計画を策定することは必須と考えられ、推奨されるべきことと考えられる。しかし、国の指針に対する都道府県の対応がこ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かったが、研究者らは、都道府県の計画策定に関するノウハウ不足、他都道府県の状況や取組などに関する情報不足などの技術的側面がこの原因ではないかと考え、第 11 次へき地保健医療計画策定年度である平成 22 年度より、都道府県の第 11 次へき地保健医療計画の策定支援を行う研究を計画・実施した。

具体的には、1. 先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討と提示、2. へき地を有する全都道府県を対象とした「へき地保健医療計画策定のためのへき地を中心とする地域医療分析等」調査とその結果の還元による計画策定の基礎となる調査項目の提示、3. 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の手法を用いた都道府県間の意見交換、4. 各都道府県への個別訪問による助言等、他に類を見ない画期的な技術的支援を行った。さらに、これらの技術的支援を受けて策定された第 11 次へき地保健医療計画の吟味・評価と、その後の追跡も行い、これらの手法の実効性についても検証を加えた。

先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討では、都道府県の実情を考慮し、医師が誇りを失わずに帰属できる場所を構造として維持することが重要であると示すことができ、へき地を中心とした地域医療分析等の調査では、第 11 次へき地保健医療計画策定に際し必要となる現状分析項目を示して都道府県の調査を促すことが出来た。また、グループワークの手法を用いた全国へき地医療支援機構等連絡会議における都道府県間の意見交換や都道府県個別訪問による技術的支援では、直接的・個別的な意見交換により、課題の抽出と対策の深化を図ることが出来た。

結果、36 都道府県（84%）で第 11 次都道府県へき地保健医療計画の策定を促すことができ、また、「へき地医療対策に関する協議会」も数多くの都道府県での開催を促すことができた。また、研究者らの手法について、都道府県担当者に対する調査では、いずれの手法に対しても 75%前後の担当者が「有効だった」と回答しており、一定の評価を得ることができた。しかし、策定された第 11 次へき地保健医療計画の吟味では、内容の具体性に関して都道府県の較差は大きく、ボトムアップが今後の課題であると考えられた。

さらに、研究者らは他に、へき地保健医療対策検討会報告書の具現化を目的とし、「へき地医療拠点病院の評価指標に関する研究」、「へき地医療拠点病院の教育機能の評価に関する研究」、「へき地等の歯科医療体制に関する研究」、「へき地における看護の充実に向けたへき地医療拠点病院の看護の現状と課題に関する研究」、「へき地医療に従事する医師の資格・認定に関する研究」も行い、一定の結果を得ることが出来た。

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バイオサイエ 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 客員研究員
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

研究協力者氏名・所属研究機関および職名

中澤勇一	信州大学医学部地域医療推進学講座 准教授
角町正勝	社団法人日本歯科医師会 前理事
春山早苗	自治医科大学看護学部地域看護学 教授
古城隆雄	自治医科大学地域医療学センター地 域医療学部門 助教
森田喜紀	自治医科大学地域医療学センター総 合診療部門 臨床助教

はじめに

研究者らの2年間の研究活動を俯瞰したものを図1に示す。期間中、都道府県のへき地保健医療関係者に種々のアプローチで接触した、「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」が研究の中心であり、これには全ての研究分担者、研究協力者が関わった。一方、「へき地医療拠点病院の評価指標に関する研究」、「へき地医療拠点病院の教育機能の評価に関する研究」、「へき地等の歯科医療体制に関する研究」、「へき地における看護の充実に向けたへき地医療拠点病院の看護の現状と課題に関する研究」、「へき地医療に従事する医師の資格・認定に関する研究」については、全体での議論は全ての研究分担者、研究協力者で行ったが、それぞれの研究自体は個別の研究分担者、研究協力者が中心となって行った。

本報告では、「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」について中心的に報告し、他の研究については別章を設けて詳細に報告する。

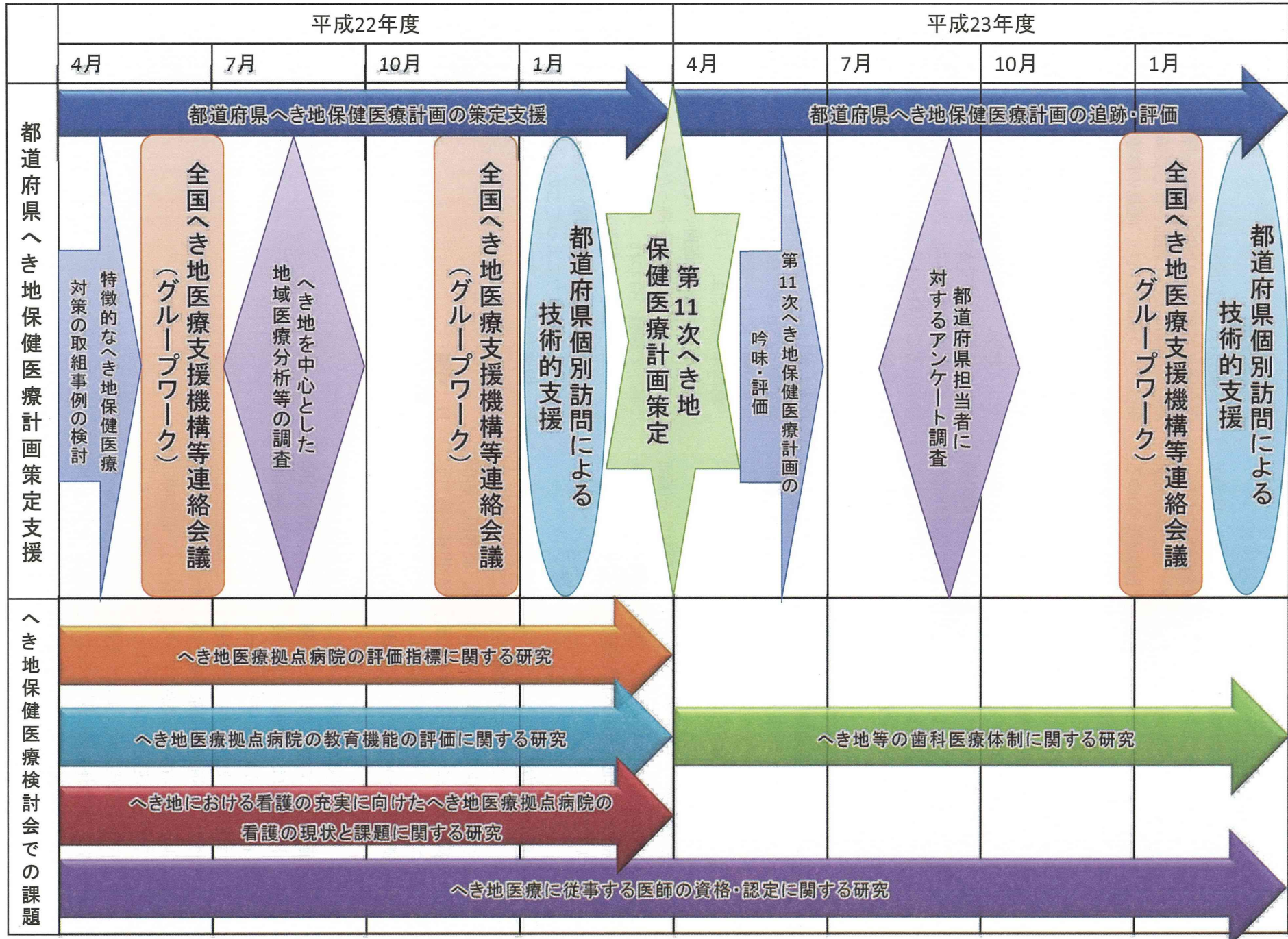
「都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究」は5つの段階で構成されている。「先進的なへき地保健医療対策の取組事例の

検討」、「へき地保健医療計画策定のためのへき地を中心とする地域医療分析等」、「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」、「各都道府県への個別訪問による技術的助言」、「第11次都道府県へき地保健医療計画についての吟味・評価」の5つの取組がそれで、さらに「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」と「各都道府県への個別訪問による技術的助言」の2つは2年度にわたり行い、都道府県の取組を追跡した。

「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」の概要について説明する。まず、「先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討」により得られた「都道府県の実情を考慮し、医師が誇りを失わずに帰属できる場所を構造として維持することが重要である」との知見と、計画策定の基礎となる情報を得るための「へき地保健医療計画策定のためのへき地を中心とする地域医療分析等」の調査項目を、平成22年5月の「全国へき地医療支援機構等連絡会議」で示した。次に「へき地保健医療計画策定のためのへき地を中心とする地域医療分析等」結果の回収の後、平成22年12月の「全国へき地医療支援機構等連絡会議」でグループワークを行い、都道府県関係者に他都道府県との意見交換や、課題解決法の理解を促した。そして平成23年1月～2月に全都道府県を対象に「個別訪問による技術的助言」を行った。そして、平成23年度は、引き続き「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」と「各都道府県への個別訪問による技術的助言」を行いつつ、「第11次都道府県へき地保健医療計画についての吟味・評価」を行った。

各々の取組の詳細については次項以降別に報告するが、これらの取組により、平成23年度末の時点で、36都道府県(84%)で第11次都道府県へき地保健医療計画が策定され、また、都道府県担当者からも、研究者らの手法について好評価を得ることができ、当初の目的に対し一定の結果を出すことが出来たと考える。一方で、策定された第11次へき地保健医療計画の吟味からは、都道府県間の差が依然大きいことが明らかになり、今後はボトムアップが重要な課題であると考えられた。研究者らは、これらの課題の解決のため、引き続き「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」や「各都道府県への個別訪問による技術的助言」を行い、都道府県の取組の追跡を行う必要があると考える。

図1 研究全体のロードマップ



## A. 研究目的

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。

## B. 研究方法

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。

なお、以降の取組すべてに共通する倫理面への配慮としては、アンケート調査等では、個人に関わる情報は一切聴取せず、また、結果は都道府県名等が分からない形で集計し、必要に応じて公開する旨を文書で示し、回答をもって承諾とした。また、都道府県関係者等との面談では、その公表時に面談者個人が特定できない形とし、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ダードアローンの端末で扱い、データのやり取りは

## C. 研究結果

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2)。

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にしているものの、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3)。

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4)。

## D. 考察

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。

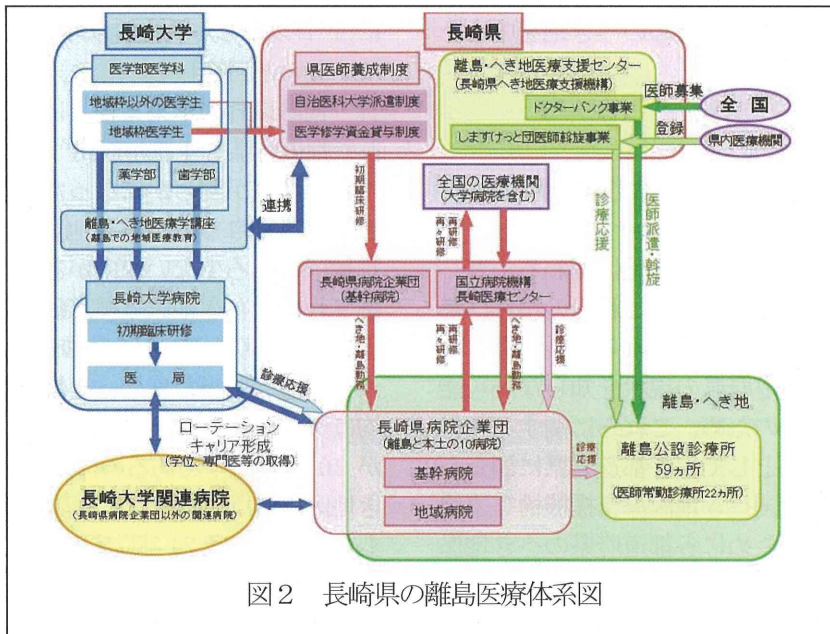


図2 長崎県の離島医療体系図

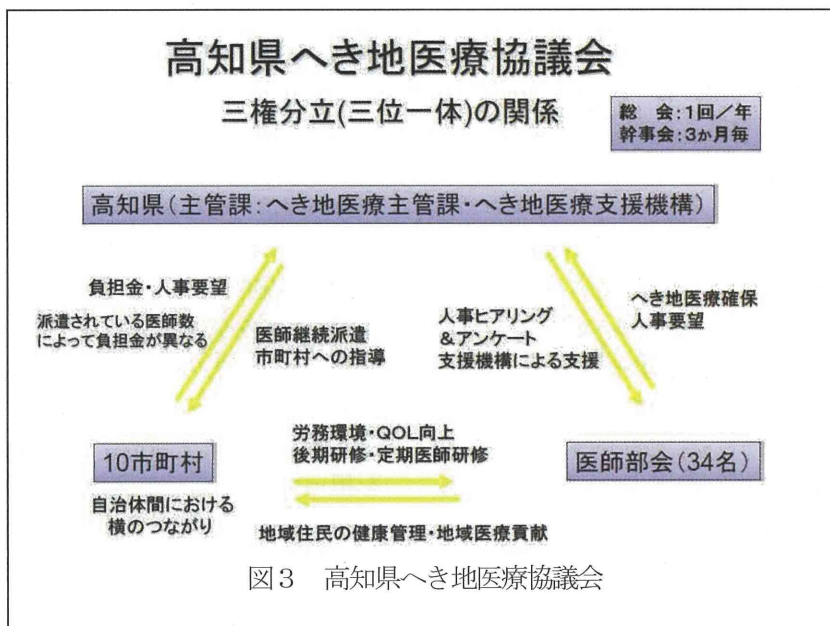


図3 高知県へき地医療協議会

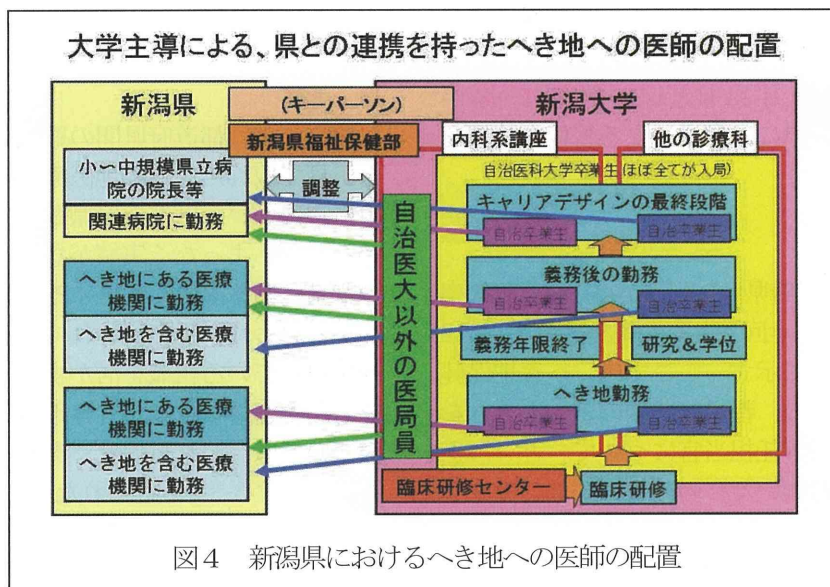


図4 新潟県におけるへき地への医師の配置

へき地保健医療計画策定のためのへき地を中心とする地域医療分析等

#### A. 研究目的

平成 21 年度のへき地保健医療対策検討会では、へき地保健医療計画に盛り込むべき項目として「へき地医療支援機構の機能強化に関わること」等が強調されていた。しかし、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、場合によっては担当者が自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目的として、各都道府県に調査を依頼した。また、全国へき地医療支援機構等連絡会議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。

#### B. 研究方法

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。

始めにパイロット調査を行って調査項目を決定した。項目には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」等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 日に郵送で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だ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。

#### C. 研究結果

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。全回答とその集計結果は平成 22 年度総括報告書に示す。ここでは、へき地保健医療に関する取組の、都道府県間の差の大きさを表わす例として「専任担当官について」と「へき地医療拠点病院について」の結果の一部のみを示す。

専任担当官の業務別専従日数の結果を図 5～図 7 に示す。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。多い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。

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。しかし、多くの都道府県が 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 都道府県もあり、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。

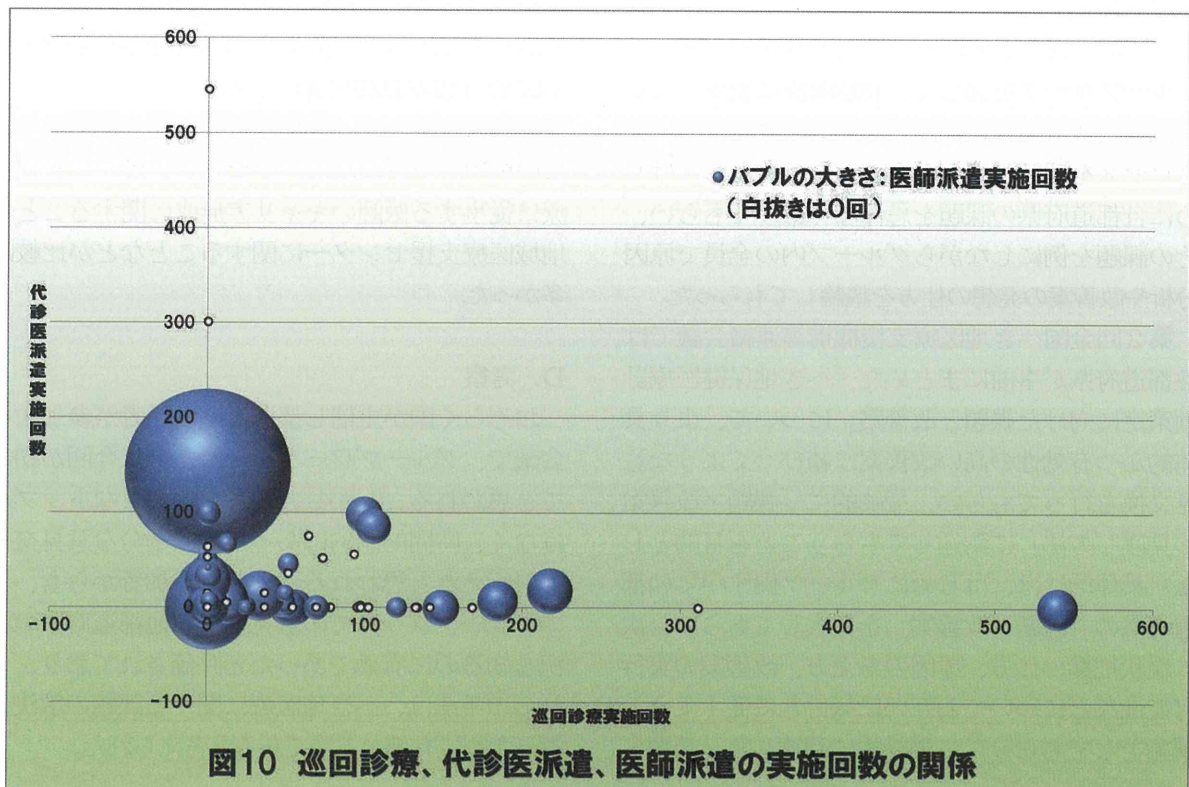
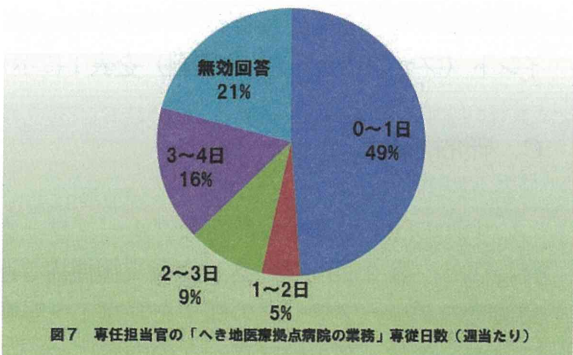
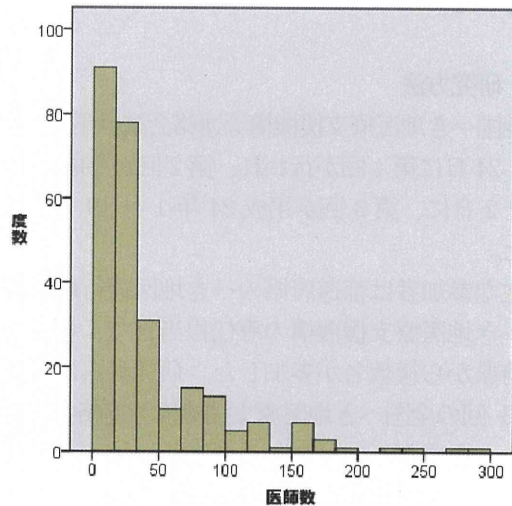
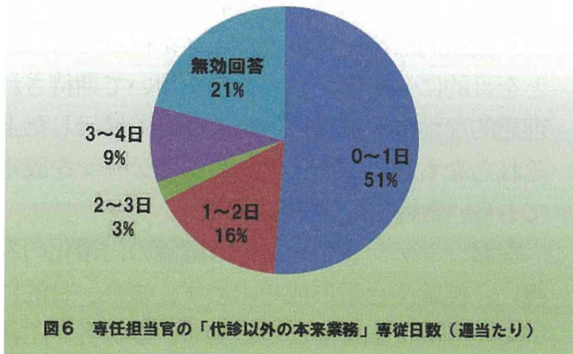
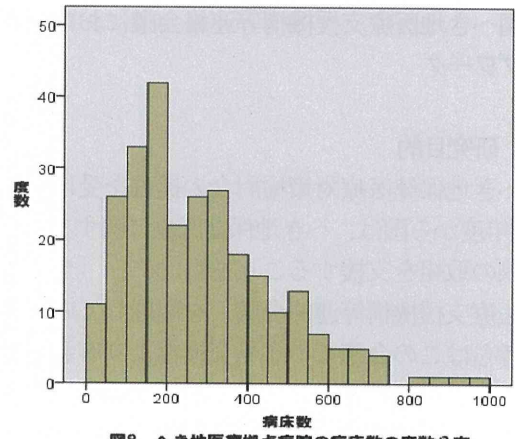
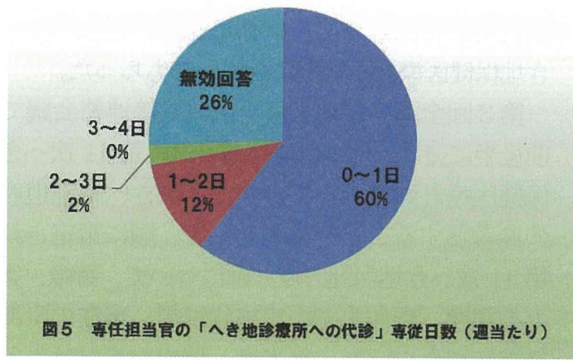
へき地医療拠点病院の病床数と医師数の度数分布を図 8、図 9 に示す。へき地医療拠点病院の病床数と医師数の平均はそれぞれ、281.1 床と 42.5 人であったが図で見るとその分布は多い方にすそ野の広い分布を示していた。

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 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。これらより、巡回診療、代診医派遣、医師派遣のすべての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 事業のみを行っていると言えた。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も存在することが明らかになった。

#### D. 考察

調査からは都道府県間の取組の程度の差の大きさが見て取れた。へき地医療支援機構および専任担当官については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、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。へき地医療拠点病院の取組については、これらのデータを基にその評価指標を検討するべきと思われた。





## 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

### A. 研究目的

へき地保健医療対策検討会の提言を受け、平成22年度から国は、へき地保健医療に関する各都道府県の取組を支援することを目的に、「全国へき地医療支援機構等連絡会議」を開催している。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、各都道府県のへき地保健医療に関する課題を掘り下げ、さらに、追跡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。

### B. 研究方法

全国へき地医療支援機構等連絡会議は平成22年5月24日に第1回が行われ、第2回が平成22年12月2日に、第3回が平成24年1月19日に行われた。

主な参加者は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で、多くの都道府県から複数名が参加した。研究者らは継続的に3回の全国へき地医療支援機構等連絡会議に参加し、主に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6,7グループ(1グループあたり4~9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。

第1回全国へき地医療支援機構等連絡会議ではグループワークを通して、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。

第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議では、各都道府県が事前にまとめた「へき地保健医療計画策定に向けた課題と改善案」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に促すような議論をしてもらった。最終的に到達した「課題・

改善案の見直し方法」は都道府県に持ち帰り、へき地保健医療計画策定に活用してもらった。

第3回全国へき地医療支援機構等連絡会議では、前後半に分け、前半は他都道府県の第11次へき地保健医療計画についての状況を聞き、自都道府県の参考とすることを目的として、順に策定された第11次へき地保健医療計画について、特徴、実行上の課題、現在までの実施状況等、現在の状況を発表してもらった。後半は、情報交換だけにとどまらず、へき地保健医療を取り巻く課題について、より創造的なディスカッションを行ってもらうことを目的に、あらかじめ資料を用いて期待される理想的な地域医療提供体制について提示した上で、それらをもとにグループで自由にテーマを設定してもらい議論を行ってもらった。

なお、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、目的について一方的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した。第2回全国へき地医療支援機構等連絡会議時のファシリテートのポイント(ファシリテーターの資料)を表1に示す

### C. 研究結果

いずれの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。なお、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は平成22年度総括報告書および平成23年度総括報告書に示す。

第3回後半の「へき地医療を取巻く課題についての検討」で選ばれたテーマとしては、へき地医療に従事する医師のキャリア形成に関することや、地域医療支援センターに関するなどが比較的多かった。

### D. 考察

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、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、参加者からも、このグループワークでの意見交換が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、これらの手法は、へき地医療に関する課題の解決を探るために有効な方法であると考えられた。

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



写真1



写真2



写真3



写真4

## 各都道府県への個別訪問による技術的助言

### A. 研究目的

平成 22 年度は、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都道府県へき地保健医療計画案が記載されているか確認しつつ、具体的にへき地保健医療計画策定支援を行うことを目的として、直接各都道府県を訪問した。また、同時に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行った。

平成 23 年度は都道府県の取組を継続的に追跡することを目的として、希望を募った上で、各都道府県を訪問し、具体的なへき地保健医療行政全般の課題について技術的助言を行った。

### B. 研究方法

研究者らは平成 23、24 年とも 1、2 月に都道府県を個別訪問し技術的助言を行った。個別訪問は研究分担者と研究協力者で 1 人数都道府県を担当し、場合によっては 1 都道府県に 2 人が訪問した。平成 22 年度はいくつかの都道府県で厚生労働省職員にも同行して頂いた。また、平成 22 年度はへき地を有するすべての都道府県に訪問し、平成 23 年度は希望のあった 9 都道府県のみ訪問した。

技術的助言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の専任担当官と直接面談して行った。内容としては都道府県担当者が希望する当該都道府県のへき地保健医療に関する課題についてのディスカッションを中心とし、平成 22 年度はへき地保健医療計画案が「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」等を十分踏まえているかどうかの確認と本研究の手法の有効性についての聞き取り調査も行った。

### C. 研究結果

訪問した研究分担者・研究協力者が、個別訪問時の内容をまとめたものはそれぞれ平成 22 年度および平成 23 年度の総括報告書に示す。いずれの都道府県でも全国会議の場や文書ではディスカッション出来ない、具体的かつ詳細な議論が行われていた。また、更に追跡を要すると思われる課題も抽出されていた。さらに、平成 22 年度に行った聞き取り調査の結果は 100%回収され、その全ての結果も平成 22 年度総括報告書内に示す。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。

### D. 考察

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、これは厚生労働省職員に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も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。

また平成 23 年度は 9 都道府県のみだったが、いずれも内容の濃い議論が行われ、今後も追跡を必要とすると思われると同時に、場合によっては他都道府県への紹介も検討するべきと思われた。

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"> <li>・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</li> <li>・自都道府県の状況を把握する上で大変役立った</li> <li>・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</li> <li>・協議会での施策の見直しに参考になった</li> <li>・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性があることに気付くきっかけとなった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手間がかかり大きな負担となった</li> <li>・質問の内容や定義が曖昧だった</li> <li>・何を明らかにしたいのかが分からなかった</li> <li>・趣旨が明確でなく、正確な回答が集まるか疑問であった</li> </ul>
「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"> <li>・他都道府県の状況を知ることができて有意義だった</li> <li>・他都道府県の状況を知ることができて良かった</li> <li>・他都道府県の進捗状況や実情、問題点等が知られて良かった</li> <li>・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</li> <li>・他都道府県の事情が参考になった</li> <li>・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。</li> <li>・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</li> <li>・他都道府県との連携が構築された</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間が少なかった</li> <li>・グループ以外の他の地域の状況も知りたかった</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・意見が言いつばなしで深められなかった</li> <li>・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</li> <li>・講義が欲しかった</li> </ul>
「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"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・他都道府県の現状や課題を知る上で有効だった</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・緊張感が増し、しっかりと対応することができた</li> <li>・大きなインパクトがあった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問前に質問のやり取り等を行いたかった</li> </ul>

## 第 11 次都道府県へき地保健医療計画についての吟味・評価

### A. 研究目的

研究者らの手法の、より本質的な効果の検討を目的として、これらの手法を活用して策定された第 11 次へき地保健医療計画についての吟味と、その実行に関するアンケート調査を行った。

また、研究者らの手法に対する都道府県担当者からの評価を、より妥当性が高いデータで得ることを目的として、都道府県担当者を対象とした自記式アンケート調査を行った。

### B. 研究方法

第 11 次へき地保健医療計画についての吟味では公開もしくは、平成 23 年度中に都道府県から厚生労働省に提出された 36 都道府県の第 11 次へき地保健医療計画を対象とした。公平さを保ちつつ都道府県ごとの実状に沿った吟味を行うため、当該都道府県の状況・課題等に詳しい研究分担者・研究協力者が、実状や課題、もしくは前年度の技術的支援が反映されているかについてコメントをつける方法と、特に詳細を知っている都道府県のない研究協力者一人が、へき地保健医療計画策定指針を基に作成された評価項目について 4 段階で評価する方法の 2 つを行った。

また、へき地保健医療計画の実現性についての評価のため、計画に基づいた事業の担当責任者や、スケジュールなど、計画実施のための基本的要点を都道府県に確認するアンケート調査も行った。

アンケートは、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ことになっていた 43 都道府県を対象とし、平成 23 年 7 月 1 日に郵送により依頼し、締切は平成 23 年 8 月 19 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 1 回行った。

さらに同一アンケート内に、研究者らのそれぞれの手法に対して 5 段階で評価する項目も含めた。

### C. 研究結果

当該都道府県の実情に詳しい研究分担者・研究協力者によるコメント、都道府県を対象としたアンケート結果等、すべての結果は平成 23 年度総括報告書に示す。ここでは独立した研究協力者による評価のうち、都道府県ごとの評価の割合を図 11 に示す。この結果から分かるように都道府県間にはその評価に大きな開きがあり、具体的な内容の記載が行われている項目が全項目の 7 割以上に及んでいる都道府県も複数ある一方、具体的な記載がされた項目が全くないと評価された都道府県や、

逆に記載されていないと評価された項目が 7 割弱に及ぶ都道府県も存在した。

都道府県を対象としたアンケート調査は、最終的に 38 都道府県から回答があり、回収率は 88.4%であった。第 11 次へき地保健医療計画を策定した都道府県のうち、すでに開始されている事業があるとした都道府県は 14 都道府県であったが、その実行に関して個別の事業計画のスケジュールおよび担当者・責任者を定めているとした都道府県は、共にわずか 5 都道府県のみであった。

また研究者らの手法に対する評価では、いずれの取組についても「全く有効ではなかった」と回答した都道府県はなく、「非常に有効だった」と「まずまず有効だった」と回答した都道府県を合わせるとおおよそ全体の 75%程度となった。

### D. 考察

独立した研究協力者による評価結果は、ある程度都道府県間の比較に用いることが出来ると思われるが、都道府県間の差は非常に大きいものであり、極めて低い評価であった数都道府県には、今後、積極的・集中的に技術的支援を行っていく必要があると思われた。

都道府県を対象としたアンケート調査からは、いわゆる PDCA サイクルのような進捗管理が十分に なされていない状況が明らかになった。

### E. 結論

都道府県の追跡と第 11 次へき地保健医療計画の評価からは、都道府県の較差が大きいことが見て取れた。熱心な取組をしている都道府県はより深く課題を掘り下げること成功し、より具体的な事業を実施していると思われる一方、課題の把握さえままならない都道府県もあると思われた。研究者らの手法は一定の評価を受けたと考えられるが、その効果は前者の都道府県により強く、後者の都道府県にはより弱く作用している印象がある。今後、グループワークや都道府県個別訪問の手法について細部の検討を行い、また、スケジュール管理等の計画進捗管理法についても検討し、よりボトムアップにつながる手法となるよう検討する必要があると思われた。

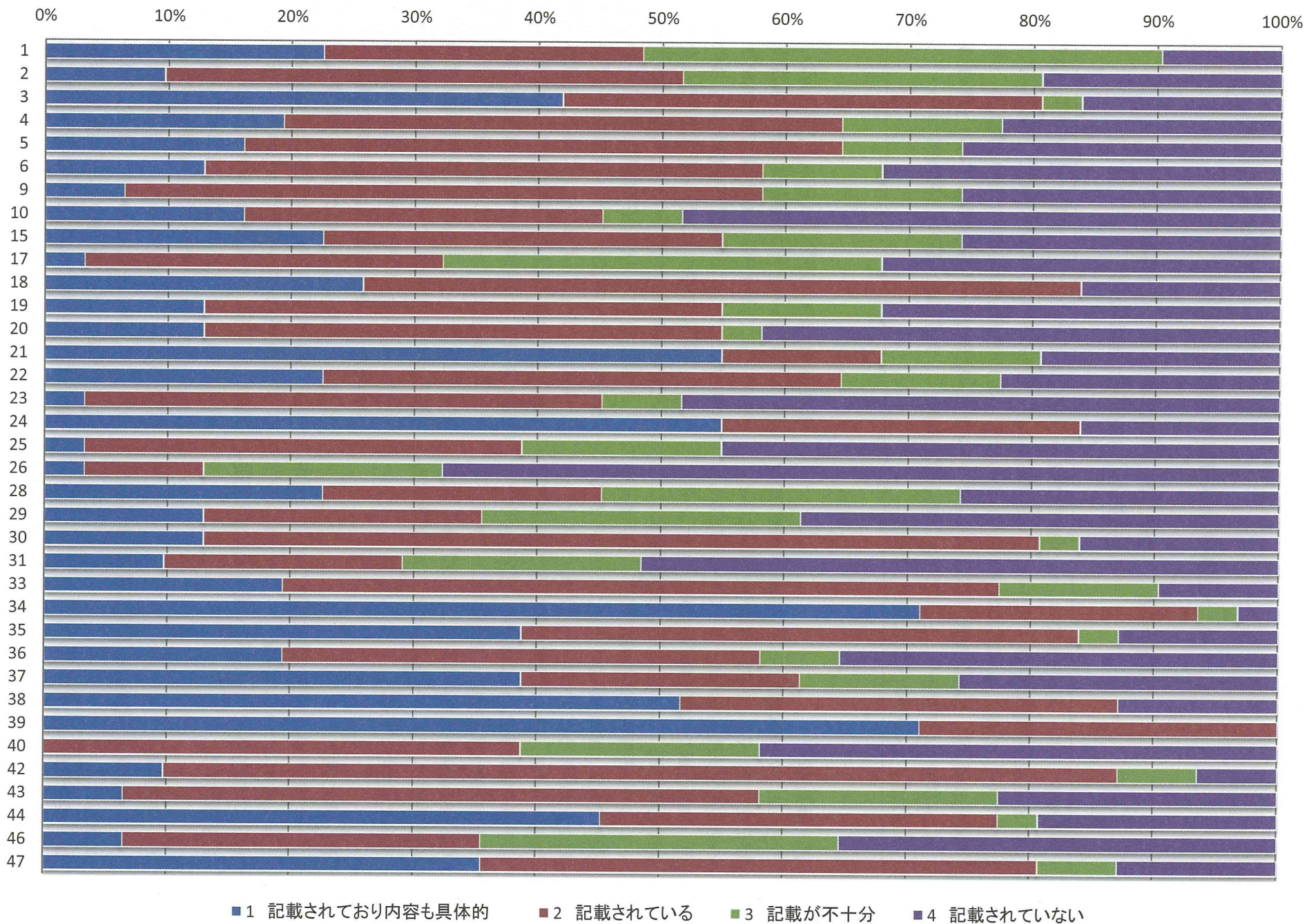
### F. 研究発表

該当なし

### G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

該当なし

図11 第11次都道府県へき地保健医療計画の評価(都道府県ごと)



2. へき地医療拠点病院の評価指標に関する研究

研究分担者 澤田 努 高知医療センター地域医療科  
今道英秋 自治医科大学救急医学

研究要旨 今回、当研究班では、へき地医療拠点病院の指定を受けていても、実際に代診や医師派遣などのへき地医療支援実績がほとんどない医療機関もあり、次期計画では指定要件の見直しを図る必要があると考え、医師不足の深刻な状況下にもかかわらず、へき地医療拠点病院事業における無医地区巡回診療や医師派遣、代診医派遣、遠隔医療などのへき地医療支援業務を一生懸命頑張っているへき地医療拠点病院を改めて評価し、支援回数別に補助金額を差別化し、支援実績が多いほど補助金によるメリットも大きくなる基準について検討した。

A. 研究目的

これまでの計画では、へき地医療拠点病院の指定を受けていても、実際に代診や医師派遣などのへき地医療支援実績がほとんどない医療機関もあり、次期計画では指定要件の見直しを図る必要があると考える。しかしながら、現実問題として、これらの医療機関では地域医療を担う医師不足が深刻であり、医師を派遣するどころか自らの医療機能を維持するだけで精一杯の状況であるといった現状がある。そんな過酷な状況下で無医地区巡回診療や医師派遣、代診医派遣、遠隔医療などのへき地医療支援業務を一生懸命頑張っているへき地医療拠点病院を改めて評価し、支援実績に応じた補助金によるメリットが得られる方策を導き出すことを目的とする。

B. 研究方法

へき地医療拠点病院の評価指標について、対象となる項目についての調査、シミュレーションをもとに試案を作成し、関係者の意見を踏まえて提言を作成する。

C. 研究結果

1. 3 支援事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の状況

1) 度数分布

3つの支援事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）について、各施設あたりの活動状況を分析した。

支援実績に対する基準（月 1 回以上、週 1 回以上、年 100 回以上）の適合性を検討するため、支援実績を 100 回までは 10 刻み、1000 回までは 100 刻み、1000 回以上にわけて度数分布を作成した。度数がなかった階級を補完して同一の形式でグラフを描くと資料 8 の表 1 に示すグラフとなる。こうすると 3 事業でかなり分布の様子が異なることがわかる。共通している点は、1 件も支援を行っていない拠点病院がもっとも多いことである。無回答は 0 件として集計を行った。巡回診療については 166 施設（63.1%）、医師派遣では 141 施設（53.6%）、代診医師派遣にいたっては 180 施設（68.4%）が 1 件の支援も行っていない。巡回診療と医師派遣については 0 件の次に「100～199 件」の階級が多かった。「50～59 件」の階級も比較的回答数が多かったが、支援実績に対する基準の関係で 53 件以上を目指しているのかどうか検討すると、50-52 件が大半を占め、現実的に支援可能な範囲で支援業務を行っていると考えられた。同様に 13 件以上を目指している傾向は認められなかった。巡回診療については 20 度数以上行っている階級はなく、200 件以上行っている施設はわずかで階級間のばらつきが小さかった。一方、医師派遣については、1000 件以上、700 件、600 件、500 件のところもあれば、1-9 件のところもあり、支援件数にばらつきが大きかった。代診医師派遣に関しては、基本的に要請があつて派遣するということであるので、100 件未満の施設が大半を占めてい



た。10000 件以上対応しているのは島根大学附属病院である。巡回診療と医師派遣と異なり、1-9 件が 0 件に次いで多く、階級が上がるにしたがって、度数が少なくなっていた。代診医師派遣についても、支援実績に対する基準の関係で、13 件以上、53 件以上を目指しているのかどうか検討したが、10-12 件、50-52 件のほうが多く、現実的に支援可能な範囲で支援業務を行っていると考えられた。

以上から分かるとおり、支援事業間でかなりの違いがあり、「月 1 回以上、週 1 回以上、年 100 回以上」というような一律の基準では実際の支援の状況をうまく反映できない可能性が唆されると考えられる。特に代診医師派遣については、年 100 回以上という基準にあてはまる施設はごく少数である（表 1 参照）。

## 2) 四分位値の算出

上記の度数分布から、正規分布ではないことが判明した。今後、各事業間での比較を行う際に、階級を層別する基準点を求めるため四分位値を算出した。データの 0 と無回答を除外し、有効回答を小さい順に並べた際の累積度数が全体の 25%、50%、75%となる点をそれぞれ四分位値 1、2、3 とし、最小値を四分位値 0、最大値を四分位値 4 とした。四分位値 2 は、中央値(メジアン)と同じである（表 2 参照）。

この結果、最小値はいずれも 1 であった。なかなか年間 1 回の計画を立てるのも難しいと考えられ、1 回でも支援すれば最低限の補助を受けられるよう評価指標を検討する必要があると思われた。

## 2. 3 支援事業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)の相互の関係

### 1) 各支援事業の実施回数の相関

各支援事業の実施回数は連続変数であるので、2 項目間の相関を検討した。

散布図を描いてみると、資料 8 表 3 のようになる。かけ離れているデータは割愛し、原点近くを拡大してある。図から見ても線形の相関はなさそうであるが、スピアマンの順位相関係数を算出してみても、「巡回診療 vs. 医師派遣」が 0.035 (P=0.572)、「巡回診療 vs. 代診医師派遣」が -0.023 (P=0.715)、「医師派遣 vs. 代診医師派遣」が -0.110 (P=0.074) と有意な相関は認められなかった。

相関関係からすると、3つの事業は独立して行われていると言える（表 3 参照）。

ちなみに、線形分布でないことがわかっているので無意味なのだが、よく計算されているピアソンの相関係数を算出すると、「巡回診療 vs. 医師派遣」が 0.069 (P=0.265)、「巡回診療 vs. 代診医師派遣」が 0.013 (P=0.832)、「医師派遣 vs. 代診医師派遣」が 0.293 (P=0.000) と、医師派遣と代診医師派遣の間に、相関があるように見える。

3つの事業が独立していることを前提として、次に3つの事業に対する取組の状況を分析した。

### 2) 3 事業の関係

巡回診療、医師派遣、代診医師派遣のそれぞれについて、「やっていない」「四分位 1(最小値～四分位値 1)」「四分位 2(四分位値 1～四分位値 2)」「四分位 3(四分位値 2～四分位値 3)」「四分位 4(四分位値 3～最大値)」の 5 群に層別してクロス集計を行った結果を資料 8 表 5 に示す。3 事業のいずれかで四分位 4 以上の活動をしているのは(背景が緑)66 施設(25.1%)であった。すべての事業で四分位 4 以上の活動をしているところはなく、すべての事業で四分位 3 以上の支援をしているのはわずか 2 施設[赤字で示す](坂出市立病院、三豊総合病院)であった。一方、3 事業すべてが四分位 2 以下の施設(背景が黒)が 140 施設あり、53.2%を占めていた。また、「すべてやっていない」ところも 52 施設(19.8%)にのぼった。残りの 57 施設(21.7%)が、いずれかで四分位 3 以上の活動をしていることになる（表 4、5 参照）。

## 3. 拠点病院の属性と支援状況の関係

拠点病院の属性ごとに解析した。

### 1) 開設者

巡回診療の支援回数の平均については、医師会病院がもっとも多かったが、平均値の検定(t-検定)を行うと、「市町村立」vs.「都道府県立」、「市町村立」vs.「公的(日赤・済生会・厚生連等)」の間に有意な差が認められた。市町村立病院が活発に行っていることが判明した。

医師派遣の回数の平均については、国立大学(島根大学)が突出していたが、「公的」「医師会立」「市町村立」「一部事務組合立」「都道府県立」の施設が多く支援を行っていた。「公的」vs.「その他」、「医師会立」vs.「医療法人」・「その他」、「市町村立」vs.「医療法人」・「その他」、「都道府県立」vs.

「その他」の間に有意差が認められた。

代診医師派遣については、他の2事業にくらべ行っている施設の割合が低かった。支援回数の平均では、「都道府県立」vs. 「公的」・「その他」、「市町村立」「公的」・「その他」の間に有意な差があった。

医療法人が開設している拠点病院は、巡回診療にはあまり積極的でないようだが、医師派遣・代診医師派遣についてはそれなりに活動していると考えられた。一部事務組合、公的、医師会、医療法人の拠点病院における代診医師派遣が十分でない印象があるが、身分や手続き上の制約が存在する可能性が考えられた（表6参照）。

## 2) 病床数

巡回診療については、すべての病床群で3割程度以上の施設で行われており、200床未満の比較的規模の小さい施設の支援回数が多い印象があったが、2群の平均値の差の検定(t-検定)を行うと、いずれも有意差は認めなかった。

医師派遣についてはおおむね5割前後の施設で行われており、こちらは200床未満の施設と400床以上の施設における支援回数が多かった。「～99床」vs. 「200～299床」、「～99床」vs. 「300～399床」の間で、有意水準5%で有意な差を認めた。

代診医師派遣については、300～399床の施設の活動が低調で2割の施設でしか実施されておらず、支援回数も平均10回前後であった。こちらも、「～99床」vs. 「300～399床」の間に有意水準5%で有意な差を認めた（表7参照）。

## 3) 遠隔医療

遠隔医療以降は2群で分類できるので、2×2表を作り、 $\chi^2$ 検定も行った。

遠隔医療の有無で、巡回診療と医師派遣については、実施率に差がなかったが、代診医師派遣については、遠隔医療を行っている施設のほうが代診医師の派遣を行っている施設が多かった。一方、支援回数の平均値については、遠隔医療の有無で差を認めなかった（表8参照）。

## 4) 救命救急センター

救命救急センターが併設されているかどうかと支援事業の実施の有無とは有意な関連は認められなかった。実際の支援回数についても有意な差は認めなかった（表9参照）。

## 5) 二次輪番制

二次輪番制については、実施の状況に関して、

二次輪番制に参加している施設では代診医師の派遣を行っているところが有意に少なかった。

また、支援回数については、二次輪番制に参加している施設では、巡回診療を行っている回数が有意に多かった。これは、二次輪番制に参加している拠点病院の地域特性、施設の特性に関連があるかも知れない（表10参照）。

## 6) 地域医療研修プログラムの有無

地域医療研修プログラムの有無と支援状況には関連は認められなかった（表11参照）。

## 7) 地域医療研修プログラムへのへき地医療支援機構の関与の有無

地域医療研修プログラムを持つ施設のうち、プログラムに支援機構が関与しているかどうかで、支援事業の活動に差が認められるか検討した。

実施の有無については、機構の関与による違いは認められなかった。

支援回数については、巡回診療において、機構の関与がない施設のほうが、支援回数の平均値が有意に高かった。機構から独立してプログラムを運営している施設のほうが、活発に巡回診療を行っているのだろうか（表12参照）。

## 4. へき地医療支援に関する基準について

以上の結果より、100床未満の拠点病院は医師派遣・代診医師派遣とも支援回数の平均が「200～299床」「300～399床」の拠点病院より有意に大きく、「300～399床」の階級は医師派遣と代診医師派遣には消極的であったが、巡回診療に関しては平均値では90.3と最高値をはじき出していた。

また「400～499床」の階級は巡回診療については最低の水準だったが、医師派遣と代診医師派遣については「100床未満」「100～199床」に匹敵する支援を行っていた。

しかし、「100床未満」「100～499床」「500床以上」で区切るためには、500床を基準とする論拠が不十分であった。「支援を行っているところに補助金を厚めに」という趣旨を採用するとなると、不公平感を生じるのを回避するためには、病床数で区別するにはかなりの理論的根拠が必要だと思われた。

また、巡回診療・医師派遣・代診医師派遣の3事業のうち1つも行っていない拠点病院が52(19.8%)存在すること、「10件未満」しか行っていない拠点病院が、巡回診療で8施設(うち「1

件」が2施設)、医師派遣で8施設(うち「1件」が2施設)、代診医師派遣で35施設(うち「1件」が7施設)あり、「いずれかの事業で年1回以上」という基準が、むしろ拠点病院の支援業務へのモチベーションを阻害している可能性も考えられた。

しかし、「13回以上」「53回以上」「100回以上」の基準については、あと1~2回やれば上の基準に到達できるとしても現実的に無理のない体制で支援を行っているようである。代診医師派遣については、100件以上の支援を行っているところはごくわずかで、これは代診を依頼することが経済的や手続き的に容易でないこと、支援を行う拠点病院の方に人員の余裕がないこと等さまざまな理由が考えられ、100件以上という基準は実状に即していないと考えられた。

3つの事業の関係をみると、支援回数については相関が認められず、独立しているという結果が出た。このことは、「いずれかの事業で年1回以上」という基準から、「各事業あたり基準を満たせばそれぞれ補助金を積み上げる」という基準にシフトしても不公平ではないということができると考えられる。

遠隔医療については、今回の調査ではその利用の有無だけで実際の利用内容や内容別支援回数は調査されていないが、内容を把握できれば巡回診療等と同様の基準を作り、補助金を積み上げる要素とすることができると考えられる。

以上のことから、次のような基準を提案する。この基準は巡回診療・医師派遣・代診医師派遣・遠隔医療のそれぞれについて、その回数に応じた補助金を設定したものである。

(*1)	補助金額	
年12回以下	ベースライン(*3)	年0回を含む
年52回以下(*2)	+A 円	
年100回以下	+B 円	
年101回以上	+C 円	

(\*1)年〇回の基準は、12回以下、50回以下、51回以上などシンプルにする方法もある。事業によって基準を変えることも可能である。

(\*2)細かいことではあるが、次の基準が年100回以下となっているので年50回でも良いかと考える。へき地では盆と正月の2週間は機能が停止するため。

(\*3)ベースラインの補助金については、へき地に勤務する医療職の研修を行っていること等を条件に配分し、何もされてなければ拠点病院として指定しないとしてはどうだろうか。

#### D. 考察

以上のことから、医師不足の深刻な状況下で無医地区巡回診療や医師派遣、代診医派遣、遠隔医療などのへき地医療支援業務を一生懸命頑張っているへき地医療拠点病院を、支援実績によって改めて評価し、支援回数に応じた補助金によるメリットが得られることにより、へき地医療病院のモチベーション向上につながるものと考えられる。

#### E. 結論

へき地医療拠点病院事業における無医地区巡回診療や医師派遣、代診医派遣、遠隔医療のそれぞれについて、支援回数別に補助金額を差別化し、支援実績が多いほど補助金によるメリットも大きくなる基準を設定した。

#### 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

表 1

