
総 説

地域医療と医師の地理的偏在

四 方 哲*

京都府立医科大学大学院医学研究科総合医療・地域医療学

Community Medicine and Geographical Maldistribution of Physicians

Satoru Shikata

*Department of General Medicine and Community Healthcare,
Kyoto Prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science*

抄 録

地域医療とは、単に地域で医療サービスを提供することではなく、保健・医療・福祉の連携の中で医療をおこなうことであり、必ずしも過疎地域での医療を意味するものではない。その一方で、地域医療の本領を発揮し実感しやすい環境が過疎地域である。ここにポジティブな価値観を与える卒前・卒後教育をおこなうことが、医師の地理的偏在を解決しうる起点になると考えられる。

キーワード：地域医療，地域偏在・専門職。

Abstract

Community medicine does not mean simply providing medical services in a specific area, but rather providing medical care in the context of cooperation among healthcare, medical care, and welfare, and does not necessarily mean medical care in rural areas. On the other hand, rural areas are environments where it is easy to demonstrate and realize the true nature of community medicine. The provision of pre- and post-graduate education that gives a positive value to this environment will be the starting point for resolving the geographical maldistribution of physicians.

Key Words: Community Medicine, Supply and distribution.

令和5年7月16日受付 令和5年7月17日受理

*連絡先 四方 哲 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上路梶井町465番地

shikatas@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.132.09.589

緒 言

地域医療学を冠する講座あるいは診療部門として総合診療部が国内の医学部にはじめて登場したのは1981年の自治医科大学地域医療学部門と川崎医科大学総合診療部であり、1986年に佐賀医科大学付属病院総合診療部が設置された。これらが国内における大学総合診療部門のはじまりである。総合診療部またはそれに相当する部門が設置されている大学病院数は2002年に36大学となり、2019年には67大学となっており、未回答分も含めると全国87大学医学部附属病院の大半に設置されていることになる。このうち30大学は附属病院の診療部門としての設置となっている¹⁾。わが国における大学総合診療部門は現在までに40年余りの歴史しかなく、診療科としての守備範囲や役割は多種多様であり未確立などところが多く、学問体系としても未だ黎明期にある。

京都府立医科大学では1999年12月に内科のディビジョンを実施したことに伴い、附属病院に総合診療部が開設された。2010年5月には総合医療・医学教育学教室が設置され、2011年1月に講座（大学院大学）となり附属病院総合診療部の主担当講座となった²⁾。卒後教育に関してはスーパーローテート研修が開始された2004年4月に設置された卒後臨床研修センターが運営していたが、卒前教育に関しては2017年6月に設置された教育センターが運営することとなった。また、2013年4月に附属北部医療センター（旧京都府立与謝の海病院）が開設されるのに伴い地域医療学教室が設置されていた。このような経緯を踏まえて、総合医療・医学教育学講座が再編統合される形で2023年4月に総合医療・地域医療学講座が誕生した。2022年に創立150周年を迎えた京都府立医科大学の理念である、世界トップレベルの医療を地域へ、を達成するために同講座は、世界トップレベルの総合診療医学と地域医療学を探究し地域医療のベストモデルを構築する、という使命が課せられており、附属北部医療センターを拠点として新分野を展開することが期待されている。本稿では、高度

最先端医療の対義として地域医療を捉えるのではなく、先進的な地域医療の可能性とその効用としての医師の地理的偏在の解消について考察したい。

地域医療とは

地域医療の確保、地域医療実習、地域医療連携、地域医療構想、など医療業界では地域医療を冠する用語が日常的に用いられている。また、医師不足が深刻な過疎地域を有する地方自治体が出資者となり大学医学部に地域医療学寄付講座を開設する例も増加してきた。本稿の主題である地域医療を論じる出発点として、流布している地域医療という言葉の意味を確認したい。日常的に用いられている同語の意味は以下の4つに大別できる³⁾。

- ①へき地医療（過疎地での医療）
- ②ある特定の地区における医療（身近な医療）
- ③高度先進医療ではない医療（どこかの医療）
- ④機能的な役割（その他、後述）

非医療者は①または②を、医療関係者は①から③のいずれかの意味として使用することが多い。医療関係者であれば自身の活動の場あるいは立場を反映させた意味合いが強く、例えば医療行政担当者やへき地勤務者であれば①を、開業医や市中病院勤務者であれば②を、大学勤務者や政治家、評論家であれば③を意味していることが多いと思われる。①から③に共通しているのは、医療を提供している場がどこかの地域（*medicine in the community*）という意味と、高度先進医療の対義としての医療、という二点である。特殊な状況下でなければ、すべての医療機関はどこかの地域に所在しているため、医療そのものを意味するのであれば、単に医療と表現しても同義になるため地域を冠する必然性はない。

全国96新聞社の記事を分析した調査⁴⁾では、地域医療を扱った記事は救急医療や小児・周産期に焦点を当てたものがほとんどであり、否定的な意味合いはないものの現状では満足できるものではない、という論調の中で使用されることが多かった。また全国紙ではなく地方紙で報

じられており、身近な医療という意味合いで地域医療という言葉が使用されていた。

へき地の医師確保を目的に1972年に設立された自治医科大学が2009年に出版した地域医療テキスト⁵⁾では地域医療を以下のように定義している。

『地域医療とは「地域住民が抱えるさまざま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、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」である。換言すると、地域医療は、「そこで生活する地域住民のための生活支援活動であり、地域医療の主人公は地域住民」ということになる』

この定義の末尾にある「地域医療の主人公は地域住民」という記述は、地域包括ケアシステムという概念が急速に広まりつつあった2000年以降の時代背景の中で、住民の自助や共助、互助を意識したものと思われる。しかしこの定義の前半の主体者は医療者であるのに対し、末尾では主体者が住民に変換されているため、実行者が誰になるのか解釈が困難となっている。

わが国のへき地医療の確保と質の向上を目的として1986年に設立された地域医療振興協会は地域医療を以下のように定義している⁶⁾。

『医療人、住民と行政が三位一体となって、担当する地域の限られた医療資源を最大限有効に活用し、継続的に包括的な医療を計画・実践・評価するプロセス』

自治医科大学と地域医療振興協会はともにへき地医療に従事する医師の確保を目的として設立され半世紀に渡り活動を続けてきた実績がある大学、団体だが、両者は地域医療の定義において活動の場がへき地（過疎地）であるとは言及も限定もしていない。また両者の定義が意図するところに類似性はあるものの明確に統一されたものではない。このことは、へき地の医師確保を強く意識していても、へき地で医療をすることを地域医療と定義づけることは困難である、ということと、確立された地域医療の定義は存在してこなかった、ということの傍証になると考えられる。

四方らは2013年に地域医療について以下のような定義と特徴づけをおこなった³⁾。

『地域医療とは、単に地域で医療サービスを提供することではなく、保健・医療・福祉の連携の中で医療を行うことである。病院内で実践する医療は、プライマリ・ケアであり、病院の外で果たす役割が、地域医療である。地域医療は医療の一部ではなく地域の一部である。地域の一部として貢献する医療のあり方が地域医療である』

同内容を実践し言及してきた先人はあらゆる地域で多数存在してきたが、地域医療の定義として明文化した他の例は確認できない。同定義は冒頭に示した分類の④に該当するものであり、①から③と大きく異なる点は、地域医療とは医療機関内でおこなう医療そのものを意味していないことである。地域医療とは保健・医療・福祉の連携である、と要約される定義を2013年に提唱した背景には、2005年の介護保険法改正で登場し2011年の改正では市町村にその推進が義務化された地域包括ケアシステムがある。しかし、厚生労働省が提唱した地域包括ケアシステムは、高齢者のための医療と介護の連携を推進する仕組み創りのことであり、保健との連携や高齢者以外は包含していない点で四方らの定義に比べて限定的である。

地域で活躍する総合診療医である地域総合診療専門医（サブスペシャリティ領域）の制度化を目指して2022年に設立された日本地域医療学会は、現時点では地域医療の定義を表明していないが、同学会の定款第3条において以下の記述がある⁷⁾。

『地域における保健・医療・福祉・介護等とその連携活動に関する調査・研究及び教育、技術の向上、並びにその社会応用の促進を図ることにより、地域公衆衛生の持続可能な発展に寄与し、もって地域住民の健康な生活を支援することを目的とする』

この条文は同学会の目的を表明したものであるが、その冒頭において、地域における保健・医療・福祉・介護等とその連携活動、と明記されている。同学会が2022年6月に開催した設立

記念集会における理事長講演では四方の著書³⁾が多数引用されていたことから、同学会における地域医療の定義は同様のものになると推測できる。

欧米において地域医療の直訳である community medicine が意味するのは、広義には医療におけるリハビリテーションまでを包含するものの、ほとんどは公衆衛生分野における予防、ヘルスプロモーションを主体とした地域保健 community healthcare と同義で用いられている。

俯瞰的に要約すると、地域医療という言葉が意味するものは、海外では保健（予防）から医療へという公衆衛生的な観点が現在も主眼となっているのに対し、日本ではへき地医療という意味合いを残しつつ、近年は高齢者を中心とした医療と介護の連携を意味するようになりつつある、という違いがある。

地 域 と は

地域医療という言葉の中の地域が意味する範囲には多様性があり、地域医療システム化構想を巡る議論の中で日本医師会は、いわゆる地域を規定しないほうがむしろよいのではないかと、という主旨の発言もあったが、1990年に日本医科大学の岩崎は以下のように定義した⁸⁾。

『地域とは、きめ細かく、文化的にも風土的にも共通した基盤を有する小さな社会—すなわち共通の特性を有する一区域が地域医療でいわれる地域ということになる』

現在、日本の医療分野で用いられている地域の範囲は、以下のように分類できる。

- ①中学校区（厚生労働省の「地域包括ケアシステム」）
- ②各県の二次医療圏（厚生労働省の「地域医療構想」）
- ③その他

まず①の中学校区は、前述の岩崎の定義に近いものの、過疎化が進む地域では範囲が拡大しつつあり、市町村に一つの中学校しか存在しないことも稀ではなくなった。これは年少人口の減少と将来予測に基づいて統合が進んだ結果であるが、広大な地域を考慮せざるをえない状況

になると地域密着で安心なケアシステムを構築することは困難になると思われる。

次に②の二次医療圏とは、複数の市町村で構成され救急医療を含む一般的な入院治療が完結できるように設定したかなり広い圏域であり、全国には335の二次医療圏がある。京都府には6の二次医療圏があり、最小は山城北医療圏の257km²であり最大は中丹医療圏の1,241km²となっている。全国で最も広大な二次医療圏は北海道十勝医療圏の10,828km²であり、これは京都府（4,612km²）、大阪府（1,905km²）、滋賀県（4,017km²）を足し合わせた面積よりも広く、ここに32病院と140診療所が存在するのみである。いずれにしても、地域医療構想における地域とは、日常的にイメージできる特定の地域という意味合いを超える広大なエリアについての議論である。

最後に③その他が示す範囲としては、診療圏、医療圏、生活圏、行政区、学校区、交通体系、地理的、風土的、歴史的、文化的、産業的などで区分されているが、明確に意識せずに使用されていることも多い。

したがって地域医療という用語が対象とする地域は、常に固定されたものではなく、状況や目的によって変化しうるものであり、時代と共に変化せざるをえないものである、といえる。

医師の地理的偏在

地域医療の確保とは、へき地（過疎地）で医療活動に従事する医師を確保する、つまり医師の地理的偏在を是正することを目的として議論されてきた。医師の勤務先選定は、所属する大学医局が大きな影響力をもってきたが、2003年の新臨床研修制度の発足に伴い、全国的に大学医局への入局者は減少し、特に非都市部や中小病院への派遣調整が中止される事態が頻発してきた。このような状況から2007年に政府は医師の地理的偏在を是正することを目的として緊急医師確保対策を策定し2019年までの時限立法として医学部地域枠制度が開始された。しかし、地方における医師の偏在は解決できていないことから、臨時定員である地域枠は現在も継続さ

れており、2021年時点で全国医学部定員の16%を占める1,679名が地域枠学生として入学している⁹⁾。日本の医学部定員は7,600名から9,300名まで増加し医師総数は増えたものの2023年現在でも偏在は解消されていない。

2018年以降、都道府県は医療計画の中で目標医師数とその達成に向けた施策内容を医師確保計画として定めることとなっている。これに伴い国は医師数の多寡を統一的・客観的に比較できるように医師偏在指標を定めた。従来は人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、医療需要の地域格差や医師の労働供給内容に差異があるため客観的な比較が困難であることを踏まえて改良された指標であり、以下の算出式となっている¹⁰⁾。

標準化医師数/(地域の人口/10万×地域の標準化受療比)

この指標は、偏在の程度そのものを示すものではないが、他の地域との比較と位置づけを把握するために用いるものである。

現在の医師確保計画(2020年から2023年度)に用いられている医師偏在指標によると¹¹⁾、全国の医師偏在指標は239.8であるのに対し、京都府は314.4であり、東京都332.8に次ぐ2位の医師多数都道府県となっている。しかし、全国に335ある二次医療圏別にみると、京都府内においては丹後医療圏134.9と山城南医療圏141.5は全国の下位1/3である医師少数区域に区分されている。

関西2府4県(大阪府、京都府、兵庫県、奈良県、滋賀県、和歌山県)には41の二次医療圏があるが、この中で丹後医療圏の医師偏在指標は最も低く、全国に335ある二次医療圏の中では299位である。つまり、京都府は全国2位の医師多数都道府県であるが、全国下位10%の少数区域が存在しており、偏在が大きい状況にあるといえる。

「医師数が増えたとまず都会に医師が増えて、過当競争が行われ、そこから競争に勝ち抜けなかった者あるいは競争を回避した者が地方に流れる(スピルオーバー)、そして医師数は同レベルに収束し格差は解消される」、これは医療経済分野で空間競合仮説と呼ばれる仮説である¹²⁾。しかし、医学部定員を増やしても医師の地理的偏在は解消されない、つまりスピルオーバーは起こらない、という仮説の棄却はかなり以前から複数の研究により明らかにされてきた¹³⁾¹⁵⁾。

大部分の医師は卒後10年程度の間キャリア形成を重点的におこなうため、地域枠等の医師の勤務先選定においては、制度が目的とする「地域偏在の是正」と医師個人が期待する「医師のキャリア形成」の両立を達成する必要がある。その方略の1つとして、都道府県は地域枠等医師に対してキャリア形成プログラムを、また地域枠や奨学金貸与学生、自治医科大学学生などに対してキャリア形成卒前支援プランなどを策定している。制度の実効性をさらに高めるために大学医学部における卒前・卒後教育の充実が

表1 医師確保計画(2020-2023年度)に用いられている医師偏在指標

	医師偏在指標	区分
全国	239.8	
京都府	314.4	医師多数都道府県
丹後医療圏	134.9	医師少数区域
中丹医療圏	184.0	
南丹医療圏	166.4	
京都・乙訓医療圏	397.3	医師多数区域
山城北医療圏	178.8	
山城南医療圏	141.5	医師少数区域

期待されている。

地域医療と地理的偏在の解消

地域枠等で入学した代償あるいは修学資金の貸与を受けた代償である義務を強調し過疎地への赴任を求める制度は、地理的偏在の抜本的な解決に繋がらないだけでなく、義務から生じる陰性感情が義務はない他の医師にも波及し偏在が増悪することも懸念される。このような状況にならないために、地域貢献できることは素晴らしいキャリアであり、義務ではなく自発的意志、権利である、というポジティブな価値観を与える卒前・卒後教育が極めて重要となる。

本稿の冒頭において、地域医療とは、単にどこかの地域で医療サービスを提供することではなく、保健・医療・福祉の連携の中で医療を行うことである、また、必ずしも過疎地域での医療を意味するものではないことを説明した。そ

の一方で、地域医療とへき地（過疎地）医療は直接的には同義ではないという前提から出発しても、以下の理由から、おのずと同義の帰結に収束し地理的偏在の解消に貢献しうる。

日本のへき地（過疎地）は高齢社会の先進地であり、しかもあらゆるリソースが不足しステークホルダーも少ない。このため地域に必要なシステムの構築にまつわる障壁は都会に比べてかなり低い状況にある。そして社会的な要請もかなり高いので、医療職として保健や福祉との多職種連携活動や地域貢献活動を展開しやすく、目に見える成果を出しやすい環境にある。つまり地域医療の本領を発揮し実感しやすい環境が、へき地（過疎地）である。ここにポジティブな価値観を与える卒前・卒後教育をおこなうことが、医師の地理的偏在を本質的に解決しうる起点になると考えられる。

文 献

- 1) 畠山修司, 加藤常充, 白石裕子. 総合診療に関わる医師 (総合診療医). 自治医科大学地域医療白書編集委員会. 地域医療白書第5号 これからの地域医療を担う人たち～場や人をつなぐ医療人の育成時代に向けて～. 栃木: 随想舎, 2023.
- 2) “略年表”. 京都府立医科大学公式ホームページ. <https://www.kpu-m.ac.jp/doc/about/history/table.html> (参照 2023-07-01)
- 3) 四方哲. ビジョンと戦略からはじまる地域医療学のプレイクスルー. 東京: 中外医学社, 1-250, 2021.
- 4) 上原里程. 地域医療に関する情報発信と効果的な啓発活動. 自治医科大学地域医療白書編集委員会. 地域医療白書第3号 安心して暮らせる医療づくり 現状と課題を踏まえて. 栃木: 随想舎, 93-97, 2012.
- 5) 自治医科大学. 地域医療テキスト. 東京, 医学書院, 1-206, 2009.
- 6) 公益社団法人地域医療振興協会公式ホームページ. <https://www.jadecom.or.jp/about/> (参照 2023-07-01)
- 7) 一般社団法人日本地域医療学会公式ホームページ: <https://www.jach.or.jp/about/teikan/> (参照 2023-07-01)
- 8) 岩崎榮. 地域医療の基本的視座－実践・教育・研究の総合を求めて. 東京: ベクトルコア, 1-209, 1992.
- 9) 前田隆浩, 大脇哲洋, 松本正俊. 地域枠の現状と今後の展望. 一般社団法人日本教育学会. 医学教育白書 2022年版. 東京: 篠原出版新書, 249-256, 2022.
- 10) “医師確保計画策定ガイドライン”. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/content/000700134.pdf> (参照 2023-07-01)
- 11) “第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 参考資料1”. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000936820.pdf> (参照 2023-07-01)
- 12) Newhouse JP. Geographic access to physician services. *Annual Review of Public Health*, 11: 207-230, 1990.
- 13) 松本正俊. 医師の偏在に関する国際比較研究. *医療と社会*, 21: 97-106, 2011.
- 14) Kobayashi Y, Takaki H. Geographic distribution of physicians in Japan. *Lancet*, 340: 1391-1393, 1992.
- 15) Toyabe S. Trend in geographic distribution of physicians in Japan. *Int J Equity in Health*, 8: 5, 2009.

著者プロフィール



四方 哲 Satoru Shikata

所属・職：京都府立医科大学大学院医学研究科 総合医療・地域医療学・教授

略歴：1994年3月 自治医科大学医学部卒業

1994年4月 京都府立医科大学附属病院第二外科研修医

1996年4月 久美浜町国保久美浜病院外科医員

1999年4月 京北町国保京北病院外科医長

2003年4月 京都大学医学部附属病院総合診療科医員

2005年4月 医療法人社団蘇生会総合病院外科医長

2012年9月 三重県立一志病院病院長

2021年4月 京都府山城広域振興局健康福祉部長兼山城北保健所長

2023年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科総合医療・地域医療学教授

専門分野：総合診療医学，地域医療学，EBM，病院運営，組織マネジメント

主な業績：1. 四方哲. ビジョンと戦略からはじまる地域医療学のプレイクスルー. 東京：中外医学社，1-250，2021.

2. Ukai T, Ichikawa S, Sekimoto M, Shikata S, Takemura Y. Effectiveness of monthly and bimonthly follow-up of patients with well-controlled type 2 diabetes: a propensity score matched cohort study. *BMC Endocr Disord*, **19**(1): 43, 2019.

3. Nakata K, Shikata S, et al. Minimally invasive spleen preservation versus splenectomy during distal pancreatectomy: A systematic review and meta-analysis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, **25**: 476-488, 2018.

4. Seta T, Takahashi Y, Noguchi Y, Shikata S, et al. Effectiveness of Helicobacter pylori eradication in the prevention of primary gastric cancer in healthy asymptomatic people: A systematic review and meta-analysis comparing risk ratio with risk difference. *PLoS One*, **12**(8): e0183321, 2017.

5. Ukai T, Shikata S, Nakayama T, Takemura Y. A comparison of the results of prospective and retrospective cohort studies in digestive Surgery. *Surg Today* **47**: 789-794, 2017.

6. Shikata S, Takemura Y. Secondhand smoke exposure and risk of lung cancer in Japan: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies. *Jpn J Clin Oncol*, **47**: 282, 2017.

7. Ukai T, Shikata S, Takeda H, Dawes L, Noguchi Y, Nakayama T, Takemura Y. Evidence of surgical outcomes fluctuate over time: results from a cumulative meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis. *BMC Gastroenterol*, **16**: 37, 2016.

8. Ukai T, Shikata S, Inoue M, Noguchi Y, Igarashi H, Isaji S, Mayumi T, Yoshida M, Takemura Y. Early prophylactic antibiotics administration for acute necrotizing pancreatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, **22**: 316-321, 2015.

9. Seta T, Noguchi Y, Shikata S, Nakayama T. Treatment of acute pancreatitis with protease inhibitors administered through intravenous infusion: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol*, **14**: 102, 2014.

10. Shikata S. Advisory comment to Oncological benefit of preoperative endoscopic biliary drainage in patients with hilar cholangiocarcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, **21**: 541, 2014.

11. Yoshitomi H, Shikata S, Ito H, Nakayama T, Nakamura T. Manufacturers affect clinical results of THA with zirconia heads: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res*, **467**: 2349-2355, 2009.

12. Shikata S, Nakayama T, Noguchi Y, Taji Y, Yamagishi H. Comparison of effects in randomized controlled trials with observational studies in digestive surgery. *Ann Surg*, **244**: 668-676, 2006.

13. Shikata S, Noguchi Y, Fukui T. Early Versus Delayed Cholecystectomy for Acute Cholecystitis: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Surg Today*, **35**: 553-560, 2005.

