

## 医療計画におけるへき地医療に関する研究

コイケ ソウイチ マツモト マサトシ スズキ タツヤ テラウラ ヒロユキ  
 小池 創一\*1 松本 正俊\*5 鈴木 達也\*2 寺裏 寛之\*3  
 マエダ タカヒロ イグチ セイタロウ ハルヤマ サナエ コタニ カズヒコ  
 前田 隆浩\*6 井口 清太郎\*7 春山 早苗\*8 小谷 和彦\*4

**目的** 第7次医療計画からへき地保健医療計画は医療計画へ統合された。この統合は、より効率的な計画策定や、国民にとってもより理解しやすい計画となることを期待してのものであったが、独立した計画がなくなることによって、へき地医療対策が埋没してしまう懸念も生じている。本研究の目的は、へき地保健医療計画の医療計画への統合の前後で、医療計画の記載内容がどのように変化しているかを評価することで、都道府県におけるへき地医療への取り組み状況の変化について明らかにすることにある。

**方法** 千葉県、神奈川県、大阪府を除く44都道府県の第6次および第7次医療計画に関し、5疾病・5事業および在宅医療に関する記載から、へき地医療についての記載ページ数・評価指標数ならびにこれらが5疾病・5事業および在宅医療についての記載ページ数・評価指標数に占める割合を算出した。また、今後のへき地医療の課題と考えられる項目について記載の有無を調査した。

**結果** 第6次医療計画のへき地医療関連の記載量は、平均7.8ページであったものが、第7次医療計画では、9.8ページとなっており、2.1ページ増加していた。一方、5疾病・5事業および在宅医療に占めるへき地医療に関する記載の割合は、7.5%から7.2%と減少した。同様に、評価指標数は、第6次保健医療計画で平均2.3項目、第7次医療計画で平均2.9項目と増加した。一方、評価指標に占める割合は5.5%から3.9%に減少した。医療計画内に記載されている内容については、へき地医療に従事する医療従事者の継続的確保や医療従事者の養成課程等におけるへき地医療への動機付けや、ICTによる診療支援体制やドクターヘリの活用等を評価指標とする都道府県が第6次計画時点に比較して大きく伸びているが、へき地医療拠点病院による巡回診療、医師派遣、代診医派遣の実施状況に関しては、第6次、第7次で大きな差はなかった。

**結論** へき地保健医療計画が医療計画に統合され、記載の有無や分量という観点からは一定程度の充実が図られたが、より効率的で、医療を受ける側の国民にとってもより理解しやすい計画となっているかについてはさらなる検討が必要である。また、計画を実行し、事業の進捗状況を把握・評価し、必要な修正を加えるといったPDCAサイクルが実践されているかという観点からも引き続き検討が必要であることが明らかとなった。また、へき地や無医地区・準無医地区の定義についての議論も必要である。

**キーワード** へき地保健医療計画、医療計画、PDCA

\*1 自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門教授 \*2 同地域医療学部門助教 \*3 同後期研修生  
 \*4 同教授 \*5 広島大学大学院医系科学研究科地域医療システム学講座教授  
 \*6 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科総合診療学分野教授  
 \*7 新潟大学大学院医歯学総合研究科新潟地域医療学講座特任教授 \*8 自治医科大学看護学部教授

## I 緒 言

山村、離島等のへき地における医療の確保については、昭和31年度から11次にわたる「へき地保健医療計画」が策定され、診療所や巡回診療車等のインフラ整備、へき地中核病院の整備やへき地医療支援機構の設置等の支援システムの構築等さまざまな対策が講じられてきた。特に、第10次計画からは、これまで都道府県に対し、国がへき地保健医療対策の方針を示す計画という位置づけから、国が示す策定指針に基づき都道府県が策定する計画と位置づけが変わる等、へき地医療対策推進の枠組みの充実が図られてきた<sup>1)~4)</sup>。

都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画としては、医療計画があるが、平成18年の医療法改正において、へき地の医療の確保に必要な事業については医療計画の中で記載することになった<sup>5)</sup>。これにより、都道府県には、共にへき地医療対策について計画する「へき地保健医療計画」と「医療計画」が並存する形となった。特に、両計画は、それぞれ別の時期に作成する必要があることから、計画間の整合性をどう取り、住民にとっても理解しやすいものとしていくかが、課題となってきた。

平成27年3月へき地保健医療対策検討会報告書<sup>6)</sup>で、平成30年度からの第7次医療計画策定期間に合わせて、へき地保健医療対策も医療計画の中で一体的に検討を行うことが提言されたことを受け、へき地保健医療計画は医療計画へ統合されることとなった。この統合は、より効率的な計画策定や、医療を受ける側の国民に

とってより理解しやすい計画となることを目的としてのことであったが、独立した計画がなくなることによって、都道府県のへき地医療対策が埋没してしまうことへの懸念が生じることとなった。

本研究の目的は、へき地保健医療計画の医療計画への統合の前後で、医療計画の記載内容がどのように変化しているかを評価することで、都道府県におけるへき地医療への取り組み状況の変化について明らかにすることにある。

## II 方 法

医療計画では、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患の5疾病<sup>7)</sup>ならびに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療の5事業ならびに居宅等における医療<sup>8)</sup>(以下、5疾病・5事業および在宅医療)について記載することとされている。

本研究では、第6次医療計画、第7次医療計画におけるへき地医療についての記載ページ数、5疾病・5事業および在宅医療に占める割合、へき地医療についての評価指標数、5疾病・5事業および在宅医療に係る評価指標数に占めるへき地医療についての評価指標数の割合を算出した。また、第7次医療計画に係る「医療計画作成指針」<sup>9)</sup>および「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」<sup>10)</sup>の項目、今後のへき地医療の課題と考えられる項目について記載の有無等の客観的な項目を中心に評価を行うこととした。

対象とした医療計画は、へき地医療対策という趣旨を踏まえて、「無医地区および無医地区に準じる地区を要する都道府県」とされている43道府県<sup>11)</sup>に、離島を有する東京都を加えた44都道府県(千葉県、神奈川県、大阪府を除く44都道府県)の医療計画とした。なお、本研究は、公開さ

表1 へき地医療に関する記載ページ数と5疾病・5事業および在宅医療に占める割合  
(第6次医療計画-第7次医療計画)

計画次期	項目	平均	標準偏差	最小	中央値	最大
6次	へき地医療ページ数	7.8	3.2	2	7	16
	5疾病・5事業および在宅医療ページ数	110.7	44.4	28	104	243
	へき地医療割合(%)	7.5	3.3	4.1	6.8	22.4
7次	へき地医療ページ数	9.8	5.5	1	9	37
	5疾病・5事業および在宅医療ページ数	137.4	55.6	47	132	287
	へき地医療割合(%)	7.2	2.5	2.1	6.8	12.9

図1 へき地医療に関する記載ページ数と5疾病・5事業および在宅医療に占める割合の変化(第6次医療計画-第7次医療計画)

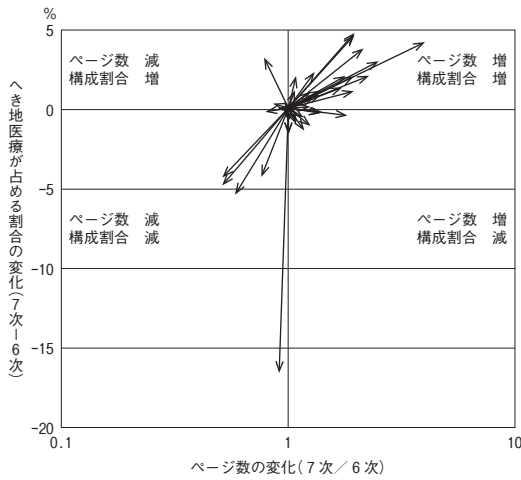
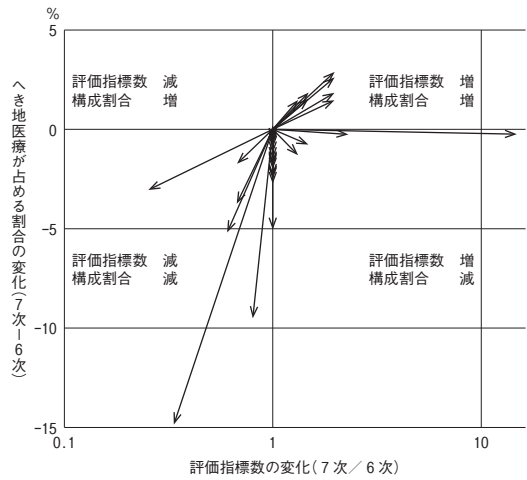


図2 へき地医療に関する評価指標数と5疾病5事業および在宅医療に占める割合の変化(第6次医療計画-第7次医療計画)



れている各都道府県の医療計画を分析するものであり、人を対象とする医学系研究には該当しない。

### Ⅲ 結 果

#### (1) 医療計画におけるへき地医療関連の記載量について

医療計画におけるへき地医療関連の記載は、第6次医療計画では平均7.8ページであったものが、第7次医療計画では、9.8ページとなっており、2.1ページ記載量が増加していた。また、5疾病・5事業および在宅医療に占めるへき地医療に関する記載割合は、7.5%から7.2%と減少した(表1)。

へき地に関する記載量と割合が共に増加した都道府県は19、記載量減少、割合増加が2、記載量・割合共に減少が7、記載量増加、割合減少が8、記載量変化なし、割合低下が8であった(図1)。

#### (2) 医療計画における評価指標の設定状況について

5疾病5事業におけるへき地医療に関する評

表2 へき地医療に関する評価指標数と5疾病・5事業および在宅医療に関する評価指標に占める割合(第6次医療計画-第7次医療計画)

計画次期	項目	平均	標準偏差	最小	中央値	最大
6次	へき地医療数値目標数	2.3	2.2	0	2	10
	5疾病・5事業および在宅医療評価指標数	44.6	34.2	0	41	177
	へき地医療割合(%)	5.5	3.4	2.0	5.1	18.4
7次	へき地医療数値目標数	2.9	4.6	0	2	30
	5疾病・5事業および在宅医療評価指標数	71.7	87.1	0	66	581
	へき地医療割合(%)	3.9	1.8	0.9	3.8	8.5

価指標数は、第6次医療計画で平均2.3項目(中央値 2)、第7次医療計画で平均2.9項目(中央値 2)と増加していた。一方で評価指標全体に占める割合では5.5%から3.9%に減少していた(表2)。

へき地に関する評価指標数と5疾病5事業および在宅医療のうちへき地医療に関する評価指標数が占める割合が、共に増加した都道府県は7、評価指標数減少、構成割合増加が0、評価指標数・構成割合共に減少が15、評価指標数増加、構成割合減少が4、評価指標数変化なし、構成割合増加が2、評価指標数変化なし、構成割合低下が16であった(図2)。

#### (3) 第6次と第7次医療計画における記載内容の変化について

医療計画内に記載されている内容については、

表3 ヘき地医療に関する記載内容の変化（第6次医療計画－第7次医療計画比較）

項目	評価の視点	第6次医療計画			第7次医療計画				
		A	B	C	A	B	C		
<b>へき地医療拠点病院</b>									
へき地医療拠点病院の有無・分布	A：医療機関の一覧表あり B：医療機関数のみ記載あり C：記載なし	39	2	3	41	2	1		
へき地医療拠点病院による巡回診療の実施状況	A：記載あり B：記載なし	33	11		31	13			
へき地医療拠点病院による医師派遣の実施状況	A：記載あり B：記載なし	32	12		30	14			
へき地医療拠点病院による代診医派遣	A：記載あり B：記載なし	31	13		28	16			
へき地医療拠点病院によるへき地医療従事者に対する研修	A：記載あり B：記載なし	27	17		27	17			
へき地医療拠点病院による遠隔医療支援等の診療支援事業	A：記載あり B：記載なし	29	15		30	14			
<b>へき地診療所</b>									
へき地診療所の有無・分布	A：医療機関の一覧表あり B：医療機関数のみ記載あり C：記載なし ※計画冊子中に記載がないが、ホームページ等への医療機関リスト記載で代替されている場合もA扱いとする。	40	3	1	40	3	1		
<b>へき地医療支援機構</b>									
へき地医療支援機構の有無	A：記載あり B：記載なし	38	6		41	3			
へき地医療支援機構によるへき地医療拠点病院への代診派遣日数	A：記載あり B：記載なし	4	40		8	36			
へき地医療支援機構によるへき地医療拠点診療所への代診派遣日数	A：記載あり B：記載なし	4	40		9	35			
<b>医療従事者の確保・支援</b>									
へき地医療に従事する医師の現状	A：自治医大卒・地域枠等、確保源も含めた記載あり B：確保源の記載はないが現状について記載あり C：記載なし	39	4	1	42	2	0		
へき地医療に従事する医療従事者の継続的な確保（ドクタープール等）	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	18	25		27	17			
へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	31	13		35	9			
医療従事者の養成過程等における、へき地の医療への動機付け	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	22	22		29	15			
へき地で勤務する看護師等への支援体制	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	15	29		19	25			
<b>数値目標の記載と評価について</b>									
過去の計画（第6次保健医療計画（へき地医療に関する部分）、11次へき地医療計画）の振り返り	A：数値目標がどこまで達成しているかを数字で出している B：目標の達成状況について定性的に評価している C：過去の計画の目標について触れていない	5	3	36	7	2	35		
へき地保健医療対策に関する協議会の設置・活動実績・目標	A：実績・目標双方の記載あり B：実績・目標双方のいずれかの記載あり C：記載なし	0	21	23	0	23	21		
へき地保健医療対策に関する協議会における協議	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	0	18	26	0	28	16		
へき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	23	8	13	16	15	13		
医師の確保	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	22	22	0	20	24	0		
歯科医師の確保	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	3	9	32	3	21	20		
薬剤師の確保	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	0	3	41	0	9	35		
看護師・保健師の確保	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	4	14	26	3	21	20		
その他の職種の確保	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	0	2	42	1	0	43		
情報通信技術（ICT）による診療支援体制	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	1	37	6	11	32	1		
ドクターヘリ等の活用	A：へき地医療に関して数値目標あり B：へき地医療について記載のみあり C：なし	1	36	7	10	33	1		
<b>その他</b>									
地域医療支援センターとへき地医療支援機構との組織統合	A：実施済み B：予定あり C：議論中 D：記載なし	2	1	0	41	1	2	3	38
地域医療支援センターによるへき地医療支援機構の事務の遂行	A：実施済み B：予定あり C：議論中 D：記載なし	1	0	0	43	2	1	0	41
特定行為看護師のへき地医療への活用	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	0	44		1	43			
遠隔医療のへき地医療への応用	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	36	8		39	5			
へき地における介護サービスの位置づけ	A：へき地の介護に関して記載あり B：記載なし	0	44		4	40			
へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定された社会医療法人の有無	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	7	37		17	27			
社会医療法人によるへき地への医師派遣の目標・実績	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	1	43		5	39			
患者の搬送体制（離島における船舶確保・ヘリ着陸地点の指定、陸上における夜間搬送体制、移動困難時の医療チーム派遣等）	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	37	7		42	2			
県を越えた協議の場について	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	1	43		0	44			
計画期間終了以降のへき地医療に関する見通し	A：へき地医療に関して記載あり B：記載なし	0	44		0	44			

へき地医療に従事する医療従事者の継続的確保、医療従事者の養成課程等におけるへき地医療への動機付け、ICTによる診療支援体制やドクターヘリの活用等を評価指標とする都道府県が第6次計画時点に比較して大きく伸びているが、へき地医療拠点病院による巡回診療、医師派遣、代診医派遣の実施状況に関しては、第6次、第7次で大きな差はなかった(表3)。

## Ⅳ 考 察

### (1) へき地保健医療計画が医療計画に統合された影響に関して

へき地保健医療計画が医療計画に統合された後、医療計画のへき地医療に関する記載量や評価指標は増加しており、記載量や評価指標数という観点では、一定の充実が図られたことが明らかになった。一方、5疾病5事業および在宅医療の中におけるへき地医療対策という視点でみると、相対的な割合は減少傾向にあることも同時に明らかとなった。

このことは、医療計画との統合によってへき地医療対策が埋没するといった当初懸念されていたような事態は発生していなかったと考えられるものの、へき地医療対策が一定の成果を上げてきたことを踏まえ、地域医療をめぐる数多くの課題がある中、相対的な位置づけが若干低下しているということを示している部分があると考えられる。

実際、無医地区・準無医地区数および人口は、昭和41年に2,920地区、1,191,312人であったものが<sup>12)</sup>平成26年には637地区124,122人へと大きく減少する<sup>13)</sup>等、近年は大きく減少している。わが国における無医地区の定義は「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」<sup>14)</sup>とされているが、地区の範囲が明らかではないこと、人口が50人未満になることによって無医地区から外れてしまう地区が出ていることなど概念の見直しの必要も指摘されている<sup>15)</sup>。さらに無医地

区等の指定は、主として無医地区等調査の結果に基づき都道府県のへき地担当者の判断で行われているものの、そのプロセスは明確に定められていない点<sup>16)</sup>、今後は、医師多数地域・少数地域という概念が導入され、その中で医師少数スポットを都道府県が定めることとされ、当該指定にあたっては既存の取り組みを加味したうえで、さらなる対策が必要か否かについて地域医療対策協議会で十分な議論を踏まえて判断することになる等、現在の無医地区/準無医地区等の設定を優先させる必要は必ずしもなく、実情を優先させて定めることが望ましいとされる<sup>17)</sup>といった新たな状況も迎えている。へき地については、へき地の定義自体が国際的に合意されているものがあるわけでもない<sup>18)19)</sup>ことも踏まえると、今後は、無医地区や準無医地区の定義についても見直す必要があるのではないかと考えられる。

### (2) へき地医療に関する記載内容の変化について

第6次医療計画、第7次医療計画の記載内容を比較すると、全体としては記載の充実が図られたものの、項目ごとに大きく記載が充実したものと、必ずしもそうとはいえないものが存在していた。

医療従事者の確保・支援に関する記載の充実に関しては、医師確保についての議論が活発になっていることを反映しているものと考えられる。また、評価指標に関しては、医療計画とPDCAについて繰り返し指摘を受けていることへの対応がなされてきているものと考えられ、評価指標数自体が第6次計画に比べて第7次計画で多くなっていることにも現われていると考えられる。今回の結果は、へき地医療の体制構築に係る現状把握のためとして示されている指標は、現状把握のためには用いていても、目標設定に用いている都道府県は極めて限定的であるとする結果<sup>13)</sup>とも一致しており、現状把握から事業計画、評価に関して一貫した体制がとられているかについてはまだまだ課題が残っているものと考えられる。

また、へき地医療独自の環境の変化というよりは、医療計画や地域医療をめぐる諸課題全体の政策動向に沿った影響が認められることは、医療計画とへき地保健医療計画が一体的に作成されることによって、地域医療の諸課題との連携を深める計画策定につながるものと期待できる。

しかしながら、比較的新しい課題であると考えられる、地域医療支援センターとへき地医療支援機構の関係や、特定行為研修修了看護師の活用、遠隔医療、介護、社会医療法人といった部分は、取り組み状況については必ずしも大きなものにはなっておらず、今後の医療計画の見直しの中でどのように扱いが変化していくかについては留意が必要であると考えられる。

### (3) 本研究の限界について

本研究にはいくつかの限界が存在する。第1に、本研究ではあくまでも医療計画の記載量や記載の有無といった外形的な評価であり、質についての評価を行っていない点である。これらについては、今後、質的研究を別途組み合わせる検討を進めていく必要がある。第2に、計画の策定が必ずしも実践の成功を保証するものではない点であり、計画の実行と評価、その評価に基づいた中間的な見直しや、次期医療計画の見直しの状況についても注目していく必要がある。

## V 結 語

へき地保健医療計画が医療計画に統合され、記載の有無や分量という観点からは一定程度の充実が図られたが、より効率的で、医療を受ける側の国民にとってもより理解しやすい計画となっているかについてはさらなる検討が必要である。また、計画を実行し、事業の進捗状況を把握・評価し、必要な修正を加えるといったPDCAサイクルが実践されているかという観点からも引き続き検討が必要であることが明らかとなった。また、へき地や無医地区・準無医地区の定義についての議論も必要である。

## 謝辞

本研究は、平成30年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「へき地医療の向上のための医師の働き方およびチーム医療の推進に係る研究（研究代表者：小谷和彦）」（H30-医療-一般-010）を受けて実施した。

## 文 献

- 1) 梶井英治. へき地保健医療計画の歴史と概要. 月刊地域医学 2014; 28(3): 12-7.
- 2) 森田喜紀, 梶井英治. 第11次へき地保健医療計画の検証. 社会保険旬報 2015; 2607: 16-23.
- 3) 杉田義博. へき地医療の設計図 へき地保健医療計画について ① 第1次～第9次へき地保健医療計画 へき地保健医療支援機構のスタート 月刊地域医学 2009; 23(9): 19-221.
- 4) 崎原永作. 総論：へき地医療支援の取り組み（第11次へき地保健医療計画の概要）. 月刊地域医学 2016; 30(7): 13-7.
- 5) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について. 厚生労働省医政局長通知（平成19年3月30日 医政発第0330010号）
- 6) 厚生労働省. へき地保健医療対策検討会報告書. (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000083799.pdf>) 2019.8.15.
- 7) 医療法施行規則第30条の28
- 8) 医療法第30条の4 第2項
- 9) 医療計画について. 厚生労働省医政局長通知（平成29年3月31日 医政発0331第57号）
- 10) 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について. 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（平成29年3月31日 医政地発0331第3号）
- 11) 厚生労働省. へき地医療の現状と課題. 平成29年度第2回過疎問題懇談会（総務省）（平成29年10月2日）([http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000513101.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000513101.pdf)) 2019.8.15.
- 12) 厚生労働省. 平成16年度無医地区等調査・無歯科医師地区等調査の概況 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/dl/s0608-9a1.pdf>) 2019.8.15.
- 13) 厚生労働省. 平成26年度無医地区等調査及び無歯

- 科医地区等調査の結果 (<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000115611.pdf>) 2019.8.15.
- 14) へき地保健医療対策事業について. 厚生労働省医政局長通知 (平成13年5月16日 医政発第529号)
  - 15) Kashima S, Inoue K, Matsumoto M, et al. Non-physician communities in Japan : are they still disadvantaged? *Rural Remote Health* 2014 ; 14 ( 3 ) : 2907.
  - 16) 厚生労働省. 第7次医療計画における5疾病・5事業 (がん, 脳卒中, 心筋梗塞等の心血管疾患, 糖尿病, 精神疾患, 救急, 災害, へき地, 周産期, 小児) 及び在宅医療の医療体制. 平成30年9月28日. 第13回医療計画の見直し等に関する検討会 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000361796.pdf>) 2019.8.15.
  - 17) 厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会. 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 第4次中間取りまとめ. (<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000496147.pdf>) 2019.8.15.
  - 18) Humphreys JS. Delimiting 'rural' : implications of an agreed 'rurality' index for healthcare planning and resource allocation. *Aust J Rural Health* 1998 ; 6 ( 4 ) : 212-6.
  - 19) Hart LG, Larson EH, Lishner DM. Rural definitions for health policy and research. *Am J Public Health* 2005 ; 95 ( 7 ) : 1149-55.