

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)

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

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 梶井英治

平成 30(2018)年 3 月

目次

I. 総括研究報告書	
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 研究代表者 梶井英治 1
II. 分担研究報告書	
1. 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 小谷和彦、澤田努、古城隆雄、井口清太郎、梶井英治 (参考資料1:グループ診療体制に関する住民調査用紙) (参考資料2:市町村のグループ診療体制に関する行政調査用紙) 9
2. 将来のへき地医療提供体制の課題について、立場による共通認識と違い 古城隆雄、澤田努、今道英秋、春山早苗、森田喜紀、小谷和彦、梶井英治 25
3. 市町村のへき地医療提供体制に関する研究 澤田努 (参考資料3:へき地を有する市町村の医療提供体制に関する調査用紙) 29
4. へき地に勤務する医師に関するアンケート調査 今道英秋 (参考資料4:へき地に勤務する医師に関するアンケート調査用紙) 48
5. 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 春山早苗 (参考資料5:へき地に勤務する看護師に関するアンケート調査用紙) 68
6. 全国へき地医療支援機構等連絡会議の支援 梶井英治、前田隆浩、谷憲治、井口清太郎、今道英秋、 澤田努、森田喜紀、小谷和彦、古城隆雄、春山早苗 (参考資料6: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資料) 91
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 99

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・運営による支援を行うことである。

【方法】

平成 29 年度は、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、住民に自記式質問紙（無記名）調査を実施し、その体制を管轄する行政にも同様の調査を行なった。また、平成 28 年度に実施した都道府県、市町村、へき地診療所に勤務する医師、看護師の調査について詳細な分析を実施するとともに、共通質問事項について横断的に比較分析を行った。さらに、平成 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。

【各分担研究の総合的結果と考察】

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。

へき地に勤務する常勤、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 4 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】

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。

そのため、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に、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・看護師についてアンケート調査を実施した。平成 29 年度は、アンケート調査により明らかになった「面で支える医療」について、診療所間のグループ診療体制を開始している地域の住民意識（受け止め方）を実際に問うて検討する。併せて、この診療体制を管轄する行政担当者にも同様な調査を行う。なお、調査結果で得られた知見を広く共有するため、全国へき地医療支援機構等連絡会議で報告する。

これらの取り組みにより、今後のへき地医療提供体制の方向性に関して、多様な関係者間による合意形成の場作りや、持続可能なへき地医療システムの実現に向けた国の支援のあり方にも貢献できると思われる。また、へき地医療における新たな専門医の仕組みの位置づけや、へき地で勤務する医療者のキャリアパスの支援体制の課題と取り組みに関する知見が得られ、へき地医療に従事する医師のキャリアパスも含めた労働環境改善のために整備すべき支援策の検討にも貢献できる。

B. 研究方法

平成 29 年度は、面で支える医療について、住民及び行政に対する調査を行なった。また、平成 28 年度に実施した都道府県、へき地を有する市町村、へき地診療所に勤務する医師、看護師の自記式質問紙調査の結果を横断的に比較分析するとともに、それぞれの調査結果について詳しく分析を行った。

さらに、平成 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) へき地のグループ診療体制における地域住民の意識調査

平成 28 年度の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なった。

2) 全国へき地医療支援機構等連絡会議への支援
平成30年1月27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17-103、平成29年11月9日)。

C. 研究結果

各調査の詳しい結果については、それぞれの分担報告書を参照されたい。ここでは、分担報告書に記載されている主要な結果について引用報告する。

1) 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

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。

2) 都道府県、市町村のへき地医療提供体制に関する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3つにあげていた。

(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、都道府県や市町村では「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%)もあった。

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きており、共通認識があると推察された。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との間の認識に差がみられた。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。

3) 市町村のへき地医療体制に関する調査

平成28年度に行った「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169施設であった。

このうち、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、常勤医師が不在の診療所は198ヶ所(24.1%)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%)などが挙げられ今後、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%)を考える割合が内陸部と比べて低く、地理的条件が厳しい地域ほ

ど医療体制を守ろうとする傾向が伺えた。

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人と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。代診の調整等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。

4) へき地に勤務する医師に関する自記式質問紙調査

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。平成29年度は専門医取得に関連する状況を詳細に分析した。

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。

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することが判明した。

5) へき地に勤務する看護師に関する自記式質問紙調査

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」等であった。『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。

6) 全国へき地医療支援機構等連絡会議への支援

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」などの報告があった。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。

D. 考察

1) 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。

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ついての結果は、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。将来的に診療体制を見直す場合の条件については移手段の確保、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と考えられる。

2) 都道府県、市町村のへき地医療提供体制に関する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」もあげられており、人口減少と提供側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。

3) 市町村のへき地医療体制に関する調査

今回、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が、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を今後どのように運営していくべきか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。

4) へき地に勤務する医師に関する調査

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と考えられる。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られる。

5) へき地に勤務する看護師に関する調査

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的投与」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。

6) 平成29年度 へき地医療支援機構等連絡会議の支援

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。

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、将来の医療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って考えられるが、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と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。

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。

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。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. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

該当なし

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

「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」

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
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 部長
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 講師
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
梶井 英治 自治医科大学医学部 客員教授

研究要旨

【目的】 複数の診療所間でグループ診療（基本は複数の医師による）を行う体制をとるへき地がみられるようになってきた。この診療体制に関する地域住民の意識（受け止め方）を明らかにすることを主目的とした。同時に、その体制を管轄する行政の見方（認識）も付加することとした。

【方法】 平成28年度のへき地医療研究班で実施した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）を選定した。その地域において診療所を利用する可能性のある住民に自記式質問紙（無記名）を無作為に配布し、その回答をもとに分析した。質問紙で、グループ診療体制に関する現状の受け止め方（医師の交代による診療、平日の休診、夜間・休日の急患時対応、高度専門医療、看取り、遠隔診療、診療看護〔特定行為看護〕）と将来の巡回診療や診療体制の見直しについて問うた。併せて、管轄行政担当者にも同様の調査を行った。

【結果】 7地域が選定され、327人の住民から回答を得た。7か所の行政機関からも回答を得た。
住民調査： (1) 医師の交代による診療；困らない48.0%、困る24.8%、(2) 平日の休診；困らない35.2%、困る39.1%、(3) 夜間・休日の急患時対応；困らない25.1%、困る46.8%、(4) 高い専門性の診療；困らない33.7%、困る40.4%、(5) 自宅での看取り；困らない34.6%、困る21.1%、どちらとも言えない38.2%、(6) 遠隔診療；困らない15.9%、困る36.7%、どちらとも言えない43.1%、(7) 資格を持つ看護師による対応；困らない52.9%、困る11.7%、(8) 巡回診療のある場合の将来的な見直し；受け入れられない29.1%、受け入れられる23.6%、条件付きで受け入れられる40.0%、(9) 診療所の将来的な見直し；受け入れられない59.0%、受け入れられる6.7%、条件付きで受け入れられる27.5% (条件；巡回バスやタクシー券の発行[29.1%]、看護師への電話相談の体制[26.6%]、医師のテレビ電話での遠隔診療の提供[23.2%])。
行政調査： いずれの質問に対して「かなり問題あり」とする回答はなかった。(1) 医師の交代による診療；問題なし57.2%、(2) 平日の休診；問題なし42.9%、問題あり28.6%、(3) 夜間・休日の急患時対応；問題なし42.9%、どちらとも言えない57.1%、(4) 高い専門性の診療；問題なし85.8%、(5) 自宅での看取り；問題なし71.4%、(6) 遠隔診療；問題なし28.6%、問題あり28.6%、どちらとも言えない42.9%、(7) 資格を持つ看護師による対応；問題なし57.2%、問題あり14.3%、(8) 診療所の将来的な見直し；受け入れられない42.9%、条件付きで受け入れられる57.1%。

【考察と結語】 住民側と行政側ともに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。しかし、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みられ、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。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る。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。

A. 目的

わが国のへき地医療の維持・向上は、依然として課題となっている。人口減少・少子高齢化が急激に進展するへき地において、単独の診療所に常勤医師を固定して配置することは、諸事情（経営や継承の事情を含む）から現実には難しくなりつつある。

この対応として、複数の診療所（や病院）がグループとなって医師を配置する形態が増加すると考えられている。特に、大規模な病院の附属施設となるパターンのほかに、地元へ根差した複数の診療所がグループ化し、例えば診療所は毎日開設しなくとも2～3人の医師がその診療所を交互に行き来して、へき地医療を確保する（いわゆる広域を‘面’で支える診療）パターンもみられるようになってきた。これは、大病院の附属施設となって医師派遣を受けるパターンよりも、地元へ根差した診療の提供が可能で、地域包括ケアの構築にも向くとも思われている。一方で、地域住民には1診療所に1常勤医師（かつ24時間対応）の勤務体制への要望が根強くあるとも想像されている。

診療所間のグループ診療体制を既に開始したへき地がいくつかある。この体制に関して、地域住民の意識（受け止め方）を実際に問うて検討することとした。併せて、この診療体制を管轄する行政担当者にも同様な調査を行うこととした。

B. 方法

厚生労働省「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」班で実施した平成28年度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）を選定した。そして、次の2つの調査を実施した。

住民調査；同診療所を利用する可能性のある住民（各診療所で30名程度の成人；受診者の場合もあり得る）に自記式質問紙（無記名；添付資料1）を用いた調査を無作為に依頼した。調査の主旨を説明する文面を提示するとともに、質問紙で同意を得る形式とした。封書によって、自治医科大学に郵送することで回答を得た。質問紙は、回答者の基本属性（性別や年齢、家族構成）、グループ診療体制に関する現状の受け止め方（特に医師の交代による診療、平日の休診、夜間・休日の急患時

対応、高度専門医療、看取り、遠隔診療、診療看護〔特定行為看護〕と将来の診療体制（巡回診療、診療〔体制〕自体の見直し）を問う内容とした。自由記載の欄も設けた。

行政調査；同様に、選定された診療体制を管轄する行政担当者あてに自記式質問紙（無記名；添付資料2）を郵送し、調査の主旨を説明する文面を提示するとともに、質問紙で同意を得る形式とした。封書によって、自治医科大学に郵送することで回答を得、聞き取り（自由記載としての扱い）も行った。

（倫理面への配慮）

本調査は、自治医科大学の研究倫理審査委員会の承認（第臨大17-103）を受けて実施された。

C. 結果

診療所間のグループ診療をしている地域として9か所が抽出された。その地域と連絡して状況を照会したところ、7か所が調査対象となった。

住民調査

327人の地域住民からの回答が得られた（返信率79.7%）。基本属性を以下に示す。女性で高齢者がやや多く、最寄りの診療所の利用者がほとんどであった。

性別	人	%
男性	126	38.5%
女性	196	59.9%
未記入	5	1.5%

年代	人	%
20代	4	1.2%
30代	8	2.4%
40代	18	5.5%
50代	29	8.9%
60代	90	27.5%
70代	90	27.5%
80代以降	86	26.3%
未記入	2	0.6%

家族構成	人	%
一人暮らし	37	11.3%
配偶者と2人暮らし	134	41.0%
家族と同居(小児あり)	43	13.1%
家族と同居(小児なし)	106	32.4%
未記入	7	2.1%

最寄りの診療所への受診の有無	人	%
はい	309	94.5%
いいえ	15	4.6%
未記入	3	0.9%

持病の有無	人	%
あり	187	57.2%
なし	140	42.8%

自身の介護の必要性	人	%
あり	12	3.7%
なし	308	94.2%
未記入	7	2.1%

家族の介護の必要性	人	%
あり	55	16.8%
なし	259	79.2%
未記入	13	4.0%

以下の(1)～(7)は図1(上)に示す。

(1) 週ごとや日替わりで異なる医師が診察する体制について

基本的に困らない(全く困らない(15.9%) + 困らない(32.1%))との回答は約5割を占め、一方で、困る(困る(19.3%) + とても困る(5.5%))としたのは約2割強を占めた。自由回答では、医師が交代しないほうが安心である、病状の説明を省略できて面倒がないという声がみられる一方で、異なる医師による見立てや方針は参考になるという声もあった。適正な診察が得られるのであればどのような医師でも構わないとの声もあった。

(2) 平日に診療所の休診日があることについて

基本的に困らない(全く困らない(9.5%) + 困らない(25.7%))との回答は3.5割程度で、一方で、困る(困る(33.6%) + とても困る(5.5%))としたのは約4割を占めた。自由回答では、慢性疾患での受診では問題はないが、急患時の不安感を挙げる声が少なからずあった。医師の都合あるいは過疎現象によるのであればやむをえないとする声もみられた。

(3) 夜間・休日における急な病気の対応について

基本的に困らない(全く困らない(4.9%) + 困らない(20.2%))との回答は2.5割程度で、一方で、困る(困る(37.6%) + とても困る(9.2%))としたのは5割弱を占めた。自由回答からは、最寄り診療所が可能な限りで急患時対応をしている地域や急患連絡システムを導入している地域があると分かった。遠方への救急受診への不安感を挙げる声は少なからずみられた。

(4) 高い専門性の診療が必要になった時について

基本的に困らない(全く困らない(3.4%) + 困らない(30.3%))との回答は3割強を占め、一方で、困る(困る(31.8%) + とても困る(8.6%))としたのは約4割を占めた。自由回答では、地元の総合医からの紹介で受診するのが通例であるとの声があった。高い専門性を有する場合の救急受診への不安感を挙げる声がみられた。自らの判断で遠方であっても専門医へ受診しているという回答もみられた。

(5) 自宅での看取りを希望する場合の現在の診療所の体制について

基本的に困らない(全く困らない(5.5%) + 困らない(29.1%))との回答は3.5割を占め、一方で、困る(困る(16.8%) + とても困る(4.3%))としたのは約2割を占めた。どちらとも言えないという回答が比較的多い印象であった(38.2%)。自由回答では、近隣住民が自宅死できたと聞いたので現在の体制でそれが可能と思うとした声がある一方で、どのような体制になっているのかを知らない、あるいは看取りのイメージがわからないという回答は複数にみられた。

(6) 対面診療の代わりにテレビ電話による遠隔診療を受けるとしたらどう思うかについて

基本的に困らない（全く困らない（3.4%）＋困らない（12.5%））との回答は2割弱で、一方で、困る（困る（26.9%）＋とても困る（9.8%））としたのは4割弱を占めた。どちらとも言えないという回答が比較的多い印象であった（43.1%）。自由回答では、経験がないことや高齢ゆえの操作への不安感を挙げる声が複数にある一方で、診療所に通えなくなればやむをえないあるいは経験していると受け入れられる（むしろ便利である）とする声がみられた。

(7)資格を持つ看護師が臨時にお薬を処方したり傷の処置をしたりするような医師の代わりをすることについて

基本的に困らない（全く困らない（12.5%）＋困らない（40.4%））との回答は5割強を占め、一方で、困る（困る（8.6%）＋とても困る（3.1%））としたのは約1割を占めた。自由回答では、研修がなされて資格があれば問題ないとの声が少なくない一方で、医師のほうが好ましいという声もあった。

以下の(8)～(9)は図1（下）に示す。

(8)地区の巡回診療の体制の有無とある場合のその将来的な見直しについて

巡回診療があったとした回答は16.8%に止まった。このうちで、巡回診療の体制を見直すのは全く受け入れられないとした回答は29.1%に、逆に受け入れられるとした回答は23.6%にみられた。一定の条件付きで受け入れられるとした回答は40.0%にみられた。その条件を問うたところ、医療機関までの巡回バスやタクシー券の発行（51.2%）が多くを占め、看護師への電話相談の体制（20.9%）、医師のテレビ電話での遠隔診療の提供（18.6%）も挙げられた。

(9)診療所の将来的な見直しについて

将来的に診療所を見直す場合に、全く受け入れられないとした回答は59.0%に、逆に受け入れられるとした回答は6.7%にみられた。一定の条件付きで受け入れられるとした回答は27.5%にみられた。その条件を問うたところ、医療機関までの巡回バスやタクシー券の発行（29.1%）、看護師への電話相談の体制（26.6%）、医師のテレビ電話での遠隔診療の提供（23.2%）が挙げられた。こ

の他に、具体的な策はないが、その時の最良の判断を求めたいという記載もあった。

行政調査

7つの行政担当部署から回答を得た。以下の(1)～(7)は図2（上）に示す。

(1)週ごとや日替わりで異なる医師が診察する体制について

基本的に問題ない（問題は起きていない（28.6%）＋ほとんど問題ない（28.6%））との回答は6割弱を占め、一方で、問題があるとした回答はなかった。自由回答では、地域住民がこの体制に慣れてきていて大きな問題はなく対処できているという記載や、医師の交代による異なる視点からの診察は却って住民にとってメリットになるとか、複数の医師が相互に都合をつけ合うことで単独の医師の都合で運営するよりも体制は重厚になるといった記載もみられた。

(2)平日に診療所の休診日があることについて

ほとんど問題ないと回答は42.9%で、一方で、ときどき問題があるとした回答は約28.6%を占めた。自由回答では、慢性疾患の診療が殆どなので問題はないとの声があった。急患時の対応を問題とする声はみられたが、他方で救急体制の整備で対応をしているという地域もみられた。

(3)夜間・休日における急な病気の対応について

基本的に問題ない（問題は起きていない（14.3%）＋ほとんど問題ない（28.6%））との回答は4割強を占め、一方で、問題があるとした回答はなかった。どちらとも言えないとした回答は57.1%で比較的多くみられた。自由回答では、夜間・休日には救急体制の整備が進んできたという声とその整備不足がややみられるという声があった。

(4)高い専門性の診療が必要になった時について

基本的に問題ない（問題は起きていない（42.9%）＋ほとんど問題ない（42.9%））との回答は9割弱を占め、一方で、問題があるとした回答はなかった。自由回答では、総合診療を基本として専門診療の必要時には紹介する体制について、住民には広く浸透しているという声があった。

(5) 自宅での看取りを希望する場合の現在の診療所の体制について

ほとんど問題ないとの回答が71.4%にみられ、一方で、問題があるとした回答はなかった。どちらとも言えないとした回答は28.6%にみられた。自由回答では、自宅での看取りは比較的实现しているという声、また看護師の負担や夜間・休日の対応を含めた体制整備を課題とする声がみられた。

(6) 対面診療の代わりにテレビ電話による遠隔診療を受けるとしたらどう思うかについて

ほとんど問題ないとの回答は28.6%にみられ、一方で、問題があるとした回答も28.6%にみられた。どちらとも言えないとした回答は42.9%で比較的多くみられた。自由回答では、医療スタッフの負担軽減や医療の効率化を挙げる声がある一方で、財源不足についての懸念の声があった。遠隔診療の充実よりも紹介体制を強化すべき、あるいは遠隔診療を取り入れていない地域では住民はそれを受け入れないのではないかと声があった。

(7) 資格を持つ看護師が臨時にお薬を処方したり傷の処置をしたりするような医師の代わりをすることについて

基本的に問題ない（全く問題ない（14.3%）＋ほとんど問題ない（42.9%））との回答は6割弱にみられ、一方で、問題があるとした回答は14.3%にみられた。自由回答では、医師の負担軽減や医療の効率化に対する期待の声がある一方で、看護師の業務拡大に伴う責任の所在を課題に挙げる声もあった。

以下の(8)は図2（下）に示す。

(8) 診療所の将来的な見直しについて

将来的に診療所を見直す場合に、受け入れられないとした回答は42.9%に、逆に一定の条件があれば受け入れられるとした回答は57.1%にみられた。住民の同意を得られないという声や、将来的な診療体制の更なる縮減はやむをえない、あるいは遠隔診療を組み合わせで対応すべきといった意見がみられた。

D. 考察

地域（広域）に根差す複数の診療所間でグループ診療（基本は複数の医師による）を行う体制に

あるへき地において、その地域の住民の診療体制に関する意識（受け止め方）を調査した。併せて、その体制の管轄行政の見方（認識）も調査した。へき地診療所間のグループ診療方式は、近年になってみられるようになってきたが、未だ少数であり、この種の調査ははじめての実施と思われる。

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。他方で、「困る」とした回答は総じて2～4割強（このうちで「とても困る」としたのは1割まで）であった。この診療体制は、住民にとって全般的には完璧に望む姿でないが、問題が常に発生している状況でもないように見える。医師の交代による診療を受けることについては

「困らない」とする回答が半数近く（「困る」とする回答の約2倍）を占めており、医師を特定しての診療への拘りはそれほど強くないことが伺える。「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。地域によっては救急時連絡システムの導入や救急搬送体制が整備されているようであるが、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た。

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ことは目を引いた。自由回答の声を考慮すると、住民に看取りの経験が必ずしも多くなく、その実際をイメージできない中での回答が含まれている結果と思われた。多死社会にあって、看取りに関して、現行の診療体制でどのようにできるのかの住民啓発もさらに必要になろう。遠隔診療に関しては、一般に、経験した人は好ましい評価をするが、経験のない人は時に抵抗感を持つと言われる。今回の調査では、遠隔診療が導入されていない地域も対象となっており、判断がつかずにどちらとも言えないとの回答が増えた可能性はある。

資格のある看護師による対応（今回の調査ではこのような対応を積極的にしていない診療所も含まれていると想像される）についての質問には、「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おり、特徴的であった。へき地では看護師が医師よりも地元で根差してキャリアを積んできている場合も珍しくないが、その看護の内容を見ている住民が、へき地

では医師の代行業務もあると判断している現状は示唆に富むと思われる。遠隔診療の導入やへき地看護の業務の拡大あるいは移行（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。

巡回診療の見直しに関する将来的質問については、受け入れられないとする回答が約3割で、また、診療（体制）の見直しに関する将来的質問については、受け入れられないとする回答が約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、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挙げられており、巡回診療の見直しの場合よりも診療の見直しでは多様な対策を要する必然性が示唆された。

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割弱であり、「かなり問題」があるという見方はなかった。住民側の困るという回答と、行政側の問題ありという回答は必ずしも等質ではないが、この回答を対比してみると両側での異同が認められる。

夜間・休日の急患時の対応についての行政の回答において、問題なしとするのは4割で、他方で問題ありとするのはなかったが、どちらでもないが6割弱を占め、行政側は住民側よりも判断を留保する姿勢が伺える（住民から「困る」という声が届く場合があるのかもしれないという推察もある）。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、住民側が「困る」または「どちらとも言えない」とする回答の割合と比べるとやや異なっている印象がある。診療（体制）の見直しに関する将来的質問については条件付きで受け入れられるとする回答は6割弱にみられ、住民側（4割程度）よりも多い印象である。

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が、いずれにしても、住民側に比べて、診療を管轄する行政側は総じて現行の体制を支持する向きでとらえていると思われた。

E. 結論

今回取り上げたグループ診療体制は、へき地では、今後、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。

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

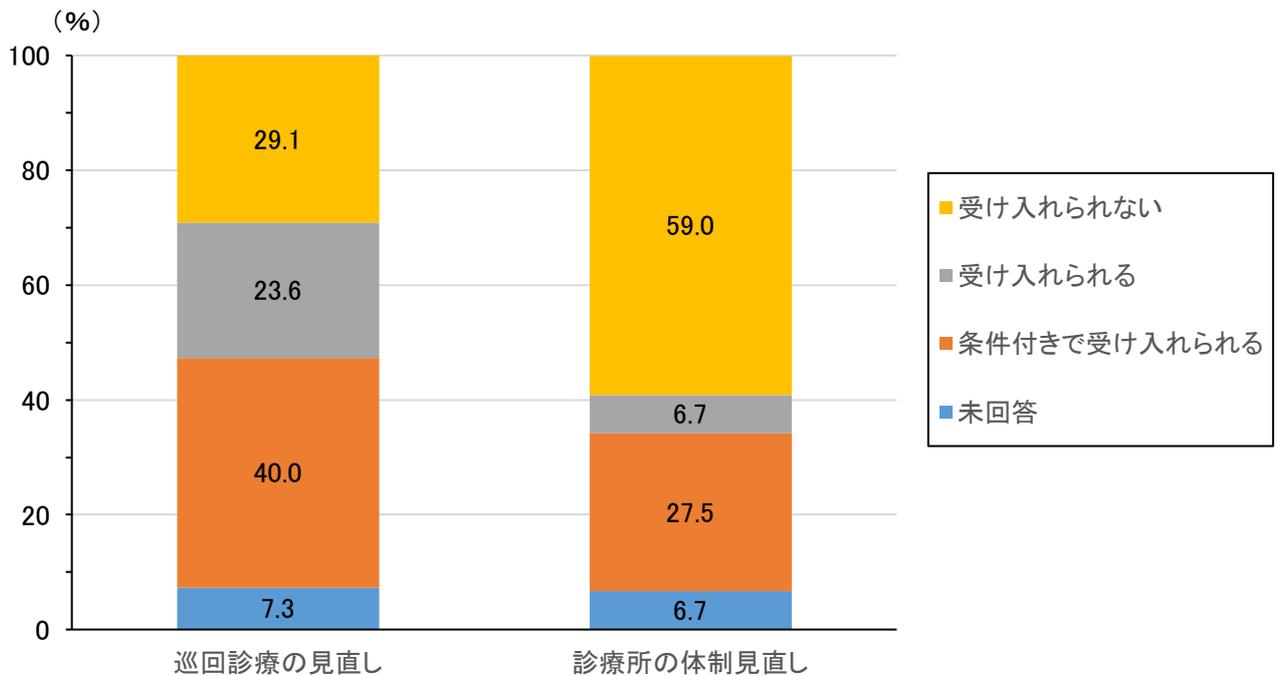
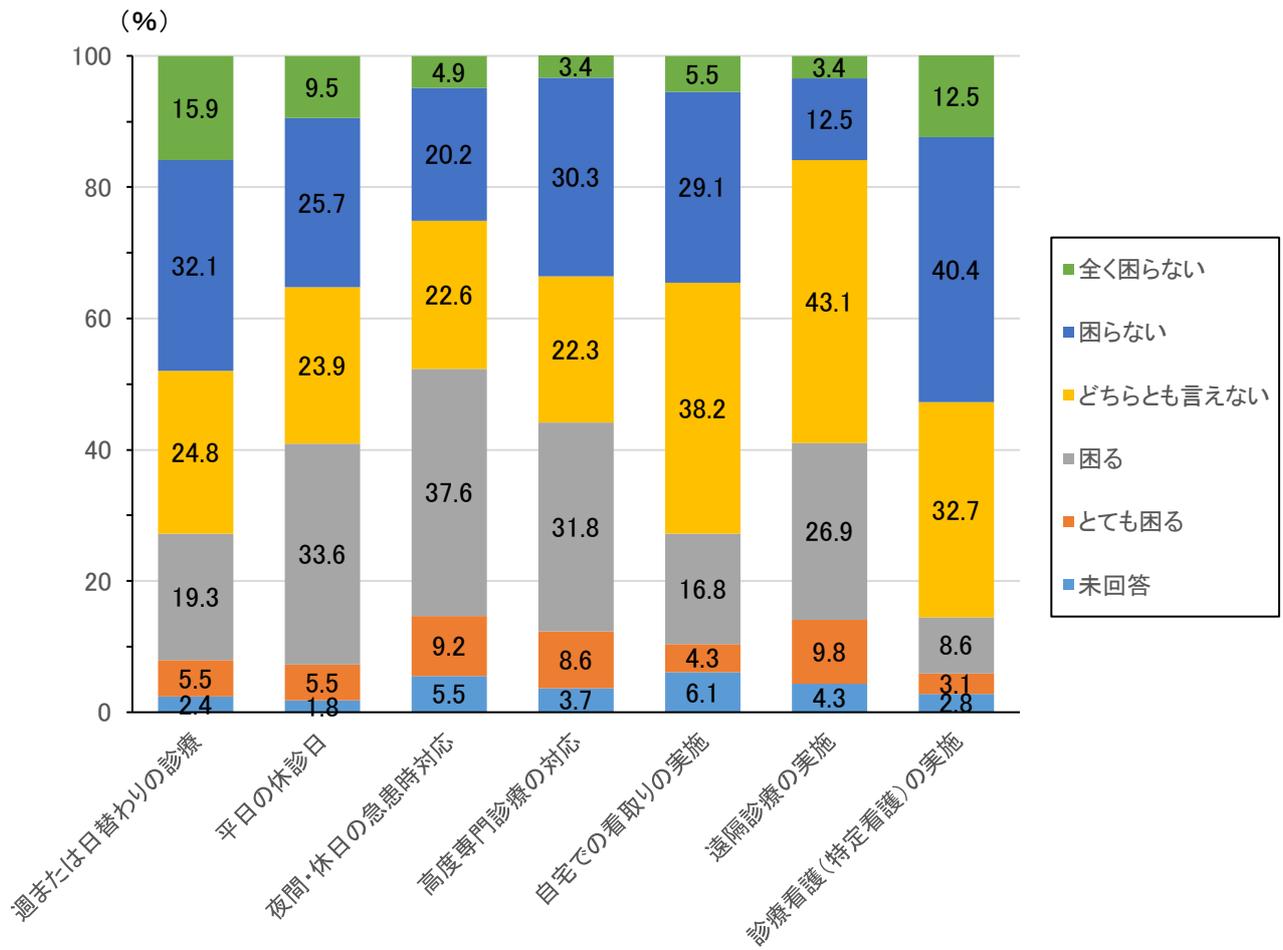


図1(上下) 住民調査の結果

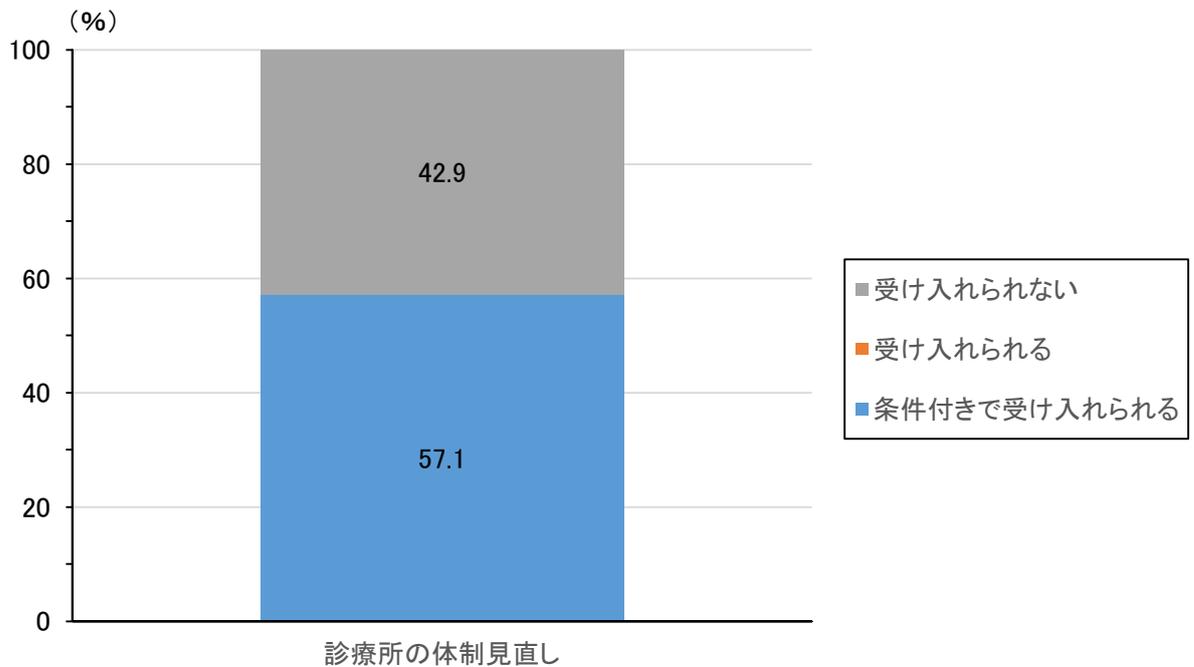
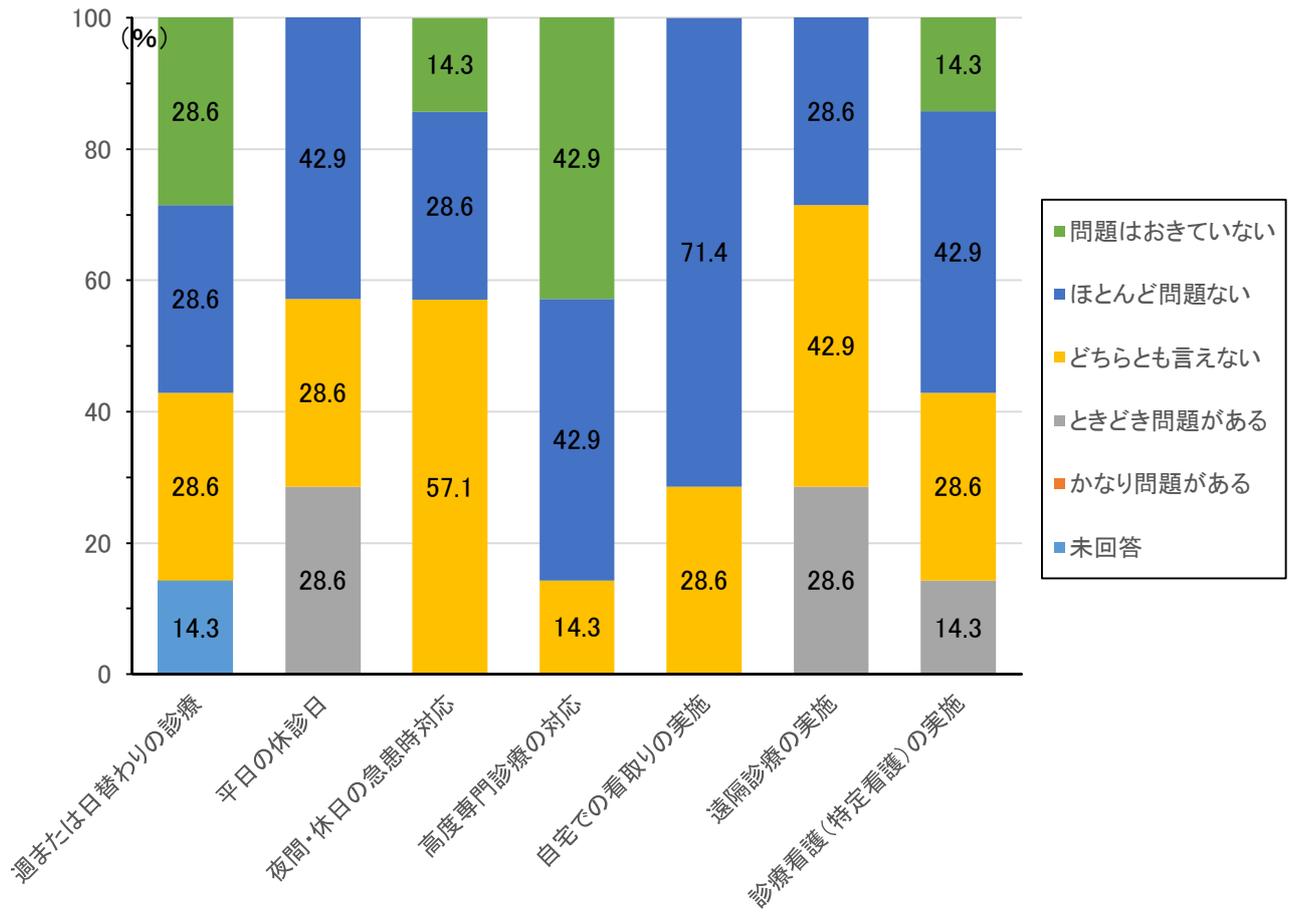


図2(上下) 行政調査の結果

診療所名

グループ診療体制に関する調査

この調査は地域の診療体制を検討することを目的としています。この質問紙の回答に要する時間はおよそ10分です。正しい答えや間違った答えはありませんので、日頃からお感じになっている通りお答えいただければと思います。

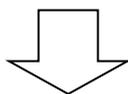
この調査への参加は強制ではありません。回答するかどうかはあなたの自由意思であり、参加の有無による不利益は一切生じません。また、答えたくない質問には回答しなくても構いません。

次のことについてお約束いたします。

- ◆ 無記名なので個人が特定されることはありません。
- ◆ 調査結果は集計して発表する予定ですが、回答していただいた内容は研究以外の目的では使用しません。
- ◆ 回答は5年間保管したのち、シュレッダーにて裁断し破棄します。

以上をご理解の上で回答していただき、返信用封筒で返送してください。（質問紙を受け取ってから 10日以内にご投函をお願いします）

以下の「回答の同意についての質問」に **必ず** お答えください。



本質問紙への回答に同意 します ・ しません ← どちらかに○をお願いします

どうぞよろしくお願いいたします

問1 週ごとや日替わりで異なる医師が診療する体制について、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く困らない b. 困らない c. どちらとも言えない d. 困る e. とても困る

問2 平日に診療所の休診日があることについて、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く困らない b. 困らない c. どちらとも言えない d. 困る e. とても困る

問3 夜間・休日における急な病気の対応について、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く困らない b. 困らない c. どちらとも言えない d. 困る e. とても困る

問4 専門性の高い特定の診療科（眼科、耳鼻咽喉科、産科、婦人科、皮膚科、整形外科）の診療が必要になった時、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く困らない b. 困らない c. どちらとも言えない d. 困る e. とても困る

問5 ご自宅で看取りを希望される場合、現在の診療所の体制について、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く困らない b. 困らない c. どちらとも言えない d. 困る e. とても困る

問6 対面診療の代わりにテレビ電話による遠隔診療を受けるとしたら、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く困らない b. 困らない c. どちらとも言えない d. 困る e. とても困る

問7 将来資格を持つ看護師が、臨時にお薬を投与したり、傷の処置をしたりするような、
医師の代わりにすることについて、どう思いますか。

一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く困らない b. 困らない c. どちらとも言えない d. 困る e. とても困る

問8 医師が診療所ではなく、公民館等に出向き、診療を行うことを巡回診療と言います。
あなたの地域にこのような体制はありますか。一つ選択してください。

- a. はい b. いいえ (→問10へ)

問9 問8で「はい」と回答された方にお伺いいたします。
もし、巡回診療が、将来的に見直される(回数の減少や、無くなること)としたら、
どう思われますか。一つ選択してください。

- a. 受け入れられない
b. 受け入れられる
c. 一定の条件が満たされれば、受け入れられる (以下もお答えください)



どういった条件があればいいですか。一つ選択してください。

- ① 看護師に電話相談することができる
- ② 医師のテレビ電話による遠隔診療を受けられる
- ③ 医療機関までの巡回バス、タクシー券の発行
- ④ その他 (ご希望をご記載ください)

裏面に続きます

問 10 もし、近くの診療所の診療体制が、将来的に見直される（診療日や診療時間の短縮、巡回診療等の体制になる、閉鎖）としたら、どう思われますか。
一つ選択してください。

- a. 受け入れられない
- b. 受け入れられる
- c. 一定の条件が満たされれば、受け入れられる（以下もお答えください）



どういった条件があればいいですか。一つ選択してください。

- ① 看護師に電話相談することができる
- ② 医師のテレビ電話による遠隔診療を受けられる
- ③ 医療機関までの巡回バス、タクシー券の発行
- ④ その他（ご希望をご記載ください）

問11 あなたのことについて、教えてください。いずれか一つを選択してください。

性別 : 男 女

年齢 : 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代以降

家族構成： 一人暮らし 配偶者と2人暮らし
 家族と同居（小児あり） 家族と同居（小児なし）

受診状況： 具合が悪い時や相談事がある時、近くの診療所にかかっておられますか

 はい いいえ

持病 : 持病があれば教えてください

介護 : あなた自身、介護が必要な状態ですか はい いいえ

 家族に、介護が必要な方がいますか はい いいえ

質問は以上です。返信用封筒に入れ、ご投函をお願いいたします。
ご協力ありがとうございました。

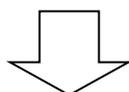
市町村名

市町村のグループ診療体制に関する調査

この調査は貴市町村のへき地の診療体制を検討することを目的としています。この質問紙の内容をもとに、後日聞き取り調査をさせていただきたいと思います。この質問紙の回答に要する時間はおよそ10分で、聞き取りによる調査は30分程度です。

この調査は個人を特定する調査ではありません（記名は不要です）。また、調査への参加も強制ではありません。不都合に対しては回答しなくても構いません。調査結果は集計して発表する予定ですが、回答していただいた内容は研究以外の目的では使用しません。また、回答は5年間保管したのち、シュレッダーにて裁断し破棄します。

以下の「回答の同意についての質問」に **必ず** お答えください。



本質問紙への回答および聞き取り調査に同意 します ・ しません

(どちらかに〇をお願いします)

【貴市町村のへき地についてお伺いします】

問1 週ごとや日替わりで異なる医師が診療する体制について、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 問題はおきていない b. ほとんど問題ない c. どちらとも言えない
d. ときどき問題がある e. かなり問題がある

問2 平日に診療所の休診日があることについて、どう思いますか。
一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 問題はおきていない b. ほとんど問題ない c. どちらとも言えない
d. ときどき問題がある e. かなり問題がある

問3 夜間・休日における急な病気の対応について、どう思いますか。

一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 問題はおきていない b. ほとんど問題ない c. どちらとも言えない
d. ときどき問題がある e. かなり問題がある

問4 専門性の高い特定の診療科（眼科、耳鼻咽喉科、産科、婦人科、皮膚科、整形外科）の診療が必要になった時、どう思いますか。一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 問題はおきていない b. ほとんど問題ない c. どちらとも言えない
d. ときどき問題がある e. かなり問題がある

問5 ご自宅で看取りを希望される場合、現在の診療所の体制について、どう思いますか。

一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 問題はおきていない b. ほとんど問題ない c. どちらとも言えない
d. ときどき問題がある e. かなり問題がある

問6 対面診療の代わりにテレビ電話による遠隔診療を受けるとしたら、どう思いますか。

一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く問題はない b. 問題はない c. どちらとも言えない
d. 問題がある e. かなり問題がある

問7 将来資格を持つ看護師が、臨時にお薬を投与したり、傷の処置をしたりするような、医師の代わりをすることについて、どう思いますか。一つ選択し、理由を記載してください。

- a. 全く問題はない b. 問題はない c. どちらとも言えない
d. 問題がある e. かなり問題がある

問8 医師が診療所ではなく、公民館等に出向き、診療を行うことを巡回診療と言います。地域にこのような体制はありますか。一つ選択してください。

- a. はい b. いいえ (→問 10 へ)

問9 問8で「はい」と回答された市町村にお伺いいたします。もし、巡回診療が、将来的に見直される(回数の減少や、無くなること)としたら、どう思われますか。一つ選択してください。

- a. 受け入れられない
b. 受け入れられる
c. 一定の条件が満たされれば、受け入れられる (以下もお答えください)



こういった条件があればいいですか。一つ選択してください。

- ① 看護師に電話相談することができる
② 医師のテレビ電話による遠隔診療を受けられる
③ 医療機関までの巡回バス、タクシー券の発行
④ その他 (ご希望をご記載ください)

裏面に続きます

問10 もし、近くの診療所の診療体制が、将来的に見直される（診療日や診療時間の短縮、巡回診療等の体制になる、閉鎖）としたら、どう思われますか。
一つ選択してください。

- a. 受け入れられない
- b. 受け入れられる
- c. 一定の条件が満たされれば、受け入れられる（以下もお答えください）



どういった条件があればいいですか。一つ選択してください。

- ① 看護師に電話相談することができる
- ② 医師のテレビ電話による遠隔診療を受けられる
- ③ 医療機関までの巡回バス、タクシー券の発行
- ④ その他（ご希望をご記載ください）

問11 現在の診療体制を導入するに至った、経緯について教えてください。

問12 現在の診療体制を導入するにあたって、留意されたことはありますか。

問13 現在、検討されている課題があれば、その課題や対策について、教えてください。

質問は以上です。この用紙をもとに聞き取り調査を行いますので、
お手元に保管をお願いいたします。

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

「将来のへき地医療提供体制の課題について、立場による共通認識と違い」

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
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
今道英秋 自治医科大学救急医学 客員研究員
春山早苗 自治医科大学看護学部 教授
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 自治医科大学医学部 客員教授

研究要旨

【目的】

本研究の目的は、将来のへき地医療提供体制の課題と対応について、都道府県、市町村、医師、看護師の共通認識と違いを明らかにすることである。

【方法】

昨年実施した「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を分析した。

【結果】

（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3つにあげていた。

（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、検討するのに適切な場としては、都道府県や市町村は、「都道府県が設置する協議会など」を最も多かったが、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」の回答が最も多かった。

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%）もあった。

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。

【考察】

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。

【結論】

2025年に向けてへき地医療提供体制が直面する課題や対応策については、関係者間で共通認識があることが明らかになった。一方で、将来の提供体制を「検討する場」の存在の認識や、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、看護師では認識が異なっていた。

A. 研究目的

本研究の目的は、将来のへき地医療提供体制の課題と対応について、都道府県、市町村、医師、看護師の共通認識と違いを明らかにすることである。

B. 研究方法

昨年度、へき地医療提供体制に関する調査を、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常勤の医師・看護師を対象にそれぞれ実施した。

各調査とも、「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」については、共通設問を設けた。

今年度は、各調査の共通設問項目の比較分析を通じて、本テーマに対する立場による共通認識と違いを明らかにした。

(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(臨大16-028、平成28年9月2日)。

C. 研究結果

1. 2025年に直面する課題と検討状況

(1) 直面する課題

2025年に向けて直面する課題について、「患者数の減少」「後任医師の確保困難」「経営状態の悪化」「後任看護師の確保困難」「その他」の中から、複数回答形式で回答を得た(表1)。結果は、いずれの調査でも、約70%以上が「患者数の減少」を課題としてあげており、「後任医師の確保困難」「経営上合の悪化」「後任看護師の確保」についても、いずれの調査でも半数以上が課題であると指摘していた。「その他」の回答では、「施設、設備の老朽化」「医師の高齢化」「介護サービスの不足」「介護の担い手不足」「在宅医療ニーズの増加」などがあげられた。

(表1) 2025年に向けて直面する課題

	(%)			
	都道府県	市町村	医師	看護師
a 患者数の減少	97.6	80.1	74.5	68.0
b 後任医師の確保困難	97.6	66.8	52.6	74.5
c 経営状態の悪化	92.9	61.6	59.6	55.1
d 後任看護師の確保困難	92.9	52.6	52.6	60.7
e その他	23.8	5.2	11.5	6.1
N	42	904	384	1,024

(2) 望ましいと思われる経営形態について

先の直面する課題に対応する上で、望ましいと思われる経営形態について、「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」「民間病院の附属、指定管理」「大学病院の附属、指定管理」「閉院」「その他」の中から複数回答で回答を得た。

結果は、「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」が上位3つを占め、いずれの調査でも20%を上回っていた。一方、同じ附属、指定管理でも、「民間病院」の回答率は、市町村、医師、看護師調査では14.3~18.5%であり、「大学病院」は2.9~5.2%であった。「閉院」を回答した割合も、5.0% (看護師) ~14.3% (都道府県) とあった。「その他」の回答は、「現状維持」「不明」「分からない」「国保直営施設として維持」「市町での経営」「各設置者で検討すべきこと」などであった。

(表2) 望ましいと思われる経営形態

	(%)			
	都道府県	市町村	医師	看護師
出張診療所	52.4	24.1	43.0	31.9
グループ制による運営	47.6	21.0	35.2	23.9
公的病院の附属、指定管理	57.1	25.6	31.5	30.0
民間病院の附属、指定管理	40.5	18.5	14.3	14.5
大学病院の附属、指定管理	23.8	3.9	2.9	5.2
閉院	14.3	11.6	10.9	5.0
その他	35.7	21.0	12.0	8.4
N	42	813	384	1,024

2. 将来のへき地医療提供体制の見直し

(1) 見直しの場の有無

将来のへき地医療提供体制の見直しを検討する場の有無を聞いたところ、「有」の回答が、都道府県86.0%、市町村34.2%、医師39.3%、看護師38.1%であり、都道府県とそれ以外では、有意に都道府県の回答率が高かった。

(表3) 検討の場の有無

	(%)			
	都道府県	市町村	医師	看護師
有	86.0	34.2	39.3	38.1
無	14.0	62.5	56.8	56.2
無回答	0.0	3.3	3.9	5.8
N	43	512	384	1,024

※都道府県とそれ以外では、有意に差があった

(2) 検討する場の種類

見直しを検討する場について、既にある場合は、該当する場所を、無い場合は、最も望ましい場を聞いた。都道府県や市町村では、「無回答」を除けば、

「都道府県が設置する協議会など」が最も多く、医師、看護師では、「市町村や広域連合が設置する協議会など」とする回答が最も多かった。

「その他」には、〇〇委員会、〇〇協議会といった、既に設置してある組織、市町村内での組織、委員会、社協などの回答があった。

(表4) 検討する場の種類

	(%)			
	都道府県	市町村	医師	看護師
へき地医療支援機構	18.6	6.3	14.8	25.4
地域医療支援センター	11.6	2.5	11.5	17.1
都道府県が設置する協議会など	62.8	27.3	28.1	10.7
市町村や広域連合が設置する協議会など	2.3	23.2	31.5	36.5
その他	4.7	7.6	7.3	3.4
無回答	0.0	33.0	6.8	6.8
N	43	512	384	1,024

(1) 誰がリーダーシップを取るべきか

へき地医療提供体制を見直す上で、誰のリーダーシップが重要と思うかについて、順位を聞いた。表5には、1位にあがった選択肢の回答をまとめた。

都道府県と市町村では、「国」の回答が最も多く、医師、看護師では、「市町村」との回答が最も多かった。また、医師や看護師では、へき地診療所の回答が16.9%、44.0%、へき地医療拠点病院との回答が9.9%、32.8%あった。

(表5) 誰がリーダーシップを取るべきか。

	(%)			
	都道府県	市町村	医師	看護師
国	39.5	29.7	13.8	15.6
都道府県	20.9	18.8	18.0	31.3
市町村	14.0	27.1	25.0	65.7
大学	0.0	0.2	0.8	2.3
へき地医療拠点病院	9.3	3.3	9.9	32.8
へき地診療所	0.0	3.9	16.9	44.0
住民	2.3	7.6	9.4	13.4
その他	0.0	0.4	0.5	1.4
無回答	0.0	9.0	5.7	0.0
N	43	512	384	1,024

※都道府県、市町村、医師調査は、1位にあげた回答数を集計口

※看護師調査は、複数回答の合計を集計

(4) へき地医療提供体制を見直す上での課題

へき地医療提供体制を見直す上での課題について、複数回答で聞いた。

いずれの調査でもほぼ70%以上の回答があるのは、「住民の理解」と「市町村長の理解」であった。「へき地診療所の協力」は50.2%~69.8%、「へき地医療拠点病院の協力」は57.9%~88.4%であった。「大学の協力」は、都道府県は74.4%であったが、市町村は51.6%で、医師、看護師では、40%を下回った。「国の理解、支援」については、都道府県の79.1%、市町村71.7%をあげたが、医師は55.7%であった。

(表6) へき地医療提供体制を見直す上での課題

	都道府県	市町村	医師	看護師
住民の理解	69.8	81.3	83.9	67.5
へき地診療所の協力	69.8	58.2	58.6	50.2
へき地医療拠点病院の協力	88.4	69.5	72.9	57.9
大学の協力	74.4	51.6	39.3	14.4
市町村長の理解	81.4	75.0	85.9	73.3
知事の理解	48.8	64.5	52.6	20.8
国の理解・支援	79.1	71.7	55.7	0.0
その他	9.3	4.9	4.2	0.0
無回答	0.0	0.0	0.0	0.0
N	43	512	384	1024

※看護師調査では、国の理解は聞いていない

D. 考察

2025年に向けて直面する課題について、いずれの調査でも70%以上が「患者数の減少」を指摘しており、50%以上が「後任医師の確保」「経営状態の悪化」「後任看護師の確保」をあげていることから、人口減少と提供側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、「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」との回答が共通して20%以上あり、「閉院」の回答も約5~14%あった。地域の実態や経緯によって、選択肢は異なるだろうが、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について、検討する場があるかという、都道府県には「有(る)」との回答が86%と高かったが、市町村、医師、看護師では40%以下であった。検討の場が無い都道府県が14%あるということであり、また有ったとしても、市町村や医師、看護師には知られていないか、認識されていないという可能性がある。

検討する場として、既存の場所、あるいは望まし

い場所では、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など」の回答が多かった。この背景には、都道府県、市町村は、都道府県がへき地医療計画を立てていることから都道府県に期待してことが予想される。一方、医師や看護師は現場に近い行政に期待しており、立場の違いを表していると思われた。

さらに、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、考え方の違いが見て取れた。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」が約70%を超えていた。一方で、「大学の協力」が課題と74.4%の都道府県が指摘しているのに対し、医師は39.3%、看護師は14.4%と、大学に対する認識が異なっていた。また、国のリーダーシップに期待する立場を反映して、70%以上の都道府県や市町村が「国の理解、支援」を課題とあげていた。医療を受ける住民とへき地診療所を運営する者が市町村で多いことから、住民と市町村長の理解が不可欠と思われている。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。

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や対応策については、関係者間で共通認識があることが明らかになった。一方で、将来の提供体制を「検討する場」の存在の認識や、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、看護師では、認識が異なっていることが明らかになった。

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

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

「市町村のへき地医療提供体制に関する研究」

研究分担者 氏名 澤田 努

所属 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、高知県へき地医療専任担当官

研究要旨

【背景と目的】

少子高齢化・人口減少、地方の過疎化、新専門医制度のスタートや医師の働き方改革など、へき地医療を取り巻く環境は目まぐるしく変化している。いわゆるへき地に暮らす住民に対し、国民皆保険制度の下で将来に渡って持続可能な医療サービスを提供していくためには、これらの社会情勢の変化に応じた適切なへき地医療提供体制の整備が必要である。そこで、本研究では各市町村の現状やこれらの課題に対する取り組み状況などについて、市町村レベルの視点から多面的な分析と検討を行うことを目的とする。また、内陸部と離島部とを分けて検討することで、地理的条件による体制整備の方策の違いについても併せて検討を行う。

【方法】

へき地を有する市町村の医療提供体制に関する調査をアンケート方式で行った。調査対象はへき地診療所または無医地区・準無医地区を有する市町村の医療行政担当者とし、郵送等による自記式アンケート調査を実施した調査期間は、平成28年9月～12月であった。

調査内容は、①地域医療に関するへき地診療所との連携体制(医療に関する協議の場の設置等)、②地域医療に関する住民との関係について(住民に対する啓発活動の有無等)、③へき地における医療提供体制に対する意識調査(関心の高さ、県や医療機関との協議に対する意欲等)等であった。その主な調査内容は、へき地診療所の対象人口や常勤医師数、看取り、救急搬送手段、市町村と現場の医師との意思疎通、代診システムの普及状況、へき地医療支援機構の関与状況、地域住民に対する情報提供などである。無医地区・準無医地区に関する調査では、平均受診患者数、巡回診療を行う医療機関調査、市町村担当者の無医地区巡回診療に対する将来的に抱くビジョンなどについても調査を行った。統計解析は全体の集計を行った後、 χ^2 乗検定を用いて内陸部と離島部とに分けた解析を行った。有意水準は両側0.05とした。

【結果】

調査対象に該当する市町村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169施設であった。この内、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、常勤医師が不在の診療所は198ヶ所(24.1%)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%)などがあがり、望ましい運営形態としては公的病院の付属化・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。

次に、離島にあるへき地診療所の特徴について示す。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、公的病院の付属化(18.3%)や閉院(3.6%)を考える割合が内陸部と比べて低く、地理的条件が厳しい地域ほど医療体制を守ろうとする傾向が伺えた。

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。代診の調整等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なかった。

【考察】

H28年度の調査報告で、全国のへき地診療所の多くは対象人口が徐々に減少し、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。H29年度では、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等の理由から、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が、今後は、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。そのためには、日頃から地域住民の方とへき地診療所を今後どのように運営していくべきか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が、現状ではまだまだ少ないことが分かる。

本研究の限界として、県庁所在地や最寄りの救命救急センターとの距離など、各自治体における医療事情、地理的事情を正確に捉えきれていないこと、市町村アンケートであるためへき地医療に貢献する民間医療機関に関する情報が少ないことなどが挙げられた。今後は、他の因子を解析し、統計学的に妥当かつ国民の合意を得られるような分析を重ねていきたい。

【結論】

全国のへき地診療所に関する医師・看護師数、対象人口などの詳細情報を収集し、内陸地に設置されたへき地診療所と離島にあるへき地診療所とを比較した。この結果、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では、常勤医師を継続配置する可能性や、常勤医師の配置から医師派遣などの「面で支える医療」の仕組みについて検討する必要性が示唆された。なお、調査から、予想以上にへき地医療支援機構との代診調整を受けている市町村が少ないことが分かったため、今後もへき地医療体制を持続可能にするためには、へき地医療支援機構やへき地医療拠点病院群との円滑な連携により、「医療の確保」をしていくことが必要と考えられた。

A. 研究目的

高齢化と過疎化・人口減少といった社会変化に応じた適切なへき地医療の提供体制整備と、近年目まぐるしく変化するへき地医療に従事する医師のキャリアパスや労働環境のあり方について、市町村レベルの視点から多面的な分析と検討を行うことを目的とする。また、内陸部と離島部を分けて解析を行うことにより、地理的条件による体制整備の方策の違いについても併せて検討を行う。

B. 研究方法

へき地を有する市町村の医療提供体制に関する調査をアンケート方式で行った。

対象：へき地診療所または無医地区・準無医地区を有する市町村の医療行政担当者

方法：郵送等による自記式アンケート

内容：①地域医療に関するへき地診療所との連携体制（医療に関する協議の場の設置等）、②地域医療に関する住民との関係について（住民に対する啓発活動の有無等）、③へき地における医療提供体制に対する意識調査（関心の高さ、県や医療機関との協議に対する意欲等）等

（倫理面への配慮）

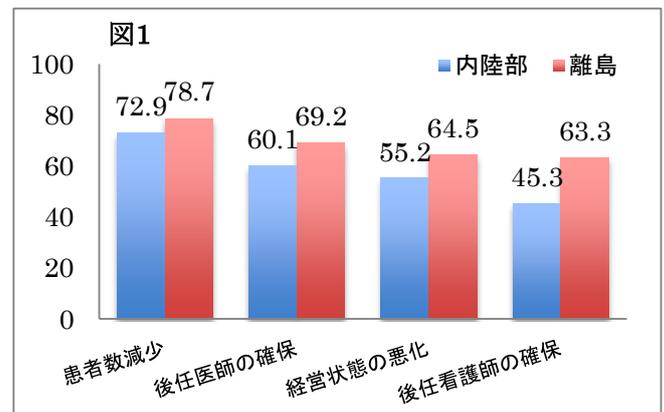
各市町村の担当者等へのアンケートでは、個人情報情報を扱っていない。そのため、人権に対する配慮や、研究による不利益、危険性等は存在せず、インフォームドコンセント等は必要ないが、調査の趣旨を説明した文書をつけ、返信を持って了解とすることにした。なお、本研究は自治医科大学の倫理審査委員会の承認を得ている（第臨大16-028）。

（統計解析）

全体の記述統計を行ったのち、 χ^2 乗検定を用いて内陸部と離島部とに分けた解析を行った。有意水準は両側0.05とした。統計ソフトはIBM社のSPSS Statistics version 24を用いた。

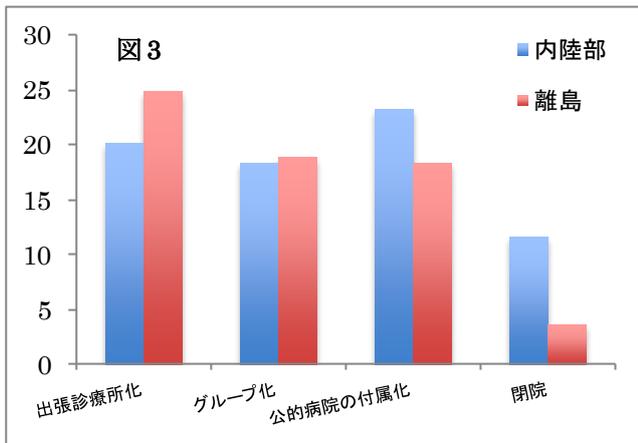
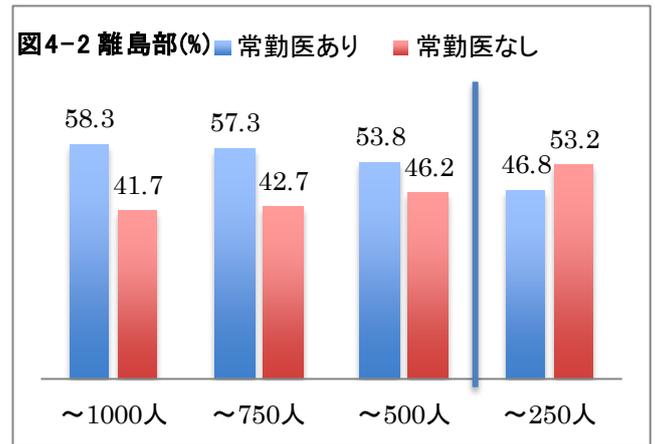
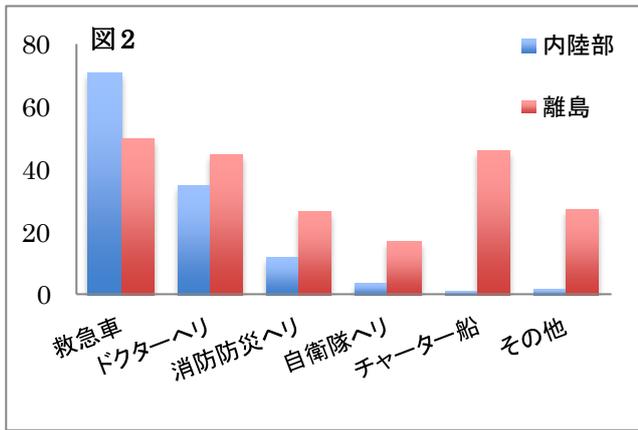
C. 研究結果

今回の「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、へき地診療所に関しては、821施設について報告があり、この中で離島診療所は169施設であった。この内、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（付表 図7-1、7-2）、常勤医師が不在の診療所は198ヶ所（24.1%）であった。2025年に向けて直面する課題は、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%）、今後望ましい運営形態は公的病院の付属化・指定管理208施設（22.4%）、出張診療所196施設（21.1%）などが挙げられた（図1、図3）。



次に、離島の特徴について示す。離島では対象人口（平均909人）、患者数（同25.1人）が少なく（付表 図7-1、7-2）、非常勤医師の在籍（77.5%）（付表 図9-2）、非常勤看護師の在籍（71.6%）（付表 図9-4）、代診システムの存在（49.7%）（付表 図16-1）、大学医局による派遣（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%）（付表 図17）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（図2）。また今後望ましい運営形態として、公的病院の付属化（18.3%）や閉院（3.6%）を考える割合が内陸部と比べて低く、地理的条件が厳しい地域ほど医療体制を守ろうとする傾向が伺えた（図3）。



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（図4-1）、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分かった（図4-2）。

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多く有している（84市町村 49.7%）ことが分かった（付表 図16-1）。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。代診の調整等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%）（付表 図16-2）。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とで有意差は認めなかった（付表 図16-2）。

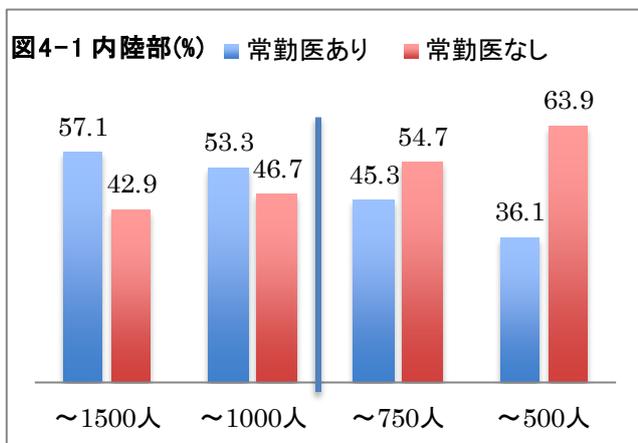


図5 アンケート調査からの提言

内陸部では人口1000人、外来患者数20人
離島では人口500人、外来患者数15人

を一つの目安(指標)としていただき、

「点で支える医療(医師の確保)」から
「面で支える医療(医療の確保)」への転換を
検討すべきではないかと考える。

D. 考察

全国のへき地を有する市町村が抱える問題点や課題について調査を行った。昨年度の調査報告で、全国のへき地診療所の多くは対象人口が徐々に少なくなってきたおり、常勤医師不在の診療所が増加傾向にあることを報告した。今回、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人を下回った地域では常勤医師の配置が困難になっているという傾向を認めた（図5）。

この結果から、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等の理由から、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が、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ている。そのためには、日頃から地域住民の方とへき地診療所を今後どのように運営していくべきか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が、現状ではまだまだ少ないことが分かる。高知県で実際に運用されている「面で支える医療」について、具体的な事例を内陸（中山間地域）にあるへき地診療所（図6-1）と離島にあるへき地診療所（図6-2）について各々提示する。前者は、対象人口600人（＜1000人：内陸地）、一日平均外来患者数15名（＜20人：内陸地）、後者は対象人口300人（＜500人：離島）、一日平均外来患者数8名（＜15人：離島）と我々が示した目安（指標）を満たしていた。

面で支える医療のメリットは、地元で医療を受ける体制が確保できる、精査加療が必要となれば、急性期病院を受診・入院しやすい、住民が医師を選べる（医師の専門性が活かせる）、研修医に対して「地域を診る」視点の教育がしやすいなどが挙げられる。デメリット（今後の課題）としては、休診日は受診できない、時間外の救急医療は受けられない、医療の継続性を担保するのが課題（受診の度に医師が異なる等）、派遣元病院での医療の継続性を担保しておく必要がある等が挙げられる（図6-3）。

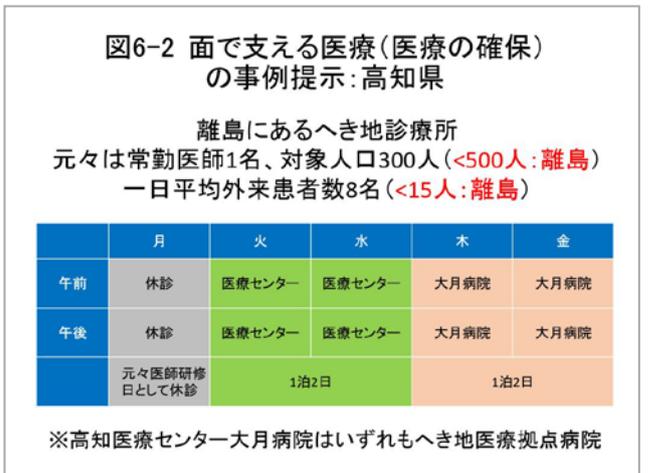


図6-3 面で支える医療の メリット・デメリット

・メリット

- ・地元で医療を受ける体制が確保できる
- ・精査加療が必要となれば、急性期病院を受診・入院しやすい
- ・住民が医師を選べる(医師の専門性が活かせる)
- ・研修医に対して「地域を診る」視点の教育がしやすい

・デメリット(今後の課題)

- ・休診日は受診できない
- ・時間外の救急医療は受けられない
- ・医療の継続性を担保するのが課題(受診の度に医師が異なる等)
- ・派遣元病院での医療の継続性の担保

本研究の限界として、自記式アンケート調査であることから正確な市町村の実態を捉えきれていない可能性があること、県庁所在地や最寄りの救命救急センターとの距離など、各自治体における医療事情、地理的事情を正確に捉えきれていないこと、市町村アンケートであるためへき地医療に貢献する民間医療機関に関する情報が少ないことなどが挙げられた。今後へき地医療に関する他の因子を解析することによって、統計学的に妥当でかつ今後へき地医療に関する他の因子を解析することにより、統計学的に妥当でかつ今後のへき地医療政策を形成する上で、国民の合意を得られるような調査を重ねていきたいと考えている。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

第17回日本プライマリ・ケア連合学会四国地方会
第24回四国地域医学研究会 合同学術集会（平成
29年11月18日～19日）の一般演題にて発表した。

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

【付表】

図 7-1 対象人口（内陸部）

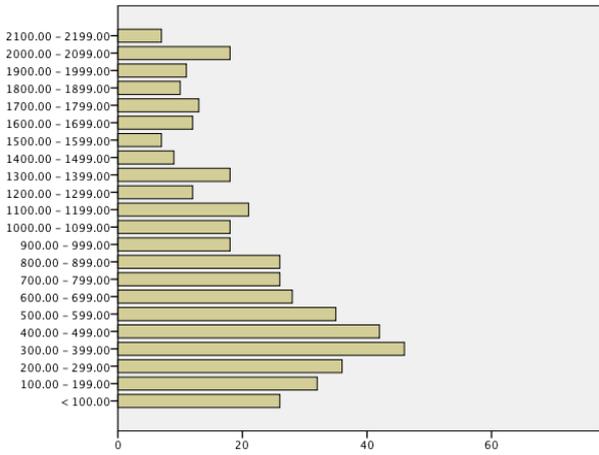


図 7-2 対象人口（離島部）

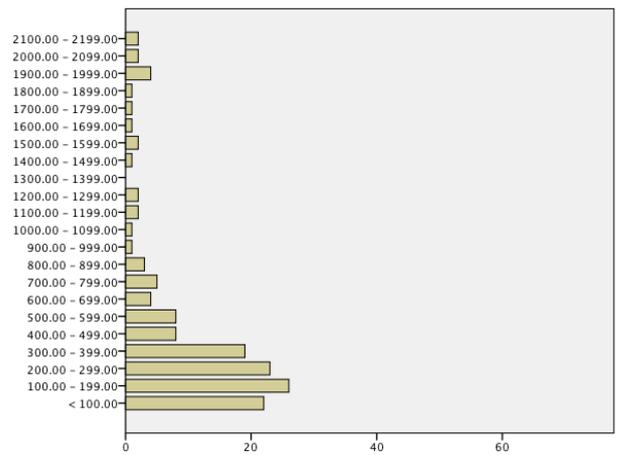


図8 開設者

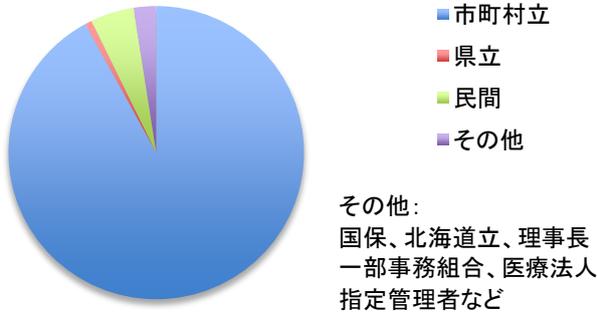


図9-1常勤医師数

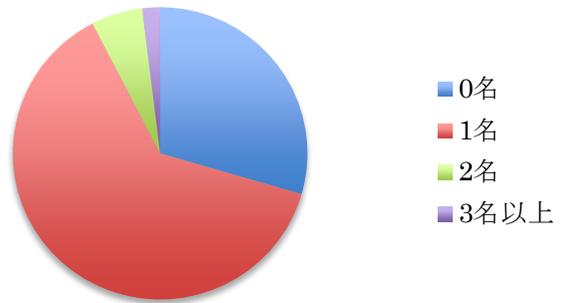


図9-2非常勤医師数

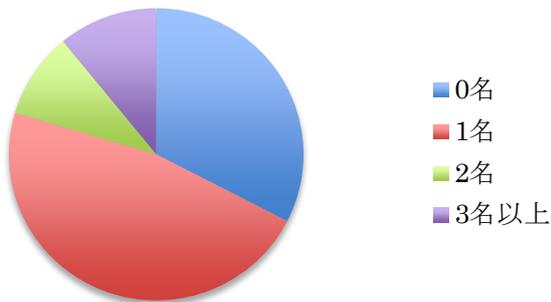


図9-3常勤看護師数

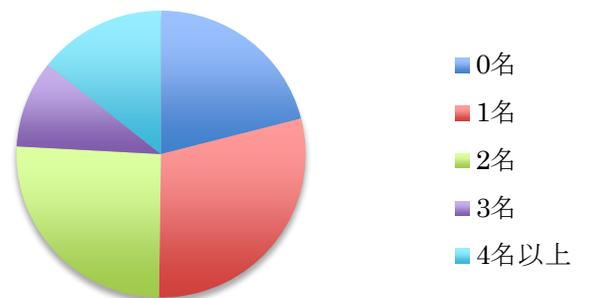


図9-4非常勤看護師数

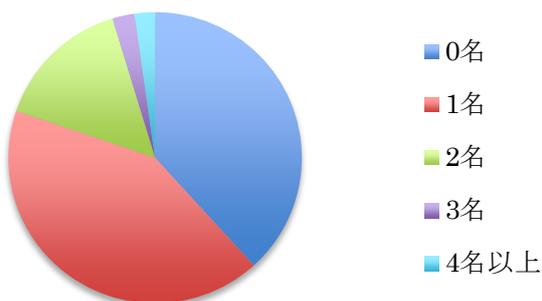


図9-5 その他医療職の在籍(%)

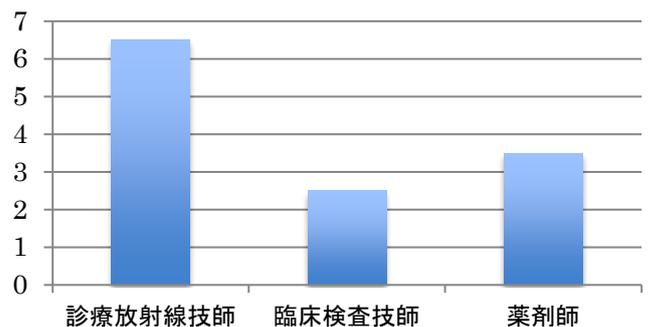


図9-6事務職員数

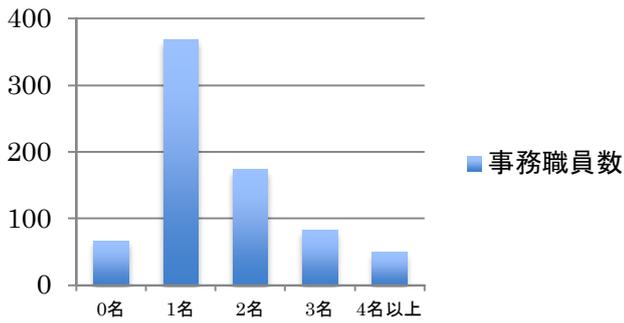


図10医師のリクルート方法

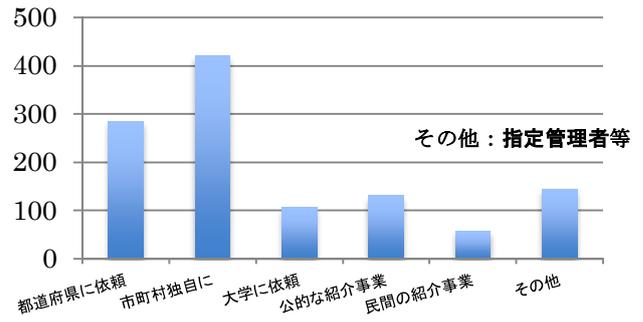


図11-1 外来患者数 内陸部(%)

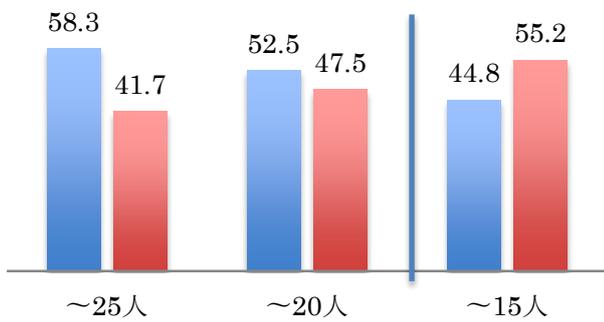


図11-2 外来患者数 離島部(%)

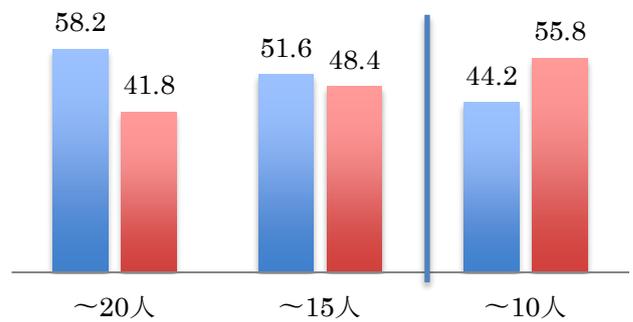


図12-1入院患者数(内陸部)

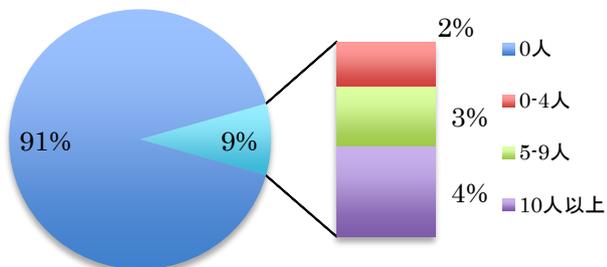


図12-2入院患者数(離島部)

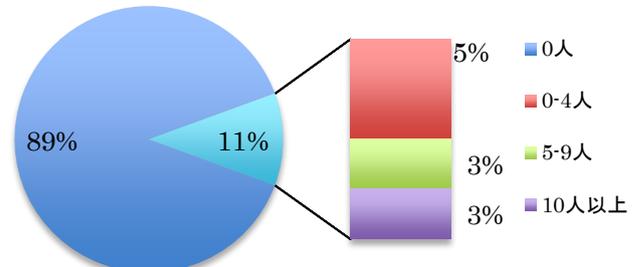


図13-1分娩への対応(内陸部)

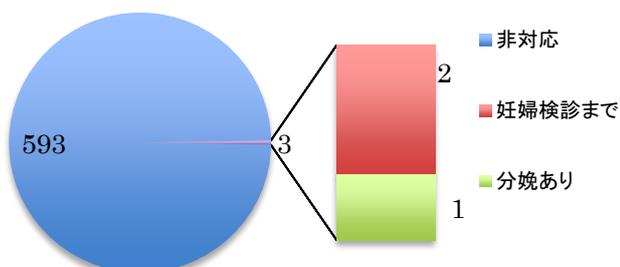
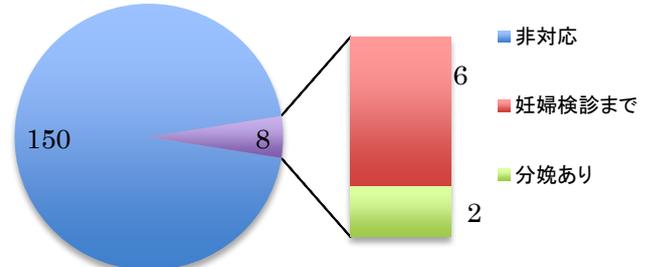


図13-2分娩への対応(離島部)



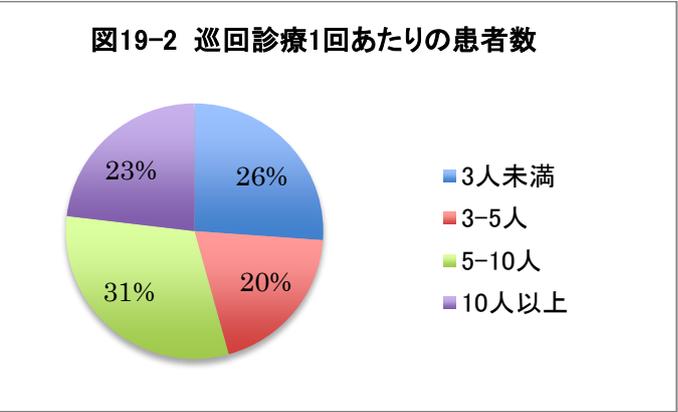
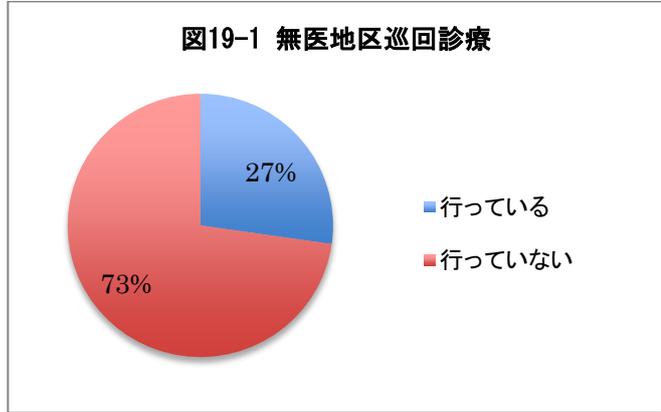
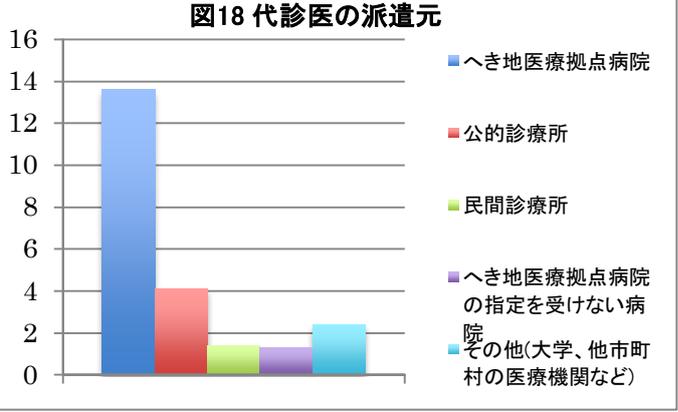
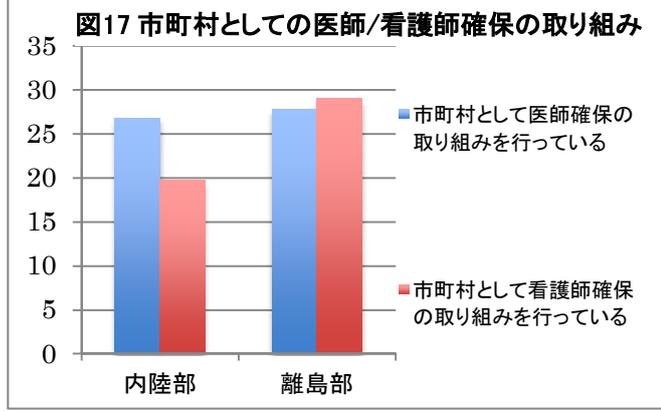
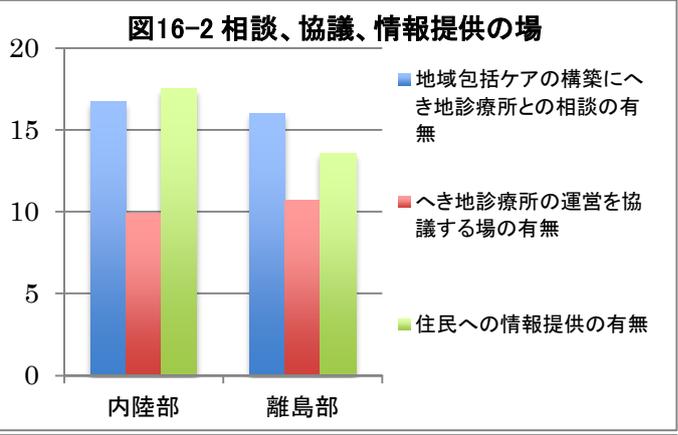
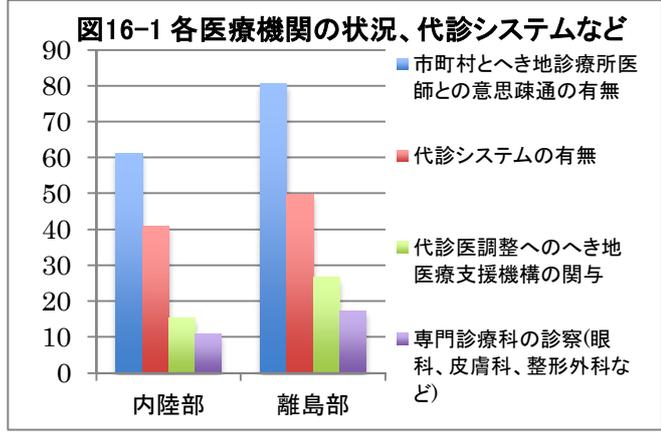
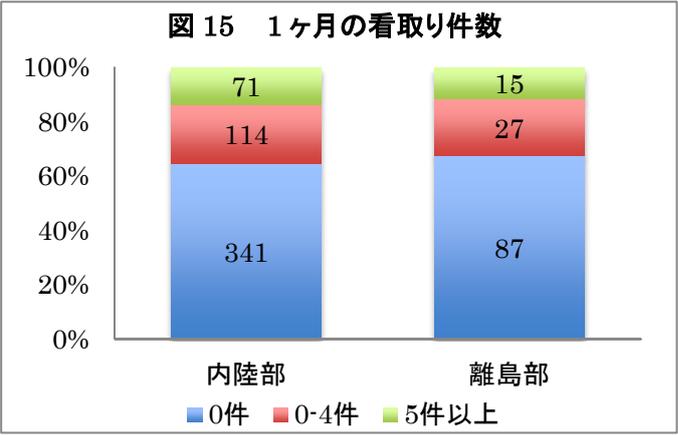
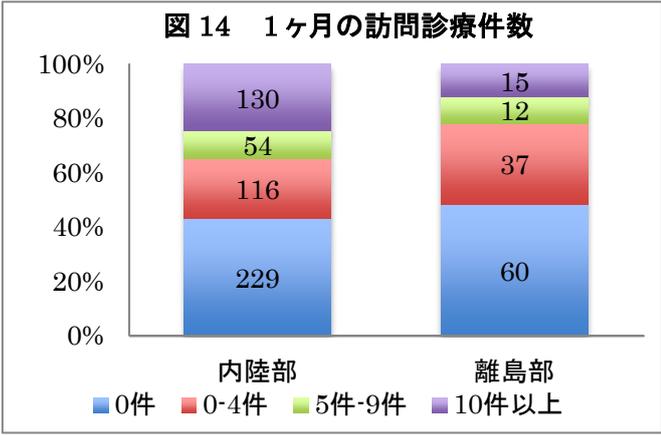


図19-3巡回診療の今後の展望

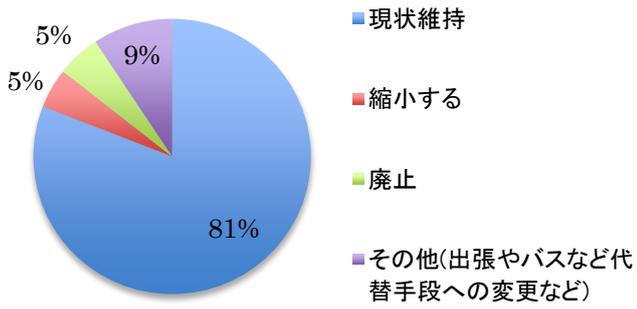
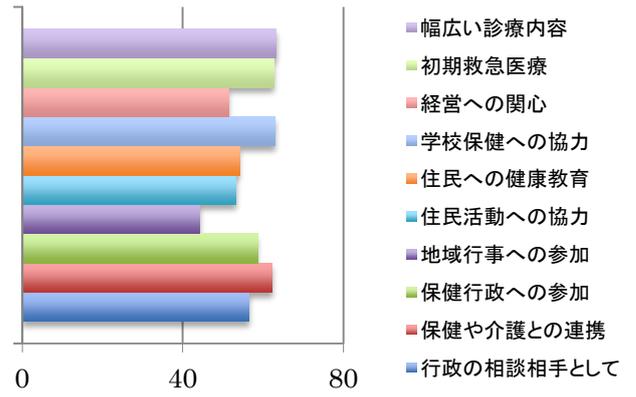


図20 市町村の医師への満足度(%)



【付表】国や県に対する提言や要望（自由意見）

○医師の偏在化の解消を国が主体的に実施してほしい。医療（医師）確保が地方創生につながるが、東京一極集中の現状ではいち自治体の施策では限界がある。
4 地区とも災害時には医療機関へ遠くていけない事が考えられる。 又、過疎化が進む中、民間の診療所に対応いただいているところも常駐ではないため、災害時の医療救護の対策等に支援いただきたい。
医師、看護師などの人材確保
医師確保、財源確保、へき地での医師確保事業の実施
医師不足地域に対する医師確保の支援
医師不足の対策
医師も専門分野化され、へき地医療を担う医師が不足している。総合医療の育成に向けた政策を期待したい。
医師確保に向けての支援体制の構築
患者輸送車等の購入補助 道路整備の充実
緊急時、片道 30 分以上かかる奥部の救急時の体制確保
継続をお願いしたい
限界集落から消滅集落が危惧される地域の住民への医療支援を縮小することはあり得ないとする。巡回診療を実施する医療機関への支援を継続してもらいたい。
現在、地域枠医師を派遣して頂いておりますので、今後も継続的な派遣を要望致します。
現在の巡回診療を継続してほしい。
県による継続的な実施
県補助金の継続を要望
財政支援、医師・看護師不足の対策
在宅訪問患者への医療費算定の基準の見直しを要望する。
自分で通院等ができない方が、必要な医療を必要な時に受けられるよう、病医院までの送迎の制度化を要望する。
住民への医療確保に補助金などの支援を
受療行動が取りにくいいため疾病予防・重症化予防のための、健診等受診結果に基づき自己管理能力を向上できるように保健指導を行っているが、保健師・栄養士のマンパワーが不可欠である。確保の為の補助を要望する。
巡回診療といっても週 2 回 2 時間のみなので住民の安心安全を考えれば常時医師が必要であるため体制整備に向けて手厚い支援、助成をお願いしたい。
巡回診療等に対する補助制度
巡回診療を廃止された経緯があります。へき地にとって医療の確保は大きな課題です。弱小へき地の医療の充実ももっと力を入れてください。
助成の充実
人的支援（巡回診療を行う施設への医師配置（配置計画策定における当該事業の評価）） 財政支援（補助金増額）
診療継続の体制構築
診療継続の体制構築
診療所の運営について、国、県の責任において、サービス維持を確保してほしい。
地域人口が減少し、且つ高齢化により、医療だけでなく、集落の維持が限界をむかえようとしている。
町内に診療所は 1 箇所しかないので公的病院による巡回診療を希望。
当町では巡回診療は行っていないが、通院バスの運行経費に対する国庫補助を受けて、内・外科は週 1 回、眼科は月 1 回の送迎を実施している。
派遣に対する費用の助成

必要経費の更なる助成
へき地(離島を含む。)診療所の運営費等について継続的な補助を要望します。
へき地診療に対する補助・支援の継続・拡充、医師の確保
無医地区市町村(医師確保)への巡回診療助成措置
無医地区を抱える市町村に対し、医師確保(特に内科総合診療科医)支援策として、国として一定以上の医師養成大学機関に派遣指定を課してほしい、市町村は地元の医療機関にその医師を送り、送迎支援をして診療できる体制を作れるようにしたい。
医師が1人しかいない診療所が多数あり、その医師がいなくなると無医地区等になる地区も多い。無医地区や準無医地区だけでなく、医師が1人しかいない地区でも、継続的に医療提供できる体制を確保できるよう支援を強化してほしい。
医師確保、財源確保、へき地での医師確保事業の実施
巡回診療する医療機関が増えるよう大学での研修の外に医療機関への補助等の支援、働きかけが必要である。
無医地区または準無医地区は特に高齢化が進んでおり、単身高齢者、老々介護、認々介護世帯も多くなっている。そのため、医療だけでなく、福祉、介護の面でも支援が必要となっている方が増えていることから、医療介護福祉も視野にいれた診療体制とサービス提供体制の構築強化のために支援をお願いしたい。無医地区または準無医地区は医師だけでなく看護師不足も深刻な問題となっている。看護師確保の取り組み強化をお願いしたい。

へき地を有する市町村の医療提供体制に関する調査 御協力をお願い

自治医科大学地域医療学センター長
(研究代表者) 梶井 英治

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私ども「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」班では、来る人口減少社会と新しい制度の動き（専門医制度や看護師の特定行為の研修制度）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、市町村、へき地診療所に勤務する医師・看護師に対してアンケート調査を実施することになりました。調査の実施にあたり、厚生労働省医政局、各都道府県の御協力を得て、貴市町村の担当課へ、本調査の依頼をさせて頂いております。

主な調査の内容は、「へき地診療所の医療提供体制について」「無医地区・準無医地区について」「関係者の協力体制の構築について」の3点です。全国規模で、様々な立場の方々が行き組んでおられることが分かれば、今後、それぞれの地域でへき地医療体制を見直す際に、有用な資料になることと思います。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、調査の主旨をご理解の上、ご回答下さいますようお願い申し上げます。

敬具

1. 調査用紙の記入および回収

調査用紙（エクセル）にご回答の上、〇月〇日（月）までに下記事務局 e-Mail アドレス宛にお送りください。

2. 個人情報の取り扱い等について

調査内容の分析、結果の取りまとめ等は統計的に処理し、匿名化します。本研究は自治医科大学の倫理委員会の承認を得て実施しております。

3. 調査の実施主体及び調査結果の取りまとめ

本調査は、厚生労働科学研究「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」班で実施するものです。調査結果は、学会や論文・報告書等において、個人を特定できない形で公表致します。

4. 調査用紙の返送先および調査内容の照会先

<お問い合わせ>

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1

こじょう いわさき

自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門（担当：古城、岩崎）

電話：0285-58-7394 e-Mail：dcfm-i@jichi.ac.jp

<苦情相談先>

大学事務部研究支援課（電話：0285-58-8933）

へき地を有する市町村の医療提供体制に関する調査

回答は、添付したエクセルシートにご入力の上、メールにて返送してください。

1 へき地診療所の医療提供体制（平成28年4月1日現在）について

問1 市町村内にあるへき地診療所の運営内容について下記の点をお伺いします。
※複数の診療所が有る場合は、それぞれについてご回答をお願いします。
※へき地保健医療対策等実施要綱にあるへき地診療所を指し、国民健康保険直営診療所を含みます。都道府県によって運用実態が異なる場合は、都道府県のへき地保健医療計画に記載されている診療所をご記入ください。

- (1) 診療所名 全ての診療所名をご記入ください。
- (2) 診療所の開設者
 - a 市町村立
 - b 県立
 - c 民間
 - d その他（ ）
- (3) 診療所が対象とする人口
- (4) 医師数（常勤）
- (5) 医師数（非常勤）
- (6) 看護師数（常勤）
- (7) 看護師数（非常勤）
- (8) 事務職員数
- (9) その他の職員（当てはまるものにすべてに○をつけてください）
 - a 診療放射線技師
 - b 臨床検査技師
 - c 薬剤師
 - d 患者送迎運転手
 - e ケースワーカー
 - f その他（ ）
- (10) 医師のリクルート方法（当てはまるものにすべてに○をつけてください）
 - a 都道府県に依頼（自治医大や修学資金出身者の派遣依頼等）
 - b 市町村独自に手配
 - c 大学に依頼
 - d 公的な医師紹介事業
 - e 民間紹介事業
 - f その他（ ）

問2 へき地診療所の診療実績等についてお伺いします。

- (1) 1日あたりの平均受診患者数（平成27年4月1日～平成28年3月31日）
- (2) 1日あたりの平均入院患者数（平成27年4月1日～平成28年3月31日）
- (3) 1ヶ月の平均訪問診療件数（平成27年4月1日～平成28年3月31日）

- (4) 平成 27 年度の看取り件数（死亡診断書などを参考にしてください）
- (5) 分娩への対応について、下記から一つ選択してください。
- a 分娩あり b 妊婦健診まで c 非対応
- (6) 利用可能な救急搬送体制について、可能なものにすべてに○をつけてください。
- a 救急車 b ドクターヘリ c 消防防災ヘリ
d 自衛隊ヘリ e チャーター船 f その他（ ）
- (7) 市町村とへき地診療所医師の間での意思疎通は図れていると思えますか。
- a はい b いいえ c どちらともいえない
- (8) 医師が不在となる場合については、代診のシステムがありますか。
- a はい b いいえ（→（10）へ） c 分からない（→（10）へ）
- (9)（8）で「はい」と回答された場合、代診医の派遣元について、当てはまるものすべてに○をつけてください。
- a へき地医療拠点病院
b 同一市町村内にある公的診療所
c 同一市町村内にある民間診療所
d へき地医療拠点病院の指定を受けない病院
e その他（ ）
- (10) 代診医派遣の調整にはへき地医療支援機構の関与がありますか。
- a 有 b 無
- (11) 専門診療科の診察日がありますか。
- a 有 b 無
- (12)（11）で「有」と回答された場合は、専門診療科と診療頻度を教えてください。
- 【記載例】 眼科 2週間に1回、 耳鼻咽喉科 1ヶ月に1回 など

問3 へき地診療所との連携体制についてお伺いします。※市町村として一つの回答です。

- (1) 地域包括ケアシステムの構築にあたって、へき地診療所と相談していますか。
- a はい b いいえ c 分からない
- (2) へき地診療所の運営に関して協議する場合は設置されていますか。
- a 設置されている ⇒（3）へ進んでください
b 設置されていない ⇒（5）へ進んでください
c 分からない ⇒（5）へ進んでください

4 へき地診療所に勤務する医師に対する満足度

問7 現在のへき地診療所に勤務する医師に対する「満足度」を教えてください。

全く満足していない (1)
 あまり満足していない (2)
 満足している (3)
 とても満足している (4)

1. 幅広い診療内容の提供 -----	4	3	2	1
2. 初期救急医療への対応 -----	4	3	2	1
3. 医療機関への経営に対する関心 -----	4	3	2	1
4. 学校保健への協力 -----	4	3	2	1
5. 地域住民への健康教育 -----	4	3	2	1
6. 医療に関する住民活動への協力 -----	4	3	2	1
7. 地域の行事への参加 -----	4	3	2	1
8. 保健行政への参加 -----	4	3	2	1
9. 保健や介護との連携への関与 -----	4	3	2	1
10. 保健・医療・福祉・介護に関する行政の相談相手 -----	4	3	2	1

問8 これ以外に、へき地診療所の勤務医師の役割として「期待すること」を教えてください (自由記載)。

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

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

「へき地に勤務する医師に関するアンケート調査」

研究分担者 今道英秋 自治医科大学救急医学 客員研究員

研究要旨

昨年度の報告書では、①現在行っている診療業務の内容、②診療能力向上のための研鑽、③専門医取得に関連する状況、④医療提供体制の再構築の現状について検討を行った。今年度はこの中から、専門医取得に関する状況と医師が診療所のある地域を離れることについての周辺の状況についてさらなる分析を行った。理解を助けるため、主に結果について一部、引用・再掲したところがある。

【目的と方法】

へき地診療所に勤務する医師641名を対象として、専門医取得に関連する状況、医師が診療所を離れることについての周辺の環境(勤務時間以外に地域を離れることについての制約)について無記名の調査を行った。

【結果】

384名(59.9%)の医師から回答を得た。男性が9割近くであり、30代および50代がそれぞれ4分の1を占めていた。医師としての経験年数は9年以下が3割近くでもっとも多かったが、20～29年、30～39年もそれぞれ2割を超えていた。へき地に勤務している理由は、自らの意思が最も多く5割近くであり、自治医科大学卒業医師や地域枠養成医師、その他の修学制度による医師も4割に認められた。

1. 専門医取得に関連する状況

昨年の分析では、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。本来、初期臨床研修直後に開始するはずの専門研修を保留したり、開始できなかつたりすることから、へき地勤務は専門研修にとっての阻害因子であると考えられた。

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、へき地勤務は専門医資格の維持にも阻害因子であることが判明した。

このことから、へき地に勤務する医師が専門研修を継続できるようにするとともに、取得した医師が資格を維持できる環境を構築することが重要だと考えられた。

2. 医師が診療所のある地域を離れることについての周辺の状況

勤務時間以外に地域を離れることについての制約については、応需の必要などで4割の医師が拘束されていると回答しており、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。また3分の1の医師は制約されないと回答し、複数医師体制や診療所のグループ化も一部にあり、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た。

A. 研究目的

医師がへき地での勤務を躊躇する理由には、地理的・時間的な条件から都市部に勤務する医療職に比べて研鑽を積むことが難しく、臨床能力を磨くことができない点や、住民や行政から診療時間以外も診療所ないし診療所のある地域に常駐することを期待され、拘束時間が長い点が挙げられている¹⁾。

また、地域枠等による養成医師もへき地や第一線医療機関に勤務するようになってきており、平成30年度から日本専門医機構が認定する新しい専門医の研修制度が開始されることもあって、へき地に勤務する医師の研修環境を向上させることは喫緊の課題となっている。

そこで、現在へき地医療に携わっている医師を対象として、①専門医取得に関連する状況、②医師が診療所のある地域を離れることについての周辺の状況に関して調査を行った。

B. 研究方法

現在、へき地での診療にあたっている医師（「へき地診療所」に指定されている医療機関に勤務している常勤の医師、一施設に複数の医師が勤務している場合は全員が対象）を対象とした。

へき地診療所に該当する全国641か所の医療機関に調査用紙(章末に示す)を配布し、同封した封筒で返送を依頼した。調査用紙・返送用封筒ともに無記名とし、回収・分析とも匿名で行った。

(倫理面への配慮)

調査用紙および調査方法については、自治医科大学倫理審査委員会の承認を得て行った(臨大16-28)。

調査対象者の調査への参加への了解は、自ら調査用紙に記入して返送することで、承諾が得られていると判断した。

C. 研究結果

我々が所在地および勤務医師の状況を確認できた「へき地診療所」は709か所であった。そのうち現在診療を行っていて常勤医師のいる施設は547か所で、そこには641名の医師が勤務していた。

641名の医師に調査用紙を配布し、384名から回答が得られた。回収率は59.9%であった。

384名の回答者の年代は、20代7.3%、30代25.0%、40代14.3%、50代26.0%、60代18.0%、70代9.4%、女性10.7%で、医師としての経験年数は、9年以下28.6%、10～19年13.0%、20～29年20.8%、

30～39年23.7%、40～49年10.7%、50年以上3.1%であった。

へき地に勤務している理由(出自)は、自治医科大学卒業医師38.5%、地域枠養成医師0.3%、上記以外の修学制度1.3%、医師あつせん事業3.4%、自らの意思47.9%、その他8.6%となっていた。

へき地勤務の義務を持つ医師(自治医科大学卒業医師、地域枠養成医師、上記以外の修学制度)は154名で、そのうち義務内の医師は61.0%であった。

以上は昨年度の報告書にも記載しており、再掲である。

1. 専門医取得に関する研修について

回答した医師の専門医取得に向けての研修状況は、研修中35名(9.1%)、研修中だがへき地勤務内は保留している41名(10.7%)、研修に向けて計画中30名(7.8%)、専門医取得は考えていない145名(37.8%)、既に取得した80名(20.8%)、取得したが更新予定なしもしくは失効した44名(11.5%)、無回答9名(2.3%)であった。

医師としての経験年数と専門医研修の関係は次のようであった。

医師の経験年数と専門研修の状況の関係を表1(昨年度の報告書から再掲、以下再掲と略す)に示す。

表1 医師の経験年数と専門研修の関係(再掲)

専門医取得に向けての研修の状況(人数)	医師としての経験年数						合計
	9年以下	10～19年	20～29年	30～39年	40～49年	50年以上	
研修中	35						35
研修中だが保留している	37	2		1		1	41
研修に向けて計画中	23	3	3	1			30
専門医取得は考えていない	5	25	49	43	17	6	145
既に取得した	8	18	18	28	7	1	80
取得したが更新予定なし・失効		2	9	14	16	3	44
無回答	2		1	4	1	1	9
合計	110	50	80	91	41	12	384

研修中の医師35名は全て経験年数が9年以下の若い医師であった。「保留中」「計画中」のものも大部分が9年以下の医師であった。「考えていない」とする医師については、9年以下で5%程度、他の年代では5割前後に認められた。「既に取得」した医師は10～39年の医師に多かった。せっかく取得したが「更新せず失効」した医師は40年以上の医師に多い傾向があった。

へき地に勤務している理由と専門研修の状況の関係を表2に示す。自治医科大学卒業医師においては、専門研修の状況が偏らず一様に分布していた。それに比べて、自治医科大学・地域枠養成医師以外の修学制度、医師あつせん事業、自らの意思で赴任した医師において「更新せず失効」の割合が高い傾向が認められた。

表2 へき地勤務理由と専門研修の関係

専門医取得に向けての研修の状況(人数)	へき地勤務理由						合計
	自治医科大学卒業医師	地域枠養成医師	自治医科大学・地域枠以外の修学制度	医師あつせん事業	自らの意思	その他	
研修中	25		1	2	5	2	35
研修中だが保留している	35		1		1	4	41
研修に向けて計画中	19			1	8	2	30
専門医取得は考えていない	40		2	5	86	12	145
既に取得した	23	1		1	47	8	80
取得したが更新予定なし・失効	3		1	3	33	4	44
無回答	3			1	4	1	9
合計	148	1	5	13	184	33	384

自治医科大学卒業医師、地域枠養成医師、その他の修学制度による養成医師154名のうち、へき地勤務の義務を遂行中である「義務内」の医師は94名、義務を終了した医師(以下、「義務後」)は60名であった。「義務内」・「義務後」別の研修状況を表3に示す。「義務内」の医師の9割近くが「研修中」「保留中」「計画中」であった。「義務後」の医師の3割近くが「既に取得」している一方で、6割以上が専門医取得を考えていないと回答していた。

表3 修学資金養成医師における義務内と義務後の別と専門研修の関係

修学資金養成医師(154名)	義務内	義務後
研修中	26	1
研修中だが保留している	35	
研修に向けて計画中	19	
専門医取得は考えていない	5	37
既に取得した	8	16
取得したが更新予定なし・失効		4
無回答	1	2
合計	94	60

2. 医師が診療所のある地域を離れることについての周辺の状況

昨年度の報告書から、「診療所のある地域を離れることについて、現在の状況に当てはまるもの」について表4に示す(再掲)。

表4 勤務時間外に診療所のある地域からの離れにくさ(複数回答)(再掲)

診療に応じる必要があり離れるのは難しい	77	20%
義務はないが住民に配慮し離れるのは難しい	57	15%
離れる時は事前に知らせる必要がある	71	18%
他のスタッフが他の医療機関を紹介等の対応をする	73	19%
住み込みではないので拘束されない	123	32%
その他	100	26%

その他には24時間の電話対応16名、医師複数体制9名、医師2名体制9名、在宅の看取りに対応4名、平日は公舎で宿泊3名、医師が対応できないときは救急隊が対応3名、遠方の外出は難しい2名、住み込みだが時間外は拘束されない2名、在宅患者は後方病院と連携2名、ニーズがほとんどなく離れられる2名、ほとんど休みがない2名、老人ホームは24時間拘束される2名などがあった(再掲)。

この「勤務時間外に診療所のある地域からの離れにくさ」(以下、拘束の程度)とへき地に勤務している理由、修学制度養成医師の場合の義務内か義務外の別、年代との関係について解析を行った。

表5にへき地に勤務している理由別にみた拘束の程度を示す。

以下、各カテゴリーの医師数に差があるため、カテゴリーにおいて回答した医師の割合(%)で分析を行った。

表5 へき地勤務理由別、勤務時間外に診療所のある地域からの離れにくさ[以下、拘束の程度](複数回答)の状況・各カテゴリーにおける回答した医師の割合(%)

へき地勤務理由別の拘束の程度(複数回答) 各カテゴリーにおける回答した医師の割合(%)	自治医科大学卒業医師	地域枠養成医師	自治医科大学・地域枠以外の修学制度	あつせん事業	自らの意思	その他
診療に応じる必要があり離れるのは難しい	20	0	20	31	20	15
義務はないが住民に配慮し離れるのは難しい	16	0	0	15	15	12
離れる時は事前に知らせる必要がある	13	0	0	23	24	15
他のスタッフが他の医療機関を紹介等の対応をする	23	100	0	15	17	15
住み込みではないので拘束されない	26	0	40	38	33	48
その他	31	0	40	31	22	21

回答者のうち地域枠で養成された医師は1名で、「医師不在時はスタッフが対応する」と回答したため100%となっているが、他はカテゴリーによる違いは明らかではなかった。

修学制度により養成された医師の義務内・義務外の状況と拘束の程度を関係を表6に示す。

表6 修学制度による養成医師における義務内外別、拘束の程度(複数回答)の状況・各カテゴリーにおける回答した医師の割合(%)

義務内外別の拘束の程度(複数回答) 回答した医師の割合(%)	義務内	義務外	全体
診療に応じる必要があり離れるのは難しい	24	13	20
義務はないが住民に配慮し離れるのは難しい	19	10	16
離れる時は事前に知らせる必要がある	13	12	12
他のスタッフが他の医療機関を紹介等の対応をする	21	25	23
住み込みではないので拘束されない	27	27	27
その他	29	35	31

義務内の医師は義務外の医師にくらべて、「診療に応じる必要があり離れられない」「住民の視線に配慮して離れられない」と回答する割合が高かった。「事前に周知が必要である」「医師不在時はスタッフが対応する」「診療時間以外は拘束されない」については2群に差は認められなかった。

続いて、医師の年代と拘束の程度について分析した。表7に示す。

表7 医師の年代別、拘束の程度の状況(複数回答)・各カテゴリーにおける回答した医師の割合(%)

年代別の拘束の程度(複数回答) 回答した医師の割合(%)	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
診療に応じる必要があり 離れるのは難しい	39	22	16	12	20	28
義務はないが住民に配慮し 離れるのは難しい	18	18	16	10	14	17
離れる時は事前に知らせ る必要がある	18	9	18	20	26	25
他のスタッフが他の医療機関 を紹介等の対応をする	11	21	25	16	20	17
住み込みではないので 拘束されない	14	29	36	38	26	42
その他	25	30	18	32	22	19

「診療に応じる必要があり離れられない」については、20代が回答する割合がもっとも高く、年代が上がるに従って50代までは割合が低下していた。60代70代はまた上昇に転じていた。

「診療時間外は拘束されない」に関しては、逆に20代がもっとも低く、70代に至るまで年代が上がるにつれて回答する割合が増加していた。

「住民の視線・感情に配慮して離れられない」「事前に周知が必要である」「医師不在時はスタッフが対応する」と回答した割合は、年代により軽度のばらつきは認められるものの年代による傾向は認められなかった。

表4における自由回答のうち、16名(4.2%)が回答した「24時間の電話対応」について、年代別に解析したところ、各カテゴリーにおける回答した割合は、20代0.0%、30代5.2%、40代1.8%、50代4.0%、60代5.8%、70代5.6%であった。

また、自由回答で18名(4.7%)が回答した医師2人体制を含む医師複数体制は、20代7.1%、30代8.3%、40代1.8%、50代5.0%、60代1.4%、70代2.8%とのカテゴリー別回答割合であった。

D. 考察

昨年度の報告書にも記載したが、まず、本調査の限界について述べる。この調査は無記名の自記式調査用紙を使用しているため、回答者間で回答を選択する根拠が異なる可能性がある。故意に異なる選択肢を選ぶことはないとしても、例えば修学資金による養成医師であっても、「へき地に勤務したい」と言う自らの意思を持って修学資金に応募したような場合に、へき地勤務理由として「修学資金」ではなく「自らの意思」と回答する等である。

これについては、「へき地保健医療に関するアンケート調査」²⁾をはじめとする今まで行われたへき地勤務医師を対象とした調査でも「自らの意思」と回答した医師は約50%であり、大きな違いは認められなかった。

1. 専門医取得に関する研修について

表1(再掲)に示すように専門医取得に向けての研修を行っている・計画している医師は106名(27.6%)にのぼった。順調に研修している医師も35名(9.1%)いたが、研修を始めたが保留中のものが41名(10.7%)にみられた。研修の状況と医師としての経験年数の関係を見ると、当然のことながら研修中・計画中の医師は卒後9年以下に集中していた(表1)。

研修中および研修中だが保留中の医師はへき地勤務の宿命である、勤務施設が研修施設でない、指導医がいないため研修期間と認められない、必要な症例や手術・処置の経験が蓄積できない等に困っており、保留中の41名のなかにはへき地勤務中は専門研修をあきらめているものが3名、へき地勤務中に専門研修をすることが認められていないものが1名おり、「保留中」の医師はへき地勤務のために専門研修が続けられない可能性がある」と昨年度の報告書で考察した。

また、通常は初期臨床研修後すぐに専門研修を開始するので、「計画中」の医師についても、へき地勤務のために初期臨床研修後に専門研修を始めることができないとも考えられる。

つまり、専門研修を希望している医師のうち、わずか3分の1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。このことは専門医取得を考えていない理由に、研修ができない医師が12名、時間がないと回答した者が7名いたことに

も表れている(昨年度報告書を参照)。

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と考えられる。冒頭で述べたように、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。

一方、「既に取得」と回答した医師は全体で2割を占め、経験年数では10年以上の医師に多かったが、「更新せず失効した」と回答した医師も全体で1割にあり、経験年数が増えるに従って割合が増加していた(表1)。

専門医資格を更新するには、講習会への参加、症例・経験(処置・手術等)の報告等が必要であるが、へき地では講習会等への移動に時間がかかり、症例が多様性に乏しく限られており、処置や手術等が必要となる症例が少ないため、へき地ではせっかく専門医を取得しても、更新して資格を維持することが難しいと思われる。

すなわち、へき地勤務は専門医資格の維持についても阻害因子であると考えられる。

さて、全体で4割近くが「専門医取得は考えていない」と回答した。経験年数別では9年以下の群を除いて、5割程度の医師が回答した。専門医取得を考えていない理由として、必要性を感じていない、取得のメリットがない、へき地では専門性は不要、興味がない等が挙げられた。まず、経験年数が9年以下の医師たちは現在専門研修を行っている最中であるため、「専門医取得を考えていない」割合が低かったものと考えられる。一方、経験が10年以上の医師たちはへき地・離島では1つの専門分野に限らず幅広い診療内容に対応する必要があることを重視して、特定の専門分野の資格を取得することに意味を見いだせないため「専門医取得を考えていない」医師が多いのではないかと考えられた。

へき地における専門研修を阻害しているものとして昨年度の報告書で、「研修中」「保留中」の医師は「必要な症例が蓄積できない」、「勤務施設が研修施設ではない」「指導医がいないため研修期間とならない」「必要な経験(手術・処置)が蓄積できない」ことに困っており、へき地勤務中

に専門研修が行える条件として、「定期的に研修施設にもどり、必要な症例が蓄積できること」「定期的な指導医による指導が受けられること」「現在の勤務施設が研修施設となること」「定期的に研修施設にもどり必要な経験(手術・処置)が蓄積できること」が挙げられ、へき地勤務中に専門研修を行うためには、研修施設、研修期間、指導医、症例・経験の蓄積が必要であると考察した。

続いて、へき地勤務において専門研修を可能とする方策について検討を行った。

へき地に勤務する医師が望んでいる、へき地の診療所が研修施設となることでへき地勤務が研修期間に算入できるが、それには指導医が必要で、必要な症例・経験が整っている必要がある。一部には若い医師と指導医クラスの医師の2名を一緒にへき地診療所に勤務させているところもあるようだが^{3) 4)}、へき地の診療所で独り立ちした医師を2名以上勤務させる余裕のあるところは少ないと思われる。指導医が例えば週1回程度巡回して指導を行うことで研修期間として認めてもらえば良いが、昨今の研修条件の厳格化の流れから、各専門領域の了承を得るのは難しいであろう。臨床経験については、内科系の領域であればへき地診療所でもある程度必要な症例を経験することができるかも知れないが、外科系や他の専門領域では入院が可能な施設でなければ幅広い領域の症例や手術・処置等の経験を積むのは難しいかも知れない。やはり、定期的に後方の研修施設にもどり、研鑽を積む機会が必要であろう。

研修期間については、上述のようにへき地勤務の期間を含めることは難しいが、いくつかの都道府県においては地域枠養成医師について、いわゆる義務年限の間に2～3年間の猶予期間を設けて義務年限が延長されることなしに、専門研修等が行える体制を持っているところがある^{3) 4)}。こうした施策が広まれば、へき地や地域に勤務している間に専門研修を行うことができ、若い医師の「専門研修ができないのではないかと不安を軽減することができる」と考える。

また、へき地に勤務する医師にとって、週1回や月1回程度指導医がへき地診療所を訪問するシステムがあれば、日常診療における疑問や不安を解消することができ、専門研修とは直接関連はなくとも、日々の診療能力の維持や得意領域以外の診療能力を獲得することができると思う。

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する。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べきであるとする。

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等については、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する。

2. 医師が診療所のある地域を離れることについての周辺の状況

次に、「住民や行政から診療時間以外も診療所に常駐することを期待されている」ことについて複数回答で質問した(表4、再掲)。

昨年度も報告したが、診療依頼に応じる必要がある77名(20%)、義務はないが住民の感情に配慮して離れられない57名(15%)、離れる時は事前に知らせる必要がある71名(18%)、その他(26%)で回答された24時間の電話対応16名、在宅の看取りには対応4名、老人ホームは24時間拘束2名等、全体の3分の2にあたるのべ227名が診療時間外も診療業務に拘束されていた。

一方、住み込みではないので拘束されないとする回答も123名(32%)に認められた。診療所の他のスタッフが対応するとしたものも73名(19%)あった。その他では救急隊が対応するものも3名あった。

上記のことから、依然として常駐を求める圧力は強いものの、医師自身が行政・住民から勝ち取ったのかも知れないが、住み込まない選択や他のスタッフ・救急隊の協力を得て、診療所から離れる余地が広がってきていると思われる。夜間・休日に無医地区になるのも困るが、医師のワーク・ライフ・バランスも重視しないと、医師が継続して勤務することができない。そのために医師複数体制や診療所のグループ化は効果があると考えられると昨年度報告書で考察した。

この結果から、今まで言われていたとおり、へき地に勤務する医師にとって現在も「勤務時間外における診療所のある地域から離れにくい」こと

専門研修を行うこと等が考えられる。

以上のように、へき地勤務中に専門研修を行うことはさまざまな障害はあるものの、多少時間や工夫が必要ではあるが解決できない課題ではなく、システムの改善を行って対処していく

が判明した。ただし2005年6月に発表された「へき地保健医療に関するアンケート調査」²⁾では、診療で困っていることとして、医師804名のうち58%にあたる466名が「常にはいないといけないという心理的圧力」を挙げていたが、今回は「拘束時間の長さ」に困っていると回答したのは84名(21.9%)に過ぎなかった(昨年度の報告書から再掲)(どちらも複数回答)。これは医師の労働環境が改善したためとも考えられるが、「へき地保健医療に関するアンケート調査」²⁾では対象としたへき地の診療所が912と今回の547より7割ほど多いため、この10年間の間に市町村合併やへき地の診療所の統廃合、出張診療所化等が進み³⁾⁴⁾、医師が住み込んでいる診療所が減少したこと由来するとも考えられる。

「拘束時間の長さ」を負担に感じる医師の割合が減少しているとは言え、依然として2割以上の医師が困っており、施策として対応していくべきであるとする。

本来、診療が行われないはずの休日や夜間等の時間外であっても、「診療に応需する必要がある」(20.1%)、「住民の期待のために離れられない」(14.8%)等の理由で診療所のある地域を離れられないことが判明した。住民や行政の期待を付度してやむを得ず時間外労働を行っているものと思われる。

一方、「医師が不在時は他のスタッフが他の医療機関を紹介する等の対応をする」(19.0%)や「住み込みではないので拘束されない」(32.0%)との回答もあり、医師に関しては必ずしも全ての診療所で拘束されている訳ではないことも判明した。

「離れる時は事前に知らせる必要がある」(18.5%)については解釈が難しいが、学会や研修会等と異なり急に発生する家族や自身の病気や冠婚葬祭等には対応できない可能性がある。これらについては代診制度等で対応することが必要であろう。

その他(自由回答)には100名から回答があり、複数の医師が勤務しており交代で対応しているとするものも18名にあったが、携帯電話等で24時間の

電話対応を行っているもの16名、在宅の看取りや老人ホームの呼び出しに対応しているもの等があり、依然として24時間対応を強いられている医師が多かった。

「拘束の程度」について、医師の属性別（年代、修学制度の義務内外による違い）に検討した結果、20代の医師、修学制度の義務内の医師が特に「離れにくい」と感じていることが判明した。本調査は横断的な調査であり、時系列的に推測することは厳に戒めなければならないが、「当初、拘束が辛いと感じていた医師も、勤務を継続していくうちに順化し、それほど気にならなくなる」と考えることも可能だと思われる¹⁾。

一方、我々が以前に行った都道府県への訪問調査の結果³⁾⁴⁾から、多くの修学制度で義務内と義務後では赴任するへき地診療所が異なり、義務内の医師は後方病院での研修等で一定期間ごとに異動するため、当初赴任した診療所に継続して勤務することはあまりないこと、多くの都道府県で義務内の医師が赴任するへき地診療所は固定されていることが多いことを考えると、この年代・義務内外による差異は医師側の要因によるものと言うよりは、赴任している診療所固有の要因と考えるべきであろう。

すなわち、20代の修学制度の義務内の医師が赴任している診療所がある地域の住民は、診療時間ばかりでなく時間外にも診療を希望する傾向が強く、勤務している医師は「地域から離れられない」と感じている可能性がある。

ただ、これは一概に地域住民だけに責任を負わせることはできないと考えられる。

前述したとおり、若い世代の義務内の医師の大部分を占める自治医科大学卒業医師は卒業前から、先輩の医師等から「へき地に居住している住民は診療所以外の医療機関を受診するのは難しいのだから、24時間365日対応するのがへき地で働いている医師の義務である」のように言われ、地域の実習では行政担当者から「夜中も休日も診療していただいて、住民は感謝しています」等と説明されて、知らず知らずのうちに「24時間365日対応」の呪縛にかかっている可能性がある。

住民も今まで勤務していた医師がいつでも診療してくれたことから遠慮することなく診療を依頼し、たまたま休日に出かけたりすると「診てもらおうと思ったけど先生いなかったね」等と発言することがある。行政担当者も地域に住んでいて、

住民と同様に、特に問題とは考えていないのだろう。

医師も長期に勤務する予定であれば、自ら仕事がかしやすいうように交渉し、労働環境を改善していくのだろうが、義務内で派遣されている医師は勤務期間がおのずと決まっているので、「自分が我慢すれば」と取って住民や行政の機嫌を損ねるようなことはしないのかも知れない。ただし、こうした思いをした医師は、へき地勤務に肯定的な印象を持つことは難しいと想像され、義務後やリタイア後等にへき地に再度勤務することは難しいと考える。

上記のことから、全般的には下記のことが考えられる。

へき地に勤務する医師の労働環境を改善するために、複数の診療所をネットワーク化して交代で休む体制の構築⁵⁾や、夜間・休日の診療体制を後方医療機関の協力を受けて整備すること、以前医療体制崩壊が起こった小児科の事例⁶⁾⁷⁾のように不要不急の受診を減らすために、行政の協力を基に住民に対する啓発活動も必要であろう。

つまり、今までのへき地・離島医療はともすれば一人の医師にすべての責任を持たせていたが、これからは点(1人)から面(複数)の医療職で支えていくシステム⁸⁾を構築することが重要であると考える。

次に、修学資金制度の義務内外、年代別の検討の結果から、将来にわたってへき地に勤務する医師を増加させるためには、義務内の医師を「短期間の勤務なのだから24時間365日働いてね」と酷使するのではなく、勤務した医師が「へき地勤務は大変だと思っていたけれど、それほどでもなかった。これなら機会があればまた勤務しても良いかも」と感じる労働環境にしていくべきと考える。

E. 結論

実際にへき地に勤務している医師に対して、専門医取得に関する研修、地域を離れることの制約等について調査を行った。

へき地勤務中の専門研修には、研修施設、研修期間、指導医、症例・経験の蓄積等の課題があるが、へき地に赴任する若い医師のために必要な研修方法・研修施設を用意するとともに、医師の不安を解消するためにどのくらいの期間で専門研修が修了できるのかを提示することが必要である。

さらに一度取得した専門医資格をへき地勤務中

にも維持ができるように研修環境を整える必要がある。

また、依然として、診療の応需や住民の期待のために勤務時間外も地域を離れられない医師が3分の1にあり、特に20代の医師、へき地勤務を目的とした修学制度の義務内の医師が負担に感じていた。若い世代の医師や修学制度により赴任した医師が、将来もう一度へき地に勤務しても良いと考えられるように、へき地であっても労働環境を改善していくことが重要であると考えられる。

へき地医療を持続可能なものとするには、複数の医師が関与して地域の医療を支えるとともに、行政・住民の理解を得て、ともに協力して努力していく必要がある。

以上のことから、下記の提言をまとめることができる。

医師にとって、専門医資格の取得および維持は無論のこと、日々の研鑽は大切であり、へき地勤務においても、全ての医師について研修会等への参加や後方病院等での研修の機会を確保すべきである。

また、へき地勤務の特徴の一つとも呼ばれる地域への拘束についても、医師の労働環境の改善のために、複数医師体制や診療所のグループ制・ネットワーク化等のシステムを構築して解決していくことが重要である。

参考文献

- 1) 宇野史洋, 岡山雅信, 藤原真治, 梶井英治 他. 地域医療現場における自治医大と他大学卒業医師との満足度比較. 自治医科大学医学部紀要 26:29-34. 2003.
- 2) 厚生労働科学研究「持続可能なへき地医療のあり方に関する研究」班(主任研究者 鈴川正之(自治医科大学救急医学教室教授): 「へき地保健医療に関するアンケート調査」概況. 2005年6月: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-9b2.html> accessed on 2017. 11. 14
- 3) 厚生労働科学研究「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」平成26年度総括研究報告書 平成27年3月、2015 255-304
- 4) 厚生労働科学研究「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」平成27年度総括研究報告書 平成28年3月、2016 79-151

5) 澤田努. 拠点病院群で取り組むへき地医療支援. 月刊地域医学 30:540-544, 2016.

6) 丹生裕子, 県立柏原病院の小児科を守る会. 地域医療を守りたい - 住民としてできること -. 日本保健医療行動科学会雑誌 30: 8-13, 2016.

7) 和久祥三. 4 志を救われた泣き虫小児科医の話 - 地域医療再生のヒント -. 外来小児科 15: 443-444, 2012.

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 今道英秋, 古城隆雄, 小谷和彦, 前田隆浩, 谷 憲治, 井口清太郎, 澤田 努, 森田喜紀, 梶井英治. へき地に勤務する医師の専門医取得に関する障害とその解決方法. へき地・離島救急医療学会誌. (印刷中)

2) 今道英秋, 古城隆雄, 小谷和彦, 前田隆浩, 谷 憲治, 井口清太郎, 澤田 努, 森田喜紀, 梶井英治. へき地に勤務する医師は本当に地域を離れることができないのかーへき地勤務医師のワーク・ライフ・バランスを考える. へき地・離島救急医療学会誌. (印刷中)

2. 学会発表

1) 今道英秋, 古城隆雄, 小谷和彦, 前田隆浩, 谷 憲治, 井口清太郎, 澤田 努, 森田喜紀, 梶井英治. へき地に勤務する医師の専門医取得に関する障害とその解決方法. 第49回日本医学教育学会学会(札幌)、医学教育 48(suppl): 240-240, 2017、平成29年8月19日。

2) 今道英秋, 古城隆雄, 小谷和彦, 前田隆浩, 谷 憲治, 井口清太郎, 澤田 努, 森田喜紀, 梶井英治. へき地に勤務する医師は本当に地域を離れることができないのかーへき地勤務医師のワーク・ライフ・バランスを考える. 第21回へき地・離島救急医療学会(盛岡)、第21回へき地・離島救急医療学会学術集会プログラム・抄録集、42、平成29年10月7日。

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

へき地に勤務する医師に関するアンケート調査 ご協力をお願い

自治医科大学地域医療学センター長
(研究代表者) 梶井 英治

へき地に勤務する医師については、地理的・時間的な条件から都市部に勤務する医師にくらべて研鑽を積むことが難しいことが指摘されています。また、日本専門医機構が認定する新しい専門医の研修制度が計画されており、新しい制度への対応も求められています。

本研究班では、現在へき地医療に携わっておられる医師の皆さまの研修の状況、研修に際して困っていらっしゃる点などを明らかにすることで、現在勤務されている方々および今後へき地医療に携わっていただく方の研修の状況の向上につながるものと考えております。

また、各地で医療提供体制の検討・再構築が行われておりますが、これについて、行政・住民・医療機関等の合意形成が必要と思われまます。皆様の合意形成の場への参加状況や、再構築へのご意見をお伺いしたいと思います。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、調査の主旨をご理解の上、ご回答下さいますようお願い申し上げます。

1. 調査の対象

「へき地診療所」に指定されている医療機関に勤務されているすべての常勤医師

2. 調査用紙の記入および回収

調査用紙にご回答の上、〇月〇日(〇)までに同封の返信用封筒で下記事務局宛にお送りください。封筒には番号が記されていますが、これは事務処理のための整理番号です。個人を特定出来ないよう、開封と分析は別に行いますのでご理解頂けますようお願い致します。

なお、複数の診療所に勤務されている方で、調査用紙を複数受け取られた場合は、1通のみご回答頂き、お手数ですが、残りの調査用紙に「複数受け取り既に回答した」旨をご記入のうえご返送ください。

3. 個人情報の取り扱い等について

調査内容の分析、結果の取りまとめ等は統計的に処理し、匿名化します。本研究は自治医科大学の倫理委員会の承認を得て実施しております。

4. 調査の実施主体及び調査結果の取りまとめ

本調査は、厚生労働科学研究「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」班で実施するものです。調査結果は、報告書や学会や論文等、個人を特定できない形で公表致します。

5. 調査用紙の返送先および調査内容の照会先

<お問い合わせ>

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1

自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 (担当：古城、岩崎)

電話：0285-58-7394 e-Mail：dcfm@jichi.ac.jp

<苦情相談先>

大学事務部研究支援課 (電話：0285-58-8933)

へき地に勤務する医師に関するアンケート調査

医師がへき地での勤務を躊躇する理由の1つに、大きな施設での勤務と異なり、研鑽を積むことが難しく、臨床能力を磨くことができない点があげられています。

近ごろ、地域枠等で養成された医師もへき地や第一線医療機関に勤務するようになってきており、平成29年度からは日本専門医機構が認定する新しい専門医の研修制度が開始されることもあって、へき地に勤務する医師の研修環境を向上させることは喫緊の課題となっています。

また、地域医療構想の策定や市町村合併などを背景として、地域の医療機関の統廃合や再編成など医療提供体制の再構築が行われている地域もあると思います。こうした事業が円滑に進み、成功するには都道府県・市町村など自治体、医師会などの医療関係団体、医療機関、住民などの合意を形成する必要があると考えられます。

そこで今回は、①診療能力向上のための研鑽について一日々の研鑽や専門研修の状況、勤務の中で研修を行う際の問題点等や、②勤務されている地域の医療提供体制の再構築の現状について一合意形成を目的とした組織の存在および第一線で勤務している医師の関与の状況、行政・住民の認知度等に関してお伺いします。

1. ご自身について、当てはまる選択肢に○をつけてください。

(1) ご勤務の診療所が位置する都道府県をご記入ください。

()

(2) 年齢

- | | | |
|--------|--------|----------|
| a. 20代 | b. 30代 | c. 40代 |
| d. 50代 | e. 60代 | f. 70代以上 |

(3) 性別

- | | |
|-------|-------|
| a. 男性 | b. 女性 |
|-------|-------|

(4) 医師としての経験年数

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| a. 9年以下 | b. 10～19年 | c. 20～29年 |
| d. 30～39年 | e. 40～49年 | f. 50年以上 |

(5) 現在の職場に至るまでに、通算で最も長く勤務されていた職場を一つ選択してください。

- | | |
|-----------------|----------------|
| a. 大学附属病院 | b. 大病院（200床以上） |
| c. 中病院（50～199床） | d. 小病院（49床以下） |
| e. へき地の診療所 | f. へき地以外の診療所 |
| g. その他（ | ） |

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

問2 問1に関連して、現在の診療所にあったら良いと思われるものにはどのようなものがありますか、下記の当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

- a. 教科書、診療ガイドブックの充実
- b. UpToDate などネット上の診療ガイドブック等の契約
- c. 高速のインターネット回線
- d. 個人の人脈が必要でない専門医のコンサルト・システム
- e. ICT を利用した画像転送システムや電子カルテの共有システム
- f. 紹介時のストレスのない診療連携システム
- g. その他 具体的に

()

問3 現在の診療所の勤務で困られていることについて、下記の当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

- a. 拘束時間が長いこと
- b. 休日がない・少ないこと
- c. 医療技術の研修ができないこと
- d. 自らの専門・得意分野以外の健康問題への対応
- e. 診療設備が整備されていないため、搬送しなければならないこと
- f. 紹介が必要な患者を受け入れてもらえないこと
- g. 後任がないこと
- h. 患者や住民との人間関係
- i. スタッフとの人間関係
- j. 行政と良好な関係が築けないこと
- k. 自分の家族との関係・子どもの教育、単身赴任等
- l. その他 具体的に

()

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

問4 診療所の勤務を続ける上で、解決すれば勤務環境が改善すると思われるものに○をつけてください。(複数回答可)

- a. 夜間・時間外の要請に対応するシステム(複数の診療所医師等に対応する輪番制等)
- b. 複数の診療所医師等が当番で対応する休日対応システム
- c. 研修日・研修機会の確保
- d. 専門以外の健康問題に対応する専門医のコンサルト体制
- e. 診療機器の整備
- f. 後方診療施設の確保
- g. 後任を心配する必要のない人事システム
- h. 患者・住民の診療所業務に対する理解
- i. スタッフの診療所医師に対する理解
- j. 診療所に対する良好な行政の支援・協力体制
- k. 保健福祉行政に診療所医師としての意見が反映されること
- l. 医師の家族に対するサポート
- m. その他 具体的に
()

3. 診療能力向上のための研鑽について

問5 あなたは日常の勤務のなかで、実際に患者さんを診療する以外の場面で、研鑽する機会を持っていますか。当てはまるもの一つを選択してください。(診療に関してガイドラインや治療方針等を検索することや数日以上現在の職場を離れて行う研修を除きます。)

- a. 持っている
- b. 持っていない
- c. わからない

問6 問5で「a. 持っている」と回答された方にお聞きします。

その研鑽の機会として、下記の当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

- a. 平日の後方病院や研修施設での研修日
その頻度はどのくらいですか(週に1日等具体的に)
()
- b. 定期的に行われる診療時間外(夜間・休日等)の症例検討会や講演会
- c. 不定期に行われる診療時間外(夜間・休日等)の症例検討会や講演会
- d. その他 具体的に
()

問7 日常の勤務を離れて（数日間にわたって行われる学会や講習会等）、研鑽する機会を持っていますか。当てはまるもの一つを選択してください。

- a. 持っている ⇒ 問8へ進んでください
- b. 持っていない ⇒ 問10へ進んでください
- c. わからない ⇒ 問10へ進んでください

問8 その研鑽の機会の頻度で、当てはまるもの一つを選択してください。

- a. 週に1回
- b. 月に1回
- c. 月に数回
- d. 年に1回
- e. その他 具体的に

[]

問9 研鑽の機会に参加する場合、診療はどうされますか。(複数回答可)

- a. 関連の後方病院からの派遣医師による代診
- b. 都道府県・市町村等の代診制度を利用した派遣医師による代診
- c. 上記以外の方法で確保した医師による代診

具体的に
[]

- d. 休診とならないように日程を調整（本来の休診日を利用する等）
- e. 休診とする

問10 所定の勤務時間外（夜間、週末、祝日等）に、診療所が所在する地域を離れることについてお聞きします。次のうち、あなたの状況に当てはまるものをお答えください。(複数回答可)

- a. 勤務時間外も診療の要請に対応する必要があり、離れることは難しい
- b. 勤務時間外の診療義務はないが、住民の視線や感情に配慮し、離れることは難しい
- c. 診療所から離れる場合は、事前に住民等に知らせる必要がある
- d. 医師が対応できないときは、診療所のスタッフが他の医療機関を紹介する等の対応を取る
- e. 診療所に住み込みではないので、勤務時間外は拘束されていない
- f. その他 具体的に

[]

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

問 11 あなたの平均的な1週間の勤務状況について、午前・午後の勤務時間をそれぞれ1コマとした場合、次の勤務内容は何コマに相当しますか。数字を入れてください。ちなみに月曜～金曜が1日診療、土曜日が半日診療の場合は1週間で11コマになります。

- a. 外来診療 () コマ
- b. 訪問診療（往診） () コマ
- c. 診療所内で行う検査（内視鏡・超音波） () コマ
- d. 診療所外の乳幼児健診・予防接種・校医 () コマ
- e. 委託された事業所での産業医活動 () コマ
- f. 研修日 () コマ
- g. 休診日 () コマ
- h. その他 ①具体的に () () コマ
②具体的に () () コマ
③具体的に () () コマ

問 12 後方病院等で日当直をされていますか (○は一つ)。その場合の回数はいかがですか。

- a. 日当直をしている
頻度【例：月に1回】 () に () 回
- b. 日当直はしていない

4. 専門医取得に関する研修について

問 13 あなたは現在、専門医取得に向けて研修を行っておられますか。 当てはまるもの一つを選択してください。

- a. 研修中（へき地勤務中も症例・手術症例等を蓄積中） ⇒ 問 14 へ進んでください
- b. 研修中だが、へき地勤務中は症例・手術症例等が蓄積できないので、保留中 ⇒ 問 15 へ進んでください
- c. 研修開始に向けて計画中 ⇒ 問 15 へ進んでください
- d. 専門医取得は考えていない ⇒ 問 16 へ進んでください
- e. 既に取得した ⇒ 問 18 へ進んでください
- f. 取得したが更新予定はない/失効した ⇒ 問 18 へ進んでください

問 14 問 13 で「a. 研修中」と回答された方にお聞きします。現在困っておられることがあればお聞かせください。(複数回答可)

- a. 現在の勤務施設が研修施設ではない
- b. 指導医がいないため研修期間と認められない
- c. 必要な経験症例が蓄積できない
- d. 必要な手術や処置の経験が蓄積できない
- e. その他 具体的に

()

⇒ 問 17 へ

問 15 問 13 で、「b. 保留中」や「c. 計画中」と回答された方にお聞きします。どのような環境を整えば、へき地勤務中も研修が続けられると思われますか。(複数回答可)

- a. 現在の勤務施設が研修施設となること
- b. 定期的な指導医による指導が受けられること
- c. 定期的に後方の研修施設にもどり、必要な経験症例が蓄積できること
- d. 定期的に後方の研修施設にもどり、必要な手術や処置の経験が蓄積できること
- e. その他 具体的に

()

⇒ 問 17 へ

問 16 問 13 で「d. 専門医取得は考えていない」と回答された方にお聞きします。よろしければ、その理由をお聞かせください。(自由回答)

()

⇒ 問 19 へ

問 17 専門医の研修中や計画中の方にお聞きします。よろしければ、その専門医の名称・領域をお聞かせください。(自由回答・複数回答可)

()

⇒ 問 19 へ

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

問 18 専門医を既已取得された方にお聞きします。よろしければ、その専門医の名称・領域をお聞かせください。(自由回答・複数回答可)

()

問 19 すべての方にお伺いします。日本専門医機構が認定する新しい専門医の研修制度が開始されることになっていますが、研修中・計画中ないし取得された専門医資格の認定条件や更新する際の手続き等については理解されていますか。当てはまるもの一つを選択してください。

- a. 十分に理解している
- b. ほぼ理解している
- c. あまり理解していない
- d. ほとんど理解していない
- e. まだ手続き等が発表されていない

問 20 新制度の専門医資格の取得や更新について、不安や気になっていることがあればお書きください。(自由回答)

()

5. 医療提供体制の再構築について

問 21 各へき地診療所が平成 37 年(2025 年)(すべての団塊の世代が後期高齢者となり、介護・医療費など社会保障費の急増が懸念されています)に向けて直面する課題と検討状況について、お伺いします。

(1) 平成 37 年(2025 年)に向けて直面する課題について、貴診療所に当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 患者数の減少
- b. 後任医師の確保困難
- c. 経営状態の悪化
- d. 後任看護師の確保困難
- e. その他 具体的に

()

(2) その課題について、経営形態の見直しを検討されていますか。

当てはまるもの一つに○をつけてください。

- a. 見直しを行った
- b. 検討している
- c. 必要性はあるが検討していない
- d. 必要性がないため検討していない

(3) 今後、検討する上で、望ましいと思われる経営形態について当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 出張診療所
- b. グループ制による運営*
- c. 公的病院の附属、指定管理
- d. 民間病院の附属、指定管理
- e. 大学病院の附属、指定管理
- f. 閉院
- g. その他 具体的に

[]

※グループ制による運営とは、複数のへき地診療所を1つのグループとし、グループとして複数の医師を運用することで、グループ内の常設、出張診療所に医師を適宜配置する体制

問 22 将来のへき地医療提供体制の見直しを検討する場について、お伺いします。

(1) 将来のへき地医療提供体制の見直しを検討する場は、ありますか。

- a. 有
- b. 無

(2) 「有」の場合：検討する場について、当てはまるもの一つに○をつけてください。

「無」の場合：検討することを想定し、最も望ましい場に○をつけてください。

- a. へき地医療支援機構
- b. 地域医療支援センター
- c. 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など
- d. 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会など
- e. その他 具体的に

[]

(3) へき地医療提供体制を見直す上で、誰のリーダーシップが重要と思いますか。

重要と思われる順番に当てはまるものをあげてください。

- a. 住民
- b. へき地診療所
- c. へき地医療拠点病院
- d. 大学
- e. 市町村
- f. 都道府県
- g. 国
- h. その他 具体的に

[]

1 番目	2 番目	3 番目	4 番目	5 番目	6 番目	7 番目	8 番目

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

(4) へき地医療提供体制を見直す上で、必要と思われるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-----------------|--------------|
| a. 住民の理解 | b. へき地診療所の協力 |
| c. へき地医療拠点病院の協力 | d. 大学の協力 |
| e. 市町村長の理解 | f. 知事の理解 |
| g. 国の理解・支援 | |
| h. その他 具体的に | |

()

問 23 今まで「へき地医療」は第一線の診療所が前面に立ち、後方のへき地医療拠点病院等とともに「1本の線」として支えるという体制が取られて来ましたが、昨今の地域の医療機関の診療機能の低下もあり、複数の診療所や病院が「面」として、地域の医療を支えるとの考え方も出てきています。

第一線の医療機関に勤務されている医師として、今後の診療体制についてどのように維持していくべきか、自由なご意見をお聞かせください。

()

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

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

へき地診療所に勤務する看護師の研鑽の実態と研修ニーズ

研究協力者 春山早苗（自治医科大学看護学部 教授）

研究要旨

【目的】前年度に実施した「へき地に勤務する看護師に関するアンケート調査」のデータについて、診療所の常勤看護師数、診療所が所在する地域の特性等の観点から分析を加え、へき地診療所看護師の研鑽の実態と研修ニーズを明らかにし、へき地診療所に勤務する看護師の研鑽のための体制及び求められる研修内容を検討することを目的とした。

【方法】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。

【結果】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」等であった。『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。

【考察】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等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的投与」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。

研究協力者

江角 伸吾 自治医科大学看護学部 助教

A. 研究目的

へき地で働く看護師は研鑽の機会が少ないことや看護活動に関する相談・サポート体制が十分ではないことが課題として明らかにされており¹⁾、

へき地で働く看護師の研修・研鑽の機会を確保・拡充していくことは喫緊の課題である。本研究の目的は、前年度に実施した「へき地に勤務する看護師に関するアンケート調査」のデータについて、診療所の常勤看護師数、診療所が所在する地域の特性、診療所における勤務年数等の観点から分析を加え、へき地診療所看護師の研鑽の実態と研修

ニーズを明らかにし、へき地診療所に勤務する看護師の研鑽のための体制及び求められる研修内容を検討することである。

B. 研究方法

1) 調査対象

調査対象は、全国のへき地診療所 1,051 か所のうち、歯科のみ、常勤看護師がいない、閉院（予定を含む）の診療所を除く 623 か所に勤務する常勤看護師 1,785 人を対象とした。

2) 調査項目

①属性：年代、性別、婚姻状況、取得看護職資格、看護師又は准看護師としての実務経験年数、現在の診療所における勤務年数、診療所が所在する地域の特性、診療所の常勤看護職数

②看護実践能力向上のための研鑽の現状等：研鑽（数日以上職場を離れない場合、数日間職場を離れる場合）の機会の有無・頻度、研鑽の機会に参加する場合の看護業務

③研鑽困難理由等：勤務時間外の状況、研鑽が困難な理由

④研鑽したい内容等：へき地診療所看護師として研鑽したい内容、特定行為に係る看護師の研修についての認知度、特定行為 38 行為の内へき地診療所で実施する可能性のある 13 行為について研修受講希望の有無、島しょまたは山村地域に所在する診療所の看護師の特定行為 13 行為の経験（「経験したことがない」から「頻繁に経験している」の 4 件法）及び各特定行為に係る研修受講の必要性（「全く思わない」から「とても思う」の 4 件法）

3) 調査方法

調査方法は郵送による無記名自記式質問紙調査とした。

4) 倫理的配慮

調査の趣旨、自由意思の保証等を記載した文書を質問紙とともに郵送し、質問紙への回答・返送をもって、同意を得たとみなした。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）。

5) 調査期間

調査期間は平成 28 年 10 月～平成 29 年 1 月であった。

6) 分析方法

SPSS Ver. 23 を用いて単純集計するとともに、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、常勤看護師が 3 人以下と 4 人以上等

の 2 群に分け、各々 χ^2 検定を行った（有意水準 5%）。また、診療所における勤務年数について、研鑽したい内容の各項目の希望の有無等により 2 群に分け、等分散の検定（Levene 検定）後、各々対応のない t 検定を行った（有意水準 5%）。

C. 研究結果

1. 回答者の属性

回収できた調査票は 1,024 通で、回収率は 57.4%であった。

年代は 50 代が最も多く約 4 割、次いで 40 代が多く約 3 割であった（表 1-1）。

性別は女性が 97%であった（表 1-2）。

婚姻状況は既婚が約 8 割であった（表 1-3）。

取得看護資格は看護師が約 7 割、准看護師が約 3 割であった（表 1-4）。

看護師又は准看護師としての実務経験年数は、最小 1 年 11 ヶ月、最大 50 年 5 ヶ月で、平均 23.8 ± 10.0 年であった（図 1-1）。

表1-1 年代

年代	N	%
20代	32	3.1
30代	183	17.9
40代	317	31.0
50代	417	40.7
60代	73	7.1
70代以上	1	0.1
無回答	1	0.1
計	1024	100.0

表1-2 性別

性	N	%
男性	30	2.9
女性	993	97.0
無回答	1	0.1
計	1024	100.0

表1-3 婚姻状況

婚姻状況	N	%
既婚	818	79.9
未婚	200	19.5
無回答	6	0.6
計	1024	100.0

表1-4 取得看護資格（複数回答可）

年代	N	%
看護師	690	67.4
准看護師	333	32.5
保健師	27	2.6
助産師	19	1.9
無回答	1	0.1

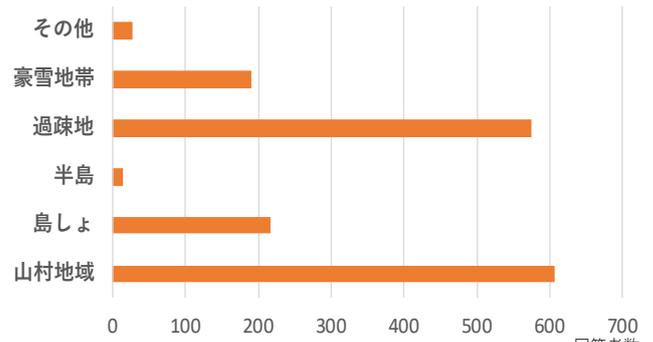


図1-3 診療所のある地域特性

(複数回答可)

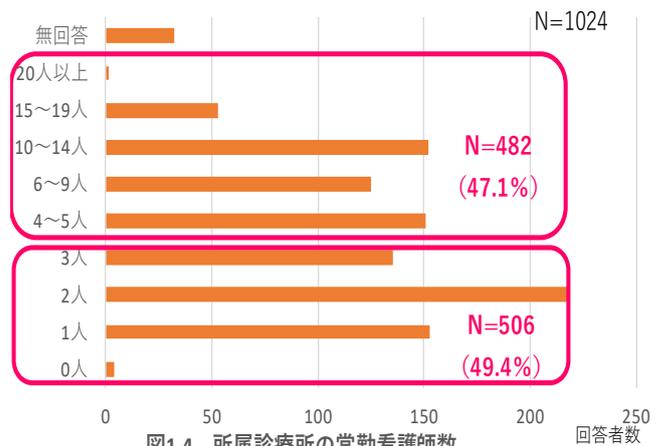


図1-4 所属診療所の常勤看護師数

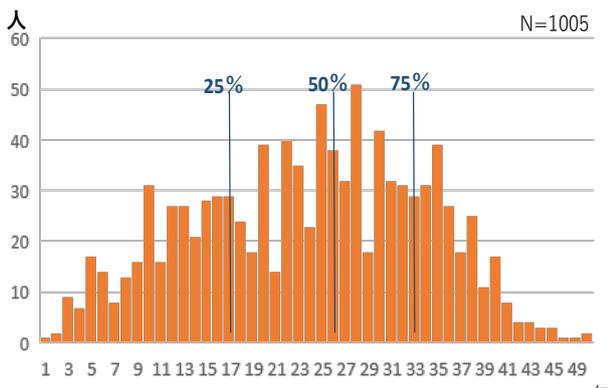


図1-1 看護師/准看護師としての実務経験年数

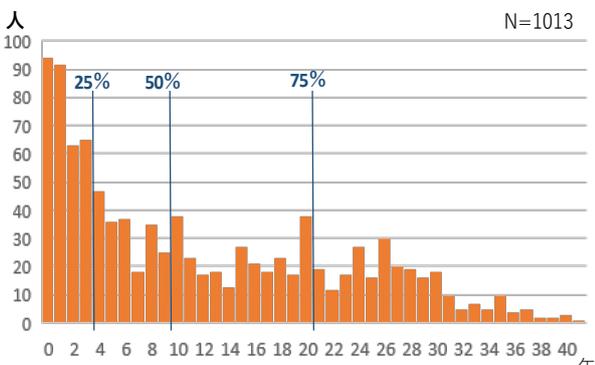


図1-2 現在の診療所における勤務年数

現在の診療所における勤務年数は、最小1ヶ月、最大41年6ヶ月で、平均12.1±10.6年であった。3年未満が24.6%で約1/4、10年未満が50.5%で約5割を占めていた(図1-2)。診療所のある地域の特性は、島しょが217人(21.1%)、山村地域が607人(59.3%)、過疎地域が575人(56.2%)、豪雪地帯が190人(18.6%)であった(図1-3)。

常勤看護師数(図1-4)は最小0人、最大20人で、平均は5.3±4.49人であった。「1人」が153人(14.9%)、「2人」が218人(21.3%)、「3人」が135人(13.2%)、「4~9人」が276人(27.0%)、「10人以上」が206人(20.1%)であった。『3人以下』は506人(49.4%)、『4人以上』は482人(47.1%)であった。

2. 研鑽の実態

1) 日常的な研鑽の機会

患者に対する看護実践場面を除く日常的な研鑽の機会について、「ある」と回答した者は35.4%、「ない」は53.1%、「わからない」は10.9%であった(図2-1)。「ある」と回答した者の研鑽の機会の内容は、「不定期に行われる時間外(夜間・休

日等) のケース検討会や講演会」が最も多く約6割、次いで「平日の後方病院や研修施設での研修」が約3割であった(表2-1)。「平日の後方病院や研修施設での研修」の場合の頻度(表2-2)は、「月1回以上」、「2~6か月に1回以上」が各々25.4%であった。

研鑽の機会「有り」は『看護師』41.9%、『准看護師』22.5%で有意差があった($p < 0.001$) (図2-2)。診療所看護師数別では、『3人以下』31.0%、『4人以上』40.7%で有意差があった($p < 0.01$) (図2-3)。

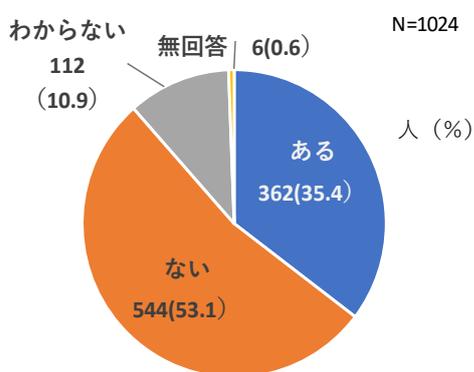


図2-1 日常的な研鑽の機会の有無

内容	N	%
平日の後方病院や研修施設での研修	114	31.5
定期的・時間外のケース検討会や講演会	57	15.7
不定期・時間外のケース検討会や講演会	225	62.2
その他	57	15.7

頻度	N	%
月1回以上	29	25.4
2~6ヶ月に1回以上	29	25.4
年に1~3回	26	22.8
不定期	1	0.9
無回答	29	25.4
計	114	100.0

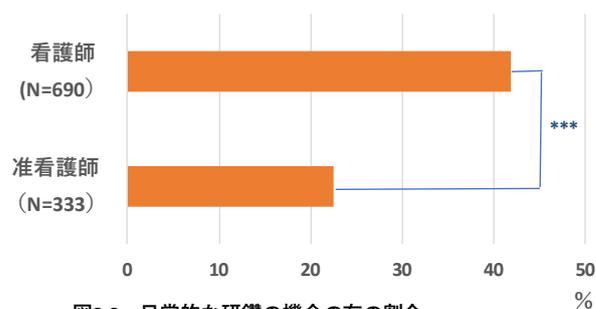


図2-2 日常的な研鑽の機会の有割合
-看護師と准看護師-

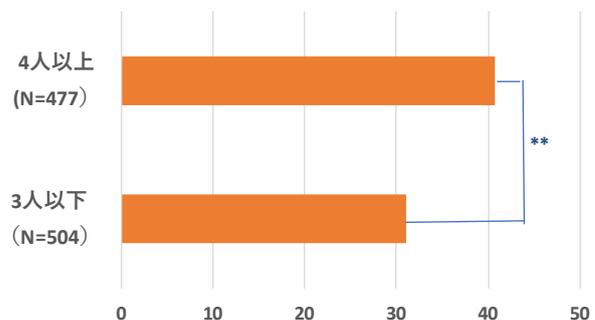


図2-3 日常的な研鑽の機会の有割合
-常勤看護師数別-
*無回答43人を除く

2) 日常の勤務を離れた研鑽の機会

日常の勤務を離れた(数日間にわたって行われる研修会や学会等)研鑽の機会について、「ある」と回答した者は32.3%、「ない」は60.4%、「わからない」は6.2%であった(図2-4)。「ある」と回答した者の研鑽の機会の頻度は「年に1回」が最も多く54.7%であった(図2-5)。

研鑽の機会「有り」は『島しょ』39.9%、『島しょ以外』30.8%で有意差があった($p < 0.05$) (図2-6)。また、『看護師』38.2%、『准看護師』21.2%で有意差があった($p < 0.001$) (図2-7)。診療所看護師数別では、『3人以下』23.9%、『4人以上』42.8%で有意差があった($p < 0.001$) (図2-8)。

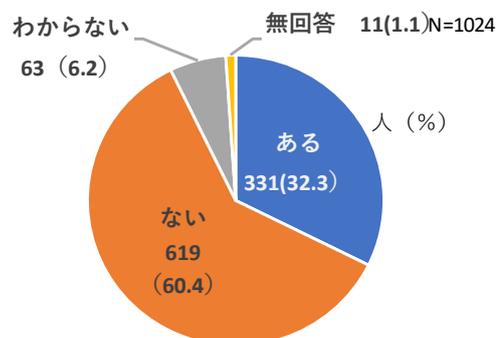


図2-4 日常の勤務を離れた研鑽の機会の有無

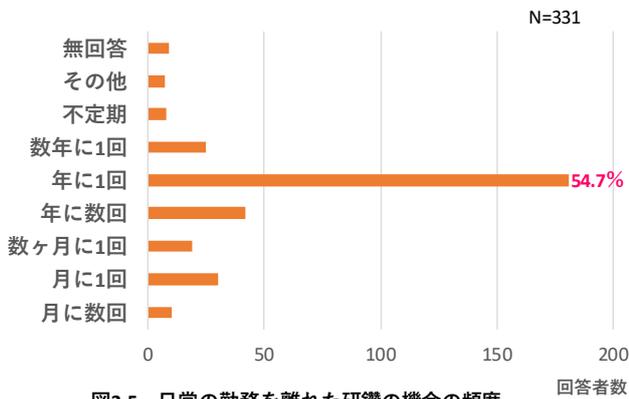


図2-5 日常の勤務を離れた研鑽の機会の頻度

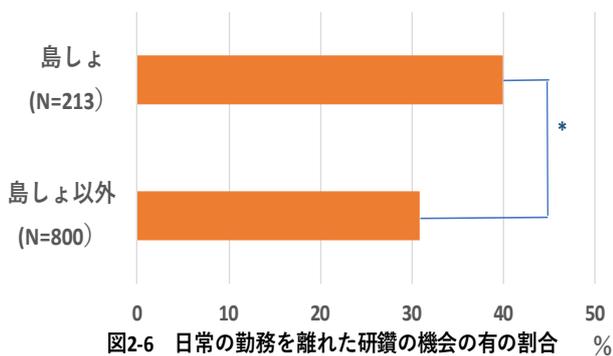


図2-6 日常の勤務を離れた研鑽の機会の有る割合

- 島しょとそれ以外 -

* 無回答21人を除く

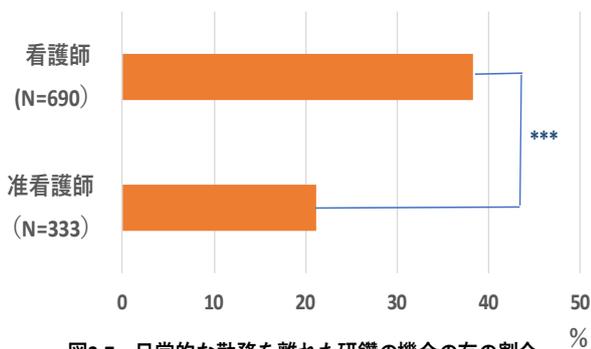


図2-7 日常的な勤務を離れた研鑽の機会の有る割合

- 看護師と准看護師 -

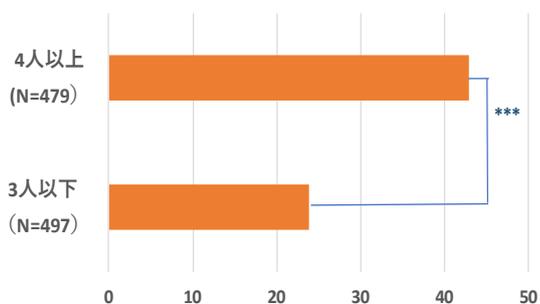


図2-8 日常の勤務を離れた研鑽の機会の有る割合

- 常勤看護師数別 -

* 無回答48人を除く

また、勤務を離れた研鑽の機会に参加する場合の看護業務については「代替看護師の確保はなくなるスタッフで対応」が最も多く約8割であった(表2-3)。

表2-3 勤務を離れた研鑽の機会に参加する場合の看護業務

対応	N	%
へき地医療拠点病院からの派遣看護師による対応	21	6.3
上記以外の方法で確保した看護による対応	54	16.3
(内訳)		
非常勤看護師・在宅看護師等への依頼または看護師不在に備えて確保された看護師への依頼	(18)	
県・市町村・親病院等からの派遣看護師	(13)	
勤務時間外・休診時・休日のみ参加	(7)	
近隣・市内又は系列の診療所との連携で対応	(5)	
休診	(3)	
無回答	(14)	
代替看護師の確保はなくなるスタッフで対応	263	79.5

3. 研鑽困難理由等

1) 勤務時間外の状況 (表3-1、表3-2)

診療所が所在する地域を離れること等勤務時間外(夜間、週末、祝日等)の状況については、「勤務時間外は拘束されていない」が最も多く65.5%であった。これは診療所看護師数別では、『3人以下』57.2%、『4人以上』73.9%で有意差があった($p < 0.001$)。また、診療所所在地域の特性別では、『島しょ』51.6%、『島しょ以外』69.3%で有意差があった($p < 0.001$)。勤務時間外の状況について、「医師が対応する」は2番目に多く17.7%であった。これは診療所看護師数別では、『3人以下』24.4%、『4人以上』10.6%で有意差があった($p < 0.001$)。「勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要があり、離れることは難しい」は3番目に多く14.0%であった。これは診療所看護師数別では、『3人以下』19.4%、『4人以上』8.9%で有意差があった($p < 0.001$)。また、診療所所在地域の特性別では、『島しょ』26.3%、『島しょ以外』10.7%で有意差があった($p < 0.001$)。「勤務時間外の対応義務はないが、住民の視線や感情に配慮し、離れることは難しい」は5.5%であった。これは診療所看護師数別では、『3人以下』8.1%、『4人以上』2.7%で有意差があった($p < 0.001$)。また、診療所所在地域の特性別では、『島しょ』11.5%、『島しょ以外』3.8%で有意差があった($p < 0.001$)。

表3-1 勤務時間外の状況（複数回答可）

状況	N	%
勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要がある、離れることは難しい	143	14.0
勤務時間外の対応義務はないが、住民の視線や感情に配慮し、離れることは難しい	56	5.5
診療所から離れる場合は、事前に住民等に知らせる必要がある	28	2.7
医師が対応する	181	17.7
勤務時間外は拘束されていない	671	65.5
その他	202	19.7

表3-2 勤務時間外の状況—診療所看護師数別及び地域特性別— (%)

状況	診療所看護師数		地域特性		
	3人以下 (N=505)	4人以上 (N=482)	島しょ (N=217)	島しょ外 (N=807)	
勤務時間外は拘束されていない	289 (57.2)	356 (73.9)	*** 112 (51.6)	559 (69.3)	***
医師が対応する	123 (24.4)	51 (29.3)	*** 32 (14.7)	149 (18.5)	
勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要があり、離れることは難しい	98 (19.4)	43 (8.9)	*** 57 (26.3)	86 (10.7)	***
勤務時間外の対応義務はないが、住民の視線や感情に配慮し、離れることは難しい	41 (8.1)	13 (2.7)	*** 25 (11.5)	31 (3.8)	***

*診療所看護師数別については無回答37人を除く

2) 研鑽困難理由（表3-3、表3-4、表3-5）

へき地診療所看護師としての研鑽を困難とする理由については、「研修等の会場まで時間がかかる」が最も多く51.6%であった。これは診療所所在地域の特性別では、『島しょ』63.6%、『島しょ以外』48.3%で有意差があった（ $p<0.001$ ）。研鑽を困難とする理由について、「代替看護師を確保できない」は2番目に多く47.3%であった。これは診療所看護師数別では、『3人以下』55.6%、『4人以上』39.8%で有意差があった（ $p<0.001$ ）。また、診療所所在地域の特性別では、『島しょ』40.1%、『島しょ以外』49.2%で有意差があった（ $p<0.05$ ）。「家庭のことなど個人的事情で宿泊を要する研修等へは参加できない」は3番目に多く35.4%であった。これは婚姻状況別では、『既婚』39.6%、『未婚』17.0%で有意差があった（ $p<0.001$ ）。

表3-3 へき地診療所看護師の研鑽を困難とする理由（複数回答可）

理由	N	%
代替看護師を確保できない	484	47.3
研修等への参加に関わる予算を確保できない	253	24.7
研修等の会場まで時間がかかる	528	51.6
研修等への参加について医師等診療所スタッフの理解がない	43	4.2
へき地診療所の看護実践に役立つ研修等がない	158	15.4
家庭のことなど個人的事情で宿泊を要する研修等へは参加できない	363	35.4
その他	81	7.9

表3-4 研鑽を困難とする理由—診療所看護師数別及び地域特性別— (%)

	診療所看護師数		地域特性		
	3人以下 (N=505)	4人以上 (N=482)	島しょ (N=217)	島しょ外 (N=807)	
研修等の会場まで時間がかかる	250 (49.5)	263 (54.6)	138 (63.6)	390 (48.3)	***
代替看護師が確保できない	281 (55.6)	192 (40.6)	*** 87 (40.1)	397 (49.2)	*

*診療所看護師数別については無回答37人を除く

表3-5 研鑽を困難とする理由—婚姻の有無別— (%)

	婚姻状況		
	既婚 (N=818)	未婚 (N=200)	
家族のことなど個人的事情で宿泊を要する研修等へは参加できない	324 (39.6)	34 (17.0)	***

*無回答6人を除く

4. 研鑽したい内容

1) 診療所の所在する地域特性別等の研鑽したい内容

へき地診療所看護師として研鑽したい内容について最も多かったのは、認知症看護（55.0%）であり、次いで高齢者看護（53.1%）、看取りの看護（51.6%）、臨床判断に関する知識（38.0%）、多職種連携（29.7%）、褥瘡管理とスキンケア（29.6%）、家族看護（28.9%）、糖尿病看護（22.8%）、フィジカルアセスメント（22.2%）、経口摂取と輸液管理（16.6%）、薬理学（13.8%）、保健活動方法（10.1%）の順であった（表4-1）。

診療所の所在する地域特性別で有意差があったのは、「臨床判断に関する知識」が『島しょ』44.7%、『島しょ以外』36.2%（ $p<0.05$ ）、「フィジカルアセスメント」が『島しょ』32.3%、『島しょ以外』19.5%（ $p<0.001$ ）、「薬理学」が『島しょ』18.9%、『島しょ以外』12.4%で、『島しょ』の回答割合が高かった。また、「認知症看護」が『島しょ以外』56.8%、『島しょ』48.4%、「高齢者看護」が『島しょ以外』54.8%、『島しょ』47.0%、「看取りの看護」が『島しょ以外』53.3%、『島しょ』45.2%、「褥瘡管理とスキンケア」が『島しょ以外』31.4%、『島しょ』23.0%で、『島しょ以外』の回答割合が高かった。（表4-1）

研鑽希望の有無別の所属診療所における回答者の平均勤務年数について有意差があった内容は（表4-2）、「臨床判断に関する知識」「フィジカルアセスメント」「薬理学」「保健活動方法」（以上、全て $p<0.001$ ）、「糖尿病看護」（ $p<0.01$ ）、「高齢者看護」「多職種連携」「家族看護」（以上、全て

p<0.05) で、全て研鑽希望有りの者の平均勤務年数が無しの方より少なかった。

表4-1 研鑽したい内容－診療所が所在する地域特性別－ (%)

内容 (複数回答可)	地域特性		
	全体	島しょ (N=217)	島しょ外 (N=807)
認知症看護	563 (55.0)	105 (48.4)	458 (56.8) *
高齢者看護	544 (53.1)	102 (47.0)	442 (54.8) *
看取りの看護	528 (516)	98 (45.2)	430 (53.3) *
臨床判断に関する知識	389 (38.0)	97 (44.7)	292 (36.2) *
多職種連携	304 (29.7)	55 (25.3)	249 (30.9)
褥瘡管理とスキンケア	303 (29.6)	50 (23.0)	253 (31.4) *
家族看護	296 (28.9)	63 (29.0)	233 (28.9)
糖尿病看護	233 (22.8)	48 (22.1)	185 (22.9)
フィジカルアセスメント	227 (22.2)	70 (32.3)	157 (19.5) ***
経口摂取と輸液管理	170 (16.6)	29 (13.4)	141 (17.5)
薬理学	141 (13.8)	41 (18.9)	100 (12.4) *
保健活動方法	103 (10.1)	29 (13.4)	74 (9.2)

表4-2 研鑽希望の有無別の所属診療所における平均勤務年数 (年±SD)

内容	希望有り	希望無し
認知症看護	13.15±10.42	13.06±10.84
高齢者看護	12.44±10.23	13.86±10.98 *
看取りの看護	12.50±10.24	13.76±10.96
臨床判断に関する知識	10.82±9.39	14.51±11.06 ***
多職種連携	11.98±10.39	13.59±10.67 *
褥瘡管理とスキンケア	12.15±10.20	13.52±10.75
家族看護	12.07±10.16	13.53±10.76 *
糖尿病看護	11.42±9.94	13.61±10.75 **
フィジカルアセスメント	8.62±8.2	14.40±10.86 ***
経口摂取と輸液管理	12.56±9.95	13.22±10.74
薬理学	9.87±9.20	13.63±10.73 ***
保健活動方法	8.07±8.24	13.67±10.69 ***

看護師と准看護師で有意差があったのは(表4-3)、「臨床判断に関する知識」が『看護師』44.5%、『准看護師』24.3% (p<0.001)、「多職種連携」が『看護師』34.6%、『准看護師』19.2% (p<0.001)、「フィジカルアセスメント」が『看護師』27.7%、『准看護師』10.8% (p<0.001)、「保健活動方法」

が『看護師』12.9%、『准看護師』4.2% (p<0.001)、「看取りの看護」が『看護師』55.2%、『准看護師』43.8% (p<0.01)、「褥瘡管理とスキンケア」が『看護師』32.3%、『准看護師』23.7% (p<0.01)、「家族看護」が『看護師』31.7%、『准看護師』22.8% (p<0.01)、「糖尿病看護」が『看護師』25.4%、『准看護師』17.4% (p<0.01)、「薬理学」が『看護師』15.9%、『准看護師』9.3% (p<0.01) であり、全て『看護師』の回答割合が高かった。

表4-3 研鑽したい内容－看護師と准看護師－ (%)

内容	看護師 (N=690)	准看護師 (N=333)
認知症看護	388 (55.7)	174 (52.3)
高齢者看護	360 (52.2)	183 (55.0)
看取りの看護	381 (55.2)	146 (43.8) **
臨床判断に関する知識	307 (44.5)	81 (24.3) ***
多職種連携	239 (34.6)	64 (19.2) ***
褥瘡管理とスキンケア	223 (32.3)	79 (23.7) **
家族看護	219 (31.7)	76 (22.8) **
糖尿病看護	175 (25.4)	58 (17.4) **
フィジカルアセスメント	191 (27.7)	36 (10.8) ***
経口摂取と輸液管理	118 (17.1)	52 (15.6)
薬理学	110 (15.9)	31 (9.3) **
保健活動方法	89 (12.9)	14 (4.2) ***

*無回答1人を除く

診療所看護師数別で有意差があったのは(表4-4)、「高齢者看護」が『3人以下』57.2%、『4人以上』48.8% (p<0.01)、「家族看護」が『3人以下』33.7%、『4人以上』25.3% (p<0.01)、「薬理学」が『3人以下』16.6%、『4人以上』11.0%で、『3人以下』の回答割合が高かった。また、「褥瘡管理とスキンケア」が『4人以上』35.1%、『3人以下』24.2% (p<0.001)、「経口摂取と輸液管理」が『4人以上』21.0%、『3人以下』12.5% (p<0.001)で、『4人以上』の回答割合が高かった。

表4-4 研鑽したい内容—診療所看護師数別— (%)

内容	3人以下	4人以上	
	(N=505)	(N=482)	
認知症看護	285 (56.4)	258 (53.5)	
高齢者看護	289 (57.2)	235 (48.8)	**
看取りの看護	257 (50.9)	252 (52.3)	
臨床判断に関する知識	188 (37.2)	186 (38.6)	
多職種連携	157 (31.1)	136 (28.2)	
褥瘡管理とスキンケア	122 (24.2)	169 (35.1)	***
家族看護	170 (33.7)	122 (25.3)	**
糖尿病看護	129 (25.5)	98 (20.3)	
フィジカルアセスメント	114 (22.6)	108 (22.4)	
経口摂取と輸液管理	63 (12.5)	101 (21.0)	***
薬理学	84 (16.6)	53 (11.0)	*
保健活動方法	61 (12.1)	40 (8.3)	

*無回答37人を除く

2) 特定行為に係る研修

特定行為に係る看護師の研修について、「よく知っている」と回答した者は1.9%であり、「だいたい知っている」を併せても約2割であった(表4-5)。

特定行為に係る看護師の研修の受講希望の有無については、「受講したいと思う」が約3割であった(表4-6)。

特定行為38行為のうち、へき地診療所で実施する可能性のある13行為に関する研修受講希望の有無別の所属診療所における回答者の平均勤務年数について有意差があった内容は(表4-7)、「脱水症状に対する輸液による補正」(p<0.001)、「抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時的投与」「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」(以上、全てp<0.01)、「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与」「インスリン投与量の調節」「気管カニューレの交換」「(人工呼吸療法)侵襲的陽圧換気の設定の変更」「橈骨動脈ラインの確保」「直接動脈穿刺法による採血」(以上、全てp<0.05)で、全て受講希望有りの者の平均勤務年数が無しの者よりも少なかった。

表4-5 特定行為に係る看護師の研修についての認知度

	N	%
よく知っている	19	1.9
だいたい知っている	219	21.4
あまり知らない	541	52.8
全く知らない	199	19.4
無回答	46	4.5
計	1024	100.0

表4-6 特定行為に係る看護師の研修受講の希望

	N	%
受講したいと思う	341	33.3
受講したいと思わない	152	14.8
どちらとも言えない	517	50.5
無回答	14	1.4
計	1024	100.0

表4-7 特定行為研修受講希望の有無別の所属診療所における平均勤務年数 (年±SD)

内容	希望有り	希望無し	
抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時的投与	10.38±9.43	13.50±10.71	**
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与	11.16±9.61	13.43±10.73	*
脱水症状に対する輸液による補正	10.68±8.96	13.69±10.89	***
インスリンの投与量の調節	11.42±9.65	13.36±10.72	*
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	11.20±9.49	13.69±10.86	**
気管カニューレの交換	11.20±9.53	13.34±10.71	*
(人工呼吸療法)非侵襲的陽圧換気の設定の変更	11.65±10.35	13.26±10.63	
(人工呼吸療法)侵襲的陽圧換気の設定の変更	11.08±9.82	13.30±10.66	*
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調節	12.05±9.81	13.23±10.69	
橈骨動脈ラインの確保	10.92±9.68	13.28±10.66	*
直接動脈穿刺法による採血	10.65±9.65	13.34±10.67	*
膀胱ろうカテーテルの交換	12.22±10.28	13.22±10.65	
胃ろうカテーテル若しくは経ろうカテーテル又は胃ろうポタンの交換	12.20±9.89	13.26±10.72	

診療所看護師数別で有意差があったのは、「(人工呼吸療法)侵襲的陽圧換気の設定の変更」のみで、『3人以下』6.5%、『4人以上』10.6%(p<0.05)と『4人以上』の回答割合が高かった(表4-8)。

所属診療所が所在する地域特性について、『島しょ』及び『山村地域』に焦点を当て、特定行為の経験及び研修受講の必要性をみた。なお、『島しょ』217人、『山村地域』607人のうち、13の特定行為の経験及び研修受講の必要性全てに回答していた、各々175人、519人を分析対象とした。

『島しょ』及び『山村地域』に所在する診療所の看護師の年代は、両方とも50代が最も多く、次

いで40代が多かった(表4-9)。性別は両方とも女性が9割以上を占めていた(表4-10)。

表4-8 特定行為研修の受講希望内容-診療所看護師数別-

内容	N (%)	
	3人以下 (N=505)	4人以上 (N=482)
抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時の投与	59 (11.7)	62 (12.9)
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	71 (14.1)	69 (14.3)
脱水症状に対する輸液による補正	96 (19.0)	92 (19.1)
インスリンの投与量の調節	59 (11.7)	68 (14.1)
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	109 (21.6)	118 (24.5)
気管カニューレの交換	54 (10.7)	52 (10.8)
(人工呼吸療法)非侵襲的陽圧換気の設定の変更	40 (7.9)	54 (11.2)
(人工呼吸療法)侵襲的陽圧換気の設定の変更	33 (6.5)	51 (10.6)
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調節	50 (9.9)	51 (10.6)
橈骨動脈ラインの確保	32 (6.3)	41 (8.5)
直接動脈穿刺法による採血	36 (7.1)	51 (10.6)
膀胱ろうカテーテルの交換	53 (10.5)	54 (11.2)
胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	71 (14.1)	62 (12.9)

*無回答37人を除く

表4-9 年代-島しょ及び山村地域-

年代	N (%)	
	島しょ	山村地域
20代	12 (6.9)	17 (3.3)
30代	36 (20.6)	95 (18.3)
40代	56 (32.0)	163 (31.4)
50代	57 (32.6)	213 (41.0)
60代	13 (7.4)	31 (6.0)
70代以上	1 (0.6)	
計	175 (100.0)	519 (100.0)

表4-10 性別-島しょ及び山村地域-

性	N (%)	
	島しょ	山村地域
男性	9 (5.1)	15 (2.9)
女性	166 (94.9)	504 (97.1)
計	175 (100.0)	519 (100.0)

特定行為38行為のうち、へき地診療所で実施する可能性のある13行為に関する所属施設が『島しょ』または『山村地域』に所在する看護師の経験について(図4-1)、「頻繁に経験している」及び「時折経験している」を併せた回答者数が多かったのは、「脱水症状に対する輸液による補正」で344人(49.6%)、次いで「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与」218人(31.4%)、「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」141人(20.3%)、「インスリン投与量の調節」132人(19.0%)、「抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時の投与」131人(18.9%)の順であった。

へき地診療所看護師の特定行為研修受講の必要性に関する所属施設が『島しょ』または『山村地域』に所在する看護師の認識について(図4-2)、「とても思う」及び「まあ思う」を併せた回答者数が多かったのは、「脱水症状に対する輸液による補正」で496人(71.5%)、次いで「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」447人(64.4%)、「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与」388人(55.9%)、「インスリンの投与量の調整」354人(51.0%)、「抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時の投与」335人(48.3%)の順であった。

特定行為研修受講の必要性に関する看護師の認識について、「とても思う」及び「まあ思う」を併せた回答者数が多かった5行為について、所属施設が『島しょ』または『山村地域』に所在する看護師各々の回答数(回答割合)を表4-11に示す。これら5行為について、回答割合の有意差はなかった。

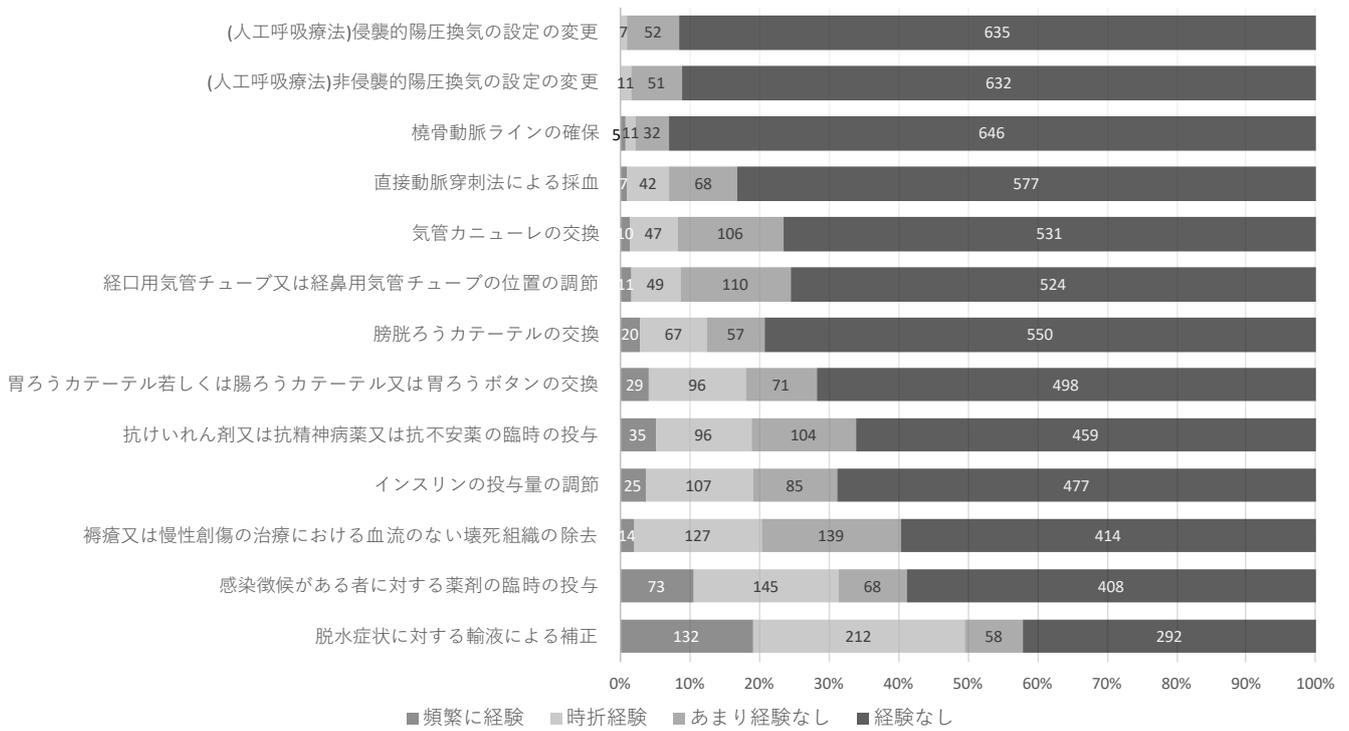


図4-1 へき地診療所における特定行為の経験 - 島しょ及び山村地域 - (N=694)

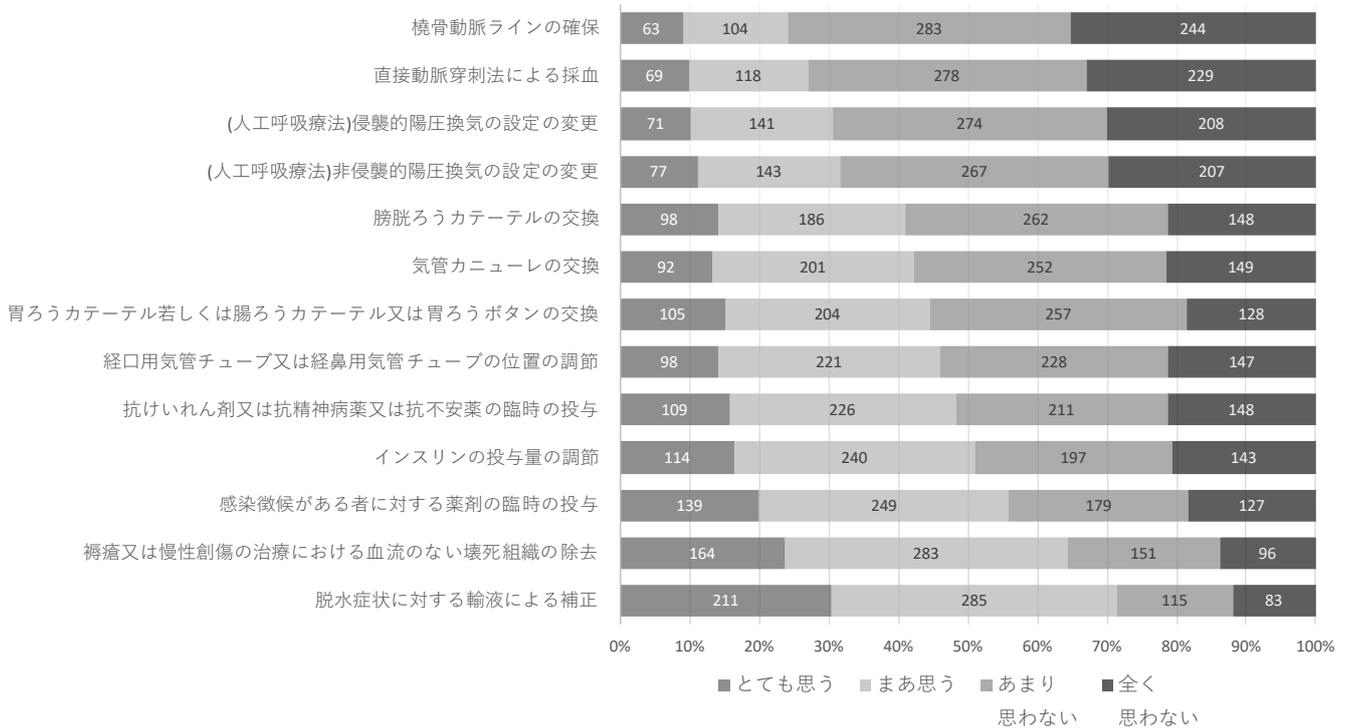


図4-2 へき地診療所看護師の特定行為研修受講の必要性 - 島しょ及び山村地域 - (N=694)

表4-11 特定行為研修受講の必要性
—地域特性別の必要と「とても思う」+「まあ思う」の回答者数— (%)

内容	島しょ (N=175)	山村地域 (N=519)	
脱水症状に対する輸液による補正	129 (73.7)	367 (70.7)	n.s
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	106 (60.6)	341 (65.7)	n.s
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与	101 (57.7)	287 (55.3)	n.s
インスリンの投与量の調節	94 (53.7)	260 (50.1)	n.s
抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時的投与	89 (50.9)	246 (47.4)	n.s

D. 考察

平成 28 年度の調査結果では、へき地診療所看護師のうち日常的な研鑽の機会がある者は 35.4% で、へき地診療所看護師の研鑽の機会は十分ではなく、研鑽を困難とする理由には「研修等の会場まで時間がかかる」「代替看護師を確保できない」等があること、研鑽したい内容は、認知症看護、高齢者看護、看取りの看護、臨床判断に関する知識の順に多いこと、特定行為研修の受講希望は約 3 割あること等を明らかにした。

平成 29 年度は、昨年度の調査データについて、診療所常勤看護師数、所属診療所が所在する地域特性、診療所看護師個々の背景の観点から分析し、へき地診療所に勤務する看護師の研鑽のための体制及び求められる研修内容について検討した。

1. 常勤看護師数に応じた診療所看護師の研鑽のための体制及び求められる研修内容

1) 研鑽のための体制

結果から、日常的な研鑽の機会がある者は診療所の常勤看護師数別にみると『3人以下』と『4人以上』で有意差があり、日常の勤務を離れた研鑽の機会についても同様であり、いずれも『3人以下』の割合が低かった。

へき地診療所看護師としての研鑽を困難とする理由で 2 番目に多かった「代替看護師を確保できない」について診療所看護師数別にみると、『4人以上』よりも『3人以下』が有意に回答割合が高かった。これらのことから、代替看護師を確保できないことが、常勤看護師『4人以上』よりも『3人以下』の診療所に勤務する看

護師の研鑽の機会、特に勤務を離れた研鑽を困難している可能性が示唆された。

勤務時間外（夜間、週末、祝日等）の状況で最も多かった「勤務時間外は拘束されていない」について診療所看護師数別にみると、『4人以上』よりも『3人以下』が有意に回答割合が低かった。勤務時間外の状況で 2 番目に多かった「医師が対応する」は『4人以上』よりも『3人以下』が有意に回答割合が高かった。さらに、次に多かった「勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要がある、離れることは難しい」や「勤務時間外の対応義務はないが、住民の視線や感情に配慮し、離れることは難しい」も『4人以上』よりも『3人以下』が有意に回答割合が高かった。これらのことから、常勤看護師『3人以下』の診療所では、勤務時間外の状況について『4人以上』の診療所よりも、医師が対応することはあるが、看護師は勤務時間外も拘束されていたり、勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要がある当該地域を離れることが難しかったり、勤務時間外の対応義務はなくても住民の視線や感情に配慮し当該地域を離れることは難しかったりすることが示唆された。このような勤務時間外の状況も、常勤看護師『4人以上』よりも『3人以下』の診療所に勤務する看護師の研鑽を困難にする一因であることが示唆された。

以上のことから、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』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や設置主体である市町村や住民の診療所看護師の研鑽に対する理解、そして ICT を活用して研鑽の機会を確保するための学習環境づくりが必要であると考えられる。

2) 求められる研修内容

へき地診療所看護師として研鑽したい内容について診療所常勤看護師数別で『3人以下』の方が回答割合が高かったのは、「高齢者看護」「家族看護」「薬理学」であった。『4人以上』の方が回答割合が高かったのは、「褥瘡管理とスキンケア」「経口摂取と輸液管理」であり、特定行為研修の受講希望内容については「(人工呼吸療法) 侵襲的陽圧換気の設定の変更」であった。これらの理由については、さらに調べる必要が

あるが、先行研究²⁾で明らかになっているへき地診療所における看護活動を構成する因子の一つである【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】に関連する内容であると考えられる。また、筆者らが2013(平成25)年に実施した全国のへき地診療所を対象とした調査³⁾では、訪問看護を実施している診療所は約3割であり、それらの診療所の常勤看護師数や地域特性は調べていないが、『4人以上』の診療所における訪問看護の実施状況や訪問看護対象の医療依存度が研鑽を希望する内容に関連している可能性があり、今後調べていく必要がある。いずれにしても、医療依存度が高い対象も含めた訪問看護に必要となる知識・技術に関する研修内容が求められていると考えられる。

2. 所属診療所が所在する地域特性に応じた診療所看護師の研鑽のための体制及び求められる研修内容

1) 研鑽のための体制

日常の勤務を離れた研鑽の機会がある者は所属診療所が所在する地域特性別にみると、『島しょ』よりも『島しょ以外』の方が有意に回答割合が低かった。

へき地診療所看護師としての研鑽を困難とする理由で最も多かった「研修等の会場まで時間がかかる」について診療所所在の地域特性別にみると、『島しょ以外』よりも『島しょ』の方が有意に回答割合が高かったが、2番目に多かった「代替看護師を確保できない」については『島しょ以外』の方が有意に回答割合が高かった。これらのことから、研修会場までの時間が『島しょ』に所在する診療所に勤務する看護師の、また代替看護師を確保できないことが『島しょ以外』の診療所に勤務する看護師の、勤務を離れた研鑽を困難にする一因と考えられる。

勤務時間外の状況で最も多かった「勤務時間外は拘束されていない」について診療所所在の地域特性別にみると、『島しょ以外』よりも『島しょ』の方が有意に回答割合が低かった。3番目に多かった「勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要がある、離れることは難しい」や、さらに「勤務時間外の対応義務はないが、住民の視線や感情に配慮し、離れることは難しい」は『島しょ以外』よりも『島しょ』の方が

有意に回答割合が高かった。以上のことから、『島しょ』に所在する診療所では、勤務時間外の状況について『島しょ以外』に所在する診療所よりも、看護師は勤務時間外も拘束されていたり、勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要がある当該地域を離れることが難しかったり、勤務時間外の対応義務はなくても住民の視線や感情に配慮し当該地域を離れることは難しかったりすることが示唆された。このような勤務時間外の状況が、『島しょ』に所在する診療所に勤務する看護師の勤務を離れた研鑽を困難にする一因と考えられる。

以上のことから、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『島しょ以外』に所在する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や設置主体である市町村や住民の診療所看護師の研鑽に対する理解が必要であると考えられる。また、へき地診療所の研鑽の実態から、地域特性に関わらずICTを活用して研鑽の機会を確保するための学習環境づくりが必要であると考えられるが、特に『島しょ』においては研修会場へのアクセスの問題や勤務時間外の状況から必須と言える。

2) 求められる研修内容

研鑽したい内容について診療所の所在する地域特性別にみると、『島しょ』の方が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」であった。一方、『島しょ以外』の方が回答割合が高かったのは、「薬理学」「認知症看護」「高齢者看護」「看取りの看護」「褥瘡管理とスキンケア」であった。

研究者らが選定したへき地診療所で実施する可能性のある13の特定行為について、『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かったのは、「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」「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」「インスリン投与量の調節」「抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時の投与」の順であった。研修受講の必要性についても「とても思う」及び「まあ思う」を併せた回答割合が高かった上位の特定行為は、若干順位が異なるものの同様であった。また、これら5行為について、『島しょ』と『山村地域』の回答割合に有意差はなかった。

先行研究²⁾で明らかになっているへき地診療所における看護活動を構成する因子の一つに【救急搬送時の対応】があり、またへき地診療所看護師は救急発生時の初療に大きな役割を担うため離島のへき地診療所看護師は基本的な蘇生法・止血法・外傷の応急処置ができることが重要であると考えていることが明らかになっている⁴⁾。これらの基盤となる知識・技術となる臨床判断に関する知識やフィジカルアセスメントが離島に所在するへき地診療所看護師の研修内容として求められていると考えられる。『島しょ』よりも『島しょ以外』で回答割合が高かった研鑽したい内容については、訪問看護の実施状況や在宅における看取りの状況と関連している可能性があり、今後、調べていく必要がある。

さらに、『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、前述した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ていると考えられる。

3. 看護師個々の背景に応じた診療所看護師の研鑽のための体制及び求められる研修内容

1) 研鑽のための体制

結果から、日常的な研鑽の機会がある者の割合は『看護師』よりも『准看護師』の方が有意に低かった。日常の勤務を離れた研鑽の機会についても同様であった。

へき地診療所看護師としての研鑽を困難とする理由で3番目に多かった「家庭のことなど個人的事情で宿泊を要する研修等へは参加できない」について婚姻状況別でみると、『未婚』よりも『既婚』の看護師の回答割合が有意に高かった。

以上のことから、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、研鑽の機会がある者の割合が『看護師』よりも『准看護師』の方が少ない理由を明らかにし、准看護師の研鑽のための体制を整えていく必要がある。また、家庭の事情等で診療所が所在する地域を離れたり、宿泊を要したりする研修への参加が難しい看護師のために、ICTを活用して研鑽の機会を確保するための学習環境づくりが必要であり、本調査の結果から、へき地診療所においては既婚である看護師が8割を占めることから特に重要である。

2) 求められる研修内容

研鑽したい内容について、研鑽希望の有無別の所属診療所における回答者の平均勤務年数について有意差があった内容は、「臨床判断に関する知識」「フィジカルアセスメント」「薬理学」「保健活動方法」「糖尿病看護」「高齢者看護」「多職種連携」「家族看護」で、全て研鑽希望有りの者の平均勤務年数が無しの者よりも少なかった。また、特定行為研修の受講希望内容については「脱水症状に対する輸液による補正」「抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時の投与」「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与」「インスリン投与量の調節」「気管カニューレの交換」「(人工呼吸療法)侵襲的陽圧換気の設定の変更」「橈骨動脈ラインの確保」「直接動脈穿刺法による採血」で、全て受講希望有りの者の平均勤務年数が無しの者よりも少なかった。

以上のことから、へき地診療所看護師の診療所勤務年数に応じた研修プログラムを検討することが求められていると考えられる。

研鑽したい内容について、看護師と准看護師で回答割合に有意差がなく、かつ50%以上の准看護師が挙げていた内容は、「認知症看護」及び「高齢者看護」であった。准看護師に対する研修内容として、これらの内容が求められていると考えられる。

E. 結論

平成28年度に実施した「へき地に勤務する看護師に関するアンケート調査」のデータについて、診療所の常勤看護師数、診療所が所在する地域の特性、診療所における勤務年数等の観点から分析を加え、へき地診療所看護師の研鑽の実態と研修ニーズを明らかにし、へき地診療所に勤務する看護師の研鑽のための体制及び求められる研修内容を検討した。

その結果、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。『看護師』よりも『准看護師』は研鑽の機会のある者の割合は

有意に低かった。

研鑽したい内容又は特定行為研修の受講希望について、『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「薬理学」「認知症看護」「高齢者看護」「看取りの看護」「褥瘡管理とスキンケア」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。研鑽希望又は受講希望の有無別の所属診療所における回答者の平均勤務年数について、有意差があった研鑽したい内容は「臨床判断に関する知識」等の8項目であり、特定行為研修については「脱水症状に対する輸液による補正」等の9行為で、全て希望有りの者の平均勤務年数が無しの者よりも少なかった。

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等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」「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」「インスリン投与量の調節」「抗けいれん剤又は抗精神病薬又は抗不安薬の臨時の投与」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。

また、へき地診療所看護師の診療所勤務年数に応じた研修プログラムや准看護師に対する「認知症看護」及び「高齢者看護」の研修が求

められていると考えられる。

【文献】

- 1) 関山友子、湯山美杉、江角伸吾他：へき地診療所に勤務する看護師が認識した看護活動に関連する困難感. 日本ルーラルナーシング学会誌、10；31-39、2015.
- 2) 春山早苗、江角伸吾、関山友子他：わが国のへき地診療所における看護活動の特徴－2003年、2008年、2013年の比較から－. 日本ルーラルナーシング学会誌、10；1-13、2015.
- 3) 江角伸吾、春山早苗、鈴木久美子他：へき地診療所における看護活動の実態に関する調査－へき地診療所全国調査報告－. 自治医科大学看護学部、12-13、2014.
- 4) 加藤美佐代、横内光子：離島へき地診療所で働く看護師に求められるアセスメント・応急処置. 日本救急看護学会雑誌、12(2)、11-20、2010.

F. 研究発表

- 1) 春山早苗、江角伸吾、前田隆浩、谷憲治、井口清太郎、今道英秋、澤田努、森田喜紀、小谷和彦、古城隆雄、梶井英治：へき地診療所看護師の研鑽の実態と研修ニーズ、日本ルーラルナーシング学会 第12回学術集会、宇検(鹿児島)、2017年11月24日(日本ルーラルナーシング学会 第12回学術集会抄録集、35、2017).
- 2) Shingo Esumi, Sanae Haruyama, Takahiro Maeda, Kenji Tani, Seitaro Iguchi, Hideaki Imamichi, Tutomu Sawada, Yoshinori Morita, Kazuhiko Kotani, Takao Kojo, Eiji Kajii: Japanese implementation status of “Specified Medical Acts” by nurses in rural and remote medical facilities on islands and mountain villages, 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference, Seoul, Korea, Jan. 11, 2018. (21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference Program Book;48 (Presentation No.EI-A-393), 2018).

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む) 該当なし

へき地に勤務する看護師に関するアンケート調査 ご協力をお願い

自治医科大学地域医療学センター長
(研究代表者) 梶井 英治

へき地診療所においては、疾病予防・健康増進から療養・介護支援、初期救急対応、そして看取りにまで及ぶ包括的な看護活動が求められます。しかし、へき地に勤務する看護師は研鑽の機会が少ないことや看護活動に関する相談・サポート体制が十分ではないことが課題として明らかにされています。一方、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくために、平成27年10月から特定行為に係る看護師の研修が開始されました。これは、看護師が医師の判断を待たずに、事前の指示(手順書)により行う一定の診療の補助(特定行為)を標準化し、チームによる医療をより一層、推進していくことをねらいとしています。

本研究班では、現在へき地医療に携わっておられる看護師の皆さまの研修の状況、研修・研鑽に際して困っていらっしゃる点、特定行為に係る研修への関心などを明らかにすることで、現在勤務されている方々および今後へき地看護に携わっていただく方の研修の状況の向上につながるものと考えております。

また、各地で医療提供体制の検討・再構築が行われておりますが、これについて、行政・住民・医療機関等の合意形成が必要と思われまます。皆様の合意形成の場への参加状況や、再構築へのご意見をお伺いしたいと思います。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ですが、調査の主旨をご理解の上、ご回答下さいますようお願い申し上げます。

1. 調査の対象

「へき地診療所」に指定されている医療機関に勤務されているすべての常勤看護師

2. 調査用紙の記入および回収

調査用紙にご回答の上、〇月〇日(〇)までに同封の返信用封筒で下記事務局宛にお送りください。封筒には番号が記されていますが、これは事務処理のための整理番号です。個人を特定出来ないように、開封と分析は別に行いますのでご理解頂けますようお願い致します。

なお、複数の診療所に勤務されている方で、調査用紙を複数受け取られた場合は、1通のみご回答頂き、お手数ですが、残りの調査用紙に「複数受け取り既に回答した」旨をご記入のうえご返送ください。

3. 個人情報の取り扱い等について

調査内容の分析、結果の取りまとめ等は統計的に処理し、匿名化します。本研究は自治医科大学の倫理委員会の承認を得て実施しております。

4. 調査の実施主体及び調査結果の取りまとめ

本調査は、厚生労働科学研究「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」班で実施するものです。調査結果は、報告書や学会や論文等、個人を特定できない形で公表致します。

5. 調査用紙の返送先および調査内容の照会先

<お問い合わせ>

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1 こじょう いわさき
自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 (担当: 古城、岩崎)
電話: 0285-58-7394 e-Mail: dcfm-i@jichi.ac.jp

<苦情相談先>

大学事務部研究支援課 (電話: 0285-58-8933)

へき地に勤務する看護師に関するアンケート調査

へき地診療所においては包括的な看護活動が求められ、また大部分の診療所は医師、看護師以外の専門職がない状況であることから、医師等との役割を重ね合わせ、状況に応じて他職種との役割を担うことも求められます。

しかし、へき地に勤務する看護師は研鑽の機会が少ないことや看護活動に関する相談・サポート体制が十分ではないことが課題として明らかにされており、チーム医療や在宅医療の推進を目的とする特定行為に係る研修を含めて、へき地に勤務する看護師の研修・研鑽の機会を確保・拡充していくことは喫緊の課題といえます。

また、地域医療構想の策定や市町村合併などを背景として、地域の医療機関の統廃合や再編成など医療提供体制の再構築が行われている地域もあると思います。こうした事業が円滑に進み、成功するには都道府県・市町村など自治体、医師会などの医療関係団体、医療機関、住民などの合意を形成する必要があると考えられます。

そこで今回は、①看護実践能力向上のための研鑽について一日々の研鑽や特定行為に係る看護師の経験及び研修への関心、勤務の中で研修を行う際の問題点等や、②勤務されている地域の医療提供体制の再構築の現状について一特に看護体制に関する合意形成を目的とした組織の存在および第一線で勤務している看護師の方々の意見等に関して調査を行いたいと思います。

1. ご自身について、選択肢の場合には当てはまるものに○をつけてください。

(1) 勤務先診療所が位置する都道府県をご記入ください。()

(2) 年齢

- | | | |
|--------|--------|----------|
| a. 20代 | b. 30代 | c. 40代 |
| d. 50代 | e. 60代 | f. 70代以上 |

(3) 性別

- | | |
|-------|-------|
| a. 男性 | b. 女性 |
|-------|-------|

(4) 婚姻状況

- | | |
|-------|-------|
| a. 既婚 | b. 未婚 |
|-------|-------|

(5) 住んでいる現住所

- | | |
|-----------------|--------------|
| a. 診療所のある市町村と同じ | b. 診療所の近隣市町村 |
| c. その他() | |

(6) 取得している資格について、該当するものすべてに○をつけてください。

- | | | | |
|--------|---------|--------|--------|
| a. 看護師 | b. 准看護師 | c. 保健師 | d. 助産師 |
|--------|---------|--------|--------|

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

(7) 卒業した看護基礎教育課程 (該当するもの全てに○)

- | | |
|----------------|----------------|
| a. 専門学校 (2年課程) | b. 専門学校 (3年課程) |
| c. 短期大学 (2年課程) | d. 短期大学 (3年課程) |
| e. 大学 | f. 保健師教育1年課程 |
| g. 助産師教育1年課程 | h. その他 () |

(8) 看護師 (あるいは准看護師) としての実務経験年数 (平成28年8月31日時点)

通算 年 ヶ月

(9) 現在の診療所における勤務年数 (平成28年8月31日時点)

年 ヶ月

(10) 現在の職場に至るまでに、通算で最も長く勤務されていた職場を一つ選択してください。

- | | |
|------------------|-----------------|
| a. 大学附属病院 | b. 大病院 (200床以上) |
| c. 中病院 (50~199床) | d. 小病院 (49床以下) |
| e. へき地の診療所 | f. へき地以外の診療所 |
| g. その他 () | |

(11) 現在の診療所への勤務は、他の病院 (施設) などからの派遣ですか。

- | | |
|----------|-----------|
| a. 派遣である | b. 派遣ではない |
|----------|-----------|

(12) (11) で「a. 派遣である」と答えた方にお聞きします。

どこから派遣されているか、もっとも当てはまるもの一つを選択してください。

- | | |
|-----------------|--------------|
| a. 都道府県 | b. へき地医療拠点病院 |
| c. その他 具体的に () | |

(13) 診療所のある地域について該当するもの全てに○をつけてください。

- | | | |
|---------|---------|------------|
| a. 山村地域 | b. 島しょ | c. 半島 |
| d. 過疎地 | e. 豪雪地帯 | f. その他 () |

(14) 診療所に勤務する看護職数

※ご自身を含めて、看護師、保健師、助産師、准看護師の総数をお書きください。

- | | |
|-------------|--------------|
| a. 常勤 () 人 | b. 非常勤 () 人 |
|-------------|--------------|

2. 看護実践能力向上のための研鑽について

問1 あなたは日常の勤務のなかで、実際に患者さんを看護する以外の場面で、研鑽する機会がありますか。当てはまるもの一つを選択してください。(看護に関する資料等を検索することや数日以上現在の職場を離れて行う研修を除きます。)

- a. ある b. ない c. わからない

問2 前問で「a. ある」と回答された方にお聞きします。

その研鑽の機会として、下記の当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

- a. 平日の後方病院や研修施設での研修
その頻度はどのくらいですか(週に1日等具体的に)
()
- b. 定期的に行われる時間外(夜間・休日等)のケース検討会や講演会
- c. 不定期に行われる時間外(夜間・休日等)のケース検討会や講演会
- d. その他 具体的に
()

問3 日常の勤務を離れて(数日間にわたって行われる研修会や学会等)、研鑽する機会がありますか。当てはまるもの一つを選択してください。

- a. ある ⇒ 問4へ進んでください
- b. ない ⇒ 問6へ進んでください
- c. わからない ⇒ 問6へ進んでください

問4 その研鑽の機会の頻度で、当てはまるもの一つを選択してください。

- a. 週に1回 b. 月に1回
- c. 月に数回 d. 年に1回
- e. その他 ()

問5 研鑽の機会に参加する場合、看護業務はどうしていますか。(複数回答可)

- a. へき地医療拠点病院からの派遣看護師による対応
- b. a. 以外の方法で確保した看護師による対応
具体的に
()
- c. 代替看護師の確保はなく残るスタッフで対応

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

問6 所定の勤務時間外（夜間、週末、祝日等）に、診療所が所在する地域を離れることについてお聞きします。次のうち、あなたの状況に当てはまるものをお答えください。（複数回答可）

- a. 勤務時間外も患者の相談や緊急時に対応する必要があり、離れることは難しい
- b. 勤務時間外への対応義務はないが、住民の視線や感情に配慮し、離れることは難しい
- c. 診療所から離れる場合は、事前に住民等に知らせる必要がある
- d. 医師が対応する
- e. 勤務時間外は拘束されていない
- f. その他 具体的に

()

問7 あなたのへき地診療所看護師としての研鑽を困難とする理由について、当てはまるものをお答えください。（複数回答可）

- a. 代替看護師が確保できない
- b. 研修等への参加に関わる予算を確保できない
- c. 研修等の会場まで時間がかかる
- d. 研修等への参加について医師等診療所スタッフの理解がない
- e. へき地診療所の看護実践に役立つ研修等がない
- f. 家庭のことなど個人的事情で宿泊を要する研修等へは参加できない
- g. その他 具体的に

()

問8 あなたがへき地診療所看護師として研鑽したい内容について、当てはまるものをお答えください。（複数回答可）

- a. フィジカルアセスメント
- b. 臨床判断に関する知識
- c. 薬理学
- d. 糖尿病看護
- e. 褥瘡管理とスキンケア
- f. 高齢者看護
- g. 認知症看護
- h. 看取りの看護
- i. 経口摂取と輸液管理
- j. 家族看護
- k. 多職種連携
- l. 保健活動方法
- m. その他 具体的に ()

4. 医療提供体制の再構築について

問 14 各へき地診療所が平成 37 年(2025 年)(すべての団塊の世代が後期高齢者となり、介護・医療費など社会保障費の急増が懸念されています)に向けて直面する課題と検討状況について、お伺いします。

(1) 平成 37 年(2025 年)に向けて直面する課題について、貴診療所に当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 患者数の減少
- b. 後任医師の確保困難
- c. 経営状態の悪化
- d. 後任看護師の確保困難
- e. その他 具体的に

{ }

(2) その課題について、経営形態の見直しを検討されていますか。

当てはまるもの一つに○をつけてください。

- a. 見直しを行った
- b. 検討している
- c. 必要性はあるが検討していない
- d. 必要性がないため、検討していない

(3) 今後、検討する上で、望ましいと思われる経営形態について当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 出張診療所
- b. グループ制による運営*
- c. 公的病院の附属、指定管理
- d. 民間病院の附属、指定管理
- e. 大学病院の附属、指定管理
- f. 閉院
- g. その他 具体的に

{ }

※複数のへき地診療所を 1 つのグループとし、グループとして複数の看護師を運用することで、グループ内の常設、出張診療所に看護師を適宜配置する体制

問 15 将来のへき地診療所における看護体制を検討する場について、お伺いします。

(1) 将来のへき地診療所における看護体制の見直しを検討する場は、ありますか。

- a. 有
- b. 無

(2) 「有」の場合：検討する場について、当てはまるもの一つに○をつけてください。

「無」の場合：検討することを想定し、最も望ましい場に○をつけてください。

- a. へき地医療支援機構
- b. 地域医療支援センター
- c. 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など
- d. 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会など
- e. その他 具体的に

{ }

裏面にも質問があります。ご回答をお願いします。

(3) へき地診療所における看護体制を検討する上で、誰のリーダーシップが重要だと思いますか。重要と思われるものに○をつけてください。(複数回答可)

- a. 住民
- b. へき地診療所
- c. へき地医療拠点病院
- d. 大学
- e. 市町村
- f. 都道府県
- g. 国
- h. その他 具体的に ()

(4) へき地診療所における看護体制を検討する上で、必要と思われるものすべてに○をつけてください。

- a. 住民の理解
- b. へき地診療所の協力
- c. へき地医療拠点病院の協力
- d. 大学の協力
- e. 市町村長の理解
- f. 知事の理解
- g. その他 具体的に

()

問 16 今まで「へき地医療」は第一線の診療所が前面に立ち、後方のへき地医療拠点病院等とともに「1本の線」として支えるという体制が取られて来ましたが、昨今の地域の医療機関の診療機能の低下もあり、複数の診療所や病院が「面」として、地域の医療を支えるとの考え方も出てきています。

第一線の医療機関に勤務されている看護師として、今後の看護体制についてどのようにしていくべきか、自由なご意見をお聞かせください。

()

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

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)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
今道英秋, 古城隆雄, 小谷和彦, 前田隆浩, 谷憲治, 井口清太郎, 澤田努, 森田喜紀, 梶井英治	へき地に勤務する医師の専門医取得に関する障害とその解決方法	へき地・離島救急医療学会誌	(印刷中)		
今道英秋, 古城隆雄, 小谷和彦, 前田隆浩, 谷憲治, 井口清太郎, 澤田努, 森田喜紀, 梶井英治	へき地に勤務する医師は本当に地域を離れることができないのかーへき地勤務医師のワーク・ライフ・バランスを考える	へき地・離島救急医療学会誌	(印刷中)		