

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4km・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】

厚労科学研究（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4km・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、厚労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域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言いがたい。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く、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、拠点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
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)

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

14. 岩手県. へき地（医師過少地域）の
医療体制 . [https://medysis.jp/do
cuments/healthplanning/8th/8th-
03-j3.pdf](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.so
umu.go.jp/main_content/0007127
38.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