

# 地域医療白書 第2号

自治医科大学

## これからの 地域医療の流れ



---

## 地域医療白書第2版の発刊に際して



自治医科大学学長 高久史磨

自治医科大学に地域医療学講座が新設されたのは1981年（昭和56年）である。自治医科大学の開学が1972年（昭和47年）であるから開学後9年経って地域医療学講座が出来た事になる。自治医科大学の設立の目的が、へき地医療に従事する医師の養成にあった事を考えると、地域医療学講座の開設はもっと早くてもよかったとも言えよう。地域医療学講座には義務年限を終えた自治医科大学の卒業生だけでなく、全国の医科大学の地域医療に関心のある卒業生もこの教室に集まる様になった。その結果、地域医療学講座は自治医科大学の学生に対する地域医療、家庭医療教育の中心となって活動してきた。更に、2000年（平成12年）に自治医科大学附属病院に総合診療部が開設されるのに伴って、地域医療学講座の人たちは総合診療部の医員を併任し、各内科診療科の協力を得て、総合診療部の運営を行なうと言う新しい総合診療部の運営方式の発展に努力してきた。

私は梶井英治教授が1998年（平成10年）に地域医療学の教授に就任されたときに、地域医療学講座の研究のテーマの一つとして地域医療白書の作成を取り上げる様をお願いした。自治医科大学はその建学の趣旨から考えて当然我が国の地域医療・健康政策に関して現状の分析と将来の「あるべき姿を提言」すべきであり、その分析、提言の作成の中心となるのは自治医科大学の中では地域医療学の教室しかないと考えたからである。

梶井教授は私のその様な要望に真正面に取り組んでくださり、地域医療学講座が中心となり、更に地域社会振興財団の協力を経て、へき地における公的医療機関の現状、保健・医療・福祉の連携に関する全国調査を行い、その結果を元に地域医療白書の第1版が2002（平成14）年に作成された。その白書の中では数多くの自治医科大学卒業生が保健・医療・福祉を一括して行なう地域包括ケアの中心となって活躍している事が紹介されている。

地域医療白書の第1版が刊行されてから5年経った2007（平成19）年に第2版が梶井教授を中心とする地域医療学センターの人達が前回と同じく地域社会振興財団の協力を得て、刊行される事となった。第2版では自治医大地域医療学センターが行なって地域医療の現状と課題に関する様々なアンケート調査の結果が紹介されている。また地域医療を担う人材の育成、自治医科大学の現状などが紹介されており、最後に地域医療の充実へ向けての提言がなされている。従ってこの第2版は我が国の地域医療の現状を示すと共に、その課題に対してどの様に取り組むべきかを具体的に示した白書である。この第2版をまとめられた梶井教授を始めとする地域医療学センターの方々のご尽力に対する深謝をもって地域医療白書第2版の序文の締めくくりとしたい。

---

---

# 目 次

はじめに .....	1
I . この数年の医療制度等の動向 .....	3
II . 住民が求める地域医療	
1. 患者の受診行動 .....	8
2. フィールド調査 .....	13
3. 住民が求める医師としての総合医 .....	20
4. まとめ .....	23
III . 地域医療の現状	
1. 都市部とへき地の地域医療の比較 .....	25
2. へき地医療に関する意見（自由記載） .....	39
3. 医療機関・医療従事者の現状	
1) 医療機関 .....	45
2) 医師 .....	54
3) 看護師などコメディカルスタッフ .....	64
4. まとめ .....	67
IV . 地域医療を支援するシステム	
1. 地域医療にかかわる都道府県の施策 .....	69
2. へき地医療支援機構の現状 .....	78
3. 地域医療支援モデル	
1) 高知県の事例 .....	87
2) 島根県の事例 .....	94
3) 長崎県の事例 .....	99

---

---

4. 地域医療再活性化対策	
1) 青森県民フォーラム .....	104
2) 青森県グランドデザイン .....	115
5. まとめ .....	120

## V. 地域医療を担う人材育成

1. 医学教育の現状 .....	123
2. 新たな医師臨床研修制度 .....	130
3. 医療人GPの現状 .....	136
4. まとめ .....	141

## VI. 自治医科大学の現状 .....

143

## VII. 地域医療の充実に向けての提言 .....

160

## おわりに .....

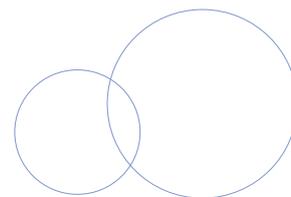
172

## 付録

1. 地域医療の現状と課題に関する全国調査（第2回） .....	173
2. 地域医療白書調査（第1回）にかかわる論文の抄録 .....	205
3. 地域医療にかかわる諸学会の変遷 .....	211
4. 市町村合併とへき地等医療 .....	213

---

# はじめに



わが国における医学の進歩、衛生環境の改善、公衆衛生活動の展開、国民皆保険の導入等の取組みは、わが国を世界一の長寿国へと導いた。平均寿命の推移を見ると、1926（昭和元）年と1945（昭和20）年に顕著な差異は無く、約50歳であった。その後、平均寿命は急速に伸び、60年後の2005（平成17）年には、男性は78.5歳、女性は85.5歳となっている。この長寿への道は、同時にわが国を高齢社会へと誘い、2005年（平成17年）には高齢化率は20.1%と20%の大台に乗った。今後、この高齢社会はさらに進み、後期高齢者（75歳以上）が増加し超高齢社会を迎えることになる。前期高齢者（65歳以上75歳未満）は2016（平成28）年をピークに減少に転じ、2018（平成30）年には後期高齢者がこれを上回ることが予想されている。

こういった医学の進歩と高齢化の波は、国民の健康問題を大きく変化させた。以前は、肺炎、結核といった感染症によって多くの人が命を落としていた。現在は、がん、心臓病、脳血管障害が3大死因であり、全死因の3分の2を占めている。また、高齢化の進展とともに、身体機能の低下に加え、複数の慢性疾患を持つ人が増し、さらにこれらに伴う臓器障害の出現が病態を一層複雑にしている。医療に求められるものは当然変化し、「病気を治す」という視点だけでなく、「健康を維持・増進する、病気を予防する、病気を管理する、そして身体機能を回復する」ことが重要課題となってきた。この課題へのアプローチとしては、病気や臓器を診る従来型の医療（専門医療）に加え、人を診る医療（総合医療）を育成すること、そして健康や病気に対しては、個々の取り組みは勿論のこと、地域を挙げて取り組んでいくことの二点が不可欠となる。換言すると、総合医療を担う総合医の育成と地域医療の充実が、今求められている。

地域医療とは、「地域住民が抱える様々な健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮すことができるよう、見守り、支える医療活動」である。地域医療は、地域住民のための生活支援活動であり、へき地であろうが、都市部であろうが、そこで生活する住民にとっては不可欠と考えられる。

高齢社会は、まずへき地に到来した。この到来は、あまりにも急速であった。命を救う医療の充実は、同時に「寝たきり」という造語を作り出すことになった。脳血管障害で倒れたら、仮に救命されたとしても身体が不自由となり、そのまま寝かされきりとなり、楽しみも希望も見出せない日々を送らざるを得なかった。障害を抱えてしまった人を、どのように支援し、生活に希望の光を見出してもらうのかという議論も対応策も充分になされていなかった。ひたすら命を救い、病気を治すことに全力を傾けてきたわが国の医療に、改めて医療のあり方、役割が問われることになった。

このような社会状況の中で、へき地の自治体では、住民が限りある生の中で健やかで楽

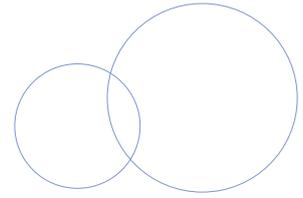
しい人生を送ることができるようにと地域医療づくりに取り組んできた。これらの自治体の中から、行政、医療関係者、住民が一体化し、病気を治すばかりでなく、健康を維持・増進し、病気を管理し、そして生活への復帰を支援するいわゆる地域包括ケアを定着させたところも出始めている。地域包括ケアは、限りある社会的、医療的資源を有効に使い、住民の生活に寄り添い、支援していくための優れたシステムである。このシステムは、行政、医療関係者、住民の三者が一体化し、しかも多職種間の連携が円滑に進みやすい小規模自治体で、成果が挙がっている。

医療の提供体制を考えると、へき地と都市部の背景はあまりにも異なっている。しかし、国民を取り巻く健康状況はどこに住んでいようとも変わりはない。都市部にも近い将来、間違いなく高齢化の波は押し寄せていく。へき地では、高齢化の波をいち早く向かえ、一足先に対応を迫られてきた。その中で見出された問題点とそれに対する知恵と仕組みが詰った対応策をわが国全体で学び、共有することは、これからのわが国全体の医療づくりにおいて、ひいては国民の健やかで楽しい生活環境づくりにおいて必要不可欠と考えられる。

地域医療白書第2号では、へき地に焦点を当て、その地域医療の現状と課題を分析し、これからの地域医療づくり、そしてわが国の医療づくりへの提言を行いたい。



# I この数年の 医療制度等の動向



## 1. 概要

最近の医療制度改革や市町村合併をはじめとする地域医療をめぐる環境の変化は著しいものがあり、その主なものは表1にかかげたとおりである。

2000（平成12）年には、高齢化社会を社会全体で支えあう仕組みとして介護保険制度が導入された。同じ時期に医療法が改正され、その他病床が一般病床と療養病床に分類され、急性期医療と慢性期医療との機能分化が進められている。

一方、医師養成をめぐる課題への対応策として、臨床研修の義務化をはじめとする新医師臨床研修制度が2004（平成16）年からスタートした。この制度の見直しを契機に地域の病院における医師不足が顕在化したため、2006（平成18）年、国は新医師確保対策を策定し、2008（平成20）年から医師不足が深刻な都道府県に所在する医学部と自治医科大学の定員増が容認された。

このような医療制度等の改革が進められる一方、平成の大合併により市町村が再編され、今後の自治体病院のあり方にも影響が生じるものと思われる。

高齢化社会を背景として毎年増大する医療費への対応や、このような医療をめぐる諸課題への処方箋として、2005（平成17）年12月に医療制度改革大綱が策定された。2006（平成18）年通常国会において医療制度改革関連法案が可決成立し、今後大綱にそったさまざまな改革が進められていることとなる。

表 I - 1 ここ数年間の医療に関連する制度等の動向

2000（平成12）年	介護保険制度の導入
2001（平成13）年	医療法改正（施設の機能分化）
2004（平成16）年	新医師臨床研修制度の導入
2005（平成17）年	市町村合併（公立病院の見直し）
2005（平成17）年	医療制度改革大綱
2006（平成18）年	医療法・老人保健法・健康保険法等の改正
2006（平成18）年	新医師確保総合対策

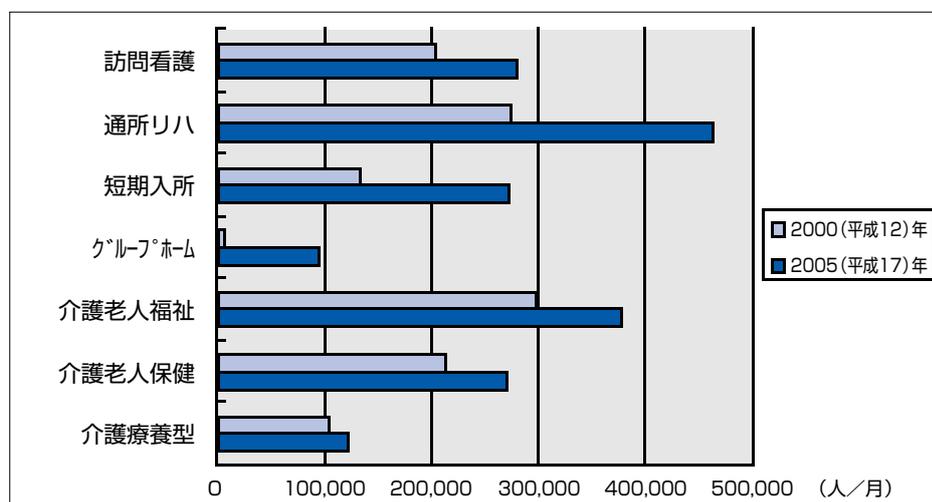
## 2. 介護保険制度の導入と病院の機能分化

2000（平成12）年に介護保険制度が導入され、介護サービスは、従来のような役所がサービス量を決定し税金で賄ういわゆる福祉サービスの方式から、保険料を財源とし（半分は

税金であるが) 利用者と事業者との契約により各種介護サービスが利用される社会保険方式に見直された。

医療機関の動向に大きな影響を有する医療系・施設系の介護保険サービスに関するここ5年間のサービス利用の動向について図I-1に示した。

図I-1 介護保険サービス利用者の動向 2000(平成12)年~2005(平成17)年

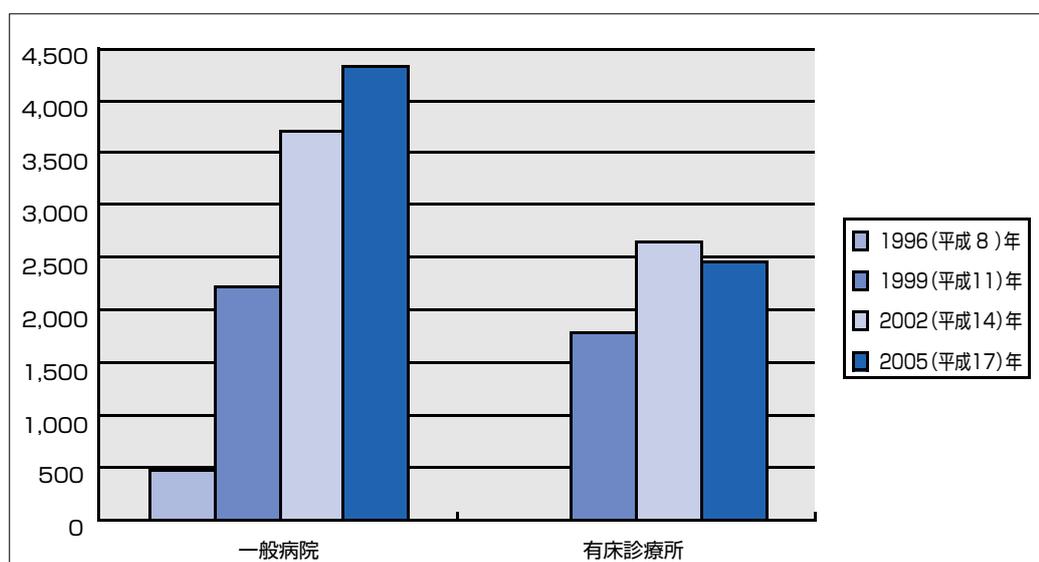


介護保険事業状況報告 (厚生労働省)

居宅サービス系では、この5年間で訪問看護1.4倍、通所リハ1.7倍、短期入所2.0倍、グループホーム17.4倍となっており、入所系では介護老人福祉施設1.3倍、介護老人保健施設1.3倍、介護療養型医療施設1.2倍と総じて増加している。グループホームを含めた施設系の利用者はここ5年間で約18.3万人増加しており、これは一般病床126万床の約15%に相当する量である。

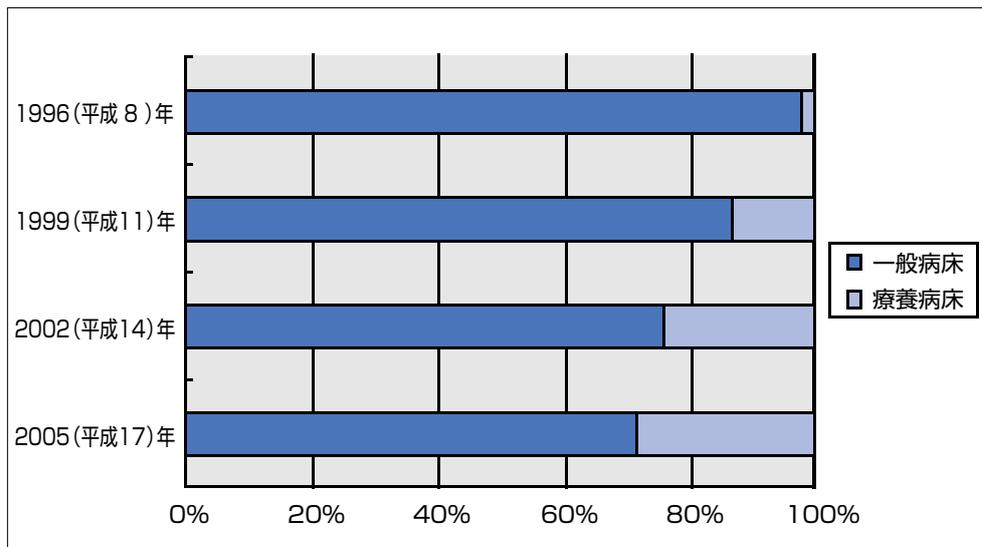
一方、2001(平成13)年の医療法改正によって、その他病床の機能分化が明確化され、2003(平成15)年には当時のその他病床を一般病床か療養病床のいずれかを選択すること

図I-2 療養型病床を有する施設の動向 1996(平成8)年~2005(平成17)年



医療施設調査 (厚生労働省)

図 I - 3 病院病床の動向 1996(平成8)年～2005(平成17)年



医療施設調査 (厚生労働省)

となった。それまで、療養病床は1992(平成4)年医療法改正により、療養型病床群(以下、療養型病床群を含めて「療養病床」という)の制度としてスタートしたが、その後の動向は図 I - 2、図 I - 3のとおりである。制度創設3年後にあたる1996(平成8)年の療養病床を有する病院は494施設で一般病院の約5%程度、病床数は約3万床で一般病床126万床の2.5%にとどまっていた。2001(平成13)年の医療法改正や介護保険制度の導入などにより、療養病床を有する施設数は4,350施設、病床数は35.6万床とこの10年間で施設数・病床数とも約10倍に増加している。なお、療養型病床の制度は有床診療所にも導入され、2006(平成18)年医療施設調査では2,466施設(有床診療所の15%)に整備されている。

### 3. 臨床研修制度の必修化と見直しとへき地医療の状況

2001(平成13)年に医師法が改正され、2004(平成16)年度から卒後2年間の臨床研修の義務化を柱とする新医師臨床研修制度が導入された。その主な内容は、①総合的な診療能力を養うための多科ローテート方式、②地域の病院での研修を進めるための臨床研修病院の見直し、③研修体制を確保するための受け入れ研修医数の制限、④採用は原則公募方式、⑤給与等研修医の処遇改善などである。

制度見直しによる研修医の動向については、表 I - 2 に示したとおり、医学部卒業生の臨床研修場所が大学病院から一般病院に移行している。このような動向が背景にあって、近年、地域の病院に対する大学からの医師派遣が減少していることが問題となっている。

新医師臨床研修制度による影響については、上述した地域の病院における医師確保などの課題をはじめ各方面からさまざまな指摘がなされているが、中長期的な評価は今後のこ

表 I - 2 医学部卒業生の臨床研修場所

	2003(平成15)年	2004(平成16)年	2005(平成17)年	2006(平成18)年
一般病院	2,232 (27.5%)	3,262 (44.2%)	3,824 (50.8%)	4,266 (55.3%)
大学病院	5,923 (72.5%)	4,110 (55.8%)	3,702 (49.2%)	3,451 (44.7%)

とでもあり、本章においては、新医師臨床研修制度の概要と研修医の動向を述べるにとどめることとしたい。

## 4. 市町村合併と公立医療機関

2005（平成17）年3月を期限とする市町村合併特例法が制定され、各地で市町村合併が進められてきた。2006（平成18）年度末の市町村数は1,822市町村と1999（平成11）年の3,233市町村の約半数に減少した。その内訳は、777市847町198村であり、それぞれ1995（平成7）年から比べて、市17%増、町57%減、村66%減である。

このような状況の中で、市町村合併に伴って公立病院のあり方が見直され始めている。

ここで長崎県の事例を紹介する。長崎県は今回の市町村合併により79市町村が23市町となった全国で最も市町村合併の進んだ都道府県のひとつである。

市町村合併による自治体の病院数が増加したのは長崎市（長崎市民病院、長崎市立成人病センター、旧野母崎町立病院、旧琴海町立病院）、平戸市（平戸市民病院、旧生月町立病院）である。また、県と離島の市町村が構成団体となり設立した一部事務組合である離島医療圏組合は、9市町にそれぞれ1つの病院を開設していたが合併により3市町（五島市、新上五島町、対馬市）にそれぞれ3箇所となった。北松中央病院（江迎町立）は周辺市町村の合併に際して、地元医師会への管理委託が見直され、病院としてはわが国初の地方独立行政法人として運営されている。

市町村合併にあたっては、地域医療を確保する観点から現状維持の前提で合併したケースが多かったが、今後、病院に対する地方交付税に関する合併後5年間の経過措置が終了する2010（平成22）年度までに、特に公立病院が複数化した市町村における病院の再編成が全国的に進められるものと考えられる。

## 5. 医療制度改革大綱と今後の地域医療の課題

進展する高齢化社会への対応や医療をめぐるさまざまな諸課題へ対応するため、2005（平成17）年12月に医療制度改革大綱が策定・公表された。その概要は表I-3に示すとおりであり、①安心・信頼の医療確保・予防の重視、②医療費適正化計画の策定や公的保険給付の内容・範囲の見直しなどの医療費適正化の総合的な推進、③新たな高齢者医療制度の創設、④都道府県レベルを見据えた保険者の再編・統合などが主な柱となっている。

2006（平成18）年には、この大綱に基づき、医療法、老人保健法、健康増進法、健康保険法等の医療制度改革関連法案が可決成立し、順次実行に移されていくこととなっている。

このような状況の中で、離島・へき地の医療の確保については、自治体の財政難、医師確保の困難性など、さまざまな課題を抱えている。へき地等の医療については、これまで、行政が赤字補填も含めて医療施設を運営し、地元大学に医師派遣をお願いするという形で、巡回診療、診療所の開設、病院への発展という形で住民の要求に応じてきたが、従来の方法で医療を確保することが困難な状況となってきた。今後は、行政と医療従事者だけでなく、地域住民、大きくは県民の主体的な参加を得つつ、今後の地域医療のあり方を模索していく転換期に差し掛かったといっても良い。

今後の地域医療のあり方については、この白書の中で適宜触れていくこととしたい。

表 I - 3 医療制度改革大綱（2005（平成17）年12月）の概要

- 安心・信頼の医療確保・予防の重視
- 医療費適正化の総合的な推進
  - ・ 医療費適正化計画の策定
  - ・ 公的保険給付の内容・範囲の見直し
- 新たな高齢者医療制度の創設
- 保険者の再編・統合



# II 住民が求める地域医療

## 1. 患者の受診行動

### 1) 医療機関受診傾向（外来診療）

日本の国民皆保険制度は、医療機関へのフリーアクセスを保障し、誰でも、いつでも、どこへでも、個人の意思で自由に医療機関を選択することを可能としている。仮に軽微な症状・疾患であっても、初めから紹介状がなくても特定機能病院を受診することができ、特に大病院外来診療の「3時間待ち・3分診察」の要因になっていることが予想される。安西（安西将也：病院管理 249：27-33, 1987）は、1974（昭和49）年から1983（昭和58）年の「患者調査（厚生省）」のデータをもとに10年間の患者の受療行動の変化を調査し、患者の受療行動が診療所よりも病院志向であると報告した。仮に、この傾向が続いているとすれば、近年さらに病院志向は強くなっていることが予想されるが、この点に関する報告は少ない。そこで、本項では、厚生労働省のデータなどをもとに、昨今の我が国における外来患者の受療行動の傾向を明らかにする。

厚生労働省の医療施設調査（表Ⅱ-1-1）によると、施設数は一般診療所、歯科診療所ともに増加傾向にあったが、1987（昭和62）年以降減少傾向にある。また、病院につい

表Ⅱ-1-1 医療施設数推移（医療施設別）

	1978（昭和53）年	1987（昭和62）年	2002（平成14）年
施設数			
総数	119,957	137,275	169,079
病院	8,580	9,841	9,187
一般診療所	75,479	79,134	94,819
(有床)	29,023	24,975	16,178
(無床)	46,456	54,159	78,641
歯科診療所	35,538	48,300	65,073
人口10万対施設数			
総数	103.8	112.3	132.7
病院	7.4	8.0	7.2
一般診療所	65.5	64.7	74.4
(有床)	25.2	20.4	12.7
(無床)	40.3	44.3	61.7
歯科診療所	30.9	39.5	51.1

て、2002（平成14）年と1978（昭和53）年を比較すると、施設数そのものは、この24年間で654件増加しているにも関わらず、人口10万対施設数については減少しており、人口とのバランスを考えた場合、一貫して減少傾向にあることが伺える。なお、一般診療所について無床診療所は増加しているが、有床診療所は減少し、入院診療は病院という傾向が大きくなっている。

厚生労働省の患者調査から、医療施設別の外来患者数推移を表Ⅱ－1－2に示す。外来患者数について、1975（昭和50）年と2002（平成14）年を比較すると、総数、初診、再来のいずれも減少している。この内訳について、病院と一般診療所を比較すると相反する傾向であった。病院は総数、初診、再来の全てが増加しており、この27年間で外来総数12%、初診7.4%、再来12.9%といずれも高い増加率となっている。一方、一般診療所については減少している。また、病院受診患者について病院規模別外来患者数を比較したものを、厚生労働省の2002（平成14）年受療行動調査から表Ⅱ－1－3に示す。この調査では、病院を規模別（大、中、小）と特定機能病院、療養型病床を持つ病院の5群にわけて比較している。この中では、中規模の病院に病院外来を受診する患者の半数以上が集中し、2割弱を小規模、大規模病院で2分し、以下、特定機能病院、療養型病床を持つ病院と続いた。ただし、特定機能病院はその多くが大規模病院に分類されるため、大規模病院と特定機能病院を合算すると両者で約25%に達した。そして、中規模、大規模、特定機能病院を合計すると、実に8割弱の外来患者が受診していることが示された。

以上の結果から、病院数は減少し、一般診療所数は増加しているにも関わらず、外来患者は明らかに病院で増加傾向にあることが示され、外来患者の病院志向が年々高くなっていることが分かった。さらに、病院外来患者の大多数が中規模以上の病院を受診しており、日本人の外来診療では中規模以上の病院への受診傾向があることが示され、従来から言われている大病院志向はデータの上でも確認された。

表Ⅱ－1－2 1日の外来患者数推移（医療施設別） 推計患者数（単位：千人）

	1975(昭和50)年		1987(昭和62)年		2002(平成14)年	
外来総数	6,852		6,634		6,478	
病院	1,240	18%	1,766	27%	1,953	30%
一般診療所	4,494	66%	3,657	55%	3,378	52%
歯科診療所	1,118	16%	1,210	18%	1,148	18%
初 診	1,209		1,153		1,041	
病院	184	15%	252	22%	235	23%
一般診療所	821	68%	680	59%	620	60%
歯科診療所	204	17%	222	19%	185	18%
再 来	5,643		5,481		5,438	
病院	1,056	19%	1,515	28%	1,717	32%
一般診療所	3,674	65%	2,977	54%	2,758	51%
歯科診療所	914	16%	989	18%	963	18%

表Ⅱ－１－３ 1日の病院規模別外来患者数(2002(平成14)年) 推計患者数(単位:人)

	総数	特定機能 病院	療養	小病院	中病院	大病院	大病院＋ 特定機能
総数	1,904,187	122,929	64,704	343,375	1,027,498	345,682	468,611
	100%	6.5%	3.4%	18%	54%	18.2%	24.6%
0～14歳	143,686	8,328	1,827	21,181	87,074	25,277	33,605
	100%	5.8%	1.3%	14.7%	60.6%	17.6%	23.4%
15～39歳	287,377	25,946	5,980	56,743	143,458	55,251	81,197
	100%	9%	2.1%	19.7%	49.9%	19.2%	28.3%
40～64歳	622,209	46,454	17,965	103,532	334,517	119,741	166,195
	100%	7.5%	2.9%	16.6%	53.8%	19.2%	26.7%
65～74歳	453,490	27,006	17,330	79,890	246,861	82,402	109,408
	100%	6%	3.8%	17.6%	54.4%	18.2%	24.1%
75歳以上	394,260	14,901	21,515	81,519	214,130	62,195	77,096
	100%	3.8%	5.5%	20.7%	54.3%	15.8%	19.6%
不詳	3,165	294	87	510	1,458	816	1,110
	100%	9.3%	2.7%	16.1%	46.1%	25.8%	35.1%

## 2) へき地住民の受診行動

2005(平成17)年11月20日、財団法人地域社会振興財団は、長野県長谷村(現伊那市)と福島県只見町にて2005(平成17)年度テレビ電話会議現地研修会(以下、研修会)を開催した。研修会に際して、参加住民に対して医療機関受療行動について質問紙調査をした。長谷村内には二つの医療機関(いずれも公的診療所)があり、只見町には医療機関は公的診療所ただ一ヶ所であった。また二次医療を担当する後方医療機関までの距離は、長谷村の場合は17km(伊那中央病院)であり、只見町の場合は約50km(南会津病院)であった。この項では、本調査をもとに、へき地住民の受診行動について考察する。

研修会への参加住民は、合計178人(長谷村67人、只見町111人)であったが、このうち69.7%の124人から質問紙を回収した。内訳は、長谷村41人(61.2%)、只見町83人(74.8%)である。参加住民の属性を表Ⅱ－1－4に示す。性別、年齢について統計学的な有意差はなかった。

長谷村、只見町ともにいずれも人口減少が続く過疎地域であるが、今回の質問紙調査では、へき地住民の医療機関受診行動についてその傾向が垣間見えた。両地域の参加住民の医療機関受療状況を表Ⅱ－1－5に示す。受療状況について、定期受診ならびに時間外などの緊急受診の二つに分けて調査した。定期受診については、定期受診がない住民は長谷村が25%に留まったのに対し、只見町は半数の50%が未受診であった。一方定期受診ありと回答した住民に限定すると、長谷村は約85%が村内医療機関を受診しているのに対し、只見町は町内医療機関が65%にとどまり、残り35%は町外医療機関を受診していた。一方、緊急受診については、長谷村は24%が村外医療機関を受診すると回答したが、只見町は

表II-1-4 研修会参加住民属性

	長谷村	只見町	合計	P 値
性別				
男性	23 (59.0%)	35 (43.2%)	58 (48.3%)	0.122*
女性	16 (41.0%)	46 (56.8%)	62 (51.7%)	
合計	39 (100.0%)	81 (100.0%)	120 (100.0%)	
年代				
20歳未満	0 (0.0%)	2 (2.4%)	2 (1.6%)	0.8*
20歳代	0 (0.0%)	1 (1.2%)	1 (0.8%)	
30歳代	3 (7.7%)	6 (7.2%)	9 (7.4%)	
40歳代	4 (10.3%)	7 (8.4%)	11 (9.0%)	
50歳代	8 (20.5%)	23 (27.7%)	31 (25.4%)	
60歳代	6 (15.4%)	17 (20.5%)	23 (18.9%)	
70歳代	17 (43.6%)	26 (31.3%)	43 (35.2%)	
80歳代	1 (2.6%)	1 (1.2%)	2 (1.6%)	
合計	39 (100.0%)	83 (100.0%)	122 (100.0%)	

\*  $\chi^2$ 検定

表II-1-5 医療機関受療状況

	長谷村	只見町	合計	P 値
定期受診				
未受診	9 (25.0%)	40 (50.0%)	49 (42.2%)	0.011*
町村内医療機関	23 (63.9%)	26 (32.5%)	49 (42.2%)	
町村外医療機関	4 (11.1%)	14 (17.5%)	18 (15.5%)	
合計	36 (100.0%)	80 (100.0%)	116 (100.0%)	
緊急受診				
町村内医療機関	29 (76.3%)	79 (96.3%)	108 (90.0%)	0.002*
町村外医療機関	9 (23.7%)	3 (3.7%)	12 (10.0%)	
合計	38 (100.0%)	82 (100.0%)	120 (100.0%)	

\*  $\chi^2$ 検定

96%が町内医療機関を受診すると答え、定期受診とは異なる傾向であった。医療資源の限られたへき地地域では、都市部と異なり、医療機関の選択には大きな制限があるといわざるを得ないが、へき地と一言で言っても、今回のように地域により相反する傾向を示すことが分かった。

定期受診については、自治体内診療所の診療科目、医師数、地域性などが関連すると思

われるが、本調査の二つの自治体の差異の要因は明らかではない。ただし、只見町の定期受診患者の約3割が町外医療機関を受診しているという事実に着目すると、本調査からは一つの事実が浮かびあがる。只見町では、町内診療所を中心とした半径50km以内には二次医療を受け入れる医療機関はなく、専門医療となるとほとんどが100km先の会津若松市内の医療機関になる。そのような状況下にも関わらず、定期受診患者の約3割が町外医療機関を受診していることは、国民皆保険制度による医療機関選択については、距離という弊害は医療機関選択の一因にはなっても、必ずしも最重要ではないことが示された。つまりへき地にあっても、時間的猶予が比較的ある定期受診の場合は、国民皆保険制度による医療機関選択の自由性は比較的保障されていると考えられた。

一方、緊急受診は時間的猶予がないことが多く、その点を反映してか、後方医療機関が比較的近い長谷村と比べて、非常に遠い只見町のほとんどの参加住民が町内診療所を受診することが示された。緊急受診に限っては時間的距離というものが医療機関の選択に大きな役割を果たす可能性が示された。

なお、本調査の結果について、対象やサンプリングなどの方法は一般化するうえでの妥当性が必ずしも高くないと考えられるため、この結果の解釈は限定的であることには注意されたい。

## 2. フィールド調査

### 1) はじめに

平成の大合併は地域医療に多大な影響を及ぼした。規模縮小を余儀なくされた地域、医療機関長が辞職した地域、医療機関そのものが閉鎖した地域など、全国各地で様々な問題が起きた。地域医療は、住民の生命に影響する人間の根幹に関わることであることを考えると、このような行政の流動的な変化が地域医療に大きく左右すると、住民にとっては、安心してその地域に住み続けることは難しくなる。安定した地域医療のシステムが必要不可欠である。

また、医師不足は深刻である。とりわけ地域医療、特にへき地医療にとっては、その存亡に関わる極めて重大な問題といえる。特に北海道・東北地域の医師不足は深刻であるが、一方で首都圏を中心に医師数が比較的充足している地域もある。しかし、OECD(経済協力開発機構) Health Data 2002によると、人口千人対医師数は最多のイタリア6.0人に対し、日本は2.0人とOECD30ヶ国中26位であり、他国と比較しても日本は決して医師過剰とはいえない。

行政の変化や医師不足など地域医療を取り巻く諸問題は年々その深刻さを増し、地域医療は今まさに大きな岐路に立たされている。このような重大な局面において、行政、医療者はもちろんのこと、住民がより積極的に地域医療に関わることを期待される。そこで、今回地域医療の主役ともいえる住民に焦点を当て、特に最近のへき地医療の最大の問題である医師不足について住民の認識を明らかにする目的でフィールド調査を行った。

### 2) 調査概要

2005(平成17)年6~8月に、福島県只見町ならびに岩手県藤沢町の住民を対象に聞き取り調査(半構造化面接)を実施した。対象者はそれぞれの行政から紹介を受け、只見町19名(男性8名、女性11名)、藤沢町4名(男性3名、女性1名)であった。なお聞き取り項目は表II-2-1の通りである。

表II-2-1 質問事項

- 
1. この1年間に医師不足はあったか?  
はい→2へ(4は省略) いいえ→4へ
  2. 医師不足の原因をどのように考えるか?
  3. 医師不足の解決策をどのように考えるか?
  4. なぜ医師確保がうまくいっているのか?
- 

### 3) 福島県只見町

只見町は、福島県南会津郡に位置する、美しいブナ林に囲まれた風光明媚な山村である。しかし冬には積雪が数メートルにも達する日本有数の豪雪地域でもある。人口は5,237人(2006(平成18)年8月1日現在)で、高齢者率は約40%に達する町である。かつては只見

川水系の開発による公共工事のために人口は10,000人を超える時期もあったが、現在は急速な過疎化が進んでいる。町内の医療機関は、国民健康保険朝日診療所の一つのみである。また、後方医療機関は、福島県田島町にある県立南会津病院までが約50km、また会津若松市内の医療機関までが約100kmである。冬は豪雪のため、救急搬送は、それぞれ1時間以上、2時間以上を要し、特に緊急の重症疾患では命を左右しかねない過酷な条件である。

朝日診療所では、長い間、関東の大学医学部から数ヶ月交代で派遣された2名の医師派遣と県から派遣された自治医科大学卒業医師1名により、医療が支えられてきた。しかし2004（平成16）年4月導入の臨床研修の必修化に伴い、医師派遣の中止が余儀なくされ、ついに、2003（平成15）年秋、朝日診療所で常勤医師が不在となり、只見町は一時無医村となった。この時、町の医療に大きな不安を持った住民たちが住民運動をおこし、その熱意により県が動かされ、その後の福島県の医師不足対策推進の原動力となった。同年冬には医師が着任し、2006（平成18）年4月時点で3名の医師による地域医療が展開されている。

#### 4) 岩手県藤沢町

藤沢町は、岩手県東磐井郡に位置する岩手県最南端の町である。人口9,891人（2006（平成18）年8月1日現在）、高齢化率は約33%である。藤沢町の人口は、「昭和の大合併」後の1955（昭和30）年の16,000人をピークに年々減少し、過疎化が進んでいる。町内医療機関は公立の国民健康保険藤沢町民病院と民間の歯科診療所2ヶ所である。

1968（昭和43）年、医師確保の困難や経営の悪化により、岩手県立藤沢病院が廃院となった。その後、3ヶ所の町立診療所により町の医療が維持されたが、町民の大多数は他市町村医療機関で最期を迎えていた。この状況に心を痛めた町長は、病院設立を決意することになった。そして、県の強い反対、医師確保など幾多の困難を乗り越え、1993（平成5）年7月、それまでの3つの診療所を統合する形で藤沢町民病院は開院された。現在は、54床を有する藤沢町民病院に加え、老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、藤沢町居宅介護支援事業所、保健センター、訪問看護ステーション、グループホームにより藤沢町福祉医療センターを形成し、常勤医師7名、非常勤医師2名（2006年（平成18）年4月現在）により地域包括医療が展開されている。先進的な地域医療モデルとして、全国から注目され、他の自治体からの見学が絶えない。

#### 5) 医師不足の原因と解消策

今回調査した両自治体は、いずれも過疎が進むべき地である。しかし、過去1年間の医師不足の有無について、只見町では対象者全員が医師不足はあったと回答したが、藤沢町では対象者全員が医師数は充足していると回答し、完全に意見が分かれた。ただし、過去1年間にこだわらなければ、藤沢町も県立病院の廃院を経験しており、間違いなく過去には医師不足は経験している。今回の結果を導いた、両自治体の過去から現在へのターニングポイントはどこだったのか？そこに医師不足の原因と解消策が隠れているのかもしれない。

##### (1) 医師不足の原因

本調査では、医師不足の原因について、医師不足があったと回答した只見町住民のみに

表II-2-2 只見町の医師不足の原因

医師本人に関わること

- ・ 医師の過剰な責任と労働
- ・ 医師が地域に馴染めない
- ・ 医師にとり、孤独でストレスが多い
- ・ 学会に行くのが難しい
- ・ 医師の専門性を磨くことが難しい

医師家族に関わること

- ・ 医師子弟の教育の問題
- ・ 配偶者がへき地勤務を嫌がる

地域特性

- ・ 豪雪
- ・ 日常生活、買物が不便
- ・ 生活の場としての魅力が少ない

その他

- ・ 地元の若者も残らないのに、わざわざ他地域から医師が来るわけがない
- ・ 地元出身の医師ですら戻ってこないのに他出身の医師がくるはずがない
- ・ 診療所の採算がとれない
- ・ 行政の無策
- ・ 医局制度のため

聴取した。只見町調査の結果を表II-2-2に示す。

多くの様々な意見が寄せられたが、「医師本人に関わること」、「医師家族に関わること」、「地域特性」、「その他」の4つに大きく分類された。

「医師本人に関わること」のうち、「医師の過剰な責任と労働」の過重労働の問題は、へき地に勤務する医師数が増加すれば解決できる原因と考えられた。しかし、この過重労働は、医師不足の原因という側面のほかに、医師不足を助長させる要素も大きい。つまり、本来、医師が充足している地域では複数の医師に分担される内容も、医師不足地域では、限られた少数の医師に過重な責務がのしかかる。過重労働は医師自身の健康を損なう可能性がある。仮に健康を損ない診療できなくなると、医師不足はさらに深刻となる。診療不能まででなくとも、診療の質が落ちることは必死である。医師とはいえ自分の健康があつてのものであるから、医師が過重労働の現場を避けようとするのは自然なことであり、過重労働が医師不足を助長させる要因ともいえよう。結局、これまでの日本各地の医師不足地域は、過重労働をする医者熱意と犠牲により支えられてきたのかもしれない。これは、あまりに脆いシステムといわざるを得ない。

その他、「医師家族に関わること」、「地域特性」については全国のへき地に共通した要因である。また、「地元の若者も残らないのに、わざわざ他地域から医師が来るわけがない」や「診療所の採算がとれない」は、へき地の過疎化や市場原理に伴う必然的な結果であり、

解決は極めて難しい原因と考えられた。

これらの只見町調査結果から、医師不足の原因のひとつとして「医療に限定したのではなく、過疎化や市場原理に伴う必然的な結果」が仮説と考えられた。一方で、医師不足が招く医療者の過重労働は、医師不足をさらに悪化させる悪化因子としても重要な問題である。つまり、医師不足は必然的な結果であると同時に、それ自体が悪循環の一因ともなっている。

## (2)医師不足の解消策

医師不足の解消策については医師不足があったと回答した只見町住民のみに聴取した。一方、藤沢町住民に対しては、医師不足がないと答えたために医師確保が順調な理由について聴取した。しかし、医師不足の解消策とも取れる意見であった。それぞれの結果を、II-2-3ならびにII-2-4に示す。

### 表II-2-3 只見町の医師不足の解消策

- 
- ・郵便局のユニバーサルサービスのように国の力しかない
  - ・行政主導で、医師偏在の解消を図るための医師派遣・医師供給システムを作る必要がある（地方自治体単独の力では無理）
  - ・へき地には専門医よりも家庭医が必要
  - ・町独自の奨学金制度の創設
  - ・へき地医療に興味がある若者を医学部に入学させる
  - ・医療者の業務を減らすため行政が生活習慣病などへの介入を行う
- 

### 表II-2-4 藤沢町で医師確保が順調な理由（藤沢町住民）

- 
- ・町長の強力なリーダーシップ
  - ・町長と町民病院院長の頑張り
  - ・住民の理解
- 

医師不足の原因として考えた仮説は、「過疎化や市場原理に伴う必然的な結果」であることから、必然性に反するほどの解消策は、ある程度の強制力しかないと考えられる。今回寄せられた意見でも、仮説を裏付けるように「郵便局のユニバーサルサービスのように国の力しかない」のような強制力を持つ対策が必要であるとの意見が複数出され、医師不足の解決の難しさを物語っていた。

また、「へき地には専門医よりもむしろ家庭医が必要」という興味深い意見があった。へき地では専門医が複数配置されることは非現実的であることから、へき地に勤務する医師は当然様々な領域を診療することが期待される。その点、家庭医やプライマリ・ケアの研修を行った医師にとっては、へき地勤務はその能力を発揮できる場所といえる。そのため、家庭医やプライマリ・ケア医を数多く養成することは、へき地に勤務しようとする医師を

---

増やす可能性がある。プライマリ・ケア能力獲得を一つの目的として2004（平成16）年に導入された新医師臨床研修制度が、将来的に医師不足解消の一助になる可能性もある。また、藤沢町住民に他地域の医師不足の原因を聞いてみたところ、「医療が細分化しすぎて、一人の医師が見ることができる範囲が狭くなったためではないか。そのため必然的に多くの医師を必要とするのかもしれない」との意見があり、医師の専門医志向が医師不足の原因として示された。

「へき地医療に興味がある若者を医学部に入学させる」という意見が出た。Ribinowitz は、医師が地方出身であることは、地方での医師定着に対して重要な独立因子であると報告し、医師不足を解消するためには、地方出身者で家庭医学を志望するような人材を医学部に積極的に入学させるべきとした（Ribinowitz H K et al: JAMA 286:1041-8, 2001）。最近、日本の地方の医学部でも、地域枠を設置し医師不足解消の対策としているが、特に島根大学のへき地出身者に限定した地域枠については、その効果が大きく期待される。

一方、医師確保が順調な理由として、「町長の強力なリーダーシップ」、「町長と町民病院院長の頑張り」、「住民の理解」という意見が出されたが、具体的な内容には言及されなかった。しかし、町長（行政）、病院長（医療関係者）、住民のかかわりが示された。藤沢町の医師確保が順調な理由について、行政、医療機関、住民の3者の努力が実を結んでいる可能性が示唆された。これまでは、医師不足についてはどちらかという行政単独の行動がクローズアップされてきた。行政のみではなく、医療者や住民がこの問題に深く関わり、何かの行動を起こすことで解決の糸口が見出せる可能性は示された。

医師不足は、「医師が赴任しない」ことの結果であるが、この点について藤沢町役場職員から興味深い意見を聞くことができた。「藤沢町ではMRIやマルチスライスCTなどその時代の最先端検査機械を積極的に導入し、へき地にありながら高度な医療の展開に努めている。恐らく医師にとっては、へき地にありながら最先端医療を行うことができやりのがあるのではないか」という、「医師のやりがい」が医師確保に結びついているのと意見であった。「医師のやりがい」も医師個人により大差はあるだろうが、医師のやりがいを満たし得る環境であれば、仮にへき地であっても医師確保が成功するきっかけになり得ることを示している。

医師不足の抱える諸問題は、極めて深刻である。現在行われている施策は、入学者の地域枠や医学部入学定数の一時的増員のようにいずれも中・長期的な視点に立ったものである。これらの対策の効果が現れるには少なくとも10年はかかるだろう。一方で、住民の生命に関わるこの問題の性質を考えると、より短期的な対策が必要不可欠であり、早急な対応が望まれる。

## 6) 医師不足問題での総合医の役割

疾病構造が複雑となった現代で、一つだけの専門性で対応できる範囲は限定的といえよう。特に昨今複数の疾患を抱える高齢者が増えているが、そのような患者に対して一人の医師が総合的な対応をする「かかりつけ医（特に総合医能力を持った）」の需要も高まってくるのが予想される。とりわけ、高齢率が都市部に比べて格段に高いへき地ではかかりつけ医や総合医の需要は高いと考えられる。

また、へき地では都市部と異なり医療機関や医師選択の余地が少ないため、へき地住民

は、へき地勤務の医師に対し専門性にとらわれず様々な領域を診察することを期待することが多い。一方、現実問題として、医師不足地域に各専門医一名ずつの複数医師を配置することは難しく、限られた医師数を考慮すると、総合医を複数配置する方が効率的ともいえる。仮に、個々の専門医を一名ずつ配置した場合、入院患者などで自分の専門領域の重症患者などがいれば、現場を全く離れることはできず、結果的に過重労働となる。しかし、総合医であれば相互に補完できるため、結果的に過重労働の問題も回避できる可能性もあり、総合医の複数配置のメリットは大きい。このように、多領域をカバーする診療を希望するへき地住民のニーズと、医師側の過重労働回避を可能にする医療者側のメリットとともに、総合医のへき地地域への配置は、デメリットが少ない対策とも言え、今後、総合医養成が医師不足解決の切り札になる可能性もある。また、医療経済上も、複数の専門医を受診する場合と、一人の総合医を受診する場合では、医療費抑制につながる可能性もある。

しかし、幅広い領域を見るだけでは総合医は評価されない。また仮に総合医の診療の質が専門医のそれに大きく後れを取るようであれば、総合医を受診する住民は不幸である。そのため、総合医には診療に当たって一定の質を確保することが当然望まれ、今後、良質の総合医を養成する研修制度の整備が望まれる。

## 7) 地域医療に対する住民の役割

へき地医療では行政が非常に大きな役割を果たす。そのため首長交代などの行政側の変化を契機に自治体の医療政策が変わることが多く、それを機に公設医療機関の医師が辞職することも少なくはない。もちろん辞職の理由は様々ではあるが、医療関係者と行政との相互理解不足も一因であることは否定できない。特にこの数年の市町村合併により、かつて地域医療の先進地域と呼ばれるところも、規模の縮小ないし減速に陥ったところがあった。

地域医療の発展のためには行政の存在が必要不可欠であることは否定できない。しかしそもそも政治とは非常に流動的なものである。政治や行政の変化により、そのつど地域医療の質・量まで大きく左右されるようであれば、住民にとって、安心できる地域医療とはいえない。政治や行政の流に影響を受けない地域医療の存在が必要不可欠である。

本来、医療の主役は住民であることから、地域医療の充実・発展のためにも住民の十分な理解と参画が必要不可欠である。しかし住民の多くがまだまだ医者任せという風潮が強い地域も散見される。自分の健康は自分で守り、また自分の地域の地域医療は自分たちで盛り上げていくという姿勢が必要ではないだろうか。その地域住民の地域医療に対する意識向上こそ、地域医療の充実につながる。その根拠として、只見町では、一時的に無医町になった際に、住民が大規模の住民運動を起こし、その波は福島県庁にまで及んだ。この住民の大きな熱意は、結果的に県行政を動かす原動力となり、その後、福島県は福島県立医大とも協力して、県内の医師不足問題に重点的に取り組むことになった。まさに只見町の住民運動なくして、医師不足解決に強く取り組むようになった今の福島県はなかっただろう。このように、住民が地域医療に積極的に関わることは、行政をも動かす底知れないパワーを生む。医師不足は確かに解決が難しい問題とはいえ、とはいえ住民の参加にこそ、解決の突破口があるともいえよう。

医療者や行政は、適切な医療情報を住民と共有することで、住民の地域医療への参加を

促すことが必要であろう。また、医療関係者は当たり前のことではあるが、地域医療の主役は住民であることを念頭に、真に住民にとって必要な医療とは何かを自問し、住民中心の地域医療が実践されることが大切である。

地域医療に対する住民の役割は計り知れない。本調査の最後に「交通網が整備され、隣町の病院までの時間が大幅に短縮された場合、そちらの病院に行きますか？」という質問をした。一方の住民の多くは「行く」と答え、もう一方の住民は「行かない。自分の町の医療機関に行く」と答えた。両自治体で意見が分かれたが、後者のごとく、住民の地域医療を守る姿勢にこそ、地域医療の灯が燃え続ける力が宿っているように感じた。

## 3. 住民が求める医師としての総合医

### 1) 地域医療に必要な業務

住民の受診行動や地域医療に対する意見を踏まえて、自治医科大学卒業医師の活動を通して、住民がどのような地域医療を求めているかについて、ここでは具体的に議論したい。第一線の地域医療現場で働く医師の多くは、医学的な問題だけでなく、家庭や社会的な問題、介護・福祉・保健に関わる業務や行政への対応など多岐に渡る問題を日常業務で取り扱っている。自治医科大学卒業医師の多くは、それぞれが勤務する地域医療現場の状況に応じて、経験的に住民のニーズにこたえる形で様々な業務を行ってきた。その中から、主な業務を表Ⅱ-3-1にまとめた。

表Ⅱ-3-1 地域医療に必要な業務

- ① 専門分化した各医療分野を総合したアプローチで患者を診療する
- ② 患者の医学的側面だけではなく、精神心理学的側面、社会的側面、宗教的側面などの背景も考慮して総合的に診療する
- ③ 専門医療を行う後方病院との連携を確立し、患者の総合マネジメントを行う
- ④ 個人だけではなく家族・家庭環境も対象とし、家族全員を診療するのに加えて、その関係にも介入する
- ⑤ 医療分野だけではなく、保健分野、福祉分野でも活動する
- ⑥ 地域を一つの診療単位として活動を行う
- ⑦ 地域社会の中での医療機関のあり方を考え、行政へ提言する

#### (1) 専門分化した各医療分野を総合したアプローチで患者を診療する

患者を専門診療科によりわけるのでなく、患者の抱えるすべての基本的医学レベルの問題は分野を問わず対応することが、地域医療現場で求められている。そのため、医師には特定の診療科だけではない広い医療分野を担当することが求められる。その一方で、高度に専門分化した医療は後方病院の機能を考えて、紹介など迅速で適切な対応を行うことが必要である。専門診療科に偏らない診療は、複数の臓器に渡る異常を抱えやすい高齢者の診療に向いている。さらに、それは小児科や婦人科についても診療することを意味する。地域住民の初診には100%対応し、自施設で治療可能か、後方病院への紹介が妥当かの「ふるいわけ」(判断)を行う。また、慢性期の疾患で特に生活との関わりが深く、多くの臓器に影響のある疾患、例えば高血圧、高脂血症、糖尿病、うつ病、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患などについては中心となって診療する。総合したアプローチを行うための基本的なスキルとして、CT読影、超音波検査、消化管内視鏡検査などを修得しておくことが望ましい。

#### (2) 患者の医学的側面だけではなく、精神心理学的側面、社会的側面、宗教的側面などの背景も考慮して総合的に診療する

医学的な側面だけではなく、その背景となる患者さんの状況についても配慮し、全人的

に捉えた上で診療を行うことが地域医療の実践において必要となる。特に生活との関連の深い疾患の診療では、患者の価値観や考え方を抽出し、生活様式を正確に把握し、行動変容に結びつく介入を行うことが重要となる。

### (3) 専門医療を行う後方病院との連携を確立し、患者の総合マネジメントを行う

高度に専門分化した医療を行う場合は後方病院に依頼する。そのための連携を確立することも医師の活動に含まれる。多くの場合、専門診療科では当該専門科領域以外の情報が不十分であるため、他の臓器に関する情報や、家族背景、常日頃の本人の意向などを伝え、治療方針の決定に参加し、また、治療後のフォローアップも担う。

### (4) 個人だけではなく家族・家庭環境も対象とし、家族全員を診療するのに加えてその関係にも介入する

家庭環境を把握することで、診療が円滑に進むことは良く経験される。また、家族全員の診療に関わることにより、家族との信頼関係の確立が円滑に出来る。このことは、時に、感染性腸炎、インフルエンザなどの感染性疾患の拡散予防などにも有効である。さらに家族の状況を知り、患者家族の看病に関する負担なども考慮した診療ができるため、家族単位の安心を提供できる。訪問診療も単に疾患を診察する往診ではなく、家庭環境の把握とその調整として機能している。

### (5) 医療分野だけではなく、保健分野、福祉分野でも活動する

疾病予防のための教室運営や、予防接種事業など保健・公衆衛生的業務も行う。日頃から全人的に診療を行っている地域住民を対象とすることが多いため、予防教室での行動変容が比較的容易に実現できる。また、後遺症等に対する介護・福祉事業についても在宅ケア、リハビリテーション、福祉サービスなどの各サービスの調整などをケアマネージャーと連携して行う。

### (6) 地域を一つの診療単位として活動を行う

地域により抱える医療問題は異なっており、それらに対し柔軟に対応することが、保健・福祉の充実には重要である。地域を一つの診療単位として活動することで、その地域の問題点を抽出することが容易になる。具体的には幼稚園ごとの感染性疾患の封じ込めや、集落全体での予防接種啓発活動、巡回診療時の集落内での相互援助の形成などがあげられる。

### (7) 地域社会の中での医療機関のあり方を考え、行政へ提言する

住民との座談会などを行い、地域における医療機関の意味について、住民の要望、考えをまとめ、実践する。もしくは自治体に働きかけ、行政に意見を提示する。

## 2) 総合医に対する誤解

住民が、ニーズにこたえる形で様々な業務に対応できる医師を求めていることは想像に難くない。このような役割を果たす医師、つまり住民が求める医師を「地域医療医」と呼ぶのも一案である。しかし、一般的には、総合医と呼ばれることが多い。ゲートキーパー

としての役割を担う点などを考えると、アメリカの家庭医やイギリスの総合医（general practitioner）に似通っているが、異なる点も多い。

日本において、総合医の定義が曖昧なため、総合医という言葉が、各々の利用者の立場や独自の考えで使用されている。そのため、一部で混乱が生じている。その誤解の一部をここで、紹介する。

### (1)救急医が総合医

救急外来では多くの診療科に渡る疾患を診療する必要があるため、特定の専門診療科にしばられない知識と技術が要求される。そういう意味では総合性を満たしていると思われる。しかし、総合医の役割として必要な全人性や、家庭、保健・福祉の視点は、必ずしも直接的には重要視されない。また、総合医は「いつでも、誰でも」診療するため当直時間帯での診療を重視するが、それは救急外来というより、時間外外来としての意味合いが強いと思われる。救急医＝総合医と認識している人は多いようだが、両者は異なるものである。

### (2)開業医が総合医

開業医は現実的にゲートキーパーの役割を果たすことができ、その他の点でも総合医足り得る。しかし、現在の多くの開業医が、複数の科を標榜していても、本質的には何らかの専門診療科のみを専攻した後の開業医であることを考えると、総合性、保健・福祉などの面で必ずしも十分と言いがたいように思われる。

### (3)総合診療部が総合医

大学に新設されつつある総合診療部は本来総合医の集まりとして、前述のような業務を総合的に担うべきと期待されている。しかし現実の大学のなかでは、専門診療科で異常を発見できない愁訴を持つ患者の紹介先としての意味が前面に出ていることは否めない。このような総合医療は、大学に勤務する医師らを中心に広がり、その誤解が定着しつつある印象がある。

## 3) いわゆる「地域医療医」としての総合医

住民の求める医療という視点から考えたとき、地域住民のニーズにこたえ、様々な業務に対応できる医師を、いわゆる「地域医療医」を総合医と呼ぶのが妥当と考える。その主な役割は、専門診療科、臓器にとらわれない診療を行い、かつ医学的側面以外の患者背景や家庭、地域を包括的に考慮した医療、保健、福祉サービスを提供することにより、患者中心の医療を提供するコーディネーターとしての機能である。主な活動は初診診療、慢性期診療、日常疾患診療、訪問診療、保健関連業務、介護福祉関連業務などで、患者のおかれている様々な状況を理解し、患者のニーズにあった医療等をマネジメントすることである。そして、その活動によって、家庭内の健康に関するあらゆる相談を、まず総合医に相談でき、患者に対し安心を提供できる。また、予防、治療、介護を包括的に捉え調整する総合医の存在により、その流れおよび各サービスの提供が円滑化するなどのメリットが生まれる。このように、住民が求める医療を具現化していくためには、住民の身近に総合医の存在は不可欠である。

## 4. まとめ

本章では、住民の受療行動、へき地の医師不足に対する住民の認識を主に取り上げてきた。そこから、住民が求める地域医療、そして地域医療に果たす住民の役割について小活する。

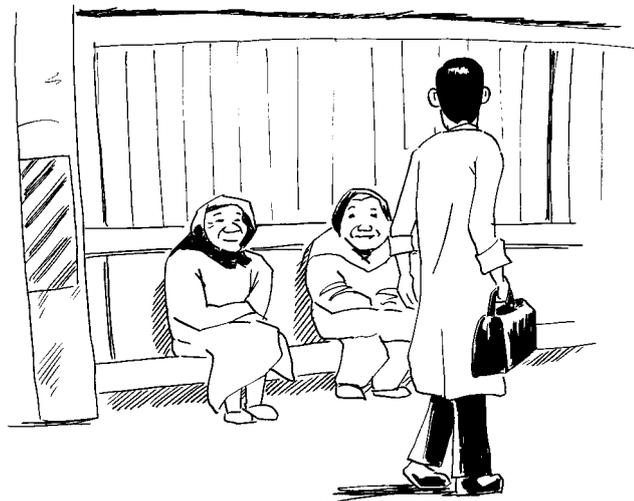
まず、日本において、以前よりよく耳にする大病院志向が確実に進行している。2002(平成14)年の医療施設調査(厚生労働省)によると、病院数は減少し、一般診療所数は増加傾向にある。しかし、2002(平成14)年受療行動調査では、この約30年間で、病院の外来総数は12%増加したのに対して、診療所では13.5%減少した。また、病院の外来を受診する患者を細かくみると、その5割強が中規模病院を受診している。さらに、それに大規模病院と特定機能病院を加えると実に8割弱が受診している。このように、日本において、診療所よりは病院を、また病院でも、より大規模の病院を受診する傾向が進みつつある。中規模病院以上では、外来担当医が交代することは頻繁に起きやすく、かかりつけとしては適当でない。このことは、最も身近な医療機関である診療所にかかりつけ医(「何でも相談できる」医師)をもっている住民が少ない可能性を示唆する。

また、本章ではへき地自治体住民の受療行動に関わる興味深い意見が紹介されている。定期的に医療機関を受診している患者は長谷村では75%で、只見町では50%であった。この定期受診患者だけをみると、長谷村では約85%が村内医療機関を受診しているのに対し、只見町は65%にとどまった。逆に、緊急受診については、長谷村では24%が村外医療機関を受診すると回答したのに対し、只見町は96%に上った。このように、明らかに定期受診とは異なる傾向を示した。只見町では、半径50km以内に二次医療を受入れる医療機関がなく、専門医療を受けるためには100km先の医療機関を受診するしかない。この環境において、緊急受診が身近な診療所になることは十分理解できる。しかし、定期受診では、時間的猶予があるので町外の医療機関を受診していることが伺える。住民の受診行動に関して、余裕がある場合は、必ずしも、時間的な距離が医療機関の選択の大きな障害にはならないことを示唆している。

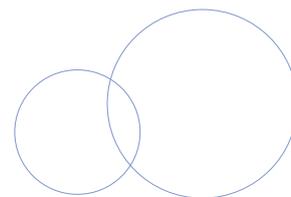
次に、住民から得られた意見に目を向ける。住民に実施したフィールド調査から、「医療に限らず、過疎化、市場原理といった現在の日本の方向性による必然的な結果」としてへき地の医師不足が生れており、その医師不足が医療者の過重労働は、医師不足をさらに悪化させるといった意見が得られた。そして、「郵便局のユニバーサルサービスのよう、国の力でやるしかない」のような強制力を持つ対策が必要との意見が複数出された。このように、住民もへき地の医師不足の解消に国の関与を期待していることがわかった。また、「医療が細分化しすぎて、一人の医師が見ることができる範囲が狭くなったためではないか。そのため必然的に多くの医師を必要とするのかもしれない」といった細分化は医師不足の要因という意見もあった。そして、「へき地には専門医よりもむしろ家庭医や総合医が必要」という意見も出された。確かに、へき地においては、必然的に、住民は、医師に対して様々な領域を診ることを望む。複数の疾患を抱える患者、とくに高齢者では、一人の医師が総合的な対応をすることはいろいろな意味で有益である。このことは、住民は、身近に、プライマリ・ケアを実践し、幅広い臨床能力とそれらを総合する能力を持ったかかりつけ医(「何でも相談できる」医師)を求めていることを示唆する。

日本においては、医療機関へのフリーアクセスを保障し、誰でも、いつでも、どこへでも、個人の意思で自由に医療機関を選択することができる。余裕があれば、時間的な距離には関係なく医療機関を選択する傾向にあった。このことは、住民の大病院志向の要因の一つになっていることは想像に難くない。これは、効率的な第一次・二次・三次医療提供体制の構築、すなわち地域医療が、住民のニーズに則したものでなければならないことを意味する。経験的に、住民のニーズにこたえるために必要な医師の業務として、①各医療分野を総合した診療、②医学的側面だけでなく、精神心理・社会的側面等にも配慮した診療、④個人だけでなく家族・家庭環境にも配慮した診療、⑤医療分野だけでなく、保健・福祉分野の活動、③後方病院等との連携（適切な専門医療の提供）、⑥地域医療のあり方の行政への提言、⑦地域をひとつの診療単位とした診療等が挙げられる。これらの活動を通して、住民との信頼関係を構築することが、医療関係者に求められる。実際、これらを実践しているのがいわゆる「地域医療医」といわれる総合医であろう。このような医師がいることが、住民がもつめる地域医療が実現のひとつの要因と考える。つまり、よりよい地域医療を提供するためには、住民が求める幅広い臨床能力と総合能力を持つ、かかりつけ医（「何でも相談できる」医師）を住民の身近に配置することが不可欠であろう。とりわけ、へき地においては、このことは重要な課題である。

このように、本来、医療の主役は住民であることは自明である。しかし、住民の多くがまだまだ行政や医者任せといった風潮が強い地域も多い。しかし、只見町において、一時的な無医地区になった時に大規模な住民運動が起きた。これが社会現象となり、その波は福島県庁まで及んだ。その結果、福島県は福島県立医科大とも協力して、県内の医師不足問題に重点的に取り組むことになった。このように、医療への住民の参画は大きな力となる。また、俗な言い方ではあるが、かかりつけとして受診することで身近な医療機関の経営に貢献することもできる。そのことは、結果的に医療機関を守ることにつながる。このように、地域医療の充実・発展のためにも住民の十分な理解と参画が必要不可欠である。そのためには、医療関係者や行政は適切な医療情報を住民と共有することで、住民の地域医療への参加を促す必要があるだろう。行政、医療関係者、住民の3者が話し合い、地域医療の主役は住民であることを念頭に、真に住民にとって必要な医療とは何かを自問し、住民中心の地域医療が実践されることが大切である。



# Ⅲ 地域医療の現状



## 1. 都市部とへき地の地域医療の比較

### 1) はじめに

白書作成にあたって、我々は都市部とへき地の地域医療を比較する調査を行った。調査は、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）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）を自治体の全体または一部が指定を受けている802町村の診療所（2005（平成17）年3月現在）で行われている地域医療に関する諸項目の比較を行った。その調査結果をもとに都市部とへき地の地域医療の比較を本稿で記述する。

### 2) 調査の概要

調査は、自己記入式質問紙を、7政令指定都市（以下、都市部）の1,282診療所と過疎4法指定町村（以下、へき地）の1,926診療所を合わせた3,208診療所に対して、2005（平成17）年10月から12月にかけて郵送して実施した。回答のあった診療所は、都市部で587診療所（回答率46%、以下同じ）、へき地で1,104診療所（57%）、全体で1,691診療所（53%）であった。回答医師数は、都市部で628人、へき地で1,192人、全体で1,820人であった。回答率はへき地に比べて都市部の方がやや悪かった。

自治体の人口について、都市部は、すべて100万人以上であった（表Ⅲ-1-1）。へき地は最小が214人、最大が53,559人で、平均±標準偏差は9,385±7,349人であった。人口区分で見ると、2,501人から5,000人が20%と最も多かった。次に5,001から7,500人が18%であった。約3分の2の自治体が人口1万人以下であった。

診療所の経営形態について、都市部ではほとんどが民間診療所に対して、へき地では、公的診療所が約3割を占めた（表Ⅲ-1-2）。有床診療所は、都市部が1割弱に対して、へき地では2割強であった。都市部に比べてへき地では有床診療所の割合が高かった。しかし、へき地だけみると、有床診療所の割合は公的および民間診療所共に2割強であり、その割合に差はなかった。

### 3) 診療所で働いている医師の違い

診療所に勤務する医師の年齢について、都市部の58.2±12.3歳（平均±標準偏差、以下同じ）比べて、へき地は54.3±14.8歳であり、その平均年齢は都市部に比べて若かった（表Ⅲ-1-3）。なお、全体では55.7±14.1歳であった。また年齢階級別では50～59歳が最も多かった。しかし、都市部に比べて、へき地では40歳未満の占める割合が高く（占める割合

表Ⅲ－１－１ 回答自治体の人口（平成17年国勢調査）

都市部（n = 7）		
札幌市	1,880,875人	
仙台市	1,024,947人	
横浜市	3,579,133人	
名古屋市	2,215,031人	
神戸市	1,525,389人	
広島市	1,154,595人	
福岡市	1,400,621人	
へき地（n = 614）*		
2,500人以下	自治体数	割合
2,501～5,000人	71	13%
5,001～7,500人	109	20%
7,501～10,000人	100	18%
10,001～15,000人	64	12%
15,001～20,000人	89	16%
20,001～30,000人	57	10%
30,001～60,000人	48	9%
記載なし**	6	1%
	70	

\* 平均人口±標準偏差=9,385±7,349人、最小214人、最大53,559人

\*\* 市町村合併による自治体名変更のためデータの記載がなかった

表Ⅲ－１－２ 診療所の経営形態と病床の有無

	都市部(n=587)		へき地(n=1,104)		全体(n=1,691)		へき地/都市部*
経営形態							
公的	6	1%	316	29%	322	19%	27.9
民間	569	99%	769	71%	1,338	81%	0.7
合計	575	100%	1,085	100%	1,660	100%	
病床							
なし	468	92%	772	79%	1,240	83%	0.9
あり	39	8%	207	21%	246	17%	2.7
合計	507	100%	979	100%	1,486	100%	
経営形態区分別病床							
公的							
なし	4	67%	228	79%	232	79%	1.2
あり	2	33%	59	21%	61	21%	0.6
合計	6	100%	287	100%	293	100%	
民間							
なし	464	93%	544	79%	1,008	84%	0.8
あり	37	7%	148	21%	185	16%	2.9
合計	501	100%	692	100%	1,193	100%	

\* へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

の比は3.7倍)、比較的若い世代の医師がへき地の診療所を担っていることがうかがえる。性別については、女性の占める割合は、都市部とへき地で、それぞれ11%と7%であり、ややへき地の方が低かった。

家族について、都市部では92%が、へき地では89%が配偶者ありと回答している。配偶者と同居していると回答したものは、都市部とへき地でそれぞれ75%と71%であり、へき地の方がやや低い。しかし、配偶者の有無や同居については、都市部とへき地との間に大きな差は認めなかった。子どもについては、同居していると回答したものは、都市部とへき地でそれぞれ57%と43%で、都市部の方がその割合が高かった。その中でも中・高校生については、それぞれ43%と17%、またそれ以上では、それぞれ48%と12%であり、へき地に比べて都市部の方が非常に高かった。へき地に勤務する医師において子弟の教育問題は重要な課題と言われている。特に子どもが中学や高校に入学する時に、教育問題が顕著化する。今回の調査では、へき地では教育問題の中心となる中・高校生と同居している割合が少ないことがわかった。これは、単身赴任や勤務する医師が若いことから中学生の子どもが少ないことなどが要因と考えられる。

身分について、院長として勤務しているのは、都市部では92%、へき地では88%であり、

表Ⅲ－１－３ 診療所に勤務する医師の年齢、性別、家族

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
年齢(平均±標準偏差)	58.2±12.3歳		54.3±14.8歳		55.7±14.1歳		
26-39歳	28	4%	194	16%	222	12%	3.7
40-49歳	135	22%	261	22%	396	22%	1.0
50-59歳	208	33%	344	29%	552	30%	0.9
60-69歳	119	19%	184	16%	303	17%	0.8
70-91歳	135	22%	203	17%	338	19%	0.8
合計	625	100%	1,186	100%	1,811	100%	
性別							
男	556	89%	1,101	93%	1,657	91%	1.0
女	71	11%	86	7%	157	9%	0.6
合計	627	100%	1,187	100%	1,814	100%	
配偶者							
あり	564	92%	1,040	89%	1,604	90%	1.0
なし	52	8%	128	11%	180	10%	1.3
合計	616	100%	1,168	100%	1,784	100%	
同居者							
親	57	9%	155	13%	212	12%	1.4
配偶者	469	75%	845	71%	1,314	72%	0.9
子	355	57%	515	43%	870	48%	0.8
未就児	41	12%	161	14%	202	11%	1.2
小学生	84	24%	178	15%	262	14%	0.6
中・高校生	153	43%	200	17%	353	19%	0.4
それ以上	171	48%	139	12%	310	17%	0.2
その他(孫など)	35	6%	47	4%	82	5%	0.7

\*へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

都市部とへき地で大きな差は認めなかった(表Ⅲ-1-4)。勤務年数について、都市部では16.4±13.5年であり、へき地では14.5±14.2年であった。へき地に比べて、都市部の方が勤務年数は長かった。専門または標榜診療科については、都市部とへき地ともに、内科が最も多く、それぞれ80%と87%であった。次いで、外科、小児科であった。

専門医かプライマリ・ケア医かの質問について、都市部では、専門医またはどちらかと言えば専門医の回答が28%であり、へき地に比べて回答割合が高かった。逆に、プライマリ・ケア医またはどちらかと言えばプライマリ・ケア医の回答は、へき地では87%であり、都市部に比べて回答割合が高かった。

表Ⅲ-1-4 院長、勤務年数、専門

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
院長							
はい	575	92%	1037	88%	1612	89%	1.0
いいえ	53	8%	142	12%	195	11%	1.4
合計	628	100%	1179	100%	1807	100%	
勤務年数 (n=1,753)	16.4±13.5年		14.5±14.2年		15.1±14.0年		
1年以下	40	7%	122	11%	162	9%	1.6
2-4年	85	14%	234	20%	319	18%	1.4
5-9年	115	19%	209	18%	324	18%	0.9
10-19年	159	26%	273	24%	432	25%	0.9
20-29年	87	14%	129	11%	216	12%	0.8
30-39年	54	9%	77	7%	131	7%	0.7
40-49年	47	8%	65	6%	112	6%	0.7
50-65年	14	2%	43	4%	57	3%	1.6
合計	601	100%	1,152	100%	1,753	100%	
専門または標榜診療科							
内科	505	80%	1,041	87%	1,546	85%	1.1
外科	129	21%	309	26%	438	24%	1.3
小児科	112	18%	301	25%	413	23%	1.4
整形外科	47	7%	135	11%	182	10%	1.5
皮膚科	32	5%	43	4%	75	4%	0.7
産婦人科	8	1%	34	3%	42	2%	2.2
精神科	16	3%	14	1%	30	2%	0.5
泌尿器科	12	2%	15	1%	27	1%	0.7
眼科	4	1%	15	1%	19	1%	2.0
耳鼻咽喉科	5	1%	9	1%	14	1%	0.9
その他	113	18%	155	13%	268	15%	0.7
専門医・PC医**							
専門医	63	10%	44	4%	107	6%	0.4
どちらかといえば、専門医	111	18%	117	10%	228	13%	0.6
どちらかといえば、PC医	266	43%	587	50%	853	47%	1.2
PC医	179	29%	432	37%	611	34%	1.3
合計	619	100%	1,180	100%	1,799	100%	1.0

\*へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)、

\*\*PC医=プライマリ・ケア医

臨床研修について、1968（昭和43）年の医師法改正により臨床研修制度（努力義務）が始まった。臨床研修制度開始後の医師は、都市部で414人（66%）、へき地で878人（74%）、全体で1,292人（71%）であった。臨床研修施設は、都市部では大学病院とその関連病院で研修したものが70%を占めたが、へき地では63%でやや少なかった。逆に、臨床研修指定病院で研修したものは、都市部の20%に対して、へき地では30%であった（表Ⅲ-1-5）。へき地の医師は、都市部に比べて臨床研修指定病院で研修している割合が高かった。これらの結果に対して、へき地で勤務する自治医科大学の卒業生の影響は無視できない。自治医科大学の卒業生の多くは臨床研修指定病院で研修している。このことが、へき地での臨床研修指定病院での研修医師の割合を高めたと考える。2004年（平成16）年に新医師臨床研修制度（必修化）が導入された後は、大学病院やその関連病院で研修する者は減り、逆に臨床研修指定病院で研修する者が増えている。これは、研修施設をマッチングにより決定する方法が導入され、また臨床研修を行う施設の選択肢が増え、さらには魅力ある研修を提供する臨床研修指定病院が増えたことによる影響が大きい。このように臨床研修病院

表Ⅲ-1-5 臨床研修

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
臨床研修施設							
大学病院とその関連病院	287	70%	547	63%	834	65%	0.9
臨床研修指定病院	83	20%	261	30%	344	27%	1.5
その他	39	10%	63	7%	102	8%	0.8
合計	409	100%	871	100%	1,280	100%	
研修診療科							
内科	288	70%	647	74%	935	72%	1.1
外科	168	41%	423	48%	591	46%	1.2
麻酔科	113	27%	351	40%	464	36%	1.5
小児科	88	21%	304	35%	392	30%	1.6
救急部	79	19%	256	29%	335	26%	1.5
整形外科	54	13%	222	25%	276	21%	1.9
産婦人科	43	10%	181	21%	224	17%	2.0
放射線科	45	11%	126	14%	171	13%	1.3
皮膚科	31	7%	116	13%	147	11%	1.8
泌尿器科	22	5%	74	8%	96	7%	1.6
耳鼻咽喉科	11	3%	83	9%	94	7%	3.6
精神科	21	5%	54	6%	75	6%	1.2
眼科	14	3%	61	7%	75	6%	2.1
地域保健・医療	9	2%	66	8%	75	6%	3.5
その他	30	7%	72	8%	102	8%	1.1
臨床研修への意見							
満足	92	23%	202	24%	294	23%	1.0
どちらかと言えば満足	195	48%	377	44%	572	46%	0.9
どちらかと言えば不満	93	23%	209	25%	302	24%	1.1
不満	23	6%	63	7%	86	7%	1.3
合計	403	100%	851	100%	1,254	100%	

\*へき地/都市部＝へき地の割合（%）/都市部の割合（%）

の変化が、医師の将来の勤務地の選択にどのように影響を与えるか非常に興味深く、今後の動向を見守っていく必要がある。研修を受けた診療科については、ほとんどの診療科において、都市部に比べてへき地の方が、研修を受けたと回答した割合が高かった。へき地の医師の方が多くの診療科を研修していた。研修診療科で、最も多かったのは内科（都市部70%、へき地74%、以下同じ）で、次いで外科（41%、48%）、麻酔科（27%、40%）、小児科（21%、35%）、救急部（19%、29%）整形外科（13%、17%）であった。都市部とへき地の回答割合が1.5倍（へき地／都市部）以上となった診療科は、麻酔科、小児科、救急部、整形外科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、地域保健・医療であった。都市部に比べてへき地の診療所の医師の方が、プライマリ・ケアに関わる診療科の研修を受けていた。現在では、プライマリ・ケアを重視した新医師臨床研修制度が導入され、臨床研修での研修診療科のばらつきは減ると予想される。臨床研修への意見については、都市部とへき地の間で大きな差はなかった。満足やどちらかと言えば満足と回答したものが約7割であった。

#### 4) 生涯研修の状況

学会参加について、都市部とへき地で、それぞれ23%と30%が学会参加なしと回答した（表Ⅲ-1-6）。学会参加の回数の年間1回の回答は、都市部とへき地で、それぞれ30%と35%であり、参加なしと同様にへき地の方が高かった。学会参加回数2回以上では、逆に、都市部の回答割合が高く、都市部の方がへき地に比べて、学会参加の回数が多い状況にあった。研修会についても、都市部とへき地の回答割合の高低が、年間3-5回のところで逆転した。これらのことから、学会および研修会への参加の機会は都市部の方が恵まれていること推測される。

平日の研修日または研究日（以下、研修日）について、都市部とへき地で、それぞれ36%と29%が研修日あると回答した。へき地の方がその割合は低かった。その中で、定期的に行っていると回答したものは、都市部とへき地で、それぞれ41%と54%であった。定期的な研修しているのは、逆にへき地の方が多かった。定期的な研修日数については、都市部もへき地も週1回が最も多く、それぞれ65%と68%であり、それ以外の日数区分についてもほぼ同じ割合であった。学会または研修会参加と異なり、研修日に関しては、都市部とへき地の間には大きな差は見られなかった。

生涯研修への意見について、どちらかと言えば不十分の回答が最も多く、都市部とへき地でそれぞれ45%と49%であった。さらに、不十分の回答は、それぞれ10%と19%で、へき地の方が多かった。これらの結果は、前述した研修日では大きな差は認めなかったが、学会や研修会参加の機会ではへき地の方が少ない現状と一致する。しかし、学会や研修会参加の機会がへき地に比べ恵まれている都市部においても、生涯研修について半数以上のものが不十分またはどちらかと言えば不十分と回答したことは、診療所に勤務する医師全体に対する生涯研修への支援システムが十分に機能していないことが推測される。

プライマリ・ケアの担い手である診療所医師が、生涯学習を通して、診療の質を保障することは、住民の健康に直結する問題であることから、十分な生涯研修が行える支援システムの整備充実は重要である。遠隔地においても学習できるインターネットなどのITを利用し支援システムの確立、さらには学びたいときに学べるシステムの確立が望まれる。

表Ⅲ-1-6 生涯研修

	都市部 (n=628)		へき地 (n=1,192)		全体 (n=1,820)		へき地 / 都市部*
学会参加 (年間)							
なし	123	23%	306	30%	429	28%	1.3
1回	159	30%	354	35%	513	33%	1.2
2回	129	24%	217	21%	346	22%	0.9
3-5回	100	19%	120	12%	220	14%	0.6
6回以上	22	4%	23	2%	45	3%	0.5
合計	533	100%	1,020	100%	1,553	100%	
研修会参加 (年間)							
なし	35	6%	111	11%	146	9%	1.7
1回	35	6%	86	8%	121	7%	1.3
2回	47	8%	122	12%	169	10%	1.4
3-5回	148	26%	310	29%	458	28%	1.1
6-10回	148	26%	238	23%	386	24%	0.9
11-20回	93	17%	147	14%	240	15%	0.8
21回以上	56	10%	42	4%	98	6%	0.4
合計	562	100%	1,056	100%	1,618	100%	
平日の研修日または研究日							
ない	394	64%	831	71%	1,225	69%	1.1
ある	219	36%	342	29%	561	31%	0.8
合計	613	100%	1,173	100%	1,786	100%	
平日の研修日または研究日							
不定期	127	59%	157	46%	284	51%	0.8
定期	88	41%	183	54%	271	49%	1.3
合計	215	100%	340	100%	555	100%	
定期的な研修日数							
月1日	13	15%	17	9%	30	11%	0.6
月2-3日	13	15%	31	17%	44	16%	1.1
週1日	57	65%	124	68%	181	67%	1.0
週2日	4	5%	7	4%	11	4%	0.8
週3日以上	1	1%	4	2%	5	2%	1.9
合計	88	100%	183	100%	271	100%	
生涯研修への意見							
十分	55	9%	64	6%	119	7%	0.6
どちらかと言えば十分	216	36%	309	27%	525	30%	0.7
どちらかと言えば不十分	270	45%	566	49%	836	47%	1.1
不十分	63	10%	218	19%	281	16%	1.8
合計	604	100%	1,157	100%	1,761	100%	

\*へき地 / 都市部=へき地の割合 (%) / 都市部の割合 (%)

## 5) 代診の状況

代診依頼すると回答したものは、都市部とへき地で、それぞれ26%と28%で、ほぼ同じ割合であった。その依頼先については、都市部では、個人的伝手（つて）が最も多く61%で、次に医局（大学）が34%であった。へき地でも、都市部に比べて割合は低いが、個人的伝手（つて）が最も多く35%で、次にへき地拠点病院が27%で、その次に医局（大学）で22%であった。また周辺医療機関も14%であった。代診を依頼する先については、都市部に比べてへき地は選択肢が多い現状が推測され、代診システムについてはへき地の方が恵まれていると思われる（表Ⅲ-1-7）。

表Ⅲ-1-7 代診

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
代診依頼 しない	467	74%	864	72%	1,331	73%	1.0
する	161	26%	328	28%	489	27%	1.1
合計	628	100%	1,192	100%	1,820	100%	
依頼先							
個人的伝手（つて）	98	61%	114	35%	212	43%	0.6
医局（大学）	55	34%	73	22%	128	26%	0.7
へき地拠点病院	1	1%	87	27%	88	18%	42.7
その他の周辺医療機関	15	9%	47	14%	62	13%	1.5
その他	17	11%	51	16%	68	14%	1.5

\*へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

## 6) 地域医療活動の現状

都市部やへき地を問わず、診療所では、外来診療など施設内での医療にとどまらず、保健、福祉、介護保険に関わる診療を求められている。現在行っている地域医療活動について、都市部とへき地の両方ともに一般外来診療が最も高く、それぞれ94%と98%であった（表Ⅲ-1-8）。次に、予防接種で66%と85%、介護保険意見書作成で55%と76%であった。人間ドック・健康診断、専門外来診療、有料老人ホーム内医療以外のすべての項目で、都市部に比べてへき地の方が行っていると回答した割合が高かった。その割合が、都市部に比べてへき地の方が2倍以上の業務は、学校医、幼稚園・保育園医、休日夜間診療、乳幼児健診、健康教育・患者教育、特別養護老人ホーム内医療、入院医療、デイケア内医療であった。このことから、へき地の診療所では、都市部に比べ、医療に限らず、保健や介護保険関連業務など幅広い業務に関わっており、都市部に比べへき地の方が幅広い地域医療活動を行っていると言える。

介護保険が開始され、診療所における在宅診療の重要性が増している。在宅診療については、都市部とへき地でそれぞれ49%と70%で、在宅ターミナルはそれぞれ19%と34%であった。その割合に2倍以上の差はないが、へき地の方がより多くの診療所が在宅診療や在宅ターミナルを行っていた。最近、急性期医療とそれ以外の医療の役割の明確化に伴う

表Ⅲ－１－８ 現状において行っている業務内容

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
一般外来診療	590	94%	1,172	98%	1,762	97%	1.0
予防接種	413	66%	1,012	85%	1,425	78%	1.3
介護保険意見書作成	346	55%	906	76%	1,252	69%	1.4
在宅診療	310	49%	838	70%	1,148	63%	1.4
学校医	207	33%	890	75%	1,097	60%	2.3
各種検査業務	233	37%	626	53%	859	47%	1.4
幼稚園・保育園医	106	17%	626	53%	732	40%	3.1
人間ドック・健康診断	255	41%	446	37%	701	39%	0.9
産業医	194	31%	489	41%	683	38%	1.3
休日夜間診療	121	19%	458	38%	579	32%	2.0
乳幼児健診	113	18%	424	36%	537	30%	2.0
在宅ターミナルケア	122	19%	405	34%	527	29%	1.7
健康教育・患者教育	100	16%	371	31%	471	26%	2.0
特別養護老人ホーム内医療	46	7%	272	23%	318	17%	3.1
専門外来診療	154	25%	131	11%	285	16%	0.4
入院診療	46	7%	222	19%	268	15%	2.5
デイケア内医療	26	4%	125	10%	151	8%	2.5
グループホーム内医療	43	7%	102	9%	145	8%	1.2
老人保健施設内医療	25	4%	87	7%	112	6%	1.8
有料老人ホーム内医療	20	3%	28	2%	48	3%	0.7
その他	33	5%	58	5%	91	5%	0.9

\*へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

表Ⅲ－１－９ 現状行っている市区町村の保健福祉事業に関わる業務内容

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
基本健診	483	77%	691	58%	1,174	65%	0.8
基本健診事後指導	227	36%	530	44%	757	42%	1.2
健康教育	64	10%	364	31%	428	24%	3.0
健康相談	92	15%	279	23%	371	20%	1.6
機能訓練	4	1%	36	3%	40	2%	4.7
乳幼児健診	123	20%	464	39%	587	32%	2.0
予防接種	449	71%	1,041	87%	1,490	82%	1.2
学校健診	231	37%	903	76%	1,134	62%	2.1
学校保健教育	69	11%	353	30%	422	23%	2.7
妊産婦健診	4	1%	22	2%	26	1%	2.9
母子保健相談指導	3	0%	20	2%	23	1%	3.5
保健関係委員会	20	3%	290	24%	310	17%	7.6
介護認定審査会	97	15%	392	33%	489	27%	2.1
福祉関係委員会	29	5%	209	18%	238	13%	3.8
職員への産業医活動	36	6%	186	16%	222	12%	2.7

\*へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

入院病床の見直しが進められるの中で、これまで以上に介護保険施設や在宅診療の充実が必要とされている。この点において、診療所が果たす役割は大きい。在宅診療の整備は、都市部やへき地を問わず推進する必要がある。しかし、今回の結果を踏まえると、都市部では、より一層在宅診療の整備を進めていく必要があると思われる。

市区町村の保健福祉事業に関わる業務について、都市部では、基本健診が最も高く77%で、次に予防接種が71%であった(表Ⅲ-1-9)。へき地では予防接種が最も高く87%で、次に学校健診が76%、基本健診が58%であった。都市部とへき地において、それぞれ、これら以外の業務は50%未満であった。基本健診を除きすべての項目で、都市部に比べてへき地の方が関わっている割合が高かった。へき地の方が2倍以上の業務は、健康教育、機能訓練、乳幼児健診、学校健診、学校保健教育、妊産婦健診、母子保健相談指導、保健関係委員会、介護認定審査会、福祉関係委員会、職員への産業医活動であった。これらの差は、へき地で公的診療所が占める割合が都市部に比べて高いことが影響していると考えられる。これを考慮したとしても、都市部に比べて、へき地の方が保健福祉事業を通して市区町村と関わりを持って地域医療を実践していることがうかがわれる。

時間を割いている業務内容について、都市部とへき地の両方ともに、一般外来診療が最も多くそれぞれ92%と98%であった(表Ⅲ-1-10)。次に在宅診療でそれぞれ32%と45%、各種検査業務がそれぞれ21%と23%であった。都市部とへき地を問わず、一般外来診療、

表Ⅲ-1-10 時間を割いている業務内容

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
一般外来診療	577	92%	1,166	98%	1,743	96%	1.1
在宅診療	199	32%	532	45%	731	40%	1.4
各種検査業務	132	21%	275	23%	407	22%	1.1
予防接種	103	16%	236	20%	339	19%	1.2
入院診療	39	6%	186	16%	225	12%	2.5
専門外来診療	120	19%	89	7%	209	11%	0.4
特別養護老人ホーム内医療	31	5%	148	12%	179	10%	2.5
休日夜間診療	30	5%	142	12%	172	9%	2.5
人間ドック・健康診断	95	15%	67	6%	162	9%	0.4
学校医	38	6%	104	9%	142	8%	1.4
介護保険意見書作成	50	8%	83	7%	133	7%	0.9
産業医	56	9%	54	5%	110	6%	0.5
乳幼児健診	34	5%	30	3%	64	4%	0.5
在宅ターミナルケア	10	2%	35	3%	45	2%	1.8
老人保健施設内医療	13	2%	32	3%	45	2%	1.3
グループホーム内医療	16	3%	17	1%	33	2%	0.6
健康教育・患者教育	8	1%	21	2%	29	2%	1.4
幼稚園・保育園医	8	1%	20	2%	28	2%	1.3
デイケア内医療	4	1%	22	2%	26	1%	2.9
有料老人ホーム内医療	8	1%	14	1%	22	1%	0.9
その他	20	3%	32	3%	52	3%	0.8

\*へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

在宅診療、各種検査業務に診療所の医師が時間を割いていた。都市部またはへき地のどちらか一方で10%以上の回答があり、都市部に比べへき地で2倍以上の回答があった業務は、入院医療、特別養護老人ホーム内医療、休日夜間診療で、逆に0.5倍以下（都市部の方が2倍以上）は専門外来診療、人間ドック・健康診断であった。へき地では医療機関が少ないこともあり、初期救急医療に時間を割かざるを得ない現状がうかがえる。都市部では、施設内の診療により時間が割かれている傾向がみられた。

都市部とへき地の地域医療活動を比較すると、都市部では、在宅診療も行われているが、一般外来診療、各種検査業務、専門外来診療、人間ドック・健康診断といった施設内の診療が現状では主に行われていた。一方、へき地では、市区町村との連携や、保健、福祉、介護保険分野に関わる業務や初期救急医療など、施設外の診療にまで広がった診療業務を行っており、地域医療活動の充実という視点からは、都市部の診療所の医師も頑張っているが、へき地の医師の方がより頑張っている姿が浮き彫りになった。

## 7) 診療所の医療設備

診療所の医療設備について、都市部とへき地ともに、一番多いのは心電図でそれぞれ94%と96%で、次いでX線撮影装置でそれぞれ86%と89%、超音波断層装置（腹部）でそ

表Ⅲ－1－11 診療所の医療設備

	都市部(n=587)		へき地(n=1,101)		全体(n=1,688)		へき地/都市部*
心電計	550	94%	1,057	96%	1,607	95%	1.0
X線撮影装置	504	86%	983	89%	1,487	88%	1.0
超音波断層装置（腹部）	413	70%	823	75%	1,236	73%	1.1
アンビューバック	338	58%	742	67%	1,080	64%	1.2
挿管セット	294	50%	700	64%	994	59%	1.3
X線透視装置	314	53%	679	62%	993	59%	1.2
Holter心電計	283	48%	596	54%	879	52%	1.1
上部消化管内視鏡	216	37%	572	52%	788	47%	1.4
血算検査装置	124	21%	438	40%	562	33%	1.9
心細動除去装置	132	22%	428	39%	560	33%	1.7
超音波断層装置（心臓）	168	29%	385	35%	553	33%	1.2
超音波断層装置（体表）	132	22%	282	26%	414	25%	1.1
大腸内視鏡	84	14%	251	23%	335	20%	1.6
骨塩量測定装置	103	18%	217	20%	320	19%	1.1
生化学検査装置	27	5%	226	21%	253	15%	4.5
眼底撮影装置	64	11%	188	17%	252	15%	1.6
X線CT断層装置	41	7%	129	12%	170	10%	1.7
人工呼吸器	40	7%	97	9%	137	8%	1.3
人工腎臓（透析）装置	18	3%	18	2%	36	2%	0.5
気管支内視鏡	6	1%	28	3%	34	2%	2.5
MR－CT断層装置	8	1%	11	1%	19	1%	0.7
その他	46	8%	51	5%	97	6%	0.6

\*へき地/都市部＝へき地の割合（%）/都市部の割合（%）

それぞれ70%と75%であった(表Ⅲ-1-11)。都市部に比べてへき地の方が、人工腎臓(透析)装置やMR-CT断層装置を除き、医療設備を持っている割合が高かった。とりわけ、へき地では、生化学検査装置を持っている割合が都市部に比べて4.5倍であった。これらのことから、医療設備に関しては都市部に比べへき地の診療所の方が医療設備としては充実していると言える。

## 8) 休日や休暇の現状

完全にフリーになる休日について、都市部とへき地ともに3%が「なし」と回答した(表Ⅲ-1-12)。もっとも多かったのは、週1回以上・週2日未満で、都市部とへき地でそれぞれ60%と51%であった。次に週2日以上で、それぞれ20%と23%であった。月1日以上・2週1日未満や2ヶ月1日以上・月1日未満の回答割合は、都市部に比べてへき地では2倍以上であった。完全にフリーになる休日は、都市部に比べてへき地の方が若干少ない傾向にあった。長期休暇について、都市部とへき地でそれぞれ72%と65%が長期休暇ありと回答した。都市部に比べへき地の割合が低かった。長期休暇の日数は、7~13日が、最も回答が多く、都市部とへき地でそれぞれ63%と61%であった。7日未満の回答はへき地が高く、逆に14日以上は都市部の方が多かった。これらのことから、都市部に比べてへき地では休日や休暇が十分取れていない現状がうかがえる。十分な休日や休暇がとれないことは、身体的な影響にとどまらず精神的な影響ももたらすことから、休日や休暇を十分にとれる支援体制を整備する必要がある。

表Ⅲ-1-12 休日、長期休暇

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)		へき地/都市部*
休日(完全にフリーになる日)							
なし	21	3%	38	3%	59	3%	1.0
年1日以上・2ヶ月1日未満	8	1%	22	2%	30	2%	1.5
2ヶ月1日以上・月1日未満	8	1%	33	3%	41	2%	2.2
月1日以上・2週1日未満	12	2%	56	5%	68	4%	2.5
2週1日以上・週1日未満	70	11%	154	13%	224	13%	1.2
週1日以上・週2日未満	368	60%	581	51%	949	54%	0.8
週2日以上	124	20%	264	23%	388	22%	1.1
合計	611	100%	1,148	100%	1,759	100%	
長期休暇							
なし	175	28%	413	35%	588	33%	1.2
あり	445	72%	762	65%	1,207	67%	0.9
合計	620	100%	1,175	100%	1,795	100%	
長期休暇期間							
7日未満	78	18%	246	33%	324	27%	1.9
7-13日	277	63%	454	61%	731	62%	1.0
14-21日	80	18%	44	6%	124	10%	0.3
21日以上	4	1%	3	0%	7	1%	0.4
合計	439	100%	747	100%	1,186	100%	

\*へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

## 9) 日常生活および職場に対する意見

日常生活に対する意見について、質問各項目において、都市部とへき地でその回答割合に大きな差はなかった(表Ⅲ-1-13)。都市部とへき地において、休日の数に満足しているのは、それぞれ45%と48%〔「はい」、または「どちらかと言えばはい」と回答した割合、以下同じ〕であった。「近所との付き合いに満足している」のは、それぞれ64%と68%であり、「近所の人々の目をストレスと感じる」のはそれぞれ27%と28%であった。近所との関係については、おおむね良好な付き合いが行われていると思われる。「ストレスの解消法をもっている」のは、都市部とへき地ともに81%であり、「趣味をもっている」のは、それぞれ85%と83%であった。多くの医師がストレス解消法や趣味をもっていることがわかった。「健康に自信がある」のは、それぞれ64%と65%であった。「仕事以外の生活に満足している」のは、それぞれ65%と69%であった。「お子さんの教育問題に悩んでいる」のは、それぞれ30%と28%であり、現状においては、教育問題で悩んでいる割合は低い。同居家族について前述したように、へき地では教育問題が大きな課題となる中学生や高校生と同居している割合が低いことなどが影響していると考えられる。

職場について、都市部とへき地の両方とも、「職場はやりがいがある」および「職場では自由にいろいろなことをしている」と、8割以上が回答している。「職場は生涯教育の機会が多い」は、都市部とへき地でそれぞれ54%と44%が回答し、約半数は生涯教育の機会が少ないと思っている。また、都市部に比べてへき地の方がより少ないと思っており、前述したへき地の方が生涯教育の機会が少ない実態と回答は一致している。報酬については、「報酬に満足している」と、都市部とへき地でそれぞれ57%と67%が回答した。今回の調査では実際の報酬について調査していないため、解釈は難しいが、へき地の方が報酬に満足している割合が高いと言える。

提供する医療への意見について、自分の専門領域の医療の提供、幅広い医療の提供、患者が満足する医療の提供の各項目とも、都市部の方がへき地に比べて、「はい」、または「どちらかと言えばはい」(以下、はい)と回答した割合が高かった。都市部とへき地の地域医療活動の比較では、都市部に比べへき地の方が、幅広い地域医療活動を提供していた。また、臨床研修においても、幅広い診療科の研修を受けていた。これらの点を考える、へき地の方が、幅広い医療の提供に対して「はい」と回答する割合が高いと予想されるが、今回の調査では逆の結果となった。これについてはさまざまな要因が予想され、非常に興味深い結果であった。初期救急医療への対応は、都市部とへき地でそれぞれ47%と50%がはい(対応している)と回答し、回答割合に差はなかった。在宅医療(訪問診療・往診)の提供は、都市部とへき地でそれぞれ53%と66%がはい(提供している)と回答し、へき地の方が高かった。これは地域医療活動の実態と一致する回答であった。

人間関係に関しては、市区町村行政職員、保健関係職員、福祉関係職員については、都市部に比べへき地の方が、良好な人間関係にはいい(良好である)と回答した割合が多かった。へき地において、保健、福祉、介護保険関連の業務の提供や市区町村がかかわる保健福祉業務を通して、人間関係を構築していると考えられる。勤務医療機関の職員、周辺医療機関の医師、住民との関係については、回答に差は認めなかった。

表Ⅲ－１－１３ 日常生活および職場に対する意見

	都市部		へき地		全体		へき地/ 都市部**		
	n	はい*	n	はい*	n	はい*			
日常生活について									
休日の数に満足している	610	275 45%	1,159	560 48%	1,769	835 47%	1.1		
近所との付き合いに満足している	604	386 64%	1,154	790 68%	1,758	1,176 67%	1.1		
近所の人の目をストレスに感じる	595	162 27%	1,149	327 28%	1,744	489 28%	1.0		
ストレスの解消法をもっている	603	488 81%	1,141	921 81%	1,744	1,409 81%	1.0		
趣味をもっている	609	515 85%	1,157	966 83%	1,766	1,481 84%	1.0		
健康に自信がある	610	391 64%	1,159	759 65%	1,769	1,150 65%	1.0		
仕事以外の生活に満足している	604	392 65%	1,152	800 69%	1,756	1,192 68%	1.1		
お子さんの教育問題に悩んでいる	582	175 30%	1,103	307 28%	1,685	482 29%	0.9		
職場について									
職場はやりがいがある	610	573 94%	1,162	1,044 90%	1,772	1,617 91%	1.0		
職場では自由にいろいろなことをしている	608	488 80%	1,158	924 80%	1,766	1,412 80%	1.0		
職場は生涯教育の機会が多い	599	322 54%	1,149	500 44%	1,748	822 47%	0.8		
職場は多忙である	606	424 70%	1,154	740 64%	1,760	1,164 66%	0.9		
報酬に満足している	600	343 57%	1,153	774 67%	1,753	1,117 64%	1.2		
職場のスタッフは充実している	603	405 67%	1,150	730 63%	1,753	1,135 65%	0.9		
職場の医療機器は充実している	588	351 60%	1,131	623 55%	1,719	974 57%	0.9		
自分の専門領域の医療の提供	594	422 71%	1,140	642 56%	1,734	1,064 61%	0.8		
幅広い医療の提供	597	447 75%	1,150	779 68%	1,747	1,226 70%	0.9		
患者が満足する医療の提供	599	472 79%	1,146	775 68%	1,745	1,247 71%	0.9		
医療機関の健全な経営(収支)	602	319 53%	1,152	660 57%	1,754	979 56%	1.1		
初期救急医療への対応	593	278 47%	1,142	569 50%	1,735	847 49%	1.1		
在宅診療(訪問診療・往診)の提供	554	293 53%	1,127	749 66%	1,681	1,042 62%	1.3		
勤務する医療機関の職員と良好な人間関係	599	541 90%	1,148	1,025 89%	1,747	1,566 90%	1.0		
周辺医療機関の医師との良好な人間関係	602	494 82%	1,156	965 83%	1,758	1,459 83%	1.0		
市区町村行政事務職員との良好な人間関係	574	422 74%	1,156	911 79%	1,730	1,333 77%	1.1		
保健関係職員(保健師など)との良好な人間関係	568	427 75%	1,152	957 83%	1,720	1,384 80%	1.1		
福祉関係職員(ケアマネージャーなど)との良好な人間関係	568	429 76%	1,149	934 81%	1,717	1,363 79%	1.1		
住民との良好な人間関係	594	544 92%	1,158	1,076 93%	1,752	1,620 92%	1.0		

\* 「はい」または「どちらかと言えばはい」と回答したものを「はい」として解析

\*\* へき地/都市部=へき地の割合(%) / 都市部の割合(%)

## 2. へき地医療に関する意見（自由記載）

### 1) 地域医療に関する意見の概略

都市部とへき地の地域医療を比較する調査において、へき地医療に関する意見を自由記載にて質問し、興味深い意見が数多く得られた。ここでは、その結果を概説する。意見は、「へき地の地域構造的課題」、「へき地医療体制に関わる内容」、「へき地医療に従事する医師の確保に関わる内容」、「へき地医療に従事する医師個人に関わる内容」、「プライマリ・ケアやへき地医療の教育に関わる内容」などに集約できた。この中で、回答が多かった意見は、「へき地の医療体制に関わる内容」と「へき地医療に従事する医師個人に関わる内容」であった。

更にこれらの回答された意見をまとめると、へき地の現状としては、「人口減少（都会へと人が流れている）」、「負担の重さ」、「採算が悪い」に集約された。そして、これらを解決するために、行政主導のへき地医療の充実、労働条件の整備、へき地医療教育の充実の必要性やへき地勤務の義務化などが意見として記載されていた。都市部とへき地の比較では、首長や住民によるへき地医療に対する明確なビジョンの提示はへき地のみにもみられ、定年後の医師の活用は都市部のみにもみられた。以下に、へき地と都市部の意見を記載する。

### 2) へき地の医師の意見

#### (1) へき地の地域構造的課題

##### ① へき地の過疎化

- ・魅力がなく人口減少傾向にあるへき地に人は住みたがらない。

##### ② 医師の都市・中央志向、へき地嫌い

- ・医師は、都市志向、中央志向が強いので、なおさらへき地には行きたがらない。

##### ③ へき地での医療機関の経営困難

- ・へき地での民間医療機関の採算性が悪いことから経営は困難である。

##### ④ 自治体の財政悪化

- ・自治体の財政悪化による、自治体が運営する医療機関の撤退が目立つ。

#### (2) へき地医療体制に関わる内容

##### ① へき地医療の整備や充実に対する行政主導の政策の必要性

- ・逆行する医師の移動（都市部からへき地への移動）には国家的政策が必要である。
- ・へき地の医療機関は、消防や警察と同じく、国レベルで整備・充実すべきである。
- ・へき地医療の整備は、行政主導のシステムを構築する必要がある。
- ・へき地医療は国の積極的な関与による運営を。公的医療機関による運営を、公がへき地医療を保障すべきである。
- ・採算性の悪いへき地医療機関の存続は難しいから、何らかの公的補助が必要である。
- ・へき地医療機関には、診療報酬の傾斜配分、税制上の優遇など、経営面に対する保障が必要である。

## ②へき地医療への明確なビジョンの必要性

- ・国、都道府県、首長による明確なビジョンの提示が必要である。
- ・へき地医療を充実させるためには、医療政策への住民の参加が必要である。住民が自ら望む医療を考える。
- ・医療機関、住民、行政が参加したへき地医療体制の確立が必要である。

## ③へき地医療を支援するネットワークの整備・充実

- ・へき地医療を支援する中核病院の充実をはかり、十分なバックアップ体制（良好な病診連携）の構築が必要である。

## (3)へき地医療に従事する医師の確保に関わる内容

## ①医学部入学者選抜方法の見直しや奨学金制度の充実

- ・医学部入学者の選抜方法の見直し。
  - 成績重視の入試制度を改める。社会人入学、へき地や地元からの選抜、志の高い学生の選抜、へき地親和性の高い学生の選抜を行う。
- ・奨学金制度の充実をはかる。
  - 奨学金を提供し、へき地勤務を義務づける。

## ②へき地医療勤務の義務化

- ・研修の一部として地域医療に従事させる。
- ・制度として、へき地医療の義務化をはかる。

## ③ローテーション体制や派遣体制の確立

- ・公立の中核病院から交代で医師を派遣する体制、またはローテーション勤務体制（一定期間勤務する体制）を確立する。

## ④へき地医療勤務に対するインセンティブに関わる意見

- ・へき地勤務を行えば、生涯教育の一環として研修期間を用意する。
  - インセンティブとしての研修（数ヶ月～1年単位）を設ける。

## (4)へき地医療に従事する医師個人に関わる内容

## ①過酷な環境にあるへき地医療

## ○過重労働、責任の重さ、精神的負担の大きさ

- ・一人にかかる業務の負担が大きくなる。
  - 責任の重さ、精神的負担、過重労働（長時間労働）になっている。
  - 長期間、身体的・精神的負担を強いられるのは限界がある。
- ・住民の度を越した期待は、医師の精神的な負担になる。
  - 期待に応えれば、過酷な環境になる（過重労働、精神的負担）。
- ・私生活での精神的負担、習慣・慣習の違いによる負担感が大きい。

## ○ボランティア精神ではへき地勤務は勤まらない

- ・拘束時間が長く、赤ひげ先生の発想には限界がある（ボランティア精神に頼るのは限界）。
- ・住民の意識の変化（専門医志向、安全・安心志向、権利意識など）から、従来の赤ひげ先生の発想で、へき地医療を実践することは、いまでは困難である。

## ②働きやすい環境の整備

### ○生涯学習の機会の保障や診療支援の保障

- ・生涯学習を行わなければ、医師としての質が保障できない。
- 学習機会を、外部とのネットワークによって、容易に得られる環境整備が必要である。
- 代診システムの充実、定期的な診療支援の充実が望まれる。

### ○複数勤務態勢の整備

- ・複数勤務態勢で、業務ならびに精神的負担の軽減が必要である。

### ○診療に対する住民、行政、首長、医療機関職員の理解と支援

- ・現場の考えを反映できる場を作ってほしい。
- ・自治体の首長、行政職員、医療機関職員からの理解と支援が必要である。
- ・住民が、診療においても、生活においても、医師を大切することが、医師のやりがいにつながる。
- ・医療機関職員のやる気が必要である。
- ・へき地医療は勤務する医師のやりがいや熱意に支えられている。行政職員の偏見が、勤務する医師のやりがいや熱意を削いでいる。

### ○私生活の保障や支援の充実

- ・住民が、診療においても、生活においても、医師を大切することが、医師のやりがいにつながる。(再掲)
- ・単身赴任しやすい環境を整備する必要がある。

### ○休日の確保

- ・普通の生活を営むための休日は不可欠である。
- へき地の生活になれるためにも、休日は必要で、心的な余裕を与える。

### ○医師の私生活、家族、子弟の教育について、満足できる環境の整備

- ・医師個人の満足のみで、へき地医療は実践できない。医師にも家族がおり、家族も満足する必要がある。
- ・子弟の教育環境が充実されなければならない。
- ・子どもが働く場所が少ない(ほとんどない)。
- ・生活を行う上で、報酬の保障は不可欠である。報酬を増やすべきである。
- ・医師一人だけの問題ではなく、医師の家族にも配慮が必要である(生活者としての医師への配慮)。

## (5)プライマリ・ケアやへき地医療の教育に関わる内容

### ①プライマリ・ケアやへき地医療を担う医師の養成プログラムの確立

- ・プライマリ・ケア教育の充実をはかる。
- 系統だった教育プログラムに基づいた教育を行う必要がある。
- ・へき地医療の教育の充実をはかる。
- へき地医療のすばらしさ、楽しさを伝える教育が必要である。
- ・人間性の教育の充実をはかる。
- ・へき地では、幅広い分野の医療が求められる。さらに、診療能力のみならず、リーダーシップやコミュニケーション能力等も必要とされる。そのためには、十分なト

レーニングを必要とする。

②へき地医療機関を医学部教育や卒後臨床研修で活用

・地域の施設での実習や研修の充実をはかる。

(6)その他

①プライマリ・ケアやへき地医療に従事する医師の評価の確立

・プライマリ・ケアやへき地医療にも専門医制度を導入する。

②へき地医療に関する広報活動の充実

・へき地医療の情報を周知する手段の整備（広報活動の充実）が必要である。

③その他

・医療効率を考えなければならない時代になっている。

### 3) 都市部の医師の意見

(1)へき地の地域構造的問題

①医師の都市・中央志向、へき地嫌い

・医師のへき地嫌いが医師不足の一番の原因である。

②へき地での医療機関の経営困難

・へき地医療機関は採算が悪い。

③交通の不便さ

・交通が不便である。

(2)へき地医療体制に関わる内容

①へき地医療の整備や充実に対する行政主導の政策の必要性

・行政主導の政策提供が必要である。

・へき地医療は、国家レベルの問題で、構造的・政治的問題である。

・へき地医療の整備は、行政主導のシステムを構築する必要がある。

・へき地では、診療点数の優遇、税制上の優遇、公的補助が必要である

・へき地医療の整備は、行政主導のシステムを構築する必要がある。

②へき地医療を支援するネットワークの整備・充実

・へき地医療を支援する中核病院の充実をはかり、十分なバックアップ体制（良好な病診連携）の構築が必要である。

・へき地の医療機関同士で、ネットワークを構築して、医療効率をあげる必要がある。

・グループ診療を推進する。

(3)へき地医療に従事する医師の確保に関わる内容

①医学部入学者選抜方法の見直しや奨学金制度の充実

・成績偏重の入試選抜制度を改め、志を重視した制度への変更が必要である。

・公立大学における地元の学生の優先入学制度を設ける。

②へき地医療勤務の義務化

・一定期間、へき地での勤務を義務づける。

→へき地勤務は、公的および大学病院の部長や科長、教授や助教授などの管理職就任要件、保健所など就職要件、開業資格、医師免許更新要件にする。

### ③ローテーション体制や派遣体制の確立

・公立の中核病院から交代で医師を派遣する体制、またはローテーション勤務する。

### ④へき地医療勤務に対するインセンティブに関わる意見

・特別なメリットがないとへき地には人は行かない（インセンティブの必要性）。  
・関心があることと生涯の仕事にすることは別次元の話である。

### ⑤定年後の医師の活用

・定年を過ぎた医師をへき地医療に派遣するシステムの構築が必要である。

### ⑥医師の公募システムの確立

・国や県単位や日本医師会や県医師会単位で、へき地医療に情熱のある医師の公募システムを構築する。その際に、医師の質を保障する。

## (4)医師個人に関わる内容

### ①過酷な環境にあるへき地医療

○過重労働、責任の重さ、精神的負担の大きさ

・へき地は閉鎖的である。  
・一人にかかる業務の負担が大きい。  
→責任の重さ、精神的負担、過重労働（長時間労働）になっている。  
→長期間、身体的・精神的負担を強いられるのは限界がある。  
・専門外の診療も行う必要が生じ、訴訟に対する対応が明確になっていない（へき地では断ることができないので）。

○ボランティア精神ではへき地勤務は勤まらない。

・個人のボランティア精神に頼っても、へき地医療を支えることは無理である。

### ②働きやすい環境の整備

○生涯学習の機会の保障や診療支援の保障

・生涯学習の機会が保障される。  
・代診制度やバックアップ体制の強化

○診療に対する住民、行政、首長、医療機関職員の理解と支援

・住民の医師への理解や協力が必要である。  
・患者の大病院志向による地元診療所の軽視がある。  
・へき地医療では、行政職員、看護師や保健師の協力が必要である。

○私生活の保障や支援の充実

・へき地では生活設計が立ちにくい。  
・交通網を発達させて、通勤しやすい状況を整備する。  
・医師の私生活に対する配慮が低い。  
・環境の良い住宅などの提供が必要である。  
・単身赴任をしないですむ条件を整備する。  
・住民の医師の私生活に対する配慮が必要である。

○休日の確保

- ・完全にフリーとなる休日が確保される。
- 医師の私生活、家族、子弟の教育について、満足できる環境の整備
- ・十分な報酬が保障される。
- ・都市部に比べて高い報酬を保障する必要がある。  
→人気がないのだから、報酬を上げる必要がある。
- ・子弟の教育の充実が必要である。

(5)プライマリ・ケアやへき地医療の教育に関わる内容

①プライマリ・ケアやへき地医療を担う医師の養成プログラムの確立

- ・プライマリ・ケアの教育を充実させる。プライマリ・ケアの重要性やへき地医療の楽しさを伝える教育を行う。
- ・新卒者に対する教育プログラムだけでなく、転向組に対する再教育プログラムを確立する。
- ・へき地医療教育プログラムの確立が必要である。

②へき地医療機関を医学部教育や卒後臨床研修の活用

- ・プライマリ・ケアの教育として、卒後臨床研修後数年間のへき地医療の経験は有効である。

(6)その他

①プライマリ・ケアやへき地医療に従事する医師の評価の確立

- ・地域医療専門医制度を設立する。
- ・へき地医療に従事する医師を積極的に評価するシステムの構築が必要である。

②へき地医療に関する広報活動の充実

- ・へき地医療の現状について情報公開を進める必要がある。

③その他

- ・へき地医療の問題は、自由開業制度が生んだ結果である。
  - ・地方医師会適正配置委員会が廃止されたことが原因と考える。
  - ・医療機関への交通手段の充実をはかる。
-

### 3. 医療機関・医療従事者の現状

#### 1) 医療機関

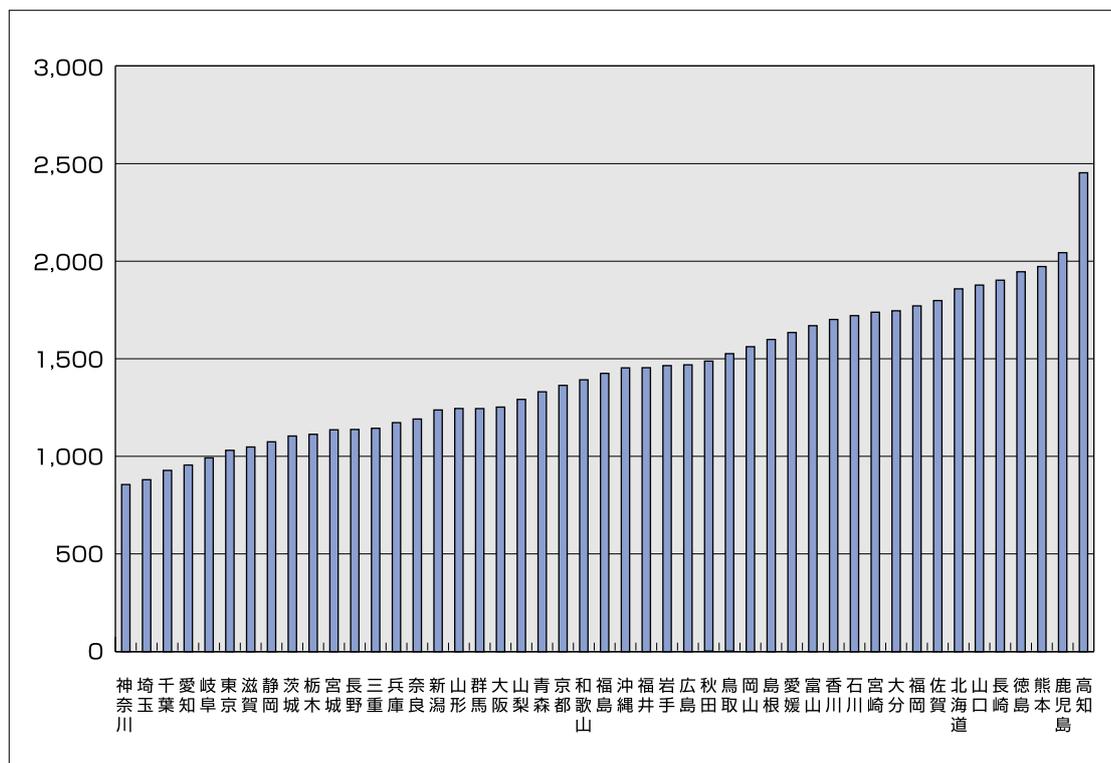
従来、医療の供給には地域差があり、医療過疎といわれている地域も現存しているのが実態である。また、地域医療を取り巻く状況は近年大きく変化しており、その中でも、平成の大合併と言われる市町村合併と新医師臨床研修制度に伴う医師の動きによる影響が大きい。

わが国の医療供給体制は、医療法に基づいて整備され、2001（平成13）年3月に施行された第四次医療法改正により、病院の病床を療養病床と一般病床に区分した。2000（平成12）3月31日現在で、一般病床の必要数が1,215,130床に対し既存病床数が1,290,250床で、2005（平成17）年3月現在で、一般病床と療養病床の合計で、基準病床集が1,181,947床に対し、既存病床数が1,285,913となっており、基準病床数が減少より既存病床数の減少の方が少なく、基準病床数を上回った状態が継続している。

#### (1)都道府県格差

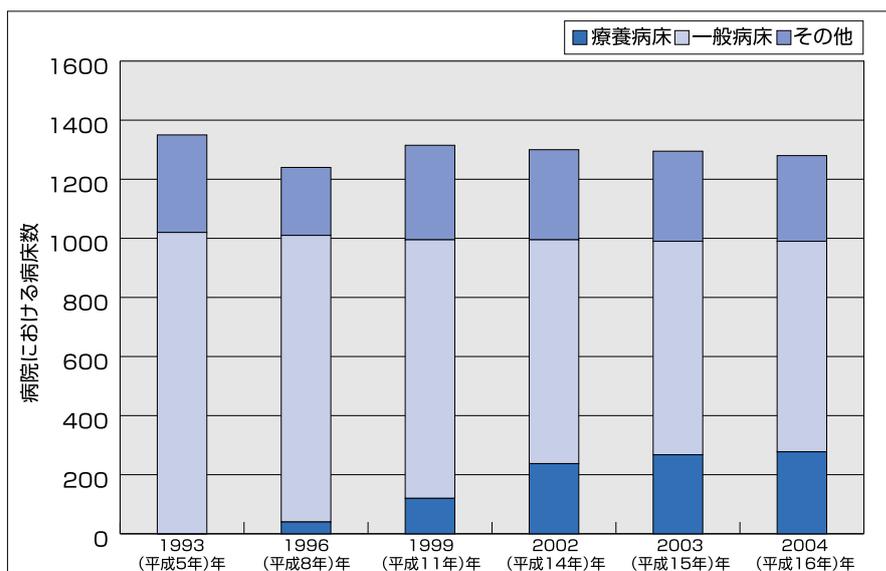
都道府県格差についてみていく。厚生労働省2005（平成17）年度、医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況より、図Ⅲ－3－1に人口10万対病床数を示す。順位を人口10万対病床数で並べていくと次のような結果が出る。まず少ない順位では、神奈川859床、埼玉886床、千葉930床と首都圏内の県が上位を占める。一方多い順位は、高知2,446床、鹿児島

図Ⅲ－3－1 人口10万対病床数



2005（平成17）年度 医療施設（静態・動態）調査（厚生労働省）

図Ⅲ－3－2 人口10万対病床数



2005 (平成17) 年度 医療施設 (静態・動態) 調査 (厚生労働省)

島2,035床、熊本1,962床と九州四国地方が上位を占める。そして全国平均では、1,277床であった。

一方、欧米諸国に比べて入院期間が長いことなどから、ここ数年、一般病床を削減し、療養型病床を増やしてきた(図Ⅲ－3－2)。介護保険制度が始まり、一般病床を減らして、療養型病床や他の介護施設への患者の移動があり、多少の問題が存在するものの病床や介護施設としての役割分担が明確になってきた。

ここに来て、国から介護型療養病床の廃止し、医療型療養病床も削減する方針が出され介護難民が出るのではないかとの危惧も出始めている。

## (2)地域医療を取り巻く環境の厳しさ

次に合併の影響について見ていく。今回の合併では、1999 (平成11) 年3月31日での市町村数は3,233であったが、2006 (平成18) 年3月31日には、1,822にまで減少している。その内訳を見ると市の数は670から777と107増加したのに対し、町の数1,994から847、村の数は568から198と半分以下に減少している(表Ⅲ－3－1)。町村が合併し、新市が誕生する場合と市に対して町村が併合合併する場合とがある。1万人未満の市町村数は1999(平成11)年3月31日に1,537あったのに対し、2006 (平成18) 年3月31日では489と3分の1以下に減

表Ⅲ－3－1 市町村数の推移

	市町村数			平均人口	平均面積
	市	町	村		
1954 (昭和29) 年9月30日	285	1,970	7,640	7,864	47.1
1962 (昭和37) 年1月 1日	556	1,963	947	24,555	106.9
1999 (平成11) 年3月31日	670	1,994	568	38,852	116.9
2006 (平成18) 年3月31日	777	847	198	65,198	203.5

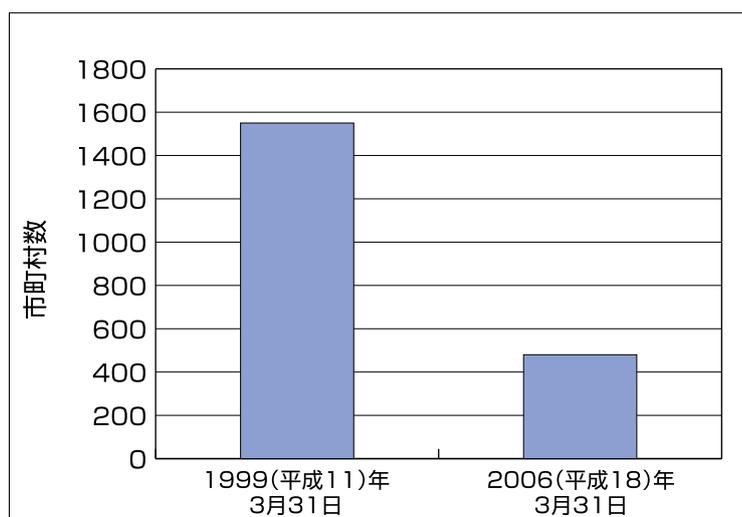
少した（図Ⅲ－3－3）。

市町村合併に伴い、これまで公的医療機関が担ってきた地域医療が厳しい現実にさらされている。ひとつは、公共性ゆえの不採算性である。全国各地に公的医療機関があるが、特に人口規模の小さな市町村において医療を受ける公平性のために公的医療機関がある市町村が多い。

本来、公的医療機関の役割は政策医療を担い、民間医療機関とは違った役割を担うとされるが、わが国の公的医療機関と民間医療機関の機能分担は明確でない。民間医療機関に比べると人件費や医薬材料などの調達コストが割高になっている影響に加えて、低稼働などによって、収支バランス取れていないことが見受けられる。サービスを低下させずに効率を高める必要がある。

さらに、小規模の市町村にそれぞれ独立して存在していた医療機関が合併により1地方自治体で複数の医療機関を抱えることになったところもある。こうした自治体では、採算性の向上などの理由により複数の公的医療機関の役割をより明確にし、機能の集約と分散の再編成が行われ、その結果、医療機関によっては、ダウンサイジングや経営主体の見直し、もしくは閉鎖を視野に入れなければならない可能性もある。

図Ⅲ－3－3 人口1万人未満の市町村数



### (3)市町村合併における医療機関の調査

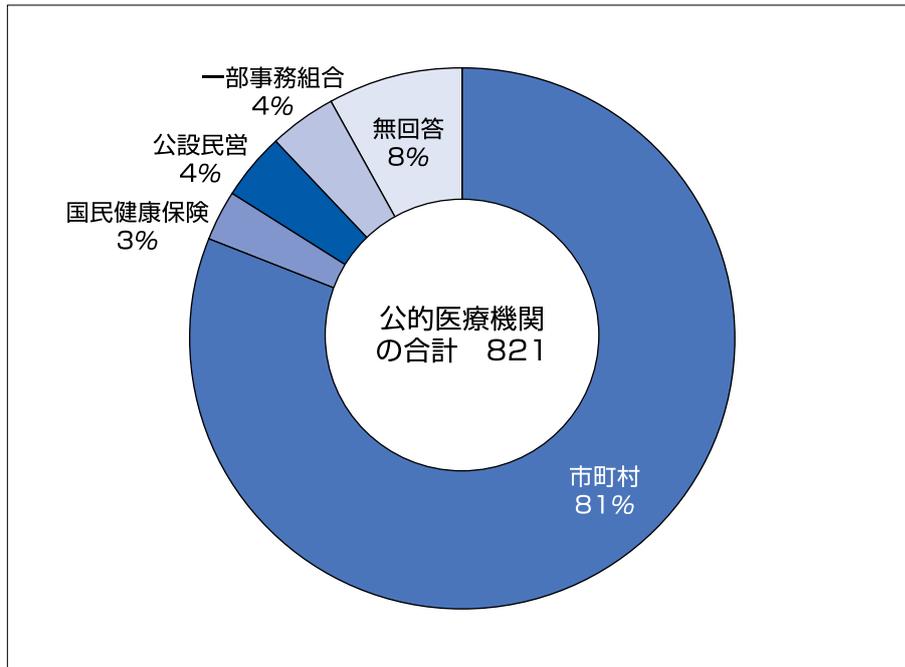
今回2006（平成18）年4月1日時点における市町村合併にともなう公的医療機関の影響を調査した。対象は市町村合併を行った市町村において、市町村立および国民健康保険などの公的な病院および診療所とした。該当する558の市町村の担当者に対し質問票を郵送し、最終的には460件（82%）の回答を得た。

#### ①公的医療機関の開設者別状況

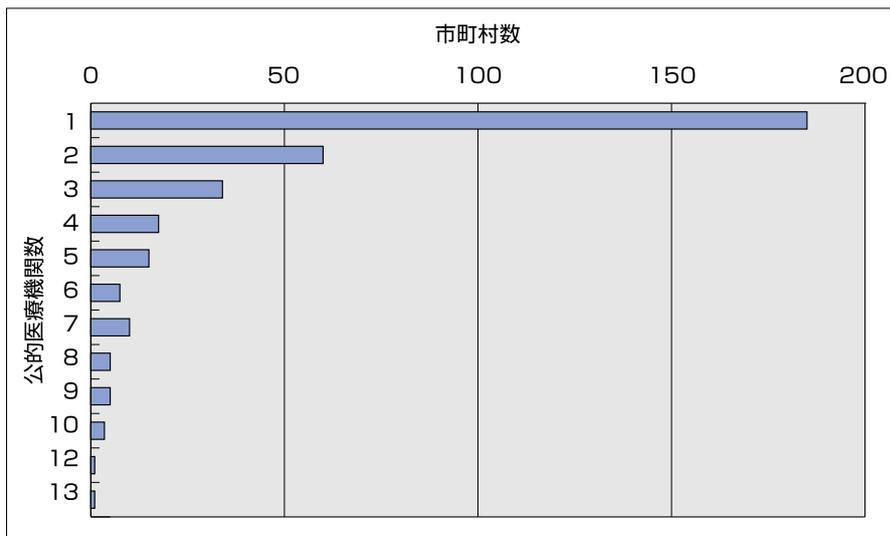
図Ⅲ－3－4に開設の内訳を示すが市町村立が81%となっているが、この中には国民健康保険診療施設も含まれている。

公的医療機関があった354市町村について、市町村別公的医療機関数については（図Ⅲ－3－5）、1つが188市町村で、2つが56、3つが35であり、最高13の公的医療機関を有す

図Ⅲ－3－4 公的医療機関の開設別内訳



図Ⅲ－3－5 市町村別公的医療機関数



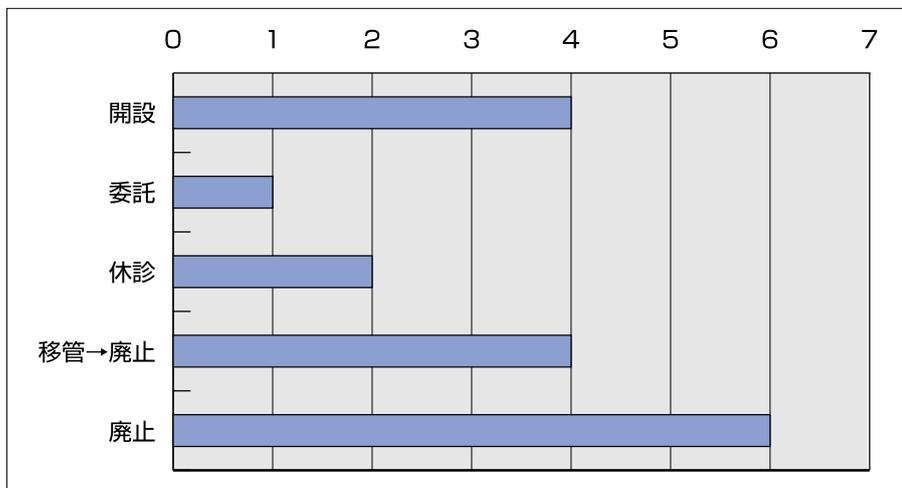
る自治体もあった。また、市町村合併の前後の期間で運営が変更となった公的医療機関については（図Ⅲ－3－6）、新規に開設したが4医療機関、移管から廃止もしくは廃止となっているものは合計で8医療機関あった。合併により開設した医療機関数より、委託、休診、廃止となった医療機関が上回っていた。

②公的医療機関に勤務する医師数および病床数の変化

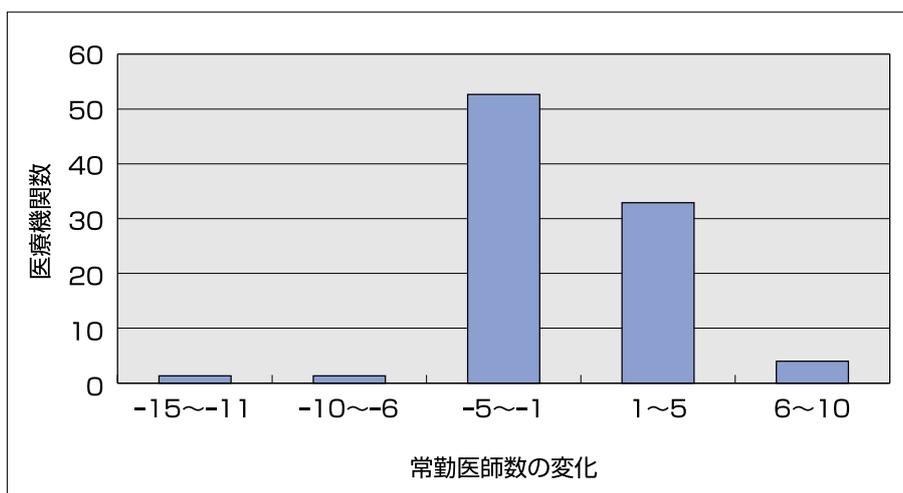
公的医療機関に勤務する医師については、形態としては、常勤医師では、市町村へ就職した医師と大学の医局やその他の組織からの派遣で勤務している医師があるが、今回は、常勤および非常勤として勤務している医師数の増減について調査した。

常勤医は1人減少した医療機関が40と最も多く、ついで1人増加した医療機関が22であった。最も減少した医療機関では、14人の常勤医が減少していた。今回回答した医療機関全体では、13人の減少となっていた（図Ⅲ－3－7）。非常勤医では、一人増加した医療

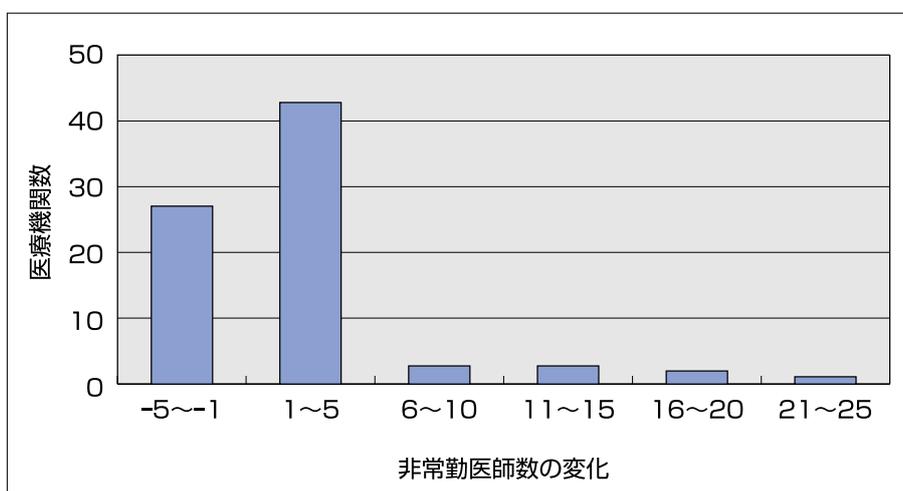
図Ⅲ－3－6 市町村合併後に運営が変更となった公的医療機関数  
(合併後の医療機関総数814)



図Ⅲ－3－7 公的医療機関における常勤医師数の増減



図Ⅲ－3－8 公的医療機関における非常勤医師数の増減



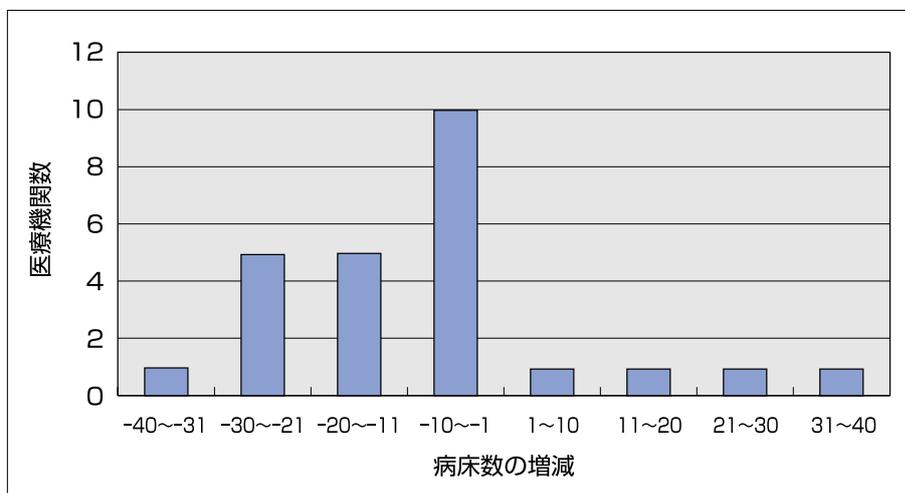
機関が30と最も多く、一人減少した医療機関が21であった。最も増加した医療機関では、22人非常勤医が増加していた。今回回答した医療機関全体では、150人の非常勤医の増加となっていた(図Ⅲ-3-8)。常勤医が減少しているのを非常勤医で補っている形となっていたが、3名以上常勤医師が減少していたのは6医療機関と医療機関数でみると多くなかった。

病床数で見ると、病床数が増加した医療機関に比べて、減少した医療機関の数が多く、中でも最も病床数が減少していた医療機関は40床、次が28床の減少となっていた。回答した施設全体では、病床数は115減少していた(図Ⅲ-3-9)。

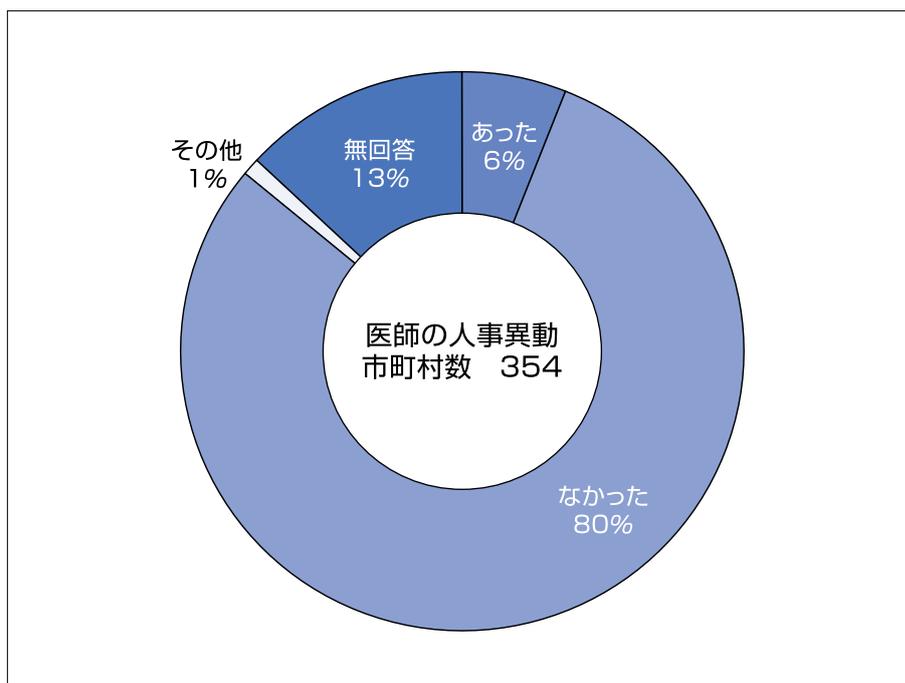
③医師の人事異動、人事交流など

合併に伴い、複数の医療機関を抱える市町村も存在することもあり、合併前後で、旧市町村間での医師の人事異動や人事交流について調査した。ここでいう人事異動とは、所属

図Ⅲ-3-9 合併前後の病床数の増減(変化があった医療機関のみ)



図Ⅲ-3-10 合併後の医師の人事異動

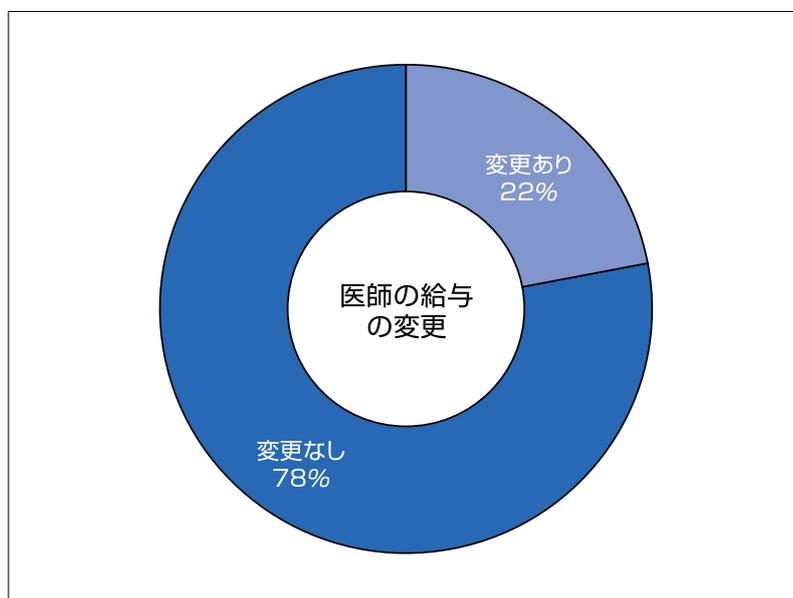


の変更を伴う異動の事を指し、人事交流とは、所属の変更を伴わない交流、すなわち代診などを指す。公的医療機関が存在する354市町村のうち、医師の人事異動が「あった」と回答した市町村は6%で、「なかった」と回答したところは80%であった(図Ⅲ-3-10)。一方、医師の人事交流でも、医師の人事異動が「あった」と回答した市町村は6%で、「なかった」と回答したところは79%であった(図Ⅲ-3-11)。

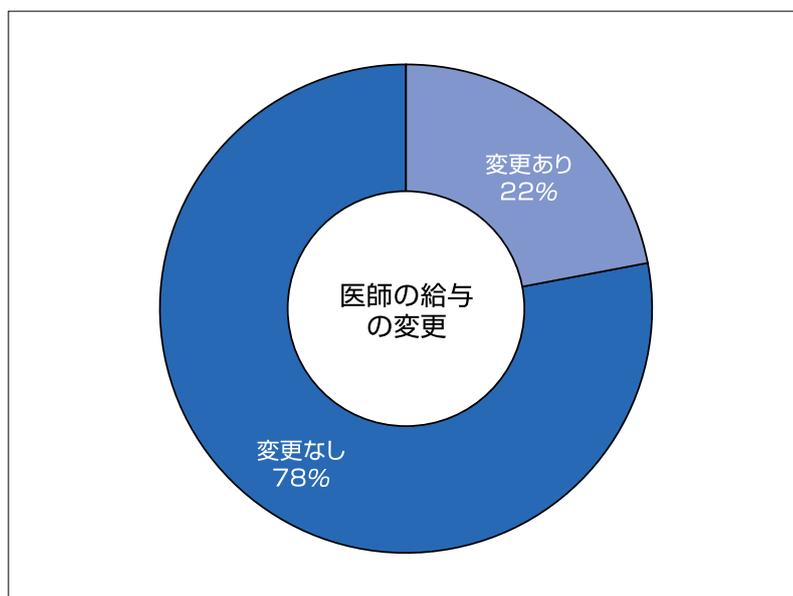
人事異動、人事交流とも6%であったが、積極的に医師の配置を見直しているところでは、人事異動も人事交流も行っていることが伺える。

医師の給与については、「変更あり」と回答した市町村は22%にのぼった(図Ⅲ-3-12)。これは、先の旧町村間における医師の人事異動、人事交流に比べて高かったが、今回の変更によっての給与の増減については、調査していないためその詳細は不明である。

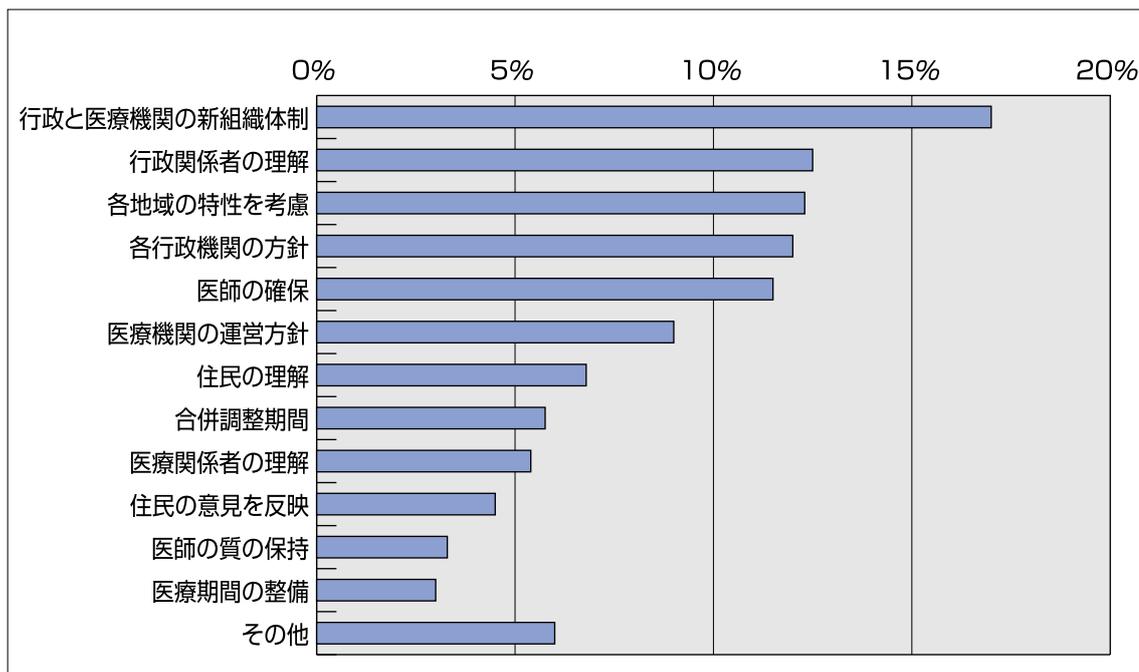
図Ⅲ-3-11 合併後の医師の人事交流



図Ⅲ-3-12 合併前後での医師の給与の変更の有無



図Ⅲ－3－13 合併で困難と思われたこと（n=460、複数回答可）



#### (4)合併による影響

合併で困難と思われたことについて（図Ⅲ－3－13）（複数回答可）は、「行政と医療機関の新組織体制」が17.0%と最も多く、ついで「行政関係者の理解」が12.4%などと続いた。「医師の確保」が11.3%で5番目、「医療機関の運営方針」が9.1%で6番目、などが上位に上がった。

これまでに見てきたように、介護保険制度の導入、市町村合併など医療を取り巻く環境が大きく変化してきた。今回の調査では、合併後に常勤医や病床数が減少している傾向があったものの、市町村では、ほとんど変化がないか、変化があってもそれほど大きな変化ではないところが大半を占めていた。このことは、まずは合併ありきで、旧市町村の医療の提供のあり方について大きく変えるにいたっていないことがうかがえた。

とはいえ、合併を期に民間委託やダウンサイジングを検討しているということも耳にする。また、今後医療機関の役割分担の中で、特に複数有する市町村においては、機能の集約や統廃合などが起こることが予想される。

それ以外にも、インターネットの普及や医療情報の電子化など医療関係においても他の業種と同様にIT化の波が押し寄せている。電子カルテなどは、まだまだ大学病院や大病院を中心とした比較的規模の大きな施設から導入が進んで来ているが、今後小規模な医療機関でも電子化がどんどん加速することも予想される。一方で、どこでもよりよい医療を受けたいという患者ニーズの高度化、多様化に伴い、これまでのパターンリズムからインフォームド・コンセント（チョイス）を重視する患者中心の医療へと変革が進んでいる。そのため、以前に比べて診察や患者や家族への説明をする時間が多くとられることとなってきている。これらのことは、医療全体としては、良い方向に進んでいるという正の側面であるが、それと同時に、提供する医療機関側においては、地域医療現場における医師の減少、全国規模で起きている一般病院および一般病床数の減少などから、今まで以上に患

者の医療ニーズにこたえることが逆に困難となっているという負の側面もある。

今、地域医療現場で起きている変革の波がどのような形で収束していくのかこれからも見守っていく必要がある。

## 2) 医師

### (1) 医師の不均衡分布

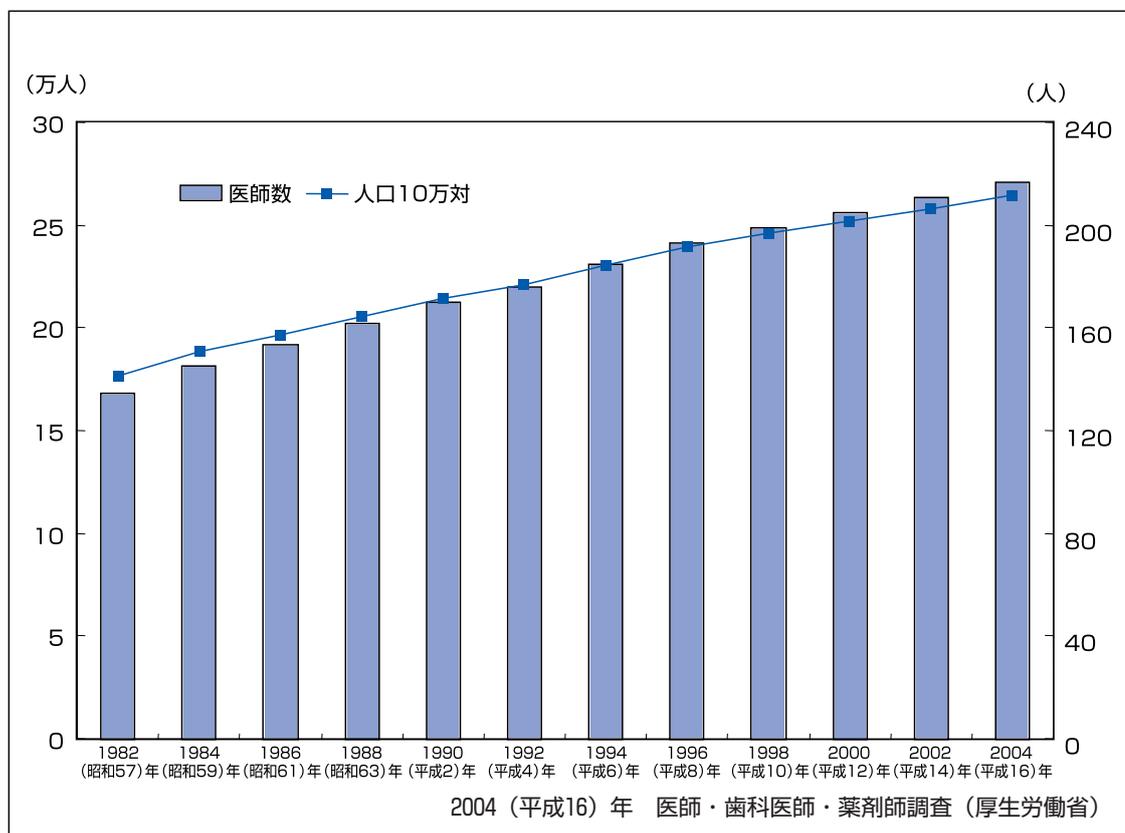
#### ① 医師数の変遷

わが国においては、長年の懸案であった国民皆保険制度が1961（昭和36）年に確立して以降、医療行政における国の最大の目標は医師数の増大へと移行した。1970（昭和45）年に厚生省は、医師数の目標値を人口10万対150人とし、この目標を1985（昭和60）年までに達成するとした。この実現のために1973（昭和48）年から「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置が推進され、1981（昭和56）年には医学部の入学定員は8,360人となった。その結果「人口10万対150人」の医師の目標は1983（昭和58）年に達成された。2004（平成16）年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）によれば、2004（平成16）年の人口10万対211.7人（総数270,371人）となっている（図Ⅲ－3－14）。

#### ② 診療科の偏在

2004（平成16）年医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、医療施設に従事している医師の総数は256,668人（人口10万対201.0人、以下同じ）となっている。診療科別（複数回答）にみると、医師数は、内科（98,232人）が最も多く、外科（34,055人）、小児科（32,151人）、消化器科（胃腸科）（31,848人）、整形外科（24,595人）の順で多かった（表Ⅲ－3－2）。最近注目されている産婦人科は10,555人、麻酔科は8,981であった。また、精神科は13,609人であった。

図Ⅲ－3－14 医師総数の年次推移



これら8診療科の医療施設従事医師数の年次推移をみる(図Ⅲ-3-15)。1994(平成6)年を1とした場合に、2004(平成16)年の医療施設従事医師総数の比率は1.16であった。また、それぞれの診療科の比率は、麻酔科(1.30)が最も高く、精神科(1.28)、消化器科(胃腸科)(1.22)、整形外科(1.14)、内科(1.07)、外科(0.99)、小児科(0.96)、産婦人科(0.90)であった。このように、医師総数と比較して、麻酔科、精神科、消化器科(胃腸科)の比率が高いのに対して、明らかに内科、外科、小児科、産婦人科の比率は低い。さらに、この10年間で小児科と産婦人科の医師数の減少は注目に値する。このように医師の診療科の偏在がすでに起こっており、それは新医師臨床研修制度が実施される前から始まっていた。この診療科の偏在の問題は、2次医療圏単位での診療科の偏在も加わることにより、その状況は一層複雑となっている。

### ③医療施設の偏在

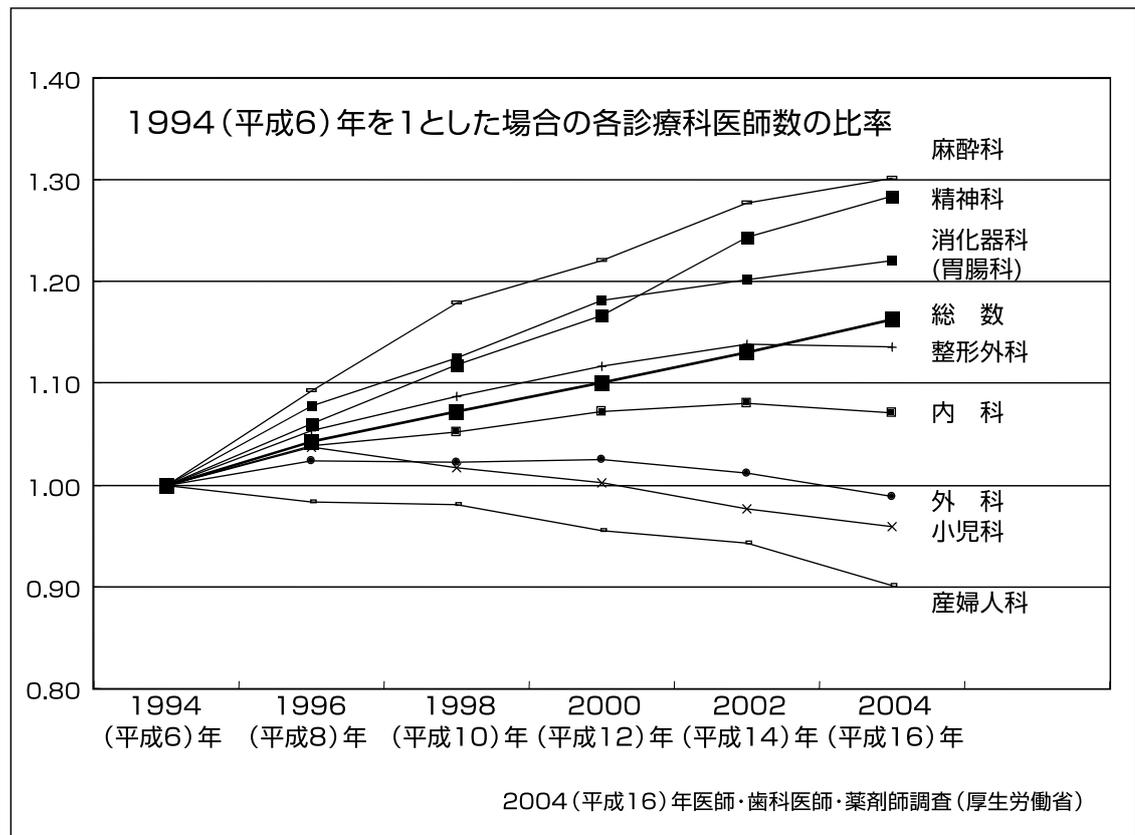
2004(平成16)年医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、病院で従事する医師は120,260人、医育機関附属病院は43,423人、診療所は92,985人となっている(表Ⅲ-3-3)。これは、1982(昭和57)年と比べると、病院は1.99倍、医育機関附属病院は1.51倍、診療所は1.31倍であり、医療施設従事医師総数は1.60倍であった。2004(平成16)年だけを見ると、約20年間で病院の医師数が増加したのに対して、医育機関附属病院ではやや増加が少なく、診療所は増加していないことがわかる。

表Ⅲ-3-2 診療科別(複数回答)、医療施設従事医師数

	医師数	人口10万 対医師数
内科	98,232	81.0
外科	34,055	28.1
小児科	32,151	26.5
消化器科(胃腸科)	31,848	26.3
整形外科	24,595	20.3
循環器科	21,813	18.0
リハビリテーション科(理学診療科)	16,883	13.9
皮膚科	14,866	12.3
精神科	13,609	11.2
眼科	12,778	10.5
呼吸器科	12,500	10.3
産婦人科	10,555	8.7
放射線科	10,135	8.4
耳鼻いんこう科	9,499	7.8
麻酔科	8,981	7.4
その他	74,356	61.3
総数	256,668	211.7

2004(平成16)年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

図Ⅲ－3－15 診療科別医療施設従事医師数の年次推移



表Ⅲ－3－3 医療施設別従事医師数の年次推移

年度	病院	医育機関 附属病院	診療所	総数
1982(昭和57)年	60,368	28,787	71,224	160,379
1984(昭和59)年	68,425	33,206	71,821	173,452
1986(昭和61)年	76,348	34,785	71,996	183,129
1988(昭和63)年	84,636	36,389	72,657	193,682
1990(平成2)年	90,823	37,942	75,032	203,797
1992(平成4)年	96,782	39,063	75,653	211,498
1994(平成6)年	102,665	40,747	77,441	220,853
1996(平成8)年	107,036	41,163	82,098	230,297
1998(平成10)年	111,999	41,101	83,833	236,933
2000(平成12)年	112,743	41,845	88,613	243,201
2002(平成14)年	115,993	43,138	90,443	249,574
2004(平成16)年	120,260	43,423	92,985	256,668

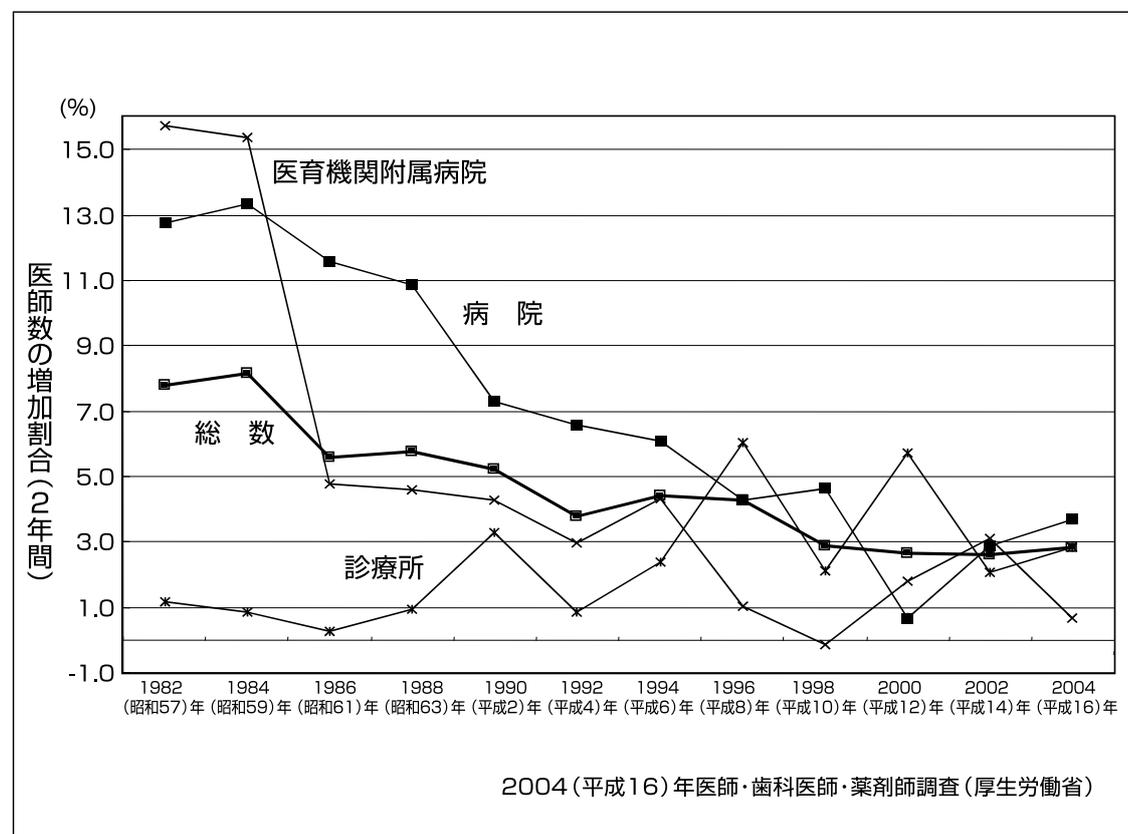
2004(平成16)年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

しかし、この間の年次推移を眺めると大きく、状況は大きく異なる（図Ⅲ－3－16）。1986（昭和61）年から2000（平成12）年まで、病院に従事する医師数の増加率は、おおむね減り続け、とくに2000（平成12）年は、その増加率は0.7%（医師数744人）であった。しかし、2002（平成14）年からは増加率は上昇する傾向を示した。医育機関附属病院では、1986（昭和61）年に、その増加率が極端に低下した。その後は、医療施設従事医師総数の増加率と大差はなかったが、1996（平成8）年に再び増加率が減少し、1998（平成10）年には増加率はマイナスを記録した。その後、一端増えたが、新たな医師臨床研修制度が始まった2004（平成16）年に再び増加率は低下した。診療所では、1990（平成2）年を除き、1992（平成4）年まで、その増加率は1%前後であった。しかし、1994（平成6）年以降は2%を超え、1996（平成8）年は6%、2000（平成12）年は5.7%で、医療施設従事医師総数の増加率を上回った。このように年次推移を詳細に検討すると、近年、医師が、病院や医育機関附属病院から診療所へと移動していることがうかがえる。その傾向は、2次医療機関や3次医療機関の運営、とりわけ医師の充足に大きな影響をもたらすことは想像に難くない。

④へき地と都市部の偏在

へき地における医師不足、および都市部とへき地間での医師分布の不均衡は、世界の多くの国において問題となっており、わが国においても現在のへき地医療の状況を鑑みると、その例外ではない。1970（昭和45）年代から80年代にかけて先進諸国のへき地医療行政は、いわゆる「trickle-down 効果」による医師不足の解決を目指していた。すなわち国全体の医

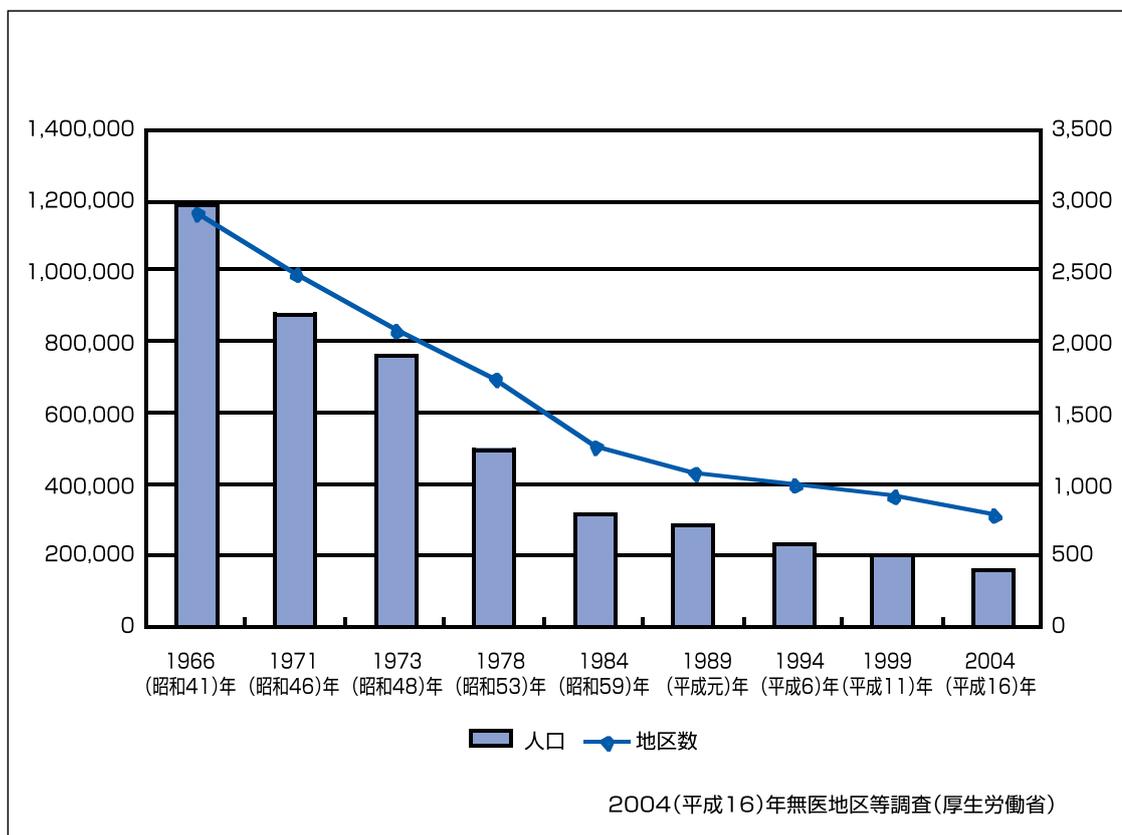
図Ⅲ－3－16 医療施設別従事医師数の増加割合の年次推移



師数が増加すると、市場経済の原理によって収益競争が激しい都市部からへき地に医師が流出し、結果として医師の志向によって生じる医師分布の地理的不均衡は相殺されるだろうと予測された。前述の通り、日本全体での医師数の増加は、へき地における医師不足の解消にある程度貢献した。2004（平成16）年無医地区等調査（厚生労働省）によれば、1966（昭和41）年には2920地区（総住民数119万人）あった日本全国の無医地区（半径4 km 以内に医療機関のない地域）は、2004（平成16）年には787地区（総住民数16万人）まで減少した（図Ⅲ－3－17）。

1956（昭和31）年以降、10次にわたるへき地保健医療計画の策定と実施、各市町村における積極的な医師の招聘など、国レベル、地方自治体レベルでの医師確保の努力が行われてきた。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。Kobayashiらは1980（昭和55）年から1990（平成2）年までの医師分布の変化を経時的に調べた結果、この期間において日本全体の医師数は増加しているものの、医師・人口比で見たときの都市部とへき地との医師数不均衡は改善されていないか、むしろ悪化傾向にあることを報告している（Kobayashi Y, Takaki H. Lancet 340:1391-3, 1992）。米国においても膨大な公金の投入によって国全体の医師数を増加させたにもかかわらず、医師の不均衡分布の問題が解決されていないことが80年代以降に問題となっている。近年、医師の分布が、当初期待していた市場原理に基づく「trickle-down 理論」には必ずしも従わないことが明らかになりつつあり、へき地医療政策の転換が迫られている。

図Ⅲ－3－17 無医地区の数と住民総数



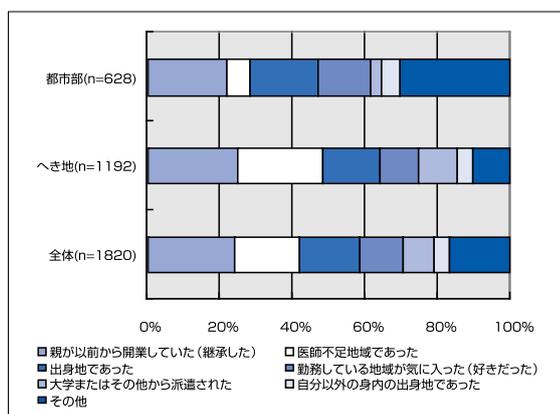
(2)へき地に勤務する医師

①勤務の理由

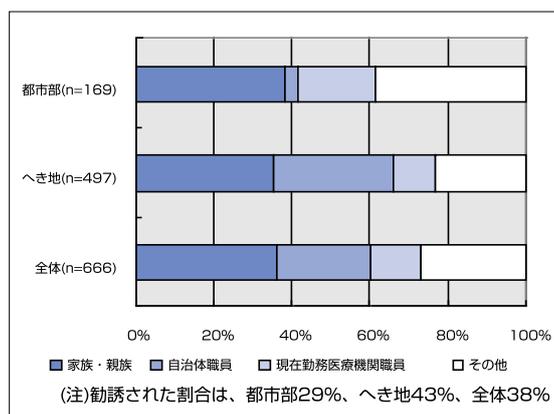
今回の白書作成にあたって実施した都市部とへき地の地域医療の比較調査の中で、現在の診療所に勤務する理由を質問した。その結果は、現在の診療所に勤務する理由は、都市部もへき地も、親が以前から開業していた（継承した）が最も多く、それぞれ22%と28%であった。都市部では、その後は、出身地であった（18%）、勤務している地域が気に入った（好きだった）（15%）が続いた。それに対して、へき地では、医師不足地域であった（26%）、出身地であった（18%）が続いた（図Ⅲ-3-18）。勤務に際して、都市部では29%に、へき地では43%に勧誘があった。勧誘人物については、都市部とへき地ともに、家族や親族が最も多く、それぞれ38%と37%であった（図Ⅲ-3-19）。都市部では、次に現在勤務医療機関職員で20%であった。それに対して、へき地では、次に自治体職員が32%と多く、現在勤務医療機関職員は11%であった。このように、へき地の診療所では、医師不足を理由にして、自治体職員が医師確保に努力している姿が顕著にうかがえる。

将来の勤務に関する意識について、引退まで現在の勤務医療機関に勤務に関して、はい（勤務したい）と、都市部では68%、へき地では54%が回答した（図Ⅲ-3-20）。どちらかと言えばはい（勤務したい）を加えると、都市部では91%に対して、へき地では78%となった。へき地では、継続勤務の意思は約8割と高いものの、都市部に比べてその割合は低い現状にある。言い換えれば、約2割の医師は、現状において辞めようと思っていると理解できる。将来の勤務地について、将来は都市部で働きたいの質問に対して、はい（働きたい）と回答した割合は、都市部の14%に対して、へき地では6%で、どちらかと言えばはい（働きたい）を加えると、それぞれ29%と20%となり、都市部に勤務する医師の方が、将来は都市部で働きたいと思っている割合が高い傾向にあった。逆に将来はへき地で働きたいの質問には、はい（働きたい）と回答した割合は、都市部の4%に対して、へき地では11%で、どちらかと言えばはい（働きたい）を加えると、それぞれ17%と36%となり、へき地に勤務する医師の方が、将来はへき地で働きたいと思っている割合が高かった。これらのことは、現在の勤務している地域に親和性の高い医師が勤務している現状が推測される。ただ、都市部で、将来は都市部で働きたいに対して、57%がいいえ（働きたくない）と回答し、どちらかと言えばいいえ（働きたくない）を加えると70%であった。また、へ

図Ⅲ-3-18 診療所に勤務した理由



図Ⅲ-3-19 勤務の際の勧誘人物



き地で、将来はへき地で働きたいに対して、46%がいいえ（働きたくない）と回答し、どちらかと言えばいいえ（働きたくない）を加えると64%であった。このことは、多くの医師が現在勤務医療機関での継続勤務の意思を示しているが、その意思は必ずしも強固なものでない可能性を示唆する。

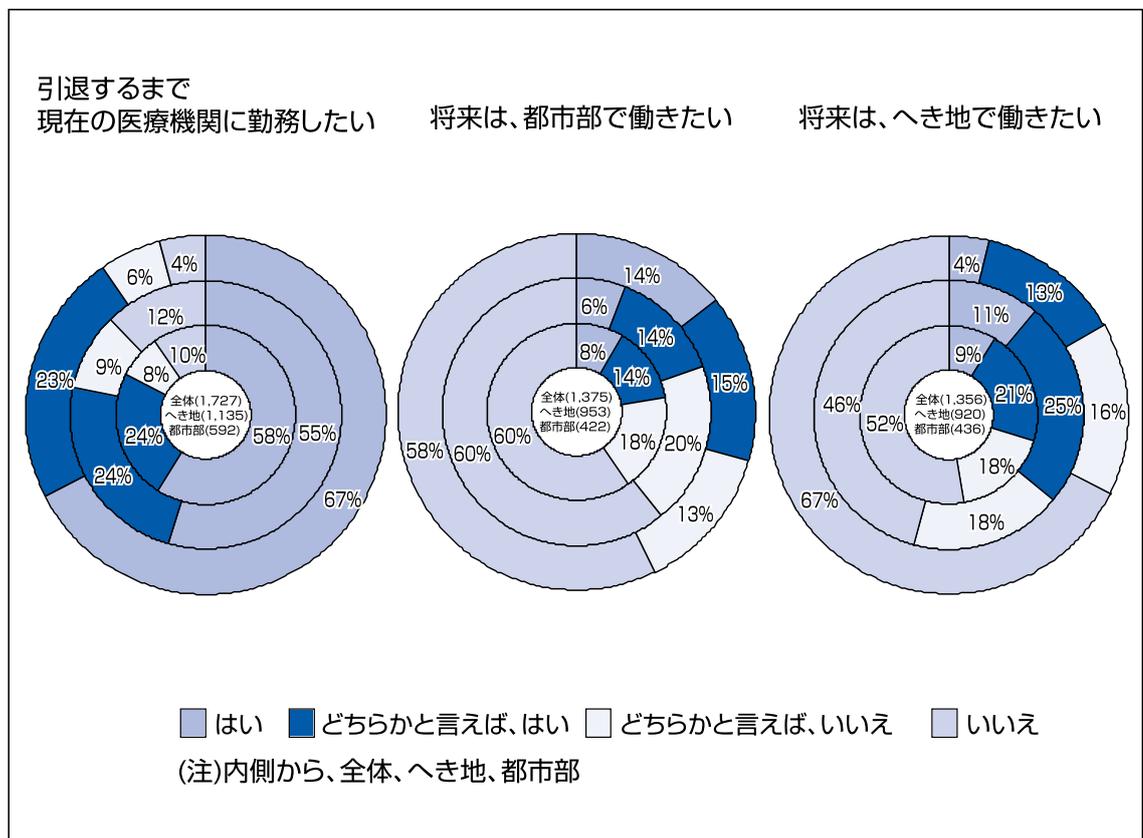
②へき地の医師不足

へき地の医師不足について、都市部に比べ、へき地は医師不足であるの質問に対して、都市部では50%が、へき地では52%が、はい（医師不足である）と回答している。どちらかと言えばはい（医師不足である）を加えると、都市部で92%が、へき地では87%であった（図Ⅲ-3-21）。この点に関しては、都市部とへき地の診療所勤務医師の認識に大きな差は認めなかった。

へき地の医師不足の原因について、それぞれの回答割合は異なるものの、都市部とへき地ともに、子弟の教育環境不足、過疎地（人口減少）、交通が不便、医師の都市部志向、過重労働の5項目が上位を占めた。ただ、都市部では過重労働が第3位で、交通が不便より上位であった（表Ⅲ-3-4）。6位から10位で、共通しているのは、医師のへき地嫌い、緊急対応時負担、専門外診療負担の3項目であった。他の2項目は、都市部では、責任の重さ、生涯学習の機会が少ない、へき地では、医師の専門医志向、代診医師制度の不備であった。

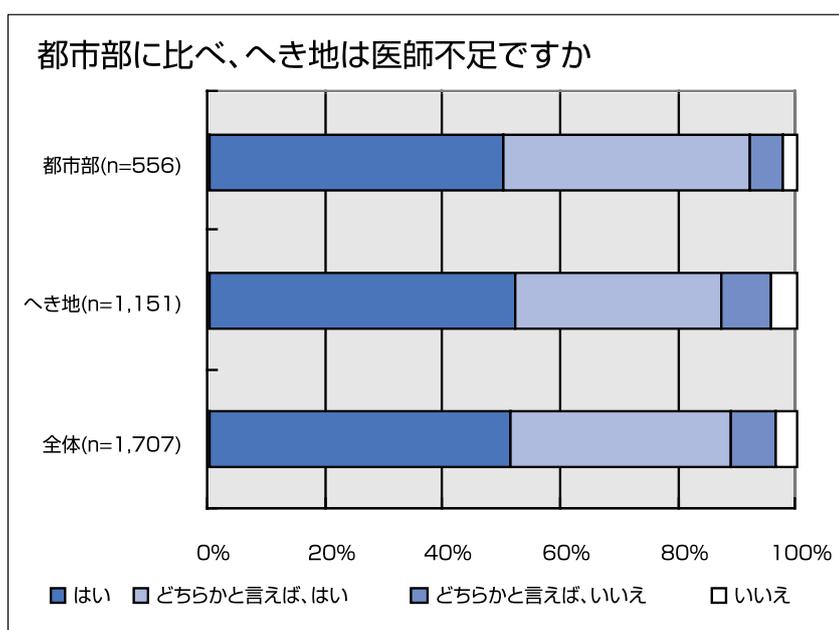
このように、都市部とへき地の診療所に勤務する医師の間で、へき地の医師不足の認識は共有されている。しかし、その原因には若干の違いが推測される。都市部の医師は、過

図Ⅲ-3-20 将来の勤務に対する意識



重労働、責任の重さ、生涯学習の機会が少なさといった負担の重さを意識しているのに対して、へき地の医師は、これらは意識しつつも、医師の専門医志向や代診医師制度の不備といった制度に関する内容も原因としてあげていた。都市部とへき地において、このような若干の意識の違いはあるものの、子弟の教育環境不足、過疎地（人口減少）、交通が不便、医師の都市部志向、過重労働の上位5項目は、都市部とへき地の医師の間で共通したへき地医師不足の原因と考えていることがわかった。これらの項目が、へき地医療における医師定着の阻害の五大要因と言っても差し支えはないであろう。

図Ⅲ－3－21 へき地の医師不足に対する意識



### ③へき地の医師定着

へき地の医療機関に勤務する医師の定着に関わる要因として、前回の白書調査の結果から、卒後初期臨床研修において、複数科のローテーション研修を受けた医師は単科研修のみの医師に比べてへき地勤務継続の意思が強かった（表Ⅲ－3－5）。さらに、一般内科、一般外科、小児科、麻酔科、消火器内科のいずれかを研修した医師は有意に高い比率でへき地勤務の継続を希望していた。これらの研修内容はプライマリ・ケアを重視した研修内容であり、へき地医療におけるプライマリ・ケア医の重要性を裏付けている。現在行われている新医師臨床研修制度はプライマリ・ケア能力の習得を強く意識した内容となっており、また短期間ではあるが地域医療現場での研修が行われる。この制度がわが国におけるへき地医療の充実に貢献することが期待される。これら臨床研修の内容以外にも、へき地出身者であること、医学部教育の中でへき地医療に関わる教育を受けたこと、初期臨床研修においてスーパーローテート研修を行っていること、医局からの派遣でないことなどが、へき地勤務継続の医師との関連を認めた（表Ⅲ－3－6）。また、へき地保健医療対策検討会報告書(2005(平成17年))の作成にあたって実施されたへき地保健医療に関するアンケート調査においても、へき地診療所における医師の継続勤務にとって必要なこととして、診療支援体制の強化、研修の充実、複数医師体制、行政の理解と協力、住民の理解と協力があげられている。

表Ⅲ－3－4 へき地の医師不足の原因

順位	全体 (n = 1,182)	へき地 (n = 1,192)	都市部 (n = 828)
1位	師弟の教育環境不足 43%	師弟の教育環境不足 44%	師弟の教育環境不足 42%
2位	過疎地 (人口減少) 37%	過疎地 (人口減少) 40%	過疎地 (人口減少) 30%
3位	交通が不便 28%	交通が不便 30%	過重労働 30%
4位	医師の都市志向 26%	医師の都市志向 26%	交通が不便 26%
5位	過重労働 24%	過重労働 22%	医師の都市志向 25%
6位	緊急対応時負担 15%	医師のへき地嫌い 16%	緊急対策時負担 20%
7位	医師のへき地嫌い 14%	医師の専門医志向 16%	専門外診療負担 18%
8位	専門外診療負担 14%	緊急対応時負担 13%	責任の重さ 14%
9位	医師の専門医志向 14%	代診医師制度不備 12%	生涯学習機会が少ない 13%
10位	責任の重さ 12%	専門外診療負担 12%	医師のへき地嫌い 11%
11位	生涯学習機会が少ない 11%	責任の重さ 11%	医師の専門医志向 9%
12位	代診医師制度不備 11%	生涯学習機会が少ない 10%	医療の高度・専門化 9%
13位	医療の高度・専門化 9%	医療の高度・専門化 9%	代診医師制度不備 8%
14位	商業・娯楽施設が少ない 8%	商業・娯楽施設が少ない 9%	住居環境 8%
15位	地元自治体支援不足 8%	地元自治体支援不足 8%	地元自治体支援不足 7%
16位	住居環境 6%	住居環境 6%	商業・娯楽施設が少ない 6%
17位	プライバシーが守られにくい 5%	プライバシーが守られにくい 5%	プライバシーが守られにくい 5%
18位	卒後プライマリ・ケア研修の不足 4%	卒後プライマリ・ケア研修の不足 5%	地元住民との人間関係 5%
19位	地元住民との人間関係 4%	医局制度 5%	卒後プライマリ・ケア研修の不足 4%
20位	医局制度 4%	地元住民との人間関係 4%	卒後プライマリ・ケア教育の不足 3%
21位	卒後プライマリ・ケア教育の不足 3%	卒後プライマリ・ケア教育の不足 4%	医局制度 2%
22位	新医師臨床研修制度の導入 3%	新医師臨床研修制度の導入 3%	新医師臨床研修制度の導入 2%
23位	IT環境が不便 3%	IT環境が不便 3%	IT環境が不便 2%
24位	医師の開業医志向 2%	医師の開業医志向 2%	医師の開業医志向 1%
25位	保健・福祉業務負担 2%	保健・福祉業務負担 2%	女性医師増加 1%
26位	女性医師増加 1%	女性医師増加 1%	保健・福祉業務負担 1%
27位	医学部定員数不足 1%	医学部定員数不足 1%	医学部定員数不足 1%
28位	その他 4%	その他 4%	その他 4%

以上をまとめると、保健・医療・福祉分野の多岐にわたる業務の負担、過疎地に伴う生活の不便さや教育の課題、医師の専門医志向や都市志向にへき地の医療医師定着の阻害要因は集約されると考える。これらを解決することは、非常に困難であることは言うまでもない。しかし、へき地の医師不足の解消を考えれば、現在行われている物理的または精神的な支援、さらには意識改革などを地道に続けていくしか方策はないと考える。

表Ⅲ－3－5 ヘキ地医師の卒後研修の内容とヘキ地勤務継続意思との関連

	単変量解析		多変量解析	
	オッズ比	95% 信頼区間	オッズ比	95% 信頼区間
内科	2.58	2.18 - 3.04	2.05	1.66 - 2.52
外科	2.17	1.84 - 2.56	1.59	1.29 - 1.96
麻酔科	1.70	1.44 - 2.00	1.30	1.07 - 1.59
小児科	2.28	1.91 - 2.72	1.48	1.17 - 1.86
消化器内科	2.24	1.88 - 2.68	1.38	1.08 - 1.76
整形外科	1.64	1.35 - 1.98	1.10	0.86 - 1.40
循環器内科	2.05	1.69 - 2.47	1.00	0.76 - 1.33
産婦人科	1.71	1.40 - 2.09	0.84	0.64 - 1.12
呼吸器内科	1.92	1.55 - 2.36	0.92	0.68 - 1.24
眼科	1.25	0.97 - 1.62	0.67	0.45 - 0.99
皮膚科	2.08	1.62 - 2.66	1.28	0.90 - 1.83
耳鼻科	1.74	1.35 - 2.25	1.04	0.70 - 1.53
放射線科	1.59	1.23 - 2.06	1.01	0.75 - 1.38
脳外科	1.42	1.09 - 1.85	0.89	0.65 - 1.21
泌尿器科	1.55	1.18 - 2.03	1.02	0.71 - 1.47
神経内科	1.82	1.38 - 2.38	1.04	0.75 - 1.45
心臓外科	1.35	1.00 - 1.82	1.02	0.73 - 1.43
精神科	1.28	0.93 - 1.75	0.81	0.54 - 1.21
その他	1.12	0.88 - 1.44	1.04	0.80 - 1.36

単変量解析はクロス表分析を、多変量解析にはロジスティック回帰分析を使用

表Ⅲ－3－6 ヘキ地勤務継続の意思と関連する一般項目

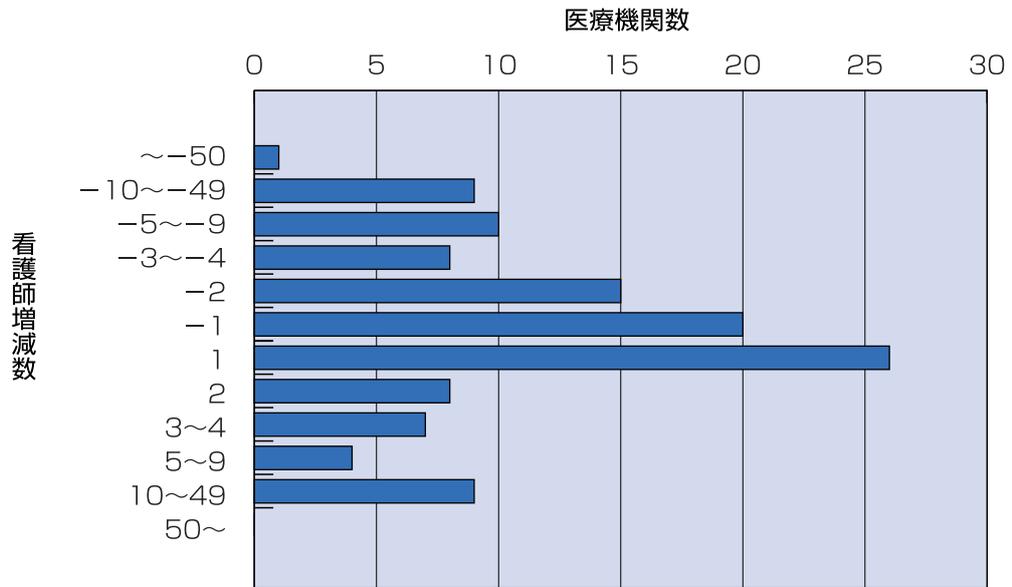
	単変量解析		多変量解析	
	オッズ比	95% 信頼区間	オッズ比	95% 信頼区間
年齢（40歳以上）	1.33	1.13 - 1.57	1.16	0.94 - 1.42
性別（男性）	1.87	1.32 - 2.64	1.37	0.93 - 2.04
ヘキ地出身	2.11	1.66 - 2.68	1.80	1.37 - 2.37
卒前のヘキ地医療実習経験	3.43	2.57 - 4.59	2.47	1.77 - 3.44
卒後の多科ローテーション研修	2.33	1.94 - 2.80	1.54	1.26 - 1.89
管理職	3.33	2.78 - 4.01	2.17	1.75 - 2.69
医局派遣	0.29	0.24 - 0.34	0.45	0.37 - 0.55
生涯教育の機会	1.83	1.50 - 2.23	1.14	0.89 - 1.47

単変量解析はクロス表分析を、多変量解析にはロジスティック回帰分析を使用

### 3) 看護師などコメディカルスタッフ

先の医療機関のところでも取り上げたが、市町村合併にともなう公的医療機関の影響の調査の中で、看護師などのコメディカルスタッフについての調査についてみていく。対象は市町村合併を行った460のうち、公的医療機関を有する354市町村である。

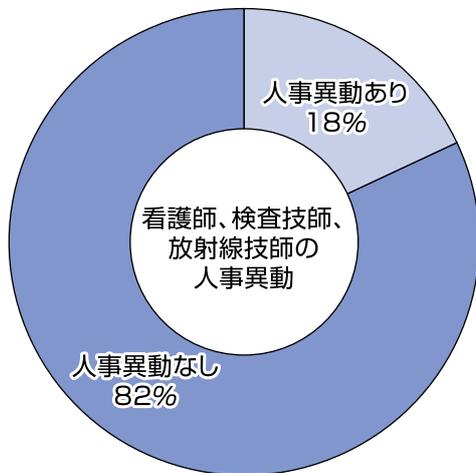
図Ⅲ-3-22 合併後の看護師増減数（変化のあった医療機関のみ）



合併前後での看護職員数が変化している施設は、1人増加が26施設と最も多く、ついで1人減少が20施設と続いた。また、56人減少した施設もあった。回答した施設全体では、看護職員は111人減少していた（図Ⅲ-3-22）。

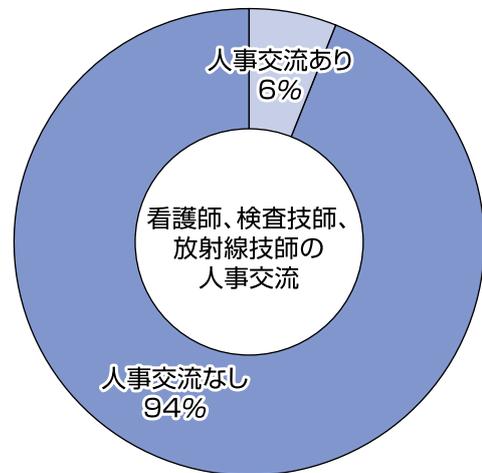
図Ⅲ-3-23

合併後の看護師、検査技師、放射線技師の人事異動



図Ⅲ-3-24

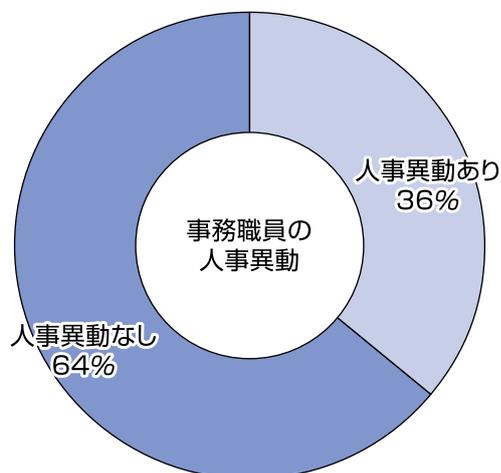
合併後の看護師、検査技師、放射線技師の人事交流



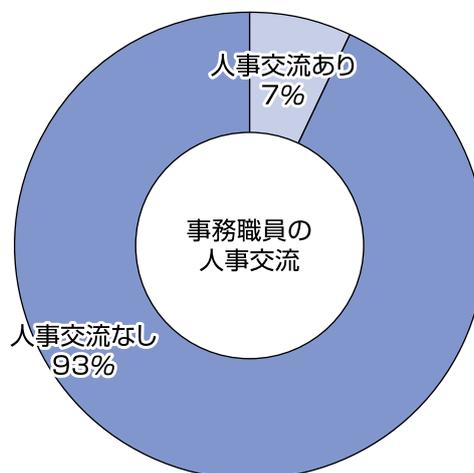
合併後に看護師、検査技師、放射線技師などのコメディカルスタッフの人事異動があった市町村は、公的医療機関を抱える354市町村のうち、18%（図Ⅲ-3-23）であったのに

対し、看護師、検査技師、放射線技師などのコメディカルスタッフの人事交流があった市町村は6%であった(図Ⅲ-3-24)。人事異動の割合が人事交流の割合よりも多かった。

図Ⅲ-3-25  
合併後の事務職員の人事異動

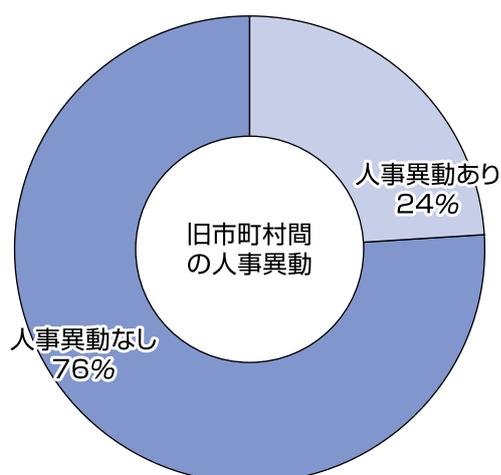


図Ⅲ-3-26  
合併後の事務職員の人事交流

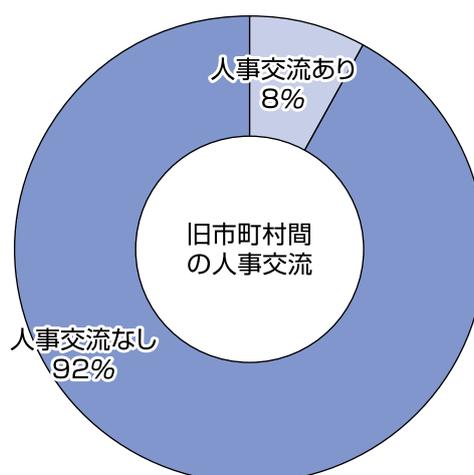


事務職員の人事異動、人事交流については、人事異動が36%の市町村であったのに対し、人事交流は7%であった(図Ⅲ-3-25、図Ⅲ-3-26)。コメディカルスタッフに比べて人事異動の割合が多かった。この背景には、医療専門職の場合、市町村にひとつしか公的医療機関がなければ人事異動は起こりにくいことと、仮に複数の公的医療機関があった場合でも医療専門職自体の人事の主体が医療機関になっている可能性とが考えられる。

図Ⅲ-3-27  
旧市町村間における合併後の事務職員の人事異動



図Ⅲ-3-28  
旧市町村間における合併後の事務職員の人事交流



職種を限定しない形で、旧市町村間での人事異動、人事交流についての質問では、人事異動があった市町村が約4分の1にあたる24%あったのに対し、人事交流があった市町村は8%であった(図Ⅲ-3-27、図Ⅲ-3-28)。ここでも、人事異動が人事交流の3倍の割合となっていた。事務職員がもっとも人事異動がなされ、ついでコメディカルスタッフ

となっていると思われる。旧市町村間での医師の人事異動、人事交流とも6%と同様であったことと比較すると、医師は、代診などを通じて人事交流を図りやすい職種であるため、人事異動との割合が変わらなかったのに対し、その他の職種は医師に比べて1日単位の業務応援や短期の派遣などが行われにくいものと思われる。とはいえ、医師に比べて人事異動の割合は多かったことは、合併後に合併前のさまざまな格差をなくしていく姿勢の現れとも言える。

医師不足の報道ばかりが目につくが、コメディカルスタッフの場合も、限られた人材をどのように活用するかなど、課題も多いのが現実である。地域の過疎化、高齢化とあいまってコメディカルスタッフの高齢化も抱えているところが多いと思われる。また、規模の小さな医療機関の場合、人員自体が少ないため、研修が行いづらいことも耳にする。医療の高度化や患者のニーズはへき地においても高まりつつある。とはいえ、医師に比べてその地域の出身者の方が多いため、自分たちの手で住みやすい地域にしていこうというような地元への愛着もあるであろう。また、医師に比べて地元のことについては、人間関係や細かい地理的なこと、地元の歴史についてなど、さまざまな知恵を持っている方が多くいるのも事実である。単に、合併がさまざまなサービスの削減や切捨てになるのではなく、合併を機に、コメディカルスタッフの人員のアンバランスの解消や業務の効率化を実現できれば、よりよい方向につながっている可能性は十分にあると思われる。

## 4. まとめ

本章では特にわが国における地域医療の現状について、医師を対象とした新たな調査結果と、これまでのデータ及び既存データをもとに議論を展開した。結論から言うと、問題点の多くはこれまでに既に指摘されており、これらに対して一部の例外はあるものの、多くの問題が解決されぬまま、むしろ社会情勢の変化によって部分的には問題が深刻化しているということである。

数十年の単位で状況を概観すると、いわゆる1県1医大構想により医学部の入学定員は増加し、これに伴って医師数も増加した。しかしながら全国の医師数増加に伴い、都市部からへき地に医師が流出するといういわゆる trickle down 効果は起こらず、むしろ近年は医師が都市部に集中する現象すら観察されている。

以上のような状況の中で、2005（平成17）年に実施した都市部とへき地の診療所に勤務する医師の調査ではいくつかの興味深い事実も判明した。へき地診療所の医師の方が年齢が若い傾向があり、診療以外の保健や介護保険関連業務に積極的に参加し、行政との関わりを持っていながら、学会や研修会への参加の機会は恵まれていない傾向が観察された。ある程度は予想された結果であるが、地域医療ということを考える場合に、診療以外の活動も積極的に行うことができるという点ではむしろへき地の方がやり甲斐がある可能性がある（都市部では別の機関が代替していて、参入できない可能性がある）。

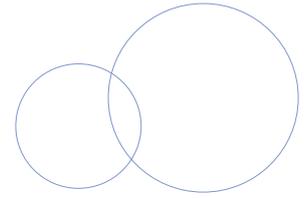
この調査の自由記載欄に書かれた事項をまとめたが、玉石混淆でありながら、興味深いものもある。印象としては特にへき地勤務に関してポジティブなとらえ方をした意見が多く、また問題解決についてはシステム化の重要性を唱えるものが多い。このような中でネガティブな意見としてへき地ではプライバシーがない事を挙げたものが散見された。地域医療の主体は住民であり、医療従事者はこれをサポートするのが役割であるとするれば、サポート側から主体に対して一般論としてのあるべき姿も提唱するべきではないだろうか。

ここ数年の市町村合併の進行は早く、市町村の数は1,000を越えて減少した。合併に際してそれぞれの市町村が運営する公営企業体を合併後にどのような運営にするのかは、合併までこぎ着けることができるかどうかの1つの鍵だが、公営の医療機関もその例外ではない。今回の調査では個々の実態を個別に明らかにするには至っていないが、廃止や合併なども相当あることが明らかになった。住民へ適切な医療を供給することは自治体の責務であるが、全ての廃止や合併がこのことを念頭に置いて行われたものであることを信じたい。コメディカルスタッフも含めた人事異動や交流は予想外に少なかったが、今後時間の経過と共に盛んになっていくと思われる。

医師のみならず、全ての医療従事者が満足と納得の上で仕事ができる環境作りが、特にへき地における地域医療の発展の鍵となる。



# IV . 地域医療を 支援するシステム



## 1. 地域医療にかかわる都道府県の施策

### 1) 地方財政の現状と行財政運営に求められている方向

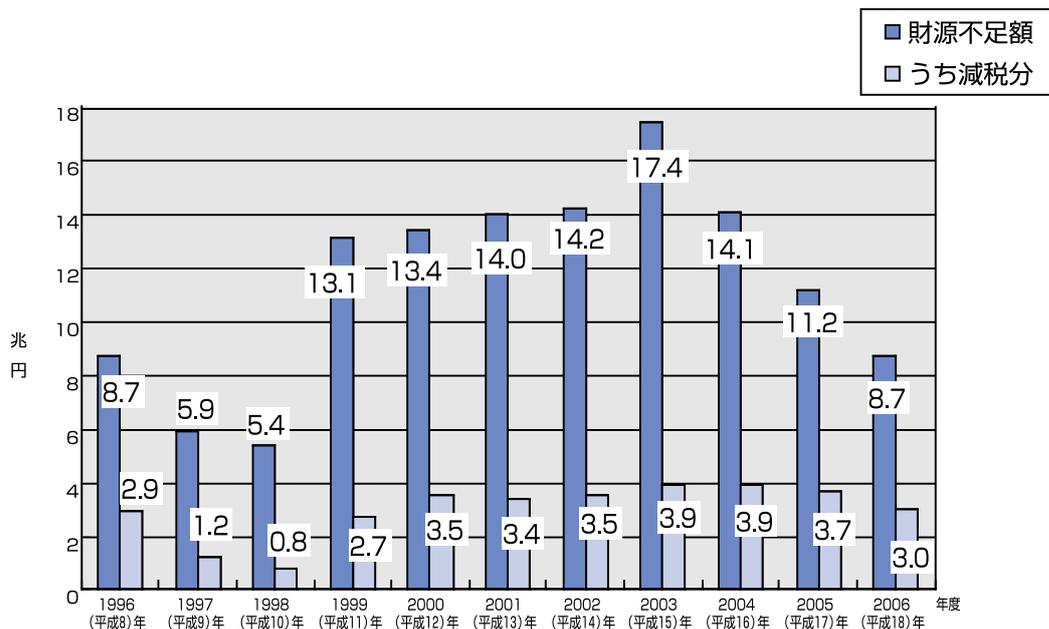
#### (1) 地方財政の現状

10年以上にわたってバブル経済の負の遺産に苦しんでいたわが国の経済は、過剰債務、過剰雇用、過剰設備の解消が進み、景気も2005（平成17）年央までに見られた踊り場的な状況を脱し、緩やかな回復期に入っていると認識されている。しかしながら、地方財政計画当初ベースに見る2006（平成18）年度地方財政は、地方税収入や地方交付税の原資となる国税収入が回復傾向にある一方で、公債費が依然として高水準であることや社会保障関係費の自然増があることなどにより1996（平成8）年度以降11年連続して財源不足を生じる極めて深刻な事態にある（図IV-1-1）。

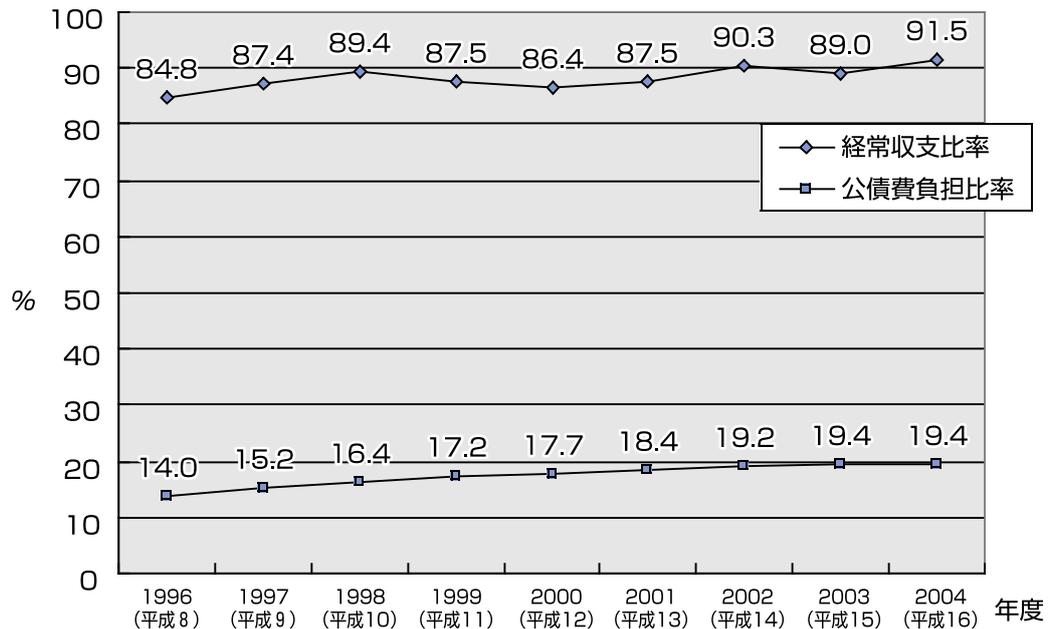
このような状況から、地方団体の財政構造の弾力性の程度を示す経常収支比率も悪化しており、2004（平成16）年度決算ベースでは集計開始以来の最高値91.5%となっている。また、公債費がどの程度一般財源の用途の自由度を制約しているかを示す公債費負担比率も同様に悪化している状況にある（図IV-1-2）。

（注：①経常収支比率：人件費、扶助費、公債費のように毎年度経常的に支出される一般財

図IV-1-1 地方財政における財源不足額



図IV-1-2 地方財政の経常収支比率及び公債費負担比率



源の額が、地方税、普通交付税、地方譲与税などのように毎年度経常的に収入される一般財源に占める割合、②公債費負担比率：地方債の元利償還金等の公債費に充当された一般財源が、一般財源総額に占める割合)

## (2)行財政運営に求められている方向

以上のような極めて厳しい地方財政の現状を踏まえるならば、各地方団体には、引き続き徹底した行財政改革に取り組み、財政体質の健全化に努めながらも、地方分権を着実に推進し、地方団体の創造性・自律性を高めつつ積極的な施策の展開を図っていくことが求められている。具体的には、歳出全般にわたって徹底的な見直しを行うことにより歳出総額の計画的な抑制を図りつつも、当面の重要課題とされている魅力ある都市と地方の形成、公平で安心な高齢化社会・少子化対策等々への重点的な取組みが求められているところであり、地方団体は、極めて困難な行財政運営に取り組まなければならない現状にあるものと言えよう。

本節の性格上、以下に掲げる地域医療に係る都道府県の施策は、概ね各都道府県に共通の施策を概観せざるを得ないが、これら共通の施策といえどもこのような極めて困難な行財政運営の下で各都道府県がそれぞれに苦慮しつつ講じてきているものであることを十分に踏まえておく必要がある。なお、地域医療支援のモデルとなり得るような施策を展開している県の具体的な事例については、「3. 地域医療支援モデル」において詳細に取り上げる。

## 2) 都道府県医療計画

### (1)医療計画の概要

医療計画は、1985（昭和60）年の医療法改正において創設された制度で、地域の体系的

な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的な活用、医療関係施設間の機能連携の確保等を目的として、各都道府県が医療を提供する体制の確保に関して定める計画であり、各都道府県における保健医療政策の基本となる総合計画として位置づけられるものである。したがって、市町村における保健医療政策推進の方向性を提示するとともに、医療機関や各種関係団体及び県民にとっても行動指針とすべき性格を有する基本的かつ重要な計画となっている。

制度創設当初は医療圏、必要病床数等の事項が必要記載事項とされ、その他は各都道府県の任意記載事項とされていたが、第3次医療法改正（1997（平成9）年）に際して二次医療圏ごとに地域医療のシステム化に当たり重要な役割を果たす地域医療支援病院の整備目標の策定・記載を始め、各医療施設間の機能連携や救急医療の確保等に関する具体的な方策等の策定・記載が必要とされ、二次医療圏内で医療ニーズを充足できる体制の確立と医療施設間の機能分化を通じた効率的な医療提供体制の実現が目指され、また、第4次医療法改正（2000（平成12）年）に際しては高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえて入院医療を提供する体制の整備を図るため、「療養病床」「一般病床」等に区分して基準病床数を算定・記載することが必要とされた。

## (2)医療計画に定める施策内容

国によれば、今後の医療提供体制の整備に当たっては、

- 多様化・高度化している医療需要に対応して医療資源を有効に活用し、その適正配置を図るとともに、
  - 医療関係施設相互の機能分担と業務連携を図り、地域医療の体系化を推進し、健康増進から疾病の予防、診断・治療、リハビリテーションに至る包括的、継続的、合理的な医療提供体制の確立を目指す、
- ことが肝要とされており、各都道府県が医療計画において必ず定めなければならない事項は、表Ⅳ－1－1となっている。

各都道府県は、これらの事項にそれぞれの地域事情に応じた任意の事項を加え、自らの地域の保健医療政策の基本となる医療計画として定めた上で、その理念・目標・計画に沿っ

### 表Ⅳ－1－1 各都道府県が医療計画において必ず定めなければならない事項

- 
- ① 区域の設定に関する事項
  - ② 基準病床数に関する事項
  - ③ 地域医療支援病院の整備の目標その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
  - ④ 医療提供施設の設備、器械又は器具の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療に関する施設の相互の機能の分担及び業務の連携に関する事項
  - ⑤ 休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項
  - ⑥ へき地の医療の確保が必要な場合にあっては、当該医療の確保に関する事項
  - ⑦ 医師及び歯科医師並びに薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
  - ⑧ その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項
-

て総合的な施策を推進しているところであるが、ここでは特に地域における医療提供体制の整備・充実に関わる施策について概観しておきたい。

### ①医療機関相互の機能分担と業務連携

多様化・高度化している医療需要に対応して医療資源を有効に活用し、その適正配置を図るとともに、医療機関相互の機能分担と業務連携を図り、地域医療の体系化を推進するという観点から、第一次・二次・三次の各医療圏の機能分担をベースとして相互の業務連携のあり方についてグランドデザインを構築し、地域医療の体系化を計画的に整備・推進する施策が展開されている。ベースとなる各医療圏の具体的な施策については、概ね次のような状況になっている。

- 第一次医療圏：プライマリ・ケア担当医の養成確保、かかりつけ医（歯科医）の普及定着の促進を図る県民への普及啓発、かかりつけ医の研修、在宅医療の推進等
- 第二次医療圏：地域医療支援病院の整備・充実、地域中核病院における地域医療連携室の設置、開放型病院の整備、へき地医療支援体制の整備・充実、救急医療体制の整備・充実、療養病床・一般病床の適正配置、医療情報ネットワーク化の推進等
- 第三次医療圏：高度先進医療の推進、県立病院等の機能強化、地域医療支援病院の整備・充実、救急医療体制の整備・充実、へき地医療支援体制の整備・充実、災害医療の確保等

各都道府県においては、医療圏ごとにこれらの施策を推進しつつ、それぞれの機能分担に応じた連携支援体制の構築・整備等が進められているところである。

### ②救急医療体制の整備・充実

いつでも、どこでも、誰でも適切な救急医療を受けることができる救急医療体制の体系的整備・充実のための施策が展開されており、初期救急医療は市町村が行う在宅当番医制の実施、休日夜間急患センターの設置運営等が基本となっているが、在宅当番医制については対応施設数や診療科目等、休日夜間急患センターについては設置施設の不足など様々な課題を抱えており、各都道府県は何らかの支援・整備施策による対応に苦慮している。二次救急医療は、地域内の病院が輪番制により実施する病院群輪番制や救急医療二次病院による対応が基本となっているが、輪番制病院の施設、設備、診療科目の充実確保、小児救急医療体制の未整備等の課題を抱えており、対策協議会等による検討協議、支援事業の実施等が行われている。また、三次救急医療は、救命救急センターや高度救命救急センターにより対応しているが、施設数、地域偏在等の面の課題があり、充実確保のための施策が推進されている。

### ③へき地医療対策の推進

都道府県におけるへき地医療対策は、基本的には、国が策定する「へき地保健医療計画」の方針を踏まえ各種対策を策定し、その内容を都道府県医療計画に反映・記載して行われてきている。2006（平成18）年度から2010（平成22）年度を計画期間とする第10次へき地保健医療計画は、これまで以上にへき地保健医療の充実を図る趣旨から、都道府県は、国が示す策定指針に基づいて自ら地域の実情に応じたへき地保健医療計画を策定することと

変更され、既に2006（平成18）年5月に策定指針「第10次へき地保健医療対策について」が示されているが、その都道府県医療計画への反映・明示は2008（平成20）年度までに行うものとされていることから、都道府県のへき地医療対策は、現在のところ国が策定した「第9次へき地保健医療計画」の方針を踏まえた各種対策が各都道府県の医療計画に反映され、実施されている。施策内容の詳細は、4）「へき地医療対策の推進」において見ることとする。

### 3）医師確保対策（都道府県医療対策協議会）

都道府県における医師確保対策は、従来からそれぞれに創意工夫をこらして実施されてきているが、医師の地域偏在は依然として大きな問題であり、新医師臨床研修制度が必修化された2004（平成16）年4月以降は、地域、特にへき地を含む地域等においては危機的な状況を呈している。近年におけるこのような状況を踏まえ、国は2003（平成15）年11月に厚生労働省、総務省、文部科学省からなる地域医療に関する関係省庁連絡会議を設置、2004（平成16）年2月には「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」を取りまとめ、医師の確保や医療機関への配置等を都道府県単位で協議・推進する場として都道府県医療対策協議会の設置及び会議の開催促進を要請した。医療対策協議会は、都道府県、市町村、都道府県医師会、大学医学部、大学附属病院、地域中核病院、へき地等病院を構成メンバーとして医師確保への対応、医師の効果的な確保・配置対策の推進、地域医療を担う医師の養成の推進等を協議・検討するもので、2006（平成18）年6月の第5次医療法改正においてその制度化が明記されており、今後とも都道府県における医師確保対策に関する施策の協議・推進に関して基幹的役割を果たしていくことが期待されている。以下、都道府県医療対策協議会が推進あるいは関与して行われている医師確保対策関連施策の事例について概観する。

#### (1) 医師派遣（紹介）

- 医師派遣（紹介）窓口を大学等に一元化した上で、派遣不可とされた病院等から改めて派遣希望があり、地域の保健所の意見を添えて医師派遣連絡調整会議に要請があった場合は、同会議において検討し全体調整を行う。
- 県立医大に地域医療支援センターを設置、支援担当教員を配置してへき地医療拠点病院・へき地診療所等に医師を派遣する。
- 総合医、家庭医、救急医を目指す医師や地域医療を志す医師を対象に臨床研修終了後県立病院において総合医養成研修（2年間）を実施、研修後は2年間へき地診療所へ派遣・勤務する。
- 小児医療の不足を解消し、小児救急医療の充実を図るため県が小児科医を採用し、派遣を希望する自治体と協定を締結して1年間の派遣を行う。
- 地域医療を志向する医師を対象に県立中央病院での1年間の研修を経て県内自治体病院で2年間勤務、最後の1年間で高度医療の研修期間とする。

#### (2) ドクターバンク制度等の創設・拡充

- 定年退職医師等を対象とした医師登録制度「熟練ドクターバンク」を創設、自治体

病院等からの派遣支援要請を受けて登録医師と日程調整を行い、診療支援する。

- 地域医療の中核となる自治体病院・診療所の医師確保を図るため医師募集を行い、応募医師を県職員として採用し、2年間を自治体病院勤務、1年間を有給研修期間とする。
- 県内自治体病院・診療所への勤務を希望する医師（定年後の医師、臨床を離れた女性医師等を含む）を対象として地域医療医師無料職業紹介所を設置、希望条件等を登録して病院紹介から勤務に至るまでの斡旋等を行う。
- 県医師会と協力して一時的に離職している医師を自治体病院等に紹介・斡旋する地域医療人材育成センターを設置、バンク登録医師と病院双方の希望を考慮して仲介し、双方の合意が得られれば一定期間の研修を経て勤務につく。
- 自治医科大学義務年限終了医師等を県職員（へき地勤務医師確保対策枠）として採用、2年間のへき地医療機関派遣と1年間の研修を行う。

### (3)大学医学部における地域を指定した入学者選抜（地域枠）の導入・拡充

医学部の既存の入学定員内に地元出身者のための入学枠（地域枠）を設けて、将来、地域医療に従事する意欲のある者の養成に努めようとする取組は、1997（平成9）年度に道立札幌医科大学が導入したのをはじめとして、以降医療対策協議会による地元大学への働きかけ等を通じて年々増加しており、2006（平成18）年度現在では16道県の16大学において実施されている（表Ⅳ-1-2）。2007（平成19）年度には富山大学、山口大学、2008（平成20）年度には新潟大学においても地域枠の導入が予定されており、今後さらに増加するものと見込まれる。ここでは特にユニークな地域枠制度を導入している島根大学医学部の制度を取り上げておきたい。

同大学の地域枠推薦入学制度は、その目的を「県内のへき地出身者で、医師として活躍するに十分な素質と明確な目的意識を持ち、島根県のへき地医療に貢献したいという強い使命感を持った意欲ある学生を発掘し、選抜すること」と極めて明確に示した上で、志願者がへき地医療機関等で適性評価を受けるとともに、出身地の市町村長等による面接を受けることが地域枠への出願条件となっている。また、出身地については、過疎地域自立促進特別措置法で指定された20市町村（松江、出雲市は一部）の出身者が対象とされている。適性評価は、自治体病院・診療所等のへき地医療機関において5日以上、特別養護老人ホーム等の社会福祉施設において3日以上、医療福祉体験活動を行い、活動記録・感想文を提出した上で当該機関・施設の長等の適性評価を受けるという制度である。面接は、出身地の市町村長と大学が指名する県・市町村健康福祉担当者等による面接を医療福祉体験活動の実施前と実施後に受けるシステムとなっている。医学部定員85人のうち2006（平成18）年度の地域枠は5人であったが、2007（平成19）年度は10人以内と増枠されている。

### (4)医師確保のための修学資金貸付制度の導入・拡充

地域医療に従事する医師を確保するための奨学金制度は、年度を追うごとに導入県が増え、対象人員も増加しており、2006（平成18）年度現在24県において実施されている。

制度の骨子は、県内医科大学、医学部の医学生に対して奨学金・修学資金を貸し付け、卒業後一定期間県内の公的医療機関等に勤務すればその返済を免除するというものである

が、対象者を①地域枠と連動させているもの、②県外の医学生も対象とするもの、返還免除要件を、③単に県内公的医療機関に一定期間勤務することとするもの、④県の地域医療支援機構に所属し、県内公的医療機関に一定期間勤務することとするもの、⑤県内公的医療機関の小児科・産婦人科に一定期間勤務することとするもの、⑥離島・へき地の公的医療機関に一定期間勤務することとするもの等、各県の医師不足の状況に応じてバラエティに富んだものとなっている(表Ⅳ-1-2)。また、貸与内容も、年間一定額の貸与に留まるもの、入学金・授業料の貸与に留まるもの、入学金・授業料のほか一定額の奨学金を貸与するもの等多様である。なお、表Ⅳ-1-2中「地域枠連動」とあるのは上記①の制度を、「地域枠連動・一般」とあるのは同じく①と②が並存する制度を、「小児科・産婦人科連動」とあるのは同じく⑤の制度を意味し、「小児科・産婦人科等連動」「小児科等連動」とあるのはこれらの診療科の他麻酔科等を含める制度を意味している。

2006(平成18)年8月31日に取りまとめられた「新医師確保総合対策」においては、青

表Ⅳ-1-2 医科大学・大学医学部地域枠及び県修学資金貸付制度

都道府県	設立区分	大学名	地域枠/定員	県修学資金貸付制度
北海道	公立	札幌医科大学	20/100	
青森県	国立	弘前大学	15/80	○
岩手県	私立	岩手医科大学	5/80	地域枠連動
宮城県				○
秋田県	国立	秋田大学	5/95	地域枠連動・一般
山形県				○
福島県	公立	福島県立医科大学	8/80	○
茨城県				○
新潟県				○
富山県				小児科・産婦人科等連動
長野県	国立	信州大学	5/95	○
静岡県				○
三重県	国立	三重大学	5/100	小児科・産婦人科連動
滋賀県	国立	滋賀医科大学	7/85	
兵庫県				小児科・産婦人科等連動
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	6/60	○
鳥取県	国立	鳥取大学	5/75	地域枠連動
島根県	国立	島根大学	5/85	地域枠連動
広島県				○
徳島県				○
香川県	国立	香川大学	10/90	
愛媛県	国立	愛媛大学	5/90	○
高知県				○
佐賀県	国立	佐賀大学	8/95	小児科・産婦人科連動
長崎県				○
宮崎県	国立	宮崎大学	10/100	小児科等連動
鹿児島県	国立	鹿児島大学	2/85	地域枠連動

(2006(平成18)年度現在：文部科学省高等教育局医学教育課調べ)

森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重の医師不足が特に深刻と認められる各県については、奨学金の拡充など医師の地域定着策の実施を条件に、大学医学部における医師養成数の暫定的な増員が認められたことから、これらの県においては修学資金貸付制度はいっそう充実するものと思われる。

#### 4) へき地医療対策の推進

上記で述べたとおり、都道府県におけるへき地医療対策は、現在のところ国の策定した第9次へき地保健医療計画を基本として行われており、その内容は、概ね(1)「へき地医療支援機構」の設置、(2)「へき地医療拠点病院群」の構築、(3)医療従事者の確保策の拡充(4)救急医療の充実等からなっている。これらのうち、(1)の「へき地医療支援機構」は、従来のへき地医療対策は二次医療圏単位で体制を整備し、事業を実施してきたが、医療資源の都市部への偏在等により、無医地区を有する二次医療圏単独では圏内の医療過疎地域の医療需要に対応できない地域が多く、より広域的な都道府県単位のへき地医療対策が必要となっている、との現状認識のもとに新たに設置することとなったもので、その活動の現況等は別項で詳細に触れることとなるので、ここでは(2)~(4)の事項について記すに留める。

##### (1)へき地医療拠点病院群の構築

へき地医療支援機構の設置の趣旨と同様に、従来の二次医療圏単位のへき地医療体制には限界があり、より広域的なへき地医療対策が必要であることから、これまで二次医療圏単位で確保されてきた「へき地中核病院」と「へき地医療支援病院」という二本立ての体制を見直し、これらの病院が果たしてきた機能をさらに十分に発揮するため、へき地医療の支援が実施可能な病院群を「へき地医療拠点病院群」として都道府県単位で再編成する施策である。

へき地医療拠点病院は、無医地区・準無医地区を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整のもとに巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へき地診療所の医師等の休暇時における代診医等の派遣、へき地の医療従事者に対する研修、遠隔医療等の各種診療支援等の事業を継続的に実施する病院として都道府県知事が指定しており、地域の実情に応じて各県それぞれ数ヶ所から数十ヶ所が指定され、へき地医療拠点病院群を構成しているところである。なお、2005（平成17）年4月1日現在における全国のへき地医療拠点病院数は、244ヶ所指定されている。

##### (2)医療従事者の確保策の拡充

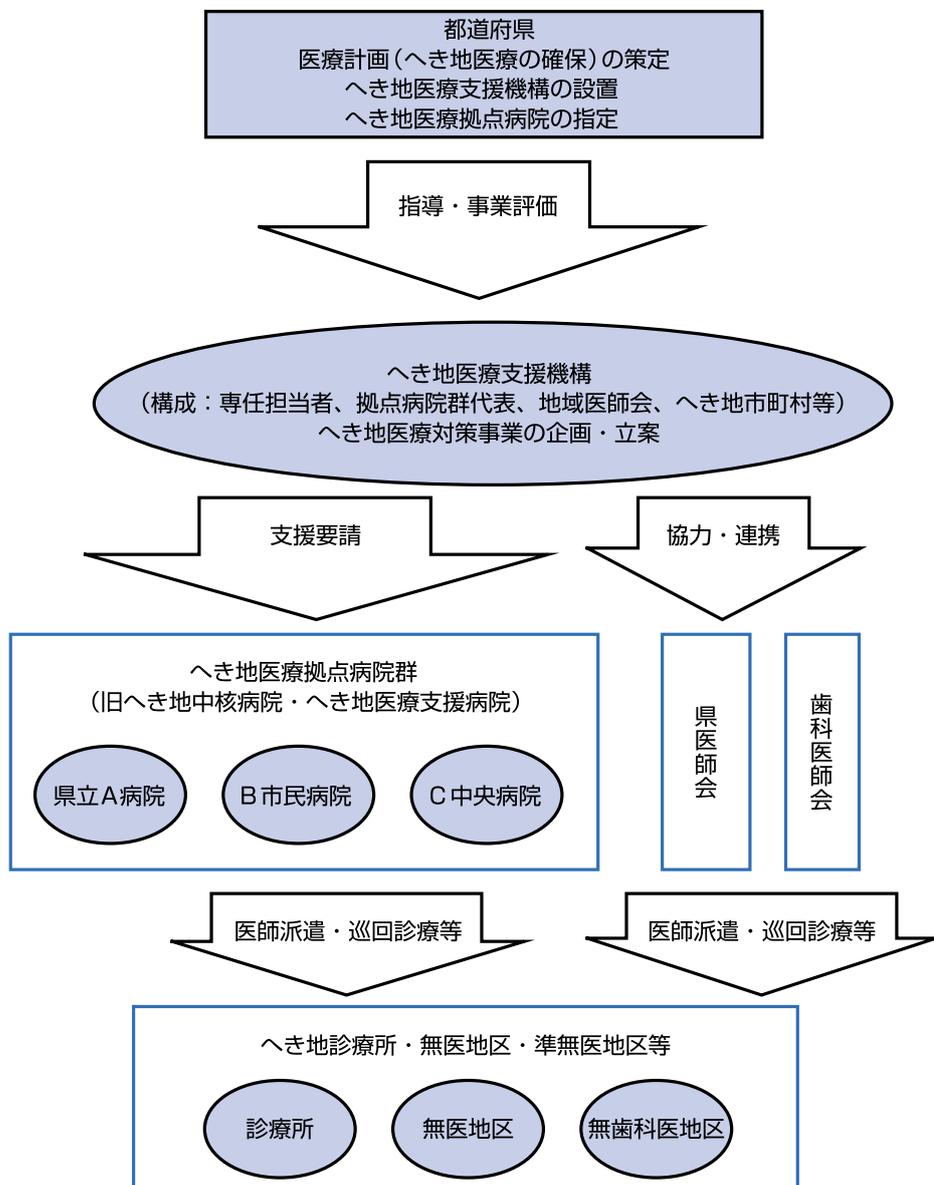
へき地における医療従事者の確保に関しては、へき地医療支援機構が設置されている医療機関やへき地医療拠点病院に勤務している医師・歯科医師等を、へき地診療所等からの代診医派遣要請等に応じて、へき地医療支援機構の総合調整のもとに派遣する体制の整備が順次進められてきているが、都道府県の取組に格差が見られ、また、地域における医師不足が深刻化し、多くの県において全体として医師確保が困難な状況下においては十分な施策展開が行われている県は少なく、別項で取り上げる地域医療支援モデルの実施例等を参考に今後さらに充実・推進していく必要がある。

(3)救急医療の充実

へき地における救急医療も体制としては、基本的に、1. - 2) - (2) - ②において述べたところと格別異なるものではなく、可能な限り二次医療圏内で救急医療を確保できる支援体制を整備してきているが、へき地における救急搬送は長距離にわたることから、消防・防災ヘリコプター等の活用による広域搬送体制の整備が実施されている県も多く、医師が消防・防災ヘリコプターに同乗してへき地等の救急現場へ出動するいわゆるドクターズヘリ事業も、山口県が2003（平成15）年に全国に先駆けて実施している。また、このような圏域を越える搬送体制についての関係機関の協議の場の設置及び協議の開催も積極的に行われている。

都道府県におけるへき地医療支援の標準的な体制については、図Ⅳ-1-3を参照されたい。

図Ⅳ-1-3 へき地医療支援体制



## 2. へき地医療支援機構の現状

### 1) へき地医療支援機構とは

#### (1)へき地医療支援機構の始まり

##### ①へき地医療とは

医療行政上、へき地とは「交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難であって、『無医地区』及び『無医地区に準じる地区』の要件に該当するもの」をいう。ここでいう無医地区とは「医療機関の無い区域で、当該地区の中心な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区」をいう。1966（昭和41）年に2,920カ所あった無医地区は1984（昭和59）年に1,276カ所へ、2004（平成16）年には787カ所となり、住む人口は約16万人と減少している。

##### ②へき地医療支援機構以前

日本の医療政策の中で、へき地医療は常に大きなテーマだった。厚生労働省（厚生省）は「へき地における医療水準の向上を図ること」を目的として、へき地保健医療計画に基づき、5年ごとに年次計画を立ててへき地医療の充実を図ってきた。第1次へき地保健医療計画が策定されたのは1956（昭和31）年、同年社会保障審議会「医療に関する勧告」にて国民皆保険制度が強調され、4年間の計画を経て1961（昭和36）年に実現した。制度上医療へのフリーアクセスが実現した、次はへき地を含めた全国民が等しく医療へアクセスできる環境が必要だ、といった流れだったのだろう。

初期のへき地保健医療計画は、ハードを中心としたへき地の医療施設充実を目標としていた。第1次計画から第3次計画（1956（昭和31）年～1973（昭和48）年度）までは、人口が多く、かつ交通の不便な無医地区に診療所の設置を進め、巡回診療車（艇）、患者輸送車等の機動力の充実、へき地診療所への医師派遣助成等の基本的なへき地医療対策を行った。第4次計画（1974（昭和49）年～1979（昭和54）年度）はへき地中核病院の整備が目玉で、へき地中核病院が補助事業として行う無医地区への巡回診療が行われるようになった。巡回診療は第9次計画によってへき地中核病院がへき地医療拠点病院に再編された現在も継続されている。第5次計画（1980（昭和55）年～1985（昭和60）年度）では、ファクシミリによる情報伝達を主とした医療情報システムの導入が行われ、現在全国で行われている遠隔医療の先駆けとなった。またこの計画で医師をへき地へ就職斡旋する事業が始まった。（1986（昭和61）年に設立された（社）地域医療振興協会は1987（昭和62）年にへき地勤務医師の無料職業紹介の免許を取得している。）第6次計画（1986（昭和61）年～1990（平成2）年度）では、へき地診療所に勤務する医師がへき地中核病院で行う研修機能の強化、初期診断機器の整備、静止画像伝送システムの導入（へき地医療情報システム）が行われ、代診医の派遣が始まった。第7次計画（1991（平成3）年～1995（平成7）年度）では、無医地区やそれに準ずる地区の医療を向上させるためにこれらの地区を有する二次医療圏ごとにへき地中核病院の整備を推進すること、へき地医療対策を各都道府県の地域医療計画へ位置づけること、へき地勤務医師の安定的な確保を推進するために協力病院からへき地診療所へ医師のローテーションを行うことが講じられた。また患者搬送車

(艇)等の整備、ヘリコプターの活用及びドクターカー等に医療関係者が添乗できる体制の確保が推進された。

第8次計画(1996(平成8)～2000(平成12)年度)では、へき地中核病院と並び、へき地診療所への代診支援を主な業務とするへき地医療支援病院の制度が始まった。それまでへき地中核病院は約150施設指定されており、へき地医療支援病院は5年間で27カ所が指定された。

表IV-2-1 へき地医療に重要な出来事(へき地医療支援機構前)

初期	診療所、巡回診療車等のハード整備
中期	医師確保、就学資金制度、遠隔診療等診療支援
	1972(昭和47)年 自治医科大学設立
	1976(昭和51)年 へき地中核病院制度スタート
	1996(平成8)年 へき地医療支援病院制度スタート

### ③第9次へき地保健医療計画のスタート

第1次から第8次まで、長年にわたりへき地保健医療計画が策定され、一定の効果を上げてきたものの未だ十分ではないという反省にもとづいて、1999(平成11)年から第9次へき地保健医療計画の検討会が開かれた。それまでのへき地保健医療計画は無医地区・無歯科医地区に医師・歯科医師を供給する施策を中心とし、へき地中核病院がへき地診療所の後方施設として、へき地医療支援病院が代診派遣施設として役割分担されていた。しかし、へき地医療支援病院の数は少なく、代診医の派遣数も伸び悩んだ。このことは、二次医療圏単位のへき地医療体制の限界を示すものと考えられ、より広域的な都道府県単位のへき地医療対策が必要だと考えられた。

そこで下記の3項目を主眼とする新たな枠組みが作られた。

- 都道府県単位でへき地医療対策の各種事業を円滑・効率的に実施するため、新たに担当責任者(医師)を配置した「へき地医療支援機構」を設置する。
- これまで指定されてきたへき地中核病院とへき地医療支援病院を代診派遣、研修、遠隔診療等を行う施設として都道府県単位で指定する「へき地医療拠点病院群」として再編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行う。
- 行政・へき地診療所等の医療関係者間のメーリングリスト(電子メール自動配信)や電子会議室機能を「へき地医療情報システム」に付与し、全国規模で運営する。

### (2)へき地医療支援機構が設置されるまで

医療、特にへき地医療は地域特異性が高い。へき地医療機関の条件(離島、山間地といった立地、人口、交通事情、周辺医療機関の状況など)に、支援を行う病院が持つ同様の条件が掛け合わされて、行われる医療支援は千差万別となる。

このことは、第1～8次の様々なへき地医療支援策が、常に効果不十分と判断されてきた大きな理由であろう。国が一律に決めたへき地医療支援の施策(多くは補助金事業)を各県の担当者が短い在任期間の間に県の実情に合わせて関係者間の調整を行い、実施する、

それが浸透し評価されるのは困難なことだったと思われる。県ごとにオーダーメイドのへき地医療支援策が必要とされていた。同時に、直接施策を行う都道府県に、ある程度長期間、施策に関わる医療従事者、特に医師の存在が必要とされていた。

そこで各都道府県に設置されたのが、へき地医療支援についてかなりの裁量を持つへき地医療支援機構、へき地医療に造詣の深い医師である専任担当官、全県的に代診、遠隔診療、へき地診療所医師の研修などのサポート、救急患者の受け入れなどを行うへき地医療拠点病院であった。

### (3)支援機構のモデル

過去のへき地医療対策の中でも斬新なこの3つの施策ではあるが、モデルとなったのはいくつかの県、特に地理的にへき地が多く存在する長崎県と島根県だった。両県とも医療者と行政が一体となり、代診派遣と研修を一手に引き受ける中心的な病院が十分な調整機能を果たしていた。

特に離島が多い長崎県は、1970（昭和45）年に離島医療圏組合が設立され、1972（昭和47）年、自治医科大学設立より前に奨学金制度をつくった。現在離島医療圏組合が運営する病院は9カ所、医師100名余りをかかえ、医療の提供だけでなく医師の育成、研修までが一貫したシステムで行われている。また島根県では常勤医師を採用する際に、へき地における勤務をあらかじめ義務付けており、病院全体でへき地・離島に勤務する医師を確保している。

### (4)へき地医療支援機構の設立

へき地医療支援機構の設置はスムーズに進んだわけではない。へき地医療支援の先進県は、これまであった仕組みとの整合性を保つのに時間がかかり、逆にへき地医療支援のシステムがなかった県は具体的なイメージがなく、支援機構を設立するには至らなかった。その中で、愛知県、徳島県といったどちらかというとへき地医療支援の歴史がなかった県が、専任担当者となった自治医科大学卒業医師と県担当者の努力によって支援機構を早い時期に立ち上げた。

#### ①愛知県

愛知県では1999（平成11）年に愛知県へき地医療対策協議会が設置され、2000（平成12）年に愛知県地域保健医療計画、2002（平成14）年には愛知県へき地医療対策実施要綱が制定されへき地医療支援機構がスタートした。へき地医療拠点病院の指定は順調に進み、現在では7病院が指定されている（2006（平成18）年）。

#### ②徳島県

徳島県は、2001（平成13）年4月に県立中央病院に地域医療支援センターを設置した。これは、県立中央病院にへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院と合わせて地域医療支援機構の役割を担わせるものである。へき地医療支援機構は専任医師（1名）を置き、へき地への医師派遣の調整、へき地医療研修計画の策定、へき地医療に関する計画の策定、ドクターバンク事業を総括する。へき地医療拠点病院はへき地医療に情熱を有する医師のプールとして、へき地への医師派遣、へき地医師研修の実施を行うために県立中央病院と県内の4県立病院を指定し、分担してへき地診療所の代診を行った。地域医療支援機構は

徳島県独自のもので、病診連携を行ういわゆる地域医療連携の役割を担うもので、地元医師会との連携を密にし、医師会と協力したへき地医療支援を目指した。発足と同時に、県南中心にへき地診療所への代診を積極的に行ったが、中小県立病院のマンパワー不足のためほとんどの代診は県立中央病院からの派遣となった。代診を行いながら院内業務を行う専任担当者としての苦労は、他県でも同様に続いた。

### ③へき地医療支援機構が全国に設立されるまで

へき地医療は地域特異性が高いと述べた。県によってはへき地が存在しないところもあれば、無医地区はないがへき地はあるところ、都市部を除けばほとんどへき地に近いところ、離島が多いところと多彩である。

全ての県に支援機構を設置する必要はない。しかし、多くの県においては第9次へき地保健医療計画のキーワードである

- へき地医療支援調整役としてのへき地医療支援機構
- 支援機構の実質的な責任者としての専任担当官
- へき地診療所への代診を中心としたへき地医療支援
- 代診派遣の実行部隊としてのへき地医療拠点病院
- 県内のへき地医療支援を決定するへき地医療支援計画策定等会議の開催
- 医師確保への取り組み

は有効であると思われた。同時にスタートした新しいへき地医療情報システム（へき地医療情報ネットワーク）の運営を（社）地域医療振興協会が委託されたこともあり、（社）地域医療振興協会の都道府県支部会議等での広報、ホームページ等で先進的に取り組んでいる県の例を紹介するなどの広報を行った。

## 2) へき地医療支援機構の現状

### (1)へき地医療支援機構の現状

（社）地域医療振興協会のへき地医療支援センターは、へき地医療情報ネットワークのデータベースをリニューアルするために定期的に全国のへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所へアンケート調査を行っている。

最新のデータは2006（平成18）年度4月のもので、これによるとへき地医療支援機構を設置した都道府県は37都道府県（未設置は秋田、千葉、埼玉、神奈川、山梨、長野、京都、大阪、鳥取、佐賀の10府県）である。それぞれの都道府県で設置の有無および設置先、支援機構などのURLを一覧にした（表IV-2-2）。その内訳は、都道府県庁に設置が19、県立中央病院に設置が9、その他の病院に設置が9である。

#### ①都道府県庁設置型

これらの県には以前から県を中心にへき地医療支援が十分機能してきた県（沖縄、高知など）と、第9次計画の後半になり、急遽へき地医療支援機構を設置した県が含まれている。支援機構の専任担当官が司令塔となり、県内のへき地診療所から代診要請を受け、派遣可能なへき地医療拠点病院（実行部隊）と連絡を取りながら派遣スケジュールを調整する、当初想定された形態であり、県内のへき地医療政策立案等に関与しやすい。

## ②県立中央病院設置型

県立中央病院に設置した県を見ると、西日本、特に中国四国で熱心にへき地医療支援を行ってきた県に多いようだ。これらの県では自治医科大学卒業医師などへき地医療に熱心な医師を中心としてへき地支援が行われてきたところが多い。これがそのままへき地医療支援機構として定着したものと思われる。多くの県が抱える問題は、県立中央病院以外に代診を派遣できる拠点病院が少なく、専任担当官自ら代診医師として県内を飛び回ることになることだ。代診の調整と派遣を一人で行うプレイングマネージャーであるため、急な派遣要請等に応えやすいものの、病院業務と代診業務で担当官が疲弊してしまう。複数の拠点病院を配置すること、中央病院に複数の代診医師がいること、院内での業務をうまく調整することが必要だが、医師不足のおりなかなか困難である。

## ③その他病院設置型

その他の病院の中には、長く行政と連携して県内のへき地医療を担ってきた病院を持つ県（岩手、長崎）や、代診派遣が可能な県立中央病院がないために熱心な自治医科大学卒業生等が勤務する地域病院に支援機構を設置した県がある。後者の場合は県内全体にかかる政策立案等に関与することは困難な場合が多い。

# 3) へき地医療支援機構の果たす役割

## (1)代診

へき地診療所医師に対して行われたアンケート結果（「持続可能なへき地医療についての研究」班（2004（平成16）年度厚生労働科学研究））によると、診療所医師がもっとも求めているのは「常に診療所のある地区にいないと心理的圧力」と「医療技術研修ができない」ことだった。このことはへき地に医師が定着するためにも重要な条件となる。その面で第9次へき地保健医療計画の施行後、格段に代診派遣が増えたことは、へき地診療所医師の満足度が高まり、ひいては定着率も高まると思われる。

## (2)医師募集、ドクタープール

この面では島根県の活動が先進的である。「赤ひげバンク」をたちあげ、ホームページ等で積極的に医師募集を行っている。専任の医師確保チームがあり、全国を飛び回っている。

## (3)研修計画・プログラムの作成

以前からへき地診療医師の医療技術研修は拠点病院でも行われていた。2004（平成16）年に新医師臨床研修制度が始まり、地域保健・医療研修が義務化されたため、へき地診療所や地域の病院での研修が一般化してきた。高知県、愛知県等では地域保健・医療研修をへき地医療支援機構がコーディネートし、研修医、病院・診療所から好評を得ている。

## (4)総合的な診療支援事業の企画・調整

各県ごとに医療計画があり、へき地医療対策もこれに含まれている。実際にへき地医療支援を行うにあたっては「へき地医療支援計画策定会議」を開催することになっている。大学、医師会、拠点病院、診療所、行政等の関係者が代診や医師派遣を含めた計画を策定する。この会議を支援機構が主催することが多い。

表IV-2-2 へき地医療支援機構一覧

都道府県	名 称	設 置 先	URL
北海道	北海道へき地医療支援機構	北海道庁	
青森県	あおり地域医療医師支援機構	青森県庁	<a href="http://www.pref.aomori.jp/welfare/iryou/kikou.html">http://www.pref.aomori.jp/welfare/iryou/kikou.html</a>
岩手県	岩手県地域医療支援機構	岩手医科大学	
宮城県	宮城県へき地医療支援機構	宮城県庁	
秋田県			
山形県	山形県地域医療支援機構	山形県庁	
福島県	福島県へき地医療支援機構	福島県庁	<a href="http://www.pref.fukushima.jp/imu/kikou.html">http://www.pref.fukushima.jp/imu/kikou.html</a>
茨城県	茨城県へき地医療支援機構	茨城県立中央病院	
栃木県	栃木県へき地医療支援機構	栃木県庁	<a href="http://www.pref.tochigi.jp">http://www.pref.tochigi.jp</a>
群馬県	群馬県へき地医療支援機構	群馬県庁	<a href="http://www.pref.gunma.jp/c/02/keikaku.htm">http://www.pref.gunma.jp/c/02/keikaku.htm</a>
埼玉県			
千葉県			
東京都	東京都へき地医療支援機構	東京都庁	<a href="http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kyukyu/index.html">http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kyukyu/index.html</a>
神奈川県			
新潟県	新潟県へき地医療支援機構	新潟県庁	<a href="http://www.pref.niigata.jp">http://www.pref.niigata.jp</a>
富山県	富山県へき地医療支援機構	富山県庁	
石川県	石川県へき地医療支援機構	石川県庁	
福井県	福井県へき地医療支援機構	福井県立病院	
山梨県			<a href="http://www.pref.yamanashi.jp/barrier/html/imuka/index.html">http://www.pref.yamanashi.jp/barrier/html/imuka/index.html</a>
長野県			
岐阜県	岐阜県へき地医療支援機構	県立岐阜病院	<a href="http://www.pref.gifu.jp/pref/s11221/keikaku/mokuji.htm">http://www.pref.gifu.jp/pref/s11221/keikaku/mokuji.htm</a>
静岡県	静岡県へき地医療支援機構	静岡県立総合病院	<a href="http://www.pref.shizuoka.jp/kenhuku/iryokeikaku/index.html">http://www.pref.shizuoka.jp/kenhuku/iryokeikaku/index.html</a>
愛知県	愛知県へき地医療支援機構	愛知県がんセンター愛知病院	<a href="http://www.pref.aichi.jp/iryofukushi/iryokeikaku">http://www.pref.aichi.jp/iryofukushi/iryokeikaku</a>
三重県	三重県へき地医療支援機構	三重県庁	<a href="http://www.pref.mie.jp/iryos/hekiti/">http://www.pref.mie.jp/iryos/hekiti/</a>
滋賀県	滋賀県へき地医療支援機構	湖北総合病院	<a href="http://www.kohoku.kinomoto.shiga.jp">http://www.kohoku.kinomoto.shiga.jp</a>
京都府			
大阪府			
兵庫県	兵庫県へき地医療支援機構	但馬長寿の里	<a href="http://www.pref.hyogo.jp/">http://www.pref.hyogo.jp/</a>
奈良県	奈良県へき地医療支援機構	県立五条病院	
和歌山県	和歌山県へき地医療支援機構	和歌山県庁	
鳥取県			<a href="http://www.pref.tottori.jp/fukushi/health-medical/imuyaku/suishinshitsu/">http://www.pref.tottori.jp/fukushi/health-medical/imuyaku/suishinshitsu/</a>
島根県	島根県地域医療支援機構	島根県庁	<a href="http://www.pref.shimane.lg.jp/iryotaisaku/">http://www.pref.shimane.lg.jp/iryotaisaku/</a>
岡山県	岡山県へき地医療支援機構	岡山済生会総合病院	<a href="http://www3.ocn.ne.jp/~sienkiko/">http://www3.ocn.ne.jp/~sienkiko/</a>
広島県	広島県へき地医療支援機構	県立広島病院	
山口県	山口県へき地医療支援機構	山口県立中央病院	
徳島県	徳島県地域医療支援機構	徳島県立中央病院	<a href="http://www1.ourtokushima.net/hoken/iryouseisaku/pol/tiiki_sien.htm">http://www1.ourtokushima.net/hoken/iryouseisaku/pol/tiiki_sien.htm</a>
香川県	香川県中央病院へき地医療支援センター	香川県立中央病院	<a href="http://www.central-hp.pref.kagawa.jp/hekichi_shien">http://www.central-hp.pref.kagawa.jp/hekichi_shien</a>
愛媛県	愛媛県へき地医療支援機構	愛媛県立中央病院	
高知県	高知県へき地医療支援機構	高知県庁	<a href="http://www.pref.kochi.jp/iryos/sienkikou.htm">http://www.pref.kochi.jp/iryos/sienkikou.htm</a>
福岡県	福岡県へき地医療支援機構	福岡県庁	
佐賀県			
長崎県	長崎県離島・へき地支援センター	国立病院機構長崎医療センター	<a href="http://www.pref.nagasaki.jp/iryosien/index.htm">http://www.pref.nagasaki.jp/iryosien/index.htm</a>
熊本県	熊本県へき地医療支援機構	球磨郡公立多良木病院	<a href="http://www.pref.kumamoto.jp/health/hokeniryou_keikaku/index.html">http://www.pref.kumamoto.jp/health/hokeniryou_keikaku/index.html</a>
大分県	大分県へき地医療支援機構	大分県庁	<a href="http://www.pref.oita.jp/12600/hekichi">http://www.pref.oita.jp/12600/hekichi</a>
宮崎県	宮崎県へき地医療支援機構	宮崎県庁	<a href="http://www.pref.miyazaki.lg.jp/contents/org/fukushi/iryos/hekiti_sien/index.html">http://www.pref.miyazaki.lg.jp/contents/org/fukushi/iryos/hekiti_sien/index.html</a>
鹿児島県	鹿児島県へき地医療支援機構	霧島市立医師会医療センター	<a href="http://www.mct.ne.jp/users/kago_hekichi/top">http://www.mct.ne.jp/users/kago_hekichi/top</a>
沖縄県	沖縄県へき地医療支援機構	沖縄県庁	<a href="http://www.pref.okinawa.jp/imu_kokuho/">http://www.pref.okinawa.jp/imu_kokuho/</a>

#### (5)へき地医療拠点病院群の活動評価

拠点病院の支援事業の多くは国の補助金の対象となっている。拠点病院として指定した病院が実際にどれくらいの支援を行っているか、について評価することも支援機構の役割とされた。実際には難しい問題である。

### 4) へき地医療支援機構の将来

#### (1)へき地医療を取り巻く情勢の変化

ここ数年、へき地医療を取り巻く状況は「へき地診療所の医師不足」に加えて、「地域の医療を守る病院の医師不足」、「診療科の偏在」がクローズアップされるようになった。そのため代診医師が不足し、代診も出せないといった拠点病院が全国的に増えている。へき地医療支援機構に求められる役割も代診派遣に加えて医師集めが重要となってきた。

#### (2)第10次へき地保健医療計画

##### ①検討会

第10次へき地保健医療計画の検討会は、2005(平成17)年1月から開催された。メンバーには、離島診療所に勤務する医師や山間へき地で地域包括ケアを実践している保健師も選ばれた。今回は検討会メンバーにへき地の現場で働く人が入ったこと、へき地医療のテーマがへき地診療所の医師不足、診療所医師の代診確保から、日本全国規模の医師不足の中で特に深刻化しているへき地病院での医師不足解消になってきたこと、新医師臨床研修制度にへき地を含む地域での研修が組み込まれたことが以前と異なっていた。検討会は7回にわたって行われ、前述したアンケート結果調査の検討、臨床研修の地域保健・医療研修の現状、離島における産婦人科医不足、島根県、長崎県の取り組み、ITによる医療支援、市町村合併の現状、へき地における看護の問題、医科大学地元卒の問題など多岐にわたる議論が行われた。

##### ②第10次へき地保健医療対策

検討会の結果を受けて、2006(平成18)年5月に第10次へき地保健医療対策が出された。従来から実施されている無医地区等への対応としての「第10次へき地保健医療計画」と、過疎地域等の医師をはじめとした医療従事者の確保対策としての「医師をはじめとした医療従事者の確保を必要とする地域への対応方針」を合わせて「第10次へき地保健医療対策」とされた。

まず、へき地医療を取り巻く情勢が、無医地区の減少、国民が求める医療サービスの高度化、ITの発達等によって変化していること、へき地医療の大きな問題が医師不足であることが挙げられた。

##### ③第10次へき地保健医療対策におけるへき地医療支援機構

対策の中では、「第9次へき地保健医療計画において推進してきた、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所等については、これらの体制整備を引き続き推進するとともに、相互間の連携強化を図っていく」とされた。

特にへき地医療支援機構については、「各都道府県におけるへき地医療の確保のための調整機関としての役割を明確に位置付けるとともに、非常勤医師を配置するなど、その機能を強化し、医師の派遣調整等広域的なへき地医療支援体制を図る」とされ、専任担当官

の増員を含めた機能強化の方針が示された。

また、都道府県は2006（平成18）年度に「へき地保健医療計画」を策定し、2008（平成20）年度までに都道府県の医療計画に反映させることとされた。この中で「医師を確保する方策」、「医療を確保する方策」、「診療を支援する方策」、「へき地医療の普及・啓発」についての計画を策定するための協議会を開催することとされた。

これらをふまえて、へき地医療支援機構は、

- へき地医療支援事業の企画調整
- 協議会を通じて確保された医師の配置計画
- 都道府県で策定したへき地に関する診療支援体制の実施
- へき地からの意見、情報等を集約し、都道府県、協議会への報告を行う役割と定義された。

### (3)医師を確保する方策とへき地医療支援機構

現在の緊急の課題である「医師を確保する方策」を表Ⅳ－2－3に示す。この中でへき地医療支援機構が関与するのは、「へき地の医療機関で行う臨床研修を推進するために研修プログラムを作成する」、「大学医学部学生のへき地診療体験プログラム」、「医師のへき地短期体験コース」、「医師バンク（へき地勤務希望医師のマッチング）」、「労働者派遣事業への対応」の5項目である。

#### 表Ⅳ－2－3 医師を確保する方策

- ・協議会で県内医療機関に医師確保について要請し、確保する。
- ・へき地の医療機関で行う臨床研修を推進するために、研修プログラムを作成する。
- ・大学医学部地域枠の確保
- ・都道府県出身者等に対する大学医学部修学資金等の貸与制度
- ・大学医学部学生のへき地診療体験プログラム
- ・医師のへき地医療短期体験コース
- ・医師バンク（へき地勤務希望医師のマッチング）
- ・労働者派遣事業への対応

#### ①へき地での臨床研修プログラム作成

前述したように、新医師臨床研修制度によって地域保健・医療研修が義務化されたために、多くの研修医が短期間ながらもへき地などの地域医療施設での研修を経験するようになった。制度施行後3年目に入り、研修医が地域医療に対する理解が深まった、将来の勤務先として地域医療施設、へき地医療施設を選択するかもしれないと考えるようになったといわれている。大きなチャンスであり、今後も多くの都道府県で研修医にへき地医療の現場を経験していただきたい。そのためには良質な研修プログラムの作成が必要であり、各県の支援機構が高知県、愛知県、長崎県といった先進県に倣い、臨床研修指定病院と協力して研修先の確保やプログラムの作成ができる環境が出来ることが望ましい。またへき地が存在しない府県の研修指定病院から、他県のへき地医療施設へ研修に行くことが出来

る方策も必要であろう。

### ②医学部学生のへき地診療体験プログラム・医師のへき地医療短期体験コース

自治医科大学で行われてきた地域医療実習等の試みは、現在多くの医科大学で取り入れられている。いくつかの県で医学生対象のへき地医療体験プログラムが行われており、行政と支援機構が連携しているところも多い。特に地元枠で将来へき地に勤務する医学生に対しては、大学で学ぶうちに孤立し、入学時に抱いていたへき地医療への熱意が変わっていかないよう、行政から働きかけていくことも必要であろう。

### ③医師バンク

へき地の医師不足に対応するために多くの県で医師募集を行っている。長崎県の離島医療圏組合奨学資金制度、鳥根県の赤ひげバンクなどは、以前からへき地勤務医師の募集→マッチング→へき地への赴任→病院での研修→へき地への赴任、といったサイクルで、へき地への医師確保を図ってきた。

医師確保事業またはドクタープールの試みは全国に広がっており、上記の他に北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、新潟県、福井県、愛知県、三重県、兵庫県、和歌山県、鳥取県、岡山県、広島県、高知県、熊本県、宮崎県、鹿児島県で行われている。

### ④労働者派遣法による医師派遣への対応

2006（平成18）年4月より労働者派遣法が改正され、これまで禁止されていた医師の派遣労働がへき地に限り解禁された。紹介予定派遣はすでに解禁されていたが、一般の派遣が可能になったため、今後へき地医療機関にふさわしい医師の派遣が行われるよう対策を取る必要がある。各都道府県のへき地医療支援機構は、(社)地域医療振興協会とともに派遣される医師に研修を行うこととなった。

## 5) へき地医療支援機構のこれから

へき地医療支援機構はへき地を持つ多くの都道府県で設置が済み、県によって温度差はあるものの一定の役割、特にへき地診療所への代診業務に関しては大きな業績を果たしてきた。

第10次へき地保健医療対策でも、へき地医療支援機構が存続し、さらに機能強化を図るべきとされたのはその評価と今後への期待の現れといえる。

しかし、へき地医療を取り巻く最大の問題が医師不足となり、へき地の医療機関は市町村合併で揺れている。へき地医療支援機構は県内へき地医療のシンクタンクとして、どのようにして医師をへき地の現場に集めるか、定着してもらうか、について考えなければならない。代診、研修の確保、遠隔診療といったへき地医療拠点病院のへき地支援活動をさらに活発化し、地域の住民が安心して生活できる医療を提供するために、大きく長期にわたる視野でへき地医療をコーディネートしていただきたいと考えている。

杉田 義博（社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 へき地医療支援センター長、  
東京北社会保険病院 総合診療科）

## 3. 地域医療支援モデル

### 1) これから求められるへき地医療に特化した組織づくり ～高知県へき地医療協議会と高知諸診医会について～(高知県)

#### (1)高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会

##### ① 協議会設置の経緯

1986(昭和61)年4月、高知県に一つの組織が産声をあげた。それは、「高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会」という県・市町村・医師が三権分立の関係で成り立つ、従来にはなかった形の組織である。これは、自治医科大学卒業医師一期生が、初めて9年間の義務年限を終えようとする時期に、義務終了後も安心してへき地医療に取り組むことができる環境づくりを目指すものであった。卒業生と県、および自治医科大学卒業医師の派遣を受けている市町村が一致協力をして、へき地医療の抱える様々な問題を、組織的にかつシステムとして解決していくことを設立の目的に掲げた。

今日までのへき地医療の大部分は、ある意味では医師個人の献身的な努力と犠牲のうえに成り立っていた部分が多くあり、自治医科大学卒業医師にとっても、それに義務が付加されたものと言える。へき地医療の第一線では都市部とは状況が大きく異なり、冠婚葬祭や病に倒れた際には、自分の代わりをお願いできる医師の確保は極めて難しく、その場合は無医地区・無医村となっても仕方のない状況が背景としてあった。学会など知的欲求を満たせる機会も見送らざるを得ず、思うように休暇も取れない・・・、そういったストレスが積み重なることによって、へき地医療の第一線で勤務する医師のモチベーションは徐々に低下していくという悪循環を繰り返していた時代が背景にあった。このため、自治医科大学卒業医師のなかで、中核となる病院内に新たなポストをつくり、代診医派遣を希望する市町村から、一定の負担金等を拠出してもらうことなどにより、自前で代診医を確保するシステムの運用などが検討されはじめた。

また、自治医科大学卒業医師にとって、義務年限内後半にある後期研修の位置づけは大変重要な意義があった。しかしながら、県によっては後期研修期間を義務にカウントしないとか、正職員の身分を一時退職して非常勤の身分で研修をしなければならないなど、対応は様々であった。高知県では、1985(昭和60)年から自治医科大学卒業医師の派遣を受けている市町村から一定の理解・協力を得て、何とか毎年1名ずつの後期研修の機会を確保できるようになったが、条件的にはまだまだ不十分なものであり、早急に毎年2名ずつの後期研修確保と、その期間の安定した身分保証や転居の経費など必要経費の負担など、多くの課題解決が急務であった。

その他にも、へき地医療に対して抱く医師としてのイメージと、市町村行政がもつ医療に対するイメージに大きなギャップがあったため、意欲をもって赴任して来た医師が、途端にやる気を無くしてしまうという事例も多くみられた。じっくりと腰を据えて、へき地医療に従事してもらえる環境としては、単に高額な医療機器や立派な診療所の建物などのハード面の整備だけではなく、市町村行政の地域包括ケアに対する積極的な姿勢や意欲なども必須条件だと考えられた。

こういった問題は、単独の市町村だけではなかなか解決が難しいため、うまく運営して

いる市町村と膝を交えて情報交換・協議ができる場も必要であった。自治医科大学卒業医師の立場からしても、同じへき地勤務をするのであれば、少しでも積極的な姿勢をみせる市町村に赴任したいという傾向が強まることも必然的なことであり、それは労務環境や処遇面についても同様で、より良い環境下で勤務したいとする意向をどの卒業医師も持っていた。

これらの課題を解決するためには、自治医科大学卒業医師を受け入れている市町村の間に格差を解消し、どこの市町村に赴任しても同じ条件で、かつ気持ちよく勤務ができる環境をつくることが求められ、市町村の枠を越えた「横のつながり」をもつ組織づくりが必要だという結論に至った。

以上のような経緯から、設置されたのが「高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会」であり、上述のような様々な課題や問題を議論する環境が整うこととなった。

## ② 協議会設置による効果

この協議会の設置により、何よりも自治医科大学卒業医師とその派遣を受ける市町村、そして医師を派遣し、かつ市町村を指導していく立場である県とが、それぞれ「思い」を伝えあい、相互理解を深めていける場ができたことは大きな意義があった。また、各市町村から毎年一定の負担金を拠出してもらうことで、後期研修の際には加盟市町村のどこかに籍を置いて、「在籍出向」の形で後期研修を行うことがシステムとして実現した。後期研修期間中も公務員としての身分は継続され、給与や社会保険なども全て常勤医師として現状維持が担保され、後期研修枠についても毎年2名ずつの枠が確保できた。そして特筆すべきものとして、義務年限終了後についても、後期研修と同じ形で1～2年の期間をスキルアップしていく機会となる「義務終了後研修制度」の誕生が挙げられる。この成果は、自治医科大学卒業医師を受け入れてきた市町村側の義務年限終了医師に対する高い評価の表れと言っても過言ではない。

また、1995(平成7)年4月には長年の悲願であった自前の代診医派遣システムがようやくできあがることになった。高知県自治医科大学卒業医師の臨床研修病院である高知県立中央病院内に「へき地医療センター」が設置され、専任の医師を置いて代診などの後方支援を行える環境が整い、その結果、多くの自治医科大学卒業医師の大きな安心感につながる事となった。この業務は、現在高知医療センター地域医療科に引き継がれている。

その他、高知県ではこの協議会の資金的な協力を得て、時期を同じくして1995(平成7)年にISDN回線を利用した遠隔画像伝送システム網を県内のへき地医療機関に整備することができた。このシステムは現在、高知県へき地医療情報ネットワークとして県内14カ所のへき地医療機関を結ぶ光ファイバー網に引き継がれている(図IV-3-1 高知県へき地医療情報ネットワーク)。また、以前から課題となっていた、受け入れ市町村間での労務条件や給与体系などの処遇格差も解消され、県の給与水準を参考に、どこの市町村で勤務しても同じ条件で勤務できるという環境も整い、県内の関連するへき地医療機関での労務条件はまさに「均てん化」された。

この協議会設置によって、自治医科大学学生の夏期へき地医療実習の受け入れもスムーズとなり、県が連絡調整窓口となって、市町村は積極的に学生実習を受け入れ、滞在費や交通費まで協議会の方で負担していただけるまでに発展した。この流れは次第に高知医科大学(現高知大学医学部)学生の受け入れにもつながり、最近では自治医科大学の学生よ

図IV-3-1 高知県へき地医療情報ネットワーク



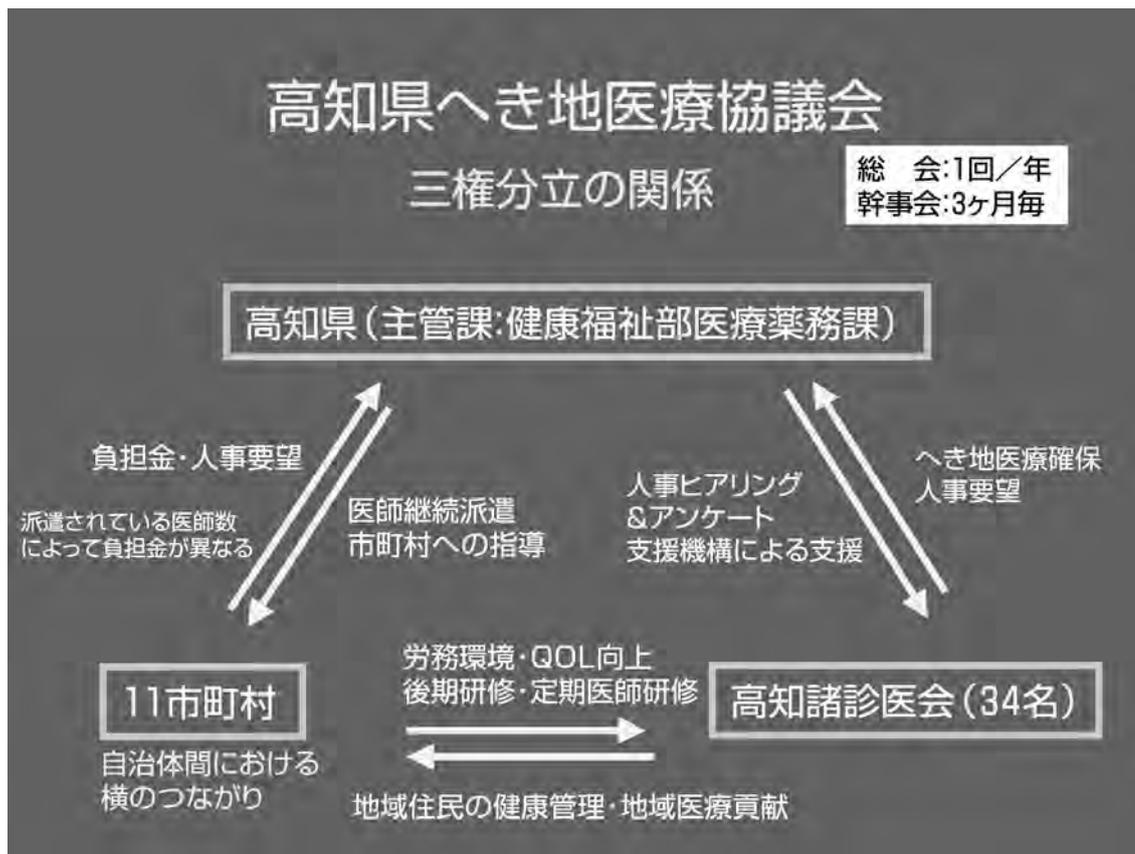
りも高知大学医学生の方が多く参加するまでになってきた。この取り組みによって、現在までに高知大学医学部卒業医師も、5名がこの協議会所属の医師としてへき地医療に従事するようになった。

## (2)高知県へき地医療協議会への名称変更

このような流れから、他大学卒業医師がスムーズにこの協議会に参入してきてもらうためには、「脱自治医科大学」というキーワードが欠かせないというムードが徐々に高まることになった。そこで1998(平成10)年には、自治医科大学の名称が付くこの協議会の名称が「高知県へき地医療協議会」に変更されることとなり、現在に至っている(図IV-3-2 高知県へき地医療協議会のイメージ図、図IV-3-3 高知県へき地医療協議会構成市町村11カ所)。

このような形で高知大学卒業医師の協議会参入も徐々に図られるようになり、県・市町村、医師の三権分立体制での運営が続けられてきた結果、高知県では自治医科大学卒業医師が義務終了後にも残留するケースが多くなってきた(図IV-3-4 高知県自治医科大学卒業医師のへき地勤務状況)。また、県内にある3カ所の医療拠点(嶺北中央病院・大月病院・橋原病院)に、複数の総合医が配置されることにより、その診療・教育機能も徐々に充実されていった。この3カ所の医療拠点では、自然な成り行きとして周辺の関連するへき地診療所への臨時・緊急の代診支援や、自治医科大学を卒業してきた後輩医師らの教育・育成を行うという役割を担い、へき地の第一線にある病院に医師を集約させることによるメリットをエビデンスとして示すことにもなった。

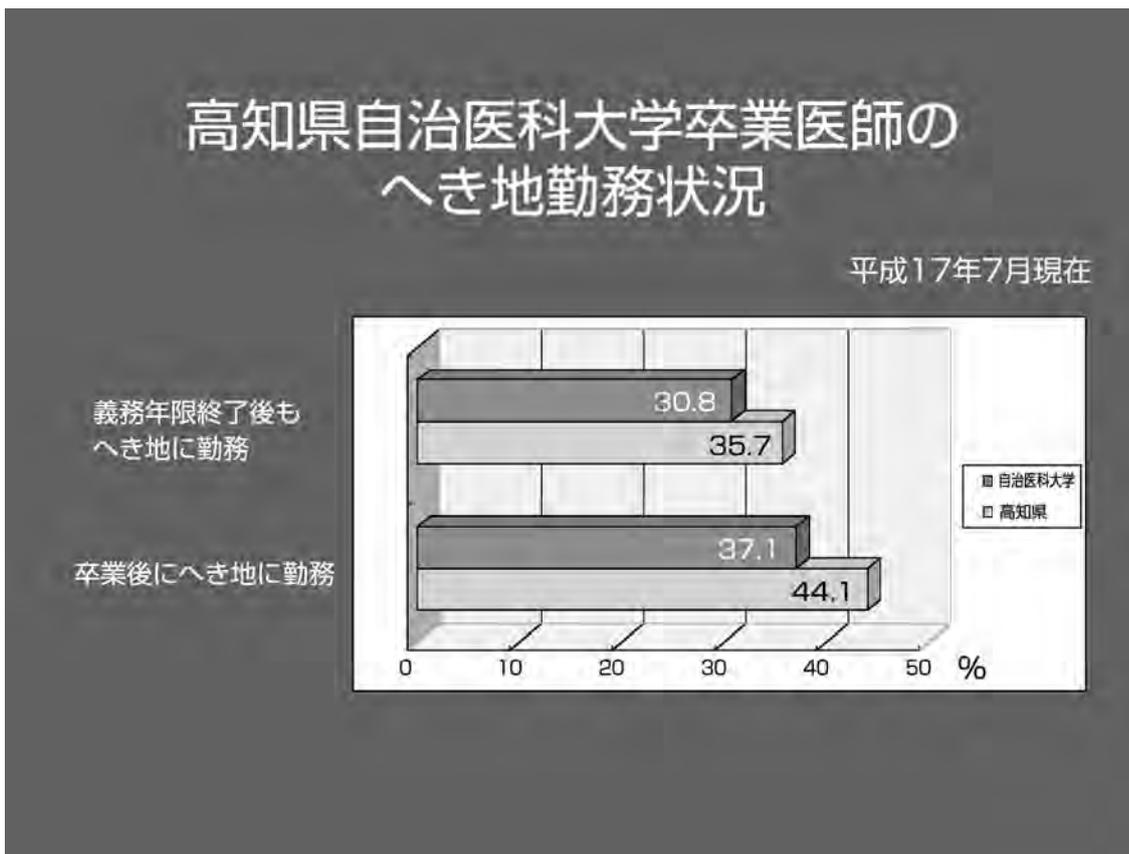
図IV-3-2 高知県へき地医療協議会のイメージ図



図IV-3-3 高知県へき地医療協議会構成市町村11カ所



図IV-3-4 高知県自治医科大学卒業医師のへき地勤務状況



### (3)へき地医療支援機構の設置

2003（平成15）年4月には国の指導により、高知県にも「へき地医療支援機構」が設置されたが、まさにその基礎とも言えるへき地医療支援システムの原型は、高知県ではすでにできあがっていたと言える。先述した3カ所の医療拠点、そのままへき地医療拠点病院として指定を受け、周辺のへき地診療所への支援を機構からの正式な手続きのもとで引き続き担うこととなった。また、2004（平成16）年4月には新医師臨床研修制度も始まったが、従来から医学生の受け入れや自治医科大学後輩医師の教育などで、長年にわたって医学教育に携わっていた経緯からも、初期研修医の受け入れは予想以上にスムーズであった。高知県と高知大学が協議して、研修期間中の研修医の処遇やプログラム内容などの取り決めを行い、へき地医療機関を研修協力施設とする「地域保健・医療」研修プログラムを策定した。現在、県内5ヶ所の管理型臨床研修病院がこのプログラムに参加し、へき地医療拠点病院やへき地診療所、福祉保健所等の協力により2004（平成16）年度より運用されている。現在までの継続的かつ効果的な研修医派遣の実施や、スムーズな研修運用の背景には高知大学の理解ならびに協力が不可欠であった。そのなかで、へき地医療支援機構として県内の5ヶ所の管理型臨床研修病院から37名の研修医を受け入れ、嶺北・大月・梶原の3グループ（各グループはへき地医療拠点病院とへき地診療所、保健所で構成）に約12名ずつの振り分けを行った（2006（平成16）年度）。このように、毎月1名ずつの研修医が途切れることなく連続して派遣されていくという調整により、この協議会や高知大学の協力を得ながら高知県独自の「地域保健・医療」研修のシステムづくりにもつながった（図IV-3-5「地域保健・医療」研修高知県方式）。

## 図IV-3-5 「地域保健・医療」研修



## (4)高知諸診医会の発足

またこの時期から、この高知県へき地医療協議会の医師部会にも新しい名称をつけるべきだという気運が高まり、地域医療振興協会高知県支部でもなく、高知県自治医科大学卒業医師同窓会でもない「高知諸診医会」という、他県には見られない新しい組織が2000（平成12）年に誕生した。諸診医とは、「諸々を診療する」という意味をもつ総合医の造語であり、県内で「へき地医療業務に特化した医師集団」として新たな一歩が踏み出されることになった。

全国の各都道府県では、それぞれ自治医科大学卒業医師が60名を越える大きな組織になってきており、卒業生全員の顔と名前を一致させることができる者も少なくなってきている。また、県支部や同窓会のなかで様々な意思決定がなされるとすれば、開業したり入局をして、へき地医療の第一線から離れている先輩医師の意見が大きくなってしまい、義務年限内の若い医師の意見が組織として反映されにくくなってしまおうという懸念がある。また、自治医科大学の名前が付いた組織（医師集団）であれば、何よりも他大学卒業医師の参画を阻む要因になりかねず、組織としての成長にも限界があった。そのため県内でへき地医療に従事している、またはへき地医療に特化した勤務を続けている医師を組織化して、へき地医療協議会の医師部会として人事や労務管理、研修などについて議論していける環境づくりを目指す必要があった。このような「脱自治医科大学」を目指した新たな組織づくりについては、他の都道府県でも求められる時代になってきていると考えられ、今後、全国的な広がりを期待したい。

### (5)組織づくりに不可欠な要素

これから求められるへき地医療に特化した組織づくりについて、高知県の事例を含めて報告した。やはり医師と県、市町村がそれぞれの「思い」に耳を傾けていける環境を作り出すことは必要不可欠のものであり、へき地医療に従事する医師が気持ちよく、かつハッピーに、へき地医療に従事できる環境をいかにして作っていくのが大変重要な部分である。

研修医や学生らがへき地医療の第一線に出向いて最も関心をもって見ているのは、現場の医師の「表情」ではないかと考えている。現場の医師が疲労困憊して、疲れ果てている表情を目の当たりにした場合、「へき地医療はやっぱり大変なんだ」という実感は抱けても、自分が「将来へき地医療に従事したい！」という気持ちは沸いてこないはずである。

そういったなかで、冠婚葬祭や研修、病気などの際にはしっかりと休暇が確保され、遠隔画像伝送などを通じてリアルタイムにコンサルトできる環境があるとか、同じ意識を持ったへき地医療に特化した仲間がいて、協議会という大きな組織に守られているという安心感を保ちながら、へき地医療に従事している医師たちの「表情」は、きっとハッピーに輝いているはずである。その表情を研修医や学生が見た時に、はじめて「将来、自分もきっとへき地医療に従事してみたい！」とか「将来、この先生のようにになりたい！」と将来の自分のロールモデルとして認知し、憧れにも近い「思い」を抱いてもらえるはずである。

そのような環境づくりを目指すためにも、従来まで医師個人の努力や犠牲のうえに成り立っていたへき地医療を、県や市町村の協力を得て、高知県へき地医療協議会や高知諸診医会というへき地医療に特化した組織づくりによって、かつシステムとして対応していこうとする姿勢が、これから全国のどこの都道府県でも求められる時代に入ったのではないかと考えている。

### (6)まとめ

- ・高知県へき地医療協議会のように、へき地勤務医師、県、市町村が三権分立の関係で組織化されている事例は少ない。
- ・このシステムにより、義務年限を終了した自治医科大学卒業医師や高知大学卒業医師が組織に残留する傾向が出てきた。
- ・このシステムは、へき地医療支援システムやへき地医療情報ネットワーク、へき地医療教育に大きく貢献した。
- ・高知諸診医会という新たな医師の組織も、自治医科大学卒業生が各県で増えてきた現在では、一つの選択肢として高知県から全国に向けて発信していきたい。

澤田 努（高知県へき地医療支援機構専任担当官、高知医療センター地域医療科長）

## 2) 島根県における医師確保対策と地域医療支援

### (1) 島根県の取組み

島根県は中国地方のなかで日本海側に位置しており、東は鳥取県、西は山口県、南は広島県に接している。東西に細長く、海岸沿いの狭小な平地を除いてはほとんどが山間地であるとともに隠岐諸島という離島を持つ。島根県の医師数（医療施設従事者数）は2004（平成16）年において、人口10万対238.1人で全国平均201.0人を上回っているが、医師は県内の7つの二次医療圏のうち、松江圏域と出雲圏域に集中し、他の5圏域ではいずれも全国平均を下回っており、医師の地域偏在が顕著である。また、2002（平成14）年頃からは、地域の中核的病院においては産婦人科、精神科などの診療科で大学から医師派遣が受けられなくなり、診療を継続するために緊急避難的に県立病院などから医師派遣を受けたり、やむなく診療科を閉鎖ないし縮小せざるを得ない状況も起こってきた。さらに、2004（平成16）年度に臨床研修が必修化され、国立大学の独立行政法人化がなされたことなどにより、麻酔科、小児科、内科、外科などにおいても大学からの医師派遣が困難になり、医師の診療科による偏在も顕在化し、島根県においては、離島や中山間地の医療の維持・存続が脅かされる状況になってきた。

こういった県内の医師不足に対して、島根県は1992（平成4）年に「島根県へき地勤務医師確保協議会」（現島根県地域医療支援会議医師確保部会）を設置し、地域医療機関からの医師派遣要望をもとに、島根医科大学（現島根大学医学部）の医師と自治医科大学卒業医師の派遣調整を行ってきた。その後も表Ⅳ-3-1に示すとおり、地域医療機関の医師を確保・支援することを目的とした制度等を創設してきた。

### 表Ⅳ-3-1 島根県における地域医療支援と医師確保対策の概要

1992（平成4）年	8月	島根県へき地勤務医師確保協議会を設置
1993（平成5）年	4月	島根県立中央病院に地域医療科を設置
1995（平成7）年	4月	地域医療支援ブロック制度を開始
1998（平成10）年	4月	本土側医療機関医師同乗による離島救急患者緊急搬送制度を開始
1999（平成11）年	11月	隠岐島遠隔医療支援システムを開始
2000（平成12）年	4月	島根県へき地代診医派遣制度を開始
2002（平成14）年	5月	緊急へき地等医療支援対策事業を開始 ・赤ひげバンクを創設 ・へき地医療奨学金貸与制度を創設 ・地域医療等研修を開始
	6月	島根県へき地等医療支援会議（及び医師確保部会）、へき地等医療支援機構が発足
2004（平成16）年	4月	しまね地域医療支援センターを開設 専門医養成プログラムを開始
2005（平成17）年	4月	研修医等定着特別対策事業を開始
2006（平成18）年	4月	医師確保緊急対策事業を開始 ・医師確保対策室を設置

2002（平成14）年には、鳥根県での勤務に関心を持つ医師との情報交換の場として「赤ひげバンク」を創設し、2004（平成16）年度には健康福祉部医療対策課内に「しまね地域医療センター」を立ち上げ、産婦人科、精神科等の不足する診療科の医師の確保対策にも取り組みを始めた。2005（平成17）年度には将来を見据え、研修医の県内定着を目的に「研修医等定着特別対策事業」を開始した。

2006（平成18）年度は、医師確保対策室を新たに設置し、即戦力となる医師の確保を目指すとともに、将来的に地域医療を担う医師を育てるために、鳥根大学の新たな地域医療教育に協力・連携する仕組み作りを開始した。

現在、医師確保対策室においては、医師を「呼ぶ」、「育てる」、「助ける」を3本柱として、医師確保、地域医療支援に取り組んでいる。従来から実施している事業を含めて、主な制度を紹介する。

## (2)医師を「呼ぶ」仕組みとしての「医師確保チームによる積極的な出張訪問」

2002（平成14）年に、鳥根県医師会の協力を得て、その子弟に呼びかけ、医師などを登録した「赤ひげバンク」を創設した。登録は医師や医学生だけでなく、歯科医師、看護師なども含めた。登録者にはその時々の県内の地域医療の状況を綴った機関誌「鳥根の地域医療」を定期的に郵送している。

その中で、近い時期に鳥根県での勤務を希望する登録者と面談し、地域医療機関とのマッチングに向け働きかけを行ってきた。その結果、この4年間で医師15名、歯科医師2名の他、2名の医療従事者が他県から鳥根県の医療機関へ着任した。この制度で一定の成果を上げてきたが、バンク創設当初から時間が経過するに従い、鳥根県勤務希望者が減少するとともに新規の登録者も少なくなってきた。

そこで、県内勤務を希望する医師を再度掘り起こすため、2006（平成18）年から情報収集の方法を見直すこととした。1つには鳥根県にゆかりのある県外の医師に対する働きかけを強化した。まず、鳥根大学医学部を卒業した医師で県外に勤務する医師、約1,500人に対して鳥根県での勤務についての意向調査を行い、次に、鳥根県医師会員には県内勤務していただける医師や医学生の紹介をお願いした。また、4ヶ所の県外事務所を拠点に鳥根県人会のネットワークを活用し、県出身の医師へアプローチを始めた。2つ目には、多様なメディアを活用しPRを強化した。具体的には、WEBサイトから求人情報を発信するとともに「赤ひげバンク」への登録もWEB上から手軽に行えるようにした。また、従来、年数回にとどまっていた専門誌への医師募集広告を毎月3回程度掲載するように大幅に拡充した。さらに、民間の医師募集サイトを利用し、県内の地域医療の情報をリアルタイムで発信するようにした。その結果、県外の医師から鳥根県での勤務に関する問い合わせの件数が増加した。現時点で、有効性を判断するほどのデータの蓄積はないが、専門誌への広告よりもWEBサイトを活用したPRが効果的と思われる。

従来は問い合わせがあった医師からの申し出により出張面談を行ってきたが、2006（平成18）年度は必要な人員（医師確保チーム）を配置し、行政サイドから積極的に面談をお願いをしている。医師確保の支援対象にしている医療機関は、公的医療機関が中心であり、給与をはじめとする待遇面で、特別な優遇条件を提示できないため、本人の希望を細かく聞き取り、できるだけ条件に合った医療機関を紹介している。

この手法を始めて約1年が経過し、約30名の医師と面談の機会を得た。従来と比較すれば面談回数は大幅に増加しているが、最終的にマッチに至った医師は数名に過ぎない。その原因としては、面談した医師の多くは、中小病院での勤務を希望せず定員の空きの少ない大規模病院や診療所での勤務を希望することがあげられる。また、島根県に赴任することとなれば、転居が必要であるが、子どもの修学の問題をはじめ家族の理解が得られにくいことも原因としてあると考えている。そのため、実際に島根県に家族で下見に来ていただく「地域医療視察ツアー」をスタートさせた。今後もさらに情報発信を強化し、積極的に医師との面談を重ね、即戦力となる医師を呼んできたいと考えている。

### (3)医師を「育てる」取組み

#### ① 研修医等定着特別対策事業

新医師臨床研修制度の初年度である2003（平成15）年は、県内の11（現在12）の臨床研修指定病院にマッチした医学生は51名であったが、翌2004（平成16）年は42名に減少した。県内で研修する医師が少なくなることは、将来の医師不足に拍車がかかることが懸念されたため、2005（平成17）年度に「研修医等定着特別対策事業」を開始した。この事業では、魅力ある臨床研修病院づくりと学生・研修医への働きかけを行っている。臨床研修病院に対しては、初期・後期研修プログラムの作成を支援し、厚生労働省の基準に沿った臨床研修指導医講習会や著名な研修病院から講師を招いての臨床研修プログラム発展講習会などを開催している。医学生・研修医に対しては、初期・後期臨床研修ガイダンス、地域医療セミナー・地域医療実習、研修医意見交換会などを開催している。2006（平成18）年度は医学部進学者の増加を目的に、高校生を対象にした医療体験実習も開催した。

尚、その後のマッチング状況は、2005（平成17）年は61名、2006（平成18）年は51名であり、事業効果が現れているものと考えている。

#### ② 島根大学との連携・協力による地域医療教育推進事業

島根大学医学部では2005（平成17）年度から、将来へき地で勤務する医師を養成するため、文部科学省の補助を受け、新たなプログラムが開始された。このプログラムは、米国で医学部のない4つの州（Wyoming、Alaska、Montana、Idaho）が地域医療医育成のため教育資金を出して、Washington州のワシントン大学に70名程度の特別の入学枠を確保し、プライマリ・ケア教育を行い、卒業後多くの医師が出身州の地域医療に貢献することを目的とした「WWAMIプログラム」に似たものであり、規模は小さいながら「日本版 WWAMIプログラム」とも呼んでいる。具体的には、2005（平成17）年から県内のへき地から故郷の医療を担う意欲のある学生を受け入れる地域枠推薦入試が取り入れられた。また、2006（平成18）年度からは医学生の3週間の地域医療実習が開始され、臨床研修医の地域医療研修も拡大された。

島根県としては、このプログラムに対して全面的に協力・連携するため、2006（平成18）年度に地域医療教育連絡会を組織した。この連絡会においては、地域医療機関の指導医を対象としたセミナーの実施、島根大学も含めた意見交換会の開催、地域医療を実践する側からの必要な提案等を行っている。また、大学が年に2回程度実施する米国「WWAMIプログラム」への体験見学に地域医療機関の指導医が同行する経費を予算化した。実際に、地域医療機関の指導医7名が「WWAMIプログラム」への体験見学を行った。

### ③医学生・大学院生を対象にした奨学金

2002（平成14）年度に医学生に対する奨学金（入学金282,000円、月額100,000円）の制度を設けており、貸与実績は2005（平成17）年度までの4年間で5名であった。2006（平成18）年度は、返還免除規定を緩和し、情報提供を広く行なうことにより、7名に貸与することができた。また、前述の島根大学医学部の地域枠推薦入学者に対する奨学金も新設し、入学者6名のうち4名に貸与した。さらに、1,500,000円／年貸与（在学中に、連続して2回まで貸与可）する新たな奨学金の制度も設け、4名に貸与した。来年度、地域枠推薦入学者枠が5名から10名に拡大されるため、それに対応して奨学金の予算も増額することとしている。

## (4)医師を「助ける」取組み

### ① 代診医派遣制度

2000（平成12）年度に、へき地診療所等の勤務条件を改善し、地域住民の医療の確保を図るために、創設した制度である。当初は公立診療所を対象としていたが、その診療所と連携して地域医療を支える公立病院も対象に加えた。実績としては2003（平成15）年度までは年間100日前後であったが、2004（平成16）年度から増加している。2007（平成19）年度はさらに増加することが予想され、代診医師を増やす予定である。

表IV-3-2 島根県へき地代診医派遣実績

年度	延べ日数	内訳				
		研修・出張	休暇	産休・育休	入院	その他
2000（平成12）	41	23	13	0	5	0
2001（平成13）	115	25	16	74	0	0
2002（平成14）	95	9	68	0	3	15
2003（平成15）	87	39	13	0	0	35
2004（平成16）	146	11	13	14	22	86
2005（平成17）	338	70	18	0	0	250
2006（平成18） （～10/31）	235	1	11	75	0	148

### ②本土側医療機関医師同乗による離島救急患者緊急搬送事業（県版ドクターズ・ヘリ）

この事業が実施されるまでは、隠岐島において本土に移送すべき救急患者が発生した場合、海上保安庁のヘリコプターや自衛隊のC1ジェット機に隠岐島の医師が同乗して、緊急搬送をしていた。添乗した医師は搬送後、公共交通機関にて帰島するしかなく、季節や時間帯によっては、島への到着は翌日の午後になった。医師数の少ない離島においては、緊急搬送は医師不在の時間が長く、診療に影響があった。そのため1998（平成10）年に隠岐島を対象に、離島救急患者緊急搬送事業を開始した。これは県の防災用のヘリコプターを使用し、県立中央病院の医師をピックアップし、救急患者を迎える仕組みである。この制度により離島での緊急搬送時の医師不在が解消された。また、1999（平成11）年には県

立中央病院が新築移転し、屋上ヘリポートが備えられたことにより、移送時間も短縮した。近年の救急搬送実績は、2003（平成15）年度 94回、2004（平成16）年度 73回、2005（平成17）年 95回である。

### ③ IT を活用した地域医療支援

#### ○ 隠岐島遠隔医療支援システム

1999（平成11）年度から隠岐病院・隠岐島前病院と県立中央病院を ISDN 回線で結び、放射線画像を県立中央病院の放射線科専門医が読影する遠隔画像診断支援システムを稼働させている。CT スキャンと MRI を対象としており、これら全てのフィルムを当日中に読影し、緊急を要するものについてはコンサルトも可能である。この制度は、離島における医療の質の向上をめざしたものであるが、結果的には不要な緊急搬送を減らす上でも役に立っている。

#### ○ WEB 型電子カルテシステム構築・実証事業

2005（平成17）年に、電子カルテを利用し、診療所勤務医師のバックアップ体制を構築することにより、地域で質の高い医療を提供し、患者サービスの向上を図ることを目的として開始した事業である。地域の診療所と県立中央病院の既存の電子カルテを ADSL や B フレッツ回線で結ぶことにより、診療所と県立中央病院が患者情報を共有できるようになった。この事業には、隠岐地区の 9 ケ所の診療所と 2 つの病院、本土の 9 ケ所の診療所が参加している。

### (5) まとめ

島根県においては、1992（平成4）年に「へき地勤務医師確保協議会」を設置したのを契機として、様々な角度から地域医療支援体制の整備、医師確保対策を行ってきた。その結果、ある程度の成果は上げてきたものの、地域医療機関における医師不足は一層深刻化している。今後も、県としては市町村、医療機関と協力して、全力を挙げて医師確保に取り組むが、県単位での医師確保対策には限界がある。国が法的整備も含めて、抜本的な対策を打ち出す必要があると考えており、島根県は様々な場面で、国に対して要望を行ってきた。昨年は、「へき地・周産期など地域医療で特に必要性の高い分野における一定期間の診療経験を医療機関の管理者要件にすること」など具体的な対策を提示し、要望活動を行った。この案は法制化されるに至っていないが、今後も、引き続き他県とも連携を取りながら抜本的な医師確保対策の実施を要望していく所存である。

一方、全国的に地域医療機関では深刻な医師不足があり、県、市町村など自治体の財政がかかってないほど危機的な状況にあることなどから、従来と同じ医師数を確保し、地域医療提供体制を維持しようとする手法は見直される必要があると考える。それぞれの地域で、地域住民の方々と医療従事者、行政担当者が地域事情に即した安全・安心な医療提供体制をいかに確保していくのか、議論を深めていくことも重要なことだと考えている。

木村 清志（島根県健康福祉部 医療対策課 医師確保対策室長）

### 3) 長崎県における医師確保対策と離島診療所支援策

長崎県は、大小約600の島を有する離島県である。対馬、壱岐、五島列島などの大離島や本土周辺に散在する小離島からなり、55の有人離島（総面積約1,570km<sup>2</sup>）に約17万人が生活している。有人離島数は、都道府県の中で最も多く（第2位は40の沖縄県）、離島人口は鹿児島県について第2位である。離島医療の確保は、長年、県政上の最重要課題の一つであり、これまでに自治医科大学における離島医師の養成、離島の拠点病院の充実を中心に事業が展開され、大きな成果を上げてきた。しかしながら、離島部の診療所においては、今なお医師の確保が困難なことから、当該市町村からは県レベルでの新たな医師確保策に対する要望が高まることとなった。そこで、長崎県では2004（平成16）年度より、市町村立の離島診療所への医師の派遣を主業務とする新たな組織として「長崎県離島・へき地医療支援センター」を新設した。本章では、長崎県のこれまでの離島医療施策に触れながら、新事業である同センターの概要などについて説明し、行政主導の医師確保・派遣事業の必要性とその効果について若干の考察を加えたい。

#### (1)長崎県における離島医療施策の経緯

長崎県の離島医療施策は、保健船による巡回診療（昭和20年代）に始まり、へき地診療所の建設の昭和30年代と、大学病院等の協力による巡回診療の充実が、中心的施策であった。昭和40年代に入り、長崎県の離島医療施策は大きな転換期を迎えることとなる。本土並の医療の確保を目指し、病院の設置・運営と医師の養成に本格的に乗り出すこととなったのである。事業の柱は二つあり、一つは離島の病院経営を目的とした『長崎県離島医療圏組合』の設立であり、もう一つは離島医師の養成制度である。離島医師の養成制度（1970（昭和45）年にスタートした「長崎県医学修学資金貸与制度」と1972（昭和47）年に開学した自治医科大学への学生派遣）である。

##### ①長崎県離島医療圏組合

「長崎県離島医療圏組合」は、県と離島の市町が一体となって病院を経営するために設立された一部事務組合である。現在、対馬地域（対馬いづはら病院、中対馬病院、上対馬病院）、下五島地域（五島中央病院、富江病院、奈留病院）、上五島地域（上五島病院、奈良尾病院、有川病院）に合わせて9ヶ所の病院を経営している。

##### ②長崎県医学修学資金貸与制度

「長崎県医学修学資金貸与制度」は、自治医科大学開学の2年前に創設された県単独の事業である。全国の大学医学部入学者・在学者の中から、離島医療に進んで挺身する者を選考し、入学金、授業料（国立大学相当額）、生活費等を貸与し、卒業後貸与期間の2倍の期間、離島の公立医療機関等に勤務させるもので、募集定員は、毎年6人である。自治医科大学開学の1972（昭和47）年以降、医学修学資金貸与制度と自治医科大学の2つの事業によって当県の離島医師養成はすすめられることとなり、現在に至っている。

長崎県の離島医師養成システムの特徴は、医学修学生および自治医科大学学生（以下、「県養成医」）には、在学中より同様の研修プログラム（離島でのワークショップやミーティング、病院見学等）が提供され、さらに卒業後は県養成医として同じ臨床研修プログラムにより養成される点にある。彼らは、離島部の三次医療機関を担う独立行政法人国立病院機

構長崎医療センター（以下：国立長崎医療センター）において、2年間の全科ローテーションの臨床研修、1年間の離島病院での研修、さらに1年間の本土研修病院での再研修を受けた後、義務年限終了まで主に離島医療圏組合病院において勤務することになる。毎年、県養成医は修学生と自治医科大学卒業生合わせて5～8名が離島医師養成プログラムに入ることとなるが、彼らは、国立長崎医療センターにおいて同じ釜の飯を喰った仲間であり、互いに強い連携を維持しながら、いわばチームで離島の地域医療をカバーしていくこととなる。なお、1979（昭和54）年には、県養成医の組織として「長崎県離島医療医師の会（もくせい会）」が結成されている。

## (2)長崎県における離島医療の課題

長崎県においては、この30年余の間、前述したごとくの離島医療施策が展開されてきたが、その結果、対馬、下五島、上五島の3地域における医療水準は、心臓外科手術、脳外科手術、未熟児対応等の特殊高度医療を除くほとんどの疾患に対し、島内で治療完結できるレベルにまで達している。

一方、長崎県の離島医師確保が病院中心に展開されてきたこともあり、診療所の医師確保への取り組みは開設者の努力にゆだねられてきた。近年の医師の偏在はむしろ拡大する傾向にあり、離島地域診療所における医師確保は、市町村単独による取り組みだけでは困難な状況となってきている。このため、離島部の診療所常勤医師の確保が、当県の大きな問題として浮上してきた。

## (3)長崎県におけるへき地医療支援機構事業

長崎県では、国が策定した第9次へき地保健医療計画に従って、2003（平成15）年4月「長崎県へき地医療支援機構」を設置、県内8病院（本土部1、離島部7）をへき地医療拠点病院に指定し、へき地診療所への代診医師派遣等の事業が実施できる一定の体制は整えた。しかしながら、前述したように、長崎県が抱える最も大きな課題は、離島部の診療所の常勤医師の確保そのものであることから、県独自の充実策を加えた新たな事業として、へき地医療支援機構推進事業を創設した。この事業は、①へき地医療支援機構を発展充実させた『長崎県離島・へき地医療支援センター』の設置、②長崎大学大学院への寄附講座『離島・へき地医療学講座』の設置により、離島の公立診療所の常勤医師の確保を図ろうとするものである。

### ① 長崎県離島・へき地医療支援センター

「長崎県離島・へき地医療支援センター」は、2004（平成16）年4月、離島の公立診療所への医師派遣を主目的に、長崎県健康政策課内の“離島医療支援班”（現「長崎県医療政策課 離島へき地医療支援班」）として新設した。医師派遣に加えて、離島診療所に対する継続的医療支援を実現するため、各種専門医の協力が得られるよう、離島部の三次医療を担う国立長崎医療センター内に設置するとともに、初代センター長は、自治医科大学を卒業し、17年の豊富な離島医療従事経験を持つ山西幹夫医師（現長崎県立島原病院診療部長：長崎県出身年1987（昭和62）年卒業）である。

センターの業務概要は表IV-3-3に示したとおりであるが、常勤医師派遣のシステムについて若干の説明を加える。

長崎県には、離島振興法指定地域内に合計57の公設診療所があり（2004（平成16）年7月1日現在）、うち公営が47、民営が10、常勤医師が配置されている診療所は29である。離島・へき地医療支援センターが常勤医師派遣の対象としているのは、常勤医師が配置されている22の公設公営の診療所の中で、派遣要請があった施設である。派遣医師については、全国から公募し、県の職員（健康政策課付）として採用され、自治法による市町村派遣がなされる。身分は、県職員と市町村職員との併任となる。原則として2年間を1単位として、各市町村に交代で派遣されるが、その間1年半診療所に勤務すると、本人の希望があれば半年間の有給自主研修期間が取得できるシステムとなっている。この長期の有給自主研修は、離島に勤務することで最新の医療情報や医療技術から取り残されるという医師側の不安の解消、さらには、慣れない離島生活からリフレッシュできるようにと県独自に考案したものである。また、希望によっては、3年間連続勤務した後1年間の研修をとるといったパターンの選択も可能である。

この医師派遣システムでは、各診療所には1年半毎（あるいは3年毎）に複数の医師が交代で派遣される形となるが、そのコンセプトは、医師個人が一つの離島診療所に24時間365日間拘束されるのではなく、『離島・へき地医療支援センター』というチームで、長崎県の離島の地域医療を支えるというものである。そのため、派遣前には、へき地医療拠点病院である離島医療圏組合病院や三次医療機関を担う国立長崎医療センターにおいて2週間程度のジョイニング研修を実施し、派遣医師同士の交流会を設けるなど、関係医療機関との連携や支援センター内のチームワークの向上を図るプログラムも導入されている。

なお、派遣医師の給与については、免許歴10年目で、診療所勤務期間は年収1,600万円程

### 表Ⅳ－3－3 「長崎県離島・へき地医療支援センター」の概要

#### ◆ 主要業務

##### ① 常勤医師派遣

派遣要請のあった離島の市町村立診療所へ、医師を県職員として採用し派遣する

##### ② 代診医派遣

派遣要請のあった離島・へき地の市町村立診療所へ、代診医として出張診療を行う

##### ③ 医療支援

国立長崎医療センターの専門医の協力を得て、支援要請のあった離島・へき地の市町村立診療所に対し、IT等を活用した診断や治療方針に関する助言・指導、診療応援等の迅速かつ継続的な支援を行う

##### ④ へき地医療支援機構業務

へき地診療所への代診医派遣の調整、離島・へき地医療支援計画策定等

#### ◆ 派遣医師のメリット

##### ① 県職員としての採用（公務員としての身分保障）

##### ② 有給の長期自主研修の保証（1年半の離島勤務後、半年間の自主研修を保証）

##### ③ 24時間365日の支援体制（支援センター専任医師および国立長崎医療センタースタッフによる支援）

度（離島医療圏組合病院の医師と同水準）、自主研修期間中は年収1,200万円程度（長崎県の医療職と同水準）であり、研修期間も含め派遣を受けた市町村が支払うこととなっている。退職金に関しては、派遣元の県が支払う。

#### ② 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 離島・へき地医療学講座

「離島・へき地医療学講座」は、2004（平成16）年5月、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻の寄附講座として開講され、その研究拠点として新たに『長崎大学離島医療研究所』が下五島地域のへき地医療拠点病院である離島医療圏組合五島中央病院内に設置された。医学系大学院の研究施設が離島部に設置されるのは国内では初の試みであり、本講座の大きな特徴の一つとなっている。期間は5年間で、長崎県および下五島地域の1市5町（2004（平成16）年8月に合併し「五島市」となる）からの総額2億500万円の寄附で運営される。スタッフは、教授1名、助手1名、研究補助員1名で、教授には離島医療経験豊富な長崎大学病院総合診療部の前助教授を、助手には自治医科大学卒の内科医師を迎えた。

本寄附講座の目的や研究テーマは表Ⅳ-3-4に示したとおりであるが、離島・へき地医療支援センターから派遣された医師の臨床研究を優先的にサポートする体制となっている。また、医歯薬学総合研究科には社会人特別選抜による大学院コースがあるため、離島医療研究所を研究拠点とすることで、離島に勤務しながら大学院医学博士課程を修了することも可能となる。特に離島・へき地医療支援センターの派遣医師の場合、3年間診療所に勤務しながら臨床データを収集し、1年間の自主研修期間を利用してデータ解析・論文作成を行い、4年間で離島医療をテーマにした学位を取得するというプランも設定できることとなっている。

#### (4) “へき地医療支援機構推進事業”の効果

##### ① 離島診療所への医師派遣

診療所派遣医師の公募を開始した2004（平成16）年1月から2006（平成18）年4月現在

**表Ⅳ-3-4 寄附講座「長崎大学大学院 離島医療学講座」**

#### ◆ 講座開設の主なねらい

- ① 離島・へき地をプライマリ・ケアのトレーニング及び臨床疫学研究等のフィールドとしてアピールしていく。
- ② 大学教官に離島・へき地医療の重要性を再認識してもらい、離島・へき地医療スタッフの養成を大学教育の重点課題の一つにしてもらう。
- ③ 離島・へき地で勤務する医師が、希望時に臨床研究に参加し、学位を取得できる環境を整える。

#### ◆ 主な研究テーマ

- ① 地域医療専門家養成プログラムの研究開発
- ② 地域医療情報システムの研究開発
- ③ 離島・へき地における健康・疾病に関する疫学的調査研究等

までの実績としては、小値賀町診療所（2004（平成16）年5月～）、長崎市池島診療所（2005（平成17）年1月～）、佐世保市宇久診療所（2005（平成17）年4月～）、西海市松島診療所（2006（平成18）年4月～）、平戸市大島診療所（2006（平成18）年4月～）の5カ所に延べ6名の医師を派遣している。これまで、この事業に問い合わせや応募した者の概況については、開業医、救急病院の勤務医、元大学教授など様々で、年齢は30歳代前半から70歳代までと幅広く40歳代から50歳代が約半数を占めている。本事業への参加動機としては、いずれも離島における地域医療への高い関心を示している他、多くの医師が県の全面的バックアップに対する安心感を挙げており、約半数の者が長期自主研修の魅力を指摘している。

これまで市町村の派遣要請に対しては一定の成果を挙げているが、開始して2年余りの取り組みであり、今後派遣要請が増加した場合に、長期にわたって安定的に医師を確保できるかどうかは今後の課題である。

## ② 代診・診療応援

離島公立診療所からの代診等については、2004（平成16）年度に2ヶ所の診療所から延べ14日の要望があり、延べ8日間の支援を行い（派遣率57%）、2005（平成17）年度には17箇所の診療所から延べ32日の要望があり、延べ27日の支援を行っている（派遣率84%）。

代診等要請の理由は2年間の実績では、休暇（23日）、学会出席（10日）、診療応援（9日）、冠婚葬祭（1日）である。一方、要請に対して派遣ができなかったケースがあるが、代診専任医師に学会等他業務があった場合や、同時に複数の診療所からの代診等の要請があった場合である。

今後の課題としては、当該事業の利用が増大した場合の対応、特に専任医師が対応できない場合の対応のシステム化を図ることである。

## ③ 副次的効果

この事業に応募した者の中で、県が直接採用し市町村に派遣した件数は延べ6件であるが、この他に自治体病院等開設者協議会へ斡旋し、市町村と独自で採用が成立した件数が6件（離島病院1件、離島外病院4件、離島診療所1件）あり、県内の半島地域を含む医師確保が困難な地域における医師確保にもつながっているという副次的効果が認められる。

## (5)まとめ

県主導による離島診療所医師派遣事業や離島医学講座の取り組みは新たな試みであり、現時点では一定の成果が得られつつあるとはいえ、今後、派遣される医師の立場、派遣を受ける市町村の立場からいくつかの問題点も生じてくるものと思われる。今後は、指摘された問題点に対しては臨機応変に修正を加え、より機能的で現実的なシステムとして発展していくことを期待したい。

塚原 太郎（自治医科大学卒後指導部長、前長崎県福祉保健部長）

大塚 敏弘（長崎県福祉保健部 医療政策課長）

山西 幹夫（長崎県立島原病院内科診療部長、前長崎県離島・へき地医療センター長）

## 4. 地域医療再活性化対策

### 1) 青森県民フォーラム

～医師の質量両面の確保を中心として～

(地域医療を考える青森県民フォーラム報告:2006(平成18)年11月19日)

#### (1)はじめに

2006(平成18)年11月19日、青森市文化会館を会場として「第1回地域医療を考える県民フォーラム(あおもりからの発信)」が開催された。これは、深刻化する医師不足等の地域医療の現状と課題について、行政・関連機関・住民等が認識を共有し、自らの地域のあるべき医療について主体的・建設的に考えることを目的とするもので、本フォーラムを契機に行政・医療職・住民等々の地域を構成する人々・機関が一体となって考え・参加し、まさに自らの手で自分たちの地域医療を確保充実していくことが期待されている。

本フォーラムは、青森県及び地域社会振興財団が主催し、総務省、厚生労働省、青森県医師会、自治体病院協議会、自治医科大学、等々の後援を受けて、開催された。そのプログラムの概要は以下の通りである。

#### ①開会挨拶

吉田弘正(地域社会振興財団理事長)

三村申吾(青森県知事)

#### ②基調講演「我が国の医学・医療をめぐる諸問題」

高久史磨(自治医科大学学長)

#### ③パネルディスカッション「青森の地域医療を考える」

パネリスト； 三村申吾(青森県知事)

佐藤 敬(弘前大学医学部長)

佐藤敏信(厚生労働省医政局指導課長)

佐々木義(青森県医師会長)

角田 周(地域医療研究会)

コーディネーター； 梶井英治(自治医科大学教授)

#### ④地域分科会「安心して受けられる地域医療とは」

第1分科会(西北五地域)

第2分科会(下北地区)

第3分科会(三戸・田子地域)

第4分科会(東青地域)

#### ⑤全体会議「地域分科会報告」

報告者； 各分科会座長

司会； 梶井英治(自治医科大学教授)

コメンテーター； 難波吉雄(青森県健康福祉部長)

#### ⑥閉会挨拶

難波吉雄(青森県健康福祉部長)

坂井秀司(地域社会振興財団常務理事)

青森県では、既に県・弘前大学・医師会間の連携・協力による対策も開始されており、自治体病院再編成等の次のミッションも計画されている。それと併せて、県下の各地域で住民主導形の「地域医療研究会」が立ち上がり、「住民力」が地域医療計画に反映されようとしている。本フォーラムでは、地域医療の確保・充実に悩む各地にとっても示唆に富む発表がなされた。詳細は地域社会振興財団が発行する「青森フォーラム報告書」にあたって頂きたいが、白書の本セッションにおいて、県・弘前大学・医師会による発表の概要を現状認識・要因課題・解決の方向性・具体的取り組みとして(2)～(5)にまとめ、極めてホットでユニークでもあった各分科会での発表概要を(6)住民参加として報告する。

## (2)青森県下の地域医療に関する現状認識

青森県においては、弘前大学医学部が中心となって地域医療を支える人材を養成・確保してきたが、慢性的な医師不足の状況が続いており、近年になって、状況は更に深刻化している。これまで、弘前大学医学部、医療関係団体、市町村、県等が個別的に努力してきたものの、もはや、個別的・対症療法的な対策ではこの状況を打破していくことは極めて困難な状況となっている。深刻な影響は町村部に集約的に現れており、当該自治体の体力からも対応は焦眉の急である。そのため、自治体病院機能再編成等を対策として都市部病院への過剰な患者集中等による病院機能弱体化の回避、全県的な医療サービス提供体制そのものを変革していくという広い視野に立った総合的・戦略的な施策の再構築が必須である。

## (3)深刻化する要因・課題

深刻化の要因として、国の施策等とも関連し地域の努力では如何ともし難い点もあるが、大学への過度の依存、県・地域と大学間のコミュニケーション不足、病院改革への取り組みの遅れや医師の勤務環境の未改善など自助努力に欠けていた面も決して少なくない。とりわけ、医療関係者の研修・研究環境を含め、医師が積極的に本県勤務を選択する条件整備に遅れが生じていることは大きな反省点と言える。

以下に、主な要因と課題を列举する。

### ①弘前大学医学部の構造的変化への認識

全国一律の医学部定員の削減、他都道府県出身医学生の出身県への強い回帰傾向の結果、弘前大学医学部の有していた県下の基幹・中核病院から中小自治体病院までに及んで医師を供給する能力が徐々にそがれている。これらの影響に対し、(i)本県内高校からの同医学部への入学者が増加と(ii)他都道府県大学医学部へ進学して医師資格を取得した本県人の他県に見られるようなUターンと弘前大学への所属が、緩和要因となるものと考え得るが、(i)については受験者そのものが増加しておらず、学力試験で合格する者が極めて少なく、本県においてはいわゆる「地域枠」が効果を発揮しにくい構造にあること、(ii)については、他県に比して青森県出身者の医学部合格数は決して少なくないにも関わらず、本県回帰が少数にとどまっているという構造が存在していることへの注意が必要である(表Ⅳ-4-1)。

表Ⅳ－４－１ 弘前大学医学部医学科卒業生の進路状況

	2001 (平成13) 年	2002 (平成14) 年	2003 (平成15) 年	2004 (平成16) 年	2005 (平成17) 年
弘前大学	41	31	20	7	5
青森県	5	6	22	19	19
東北	7	6	14	13	12
北海道	8	9	6	8	6
上記以外	33	17	30	30	37
合計	94	69	92	77	79

(フォーラム資料より引用)

### ②若者の意識変化と医局制度廃止等の改革

近年の若者の意識変換に伴い、へき地等における勤務や診療時間が不規則となる診療科目が敬遠される傾向が強まっている。一方、医局制度の実質的な廃止と医師配置の調整機能という点について代替手段を用意できずにいることで、結果として町村部医療機関に大きな影響を与えることとなっている。

### ③医師を惹きつける医療機関の乏しさと各機関の個別主義

特色ある医療を提供する病院や高度医療に取り組む病院の存在と、さらに国内の先端医療機関と連携して充実した研修・研究を可能とする体制作りが必要である。また、自治体同士の縦割りを越えた人的交流、都市部病院の町村部支援、研修機会の提供など制度作りが重要であるが、その進展は遅れている。

### ④へき地等の不利な勤務条件

へき地等への勤務は、研修機会や子どもの教育を含めた生活条件において不利であることは否めず、また、町村部医療機関の多くは少人数運営となっており、医師の労働過重がもたらされている。へき地等には自治医科大学卒業医師を配置しているが、医師不足の深刻化は町村部全体にまで及んでおり、拡大している医師不足地域への対応は自治医科大学卒業医師のみでは限界がある。

## (4)課題解決の方向性

### ①対応の基本方向

医師等の人的資源、病院等の社会的資源（即ち公共財）の質量両面での確保を考えると、医学・医術の進歩に対応した専門医療の人材とともに、包括ケアを担い得る総合医へのニーズが高くなると考えられる。とりわけ、医師不足の影響が集約的に現れている町村部等の地域にあっては、より多くの総合医の配置が必要であるが、卒後臨床研修は総合的な診療能力の獲得を目指しているものの、中長期的視野に立った継続的な研修体制の確立がなければ、このような人材の育成、確保は極めて難しいものと考えられる。

一方、診療時間が不規則な診療科は医学生に不人気であり、都市部においても、特定の診療科の深刻な医師不足が懸念されている。このため、「医師」という職業人に係る責任と自覚、医師の自己実現という高次ニーズを満足する魅力などについて、医師を目指す段階での教育を推進していく必要があり、医学部入学以降の教育プログラムや臨床研修段階で

のへき地勤務経験の組み入れも重要である。

## ②環境・条件整備

### ○医療機関ネットワークの整備

二次医療圏の中核病院を核として、圏域内の各地域の中心的病院、さらに診療所等を人的に有機的に結びつけていくネットワークを形成する必要がある。

### ○医師配置に係る調整機能の整備

弘前大学医学部と連携した、医師の成長過程やライフサイクル・スタイルを考慮した人事ローテート体制、勤務地・勤務医療機関の選択性・多様性の担保等のシステムの確立。

### ○定年退職医師の再資源化とその確保の基礎となるデータベース

### ○U・Iターン医師の増加と確保

青森県人で他の都道府県の大学医学部に進学した者の青森県回帰促進は、医師確保の大きな戦略となり得る。(i)本年度から必須化された新医師臨床研修制度を最大限に活かし、青森県出身者が青森県において臨床研修を受けることを推進すること、(ii)それら医師が、臨床研修終了後も青森県内で勤務することを可能にすること、が重要であり、そのためには、(iii)学会認定医が取得できる医療機関を増やすなど、青森県医療機関の魅力を高める環境整備が必要である。

### ○臨床研修

臨床研修場所として青森県医療機関を選択することが必要であり、県内の基幹及び中核病院の臨床研修指定病院化と、研修環境の質・量の充実が必要である。

### ○研修後の勤務体制の整備

- ・ 選択性と多様性が保証されること
- ・ 出身大学と関係を持ちながらの勤務が可能であること
- ・ 特に中小医療機関に特有の過重な勤務時間や少ない研修・研究機会の改善
- ・ 基幹及び中核病院の研修機能の充実と人的交流の実現
- ・ 弘前大学医学部での研修・研究と勤務の両立がより円滑に行われること

等の推進が不可欠である。

### ○自治医科大学卒業医師

自治医科大学卒業医師は、医療過疎地を数多く抱え、高齢化が著しい青森県にとって極めて重要な人的資源であることを認識し重視する。したがって、

- ・ 義務年限内のへき地を基本としつつ、自らの医師像の実現を可能にする多様な勤務形態、その仕組みを用意すること。すなわち、
- ・ 生活条件の不利が生涯にわたって継続することのないようにすること
- ・ へき地等勤務が医師として成長していくことへのハードルを可能な限り低くすること
- ・ 自治医科大学卒業医師等を中心とした、総合医を目指す医師の地域医療研修の拠点・地域包括ケアの現場教育拠点づくりを図ること

等の条件・環境整備が重要である。

## (5)現在の具体的な取組み

### ①医師職業教育の推進

医師を目指す高等学校生徒等に対し、大学や医師会及び地域医療機関等の協力のもとに

高等学校と連携して、医師の責任と職業的魅力、医学部進学後の学びの姿勢や持つべき目標等のインセンティブ定着を目的とする講演会や大学附属病院、へき地医療視察等の職業教育プログラムを展開しつつある。弘前大学では、医学部学生の地域医療への理解の向上、地域医療実践のためのスキルアップ、医師としての全人的な資質の向上を目的として「現代的教育取り組み支援プログラム」を実施している（図Ⅳ－４－１）。

#### ②弘前大学医学部の充実と医師確保

同大学医学部へ進学する者に対して、県内勤務を条件に経済的メリットを付与する制度を早急に導入すべきと考えられる。当該制度については、弘前大学医学部自体の充実、地域医療の確保、青森県内への優秀な人材の確保、特に不足な診療科医師への誘導といった複数の目的に対応した制度とすることが望ましい。

#### ③自治体病院機能再編成と地域医療ネットワークの確立等

圏域別には中核病院を核とする自治体病院機能再編成を推進しつつ、それぞれの機能を担う医療機関の人的交流や臨床研修を含む研修機能の整備充実を進める。とりわけ、臨床研修体制の充実については、弘前大学医学部卒医師の県内定着及び青森県出身の他大学卒業医師のUターンを促進するための重要な要因であり、

- ・指導医やプログラム責任者の確保とその向上を図ること
- ・救急医療など、若い医師にアピールする魅力あるソフトを備えること
- ・宿泊施設など、生活条件を整えること

等の施策が必要である。

また、へき地等の医療を確保するためには、へき地に勤務する医師へのサポート体制の充実が欠かせない。そのためには、へき地で医療に従事する医師は、ともすれば孤独になりがちな状況にあり、恒常的にへき地等勤務医師の診療上の相談に応ずる体制の確立やへき地等診療所勤務医師が定期的に中核病院等で研修し、学会に出席して最新の医療知識などに触れることを担保するための代診医師派遣体制の整備、少人数運営医療機関の医師の勤務環境を改善するための日当直支援を実施する病院の確保が必要であり、総合医・地域包括ケアの教育拠点病院づくりと関連させながら、自治体病院再編と連動したへき地拠点病院の見直しと当該病院へのへき地等サポート医師の複数配置を実現していくことが求められており、弘前大学医学部・附属病院を中核とした、「へき地医療クリニカル・フェロシップ」（図Ⅳ－４－２）や「遠隔診療データ通信システム」（図Ⅳ－４－３）等による支援策が進行している。

#### ④地域による医師採用・配置機構の設置

県外からのU・Iターンを促進し、また、医師の将来の見通しを明確なものとして生活条件が不利な地域への積極的勤務を可能とすること、さらには自治体病院再編を中心とした地域医療ネットワークによるへき地等勤務医師サポート体制・地域全体としての医師研修等システムの確立のためには、大学と連携しつつ医師を採用し、配置していく地域の側の機構を構築する。

本機構は、自治医科大学卒業医師や本件施策として高い経済的メリットを付与対象となった弘前大学卒業医師、さらにU・Iターン医師及び臨床研修終了の後に弘前大学に属さないで本県内で勤務しようと希望する医師等の多様なニーズの受け皿となり、それら医師を長期の視点で各人の資質・志向に応じて適切な医療機関に配置していく役割を担うものである（図Ⅳ－４－４）。

## 図IV-4-1

## 現代的教育ニーズ取組支援プログラム

## 地域医療型クリニカルクラークシップ教育

—社会性と暖かさあふれ、全人的取組のできる

医療人を育成するための新教育プログラム—

## 【事業目的と特徴】

「地域医療型クリニカルクラークシップ教育」とは、医学部の学生・教員が中心となって地域保健師等とチームを組み地域保健活動を実施する、という実習講義である。保健活動の立案・実践の過程で、地域医療を包含した視点が必要となり、このことで学生に対する地域医療の教育・実践とを包括的に行う。

本取組による医学生への効果として、人の健康から疾病までを連続的に捉える習慣、即ち、全人的な対処ができる能力が身に付くことが期待され、地域住民と接することで、社会性と暖かさを持った医師を育成することができるものと予想される。さらに、保健師などのスタッフと連携することにより、医療施設以外の分野でのチームワークの重要さとその方法を体感し学習するであろう。

## 【実施体制】

岩木健康増進プロジェクト(弘前大学医学部、弘前市、青森総合健診センターの共同運営)を教育フィールドとする。実施手順として、

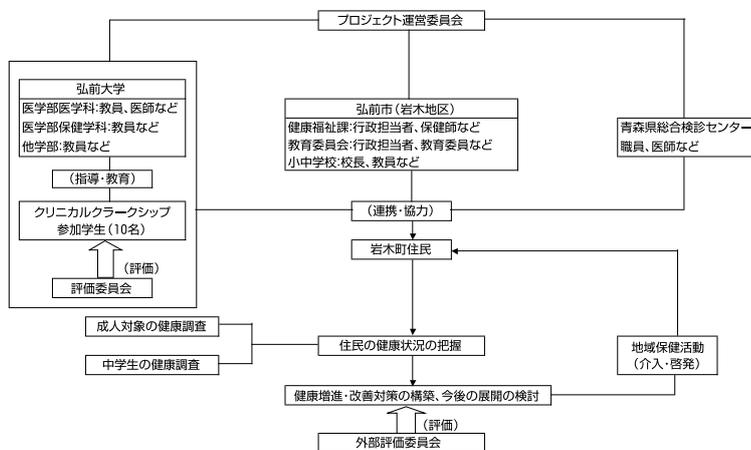
- ①岩木地区住民を対象とした健康調査実施(学生、教員、保健師、保健協力員2名のチーム構成):学生は事前に健康調査の方法に関する講習と実技指導を受講。
- ②健康調査の分析と解析結果の発表:岩木地区住民の健康上の問題点を解析・抽出。
- ③保健活動(介入保健活動)計画の立案
- ④介入保健活動計画書の協議:計画案の実施の可能性につき各方面の代表者(運営委員会も含む)との協議。
- ⑤介入保健活動の実施と成果の把握
- ⑥介入保健活動の成果分析と活動成果発表

## 【主たる学習内容】

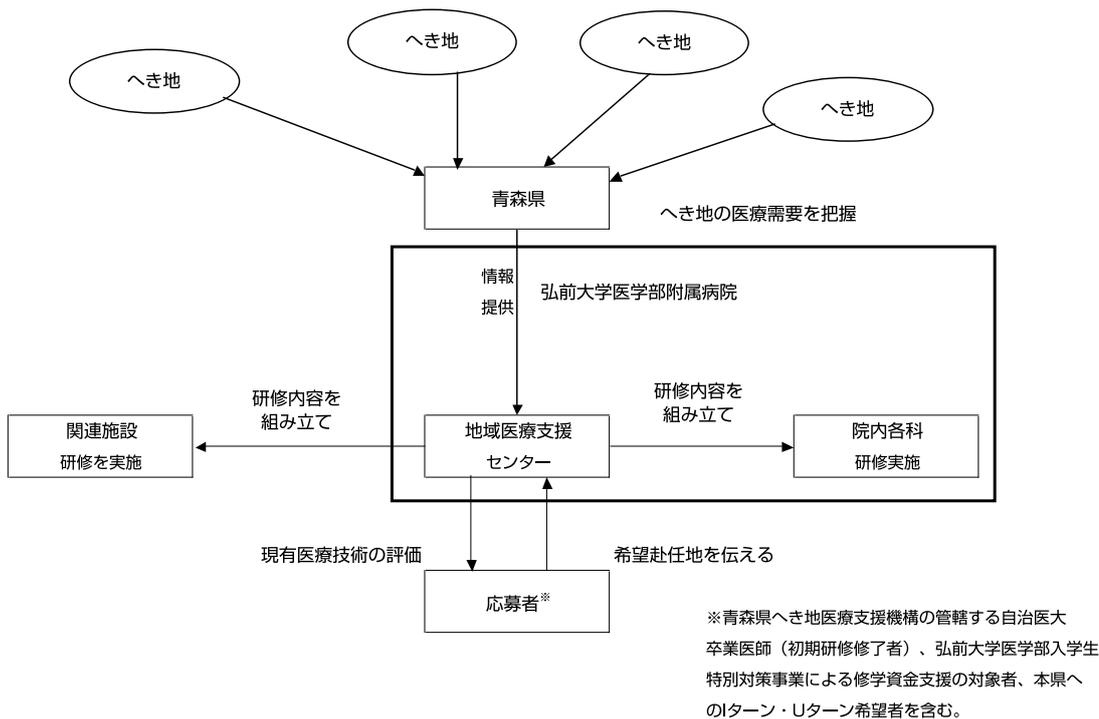
- ①地域保健活動の実践による他のスタッフとの連携、地域住民に対する接し方
- ②実際の保健・医療の仕組みへの理解
- ③データの入力・解析方法(統計手法)と疫学手法、およびパワーポイントなどを用いた発表方法、健康調査項目に関する測定方法の指導(実習)と一般的知識の習得(講義)。

(フォーラム資料より引用)

## 地域医療型クリニカルクラークシップ教育の概要



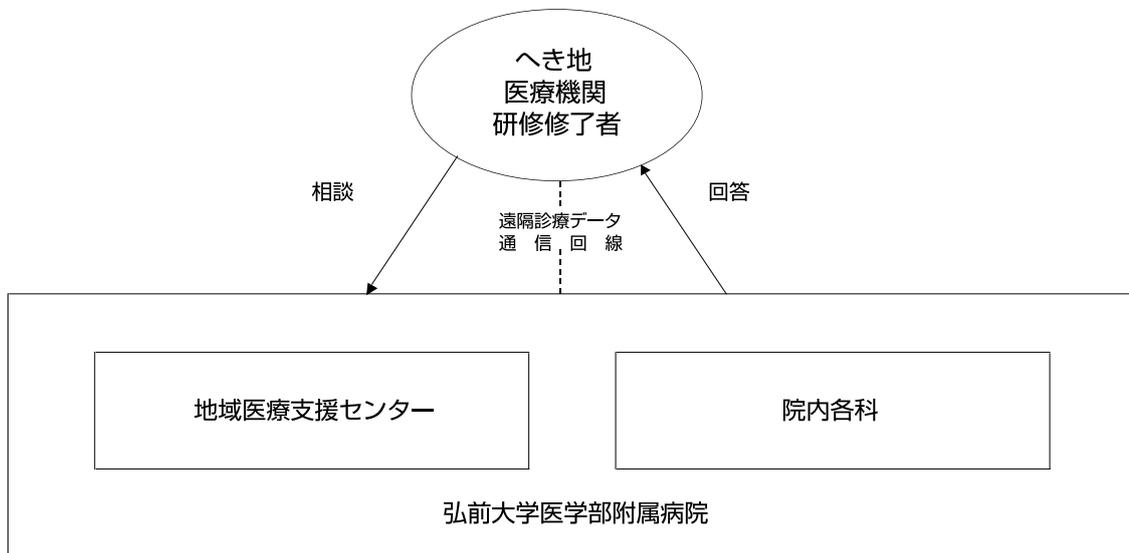
図IV-4-2 青森県へき地医療クリニカル・フェローシップ研修概略図



(フォーラム資料より引用)

図IV-4-3 遠隔診療データ通信システム

遠隔診療データ通信システム概略図



(フォーラム資料より引用)

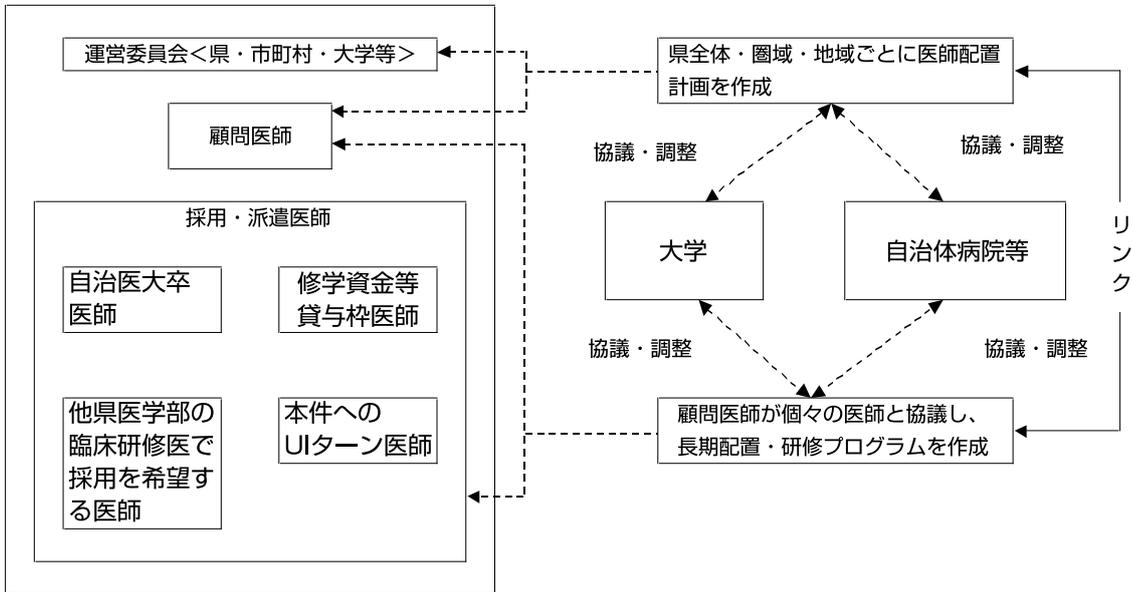
この機構の創設によって、自治体病院機能再編後の医師配置の確実性が高まり、各医療機関のパフォーマンスの向上と圏域内及び全県的人的交流だけに止まらない「地域が医師を育て支える」という、本来の住民参加も得た県下の医療インフラの整備とそれに基づく地域活性化があるべき未来図への道程が開かれるのである。

(6)住民参加

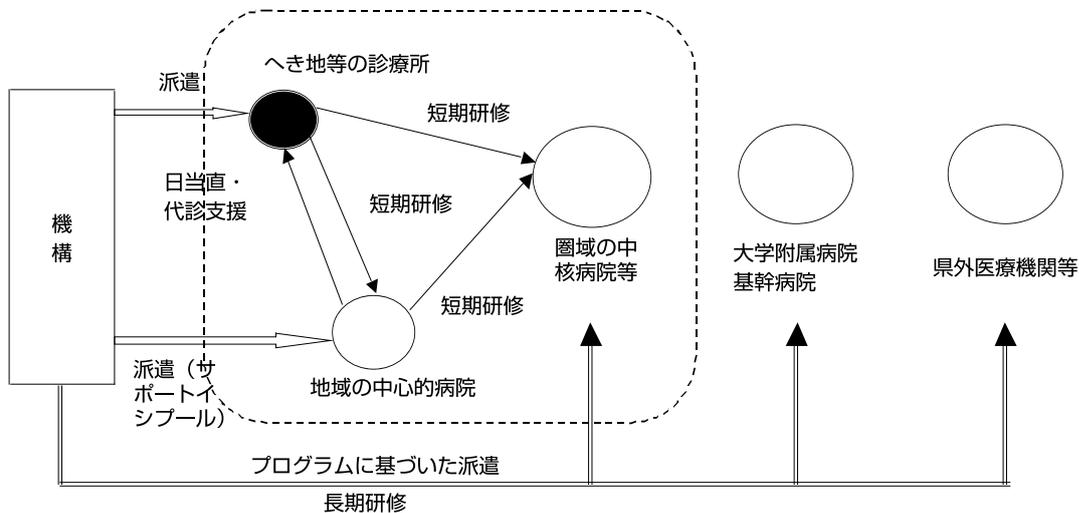
社会資本の少ない地方においては、特に自治体病院再編成といった地域の中での医療資源配置の再適正化を考えた場合、住民の理解だけでなくその参加は重要な意味を有する。青森県下の4つの地区においては地域住民と地区の医療関係者等を中心メンバーとする地域医療研究会が既に立ち上がっており、「安心して受けられる地域医療の構築に住民としてどのように関わっていくか」を主テーマとして数次の勉強会・情報交換会が行われている。

以前の研究会では、「会計処理や待ち時間が長い」ことから始まり、「医師は相談に乗ってくれない。もっと説明して欲しい」「医師や看護師の態度が悪い」と言った患者側の不満が一方的に出ていた。しかし、数回にわたる研究会を通じて、地域の多くの医師が32時間労働を繰り返しながらも、きちんと休日が確保されリフレッシュして勤務できれば平日の

図IV-4-4



地域医療ネットワーク  
プログラムに基づいた人事交流と  
相互支援を実施していく



(フォーラム資料より引用)

勤務はハードでも良いと思っていること、特に若い医師において、職業人として、地域にいながら研修等の勉学に対するニーズが高いことや、「地元住民と地区の医療機関とが一緒になって地域の医療を支えようとする地域なら医師も働いてみたいと考えるが、面白くもないし、感謝もされないようなところには誰も行こうとは考えない」「待たないでよいからと日曜日に受診して平気な患者には精神的に疲れる」といった医師・看護師側の思いを知るようになって、住民側も、言いたいだけの単なる文句を言って「後はプロが考えてください」といった今までのパフォーマンスでは自分たちが思う医療や福祉は手に入らないこと、「小児医療や救急医療等の自分たちに身近な医療が具体的にどうなればよいと考えているのか」「どういう医療が自分たちの地域には必要なのか」といった自分たちの地域で必要な医療や福祉の具体的なイメージ・デザインに基づいた要望を出して行かなくては同じことの繰り返しになるだけであることに気が始めている。

一方、医療関係者側も医師と患者間で認識が異なることに改めて気付かされ、もっと患者のことを知りたいと欲するようになってきている。住民の要求水準も上昇しているが、何もかもと求められても地方では資源的に無理であることは自明であろう。しかし、今後は、「どの程度の医療を、どういうことを住民が求めているか」を良く理解し知った上でより適切なサービス展開に適用したいと考え始めている。また、医療機関の再編成に関する行政側からの情報公開が十分とは言えないことや各自治体病院間で再編成に対する取り組み・認識が異なるだけでなく、同じ病院内でも職員同士の「情報」や「思い」の共有が少ないことなど、研究会での話し合いを通じて、現状もより明確に理解され、行政・住民・医療機関間でもっと情報共有や話し合いが必要であるとの共通認識が確立してきたように思われる。それだけでなく、一部の研究会では住民ボランティアによる夜間患者搬送の可能性が検討されるなど、地域の健康インフラを住民が支えようとするより積極的な住民参加・運動に繋がろうとしているのである。

研究会の場では、特に小規模医療機関で先進的に地域包括医療に挺身している事例も2～3紹介されている。ある施設では、既に先進的取り組みしていた診療所を中心として地域包括ケアセンターを最近設置し、保健・医療・福祉が連携し一体化した地域包括ケアシステム（在宅医療の推進、看護師等による24時間電話相談対応、住民に対する健康教育・啓発の推進および歯科医師や学校の養護教員とも連携した保健活動・予防活動の展開等）を立ち上げ、住民にも理解と支持の輪が広がり、地域経営上も入院医療に比して在宅医療にかかる費用が約3分の1と圧縮された一方で、心理的な満足度は在宅においてより大きいといった成果を上げてきている。また、患者教育・健康教育を積極的に行い、患者による主体的な自己予防と自己管理を治療や指導に組み込んで生活習慣病の予防と管理に威力を発揮させている。この施設では、以前の診療所時代に65歳以上高齢者の世帯については基本的に全戸訪問調査をして、その調査を元に在宅サービスを行うことからスタートしており、施設規模が大きくなってきても、医療関係者、訪問看護ステーション職員、保健師、福祉関係者が定期的にケア・カンファレンスやケアプラン検討会等で情報交換・共有を行って相互の連携を図り、役場の福祉課とも月1回の定例の打ち合わせ会を行って、マンパワーの絶対的な不足の中にあっても、全員の志気を維持してサービスの質・量の確保に成功しているのである。

先進的な成功事例に共通する要素として次のような項目が挙げられよう。

- 聞き取り調査等によるニーズ認識に基づくサービス設計と展開
- 膝詰め（ひざつめ）のような「思い」も含めた住民との距離の近い情報交換・相談への対応・教育・啓発活動
- 職員への教育・啓発による安全管理も含めたサービスの質の確保
- 職員同士に止まらず関係する機関との定期的な情報（「思い」「本音」といった部分を含む）交換・共有化
- 異業種間・多様な社会セクタ間との連携・協働

一方で、特に中規模の医療機関で患者・住民サイドのニーズ把握と病院等のパフォーマンスへの反映に苦慮されている事例が少なくないことも分かった。1人の救患にとっては1日の受診であっても、病院としてはそのサービスをいつでも提供できるようにするために1年分の体制が必要とされる。命や健康の問題だけに仕方がない面もあるが、過剰投資をする事の多い体質にあることは事実であり、医師等の経営側のみで患者のニーズを予想して投下資本の分配を決定していることで、この傾向が促されることになっていると考えられる。今後は、病院の役割分担を住民の要望を聞きながら決めていく必要がある。その上で、どの医療機関でどのような医療・治療が受けられるか、という医療情報公開を行い、県レベル、市町村レベル、機関内レベルおよび個人レベル、とそれぞれの段階で情報共有し、地域間クリニカルパス等の病診・病病連携といったより適切な資源配置とその連携に結びつけることが必要と思われる。

この10年間で青森県全体の医師数は人口10万対155人から165人に増加しているが、一方で、地域の病院で働く医師数と特定診療科の医師数は減少している。しかし、本研究会で、地域住民に支えられて、そして、地域の魅力に引きつけられて地元に着住する医師のいることも明らかにされた。地域づくりの中に病院や診療所がある。とは言うものの、ヒューマンパワーの絶対的不足、周辺の医療機関との連携の推進、特に後方病院からの支援システムの確立、一定の質を持った医師が来ることを担保する仕組み・環境の整備や道路整備等による医療機関へのアクセスの確保等、ソフト・ハード両面において解決されなくてはならない問題点がまだまだ多いことは言うまでもない。しかし、最終的に健康サービスを「買う（税金という形で支払うにせよ）」のは住民であることは論を待たない。それゆえ、「どのような病院や診療所を欲しているのか」、「どのような医師を欲しているのか」、「どのような保健福祉を欲しているのか」、「どのような地域健康インフラを欲しているのか」、そのために「どれだけの対価を出してよいと考えるのか」というニーズ意識を基盤として、医療機関・行政・住民の三者が情報共有・連携して地域での包括的な医療問題にあたっていく必要が益々増加するものと考えられる。青森県で試みられている「地域医療研究会」はその端緒と言える。

## (7)まとめ

地域医療づくりを進める上でハードやソフト面の拡充ももちろん必要であるが、「医療は地域のみinnで支え、作り育てていくもの。しかも、それはみんなが共有する公共財である。」という意識づくりを避けて通ることは出来ない。この意識形成が、特に社会資本の

少ない地方において、地域医療づくりの成否の鍵を握っていると言っても過言ではない。

1例を上げれば、地域医療のモデルとして岩手県の藤沢町が既に有名で他の地方自治体から年間多くの見学者が訪れているが、この地域での活動の1つの大きな原点は「ナイトスクール」と彼らが呼ぶ集会にある。夜、各地区の集会場に町長を始めとする行政関係者、藤沢町民病院院長や職員と地域住民が集まって、自分たちの地域医療について話し合いながら、お互いに意識と思いを共有し、言うことは言い、納得もし、譲りもし、協力してみんなで自分たちの地域医療を守り育てて来たのである。

様々な企業活動の中で、フラット・オフィスと云いナレッジ・マネジメントと云い企業環境の整備も含めて企業総力の集約とその企業戦略に基づく諸活動のバックサポートとが今後の成熟社会における企業運営の重要なガバメント・スキルと言われている。ニッチ分野も含め、今後益々、企業ミッションを業種・分野を越えて組織の末端までに行き渡らせて企業活動の総力戦にシフトしていくことになるだろうが、畢竟、変革のための意識とノウハウは現場に蓄積しており、企業戦略決定者である経営陣と各現場社員の意識の共有に基づいた協働による活動パフォーマンス最大化を目指すということであろう。合併・吸収等によって規模が大きくなった企業も含めて総務・営業・研究開発の垣根を越える努力、所謂「総力」体制となることを目指している。一方、行政の分野に目を転じてみると、地域健康施策の現場も含め、それを統括・運営する技能にはまだまだ磨かれるべき余地があるのではないだろうか。「地方の時代」と言われながら地方の持つ力は少ない。資源だけでなく、技能もノウハウもないが故に益々力を出し得ていないのが現状である。しかしながら、古くて新しいやり方ではあるが、それぞれの立場の人々・それぞれのステイクス・ホルダーが、久詰め談判的に近接して意見や思いを出しながら協働し地域医療のインフラを整備していくことは、地方自治の原点回帰としても興味深く、地域活性化に関して将来に向けての1つの大きな方略を示すものと思えるのである。

## 2) 青森県グランドデザイン

### (1) 医師確保のためのグランドデザイン策定の背景

2004（平成16）年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、青森県における2004（平成16）年末の医師数（医療施設従事者数）は、2,381人で、前回調査（2002（平成14）年末）に比べ40人減少しており、人口10万対医師数（医療施設従事者数）でも164.0人で前回調査より0.8人減少している（全国ワースト4位、ただし、人口の多い関東地区の県を除くと、実質的には全国最下位）。

加えて、2004（平成16）年からの新たな医師臨床研修制度の導入や国立大学の独立行政法人化の影響により、地域における医師確保がますます厳しい状況に追い込まれている。特に、自治体病院勤務医が次々と開業し、大学は自らの医師不足からこれを補充できない状態にある。

このような状況を打開するため、2005（平成17）年度に、医師が青森県に定着し、活躍するための中長期的な戦略となる「医師確保のためのグランドデザイン」を策定した。

### (2) 医師確保のためのグランドデザイン

このグランドデザインは2つの展望、3つの戦略からできている。

まず、「はじめに」では、青森県の置かれた厳しい現状と打開の方向性を示している。青森県は、医師不足が医師不足を呼ぶという悪循環に陥っているという現状認識をもっている。

もともとあった医師不足は、過重勤務となり、医師が重視する研修機会を奪っている、そのことが医師として成長していくことを妨げ、勤務意欲の低下と経営悪化につながる「負のスパイラル」を生み、必要な投資ができず、医師が逃げ出し医師不足に拍車をかけるという構造を生み出している。

こうした構造は、青森県高校出身者の医学部進学者の長期的な低迷、地元大学医学部卒業者の県内定着数の減少といった青森県独自の要因、若い医師の大学離れの傾向の強まりと臨床研修必修化に伴う医師確保の全国競争化、激務を回避して人並みの生活を楽しむ時間を持ちたいとする若い医師の意識変化などにより、放置すれば一段と強化されてしまう、ということが県としての認識である。

これを打開するためには、青森県は「人材確保」の立場から研修機会の創造等の役割を果たし、市町村は過重勤務の解消を図るべく、圏域全体の視点を持って医療現場の改革・改善に努める、青森県はそうした市町村を支援し、そして双方の努力は共同の意識の下に力強く進めていかなければならない。

そして、「おわりに」では、3つの戦略（後述）をやり遂げれば、医師不足が解消されることを実証的に示している。

#### ① 戦略1「優れた医育環境を整える」

医学部を目指す高校の段階から、医学生生の段階、医師として油が乗ってきた段階、そして女性医師の増加等の環境変化への対応とステージごとに施策を講じ、医師になった後まで、「良医」として成長していく各段階を地域が支援する。

○高校生のために、＜早期教育：良き資質を伸ばす＞高校生職業ガイダンス

目標とする医師像を明確にし、また、医師の国際性・人道性等、職業的魅力を伝え、学ぶ姿勢を育む。

○**医学部学生のために、〈経済支援：学びへの専念を整える〉医師修学資金制度の充実**

経済的負担の大きい医学部で充実した学生生活を送り、医師に求められる多様な資質を育むことを支援する。

○**医学部卒業前の学生のために、〈卒前教育：本県の特性を活かす〉プライマリケア卒前教育の拠点づくり**

へき地をはじめ、プライマリケアを学ぶ絶好の地である本県を全国的な医学部卒前教育のメッカとして育てる。本県深浦町の関診療所に大阪の市民病院で長年、救急医療に携わった柳医師が勤務している。そこで、柳医師の母校である大阪市立大学医学部5、6年生が6週間卒前教育のため滞在し勉強している。最近、特に重視されている卒前教育に対し、本県の過疎地が多いという特性を逆手にとって全国的な拠点を目指している。

○**医師国家試験合格者のために、〈臨床研修：総合力を養う〉指導医養成**

臨床研修は医師としての第一歩であり、指導医の力量を高め、医師としての基礎段階を充実させる。

○**臨床研修終了者のために、〈後期研修：専門性を養う〉専門医・総合医養成**

各診療科専門医として、また総合医として活躍ができるよう修練の機会を設け、指導医に成長していく環境を整える。今、殆どの医師は学会が認定する専門医の資格取得を目指しており、その受験資格を得る期間が後期研修である。

本県に医師が残らない一因は、この後期研修ができる自治体病院が少ないことであり、県立中央病院が大学離れの県内外の医師を受け入れる。

○**医師のために、〈豊富な研修機会：意欲に応える〉医療水準の高度化**

国内外の先進医療機関・大学との連携・講習会等、先進医療・医育ノウハウに触れて修得する多彩なツールを提供する。

医師としての経験を積んでくると、さらに先端の医療に触れたいという意欲が高まってくる。特に世界の医療をリードしているアメリカでどのような医療が行われているのか、実地に触れたいという希望は非常に強いことが分かっている。しかし、大学を離れるとそのチャンスが極めて乏しくなる。このため、県として、そのような米国の病院での経験の機会を積むことができるチャンネルを開拓・維持して、それを提供できれば大きな魅力を有する地域となることができる。

○**女性、退職職の医師などのために、〈再研修：パワーを顕在化する〉女性・退職職医師の能力発揮**

出産・子育て等による女性医師の職業ブランクを埋め、退職職医師の能力を活かす。最近の若い医師の40%近くが女性であるということに対応するもので、女性の場合、どうしても職業ブランクが発生しやすく、再研修システムは女性医師の働く環境づくりの面でも欠かせない。

② **戦略2「意欲が湧く環境を整える」**

いかに研修機会を創っても、今の激務の状況ではそれを活かすことはできない。医師不足の原因が、少ない医師の多くの病院への分散にあることを考えれば、特に専門医は基幹病院や中核病院に集約し、勤務環境を改善して研修を容易にするなどにより、医師を呼び

寄せ、残すということを実現するしかない。しかし、それだけでは住民の医療を受ける機会の制約につながりかねない。このため、基幹病院や中核病院では「総合医療・救急医療」を設置して、その医師が人事ローテイトで町村部のブランチ医療機関に定期的に勤務する、あるいは専門医も一定の期間は回復期の医療の経験をする、ブランチ医療機関を支援するという「人」を基本とするネットワークが必要である。圏域全体が大きな総合病院であるという考え方である。

現在、次から次へと開業が起こっているが、昔と違ってベッドをもたないようになっていく。折角の人材なので、入院医療にも一定の役割を担ってもらうこと、病院、特に中核病院は高度な医療機器を多く設置するので、それを効率的に使用すること、中核病院などへの患者集中を防ぐこと、これらのためにも病院機能の地域開放を中心とする本格的病診連携を進めなければならない。

さきほどの女性医師が子育てなどの間でも働けるようにするためには、ワークシェアリングなどの勤務形態の柔軟化、多様化が欠かせない。また、最近では、男性医師も40歳代半ば位だと、収入は少なくともいいから当直などがなく、家庭生活を豊かなものにしたいというニーズが高まってきている。そういう選択肢を用意することによって、本県の評価は高くなるはずである。

以上の勤務環境の改善は、医療現場、換言すれば、病院開設者でなければ実現不可能であり、県が医育機能整備に力を入れると同時に、市町村は県に協力しながら自らが勤務環境改善に力を尽くして欲しいと考えている。

#### ○＜センター：潤いのある生活を保証する＞過重勤務の是正

医療機関の運営は、医師の長時間労働という「自己犠牲」の上に成立しているところが大きく、医師集約によって過重負担を解消し、研修・研究機会や余暇時間を確保する。

#### ○＜ネットワーク：医師・住民の安心を保証する＞機能連携・広域運営

中核病院とサテライト病院・診療所をネットワーク化し、人事ローテイトを組み、医師に対してはライフスタイル・ステージ・専門に応じた勤務体系を、住民に対しては圏域全体としての充実した医療体系の提供を行なう。

#### ○＜ワークシェアリング：勤務体制を柔軟・多様化する＞女性医師など勤務ニーズ変化への対応

飛躍的に比率が高まっている女性医師の妊娠・出産・子育て等が安心してできる勤務体制、また、中高年医師に強まっている余裕ある勤務時間などのニーズに対応する。

#### ○＜オープン：勤務医・開業医連携を緊密化する＞地域の医療資源能力の最大化

病院機能のオープン化を進め、病院の有する機器や研修機能等の医療資源を最大限に発揮できるようにし、適切な受診を促進して過度の特定医療機関への患者集中、医師の疲弊を防ぎ、マンパワーの効率性を高める。

### ③ 戦略3 「仕組みを整える」

医育環境、意欲が湧く環境とも県全体の医療システムの中に位置づけられて、初めて威力を発揮する。

この仕組みを整える上で強調したいのは、大学と各自治体病院、大学と県立病院という、大学を中心とした直線的仕組みから、各圏域ベースでは人事ローテイトが組み込まれた全体としての総合病院システムが創られていて、そうした圏域システムと大学がつながって

いる、そして医師供給や研修のセンター・メインエンジンは大学だが、本県は県立中央病院を有しており、県はサブエンジンの役割を担い、各圏域システムを支援することが必要である。

このためにも、県立中央病院の教育機能アップや大学との交流調整機能を県や圏域は向上させていく必要がある。

### (3)あおもり地域医療・医師支援機構

このグランドデザイン策定と前後して、大学への一元的医師派遣を補完し、地域による医師採用・配置の必要性から、県・市町村・大学・県医師会などが運営に携わり、共同設置する「あおもり地域医療・医師支援機構」を設置した。

機構の目的は、県内外から医師を確保して青森県に定着してもらうこと、併せてへき地医療対策を円滑に実施することなどであり、国が都道府県に設置を義務づける「へき地医療支援機構」の機能を拡充した組織と位置づけている。若い医師やU・Iターンを希望する医師がこの機構の主な登録対象者となる。

機構の主な業務は、①県内自治体医療機関をはじめとする地域医療の充実や研修機会などの医師支援、②機構所属医師の配置の調整、③県内へき地医療支援計画の策定及び実施、の3つである。この円滑な活動を確保するため、地方自治体としては初めて医師無料職業紹介所として届け出、受理された。

具体的には、青森県内で働きたい医師が機構の趣旨等に同意すると、医師名簿に登録される。関係機関との調整や登録医師をサポートする顧問医師が面接等を行った上で、本人の志向や希望等について話し合う。その後、顧問医師は勤務プログラムを作成、配置先の医療機関と打合せを行ってから勤務が開始されるというプロセスになっている。

スタートから1年経過し、機構の登録医師は27人（自治医科大卒業医師22人、U・Iターン医師5人）に上る。また、医師修学資金制度については、地元大学医学部入学生特別対策事業を新設（特別枠・一般枠・学士枠）し、2005（平成17）年度入学生からその対象としている。その他、県外大学医学生枠など多様な支援の仕組みを提供している（全体で28枠）。このうち、特別枠については、卒業後、一定期間、機構の登録医師として県内の自治体病院で勤務することを返還免除条件としている。

### (4)医育機能充実事業

これら機構の業務以外にも、魅力ある医育環境の整備等を図るため、今年度の新規事業として「医育機能充実事業」を実施している。この「医育機能充実事業」は、5つの事業から構成されている。

#### ① 海外と連携した臨床教育事業

海外研修を希望する医師個人に対して研修ルートを開拓、維持することで、大学離れの若手医師にアピールできる県としての魅力を創出する。

#### ② へき地における卒前教育モデル事業

へき地医療に興味をもつ県内外の医学生を受入れ、県が作成する実習プログラムに沿って、地域医療の奥深さ、やりがいを学んでもらい、将来の本県のへき地医療勤務医師の養成を図る。

### ③ 医育サポーター派遣事業

県内の医育環境の充実及び医療水準の向上を図る観点から、県外大学から優秀な指導医（医育サポーター）を招聘して、県外大学が有する高度な医療知識及び技術を導入する。

### ④ アクティブ地域支援事業費補助

市町村と県がスクラムを組み、地域で医師を育成するシステムの構築や医師の勤務環境改善対策に取り組む自治体病院などが行う優れた事業を助成する。

### ⑤ 地域医療問題啓発事業

医師不足をはじめとする医療に関する構造的な問題について、県民の理解と促進を図るため、シンポジウムや研究会、普及啓発事業を実施する。

## (5)まとめ

このように、青森県では、医師が青森で勉強したい、勤務したいという地域づくりをするために、前述した「医師確保のためのグランドデザイン」を中核に据え、各種施策・事業に取り組んでいる途上にあるが、今後の取組みにより将来的に青森県が「日本きっての「良医」を育む地域」になることを期待している。

木元 良一（青森県健康福祉部 医療業務課 医師確保機能再編推進グループ副参事）

## 5. まとめ

本章では、地域医療を支えるシステムの構築に関わる都道府県の現状、地域医療支援機構の役割、地域医療支援システムを効率よく実施している都道府県の事例の紹介などを中心に議論を展開した。

都道府県は、厳しい財政状況の中で、都道府県医療計画に基づいて、地域医療の整備・拡充を主体者として実行している。この計画は、1985（昭和60）年の医療法改正によって創設され、地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的な活用、医療施設の機能連携の確保等を目的として、各都道府県が医療を提供する体制の確保に関する事項を定めている。現状の主な施策としては、第一次・二次・三次の各医療圏の機能分担をベースとした医療機関相互の機能分担と業務連携、また救急医療体制の整備・充実、そして、へき地医療対策の推進等があげられる。

へき地医療に目を向けると、へき地医療の整備・拡充に関しては、国が策定する「へき地保健医療計画」に基づき各種対策が策定され、その内容が都道府県医療計画に反映・記載され、都道府県のへき地医療対策が行われている。第1次へき地保健医療計画は、1956（昭和31）年に、「へき地における医療水準の向上を図ること」を目的として策定された。初期のへき地保健医療計画は、へき地の医療施設の整備・充実が目標であった。第4次へき地保健医療計画（1974（昭和49年））以降は、へき地中核病院の整備、医療情報システムの導入、へき地診療所に勤務する医師によるへき地中核病院で行う研修機能の強化、へき地診療所への代診支援を主な業務とするへき地医療支援病院の整備が行われた。このように、へき地医療の整備・充実は、医療施設の整備から、地域医療の支援する内容へと変化してきた。

しかし、さらにへき地医療対策の充実をはかるためには、これまでの二次医療圏単位では限界があり、より広域的な都道府県単位の取り組みの必要性が生じてきた。そこで、第9次へき地保健医療計画では、都道府県単位でへき地医療対策の各種事業を円滑・効率的に実施するために、新たに担当責任者（医師）を配置した「へき地医療支援機構」の設置が盛り込まれた。また、「へき地中核病院」と「へき地医療支援病院」による体制が見直され、都道府県単位で、へき地医療の支援が実施可能な病院群を「へき地医療拠点病院群」として再編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行うといった新たな枠組みが提示され、へき地医療対策に取り組むことになった。

臨床研修が必修化された2004（平成16）年以降は、へき地を含む地域等において医師の確保はきわめて難しく、危機的な状況にある。これに対応するため、2006（平成18）年6月の第5次医療法改正において、医師の確保や医療機関への配置等を都道府県単位で協議・推進する場として都道府県医療対策協議会の制度化が明記された。また、同年5月には、第10次へき地保健医療計画に「医師をはじめとした医療従事者の確保を必要とする地域への対応方針」を合わせた第10次へき地保健医療対策が出され、へき地医療支援機構の機能強化の方針が示されている。へき地医療支援機構は、へき地医療支援事業の企画調整、協議会を通じて確保された医師の配置計画、都道府県で策定したへき地に関する診療支援体制の実施、へき地からの意見・情報等を集約し、都道府県、協議会への報告を行う役割と担うと定義された。このように機構は、へき地医療の支援のみならず、医師の確保にお

いても重要な役割を担うことになった。

現在、都道府県医療計画、都道府県医療対策協議会、へき地医療支援機構といった枠組みにおいて、医師確保やへき地医療支援体制の制度は整備された感は強い。しかし、実際の課題としては、これらをどのように運営するかが重要であることは言うまでもない。そこで、本章では、すでに実施し成果を上げている高知県、島根県、長崎県と、これから実施する青森県の事例を紹介した。それぞれの県において、へき地医療対策が効果的に実行される仕組みを考案している。

高知県では、市町村間の労務環境や処遇の格差を解消し、どこの市町村に赴任しても同じ条件で、かつ気持ちよく勤務できる環境を構築できる、市町村の枠を超えた「横の繋がり」を重視した組織である高知県へき地医療協議会を設立している。この協議会の場で、医師、派遣を受ける市町村、医師を派遣し市町村を指導する立場にある県の三者が、それぞれの「思い」を伝えあい、相互理解を深めていき、非常に効率のよい医師確保ならびに支援体制が行われている。島根県では、医師を「呼ぶ」、「育てる」、「助ける」を3本柱として、医師確保、地域医療支援に取り組んでいる。この「呼ぶ」では、医師登録制度の「赤ひげバンク」に加えて、医師確保チームによる積極的な出張訪問による問い合わせ医師の希望を細かい聞き取りや家族と一緒に下見する地域医療視察ツアーなど特色ある取り組みを行っている。長崎県では、長崎県離島・へき地医療支援センターを設立し、医師個人が一つの離島診療所に24時間365日拘束されるのではなく、チームとして離島の地域医療を支える仕組みを構築している。また、長崎大学に寄付講座として、離島・へき地医療学講座を設立し、臨床研究面でも支援体制を整えている。青森県では、医師不足が、労働環境を悪化させ、さらに医師不足を生み出す負のスパイラルを打開する目的とした医師確保のためのグラインドデザインを策定した。そこで、「優れた医育環境を整える」、「意欲が湧く環境を整える」、「仕組みを整える」といった3つの戦略に基づき、県と市町村の相互の努力・協力を強く意識した具体的な対策を考案している。

従来の医師確保を含むへき地医療対策では、総論は理解できたとしても、具体策の段階になると、各種団体の利害が複雑に交錯することが多く、実行性の高い対策が考案されにくい状況にあったように思われる。しかし、ここで取り上げた各県の取り組みに共通することは、住民の医療を守るという理念に基づいて、働く医師、行政職、受入れ自治体および医療機関の信頼関係を構築した上で、さまざまな対策を考案していることにある。さらには、働く医師の生活に配慮した仕組み、また人生設計にも配慮した仕組みも用意している。これからのへき地医療対策は、関わっている組織や人々の相互理解と、いずれもが一定の利益を得ることのできる「Win-Win」（相互に利益を得ること）を生み出せる対策を考案することにつきる。へき地医療対策の是非は、俗な言い方をすれば、整備された制度という立派なキャンバスに、どのような絵を描くことが出来るかにつきると考える。人々を魅了し、思わず笑顔になる絵を描くことができる、つまり働く医師をはじめとして関わる人々の心に響く対策ができてはじめて、実効性の高いへき地医療対策となる。



# V 地域医療を担う人材育成

## 1. 医学教育の現状

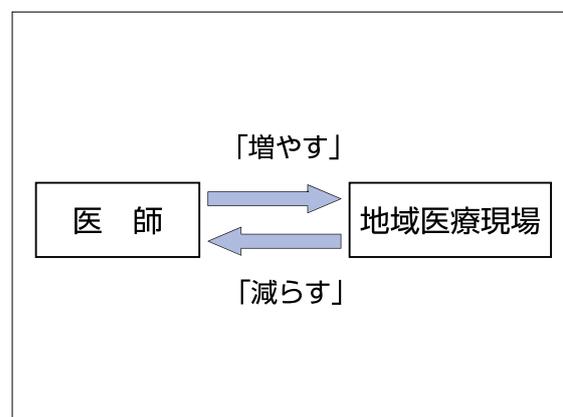
地域医療を支える人材の確保は、極めて単純な図式で考えると、地域医療現場で働きたいと思う医師や働く医師を増やし、現在、働いている医師の離脱を防ぐことによって得られる（図V-1-1）。しかし、それぞれの過程は、人々の心理、人間関係、地理的要因など様々な要素が関連し、実際には、非常に複雑な構図となっている。事実、多くの地域医療現場において、医師の確保は極めて困難な状況が続いている。ここでは、その要因の中で、医学教育に関わる要因として、医師養成数の変遷と地域医療に関わる教育プログラムの現状について取り上げる。

### 1) 医師養成数の変遷

外国から医師を招聘する等がなければ、現状では、一部の例外を除き、日本で医師となるためには、医学部医学科に入学し、卒業後に医師国家試験を合格しなければならない。その後、新医師臨床研修制度にもとづき研修を受け、医師として研鑽を積むことになる。これら一連の流れによって医師の養成が行われている。医学部入学から臨床研修を修了するまで、最短で8年の歳月を要し、実際的には、一人前になるには、その後も数年のトレーニングが必要となる。このように医師の養成過程には多くの歳月が費やされる。ここでは、まず、医師養成課程の第一段階である医学部入学定員の変遷について検討する。

医学部入学定数に関する大きな動きは、1970（昭和45）年に、当時として医師需要の目標について、「最小限必要な医師数を人口10万対150人とし、これを1985（昭和60）年を目途に充たそうとすれば、当面ここ4～5年のうちに医科大学の入学定員を1,700人程度増加

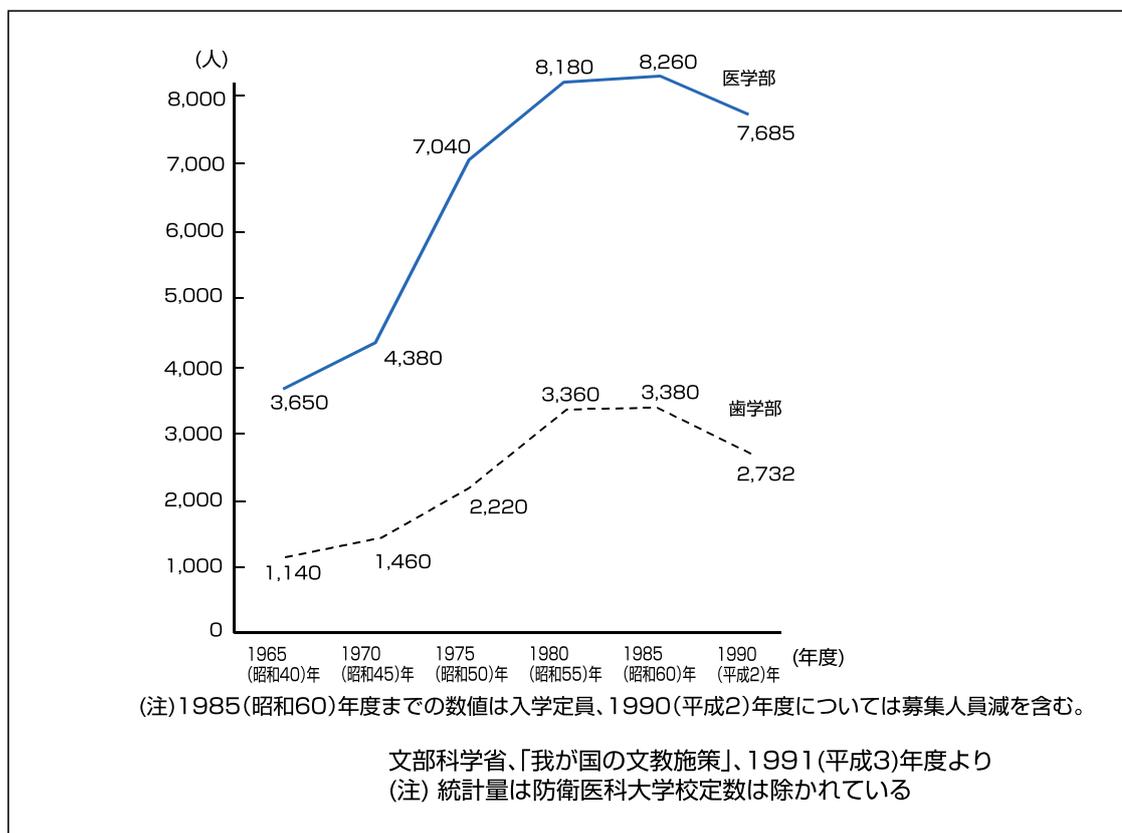
図V-1-1 地域医療現場の医師確保



させ、約6,000人に引き上げる必要がある」と提案されたことに始まる。この目標に従って、1973（昭和48）年から「無医大県解消構想」、いわゆる「一県一医科大学」設置が推進された。このころに自治医科大学も創設されている（1972（昭和47）年）。こうした動きによって、1981（昭和56）年には医学部の入学定員は8,360人となり、当初の予定より2年早い1983（昭和58）年には、「人口10万対150人」の医師の目標は達成された。

目標が達成された後、1984（昭和59）年に「将来の医師需要に関する検討委員会」（厚生省）が設置され、医師過剰となる将来推計が出された。これに基づき、「当面、1995（平成7）年を目途として医師の新規参入を最低限10%程度削減する必要がある」とする最終意見が1986（昭和61）年に取りまとめられた。これを受けて、当時の厚生省は、医学部の入学定員の削減について各方面に協力を求めた。そして、この年を境として、医学部の入学定数は減少傾向を示した（図V-1-2）。その結果、1993（平成5）年にはその数は7,725人となった。しかし、入学定数の削減率は7.7%であり、当初の目標に達していない状況であった。同年、「医師需要の見直し等に関する検討委員会」が開催され、ここでも将来医師が過剰になるとの推計結果から、「若干の期間において推計値を検証して、必要であればその適正化のための対策を立て、できるだけ速やかに実行することが望ましい」と提言された。1997（平成9）年には医師数を抑制する旨の閣議決定がされ、同年に「医師の需要に関する検討会」が設置された。翌1998（平成10）年には、「地域的にみて医師の配置に不均衡が見られるものの、現在の医師の状況は全体として未だ過剰な事態に至っていないが、診療所医師数の増加がある程度続いた後は医師の過剰問題がより一層顕在化し始める」といった報告書が公表された。このような状況下において、医学部入学者定数は削減

図V-1-2 医学部・歯学部の入学定員（募集人員）の推移



傾向を続け、2005（平成17）年の医学部入学者は7,277人になっている。

このような医学部入学者定数の削減の流れの中で、一部の行政機関や団体などによる対策は行われたものの、へき地の医師不足はなかなか解消されず、逆に最近では状況はさらに悪化してきている。近年、へき地に限らず特定の地域や診療科においても医師不足が指摘されている。これらを背景として、医師の需要の見直しを行うため、2005（平成17）年に「医師の需要に関する検討会」（厚生労働省）が設置された。2006（平成18）年に報告書が取りまとめられた。

その中で、今後の対応の基本的考え方において、「まず、現状をまとめると、病院、診療所とも、医師数は一貫して増加しており、また、地域でみても全ての地域で増加している。ただし、地域間の格差は必ずしも減少の方向に向かっていない」と述べられている。医師の養成に関わる部分では、「医師の養成には時間がかかること、また、多額の国費が投入されていることを踏まえれば、医師数が大きく過剰になるような養成を行うことは適当ではない」と記述されている。その一方で、地域における医師の確保に関する取り組みとして、「大学医学部の入試における地域枠の設定や、地方公共団体が取り組んでいる9年間程度の勤務地を指定した奨学金の設定、さらには地域枠と奨学金の連動は、今後一層推進・拡大すべきである」とし、また医学部定員の暫定的な調整として、「すでに地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにも係わらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある」と提言している。

こういった状況において、地域医療に関する関係省庁連絡会議において新医師確保総合対策の合意が行われた。その中に、医師不足県における医師養成数の暫定的な調整の容認が盛り込まれた。医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議にてその手続き案が検討され、弘前大学、岩手医科大学、秋田大学、山形大学、福島県立医科大学、新潟大学、山梨大学、信州大学、岐阜大学、三重大学、自治医科大学の11大学の医学部で、2008（平成20）年から最大10年間、10人以内の定員増を認めることになった。

このように、医学部入学者定数は、その時々医師の需要見込みに応じて、調整が行われてきた。大きな流れとしては、まず、1970（昭和45）年に人口10万対150人を目標に定め、医学部入学定数を増加させる方向に動いた。無医大解消構想等により、実際の入学者定数は8,000人を超え、人口10万対150人の目標も1983（昭和58）年に予定より2年早く達成された。その後は供給過剰見込みにより、1987年（昭和62年）から入学定数の削減が行われて現在に至っている。入学定数の削減の中で、近年の医師数の地域格差を踏まえて、一部の大学に限り、入学定数を増やす対策が講じられようとしている。

## 2) 地域医療に関わる教育の変遷

### (1) 医学教育の変遷

医学・歯学教育の充実方策に関する検討を進めるために、1999年（平成11）年に「学士を対象とする医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」が、そして、2000（平成12年）3月に「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」（文部科学省）が設置された。2001（平成13）年には両協力者会議の報告が取りまとめられ、それに基づき、近年、医学教育の改善・充実が急速に進められている。

この報告書は、以前に行われてきた医学・歯学教育改革のための提言を踏まえて、医学・歯学教育改革のための教育現場で必要とされる具体的、実践的な提案とモデル作りを行った点を特徴としている。その中で、今後の医学・歯学教育の目指すべき目標を8つあげている（表V-1-1）。報告書は、これまでの医学・歯学教育の内容を整理、精選したカリキュラムの提示、臨床実習をこれまでの見学型から診療参加型とした臨床実習カリキュラムの提示、臨床実習開始前の学生の評価システムの導入の提案、教える側（教員、教育組織）の能力及び機能向上のための提案の4つの柱からなっている。その中で、様々な具体策が提示されている。

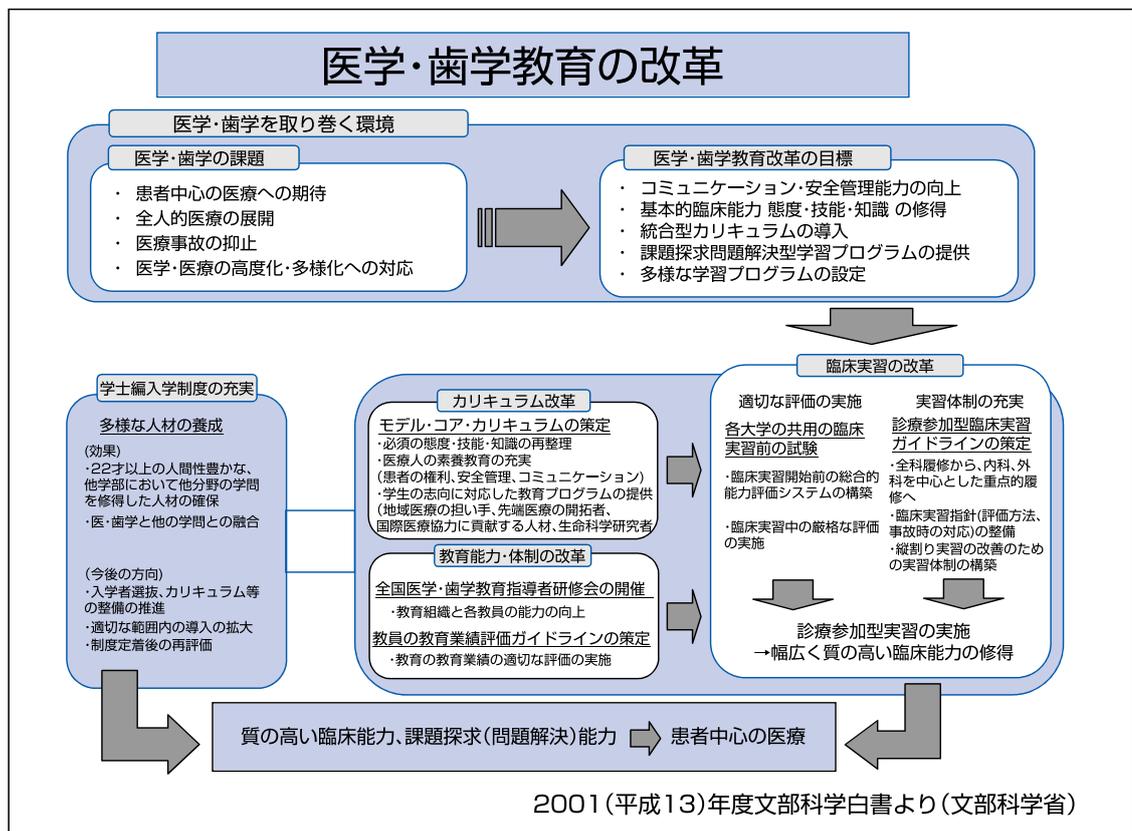
この報告書の提言を受けて、各大学において医学教育の改革への積極的な取り組みが始まった。また文部科学省においてもその実現に向けて協力、支援等が行われた。そこで行われた医学教育の主な施策が図V-1-3にまとめられている。この施策の中で、医学・

表V-1-1 今後の医学・歯学教育の目指すべき目標

- ・患者中心の医療を実践できる医療人の育成
- ・コミュニケーション能力の優れた医療人の育成
- ・倫理的問題を真摯に受け止め、適切に対処できる人材の育成
- ・幅広く質の高い臨床能力を身につけた医療人の育成
- ・問題発見・解決型の人材の育成
- ・生涯にわたって学ぶ習慣を身につけ、根拠に立脚した医療を実践できる医療人の育成
- ・世界をリードする生命科学研究者となりうる人材の育成
- ・個人と地域・国際社会の健康の増進と疾病の予防・根絶に寄与し、国際的な活動ができる人材の育成

(2001(平成13)年医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告より(文部科学省))

図V-1-3 医学教育の主な施策



2001(平成13)年度文部科学白書より(文部科学省)

歯学を取り巻く環境において、医学・歯学の課題として、患者中心の医療への期待、全人的医療の展開、医療事故の防止、医学・医療の高度化・多様化への対応を挙げた上で、医学・歯学教育改革の目標として、コミュニケーション・安全管理能力の向上、基本的臨床能力（態度・技能・知識）の修得、統合型カリキュラムの導入、課題探求（問題解決）型学習プログラムの提供、多様な学習プログラムの設定を掲げている。

このような課題や目標に基づき、モデル・コア・カリキュラムの策定によるカリキュラムの改革、各大学の共用の臨床実習前の試験（共用試験）や診療参加型診療実習ガイドラインの策定による臨床実習の改革、全国医学・歯学教育指導者研修会の開催や教員の教育業績評価ガイドラインの策定による教育能力・体制の改革と多様な人材の養成を目指した学士編入学制度の充実などを具体的な方策として提示し、質の高い臨床能力、課題探求（問題解決）能力を持ち、患者中心の医療を展開できる人材の育成を図ろうとしている。

## (2)プライマリ・ケア教育の現状

地域医療白書作成にあたって、プライマリ・ケアに関わる医学教育に関するアンケート調査を行った。調査方法は、全80医学部（医科大学、医科大学校も含む）を対象に、プライマリ・ケア医の役割の系統的な講義（以下PC講義）、地域包括ケアを見学、体験できる実習（以下、地域医療実習）、保健福祉現場での実習（以下、保健福祉実習）について、それぞれ、実施の有無、実施開始年度、導入した学年を調査した。地域医療実習については、必修および選択の実習期間も調査した。

医学部において、PC講義は53%、地域医療実習は78%、保健福祉実習は81%において実施されていた（表V-1-2）。地域医療実習や保健福祉実習に比較して、PC講義が行わ

表V-1-2 プライマリ・ケアに関わる教育の現状

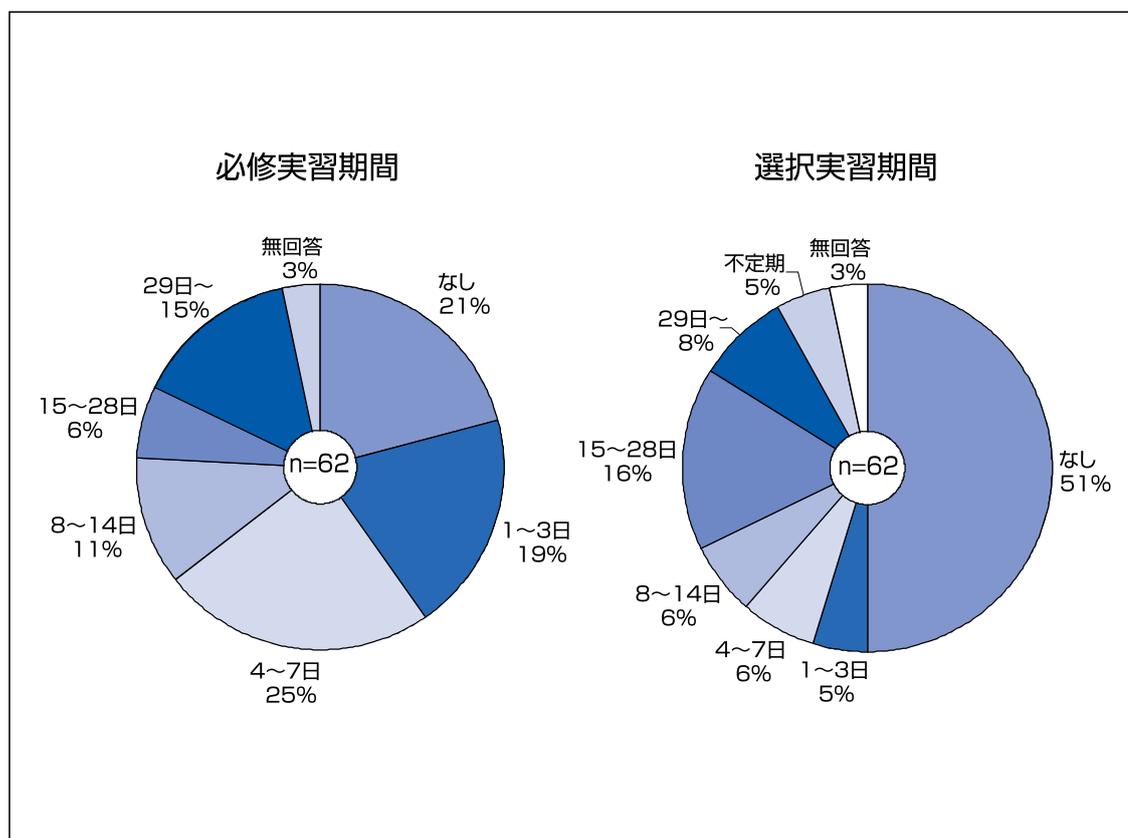
	プライマリ・ケア医の 役割の系統的な講義	地域包括ケアを見学、 体験できる実習	保健福祉現場での実習
講義・実習はある*	42 (53%)	62 (78%)	85 (81%)
講義・実習の開始年度			
1980～1986年度**	2 (5%)	3 (5%)	7 (11%)
1987～1996年度	2 (5%)	5 (8%)	5 (8%)
1992～1996年度	3 (7%)	12 (19%)	14 (22%)
1997～2001年度	15 (36%)	16 (26%)	15 (23%)
2002～2006年度	18 (43%)	24 (38%)	18 (28%)
無回答	2 (5%)	2 (3%)	5 (9%)
導入した学年			
1学年	4 (10%)	4 (8%)	32 (48%)
2学年	3 (7%)	2 (3%)	8 (9%)
3学年	3 (7%)	1 (3%)	6 (9%)
4学年	23 (55%)	6 (10%)	7 (11%)
5学年	5 (12%)	27 (44%)	6 (12%)
6学年	2 (5%)	20 (32%)	4 (9%)
無回答	2 (5%)	2 (5%)	2 (2%)

\* n=80、\*\*保健福祉現場での実習のみ1965～1986年度

れている割合は低かった。開始年度については、いずれも2002（平成14）年～2006（平成18）年度が最も多く、PC 講義は43%、地域医療実習は39%、保健福祉実習は28%という結果であった。保健福祉実習は、以前より開始している大学が比較的多いものに対して、PC 講義及び地域医療実習は1992（平成4）年以降に開始した医学部が約9割を占めた。とりわけPC 講義は1997（平成9）年度以降に開始した医学部が約8割を占めた。これらのことから、医学部では、保健福祉実習が以前より開始され、次に地域医療実習が開始され、そしてPC 講義の開始の順で、プライマリ・ケアに関わる講義・実習が導入されてきた経緯が推測される。その中でも、2001（平成13）年に取りまとめられた医学・歯学教育の改革に関する報告後、2002（平成14）年度から開始した医学部が多いことが際立っている。

これらの講義や実習を導入した学年について、最も多かった学年は、PC 講義は4 学年（55%）、地域医療実習は5 学年（44%）、保健福祉実習は1 学年（49%）であり、それぞれの講義・実習での回答が分かれた。地域医療実習は、5 学年と6 学年で約8割を占めた。医学部において、それぞれの講義・実習は、保健福祉実習は低学年で、地域医療実習は臨床実習でもあることから高学年で、PC 講義は、その間の学年で行うといった棲み分けが行われていることがうかがえる。地域医療実習の実習期間については、必修実習期間は、4～7日（24%）が最も多く、次いで1～3日（19%）が多かった、選択実習期間は、15～28日（16%）が最も多かった（図V-1-4）。実習に関わる手間や受け入れ医療機関数などの問題から、全員が行う必修実習については比較的短い実習期間の回答が多かったと思われる。ただ、実習期間の回答に、極端な偏りはなく、導入している各医学部間において、

図V-1-4 地域包括ケアを見学、体験できる実習の期間



ばらつきがみられ、実習内容に関してもある程度のばらつきは予想される。

近年、以前と比較して医師派遣に対する大学医局の力は弱まり、新医師臨床研修制度により研修医の流動化が進んでいる。このような動きの中では、地域医療現場の医師確保の視点において、働く意欲がなければ、そこへ赴くことは難しい状況は容易に想像される。一般的に、地域医療現場での臨床実習の経験が、その後の地域医療現場での勤務に影響をもたらすと言われている。これからの医学部教育の中で、地域医療を実践しようとする意欲の醸成は、より一層、重要な役割を果たすことになる。2002（平成14）年度を境として、多くの医学部において、プライマリ・ケアに関係する講義や地域医療現場での実習が導入されたことは、この点において肯定的にとらえることができる。しかし、すべての医学部においてこれらの講義・実習が導入されているわけではなく、また地域医療実習の期間などばらつきもみられ、多くの課題を抱えていることも事実である。また、こういった動きが実を結ぶのにある程度歳月が必要なことも事実である。

前述した新医師確保総合対策の中で、医学部の入学選抜における地元出身者のための入学枠（いわゆる地域枠）の拡充と、出身地にとらわれず、将来地域医療に従事する意思を持つ者を対象とした入学枠の設定が推進すること等が盛り込まれた。これには、地域医療への関心と意欲を高めるためのカリキュラム開発や地域医療機関と連携した学ぶ機会の提供等地域医療に関する教育の充実を図ることも併記されている。このようにいわゆる地域枠の制度が目標を達成するためには、6年間の医学部教育を通して、効率よく地域医療に関わる教育の実践は不可欠であろう。しかし、実際に、このような動機付けに加えて、地域医療現場に医師が赴くという行動をおこすための支援も不可欠である。卒業後も、十分な支援できるシステムを構築することも行うことによって、当初の目的である地域医療現場の医師確保につながることを強調したい。

## 2. 新たな医師臨床研修制度

### 1) 医師臨床研修制度の変遷

1946（昭和21）年、連合軍総司令部（GHQ）民生部の指令により、医学部卒業前にはほぼ全臨床科と保健所などをローテート（無給）してから医師国家試験を受ける実地修練（いわゆるインターン）制度が創設された。1948（昭和23）年、医師法に基づく制度となった。その後、1968（昭和43）年、医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後、2年以上の臨床研修を行うよう努めるものとする臨床研修制度に変更された。この制度下では、新卒者の9割が臨床研修を受け、うち7～8割が大学附属病院で臨床研修を受けていたが、その4割は出身大学でのストレート方式による研修であった。

2004（平成16）年、専門診療に偏り、地域医療との接点が少ないこと、アルバイトをせざるを得ず研修に専念できないこと、研修内容や研修成果の評価が十分にされていないこと、等の不都合を解消するため、ローテート研修を必修とし、処遇の改善、研修内容や成果の評価を実施する、新制度に移行した。

### 2) 新医師臨床研修制度成立の背景

旧臨床研修制度では、ストレート研修が主流で、初期診療に対応する能力の不足が既に指摘されていたため、厚生省（当時）は、1978（昭和53）年「プライマリーケアを含む臨床研修の実施について」とする通知を出し、1980（昭和55）年にはローテート方式（内科系、外科系、救急診療部門のうち2つ以上を含む）、1985（昭和60）年には総合診療方式（上記と小児科の4部門を含む）の導入を進めていたが普及しなかった。

1994（平成6）年、医療関係者審議会臨床研修部会は「中間まとめ」で、「臨床研修を必修とすることが望ましい」と提言、1999（平成11）年までに必修化と内容の充実を方向付けた。2000（平成12）年には医師法・医療法が改正され、必修化が確定した。

### 3) 新医師臨床研修制度の制度設計

法改正後の2001（平成13）年6月には、医道審議会医師分科会に医師臨床研修検討部会が設置され、2002（平成14）年5月の中間まとめ（論点整理）までの間、さまざまな立場からの意見を聴取した。この時、22の団体が要望書を提出した。

ローテーションの必修科目についての要望は、内科・産婦人科・精神科・小児科・救急・麻酔科で認められたが、内容は、必ずしも要望どおりではなかった。内科は1年以上の要望に対して6か月以上に短縮、麻酔科と救急は「救急部門（麻酔科を含む）」という表現でどちらか一方でよくなり、救急1年間必修の要望は退けられた。老年医学・臨床検査・リハビリテーション・整形外科の必修化、病理診断・病理解剖の選択科目化は見送られた。一方、衛生学・公衆衛生学分野の研修と中小病院や診療所での研修については、これらを合わせて「地域保健・医療」という枠での研修が行われることになった。

2002（平成14）年5月の中間まとめ（論点整理）は、①研修の基本的あり方：プライマリー・ケアの基本的な診療能力、人格の涵養（かんよう）、②研修施設：病院群の拡大や指定要件の見直し、③研修内容：基本的な研修プログラム、④組み合わせ決定：定員の設定、

組み合わせ決定（マッチング）、⑤研修委員会等：研修成果の評価、⑥研修医の処遇：処遇の基準を骨格としており、その具体的な内容は、2002（平成14）年6月に設けられた、新医師臨床研修制度検討ワーキンググループにゆだねられた。10月には、「新たな医師臨床研修制度の在り方について（案）」が公表され、パブリックコメントの募集を経て、12月には関係省令の制定により骨格が確定した。

このように長期間の公開の議論は、提出資料や議事録がインターネット上で公開されている。議論の透明性が高かったことが、新臨床研修制度の円滑な出発に役立った。

#### 4) 「地域保健・医療」研修を巡る動き

旧制度で指摘されていた、「専門領域に偏り、地域医療との接点がない」との欠点をなくすために、地域保健・医療研修を充実させようという動きが関係者の間で活発になった。例えば、全国自治体病院協議会中小病院問題委員会は、2001（平成13）年「期待される医師を養成するために中小自治体病院が果たすべき役割」と題する報告書の中で地域保健・医療研修のモデル的カリキュラムを提案している。日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会などで組織するプライマリ・ケア教育連絡協議会は、2003（平成15）年「地域保健医療研修のモデルカリキュラム」を発表した。また、プライマリケア・家庭医療の見学実習・研修を受け入れる診療所医師のネットワーク（PCFM ネット）は、「プライマリケア・家庭医療の診療所実習・研修の手引き」を発表して、この領域の研修における研修医の必須知識や望ましい態度を具体的に示した。書籍も、伴信太郎『21世紀プライマリ・ケア序説』（2001（平成13）年）、家庭医療学会『家庭医 プライマリ・ケア医入門』（2001（平成13）年）、米国家庭医療学会『プライマリ・ケア何を学ぶべきか』（2004（平成16）年翻訳）、日本プライマリ・ケア学会『プライマリ・ケア医の一日』（2004（平成16）年）、同『プライマリ・ケア用語集』（2005（平成17）年）、同『プライマリ・ケア実践ハンドブック』（2004（平成16）年）など、この領域の研修を支援する内容の出版が相次いだ。

日本医師会は、地域の第一線で活躍する医師が指導する、オーダーメイドの卒後臨床研修モデル事業を企画し、2002（平成14）年度卒業の一人が栃木県医師会研修プログラムで研修し修了したが、その後中断した。

#### 5) 新医師臨床研修制度の概要

##### (1) 基本理念

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（2002（平成14）年12月11日、厚生労働省令第158号）は、「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならない」と定めている。（ここでは、「プライマリ・ケア」という語を「医師としての基本的な診療・初期診療」という意味で用いている。）

また、基本三原則として、①医師としての人格を涵養（かんよう）、②プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を習得、③アルバイト

せずに研修に専念できる環境を整備とも表現されている。

## (2)臨床研修病院と研修プログラム

旧制度における臨床研修指定病院の条件であった剖検率はCPCの実施を条件に撤廃され、病床数も緩和された。また定員を年間入院患者100人に一人または10床に一人とする基準が新設された。臨床研修病院は、単独型、管理型、協力型に類型化され、これらと臨床研修協力施設との組み合わせで研修プログラムが形成されることから、中小病院が臨床研修の場となる機会が巡ってきた。

また、研修医と研修プログラムが相互に選択するに当たって「マッチング」方式が導入された。その結果、旧制度下で大学病院で研修する研修医が7割だったのが5割にまで落ち込んだ。2007（平成19）年度に研修を開始する予定の医学生は、8,094名が1,304の研修プログラム（定員合計11,306名）にマッチした。

## (3)臨床研修の到達目標

「医療人として必要な基本姿勢・態度を定めた行動目標と、経験すべき診察法・手技・症状・病態・疾患を定めた経験目標で構成」（厚生労働省令など）されている。この到達目標により、新制度がめざす医師像が明らかになった。

研修達成度の評価については、国立大学病院長会議常置委員会教育研修問題小委員会制度設計を検討する部会及び大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）が開発・運用しているEPOCがオンライン版で提供され、大学病院の81.3%、臨床研修病院の54.2%が利用している。平成17年度の研修医の登録は5,128名であった。

指導医を支援する試みとしては、「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」が著作され、国立保健医療科学院のホームページにて公開されている。

経験目標の中で、「特定の医療現場の経験」という項目の(3)が「地域保健・医療」であり、「へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等（臨床研修協力施設）のうち、適宜選択して研修すること。」と例示されている。社会福祉施設までは、制度設計のプロセスで地域医療関係諸団体と公衆衛生関係諸団体の要望を容れたものだが、赤十字血液センター以降に例示されている施設については、2002（平成14）年10月22日の「新たな医師臨床研修制度の在り方について（案）」には記載がなく、厚生労働省令の施行についての医政局長通知（2003（平成15）年6月12日医政発第0612004号）から登場したもので、その経緯は明らかでない。

## (4)研修医・指導医の処遇改善と補助金

今回の法改正時の参議院国民福祉委員会付帯決議（2000（平成12）年11月）は、「臨床研修を効果的に進めるために指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること」としており、厚生労働省は、研修医の処遇改善と指導医の活動、施設整備に関しての予算措置を行うとともに研修医の労働者性を認めて週40時間労働を基本とする指針を示した。これにより、旧制度下で主に私立医科大学附属病院で見られた低賃金、長時間労働は大幅に緩和された。しかし、指導医についての補助金は不十分なままである。

### (5)指導医講習会の開催

厚生労働省は、医政局長通知（2004（平成16）年3月18日医政発第0318008号）で、臨床研修指導医講習会の開催指針を定め、学会・大学・病院・病院団体・自治体などが一定の方針のもとに開催した講習の修了者に対して臨床研修指導医として認めることになった。この講習会は、指導医の水準確保に貢献し、研修の質の向上と指導意欲の向上に役立っている。

## 6) 新臨床研修制度を巡る議論

### (1)卒前臨床教育との整合性

新制度では、研修期間が1～2ヶ月と短い診療科では、医学生の臨床実習や見学と変わらず、重複は意味がないとの主張が大学関係者を中心に根強くある。医学生の可能な医行為の範囲を拡大し、臨床研修の一部を卒前に移して、期間を1年に短縮すべきだとの主張もある。2005（平成17）年5月20日の全国医学部長病院長会議総会では出席者の8割が新制度の廃止を求めたと伝えられた。千葉県が2006（平成18）年9月に行った県内研修医のアンケートでも、短期間では技術が身につかないことや、見学が多く意味がないことを指摘する回答がある。今後、魅力的で有意義な研修に向かって充実させることで解決するか、臨床実習との関係を整理するか、などが議論となっている。

### (2)臨床研修の到達目標と経験目標

実施までに長時間の議論がなされたものであるが、なお、研修制度そのものの目標に照らして、必修とすべき診療科、目標について加除すべき点などについて多様な議論がある。また、経験の質を問わない「経験目標」という項目についても当初からプログラムの目標としては適切な表現でないと医学教育関係者から指摘されている。

### (3)指導医の質と量の確保

新制度では、専門医・認定医だけでなく、プライマリ・ケアについての十分な臨床経験のある医師も指導医になれる。現在のところ、資格要件は暫定的に5年以上（法では7年）の臨床経験と講習会修了である。全国の指導医が共通のカリキュラムにより認定されることは質の確保のために有意義であるが、直接の指導医と研修プログラム全体の管理運用に携わる指導医との間、また直接の指導医でも専門診療科と地域保健・医療との間では自ずと求められるものが異なる。研修指導の実情に合わせた内容とすることが、講習会主催者に求められる。

### (4)臨床研修の評価

研修医の達成度の評価は、厚生労働省によりEPOCによることが推奨されているが、評価には、手間がかかる。また、ポートフォリオなど多彩な評価方法が提唱されている。

一方、研修プログラムの評価については、ほとんど議論されておらず、マッチングの結果がほぼ唯一の評価となってしまっている。

### (5)地域保健・医療研修の意義

地域医療の経験を通じて、病診連携・予防医学・社会福祉・保健・介護などを理解することが期待されている研修である。これまでに約3,000の施設が研修協力施設として登録され、その内訳は診療所と小病院が約半数、保健所・保健センターが約2割であるが、プログラムにより取捨選択されるため、実際にどのような研修が行われているかについては資料が乏しい。複数の研修医アンケートなどで一部に施設内のみの研修や見学に終始するなど、意義を見出しにくいプログラムもあることがわかっている。反対に、岩手県立病院の研修プログラムは、2年目に2か月以上、3年目以降の研修医についても地域保健・医療の研修を含むなど、積極的に地域医療に暴露する試みも見られる。地域医療機関からは、当初、この研修が将来の医師確保につながるのでは、との期待が寄せられたが、それが実現するかどうかについては、数年の経過を待たなくては判断できない。

いずれにしろ、旧制度では、地域医療の第一線に触れることの少なかった研修医の全てに地域保健・医療を必修としたことは画期的であり、研修内容の充実や指導医の技量向上のためにさらなる議論が必要であろう。

### (6)地域医療への影響

研修修了後の医師は、7～8割が臨床研修を受けた病院でいわゆる後期研修を受けており、大学病院への移動は起こらなかった。そこで、大学病院では、研修医のみならず、3,4年目の医師も不足して、診療・研究・教育に支障をきたすことから、地域の派遣先病院から医局員を呼び戻すことで機能を確保しようとした。これにより、小児科や産科など医師数が絶対的に不足している診療領域はもちろんのこと、多くの診療科で地域医療機関から医師の「引き上げ」が始まった。その結果、残された医師はさらに激務になるという悪循環を生じた。このことは、既に日本医師会病院委員会（委員長以外はすべて医師会役員）が新制度施行直前の2003（平成15）年1月に発表した「地域における臨床研修と医療連携の推進について」（中間まとめ）において予言されており、ここでは、地域医療機関側の方策として、次のように書かれている。

「地域医療を担う病院がその役割を全うするには、必要な医師を継続的に確保するための有効な方策を持たなければならない。新たな臨床研修制度の下では、研修医が研修施設のプログラムの内容や処遇に関する情報によって研修病院または研修病院群を選択することになる。臨床研修制度に積極的に関わり、研修医からも選択されることによって、真に地域が必要としている医師を確保することが最も望ましい解決策と言える。」

一方、大学病院側はまた、別の対策を提案している。2006（平成18）年7月20日、全国医学部長病院長会議が緊急声明を発表し、①過疎地を含む地方の医療の崩壊、②小児科・産科はじめ外科系救急医療の崩壊、③日本の医学医療、教育・研究・診療の沈滞を緊急かつ重大な問題ととらえ、「臨床研修制度の迅速な見直し」を関係官庁に求めた。同時に①医学生の実習の充実により、研修内容のかなりの部分を卒前に移す、②卒前医学教育と臨床研修、その後の専門研修システムの構築を含む一貫性のある研修制度への変更、③研修医の適正配置（大学病院に多く配置）を提言している。また、多くの大学医学部教員が、研究の拠点としての大学研究室と地域医療を支える、医師派遣機構としての医局の存在意義を強調し、研究に裏打ちされた医学医療の発展が必要とする主張を繰り返して、新

制度の廃止または、期間の短縮を求めている。一方で、大学病院の多くは、定員の半数を地域の病院との間で形成する病院群でいわゆる「たすきがけ」プログラムを実施したり、県内の研修プログラムを統括する組織を立ち上げたりして系列化を進めてもいる。

では、新制度は地域医療に従事する医師数にどんな影響を与えるのであろうか。2006（平成18）年8月31日「卒前教育から生涯教育を通じた医師教育の在り方に関する研究」班は、研修医の約半数の8,124人が回答したアンケート調査で、小規模な病院ほど研修体制に対する満足度が高いことや、その理由として職場の雰囲気、指導医の熱心さ、他職種との連携、待遇のよさ、必要な症例数や手技経験数、診療科間の連携などが挙げられていることを明らかにしている。研修プログラムに対する満足度についても小規模なほうが高い傾向があり、研修目標の達成度は大学病院より臨床研修病院のほうが若干高い。そして、研修修了後の進路希望では、小児科7.5%、麻酔科5.8%、産婦人科4.9%と、巷間人材不足と言われている診療科の希望も、実際に20歳代の医師が従事している割合（小児科6.8%、麻酔科4.6%、産婦人科4.2%、平成14年）と比較しても決して少なくない。つまり、大学病院の研修医が減ったことがただちにこれらの領域の医師の不足を意味するのではなく、臨床研修病院のうち、都市部の病院への偏在が問題であるといえる。

#### (7) いわゆる「後期研修」の問題

後期研修の内容と到達目標、プログラムの策定についてはプライマリ・ケア領域か専門領域かによらず、公的な指針も定員もなく、それぞれの領域のプログラムが、主に学会認定医・専門医に向けての研修を前提に研修施設ごとに策定されている。このため、研修内容、専門領域別の不均衡、認定医・専門医制との関係、評価方法、処遇などの問題が指摘されている。

プライマリ・ケア領域では、日本プライマリ・ケア学会が認定医制度を改正したほか、日本家庭医療学会も2006（平成18）年度からの研修開始者を対象に、プログラム認定を経て「家庭医」を認定する制度を発足させた。また、この2学会と日本総合診療医学会との間で認定医・専門医制度のすり合わせについて協議が進んでいる。

さらには、後期研修後に、地域医療を担う人材を養成するシステムが未完成であることや量的にも不十分であることの問題も存在している。

### 7) まとめ

新医師臨床研修制度は、医師としての基本的な知識や技能を全医師に獲得させることを目的として一定の成果をあげているが、地域医療への影響を図りきれなかったことで混乱や議論を巻き起こしている。地域医療を担う人材育成という観点から改善が望まれる。

## 3. 医療人GPの現状

### 1) 医療人GPとは

医療人GPは、国としての医師確保対策を話しあった2004（平成16）年12月の三省（厚生労働省・総務省・文部科学省）協議を受けて始まった、2005（平成17）年度からの大学改革推進等補助金の一つで、交付対象を医・歯・薬・看護学部など医療系の学部に限定したものである。

文部科学省は、従来、学生数や学科に応じて補助金を支給してきたが、これを重点的・効率的に配分するため、一部を削り、大学改革推進等補助金・研究拠点形成費補助金にあてた。このような補助金は、これまでに、2002（平成14）年度からの21世紀COE（Center of Excellence）プログラムをはじめ、教育COE（のちCOL）、特色GP（Good Practice・特色ある大学教育支援プログラム）、大学院イニシアティブ、現代GP（現代的教育ニーズ取組支援プログラム）などが実施された。

医療人GPも上記各種補助金と同様、それぞれの目的にかなう施策（教育プログラム）を大学から募集し、審査のうえ交付する競争的補助金である。医療人GPは、初年度予算総額5.8億円で始まり、「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」を募集した。「へき地を含む地域医療を担う医療人育成」と「全人的医療を実現できる医師・歯科医師の養成」の2テーマで教育プログラムを募集した。その結果、前者15大学、後者5大学が採用され、「自治医科大学地域医療後期研修プログラム」も前者で採用された。

### 2) 自治医科大学地域医療後期研修プログラム前史

自治医科大学は、1972（昭和47）年の創設以来、多くの卒業生がへき地をはじめとする地域医療に従事しているほか、日本における「総合医」像の具体化に大きく貢献してきた。1981（昭和56）年には、地域医療学講座（現・地域医療学センター地域医療学部門）を設け、自治医科大学卒業生の支援、地域での研究や予防活動の推進、総合医としての生涯研修を本格化させた。一方で、独自に研修医を育て始めた。1985（昭和60）年以降、新潟大、杏林大、香川医大の卒業生が相次いでレジデント（研修医）になった。当時の研修プログラムは、一定の様式にとらわれず、個々の事情や、それまでの臨床経験、目標に応じてオーダーメイドで作られていた。

1991（平成3）年6月には、6大学から7人がジュニアレジデントとして地域医療学／地域家庭診療センターに集まってきた。そこで、地域医療学講座は、彼らのための地域医療研修プログラムの策定に向かって走り始めた。研修における獲得目標は「家庭や地域の視点を持ち一人診療所や地域の中小病院で勤務することができる能力」に置いた。研修目標の多くは、自治医科大学卒業生を中心に策定された研修目標と、当時交流のあったワシントン大学家庭医療学教室のレジデントの研修目標を参考に、教員による数回の議論を経て策定された。

ローテーションは、地域家庭診療センター（現・総合診療部）、附属病院内科2科、小児科、外科、地域（院外）、麻酔または救急、選択を各3か月とした。研修目標やローテーションの中身は、2004（平成16）年施行の新臨床研修制度に酷似しているが、最初の1-2か

月に、Early Exposure として、地域の医療機関を訪れ、地域医療の現状をつぶさに見聞する期間を設けていたことが特徴であった。3年目以降は、附属病院と、各地で保健・医療・福祉を包括して展開している関連医療機関での研修を1～2年ずつ組み合わせることにした。

プログラムの内容を向上させるため、年に4回（のち2回）研修報告会を開催し、レジデントと指導医が熱い議論を戦わせた。その議論の焦点は、必須の診療能力とは何か、指導医の資質とは、良い研修環境とは、地域医療の実践に必要な知識・技能の範囲等、後に臨床研修必修化の議論の過程で提起されたものと共通であった。それから約15年経ち、シニアレジデントから加わった者も含め、70名あまりが研修を修了し、その多くが地域医療の現場で臨床に従事している。

理想的と思われたこのプログラムであったが、問題も生じた。各地の医療機関からの要請に応じて、レジデントである医師を派遣するという、いわゆる「医局」と同じしくみでは、「医局員」も「派遣先」も納得できない事例が生じてきたのである。最近、どこの「医局」でも「〇〇病院へ行けというなら医局辞めます。」という人が続出しているという。地域医療学講座も例外ではなかった。また、レジデントの問題のため、派遣を中断したこともあった。逆にレジデントから研修環境や指導医の資質の問題などで「△△（医療機関）ではあまり研修にならない」と評価される研修機関も出てきた。

そこで、新医師臨床研修制度開始を機に、「医局」としての派遣をとりやめた。従来のプログラムの基本を踏襲した上、新しく地域医療の展開に必要な共通カリキュラムを盛り込み、総合診療部での研修や選択科目の研修を合計1年間研修したのち、レジデントと研修医療機関との「マッチング」で2、3年目の研修先を決めるという方式を採用した。これにより、双方に向上心が生まれ、緊張感のある関係ができることを期待している。

また、自治医科大学では、地域の中核的医療機関で不足している指導的立場の看護職員を確保するため、自治医科大学附属病院の若手～中堅看護師を「派遣」として多数出向させてきた。これは、業務命令としての出向であったが、派遣先の医療機関での勤務を通じて、新たな視点を持てたり、管理的な業務の経験につながったり、実際的な看護能力の向上が見られたりする例があった。このことは、看護学部と看護部による共同研究でも明確になってきた。そして、このような「派遣」の積極的な意義とともに、「派遣」前のオリエンテーションや技術修得の不十分さも指摘されるようになった。

そこで、医師の派遣同様、看護師にも派遣前の教育研修を積極的に行い、その成果や到達点を評価するシステムを確立することにより、地域医療機関への看護師の「派遣」に積極的な意義を持たせることが必要ではないかという考えに到達した。

その頃、医療人 GP の募集があり、医師の研修に関しても、看護師の研修に関しても、まさにこのプログラムと目的を一にするものと考え、応募したところ、2005（平成17）～2007（19年度）に採用されることとなった。

### 3) 自治医科大学地域医療後期研修プログラム（医師対象）の概要

#### (1)対象

当プログラムは、臨床研修を修了した3年目の医師向け「地域医療後期研修コース」と臨床経験5年以上の医師向け「地域医療生涯研修コース」からなる。後者は、一定の得意分野を持った上で家庭医・総合医として地域で活動したいという医師や、開業希望の医師を対象としている。

#### (2)身分

総合診療部をホームグラウンドとした研修ではあるが、特定の講座・医局に所属せず、自治医科大学附属病院長を委員長とする研修管理委員会直属でシニアレジデントとしての身分である。修了後は、特に拘束や義務はない。

#### (3)定員

後期研修コース（3年間）各年度6名、生涯研修コース（2年間）各年度2名である。

#### (4)地域医療共通必修カリキュラム（自治医科大学附属病院）

自治医科大学附属病院研修中には、当プログラム全員を対象にした次のような共通必修のカリキュラムが用意されている。

- ・心肺蘇生法・外傷初期診療・感染症対策・感染症治療・医療安全活動・TQC
- ・危機管理・予防医学・疫学・臨床疫学とEBM・チーム医療の実践と組織論・医療機関経営

#### (5)現地体験（短期地域医療）カリキュラム

- ・自治医科大学附属病院研修中にレジデントが地域研修医療機関を選び、3－5回実施される。
- ・内容は、地域医療機関における診療の体験や地域医療の実情を見学することなど。
- ・研修医と医療機関の間で相互に評価し、後半の研修先選択（マッチング）の判断材料とする。

#### (6)マッチング

- ・短期地域医療機関体験プログラムの評価をもとに相互で希望をとり、マッチング方式で、後期研修コース2年、生涯研修コース1年半の研修医療機関を決定する。

#### (7)地域研修医療機関の指導医のもとでの研修

- ・地域医療を推進していて、研修プログラムや指導体制が整った医療機関を募り、一定の条件を満たすところを「地域研修医療機関」として認定する。
- ・地域研修医療機関では、指導医のもと、プログラムに基づいた研修が行われる。
- ・指導医と研修医・地域医療機関の間で相互評価を行う。
- ・地域医療機関から給与が支給される。
- ・自治医科大学が代診や研修不足の分野について直接支援する。

#### (8)プログラムの発展と充実

- ・年に2回、研修医・指導医が一堂に会して研修報告会を開催し、レジデントに対しフィードバックするほか、研修プログラムそのものについてもフィードバックを行い、逐次改善を図る。
- ・研修管理委員会・専任指導教員がレジデントと個別に相談に応じ、実効ある研修の実現に努める。

### 4) 自治医科大学地域医療後期研修プログラムの特徴

#### (1)研修目標

この研修プログラムの目指す医師像は、「当プログラムを修了した時点で、地域住民と患者のニーズに的確に応え、合理的で暖かな、信頼される保健医療サービスを自ら提供できるようになり、介護や福祉・産業振興・文化まで含めた幅広い分野のひとつと協働できる医師」。

#### (2)個別目標

各領域について、下記のように研修目標を定める。

##### A 診療

- ・診療所や中規模病院で外来診療を自立して行うことができる。
- ・中規模病院での当直が自立してできる。
- ・上部消化管内視鏡検査（スクリーニング）が自力で行える。
- ・腹部超音波検査が自力で行える。
- ・入院患者の管理を自立して行うことができる。
- ・根拠に基づいた診療が実践できる。
- ・地域や家庭を視野に入れた診療ができる。
- ・職員と良好な人間関係を維持することができる。

##### B 地域包括ケア

- ・地域包括ケアの概念を述べることができる。
- ・在宅医療の導入と展開が自力でできる。
- ・多様な専門職の特性と能力を理解し、協力してケアを行うことができる。
- ・保健・介護の専門職に対し、的確な情報提供を行うことができる。
- ・介護保険の利用について概要を述べることができる。
- ・他の医療機関との間での確かな情報交換ができる。
- ・地域住民と良好な関係を築き、地域包括ケアを展開することができる。

##### C マネージメント

- ・医療機関の経営について意見を持ち、提言することができる。
- ・医療安全活動と医療の質の向上に寄与する活動において中心的な役割を担うことができる。
- ・院内感染と感染症治療、予防についての確かな判断と行動ができる。

##### D 生涯教育

- ・地域で求められる新たなニーズに応じて自ら積極的に学習に取り組むことができる。

##### E 教育指導

- ・研修医・他の医療専門職に対し、教育活動を企画し、実行できる。

#### F 研究活動

- ・地域のニーズに沿った研究テーマを見出し、日常的に研究活動を行うことができる。
- ・地域医療、家庭医療またはプライマリ・ケアの学会あるいは学術雑誌上で定期的に研究成果を発表することができる。

#### G 自己実現

- ・なりたい自分を想定でき、それに向かって着実に行動することができる。
- ・喜びを持って研修を行えるよう、自らを変革し、環境に働きかけることができる。

## 5) 自治医科大学地域医療後期研修プログラムの成果と期待

### (1)後期研修

#### ①2006（平成18）年度

後期研修コース2名、生涯研修コース1名が研修を行った。2007（平成19）年4月からは、マッチングにより決定した地域研修医療機関（高知県本山町立嶺北中央病院、茨城県石岡市医師会病院、新潟県上越市上越地域医療センター病院）に赴き地域での研修を開始する。

#### ②2007（平成19）年度

後期研修コース4名が4月から研修を開始する。

いずれも、研修修了後、地域医療を担う人材として、地域の医療機関で活動を継続することが期待される。

### (2)地域研修医療機関

全国から24医療機関が参加し、年2回の研修指導医研修会を通じて互いに交流し、地域に根ざした研修についての意見交換が活発になり、研修プログラムの策定や実施・評価についての経験が共有できるなどの成果を挙げている。

今後、研修場所としての充実が図られると、現在は、都市部に集中し、臓器別専門医に偏りがちな研修医が地域医療・家庭医療に参入するための受け皿として機能することが期待される。

## 4. まとめ

医師養成数の変遷について、厚生省（当時）は、人口10万人あたり医師150人を達成した後も医師数が増加していることから、1987（昭和62年）以降、医師数を抑制する政策をとってきた。その結果、医学部入学者は2005（平成17）年には、7,277人にまで減少した。この間、勤務する医師数は増加したものの、へき地の医師不足は解消されず、地域間の偏在、特定診療科の医師不足が顕著になってきた。そこで、厚生労働省は、「医師の需給に関する検討会」を設置した。2006（平成18）年の報告書では、奨学金の充実、地域枠の設定、地域定着策の実施を前提とした特定地域の医学部についての暫定的定員増が提案された。

医学教育カリキュラムの変遷について、2001（平成13）年の「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」報告に基づき、医学教育の改善が進められている。その内容は、コア・カリキュラムの導入、診療参加型の臨床実習の導入、臨床実習前の学生評価導入、教える側の能力・機能向上の取り組みの4つの柱からなる。

プライマリ・ケア教育について、我々の調査では、全国の医学部で、プライマリ・ケアに関する講義は53%、地域医療実習は78%、保健福祉実習は81%が実施しており、その多くが、2002～06（平成14～18）年度に開始したものであった。これらのうち、保健福祉実習が早くから取り組まれ、地域医療実習が実施されるようになり、最後にプライマリ・ケアに関する講義が普及するという発展を遂げていた。

新医師臨床研修制度について、1946（昭和21）年から始まった、インターン制度、1968（昭和43）年からの臨床研修制度に続き、2004（平成16）年度から新医師臨床研修制度が始まった。この制度は、人格の涵養（かんよう）、基本的診療能力の修得、研修医の待遇保障を基本原則とし、セミローテート方式、研修目標の統一、研修医と研修病院のマッチングによる決定、指導医講習会の開催による指導医の技量向上、研修医の給与・指導医の費用に当てる補助金の交付などを特徴としている。

新制度では、「地域保健・医療」が必修となり、全ての研修医が地域医療に暴露される可能性が生じたが、一方で研修場所が大学病院から都市部の臨床研修病院にシフトしたことから、大学病院医局からの派遣に頼って維持されていた地域の中小医療機関では深刻な医師不足に陥った。これに対して、医育機関を中心に新制度を廃止または改訂するのがよいとする提案や研修病院の系列化により対処しようとする動きなどがある。地域医療を担う人材の育成という観点からは、地域医療に従事する医師らがもっと積極的に研修に関わることが期待されている。

医療人 GP について、2004（平成16）年、医師確保対策を厚生労働省・総務省・文部科学省が協議した結果、文部科学省は、大学改革推進等補助金の一部活用し、「医療人 GP（地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム）」を募集した。

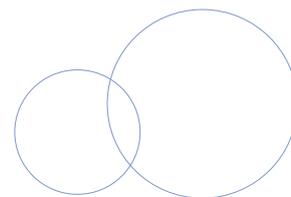
これに採用された自治医科大学地域医療後期研修プログラムは、自治医大病院で総合診療部などをローテートし、地域医療の実践に必要な知識・技能・態度を身につけたのち、優れた指導医のいる地域研修医療機関で研鑽を積むことを主眼とした、いわゆる「後期研修」である。

地域研修医療機関と研修医の間では、マッチングが行われる。また、専任指導教員が訪

問して指導する試みも始まる。地域医療機関に赴く看護師との共通の研修も実施される。  
これらの施策が地域医療の充実・強化のために貢献するよう、期待される。



# VI 自治医科大学の現状



## 1. 自治医科大学が目指す総合医像

地域医療とは、「地域住民が抱える様々な健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮ることができるよう、見守り、支える医療活動」である。そして、この地域医療を実践する医師が、総合医である。

総合医が備えるべき要件としては、①一般内科（General Internal Medicine、GIM）の広い知識と技術を持ち、日常診療で頻度の高い疾患の診断と治療が適切にできる、②救急患者の初期対応ができる、③慢性疾患の長期管理ができる、④チーム医療の協力体制を組織・運営し、地域中核病院および診療所において診療の中心となって活動できる、⑤全人的・包括的医療、家庭と地域を視野に入れた医療を実践できる、⑥地域の行政と連携して保健・医療・福祉の資源を有効に利用し、地域住民に対して予防医学的指導ができる、ことが挙げられる。

なお、必要とされる臨床能力は、診療活動を行う地域、医療機関によっても多少異なるが、一般内科（GIM）を中心とした一般診療に加え、小児科、小外科、整形外科、皮膚科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科の初期救急と応急処置ができること等である。また、臨床能力とともに、医療関係者、住民、行政とのコミュニケーションを図り、円滑な関係を構築する能力も不可欠である。

## 2. 総合医の教育

### 1) 学生教育

高度先進医療が急速に発展してきた医療の現場では、人間から病気、臓器へと目が向けられ、人間をみるという視点が希薄になっている。自治医科大学では、人間をみる医療、生活をみる医療を基盤とする総合医の育成を目指し、入学当初から学生が医療現場での体験的学習を通じて地域のニーズを直接感じ、学習の動機付けを高めるとともに、継続して体系的に地域医療教育を行っている。内容としては、一般的な疾患の診療、慢性疾患の管理、急性疾患への対応、在宅ケアを含む在宅医療、介護保険への関わり、公衆衛生活動、予防接種、健康診断、学校医・産業医の活動などが含まれる。この地域医療に関わるカリキュラムは、1学年から6学年まで段階的かつ継続的に準備されている。その講義・実習は、120コマに上り、さらに臨床実習（BSL）：総合診療・地域医療が院内、院外（出身都道府県）において各々2週間ずつ、計1ヶ月間実施されている。これらの必修カリキュラ

ムに加え、5学年時に2週間、5～6学年時に4週間の院外選択BSLも準備されている。

地域医療教育は、地域医療学講座（現 地域医療学センター地域医療学部門）と総合診療部が主体となって実施しているが、その他の講座からも多くの教員が参加している。総合診療部の外来における学生診察実習には、全内科診療科の科長、副科長も指導に当たり、院外必修BSLには毎年15名の教員が学生に同行している。また、地域現場における実習の標準化を図り、より効果的なものとするために、臨床講師（地域担当）制度が設けられている。47都道府県に配置されている臨床講師（地域担当）がコーディネーターとなり、各地域に教育ネットワークが構築されている。臨床講師（地域担当）は、年に1度、教育ワークショップを開き、地域における教育環境のさらなる向上へと努めている。

総合医の育成に関しては、卒前医学教育と卒後研修との連携と一貫性が不可欠である。卒後研修に関しては、第一期生の時から各都道府県と総合医像を共有化するとともに、総合医を育成すべく研修病院には各科で研修を受けるスーパーローテート研修プログラムを立ち上げていただいた。ほとんどの都道府県において総合医育成の研修環境が整備され、今日に至っている。この間に、多くの総合医が育成された。同研修システムは、現在の新医師臨床研修制度のモデルとなっている。これらの研修病院は、長い年月を経たローテート研修プログラムを有しており、現在の臨床研修マッチングにおいてはいずれの病院も人気を博し、高いマッチング率となっている。

## 2) 自治医科大学附属病院の総合診療部

1982（昭和57）年に自治医科大学に設置された地域家庭診療センターを基盤とし、2000（平成12）年4月、その機能を充実発展させた総合診療部が誕生した。その目的は、①幅広く横断的な医療の提供、②専門医の専門診療への機能特化、③学生・研修医の育成、④総合診療の啓発・普及にある。

診療については、救命救急センター、集中治療部（ICU）、感染制御部、専門診療各科との連携のもとに、外来、救急、在宅、入院と幅広い活動を行うほか、近隣の保健事業、介護保険事業、全国への代診なども行っている。診療には、教授3名、助教授5名、講師2名、助手6名のほか、病院助手、シニアレジデント、大学院生が参加している。

外来診療は、初診患者受付に立ち、診療科案内を行うことから始まる。初診外来では、総合診療部への紹介患者のほか、紹介状のない内科系初診患者の約5割を診察しており（1日平均15名）、一般的な疾患を中心に、診断のついていない患者やマルチプロブレムの患者などの診療に当たっている。症状の程度は、軽症から重症まで多岐にわたっている。再診外来では、1日約90名の患者を診察している。

救急診療は、日勤帯の内科系救急外来を一手に担当するとともに、夜間、休日帯の日当直にも参加している。日勤帯では、内科系の全救急患者（1日約10名）に対応し、うち救急車対応は1日1～6件である。在宅診療では、10～15名の患者に24時間体制で臨んでいる。

入院診療では、1日20名前後の入院患者に対応している。約8割の患者は、院内外からの紹介、救急外来を経て入院となっている。輸入感染症を含む各種感染症、不明熱、複合疾患を有する患者の急性増悪などが上位を占めている。精査を進めてみると、癌、白血病、悪性リンパ腫、非定型的な膠原病などが見出されることも稀ではない。全身管理や呼吸管

理を必要とする患者が多く、ICUの支援下に治療に当たることも少なくない。

診療に関する意見・情報交換を行い、質の均一化と向上を図るため、毎日、外来では診療終了後に、そして病棟では早朝にレビュー・カンファレンスを実施している。さらに、他診療科のスタッフの出席のもと（4ないし5診療科）、定期的にグランド・カンファレンスも開催している。総合診療部の医師には、幅広い知識・技術に裏打ちされた総合的な診療能力と高度な全身管理能力が要求され、一丸となって日々スキルアップに励んでいる。

### 3) 自治医科大学附属大宮医療センターの総合診療科

総合診療科は、大宮医療センター設立の趣旨の一つである「地域医療に従事する本学卒業生の生涯教育」のための基盤をなす診療科としてセンター開設と同時に設立された。

開設当初から総合医療の重要性を認識し、同センターの内科系診療科の全てを総括する診療科として先取的医療と実践的な卒前卒後教育を実施しており、2004（平成16）年2月からは、総合診療科としての独自の診療、教育体制をより強化する目的で、専門診療科と並列の診療科として専用の入院病棟を独立させた。

総合診療科は、健康保険制度の枠組みのなかで患者にとって最も有益な医療を提供すること、また、教育病院として、その実践のために「患者中心の内科的マネジメント」ができる優秀な総合医を育成するための卒前、卒後教育を行うことを目標とした活動をしている。

総合診療科の医師は、自分で解決できる疾患・病態と、専門医の協力が必要な疾患・病態を正確に判断し、最も有益な医療を提供するために「患者中心の内科的マネジメント」を行う。そのため、総合診療科の医師は自己開発と生涯学習により、臨床研修能力を常に高く維持することに努力し、得意とする専門分野の知識・技能を深め、日常診療を通じて後進の医師育成にも最善を尽くしている。

## 3. 地域医療学センター

高齢化、疾病の慢性化・複合化が急速に進展し、健康の維持・増進に対する地域住民の関心が急速に高まる中、各自治体においては健康問題への取り組みが重要課題の一つとなっている。地域の期待に応えて、実効性ある保健事業や医療活動の創出に尽力することは自治医科大学の責務であり、この社会の要請に応えるため、地域医療学センターを2004（平成16）年4月1日に開設した。同センターには、地域医療学部門、公衆衛生学部門、環境医学部門、人類遺伝学部門、法医学部門、地域医療政策部門、地域医療支援部門、および東洋医学部門の8部門が置かれ、センター長には、高久史磨学長が就任している。なお、同センターは、自治医科大学の根幹を担う組織となることから、医学部の中に置くのではなく、大学の教育研究施設とされており、センターの運営及び教育研究に関する基本方針、その他の重要事項を審議するため、地域医療学センター運営委員会が設置されている。

同センターの目標としては、①地域医療の体系化と情報発信を行う、真にわが国のセンター的役割を担うことを目指し、教育、研究、支援、提言を強力に推進すること、②各部門が協力して地域医療を担う総合医育成のための教育カリキュラムの更なる改善とそれを支える研究、診療体制の充実を図っていくこと、③自治医科大学21世紀COEプログラムの

大規模地域ゲノムバンク推進事業、JMS コホート研究、地域医療白書に関わる調査研究を地域医療学センター全体の研究テーマとして捉え、一丸となって取り組むとともに、各部門が進めてきた研究をさらに発展させていくこと、④地域で働く卒業生の診療支援にとどまらず、研修ならびに研究支援も積極的に行っていくこと、⑤わが国の地域医療の課題を明確にし、その解決策等に関して提言を行っていくこと等を推進することとしている。

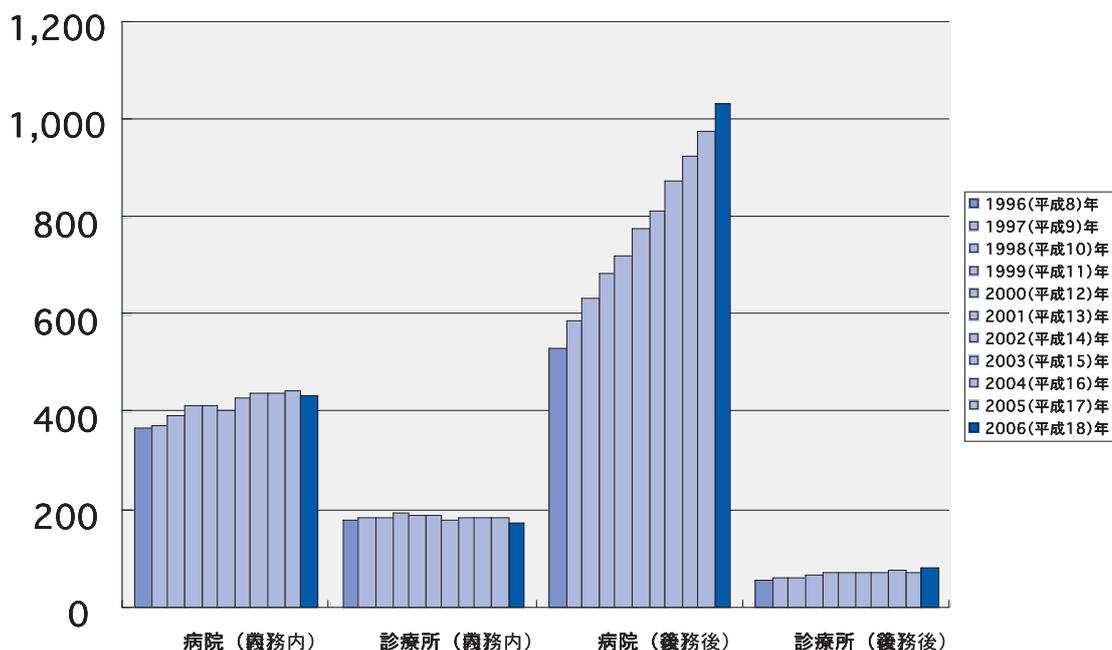
## 4. 地域医療支援に関する自治医科大学の取組み

地域医療白書第1号が発行された2001（平成13）年度と2006（平成18）年度を比較すると、卒業生総数は502名増加（2,486名から2,988名）しており、さらに勤務別の増加状況を見ると、病院勤務が289名の増（1,179名から1,468名）、診療所勤務が37名の増（314名から351名）等、順調に推移している。また、義務年限を終了した卒業生の総数は、この5年間で514名増加（1,416名から1,930名）しており、さらに義務終了後も出身都道府県に定着している卒業生の数は324名増加（1,025名から1,349名）している。これらの数字は、地域医療を担う優秀な医師を育成し都道府県に送り出すという自治医科大学の最大の責任を十分に果たしている結果を示している。

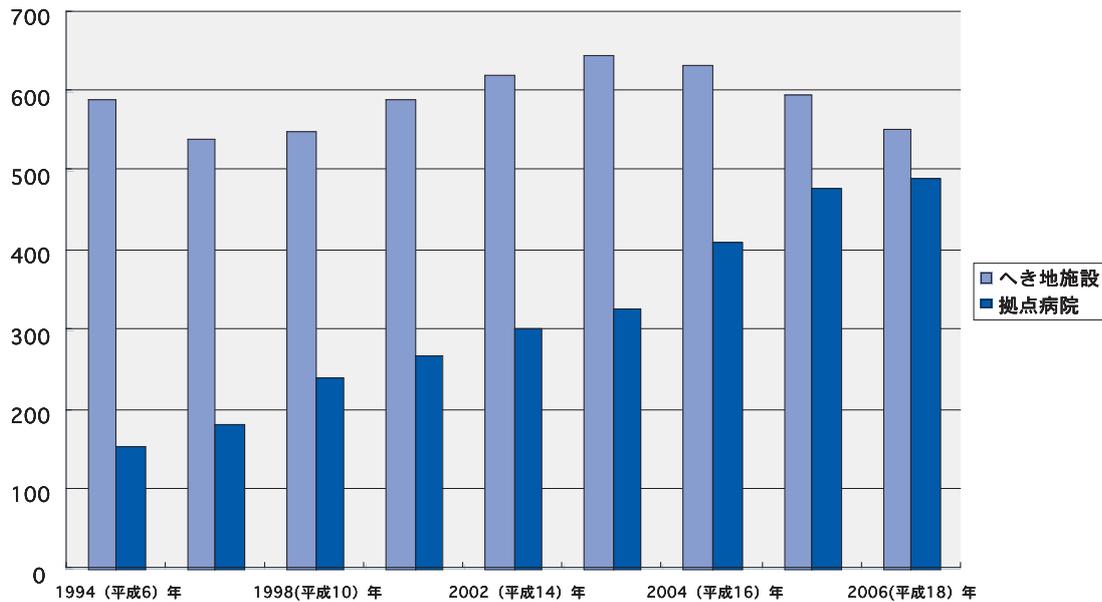
卒業生の病院・診療所別の勤務動向を全体的に見ると、図VI-1のように診療所勤務については大きな傾向の変化は無いが、病院勤務者については特に義務終了後の卒業生が年毎に増加している。

また、卒業生のへき地勤務の動向を見ると、図VI-2のようにへき地拠点病院勤務が年毎に増加している。これは、へき地の診療所・病院からへき地医療拠点病院に医師を集約して地域医療を確保するという全国的な傾向に連動した結果であると考えられ、今後も、その傾向は続くものと推測される。なお、義務年限を終了した後もへき地に勤務する卒業

図VI-1 自治医科大学卒業生医師の動向



図VI—2 自治医科大学卒業生医師の勤務地（へき地医療施設）



生の数は、2001（平成13）年度が398名、2006（平成18）年度が564名とこれも順調に増加しており、出身都道府県定着とともにへき地定着も徐々に進んでいる。

学内の取組みとしては、「学長付医師」制度を1998（平成10）年度から運用している。これは、自治医科大学の教員（経験、業績に応じて助手、講師、助教授、教授）として地域医療学センターに籍を置きながら、希望する診療科で研修、研究等を2年間行い、さらに1年間は派遣勤務を行う、という制度である。昨今の地域における医師不足に鑑み、2007（平成19）年度から「学長付医師（地域支援）」制度として定数を10名まで増やし新たな運用を開始したところである。

この他、若手、中堅の医師を対象とし、研修（自己研鑽2年間）と地域派遣（社会貢献1年間）を組み合わせた「地域医療後期研修プログラム」の導入や、地元で地域医療を実践しながら大学院での勉強を可能にする社会人特別選抜枠の導入等、先進的な対策を実施している。

## 5. 自治医科大学の卒後指導体制等

自治医科大学では、入学時に医学生と「修学資金貸与契約」を締結している。これは、「医学部入学及び在学中の諸費用（授業料等）を全て本学が貸付け、卒業後は通常9年間を出身都道府県に戻って、医師として公的医療機関等に勤務する」という内容の契約である。その主旨は簡潔だが、卒業医師が、通常9年という期間を各都道府県の医師配置計画に基づいて勤務するということは、単に「契約書に基づいて契約を履行せよ」と求めるだけでは決して十分には機能しないものであり、そこには、卒業医師・各都道府県・自治医科大学の不断の連携と理解、努力が必要である。

そこで、各都道府県では、保健福祉部等が自治医科大学卒業医師事項を所管し、自治医科大学でも卒後指導委員会や地域医療推進課を置いて卒後指導等に当たっている。また、

卒業医師も県人会や地域医療振興協会都道府県支部等を組織しており、これら3者が緊密に機能している。

2006（平成18）年7月現在で96.5%の卒業生が義務年限を終了、又は義務年限を履行中であり、途中で修学資金を返還した者、及び死亡・重篤な疾病により返還を免除した者の合計は、卒業生全体の3.5%に過ぎない。これは、本学の医学教育や卒前・卒後の連携、指導等が極めて有効に働いていることを表しているものと自負している。

## 6. 義務年限終了後の出身都道府県定着

通常9年間の義務年限が終了した場合、その後の進路は卒業生本人の自由意思に委ねられることとなる。2006（平成18）年7月現在で、義務年限終了後も出身都道府県に留まっている卒業生の割合は70%を超えており、4人に3人が出身都道府県における就労を選択している結果となっている。これは、「義務後はフリー」という原則の中において、非常に高い地元定着率であると考えられる。

一方、定着率を都道府県毎に見ると最高で90%、最低で50%とばらつきはあるが、義務終了者の数は、都道府県単位にならすと1都道府県あたり40名前後であり、母数としてはそれ程大きな集団ではない。従って、定着・流出の異動が数名あれば率が大きく変動することに留意すべきである。

以上のように「義務終了後の就労は自由選択である」とことと「都道府県毎の義務終了者数は、未だ小数である」という2つの要素があることから、個別の定着率のみを見て自治体の対応の軽重を単純に評価することはできないと思われる。

各都道府県には、それぞれ固有の医療事情、地理的社会的背景等があり、これらを踏まえた上で、本学卒業生が義務年限を終了した後も、自らの意思で出身都道府県内での就労を選択できるようなシステム作り、及び提供が各都道府県には求められている。

以下、義務終了者の定着率向上のための条件を列挙しておく。

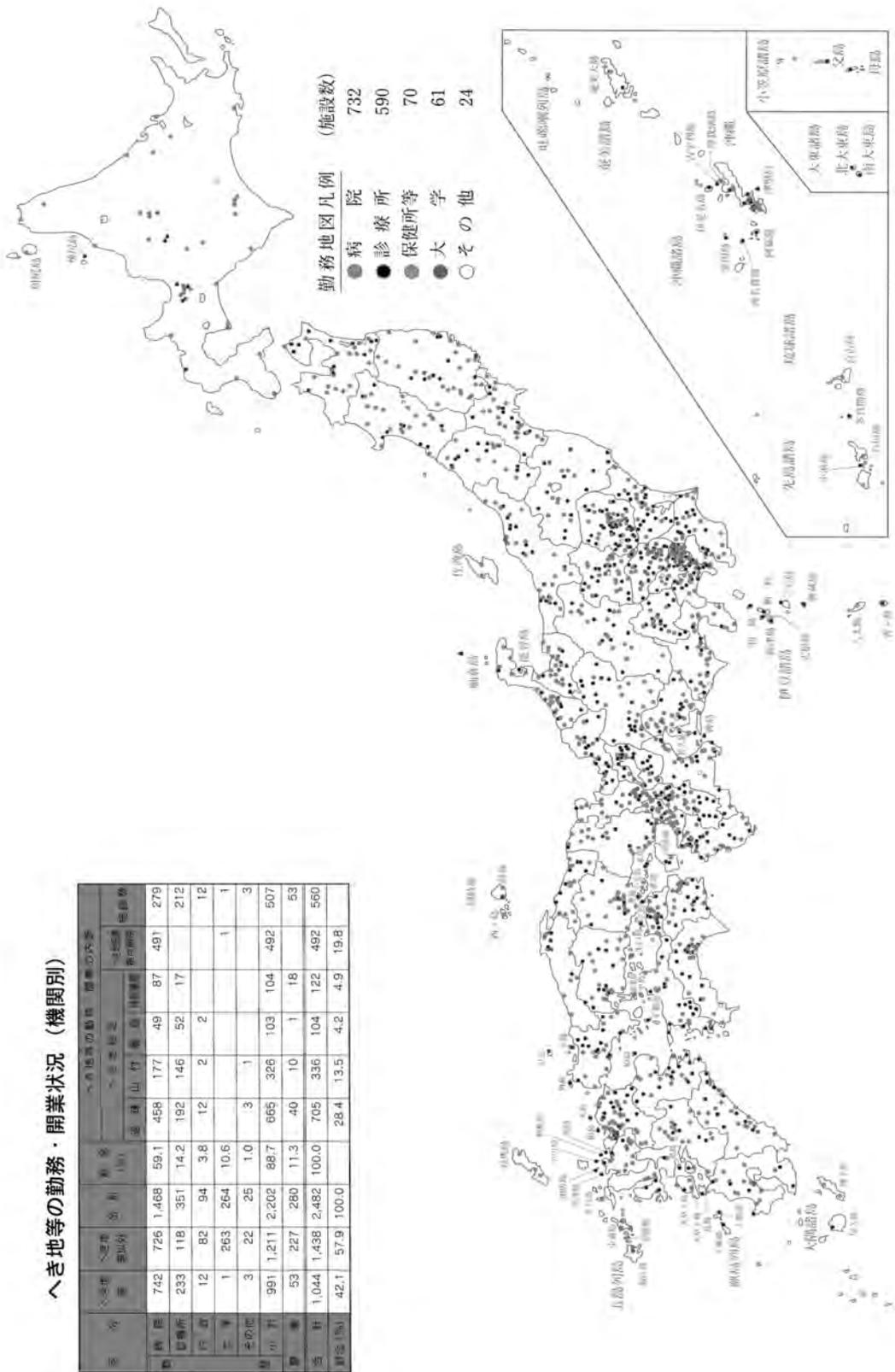
- ・ 地域医療に対する行政（都道府県）の明確かつ強い方針
- ・ 行政と卒業生との密な意見・情報交換
- ・ 卒業生のみならず地域医療に従事する医師の組織化
- ・ 医師を受け入れるべき地医療機関を持つ自治体間の連携
- ・ へき地で働く医師の支援体制の充実化
- ・ 全県の地域医療を見守る中心的医療機関の存在
- ・ 地元大学医学部（医科大学）、医師会との連携
- ・ 生涯研修の保障

これら一連の要件には、義務年限終了後の卒業生定着の促進はもとより、地域医療そのものの確保、充実を推進する上で効果的な方略が包含されていると思われる。

## 7. 自治医科大学卒業生の現状

自治医科大学卒業生は、勤務地図（図VI-3）に示すように全国各地において医療、福祉、保健活動等に従事している。卒業生が勤務するへき地等の地域は、高齢人口の比率が

図VI-3 全国各地で活躍する自治医科大学卒業生 (2006 (平成18) 年7月1日現在)



いずれも高く、医療・福祉・保健制度の整備、充実が切実な課題である。これらの地域において卒業生は、住民や地方自治体のニーズに応じて保健・医療・福祉の一体化に意欲的に取り組むなど、住民本位の地域包括ケアの実践に努め、その責務と役割を果たしている。

本学は、2006（平成18）年をもって創立満34年を迎え、これまでに入学した学生総数は2006（平成18）年4月現在で3,647名、卒業生は、表VI-1のように29期生までの2988名（うち女子321名）である。このうち、20期生までの1,930名（うち女子97名）が義務年限を終了している。卒業生全体をみると、勤務、研修、開業等をしているものの人数は、2,841名（95.1%）であり、国試不合格者は3名（0.1%）、修学資金返還者は80名（2.7%）、返還免除者は25名（0.8%）等である。

勤務・研修・開業者等2,841名の内訳は、図VI-4のように医師法に基づく臨床研修実施者が195名（6.9%）、一定期間へき地等に勤務した後の後期研修実施者が124名（4.4%）、第一線の病院、診療所、保健所及び大学等の勤務者が2,202名（77.5%）、開業者が280名（9.8%）、大学院入学・留学者等が40名（1.4%）となっている。

1978（昭和53）年に第1期生が卒業して以来の卒業生の年次推移は図VI-5のように、臨床研修・後期研修の実施者、診療所勤務者はほぼ一定数で推移しているが、病院、大学の勤務者及び医院等の開業者が漸次増加している。

一方、卒業生が病院長や副院長に就任したり、医師数の半数以上を占める病院等は、全国で222施設（医師数3名以上の22診療所を含む）となった。これらの病院等は卒業生の年次の増加とともに増加する傾向にある。

施設の内訳は、都道府県立、市町村立及び日赤・済生会等の公的病院等が146施設、医療法人等の民間病院等が76施設である。このうち、卒業生が病院長に就任している病院等は107施設、副院長に就任している病院等は117施設、医師の半数以上を占める病院等は103施設である。この中には社団法人地域医療振興協会が経営する18施設が含まれる。

これらの状況を見ると、各都道府県においては地域医療の確保、向上のため、計画的に卒業生を経験や年齢に相応した役職ポスト（病院長、副院長等）に登用するなどを通して義務年限終了後の卒業生の地元への定着を促進している様子がうかがえる。

## 1) 勤務・開業

勤務又は開業している者は表VI-2のように2,482名である。このうち病院、診療所等の第一線の医療機関、保健所等の行政機関又は大学等に勤務している者は2,202名（88.7%）であり、医院等を開業している者（義務年限終了者）は280名（11.3%）である。

### (1) 勤務者がほとんどで、開業者は少ない

勤務・開業者2,482名について、機関別の勤務・開業状況を見ると、病院勤務者が1,468名（59.1%）と最も多く、次に診療所勤務者が351名（14.2%）、大学勤務者が264名（10.6%）、行政機関勤務者が94名（3.8%）、その他医療機関以外の勤務者が25名（1.0%）、開業者が280名（11.3%）となっている。

### (2) 勤務者は市町村立施設が最も多い

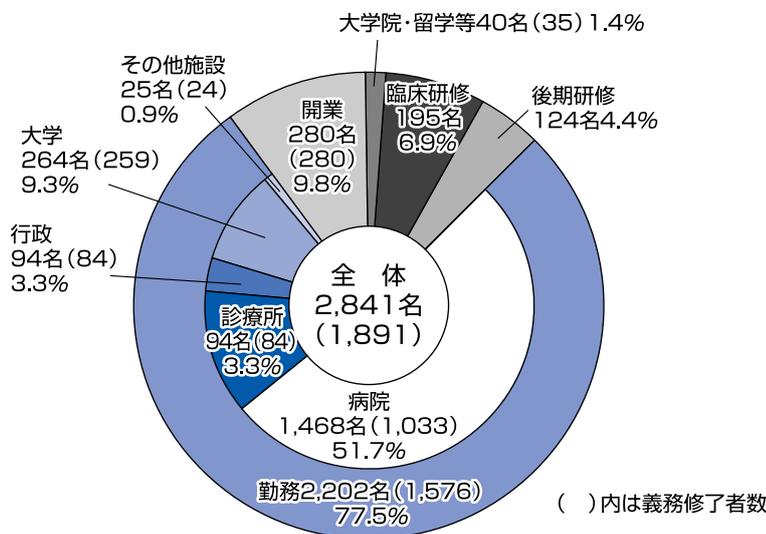
開設者別に勤務・開業状況を見ると図VI-6のように市町村が最も多く867名（35.0%）

表VI-1 卒業生の状況

期別	卒業年次	卒業生数	義務区分	勤務・研修・開業等											死無就労等亡	合計	その他			合計		
				研修			勤務					開業	留大学院等	小計			不適合試験	返修学資還金	返修選学資除金			
				研修	研後	計	病院	診療所	行政	大学	その他										計	
1	53	105 ( 1 )	終				45	3	4	9	3	64	33		97	4	101		3	41		
2	54	100	終				50	7	3	6		66	29	1	96	3	99		1		1	
3	55	112 ( 2 )	終				42	8	7	6	2	65	31	1	97	2	99		12	1	13	
4	56	105 ( 4 )	終				37	12	12	12	1	74	25		99	2	101		2	42		
5	57	113 ( 3 )	終				48	11	7	16		82	24		106	3	109		4	4		
6	58	108 ( 3 )	終				55	11	3	7	1	77	22		99	5	104		3	41		
7	59	110 ( 1 )	終				52	16	5	13		86	18		104		104		3	63		
8	60	108 ( 4 )	終				59	8	8	13	1	89	10		99	3	102		4	62		
9	61	108 ( 1 )	終				63	9	2	12		86	13	1	100	2	102		5	61		
10	62	96 ( 3 )	終				54	6	3	13	1	77	12	1	90	2	92		3	1	4	
11	63	93 ( 3 )	終				49	6	4	12	2	73	13		86	2	88		4	1	5	
12	元	106 ( 9 )	終				52	17	3	11	4	87	15	1	103	2	105			11		
13	2	106 ( 4 )	終				67	7	2	9	1	86	12	2	100		100		5	61		
14	3	104 ( 9 )	終				55	10	2	16	1	84	12	4	100		100		4	4		
15	4	99 ( 11 )	終				60	8	3	14	3	88	1	2	91	4	95		3	1	4	
16	5	99 ( 5 )	終				58	9	3	21	1	92	2	2	96	2	98			1	1	
17	6	100 ( 10 )	内			1	6	1	8	1				1	10		10					
			終			57	7	2	13		79	3	4	86	1	87						
計						1	63	8	2	14		87	3	5	96	1	97		3		3	
18	7	99 ( 9 )	内			1	6	1	7						8		8					
			終			50	5	5	16	2	78	3	6	87	1	88						
計						1	56	6	5	16	2	85	3	6	95	1	96		2	1	3	
19	8	96 ( 13 )	内			1	4	2	7	1					8		8					
			終			37	10	4	20		71	1	7	79		79						
計						1	41	12	4	21		78	1	7	87		87		6	3	9	
20	9	114 ( 18 )	内			4	23	5	1			29		1	34		34					
			終			43	6	2	20	1	72	1	3	76	1	77						
計						4	66	11	3	20	1	101	1	4	110	1	111		2	31		
21	10	98 ( 19 )	内			21	21	50	19	1	2	72		2	95		95		3		3	
22	11	106 ( 22 )	内			22	22	49	27	2		79			101		101		5	5		
23	12	103 ( 24 )	内			26	26	42	29	3		74			100		100			33		
24	13	98 ( 18 )	内			27	27	39	30	1		70		1	98		98					
25	14	98 ( 26 )	内			15	15	58	23	1		82			97		97		1		1	
26	15	109 ( 29 )	内			2	2	78	28	1		107			109		109					
27	16	97 ( 21 )	内			4	4	80	10		1	91			95		95		2		2	
28	17	99 ( 28 )	内	99		99									99		99					
29	18	99 ( 21 )	内	96		96									96		96		3		3	
総計		2,988 ( 321 )	内	195	124	319	435	175	10	5	1	626		5	950		950					
			計	195	124	319	1,468	351	94	264	25	2,202	280	40	2,841	39	2,880			3	80	25
割合%		100.0		6.5	4.2	10.7	49.1	11.8	3.2	8.8	0.8	73.7	9.4	1.3	95.1	1.3	96.4		0.1	2.7	0.8	3.6

注1 「卒業生数」欄の( )内は、女子で内数である。  
 注2 「義務区分」欄の「内」は義務年限内、「終」は義務年限終了である。  
 注3 死亡者数は「無就労等・死亡」に14名、「修学資金返還」に1名、「修学資金返還免除」に16名の合計31名である。

図VI-4 勤務・研修・開業等の状況





表VI-2 勤務・開業の状況

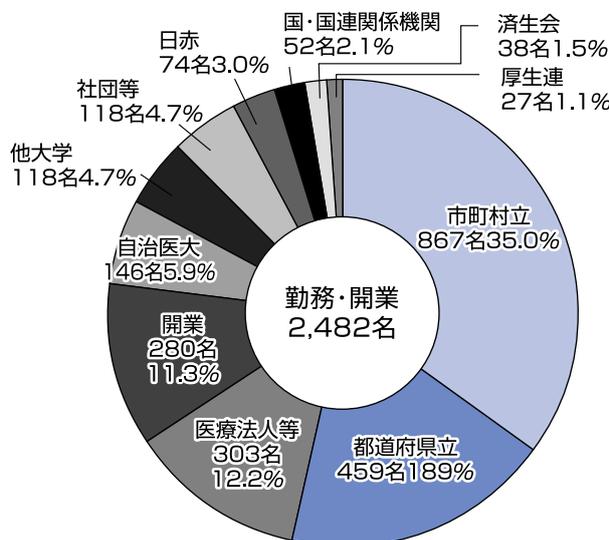
期 別	区 分	業 種	勤 務・ 開 業 者 数	勤														務										医 院 等 の 開 業		へ き 地 等 区 分		
				都 市				日 赤 会 社 団 等				医 療 法 人 等						都 道 府 立		国 立		行 政 機 関		大 学		そ の 他		離 島	山 村 ・ 過 疎 ・ 特 別 家 帯	へ き 地 医 療 拠 点 病 院	合 格 （ 実 人 員 ）	
				国 道 村	市 街 会 社	日 赤 会 社	厚 生 連 等	社 団 ・ 財 団 法 人 等	医 療 法 人 ・ 個 人 等	計	都 道 府 立	国 立	行 政 機 関	都 道 府 立	国 立	大 学	そ の 他	計	院 等 の 開 業	合 格 （ 実 人 員 ）												
1	53	終	97	1	5	14	2	3		7	13	45		1	2	3	1	1	2		4	6	3	9	3	64	33	1	22	11	27	
2	54	終	95	3	5	18	1	2		9	12	50		1	1	5	7	1	1	1	3	3	3	6	66	29	2	27	13	31		
3	55	終	96	5	20	3	1	2		1	10	42		1	4	1	2	8	1	2	4	7	6	6	65	31	1	20	11	26		
4	56	終	99	1	6	13	1	2		3	11	37		3	4	5	12	1	3	8	12	8	4	12	74	25	1	20	7	24		
5	57	終	106	1	5	15	4	2		6	15	48		1	4	6	11	2	5	7	11	5	16	82	24	1	18	10	25			
6	58	終	99	1	10	18	1	2		4	21	55		7	1	3	11	1	2	3	6	1	7	77	22	1	29	12	34			
7	59	終	104	2	9	17	3	1	4	6	10	52		8	1	7	16	1	1	3	5	10	3	13	86	18	3	24	11	30		
8	60	終	99	4	13	21	3	1	3	4	10	59		3	3	2	8	8	8	8	9	4	13	1	89	10	1	20	13	27		
9	61	終	99	23	16	3	3	3		3	15	63		4	5	9	2	2	2	8	4	12	1	86	13	1	19	13	28			
10	62	終	99	9	21	3	1	1		3	16	54		6	6	6	1	2	2	3	7	6	13	1	77	12	1	18	12	25		
11	63	終	86	4	12	13	2	3		6	6	49		4	2	6	1	1	1	1	4	5	7	12	2	73	13	2	14	15	24	
12	元	終	102	3	9	16	1	2		6	13	52		1	9	7	17	1	2	3	5	6	11	4	87	15	2	15	13	31		
13	2	終	98	4	19	18	5	2		5	13	67		6	1	7	1	1	1	2	2	7	9	1	86	12	3	19	19	32		
14	3	終	96	2	17	16	3	2		1	5	55		5	5	10	2	2	2	11	5	16	1	84	12	3	24	17	34			
15	4	終	89	17	29	2	2	2		3	9	60		7	1	8	1	1	1	3	9	5	14	3	88	1	2	29	21	34		
16	5	終	94	2	14	19	3	3		6	11	58		1	5	2	1	9	1	1	1	1	1	1	3	11	10	21	1	19	14	29
17	6	内	8	4	1	1	1	1		6	1	6		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	4	4	5		
17	6	終	82	4	14	10	1	3		2	14	9		5	2	7	1	1	1	2	6	7	13	79	3	5	15	18	29			
17	6	計	90	4	18	11	2	3		2	14	9		6	3	8	2	2	2	7	7	14	14	87	3	6	19	22	34			
18	7	内	7	4	1	1	1	1		6	1	6		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	1	5	4	6			
18	7	終	81	3	15	19	3	1		3	6	50		4	1	5	3	2	2	5	7	9	16	2	78	3	2	20	20	28		
18	7	計	88	3	19	20	4	1		3	6	56		5	1	6	3	2	3	5	7	9	16	2	85	3	2	25	24	34		
19	8	内	7	4	1	1	1	1		4	2	4		2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	7	7	1	3	2	4			
19	8	終	72	1	13	14	3	2		2	2	37		4	1	5	10	3	1	4	7	13	20	71	1	1	11	11	19			
19	8	計	79	1	13	18	3	2		2	2	41		6	1	5	12	3	1	4	8	13	21	78	1	1	14	13	23			
20	9	内	29	8	10	1	1	1		2	1	23		3	2	5	1	1	1	1	1	1	1	29	6	17	13	20				
20	9	終	73	16	16	3	1	1		2	5	43		6	6	6	6	2	2	2	7	13	20	1	72	1	3	14	20	27		
20	9	計	102	24	26	4	1	1		4	6	66		3	8	11	11	3	3	7	13	20	1	101	1	9	31	33	47			
21	10	内	72	1	16	27	1	1		4	1	50		1	18	19	19	1	1	1	2	2	2	72	3	43	19	50				
22	11	内	79	1	11	31	4	1		1	1	49		1	26	27	27	1	1	1	2	2	2	79	14	48	28	62				
23	12	内	74	1	11	26	3	1		1	1	42		4	25	29	29	1	1	2	3	3	3	74	11	52	26	63				
24	13	内	70	12	24	1	2	1		1	1	39		4	26	30	30	1	1	1	1	1	1	70	7	49	21	55				
25	14	内	82	13	42	3	2	1		1	1	58		2	21	23	23	1	1	1	1	1	1	82	7	56	18	63				
26	15	内	107	1	17	49	7	1		3	7	4	24		28	28	28	1	1	1	1	1	1	107	16	74	37	87				
27	16	内	91	23	49	4	1	2		1	1	80		10	10	10	10	1	1	1	1	1	1	91	6	54	39	65				
28	17	内																														
29	18	内																														
合計	内	終	626	4	119	264	25	6		4	11	2	435	20	155	175	10	5	4	10	2	3	5	1	626	71	405	211	480			
合計	終	2,482	36	236	343	49	32	23		98	216	1,033	10	97	9	60	176	2	9	26	47	84	144	115	259	24	1,576	280	33	407	281	564
割合	計	100.0	1.6	14.3	24.4	3.0	1.5	1.1		4.4	8.8	59.1	1.2	10.2	0.4	2.4	14.2	0.1	0.4	1.2	2.1	3.8	5.9	4.7	10.6	1.0	88.7	11.3	4.2	32.7	19.8	42.1

注1 「へき地等区分」欄の「離島」は、離島振興法、「山村」は、山村振興法、「過疎」は、過疎地域自立促進特別措置法、「特別家帯」は、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域である。  
 注2 「へき地等区分」欄の合計は、重複指定を除く実人員である。

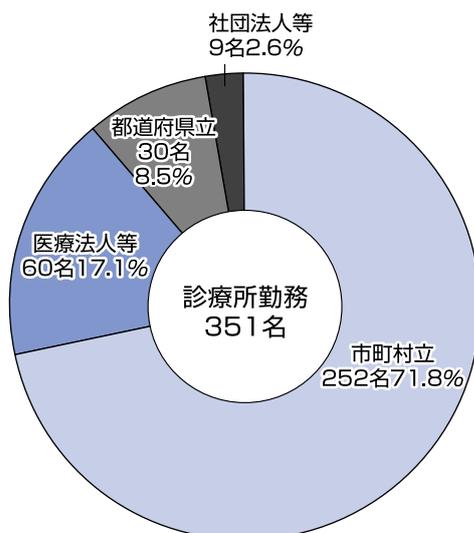
(4) 勤務・開業者のほぼ半数がへき地等に勤務している

へき地等（過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法、離島振興法及び豪雪地帯対策特別措置法の指定地域並びにへき地医療拠点病院）には、表VI-3のように560施設において1,044名（42.1%）が勤務又は開業している。機関別にみると、病院勤務者1,468名中742名

図VI-6 開設者別勤務・開業状況



図VI-7 診療所勤務状況



(50.5%)、診療所勤務者351名中233名(66.4%)、行政機関勤務者94名中12名(12.8%)、開業者280名中53名(18.9%)である。

へき地医療拠点病院は、2006(平成18)年3月31日現在、全国で248病院が指定されているが、このうち半数以上の149病院に492名が勤務している。

へき地等の診療所には、212施設に233名(勤務・開業者全体の9.4%)が勤務し、離島には、18都道府県の57島に104名(勤務・開業者全体の4.2%)が勤務している。

## 2) 義務年限終了者

さきにも述べたとおり本学卒業生は、都道府県知事の指示に基づき医師として自治医科大学修学資金貸与規程に定める所定の期間(通常9年間)勤務することによって、いわゆる義務年限を終了することになる。

1987(昭和62)年度に初めて1期生が義務年限を終了して以来、本年度までに義務年限

表VI-3 機関別へき地等の勤務・開業状況

区分	へき地等	へき地等以外	合計	割合(%)	へき地等の勤務・開業の内訳						
					へき地指定				へき地医療拠点病院	施設数	
					過疎	山村	離島	特別豪雪			
勤務	病院	742	726	1,468	59.1	458	177	49	87	491	279
	診療所	233	118	351	14.2	192	146	52	17		212
	行政	12	82	94	3.8	12	2	2			12
	大学	1	263	264	10.6					1	1
	その他	3	22	25	1.0	3	1				3
小計	991	1,211	2,202	88.7	665	326	103	104	492	507	
開業	53	227	280	11.3	40	10	1	18		53	
合計	1,044	1,438	2,482	100.0	705	336	104	122	492	560	
割合(%)	42.1	57.9	100.0		28.4	13.5	4.2	4.9	19.8		



## 資料

平成18年 8月10日

総務大臣 竹中平蔵 様

文部科学大臣 小坂憲次 様

厚生労働大臣 川崎二郎 様

全国知事会会長

麻生 渡

学校法人自治医科大学理事長 吉田弘正

### 自治医科大学の入学定員（学則定員）の増員に関する要望書

平素から地方自治発展のため、格段のご理解を賜り、深く感謝申し上げます。

このたび、全国知事会と学校法人自治医科大学は、医師不足への対応として、別添のとおり対策を講じていくこととしたので、自治医科大学の入学定員（学則定員）について110名とするよう、特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

### 自治医科大学の入学定員（学則定員）の増員について

#### 1. 自治医科大学の創設目的と現状

自治医科大学は、全国のへき地等に勤務する医師を養成するため、全都道府県の共同出資によって設立された大学で、昭和47年に開学した。卒業生には、卒業後9年間、出身都道府県の意見を聞いて自治医科大学の指定する病院等に勤務することが義務付けられている。なお、この義務が履行された場合には、修学資金の償還が免除されることとされており、卒業生全体のこれまでの義務履行率は96.5%となっている。

平成18年4月1日現在での本学の卒業生は2,988名、このうち9年間の義務年限終了者は1,854名で、そのうち70.9%が出身都道府県内で勤務しており、全国では30.8%の義務年限終了者がへき地等において勤務している。

#### 2. 入学定員（学則定員）増員の必要性

地域医療における厳しい現状、へき地等における医師確保が困難であること、へき地における機能強化された総合医が必要とされていることなどから、自治医科大学は都道府県別の入学者数を3名あるいは4名にするという内容の要望を数多くの都道府県から受けている。これらの要望に対応していくためには、自治医科大学の入学定員（学則定員）を増員する必要がある。

自治医科大学の学則上の入学定員は100名であり、各都道府県別の入学者数は、まず、全ての都道府県について2名を均等配分（合計94名）し、入学者総数が100名の場合は6

名を都道府県に追加配分している。

医学部入学定員の削減に関する閣議決定や、私立医科大学協会の申し合せにより、「学則定員を遵守すること」とされているところではあるが、都道府県の切実な要望に対応するため、一昨年より、102名、104名、106名と入学者数を漸増させているところであるが、このような措置は既に限界にきている。

自治医科大学の入学定員（学則定員）の増員に関しては、大学の収容能力や今後のチュートリアル教育の推進、想定される教員の増員や運営費の増などから見て、毎年概ね110名程度の入学者を収容することは可能であると考えている。

学則定員が仮に110名となれば、医師の不足している相当数の都道府県の要望を調整し、これに応えることができる。

全国知事会、全国都道府県議会議長会、全国市長会、全国市議会議長会、全国町村会、全国町村議会議長会、全国自治体病院開設者協議会、全国自治体病院協議会の8団体は、平成18年7月7日に政府に対し「へき地や離島など医師不足地域における医師を確保する観点から、自治医科大学の入学及び収容定員を10%増員すること」を要望しているところである。

自治医科大学及び各都道府県は協力して、医師不足への対応として、地元定着率の向上策等別紙のような対策を講じていくこととしており、自治医科大学の入学定員（学則定員）について10名増員し、110名とすることを強く要望する。

(別紙)

地元定着率の向上策等について

## 1. 自治医科大学による施策

### 1 地域医療に挺身する気概と能力を有する医師の育成

大学における教育において、都道府県の期待する地域医療に貢献する医師の養成に努める。

### 2 卒後指導体制の強化

自治医科大学としても、都道府県と連携しつつ、義務離脱防止及び定着率向上に向けた取組みを行う。

研修プログラムの拡充（短期研修、後期研修、生涯研修等）を図る。

### 3 卒業生ネットワークの形成と支援の強化

I Tを活用した卒業生ネットワークの構築、卒業生の連携強化と卒業生に対する医療情報等の提供を行う。

#### 4 医師派遣制度の拡充

現行の学長付医師制度、医療人G P制度、代診医派遣制度など地域医療に従事する医師の派遣制度の拡充を図ることを検討する。

#### 5 大学院社会人入学枠の活用等

地域医療に従事しつつ研究活動が可能な大学院社会人入学枠の活用をはじめ、研究活動の支援を行う。

#### 6 総合医に対する社会的な評価の向上

地域医療の現場で活躍する自治医科大学卒業生等の姿を積極的に広報するとともに、地域医療に従事することの意義と素晴らしさを、自治医科大学の学部生及び卒業生に周知する。また、総合医に係る認定専門医制度の確立に向けて関連学会及び国等に働きかける。

#### 7 地域医療の現状と課題に関する提言等

地域医療の確保に向けた施策の提言や卒業生の意見等を踏まえた卒業生の定着率向上のために有効な施策等に関する提言を行う。

地域医療に関する県民フォーラムを全国におけるモデル事業として開催するとともに今後各都道府県が開催する同様のフォーラムに対する支援も行う。

## 2. 都道府県による施策

#### 1 地域医療確保のための基本方針の明確化

地域医療確保に向けた基本的な考え方と卒業生を含む地域医療を担う医師に期待する役割を明確にする。

#### 2 調整機能の発揮

都道府県医療対策協議会等の場において、地域医療を担う関係諸機関（市町村、地元大学医学部、公立・公的病院、医師会、関係団体等）に対する総合調整機能を発揮し、地域医療確保に関する施策の合意形成を図る。

#### 3 地域医療を担うマンパワーの確保と組織化

地域医療を維持するためには、ドクターバンク、医師の身分の安定、安んじてへき地医療に従事できる環境、医師の研修体制、医師相互の連携のための組織化が必要であるが、これらの対応を行政が総合調整機能を果たしながら医療関係者、医師養成機関等で協議連携し進めていく。

そのためには、次のような観点からの取り組みを検討することが重要。

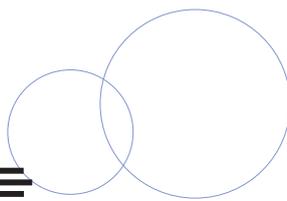
- ①自治医科大学卒業生及び地域医療を志向する他大学卒業生による地域医療を担う医師をマンパワーとして確保し、へき地等医療を担う公立・公的病院に配置するとともに、これらの医師の組織化（ドクタープール）を図る。
- ②地域医療を担う医師を県職員として派遣するなど、医師の身分的な安定を図ること
- ③医師の個々の事情に配慮した様々なキャリアプランを用意し、長期にわたり勤務医として安んじてへき地等医療に従事できる環境を整備すること及びこれを可能にするためのマンパワーの確保と多様な勤務場所の確保を図ること
- ④高度化する医療水準に応じた診療技術を維持するため、医師の研修体制を整備すること
- ⑤へき地等医療に従事する医師のモラルや診療技術向上のために、総合医に係る認定専門医制度の確立に向けて関連学会及び国等に働きかける。

#### 4 へき地等医療に対する支援

へき地医療支援機構の活性化等のへき地等医療に対する支援体制の充実を図る。



# VII 地域医療の 充実へ向けての提言



## 1. 地域医療の充実へ向けての提言の背景

地域医療を論ずる上において、わが国の医療を取り巻く現状を把握しておく必要がある。年間の医療費は32兆円に達し、さらにあちらこちらで医師不足が叫ばれ、わが国の医療は出口の見えない迷路に入り込んでしまったとの声も聞かれる昨今である。わが国の医療の問題点をみると、医師分布の偏在、大学（医学部、以下大学）の力の低下、医師の心理変化、患者の大病院志向などが挙げられ、これらが負の連鎖をかもし出している。

医師分布の偏在として、まず都道府県間、そしてへき地と都市部との間にみられる地域間格差がある。医師数の都道府県格差をみると、西高東低で西側に多く、東北、北海道に少ない。医師数が多いと思われる関東をみると、埼玉、茨城、千葉の3県は下位にある。医師の偏在は、診療科間にも見られ、小児科や産婦人科の医師不足は深刻化している。医療機関における医師の偏在も進んでいる。また、時間による偏在、つまり夜間診療における医師不足も顕著である。このように、医師の偏在はいくつもの要素が組み合わさり、複雑化を呈している。

医師の勤務配置に絶大な力を持っていた大学に、陰りがみえてきた。国家資格と高度な専門知識・技術を有する医師が、ヒエラルキーの世界とも評される大学医局に長らく身を置いてきた。しかし、確実に時代は変わってきている。大学は教育の質を問われ、大学病院へ患者が集中し、教育、診療に関わる業務は増加と多様化を示している。医師は、自律性に目覚め、さらに大学に対する魅力を見出せなくなり、大学を次々と去っていつている。このような状況の中で、大学医局の医師派遣能力は、明らかに低下してきている。2004（平成16）年に始まった新医師臨床研修制度は、派遣医療機関からの医師引き上げの要因のように言われているが、それは一つの誘引となっても、全てではない。新しい研修制度が始まり、研修医の大学病院離れが顕在化してきたが、研修医の大学附属病院離れが止まらなければ、大学医局の医師派遣能力は今後ますます低下することになる。私達が2002（平成14）年に調査したところでは、へき地の医師の74%は大学医局からの派遣であった。従って、大学医局の医師派遣能力の低下はへき地医療に重大な支障をもたらすことになる。医師不足は、今、へき地から地域の中核的医療機関へ、さらに都市部の医療機関へと拡大している。

医師を取り巻く医療環境をみると、日常業務が増大し、さらに訴訟なども増え、大きな精神的負荷がかかった状態で医師は診療に従事している。また、若い医師は、学位取得を目指した研究志向から、臨床・専門研修へとシフトし、勤務場所についても自己選択を重視するようになってきた。こういった医師の心理変化は、重症・救急患者の診療といった激務からの回避といった行動につながり、それが選択診療科の偏り、開業医の増加、脱医

局化の進展へと拍車をかけている。ちなみに、医師は年間実質約3,500人増えているが、この1年間に約4,000人が新規開業している。

患者の受療行動についても取り上げてみたい。専門医志向が強いわが国の国民は、自由にどの医療機関にも受診できる（フリーアクセス）という医療制度の下、大学病院を始めとする大病院への受診傾向が強く、さらに時間外受診や複数医療機関への受診も増加している。この受療行動は、医療関係者の仕事を増大させるばかりか、医療提供体制の機能低下を招いている。

わが国の医療を巡る負の連鎖多重奏については、もうどうにもならないところにきてしまっていると、嘆かれる方も少なくない。しかし、ちょっと立ち止まって考えてみると、医師の偏在については、今日始まったことではなく、以前から言い続けられてきたことである。国の一県一医科大構想の根底には、医師の地域間格差を是正することにもあったが、各県一医大となって約30年を経た現状をみると、その格差はむしろ拡大している。つまり、医師の大都市集中がより顕著化し、一方、小さな自治体、特に5,000人以下の自治体には医師は増加していない。へき地に勤務する医師が、24時間、365日体制で地域医療に臨むことの大変さについては、行政、住民共に理解は示していたものの、結局は医師の努力と忍耐に頼りきっていたところがある。その波は、地域診療所から地域の中小病院、さらに中核病院の医師へと拡大している。いままでは医師個人々の努力で何とかしのいできたが、医学知識・技術の高度化と住民・患者の医療への要求・期待度の増加は、医師一人の能力を最大限に活用しても対応できない状況となってきている。厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」が実施した調査結果2006（平成18）年をみると、常勤勤務医の1週間の総勤務時間は平均63.3時間に達し、100時間を超える医師も少なくない。大学医局制度の是非については、様々な議論がなされてきたが、わが国の医療提供体制を構築し、守ってきたことは明らかである。医局制度の弊害が唱えられても、それに変わるシステムは未だ構築されてきていない。患者の受療行動をみると、医療の流れを明確にすることこそ、よりよい医療の提供体制につながり、患者満足度の向上へとつながることは、従来から言われてきたが、現状はその期待とは反対の方向へ向かっている。

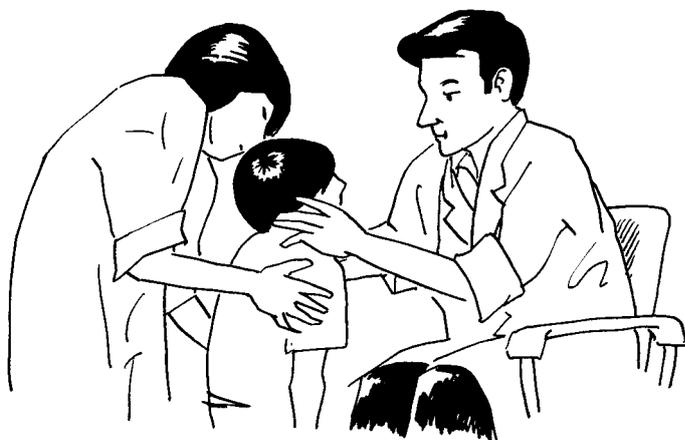
こういったわが国の医療を取り巻く問題点の根底には、医師の選択の自由（診療科および勤務場所）と医療へのフリーアクセスが存在し、さらに医療費の抑制策が加わり、問題点の解決をより困難にしている。

ここで、わが国の医療を取り巻く問題点を明確にする意味で、論点整理をすると、二点に集約される。一点目は、国民を取り巻く健康問題に対応し得る医療提供体制が十分に構築されていないということである。この点に関しては、はじめにの項で述べたように、地域医療をいかに構築していくかにかかっている。二点目は、医療（受療）の流れがつかられていないということである。多くの国民は、諸外国の様な家庭医を持たないまま、フリーアクセス下にいくつもの大病院・専門診療科を受診しているが、安心感と満足感が得られないまま、戸惑いと不信感を募らせている。一方、この受療行動は、特定医療機関への患者集中と過剰な医療需要、医療費の高騰を招来し、医療の需要—供給バランスを一層悪化させ、医師を始め医療関係者に疲弊をもたらしている。さらに、勤務医に開業志向をもたらし、その結果、勤務医不足に拍車がかかり、地域中小病院の破綻へとつながり、地域医療の崩壊が危惧されている。したがって、医療の流れづくりは不可欠と考えられるが、

それを進めるためには住民・患者と地域の開業医や診療所等の第一線医療機関との関係をしっかりと構築しなければならない。二点目の解決策も一点目と同様、地域医療の充実ということに帰着する。

このように考えてくると、わが国の医療を改善し向上させていく方向は、「地域医療の充実」ということになる。地域医療の充実は、同時にわが国の医療が抱える医師の偏在と医療の地域格差、患者の大病院集中、専門性に偏った医療提供体制、総合医療の未整備、医療費の高騰といった諸課題の解決へ向けての取組みに直結する。

地域医療の充実へ向けての課題とその対策の方向性は、へき地医療のモデル的地域やへき地医療の支援体制を構築してきたモデル的な県に学ぶことができる。したがって、わが国の医療の充実へ向けて、こういった地域医療モデルを一般化し、普及させていくことが望まれる。



## 2. 地域医療の充実へ向けての提言

地域医療の充実へ向けては、医療の包括的な提供体制と円滑な受療の流れを構築していくことが望まれる。その流れをつくるためには、限られた医療資源の効率的、かつ効果的な活用が不可欠であり、地域医療を単に医療という枠組みにとらわれずに、社会システムの一つと位置づけて考える必要がある。

このような観点から地域医療の提供体制を考えると、保健・医療・福祉の包括化・一体化、地域の病院と診療所の病診連携の推進が望まれる。加えて、全体をコーディネートできる総合医の存在は不可欠と考えられる。一方、住民の受療の流れが円滑に進むためには、真に信頼できる諸外国の様な家庭医がいて、普段の幅広いケアの提供とともに、必要時には迅速、かつ適切に高度医療機関へのアクセスを保障し支援することが前提となる。この家庭医は、その果たすべき役割を考えると、総合医が適任と思われる。こう考えてくると、これからの地域医療を考える上において、総合医を中心においた地域医療づくりという視点は極めて重要と考えられる。

そこで、地域医療の充実へ向けて「総合医を活かした地域医療づくり」を提示したい。

### 地域医療の充実策

- ①地域医療に対する意識変革の推進
- ②都道府県を挙げての地域医療体制づくりの推進
- ③保健・医療・福祉の包括化・一体化と多職種連携の推進
- ④総合医の育成・定着化の推進
- ⑤医療機関の役割分担化と連携推進
- ⑥地域医療支援体制の確立
- ⑦大学の地域医療における役割の明確化

以下に、各提言項目について、その方向性を示し、モデル的取組み事例を紹介する。

#### ①地域医療に対する意識変革の推進

地域医療の定着、発展へ向けては、行政、医療関係者、そして住民の意識改革は不可欠である。地域医療の主体は、住民である。住民のニーズを受けとめ、それをどのように地域医療に反映していくかが、行政、そして医療関係者に問われる。しかし、社会的、医療的資源には限りがある。その状況は住民に伝えられなければならない。地域の医療づくりは、限りある資源の中で医療という共有財産をいかに有効に活用するかという認識のもと、この三者が一体となって取り組まなければならない。その中で、住民は、医療を受けるという受身的な意識ではなく、積極的に地域医療づくりに参加する必要がある。住民の安心と安全へ向けて、どのような政策を実施すべきなのか、行政が音頭を取り、医療関係者、そして住民とともに議論を深めていくことにより、地域医療づくりの目標と方向性は明確となり、同時に納得と協力の輪も形成される。

岩手県藤沢町での取り組みを紹介したい。無医町であった1993（平成5）年に、佐藤守現町長は福祉のまちづくりを掲げ、その中心となる町民病院を開設した。強い意志と情熱

を持った町長のもとに参画した佐藤元美院長は、町長に負けず劣らずの情熱、そして高い診療能力とリーダーシップを有していた。院長と病院職員との間に、急速に信頼の輪が築かれていった。同時に、町長、院長を初め、行政、医療関係者は、仕事が終わってから各地区に出かけていき、住民と地域医療について意見交換を繰り返していった。これは、ナイトスクールと呼ばれ、現在も続けられている。ナイトスクールは、住民の意見やニーズを聞く良い場となっただけではなく、住民の意識啓発にも大きく貢献した。こうして住民参加のもと、地域医療づくりが進められ、素晴らしい地域包括ケアが構築され、現在では全国の地域医療モデルとなっている。

岐阜県和良村（現、郡上市和良町）の病院史を手にする機会があった。和良病院の前身である和良村国保診療所が開設されたのは、今から50年前の1955（昭和30）年であった。中野重雄初代所長は、「予防を主とし、治療を従とする」をスローガンに掲げ、村の各地区で衛生座談会を開き、予防の考え方を徐々に浸透させていった。その座談会の写真に写っていた住民の表情には、藤沢のナイトスクールに出席している住民の真剣なまなざしに相通ずるものを感じられた。佐久総合病院（長野県）やゆきぐに大和病院（新潟県）にも同じ足跡をみることができる。

地域医療のモデル的地域は、過去、現在を問わず、いずれも住民に対する病気予防の啓発活動がしっかりと行われている。情熱と強い意志、そして決断力と実行力を兼ね備えたカリスマ的な医師の存在と行政の推進力が、こういった地域の医療を発展させてきたことは間違いない。特別な能力を有した人だから、大事業を成し得たのであって、どこでも誰でもできる訳がない、と端からあきらめ発言をする人も少なくない。こういった先進地域は、さまざまな意識改革をはじめ地域医療構築のノウハウを有しており、それを学び、実践に移すことにより、他の地域でも同様の医療づくりが可能となる。

- 行政・医療関係者そして住民が一体となって地域医療づくりに取り組む。
- 健康増進・病気の予防へ向けた意識づくりを行う。

## ②都道府県を挙げての地域医療体制づくりの推進

地域医療づくりは、各市町村単位ではなく、その枠を超えて各都道府県の強いリーダーシップのもとに進められなければならない。各都道府県が、市町村、地元大学（医学部）、医師会と強い連携を図りながら、全県下の短期的、および中長期的地域医療計画を立て、医療機関の配置と医療機関を結ぶネットワークを構築し、さらに医師の配置と支援を強力に推し進めることにより、真の地域医療改革が動き始める。

全国を見渡すと、多くの都道府県がその地域医療改革に着手している。中には、既に改革の成果を挙げ、島根県、高知県、長崎県のように全国のモデルとなっている県も出てきている。

島根県は、1992（平成4）年度にへき地勤務医師確保協議会を設置し、1993（平成5）年度には島根県立中央病院に地域医療科を設置し、地域医療支援拠点として医療局組織に組み入れた。1994（平成6）年度には、地域における病診連携を進めるため、同病院内に総合診療科が新設された。さらに、へき地医療の支援策として1995（平成7）年度からブロック制を導入し、同一ブロック内の病院一診療所間における診療交流（交代勤務）・支援（代診）を進めるとともに、各ブロックを島根県立中央病院が支援するという体制を敷いた。

2002（平成14）年度には国から出された第9次へき地保健医療計画を受けて、へき地医療支援機構が同病院内（現在は県庁内）に設置された。鳥根県は、このように他都道府県に先駆け、有効かつ系統的システムを次々と立ち上げ、全県下に地域医療のネットワークを築いてきた。この他にも、赤ひげバンク（ドクタープール）、アクティブプロジェクト事業（県内勤務希望がある県外在住医師への出張面談）、専門医養成プログラム、鳥根大学と連携した地域医療従事医師の養成、ドクターズヘリ、隠岐島遠隔医療支援システム（画像診断）、県庁内に医師確保対策室の設置等、数多くの事業に取り組んでいる。

高知県では、今年、高知県へき地医療協議会が20周年を迎えた。同協議会の活動により、地方の医師不足が深刻化する中でも、高知県のへき地では医師数を一定確保できている。高知県へき地医療協議会は、へき地を抱え医師不足に悩む県内の市町村が、自治医科大学卒業医師の受け入れに当たり労働条件の均等化や研修機会の確保などを目的に、1986（昭和61）年に設置された高知県自治医科大学医師勤務市町村等連絡協議会が前身である。その後、高知大学医学部卒業医師の参画もあり、1998（平成10）年に現行の名称となった。同協議会は、県内11の市町村と県、医師らで組織されているが、三者の間には強い信頼の絆と協力・連携の輪が築かれ、それが地域医療の強い推進力となっている。同協議会に所属する医師は諸診医会（36名）をつくり、相互交流・連携・支援のもとにモチベーションを高め、維持しながらへき地医療に従事している。地域の診療所と中核病院との連携は強く、さらにこれを高知医療センターが支援しており、鳥根県のブロック制度に相通ずるところがある。診療所は、原則として一人医師体制であるが、24時間、365日の勤務体制ではない。夜間、休日の急患は地域中核病院の救急外来が対応し、診療所医師もその救急当番に参画している。この体制を定着させるにあたっては、住民への説明と啓発がなされたとのことである。

これら地域医療のモデル県にならない、多くの都道府県が地域医療対策への具体的取り組みを始めている。中でも青森県は、知事の音頭のもと、県挙げての地域医療づくりを強力に推進しており、全国の注目を集めている。青森県は、2005（平成17）年9月に医師の確保・定着などを目的とする「あおり地域医療・医師支援機構」を設立し、医師確保のためのグランドデザインも策定して地域医療体制の再編・整備に乗り出した。さらに、青森県は、県内を6つの保健医療圏に分け、自治体病院の機能再編成を推進している。同時に、県は住民主導型の地域医療研究会を立ち上げ、住民ニーズの把握と地域医療推進のための啓発に乗り出した。青森県は、2006（平成18）年11月に、地域社会振興財団と共同で「地域医療を考える県民フォーラム」を開催した。こうして、青森県では、県を挙げての「みんなの、わたしたちの地域医療づくり」が着実に進んでいる。

47都道府県の地域医療環境は一様ではなく、それぞれの特性を有している。しかし、地域医療づくりの考え方と取り組みの方向性は、同一の基盤上にあると思われる。すべての都道府県において、先進的、モデル県の地域医療づくりを参考に、それぞれの特性を考慮しながら独自の地域医療改革が行われれば、地域医療は大きく飛躍し、そしわが国の医療も大きく前進することになる。

- 都道府県ごとに短期的、および中長期的地域医療計画を充実させる。
- 各都道府県挙げての医師確保ならびに地域医療づくりに取り組む。

### ③保健・医療・福祉の包括化・一体化と多職種連携の推進

平成の大合併により、全国の自治体の数は2007（平成19）年2月現在、1,811と合併前に比べて半減した。町数は、1,994から835に減り、村は568から195へと減じた。新しい自治体になり、合併前にあった特に小規模自治体の病院・診療所の存続問題が浮上している。新しい自治体におけるそれぞれの医療機関の役割・機能を明確にし、機能再編が図られることと思われる。住民を交えた十分な議論・検討を要する。また、小規模自治体の中には、地域包括ケアを充実させていたところもある。ところが、大規模自治体との合併により、この構築された地域包括ケア体制が危機に瀕している地域もある。充実した地域包括ケアを有する自治体は、他地域に比べいち早く到来した高齢社会の中で、知恵と工夫を凝らしながら同ケア体制を作り上げてきた、いわばモデル地域である。高齢社会の中で、どのように効率よく、しかも住民の安心感と満足度を高める地域包括ケア体制を整備していけばよいのか、これらの自治体はノウハウを有している。このモデルに学び、しっかりとした地域包括ケアのネットワークを張り巡らしていただきたい。千葉県は、地域福祉支援計画2004（平成16）年において、小学校（中学校）区域ごとに社会福祉協議会等が事務局となり、福祉等のあり方や取り組み方を検討する地域福祉フォーラムを打ち出した。これに習えば、新自治体において、小規模自治体の取り組みを大規模自治体に広めていくことはあながち無理とは思われない。

○小規模自治体のモデル地域包括ケアの取り組みを大規模自治体へ広めていく。

### ④総合医の育成・定着化の推進

地域医療の充実化へ向けて、地域の最前線にある医療機関に対する住民の信頼を得ることは不可欠である。地域医療の最前線には、地域医療を学び、そして実践する医師、すなわち総合医が必要である。なお、家庭医やプライマリ・ケア医等も当然この概念に含まれるが、この白書では混乱を避けるため、あえて総合医という名称を使わせていただいた。

さて、地域医療を支える医師と住民との関係はどうであろうか。いろいろな地域の住民に、かかりつけ医の有無についてたずねると、5、6割の住民が「はい」と答える。しかし、何でも相談ができる医師をお持ちの方はと問うと、「はい」は1割以下となる。大学病院で診療をしながら来院患者の意識調査をしている。大学病院を選んだ理由としては、大きい所で診てもらいたいという回答が圧倒的に多く、ここがブランドだからという回答もある。かかりつけ医に内緒で来院する患者も少なくない。国民の中に一種の大病院信奉が出来上がってしまっている中で、本来のかかりつけ医機能が十分に発揮されるように流れをリセットするためには、住民への熱心な啓発活動と住民から真に信頼され得る総合医の育成が不可欠である。

長野県長谷村（現伊那市）の住民に、何でも相談できる医師をお持ちの方はとたずねたところ、何と約8割の住民が「はい」と手を挙げた。この結果は、村内診療所の医師に対する強い信頼の絆が築かれていることを示す。確かに、村の診療所を守り、さらに行政と一体となって地域包括ケアを展開している医師は、幅広い診療能力を有し、しかもとても誠実な人物である。

福井らが行った「わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動」に関する

調査結果をみると、1か月間で1,000人あたり307人が医師を受診し、内232人が開業医、88人が病院を受診していた（Fukui T et al : JMAJ 48 : 163, 2005）。また、10人が救急室を受診し、3人が在宅ケアないし往診を受けていた。大学病院へは6人が受診し、0.3人が入院していた。この調査結果は、プライマリ・ケアの役割を改めて認識させるとともに、それを支える総合医の育成と地域医療体制の充実の重要性を伝えている。わが国の医学教育は、長らく専門医の育成に傾倒してきた。医学の進歩を、国民に還元するためには、専門医療の一層の発展が求められる。その一方で、国民を取り巻く健康問題の多様化、慢性化に対応していくためには、総合医の育成に本腰を入れる時期にきている。

総合医が備えるべき要件として、①一般内科の広い知識と技術を持ち、日常診療で頻度の高い疾患の診断と治療が適切にできる、②救急患者の初期対応ができる、③慢性疾患の長期管理ができる、④チーム医療の協力体制を組織・運営し、地域中核病院および診療所において診療の中心となって活動できる、⑤全人的・包括的医療、家庭と地域を視野に入れた医療を実践できる、⑥地域の行政と連携して保健・医療・福祉の資源を有効に利用し、地域住民に対して予防医学的指導ができる、ことが求められる。

なお、総合医に必要とされる臨床能力は、診療活動を行う地域、医療機関によっても多少異なるが、一般内科を中心とした一般診療に加え、小児科、小外科、整形外科、皮膚科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科の初期救急と応急処置ができること等である。また、臨床能力とともに、医療関係者、住民、行政とのコミュニケーションを図り、円滑な関係を構築する能力も必須である。

総合医の勤務場所としては、多くの方は診療所をイメージされるようだ。しかし、総合医の活躍の場は、病院にもある。地域の第一線にある病院は、患者構成及びニーズから考えれば、まさにトレーニングされた総合医が中心となった診療体制の構築が理想的と考えられる。自治医科大学卒業医師をはじめ、総合医としての研鑽を積んだ医師で構成される病院をみると、その効果は予想通りであり、限られた医師数の中で、幅広い診療提供を行いつつ、地域包括ケアにも深く関与し、さらに経営的にも効率性と良好な収支をもたらしている。今後、総合医への期待とニーズは増大すると思われる。また、総合医が持っている診療をはじめとする幅広いマネジメント能力は、地域中核病院や高度先進医療を担う病院においても、これから必ず求められることになる。

総合医は、これからの地域医療づくり、そしてわが国の医療の発展を考える上で、重要な鍵を握っている。国を挙げて、早急に総合医を育成することが望まれる。文部科学省は、この点を勘案し、2005（平成17）年に地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム（医療人GP）を立ち上げた。医療人GPは、大学病院が地域医療を担う医師や全人的医療を担う医師を養成することを推奨するものであり、2005（平成17）年度は20の大学が選ばれた。この医療人GPは、総合医の育成へ向けた大きな一歩となることを期待する。

総合医に対する国民の認知度は未だ低い。総合医が国民に認知され、国民の信頼が得られれば、わが国の医療の流れは大きく変わる。総合医をわが国の医療体系の中に明確に位置づけるためには、総合医の認定制をつくり、総合医の診療の枠組みを明確にするとともに、その診療能力を保障することが、最短と考えられる。勿論、総合医認定のための研修制度と認定試験、さらに認定の更新制度は不可欠である。総合医の認定制ができれば、総合医を目指す医学生や研修医も増加すると思われる。今、問題視されている小児医療に

についても、小児のプライマリ・ケアに総合医が広く関わっていくことにより、改善へと向かうことが期待される。

- 総合医に対する国民の認知度を高める。
- 総合医の研修制度ならびに認定制度を整備する。

#### ⑤医療機関の役割分担化と連携推進

地域の第一線医療機関から、小児科医、産婦人科医をはじめ、医師が減少している中で、医師確保対策として、小児科診療、産婦人科診療のセンター化が進められようとしている。この流れに対して、住民からは住民不在の政策、地域医療の質の低下といった声が上がっている。住民側からすれば当然の声と考えられる。当初述べたようにわが国の医療を取り巻く現況をみると、医療全体が負のスパイラル現象に陥り、医師の偏在化が進んでいる。このような状況の中で、医師の偏在を解消し、地域医療を担う医師を確保していくことは最重要課題と考えられる。しかし、国、都道府県、市町村のいずれもが、医師確保策を考え取り組んでいるが、その効果は残念ながら未だあがっていない。わが国の医療が、負のスパイラル現象から抜け出したとき、これら医師確保策が有効に機能し始めると思われる。今はまず、現状を踏まえて、より有効な医師配置を考えなければならない。

医師配置を考える際に、同時に、二次医療圏を一つの大きな地域とみなし、そこにある各医療機関の役割・機能を明確化し、機能分担・連携・再編を考えることも不可欠と思われる。その中で、自治体病院のあり方が、再編・統合も含めて大きく問われることになる。

山形県の3市5町からなる置賜二次医療圏の取り組みをみてみよう。2000（平成12）年に同圏域内にある2市2町で運営されていた3病院1診療所が再編され、一部事務組合（県も参加）方式による救命救急センター併設の公立置賜病院が新設された。元々あった医療機関は、初期・慢性期医療を担うサテライト医療機関（2病院2診療）としてネットワーク化された。この再編により、総病床数は812床から680床へ減じたものの、延べ入院患者数は増加し、全ての病院において、病床利用率は90%、あるいはそれ以上となっている。全外来患者数も増加している。医師数をみると、再編前は3病院合わせて57名であったが、81名に増えた。公立置賜病院には、救急医療や高度医療の提供体制が整備され、同圏域内での完結型医療が可能となった。公立置賜病院が行った住民満足度調査によれば、7、8割の患者は、総合病院の整備により、地域の医療水準が向上したと答えている。また、地域住民の74%が、総合病院が整備されて良かったと回答している。全国の先がけとなった置賜地域の新たな取り組みは、医師の確保、高度救急医療の実現、経営効率の向上がもたらされ、住民のサービス向上へとつながり、住民から高い満足度が得られている。しかし、このシステムにも問題はあろう。サテライト医療機関の医師は残念ながら未だ充足に至っておらず、総合病院を含め、医師への負担が大きくなっている。また、外来患者が、総合病院へ集中しているという現状もある。これらの問題はあろうものの、山形県と置賜地域の一体化した取り組みは、地域医療の改善へ向けた大きな方向性を全国に示した。

- 二次医療圏ごとに各医療機関の役割を明確にし、機能分担と連携強化を進める。

## ⑥地域医療支援体制の確立

自治医科大学卒業医師の義務年限開けの動向は、地域医療を担う医師確保を考える際に有用な示唆を包含していると思われるので、ここで少し検討してみたい。

自治医科大学卒業医師の義務年限終了後の出身都道府県定着率やへき地勤務率に関わる要因としては、卒業生自身に内在するものとして、へき地医療へのモチベーション、専門診療研修を含むブラッシュアップ研修へのニーズ、都市部・大病院における勤務の希望、開業の意思、子どもの教育を含む家族の問題等が挙げられる。一方、卒業医師を取り巻く要因としては、診療体制、診療支援体制、行政との関係などが挙げられる。これらの要因は、当然、卒業生の義務終了後の進路決定に大きく影響している。

へき地に勤務する医師の意識調査の結果を見ると、自治医科大学卒業医師に限定した場合、現在の職場について「やりがいがある」と回答したものは83%、「将来、へき地で働くつもりである」と回答したものは56%であった。「子どもの教育問題に悩んでいる」と回答した卒業医師は44%であった。

また、自治医科大学の卒業医師に専門医志向があることは否めない。わが国において、医療関係者、そして国民に総合医の位置付け・評価が明確に定まっていないところに専門医へ傾倒する背景があると考えられる。すなわち、専門領域を合わせ持つ総合医を目指す卒業生は少なくない。そして、義務年限内においては、後期研修、定期研修などを利用したり、日々の自己学習を積み上げながら、総合医としての幅を広げるとともに、専門性の獲得を目指している。幅広い診療と専門的診療を目標とすることにより、自治医科大学卒業医師のモチベーションの向上、維持へとつながっている。ほとんどの自治医科大学卒業医師は、間違いなく総合診療を行っている。専門性の獲得を目指している自治医科大学卒業医師と、純粋に専門医として育ってきた他大学出身医師との違いは、その診療基盤に幅広い診療能力があるか否か、にある。一例として、整形外科医を目指す卒業生を紹介したい。整形外科医としての診療は勿論のこと、総合医としての幅広い診療を行っている。上部・下部消化管の内視鏡検査や心臓・腹部の超音波検査は普通に行い、小児診療や救急診療にも関わっている。在宅医療も行い、町の保健事業にも積極的に参加している。

自治医科大学の卒業医師が、日々の幅広い診療の中で専門性の獲得を目指すことは、総合性を否定するものではなく、むしろ双方のレベルアップへとつながっている。卒業生の中には、真に総合性を追及しているものもあり、同様に自己研鑽に励んでいる。いずれにしても、医師は診療能力を高めるために、日々のたゆまぬ自己学習を続けていかなければならない。

へき地の医療を発展させていくためには、その医療を担う医師のモチベーションの維持・向上をいかにして図るのか、子どもの教育問題をどのようにクリアしていくのか、そしてキャリアプランをどう支援していくのかという点が鍵となる。

青森県は、あおもり地域医療・医師支援機構を立ち上げた。この機構は、厚生労働省が第9次へき地保健医療計画の中で設置を謳ったへき地医療支援機構を発展させたものであり、地域主体で医師を採用・配置を行うことと、へき地医療対策を円滑に実施することを目的とし、県・市町村・大学・県医師会により運営されている。支援機構は、「5つの安心」を医師に提示している。「5つの安心」とは、①長期勤務プログラムによる明確な長期見通し、②研修組込みによる医師のステップアップ保障、③代診医制による学会・研修会

への参加保障、④県職員としての派遣（身分保障）、⑤出身大学との関係継続、からなっている。

青森県をはじめ、多くの県が県挙げての医師確保に乗り出している。その効果はすぐに現れるとは思われないが、大学の医局制度を引き継ぐ新しい仕組みであり、多くの知恵と時間をかけて育んでいかなければならない。

- へき地医療支援機構を含む地域医療の支援体制を構築する。
- へき地勤務医師の身分および研修を保障する。

### ⑦大学の地域医療における役割の明確化

高度先進医療が急速に発展してきた医療の現場では、人から病気、臓器へと目が向けられ、医療の原点であるひとをみるという視点が希薄になっている。将来、専門医、あるいは総合医のいずれを目指すにしても、医学生はこの医療の原点に立脚して教育されるべきと考えられる。さらに、大学教育において、地域医療や総合医療が取り上げられることも、時代の要請となってきている。

総合医を取り巻く環境が、大きく変貌する中で、私達は全国の医学生に希望進路調査を行った。14,468人の医学生が回答してくれた。その結果を見ると、幅広く対応できるプライマリ・ケア医を希望する学生は8%で、一方、専門的医療に習熟した専門医を希望する学生は11%であった。残り81%の学生は、プライマリ・ケアに対応でき、なおかつ専門性を有することを望んでいた。現在のわが国の医療状況、そして将来、わが国の医療を担うことになる医学生の希望も踏まえて、今一度、医学教育のあり方について検討する必要がある。

このような現状を鑑みると、医学生が医学部入学当初から医療現場での体験的学習を通じて住民のニーズを直接感じ、学習の動機付けを高めるとともに、医学生に継続して体系的な臨床教育を提供していく必要がある。カリキュラムとしては、従来の専門医療に傾倒した内容に、一般的な疾患の診療、慢性疾患の管理、急性疾患への対応、在宅ケアを含む在宅医療、介護保険への関わり、公衆衛生活動、予防接種、健康診断、学校医・産業医の活動などの幅広い内容が加味される必要がある。医学生がこれらの内容を学んでいくためには、学びの場を大学の中だけではなく、地域医療現場に積極的に拡大していかなければならない。大学教育にこのような変革がもたらされる時、大学は国民のニーズに真に応えることができる。

これからの地域医療づくりの基本は、都道府県単位が基本と考えられる。各大学は、大学のある都道府県において地域医療の医師確保は勿論のこと、地域医療への積極的な関わりを持つことが求められている。そのためには、従来の大学が果たしてきた枠組みを変えていかなければならない。まず、大学人の意識改革が必要となる。

島根大学医学部の取り組みを紹介したい。島根大学は、2005（平成17）年度医療人GPと同大学プログラム「夢と使命感を持った地域医療人の育成」（島根大学医療人GP）が選定された。このプログラムには、日本版「WWAMI」プログラムというサブテーマが付けられている。WWAMIプログラムとは、ワシントン州周辺のへき地が多く、医学部を有しないワイオミング、アラスカ、モンタナ、アイダホの4つの州が米国ワシントン大学に地

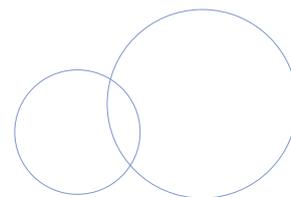
域医療人育成を委託しているプログラムで、30年前にワシントン州と他4州の頭文字を取って命名され、立ち上げられた。ワシントン大学は、既存の医学部定員のほかに70名程度の定員を追加し、いわば大型の地域枠委託方式で同プログラムを運用している。WWAMIプログラムを修了した卒業生の60%以上が出身州に帰り、地域医療に従事しており、同プログラムは大きな成果を挙げている。なお、WWAMIプログラムでは、多くの期間、出身州に帰り、地域の医療機関での実習も行われている。島根大学は、ワシントン大学の取り組みに習い、入学前から卒後臨床研修までの一貫した地域医療人育成を行うための日本版WWAMIプログラムを企画した。同大学では、へき地出身者をへき地医療機関で1週間見学体験させ、その市町村長の面接を受けた上で、地域枠推薦入学が行われる。この新規の取り組みの成否は、入学者がモチベーションを維持しながら、学習を継続できるか否かに係っているといても過言ではない。その為には、大学は地域との強い連携を築くとともに、教員をはじめ職員の意識を地域医療へ向けるようにする必要がある。島根大学は、2006（平成18）年2月から3月にかけて4週間連続の4グループ、延べ48名が米国に行き、ワシントン大学のWWAMIプログラムを始めとして、地域医療学教育および家庭医療学教育の実情を視察してきた。この視察は、大規模な視察を実施するための旅行計画、附属病院の指導医、研修医、看護師、事務職員、地域教育拠点病院の指導医、さらに医学科学生（外部資金により実現）のメンバーで構成され、大学のみならず地域の第一線の診療所も含めた視察地等、実に綿密に企画されたものであった。歴史と実績に裏打ちされた米国の地域医療学教育および家庭医療学教育の実際に触れ、そしてへき地医療に従事している医師の診療レベルの高さを目の当たりにした参加者の心は強く揺り動かされた。その感動の中、参加した人達は、現地で各々の立場、職域を超えて、島根大学における医学生教育の現状と課題や地域医療における役割について議論を行っている。その中で、各々の意識改革は確実に進んだ。米国医学教育視察に参加した指導医は、指導医としての自覚が深まり、医学生・研修医の指導へ向けたモチベーションの向上へとつながっている。同時に、指導医は、自らの診療・研究分野を越えて、医学教育や地域医療について広く思いをめぐらし、様々な意見や提言を出している。2006（平成18）年度も多くの関係者が、米国へ派遣された。

大学内の意識改革を進める上において重要な点は、職域や職階を問わず、広く全員に周知すること、そして連携の輪をつくり上げていくことにある。その意味においては、島根大学の米国医学教育視察は、当初の目的に違わず十分に機能していると思われる。島根大学は、短期間のうちに実に有効な意識改革を行いながら、日本版WWAMIプログラムを有効かつ実効性あるものにしようとしている。

大学に地域医療との関わりが求められている中で、各大学の進むべき方向性についてしっかりと議論され、地域医療への目標とその実行へ向けた企画を立案することが必要と思われる。自治医科大学は、地域医療の充実を目指して35年間取組んできたが、今、各大学とその目標を共有し、協働して歩んでいく時を迎えている。

- 各大学は地域医療において果たすべき役割を明確にする。
- 大学教育に地域医療教育を導入し定着させる。

# おわりに



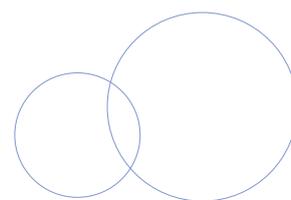
現在、医療制度改革や市町村合併など、地域医療をめぐる環境の変化は著しい。そのなかで、地域医療の迷走が続いている地域もある。いま、地域医療は大きな転換期を迎えていると言わざるを得ない。

地域医療白書第2号では、「この数年の医療制度等の動向」で、現状を概括した後に、「住民が求める地域医療」、「地域医療の現状」、「地域医療を支援するシステム」、「地域医療を担う人材」の流れで展開した。へき地に焦点を当て、その地域医療の現状と課題を分析し、これからの地域医療づくりの検討を行った。また、自治医科大学の現状についてもふれた。そして、「地域医療の充実へ向けての提言」にて、これからの地域医療づくりへの提言を総括した。

地域医療がかかえる課題への解決策はおおむね出尽くした感がある。提言で示したように、その解決の方向性もうかがい知ることができよう。これから、住民が信頼する地域医療体制の構築に向けて、行政、医療関係者だけでなく、住民の主体的な参加を得つつ、その動きを加速させる時期がきたと確信する。とりわけ、医師については、総合医の重要性が認識され、社会的に位置づけられる取組みが急務であろう。

高齢化社会への対策などにみられるように、へき地の課題は、わが国全体の問題を先取りしているものもある。地域医療への対策においても、ほぼ同様であろう。この白書が、へき地医療だけでなく、わが国の地域医療の発展に貢献できれば幸いである。

# 付録



## 1. 地域医療の現状と課題に関する全国調査(第2回)の概要

本学としては、現状を踏まえて、さらに地域医療・健康施策について将来のあるべき姿をとられて資料の提供や提言を行うことが、自治医科大学の重要な役割のひとつであると考えている。今回の白書作成にあたって、自治医科大学と地域社会振興財団が共同で、都市部とへき地の地域医療の比較、市町村合併前後の医療機関の現状などの全国調査を行った。その調査の結果をもとに、今回の地域医療白書の一部は作成された。ここに、調査の概要を示す。

### (1)調査の内容

- ①都市部とへき地の地域医療の比較
- ②市町村合併前後の医療機関の現状
- ③地域医療に関するフィールド調査
- ④全国医学部・医科大学における地域医療、プライマリ・ケア教育の現状

### (2)調査の概要

#### ①都市部とへき地の地域医療の比較

都市部とへき地の地域医療を比較することにより、新たな保健・医療・福祉に関わる問題を把握することを目的に調査が行われた。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）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）を自治体の全体または一部が指定を受けている802町村の診療所の医師を対象に、地域医療に関わる項目の自己記入式質問紙を郵送して回答を得た。調査は2005（平成17）年10月から12月にかけて実施した。

#### ②市町村合併前後の医療機関の現状

市町村合併による医療機関への影響を把握することを目的に調査が行われた。2000（平成12）年4月から2006（平成18）年3月の間に合併が行われた562市町村を対象に、医療機関に関わる項目の質問紙調査を郵送して回答を得た。調査は2006（平成18）年4月から6月にかけて実施した。

#### ③地域医療に関するフィールド調査

住民の視点に立った地域医療、保健、福祉の分析を行うことを目的に調査は行われた。今回は、へき地住民の医師不足や地域医療に対する認識を明らかにすることに焦点を当てた。医師不足について、2005（平成17）年6月から8月に福島県只見町と岩手県藤沢町の

住民に対し、聞き取り調査（半構造化面接）を実施した。地域医療に関する認識について、2005（平成17）年11月に長野県長谷村と福島県只見町で行われた現地研修会の際に、参加住民に対して自己記入式質問紙調査を実施した。

#### ④全国医学部・医科大学における地域医療、プライマリ・ケア教育の現状

全国医学部・医科大学における地域医療、プライマリ・ケアに関わる教育の現状を把握することを目的に調査は行われた。全80医学部・医科大学長および医学教育関係部署に、地域医療・プライマリ・ケア関連卒前教育に関わる項目の質問紙を郵送し回答を得た。調査は2006（平成18）年6月に実施した。

### (3)回答状況

質問紙の回収は、自治医科大学地域医療学センター内地域医療白書企画事務局で行った。回答がない場合は、2回まで督促を行った。回答状況は、

①都市部とへき地の地域医療の比較調査については、質問紙を郵送した3,208診療所（政令指定都市1,282診療所、過疎4法指定町村1,926診療所）のうち、1,691診療所（回答率53%）（政令指定都市587診療所（46%）、過疎4法指定町村1,104診療所（57%））から回答があった。回答医師数は1,820人（政令指定都市628人、過疎4法指定町村1,192人）であった。

②市町村合併後の医療機関の現状調査については、質問紙を郵送した562市町村のうち、460市町村（回答率82%）から回答があった。

④全国医学部・医科大学における地域医療、プライマリ・ケア教育の現状については、質問紙を郵送した全80医学部・医科大学から回答を得た（回答率100%）。

### (4)集計

結果の単純集計は、質問紙の回収と同様に地域医療白書企画事務局で行った。ただし、単純集計結果を行った後、①都市部とへき地の地域医療の比較調査については、都市部とへき地の2区分に分けて集計を行った。

なお、調査結果は、以下に示す。ただし、③地域医療に関するフィールド調査と④全国医学部・医科大学における地域医療、プライマリ・ケア教育の現状については、本文中に集計結果を示したことから省略した。

### 地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査

この調査は、地域医療活動推進のために、地域医療の現状と今後の課題を明らかにすることを目的としています。この調査票は、エヌ・ティ・ティ情報株式会社に登録されている医療機関から無作為に抽出した医療機関にお送りしております。回答結果は集計して統計として利用しますが、個々の先生方の状況については公表いたしません。調査票に、医療機関コード(実際は医療機関の電話番号)を記入しているのは、不明な点があった場合に照会するためのものです。繰り返しになりますが、回答者の個人名を公表することはありません。このアンケート調査の結果は、先生方が、より良い地域医療を展開するためのシステムを提言していくための基礎資料になり得ると考えております。調査の趣旨をご理解の上、ご回答お願いいたします。

医療機関コード  
(医療機関の電話番号)  
2.54 c m×4.83 c m

#### A. 基本情報について

A-1. 年齢、性別、出身地、卒業大学および卒業年、ご家族についてお尋ねします。

年 齢	歳	性 別	1.男 2.女	出生地	都・道 府・県	市・区 町・村
卒業大学				卒業年	昭・平	年 (西暦 年)
配偶者	有・無	同居家族	親・配偶者・子(未就児__人、小学__人、中・高生__人、他__人)・他__人			

A-2. 現在の医療機関の経営形態、勤務形態、勤務年数、診療科についてお尋ねします。

管理者(院長・所長)ですか	1. はい 2. いいえ	勤務年数	年
医療機関の経営形態は、	1. 公的 2. 民間	入院病床	床
ご専門もしくは主な標榜科についてお尋ねします。該当する科に○をつけてください			
1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 眼科 6. 耳鼻咽喉科 7. 産婦人科 8. 皮膚科 9. 精神科 10. 泌尿器科 11. その他 ( )			

A-3. ご自身について、専門医か、プライマリ・ケア医\*のどちらだと思われませんか

1. 専門医
2. どちらかといえば、専門医
3. どちらかといえば、プライマリ・ケア医
4. プライマリ・ケア医

\*プライマリ・ケアとは、「日常の健康問題の大半を取り扱うことができる幅広い臨床能力をもった医師によって提供される、包括的な、地域の第一線で提供される医療を中心としたヘルスケアサービス」と定義します。

**B. 卒後研修について**

B-1. 初期臨床研修（臨床研修）についてお尋ねします。

1) 初期研修はどこで行いましたか。該当するものに○をつけてください。

1. 大学病院      2. 臨床研修指定病院（大学病院以外）      3. その他（\_\_\_\_\_）

2) 初期研修で、研修された科すべてに○をつけてください

1. 内科      2. 外科      3. 整形外科      4. 小児科      5. 産婦人科      6. 精神科  
7. 眼科      8. 皮膚科      9. 泌尿器科      10. 耳鼻咽喉科      11. 麻酔科      12. 救急部  
13. 放射線科      14. 地域保健・医療      15. その他（\_\_\_\_\_）

3) 初期研修に満足していますか。該当するものに○をつけてください。

1. 満足      2. どちらかといえば満足      3. どちらかといえば不満      4. 不満

B-2. 生涯教育についてお尋ねします。

1) 最近1年間の各種学会もしくは研修会などの参加状況をお教えてください。

1. 学会      年\_\_\_\_\_回      2. 研修会      年\_\_\_\_\_回

2) 平日に研修日または研究日をお取りになっていますか。

1. いいえ  
2. はい → どのようにお取りになっていますか  
1. 不定期  
2. 定期（週\_\_\_\_\_日 もしくは 月\_\_\_\_\_日）

3) 生涯学習は十分だと思いますか。該当するものに○をつけてください。

1. 十分      2. どちらかといえば十分      3. どちらかといえば不十分      4. 不十分

**C. 代診について**

C-1. 出張などの際に他の医療機関などに代診を依頼しますか。該当するものに○をつけてください。

1. 依頼しない  
2. 依頼する → どこに依頼しますか  
1. 個人的伝手（つて）  
2. 医局（大学）  
3. へき地拠点病院  
4. その他の周辺医療機関  
5. その他（\_\_\_\_\_）

**E. 業務内容について**

E-1. 現在の業務内容についてお尋ねします。行っている業務すべてに○をつけてください。

1. 一般外来診療      2. 専門外来診療      3. 入院診療      4. 休日夜間診療  
5. 在宅診療      6. 在宅ターミナル      7. 各種検査業務（内視鏡、超音波検査など）  
8. 乳幼児健診      9. 予防接種      10. 人間ドック・健康診断      11. 健康教育・患者教育  
12. 産業医      13. 学校医      14. 幼稚園・保育園医      15. 介護保険意見書作成  
16. デイケア内医療      17. グループホーム内医療      18. 有料老人ホーム内医療  
19. 特別養護老人ホーム内医療      20. 老人保健施設内医療      21. その他（\_\_\_\_\_）

E-2. 現在の業務の中で、割いている時間の多いもの3つに○をつけてください。

- |                  |                |                        |               |
|------------------|----------------|------------------------|---------------|
| 1. 一般外来診療        | 2. 専門外来診療      | 3. 入院診療                | 4. 休日・夜間診療    |
| 5. 在宅診療          | 6. 在宅ターミナル     | 7. 各種検査業務(内視鏡,超音波検査など) |               |
| 8. 乳幼児健診         | 9. 予防接種        | 10. 人間ドック・健康診断         | 11. 健康教育・患者教育 |
| 12. 産業医          | 13. 学校医        | 14. 幼稚園・保育園医           | 15. 介護保険意見書作成 |
| 16. デイケア内医療      | 17. グループホーム内医療 | 18. 有料老人ホーム内医療         |               |
| 19. 特別養護老人ホーム内医療 | 20. 老人保健施設内医療  | 21. その他( )             |               |

E-3. 医療機関の設備についてお尋ねします。所有する(リース等含)設備すべてに○をつけてください。

- |                 |                 |                 |              |
|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 1. 心電計          | 2. Holter 心電計   | 3. X線撮影装置       | 4. X線透視装置    |
| 5. X線 CT 断層装置   | 6. MR-CT 断層装置   | 7. 上部消化管内視鏡     | 8. 大腸内視鏡     |
| 9. 気管支内視鏡       | 10. 血算検査装置      | 11. 生化学検査装置     | 12. 眼底撮影装置   |
| 13. 超音波断層装置(腹部) | 14. 超音波断層装置(心臓) | 15. 超音波断層装置(体表) |              |
| 16. 骨塩量測定装置     | 17. 心細動除去装置     | 18. 人工呼吸器       | 19. アンビューバック |
| 20. 挿管セット       | 21. 人工腎臓(透析)装置  | 22. その他( )      |              |

E-4. 市区町村の保健福祉事業にかかわる業務について、行っている業務すべてに○をつけてください。

- |             |                        |               |             |
|-------------|------------------------|---------------|-------------|
| 1. 基本健診     | 2. 基本健診事後指導            | 3. 健康教育       | 4. 健康相談     |
| 5. 機能訓練     | 6. 乳幼児健診               | 7. 予防接種       | 8. 学校健診     |
| 9. 学校保健教育   | 10. 妊産婦健診              | 11. 母子保健相談指導  | 12. 保健関係委員会 |
| 13. 介護認定審査会 | 14. 福祉関係委員会(介護認定審査会以外) | 15. 職員への産業医活動 |             |

E-5. 外来診療(一般・専門)、在宅診療(訪問診療・在宅)の平均患者数についてお尋ねします。

単位にご注意ください。

一般 外来診療	人/日	専門 外来診療	人/日	在宅診療 (訪問診療・往診)	人/月
------------	-----	------------	-----	-------------------	-----

F. 拘束時間、休日、休暇および日常生活について

F-1. 仕事で拘束される時間(勤務時間、時間外、自宅待機など)についてお尋ねします。

1 週間のうち、平均的に、\_\_\_\_\_時間

F-2. 休日についてお尋ねします。完全にフリーになる休日はどれくらいとれますか。

週\_\_\_\_\_日 もしくは 月\_\_\_\_\_日 もしくは 年\_\_\_\_\_日

F-3. 長期休暇についてお尋ねします。夏休みや正月休みなどの長期休暇はとれますか。

1. いいえ

2. はい → 年\_\_\_\_\_日

## F-4. 休暇および日常生活についてお尋ねします。

該当する番号に○をつけてください。

	どちらか といえは		どちらか といえは	
	はい	はい	いいえ	いいえ
1. 休日の数に満足している	1	2	3	4
2. 近所との付き合いに満足している	1	2	3	4
3. 近所の人目をストレスと感じる	1	2	3	4
4. ストレスの解消法をもっている	1	2	3	4
5. 趣味を持っている	1	2	3	4
6. 健康に自信がある	1	2	3	4
7. 仕事以外の生活に満足している	1	2	3	4
8. お子さんの教育問題で悩んでいる	1	2	3	4

## G. 職場について

## G-1. 現在の職場についてお尋ねします。

該当する番号に○をつけてください。

	どちらか といえは		どちらか といえは	
	はい	はい	いいえ	いいえ
1. 職場はやりがいがある	1	2	3	4
2. 職場では自由に色々なことをしている	1	2	3	4
3. 職場は生涯教育の機会が多い	1	2	3	4
4. 職場は多忙である	1	2	3	4
5. 報酬に満足している	1	2	3	4
6. 職場のスタッフは充実している	1	2	3	4
7. 職場の医療機器は充実している	1	2	3	4

該当する番号に○をつけてください。

	どちらか といえは		どちらか といえは	
	満足	満足	不満	不満
8. 自分の専門領域の医療の提供	1	2	3	4
9. 幅広い医療の提供	1	2	3	4
10. 患者が満足する医療の提供	1	2	3	4
11. 医療機関の健全な経営(収支)	1	2	3	4
12. 初期救急医療への対応	1	2	3	4
13. 在宅診療(訪問診療・往診)の提供	1	2	3	4
14. 勤務する医療機関の職員との良好な人間関係	1	2	3	4
15. 周辺医療機関の医師との良好な人間関係	1	2	3	4
16. 市区町村行政事務職員との良好な人間関係	1	2	3	4
17. 保健関係職員(保健師など)との良好な人間関係	1	2	3	4
18. 福祉関係職員(ケアマネジャーなど)との良好な人間関係	1	2	3	4
19. 住民との良好な人間関係	1	2	3	4



K. 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ください。

L. 調査結果報告書について

L-1. 調査結果報告書の送付を希望されますか。

1. はい
2. いいえ

ご協力ありがとうございました。

## 市町村合併にともなう公的医療機関に関する全国調査

この調査は、市町村合併にともなう公的医療機関の影響を調査する目的としています。ここでいう公的医療機関とは、市町村立および国民健康保険の**病院**及び**診療所**を指しています。

各質問には、平成18年4月1日時点での状況をご回答ください。回答結果は集計し、統計として利用しますが、個々の医療機関の状況は公表いたしません。調査の趣旨をご理解の上、**5月26日（金曜日）迄に**、ご回答お願いいたします。

尚、回答内容の判断に迷われる場合には、記入される方の主観でご記入ください。

市町村名  
2.54 cm×4.83 cm

## A. この調査票の記入者・方法について

A-1. 実際に回答していただいたかたは？ **該当する答えに○を付けてください。**

1. 1人であり、自分で回答した。
2. 複数いるが、個人の意見で回答した。
3. 複数いるが、他の担当者の意見を聞いた上で自分の意見を回答した。
4. 持ち回りで回答した。

A-2. 連絡先を教えてください。

連絡先：所属課/係名（ ）担当者名（ ）

直通電話（ ）－（ ）－（ ）・（ ）  
市外局番 市内局番 番号 内線番号

\* 課名、記入者をお尋ねするのは、不明な点があった場合に照会するためのものです。回答者の個人名を公表することはありません。

**B. 医療機関についてお聞かせします。**

B-1. 合併する前後の医療機関についてご回答ください。

合併後の変更を下記の欄にすべて記載してください。名称変更、廃止、統合等がわかるようにお願いいたします。また、常勤医師数および非常勤医師数につきましても記入をお願いします。

記入の際のお願い

- \* 非常勤医師とは、毎月定期的に診察をされる医師を言い、年に数回や不定期の医師を含めなくてください。また、週1回固定だが、ローテーションで担当している場合は担当枠1としてください。
- \* 病床数とは、一般型、療養型を含めた数です。
- \* 診療科については、変更のあった科のみ前後をお書きください。

市町村合併前						市町村合併後							
開設	医療機関名 (診療所/病院)	常勤 医師数	非常勤 医師数	看護師数	病床数	診療科	開設	医療機関名 (診療所/病院)	常勤 医師数	非常勤 医師数	看護師数	病床数	診療科
(市町村) 1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合	(例) 昭和村立国民病院	5人	2人	20人	50床	内科 外科 整形外科	(市町村) 1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合	(例) 平成市立昭和国民病院	変更ナシ	変更ナシ	変更ナシ	19床	整形外科が なくなつた
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						
1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合							1.市町村 2.国民健康保険団体連合会 3.公設民営 4.一部事務組合						

**C. 人事異動・交流についてお聞きします。**

C-1. 公的医療機関において、合併後に旧市町村間で医師の人事異動・交流がありましたか？

**該当する項目全てに○をつけてください。**（複数回答可）

記入の際のお願い

- \* 人事交流とは、所属の変更がない交流です。
- \* 但し合併した市町村以外からの代診は含まれません。
- \* ( ) 内に詳しい状況をお書きください。

1. 医師の人事異動があった。

- 1-1. あった ( )
- 1-2. なかった
- 1-3. その他 ( )

2. 医師の人事交流があった。

- 2-1. あった ( )
- 2-2. なかった
- 2-3. その他 ( )

3. 定期的な診療支援がある。

(担当医の他に決められた曜日、周期で診療する医師がいる体制)

( )

4. 不定期な診療支援がある。

(担当医と共に突発な状況に診療できる医師がいる体制)

( )

5. 代診がある。

(担当の医師に代わって診察できる医師がいる体制)

( )

6. その他 ( )

( )

C-2. 医師以外の人事異動・交流について、**該当する項目全てに○**をつけてください。(複数回答可)

	人事異動		人事交流	
医師以外の医療専門職 (看護師、検査技師、 放射線技師等)	1. あった	2. なかった	3. あった	4. なかった
事務職員	5. あった	6. なかった	7. あった	8. なかった
旧市町村間	9. あった	10. なかった	11. あった	12. なかった
その他	13. あった ( )			

C-3. 予算で変更になったものがありますか？

**該当する項目全てに○**をつけてください。(複数回答可)

1. 医師の給与                      2. 医師以外の医療専門職の給与      3. 事務職の給与  
4. わからない                      5. その他 ( )

C-4. 合併で困難と思われたことがありましたか？

**該当する項目全てに○**をつけてください。(複数回答可)

1. 各行政機関の方針      2. 医療機関の運営方針                      3. 行政と医療機関の新組織体制  
4. 医療の質の保持              5. 医療機器の整備                              6. 医師の確保  
7. 各地域の特性を考慮      8. 住民の意見を反映                              9. 行政関係者の理解  
10. 医療関係者の理解      11. 住民の理解                                      12. 合併調整期間  
13. その他

( )

C-5. 上記以外に合併前後で変わったことがありましたか？

( )

C-6. このアンケートについてコメント、その他、自由に記入してください。

御協力ありがとうございました。

## プライマリ・ケアに関する大学医学部カリキュラム調査

### 依頼について

プライマリ・ケア教育のカリキュラムを担当されている方か、もしくは貴大学の御判断でこの内容をお答えいただくのに最も適切と思われる先生にお渡しくださるようお願い申し上げます。

### 返送について

平成 18 年 7 月 7 日（金）までに、同封の返信用封筒にてご返送下さい。

番号 大学名  
( ←シールを貼る。)

### 守秘義務について

御記入いただきました内容は個々の大学名がわかるような形での公表は一切致しませんし、この研究以外の目的に利用することも致しません。

調査票の記入された方をご記入ください。

- \* 記入者をお尋ねするのは、不明な点があった場合に照会するためのものです。  
回答者の個人名を公表することはありません。

連絡先：所属課/教室名（ ） 担当者名（ ）

直通電話（ ）－（ ）－（ ）・（ ）  
市外局番 市内局番 番号 内線番号

### 定義について

#### プライマリ・ケアとは

「日常の健康問題の大半を取り扱うことができる幅広い臨床能力を持った医師によって提供される、包括的な、地域の第一線で提供される医療を中心としたヘルスケアサービス」、

#### プライマリ・ケア医とは

「診療所、一般病院などの地域医療現場で地域のニーズに立脚した幅広い健康問題に対応する技能を有する医師」、

と定義させていただきます。この定義にそって御回答お願い申し上げます。

裏面に質問項目があります。

## プライマリ・ケアおよびプライマリ・ケア医の定義（再掲）

## プライマリ・ケアとは

「日常の健康問題の大半を取り扱うことができる幅広い臨床能力を持った医師によって提供される、包括的な、地域の第一線で提供される医療を中心としたヘルスケアサービス」

## プライマリ・ケア医とは

「診療所、一般病院などの地域医療現場で地域のニーズに立脚した幅広い健康問題に対応する技能を有する医師」

問 1. プライマリ・ケア医の役割について系統的に教える講義がありますか

1. ない
2. ある
  - 開始年度はいつからですか \_\_\_\_\_ 年度の \_\_\_\_\_ 学年から導入された
  - その中で診療所、一般病院など学外で勤務する医師が担当する講義がありますか
    - A. ない
    - B. ある

問 2. 貴学の医学部カリキュラム内に、診療所もしくは一般病院で外来診療を含めた地域包括医療を見学、体験できる実習がありますか

1. ない
2. ある
  - 開始年度はいつからですか \_\_\_\_\_ 年度の \_\_\_\_\_ 学年から導入された
  - 必修実習期間：年間 \_\_\_\_\_ 日
  - 選択実習期間：年間 \_\_\_\_\_ 日
  - 診療所、一般病院など大学外での学生教育を担当する大学の教員身分を持った医師（臨床講師など）がいますか
    - A. いない
    - B. ある
      - a. 年度ごとの任命
      - b. 実習期間中のみの任命
      - c. その他 ( \_\_\_\_\_ )

問 3. 貴学のカリキュラム内に、保健福祉現場（保健所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、介護老人保健施設、介護特別養護老人ホーム、デイケアセンターなど）での実習がありますか

1. ない
2. ある
  - 開始年度はいつからですか \_\_\_\_\_ 年度の \_\_\_\_\_ 学年から導入された

問 4. 貴学のカリキュラム内に、学外のプライマリ・ケアの現場に継続的に関わる（同一の学生が、同一の医療機関、保健福祉施設、患者宅などへ3ヶ月以上の期間にわたり複数回訪問する）実習がありますか

例：「隔週 2 時間ずつ同一の老人保健施設での実習を半年にわたって行う。」「毎月 1 回同一の患者宅を 3 か月にわたって訪問する」など

1. ない
2. ある
  - 開始年度はいつからですか \_\_\_\_\_ 年度の \_\_\_\_\_ 学年から導入された

問 5. プライマリ・ケア教育の向上を目的とした、Faculty Development のための講習会や Tutor's Training などの教員に対するトレーニングを実施していますか（学外での講習会参加も含む）

例：OSCE の評価法、医療面接実習の施行法、チュートリアル形式の学習法など

1. いない
2. している

ご協力ありがとうございました。

## 1) 都市部とへき地の比較の結果

表 付録1-1 基本情報 その1

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)	
年齢						
26-39歳	28	4%	194	16%	222	12%
40-49歳	135	22%	261	22%	396	22%
50-59歳	208	33%	344	29%	552	30%
60-69歳	119	19%	184	16%	303	17%
70-91歳	135	22%	203	17%	338	19%
合計	625	100%	1,186	100%	1,811	100%
性別						
男	556	89%	1,101	93%	1,657	91%
女	71	11%	86	7%	157	9%
	627	100%	1,187	100%	1,814	100%
卒業年						
1920-1945年	13	2%	39	3%	52	3%
1946-1960年	121	20%	141	12%	262	15%
1961-1975年	199	32%	294	26%	493	28%
1976-1990年	246	40%	452	40%	698	40%
1991-2003年	36	6%	218	19%	254	14%
合計	615	100%	1,144	100%	1,759	100%
配偶者						
あり	564	92%	1,040	89%	1,604	90%
なし	52	8%	128	11%	180	10%
合計	616	100%	1,168	100%	1,784	100%
同居者						
親	57	9%	155	13%	212	12%
配偶者	469	75%	845	71%	1,314	72%
子	355	57%	515	43%	870	48%
未就学児	41	12%	161	14%	202	11%
小学生	84	24%	178	15%	262	14%
中・高校生	153	43%	200	17%	353	19%
その他	171	48%	139	12%	310	17%
その他(孫など)	35	6%	47	4%	82	5%

表 付録1-2 基本情報 その2

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)	
院長						
はい	575	92%	1,037	88%	1,612	89%
いいえ	53	8%	142	12%	195	11%
合計	628	100%	1,179	100%	1,807	100%
勤務年数 (n=1,753)						
1年以下	40	7%	122	11%	162	9%
2-4年	85	14%	234	20%	319	18%
5-9年	115	19%	209	18%	324	18%
10-19年	159	26%	273	24%	432	25%
20-29年	87	14%	129	11%	216	12%
30-39年	54	9%	77	7%	131	7%
40-49年	47	8%	65	6%	112	6%
50-65年	14	2%	43	4%	57	3%
合計	601	100%	1,152	100%	1,753	100%
経営形態						
公的	7	1%	355	30%	362	20%
民営	609	99%	817	70%	1,426	80%
合計	616	100%	1,172	100%	1,788	100%
病床						
あり	47	9%	258	24%	305	19%
なし	504	91%	809	76%	1,313	81%
合計	551	100%	1,067	100%	1,618	100%
標榜診療科						
内科	505	80%	1,041	87%	1,546	85%
外科	129	21%	309	26%	438	24%
小児科	112	18%	301	25%	413	23%
整形外科	47	7%	135	11%	182	10%
皮膚科	32	5%	43	4%	75	4%
産婦人科	8	1%	34	3%	42	2%
精神科	16	3%	14	1%	30	2%
泌尿器科	12	2%	15	1%	27	1%
眼科	4	1%	15	1%	19	1%
耳鼻咽喉科	5	1%	9	1%	14	1%
その他	113	18%	155	13%	268	15%
専門医・P C医*						
専門医	63	10%	44	4%	107	6%
どちらかといえば、専門医	111	18%	117	10%	228	13%
どちらかといえば、P C医	266	43%	587	50%	853	47%
P C医	179	29%	432	37%	611	34%
合計	619	100%	1,180	100%	1,799	100%

\* P C医=プライマリ・ケア医

表 付録1-3 初期臨床研修について

	都市部 (n=628)		へき地 (n=1,192)		全体 (n=1,820)	
臨床研修制度						
導入前	213	34%	308	26%	521	29%
導入後	414	66%	878	74%	1,292	71%
計	627	100%	1,186	100%	1,813	100%
初期臨床研修施設						
大学病院とその関連病院	287	70%	547	63%	834	65%
臨床研修指定病院	83	20%	261	30%	344	27%
その他	39	10%	63	7%	102	8%
計	409	100%	871	100%	1,280	100%
研修診療科						
内科	288	53%	647	51%	935	51%
外科	168	31%	423	33%	591	32%
麻酔科	113	21%	351	27%	464	25%
小児科	88	16%	304	24%	392	22%
救急部	79	15%	256	20%	335	18%
整形外科	54	10%	222	17%	276	15%
産婦人科	43	8%	181	14%	224	12%
放射線科	45	8%	126	10%	171	9%
皮膚科	31	6%	116	9%	147	8%
泌尿器科	22	4%	74	6%	96	5%
耳鼻咽喉科	11	2%	83	6%	94	5%
精神科	21	4%	54	4%	75	4%
眼科	14	3%	61	5%	75	4%
地域保健・医療	9	2%	66	5%	75	4%
その他	30	6%	72	6%	102	6%
初期臨床研修への意見						
満足	92	23%	202	24%	294	23%
どちらかと言えば満足	195	48%	377	44%	572	46%
どちらかと言えば不満	93	23%	209	25%	302	24%
不満	23	6%	63	7%	86	7%
計	403	100%	851	100%	1,254	100%

表 付録1-4 生涯研修について

	都市部 (n=628)		へき地 (n=1,192)		全体 (n=1,820)	
学会参加 (年間)						
なし	123	23%	306	30%	429	28%
1回	159	30%	354	35%	513	33%
2回	129	24%	217	21%	346	22%
3-5回	100	19%	120	12%	220	14%
6-10回	22	4%	17	2%	24	2%
11回以上	0	0%	6	0.6%		
計	533	100%	1,020	100%	1,553	100%
研修会参加 (年間)						
なし	35	6%	111	11%	146	9%
1回	35	6%	86	8%	121	7%
2回	47	8%	122	12%	169	10%
3-5回	148	26%	310	29%	458	28%
6-10回	148	26%	238	23%	386	24%
11-20回	93	17%	147	14%	240	15%
21回以上	56	10%	42	4%	98	6%
計	562	100%	1,056	100%	1,618	100%
平日の研修日または研究日						
なし	394	64%	831	71%	1,225	69%
ある	219	36%	342	29%	561	31%
合計	613	100%	1,173	100%	1,786	100%
平日の研修日または研究日						
不定期	127	59%	157	46%	284	51%
定期	88	41%	183	54%	271	49%
計	215	100%	340	100%	555	100%
定期的な研修日数						
月半日	0	0%	1	0.5%	1	0.4%
月1日	13	15%	16	9%	29	11%
月2-3日	13	15%	31	17%	44	16%
週1日	57	65%	124	68%	181	67%
週2日	4	5%	7	4%	11	4%
週3日以上	1	1%	4	2%	5	2%
計	88	100%	183	100%	271	100%
生涯研修への意見						
十分	55	9%	64	6%	119	7%
どちらかと言えば十分	216	36%	309	27%	525	30%
どちらかと言えば不十分	270	45%	566	49%	836	47%
不十分	63	10%	218	19%	281	16%
計	604	100%	1,157	100%	1,761	100%

表 付録1-5 代診について

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)	
代診依頼						
しない	467	74%	864	72%	1,331	73%
する	161	26%	328	28%	489	27%
合計	628	100%	1,192	100%	1,820	100%
依頼先						
個人的伝手	98	61%	114	35%	212	43%
医局(大学)	55	34%	73	22%	128	26%
へき地拠点病院	1	1%	87	27%	88	18%
その他の周辺医療機関	15	9%	47	14%	62	13%
その他	17	11%	51	16%	68	14%

表 付録1-6 業務について

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)	
業務内容						
一般外来診療	590	94%	1,172	98%	1,762	97%
専門外来診療	154	25%	131	11%	285	16%
入院診療	46	7%	222	19%	268	15%
休日夜間診療	121	19%	458	38%	579	32%
在宅診療	310	49%	838	70%	1,148	63%
在宅ターミナルケア	122	19%	405	34%	527	29%
各種検査業務	233	37%	626	53%	859	47%
乳幼児健診	113	18%	424	36%	537	30%
予防接種	413	66%	1,012	85%	1,425	78%
人間ドック・健康診断	255	41%	446	37%	701	39%
健康教育・患者教育	100	16%	371	31%	471	26%
産業医	194	31%	489	41%	683	38%
学校医	207	33%	890	75%	1,097	60%
幼稚園・保育園医	106	17%	626	53%	732	40%
介護保険意見書作成	346	55%	906	76%	1,252	69%
デイケア内医療	26	4%	125	10%	151	8%
グループホーム内医療	43	7%	102	9%	145	8%
有料老人ホーム内医療	20	3%	28	2%	48	3%
特別養護老人ホーム内医療	46	7%	272	23%	318	17%
老人保健施設内医療	25	4%	87	7%	112	6%
その他	33	5%	58	5%	91	5%

表 付録1-7 時間を割いている業務について

	都市部 (n=628)		へき地 (n=1,192)		全体 (n=1,820)	
時間を割いている業務						
一般外来診療	577	92%	1,166	98%	1,743	96%
専門外来診療	120	19%	89	7%	209	11%
入院診療	39	6%	186	16%	225	12%
休日夜間診療	30	5%	142	12%	172	9%
在宅診療	199	32%	532	45%	731	40%
在宅ターミナルケア	10	2%	35	3%	45	2%
各種検査業務	132	21%	275	23%	407	22%
乳幼児健診	34	5%	30	3%	64	4%
予防接種	103	16%	236	20%	339	19%
人間ドック・健康診断	95	15%	67	6%	162	9%
健康教育・患者教育	8	1%	21	2%	29	2%
産業医	56	9%	54	5%	110	6%
学校医	38	6%	104	9%	142	8%
幼稚園・保育園医	8	1%	20	2%	28	2%
介護保険意見書作成	50	8%	83	7%	133	7%
デイケア内医療	4	1%	22	2%	26	1%
グループホーム内医療	16	3%	17	1%	33	2%
有料老人ホーム内医療	8	1%	14	1%	22	1%
特別養護老人ホーム内医療	31	5%	148	12%	179	10%
老人保健施設内医療	13	2%	32	3%	45	2%
その他	20	3%	32	3%	52	3%

表 付録1-8 医療機関の設備について

	都市部 (n=628)		へき地 (n=1,192)		全体 (n=1,820)	
医療機関の設備						
心電計	584	93%	1,143	96%	1,727	95%
Holter 心電計	305	49%	664	56%	969	53%
X線撮影装置	538	86%	1,070	90%	1,608	88%
X線透視装置	336	54%	748	63%	1,084	60%
X線C T断層装置	52	8%	169	14%	221	12%
MR-C T断層装置	12	2%	16	1%	28	2%
上部消化管内視鏡	229	36%	649	54%	878	48%
大腸内視鏡	88	14%	301	25%	389	21%
気管支内視鏡	7	1%	38	3%	45	2%
血算検査装置	139	22%	500	42%	639	35%
生化学検査装置	35	6%	275	23%	310	17%
眼底撮影装置	74	12%	218	18%	292	16%
超音波断層装置 (腹部)	449	71%	904	76%	1,353	74%
超音波断層装置 (心臓)	186	30%	448	38%	634	35%
超音波断層装置 (体表)	146	23%	322	27%	468	26%
骨塩量測定装置	113	18%	249	21%	362	20%
心細動除去装置	147	23%	490	41%	637	35%
人工呼吸器	41	7%	120	10%	161	9%
アンビューバック	365	58%	820	69%	1,185	65%
挿管セット	317	50%	770	65%	1,087	60%
人工腎臓 (透析) 装置	20	3%	26	2%	46	3%
その他	50	8%	54	5%	104	6%

表 付録1-9 市区町村の保健福祉事業に関わる業務について

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)	
保健福祉事業						
基本健診	483	77%	691	58%	1,174	65%
基本健診事後指導	227	36%	530	44%	757	42%
健康教育	64	10%	364	31%	428	24%
健康相談	92	15%	279	23%	371	20%
機能訓練	4	1%	36	3%	40	2%
乳幼児健診	123	20%	464	39%	587	32%
予防接種	449	71%	1,041	87%	1,490	82%
学校健診	231	37%	903	76%	1,134	62%
学校保健教育	69	11%	353	30%	422	23%
妊産婦健診	4	1%	22	2%	26	1%
母子保健相談指導	3	0%	20	2%	23	1%
保健関係委員会	20	3%	290	24%	310	17%
介護認定審査会	97	15%	392	33%	489	27%
福祉関係委員会	29	5%	209	18%	238	13%
職員への産業医活動	36	6%	186	16%	222	12%

表 付録1-10 平均患者数について

	都市部		へき地		全体	
一般外来診療						
1~10人	60	10%	76	7%	136	8%
11~25人	79	14%	202	18%	281	16%
26~50人	249	43%	445	39%	694	40%
51~75人	89	16%	218	19%	307	18%
75~100人	69	12%	144	13%	213	12%
101人~	28	5%	63	5%	91	5%
合計	574	100%	1,148	100%	1,722	100%
専門外来診療						
1~10人	110	58%	120	64%	230	61%
11~25人	41	21%	29	16%	70	19%
26~50人	30	16%	31	17%	61	16%
51~75人	5	3%	2	1%	7	2%
75~100人	0	0%	1	1%	1	0%
101人~	5	3%	4	2%	9	2%
合計	191	100%	187	100%	378	100%
在宅診療						
1~10人	216	64%	520	60%	736	61%
11~25人	57	17%	194	22%	251	21%
26~50人	44	13%	107	12%	151	13%
51~75人	7	2%	25	3%	32	3%
75~100人	4	1%	8	1%	12	1%
101人~	9	3%	15	2%	24	2%
合計	337	100%	869	100%	1,206	100%

表 付録1-11 拘束時間、休日、長期休暇について

	都市部		へき地		全体	
拘束時間						
0時間	7	1%	7	1%	14	1%
0時間<、≤10時間	74	12%	188	17%	262	15%
10時間<、≤25時間	44	7%	83	7%	127	7%
25時間<、≤50時間	315	52%	478	43%	793	46%
50時間<、≤75時間	115	19%	180	16%	295	17%
75時間<、≤100時間	20	3%	61	5%	81	5%
100時間<、<168時間	10	2%	67	6%	77	4%
168時間	19	3%	52	5%	71	4%
合計	604	100%	1,116	100%	1,720	100%
休日（完全にフリーになる日）						
週2日≤	124	20%	264	23%	388	22%
週1日≤、<週2日	368	60%	581	51%	949	54%
2週1日≤、<週1日	70	11%	154	13%	224	13%
月1日≤、<2週1日	12	2%	56	5%	68	4%
2ヶ月1日≤、<月1日	8	1%	33	3%	41	2%
3ヶ月1日≤、<2ヶ月1日	5	1%	17	1%	22	1%
6ヶ月1日≤、<3ヶ月1日	1	0%	4	0%	5	0%
年1日≤、<6ヶ月1日	2	0%	1	0%	3	0%
なし	21	3%	38	3%	59	3%
合計	611	100%	1,148	100%	1,759	100%
長期休暇						
なし	175	28%	413	35%	588	33%
あり	445	72%	762	65%	1,207	67%
合計	620	100%	1,175	100%	1,795	100%
長期休暇期間						
1日≤、<3日	10	2%	13	2%	23	2%
3日≤、<7日	68	15%	233	31%	301	25%
7日≤、<14日	277	63%	454	61%	731	62%
14日≤、<21日	80	18%	44	6%	124	10%
21日≤	4	1%	3	0%	7	1%
合計	439	100%	747	100%	1,186	100%

表 付録1-12 休暇および日常生活について

	はい		どちらかと 言えば、はい		どちらかと 言えば、いいえ		いいえ		計
都市部									
休日の数に満足している	99	16%	176	29%	161	26%	174	29%	610
近所との付き合いに満足している	93	15%	293	49%	136	23%	82	14%	604
近所の人の目をストレスに感じる	44	7%	118	20%	145	24%	288	48%	595
ストレスの解消法をもっている	233	39%	255	42%	86	14%	29	5%	603
趣味をもっている	296	49%	219	36%	68	11%	26	4%	609
健康に自信がある	111	18%	280	46%	148	24%	71	12%	610
仕事以外の生活に満足している	128	21%	264	44%	155	26%	57	9%	604
お子さんの教育問題に悩んでいる	45	8%	130	22%	120	21%	287	49%	582
へき地									
休日の数に満足している	238	21%	322	28%	257	22%	342	30%	1159
近所との付き合いに満足している	242	21%	548	47%	241	21%	123	11%	1154
近所の人の目をストレスに感じる	98	9%	229	20%	369	32%	453	39%	1149
ストレスの解消法をもっている	463	41%	458	40%	154	13%	66	6%	1141
趣味をもっている	612	53%	354	31%	130	11%	61	5%	1157
健康に自信がある	218	19%	541	47%	277	24%	123	11%	1159
仕事以外の生活に満足している	257	22%	543	47%	253	22%	99	9%	1152
お子さんの教育問題に悩んでいる	89	8%	218	20%	239	22%	557	50%	1103
全体									
休日の数に満足している	337	19%	498	28%	418	24%	516	29%	1769
近所との付き合いに満足している	335	19%	841	48%	377	21%	205	12%	1758
近所の人の目をストレスに感じる	142	8%	347	20%	514	29%	741	42%	1744
ストレスの解消法をもっている	696	40%	713	41%	240	14%	95	5%	1744
趣味をもっている	908	51%	573	32%	198	11%	87	5%	1766
健康に自信がある	329	19%	821	46%	425	24%	194	11%	1769
仕事以外の生活に満足している	385	22%	807	46%	408	23%	156	9%	1756
お子さんの教育問題に悩んでいる	134	8%	348	21%	359	21%	844	50%	1685

表 付録1-13 職場について

	はい		どちらかと 言えば、はい		どちらかと 言えば、いいえ		いいえ		計
都市部									
職場はやりがいがある	296	49%	277	45%	30	5%	7	1%	610
職場では自由にいろいろなことをしている	217	36%	271	45%	95	16%	25	4%	608
職場は生涯教育の機会が多い	117	20%	205	34%	185	31%	92	15%	599
職場は多忙である	194	32%	230	38%	136	22%	46	8%	606
報酬に満足している	98	16%	245	41%	166	28%	91	15%	600
職場のスタッフは充実している	112	19%	293	49%	156	26%	42	7%	603
職場の医療機器は充実している	66	11%	285	48%	177	30%	60	10%	588
自分の専門領域の医療の提供	87	15%	335	56%	148	25%	24	4%	594
幅広い医療の提供	81	14%	366	61%	133	22%	17	3%	597
患者が満足する医療の提供	71	12%	401	67%	119	20%	8	1%	599
医療機関の健全な経営（収支）	60	10%	259	43%	201	33%	82	14%	602
初期救急医療への対応	25	4%	253	43%	240	40%	75	13%	593
在宅診療（訪問診療・往診）の提供	54	10%	239	43%	190	34%	71	13%	554
勤務する医療機関の職員と良好な人間関係	160	27%	381	64%	51	9%	7	1%	599
周辺医療機関の医師との良好な人間関係	114	19%	380	63%	96	16%	12	2%	602
市区町村行政事務職員との良好な人間関係	76	13%	346	60%	132	23%	20	3%	574
保健関係職員（保健師など）との良好な人間関係	76	13%	351	62%	122	21%	19	3%	568
福祉関係職員（ケアマネージャーなど）と良好な人間関係	73	13%	356	63%	117	21%	22	4%	568
住民との良好な人間関係	143	24%	401	68%	48	8%	2	0%	594
へき地									
職場はやりがいがある	478	41%	566	49%	95	8%	23	2%	1,162
職場では自由にいろいろなことをしている	370	32%	554	48%	182	16%	52	4%	1,158
職場は生涯教育の機会が多い	142	12%	358	31%	420	37%	229	20%	1,149
職場は多忙である	314	27%	426	37%	294	25%	120	10%	1,154
報酬に満足している	273	24%	501	43%	248	22%	131	11%	1,153
職場のスタッフは充実している	207	18%	523	45%	315	27%	105	9%	1,150
職場の医療機器は充実している	165	15%	458	40%	346	31%	162	14%	1,131
自分の専門領域の医療の提供	94	8%	548	48%	429	38%	69	6%	1,140
幅広い医療の提供	132	11%	647	56%	330	29%	41	4%	1,150
患者が満足する医療の提供	93	8%	682	60%	330	29%	41	4%	1,146
医療機関の健全な経営（収支）	131	11%	529	46%	354	31%	138	12%	1,152
初期救急医療への対応	69	6%	500	44%	461	40%	112	10%	1,142
在宅診療（訪問診療・往診）の提供	138	12%	611	54%	296	26%	82	7%	1,127
勤務する医療機関の職員と良好な人間関係	304	26%	721	63%	100	9%	23	2%	1,148
周辺医療機関の医師との良好な人間関係	233	20%	732	63%	156	13%	35	3%	1,156
市区町村行政事務職員との良好な人間関係	220	19%	691	60%	202	17%	43	4%	1,156
保健関係職員（保健師など）との良好な人間関係	237	21%	720	63%	157	14%	38	3%	1,152
福祉関係職員（ケアマネージャーなど）と良好な人間関係	207	18%	727	63%	181	16%	34	3%	1,149
住民との良好な人間関係	308	27%	768	66%	68	6%	14	1%	1,158
全体									
職場はやりがいがある	774	44%	843	48%	125	7%	30	2%	1,772
職場では自由にいろいろなことをしている	587	33%	825	47%	277	16%	77	4%	1,766
職場は生涯教育の機会が多い	259	15%	563	32%	605	35%	321	18%	1,748
職場は多忙である	508	29%	656	37%	430	24%	166	9%	1,760
報酬に満足している	371	21%	746	43%	414	24%	222	13%	1,753
職場のスタッフは充実している	319	18%	816	47%	471	27%	147	8%	1,753
職場の医療機器は充実している	231	13%	743	43%	523	30%	222	13%	1,719
自分の専門領域の医療の提供	181	10%	883	51%	577	33%	93	5%	1,734
幅広い医療の提供	213	12%	1,013	58%	463	27%	58	3%	1,747
患者が満足する医療の提供	164	9%	1,083	62%	449	26%	49	3%	1,745
医療機関の健全な経営（収支）	191	11%	788	45%	555	32%	220	13%	1,754
初期救急医療への対応	94	5%	753	43%	701	40%	187	11%	1,735
在宅診療（訪問診療・往診）の提供	192	11%	850	51%	486	29%	153	9%	1,681
勤務する医療機関の職員と良好な人間関係	464	27%	1,102	63%	151	9%	30	2%	1,747
周辺医療機関の医師との良好な人間関係	347	20%	1,112	63%	252	14%	47	3%	1,758
市区町村行政事務職員との良好な人間関係	296	17%	1,037	60%	334	19%	63	4%	1,730
保健関係職員（保健師など）との良好な人間関係	313	18%	1,071	62%	279	16%	57	3%	1,720
福祉関係職員（ケアマネージャーなど）と良好な人間関係	280	16%	1,083	63%	298	17%	56	3%	1,717
住民との良好な人間関係	451	26%	1,169	67%	116	7%	16	1%	1,752

表 付録1-14 勤務理由について

	都市部(n=628)		へき地(n=1,192)		全体(n=1,820)	
現在の医療機関での勤務理由						
親が以前から開業していた(継承した)	136	22%	334	28%	470	26%
出身地であった	115	18%	210	18%	325	18%
自分以外の身内の出身地であった	31	5%	55	5%	86	5%
医師不足地域であった	42	7%	313	26%	355	20%
大学またはその他から派遣された	20	3%	143	12%	163	9%
勤務している地域が気に入った(好きだった)	92	15%	141	12%	233	13%
その他	190	30%	138	12%	328	18%

表 付録1-15 勧誘について

	都市部		へき地		全体	
勤務に際しての勧誘						
勧誘なし	415	71%	657	57%	1,072	62%
勧誘あった	169	29%	497	43%	666	38%
合計	584	100%	1,154	100%	1,738	100%
勧誘人物						
家族・親族	65	38%	186	16%	251	38%
自治体職員	6	38%	161	14%	167	25%
現在勤務医療機関職員	34	38%	56	5%	90	14%
その他	66	38%	124	11%	190	29%

表 付録1-16 将来について

	はい		どちらかと言えば、はい		どちらかと言えば、いいえ		いいえ		計
都市部									
引退するまで現在の医療機関に勤務したい	400	68%	134	23%	33	6%	25	4%	592
将来は、都市部で働きたい	60	14%	64	15%	56	13%	242	57%	422
将来は、へき地で働きたい	16	4%	57	13%	68	16%	295	68%	436
へき地									
引退するまで現在の医療機関に勤務したい	618	54%	272	24%	104	9%	141	12%	1,135
将来は、都市部で働きたい	55	6%	130	14%	189	20%	579	61%	953
将来は、へき地で働きたい	102	11%	227	25%	170	18%	421	46%	920
全体									
引退するまで現在の医療機関に勤務したい	1,018	59%	406	24%	137	8%	166	10%	1,727
将来は、都市部で働きたい	115	8%	194	14%	245	18%	821	60%	1,375
将来は、へき地で働きたい	118	9%	284	21%	238	18%	716	53%	1,356

表 付録 1-17 へき地の医師不足について

	都市部		へき地		全体	
都市部に比べ、へき地は医師不足						
はい	279	50%	600	52%	879	51%
どちらかと言えば、はい	233	42%	403	35%	636	37%
どちらかと言えば、いいえ	30	5%	99	9%	129	8%
いいえ	14	3%	49	4%	63	4%
合計	556	100%	1,151	100%	1,707	100%

表 付録 1-18 へき地の医師不足について

	都市部 (n=628)		へき地 (n=1,192)		全体 (n=1,820)	
過疎地 (人口減少)	191	30%	477	40%	668	37%
交通が不便	165	26%	360	30%	525	29%
IT環境が不便	15	2%	31	3%	46	3%
住居環境	50	8%	66	6%	116	6%
師弟の教育環境不足	262	42%	520	44%	782	43%
商業・娯楽施設が少ない	37	6%	106	9%	143	8%
プライマシーが守られにくい	33	5%	58	5%	91	5%
地元住民との人間関係	32	5%	48	4%	80	4%
過重労働	186	30%	259	22%	445	24%
責任の重さ	86	14%	126	11%	212	12%
専門外診療負担	114	18%	139	12%	253	14%
保健・福祉業務負担	6	1%	22	2%	28	2%
緊急対応時負担	123	20%	154	13%	277	15%
女性医師増加	8	1%	16	1%	24	1%
医学部定員数不足	6	1%	13	1%	19	1%
医局制度	15	2%	54	5%	69	4%
新医師臨床研修制度の導入	15	2%	32	3%	47	3%
卒後プライマリ・ケア研修の不足	23	4%	57	5%	80	4%
卒前プライマリ・ケア教育の不足	18	3%	42	4%	60	3%
医師の開業医志向	9	1%	24	2%	33	2%
医師の専門医志向	55	9%	192	16%	247	14%
医療の高度・専門化	55	9%	109	9%	164	9%
医師の都市志向	155	25%	308	26%	463	25%
医師のへき地嫌い	68	11%	193	16%	261	14%
代診医師制度不備	51	8%	145	12%	196	11%
生涯学習機会が少ない	79	13%	122	10%	201	11%
地元自治体支援不足	45	7%	96	8%	141	8%
その他	22	4%	42	4%	64	4%

## 2) 市町村合併前後の医療機関の現状の結果

表 付録1-19 医師の人事異動/交流

	医師の人事異動 (n=460)		医師の人事交流 (n=460)	
	人数	割合	人数	割合
該当/記入無し	152	33%	155	34%
該当あり	23	5%	20	4%
該当無し	282	61%	280	61%
その他	3	1%	5	1%
合計	460	100%	460	100%

表 付録1-20 医療専門職の人事異動/交流

	定期的な診療支援 (n=460)		不定期な診療支援 (n=460)		代診がある (n=460)		その他 (n=460)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
該当/記入無し	405	88%	444	97%	422	92%	448	97%
該当あり	55	12%	16	3%	38	8%	12	3%
合計	460	100%	460	100%	460	100%	460	100%

	医療専門職 (看護師、検査技師、放射線技師) の人事異動 (n=460)		医療専門職 (看護師、検査技師、放射線技師) の人事交流 (n=460)		事務職員の人事異動 (n=460)		事務職員の人事交流 (n=460)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
該当/記入無し	397	86%	439	95%	332	72%	434	94%
該当あり	63	14%	21	5%	128	28%	26	6%
合計	460	100%	460	100%	460	100%	460	100%

	旧市町村間の人事異動 (n=460)		旧市町村間の人事交流 (n=460)		その他 (n=460)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
該当/記入無し	376	82%	433	94%	455	99%
該当あり	84	18%	27	6%	5	1%
合計	460	100%	460	100%	460	100%

表 付録1-21 医療専門職の人事異動／交流

予算で変更	該当 / 記入無し		変更あり		合計	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
医師の給与	381	83%	79	17%	460	100%
医師以外の医療専門職の給与	381	83%	79	17%	460	100%
事務職の給与	389	85%	71	15%	460	100%
分からない	429	93%	31	7%	460	100%
その他	429	93%	31	7%	460	100%

表 付録1-22 医療専門職の人事異動／交流

合併時の困難	該当無し / 記入無し		困難だった		合計	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
各行政機関の方針	405	88%	55	12%	460	100%
医療機関の運営方針	418	91%	42	9%	460	100%
行政と医療機関の新組織体制	382	83%	78	17%	460	100%
医師の質の保持	446	97%	14	3%	460	100%
医療機関の整備	447	97%	13	3%	460	100%
医師の確保	408	89%	52	11%	460	100%
各地域の特性を考慮	404	88%	56	12%	460	100%
住民の意見を反映	439	95%	21	5%	460	100%
行政関係者の理解	403	88%	57	12%	460	100%
医療関係者の理解	435	95%	25	5%	460	100%
住民の理解	429	93%	31	7%	460	100%
合併調整期間	433	94%	27	6%	460	100%
その他	433	94%	27	6%	460	100%

表 付録1-23

各市町村内の公的医療施設の該当件数	(n = 460)	
公的医療機関施設有り	347	75%
公的医療機関施設有り（内回答無しの施設を含む）	1	0%
公的医療機関有（内休診の施設を含む）	1	0%
公的医療施設は有るが回答無し	4	1%
委託している	1	0%
該当無し	106	23%

表 付録1-24

各市町村内に有する公的医療施設数	(n = 821)	
1 施設	189	23%
2 施設	56	7%
3 施設	38	5%
4～6 施設	41	5%
7～9 施設	20	2%
10～13施設	5	1%

表 付録1-25

公的医療機関の開設別	(n = 821)	
市町村	668	81%
国民健康保険団体連合	23	3%
公設民営	31	4%
一部事務組合	33	4%
その他	66	8%

表 付録 1-26

常勤医師数別による公的医療施設数	
1人	321
2人	72
3~5人	75
6~10人	47
11~20人	39
21~50人	37
50~100人	21
101~250人	4
計	616

表 付録 1-27

常勤医師増減数別の公的医療施設数	
14人減	1
9人減	1
5人減	2
4人減	1
3人減	1
2人減	8
1人減	40
1人増	22
2人増	4
3人増	3
4人増	3
5人増	1
6人増	2
7人増	1
8人増	1

表 付録 1-28

非常勤医師数別による公的医療施設数	
0~1.0人	201
1.1~2.0人	60
2.1~3.0人	39
3.1~5.0人	33
5.1~10.0人	60
10.1~20.0人	38
20.1~30.0人	18
30.1~ 人	8
計	457

表 付録 1-29

非常勤医師増減数別の公的医療施設数	
3人減	2
2人減	3
1人減	21
0.2人減	1
1人増	30
2人増	6
3人増	6
4人増	1
6人増	1
7人増	2
11人増	1
12人増	1
15人増	1
19人増	1
20人増	1
22人増	1

表 付録1-30

看護師数別による公的医療施設数	
1人	162
2人	147
3～5人	142
6～10人	41
11～20人	37
21～30人	35
31～50人	43
50～100人	47
101～200人	36
201～300人	20
300～人	23
計	733

表 付録1-31

看護師増減数別の公的医療施設数	
～50人減	1
10～49人減	9
5～9人減	10
3～4人減	8
2人減	15
1人減	20
1人増	26
2人増	8
3～4人増	7
5～9人増	4
10～49人増	9
50人～増	0

表 付録1-32

病床数別による公的医療施設数	
1～10床	31
11～20床	47
21～50床	39
50～100床	61
101～200床	63
201～500床	54
500床～	15
計	310

表 付録1-33

病床増減数別の公的医療施設数	
40床減	1
28床減	1
22床減	1
21床減	1
20床減	1
16床減	1
12床減	1
9床減	1
8床減	1
6床減	2
5床減	1
4床減	1
2床減	4
6床増	1
15床増	1
30床増	1
39床増	1

## 2. 前回調査論文のリストと抄録

### 1) 論文リスト

- (1)岡山雅信、高屋敷明由美、濱崎圭三、黒木茂広、長嶺伸彦、坂本敦司、中村好一、梶井英治：地域医療白書調査 調査概要と回答状況. プライマリ・ケア 26：184-197, 2003.
- (2)高屋敷明由美、岡山雅信、中村好一、梶井英治：「市町村での老後の安心した暮らし」に対する国民健康保険担当者の評価に関連する因子 地域医療白書全国調査より. 日本老年医学会雑誌 40：627-632, 2003.
- (3)宇野史洋、岡山雅信、松本正俊、高屋敷明由美、藤原真治、梶井英治：地域医療現場における自治医大と他大学卒業医師との満足度比較. 自治医科大学医学部紀要 26：29-34, 2003.
- (4)高屋敷明由美、岡山雅信、梶井英治、中村好一：全国国民健康保険担当者の市町村医療機関の医師に対する満足度 「受診患者の満足」への評価に関連する因子. プライマリ・ケア 26：165-172, 2003.
- (5)藤原真治、岡山雅信、高屋敷明由美、梶井英治：市町村職員からみた市町村医療機関に勤務する医師への継続勤務の期待と関連する因子. 日本公衆衛生雑誌 51：798-805, 2004.
- (6)藤原真治、岡山雅信、高屋敷明由美、梶井英治：市町村職員による市町村医療機関勤務医師の保健福祉活動に対する満足度評価. 日本公衆衛生雑誌 51：30-39, 2004.
- (7) Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama and Eiji Kajii: Rural Doctors' Satisfaction in Japan: A Nationwide Survey. Australian Journal of Rural Health 12：40-48, 2004.
- (8) Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama, Kazuo Inoue, Eiji Kajii：High-tech rural clinics and hospitals in Japan: a comparison to the Japanese average . Australian Journal of Rural Health 12：215-219, 2004
- (9) Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama, Kazuo Inoue, Eiji Kajii：Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career: A survey of 3072 doctors in Japan. Australian Journal of Rural Health 13：219-225, 2005

## 2) 抄録

### (1)地域医療白書調査 調査概要と回答状況

岡山雅信、高屋敷明由美、濱崎圭三、黒木茂広、長嶺伸彦、坂本敦司、中村好一、  
梶井英治

プライマリ・ケア 26：184-197, 2003.

市町村調査、医療機関調査、医師調査を全市町村自治体、へき地指定市町村医療機関の管理者及び勤務医師を対象として行い、地域医療白書調査の調査方法及び回答状況（回答の有無、督促回数）について検討した。回答率は、各々 94%、72%、64%であった。市町村及び医療機関調査では、大きな選択バイアスはなかったが、医師調査では、市、病院、若い医師の回答率が他の区分に比べて低かった

### (2)「市町村での老後の安心した暮らし」に対する国民健康保険担当者の評価に関連する 因子 地域医療白書全国調査より

高屋敷明由美、岡山雅信、中村好一、梶井英治

日本老年医学会雑誌 40：627-632, 2003.

全国自治体2957の国保担当者。「あなたの市町村において、老後を安心して暮らすことができるか」の問いに「はい」が7%、「どちらかと言えば、はい」が51%、「どちらかと言えば、いいえ」が36%、「いいえ」が5%であった。健康・介護に関する回答と、家族形態、経済基盤、地域社会に関する諸データのうち、「老後の安心した暮らし」に有意な関連が認められた項目は、「満足した在宅医療の提供」「医療保健福祉の連携」「福祉活動内容の充実」であった。市部と僻地とに分けると、市部では「信頼できる医療の満足」「満足した初期救急医療の提供」「介護職員確保の安定」、僻地では「保健施設の充実」「医療機関の経営の安定」でも有意な関連が認められた。「財政力指数」はいずれも関連はなく、「高齢者世帯割合」は市部においてのみ有意な負の関連が認められた

### (3)地域医療現場における自治医大と他大学卒業医師との満足度比較

宇野史洋、岡山雅信、松本正俊、高屋敷明由美、藤原真治、梶井英治

自治医科大学医学部紀要 26：29-34, 2003.

僻地指定を受けている自治体における公的医療機関の常勤医師4,893名を対象に、満足度に関する質問紙調査を実施し、自治医科大学と他大学卒業医師の回答を比較分析した。行政、経営関連や生涯教育の機会への満足度は低いものの、人間関係や報酬など全般的に僻地勤務医師は現状に大きな不満を持っていないことが明らかになった。また自治医科大学卒業医師は他大学と比して満足度の高い項目が多く、将来の僻地勤務希望も高かった。自治医科大学独自のカリキュラムにより僻地志向性が高まる効果が示唆された

(4)全国国民健康保険担当者の市町村医療機関の医師に対する満足度 「受診患者の満足」  
への評価に関連する因子

高屋敷明由美、岡山雅信、梶井英治、中村好一

プライマリ・ケア 26：165-172, 2003.

2000年7～9月に、全国3252自治体を対象として、郵送による自記式調査を実施し、市町村又は国民健康保険が開設する医療機関（市町村医療機関）に勤務する医師への満足度を、保健・医療・福祉に関する活動及び各職員との人間関係について評価させ、受診患者の満足を推定させ、それらの評価に関連する因子を明らかにした。3,059自治体から回答が得られ、全設間に回答した1092自治体を解析対象とした。「医療機関の健全な経営」以外の項目は、過半数の市町村が満足していた。「受診患者の満足」は7割が満足と評価し、「幅広い医療の提供」と「住民との良好な人間関係」で最も大きなオッズ比を観察した。いずれも市部に比べてへき地指定を受けている町村でより大きな関連が認められた

(5)市町村職員からみた市町村医療機関に勤務する医師への継続勤務の期待と関連する因子

藤原真治、岡山雅信、高屋敷明由美、梶井英治

日本公衆衛生雑誌 51：798-805, 2004.

平成12年4月現在の全国3152市町村の国民健康保険担当者を対象に市町村医療機関に勤務している医師について、市町村職員による評価を通して医師の特性と継続勤務を期待する程度の関連を検討した。医師への満足度は全体の解析では、人間関係に関する項目である市町村職員との良好な人間関係、住民との良好な人間関係、医療機関職員との人間関係が高い傾向にあったが、市では初期救急医療への対応が最も高かった。最も低かったのは全体解析、市町村僻地区分によるサブグループ解析のいずれにおいても医療機関の健全な経営であった。現在勤務医師への継続勤務の期待は期待しているが全体の解析では56%、僻地市町村では61%に認めたが、市では44%で半数以下であった

(6)市町村職員による市町村医療機関勤務医師の保健福祉活動に対する満足度評価

藤原真治、岡山雅信、高屋敷明由美、梶井英治

日本公衆衛生雑誌 51：30-39, 2004.

市町村医療機関を持つ自治体の国保担当者を対象に、市町村医療機関医師について、具体的な保健福祉活動の関与の程度と、医師への保健福祉についての評価と関連を明らかにするため、自記式質問紙郵送調査を実施した。市町村医療機関医師がより多くの保健福祉活動に常に参加している評価は、医師の保健福祉活動についての市町村職員の満足度と関連した。特に、在宅医療の連絡会、健康相談、基本健診事後指導に積極的に参加することは医師の保健福祉活動について評価を高める可能性が示唆された

## (7) Rural Doctors' Satisfaction in Japan: A Nationwide Survey

Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama and Eiji Kajii

Australian Journal of Rural Health 12 : 40-48, 2004.

**Objectives:** The purpose of this paper was to discover to what degree Japanese rural doctors are satisfied with various aspects of their jobs and lives, and to find out whether they intend to continue their rural careers.

**Design:** Nationwide postal survey

**Setting:** Public clinics or hospitals in municipalities that are authorised as 'rural' by the national government.

**Subjects:** A total of 4896 doctors working for public clinics or hospitals.

**Interventions:** Self-evaluation questionnaires were mailed. The rural doctors were asked to evaluate their satisfaction with 19 items related to their job conditions and 10 items concerning life conditions, using a four-point scale. They also were asked to evaluate their intent to stay in rural practice until retirement.

**Results:** The response rate was 64% . Overall, rural doctors were satisfied with both their work and life conditions. However, only 27% of respondents hoped to continue rural practice beyond the usual age of retirement. Among job-related items, continuing medical education and interactions with municipal governments were rated as least satisfactory. Among lifestyle-related items, duration of holidays and workload were unsatisfactory. Subgroup analysis revealed male doctors showed greater intent to stay in rural practice. Doctors aged > 50 years were more satisfied with most aspects of their job and lifestyle than younger doctors. A strong correlation was found between the degree of intent to stay and several items such as interactions with municipal government, human interactions salary and job fulfillment.

**Conclusions:** Strategies, based on the results of this survey, should be implemented. Particularly in Japan, positive interaction between doctors and municipal governments is crucial.

**What this paper adds:** Though rural doctors in Japan in general were satisfied with their lifestyle and work conditions, they have low intentions to stay in rural areas. Among the various factors that can cause this dissociation between satisfaction and intention to stay, doctors' interactions with municipal governments play a pivotal role.

(8) High-tech rural clinics and hospitals in Japan: a comparison to the Japanese average

Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama, Kazuo Inoue, Eiji Kajii

Australian Journal of Rural Health 12 : 215-219, 2004

Context: Japanese medical facilities are noted for being heavily equipped with high-tech equipment compared to other industrialised countries. Rural facilities are anecdotally said to be better equipped than facilities in other areas due to egalitarian health resource diffusion policies by public sectors whose goal is to secure fair access to modern medical technologies among the entire population.

Objectives: To show the technology status of rural practice and compare it to the national level.

Design: Nationwide postal survey.

Setting, Subjects & Interventions: Questionnaires were sent to the directors of 1362 public hospitals and clinics (of the 1723 municipalities defined as 'rural' by four national laws) . Information was collected about the technologies they possessed. The data were compared with figures from a national census of all hospitals and clinics.

Results: A total of 766 facilities responded (an effective response rate of 56%) . Rural facilities showed higher possession rates in most comparable technologies than the national level. It is noted that almost all rural hospitals had gastroscopes and colonoscopes and their possession rates of bronchoscopes and dialysis equipment were twice as high as the national level. The discrepancy in possession rates between rural and national was even more remarkable in clinics than in hospitals. Rural clinics owned twice as many abdominal ultrasonographs, and three times as many gastroscopes, colonoscopes, defibrillators and computed tomography scanners as the national level.

Conclusions: Rural facilities are equipped with more technology than urban ones. Government-led, tax based, technology diffusion in the entire country seems to have attained its goal.

What is already known on this subject: As a general tendency in both developing and developed countries, rural medical facilities are technologically less equipped than their urban counterparts.

What does this paper add?: In Japan, rural medical facilities are technologically better equipped than urban facilities.

(9) Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career:  
A survey of 3072 doctors in Japan

Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama, Kazuo Inoue, Eiji Kajii

Australian Journal of Rural Health 13 : 219-225, 2005

**Objective:** To show the relationship between the personal and educational backgrounds of rural doctors and their intention to continue a rural career.

**Design:** Nationwide postal survey.

**Setting:** Public clinics or hospitals in municipalities that are classified as 'rural' by the national government.

**Subjects:** A total of 4896 doctors working for 828 public clinics and hospitals.

**Measurements:** A questionnaire was mailed. The questionnaire inquired about the subject's age, sex, hometown, exposure to rural practice in undergraduate education, postgraduate training, continuing medical education, current position and affiliation status with a medical school, as well as his or her intention to continue a rural career.

**Results:** Response rate was 64%; 26% answered that they intended to continue a rural career.

Postgraduate training in general internal medicine, general surgery, anaesthesiology, paediatrics and gastroenterology were positively related with the intention to continue a rural career (odds ratio = 2.045, 1.59, 1.30, 1.48, 1.38) . Rural background, undergraduate exposure to rural practice, multispecialty-rotation in postgraduate training and current administrative position had positive correlations with the intention to continue in logistic regression analysis (odds ratio = 1.80, 2.47, 1.54, 2.17) . Affiliation with a medical school department was negatively related with the intention to continue (odds ratio = 0.45) .

**Conclusion:** In addition to the rural background of physicians, some undergraduate and postgraduate factors were independently associated with the intention to continue a rural career.

## 3. 地域医療にかかわる諸学会の変遷

### 1) 日本プライマリ・ケア学会

日本プライマリ・ケア学会は、国民のあらゆる健康や疾病について、プライマリーに対応し、WHO（世界保健機関）が示したプライマリ・ケアに関する宣言「すべての国民に健康を」を研究し、実践するために設立された。

### 2) 日本家庭医療学会

病んだ一人の人間を、その人の家庭を、そしてその背後にある地域を一個のまとまりのあるものとして取り扱うことが軽視されつつある。人間と家庭と地域とを統一体としてとらえる医療を求めて、日本家庭医療学会では次のような特徴を持った医療の実現と、それを実践する家庭医の養成をめざしている。

- ・ 家庭に特に重点をおく。
- ・ 対象とする人の年齢、性を限らない。
- ・ 臓器や原因や治療法を限らない。
- ・ 予防、治療、リハビリを含めたあらゆる健康問題に対処する。
- ・ ありふれた病気、症状、訴えを主な対象とする。
- ・ 人の精神心理面を始めとした幅広い人間理解、その人と家庭や職場や地域との連関を重視する。
- ・ 対象者の生涯にわたる継続性、健康時と病時を通じての継続性、医療のあらゆる段階での継続性を重視する。
- ・ 他の家庭医、専門医や健康問題に係わるあらゆる職種との連携と調整、地方の方々との協力を重視する。
- ・ 地理的、時間的、精神的、経済的に最も身近である。
- ・ 患者の主体性、自発性、承認性を重視する。
- ・ 医療提供側の責任性を明確にする。
- ・ 患者の弁護者として行動する。

### 3) 日本医学教育学会

日本医学教育学会は、医学教育に関する研究の充実・発展ならびその成果の普及を目的として、全国医学部長病院長会議の賛同のもとに、牛場大蔵氏（初代会長）を中心として、1969（昭和44）年8月に創立された。

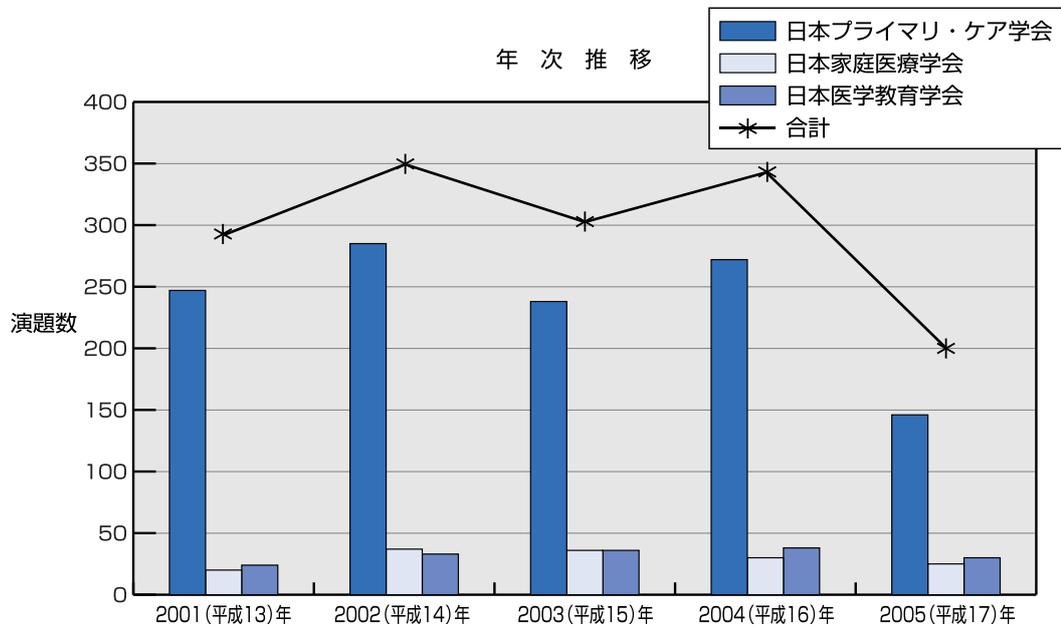
### 4) 3学会の発表演題数の推移

3学会の発表演題数を図 付録-3-1 に示す。全体をみると2005（平成17）年に急激に減少している。これはこの年、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の同時開催のため、それ以前の演題数とは異なる。

それ以前の2001（平成13）年度～2004（平成16）年度間に行なわれた各学会における演題数は、大きな増減はみられないが、2006（平成16）年各学会の演題数合計が、2001（平

成13)年と比較すると約1.2倍に増加している。この数値から、全体を通して演題数は増加傾向にあると考えられる。そして各学会での演題数の増減は、時代が求める医療との関係性が推測される。

図 付録3-1 学会演題数(年次推移)



## 4. 市町村合併とへき地等医療

### 1. 市町村合併と地域医療環境の変化

#### (1) 市町村合併

1999（平成11）年の地方分権一括法成立及び市町村合併特例法の改正を背景として、市町村合併は急速に進展した<sup>1</sup>。

1998（平成10）年度末には3,232あった市町村は2005（平成17）年度末には、1,821と半数近くまで減少している。このうち、町は1,990から845へ半数以下に、村は568から197へ約3分の1に減少した。特に、人口1万人以下の町村は1,537から504へと、数にして1,033、約3分の2へと大幅に減少している。全国で最も市町村数減少率が高い広島県においては、人口1万人以下の町村は、1999（平成11）年4月1日には47町6村（計53町村）あったのが、2006（平成18）年4月1日には僅か2町にまで激減している。

このような市町村合併推進の一つの理由は、人口減少社会において一層の過疎化が進む中で、そのままでは自立して維持していくことが難しい町村を他の市町と一緒にすることにより、広域的に支えていこうというものである。1999（平成11）年から2006（平成18）年にかけて、全国の市町村の平均人口は、約3万6千人から6万5千人へと2倍近くに増加している。この中で、これまでへき地等の町村であったものが、合併後の市においては、市域の中の周辺地域としてのへき地等という存在になっている例も数多く見受けられる。

なお、へき地等保健医療計画<sup>2</sup>においては、「へき地」とは、「交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難であって、『無医地区』及び『無医地区に準じる地区』の要件に該当するものをいう」と定義されているが、本稿ではこのような特に条件が厳しい地域以外にも地域医療の確保に困難を抱えている地域を幅広く捉えて、「へき地等」と総称する。

図1 全国の市町村数の推移

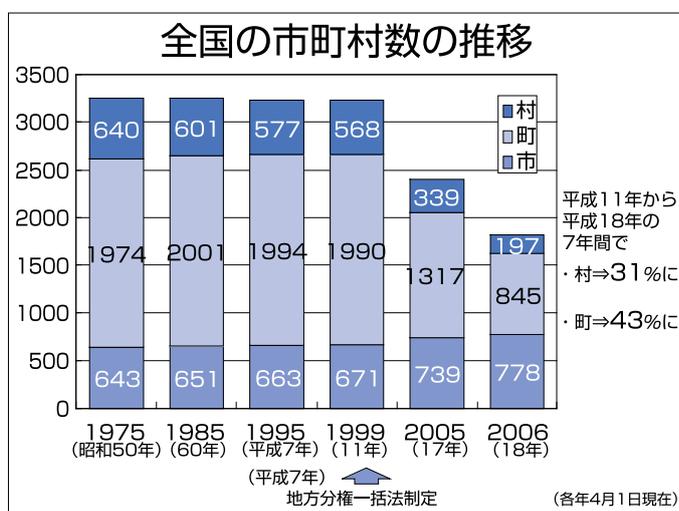


表1 全国の市町村数の推移

区 分		1999 (平成11) 年 3 月 31 日	2006 (平成18) 年 3 月 31 日	増減	H18/ H11
市町村数	村	568	198	△370	0.35
	町	1,994	846	△1,148	0.42
	市	670	777	107	1.16
	合 計	3,232	1,821	△1,411	0.56
うち人口1万人未満		1,537	504	△1,033	0.33
平均人口 (人)		36,387	65,499	29,112	1.80
平均面積 (km <sup>2</sup> )		117	204	87	1.74

(資料：総務省自治行政局「市町村合併関係資料<sup>3)</sup>」)

## (2) 無医地区

厚生労働省の資料によれば、へき地診療所への運営費補助、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院群等の整備により、無医地区の数は1999（平成11）年から2004（平成16）年の5年間で127か所、率にして14%減少している。ただし、無医地区の定義<sup>4)</sup>には「半径4 kmの区域内に人口50人以上が居住している」という条件があり、今後、地域の人口が減少することにより、定義上の問題から「無医地区」に該当しなくなる場合があることにも留意が必要である。

表2 全国の無医地区数等の推移

区 分	1989(平成元年)年	1994(平成6)年	1999(平成11)年	2004(平成16)年
無医地区数	1,088か所	997か所	914か所	787か所
無医地区居住者数	28万5千人	23万6千人	20万5千人	—
へき地診療所	—	—	862か所	1,059か所

(資料：厚生労働省「終期付き事業評価書」<sup>5)</sup>)

## (3) 市町村合併と地域医療

一部の自治体にとっては、「医師」の確保が「無医町（村）」にならないための最大の政治課題の一つであったが、市町村の広域合併の進展の中で、それらの自治体が合併して生まれた自治体にとっては「一部地域の問題」へと変化している場合もある。

もちろん、小児科医、産婦人科医の不足も含め、へき地等の医師不足の問題が解消された訳ではなく、依然として深刻な状況であることに変わりはない。

しかしながら、合併によって、「無医町（村）」にならないために、町（村）内唯一の公立診療所の維持を行政の最優先課題の一つとして取り組んでいた状況に変化が起きつつある。また、地方交付税の大幅な削減などによる危機的な地方財政状況も、公立診療所などへき地等の医療に大きな影響を与えつつある。

#### (4) 公立診療所の減少

1994（平成6）年から1999（平成11）年の5年間において、全国の一般診療所の数は5,912、公立診療所も224増加しているのに対して、1999（平成11）年から2004（平成16）年の5年間では、一般診療所は5,551増えているのに対して、公立診療所は105減少している。もちろん、これらが市町村合併の影響であるとは即断できるものではなく、厳しい地方財政状況が背景にあると思われるが、それまで一貫して増加していた公立診療所数は、2000（平成12）年をピークに減少に転じている。

図2 全国の一般診療所数の推移

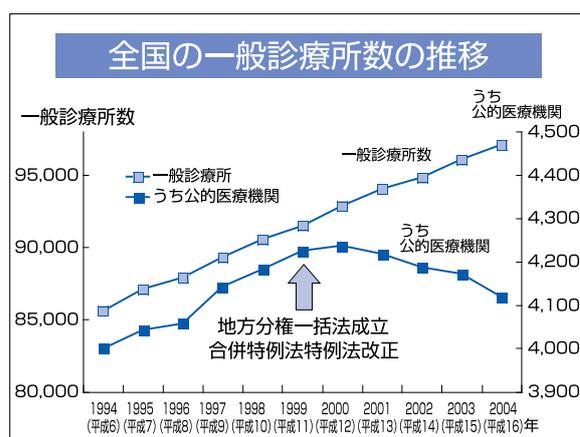


表3 全国の診療所数の推移

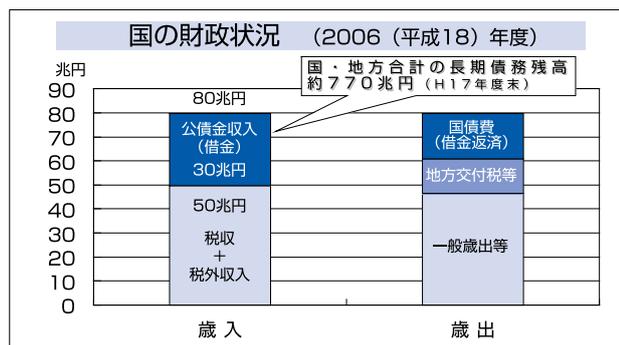
	1994 (平成6)年	1995 (平成7)年	1996 (平成8)年	1997 (平成9)年	1998 (平成10)年	1999 (平成11)年
一般診療所 (平成11=100)	85,588 (93.5)	87,069 (95.2)	87,909 (96.1)	89,292 (97.6)	90,556 (99.0)	91,500 (100)
うち公的医療機関 (平成11=100)	4,000 (94.7)	4,042 (95.7)	4,058 (96.1)	4,141 (98.0)	4,183 (99.0)	4,224 (100)
	2000 (平成12)年	2001 (平成13)年	2002 (平成14)年	2003 (平成15)年	2004 (平成16)年	1999 (平成11)年⇒ 2004 (平成16)年
一般診療所 (平成11=100)	92,824 (101.4)	94,019 (102.8)	94,819 (103.6)	96,050 (105.0)	97,051 (106.1)	+5,551 (+6.1%)
うち公的医療機関 (平成11=100)	4,237 (100.3)	4,217 (99.8)	4,186 (99.1)	4,171 (98.7)	4,119 (97.5)	△105 (△2.5%)

(資料：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査<sup>6)</sup>」)

#### (5) 地方の財政状況

ここで、市町村合併推進の一つの要因ともなった、地方の財政状況について簡単に触れておきたい。2006（平成18）年度の国の一般会計予算は80兆円であるが、そのうち実に30兆円は公債金収入すなわち借金によりまかなわれている。しかも、80兆円のうち20兆円近くは過去の借金を返すための経費である。このような中で、1998（平成10）年度には補正予

図3 国の財政状況



算も含めて14.9兆円あった公共事業関係費が2006 (平成18) 年度には7.2兆円と半減以下まで落ち込むなど、国地方を通じて大きな歳出削減が進められている。

また、国と地方の税財政改革として「三位一体改革」が進められているが、2004 (平成16) 年度から2006 (平成18) 年度の3年間に、国から地方への補助金が4.7兆円削減された上に交付税も5.1兆円削減され、合計9.8兆円削減されたのに対して、国から地方への財源移譲はわずか3.0兆円であり、これに交付金化の0.8兆円を加えても地方の財源増は3.8兆円でしかなく、3年間で差し引き6兆円の財源が地方から失われたことになる。さらに、2006 (平成18) 年度の経済財政諮問会議の骨太方針 (経済財政運営と構造改革に関する基本方針) では、歳出・歳入一体改革の名の下に厳しい「財政健全化対策」が打ち出されている。

このような一連の地方財政への厳しい状況の中で特徴的なことは、あえて一言で言えば「田舎から都市部への財政資金の振り替え」である。広島県内においても、面積を無視して単純に人口だけで比較すれば、住民一人当たりの普通会計総額には2倍程度の開きがある。これは主として地方交付税の配分において、人口は少ないが面積は広いという地方の条件を考慮して、そのような地域には地方交付税が相対的に加重配分されてきた結果によるものである。交付税の減額は、そのような市町村に、より大きく深刻な影響を及ぼしている。現在議論されている「新型交付税」では、さらにその方向が加速していくことが懸念されている。

## 2. 市町村合併と地域の現場の変化

### (1) 唯一の存在から相対的存在へ

へき地等の町村においては、診療所の医師は、かけがえのない命と暮らしの守り手である。また、一部の町村にとっては、「無医町 (村)」にならないための文字通り命綱でもあり、地元自治体の首長にとって、医師の定着は政治生命にも関わりかねない重要な課題であった。中には、小規模自治体の唯一の公立診療所の医師の処遇が近隣の公立病院の院長よりも手厚い例もあったといわれるなど、首長も医師の熱意に応えるべく熱心な取り組みを進めていた。

これまで、比較的小規模の町村において、地元医師と地元自治体の首長との密接な連携による先駆的な取り組みが数多く報告されてきたことには、このような背景もあったと考えられる。このようなへき地等の町村における医師と首長の関係は、市町村合併によって、今後どう変化していくのだろうか。

2005（平成17）年に開催された第45回全国国保地域医療学会での発表の中には、「（市町村合併という）行政機構の再編に伴い、直診の存在が『おらが村の診療所』から、市の一医療機関へと変化し」とのコメントも見られた<sup>7</sup>。この発表では、このほか「（黒字会計のはずなのに）診療所会計の予算がカットされた、直診の発言力の低下を強く感じる、書類の整理や提出が非常に多くなった、行政との連携とりわけ保健師との連携が低下した、行政のビジョンが見えなくなった」など、地域医療全体の枠組みへの影響も懸念される意見も示されている。

## （2） 広島県内における変化

このような状況をより具体的に検証するために、広島県内の公立診療所等に勤務する自治医科大学出身医師などから、合併に伴う状況をヒアリングした。その中で指摘された主な事項は次のとおりである。

### ① 診療所の経営形態

合併の前後において、公立の診療所の委託方式による公設民営化や、指定管理者制度の導入がなされた。また、新たに指定管理者制度導入を視野に入れた検討が進められている地域もある。

### ② 診療所の運営

#### ○公設診療所の経営経験

合併先の市には公立診療所がなくその運営経験を持たなかったため、へき地等における診療所の必要性についての理解を求めるところから始めなければならなかった。行政側も新たに診療所について勉強しなければならないため戸惑っている様子だ。

#### ○行政との意思疎通

広域合併の結果、「本庁」が遠くなり、日常的な意思疎通に支障を感じている。診療所の管轄が、町から市へと大きくなったことで、何か一つ決めるにおいても、すべて市にお伺いの文書を出さなければならなくなった。文書が増えて、事務担当者が大変そうだ。予算も取りにくくなり、赤字のことを強く指摘されるようになった。町時代は、町の担当者に直接口頭で依頼したり上司の課長に直談判したりしていたが、市になり、予算要望や施設管理等については市の出先機関の課長を通じてお願いすることになったため、どうしても後手後手に回る。

#### ○各種事務手続き

予算要求などの各種事務手続きにおいても、広域合併により行政組織が大規模化したことに伴い、業務量が増加している。予算についても、予算要望書をまず課長に提出し、課長査定があった後で部長に上げられる。来年度は、課長との交渉では男子トイレ小便器周りの手すり設置のみ、部長査定にまで上げてもらえることになった。

#### ○目標管理、業務評価

年度始めに業務目標・考課表を提出し、課題業務と通常業務の中で目標を設定し、その達成方法、達成スケジュール、難易度を明記し、年末と年度末の2回、自己評価と上司評価を受けるようになった。

#### ○職員の採用基準

合併により、合併先の市の制度に従うことになったため、非常勤職員の看護師を3

年を超えて継続雇用できなくなった。臨時的任用の看護師についても、毎年更新という形で同じ人を10年近く雇用していたが、3年を超えての雇用ができなくなった。

#### ○職員の広域化

社協や支所の職員についても、町外からの通勤者も増え、地域住民としての視点が薄くなった。

#### ○代診派遣制度中止

合併前は代診医の派遣を受ける制度が導入されていたが、合併後は、代診医派遣に関わる経費の高さと無医地区状態になる訳ではないとの理由で、制度がなくなった。

#### ○医師の給与

町の職員から市の職員に変更になったことから、給料体系は市の体系に合わせることになり、5%近く給料カットとなった。

### ③ 地域の保健・医療・福祉の連携

#### ○保健師との連携

合併前は、診療所に併設されていた保健センター内で保健師が業務を行っていたが、合併後は、市として「地域包括ケアシステム」を作るとのことで保健センターが廃止され、保健師は、3人から2人に減らされた。保健師とタイアップした予防関係の事業がほとんど無くなった上、内輪で連携をとって働くことが難しくなった。

#### ○福祉部門との連携

福祉部門の社会福祉協議会の人員が減り、連携等が取りにくくなった、町社協が市社協の支所となり、リーダー的人材が新たな施設群へ散在したためにメンバーが一新し、以前より連携が取りにくくなった。それぞれが大きな組織の一部となり、各担当が連携して地域や家族、利用者にあった対応が取りにくくなった。この人をどのように皆でサポートしていくかという、個人に視点を置いた対応から、うちではこれだけのサービスしか提供できませんという供給側の枠内で考えるようになってしまった感がある。

### ④ 住民サービス

#### ○健康診断

合併前は、年1回の健康診断料金は町で負担しており、高齢者は無料であったが、合併後は、市指定の業者での受診となり有料となった。検診受診者が、合併後は3分の1程度になった。

#### ○予防接種

ポリオなどの集団接種や1歳半、3歳児健診などが、町内での実施がなくなり、車で約30分かかる旧市内にある保健センターまで行かなくてはならなくなった。

#### ○巡回バス

町内巡回バスは今まで無料であったが、合併市の巡回バスに合わせて有料になった。

### ⑤ 改善点

#### ○救急体制

合併後、町内に高規格救急車及び救急救命士が常駐となり、病院までの搬送時間はかかるものの、旧市内と同等の救急患者収容体制となった。

#### ○公費助成

合併により、70歳以上の高齢者を対象に、肺炎球菌ワクチンの公費助成が実施されるようになった。

### (3) 変化の概要

以上の変化の中で注目すべきことは、医師の存在の相対化と行政組織の大規模化・複雑化という状況である。

合併前の町村においては「かけがえのない医療機関であり医師」であったものが、広域合併により、「一医療機関であり一医師」としての相対的な存在へと変化していつている。別の言い方をすれば、首長と密接につながり連携していた特別の存在としての位置付けの希薄化とも言えるかもしれない。その発言の影響力についても、首長と直結している医師の発言という要素が薄れることにより、当該自治体の職員の反応にもいくらかの影響を与えていることも想定される。

また、へき地等の医療確保問題が、自治体の最優先課題の一つから、重要課題の一つへと微妙に位置付けが変化しているとも考えられる。これには、行政組織の大規模化による影響も少なくないと思われる。組織規模が拡大していくにつれて、内部での連携の手続きは煩雑になり、現場と行政の意思決定機構中枢との距離は遠くなりがちである。

## 3. へき地等診療所医師と地元行政との関係

### (1) 現場の課題を組織の課題へ、そして社会の課題へ

広域合併により大規模化した自治体の複層化・複雑化した行政組織の中において、へき地等の保健・医療・福祉の問題についての理解を広げ、適切で効果的な対策を可能にしていくことが求められている。

そのためには、風通しの良い組織づくりや現場重視の姿勢などの行政経営側の努力はもちろんであるが、医師をはじめとした職員側の努力も同時に求められる。つまり、町村長と医師の直接協議に期待するのではなく、組織として行政の問題解決の仕組みに乗せて問題を解決していく力が必要とされている。すなわち、現場の課題を行政組織の内部に伝え理解を得て行政課題として位置付け、社会の課題として展開していく力が求められている。

### (2) へき地等診療所医師の役割

日常的な行政との折衝は事務職員が担うにしても、へき地等診療所の責任者としての医師には、どのような役割が求められるのであろうか。

へき地等診療所の特性として、その社会的役割の強さがあげられる。もちろん、全ての医療機関に共通的な要素ではあるが、へき地等には他に代替できる医療機関が少なく、その多くが公立として設置されているが故に、より強い社会性が期待される。へき地等の公立診療所の医師には、市町村合併後の広域化した自治体において、行政組織の一員として、組織のルールに従いながら、そのビジョンを具体化していく実現力が求められることになる。所属する自治体組織に対して、時にはトップへの直接的な働きかけも交えながらも、日常的には、組織の中でのボトムアップの取り組みを進めていくことが必要になる。

そこで必要となるのは、行政組織の運営についての理解や、社会のシステムづくりの知識と経験である。医療の専門家でない行政の事務職員に対して、地域医療の現状と求めら

れる取り組みの意義を理解させ、行政組織が担うべき社会システムづくりについて、きちんと説明・説得していくことが求められる。

### (3) 地域の保健・医療・福祉のコーディネート役

人口減少社会の中で、へき地等において限られた資源を有効に活用していくためには、保健・医療・福祉の各資源をコーディネートする能力が求められている。ここでも、社会システムづくりの知識と経験が必要となる。

保健・医療・福祉分野においては、専門家はいるがつなぎ役が少ないこと、1対1の対人関係は得意でも組織的活動経験が少ないこと、その1対1も専門家⇒客体という一方向の関係に慣れていること、専門分野以外の多様な立場の人との対話経験が少ないこと、といった課題が見受けられる。

一般的に、医師には、同僚医師やその他の「コメディカル」との連携、患者との1対1の対話力が求められるが、へき地等の診療所で活躍する医師には、これらの能力に加えて、関係する個人や団体と協働して、継続的・安定的な社会システムづくりを進めていく能力も求められる。そこでは、資金と仕組みと理念のバランスをとることが求められるとともに、関係者による問題意識の共有と行動のためのコンセンサスづくりの力が必要となる。

図4 保健・医療・福祉の課題

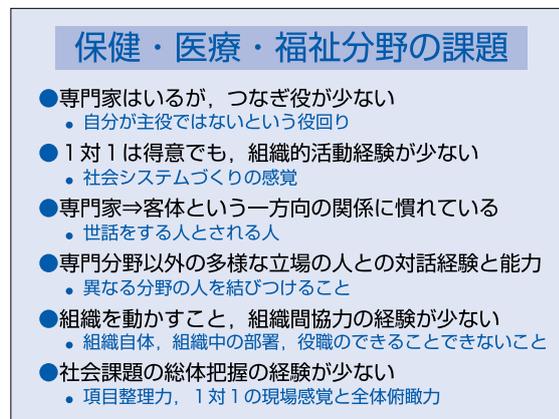
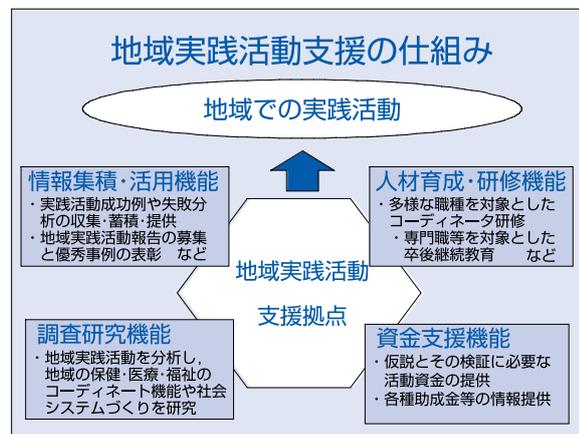


図5 地域実践活動支援の仕組み



#### (4) 卒前教育と卒後継続教育

このような力は、卒業後の実地での実践経験を通じて身に付けられていくものではあるが、在学中においてその必要性を理解させておくことは大切である。また、実際に現場で問題に直面した経験を持つようになった段階において、改めて継続的かつ計画的な研修機会を提供していくことも求められる。

## 4. まとめ

全国で最も合併が進んでいる広島県では、86市町村から23市町へと4分の1近くまで減少した。村はなくなり町も規模を拡大する中で、一つの市町の中に、都市部とへき地等とが混在する状況になっている。へき地等では行政本庁との距離が開き、公立診療所に対する行政の姿勢にも変化が現れ出している。

このような変化は全国的なものであり、さらなる進展が見込まれている。このような環境変化の中で、へき地等を中心とする地域医療の充実を図っていくためには、それを担う人材育成にも新たな対応が求められている。

なお、本文中、意見にわたるものは全て私見である。また、本稿の作成に当たっては、広島県内の自治医科大学関係者有志の先生方の熱心なご協力をいただいた。ここに記して謝意を表したい。

(注)

<sup>1</sup> 総務省市町村合併情報 <http://www.soumu.go.jp/gapei/index.html>

<sup>2</sup> 「へき地保健医療計画」は、無医地区等住民の医療を確保するため、国が、昭和31年度から9次にわたる年次計画をたてている。なお、2006（平成18）年からの第10次へき地保健医療計画については、国が示す策定指針に基づき都道府県ごとに策定することとされている。

・第9次へき地保健医療計画の取り組み等

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0124-11b.html>

・第10次へき地保健医療計画の策定について

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/05/dl/tp0516-1a.pdf>

<sup>3</sup> 総務省自治行政局「市町村合併関係資料 [http://www.soumu.go.jp/gapei/pdf/060118\\_2.pdf](http://www.soumu.go.jp/gapei/pdf/060118_2.pdf)

<sup>4</sup> 無医地区とは、「医療機関のない地区で、当該地区の中心な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区」をいう。

(参考) 無医地区等に設置されたへき地診療所の運営に対する補助基準：

概ね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、最寄り医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要すること等

<sup>5</sup> 厚生労働省「終期付き事業評価書」 [www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf)

<sup>6</sup> 厚生労働省医療施設（静態・動態）調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/04/index.html>

<sup>7</sup> 第45回全国国保地域医療学会発表 <http://www.biwako.ne.jp/hatano/2005/2005-09-09.html>

<sup>8</sup> 新医師確保総合対策 [www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf)

<sup>9</sup> 2005（平成17）年12月8日備前議員への答弁

本白書作成に際し、全国の地方自治体、医療機関、勤務医師、医療関係者、教育機関等の方々には一方ならぬご協力をいただきましたことを心から感謝申し上げます。

なお、本白書作成にかかる編集委員、並びに編集にご協力いただいた方々は次の通りです。

委員長	梶井英治	(自治医科大学地域医療学教授)
委員	藍原雅一	(自治医科大学研究生・社団法人日本医業経営コンサルタント協会)
〃	天海陽子	(自治医科大学地域医療学助手)
〃	石川鎮清	(自治医科大学地域医療学講師)
〃	上原里程	(自治医科大学公衆衛生学講師)
〃	大木いづみ	(自治医科大学公衆衛生学講師)
〃	岡山雅信	(自治医科大学地域医療学助教授)
〃	尾島俊之	(浜松医科大学健康社会医学教授)
〃	加納秀樹	(自治医科大学地域医療推進課卒後指導課長補佐)
〃	悴田晃禎	(地域社会振興財団総務課長)
〃	亀崎豊実	(自治医科大学地域医療学講師)
〃	香山不二雄	(自治医科大学環境医学教授)
〃	河野幹彦	(自治医科大学附属大宮医療センター卒後臨床研修室長・総合医学1教授)
〃	黒木茂広	(自治医科大学地域医療学助教授)
〃	小松憲一	(自治医科大学地域医療学助手)
〃	小林真	(前自治医科大学事務部長)
〃	坂本敦司	(自治医科大学法医学教授)
〃	篠澤侃子	(自治医科大学地域看護学教授)
〃	平純郎	(自治医科大学事務部長・地域社会振興財団事務局長)
〃	竹迫弥生	(自治医科大学大学院医学研究科博士課程4年)
〃	塚原太郎	(自治医科大学卒後指導部長・公衆衛生学教授)
〃	津本順史	(自治医科大学地域医療学助手)
〃	鶴岡浩樹	(自治医科大学地域医療学助手)
〃	鶴岡優子	(自治医科大学地域医療学助手)
〃	長嶺伸彦	(自治医科大学地域医療学助教授)
〃	長江一彦	(自治医科大学情報管理室視聴覚係長)
〃	中村好一	(自治医科大学公衆衛生学教授)
〃	春山早苗	(自治医科大学地域看護学教授)
〃	松本正俊	(自治医科大学地域医療学助手)
〃	丸山浩	(前自治医科大学卒後指導部長)
〃	三瀬順一	(自治医科大学地域医療学助教授)
〃	渡邊至	(自治医科大学公衆衛生学助手)
協力者	大塚敏弘	(長崎県福祉保健部医療政策課長)
	神田健史	(佐渡市立両津病院内科医長)
〃	木村清志	(島根県健康福祉部医療対策課医師確保対策室長)
〃	木元良一	(青森県健康福祉部医療業務課医師確保・機能再編推進グループ副参事)
〃	澤田努	(高知県健康福祉部医療業務課高知県へき地医療支援機構専任担当官・高知医療センター地域医療科長)
〃	杉田義博	(社団法人地域医療振興協会地域医療研究所へき地医療支援センター長・東京北社会保険病院総合診療科)
〃	橋本康男	(広島県政策企画部企画調整局企画監)
〃	松嶋大	(自治医科大学大学院医学研究科博士課程2年)
〃	松嶋恵理子	(自治医科大学大学院医学研究科博士課程1年)
〃	山西幹男	(長崎県立島原病院内科診療部長、前長崎県離島・へき地医療センター長)
事務局	荒川尚子	(自治医科大学地域医療学)

\*五十音順

\* ( ) 内、2007(平成19)年3月1日現在

本白書は自治医科大学と  
(財)地域社会振興財団が  
共同で作成しました

## 地 域 医 療 白 書 第 2 号

---

2007(平成19)年3月31日

発行者 学校法人自治医科大学  
理事長 吉 田 弘 正

編集者 自治医科大学地域医療白書編集委員会  
委員長 梶 井 英 治

発行所 学校法人自治医科大学  
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1  
電話 0285-44-2111

印刷所 鈴木印刷株式会社

---