

都道府県のうち 86%(37/43)でへき地保健医療計画が策定済みあるいは策定中であった。また、へき地・離島における医療の供給体制を検討するへき地保健医療対策協議会等の設置については 70%(30/43) (うち現在策定作業中1)に設置されていたが、組織団体について個別に回答を求めると、医師会の代表者、都道府県内医学部の関係者、関係自治体の行政担当者、機構などが主な構成メンバーで、全ての拠点病院の関係者が加わっているところは半数に満たず、住民が参加しているところは 20%(6/30)に過ぎなかった。機構が実施しているへき地医療支援事業の企画調整については、へき地保健医療計画策定への関与、拠点病院からの短期の医師派遣、へき地医療従事者への研修の計画、へき地からの意見の集約などが主であった。機構が考える拠点病院の果たすべき機能については、へき地への不特定の代診、へき地の医師の研修、巡回診療、定期的な非常勤医師の派遣など拠点病院外での支援を期待していた。また、へき地医療支援機構として、救急分野を視野に入れて政策立案に関わっていくべきとするところは 60%(21/43)であった。

2). 研修医教育や救急搬送におけるへき地医療機関との連携について

へき地・離島医療の研修に対して、受け入れを依頼・調整しているとした機構が 32%(13/42)で、情報提供をおこなっているのは 17%(7/41)、その他では、今後検討するとした機構もあったが、個別の病院のプログラムに関与しづらいと回答した機構もあった。へき地・離島医療を経験できる初期臨床研修プログラムがあるとしたのは、78%(33/42)であった。コメントのなかで、機構のみではなく、衛生部局等が関与している都道府県もあった。機構の立場で、初期臨床研修への関与に関して、一定

の関与がある機構は 21%(9/42)であった。一方、研修医教育にへき地・離島医療を組み込むことを必要と考える機構は 93%(40/43)であった。その他の意見として、へき地の医療機関側の体制や指導力に対する懸念を感じている機構もあった。また、指導に勢力を注ぐのではなく、日常診療を一緒に行うことでも十分に研修することができるとの意見もあった。後期臨床研修プログラムについて、へき地・離島医療を経験できる後期研修プログラムがあるとした機構は 44%(17/39)であった。へき地・離島医療研修に関しては、総合医の養成としてへき地・離島医療研修は有効と考えている機構がいくつかあった。救命救急センターとの連携に関して、へき地医療機関からの重症例の救急搬送について、救命救急センターとの連携ができていたとした機構は 80%(33/41)であった。

3). へき地・離島からのヘリコプターを利用した広域救急搬送について

本年 6 月に制定されたドクターヘリ特別措置法制定に伴う行政としての進展について具体的な進展があったとした機構はわずかに 14%(6/43)に過ぎず、予想以上に進捗状況はよくないものであった。しかしながら、消防防災ヘリとドクターヘリの違いについては、機構の 77%(33/43)が説明可能としていた。ドクターヘリ導入によって、現行のへき地・離島からの救急搬送体制に変化が生じると考えている機構は 57% (24/42)であった。ドクターヘリが導入された場合、基幹病院(ドクターヘリ事業実施病院)はどこがふさわしいかについては、現在、消防防災ヘリ等がよく搬送を行っている救命救急センターと回答した機構が 49%(20/41)であった。消防防災ヘリ、ドクターヘリの 2 つの搬送手段が存在する体制となった場合、へき地医療支援の分野においては、ドクターヘリが主体となっていくと考える機構が

40%(17/42)、両者が並列して利用されると考える機構が 36%(15/42)であった。ドクターヘリはへき地医療支援に役立つと考えている機構は 90%(38/42)を占めた。

4). へき地・離島医療に従事する医師確保について

へき地・離島医療に従事する医師については、十分に確保できていないと回答した機構は 75%(32/43)もあった。また、へき地・離島医療に従事する医師を支援(特に代診等の診療支援や IT 等を使った遠隔診療支援に関して)するための医師(へき地支援医師)についても、確保されていないと回答した機構は 62%(27/43)であり、確保されているとしたのは 26%(11/43)に限られており、都道府県によって格差が見られた。

また、現在の国が行っている医師確保に向けての施策(医学部定員増や一部地域への緊急医師派遣等)は、医師確保のために根本的な解決につながる手立てだと考えている機構は 5%(2/43)と少なく、多くの都道府県は根本的な医師確保にはつながらないと判断していた。へき地・離島医療に従事する医師確保について、主体となるべき活動単位として理想的だと考えられるものとして、国が主導すべきと考えている機構が多かった。また、へき地・離島医療に従事する医師を支援するために、政策的に医師を配置するとした場合に、最も有効だと考えられる場所については、拠点病院とする機構が多かった 47%(27/43)。救命救急センターと回答した都道府県は少なかった 5%(2/43)。医師や医療機関の偏在が、現在のへき地・離島医療に従事する医師不足の大きな原因となっているが、これを根本的に解決するための方策としては、一定期間のへき地・離島勤務の義務化(開業のための必要条件にする等)を選択した都道府県が半数近くあった。その他の回答や意見等については一

覧表にまとめた。

2. へき地医療拠点病院

1). 拠点病院の概要とへき地医療支援について

253 施設に調査を行ない、121 施設から回答が得られた。回答率は 48%であった。拠点病院の概要について、開設者は都道府県 2 割、市町村 3 分の 1、公的病院 2 割などと公的な性格を持つものが多数を占めていた。診療科数 11 以上の病院が 6 割以上、病床数 200 以上、医師数が 20 名以上のものが 5 割強であった。へき地医療支援の具体的内容としては、6 項目以上へき地医療支援を担当している施設は 30%(36/120)に過ぎなかった。多くは 5 項目に満たない業務しか担当しておらず、「へき地医療の支援を行っていない」とするところも 1 施設あった。担当業務について、半数以上の施設が担当しているのは、診療時間内および時間外の患者の受入れ、定期的な非常勤医師の派遣、初期臨床研修における「地域保健・医療」の受入れなど、あまり院内から外に出ないで行えるものに限られていた。へき地巡回診療や冠婚葬祭や学会出席などのための不定期の医師派遣[代診]を行っているところは 3 分の 1 に過ぎなかった。また、半数近くの施設が医学生の実習を受け入れていた。へき地医療支援に対する取組み姿勢については、診療時間内・時間外の患者の受入れについてはほぼ 4 割の施設が現状で十分と考えていた。医学生の実習の受入れ、初期臨床研修における「地域保健・医療」研修の受入れ、へき地巡回診療では 15%程度の施設が十分と考えていた。また、へき地への定期的な非常勤医師の派遣あるいは不定期の代診については 10%の施設が十分とするに過ぎなかった。その一方で、「十分ではないが現状で精一杯」あるいは「現状は能力以上」と回答した施設は、

定期的な非常勤医師の派遣では6割近く、不定期の代診、へき地巡回診療では4割近く、医師・医療職種(看護師)の研修、中長期の常勤医師・医療職種(看護師)の派遣、定期的な症例検討会では3割近くとなっていた。また、「現状より充実させたい」との回答は、総合的な臨床医を養成するための研修プログラム(3~5年目)、初期臨床研修(卒後1~2年目)の「地域保健・医療」の受入れ、医学生の実習の受入れ、診療時間内・時間外の患者の受入れなどの項目で高かった。

2) 研修医教育や救急搬送におけるへき地医療機関との連携について

回答を得た拠点病院のうち、管理型もしくは協力型臨床研修病院であったのは83%(99/119)で、更に、研修協力病院が11%(13/119)あり、管理型・協力型など何らかの形で研修医教育に関わっている施設が94%(112/119)と高い割合であった。しかしながら、「地域保健・医療」研修プログラムで、へき地・離島医療を経験できる施設は66%(75/114)に過ぎず、十分とは言えなかった。特に、協力型病院では、48%(24/51)がへき地・離島医療研修を経験できないか、研修医を受け入れる機会がないと回答していた。へき地・離島医療研修を経験できるプログラムがある施設でも、へき地・離島研修の希望者がいないなどの問題もあった。また、その一方で、研修協力施設(研修協力病院ではないが、短期間研修医を受け入れて研修指導する医療機関)では、85%(11/13)の施設でへき地・離島医療研修ができるという回答があった。へき地・離島の研修の必要性に関しては、88%(91/103)が必要と認識していた。一方、後期研修に関しては、へき地・離島医療を経験できるプログラムがあるとする施設は24%(27/113)と少なかった。プログラムをもつ施設をタイプ別でみると、

管理型28%、協力型18%、管理型および協力型23%という割合であった。へき地・離島医療研修を専門研修として組み込むことの困難さがあると思われる。プログラム策定に機構や都道府県の関与があると回答があった施設は28%(17/61)であった。救命救急センターとの連携に関しては、へき地医療機関からの重症例の救急搬送についての印象を確認したところ、救命救急センターとの連携ができていない施設が75%(89/118)であった。連携がほとんどないと回答した施設も19%(22/118)あり、それらは、重症例であったとしても自施設や近隣の施設にて対応しているということであった。多くは、3次対応症例は救命救急センターへ適切に搬送されているが、消防・自治体の管理職や医師会などの面子を重視するために域内や近隣へ搬送を余儀なくされているという意見もあった。

3) へき地・離島からのヘリコプターを利用した広域救急搬送について

へき地・離島からの救急患者搬送におけるヘリコプターの利用について、利用したことがないと回答した施設が47%(56/120)もあった。ヘリポートの設置場所については、施設の近隣もしくは敷地内、屋上とした回答が55%(66/120)であった。ドクターヘリ特別措置法が制定された後に、行政を含めた動きに変化を認めたかについては、ほとんど進展はないとする施設が81%(95/118)であった。消防防災ヘリとドクターヘリの違いについては、ある程度の認識があるとした施設が61%(72/119)で、説明が可能とした施設をあわせると95%(111/119)は一定の理解が得られていると回答していた。ドクターヘリが導入された場合、現行の救急医療体制に変化が生じると考えている施設が73%(86/119)であった。ドクターヘリが導入された場合、基幹病院(ドクターヘリ事業実施病院)は「現在消防防災ヘリ等がよく搬送を行っている救命救急センタ

一」と64%(76/118)の施設が考えていた。消防防災ヘリ、ドクターヘリの2つの搬送手段が存在する体制となった場合、どちらが主となって活動するかについては、ドクターヘリが主体で活動すると回答した施設が53%(63/118)と多く、両者を並列して利用するところが38%(45/118)であった。その両者が活動するにあたって、どのような機能分担が考えられるかについては、搬送種別による(ドクターヘリは現場搬送、消防防災ヘリは転院搬送など)とする回答が最も多かった。消防防災ヘリで後方病院に患者を搬送する際の大きな支障は、要請手続きとする回答が多かった。ドクターヘリに関しては多くの施設がへき地医療支援に大いに役立つものと考えていた。ヘリコプター搬送となった患者さんについて何らかの分析をしている施設が多かったが、全く分析をしていない施設が32%(34/107)あった。ドクターヘリが導入された場合、基幹病院となる救命救急センターに対しては、救急搬送患者の確実な受け入れを求めている。

4). 医師確保について

医師確保について、へき地医療拠点病院の89%(106/119)で医師が不足していると回答した。その主な不足診療科としては、回答施設数では①内科②整形外科③麻酔科③産婦人科の順であった。平均不足医師数では、①救急科②内科③総合診療科④産婦人科という結果であった。現在の国が行っている医師確保に向けての施策(医学部定員増や一部地域への緊急医師派遣等)は医師確保のために根本的な解決につながるものかという設問については、医師確保にはつながらないと回答した施設が76%(91/119)と多かった。へき地・離島医療に従事する医師確保については、国が主導すべきとした施設が56%(66/119)と多かった。へき地・離島医療に従事する医師を支援する目的で、政策的に定員外の医師を配置させるとし

た場合に、最も有効だと考えられる場所については、拠点病院と考える施設が43%(51/119)と多かった。医師や医療機関の偏在を根本的に解決するための方策として考えられるものとしては、一定期間のへき地・離島勤務の義務化(開業のための必要条件にする等)と回答した施設が44%(50/115)と多かった。その他の回答や意見等については一覧表にまとめた。

D. 考察

この分担研究は、救命救急センターとへき地医療機関との効果的な連携を図るための方策とその根拠を提示することを目的としたものである。昨年度の調査研究では、全国の都道府県でへき地医療および救急医療の担当者に対してアンケート調査を実施し(へき地該当のない千葉、埼玉、神奈川、大阪は除く43都道府県)、以下のことが明らかとなった。①医師確保は地元の工夫ではなく国策として対応する必要がある、②第10次へき地保健医療計画に盛り込まれた医療資源・スタッフの適正配置・集約化に向けての取り組みはまだ不十分である、③へき地診療所からの後方病院への搬送は、平均所要時間も短縮化されつつあり、近隣へのヘリポート整備も全国的に進んでいる、④へき地医療支援機構と基幹となる救命救急センターとの連携が行われているところは少ない、⑤へき地に対するITを利用した画像伝送等の診療支援により、診療の質が向上するとともに、広域救急搬送の構築にも効果的である。

平成19年6月には、ドクターヘリ特別措置法(救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法)が国会で制定され、ヘリ・航空機等による搬送も全国に普及しつつある状況のなかで、拠点病院や機構、へき地医療機関ならびに地元消防機関等が、基幹となる

救命救急センターとの連携をより深めることが重要であると考えられる。また一方では、救急医療とへき地医療を連携させた形の卒後研修制度を提供できる環境づくりも必要となってきた。これらのことを実現していくためには、救急医療とへき地医療がより密に連携できる体制づくりや都道府県の積極的な関与などが必要であるが、昨年の調査結果では、全国の救命救急センターのうち、拠点病院の指定を受けている施設は31病院に過ぎず、機構と基幹となる救命救急センターとの連携が行われていると回答した県は8と少なかったことから、今年度は、この拠点病院と機構に焦点をあてて調査研究を実施した。

この研究は、機構と救命救急センターとの連携不足の解消、へき地・離島と救命救急センターを連携した卒後研修のあり方、法案が通ったドクターヘリのへき地・離島における活用と消防防災ヘリとの併用のあり方、へき地医療にかかわる医師確保の問題などについて焦点を絞って考察する。

鈴川らが平成15年2月に行なった機構に関する調査では、37都道府県(対象に対する回答率86.0%)から回答が得られ、21の機構が設置済みあるいは平成15年度設置予定であった。21の機構の設置施設は、都道府県庁7、都道府県立病院が9、公的病院3、医科大学附属病院1、財団1となっていた。病院に設置されている13機構の特徴(複数回答)は、へき地医療拠点病院12、救急告示病院10、臨床研修病院が9、特定機能病院1であった。今回の調査結果では、機構を設置している都道府県はほぼ倍増していた。第10次へき地医療計画が始まりようやく第9次へき地医療計画で設置することとなったへき地医療支援機構が定着して来ていることが伺える。

以前の調査では拠点病院に設置されている

機構が多かったが、今回の調査では、一転して都道府県庁に設置されているところが多かった。その理由として、拠点病院に設置されていると、同一院内では機構から拠点病院としての業務を依頼しても取り合ってもらえなかったり、他の拠点病院へ依頼しても機構が設置されている拠点病院で対応すべきと拒否されたりして、機構として機能が十分に発揮できないなどの弊害があった可能性がある。へき地保健医療計画については、大部分の都道府県で策定済みか策定中であつたが、もっとも大切なのは、実行可能で有効な施策が盛り込まれているかどうか、内容を評価することであつた。へき地・離島における医療の供給体制を検討するためのへき地保健医療対策協議会は4分の3の都道府県に設置されていたが、構成を見ると行政、医育機関、医師会などの関係者など従来の地域医療計画に関係する組織は参加しているが、全ての拠点病院や住民の参加は十分でなく、第10次のへき地医療計画で目標とされた幅広い関係者に集まってもらい検討をするという趣旨は十分には実現されていないものと思われる。実際の機能に関しては、機構が行なっているへき地医療支援事業の企画調整は、へき地保健医療計画策定への関与、拠点病院からの短期の医師派遣、へき地医療従事者への研修の計画、へき地からの意見の集約が主なものであり、これらは以前の調査の結果とくらべ変化が乏しく、改善しているとはいいがたい。

一方、機構が考える拠点病院の果たすべき機能については、へき地・離島への不規則の代診、へき地の医師の研修、巡回診療、定期的な非常勤医師の派遣など拠点病院外での支援を期待していた。この結果は、後述する拠点病院自身が考えるものと大きく異なっており、以前の調査と同様の傾向であつた。拠点病院の特徴

から、一口に拠点病院とは言っても病院の規模や機能にはかなりの幅があることが判明した。へき地中核病院とへき地医療支援病院の名称が統合されへき地医療拠点病院となった結果、へき地・離島との距離が比較的近い小規模の病院(旧中核病院)と、都市部に存在する比較的大きい病院(旧支援病院)との二極分化が存在していることが示唆される。こうした拠点病院の性格の違いは、おそらくへき地医療に対する支援の姿勢にもおのずと影響すると考えられる。

そこで、拠点病院の規模を示す客観的指標から、拠点病院の性格を分類し、それにより支援の状況および支援に対する姿勢に差が認められるかについて検討した。指標として、病床数、医師数、診療科数を用いて分析した。病床数については200床未満と200床以上で、医師数については20人未満と20人以上で解析したが、支援の状況および支援に対する姿勢については2群で差は認められなかった。なお、病床数と医師数の相関係数は0.84であった。医療法などで、配置すべき医師数が病床数で決められているため当然の結果とすることができる。次に、診療科数との関係について分析した。ちなみに、病床数と診療科数との相関係数は0.61、医師数と診療科数との相関係数は0.50であった。診療科が10科以下の施設と11以上の施設の間で、へき地医療支援の状況および姿勢について差があるかどうかについて解析した。

実際のへき地医療支援状況について、医師等の派遣や巡回診療、患者の受入れなど診療分野の状況をグラフ1に、研修分野の状況をグラフ2に示す。定期的な非常勤医師の派遣と、初期臨床研修における「地域保健・医療」の受入れについては、診療科数10以下の小規模の施設の方が、10ポイント以上対応率が高かった。 χ^2 乗検定を行なったが、2群で有意な差は認

められなかった。一方、へき地に勤務する医師の研修や、総合的な研修プログラム(卒後3~5年目)、定期的な症例検討会については、診療科数11以上の大きな施設の対応率が高かった。患者の受入れについては、2群で大きな差は認められなかった。

つづいて、へき地医療支援に対する姿勢について、診療分野についてグラフ3に、研修分野についてグラフ4に示す。定期的な非常勤医師の派遣については、前述のように小規模の施設における対応率が高かったが、診療科数10科以下の施設では「現状で精一杯」「現状は能力以上」とするものが20ポイント以上高かった。一方、へき地巡回診療については、11科以上の施設において、現状で限界とする回答が20ポイント以上高かった。患者の受入れ、初期臨床研修「地域保健・医療」の受入れ、医学生の実習の受入れについては、「現状で十分」「さらに充実させたい」とする肯定的な回答が多かった。

へき地・離島医療研修に対して、研修受け入れや情報提供を行っている機構(都道府県)の割合はまだまだ少ない。機構として関与していると回答したのは、青森、山形、福島、茨城、群馬、石川、徳島、高知など、へき地等の医師確保に苦勞しているところが多かった。その関与方法としては、管理型臨床研修病院の研修管理委員会メンバーとして機構(行政)が登録をされているとか、研修医派遣の割り振りなどを行う形やプログラムそのものの策定に関与している機構もあった。(注釈:臨床研修病院は研修管理委員会を設置して適切な研修ができるようにする必要があり、この委員であればプログラムに対する提言をすることができる)。ただ、今回の調査によって、へき地・離島医療研修を経験できる初期研修プログラムはかなり整備されてきていることが分かった。新医師臨床

研修制度に代わってから初期研修医がへき地・離島医療研修を経験する機会は大きく増えてきており、このことについては一定の成果が得られている。しかしながら一方で、後期研修に関してはまだまだ整備が不足しており、専門性の高い後期研修のなかでは、こういったへき地・離島医療研修の位置づけは一般的に難しいことを伺わせるものである(自治医大や札幌医大ニポポなど一部の教育施設ではうまくシステム化がなされているところもある)。また、機構の視点から見たへき地医療機関と基幹となる救命救急センターとの連携については、うまく運用がなされていると判断している地域が多く、ヘリ搬送を含めた広域救急搬送や情報・インフラ関係の整備が大きく貢献しているものと考えられる。

その一方で、拠点病院での回答でも機構とほぼ同様の結果を示した。興味深い点は、研修協力施設などベッド数の少ない小規模な医療機関の方がむしろへき地・離島医療研修のプログラムが充実しており、また研修医の受け入れ等についても積極的な姿勢がみられたことである。また、へき地・離島医療研修の必要性に関しては、回答があった拠点病院のほとんどが必要だと認識しており、全国的に医学教育のなかで積極的に推進していくべきものと思われる。プログラム策定に支援機構や都道府県の関与があると回答があった病院は、北海道、青森、茨城、新潟、岐阜、愛知、島根、高知、長崎の 16 病院と少なかった。これらの道・県では、へき地医療支援機構が政策医療のなかで、うまく機能している地域が多く、へき地・離島医療を経験できるプログラムの策定には、行政(特に機構など)が積極的に関与していくことが求められる結果となった。また、このことは、長期的な視点からもへき地・離島を有する都道府県における医師確保対策にもつながることであり、早い段階からの環境整備も必要である。

続いて、へき地・離島からのヘリコプターを使った広域救急搬送については、行政はドクターヘリと消防防災ヘリの違いについて説明できるとした機構が 77%と、両者の違いについては明確に理解していた。これは、平成 19 年 6 月に、ドクターヘリ特別措置法(救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法)が制定され、ヘリ・航空機等による搬送も全国に普及しつつある状況下にあるためか、機構(都道府県行政)ではヘリに対して大きな関心をもっていることが示唆された。また、ドクターヘリが導入された場合に、へき地医療がどう変化するかということについてもドクターヘリ単独運用もしくは消防防災ヘリとの併用により、へき地医療支援が向上するとする回答が多く見られ、ドクターヘリ導入はへき地医療支援につながるものと考えていた。しかしながら、ヘリコプターの必要性をへき地医療の観点から行政の他部門に働きかけるほどの積極性が見られなかったのは残念な結果であった。

次に、拠点病院について述べる。まず、ヘリコプターを利用したことがないと回答した拠点病院が半数近くもみられたことは興味深い結果であった。前回の調査でも明らかになったように、おそらく地理的条件から医療機関までの搬送時間が長いと想定されるにもかかわらず、こういった結果が出たことは、医療機関側に、搬送時間に対する問題意識が少ないとも読み取れる。もともと拠点病院は、へき地・離島医療を担う病院として位置づけられている医療機関であり、孤立性が高く、周囲の病院群との関連が薄いことがあるのかもしれない。ヘリコプターを利用した動的な医療確保という構想があるが、病院としてもそれに期待をしていることがドクターヘリに対する期待という形で結果に現れていた。その一方で、ドクターヘリが導入された場合に、ふさわしいと思われる事業実施病院に対する意識を分析してみると、消防防災ヘリやドク

一ヘリの役割、その結果として生じる医療の改革についての理解が足りないことは否めない。

医師確保については、機構や拠点病院のほとんどが、現行の医師確保策は医師確保のための根本的な解決にはつながらないと考えており、両者が政策的に医師をプールすべきと考えているはずのへき地医療拠点病院が、実際には医師が十分に確保されていないという現実と理想のギャップが浮き彫りとなる結果となった。このギャップを埋めるための医師確保に向けての施策を推進していくためには、機構や拠点病院の多くは国が主導すべきと考えており、国策として対応すべきである。

E. 結論

1.へき地医療支援機構(都道府県行政)

1). 第10次へき地保健医療対策やへき地医療支援関連について

機構が考える拠点病院の果たすべき機能については、へき地への不定期の代診、へき地の医師研修、巡回診療、定期的な非常勤医師の派遣など病院外での支援を期待していた。

機構が多くの都道府県で定着してきていることが判明したが、へき地医療対策を向上させる目的で設置されたへき地保健医療対策協議会の内容は十分とは言えず、機構が主導してへき地医療対策を行う環境はいまだ確立されていない。

2). 研修医教育や救急搬送におけるへき地医療機関との連携について

へき地・離島医療の研修を提供するプログラムを持つ都道府県には、へき地・離島の医師確保に苦慮している都道府県が多かった。

へき地・離島を有する都道府県で医師確保を含めた対策のひとつとして、行政が積極的にへき地・離島医療を経験できる初期臨床研修プログラ

ムに関与することが必要と考えられる。

3). へき地・離島からのヘリコプターを使った広域救急搬送について

機構はドクターヘリと消防防災ヘリの違いをよく理解していたが、ヘリコプターの必要性をへき地医療の観点から行政の他部門に働きかけるほどの積極性は見られない。

4). へき地・離島医療に従事する医師確保について

機構が、政策的に医師を配置すべきと考えているはずの拠点病院には医師が十分に確保されていない。

2.へき地医療拠点病院

1). 病院の概要とへき地医療支援について

拠点病院では、診療科数の少ない小規模の病院のほうがへき地支援(非常勤医師の派遣など)や臨床研修の受入れに積極的な傾向があった。

2). 研修医教育や救急搬送におけるへき地医療機関との連携について

拠点病院のほとんどは研修医教育に関わっていたが、へき地・離島医療を経験できる研修プログラムをもつ病院は少数であった。

3). へき地・離島からのヘリコプターを使った広域救急搬送について

拠点病院ではヘリコプターの活用が少なく、消防防災ヘリやドクターヘリの役割、その結果として生じる医療体制の改革についての理解が不足していた。

4). 医師確保について

ほとんどの拠点病院で医師が不足しており、現行の医師確保策は医師確保のために根本的な解決につながらないと考えていた。

医師確保に向けての施策を推進していくためには、機構や拠点病院の多くは国が主導すべきと考えており、国策として対応すべきである。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

熊田恵介、福田充宏、澤田努、小倉真治、

今道英秋、高山隼人、鈴木正之

「へき地保健医療対策に関する調査」

第10回日本臨床救急医学会学術集会

2007年5月 神戸

今道英秋、鈴木正之、澤田努、小倉真治、

高山隼人、福田充宏

「へき地に勤務する医師を増加させるには、どうす

べきか～地域枠選抜の有効性の検討～」

第39回日本医学教育学会

2007年7月 盛岡

澤田努、鈴木正之、大田宣弘、浅井康文、

小倉真治、今道英秋、高山隼人、

「へき地医療と救急医療の関連性の構築に求めら
れるもの」

へき地・離島救急医療研究会第11回学術集会シ
ンポジウム

2007年10月 高知

今道英秋、鈴木正之、福田充宏、小倉真治、

高山隼人

「へき地・離島におけるヘリコプター(または
航空機)搬送の現状と課題」

第35回日本救急医学会

2007年10月 大阪

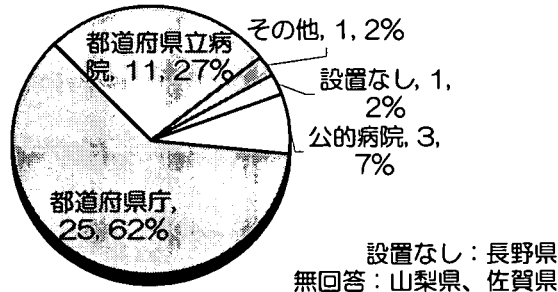
H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

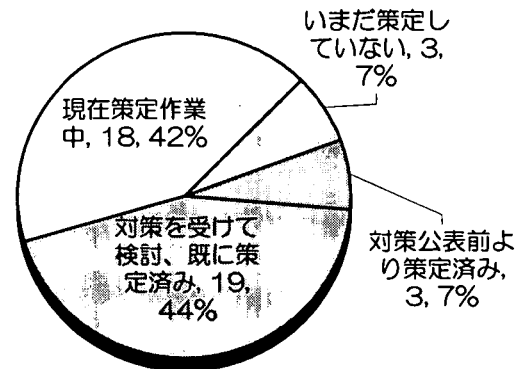
へき地医療支援機構アンケート結果

I. 第10次へき地保健医療対策やへき地医療支援関連について

n=41都道府県（無回答2）、値：都道府県数、構成比%



n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 「都道府県庁」：「その他運営はへき地医療拠点病院（自治体病院組合立病院）に委託。」との回答あり。
 ※ 「公的病院」：「県の委託事業として」との回答あり。
 ※ 「その他」：「地方機関」との回答あり。

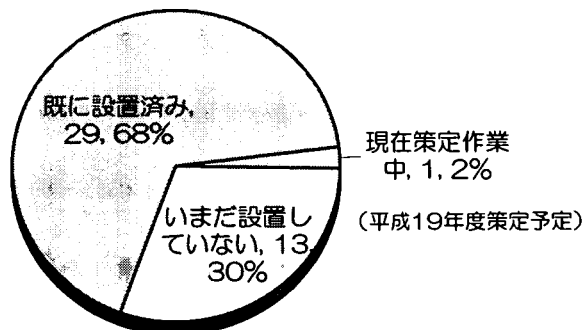
【参考】第10次へき地保健医療対策において、へき地保健医療計画を策定し、平成20年度までに医療計画に反映させることになっている。

※ 「現在策定作業中」及び「いまだ策定していない」：平成19年度策定予定16、平成20年度策定予定2都道府県。

図1 支援機構が設置されている施設の性格

図2 へき地保健医療計画の策定状況

n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



n=30都道府県、値：都道府県数（複数回答）

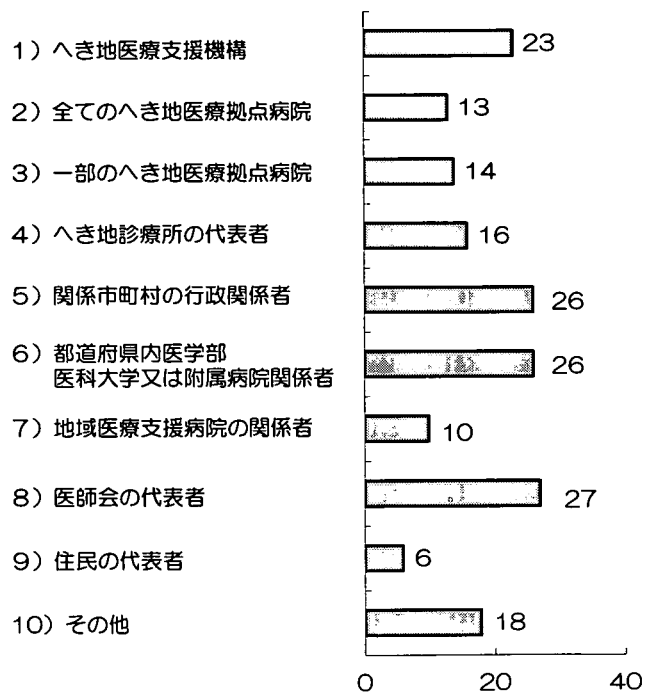
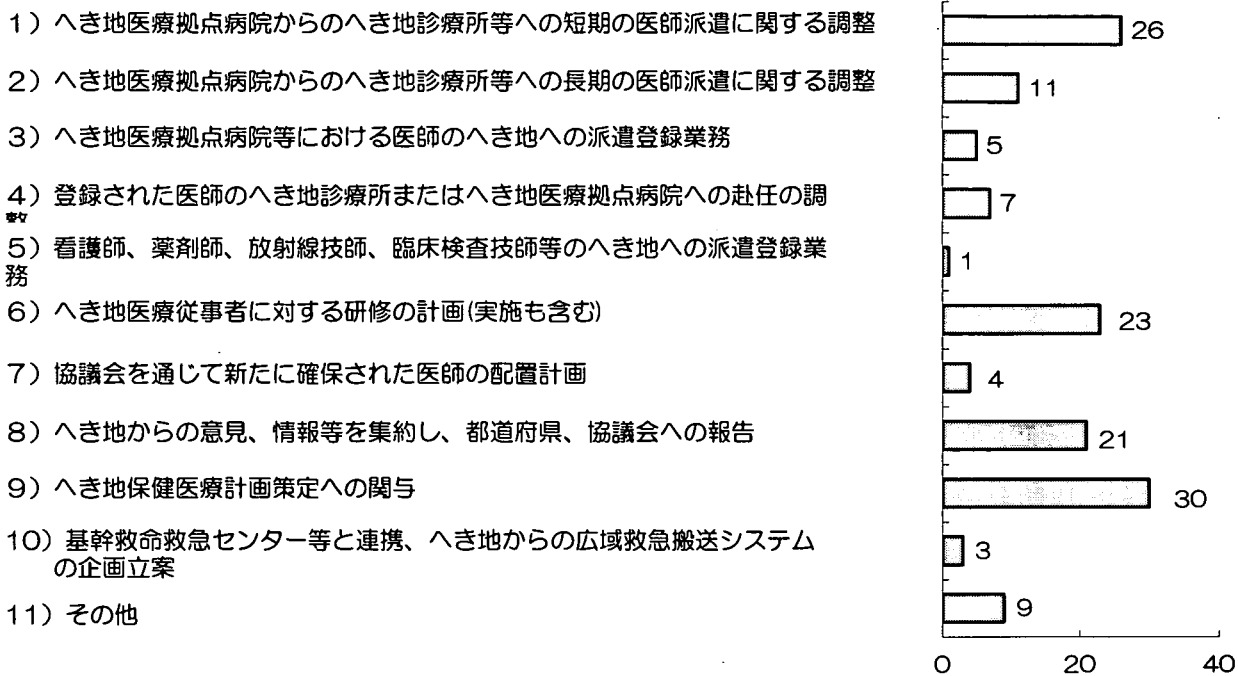


図3 へき地・離島における医療の供給体制を検討する組織（へき地保健医療対策協議会等）の設置状況

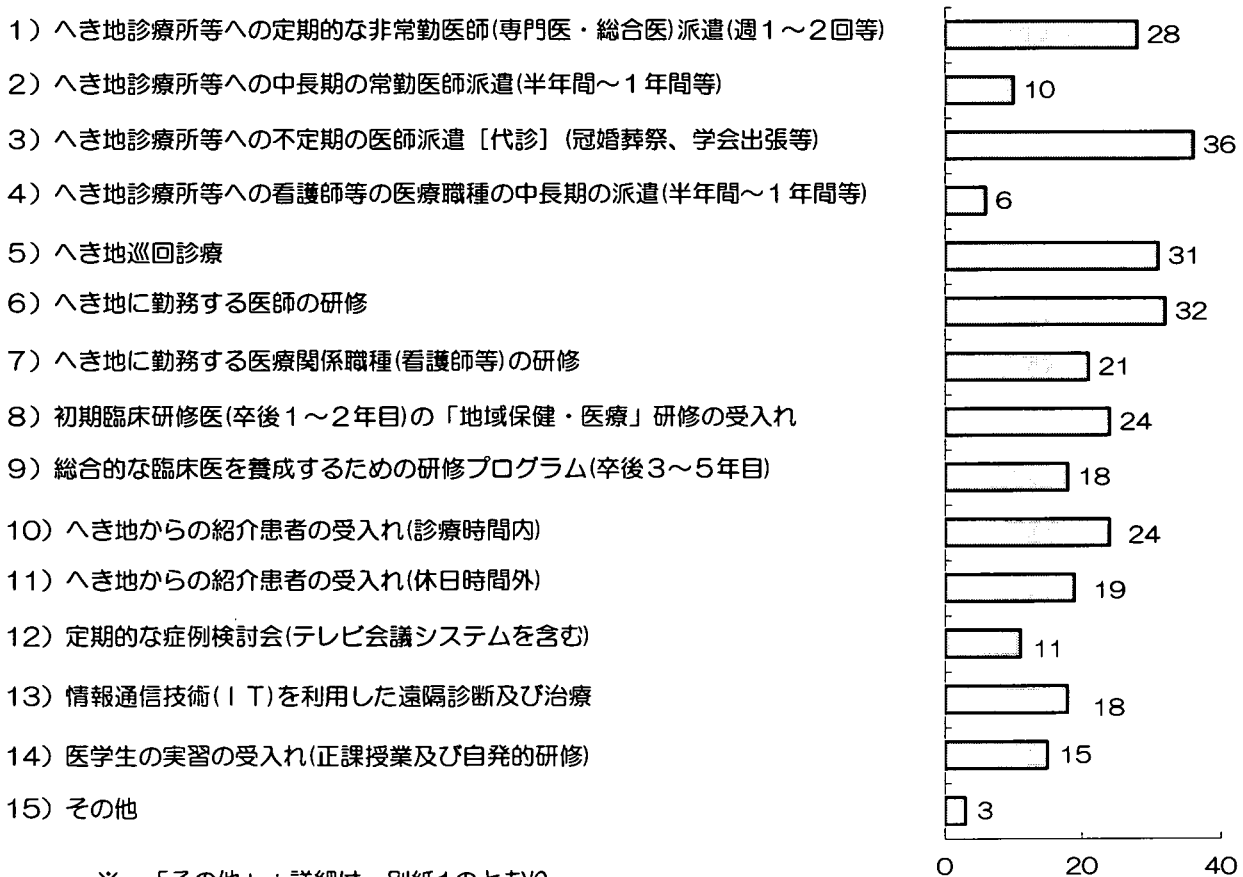
図4 機構協議会を構成する組織・団体（図3で設置済み又は発足予定と回答された機構対象）

※ 「その他」：詳細は、別紙1のとおり



※ 「その他」：詳細は、別紙1のとおり

図5 へき地医療支援事業において行っている企画調整業務について

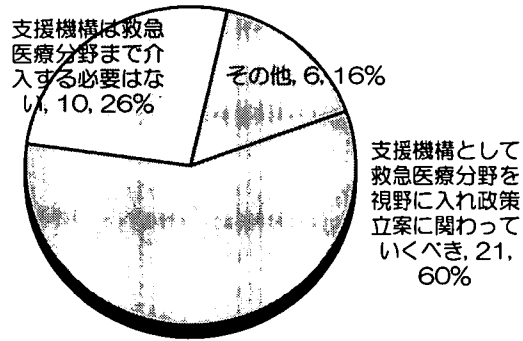


※ 「その他」：詳細は、別紙1のとおり

※ 7)、14)については、1県から「協力度度」との回答あり。

図6 へき地医療拠点病院が果たすべき役割について

n=38都道府県（無回答5）、値：都道府県数、構成比%

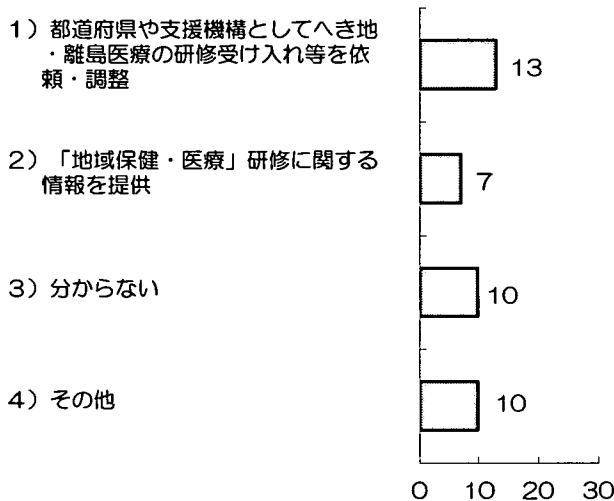


※ 自由記載及び回答理由は、別紙2のとおり。

図7 へき地医療支援機構と救急医療分野との連携について

II. 研修医教育や救急搬送におけるへき地医療機関との連携について

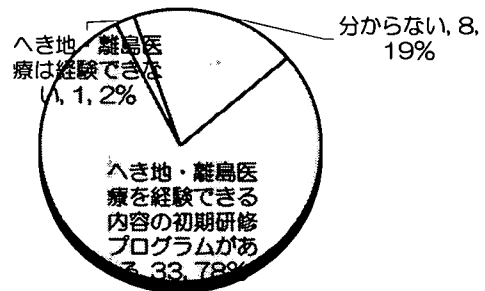
n=41都道府県（無回答2）、値：都道府県数（複数回答）



※ 自由記載は、別紙3のとおり。

図8 初期臨床研修「地域保健・医療」研修におけるへき地・離島医療の研修を提供する医療機関との連携について

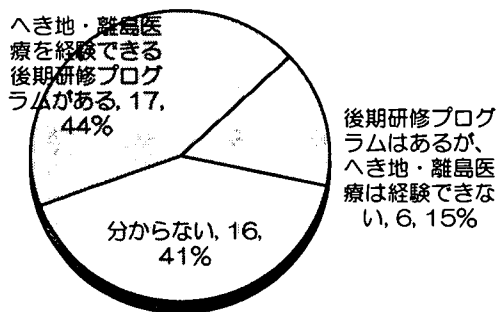
n=42都道府県（無回答1）、値：都道府県数、構成比%



※ 「へき地・離島医療を経験できる初期研修プログラムがある」と回答されたもののうち、策定に都道府県が「関与している」11、「関与していない」22都道府県

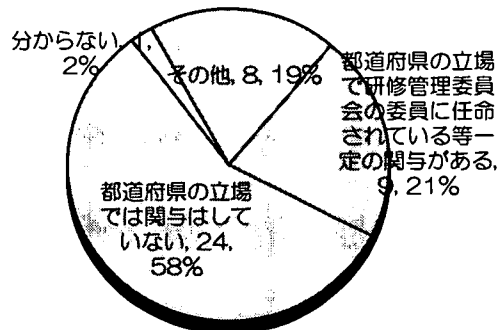
図9 初期臨床研修のプログラム内容について

n=39都道府県（無回答4）、値：都道府県数、構成比%



※ 「へき地・離島医療を経験できる初期研修プログラムがある」と回答されたもののうち、策定に都道府県が「関与している」9、「関与していない」8都道府県

n=42都道府県（無回答1）、値：都道府県数、構成比%

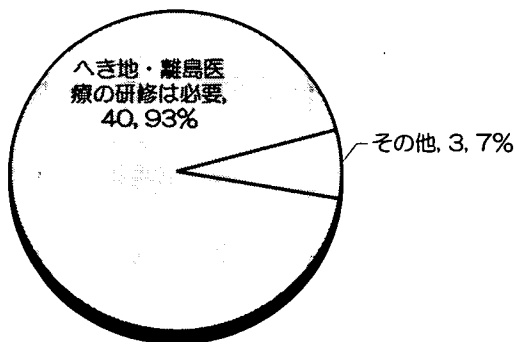


※ 自由記載は、別紙3のとおり。

図10 後期臨床研修のプログラム内容について

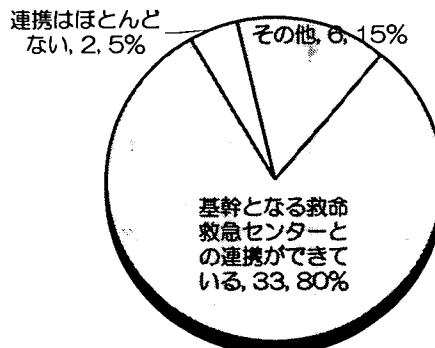
図11 都道府県(支援機構)の立場で、初期臨床研修(研修医教育)への関与について

n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 「へき地・離島医療の研修は必要ない」との回答はなし
 ※ 自由記載及び回答理由は、別紙4のとおり。

n=41都道府県（無回答2）、値：都道府県数、構成比%



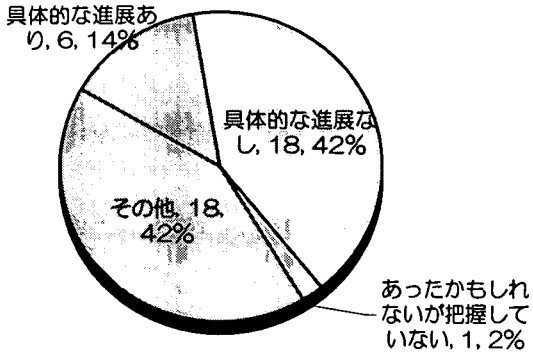
※ 自由記載は、別紙5のとおり。

図12 研修医教育(後期研修も含む)にへき地・離島医療を組み込む必要性について

図13 へき地医療支援機構の立場からのへき地医療機関(へき地診療所、中小自治体病院等)からの重症例の救急搬送についての印象

Ⅲ. ヘキ地・離島からのヘリコプターを使った広域救急搬送について

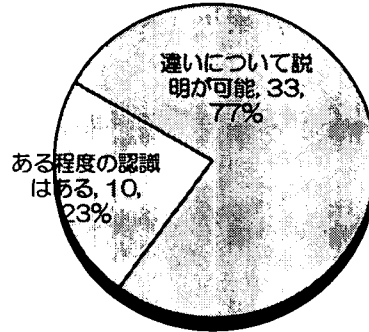
n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載は、別紙5のとおり。

図14 ドクターヘリ特別措置法制定に伴う行政としての進展について

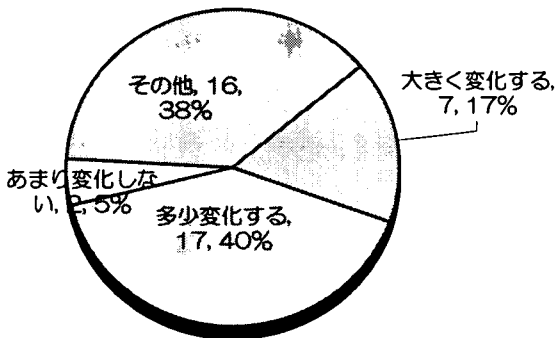
n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 「どちらも同じであると認識している」との回答はなし

図15 消防防災ヘリとドクターヘリの違いについて

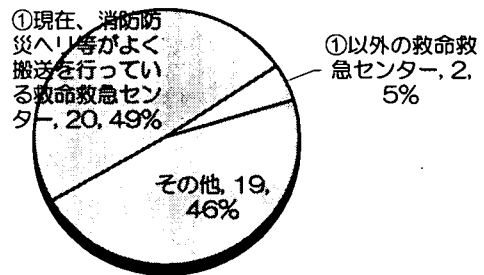
n=42都道府県（無回答1）、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載及び回答理由は、別紙6のとおり。

図16 ドクターヘリが導入された場合の現行の救急医療体制の変化について

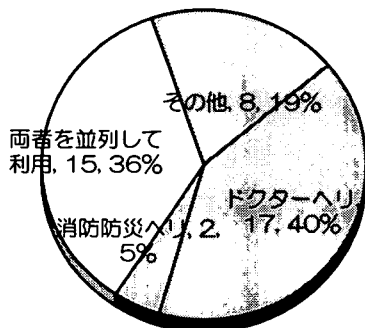
n=41都道府県（無回答2）、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載は、別紙7のとおり。

図17 ドクターヘリが導入された場合、ヘキ地医療支援機構の立場からふさわしいと思われる基幹病院（ドクターヘリ基地）

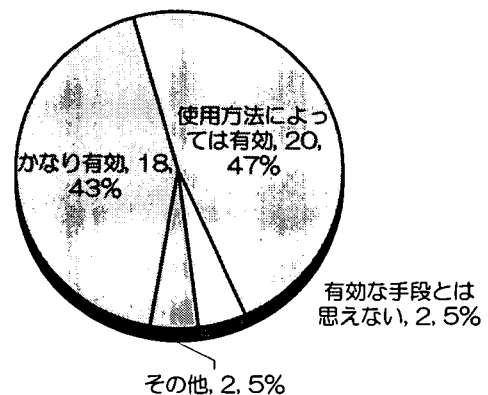
n=42都道府県（無回答1）、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載及び回答理由は、別紙8のとおり。

図18 県内で消防防災ヘリ、ドクターヘリが存在する体制となった場合、どちらが主として活動すると考えられるか

n=42都道府県（無回答1）、値：都道府県数、構成比%

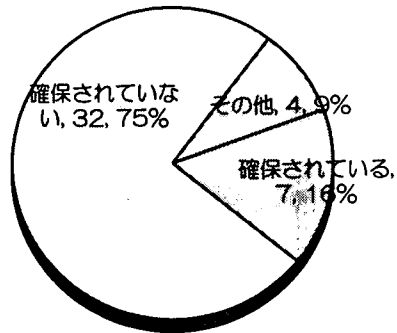


※ 自由記載及び回答理由は、別紙9のとおり。

図19 ドクターヘリはヘキ地医療支援になると考えられるか

IV. へき地・離島医療に従事する医師確保について

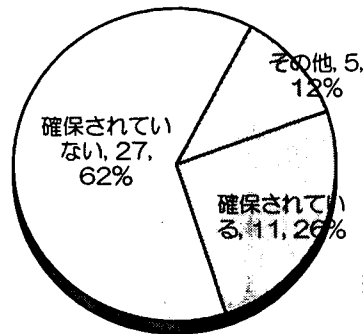
n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載は、別紙10のとおり。

図20 へき地・離島医療に従事する医師が確保されているといえるか

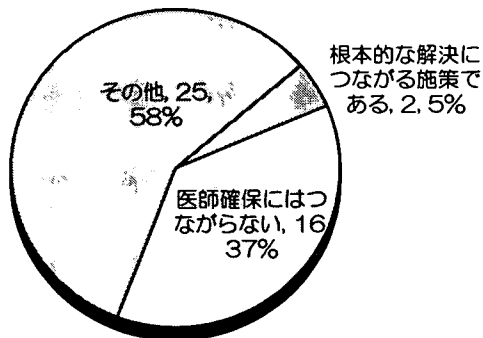
n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載は、別紙10のとおり。

図21 へき地・離島医療に従事する医師を支援（特に代診等の診療応援やIT等を使った遠隔診療支援に関して）するための医師が確保されているか

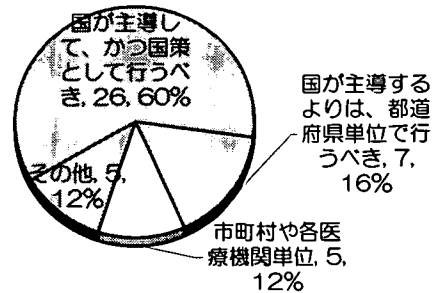
n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載及び回答理由は、別紙11のとおり。

図22 現在の国が行っている医師確保に向けての施策について

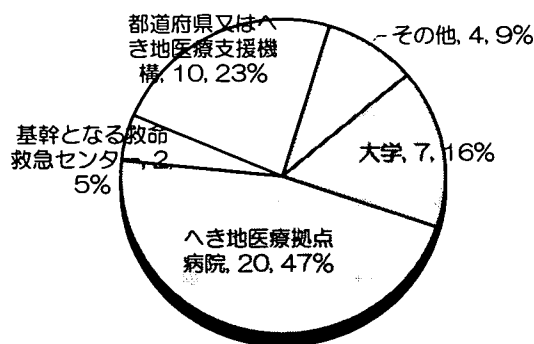
n=43都道府県、値：都道府県数、構成比%



※ 自由記載は、別紙12のとおり。

図23 へき地・離島医療に従事する医師確保について主体となるべき活動単位として理想的と考えられるもの

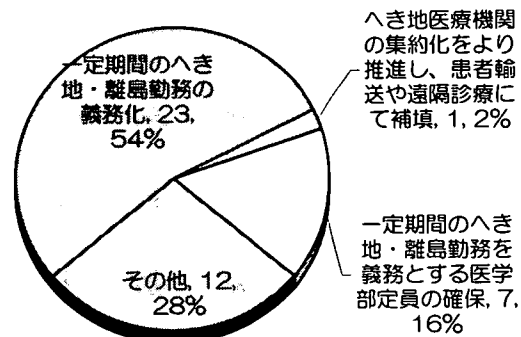
n=43都道府県、値：都道府県数（複数回答）



※ 自由記載は、別紙12のとおり。

図24 へき地・離島医療に従事する医師を支援する目的で政策的にへき地支援医師をプールさせる場合、最も有効と考えられる場所について

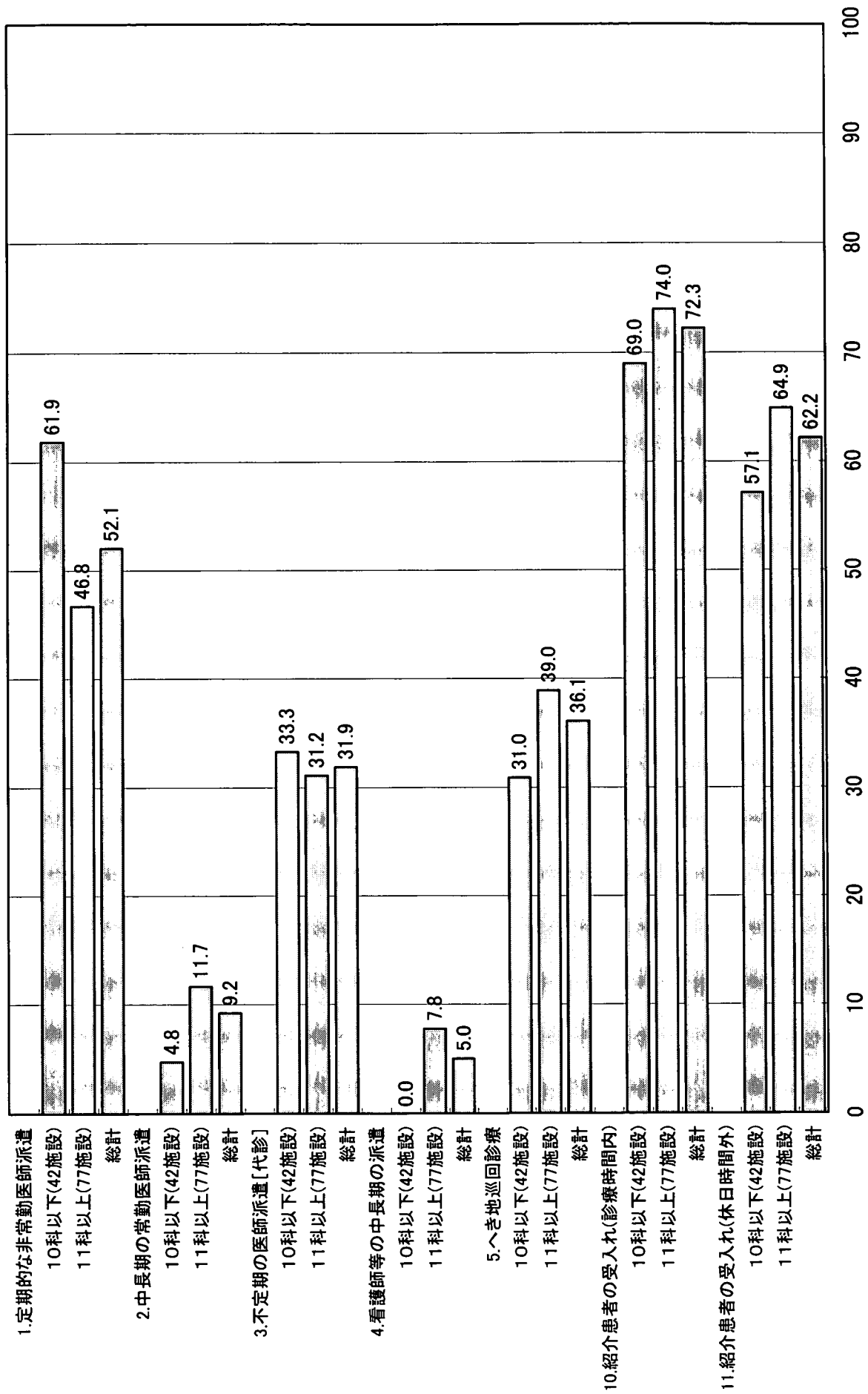
n=43都道府県、値：都道府県数（複数回答）



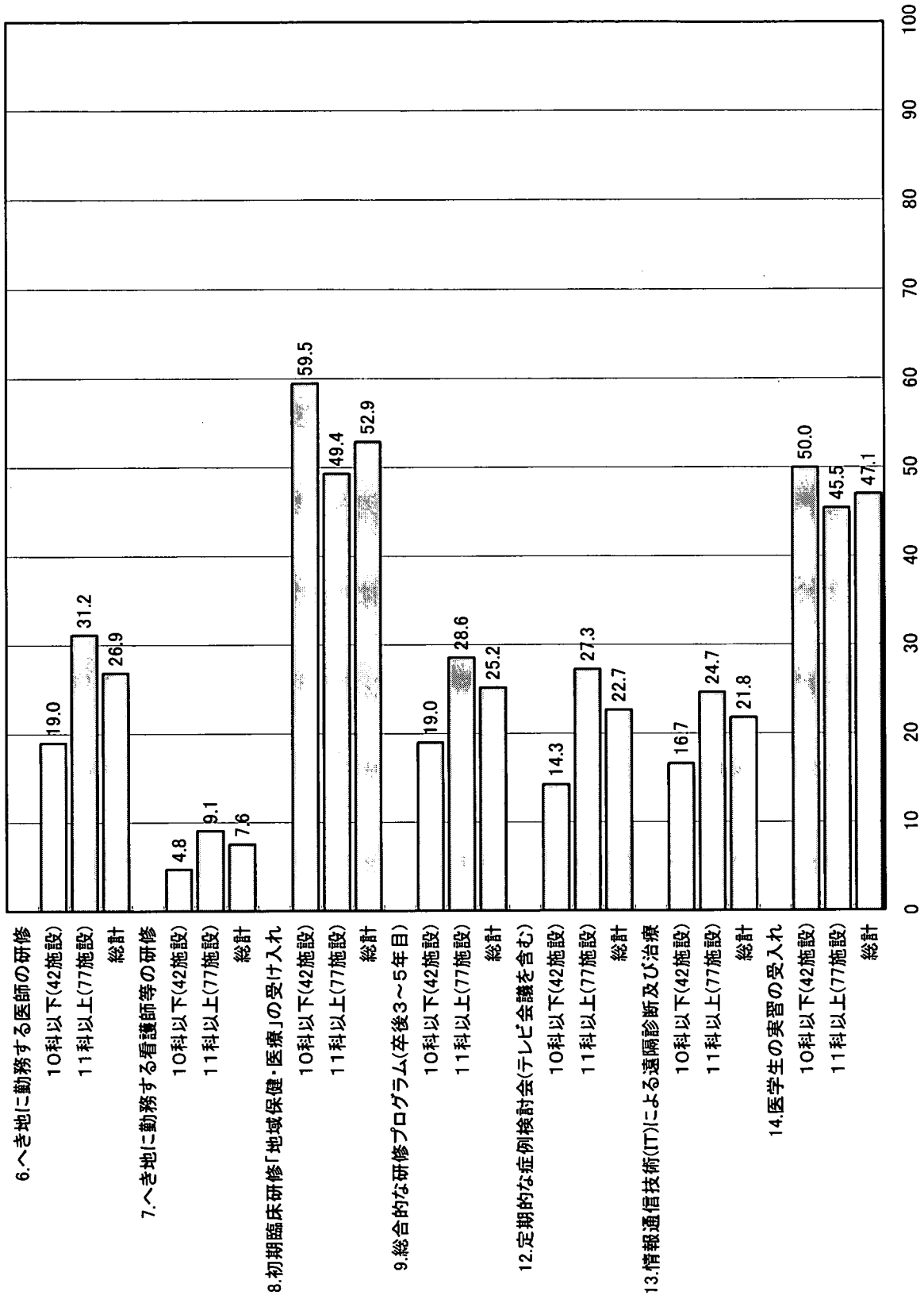
※ 自由記載は、別紙13のとおり。

図25 医師や医療機関の偏在の根本的な解決策について

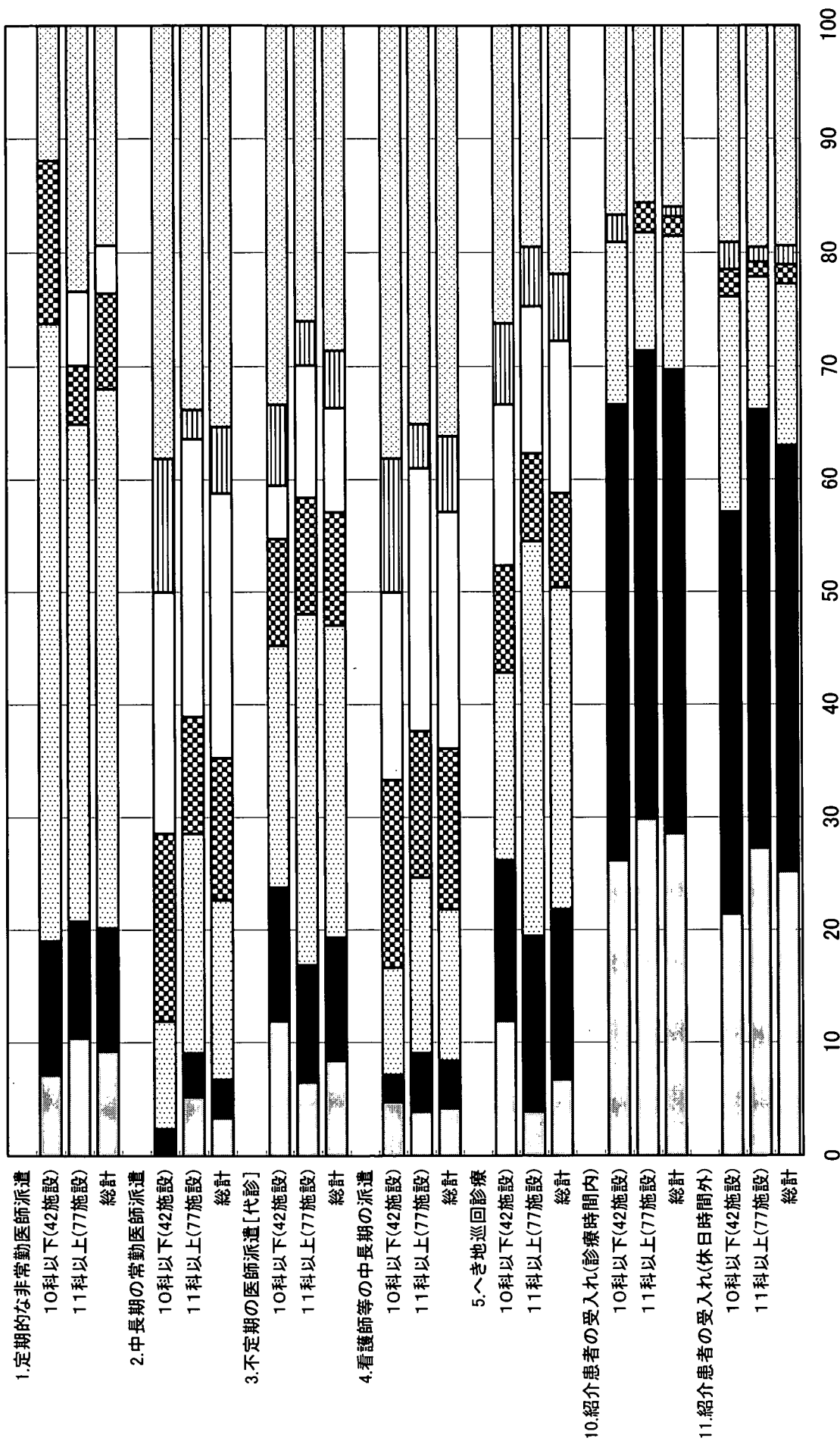
グラフ1



グラフ2

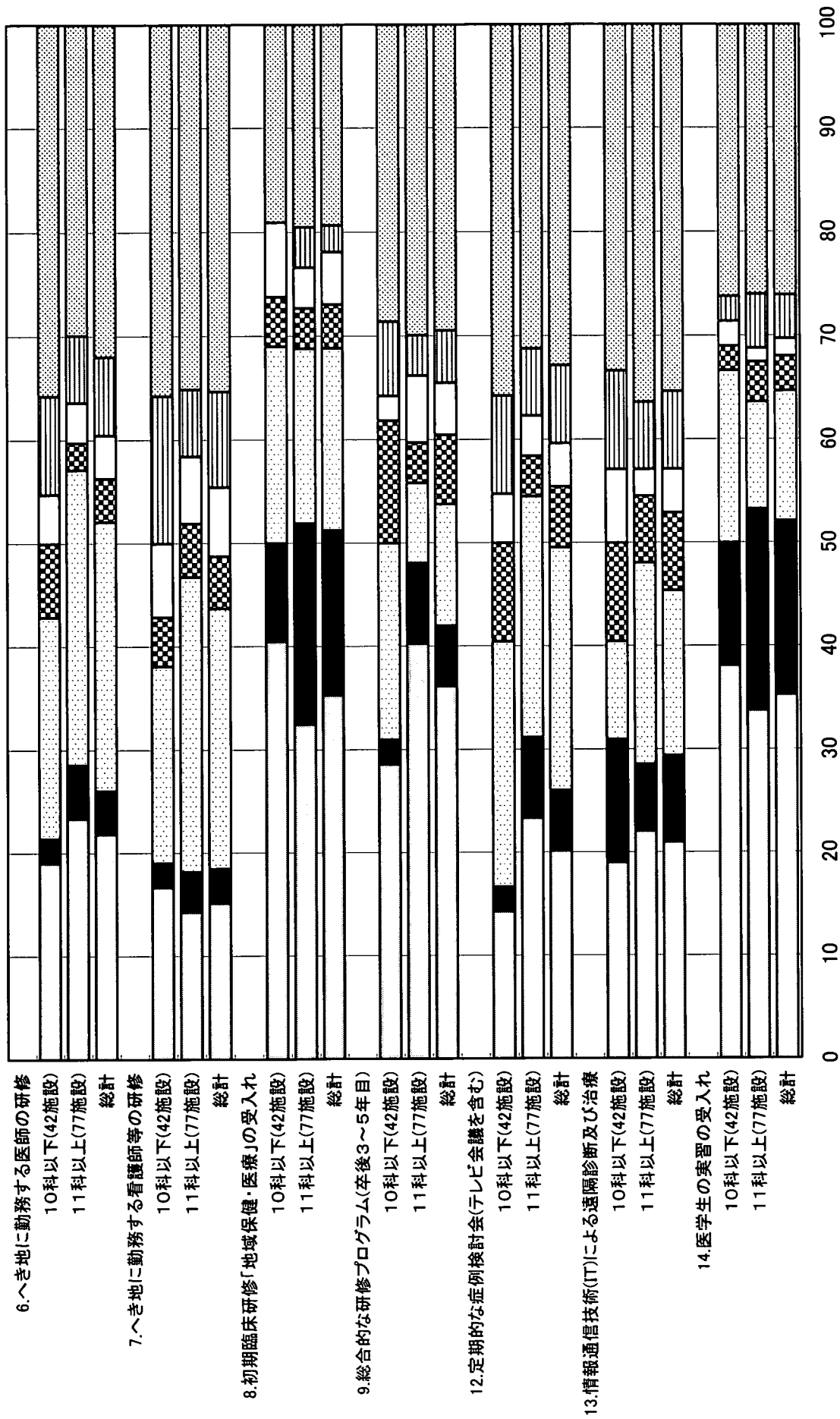


グラフ3



□現状より充実させたい ■現状で十分 □十分ではないが現状で精一杯 ▨現状は能力以上 □当日の課題ではない □わからない □無回答

グラフ4



□現状より充実させたい ■現状で十分 □十分ではないが現状で精一杯 ■現状は能力以上 □当院の課題ではない ■目わからない □無回答

へき地支援への取組み(診療科別)研修分野

別紙1

機構協議会を構成する組織・団体 「その他」の詳細

| | |
|------|---|
| 青森県 | 全国自治体病院協議会青森県支部長、自治医科大学青森会長、青森県立中央病院長、別添資料あり。 |
| 岩手県 | 別添資料あり |
| 福島県 | 副知事、医師派遣調整監、社団法人地域医療振興協会福島県支部の代表、福島県立医科大学地域医療支援センター代表、病院局代表。別添資料あり。 |
| 栃木県 | 歯科医師会代表者。 |
| 群馬県 | 群馬県病院協会、歯科医師会、薬剤師会 |
| 東京都 | 東京都立病院、地域医療振興協会、日本赤十字社東京都支部、学識経験者 |
| 新潟県 | 新潟大学医学部関連病院長会、診療所、新潟県小児科医会、日本産婦人科医会新潟県支部。別添資料あり。 |
| 福井県 | 歯科医師会代表者、県担当課長 |
| 京都府 | 京都府病院協会、私立病院協会、自治体病院等開設者協議会、国立病院機構近畿ブロック会、臨床研修病院代表者 |
| 島根県 | 歯科医師会、看護協会 |
| 山口県 | 別添資料あり。 |
| 徳島県 | 歯科医師会、看護協会、薬剤師会、県保健福祉部、別添資料あり。 |
| 香川県 | 救急隊、歯科医師会 |
| 愛媛県 | 消防機関：愛媛県消防会会長、福祉機関：愛媛県社会福祉協議会会長、学識経験者：愛媛大学医学部教授、独立行政法人国立病院機構：四国がんセンター院長 |
| 福岡県 | 歯科医師会代表者、関係市町村を含む行政関係者の代表としての福岡県。 |
| 長崎県 | 県、歯科医師会 |
| 熊本県 | 熊本赤十字病院 |
| 鹿児島県 | 全国自治体病院協議会鹿児島県支部、行政 |

へき地医療支援事業において行っている企画調整業務 「その他」の詳細

| | |
|-----|--|
| 北海道 | へき地医療拠点病院群の活動評価、へき地保健医療情報システムの管理 |
| 福島県 | へき地診療所等への代診医の派遣に関する調整 |
| 栃木県 | へき地医療支援計画の策定 |
| 東京都 | 東京都立病院、協力病院から登録された医師のへき地診療所等への短期の医師派遣に関する調整。 東京都へき地医療支援計画策定会議の企画・実施。 |
| 愛知県 | 医師派遣の調整：へき地診療所からの医師の派遣要請を受け、へき地医療支援病院へ医師の派遣の依頼を行う。 |
| 奈良県 | 巡回診療の実施、代診医の派遣調整 |
| 島根県 | 新たな医師の確保 |
| 徳島県 | 臨床研修「地域保健医療」協力施設と研修病院間の調整 |
| 愛媛県 | 専任担当者が実際の診療所代診医として活動している。ドクターバンク事業、ドクタープール事業への参画。 自治医科大学卒業医師の派遣に関する調整に協力。 |

へき地医療拠点病院が果たすべき役割について 「その他」の詳細

| | |
|-----|---|
| 東京都 | へき地に勤務する医師等の相談窓口 |
| 京都府 | 都市部の臨床研修病院と連携した若手医師の育成プログラム（後期研修医のへき地研修を含めたプログラム等）の作成に係る指導、調整 |
| 長崎県 | へき地診療所では対応できない医療機能（在宅を含む） |
| 熊本県 | 予防、保健に関する住民教育 |