

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

へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した  
将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 菖蒲川 由郷

令和7(2025)年5月

## 目 次

I. 総括研究報告	
へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究 菖蒲川由郷	1
II. 分担研究報告	
1. 無医地区の定義と再検討の必要性に関する議論に関する情報整理 坪谷透、吉嶺文俊、林玲子、杉山賢明、菖蒲川由郷	5
2. 無医地区の定義変遷と現状 林玲子	18
3. 小学校区別将来人口推計の試み —新潟県十日町市と鹿児島県屋久島町を対象として— 小池司朗 (資料) 小学校区別将来人口推計の試み —新潟県十日町市、鹿児島県屋久島町を事例として—	28
4. 新潟県内の町丁・字代表点から最寄りの内科診療機関までの距離の分析 菖蒲川由郷、尾白有加	39
5. 過疎地域の死亡格差 林玲子	44
6. へき地医療の現状と課題 —十日町市・粟島浦村・屋久島町におけるインタビュー調査— 尾白有加、白倉悠企、杉下智彦、菖蒲川由郷	52
7. へき地診療所・へき地医療拠点病院に対する調査 杉田義博、神田健史、阿江竜介、原田昌範	59
8. 我が国におけるへき地医療の制度のまとめ 小島克久 (資料) 我が国におけるへき地医療の制度のまとめ	64
9. へき地医療の持続可能性に向けた要件緩和の提案 杉山賢明	83
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	88

研究代表者 菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任教授

### 研究要旨：

本研究では、急速に進む人口減少と高齢化の中、適切なへき地医療提供体制を検討する。研究班は、へき地医療を実践する医師、人口学研究者、公衆衛生専門家らで構成され、①無医地区の定義、②将来医療需要とアクセス、③現場課題の質的把握、④へき地診療所等調査の設計、⑤わが国の制度の整理、⑥オンライン診療の可能性という6つの課題を柱に調査と分析を進めた。

無医地区の設定方法は「中心点から半径4km内に医療機関が無い人口50人以上の地区」という旧来基準が用いられてきたが、道路網整備や高齢化に伴う移動困難、医療機関の集約化により実態と乖離していることが議論され、文献等調査で裏付けられた。次に、医療需要の精緻な把握を目的に小学校区単位の将来人口推計を試行し、地理情報システム（GIS）解析で最寄り医療機関までの距離・移動時間を可視化した結果、潜在的無医地区の再抽出が可能であることを示した。また、過疎地と非過疎地の標準化死亡比を比較し、へき地医療のこれまでの効果と将来課題を定量的に評価する枠組みを提示した。

質的調査を念頭におき、新潟県十日町市・粟島浦村、鹿児島県屋久島町をサイトビジットし、行政担当者、医師、看護師、住民に半構造化インタビューを実施した。共通課題として医療人材不足、交通弱者の増加、介護需要の肥大化が挙げられた一方、山間地と離島では交通環境や人口規模の違いに起因する対策の多様性も確認された。

さらに、厚生労働省の令和6年度へき地現況調査結果を精査し、令和7年度に計画中のへき地診療所・拠点病院アンケートの項目を検討した。制度面では、過疎対策を規定する法律とへき地保健医療対策を規定する法律を、それぞれ歴史的に整理し、両者の違いと連携が不十分である点を指摘した。オンライン診療に関しては、要件緩和による導入の促進について提案した。

これらの成果から、次年度以降は、へき地診療所とへき地医療拠点病院を対象とした調査と追加フィールド調査を通じてへき地医療の現状を詳しく把握し、適切な医療提供体制の構築に資するエビデンスの創出を目指す。

### A. 研究目的

本研究では、人口動態などを踏まえた将来を見すえたへき地医療提供体制の検討を行う。へき地医療実践者とのディスカッションと医療側と住民側へのアンケート調査により、現状を把握し課題を抽出する。山間部と離島で地区別の人口推計に基づく医療ニーズを推計し、現状とのギャップ

を視覚化する。また、住民の健康度を観察し、へき地の定義の妥当性とへき地医療の存続可能性を定量化する。さらには諸外国のへき地医療に関する情報を収集し、国内外の施策形成に生かす。

## B. 研究方法

研究班はへき地医療実践者（医師）、人口学研究者、公衆衛生専門家等から成り、それぞれの専門的見地から、へき地医療の現状と将来のあり方について議論と検討を重ねた。また、へき地を擁する3市町村へのサイトビジットを通して、へき地の医療体制の課題や現状について知見を得た。ここでは、令和6年度に研究班として実施した研究活動を概観し、下記の6つの視点で概説する。

- I. 無医地区の定義について
- II. 医療需要分析の結果
- III. へき地医療の現状に関わる検討
- IV. へき地診療所調査の進捗
- V. へき地医療の制度のまとめ
- VI. オンライン診療その他

Iでは、最初に、研究対象となる「へき地」や「無医地区」の定義について度重なる議論があったことから、班会議の逐語録を元に、論点を整理し、文献やインターネット上の情報を収集して考察を加えた。特に、無医地区の定義について、歴史的変遷と現状についてサイトビジットで得られた知見も交えて詳しく考察した。

IIでは、人口推計に基づく、へき地医療の医療ニーズの推計と現状との比較に向けて、いくつかの分析を進めた。一つには将来の医療需要を市町村単位よりも小さな地域単位で把握することを目指し、小学校区別の将来人口推計を試みた。一方、GISを用いた医療アクセス分析により、無医地区を客観的に再設定できる可能性を示すことを試みた。さら

に、過疎地域と非過疎地域の死亡水準を比較し、これまでのへき地医療の成果を検討するとともに、今後のへき地における医療ニーズを評価できる可能性を示した。

IIIでは、サイトビジットとして、へき地を擁する3カ所の市町村（新潟県十日町市、鹿児島県屋久島町、新潟県粟島浦村）において、行政担当者・医療従事者・住民へのインタビューを実施した。インタビューの内容から、へき地における医療体制の現状や課題について検討した。

IVでは、令和7年度に本研究班として実施する、へき地診療所とへき地医療拠点病院に対する調査に先立って、令和6年度に厚生労働省が実施した、へき地現況調査を分析し、へき地医療の現状を十分に把握できるよう、調査項目を精査した。

Vでは、へき地医療に関わる制度について、わが国の過疎対策とへき地保健医療対策の観点から、歴史的な経緯を踏まえて整理した。

最後にVIでは、今後、変遷することが予想されるへき地医療の解決策となり得るオンライン診療の課題点を挙げ、解決のための提案を示した。

## C. 結果

### I. 無医地区の定義について

旧来使われている無医地区の設定方法について、現状と合わなくなってきたことが明らかとなった。

※詳細については分担報告書を参照。

- ・ 分担報告書「無医地区の定義と再検

討の必要性に関する議論に関する情報整理」(坪谷透、吉嶺文俊、林玲子、杉山賢明、菖蒲川由郷)

- ・ 分担報告書「無医地区の定義変遷と現状」(林玲子)

## II. 医療需要分析の結果

小学校区別の将来推計人口の算出可能性を示した。また、GISを用いて客観的な距離や時間を指標として医療アクセスを計算し視覚化できることが分かった。さらには、へき地医療の効果を評価するために過疎地と非過疎地の標準化死亡比を比較する方法を示した。

※詳細については分担報告書を参照。

- ・ 分担報告書「小学校区別将来人口推計の試み—新潟県十日町市と鹿児島県屋久島町を対象として—」(小池司朗)
- ・ 分担報告書「新潟県内の町丁・字代表点から最寄りの内科診療機関までの距離の分析」(菖蒲川由郷、尾白有加)
- ・ 分担報告書「過疎地域の死亡格差」(林玲子)

## III. へき地医療の現状に関わる検討

へき地を擁する三市町村では、共通の課題として、医療人材の不足、医療アクセスの格差、高齢化に伴う介護需要の増大が挙げられた。一方、山間地と離島の違い、人口規模の違いにより、課題も異なり、とられている対策も多様であった。

※詳細については分担報告書を参照。

- ・ 分担報告書「へき地医療の現状と課

題—十日町市・粟島浦村・屋久島町におけるインタビュー調査—

(尾白有加、白倉悠企、杉下智彦、菖蒲川由郷)

## IV. へき地診療所調査の進捗

令和6年度のへき地現況調査の結果を詳細に検討し、今後、本研究班で実施するへき地診療所とへき地医療拠点病院に対する質問票調査の計画を進めた。

※詳細については分担報告書を参照。

- ・ 分担報告書「へき地診療所・へき地医療拠点病院に対する調査」(杉田義博、神田健史、阿江竜介、原田昌範)

## V. へき地医療の制度のまとめ

過疎地対策とへき地保健医療対策に着目し、制度の沿革と内容を概観した。

※詳細については分担報告書を参照。

- ・ 分担報告書「我が国におけるへき地医療の制度のまとめ」(小島克久)

## VI. オンライン診療その他

遠隔医療の導入は十分に進んでいないのが現状であり、課題の一つとして、要件の緩和を提案した。

※詳細については分担報告書を参照。

- ・ 分担報告書「へき地医療の持続可能性に向けた要件緩和の提案」(杉山賢明)

## D. 考察

令和6年度の5回の班会議を通じて、無医地区の定義の曖昧さや、へき地医療の

現状と問題点について、繰り返し議論がなされ、無医地区の定義が、交通手段の発達や高齢化、医療リソースの集約化等の周辺環境の変化により、現状とあわなくなっていることが明らかとなった。また、目指すべき、へき地医療提供体制も医療の担い手不足とICTの発展に伴い、そのあり方が問われている現状が明らかとなった。さらに、国の過疎地対策とへき地保健医療対策はへき地医療の充実を一つの目標とする点では一致しているが、目的と対象が異なり、連携が十分でないという課題が明らかとなった。

今年度中に得られた知見に基づき、今後、交通手段や医療サービスの内容を加味した客観的な無医地区の定義を検討し、へき地に必要な医療提供体制を提案してゆきたい。また、現状の把握と課題の検討のために、へき地診療所とへき地医療拠点病院に対する調査と、さらなるサイトビジットを計画する。

## **E. 結論**

令和6年度は、3年間の研究計画の1年目として、人口動態などを踏まえた将来を見すえたへき地医療提供体制の検討を行う準備を多角的に進めた。

## **F. 健康危険情報**

該当なし

## **G. 研究発表**

なし

## **H. 知的財産権の出願・登録状況**

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）

「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究」

令和6年度 分担報告書

「無医地区の定義と再検討の必要性に関する議論に関する情報整理」

研究分担者 坪谷透 新潟大学大学院医歯学総合研究科 客員研究員

研究分担者 吉嶺文俊 新潟県立十日町病院 院長

研究分担者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所 所長

研究協力者 杉山賢明 新潟大学大学院医歯学総合研究科 客員研究員

研究代表者 菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任教授

**研究要旨：**

**【目的】**

無医地区の現行定義（半径4 km・居住50人以上）が今日の医療アクセスの実態に適合するかを検証し、人口減少やICT普及を踏まえた将来のへき地医療体制を再構築するための資料を得る。

**【方法】**

厚生科学研究（24IA1008）の班会議（計5回）と令和6年度のサイトビジットで得た議論を整理し、行政資料・学術文献・GIS解析を統合し、①無医地区定義の妥当性、②へき地医療対策と過疎対策の制度の違い、③人口動態・交通・ICTの影響を多面的に検討し、情報を整理した。

**【結果】**

現行の「半径4 km・居住50人以上」という無医地区基準は、道路網の発達や自家用車普及、高齢化による移動困難などに伴い、実態と乖離しており、中心点の定義があいまいであるため指標として検討余地があると考えられた。無医地区数自体は長期的に減少しているものの、準無医地区は増加傾向にあり、地理条件の厳しい地域のみならず、愛知・兵庫・福岡といった都市部を抱える道府県でも新たな無医地区が発生している。さらに、へき地医療対策（厚生労働省所管）と過疎対策（総務省、国土交通省等所管）は対象や手法が異なり十分な連携の仕組みが不在であり、医療確保と生活基盤整備が分離していることが分かった。人口減少により医療需要の絶対量は縮小する一方、高齢化の進行で在宅医療や遠隔診療の需要は増大している。ICT活用はなお途上で、へき地拠点病院のオンライン診療実施率は約3割にとどまり、技術導入と通信環境整備が不可欠であることが示唆された。

**【考察・結論】**

現行定義は医療空白を的確に把握できず、移動時間・交通手段・通信環境を組み込んだ段階的指標への改訂が必要である。さらに、厚生省のへき地医療計画と総務省の過疎政策を統合し、拠点集約と巡回・遠隔診療で支えるネットワーク型モデルを構築すべきである。その実現には省庁横断のデータ共有と、通信インフラ整備・多職種人材育成への投資が必要である。

## A. 研究目的

本研究は、厚生労働省の定める無医地区の定義が今日の地域医療の実情に即しているかを検証するとともに、将来的なへき地医療の在り方を再構築するのに資する検討を行うことを目的とした。具体的には、下記の3点について検討した。

- (1) 無医地区の定義の曖昧さと限界について
- (2) へき地医療政策と過疎地対策の目的・対象・制度上の違いについて
- (3) 人口動態や交通インフラ、ICT活用等を踏まえたへき地医療の再定義の必要性について

## B. 研究方法

厚生労働科学研究「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究(24IA1008)」の班会議(第1回～第5回)において議論された内容のうち、無医地区の定義、へき地医療政策と過疎地対策の制度の違い、へき地医療の再定義に関係する部分をまとめ、文献的考察を加えた。また、令和6年度に班会議の活動として実施したサイトビジットにおいて得られた知見も加えて考察を深めた。

### 1. 無医地区の定義の曖昧さと現行定義の限界についての検討

厚生労働省および総務省が公表している無医地区・へき地医療に関する報告書(1)、調査結果、関連法令の解説資料を

収集し、無医地区の定義や指定基準、その運用の実態を整理した。さらに、各自治体や研究機関による実地調査資料や学術論文を参照し、地域差や制度上の課題に関する科学的知見を収集した。

収集した情報を基に、無医地区の現行定義とその適用状況について整理し、次にへき地医療対策と過疎地対策の制度的背景を比較検討した。最後に、人口構造の変化やICT等の新しい要素を踏まえて、へき地医療体制の再定義の可能性に関して考察した。分析にあたっては、全国無医地区等調査結果やGIS(Geographic Information System:地理情報システム)を用いた医療アクセス評価に関する最新研究の知見も活用し、定量データと定性評価の双方から議論を深めた。

## C. 結果

### 1. 無医地区の定義の曖昧さと現行定義の限界

#### 1) 無医地区の現行定義に関する議論のまとめ

厚生労働省は、無医地区を「医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住しており、かつ容易に医療機関を利用できない地区」と定義している(2)。この定義は、1950年代の交通事情を前提に設定された基準がそのまま維持されている。また、現行定義の、中心地点が何を指すかは明示されておらず、市町村担当者の主観に委ねられてい

る。過去の中心地が現在も「中心」であるとは限らず、地域の人口減少等により定義が現状と乖離する例も存在する。このため、担当官の交代によって無医地区の設定が変わることもあり、反対に、医療機関が設置される等の変化があっても無医地区として、報告され続けている事例もあると考えられる。特に、交通の便がよくなったり、オンライン診療等が普及する中で医療アクセスが改善している地区もあり、実態とのずれが大きくなっている可能性もある。また、住民の生活実感・自己決定（覚悟や満足）を加味しなければ、数字だけの無医地区の解消は意味がない。

物理的な距離のみならず、人口減少と交通網の整備・未整備、さらには通信圏内か圏外か、などの新たなへき地・無医地区の定義が必要である。今後の指標には通信到達性、遠隔診療利用率等を組み込み、サービス提供能力ベースでの再区分が必要かもしれない。

人口要件も機械的に適用されており、居住者が50人を下回ると定義上は無医地区から外れるため、過疎化が進み49人以下になった地域は「無医地区ではない」と扱われる。つまり、実際には人口減少で一層医療確保が困難になるにもかかわらず定義上支援対象から漏れる可能性がある。このギャップを埋めるため各都道府県知事の判断で無医地区に準じた地域（準無医地区）を指定する制度があるが、指定には国との協議が必要であり機動的とはいえない。現に、無医地区からは外れたものの医療確保策がなお

必要な地域が準無医地区に移行する事例が多いため、近年は無医地区数が減少する一方で準無医地区数が増加する傾向が指摘されている。

金子らが開発した、へき地度の指標である“Rurality Index Japan”(3)は、人口密度・医療機関距離・離島・豪雪を加味された指標となっている。この指標は、郵便番号単位で開発され、国際比較にも応用可能である。しかし、医療サービス内容やICT要素までは反映されていない。医師数・ケアマネ人口・携帯通信圏等を重み付けした改良版を作成し、医療計画とリンクさせることができれば有用な資料となり得る。例えば、オンライン診療要件と訪問看護カバー率を可視化できれば、医療計画後期改訂への具体案の提案にもつながりうる。

サイトビジット（十日町市）において確認された無医地区の設定についての知見

#### ●地区の定義について

・基本的には行政区単位で無医地区かどうかを判定したが、同一行政区内に平地と山間部が混在し、最寄りの医療機関までの距離が半径4kmに収まる集落と収まらない集落が共存していた。この場合、4 km圏に入る集落を除外し、残りを50人単位で合算して「無医地区」としていた。

・「行政区」「国勢調査ブロック」「農業集落」「郵便番号」など地区を区分する単位が複数あることで、データ突合や人口推計の際に齟齬が生じることが容

易に想像される。

・十日町市は433行政区をベースに無医地区を整理しているが、農水省の農業集落コードや国勢調査区とは一致していなかった。一方で、行政区の公開された統計情報はない。

●地区の中心地点は「各市町村が判断」することとなり具体的な基準がないことについて

・十日町市では「人口が多い集落や旧小学校跡」を便宜的に中心に設定していた。

・中心点が変わるだけで無医地区か否かの判定は変わる可能性がある。

●医療機関が半径4km以内であれば無医地区ではないという機械的な判断について

・厚労省の指標では、どのような医療機関でも、4km圏内であれば無医地区ではなくなるため（サービス内容の規定はないため）、実際には住民側のニーズが小児科や脳外科対応などであったとしても、ニーズの側面は勘案されない。

●時代背景とともに無医地区の定義が現実の感覚と離れていることについて  
道路の改良・自家用車による利便性の上昇により、住民は無医地区という実感がない、という実態が、住民インタビューから明らかになった。自家用車30分・公共交通機関の利便性などの住民が許容できる時間や距離をアンケートで定量化し、距離4kmに代わる、より実態的な閾値を探索してはどうか、という提案があった。

● 調査周期が5年から3年へ短縮した（医療計画中間見直しに合わせたため）

ことについて

・調査があるごとに担当者の裁量で地区が増減し実態把握が不安定となっている可能性があるとのこと。

## 2) 無医地区数の推移と地域分布に関する情報のまとめ

定義に課題があると考えられる無医地区の推移と地域分布について、情報をまとめた。

全国の無医地区数は長期的には減少傾向にある。1970年代後半には全国で約1,750地区・約50万人が無医地区に居住していたが、医療機関の新設等のへき地医療対策の進展により2014年時点で637地区・約12万人まで大幅に減少した(4)。直近の令和4年(2022年)調査では全国で557か所、居住人口約12万2千人となり、2019年調査比で地区数が33か所、人口で4,645人減少している(5)。無医地区「解消」に向けた各自治体の取り組み成果が表れている一方で、その内実をみると地域ごとの偏りや新たな課題も露呈している。都道府県別に見ると、山形・埼玉・千葉・東京・神奈川・大阪・佐賀の7都府県では現在無医地区がゼロであるのに対し、北海道(64か所)や広島(53か所)、大分(38か所)など地理的条件の厳しい地域で多く、依然として「都市部を抱える都道府県にも無医地区が存在」する状況である(5)。

実際、愛知県・兵庫県・福岡県など政令市を有する大都市圏でも、山間部等において近年新たに各1か所ずつ無医地区が発生したことが報告されている。これ

は、「医師が高齢で診療所を閉鎖した」「路線バスが廃止・減便された」といった要因で、従来無医地区ではなかった地域が突如無医地区となるケースがあることを意味する。例えば熊本県では前回20か所だった無医地区が26か所に増加し、鹿児島県も12か所から16か所へと増加した。また岩手県では路線バス減便の影響で無医地区人口が4,200人増加しており、公共交通の維持が困難な状況下で交通手段の変化が医療アクセス格差につながっている。

## 2. へき地医療対策と過疎地対策の目的・対象・制度の違いについて

### 1) 制度的背景について

我が国では戦後一貫して、人口希薄地域の振興と生活環境の改善を図る過疎地域対策と、医療資源の乏しい地域での医療提供体制を確保するへき地医療対策が、並行して進められてきた。両者の領域はしばしば重なり合うものの、所管省庁と法律が異なる。

「へき地医療」は厚生労働省、「過疎地対策」は総務省・国土交通省等が所管している。両者間に連携の枠組みは明確に存在しないのが現状である。医療インフラ整備は厚生労働省、生活基盤整備（道路、通信）は国土交通省等が担っており、総合的な地域対策として一体化していない。

過疎地域対策は総務省所管の「過疎地域自立促進特別措置法」（現行は令和3年施行の「過疎地域持続的発展支援特別措

置法」）に基づき行われる広範な地域振興策（国交省・農水省も関与）であり、人口減少と地域社会の活力低下に直面する市町村に対し、インフラ整備や産業振興、生活環境の改善（医療・福祉サービスを含む）等を総合的に支援するものである。同法では政策目標の一つとして「医療の確保」が明記されており（法第3条）、医療機関の誘致や診療施設の整備も対策として含まれている(6,7)。

へき地医療対策は厚生労働省所管の政策で、無医地区の解消とへき地における地域医療体制の確保を目的とする専門的施策である。1956年（昭和31年）に初めて「へき地保健医療計画」が策定されて以降、無医地区等の調査が5年ごとに実施され、各都道府県は国の計画に基づきへき地診療所の設置や医師派遣、巡回診療の実施等に取り組んできた。このへき地医療計画は累次改定され、第11次計画にあたる2018年度より各都道府県の地域医療計画（医療計画）に統合された。これにより、へき地医療対策は医療計画の一環として位置づけられ、他の医療提供体制整備と一体的に検討されている。

### 2) 制度の目的と対象の違いについて

過疎地対策は「あらゆる生活環境の底上げ」を主な目的としており、その対象地域は人口要件（極端な人口減少率や低人口密度など）の基準を満たす市町村単位で指定される。2018年度時点で全市町村の約半数にあたる817市町村が過疎地域指定を受けている。つまり、過疎地域

は全国土面積の約60%を占め、居住する人口は全国民の8.6%（約1,000万人）ということになる。過疎地域では高齢化率が全国平均を10ポイント上回る36.6%で、医療を含む基本的な生活サービスの提供の維持が課題となっている(8)。一方、へき地医療対策は「特に医療へのアクセスが困難な地域」を対象としており、医療機関からの距離や交通条件といった指標によって無医地区や準無医地区等が設定されている。対象は過疎地の指定と異なり、市町村全域ではなく集落単位である。このため、過疎指定を受けていない自治体でも、一部に無医地区が存在し得る。反対に、過疎指定を受けた自治体であっても中心部に医療機関があればその周辺は無医地区とならない。したがって過疎地域と無医地区の範囲は重なりつつも一致しない。結果として、医療が改善しても過疎指定が外れない、過疎対策で道路は整ったが医療は不在、ということが起きる。しかしながら、過疎対策では漏れる微細な医療空白をへき地医療対策が補完し、一方でへき地医療だけでは対応しきれない地域基盤（交通網整備や住環境整備）を過疎対策が支えるという補完関係にあるということもできる。

### 3) 制度とアプローチの違いについて

制度面では、過疎地対策は主に地方交付税の加算や過疎債の発行といった財政措置によって自治体がインフラや公共サービスを整備するものである。医療面でも病院・診療所の建設費補助や医療

従事者住宅の整備、移動診療車の導入支援など、主にハード面から支援している。一方、へき地医療対策は医療提供者を確保・派遣するソフト面からの支援が特徴である。具体的には、自治医科大学によるへき地勤務の医師確保の他、都道府県立病院や地域医療支援病院をへき地医療拠点病院に指定してへき地の診療所を支援させる仕組みや、巡回診療・へき地巡回バスによる定期的な訪問診療、診療所無医化時の代替医師派遣の制度などがある(9)。また、診療報酬上もへき地加算等の優遇措置を設けており、へき地診療所で勤務する医師・看護師には国や自治体からの奨学金返還免除や手当支給といったインセンティブも講じられている。

このように、過疎対策と連動して、へき地医療インフラ（診療所）を整備することと、自治医大卒業生を中心とするへき地医師派遣システムにより、へき地の医療が改善してきた歴史がある。一方で、医師派遣については義務年限終了後に都市部へ移る医師が多く、へき地医療は若手医師の通過点に留まりがちで、継続性に課題があるという意見もあった(10)。また公的診療所であっても医師不在期間が発生する例があり、その際の地域医療の空白を完全には防ぎきれていない。過疎対策においても、ハード整備だけでは人口流出に歯止めがかからず、むしろ整備した公共交通機関が利用者減で維持困難となるなど、インフラ維持費用に見合う人口がすでに存在しないという課題が生じている。このように、

過疎地対策・へき地医療対策それぞれに課題を抱えているのが現状である。

#### 4) 新たな課題

昨今の社会環境の変化により、新たな課題が出現している。

(1) 人口減少・高齢化の進行: 地方自治体では、人口減少により医療需要そのものが縮小し、財政負担との兼ね合いから医療提供体制の集約化が避けられない状況である。その一方、残された住民は高齢化により自力で通院が難しくなるなど、よりきめ細かな代替サービス（訪問診療・デマンド交通等）が必要になっている。

(2) 医師の地域偏在の固定化: 若手医師は多くが都市志向で、へき地医療従事者の確保が変わらず困難であり、自治医大や地域枠医学生の増員といった取り組みも即効性はなく、直ちに十分な効果が得られているとは言えない。

(3) 政策の方向転換による影響: 過疎対策は近年、地域の持続的発展に軸足を移し、むやみに全集落を維持するのではなく、コンパクトな地域構造への誘導（コンパクトシティ政策）を視野に入れた施策展開に移行しつつある(11,12)。これに伴い、地域医療の提供体制の考え方も、各集落ごとに医療資源を配置する発想から生活圈単位で必要な医療機能を確保する発想への転換が必要となりつつある。現状では各都道府県の医療計画にへき地医療が位置づけられているが、過疎対策担当部局と医療政策担当部局の連携が不十分であるためか、例えば病院

は建てたが医師が不足し、機能しない等の不整合が散見される。今後、過疎地対策とへき地医療対策を統合的に捉えた政策立案が必要であり、医療・福祉・交通・ICTを横断した包括的アプローチが課題解決の鍵となる。具体的には、へき地医療と過疎政策をつなぐ統合プラットフォームとして、所管省庁間の連携と共通データベース整備等の施策が必要と考えられる。

サイトビジット（新潟県）において確認された知見

●過疎地対策の転換が現場に影響を及ぼしている事例

県立病院への繰出金は一般財源の3%超（新潟県）を占め財政に影響があるが、地方交付税で補填されるのは、その4割程度である。この結果、「医療確保＝病院維持」という構造では県財政が維持できず、指定管理や独法化の検討が必要となりつつある。県病院局の経営指標では病床規模が小さいほど赤字・繰入率が悪化することが明らかで、財政的な持続可能性が課題である。

へき地医療確保のための無床診療所化や遠隔医療シフトの議論が過疎政策と連動していない点が課題と言える。言い換えれば、病院再編・撤退ラインの議論は過疎対策（定住促進）としばしば衝突し、整合性がとれていないことが課題ととらえることができる。

### 3. 人口動態・交通インフラ・ICTの観点から見たへき地医療の再定義の必要性

#### 1) 人口動態の変化と医療需要

日本全体で少子高齢化と人口減少が進む中、特に地方の人口減少は著しく、将来的には医療アクセス困難地域に居住する人口が、さらに減少する予測である。一方で、人口減少により人が居住しなくなる地域が広がるため、医療空白地域の地理的範囲は拡大すると考えられる。厚生労働科学研究「人口動態や地域の実情に対応するへき地医療の推進を図るための研究」（令和3～5年度）(13)においても、現在の無医地区相当の人口が2050年までに約2割減少する一方で、そうした地域が占める面積は約3割増加する可能性が示されている。結果として、より人口が減少したへき地に、医療を必要とする住民が点在する形で残存し、一人ひとりにサービスを届けるコストと難易度が今以上に上がることが想像できる。医療需要の絶対量は減っても、高齢者の割合が高まることで慢性疾患の管理や在宅医療の需要が相対的に増えると考えられ、限られた医療資源で広域かつ高齢化した住民を支える体制への転換が必要となっている。

#### 2) 交通インフラと地域構造の変化

道路網の整備や自家用車の普及により、過去と比較して、地方の交通の便は改善していると考えられるが、依然として交通弱者が存在している。例として、自動車を運転できない高齢者は、道路が

整備されても医療機関へのアクセスは確保されない。反対に人口減少によって公共交通機関（鉄道・バス路線）が維持できなくなり、医療アクセス困難の新たな要因となりつつある。実際に近年の無医地区再増加事例の中には、交通機関の廃止・減便が直接の契機となったものが複数報告されている(14)。このような状況に対応するため、地域住民の移動を支援するデマンド型交通サービスやボランティア輸送、ドクターヘリ・ドクターカーの活用による緊急搬送体制の強化など、医療と交通の連携策が模索されている。

さらには、国土交通省や総務省を中心に「コンパクトシティ+ネットワーク」の考え方が提唱されており、居住地を集約しつつ残る遠隔地はICTネットワークで結ぶ地域構造への転換が推奨されている。医療分野でも、拠点となる医療機関を地域の中心に据え、そこから遠隔診療や巡回診療で周辺住民をカバーするモデルが時代に合った形として検討されている。

#### 3) ICT（情報通信技術）の活用と遠隔医療

技術進歩と規制緩和により、オンライン診療をはじめとする遠隔医療が実用的になってきている。特に、新型コロナウイルス感染症の流行を契機にオンライン診療の要件が緩和されたことから、離島・へき地のみならず都市部でもリモート診療が普及し始めている。実際、へき地診療所でのオンライン診療の実施

件数は、へき地医療の評価指標の一つに設定されているが(15)、現状では、へき地における遠隔医療の利用は限定的であり、2020年度の調査によればオンライン診療等の遠隔医療を実施している施設はへき地医療拠点病院で34.2%であった。普及が進まない要因として、医療者側のICT機器操作のスキル不足や、患者側（特に高齢者）の機器利用に対するハードル、通信環境の整備状況などが指摘されている。特にへき地では医師が遠隔診療を提供する際、患者側に適切な補助を行う医療者（看護師等）の存在が重要であり、そうした「医師－患者間をつなぐ看護師」の育成と配置が課題である(16)。一方でICTの可能性は大きく、画像診断のリアルタイム遠隔読影や専門医によるオンラインカンファレンスによって、へき地に居ながら高度専門医療の提供を受ける試みも始まっている。例えば、離島の基幹病院の医師が本土の専門医とオンラインで連携して専門外来を開く実証実験や、ローカル5Gを活用して高精細な遠隔診療・リハビリ指導を行う総務省のプロジェクトなど、技術面の課題克服に向けた取り組みがある(17)。ICTは地理的障壁を超えて医療資源を共有する手段として不可欠であり、へき地医療を改めて考え直す際に重要な要素となる。

#### 4) へき地医療概念の再構築の方向性

以上のような状況から、半径4km圏内に医療機関がない地域、という現在の無医地区の定義を見直し、医療アクセスの

困難度合いに応じた段階的な地域分類に置き換えることも考えられる。例えば、地図上の単純距離だけでなく実際の移動時間や交通手段の有無を考慮し、30分圏内・30-60分圏内・60分圏外といった指標で地域の医療アクセスを評価する手法が考えられる。これにより、現行の無医地区・準無医地区を客観的に見直すことができる。さらに、高齢化による在宅医療ニーズの高まりとICTの普及により、物理的距離だけでなく遠隔医療も含めた医療アクセスを評価する新指標が必要と考えられる。例えば、住民のオンライン診療・遠隔診療の受診経験そのものもアウトカムに組み込むことも考えられる。

また、医療機関がアクセス圏内にあることのみが重要ではなく、アクセスできる医療の質や住民視点のQOL・満足度・安心感や、医療を受けるまでの心理的・経済的ハードルを数値化したり、若年層・子育て世帯が安心して住める医療・福祉の条件整備も考慮することが考えられる。この議論は、へき地医療対策の目標を無医地区の解消とするのではなく、物理的に医療機関が近くになくても、必要十分な医療サービスへのアクセスがICTによるネットワークにより支えられることを目指す、という考え方への転換である。

また、医療提供体制の再構築にあたっては住民側からのアクセスの視点だけでなく、医療資源の側からの視点から、限られた医療資源の集約とネットワーク化が重要である。つまり、地域の中核

拠点（診療所など）を定め、そこを中心に巡回診療・訪問診療、さらには遠隔診療を活用して地域の医療を支えるモデルへの転換が必要と考えられる。その際、拠頭に配置する人材については、医師に限らず、特定行為研修を修了した看護師や遠隔診療補助ができる多職種の人材を活用することで、医師不足を補完する。さらには、地域包括ケアシステムの考え方をへき地にも応用し、医療だけでなく介護・生活支援サービスと一体で提供することで、少ない人員で住民の健康を支える効率的モデルを構築できる可能性がある。これらを実現するには、医療分野のみならず自治体、交通事業者、通信事業者、地域住民組織が連携して、包括的に計画することが必要である。つまり、無医地区の再定義という作業は単なる基準見直しではなく地域医療提供体制を根本的に再設計する議論として位置づけられることが望ましい。

#### D. 考察

本研究により、無医地区の現行定義には歴史的経緯から定められた一定の合理性がある一方で、現代の地域医療を取り巻く状況変化に対応しきれていない側面が浮かび上がった。半径4km・50人以上という基準は、へき地医療施策の黎明期における実態（徒歩圏や基礎集落単位での医療圏）に基づくものであったが、その後のモータリゼーションの進展や住民の生活圏拡大により画一的な距離基準の妥当性は相対的に低下している。一方で、高齢化により、車で30分、ある

いは1時間の距離が実質的な医療アクセスの障壁として妥当と考えることもでき、距離より時間と手段を重視した基準への見直しを提案したい。現状の定義に内在する曖昧さは、各地域の実情に応じた判断を可能にする反面、運用のばらつきや恣意性を招く恐れもある。今後は、定義を見なおし、国全体で客観的に医療過疎の実態を把握し、対策する必要がある。

へき地医療対策と過疎地対策の比較からは、医療政策と地域政策の連携の重要性が確認された。両施策は目的とアプローチが異なるものの、最終的には地域住民の生活の質向上という点で一致する(6,7)。過疎地の住民にとって医療アクセスは生活の生命線であり、医療が確保できなければ他の施策も空洞化する恐れがある。一方で、医療のみ整備しても日常生活が成り立たなければ人口減少により、医療提供も維持困難となる。したがって、医療と福祉・交通・産業振興を包括した地域戦略の中にへき地医療を位置づける視点が不可欠である。これまでの議論にあがったコンパクトシティ志向やICT活用は、まさに縦割りを超えた統合的アプローチの具体例であり、今後は、制度間のギャップを埋める調整が求められる。例えば関係府省合同の「地域医療過疎対策本部」のような横断的プラットフォームを設け、データと目標を共有しながら政策を立案・実行していくことが解決への方法となりうる。

へき地医療の再定義に関しては、単に無医地区の線引きを変更するだけでな

く、医師の常駐有無のみならず、看護師等による訪問や遠隔診療による相談支援体制、緊急時の搬送体制なども含めた総合的な医療アクセス指標を設定し、それに基づいて支援が必要な地域を指定・支援する仕組みが理想的である。

政策提言の観点から言えば、へき地医療の再定義作業は単なる統計上の分類変更ではなく、将来を見据えた資源配分の見直しであり、限られた医療資源を如何に効率的かつ公平に全国民へ行き渡らせるかという社会保障政策上の課題ともいえる。

## E. 結論

本研究では、令和6年度の厚生労働科学研究の班会議を通じて、無医地区の定義に関する課題とへき地医療の将来的方向性について、多角的に議論した。その結果、現行の無医地区定義には地域実態との乖離や運用上の不明確さがあり、医療アクセス困難地域を適切に把握・支援する上で限界があることが明らかになった。また、へき地医療対策と過疎地対策は目的と手法が異なりつつ相互補完的に機能してきたが、昨今の人口動態や社会経済環境の変化により従来の枠組みだけでは対応困難な局面を迎えている。したがって、今後、班会議では下記の点について検討を継続する。

- 無医地区等の定義と指標の見直し：無医地区の定義に移動時間や交通手段の有無等の要素を組み込み、医療アクセスをより現実的に評価できる指

標を検討する。

- へき地医療と地域振興策の統合的アプローチ：厚労省のへき地医療計画と総務省の過疎地域対策を連携させ、医療・福祉・交通を一体的に整備する政策枠組みを検討する。具体的には、地域公共交通の維持・再編と連動した医療提供（巡回診療車の運行支援等）、地域包括ケア拠点に医療と介護のワンストップ拠点を設置するなど、省庁横断型のモデル事業を検討し、効果検証を経て全国展開を図る。

- ICTを活用した次世代へき地医療モデルの推進：遠隔医療の一層の推進に向け、通信インフラ整備と人材育成に投資するモデルを検討する。特にへき地診療所と基幹病院を結ぶ遠隔診療ネットワークを構築し、平時からオンラインで専門医が遠隔支援できる体制とその効果を検討する。あわせて、患者側を支援する看護師等の「テレヘルス・アシスタント」的役割の制度化を検討し、遠隔診療の質を向上する。これらにより、地理的隔たりを埋めるデジタルヘルスによる医療アクセス平等化の実現を目指す。

- 地域構造の変化に即した医療資源の最適配置：コンパクトシティ施策や自治体の将来構想と医療計画を調和させ、将来的に拠点集約が見込まれる地域には計画的に医療機能を集約する。一方、居住の分散が避けられない地域には機動力のある医療（移動診療車・ドクターヘリ等）と遠隔技術で対応し、「拠点+ネットワーク型」へき地医療

システムへの転換を検討する。この際、地域住民との対話を通じてニーズを把握し、医療の集約化と住民の理解が交差する妥協点を探る。

今後、国および自治体レベルで無医地区の再定義とそれに即した支援策の強化が実現すれば、医療過疎地に住む住民も都市部と遜色ない安心感を持って暮らし続けることができると考えられる。社会全体としても、地域偏在の是正と医療資源の有効活用につながり、限られた医療人材を効率的に配置し、へき地においても質の高い医療を提供できる体制に一步近づくと考えられる。

#### 参考文献

1. 厚生労働省. 無医地区等調査結果の概要 令和4年度調査の概況 . 厚生労働省ホームページ. 2023 [引用 2025年5月18日]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16b/R5.html>
2. 厚生労働省. 無医地区等調査 . 厚生労働省ホームページ. 2022 [引用 2025年5月18日]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16.html>
3. Kaneko M, Ikeda T, Inoue M, Sugiyama K, Saito M, Ohta R, ほか. Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan a modified Delphi study. *BMJ Open*. 2023年6月19日;13(6)e068800.
4. 厚生労働省. 令和元年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の結果 . 厚生労働省プレスリリース. 2020 [引用 2025年5月18日]. <https://www.mhlw.go.jp/content/1080200/0/000633109.pdf>
5. 厚生労働省. 令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の結果 . 厚生労働省プレスリリース. 2022 [引用 2025年5月18日]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16b/dl/r05-01.pdf>
6. 国土交通省. 地方でも安心して暮らし続けるための基礎的要素について . <https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/content/001381855.pdf>
7. 国土交通省. 地域生活圏における必要な諸機能ごと 課題と対応の方向性等 (参考資料) . [引用 2025年5月18日]. <https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/content/001462370.pdf>
8. 過疎対策室総務省地域力創造グループ. 過疎対策の現状と課題 . 2018. [https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000513096.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000513096.pdf)
9. へき地保健医療対策検討会構成員. へき地保健医療対策検討会 . 2015. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000083799.pdf>
10. 敦司飯田さと子, 坂本. 診療所医師からみたへき地医療問題「地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査」自由記載欄の質的内容分析. *自治医科大学紀要* . 2009年;32. <https://www.jjichi.ac.jp/toshokan/jmu-kiyo/32/32pdf-link/p29-41.pdf>
11. 国土交通省. コンパクトシティの形成に向けて . 2015. <https://www.mlit.go.jp/common/001083358.pdf>
12. Zou M, Ohata Y, Ujihara T. A review of domestic research on the effects of compact city. *J City Plan Inst Jpn* . 2024年4月25日; <http://dx.doi.org/10.11361/journalcpj.59.52>
13. 和彦小谷. 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

業令和 年度 総合研究報告書人口  
動態や地域の実情に対応するへき  
地医療の推進を図るための研究 .  
2024. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202321001B-sougou\\_0.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202321001B-sougou_0.pdf)

14. 岩手県. へき地（医師過少地域）の医療体制 . <https://medysis.jp/documents/healthplanning/8th/8th-03-j3.pdf>
15. 厚生労働省. へき地の医療について. 2023.
16. 道後. 藤. 峰. 志、向. 医療提供の地域格差解消に向けたオンライン診療（D to P with N）の可能性～新潟県粟島浦村におけるフィールドワークを通して～. イノベーション力研究V. 2024年;277-90.
17. 総務省. 令和2年度 地域課題解決型ローカル5G等の実現に向けた開発実証 . 2020. [https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000712738.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000712738.pdf)

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

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)

「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療  
体制の構築に資する調査研究」

令和6年度 分担報告書

「無医地区の定義変遷と現状」

研究分担者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨：

【目的】へき地医療の単位であり施策の対象と捉えられている無医地区について、定義の歴史的推移および現状を把握する。

【方法】公表資料により、無医地区の定義に関する歴史的推移を把握した。現状について、訪問調査を行った新潟県十日町市、鹿児島県屋久島町における無医地区の場所を町丁・字、医療施設情報等と合わせてGIS（地理情報システム）により確認し、現地調査による実際の医療施設・医師の有無等と比較した。

【結果】従前は無医村として把握されていた無医地域は1958(昭和33)年より基準人口300人の集落で医者がいない地域、次いで1966(昭和41)年より基準人口が50人以上の集落となり現在まで不変である。近年無医地区数は減少しているが、減少理由として集落人口が50人を下回ることも挙げられている。一方無医町村数は2018年の28町村から2022年には32町村と増加に転じた。

訪問調査を行った地域で現状を確認したところ、無医地区とされているものの医療施設があり医師がいる地区、無医地区ではないが医師がいない地区、無医地区であるが車により医療にアクセスできている地区、無医地区ではなく医師もいないが、訪問看護などにより比較的医療アクセスが保たれている地区があった。

【結論】無医地区は1966(昭和41)年より同じ定義で調査されているが、現状では必ずしも医療提供状況を適切に把握していない状況も認められた。人口減少が加速化しているなか、無医市町村数は上昇に転じたが、そのような状況に対応したへき地医療の対象となる地域の新たな設定方法が必要と考えられる。

## A. 研究目的

本稿では、無医地区対策の歴史的推移をふまえた上で、現行の無医地区について無医地区等調査個票を用い、今年度実施した現地調査対象地区における現状を確認することを目的としている。

## B. 研究方法

無医地区対策の歴史的推移について、公表されている各種資料を収集・分析した。現行の無医地区の状況については、統計法に基づいて無医地区等調査の個票の提供を受け、訪問調査を行った新潟県十日町市、鹿児島県屋久島町における無医地区の場所を町丁・字、医療施設情報等と合わせて GIS（地理情報システム）により確認し、現地調査による実際の医療施設・医師の有無等と比較した。

### <倫理的配慮>

無医地区対策の歴史的推移に関しては公表されている各種資料を利用した。政府統計の個票利用においては統計法を遵守している。現地調査は新潟大学倫理審査委員会において承認を受けた（承認番号 2024-0093）。

## C. 研究結果

### 1. 無医地区の歴史的推移

戦前の国民健康保険の創設時に多くの無医村の存在が課題とされたが（厚生省 1988）、具体的にその対策は 1950(昭和 25)年 2 月の医療機関整備中央審議会医療機関整備計画を踏まえ、同年 12 月の社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」に「人口 2,000 の診療圏において公私の医療機関のない場合には、少なくとも 1 診療所を有するように配置することを目標とし、都道府県は、無医地域を解消するため、自らその設置運営をなすものとする。」と明記された（社会保障制度審議会 1950）。

その後、1956(昭和 31)年に医療保障委員による中間報告の中で、「無医地区を含め約 200 に上る無医村については昭和 35 年を目標として速やかに解消を図る必要がある」とされ(社会保障研究所 1975)、昭和 31 年度から昭和 48 年度まで三次にわたるべき地医療対策計画が推進された（厚生省 1988）。

無医地域の統計は、当初は「無医町村数」であったものが、1958(昭和 33)年より基準人口 300 人とした「無医地区」へ変わり、その後 1966(昭和 41)年に基準人口が 50 人以上となり現在に続く（表 1、表 2）。

表 1 無医町村数の推移（1923(大正 12)～2022(令和 4)年)

西暦	和暦	無医町村数	全市町村数	割合	出典
1923	大 12	1,960	12,224	16.0%	医制百年史附録
1927	昭 2	2,909	12,224	23.8%	〃
1930	昭 5	3,231	11,820	27.3%	〃
1934	昭 9	3,427	11,820	29.0%	〃
1936	昭 11	3,243	11,820	27.4%	〃
1950	昭 25	1,148	10,240	11.2%	〃
1952	昭 27	1,038	9,774	10.6%	〃
1954	昭 29	827	8,442	9.8%	〃
1955	昭 30	197	4,527	4.4%	〃
1956	昭 31	165	4,148	4.0%	〃
・・・					
1996	平 8	65	3,234	2.0%	医師・歯科医師・薬剤師統計
2014	平 26	29	1,718	1.7%	〃
2016	平 28	29	1,718	1.7%	〃
2018	平 30	28	1,718	1.6%	〃
2020	令 2	29	1,718	1.7%	〃
2022	令 4	32	1,718	1.9%	〃

表 2 無医地区数の推移（1923(大正 12)～2022(令和 4)年)

西暦	和暦	無医地区数	無医地区人口	無医地区の基準人口	地区あたり人口	出典
1956	昭 31	738		無医町村に準ずる		厚生省 50 年史、p.959
1958	昭 33	1,184	-	300 人以上		医制百年史附録、p.53
1960	昭 35	1,352	1,469,970	〃	1,087	〃
1966	昭 41	2,920	1,191,312	50 人以上	408	〃
1971	昭 46	2,473	884,844	〃	358	〃
1973	昭 48	2,088	767,240	〃	367	〃
1978	昭 53	1,750	504,819	〃	288	平成 16 年度無医地区等調査・無歯科医師地区等調査の概況
1984	昭 59	1,276	319,796	〃	251	令和 4 年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の概況
1989	平元	1,088	285,034	〃	262	〃
1994	平 6	997	236,193	〃	237	〃
1999	平 11	914	203,522	〃	223	〃
2004	平 16	787	164,680	〃	209	〃
2009	平 21	705	136,272	〃	193	〃
2014	平 26	637	124,122	〃	195	〃
2019	令元	590	126,851	〃	215	〃

2022	令4	557	122,206	〃	219	〃
------	----	-----	---------	---	-----	---

無医町村数は、戦前は全市町村数の3割近くにのぼり、1920年代から1930年代にかけても減少の傾向はなかったが、戦後1950年にはその割合は11.2%と大きく減少し、以降減少が続く。しかしながらこの減少は昭和の大合併による小さな町村の境界拡大という要素も影響している（厚生省 1976）と認識され、領域が拡大する無医町村ではなく基準人口以上の集落毎に無医地区であるかどうかを判断するようになったと考えられる。基準人口が300人から50人へ変わった経緯、およびそれらの数値の根拠に関する資料は未見である。

いずれにせよ、1966(昭和41)年に設定された50人以上という無医地区の基準人口定義は現在まで続いており、その基準を用いた無医地区数は減少し続け、2022(令和4)年に557地区となった(厚生労働省 2023)。しかしながら無医地区に該当しなくなったが同等の支援が必要である準無医地区は増加しており、無医地区の減少も地区の人口が50人未満になったという理由もあり(厚生労働省 2020) その減少は、集落人口が50人を下回ったことによるケースもあり、医療アクセスが向上した結果であるのかは精査が必要である。またそもそも用いられていた無医町村数をみると(表1)、2018年に28であったものが、2020年には29、2022年には32と、僅かな増加であるが、長期的に見た減少傾向が上昇に転じた。市町村レベルで見ると過疎が進行している状態は、全部過疎の市町村数が2021年から2022年にかけて650から713へと大きく増加したことにも呼応している。無医地区数は減少しているが無医町村数は増加、という相反する事実より、これらの定義を整理すべきではないかと考えられる。

## 2 現地調査対象地における無医地区の状況

今年度現地調査を行った、新潟県十日町市および鹿児島県屋久島町において、令和4年無医地区等調査で無医地区・準無医地区とされた地区と、医療施設の分布を比較した。

新潟県十日町市の無医地区の中心メッシュおよびそのメッシュを中心とした半径4kmの円を図1に示した。無医地区およびそれらがカバーされるエリアは十日町市の中心街の西側、東側に沿って配置されるが、松代地区、松之山地区、中里地区南部には無医地区が設定されていない。松代地区、松之山地区はそれぞれ病院、診療所があることから、これらの地域について既存の医療機関から4km、3次メッシュの人口数と共に見ると(図2)、松之山地区の上越市と隣接している地域は浦田地区で、3次メッシュから判明する人口規模は50人以上であるが、半径4km範囲内に医療機関がない。しかしながら浦田地区の現地調査では、訪問看護など地域包括ケアが提供されていた。一方、

中里地区南部は、人が住んでいない地区である。

逆に、現地調査で白倉地区を訪問した際には、住民はその地区が無医地区と定義されている認識はなく、「確かに医者はいないが何かあったら車で 15 分位のところにある診療所に行っていて、特に問題はない」ということであった。

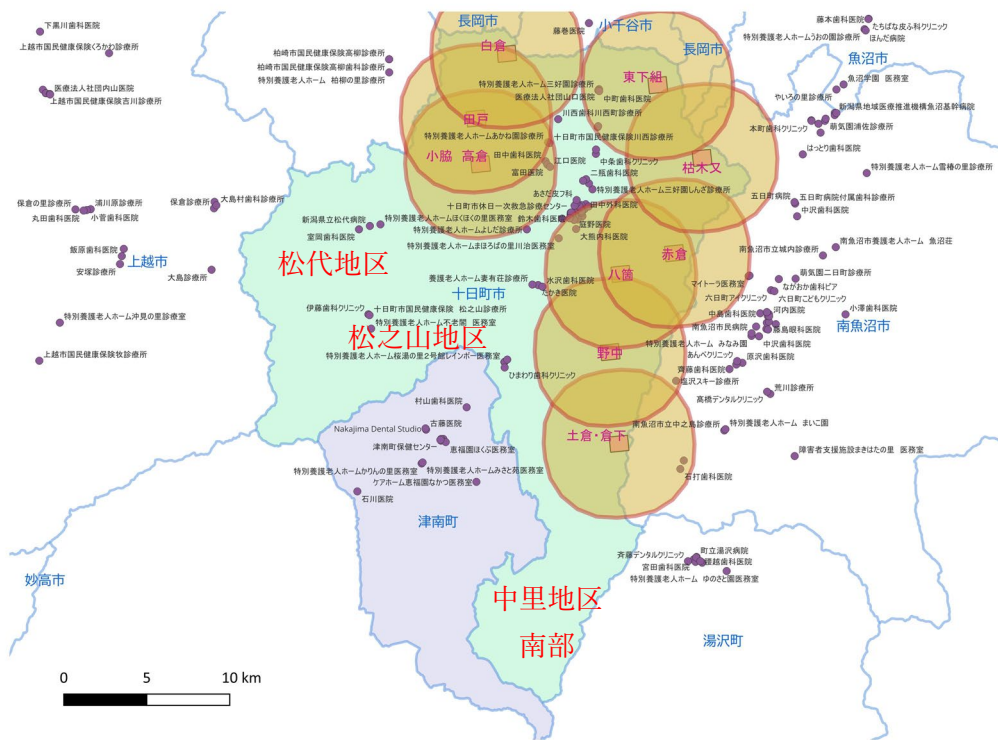


図 1 十日町市の無医地区と医療施設

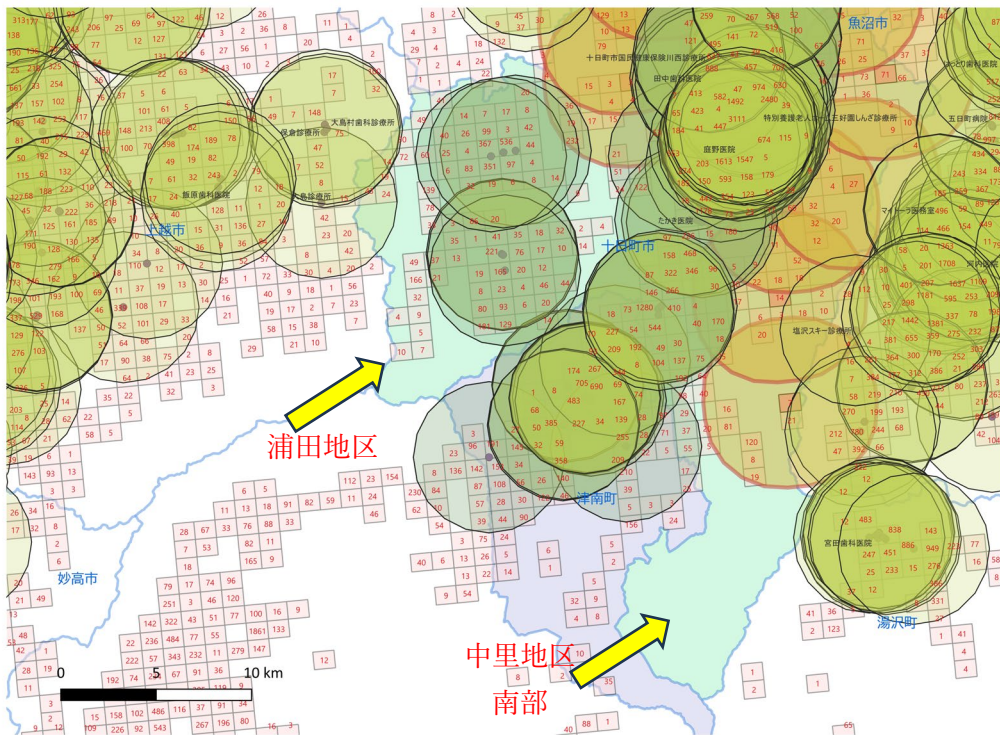


図 2 十日町市の無医地区と医療施設（拡大）

出典：無医地区は「無医地区等調査」（厚生労働省）。市町村境界、医療施設情報は国土数値情報。メッシュデータは eStat。QGIS により作成。

十日町市における無医地区の設定と、実際の医師の有無を表 3 に示した。無医地区であるが医師がいる地区、無医地区ではないが医師がいない地区がある。

表 3 十日町市の無医地区と医師の有無

地区名	無医地区設定	医師の有無
枯木又	無医地区	なし
白倉	無医地区	なし
野中	無医地区	なし
八箇	無医地区	あり
赤倉	準無医地区	なし
小脇・高倉	準無医地区	あり
田戸	準無医地区	なし
土倉倉下	準無医地区	なし

東下組	準無医地区	あり
浦田	非該当	なし

次に、鹿児島県屋久島町の状況を同様にみると（図 3、表 4）、屋久島町には準無医地区しかないが、令和元年調査では 6 つであったものが、令和 4 年調査ではそのうち麦生・高平、平内・湯泊が抜けて、4 地区が準無医地区として残っている。しかしながら現状ではそのうち 3 地区（尾之間、安房、永田）には医療施設が存在している。また現在粟生は医師がいないが無医地区とはなっていない（国土数値情報には診療所としては登録されている）。また現在医療施設がなく、また無医地区となっていない町丁・字は、すべて人口 50 人以上である。準無医地区であるので、必ずしも厳格に無医地区の定義に従うものではないとはいえ、現状の無医地区の設定は、実際の医師の有無と一致していない。

表 4 屋久島町の無医地区と医師の有無

地区名	無医地区設定	医師の有無
口永良部島	準無医地区	なし
永田	準無医地区	あり
尾之間	準無医地区	あり
安房	準無医地区	あり
麦生・高平	準無医地区(令和元年まで)	なし
平内・湯泊	準無医地区(令和元年まで)	なし
粟生	非該当	なし



た今、市町村を対象に、域内にどのように医療を提供するか、できるのかについて、視点を広げる必要があると考えられる。

過疎地、へき地に対する政府統計調査は複数ある。「無医地区等調査」（厚生労働省・一般統計）のほかには、「農林業センサス」（農林水産省・基幹統計）の農業集落調査、「過疎地域等における集落の状況に関する現況把握調査」（総務省および国交省、業務調査）などがあるが、いずれの調査も対象としている無医地区、農業集落、過疎地域等集落の境界は異なっている。農林業センサスの農業集落調査は、調査員の協力が得にくくなったという理由で2025年センサスに向けて廃止が検討されたものの、廃止反対の動きがあり継続が決定されている。これらの過疎地・へき地を対象とした、もしくはそれらを含む調査は歴史も長く、一旦決めたら変更することが難しい状況にあるのではないかとも思われる。適切な状況把握と施策形成に必要な内容に改善していくことが求められるのではないだろうか。

## E.結論

無医地区は1966(昭和41)年より同じ定義で調査されているが、現状では必ずしも医療提供状況を適切に把握していない状況も認められた。人口減少が加速化しているなか、無医市町村数は上昇に転じたが、そのような状況に対応したへき地医療の対象となる地域の新たな設定方法が必要と考えられる。

## G.研究発表

### <学会発表>

HAYASHI, Reiko, "Population change and health systems: The case of Japan", Population Division, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Expert Group Meeting, "Ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages", Session IV. Strengthening the sustainability of health systems in countries confronting a variety of demographic situations and prospects, Online. (2024.10.17)  
林玲子『人口減少社会における医療・介護人材ーその動向と展望』第15回(2024年)  
熊本県医療人育成総合会議、熊本県医師会館(2024.11.4)

### <論文発表>

なし

## H.知的財産権の出願・登録状況

なし

## 引用文献

厚生省（1976）『[医制百年史付録]衛生統計からみた医制百年の歩み』

<https://dl.ndl.go.jp/pid/12012114>

厚生省（1988）『厚生省 50 年史 記述篇』厚生省五十年史編集委員会、財団法人厚生問題研究会

厚生労働省（2020）「令和元年度無医地区等調査の結果について」全国へき地医療支援機構等連絡会議（令和 2 年 9 月 4 日）資料 2 . [https://h-crisis.niph.go.jp/wp-content/uploads/2022/04/20220401094329\\_content\\_10800000\\_000827573.pdf](https://h-crisis.niph.go.jp/wp-content/uploads/2022/04/20220401094329_content_10800000_000827573.pdf)

厚生労働省（2023）「令和 4 年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の結果を公表します」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16b/R5.html>

社会保障研究所（1975）『日本社会保障資料 I』至誠堂

総理府社会保障制度審議会（1950）「社会保障制度に関する勧告」

<https://www.digital.archives.go.jp/img/2811102>

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）

「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築  
に資する調査研究」

令和6年度 分担報告書

「小学校区別将来人口推計の試み—新潟県十日町市と鹿児島県屋久島町を対象として—」

研究分担者 小池司朗 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨：

本研究では、将来の医療需要を小地域単位で把握することを主目的とし、新潟県十日町市と鹿児島県屋久島町を対象として、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（以下、「令和5年地域推計」）と統合的な小学校区別の将来人口推計（2020～2050年）を行った。「令和5年地域推計」では国勢調査による2005～2020年の人口動態をもとに推計を行っていることから、今回の小学校区別推計においても2005～2020年の小学校区別人口を整備した。将来人口推計は、一部の例外を除き、2005～2020年における全自治体（十日町市または屋久島町）の平均的な変化率および子ども女性比と、同期間における小学校区別の平均的な変化率および子ども女性比の比を、「令和5年地域推計」の推計結果に適用する形で行った。

推計の結果、同じ自治体でも小学校区別の将来人口には大きな差があることが明らかになった。全小学校区において、2050年の総人口、5～14歳人口、65歳以上人口はいずれも2020年と比較して減少するが、2020年の総人口を100とした2050年の指数は、十日町市で66.7～27.2、屋久島町で76.4～30.9の範囲で分布した。医療需要に大きく影響すると考えられる85歳以上人口については2050年の値が2020年を上回る小学校区も多くみられたが、ピークを迎えるのは2040年またはそれ以前であった。

本研究では、「令和5年地域推計」および地域メッシュ統計を活用することによって、小学校区という比較的小地域においても安定的な推計結果の算出が可能であることが確認され、他地域においても適用できる簡便な推計方法が開発されたと考えられる。本研究の詳細については、別添の論文を参照されたい。

## A. 研究目的

本研究では、将来の医療需要を小地域単位で把握することを主目的とし、新潟県十日町市と鹿児島県屋久島町を対象として、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（以下、「令和5年地域推計」）と統合的な小学校区別の将来人口推計（2020～2050年）を行う。小学校区の数、十日町市が17、屋久島町が9である。

## B. 研究方法

「令和5年地域推計」では国勢調査による2005～2020年の人口動態をもとに推計を行っている

ことから、今回の小学校区別推計においても同様に 2005～2020 年の小学校区別人口を整備した。小学校区別人口の推定には地域メッシュ統計を活用し、メッシュが自治体内の複数の小学校区にまたがる場合は、面積按分により推定した。

将来人口推計は、一部の例外を除き、2005～2020 年における全自治体（十日町市または屋久島町）の平均的な変化率および子ども女性比と同期間における小学校区別の平均的な変化率および子ども女性比の比を、「令和 5 年地域推計」の推計結果に適用する形で行った。

#### <倫理的配慮>

本研究は公表されている政府統計を用いた。

### C. 結果

推計の結果、同じ自治体でも小学校区別の将来人口には大きな差があることが明らかになった。2020 年の総人口を 100 とした 2050 年の指数は、十日町市で 66.7（西小学校区）～27.2（松之山小学校区）、屋久島町で 76.4（安房小学校区）～30.9（一湊小学校区）の範囲でそれぞれ分布している。なかでも減少が著しいのは子どもの人口であり、小学校児童数にほぼ比例すると考えられる 5～14 歳人口の 2050 年の指数は、十日町市では 51.8（東小学校区）～11.5（松之山小学校区）、屋久島町では 62.2（宮浦小学校区）～14.8（一湊小学校区）の範囲でそれぞれ分布している。両市町のいずれの小学校区も生徒数の大幅な減少は避けられず、近い将来、小学校の統廃合に向けた議論に進展することが想定される。

十日町市では 13 小学校区、屋久島町では 3 小学校区において 2050 年の高齢化率（65 歳以上人口割合）が 50%を超える一方で、全小学校区で 2050 年の 65 歳以上人口は 2020 年を下回る。高齢者人口が縮小しても、64 歳以下の人口がそれ以上のペースで縮小するため、高齢化率が上昇する小学校区が大多数を占めることになる。医療需要に大きく影響すると考えられる 85 歳以上人口については 2050 年の値が 2020 年を上回る小学校区も多くみられたが、ピークを迎えるのは 2040 年またはそれ以前であった。

本研究では、「令和 5 年地域推計」および地域メッシュ統計を活用することによって、小学校区という比較的小地域においても安定的な推計結果の算出が可能であることが確認され、他地域においても適用できる簡便な推計方法が開発されたと考えられる。一方で、急速な人口減少により年齢別人口がゼロとなるケースの増加や、地域メッシュ統計における秘匿人口の増加は、確度の高い推計を困難なものとしており、今後はこれらの問題に対応することが不可欠となるだろう。

## 小学校区別将来人口推計の試み —新潟県十日町市、鹿児島県屋久島町を事例として—

小池 司朗

### 1. はじめに

国立社会保障・人口問題研究所では、毎回の国勢調査を基準人口として全国と地域別の将来人口推計を行っている。これらのうち、地域別の将来人口推計については最新の推計が2020年国勢調査を基準とした「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（以下、「令和5年地域推計」）であり、本推計では市区町村を単位として2050年まで5年ごとの推計を行っている<sup>1</sup>（国立社会保障・人口問題研究所 2024）。

「令和5年地域推計」は、地方自治体を中心として各種政策の立案等に幅広く活用されているが、市区町村を推計単位としているために、活用には一定の限界もある。とりわけ「平成の大合併」による合併を経験した市町村は、同一市町村内に多様な性格を持った地域が含まれるようになり、地域によって人口動向も全く異なる場合が多い。こうした状況においては、市区町村をいくつかの同質的な地域に分割して将来人口の見通しを立てることが求められるが、地域を細かくするほど人口動態は不安定となるため、確度の高い推計結果を得ることは困難となる。

市区町村より細かい単位での推計に対する需要の増大を受け、近年では青山学院大学・井上孝教授による「全国小地域別将来人口推計システム」<sup>2</sup>、国土交通省国土技術政策総合研究所による「将来人口・世帯予測ツール」<sup>3</sup>、名古屋大学大学院環境学研究科附属持続的共発展教育研究センターによる「小地域ごとの簡易人口推計ツール」<sup>4</sup>などの町丁・字等別の将来推計値や推計システム、国土交通省国土政策局による国土数値情報<sup>5</sup>のなかの「メッシュ別将来推計人口データ」などの地域メッシュ別の将来推計値の提供が行われるようになってきた。これらは大変貴重な試みである一方で、町丁・字等や地域メッシュの単位は非常に小さく、推計精度の面からはいずれも課題が多いと考えられる。

そこで本稿では、新潟県十日町市と鹿児島県屋久島町を対象として、「令和5年地域推計」と統合的な小学校区別の将来人口推計を行うこととする。小学校区は概ね一定以上の人口規模を有することに加え、日常生活圏にほぼ対応している。小学校区別の将来人口推計は、直接的には、児童数の減少に伴う小学校統廃合のための検討材料としても活用されうるが、

---

<sup>1</sup> 例外として、東日本大震災に伴う原子力発電所の事故の影響により、将来の人口動向が不透明な福島県浜通り地域に属する13市町村（いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村）については、13市町村をまとめた地域を1地域として推計を行っている。

<sup>2</sup> <http://arcg.is/1LqC6qN>

<sup>3</sup> <https://www.geospatial.jp/ckan/dataset/cohort-v3>

<sup>4</sup> <https://zinen1000.xsrv.jp/upop/>

<sup>5</sup> <https://nlftp.mlit.go.jp/ksj/index.html>

とりわけ高齢者人口の推計値は、本厚労科研において主な目的となっている将来のへき地医療体制の構築に向けて重要な基礎資料となるだろう。十日町市と屋久島町は、ともに「平成の大合併」を経験している過疎市町という点で共通しているが、十日町市は中山間地域、屋久島町は島嶼部にそれぞれ位置づけられるという点で地理的条件には大きな違いもみられる。これらの市町において小学校区別には将来の人口動向にどの程度の差が生じるかを観察するとともに、他の地域にも適用可能な推計方法を開発することを目的とする。

## 2. 推計方法等

推計方法等について、以下では推計の枠組み、推計に利用したデータ、2005～2020年の小学校区別人口の推定方法、将来人口推計方法に分けて記す。

### 2-1. 推計の枠組み

十日町市と屋久島町を対象とし、2020年の国勢調査による男女5歳階級別人口を基準として、2050年までの両市町における小学校区別人口を男女5歳階級別に推計した。両市町の小学校区別の地図は図1のとおりであり、小学校区の数も十日町市が17、屋久島町が9である。

「令和5年地域推計」では、出生仮定と移動仮定の設定に2005年・2010年・2015年・2020年の4時点のデータを活用していることから、今回の推計にあたって同じ4時点の小学校区別データを整備した<sup>6</sup>。

### 2-2. 推計に利用したデータ

人口データにはすべて国勢調査を用いた。小学校区別人口の推計に必要な境界データには、国土交通省「国土数値情報」による「小学校区」（令和5年度版）と地域メッシュ（4次、世界測地系）を用いた。

男女年齢別のデータが得られる小地域統計としては、地域メッシュ統計のほか町丁・字等が挙げられる。町丁・字等は、市町村境界を細分化したものであるから、緯度経度に基づき機械的に区切られている地域メッシュ統計よりも推計には適切とも考えられるが、飛び地が存在する場合のデータ表章の問題により町丁・字等を用いることを断念した。データ表章の方法について、具体的には下記のとおりである。

ある地域に2つの飛び地（A地域、B地域とする）を持つ字があり、双方とも人口を有する状態を想定する。たとえば、ある $t$ 年において、A地域に300人、B地域に200人の人口が居住していたと仮定する。こうしたケースにおいて、国勢調査ではA地域に500人が居住しているものとしてデータが表章される。すなわち、飛び地の中で最大の人口を有する地

---

<sup>6</sup> 後述のように、屋久島町の金岳小学校区では例外的な措置を講じたため、2000年も含めた5時点のデータを整備した。

※国土数値情報等より筆者作成。

図1 小学校区別の地図（上：十日町市、下：屋久島町）

域に当該地域の全人口が居住するような形となるため、飛び地が異なる小学校区にまたがる場合、区内の人口を精確に推計することはできない。さらに推計上問題となるのは、最大人口を持つ地域が変化する場合である。上述の2地域において、 $t+5$ 年にはA地域で200人、B地域で300人が居住していたとすると、今度はB地域に500人が居住しているものとしてデータが表章される。 $t$ 年から $t+5$ 年にかけて、データ上はA地域が500人から0人、B地域が0人から500人にそれぞれ変化したことになり、時系列データに断絶が生じる。十日町市では、このようなケースが小学校区をまたぐ複数の飛び地において観察されたため、今回の推計では屋久島町も含めて地域メッシュ統計を活用することとした。同様のケースは他の市区町村でも多く存在すると想定されることから、推計には地域メッシュ統計の方が適していると考えられる。

### 2-3. 2005~2020年の小学校区別人口の推定方法

メッシュの総人口が1人以上で年齢別人口が秘匿されている場合、年齢別人口はすべてゼロとした。秘匿人口が合算されているメッシュは、総人口と年齢別人口の合計が合致しないが（年齢不詳人口が存在しない場合、年齢別人口の合計>総人口）、以下の小学校区別人口の推計にあたってはそのままの状態とした。

小学校区別人口の推計にはArcGISを用い、メッシュ内に1つの小学校区が完全に含まれる場合、およびメッシュ内に1つの小学校区と別の市町村が含まれる場合は、メッシュの人口をすべて当該小学校区の人口とした。一方、メッシュ内に複数の小学校区が含まれる場合は、各小学校区の面積に応じて人口を按分した。最後に、各メッシュの総人口および年齢別人口を小学校区別にすべて足し上げ、小学校区別の総人口および年齢別人口を算出した。

その結果、メッシュの人口には年齢不詳人口が含まれる場合があること、また秘匿人口が別のメッシュに付け替えられている場合があることにより、年齢別人口の合計が総人口に合致しないケースが存在する。年齢別人口の合計が総人口を上回る場合も下回る場合もあるが、いずれの場合も各年において年齢別の按分率を定めることによって、年齢別人口の合計を総人口に合致させるようにした。各年の按分率は、下記のとおり設定した。2005年は年齢別人口の規模により比例配分する形で按分率を設定した。2010年は総務省「人口推計」のなかの「平成22年国勢調査による基準人口」で公表されている都道府県別男女5歳階級別の基準人口と年齢不詳を除く男女5歳階級別人口との差から求めた按分率とした（十日町市は新潟県、屋久島町は鹿児島県の按分率を適用）。2015年と2020年は、2020年国勢調査において公表されている、それぞれ「平成27年国勢調査に関する不詳補完結果（遡及集計）」と「令和2年国勢調査に関する不詳補完結果」から得られる両市町の不詳補完後の人口と年齢不詳を除く両市町の男女5歳階級別人口との差から求めた按分率とした。

#### 2-4. 将来人口推計手法

小学校区別の将来人口推計にあたっては、「令和5年地域推計」との整合性を重視し、2005～2020年の人口動向をもとに推計を行った。具体的には、下記のとおりである。

まず、小学校区と小学校区を含む自治体全体（十日町市または屋久島町）について、2005～2020年における平均的な変化率を算出する。すなわち、2-3で推定された $t$ 年、性 $j$ 、年齢 $x \sim x + 4$ 歳の小学校区 $a$ の人口を $P(t)_{a,j,x}$ 、小学校区を含む自治体全体の人口を $P(t)_{\#,j,x}$ とすると、平均的な変化率（ $CCR_{a,j,x}$ 、 $CCR_{\#,j,x}$ ）はそれぞれ、

$$CCR_{a,j,x} = \frac{P(2010)_{a,j,x+5} + P(2015)_{a,j,x+5} + P(2020)_{a,j,x+5}}{P(2005)_{a,j,x} + P(2010)_{a,j,x} + P(2015)_{a,j,x}}$$

$$CCR_{\#,j,x} = \frac{P(2010)_{\#,j,x+5} + P(2015)_{\#,j,x+5} + P(2020)_{\#,j,x+5}}{P(2005)_{\#,j,x} + P(2010)_{\#,j,x} + P(2015)_{\#,j,x}}$$

と求められる。将来人口は、この変化率の比を自治体全体の将来の変化率に乗じることによって算出する。すなわち、 $t + 5$ 年（ $t = 2020, 2025, \dots, 2045$ ）、性 $j$ 、年齢 $x + 5 \sim x + 9$ 歳の小学校区 $a$ の人口（ $P(t + 5)_{a,j,x+5}$ ）を下式により算出する。

$$P(t + 5)_{a,j,x+5} = P(t)_{a,j,x} \times \frac{P(t + 5)_{\#,j,x+5}}{P(t)_{\#,j,x}} \times \frac{CCR_{a,j,x}}{CCR_{\#,j,x}}$$

ただし、将来の全自治体の男女年齢別人口は「令和5年地域推計」による値である。なお、屋久島町の金岳小学校区では、口永良部島の噴火に伴い2015年の総人口がゼロとなっており、妥当な変化率および変化率比を算出することができないため、噴火前の2000～2010年における変化率と変化率比をもとに推計を行うとともに、人口規模が非常に小さいことから、65～69歳→70～74歳、70～74歳→75～79歳、75～79歳→80～84歳を除き、変化率と変化率比は男女を合算した値を適用した。また $P(t)_{a,j,x}$ がゼロの場合、上式により推計を行うと当該コーホートの人口が推計期間中ゼロとなるため、 $P(t + 5)_{a,j,x+5} = 1$ とした。これに該当するのは、2020年において金岳小学校区の男女計6コーホート、および永田小学校区（屋久島町）の女1コーホート（20～24歳）である。

0～4歳人口の推計に用いる子ども女性比（0～4歳人口を分子、20～44歳女性人口を分母とした値）についても同様の考え方にに基づき、2005～2020年の平均的な子ども女性比を小学校区と全自治体について算出し、その比を将来推計に適用する。すなわち、小学校区 $a$ と全自治体の2005～2020年における平均的な子ども女性比をそれぞれ $CWR_a$ 、 $CWR_{\#}$ とすると、

$$CWR_a = \frac{\sum_j (P(2005)_{a,j,0} + P(2010)_{a,j,0} + P(2015)_{a,j,0} + P(2020)_{a,j,0})}{\sum_{x=20,25,30,35,40} (P(2005)_{a,f,x} + P(2010)_{a,f,x} + P(2015)_{a,f,x} + P(2020)_{a,f,x})}$$

$$CWR_{\#} = \frac{\sum_j (P(2005)_{\#,j,0} + P(2010)_{\#,j,0} + P(2015)_{\#,j,0} + P(2020)_{\#,j,0})}{\sum_{x=20,25,30,35,40} (P(2005)_{\#,f,x} + P(2010)_{\#,f,x} + P(2015)_{\#,f,x} + P(2020)_{\#,f,x})}$$

となり、将来の $t$ 年 ( $t=2025, 2030, \dots, 2050$ )、小学校区  $a$  の 0~4 歳男女計人口 ( $P(t)_{a,\#,0}$ ) を下式により算出する。

$$P(t)_{a,\#,0} = \sum_{x=20,25,30,35,40} (P(t)_{a,f,x}) \times CWRF(t)_{\#} \times \frac{CWR_a}{CWR_{\#}}$$

ただし  $f$  は女性を意味し、 $CWRF(t)_{\#}$  は「令和 5 年地域推計」による  $t$  年の全自治体の子ども女性比である。金岳小学校区においてのみ、上述の式を 2000~2010 年の平均的な子ども女性比（およびその全自治体との比）に置き換えて 0~4 歳人口を算出した。

0~4 歳人口を男女に振り分けるにあたっては、「令和 5 年地域推計」による全自治体の 0~4 歳性比を全小学校区に一律に適用した。

最後に、推計人口の補正を行う。屋久島町については、すべての男女年齢について一律補正係数を乗じて小学校区別の人口の合計を「令和 5 年地域推計」による全自治体の将来推計人口に一致させた。一方、十日町市についてはメッシュの一部に他自治体の人口がわずかながら含まれるため、小学校区別の人口の合計が全自治体の人口に合致しない。したがって、推計された小学校区別の人口の合計に「令和 5 年地域推計」による 2025~2050 年の男女年齢別割合を乗じた男女年齢別人口を理論値と仮定し、この値に合致させるように小学校区別の人口を一律に補正した。推計値には小数点が含まれるが、5 歳階級別人口が 1 人以下となる場合もあり、整数化すると「0」か「1」かで結果が大きく異なるため、整数化は行わなかった。

### 3. 推計結果

推計結果から算出した小学校区別人口に関する主な指標を表 1 にまとめた。2020 年の総人口を 100 とした場合の 2050 年の総人口指数は、十日町市全体の指数は 52.2 であるが、小学校区別には 66.7（西小学校区）から 27.2（松之山小学校区）の範囲で分布している。一方、屋久島町全体の指数は 68.4 であるが、小学校区別には 76.4（安房小学校区）から 30.9（一湊小学校区）の範囲で分布している。両市町とも、すべての小学校区において 30 年間で人口減少が見込まれるが、減少の程度には大きな幅がある。

小学校の生徒数は 5~14 歳人口の動きに比例すると考えると、2020 年と比較した将来の小学校生徒数の見通しが得られる。2020 年の 5~14 歳人口を 100 とした 2050 年の 5~14

表 1 小学校区別将来推計人口に関する主要指標

	総人口 指数 (2050年)	5~14歳 人口指数 (2050年)	65歳以上 人口指数 (2050年)	65歳以上人口割合			85歳以上 人口指数 (2050年)	85歳以上 人口ピーク (2020~ 2050年)	
				2020年 (%)	2050年 (%)	30年間の 変化 (%ポイント)			
十日町市	全体	52.2	37.7	65.6	39.9	50.1	10.2	90.0	2040年
	橘小学校	41.1	23.7	55.8	43.7	59.5	15.8	82.6	2040年
	上野小学校	41.9	38.7	48.4	43.7	50.5	6.8	66.0	2020年
	千手小学校	45.9	26.1	68.7	41.0	61.3	20.3	98.7	2040年
	西小学校	66.7	45.1	84.2	32.2	40.6	8.4	115.8	2035年
	東小学校	66.6	51.8	79.5	35.1	41.8	6.8	118.9	2040年
	馬場小学校	46.1	33.7	62.2	37.7	50.8	13.1	90.9	2040年
	水沢小学校	49.6	32.6	67.4	38.2	52.0	13.7	106.7	2040年
	下条小学校	47.1	29.6	62.9	41.3	55.2	13.8	87.1	2040年
	鏡島小学校	51.2	44.9	64.6	42.1	53.2	11.1	80.0	2035年
	吉田小学校	43.7	33.4	56.0	42.2	54.1	11.9	79.4	2040年
	川治小学校	58.2	46.9	71.9	36.6	45.2	8.7	118.0	2040年
	飛渡第一小学校	39.6	21.4	53.6	38.9	52.6	13.7	54.6	2020年
	中条小学校	44.3	29.3	59.2	39.8	53.1	13.3	88.6	2040年
	十日町小学校	49.2	34.6	61.6	39.0	48.9	9.9	89.8	2035年
	松之山小学校	27.2	11.5	35.4	57.8	75.0	17.2	46.5	2020年
松代小学校	39.5	33.2	45.1	50.1	57.2	7.1	51.3	2020年	
田沢小学校	43.7	25.6	62.1	41.5	59.0	17.4	80.7	2020年	
屋久島町	全体	68.4	55.8	80.9	36.4	43.1	6.7	115.3	2040年
	金岳小学校	62.8	46.3	48.1	41.9	32.1	-9.8	108.8	2040年
	永田小学校	33.5	18.1	45.0	53.3	71.6	18.4	79.0	2040年
	一湊小学校	30.9	14.8	41.4	49.7	66.5	16.9	69.7	2040年
	宮浦小学校	75.2	62.2	93.1	32.3	40.0	7.7	125.9	2040年
	神山小学校	74.1	61.8	83.1	38.0	42.6	4.6	134.9	2040年
	八幡小学校	73.3	43.6	97.3	38.7	51.3	12.7	114.5	2040年
	栗生小学校	50.2	61.2	46.1	49.3	45.3	-4.0	76.4	2035年
	小瀬田小学校	65.4	48.4	91.2	32.3	45.1	12.8	129.1	2040年
	安房小学校	76.4	59.7	94.7	31.7	39.3	7.6	127.1	2040年

注1：指数はいずれも2020年の人口を100とした場合の値。

注2：全体の値は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」による。

歳人口の指数は、十日町市全体では37.7であるが、小学校区別には51.8（東小学校区）から11.5（松之山小学校区）の範囲で分布している。一方、屋久島町全体の指数は55.8であるが、小学校区別には62.2（宮浦小学校区）から14.8（一湊小学校区）の範囲で分布している。両市町のいずれの小学校区も生徒数の大幅な減少は避けられず、近い将来、小学校の統廃合に向けた議論に進展することが想定される。

65歳以上人口も、両市町のすべての小学校区において30年間で減少する。十日町市では、2050年の指数が50~60程度となっている小学校区が目立っている。一方で、屋久島町では4小学校区で90を上回っている反面、4小学校区では50を下回り、高齢者人口の動きに2極化の傾向がみられる。2050年の高齢化率（65歳以上人口割合）は、十日町市で50.1%、屋久島町では43.1%である。十日町市では17小学校区のうち13小学校区におい

て、屋久島町では9小学校区のうち3小学校区において、2050年の高齢化率が50%を超える。高齢者人口が縮小しても、64歳以下の人口がそれ以上のペースで縮小するため、高齢化率が上昇する小学校区が目立つ。なかでも十日町市の松之山小学校区、および屋久島町の永田小学校区では70%超に達する一方で、屋久島町の金岳小学校区と栗生小学校区の2小学校区では2020～2050年にかけて高齢化率が低下する。金岳小学校区については、上述の特別な仮定が影響している可能性もあるが、高齢化が相当程度進行しつつ出生率が相対的に高い地域において高齢化率が低下する地域も散見されるのは、「令和5年地域推計」でも示されているとおりである。

将来の医療需要を予測するうえでは、とくに高齢となる85歳以上人口の推計値が有用であると考えられる。2050年の85歳以上人口の指数は、十日町市では4小学校区、屋久島町では6小学校区において100を上回り、これらでは30年間で85歳以上人口が増加する見通しとなっている。2020～2050年の間で85歳以上人口が最大となる年の分布をみると、十日町市では2020年が5小学校区、2035年が3小学校区、2040年が9小学校区であるのに対して、屋久島町では2035年が1小学校区、2040年が8小学校区となっている。2040年が85歳以上人口のピークとなる小学校区が多数を占めるが、十日町市では2020年（あるいはそれ以前）に既にピークを迎えた小学校区も比較的多い。市内における今後の医療体制の構築にあたり、指針となる推計結果といえよう。

#### 4. おわりに

本稿では、新潟県十日町市と鹿児島県屋久島町を対象として、「令和5年地域推計」と整合的な小学校区別の将来人口推計を行った。同じ自治体においても、小学校区別の人口の動きには大きな違いがみられることが改めて浮き彫りとなった。今回小学校区別の推計を行った十日町市と屋久島町を含め、へき地においては高齢者人口も既に減少局面にさしかかっている地域が多くみられるが、より小地域でみればその程度も大きく異なる。小学校の統廃合のみならず、自治体内の医療体制をどのように確保していくかを検討するうえで、今回のような推計結果は非常に重要な基礎資料となるだろう。

また、地域メッシュ統計と「令和5年地域推計」を活用することにより、人口動態に関して困難な仮定を設定せずとも安定した推計結果が得られた点も収穫といえる。本稿での推計手法は、基本的に他の自治体にもすべて適用可能であると考えられ、推計対象地域を拡大することは今後の課題のひとつである。

国勢調査の地域メッシュ統計において、2015年国勢調査までは最高年齢階級が85歳以上となっているため過去の変化率は80歳以上→85歳以上までしか算出できず、今回85歳以上人口は一括して推計を行ったが、将来の医療需要を的確に把握するためには、より細かな年齢区分での推計結果の提供が求められるだろう。2020年国勢調査の地域メッシュ統計においては、年齢別人口の最高年齢階級が95歳以上となっていることに加え、メッシュの単位も6次（125m）まで細分化されており、今後はより高年齢まで精確な推計を行える環

境も整ってくることが期待される。一方で、人口減少に伴い年齢別人口が秘匿されるメッシュが急増しているため（小池 2023）、実際の小学校区別の年齢別人口と地域メッシュ統計から推定される年齢別人口との間で乖離が生じやすくなっている。また、人口規模が著しく小さくなったときなどに、別途特殊な仮定を置く必要が生じる点にも配慮しなければならない。今回の屋久島町金岳小学校区のように、年齢 5 歳階級別人口がゼロとなるケースが多くある場合、推計作業はかなり困難となる。5 歳階級別人口がゼロの場合に、本稿での推計では便宜的に当該コーホートの 5 年後の人口に「1」を与えたが、その妥当性には検討の余地がある。へき地においては、急速な人口減少によりこのようなケースは増加することが想定されるため、早晩、本稿とは異なる枠組みの推計も考案する必要が生じる可能性は高いといえよう。以上の点を今後の主な課題としたい。

### 参考文献

小池司朗（2023）「ユーザーの観点からみた小地域統計の課題と展望」、『Estrela』, pp.6-9.  
国立社会保障・人口問題研究所（2024）『日本の地域別将来推計人口（令和 5 年推計）』人口問題研究資料第 349 号。

### 謝辞

本報告書原稿の作成にあたっては、「1/8 地域メッシュ統計等を用いた地理的属性と人口分布変化との関連分析（公益財団法人統計情報研究開発センター共同研究）」において貸与されたデータを活用している。

「新潟県内の町丁・字代表点から最寄りの内科診療機関までの距離の分析」

研究代表者 菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任教授

研究協力者 尾白有加 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任助手

**研究要旨：**

**【目的】**

新潟県内の医療アクセスを視覚化する。特に無医地区と定義される4km以内に医療機関がない地域を視覚化し、人口分布を検討する。

**【方法】**

公表されている病院・診療所名簿から内科を標榜する1291施設を抽出しジオコーディングした。令和2年国勢調査町丁・字7698地区の重心を代表点とし、道路網データで各代表点から最寄り施設までの道路距離を算出し、500m刻みで4kmまでと4km超に区分して地図化し、市区町村別に人口・割合を集計した。

**【結果】**

県内医療機関は1798、そのうち内科施設は1291であった。内科まで4km超の地区人口は約11万5千人（県人口の5.2%）であった。市区町村別では阿賀町53.0%、関川村47.0%、湯沢町43.1%、糸魚川市32.2%と山間・豪雪地域で多く、人口の多い都市部では1%未満だった。

**【考察・結論】**

半径4kmを基準とする無医地区の定義は、道路状況や交通手段、積雪等を加味できておらず現状を反映できていない可能性がある。地理情報システムにより道のり距離を用いて医療アクセスを計算する客観的な手法で無医地区を再設定することで、より正確に現状を把握し、将来の予測にも使用することができる。一方、分析に使用された医療機関には特別養護老人ホーム医務室等の定期診療を担わない施設が含まれることや、人口秘匿処理によりへき地の人口を過小評価している可能性といった限界もあることを認識する必要がある。今後は医療機関への到達時間、公共交通の条件、気候条件を統合した複合指標を構築し、内科以外の専門科や地域中核病院や基幹病院へのアクセスを検討する。将来的には、人口推計データと統合し、人口が減少する将来のへき地における医療計画に資するデータを示せる可能性がある。

**A. 研究目的**

現在の無医地区の定義は、「医療機関のない地域で、当該地域の中心な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住しており、かつ容易に医療機関を利用できない地区」とされており、最寄りの医療機関からの距

離が定義の要素として組み込まれている。この定義の考え方の元になっているのは、日本の農村部や中山間地における民家や地域のあり方が、いわゆる「集落」と呼ばれる民家の集合によって成り立っている、という前提である。実際に、地方や山間部における地域の区分として

「行政区」という区分・区割りが存在し、この行政区は住所による分類とも郵便番号による分類とも異なっていて、昔からの地域コミュニティのくくりとして実際に使われている（参考）。まず、集落に50名以上の人口がいることが無医地区となり得る条件となる。つまり、集落人口が50名に満たなければ無医地区になり得ない（その場合、「無医地区に準じる地区」になりうる）。次に、その集落の起点を「当該地域の中心的な場所」と定めているが、具体的な取り決めはない。また、人が移動したり施設が移動・消滅することも十分起こりうるため、地域の中心的な場所は経時的に変わる可能性がある。そのように変化しうる起点から4km以内に医療機関が存在しない場合、その集落を無医地区と定義していることになるが、集落の起点の定義が曖昧であることから、無医地区の定義には幅があり、担当する自治体職員の裁量に任されて、実態と合わない報告がなされている可能性も考える必要がある。

その上で、本研究では、国勢調査の地区割りである町丁・字を利用し、町丁・字の地理的中心（重心）を地区の中心点と仮定し、医療機関から道のりで算出した距離で医療圏（医療機関からの道のり距離で分けた距離圏）を設定し、町丁・字が、どの医療圏に入っているかを観察することで、その地区が無医地区に相当するかどうかを判断し、無医地区に相当する地区が新潟県内にどのくらいあって、何%の人口が無医地区に居住しているかを明らかにした。

このような手法で無医地区を定義することで、現在、ともすると形骸化している無医地区の設定を再定義し、真に意味のある無医地区の決め方についての検討材料とすることを目的とした。

## B. 研究方法

GIS（Geographic Information System：地理情報システム）を用いて新潟県内の医療アクセスについて検討した。

（使用したデータ）

本研究では、医療機関の位置情報として新潟県のホームページに公開されている新潟県病院名簿と新潟県診療所名簿の2つを用いた。町丁・字単位の国勢調査（令和2年度）データは

ArcGIS Stat Suite 令和2年国勢調査町丁・字等全指標を用いた。道のり距離（道路距離）を計算するためにArcGIS Geo Suite 車種別規制付き道路網 新潟県版を用いた。

（方法）

### 1. 新潟県内の内科診療機関のポイントデータの作成

新潟県病院名簿と新潟県診療所名簿から内科を標榜している医療機関を抽出した。東京大学空間情報科学研究センター（CSIS）が提供している「CSV アドレスマッチングサービス」を用いて内科医療機関の住所データから緯度経度データを取得した。

### 2. 新潟県の町丁・字の代表点のポイントデータの作成

ArcGIS Pro を用いて、令和2年国勢調査の町丁・字ポリゴンデータから新潟県のみを取り出し、各町丁・字の代表点（地理的重心）のポイントデータに変換した（重心がポリゴン内でない場合、ポリゴン内に生成されるように操作した）。

### 3. 内科診療機関と町丁・字の代表点の道路距離の算出

道路網データを用いて内科診療機関と町丁・字の代表点の道路距離を全て求めた。次に、各町丁・字の代表点から最短距離にある内科診療機関までの道路距離をエクセルのピボットテーブルを用いて求めた。

### 4. 医療機関までの最短距離の視覚化

ArcGIS Pro を用いて、最寄りの医療機関までの最短距離ごと（500m刻みで4kmまでと4km以上）に色分けして表示した。

### 5. 医療機関までのアクセスと人口

最寄りの医療機関までの最短距離ごとの人口と人口割合を全県と県内30市区町村別に計算した。

<倫理的配慮>

本研究は、公開されたデータのみを用いて行ったものであり、個人情報扱うこともないため、倫理審査を受ける必要はなかった。用いた国際調査データは最小単位が町丁・字の統計データを含んでいるが、地区内の人口が一定数以下の場合、秘匿データとして扱われ、個人の情報が漏洩することがないように配慮されている。

C. 研究結果

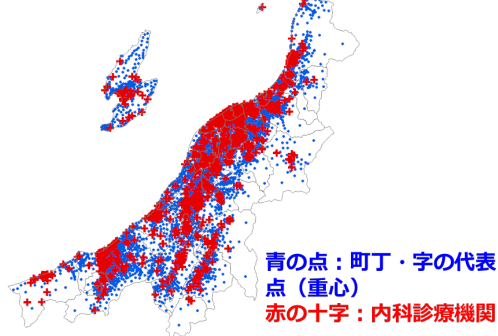
新潟県内の医療機関の数と、そのうち内科を標榜している医療機関の数は下記の通りであった（表1）。

表1. 新潟県内の医療機関数

	医療機関の数	内科を標榜する医療機関の数
病院	117	107
診療所	1681	1184
合計	1798	1291

次に、新潟県の町丁・字の代表点のポイントは全部で7698カ所であった。内科を標榜する医療機関と町丁・字の代表点を全て地図上にプロットしたものが図1である。

図1. 内科医療機関と町丁・字の代表点



次に、最寄りの内科を標榜する医療機関への道のり距離により色分けした地図が図2である。緑色の着色部分が、地区の中心点から最寄りの内科医療機関までの距離が4km以上の地区（町丁・字）である。

緑色の地域（地区の中心点から最寄りの内科医療機関までの距離が4km以上の地区）に住んでいる人口は令和2年度国勢調査の人口ベースで、約11万5千人（人口の5.2%）いた（図3）。

図2. 内科医療機関までの距離

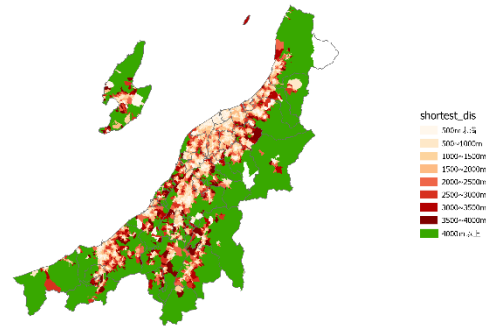
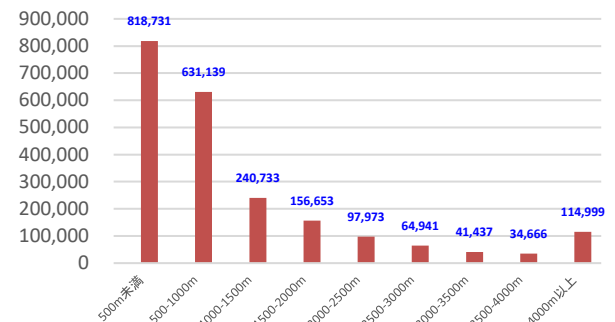


図3. 最寄りの内科診療機関までの距離別の人口（新潟県）



さらに、内科医療機関までの距離が4km以上の地区に住む人口の市区町村別割合は表2の通りであった。人口が多い都市部（新潟市、長岡市、三条市、上越市、新発田市等）と極端に人口が少ない粟島浦村、弥彦村等では内科医療へのアクセスがよくない（4km以内でない）地区の人口が少なかった。一方、県北や魚沼地域、糸魚川市、佐渡市などの医師が特に不足している地域では、アクセスがよくない地区の人口が比較的多かった。県全体では内科医療機関までの距離が4km以上の地区に住む人口の割合は5.2%であったが、市区町村別に見ると、少ない市区町村では0%であったが、30%を越えた市区町村が、阿賀町（53.0%）、関川村（47.0%）、湯沢町（43.1%）、糸魚川市（32.2%）の4市区町村あった。中央値は4.1%であった。

D. 考察

本研究では、GISを用いて町丁・字レベルの地区別に最寄りの内科を標榜する医療機関までのアクセスを検討し、結果を地図上に示した。都市部では高密度に内科を標榜する医療機関が存在し、医療アクセスの良さが明らかであった。一方、山間部では内科を標榜する医療機関がまばらで、

アクセスがわるい地区が多数存在することが視覚的に示された。しかし、山間部は広いエリアに少ない人口が点在していることが一般的である。これらのエリアにおいて、全て 4km 以内に医療機関を設置することは現実的ではない。さらに、車社会の現在において、道路・交通状況や気候（豪雪等）にもよるが、4km の距離であれば 10 分以内に到達できることを考えると、4km を基準に無医地区を定義することが適切かどうかは議論の余地がある。そもそも、無医地区の定義に使われている「4km」は本研究のように道のり距離ではなく、半径 4km であり、同じ半径 4km でも、道路の接続によって道のり距離は大きく異なる為、正確に医療アクセスを示す基準とは言えない。さらには、道路の道幅や信号、踏切などを含む道路の状況によっては、同じ道のり距離であっても到達時間は異なることもある。さらに、運転距離・時間でアクセスを議論する際は、住民が運転できる（あるいは車に乗せてもらえる）ことを前提としているが、高齢者では必ずしも運転できるとは限らず、公共交通機関の便も考慮する必要がある。そのような複合的な条件を考慮した基準を設けることが本来は理想であると考えられる。その意味からも、本研究の結果として計算された、「内科を標榜する医療機関へのアクセスがよくない（4km 以上）」の人口割合も上記のような限界を含む指標であることを注意すべきである。

今後、実際に無医地区や準無医地区として指定されている地域を地図化して重ね合わせることで、現状の無医地区・準無医地区が実際の医療アクセス不良エリアと重なっているかを検証することも考えられる。また、これからの人口減少とさらなる高齢化の進行による将来の無医地区・準無医地区の推定も検討する必要がある。

今回の分析は内科を標榜する医療機関へのアクセスのみを検討したが、全ての医療機関へのアクセスや、整形外科、皮膚科、眼科といった専門科へのアクセス、産婦人科・小児科へのアクセス、地域中核病院、基幹病院へのアクセスなど、それぞれを検討する必要があると考えられる。また、新潟県のみならず、他の条件の異なる都道府県でも検証が必要である。

次に、分析を進めた中で気づいた解析上の限界を述べる。一つに、県が公表している病院と診

療所の名簿に登録されている（今回は内科を標榜している）医療機関が真に地域の内科医療を担っているかどうか不明である点である。登録医療機関には、特別養護老人ホームの医務室や自営達駐屯地の医務室、自治体の保健センター、保健所等の地域住民が通常診療を受けうる医療機関以外の施設が複数含まれていた。名称のみでは判断できないケースもあると考えられ、医療アクセスの分析の際、医療機関の定義を認識しておくことと、どのような医療機関が登録されているかを認識しておくことが必要である。二つ目に、本解析において、住民や集落の代表点と見なしている町丁・字のデータは人口が少ない場合、秘匿データとなり、人口が反映されず、アクセス不良の人口から除外されてしまう点である。そもそも少ないため、どれほどの影響があるか不明であるが、今回、新潟県内で地区の中心から 4km 以内に内科を標榜する医療機関がない地区に住んでいる人口は約 11 万 5 千人（県人口の 5.2%）であったが、この数は過小に評価されている可能性がある。

## E. 結論

新潟県を例に挙げ、無医地区の定義である 4km 範囲内に内科を標榜する医療機関がない地区を GIS によって視覚化し、該当範囲の人口割合を全県と市区町村別で算出した。無医地区の定義に、距離・時間、交通の便、気候等の条件を加えることが望まれる。

## F. 研究発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 2. 市区町村別の内科医療機関への距離別人口割合

市区町村	500m以内	500m～1km	1～2km	2～4km	4km以上
阿賀町	18.6%	3.7%	5.6%	19.1%	53.0%
粟島浦村	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
刈羽村	0.0%	0.0%	54.9%	37.8%	7.3%
関川村	0.0%	10.5%	27.9%	14.6%	47.0%
出雲崎町	0.0%	0.0%	33.2%	40.1%	26.7%
聖籠町	21.3%	28.5%	38.3%	11.9%	0.0%
津南町	1.7%	5.7%	13.9%	51.8%	26.9%
田上町	16.9%	30.1%	49.8%	3.2%	0.0%
湯沢町	8.1%	0.0%	24.4%	24.4%	43.1%
弥彦村	32.8%	35.4%	30.0%	1.8%	0.0%
阿賀野市	10.7%	36.0%	24.2%	25.5%	3.5%
燕市	32.9%	34.7%	23.9%	6.8%	1.6%
加茂市	38.5%	32.2%	12.8%	9.7%	6.8%
魚沼市	29.1%	15.9%	25.8%	15.8%	13.3%
見附市	39.4%	39.3%	13.0%	7.9%	0.5%
五泉市	29.6%	31.8%	20.7%	13.4%	4.6%
佐渡市	14.6%	15.7%	20.8%	21.8%	27.1%
三条市	35.9%	28.3%	18.3%	14.5%	3.0%
糸魚川市	22.6%	23.9%	5.5%	15.8%	32.2%
十日町市	23.4%	16.0%	21.5%	22.5%	16.6%
小千谷市	25.7%	24.3%	28.5%	15.8%	5.6%
上越市	32.8%	27.9%	21.2%	14.2%	3.9%
新潟市江南区	43.4%	36.2%	16.6%	3.7%	0.0%
新潟市秋葉区	33.6%	38.4%	24.7%	3.3%	0.0%
新潟市西蒲区	23.9%	30.3%	27.6%	15.9%	2.2%
新潟市西区	54.6%	38.0%	7.0%	0.4%	0.0%
新潟市中央区	75.4%	24.5%	0.1%	0.0%	0.0%
新潟市東区	60.6%	36.2%	2.4%	0.8%	0.0%
新潟市南区	30.8%	19.4%	40.2%	9.7%	0.0%
新潟市北区	29.7%	35.7%	26.7%	7.4%	0.5%
新発田市	44.4%	22.6%	13.7%	15.1%	4.3%
村上市	24.1%	29.7%	17.7%	15.2%	13.3%
胎内市	28.1%	14.3%	39.1%	16.6%	1.9%
長岡市	33.6%	31.3%	19.0%	12.0%	4.1%
南魚沼市	11.8%	22.3%	27.1%	27.7%	11.0%
柏崎市	28.9%	20.5%	31.0%	12.7%	6.9%
妙高市	16.9%	23.1%	25.6%	18.7%	15.7%
<b>県平均</b>	<b>37.2%</b>	<b>28.7%</b>	<b>18.1%</b>	<b>10.9%</b>	<b>5.2%</b>

研究要旨：

【目的】 過疎地域の死亡水準は非過疎地域と比べ高いのか検証する。

【方法】 国勢調査 1980 年、2000 年、および 2020 年、住民基本台帳による 2023 年の市区町村別年齢別人口に全国の年齢別死亡率を掛け合わせ期待死亡数を求めたうえで、人口動態統計のそれぞれの年の市区町村別死亡数を過疎地域か非過疎地域かで集計し、標準化死亡比を算定した。さらに直近の 2023 年について、都道府県別、選択死因別の過疎地・非過疎地の標準化死亡比を比較した。

【結果】 1980 年では過疎地の標準化死亡比は 1.028 で非過疎地域の 0.996 よりも高かったが、2023 年ではその差はなくなり、いずれも 1.000 であった。しかしながら、都道府県別、死因別に見ると差がある。

【結論】 へき地医療対策は一定の成果を上げたといえるが、今後のさらなる人口減少、医師の偏在を考慮したうえで、現状のへき地医療制度を維持するための新たな施策が必要とされる。

## A. 研究目的

過疎地域の死亡水準は非過疎地域と比べ高いかどうかを検証する。

## B. 研究方法

国勢調査による 1980 年、2000 年、住民基本台帳による 2023 年の市区町村年齢 5 歳階級別人口にそれぞれの年の全国の年齢別死亡率を掛け合わせ期待死亡数を求めたうえで、人口動態統計のそれぞれの年の市区町村別死亡数を過疎地域か非過疎地域かで集計し、標準化死亡比を算定した。さらに直近の 2023 年について、都道府県別、選択死因別の過疎地・非過疎地の標準化死亡比を比較した。

いずれも公表データを用いた。国勢調査の市区町村年齢別人口は、1980 年は日本人のみのデータは公表されていないため、総人口データを用いた。直近の過疎地市町村のリストは令和 4 年 4 月 1 日付けであるため、直近の市区町村別日本人人口は国勢調査ではなく 2023 年 1 月 1 日付けの住民基本台帳日本人人口を用いた。

人口動態統計特殊報告の市区町村別の標準化死亡比の計算では、ベイズ推定を用いているが（厚生労働省 2024）、本稿では過疎地、非過疎地別に合計するために一定の人口/死亡数規模になるこ

とからベイズ推定は用いずそのまま算定した。

#### <倫理的配慮>

本研究は公表されている政府統計を用いた。

### C. 結果

計算した標準化死亡比を表 1 に示す。過疎地の標準化死亡比は 1980 年では 1.028 と全国よりも高かったが、2000 年には 1.002、2023 年では 1.000 となり、全国、非過疎地域と同等となった。2023 年は過疎地域を全部過疎、みなし過疎、一部過疎にわけて算定できるが、全部過疎の標準化死亡比は低く、みなし過疎は高い。しかしながら、1 からの乖離は 0.003、0.015 と小さいものである。

表 1 過疎地域と非過疎地域の標準化死亡比(SMR) (1980 年、2000 年、2023 年)

	1980 年		2000 年		2023 年	
	SMR	人口	SMR	人口	SMR	人口
全部過疎					0.997	8,570,044
みなし過疎					1.015	936,747
一部過疎					1.002	11,921,631
過疎地域 計	1.028	8,015,754	1.002	6,800,651	1.000	21,428,422
非過疎地域	0.996	109,044,605	1.000	118,586,086	1.000	100,994,616
全国	1.000	117,060,359	1.000	125,386,737	1.000	122,423,038

資料: 1980 年人口は国勢調査総人口、2000 年人口は国勢調査日本人人口、2023 年は住民基本台帳日本人人口。死亡数は人口動態統計公表値。過疎市町村は、1980 年、2000 年は国土数値情報(過疎地域データ)(国土交通省 2025)、2023 年は日本過疎地域連盟(2025)の 2022 年 4 月 1 日付けリストによる。

2023 年の過疎、非過疎地域を都道府県別に示したものを図 1、Annex 1 に示す。全国では過疎地域と非過疎地域の標準化死亡比の差はないが、都道府県別にみると大きく異なっている都道府県も少なくない。東京都は人口の少ない離島の過疎地域が多くあり、過疎地域の標準化死亡比はかなり高くなっている。多くの都道県で過疎地域の方が標準化死亡比が高いが、大都市圏のうち、大阪府、愛知県で非過疎地域の標準化死亡比が高い。また、長野県は過疎地域の標準化死亡比の方が非過疎地域よりも若干高いが、いずれも他県と比べ非常に低いことが注目される。一方青森県の標準化死亡比は、過疎地域、非過疎地域とも 1.1 を超えており高い。

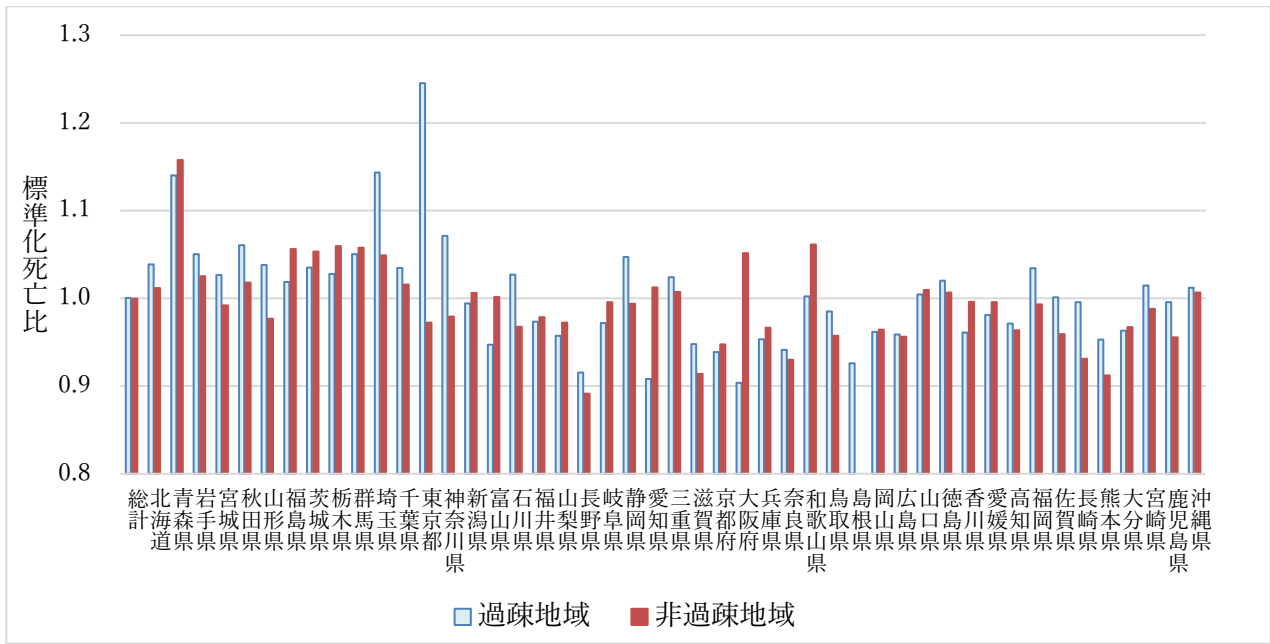


図 1 過疎地、非過疎地の標準化死亡比（都道府県別、2023 年）

注：鳥根県は全域過疎地域（松江市、出雲市は一部過疎）

資料：表 1 と同じ

選択死因別市区町村別死亡数も公表されているため、2023 年について過疎地域・非過疎地域の標準化死亡比を算定した。また、過疎地域のうち、全過疎地域のみについても算定した（図 2、データは Annex 2）。

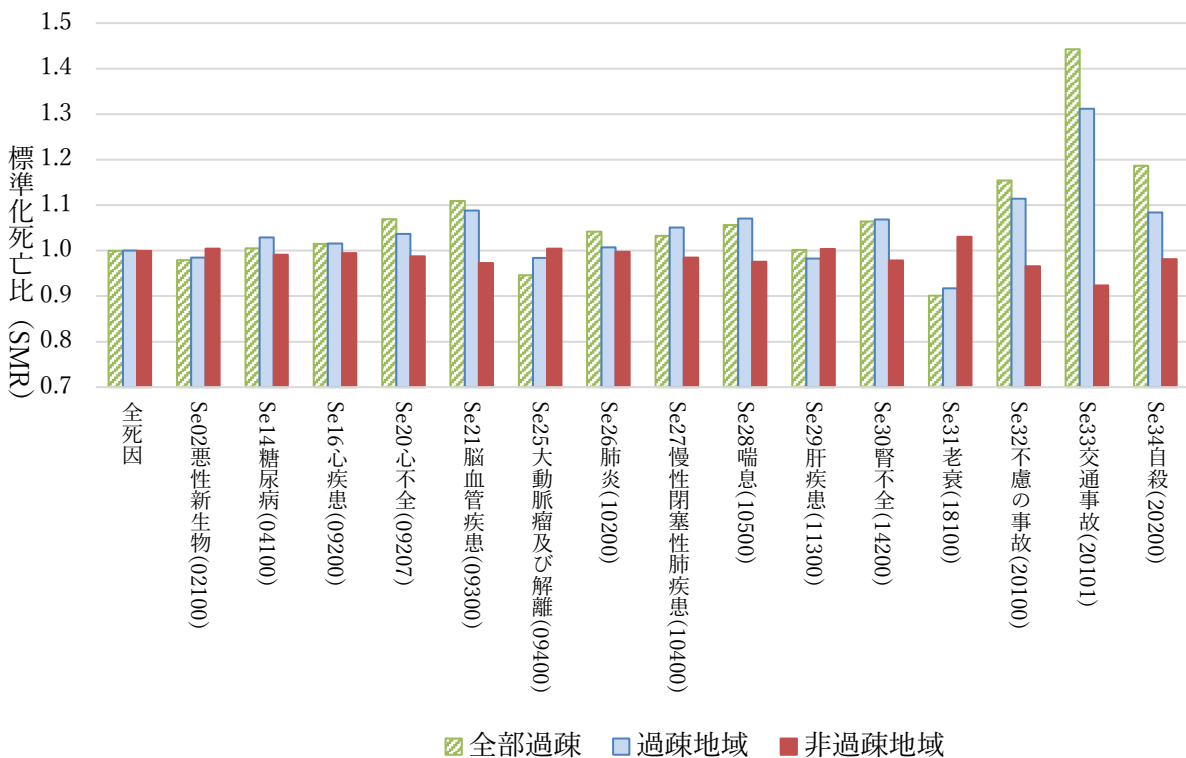


図 2 過疎地、非過疎地の標準化死亡比（都道府県別、2023 年）

注：過疎地域=全部過疎+一部過疎+みなし過疎

過疎地の標準化死亡比は、交通事故を含む不慮の事故、次いで自殺、脳血管疾患、心不全が高い。一方その分、過疎地の標準化死亡比は老衰で非常に低く、大動脈瘤及び解離、悪性新生物も低い。これらの傾向は、全部過疎に限るとより明確に表れている。肺炎も、過疎地域では 1.01 とわずかに高い程度であるが、全部過疎でより高くなっている。一方、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、喘息、腎不全は過疎地域で高いが、全部過疎に限るとそれよりも低くなっている。肝疾患は過疎地域では 1 を下回るが全部過疎では 1 となっており、過疎度と死亡率の関係は明瞭ではない。

#### D. 考察

現在では過疎地域と非過疎地域の死亡水準は同じであることがわかった。1980 年は過疎地の方が若干死亡水準が高かったのも、その後のへき地医療対策の効果があったといえるのではないかと。しかし、もうへき地医療対策をやめてもよいのか、というところではなく、現状と同等の施策を講じ、継続していく必要がある。一方で、へき地の人口減少が加速する中、無医地区の定義に関する分担報告書に示したように、現状の制度をそのまま継続することは妥当性を欠く。過疎地域と非過疎地域の医療格差が少なくとも全国で見ると同じになったこの時点で、新たなへき地の定義とそれに応じた適切な制度を構築する段階に来たといえよう。

1980 年でも過疎地の標準化死亡比は 1.028 であり、全国と比べそれほど高いわけではない。それ以前の状況は、本稿ではデータの制約などにより分析を行っていないが、今後検討する。ただし、無医村が全市町村の 3 割近くあった戦前期において、都道府県別に一番乳児死亡率が高かったのは大阪府であった。つまり、長期的に見ても過疎地の死亡水準がかならずしも高かったわけではないことに留意が必要である。

都道府県別に見ると、過疎地域と非過疎地域の格差があるが、特に大阪府、愛知県といった大都市圏にある府県で非過疎地域の死亡水準が高いことは注目すべきである。これは過疎地域よりも都市内の貧困層などにより支援の必要性があることを示しているのではないかと。いずれにせよ県により過疎地域と非過疎地域の格差が異なっていることは、医療提供体制のみならず、住民の教育水準も踏まえた文化的背景や、経済・インフラの格差などが複雑に交絡していることが想定され、健康格差、死亡格差が何によりもたらされるのか、検討する糸口を与えるとはいえる。

死因別にみて、過疎地域に交通事故、自殺を含めた外因死が多いことから、これらの予防可能な死亡に対する施策を過疎地域で強化する必要があるだろう。公表データでは選択死因別の死亡数であるので、外因死のより細かい基本分類別の分析、死亡までの時間や突然死の割合などは個票による分析で可能になる。老衰死亡が過疎地域で少ないことも、より詳細に分析が必要である。少なくとも、悪性新生物の標準化死亡比が過疎地の方が低いことから、適切な医療がいきわたらず老衰と死亡診断書に書かれてしまった、という状況は考えにくい。実態よりも定義の問題として、過疎地域の市町村から死亡直前に居住していた市町村外の介護施設などに住所を移したうえで老衰で亡くなる、というケースがあることも想定される。この点も個票により住所地と登録地別に分析をす

ることで検証が可能になる。

本稿では、過疎地域と非過疎地域という、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」およびその先行法に基づいて市町村別に設定されている境界別に標準化死亡比を計算した。これは、市町村が人口、死亡数とも、公表統計で把握可能な領域であることによる。しかしながら、市町村合併によりへき地の市町村は面積的に巨大化し、市町村別では医療施設までの距離が遠い地域に住む人々のハンディキャップを適切に評価できていないことも当然考えられる。市町村よりも小さい単位、例えば合併前の市町村、町丁・字、農業集落、小学校区、国勢調査基本単位区などを用いて分析を行うことで、遠隔地であることによる死亡格差が示される可能性もある。この分析には、それぞれの地区における死亡情報が必要となるが、死亡診断書の死亡者の住所欄の書き込みの状況およびその情報の個票内容が未知であるが、次年度に検討する必要がある。一方で、それらの分析の結果どのような施策を提案するかであるが、すでに無医市町村数が増加に転じており、多くの市町村自体が人口減少で苦境にある中、一定のガバナンス体制を整えている市町村を核に、域内の医療提供体制を支援・強化するような施策が現実的であると考えられる。

また、「過疎地域自立促進特別措置法」のみならず、へき地を定義する法律にはその他、離島振興法、山村振興法があり、特に離島は実際に高度医療へのアクセスには限界があり、また東京都での大きな過疎地・非過疎地の格差にみられるように、山間地のへき地とは異なった状況があると考えられ、今後、個別に分析が必要であろう。

本稿では公表されている市区町村別死亡数は日本人死亡に限られているため、できる範囲で人口も日本人人口に限るなど、日本人についての分析となっている。しかしながら、外国人住民が増加し、それは必ずしも都市部、非過疎地のみの状況ではないことから、外国人も含めた総人口で、標準化死亡比を算定する必要もある。これも個票による分析を考えたい。

へき地医療対策は長らく取り組まれてきているが、その効果の検証に関する分析は少なく、日本においては近年、郵便番号区毎に、人口密度、病院までの距離、離島、気候条件から「へき地」尺度を設定し、「へき地」尺度と市区町村別平均寿命には相関がある（へき地であるほど寿命が短い）ことが示された（Kaneko 2023）。また、オーストラリアではへき地であるほど死亡率が高いという結果がある（AIHW 2024）。しかし一方で、へき地の人口当たり医師数は都市部よりも多いという結果も出ている。何が健康をつくるのか、死亡水準を決めるのか、国際比較により共通点・相違点を明らかにする必要がある。

## E. 結論

近年、全国でみると過疎地と非過疎地の死亡水準は差がなくなったが、都道府県別、死因別にみると差がある。人口減少が進行する中、現状のへき地医療制度を維持するための新たな施策枠組みが必要とされる。

## F. 引用文献

厚生労働省（2024）「平成30年～令和4年 人口動態保健所・市区町村別統計の概況（人口動態統

計特殊報告)」 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/hoken24/>  
厚生労働省 (1980/2000/2023) 「人口動態統計」 <https://www.e-stat.go.jp/statistics/00450011>  
国土交通省 (2025) 「国土数値情報 (過疎地域データ)」  
<https://nlftp.mlit.go.jp/ksj/gml/datalist/KsjTmplt-A17-2017.html>  
総務省自治行政局 (2023) 「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」  
<https://www.e-stat.go.jp/statistics/00200241>  
総務省統計局 (2000/1980) 「国勢調査」 <https://www.e-stat.go.jp/statistics/00200521>  
日本過疎地域連盟 (2025) 「過疎市町村の人口・面積」 <https://www.kaso-net.or.jp/publics/index/19/>  
AIHW(Australian Institute of Health and Welfare) (2024) “Rural and remote health”  
<https://www.aihw.gov.au/reports/rural-remote-australians/rural-and-remote-health>  
Kaneko, Makoto; Takaaki Ikeda, Machiko Inoue, Kemmyo Sugiyama, Manabu Saito, Ryuichi Ohta, Upul Cooray, Evelyn Vingilis, Thomas R Freeman, Maria Mathews (2023) “Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan: a modified Delphi study”, *BMJ Open*, 13:e068800. doi:10.1136/bmjopen-2022-068800

## G.研究発表

### <学会発表>

HAYASHI, Reiko, “Population change and health systems: The case of Japan”, Population Division, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Expert Group Meeting, “Ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages”, Session IV. Strengthening the sustainability of health systems in countries confronting a variety of demographic situations and prospects, Online. (2024.10.17)

林玲子『人口減少社会における医療・介護人材－その動向と展望』第15回(2024年)熊本県医療人育成総合会議、熊本県医師会館(2024.11.4)

### <論文発表>

なし

## H.知的財産権の出願・登録状況

なし

Annex 1 都道府県別 標準化死亡比 (2023 年)

都道府県	過疎地人口	過疎地域	非過疎地域	都道府県	過疎地人口	過疎地域	非過疎地域
全国	21,428,422	1.00	1.00	三重県	371,518	1.02	1.01
北海道	1,720,208	1.04	1.01	滋賀県	271,531	0.95	0.91
青森県	580,768	1.14	1.16	京都府	325,491	0.94	0.95
岩手県	657,062	1.05	1.03	大阪府	46,996	0.90	1.05
宮城県	619,772	1.03	0.99	兵庫県	547,622	0.95	0.97
秋田県	634,704	1.06	1.02	奈良県	123,057	0.94	0.93
山形県	413,285	1.04	0.98	和歌山県	375,803	1.00	1.06
福島県	507,852	1.02	1.06	鳥取県	350,577	0.99	0.96
茨城県	315,875	1.04	1.05	島根県	649,691	0.93	-
栃木県	205,595	1.03	1.06	岡山県	473,065	0.96	0.96
群馬県	334,941	1.05	1.06	広島県	751,018	0.96	0.96
埼玉県	110,308	1.14	1.05	山口県	705,477	1.00	1.01
千葉県	379,969	1.03	1.02	徳島県	170,109	1.02	1.01
東京都	25,612	1.25	0.97	香川県	269,229	0.96	1.00
神奈川県	6,805	1.07	0.98	愛媛県	449,958	0.98	1.00
新潟県	1,052,609	0.99	1.01	高知県	587,347	0.97	0.96
富山県	147,921	0.95	1.00	福岡県	688,389	1.03	0.99
石川県	238,035	1.03	0.97	佐賀県	547,883	1.00	0.96
福井県	142,186	0.97	0.98	長崎県	1,086,239	1.00	0.93
山梨県	316,139	0.96	0.97	熊本県	667,061	0.95	0.91
長野県	776,814	0.92	0.89	大分県	498,264	0.96	0.97
岐阜県	515,982	0.97	1.00	宮崎県	510,273	1.01	0.99
静岡県	81,550	1.05	0.99	鹿児島県	983,826	1.00	0.96
愛知県	50,801	0.91	1.01	沖縄県	143,205	1.01	1.01

Annex 2 選択死因別 標準化死亡比 (2023 年)

死因	地域	期待死亡数	死亡数	SMR	死因	地域	期待死亡数	死亡数	SMR
全死因	全部過疎	171,523	171,419	1.00	Se27 慢性閉塞 性肺疾患 (10400)	全部過疎	1,808	1,866	1.03
	過疎地	371,746	371,845	1.00		過疎地	3,928	4,128	1.05
	非過疎地	1,203,819	1,203,239	1.00		非過疎地	13,009	12,807	0.98
Se02 悪性 新生物 (02100)	全部過疎	38,235	37,443	0.98	Se28 喘息 (10500)	全部過疎	120	127	1.06
	過疎地	84,784	83,505	0.98		過疎地	260	278	1.07
	非過疎地	297,703	298,914	1.00		非過疎地	829	809	0.98
Se14 糖尿病 (04100)	全部過疎	1,603	1,611	1.00	Se29 肝疾患 (11300)	全部過疎	1,701	1,704	1.00
	過疎地	3,517	3,619	1.03		過疎地	3,877	3,809	0.98
	非過疎地	11,927	11,822	0.99		非過疎地	14,755	14,810	1.00
Se16 心疾患 (09200)	全部過疎	25,780	26,164	1.01	Se30 腎不全 (14200)	全部過疎	3,391	3,609	1.06
	過疎地	55,526	56,393	1.02		過疎地	7,284	7,783	1.07
	非過疎地	175,586	174,655	0.99		非過疎地	22,922	22,420	0.98
Se20 心不全 (09207)	全部過疎	11,721	12,531	1.07	Se31 老衰 (18100)	全部過疎	24,263	21,859	0.90
	過疎地	24,897	25,806	1.04		過疎地	50,682	46,475	0.92
	非過疎地	74,325	73,400	0.99		非過疎地	139,233	143,430	1.03
Se21 脳血 管疾患 (09300)	全部過疎	11,273	12,507	1.11	Se32 不慮 の事故 (20100)	全部過疎	4,649	5,366	1.15
	過疎地	24,476	26,631	1.09		過疎地	10,175	11,339	1.11
	非過疎地	80,049	77,862	0.97		非過疎地	34,237	33,053	0.97
Se25 大動 脈瘤及び 解離 (09400)	全部過疎	2,086	1,974	0.95	Se33 交通事故 (20101)	全部過疎	302	436	1.44
	過疎地	4,571	4,498	0.98		過疎地	705	925	1.31
	非過疎地	15,461	15,525	1.00		非過疎地	2,867	2,647	0.92
Se26 肺炎 (10200)	全部過疎	8,675	9,038	1.04	Se34 自殺 (20200)	全部過疎	1,483	1,759	1.19
	過疎地	18,539	18,670	1.01		過疎地	3,675	3,982	1.08
	非過疎地	57,211	57,062	1.00		非過疎地	17,327	17,000	0.98

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）  
「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療  
体制の構築に資する調査研究」  
令和6年度 分担報告書

「へき地医療の現状と課題 –十日町市・粟島浦村・屋久島町におけるインタビュー調査–」

研究協力者 尾白有加 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任助手  
研究分担者 白倉悠企 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任助教  
研究協力者 杉下智彦 屋久島尾之間診療所 院長  
研究代表者 菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任教授

**研究要旨：**

**【目的】**

日本各地のへき地における医療ニーズを的確に把握し、将来のへき地医療体制の在り方を検討する必要がある。本研究では、へき地を擁する新潟県十日町市・粟島浦村および鹿児島県屋久島町において、行政担当者、医療従事者、地域住民を対象としたインタビュー調査を実施し、地域特性を踏まえた医療提供体制の実態を明らかにすることで、今後のへき地医療体制の構築に資する知見の収集を目的とした。

**【方法】**

人口規模、地理的特性、医療資源の配置と密度が異なる新潟県十日町市・粟島浦村および鹿児島県屋久島町の3地域において、医療体制、健康課題、無医地区、オンライン診療等に関する意見を収集するため、医療提供者、保健システム担当者、地域住民の計53人に半構造化インタビューを実施した。

**【結果】**

新潟県十日町市・粟島浦村および鹿児島県屋久島町の行政担当者、医療従事者、地域住民へのインタビューにより、各地域の医療提供体制や地域特性、課題が明らかとなった。3地域に共通する課題として、医療人材の不足、医療アクセスの格差、高齢化に伴う介護需要の増大が認められた。また、オンライン診療の導入状況や住民の無医地区に対する認識は地域によって異なり、ICT環境や運用体制の整備状況にも差があった。さらに、住民は現在の体制に適応しつつも、通院困難や緊急時の対応に不安を感じている様子が見られた。

**【考察・結論】**

本研究では、新潟県十日町市・粟島浦村および鹿児島県屋久島町を対象に、行政担当者・医療従事者・住民へのインタビューを通じて、へき地医療の実態と課題を明らかにした。医療資源の偏在や人材不足、交通・気象条件による受療制限、オンライン診療の活用状況など、地域ごとに多様な課題が確認された。特に冬季の豪雪や離島のフェリー欠航は、通院や緊急搬送に深刻な影響を及ぼしていた。今後は、地域特性に即した多様な医療提供体制の検討が求められる。

本研究の成果は、へき地診療所等を対象とした今後の定量的調査の設計や、他地域への調査展開に向けた重要な基礎資料となる。

## A. 研究目的

日本各地のへき地における医療ニーズを把握し、適切な医療提供体制を保つことは、地域医療政策の重要課題である[1]。とりわけ、地理的に隔絶された離島や中山間地域では、人口減少や高齢化、医療人材の偏在、交通インフラの制約などが医療アクセスに深刻な影響を及ぼしており、地域の実情に即した対策が求められている[2,3]。

へき地における医療提供体制は、地域の地理的条件や医療資源の分布、人口動態等により多様であり、現状が十分に把握されていない可能性がある。そのため、地域ごとの実態を丁寧に把握し、比較・分析を通じて共通課題と地域特有の課題を明らかにすることが不可欠である。

本研究は、こうした課題意識のもと、へき地医療の現状と地域固有の課題を明らかにし、地域特性に応じた医療提供体制のあり方を検討するための基礎的知見を得ることを目的とした。得られた知見をもとに、今後のへき地医療政策の方向性を検討し、現実的かつ効果的な提言につなげることを目指す。

## B. 研究方法

本研究では、地域における医療・保健サービスの実態とその地域に住む住民の状況やニーズ、課題を把握することを目的に、新潟県十日町市、同県粟島浦村、鹿児島県屋久島町の3市町村で調査を実施した。これらの地域は、人口規模、地理的条件、医療資源の配置において多様性があることから選定した。

調査にあたっては、各地域の地元行政機関および医療機関の協力のもと、医療提供者（医師・看護師・歯科医師）、保健システム担当者（保健師・ケアマネージャー・行政担当者）、および地域住民の3属性を対象に、対面およびオンラインにて半構造化インタビューを行った。

インタビュー項目は研究班内で検討・作成し、各地域の状況や対象者の立場に応じて柔軟に調整しながら意見を収集した。主なインタビュー項目は下記のとおりである。

- 医療提供者向け：医療体制、業務内容、医療を提供する上での制約、必要な支援、住民の健康状態、無医地区・オンライン診療

に関する意見など

- 保健システム担当者向け：地域の健康課題、施策、支援ニーズ、無医地区・オンライン診療の活用状況など
- 地域住民向け：医療への安心感、医療資源が不足していることの認識、無医地区やオンライン診療に対する意識、生活課題など

インタビューの実施時期は以下のとおりである。

地域	実施時期
十日町市	令和6年8月19日～20日
粟島浦村	令和7年1月19日～20日
屋久島町	令和7年1月23日～25日

### <倫理的配慮>

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠し、新潟大学倫理審査委員会（承認番号：2024-0093）の審査・承認を受けて実施した。調査対象者には、インタビュー実施前に、本研究の目的、参加の任意性、データの匿名性および個人情報の保護について、説明文書を用いて口頭で説明を行い、文書による同意を取得したうえで、同意が得られた方に対してインタビューを実施した。

## C. 研究結果

医療提供者12人、保健システム担当者20人、地域住民11人の計53人にインタビューを実施した。参加者の内訳を表1に示す。

表1. インタビュー参加者の内訳

対象属性		十日町	粟島浦村	屋久島町
医療提供者	医師	1	1	3
	看護師	2	2	3
	歯科医師	1	0	0
保健システム担当者	保健師・ケアマネージャー	8	1	2
	行政担当者	4	1	4
住民	住民	8	1	2

インタビューから得られた意見を、下記 3 項目について整理した。

- I. 医療提供体制の現状と課題
- II. 無医地区とオンライン診療
- III. 住民の認識に基づく保健医療の課題

【十日町市】

I. 医療提供体制の現状と課題	
行政機関	<p>市民福祉部や地域包括支援センター等が中心となり、高齢者支援、健康増進、医療・福祉の連携を推進。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域課題に応じて多様な事業を展開し、住民支援や民間団体との協働を進めている。</li> <li>・国保診療所の閉鎖や老健施設（100床）の撤退により、医療・介護資源が一部に集中。</li> <li>・高齢化が進み、独居・老老世帯の増加、冬季の積雪による外出困難が顕著。</li> <li>・相談の多くは症状悪化後であり、対応が難しいケースも少なくない。</li> <li>・独居高齢者の精神疾患やアルコール依存、自殺念慮など、地域特有の課題がみられる。</li> <li>・生活習慣病を背景に、脳卒中・心疾患・人工透析への移行リスクが高く、対応が求められる。</li> <li>・一部地域では出生数ゼロが続き、妊娠期からメンタル面の支援が必要な母子も見受けられる。</li> </ul>
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内には県立病院を含む複数の医療機関があり、医師・看護師などの医療専門職は一定数確保されている。一方で、診療所では人材確保が困難な状況にある。</li> <li>・2021年に市立の訪問看護ステーションが開設され、利用者数は年々増加している。</li> <li>・歯科医師の数は限られており、十分な歯科医療が提供できていない地区がある。隣接する地域は無歯科地区となっており、患者が集中している。</li> <li>・歯科衛生士の確保も難しく、後継者不在も課題となっている。</li> <li>・在宅歯科医療のニーズは増しているが、人員不足により対応が追いついていない。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市街地と山間部で医療アクセスに格差があり、特に冬季は訪問診療・訪問看護の提供が困難になる。</li> <li>・一部地域では高齢者の通院が困難であり、移動支援や外出支援の体制整備が求められている。ただし、自家用車を運転できる住民にとっては医療アクセスの不便さは実感されにくい。</li> <li>・独居高齢者の増加により、医療と介護の連携強化が喫緊の課題となっている。</li> <li>・訪問診療の担い手不足や、医療と福祉間の情報連携の遅れも指摘されている。</li> <li>・成人および高齢者において、未治療の歯周病が多く初診時に重症例が目立つ。</li> </ul>
II. 無医地区とオンライン診療の現状	
無医地区の認知度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政：地域によっては医療的に孤立した状況があるとの認識。</li> <li>・住民：山間部のある地域において、医療が手薄と感じている</li> </ul>
オンライン診療の状況と可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・オンライン診療の実施事例は少なく試行段階にある。高齢層の抵抗も大きい。</li> <li>・ICT活用による遠隔医療（服薬管理、健康相談など）の可能性は今後拡大の余地がある</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県立病院間で電子カルテ・画像連携ができておらず、オンライン診療は限定的。</li> </ul>
住民・医療者の意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療者：オンライン診療導入には前向きだが、システム整備・運用体制の確立が必要と指摘。</li> <li>・ 住民：高齢者を中心に「医師に直接診てもらいたい」という声が根強い一方、移動困難者からはオンライン診療のニーズがある</li> </ul>
III. 住民の認識に基づく保健医療の課題	
医療アクセスの現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 山間部の住民は、通院に車・バスを利用して市街地の医療機関を受診</li> <li>・ 自家用車があり、運転できる場合は地域の中核病院まで 20-30 分程度でアクセス可能</li> <li>・ 積雪時は道路の封鎖や交通の混乱から、移動がハードルとなり、定期受診を控える住民もいる</li> </ul>
医療提供体制に関する満足度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市街地の住民は医療アクセスにおおむね満足しているが、山間部の住民は「通院が困難」「診てもらうまでに時間がかかる」といった不安を抱えている</li> </ul>
医療を受けられなかった経験	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 豪雪や交通手段の欠如により、医療機関へのアクセスが困難となった事例が散見された</li> </ul>

### 【粟島浦村】

I. 医療提供体制の現状と課題	
行政機関	<p>村役場</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診とフォローアップ・介護予防教室開催・予防接種などの実施</li> <li>✓ 年 1 回、島内で特定健診とがん検診を実施。受診率は 80%以上。</li> <li>✓ 健診結果は説明会で直接返却し、その場で住民と結果を確認。</li> <li>✓ 要精密検査者への受診勧奨やフォローアップを実施。</li> <li>✓ 「いきいき体操会」を地区毎に開催（対象は 70 歳以上）。</li> <li>✓ 社会福祉協議会が運営を担当し、フレイル予防や口腔ケアの指導を実施。</li> <li>・ 診療所看護師と連携し、服薬管理を主とする訪問看護の導入（2024 年～）</li> <li>・ 休日夜間の緊急対応</li> </ul>
医療機関	<p>島内唯一の診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常駐している医師はおらず、看護師 2～3 人が常駐</li> <li>・ 本土の医療機関と連携し週 2 回のオンライン診療（テレビ診療）を実施（2001 年～）</li> <li>・ 主に一般診療・慢性疾患管理等を提供</li> <li>・ 薬はテレビ診療で医師が処方し、看護師が処方箋を本土の薬局に SNS 等で送信。薬は週 1 回フェリーで診療所に届き、患者が診療所に取りに来る。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療人材の不足と負担の集中（特に医師への負担が大きい）。とりわけ、保健師や看護師、理学療法士、歯科衛生士などの専門職が不足。</li> <li>・ 職員の定着が難しく、看護師や保健師が毎年入れ替わる状況。</li> <li>・ 夜間・休日対応が困難（負担大）</li> <li>・ 専門的な診療・検査が不可</li> <li>・ 医薬品・医療機器の不足（エコー機器のみで、CT などは未整備）</li> <li>・ 高い喫煙率や生活習慣病（糖尿病・肥満等）の有病率が課題（生活習慣病対策が不十分）</li> <li>✓ 肥満率が県平均（20%）を大きく上回る 50%。</li> <li>✓ ヘモグロビン A1c が正常値以上の住民が 8 割（県平均は 5～6 割）。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 循環器疾患や脳血管疾患の入院が多い。</li> <li>・急速な高齢化に伴い要介護度の高い高齢者が増加し、島内での生活が困難になる事例が増加（要介護高齢者の島外転居が増加）</li> </ul>
II. 無医地区とオンライン（テレビ）診療の現状	
無医地区の認知度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師：“診療所は無医村状態を支える拠点として機能している”と認識</li> <li>・住民：無医地区の認識はない</li> </ul>
テレビ診療の状況と可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本土の総合病院と連携し遠隔診療を実施中。システムが確立されている</li> <li>・専門医診療支援に活用可能</li> </ul>
住民・医療者の意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療者：補助的活用には賛成。設備・通信環境が課題</li> <li>・住民：対面診療を希望するものの、テレビ診療への満足感と安心感がある。</li> </ul>
III. 住民の認識に基づく保健医療の課題	
医療アクセスの現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医：テレビ診療を利用、定期的な通院は本土へ</li> <li>・通院頻度：島内の診療所での診療は内科疾患に限られるため、専門科等は定期的にフェリーで本土に行き診察を受ける（テレビ診療は週2回）</li> <li>・移動手段：緊急時はドクターヘリや船を利用、普段の診療所への通院は車やコミュニティバスで移動。冬季や悪天候時にはヘリやフェリーが利用できず、搬送が大幅に遅れることもある。夜間の搬送手段が限られ、緊急時の対応が困難</li> </ul>
医療提供体制に関する満足度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・テレビ診療の普及により、一定の満足感あり</li> <li>・常駐している医師がいないことへの不安、専門的な診療や緊急搬送についての不安あり</li> </ul>
医療を受けられなかった経験	<ul style="list-style-type: none"> <li>・天候や交通手段の制約により、緊急時の対応に遅れが生じる場合がある。特に冬季には悪天候の影響によりフェリーが欠航し、1週間程度運航が停止することが確認された（医療の遅れ）</li> <li>・島内での専門医診察が限られており、診療を受けられない場合もあった（医療サービス不足）</li> </ul>

### 【屋久島町】

I. 医療提供体制の現状と課題	
行政機関	<p>町役場</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診とフォローアップ・介護予防教室・予防接種などの実施</li> <li>・精神保健の支援（ルピナス相談室でのカウンセリング）</li> <li>・介護予防・日常生活支援総合事業の実施</li> </ul>
医療機関	<p>診療所・病院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・島の南北で地域格差あり</li> <li>・南部地域では医療機関へのアクセスが悪く、受診困難な住民が多い</li> <li>・口永良部島には診療所1カ所のみ、訪問は1カ月に1回程度</li> <li>・訪問診療や在宅ケアを提供している診療所もあるが、24時間対応が難しい</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療人材（介護職・看護師・ケアマネジャー）の確保が急務</li> <li>・常駐の専門医（循環器科、外科、整形外科、精神科、泌尿器科、耳鼻科、眼科など）がなく、島外の応援に頼っているために受診機会が限られる</li> <li>・乳がんを含むがん検診機会が年2回と限られており、進行がんの罹患率が高い傾向にある</li> <li>・訪問看護ステーションは民間の2カ所のみで、公的支援が不足</li> <li>・介護職・看護師の不足により、在宅医療などにおける必要なタイミングでの</li> </ul>

	<p>サービス提供が困難</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・移住者が多く、一人暮らしの高齢化率が増加傾向にある</li> <li>・男性の飲酒率が高く、肝機能異常・高尿酸血症・心電図異常が目立つ</li> <li>・アルコール依存症や精神疾患の支援が不十分</li> </ul>
II. 無医地区とオンライン診療の現状	
無医地区の認知度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師：口永良部島は無医地区と認識されている</li> <li>・無医地区における定義や選定についての混乱がある</li> <li>・住民：無医地区の認識はない</li> </ul>
オンライン診療の状況と可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口永良部島で昨年より開始されたが、住民の IT 機器操作への不安や、通信環境の整備不足により利用は限定されている。</li> <li>・離島や無医地区においては、医療アクセス確保の手段として遠隔医療の拡充が求められる</li> <li>・ドローンを用いた薬の配給における実証実験が始まっている</li> </ul>
住民・医療者の意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療者：オンライン診療の活用には一定の効果を期待できるが、高齢者の多様な主訴に対応するために、対面診療が必要なケースが多い</li> <li>・住民：インターネット環境が整備されれば、遠隔医療に対する受容度は高まる可能性がある。</li> </ul>
III. 住民の認識に基づく保健医療の課題	
医療アクセスの現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医を持つ住民は多いが、住宅からバス停までの距離が長く、特に島内に家族がいない場合や免許返納後の移動手段の確保が課題</li> <li>・台風や悪天候時には、停電などによってカルテシステムが使えず、医療機関へのアクセスが遮断されるため診療所の薬の在庫切れなどが起こりえる</li> </ul>
医療提供体制に関する満足度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門科の医療施設が限られているため、島外での診療を希望するケースが非常に多い（その場合の移動や時間のコストへの不満も大きい）</li> </ul>
医療を受けられなかった経験	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時に対応できる病院が限られているため（外科、整形外科、精神科など）、検査や治療が遅れる事例が多数あり</li> <li>・無医地区の住民は、島外の病院への移動に負担（費用・時間）を感じている</li> </ul>

#### D. 考察

本研究は、国内のへき地の現状を的確に把握し、適切な医療体制の構築に資することを目的として、新潟県十日町市・粟島浦村および鹿児島県屋久島町において、行政担当者・医療従事者・地域住民へのインタビュー調査を実施した。その結果、地域ごとに異なる医療課題や資源、行政との連携の在り方など、へき地医療の実態と課題が明らかとなった。各項目の特徴を以下に示す。

##### I. 地域の医療提供体制の現状と課題

三市町村に共通して、医療人材の不足および地域格差による医療アクセスの偏在が顕著であった。十日町市では、山間部におけるアクセス困難が課題であり、特に冬季の積雪による移動困難が医療受診機会を制限していた。ただし、自家用車があり、運転できる場合は地域の中核病院ま

で 20-30 分程度でアクセス可能であり、無医地区という意識も薄かった。粟島浦村では常駐医師が不在であり、看護師主導の診療体制が維持されているが、緊急時対応や専門診療の提供には限界がある。屋久島町でも南部地域や口永良部島などで医療機関へのアクセスが悪く、専門領域では医療資源が極端に不足している。

また、三市町村いずれも高齢化により介護需要が増加しており、訪問看護や在宅医療のニーズが高まっているにもかかわらず、介護職や看護職の人材確保が困難という共通課題が浮き彫りとなった。

##### II. 無医地区とオンライン診療

無医地区に関する認識は、地域や立場により差異が見られた。行政や医療者は、山間部や離島において医療的に孤立した状況を「実質的な無医

地区」と捉えていたが、住民の多くはその感覚が乏しく、現在の体制を前提に生活している様子が見えてきた。

オンライン診療（テレビ診療）については、栗島浦村が2001年から先進的に活用しており、週2回のテレビ診療を通じて一定の住民満足度が得られていた。一方、十日町市では試行的段階にとどまり、屋久島町・口永良部島では通信環境や住民のITリテラシーに課題があるため、遠隔医療の導入・普及に向けた支援とインフラ整備が求められる。医療者の側からは、オンライン診療を対面診療の補完的手段として活用する意義が指摘されたが、現場運用のためのシステム整備と人的リソースの確保が不可欠との意見が多く聞かれた。

### III. 住民の認識に基づく保健医療の課題

住民からは、地理的条件や気象状況に起因する通院困難や緊急搬送への不安が多く寄せられた。十日町市では、特に冬季の豪雪による道路の閉鎖や交通の混乱が通院の大きな障壁となっている。屋久島町においては、南部地域における公共交通の脆弱さが通院アクセスを困難にしていることが課題として挙げられた。また、栗島浦村では、フェリーによる本土への通院が不可欠であるが、天候不良による欠航の影響が深刻である。とりわけ冬季には欠航が頻発し、ときには1週間以上にわたり便が止まることもあり、本土の医療機関へのアクセスが著しく制限される状況が明らかとなった。

また、専門医の不在や緊急対応の遅れに対する不安感は共通して存在し、定期的な健康管理に加えて、緊急時における医療体制の重要性は共通認識であった。

### E. 結論

本調査により、へき地における医療課題は、地域の地理的特性および医療資源の分布状況に強く影響されていることが明らかとなった。豪雪地帯の山間地域では、冬季の移動制限が医療アクセスの障壁となっており、インフラ整備や季節的な生活支援施策の検討が求められる。一方、離島地域では、交通手段の制約に加え、情報通信技術（ICT）環境の整備が重要であり、遠隔医療の

導入とその運用体制の構築が今後の方向性の一つとして示唆された。

また、無医地区に対する認識には、行政・医療従事者と住民の間に差異があり、地域住民の生活実態や意識を踏まえた施策立案の必要性が示された。さらに、高齢化の進行に伴う医療・介護ニーズの増加と、それに対応する人材確保の困難さは、いずれの地域においても共通の課題として浮き彫りとなった。

今後は、これらの知見をもとに、へき地診療所等を対象とした定量的調査の実施を計画しており、本調査結果はその調査設計における重要な基礎資料となる。あわせて、他地域への調査展開も視野に入れ、地域特性に即したへき地医療提供体制の在り方について、より包括的に検討していく必要がある。

### F. 引用文献

1. 厚生労働省. 地域医療構想について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>
2. 厚生労働省. (2022). へき地の医療について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040958.pdf>
3. 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会. (2021). 離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、それと連動する「地域包括ケア」の継続・深化による「まちづくり」に向けた調査研究事業. [https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch\\_detail/tabid/169/Default.aspx?itemid=783&dispmid=1549](https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?itemid=783&dispmid=1549)

### G. 研究発表

#### 学会発表

なし

#### 論文発表

なし

### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した 将来のへき地医療  
体制の構築に資する調査研究」  
令和6年度 分担研究報告書

「へき地診療所・へき地医療拠点病院に対する調査」

研究分担者 杉田 義博 公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所  
研究協力者 神田 健史 新潟県福祉保健部 福祉保健総務課  
研究協力者 阿江 竜介 自治医科大学 地域医療学センター 公衆衛生学部門  
研究協力者 原田 昌範 山口県立総合医療センター へき地医療支援センター

要旨

人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築のため、令和7年度にへき地診療所、へき地医療拠点病院に対してアンケート調査を行うこととした。令和6年度は厚生労働省が行っているへき地現況調査を分析し、そこから導かれる問題点を抽出し、調査内容を選出した。

へき地診療所は1120施設が指定され、医科で診療を行っている1039施設のうち21%が離島にあり、常勤医師がいないのは49%、週5日以上診療しているのは46%、訪問診療等を行っているのは48%、自宅でのお看取りに対応するのは21%、オンライン診療を行っているのは7.2%だった。

へき地医療拠点病院は358施設が指定され、巡回診療を行っている27%のうちオンライン診療を導入しているのは2%、医師派遣は45%、代診派遣は29%が行っているが、29%がどれも行っていなかった。ICTを使い診療所を支援しているのは30%、往診または訪問診療を行っているのは24%、在宅で看取りを行っているのは20.9%だった。

以上の結果を踏まえ、へき地診療所に対しては周辺の医療状況や医療ニーズについて診療所の対象人口、主観的なへき地度、診療所がないと仮定した場合の地域への影響について調査する。地域の医療提供体制全体を知るためにへき地診療所以外にその地域の医療を担っている診療所、病院についても調査する。また約半数は常勤医師が配置されておらずへき地医療拠点病院等からの派遣医師等がその地区の医療を担っている現状、訪問医療、訪問看護、看取りの実施状況と医師や看護師の勤務体制、周辺の介護サービス等の状況を検討する。夜間・休日における診療体制とオンライン診療などの有用性についても調査を行う。

へき地医療拠点病院のへき地医療支援主要3事業（巡回診療、医師派遣、代診派遣）実施率は高いとはいえないが、病床規模の大きな病院は代診派遣を、中小病院は巡回診療と在宅医療、地域包括ケアを提供している割合が高い傾向があった。へき地医療拠点病院の所在がへき地であれば地域の医療、特に救急医療を担っている可能性があり、周辺の医療状況について主観的なへき地度、病院がないと仮定した場合の地域の医療状況等含めて調査する。各病院が巡回診療や医師派遣を通して地域の医療を担っている状況、特に巡回診療については詳細に調査する。

オンライン診療はへき地医療に資すると考えられているが、実施率が低い事を踏まえ、へき地に特徴的な診療所や公共施設等でのオンライン診療の実態と、専門診療、在宅医療や救急医療でのオンライン診療の有用性、ICTによる診療支援の実施状況、さらに今後オンライン診療を推進していくために必要な方策について調査を行う。

調査は令和7年度中に行い、次年度の調査につなげていく予定である。

## A. 研究目的

本研究班では、人口動態などを踏まえた将来を見据えたへき地医療提供体制の検討を行う事としている。へき地医療を提供する側に対する調査として、厚生労働省が毎年へき地診療所、へき地医療拠点病院、へき地医療支援機構等に対してへき地現況調査（以後現況調査）を行っている。この調査では経年的に様々なデータが収集され、集計結果はWEBで公開されている。<sup>1)</sup>

今回持続可能なへき地医療に関する研究班として、現況調査をもとに現時点のへき地診療所、へき地医療拠点病院の現状を分析するとともに、そこから導かれる問題点、本研究班で課題となるいくつかの点を明らかにするために、へき地診療所、へき地医療拠点病院に対してアンケート調査を予定した。本報告書では現状の分析、調査の目的、内容等の概要について述べる。

## B. 研究方法

厚生労働省ホームページ「へき地医療について」で公開されている「へき地医療の現況について」エクセルデータをダウンロードし分析した。

調査項目は、①へき地医療支援機構について②へき地診療所について③へき地医療拠点病院についてである。

統計的比較についてはカイニ乗検定で行い、統計ソフトIBM社SPSS（バージョン29）を用いた。有意水準は両側5%とした。

なお、へき地現況調査の分析は人を対象とする医学研究には該当しない。今後行うアンケート調査は、地域医療研究所（地域医療振興協会）にて倫理審査を受ける予定である。

## C. 研究結果

厚生労働省ホームページにおいて公開されている「へき地医療の現況について」は、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所等のデータ、取り組みを毎年調査している。

令和6年度の調査において、へき地医療支援機構はへき地のない4府県以外名称が異なる同機能の組織を含めて43の都道府県に設置され、へき地医療に関する協議会の開催、オンライン診療導入支援、医師確保の取組、医師派遣調整業務、代診派遣の実績、ドクタープール、医師のキャリアデザイン構築等について調査が行われている。

へき地診療所は1120施設が指定され、調査項目は開設者、指定管理者、離島か否か、医師数、経験年数、派遣医師数、歯科医師数、看護師数、薬剤師数、その他コメディカルスタッフ数、事務員数、開院日数、外来患者数、巡回診療・往診・訪問診療・看取り・訪問看護の実施、臨床研修医・医学生の受入れ、オンライン診療の実施、ICTによる診療支援を受けているか、救急患者の搬送手段と搬送先、在宅医療における連携体制である。

へき地医療拠点病院は358施設が指定され、調査項目は開設者、指定管理者、病床数、医師数、巡回診療、医師派遣、代診派遣の実施状況、へき地医療従事者への研究支援、オンライン診療の実施、ICTによる診療支援を行っているか、総合医の養成、医学生の教育、病院としての往診・訪問診療・看取り・訪問看護の実施状況である。

今回は今後アンケート調査を行う予定であるへき地診療所とへき地医療拠点病院について内容を分析した。

### ① へき地診療所について

へき地診療所のうち、医科で診療を行っているのは1039施設、令和6年度は初めて減少に転じた。開設者は公的団体が965(93%)、民間が74(7%)、公設民営が119(11%)、所在地は離島が220(21%)、離島以外が819(79%)、無床診療所が948(91%)、常勤医師がいないのが514(49%)、常勤看護師がいないのが390(38%)であった。

週5日以上診療しているのは477(46%)、週1日以下の施設が283(27%)で、巡回診療を行っているのは41(4%)、訪問診療

等を行っているのは 494 (48%)、訪問看護を行っているのは 93 (9%) だが 275 (26%) が訪問看護ステーションと連携しており、自宅でのお看取りに対応するのは 221 (21%) であった。

臨床研修プログラムを受け入れているのは 160 (15%)、医学生の実習を受け入れているのは 327 (31%)、オンライン診療を行っているのは 75 (7.2%)、うち患者宅へのオンライン診療を行っているのは 36 (3.5%)、診療所等でオンライン診療を行っているのは 42 (4.0%)、ICT を活用した診療支援を受けているのは 203 (20%) だった。

## ② へき地医療拠点病院について

開設者は独立行政法人を含む公的 293 (82%)、民間 65 (18%)、公設民営 36 (10%)、病床は 199 床以下が 169 (47.2%)、200 床以上が 189 (52.8%)、常勤医師数は 10 人未満が 76 (21.2%)、20 人未満が 74 (20.7%)、20-49 人が 85 (23.7%)、50 人以上が 123 (34.4%)、巡回診療を行っているのは 96 (26.8%)、うちオンライン診療を行っているのは 7 (2%)、医師派遣を行っているのは 160 (44.7%)、代診派遣を行っているのは 103 (28.8%)、どれも行っていないのは 103 (28.8%)、臨床研修プログラムを受け入れているのは 188 (52.5%)、医学生の実習を受け入れているのは 161 (45%)、へき地診療所医師に研究支援を行っているのは 43 (12%)、ICT を使った診療所への支援を行っているのは 106 (29.6%)、地域住民に対してオンライン診療を行っているのは 31 (8.7%)、往診または訪問診療を行っているのは 86 (24%)、在宅で看取りを行っているのは 75 (20.9%)、訪問看護を行っているのは 53 (14.8%) だった。

## D. 考察

### ① へき地診療所における問題点と今後の調査の方向性

#### 1. へき地診療所が所在する地域の医療状況

現況調査において無医地区または準無医地区に設置されているへき地診療所を取り巻く周辺医療状況、医療ニーズを把

握できるのは、患者数と在宅医療等の実施状況である。今回行うアンケート調査では、へき地診療所の対象人口、医療担当者の主観的なへき地度、診療所がどのくらい地域で必要とされているかを質問し、本研究班で検討予定の、地理情報システム等の客観的なデータと比較したい。

また、いわゆるへき地の定義が明確でない現状で、都道府県が指定するへき地診療所以外にへき地の医療を担う診療所、病院も多数存在すると考えられるが、施設を特定することはできていない。今回の調査でへき地診療所等に近隣の医療施設、あるいは施設介護、在宅介護を担う施設がどこなのかの情報を得たい。

#### 2. へき地診療所の診療体制

へき地診療所のうち、常勤医師が配置されていない 49% の診療所は非常勤医師またはへき地医療拠点病院等からの派遣医師が中心となり運営していると想定される。派遣元病院を調査することで、地域の医療をへき地診療所とへき地医療拠点病院が支えている実態を明らかにしたい。

#### 3. へき地における地域包括ケアの提供体制

48% のへき地診療所が訪問医療を提供しているが、自宅でのお看取りに対応しているのは 21% である。前述した医師の勤務体制や 62% の診療所において不在の常勤看護師の勤務状況が地域包括ケアの提供体制に影響を与えている可能性、また診療所以外に周辺の介護、その他で提供されるサービスが影響を与えている可能性があり、可能な範囲で調査したい。

#### 4. 夜間・休日の診療体制

働き方改革が進む中、診療所医師が 24 時間体制で時間外診療にあたることは常勤医師がいても困難で、非常勤医師体制であれば不可能である。現状夜間・休日における診療体制がどうなっているのか、実施体制とともにオンライン診療を取り入れる等望ましい方策があるのか調査したい。

### ② へき地医療拠点病院における問題点と今後の調査の方向性

## 1. へき地医療支援

へき地医療拠点病院のへき地医療支援のうち主要3事業の実施率は巡回診療が27%、医師派遣が45%、代診派遣が29%の施設でどれも行っていない施設が29%あった。

主要3事業以外のへき地医療支援については、研究等の支援が12%、ICTを使った遠隔読影やカンファランス等は30%が行っている。

へき地医療拠点病院に病床規模による規定はないが、病床の規模で実施している事業に差があるのではないかと考えた。多くが公立病院であることを踏まえ、日本自治体病院協議会の定義を用いて199床までの中小病院169施設と200床以上の大病院189施設に分け、へき地支援事業の実施状況を分析した。

その結果、巡回診療は有意に中小病院での実施率が高く(34.1%-21.8%、 $p=0.01$ )、代診支援は有意に中小院での実施率が低く(19.8%-35.6%、 $p<0.001$ )、医師派遣は病床規模で差がなかった(41.9%-46.3%、 $p=0.41$ )。研究等の支援、遠隔画像診断、遠隔カンファランス等の支援は病床規模で差がなく、遠隔コンサルテーションは大病院で実施率が高かった(1.8%-11.6%、 $p=0.002$ )。

## 2. 地域住民への在宅医療提供

へき地医療拠点病院による地域への在宅医療提供としては、往診等24%、訪問看護15%、在宅看取りを21%が実施していた。前項と同様に病床規模で比較すると、往診等の実施率と在宅・介護施設等での看取りの実施率は有意に中小病院が高かった(38.9%-9%、 $p<0.001$  および 43.2%-16.4%、 $p<0.001$ )。

## 3. へき地への医療提供

へき地医療拠点病院がへき地に所在するかどうか、またへき地の患者をどのくらい診療しているかのデータはない。前項の結果から、大病院はへき地診療所に対する突発的な代診派遣を行う病院が多く、中小病院は巡回診療と在宅医療、地域包括ケアを提供している病院が多いことから、大病院は都市部近郊に、中小病院は

へき地または近隣の地区に所在している傾向が推測される。その結果へき地に居住する患者の外来診療や救急診療に対してへき地中核病院、特に中小病院が大きな役割を果たしている可能性がある。

今回へき地医療拠点病院がどのような地域に所在しているか、地域でどのような役割を果たしているかについて、主観的なへき地度、病院がどのくらい地域で必要とされているか、救急や外来、場合によっては訪問診療等でへき地の患者をどのくらい診療しているかといった調査を行い、その結果と所在地の状況、地理情報システム等の客観的なデータ等と比較したい。

## 4. 医師派遣とへき地の医療提供体制

へき地診療所の項で記載した通り、半数のへき地診療所が常勤医師不在であり、多くがへき地医療拠点病院等からの医師派遣によって運営されていると推測される。へき地診療所に対する調査をへき地医療拠点病院にも行うことで、へき地医療拠点病院とへき地診療所、さらにへき地診療所に指定されていない民間を含む医療施設でへき地の医療が担われている実態を明らかにしたい。

## 5. 巡回診療の現状

主要3事業のうち、巡回診療は人口50人以上の無医地区に対して提供することとなっているが、現在の対象人口、巡回診療がなくなった場合の医療アクセス、オンライン診療の実施状況について調査する。またへき地診療所が巡回診療を行っているケースもあり同様の質問を行う。

### ③オンライン診療について

#### 1. オンライン診療の現状

へき地診療所でオンライン診療を行っているのは7.8%、うち自宅の患者に対してオンライン診療を行ったのは3.7%、診療所にいる患者に対して行ったのは4.3%だった。へき地医療拠点病院でオンライン診療を行っているのは8.7%で病床規模に差はなく、巡回診療にオンライン診療を活用しているのは2.0%だった。

へき地診療所のうち19%の施設がICT

を活用した診療支援を受け、30%のへき地医療拠点病院が支援を提供している。

## 2. へき地におけるオンライン診療の問題点と調査の方向性

へき地において特徴的なオンライン診療は、医師—自宅患者で行われる一般的なオンライン診療ではなく、医師不在のへき地診療所や巡回診療、介護施設等の施設にいる患者に対して、多くは看護師の同席のもと行われるD to P with Nと呼ばれるケースであり、これを状況別、実施場所別に整理する必要がある。またへき地診療所に対する診療支援ではD to Dと呼ばれる医師—患者とともにいる医師に行われるケース、医師-医師による画像読影やコンサルト、カンファレンスが行われることが多い。

へき地診療所で行われているD to Pのオンライン診療については、実施場所、実施形態、緊急性の有無等について、へき地診療所・へき地医療拠点病院双方で行われる在宅医療、介護施設等の診療におけるオンライン診療の状況、へき地医療拠点病院が行うD to Dによる診療支援の実施状況を調査し、その有用性と問題点を整理していきたい。

また救急医療について、24時間医師が対応できないへき地の救急、時間外診療においてオンライン診療が有用である可能性があるのか、実施されたケースがあるのか、診療所、病院の双方からみて有用と想定されるケースについて調査したい。

専門性の高い診療については、対面診療の提供が困難であるへき地の現状を考えると、対面診療を行うへき地の医師と連携して、遠隔の専門領域の医師がオンライン診療を実施する形態が有用であるのか調査したい。

人口減少と過疎化が進む中、へき地においては診療所への常勤医師配置→非常勤医師体制→診療日数減少→巡回診療→廃止、といったダウンサイジングを行う必要性が生じる可能性がある。その基準はどうあるべきか、その課程でオンライン診療を活用することが有用かを検討したい。

さらに患者が別施設で対面診療を受けることを前提に、へき地では、対面診療を行わないオンライン診療のみを行う施設を運営することができないか。その施設を複数の医療機関、診療科等が共有することにメリットがあるかについて検討したい。

また、へき地医療において様々なメリットがあると想定されるオンライン診療が普及していない中で、オンライン診療を推進するために導入支援と運用支援が必要ではないか。そのニーズがあるかを調査する。

## E. 結論

へき地診療所とへき地医療拠点病院を対象とした調査の準備として、令和6年度のへき地現況調査を分析した。

## F. 参考資料

厚生労働省（2024）「へき地医療の現況について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001472133.xlsx>

## G. 研究発表

該当なし

## H. 知的財産権の出願、登録状況

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

へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した

将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究：

V. 我が国におけるへき地医療の制度のまとめ

研究分担者 小島克久 国立社会保障・人口問題研究所

#### 研究要旨

本研究では、医療サービスの提供が課題となる「過疎地域対策」と「へき地保健医療対策」に着目し、その沿革、内容を概観するとともに、両者の関係を政策の枠組み等から検討した。

わが国の過疎対策は、農村地域の顕著な人口流出を契機に議論が始まり、1970年度からの歴史を有する。この間複数の法律で過疎対策を継続してきた。過疎対策の中に「医療の確保」があり、過疎法に基づく施策として、無医地区等を対象にした診療所の設置、巡回診療の実施、医師等の派遣要請による医療人材の確保などの施策を進めることになっている。厚生労働省の「へき地保健医療対策」は、過疎地域以外も対象となり得る、「過疎地域に関連する施策」と位置づけられている。「へき地保健医療対策」は、過疎対策よりも古く、1956年の第1次計画から11次に渡る計画、その後の医療計画との一体化を経て現在に至っている。その内容は、無医地区等への診療所の設置、巡回診療のための車両等の整備、へき地医療拠点病院の整備、人材の確保など多岐にわたる。「過疎対策」と「無医地区等のへき地保健医療対策」の対象となる市町村にはずれがある。その背景はそれぞれの対策で対象となる地域の決め方に求めることができる。前者は市町村の人口、財政力を基準にした指定方法であり、後者は市町村の領域の中で医療サービスが欠如した地区を特定する方法である。

過疎対策とへき地保健医療対策には、ともに医療サービスが十分でない地域への対策というイメージが伴う。前者は過疎地域となった市町村の医療の確保対策、後者は無医地区、準無医地区が対策の中心となる。しかし、無医地区でなくとも、医療サービスの利用が困難な地域があり得る一方、無医地区でもICTの普及により診療所を設置しなくても医療サービスの利用が困難とはいえない場合もあり得る。

医療サービスの利用が困難な地域の把握には、地理的に医療機関があるか否かという基準ではなく、ICTという新しい技術を活用して医療サービスが届いているか否かも視野に入れた評価指標も整備して、無医地区、準無医地区の指標とあわせて活用することが必要であろう。

なお、本報告の詳細は別紙の論文のとおりである。

#### A. 研究目的

わが国は、公的医療保険で全国民をカバーする一方で、都道府県ごとに医療計画を

作成して、どこに住んでいてもある程度の水準以上の医療サービスを、ある程度の負担で利用できる体制を整え、維持してきた。

しかし、山間部や離島などの地理的な問題、過疎地域のような人口などの社会的な問題から、医療サービスの提供、利用が不便な地域が存在し、わが国は長年にわたって対策を講じてきた。

本研究では、医療サービスの提供が課題となる過疎地域への対策、無医地区という医療サービスが存在しない地区への対策である、へき地保健医療対策に着目し、その沿革、内容を概観するとともに、両者の関係を政策の枠組み等から検討した。

## B. 研究方法

本研究は、過疎対策、へき地保健医療対策に関する政策資料や統計を活用して行った。

(倫理上への配慮)

本研究は、公表されている政策および統計資料をもとに進めた。これらには、個人に関する情報は含まれていない。また、個票データの利用、調査は行っていない。そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

## C. 研究成果

わが国の過疎対策は、農村地域の顕著な人口流出を契機に議論が始まり、1970年度からの歴史を有する。この間複数の法律で過疎対策を継続してきた。

過疎対策の中に「医療の確保」があり、過疎法に基づく施策として、無医地区等を対象にした診療所の設置、巡回診療の実施、医師等の派遣要請による医療人材の確保などの施策を進めることになっている。厚生労働省の「へき地保健医療対策」は、過疎地域以外にも対象となり得る、「過疎地域に関連する施策」と位置づけられている。

「へき地保健医療対策」は、過疎対策よりも古く、1956年の第1次計画から11次に渡る計画、その後の医療計画との一体化を経て現在に至っている。その内容は、無

医地区等への診療所の設置、巡回診療のための車両等の整備、へき地医療拠点病院の整備、人材の確保など多岐にわたる。

「過疎対策」と「無医地区等のへき地保健医療対策」の対象となる市町村にはずれがある。その背景はそれぞれの対策で対象となる地域の決め方に求めることができる。前者は市町村の人口、財政力を基準にした指定方法であり、後者は市町村の領域の中で医療サービスが欠如した地区を特定する方法である。

## D. 結果の考察

過疎対策とへき地保健医療対策には、ともに医療サービスが十分でない地域への対策というイメージが伴う。実際に両者には、無医地区等の診療所の設置などの施策が謳われている。過疎対策の対象地域は市町村単位であり、対象となった地域に医療などの対策を包括的に実施する。よって、過疎地域となった市町村の医療の現状を把握することになるので、課題の発見、対応の検討が市町村全体を視野に入れたものとなる。へき地保健医療対策の場合、無医地区、準無医地区が対策の中心となる。無医地区とは、「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」と定義される。つまり、人口が50人を下回る、小さなクリニックであっても医療機関ができれば無医地区から「卒業」（施策の対象でなくなる）となる。このような地区の医療サービスの利用可能性は、「卒業」前とそれほど変わらないであろう。一方で、無医地区であっても、ICTの普及により診療所を設置しなくても医療サービスの利用が困難とはいえない場合もあり得る。

## E. 結論

医療サービスの利用が困難な地域の把握には、地理的に医療機関があるか否かという基準ではなく、ICT という新しい技術を活用して医療サービスが届いているか否かも視野に入れた評価指標も整備して、無医地区、準無医地区の指標とあわせて活用することが必要であろう。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## V. 我が国におけるへき地医療の制度のまとめ

小島克久

### 1. はじめに

「へき地医療」と聞くと、山間部、農村、離島、人口減少や高齢化が著しい遠隔地などのさまざまな地域をイメージするだろう。これらに共通する考えとして、「医療サービスが利用できないか、その利用までに著しい困難がある」ことであろう。わが国は、公的医療保険で全国民をカバーする一方で、都道府県ごとに医療計画を作成して、どこに住んでいてもある程度の水準以上の医療サービスを、ある程度の負担で利用できる体制を整え、維持してきた。しかし、山間部や離島などの地理的な問題、過疎地域のような人口などの社会的な問題から、医療サービスの提供、利用が不便な地域が存在し、わが国は長年にわたって対策を講じてきた。

本稿では、医療サービスの提供が課題となる過疎地域への対策、無医地区という医療サービスが存在しない地区への対策である、へき地保健医療対策に着目し、その沿革、内容を概観するとともに、両者の関係を政策の枠組み等から検討した。なお、本稿をまとめるに当たって行った分析は、総務省や厚生労働省が公表している政策資料、統計を活用して行った<sup>1</sup>。

### 2. わが国の過疎対策の沿革

過疎対策は、高度経済成長に伴う農山漁村から都市への顕著な人口移動などを背景とし、その歴史も長い。しかし、農山漁村から都市への人口移動が当初から問題視されていたわけではない。坂本（2023）は、過疎問題の浮上について論じており、それによると、高度経済成長に伴って農山漁村から都市への顕著な人口流出は、当時の専門家や省庁関係者は、むしろ肯定的に捉えていた。また、低所得地域から高所得地域への人口移動は、格差是正につながる人口の適正な地域的再配分だという認識もあったとしている。この論文が挙げていた省庁関係の答申を改めて確認すると、1963年9月に地域経済問題調査会の答申『地域経済問題と対策』が出され、国内の地域格差問題はひとりあたり所得の地域間格差縮小で解決するものではなく、人口流出が著しい地域の住民福祉向上だけでなく、大都市の過密の問題の解決につながるような対策を取る必要を指摘している。同答申をふまえて設置された「経済審議会地域部会」の中間報告（1966年9月）によると、地域問題の課題として、①地域格差、②過密問題、③過疎問題の三つをあげている<sup>2</sup>。

---

<sup>1</sup> 本稿の分析においては、人を対象とした調査、特別な許可を必要とする個票データ分析は行っていない。よって倫理上の問題は発生しなかった。また開示すべきCOIは存在しない。

<sup>2</sup> 経済企画庁（1966）「経済企画庁二十年小史」による。国立国会図書館デジタルライブラリ <https://dl.ndl.go.jp/pid/3006203>

この中間報告でも「過疎」という言葉が取り上げられているが、国の計画としては 1967 年の「経済社会発展計画」でも用いられている。その中の「3. 社会開発の推進」で、「人口流出の激しい地域においては、人口の稀薄化と高齢化に伴い、いわゆる過疎現象が生じつつあるので、地域社会の基礎的生活条件の維持についても十分な配慮を行う」（原文まま）とされている<sup>3</sup>。さらに、「経済審議会地域部会報告 高密度経済社会への地域課題」（1967 年 10 月）においても、「人口減少地域における問題を「過密問題」に対する意味で「過疎問題」と呼び」、とした上で、「過疎現象は、保健、教育などについての国民的標準の確保についての種々の障害をもたらしている。」と指摘している。その上で、「過疎問題の解決にあたっては、広域的な視点からの配慮が必要である」として、産業振興、観光開発、住民（特に中高年層）の精神生活を含めた総合的な福祉対策の必要性を指摘している<sup>4</sup>。

このような動きの中で、過疎対策に関する法案が検討され、二度の廃案を経たが、1970 年 4 月に「過疎対策緊急措置法」が議員立法により成立した。この法律は、1970 年度から 1979 年度までの法律であるが、①人口の過度の減少防止、②地域社会の基盤を強化、③住民福祉の向上、④地域格差の是正を目的としている。過疎地域としては、(A) 人口減少率、(B) 財政力（財政力指数）を条件として、市町村単位で指定する。指定された市町村では、産業の振興、交通通信体系の確保、教育及び文化に関する施設の整備、医療の確保などの対策を実施する。そのための計画として、都道府県過疎地域振興計画、市町村過疎地域振興計画がある。また、国による補助、過疎対策事業債の起債などが定められている。

### 図1 過疎対策のこれまでの法律

過疎対策緊急措置法(1970～1979年度)	(所管省庁) 1973年まで自治省など
過疎地域振興特別措置法(1980～1989年度)	1973年～2000年まで国土庁 (総理府の外局)
過疎地域活性化特別措置法(1990～1999年度)	
過疎地域自立促進特別措置法(2000～2020年度)	2001年～ 総務省(とりまとめ窓口)、 農林水産省、 国土交通省
過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(2021年度～)	

資料: 総務省資料から作成

この法律以降、過疎対策に関する法律は図 1 のように現在まで切れ目なく制定されてきた。1980 年には「過疎地域振興特別措置法」が 1980 年度から 1989 年度までの期間の法律として制定された。1990 年には「過疎地域活性化特別措置法」が 1990 年度から 1999 年度

<sup>3</sup> 経済企画庁（1967）「経済社会開発計画—40 年代への挑戦—」による。国立国会図書館デジタルライブラリ <https://dl.ndl.go.jp/pid/3027347>

<sup>4</sup> 総務省平成 19 年度第 1 回過疎問題懇談会資料「過疎対策の経緯・沿革」による。  
[https://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/jichi\\_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/pdf/kasokon19\\_01\\_s2.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/pdf/kasokon19_01_s2.pdf)

の期間の法律として制定され、2000年には「過疎地域自立促進特別措置法」が2000年度から2009年度までの期間の法律として制定された。過疎地域自立促進特別措置法はその期間を2021年まで延長する形で続き、2021年制定の「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」に至っている。つまり、過疎対策に関する法律は、その失効の時期に合わせて新たな法律の制定、法律の期間延長が行われてきた。

なお、これらの法律を所管する省庁は、1973年までは自治省であり、1973年に国土庁が設置されてからは、2000年までは総理府の外局である国土庁であった。2001年からは省庁再編ともない、総務省、国土交通省、農林水産省の共同での所管となったが、特に総務省は過疎対策のとりまとめ窓口となっている（図1）。

### 3. 過疎対策の概要

（現在の過疎対策法の概要）

現在の過疎対策法は、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」（略称は持続的発展法であるが、以下では過疎法）である。この法律の概要は表1のとおりである<sup>5</sup>。過疎法は議員立法で成立した法律で、2021年度から2030年度までの期間の法律である。

過疎法では過疎対策の対象となる市町村の要件を定めており、それは、①人口要件と②財政力要件である。前者は人口減少率を基準としているが、例えば、「1980年～2020年（40年間）の人口減少率30%以上」がある。この他にも人口減少率、高齢者の人口割合などを組み合わせた条件が3つある<sup>6</sup>。後者として、2017年度から2020年度の財政力指数が0.51以下であること、公営競技収益が40億円以下であることがある。財政力指数とは、地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額（住民税などの標準的な税収に一定割合（原則75%）を乗じたものに地方譲与税額を加えたもの）を基準財政需要額（行政分野別に必要なコストと人口などをもとに算定する標準的な行政コスト）で除して得た数値の過去3年間の平均値である。この数値が高いほど、財政に余裕があることを示す。2022年度では1,718の市町村（東京23区を除く）のうち、885の市町村が過疎地域として指定されている。

一般に政策には目標が必要である。過疎法にも目標が示されており、以下の7つである。

- ① 移住、定住、地域間交流促進、地域社会の担い手育成等
- ② 企業立地促進、産業基盤整備、情報通信産業の振興、中小企業の育成及び起業の促進、観光の開発等
- ③ 通信施設等整備及び情報通信技術の活用
- ④ 交通施設整備及び住民の日常的な交通手段確保
- ⑤ 生活環境の整備、子育て環境の確保、**高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進、医療の確保並びに教育の振興**

<sup>5</sup> この法律を含めた過去の過疎対策法の概要、政策分野は、巻末の参考表1、参考表2を参照。

<sup>6</sup> 詳細は巻末の参考表1を参照。

⑥ 基幹集落整備等

⑦ 美しい景観の整備、地域文化の振興、再生可能エネルギー利用推進等

医療とこれに特に関係が深い高齢者福祉については、⑤に含まれている。

表1「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」の概要

項目	内容
法律名	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法
制定経緯	議員立法(全会一致)
期間	2021～2030年度
過疎地要件	人口要件 「1980年～2020年(40年間)人口減少率30%以上」など4つの条件のいずれか 財政力要件 ①2017年～2020年の財政力指数0.51以下、②公営競技収益 40億円以下
過疎地域公示市町村数	885/1,718(2022年度)
過疎対策の目標	1.移住、定住、地域間交流促進、地域社会の担い手育成等 2. 企業立地促進、産業基盤整備、情報通信産業の振興、中小企業の育成及び起業の促進、観光の開発等 3.通信施設等整備及び情報通信技術の活用 4.交通施設整備及び住民の日常的な交通手段確保 5.生活環境の整備、子育て環境の確保、高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進、医療の確保並びに教育の振興 6.基幹集落整備等 7.美しい景観の整備、地域文化の振興、再生可能エネルギー利用推進等
国、都道府県、市町村の責務	(国の責務) 上記の過疎対策の目標達成のための必要な施策を総合的に実施 (都道府県の責務) 過疎地域の市町村の区域を超えた広域な施策、市区町村間相互の連絡調整、人的ならびに技術的な援助 上記の目標を達成するための「都道府県過疎地域持続的発展方針」の策定 (市町村の責務) 過疎地域対策の主体 上記の目標を達成するための「市町村過疎地域持続的発展計画」の策定
資金の確保	(国の補助) 上記の「都道府県過疎地域持続的発展計画」「市町村過疎地域持続的発展計画」に基づく事業の費用の一部補助 (地方債(過疎対策事業債)の起債) 「市町村過疎地域持続的発展計画」に基づく事業の費用を地方債で賄うことができる
高齢者の福祉の増進	(都道府県) 高齢者サービス、高齢者の居住施設整備への市町村への補助など (国) 高齢者の福祉等の増進のための施設整備への市町村への補助など
医療の確保	(都道府県) 過疎地域の無医地区での診療所の設置、巡回診療などの事業の実施、医師などの人材確保など。これらの事業にかかる費用の負担 医療計画策定における過疎地域における医師の確保への配慮など (国) 過疎地域の医師等の人材の確保、都道府県や市町村が実施の事業への補助など

出所:総務省「令和4年版過疎白書」および各法律の条文による。

政策を実施する上では、国や都道府県、市町村の責務を明確にする必要がある。過疎法では、国の責務として、上記の7つの過疎対策の目標を達成させるための必要な施策を総合的に実施することとされている。都道府県は、過疎地域の市町村の区域を超えた広域な施策、市区町村間相互の連絡調整、人的ならびに技術的な援助に加え、上記の目標を達成するため

の「都道府県過疎地域持続的発展方針」の策定をすることとされている。そして市町村は、過疎地域対策の主体である一方、上記の目標を達成するための「市町村過疎地域持続的発展計画」の策定が責務とされている。

政策の実施のためには財源が必要である。財源スキームとして、①国からの補助、②過疎対策事業債の起債、がある。前者は、「都道府県過疎地域持続的発展計画」「市町村過疎地域持続的発展計画」に基づく事業の費用の一部を国が補助するものである。後者は、「市町村過疎地域持続的発展計画」に基づく事業の費用をまかなうための地方債である。この計画に基づく施設整備、人材育成などに使われるが、この地方債を償還（返済）するための元利償還金（元金と利子の返済）の70%を地方交付税交付金で手当できる。

過疎法に基づく政策として、他の分野の施策と並んで、「高齢者の福祉の増進」「医療の確保」がある。「高齢者の福祉の増進」としては、都道府県は、高齢者デイサービス、高齢者の居住施設整備への市町村への補助などを行うこととされている。また国も、高齢者の福祉等の増進のための施設整備への市町村への補助などを行うこととされている。「医療の確保」については、都道府県は、過疎地域の無医地区での診療所の設置、巡回診療などの事業の実施、医師などの人材確保などの施策を実施する。また、これらの事業にかかる費用の負担をする。さらに、医療計画策定における過疎地域における医師の確保への配慮なども行う。国は、疎地域の医師等の人材の確保、都道府県や市町村が実施の事業への補助などを行うこととされている（表1）。

（現在の過疎法における「医療の確保」）

現在の過疎法における「医療の確保」に係る施策を少し具体的にまとめたものが表2である。都道府県、国の責務を中心にまとめられているが、最終的に実施する主体は市町村であることが多く、その恩恵も過疎地域として指定された市町村に住む住民である。

まず、都道府県が過疎地域の無医地区を対象に行う事業として、以下の6つがある。

- ① 診療所の設置
- ② 患者輸送車（患者輸送艇を含む。）の整備
- ③ 定期的な巡回診療
- ④ 保健師による保健指導等の活動
- ⑤ 医療機関の協力体制の整備（救急医療用の機器を装備したヘリコプター等により患者を輸送し、かつ、その輸送中に医療を行う体制を含む）
- ⑥ その他無医地区の医療の確保に必要な事業

どの事業も無医地区の医療提供体制の構築に関するものである。しかし、これらの体制を実際に動かすのは、医師などの医療人材である。こちらについては、都道府県が医療機関に協力要請を行うこととして、以下の2つがある。

- A. 医師又は歯科医師の派遣
- B. 巡回診療車（船）による巡回診療

Aは上記の①から⑦すべてに関係し、Bは特に②や③との関係が深い。

都道府県がこうした体制整備、医師の派遣要請などを行っても、既存の医療提供体制だけでは不十分な面がある。無医地区での医療サービス提供に詳しい医師が不足している、医療機関の協力体制が整備されていない場合、これらの取り組みは上手く機能しない。そこで、国や都道府県の責務として、以下の4つを定めている。

- ・ 過疎地域内の無医地区における医師又は歯科医師、看護師の確保等
- ・ 市町村が行う医療の確保策への配慮
- ・ 医療計画を作成時に過疎地域の医療の確保への配慮
- ・ 過疎地域における必要な医師等の確保、定期的な巡回診療、医療機関の協力体制の整備等の実施

そして、こうした経費は都道府県が負担するが、国も一部の事業（上記の①～③およびA, B）の費用の2分の1を負担することになっている。

このように、過疎法に基づく「医療の確保」は、無医地区を主な対象として、医療提供体制の確保、人材の確保、医療機関の協力体制の構築などを行うこととされている（表2）。

表2 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法における「医療の確保」策

項目	内容
都道府県が過疎地域の無医地区を対象に行う事業	1.診療所の設置 2.患者輸送車(患者輸送艇を含む。)の整備 3.定期的な巡回診療 4.保健師による保健指導等の活動 5.医療機関の協力体制の整備(救急医療用の機器を装備したヘリコプター等により患者を輸送し、かつ、その輸送中に医療を行う体制を含む) 6.その他無医地区の医療の確保に必要な事業
都道府県が医療機関に協力を要請	A.医師又は歯科医師の派遣 B.巡回診療車(船)による巡回診療
国・都道府県の責務	・過疎地域内の無医地区における医師又は歯科医師、看護師の確保等 ・市町村が行う医療の確保策への配慮 ・医療計画を作成時に過疎地域の医療の確保への配慮 ・過疎地域における必要な医師等の確保、定期的な巡回診療、医療機関の協力体制の整備等の実施
費用	・都道府県が負担 ・国は上記事業の一部(上記の1～3, A,B)の費用の2分の1を負担

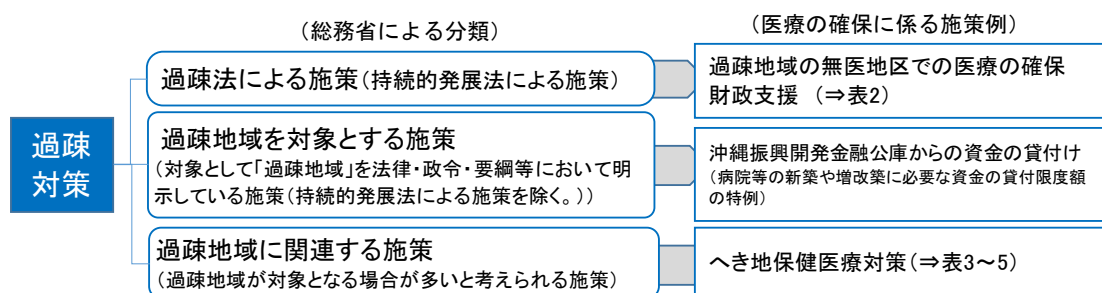
出所:「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」の条文による。

過疎法に基づいて、法律を所管する総務省による過疎対策の分類と「医療の確保」に係る施策例を図2のようにまとめた。まず過疎対策として、(1) 過疎法による施策、(2) 過疎地域を対象とする施策、(3) 過疎地域に関連する施策、がある。(1)は過疎法が定める内容に直接基づく施策であり、(2)は過疎法以外の法律に基づいて、過疎地域を対象とした施策である。そして(3)は過疎地域が対象となる場合が多いと考えられる施策である。

次に、「医療の確保」に係る施策例を見ると、(1)については、過疎地域の無医地区での医療の確保や財政支援がある。これは表2でまとめた内容が対応する。つまり、都道府県や

市町村が定める「地域持続的発展計画」に基づく施策の実施やそれに対する財政支援が該当する。(2)については、沖縄振興開発金融公庫からの資金の貸付けがあり、病院等の新築や増改築に必要な資金の貸付限度額の特例が定められている(沖縄振興特別措置法が関係)。そして(3)として「へき地保健医療対策」がある。へき地(無医地区、準無医地区)の医療提供体制確保などに係る施策であるが、後述するように無医地区等は過疎地域にだけ存在するとは限らないので、純粋な過疎対策ではなく、過疎対策の対象地域と重複することが多いと想定される施策として位置づけられている(図2)。

図2 過疎対策の分類と「医療の確保」策



出所: 総務省「令和4年版過疎白書」による

#### 4. へき地保健医療対策

(へき地保健医療対策の沿革)

へき地における医療の確保については、国は1956年度以来、11次にわたる「へき地保健医療計画」を策定してきた。その沿革は表3の通りである。まず、第1次計画(1956～1962年度)では、へき地診療所の整備が盛り込まれた。次に、第2次計画(1963～1967年度)では、患者輸送車、巡回診療車等の整備が新規に盛り込まれた。その後も新しい取り組みが盛り込まれた。例えば、現在の「へき地医療拠点病院」である、「へき地中核病院」は第4次計画(1975～1979年度)で盛り込まれ、すべての都道府県に設置される「へき地医療支援機構」は第9次計画(2001～2005年度)に盛り込まれた。現在の「へき地診療所支援システム」である「医療情報システム」も、第5次計画(1980～1985年度)で盛り込まれている。このように、へき地保健医療計画では、へき地診療所の設置に始まり、さまざまなへき地医療対策のための取り組みを充実させている。この計画の策定そのものは、第10次計画から都道府県ごとに作成されるようになった。

都道府県は医療政策を地域で担う主体として重要である。しかし、個別分野ごとに医療政策のための計画を作ることは、かえって不便である。例えば、へき地保健医療計画と医療計画はそれぞれ違う時期に作成する必要がある。そのため、両者の整合性を取ることが困難であることがあった。また、へき地保健医療対策は、救急患者のドクターヘリによる搬送など地域医療の取組とも連動している。そのため、へき地保健医療対策はこうした地域医療の取り組みと無関係に策定することも現実的ではない。このような背景のもと、2014年度に

出された「へき地保健医療対策検討会報告書」<sup>7</sup>において、へき地保健医療対策を医療計画の中で行っていくことの検討結果が示された。その結果、2018年度以降のへき地保健医療計画は、医療計画と一体化している。

へき地保健医療計画と一体化した第7次医療計画（2018～2023年度）では、へき地医療拠点病院の活動目標を提示（へき地医療における巡回診療、へき地への医師派遣、代診医派遣の実績が年間12回（月1回）以上）している。そして、第8次計画（2024～2029年度）では、医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用が計画のポイントのひとつとして示されている（表3）。

表3 へき地医療の沿革

無医地区等住民の医療確保のため、1956年度から11次にわたる年次計画を策定し、地域の実情により各種施策を実施。2014年度のへき地保健医療対策検討会において、「第11次へき地保健医療計画」を2017年度まで延長し、2018年度からは「第7次医療計画」に一体化した

計画・年度	主な内容(新規事項)
<b>(へき地保健医療計画)</b>	
第1次計画 1956～1962年度	へき地診療所の整備
第2次計画 1963～1967年度	患者輸送車、巡回診療車等の整備
第3次計画 1968～1974年度	へき地担当病院医師派遣事業(1985年度終了、へき地勤務医師等確保修学資金(1990年度終了))
第4次計画 1975～1979年度	へき地担当保健所の整備・運営、へき地中核病院(2003年度～へき地医療拠点病院)の整備・運営
第5次計画 1980～1985年度	医療情報システムの導入(へき地診療所診療支援システム)
第6次計画 1986～1990年度	へき地診療所の設備整備、研修機能の強化(へき地診療所の医師等の医療技術の向上)
第7次計画 1991～1995年度	へき地勤務医師等確保事業(ローテート計画)、へき地医療担当指導医の養成・育成
第8次計画 1996～2000年度	へき地医療支援病院(2003年度～へき地医療拠点病院)の運営、へき地診療所の運営(訪問看護への加算措置)
第9次計画 2001～2005年度	へき地医療支援機構の設置、へき地医療拠点病院群の整備・運営
第10次計画 2006～2010年度	へき地医療支援機構の機能強化(非常勤医師配置)、へき地医療情報システムにおける相談体制の整備
第11次計画 2011～2017年度	へき地医療支援機構の機能強化(キャリアパス育成機能、ドクタープール機能)、「全国へき地医療支援機構等連絡会議」の設置
※第10次計画より都道府県ごとにへき地保健医療計画を作成。	
<b>(医療計画)</b>	
第7次計画 2018～2023年度	医療計画と一体化、へき地医療拠点病院の活動目標を提示(へき地医療における巡回診療、へき地への医師派遣、代診医派遣の実績が年間12回(月1回)以上)
第8次計画 2024～2029年度	医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用

出所: 小谷和彦「第8次医療計画に向けて(へき地の医療)」第11回第8次医療計画等に関する検討会(2022年7月27日)資料に加筆の上で引用

#### (現在のへき地保健医療対策の概要)

現在のへき地保健医療対策をまとめると表4のとおりである。すべて都道府県に対する国庫補助事業である。

まず、「へき地医療支援機構運営費補助金制度」は、都道府県単位で設置する「へき地医療支援機構」の運営費などを補助する事業である。経費の2分の1が補助される。

次に、「へき地医療拠点病院整備費等補助金制度」「へき地保健指導所整備費等補助金制度」「へき地診療所整備費等補助金制」は、それぞれ、へき地医療拠点病院、へき地保健指導所(無医地区のうち人口200人以上、最寄りの医療機関まで日常的な交通手段で30分以上の

<sup>7</sup> 詳細は以下を参照。厚生労働省「へき地保健医療対策検討会報告書 平成27年3月」。  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000083799.pdf> (2024年7月30日確認)

地域に設置)、へき地診療所(無医地区のうち人口1,000人以上、最寄りの医療機関まで日常的な交通手段で30分以上の地域に設置)の建物整備などの整備や運営にかかる費用を補助する。費用の2分の1、または3分の1が補助される。

第三に、巡回診療に関する補助として、「へき地患者輸送車(艇)整備費等補助金制度」「へき地巡回診療車(船)整備費等補助金制度」がある。前者は、人口が50人以上で、最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して15分以上を要する無医地区について、患者を医療機関まで輸送するためのへき地患者輸送車(艇)の整備などの費用を補助するものである。後者は、無医地区または無歯科医地区に対する巡回診療を実施するために必要な巡回診療車(船)の整備に要する経費などを補助するものである。ともに費用の2分の1を補助する。

さらに情報通信機器の費用に関する補助がある。具体的には、「へき地・離島診療支援システム等の導入」という補助金であり、へき地医療拠点病院とへき地・離島診療所との間に情報通信機器等を導入、運営の費用を補助するものである。費用の2分の1または3分の1が補助される。

表4 へき地保健医療対策の概要

【へき地保健医療対策】(厚生労働省)

へき地保健医療対策については、従来から、へき地医療拠点病院、へき地診療所及び患者輸送車等の整備、へき地巡回診療の実施等各種の施策を総合的に推進。以下の国庫補助事業を実施

事業名	内容	補助率
へき地医療支援機構運営費補助金制度	都道府県単位で設置する「へき地医療支援機構」の運営費、ここで実施のへき地医療支援としてのへき地勤務医師等の確保経費等を補助する。	1/2
へき地医療拠点病院整備費等補助金制度	へき地医療拠点病院の建物整備、医療機器の購入費及びへき地医療活動等の運営費に対して補助する。	1/2
へき地保健指導所整備費等補助金制度	へき地保健指導所(無医地区のうち人口200人以上、最寄りの医療機関まで日常的な交通手段で30分以上の地域に設置)の建物整備、巡回保健指導等に必要な自動車の購入費並びに運営費に対して補助する。	1/2,1/3
へき地診療所整備費等補助金制度	このへき地診療所(無医地区のうち人口1,000人以上、最寄りの医療機関まで日常的な交通手段で30分以上の地域に設置)として必要な診療部門、当該診療所に勤務する医師・看護師の住宅の建物整備及び医療機器の購入費並びに運営費に対して補助する。	1/2,1/3
へき地患者輸送車(艇)整備費等補助金制度	人口が50人以上で、最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して15分以上を要する無医地区について、患者を医療機関まで輸送するためのへき地患者輸送車(艇)の整備に要する経費及び運営費について補助する。	1/2
へき地巡回診療車(船)整備費等補助金制度	無医地区又は無歯科医地区に対する巡回診療を実施するために必要な巡回診療車(船)の整備に要する経費及び運営費について補助する。	1/2
へき地・離島診療支援システム等の導入	離島等の診療所の医師の診療活動を支援するためへき地医療拠点病院とへき地・離島診療所との間に情報通信機器等を導入し、その運営費を補助する。	1/2,1/3
離島歯科診療班派遣費補助金制度	離島に歯科診療班を派遣し、地域住民の歯科医療を確保するため、都道府県が実施する離島歯科診療班派遣に要する歯科医療機器整備費及び運営費を補助する。	1/2
過疎地域等特定診療所整備費補助金制度	過疎地域等における眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の特定診療科の医療について、当該市町村内に眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療機能を有する医療機関がない場合は、当該診療科の医療の確保を図るために必要な診療所の整備に要する経費を補助する。	1/2

出所:総務省「令和4年版過疎白書」による

歯科医師に関する補助として、「離島歯科診療班派遣費補助金制度」がある。離島に歯科診療班の派遣、その派遣に必要な歯科医療機器の整備費などを補助するものである。費用の2分の1が補助される。

そして、「過疎地域等特定診療所整備費補助金制度」は、過疎地域等における眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の特定診療科を有する医療機関がない場合に、当該診療科の整備に要する経費を補助するものである。費用の2分の1が補助される（表4）。

このように、現在のへき地保健医療対策の補助には、さまざまな内容のものがある。

（へき地保健医療対策の予算）

表5は、現在のへき地保健医療対策の予算の現状をまとめたものである。

表5 へき地保健医療対策関係予算

（単位：百万円）

事項	2022年度 当初予算額	2023年度 当初予算額	内容
1. へき地保健医療対策			
①へき地保健医療対策費	7,999	7,489	○へき地住民の医療提供体制の充実を図るため「へき地医療拠点病院」、「へき地診療所」等の運営に要する経費の補助を行う。  （主な内訳：2023年度） へき地医療拠点病院等の運営 6,571 へき地医療支援機構の運営 259 へき地巡回診療の実施 150 など
②医療施設等整備費			
(1) 医療施設等設備整備費	2,218	2,068	○へき地保健医療対策等に関連する設備整備に要する経費の補助を行う。  （主な補助対象：2023年度） へき地医療拠点病院（公立・公的・民間・独法） へき地診療所（公立・公的・民間・独法） へき地患者輸送車（艇）（公立・公的・民間・独法） へき地・離島診療支援システム （公立・公的・民間・独法）など
うち遠隔医療設備整備事業	400	400	○遠隔医療（遠隔病理診断・遠隔画像による診断及び助言・在宅患者に対する遠隔医療）の実施に必要なコンピューター機器・通信機器等（ソフトウェアの導入を含む）の整備に要する経費の補助を行う。
(2) 医療施設等施設整備費	2,198	2,449	○へき地保健医療対策等に関連する施設整備に要する経費の補助を行う。  （主な補助対象：2023年度） へき地医療拠点病院（公立・公的・民間・独法） へき地診療所（公立・公的・民間・独法） など

出所：総務省「令和4年版過疎白書」および厚生労働省webサイトから「へき地保健医療対策費（令和5年度予算）」  
（<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001110474.pdf> 2024年7月27日確認）をもとに作成。

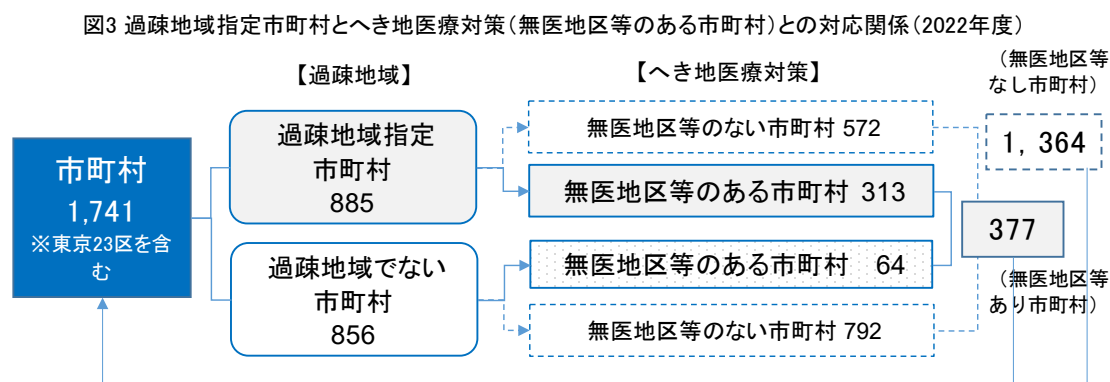
これを見ると、「へき地保健医療対策費」は、表4の対策の運営費補助のための予算である。その金額は、2023年度で約74.89億円である。2022年度の約79.99億円から約5億円の減となっている。「医療施設等設備整備費」は、表4のへき地保健医療対策のための設備整備のための補助の予算である。2023年度は約20.68億円であり、2022年度の約22.18億円より約1.5億円の減となっている。ただしその中でも、遠隔診療に必要な経費の補助の

予算である、「遠隔医療設備整備事業」の予算は、2023年度、2022年度ともに約4億円となっている。そして、へき地保健医療対策のための施設整備のための補助の予算である「医療施設等施設整備費」は、2023年度は約24.49億円と、2022年度の約21.98億円から約2.5億円の増となっている。これらを合わせると、へき地保健医療対策の予算は2023年度で約120億円、2022年度で約124億円の規模である（表5）。

## 5. 過疎地域と無医地区等の関係

本稿では、過疎対策とへき地保健医療対策の沿革、内容などを概観してきた。過疎対策の中では、医療の確保は政策のひとつである。その具体的な施策であるへき地保健医療対策は、「過疎地域に関連する施策」という位置づけである。つまり、へき地保健医療対策は必ずしも過疎対策という訳ではないことを意味する。その背景には、へき地医療の対象となる、無医地区、準無医地区を抱える市町村が、過疎地域に指定されていない場合が十分あり得ることがあろう。

過疎地域指定市町村と無医地区等のある（へき地医療対策の対象となる）市町村との関係を図3のようにまとめてみた。まずこの図の左側の、2022年度現在でわが国の市町村数は1,741である（東京23区を含む）。その中で、過疎地域指定の市町村は885であり、そうでない市町村は856である。図の右側から、無医地区等がある市町村の数は377ある。そのうち、過疎地域にも指定されている市町村は313であり、そうでない市町村は64である。無医地区等がある市町村のうち、約83%は過疎地域でもあり、過疎対策とへき地保健医療対策の両方の対象となる。しかし、残りの17%の市町村は無医地区等があるにもかかわらず、過疎対策の対象になっていない。一方で、過疎地域指定の市町村のうち572は無医地区等がない市町村である。



出所：総務省「過疎地域市町村等一覧(令和4年4月1日現在)」および厚生労働省「無医地区等調査(令和4年)」をもとに筆者算定

このように過疎地域、無医地区等の保健医療対策上のへき地は、ともに医療サービス提供体制が不十分な地域であるはずだが、両方に該当する市町村がある一方、いずれかにしか該当しない市町村が相当数存在する。これは過疎地域が市町村を単位に人口減少率や財政力指数を基準にして指定し、産業、交通、医療などさまざまな施策を実施する対象となってい

る。これに対して、へき地保健医療対策は、市町村の中で無医地区、準無医地区が存在する地域があるか否かで対象が決まる。つまり、市町村の領域の中から医療サービスが特に欠如している地区を特定して施策の対象としている。施策の対象の特定の仕方が異なるため、いずれかにしか該当しない市町村が現れる場合がある。

## 6. 結論と考察

本稿の結論は以下のようにまとめることができる。

- ① わが国の過疎対策は、農村地域の顕著な人口流出を契機に議論が始まり、1970 年度からの歴史を有する。この間複数の法律で過疎対策を継続してきた。
- ② 過疎対策の中に「医療の確保」があり、過疎法に基づく施策として、無医地区等を対象にした診療所の設置、巡回診療の実施、医師等の派遣要請による医療人材の確保などの施策を進めることになっている。厚生労働省の「へき地保健医療対策」は、過疎地域以外も対象となり得る、「過疎地域に関連する施策」と位置づけられている。
- ③ 「へき地保健医療対策」は、過疎対策よりも古く、1956 年の第 1 次計画から 11 次に渡る計画、その後の医療計画との一体化を経て現在に至っている。その内容は、無医地区等への診療所の設置、巡回診療のための車両等の整備、へき地医療拠点病院の整備、人材の確保など多岐にわたる。
- ④ 「過疎対策」と「無医地区等のへき地保健医療対策」の対象となる市町村にはずれがある。その背景はそれぞれの対策で対象となる地域の決め方に求めることができる。前者は市町村の人口、財政力を基準にした指定方法であり、後者は市町村の領域の中で医療サービスが欠如した地区を特定する方法である。

過疎対策とへき地保健医療対策には、ともに医療サービスが十分でない地域への対策というイメージが伴う。実際に両者には、無医地区等の診療所の設置などの施策が謳われている。過疎対策の対象地域は市町村単位であり、対象となった地域に医療などの対策を包括的に実施する。よって、過疎地域となった市町村の医療の現状を把握することになるので、課題の発見、対応の検討が市町村全体を視野に入れたものとなる。へき地保健医療対策の場合、無医地区、準無医地区が対策の中心となる。無医地区とは、「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径 4 km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」と定義される。つまり、人口が 50 人を下回る、小さなクリニックであっても医療機関ができれば無医地区から「卒業」（施策の対象でなくなる）となる。

このような地区の医療サービスの利用可能性は、「卒業」前とそれほど変わらないであろう。一方で、無医地区であっても、ICT の普及により診療所を設置しなくても医療サービスの利用が困難とはいえない場合もあり得る。地理的に医療機関があるか否かという基準ではなく、ICT という新しい技術を活用して医療サービスが届いているか否かも視野に入れた評価指標も整備して、無医地区、準無医地区の指標とあわせて活用することが必要であろう。

## 付記・謝辞

本稿は、本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

## 参考文献

坂本誠(2023)「過疎対策の成立とその継続(上)」『自治総研 2023年1月号』通巻531号, pp. 51-86. [https://doi.org/10.34559/jichisoken.49.531\\_51](https://doi.org/10.34559/jichisoken.49.531_51) (2024年7月30日確認)

経済企画庁(1966)『経済企画庁二十年小史』

国立国会図書館デジタルライブラリ <https://dl.ndl.go.jp/pid/3006203> (2024年7月25日確認)

経済企画庁(1967)『経済社会開発計画—40年代への挑戦—』

国立国会図書館デジタルライブラリ <https://dl.ndl.go.jp/pid/3027347> (2024年7月25日確認)

(参考表 1, 2 は別紙で掲載)

参考表1 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法と過去の過疎4法の概要

法律名	過疎地域対策緊急措置法 (昭和45年4月24日法律第31号)	過疎地域振興特別措置法 (昭和55年3月31日法律第19号)	過疎地域活性化特別措置法 (平成2年3月31日法律第15号)	過疎地域自立促進特別措置法 (平成12年3月31日法律第15号)			過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 (令和3年法律第19号)		
制定経緯	議員立法(全会一致)	議員立法(全会一致)	議員立法(全会一致)	議員立法(全会一致)			議員立法(全会一致)		
期間	昭和45年度～昭和54年度	昭和55年度～平成元年度	平成2年度～平成11年度	平成12年度～令和2年度(※法制定当初の期限(平成21年度)から11年間延長)			令和3年度～令和12年度		
目的	○人口の過度の減少防止 ○地域社会の基盤を強化 ○住民福祉の向上  ○地域格差の是正	○過疎地域の振興  ○住民福祉の向上 ○雇用の増大 ○地域格差の是正	○過疎地域の活性化  ○住民福祉の向上 ○雇用の増大 ○地域格差の是正	○過疎地域の自立促進  ○住民福祉の向上 ○雇用の増大 ○地域格差の是正 ○美しく風格ある国土の形成			○過疎地域の持続的発展 ○人材の確保及び育成 ○住民福祉の向上 ○雇用機会の確保 ○地域格差の是正 ○美しく風格ある国土の形成		
法制定(改正)時の過疎地への要件	人口要件	人口要件	人口要件(以下のいずれか)	人口要件(以下のいずれか)	<H22.4.1～>(※新たに追加)	<H26.4.1～>(※新たに追加)	<H29.4.1～>(※新たに追加)	<R3.4.1～>	<R4.4.1～>
	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件	人口要件かつ財政力要件
公示市町村数 〔過疎市町村/ 全市町村〕	当初(S45.5.1)	当初(S55.4.1)	当初(H2.4.1)	当初(H12.4.1)	法延長当初(H22.4.1)	法改正当初(H26.4.1)	法改正当初(H29.4.1)	当初(R3.4.1)	追加(R4.4.1)
	最終	最終	最終	最終	(H25.4.1現在)				

出所:総務省「令和4年版過疎白書」

参考表2 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法と過去の過疎4法における対象となる政策分野

法律名	過疎地域対策緊急措置法	過疎地域振興特別措置法	過疎地域活性化特別措置法	過疎地域自立促進特別措置法	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法
期間	昭和45年度～昭和54年度	昭和55年度～平成元年度	平成2年度～平成11年度	平成12年度～令和2年度(※法制定当初の期限(平成21年度)から11年間延長)	令和3年度～令和12年度
目標	1.道路その他の交通施設、通信施設等の整備 2.学校、集会施設、水道施設、老人福祉施設等の教育、文化、生活環境及び福祉に関する施設の整備並びに医療の確保 3.農道、林道、漁港等の産業基盤施設の整備、農林漁業経営の近代化、企業の導入の促進、観光の開発等 4.基幹集落の整備及び適正規模集落の育成	1.道路その他の交通施設、通信施設等の整備 2.学校、集会施設、水道施設、老人福祉施設等の教育、文化、生活環境及び福祉に関する施設の整備並びに医療の確保 3.農道、林道、漁港等の産業基盤施設の整備、農林漁業経営の近代化、企業の導入の促進、観光の開発等 4.基幹集落の整備及び適正規模集落の育成	1.産業基盤の整備、農林漁業経営の近代化、中小企業の育成、企業の導入の促進、観光の開発等 2.道路その他の交通施設、通信施設等の整備を図ること 3.生活環境の整備、高齢者等の福祉その他の福祉の増進、医療の確保並びに教育及び文化の振興を図ること 4.基幹集落の整備及び適正規模集落の育成を図ること	1.産業基盤の整備、農林漁業経営の近代化、中小企業の育成、企業の導入及び起業の促進、観光の開発等 2.道路その他の交通施設、通信施設等の整備を図ること 3.生活環境の整備、高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進、医療の確保並びに教育の振興を図ること 4.美しい景観の整備、地域文化の振興等を図ること 5.基幹集落の整備及び適正規模集落の育成を図ること	1.移住及び定住並びに地域間交流の促進、地域社会の担い手となる人材の育成等を図ること 2.企業の立地の促進、産業基盤の整備、農林漁業経営の近代化、情報通信産業の振興、中小企業の育成及び起業の促進、観光の開発等を図ること 3.通信施設等の整備及び情報通信技術の活用等を図ること 4.道路その他の交通施設等の整備及び住民の日常的な移動のための交通手段の確保を図ること 5.生活環境の整備、子育て環境の確保、高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進、医療の確保並びに教育の振興を図ること 6.基幹集落の整備及び適正規模集落の育成を図ること 7.美しい景観の整備、地域文化の振興、地域における再生可能エネルギーの利用の推進等を図ること
政策分野(都道府県過疎地域振興計画)	1.過疎地域の振興に関する基本的な事項 2.過疎地域その他の地域及び過疎地域内を連絡する交通通信体系の整備に関する事項 3.過疎地域における教育及び文化に関する施設の整備に関する事項 4.過疎地域における生活環境施設等の厚生に関する事項 5.過疎地域における産業の振興に関する事項 6.過疎地域における集落の整備に関する事項	1.過疎地域の振興に関する基本的な事項 2.過疎地域その他の地域及び過疎地域内を連絡する交通通信体系の整備に関する事項 3.過疎地域における教育及び文化に関する施設の整備に関する事項 4.過疎地域における生活環境に関する施設及び老人福祉その他の福祉に関する施設の整備に関する事項 5.過疎地域における高齢者等の福祉その他の福祉の増進に関する事項 6.過疎地域における農林水産業、商工業その他の産業の振興に関する事項 7.過疎地域における集落の整備に関する事項	1.過疎地域の活性化に関する基本的な事項 2.過疎地域における農林水産業、商工業その他の産業の振興及び観光の開発に関する事項 3.過疎地域その他の地域及び過疎地域内を連絡する交通通信体系の整備に関する事項 4.過疎地域における生活環境の整備に関する事項 5.過疎地域における高齢者等の福祉その他の福祉の増進に関する事項 6.過疎地域における医療の確保に関する事項 7.過疎地域における教育及び文化の振興に関する事項 8.過疎地域における集落の整備に関する事項	1.過疎地域の自立促進に関する基本的な事項 2.過疎地域における農林水産業、商工業その他の産業の振興及び観光の開発に関する事項 3.過疎地域その他の地域及び過疎地域内を連絡する交通通信体系の整備、過疎地域における情報化並びに地域間交流の促進に関する事項 4.過疎地域における生活環境の整備に関する事項 5.過疎地域における高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進に関する事項 6.過疎地域における医療の確保に関する事項 7.過疎地域における教育の振興に関する事項 8.過疎地域における地域文化の振興等に関する事項 9.過疎地域における集落の整備に関する事項	1.過疎地域の持続的発展に関する基本的な事項 2.過疎地域の持続的発展のために実施すべき施策に関する事項として次に掲げるもの イ 過疎地域における移住及び定住並びに地域間交流の促進並びに人材の育成に関する事項 ロ 過疎地域における農林水産業、商工業、情報通信産業その他の産業の振興及び観光の開発に関する事項 ハ 過疎地域における情報化に関する事項 ニ 過疎地域その他の地域及び過疎地域内を連絡する交通施設の整備及び住民の日常的な移動のための交通手段の確保に関する事項 ホ 過疎地域における生活環境の整備に関する事項 ヘ 過疎地域における子育て環境の確保並びに高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進に関する事項 ト 過疎地域における医療の確保に関する事項 チ 過疎地域における教育の振興に関する事項 リ 過疎地域における集落の整備に関する事項 ヌ 過疎地域における地域文化の振興等に関する事項 ル 過疎地域における再生可能エネルギーの利用の推進に関する事項
政策分野(市町村過疎地域振興計画)	1.振興の基本的方針に関する事項 2.交通通信体系の整備に関する事項 3.教育及び文化に関する施設の整備に関する事項 4.生活環境施設等の厚生に関する施設の整備及び医療の確保に関する事項 5.農林水産業その他産業の振興に関する事項 6.集落の整備に関する事項	1.振興の基本的方針に関する事項 2.交通通信体系の整備に関する事項 3.教育及び文化に関する施設の整備に関する事項 4.生活環境に関する施設及び老人福祉その他の福祉に関する施設の整備に関する事項 5.医療の確保に関する事項 6.農林水産業、商工業その他の産業の振興に関する事項 7.集落の整備に関する事項	1.地域の活性化の基本的方針に関する事項 2.農林水産業、商工業その他の産業の振興及び観光の開発に関する事項 3.交通通信体系の整備に関する事項 4.生活環境の整備に関する事項 5.高齢者等の福祉その他の福祉の増進に関する事項 6.医療の確保に関する事項 7.教育及び文化の振興に関する事項 8.集落の整備に関する事項 9.前各号に掲げるもののほか、地域の活性化に関し市町村が必要と認める事項	1.地域の自立促進の基本的方針に関する事項 2.農林水産業、商工業その他の産業の振興及び観光の開発に関する事項 3.交通通信体系の整備、地域における情報化及び地域間交流の促進に関する事項 4.生活環境の整備に関する事項 5.高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進に関する事項 6.医療の確保に関する事項 7.教育及び文化の振興に関する事項 8.地域文化の振興等に関する事項 9.前各号に掲げるもののほか、地域の自立促進に関し市町村が必要と認める事項	1.地域の持続的発展の基本的方針に関する事項 2.地域間の持続的発展に関する目標 3.計画的期間 4.地域の持続的発展のために実施すべき施策に関する事項として次に掲げるもの イ 移住及び定住並びに地域間交流の促進並びに人材の育成に関する事項 ロ 農林水産業、商工業、情報通信産業その他の産業の振興及び観光の開発に関する事項 ハ 地域における情報化に関する事項 ニ 交通施設の整備及び住民の日常的な移動のための交通手段の確保に関する事項 ホ 生活環境の整備に関する事項 ヘ 子育て環境の確保並びに高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進に関する事項 ト 医療の確保に関する事項 チ 教育の振興に関する事項 リ 集落の整備に関する事項 ヌ 地域文化の振興等に関する事項 ル 地域における再生可能エネルギーの利用の推進に関する事項 5.市町村計画の達成状況の評価に関する事項 6.前各号に掲げるもののほか、地域の持続的発展に関し市町村が必要と認める事項
医療の確保	(都道府県計画に基づく措置:無医地区を対象) 1.診療所の設置 2.患者輸送車(患者輸送艇を含む。)の整備 3.定期的な巡回診療 4.保健師の配置 5.公的医療機関の協力体制の整備 6.その他無医地区の医療の確保に必要な事業	(都道府県計画に基づく措置:無医地区を対象) 1.診療所の設置 2.患者輸送車(患者輸送艇を含む。)の整備 3.定期的な巡回診療 4.保健師による保健指導等の活動 5.公的医療機関の協力体制の整備 6.その他無医地区の医療の確保に必要な事業	(都道府県計画に基づく措置:無医地区を対象) 1.診療所の設置 2.患者輸送車(患者輸送艇を含む。)の整備 3.定期的な巡回診療 4.保健師による保健指導等の活動 5.医療機関の協力体制の整備 6.その他無医地区の医療の確保に必要な事業	(都道府県計画に基づく措置:無医地区を対象) 1.診療所の設置 2.患者輸送車(患者輸送艇を含む。)の整備 3.定期的な巡回診療 4.保健師による保健指導等の活動 5.医療機関の協力体制の整備 6.その他無医地区の医療の確保に必要な事業	(都道府県計画に基づく措置:無医地区を対象) 1.診療所の設置 2.患者輸送車(患者輸送艇を含む。)の整備 3.定期的な巡回診療 4.保健師による保健指導等の活動 5.医療機関の協力体制の整備(救急医療用の機器を装備したヘリコプター等により患者を輸送し、かつその輸送中に医療を行う体制を含む) 6.その他無医地区の医療の確保に必要な事業
	(都道府県が上記事業のために医療機関に協力要請) A.医師又は歯科医師の派遣 B.巡回診療車(巡回診療船を含む。)による巡回診療	(都道府県が上記事業のために医療機関に協力要請) A.医師又は歯科医師の派遣 B.巡回診療車(巡回診療船を含む。)による巡回診療	(都道府県が上記事業のために医療機関に協力要請) A.医師又は歯科医師の派遣 B.巡回診療車(巡回診療船を含む。)による巡回診療	(都道府県が上記事業のために医療機関に協力要請) A.医師又は歯科医師の派遣 B.巡回診療車(巡回診療船を含む。)による巡回診療	(都道府県が上記事業のために医療機関に協力要請) A.医師又は歯科医師の派遣 B.巡回診療車(巡回診療船を含む。)による巡回診療
	(国・都道府県の責務) ・過疎地域内の無医地区における医師又は歯科医師の確保 ・その他当該無医地区における医療の確保 ・国および都道府県は、市町村が上記事業を行う際に適切な配慮を行う	(国・都道府県の責務) ・過疎地域内の無医地区における医師又は歯科医師の確保 ・その他当該無医地区における医療の確保 ・国および都道府県は、市町村が上記事業を行う際に適切な配慮を行う	(国・都道府県の責務) ・過疎地域内の無医地区における医師又は歯科医師の確保 ・その他当該無医地区における医療の確保 ・国および都道府県は、市町村が上記事業を行う際に適切な配慮を行う	(国・都道府県の責務) ・過疎地域内の無医地区における医師又は歯科医師、看護師の確保 ・その他当該無医地区における医療の確保 ・国および都道府県は、市町村が上記事業を行う際に適切な配慮を行う	(国・都道府県の責務) ・過疎地域内の無医地区における医師又は歯科医師、看護師の確保 ・その他当該無医地区における医療の確保 ・国および都道府県は、市町村が上記事業を行う際に適切な配慮を行う ・国及び地方公共団体は、過疎地域において、必要な医師等の確保、定期的な巡回診療、医療機関の協力体制の整備等により医療の充実に図られるよう適切な配慮をする

参考表2 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法と過去の過疎4法における対象となる政策分野

法律名	過疎地域対策緊急措置法	過疎地域振興特別措置法	過疎地域活性化特別措置法	過疎地域自立促進特別措置法	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法
医療の確保	(費用) ・都道府県が負担 ・国は上記事業の一部(上記の1~4, A, B)の費用の2分の1を負担	(費用) ・都道府県が負担 ・国は上記事業の一部(上記の1~4, A, B)の費用の2分の1を負担	(費用) ・都道府県が負担 ・国は上記事業の一部(上記の1~3, A, B)の費用の2分の1を負担	(費用) ・都道府県が負担 ・国は上記事業の一部(上記の1~3, A, B)の費用の2分の1を負担	(費用) ・都道府県が負担 ・国は上記事業の一部(上記の1~3, A, B)の費用の2分の1を負担
高齢者福祉	・老人福祉施設の整備で市町村が必要とする経費について、地方債をもつてその財源とすることができる。	・老人福祉施設の整備で市町村が必要とする経費について、地方債をもつてその財源とすることができる。	・高齢者の福祉の増進を図るための施設の整備で市町村が必要とする経費について、地方債をもつてその財源とすることができる。	・高齢者の保健又は福祉の向上又は増進を図るための施設の整備で市町村が必要とする経費について、地方債をもつてその財源とすることができる。	・高齢者の保健又は福祉の向上又は増進を図るための施設の整備で市町村が必要とする経費について、地方債をもつてその財源とすることができる。
		・国は、過疎地域の市町村が市町村計画に基づいて高齢者の自主的活動の助長と福祉の増進を図るための集会所の建設をしようとするときは、予算の範囲内で、当該建設に要する費用の一部を補助することができる。	・都道府県は、市町村計画に基づいて <b>老人福祉法第十一条の二第一項第二号に規定する便宜の供与</b> 、高齢者の居住の用に供するための施設の整備に要する費用の一部を補助することができる。 ・国は、予算の範囲内において、都道府県が前項の規定により補助する費用の一部を補助することができる。 ・国は、都道府県計画に基づいて老人福祉施設等の整備の費用に対して、予算の範囲内で一部を補助することができる。 ・国は、市町村が市町村計画に基づいて高齢者の自主的活動等のための集会所の建設の費用に対して、予算の範囲内において一部を補助することができる。	・都道府県は、市町村計画に基づいて <b>老人福祉法第五条の二第三項に規定する便宜の供与</b> 、高齢者の居住の用に供するための施設の整備に要する費用の一部を補助することができる。 ・国は、予算の範囲内において、都道府県が前項の規定により補助する費用の一部を補助することができる。 ・国は、都道府県計画に基づいて老人福祉施設等の整備の費用に対して、予算の範囲内で一部を補助することができる。 ・国は、市町村が市町村計画に基づいて高齢者の自主的活動等のための集会所の建設の費用に対して、予算の範囲内において一部を補助することができる。	・都道府県は、市町村計画に基づいて行う老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三号)第五条の二第三項に規定する便宜を供与し、あわせて高齢者の居住の用に供するための施設の整備に要する費用の一部を補助することができる。 ・国は、予算の範囲内において、都道府県が前項の規定により補助する費用の一部を補助することができる。 ・国は、都道府県計画に基づいて第一項に規定する施設の整備をしようとするときは、予算の範囲内において、当該整備に要する費用の一部を補助することができる。 ・国及び地方公共団体は、老人福祉法第五条の二第一項に規定する老人居宅生活支援事業に係る介護サービスの提供、介護サービスに従事する者の確保、介護施設の整備、提供される介護サービスの内容の充実等について適切な配慮をするものとする。 ・国は、市町村計画に基づいて高齢者の自主的活動の助長と福祉の増進を図るための集会所の建設をしようとするときは、予算の範囲内において、当該建設に要する費用の一部を補助することができる。

出所：総務省「令和4年版過疎白書」および各法律の条文による

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
「へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した 将来のへき地医療  
体制の構築に資する調査研究」  
令和6年度 分担研究報告書

「へき地医療の持続可能性に向けた要件緩和の提案」

研究協力者 杉山賢明<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科、<sup>2</sup>東北大学大学院歯学研究科、

<sup>3</sup>一般社団法人みんなの健康らぼ

要旨

令和5年度厚生労働科学研究班は、国内の医療過疎地域におけるオンライン診療の活用状況を調査し、「人材確保」「交通手段整備」「資金確保」の3つの課題を抽出した。とくに、看護師の積極的な関与（D to P with N）によるオンライン診療の推進や、医療 MaaS の整備が有効とされる一方、導入コストや人材負担が課題とされる。資金面では、デジタル田園都市国家構想交付金等の活用可能性が指摘された。

本研究では、厚生労働省の資料に基づき、へき地における遠隔医療の実施状況と課題を整理し、持続可能な医療提供体制に向けた要件緩和の提案を行う。令和3年度、へき地医療拠点病院の主要3事業（医師派遣・代診・巡回診療）実施率は74.2%、遠隔医療を含む必須事業の実施率は87.8%であり、平成29年度と比べて大きな変化はなかった。遠隔医療の年1回以上実施病院は全体の5.2%にとどまり、導入が進んでいない現状が明らかとなった。

課題の一つは、定期的なオンライン診療において3か月に1度の対面診療を求める現行制度であり、これが人的・物的コストを増加させている。対策として、へき地に限り対面頻度を6か月に緩和することが提案される。

もう一つの課題は遠隔死亡診断の普及の停滞であり、制度化以降の実施例は全国で約10件にすぎない。主な要因は、看護師に対して法医学研修など過度な研修要件が課されていること、全身観察や写真撮影の負担が大きいことである。これに対し、研修のオンライン化や、体幹後面の観察に代替可能な情報が得られる場合に要件を緩和することが望まれる。これらの制度見直しにより、へき地における医療の持続性を高めることが期待される。

A. 研究目的

昭和30年のへき地保健医療計画の策定を経ても、依然として、全国のへき地では、医師の確保が困難な現状にある。そのなか、令和5年度厚生労働科学研究班では、国内の医療過疎地域におけるオンライン診療の活用事例について情報収集を行っていた[1]。その結果を踏まえ、「人材の確保」「ハード面・交通手段の整備」「資金確保」の三点について考察がなされた。具体的には、第一に、へき地診療所における対

面診療や、診療所または公民館への巡回診療に加えてオンライン診療を展開する際、とりわけ看護師の積極的な参画（D to P with N）が期待されることが指摘された。ここで想定されるのは、タスクシェアリングに比較的余裕のある病院看護師や、特定行為を担うことができる診療看護師の役割である。第二に、交通手段が限られる地域で医療アクセスを確保するため、医療 Mobility as a Service (MaaS) の整備が有効であるとされるが、その導入に

は数千万円規模の初期費用という課題がある。第三に、これらの課題を克服するための方策として、デジタル田園都市国家構想交付金などの外部資金の活用可能性が示唆された。

本研究では、これらの議論を踏まえ、現在のへき地医療において遠隔医療がどの程度寄与しているのかを、厚生労働省の資料をもとに整理する。次に、遠隔医療に関する課題を明らかにし、最後に、へき地医療の持続可能性を確保する遠隔医療の活用拡充の観点から、遠隔医療の活用拡充に向けた要件緩和について提案を行う。これにより、今後のへき地医療の施策に資することを目的とする。

## B. 研究方法

### (1) 現在のへき地医療の実施状況

上記を厚生労働省の公表資料から簡潔に情報収集する。

### (2) へき地における遠隔医療の活用に係る課題

定期的なオンライン診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する障壁、および、へき地における地域包括ケア体制の整備にあたって選択肢となる遠隔死亡診断の課題について整理する。

## C. 研究結果

### (1) 現在のへき地医療の実施状況

へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣・代診医派遣・巡回診療をあわせて主要3事業と称する。令和3年度において、これを実施した割合は74.2%であった。これに、年間1回以上遠隔医療を加えた必須事業の実施割合は87.8%であった(図1)[2]。

一方で、令和3年度における必須事業の実施状況は、平成29年度と比較して、ほぼ変わっていなかった(87.8%対84.2%)[2]。また、遠隔医療を年1回以上実施した医療機関は18病院(全体の5.2%)にとどまった。また、遠隔医療を

年1回以上実施していた割合も、平成29年度の29.7%から令和3年度の33.3%へとわずかな上昇がみられるのみであった。

### (2) へき地における遠隔医療の活用に係る課題

①定期的なオンライン診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する要件がもたらす障壁：

現在、定期的なオンライン診療を実施する際、3か月に一度は対面診療を行うことが要件とされている(図2)[3]。そのため、医療MaaSが導入されている地域でも、自治体等がバス等を手配して患者を医療機関へ送迎しており、少なからぬ人的・物的コストが発生している[4]。これは少なからぬ人的・物的コストを求められる。

②遠隔死亡診断の課題：

医療は単独で完結するものではなく、介護、福祉及び保健と連携し、生活全体を支える役割を担っている。この概念を体系化したものが地域包括ケアであり、医療はその一構成要素として位置付けられる。特に、へき地においては、医療及び介護資源が限られていることから、地域包括ケアの重要性が一層顕在化する。このような地域特性を踏まえれば、終末期ケア及び看取り体制の整備は、へき地医療における不可避の課題であると整理できる。その終末期ケアの一事項として、死亡診断は、医師が行うべき重要な医療行為の一つと位置づけられる。しかしながら、医師の不在により看取り体制が構築されておらず、人生の晩年において住み慣れた地を離れざるを得ない状況が生じているのが現状である。この課題を解決するための一つの方策として、2018年に遠隔死亡診断が制度化された[6]。しかしながら、現時点において、当該技術の実施例は全国で約10件にとどまっている旨が指摘されている(引用文献なし)。全国で初めて遠隔死亡診断を実施した筆者[7]は、本技術が普及に至っていない要因として、次の2点を指摘する。

第一に、看護師に求められる研修要件が過度に厳格である点が挙げられる。ガイドラインにおいては、看護師に対し、事前に法医学に関する教育・研修を修了していることを第一の要件として求めている[6]。この背景には、現時点において看護学士課程の教育カリキュラム[8]に「死亡診断等」に関する項目が含まれていない現状がある。このため、ガイドラインが看護師に対して法医学等に関する講義及び実地研修の履修を求めていることには、一定の合理性がある。一方で、これらの教育・研修を受講するためには、看護師に相応の費用負担及び時間的拘束が生じる。すなわち、離島やへき地に勤務する看護師においては、研修実施地までの距離が長くなる傾向にあり[9]、加えて、慢性的な人員不足のため、勤務先を一時的に離脱することが困難であると推察される。第二に、遠隔死亡診断の際の身体診察が厳格な点が挙げられる。本技術の実施に際しては、外因死（転落、自殺、他殺等）の可能性を適切に検索するため、全身観察及び写真撮影が必要とされている。しかしながら、特に体幹後面の観察を必須とする点は、看護師に身体的負担を強いるのみならず、人手不足のへき地の現状にそぐわない。また、撮影行為自体が看護師にとって心理的負担となる可能性も指摘できる。

#### D. 考察

(1) 現在のへき地医療の実施状況および(2)へき地における遠隔医療の活用に係る課題 (①定期的なオンライン診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する要件の緩和

平成29年度と比べた、令和3年度の必須事業の実施割合の約4%弱の上昇は、遠隔医療の実施割合の上昇によって説明できるかもしれない。しかしながら、その上昇はわずかにとどまった事実や、オンライン診療を実施している医療機関は18病院にとどまったという結果は、オンライン診療の導入のしにくさを示唆している。その要因は、(2)①定期的なオンライン

診療をへき地において実施するにあたって求められる対面診療に関する要件がもたらす障壁が挙げられる。

また、現状では、主要3事業がへき地医療の主体(74.2%)となっているとはいえ、必須事業を加えると、9割弱の実施割合に上昇することを考慮すると、今後ますます医療者の確保が困難になる状況を加味すれば、遠隔医療のニーズは確実にある。その障壁となるオンライン診療の要件を緩和することを提案する。具体的には、へき地に限り、対面診療の頻度を、現状の3か月に一度から、6か月に一度などに緩和する方策を提案する。現に、なお、財務省財政制度分科会（令和7年4月23日開催）においても、疾患が安定している患者について、外来診療の間隔を3-6か月にしている海外のガイドラインを紹介しており[5]、本提案はこれと整合性を有する。

#### ②遠隔死亡診断に関する要件緩和：

第一の課題である看護師の研修要件については、集合研修のオンライン化を導入すること等の対応が求められる。

第二の課題である遠隔死亡診断の際の身体診察については、死後診察において外因死を見逃さないことは極めて重要であるが、「直接の対面診療による場合と同等ではないにしても、これに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる」[6]状況が認められる場合には、対面による死後診察と同様に、死の三兆候及び一般的な全身観察をもって必要十分とする等の要件緩和を検討することが望まれる。

#### E. 結論

以上の通り、へき地医療の持続可能性の方策として、定期オンライン診療と遠隔死亡診断の要件の緩和について提案した。これにより、医療資源が限られた地域でも、医療者の負担を軽減しつつ、患者の必要最低限の医療アクセスを確保することが期待される。今後は、これらの実施に向けた、地域における具体的な取り組みに

ついて、さらなる情報収集を行っていく。

#### F. 参考資料

1. 令和5年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業） 「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療の体制の構築についての研究」総括研究報告書。
2. 厚生労働省医政局地域医療計画課。へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績。令和4年7月27日第11回第8次医療計画等に関する検討会資料 1 一部改。へき地の医療体制について（令和5年度第1回医療政策研修会）。
3. 厚生労働省保険局医療課。令和2年度診療報酬改定の概要（外来医療・かかりつけ機能） 令和年度診療報酬改定Ⅱ-11 医療におけるICTの利活用 ① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①。
4. 鳥羽市健康福祉課健康係。鳥羽市のへき地医療DXの取り組みについて。  
[https://www.city.toba.mie.jp/soshiki/kenko/gyomu/iryo\\_kenok/7967.html](https://www.city.toba.mie.jp/soshiki/kenko/gyomu/iryo_kenok/7967.html). Accessed 28 Apr 2025.
5. 財務省。財政制度分科会（令和7年4月23日開催）資料一覧。2025。  
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/coun](https://www.mof.go.jp/about_mof/coun)

cils/fiscal\_system\_council/sub-of\_fiscal\_system/proceedings/material/20250423zaiseia.html. Accessed 27 Apr 2025.

6. 厚生労働省。情報通信機器（ICT）を利用した 死亡診断等ガイドライン。
7. Sugiyama K, Yanaka S, Yasuda T, Watanabe T, Yamashiro A, Narita J, et al. Remote Death Certification Using Telemedicine in Japan. Intern Med. 2022;61:1291-4.
8. 文部科学省「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」。看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～。
9. 日本医師会。令和5年度在宅看取りに関する研修事業「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」。  
[https://www.med.or.jp/people/info/doctor\\_info/010774.html](https://www.med.or.jp/people/info/doctor_info/010774.html).

#### G. 研究発表

該当なし

#### H. 知的財産権の出願、登録状況

該当なし

## へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

令和4年7月27日第11回  
第8次医療計画等に  
関する検討会資料1一部改

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和3年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の74.2%。

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況（令和3年度）

うち、オンライン診療を実施している  
医療機関は18病院（5.2%）

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	256(74.2%)	303(87.8%)	88(25.5%)	134(38.8%)	55(15.9%)	115(33.3%)
未実施施設数	89(25.8%)	42(12.2%)	257(74.5%)	211(61.2%)	290(84.1%)	230(66.7%)
計			345※1			

(参考)平成29年度実績

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	206(65.2%)	266(84.2%)	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	94(29.7%)
未実施施設数	110(34.8%)	50(15.8%)	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	222(70.3%)
計			316※2			

※1 令和4年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数。

※2 平成30年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、平成30年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

図1 へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績（文献2より）

令和2年度診療報酬改定 II-11 医療におけるICTの利活用 -①

## 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

### 事前の対面診療に係る要件の見直し

- オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。

現行		改定後	
<b>オンライン診療料</b> [算定要件] (3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。	➔	<b>オンライン診療料</b> [算定要件] (3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から <b>3月</b> 以上経過し、かつ、 <b>オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。)</b> 。	
<b>現行のイメージ</b> (初診から最短でオンライン診療を開始する場合)		<b>改定後のイメージ</b>	
1月目 2月目 3月目 4月目 5月目 6月目 7月目 8月目 9月目 10月目 11月目 12月目 初診 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ● ● ○ ● ●		1月目 2月目 3月目 4月目 5月目 6月目 7月目 8月目 9月目 10月目 11月目 12月目 初診 ○ ○ ○ ● ● ○ ● ● ○ ● ●	
6月の対面診療		3月の対面診療	
オンライン診療を組み合わせる		オンライン診療を組み合わせる	

図2 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①（文献3より）

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
該当なし					

令和 7年 3月 31日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人新潟大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 牛木 辰男

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科・特任教授  
(氏名・フリガナ) 菖蒲川 由郷 (ショウブガワ ユウゴウ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 3 月 31 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 林 玲子

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立社会保障・人口問題研究所 所長  
(氏名・フリガナ) 林玲子 (ハヤシレイコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 3 月 31 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 林 玲子

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 国立社会保障・人口問題研究所 副所長  
(氏名・フリガナ) 小島克久 (コジマカツヒサ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 3 月 31 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 林 玲子

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 人口構造研究部 部長  
(氏名・フリガナ) 小池司郎 (コイケシロウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 4 月 18 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 新潟県立十日町病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 清崎 浩一

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 新潟県立十日町病院・病院長  
(氏名・フリガナ) 吉嶺 文俊・ヨシミネ フミトシ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7年 3月 31日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人新潟大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 牛木 辰男

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医歯学総合研究科・客員研究員  
(氏名・フリガナ) 坪谷 透 (ツボヤ トオル)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 4 月 15 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 公益社団法人地域医療振興協会  
(地域医療研究所)  
所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 吉新 通康

次の職員の(元号) 令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 地域医療研究所・研究員  
(氏名・フリガナ) 杉田 義博・スギタ ヨシヒロ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7年 3月 31日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人新潟大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 牛木 辰男

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医歯学系・特任助教  
(氏名・フリガナ) 白倉 悠企 (シラクラ ユウキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	新潟大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。