

へき地医療支援機構等連絡会議  
令和8年1月13日

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）  
へき地医療の現状把握と人口動態に基づく医療ニーズを考慮した  
将来のへき地医療体制の構築に資する調査研究  
令和6～8年度

新潟大学大学院 医歯学総合研究科  
十日町いきいきエイジング講座  
特任教授 菖蒲川 由郷

# 研究体制

氏名	所属	
菖蒲川 由郷	新潟大学大学院医歯学総合研究科	研究代表者
林 玲子	国立社会保障・人口問題研究所	研究分担者
小島 克久	城西国際大学 福祉総合学部	研究分担者
小池 司朗	国立社会保障・人口問題研究所 人口構造研究部	研究分担者
吉嶺 文俊	新潟県立松代病院	研究分担者
坪谷 透	新潟大学大学院医歯学総合研究科	研究分担者
杉田 義博	公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所	研究分担者
杉山 賢明	新潟大学大学院医歯学総合研究科	研究分担者
本多由起子	京都大学大学院医学研究科 社会 健康医学系専攻 社会疫学分野	研究分担者
尾白 有加	新潟大学大学院医歯学総合研究科	研究分担者

氏名	所属	
杉下 智彦	屋久島尾之間診療所	研究協力者
阿江 竜介	自治医科大学地域医療学センター 公衆衛生学部門	研究協力者
原田 昌範	山口県立総合医療センター	研究協力者
神田 健史	新潟県福祉保健部	研究協力者

# 研究の全体像

## 1. へき地医療評価指標に関する検討

- ・へき地医療に携わる医療従事者、行政、住民それぞれを対象としたグループディスカッションとインタビュー
- ・へき地の定義に関する議論をする。

## へき地医療の現状把握

## 3. へき地の現状を把握するための調査

- ・へき地診療所・へき地医療拠点病院を対象としたアンケート調査を行う。
- ・へき地の住民を対象としたアンケート調査を行う。

## 2. 人口推計に基づく医療ニーズの推計と現状との比較

- ・地区別の人口推計に基づき医療ニーズを推計する。
- ・地区別の医療アクセスを視覚化(GIS)し医療ニーズとのギャップが大きい地区を抽出する。

## 人口構造の変化に伴うへき地の評価

## 4. 人口分布、変動から見たへき地の定義及びへき地医療の効果に関する分析

- ・へき地の定義の妥当性を検証する。
- ・へき地の健康調査結果を無医地区と非無医地区とで比較し、へき地の存続可能性を定量化する。

## 持続可能なへき地医療体制の構築に資する提言へ

## 5. 諸外国のへき地医療の資料収集

- ・人口密度が低い欧米など諸外国の情報を収集する。
- ・東南アジア諸国のへき地医療の情報を収集する。
- ・韓国のへき地医療に関する情報を収集する。

研究課題(課題番号) : 24IA1008

研究期間 : 令和6年4月1日から令和9年3月31日

研究代表者 : 菅浦川 由郷 (新潟大学特任教授)

研究分担者 : 林玲子、小島克久、小池司朗、吉嶺文俊、坪谷透、杉田義博、杉山賢明、本多由起子、尾白有加

令和6年度	令和7年度	令和8年度
<ul style="list-style-type: none"><li>・評価指標の検討(班会議×4回)</li><li>・インタビュー調査結果に基づく評価指標の検討</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・へき地の視察によりへき地医療の継続に必要な要因を検討</li><li>・オンライン診療の現状、継続性と課題を検討</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・インタビュー調査とアンケート調査の分析に基づくへき地医療評価指標の検討</li><li>・オンライン診療のための診療所の要件にかかる検討</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>・小地域の人口推計</li><li>・人口推計に基づく医療ニーズデータの準備</li><li>・無医地区等調査の調査票情報の提供依頼</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・500mメッシュの人口変化に基づく医療ニーズの変遷の検討</li><li>・道路距離による医療アクセス解析</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・人口推計に基づく医療需要と資源を自治体地区単位で視覚化</li><li>・住民健康指標を自治体地区単位で評価検討</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>・インタビュー調査(十日町市)と質的研究</li><li>・年度内に離島(屋久島町、粟島浦村)・へき地診療所、へき地医療拠点病院へアンケート調査の準備</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・インタビュー調査のまとめ</li><li>・へき地診療所、へき地医療拠点病院へアンケート調査とまとめ・分析</li><li>・へき地住民に対するアンケート調査の実施</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・インタビュー調査に基づく質的研究</li><li>・へき地診療所、へき地医療拠点病院へアンケート調査の分析</li><li>・第2回調査(計画)</li><li>・へき地住民に対するアンケート調査と分析</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>・へき地や無医地区の定義に関する議論</li><li>・総務省と国土交通省が所管する「過疎地域等における集落の状況に関する現況把握調査」について担当部署ヒアリング</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・標準化死亡比を過疎地(山間部、離島部)、非過疎地で経時的に比較</li><li>・へき地(無医地区)の定義見直しとへき地評価のための最適な地理単位の提案</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・住民健康指標を自治体地区単位で評価検討</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>・本邦におけるへき地医療の施策の経緯について資料収集(諸外国の分析の準備として)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・台湾におけるへき地医療の資料収集</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・諸外国におけるへき地医療の資料収集</li></ul>

1. へき地医療評価指標に関する検討

2. 人口推計に基づく医療ニーズの推計と現状との比較

3. へき地の現状を把握するための調査

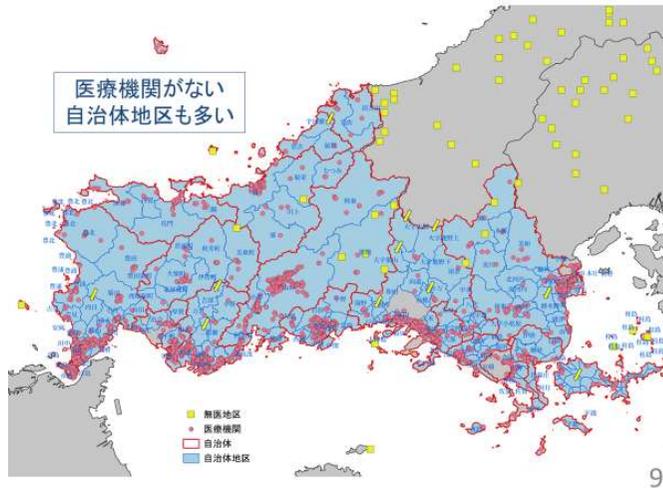
4. 人口分布、変動から見たへき地の定義及びへき地医療の効果に関する分析

5. 諸外国のへき地医療の資料収集

持続可能なへき地医療体制の構築に資する提言

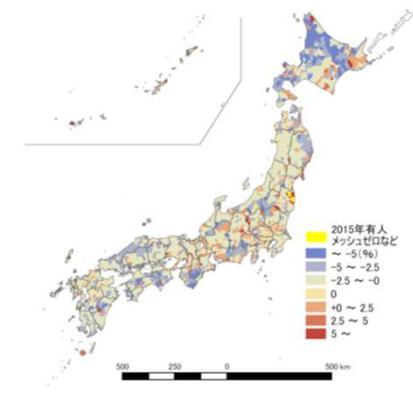
# 主な研究結果

## 研究結果 1 自治体地区内の医療資源を視覚化



## 研究結果 2 有人から人口ゼロに変化したメッシュの割合

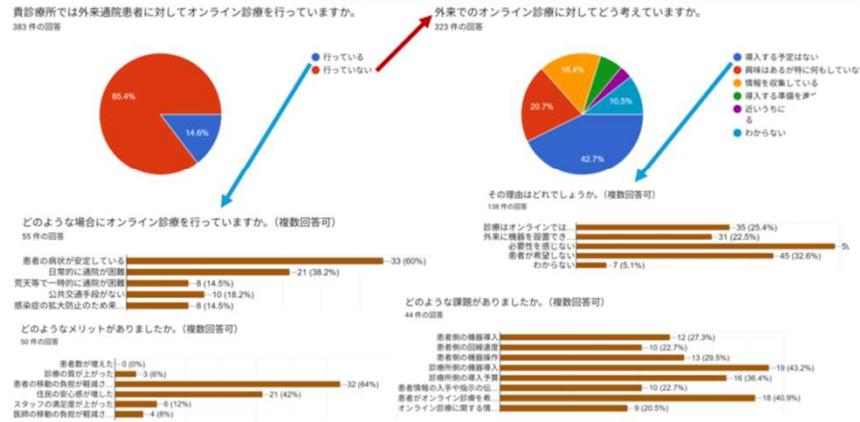
市区町村別、有人メッシュ純増減率



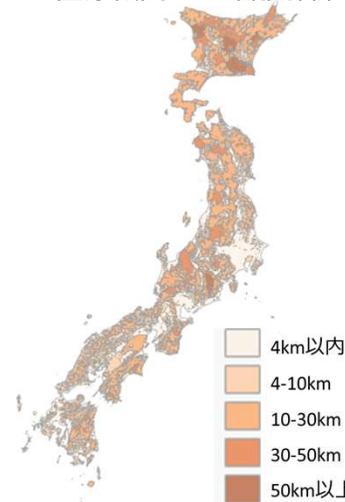
## 研究結果 3 ヘき地診療所とヘき地医療拠点病院調査の粗集計

### へき地診療所外来でのオンライン診療

- ◆オンライン診療を行っているのは14.6% 実施患者は、病状安定>通院困難>交通手段がない>荒天等
- ◆メリットは、患者の移動負担>住民の安心感>スタッフの満足
- ◆課題は機器>患者が希望しない>回線>診療の質>情報不足
- ◆未導入のうち43%は予定なし、理由は必要性と患者の希望なし25%は診療は対面で行うものでオンライン診療は×



## 研究結果 4 最寄りの医療機関への距離解析



## 研究結果 5 台湾のへき地医療対策の仕組みの整理

台湾のへき地医療対策の仕組みの整理

へき地の類型	対応	概略
医療サービス不足地域	規定) 外来などの医療サービス(入院を除く)の自己負担を減免できる 全民健康保険での扱い 自己負担の20%を減額	全民健康保険法第43条 第43条 前項適用自行負担之費用、於醫療資源缺乏地區、得予減免。(前項の外車あるいは急診の自己負担は、医療サービス不足地域では減免することができる)
山間部および離島	規定) 入院を含む医療サービスの自己負担を免除できる 山間部・離島におけるすべての医療サービスの自己負担を免除 離島地区の医療機関から台湾本島の医療機関に転院した場合に自己負担が免除	全民健康保険法第48条 第48条 保險對象有下列權利之一者、免依第四十三條及前條規定自行負擔費用： (一) 全民健康保險での扱い (二) 健保費が以下のいずれかに当てはまるときは、自己負担を免除する(収入の割合の自己負担)の自己負担を免除できる。 (三) 山地離島地帯之就醫。(山地離島での診療)

出所: 全民健康保険法条文、中央健康保険署「2020-2019全民健康保険」ハンドブックをもとに作成

# 1. 無医地区の再定義にかかる検討

## へき地保健医療対策におけるへき地の定義

令和4年7月27日第11回  
第8次医療計画等  
に関する検討会資料1一部改

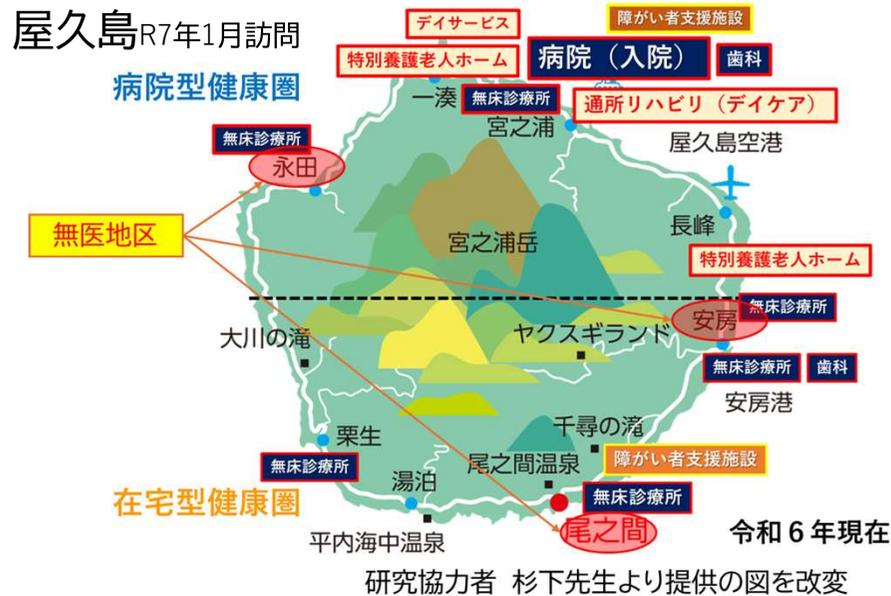
へき地とは、「無医地区※<sup>1</sup>」、「準無医地区※<sup>2</sup>（無医地区に準じる地区）」などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域

- ※1) 無医地区とは、原則として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（へき地保健医療対策等実施要綱より）
- ※2) 準無医地区とは、無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、**厚生労働大臣が適当と認めた地区**（へき地保健医療対策等実施要綱より）
- ※3) 「無医地区」及び「準無医地区」を有する都道府県は千葉県、東京都、神奈川県、大阪府を除く43道府県



# 無医地区の現状

- 医療機関の設置や集約があっても無医地区として報告され続けている。
- 交通の便の変化、オンライン診療の普及により医療アクセスが改善している地区もあり、実態との乖離がある。



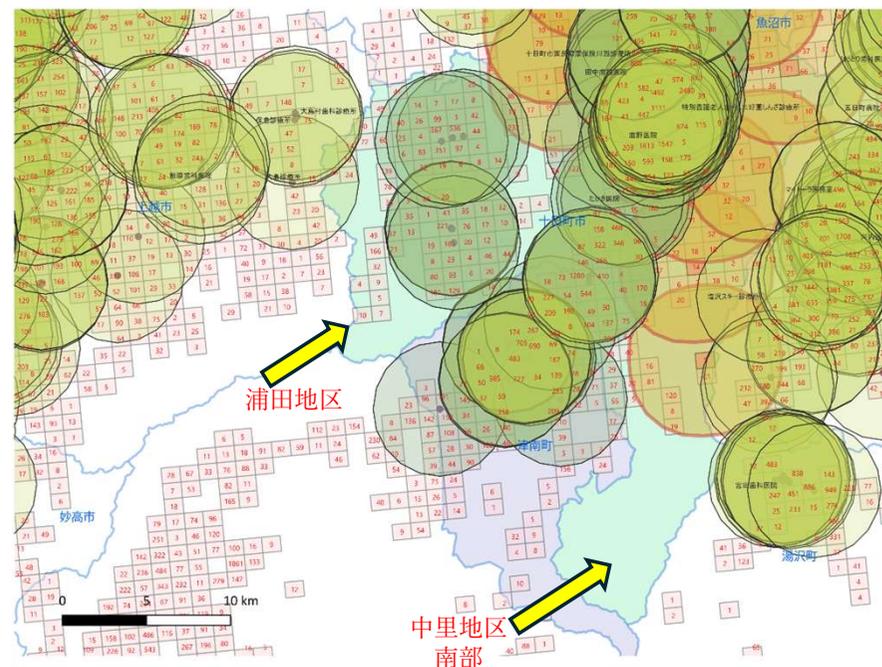
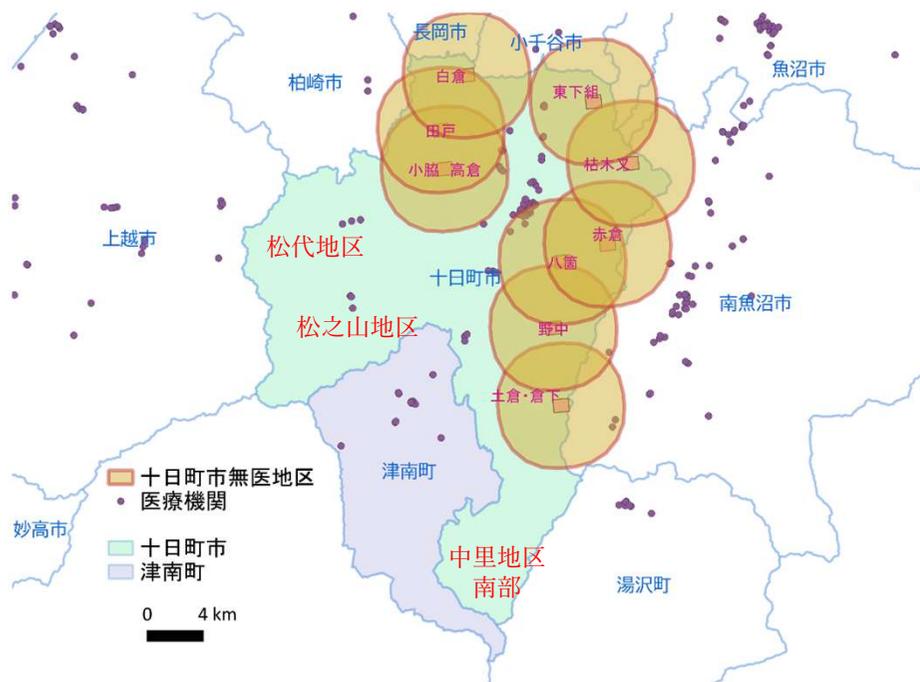
十日町 R7年1月訪問

白倉地区(無医地区として登録)

「車で15分走れば最寄りの診療所に着くので不便は感じていない」



# 無医地区の定義(半径4km人口50人以上)は適切か？ 新潟県十日町市

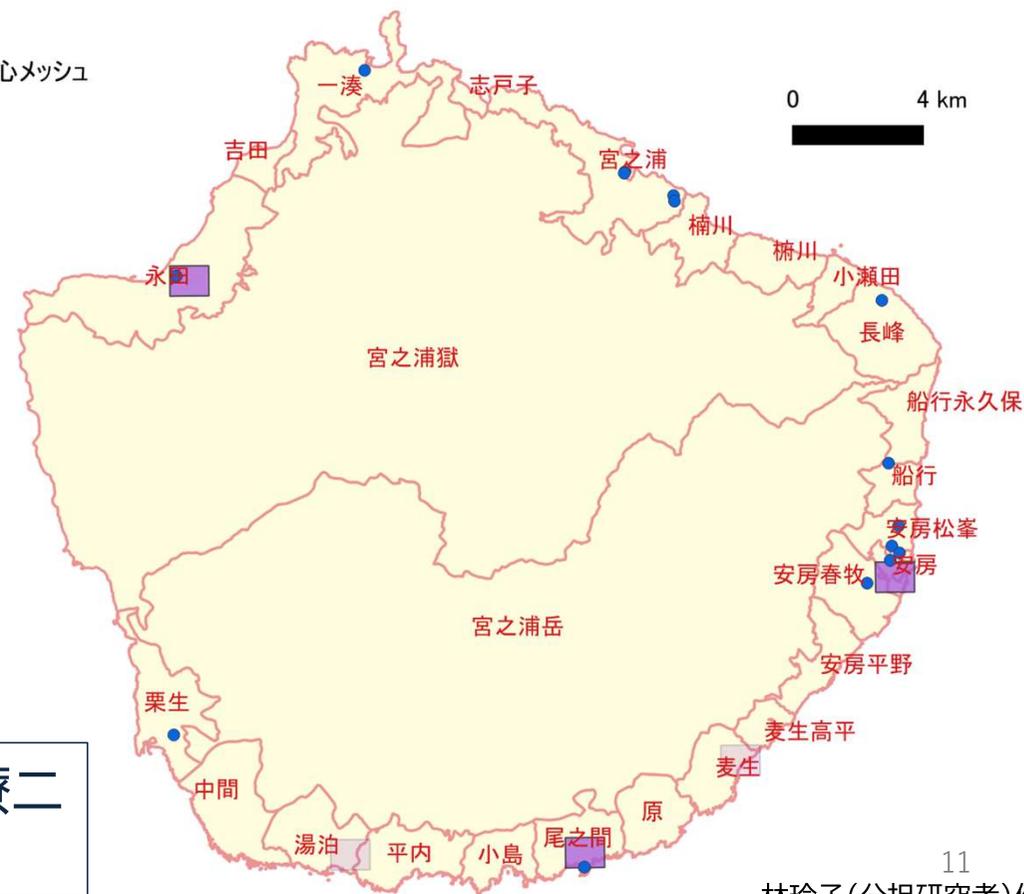


- 無医地区に該当するが無医地区となっていない地域→訪問看護による地域包括ケアが提供されている
- 無医地区の住民はその地区が無医地区と定義されている認識はなく、「確かに医者はいないが何かあったら車で15分位のところにある診療所に行っていて、特に問題はない」

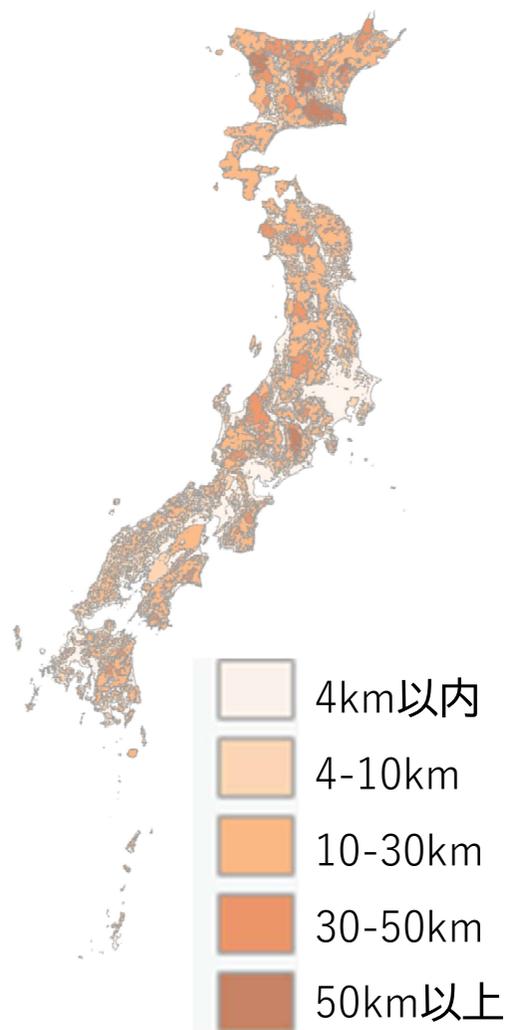
# 無医地区の定義(半径4km人口50人以上)は適切か？ 鹿児島県屋久島町



- 準無医地区に診療所がある
- 医師がいないが建物だけ残った状態であるが、無医地区となっていない
- 無医地区となっていない町丁・字は、すべて人口50人以上である



現状、無医地区は、医療提供状況や医療ニーズに必ずしも対応していない



## GIS解析による医療機関が4km範囲内にな い地域の人口と無医地区人口の比較

	令和2年度の国勢調査人口を用 いたGIS解析	令和元年に行われた 無医地区調査
基準	医療機関までの道路距離 4km	行政上の無医地区指定
対象地域	全国	指定された無医地区
人口算出方法	GIS	自治体申告
人口	約640万人	約24万人

尾白(分担研究者)作成資料

# 無医地区数は減っているが無医町村数は近年増加に転じた

## 無医地区数

西暦	和暦	無医地区数	無医地区人口	無医地区基準人口	地区あたり人口
1956	昭31	738		無医町村に準ずる	
1958	昭33	1,184	-	300人以上	
1960	昭35	1,352	1,469,970	//	1,087
1966	昭41	2,920	1,191,312	50人以上	408
1971	昭46	2,473	884,844	//	358
1973	昭48	2,088	767,240	//	367
1978	昭53	1,750	504,819	//	288
1984	昭59	1,276	319,796	//	251
1989	平元	1,088	285,034	//	262
1994	平6	997	236,193	//	237
1999	平11	914	203,522	//	223
2004	平16	787	164,680	//	209
2009	平21	705	136,272	//	193
2014	平26	637	124,122	//	195
2019	令和	590	126,851	//	215
2022	令和	557	122,206	//	219

## 無医町村数

西暦	和暦	無医町村数	全市町村数	割合
1923	大12	1,960	12,224	16.0%
1927	昭2	2,909	12,224	23.8%
1930	昭5	3,231	11,820	27.3%
1934	昭9	3,427	11,820	29.0%
1936	昭11	3,243	11,820	27.4%
1950	昭25	1,148	10,240	11.2%
1952	昭27	1,038	9,774	10.6%
1954	昭29	827	8,442	9.8%
1955	昭30	197	4,527	4.4%
1956	昭31	165	4,148	4.0%
...				
1996	平8	65	3,234	2.0%
2014	平26	29	1,718	1.7%
2016	平28	29	1,718	1.7%
2018	平30	28	1,718	1.6%
2020	令和	29	1,718	1.7%
2022	令和	32	1,718	1.9%

出典：無医町村1923～1956年は医制百年史附録、1996年以降は医師・歯科医師・薬剤師統計。無医地区数1956年は厚生省50年史、1958～1973年は医制百年史附録、1978年以降は無医地区等調査・無歯科医師地区等調査

林玲子(分担研究者)作成資料

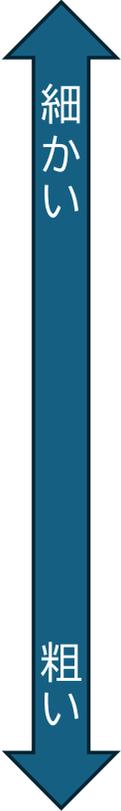
# 無医地区の新たな定義が必要ではないか

現行の無医地区定義	新たな無医地区定義	地域医療構想における検討単位
集落・行政区(自治体に一任)	?	二次医療圏

新たな定義たりうる地理的単位の条件と考えられる項目

- 客観的にへき地の評価ができる統計資料が利用可能であること。
- 自治体の施策立案の効果がある単位であること。
- 市町村レベルよりも細かい単位であること(市町村は合併により多様な地域を包含しているため)。

# 各種小地域



名称	設定者/設定調査等
メッシュ	(緯度経度により設定)
無医地区	無医地区等調査
農業集落	農林業センサス
国勢調査区	国勢調査
基本単位区	国勢調査
町丁・字	地方自治法(第260条など)、住居表示に関する法律
郵便番号界	日本郵便株式会社
小学校区	教育委員会
地区	自治体が独自に設定(憲法 第92条「地方自治の本旨」に基づく)
市区町村	都道府県知事→総務大臣→官報

# 山口県のへき地医療の現状

※第8次山口県保健医療計画より抜粋

- …へき地 (過疎地域持続的発展特別措置法・離島振興法・山村振興法の指定地域)
- H …へき地医療拠点病院 (7)
- …へき地診療所 (常勤 [週4日以上]) (12)
- …へき地診療所 (その他) (26)
- H …へき地病院 (10)
- △ …巡回診療 (6)
- …無医地区 (8)
- …準無医地区 (10)

## 過疎3法

過疎地域持続的発展特別措置法  
離島振興法  
山村振興法



市町村レベルでは表せない過疎地域の複雑さ



へき地

県土の約6割  
 人口約23万人 (約17%)

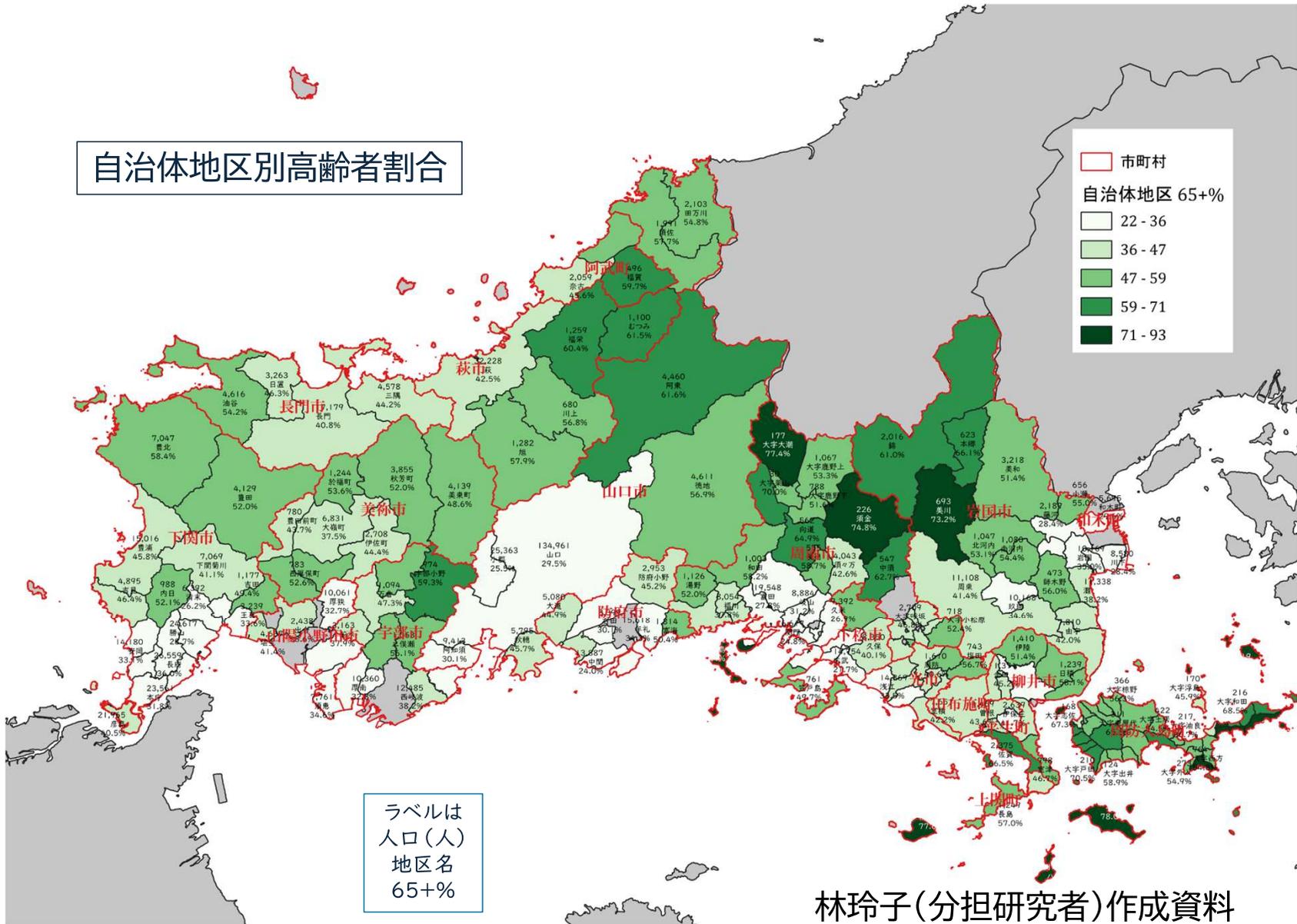
令和7年4月現在

# 自治体地区について

- 各自治体のHPや紹介資料に自治体内の細分化した地区の人口等は掲載されており、自治体の担当者も地区別に状況を把握することが多い。住民が当たり前と思う地域区分。
- 自治体地区は自治体が独自に決めて管理しているため、全国でとりまとめたものは見つからない
- 現況について、以下の手順で山口県をサンプルに自治体地区について調査した
  1. 各自治体のHPより、自治体地区別人口の表を探す
  2. 地区の名前よりこれまでの合併前の町村に該当するか確認 (<https://uub.jp/upd/> を参照した)
  3. 合併前の町村境界データを国土数値情報HPの[1920年以降データ](#)、e-Stat 令和2年国勢調査時の[町丁・字データ](#)を用い該当地区地図を作成
  4. 地区別の人口、65+%、医療機関の有無(国土数値情報)を地図表示

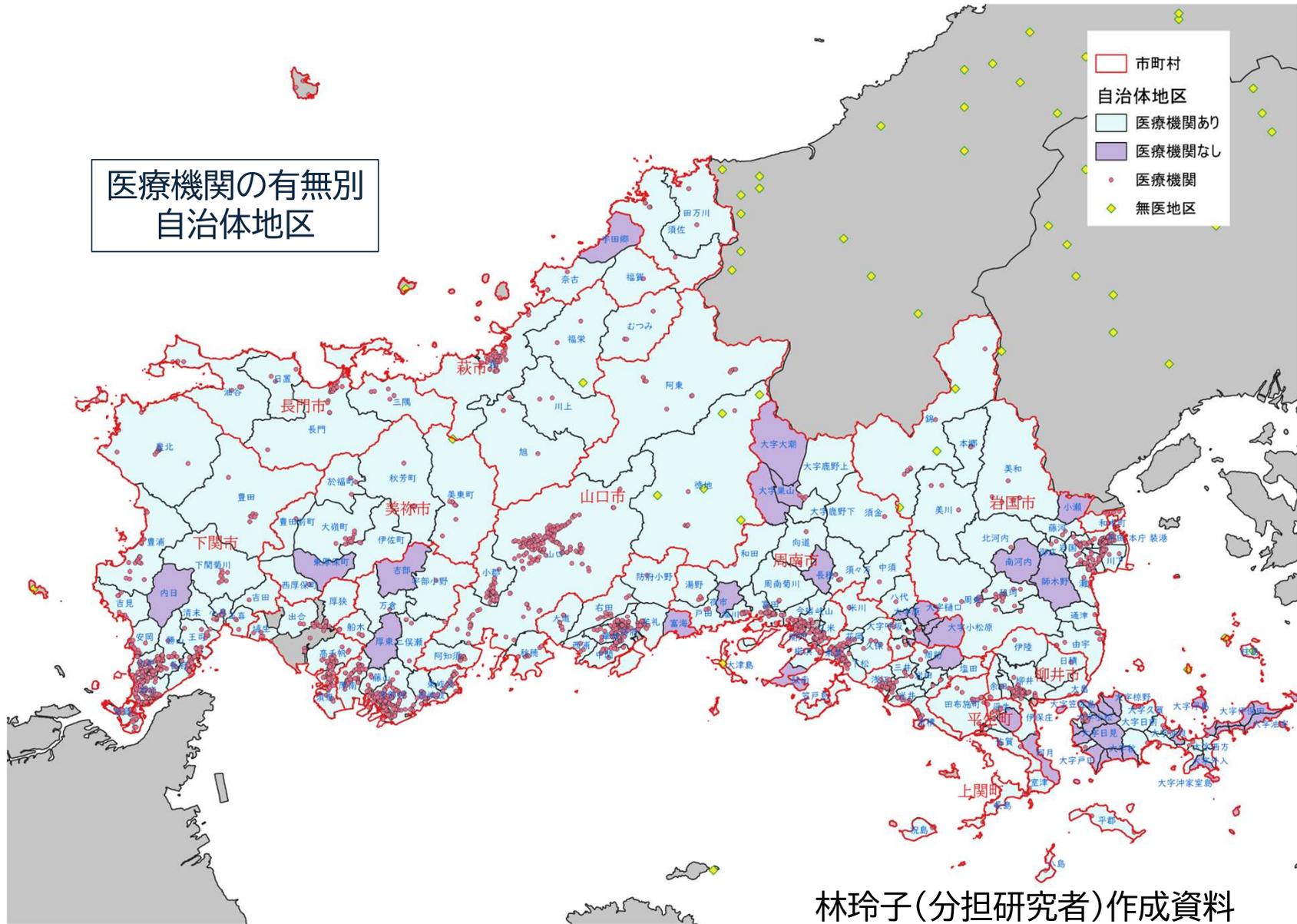


# 自治体地区別高齢者割合



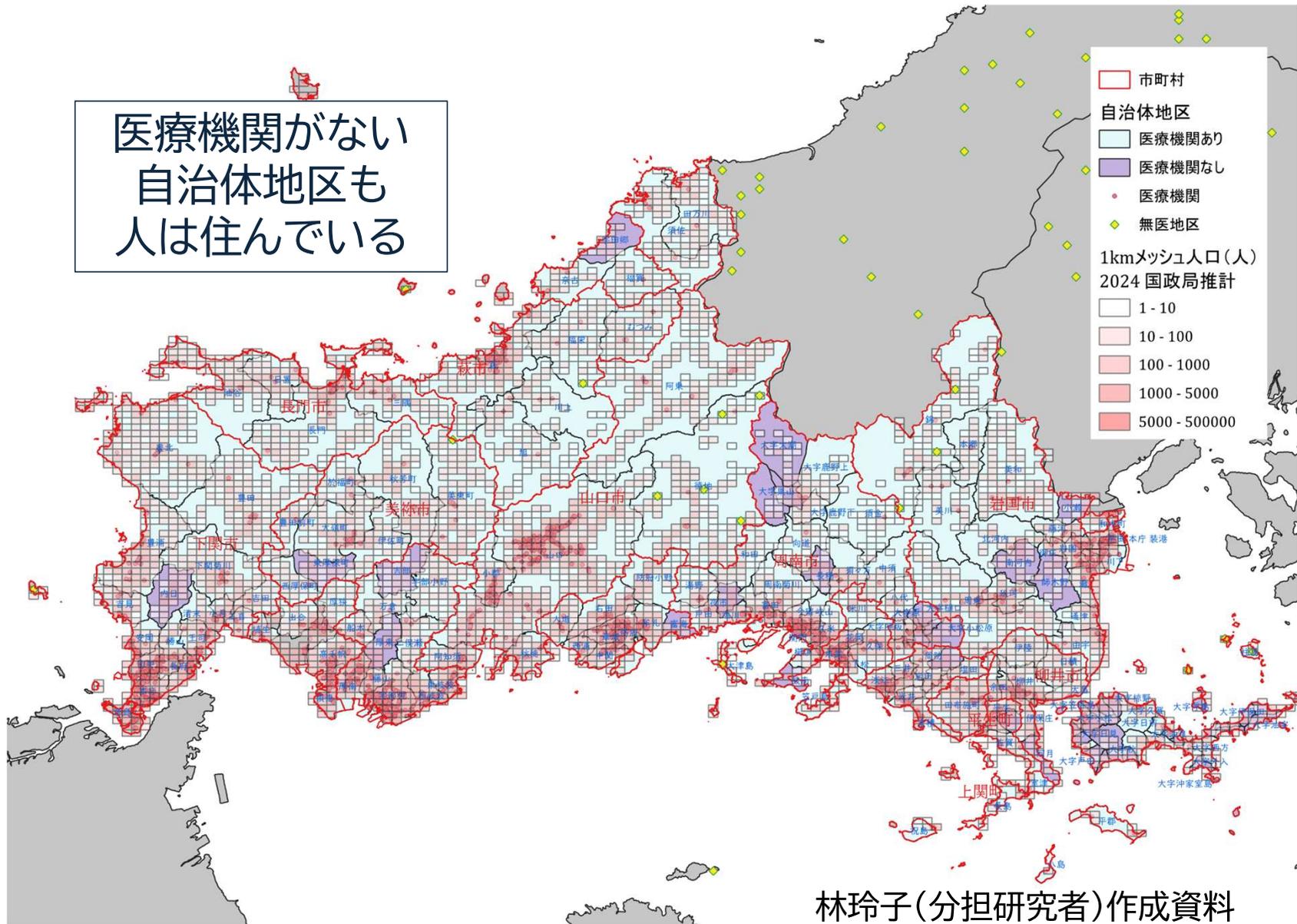
林玲子(分担研究者)作成資料

# 医療機関の有無別 自治体地区



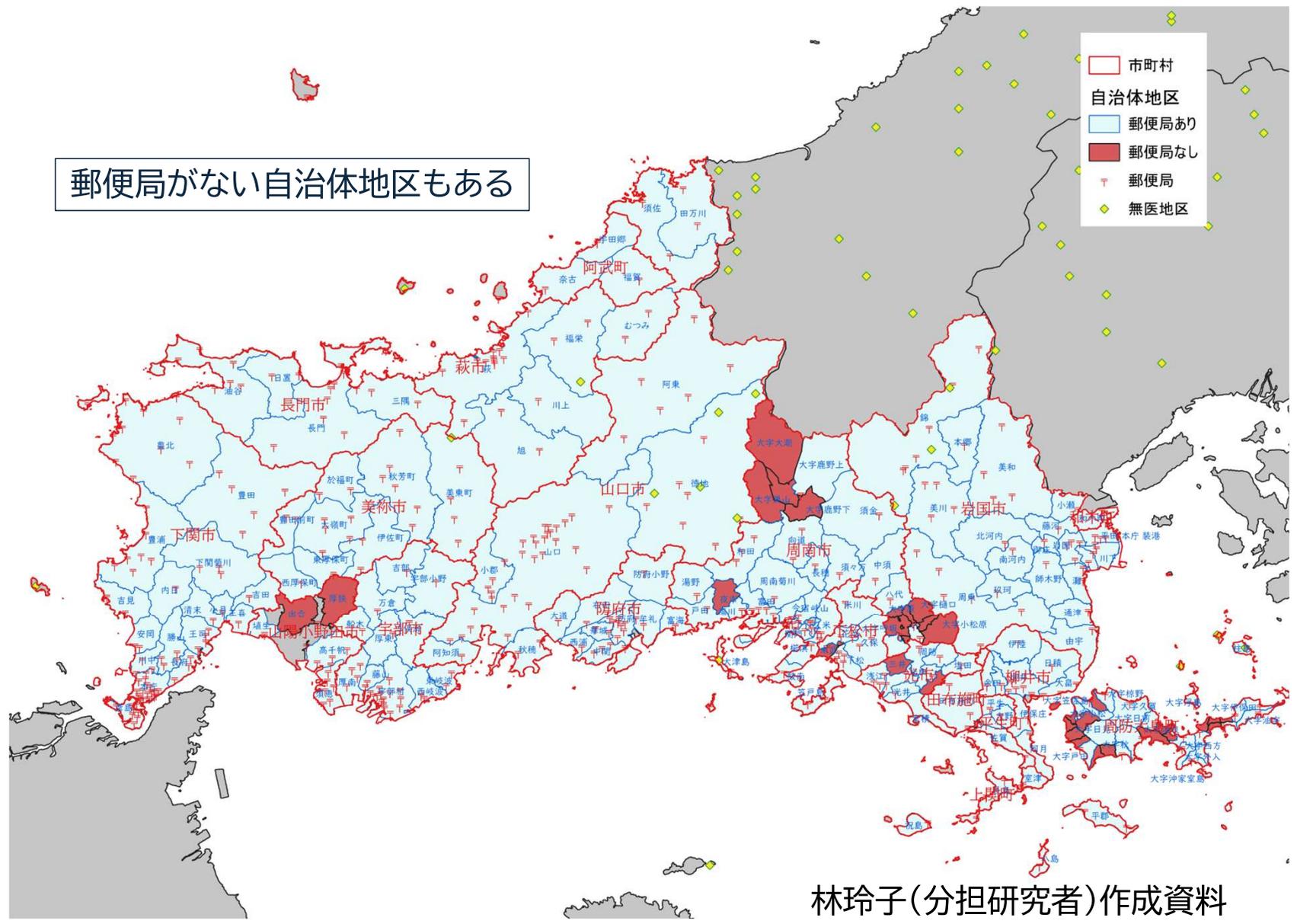
林玲子(分担研究者)作成資料

医療機関がない  
自治体地区も  
人は住んでいる



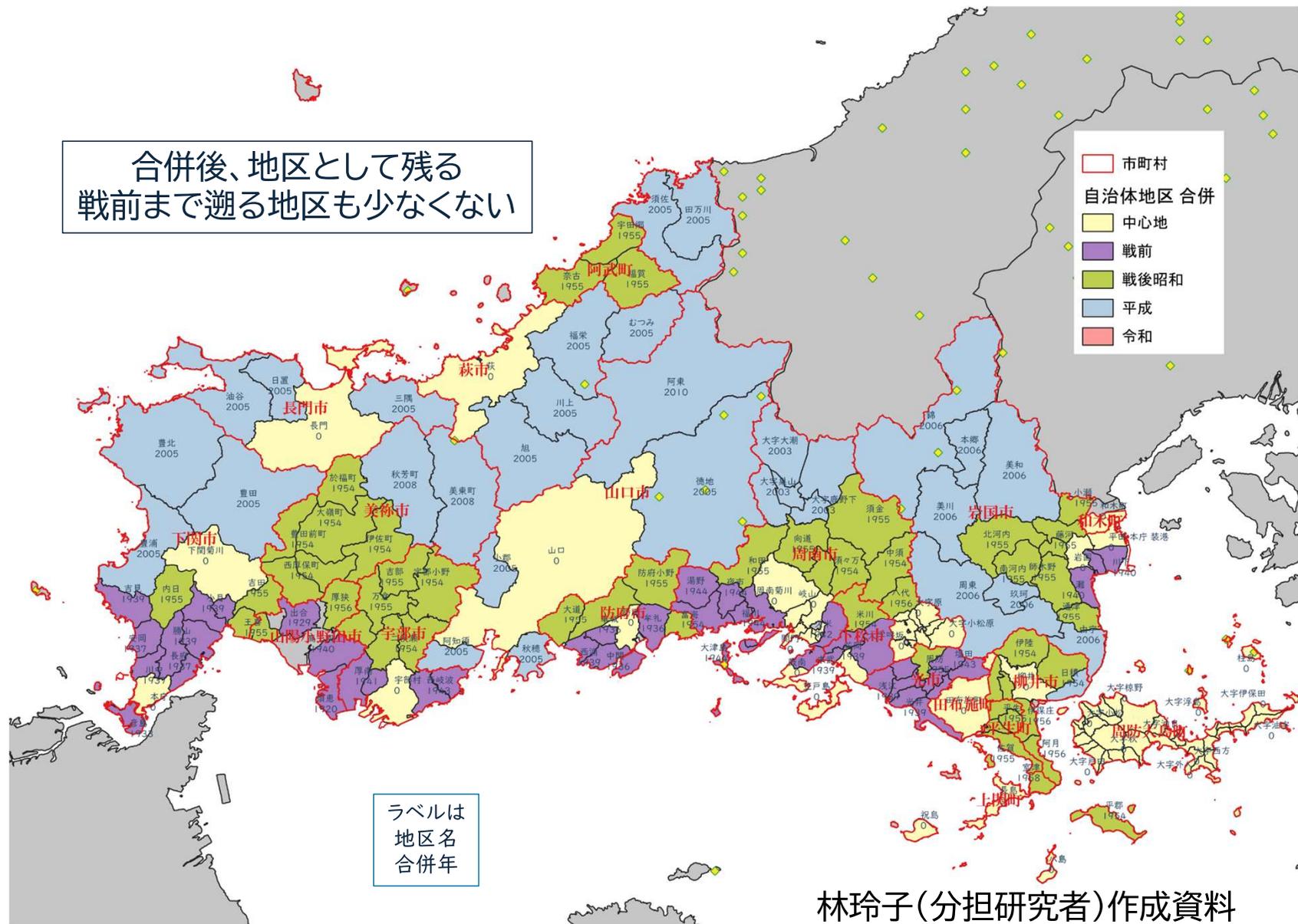
林玲子(分担研究者)作成資料

郵便局がない自治体地区もある



林玲子(分担研究者)作成資料

合併後、地区として残る  
戦前まで遡る地区も少なくない



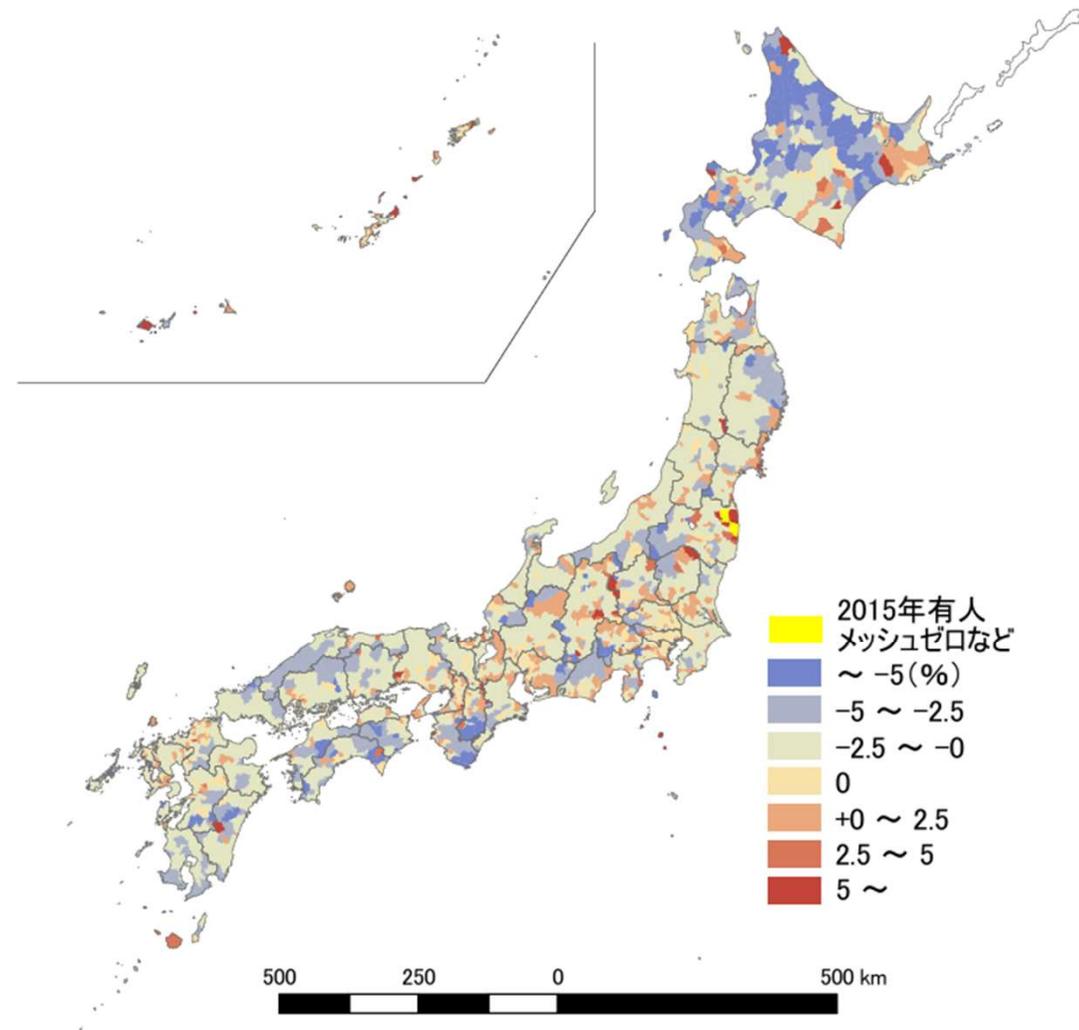
- 市町村
- 自治体地区 合併
- 中心地
- 戦前
- 戦後昭和
- 平成
- 令和

ラベルは  
地区名  
合併年

## 2. 人口ゼロメッシュの検討

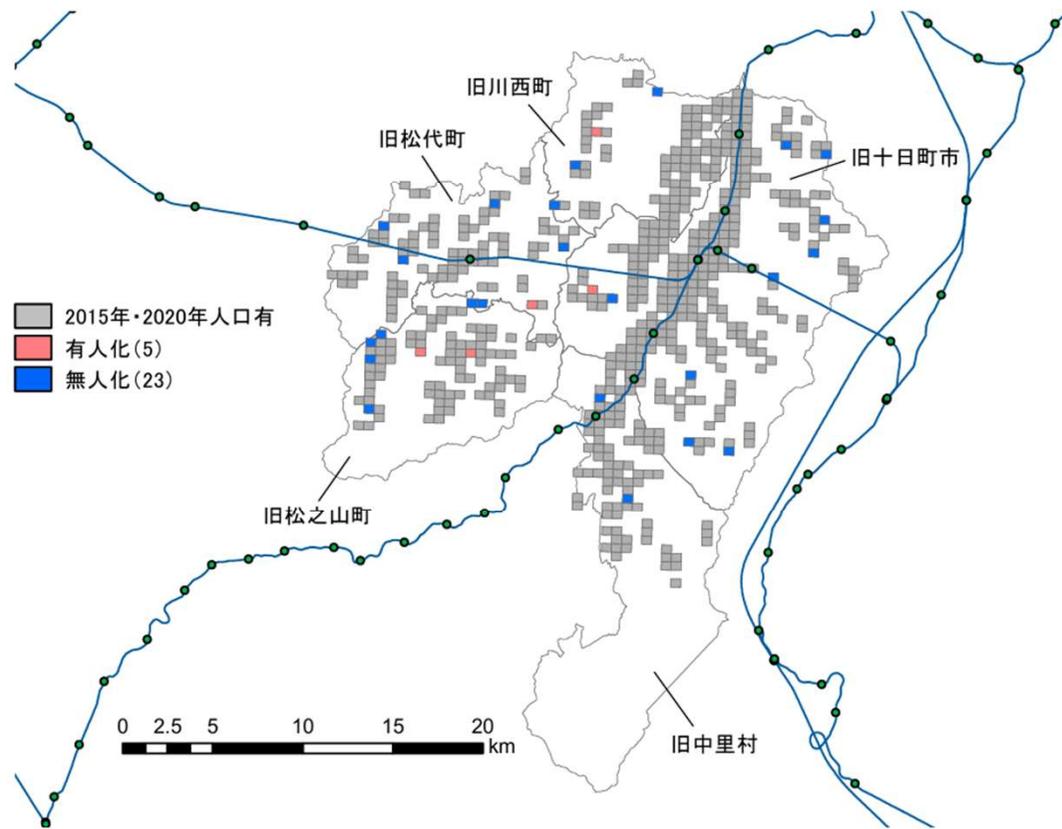
## 市区町村別、有人メッシュ純増減率

- 4次メッシュ（500m四方メッシュ）内の人口について2015年から2020年の国勢調査データに基づいて検討した。
- 有人メッシュの増減率を市区町村別に示した。

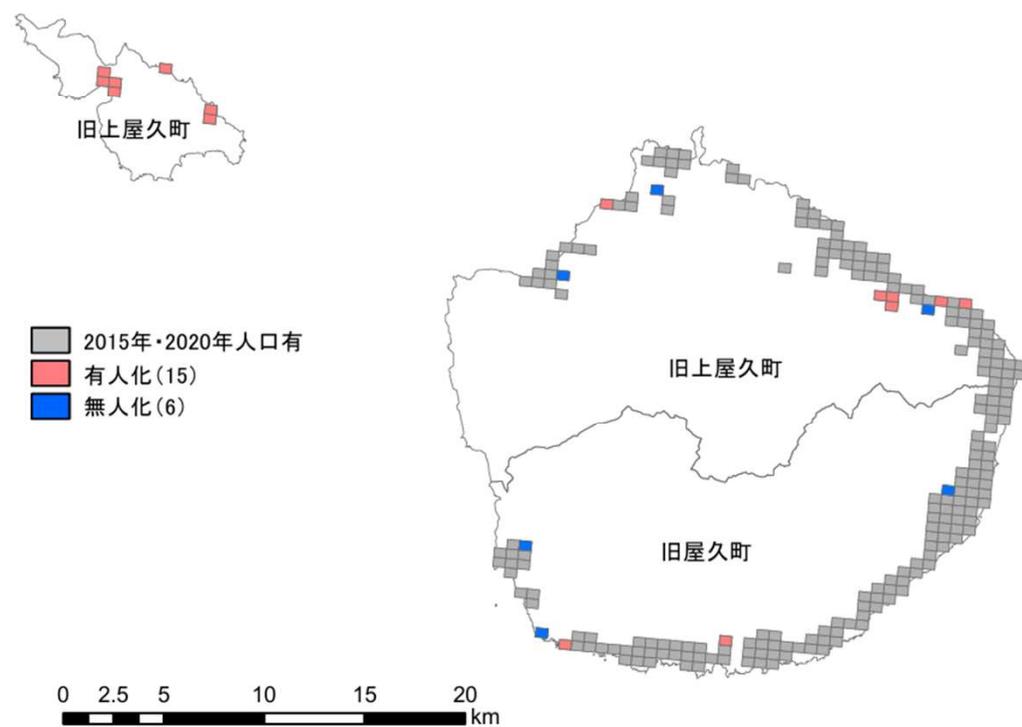


小池司朗（分担研究者）作成資料

# 無人化メッシュと有人化メッシュの分布 -新潟県十日町市-



# 無人化メッシュと有人化メッシュの分布 -鹿児島県屋久島町-



小池司朗（分担研究者）作成資料

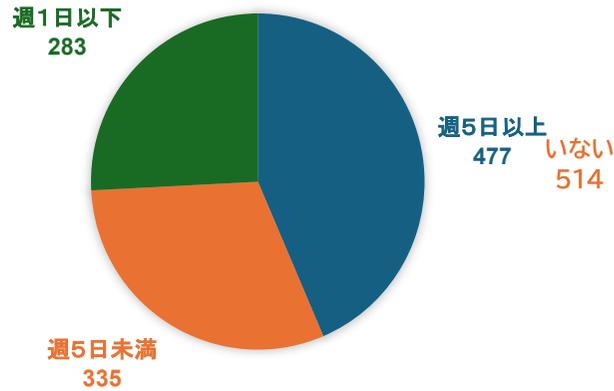
### 3. へき地診療所とへき地医療拠点病院に対する調査

# 調査目的と手法

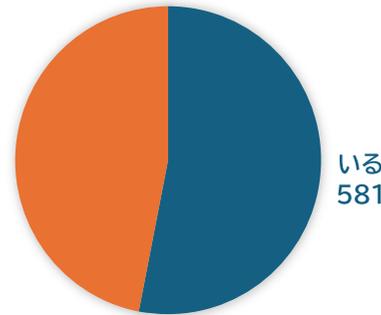
- 目的：厚労省「へき地医療の現況」で調査されていない項目を調査しへき地医療の現状を深掘りする。
- 対象：へき地診療所1022施設　へき地医療拠点病院358施設
- 回答(2026年1月4日)
  - 診療所　501施設(49%)　約半数が常勤医不在の診療所
  - 拠点病院　195施設（55%）
- 回答率アップの方策
  - 10月24日　第1回発送　QRコード　GoogleFormでの回答  
紙での回答希望施設続出　個別対応
  - 11月28日　第2回発送
  - 12月17日　第3回発送
  - 12月　病院に電話　1月　診療所に電話

# へき地診療所を取り巻く状況

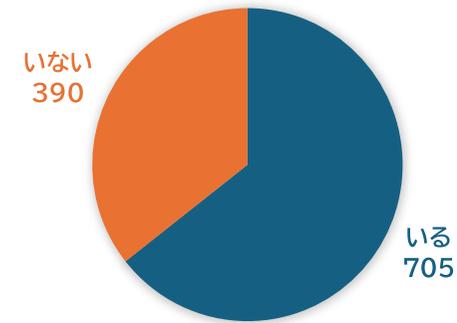
診療日



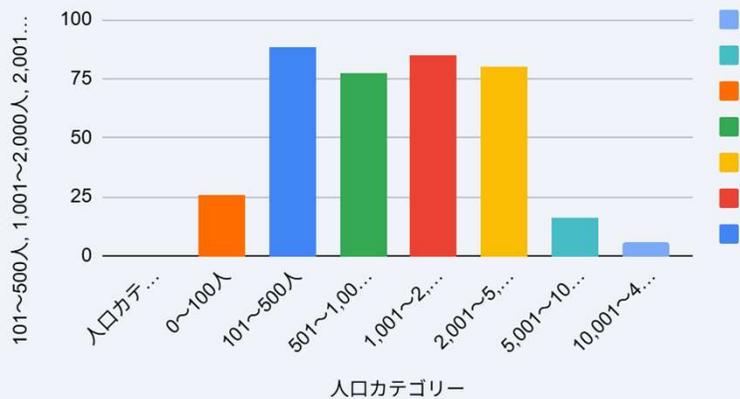
常勤医師



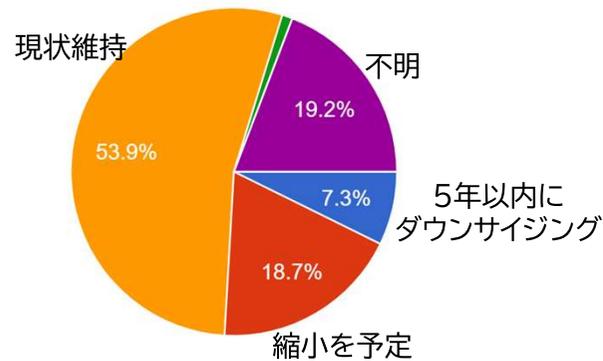
常勤看護師



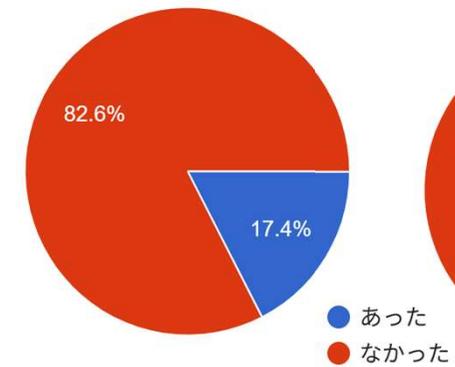
診療所が対象とする人口規模の分布



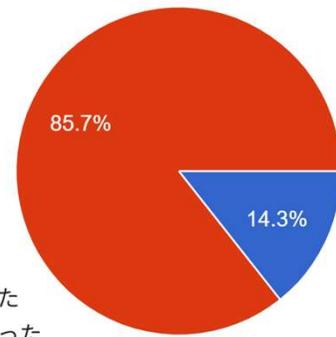
今後の継続性



近隣医療機関の閉鎖等



近隣介護施設の閉鎖等

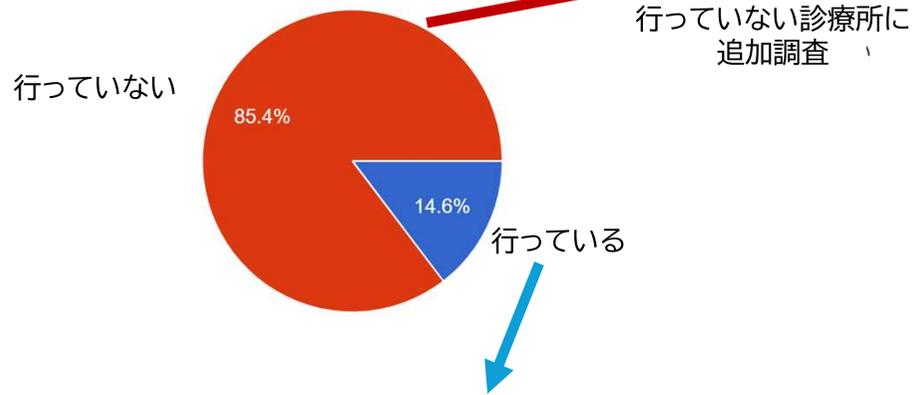


杉田義博(分担研究者)作成資料

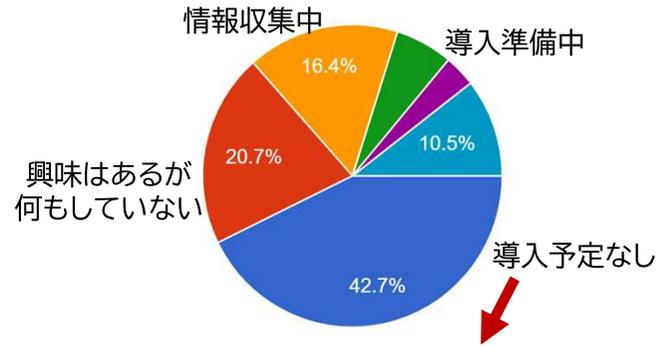
# へき地診療所外来のオンライン診療

- ◆ オンライン診療を行っているのは14.6% 実施患者は、病状安定>通院困難>交通手段がない>荒天等
- ◆ メリットは、患者の移動負担>住民の安心感>スタッフの満足
- ◆ 課題は機器>患者が希望しない>回線>診療の質>情報不足
- ◆ 未導入のうち43%は予定なし、理由は必要性和患者の希望なし25%は診療は対面で行うものでオンライン診療は×

貴診療所では外来通院患者に対してオンライン診療を行っていますか。  
383件の回答



外来でのオンライン診療に対してどう考えていますか。  
323件の回答



オンライン診療を行う理由	件数	割合
患者の病状が安定	33	60%
日常的に通院困難	21	38.2%
公共交通手段がない	10	18.2%
荒天等一時的に通院困難	8	14.5%

オンライン診療のメリット	件数	割合
患者の移動負担が減少した	32	64%
住民の安心感が増した	21	42%
スタッフの満足度が上がった	6	42%
診療の質が上がった	3	6%

オンライン診療の導入予定がない理由	件数	割合
必要性を感じない	59	42.8%
患者が希望しない	45	32.6%
診療はオンラインでなく対面で行うべき	35	25.4%
外来に機器を設置できない	31	22.5%

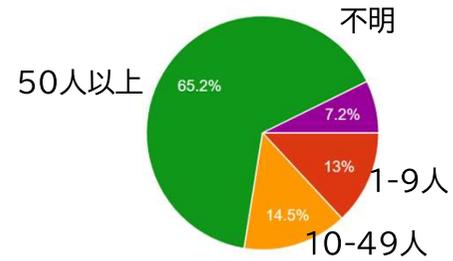
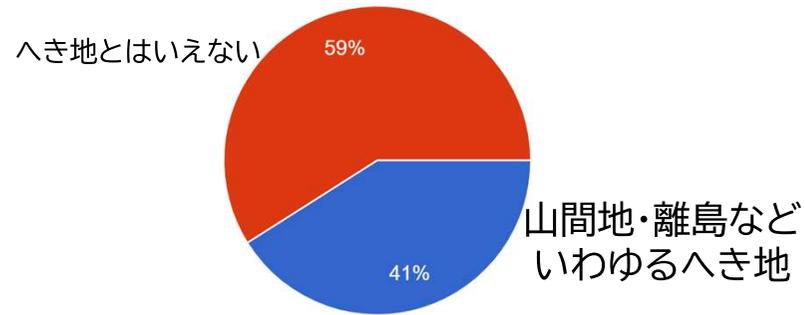
オンライン診療のデメリット	件数	割合
診療所側の機器・回線	19	43.2%
患者が希望しない	18	41%
患者側の機器・回線	12	27.3%
情報不足	9	20.5%

杉田義博(分担研究者)作成資料

# へき地医療拠点病院の現状

へき地に所在する病院外来にへき地在住者が何人くらい受診しますか  
69件の回答

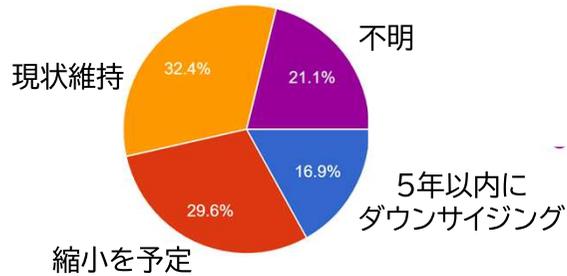
貴院の立地を一言で言うとどのような地域ですか。  
173件の回答



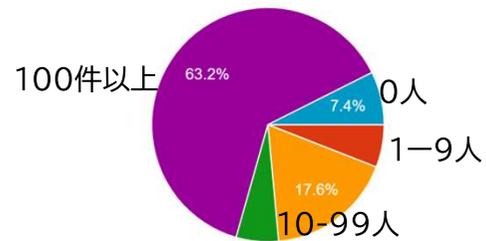
へき地に所在する病院にへき地在住者が何人くらい入院していますか  
68件の回答



へき地に所在する病院の今後の病院の継続性  
71件の回答



へき地に所在する病院にへき地在住者が何人くらい救急搬送されますか  
68件の回答

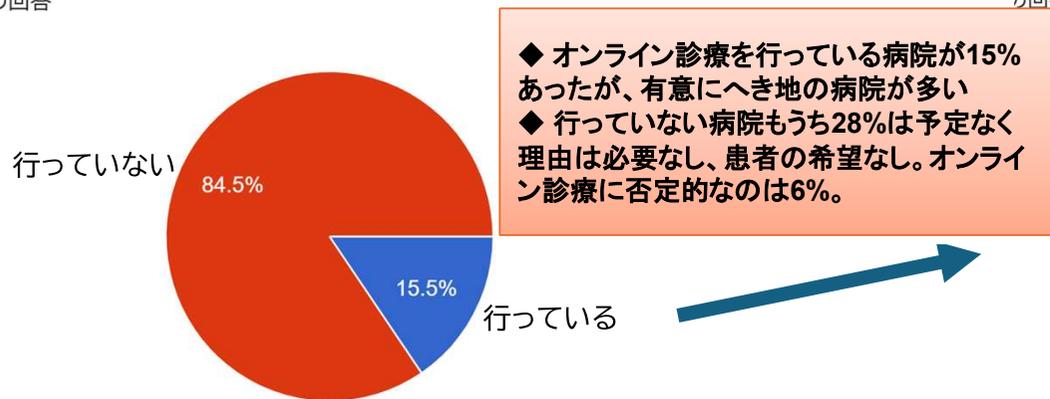


杉田義博(分担研究者)作成資料

# へき地医療拠点病院の外来オンライン診療

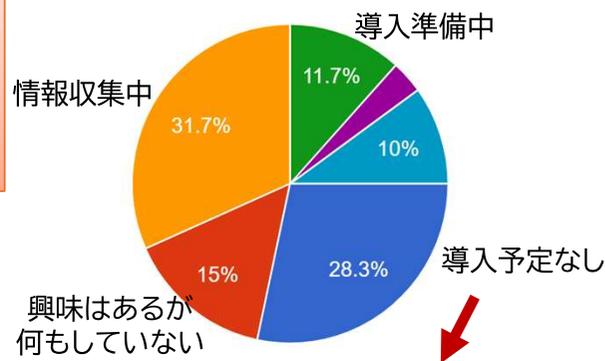
貴院では外来通院患者に対してオンライン診療を行っていますか。

71件の回答



外来でのオンライン診療に対してどう考えていますか。

71件の回答



オンライン診療の導入予定がない理由	件数	割合
必要性を感じない	7	41.2%
患者が希望しない	6	35.3%
外来に機器を設置できない	2	11.8%
診療はオンラインでなく対面で行うべき	1	5.9%

立地	外来オンライン診療:行っていない	外来オンライン診療:行っている
へき地とはいえない	102	0
過疎地域、山間地、離島、などいわゆるへき地	60	11

$P < 0.01$ で有意にへき地に所在する病院が導入率が高い

杉田義博(分担研究者)作成資料

## 4. 過疎地域の死亡格差

# 過疎地域の死亡水準は非過疎地域と比べ高いのか

【データ】国勢調査による1980年、2000年、2020年、および住民基本台帳による2023年の市区町村別年齢別人口

【方法】人口動態統計による全国の年齢別死亡率を市区町村別年齢別人口に掛け合わせ期待死亡数を求めたうえで、実際の死亡数と比較。期待死亡数/実際死亡数を過疎地域・非過疎地域別\*に集計し、標準化死亡比(SMR)を算定した。さらに直近の2023年について、都道府県別、選択死因別の過疎地・非過疎地の標準化死亡比を比較した。

\* 過疎地域とは、過疎法に基づき人口減少率、高齢者比率、若年者比率、財政力より定められる市町村。2022(令和4)年4月1日時点では全1,718市町村のうち、885(51.5%)が過疎地域、うち14がみなし過疎(市町村合併により過疎地域が含まれる市町村)、158が一部過疎(市町村の一部が過疎地域)。

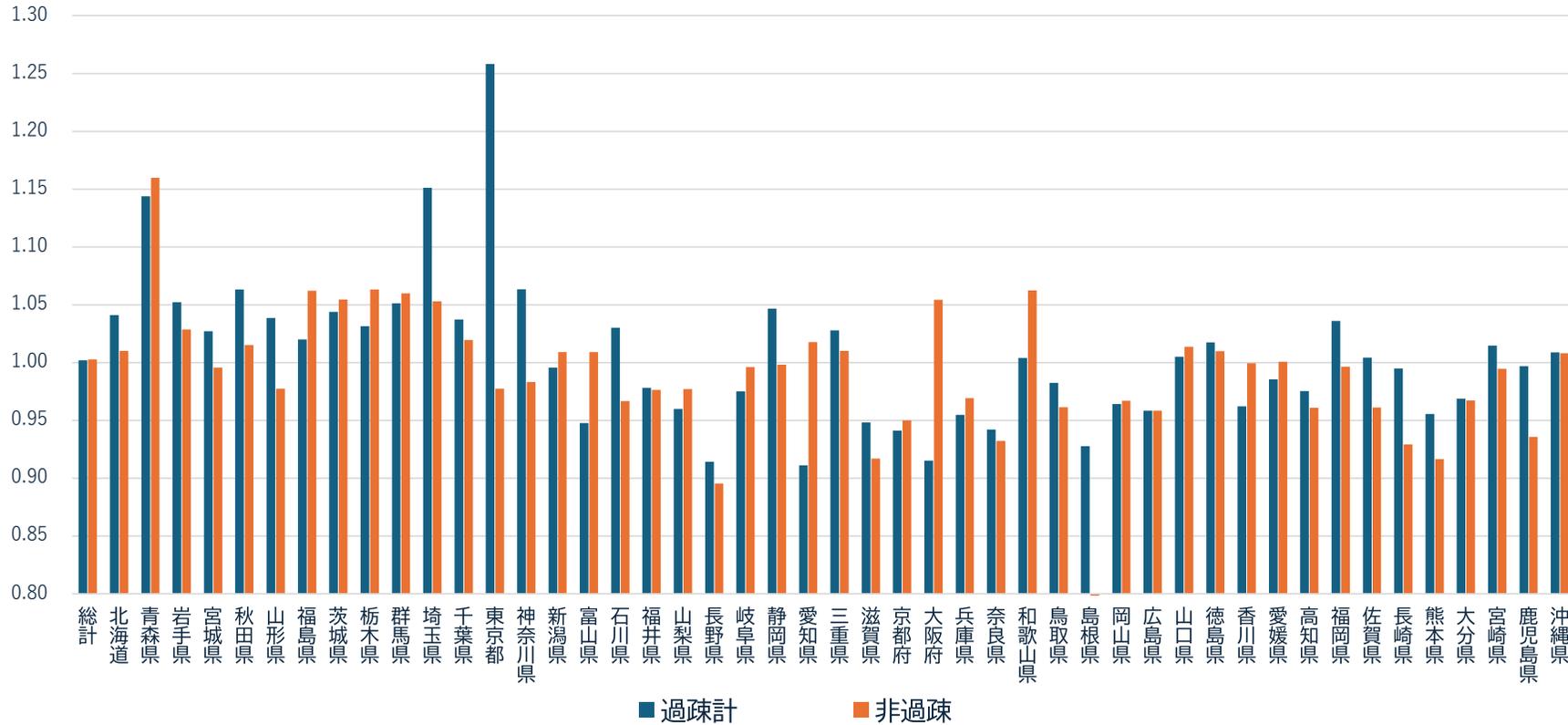
【結果】1980年では1.028と全国よりも高かったが、2000年には1.002、2023年では1.000となり、全国、非過疎地域と同等となった。

	1980年		2000年		2023年	
	SMR	人口	SMR	人口	SMR	人口
全部過疎					0.997	8,570,044
みなし過疎					1.015	936,747
一部過疎					1.002	11,921,631
過疎地域 計	1.028	8,015,754	1.002	6,800,651	1.000	21,428,422
非過疎地域	0.996	109,044,605	1.000	118,586,086	1.000	100,994,616
全国	1.000	117,060,359	1.000	125,386,737	1.000	122,423,038

2023年には過疎地域の範囲が広がったことも理由の一つであると考えられる

注：2023年は、住民基本台帳による1月1日の人口。過疎地域は2022（令和4）年4月1日時点。

# 都道府県別 過疎地/非過疎地 標準化死亡比(SMR)



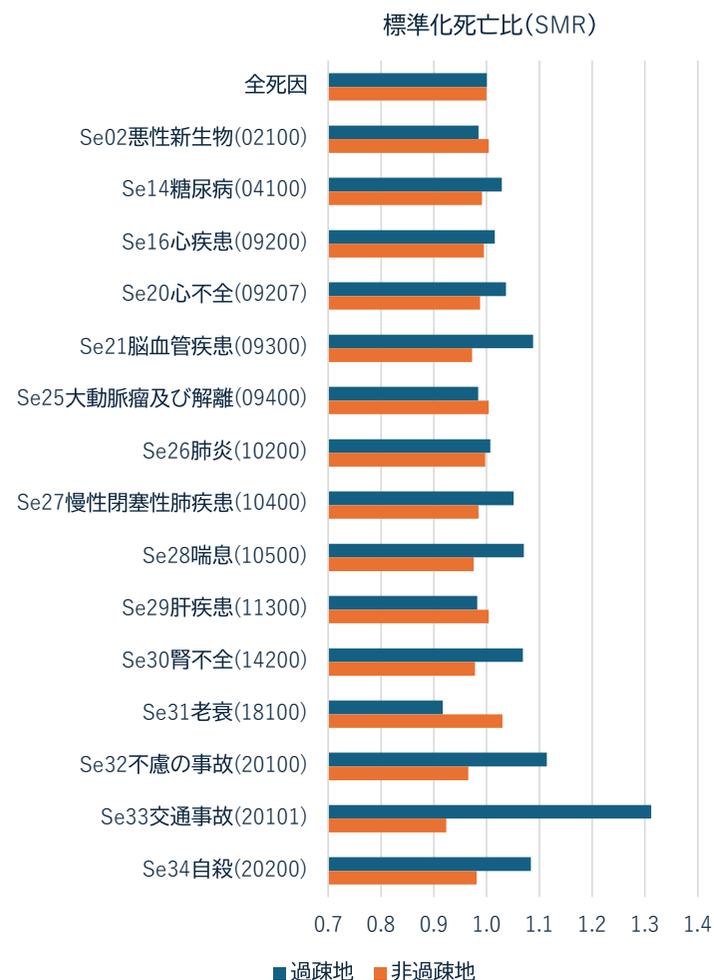
- 都道府県別では過疎地/非過疎地の死亡水準には格差
- 都会(非過疎地)で死亡が多い大阪府、愛知県、富山県
- 過疎地で死亡が多い東京都、埼玉県、神奈川県
- 東京で高いのは離島の影響？ → 離島医療の強化が必要

2023年初	過疎地人口
総計	21,428,422
北海道	1,720,208
青森県	580,768
岩手県	657,062
宮城県	619,772
秋田県	634,704
山形県	413,285
福島県	507,852
茨城県	315,875
栃木県	205,595
群馬県	334,941
埼玉県	110,308
千葉県	379,969
東京都	25,612
神奈川県	6,805
新潟県	1,052,609
富山県	147,921
石川県	238,035
福井県	142,186
山梨県	316,139
長野県	776,814
岐阜県	515,982
静岡県	81,550
愛知県	50,801
三重県	371,518
滋賀県	271,531
京都府	325,491
大阪府	46,996
兵庫県	547,622
奈良県	123,057
和歌山県	375,803
鳥取県	350,577
島根県	649,691
岡山県	473,065
広島県	751,018
山口県	705,477
徳島県	170,109
香川県	269,229
愛媛県	449,958
高知県	587,347
福岡県	688,389
佐賀県	547,883
長崎県	1,086,239
熊本県	667,061
大分県	498,264
宮崎県	510,273
鹿児島県	983,826
沖縄県	143,205

死因	地域	期待死亡数	死亡数	SMR
全死因	過疎地	371,746	371,845	1.00
	非過疎地	1,203,819	1,203,239	1.00
	計	1,575,565	1,575,084	1.00
Se02悪性新生物(02100)	過疎地	84,784	83,505	0.98
	非過疎地	297,703	298,914	1.00
	計	382,487	382,419	1.00
Se14糖尿病(04100)	過疎地	3,517	3,619	1.03
	非過疎地	11,927	11,822	0.99
	計	15,444	15,441	1.00
Se16心疾患(09200)	過疎地	55,526	56,393	1.02
	非過疎地	175,586	174,655	0.99
	計	231,112	231,048	1.00
Se20心不全(09207)	過疎地	24,897	25,806	1.04
	非過疎地	74,325	73,400	0.99
	計	99,222	99,206	1.00
Se21脳血管疾患(09300)	過疎地	24,476	26,631	1.09
	非過疎地	80,049	77,862	0.97
	計	104,525	104,493	1.00
Se25大動脈瘤及び解離(09400)	過疎地	4,571	4,498	0.98
	非過疎地	15,461	15,525	1.00
	計	20,032	20,023	1.00
Se26肺炎(10200)	過疎地	18,539	18,670	1.01
	非過疎地	57,211	57,062	1.00
	計	75,750	75,732	1.00
Se27慢性閉塞性肺疾患(10400)	過疎地	3,928	4,128	1.05
	非過疎地	13,009	12,807	0.98
	計	16,937	16,935	1.00
Se28喘息(10500)	過疎地	260	278	1.07
	非過疎地	829	809	0.98
	計	1,089	1,087	1.00
Se29肝疾患(11300)	過疎地	3,877	3,809	0.98
	非過疎地	14,755	14,810	1.00
	計	18,632	18,619	1.00
Se30腎不全(14200)	過疎地	7,284	7,783	1.07
	非過疎地	22,922	22,420	0.98
	計	30,206	30,203	1.00
Se31老衰(18100)	過疎地	50,682	46,475	0.92
	非過疎地	139,233	143,430	1.03
	計	189,915	189,905	1.00
Se32不慮の事故(20100)	過疎地	10,175	11,339	1.11
	非過疎地	34,237	33,053	0.97
	計	44,412	44,392	1.00
Se33交通事故(20101)	過疎地	705	925	1.31
	非過疎地	2,867	2,647	0.92
	計	3,572	3,572	1.00
Se34自殺(20200)	過疎地	3,675	3,982	1.08
	非過疎地	17,327	17,000	0.98
	計	21,002	20,982	1.00

## 死因別過疎地/非過疎地格差

過疎地計

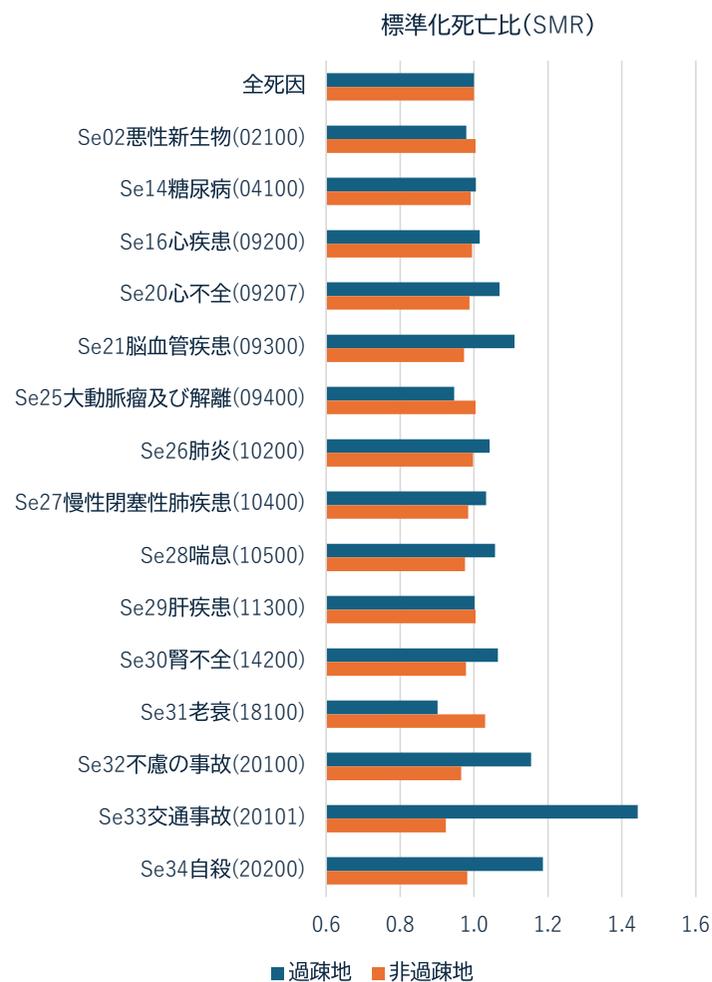


過疎地で特に少ないのは老衰。  
 少ないのは肝疾患、大動脈瘤、悪性新生物、  
 特に多いのは交通事故、不慮の事故、脳血管疾患、自殺。  
 多いのは喘息、腎不全、慢性閉塞性肺疾患、心不全

死因	地域	期待死亡数	死亡数	SMR
全死因	全部過疎	171,523	171,419	1.00
	非過疎地	1,203,819	1,203,239	1.00
	計	1,575,565	1,575,084	1.00
Se02悪性新生物(02100)	全部過疎	38,235	37,443	0.98
	非過疎地	297,703	298,914	1.00
	計	382,487	382,419	1.00
Se14糖尿病(04100)	全部過疎	1,603	1,611	1.00
	非過疎地	11,927	11,822	0.99
	計	15,444	15,441	1.00
Se16心疾患(09200)	全部過疎	25,780	26,164	1.01
	非過疎地	175,586	174,655	0.99
	計	231,112	231,048	1.00
Se20心不全(09207)	全部過疎	11,721	12,531	1.07
	非過疎地	74,325	73,400	0.99
	計	99,222	99,206	1.00
Se21脳血管疾患(09300)	全部過疎	11,273	12,507	1.11
	非過疎地	80,049	77,862	0.97
	計	104,525	104,493	1.00
Se25大動脈瘤及び解離(09400)	全部過疎	2,086	1,974	0.95
	非過疎地	15,461	15,525	1.00
	計	20,032	20,023	1.00
Se26肺炎(10200)	全部過疎	8,675	9,038	1.04
	非過疎地	57,211	57,062	1.00
	計	75,750	75,732	1.00
Se27慢性閉塞性肺疾患(10400)	全部過疎	1,808	1,866	1.03
	非過疎地	13,009	12,807	0.98
	計	16,937	16,935	1.00
Se28喘息(10500)	全部過疎	120	127	1.06
	非過疎地	829	809	0.98
	計	1,089	1,087	1.00
Se29肝疾患(11300)	全部過疎	1,701	1,704	1.00
	非過疎地	14,755	14,810	1.00
	計	18,632	18,619	1.00
Se30腎不全(14200)	全部過疎	3,391	3,609	1.06
	非過疎地	22,922	22,420	0.98
	計	30,206	30,203	1.00
Se31老衰(18100)	全部過疎	24,263	21,859	0.90
	非過疎地	139,233	143,430	1.03
	計	189,915	189,905	1.00
Se32不慮の事故(20100)	全部過疎	4,649	5,366	1.15
	非過疎地	34,237	33,053	0.97
	計	44,412	44,392	1.00
Se33交通事故(20101)	全部過疎	302	436	1.44
	非過疎地	2,867	2,647	0.92
	計	3,572	3,572	1.00
Se34自殺(20200)	全部過疎	1,483	1,759	1.19
	非過疎地	17,327	17,000	0.98
	計	21,002	20,982	1.00

## 死因別過疎地/非過疎地格差

全部過疎



- 過疎地総数よりも傾向が先鋭化(少ない老衰、大動脈瘤及び解離、多い不慮の事故、交通事故、自殺、心不全、脳血管疾患、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、喘息)
- 非過疎地との差が減るもの(糖尿病、肝疾患)

# 過疎地域の死亡格差について

- 過疎地域の超過死亡は近年改善された
- 過疎・非過疎の死亡格差は都道府県別に異なる方向
- 離島では超過死亡が続いている可能性
- 防げる死亡(交通事故を含む不慮の事故、自殺、脳血管疾患等)が過疎地で多い。
- 訪問調査において、アルコール過飲が指摘されることが多かったが、過疎地で肝疾患の死亡が多いわけではない
- 逆に訪問調査で懸念が表明された、過疎地の自殺、高血圧(による脳血管疾患)は、死亡率が高く、対策が必要
- 慢性閉塞性肺疾患による死亡が過疎地で多いのは、高い喫煙率によるのか？
- 本分析は市区町村別の比較であるため、さらに細かい単位の過疎地域の健康・死亡格差の分析が必要

## 5. 諸外国のへき地医療の資料収集

# 台湾におけるへき地医療対策

- 1) 皆保険体制を持ち、地形が多様な台湾のへき地医療対策の仕組みの整理  
 ⇒医療保険(自己負担減免)、医療サービス提供体制整備での対策
- 2) 台湾での「へき地」の定義の整理(現在整理中)  
 ⇒人口密度、医師一人あたり人口などの指標をもとに複数の定義

表1 台湾「全民健康保険」におけるへき地への対応

へき地の類型	対応	根拠
医療サービス不足地域	(規定) 外来などの医療サービス(入院を除く)の自己負担を減免できる (全民健康保険での扱い) ・自己負担の20%を減額	全民健康保険法第43条 第43条 2 前項應自行負擔之費用, 於醫療資源缺乏地區, 得予減免。 (前項の外来あるいは急診の自己負担は、医療サービス不足地域では減免することができる)
山間部および離島	(規定) 入院を含む医療サービスの自己負担を免除できる (全民健康保険での扱い) ・山間部・離島におけるすべての医療サービスの自己負担が免除 ・離島地区の医療機関から台湾本島の医療機関に転院した場合に自己負担が免除	全民健康保険法第48条 第48条 1 保險對象有下列情形之一者, 免依第四十三條及前條規定自行負擔費用: (被保險者が以下のいずれかに当てはまるときは、第43条及び第47条(入院の場合の自己負担)の自己負担を免除できる) 三、山地離島地區之就醫。 (山間離島での診療)

出所: 全民健康保険法条文、中央健康保険署「2020-201全民健康保険ハンドブック」をもとに作成

表2 台湾のへき地医療対策(医療サービス提供体制)

計画名(仮訳)	優化偏鄉醫療精進計畫(第二期) (へき地医療改善促進計畫(第2期))
期間	2024年~2027年
目的	台湾には医療サービス不足地区、医療サービスの地域差が存在。「へき地優先、ぜい弱者優先」の考えで、山間部へき地の医療サービスを充実させること
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・山間部、離島などでは医療資源が十分でない</li> <li>・医師の確保が難しい、医師不足の程度が大きい</li> <li>・山間部などの医療は依然として公立病院、衛生所が担っている</li> </ul>
政策課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基礎的な医療サービスへのアクセスの向上</li> <li>・地域の救急医療対応能力の向上</li> <li>・地域の医療人材の確保と人材不足への対応</li> <li>・救急搬送能力の向上</li> </ul>
政策の柱	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域の救急医療対応能力の強化</li> <li>2. 地域レベルの医療サービスの量と質の向上</li> <li>3. 地域の医療人材の充実</li> <li>4. 緊急移送システムの強化</li> </ol>

出所: 衛生福利部「優化偏鄉醫療精進計畫」「優化偏鄉醫療精進計畫(第二期)」をもとに作成

(追加)

## 6. オンライン診療の課題

# オンライン診療の普及のために必要と考えられること

- ・ 電子カルテの標準化と同様、へき地の医療機関ではオンライン診療の設備も国主導で標準化を進める。
- ・ 「D to P with S (Supporter)」 という概念の整理と普及＝サポータースタッフの育成を国レベルで標準化し資格化する。

## ※D to P with S (Supporter) について

- ・ 北米で実用化しており医療資格は必須ではない
- ・ 役割：①ビデオ通話・PC操作補助、②機器設置、③患者の不安軽減、④必要に応じた測定補助（血圧測定等）

## 他の案として

- ・ 医療ITエンジニアを育成する。
- ・ メディカルクラークにITリテラシーを必須とする。