

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

研究代表者 梶井英治 自治医科大学医学部 客員教授

研究要旨

【目的】

本研究の目的は、社会変化に応じた適切なへき地医療の提供体制整備と、へき地医療に従事する医師などのキャリアパスや労働環境整備のあり方について多面的な分析と検討を行うことである。また、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と運営による支援を行うことである。

【方法】

都道府県、へき地を有する市町村、へき地診療所に従事する医師・看護師について自記式質問紙調査を実施するとともに、人口減少・少子高齢化に対応し、複数の医療機関で地域医療を支える取り組み（面で支える地域医療）に対して、住民がどのように評価しているかについて住民調査を実施した。

さらに、平成 28 年度及び平成 29 年度全国へき地医療支援機構等連絡会議において、へき地保健医療計画に関するグループワークの企画と運営も行った。

【各分担研究の総合的結果概要】

面で支える医療体制の必要性については共通理解が得られているが、検討する場やリーダーシップの発揮の在り方については、立場によって意見が異なり、意思疎通を図ることが必要であると思われた。医療を受ける当事者である住民は、面で支える医療体制への移行や遠隔診療については、賛成とも反対ともどちらとも言い難い心情であることが伺えた。

へき地の常勤、非常勤医師の実態の分析から、対象人口が内陸部では 1000 人程度で、離島部では 500 人程度、1 日あたりの外来患者数では内陸部で 20 人、離島部で 15 人を下回った診療所において、常勤医の配置が困難になっているという傾向を認めた。この数値は、へき地医療の確保を考える際に重要な指標になり得る。

へき地に勤務する医師の 3 分の 1 しか専門研修を行えておらず、今後地域枠医師養成制度による医師が担い手となることを勘案すると、専門研修を行える体制整備を行う必要があると思われる。また、へき地診療所看護師の研鑽のための体制を整えるためには、特に常勤看護師『3 人以下』や『島しょ以外』のへき地診療所について代替看護師確保のための体制づくりが必要と思われる。

全国へき地医療支援機構等連絡会議においては、各都道府県の取り組みを共有する重要な機会となっており、へき地保健医療計画が医療計画に統合された後も、継続的に実施することが期待される。

【結論】

2 か年の研究を通じて、へき地医療の体制を持続可能なものにするためには、面で支える医療体制への移行、へき地で勤務する医師、看護師の研修体制の充実、各都道府県での取り組みを共有する全国へき地医療支援機構等連絡会議の継続の必要性が明らかになった。一方で、医療を受ける住民の理解を得るための対話の機会や、将来のへき地医療体制を担う関係者が、立場によって意識やリーダーシップの在り方が異なることから、意思疎通の機会を充実させる必要性も明らかになった。

研究組織

分担研究者 氏名・所属研究機関

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

研究協力者 氏名・所属研究機関

春山 早苗	自治医科大学看護学部 教授
-------	---------------

A. 研究目的

申請者らが平成 22 年度から 27 年度まで、第 11 次へき地保健医療計画の策定支援、同計画の実施における都道府県の支援や課題等の分析のために行ってきた「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」「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」「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」からは、とくに重要な課題として高齢化と人口減少といった社会変化に応じた適切なへき地医療提供体制の再構築と、新たな専門医の仕組みなど医師のキャリアパスや労働環境整備があげられた。

そこで本研究では、社会変化に応じた適切なへき地医療の提供体制整備と、へき地医療に従事する医師などのキャリアパスや労働環境整備のあり方について多面的な分析と検討を行うことを目的として研究を実施した。

B. 研究方法

都道府県、市町村、へき地に勤務する医師、看護師を対象とした自記式質問紙調査を実施するとともに、人口減少・少子高齢化に対応し、複数の医療機関で地域医療を支える取り組み（面で支える地域医療）に対して、住民がどのように評価しているかについて住民調査を実施した。

さらに、平成 28、29 年度全国へき地医療支援機構等連絡会議への支援を行った。

1) へき地医療に関する調査

平成 28 年度は、都道府県、へき地を有する市町村、へき地診療所に従事する医師・看護師を対象に、へき地医療の現状と課題、専門医制度や特定行為に係る研修への対応、2025 年以降のへき地医療体制への検討状況等を中心に、自記式質問紙調査を実施した。調査の趣旨、自由意志の保証等を記載した文書を質問紙とともに郵送し、質問紙への返答で同意を得た。

また、平成 29 年度は都道府県調査において、グループ診療またはそれに準ずる体制で実施していると回答した地域（診療所を保有）を選定し、住民に自記式質問紙（無記名）調査を実施した。同時に、その体制を管轄する行政にも同様の調査を行った。

2) 全国へき地医療支援機構等連絡会議への支援

平成 29 年 1 月 30 日及び平成 30 年 1 月 26 日に厚生労働省で開催された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をし、研究班は各グループにおいてファシリテートを行った。

（倫理面への配慮）

本調査は、自治医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

- ・臨大 16-028：平成 28 年 9 月 2 日
- ・臨大 17-103：平成 29 年 11 月 9 日

C. 研究結果

1) 都道府県のへき地医療提供体制に関する調査 (参考資料1)

へき地を有する43都道府県に対し、「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、自記式質問紙調査を実施した。

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%で、出張診療所(非常勤)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た。

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件が設立されていた。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。義務年数内の専門医の資格取得の可能性については、修学資金では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は、過半数を超える都道府県が、内科と総合診療科の2科のみの状況であった。

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。

2) 市町村のへき地医療体制に関する調査 (参考資料2)

(1) へき地医療体制の現状

「へき地を有する市町村の医療提供体制に関する調査」では、該当する市町村609のうち、497の市

町村より回答があり、回収率は81.6%であった。なお、へき地診療所に関する回答では、821施設について報告があり、この中で離島診療所は168施設であった。この内、各へき地診療所の対象人口は300人～400人程度の小規模な地区で診療されている所が多く、常勤医師が不在の診療所は198ヶ所(24.1%)であった。平成27年度に看取りを行った診療所は、232施設(28.2%)あった。利用可能な救急搬送手段としては、救急車搬送が625件(76.1%)と大部分を占めたが、ドクターヘリが340件(41.4%)、防災ヘリが139件(16.9%)、自衛隊ヘリが57件(6.9%)、チャーター船85件(10.3%)とヘリコプターによる救急搬送も増加傾向にある。

市町村とへき地診療所医師との間で、意思疎通が図れていると考えている市町村関係者は、602施設(73.3%)と多かった。代診システムを有する診療所は395件(48.1%)であり、代診医の派遣元はへき地医療拠点病院231件(51.7%)がほとんどを占めていた。代診の調整などにへき地医療支援機構が関与している診療所は165施設(20.1%)と少なかった。

地域包括ケアシステムの構築にあたって、へき地診療所が市町村から相談を受けているのは156施設(19.0%)、へき地診療所の運営に関する協議の場が設置されている診療所は97施設(11.8%)と少なかった。また、地域住民に対してへき地医療に関する情報を提供している市町村は157(19.1%)であった。

無医地区・準無医地区に関する調査では、巡回診療1回あたりの平均受診患者数は7.01人と少なく、巡回診療を担う医療機関の多くはへき地医療拠点病院であった(63.0%)。

市町村担当者が無医地区巡回診療に対する将来的なビジョンとしては、現状維持が80.6%、縮小するが4.6%、廃止するが5.1%であった。

(2) へき地における医療の確保

各へき地診療所の対象人口は平均1507人、1日の受診患者数は平均30人であった。2025年に向けて直面する課題としては、患者数の減少688施設(74.0%)、後任医師の確保困難574施設(61.7%)などがあげられ、今後、望ましい運営形態としては公的病院の附属化・指定管理化208施設(22.4%)、出張診療所化196施設(21.1%)などが挙げられた。

離島では対象人口(平均909人)、患者数(同25.1

人)が内陸地に比較して少なく、非常勤医師の在籍率(77.5%)、看護師の在籍率(71.6%)、代診システムの存在(49.7%)、大学医局(16.0%)や医師紹介事業の利用(21.9%)、看護師確保のための取り組みを行う(29.0%)割合が高かった。救急搬送手段は内陸部では救急車搬送が大半を占めていたが、離島部では多様化しており、防災ヘリ、自衛隊ヘリやチャーター船の利用が目立った。また今後望ましい運営形態として、公的病院の附属化(18.3%)や閉院(3.6%)を考慮する割合が内陸部と比べて低かった。

人口や1日あたりの外来患者数と常勤医師との関連について検討を行うと、内陸部では対象人口1000人、外来患者数20人を下回ると常勤医師不在の施設の割合が高くなり、離島部では同様に500人、15人を下回ると常勤医師不在の施設の割合が高くなる傾向にあることがわかった。

市町村とへき地診療所医師との間で、意思疎通が図れていると考えている市町村関係者は離島部の方が多く(136市町村 80.5%)、代診システムも離島部の方が有している割合が高かった(84市町村 49.7%)。代診医の派遣元はへき地医療拠点病院がほとんどを占めていたが、内陸部と離島部とで有意差は認めなかった。同一市町村内にある民間診療所からの派遣は内陸部で少なく(7市町村 0.9%)、一方でへき地医療拠点病院以外の病院からの派遣は離島部の方が少ない(4市町村 2.4%)という傾向を認めた。代診の調整などにへき地医療支援機構が関与している市町村は165市町村(20.1%)と少なかったが、離島部においては内陸部に比べて関与している割合が大きかった(45市町村 26.6%)。地域包括ケアシステムの構築にあたって、へき地診療所が市町村から相談を受けているのは156施設(19.0%)、へき地診療所の運営に関する協議の場が設置されている診療所は97施設(11.8%)、地域住民に対してへき地医療に関する情報を提供している市町村は157(19.1%)と少なく、いずれも内陸部と離島部で有意差は認められなかった。

3) へき地に勤務する医師に関する調査

(参考資料3)

へき地診療所に勤務する常勤医師384名(59.9%)の医師から回答を得た。

(1) 勤務環境について

へき地に勤務している理由では、いわゆる修学制度が関係する医師は約4割に当たる154名(内、自治医科大学148名)であり、「自らの意思」とした医師は184名であった。修学制度により赴任している医師のうち、約4割はいわゆる義務年限外であった。

現在の勤務先に派遣されている場合、派遣元は回答者の中では都道府県が最も多く、修学制度により赴任している医師等が相当すると考えられた。大学からも派遣されていたが、地域医療支援センターやへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院からの派遣は少なかった。

診療で生じた疑問点や調べたいことの解決方法(複数回答)では、古典的な教科書(オフライン)、専門医へコンサルト、オンラインのガイドブック、他の医師に相談が多くあげられた。

現在の勤務で困っていることには、以前から指摘されている専門・得意分野以外の問題の対応や技術の研修ができないことに加えて、自分の家族との関係・子弟の教育・単身赴任があげられた。

勤務環境の改善策としては、後任の心配のない人事システム、研修機会の確保、行政の支援・協力、専門医へのコンサルト、夜間・時間外の対応システムなどが上位にあげられた。

診療能力の研鑽については6割の医師が研鑽の機会をもっていたが、症例検討会や講演会を回答するものも多く、平日に研修日を持っているものは全体の1/3に過ぎなかった。

学会や講習会等で診療所を離れる場合の診療の扱いは、代診医師を確保しているところもあったが、1/4は休診にすると回答した。

診療所を離れることについての制約については、制約されないとの回答も1/3にあったが、診療時間以外も診療に応じる必要があったり、住民の目があり離れられなかったり、事前に周知する必要があるなど、4割の医師が制約ありと回答した。特に20代の若い医師と、へき地勤務のための修学制度の義務内の医師が拘束を感じていた。

2025年問題については、患者数の減少が3/4の医師に懸念されていた。へき地診療所の望ましい経営形態としては、診療所のグループ化が4割、出張診療所化が3割となっていた。

へき地医療提供体制の見直しを検討する場がある

とする回答は4割に過ぎなかった。現在検討を行っている、ないし検討を行うことが望ましいと考えられている組織は都道府県や市町村・広域連合が設置する協議会とするものが多かった。見直しに関してリーダーシップを取るべき組織としては、市町村、都道府県、へき地診療所、へき地医療拠点病院、住民の順に回答された。見直しで必要なものとしては、市町村長の理解と住民の理解がもっとも多く、へき地医療拠点病院の協力が続いていた。

(2) 専門医取得に関連する状況

3割の医師が専門医取得に向けて研修を希望していたが、順調に研修を進めている医師は1割に満たなかった。研修を始めたものの、へき地では研修を続けることができず、保留している医師が1割に認められた。

へき地勤務中に専門医研修が難しい理由として、勤務施設が研修施設でないことや指導医がいないことにより研修期間として認められないこと、必要な症例、手術・処置の経験が蓄積できないことがあげられた。

一方、一度取得した専門医資格を維持できず失効する医師やそもそも専門医取得を考えていない医師も存在していることが判明した。

4) へき地に勤務する看護師に関する調査

(参考資料4)

(1) へき地に勤務する看護師の看護実践能力向上のための研鑽と看護体制の現状

へき地診療所看護師の研鑽の機会は十分ではないことが明らかとなった。看護師が研鑽したい内容から、高齢者・看取り・認知症に関する看護や臨床判断について、ICTも活用して研鑽の機会を提供していくことの必要性や特定行為に係る研修について一定の受講ニーズがあることが明らかになった。診療所が今後、直面する課題として「後任看護師の確保困難」等があったが、見直しや検討をしているのは約4割にとどまっていた。今後の看護体制検討のあり方として、市町村やへき地医療拠点病院がリーダーシップを発揮し、協議の場を確保し、市町村や住民、へき地診療所、へき地医療拠点病院、その他の関係機関がメンバーとなり、課題を共有し、関係機関が連携し、住民の協力も得て検討していくことな

どが必要であると考えられた。

(2) へき地診療所に勤務する看護師の研鑽の実態と研修ニーズ

平成28年度に実施した全国のへき地診療所701か所に勤務する常勤看護職(発送数1724)を対象とした郵送無記名自記式質問紙調査のデータについて、常勤看護師が3人以下と4人以上、診療所所在地域が島しょとそれ以外または島しょと山村地域、研鑽したい内容の各項目の希望の有無等の2群に分け分析した。

日常的な研鑽及び日常の勤務を離れた研鑽、各々機会がある者の割合は、いずれも常勤看護師数『3人以下』が有意に低かった。併せて「代替看護師を確保できない」割合は『3人以下』が高かった。また、地域特性別では『島しょ』よりも『島しょ以外』の診療所看護師の日常の勤務を離れた研鑽の機会がある者の割合が有意に低く、「代替看護師を確保できない」割合は『島しょ以外』が高かった。

研鑽したい内容又は受講希望について、『3人以下』の回答割合が有意に高かったのは、「高齢者看護」、「家族看護」、「薬理学」であり、『4人以上』では「褥瘡管理とスキンケア」、「経口摂取と輸液管理」及び特定行為研修の「(人工呼吸療法)侵襲的陽圧換気の設定の変更」であった。地域特性別では、『島しょ』の回答割合が高かったのは「臨床判断に関する知識」、「フィジカルアセスメント」であり、『島しょ以外』では「看取りの看護」、「褥瘡管理とスキンケア」などであった。『島しょ』または『山村地域』に所在する看護師が経験している割合が高い特定行為及び研修受講が必要だと思う特定行為について、上位5行為は同様であった。

5) へき地医療提供体制に関する都道府県、市町村の調査ならびにへき地に勤務する医師・看護師調査

平成28年度に実施した「都道府県調査」「市町村調査」「医師・看護師調査」(以下、各調査)の共通設問項目、具体的には「2025年に向けて直面する課題と検討状況」「将来のへき地医療提供体制の見直しの場」に関する設問項目を集計し、関係者間での共通認識、あるいは認識の違いについて、分析を行った。

(1) 2025年に向けて直面する課題と検討状況につ

いて

各調査において70%以上が、直面する課題として「患者数の減少」を回答し、50%以上が「後任医師、看護師の確保」を課題としてあげた。望ましい経営形態として、各調査とも「出張診療所」「グループ制による運営」「公的病院の附属、指定管理」を上位の3つとしてあげていた。

(2) 将来のへき地医療提供体制の見直しについて

検討する場の有無については、都道府県調査では86%が「有る」と回答したが、市町村、医師、看護師の調査では34～39%と有意に低かった。また、検討する適切な場としては、都道府県や市町村は、「都道府県が設置する協議会など」が最も多く、一方、医師、看護師調査では、「市町村や広域連合が設置する協議会など」が最も多かった。

見直す上で誰が最もリーダーシップを取るべきかについては、都道府県や市町村は、「国」を1位とする回答が最も多く、医師、看護師調査では、「市町村」を1位とする回答が最も多かった。また、医師、看護師調査では、「へき地診療所」(16.9%、44.0%)、「へき地医療拠点病院」(9.9%、32.8%)もみられた。

見直す上での課題については、各調査ともほぼ70%以上で「住民の理解」「市町村長の理解」の2つをあげ、都道府県、市町村の調査では、「国の理解・支援」をあげる回答が79.1%、71.7%であった。

調査に関わらず、2025年に向けての直面する課題として「患者数の減少」「医師、看護師の確保」があげられており、その対策について、複数の医療機関で支える体制が上位に来ており、共通認識があることが推察された。その一方で、将来のへき地医療提供体制を検討する場の有無の認識、リーダーシップについては、国に期待する都道府県、市町村と、市町村に期待する医師や看護師では、認識に差がある。また、見直す上での課題についても、共通認識がある一方で、「国の理解・支援」については、認識が分かれていた。

6) へき地のグループ診療体制における地域住民の意識調査(参考資料5-1、5-2)

7地域が選定され、327人の住民から回答を得た(返信率79.7%)。7か所の行政機関からも回答を

得た。

住民調査の結果からは、診療体制に関する諸質問に対して「困らない」とした回答は総じて2～5割強であった。「困る」のは、急患時(特に、休日・夜間、また高い専門性を要するような急患時)の対応である。

看取りや遠隔診療に関する質問に対して、どちらとも言えないとする回答が約4割と比較的多かった。

資格のある看護師による対応への質問では、「困る」とした回答が1割強と少なく、「困らない」とする回答が過半数を超えていた。

巡回診療や診療(体制)の見直しに関する将来的質問において、受け入れられないとする回答はそれぞれ約3割、約6割にみられた。前者については、条件付きを含めれば受け入れられるという回答は6割強にみられ、その条件として特に移動手段が確保されることが重要であった。また、後者の診療(体制)については、経営を抜きにして現状の維持を望む声は少なくないが、条件付きを含めれば受け入れられるという回答は3割強にみられた。その条件としては、移動手段、看護師への電話相談体制、遠隔診療体制の整備が同等にあげられていた。

グループ診療体制の実際に対する管轄行政の見方であるが、問題があるとの見方は、総じて0～(あっても)3割弱であった。

夜間・休日の急患時の対応に関する行政の回答では、問題なしが4割、どちらでもないが6割弱を占め、問題ありはなかった。高い専門性を有する診療に関しては、行政の回答では問題なしが8割以上を占め、また、看取りも同様に行政の回答では問題なしが7割以上を占めていた。

遠隔医療や診療看護の導入に関しては、行政側と住民側の回答は似た傾向にあった。

7) 全国へき地医療支援機構等連絡会議への支援

(1) 平成28年度全国へき地医療支援機構等連絡会議(参考資料6)

平成29年1月30日に厚生労働省で開催された全国へき地医療支援機構等連絡会議において、「第11次へき地保健医療計画を振り返り、積み残された課題」「次期計画(医療計画と統合)の策定、実行を踏まえた方向性について」をテーマに、グループワークを実施し、研究班は各グループにおいてファシリ

テートを行った。

グループは、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つに分けた。

各グループの主要な結果をまとめると、第11次へき地保健医療計画を振り返り、積み残された課題として、人材不足（医師、看護師不足等）、人材育成（自治医科大学卒業医師、地域枠の学生）、各関係機関、部署間の連携不足（へき地医療支援機構、地域医療支援センター、大学等）、人口減少等への対応（患者数や無医地区への減少、面で支える医療体制）などがあがった。県境における医療や、人材確保、育成については、隣県との連携体制が重要という指摘もあった。

また、次期計画（医療計画と統合）の策定、方向性については、人口減少・高齢化への対応（診療所のグループ化やICTの活用等）、地域枠の医師のキャリア支援、へき地医療の将来ビジョンの共有、話し合い、関連機関（拠点病院、へき地医療支援機構、大学、住民、市町村）との協力体制の構築、連携等があがった。人材育成等については、九州全体でといった、都道府県を超えた取り組みが必要ではないかという提案があった。

（2）平成29年度全国へき地医療支援機構等連絡会議（参考資料7）

平成30年1月26日に厚生労働省で開催された全国へき地医療支援機構等連絡会議において、「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」ことをテーマに、グループワークを実施し、研究班は各グループにおいてファシリテートを行った。

グループは、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つに分けた。

各グループの報告から、いくつか共通の課題が見えてきた。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」などである。

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枠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」があげられていた。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枠卒業医師の配置、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。

D. 考察

1) 都道府県のへき地医療提供体制に関する調査

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」と週0～2日未満の「非常設診療所」は約43%とに二分されていた。

現在の経営形態は、単独経営の診療所が最も多く、出張診療所、その他と続いた。単独経営以外への見直し時期を聞いたところ2000年以降が多く、主な理由は後任医師の確保困難、患者数の減少、経営状態の悪化であった。3/4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4割の都道府県で検討を開始している。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。診療体制の見直しについては、様々な調整が必要であり、国、都道府県、市町村はもちろんのこと、へき地医療拠点病院や大学を含めた関係者の連携・協力体制が不可欠と考えられる。

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。義務年数は、貸与年数×1.5倍が最も多い。人事権は、都道府県が保持しているところが最多で、次が関係者による合議体が続いている。へき地診療所を基本的な勤務先に想定しているものは2割で、自治医科大学卒業医師の約半数であり、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）。

義務年数内の専門医の資格取得の可能性については、修学資金では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。

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。

へき地勤務医師のキャリア形成のあり方は、医師招聘につながる鍵の一つと思われ、重要な検討事項と考えられる。

2) 市町村のへき地医療体制に関する調査

(1) へき地医療体制の現状

今回の調査結果によって、常勤医師不在の診療所が増加傾向にあることが分かった。常勤医師が不在となった場合、その多くは出張診療所として定期的に医師派遣（非常勤医師）を受けている。また、へき地診療所の救急搬送手段としては救急車搬送が大部分を占めているが、ヘリコプター搬送も活用の増加傾向にあることが分かった。ヘリコプター搬送であれば、医師が同乗して来るため、地元医師だけでなく救急車の不在も回避できるメリットがあると考えられる。

市町村とへき地診療所勤務医師とのコミュニケーションについては、意思疎通が図れていると考えている市町村は多くあった一方で、代診医師のシステムを有さないへき地診療所が半数以下と少なかった。また、代診の調整などにへき地医療支援機関が関与している診療所は約2割と少なかった。地域包括ケアシステムの構築にあたって、市町村から相談を受けている診療所は約2割にとどまっていた。市町村と診療所との連携強化は、今後の重要な課題と考える。

地域住民に対してへき地医療に関する情報を提供している市町村は約1/4しかなかった。へき地診療所を抱える市町村は、高齢化・過疎化が進み、診療所そのものの運営が一層厳しくなり、常勤医師の配置が今まで以上に困難になることが予想される。その意味からも、へき地医療拠点病院などの後方病院から定期的に医師を派遣してもらう仕組み、いわゆる「面で支える医療」の構築が必要と考えられる。そのためには、日頃から地域住民と地域医療の現状を共有し、へき地診療所の今後の運営について協議する場を設けておくことが重要と考えられる。

無医地区・準無医地区に関する調査では、巡回診療1回あたりの平均受診患者数は約7名と少ないものの、市町村担当者の多くは将来的なビジョンとしても現状維持を考えていることが分かった。市町村担当者としては、こういった弱い立場に置かれた地区に暮らす住民に対する配慮もあってか、巡回診療の縮小や廃止についてはなかなか意思表示ができなかったものと思われる。

(2) へき地における医療の確保

常勤医師が不在となる人口水準や患者数の水準について、内陸部と離島部に分けて解析を行った。その結果、内陸部では人口1000人、離島部では人口500人、1日あたりの外来患者数では内陸部で20人、離島部で15人を下回った地域では常勤医の配置が困難になっているという傾向を認めた。離島部においては内陸部と比べて少ない人口であっても、近隣の医療機関へのアクセスが不便であるなどの理由から、常勤医師を可能な限り配置していることが伺えた。一方で、人口減少以外の要因について、ドクターヘリなどでの広域の救急搬送が全国的に増加傾向にあり、インフラ整備やICTの発展、市町村合

併などの様々な要因によっても、常勤医師不在の診療所が増加傾向となっているかも知れない。

離島部では今後の運営形態としては現状維持を考えている市町村が多いことが読み取れた。今後へき地診療所を抱える市町村は、高齢化・過疎化などにより診療所そのものの運営が厳しくなってしまうことが予想されるため、常勤医師を配置することが今まで以上に困難な時代となる。その意味からも、へき地医療拠点病院などの後方病院から定期的に医師を派遣してもらう仕組み、いわゆる「面で支える医療」を、へき地医療支援機構などと連携して構築していく必要があると考えられる。そのためには、日頃から地域住民とへき地診療所の今後の運営について協議していく場が必要であり、かつへき地医療に関する情報提供・共有が図られる環境づくりも求められる。

3) へき地に勤務する医師に関する調査

(1) 勤務環境

へき地に勤務している医師の約4割は、修学制度が関係する医師であった。さらに、修学制度により赴任している医師のうち、約4割はいわゆる義務年限外であったことより、へき地勤務継続の分析がへき地への医師招聘のヒントにつながるかもしれない。

現在の勤務先に派遣されている場合、派遣元は都道府県が最も多く、修学制度により赴任している医師などが相当すると考えられた。まだ地域枠養成医師が多くないためか地域医療支援センターやへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院からの派遣は少なかった。地域枠養成医師が第一線医療機関に勤務するようになり、地域医療支援センターなどからへき地診療所やへき地拠点病院に医師が派遣される日が待たれる。

現在の勤務で困っていることとして、以前から指摘されている専門・得意分野以外の問題の対応や技術の研修ができないことに加えて、自分の家族との関係・子弟の教育・単身赴任があげられたが、へき地に勤務する医師においてもワーク・ライフ・バランスが重要視されていることがわかった。

また、勤務環境の改善策として、後任の心配のない人事システム、研修機会の確保、行政の支援・協力、専門医へのコンサルト、夜間・時間外の対応システムなどがあげられたが、これらも以前から指摘

されており、十分に解決されていないことが判明した。

4割の医師が時間外診療や診療所を離れることができないなど、制約ありと回答した。特に20代の若い医師と、へき地勤務のための修学制度の義務内の医師とが拘束を感じていた。以前と同様に医師の拘束時間の長さが明確となった。へき地に赴任した若い医師に将来再びへき地に勤務してもらうためにも、医師の地域への拘束を軽減していくべきであると考えられる。

2025年問題については、患者数の減少、診療所のグループ化、出張診療所化があげられ、現在のまま診療を継続することは難しいと考えている医師が多かった。

へき地医療提供体制の見直しについては、市町村長の理解と住民の理解がもっとも多く、続いてへき地医療拠点病院の協力があげられた。

(2) 専門医取得に関連する状況

専門研修を希望している医師のうち、わずか1/3しか専門研修を行えていないことは、へき地勤務は専門研修にとって阻害因子の1つであると言えるであろう。

年代別の解析では、専門研修は若い医師が行うことが多いので、専門研修を希望しているへき地に勤務している医師は経験年数が9年以下のものが大部分であった。このことはへき地に勤務する若い医師に対して専門研修についてのサポートが必要であることを示している。今後は多くの地域枠医師養成制度により養成された医師がへき地等第一線医療機関で勤務することになるため、こうした医師が円滑に専門研修を行える体制を整備する必要がある。

症例・経験の蓄積については、へき地勤務中にできることもあるが、やはり症例が豊富で、多くの手術・手技が経験できる研修施設で行うべきであると考えられる。例えば、へき地勤務中は診療能力が低下しないように週に1日や2週に1日程度研修施設での研修を行って、へき地勤務後やへき地勤務とへき地勤務の間に年単位の研修期間を得て専門研修を行うことなどが考えられる。

そもそもへき地勤務の間に、へき地勤務を行っていない医師と同じ時間・労力で専門研修を行うことは難しいので、自治医科大学卒業医師や地域枠養成

医師などについては、義務年限中にいくつかの基本領域の専門研修に目処がつくような勤務スケジュールを提示し、どの程度で専門研修が修了できるのかの目処を提示すべきであると考える。

4) へき地に勤務する看護師に関する調査

(1) へき地に勤務する看護師の看護実践能力向上のための研鑽と看護体制の現状

へき地診療所看護師の研鑽の機会は十分ではないことが明らかとなり、困難理由から ICT を活用した研鑽の機会の確保や代替看護師確保のための仕組みづくり等が必要であると考えられた。研鑽希望の高い内容について ICT も活用して、研鑽の機会を提供していくことが必要であり、また、特定行為研修についても一定の受講ニーズがあることから、へき地医療拠点病院等が指定研修機関または実習協力施設となり、へき地診療所看護師が身近なところで受講できる体制づくりが必要である。今後の看護体制検討のあり方として、市町村やへき地医療拠点病院がリーダーシップを発揮し、協議の場を確保し、市町村や住民、へき地診療所、へき地医療拠点病院、その他の関係機関をメンバーとして検討していくことなどが求められる。

(2) へき地診療所に勤務する看護師の研鑽の実態と研修ニーズ

へき地診療所看護師の研鑽のための体制を整えるためには、特に常勤看護師『3人以下』や『島しょ以外』のへき地診療所について代替看護師確保のための体制づくりが必要であり、また地域特性にかかわらず ICT を活用した研鑽の機会を確保するための学習環境づくりなどが必要であると考えられる。

求められる研修内容については、へき地診療所の看護活動を構成する因子である【場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる患者・家族の療養生活および介護支援】及び【救急搬送時の対応】並びに看取りを含めた訪問看護に関連する内容が考えられる。

『島しょ』、『山村地域』に関わらず研修ニーズの高い特定行為は、「脱水症状に対する輸液による補正」、「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与」等の5行為であり、これらに係る研修を受講できるための体制づくりが求められる。

5) へき地医療提供体制に関する都道府県、市町村の調査ならびにへき地に勤務する医師・看護師調査

2025年に向けて直面する課題について、いずれの調査でも「患者数の減少」が最も指摘され、「後任医師の確保」「経営状態の悪化」「後任医師の確保」もあげており、人口減少と提供側の高齢化の高齢化による影響を共通して懸念していることが伺われた。それに対応する経営形態として、これまでのように単一の診療所で支える形から、複数の医療機関が協同して医療を支える形か、場合によっては閉院の可能性を探るべきという考えが共通して見て取れた。

将来のへき地医療提供体制を検討する場としては、都道府県や市町村は、「都道府県が設置する協議会など」の回答が最も多かったのに対し、医師、看護師では、「市町村が設置する協議会の場など」の回答が多かった。

誰がリーダーシップを取るべきかについても、都道府県、市町村と医師、看護師とでは、考え方の違いが見られた。都道府県や市町村は、国に期待し、医師、看護師は市町村、あるいはへき地診療所やへき地医療拠点病院に期待していた。都道府県や市町村は、より大きな権限を持つ国に期待しているのに対し、医師、看護師は現場に近い関係者に期待しているように思われる。

見直す上での課題については、共通認識と一部に違いも見られた。いずれの調査でも、「住民の理解」「市町村長の理解」は共通していた。その一方で、大学や国に対する期待感が、都道府県や市町村と医療関係者では異なっていることが推察された。

6) へき地のグループ診療体制における地域住民の意識調査

住民側と行政側ともに医師の交代による診療については比較的受け入れられる（困らない）要素である。しかし、住民からは、急患時（特に、休日・夜間、また高い専門性を要するような急患時）に困るとの回答が見られた。診療体制上、休診が生じることによる不安感を部分的に反映した結果と推定され、へき地の救急医療については未だ議論の対象と思われる。

自宅での看取りについては住民にとって、また遠隔診療の導入については住民ならびに行政担当者に

とって、どちらとも言い難い様子であり、診療体制との関係を住民と話し合ったり研究を進めたりする必要性も示唆される。

有資格による診療看護については、住民側、行政側ともに比較的受け入れられる（困らない）要素であり、診療看護については推進し得る状況と思われる。

遠隔診療の導入やへき地看護の業務の拡大や移行（タスク・シフト）は、医師不足の対策と目される、あるいは労働環境の改善（働き方改革や生産性向上）を目指す流れに鑑みて、へき地医療では急務の課題である。今回の、資格を有する看護師に対する結果は、へき地診療看護のような領域の検討を支持し得る。

巡回診療、そして診療（体制）の見直しに関する将来的質問において、受け入れられないとする回答はそれぞれ約3割、約6割にみられた。将来的に診療体制を見直す場合の条件については移動手段の確保、また看護相談や遠隔診療の導入が挙げられた。本検討の結果は、地域住民の意向を踏まえながら、これからのへき地医療体制を構築する上で役立つ可能性がある。

7) へき地医療支援機構等連絡会議の支援

(1) 平成28年度へき地医療支援機構等連絡会議
第11次へき地保健医療計画の実施期間中であったが、隣接する都道府県の進捗状況を共有しながらの振り返りは、各都道府県の置かれている特有あるいは共通する状況や、課題について活発な議論が交わされた。次期計画に向けても、さまざまな課題があがったが、随所で隣県との協力体制の構築も必要と言われており、今後は、それぞれの都道府県だけでなく、幅広い連携の下でへき地の医療を守る体制が必要と思われた。

(2) 平成29年度へき地医療支援機構等連絡会議
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業者医師の配置、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

2025年に向けてへき地医療提供体制が直面する課題について、都道府県、市町村、へき地に勤務する医師・看護師調査のいずれにおいても患者数の減少、後任医師の確保、経営状態の悪化、後任医師の確保があげられており、人口減少と高齢化による影響を共通して懸念していることが伺われた。

へき地医療の対策については、関係者間で共通認識と一部に違いも見られた。いずれの調査でも、「住民の理解」「市町村長の理解」は高率であった。一方で、将来の提供体制を検討する場の認識や、リーダーシップ、国に対する期待については、都道府県、市町村と医師、看護師との間では、認識が異なっていることが明らかになった。今後は関係者間の意思疎通を図ることが必要である。

今後のへき地診療所の経営形態として、出張診療所、グループ制による運営、公的病院の附属・指定管理があがった。少数ではあるが閉院の回答も見られた。

今回、グループ診療体制を取り上げ住民及び行政関係者の意識調査を行った。同体制は、今後、へき地において徐々にみられるようになると考えられるが、住民と行政関係者の両者にとって医師の交代による診療、さらに有資格による診療看護については比較的受け入れられる（困らない）要素である。特に診療看護については推進し得る状況と思われる。ただし、住民の視点からは、例えば急患時の対応への不安感のような困る要素もあり、安心感の提供は依然として検討事案である。自宅での看取りについては住民にとって、また遠隔診療の導入については住民ならびに行政にとって、どちらとも言い難い様子であり、診療体制との関係を住民と話し合ったり

研究を進めたりする必要があるだろう。将来的に診療体制の見直しがある場合の条件については、移動手段の確保、また看護相談や遠隔診療の導入が挙げられる。こうした検討は、地域住民の意向を踏まえながら、これからのへき地医療体制を構築する上で役立つ可能性がある。

このたびの市町村調査から、対象人口が内陸部では1000人程度で、離島部では500人程度、1日あたりの外来患者数では内陸部で20人、離島部で15人を下回った診療所において、常勤医の配置が困難になっているという傾向を認めた。この数値は、へき地医療の確保を考える際に重要な指標になり得る。

また、へき地に勤務する医師に関する調査から、専門研修を希望している医師のうち、わずか1/3しか専門研修を行っていないことが明らかになった。へき地勤務は専門研修にとって阻害因子の1つであると考えられる。これから多くの地域枠医師養成制度により養成された医師がへき地等第一線医療機関で勤務することになるため、こうした医師が円滑に専門研修を行える体制を整備する必要がある。へき地勤務中は診療能力が低下しないように週に1日や2週に1日程度研修施設での研修を行い、へき地勤務後やへき地勤務とへき地勤務の間に年単位の研修期間を得て専門研修を行うことなどが考えられる。

4割の医師が時間外診療や診療所を離れることができないなど、制約ありと回答した。特に20代の若い医師と、へき地勤務のための修学制度の義務内の医師とが拘束を感じていた。以前と同様に医師の拘束時間の長さが明確となった。へき地に赴任した若い医師に将来再びへき地に勤務してもらうためにも医師の地域への拘束を軽減していくべきであると考えられる。

へき地に勤務する看護師に関する調査から、へき地診療所に勤務する看護師の研鑽・研修の機会は十分とはいえない状況が明らかとなった。へき地診療所看護師の研鑽のための体制を整えるためには、特に常勤看護師『3人以下』や『島しょ以外』のへき地診療所について代替看護師確保のための体制づくりが必要であり、また地域特性にかかわらずICTを活用した研鑽の機会を確保するための学習環境づくりなどが必要であると考えられる。

地域医療提供体制の再構築における看護体制検討のあり方として、市町村やへき地医療拠点病院がリ

ーダーシップを発揮し、既存の市町村・広域連合が設置するへき地保健医療政策を検討する協議の場を設ける。そして、市町村、住民、へき地診療所、へき地医療拠点病院、その他の関係機関がメンバーとなり、今後、予測される後任看護師の確保などの課題を検討していったらどうか。さらに、人材育成や人材確保の観点から看護系大学や看護協会などの協力機関を探索し、巻き込みながら検討していくことも必要ではないかと考える。

へき地を有する都道府県が一同に会するへき地医療支援機構等連絡会議において、グループワークを通じて都道府県の垣根を越えて、少子高齢化・人口減少、看護師不足など、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。さらに、成功や失敗の経験が、都道府県を超えて共有されていた。お互いに経験を共有することにより、明日からのへき地医療対策へのヒントを得て、推進力へとつながっていく。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（予定を含む）

該当なし