

201520002B

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～平成27年度 総合研究報告書

研究代表者 梶井 英治

平成28（2016）年3月

目 次

I. 総合研究報告

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 梶井英治	3
【資料1】 都道府県のへき地医療体制に関する調査	45
(1-1) 都道府県のへき地医療体制に関する調査 調査用紙	
(1-2) 都道府県のへき地医療体制に関する調査 集計結果概要	
【資料2】 へき地保健医療体制の継続的な支援体制に関する調査	77
(2-1) へき地保健医療体制の継続的な支援体制に関する調査用紙	
(2-2) へき地保健医療体制の継続的な支援体制に関する調査 集計結果	
【資料3】 へき地医療拠点病院の認定要件に関する検討	129
(3-1) へき地医療拠点病院の機能の評価について (表1～6)	
(3-2) へき地医療拠点病院の実績要件について	
【資料4】 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	145
(4-1) 医療アクセスとへき地医療 (図1～4)	
【資料5】 全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援	149
(5-1) 第6回全国へき地医療支援機構等連絡会議 グループワークについて	
(5-2) 第7回全国へき地医療支援機構等連絡会議 グループワークについて	
【資料6】 都道府県個別訪問による技術的支援	155
(6-1) 平成26年度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 チェックリスト	
(6-2) 平成26年度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 訪問結果一覧	
(6-3) 平成27年度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 チェックリスト	
(6-4) 平成27年度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 訪問結果一覧	
【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	271
(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

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

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。

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、へき地保健医療の現状調査を行った。計画策定時と比べ、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た。

2) へき地保健医療体制の継続的な支援体制に関する調査

47都道府県のへき地保健医療行政担当者等を対象とし、研究班の手法に対する評価について調査を行った。研究班の手法では、とくに都道府県個別訪問に対して一定の評価が得られていた。

3) へき地医療拠点病院の認定要件に関する検討

へき地医療拠点病院の認定要件について、昨年度に研究班で行った都道府県のへき地医療体制に関する調査で得られた、へき地医療拠点病院の現状を基に検討を行い、具体的な認定要件に関する提案を行った。

4) 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

地理情報を活用することで医療へのアクセスを見える化し、無医地区を含めたへき地医療の現状把握につながる具体的な手法について、栃木県を例にとり検討を行った。

5) 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、平成28年1月29日に開催された全国へき地医療支援機構等連絡会議でグループワークの支援を行い、第11次へき地保健医療計画の振り返りや、へき地医療拠点病院とへき地診療所の連携等の具体的なテーマに関する議論の深化や、問題意識や取組への新たな気づきを共有することができた。

6) 都道府県個別訪問による技術的支援

へき地保健医療に関する技術的助言や情報交換を行うことを目的として都道府県個別訪問を行った。平成26年度はへき地保健医療計画におけるPDCAサイクルの活用等、平成27年度はへき地保健医療対策検討会報告書等をテーマに各都道府県と情報交換等を行った。

7) 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。

8) へき地で勤務する地域枠や自治医科大学卒業医師のキャリアパスに関する調査

平成27年度の都道府県個別訪問とあわせて行い、新たな専門医の仕組みと義務年限内での医師配置、とくにへき地の医療機関への配置等に関する情報収集や意見交換等を行うことができた。

9) 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。

これらの取組により、第11次へき地保健医療計画の継続支援を行うことができた。また、へき地保健医療対策を進めていく上での今後の課題等についても、分析・検討を行うことができた。

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パ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薬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
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
神田健史 新潟県福祉保健部医師看護職確保対策課医務薬事課参事 地域医療支援センター長
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
中村剛史 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 講師
原田昌範 山口県立総合医療センターへき地医療支援部（へき地医療支援センター）

はじめに

第 11 次へき地保健医療計画は平成 27 年度で最終年度を迎える予定であったが、へき地保健医療対策検討会報告書にて、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、「へき地保健医療体制整備指針」が作成され、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た。

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、ならびに第 12 次へき地保健医療計画の策定支援を予定していたが、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。

研究の流れ図を図 1 に示す。平成 26 年度に都道府県のへき地医療体制に関する調査を行い、へき地保健医療に関する現状分析を行った。また、より有意義で具体的な情報交換と、新たな視点や気づきを促進することを目的として、研究者らは第 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を支援し、

テーマの選定やファシリテーター等を行った。そして、各都道府県の現状に即した技術的助言や分析を行うために、都道府県個別訪問ならびに訪問で得られた先進的事例の分析を行った。他にも、へき地保健医療対策検討会にも出席し、研究成果の報告を行った。

平成 27 年度には、へき地保健医療体制の継続的な支援体制に関する調査を行い、研究班が行ってきた手法について検証した。そして、前年度の研究成果等も活用しながら、へき地医療拠点病院の認定要件や医療アクセスについて検討を行った。次に、都道府県個別訪問とあわせて自治医科大学卒業医師等のキャリアパス策定に関する情報交換も行い、第 11 次へき地保健医療計画の継続支援を行った。第 7 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は、個別訪問の成果も活用し、具体的なテーマに関する情報交換や議論を行った。

各々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、へき地医療拠点病院とへき地診療所の連携体制のあり方、地域枠ならびに自治医科大学卒業医師のキャリアパスの策定等、都道府県の現状分析や今後の取組みにつながる支援を行うことができたと考える。一方、これからの診療所のあり方や、へき地における歯科医療、看護、薬剤師の役割等、市町村等と連携した取組みが今後は期待されると思われる。

都道府県のへき地医療体制に関する調査

A. 研究目的

へき地保健医療対策は、従来のへき地保健医療計画に代わり、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、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、単なる実施期間の延長ではなく、それまでの評価に応じた取組が都道府県に求められている。そこで、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」等と比較可能な調査を行うことで、第11次へき地保健医療計画策定前後の変化について検討した。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施策等についても調査を行った。

B. 研究方法

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）。

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。

C. 研究結果

47都道府県全てから回答が得られた。集計結果の概要を別に示す（資料1-2）。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。

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た。協議会には、多くの都道府県で、へき地医療拠点病院関係者、都道府県医師会、市町村担当者、地元大学が参加していたが、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、住民団体の参加は少なかった。

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調査は16都道府県（37.2%）で行われており、16都道府県では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。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）と幅が見られた。

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%）で行われていた。自治医大卒業医師について、義務終了後の県内定着率は最高87.5%、最低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高100%、最低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者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にした地域卒卒業医師・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卒学生・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、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にした地域卒学生・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。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。

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。

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%)、医学生のへ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。

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、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%)であった。

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。

7. 医療提供体制について

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) 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。

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。

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。

D. 考察

1. 都道府県の取組について

本調査結果と「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)」で行った都道府県第 11 次へき地保健医療計画の進捗状況調査 (以下、平成 24 年度の調査) を比べると、1 回以上、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と、協議会で計画にあげられている

個別事業の進捗状況を把握している都道府県は、それぞれ 29 から 32 都道府県、19 から 28 都道府県と、へき地保健医療計画の実行に際して協議会を活用する都道府県が増加していた。しかし、協議会の構成では、歯科医師会の参加が約半数、看護協会と薬剤師会の参加は半数以下の都道府県に留まっていた。へき地における地域包括ケアシステム等においては、歯科・看護師・薬剤師との連携構築が重要であるため議会等を活用し、多職種が一同に会する場を設定することが望まれる。

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調査を行っていた都道府県は半数以下に留まっていたが、本調査を契機に最終的には 9 割以上の都道府県で確認が行われた。へき地医療に従事する医師の不足数には都道府県較差が大きく、都道府県内医師数だけでなく、へき地数や医療機関数の差を反映していると思われた。

次に、「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）」で行ったへき地を中心とした地域医療分析等の調査（以下、平成 22 年度の調査）と比較すると、今後の必要性も含めたへき地医療に従事する医師確保のための取組、自治医科大学卒業医師およびへき地医療に従事することを条件にした地域卒卒業医師・奨学金貸与医師をへき地に定着させる取組・工夫、大学と協働したへき地医療に従事する医師確保対策、これらを行っている都道府県はそれぞれ減少していた。これは各都道府県に地域医療支援センターが設置されたのに伴い、へき地での医師確保対策も広く地域医療に包含されるようになったことで、都道府県の認識としてもへき地医療として特別な取組を行っているわけではないと変化したことが予想される。

また、へき地医療に関連した寄附講座も平成 22 年度の調査時点から減少しており、全医学生に対するへき地保健医療に関する教育や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同様に減少していた。ただし、地域医療に関する教育は全国的にも活発になってきていることから、上記同様にへき地医療に関する教育が地域医療に包含されていると思われた。

自治医科大学卒業医師の義務終了後の県内定着率の較差は大きく、学生時からのコミュニケーションを都道府県は図る必要がある。

3. へき地医療支援機構について

へき地医療支援機構の業務実施状況に関して、平成

22 年度の調査時点と比較すると、へき地医療従事者の研修計画の作成（10→14 都道府県）、へき地医療に従事する医師のキャリアデザイン育成機能（8→15 都道府県）を実施する都道府県が増加していた。これは、全国的に地域卒卒業医師のキャリアデザインや新たな専門医制度への対応が課題となっているためと思われた。

卒後医師のキャリアデザインに関しては、地域医療支援センターを中心として取組んでいる都道府県が多く、へき地医療支援機構の業務の中心は代診医派遣の調整やへき地保健医療対策に関する協議会での助言や調整であった。他にも平成 22 年度の調査と比較して、へき地医療拠点病院の活動評価（13→21 都道府県）、総合的診療支援事業の企画・調整（13→19 都道府県）の役割を担うへき地医療支援機構が増加しており、へき地医療の現場の訪問・視察や市町村長等との意見交換と併せて、へき地医療支援機構は現場に即した診療支援体制の整備をより推進しているように思われる。

代診医の派遣依頼件数や派遣実績には都道府県較差が大きく、実績が無い都道府県もあるが、へき地医療支援機構を介さない調整の仕組みを有する都道府県もあり、必ずしも正確な現状把握とは言い難い。しかし、へき地医療拠点病院の医師不足による対応困難事例も聞かれており、今後は社会医療法人等の活用が期待される。

4. へき地医療拠点病院について

へき地医療拠点病院数は、平成 22 年度の調査と比べると、19 都道府県では増え、2 都道府県では減じていた。総数は 268 から 299 と増加している。299 病院のうち 2 割の 62 病院（20.7%）では、巡回診療、医師派遣、代診医派遣、どの事業も行われていなかった。このようなへき地医療拠点病院は、17 都道府県にわたり見られたが、そのうち 4 都道府県では半数以上のへき地医療拠点病院が該当していた。そして、DPC を取得している 161 のへき地医療拠点病院のうち、27 のへき地医療拠点病院（16.8%）で、どの事業も行われていなかった。DPC を取得していない 138 のへき地医療拠点病院では 35 のへき地医療拠点病院（25.4%）で、どの事業も行われておらず、DPC を取得しているへき地医療拠点病院の方が、いずれかの事業を行っている傾向にあった。

どの事業も行っていない 62 病院のうち 44 病院では医学生のへ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。近年、地

域医療教育や地域枠のキャリアデザインに関する取組が進められていることから、へき地医療拠点病院を評価するにあたっては、医療系学生や医療者の卒前・卒後教育の場を提供していた場合、診療支援以外の付加的事業として、一定の評価が与えられることが望ましい。

なお、へき地医療拠点病院の代診医派遣等に対する動機付けの工夫をしている都道府県は未だ少なく、全体の2割にも満たないことから、巡回診療、医師派遣、代診医派遣等の実績を挙げている医療機関への動機付けに対する取組が必要である。一方では、診療所からの代診依頼がほとんど無い都道府県もあること、社会医療法人の取組によりへき地医療拠点病院の負担が軽減され、見かけ上実績が減少している都道府県もあることから、へき地医療拠点病院に対する需要と果たすべき役割の見直しが求められている。

5. へき地診療所について

平成22年度の調査と比べると、総数は1004カ所から1074カ所に増加していた。1都道府県で大幅な増加が見られた。16都道府県で減少していたが、それを上回る18都道府県でへき地診療所が増加していた。都道府県個別訪問等を踏まえて考えると、これは新たにへき地診療所を設置したのではなく、民間の診療所をへき地診療所に指定した都道府県が増加したことによると思われる。また、へき地診療所は増加しても、常勤医が1人未満となっている診療所は平成22年度の調査での227カ所から、377カ所に増加しており、患者数の減少等の要因により、出張診療所等の体制へ移行していることが推測された。その他、医学生のへき地医療実習などへ関与している診療所は平成22年度調査時点の262カ所から309カ所に増加しており、各大学の卒前・卒後教育における重要なフィールドになっていると思われた。

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

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を有する都道府県は、平成22年度調査での25都道府県から23都道府県へと減少していた。ただし、日本プライマリ・ケア連合学会が認定する後期研修プログラムは、ほぼ全国で見られることから、総合医の捉え方の差異や自身の都道府県内のプログラム等に関する把握内容で回答が左右されたと思われる。

へき地医療に従事する医師のキャリアデザインを検討、作成している都道府県は、平成22年度の調査での13都道府県から18都道府県に増加し、その際に関係者間で協議を行っている都道府県も9都道府県から13都道府県に増加していた。自治医大卒業医師だけでなく、地域枠卒業医師もへき地医療に直接的に従事する都道府県があり、地域枠学生の卒業を控えてキャリアデザインの検討を行っている都道府県が増加したことが背景にあると考えられた。しかし、離島へき地での診療経験を評価する仕組みを有する都道府県は平成22年度と同様非常に少なく、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・作成を行っている都道府県も15都道府県に留まっており、これらに対する都道府県の直接的・間接的取組が期待される。

へき地医療に従事する医師の環境整備に関して、平成22年度の調査と比較すると、へき地医療に従事する医師に対する子育て、家族支援等の配慮は17都道府県から25都道府県へ、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の整備は18都道府県から25都道府県へ、へき地医療に従事する医師がへき地のみ勤務に偏らない体制がある都道府県は13都道府県から23都道府県へと増え、半数以上の都道府県で取組まれていた。これは都道府県やへき地医療支援機構等による、自治医大卒業医師の都道府県内定着率の向上に向けた取組や、へき地診療所・へき地医療拠点病院医師の確保に向けた取組が行われていることを反映していると思われた。

7. 医療提供体制について

地域医療再生基金等の活用により、ドクターヘリが全国的に配備されるようになった。多くの都道府県では年々出動回数は増加しており、現場の医療機関や救急隊員のドクターヘリの活用に対する認識が向上していると思われた。

8. へき地歯科医療について

およそ7割の都道府県で第11次へき地保健医療計画にへき地歯科医療の記載が行われているにも関わらず、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るのは10都道府県に留まっていた。へき地歯科医療について実態調査を行った都道府県は平成22年度調査での4都道府県から10都道府県と増加していたが、へき地における小児のう蝕に関する他地区との比較検討や、へき地における高齢者の口腔問題の現状把握等の取組は低調だった。今までの都道府県個

別訪問も合わせて考えると、それらの取組がへき地保健医療対策としてではなく、歯科保健・予防歯科の取組として行われていることに加えて、担当部署がへき地医療と異なることも多く、十分な情報交換が行われていない可能性も考えられた。

9. へき地看護に従事する看護職について

平成22年度の調査では、へき地診療所やへき地医療拠点病院の看護職の現状調査を行った都道府県は11都道府県であり、都道府県が関与して、へき地診療所に対する看護師派遣を行っていた都道府県は1都道府県に留まっていたが、今回の調査ではそれぞれ6都道府県、3都道府県とやはり低調であった。この理由として、へき地診療所やへき地医療拠点病院の看護師確保は市町村や医療機関の役割とされていることが多く、都道府県全体の看護師確保対策も看護協会に委託もしくは担当部署が異なる等の理由で、へき地保健医療行政担当者に情報が十分に集まっていないことが考えられた。

看護師の復職支援のための研修事業は大多数の都道府県で行われており、多数のへき地医療拠点病院が復職支援研修の場を提供する役割を果たしていた。復職支援研修事業がへき地診療所やへき地医療拠点病院の看護師確保の実績につながった都道府県もあった。医師だけでなく看護師も都市への流出が課題となっており、へき地看護の確保に向けて潜在看護師の活用を図るが、今後は一層重要になると思われる。

また、新人看護職員研修においても、へき地医療拠点病院単独もしくは合同で行っていることから、へき地医療拠点病院は周囲の病院や診療所の看護師にとって、重要な教育拠点でもある。へき地看護に従事する看護師に対する研修支援は平成22年度の調査での9都道府県から14都道府県へと増えており、今後、さらに拡大していくことが望まれる。

10. へき地における薬剤師について

今回、初めてへき地における薬剤師について調査を行った。大多数の都道府県で、へき地の在宅医療にも薬剤師の関与が望ましいと考えており、医学生対象のへき地医療研修にも半数以上の都道府県で薬学生の参加が望ましいと考えていた。しかし、へき地保健医療を担当する部署と薬剤師関係を担当する部署とが異なることや、都道府県内に薬学部が無いこと等の理由から、実際に施策が行われている段階では無かった。今後、まずはへき地医療の課題を共有するために、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

剤師会も交えることが必要と思われた。

11. 地域医療支援センターについて

平成24年4月1日時点で地域医療支援センターを設置していた23都道府県のうち8割の都道府県が、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を最も重点を置いている役割と回答していたが、本調査では半数に留まっていた。これは地域医療支援センターが医療法に定められたことで、当初は地域枠のキャリア支援の一面が強かった役割が、各都道府県の実状に即した多様な役割を担うようになってきていることを反映していると思われた。

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、平成24年度の調査では、回答のあった33都道府県の中で、14都道府県が両者の有機的連携が図れているとし、9都道府県では各々が独自に活動していると回答していた(残る10都道府県は未定)。本調査では独自に活動していると回答した都道府県が増加していた。両組織の関係性は各都道府県の実情を反映しているが、医療者の確保や支援等の連携して取組むべき課題等も多く、両組織間における情報交換等の取組が必要だと思われる。

12. その他について

へき地を有する市町村の地域包括ケアシステムについて、構築状況の把握や市町村への情報提供等が行われていない都道府県も見られた。地域包括ケアシステムの構築は市町村が主体であるが、へき地では高齢化が進んでいるにも関わらず、資源が限られており、市町村間の連携や都道府県の支援も重要である。

へき地における医療需要の将来推計を行っている都道府県は無かったが、都道府県によっては、へき地診療所の統廃合等の医療提供体制に関する協議の場が設けられていた。今後、人口減少等の社会構造の変化に対応できるよう、将来推計に基づいたへき地での医療提供体制の構築について、各都道府県において一層協議されることが期待される。この際、市町村独自の取組の情報交換や、一方向的な住民に対する啓発活動だけでなく住民参加を促すような工夫が望まれる。

へき地保健医療体制の継続的な支援体制に関する調査

A. 研究目的

研究班では、平成22年度の第11次へき地保健医療計画の策定時より、都道府県のへき地保健医療対策を支援するために、へき地保健医療に関する各種調査や全国へき地医療支援機構等連絡会議で行われたグループワークの開催支援、そして都道府県個別訪問といった様々な取り組みを行ってきた。

今後とも都道府県によるへき地保健医療対策が推進されるためには、平成22年度の第11次へき地保健医療計画の策定支援から研究班が行ってきた各支援手法について評価を行い、都道府県によるへき地保健医療対策の継続的な支援体制の構築等を検討する必要がある。そこで、都道府県へき地保健医療担当者やへき地医療支援機構の専任担当官を対象として、研究班が行ってきた各種支援策の有効性等に関する調査を行った。

B. 研究方法

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。

調査項目を以下に示した。

1. 研究班が行ってきた各種調査（平成22年度「へき地を中心とした地域医療分析等の調査」、平成23年度「第11次都道府県へき地保健医療計画についての評価」、平成24年度「都道府県第11次へき地保健医療計画の進捗状況調査」、平成26年度「都道府県のへき地医療体制に関する調査」）を行ってきたことに対する、へき地保健医療計画等の計画策定、計画実行、計画評価、それぞれの時点での必要性、負担、有効性について
2. 2010（平成22）年度から厚生労働省により開催されてきた全国へき地医療支援機構等連絡会議で行われたグループワークに対する、へき地保健医療計画等の計画策定、計画実行、計画評価、それぞれの時点でのグループワークの必要性、負担、有効性、今後の継続に関する希望について
3. 研究班による都道府県個別訪問に対する、へき地保健医療計画等の計画策定、計画実行、計画評価、それぞれの時点でのグループワークの必要性、負担、有効性、今後の継続に関する希望について
4. 総括・総合研究報告書（平成22～26年度）、平成25年度に作成したリーフレット、各都道府県のへき地

保健医療に関する具体的な取り組みを取りまとめて作成した特徴的な取り組み事例集（DVDとして平成26年に配布）に対するへき地保健医療対策に関する効果という視点での評価について

なお、必要性については①非常に必要、②まずまず必要、③どちらとも言えない、④あまり必要でない、⑤全く必要でない、負担については①非常に負担、②やや負担、③どちらとも言えない、④さほど負担でない、⑤全く負担でない、有効性については①非常に有効、②まずまず有効、③どちらとも言えない、④あまり有効でない、⑤全く有効でない、今後の継続に関する希望については①強く希望、②まずまず希望、③どちらとも言えない、④あまり希望しない、⑤全く希望しない、情報発信の評価については①非常に有効、②まずまず有効、③どちらとも言えない、④あまり有効でない、⑤全く有効でない、といった5段階評価とした。また、各項目に自由記載欄を設け、設問の最後にもその他として自由記載欄を設けた。なお、調査用紙を資料2-1に示した。

調査は平成27年8月21日に郵送により都道府県に依頼した。締切りは平成27年10月9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。

C. 研究結果

最終的には39都道府県から回答が得られ、へき地を有する43都道府県に限ると回収率は88.4%（38/43都道府県）であった。また、へき地医療支援機構が設置されている40都道府県のうち、18都道府県では、専任担当官からも回答が得られた。なお、全ての回答の割合は分母を回答の得られた都道府県担当者と専任担当官の数を合わせた数とする。

1. 研究班が行ってきた各種調査について

各種調査の必要性について、計画策定時においては68.4%が非常に必要、まずまず必要と考えており、実行においては57.1%、評価においては62.3%が同様に考えていた。負担については、どの段階であっても約半数の回答者が非常に負担、やや負担と考えており、全く負担と考えていない回答者は約2%、さほど負担でないと考えている回答者は約2割に留まった。有効性については、策定時においては回答者の54.4%、実行時・評価時では回答者の6割弱が非常に有効、まずまず有効と考えていた。

各種調査の必要性と有効性に対する否定的な意見は、

3～7%であり、全く必要・有効でないとする者はいなかった。

自由記載では、調査項目の多さに対する負担感、へき地の定義に当てはまらない地域にフォーカスした調査の要望、国の示すへき地の定義と県の考えるへき地の定義のギャップ、医師・看護師数の必要数といった解釈に迷う設問、へき地医療のスタンダードを示せる調査等に関する意見が出された。

2. 全国へき地医療支援機構等連絡会議で行われたグループワークについて

連絡会議でグループワークを開催する必要性について、計画策定時においては回答者の61.1%が非常に必要、まずまず必要と考えており、実行においては50.9%、評価においては56.0%が同様に考えていた。負担については、約3割ほどの回答者が非常に負担、やや負担と考えていたが、5割弱の回答者はさほど負担でない、全く負担でないと考えていた。有効性については、策定において63.0%の回答者が非常に有効、まずまず有効と考えており、実行においては56.6%、評価においては58%が同様に考えていた。そして、51.8%の回答者が連絡会議のグループワークの継続を強く希望、まずまず希望と考えていたが、その一方では20.4%の回答者は、あまり希望しない、全く希望しないと考えていた。

自由記載では、同様の課題を抱えている都道府県間で具体的な施策に関するグループワークを開催してほしいといった要望、地域卒卒業生と自治医大卒業生との連携・融和やへき地医療拠点病院の在り方等の具体的なテーマの提案が出された。

3. 研究班が行ってきた都道府県個別訪問について

都道府県個別訪問を行う必要性について、計画策定時においては回答者の57.4%が非常に必要、まずまず必要と考えており、実行においては50.0%、評価においては60.4%が同様に考えていた。負担については、2割弱の回答者が非常に負担、やや負担と考えていたが、半数以上の回答者はさほど負担でない、全く負担でないと考えていた。有効性については、策定において56.3%の回答者が非常に有効、まずまず有効と考えており、実行においては55.3%、評価においては62.3%が同様に考えていた。そして、62.5%の回答者が都道府県個別訪問を強く希望、まずまず希望と考えており、7.1%の回答者があまり希望しない、全く希望しないと回答した者はいなかった。

自由記載では、有効と思われる他県の優良事例（へ

き地診療所の再編・統合等）について助言してもらいたい、訪問時期・回数に関する意見（隔年訪問、専任担当官交代時期に訪問等）が出された。

4. 研究班による情報発信について

研究班による情報発信では、平成22～26年度の総括・総合研究報告書、平成25年度に作成したリーフレット、平成26年に配布した特徴的な取組み事例集のいずれに対しても、5割弱の回答者がへき地保健医療対策に関する効果はどちらとも言えないと回答した。一方では、総括・総合研究報告書は54.4%の回答者が非常に有効、まずまず有効と考えており、リーフレットでは47.3%、特徴的な取組事例集は49.1%が同様に考えており、全く有効でないという回答はなく、あまり有効でないという回答も数%程度にとどまっていた。

自由記載では、報告書をインターネット上でPDF公開してもらいたい、地域医療振興協会の「へき地ネット」にも情報を公開してもらいたいといった意見が出された。

5. その他

その他の欄では、人口減少・高齢化が進むへき地における医療環境の構築やへき地における在宅医療の推進に関する議論の必要性、実質的にへき地医療を行っている民間医療機関の支援、新専門医制度への各都道府県の対応に関する情報提供希望、地域医療構想を踏まえたへき地医療対策の必要性、へき地におけるネットワークシステムや代診システム、地域卒学生の活用や女性医師の勤務等に関する議論の必要性等について意見が出された。集計結果一覧は資料2-2に示した。

D. 考察

研究班が行ってきた各種調査は、国や他の組織等からも類似の調査が行われていたこともあり、半数近くの都道府県が負担に考えていた。必要性や有効性については、半数以上の都道府県で賛同を得られており、自由記載欄からも、調査を通じて各都道府県におけるへき地医療における現状・課題を確認することができたなどの意見が聞かれた。各都道府県の現状を把握することから課題の抽出、施策の検討に結びつくため、へき地診療所やへき地医療拠点病院などの実情、へき地医療に関する卒前・卒後教育、へき地における歯科・看護・薬剤師に関する調査は不可欠だと思われる。今後は、調査項目の絞り込み、へき地における必要な医療者数の算定に関する検討等が必要と考える。

全国へき地医療支援機構等連絡会議で行われたグル

ープワークについては、へき地保健医療計画策定時の必要性、有効性がより多く認められる傾向にあったが、一部の都道府県からは評価が高くなく、今後の継続についても2割弱の都道府県では消極的な意見が聞かれた。そして、これらの都道府県はグループワークへの参加に対しても負担と考えていた。一方では、自由記載欄において都道府県間の情報共有の必要性やグループワークといった場を設けることに対する評価もされていることより、今後の全国へき地医療支援機構等連絡会議において、類似の課題を抱える都道府県を同一グループとする、具体的な施策について都道府県から解説してもらうなど、より都道府県間の情報交換を図れるような時間・場を設けることが求められていると思われる。

研究班が行ってきた都道府県個別訪問については、へき地保健医療計画策定時に必要性、有効性を認めている都道府県が多かった。また、今後の継続については6割の都道府県が希望しており、全く希望しない都道府県はいなかった。都道府県訪問を負担と考える都道府県も、各種調査やグループワークと比較すると少なかつたことから、研究班が直接都道府県を訪問し、各都道府県庁内やへき地医療拠点病院で情報交換を行ってきたことに対して評価が得られたと考える。将来的にも、研究班のような第三者による都道府県訪問は継続、もしくは次期医療計画策定期間に行うことが望ましく、その際には自由記載でも評価されているように、全国的な視点からの技術的な助言や他都道府県の取組等に関する情報交換等を、より具体的に行えるような体制づくりが必要と思われる。

研究班による情報発信については、5割弱の都道府県でどちらとも言えないと回答していたものの、総括・総合研究報告書、特徴的な取組み事例集では半数以上、リーフレットも5割弱の都道府県では評価されていた。今後は都道府県担当者だけでなく、広く医療関係者や住民が利用できるような情報発信を行う必要がある。

研究班が行ってきた各種調査、全国へき地医療支援機構等連絡会議で開催されてきたグループワーク、都道府県個別訪問、情報発信に対して、全般的には概ね必要性和有効性、取組みの継続に関する評価を頂いた。第11次へき地保健医療計画は平成28、29年と継続して施行され、平成30年からは第7次医療計画ならびに、へき地保健医療体制整備指針に基づいて、へき地保健医療対策が行われる。その際にも、全国へき地医療支

援機構等連絡会議で行われたグループワークのように全国のへき地保健医療関係者が一同に会して情報交換を行う場の設定といった全体へのフォローアップ体制、そして、都道府県個別訪問のような第三者的な組織による各都道府県への個別的なフォローアップ体制の構築が、より現場に即した医療計画の策定やへき地保健医療体制整備指針に基づいた具体的な施策へと繋がると思われる。

へき地医療拠点病院の認定要件に関する検討

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

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。

C. 研究成果

へき地医療拠点病院の概要と果たしている機能の分析について、以下に示す。なお、本文中の表 1～6 は資料 3-1 に示した。

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、相関しない(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 割も存在するということは、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い傾向があったが、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) 医学生へのき地医療実習への関与の有無

医学生へのき地医療の実習について、施設として関与しているのは、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。

D. 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、医学生への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考えられる。

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、医学生への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。

本研究も踏まえた、へき地医療拠点病院の実績要件に関しては、資料3-2に示した。

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

A. 研究目的

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。

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。

そこで、栃木県を具体的事例として、医療アクセスとへき地医療に関してマッピングを用いた検討を行った。

B. 研究方法

栃木県を例にとり、研究成果でも示してあるように、地図作成は地理情報システム ArcGIS for Desktop 10.3 を利用した。そして、医療機関の位置情報は、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た。

なお、研究成果で出てくる図1～4は、資料4-1に示した。

C. 研究成果

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。

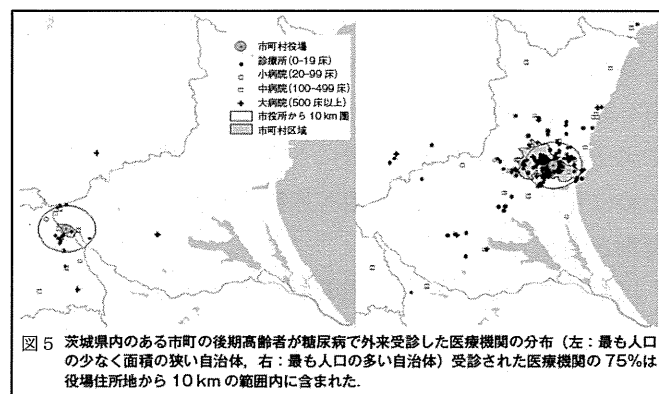
平成22年道路情報を元に、それぞれの医療機関まで自動車で30分以内に到達できる地域範囲を色塗りした（図2）。栃木県北西部の日光市の一部・鹿沼市の一部では、最寄りの医療機関まで自動車で30分以上かかる地域が存在する。

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。

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）

図5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。

D. 考察

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応えることができる。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。