

医師確保計画における都道府県の医師少数スポットの概況

寺裏 寛之¹, 中村 晃久¹, 菅谷 涼¹, 小池 創一², 小谷 和彦¹

1. 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
 2. 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

要約

地域医療の維持や充実に向けて、医師確保は課題の一つに挙げられる。2018年の医療法改正時に、都道府県は医師確保計画の策定が求められた。この計画において、二次医療圏よりも小さい単位で局所的に医師が少ない地域を医師少数スポットに設定して医師確保に努めるという新しいコンセプトが盛り込まれた。本稿では、この医師少数スポットについて概説する。医師少数スポットの現況をみると、無医地区とは異なった地域に多くが在り、都道府県内の新たに医療を充当すべき対象や体制を検討すべき地区として明示された。都道府県は、現行のへき地医療対策と共同して医師不足地域における医療を確保することになるであろう。今後、これらのスポットの医師確保対策に対する効果が注視される。

(キーワード：医師少数スポット，医師偏在，医師少数地域，無医地区，へき地医療)

1. はじめに

地域医療の維持や充実に向けて、医師の確保（育成を含む）は重要なテーマの一つである。長年にわたってこのテーマには取り組みがなされてきた。自治体の修学資金によるへき地等の医師不足地域に従事する医師養成の取り組みはその一例である¹。自治医科大学の設立もこの流れの中にある¹。現在、都道府県の医療計画（5疾病・5事業）の中で、へき地の医療は対策されるようになって²⁻⁴。都道府県は、医療を容易に受け難いエリアとして「無医地区」を設定し、へき地医療拠点病院やへき地診療所等を指定・設置して、無医地区等に対する診療体制をとっている⁴。

最近になって、医師確保対策は加速しているように見える。2018年に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し⁵、都道府県に医師確保計画の策定が求められるようになった。この計画では、二次医療圏単位では対応できない地域のニーズに応じた施策を検討できるように、局所的に医師が少ない地域（二次医療圏よりも小さい単位の地域）を「医師少数スポット」として設定できるとされた⁶。この医師少数スポットは、医療の提供について検討すべき対象として、医師確保の面からも注目される。本稿では、新たなコンセプトとして登場した、この医師少数スポットについて、特に医師確保の観点から紹介する。

2. へき地の医療計画と無医地区

医療法では、地域の実情に応じて医療提供体制の確保をはかるために、都道府県が「医療計画」を策定するように定めている²⁻⁴。へき地医療は、この「医療計画」の5事業（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）の中に含まれており、都道府県ごとにへき地医療の事業計画は策定される。

医療計画において、無医地区は「医療機関のない地域で、当該地区の中心の場所を起点として、概ね半径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」と定義される³。都道府県では、一般に、へき地医療拠点病院が指定され、無医地区への巡回診療、へき地診療所への医師派遣や代診医派遣を行うことで無医地区のようなへき地の医療の確保にあたる。厚生労働省無医地区等調査(令和元年度)によると、全国に590の無医地区がある⁷。へき地の人口減少や交通網の整備もあって、無医地区は年々減少傾向にある⁴。なお、無医地区には該当しないが、無医地区に準じて医療の確保が必要な地区で、各都道府県知事が厚生労働大臣に協議して、適当と認められた地区として準無医地区がある。

3. 医師確保計画

へき地医療と並んで、地域間の医師偏在も課題として認識されていた⁶。2018年の医療法改正時に⁵、都道府県は医療計画の中で医師の確保に関する事項を設けることになった⁶。すなわち、都道府県内における医師の確保方針、医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、そして目標の達成に向けた施策内容について医師確保計画として策定する方針となった⁶。

4. 医師偏在指標

医師偏在は医師確保対策の一指標であり^{8,9}、その指標として、これまで、人口10万人対医師数が用いられてきた。しかし、地域によって、人口集団あるいは医師の年齢構成や男女比に違いがあり、医師偏在ならびに診療科偏在を統一的に測る指標にはなっていないとの指摘もあった。

2018年の改正法では新たな医師偏在指標が提示された⁹。この指標は、標準化医師数と地域の標準化受療比を基に計算される。標準化医師数は医師の性・年齢構成を仕事率という概念を用いて算出される。地域の標準化受療比は地域毎の人口構成の違いを踏まえて、性・年齢階級別の受療率を用いて算出される。この標準化医師数と、地域の標準化受療率を用いることで、医師偏在指標は地域ごとの医療ニーズに応じた医師の多寡を客観的に評価できる。

医師偏在指標に基づいて、全国の二次医療圏の上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域として、医師少数区域には重点的な医師確保対策を考える⁶。例えば、医師少数区域では医師多数区域から医師の確保を行い、医師多数区域では他の二次医療圏から医師の確保は行わないこととするような方策が検討される。医師確保計画では、策定方針、目標医師数、そして目標医師数を達成するための施策が定められ、3年を1期（2020年度の当初計画は4年を1期）として見直すことになっている。

なお、医師少数区域および医師多数区域は二次医療圏単位に対する表現である。都道府県単位に対しては医師偏在指標が上位33.3%の三次医療圏を医師多数三次医療圏（都道府県）、医師偏在指標が下位33.3%の三次医療圏を医師少数三次医療圏（都道府県）、また医師少数三次医療圏にも医師多数三次医療圏にも該当しない三次医療圏を医師中程度三次医療圏（都道府県）と表現する⁶。

5. 医師少数スポット

医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師が少ない地域や都道府県全体で医師確保の推進を目指す⁵。この計画を進める上では、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することも含まれる⁵。この小単位の地域を医師少数スポットと称し、局所的に医師が少ない地域を指す^{6,10}。医師少数区域以外に設定することを基本とし、医師少数区域と同様に医師確保に重点的に努める対象とされている⁶。

医師確保計画は都道府県ごとに策定され、医師少数スポットの設定には都道府県の考えが反映される。医師確保計画の策定ガイドライン⁶では、医師少数スポットの適切な設定例の一つとして、「へき地診療所はあるが、継続的

な医師の確保が困難で、他地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域」を挙げている。反対に不適切な設定例として、「巡回診療や他の区域の医療機関によって安定的な医療供給がなされている地域」を挙げている。無医地区を無条件に医師少数スポットに設定することも不適切な例としている。なお、無医地区には医療機関はないが、医師少数スポットでは地域だけでなく医療機関を対象とすることもできる。

6. 全国の医師少数スポットの現況

我々は、全国の医師少数スポットを調査して報告した¹⁰。その現況を提示する。各都道府県の医師確保計画（2020年7月1日現在、4県の医師確保計画が素案の段階）を収集して検討した。これに基づくと、医師少数スポットは26の都道府県（55%）で、少なくとも1スポットは設定されていた。全国での総数は313地域（図1）で、最多は島根県の45地域、最少は香川県と愛媛県の2地域であった。スポットの指すエリアとしては、市町村全域が103（33%）で最多であった。青森県のように医師少数区域以外のほとんどの地域がスポットに設定されたり、奈良県のように県の面積の約7割が設定されたりする県もみられた。また、ユニークなのは、島根県による公民館地区の設定や、広島県による日常生活圏域のような設定であった。医師偏在指標別にみると、医師少数三次医療圏では16県中9県、医師多数三次医療圏では16都道府県中9府県、医師中程度三次医療圏では15道県中8県で設定された。なお、医師少数スポットを設定しなかった都道府県も半数近くある。設定しない理由を十分に調査してはいるが、巡回診療を含めて医師不足地域の診療体制を整備しているという理由が多かった。



図1 全国の医師少数スポットの分布

医師少数スポットについて、具体的な医療機関を挙げて設定(表1)されたり、法律に基づいて設定(表2)されたりして、基準を設けている場合がみられた。医療機関を基準に挙げて設定した場合には、へき地診療所やへき地医療拠点病院に関連した地域に設定した都道府県が多く見られた。法律に基づいて設定した場合には、条件不利地域を対象とする地域振興立法(過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、山村振興法、特定農山村法)が主であった。全ての都道府県がこのような基準を明記して設定しているわけではないが、表1と2に見るように、医師少数スポットは、現行のへき地医療対策との共同を意識して医師不足地域における医療を広く確保しようとする狙いが部分的に感じ取れる。

7. 無医地区と医師少数スポットとの関係

医師少数スポットが、現行のへき地医療対策と共同する意識があるとすれば、各都道府県の医師少数スポットと

無医地区との関係はどのようであろうか。我々の調査¹⁰では、医師少数スポットは無医地区とほぼ重なり、包含するような重なり方をとする地域は43(全スポットのうちの14%)、医師少数スポットに無医地区はほぼ重なり、面積がほぼ同等である地域は7(2%)、医師少数スポットに無医地区はほぼ重なり、医師少数スポットの面積は無医地区の(総)面積よりも小さかった地域は18(6%)、医師少数スポットと無医地区は重なりを持たなかった地域は245(78%)であった(図2)。すなわち、医師少数スポットは、無医地区と重なりを持たない設定が最多であった。これは、策定ガイドラインで無医地区を無条件に医師少数スポットに設定することを不適切例とした影響があると考えられるが、そればかりでなく、これまでの無医地区・準無医地区に加えて、より局所的な医師不足地域・医療機関が、都道府県ごとに医師少数スポットとして明示されたということであろう。

医師少数スポットでの医療機関そしてその勤務医師に

表1 医療機関を医師少数スポットの設定基準にした都道府県

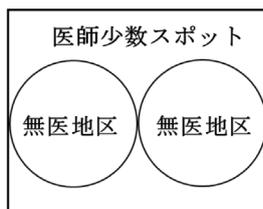
基準となった医療機関	都道府県
へき地診療所	岩手県, 群馬県, 岐阜県, 愛知県, 滋賀県, 京都府, 和歌山県, 広島県, 徳島県, 熊本県, 鹿児島県
へき地医療拠点病院	愛知県, 和歌山県, 広島県, 熊本県
地域中核病院	大分県
公立診療所	大分県
国保診療所	鹿児島県

表2 法律を医師少数スポットの設定基準とした都道府県

基準となった法律	都道府県
過疎地域自立促進特別措置法	宮城県, 群馬県, 長野県, 愛知県, 鳥取県, 広島県, 高知県
離島振興法	宮城県, 愛知県, 広島県, 高知県
山村振興法	愛知県, 高知県
辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律	山形県, 長野県
豪雪地帯対策特別措置法	長野県
特定農山村法	高知県
介護保険法	広島県

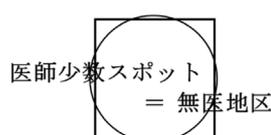
医師少数スポット > 無医地区

医師少数スポットは、無医地区とほぼ重なり、包含する。



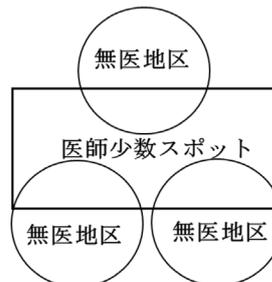
医師少数スポット = 無医地区

医師少数スポットに無医地区が重なり、面積がほぼ同等である。



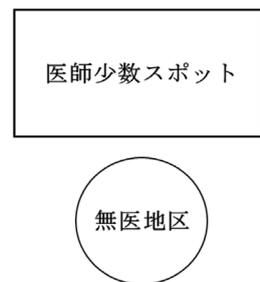
医師少数スポット < 無医地区

医師少数スポットに無医地区はほぼ重なり、医師少数スポットの面積は、無医地区の(総)面積よりも小さい。



重複なし

医師少数スポットと無医地区は重複しない。



文献10を基に改変引用。

図2 医師少数スポットと無医地区との関係の分類

表3 医師少数スポット，医師少数区域で勤務した医師の認定制度

認定医師*等に対するインセンティブ	内容
一定の病院の管理者としての評価	地域医療支援病院の管理者は，認定医師でなければならない。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）
認定医師に対する経済的インセンティブ	認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料，旅費等）について支援を行う。

*認定医師：医師少数区域等に一定期間勤務し，その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。表は，文献12を基に作成した。

は，研修や資格取得等に対する支援があったり，地域医療支援病院の管理者になるための要件が付与されたりし得る（表3）¹²。これらの対策も踏まえて，医師少数スポットが，医師，そして医療の確保にどのような効果を示すのか，今後，注視される。へき地医療対策との連動性も我々の関心事項である。

8. おわりに

医師確保については，諸外国においても問題となっている¹³⁻¹⁵。へき地を含めた医師不足地域の勤務を奨励する仕組みを取り入れている国は約70か国に上るともされている^{16,17}。我々が知る限りでは，今回取り上げた医師少数スポットのような取り組みは殆どない¹⁶。今後，医師少数スポット，さらに無医地区に対する医師確保対策がどのような展開を見せるのかについてモニターしていきたい。

【謝辞】

本研究は，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）「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究（研究代表者：小池創一）」（20IA1001）ならびに「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。

【利益相反】

申告すべき利益相反はない。

【文献】

- 1) 松本正俊，小谷和彦，岡崎仁昭. 地域医療の現状分析 自治医科大学と地域枠. 日本医学教育学会地域医療教育委員会・全国地域医療教育協議会合同編集委員会監修，岡崎仁昭，松本正俊編著. *地域医療学入門*. 東京，診断と治療社，2019, 21-23.
- 2) 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> (2021年4月1日アクセス可能).
- 3) 小池創一，松本正俊，鈴木達也，他. 医療計画におけるへき地医療に関する研究. *厚生指標* 2020; **67**: 20-26.
- 4) 小谷和彦. 地域医療の現状分析 へき地医療. 日本医学教育学会地域医療教育委員会・全国地域医療教育協

議会合同編集委員会監修，岡崎仁昭，松本正俊編著. *地域医療学入門*. 東京，診断と治療社，2019, 24-25.

- 5) 厚生労働省. 医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/000699910.pdf> (2021年4月1日アクセス可能).
- 6) 厚生労働省. 医師確保計画策定ガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000711355.pdf> (2021年4月1日アクセス可能).
- 7) 厚生労働省. 令和元年度調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16b/R2.html> (2021年4月1日アクセス可能).
- 8) 小谷和彦. 医師偏在の緩和に向けて. *地方議会人* 2018; **49**: 12-13.
- 9) 小池創一. 地域医療政策の動向 地域医療構想，医師偏在対策，医師の働き方改革を中心に. *医学のあゆみ* 2019; **270**: 657-663.
- 10) 寺裏寛之，小谷和彦，野原康弘，他. 医師確保計画における医師少数スポットの実態：無医地区との関係の検討. *厚生指標* 2021; **68**: 1-8.
- 11) 厚生労働省. 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）.
- 12) 厚生労働省. 医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000768854.pdf> (2021年4月1日アクセス可能).
- 13) Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, et al. Imbalance in the health workforce. *Human resources for health* 2004; **2**: 13.
- 14) Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; **88**: 379-385.
- 15) Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC health services research* 2008; **8**: 19.
- 16) Frehywot S, Mullan F, Payne PW, et al. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bulletin of the World Health Organization* 2010; **88**: 364-370.
- 17) 松本正俊，井上和男，竹内啓祐. エビデンスに基づく地域医療教育文献レビューと政策への適用. *医療と社会* 2012; **22**: 103-112.

“Doctor shortage spots” in prefectures as a measure for securing doctors

Hiroyuki TERAURA¹, Akihisa NAKAMURA¹, Ryo SUGAYA¹, Soichi KOIKE², and Kazuhiko KOTANI¹

¹ Division of Community and Family Medicine, Center for Community Medicine, Jichi Medical University

² Division of Health Policy and Management, Center for Community Medicine, Jichi Medical University

Abstract

Securing doctors is an important issue for maintaining and satisfying the medical care needs of the community. So far, the measure for rural areas without doctors has been taken in Japan. At the time of the 2018 revision of Japan's *Medical Care Act*, each prefecture of Japan was required to formulate measures for securing doctors. The measures included a new concept of trying to secure doctors by identifying local areas with few doctors, known as “doctor shortage spots” (DSSs), in units smaller than secondary medical areas. In this paper, we introduced the concept of DSSs. Most DSSs were established separately from rural areas without doctors and designated as locations where medical care should be newly allocated. Prefectural governments are responsible for the provision of medical care, including distributions of doctors, in DSSs. We should hereafter research the influence of DSSs on medical care needs in Japan.

(Key words: distribution of physicians, measures for securing doctors, rural medicine)