

都道府県を対象にへき地を中心とした地域医療分析等の調査を行った。この際に用いた調査項目は、

第11次へき地保健医療計画策定指針にも各都道府県内のへき地保健医療対策の現状に関する調査を行う際の参考にするよう示された。第11次へき地保健医療計画の策定後も、都道府県を対象とした第11次へき地保健医療計画の進捗状況調査を行った。

その集計・分析結果は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フィードバックされ、計画実施4年目の2014(平成26)年度には計画策定前後の変化を検討できるよう初年度と同様の調査を行った。他に、へき地の診療実績に対する評価に関する検討を目的とした、へき地診療所の医師を対象とした調査を行った。

へき地保健医療対策に関する情報発信では、2013(平成25)年度、前年度に行われた都道府県第11次へき地保健医療計画の進捗状況調査の集計結果と、都道府県個別訪問で得られた計画の実行に際した促進・阻害因子の分析結果等の研究成果を基にリーフレット

を作成した。

また、同年度の都道府県個別訪問で収集した、へき地保健医療対策に関する具体的な取組事例を取りまとめ、事例集として電子ブックを作成した。研究成果を、より広くへき地保健医療関係者に活用してもらうため、リーフレットや電子ブックは全国へき地医療支援機構等連絡会議で用いられ、各都道府県のへき地保健医療行政担当者等に配布された。

(2) 全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

第11次へき地保健医療対策検討会の提言に基づき、2010(平成22)年度から厚生労働省により全国へき地医療支援機構等連絡会議が開催されている。

同会議では、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者らによるグループワークが行われてきたが、研究班は第1回目の全国へき地医療支援機構等連絡会議から、グループワークのテーマ選定等の企画や当日のファシリテーターを担ってきた。

第11次へき地保健医療計画策定年度のグループワークでは、先進的な取組事例や問題解決プロセス、へき地保健医療対策における課題と改善案をテーマにすること

で、都道府県間のへき地医療に関する意見交換や同計画の策定に関する技術的な議論や情報共有が行われた。

策定後に毎年開催されてきた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は、へき地医療従事者を育成する方策や、へき地医療拠点病院の代診医派遣・看護師派遣、へき地保健医療計画におけるPDCAサイクルの活用等といった、より具体的なテーマを設定することで、へき地保健医療計画を実行していく中での重要項目に関する重点的な議論の促進が図られた。

(3) 都道府県個別訪問

各種調査で全国のへき地保健医療対策などの現状を把握し、全国へき地医療支援機構等連絡会議で都道府県間の情報共有が促進された。

しかし、へき地医療に関する状

況は、地理的要因や医師・看護師の充足率、地元大学との関係性等、都道府県により大きく異なることから、調査やグループワークのみでは、個別的な事情に即した支援は不十分であった。そのため、研究班では研究当初より、個別的なアプローチとして都道府県個別訪問を行ってきた。

これは、毎年研究班の1〜2名が都道府県庁やへき地医療拠点病院等を訪問し、へき地を有する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と直接面談し、へき地医療に関する情報交換や、へき地保健医療対策に関する技術的助言を行うものである。さらには、個別訪問を通じて、調査等では把握することのできない、計画を実行する上での促進因子や阻害因子、へき地保健医療対策における具体的な施策等の分析も行ってきた。

(4) その他

他にも、分担研究として、へき地医療拠点病院の評価指標、へき地医療拠点病院の教育機能の評価、へき地等の歯科医療体制、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の検討等が行われた。

また、平成26年度に開催されたへき地保健医療対策検討会では、へき地医療に関する課題と今後のへき地保健医療対策の方向性や、全国へき地医療支援機構等連絡会議に関する報告を行った。

4 へき地保健医療対策の変化

以上のように、研究班では都道府県の第11次へき地保健医療計画の策定及び実行の支援として、各種調査や個別訪問等を行ってきた。第11次へき地保健医療計画の策定時と比較すると、へき地保健医療対策やへき地を取巻く環境について、進展が見られた取組もあれば、未だ残る問題や新たな課題も生じている。

そのため、研究班では第11次へき地保健医療計画策定前後での都道府県におけるへき地医療の状況やへき地保健医療対策の変化について、今までの研究成果、とくに2010（平成22）年度と2014（平成26）年度に行った

調査ならびに都道府県個別訪問を中心に検証を行った。

(1) 計画の策定状況

第10次へき地保健医療計画の策定時と異なり、2011（平成23）年度末の時点で、へき地を有する43都道府県のうち、36都道府県で第11次へき地保健医療計画が策定され、その策定に際し33都道府県でへき地保健医療対策に関する協議会が開催された。

最終的には、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が策定され、残る3都道府県でも医療計画に包含される結果となった。また、へき地保健医療対策に関する協議会は策定時の開催のみでなく、その後の進捗状況の把握等にも活用されていた。

今後の課題には、へき地保健医療計画における数値目標の設定が不十分であること、策定された計画内容において都道府県間較差が見られること、協議会が決定事項の報告のみとなり実務的な議論の場が設定されていないこと等が挙げられる。とくに目標の設定に関しては、医療計画と同様にPDC

Aサイクルを活用する上でも適切な目標値を定めることが望まれる。

(2) 無医地区・無歯科医地区

厚生労働省の無医地区等調査及び無歯科医地区等調査の結果を見ると、1978（昭和53）年に1、750地区あつた無医地区は年々減少し、2014（平成26）年には635地区までになった。無歯科医地区も同様で、2、795地区から858地区まで減少した。しかし、かつての無医地区・無歯科医地区の減少には医療提供体制の改善が寄与しているが、近年は対象地区の人口減少により無医地区・無歯科医地区の定義から外れてしまったことが最も多い要因とされている。

都道府県のへき地保健医療行政担当者からも、近年の人口減少に伴った公共交通機関の縮小・廃止の中、高齢者が自分で乗用車を運転できなくなった場合に実質的な無医地区が増加することへの懸念の声が聞かれていた。既に患者輸送事業等の取組が行われている自治体もあるが、無医・無歯科医地

区の指定の有無に関わらず、中山間地域等における移動手段の確保等の対策が求められる。

(3) へき地診療所

へき地診療所の総数は2010（平成22）年度の1,004から、2014（平成26）年度には1,074に増加しており、その中には民間の診療所をへき地診療所へと指定している都道府県も見られた。常勤医が1人未満となっている診療所は227から377に増えており、人口減/患者減等の要因により、常勤体制ではなく出張診療所等へ移行している実情が見受けられた。また、医学生のへき地医療実習等に関与している診療所は262から309と増加しており、へき地診療所が卒前教育における重要なフィールドであることを示していた。

その他、現在のところ、ITによる診療支援は約1割半のへき地診療所で活用されており、在宅医療の取組は約3割のへき地診療所で行われていた。

(4) へき地医療拠点病院

へき地医療拠点病院の総数は、へき地診療所と同様に268から299に増えており、総数だけでなく、都道府県数でも数を減らしただのは2都道府県のみで、19都道府県で数を増やしていた。この299病院のうち、約2割の62病院ではへき地医療拠点病院が行う巡回診療、医師派遣、代診医派遣の、どの事業も行われていなかったが、62病院のうち44病院では医学生へのき地医療実習もしくはへき地医療を経験できる初期臨床研修プログラムを有していた。

なお、2014（平成26）年度に開催されたへき地保健医療対策検討会の報告書でも、へき地医療拠点病院は、医師派遣等のみならず、医学生や研修医の教育の場としての重要性や、へき地診療所からの患者の受け入れ等も考慮した評価を行うべきであり、そのためには巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれも実施していない施設の実態を把握し、その評価を行った上で、今後作成されるへき地保健医療対策整備指針において、数値目標を定めることが必要と記された。

また、へき地医療拠点病院の中には医師不足のため、医師派遣や代診医派遣等の機能を果たすことに苦心している施設も多い。このような状況に対し、第5次医療法の改正で創設された社会医療法人、とくに、へき地診療所に対する医師派遣や、へき地における巡回診療といった、へき地医療の認定要件で取得した社会医療法人が14都道府県に広がっている。

これら社会医療法人の診療支援により、へき地医療拠点病院の負担緩和にもつながっている。社会医療法人の認定要件に、へき地医療拠点病院への医師派遣の実施も加わったことから、今後もへき地における重層的な診療支援体制の構築が期待される。

(5) へき地医療支援機構

2014（平成26）年の時点で、へき地を有する43都道府県のうち、40都道府県でへき地医療支援機構が設置されている。

第11次へき地保健医療計画策定指針には、へき地医療支援機構の強化について記載するように示されている。2010（平成22）年

度の調査と比べると、以前より7割以上のへき地医療支援機構で行われている代診医派遣の調整等の業務、へき地保健医療対策に関する協議会での助言・調整等の業務に加えて、2014（平成26）年度の調査では、総合的診療支援事業の企画・調整等の業務、へき地医療拠点病院の活動の定期的な評価が半数以上のへき地医療支援機構で行われるようになっていた。

しかし、へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関する業務、へき地における地域医療の分析、へき地医療に従事する医師に対する就職斡旋は、半数以上の都道府県で行われているものの、へき地医療支援機構以外の、へき地医療拠点病院や都道府県担当部署、地域医療支援センター等が機能を果たしている都道府県も多く見られた。

へき地医療に従事する医師の環境整備に関しては、へき地医療に従事する医師に対する子育て・家族支援、産休・育休等臨機応変な休暇を取得できる体制、へき地のみの勤務に偏らない体制が整備されている都道府県は、2010（平

成22）年度の調査では半数以下に留まっていたが、2014（平成26）年度の調査では6割にまで整備されていた。

このような整備が進んだ背景には、半数以上の都道府県で行われている、へき地医療支援機構の専任担当官によるへき地医療現場の訪問・視察や、市町村長等の首長等との意見交換といった現場に即した取り組みも寄与していると思われる。

また、前述した全国へき地医療支援機構等連絡会議の開催による、各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における情報交換や新たな施策につながるアイデアの共有等も促進の要因として考えられる。今後も同会議が各都道府県のへき地保健医療対策を推進する上で果たす役割は大きいと考えている。

(6) 地域医療支援センター

地域医療支援センターは、第11次へき地保健医療計画策定後の2011（平成23）年度より設置に対して補助が行われることに

なり、翌年の4月1日時点で23都道府県に設置、その後は医療法に位置付けられたこともあり、2014（平成26）年には40都道府県に設置が広がった。

地域医療支援センターは医師の地域偏在の解消やキャリア形成支援等を目的としていることから、最近ではへき地での医師確保対策も広く地域医療の取組に包含される傾向にある。

実際、2010（平成22）年度と2014（平成26）年度を比較すると、へき地医療に従事する医師確保のための取組や、自治医科大学卒業医師及びへき地医療に従事することを条件にした地域卒業医師・奨学金貸与医師をへき地に定着させる取組、大学と協働したへき地医療に従事する医師確保対策等を行っている都道府県は減少していた。面談で直接確認したところ、これらの取組は継続して行われており、従来の都道府県主導によるへき地医療対策ではなく、地域医療支援センターを中心とした都道府県・大学等の協働による地域医療対策として取り組まれていると推測された。

他にも、へき地医療に関連した寄附講座や、全医学生に対するへき地保健医療に関する教育、へき地医療の現場を経験できるカリキュラムを有する都道府県も減少していた。しかし、都道府県訪問の際には、大学や地域医療支援センター等による地域医療の卒前・卒後教育に関する取組事例が数多く聞かれていたことから、へき地医療に関する教育も広く地域医療教育として行われていると推測された。

現在、地域医療支援センターとへき地医療支援機構とが組織として一体となった都道府県はごく少数であり、両組織間の連携が図られている都道府県と、各々の組織が独自に活動を行っている都道府県が同数程度となっている。

へき地医療支援機構が市町村をベースとした実質的な診療の支援を行い、地域医療支援センターは大学や病院をベースとしたキャリア支援や医師配置を主な役割としている都道府県も多いが、両者を一括して運営する組織を新たに設置した都道府県や、大学・行政が一体となった組織体制を新たに構築した都道府県も見られる。各都道府県の実情を考えると、必ずしも全ての都道府県で両組織を一体とするのが良いとは言えないが、それでも医療者の確保や支援等の両組織が連携して取組むべき課題等も多く、各施策・事業を両組織の協働で行う体制作りや、関係者が一同に会する場を継続的に設定する等の取組が必要と思われる。

(7) キャリアパスの構築
第11次へき地保健医療計画策定指針には、地域の実情に応じて、へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパスの構築について検討することとされている。

第11次へき地保健医療計画の策定後に研究班で行われてきた調査や都道府県訪問でも、へき地医療従事者に対する研修計画の作成や、キャリアデザインの支援を行う都道府県・へき地医療支援機構が増えてきている。また、へき地医療に求められる医師像として、新たな専門医制度でも位置づけられている総合診療医が都道府県からも期待されているが、単に総合診療医という言葉だけでなく、地

域社会にも貢献する医師、患者の家庭や地域性を含め対応できる等、より具体的な姿が都道府県から挙げられていた。

このようなへき地医療を担う医師のキャリアパスについては、従来は自治医科大学卒業医師の義務年限中の専門医研修の在り方や、義務終了後の定着率向上に向けた取り組みについて都道府県で議論されてきた。一方、地域枠制度が多くの都道府県で設置されるようになり、平成26年度に研究班が行った調査でも、へき地医療に従事することを条件とした地域枠は21都道府県に、医学生対象の奨学金制度は24都道府県に見られた。

また、地域枠卒業医師がへき地医療拠点病院や社会医療法人での勤務を通じ、へき地医療に関わることも予想され、今後のへき地医療においては、自治医科大学卒業医師に加え、地域枠卒業医師の活躍も期待される。

さらには、多くの都道府県で2015（平成27）年度から地域枠卒業医師が初期臨床研修を開始しているため、地域枠卒業医師のキャリアパスの作成やキャリアア

ザインの支援策に関する取組みが進められている。

しかし、これらの地域卒業医師のキャリアパスに関する取組みは、未だ都道府県較差が大きい。とくに新たな専門医制度との整合性や、義務年限における派遣先医療機関の選定・派遣方法において、取り組みの差が見られる。また、都道府県からは、新たな専門医制度によって医師の地域偏在が顕著になる、専門医取得が優先されて地域のニーズが置き去りにされるといった懸念も聞かれた。

そのため、へき地医療を担う医師のキャリアパスの構築においては、前述のへき地医療支援機構と地域医療支援センターとが連携し、新専門医制度下においても、専門医取得に向けて勤務地に関わらず自己研鑽を支援する環境（e-Learning等）や、専門医の更新のために定期的な研修を受けられる診療体制（医師の複数配置等）を整備することが必要と思われる。

さらに、専門医の取得だけでなく、キャリアパスのゴールにするのではなく、卒前・卒後教育を通じて、

へき地や地域で医師を務めることの価値を、総合診療医・他科専門医を問わず伝えていくことが、地域のために、という医師の姿勢を育むうえで不可欠と考えられる。

(8) へき地における多職種の取り組み

へき地での歯科医療に関する取組みは、へき地に特化したものは多くはないが、在宅歯科医療や口腔保健等の予防歯科、各種健診・調査等が地元の歯科医師会を中心に取り組まれている。都道府県行政においては、へき地医療を担当する部署と、歯科を担当する部署が異なることが多いため、十分な情報交換を行いながら、へき地であっても歯科医療や予防事業等が受けられる体制作りを進めていく必要がある。

へき地診療所やへき地医療拠点病院における看護師の確保は、都道府県だけでなく、市町村や医療機関、看護協会が中心となり取り組まれていることが多い。その中で、多くの都道府県では看護師の復職支援研修事業が行われている。へき地医療拠点病院で看護職

の復職支援研修事業を行った結果、へき地診療所やへき地医療拠点病院への就職につながった都道府県もある。

また、新人看護職員研修を多施設合同で行う等、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も行われていた。医師同様に看護師も都市への流出が課題となっているが、へき地医療拠点病院が地域での潜在看護師の復職支援事業や新人研修等の拠点となり、へき地での看護師の定着に役割を果たしていた。

へき地医療における薬剤師の役割について見ると、現時点ではへき地保健医療対策に関する協議会に薬剤師会等からの参加は少ない。しかし、NPO法人が運営するへき地での薬局が訪問服薬指導等を通じて、へき地医療の一翼を担う事例等もあった。これからのへき地での在宅医療の促進のためにも、へき地保健医療対策に関する協議会等に大学薬学部や薬剤師会も交えて、へき地医療の課題を共有するところから始める必要があると思われる。

2015（平成27年）3月に出

されたへき地保健医療対策検討会報告書でも、へき地のような人的資源が乏しい地域だからこそ、「へき地医療こそチーム医療」という考え方をさらに推し進めていき、今ある資源を効率的に活用し、歯科医師や看護師、薬剤師等、多様な職種の得意分野を結集する必要性が述べられている。

5 今後に向けて

へき地保健医療対策検討会の報告書では、今後のへき地保健医療計画の取扱いとして、第11次へき地保健医療計画は2017（平成29）年度まで引き続き実施された後に終了し、その後のへき地保健医療対策は、各都道府県で策定される2018（平成30）年度からの医療計画の中で行われることが示された。また、へき地保健医療対策が医療計画の一事業に埋没しないように、医療計画策定にかかわる指針とは別に、へき地保健医療体制整備指針も併せて策定されることとなった。

具体的には、医療計画ではへき地保健医療対策に関する基本的な

内容を記載し、数値目標等も含めた個別具体的な内容は、医療計画の策定指針とは別に策定されるへき地保健医療体制整備指針に基づき作成することになっている。

今後のへき地保健医療対策のあり方については、超高齢化・人口減少が進む地域に対応し、へき地医療拠点病院とも連携したへき地診療所の集約化やブロック制といった医療提供体制の再構築や、県境をまたぐへき地等において、隣接都道府県と協働の中でへき地保健医療対策を講じるための連絡・連携の場を設置することの必要性について検討された。

他にも、前述してきたように、地域医療支援センターとへき地医療支援機構における医師のキャリア形成支援や、新たな専門医の仕組みにおけるへき地医療の取り扱い、とくに地域枠の学生が地域医療やへき地医療に対してやりがいを見出せるようなへき地医療教育を行うことの重要性についても示された。

今後、地域医療構想の策定や新たな公立病院改革ガイドラインに沿った公立病院の見直しなど、へ

き地医療を取り巻く環境は、さらなる変化が予想される。地域医療構想では各都道府県の圏域毎に将来予測に基づく医療提供体制の再構築が検討されているように、へき地保健医療対策においても、行政（都道府県・市町村）、大学、医療機関、そして住民も含めた多様な関係者による協議にて、へき地医療の将来像を描き、それに基づきながら、へき地保健医療対策に取り組むことが期待される。

6 おわりに

今までの研究成果とへき地保健医療対策検討会報告書等を基にして、第11次へき地保健医療計画の検証を行った。同計画は来年度以降も施行されるが、単なる施行期間の延長ではなく、各都道府県が主体的に計画の評価を行い、必要に応じて新たな取組等を追加することが求められている。そのため、研究班としても都道府県による第11次へき地保健医療計画の評価や追加対策の検討等を支援できるような活動する予定である。

謝辞

本稿の執筆にあたり、研究分担者の前田隆浩先生、谷憲治先生、井口清太郎先生、今道英秋先生、澤田努先生、神田健史先生、そして研究協力者の中澤勇一先生、角町正勝先生、春山早苗先生、瀬川正昭先生、古城隆雄先生に感謝申し上げます。（所属略）

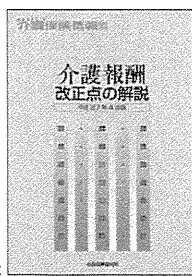
【参考資料】

- 「へき地保健医療対策検討会報告書（第11次）」厚生労働省（2010）
- 「へき地保健医療対策検討会報告書」厚生労働省（2015）
- 「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」梶井英治（2012）
- 「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 総合研究報告書」梶井英治（2014）
- 「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 総合研究報告書」梶井英治（2015）

介護報酬 改正点の解説

平成27年4月版 好評発売中! 定価 本体4,000円+税/A4判1,112頁(約320頁2色刷り)

報酬改定の関連資料を集成した担当者必須の書
新報酬のポイントを明快に提示



商品No.70062

株式会社

社会保険研究所

<http://www.shaho.co.jp/shaho>

〒101-8522 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC 内神田ビル TEL: 03 (3252) 7901 FAX: 03 (3252) 7977

