

へき地医療（過疎地域医療）

1. まとめ

□1 へき地医療の現状と課題

- ・過疎地域自立促進特別措置法の要件を満たす過疎地域は 2014 年 4 月現在、797 市町村あり、全国の半数を占める。へき地診療所は 14 年 1 月現在、全国に 1038 カ所ある（注 1）。

□2 計画・予算など対策の現状と課題

- ・1 人勤務の診療所が多く、外来診療と在宅診療の両方を行うことには限界がある。
- ・都道府県が設置するへき地医療支援機構は、権限が十分ではなく限界がある。

□3 これまでの好事例（候補）

- ・新潟県：県立津川病院のバランスの取れた「出向く医療」と「集める医療」の提供
- ・青森県：県の医学部生への修学資金制度と連動したキャリアパスの仕組み
- ・長崎県：県内の病院と診療所間での診療情報共有システム「あじさいネット」
- ・富山県：富山県型デイサービス。

□4 都道府県アンケート結果

- ・へき地診療所の医師確保中心の地域医療計画づくりを見直す時期に来ている。

□5 あるべき姿と推奨施策

○分野アウトカム

- ・住み慣れた地域で外来や在宅の医療が受けられる。
そのためには、へき地診療所に代わり、医師 3 人が勤務して外来と在宅の両方の医療を多職種連携で提供する機能強化型過疎地域診療所（仮称、以下仮称を省く）を新設し、整備・普及をする。

○中間アウトカム

- (1) 機能強化型過疎地域診療所を普及させるための設置・集約計画を設け、実行されている。
- (2) 機能強化型過疎地域診療所に勤務する医師のキャリア形成の仕組みが整っている。
- (3) 住民自らが予防や病状をセルフケアマネジメントしている。
- (4) 居住する地域外の病院に入院した患者が住み慣れた地域に戻ってこられている。

○主な推奨施策

- (1) 過疎地域の医療機関における医師と看護師らの勤務見通しを調査して把握する。
- (2) 総合診療医を育成する指導医の確保と研修施設の整備で総合診療医を増やす。
- (3) 機能強化型過疎地域診療所や総合診療の普及や質の維持のための再研修をする。
- (4) 機能強化型過疎地域診療所と基幹病院で 3～4 年ごとの人事異動がある。
- (5) 訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科、訪問保険薬局の専門職を計画的に育成する。
- (6) 機能強化型過疎地域診療所は、訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科、訪問保険薬局と連携。
- (7) 医療機関間での電子カルテや画像診断の診療情報、患者情報の共有化を進める。
- (8) 医療機関と介護サービス事業者との患者情報の共有化を進める。
- (9) 地域外に入院が必要な救急患者を機能強化型過疎地診療所の医師が応急処置をしている。
- (10) 保健事業や介護事業と連携し、ウェアラブルの端末で過疎地域住民の健康管理を普及させる。
- (11) 交通政策担当部門と連携し、過疎地域の住民が通院のための交通手段や患者搬送手段を確保する。
- (12) 地方交付税の算定額分は医療施策に使う。
- (13) 機能強化型過疎地域診療所に、都道府県の修学資金を受けた医師を優先配置する。

□6 施策と指標のマップ（270 ページに記載）

【パート1】 現状編

2. へき地医療の現状

□1 基本認識

- ・厚生労働省が5年ごとに策定するへき地保健医療計画に基づいている。
- ・無医地区の解消などを目的にへき地診療所の設置や医師確保、巡回診療、へき地医療拠点病院などの事業が推進されてきている。
- ・都道府県ごとに設立されたへき地医療支援機構が、へき地診療所と自治体、大学との調整、医師のキャリア形成、代診医の派遣、ドクタープール（都道府県職員として有期雇用し医師不足の公立・公的病院などに派遣）の運用などを行っている。

□2 へき地医療の現状

○無医地区と過疎地域とへき地医療事業

- ・無医地区の定義は、中心的な場所を起点としておおむね半径4キロ以内に50人以上が居住し、かつ容易に医療機関を利用できない地区を指す。

図表1 無医地区と無医地区の人口の変化（注1）

| | 全国の無医地区 | 無医地区の人口 |
|-------|---------|---------|
| 1966年 | 2920カ所 | 119万人 |
| 2009年 | 705カ所 | 13.6万人 |

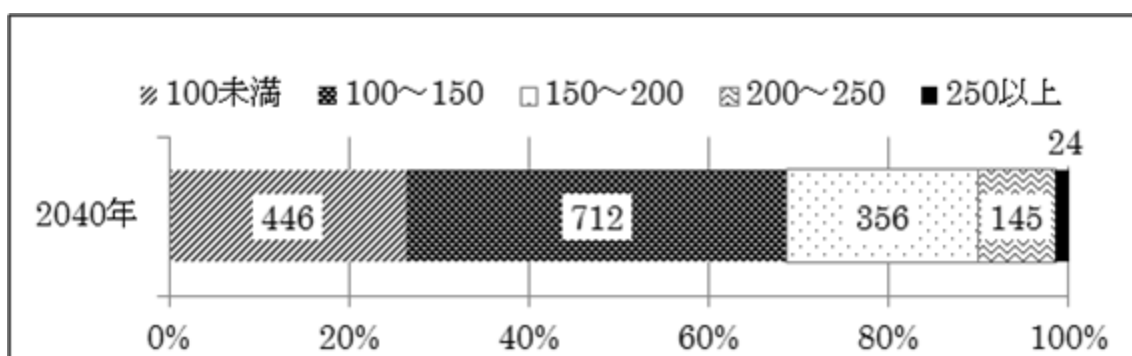
- ・総務省所管の過疎地域自立促進特別措置法には、「生活環境の整備、高齢者等の保健及び福祉の向上及び増進、医療の確保並びに教育の振興を図ることにより、住民生活の安定と福祉の向上を図ること」と明記されている。同法16条には、都道府県計画に基づき、無医地区での医師確保を実施しなければならないと記されている。同法の基準（人口要件、かつ財政力要件）に該当する市町村に対しては、都道府県と国が費用の2分1ずつ補助している（注2）。
- ・同法の要件を満たす過疎地域は2014年4月現在、797市町村あり、全国の自治体の約半数にあたる。2010年の国勢調査によると、過疎地域の人口は1136万人で、面積は国土の58.7%を占めている。
- ・同法による補助で整備されてきたへき地診療所の設置基準は、中心的な場所から半径4キロ以内に医療機関がなく、その区域内の人口が1000人以上であり、かつ診療所の予定地から既存の医療機関を受診するには通常交通機関を利用して30分以上を要する、という条件がある（注2）。へき地診療所は2014年1月1日現在、全国に1038カ所（国民健康保険直営診療所を含む）ある（注1）。
- ・へき地診療所や同法による過疎地域の医療機関を支援するため、入院患者を受け入れたり、代診医を派遣したりするへき地医療拠点病院が全国で296カ所指定されている（注1）。ただし、医師不足のため、十分に機能していないと地域医療計画に明記されているところもある。
- ・厚生労働省は都道府県に、医師が担当官を務めるへき地医療支援機構という仕組みを設けた。2014年1月1日現在、40道府県にあり、効果的・効率的で持続性のあるへき地医療の構築を目指している（注1）。

3. へき地医療の課題

□1 へき地医療の課題

- 重要課題1 少子高齢化に伴い、人口減少が急速に進む可能性が高い
 - ・2010年から2040年にかけて、人口5000人未満の自治体が226から370に増える。全自治体に占める割合は13.4%から22.0%になる（注3）
 - ・救急搬送率が高い75歳以上の人口は、2010年を100とすると、2040年の指数は156.6となる（注3）

図表2 2040年における75歳以上人口の指数別市区町村数と割合(2010年を100)



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年3月推計）

- 重要課題2 入院期間を短くし、在宅復帰を促す政策が推進されている
 - ・診療報酬などによる政策誘導により、入院期間を短くし、在宅療養を促す施策が実施されている。その一方、政府が国民皆保険政策を維持しつつも、過疎地域では非効率性から医療や介護のサービス提供者が限られ、患者が十分に利用できない状況にある。
- 重要課題3 1人勤務のへき地診療所が多い
 - ・勤務医1人の診療所では、外来と在宅の医療のニーズに十分対応することが難しい。
 - ・勤務医のキャリア形成や代診医などの課題があり、医師確保が難しい。
- 重要課題4 へき地医療支援機構には限界がある
 - ・40道府県（2014年1月1日現在）に設置されているが、権限が不明確である（注1）。
- 重要課題5 診療情報の共有化の活用が不十分である
 - ・厚生労働省が都道府県ごとに資金を拠出して設けられた地域医療再生基金を契機に、情報通信技術を活用した診療情報の共有化のネットワークが、全国の過疎地域を中心に整備され始めた（注4）。しかし、個人情報取り扱いや運営費用の負担などの課題もあり、十分に活用されていない地域もある。
- 重要課題6 地域医療計画のへき地医療事業は見直す時期に来ている
 - ・都道府県によっては、地域医療計画でへき地医療にほとんど触れていないケースがある。
 - ・医師の確保の難しさは、へき地に限らない。診療科偏在を含め、共通した課題となっている。へき地医療の考え方を見直し、地域包括ケアシステムや在宅医療の考え・施策を内包する形で、対象地域を過疎地域自立促進特別措置法による過疎地域に広げる必要がある。

4. これまでの好事例・候補

□1 好事例（候補）の例

※以下はすべて、へき地（過疎地域）で取り組まれている部分的な好事例候補である。

○例1 新潟県

- ・施策等の名称：県立津川病院のバランスの取れた「出向く医療」と「集める医療」の提供
- ・内容：巡回診療や訪問診療を通じて病状が悪化する前に医療を提供
- ・好事例である理由：無医地区を抱える過疎地の病院だが、患者が病院に出向く外来と入院の診療にとどまらず、病状の悪化を防ぐ観点から在宅医療の提供に長年取り組んでいる。院長がマネジメントシートをつくり、実績値を公表している（注5）。

○例2 青森県

- ・施策等の名称：医師確保対策
- ・内容：医学部への進学から総合診療医や指導医の養成、勤務環境の改善といった総合的な対策
- ・好事例である理由：県がリーダーシップをとり、県内の高校生の医学部進学を急増させた。ほかにも全国の医学部生が総合診療を学ぶために医学部卒業前研修の拠点づくりをしたり、指導医養成のための指導医ワークショップを開催したりしてきた。また、拠点病院への医師の集約による勤務環境の改善などを行ってきた（注6）。

○例3 長崎県

- ・施策等の名称：あじさいネット
- ・内容：NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会による情報通信技術（ICT）を使った診療情報共有化の仕組み
- ・好事例である理由：患者の同意のもと、医療機関同士や薬局との間を、情報通信技術（ICT）を使って診療情報を共有化する日本最大規模のネットワーク。240 施設（うち薬局数 45）が参加し、患者 3 万 9400 人が登録している。医療連携が進む中、医師らは連携先の診療情報を継続的に把握することができる（注7）。

○例4 富山県

- ・施策等の名称：富山型デイサービス
- ・内容：高齢者と障害者、障害児に対して、同一施設内で同一サービスを提供
- ・好事例（候補）である理由：小規模施設での運営ができ、ケア対象が拡大することで、身近な地域でデイサービスが利用しやすくなる。医療ニーズのある患者を含め、介護度の高低に限らない高齢者、障害者、乳幼児、緊急時の預かりなど、人々の生活に即して入院以前から終末期まで、基幹病院、患者のかかりつけ医と連携してサービスを提供している（注8）。

5. 都道府県アンケート結果

□1 「PDCA サイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会（厚労省）」資料から

○「分析に有効」とされるのは現状や実績の指標

- ・「医療計画の推進に係る都道府県調査結果」（注9）によると、「へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣（代診医を含む）の実施回数」が「分析に有効」との回答が 18 道県、「派遣日数」が 15 県、

RH-PAC 地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン
【へき地医療（過疎地域医療）】

他にも「へき地診療所数」が14道県、「へき地数」が10道県、「へき地診療所の医師数」が10県あった。このように医療提供の現状把握にとどまっている。

○へき地医療と関連性が薄く「活用できない」

- ・「医療機能情報公開率」が8県、「応急手当受講率」が7県、「へき地医療支援機構の専任担当官のへき地医療支援業務従事日数」が5県。これら厚生労働省が示した指標はへき地医療と関連が薄かったり、充実度を示したりするものではないとしている。

□2 H-PAC/RH-PAC の都道府県アンケート回答

○へき地医療に関する回答の概要（回答は31県）

- ・「対策で困っていることは何ですか」という質問に対し、無医地区やへき地に限定した計画づくりの限界を指摘する声が多かった。医師以外に看護師や薬剤師の確保や連携に関する重要性や、在宅医療や地域包括ケアとの関係の整理が必要という声も目立った。

○主な自由記載欄の回答

- ・「無医地区」解消や「へき地」の医師定着に限定された医療計画づくりには限界がある。
- ・これからのへき地医療は、医師だけでなく、看護師、薬剤師などさまざまな職種の人員確保及びこれらの職種間の連携・協働が不可欠であり、また、地域包括ケアや在宅医療など、さまざまな方面からのアプローチが求められており、総合的に取り組んでいく必要がある。
- ・医師不足により、へき地医療拠点病院やへき地診療所の運営が厳しい。
- ・無医地区の解消やへき地の医師定着に限定された医療計画づくりには限界がある。
- ・へき地医療対策は、医師確保の施策と表裏一体にもかかわらず、医師確保に対する国の施策が明確でない。
- ・医療計画の策定期とへき地の医療計画の策定期が異なっており、整合をとることが難しい。
- ・的確な指標を出すための全県的なデータの収集に過大なコストがかかる。データを分析・評価できる職員が少ない。
- ・複数のへき地診療所の医師が、高齢等により辞意を表明するなどへき地の医療体制の維持が困難になってきている。県及びへき地診療所の所在する市町が、さまざまな手法を用いて医師募集に尽力しているが、医師確保に結び付きづらい。上述の状況により、へき地医療拠点病院からの派遣支援についても対応が難しくなっている。
- ・厚生労働省による『へき地』定義にはあてはまらないが、重大な医療過疎に直面している地域に対して現在とりうる施策に限界がある。
- ・へき地の医師定着に限定された医療計画づくりには限界がある。
- ・へき地診療所への医師・看護師等の派遣をするためのバックアップ体制が十分でない現状があるが、「無医地区」の解消や「へき地」への医師定着は、人口の高齢化、減少地域では今後限界がある。プライマリヘルスケアの充実等、新たな仕組みづくりが必要ではないか。
- ・自治体病院の常勤医が減少傾向にある中で、とりわけへき地医療拠点病院からへき地診療所への支援が厳しさを増しており、へき地の医療提供体制を維持していくためのマンパワーの確保に苦慮している。
- ・医療提供体制並びに交通基盤の整備が立ち遅れており、医療機関の利用が困難な地域が多く存在している。

□3 考察と導き出される必要施策

○考察

【地域医療計画固有の問題】

- ・へき地診療所の医師確保と支援を中心とした地域医療計画づくりを見直す時期に来ている（へき地保健医療計画も見直す）。
- ・対象を過疎地域に統一する必要がある。
- ・医師確保対策や医師偏在対策は、各分野に共通した問題となっている。地域医療計画では、全体として、適正配置や確保について、独立した章を設け、統合する必要がある。
- ・看護師など医師以外の医療提供者についても対応を記すべきである。

【地域医療計画外の動きとの関連性】

- ・市町村単位で「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム」の計画（3年ごとの介護保険事業計画）と齟齬や無駄がないようにする必要がある。
- ・専門医認定機構による総合診療専門医（総合診療医）のプログラムづくりが2014年7月にスタート。新制度による認定が2017年度から始まるが、この人材を効果的に活用すべきである。

6. あるべき姿と推奨施策

□1 趣旨

- ・H-PAC/RH-PACによる都道府県アンケートの結果にもあるように、これからの時代に必要な過疎地域の医療は、従来のへき地医療政策の踏襲ではなく、新しい概念や施策が必要である。実現可能性と時代に合った効果的な改善を考えると、過疎地域自立促進特別措置法の要件を満たす過疎地域を対象とする事業へと変えるのが妥当であると考えられる（人口要件のみを満たす地域は、厚労省が交付して都道府県に設けられる基金事業として必要に応じて整備する）。その上で、地域の現状や課題、特性を踏まえて、あるべき姿と推奨施策が策定されるべきである。有力な候補、考慮すべき案として、次のような例が考えられる。

□2 あるべき姿と推奨施策

●最終アウトカム（中心施策提案）

○住み慣れた地域で外来や在宅の医療が受けられる

- (1) これを実現するために要になる新しい仕組みを提案したい。機能強化型過疎地域診療所（仮称）の整備（既存のへき地診療所などの集約・再編を含む）だ。2012年の診療報酬改定で認められた在宅療養支援診療所の機能強化型の仕組みと要件をほぼ重なるようにすることで、施策の実施に対し、無理が少ない。

【機能強化型過疎地域診療所（仮称）とは】

- ・医師が3人以上いる。
- ・外来と在宅の医療を提供する機能を持つ。

- ・設置基準案として、おおむね中心地から車で30分から1時間以内に住民人口が5000人程度の地域に1カ所。
- ・訪問看護、訪問歯科、訪問リハビリテーション、訪問保険薬局を併設または連携している。
- ・設置と運営に関しては、公設公営、公設民営、民営が考えられる。

●中間アウトカム（推奨施策を含む）

- (1) 機能強化型過疎地域診療所を普及させるための設置・集約計画を設け、実行されている
 - ・都道府県は、機能強化型過疎地診療所（仮称）の設置とそれに伴う既存の診療所の集約または再編に関する計画及びアクションプランを設けている。これは、既存の民間の診療所も考慮した計画である必要がある。
- (2) 機能強化型過疎地域診療所に勤務する医師のキャリア形成の仕組みが整っている。
 - ・都道府県は、大学病院、医師会と共同で、機能強化型過疎地診療所（仮称）の医師が、基幹病院との間で3~4年ごとに定期的な人事異動を行い、総合診療医の専門医取得やスキルアップなどのプログラムを受けられる仕組みを設ける。キャリア形成のためのプログラム期間は、修学資金の返済免除となるいわゆる義務年限に合わせる。
- (3) 住民自らが予防や病状をセルフケアマネジメントしている。
 - ・保健事業や介護事業と連携し、予防や病状をセルフケアマネジメントする住民教育を行う。限られた負担で効率的な医療を公平に行うためには、健診や検診、予防に関する講習会などを通じて、住民が自己管理していくセルフケアマネジメントのためのスキルアップを強化する必要がある。住民の継続参加や健診データの改善もチェックしていく。
- (4) 居住する地域外の病院に入院した患者が住み慣れた地域に戻ってこられている。
 - ・過疎地域では、居住地から離れた地域の病院に入院して治療を受けざるを得ない場合が多い。特に機能強化型過疎地診療所（仮称）の設置基準で示す診療所のカバー地域では、診療所が地域内に患者が戻ってこられる受け皿になっているか、定期的に点検が必要である。

●推奨施策

【都道府県、基幹病院(大学病院を含む)、医師会等の職能団体の共同・協働事業】

- (1) 総合診療医を育成する指導医の確保と研修施設の整備で総合診療医を増やす
総合診療医を育成するには、まず都道府県内に指導医がおり、育成のための研修施設（医療機関）があることが必要である。その環境整備を行うとともに、総合診療医を計画的に育成する。
- (2) 総合診療の普及や質の維持のため、専門研修プログラムによる再研修をする
機能強化型過疎地診療所に勤務したり、しようと考えたりしている医師や看護師らの中には、総合診療医など関連する専門資格や実務経験がない場合がある。従事者を増やし、質を担保するためにプログラムに基づく研修を行う。
- (3) 機能強化型過疎地診療所と基幹病院で3~4年ごとに人事異動があるローテーション勤務
都道府県と大学病院、医師会が連携して、機能強化型過疎地診療所の医師のキャリア形成とスキルアップのためのプログラムを作成・運営する。それに基づき、計画的な人事異動による人材育成やキャリア形成が行われている。

- (4) 訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科、訪問保険薬局の専門職を計画的に育成する
過疎地域の医療機関と連携が必要な在宅医療従事者を計画的に育成し、過疎地域に定着させる施策を行う。
- (5) 医療機関間での電子カルテや画像診断の診療情報、患者情報の共有化を進める
情報通信技術を活用した患者の診療情報の共有システムを構築し、有効活用することで、少ない医療資源でも過疎地域の非効率性を補える。
- (6) 都道府県の修学資金を受けた医師を機能強化型過疎地診療所に優先配置する
地域包括ケアシステムの機能も果たす機能強化型過疎地診療所を過疎地域で政策的に整備し、少子高齢化・人口減少社会のモデルを作っていくために優先配置をする。

【都道府県の事業】

- (7) 過疎地域の医療機関における医師と看護師らの勤務見通しを調査して把握する
大学病院などによるローテーション勤務や高齢化に伴う縮小・廃院予定など、地域の医師数の見通しを把握することで、過疎地域の医療計画立案の充実に役立てる。

【都道府県と市町村の事業】

- (8) 自治体医療機関の運営に関する地方交付税の算定額分は医療施策に使う
地方交付税は本来、交付を受けた自治体が自由に使えるものである。しかし、過疎地の医療を確保するためには、少なくとも算定額は医療機関の会計などに繰り入れるなどして必ず医療施策に使うようにチェックをしていく。
- (9) 医療機関と介護サービス事業者との患者情報の共有化を進める
情報通信技術を活用した医療機関の患者情報の共有システムに、介護サービス事業者の利用者データも加えることで、高齢者に対する医療・介護の多職種連携を効率的に行えるようにする。

【市町村の事業】

- (10) 保健事業や介護事業と連携し、予防や病状をセルフケアマネジメントする住民教育を行う
限られた負担で効率的な医療を公平に行うためには、健診や検診、予防に関する講習会などを通じて、住民が自己管理していくセルフケアマネジメントを強化する必要がある。住民の継続参加や健診データの改善もチェックしていく。
- (11) 交通政策担当部門と連携し、住民の通院のための交通手段や患者搬送手段を確保する
過疎地域で、デマンドバス（利用者の求めに応じて運行されるバス）やコミュニティーバスの導入により、通院手段の確保をより推進する。患者搬送手段は、救急車や患者搬送者以外に、ヘリコプターも含む。
- (12) 保健事業や介護事業と連携し、ウェアラブルの端末で過疎地域住民の健康管理を普及させる
身に付けていても違和感のない情報端末が急速に普及している。健康管理と疾病管理の両面から、簡単に通院できない地域の住民や患者に対し、普及させる。

【機能強化型過疎地域診療所の事業】

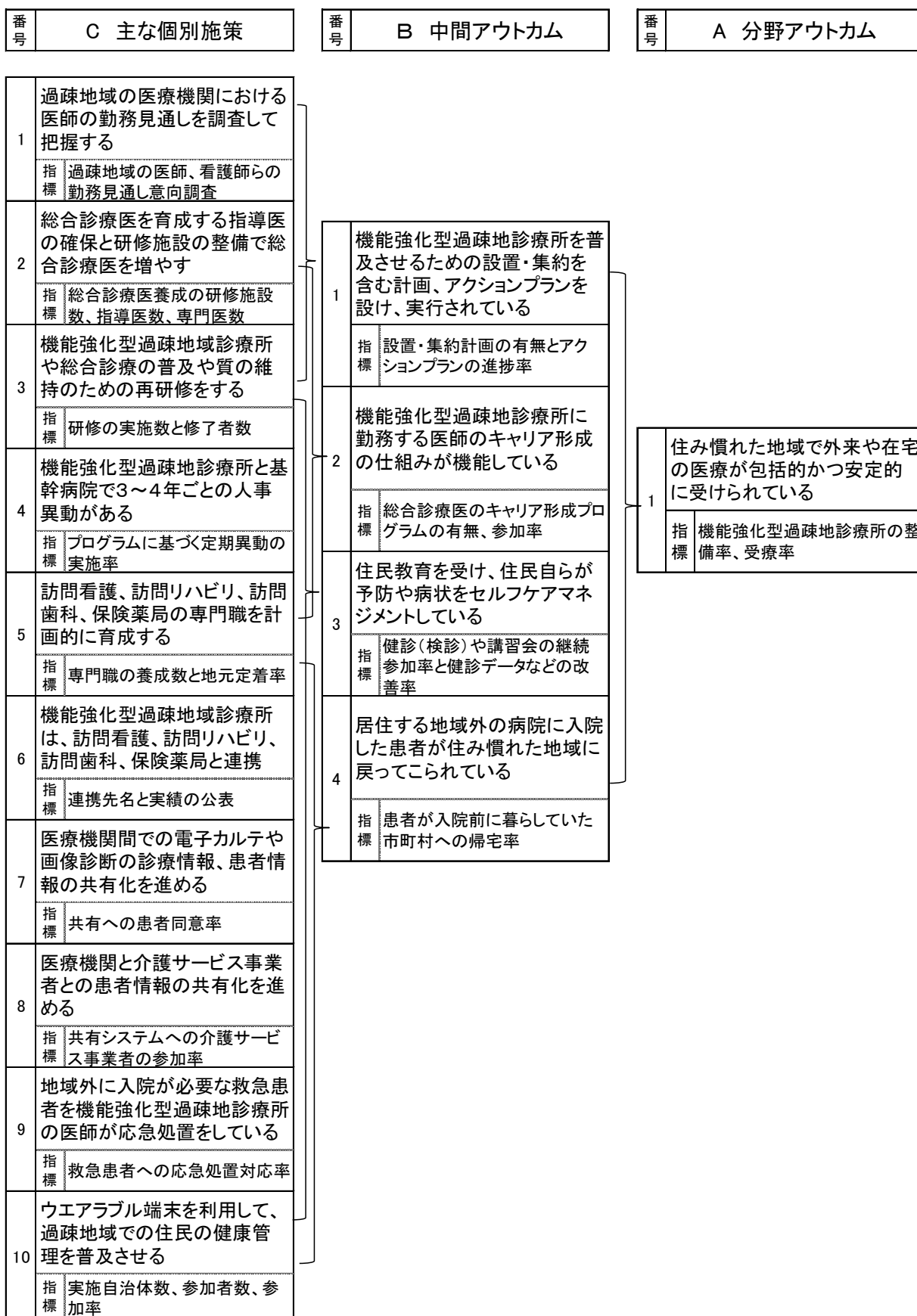
- (13) 訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科、保険薬局と連携し、連携先や実績を公表する
入院期間を短縮させる政策誘導に伴い、在宅での療養や通院による医療が普通になった。住み慣れた地域で安定的に医療を受け、自立した生活を送るためには、在宅医療における多職種のサービスとの連携が重要とされる。
- (14) 地域外に入院が必要な救急患者を機能強化型過疎地診療所の医師が応急処置をしている
過疎地域では脳卒中や急性心筋梗塞、救命救急などの専門医療機関が少なく、搬送時間が長い場合が多い。専門医療機関が近くにある場合を除き、機能強化型過疎地診療所で応急処置をする仕組みがある。
- (15) 介護サービスを受けるために高齢者らが集まる拠点へ巡回診療する
機能強化型過疎地診療を効率的に運用するため、地域の高齢者らが介護サービスを受けるために集まる施設等への巡回診療を行う。

□3 従来のへき地医療の中心施策

- へき地医療支援機構と地域医療支援センター
 - ・機構をセンターに統合する。
 - ・ドクタープールや代診医の派遣調整などの役割は維持する。
 - ・総合診療医を含むキャリアパスや研修プログラムの実務などを行う。
- へき地医療拠点病院
 - ・従来の機能や役割は維持する。ただし、地域によっては拠点病院でも医師確保が難しい。病床の機能分化による再編で影響を受けるため、機能分化の動きを考慮する必要がある。
- 遠隔医療、診療支援、医療連携
 - ・過疎地域では、情報通信技術による診療情報共有化のネットワークの構築が進んでいる。ただし、効果的な活用のためには医療に関する個人情報保護法や診療報酬上の工夫が必要である。従来のへき地の遠隔医療は、このネットワークに含まれる。

7. 施策と指標のマップ

図表3 へき地医療分野の主な施策と指標のマップ



8. 指標リスト（定義と説明）

□1 趣旨

下記は、「6. あるべき姿と推奨施策」「7. 施策と指標のマップ」の指標の説明である。

図表4 へき地医療 指標リスト

| | 指標名 | 指標の定義 | 備考 |
|----------|--------------------------------------|---|---------|
| A1 | 機能強化型過疎地診療所の整備率 | 設置計画に対する整備数の割合 | (S)要開発 |
| A1 | 機能強化型過疎地診療所での受療率 | 設置基準案で示すカバー地域の住民数に対する患者数の割合 | (O)要開発 |
| B1 | 機能強化型過疎地診療所の設置・集約計画の有無とアクションプランの進捗率 | 市町村ごとによる機能強化型過疎地診療所の設置・集約を明記した計画とアクションプラン、それに基づく進捗率 | (P)要開発 |
| B2 C4 | 医師のキャリアパスの有無、参加率、定期異動の実施率 | 総合診療医育成のためのキャリア形成プログラムの有無、参加者の割合、3～4年での定期異動の割合 | (P)要開発 |
| B3 | 健診（検診）や講習会の継続参加率と健診データなどの改善率 | 予防や疾病管理のために市町村・保険者が行う住民教育の継続的な参加者の割合や健診データが改善した人の割合 | (PO)要開発 |
| B4 | 過疎地域外に入院した患者の地域への復帰率 | 過疎地域外に入院した患者が退院や転院で地域内に戻った割合 | (O)要開発 |
| C1 | 過疎地域の医師、看護師の勤務見直し調査 | 都道府県による過疎地の医師の勤務見直しを把握する調査（病院と診療所） | (S)要開発 |
| C2 | 総合診療医を養成する研修施設数、指導医数、専門医数 | 総合診療医の取得のための研修施設数と指導医数、養成数などの変化 | (S)要開発 |
| C3 | 総合診療研修の実施数と修了者数 | 医師、看護師らへの総合診療研修プログラムの実施数と修了者数 | (S)要開発 |
| C5 | 在宅医療にかかわる専門職の養成数と地元定着率 | 在宅系の看護、リハビリ、歯科、薬の都道府県内養成数と地元定着率 | (S)要開発 |
| C6 | 連携する在宅系の看護、リハビリ、歯科、薬局の名前と実績 | 機能強化型過疎地診療所ごとに、連携先リストと連携実績の公表 | (S)要開発 |
| C7 | 患者情報や診療情報の共有への患者同意率 | 患者情報や診療情報を医療機関同士や介護サービスの比較事業者と共有することに同意した患者（利用者）の割合 | (P)要開発 |
| C8 | 共有システムへの介護サービス事業者の参加率 | 医療機関間が患者情報を共有しているシステムへの介護サービス事業者の接続数 | (P)要開発 |
| C9 | 過疎地域外への入院が必要な救急患者への応急処置対応率 | 救急車やヘリコプターによる過疎地域外への搬送数に占める機能強化型過疎地診療所での応急処置を受けた患者の割合 | (O)要開発 |
| C10 | ウェアラブル端末で過疎地域住民の健康管理をする自治体数、参加者数、参加率 | 医療や介護サービスが手薄い地域で、ウェアラブル端末による在宅患者の健康管理がどの程度行われているかを把握 | (P)要開発 |

(S)：ストラクチャー指標、(P)：プロセス指標、(O)：アウトカム指標、*：既存指標

9. 参考資料など

□参考資料

- ・（注1）厚生労働省 『平成26年度版 厚生労働白書』
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/>
(2014年10月5日閲覧)
- ・（注2）総務省自治行政局過疎対策室 『平成24年度版「過疎対策の現況」について（概要板）平成26年1月』 http://www.soumu.go.jp/main_content/000276127.pdf
(2014年10月5日閲覧)
- ・（注3）国立社会保障・人口問題研究所 報告書『日本の地域別将来推計人口 平成25年3月推計』
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/6houkoku/houkoku.asp> (2014年10月5日閲覧)
- ・（注4）日本医師会総合政策研究機構 日医総研ワーキングペーパー『ITを利用した全国地域医療連携の概況 2013年度版』 http://www.jmari.med.or.jp/research/working/no_552.html
(2014年10月5日閲覧)
- ・（注5）新潟県立津川病院ホームページ
<http://www11.ocn.ne.jp/~tugawahp/>
(2014年10月5日閲覧)
- ・（注6）青森県医療薬務課 「良医を育む地域・あおもりへ～青森県の医師確保対策と自治体病院～」
<http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/health/iryo.html>
(2014年10月5日閲覧)
- ・（注7）NPO法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会の「あじさいネット」
<http://www.ajisai-net.org/ajisai/index.htm>
(2014年10月5日閲覧)
- ・（注8）富山県厚生部構成企画課ホームページ 『とやまの地域共生 富山型デイサービス』
<http://www.toyama-kyosei.jp/service/>
(2014年10月5日閲覧)
- ・（注9）厚生労働省 『医療計画の推進に係わる都道府県調査結果（速報） 2013年7月31日』
<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=148716&name=0000014431.pdf>
(2014年10月5日)