

原著論文

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

飯田さと子*, 坂本 敦司**

要 約

プライマリケアを担う診療所医師のへき地医療問題に対する認識のあり方を明らかにするため、全国の診療所医師を対象とした質問紙調査の自由記載欄について質的内容分析を行い、以下の知見を得た。

1. 診療所医師はへき地医療問題を、へき地における診療実践上の困難として認識している。臨床医の視点から、専門外診療の不安や拘束時間の長さ等に言及したものが多。
2. 都市の診療所医師には、へき地医療問題を都市にも共通の問題として一般化する傾向がある。また、医師-患者関係に焦点化した意見が多い。へき地の民間診療所医師は、住民の視点を併せ持つことから、過疎地の社会問題への意識が高い。へき地の公的診療所医師は自治体との関係を重要視している。また、異動可能性の高さからか診療技術の向上への関心が強い。

以上より、へき地医療を社会全体で支えるためには、立場による認識の差異を相互に理解したうえでの連携が必要と考えられる。

(キーワード：へき地医療問題、プライマリケア、診療所医師、質的内容分析)

I. 本研究の背景と目的

へき地医療問題とは何か。本稿ではそれを、過疎問題と医療問題との接点に生じる問題群と設定し、関係主体（本稿では、医師、自治体職員、地域住民等、へき地医療に関わる職種や個人のことを指す）間の問題認識のあり方の違いに着目して議論を行う。

戦後日本のへき地医療対策において、問題解決の重要な指標とされてきたのは「無医地区の解消」である。厚生労働省による「平成16年無医地区等調査」¹⁾によれば、昭和41年時点で2920（人口約119万）だった全国の無医地区数は、平成16年時点で787（人口約16万）となり、平成11年時点の914（人口約20万）と比べても減少している。しかし、無医地区解消の理由として「医療機関ができた」としている地区は1割（10.4%）にすぎない。解消理由の過半

数（56.3%）を占めるのは、道路整備等で「交通の便がよくなったから」であるが、特に高齢者にとって、これは必ずしも医療機関へのアクセス改善を意味するものではない。加えて理由の約4分の1（24.4%）を占めるのは「人口が50人未満になったから」であり、これは「医療機関のない地域で、概ね半径4 kmの区域内に50人以上が居住する」という無医地区の定義から外れたということであって、そのような地域は、統計に表れないまま、むしろ深刻な状況になっていることが予想される。このように、無医地区数の減少という指標だけでは、交通弱者や限界集落²⁾などの過疎問題との関連において医療問題をとらえることができない。へき地医療問題を無医地区の「数の問題」としてしまふのではなく、他の社会問題との関連の中でその問題性を「質の問題」として問う視点が必要

* 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 地域医療学センター

である。

近年、「医療崩壊」³⁾ ⁴⁾ が叫ばれ、全国的な医師の絶対数の不足、地域間だけでなく診療科間や時間帯による医師の偏在、医師の過重労働、そして医師-患者関係の変質などが問題化している。また、医療費抑制政策への批判も高まっている⁵⁾。このような医療をめぐる社会の変化はへき地においてどのようにあらわれるのか、地域社会が抱える問題との重なりの中で、どのような困難が生じてくるのかをとらえることが、今後のへき地医療を考える上で重要である。

「へき地医療問題」という言葉が指す現象は固定的なものではない。医療サービスの受給者であるへき地住民にとっての「へき地医療問題」と、サービス提供者である医師にとっての「へき地医療問題」は同じものではなく、一方にとって主要な問題と認識されていることが、他方には認識されない、もしくは問題の背景因子として認識される等の事態も生じうる。自治体職員、看護師、保健師、ケアマネジャー、介護職など、へき地医療に関係する職種それぞれにとって、何が「解決されるべき問題」と考えられているのか。また、直接の関係主体とはいえない都市部住民や、都市部の医療関係者にとってはどうなのか。へき地医療の「改善されるべき状況」についての共通認識をつくるためには、それぞれの問題認識のあり方の異同を理解することが重要となってくるだろう。

筆者はこうした問題意識から、へき地住民や地方自治体職員と並ぶへき地医療の重要な関係主体であり、直接のサービス提供者である医師、なかでも、地域でのプライマリケアを担う診療所医師に焦点を当て、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質的内容分析を行うこととした。へき地医療問題については、これまでも多くの調査研究がなされてきたが、一定のケース数を備えた質的なデータを分析したものはほとんどみあたらない。内容分析の利点は、広く設定された主題に対して比較的自由に書かれた記述から、対象者の主観的な認識に接近することができる点にある。また、インタビュー調査と比べ、対象者が質問者の反応に影響されない、より本音がみえやすい

「黒子的な調査技法」であるとされている⁶⁾。

データの提示と分析においては、都市で働く医師の意見とへき地で働く医師の意見の比較、すなわち「都市からみたへき地医療問題」と「へき地で感じているへき地医療問題」の比較を行う。へき地で働く医師については、更に民間診療所の医師と公的診療所の医師とに分ける。3群の比較を行うことによって、へき地医療問題に対する認識のあり方にいかなる共通点と差異があるのかを明らかにし、その背景についての考察を行うことが本稿の目的である。

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が共同して行った「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)」(2005)を使用した。本調査は、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)の診療所医師と、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)指定を受けている802町村の診療所医師を対象にして行われた郵送式の質問紙調査である⁷⁾。

本稿では、この質問紙調査中に設問された「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」に自由記載された回答を対象として用いた。内容分析の方法としては、言及や主張の内容など対象テキストの意味にもとづいて分析を行う意味論的内容分析⁸⁾の立場をとった。データの加工にあたっては、対象データ全体を読み込みながら、実際に記述されている認識・意見にもとづいて内容コードを抽出する「たたき上げ式」のコーディング⁹⁾を行った。コーディングの具体的な手続きに関しては、フィールドノーツの加工におけるエマーソンらの方法¹⁰⁾を参考にし、筆者の一人が作業を行った。

データは回答者ごとにテキスト化したうえで、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、内容コードごとに該当する記述の件数を集計した。都市の診療所医師、へき地の民間診療所医師、へき地の公的

診療所医師、の3群の件数の比較は母数の違いに配慮して行うこととした。これは、同じ件数でも、母数が少ない群では相対的に該当意見の割合が高くなることを考慮したものである。

分析においては、内容コードに該当する回答の件数と各群に対する割合を群ごとに示すとともに、当該内容が語られている文脈の理解、意見の背景についての考察を重視することで、データの定量化による比較と定性的分析の両立をはかっている。

内容コードは7つの大項目に分類しているが、本稿では、「へき地医療問題の認識論」「へき地医療実践をとりまく状況」「へき地医療実践の困難」の3つの大項目について分析を行った。

Ⅲ. 結果

本調査における回答医師全数1820人に対し、自由記載欄に記入があったのは472人（回答率25.9%）であった。そのうち都市の診療所医師（図表等においては「都市」と略す）は141人（うち99%が民間診療所勤務）であった。へき地の診療所医師は331人で、そのうち民間診療所医師（「へ民」）は219人、公的診療所医師（「へ公」）は112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、都市の診療所医師とへき地の民間診療所医師では50代が最も多かった（32%、30%）が、へき地の公的診療所医師のみ30代以下の医師の割合が高かった（40%）。これは、自治医科大学卒業生の義務年限による勤務や、地方医大医局からの派遣医師が多いことによるとと思われる（表2）。

表1 回答者の性別

	性別		計
	男	女	
都市	127(90%)	14(10%)	141
へ民	199(91%)	20(9%)	219
へ公	100(89%)	12(11%)	112
計	426(90%)	46(10%)	472

表2 回答者の年齢

	年齢					計
	～30代	40代	50代	60代	70代～	
都市	8(6%)	31(22%)	46(32%)	35(25%)	21(15%)	141
へ民	10(5%)	46(21%)	67(30%)	43(20%)	53(24%)	219
へ公	45(40%)	28(25%)	24(21%)	11(10%)	4(4%)	112
計	63(13%)	105(22%)	137(29%)	89(19%)	78(17%)	472

本稿で分析対象とした3つの大項目ごとのべ件数は表3に示すとおりである。大項目は更に小項目に分類し、小項目ごとに該当する内容コードを示し、各群の件数と割合をグラフにしたうえで（図1～11）、分析結果を提示した。本文中、内容コードは【 】内に示した。自由記載からの引用は「 」内に表示した後、（ ）内に記載者の年齢、性別、所属群の略称を記した。なお、〔 〕内は記述を了解しやすくするために行った筆者による補足である。

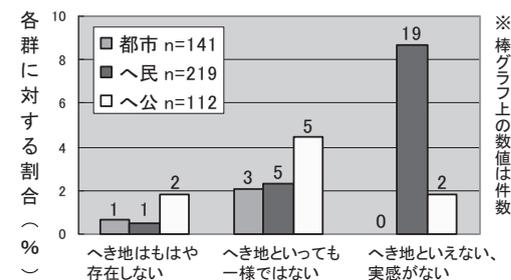
表3 大項目別のべ件数

大項目	所属群				合計
	都市 n=141	へ民 n=219	へ公 n=112	n=472	
へき地医療問題の認識論	13	30	10	53	
へき地医療実践をとりまく状況	59	128	51	239	
へき地医療実践の困難	97	182	118	395	

A へき地医療問題の認識論

大項目「へき地医療問題の認識論」は、「へき地定義への疑問」「へき地医療問題の位置づけ」の2つの小項目に分類可能であった。この大項目に該当した回答はのべ53件であった。

1 へき地定義への疑問（図1）

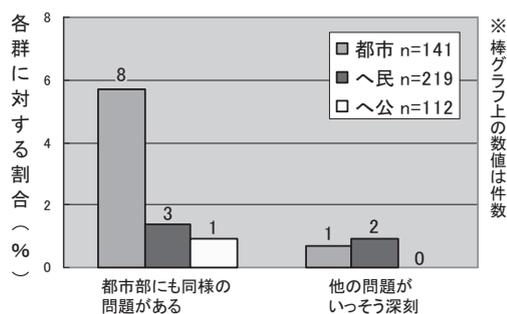


【へき地はもはや存在しない】：「今時へき地なんてありますか」（55歳男・へ公）「今は昔のへき地はありません」（77歳男・へ民）など、「へき地はもはや存在しない」とする意見が少数であった。へき地の存在を否定する理由としてあげられていたのは、医療機関へのアクセス改善である。

【へき地といっても一様ではない】：山間部と離島の違いや地域による「へき地度」の違いなど、へき地間の差異を指摘する意見もあった。なかには、「実際の医師の数、勤務状況を考え、〔へき地定義を〕見直す必要があると思います。（中略）へき地へ行く医師も限られており、その人を有効に使う方法も考えていったらと思います」（30歳男・へ公）と、効率性の観点からへき地定義の変更と医師不足の程度に合った配置を求める意見もあった。

【へき地といえない、実感がない】：自らの働く地域について、へき地とは考えていない、また、へき地の実感がないとするものも存在した。この意見はへき地の民間診療所医師に圧倒的に多くみられたが、公的診療所医師からも「『へき地〔診療所〕』と名前がついているのが不思議です」（52歳男・へ公）との意見があり、国によるへき地定義と医師のへき地認識との不一致が示されていた。

2 へき地医療問題の位置づけ（図2）



【都市部にも同様の問題がある】：都市部にも、「へき地医療問題」として問題化されていることと同様の問題がある、との意見があり、その多くは都市の診療所医師からあげられた。そこで「へき地医療問題」とされているのは、救急搬送時の医療機関へのアクセスの問題やプライマリケアの困難等であり、「へき地と都会と

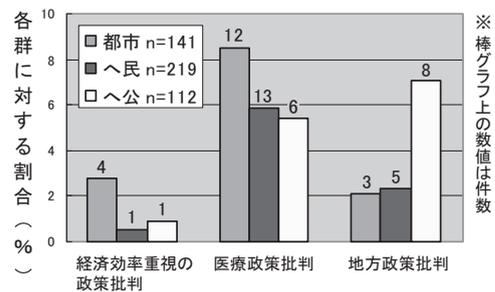
明確に区分できるか問題がある」（56歳男・都市）との意見もあった。

【他の問題がもっと深刻】：へき地医療に対する考えを尋ねた設問にもかかわらず、「むしろ、小児科、産婦人科を代表とする、専門医が少ないことが問題」（58歳男・へ民）など、「他の医療問題がもっと深刻」とする意見が少数だがあげられていた。

B へき地医療実践をとりまく状況

大項目「へき地医療実践をとりまく状況」は、「政策に対する批判」「社会問題への言及」「へき地回避につながる志向」の3つの小項目に分類可能であった。この大項目に該当した回答はのべ239件であった。

1 政策に対する批判（図3）

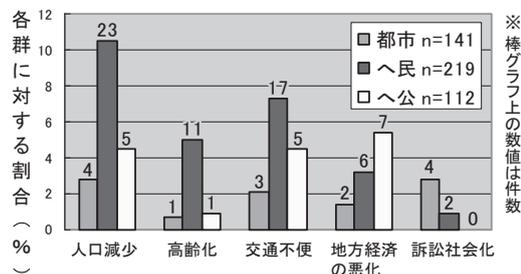


【経済効率重視の政策批判】：「市場経済万能主義が医療の現場にも広がってくると、非効率な部分の多いへき地医療はより苦しくなってくる」（48歳男・都市）など、政策全体の経済効率重視の傾向への批判があった。調査当時の政権を名指しして、その政策について、「人道愛を全く感じさせない」（65歳男・都市）などと批判するものもあった。

【医療政策批判】：医療政策に対する批判について、新臨床研修制度による大学医局の弱体化に伴うへき地派遣医師不足など具体的な政策の問題点をあげたものもあったが、「国が〔へき地への医師の〕適正配置を強制するか、まるっきり野放しにするのか、医療政策の根本に関する問題。中途半端な政策を今後とも続けるのであれば混乱はいつまでも続く」（58歳男・都市）など、医療政策の方針が定まらないことへの苛立ちも見受けられた。

【地方政策批判】：地方政策への批判の内容としては、「合併し、高齢化率は見かけ上30%台へと低下しましたが、全くその実態は合併前と変化なく」(47歳男・へ公)「合併のため、市町村の高齢者、離島医療、診療所経営理解がほとんどない」(57歳女・へ公)など、市町村合併によってへき地の困難やへき地医療の実態が不可視化されてしまうことを問題視するものがほとんどであった。地方政策を批判する意見はへき地の公的診療所医師に多かった。

2 社会問題への言及 (図4)



【人口減少】：へき地の人口減少に言及した割合はへき地の民間診療所医師に高く、多くは人口減少を、患者の減少がもたらす医院の経営難の原因としていた。また、「極端に患者数が少ない所では、仕事に生きがいを感じられない」(70歳男・へ民)との意見もあった。

【高齢化】：へき地の高齢化についての記述の多くが高齢独居世帯、高齢者夫婦世帯の増加を指摘していた。また、高齢者向けのケアサービスの不足も指摘され、「入院が必要になると、都市部に生活している子供をたより、移住することが多い」(49歳男・へ民)など、若者の流出だけでなく、ケアが必要な高齢者が都市移住を余儀なくされることも人口減少の原因になることが示されていた。高齢化への言及についてもへき地の民間診療所医師に多かった。

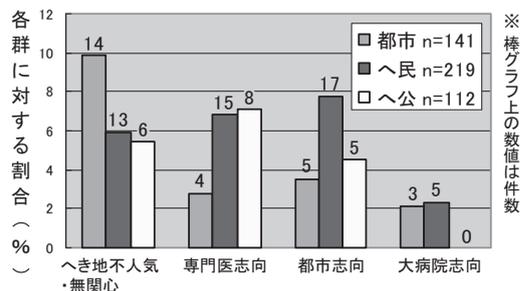
【交通不便】：交通問題への言及もへき地の民間診療所医師に多く、公共交通機関の不備と交通弱者の問題があげられていた。「交通手段が発達したのでへき地はなくなったというが同じ保険税を払いながら更に交通手段の金額も自己負担しなければならない」(68歳男・へ民)と、アクセスの問題が改善しても交通費負担に格差

が生じているとの指摘もあった。

【地方経済の悪化】：地方経済の悪化についての言及は、へき地の公的診療所医師に比較的多かった。なかには「町自体が貧しくて(中略)診療所が経営努力すると町の国保の赤字が増える」(67歳男・へ公)というケースもあった。

【訴訟社会化】：「訴訟社会になり一人ですべてを背負うことのリスクが大きい」(48歳男・都市)「〔診療を〕断れないときの誤診に対する責任は？」(61歳男・都市)など、医師一人体制が多いへき地医療は訴訟リスクが高いとの認識も示された。訴訟社会化への言及6件中4件は都市の診療所医師からのものだが、へき地の診療所医師の意見にも「積極的な医療でトラブルを起こすよりは、消極医療で済ませてしまう」(55歳男・へ民)との記述があった。

3 へき地回避につながる志向 (図5)



【へき地不人気・無関心】：へき地のマイナス面をあげ、魅力がないとするものや、「へき地での勤務の経験がないので回答に困っています」(70歳男・都市)など、へき地への関心の薄さを示す意見も多くあった。そして、「都市部に人口は集中している。そんな世の中で、へき地で暮らそうという人は、医師に限らず、少数派である」(35歳男・へ公)と、へき地の住民やへき地勤務を選ぶ医師が少数派とみなされがちな傾向を指摘するものもあった。

【専門医志向】：専門医志向について述べたものの多くは、専門医の評価が高く、それと対置されるプライマリケア医が軽視されがちな医療の現状について異議を申し立てる論調であった。また、患者の専門医志向について、あるへき地の診療所医師は、「本当に必要なものは適確なプライマリケアの知識と技術ですが実際〔住民

から]強く求められているのは専門性です」(43歳男・へ民)と述べており、プライマリケアの必要性が住民に理解されず、はじめから専門医による診察が求められる状況を問題としていた。

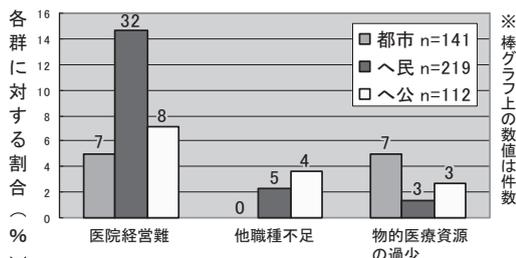
【都市志向】：都市志向について、地方医大卒の都市出身者が都市部で勤務する実情に苦言を呈するものがあつた一方で、へき地の診療所医師からは、へき地出身の医師もその多くが都市志向であることが指摘された。また、プライマリケア志向の医師についても、大多数が「つまらないへき地での医療でなく都市部での『振り分け』を希望している」(47歳男・へ公)との認識が示されていた。

【大病院志向】：大病院志向について言及したものは、「へき地と言えども自動車でも1～2時間で大病院へ通院できるので、いわゆる地元の診療所、病院をあてにしていない」(41歳男・へ民)など、へき地の診療所が選ばれない現状を患者数減少の原因としているものがほとんどであった。一方で、訴訟社会化を背景に「医師が大病院にいて守られることを好む傾向が強い」(33歳女・へ民)と、医師の大病院志向も指摘されていた。

C へき地医療実践の困難

大項目「へき地医療実践の困難」は、「資源の不足」「関連主体の無理解」「医師一人体制関連」「労働の負荷」「知識・技術の向上困難」「私生活関連」の6つの小項目に分類した。この大項目に該当した回答はのべ395件であった。

1 資源の不足 (図6)



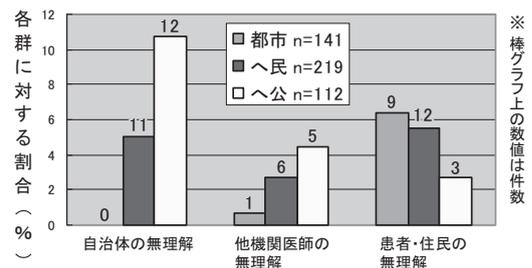
【医院経営難】：医院の経営難についての記述はとくにへき地の民間診療所医師に多く、厳しい

経営状況がうかがえた。経営難の原因としてあげられていたのは、人口減少や大病院志向による患者数の減少である。また、経営難で設備投資ができず、診療の質が保てないとの意見もあり、「設備や建物等の初期投資も大変であり、町村立等の公的な診療所とすべきである」(52歳男・都市)との意見もあった。しかし、公的診療所医師からも「財政面からの医療活動の制約」(33歳男・へ公)が語られていた。

【他職種不足】：へき地医療における医師以外の医療職の不足に言及したものもあった。「当直NS〔ナース〕が不足し、在宅支援基地としての入院機能の確保がだんだんと弱くなってきた」(63歳男・へ民)と、他職種不足が地域の医療体制の維持を困難にしている状況を訴えるものもあった。他職種不足についての言及は都市の診療所医師にはみられなかった。

【物的医療資源の過少】：物的医療資源の過少については都市の診療所医師からの言及が多く、「設備が違えば当然質も異なっていくのが現実であり、いくら名医でも有能な医師でもやりがい途中で萎えてしまう」(46歳男・都市)など、医師がへき地勤務を避ける理由のひとつとされていた。

2 関係主体の無理解 (図7)



【自治体の無理解】：自治体(職員)の無理解について述べた意見は、自治体が主な運営主体であるへき地の公的診療所医師に多く、都市の診療所医師からの言及はなかった。「『文句を言わずに黙って働いていればいいんだ』といった態度を取られます。(中略)医師として提案することに耳を貸してもらいたい」(31歳女・へ公)など、へき地医療問題に対して医師と共に取り組む姿勢が自治体がないことへの憤りがみ

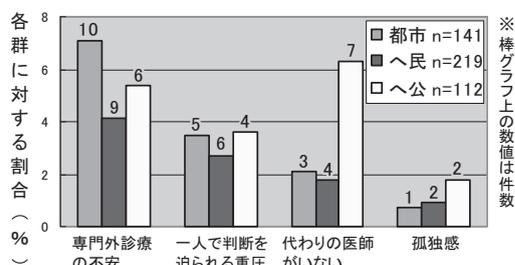
られた。また、自治体財政悪化による支援の消極化も語られ、予算がつかず代診医制度が使えないと訴えるものもあった。

【他機関医師の無理解】：他機関医師の無理解についての言及もほとんどがへき地の診療所医師からのものだった。「いつ専門医に紹介するか、タイミングが難しい。病院勤務の医師の中には、地域の実情を理解せず、『この程度ならここまで来なくても良い』とか『なぜもっと早く来なかったのか』という言葉患者さんに言う人もいる」(54歳男・へ民)など、紹介先の病院が診療所の状況を理解せず、連携に支障がでることへの不満がみられた。また、高度医療機器に最終診断を頼らざるを得ない状況において「へき地診療所にこれら〔CTなどの医療機器〕は無いので、患者を中核病院に送る事になるが、中核病院は患者をとりこんでしまう」(72歳男・へ民)という事態が生じ、それが患者減少、経営悪化につながるとの認識も示されていた。

【患者・住民の無理解】：患者や地域住民の無理解についての言及は、自治体や他医師の無理解についてほとんど言及のなかった都市の診療所医師にもみられた。「引退後〔夫婦で〕『へき地に行きたい』と思っていますが、現実には、TV、IT等で〔情報流通によって〕患者の要求水準が高く、私たちの夢は無理であろうと思われる」(63歳男・都市)など、意欲があるにもかかわらず医師がへき地勤務を断念する理由として、患者の要求水準の高さがあげられていた。へき地の診療所医師からは、「病気の時は都市部に流れ都合のいいときだけ診療所に来る。これがストレス」(55歳男・へ民)「いつでも診察してもらえると意識の人が多い」(56歳男・へ民)「度をこした医師への期待が感じられ、ただ負担」(52歳女・へ民)などの意見があった。

3 医師一人体制関連 (図8)

【専門外診療の不安】：専門外診療の不安については、都市の診療所医師による言及も多く、へき地医療参入の障壁とされていた。へき地の診療所医師からは、「自分の専門領域については、自信を持って対処できるが、それ以外に



は、現在の訴訟時代では、誤診が命取りになりかねない」(50歳男・へ民)と、不安と隣り合わせの実践が語られた。また、「専門医にコンサルできる手段がなく、すべて紹介してしまう様になり、患者さんに申し訳ない」(38歳女・へ公)と、専門外診療に対する支援がなされない環境が、医師に無力感や患者への罪悪感をもたらすケースもみられた。

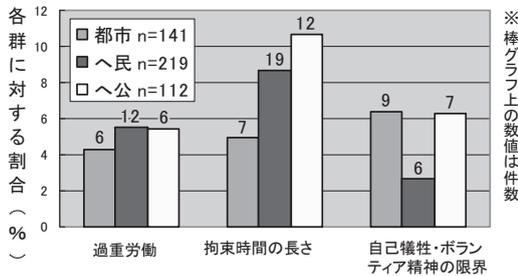
【一人で判断を迫られる重圧】：「広大な地域を医師1人でカバーしなければならない責任の重さとストレスは病院勤務時代と比べてかなり過重」(47歳男・へ公)など、一人で判断を迫られることの重圧感について述べているものがあった。あるへき地の診療所医師は、「最も近い総合病院まで100kmあり(車で1時間30分くらい)、なかなか患者を紹介できない、いつ専門医に紹介するか、タイミングが難しい」(54歳男・へ民)と述べており、へき地をとりまく環境条件が、一人で判断をより難しいものにするのが示された。

【代わりの医師がいない】：「代わりの医師がいない」ことを問題としてあげたものには、「代診が必要になった時の事が不安(居ないため)」(60歳男・へ民)など、代診システムの不備についての言及が多かった。都市の診療所医師からは、「自分が病気になった時のことを考えます。その地域で自分だけ医師による診断治療がなされません」(48歳女・都市)「自分しかないとなればよほど医療が熟練している必要があると考える。もちろん自分では不十分」(39歳女・都市)など、へき地勤務を躊躇させる原因として語られていた。

【孤独感】：同僚がいないという状況が、診療上の判断の問題だけでなく医師の孤独感を生むという指摘も少数だがあった。あるへき地の診療

所医師は、「同僚医師との語らいがないことは知識をアップデートする以外にも『うんうんそうだよ』とうなずきあえる仲間がないさびしさがつります」(46歳男・へ公)と述べている。

4 労働の負荷 (図9)



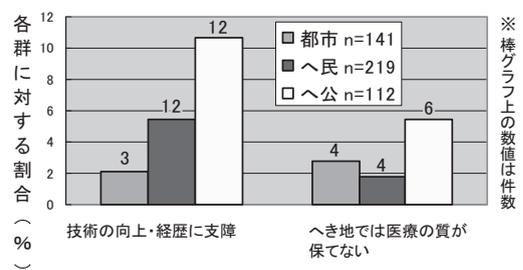
【過重労働】：「この3ヶ月仕事をしない日は一日もなく、正直非常に疲れています」(40歳女・へ公)「疲労困憊で働いている」(38歳男・へ公)など、医師の過重労働についての言及があった。「今の仕事が60歳過ぎてても続くとは思わないが、体も耐えられない」(49歳男・へ民)「どんなに意識の高い医師であっても、疲弊せずに長い期間(数年~10数年単位)その任務を全うすることは困難ではないか」(38歳男・へ公)など、過重労働はへき地医療の継続性を損なう要因とされていた。

【拘束時間の長さ】：労働条件の問題として拘束時間の長さをあげたものも多く、24時間365日携帯電話で拘束され、いつでも駆けつけられるようにするため遠出もままならないという状況、拘束の精神的負担が多くへのき地の診療所医師から語られていた。一方で、拘束を負担としながらも、「気になる患者さんは放っておけない」(40歳女・へ公)との意見もあった。また、「役場や住民からは村内に居て欲しい雰囲気は無言のプレッシャーを感じています」(28歳男・へ公)との記述もあり、患者との心理的距離の近さが、医師が長い拘束時間を受け入れる、また、受け入れざるを得なくなる素地となっていることを示す意見もあった。

【自己犠牲・ボランティア精神の限界】：「へき地勤務医師の熱意と、ボランティア精神に、おんぶにだっこでへき地の医療を提供している限

り、何れ破綻をきたすのは必至」(29歳男・へ公)など、へき地医療が医師の自己犠牲やボランティア精神によって支えられており、それが限界に来ているという認識を示したものもあった。

5 知識・技術の向上困難 (図10)

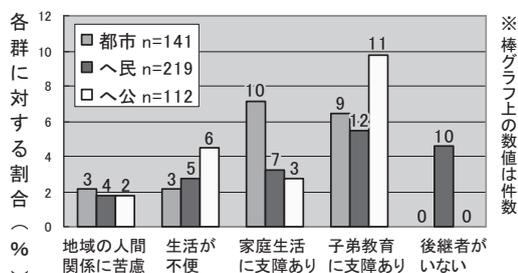


【技術の向上・経歴に支障】：へき地勤務が医師としての技術向上や経歴に支障となるという認識も示された。都市への交通が不便、かつ代わりの医師がいないために研鑽の機会が持てないこと、また、専門分野の技術を発揮する機会が少ないことなどが理由としてあげられており、平日の講習会に参加できず専門医認定の更新ができないというケースもあった。この意見は、へき地の公的診療所医師に多かった。

【へき地では医療の質が保てない】：「だれのチェックも受けずに提供される医療が果たして適切なものかどうか。名物 Dr として長く島にいと、島の中では絶対的な存在になり、患者さんは言いたいことがいえない状態となるかも知れません」(46歳男・へ公)のように、へき地で提供される医療は質の保持が難しいとの認識が示された。「自己満足的、思い違いの医療になる危険性が高い。そのことに結局は自己嫌悪に陥るのがこわい」(50歳男・都市)と述べる都市の診療所医師もいた。医療の質の保持についての意見も、へき地の公的診療所医師に多かった。

6 私生活関連 (図11)

【地域の人間関係に苦慮】医師の困難として、地域の閉鎖的な人間関係やプライバシーの問題をあげたものがあった。「ほとんどの方が親戚」という離島で働くへき地の診療所医師は、



「長く勤めようと思えば思うほど、馴れ合いの関係にならないように努める必要がある」(44歳男・へ民)と述べ、住民との一定の距離の必要性とそれを保つ難しさを強調していた。一方、へき地出身である都市の診療所医師は、「人間関係が濃厚などの理由で(中略)帰郷する意志はない」(54歳女・都市)としている。

【生活が不便】：へき地での生活の不便さについて、休日の娯楽の少なさを指摘するものも多かった。あるへき地の診療所医師は、インターネット環境の不備をあげて、「『へき地医療』の社会的不公平さを実感しています」(66歳男・へ民)と述べていた。

【家庭生活に支障あり】：へき地勤務は家庭生活に支障があるとの認識も示された。へき地の診療所医師からは、「たまに家に帰っても自分の場がなく、家庭において、人のためにやっている自分が時に分からなくなる」(48歳男・へ民)と、職業生活と家庭生活の両立の困難が語られた。家庭生活の問題への言及は都市の診療所医師に多く、「へき地医療の必要性は、十分に理解しているが、現実的には、医師といえども家庭があり、生活があり、なかなか対応は難しい」(50歳男・都市)など、へき地で働くことができない理由として述べられていた。

【子弟教育に支障あり】：「教育問題が最大の悩みです。毎日、そのために辞めてしまおうと思っている」(40歳男・へ公)「子供の教育問題から首都へ移る」(36歳男・へ公)など、へき地の診療所医師にとって子弟の教育環境の問題は勤務継続の鍵を握る大きな問題と認識されていた。この問題については都市の診療所医師からも多くの言及があった。

【後継者がいない】：「田舎の開業医は減少するのみと思います。私共の医師会でも次々と開業

医は高齢で廃業したり、亡くなったりで、何人もいなくなっています」(87歳女・へ民)など、後継者の不在による閉院についての言及がへき地の民間診療所医師にみられた。このことについて、他の群の医師からの言及はなかった。

IV. 考察

本稿で分析対象とした3つの大項目のうち、最も該当した回答件数が多く、また、多数の内容コードが分類されたのは「へき地医療実践の困難」であった。診療所医師がへき地医療問題を考える際にまず想起するのは、専門外診療や拘束時間の長さなど、「へき地の医師にとって、実践を行う際に何が大変か」ということであり、また、子弟教育の問題など、「医師がへき地での実践(の継続)を躊躇する要因は何か」ということである。このことから、診療所医師という集団の共通性として、自らが属する職業集団である医師の立場に同一化して意見を述べる傾向が強いことがわかった。

以下、大項目ごとに、都市の診療所医師、へき地の民間診療所医師、へき地の公的診療所医師の3群間の差異に着目して考察を行う。

A へき地の「多様性」とへき地医療問題の「普遍性」

へき地医療問題の認識に関する意見において指摘されていたのは、へき地が多様であること、また、へき地医療問題が普遍的な問題を含んでいることである。

へき地の存在を否定する意見は、その論拠を過去との比較においていた。その場合の「過去」が何を意味するかは明示的に語られていないが、それが「孤立し、近代化から取り残された集落」というイメージを指すのだとしたら、へき地を否定する意見は近代化に伴う地域の変質を示すとともに、へき地が画一的なものとして「外から」定義されてきたことへの違和感の表明ともとらえることができる。【へき地といっても一様ではない】との意見においても、一律の対策に対する不満が述べられている。求められているのは、たとえば「へき地度」によって公的支援の「量」に差をつける、という

だけでなく、地域性にもとづく医療ニーズの違いに配慮した「質」的対策であろう。

【へき地といえない、実感がない】との意見については、まず、へき地とされる地域の中でも、勤務する医師がへき地と認識できないほど「へき地度」が低い地域があることを示していると考えられる。この意見がへき地の民間診療所医師に多く、公的診療所医師に少なかった理由として、公的診療所が設置される地域の多くは民間では採算がとれないほどへき地度が高い地域だから、という解釈が可能である。しかし一方で、同じ地域であっても、そこをへき地と認識するか否かには個人差がある。そのため、へき地の民間診療所医師は、家業を継承した場合など幼い頃からその土地の住民でもある場合も多いために、生まれ育った土地に対して外部から与えられた「へき地」というラベルに違和感を持つ傾向が強いとも考えられる。

【都市部にも同様の問題がある】との意見が出た背景としては、「へき地医療問題」が語られるとき、その意味内容が多様であることがあげられるだろう。医療機関へのアクセスの問題やプライマリケアへの低評価、患者との認識の相違によるトラブル等は、都市部にも存在している普遍的な医療問題といえる。しかし、共通の問題があるからといって、都市部とへき地に差異がないと考えるのは誤りであろう。【他の問題がいっそう深刻】との意見にあげられた診療科による医師の偏在の問題も、専門病院へのアクセスが悪いへき地住民にとってはより深刻な事態をもたらすことが想定されるからである。

B へき地医療問題をみる観点の相違

へき地医療をとりまく制度的・社会的状況は多くの場合で、医師の実践における困難の原因や背景として位置づけられており、政策の動向や社会状況の変化がへき地医療実践にとって厳しいものとなっていることが指摘されていた。へき地医療を取りまく状況として多くあげられていた内容は今回分析した3群間で異なっており、へき地医療問題に対する観点の違いが表れていた。

都市の診療所医師に多かった意見は、【経済

効率重視の政策批判】【医療政策批判】【訴訟社会化】であり、巨視的な視点から医療全体に関係する問題を提示したうえで、へき地においては影響が一層深刻になることを推測して語っているものが多かった。都市の診療所医師は、一定の距離を持って「へき地医療問題」を対象化しており、「過疎問題」と比べたときに）なじみ深い「医療問題」のフィルターを通してへき地医療問題をとらえようとする傾向が強いと考えられる。

一方で、へき地の診療所医師の意見には、「地方の問題」がいかに医療の実践に影響するかという視点から論じたものが多かった。なかでも、へき地の民間診療所医師は【人口減少】【高齢化】【交通不便】など、過疎地の社会問題に言及した割合が多かった。要介護高齢者の「不本意としての流出」¹¹⁾の問題や、交通費負担の格差などより詳細な言及もなされており、へき地の民間診療所医師が地域の社会状況の変化を長い時間軸でみていることがうかがえた。へき地の民間診療所医師は、医師としての立場と併せて、住民としての立場、もしくは住民の実感に近い立場で問題を考える傾向が強いといえるだろう。

へき地の公的診療所医師に多かったのは【地方政策批判】【地方経済の悪化】であり、へき地の公的診療所が国の地方政策や自治体のあり方、自治体との関係に大きく左右される存在であることが示されていた。地方経済の悪化に関して、ある都市の診療所医師は「プライマリケア医である診療所が、地域経済の活力と密接に関わっている」(42歳男・都市)と指摘していたが、地域の経済状態が自治体財政を左右することを併せて考えると、自治体の方針によって公的診療所が受ける影響はより大きいと考えられる。

C へき地医療実践の何が問題か

診療所医師によって「へき地医療問題」として論じられていたのは、へき地において医師が直面している具体的な困難や、へき地への医師参入を阻害する要素であった。

都市の診療所医師に多かった意見は、【物的医療資源の過少】【専門外診療の不安】【家庭生

活に支障あり】であった。逆に、【他職種不足】【自治体の無理解】についての言及はなく、【他機関医師の無理解】に言及したのも1件と少なかった。へき地医療参入を考えたときの都市の診療所医師の懸念は、自らの医師としての能力、特に診断能力に関するものが多く、医師-患者の関係の範囲内で生じる困難に焦点が当てられていた。一方、患者以外の関係主体との関わりのなかで起こる困難については、自治体との関係について「都会ではあまり考える必要がない」(71歳男・へ民)といわれるなど、都市部ではあまり問題化しないことが示唆されていた。そのため、都市の診療所医師にとって具体的には想定しづらい問題となっていると考えられる。

へき地の民間診療所医師に多かったのは、【医院経営難】【後継者がいない】との意見であった。経営難の問題は他の群の医師からも多く言及されていたが、後継者不在のためにへき地の民間診療所が廃業に追い込まれる、という問題については、直面している当事者、おもに高齢の医師からの言及にとどまっていた。閉院後の当該地域の医療体制については公的なフォローが必要と予測され、閉院間近の医療機関の実態について、各地域で調査を行い、医療体制の確保を図る必要があると考えられる。

へき地の公的診療所医師から比較的多くあげられたのは、【自治体の無理解】【代わりの医師がいない】【技術の向上・経歴に支障】【へき地では医療の質が保てない】である。公的診療所が自治体のあり方に左右される存在であることは前述したとおりだが、とくに医師としての意見を尊重してもらえないことについての不満が多く、医師と自治体でへき地医療問題について「問題としていること」が異なり、共通の問題認識に基づいた協働が阻害されていることがうかがえた。また、へき地の公的診療所医師は医師としての技術向上や経歴、診療の質の保持についての意識が高いと考えられるが、これは、世襲が多い民間診療所医師とは対照的に、へき地勤務を期間限定で考え、他の現場への異動や、そのための職務経験や診療実績を重要視する医師が多いことに由来すると思われる。

V. まとめと展望

へき地医療問題についての診療所医師の認識について、分析結果から明らかになったことを以下にまとめる。

(1) 診療所医師に共通して、医師が経験する困難、とくに診療実践上の困難についての記述が多く、対象者の多くが医師の視点、なかでも臨床医の視点から問題を認識していることが明らかになった。へき地の社会状況は、へき地医療実践の困難をより深刻なものにする要因として位置づけられていた。診療所医師にとって、へき地医療はしばしば、採算がとれず、労働の負荷は重く、経歴にならず、医師集団内での、また、自治体や地域住民からの評価・承認が得られない仕事であり、子弟教育など私生活への負の影響も大きく、継続的な勤務は困難であると認識されていた。

(2) 診療所医師という同じ立場であっても、勤務地や診療所の設置主体の違いによってへき地医療問題の認識には差異があり、それぞれの視点の違いから、みえやすい問題とみえづらい問題があることがわかった。結果から推察された各群のおおまかな特徴は以下の通りである。

- i) 都市の診療所医師：普遍的な医療問題を入り口とした巨視的な視点からの意見が多い。少ない医療機器で専門外診療を行う不安、また、家庭生活への影響がへき地参入の阻害要因。医師-患者関係に限定した意見も多く、自治体や他職種との関係についての意識は薄い。
- ii) へき地の民間診療所医師：住民に近い視点から長い時間軸で地域の変化をみており、過疎地の社会問題への意識が高い。人口減少等による経営難が最大の問題。後継者不在で廃業を余儀なくされるケースも多い。
- iii) へき地の公的診療所医師：期間限定の派遣が多く異動可能性が高いため、医師としての技術の向上や経歴を重視する。自治体との関係が鍵で、自治体の方針や財政状況に大きく影響される。

(1) で示した困難を考えると、へき地の医師不足は当然の結果であるとも思える。しかし、それでもへき地医療に魅力ややりがいを感じ、継続的に実践に臨んでいる医師が多数存在

するということを考えると、そのような医師の実践のなかに、本稿で明らかとした困難を乗り越える方途や対策へのヒントがあると思われる。

今回は、医師の意見、なかでも診療所医師の意見について分析したが、(1)で示した共通性からは、回答者の、医師という職業集団への同一化の強さがうかがえた。医師にとって、へき地医療の「解決すべき問題」が「医師の診療実践上の困難」に焦点化されること自体は当然のことといえるが、社会問題としてのへき地医療問題を考える視点がそこに固定されてしまうとしたり、それは望ましい事態ではない。へき地医療において医師が重要な役割を担っていることはたしかだが、医師がいかに「患者のため」「住民のため」に実践を行っているとしても、住民や患者にとっての問題は医師の想定するものとは必ずしも一致しない。たとえば、医師にとって「患者の無理解」と認識される状況のなかに、単なる知識不足や認識不足にとどまらない患者の切実なニーズが潜んでいることもありうる。

現代医療が予防保健や介護、福祉との連携なしには成立しえないということ、また、へき地医療問題を社会全体で支えるという観点から考えたとき、さまざまな関係主体を視野に入れ、視点の差異を前提とした上でそれぞれの認識を相対化し、ある関係主体にとっての「問題解決」が、他の関係主体の犠牲の上に成り立つことのないように、ある関係主体に不利益や困難が集中することのないように、立場を超えた議論を行うこと、それを可能にする条件の整備が必要といえるだろう。

なお、本稿における分析をもとに、今回分析の対象としなかった「へき地医療問題への対策」「へき地医療の魅力とモチベーション」「へき地医療に望まれる医師像」「調査へのコメント」の大項目についても分析を進め、へき地医療問題への対策のあり方について考察することを今後の課題のひとつとしたい。また、本稿では認識の差異が生じた理由について仮説的な考察を行うにとどまったが、追加調査によって、個別的な背景も含めた分脈の中でそれらをより深く検証する作業も行っていきたいと考えてい

る。

文献等

- 1) 厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16.html>
- 2) 大野晃：山村環境社会学序説——現代山村の限界集落化と流域共同管理。農山漁村文化協会，2005。
- 3) 小松秀樹：医療崩壊——立ち去り型サボタージュとは何か。朝日新聞社，2006。
- 4) 本田宏：誰が日本の医療を殺すのか——「医療崩壊」の知られざる真実。洋泉社，2007。
- 5) 二本立：医療改革——危機から希望へ。勁草書房，2007。
- 6) 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。
- 7) 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。
- 8) Janis, I. L. : The problem of validating content analysis. Language of Politics (H. D. Lasswell et al. eds.) MIT Press, 1965.
- 9) 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。
- 10) 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。
- 11) 山本努：現代過疎問題の研究。恒星社厚生閣，1996。

Clinic doctors' perceptions of the problems of remote and rural medicine

— Qualitative content analysis of free comments from a questionnaire for community health care —

Satoko Iida*, Atsushi Sakamoto**

Abstract

To learn about clinic doctors' perceptions of the problems of remote and rural medicine, a qualitative content analysis of free comments from a questionnaire by Jich Meidcal University and The Foundation for Development of the Community was conducted.

The findings were as follows:

1. Most clinic doctors described the difficulties in medical practice such as insufficient access to advice from specialists, long compulsory working hours, and the heavy responsibility of practicing medicine alone.

2. Clinic doctors in urban areas tended to generalize the problems of medicine in remote and rural areas as common medical issues and focused on the doctor-patient relationship. Private clinic doctors also perceived the problems from the residents' point of view and, as a result, are highly aware of the social problems that exist in their communities. Public clinic doctors in remote and rural areas are strongly influenced by municipal policy. Also, these doctors are concerned with improving their skills because of the high probability of being transferred.

To support the medicine in remote and rural areas, it is necessary to clarify the differences in perceptions of the problems among clinic doctors, rural government officers, and residents. This would enable "Cooperation based on differences" that would help facilitate the improvement of community health.

(Keywords: the problems of remote and rural medicine, primary care, clinic doctors, qualitative content analysis)

*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 / Center for Community Medicine, Jichi Medical University