

# へき地医療の現状と課題<sup>1</sup>

---

～ 医師の偏在を是正するために～

同志社大学 伊多波良雄研究会

神崎雅史 竹内賢 弘瀬文博

七原智子 野崎加奈子 森美和子 山下あゆみ

2006年12月

---

<sup>1</sup>本稿は、2006年12月16日、17日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2006」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、伊多波 良雄教授（同志社大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

## 目次

### はじめに

## 第1章 問題意識

- 第1節 地域における医師の偏在
- 第2節 先行研究の紹介

## 第2章

- 第1節 へき地医療の現状
- 第2節 へき地医療充実への取り組み
- 第3節 我が国の医療養成システムの考察

## 第3章

- 第1節 各都道府県の取り組み
- 第2節 分析結果

## 第4章

- 第1節 理論モデル
- 第2節 分析結果

## 第5章

- 第1節 医師の派遣について
- 第2節 地域における医師育成について
- 第3節 へき地医療のサポート体制について

## 参考文献・データ出典

# はじめに

---

「地方で医師が足りない。」日本の医療界において、そのように叫ばれて久しい。近年、ますます問題は深刻化し、地方の病院・診療所は医師の確保に頭を抱えている。しかし、日本国内全体の医師の数は、減ってはいない。むしろ、毎年増加の傾向を見せている。それにも関わらず、医師の不足が叫ばれているのは、特定の地域や診療科により医師の数に偏りがあるからである。医師が都市部に集中してしまうと、地方での医師の不足は避けられないものとなる。

本稿の目的は、地域間における医師の偏在について認識し、現状について見つめた上で、今、地域医療に必要とされるものは何か、何が求められているのか提言することにある。我が国では、未だ、医師の不足による医療体制の不備に起因する不十分な診療を行っている医療過疎地域が数多く存在している。常勤医師が不在という極めて厳しい現実に直面している。それに対しては、これまでも、幾度にわたる国による対策が練られてはきたが、地域による医師の偏在問題は是正の方向にあるとは言えない状況である。むしろ、事態は深刻化している。

へき地において医師を確保し、魅力ある医療を提供するためにも、今後の医師の育成は重要な課題である。また、地域医療に貢献するために、医師に対してのサポート体制の充実化も求められる。それにおいては地域を担う自治体との連携、行政によるバックアップも必至である。

こういった点を踏まえ、へき地における医療を充実させるためにも、へき地に実際に勤務している医師に関する実証分析を行う。また、市町村により医師が増加したところ、減少したところをピックアップし、その要因について実際に各市町村に問い合わせを行い、検証する。それらの結果を基に、医師の偏在を是正するための政策を、我々は提言する。

# 第1章 問題意識

現在、日本国における医師の数は、増加傾向にあると言われている。それにもかかわらず、地域によっては、医師が不在のために、休診へと追い込まれている病院・診療所が存在している。本章においては、各地域によって医師が十分に供給されていない問題について指摘し、その背景について第1節で言及する。また、第2節では、それを踏まえた上で実際にへき地に勤務している医師がどのような状況にあるのかに関する研究内容に着目し、考察していく。

## 第1節 地方における医師の偏在

日本の医療制度が抱える問題の一つに、医師の地域偏在がある。厚生労働省によると、毎年約7,700人の新たな医師が誕生し、退職などを差し引いても3,500~4,000人程度が増加しているといわれている<sup>2</sup>。医師の数としては、現在、増加傾向にあり、同省の行った推計によれば2017年には医師の供給が需要を上回る計算になる。このため、医師の数を増やすよりもむしろ削減の方向へと、文部科学省が医学部を持つ各大学に対し、許可されている入学数よりも1割ほど減らすように申請しているところである。しかしながら、現状として地域間での医師の偏在問題は解決していない。医師の多くが大都市に集中してしまうからである。交通機関の利便性が高く、各々の家庭生活を考えれば、大都市志向になるのは医師に限ったことではないし、また日進月歩の医療技術の習得に有利であるとも考えられる。しかし、医師が不足している地方の住民にとっては、健康に直結する切実な問題が起きている。こうした状況を放置しておく、医師が都市に集中してしまうことが避けられない以上、何らかの人為的介入が必要である。近年、医師の地域偏在の背景としてよく挙げられるものに以下の4点がある。

### 1、大学医局制度の崩壊

これまで、多くの医師は卒業とともに大学医局に入り、教授の指示の下、医局の影響下にある病院を回ったり、留学したりしてきた。僻地など労働条件の悪い地域に赴任する医師を確保できたのも、大学側が次の赴任先として条件の良い病院を用意することができたからである。しかし、2000年頃から病床数の制限などにより、中堅層以上の医師に対して医局が十分な病院のポストを用意できなくなり、医局の求心力は低下してきた。そんな中、医局が医師の名前を

<sup>2</sup> 2006年7月に、厚生労働省により発表された医師の需給に関する検討会報告書(概要)により医師数の増加が指摘されている。

貸して、病院の医師数が充足しているように見せかけて診療報酬を得る、いわゆる“名義貸し”<sup>3</sup>が問題化した。この結果、医局の影響力は一気に低下し、医師は医局の用意したへき地への派遣を受け入れることなく、自ら条件の良い就職先を探し始めるようになったのである。

## 2、開業医の増加

人手が十分でない病院においては、24時間365日拘束され、徹夜で仕事をした後にそのまま診察室に入るケースも少なくない。激務に耐え切れず、結果として、若い医師の開業医志向が高まり、病院の医師が減少する中で、開業医数の増加傾向が著明である。自らで、診療時間をコントロールできる開業医は医師にとって魅力的なものであり、労働条件を改善させようとする医師の選択肢の1つであると考えられる。

## 3、地方財政の赤字

医師が不足している地域ほど、医師を確保するために、医師の給料は高く設定されている。医師一人に年額3000万円の経費を要するなど、高額な医師給与を一般会計から繰り出さざるを得ない状況にある。このことは、市町村の財政圧迫の大きな要因となっている。こういった苦しい財政状況の中で、給与を高くし、医師をへき地へと呼び込むことは、極めて困難であることがうかがえる。

## 4、卒後臨床研修制度の実施

新卒医師の臨床研修制度は2004年4月から義務化され、併せて研修方法も変化した。以前は、研修医は各大学の医局に所属後、研修先の病院へと派遣されるのが一般的であった。しかし、制度の改革によって、研修医と病院側の「マッチング」で研修先を決めることができるようになり、研修医の多くが希望として中央の有名病院へと集中するようになった。その結果として、地方の大学病院は若手医師が減少し、従来のように地域の医療機関等からの医師紹介の要請に応じることが困難になった。全国的に、医局による医師派遣システムは機能不全に陥っている。これが地方の医師不足に拍車をかける一因となっている。

こういった背景により、地域における医師の偏在は、さらに深刻化し、十分な医療サービスが提供されていない状況にある。事態は、社会問題化しており、地域医療の崩壊に瀕している地域も現れてきた。国も、これまで委員会の設置を始め、様々な政策を打ち出しているが、抜本的な対策を講じる気配はなく、地域別の医師偏在は必ずしも是正の方向にあるとは言えない。また前述の通り、日本の医師は将来、過剰に転じると言われているが、医師の増加が本当に医師の地域偏在を解決へと導くのかという疑問である。ただ医師が増えたとしても、地域医療の重要性を学び、地域に定着する医師が育たないと根本的な解決にはならないのである。

このように、現在抱える問題は多く、医師の偏在を是正するための政策提言が必要であると我々は考えた。

---

<sup>3</sup> 2004年1月、文部科学省が医学部のある全国51大学で「名義貸し」があったと公表。医学部のある国公立大は全国に79校あり、全医学部の3分の2に「名義貸し」が横行していた。このうち北海道大、東北大など4大学が195カ所の医療機関に名義を貸していた。「名義貸し」がなかった1大学を除く残り46大学を厚生労働省が調査した結果、43都道府県にまたがる355医療機関に計603人の医師が名義を貸していた。文部科学省の調査と合わせると、「名義貸し」は全国550の病院に及んだ。

## 第2節 先行研究の紹介

次に、本稿の目的である医師の地域偏在の是正に対し、先行して調査された、実際にへき地に勤務している医師に関する研究についての考察を行う。

松本(2004)によると、わが国では1998年の人口10万人あたりの医師数は196.6人に達し、1970年に国が目標としていた150人をすでに超え、医師過剰が指摘されている。しかし、全国に1200の無医地区<sup>4</sup>・準無医地区<sup>5</sup>が存在していて、そこに33万人が住んでいるという現実がある。また人口5000人以下の自治体に比し約25%程度にとどまっている。(自治医科大学<sup>6</sup>2002)

わが国においては、へき地の医療サービス確保は、主に地方自治体がその責任を担っており、従来から国からの財源支援のもとに、へき地診療所や病院の設置、医療機器の購入、医師の招聘、医師住宅の供給などを行ってきた。しかし、こういった努力にもかかわらず、都市部とへき地との医師分布の不均衡はほとんど是正されていない。本先行研究では、実際にへき地で勤務している医師に対し、どういった点に満足しているのか、またどういった点を改善すればへき地での勤務を継続したいと思うのかどうかをアンケートにより調査している。

アンケート項目において重要であるとされたものとして以下の項目がある。

仕事面；へき地の遠隔性に由来する項目 診療所のハードに関する項目

行政に関する項目 生涯教育や労働条件に関する項目

生活面；医師住宅 地域の利便性 医師の家族に関する項目 休日数

調査により分かることとして、医師は「行政の姿勢」「生涯教育の機会」の2項目に関して、重視度が高いにもかかわらず、満足度の度合いは低く、へき地医療対策において重点項目として捉えるべきものである。特に、「行政の姿勢」に対しては医師が最も重要視していたにもかかわらず、満足度は極めて低かった。

こういった傾向は、わが国ではへき地において保健、医療、福祉といったあらゆる面において自治体行政が関わってきたという経緯があるため、このような環境下では医師が自治体行政との連携を重要視するのは自然なことである。行政と、医師との連携の円滑さを欠いた場合、医師が仕事面において支障をきたし、満足度が相対的に低くなる可能性が考えられる。

生活面に関しては、家族や人間関係に関する項目の重視度が高く、それに対する満足度は中等なものであり、逆に土地のへき地性や遠隔性に由来する満足度が低かった。この点においては、医師数の地理的分布の基礎的研究(東京工業大学)でも指摘されているように、交通機関の利便性が高い地域に医師が多く集まることがわかっており、医療施設までのアクセスコストが低い地域は医師と患者両者における集中を促進させている。また、休日数においては、満足度が大幅に低く、それにより医師の生活の質が損なわれていることが見受けられる。東京工業大学の論文においても、余暇要因が医師の地理的分布に関連性があることが述べられている。へき地勤務医師の僻地における仕事量の多さ、長時間労働、それに伴う休日数の減少により医師のへき地からの離脱が推測される。休日数の満足度はへき地への勤務を将来希望との関係性

<sup>4</sup>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出来ない地区。

<sup>5</sup>無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し、適当と認められた地区。

<sup>6</sup>医療に恵まれないへき地等における医療の確保向上および、地域住民の福祉の増進を図るために昭和47年に設立された。

が高いことが考えられ、都市部の医師がへき地に勤務してもよい条件として、負担にならない勤務を優先的に考える必要がある。

医療機器の設備、いわゆる「ハード」な面に関する調査においては、全国平均とへき地医療機構とにおいて医療機器の所有率が比較され、全国よりも高い所有率を示した。こうした背景には、へき地医療に昭和 30 年代から多額の公費が投入されてきたことがある。1997 年の日本厚生協会<sup>7</sup>の調査によると、政府の定めた「へき地保健医療計画」に基づいて、同年だけでも 334 億円（うち 5 割が国、5 割が地方自治体が負担）がへき地医療機関のインフラ整備・医療機器の購入、維持に使われていることがわかった。こういった医療機器への投資は、へき地においては大都市に備わっている高度先端医療病院へのアクセスが困難であることから行われてきたことがわかる。しかしながら、医療機器の整備を進める際には、その機器の活用性が重要視されるべきことであり、本研究においては所有率のみの調査となっており機器自体の稼働性は不明のままであった。医師や、医療従事者の少なさ、さらに利用ニーズについて考えると、へき地において、都市部よりも稼働率が低いことは明らかである。医療機器の整備が行われたとしても医療者サイドが必要を感じないと有効活用されないままで、全く意味がない。行政と、医療者との意思疎通が重要な課題である。

本先行研究において、実際にへき地に勤務している医師がどのような面で満足しているか、また、どのような面で満足度が低いのか明らかにされた。特に、「行政との連携」や「生涯教育の機会」に対する重視度が高いにも関わらず、満足度が低く医師がへき地勤務に満足できていないことが分かる。国も、これまで医師確保策として「へき地保健医療計画」を始めとする様々な支援、策を打ち出してはきたが、都市とへき地の医師分布の不均衡は是正されていない状況にある。従来から、行われてきた医療施設、機器の整備よりもむしろ医師の側からすると、行政との連携を促進し、個々人が生涯教育の機会を得ることの方が推進されるべきであることが指摘される。しかし、現時点においては実際に十分な対策が取られておらず、不満は解消されていない。

また、これまでにへき地医療に従事する医師に対しての実態調査や、医師の偏りをなくし、僻地医療を充実させるために行われてきた研究は、非常に少なく、こうした点からも、まだまだへき地医療が抱える問題は大きいことがうかがえる。こういった問題が明らかにされたことで、さらに現状について分析し、それらと照らし合わせて、必要とされる是正策について突き進めていきたい。

---

<sup>7</sup> 昭和 23 年 5 月 4 日に厚生大臣の許可を得て設立された社団法人。創立以来、「結核ほか感染症の予防」と「公衆衛生思想の向上」を目的として活動をおこなっている。

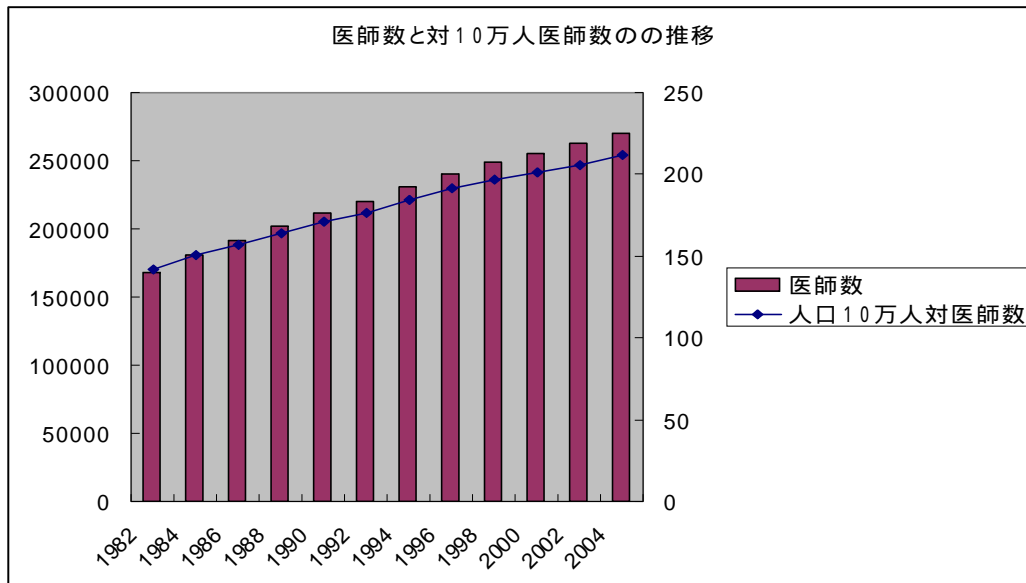
## 第2章 現状分析

この章では、これまでの日本の医療の経緯、へき地における医療の現状と今まで政府がその解決策として行ってきた対策などを述べる。第1節では日本の医師数とへき地医療の現状、第2節ではへき地医療充実のための政府の取り組みの経緯、第3節ではわが国の医師養成システムの考察を述べる。

### 第1節へき地医療の現状

わが国の医師数は、平成16年度に27万人を突破し、調査開始年度よりその数は年々増加している。日本全体の人口10万人対医師数は、2000年に200人を突破し医師数が現時点で過剰であると示唆する専門家も多い。

図2-1



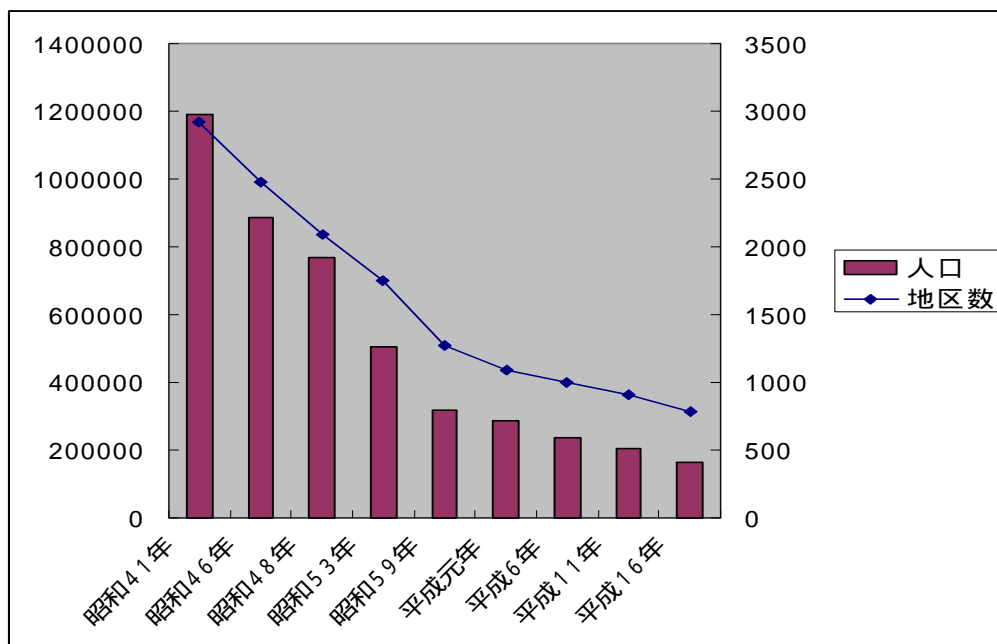
厚生労働省HPより作成

日本では医師数の増加は医療費の増大を招く一因とも考えられており、近年では、医師の増加抑制政策の必要性が指摘されている。また実際に過去には、医学部の定員数を削減するなどをして医師数を抑制する政策が実際にとられた時期も存在する。しかし、そんな中、一方で特定地域、主にへき地における医師の不足は深刻である。2000年時点でへき地指定<sup>8</sup>を受けている町村は全国において1512自治体存在し、その地域での平均の人口10万人対医師数は84.3人と全国平均からかけ離れており、半数の地区が医師の確保が安定していないと厚生労働省に報告している。医師過剰と叫ばれる時代ではあるが、医師数の顕著な地域格差の存在は明らかである。

今回、我々はへき地医療の現状分析において全国でへき地指定を受けている1512自治体すべての医療提供の実態を掴むことは出来なかった。よって代わりに平成16年度に厚生労働省が行った全国に存在する無医地区・準無医地区の現状調査と同じく平成16年に厚生労働省が行ったへき地診療所<sup>9</sup>に対するアンケートを用いてその実態をさぐっていくこととする。

### 無医地区・準無医地区の現状把握

図2-2



厚生労働省HPより作成

<sup>8</sup> へき地指定とは自治体の全体もしくは一部が過疎4法(過疎地域活性化特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の特別措置法、山村振興法、離島振興法)のいずれかの指定を受けていること。

<sup>9</sup> 医療機関のない地域で中心地から半径4Kmの区域内に1,000人以上が居住し、容易に医療機関を利用できない地区の住民の医療を確保するため、市町村が設置する診療所。

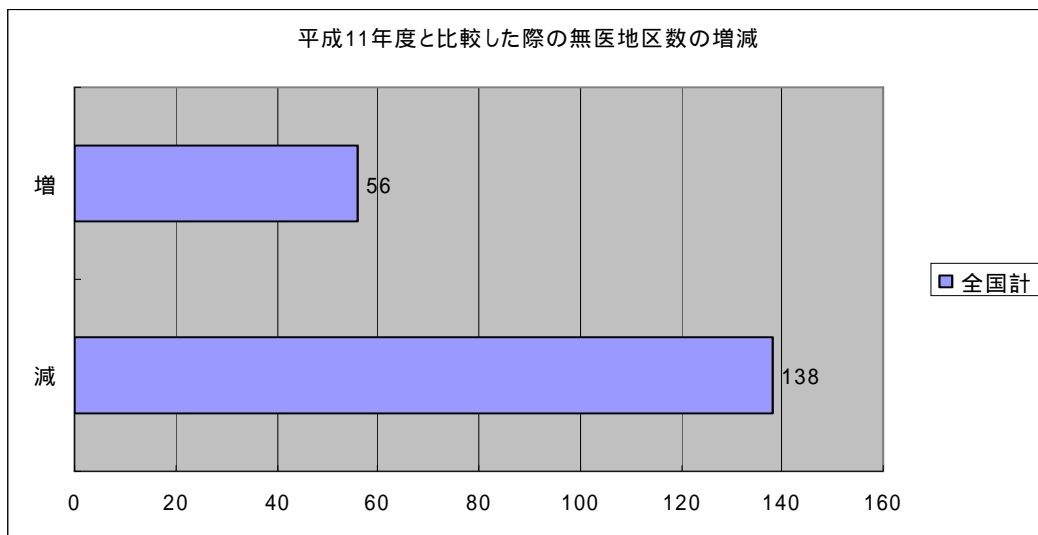
表 2 - 1

	昭和41年	昭和46年	昭和48年	昭和53年	昭和59年	平成元年	平成6年	平成11年	平成16年
人口	1191312	884844	767940	504819	319796	285034	236193	203522	164680
地区数	2920	2473	2088	1750	1276	1088	997	914	787

厚生労働省HPより作成

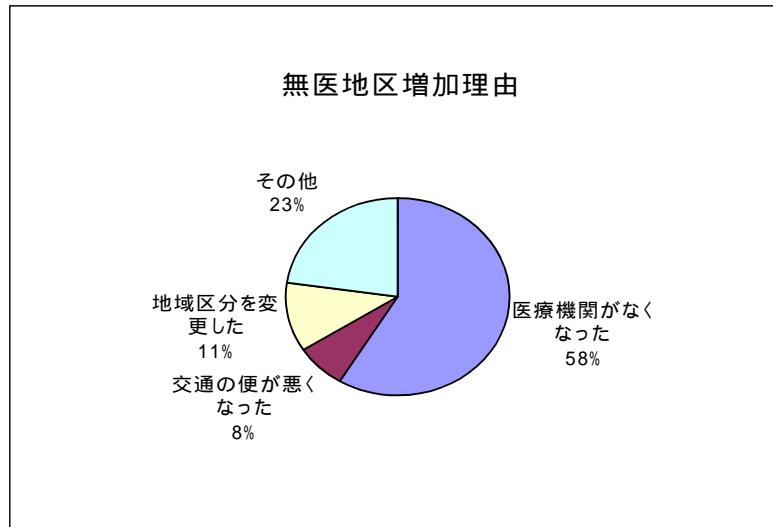
厚生労働省によって調査されている無医地区調査の近年の推移は上記に表した通りである。各回、実施ごとに対象人口、地区数ともに減少がみられるのは明らかであり、調査開始年度である昭和43年度と平成16年度を比較した際、人口は約7分の1に、地区数は4分の1に減少している。厚生労働省は無医地区、準無医地区を含むへき地に医師を供給するために、これまで様々な対策を立て実践しており、この数字を着実に減少させてきたと考えられているが、無医地区、準無医地区を把握する調査によると以下のような結果も出ている。

図 2 - 3



出所：厚生労働省 平成16年無医地区調査

図 2 - 4



出所：厚生労働省 平成 16 年無医地区調査

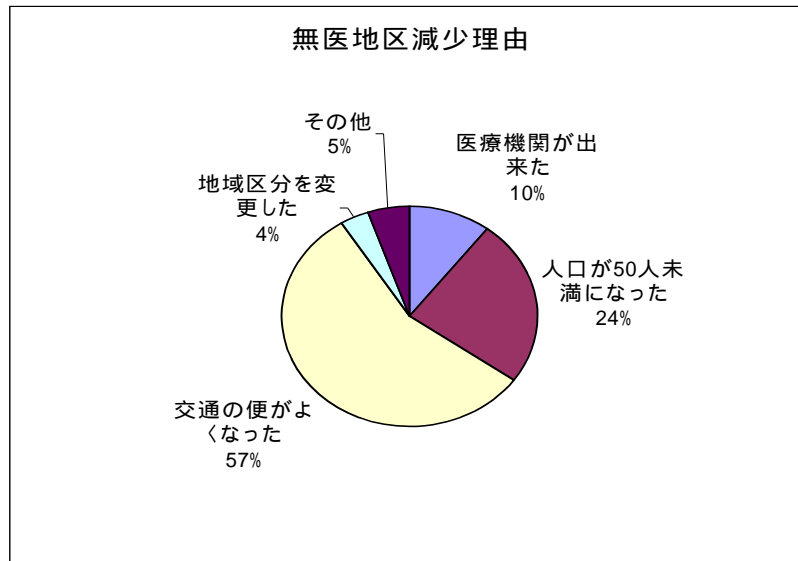
表 2 - 2

無医地区数増加理由

医療機関がなくなった	31
交通の便が悪くなった	4
地域区分を変更した	6
その他	12

出所：厚生労働省 平成 16 年無医地区調査

図 2 - 5



出所：厚生労働省 平成 16 年無医地区調査

表 2 - 3

## 無医地区数減少理由

医療機関が出来た	14
人口が 50 人未満になった	33
交通の便がよくなった	76
地域区分を変更した	5
その他	7

出所：厚生労働省 平成 16 年無医地区調査

11 年度の調査時と比較した際の無医地区の増減数と増減理由を考察する。注目すべき点は、無医地区でなくなった理由として、医療機関が出来たからと答えた地区は無医地区でなくなった地区全体の 10% にしか満たないという点である。交通の便がよくなり、近隣の病院を利用出来るようになった地区や、人口が 50 人以下になり、無医地区の定義から外れただけで、なんら問題の解決をしていない地区で 80% を占めている。

一見、無医地区、準無医地区は順調に減少の一途をたどっているかのように思えたが、実際は、その地区の過疎が進み、無医地区の定義から除外されてしまったり、交通の便がよくなったとしているだけで、無医地区に医療施設や医師を配置できたので解決したという本当の意味での解決がなされた地区は少ないとこの結果から考えられる。

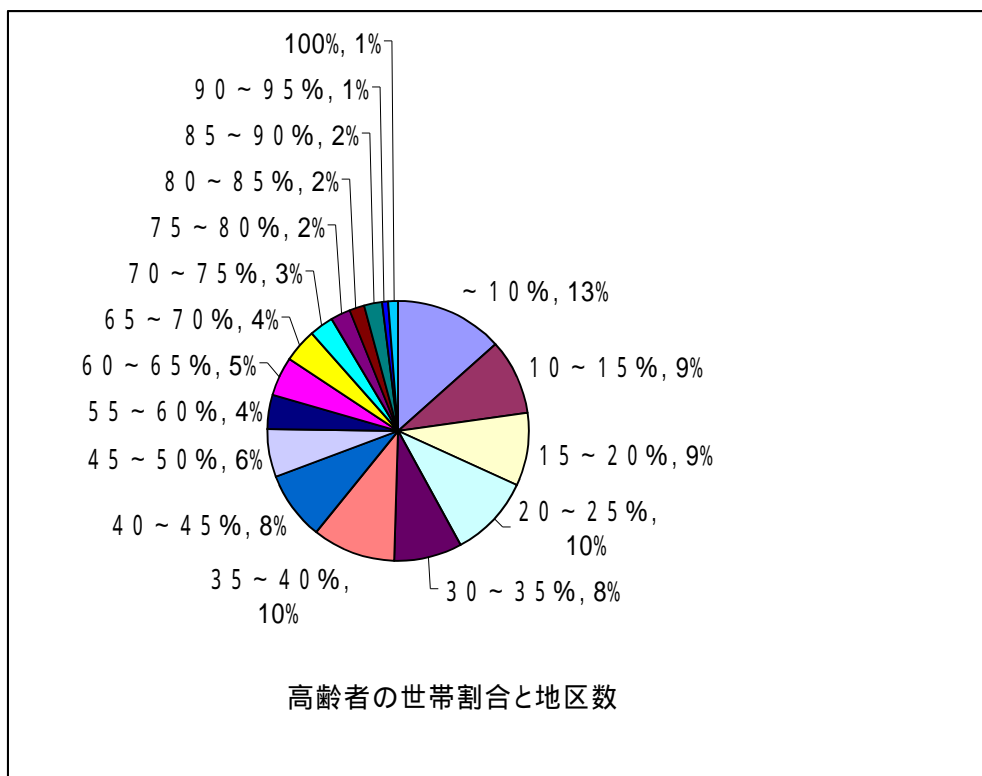
表 2 - 4

無医地区の人口構成

総数	0～14歳	15～64歳	65～69歳	70歳以上	高齢化率	寝たきり者数
332379	41333	180117	31932	77189	32.90%	3695

出所：厚生労働省 平成 16 年無医地区調査

図 2 - 6



出所：厚生労働省 平成 16 年無医地区調査

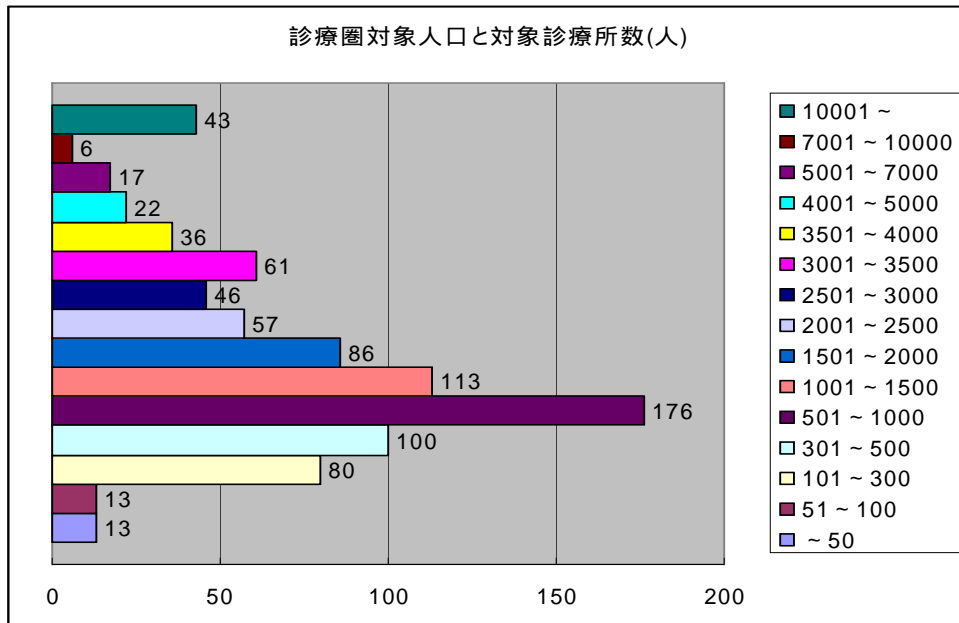
次に無医地区の人口構成と高齢化世帯割合を考察すると無医地区の高齢化が進んでいることが見受けられる。高齢者は複数疾患を抱えた患者、生活習慣病率などが成人より高くなり、全人的・診療科横断的な医療や予防医学の必要性が高まってくる。この数字がさらにシフトし、無医地区の人口構成がさらに高齢化することは容易に予想出来る。よって医療機関のない無医地区を含むべき地には医師、特に専門に偏らない医師の早急な派遣が求められる。

### 現在のへき地における医療行為の現状

へき地の医療施設が提供している医療行為の詳細は厚生労働省が5年に一度行っている「へき地診療所へのアンケート調査」から把握することが出来る。

平成16年に行われたアンケートは対象診療所総数が869ヶ所存在し、診療圏対象人口は以下のようにになっている。

図2-7

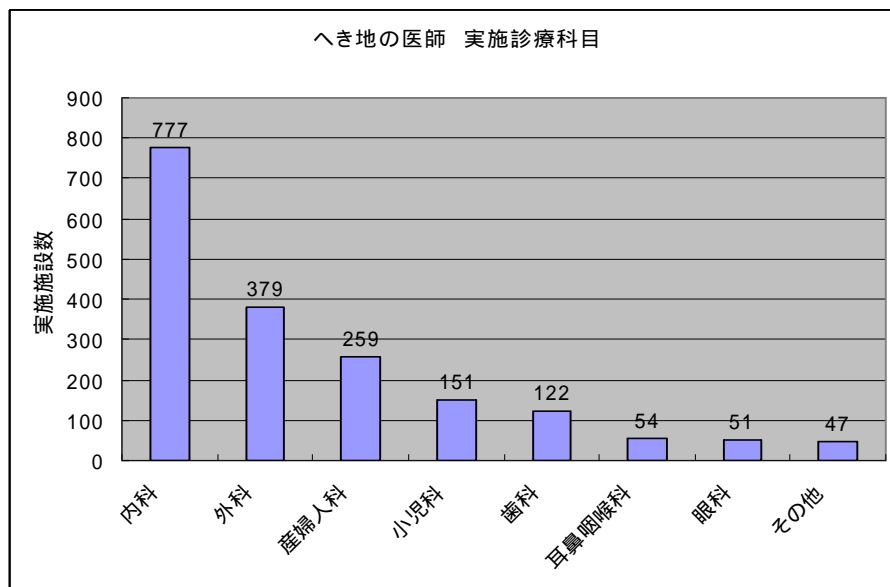


出所：厚生労働省 へき地診療所へのアンケート調査

診療圏対象人口は501人～1000人が最も高い数字となっているが、1000人前後を中心に50人以下から1000人以上まで幅広く分布している。

へき地診療所の診療科目の実施状況としては以下の通り内科、外科、産婦人科の順となっている。内科、外科、産婦人科の順番となっているが、へき地において必要性が高いと思われる可能な限り全てを診療していくというその他の「全科」「総合診療」と答えた診療所は全体の0.45%にとどまっているのが現実である。

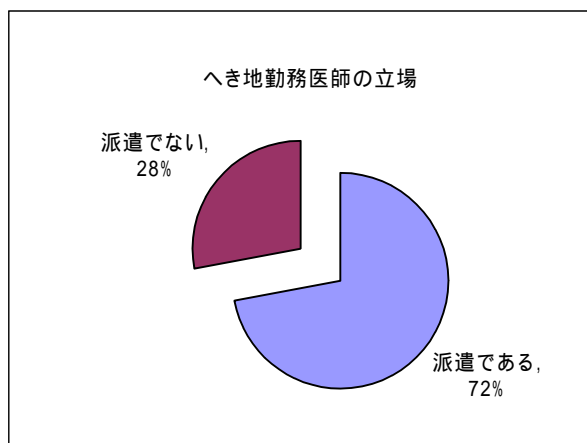
図 2 - 8



出所：厚生労働省 へき地診療所へのアンケート調査

またへき地に勤務している医師の 72%は派遣によって供給されている。また同アンケートで、派遣によってへき地で勤務している医師 72%のうちの 69%は大学医局からの派遣と答えており、医局の人事権はへき地に医療サービスをもたらす際になくてはならない存在と考えられる。

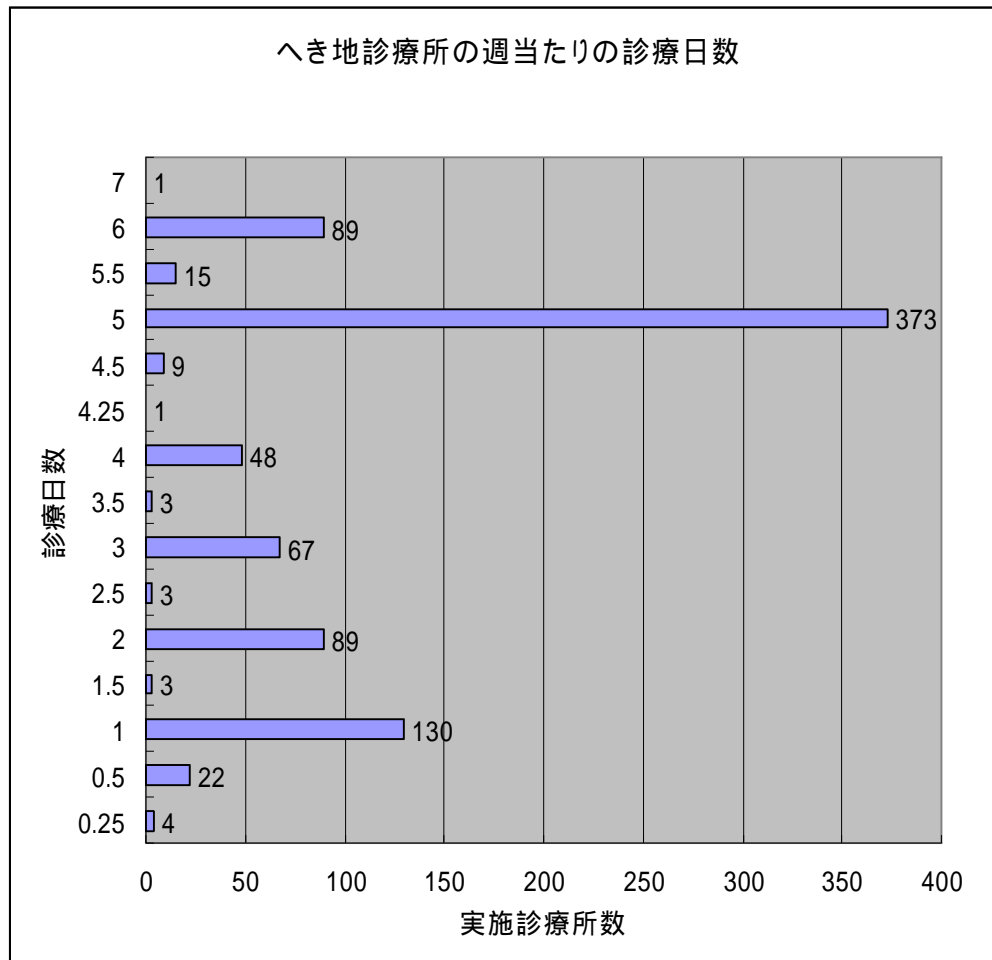
図 2 - 9



出所：厚生労働省 へき地診療所へのアンケート調査

へき地における診療所の週当たりの診療日数を考察してみると、週2日を休診とした5日の診療をしているへき地診療所が全体の40%と最も高い割合となっている。しかし、一方で、週に1日以内が156箇所、2日以内が92箇所と週に1日から2日ぐらいだけ診療している診療所も30%近くあるという結果になっている。

図2 - 10

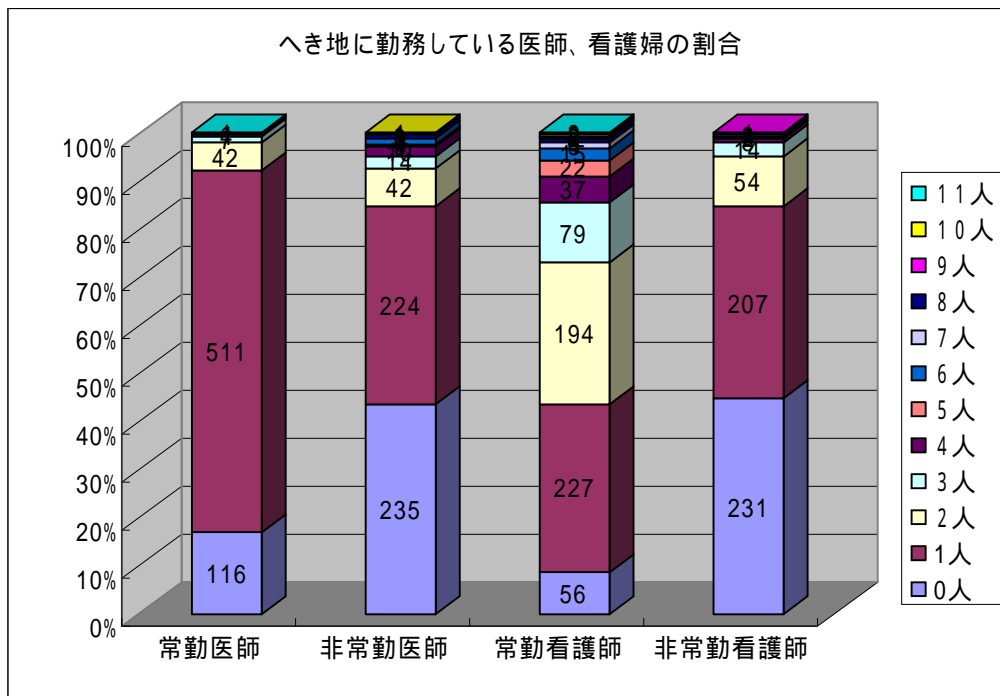


出所：厚生労働省 へき地診療所へのアンケート調査

また、常勤、非常勤医師、看護師の割合は以下のように表され、常勤医師がひとりだけとなっている診療所は全体の60%にも及び、常勤医師が0人、すなわち、常勤医師不在の診療所も全体の13%存在する。そのようなところは非常勤医師が一人で医療を提供していると考えられるので、へき地の診療所の全体の約73パーセントは医師としての仕事を一人でこなしていると考えられる。行政側はその地区が無医地区でなくなったことに安心し、そこで問題解決としてしまう場合が多いかもしれないが、へき地において医師一人に業務を任せるとは当然肉体的にも、また精神的にも大変負担のかかることである。へき地の診療所では近隣に医師がいない、または少ないことが多いので、精神的孤立感を生み出しやすいので

ある。この勤務する医師数の割合結果を見て、無医地区数の減少成果を素直に受け入れてはならないことがわかる。

図 2 - 11



出所：厚生労働省 へき地診療所へのアンケート調査

## 第 2 節へき地医療充実への取り組み

日本の医療は過度の専門分化が進んでおり、研究至上主義で専門医志向が強いのが以前からの特徴である。それゆえ、医師は高度な技術を学ぶために、設備や研究環境のととのった都市部の病院に集中するという傾向が見られる。また、へき地勤務は医師自身の生活面に支障をきたす恐れもあるため、勤務を自ら望む医師はそう多くない。

これまで、わが国が医師不足になっているへき地に医師を送り込むため、行ってきた対策としては大きく分けて 2 つ挙げられる。1 つは対策委員会などを立ち上げてへき地に勤務している医師のバックアップの強化、医療機器の充実などに重点を置いて、現在すでにへき地に勤務する医師の環境を整備する。その上で希望者の斡旋などを行っていく取り組みと自治医科大学の設置、医学大学のカリキュラムの改定などによる地域に密着した医師を育成する取り組みである。

### へき地勤務医師のサポートとしての取り組み

労働環境の整備を方法としてへき地の医師不足解消を目指すために立ち上げている厚生労働省の委員会として代表的なものは「へき地保健医療対策検討会」であり、また医師の需要数と供給数を検討する委員会として「医師の需給に関する検討会」が存在する。

へき地保健医療検討会では“へき地保健医療計画”を昭和31年度から平成17年度12月末日までにおいて9次に渡って実行しており、へき地・離島に係る保健医療対策に係る計画を策定し、都道府県に対し方針を示してきた。

1次からの経緯は以下の図にまとめてある。最新の平成18年度から22年度までの5年を計画期間とする第10次へき地保健医療計画で実行される具体的方策としては、代診医の派遣を増加する等のへき地医療支援機構の強化、情報通信技術（IT）を通じた診療上の意見照会や相談体制の確立、新たな医療計画制度で求められる医療機能の連携・ネットワーク等の考え方を活かした実効性のある計画作り等、またへき地・離島における医師確保のための新たな方策として、医師のキャリア形成におけるへき地・離島勤務の評価などを通じたへき地医療を担う医師への動機付け、大学医学部定員の地域を指定した入学者選抜の拡大など地域における医師の確保、地域医療支援病院の制度を活用するなど、を策定して取りまとめたと報告されており、主に医師にへき地勤務のインセンティブを強め、モチベーションを上げさせるような取り組みの実現を目指している。

現在進行中の第9次の最大の成果としては各都道府県にへき地医療支援機構の創設を求めたこと、そしてへき地医療拠点病院群を再編成したことが上げられる。

へき地医療支援機構とはへき地医療対策の各種事業を円滑に実施するために、各都道府県下に設置を求めたもので実務者レベルのへき地医療関係者で構成されている。設置はへき地医療の中核的病院にすることになっており、具体的な事業内容としては代診医の派遣調整、研修計画の作成、診療支援事業の計画・調整と支援病院に対する要請、へき地医療支援病院の評価などが上げられ、現在、8割を超える都道府県に設置が完了している。

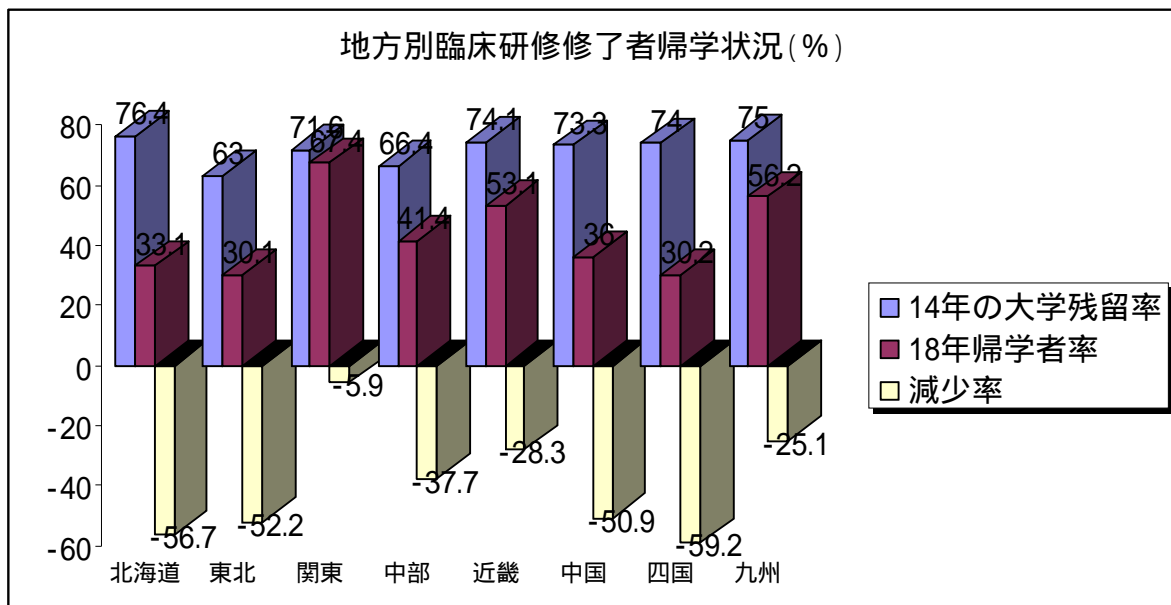
へき地医療拠点病院とはへき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院のことで、これを都道府県単位で「へき地医療拠点病院群」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に医師（代診医を含む）等の派遣、派遣医師のプール、研修事業、遠隔医療の各種支援（機器の共同利用等）の診療支援を行い、へき地における住民の医療を確保することを目的とするのがへき地医療拠点病院再構築の概要である。

また各都道府県、特に医師不足が深刻である県などは、医師確保緊急対策事業に乗り出している。医師確保のための対策室を設置し、将来、地元での医療活動を希望する医学部生への奨学金制度の新設や、大学、医療機関を訪問し、誘致活動を行ったり、全国にいる県出身者の医師らを訪ねてUターンを促すなど、医師を地元に戻らせる取り組みを強化している。

一部特定地域の医師不足が認識されはじめてから現在に至るまで、へき地に医師を迎え入れるため、様々な政策を実行している。確かに、一部地域での医師不足は、減少傾向にあるものの、まだまだ医師が不足している地区が多く、前節にも記した通り完全なる解消にはつながっていないのが現状である。

2006年8月に開かれた「医師の需給に関する検討会」では国が認めた医師不足が深刻な10県（青森県、岩手県、福島県、新潟県、山梨県、長野県、岐阜県、三重県）について平成20年度より最大10年間、その県が持つ大学の医学部定員を10人以内の定員増を算定的に認めるという方針も決定されているが、その地域の医師不足に対する即効性は確実になく、また厚生労働省が調査した結果、図2-11平成18年の臨床研修を終えた研修医の地方別帰学者数を見ても期待は薄い。この減少率の背景には平成16年度に導入された新臨床研修制度が大きく関係している。新臨床研修制度については第3節で述べる。

図2-12



厚生労働省 HP より作成

また政府・与党社会保障改革協議会では、医師不足が顕著に見られる特定診療科やへき地などの診療報酬を引き上げるなどの案も打ち出されている。

日本が行っている2つめの大きな対策としてはへき地に送り込む医師の育成としての自治医科大学の設立が挙げられる。

### 自治医科大学設立の経緯

自治医科大学は1972年（昭和47年）に開学している。創立当時の人口10万人対医師数は115人程度であり、アメリカの160人、西ドイツの190人、イタリアの200人と欧米に比べて少なく、特にへき地で働く医師はさらに極めて少数であったため、安定的にへき地の医師を確保するシステムの構築が必要不可欠であった。そこでへき地等の医療の担い得る医師を養成するという明確な使命と責務を有する大学として総合医<sup>10</sup>の養成に重点を置き、へき地医療分野において先駆的役割を果たす大学として自治医科大学が創設された。

<sup>10</sup> 特定分野に偏ることなく幅広く、かつ高度な医学知識、医療技術を習得した医師のこと。

### 自治医科大学の特徴とその功績

自治医科大学の最大の特徴はやはり、卒業後、出身都道府県の知事の指示に基づき、指定公立病院等に医師として一定の期間勤務したとき、在学中に貸与を受けた修学資金の返還債務が免除される点であろう。一定の期間とは、一般的に9年間で、そのうちの2分の1はへき地等に勤務することが義務付けられており、これをいわゆる義務年限と呼ぶ。

義務年限後は自由となるが、多くの卒業生は終了後も出身都道府県内にとどまり、それまでの経験を活かして地域医療に貢献している。

平成13年度時の自治医科大学の卒業生の進路としては以下の表を参照していただきたい。

表 2 - 5

区分	へき地等	へき地等以外	合計	割合	へき地等勤務・開業の内訳							
					へき地指定				へき地中核病院	へき地医療支援病院	施設数	
					過疎	山村	離島	特別豪雪				
勤務	病院	597	582	1,179	85.8	306	340	52	92	209	57	253
	診療所	239	75	314	15.8	181	162	51	21			216
	行政	7	83	90	4.5	5	6	1				7
	大学		227	227	11.4							
	その他		18	18	0.9							
	小計	843	985	1,828	91.4	492	508	104	113	209	57	476
開業	28	145	173	8.6	15	15		9			28	
合計	871	1130	2,001	100	507	523	104	122	209	57	504	
割合	43.5	56.5	100		25.3	26.1	5.2	10.4	10.4	2.8		

自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より

へき地には504施設において871人(43.5%)が勤務又は開業している。この表は、義務年限の勤務最中の者も含めた数という点に注意しなければならないが、自治医科大学の卒業生が、へき地における医療提供において必要不可欠であり、彼らが果たす役割は大きい。

では義務年限終了者のみに着目した場合、どうであろうか。昭和62年に始めて1期生が義務年限を終了して以来、平成11年度時点の義務年限修了者は1416名となり、全卒業生に対する割合は57.0%である義務年限を終了した1416名の状況は以下の通りである。義務年限終了

後も引き続き出身都道府県内で勤務または開業している者は 1025 人であり、約 7 割にあたる。が、しかしその中で義務年限終了後もへき地等で勤務、または開業している医師は 398 人で義務年限終了者全体の 28.6%にとどまっている。やはり、義務年限を終えるとへき地等から去る医師が多いことがわかる。

## 第 3 節 我が国の医師養成システムの考察

また自治医科大学創設以外にも国は、大学の医学部において専門に偏っていない地域に貢献する総合医を輩出するため、近年、初期臨床研修時において抜本的な改革を遂行し、近年研修制度の改定を図った。

### 研修制度の経緯

日本で初めて導入された研修制度は 1948 年に医師法で定められたインターン制度<sup>11</sup>である。しかし研修期間においての身分が不安定で、給与の保障もほとんどなかったため、学生による闘争が起こり、1968 年、廃止に至った。そして同年、「大学病院や厚生大臣の指定する病院（臨床研修病院）で臨床研修を行うのが望ましい」という努力義務の形で行われる臨床研修へと移り変わり、単価研修で研修を受けさせるのか、またローテート方式<sup>12</sup>、総合診療方式<sup>13</sup>で研修を受けさせるかもその大学病院の自由であった。しかし、2004 年度に以前から問題視されていた研修生の身分的、経済的保証や曖昧であった研修の到達目標の明確化などを改善すると同時に専門家の一途をたどる医療に歯止めをかけようとプライマリ・ケア<sup>14</sup>を習得した医師の育成を目指すため、内科、外科、および救急部門（麻酔科を含む）、小児科、産婦人科、精神科、および地域保健・医療をローテーションすることの義務化が定められている新臨床研修医制度を導入した。今日本の医療は最大の転換期を迎えていると思われる。

### 新臨床研修制度

新臨床研修制度とは医師国家免許を取得し大学を卒業したのち、二年間、大学病院や国が定めた臨床研修病院で現場研修を行うことを義務化した制度である。また専門分野に偏らない医師の育成を目指し、プライマリ・ケアの習得を目標に掲げているため、カリキュラムも大幅に変更され臨床研修病院設定基準や研修医の進路決定方法の変更など、導入以前とは異なる点が多い。

導入以前は大学卒業後すぐに自分の専門とする診療科を決定し、直ちに大学の医局に入局するのが一般的であった。そこで教授の専門としているテーマを勉強させられ、専門医として道を歩むようになる。そして医局員の多くは数年すると医局の勢力下にある病院や要請を受けた病院に派遣されていく。その何年か後、大学病院に戻るか、開業医になるというパターンが定着していた。さきほど述べたようにへき地に勤務する医師が派遣である率が高く、その中の

<sup>11</sup> 大学を卒業後、大学病院や保健所で 1 年間臨床実地研修を行った後に医師国家試験資格を得られる制度。

<sup>12</sup> 1980 年（昭和 55 年）に導入。内科系、外科系の診療科を中心に関連科も研修すること。

<sup>13</sup> 1985 年（昭和 60 年）に導入。少なくとも内科系、外科系のおのおの 1 診療科、小児科、救急医療部門をそれぞれ 2 ヶ月以上初期 2 年以内に研修する。

<sup>14</sup> 個人や家族に最初に接する保健医療システムで、予防から治療、リハビリまでの全科的・全人的医療を提供すること。

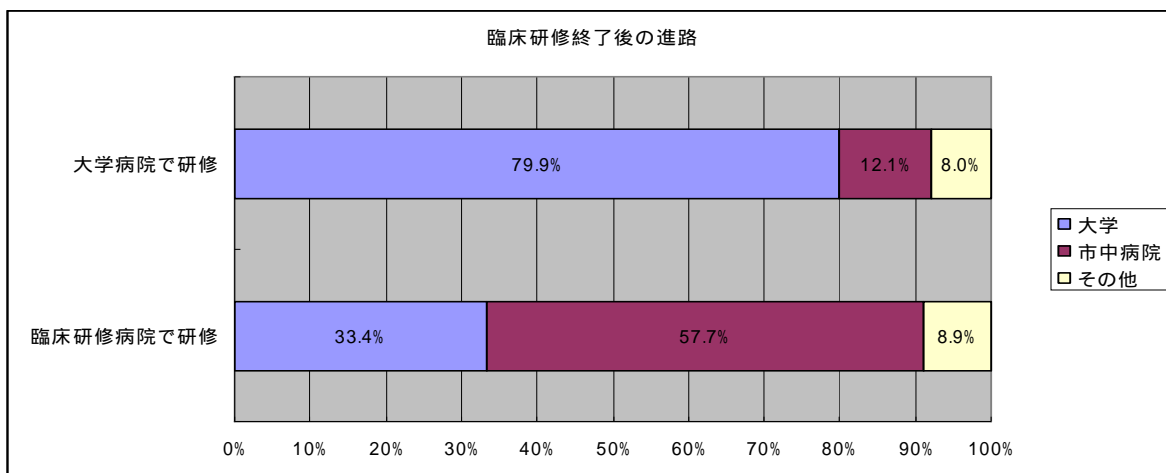
69%が大学医局からの派遣となっていたのはこの一般化していた進路のためである。大学の医局の人事権により、地方の公立病院やへき地の病院は医師を確保していた。

しかし、今回導入された新臨床研修制度によってこの流れは崩壊し、医局の人事権をも喪失する事態となった。

へき地医療にとって医師供給の要であった大学医局制度の人事権の崩壊を招いた最大の要因は「マッチング制度」の導入である。マッチング制度とは、研修を受ける先の病院の環境やカリキュラムを参考に研修医自身が自分で研修先を選べるという制度で、臨床研修病院と定められている病院ならどこへ行ってもよいこととなっている。また、2年間、大学病院ではなく臨床研修病院で研修を終えた際に出身大学病院に戻って入局するか、研修先の病院で働き続けるかの選択も研修医自身に委ねられており、その点が医局の人事権の喪失に直結している。

平成18年3月に厚生労働省が2年間の研修を終えた研修医を調査したところ、臨床研修病院で研修した研修医(全体の50.8%)のうち、大学病院に戻ってきた割合は28.9%にとどまり、研修を受ける際にいったん大学から出た場合、大学病院に戻るのは三人に一人という結果になっている。この事態は大学病院の医局に在籍する医師の不足を招いていることは事実である。新臨床研修制度が導入されてから、他の病院へ派遣する医師の余裕を無くし、医師を派遣できない事態に陥っている。さらに深刻な場合は、地方に派遣していた医師を大学病院の医局の方に引き揚げさせ、不足を補う場合も出てきている。過去四年の在籍状況の推移と照らし合わせて考えると、大学病院ではなく、臨床研修病院に在籍する研修医が年々増えていることも見受けられ、研修終了後の進路選択を自身でなせることから魅力的なカリキュラムを実施している、また実施する余裕のある一般病院に今後医師がさらに集中するということも考えうる。

図 2 - 13



厚生労働省医事課調べ

また平成 17 年度研修医マッチングの結果を載せる。以下の表から、各都道府県によりマッチング率に差があることがうかがえる。特に大都市圏でのマッチング率は高く、地域によってかなりのばらつきがある。

表 2 6

都道府県	募集定員	マッチ者数	マッチ率
北海道	548 人	305 人	55.70%
青森県	115 人	53 人	46.10%
岩手県	103 人	74 人	71.80%
宮城県	175 人	112 人	64.00%
秋田県	133 人	69 人	51.90%
山形県	105 人	55 人	52.40%
福島県	163 人	82 人	50.30%
茨城県	173 人	115 人	66.50%
栃木県	158 人	128 人	81.00%
群馬県	147 人	102 人	69.40%
埼玉県	286 人	192 人	67.10%
千葉県	397 人	302 人	76.10%
東京都	1524 人	1347 人	88.40%
神奈川県	695 人	601 人	86.50%
新潟県	161 人	91 人	56.50%
富山県	116 人	66 人	56.90%
石川県	128 人	74 人	57.80%
福井県	82 人	45 人	54.90%
山梨県	87 人	45 人	51.70%
長野県	189 人	106 人	56.10%
岐阜県	174 人	101 人	58.00%
静岡県	267 人	187 人	70.00%
愛知県	671 人	515 人	76.80%
三重県	122 人	75 人	61.50%
滋賀県	103 人	68 人	66.00%
京都府	339 人	298 人	87.90%
大阪府	846 人	678 人	80.10%
兵庫県	393 人	322 人	81.90%
奈良県	130 人	66 人	50.80%
和歌山県	103 人	68 人	66.00%
鳥取県	77 人	32 人	41.60%
島根県	92 人	61 人	66.30%

岡山県	214 人	160 人	74.80%
広島県	213 人	133 人	62.40%
山口県	144 人	67 人	46.50%
徳島県	122 人	51 人	41.80%
香川県	95 人	43 人	45.30%
愛媛県	116 人	72 人	62.10%
高知県	84 人	45 人	53.60%
福岡県	627 人	509 人	81.20%
佐賀県	75 人	48 人	64.00%
長崎県	140 人	108 人	77.10%
熊本県	148 人	97 人	65.50%
大分県	86 人	49 人	57.00%
宮崎県	71 人	37 人	52.10%
鹿児島県	134 人	101 人	75.40%
沖縄県	157 人	145 人	92.40%
合計	11228 人	8100 人	72.10%

データ出典 自治医科大学

## 第3章 実証分析

1980年度と2000年度を比較して医師数が増減した地域で人口規模が同程度の自治体を選び出し、へき地医療についてどのような取り組みが行われたのかを分析した。分析の結果から各市町村ごとに代診医の派遣数や巡回診療の回数について大きな隔りがあることがわかった。またへき地勤務には自治医科大学出身の医師が重要な役割を果たしていた。

### 第1節 各都道府県の取り組み

対象は理論モデルの昭和55年から平成12年の間で医師数が増加した町村、減少した町村である。また、香川県の取り組みも紹介する。

(岩手県)

#### へき地に対する取り組み

岩手県はへき地医療支援機構に加入している。へき地診療所・拠点病院として登録されているのは済成会岩泉病院の一つだけである。岩泉病院の医師数は4名であり、自治医科大学の卒業生が毎年1名派遣されている。巡回診療は岩泉町の診療所3つ、釜津田診療所、安家診療所、大川診療所で週に1回行っている。また岩泉町の有芸診療所においては週に2回行っている。4つの診療所に毎回医師1名、看護師1名が出向いている。岩手県で巡回診療をしているのはこの岩泉病院だけである。

岩手県にはへき地診療所という枠組みがない。診療所としては現在約200ヶ所存在している。

#### 理論モデルの市町村について

・昭和50年から平成12年の間に増加していた町(2つ)を取り上げる。

#### 石鳥谷町

国民健康保険石鳥谷医療センターには正規医師は2名、臨時医師は0.4名であり、正規看護師5名、臨時看護師4名いる。平成13～15年に自治医科大学卒業生を1名ずつ派遣されていた。訪問診療は週に2回行っている。石鳥谷国民健康保険八重畑診療所には正規医師は1名、正規歯科医は1名いる。

病院が1つあり、医院は4つある。

#### 前沢町

前沢町国民健康保険診療所には正規医師は2名、正規看護師9名、臨時看護師1名いる。出稼ぎ検診は月に1回ほど行っている。

病院は1つあり、訪問診療を月に約45人、約230～250回行っている。

- ・昭和50年から平成12年の間に減少した村(1つ)を取り上げる。

#### 玉山村

国民健康診療施設がなく、病院が2つある。

医師が増加した町の保健所に電話による調査を試みたところ、2つとも医師が増えているという実感はなかった。医師確保に関する取り組みはなされていなかった。

(愛知県)

#### 理論モデルの市町村について

12町村(市町村合併前)で医師数が増加していた。

まず、**愛知県東栄町**を取り上げる。東栄町にはへき地拠点病院である東栄町国民健康保険東栄病院がある。電話調査を町と病院を対象に行った。

- ・町の回答...運営は町だが、病院の人事は病院の運営会が行う。

- ・病院の回答...

東栄病院は医師が増加した理由として、愛知県から医師を派遣してもらう 大学病院(名古屋大学、浜松医科大学など)から医師を派遣してもらう、と答えた。行政と連携して地域医療を支えていると分かる。

愛知県に頼む 愛知県が自治医科大に派遣要請 常勤  
大学病院に頼む(名古屋大学、浜松医科大学) 非常勤

表 3-1・東栄病院の医師数

	2000年	2004年
常勤	7人(自治医科大4人)	7人(自治医科大4人)
非常勤	13人	9人〔浜松医科大学(6) 個人病院(愛知2、浜松1)〕
代診医	2人	2人
巡回医師	3人	2人

常勤医師が代診医、巡回医師を兼務

愛知統計年鑑(2000)では、東栄町の医師は11人である。  
これは、常勤7人 + 非常勤(医師常勤換算したもの)である。

- ・医師常勤換算

常勤 8時間/1日 × 5日 = 40時間 40時間(1週間)

非常勤 8時間 ÷ 40時間 = 0.2 (1日/週の場合)

### 非常勤の労働実態

2000年当時の非常勤医師の労働実態は、一週間の内一日だけ病院に勤務していた。但し、診療科(産婦人科など)によっては一週間の内一日以上病院に勤務していたかもしれない。よって、医師常勤換算の単純計算(0.2 × 13人 = 2.6人)だけで非常勤医師の人数を表すことはできない。

2004年当時の非常勤医師の労働実態は、一週間の内一日だけ、もしくは半日だけ病院に勤務していた。

#### ・医師が減った要因(2000年~2004年)

2000年から2004年の間で医師が減った理由を述べる。非常勤医師が減少したことにより医師数が減少した。理由としては、先生の都合、患者の減少である。

また、以下の質問を行った。

**質問** 私たちは、医師不足の地域に臨床研修終了後の研修医を派遣しようという政策を考えています。東栄町にそのような政策が実施されたら、率直にどう思われますか。

**回答** 東栄病院では、各機関の協力により医師不足の問題は、なんとかクリアしてあります。しかし、自治医科大学の先生や非常勤の先生がいつまでも当院に来てくれるという補償はありません。実際に全国のへき地医療機関では深刻な医師不足を抱えている所もあります。臨床研修終了後の研修医を派遣していただければ、当院としても即戦力として大変助かると思います。

次に御津町を取り上げる。町と御津町の保健センターに電話調査を行った。

町...町としては何の対策も、誘致もしていない。医師のことは保健センターの管轄になる。

保健センター...医師数が増加していたことに驚いている。具体的な理由は分からない。

表 3-2 御津町

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
診療所数	7	7	7	8	8	9	8
医師数	11	6	6	7	7	8	7
開業医数	不明						
代診医	不明						
巡回医師	無し						

また、以下の質問を行った。

**質問** 私たちは、医師不足の地域に臨床研修終了後の研修医を派遣しようという政策を考えています。東栄町にそのような政策が実施されたら、率直にどう思われますか。

**回答** 本町は 20 年前に比べると、医療機関は確かに増加していますが、内科がほとんどです。専門医（小児、産婦人、眼、耳鼻科など）の受診が、そういった政策の中で、地元のホテル等で可能になれば、住民サービス向上になると思います。医療費の増大につながるかもしれませんが…。(私の個人的な想いです)

最後に、他の町村を取り上げる。他の町村にも電話調査を行った。町、村…何の対策もしていない、誘致なども行っていない。開業医が増えただけだと思う。保健所…増えていたことに驚いた。開業医数は正確には分からない。合併前のことは分からない。

共通して、ほとんどの役場、保健所が、増えていたことを知らなかった。逆に驚かれた。医師増加の共通の理由として、開業医が増えたのかもしれない、自然増加かもしれない、という回答だった。また、開業医数の推移は、感覚的なものしか分からなかった。

・愛知県へき地医療支援機構

参考に愛知県のへき地医療支援機構について述べる。へき地医療支援機構を中心としたへき地医療対策の一元化を柱とする「第 9 次へき地保健医療計画」(平成 13 年 4 月 2 日付け医政発第 384 号厚生労働省医政局長通知)に基づき「へき地保健医療対策実施要綱」(平成 13 年 5 月 1 日付け医政発第 529 号厚生労働省医政局長通知)が示された。へき地医療支援機構は国から H14 から 2 年間の間に各都道府県に設置するようにされたものである。全国では、現在 38 都道府県が設置している。

愛知県は、これらに基づき平成 14 年 4 月 1 日より「愛知県へき地医療対策実施要綱」を施行し愛知県がんセンター愛知病院内に愛知県へき地医療支援機構が設置されることとなった。愛知県のへき地医療拠点病院とへき地診療所を挙げる。へき地医療拠点病院とは、へき地診療所の医師が研修等で不在になった際に、代わりに診療をする代診医、またへき地診療所で必要とする専門技術の支援をする技術支援の派遣調整を行っている。へき地診療所への派遣調整の実態は(資料 1)である。

表 3-3・愛知県 へき地医療拠点病院

拠点病院名
愛知県がんセンター愛知病院
東栄町国民健康保険東栄病院
愛知県厚生農業協同組合連合会足助病院
愛知県厚生農業協同組合連合会知多厚生病院
新城市民病院
豊川市民病院
豊橋市民病院

表 3-4・愛知県 へき地診療所

診療所名
一色町佐久島診療所
岡崎市額田北部診療所
岡崎市額田宮崎診療所
豊根村診療所
新城市作手診療所
富山診療所
知多厚生病院附属篠島診療所
豊田市立乙ヶ林診療所
設楽町立つく診療所

新城市作手診療所には二人の常勤医師がおり、その他のへき地診療所には、一人の常勤医(所長)がいる。設楽町立つく診療所には東栄病院から医師が通っている。

また、へき地診療所勤務医に電話調査を行った。

**回答** 愛知県へき地医療支援機構が代診医を派遣してくれるので、学会などへ行ける。へき地医療支援機構様々という感じです。ただ、お願いした時に、必ずしも代診医が来てくれるとは限らないので、不満と言え、それが不満です。

・へき地医療研修会

また、愛知県へき地医療支援機構は、へき地医療研修会を H14 から年に二回実施している。参加者はへき地医療に携わる医師、看護師、保健師、理学療法士、事務員、または医学生、看護医学生などである。愛知県以外の参加者もいる。愛知県は三重県、岐阜県と連携してへき地医療に取り組んできたので、特に三重県、岐阜県からの参加者が多い。

へき地医療に携わる医師の講演、診療所の見学などを行い、へき地医療への知識を深め、住民との意見交換をしている。

表 3-5 研修会参加者数

	H14	H15	H16	H17
第 1 回	43 名	58 名	67 名・地元住民 14 名	87 名
第 2 回	25 名	25 名	31 名(医師 15 名・看護師 11 名・保健師 2 名・事務 3)	38 名(医師 25 名・看護師 3 名・保健師 1 名・事務 9 名)

表 3-6

## H14 代診医・技術支援（日数）

支援先 町村名	職種	拠点病院				小計	計
		県立愛知病院	新城市民病院	豊橋市民病院	豊川市民病院		
作手村	医師	32	3	2	1	38	50
	理学療法士	12	0	0	0	12	
額田町	医師	9	0	0	1	10	17
	理学療法士	7	0	0	0	7	
一色町	医師	5	0	0	0	5	5
	理学療法士	0	0	0	0	0	
豊根村	医師	4	0	0	0	4	4
	理学療法士	0	0	0	0	0	
計		69	3	2	2	76	76

## 運営派遣

申請町村名	職種	拠点病院	支援日数
豊根村	看護師	東栄病院	4
富山村	医師	東栄病院	102
小原村	医師	県立愛知病院	39

## 巡回診療・健診の実績

申請町村名	地区数	事由	拠点病院	実施日数
東栄町	4	巡回診療	東栄病院	153
足助町	8	巡回健診	足助病院	22
旭町	3	巡回健診	足助病院	22
下山村	1	巡回健診	足助病院	43

H15 代診医・技術支援（日数）

支援先 町村名	職種	拠点病院							小計	計
		県立愛 知 病院	新城市民 病院	豊橋市民 病院	豊川市民 病院	東栄病院	足助病 院	知多厚生 病院		
作手村	医師	15	10	2	1				28	40
	理学療法士						12		12	
額田町	医師	9			2				11	34
	理学療法士	23							23	
一色町	医師	3						6	9	13
	看護師							4	4	
豊根村	医師		4			11			15	15
小原村	医師	1							1	1
計		51	14	2	3	11	12	10	103	103

運営派遣

申請町村名	職種	拠点病院	支援日数
富山村	医師	東栄病院	102
小原村	医師	県立愛知病院	115

巡回診療・健診の実績

申請町村名	事由	拠点病院	実施日数
東栄町	巡回診療	東栄病院	151
足助町	巡回健診	足助病院	11
旭町	巡回健診	足助病院	6
下山村	巡回健診	足助病院	24

**H16** 代診医・技術支援（日数）

支援先 町村名	職種	拠点病院							小計	計
		県立愛 知 病院	新城市 民 病院	豊橋市 民 病院	豊川市 民 病院	東栄病 院	足助病 院	知多厚 生病院		
作手村	医師	21							21	33
	理学療法士						12		12	
額田町	医師	10			2				12	37
	理学療法士	24							24	
	放射線技師				1				1	
一色町	医師							3	3	10
	看護師							7	7	
豊根村	医師		6			50			56	56
富山村	医師	1							1	1
小原村	医師	14							14	15
	放射線技師	1							1	
計		71	6		3	50	12	10	152	152

運営派遣

申請町村名	職種	拠点病院	支援日数
富山村	医師	東栄病院	50

巡回診療・健診の実績

申請町村名	事由	拠点病院	実施日数
東栄町	巡回診療	東栄病院	104
旭町	巡回健診	足助病院	6
下山村	巡回健診	足助病院	24
足助町	巡回健診	足助病院	11

H17 代診医・技術支援（日数）

支援先 市町村	職種	拠点病院						小計	計
		愛知病院	新城市民 病院	豊橋市民 病院	豊川市民 病院	東栄病院	足助病 院		
新城市	医師	23		2				25	37
	理学療法士	12						12	
岡崎市	医師	8			8			16	40
	理学療法士	24						24	
豊田市	医師	14						14	14
一色町	医師	2					4	6	15
	看護師						9	9	
豊根村	医師		7			56		63	63
計		83	7	2	8	56	0	13	169

運営派遣

申請町村名	職種	拠点病院	支援日数
富山診療所	医師	東栄病院	52
つく診療所	医師	東栄病院	51

巡回診療・健診の実績

申請町村名	事由	拠点病院	実施日数
東栄町	巡回診療	東栄病院	32
豊田市	巡回健診	足助病院	79

以下は、H12、H13の実態である。

**H12、13 東栄病院**

代診医・技術支援 なし  
 運営派遣 富山村へ医師が102日（両年）  
 巡回診療・健診 （12年）147日  
 （13年）151日

**H12、13 愛知病院**

平成17年に行われた市町村合併により現在は診療所の名称が変更になっている。

旧、額田町北部診療所 現在は、岡崎市額田北部診療所  
 額田町国保宮崎診療所 岡崎市額田宮崎診療所  
 作手村国保診療所 新城市作手診療所  
 小原村診療所 豊田市立乙ヶ林診療所

なお、この実績は愛知病院が「病院年報」として公表した実績である。ただ、愛知県へき地医療支援機構が立ち上がる前の支援であり、愛知病院独自の派遣実績であるので、平成14年以降当支援機構が立ち上がった後の実績（ホームページの実績）とは支援の質が異なる。

なお、この実績は愛知病院が「病院年報」として公表した実績である。ただ、愛知県へき地医療支援機構が立ち上がる前の支援であり、愛知病院独自の派遣実績であるので、平成14年以降当支援機構が立ち上がった後の実績（ホームページの実績）とは支援の質が異なる。

へき地診療所名	年度	平成12	平成13
		医師	医師
一色町佐久島診療所		2	0
額田町北部診療所		1	4
豊根村診療所		2	4
額田町国保宮崎診療所		4	4
作手村国保診療所		21	19
小原村診療所(乙ヶ林・上仁木・大平)		0	0
合計		30	31

表 3-7

( 山口県 )

・ 山口県健康福祉部医務課の取り組み

山口県医療情報ネットワーク構想案を作成し、医療の充実を目指している。その中で、へき地医療情報システムの課題、問題点を分析し、その改善策を講じている。具体的施策として、やまぐち情報スーパーネットワークへの接続の確立により、遠隔医療の充実、テレビ議会システムの導入、代診医派遣申請のネットワーク化を目指している。また支援病院医師とへき地診療所医師とのつながりを強くして、患者情報の共有により患者をフォローアップすることができるよう努めている。その他に「医師を理解するセミナー」を開催し、高校生や予備校生にへき地勤務医師の講演を聴く場を提供することによって、へき地医療に対する関心の向上を目指している。

・ 山口県へき地医療支援機構の取り組み

山口県へき地医療支援機構は山口県立総合医療センターが指定されている。病院の方針として、医師の偏在を解消するのは非常に難しいので、今はへき地勤務医をいかに助けるかというサポート体制に力を注いでいる。その取り組みとして、代診医の派遣を年間 72 日、巡回診療を 2ヶ所で年間 94 日行っている(来年からは 3ヶ所になる予定)。

・ へき地医療拠点病院の取り組み

山口県のへき地医療拠点病院は岩国医療センター、下関市立中央病院、萩市民病院、光市立光総合病院、山口県立総合医療センターの 5 病院がある。へき地医療拠点病院の取り組みを病院ごとに見てみる。

・ 山口県立総合医療センター

上記で述べた通り。

・ 岩国医療センター

代診は年間 73 日柱島診療所へ医師を派遣している。巡回診療は行っていない。またカンファレンスを行うなどしている。当院の方針としては、当院の医師が足りなくなり、十分な医療を提供できなくなることは避けたいので、できる範囲でへき地医療に貢献すること。

・ 下関市立中央病院

取り合ってもらえず。

・ 光市立光総合病院

代診は年間 200 日牛島診療所に医師を派遣している。巡回診療は行っていない。その他は特に何もしていない。

・ 萩市民病院

代診は年間 29 日見島診療所に医師を派遣している。巡回診療は年間 8 回行っている。また萩市民病院では医師に直接話を聞くことができた。

**質問：**へき地への対策はどのようなことをしているか。

**医師：**当院では代診の期待に全て応えることができている。年間 29 日というのはその年が少なかつただけでもっと行っている。またレントゲンを送ったりする遠隔医療も取り入れている。救急患者をヘリで搬送することもしている。最大限へき地勤務医へのサポートはしたい。医師の偏在は深刻で何か国の政策としても有効なものがほばないのが現状である。

**質問：**地域医療教育についてどのように思うか？

**医師：**地域医療教育をすることは必要です。地域医療教育をすることにより僻地の実情を知り僻地の医師不足を認識する必要があります。地域医療教育を行わないと実際に触れる機会がありません。ですので地域医療教育を通してへき地医療教育へ関心を持って頂けたら良いですね。

**へき地診療所勤務医の現場の声**

はじめはへき地に興味があったわけではない。大学の授業や夏季研修を通してへき地の知識や実情を知り、将来の自分の医師像を思い描いた。やはりへき地は都市部に比べて不便だが、へき地でしか学べないこともある。へき地では患者との距離が近く、大学病院にはない精神的親近感がある。問題点としては、短期研修に行きたいが代診医を必ずしも確保できるわけではない。そのため医療の先端技術を学びたいが学べないということがあるので代診システムをもっと充実して欲しい。また一人で全ての仕事をこなさなければならないので、精神的苦痛は大きい。だから支援病院との連携が非常に重要である。

表 3-8

	山口県立総合医療センター	岩国医療センター	下関市立中央病院	光私立光総合病院	萩市民病院
常勤医師数	不明	約 100 名	不明	21 名	不明
非常勤医師数	不明	不明	不明	19 名	不明
代診医派遣日数	72 日	73 日	12 日	200 日	29 日
巡回診療日数	94 日	0 日	0 日	0 日	8 日

表 3-9 派遣先

	代診	巡回
山口県立総合医療センター	不明	2ヶ所(徳池町河内生活改善センター、萩市相島文化センター)
岩国医療センター	桂島診療所	
下関私立中央病院	不明	
光私立光総合病院	牛島診療所	
萩市民病院	見島診療所	

表 3-10 へき地診療所

柳井市	柳井市立平郡診療所	柳井市平郡 1843
	柳井市立平郡診療所西出張診療所	柳井市平郡 4694
上関町	上関町四代診療所	熊毛郡上関町大字長島 2159 番地の 4
	上関町祝島診療所	熊毛郡上関町祝島 137 番地
	上関町白井田診療所	熊毛郡上関町長島 3916 - 2
	上関町八島診療所	熊毛郡上関町八島 688 - 3
岩国市	宇佐診療所	岩国市錦町宇佐 607 - 3
	川越診療所	岩国市周東町三瀬川 957 - 3
	須川診療所	岩国市錦町須川 3259
	高根診療所	岩国市錦町宇佐郷 1157-3
	本郷診療所	岩国市本郷町本郷 2100 - 1
周南市	大津島診療所	周南市大字大津島 1 361 - 4
	周南市国民健康保険鹿野診療所	周南市大字鹿野上 3329
防府市	野島診療所	防府市大字野島 545 - 2
山口市	へき地支援機構事務局(医務課)	山口市滝町 1 番 1 号
萩市	大島診療所	萩市大島 290
	川上診療所	萩市川上 4502 - 2
	萩市佐々並診療所	萩市大字佐々並 2617
	萩市見島診療所	萩市見島 35 - 2
	萩市見島診療所宇津分室	萩市見島 1819 - 3
	福川診療所	萩市福井下 3989
	むつみ診療所	萩市吉部上 3174 - 2
	弥富診療センター	萩市大字弥富下 3995
	萩市国民健康保険 むつみ診療所 高俣出張所	萩市大字高佐下 10 番地 13
	萩市大字明木 2937 番地の 1	萩市明木診療所
下関市	下関市立神玉診療所	下関市豊北町大字神田上 2756 - 1
	角島診療所	下関市豊北町角島 1418 - 4
	殿居診療所	下関市豊田町荒木 51 - 2
	中田診療所	岩国市周東町田尻 756 - 4
	柱島診療所	岩国市柱島 132 - 7

(香川県)

1、香川医科大学が昭和 55 年に開設されて以来、香川県の全医師数、対人口 10 万人当たりにおいてはともに増加傾向にある。平成 16 年度においても県内全医師数が 2542 人、対人口 10 万人あたりでは 249.4 と 1980 年度比較で 1228 人増加しており当時の医師数の 2 倍にまで増加した。平成 16 年度における保健医療圏別では大川保健医療圏では 147 人、小豆保健医療圏では 55 人、高松保険医療圏では 1385 人、中讃保健医療圏では 178 人、三豊保険医療圏では 190 人となっており、高松保険医療圏での医師数との間には大きな隔たりが見られる。

2、香川県では県内のへき地の医療体制を確保するため香川県立中央病院には「へき地医療支援機構」を設置しており、県内の 21 病院がへき地医療拠点病院に指定されている。へき地医療支援機構とは香川県内に存在するへき地診療所への医療従事者の派遣や、無医地区へ巡回診療をするなどの支援事業を実施する働きかけを行っており、県立中央病院内に「香川県立中央病院へき地医療支援センター」が平成 15 年の 4 月から設置されている。

また、自治医科大学卒業生の県内就業率は、66.7%となっており、現在のへき地医療に従事する自治医科大学卒業生 62 人の状況は義務年限終了の者が 44 人、義務年限内の者が 18 人となっている。

表 3-11 へき地医療拠点病院一覧

香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター身体障害者医療センター
高松市民病院
高松赤十字病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部香川県済生会病院
屋島総合病院
社会保険栗林病院
香川県立白鳥病院
香川県立津田病院
さぬき市民病院
塩江病院
香川病院
香川県立丸亀病院
総合病院坂出市立病院
綾川町国民健康保険陶病院
香川県厚生農業協同組合連合会滝宮総合病院
三豊総合病院
三豊市立国民健康保険永康病院
三豊総合病院
内海病院

土庄町国民健康保険土庄中央病院
香川県立中央病院

へき地医療拠点病院とは

無医地区および無医地区に準ずる地区を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整の下に巡回診療、へき地診療所への医師派遣、へき地診療所の医師等の休暇時などにおける代診医の派遣などへき地における医療活動を継続的に実施できると認められた病院である。

表 3-12 へき地医療拠点病院の医師数

	平成 16 年度	平成 17 年度
香川県立病院	103 人	106 人
滝宮総合病院	10 人	9,3 人
塩江病院	20 人	20 人
陶病院	8 人	8 人
永康病院	10 人	10 人

香川県の僻地診療所

へき地診療所とは、医療機関のない地域で中心地から半径 4 Km の区域内に 1,000 人以上が居住し、容易に医療機関を利用できない地区の住民の医療を確保するため、市町村が設置する診療所で以下の診療所が存在する。

表 3-13

名 称	所在地
さぬき市国民健康保険直営多和診療所	さぬき市多和助光西 35-13
小豆島町国民健康保険福田診療所	小豆郡小豆島町福田甲 407-1
高松市国民健康保険男木診療所	高松市男木町 1 3 4
高松市国民健康保険女木診療所	高松市女木町 112
直島町立診療所	香川郡直島町 2310-1
坂出市王越診療所	坂出市王越町字東分甲 810
坂出市国民健康保険与島診療所	坂出市与島町 102
丸亀市国民健康保険本島診療所	丸亀市本島町泊 494
丸亀市国民健康保険広島診療所	丸亀市広島町青木 482
綾川町国民健康保険直営綾上診療所	綾歌郡綾川町山田下 3352-1
綾川町国民健康保険粉所診療所	綾歌郡綾川町粉所東 1146-1
綾川町国民健康保険羽床上診療所	綾歌郡綾川町羽床上 605-8
まんのう町立造田診療所	仲多度郡まんのう町造田 1982-1
まんのう町立美合診療所	仲多度郡まんのう町川東 1493
多度津町国民健康保険高見診療所	仲多度郡多度津町高見 1875-25
多度津町国民健康保険直営佐柳診療所	仲多度郡多度津町佐柳 1290

観音寺市国民健康保険伊吹診療所	観音寺市伊吹町 986
三豊市国民健康保険志々島診療所	三豊市詫間町志々島 359
三豊市国民健康保険直営財田診療所	三豊市財田町財田上 2141

#### 5、代診医派遣の流れについて

へき地診療所からの代診医師の派遣要請がへき地医療支援センターにあった場合、へき地医療拠点病院へ調整され、代診医の派遣を承認したへき地医療拠点病院へ僻地医療支援センターから派遣要請が通知されます。そして診療所への代診医決定の通知が行われると、診療所と拠点病院との間で、医師派遣契約が締結されます。その後、へき地診療所へ代診医が派遣され派遣報告をへき地医療支援センターに行うという流れになっています。

#### 6、巡回診療について

県内の無医地区などへの医療提供体制としてへき地医療拠点病院からの巡回診療が行われる。県内の二次医療圏内には無医地区が7地区（大川保険医療圏=1、小豆保険医療圏=1、高松保険医療圏=2、中讃保険医療圏=3、三豊保険医療圏=0、）準無医地区が8地区（大川保険医療圏=0、小豆保険医療圏=6、高松保険医療圏=0、中讃保険医療圏=0、三豊保険医療圏=2）となっておりこれらの地域で巡回診療が実施されている。（平成18年3月31日現在）

#### 7、平成16年度、17年度の巡回診療数、代診医師派遣回数以下の通り

平成16年度 へき地医療の実施状況

(1) へき地医療拠点病院による巡回診療

表 3-14

医療圏	へき地医療拠点病院	地区名	計画	実績	
				日数	診療場所
大川	県立白鳥病院	五名(東かがわ市)	毎週月・火・金曜日、計151回	152	五名支所
小豆	土庄中央病院	大部(土庄町)	毎週月・水・木・金曜日、計180回	178	公民館
		田浦(内海町)	隔週木曜日、計25回	24	公民館
	内海病院	蒲野・神浦(池田町)	月1回火曜日、計12回	13	自治会館
中讃	坂出市立病院	櫃石・岩黒(坂出市)	毎週火・金曜日、計100回	99	老人憩いの家、公民館
三豊	三豊総合病院	田野々(大野原町)	毎週月・水・金曜日(内)、毎月第4火曜日(眼)、毎月1回(整)、計166回	163	集会場

表 3-15 医師派遣等

へき地医療拠点病院	へき地診療所	回数
県立中央病院 (65)	財田診療所	49回
	羽床上診療所	8回
	広島診療所	1回
	本島診療所	1回
	造田診療所	6回
滝宮総合病院	羽床上診療所	2回
坂出市立病院 (253)	与島診療所	49回
	王越診療所	142回
	広島診療所	40回
	美合診療所	22回
三豊総合病院	財田診療所	66回
塩江病院	粉所診療所	4回

平成 17 年度 へき地医療実施状況

表 3-16 へき地医療拠点病院による巡回診療

医療圏	へき地医療拠点病院	地区名	計画	実績	
				日数	診療場所
大川	県立白鳥病院	五名(東かがわ市)	毎週月・火・金曜日、計 150 回	153	五名支所
小豆	土庄中央病院	大部(土庄町)	毎週月・水・木・金曜日、計 180 回	174	公民館
		豊島(土庄町)		124	公民館
	内海病院	田浦(内海町)	隔週木曜日、計 26 回	25	公民館
		蒲野・神浦(池田町)	月 1 回火曜日、計 12 回	12	自治会館
中讃	坂出市立病院	櫃石・岩黒(坂出市)	毎週火・金曜日、計 98 回	97	老人憩いの家、公民館
三豊	三豊総合病院	田野々(大野原町)	毎週月・水・金曜日(内)、毎月第 4 火曜日(眼)、毎月 1 回(整)、計 170 回	155	集会場

豊島は、新たに平成 17 年 9 月から週 4 日巡回診療を開始。

表 3-17 医師派遣等

拠点病院	へき地診療所		拠点病院	へき地診療所	
県立中央病院 (91)	財田診療所	40	陶病院(33)	綾上診療所	24
	造田診療所	11		羽床上診療所	1
	美合診療所	11		美合診療所	7
	広島診療所	3		粉所診療所	1
	本島診療所	1	滝宮総合病院 (9)	造田診療所	8
	綾上診療所	25		羽床上診療所	1
坂出市立病院 (261)	与島診療所	49	永康病院(3)	綾上診療所	3
	王越診療所	144	塩江病院(1)	美合診療所	1
	広島診療所	42	三豊総合病院 (246)	財田診療所	141
	本島診療所	2		伊吹診療所	105
	美合診療所	24			

数字は派遣回数

資料提供元（香川県健康福祉医務国保課）

（現場の意見）

代診医の派遣について財田診療所では常勤医が1人で勤務しており、往診や在宅診療あるいは特別養護老人ホームで食卓医を行っている期間中はへき地医療拠点病院から外来診療に対応してもらうために代診医の派遣を要請している。労働時間は朝の8時から夕方6時までほぼ休みはなく、診療が終わってからは介護保険の書類の作成等の雑務があり、一日10～14時間労働である。（平成18年度）

8、香川遠隔医療ネットワークの活用について

平成15年6月から全県的な医療連携システム「香川遠隔医療システム」を開始。僻地診療所の後方支援病院との間で遠隔医療診断を実施することで離島、へき地などの地域間での情報通信格差を是正し、地域の情報化を推進している。

現状

香川県によるセンターサーバーの設置により病院や診療所間がネットサーバーで結ばれ双方向に情報が伝達できるようになったことで、X線写真やCT画像などの患者情報を簡単にやりとりでき、医療機関相互の診断支援が容易に活用可能になった。またプライマリ・ケアなどの初期診療を行う、係りつけ医師を通じて身近な医療機関で専門医のバックアップを受けることができるため、へき地医療の質の向上につながる。

平成18年度時点においては参画医療機関が50機関にのぼり、支援医療機関は10機関になる。支援医療機関の中で僻地医療拠点病院は高松赤十字病院、社会保険栗林病院、三豊総合病

院、香川県立中央病院の4病院のみであり、参画医療機関においては、僻地医療拠点病院でもある高松赤十字病院、社会保険栗林病院、香川県立白鳥病院、香川県立津田病院、三豊市立西川病院、豊市立国民健康保険永康病院、三豊総合病院、内海病院、香川県立中央病院の9病院があり、へき地診療所では綾上診療所が加盟している。

#### (佐賀県)

##### へき地に対する取り組み

へき地医療支援機構には加入していない。しかし平成16年11月1日「地域医療支援病院」として佐賀県立病院好生館が国から認定を受けた。地域医療支援病院としての認定は、佐賀県内では佐賀県立病院好生館が第1号になる。

国の医療政策として、全国で「地域完結型医療」の考え方が広まっている。「医療は地域で完結させる」を目的としたもので、地域全体で医療の質の向上と効率化を図り医療資源の有効活用が最大の目的である。この地域医療の中心的役割を担う病院が「地域医療支援病院」である。つまり「地域で医療を完結させる」という体制を推進するため、病院と診療所が役割を分担し、地域の医療機関全体で一つの病院のような機能を持つようにしようというものである。

具体的には「継続性のある医療」を提供できるような地域医療連携の強化、地域全体の医療水準の向上を図るため、研修体制を強化し、地域の医療従事者に対する研修機能の強化、地域医療を支援する病院として、かかりつけ医からの高度救命救急の要請に迅速に対応できる救急体制の強化、等患者が安心して医療を受けることのできる医療環境を整えている。 に関しては今年度63回研修を行っている。

また佐賀県が認識しているへき地診療所は離島に5つ、へき地に2つある。離島の診療所は高島診療所、神集島診療所、加唐診療所、小川診療所、馬渡診療所で、各診療所に自治医科大学の卒業生が常勤として1名ずついる。これら5つに診療所に対し、代診医の派遣は県立病院から年に4、5回ある。へき地診療所は佐賀市立国民健康保険三瀬診療所、神崎市立背振村国民健康保険診療所がある。佐賀市立国民健康保険三瀬診療所は佐賀大学卒業の常勤医師が2名おり、往診診療を月に約1回行っている。神崎市立脊振村国民健康保険診療所にも佐賀大学卒業の常勤医師が2名、自治医科大学卒業の非常勤医師が1名いる。また無医地区と認定されているのは現在2ヶ所、向島とから島である。対策として、向島では補助金を佐賀県から受け、そのお金等で月に2回1人の医師を要請している。から島では、松島から週に1、2回医師を派遣してもらっている。

##### 理論モデルの市町村について

・昭和50年から平成12年の間に増加していた町(2つ)を取り上げる。

富士町

病院が1つ、病院が1つあるが診療所はない。

相知町

病院が1つ、病院が3つある。

・昭和50年から平成12年の間に減少した町(4つ)を取り上げる。

**浜玉町**

医院が1つある。

**福富町**

医院が1つある。

**千代田町**

医院が1つ、緊急医療センターが1つある。

**玄海町**

唐津東松浦医師会医療センターが1つあり、休日当番医を唐津市から半年で要請している。

増加した、減少した町、合計6つの保健所に電話をしてみたところ、全ての保健所で言われたのは、特に医師確保に関する取り組みはなされていないということだった。増加した町の保健所によれば、総合病院の診療科が増えたから医師が増えた。あるいは立地条件が良いため自然に病院数が増えた、との回答だった。

## 第2節 分析結果

増加、減少した町村とも、町村としては具体的な対策をとっていなかった。増加理由としては、自然増加、開業医の増加などであった。

また、へき地診療所医師からの回答の結果、近隣病院との連携が必要であることが推測される。へき地診療所の医師から、へき地医療支援機構、代診医制度のおかげで学会などへ行けるが、しかし、必ずしも必要なときに代診医が来てくれるとは限らないという現場の声が聞かれた。よって、へき地医療支援機構による代診医の派遣、巡回診療など近隣病院とのよりスムーズな連携が必要であると考えられる。また、へき地医療拠点病院の研修セミナーによる地域医療教育は重要であることがわかった。例えば、山口県健康福祉部医務課では、“医師を理解するセミナー”、愛知県は年に2回地域医療研修会を行っている。

各市町村の病院、診療所では、自治医科大学出身の医師が多く活躍していた。へき地医療拠点病院では、自治医科大学出身の医師が離島などのへき地診療所に勤務することで、へき地における医療需要を満たしている。

## 第4章 理論モデル

ここでは僻地医療を充実させるためにも、現状分析を踏まえた上で、僻地勤務に携わる医師の実証分析を行う。そこで先行研究で取り上げた僻地勤務医師のおかれている現状と課題に関する研究（自治医科大学）と岩手県、愛知県、香川県、山口県、佐賀県の実証分析を基に、各都道府県とその市町村単位での取り組みについて医師数が増えた地域と医師数が減少した地域を分類し、取り組みの違いや地域の特性の違いについての分析を行う。分析の結果から市町村単位で回帰分析を行い、医師数の増減に影響を与えている要因を特定する。

### 第1節 理論モデル

各都道府県パネルデータ（1980年～2000年）と2000年度におけるクロスセクションデータも用いて推計を行う。推計式は以下の通り。

$$\text{僻地勤務医師数} = \alpha + \beta_1 \text{kango} + \beta_2 \text{jyunkango} + \beta_3 \text{hokenhu} + \beta_4 \text{airyohi} + \beta_5 \text{jinkou} + \varepsilon$$

被説明変数 = 僻地勤務の医師数

説明変数 = 看護師数、准看護師数、保健婦（保健士）数、一人当たり医療費、人口

以下では、被説明変数、説明変数の詳細を述べる。

(1)被説明変数には各市町村における勤務医師数を用いる。

(2)説明変数に使用する5つの変数について述べる。

看護師数；医療機関において医師と看護師の間には相関関係があると予測できる。したがって僻地に勤務する看護師の数は僻地勤務の医師数に影響を与えると予測される。

准看護師数；医療機関においては看護師と同様に准看護師の果たす役割も大きく、医師に与える影響も強いと考えられるため予測できる符号はプラスである。

保健婦数；医師と行政の連携を示すために保健婦の人数を用いる。保健所に勤務する保健婦数が増加することで行政が提供する地域住民への健康指導など医療、衛生サービスは向上

し、それにより僻地勤務の医師の負担も減少すると考えられるため、予測される符号はプラスである。

一人当たり老人医療費;僻地勤務医師の所得の代位変数として一人当たり老人医療費を用いる。診療報酬制度より出来高部分が高くなれば医療供給は増加すると考えられるため、予測される符号はプラスである。

人口;医療の需要と供給の点から人口規模の大きさが医師数に与える影響は大きいと予測できる。

## 第2節 分析結果

(分析結果)

表 4-1

	係数	t 値	P 値
切片	-0,02305	-0.0057	0.995994
看護師数	0.178376	4.763748	6.27E-05
准看護師数	0.034179	0.698072	0.491329
保健婦数	1.569919	2.717279	0.011554
人口	0.000113	0.580417	0.56663
医療費	-4.3E-05	-0.56195	0.57896

表 4-2

重相関 R <sup>2</sup>	0.918469
重決定 R <sup>2</sup>	0.843586
補正 R <sup>2</sup>	0.813506

(結論)

重決定 R<sup>2</sup>、補正 R<sup>2</sup> は高く、この回帰式は当てはまりが良いことがわかる。t 値では准看護師数、人口、一人当たり老人医療費については有意な値が得られなかったため、准看護師数、人口、一人当たり老人医療費は医師数の増減には直接関係が無いことがわかった。一方で看護師数、保健婦数においては有意な値が得られたため医師数の増減に影響があると推測することができる。

(データ一覧)

表 4-3

	医師数	看護師数	准看護師数	保健婦数	人口	医療費
石鳥谷町	7	42	29	0	16521	30599
前沢町	10	64	30	0	15438	29806
玉山村	13	49	48	3	14014	36407
新川町	8	12	29	5	18556	74294
渥美村	8	11	16	9	22402	65627
小原村	1	1	2	3	4302	58572
西	13	11	18	4	17215	76768
平和町	20	41	95	4	13505	67111
十四山村	5	2	9	4	5604	60976
幡豆町	5	8	25	3	12987	62119
額田町	23	6	7	4	9419	54255
藤岡町	9	12	17	5	18005	68684
東栄町	11	21	29	3	4717	48299
作手村	10	4	4	2	3226	47519
音羽町	9	2	9	4	7922	68149
一宮町	19	34	27	7	16255	64810
御津町	11	8	13	5	13530	67734
赤羽根町	3	3	2	3	6151	60254
秋芳町	2	0	4	3	6479	67901
油谷町	6	4	17	5	8294	65584
大畠町	4	1	1	3	3654	62402
徳地町	5	12	17	6	8375	35103
旭村	0	1	6	3	2170	62968
大和町	24	109	32	5	8258	60524
阿知須町	19	65	99	4	8823	73990
美東町	15	60	84	4	6429	64635
三隅町	7	18	44	4	6419	69307
小郡町	67	221	125	12	23107	77488
千代田町	6	8	0	5	12055	82670
玄海町	2	5	0	5	6986	72008
富士町	11	77	68	3	5116	85797
相知町	9	39	45	3	8853	81424

## 第5章 政策提言

本稿の分析の結果をふまえて、政策提言を行う。ここでは大きく分けて3点の政策を提示している。医師のへき地派遣(臨床研修終了後の研修医の活用・開業医を目指す医師の活用)・地域における医師育成・へき地医療のサポート体制(行政のバックアップ・病院間でのサポート体制の充実・へき地医療教育の充実)である。この政策を行うことによって、へき地に十分な医療を提供し、それを長期的に充実させることが目的としている。

### 第1節 医師のへき地派遣について

現状分析で述べたように、以前は医局という強制権力があり、そこから多くの若い医師が強制的にへき地などに派遣されていたが、平成16年から実施された新臨床研修制度導入により強制権力がなくなり僻地医療がさらに崩壊する。これに対して早急に新たな策を打ち出す必要がある。また、本稿での分析の結果、従来行われてきたへき地勤務医師に対して、都市部の医師より給料を高くする政策やUターンを促す政策などの医師が自発的にへき地に勤務する政策が、あまりへき地勤務医師数の増加に対して効果をもたないことが分かった。そのために、何らかの形で医師をへき地に派遣する施策を打ち出すことで、へき地勤務の医師不足に対する提言を述べる。我々はここで、その医師の派遣方法として2つの提言をしたい。まず1つ目が臨床研修後の研修医の活用である。そして2つ目が開業医を目指す医師の活用である。内容については下記で言及する通りである。

#### 臨床研修終了後の研修医の活用

臨床研修を2年間終えた研修医に対して、1年間のへき地勤務を必須化するという提言である。平成16年度から実施された臨床研修制度では、医学部生が自由に研修先を決められる。このためより自分に合った研修先が選べて様々な経験ができる。また、従来の制度より実践的に患者に触れることや診療できる機会が増えるため、より医師としての経験を多く積むことが出来る。だから従来の研修医より、より本当の医師に近づけるのである。だがこの現在の臨床研修制度だけで僻地に研修医を派遣しても、医師の技能によって医療格差が生じる可能性がある。そのため我々は、研修医の派遣に併せて研修生にたいして研修後、試験を課すことを提言したい。この試験では医師の技能をチェックするために行い、研修医の質の良し悪しが分かる。これにより質の良い医師はへき地勤務に赴け、質の悪い研修医はもう一度研修を行う。これによりある一定水準以上の医療を供給できるのではないかと考える。

また、この政策によって研修医は次のようなメリットがある。必修化臨床研修の二年間で培われてきたプライマリ・ケアの基本的な診断能力を背景に、さらに基本的な診療能力を向上させる。そして大学病院や研修病院において専門的な診療能力を修得し、これをへき地医

療の現場で実践しへき地医療を担う精神と技能を開拓して、複合的な医療ニーズに応えることができる真の実力のある、専門医として成長ができることである。また、へき地においては次のメリットがある。毎年約7700人もの医師が誕生するため、毎年安定した多数の医師をへき地では確保でき、毎年安定した医療を提供できることである。

#### 開業医を目指す医師の活用

開業医になるにはへき地勤務を行わなければ開業医の資格を与えないという、新しい制度を構築することを提言する。仮に勤務医に対してへき地勤務を課すと、多くの者が開業医となったりして、総合病院での専門的な高度治療を行う医師が減るといふ、負の現象が起こるだろう。また今度は開業医に対してへき地勤務を課すのなら、普段あまり長くは職場を離れられないために、あまり政策として有効性がないだろう。そこで我々は勤務医を退職し開業医になるまでの間にへき地勤務を行えば、あまり医師にとってへき地勤務が負担ではなくなり、医師がへき地勤務において質の高い医療を提供できる。また、開業医になるものは年々増えており、多くの質の高い医療を提供できる医師を派遣することができる。

そして、これまで専門医として活躍していた勤務医が地域医療の現場で勤務することによって、これまでの専門医的な役割を生かすだけでなく、様々な医療ニーズに応えることによって、総合医としての経験を得て、またそれらによって様々な地域のニーズに応えられる開業医を養成することができる。

## 第2節 地域における医師育成について

本稿での分析の結果、地方出身者と医師数に関連があることが分かった。

医師偏在を是正するために、地域に根付いた医師を育成するシステムが必要であると考えられる。そのために我々は地域医学科の設置を提言したい。内容としては、各都道府県に現在ある医科大学または医学部内に地域医学科という、地域医療を専門とする学科を設置することである。ここでは主にプライマリ・ケアを中心に勉強し、地域の総合医を目指す。そして、卒業する際には試験を課し、合格したものにプライマリ・ケア医としての称号をあたえる。そして地域医療のスペシャリストとしてへき地や地域医療支援病院を中心に勤務を行う。

また、学生に対して特別な奨学金の援助などを行い、他の学科と違った魅力を提示しようと考えている。その奨学金の資金源について少し言及したい。資金については各都道府県に所属する地元の医師から援助を募る。そして、その資金でファンドを形成してそこから学生に対して地域に貢献する目的として援助を行う。また、その資金から有能な講師の招聘や医療設備に充てることも含めて行えば、より地域医療支援学科に魅力が生まれるのではないかと考える。

この政策により毎年何名かの地域医療のスペシャリストが生まれ、地域(特にへき地)の医療の質を改善し、地域における医療格差を是正し充実していくのではないかと考えている。

## 第3節 へき地医療のサポート体制について

医師を派遣するシステムを作るだけでは、システムが長くは続かない。やはり色々な支援が必要である。これまでへき地医療に対して行われてきた政策はただへき地に対して医師を派遣し、住民に医療を提供する患者視点のものが殆どであった。もちろん患者視点に立ち、

医療を充実することは大変重要である。特に都市部においては、その重要性が大きくある。だがへき地においては、まず医師視点の医療というものを考えなければならない。そこで何をしたら医師はへき地医療に満足するのかを政策の中で言及したい。ここでは4つの政策について言及したい。それは行政のバックアップ・病院間でのサポートと僻地教育の充実・へき地医療教育の充実・へき地認定の強化である。内容については以下の通りである。

#### 行政のバックアップ(行政と医師の連携)

本稿の分析における結果から、へき地勤務の医師数と行政の間に関係性があることが分かった。そのために行政がへき地に勤務する医師に対して、後方支援を行うような施策を打ち出すことで、へき地の医療が改善され、へき地の医療が充実するのではないかと考える。

後方支援と単にいえども様々な形がある。へき地に赴く医師に対して住宅の援助や生活の保障などは極めて一般的な支援の仕方なので、ここでは言及しない。そして、我々は行政が積極的に介入することを提言したい。もちろんそれはプラスの意味での介入である。これまで、地域医療特にへき地の医療について、医師だけに任せきりであった。しかし医師だけでへき地の医療を満たすことが出来るだろうか。それはやはり不可能である。それにへき地となると医師から見た医療としての魅力はやはり、現状では都市部や大病院に比べたら劣るのは確かである。それではますます医師が都市部に流出する。そこで我々はへき地に医師が定着する要因を作ることが必要であると考え。そのためには行政が主体となって、その土地固有の魅力ある医療を展開することが必要である。また、それを派遣される研修医に提示したり、研修中に紹介する機会を設ける。その土地に合わせた医療が魅力的なら、医師が共感し定住し勤務するのではないかと考える。そしてその後は、行政は医師を支えて、様々な医療問題に対して、共同して解決する。これにより安定した質の高い医療を永続的に提供できると考える。

#### 病院間でのサポート体制の充実

本稿の分析の結果、へき地医療勤務医師数と病院支援の間に関係があることが分かった。そのため、へき地の病院や診療所などと近隣の病院とでスムーズに連携がとれる体制を構築する施策を打ち出すことで、へき地の医療が改善されて、充実していくのではないかと考える。では、どのような連携が必要なのかについて言及していきたい。現状分析でも述べたようにへき地との連携を図るためにへき地拠点病院が多くの都道府県で設置されている。そこでの役割は代診医等の派遣やへき地従事者に対する研修である。だが、本稿の先行研究(2002 自治医科大)でも述べたように、へき地医療に従事する医師がへき地医療に対して不満に感じているのは、休日の取得や生涯教育の提供などである。現状として未だそれらが満たされていないことが分かる。では、これらを満たすにはどうしたらよいか。満たすために重要なものは代診医等の派遣である。そのためにはへき地拠点病院においてある程度の医師のストック、またへき地診療者数を充実することである。そこで我々は医療チームを形成してへき地医療を行うことを提言する。これは派遣される医師や研修医そして現地の医師などがチームを形成して診療を行うものである。また、派遣される医師や研修医は僻地拠点病院に所属としへき地や拠点の医療を充実させる。これにより複数人でへき地医療に携わることができ、より休日を取得が容易になり、拠点病院での研修も受講することが可能になる。他にもチームを形成することで、研修医の指導などもスムーズに行うことが可能になる。よって病院間で連携し、チームを形成して医療を行うことでより医療の質が向上すると考える。

#### へき地医療教育の充実

本稿の分析から分かるようにへき地医療についての教育が重要であることが分かった。これまでの大学の医学部や研修先の病院でへき地医療に対する教育がなされているのは、ごく

一部であった。また、新臨床研修制度において地域保健医療<sup>15</sup>という科目が設定されたが、結局のところへき地研修を行うのはごく一部である。つまり、これから医師に成ろうとする者や研修医に対してへき地について教育する機会がないことが分かった。ここで我々は現在ある地域保健医療という科目の中でへき地医療についてレクチャーすることを提言したい。内容としてはへき地医療の現状について言及し、研修医のへき地医療に対する関心や情熱を高める機会とする。また、大学の医学部でこのような講義を含めて行えば、よりへき地医療に対する関心が高まると考える。

---

<sup>15</sup>保健所・地域の診療所・老人保健福祉施設などで最低1ヶ月、行政の行う事業や地域に密着診療活動に積極的に関われる研修プログラム。

参考文献

《先行論文》

- ・ 松本 正俊 (2004) 「へき地勤務医師のおかれている現状と課題に関する研究」  
自治医科大学 p,1~24
- ・ 東京工業大学 「医師数の地理的分布の基礎的研究」 p,1~2

《参考論文》

- ・ 厚生労働科学研究補助金医療技術総合評価研究事業 (2006,4)
- 「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究：平成 17 年度総括研究報告書」 p,1~120
- ・ 海外における医師数対策 診療科および地域による調整について比較研究  
大河内 二郎
- ・ わが国の医師数増大の経済分析(1995) 西田 在賢 日本医科大学 p,40~p43

《参考文献》

- ・ 柿原 浩明 (2004) 「入門医療経済学」日本評論社
- ・ 自治医科大学(2002,3) 「へき地医療の現状と課題」自治医科大学
- ・ 真野 俊樹 (2003) 「医療マーケティング」日本評論社
- ・ 野村 拓也 (2003) 「21世紀の医療政策づくり」本の泉社
- ・ 笠原 英彦 (1999) 「日本の医療行政～その歴史と課題～」慶応義塾大学出版会
- ・ 日本医事新報 日本医事新報社
- ・ 日本医師会雑誌 「新医師臨床研修制度の成果と今後の課題」日本医師会
- ・ ばんぶう(2003) 「地域医療の群像」 日本医療企画
- ・ (2005) 「地域医療の現状と問題点」日本医療企画
- ・ 「新たな地域医療の動き」 日本医療企画
- ・ 厚生福祉(2006) 「へき地勤務志す医師養成が近道」時事通信社
- ・ 国民健康保険(2005) 「へき地医療に貢献多くの医師を輩出」 国民健康保険調査会
- ・ フェイズ・スリー(2005) 「医師が足りない!？」 日本医療企画
- ・ 患者調査 下巻(2002) 都道府県 二次医療圏編 厚生省大臣官房統計調査部
- ・ 医療施設調査 病院報告下巻(2004) 都道府県編 厚生省大臣官房統計調査部
- ・ 受療行動調査(2002) 厚生省大臣官房統計調査部 厚生省大臣官房統計調査部
- ・ 岩手県統計年鑑(1980~2002) 岩手県
- ・ 愛知県統計年鑑(1980~2002) 愛知県
- ・ 香川県統計年鑑(1980~2002) 香川県
- ・ 山口県統計年鑑(1980~2002) 山口県
- ・ 佐賀県統計年鑑(1980~2002) 佐賀県
- ・ 資院賃金実態資料(2004) 2003年 産労総合研究所附属医療経営情報研究所
- ・ 地方公営企業年鑑(2000~2004)
- ・ 医療施設調査. 医師・歯科医師・薬剤師調査(1980~2000) 厚生省大臣官房統計調査部

《データ出典》

- ・ 厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/>
- ・ 文部科学省 HP <http://www.mext.go.jp/>

- ・ 総合メディカルマネジメント  
[http://medical.radionikkei.jp/sogo\\_medical/bangumi.html](http://medical.radionikkei.jp/sogo_medical/bangumi.html)  
 新臨床研修制度のゆくえ (2005年6月9日放送分) 総合メディカル株式会社
- ・ へき地医療ネットワーク HP <http://www.hekichi.net/>
- ・ 総務省 HP <http://www.soumu.go.jp/>  
 過疎市町村一覧 [地域自治組織の設置状況一覧](#)
- ・ 愛知県 HP <http://www.pref.aichi.jp/>
- ・ 岩手県 HP <http://www.pref.iwate.jp/>
- ・ 香川県 HP <http://www.pref.kagawa.jp/>
- ・ 山口県 HP <http://www.pref.yamaguchi.jp/>
- ・ 佐賀県 HP <http://www.pref.saga.lg.jp/portal/public/WH/FWHM0000Action.do>
- ・ 国保東栄病院 HP <http://www.town.toei.aichi.jp/>
- ・ 愛知県へき地医療支援機構 <http://www.pref.aichi.jp/aichi-hospital/hekichi/hekichi.htm>
- ・ 自治医科大学 HP <http://www.jichi.ac.jp/chiikik/index.html>
- ・ 日本統計年鑑 <http://www.stat.go.jp/data/nenkan/>
- ・ 医師臨床マッチング協議会 <http://jrmp.jp/>
- ・ 日経テレコン <http://telecom21.nikkei.co.jp/nt21/service/CMN1000>
- ・ 毎日新聞 [https://wdb10.g-search.or.jp/cgi-bin/WMNPNPacc\\_login.cgi](https://wdb10.g-search.or.jp/cgi-bin/WMNPNPacc_login.cgi)
- ・ 日医ニュース 日本医師会 <http://www.med.or.jp/nichinews/index.html>
- ・