

## 別紙10

### 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についての「自由記載」

回答	自由記載
確保されている	県内7ヶ所の離島へき地診療所のうち、6ヶ所については自治医大卒業医師を配置しており、残る1ヶ所については佐賀大学卒医師が常勤職員となっていることから、確保されている。(佐賀県)
確保されていない	へき地診療所、へき地医療拠点病院ともに医師が不足している。(岐阜県)
	へき地の国保診療所等の医師は確保されているが、へき地医療拠点病院医師の不足により、拠点病院から無医地区等への巡回診療や代診医の派遣に支障(診療時間の縮小等)がでている。(滋賀県)
	へき地医療拠点病院、へき地診療所ともに医師確保が困難になっている。(岡山県)
その他	十分に確保されているとまでは言えない。(福井県)
	医師が確保されなかった診療所は、休止もしくは廃止となっており、表面上は最低限の医師は確保された形となっている。(愛媛県)

### 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についての「自由記載」

回答	自由記載
確保されていない	代診実績はそれなりにあがっているが、ほとんどが中央の拠点病院からであり、二次医療圏内での病診連携につながる関係での拠点病院では支援医師が確保されていない。病院の存続が危ぶまれるような状況もある。(愛媛県)
	代診医制度は採り入れているが十分とは言えない。(宮崎県)
その他	十分に確保されているとまでは言えない。(福井県)
	十分に確保されているとは言えないが、大きな需要が見込まれないものとも思われる。(和歌山県)
	代診への応需率(平成18年度件数ベース)は95.8%で、概ね確保されているが、診療科によっては代診等の対応ができない場合がある。(島根県)
	特に、へき地支援専門の医師はいないが、離島診療所、山地診療所のそれぞれの後方支援病院で対応している。(佐賀県)
	地域を支援する拠点病院でも医師確保が課題となっており、へき地支援の医師が十分確保されているとは言えない。(鹿児島県)

別紙11

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の「自由記載」

回答	自由記載
医師確保にはつながらない	医師の絶対数の確保においては、医学部定員増は将来の医師確保につながる施策として評価できるが、地方における医師不足問題については、特に、医師の地域による偏在、産婦人科・小児科等の特定診療科の医師不足、病院勤務医の過重労働等様々な要因により生じていることから、これらの課題について実効性のある具体的な対策を進める必要があると考えている。（岩手県）
その他	医師確保の「根本的」な解決にはつながらない。（北海道）
	緊急医師派遣等施策によっては根本的な解決には繋がっていない。（青森県）
	医師不足を抜本的に解決するには、平成9年に閣議決定された医学部定員の削減方針を見直し、医師の絶対数を増やすことが必要である。（秋田県）
	医師確保策として有効な手法であると考えているが、量的に不十分である。（栃木県）
	医師の総数増にはつながるが、現在の病院勤務医不足及び産科、小児科等の特定診療科医師不足の解決にはつながらない。（群馬県）
	臨時的な医師確保対策として、その効果を評価していくべき。（富山県）
	将来的には石川県内の医師の確保につながると思うが、活用は困難である。（石川県）
	根本的な解決につながるとまではいえない。（福井県）
	現段階では不明。（愛知県）
	ある程度はつながる。（三重県）
	部分的な解決にしかならない。（滋賀県）
	解決策の一つとして有効。国による抜本的な対応が必要と考えるため。（京都府）
	医学部定員増の方向そのものは、解決につながるものと思う（数的なものは分からないが）。緊急臨時的医師派遣については、創設目的そのものが「医師確保の根本的な解決」でないので、ここで医学部定員増と並列にするのは適当でないと思う。（和歌山県）
	根本的な解決にはならないが、地域医療の医師確保の一助になる。（島根県）
	一定の効果は上がると思われる。（岡山県）
	抜本的な解決とまでは言えないものの、医師確保に一定の成果は期待できると考える。（広島県）
	医師の増につながる施策もあるが、根本的な解決には繋がっていない。（山口県）
	多少の効果はあるかもしれないが、根本的な解決にはならないと考える。（徳島県）
不明（福岡県）	
医師確保にはつながるが、医学部定員増については即効性がなく、緊急医師派遣については要件が厳しく利用しにくい、といった問題がある。（佐賀県）	
一定の効果はあると考えるが、地域医療を支える病院やその勤務医師に対する支援等、また、へき地への医師の配置等が必要と考える。（大分県）	
医学部の定員増は中長期的な効果は期待できるが、全国的に産科、小児科をはじめとした医師が不足しているといわれており、短期的な医師確保対策等抜本的な解決策には繋がっていないと考える。（鹿児島県）	
ある程度の不足は解消されると思われるが、効果はまだわからない。（沖縄県）	

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の「回答理由」

回答	回答理由
医師確保にはつながらない	医師の絶対数の大幅増が必要であると考えており、医学部定員増は短期的解決につながらない。緊急医師派遣はあまりにも派遣機関が短いため改善が望めず、資料作成や手続きが煩雑すぎる。(宮城県)
	高齢医の研修生を再任してへき地に勤めていただいても、病院連携のシステムになじめるか疑問があるため。(茨城県)
	地域において産科・小児科等一部診療科の病院勤務医を安定的・継続的に確保することが全国的な課題となっているが、その要因として臨床研修制度・診療報酬・大学教育のあり方等が指摘されている中、これらの見直しを行う必要があると考える。(山梨県)
	根本的な解決には、国による一層の取組みが必要。(長野県)
	国の緊急医師派遣は、量的に評価に値すべきものではない。医学部定員増については、即効性がなく、医師の定着を保障するものではない。(岐阜県)
	医学部定員増については、ある程度の効果を期待しているが、人数が少なすぎ、効果を得るまでに時間がかかり過ぎる。(静岡県)
	一定数の医師増にはつながるが、根本的な問題となっている地域や診療科による医師の偏在の問題の解決にならない。(奈良県)
	増員、派遣規模が小さい。(鳥取県)
	へき地・離島の医師確保と言う事であれば、重要なのは教育であり、根本的な解決にはなかなかつながらないと思われる。一時的な対応策としては、ある程度の効果が期待される。(愛媛県)
その他	現在、国が行っている緊急医師派遣等の事業は、期限付きのものでありかつ派遣数も少ないため、砂漠に水をまくような程度の効果でしかないと考える。医学部定員増については、長期的にみれば効果があるだろうが、都道府県としては即効性のある対策を期待している。(高知県)
	「焼け石に水」と思われる。ますます格差が拡大する。(熊本県)
	目下の医師不足に対する応急的な措置としての効果は期待できる。また、国が行う緊急医師派遣については大学からだけではない医師派遣のモデルケースとなり得る。(北海道)
	特定診療科医師の確保・養成及び今後の女性医師増加に伴う施策が十分と言えない。(青森県)
	医学部定員増は医師確保につながる施策ではあると考えられるが、緊急医師派遣制度の要件の制約、派遣期間の短さ等、制度を活用しにくい部分がある。(山形県)
	医師の働き方については自由なので、労働環境が現状と変わらなければ、自身の生活を守るため病院勤務や産科・小児科・外科等の診療科は避ける傾向にあると考えられる。(群馬県)
IV-2「貴都道府県はへき地・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)」、IV-3「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)」の施策については、そもそも緊急避難的な対策であることを謳っており、医師確保の根本的な解決を目指したのではないと認識している。また、地元大学の臨時的定員増に関しては、効果が現れるのが早くとも9年後以降であり、その効果については現時点において判断できない。根本的な解決を模索する過程において、臨時的・緊急避難的な施策の実施は必要である。(富山県)	
医学部定員増は時限的であり、また、偏在解消のための制度的対策も図られていないため。(福井県)	

回答	回答理由
その他	<p>国の施策が医師不足の本質を突いているとは考えがたい。例えば、医学部の定員を増やすこととへき地の医師が増えることのリンクがほとんどない。地方医大の医学部定員が増えても、卒後に地方医大に残る保証がない。医師が勤務医を続けられない理由の分析が重要であり、増え続ける訴訟リスクに対する補償等を充実させたりすることが重要ではないかと考えるし、そういった地方自治体でできないことを国が考えるべきではないかと考える。(三重県)</p>
	<p>医学部定員増になれば、地域医療に貢献する医師の確保に多少なりとも良い影響があると考えられる。(島根県)</p>
	<p>行政の管理の下でへき地に派遣できる医師数は増えるが、医師総数を大幅に増やさなければ、根本的な解決にならない。(岡山県)</p>
	<p>現在の医師不足は、構造的な問題によるところが大きく、抜本的な制度改正等が必要。(山口県)</p>

## 別紙12

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についての「自由記載」

回答	自由記載
国が主導して、かつ国策として行うべき	ある程度の強権発動の後に、自治体単位の施策を行うべき。(岐阜県)
	現在、全体の医師数は限りがあるため、都道府県及び市町村での医師の奪い合いがでしてしまうため、全体的な調整は必要と思われる。(愛知県)
	少なくとも国立大学系医学部を卒業した者には、ある一定期間内のへき地勤務を義務付けなければ、へき地での医師確保はいつまでたっても解決しない。国税を使って卒業したのであるから当然である。(熊本県)
	全国的な医師不足の状況では、都道府県単位での医師確保には限界があると考える。(鹿児島県)
市町村や各医療機関単位	国が主導して、国策として行うとあるが、その場合の医師の居住権等の基本的人権は保障されるのか?(三重県)
	一義的には市町、各医療機関と考えるが、国・都道府県の支援が必要。(広島県)
その他	国、都道府県、市町村及び各医療機関の適切な役割分担のもと、緊密に連携して行うべきものと考える。(北海道)
	大学がその医師養成の一環として活動することが理想的。(富山県)
	国策として行うべきこと(医師養成数の増員や総医療費の増加、研修制度の確立、都道府県や自治体への補助等)と、都道府県が主体で行うべきこと(支援、実際の研修、各種調整等)の両方があると思う。(愛媛県)
	不明(福岡県)
	国、県、市町村が連携して取り組むべき課題と考える。(大分県)

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とした場合、最も有効と考えられる場所についての「自由記載」

回答	自由記載
へき地医療拠点病院	国が医師の再配分機能を有するべき(都道府県単位では十分なプールができないため)。(山形県)
	大学等との連携も必要。(広島県)
	中核となる、主として自治体病院の勤務医師の確保を行うことも有効手段と考える。(徳島県)
	本県では専任担当者自らがへき地診療所の代診にも従事している。それ以外の拠点病院医師も協力してもらっている。へき地医療支援を大義名分として、へき地医療拠点病院の医師を確保するというのが現状だろう。ただ、へき地支援ができるようなプライマリ・ケアのスキルを持つ医師が確保できるかどうか、医師の研修・教育と言うところから問題があると考える。(愛媛県)
	地域医療の中心となる医療機関。(熊本県)
都道府県又はへき地医療支援機構	最も有効と考えるが、実現に向けては各大学・病院の理解・協力が必要となる。(北海道)

回答	自由記載
大学	へき地医療拠点病院の医師が大学医局人事とまったく関係ないのなら、へき地医療拠点病院にプールすればよいと考えるが、現状では大学医局と密接にリンクしているので、大学を無視したプールは無意味である。（三重県）
その他	一概に言えない。（長野県）
	へき地医療の資質のある者を集約するには、各都道府県のこれまでの経緯もあり、一概に述べられない。（岐阜県）
	へき地において3次救急を担える施設に医師をプールする。（京都府）
	島根県立中央病院（島根県）

別紙13

医師や医療機関の偏在の根本的な解決策についての「自由記載」

回答	自由記載
一定期間のへき地・離島勤務の義務化	「集約化」ではなく「効率化」をすべきと考え、現実的には「2）へき地医療機関の集約化をより推進し、患者輸送や遠隔診療にて補填していく」と判断したが、「1）一定期間のへき地・離島勤務の義務化」が実現できれば抜本的対策となると考える。（長崎県）
一定期間のへき地・離島勤務を義務とする医学部定員の確保	それだけでは根本的な解決とはならない。（東京都）
	<p>医師の絶対数の増加と、一定期間のへき地等勤務の義務化、病院勤務医師の就業環境の改善、国の医療費削減の見直し（医療は、国民の安全の第一歩であることを忘れかけている）、住民啓発（救急車や夜間救急の安易な利用等）。（広島県）</p> <p>へき地や離島のような効率が悪く医療機関でも成立・存続が可能なような、診療報酬上の配慮や、総医療費の拡大等も必要だと考える。（愛媛県）</p>
その他	いずれも「根本的な」解決につながるとは考えにくい、これらの施策を組合わせて効果的に実施することが必要。（北海道）
	保険制度の改革。地域による診療内容の差を認めるべき。（茨城県）
	どのような施策の選択肢があるにせよ、安定的な医師の確保を図るためには、その前提として、大学が学内の一致した方針をもって、へき地医療に目を向けることが不可欠であると思われる。（富山県）
	ある程度の義務化が必要であるが、一番はへき地を含めた循環システムとキャリアパスの確立が必要。資質のない医師を単独医師診療所の配置とすることは住民にとっても医師本人にも不幸である。（岐阜県）
	<p>「一定期間のへき地・離島勤務の義務化」は医師から受け入れられるとは思えない。先陣を切って現在の開業医が一定期間へき地で勤務することができるなら受け入れられるかもしれないが、また、このような政策を本気で国が考えたとなると、現在の多くの勤務医は政策が施行される前に勤務医を退職して開業ラッシュがおり、医療崩壊が完成すると思う。「へき地医療機関の集約化をより推進し、患者輸送や遠隔診療にて補填していく」はある程度は有効と考える。しかし、人道的な点から考えてもへき地での集約化は困難。「一定期間のへき地・離島勤務を義務とする医学部定員の確保」ある程度は有効と考える。本県も一定期間のへき地を義務とする修学資金の貸与を行っており、ある程度の効果を挙げている。しかし、そもそも国公立大学医学部の学費は一般家庭でも十分に払える金額のため、多くの医学生が募集するとは思えない。</p> <p>へき地に行かせるための施策には上記の如く限界があるため、へき地に行きたくなくなるような施策が必要と考える。例えば、へき地で一定期間勤務した医師には年金が増えるとか、へき地で勤務中の医師は納税の義務が減免されるとか。故意でない医療事故の際に医師が刑事被告人になるケースがある（福島県大野病院事件）。例えば、へき地では故意でない医療事故の際に起訴されない等の特例があれば、医師はへき地へ行きたくなくなる。（三重県）</p>
	①地域医療を担う病院勤務医の確保について、労働環境の整備につながる診療報酬の見直しや、医療機関の管理者要件にへき地等への従事経験を付加する等、実効性のある対策を講ずること。②増加傾向にある女性医師が継続的に勤務できるよう、就業環境を整備するとともに、離職者のために再就業の支援を図ること。③地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人を養成するために、大学医学部における地域医療機関の医師の再研修等のリカレント教育・スキルアップ教育を充実させ、それに伴う必要な財源を確保すること。（島根県）
「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）」、「へき地医療機関の集約化をより推進し、患者輸送や遠隔診療にて補填していく」、「一定期間のへき地・離島勤務を義務とする医学部定員の確保」ともに一定の効果は見込まれるが、根本的解決のためには医師総数を増加させるしかないのではないかと。（岡山県）	

回答	自由記載
その他	<p>「一定期間のへき地・離島勤務の義務化」のように一定期間の義務化（全ての医師に課す：例；医師免許取得後一定期間内に一定期間のへき地離島勤務を義務化（ただしへき地医療機関の定義が難しいが）することは、一定の効果があると思うが、本質的な解決とは思えない。ただ、根本的な解決策はわからない。また、あわせて医学部教育（卒前）において、へき地離島医療での研修やへき地離島医師による講義等も必要と考える。（徳島県）</p>
	<p>本問いに掲げる方策が本当に実施可能かどうか（実施する場合の主体、財政負担等の調整がうまくいくか）を含めて、不明な点も多いため、明確な回答はできない。考え方としては、本問い方策だけでなく、臨床研修制度や診療報酬体系の見直し等を含め、総合的な検討が必要と思われる。（福岡県）</p>
	<p>地域医療を支える病院やその勤務医師に対する支援の充実。（大分県）</p>
	<p>へき地・離島医療に従事することが、医師にとってプラスになるような勤務環境の整備が必要だと思われる。（沖縄県）</p>



## 別紙14

### へき地・離島医療に関わる医師の確保について、貴機構(都道府県)の立場からの考え、提言等

ただ、医師の募集だけ広告し（ひどい場合は広告もしない）、医師が集まらないと、都道府県や国の無策のせいにする。へき地側にも問題がある。まだまだ、へき地町村からのアピールが足りない。（東京都）

へき地医療臨床研修プログラムの推進。  
地元大学医学部と連携し、早期からの医学教育、キャリアパスの形成。  
開業医（医師会）の協力体制、促進。  
地元卒医師の有効活用。  
へき地、過疎地の医療に対する診療報酬制度上の優遇処置。  
セーフティネットとして、最低限の医療提供の保障、アクセスの規定（全ての国民が〇〇分以内で高度救命救急センターでの受診が可能）は、国が責任を持つべき。（岐阜県）

大学在任中及び卒後等にへき地医療に関わる体験を増やすことが必要。（愛知県）

医師はプライドの高い職種。医師確保の「確保」という言葉自体が医師のプライドを刺激している可能性は高い。確保というのは「物」や「犯罪者」や「容疑者」に対して使う言葉。へき地や離島の住民は要望だけして、医師を確保するのではなく、しっかりとした条件を提示し、医師を招聘するというスタンスが必要と考える。（三重県）

医師が集まる、魅力ある地域医療を構築する必要がある。（広島県）

医師数を増加させて地域医療の担い手を確保しようとしながら、その一方で総枠としての医療費を抑制すると言うのであれば、間違いなく医師一人当たりの医療費は削減される。へき地・離島での医師確保には、診療報酬が減らされる分、余計に自治体負担（診療所の赤字補填等）が増えることになるだろう。「そこに居る」ことが何より重要であり、継続性、責任性、近接性等に直結するのが地域医療ではあるが、交付税が減らされた自治体はもう限界であり、市町村合併で肥大化した自治体においては少数に過ぎないへき地・離島の住民は、今後益々「切り捨て」にあうことであろう。へき地・離島の医療機関が廃止されていくことにより、表面上だけ医師が充足したことにされてしまうこと態が危惧される。地域住民が過疎化で減ったことにより、無医地区の定義から外れて、無医地区が減ったことに似ている。単に効率化を追求するような施策は、可能な限り避けたいと考えている。（愛媛県）

開業のための必要条件にする等、一定期間のへき地・離島勤務を義務化する等、ある程度の強制力をもった誘導を図っていかない限り、医師や医療機関等の都市部への偏在はどんどん加速していくのではないかと懸念している。（高知県）

現在は、自治医大卒業医師が主となってへき地離島診療所をカバーしているが、地元大学に対して、大学からもへき地離島診療所に医師を派遣されるよう依頼している。（佐賀県）

第10次へき地保健医療計画は国に替わり各県で策定していることから、各県が策定したへき地医療計画を実施するにあたり、これを実効あるものとするため、国は各県が特色を活かした医療政策が行えるような財源措置を行うべきである。（長崎県）

医師自身はへき地・離島での医療活動を希望していても、家族の問題、とりわけ配偶者の気持ち・意志に左右されると考える。特に「奥さん」を説得して了解が得られなければ、へき地勤務は困難となる。最悪の場合、単身赴任となってしまふ。この解決策が見出せなければ、医師確保は無理と考える。（熊本県）

## 匿名希望の自由記載等

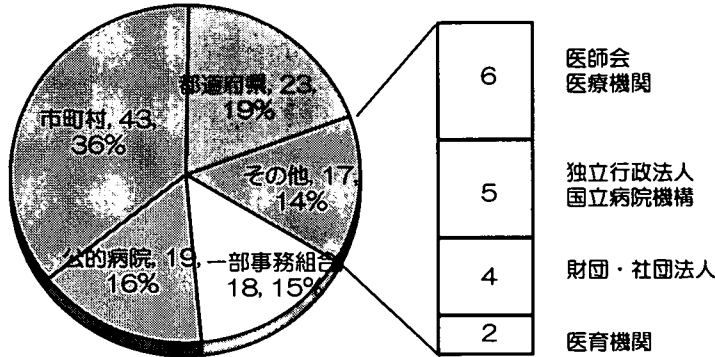
項目	回答	自由記載
都道府県(支援機構)の立場で、初期臨床研修(研修医教育)への関与があるかについての「自由記載」	その他	臨床研修病院協議会を設置し、臨床研修病院による学生への合同説明会を開催している。
先般のドクターヘリ特別措法の制定に伴う行政としての進展についての「自由記載」	具体的な進展あり	ドクターヘリの導入については、平成19年度、庁内検討会で内部検討し、平成20年度には外部委員を入れた検討会で検討する予定。
ドクターヘリが導入された場合、現行のへき地からの救急医療体制に変化が生じると思われるかについての「自由記載」	その他	現在、ヘリ搬送は消防防災ヘリにより実施しているが、ドクターヘリの導入により、ヘリ搬送件数の増加が期待できる。しかし、ドクターヘリ基地病院がどこになるかによって導入による影響の程度は異なると考える。
現在の国が行っている医師確保に向けての施策は貴都道府県の医師確保のために根本的な解決につながる手立てと思うかについての「自由記載」	その他	医師確保に向けての施策だけでなく、診療報酬制度、研修制度、医療機関への対策も含めて総合的な対策を講じる必要がある。
医師や医療機関の偏在を根本的に解決するための方策についての「自由記載」	4) その他	勤務医師が研修の一環として都市部とへき地を短期間ローテーションで回る仕組みを都市部の基幹病院とへき地医療拠点病院とで構築するほか、拠点病院から周辺医療機関への医師派遣を行うなど医師の流動化を図る方策を考えるべきである。

# へき地医療拠点病院アンケート結果

## I. へき地医療拠点病院の概要について

### 1 開設者

n=120病院、値：病院数、構成比%



※ 「公的病院」：日赤9、厚生連9、済世会1

図1 病院の開設者

### 2 診療科、病床数及び医師数

n=120病院、値：病院数、構成比%

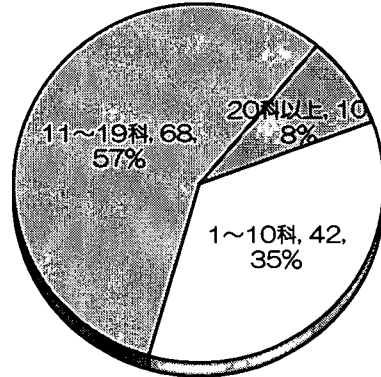
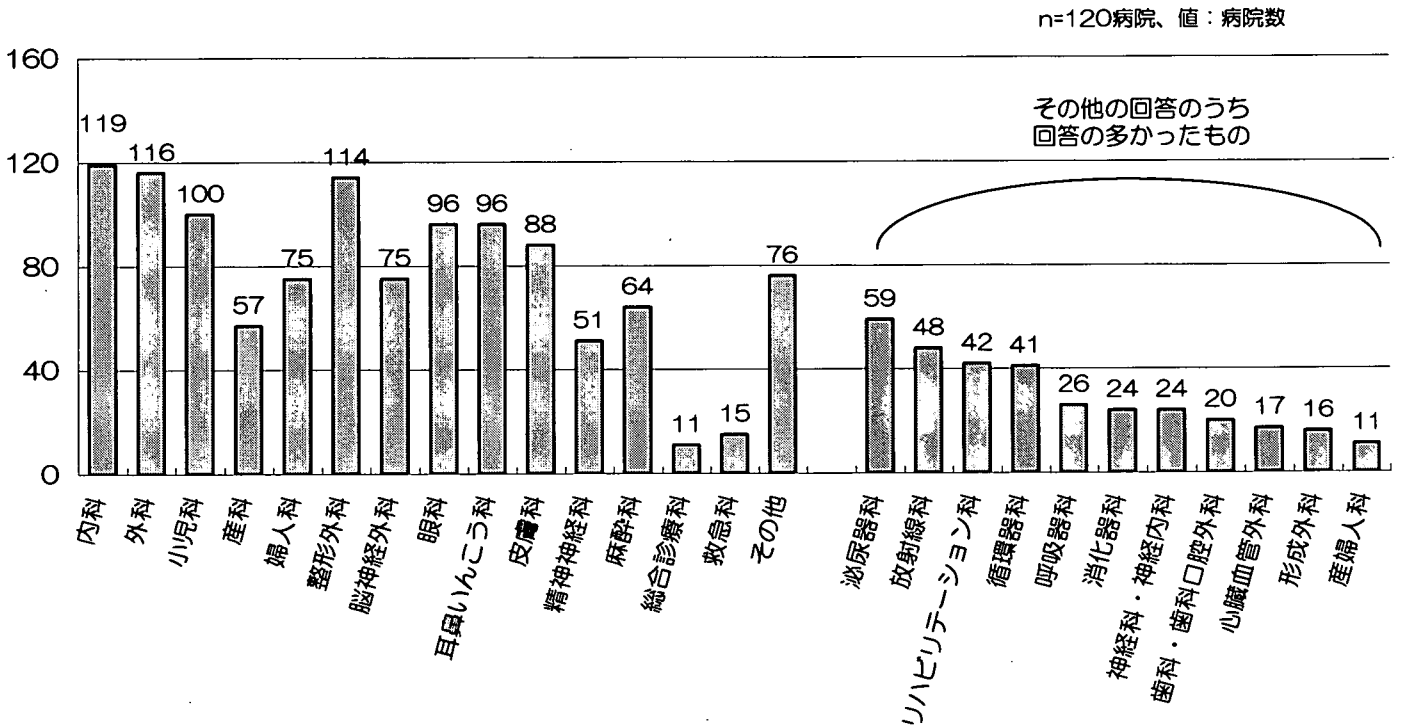


図2 診療科数



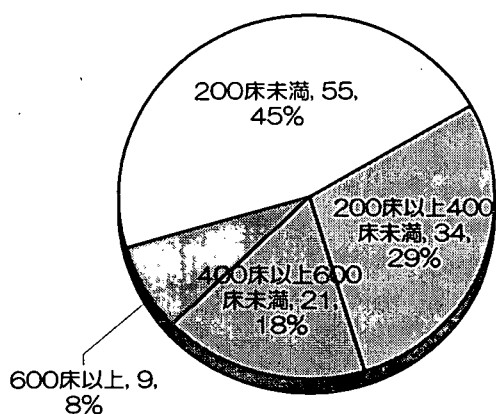
※ 平均診療科数12.1

※ 「その他」：図に示すものの他、血管外科、リウマチ科、肛門科、大腸肛門科、心療内科、腎臓科、肝臓科、血液内科、小児外科、アレルギー科、皮膚泌尿器科、病理科、新生児科、胃腸科の回答あり。

※ 「精神神経科」：精神科、精神神経科の計、「呼吸器科」：呼吸器科、呼吸器外科の計

図3 診療科の種類及び数

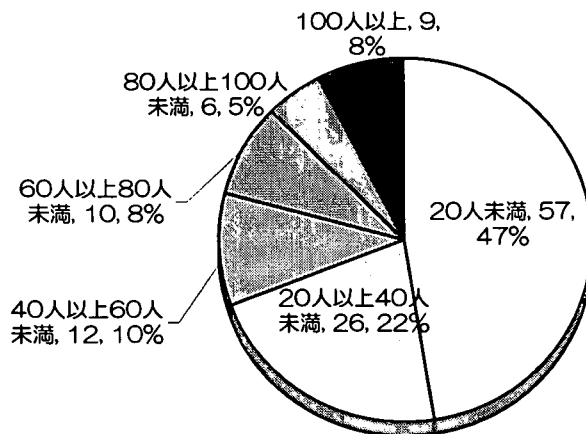
n=120病院、値：病院数、構成比%



※ 平均病床数283.6床  
最小30床、最大1,082床（福井県）

図4 病床数

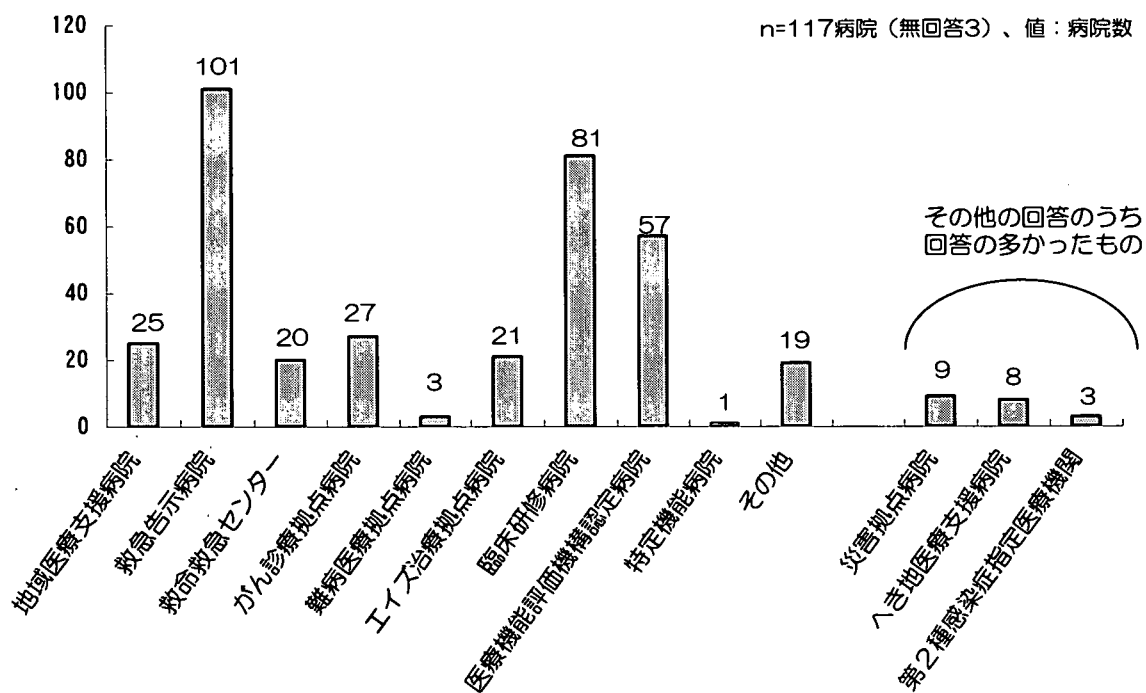
n=120病院、値：病院数、構成比%



※ 平均医師数36.5人  
最小1人（高知県）、最大256人（島根県）

図5 医師数

### 3 病院の特徴について

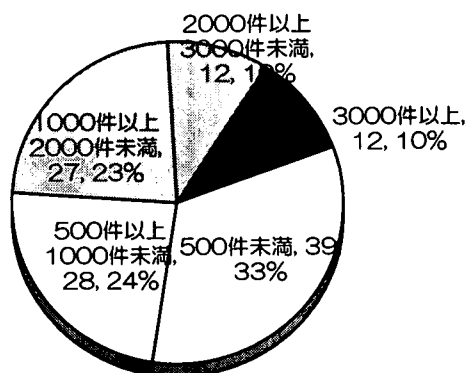


※ 「その他」：図に示すものの他以下の回答あり。  
 2病院からの回答：地域周産期母子医療センター、地方・地域センター病院、二次救急病院  
 1病院からの回答：中空地地域センター病院、重度後遺障がい者短期入院協力病院  
 日本救急医学会救急科専門医指定病院、日本外科学会外科専門医制度関連施設、  
 日本整形外科学会専門医研修施設、臨床研修協力施設、NST稼働施設、ISO9001  
 地域包括ケア認定病院

図6 病院の特徴

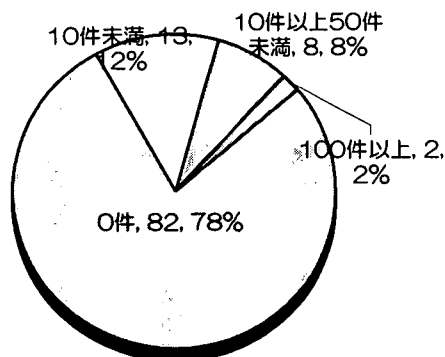
#### 4 救急医療について（平成18年度実績）

n=118病院（不明・無回答2）  
値：病院数、構成比%



※ 平均搬入件数1,254件 最小16件  
最大4,705件（三重県）、6,644件（東京都）

n=105病院（不明・無回答15）  
値：病院数、構成比%

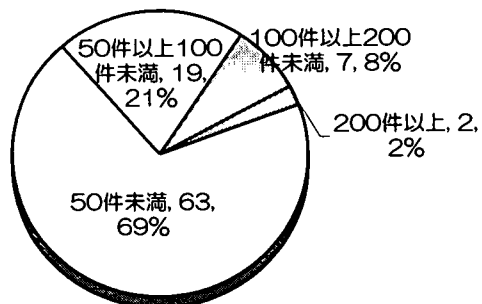


※ 平均搬入件数5.8件 最小0件  
最大184件（東京都）、221件（高知県）

図7 救急車搬入件数

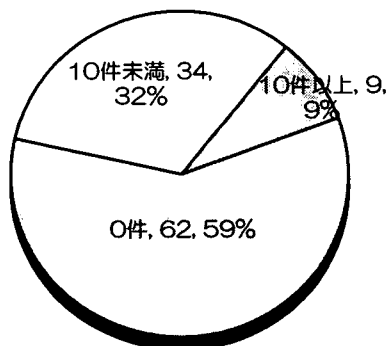
図8 ヘリによる救急患者受入れ件数

n=91病院（不明・無回答29）  
値：病院数、構成比%



※ 平均搬送件数45.1件  
最小0件、最大235件（北海道）、261件（大分県）

n=105病院（不明・無回答15）  
値：病院数、構成比%



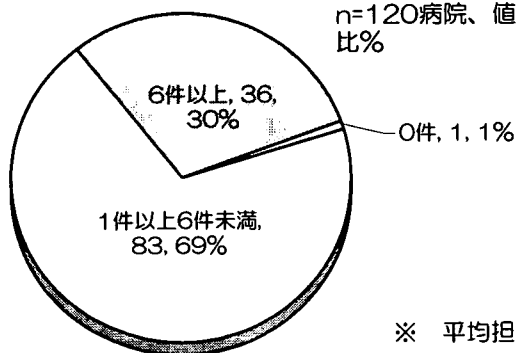
※ 平均搬送件数3.2件  
最小0件、最大80件（島根県）

図9 救急車搬送による患者の後方搬送（紹介）件数

図10 ヘリ搬送による患者の後方搬送（紹介）件数

#### 5 へき地医療支援等について

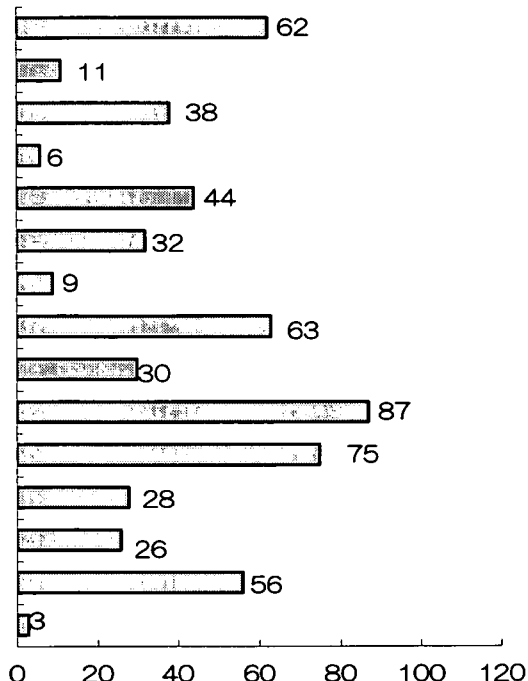
n=120病院、値：病院数、構成比%



※ 平均担当業務数4.8件、最大13件（沖縄県）

図11 へき地医療支援等について担当する業務数（図12の1）～14）までの担当業務数

- 1) へき地診療所等への定期的な非常勤医師(専門医・総合医)派遣
- 2) へき地診療所等への中長期の常勤医師派遣(半年間～1年間等)
- 3) へき地診療所等への不特定の医師派遣(代診)
- 4) へき地診療所等への看護師等の医療職種の中長期の派遣
- 5) へき地巡回診療
- 6) へき地に勤務する医師の研修
- 7) へき地に勤務する医療関係職種(看護師等)の研修
- 8) 初期臨床研修医(卒後1～2年目)の「地域保健・医療」研修の受入れ
- 9) 総合的な臨床医を養成するための研修プログラム
- 10) へき地からの紹介患者の受入れ(診療時間内)
- 11) へき地からの紹介患者の受入れ(休日時間外)
- 12) 定期的な症例検討会(テレビ会議システムを含む)
- 13) 情報通信技術(I T)を利用した遠隔診断及び治療
- 14) 医学生の実習の受入れ(正課授業及び自発的研修)
- 15) その他

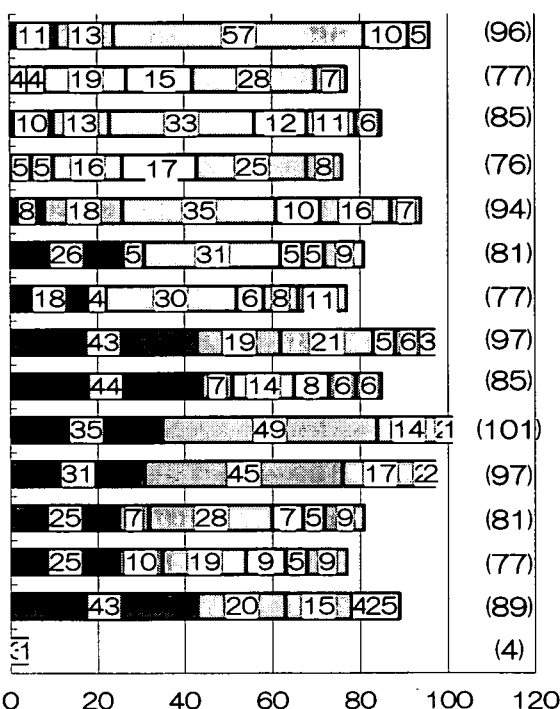


※ 「5) へき地巡回診療」：1病院から「瀬戸内海巡回診療船(年間出動回数約50回)にて巡回診療を実施」という回答あり。  
 ※ 「15) その他」：各1病院から、「指定管理者制度によりへき地診療所を運営」、「へき地への年数回の小児科健診」、「へき地診療所を2ヶ所附属診療所として運営、他に3ヶ所ほど巡回診療」という回答あり。

図12 へき地医療支援等について担当する業務

n=118病院(無回答2)、値：病院数

- 1) へき地診療所等への定期的な非常勤医師(専門医・総合医)派遣
- 2) へき地診療所等への中長期の常勤医師派遣
- 3) へき地診療所等への不特定の医師派遣(代診)
- 4) へき地診療所等への看護師等の医療職種の中長期の派遣
- 5) へき地巡回診療
- 6) へき地に勤務する医師の研修
- 7) へき地に勤務する医療関係職種(看護師等)の研修
- 8) 初期臨床研修医(卒後1～2年目)の「地域保健・医療」研修の受入れ
- 9) 総合的な臨床医を養成するための研修プログラム
- 10) へき地からの紹介患者の受入れ(診療時間内)
- 11) へき地からの紹介患者の受入れ(休日時間外)
- 12) 定期的な症例検討会(テレビ会議システムを含む)
- 13) 情報通信技術(I T)を利用した遠隔診断及び治療
- 14) 医学生の実習の受入れ(正課授業及び自発的研修)
- 15) その他

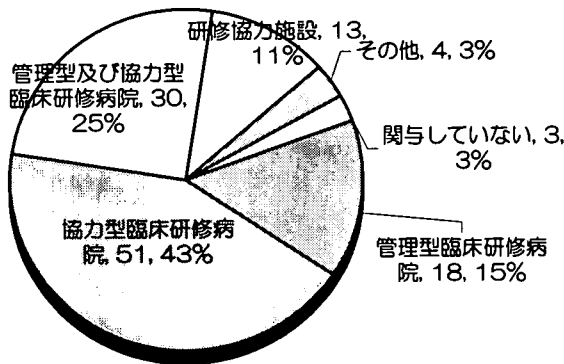


■ 現状よりさらに充実させ、より良いものにした	□ 現状で十分
▨ 現状で十分ではないが、人員やシステムの関係で現状が精一杯	□ 現状の取組みは当病院の能力を超えている
□ 当病院が取り組むべき課題ではない	□ わからない

図13 へき地医療支援等の取組み状況

## 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

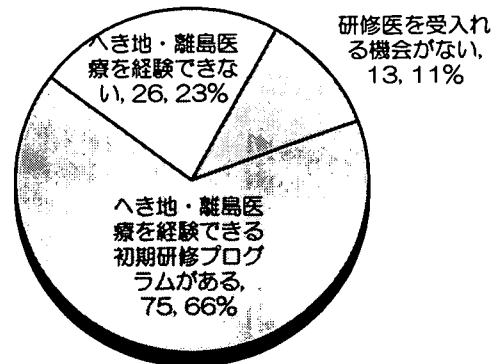
n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%



- ※ 「管理型及び協力型臨床研修病院」：2病院から「大学と協力している」との回答あり。
- ※ 「その他」：2病院から「単独型及び協力型臨床研修病院、研修協力施設」、1病院から「単独型臨床研修病院」との回答あり。

図14 初期臨床研修における立場

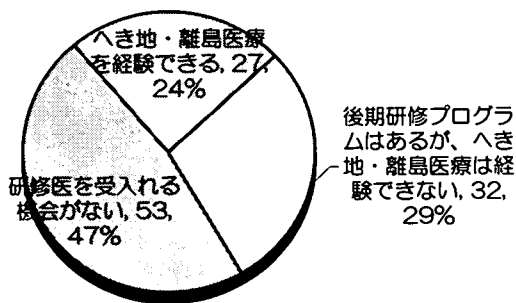
n=114病院（無回答6）、値：病院数、構成比%



- ※ 「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」：3病院から「希望がない」との回答あり。
- ※ 「研修医を受入れる機会がない」：2病院から「応募がない」、1病院から「メインの大学から派遣されない」との回答あり。
- ※ 「へき地・離島医療」プログラム内容は、別紙1のとおり。

図15 初期臨床研修のプログラム内容

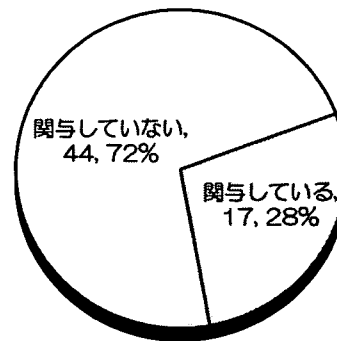
n=113病院（無回答7）、値：病院数、構成比%



- ※ 「プログラムはあるが、へき地・離島医療は経験できない」：1病院から「希望があれば可」との回答あり。
- ※ 「へき地・離島医療」プログラム内容は、別紙1のとおり。

図16 後期臨床研修のプログラム内容

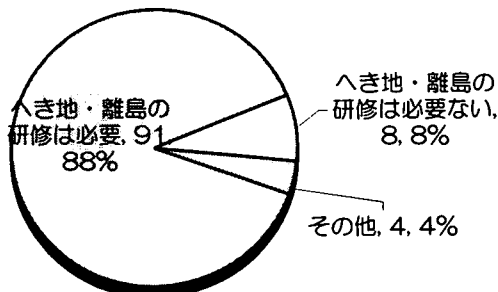
n=61病院（無回答21）、値：病院数、構成比%



- ※ 無回答数は、図15及び図16においてプログラムがあると回答したもののうち無回答であったものを示す。

図17 へき地・離島医療を経験できるプログラム策定へのへき地医療支援機構や都道府県の関与について

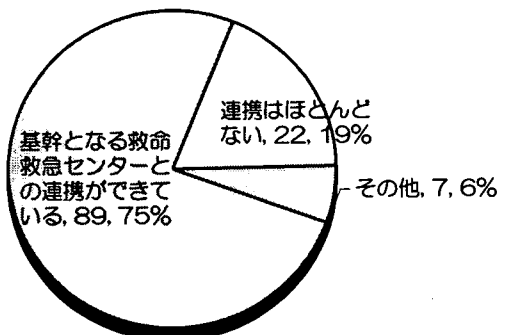
n=103病院（無回答17）、値：病院数、構成比%



- ※ 「その他」：1病院から「希望による」という回答あり。
- ※ 回答の理由は、別紙2のとおり。

図18 研修医教育にへき地・離島医療を組込む必要性について

n=118病院（無回答2）、値：病院数、構成比%

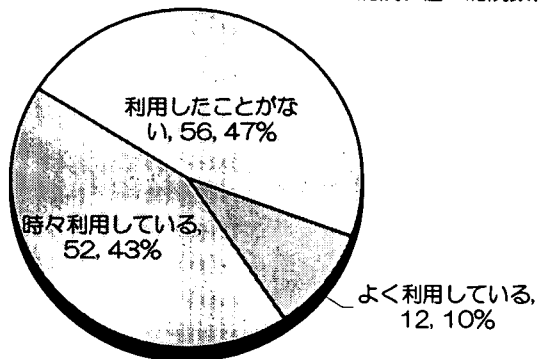


- ※ 自由記載については、別紙3のとおり。

図19 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

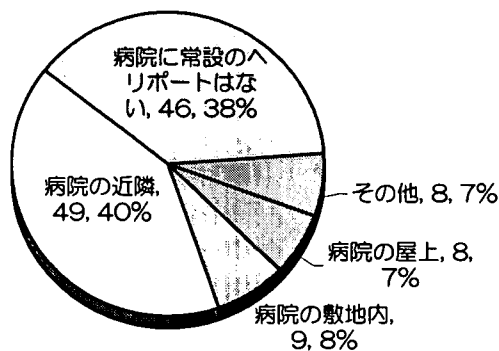
## Ⅳ. へき地・離島からのヘリコプターを使った広域救急搬送について

n=120病院、値：病院数、構成比%



- ※ 「時々利用している」：各1病院から「年2~3件」、「昨年6件」、各2病院から「年1~2件」との回答あり。
- ※ 「利用したことがない」：「ヘリポートは本年10月より運用のため」との回答あり。

n=120病院、値：病院数、構成比%

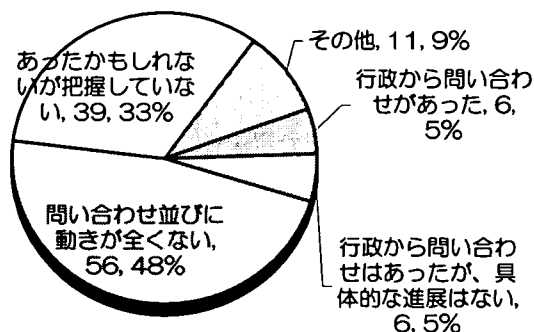


※ 自由記載については、別紙3のとおり。

図20 ヘリコプターをへき地・離島からの救急患者搬送に利用又は活用されているか

図21 救急患者搬送に利用されるヘリポートの設置場所

n=118病院（無回答2）、値：病院数、構成比%



※ 自由記載については、別紙4のとおり。

図22 ドクターヘリ特別措置法制定に伴う行政を含めた動きの変化について

n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%

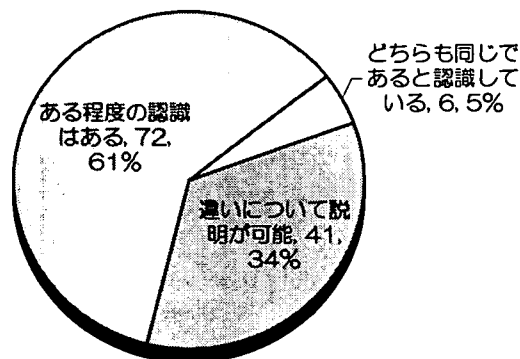
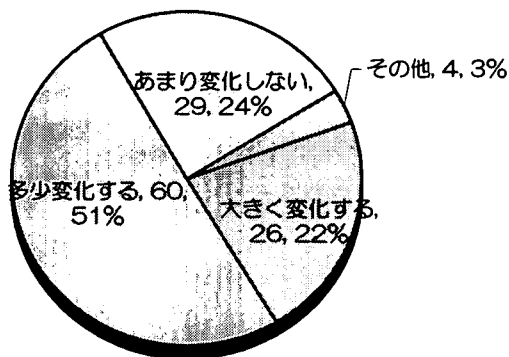


図23 消防防災ヘリとドクターヘリの違いについて

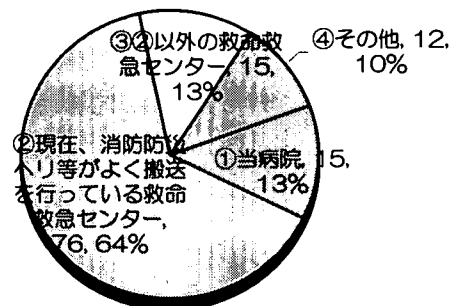
n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%



※ 自由記載については、別紙4のとおり。

図24 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=118病院（無回答2）、値：病院数、構成比%

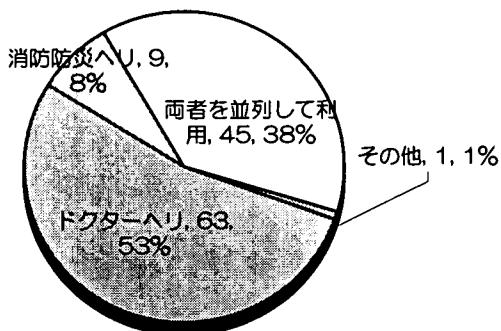


※ 回答理由については、別紙5のとおり。

図25 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基幹病院（ドクターヘリ基地）



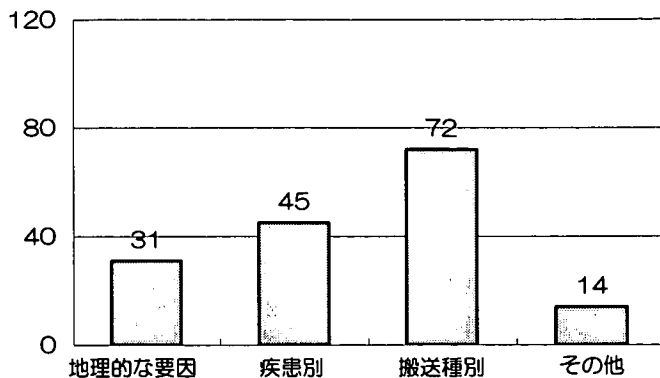
n=118病院（無回答2）、値：病院数、構成比%



※ 回答理由については、別紙5のとおり。

図26 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、どちらが主となって活動するか

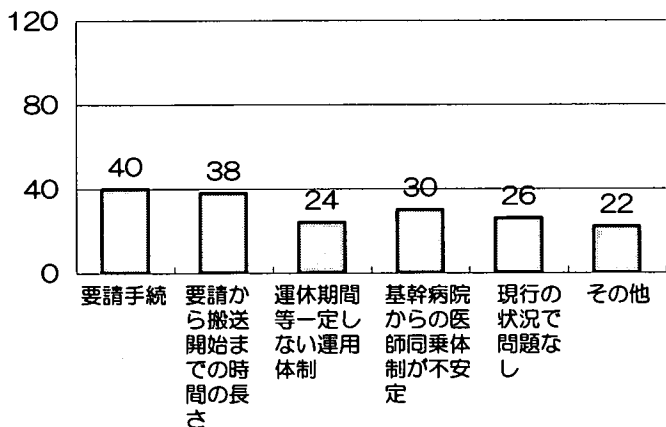
n=120病院、値：病院数



※ 「その他」：自由記載については、別紙6のとおり。

図27 県内で消防防災ヘリ、ドクターヘリが活動するにあたり、考えられる機能分担

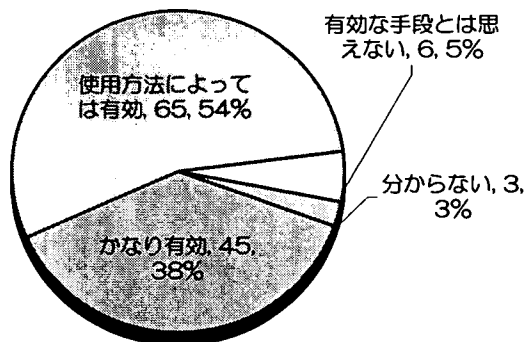
n=118病院（無回答2）、値：病院数



※ 自由記載については、別紙6のとおり。

図28 消防防災ヘリで後方病院に患者を搬送する際、大きな支障となる点

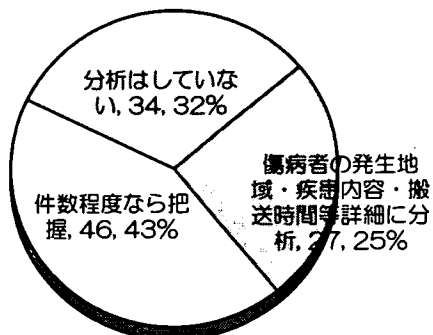
n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%



※ 自由記載については、別紙7のとおり。

図29 ドクターヘリはへき地医療支援になると思われるか

n=107病院（無回答13）、値：病院数、構成比%

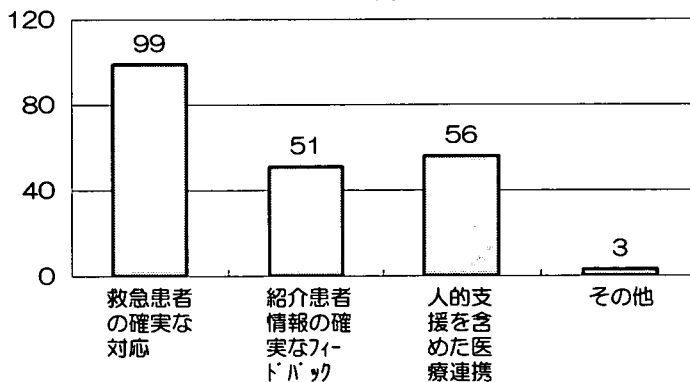


※ 「件数程度なら把握している」：「搬送実績なし」と回答した5病院を含む。

※ 「分析はしていない」：「分析するような立場ではないと思っている。一次搬送症例についてはより良い体制構築を目指して地域MCで症例の内容を把握検討しようとする」との回答あり。

図30 ヘリコプター搬送となった患者について

n=118病院（無回答2）、値：病院数

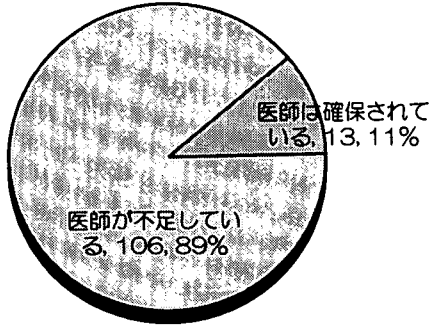


※ 自由記載については、別紙7のとおり。

図31 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期待すること

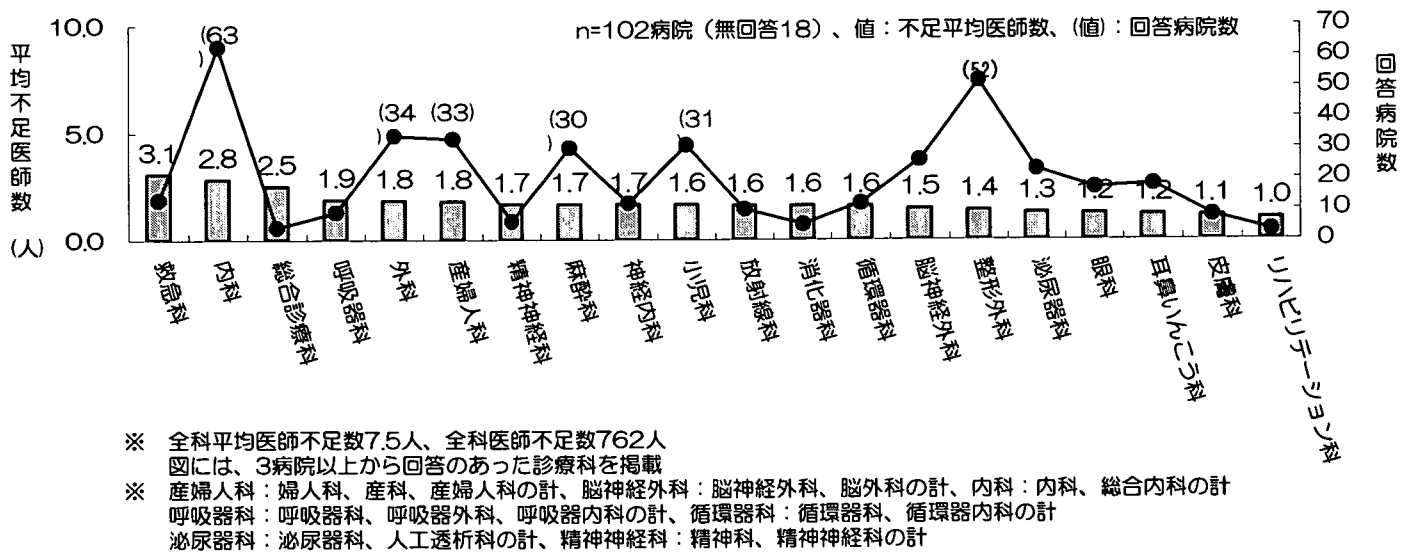
## V. 医師確保について

n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%



※ 自由記載については、別紙7のとおり。

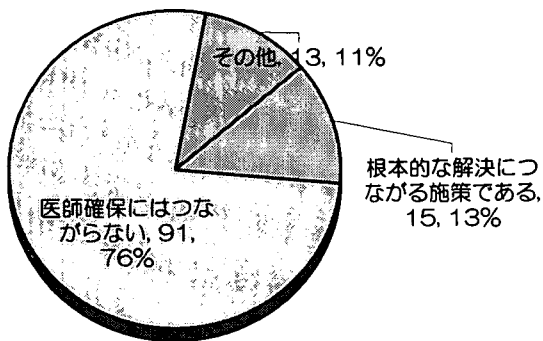
図32 現在医師が確保されているか



※ 全科平均医師不足数7.5人、全科医師不足数762人  
 図には、3病院以上から回答のあった診療科を掲載  
 ※ 産婦人科：婦人科、産科、産婦人科の計、脳神経外科：脳神経外科、脳外科の計、内科：内科、総合内科の計  
 呼吸器科：呼吸器科、呼吸器外科、呼吸器内科の計、循環器科：循環器科、循環器内科の計  
 泌尿器科：泌尿器科、人工透析科の計、精神神経科：精神科、精神神経科の計

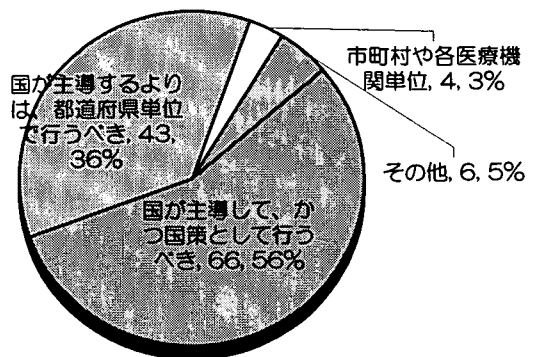
図33 医師が不足している診療科及び不足医師数

n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%



※ 自由記載及び回答理由については、別紙8のとおり。

n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%

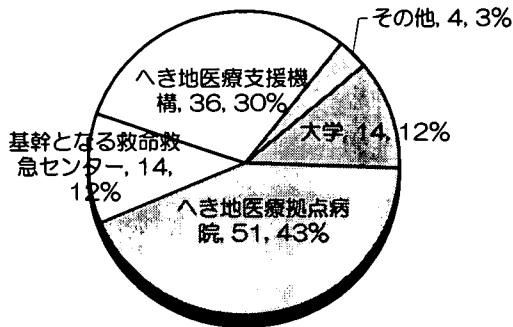


※ 自由記載については、別紙9のとおり。

図34 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

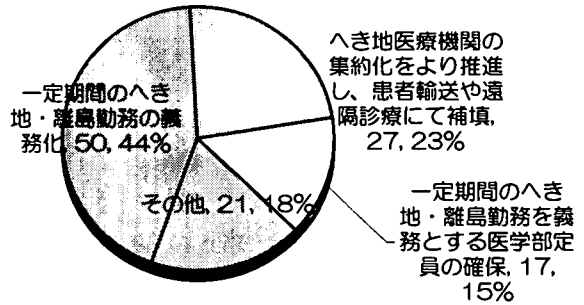
図35 へき地・離島医療に従事する医師確保について、主体となるべき活動単位として理想的と考えられるもの

n=119病院（無回答1）、値：病院数、構成比%



※ 自由記載については、別紙9のとおり。

n=115病院（無回答5）、値：病院数、構成比%



※ 自由記載については、別紙10のとおり。

図36 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

図37 医師や医療機関の偏在の根本的な解決策について

VI. へき地・離島医療に関わる医師の確保について、へき地医療拠点病院の立場からの考え、提言等

※ 別紙11のとおり。

# 病床別結果

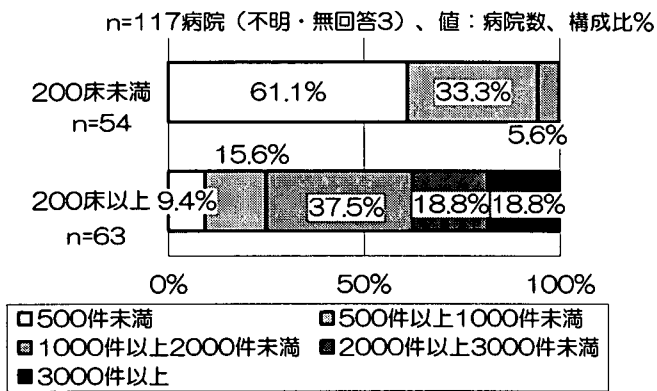


図38 救急患者受入れ件数

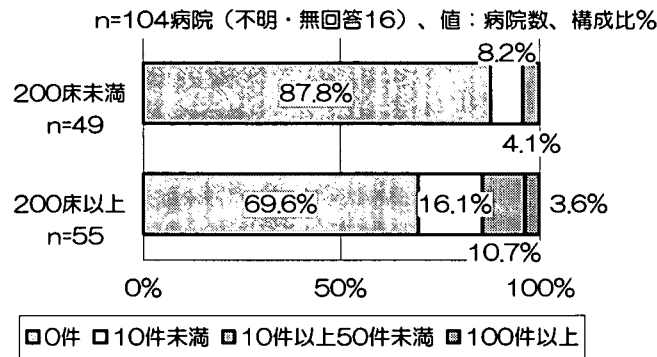


図39 ヘリによる救急患者受入れ件数

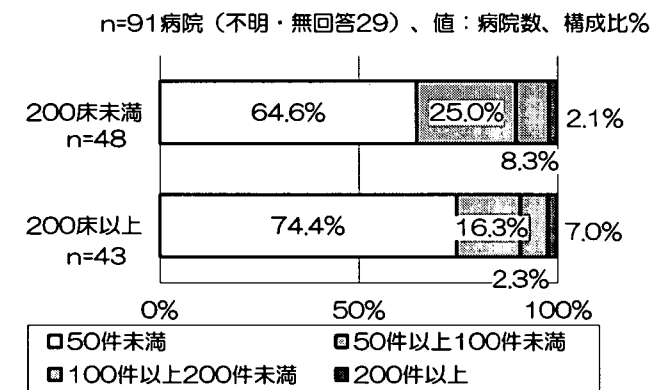


図40 救急車搬送による患者の後方搬送(紹介)件数

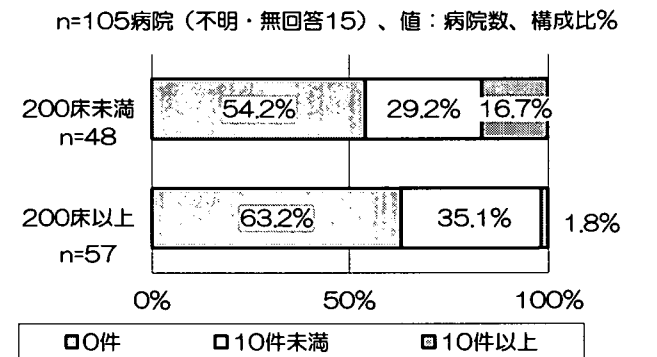


図41 ヘリ搬送による患者の後方搬送(紹介)件数

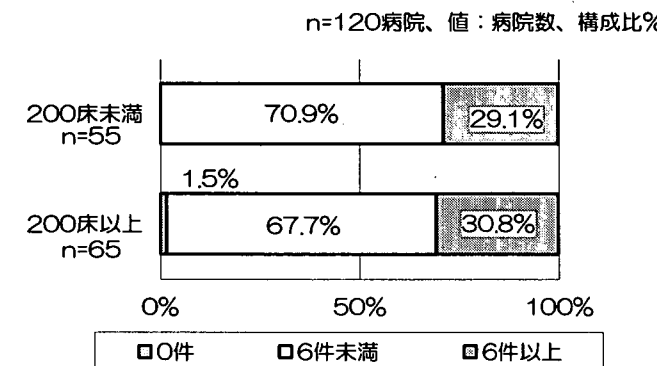


図42 へき地医療支援等について担当する業務数

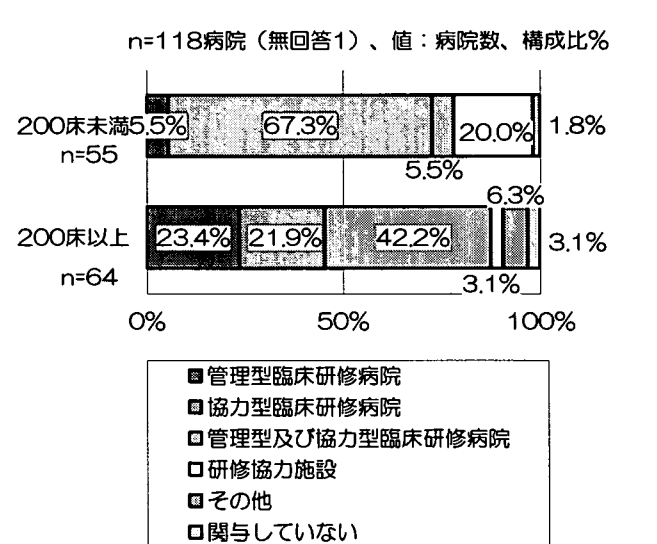


図43 初期臨床研修における立場

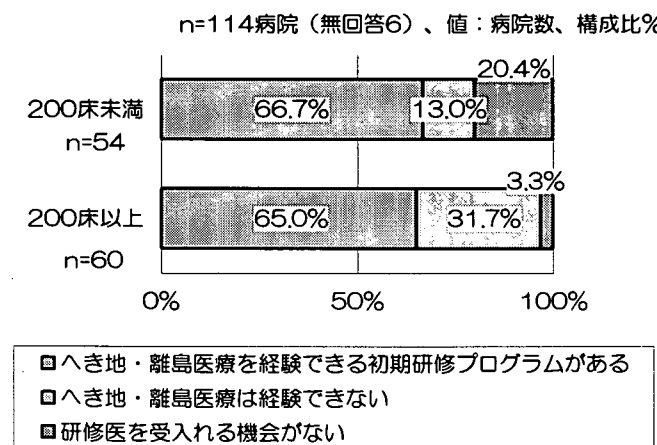


図44 初期臨床研修のプログラム内容