

## 原著論文

医師の勤務地によるへき地医療対策認識の差異  
—診療所医師調査自由記載欄の内容分析—

飯田さと子\*, 坂本 敦司\*\*

## 要 約

**目的:** へき地医療対策の実効性向上のため, 医師の勤務地による認識の差異を明確にする。

**方法:** 全国の診療所医師を対象に2005年に実施された「地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査(第2回)」(回答率53%)の回答者1820人のうち, へき地医療についての考えを尋ねた自由記載欄に記入した472人の回答について内容分析を行った。対象者を勤務地によって2群に分類し(都市141人/へき地331人), カイ2乗検定を用いて対策ごとに該当件数の割合を比較した。また, 該当割合が高い対策の分布を群別に比較した。

**結果:** 都市で働く医師は, 医師数確保やインフラ整備に関わる対策を多くあげたのに対し, へき地で働く医師は, 診療能力の向上や多職種連携に関わる対策を多くあげていた。

**結論:** 都市で働く医師が提案した対策が医療の量的対策に偏っていたことから, へき地医療の質的充足の重要性についての意識向上が必要と考えられた。

(キーワード: へき地医療, 内容分析, 医療の量的充足, 医療の質的充足)

## I 背景と目的

へき地保健医療計画の策定や不採算地区病院への財政支援等, 医療の地域格差是正をめざす種々の対策にも関わらず, へき地医療問題は今なお, 日本の医療政策の大きな課題であり続けている。そして, へき地医療対策が難航する要因のひとつとして, 都市の住民・医療者のへき地医療についての認識不足が想定される。

へき地医療対策を考える際, へき地住民・医療者の意見を政策の中身に反映させることが大切だが, 一方で, 必要な対策について, へき地医療の直接の当事者ではない都市住民・医療者の理解を得ることもまた重要な課題となる。なぜなら, 医療政策は再分配政策としての側面を持ち合わせているため<sup>1)</sup>, 医療に関連する人的・物的資源を過少な地域に分配するにあたっては, 何をいかに分配し, どのように活用する

のかについて, 分配者と被分配者の関係になりうる都市とへき地双方の住民・医療者の合意が, 合理的な政策形成のためにも必要となるからである。合意形成のためにはまず, 両者の間にある認識の差異を明らかにすることが重要だが, へき地医療対策のあり方について, その差異を解明した研究はみられない。

本稿では, へき地医療に関わる数多くの主体のなかでも, サービス供給に中心的な役割を果たす医師に着目し, 都市で働く医師とへき地で働く医師との間の, へき地医療対策についての考え方の差異を明らかにすることを目的として, 診療所医師を対象とした質問紙調査における自由記載欄の内容分析を行った。

## II 対象と方法

分析には, 自治医科大学と地域社会振興財団

\* 地域社会振興財団 地域社会健康科学研究所/自治医科大学 公衆衛生学部門  
\*\* 地域社会振興財団 地域社会健康科学研究所/自治医科大学 地域医療政策部門

が共同して2005年に行った「地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査（第2回）」を使用した。この調査は、都市部とへき地の地域医療の比較を目的に、7政令指定都市（札幌市、仙台市、横浜市、名古屋市、神戸市、広島市、福岡市）の全1,282診療所と、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豪雪地帯、山村振興法、離島振興法）の指定を受けている802町村の全1,926診療所、計3,208診療所を対象にして行われた郵送式の質問紙調査であり、年齢・性別・勤務形態等の基本情報をはじめとして、卒後研修や生涯教育、代診体制、業務の内容、日常生活と休暇、職場環境等についての選択式の質問項目を中心に構成されている。選択式の質問の最後の設問は、へき地の医師不足の原因を複数回答で選択させるものであり、その直後、最後の頁のほぼ全体を使って、「へき地医療に対する考え、へき地医療の課題等、ご自由にご意見をお書き下さい」との自由記載欄が設けられている<sup>2)</sup>。この質問紙調査は、計1,691診療所（回答率53%）の1,820人の医師から回答を得ているが<sup>3)</sup>、今回分析の対象としたのは、自由記載欄に何らかの記入があった472人（全回答者の25.9%）の回答である。

分析方法としては内容分析を採用した。内容分析は、比較的自由に書かれたテキストの内容を数量化して示すことで、その傾向をより客観的に提示するための研究方法である。内容分析の利点は、調査者があらかじめ設定した選択肢にとらわれることなく、対象者の主観的な認識を把握できることにある。また、インタビュー調査に比べても、対象者が調査者の反応に影響されないため、より本音が見えやすい調査方法であるともいわれる<sup>4)</sup>。

データの加工について、自由記載は回答者ごとにテキスト化し、コーディングを行った。コーディングの方法については、フィールドノーツの加工におけるエマーソンらの方法<sup>5)</sup>を参考に、対象データ全体を読み込みながら内容コードを抽出する「たたき上げ式」のコーディング<sup>6)</sup>を行った。抽出された内容コードを整理した後は、再びテキストに戻って回答者ごとに内容コードのラベル付けを行った。一人

の回答に複数の異なる内容コードが含まれる場合は、それぞれに1件と数え、記述の件数（人数）を集計した。

データの集計、統計処理にはMicrosoft Excel 2003とその関数計算機能を用いた。医師の勤務地による認識の差異の有無の判定にはカイ2乗検定を用い、内容コードごとに勤務地の2群と該当・非該当の2×2のクロス表を作成し（自由度1）有意水準5%で検定した。また、該当割合が高い内容コードの分布について群別に比較した。

コーディングから内容コードのラベル付けに至る一連の作業は筆者の一人が行ったが、自由記載のテキスト化の際には、元データに対して事後的な照会が可能なたちで回答者ごとに新たな番号を振り、内容コードの抽出とラベル付けの作業が回答者の年齢や性別、勤務地などの属性情報に左右されないように留意している。

### III 結果

自由記載欄に記述があった472人のうち、都市で働く医師（図表等においては「都市」と略す）は141人、へき地で働く医師（「へき地」）は331人であった。回答者の男女比は各群ともほぼ9：1であった（表1）。また、年齢階層別にみると、両群ともに50代が最も多かった（表2）。

へき地医療対策として抽出された内容コードは21あり、それらに該当した記述のはべ468件（都市174件、へき地294件）だった。回答者数に対するへき地医療対策関連記述のべ件数の割合は、都市のほうが高かった。（都市123.4%、へき地88.8%）。

21の内容コードは「1 医師の配置・医師数の確保」「2 医師の待遇改善」「3 インフラ整備・資本の投下」「4 関係主体との相互理解と連携」「5 医師一人体制への支援」「6 へき地医療の地位向上」の6つの項目にグループ化できた。項目と内容コード別に該当する回答の件数と回答者数に対する割合をあげ、「都市」と「へき地」の2群間の比較を行ったのが表3である。なお、内容コードに付与した番号は、項目番号に対応している。

回答者数に対する件数の割合で2群を比較し

表 1 地域・男女別回答者数 (人)

	男	女	計
都市	127 (90%)	14 (10%)	141
へき地	299 (90%)	32 (10%)	331
計	426 (90%)	46 (10%)	472

表 2 年齢階層別回答者数 (人)

	~30代	40代	50代	60代	70代~	計
都市	8 (6%)	31 (22%)	46 (32%)	35 (25%)	21 (15%)	141
へき地	55 (17%)	74 (22%)	91 (27%)	54 (16%)	57 (17%)	331
計	63 (13%)	105 (22%)	137 (29%)	89 (19%)	78 (17%)	472

た際、都市で働く医師がより多くあげた対策 (内容コード) は、「1-1 へき地勤務の義務化」「1-2 医師派遣システムの構築」「1-3 入試制度の改変」「2-1 過重労働解消」「2-2 収入保障・経済的誘導」「2-3 私生活への支援」「3-2 交通

の改善」「3-3 医療機器の整備」「3-4 情報インフラの整備」「3-5 公的補助金」「4-3 他職種との連携」「5-1 複数医体制の構築」「5-3 事前教育の充実」「6-2 へき地医療の専門性確立」の14の対策である。そのうち、カイ2乗検定に

表 3 へき地医療対策 内容コード別記事件数

\*p<0.05

項目	内容コード (対策)	都市 n=141	(%)	へき地 n=331	(%)
1 医師の配置・ 医師数確保	1-1 へき地勤務の義務化*	18	12.8	10	3.0
	1-2 医師派遣システムの構築*	13	9.2	15	4.5
	1-3 入試制度の改変	4	2.8	8	2.4
2 医師の待遇 改善	2-1 過重労働解消	11	7.8	14	4.2
	2-2 収入保障・経済的誘導*	22	15.6	13	3.9
	2-3 私生活への支援*	14	9.9	5	1.5
3 インフラ整備・ 資本の投下	3-1 医療機関の統廃合	2	1.4	9	2.7
	3-2 交通の改善*	12	8.5	10	3.0
	3-3 医療機器の整備	1	0.7	1	0.3
	3-4 情報インフラの整備	5	3.5	10	3.0
	3-5 公的補助金*	5	3.5	1	0.3
4 関係主体との 相互理解と連携	4-1 自治体による理解と支援	7	5.0	20	6.0
	4-2 医療機関同士の連携	10	7.1	40	12.1
	4-3 他職種との連携	3	2.1	7	2.1
	4-4 住民との対話と相互理解	4	2.8	14	4.2
5 医師一人体制 への支援	5-1 複数医体制の構築	5	3.5	11	3.3
	5-2 代診医の確保	5	3.5	22	6.6
	5-3 事前教育の充実	21	14.9	37	11.2
	5-4 研鑽機会の確保*	3	2.1	25	7.6
6 へき地医療の 地位向上	6-1 総合医への評価向上	6	4.3	15	4.5
	6-2 へき地医療の専門性確立	3	2.1	7	2.1

より有意差が認められたのは、「1-1 へき地勤務の義務化」「1-2 医師派遣システムの構築」「2-2 収入保障・経済的誘導」「2-3 私生活への支援」「3-2 交通の改善」「3-5 公的補助金」の6つの対策である。

一方、へき地で働く医師がより多くあげた対策は、「3-1 医療機関の統廃合」「4-1 自治体による理解と支援」「4-2 医療機関同士の連携」「4-4 住民との対話と相互理解」「5-2 代診医の確保」「5-4 研鑽機会の確保」「6-1 総合医への評価向上」の7つの対策であり、そのうち有意差が認められた対策は、「5-4 研鑽機会の確保」のみであった。

2群間の比較において有意差が認められた対策について、項目との関係で見ると、都市で働く医師から有意に多くあげられた対策は項目「1 医師の配置・医師数の確保」「2 医師の待遇改善」「3 インフラ整備・資本の投下」に該当しており、へき地で働く医師から有意に多くあげられた対策は、項目「5 医師一人体制への支援」に該当するものであった。

また、群内での比較を行って、件数の多い順に5番目までの内容コードをあげ、群別に示したのが表4である。

表4に示された対策（内容コード）のうち、都市で働く医師、へき地で働く医師に共通していたのは「5-3 事前教育の充実」のみであり、両群において2番目に多くあげられた対策であった。それを除くと、都市の医師が多くあげた対策は、項目「1 医師の配置・医師数の確保」「2 医師の待遇改善」に該当していた。一方、へき地の医師が多くあげた対策はすべて項目「4 関係主体との相互理解と連携」「5 医師一人体制への支援」に該当していた。

#### IV 考察

都市で働く医師とへき地で働く医師との比較において、回答者数に対するへき地医療対策関連記述のべ件数の割合は都市の医師のほうが高かった。これは、へき地の医師が自由記載を行うにあたって、あるべき対策についてよりも現場で対処を迫られている課題についてより多くの記述を行ったためと推測される。そしてこのことは、2群間の比較において、都市の医師から有意に多くあげられた対策が6つあったのに対して、へき地の医師から有意に多くあげられた対策が1つのみだったという結果に影響を与えたと考えられる。

へき地医療対策認識の2群間比較においては、複数の対策において該当する記述件数の割合に有意な差が生じた。また、該当件数の割合が高い対策の分布についても、群による違いが認められた。このことから、都市で働く医師とへき地で働く医師との間で、へき地医療対策についての考え方の傾向が異なることが明らかになった。以下では、差異が意味するものとその背景について考察を行う。

医師の勤務地による認識の差異は、へき地医療対策を考える際に、医療の量的充足と質的充足のどちらに重点を置くかという視点の差異にもとづくものと考えられる。医療の量と質の対比は明確なものとはいえないが、本稿では、人的資源、物的資源の双方を含む医療関連資源に関して、その有無や過多を問う論点を有する対策を医療の量的充足に関わる量的対策とみなし、医療関連資源の機能を問う論点を有する対策を医療の質的充足に関わる質的対策と考える。

都市で働く医師から多くあげられた対策は項

表4 地域群別内容コード順位

	都市 n=141	件数 (%)	へき地 n=331	件数 (%)
1	2-2 収入保障・経済的誘導	22 (15.6)	4-2 医療機関同士の連携	40 (12.1)
2	5-3 事前教育の充実	21 (14.9)	5-3 事前教育の充実	37 (11.2)
3	1-1 へき地勤務の義務化	18 (12.8)	5-4 研鑽機会の確保	25 (7.6)
4	2-3 私生活への支援	14 (9.9)	5-2 代診医の確保	22 (6.6)
5	1-2 医師派遣システムの構築	13 (9.2)	4-1 自治体による理解と支援	20 (6.0)

目「1 医師の配置・医師数の確保」「2 医師の待遇改善」「3 インフラ整備・資本の投下」に分類されたものである。これらのうち、「1 医師の配置・医師数の確保」「2 医師の待遇改善」は、強制的な手段やシステムの改変、また何らかのインセンティブ付与によって医師のへき地への移動を促進し、へき地に勤務する医師数を増加させることを志向しており、医療の量的充足に関わる対策に位置づけられる。「3 インフラ整備・資本の投下」については、医療関連資源の増加が意図されていることから、こちらも医療の量的対策とみなすことができる。

これらに対して、へき地で働く医師から多くあげられた対策は、医療の質的側面を重視したものと考えられる。「4 関係主体の相互理解と連携」に分類された意見は、医師や他職種の人数の確保という量的対策の枠組みを超えて、地域で医療に関わる主体間相互の関係性の改善という質的な論点を含んでいる。また、「5 医師一人体制への支援」に関して、とくにへき地で働く医師から有意に多くあげられた「5-4 研鑽機会の確保」については、医師のへき地勤務の誘因にもなりうるものの、第一義的には医師の診療能力の向上が意図されており、提供される医療の中身についての論点を明確に有しているため、医療の質的充足を志向した対策として位置づけられる。

人口の高齢化と疾病構造の変化、医療技術の進展を背景に、現在、数十年前と比べて医療のあり方は大きく変化している。医療は生活との結びつきを強めており、医療機関完結型の医療から、予防や介護の領域も含む多職種の連携にもとづく地域完結型の医療が目指されるようになったといわれる<sup>8)</sup>。また、インフォームドコンセントの導入やQOLの重視にみられるように、患者の権利についての考え方も大きく変化し、患者を医療の客体としてのみとらえる考え方は転換を迫られている<sup>9)</sup>。へき地で働く医師が医療の質的対策を多くあげた背景には、このような変化によって顕在化したへき地医療の課題に対処した経験が存在すると考えられる。

一方、都市で働く医師が提案したへき地医療対策が医療の量的対策に偏っていたという結果が示すのは、医療をとりまく社会状況の変化が

へき地における医療にも影響を与えるにもかかわらず、へき地医療の質的充足に関する課題が外部から、つまり間接的な当事者の視点からは認識されづらいということである。政府はこれまで、無医地区の数や、都道府県や二次医療圏を単位とした人口当たりの医師数などの量的な指標を医療の地域格差の根拠として示してきたが<sup>7)</sup>、それが「へき地医療問題」がイコール「医師不足の問題」であり、医師数の確保等の量的指標の改善こそが地域の医療格差の実体的解消、へき地医療問題の解決を意味する、という認識の形成につながり、都市で働く医師のへき地医療対策認識に影響を与えた可能性も考えられる。

以上、勤務地によるへき地医療対策認識の差異とその背景について考察してきたが、本研究は、おもに対象の限定性に関する限界を有している。まず、2005年時点での調査結果をもとにしているため、その後の施策等の影響により、都市へき地双方の医師の意識に変化が生じている可能性については捕捉できていない。また、本研究は診療所医師のみを対象として都市とへき地の比較を行った調査であり、医師のなかでも多くの割合を占める病院勤務医は含まれていない。また、診療所医師の中でも、質問紙調査に回答し、かつ、自由記載欄に記入を行った、いわばへき地医療に一家言ある医師のみを分析対象としている。そのため、本稿での分析結果は「都市で働く医師」「へき地で働く医師」という集団全体の平均的な傾向を示すものとはなりえない。しかし、医師、なかでも診療所医師で、かつ、へき地医療の実践や政策に対してとくに強い問題意識をもっている、という共通項をもつ医師集団のなかでも、勤務地によって認識に大きな差が生じたという結果は、勤務地という要因が認識の差異をもたらすことの証左として一定の意義を持つと考えられる。また、本研究の方法上の限界としては、自由記載に書かれた断片的な記述を対象とし、そこに明示された主張のみを分析対象としているため、記述の背景にある個々の医師の経験や思想に接近することができないことがあげられる。

## V 結論

内容分析の結果から明らかになったのは、医師の勤務地によってへき地医療対策についての認識が異なるということであり、へき地医療対策を考える際に、都市で働く医師は医療の量的充足を重視し、へき地で働く医師は医療の質的充足を重視する傾向にあるということである。人口の高齢化等を背景に医療が生活や地域との結びつきを深め、医療の質が注目を浴びている現在、他の地域よりも高齢化が進行しているへき地での医療においては、よりきめ細かい質への配慮が行われるべきと考えられる。

しかし、へき地医療について考える際、圧倒的なマジョリティであり、かつ、間接的な当事者である都市住民・医療者の視点からは医療の質的側面が認識されづらいとしたら、へき地医療の質的対策が多数の理解と合意を得て実現化することは難しい。へき地医療の状況改善のためには、へき地において医療サービスの提供者として実践に取り組んでいる医師や他の専門職、そして医療サービスの受け手である住民や患者が直面している課題、そして現場で求められている対策、特に医療の質に関連する対策の必要性について、都市住民・医療者が知るための回路を作ることが重要である。求められているのは、へき地医療の質的充足の重要性について、間接的な当事者の意識を高めるような活動であり、本研究がその一助となれば幸いである。

## 文献等

- 1) 権丈善一：再分配政策としての医療政策—医療費と所得、そして高齢化、三田商学研究39 (3)：157-202, 1996.
- 2) 自治医科大学地域医療白書編集委員会：地域医療白書第2号—これからの地域医療の流れ。自治医科大学, 2007, pp175-180.
- 3) 自治医科大学地域医療白書編集委員会：地域医療白書第2号—これからの地域医療の流れ。自治医科大学, 2007, pp25-44.
- 4) Krippendorff, Klaus: Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Sage Pubns. 1980. = 三上俊治他訳：メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待。勁草書房, 1989, pp35-39.
- 5) Emerson, R. M. et al. : Writing Ethnographic Fieldnotes. The University of Chicago Press. 1995. = 佐藤郁哉他訳：方法としてのフィールドノート—現地取材から物語作成まで。新曜社, 1998, pp301-351.
- 6) 佐藤郁哉：フィールドワークの技法—問いを育てる、仮説をきたえる。新曜社, 2002, pp206-214.
- 7) 厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/index.html>
- 8) 田中滋：わが国の医療供給体制の展開。講座医療経済・政策学 第3巻 保健・医療提供制度 (田中滋, 二木立編) 勁草書房, 2006, pp1-21.
- 9) Annas, George J : The Rights Of Patients : The Authoritative Aclu Guide To The Rights Of Patients. New York Univ Press. 2004. = 矢田憲俊訳：患者の権利。明石書店, 2007, pp1-27.

# Regional Differences in Doctors' Perceptions of Sociopolitical Countermeasures against Inadequate Rural Medicine: Content Analysis of Free Comments from Clinic-based Doctors Obtained from a Questionnaire Survey

Satoko Iida\*, Atsushi Sakamoto\*\*

## Abstract

**Background and Purpose:** One of the reasons why sociopolitical countermeasures against inadequate rural medicine have failed is presumed to be the lack of interest among urban residents and medical doctors in rural medicine. This study examined the differences in doctors' perceptions depending on their work locations (i.e., urban/rural areas) on how to enhance the effectiveness of the countermeasures.

**Methods:** Using the results of the 2005 nationwide survey of clinic-based doctors on regional disparities in medicine by Jichi Medical University (response rate 53%; number of respondents 1,820), the authors conducted a content analysis of the comments from 472 doctors who filled in the free comments section asking for opinions on rural medicine. The subject doctors were classified into two groups depending on their work locations; there were 141 urban doctors and 331 rural doctors. Using the chi-square test, the authors then compared the ratios of the countermeasures recommended between the two groups of doctors. At the same time, the distributions of the most commonly suggested countermeasures were compared by group.

**Results:** Countermeasures recommended by quite a few of the urban doctors included drawing doctors to and developing infrastructure in rural areas, whereas those of many of the rural doctors referred to improvements in their own medical skills, as well as collaboration with other professionals.

**Considerations and Conclusion:** Urban doctors showed a tendency to emphasize the quantitative aspect of the measures for rural medicine. On the other hand, rural doctors stressed the necessity of qualitative improvement as effective measures, based on their experiences at their work sites where they had to handle problems relating to the quality of medicine. Therefore, it is necessary to raise urban doctors' awareness of the importance of qualitative improvement for rural medicine.

(Keywords: rural medicine, content analysis, quantitative fulfillment for medicine, qualitative fulfillment for medicine)

---

\* Centre for Community Health Science, The Foundation for Development of the Community/ Department of Public Health, Jichi Medical University

\*\*Centre for Community Health Science, The Foundation for Development of the Community/ Department of Community Health Policy, Jichi Medical University