

201424009A

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の検証ならびに次期策定支援に関する研究

平成26年度 総括研究報告書

研究代表者 梶井 英治
平成27（2015）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の検証ならびに次期策定支援に関する研究	1
梶井英治	
【資料1】 都道府県のへき地医療体制に関する調査	33
(1-1) 都道府県のへき地医療体制に関する調査の都道府県への依頼文	
(1-2) 都道府県のへき地医療体制に関する調査用紙	
【資料2】 都道府県のへき地医療体制に関する調査集計結果一覧	55
【資料3】 第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議に関する資料	237
(3-1) 全国へき地医療支援機構等連絡会議 議事次第及び出席表	
(3-2) 全国へき地医療支援機構等連絡会議 グループワークの進行次第	
(3-3) 第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議 グループワーク報告書	
【資料4】 都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援	249
(4-1) 都道府県個別訪問に関する都道府県への依頼文	
(4-2) 都道府県個別訪問分担表	
【資料5】 都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援に関する確認事項一覧	253
【資料6】 都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援の結果一覧	261
【資料7】 へき地保健医療対策検討会に必要とされる資料作成	307
(7-1) 第1回へき地保健医療対策検討会での参考人提出資料	
(7-2) 第3回へき地保健医療対策検討会での参考人提出資料	
(7-3) 第3回へき地保健医療対策検討会での構成員提出資料	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	331

都道府県へき地保健医療計画の検証ならびに次期策定支援に関する研究

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 研究当初は第12次へき地保健医療計画の策定指針の改定と、第12次へき地保健医療計画の策定支援を予定していたが、新たに示された国の方向性に沿って、これまでの第11次へき地保健医療計画の検証に資するデータや事例の収集・分析を行い、都道府県によるへき地保健医療計画の評価や、それに基づいた平成28年度以降のへき地保健医療対策を支援することを目的とした研究を行った。

今年度は都道府県のへき地医療体制に関する調査、第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援、都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援、先進的取組を行っている組織・地域等の視察訪問、へき地保健医療対策検討会に必要とされる資料作成を行った。

1) 都道府県のへき地医療体制に関する調査

47都道府県のへき地保健医療行政担当者等を対象とし、へき地における医師確保、へき地における歯科や看護等、へき地保健医療の現状に関して自記式アンケートを行った。全ての都道府県から回答が得られ、集計結果からは、第11次へき地保健医療計画策定時と比べて、へき地医療支援機構の役割やへき地医療に従事する医師のキャリアデザイン支援等に進展が見られていた。また、へき地歯科医療やへき地看護、そしてへき地における薬剤師の役割について、現在の取組状況等を把握することができた。

2) 第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

平成26年12月19日に開催された全国へき地医療支援機構等連絡会議において、第11次へき地保健医療計画の振り返りや、次期へき地保健医療計画や第6次医療計画に反映させるべき課題や、取組むための仕組みをテーマとしたグループワークのファシリテートを行った。その結果、へき地保健医療計画での目標設定、都道府県をまたいだ連絡／連携の場、地域枠／自治医大卒業医師のキャリア支援、へき地での地域包括ケアシステム、へき地医療拠点病院／へき地診療所の支援といった視点からの今後の方向性に関する意見が出された。

3) 都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援

全国へき地医療支援機構等連絡会議でも取り上げたPDCAサイクルや、へき地保健医療対策に関する課題について、都道府県のへき地保健医療行政担当者やへき地医療支援機構の専任担当官らと情報交換や技術的助言を行うことを目的として都道府県個別訪問を行った。40都道府県を訪問し、第11次へき地保健医療計画の実施における課題や今後のへき地保健医療対策に関して様々な知見が得られるとともに、都道府県の取組を支援する技術的助言も行うことができた。

4) 先進的取組を行っている組織・地域等の視察訪問

都道府県個別訪問の際に地域枠のキャリアデザインに関連した具体的な取組を行っている6都道府県を選定し、それぞれの取組事例の紹介や解説を示した。

5) へき地保健医療対策検討会に必要とされる資料作成

第1回と第3回のへき地保健医療対策検討会に参考人として参加、研究班の今までの研究成果、全国へき地医療支援機構等連絡会議の成果等を報告した。

都道府県のへき地医療体制に関する調査や都道府県個別訪問等を基にして、第11次へき地保健医療計画が実施されてからのへき地保健医療体制の進展について検討することができた。また、全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援や、地域枠のキャリアデザインに関する具体的事例の解説、そしてへき地保健医療対策検討会への資料作成・報告等を通じて、今後のへき地保健医療対策に向けて一定の役割を果たすことができた。

研究分担者氏名・所属研究機関及び職名

前田隆浩 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野 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 特任教授
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
森田喜紀 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・所属研究機関及び職名

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
瀬川正昭 徳島文理大学薬学部 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

A. 研究目的

昭和31年に初めてへき地保健医療計画が策定され、第9次へき地保健医療計画までは国による策定の下、へき地保健医療対策に関する施策が行われた。平成18年の第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策定することとなり、現在は平成23年からの第11次へき地保健医療計画が実施されている。

この第11次へき地保健医療計画の際に、我々は「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（平成22年度～23年度）」を行い、36都道府県が第11次へき地保健医療計画を策定し、その策定に際して33都道府県が協議会を開催するという結果を得た。引き続いて我々は「第11次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究（平成24年度～25年度）」を行い、へき地保健医療対策に関する進捗状況調査や都道府県個別訪問から、第11次へき地保健医療計画の実行に関する促進・阻害因子の検討を行い、全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援や都道府県個別訪問を通じて、問題意識の共有や新たな施策への気づきを促す等の技術的支援を行った。

第11次へき地保健医療計画は平成27年で当初予定されていた最終年度を迎えるが、平成27年2月25日に厚生労働省で行われた第3回へき地保健医療対策検討会にて、へき地保健医療計画は第11次で終了し、平成30年度からは医療計画に一本化されること、そして、医療計画のへき地の医療部分とは別に「へき地

保健医療体制整備指針」を作成し、その整備指針に基づいた対策が行われることが示された。また、平成28年度と平成29年度においては、第11次へき地保健医療計画を引き続き実施するとともに、各都道府県で実施された計画の評価を行い、新たな取組が必要になった場合には追加して対策を実施することとなっている。

そこで、研究当初は第12次へき地保健医療計画の策定指針の改定と、第12次へき地保健医療計画の策定支援を予定していたが、新たに示された国の方向性に沿って、これまでの第11次へき地保健医療計画の検証に資するデータや事例の収集・分析を行い、都道府県によるへき地保健医療計画の評価や、それに基づいた平成28年度以降のへき地保健医療対策を支援することを目的とした研究を行った。

今年度の研究では、1) 47都道府県のへき地保健医療行政担当者等を対象とした、へき地における医師確保、へき地における歯科や看護等、都道府県のへき地医療体制に関する調査、2) 第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議で行われるグループワークの企画とファシリテート、3) 都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援、4) 効果的な地域枠のキャリアパスを作成している組織等の視察訪問や取組事例の分析、5) へき地保健医療対策検討会に必要とされる資料の作成と報告、以上を行った。

1) 都道府県のへき地医療体制に関する調査

へき地保健医療対策は各都道府県で策定されたへき地保健医療計画に沿って行われていたが、平成 30 年度からは医療計画とへき地保健医療体制整備指針に沿って行われる。そのため、現行の第 11 次へき地保健医療計画は平成 29 年度までの実施となった。

しかし、単なる第 11 次へき地保健医療計画の実施期間の延長ではなく、それまでの計画の評価に応じた取組が都道府県に求められていることから、本調査では平成 28 年度以降の都道府県の取組に資するよう、都道府県のへき地医療体制に関する変化や新たな課題等について把握することを目的とした。

具体的には、「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（平成 22 年度～23 年度）」で行われた「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」と同様の調査を行うことで、第 11 次へき地保健医療計画策定前後の変化について調査を行った。また、第 11 次へき地保健医療計画に対する具体的な評価体制の有無や、第 11 次へき地保健医療計画策定後の新たなトピック等（地域医療支援センター、地域枠等のキャリアデザイン、地域包括ケアシステム、社会医療法人等）についても調査を行った。

2) 第 6 回全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

平成 21 年に開催されたへき地保健医療対策検討会にて、国は全国のへき地医療支援機構の専任担当官等が参加する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にまたがる事項の調整などを、国と協働して実行する必要があるという提言が出された。

その提言に基づき、平成 22 年度より全国へき地医療支援機構等連絡会議が開催されるようになり、平成 25 年度までに計 5 回開催された。これらの会議では、毎回全ての参加者によるグループワークが行われており、研究者らはグループワークの企画や当日のファシリテーターとして参加してきた。

これらのグループワークでは、先進的な取組事例の解説や問題解決プロセスの理解、へき地保健医療対策における課題と改善案といった総論的なテーマや、へき地医療支援機構と地域医療支援センターの連携やへき地保健医療対策に関する協議会の活用やへき地医療拠点病院の代診医派遣、へき地看護やへき地歯科医療といった各論的なテーマを取り上げてきた。

平成 26 年 12 月 19 日に開催された第 6 回全国へき

地医療支援機構等連絡会議では、第 11 次へき地保健医療計画策定当初の最終年度を平成 27 年度に迎えるにあたり、次期へき地保健医療計画の充実を目的とした PDCA サイクルの活用をグループワーク全体のテーマとした。具体的には、第 11 次へき地保健医療計画の振り返りに基づき、次期へき地保健医療計画ないしは第 6 次医療計画に反映させるための仕組みについてグループワークを行った。

3) 都道府県個別訪問による第 11 次へき地保健医療計画に関する技術的支援

今年度の都道府県個別訪問では、現行の医療計画でも強調されている PDCA サイクルについて、第 11 次へき地保健医療計画での活用状況について確認することを目的とした。そして、PDCA サイクルの C (check)、A (action) に重点を置いた全国へき地医療支援機構等連絡会議グループワークのテーマを引き続き個別訪問でも取り上げることによって、より一層の各都道府県における主体的な第 11 次へき地保健医療計画の評価と次期計画への反映に対する理解と具体的取組の深化を図った。

また、研究会議で議論された、へき地保健医療対策に関する様々な課題についても、各都道府県の現状を把握するとともに、今までの研究会活動を基にした情報交換や、へき地保健医療に関する施策について技術的助言を行うことも目的とした。

4) 先進的取組を行っている組織・地域等の視察訪問

「第 11 次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究(平成 24 年度～平成 25 年)」にて、各都道府県の特徴的なへき地保健医療対策を取りまとめた特徴的取組事例集を作成した。この特徴的取組事例集には、自治医大卒業医師や地域枠卒業医師のキャリアデザインに関する取組事例も掲載されているが、全国へき地医療支援機構等連絡会議や都道府県個別訪問では、未だキャリアデザインの設計に苦慮している都道府県が多い。また、新たな専門医制度を控え、自治医大卒業医師や地域枠卒業医師の義務年限における専門医取得期間の位置付けといった新たな課題も生じている。

一方、地域枠学生に対する卒前・卒後教育、義務年限中の医師配置計画等、新たな取組を始めている都道府県もある。全ての地域枠卒業医師がへき地診療所等での勤務を行うわけではないが、へき地医療拠点病院

や地域の中核病院で勤務するケースは十分に想定されうるため、各都道府県での効果的なキャリアデザイン等の事例について分析・提示することは、へき地医療に従事する自治医大卒業医師や地域卒卒業医師のキャリアデザインの作成に資するものと思われる。

そこで、自治医大卒業医師や地域卒卒業医師のキャリアデザインに関連した取組を行っている組織・地域等を選定し、その取組事例について分析を行うこととした。

5) へき地保健医療対策検討会に必要とされる資料作成

前回のへき地保健医療対策検討会では、全国へき地医療支援機構等連絡会議等が盛り込まれた第11次へき地保健医療対策検討会報告書が出され、その後国が示した策定指針に基づき、各都道府県にて第11次へき地保健医療計画が策定された。その第11次へき地保健医療計画は平成27年度で終了するため、今後の第12次へき地保健医療計画策定の検討に資することを目的に、平成26年8月から開催された。

そこで、現在行っている研究に加え、今までに行った「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（平成22年度～23年度）」、「第11次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究（平成24年度～25年度）」の研究成果を用いて、第11次へき地保健医療計画で解消しなかった課題や新たな課題、今後のへき地保健医療対策の方向性等について取りまとめ、へき地保健医療対策検討会が必要とする資料の作成・報告を行った。

B. 研究方法

1) 都道府県のへき地医療体制に関する調査

47都道府県全てを対象とし、各々のへき地保健医療行政担当者等に自記式アンケートを郵送して行った。なお、へき地を有さない4都道府県（埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府）は、自治医科大学の卒業生に関する設問を中心に回答してもらった。

主に以下の内容（1～12）について、平成26年4月30日現在の状況について調査を行った。詳細な調査項目等については別に示した（資料1）。

1. 都道府県の取組について
2. へき地で勤務する医師の確保について
3. へき地医療支援機構について
4. へき地医療拠点病院について

5. へき地診療所について
6. 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
7. 医療提供体制について
8. へき地歯科医療について
9. へき地看護に従事する看護職について
10. へき地における薬剤師について
11. 地域医療支援センターについて
12. その他について

調査は平成26年7月28日に郵送により都道府県に依頼した。締切りは平成26年10月10日とした。締切り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2回、時期をあけて行った。

2) 第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

厚生労働省による第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議は、平成26年12月19日の13時から17時まで三田共用会議所で行われ、43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等、計73名が参加した。研究者らは会議の中で行われた「へき地保健医療対策に関するグループワーキング」において、約3時間のグループワークの進行を担った（資料3）。

グループワークを行うにあたり、各都道府県のへき地医療行政関係者の方々には、全国へき地医療支援機構等連絡会議に参加する事前準備として、以下の①～④に関する確認を基にした第11次へき地保健医療計画の振り返りを行ってもらった。

- ①第11次へき地保健医療計画の再確認（計画策定時のへき地保健医療の状況／計画策定時に設定した課題と目標）
- ②へき地保健医療対策の現状
- ③第11次へき地保健医療対策の評価（課題解決の有無／目標達成の有無／新たな課題の有無）
- ④第11次へき地保健医療対策に関する分析（目標達成もしくは未達成の要因・原因等）

グループ分けは近隣の都道府県間で議論が深まるように、各地域毎（北海道・東北、関東甲信越、東海北陸、近畿、中国・四国、九州）とした。各グループには本研究の研究分担者・研究協力者が1～2名ずつファシリテーターとして入ったが、司会・書記・発表者はグループワークに参加した各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の方々に務めていただいた。

当日のグループワークでは、各都道府県で事前に行った第11次へき地保健医療計画の振り返り(①～④)を基にして、次期へき地保健医療計画や第6次医療計画に反映させるべき課題や、取組むための仕組みについて議論を行ってもらった。そして、各グループで行われた議論の内容を参加者全員で共有することを目的として、各グループから発表時間5分、質疑応答3分で発表していただいた。発表、質疑応答等の全体による議論を通して、各グループで出された具体的方策等を参加者全員で共有していただき、各都道府県に持ち帰っていただいた。

3) 都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援

各都道府県におけるへき地医療の現状分析と、第11次都道府県へき地保健医療計画の技術的支援を行うために、平成27年1月から2月末にかけて、都道府県個別訪問を行った。訪問対象は都道府県庁を基本としたが、先進的な取組を行っている組織等に関しては都道府県庁に代わり訪問対象とした。

個別訪問を行うにあたり、訪問に先んじて文書にて各都道府県へき地医療行政担当者に訪問場所の選定や日程調整の依頼を行った。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、可能な限り1都道府県に2～3人が訪問するようにした。各都道府県への依頼文、訪問分担表を別に示す(資料4)。

技術的助言および聞き取り調査は都道府県等が用意した会議室等で約2時間、へき地保健医療計画担当者や訪問先のへき地医療関係者と直接面談して行った。

面談時の資料として、

- ・ 個別訪問チェックリスト
 - ・ 平成26年度 都道府県のへき地医療体制に関する調査の集計結果
- を用意した。

個別訪問では、へき地保健医療対策におけるPDCAサイクル全般について、①第11次へき地保健医療計画におけるPDCAサイクルの活用、②PDCAサイクルの活用に関する促進・阻害因子の確認と技術的支援を行った。次に、第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議のグループワークで行った議論、とくに第11次へき地保健医療計画の振り返りに関する個別的な深化を図るために、③第11次へき地保健医療計画の策定時に設定した課題と目標の確認、④第11次へき地保

健医療計画策定後のへき地保健医療に関する現状把握、⑤第11次へき地保健医療計画で設定した課題・目標に対する評価システムについて、⑥第11次へき地保健医療計画策定後に生じた新たな課題の把握、⑦第11次へき地保健医療対策に関する促進・阻害因子の分析、⑧第11次へき地保健医療計画最終年度への反映等について確認と技術的支援を行った。

また、今までの研究成果やへき地保健医療に関する現状を踏まえて研究者らで選定したへき地保健医療に関する課題、⑨「へき地医療」と「地域医療」の定義や区別等、⑩へき地医療支援機構と地域医療支援センターの役割、⑪地域枠卒業医師のキャリアデザイン、⑫へき地の診療所と都道府県との関係、⑬へき地の歯科医療、⑭へき地での歯科医療、⑮へき地での薬剤師、⑯地域医療構想におけるへき地医療の位置づけについて情報交換や技術的助言を行った。

以上①～⑯を踏まえた都道府県個別訪問で実際に使用したチェックリストは別に示した(資料5)。訪問した研究者らは、このチェックリストを用いて①～⑯に関する取組状況の確認や具体的な取組事項の聞き取りを行った。

4) 先進的取組を行っている組織・地域等の視察訪問

研究当初は、先進的取組を行っている組織・地域への視察訪問は、他の研究とは独立に行う予定であった。しかし、これら組織・地域の選定を行うにあたり、都道府県個別訪問と併せて行った方が、都道府県のへき地保健医療行政担当者の意見も聞くことができるため、より有効に先進的取組の事例を分析することができるかと判断した。そのため、先進的取組を行っている組織・地域等の視察訪問の時期も、都道府県個別訪問と同じく平成27年の1月から2月末までとした。

先進的取組を選定する際の基準としては、地域枠のキャリアデザイン、具体的には卒前・卒後教育や医師の配置等に関連した取組事例とした。また、「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(平成22年度～23年度)」で行った先進的なへき地保健医療対策の取組事例の検討や、「第11次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究(平成24年度～25年度)」で作成した特徴的取組事例集も選定の際の参考にした。

5) へき地保健医療対策検討会に必要とされる資料作成

へき地保健医療対策検討会で報告するため、「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～23 年度）」と「第 11 次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究（平成 24 年度～25 年度）」の両研究に関する資料と、全国へき地医療支援機構等連絡会議に関する報告資料を作成した。

4 年度にわたる研究成果に関する報告では、研究班が行った都道府県を対象としたへき地保健医療に関する調査や都道府県個別訪問、そして全国へき地医療支援機構等連絡会議でのグループワークの支援等を通じて、都道府県のへき地保健医療に対する取組の変化や未だ残る課題等を報告資料として取りまとめた。

全国へき地医療支援機構等連絡会議に関する報告では、同会議が開催されるまでの経緯や第 1 回から第 5 回までの全国へき地医療支援機構等連絡会議のグループワークの振り返り、そして、第 6 回全国へき地医療支援機構等連絡会議で行ったグループワークで出された都道府県の意見等を基に報告資料を作成した。

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、文章の取り扱いについて、紙媒体文章に関しては、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て管理した。

C. 研究結果

1) 都道府県のへき地医療体制に関する調査

最終的に 47 都道府県から回答が得られ、回収率は 100%であった。ただし、へき地を有さない 4 都道府県（埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府）は回答可能な設問のみ回答していただいた。全回答の結果を別に示す（資料 2）。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「都道府県」もしくは「県」とした。また、とくに断りの無い限りは、回答のパーセンテージはへき地を有する 43 都道府県に対する割合を示している。主な回答を下記に示す。

1. 都道府県の取組について

へき地を有する 43 都道府県のうち、40 都道府県で医療計画とは別に第 11 次へき地保健医療計画を策定しており、残る 3 都道府県でも医療計画に包含して策定していた。また、32 都道府県（74.4%）は平成 25 年度にへき地保健医療対策に関する協議会を開催しており、そのうち 28 都道府県では計画にあげられている個別事業の進捗状況を協議会で把握していた。協議会以外の医療審議会や県のへき地医療担当部署にて把握している都道府県も見られたが、7 都道府県（16.3%）では協議会以外の組織や会議でも把握が行われていなかった。

協議会の構成は 38 都道府県で記載されており、へき地医療拠点病院関係者は全ての 38 都道府県（100%）で、都道府県担当者は 32 都道府県、へき地医療支援機構専任担当官と都道府県医師会は共に 31 都道府県、市町村担当者が 29 都道府県、地元大学が 27 都道府県、へき地診療所が 24 都道府県で協議会に参加していた。一方、歯科医師会は 19 都道府県、看護協会は 9 都道府県、薬剤師会は 4 都道府県、住民団体は 2 都道府県と協議会への参加は低調であった。

2. へき地で勤務する医師の確保について

へき地医療に従事する医師数の調査は 16 都道府県（37.2%）でのみ行われていたが、そうでない 27 都道府県のうち 16 都道府県でも本調査を契機に、へき地医療に従事する医師の必要数と不足数について新たに確認が行われた。回答の見られた 31 都道府県では、へき地医療に従事する医師の必要数は最大 6390 人、最少 7 人、平均値 398.5 人（中央値 63.25 人）、不足数は最大 798 人、最少 0 人、平均値 54.5 人（中央値 6 人）と、両者共に幅が見られた。必要数に対する不足数の割合では最大 44.2%、最少 0%、平均 14.9%（中央値 14.7%）であった。そして、へき地医療に従事する医師像に関しては、35 都道府県（81.4%）で具体的に記載されており、へき地を有さない 4 都道府県のうち 1 都道府県が記載していた。

へき地医療に従事する医師確保のための取組は 35 都道府県（81.4%）で行われており、27 都道府県（62.8%）では今後も特別な取組を行う必要があると回答していた。

自治医大卒業医師について、46 都道府県から回答を頂いた。義務終了後の県内定着率は最も高いところで 87.5%、最も低いところで 20.6%、平均値は 67.2%だった。義務終了後に県内で勤務する医師のうちへき地で勤務する医師の割合は最も高いところで 100%、

最も低いところで0%、平均値は24.7%であった。また、33都道府県(71.7%)では県内のへき地医療拠点病院に勤務しへき地医療を支援する業務に従事している医師を有していた。

へき地医療に従事することを条件とした地域枠は全国では21都道府県(44.7%)に制度があり、18都道府県(38.3%)では地域枠はあるが卒業後のへき地医療従事を条件としていなかった。へき地医療に従事することを条件とした医学生対象の奨学金制度は24都道府県(51.1%)にあり、18都道府県(38.3%)では奨学金制度はあるが卒業後のへき地医療従事は条件としていなかった。

へき地を有する都道府県の中で25都道府県(58.1%)では自治医大卒業医師およびへき地医療に従事することを条件とした地域枠卒業医師・奨学金貸与医師をへき地に定着させる取組・工夫がされていた。一方、28都道府県(65.1%)では大学と協同してへき地医療に従事する医師確保対策を講じていた。また、20都道府県(46.5%)ではへき地医療に関連した寄附講座が大学医学部に設置されており、そのうち17都道府県では大学と協働した医師確保対策が講じられていた。

47都道府県中、41都道府県(87.2%)では自治医大学生と定期的にコミュニケーションをとる機会が設けられていた。へき地医療に従事することを条件とした地域枠学生・奨学生の制度がある27都道府県のうち、21都道府県では彼らと定期的にコミュニケーションをとる機会を設けており、19都道府県では自治医大学生と一同に会した場を設けていた。また、19都道府県では、へき地医療に従事することを条件とした地域枠学生・奨学生が現場で行う地域医療夏期実習等の特別なカリキュラムを主催していた。そして、47都道府県中、30都道府県(63.8%)では、自治医大学生およびへき地医療に従事することを条件とした地域枠学生・奨学生が行う地域医療夏期実習等の特別なカリキュラムに対し何らかの財政的支援を行っていた。

16都道府県(37.2%)では、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しており、28都道府県(65.1%)では、中学生・高校生を対象に、へき地医療の魅力を伝える啓発活動等を行っていた。また、23都道府県

(53.5%)の大学等、関連した大学で、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おり、17都道府県(39.5%)では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った。

3. へき地医療支援機構について

へき地を有する43都道府県のうち、40都道府県(93%)でへき地医療支援機構が設置されており、運営者を県とする都道府県は26、医療機関とする都道府県は11、運営委員会等とする都道府県が2、1都道府県は地域医療振興協会に委託していた。

平成25年度における、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件数や代診医派遣実績には都道府県間で幅が大きく、依頼件数・派遣実績ともに最大で620件の都道府県がある一方で、13都道府県(30.2%)では依頼・派遣実績ともに0であった。また、へき地医療支援機構の評価・指導等を行っている都道府県は5(11.6%)、何らかの支援を行っている都道府県は17(39.5%)と限られていた。

へき地医療支援機構の業務に関する実施状況は業務内容によって格差が見られた(表1)。しかし、代診医師派遣の調整等の業務をへき地医療拠点病院が担っていたり、へき地医療拠点病院の活動評価を都道府県のへき地医療担当部署が行っていたり、業務内容によっては、他の組織がその役割を担う都道府県も見られた。なお、他組織で行われている場合も含めて、代診医派遣の調整等の業務が34都道府県(79.1%)と最も行われており、へき地医療支援に従事する医師への研究費配分に関する業務が6都道府県(14.0%)と最も少なかった。

(表1 へき地医療支援機構の業務実施都道府県数)

へき地医療支援機構の業務	実施数
代診派遣医師の登録業務	13
代診医師派遣の調整業務	30
へき地医療従事者の研修計画作成	14
総合的診療支援事業の企画調整	19
へき地医療拠点病院の活動評価	21
へき地医療拠点病院における巡回診療	15
へき地を中心とした地域医療分析	9
へき地医療支援医師への研究費配分	5
へき地保健医療情報システム関連業務	10
へき地医療に従事する医師への就職斡旋	13
へき地医療に関するドクタープール機能	6
へき地医療のキャリアデザイン育成機能	15
へき地保健医療対策に関する協議会での助言・調整	30

へき地医療支援機構の専任担当官について、へき地医療支援機構を設置している40都道府県のうち、28都道府県(70%)の専任担当官がへき地での診療経験を有していた。専任担当官としての勤続年数は最大で12年、平均は5.6年であった。専任担当官のへき地関連業務従事日数に関しては、へき地診療所への代診、代診以外の本来業務ともに、大半が一週間のうち0~2日であった。そして、24都道府県(60%)では専任担当官がへき地医療の現場を1回以上訪問しており、22都道府県(55%)では専任担当官が市町村長等の首長等と意見交換を行っていた。また、14都道府県(35%)では専任担当官が、へき地医療に関する業務に専念できるような工夫を行っていた。

4. へき地医療拠点病院について

へき地医療拠点病院は全国で299病院あり、へき地を有する都道府県において、1都道府県当たりのへき地医療拠点病院は最大で21施設、平均で7施設であった。

へき地医療拠点病院が実施している巡回診療、医師派遣、代診医派遣の実施回数の関係を図1、図2に示す。図1は巡回診療を1865回、代診医派遣を13811回と、他のへき地医療拠点病院に比べ極端に多かった2病院を除いた297病院の結果を示し、図2は原点付近を拡大したものである。図は横軸が巡回診療実施回数、縦軸が医師派遣実施回数を示し、バブルの大きさが代診医派遣実施回数を表すようにプロットしたものである。なお、代診医派遣実施回数が0の場合でもグラフにプロットされるように、便宜上、すべての代診医派遣実施回数に1を加えてある。これらは、巡回診療、医師派遣、代診医派遣の全てを担うへき地医療拠点病院は少ないことを示しており、どの事業も行っていないへき地医療拠点病院も62施設(20.7%)存在した。

へき地医療を経験できる初期臨床経験プログラムを有するへき地医療拠点病院は162病院(54.2%)、医学生へのき地医療実習等には162病院(54.2%)が関与しており、ITによるへき地医療の診療支援は79病院(26.4%)が実施しており、在宅医療の取組は112病院(37.5%)が行っていた。

DPCを取得しているへき地医療拠点病院について、I群は4病院(1.3%)、II群は15病院(5.0%)、III群は142病院(47.5%)と、半数以上のへき地医療拠点病院ではDPCが取得されていた。なお、DPCの項目に関しては、記載の無い都道府県や、記載が不

十分な都道府県が見られたため、研究者らが確認して集計を行った。ただし、資料2は原文のままとした。

都道府県からのへき地医療拠点病院に対する支援は38都道府県(88.4%)で行われており、主にへき地医療拠点病院の設備整備や運営に対する補助等が行われていた。その他、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7都道府県(16.3%)であり、具体的には島しょ医療に関する研究会の開催や、代診医派遣時における研修医の同行等が行われていた。

5. へき地診療所について

47都道府県にへき地診療所は1074カ所あり、そのうち115カ所は有床診療所であり、2人以上の医師が常勤となっている診療所は48カ所、常勤が1人未満となっている診療所は377カ所であった。また、1都道府県当たりのへき地診療所数の平均は22.9カ所であり、へき地の無い都道府県を除くと最小は2カ所、最多は88カ所であった。

へき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムに参加・関与している診療所は152カ所(14.2%)、医学生へのき地医療実習等に関与している診療所は309カ所(28.8%)、ITによる診療支援を活用している診療所は165カ所(15.4%)であった。また、在宅医療の取組は342カ所(31.7%)の診療所で行っており、薬剤師が配属されている診療所は26カ所(2.4%)であった。

22都道府県(51.2%)では、へき地診療所に対し、施設整備の支援を行っていた。具体的には、医師や看護師住宅等の施設整備が行われていた。

6. 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

23都道府県(53.5%)では基幹型臨床研修病院・大学病院等の研修指定病院で、へき地医療を担う総合医を育成することを目的とした後期臨床研修プログラム等があり、日本プライマリ・ケア連合学会認定プログラムや独自のプログラムにて育成を行っていた。そして、19都道府県(43.2%)では、都道府県や大学、病院等がへき地医療に従事する医師のキャリアデザインを作成しており、その際に13都道府県では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た。また、15都道府県(34.1%)ではへき地医療に従事する医師のキャリアデザインの検討・作成の際に、平成29年度より開始される新たな専門医制度に配慮していると回答した。へき地での診療経験

図1 巡回診療、医師派遣、代診医派遣実施回数の関係

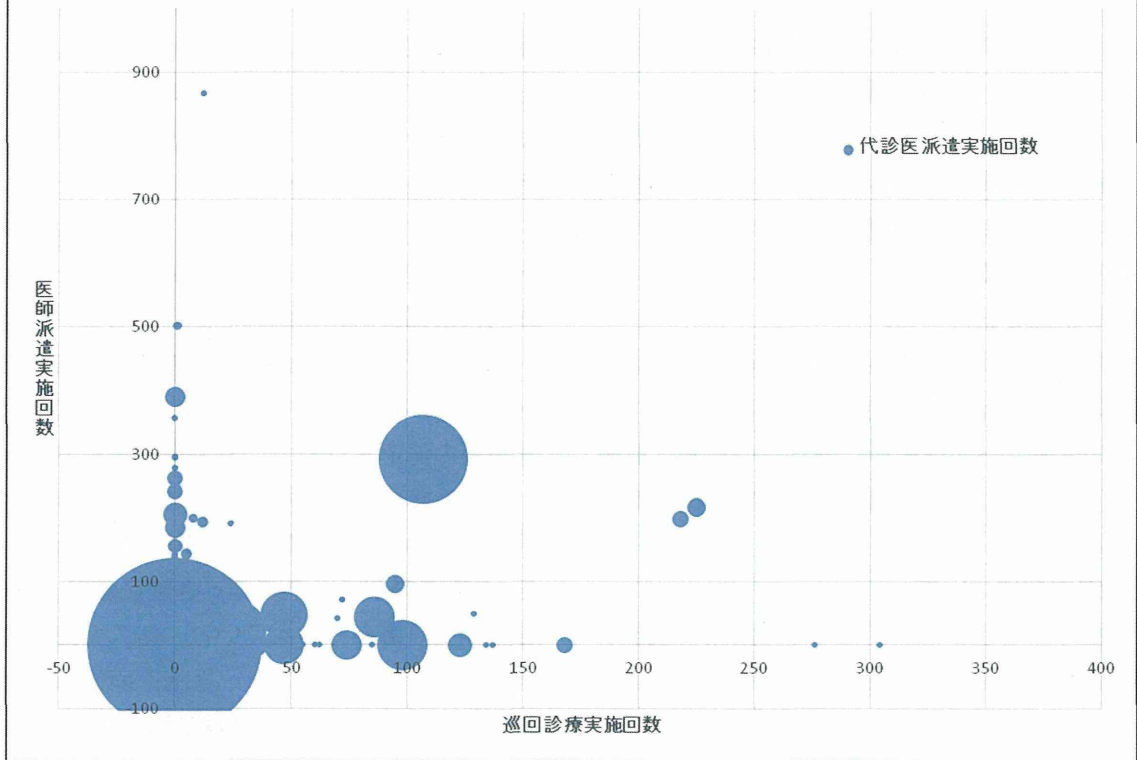
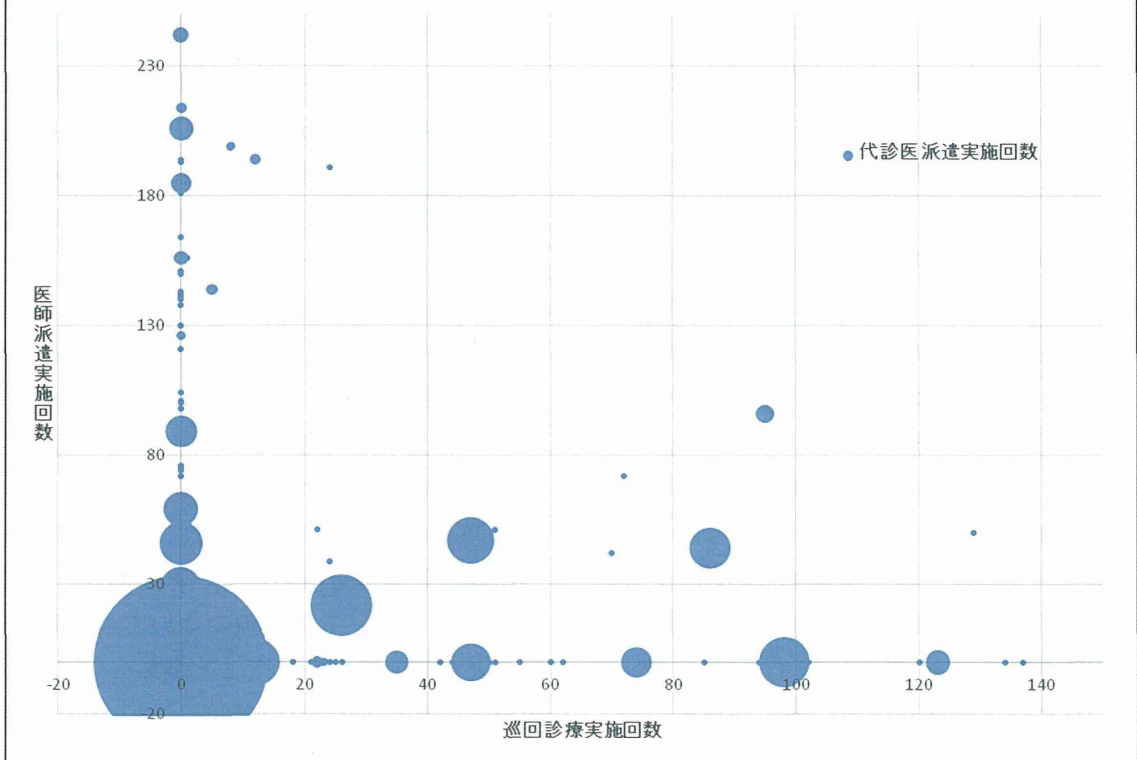


図2 巡回診療、医師派遣、代診医派遣実施回数の関係(拡大)



等を評価する仕組みを有する都道府県は3都道府県(6.8%)のみ、具体的には医師確保困難地域で勤務した医師に対して大学院進学の学費を免除する制度がある都道府県が見られた。

26都道府県(59.1%)では、へき地医療に従事する医師に対する子育て、家族支援等への配慮がなされ、25都道府県(56.8%)では、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整備されていた。また、24都道府県(54.5%)では、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整備されていた。

なお、上記回答における、へき地医療のキャリアデザイン作成、新たな専門医制度への対応、子育て・家族支援への配慮、へき地勤務に偏らない体制に取り組んでいる都道府県には、へき地を有さない1都道府県も含まれている。

7. 医療提供体制について

へき地医療におけるヘリコプター等の活用の現状について都道府県に確認を行った。都道府県によってはドクターヘリにおける隣県との広域連携運航や、ドクターヘリが配備されていない場合は防災ヘリを活用する等の取組が行われていた。

8. へき地歯科医療について

28都道府県(65.1%)で、最大で24カ所、最小で1カ所のへき地歯科診療所を有していた。第11次へき地保健医療計画には31都道府県(72.1%)でへき地歯科医療の記載が行われており、10都道府県(23.3%)でへき地歯科医療について歯科医師会と協議の場が設けられていた。

へき地歯科医療について実態調査を行った都道府県は10都道府県(23.3%)で、そのうち3都道府県では歯科医師会と協働して行われた。7都道府県(16.3%)では、へき地における小児(3歳児)のう蝕について他地区との比較検討が行われ、5都道府県(11.6%)では、へき地における高齢者の口腔問題の現状把握が行われており、6都道府県(14.0%)では全てのへき地で年1回以上歯科検診が行われていた。へき地を有する都道府県で歯科口腔保健推進条例を制定している都道府県は34都道府県(79.1%)で、制定後に行われたへき地歯科医療に関する取組には、へき地歯科医療に関する歯科医師会との協議や予算的補助が行われていたが、へき地に限定した取組は限定されていた。新たな歯科診療所の開設等に関する住

民のへき地歯科医療への要請があった都道府県は2都道府県(4.7%)のみであった。

9. へき地看護に従事する看護職について

へき地診療所、へき地医療拠点病院の看護職の現状調査は6都道府県(14.0%)で行われていた。現状調査を行っていなかった都道府県のうち、23都道府県では本調査を契機として医療機関や市町村に看護師の必要・不足数、両者の確認を行っていた。

3都道府県(7.0%)では、都道府県が関与して、へき地診療所に対する看護師派遣が行われており、具体的には都道府県立病院等から島しょへき地診療所へ派遣が行われていたり、看護師を派遣した医療機関への補助が行われたりしていた。代診医のように代替看護師の派遣を行っている都道府県も見られた。

新人看護職員研修を実施しているへき地医療拠点病院数について38都道府県が回答しており、そのうち17都道府県では全てのへき地医療拠点病院で新人看護職員研修が行われていた。新人看護職員研修を他施設合同で行う等して、へき地医療拠点病院の新人看護職員の教育を支援する取組は20都道府県(46.5%)で行われており、へき地診療所やへき地医療拠点病院の看護職に対する研修支援は14都道府県(32.6%)で行われていた。

看護職の復職支援のための研修事業は36都道府県(83.7%)で行われており、そのうち30都道府県ではいずれかのへき地医療拠点病院で看護職の復職支援研修事業における実習を受け入れていた。そして、14都道府県では看護職の復職支援研修事業の結果、へき地診療所やへき地医療拠点病院への就職につながる実績を上げていた。

10. へき地における薬剤師について

2都道府県(4.7%)でへき地における薬局や薬剤師の実態調査が行われていた。へき地の薬局数に関して、25都道府県(58.1%)でへき地に薬局があり、最も多い都道府県では270カ所だった。

5都道府県(11.6%)では、へき地医療拠点病院からの薬剤師派遣を検討したことがあり、4都道府県(9.3%)ではへき地医療について大学薬学部や薬剤師会と協議の場を設けたことがあった。へき地の在宅医療等に薬剤師の関与が望ましいと思う都道府県は36都道府県(83.7%)、その場合の薬局運営は民間とする回答が多かった。

医学生対象のへき地医療研修に薬学生等の参加を促し合同研修とすることについては、28 都道府県(65.1%)が望ましいと回答した。

11. 地域医療支援センターについて

本調査時点(平成26年4月30日)時点では、42 都道府県で地域医療支援センターが設置されており、5 都道府県は設置する計画があると回答した(へき地を有さない都道府県含む)。半数の都道府県では都道府県庁に設置されていたが、都道府県庁と大学に設置した都道府県も見られた。

9割の都道府県の地域医療支援センターでは、医師確保対策に関する情報発信、地域医療に従事する医師の支援、奨学金等により将来地域で就業することを義務付けられている医師のキャリア形成支援は地域医療支援センターが担う役割と認識していたが、地域における指導医の養成と指導医の適正な配置を担うべき役割と認識している都道府県は半数に留まっていた。そして、半数の都道府県では地域医療支援センターの最も重点を置く役割として、奨学金等により将来地域で就業することを義務付けられている医師のキャリア形成支援と回答していた。

地域医療支援センターとへき地医療支援機構との関係性については、3 都道府県が地域医療支援センターとへき地医療支援機構が一体となっており、17 都道府県ではへき地医療支援機構と有機的連携が図られており、17 都道府県では各々が独自に活動を行っていた。

12. その他について

へき地を有する都道府県のうち、20 都道府県(46.5%)がへき地を有する市町村における地域包括ケアシステムの構築状況について把握しており、26 都道府県(60.5%)がへき地を有する市町村における地域包括ケアシステムの構築について情報提供や支援を行っていた。具体的には、先進事例の情報提供やモデル事業の実施、中山間地域における在宅サービス等のモデルづくり、地域包括ケアシステムを実施する市町村に対する補助、地域ケア会議の推進を図るためのアドバイザーの派遣等が行われていた。

へき地における入院・外来別・疾患別患者数といった医療需要の将来推計に関しては、1 都道府県のみ将来推計を行っている市町村を把握していた。そして、へき地における医療機関の連携や診療所の統廃合といった医療提供体制の課題について市町村や住民等と協議する場合は、15 都道府県(34.9%)で設けられて

いた。14 都道府県(32.6%)ではへき地要件で社会医療法人となった医療法人があり、そのうち3 都道府県では社会医療法人との連携が取れていると回答していた。

へき地医療に関して市町村独自の取組は27 都道府県(62.8%)にあり、へき地での患者輸送事業やへき地診療所の運営支援、市町村独自の奨学金制度等の取組が行われていた。また、12 都道府県(27.9%)では、シンポジウムやワークショップ、広報DVD等の、へき地医療に関する住民に対する啓発活動等を行った実績があった。

2) 第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議では、へき地を有する都道府県からへき地保健医療行政担当者や専任担当官が集まり、グループワークを通じてへき地保健医療に関する情報交換や活発な議論が行われた。

グループ1(北海道・東北)では、へき地保健医療計画に数値目標が設定されていないため評価が困難、医師派遣実績や代診要請といった数値が適切にへき地医療の状況を表しているのか懐疑的とする意見が出された。その他、地元医大と連携したへき地医療に従事する医師の確保や、公的病院や地元大学医学部と連携した総合診療専門医の育成といった取組が共有された。そして、次期へき地保健医療計画や第6次医療計画に向けた計画目標の指標として、住民満足度や医療提供体制に関する施設・設備に関する指標が挙げられた。また、専門医制度について、へき地・地域も一体となった認定・更新プログラムの必要性、専門医でもへき地・地域で働けるような環境づくりの必要性について意見が出された。

グループ2(関東甲信越)では、へき地保健医療計画実施後の定量的な評価、とくに医師のキャリア支援や働きやすい環境作りのような成果を数値化することの困難さについて意見が出された。また、今後の方向性では、他県と接する地域の医師不足に対して隣接県と協働した対応の必要性、地域枠医師のキャリア支援、へき地医療支援機構と地域医療支援センターとの関係性について議論がなされた。

グループ3(東海北陸)では、無医地区に該当するだけの住民がいない地域が増加していることから、無医地区の解消といった指標では実態を正確に把握することは困難なこと、県によっては都市部の市中病院

でも整形外科等の専門医不足が深刻になっており、へき地における医師確保の対策が後手になっている現状が報告された。また、へき地医療と医師確保の担当部署が異なる県もあり、庁内での部門間連携も今後の課題として示された。今後の方向性として、県内の医療機関に複数の大学医局から医師が派遣されている現状であるため、地域枠のキャリアデザイン等を議論する複数の都道府県・大学医局を巻き込んだ調整の場を確保する必要性について議論された。そして、へき地における地域包括ケアシステムを構築するために、医師以外の職種の確保もへき地保健医療計画等に盛り込み、各科専門医もスキルとして地域包括ケアシステムを取り入れることの必要性について意見が出された。

グループ4（近畿）では、各都道府県における現状の課題を中心に議論がなされた。まず、へき地診療所の医師確保対策であるが、とくに診療所に勤務する医師の高齢化により将来的な診療所医師の欠員が不安要因となっている。後任が見つからない中、近隣のへき地医療拠点病院で支援を行っているが、拠点病院も医師不足となっている状況では継続的な支援が困難になりつつある。今後、自治医大卒業医師・地域枠卒業医師が増加したとき、現職場の垣根を超えた支援システムを構築することが解決の一助になるのではという意見が出された。次に、地域枠卒業医師の修学資金返還対策について議論された。修学資金を返還することなく地域枠養成医師が県内に定着するためには、ロールモデルやキャリアアップのタイムスケジュールの提示が必要であることが示された。最後に地域枠卒業医師の人事配置方法であるが、自治医大卒業医師・地域枠卒業医師の有機的なネットワークを構築することが、さまざまな事象に対応できるシステムづくりにつながるのではないという意見が出された。具体的な事例として、今後最大で100名以上の地域枠卒業医師が輩出されるのに備えて、顔と名前を一致させるための人事管理ソフトを導入した県もみられた。

グループ5（中国・四国）では、次期へき地保健医療計画や第6次医療計画に向けて成果の出る仕組みを中心に議論がなされた。自治医大卒業医師や地域枠卒業医師らの義務年限終了後の定着やキャリア形成支援において、へき地勤務に対するインセンティブやへき地診療所等も包含した形の研修プログラム、新たな専門医制度による医師偏在の悪化を引き起こさない制度設計の検討について意見が出された。また、今

後の地域における過疎・高齢化が進むことを視野に入れたへき地医療拠点病院指定の見直し、へき地診療所の集約化や再編の必要性について議論された。そのためには地域医療ミーティング等を開催することで地域住民との意志疎通を図ることや、医療ICTや電子カルテを活用した遠隔診療や病診間の情報共有も重要であることが示された。

グループ6（九州）では、第11次へき地保健医療計画の振り返りの中から有用であった取組や他県でも導入可能な取組について共有された後に、次期へき地保健医療計画や第6次医療計画に反映させる方策について議論がなされた。その結果、次期計画に向けて検討すべき要点として、①組織作り、②情報共有の場、③教育、④ドクタープール制度、⑤広報活動の5項目にまとめられた。とくに、組織作りについては、へき地医療支援機構を県庁内に移動させ、専任担当官が本来業務に専念できる環境を作ったことで活性化した点を重視し、風通しが良く機動性のある組織作りを目指す必要があるとされた。また、適時適切なタイミングで関係者が広くへき地の情報を共有する場を作ることや、さらには県をまたいだ意見交換の機会を継続して確保することの重要性が示された。

各グループにおける議論の内容は、グループワーク終了後に全体会で発表していただいた。各グループからの発表を参加者全員で共有し、質疑応答などで理解を深めたことで、各グループで扱ったテーマに留まらず、全てのテーマに関する課題の深化や新たな気付きを促した。なお、ファシリテーターの報告書は別に示す（資料3-3）。

3）都道府県個別訪問による第11次へき地保健医療計画に関する技術的支援

今回は都道府県個別訪問の対象としたへき地を有する43都道府県のうち、40都道府県を訪問した。また、40都道府県のうち33都道府県では都道府県庁を、7都道府県ではへき地医療拠点病院等の都道府県庁以外の訪問を行った。なお、都道府県庁以外を訪問する際は都道府県へき地保健医療行政担当者と共に訪問した。

なお、結果は都道府県が特定できないように都道府県名等は伏せ、「都・道・府・県」という呼称は便宜上「都道府県」もしくは「県」とした。

1. 第11次へき地保健医療計画におけるPDCAサイクルの活用

①各都道府県の第 11 次へき地保健医療計画における PDCA サイクル全般の活用について

②PDCA サイクルの活用に関する促進・阻害因子の確認と技術的助言

第 11 次へき地保健医療計画における PDCA サイクル全般の活用について、12 都道府県（30%）では従来より PDCA サイクルを十分に活用しており、16 都道府県（40%）では現在、PDCA サイクルの活用に取り組んでいた。一方では、8 都道府県（20%）で PDCA サイクルの活用・取組が不十分であり、4 都道府県（10%）では PDCA サイクルは全く活用していなかった。

PDCA サイクルの活用、取組を行っている都道府県では、多様な関係者で構成されたへき地保健医療対策に関する協議会や部会などの定期的な開催による進捗状況の評価がなされていた。PDCA サイクルの活用、取組が不十分な都道府県では、へき地保健医療対策に関する協議会が開催されていない、開催されても活発な議論が行われていない等の声が聞かれた。また、医療計画と異なり、第 11 次へき地保健医療計画では数値目標が設置されていなかったため、具体的な評価が難しいという意見も多数聞かれた。研究班からは、機動力があり実践的な協議を行える場を作ることや、定量的な目標値を設定できずとも具体性のある定性的目標を示すこと等を助言した。

2. 第 11 次へき地保健医療計画の振り返り

③第 11 次へき地保健医療計画の策定時に設定した課題と目標の確認

21 都道府県（52.5%）では策定時に設定した課題と目標が関係者間で十分に確認・共有されており、15 都道府県（37.5%）においても課題と目標の確認はなされていた。しかし、4 都道府県（10%）では策定時に設定した課題と目標の確認は不十分であった。へき地保健医療対策に関する協議会等を定期的に開催している都道府県は、同会議で課題と目標の確認が行われているが、会議が開催されていても目標設定が曖昧であったために十分な確認がされていなかったり、そもそも同様の会議が策定時に開催されたのみとなっている都道府県も見られた。

④第 11 次へき地保健医療計画策定後のへき地保健医療に関する現状把握

22 都道府県（55%）では策定後の現状把握に加えて関係者間でも共有されていた。12 都道府県（30%）では策定後の現状把握が行われていたが、3 都道府県（7.5%）では不十分であった。そして、3 都道府県

（7.5%）では現状把握の取組も行われていなかった。現状把握の取組が不十分な都道府県では、現状把握の調査や協議の場の設置は、計画の策定時のみ行われていた。

⑤第 11 次へき地保健医療計画で設定した課題・目標に対する評価システムについて

22 都道府県（55%）では評価を行うシステムが構築されて年度毎に評価が行われており、8 都道府県（20%）では最終年度に総合評価が行われる予定となっていた。一方、8 都道府県（20%）では評価を行うシステムが不十分なため、現在システムの構築中であり、2 都道府県（5%）ではシステムの構築も取組まれていなかった。そもそも関係者が一同に会する場が設けられていないこと、計画の確認と承認に留まること等が課題として挙げられていた。

⑥第 11 次へき地保健医療計画策定後に生じた新たな課題の把握

12 都道府県（30%）では策定後に生じた課題を把握し、目標の設定、施策の取組が行われていた。21 都道府県（52.5%）では課題の把握はされており、4 都道府県（10%）は不十分な把握となっていた。2 都道府県（5%）では課題の把握はされていなかった（1 都道府県は記入無し）。他の項目と同様、関係者が一同に会する場が無いという理由の他、新たな課題に対する認識に乏しい都道府県も見られた。

新たな課題としては、離島の看護師確保、産婦人科医師の高齢化による将来的な産婦人科医不足、継続した医師確保、在宅医療の推進、地域包括ケアシステムとの連携、地域創生との関連付け、自治医大卒業医師と地域卒卒業医師の協力体制の構築、新たな専門医制度と自治医大・地域卒卒業医師のキャリアデザインとの整合性、へき地診療所医師の高齢化、薬剤師不足、公的病院の集約化・機能分担等が挙げられた。

⑦第 11 次へき地保健医療対策に関する分析（促進因子）

13 都道府県（32.5%）では課題解決・目標達成ができた項目に関する分析が十分行われており、19 都道府県（47.5%）でも分析は行われていた。3 都道府県（7.5%）では分析は不十分であり、5 都道府県（12.5%）では分析が行われていなかった。

具体的には、地域医療再生基金の活用、地域卒卒業医師の増加、地域医療支援センターとの協力体制の構築、へき地医療支援機構ならびに専任担当官の取組、へき地医療拠点病院や社会医療法人の増加、公立病院

の再編等が促進因子として挙げられていた。少数ながら、課題解決されたもの・該当する項目が無いという都道府県も見られた。

⑧第 11 次へき地保健医療対策に関する分析（阻害因子）

10 都道府県（25%）では課題解決・目標達成ができなかった項目に関する分析が十分行われており、22 都道府県（55%）でも分析は行われていた。6 都道府県（15%）では分析は不十分であり、2 都道府県（5%）では分析は行われていなかった。

具体的には、新たな専門医制度の制度設計が不透明であるために地域枠や自治医大卒業医師のキャリアデザインの作成に遅れが生じている、キャリアデザインを設計する際に近隣都道府県の大学にまで配慮が必要なこと、細かいレベルでの協議の場が無いこと、市町村の当事者意識の低さ、関係者間の低調な連携等が挙げられた。

3. 次期へき地保健医療計画／第 6 次医療計画に向けて

⑨第 11 次へき地保健医療計画最終年度への反映

3 都道府県（7.5%）では、全国へき地医療支援機構等連絡会議で行ったグループワークで議論した「仕組み」に関して、計画の最終年度に反映させる予定であり、16 都道府県（40%）では計画に反映できるか検討中であった。そして、12 都道府県（30%）では検討は不十分であり、9 都道府県（22.5%）では検討する予定も無かった。具体的には地域枠卒業医師のキャリアデザインやドクターヘリ等を議題とした、県をまたいだ協議の場が必要であるとする意見等が聞かれた。また、他都道府県の先行事例・成功事例を聞けるという点で、全国へき地医療支援機構等連絡会議が評価されていた。

⑩第 11 次へき地保健医療計画から次期計画への反映

7 都道府県（17.5%）では第 11 次へき地保健医療計画終了後、第 6 次医療計画等の追記・修正を行う計画があり、18 都道府県（45%）では現在検討がなされていた。3 都道府県（7.5%）では検討は不十分であり、12 都道府県（30%）では第 11 次へき地保健医療計画終了後の方針は未定であった。第 11 次へき地保健医療計画が第 6 次医療計画に包含されている都道府県では医療計画の改定時期に合わせて反映されることや、（個別訪問時点では）次期へき地保健医療計画の方向性が不透明なため具体的な検討がされていない都道府県が見られた。

4. 第 11 次へき地保健医療計画に関する個別事案について

⑪「へき地医療」と「地域医療」について

半数以上の都道府県では、へき地医療と地域医療を担当する部署が同一であり、へき地医療と地域医療は一連のものであるため切り分けて考えることはできないとする都道府県も多く見られた。その一方で、へき地保健医療計画や自治医大を担当する部署と、医療計画や地域枠を担当する部署が分かれており、その中には相互の連携が不十分な都道府県も見られた。

他には、地理的要因や過疎 4 法に準拠した医療の確保が困難な地域をへき地と位置付けたり、地域医療は病院が主体、へき地医療は診療所が主体としていたり、医療に関する事業を行う上での住み分けとしての地域医療とへき地医療としていたりする意見も聞かれた。

⑫へき地医療支援機構と地域医療支援センターについて

へき地医療支援機構の主な役割として、多数の都道府県で代診医ならびに自治医大卒業生の派遣調整や、へき地保健医療対策協議会への参加が挙げられていた。他にも、初期研修医に対する地域医療研修、ドクタープールの運営、専任担当官によるへき地診療所への聞き取り調査等がへき地医療支援機構によって行われていた。

地域医療支援センターは主に地域枠卒業医師のキャリア形成支援、地域医療に従事する医師等に関する現況調査、医師・医学部生に対する地域医療の情報発信等を行っていた。地域医療支援センターと、へき地医療支援機構が統合されている都道府県もあれば、両組織間の接点も少なく、有機的な連携が取れていない都道府県も見られた。

⑬地域枠卒業医師のキャリアデザインについて

修学資金貸与医師や地域枠卒業医師は都道府県による人数の差が大きく、将来的には 200 名を超える両制度の卒業医師が県内の医療機関で勤務する都道府県も見られた。地域枠卒業医師の具体的なキャリアデザイン策定状況については、新たな専門医制度を控えているものの多くの都道府県で具体的内容の検討が進められていた。また、13 都道府県では地域枠卒業医師のキャリアデザインにへき地診療所等のへき地勤務が組み込まれていた。直接的にへき地勤務が義務付けられていない場合でも、へき地の公的病院に勤務する等、実質的にへき地勤務がキャリアデザインに組み

込まれている都道府県も見られた。

⑭へき地の診療所と都道府県との関係について

多くの都道府県では、へき地診療所に自治医科大学卒業医師を派遣する以外に、診療所の運営に関する補助金交付等を行っているが、基本的にはへき地診療所の医師確保は市町村の役割として考えていた。しかし、へき地診療における医師の高齢化と後継者確保の課題等もあり、都道府県によっては、ドクターバンクの運用による医師確保や、社会医療法人や玉突き代診などによるへき地診療所の支援が行われていた。

将来的には、へき地の住民数の減少に伴った診療所の患者数減少のため、都道府県の中には、へき地診療所の常勤体制から出張診療所への移行、複数の診療所の統廃合や広域センター化の検討や実施が行われていた。

⑮へき地の歯科医療について

へき地の歯科医療への取組に関しては、へき地保健医療計画自体に歯科医療の記載が無い、担当する部署が異なり連携が不十分であることから、へき地歯科医療への取組が低調な都道府県も見られた。

へき地に特化している取組ではないが、在宅歯科医療を歯科医師会と連携、もしくは歯科医師会を中心に取組んでいる事例もあり、その中には歯科往診車整備への助成や、在宅歯科医療連携室の設置による在宅歯科医療・訪問歯科医療の充実に向けた取組などが挙げられていた。へき地での取組としては、県が歯科医師会に歯科巡回診療車を無償貸与し、歯科巡回診療が無歯科地区を中心に行われている事例も見られた。

研究班からは、へき地での歯科医療に関して、地元大学の歯学部との協議の場を設けることや、研修医教育における口腔保健の重要性等について助言を行った。

⑯へき地での看護について

へき地での看護に関しては他部署が担当している都道府県もあり、十分な連携が取れていない都道府県も見られた。実情として、へき地医療拠点病院では7：1看護や都市部への看護師集中等の影響から看護師不足が深刻となっていた。また、へき地診療所でも看護師の高齢化による退職と後任看護師確保が課題となっており、都道府県によってはへき地医療拠点病院からへき地診療所へ短期的な看護師の派遣や、へき地診療所への医師派遣の際に看護師と事務員を派遣している事例も聞かれた。

他にも、多施設合同によるへき地医療拠点病院の新

人看護職員研修や、看護職の復職支援研修事業がへき地医療拠点病院で行われている事例、へき地勤務を条件とした修学資金の導入を検討している都道府県も見られた。また、へき地に限定した取組ではないが、看護師養成施設の確保やUターン、Iターン推進事業や、ナースバンク事業も行われていた。

⑰へき地での薬剤師について

へき地での薬剤師に関する状況は、担当部署が異なるため把握ができていない、地元大学に薬学部が無く、へき地に限らず薬剤師が不足している等、現時点では進展に乏しかった。そのため、研究班からはへき地保健医療対策に関する協議会等に薬剤師会からの参加を促す、へき地での在宅医療を促進するためにも薬剤師の役割について検討する等の助言を行った。実際に、NPO 法人が運営しているへき地での薬局が訪問服薬指導等を介して、へき地医療の一翼を担っている事例や、へき地医療拠点病院の薬剤師を巡回診療にも同行させている事例等を紹介した。

⑱地域医療構想におけるへき地医療の位置づけについて

訪問時、まだ地域医療構想のガイドラインは示されていないこともあり、具体的な意見交換が行えなかった都道府県が多かった。また、地域医療構想は病床に関する話であるため、へき地医療との関連は薄いと見る意見や、今後のへき地診療所の統廃合等について各自自治体に任せている等、まだ関心が低い都道府県も見られた。

しかし、都道府県の中には地域医療構想での医療圏における病床について、へき地医療拠点病院を含めた公的な中小病院の再編・機能分担に取組む必要性を認識していたり、診療所の統廃合や広域センター化を市町村に任せるだけでなく、市町村との会合の場でへき地診療所等の将来的な方向性を県からも説明・提案している都道府県も見られた。研究班からも、地域医療構想を策定する上で、へき地医療が埋没しないように意識付けを行った。

5. その他

今回の都道府県個別訪問で使用したチェックリスト以外の事項や、都道府県へき地保健医療行政担当者等から出された意見等が、その他の欄に記載された。その中から一部を以下に示す。

・へき地医療対策は公的医療機関を中心とする都道府県が多いが、中には厚生連（厚生農業協同組合連合会）や地域医療振興協会が開設した医療機関が、歴史的に

も機能的にも重要な役割を果たしている都道府県も見られた。

・地域枠や自治医大卒業医師のキャリアデザインを考えていく上で、専門医取得の研修とへき地診療所等へき地勤務との両立が難しくなっている。

・医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度（新たな基金）を活用して、へき地の診療所や病院に対して医師を派遣する医療機関への補助金事業を開始した都道府県が見られた。

・へき地では過疎化が進行しており、路線バスの廃止縮小等による公共交通網の縮小により、診療を受ける際の足を持たない高齢者が増加する懸念がある。

・へき地保健医療計画の実行に際して、都道府県で定めた基本方策に沿った具体的な取組がリストアップされ、これら取組の実行計画・進捗状況が一覧となった工程表を作成した都道府県が見られた。このような資料が協議会等に提示されており、そのことにより会議の活性化が図れていると思われた。

4) 先進的取組を行っている組織・地域等の視察訪問

自治医科大学や地域枠卒業医師のキャリアデザインに関する卒前・卒後教育や、卒後の医師の配置や診療支援等に関する先進的取組を行っている組織・地域として、A. 秋田県、B. 岡山県、C. 広島県、D. 高知県、E. 熊本県、F. 鹿児島県を選定した。

以下に、それぞれの県の取組事例の紹介や解説等を示した。なお、今回の報告書に掲載するにあたり、全ての県から了承を頂いた。

A. 秋田県（「地域循環型キャリアプラン」と「循環型医療教育システム学講座」）

秋田県の医学生修学資金制度には県内地域枠、全国地域枠、一般枠、市町村振興枠、ふるさと元気枠といった複数の制度があり、広義の地域枠医師（修学・研修資金の貸与契約により、返還免除のための義務年限として勤務条件が指定されており、大学入試制度とのリンクの有無を問わないもの）の義務年限者数は平成35年にピークを迎え280名、うち知事指定病院勤務者数は平成40年にピークを迎え128名となる予定となっている。

そして、地域枠卒業医師のキャリアプラン作成に対する支援や、医師不足と地域・診療科偏在を解消することを目的として、平成25年4月に秋田県と秋田大学の共同で「あきた医師総合支援センター」が秋田大学医学部付属病院に設置された。同センターでは、基

本的な方向性として秋田大学と秋田県内の地域の病院（県内の公的医療機関や知事指定医療機関）を循環しながらキャリアを積んでいく「地域循環型キャリアプラン」を打ち出しており、各地域枠に応じた診療科別やコース別（大学院進学コースや臨床継続コース等）のキャリアデザインについて、モデルの提示や具体的な策定作業が行われている。

なお、医学生修学資金等貸与者については配置基準が定められており、原則として地域の中核的な病院に配置されるが、①医師充足状況調査等により医療機関から医師配置の要望がある、②医師1人当たりの外来・入院患者数が相当数認められる、③人口10万人当たり医療施設従事医師数が低い、④同一地域内に補完する医療機関が無いこと等を総合的に勘案して決定されることになっている。

また、地域の病院での医師不足による診療機能の低下や、指導医不足による若手医師の定着率の低下等の課題に対して、秋田県では新たな取組みとして平成26年度から30年度までの5年間、秋田大学に寄附講座「循環型医療教育システム学講座」を設置している。図3に示すように、同講座では地域で若手医師を育成しながら医師不足の医療機関を支援するために、講座に所属する医師（10人以上）を地域の病院（秋田市から概ね50km以上の地域）に派遣し、派遣先病院の診療応援や、地域枠等の若手医師の指導ならびに指導医の養成を行うことになっている。このような取組による研修体制の整備は「あきた医師総合支援センター」が打ち出している「地域循環型キャリアプラン」の具現化と継続性につながり、同様の地域循環型のキャリアプランを構想している都道府県にも参考になる事例であると思われた。

秋田県では健康福祉部医務薬事課の医師確保対策室と秋田大学のあきた医師総合支援センターが中心となり、県の地域医療に関する分析、高校生を含めた地域医療を確保するための広報活動、自治医大・秋田大学医学生・地域枠を含めた地域医療実習、卒後教育やキャリアデザインに取組んでいる。へき地医療支援機構も専任担当官が院長を務めている厚生連の医療機関を中心とした診療面での支援や、卒後のキャリアデザイン等にも協力を行っており、連携は十分に図られていた。

B. 岡山県（地域枠卒業医師の派遣システム）

岡山県の地域枠は、岡山大学地域枠が7名、広島大学地域枠が2名の計9名/年となっており、平成37

年には最大で約 40 名の地域卒卒業医師が地域の医療機関に配置されることが予想されている。地域卒卒業医師の医療機関への配置等のキャリアプランに関しては、平成 24 年 2 月に岡山県庁保健福祉部医療推進課に設置された岡山県地域医療支援センターと、同年 4 月に岡山大学に設置された同センター岡山大学支部を中心に取組が進められている。

岡山県地域医療支援センターによる地域卒卒業医師のキャリアプラン作成に関するロードマップを図 4 に示した。この中で、とくに地域卒卒業医師の配置先選定条件の検討に関して先進的な取組が行われていた。図 5 にあるように複数の項目で評価されており、地域の受け入れ体制（地域住民との良好な意志疎通、各関係者との良好な連携体制、ローテートする医師を歓迎する雰囲気）、地域で果たしている役割（地域に期待されている役割を果たすための多職種連携）、経営状況等も評価項目となっており、必ずしも教育指導体制や認定施設といった従来の評価尺度にとられない幅広いものとなっていた。

これらの評価項目の決定に至るプロセスであるが、まず、平成 26 年 4 月に地域卒卒業医師の配置を希望する・検討中と答えた 74 病院の回答を元に、どういった条件を備えた施設が望ましいかについて、地域医療支援センターと岡山大学地域医療人材育成講座とで検討された。そして、平成 26 年 7 月に開催された第 2 回地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップでは、県内病院の院長、研修担当指導医、大学病院教授、行政医師、地域卒学生らが参加し、「受入側から見た地域卒卒業医師の派遣システム」についてグループワークが行われた。このグループワークでは、前述した地域卒卒業医師の配置先選定方法の評価・改善点等について議論が行われているが、大学病院教授や地域卒学生まで参加したことで、より多くの関係者が参加し、当事者の意見も取り入れられたワークショップとなり、現場に即した議論につながったのではないかと思われた。また、以前より地域医療支援センター長らが、地域の医療や救急の状況、病院の取組等を把握することを目的として、県内の医療機関を対象とした訪問ヒアリング調査を行っており、平成 25 年以前には 16 カ所、平成 26 年には 12 カ所の医療機関を訪問している。この訪問の際には、病院院長、事務長、看護部長との面談も行っており、このようなセンター長自らの医療機関への訪問が地域卒卒業医師の派遣体制への理解と定着に寄与すると予想された。

県の認識として、地域卒卒業医師のキャリアプランだけでなく、へき地／地域医療に関連した取組は岡山大学（地域医療人材育成講座）、へき地医療支援機構（岡山済生会総合病院）、地域医療支援センター（県／岡山大学）の連携が担っていると考えていた。その背景には地域医療支援センターや地域医療人材育成講座におけるキーパーソンの存在や、へき地／地域医療に対する県行政の熱意があると思われた。なお、岡山県では、へき地医療支援機構はへき地を含む地域医療全体を俯瞰し、既存の地域医療を支えるシステムの維持や、地域のニーズを拾い上げる役割を中心とし、地域医療支援センターは地域卒卒業医師を含めた医師のキャリア形成や、地域卒卒業医師の派遣に関する役割を中心としており、これら両組織の機能分担が図られていた。

C. 広島県（へき地医療支援機構・地域医療支援センターの一体となった組織体制）

広島県では平成 27 年 3 月に地域卒 1 期生 5 人が卒業しており、それ以降は岡山大学の広島地域卒 2 人を含めると、1 学年最大 20 人となる。卒業後、広島大学の地域卒卒業医師は基本的には広島大学に入局する。図 6 に示したように義務年限は 9 年間となっており、2 年間の初期臨床研修終了後の 7 年間のうち、3 年間は広島県内の公的医療機関、4 年間は中山間地域の医療機関または知事が指定する診療科で勤務する。このような地域卒卒業医師の制度については、広島大学の寄附講座である地域医療システム学講座が各医局への周知を行い、各医局に対するキャリアプランの作成依頼も行っている。具体的な派遣先の調整については、広島県地域医療支援センターが事務局となる調整会議で行う方向で検討が進められている。

地域卒卒業医師の支援や地域医療の医師確保対策において、広島県地域医療支援センターは重要な役割を果たしている。同センターは、平成 23 年 7 月に広島県、市町、広島県医師会、広島大学等で構成される全国初の組織として設立された財団法人広島県地域医療保健医療推進機構（平成 25 年 4 月から公益財団法人）が母体となって運営している。当初は同機構の地域医療推進部として活動していたが、平成 26 年 7 月から広島県地域医療支援センターと名称変更した。

多くの都道府県では地域医療支援センターとへき地医療支援機構は別々の組織となっているが、広島県では広島県地域医療支援センターが両組織の役割を担っていることが特色である。へき地医療支援機構自

図3 秋田大学 循環型医療教育システム学講座

平成26年度～平成30年度

<地域の病院での課題>

- ・ 医師不足による診療体制の弱体化
- ・ 勤務医の負担増に加え、指導医が不足し、若手医師が定着しない。
- ・ 勤務医の養成や、地域卒医師が十分な経験を積むまでには時間を要する。

<目指す姿>

- ・ 地域卒等の若手医師が大学から遠隔の病院に勤務しても、スキルアップ可能な環境
- ・ ベテラン指導医＋地域卒等の若手医師＋初期研修医がセットでの勤務
- ・ 若手医師が大学と地域の病院とを循環しながらキャリア形成できるシステム

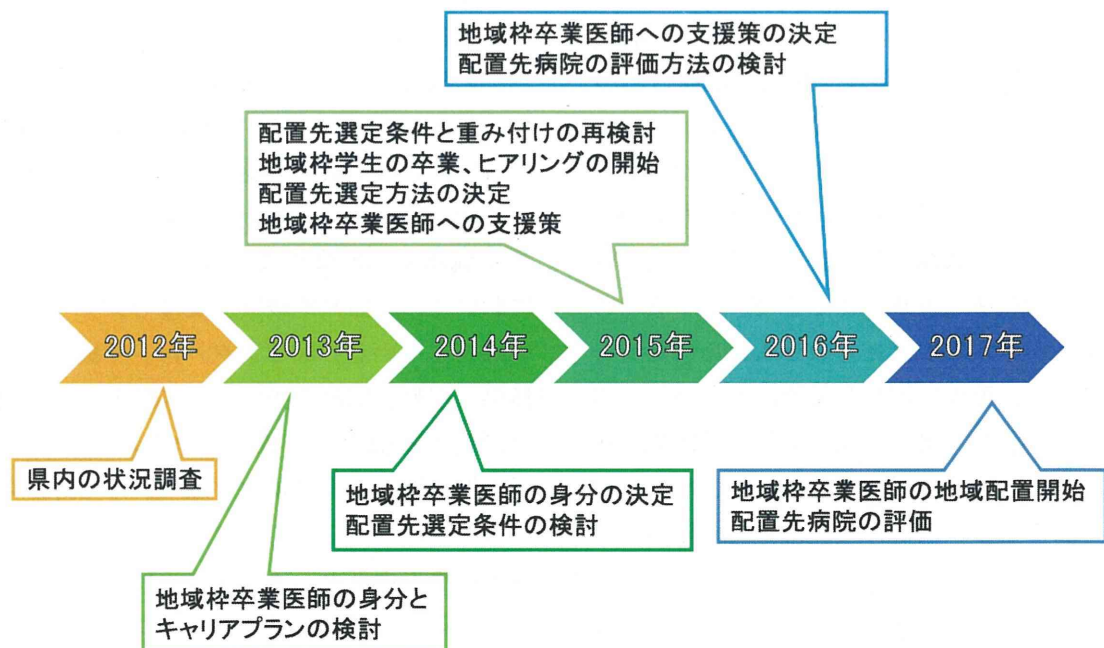


「寄附講座」と「あきた医師総合支援センター」とが連携した取組

- ・ 講座所属医師(10人以上)を、秋田市から概ね50km以上の地域の病院に派遣
- ・ 派遣先病院において、診療応援＋地域卒等の若手医師を指導
- ・ シミュレーション教育センターの活用、遠隔カンファレンス等

平成27年1月27日 秋田県訪問時に御提供頂いた資料より

図4 ロードマップ



岡山県地域医療支援センター 2014(平成26)年次報告書より
(図・色等は一部変更)