

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

全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援

梶井英治	自治医科大学医学部 客員教授
前田隆浩	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授
谷 憲治	徳島大学病院総合診療部 特任教授
井口清太郎	新潟大学大学院医歯学総合研究科新潟地域医療学講座 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総合診療科 総合診療部長
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 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
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
春山早苗	自治医科大学看護学部 教授

研究要旨

【目的】

厚生労働省主催の全国へき地医療支援機構等連絡会議において、グループワークの企画・運営による支援を行い、各都道府県の現状や課題、取り組みを全国で共有すること。

【方法】

平成 29 年度全国へき地医療支援機構等連絡会議に参加し、グループワークの企画、運営（ファシリテーター等）を行った。グループワークのテーマは「各都道府県の 3 事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）やへき地医療を支える取り組みについて事例発表やグループでの情報交換を参考に、中間評価までに取り組める内容を議論する」こととした。参加した 43 都道府県を北から順番に第 1 グループ（北海道）から第 7 グループ（九州）の 7 つに分け、グループワークを行った。

【結果】

各グループの報告から、へき地医療を取り巻く現状や課題について、共通した指摘があげられた。具体的には、「拠点病院が医師派遣や代診医派遣に十分に応じられていない地域があること」「巡回診療を受診する患者の減少、県では詳細に把握できていないこと」「大学や民間医療機関のへき地医療機関への支援があること」「看護師不足も大きな問題であること」等である。

一方で、それらの問題について、参考になる取り組みも共有された。医師不足については、「民間病院から医師をへき地へ派遣し、1 年間の経過措置を経てへき地拠点病院に指定」「医師が不在となったへき地医療機関を、複数の医療機関が輪番で支援」「県独自にへき地医療支援病院を設け、医療介護総合確保基金による補助や地域卒卒業医師を優先的に配置」等である。看護師不足についても、「地域医療連携推進法人を立ち上げて対応することを検討」があげられていた。

【考察】

グループワークの発表から、少子高齢化・人口減少、看護師不足等、厳しい環境下にあっても、さまざまな試行錯誤の取り組みがなされていることが明らかになった。また、グループワークを通じて、成功や失敗の経験が、都道府県を超えて共有されていた。

平成 30 年度からは、へき地保健医療計画は医療計画と統合されるため、へき地医療の埋没を懸念する声がある。しかし、今回のグループワークを見ると、全国のへき地担当者が年に一度、参集し、情報共有、意見交換をすることは、今後もへき地医療を維持、継続していくための重要な機会になると思われた。

【結論】

へき地を有する都道府県が一同に会する会議において、グループワークを通じて各都道府県の課題や取り組みについて議論することは、都道府県の垣根を越えて、経験を共有する機会提供となる。医療計画にへき地保健医療計画が統合された後も、継続的に実施することが期待される。

A. 研究目的

厚生労働省主催の全国へき地医療支援機構等連絡会議において、グループワークの企画・運営による支援を行い、各都道府県の現状や課題、取り組みを全国で共有すること。

B. 研究方法

平成 29 年度全国へき地医療支援機構等連絡会議に参加し、グループワークの企画、ファシリテートを行った。グループワークのテーマは、「各都道府県の 3 事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）、へき地医療を支える取り組みについての事例発表やグループでの情報交換を参考に、中間評価までに取り組みの内容を議論することとし、参加した 43 都道府県を北から順番に第 1 グループ（北海道）から第 7 グループ（九州）の 7 つ分け、グループワークを行った。

当日の進め方は、冒頭にグループワークの説明を行い、各グループで上記の 2 つのテーマについて議論する時間を設けた。各グループには、研究班のメンバーがファシリテーターとして参加した。その後、各グループワークの内容を全体会で発表し内容を共有し、最期に研究班の代表者（梶井）がまとめを行った。

C. 研究結果

各グループの議論の内容について、研究班のファシリテーターが考察を交えてまとめたものを、下記に記す。

- 1) 第 1 グループ（北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）
ファシリテーター：梶井英治

各道県のへき地医療に対する取組と課題とを共有した上で、各々の課題に対する改善策を議論した。集約された 4 つの項目に関する課題と対策について以下に取りまとめた。

(1) へき地医療体制（提供サイド）について

人口の減少、医師の招聘が困難等からへき地診療所の維持が難しくなっており、1 診療所に 1 医師を必ず配置という体制に対する意識や制度の転換が必要になってきている。対応策として、診療所の統廃合、ネットワーク化（医師の集約化と複数診療所の運営）、複数の非常勤医師による診療所運営等が考えられる。これら

の取組にあたっては、住民との十分な話し合いが不可欠である。

なお、今後、遠隔診療の導入を検討していくことも挙げられた。

(2) へき地医療体制（支援サイド）について

へき地に派遣できる医師が少なく、さらに専門医制度やキャリアパス等を考えると派遣は益々難しくなると思われる。へき地医療拠点病院の医師不足により、代診医の派遣も困難である。大学病院や大規模病院を含め、へき地医療に対する県内での情報共有や更なる支援体制の構築が望まれる。福島県では、地医療拠点病院からへき地診療所に代診医が派遣され、大学病院が同拠点病院に代診医を派遣するといういわゆる玉突き式派遣を実施している。また、岩手県立中央病院は、後期研修医及び部長クラス以上の医師がへき地医療機関の外来診療や日当直に行っている。

(3) 巡回診療

3 事業（医師派遣、代診、巡回診療）のうち、巡回診療は受診者が 2、3 名になってきているところもあり、コミュニティバスやデマンドタクシー等を利用した患者の病院搬送をすることも必要なのではないか。

(4) へき地医療を支援する制度の周知

へき地医療を支援する制度について知らない診療所長もいる。繰り返しの周知が必要と思われる。

- 2) 第 2 グループ（茨城県、栃木県、群馬県、東京都、新潟県、山梨県、長野県）
ファシリテーター：小谷和彦、春山早苗

各県でのへき地医療支援の 3 事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）について話し合った。へき地医療拠点病院や連携病院の人材不足は比較的共通した課題で、3 事業、特に医師派遣や代診医派遣には十分に応えられていないという声が総じてみられた。代診医派遣については、民間の医療機関や大学関連機関からの支援を臨時に受ける場合があるようだが、この実態の正確な把握はできているとは言い難いという声があった。また、へき地医療機関、特に診療所では、人口減少による患者減で、巡回診療も集約化され、3 事業を積極的に行う意義がやや薄れつつあるのではないかとの意見もあった。へき

地診療所において救急対応よりも慢性疾患管理が主たる機能となってきていけば、診療所の開所日も調整でき、急な代診の要請も少なくなる可能性は指摘された。

3事業を活用してへき地医療機関と拠点病院とへき地医療支援機構とで話し合う機会を設けることが今後の一つの方向性として挙げられた。場合によっては、地域医療支援センターとの協議も含めて、広域で3事業を考えることができたらいいかもしれないし、広域の医療機関間でのグループ診療化も議論の対象であるかもしれないとされた。へき地医療拠点病院による事業への関与を定量的に評価する仕組みづくりや、地域医療支援病院にも3事業に関与できるような対応も考案すべき点として挙げられた。へき地医療の支援は、都道府県や病院の医療への姿勢の現れととらえたい。

3) 第3グループ（富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県）

ファシリテーター：井口清太郎

各県からそれぞれ「へき地医療拠点病院」がどのような形で支援しているかの報告があった。その中には、巡回診療の数であったり、代診医派遣の数であったりしたが、数値目標としての設定だけでは現実の支援を反映していないのではないかと、応需率の多寡をもって「へき地医療拠点病院」の役割をきちんと果たしているかの評価にすべきではないか、といった意見も聞かれた。新しい医療計画の中に「へき地」が埋もれてしまわないようにへき地医療支援は「必ず実施すること」として盛り込むなどしてある。また県によっては「へき地医療支援機構」が調整をして「へき地医療拠点病院」へ代診を出す場合もある、「へき地医療支援機構」を通さない依頼もある、などの話があった。また医師の派遣自体は上述のような組織により何とかなっているものの、実は医師以外の職種（殊に看護師）の派遣を可能とするために地域医療連携法人を立ち上げて、対応しようとしている県などがあつた。これらはこれまでにない取り組みであり着目すべきものと思われた。

運営母体が同じ医療機関同士が代診医などを派遣する場合に評価されないこととなっているが、平成の大合併以前は別の市町村であつた

めに有効であつた巡回診療や代診医の派遣が、合併で同じ市町村になってしまったがために評価上無効なものになってしまったのは問題があるので何とかして欲しいといった意見も聞かれた。

テーマとなっている「中間評価までに取り組める内容」についての議論は短時間であつたこともあり、なかなか深めることが難しかった。しかし看護師不足などに対応して医師以外の職種の派遣を目指した地域医療連携法人の立ち上げなどは新しい試みであり、今後その動向に注目していく必要はある様に思われた。

4) 第4グループ（滋賀県、京都府、兵庫県、奈良県、和歌山県）

ファシリテーター：今道英秋

グループワーク直前の研究班の成果の説明で、かなり「面で支える医療体制の仕組み」について強調したので、今回のグループワークのテーマはへき地医療拠点病院の機能である3事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の各都道府県における現状と課題の共有であり、それらについて中間評価時に取り込める内容について議論を行った。

へき地医療拠点病院が行っている3事業の現状と課題について、3事業の全てが活発に行われているところはなかった。全体として、医師派遣は行っている拠点病院はあるものの、巡回診療や代診医派遣は低調であつた。拠点病院間での活動の違いも大きく、教育機関としては十分に機能しているもののまったく3事業に関わっていない施設もあつた。拠点病院が市立である場合、市内の施設への支援は行いが、市外のへき地への支援はしてくれないとの評価もあつた。ファシリテーターとしては、多くの拠点病院が指定されていると活動が低調な施設が多いような印象を持った。

一方、民間病院から整形外科などの医師をへき地へ派遣してもらい、1年間の経過措置を経てへき地拠点病院に指定し、活動してもらっていると報告があつた。

道路の整備などでアクセスが改善し巡回診療のニーズがなくなつてきているとの話もあつたが、診療所にたどり着かない住民が存在しているのではとの危惧も指摘された。

上記の現象の原因や背景としては、拠点病院の医師不足やさまざまな事業を「閉めるに閉められない」事情などが挙げられた。少しでもハードルを下げるために電子カルテの共有化などのツールの活用、人の問題として地域枠養成医師の活用などが提案された。

また、今まで地域で活躍して来た開業医の廃業で一気に無医地区が増大するとの事実も報告された。

5) 第5グループ(鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県)

ファシリテーター：前田隆浩

第5グループでは、各県の3事業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)やへき地医療を支える特色ある取組とその成果等について発表してもらった後、参加者全員で質疑応答を行う形で議論した。各県で自県のへき地医療の具体的な問題点等は把握されており、下記の通り解決に向けた様々な取組が行われていた。

- ・へき地医療支援機構の主導により担当(窓口)を一本化し、医師が不在となったへき地医療機関を複数の医療機関が輪番でカバーする体制を整えた。
- ・巡回診療を担っているもののへき地医療拠点病院の要件を満たさない医療機関のために、医師不足地域の病院をへき地医療支援病院という県独自の指定制度を設け、医療介護総合確保基金を財源とした補助や地域枠卒業医師を優先的に配置するインセンティブを与えてブロック単位で支援を行う体制を整えた。
- ・地域枠卒業医師の義務勤務に4年間の中山間地の病院(中小病院と中堅病院)勤務を課し、中堅病院に勤務している期間中であっても、週1回はへき地診療所で勤務する制度を構築した。
- ・へき地や医師不足地域の医療を支援する県内医療機関を県独自にスコア化し、そのスコアをもとに地域枠卒業医師を優先的に派遣するシステムを構築した。
- ・県内をブロック制にして、同一ブロック内の病院と診療所の勤務を曜日によって交代することで、持続可能な代診体制を構築した。

へき地医療拠点病院からへき地診療所への支

援を行うこれまでの体制とは違い、ブロック体制として、へき地医療機関を複数の病院等で支援する、いわゆる面で支える支援体制が各県で進められていた。面で支える体制へ変化してきた背景には、医療人材の不足という医療側の要因もあるが、へき地の過疎化に伴う受診者数の減少という住民側の要因も強く影響しており、結果的には進化したへき地医療支援の構築が進んでいるように思われた。また、各県が地域枠出身医師のキャリア形成と新専門医制度との整合に戸惑いながらも様々な工夫を重ねていたが、へき地の医療ニーズに合わせて、どの専門医プログラムに進もうとも、へき地勤務の際には総合医としての勤務を条件としていた県が複数あった。

6) 第6グループ

(徳島県、香川県、愛媛県、高知県)

ファシリテーター：森田喜紀

ファシリテーターの自己紹介、第6グループの徳島県、香川県、愛媛県、高知県からの出席者の自己紹介が行われた後、司会、記録兼発表者を決めた。

議論は最初に各都道府県の3事業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)に関して、各県の担当者から現状等の報告がなされた。巡回診療は県によっては以前から一定数の実績があるということだった。医師派遣は主に自治医科大学卒業医師が担っており、県によっては地元大学などの義務年限のある医師なども担っており、今後、地元大学地域枠卒業医師もその役割を担いうること、診療科によっては医師派遣をストレスに感じている者もいるということであった。また、新たな地域への医師派遣は人員の制約から困難であったり、真に医師を必要とするかどうかのニーズの把握が難しいという声も聞かれた。代診医派遣も医師派遣同様に自治医科大学卒業医師が役割を担うケースが多いようだった。

次に、今後、取り組むべき内容について議論がなされた。現状、自治医科大学卒業医師、各大学の地域枠卒業医師だけに、へき地医療を任せればよいというわけではないため、彼らでカバーできない地域についてはどうするのか、彼ら以外にへき地医療を支えている医師のサポー

トはどうするのかという問題提起がされた。また、へき地医療では医師だけでなく、看護師の確保も困難であり、その看護師のスキルアップとしての研修参加も難しいため、中央の医療機関から出向いて現地での研修を行うなどの取組みが報告された。

その他、へき地医療に関しては地元大学も今以上に積極的に取り組んでほしい、へき地では対応できる医師が少ないにも関わらず、難病に関する診断書作成に必要な指定医の要件には専門医が必要とされるため、困る事例があるという声も聞かれた。

7) 第7グループ(福岡県、大分県、長崎県、熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県)
ファシリテーター：澤田努、古城隆雄

第7グループでは、へき地医療支援機構と地域医療支援センターの役割、医師や看護師の支援、社会医療法人や民間医療機関との連携、住民との対話について、意見交換がなされた。

へき地保健医療計画が医療計画に統合されることに伴い、今後へき地対策が埋没するのではないかという懸念が表明された。へき地医療支援機構と地域医療支援センターは、一つの県では一体的に運用されていたが、他県では、概ねへき地医療支援機構は、県ないし県立の病院に設置され、地域医療支援センターは、大学等に委託されている状況であった。今後、へき地医療支援機構の役割や機能が、継続していくのか、見守っていく必要がある。

医師については、へき地拠点病院を中心とする支援、ローテーションの形があるが、拠点病院も厳しい状況である。最近では、社会医療法人や民間医療機関からの医師派遣、代診医派遣も出てきている。

一方、看護師については、派遣法との兼ね合いもあり、現実には難しい点がある。看護師の派遣を行っているところは、県立病院から県立診療所への支援と、県立の医療機関内で行っている。看護師不足も課題になっているため、看護師の支援も必要になる。

今後、常勤の一人の医師がへき地医療を支えていく形を継続していくことは困難な地域も出ている。拠点病院等からの支援によって、面で支えていく体制に移行する中で、住民と対話し、

理解を得ていく必要がある。

D. 考察

今回のグループワークでは、都道府県間で、3事業の実施状況や課題、取り組みについて共有し、事例発表等も参考に、中間評価に向けて取り組める内容について議論することであった。

各グループの報告から、いくつか共通の課題が見えてくる。具体的には、「拠点病院が医師派遣や代診医派遣に十分に応じられていない地域があること」「巡回診療を受診する患者の減少、県では詳細に把握できていないこと」「大学や民間医療機関のへき地医療機関への支援があること」「看護師不足も大きな問題であること」である。

一方で、それらの問題について、参考になる取り組みも共有されていた。医師不足については、「民間病院から医師をへき地へ派遣し、1年間の経過措置を経てへき地拠点病院に指定」「医師が不在となったへき地医療機関を、複数の医療機関が輪番で支援」「県独自にへき地医療支援病院を設け、医療介護総合確保基金による補助や地域卒卒業医師を優先的に配置」「県内をブロック制にして、同一ブロック内の病院と診療所の勤務を曜日によって交代」「社会医療法人や民間医療機関から医師派遣、代診医派遣」等の報告があった。看護師不足についても、「地域医療連携推進法人を立ち上げて対応することを検討」「県立病院から県立診療所へ支援」があげられている。さらに今後は、「地域医療支援病院も3事業に関与できるような取り組み」の必要性も提案されていた。

地域の高齢化、人口減少に加え、専門医制度の導入や地域卒卒業医師の配置、キャリア支援、看護師の育成、確保など、へき地医療を取り巻く環境は変化しており、その変化に対応しながらへき地医療を維持、継続していくことは難しい課題である。しかし、このグループワークの発表を見てみると、そういった環境下にあっても、さまざまな試行錯誤の取り組みがなされていることが明らかになり、その成功や失敗の経験が、都道府県を超えて共有されていた。

平成30年度からは、へき地保健医療計画は医療計画と統合される。統合されることで、へき地が埋没されることを懸念する意見も聞かれるが、全国のへき地担当者が年に一度、厚生労働

省に集まり、情報共有、意見交換をすることは、今後もへき地医療を維持、継続していくための重要な機会ではないかと考える。

E. 結論

へき地を有する都道府県が一同に会する会議において、グループワークを通じて各都道府県の課題や取り組みについて議論することは、都道府県の垣根を越えて、経験を共有する機会提供となる。医療計画にへき地保健医療計画が統合された後も、継続的に実施することが期待される。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

平成 29 年度 全国へき地医療支援機構等連絡会議 グループワーク

平成 30 年 1 月 26 日 (金)

厚生労働省講堂

【グループワークの目的】

- 1) 各都道府県の 3 事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の共有
- 2) 中間評価時に取り組める内容について、情報交換

【グループワークのテーマ】

各都道府県の 3 事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）やへき地医療を支える取り組みについて
※事例発表やグループでの情報交換を参考に、中間評価までに取り組める内容を議論ください。

【グループ分け／ファシリテーター】

第 1 グループ（北海道・東北）

都道府県：北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県

ファシリテーター：梶井

第 2 グループ（関東）

都道府県：茨城県、栃木県、群馬県、東京都、新潟県、山梨県、長野県

ファシリテーター：小谷、春山

第 3 グループ（中部）

都道府県：富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県

ファシリテーター：井口

第 4 グループ（近畿）

都道府県：滋賀県、京都府、兵庫県、奈良県、和歌山県

ファシリテーター：今道

第 5 グループ（中国）

都道府県：鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県

ファシリテーター：前田

第 6 グループ（四国）

都道府県：徳島県、香川県、愛媛県、高知県

ファシリテーター：森田

第 7 グループ（九州）

都道府県：福岡県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

ファシリテーター：澤田、古城

1) グループワーク全体の流れ、ならびに具体的事項の解説 (約 2 分)

- ・グループワークのテーマに関する解説をします

2) グループワーク：第 11 次へき地保健医療計画の振り返りと次期計画に向けて (約 58 分)

- ・ファシリテーター、参加者の自己紹介をしてください
- ・グループ内で司会、書記、発表者を決めてください
- ・グループワーク終了後に各グループの議論について発表をお願いします

【グループワークの具体的な内容について】

- ① テーマについてご議論ください
 - ② 事例発表やグループでの情報交換を参考に、中間評価までに取り組める内容を議論いただき、お配りしている用紙にまとめ、全体会でご発表ください
- *ファシリテーターはグループワークの進行や議論の補助を行います

3) 各グループからの発表 (約 35 分)

- ◎グループワークの内容を各グループに発表していただきます
- ◎発表と質疑応答を合わせて 5 分とします (発表 3 分+質疑応答 2 分)。

4) 全体のまとめ (5 分) (梶井)