

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）
分担研究報告書

へき地医療において提供される医療サービスの向上と
へき地医療に従事する医師の労働環境改善に係る研究

「都道府県のへき地医療提供体制に関する調査」

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 講師
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 客員研究員
小谷和彦 自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 教授
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

【目的】

本研究の目的は、来る人口減少社会と新しい制度の動き（新しい専門医の制度）に応じたへき地医療提供体制への構築を支援するため、都道府県のへき地医療体制の現状と課題を明らかにすることである。

【方法】

へき地保健医療計画を策定している43都道府県を対象に、自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、「へき地診療所の医療提供体制」「へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成」「関係者の協力体制の構築」の3点である。調査用紙は、郵送により都道府県担当者に送付し、エクセルファイルによる記入、メールによる回答の返送を依頼した。調査期間は、平成28年9～12月であった。

【結果】

研究協力依頼を行った全43都道府県から回答があった（回収率は100%）。本調査は、「へき地診療所の医療提供体制」「へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成」「関係者の協力体制の構築」の3つから構成されている。それぞれの主要な結果を示す。

（1）へき地診療所の医療提供体制について

都道府県から回答のあったへき地診療所は645あり、平日はほぼ毎日開いているいわゆる「常設診療所」は約43%、週0～2日未満の「非常設診療所」は約43%と二分されていた。現在の経営形態は、単独経営の診療所が45.7%、出張診療所（非常勤）が27.7%、グループ制による運営、公的病院や民間病院、大学の附属、指定管理が15.5%であった。現在のところ、閉院予定の診療所は1.4%とわずかであるが、約75%の都道府県が経営形態の見直しの必要性を認めており、既に40.4%の都道府県で検討を開始している。働く医師が「常勤のみ」の診療所は36.0%、「非常勤のみ」が47.5%、「常勤と非常勤」が16.2%であった。常勤医師の約4割を自治医科大学卒業医師（義務期間内外）が担っていた。

（2）へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成について

へき地の勤務指定がある修学資金は、23都道府県35件であり、2005～2009年に25件が設立している。定員（平成28年度）は平均11.8人で、20名未満の修学資金が約86%である。義務年数は、貸与年数×1.5倍が65.7%と最も多く、貸与年数と同じが14.3%であった。義務年数内の基本的な勤務先に、51.4%の奨学金がへき地医療拠点病院を、20.0%の奨学金がへき地診療所を指定していた（自治医科大学卒業医師に関しては、42.6%の都道府県がへき地診療所を指定）。義務年数内の専門医の資格取得の可能性については、修学資金ですべての診療科の専門医について過半数の奨学金で取得可能とする回答だったが、自治医科大学卒業医師において、過半数を超えた都道府県は、内科と総合診療科の2科のみの状況であった。

（3）関係者の協力体制の構築について

将来のへき地医療体制の見直しについては、86%の都道府県で検討する場が既にあり、見直す場としては、都道府県が設置する協議会や関係部署が望ましいとの回答が93%に達した。一方で、見直す上での課題として、へき地医療拠点病院の協力や市町村長の理解、大学の協力等と回答をした都道府県が70～90%あった。誰にリーダーシップを期待するかという問いでは、1位が国、2位が都道府県、3位が市町村という順番であった。

【結論】

「へき地診療所の医療提供体制」「へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成」「関係者の協力体制の構築」の3点について、都道府県に調査を行った。へき地診療所の経営形態や医師配置の現状や、将来のへき地医療体制に対する都道府県が認識している課題や検討状況が明らかになった。また、修学資金対象者と自治医科大学卒業医師に対する期待される役割の違い、新しい専門医制度への対応状況についても把握できた。さらに、将来のへき地医療体制や医師のキャリア形成について検討する場の有無や、都道府県の課題認識、誰のリーダーシップを期待しているかについても明らかになった。

A. 研究目的

本研究の目的は、来る人口減少社会と新しい制度の動き（新しい専門医の制度）に応じたへき地医療提供体制への構築を支援するため、都道府県のへき地医療体制の現状、課題認識について明らかにすることである。

B. 研究方法

へき地保健医療計画を策定している43都道府県を対象に、自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、「へき地診療所の医療提供体制」「へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成」「関係者の協力体制の構築」の3点である。調査用紙は、郵送により都道府県担当者に送付し、回答は、エクセルファイルによる記入、メールによる返送を依頼した。なお、調査期間は、平成28年9～12月であった。

（倫理面への配慮）

本調査は、自治医科大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（第臨大16-028）。

C. 研究結果

研究協力依頼を行った全43都道府県から回答があった。回収率は100%である。

本調査は、「へき地診療所の医療提供体制」「へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成」「関係者の協力体制の構築」の3つから構成されている。それぞれの結果について、下記に記す。

1. へき地診療所の医療提供体制について

（1）都道府県のへき地保健医療計画上の対象地域
対象地域の定義状況については、「無医地区」「準無医地区」「へき地診療所の所在地」を対象としている都道府県が37件（86%）、32件（74.4%）と7割を超えていた（表1）。過疎地域、離島、山村、豪雪地帯等を抱える都道府県では、関連する法律が指定している地域も対象としていた。

表1 都道府県のへき地保健医療計画の対象地域

	n	%
a 無医地区	37	86.0
b 準無医地区	37	86.0
c へき地診療所の所在地	32	74.4
d 過疎地域等特定診療所の所在地	12	27.9
e 特例措置許可病院の所在地	0	0.0
f 過疎地域自立促進特別法の対象地域	19	44.2
g 離島振興法の対象地域	13	30.2
h 山村振興法の対象地域	14	32.6
i 豪雪地帯対策特別措置法の対象地域	2	4.7
j その他の法律対象地域（ご記入ください）	4	9.3
k その他都道府県独自の運用（ご記入ください）	8	18.6

N=43

都道府県独自の運用例としては、「人口10万人当たり医師数が都道府県平均を下回る地域」「一人医師地区」「へき地医療拠点病院の所在地」「国民健康保険直営診療所の所在地」等があり、「県内全域」としている都道府県もあった。

（2）へき地診療所について

平成28年4月1日のへき地診療所（医科のみ）について聞いたところ、645の回答があった（表2）。

週当たりの日数を聞いたところ、「週2日未満」が約43%、「週4日以上」が約43%であり、平日はほぼ毎日開いているいわゆる「常設診療所」と、週0～2日未満の「非常設診療所」に2分されていた。

経営形態は、「単独経営」が45.7%と最も多く、「出張診療所」が27.7%と次いで多かった。複数のへき地診療所を1つのグループとして、グループ内の診療所に適宜医師を配置する「グループ制」のものは3.6%であった。「公的病院の附属、指定管理」が8.3%、「民間病院の附属、指定管理」が3.5%あり、大学も含めると15.5%が病院の附属、指定管理にあった。

表2 ヘキ地診療所について

	n	%
週当たり診療日数 (N=964)		
0日以上～1日未満	264	27.4
1日以上～2日未満	147	15.2
2日以上～3日未満	71	7.4
3日以上～4日未満	69	7.2
4日以上～5日未満	128	13.3
5日以上～6日未満	272	28.2
6日以上	13	1.3
経営形態について (N=952)		
単独経営	435	45.7
出張診療所 (非常勤)	264	27.7
グループ制による運営	34	3.6
公的病院の附属、指定管理	79	8.3
民間病院の附属、指定管理	33	3.5
大学の附属、指定管理	2	0.2
その他	105	11.0
休診中	16	1.7
市町村直営との回答	36	3.8
他の組織に運営、業務委託	25	2.6
複数の診療所を一体経営	3	0.3
民間の機関に指定管理	19	2.0
国保直診	6	0.6
閉院予定 (N=945)		
有	13	1.4
無	906	95.9
県では回答不可	26	2.8
経営形態の見直し時期 (N=207)		
1970年以前	8	3.9
1970～1979	36	17.4
1980～1989	10	4.8
1990～1999	15	7.2
2000～2009	86	41.5
2010～	52	25.1
経営状態の見直し理由 (N=207) 複数回答		
患者数の減少	100	48.3
後任医師の確保困難	157	75.8
経営状態の悪化	80	38.6
その他	106	51.2

閉院の予定を聞いたところ、閉院の予定が無い診療所が95.6%であり、「有」と明確に回答があった診療所は1.4%であった。

単独経営以外の診療所について、経営形態の見直し時期を聞いたところ、207の施設から回答があった。

2000年代が41.5%、2010年代以降が25.1%で、合計66.6%の診療所が2000年以降に見直しを行っていた。理由についても聞いたところ、「後任医師の確保困難」が75.8%と最も多く、次いで「患者数の減少」48.3%、「経営状態の悪化」38.6%と続いた。その他には、市町村合併、診療所の経営統合、常勤医師の確保、指定管理、災害、遠隔診療の導入などの回答があった。

(3) ヘキ地診療所の医師の配置体制と雇用状態
ヘキ地診療所の医師の配置体制を聞いたところ、「常勤のみ」の診療所は36.0%、「非常勤のみ」が

47.5%、「常勤と非常勤」が16.2%であった。概ね、半数の診療所には常勤医師が勤務している(表3)。

表3 ヘキ地診療所の医師配置と雇用状態

	n	%
医師の配置について (一つ選択) (N=944)		
常勤のみ	340	36.0
常勤と非常勤	153	16.2
非常勤	448	47.5
休診中	3	0.3
常勤医師について (複数回答) (N=469) 1		
直接雇用 (N=357)	357	76.1
自治医大卒 (義務外)	77	16.4
都道府県内の大学出身	91	19.4
他都道府県の大学出身	202	43.1
派遣 (N=161)	161	34.3
自治医大卒 (義務内)	110	23.5
自治医大卒 (義務外)	5	1.1
修学資金、地域枠	2	0.4
その他 (大学派遣等)	46	9.8
非常勤医師について (複数回答) (N=572) 2		
診療所から派遣 (N=166)	166	29.0
出張診療所 (非常勤)	145	25.3
グループ制による運営	21	3.7
病院から派遣 (N=375)	375	65.6
へき地医療拠点病院	191	33.4
公的病院 (へき地医療拠点病院除く)	93	16.3
民間病院 (社会医療法人など)	114	19.9
大学	46	8.0
その他	89	15.6

1 常勤医師がいると回答した診療所493のうち、直接雇用、派遣ともに無回答だった24件を除く

2 非常勤医師がいると回答した診療所601のうち、無回答だった29件を除く

常勤医師を配置していると回答した診療所(無回答は除く)では、76.1%が常勤医師を直接雇用しており、派遣医師がいる診療所は34.3%であった(直接雇用と派遣の両方がある場合がある)。直接雇用76.1%のうち、他都道府県の大学出身者が43.1%と最も多く、自治医科大学卒業医師(義務外)は16.4%、都道府県内の大学出身者は19.4%であった。一方、派遣34.3%の内訳は、自治医科大学卒業医師(義務内)が23.5%と最も多く、その他(大学派遣等)が9.8%で、この二つによる派遣でほとんどを占める。自治医科大学卒業医師が義務内及び義務外の両方ともいる診療所は5ヶ所であった。自治医科大学卒業医師(義務期間内外)で見ると、常勤医師の約4割を担っていることがわかった。

非常勤医師を配置している診療所では、29.0%が他の診療所から派遣されており、病院からの派遣は65.6%であった。診療所の派遣では、出張診療所としての扱いによる派遣が25.3%とほとんどで、複数の診療所で医師を配置する体制のところは3.7%であった。一方、病院からの派遣医師は65.6%で、へき地医療拠点病院に頼っている診療所が33.4%と約半数を占め、残りが公的病院16.3%、民間病院19.9%であった。その他の回答には、医師会からの派遣、医師個人に対する直接、囑託、地域医療支援センターや地域医療振興協会からの派遣などがあった。

(4) 平成37年(2025年)に向けて直面する課題と検討状況

2025年に向けて、都道府県のへき地診療所全般について直面する課題について、都道府県に聞いた。回答のあった42都道府県のうち、約98%の都道府県が、「患者数の減少」「後任医師の確保困難」をあげ、「経営状態の悪化」「後任看護師の確保」をあげる都道府県も約93%であった(表4)。その他の回答では、医師の高齢化、診療所の建物、設備の老朽化などがあった。

表4 平成37年(2025年)に向けて直面する課題と検討状況

	n	%
平成37年(2025年)に向けて直面する課題(複数回答)(N=42)		
患者数の減少	41	97.6
後任医師の確保困難	41	97.6
経営状態の悪化	39	92.9
後任看護師の確保	39	92.9
その他	10	23.8
課題について、経営形態の見直し状況(一つ選択)(N=42)		
見直しを行った	1	2.4
検討している	14	33.3
一部検討	3	7.1
必要性があるが、検討していない	14	33.3
必要性がないため、検討していない	7	16.7
課題について、望ましいと思われる経営形態(N=42)(複数回答)		
出張診療所(非常勤)	22	52.4
グループ制による運営	20	47.6
公的病院の附属、指定管理	24	57.1
民間病院の附属、指定管理	17	40.5
大学の附属、指定管理	10	23.8
閉院	6	14.3
その他	15	35.7

課題について、経営形態の見直し状況について聞いたところ、見直しを行ったところは1県のみで、検討している(一部検討含む)が40.4%あり、必要性はあるが検討していないが33.3%あった。必要性が無いと回答した県も16.7%あった。検討中かどうかに関わらず、経営形態の見直しの必要性を感じている都道府県は約75%であった。

課題への対応として、望ましいと思われる経営形態は、多い順に、「公的病院の附属、指定管理」(57.1%)、「出張診療所(非常勤)」(52.4%)、「グループ制による運営」(47.6%)、「民間病院の附属、指定管理」(40.5%)であり、「閉院」と回答した県も14.3%あった。その他の回答では、市町村による直営、曜日、診療時間の見直し、他の診療所との統合等があった。

(5) へき地診療所の医療介護環境の評価

へき地診療所の所在地域全般における医療介護環境に対する都道府県の現状評価を知るため、在宅医療、在宅介護、産科医療、歯科医療、救急医療、小児医療の6つの体制について聞いた(表5)。回

答は、都道府県全体で一つの回答を求め、「非常に不足している」「不足している」「どちらともいえない」「充足している」「十分充足している」「該当者がいない」の6つの中から選択した。

「該当者がいない」と回答した都道府県は無かった。「不足している(非常に不足を含む)」が多い順に並べると、産科医療(78.6%)、在宅介護(71.4%)、小児医療(69.0%)、在宅医療(66.7%)、歯科医療(54.8%)、救急搬送体制(50.0%)であった。どの医療介護環境についても、不足しているという認識の都道府県が半数以上を占めた。

表5 へき地診療所の所在地域全般における医療介護環境の評価

	n	%
へき地診療所の所在地域全般における医療介護環境の評価		
在宅医療		
充足している(十分充足含む)	1	2.4
不足している(非常に不足含む)	28	66.7
どちらともいえない	9	21.4
在宅介護		
充足している(十分充足含む)	1	2.4
不足している(非常に不足含む)	30	71.4
どちらともいえない	7	16.7
産科医療		
充足している(十分充足含む)	0	0.0
不足している(非常に不足含む)	33	78.6
どちらともいえない	5	11.9
歯科医療		
充足している(十分充足含む)	2	4.8
不足している(非常に不足含む)	23	54.8
どちらともいえない	13	31.0
救急搬送体制		
充足している(十分充足含む)	4	9.5
不足している(非常に不足含む)	21	50.0
どちらともいえない	13	31.0
小児医療		
充足している(十分充足含む)	0	0.0
不足している(非常に不足含む)	29	69.0
どちらともいえない	9	21.4
「該当者がいない」はなかった		
N=42		

2. へき地で勤務する医師のキャリア形成

(1) へき地勤務指定の修学資金制度

へき地勤務が指定要件に入っている修学資金制度について聞いた。ただし、特定診療科指定の制度や、都道府県知事が指定する公立病院だけを条件にしているものは対象外である(表6)。

へき地勤務指定の修学資金がある都道府県は、43都道府県中23(53.5%)であり、修学資金の数は35であった。修学資金の開始年度を見ると、2005~2009年度に25(71.4%)が集中していた。最も古い制度は、長崎県の医学修学資金貸与制度である。

平成28年度の定員数を見ると、平均が11.8人であり、約8割の奨学金が20人未満である。平成28年度時点の貸与者数(返済中を除く)は、平均44.8人であり、制度開始以降累積者数は平均94.1人である。医学部を卒業して勤務している者(臨床研修中を含む)は、平均で16.8人おり、制度開始以降累計では

平均27.3人である。

貸与者のいわゆる義務年数は、貸与年数の1.5倍としている修学資金が65.7%に達し、貸与者数と同じとする修学資金が14.3%であった。なお、後期研修期間は、義務年数に含めないとする修学資金が少なくとも2件あった。その他は、貸与年数よりも少ない年数としているもの、7年以上と下限があるもの、(卒業直後からではなく)貸与期間の2倍以内に貸与期間に相当する年数を義務年数とするものなどがあつた。

勤務先を決める人事権は、42.9%は都道府県が持っており、関係者による合議体が28.6%、その他が25.7%、大学が2.9%であった。その他は、本人が選択する、大学であれば医局、県職員であれば都道府県、人事権はないなどがあつた。

表6 へき地勤務を指定要件とする修学資金

	n	%
へき地勤務が指定要件に入っている修学資金制度がある都道府県(N=43)		
有	23	53.5
無	20	46.5
修学資金の開始年度(N=35)		
~1999	3	8.6
2000~2004	3	8.6
2005~2009	25	71.4
2010~2014	3	8.6
2015~	1	2.9
修学資金の定員数(H28年度)(N=35)		
平均±標準偏差	11.8±8.9	
0	3	8.6
1~9	12	34.3
10~19	18	51.4
20~29	4	11.4
30~	1	2.9
貸与者数(H28年度(返済期間中を除く))(N=35)		
平均±標準偏差	44.8±45.8	
0	3	8.6
1~9	12	34.3
10~19	18	51.4
20~29	4	11.4
30~	1	2.9
貸与者数(制度開始以降累積者数)(N=34)		
平均±標準偏差	94.1±75.3	
0~49	12	35.3
50~99	7	20.6
100~149	9	26.5
150~199	0	0.0
200~	6	17.6
勤務者数(H28年度(臨床研修中を含む))(N=35)		
平均±標準偏差	16.8±18.0	
0~19	25	71.4
20~39	6	17.1
40~59	3	8.6
60~79	0	0.0
80~	1	2.9
勤務者数(制度開始以降累積者数)(N=35)		
平均±標準偏差	27.3±33.6	
0~19	22	62.9
20~39	5	14.3
40~59	2	5.7
60~79	1	2.9
80~	5	14.3
義務年数(N=35)		
貸与年数と同じ	5	14.3
貸与年数×1.5倍	23	65.7
c その他	7	20.0
人事権の所在(N=35)		
大学	1	2.9
都道府県	15	42.9
地域医療支援センター	0	0.0
関係者による合議体	10	28.6
その他	9	25.7

(2) 義務期間中の基本的な勤務先

初期研修中を除く、義務期間中(3~9年目)の基本的な勤務先について、へき地勤務を要件とする修学資金貸与者と自治医科大学卒業医師について、それぞれ聞いた。表7の表題の「基本」は、特定の卒業年に基本的な勤務先として指定されている場合を指し、「選択」は、へき地拠点病院、へき地診療所、その他の医療機関等から選択できる場合を指している。

基本的な勤務先として(選択を除く)、後期研修の期間が含まれているのは、修学資金で60.0%、自治医科大学卒で80.9%であった(表7)。へき地拠点病院が基本の勤務先として指定されているのは、修学資金で51.4%、自治医科大学卒で51.1%、へき地診療所は20.0%、自治医科大学卒で42.6%であった。

義務期間中の基本的な勤務先が未定である修学資金は17.1%、自治医科大学卒では4.3%あり、本人と関係者で協議することになっているのは、修学資金で8.6%あつた。

修学資金と自治医科大学卒業医師を比べると、修学資金では、後期研修の時期を定めている割合が少なく、へき地診療所が基本的な勤務先に入っている割合も少ない。へき地医療拠点病院の割合はほぼ同じであった。

表7 義務期間中の基本的な勤務先

	基本	選択	合計	基本(%)	選択(%)	合計(%)
義務期間中の基本的な勤務先(3~9年目)(N=35)						
後期研修	21	0	21	60.0	0.0	60.0
へき地医療拠点病院	18	2	20	51.4	5.7	57.1
へき地診療所	7	2	9	20.0	5.7	25.7
その他の医療機関	9	1	10	25.7	2.9	28.6
未定	6	0	6	17.1	0.0	17.1
本人と関係者で協議	3	0	3	8.6	0.0	8.6
自治医科大学卒業医師の基本的な勤務先(3~9年目)(N=43)						
後期研修	38	1	39	80.9	2.1	83.0
へき地医療拠点病院	24	6	30	51.1	12.8	63.8
へき地診療所	20	7	27	42.6	14.9	57.4
その他の医療機関	15	1	16	31.9	2.1	34.0
未定	2	0	2	4.3	0.0	4.3

(3) 義務期間中に取得可能な専門医

新しい専門医制度の基本領域19について、義務年限中に取得可能な診療科を聞いた。

修学資金は、勤務先がへき地医療拠点病院やへき地診療所であることが少ないためか、全ての診療科で半数以上の修学資金が取得可能と回答した(表8)。また、医師不足が指摘されることが多い、産婦人科、小児科については、約7割の修学資金で取得可能であり、内科や総合診療科は約8割の修学資金で取得可能との回答であった。

表8 義務期間中に取得可能な専門医

	修学資金		自治医科大学	
	n	%	n	%
内科	28	80.0	28	65.1
総合診療科	27	77.1	29	67.4
産婦人科	26	74.3	10	23.3
小児科	25	71.4	10	23.3
外科	24	68.6	11	25.6
救急科	21	60.0	7	16.3
脳神経外科	20	57.1	4	9.3
麻酔科	20	57.1	6	14.0
精神科	20	57.1	5	11.6
整形外科	20	57.1	8	18.6
放射線科	20	57.1	6	14.0
リハビリテーション科	20	57.1	4	9.3
病理	20	57.1	5	11.6
臨床検査	20	57.1	4	9.3
耳鼻咽喉科	19	54.3	4	9.3
眼科	19	54.3	4	9.3
泌尿器科	19	54.3	4	9.3
形成外科	19	54.3	3	7.0
皮膚科	18	51.4	4	9.3
	N=35		N=43	

一方、自治医科大学卒業医師の場合は、取得可能な診療科が少ない。内科、総合診療科については65%程度の都道府県で取得可能であるが、それ以外の診療科については、取得可能な都道府県は25%以下である。その中でも比較的取得しやすい診療科は、産婦人科、小児科、外科であり、10～11の都道府県で取得可能であった。

3. 関係者の協力体制について

(1) 将来のへき地医療体制の見直し

将来のへき地医療体制の見直しを検討する場の有無について聞いたところ、86%の都道府県が「有」との回答であった(表9)。検討する場について聞いたところ、最も回答が多かったのは、「都道府県が設置するへき地保健医療計画を設置する協議会等」が62.8%であり、続いて、「へき地医療支援機構」18.6%、「地域医療支援センター」11.6%であった。都道府県が設置する協議会や関係する組織の回答が93%に上った。

また、へき地医療体制を見直す上での課題について聞いたところ、多い順に「へき地医療拠点病院の協力」90.5%、「市町村長の理解」83.3%、「国の理解・支援」81.0%、「大学の協力」76.2%、「住民の理解」「へき地診療所の協力」が71.4%と続いた。病院、市町村、大学、国、住民、診療所と幅広い関係者の協力、理解が重要と考える都道府県が7割を超えていた。

へき地医療体制を見直す上でリーダーシップが求められる立場について、1位～7位まで順位付けをしてもらった(表10)。各順位で最も回答が多

かったものをあげると、1位：国、2位：都道府県、3位：市町村、4位：へき地医療拠点病院、5位：へき地診療所、6位：国、7位：住民であった。

1位から3位まで国、都道府県、市町村が占めており、行政のリーダーシップに期待する都道府県が多い。ただし、6位の回答では、国が最も多くなっており、国に期待しない都道府県も一定割合存在した。

表9 将来のへき地医療体制の見直しの場

	n	%
将来のへき地医療体制の見直しを検討する場の有無(N=43)		
有	37	86.0
無	6	14.0
検討する場(無い場合は、最も望ましい場)(一つ選択)(N=43)		
へき地医療支援機構	8	18.6
地域医療支援センター	5	11.6
都道府県が設置するへき地保健医療計画を設置する協議会等	27	62.8
市町村、広域連合が設置するへき地医療政策を協議会等	1	2.3
その他	2	4.7
へき地医療提供体制を見直す上での課題(複数選択)(N=42)		
住民の理解	30	71.4
へき地診療所の協力	30	71.4
へき地医療拠点病院の協力	38	90.5
大学の協力	32	76.2
市町村長の理解	35	83.3
知事の理解	21	50.0
国の理解・支援	34	81.0
その他	4	9.5

表10 将来のへき地医療体制の見直しにおけるリーダーシップ

	%						
	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位
住民	2.7	0.0	2.7	5.7	12.1	16.1	56.7
へき地診療所	0.0	8.3	10.8	22.9	33.3	22.6	6.7
へき地医療拠点病院	10.8	13.9	16.2	31.4	21.2	6.5	0.0
大学	0.0	11.1	8.1	17.1	15.2	22.6	20.0
市町村	16.2	25.0	35.1	11.4	9.1	0.0	3.3
都道府県	24.3	41.7	16.2	8.6	6.1	6.5	0.0
国	45.9	0.0	10.8	2.9	3.0	25.8	13.3
小計	100	100	100	100	100	100	100
n	37	36	37	35	33	31	30

(2) へき地に勤務する医師のキャリア形成

へき地に勤務する医師のキャリア形成に関して、検討する場を聞いたところ、「有」と回答した都道府県は72.1%であった(表11)。

検討の場についても聞いたところ最も多かったのは、「地域医療支援センター」が56.4%と最も多く、「へき地保健医療計画を検討する協議会の場」「その他」15.4%、「へき地医療支援機構」12.8%の回答が多かった。「その他」の回答には、へき地医療支援機構、大学が関わる組織名をあげる部署、特定の委員会名をあげたものがあった。

また、へき地に勤務する医師のキャリアを見直す上での課題を聞いたところ、最も多かったのは「大学の協力」92.9%であり、「国の理解・支援」85.7%、「へき地医療拠点病院の協力」81.0%、「へき地診療所の協力」59.5%、「住民の理解」「市町村長の理解」47.6%と続いた。

へき地に勤務する医師のキャリアを検討する上でリーダーシップが求められる立場について、1位～7位まで順位付けをしてもらった。各順位で最も回答が多かったものをあげると、1位：都道府県、2位：大学、3位：大学、4位：へき地医療拠点病院、5位：へき地診療所、6位：へき地診療所、7位：住民であった。都道府県と大学のリーダーシップを上位にあげる都道府県が多かった（表12）。

表11 へき地に勤務する医師のキャリア形成について

	n	%
へき地に勤務する医師のキャリアを検討する場の有無(N=43)		
有	31	72.1
無	12	27.9
検討する場（無い場合は、最も望ましい場）（一つ選択）(N=39)		
へき地医療支援機構	5	12.8
地域医療支援センター	22	56.4
都道府県が設置するへき地保健医療計画を検討する協議会等	6	15.4
市町村、広域連合が設置するへき地医療政策を協議会等	0	0.0
その他	6	15.4
へき地に勤務する医師のキャリアを検討する上での課題（複数選択）(N=42)		
住民の理解	20	47.6
へき地診療所の協力	25	59.5
へき地医療拠点病院の協力	34	81.0
大学の協力	39	92.9
市町村長の理解	20	47.6
知事の理解	18	42.9
国の理解・支援	36	85.7
その他	9	21.4

表12 へき地に勤務する医師のキャリア形成におけるリーダーシップ

	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位
住民	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	10.0	65.5
へき地診療所	5.1	2.7	0.0	6.1	29.4	43.3	10.3
へき地医療拠点病院	7.7	8.1	24.2	42.4	20.6	0.0	0.0
大学	10.3	48.6	27.3	6.1	8.8	3.3	3.4
市町村	0.0	5.4	15.2	21.2	26.5	30.0	6.9
都道府県	35.9	24.3	24.2	12.1	2.9	3.3	0.0
国	33.3	10.8	9.1	12.1	8.8	10.0	13.8
その他	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
小計	100	100	100	100	100	100	100
n	37	36	37	35	33	31	30

D. 考察

「へき地診療所の医療提供体制」「へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成」「関係者の協力体制の構築」の3点について調査を実施した。

（1）へき地診療所の医療提供体制について

都道府県から回答のあったへき地診療所は645あり、平日はほぼ毎日開いているいわゆる「常設診療所」は約43%、週0～2日未満の「非常設診療所」は約43%と、二分されていた。診療所を利用する患者数や離島等の立地条件、常勤の医師が確保できるかなどの理由によって、診療日数が左右されると思われる。この点については、市町村調査にむけて患者数の調査を実施しているため、今後合わせて分析を試みたい。

現在の経営形態は（表2）、単独経営の診療所が45.6%、出張診療所（非常勤）が27.7%、グループ制による運営、公的病院や民間病院、大学の附属、指定管理が15.1%であった。単独経営以外への見直し時期を聞いたところ2000年以降が66.6%で、主な理由は後任医師の確保困難56.3%、患者数の減少35.8%、経営状態の悪化28.7%であった。現在のところ、閉院予定の診療所は1.4%とわずかであるが、約75%の都道府県が経営形態の見直しの必要性を認めており、既に40.4%の都道府県で検討を開始している（表4）。2025年の人口減少・少子高齢化に向けて、へき地診療所はこれまでの単独経営では成り立たず、出張診療所、グループ制による運営、各団体の附属、指定管理など、多様な経営形態のあり方が模索されていくと思われる。こういった形が良いのかは今後の研究が必要であるが、複数の医療機関がへき地を支える「面で支える医療体制」が重要になるだろう。

実際、既に非常勤の医師だけが勤務している診療所が47.5%、常勤との組み合わせで非常勤医師が働いている診療所は、63.7%に達する（表3）。非常勤の医師は、他の診療所から派遣されている場合が29.0%、病院からの派遣が65.6%であり、今後はへき地医療拠点病院を中心に病院との連携で、へき地診療所を支える体制が主流になっていくと思われる。

都道府県内のへき地診療所の所在地域における医療介護環境（在宅医療、在宅介護、産科医療、歯科医療、救急搬送体制、小児医療）について、評価を聞いた（表5）。いずれの分野においても、「不足している」という評価が過半数を上回った。「面で支える医療体制」が充実した地域では、この点の評価が改善されるのかについては、市町村調査との分析が必要であろう。

（2）へき地診療所で勤務する医師の配置、キャリア形成について

へき地の勤務指定がある修学資金は、23都道府県35件であった（表6）。修学資金の設立時は、1999年以前のものが3件あるが、それ以外は2000年以降で中でも2005～2009年のものが25件ある。2006年（平成18年）の新医師総合確保対策以降の医学部定員の引き上げと連動しているためと思われる。

早期に設立された都道府県では、既に初期臨床研修医になっているところもある。定員は平均11.8人で、20人未満の修学資金が約86%である。義務年数は、貸与年数×1.5倍が65.7%と最も多く、貸与年

数と同じが14.3%である。貸与年数×1.5倍にしている都道府県が多いのは、自治医科大学の仕組みを参考にしている都道府県が多いと思われる。人事権は、都道府県が保持しているところが最多の42.9%で、次が関係者による合議体の28.6%であった。その他では、本人が選択する、所属先が大学であれば医局などの回答があった。自治医科大学卒業医師と異なり、出資者が都道府県に限らないこと、大学等の関係者の協力により奨学金が出来ていること、奨学金貸与者からみた魅力などから、本人や関係者の意向を尊重する仕組みになっていると思われる。

勤務先については、自治医科大学卒業医師についてはある程度、基本的な勤務先が定まっているのに対し、修学資金は未定が17.1%あった(表7)。へき地診療所を基本的な勤務先に想定しているものは20.0%で、自治医科大学卒業医師の42.6%と対比的であり、両者の役割分担がされていることが伺われた(ちなみにへき地医療拠点病院は両者とも約51%が基本的勤務先に指定している)。へき地診療所を指定先に入れているかは、都道府県内のへき地診療所の数や出資者との関係している可能性がある。この点については、今後研究を行う必要がある。

義務年数内の専門医の資格取得の可能性については、修学資金ですべての診療科の専門医について過半数が取得可能と回答しているのに対し、自治医科大学卒業医師では、過半数を超える都道府県で取得可能だったものは、内科と総合診療科の2科のみであった(表8)。

これは、自治医科大学卒業医師の場合、先の結果でもわかるように、へき地診療所にも勤務することが多いため、義務年数内に取得できる診療科がへき地診療所、へき地医療拠点病院に勤務していても取得可能なものに限られるためだと思われる。

(3) 関係者の協力体制について

将来のへき地医療体制の見直しについては、86%の都道府県で検討する場が既にあり、見直す場としては、都道府県が設置する協議会や関係部署が望ましいとの回答が93%に達した(表9)。一方で、へき地医療拠点病院の協力や市町村長の理解、大学の協力等が、見直す上での課題になると回答した都道府県が70~90%あり、関係者の協力無くしては、提供体制の見直しは難しいことが伺えた。

もう一つ、重要になるのが国、都道府県、市町村との役割分担、連携かもしれない。誰がリーダーシップを取るべきかを順位付けしてもらったところ、1位が国、2位が都道府県、3位が市町村という順番

であった。行政に期待するところが大きいことが伺えるが、都道府県としては国にもリーダーシップを発揮して欲しいという意見が多いことが明らかになった。この点について、市町村や医療関係者にも同様の質問をしているので、今後両者の認識の違いを比較する必要がある。

同じように、へき地に勤務する医師のキャリア形成に関しても聞いたところ、検討の場所があるとの回答は、提供体制の見直しに関する回答よりも低く、72.1%であり、検討の場についても地域医療支援センターが56.4%と最多であった。この背景には、医師の育成や派遣には、大学や医療機関が関わっていることから、大学や医療機関が直接関係している、あるいは運営している、地域医療支援センターとへき地医療支援機構の名前があがったと思われる。

その傾向は、へき地に勤務する医師のキャリア形成に関して誰のリーダーシップに期待するかという質問の回答にも表れており、1位が都道府県、2位と3位がともに大学との答えが多かった。

この質問も市町村や医師にも質問しているため、今後両者の認識の違いを比較したい。

E. 結論

「へき地診療所の医療提供体制」「へき地診療所で勤務する医師のキャリア形成」「関係者の協力体制の構築」の3点について、都道府県に調査を行った。調査により、へき地診療所の経営形態や医師配置の現状が確認され、将来のへき地医療体制に対する都道府県が認識している課題や検討状況が明らかになった。また、修学資金対象者と自治医科大学卒業医師に対する期待される役割の違い、新しい専門医制度への対応状況についても把握できた。さらに、将来のへき地医療体制や医師のキャリア形成について検討する場の有無や、都道府県の課題認識、誰のリーダーシップを期待しているかについても明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む) 該当なし