

- 岐阜県
- 病院と4診療所のセンター化の体制
- 県からではなく、地元からの動き
- 研修医や学生の研修の場としても

GW④:へき地医療拠点病院ならびに
へき地診療所の機能向上と連携推進

- 支援機構・へき地医療拠点病院の役割
同一開設者内の支援の評価、何らかのインセンティブを、玉突き派遣等も評価されるべきでは
- 集約化
病院・診療所群を形成して複数医師で複数箇所をカバーするような形(センター化)
☆集約化を進めるための工夫
研修体制、給与、ワークライフバランス
- 常勤医の撤退、診療所の存続の可否、民間医療機関はどうするのか

医療機関の再編等について

事例

新潟県、奈良県で3→1(3次救急)2療養型に再編

問題点

・療養型になる病院の周辺住民等の説明に苦慮(救急機能をみんな残したい。)

対応

- ・療養型に変わることについて、首長同士で理解、合意を得れた。医療機関同士が割に近い距離であったのと、トップダウンで進んだのがよかったのか？
- ・地道に住民教育(年30回)で夜間救急の件数減、医師数全国比半分でも効果

今後

- ・再編のとまどいは、時間をかけることと、話し合いを継続して、修正していく。
- ・他の医療圏に流出しているのを住所地完結型にするための取り組み。
- ・患者数減の動向を踏まえ、地域医療構想でどのように設定していくのか課題。

新たな専門医の仕組みにおける 自治医科大学、地域卒業医師のキャリアパス

<課題>

- ・義務年限内での専門医取得を進めるにはどうしたらよいか。
- ・現専門医制度における既卒の医師のキャリアをどうするか。
(H27年度臨床研修2年目の医師は、新制度に乗れない。)
- ・専門医の取得をした後にへき地勤務になる場合は、専門医の更新に問題が出ないか。
- ・現時点で、新たな専門医制度と、キャリアパスの調整がすすんでいる県はない。
- ・新専門医制度では研修期間が3年に固定されていないことが調整を困難にしている。
- ・指導医がいない病院では研修病院になれたいため、結局、大学病院からの派遣でまわっている病院を研修病院に含むのは難しい。
- ・さらなる偏在化を招くおそれがないか。
- ・自治医卒業医師について、県外への研修を含めて義務年限を猶予する場合は、新制度では、県と病院でプログラムを作らなければならない。

<具体的な都道府県としての取り組みの方向性>

- 専門医取得に配慮して、研修期間に応じて義務年限の猶予
- 地域卒業医師が増えて、地域偏在が解消されてくれば、研修開始を早めることも可能ではないか。
- へき地の病院が研修病院として病院群に入るよう、県も含んだ協議の場での調整
- 都道府県がネットワークを整備することにより、へき地病院での勤務を支援

グループ1

都道府県：北海道、茨城県、三重県、福井県、鳥取県、香川県、熊本県

ファシリテーター：梶井、春山、古城

第1班は、参加した都道府県の関心に基づき、「新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域枠卒業医師のキャリアパス」を議論のテーマにした。各都道府県が課題となっていることを説明したところ、次の5点に集約された。(1) 後期研修・専門研修の時期をどう設定するか、(2) 後期研修の実施場所を都道府県外でも認めるか、(3) 診療科の選択をどこまで認めるか、(4) 配置先は、誰が決定するのか、(5) 専門研修施設群に、へき地医療機関を入れてもらえるか、の5つである。

これまで参加県の多くでは、自治医科大学卒業医師の後期研修は1年が多く、専門医研修を踏まえると伸ばす必要が確認された。また、都道府県内では全ての診療科の専門医研修プログラムは組めないため、都道府県外の研修施設に行く可能性があること、希望する診療科にはできるだけ沿うようにしたいが、実態的には総合内科専門医や総合診療専門医ならば取得できる可能性があるが、外科系やその他の診療科の場合は、研修が難しいことが確認された。地域枠の学生の配置の人事権を持っている部署は、都道府県知事、地域医療支援センター、協議会等、都道府県によって異なっていた。

解決することは難しいが、まずは都道府県、大学関係者、派遣希望医療機関等、関係者間の意見調整を行い、地域の医療機関のニーズと自治医科大学卒業生や地域枠の卒業生の希望とを刷り合わせていくことが重要であるという点について共有された。

グループ2

都道府県：青森県、栃木県、山梨県、滋賀県、島根県、徳島県、宮崎県

ファシリテーター：谷、瀬川

第2班は、各県の現状が紹介された後の議論の結果、喫緊の課題である「新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域卒卒業医師のキャリアパス」を議論のテーマとして選択した。まず、自治医科大学および地域卒卒業医師が卒業後の義務年限内に専門医の取得ができるということを目標とした上で、それにおける課題を抽出し、それを解決するための具体的な取り組みの方向性に関する議論を行った。

地域卒の仕組みは各県によって異なるため、自治医科大学卒業医師が取得可能な専門医資格として総合診療専門医が議論の中心となった。課題としては以下の3点が挙げられた。

①義務年限内での過疎地での勤務の中で専門医資格を取得することができるか、②総合診療専門医を目指す医学生が少ないのではないか、③総合診療専門医は新しい専門医資格であるため総合診療に関心の高い医学生に対してモデルとなる医師が少ないことから指導体制に課題があるのではないか。

課題に対する具体的な取り組みとして以下の内容があげられた。自治医科大学および地域卒卒業医師の義務年限内のローテーションシステムは新専門医制度より前に定められたものであり、専門医制度と一致しない部分があって当然である。両者を重ねるようになる対策が必要であるが、新専門医制度の内容を変更することは難しい。したがって、自治医科大学や地域卒の卒後のローテーションシステムを新専門医制度に合わせて変更することは可能かどうかについて各県で検討する必要がある。しかし、自治医科大学卒業医師が新専門医制度に含まれないへき地診療所などの医療機関をローテーションすることを止めたり時期を変更することは、人員がぎりぎりの状態で余裕がなく難しいという意見が出された。今後は地域卒医師も加わって、へき地勤務体制に余裕が出てくれば、義務年限内のローテーションのルールを変更することも可能になるかもしれない。

グループ3

都道府県：岩手県、群馬県、長野県、京都府、岡山県、高知県、鹿児島県

ファシリテーター：澤田、森田

司会、記録、発表の各担当者を決定後、まず、新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域枠卒業医師のキャリアパスに関して、各府県の担当者から現状等の報告がなされた。義務年限内で専門医の取得を可能とするキャリアパスを検討・策定するという報告がある一方、専門医取得は義務年限終了後になるという報告も聞かれた。義務年限内での取得を目指す場合も、義務年限での配置先や、内科や総合診療科の専門医取得は可能でも、他診療科までは対応困難という報告がなされた。そして、義務年限内でのへき地勤務と、専門医の取得を両立させるためには、内科専門医制度下での特別連携施設に診療所を登録する、義務年限内に猶予期間を設ける等の方策も示された。

次に、へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の機能向上と連携推進に関して、各府県の担当者から現状等の報告がなされたが、府県によって事情が大きく異なり、へき地医療拠点病院の数は少ないながらも、周囲の公立病院を支援する体制が整備されていたり、へき地診療所の大部分で常勤医が不在であり、今後の統廃合が課題となっていたり、地理的要因によりへき地診療所の数が多く、市町村合併の時に診療所を残すという公約などの関係で引き続き運営の維持が求められている等の報告がなされた。

議論するテーマには、新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域枠卒業医師のキャリアパスが選択された。地域枠の学生が増加していく中、将来的にその配置を新たな専門医の仕組みに組み入れて、へき地医療に貢献していくことはできないか、へき地医療と専門医研修の両立、という視点で議論が行われ、専門医のプログラムにおける地域医療をへき地医療として活用していくシステムづくり、内科のプログラムにへき地医療機関を巻き込んでいくこと等が考えられる対策として示された。

グループ4

都道府県：宮城県、岐阜県、兵庫県、山口県、福岡県、沖縄県、(東京都は欠席)

ファシリテーター：原田、今道

まず、2つのテーマのどちらについてグループワークを行うかを決めるために、テーマごとに各県から現状および課題について説明してもらった。

「新たな専門医の仕組みにおける地域卒業医師のキャリアパス」に関しては、地元大学と連携して19領域すべてにおいて取得できるところや、義務の途中で柔軟に「延長」ができる県もあった。しかし、へき地の研修施設にすべての領域の指導医がいるわけではないので難しいとする県もあった。特に指導医のいないへき地医療機関に医師を派遣できなくなる可能性も課題として指摘していた。一方、自治医科大学の卒業医師は、選択できる診療科が、内科専門医、総合診療専門医に制限されることがほとんどであった。へき地のニーズに応えるために、義務の前半で必ず総合診療専門医を取得し、義務の後半は、専門医としてへき地勤務をさせる県もあった。しかし、地域卒養成医師にせよ自治医科大学卒業生にしても、へき地勤務のスケジュールから初期臨床研修を除くと、長くても3年間程度しか専門研修の期間を確保できない現状が見られた。昨今の医師の指向からできれば義務の間にも専門研修の研鑽を積ませてあげたいという意見があり、努力していきたいとする担当者が多かったが、「へき地勤務(医師確保)と専門研修は両立できないのではないか」、「専門研修も可能だと説明するのは、医師の期待を欺いているのではないか」との指摘もあった。

「へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の機能向上と連携推進」については、へき地対策も50年以上を経て、各県それぞれの対応がなされていた。人口減少などにより患者数が減っているところでは、患者搬送車などの利用、医師や医療機関を集約、センター化させるなど先進的な取り組みを行っている県もあれば、一方で、なかなか集約化などに対応できない県もあった。常勤医師の配置に関する基準がないためなかなか住民の理解が得られない、常勤医師の高齢化も進んでおり突然の欠員に対応できない、医療の専門分化も進み一人の医師で対応するのは限界になっているなどの課題が提出された。

議論するテーマには、「へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の機能向上と連携推進」が選択された。まとまった方向性を示すことは出来なかったが、上記の課題の解決案として次のようなことが提案された。人的資源としては、複数の診療所・病院でネットワークを作り複数の医師を配置することで連携も構築でき、個々の医師の負担が過重になるのも防ぎ、統廃合に向かってもスムーズに向かうと思われる。へき地医療拠点病院自体も医師不足のことが多く、もっと拠点病院や医師本人へのインセンティブが必要であるとの意見があった。また、市町村合併などで同一開設者間の診療支援が増えており、補助金の対象となるへき地支援としてカウントされなくなったことで、行っている支援が評価されておらず、へき地支援へのモチベーションを下げている可能性が指摘された。今後、へき地医

療支援機構は、行われている支援を正しく「評価」する必要があり、機構の強化・活性化は集約化などのシステムの構築に極めて重要であり、特に市町村間をまたぐような拠点病院と診療所間などの調整が期待される。へき地勤務を経験した医師でネットワークやドクタープールなどを構築し、急な代診や欠員などに対応することは出来ないだろうかとの提案があった。

グループ5

都道府県：秋田県、新潟県、静岡県、奈良県、広島県、佐賀県

ファシリテーター：井口、神田

今回のグループワークは参加者の多くが若く、また医師資格を持つ者が広島県の古川先生のみであったことからテーマ①の専門医制度に関する話はハードルが高く、今回の参加者ではなかなか内容を深めることが難しいと判断された。そこでテーマ②の医療再編に関する問題を討議することとなった。またこのワーキンググループに初めて参加する参加者もあり、既に5年ほど行っているこの会としては珍しいと感じた。また20代、30代の参加者が多かったのもこのグループの特徴であった。どうしても行政は数年おきに担当者が変わるため仕方ないという面もあるのだが、初めての参加者にとっては難しいものであったかも知れない。新規の参加者であっても得るものが多くあるような内容にしていくことが必要だと感じた。

テーマ②では近年医療再編を体験していた奈良県、新潟県の事例が提示され、そこに関わる課題、解決方法などを皆でディスカッションすることができた。奈良県と新潟県の事例を比較してみても、その違いが明確にあり、地理的な要因が重要なものであるとの感触を受けた。また行政が主導していくことの難しさを感じた。このディスカッションを通じて初めて参加する者にとっても今後、人口構成が変化していく中で医療再編が求められていることにも意識を向けることができたものと思われる。

グループ 6

都道府県：山形県、石川県、愛知県、和歌山県、愛媛県、長崎県

ファシリテーター：角町、前田

各県参加者の自己紹介の後、長崎県の浦井さんの司会でグループワークが進められた。参加者の挙手によりグループワークのテーマは「新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに地域枠卒業医師のキャリアパス」に決定し、まずは各県から現状と取組について紹介があった。

各県とも、地域枠入学制度を導入し、その地域枠学生が卒業し始めた時期になっている。これまでは各県とも地域枠出身医師の義務年限内のキャリアを検討してきたが、新専門医制度が始まったため、義務年限内のキャリアと専門医取得につながるキャリアをどのようにかみ合わせるかが大きな課題となっている。現時点で新たな専門医制度と義務年限内のキャリアパスとの調整を完了している県はなく、義務年限の9年間をかけて専門医を取得する案や専門医を取った後で義務勤務に赴く義務猶予案等を検討している実態が紹介された。しかしながら、義務猶予期間を設けて専門医を取った後で義務勤務に赴く考え方は、地域枠出身医師がある程度蓄積されて地域偏在が解消されなければ、へき地の医療を維持できない可能性があり、しばらく動向を見守った後の方針として検討するべきであるとの意見があった。また、新専門医制度の研修期間が各専門領域で一律3年に統一されていないことや、専門医を取得した後でへき地に赴任する場合は専門医の更新に問題が出る点などが話題となった。さらに、新専門医制度では、指導医がいない場合は後期研修病院になることが難しいため、大学病院からの派遣で維持されている病院を研修病院とすることは困難であり、さらなる医師偏在を招きかねないとの懸念が話題になった。

具体的な県の方向性としては、専門医取得のための研修期間を考慮して義務年限を猶予する以外にも、へき地の医療機関が研修病院群に入るよう県を含めた協議の場を設けて調整することや、都道府県がICTを用いたネットワークを整備することによって、へき地病院での勤務を支援することなどが議論された。

【資料 8】 へき地医療拠点病院の認定要件に関する検討

- (8-1) へき地医療拠点病院の機能の評価について
- (8-2) へき地医療拠点病院の機能の評価について（表 1～6）
- (8-3) へき地医療拠点病院の実績要件について

へき地医療拠点病院の機能の評価について

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」
自治医科大学救急医学客員研究員
今道英秋

1. はじめに

平成 27 年 3 月に上梓された「へき地保健医療対策検討会報告書」によれば、へき地診療所と並んで、へき地医療を担当しているへき地医療拠点病院のうち、約 2 割が本来の機能として期待されている、巡回診療、医師派遣、代診医派遣を行っていないことが明らかとなり、拠点病院が果たすべき機能について数値目標を定めることが必要とされている。

そこで、平成 26 年度に行われたへき地医療拠点病院調査の結果をもとに、数値目標を設定することを目的に分析を行った。

2. 方法

平成 26 年度に当研究班が行った「都道府県のへき地医療体制に関する調査」のうち、へき地医療拠点病院の現状と実績について行った調査の集計結果を用いた。

3. 結果

へき地医療拠点病院の概要と果たしている機能の分析

a) へき地医療拠点病院の指定状況

へき地医療拠点病院は、都道府県の面積や医療機関の状況、都道府県のへき地医療に対する考え方等を勘案して指定され、へき地対策が行われている 43 都道府県のうち 42 都道府県に 299 病院が設置されている。都道府県によりかなり設置状況が異なり、20 施設前後が設置されているところもあれば、1 つしか指定されていないところもある。離島の多さや都道府県の範囲の広さ(海上も含むので国土面積とは一致しない)には、必ずしも、関連しない(表 1)。

b) 三事業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)の実施状況

へき地医療拠点病院は、へき地医療支援として、巡回診療、医師派遣、代診医派遣を行うことが期待されている。以下、これらの 3 つの事業を三事業とする。

今回の分析では、へき地保健医療対策検討会で指摘された三事業のいずれも実施していない拠点病院は 59 病院(19.7%)であった。これら 59 病院の所属する道府県は 14 道府県であった。道府県内の拠点病院のうち、三事業を 1 件も行っていない施設の割合も 60%前後から 10%前後まで、かなりのばらつきが見られた(表 1)。

c) 三事業の実施状況に影響する因子の分析

三事業のうち、巡回診療を行っている拠点病院は 96 施設、医師派遣を行っている施設は

115 施設、代診医の派遣を行っているところは 107 施設であった。

本来、行うことが期待されている三事業を行うことが出来ない施設が 2 割も存在すると言うことは、個々の施設の事情、例えば職務の怠慢だけで説明することは難しいと考えて、何か実施状況に関与する因子があるのではないかと推測した。

既に行われた調査について分析するため、分析可能な因子は限られているが、病床数、医師数(常勤換算)、臨床研修病院か否かについて、三事業それぞれにおいて、行っている拠点病院の特徴別に実施状況に差が認められるかどうかについて、支援実績について検討した。

c-1) 病床数

299 施設の病床数の分布の中央値は 250 であった。そこで病床数が 250 床以下と 251 床以上の 2 群に分けて、三事業の実施回数等について分析を行った。結果を表 2 に示す。

巡回診療については、実施延べ日数については二群で差が認められなかったが、実施回数の平均と診療している延べ患者数の平均については、病床数 250 床以下の規模が大きくない施設のほうが、多かった。例数が少なかったためか、延べ患者数以外には有意差は認められなかった。

医師派遣についても、若干小規模の施設において数値が大きかったが、有意差はなかった。代診医派遣については、巡回診療と医師派遣とは異なり、規模の大きい施設で実績が大きい傾向が認められた。

c-2) 全医師数(常勤換算)

必ずしも医師の診療機能を反映しているわけではないが、常勤換算の全医師数について分析を行った。中央値は 28.62 であったので、28.7 未満と 28.7 以上で群分けした(表 3)。巡回診療については、実施延べ日数については二群で差が認められなかったが、実施回数の平均と診療している延べ患者数の平均については、医師数の少ない施設のほうが多かった。例数が少なかったためか、有意差は認められなかった。

医師派遣についても、医師の少ない施設において、若干実績が良かったが、有意差はなかった。

代診医派遣については、巡回診療と医師派遣とは異なり、医師の多い施設で実績が大きかった。

c-3) 臨床研修指定病院の有無

一般病院よりも専門診療科の割合が高いと考えられる臨床研修指定病院の有無とそれ以外の施設で差があるかどうかを検討した。

臨床研修指定病院かについては、本調査での調査項目ではなかったため、まず初期研修医が 1 名以上いるかどうかで群分けを行った(表 4)。

181 施設で初期研修医が研修を行っていた。そのうち三事業とも行っていない施設は 29 施設であった。つまり 152 施設では三事業のうち一つは行われていた。

巡回診療については、実施回数については初期研修医がいない施設の方が多く、受診患者数については初期研修医のいる施設の方が多く傾向があったが、のべ日数については両群で差がなかった。有意差はなかった。

医師派遣については、両群で差は認められなかった。

代診医派遣については、初期研修医のいる施設の方が、派遣回数・延べ派遣日数とも多

い傾向があったが、有意差はなかった。

つづいて、初期臨床研修の基幹病院かどうかで検討した。初期臨床研修の基幹病院の抽出については、医師臨床研修協議会のホームページ <http://www.jrmp.jp/> から平成 27 年度のマッチングに参加している一般病院および大学病院のリストと照合して行った。

マッチングに参加している、ここではこれを初期臨床研修に関与していると判断する、施設は 130 病院であった。初期研修医を受け入れている病院のほうがマッチング参加病院よりも多い理由は、協力型臨床研修病院として研修医を受け入れている施設があるためと考えられる。結果を表 5 に示す。研修医の有無による差と同様の傾向であった。

d) 三事業以外に拠点病院が果たしている機能

続いて三事業以外に拠点病院が果たしている機能について分析した。

d-1) へき地指向型初期臨床研修プログラムの有無

「へき地医療を体験できる初期臨床研修カリキュラム」(へき地指向型初期臨床研修プログラム)を持っていたのは 181 病院であった。

130 の臨床研修指定病院では 100 施設がへき地指向型初期臨床研修プログラムを持っていた。臨床研修指定病院以外の 169 施設のうち 81 がへき地指向型初期臨床研修プログラムを持っていた。

d-2) 医学生へのへき地医療実習への関与の有無

医学生へのへき地医療の実習について、施設として関与にしているのは、299 施設のうち 131 であった。

d-3) ITによるへき地への診療支援の有無

内容については詳しく聞いていないが、ITによるへき地への診療支援を行っているのは 80 施設であった。

d-4) 在宅医療の実施の有無

在宅医療を行っている施設は 117 施設であった。

d-5) 上記の各事業のまとめ

へき地指向型初期臨床研修プログラム、医学生へのへき地医療実習への関与、ITによるへき地への診療支援、在宅医療について、三事業も含めて何らかの事業を行っている拠点病院は 299 施設中 292 施設 (97.6%) で、いずれも行っていない拠点病院は 7 施設であった。

また、在宅医療は必ずしもへき地対象ではない可能性があるため、在宅医療を除いて考えると、三事業およびへき地指向型初期臨床研修プログラム、医学生へのへき地医療実習への関与、ITによるへき地への診療支援のいずれかに関与しているのは 291 施設 (全体の 97.3%)、行っていないところは 8 施設であった。

4. 考察

病床数、医師数、臨床研修指定の有無などの病院の規模や特性を示す因子別に三事業の状況を分析したところ、巡回診療については、病床数や医師数の小さい比較的小規模の施設で良く行われており、代診医派遣については、規模の大きな施設のほうが良く行われていた。医師派遣については巡回診療と代診医派遣の中間という感じで、規模による違いが目立たなかった。

これについては、規模の小さい病院は比較的へき地の現場に近く、巡回診療に都合が良

いなどの事情があるのかも知れない。年間計画を立ててしまえば、人員や機材の手配で予定が立てやすいのかも知れない。

代診医派遣については、予定ばかりでなく緊急の依頼もあると考えられ、規模の小さな施設では人的余裕がなく、対応が難しいと考えられる。そこで規模の大きな施設が活発に活動していたものと考えられる。

医師派遣については、規模の小さい施設はおそらくへき地との距離が短く、顔の見える関係であることは有利であるが人的余裕がなく、大規模な施設は人員的には余裕があるものの距離が遠いため十分な支援ができないという理由から、施設間の違いが目立たなかったものとする。

初期臨床研修病院か否かについては、研修病院は上述した規模の大きい施設の特徴を持ち、研修病院でない施設は規模の大きくない施設の特徴を持っていた。

初期臨床研修病院はそれなりの病床数、医師数を擁していると考えられるので、施設の規模による違いで説明ができると考えられる。

一方、三事業のうちいずれも実施していない59病院について表1について検討してみると59病院は14道府県(42都道府県の約3割)に分布しているが、道府県全体の拠点病院のうち三事業とも実施していない施設の割合は6割前後から1割前後とかなりばらつきがあり、そもそもへき地支援を行うには体力が十分でない施設が拠点病院に指定されていたり、国土が広大などの理由でへき地を支援するには障害が多かったりする可能性が考えられた。

必要であれば、拠点病院一つ一つを精査して適切な支援を行っていくべきと考えられる。

ただし、後に述べるように今や三事業のみがへき地支援ではなく、へき地指向型初期臨床研修プログラム、医学生のへき地医療実習への関与、ITによるへき地への診療支援などもへき地医療拠点病院の重要な機能であるとする。

そこで、今回の分析で調査項目となっているへき地指向型初期臨床研修プログラム、医学生のへき地医療実習への関与、ITによるへき地への診療支援および在宅医療について実施状況を検討すると、拠点病院の97%がいずれかの事業を行っていた。

本来の三事業はもちろん大切であるが、へき地医療に参画する医療職を増加させることや、現在および将来へき地医療に関わる医師等をサポートするためITによる診療支援なども円滑にへき地医療を進めていくために重要であり、へき地医療拠点病院が果たすべき役割と考える。

以上のことから、三事業の実績のみに注目するのではなく、このようなへき地医療支援についても積極的に取り組んでもらうべきだと考える。

また、このようにへき地医療拠点病院の機能を広げたとしても、3%の施設は何もしておらず、指定の吟味や新たに果たすべき役割を創設することを検討する必要がある。

表1 都道府県別活動状況

三事業(巡回診療・医師派遣・代診医派遣)の実施状況

三事業いずれもなし	59
三事業いずれかはあり	240
総計	299

都道府県	全施設数	三事業ゼロ	割合(%)
1	11	7	63.6
2	10	6	60.0
3	19	11	57.9
4	7	3	42.9
5	8	3	37.5
6	19	7	36.8
7	6	2	33.3
8	10	3	30.0
9	7	2	28.6
10	21	6	28.6
11	19	5	26.3
12	5	1	20.0
13	15	2	13.3
14	10	1	10.0
15	6		0.0
16	3		0.0
17	3		0.0
18	4		0.0
19	2		0.0
20	4		0.0
21	7		0.0
22	2		0.0
23	1		0.0
24	7		0.0
25	6		0.0
26	4		0.0
27	4		0.0
28	5		0.0
29	7		0.0
30	2		0.0
31	3		0.0
32	2		0.0
33	3		0.0
34	9		0.0
35	9		0.0
36	5		0.0
37	6		0.0
38	8		0.0
39	7		0.0
40	8		0.0
41	3		0.0
42	2		0.0

表2a 三事業の実施状況 その1 病床数による違い

巡回診療

実施なし	203
実施あり	96
総計	299

巡回診療・実施回数

巡回診療	病床数	平均
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	95.4
	病床数251以上	46.0
	実施あり全体	73.8
総計		23.7

巡回診療・実施回数

巡回診療	病床数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	250.4
	病床数251以上	49.4
	実施あり全体	192.2
総計		114.2

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 1.414771
P= 0.162482
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

巡回診療の実施状況

巡回診療	病床数	集計
実施なし		203
実施あり	病床数250以下	54
	病床数251以上	42
	実施あり全体	96
総計		299

巡回診療・延べ日数

巡回診療	病床数	平均
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	49.5
	病床数251以上	32.5
	実施あり全体	42.1
総計		13.5

巡回診療・延べ日数

巡回診療	病床数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	57.2
	病床数251以上	44.7
	実施あり全体	52.8
総計		35.8

2つの平均値の差のt検定
等分散と判定
t= 1.585435
P= 0.116226
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

巡回診療・受診患者延べ数

巡回診療	病床数	平均
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	458.9
	病床数251以上	223.7
	実施あり全体	356.0
総計		114.3

巡回診療・受診患者延べ数

巡回診療	病床数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	706.8
	病床数251以上	225.4
	実施あり全体	562.9
総計		359.7

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 2.299606
P= 0.024642
(有意水準(両側)5%で有意)

表2b 三事業の実施状況 その1 病床数による違い

医師派遣

実施なし	184
実施あり	115
総計	299

医師派遣・実施回数

医師派遣	病床数	平均
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	130.5
	病床数251以上	115.3
	実施あり全体	122.6
総計		47.1

医師派遣・実施回数

医師派遣	病床数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	98.7
	病床数251以上	140.1
	実施あり全体	122.3
総計		96.5

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 0.676891
P= 0.499950
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

医師派遣の実施状況

医師派遣	病床数	集計
実施なし		184
実施あり	病床数250以下	55
	病床数251以上	60
	実施あり全体	115
総計		299

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	病床数	平均
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	158.3
	病床数251以上	137.1
	実施あり全体	147.2
総計		56.6

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	病床数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	194.8
	病床数251以上	177.7
	実施あり全体	186.4
総計		136.0

2つの平均値の差のt検定
等分散と判定
t= 0.610341
P= 0.542861
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

代診医派遣

実施なし	192
実施あり	107
総計	299

代診医派遣・実施回数

代診医派	病床数	平均
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	35.2
	病床数251以上	289.9
	実施あり全体	168.5
総計		60.3

代診医派遣・実施回数

代診医派	病床数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	45.0
	病床数251以上	1827.1
	実施あり全体	1328.3
総計		798.7

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 1.042836
P= 0.301586
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

代診医派遣の実施状況

代診医派	病床数	集計
実施なし		192
実施あり	病床数250以下	51
	病床数251以上	56
	実施あり全体	107
総計		299

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派	病床数	平均
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	48.5
	病床数251以上	294.0
	実施あり全体	177.0
総計		63.3

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派	病床数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	病床数250以下	67.2
	病床数251以上	1827.4
	実施あり全体	1328.5
総計		799.3

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 1.004592
P= 0.319493
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

表3a 三事業の実施状況 その2 医師数による違い

巡回診療

実施なし	203
実施あり	96
総計	299

巡回診療・実施回数

巡回診療	医師数	平均
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	92.2
	28.7以上	50.1
		73.8
総計		23.7

巡回診療・実施回数

巡回診療	医師数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	251.0
	28.7以上	49.6
		192.2
総計		114.2

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 1.202729
P= 0.233968
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

巡回診療の実施状況

巡回診療	医師数	集計
実施なし		203
実施あり	28.7未満	54
	28.7以上	42
		96
総計		299

巡回診療・延べ日数

巡回診療	医師数	平均
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	42.3
	28.7以上	41.7
		42.1
総計		13.5

巡回診療・延べ日数

巡回診療	医師数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	53.7
	28.7以上	51.6
		52.8
総計		35.8

2つの平均値の差のt検定
等分散と判定
t= 0.055240
P= 0.956065
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

巡回診療・受診患者延べ数

巡回診療	医師数	平均
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	381.0
	28.7以上	323.8
		356.0
総計		114.3

巡回診療・受診患者延べ数

巡回診療	医師数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	664.3
	28.7以上	393.7
		562.9
総計		359.7

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 0.525178
P= 0.600780
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

表3b 三事業の実施状況 その2 医師数による違い

医師派遣

実施なし	184
実施あり	115
総計	299

医師派遣・実施回数

医師派遣	医師数	平均
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	131.0
総計	28.7以上	114.3
		122.6
総計		47.1

医師派遣・実施回数

医師派遣	医師数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	99.4
総計	28.7以上	140.7
		122.3
総計		96.5

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 0.736134
P= 0.463322
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

医師派遣の実施状況

医師派遣	医師数	集計
実施なし		184
実施あり	28.7未満	57
総計	28.7以上	58
		115
総計		299

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	医師数	平均
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	146.7
総計	28.7以上	147.8
		147.2
総計		56.6

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	医師数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	170.8
総計	28.7以上	200.6
		186.4
総計		136.0

2つの平均値の差のt検定
等分散と判定
t= 0.031636
P= 0.974818
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

代診医派集計

実施なし	192
実施あり	107
総計	299

代診医派遣・実施回数

代診医派	医師数	平均
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	32.4
総計	28.7以上	275.1
1集計		168.5
総計		60.3

代診医派遣・実施回数

代診医派	医師数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	44.1
総計	28.7以上	1766.1
1集計		1328.3
総計		798.7

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 1.064038
P= 0.291647
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

代診医派遣の実施状況

代診医派	医師数	集計
実施なし		192
実施あり	28.7未満	47
総計	28.7以上	60
1集計		107
総計		299

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派	医師数	平均
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	46.7
総計	28.7以上	279.1
1集計		177.0
総計		63.3

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派	医師数	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	28.7未満	68.7
総計	28.7以上	1766.4
1集計		1328.5
総計		799.3

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 1.018131
P= 0.312772
(有意水準(両側)5%で有意差なし)