

表4a 三事業の実施状況 その3 初期研修医の有無による違い

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	研修医	平均
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	98.0
	研修医あり	57.3
		73.8
総計		23.7

巡回診療・実施回数

巡回診療	研修医	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	289.4
	研修医あり	65.1
		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= 0.863450
P= 0.392913
(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	研修医	集計
実施なし		203
実施あり	研修医なし	39
	研修医あり	57
		96
総計		299

巡回診療・延べ日数

巡回診療	研修医	平均
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	43.4
	研修医あり	41.2
		42.1
総計		13.5

巡回診療・延べ日数

巡回診療	研修医	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	46.1
	研修医あり	56.9
		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= 0.200501
P= 0.841522
(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	研修医	平均
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	261.4
	研修医あり	420.8
		356.0
総計		114.3

巡回診療・受診患者延べ数

巡回診療	研修医	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	316.6
	研修医あり	674.3
		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= 1.552115
P= 0.124350
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

表4b 三事業の実施状況 その3 初期研修医の有無による違い

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	研修医	平均
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	134.7
	研修医あり	116.6
		122.6
総計		47.1

医師派遣・実施回数

医師派遣	研修医	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	92.0
	研修医あり	134.4
		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= 0.846381
P= 0.399341
(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	研修医	集計
実施なし		184
実施あり	研修医なし	38
	研修医あり	77
		115
総計		299

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	研修医	平均
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	155.7
	研修医あり	143.1
		147.2
総計		56.6

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	研修医	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	194.0
	研修医あり	182.4
		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= 0.341191
P= 0.733593
(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

代診医派遣	研修医	平均
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	34.0
	研修医あり	228.5
		168.5
総計		60.3

代診医派遣・実施回数

代診医派遣	研修医	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	39.9
	研修医あり	1593.4
		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= 1.049314
P= 0.297495
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

医師派遣の実施状況

代診医派遣	研修医	集計
実施なし		192
実施あり	研修医なし	33
	研修医あり	74
		107
総計		299

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派遣	研修医	平均
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	42.9
	研修医あり	236.8
		177.0
総計		63.3

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派遣	研修医	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	研修医なし	65.3
	研修医あり	1593.3
		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= 0.118051
P= 0.906323
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

表5a 三事業の実施状況 その3+α 臨床研修病院の指定による違い

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	研修病院	平均
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	89.6
	研修病院	46.3
		73.8
総計		23.7

巡回診療・実施回数

巡回診療	研修病院	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	236.4
	研修病院	52.0
		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= 1.373805
P= 0.173886
(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	研修病院	集計
実施なし		203
実施あり	非研修病院	61
	研修病院	35
		96
総計		299

巡回診療・延べ日数

巡回診療	研修病院	平均
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	45.4
	研修病院	36.3
		42.1
総計		13.5

巡回診療・延べ日数

巡回診療	研修病院	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	54.6
	研修病院	49.0
		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= 0.815196
P= 0.417021
(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	研修病院	平均
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	418.6
	研修病院	246.9
		356.0
総計		114.3

巡回診療・受診患者延べ数

巡回診療	研修病院	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	670.6
	研修病院	257.8
		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= 1.783220
P= 0.078120
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

表5b 三事業の実施状況 その3+α 臨床研修病院の指定による違い

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	研修病院	平均
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	129.3
	研修病院	114.4
		122.6
総計		47.1

医師派遣・実施回数

医師派遣	研修病院	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	95.9
	研修病院	147.7
		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= 0.626567
P= 0.532642
(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	研修病院	集計
実施なし		184
実施あり	非研修病院	63
	研修病院	52
		115
総計		299

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	研修病院	集計
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	142.6
	研修病院	152.8
		147.2
総計		56.6

医師派遣・延べ派遣日数

医師派遣	研修病院	集計
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	163.6
	研修病院	210.6
		186.4
総計		136.0

2つの平均値の差のt検定
等分散ではないと判定
t= 0.285347
P= 0.775999
(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	研修病院	平均
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	33.8
	研修病院	305.7
1集計		168.5
総計		60.3

代診医派遣・実施回数

代診医派	研修病院	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	45.1
	研修病院	1876.9
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= 1.054346
P= 0.296599
(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	研修病院	集計
実施なし		192
実施あり	非研修病院	54
	研修病院	53
1集計		107
総計		299

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派	研修病院	平均
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	43.4
	研修病院	313.1
1集計		177.0
総計		63.3

代診医派遣・延べ派遣日数

代診医派	研修病院	標準偏差
実施なし		0.0
実施あり	非研修病院	65.8
	研修病院	1876.7
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= 1.045592
P= 0.300586
(有意水準(両側)5%で有意差なし)

表6 三事業およびその他の事業の実施状況

巡回診療

実施なし	203
実施あり	96
総計	299

医師派遣

実施なし	184
実施あり	115
総計	299

代診医派遣

実施なし	192
実施あり	107
総計	299

三事業

いずれもなし	59
いずれかあり	240
総計	299

へき地医療を体験できる初期臨床研修システム

なし	118
あり	181
総計	299

マッチング参加臨床研修病院

非研修病院	169
研修病院	130
総計	299

医学生へのへき地実習への関与の有無

なし	131
あり	168
総計	299

ITによるへき地への診療支援の有無

なし	219
あり	80
総計	299

在宅医療の実施の有無

なし	182
あり	117
総計	299

以上の在宅医療以外の事業

すべて実施せず	8
なんらかを実施	291
総計	299

在宅医療を含めた全事業

すべて実施せず	7
なんらかを実施	292
総計	299

へき地医療拠点病院の実績要件について

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」

1. はじめに

平成 27 年 4 月に出されたへき地保健医療対策検討会報告書では、へき地医療拠点病院の実績要件の検討より、へき地医療拠点病院においても最低限の数値目標を定めることが必要と報告されている。これは具体的には、認定要件に「へき地医療拠点病院に対する 106 日以上の医師派遣の実施」が加わった社会医療法人や従来の地域医療支援病院制度といった他制度との整合性や、地方における人口減少／高齢者の増加等に対応するべく、へき地医療を直接的に支援するへき地医療拠点病院にさらなる役割が求められているためと思われる。

そのため、へき地医療拠点病院の実績要件や数値目標など制度設計の透明化を図り、その実績を広く示すことなどで、へき地医療拠点病院制度のさらなる充実を図る必要がある。そのため、研究班としてもへき地医療拠点病院の実績要件、とくに巡回診療・医師派遣・代診医派遣といった 3 事業は現行の指定要件でも必須とされていることから、これらの現状も踏まえて数値目標の検討を行った。

2. へき地医療拠点病院の実績に関する現状

まず、へき地医療拠点病院の 3 事業に関する分析は、第 11 次へき地保健医療計画策定時、平成 22 年度の「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」における分担研究「へき地医療拠点病院の評価指標に関する研究」で示した。今回、第 11 次へき地保健医療計画施行後、平成 26 年度の「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」で行った都道府県のへき地医療体制に関する調査の集計結果を基に、さらなる分析・検討を行った。

平成 26 年 4 月の時点でへき地を有する 43 都道府県のうち、へき地医療拠点病院は 42 都道府県に合計 299 施設が設置されていた。設置状況は都道府県により異なり、離島の数や都道府県面積と関連するものではなかった。

3 事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実施状況（平成 25 年度）を表 1 に示す。いずれも実施していないへき地医療拠点病院は 17 都道府県で見られ、その総数は 62 施設（19.7%）であった。

表 1 3 事業の実施状況

巡回診療	医師派遣	代診医派遣	実施無し
96	115	107	62

次に 3 事業の実施状況に影響する因子として、病床数、医師数（常勤換算）、臨床研修病院の指定状況について検討を行ったところ、医師派遣では有意な差はみられなかったが、巡回診療は病床数や医師数

の少ない比較的小規模のへき地医療拠点病院で行われ、代診医派遣は逆に病床数や医師数が多い比較的大規模のへき地医療拠点病院で行われる傾向にあった。また、都道府県による差は大きく、3事業の全てを行っていないへき地医療拠点病院が6割を占める都道府県も見られた。

3事業以外の、へき地志向型初期臨床研修プログラムの有無、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有無、在宅医療の実施状況を表2に示す。3事業に加えて、これらの事業も行っていないへき地医療拠点病院は7施設（3%）であった。

表2 3事業以外の各種事業の実施状況

初期臨床研修	へき地医療実習	ITによる支援	在宅医療	実施無し
181	131	80	117	7

3. へき地医療拠点病院の数値目標

現在、へき地保健医療対策等実施要綱には、へき地医療拠点病院の指定については「(へき地医療支援) 機構の指導・調整の下に巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へき地診療所の医師等の休暇時等における代替医師等の派遣等の(4)に掲げる事業((4)ア(巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事)、イ(へき地診療所等への代診医派遣等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関する事)又はカ(遠隔医療等の各種診療支援に関する事)のいずれかの事業は必須)を実施した実績を有する又はこれらの事業を当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定するものとする」と記載されており、いわゆる3事業を年間1回以上とされている。しかし、前述したように他の制度設計との整合性や、取巻く環境の大幅な変化を直接受けるとされるへき地医療を重層的に支援するためにも、へき地医療拠点病院の数値目標などをより明確に示す必要があると考える。

まず、3事業については「年間12回以上(月1回以上)」の実績をへき地医療拠点病院の数値目標とすべきだと考える。また、へき地医療拠点病院は3事業以外にもへき地志向型初期臨床研修プログラム、医学生や研修医へのへき地医療実習、ITを活用したへき地診療所への診療支援といった役割を果たしている現状も考慮する必要がある。そこで、へき地医療拠点病院の指定要件として、

『3事業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)を年間12回(月1回)以上の実績があること
 *ただし、医師派遣、代診医派遣の派遣先については都道府県の指定するへき地診療所、またはへき地診療所の支援実績を有するへき地医療拠点病院とする。
 追記事項として、へき地志向型初期臨床研修プログラム、医学生や研修医へのへき地医療実習への関与、ITを活用したへき地診療所への診療支援の機能を有することを努力目標として掲げる。』

以上の数値目標に関する案を研究班から提案する。

また、これに加えて、へき地医療拠点病院の積極的な取組みを評価するために、数値目標以上の実績を持つへき地医療拠点病院については、例えば「A評価 年101回以上、B評価 年100回以下、C評価 年52回(週1回)以下」といった3段階に分けて、診療報酬上もしくはその他補助金等のインセンティブを付与する形で実績に応じた評価(例えば実績水準に応じて、DPC係数を設定する等)を行う形とすることも提案する。

上記の数値目標を指定要件とした場合、平成26年度に行った調査結果にあてはめた3事業の実施状況について表3に示す。

表3 研究班の数値目標に対するシミュレーション

実施事業の合計件数	施設数	割合（全 299 施設）
0 件	62	20.7 %
12 件未満	34	11.4 %
52 件以下	81	27.1 %
100 件以下	46	15.4 %
101 件以上	76	25.4 %

研究班が提案するへき地医療拠点病院の指定要件を現状に当てはめた場合、へき地医療拠点病院 299 施設のうち、96 施設（32%）が指定要件を満たさないことになる。数値目標に到達できなかった場合、数年間の猶予期間を経ても活動実績が低調な病院は指定の取消も検討されることが望ましいと思われる。

なお、研究班としては現状でこの目標に達してない約 3 割のへき地医療拠点病院には、そのニーズの検討やへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院の機能評価も踏まえて、上記数値目標を達成していただくよう、都道府県および市町村行政・へき地医療支援機構・へき地医療拠点病院等に対して提言を行なうものとする。

【付記】

◎ へき地医療拠点病院の実績要件に関して取組みが低調な病院では、①へき地医療支援機構の調整不足、②へき地医療拠点病院の人員不足、③実際にニーズが無い、④本来のニーズを顕在化できていない、これらの要因が原因と考えられる。これらの要因については様々な背景があると思われるが、同じ国や都道府県が指定する地域医療支援病院では、基準に到達しない病院は指定を外されてしまう。へき地医療拠点病院も地域医療支援病院と同様に、補助金やDPCでの優遇措置があるため、その整合性を保つためにも指定の取消もありうると思われる。

◎ へき地を有さない都道府県ではへき地医療拠点病院すら存在しない。そのため、潜在的にへき地医療の支援に関するニーズが無い都道府県にはへき地医療拠点病院は必要ないことになる。また、逆にへき地医療の支援に対する潜在的ニーズがあるにも関わらず、へき地医療支援機構等の調整・連携不足でへき地医療拠点病院とのマッチングがかなわなかった場合等については、指定基準の見直しによって当該都道府県におけるへき地医療支援機構本来の役割を改めて再検討する契機になればと考えている。

◎ へき地診療所を運営する市町村が代診医師の派遣を受けた場合、特別交付税として1回の代診あたり51000円が戻ってくる仕組みになっている。(特別交付税に関する省令の附則 第五条 3の二のA) このような制度の周知を図ることも重要と思われる。

◎ へき地医療を確保する観点から、県外大都市部の医療機関とへき地に所在する医療機関との協力連携(寄付講座等)をへき地医療支援機構又は都道府県が推進し調整した結果、短期～長期の医師派遣に至った事例等についても評価していく仕組みづくりも重要と考える。

◎ へき地医療拠点病院以外の病院については、社会医療法人の認定要件(派遣53人日/年以上、へき地診療所209日/年以上など)が適用であることから、DPCでの優遇措置を受ける最低ラインの基準値として設定することも検討すべきだと考える。

【資料9】 マッピングを用いた医療アクセスとへき地医療に関する検討

(9-1) 医療アクセスとへき地医療

(9-2) 医療アクセスとへき地医療 (図1～4)

厚生労働省科学研究

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

第2回 班会議

医療アクセスとへき地医療

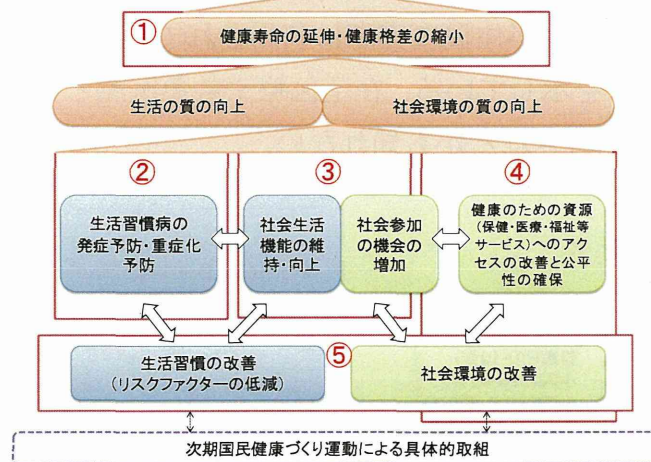
自治医科大学 地域医療学センター 地域医療人材育成部門 中村剛史

1. 医療アクセスの観点からみたへき地医療の課題
2. 事例1：潜在的アクセス
3. 事例2：顕在的アクセス
4. まとめ・展望

1. 医療アクセスの観点からみたへき地医療の課題

健康日本21（第2次）では、国民の健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目標に掲げている。目標実現の重要項目のひとつに、健康のための資源（保健・医療・福祉等サービス）へのアクセスの改善と公平性の確保が挙げられている。

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



医療へのアクセスには地域差が存在し、住民の健康と密接な関係がある。住民にとって身近な医療であるプライマリ・ケアが充実している地域では、死亡率（全死因死亡，心疾患死亡，がん死亡，脳卒中死亡，新生児死亡，乳児死亡）が低く，平均寿命は長い。低出生体重児が少なく，自己健康観が高く，不必要な入院が少ないことが知られている。国内でも市区町村単位の比較で，医師数が多い地区ほど全死因死亡率が低いことが知られている。

医療へのアクセスの観点からみたへき地医療の課題は，健康のための資源の利用しやすさ（アクセス）には地域差があり，かつ，そのばらつきは，住民一人一人にとって責任を負うものではないにもかかわらず，住民の健康と深く関わっている点である。

2. 事例1：潜在的アクセス

栃木県を例にとり、医療施設の配置状態を検討する。地図作成は地理情報システム ArcGIS for Desktop 10.3 を利用した。

栃木県は関東平野北部に位置し、宇都宮市を中心に東西南北に主要幹線が伸びている。栃木県の北西部は日光・那須連山からなる丘陵地帯に移行する。

国土交通省 国土数値情報ダウンロードサービスを利用して医療機関の位置情報（平成22年9月作成）を入手し、地図上に表示させた（図1）。医療機関は、栃木県南東部の平野地帯に密集し、北西部には道路沿いに散在している。

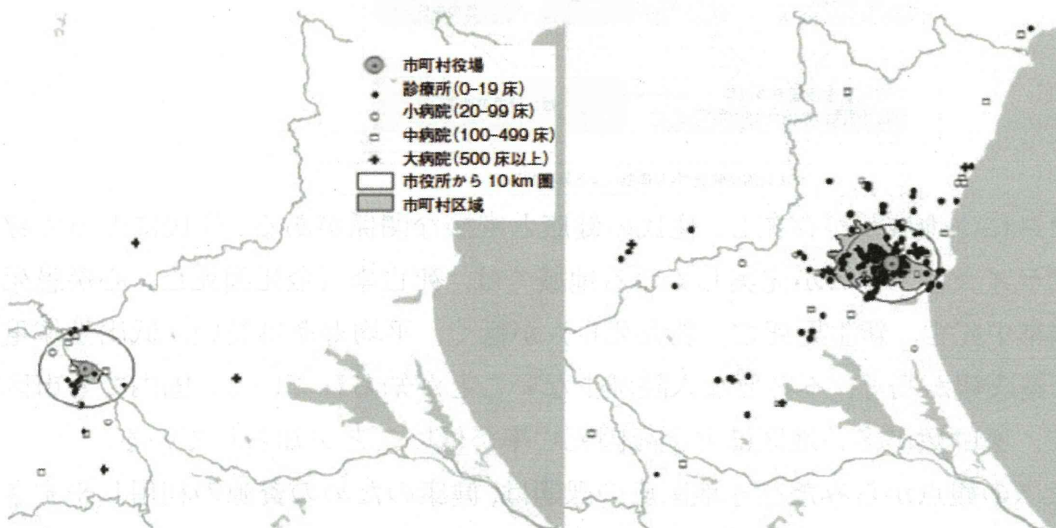
平成22年道路情報を元に、それぞれの医療機関まで自動車で30分以内に到達できる地域範囲を色塗りした（図2）。栃木県北西部の日光市の一部・鹿沼市の一部では、最寄りの医療機関まで自動車で30分以上かかる地域が存在する。

さらに、平成22年国勢調査から町丁字地区ごとの人口分布（人口50人を一つの点に集約し、点の密度で町丁あたりの人口分布を示す）を重ねた地図（図3）を示す。最寄りの医療機関までの自動車で30分以上かかる地域にもまばらではあるが人口がある。

町丁字地区ごとに、その中心点から最寄りの医療機関までの所要時間によって分類した（図4）。図2,3と同様に、栃木県北部山間地域に、最寄りの医療機関まで自動車で30分以上かかる地域（赤色で示す）が存在する。

この作図では、その医療機関が住民に実際に利用されているかに関わらず、配置のみの位置関係（潜在的アクセス）を示している。在宅医療や救急医療といった基礎的な医療サービスの提供には、公平性が期待されるかも知れない。

3. 事例2：顕在的アクセス



（中村剛史ら，日プライマリ・ケア連会誌，2015）

これは、実際に患者がどの医療機関を受診したかを、診療データを用いて示したものである。対象は、平成 22 年 5 月の 1 ヶ月間に、茨城県内で糖尿病を主病名とする 75 歳以上の患者の通院先医療機関を、その患者の居住する市町ごとに集計したものである。患者のなかには、最寄りの医療機関だけでなく遠くの医療機関に通院する者もいた。住民の 75%は、居住する市町の中心地から 10km の範囲内にある医療機関に通院していた。

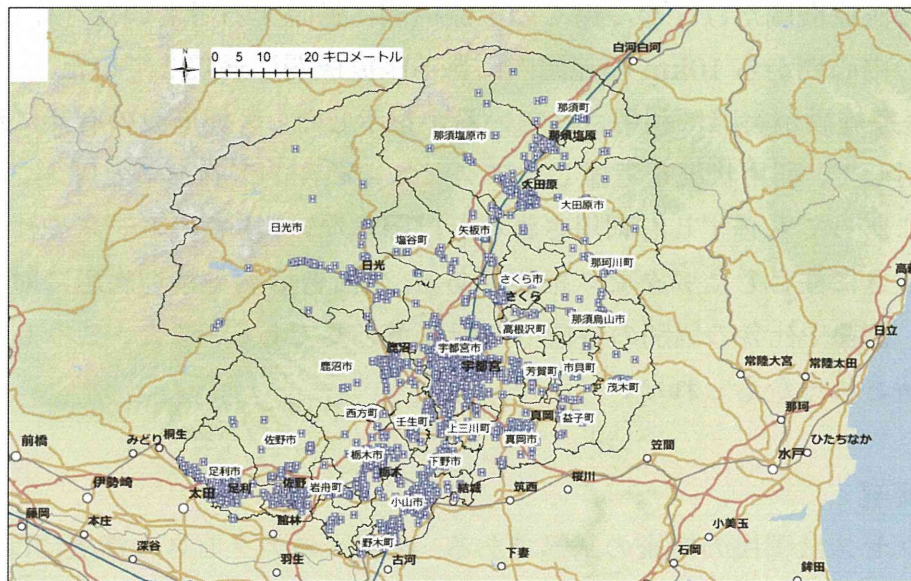
ここでは、医療施設が実際に利用されているかを示した。医療施設の有無に注目した潜在的アクセスに対して、利用状況を考慮したアクセスを顕在的アクセスと呼ぶことがある。医療施設が身近にあっても必ずしも利用されるとは限らない。患者のニーズや社会背景を反映した受診しやすさに注目したアクセス指標である。生活習慣病や精神疾患に対する医療へのアクセスには、患者や社会の個別の事情への配慮が必要である。また、こうしたアクセスには効率性が期待されるかもしれない。

4. まとめ・展望

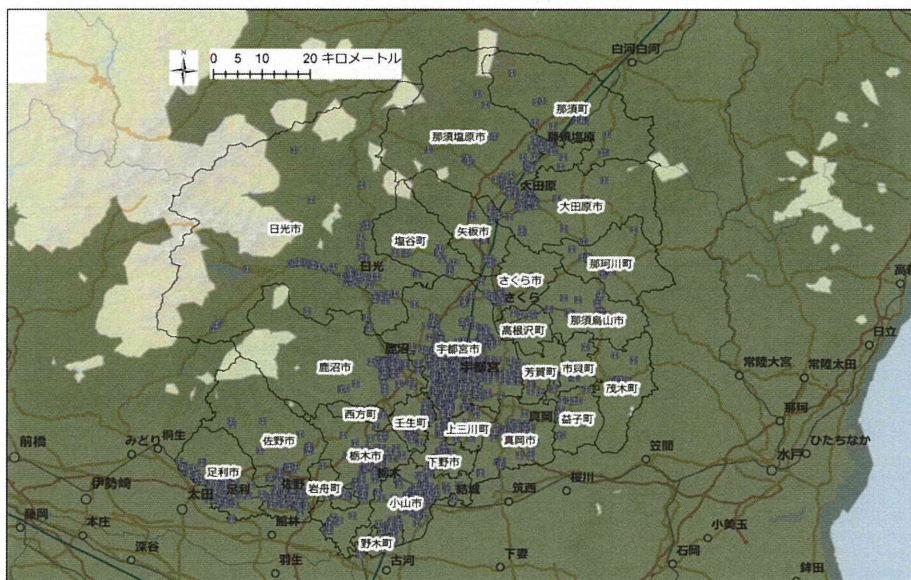
医療へのアクセスは国民の健康の基盤である。医療へのアクセスの指標には、潜在的アクセスと顕在的アクセスの 2 つの軸がある。医療の内容や解決すべき理念によって、使い分けることができる。

地理情報の活用の展望のひとつは、見える化である。地図に示すことによって、理解しやすくなる。国民への説明責任に答えることができる。また、関係者間での情報共有を促進し、課題の解決に結びつきやすくなる。

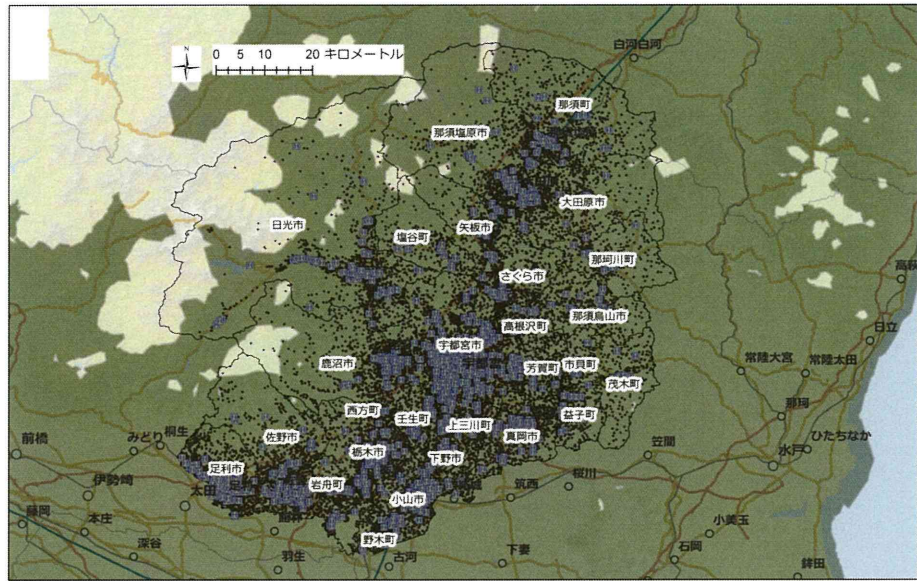
展望のもうひとつは、地理空間の特性を利用した分析が可能になる。一般に「地域性」と呼ばれる個別の事情を、地理的集積性として数理的な検証が可能になる。これによって地域特性に配慮した町づくりに貢献することができる。



2015年 11月 8日 日曜日

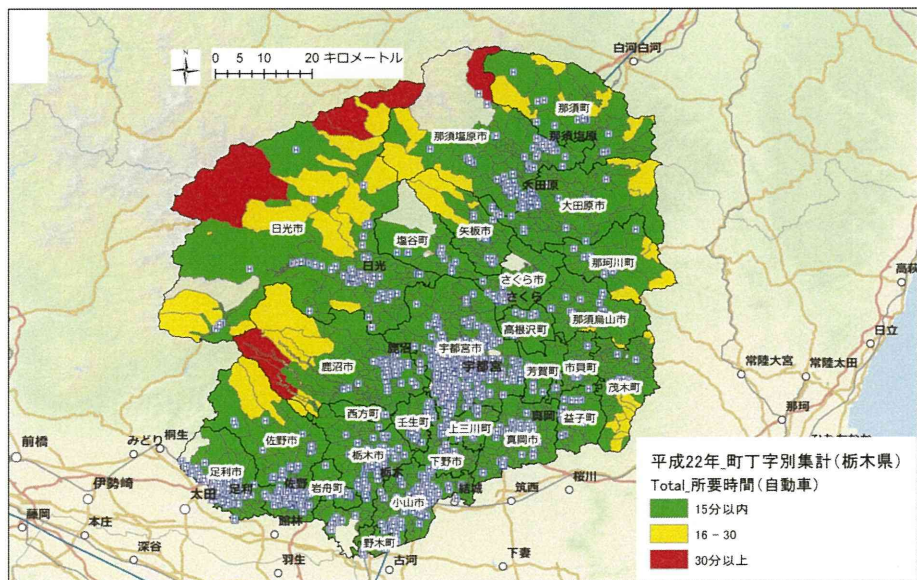


2015年 11月 8日 日曜日



2015年 11月 8日 日曜日

3



2015年 11月 8日 日曜日

4

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
梶井 英治 森田 喜紀	第11次へき地保健 医療計画の検証	社会保険旬報	2607号	16～23	2015年 6月21日

第11次へき地保健医療計画の検証

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
教授 梶井英治

『社会保険旬報』 2607号 (2015年6月21日号) 別刷

第11次へき地保健医療計画の検証

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
教授 梶井英治

1 はじめに

第11次へき地保健医療計画は2011(平成23)年度より施行されており、各都道府県で同計画に基づいたへき地保健医療対策が行われている。当初予定では2015(平成27)年度に次期計画の策定が行われる予定であったが、同計画は2017(平成29)年度まで施行された後に終了し、今後のへき地保健医療対策は医療計画に一本化されて行われることが決まっている。

このような新たな制度設計を迎える中、第11次へき地保健医療計画の下で、どのようなへき地保健

医療対策が実行され、どのような変化が見られたのかを検証することは重要である。

著者らは、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の研究班として、都道府県による第11次へき地保健医療計画の策定や実施に関する支援や分析を行ってきた。これらの研究成果と、2014(平成26)年度に開催されたへき地保健医療対策検討会より出された報告書を基にして、第11次へき地保健医療計画の検証を行った。

2 第11次へき地保健医療計画の背景

へき地保健医療対策の取組とし

て、医療計画に先駆けて1956(昭和31)年に、初めてへき地保健医療計画が国によって定められた。以後、おおよそ5年毎に国は計画を策定し、へき地診療所やへき地医療拠点病院の整備、へき地で勤務する医師の確保事業、へき地医療支援機構の設置等が行われた。医療計画においても、2006(平成18)年度の第5次医療法改正で4疾病5事業に関する医療連携体制等を医療計画に記載することとなり、2008(平成20)年度からの第5次医療計画から、都道府県は5事業の1つとして、へき地の医療に関しても同計画で策定することになった。

第5次医療法改正と時を同じく

して、2006(平成18)年度からの第10次へき地保健医療計画からは、厚生労働省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することになった。しかし、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都道府県は、へき地を有する43都道府県のうち29都道府県であり、計画の策定にあたって開催するよう示されていたへき地保健医療対策に関する協議会を開催した都道府県は8都道府県に留まった。

一方、この間に無医地区や無歯科医地区は、地域における診療所や病院の増加、一県一医大構想の具現化や自治医科大学設置等、医

療提供体制に関する整備、さらに、
 自家用車の普及や道路事情の改善
 といった交通網の発達もあり、
 徐々にその数は減少した。

しかし、2004（平成16）年
 度より、新たな初期臨床研修制度
 が始まったことで、研修医が都市
 部に集中するようになり、加えて
 指導医の確保を目的とした地域の
 拠点病院からの医師の引き上げに
 より、多数の都道府県、とくに地

方都市において医師不足が次第に
 顕在化するようになった。そのため、
 へき地診療所を支援するはず
 のへき地医療拠点病院や、地方の
 小規模病院の医師不足が深刻に
 なり、へき地だけでなく、日本各
 地の地域で医師が不足する、いわ
 ゆる医療崩壊が叫ばれるように
 なった。

このような地域における医療課
 題の解決を図るため、2009（平
 成21）年度より都道府県に地域医
 療再生基金が設置され、都道府県
 が策定する地域医療再生計画に基
 づき国による交付金の交付が行わ
 れており、大学医学部への地域医
 療等に関する寄附講座の設置や、
 修学資金制度（地域枠制度）といっ

た医師確保事業等が始められた。

また、2010（平成22）年に
 3学会（日本プライマリ・ケア学
 会、日本家庭医療学会、日本総合
 診療医学会）が合併、日本プライ
 マリ・ケア連合学会となり、いわ
 ゆる総合医や家庭医といった領域
 に注目が集まるとともに、地域医
 療の担い手としても期待されるよ
 うになった。

第11次へき地保健医療対策検
 討会は、そのような状況の下、
 2009（平成21）年度に開催さ
 れた。厚生労働省は検討会から提
 出された報告書を基に作成した第
 11次へき地保健医療計画策定指針
 を示した。

この策定指針では、へき地保健
 医療計画に、へき地医療支援機構
 の役割強化や、へき地等の医療提
 供体制に対する支援、へき地等の
 歯科医療体制や看護師等医療ス
 タッフへの支援方策等を記載する
 よう示された。また、へき地医療
 を担う医師の動機付けやキャリア
 パスの構築に関連して、へき地医
 療を担う医師像として総合的な診
 療能力を有し、プライマリ・ケア
 を実践できる総合医の育成につい

ても記された。

3 研究班による計画の 策定・実行支援

2010（平成22）年度、この
 策定指針を基に、都道府県毎に第
 11次へき地保健医療計画の策定が
 行われた。前回の第10次へき地保
 健医療計画を見ると、へき地医療
 に関する問題意識・地理的要因・
 医療資源等の都道府県較差や、へ
 き地保健医療計画の策定に関する
 ノウハウ不足等から、必ずしも十
 分な策定状況とは言い難かった。

そこで、著者らは厚生労働科学
 研究費補助金地域医療基盤開発推
 進研究事業の研究班として、都道
 府県による第11次へき地保健医療
 計画の策定を支援し、その後の実
 行まで支援することを目的とした
 研究活動を開始した。全体を通し
 た研究期間は策定年度から計画当
 初の最終年度まで及び、研究班の
 研究分担者・研究協力者には、他
 大学から広く参加し、職種も医師
 だけでなく、医療政策研究者、看
 護師、歯科医、薬剤師といった多
 様な構成となった。
 研究班として具体的には、第11

次へき地保健医療計画の策定年度
 である2010（平成22）年度か
 ら実施1年目にあたる2011
 （平成23）年度までは「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」を、計画実
 施2年目の2012（平成24）年
 度から2013（平成25）年度は
 「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」を行った。

現在は2014（平成26）年度
 から2015（平成27）年度まで
 の研究として「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」に取り組ん
 でいる。

これらの研究班によるへき地保
 健医療対策に関する分析や都道府
 県の計画策定・実行の支援は、各
 種調査と都道府県への情報発信、
 全国へき地医療支援機構等連絡会
 議の支援、都道府県個別訪問を軸
 として行われてきた。

信 (1)各種調査と都道府県への情報発

第11次へき地保健医療計画の策
 定年度に、へき地を有する全ての