

回答	自由記載及び回答理由
	圧倒的な医師不足(京都府)
	医師が地域に定着することとは別問題である。(和歌山県)
	各施設で状況が異なりすぎている。(和歌山県)
	最終的に医師が地域に留まらなければ、一時的に数が増えても再び減少する。地方では、安定した病院経営が出来ない現状で医師が留まるはずがない。(鳥取県)
	目先の策ばかりではなく、地元の医療に対する使命感を持った学生を育てるべき。(島根県)
	永田宏著の『貧乏人は医者にかかるな!? 医師不足が招く医療崩壊 (集英社新書 413I)』という本が私の考えのほぼ全てです。(岡山県)
	医学部の増員の結果が出るのは10年後、緊急派遣は極めて短期間のため、継続して地域の医療を守るというには適さない。地域医療のモチベーションを上げる仕組みが必要と考える。(広島県)
	緊急派遣：長期的視野に立っていない。一時的なカンフル剤に過ぎない。派遣要項のハードルが高い。定員増：定員増としてもへき地へ来ない。効果が出るまでにへき地医療は崩壊してゆく。(広島県)
	勤務医の就業環境が悪すぎる。(山口県)
	医師の絶対数は明らかに少ないのだから医師は増やすべきだが、ただ数を増やすだけでは偏在は悪化する。「都会でこぼれたらへき地に」となるのは最悪。効率を考えればへき地出身の医師が増えれば、へき地医療に携わる医師が増えるのではないかと思う。(徳島県)
	実習の希望者が少ない。将来定着するかどうか不透明。(徳島県)
	本質的解決策ではないから。(香川県)
	学費補助、診療報酬を上げる等「金」のみで医師の行動をコントロールできているところが誤っている。(香川県)
医師確保にはつながらない	定員増しても役に立つのは10～15年後(香川県)
	研修医の意識に地域医療を担うということがない。(香川県)
	奨学金制度を作っても応募がない。(愛媛県)
	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)
	①大学に総合医ないしは家庭を育てる土壌が育っていないから。②専門医志向が強いから。(高知県)
	医師数と診療科(専攻)の問題は解決されない。質の低下も関連する。(高知県)
	都市志向型又は勤務医離れの現状から、特にへき地・離島医療に有用ではない。(長崎県)
	全医学部に地域医療講座を設け、地域医療従事を義務付けることをしない限り、根本的な解決にはならないと考える。(熊本県)
	医師や患者の専門医志向が変わらない限り、根本的には解決しない。(大分県)
	異動するのが常識的な勤務形態の職種で各病院の職場環境や待遇が異なるため、より良い環境を求める傾向がある。(大分県)
	医師の自己主張が強くなっている。(宮崎県)
	へき地の病院まで充実するには相当な年数が必要と考える。(鹿児島県)
	医療のシステムの問題。世間が専門医志向、「どこどこの認定施設で何年以上、論文何編」等のしぼりがつくと、当然若いドクターは資格の取りやすい大病院志向になる。「地域で標準治療が行えるか？」という観点からの新たな認定制度等が必要。(鹿児島県)
	職場や地域の分布に偏りがある。(沖縄県)

回答	自由記載及び回答理由
その他	医学部の定員増は、将来的には効力が見込まれるものの、今、不足している現状の打開にはならない。緊急医師派遣についても、縛りがありすぎて、利用したくてもできないのが現状である。(青森県)
	とりえず医師不足で困っている都道府県の実情を知ってもらい、その土地の良い点悪い点を理解してもらうことから始めないと進まないし、大都会でなくても地方でも十分な研修・勤務が可能であることを伝えると医師確保に役立つのではないかと思う。(山形県)
	つながると思うが速効的でない。(岐阜県)
	部分的に役立つと思う。(愛知県、長崎県)
	将来効果対策も必要だが、現に今の手当が重要である。地方の中小病院は今が持たない状況である。そのことを厚生労働省は分かっていない。(京都府)
	ある程度の効果はあると考えられる。出来ることはしていくべき。(香川県)
	即効性はない。今を乗り越えられない。(熊本県)
	へき地医療が充実するには解決されない問題がある。自治医大卒業生や医師数が増えたにも関わらず、へき地医療がまだ充足されていないことは、現行のシステムでは解決されないことを示している。従来、自治医大卒業生や大学医局から派遣された若い医師がへき地医療を一部担っていたが、派遣された経験のある医師が残らないのは何か理由があることを考えるべき。研修の問題、生涯教育の問題、生活の問題等解決されない問題があると考えられる。(大分県)
	10年先にはつながるかもしれないが即効性はない。現状の過重労働の対策がなければ医師確保は難しい。(大分県)
	根本的な解決にはつながらないが、ある程度の改善は期待できる。(鹿児島県)
当院は政府の医師派遣で受入れを行った経緯があるが、結果は送られた医師、受けた病院とも満足できるものではなかった。やはりそこに根付いてくれる医師でないと継続的な業務は困難。ローテーションでは不可。医学部学生を増やしてへき地に回ってくるまで持ちこたえられるのだろうか。(沖縄県)	

別紙 9

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	各医療機関が医師確保を進めるに当たっては、予算的、環境的なもので医師を呼び込めない部分がある。国が国策として指導権をもって行うのが、一番早く浸透していくと思う。(青森県)
	国策とする方は皆仕方なく従うのではないだろうか。(山形県)
	医療に格差があることは許されない。経済至上主義からの視点では地域医療が崩壊する。国策でとしているが、露ヶ関での支援策でなく、全国的ルールに地域医療確保を盛り込んだ上で、国費を地方自治の中に投入する趣旨。(京都府)
	国が主導すべき。安全保障政策だと思う。地域によって医療格差が広がる、地域によって治療のスタンダードが異なるというのは、望ましくない未来だと思う。また法律がからむので県単位では何もできそうにない。(岡山県)
	国が主で県が従、地域によっては他県のバックアップが必要。(長崎県)
	へき地・離島勤務を義務付ける。(大分県)
国が主導するよりは、都道府県単位で行うべき	国が主体では、各地域の実情が反映されにくいと考えるから。(北海道)
	国が行う政策は一貫性がなく、信用・信頼が十分できない。(石川県)
	愛知県にプールする医師を置くこと。医師の派遣調整のプロセスをなるべく公開することが必要と思う。(愛知県)
	市町村と県が主導となることだが、へき地の医療に必要な財源等は国が出すべき。地域には財源はない。へき地でもちゃんとした医療にはお金がかかることを認識すべき。(広島県)
市町村単位で行うだけの財力があれば尚良いとは思うが。(徳島県)	
市町村や各医療機関単位	住民の熱意が重要である。(岐阜県)
その他	都道府県が計画し、国が強力にバックアップする。(福井県)
	医科大学、医師会、諸学会等が共同して考え、国全体の施策として行うべきである。(栃木県)
	県主体が望ましいが、県境の医療については問題あり。(岐阜県)
	厚生労働省、文部科学省、日本医師会、各医学会から委員を出し、合同でへき地・離島医療に従事する医師確保の対策を検討された方がよい。具体的な例として、へき地・離島医療1年分のスコア(クレジット)が各学会の専門医となるための3年分のスコアとカウントされ、その後の大病院の臨床研修2年を優先的に受けられる優遇処置を行うこと等が考えられる。(岐阜県)
	へき地・離島の医療こそ医療の原点であると思う。(岐阜県)
	まず難しく考えないでへき地医師の待遇(勤務条件、給与)を改善してほしい。ということはまず国でしょうか。診療報酬はへき地離島病院には非常に厳しい。次に公的医療機関を管理する地方自治体でしょうか。医師の給料をどんどん下げて経営改善を図ろうとしているので。(沖縄県)

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	大学は、へき地医療に理解がなく、ただ形式的人員合わせになる。(石川県)
	赤字に悩む公立病院にへき地医療を担当する余力があるのでしょうか。(大分県)
へき地医療支援機構(都道府県を含む)	どこにプールさせるかではなく、きっちりと必要とするところへ派遣する体制を作ること。(愛知県)
	都道府県単位(京都府)
	へき地医療拠点病院でも医師が足りている病院はほとんどないのでは。(熊本県)
	組織がいくつもの縦割りとなって統一されていない。医療分野、特に医師に関しては一つの組織にしないと、官僚のテリトリー意識が強いので一括してしないと駄目。(鹿児島県)
	こういったものも地域性があるのでその地域で皆で相談して作り上げられればと思う。(沖縄県)
その他	誰もが研修したいとか勤務したいと思っている人気の高い大病院においてプールして、その病院での研修や勤務が可能ではあるが、その替わり必ずへき地医療に何ヶ月か義務付ける方法なら不公平感が解消され、また人数も確保可能では。(山形県)
	理想的には都道府県立病院へ。(新潟県)
	分からない。自治医大と県が行っている今のへき地支援のシステム自体うまくいっているとは思えないのに、それを模したシステムを作ろうとしている政府の考えが理解できない。(岡山県)
	都道府県立病院(香川県)

別紙10

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	開業医・大学教員の資格要件に入れるべき… プライマリ・ケアの実践経験とその教育が必要。(北海道)
	臨床研修における必須の条件。(京都府)
	へき地医療は医師としての最低限の資質を獲得する上で大変重要な役割を發揮できる。一定期間(任意の時期に)のへき地医療をすることは義務化しても良い。(広島県)
	5年間程度の義務化並びにその間におけるキャリアアップの支援体制整備。(愛媛県)
その他	医師一人教育するのに4千万円かかっているとされている。国立大学医学部は一定期間(3年間ぐらい)のへき地医療を義務付ける。(北海道)
	家庭医(総合医)の養成(福島県)
	保険制度の沿革。地域による医療の差を認めるべきである。(茨城県)
	義務化等法的に縛っても本格的な解決には程遠い。ヘリ・船等を使用した診療圏の拡大が最も効果的。(東京都)
	医師数の増加。評価基準の変更(過酷さの評価)。(新潟県)
	へき地医療が魅力あるものとして、医師に受け入れられるような教育システムの構築や勤務後の医療・生活に関するバックアップ体制が必要。(福井県)
	へき地勤務の医師に対する報酬を高くする。(岐阜県)
	厚生労働省、文部科学省、日本医師会、各医学会から委員を出し、合同でへき地・離島医療に従事する医師確保の対策を検討された方が良い。具体的な例として、へき地・離島医療1年分のスコア(クレジット)が各学会の専門医となるための3年分のスコアとカウントされ、その後の大病院の臨床研修2年を優先的に受けられる優遇処置を行うこと等が考えられる。(岐阜県)
	へき地医療機関の優遇(非効率な中で経営改善まで求められることの負担)(愛知県)
	へき地勤務者への厚遇(給料倍増とその後の地位の確保)。私ならこれで手を打つ。(三重県)
	へき地・離島医療、いわゆる地域医療のアイデンティティーの確保が第一の方策である。(奈良県)
	診療報酬の大きな傾斜配分(島根県)
	偏在ではなく絶対数が不足している。偏在は更に悪化を招いているが根本原因ではない。議論のスタート地点が間違っている。治療と同じだから根本原因でない偏在の解消に力を入れても結果はうまく行かない。常々思うのは「無知は罪である」ということ。多くの若い医師にへき地の窮状を間近で体験する機会を与えてほしい。しかし個人の熱意に頼るのはもう限界。ネズミは沈む船から逃げ出すと言う。ネズミに習って中原利郎先生のように前に逃げ出さなくては行けない。小児科・産婦人科だけでなく日本中の医師が船から逃げ出すネズミのようになる時がもうすぐやってくると思う。私自身も既に限界を感じている。(岡山県)
へき地・離島医療に関わる医師の医療訴訟保護及びキャリアパスの保障等の経済的優遇は必須。(広島県)	
義務化して嫌々来られても住民が可哀想。役人の考えそうな上から目線のやり方だと思う。それでも来てくれるなら仕方ないと思う。将来を考えれば地元の医師が増えるべき。個々を詳しく見てあげられるのがへき地の利点ですから、地元住民、行政と教育機関が協力して、テストの点数だけでない評価で人材を見出せたらいいと思う。(徳島県)	

回答	自由記載
	都道府県がへき地支援医師をプールする。(香川県)
	①国や大学がへき地地域医療を重要と考えること。②市町村が自分の自治体の医療のあるべき姿をしっかりと考えること。③若い医師に地域の医療の楽しさを知ってもらうこと。(高知県)
	へき地勤務のメリットを大きくする。(高知県)
	義務では医師は動きません。ポイントは「医師」というライセンスをもった人を、いかに医師として、職業として満足させる環境作りができるかだと思う。(鹿児島県)
その他	この質問は不適切ではないか。これは厚生労働省の言い分で、医師不足の大きな原因は偏在ではなく全体としての医師不足だと考える。「1）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）」医師は奴隷かと問いたい。義務化された場合、地方行政は医師の待遇を更に悪化させるだろう。365日24時間勤め上げたものでなければ認めないとなるのではないか。改善の努力をせざるも医師が送られてきますから。「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」地域住民の理解が得られれば可能。ただし若い人は地域から都会へ更に移動し地方は完全に崩壊すると思う。教育と医療のない所に生産年齢の人は住めない。「3）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」これは最初からの約束で入学するのだから良い案だと思う。(沖縄県)

## 別紙11

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

これは、完全に政策医療であり、赤字部門であるため、行政のトップ（人事権、予算権、立法権を持っている）が責任を果たすべきである。一市町村、一医療機関、一個人の医師の努力、責任でどうなる問題ではない。（北海道）

当院は、医師確保の目的も含めて、毎年10余名の臨床研修医を確保しているが、その負担も少なくはないため、補助金の増額を検討したい。また、新人医師が更に地域医療に携わるよう義務化し、伴って金銭的な補助等の整備も検討したい。（北海道）

へき地医療には総合診療科が向いているが、現在そのような医師を育成する大学、病院がほとんどないと言っても過言ではない。医師の6割は専門医で4割は総合診療医に分け、大きな病院でも初診は総合診療科で診るようにし、へき地拠点病院の総合診療科から医療圏のへき地に医師を派遣する体制を構築する。（北海道）

都市部偏在医師を地方に分散させる施策を考えてほしい。（宮城県）

へき地・離島医療は一種ボランティア機構のようなものであり、給料を高くしてもあまり集まらないのが現状と思われる。（山形県）

地域の医療計画を作る方々がまずへき地離島の医療を経験した上で計画を練ってほしい。医師確保のためにどんなに苦労しているか。（山形県）

へき地への医師の派遣について、（都道府県単位の）へき地医療支援機構に権限を持たせるべきである。派遣については中立的立場で人事を決定することが必要であり、特定の機関の利益が優先されないことがないようにする。支援機構の医師確保は地元医大の地域枠、都道府県のへき地奨学生、自治医大卒業生をもって行う。（福島県）

専門医のみで中小病院を運営する事はあまりにも非効率。へき地に限らず1-2次医療を担う医療機関は総合医が主体となることでより少ない医師数でも効率のかつ高度な診療を行うことが可能となる。専門医養成に偏り過ぎている日本の医学教育を見直し、専門医と同数程度の総合医が養成されるようになれば、地域の医師不足は解決されると思う。（栃木県）

へき地と島嶼は区別して論じるべきである。（東京都）

医療制度変更の目的を対象人口や費用のみとせず、対象面積、時間的距離等実質的負担も加味して評価してほしい。（新潟県）

国が財政面だけを重視した低医療費政策を根本的に改め、真の医療の均てん化を図るための責任を果たすことが、最も重要であると思う。（新潟県）

へき地・離島という言葉と、医療過疎という言葉が混同して使用されている。へき地も医療が必要であるが、まず、医療過疎地域への支援が必要である。（石川県）

結局最後は金銭的な問題だと思う。夕張市に代表されるように「今の地方の財政では、残念ながら何千に一人の割合で起こる確率の疾病については対応し準備するだけの予算がない」という考えが一般的になるのであれば、地方の病院は徐々に統廃合して集約化していかざるを得ない（逆にこのことはいつか人口が集中している大都会にも病院の局在化としてはね返っていくと思うが）。40歳代の後半の勤務医が、急性期等の繁忙な医療機関から、自分の望む勤務の可能な病院への異動を容易にするシステムを作ること。地域医療に携わる医師の社会的・医学的地位を上げること。（石川県）

へき地医療は、研修期間の1コマと考えて行えるものではないと考える。医師として、技術及び話術等を十分に兼ね備えた者でなければ対応はできない。（石川県）

へき地勤務医は、仕事は少ないが精神的には過酷である。報酬は都会勤務医師と比べて少ない。このような状況で、へき地へ赴任する医師は出てこない。へき地でドクターヘリを使用する病気が発生する頻度は数年に1回であり、ドクターヘリがへき地医療を改善する決め手にはならない。（岐阜県）

<p>現在の初期臨床研修及び後期臨床研修を踏まえて、特別な機構を構築し、初期臨床研修終了後のコースとして1年間のへき地・離島医療、その後の2年間の専門医或いはプライマリ・ケア研修ができるようにする（仮称：へき地・離島医療スーパードクターコース）。その上で各種学会との連携で、スコアのカウントをどう取り扱うか、現行の専門医とのスコアとどう整合性をとるかを検討する。これらを取り扱う特別な機構を国がバックアップし、各都道府県がこのコースをキャリアパスを認め、各病院と連携していくことが可能ならかなりの研修医の希望があると思う。へき地医療支援機構がどのような機構が分からないのでこのようなことを述べたが、既に検討済みでしたら単なる一意見と解釈下さい。（岐阜県）</p>
<p>卒前教育で地域医療を取り入れていくこと。へき地医療機関の医師の待遇を改善すること（ロールモデルを作る）。保険診療上、その他の優遇措置。（愛知県）</p>
<p>へき地勤務の義務化ではなく、希望者のインセンティブが働く、特典が与えられる方法で対応する。（愛知県）</p>
<p>現在、党員の機能の低下を防ぐことに汲々としている状態では、へき地医療への取組みに対しての十分な考えが思い浮かばない。（三重県）</p>
<p>へき地医療の集約化は、当然であると考えられるが、集約化の体制が地域の診療科によってアンバランスが生じており、救急搬送先が一定ではなく、最悪受け入れ先がないということも生じている。そのため、集約化に対する、ソフト・ハード・人員配置・情報の共有化と伝達方法の整備等が必要である。（三重県）</p>
<p>地域医療確保の観点から、医師確保については国・県が積極的に支援すべきである。（滋賀県）</p>
<p>①現在、国が進めている医療政策では都市部と地方、大病院と中小病院の格差は拡がるばかりで若者には地方の魅力は伝わらないと思う。②へき地・離島といえども医師のモチベーションの上がる診療機器の充実を③自治医大生の義務年限を従来の9年から20年に延長する。④どこに勤めようと基本は医師のやる気とやる気を起させる環境作りだと思う。（京都府）</p>
<p>日本全体にgeneralistのidentityが低い。Specialistを重視する傾向が依然強く（マスコミも含め、医学界全体で）、学生の目はgeneralに向きにくいのでは。へき地・離島においても、医者として立派な動きをしているドクターは多数存在しており、そういった現場のドクターからの意見を重視すべき。行政、大学等現実を全く知らない人が議論しても、何の解決にもならないのは目に見えている。（奈良県）</p>
<p>当院は私的病院で100床未満の小病院です。このような病院ではへき地医療拠点病院としての役割が十分果たせないと感じ、拠点病院として適格でないと思っている。市民サイドから見るとへき地の医療支援は公共サービスに近いと思う。派遣医師サイドから見るとへき地は研修場所の1つ。そこに派遣される自治医大卒業の医師は若く、かつ自分達が他大学出身医師と比べ正規の（或いは十分な）指導が受けられていないと感じている。彼らの年齢での研修内容はその後の医師の将来を大きく左右させるので、彼らの不安や苦悩は大変なもの。この仕事は公的機関と医師養成機関が共に深く関わってもらわないと、初めから採算性がない安全保障のような分野と考えてもらわないと、うまくいくとは思えない。そして国の政策が変わらないとどうにもならない。医療は小売業や飲食業のような普通のサービス業で良いのか。今の医療政策は医療を民間に開放して普通のサービス業にしようとしていると感じている。それなら小売業と同じで、「田舎は古くて汚くて不十分な品揃えの店で我慢しろ、良いものが欲しければ都会に行け」と言うことになる。それ自体が良いか悪いかは分からないが、中医協等が今の経済財政諮問会議に従属している現状でへき地の医療を充実させよう等と言うこと自体が矛盾だと思う。（岡山県）</p>
<p>医療に対する期待値（患者様の）が現場の提供レベルとかけ離れて高くなっている。レベル維持及び患者アクセスの確保にはお金がかかるが、医療費削減の折難しい。（広島県）</p>

「へき地」という言葉があまり好まれていないようです。住んでいる人も良い感じを受けないのでなにか別の言葉を考える時期ではないか。学生の研修、研修医の研修で全人的な医療の必要性を理解してもらうようにしている。ただやはり最初の内は症例数の多いところで腕を磨き、勉強することは大変重要なので若い人達をへき地へ強制的に従事させるのは勧めない。またいわゆる退職した医師をもう一度使おうとする試みも医療の質を確保する上で賛成できない。いわゆるへき地でも医療のレベルを下げずに、質を確保することはとても重要なことであると認識してほしい。24時間いつ呼ばれるかわからない中での勤務はこの社会情勢と相俟って医師には重圧でバーンアウトとの戦い。せめて金銭的な見返りでもあればまだいいが、病院経営から見ると高給を提示出来ず、将来に光は見えかねる。療養型病床はへき地に絶対確保すべきと考えるが、診療報酬の考え方では今後は廃止も視野に入る。開業医がやるあくどい医療をなくすことは重要ですし、開業医利権団体の日本医師会の反対等があるだろうが、きちんとした監査をしてへき地で24時間対応している所への診療報酬等で十分に評価することを望む。繰り返すが（なかなか分かってもらえないのだが）、へき地だからどんな医者でも良い、ただ確保すればよいというのではなく、医療の質が確保をできる医師を求めたい。そして医療を確保するだけでもお金がかかる、そしてその質を確保するにもお金がかかるということを言っていく必要がある。（広島県）

医療費削減の施策が根本的に解決しなければ、へき地医療の問題も解決しないと思う。（山口県）

地域医療振興協会とタイ・アップしてこの事業を発展させる。協力施設を登録しておく。（山口県）

それぞれの拠点となる病院（へき地医療拠点病院、大学医学部）良いプログラムを作って、研修医を育成していくシステムを作る必要がある。自治医大方式（義務年限を利用してへき地の医師を確保）を全国の医学部に拡大するのも時間がかかるが、効果がある。（徳島県）

10年に1人でも地元（へき地）出身の医師が出て帰ってきて働いてくれたら、医師不足で困ることはなくなる、というのが住民の方々の切なる願いではないか。（徳島県）

学生時代や研修医の時にへき地・離島診療の見学や実習を義務化して一度経験することは非常に良いことと思う。是非、これを推進してほしい。しかし、それ以降に、自治医大のように全員がへき地に行くのであれば学生時代から先輩を見て使命感も生まれてくるが、果たして同級生の多くが専門医を目指す中で、義務ということだけでへき地・離島に派遣するのは可能だろうかと思う。へき地の方も数ヶ月くらいで短期間くるくる代る医者、意欲のない医師は望まないようにも思う。医学部の一定枠を義務化することは効果が大きいと思うが、その場合も、大学教員の理解やへき地医療拠点病院、へき地医師との勉強会、懇談会等をしないとモチベーションは保てないと思う。（香川県）

大学教育で地域医療の重要性を教えてほしい。専門医ばかり作ると結局医師不足は解消しない。（香川県）

開業のための必要条件にする等といった一定期間のへき地・離島勤務を義務化等、ある程度の強制力を持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）

長崎県の医学修学制度が以前よりあるため、長崎県の離島は比較的充足されているように思われる。（長崎県）

年間数十万円の費用をかけて医師募集WEBサイトにより採用するも、短期間（2年程度）で退職となり、その補充すら厳しい。（長崎県）

政府の強いリーダーシップを願う。（熊本県）

根本的には、良心で自発的にする医師が望ましい（義務化にしても長居はせず、その場限りだと思われる。現状を考えれば、そういうことも言ってはられないが）。（熊本県）

現在の国の方針・目的が、過疎地、地方の切り捨てにあるとしか思われぬ。今こそ、国が地域医療を守る、地方を活性化するという方向に政策を根本的に変換しない限り益々地方に人は住めなくなり、崩壊すると思う。（熊本県）

へき地・離島医療で求められるものが何なのか。十分な救急医療をへき地・離島に求めるのであれば広域的なヘリ等の搬送体制の整備が必要。住民の生活習慣病の診療等であれば常勤医を配置する必要性は必ずしもないと思う。一日に何名かの患者をへき地・離島で診療するのも含めて人員配置を考慮する必要があると思う。忙しさは拠点病院の方がはるかに忙しいと考えられる。（大分県）

各大学にプライマリ・ケア部門を作る。各診療科（産婦人科、外科等）において、救急やへき地・離島の医療システムの構築を考えるべきである。公立や私立等の枠組みをなくして、広く討議すべきだと考える。（大分県）

医療拠点病院の医師数を増やすことしかない。即ち集約化が可能ならば積極的に取り組む。（大分県）

へき地・離島医療は、全人的医療を身につけるのに最適な現場。若い時期にそういった経験を持つことは、医師としての診療能力を身につけるために大切。それゆえ大学等の総合診療科等を設置し、その医師の外来患者さんは、へき地病院に移送する等のシステムが必要。（宮崎県）

拠点病院そのものが定員割れしている。（鹿児島県）

道路や交通の便を第一に考えて、改めてへき地診療所を考え直す。例）1時間位の事で可能な所等は、診療所ではなく看護師等で対応する→後方病院なり中核病院等の連絡網を完備し、対応する。例）一定以上の人口がある所には、中核となる病院を配置する。逆にいえば人口と交通網の2点から統廃合する。例）医師は定勤だが、一定年数で交代させ年明けには留学（国内・海外）研修の予算、特権を与える。例）少なくとも、都市部の勤務医の待遇よりは高い給料2×3倍を与える事にする等、或いは5年勤務で今問題となっているプライマリ医の称号、特権を与える。例）病気、学会（定数）etcのサポート態勢を整備する。例）一定期間へき地診療所に勤務した医師に特権を与える（称号、診療単価、税対策（減税）等）。（鹿児島県）

地域医療機関では、必ずしも高度な専門性を備える医師が必要ではなく、「いかに先端の標準治療を提供・提示できるか」。現在の認定医、専門医制度が資格の中心をなせば、それらのキャリアを詰めるのは大病院に医師が集まるのは当然。標準治療を常にブラッシュアップしていくシステム作り、例えば、臨床腫瘍学会が定期的に行うセミナーのような形式で、第一線の専門家から、外来で遭遇する疾患の標準治療、ガイドラインのセミナーを全国レベルで開催（コメディカルで参加するチーム参加型も有効）。情報交換の場の提供、セミナー出席時はがっちり代診を送るシステム作り。国・県からの十分な予算配分、セミナー＋参加者の認定制度等、しつこいようだが、「医師としての職業を満足させるシステム」作りを行わなければいくら医師を増やしても体勢は変わらない。（鹿児島県）

言いたいことは山ほどあり各々が谷ほど落ち込みますが……疲れました。建設的でなくて申し訳ありません。（沖縄県）

## 「救急医療体制の推進に関する研究」小濱啓次主任研究班の分担研究

「へき地・離島救急医療体制における救急医療機関の連携と  
患者と医療資源の集約化に関する研究」分担研究者 福田 充宏

### へき地医療支援機構等へのアンケート

- A. 都道府県名 ( )
- B. 支援機構が設置されている施設の名称 ( )  
施設の性格 都道府県庁 都道府県立病院 市町村立病院 公的病院 医師会立病院  
その他 具体的に( )
- C. 回答者のお名前・役職：お名前 職名：  
メールアドレス：

#### 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お聞きします。

1. 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することとなっていますが、貴都道府県では、へき地保健医療計画を策定されていますか。

- 1) 第10次へき地保健医療対策が公表される以前より、策定していた。
- 2) 第10次へき地保健医療対策を受けて検討を行ない、既に策定している。
- 3) 現在、策定作業中であり、平成( )年度に策定する予定である。
- 4) いまだ策定していない。

2-1. 貴都道府県では、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）は設置されていますか。

- 1) 既に設置済みである。
- 2) 現在、設置のための作業中であり、平成( )年度に発足する予定である。
- 3) いまだ設置していない。

2-2. 前問で設置済みまたは発足予定と回答された機構にお聞きします。協議会を構成する組織・団体について、下記の中であてはまるものに全て○をつけてください(複数回答可)。

- 1) へき地医療支援機構
- 2) 全てのへき地医療拠点病院
- 3) 一部のへき地医療拠点病院
- 4) へき地診療所の代表者
- 5) 関係市町村の行政関係者
- 6) 都道府県内医学部・医科大学または附属病院関係者
- 7) 地域医療支援病院の関係者
- 8) 医師会の代表者
- 9) 住民の代表者
- 10) その他 具体的に

- ( )  
( )  
( )

☆貴都道府県のへき地・離島医療対策の概念図等がありましたら、別紙にて添付してください。

3. 貴機構が行なっておられるへき地医療支援事業の企画調整について、下記のうちあてはまるものに○をつけてください(複数回答可)。

- 1) へき地医療拠点病院からのへき地診療所等への短期の医師派遣に関する調整
- 2) へき地医療拠点病院からのへき地診療所等への長期の医師派遣に関する調整
- 3) へき地医療拠点病院等における医師のへき地への派遣登録業務
- 4) 登録された医師のへき地診療所またはへき地医療拠点病院への赴任の調整
- 5) 看護師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師等のへき地への派遣登録業務
- 6) へき地医療従事者に対する研修の計画(実施も含む)
- 7) 協議会を通じて新たに確保された医師の配置計画
- 8) へき地からの意見、情報等を集約し、都道府県、協議会への報告
- 9) へき地保健医療計画策定への関与
- 10) 基幹となる救命救急センター等と連携し、へき地からの広域救急搬送システムの企画立案
- 11) その他 具体的に

- ( )  
( )  
( )

4. 貴機構が考えられるへき地医療拠点病院が果たすべき役割は次のうちどれですか。あてはまるものに○をつけてください(複数回答可)。

- 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(週1～2回など)
- 2) へき地診療所等への中長期の常勤医師派遣(半年間～1年間など)
- 3) へき地診療所等への不定期の医師派遣〔代診〕(冠婚葬祭、学会出張など)
- 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(半年間～1年間など)
- 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(卒後3～5年目)
- 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および治療
- 14) 医学生の実習の受入れ(正課授業および自発的研修)
- 15) その他 具体的に

- ( )
- ( )
- ( )

5. 第10次へき地保健医療対策では、へき地からの救急搬送なども大きな課題の一つとして挙げられていますが、貴機構として救急医療分野との連携についての考え方についてお聞きします。

- 1) 支援機構としても救急医療分野を視野に入れて政策立案に関わっていくべきである
- 2) 支援機構は救急医療分野まで介入する必要はない
- 3) その他  
(自由記載)

そう思われるのは何故ですか(自由記載)。

## 11. 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

1. 初期臨床研修「地域保健・医療」研修で、へき地・離島医療の研修を提供する医療機関との連携に関してお聞きします。

- 1) 都道府県や支援機構としてへき地・離島医療の研修受け入れ等を依頼・調整している(特定施設のみでも可・自施設で行っている場合を含む)
- 2) 「地域保健・医療」研修に関する情報を提供している(特定施設のみでも可)
- 3) その他(具体的に)  
(自由記載)

4) 分からない

2. 貴都道府県内にある初期臨床研修プログラムについてお聞きします。

- 1) へき地・離島医療を経験できる内容の初期研修プログラムがある
- 2) へき地・離島医療は経験できるものはない
- 3) 分からない

※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回答された都道府県にお聞きします。そのプログラム策定には、へき地医療支援機構や都道府県が関与していますか？

- 1) 関与している

2) 関与していない

3. 貴都道府県内にある後期臨床研修プログラムについてお聞きします。

- 1) へき地・離島医療を経験できる内容の後期研修プログラムがある
- 2) 後期研修プログラムはあるが、へき地・離島医療は経験できるものはない
- 3) 分からない

※へき地・離島医療を経験できる後期臨床研修プログラムがあると回答された都道府県にお聞きします。そのプログラム策定には、へき地医療支援機構や都道府県が関与していますか？

- 1) 関与している
- 2) 関与していない

4. 都道府県(支援機構)の立場で、貴都道府県内の初期臨床研修(研修医教育)への関与があるかについてお聞きします。

- 1) 都道府県(支援機構)の立場で研修管理委員会の委員に任命されているなど、一定の関与がある
- 2) 都道府県(支援機構)の立場では初期臨床研修(研修医教育)への関与はしていない
- 3) 分からない
- 4) その他(具体的に)  
(自由記載)

5. 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ことについて貴都道府県としてのお考えをお聞かせください。

- 1) へき地・離島医療の研修は必要だと思う
- 2) へき地・離島医療の研修は必要ない
- 3) その他  
(自由記載)

そう思われるのは何故ですか(自由記載)。

6. へき地医療支援機構の立場から、貴機構が関連するへき地医療機関(へき地診療所やへき地にある中小自治体病院等)からの重症例の救急搬送についてお持ちになっている印象をお聞きします。

- 1) 基幹となる救命救急センター(特定施設のみでも可・自施設で行っている場合を含む)との連携がうまくできていると思う(へき地医療機関から、直接救命救急センターへ搬送するなどの事例がある)

2) ほとんど連携はない(へき地医療機関から、直接救命救急センターへ搬送するなどの事例はほとんどなく、重症であってもまずは近隣の後方病院へ搬送する)

3) その他

(自由記載)

111. 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お聞きします。

(お分かりになる範囲でお答えください)

1. 先般、法案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)が制定されましたが、その後、貴都道府県では行政として何か進展がありましたか。

1) 具体的な進展あり

2) 具体的な進展なし

3) あったかもしれないが把握していない

4) その他

※ 1) で具体的な進展ありと回答された都道府県にお聞きします。具体的な内容についてご説明ください。資料等がありましたら添付いただいても結構です。

(自由記載)

2. 消防防災ヘリとドクターヘリの違いについてご存じでしょうか。

1) 違いについて説明が可能である

2) ある程度の認識は持っている

3) どちらも同じであると認識している

4) その他

(自由記載)

3. 貴都道府県に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お考えになりますでしょうか。

1) 大きく変化する

2) 多少変化する

3) あまり変化しない

4) その他

(自由記載)

そう思われるのは何故ですか(自由記載)。

4. 貴都道府県にドクターヘリが導入された場合、基幹病院(ドクターヘリ基地)はどこがふさわしいと考えられますか。あくまでへき地医療支援機構の立場からのお考えで結構です。

- 1) 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
- 2) 上記以外の救命救急センター
- 3) その他

(自由記載)

5. 各都道府県に、消防防災ヘリ、ドクターヘリの2種類の機体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、どちらが主となって活動するとお考えになりますか。

- 1) ドクターヘリ
- 2) 消防防災ヘリ
- 3) 両者を並列して利用する
- 4) その他

(自由記載)

そう思われるのは何故ですか(自由記載)。

6. 貴都道府県の立場からは、ドクターヘリはへき地医療支援になるとお考えになりますか。

- 1) かなり有効である
- 2) 使用方法によっては有効な手段
- 3) 有効な手段とは思えない
- 4) その他

(自由記載)

そう思われるのは何故ですか(自由記載)。

IV. へき地・離島医療に従事する医師確保についてお聞きします。

1. 貴都道府県はへき地・離島医療に従事する医師が確保されているといえますか？

- 1) へき地勤務医師は確保されている
- 2) へき地勤務医師は確保されていない
- 3) その他

(自由記載)

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）するための医師が確保されているといえますか？

- 1) へき地支援医師は確保されている
- 2) へき地支援医師は確保されていない
- 3) その他

(自由記載)

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)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だと思いますか？

- 1) 医師確保の根本的な解決につながるものと考えている
- 2) 医師確保にはつながらない
- 3) その他

(自由記載)

そう思われるのは何故ですか(自由記載)。

4. 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お考えになるものを一つ選んでください。

- 1) 国が主導して、かつ国策として行うべきものである
- 2) 国が主導するよりは、都道府県単位で行うべきものである。
- 3) 市町村や各医療機関単位で行うべきものである
- 4) その他

(自由記載)

5. へき地・離島医療に従事する医師を支援する目的で、政策的にどこかにへき地支援医師をプールさせるとした場合に、最も有効だと考えられる場所を一つ選んでください。

- 1) 大学
- 2) へき地医療拠点病院
- 3) 基幹となる救命救急センター
- 4) 都道府県またはへき地医療支援機構（機構に所属する医師をへき地支援に利用できるよう運営要領を変更して）
- 5) その他  
(自由記載)

6. 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ますが、これを根本的に解決するための方策として考えられるものを一つ選んでください。

- 1) 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)
- 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
- 3) 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
- 4) その他  
(自由記載)

へき地・離島医療に従事する医師確保について、貴機構(都道府県)の立場からお考えになっていることや、ご提言などがあればご自由にお書きください。

アンケート調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

## 「救急医療体制の推進に関する研究」小濱啓次主任研究班の分担研究

「へき地・離島救急医療体制における救急医療機関の連携と  
患者と医療資源の集約化に関する研究」分担研究者 福田充宏

### へき地医療拠点病院へのアンケート

- A. 都道府県名 ( )  
B. 病院名 ( )  
C. 回答者のお名前・役職：お名前 職名：  
メールアドレス：

#### I. 貴病院のプロフィールとへき地医療支援の概要について

##### 1. 貴病院の開設者は次のうちどれですか。

都道府県 市町村 公的病院(日赤、済生会、厚生連、北社協) 医師会 医療法人  
医育機関(医学部・医科大学)附属 その他 具体的に( )

##### 2. 貴病院の診療科は下記のどれですか(複数回答可)。

1. 内科      2. 外科      3. 小児科      4. 産科      5. 婦人科  
6. 整形外科      7. 脳神経外科      8. 眼科      7. 耳鼻いんこう科  
8. 皮膚科      9. 精神科      10. 麻酔科      11. 総合診療科  
12. 救急科      13. その他( )

病床数 ( ) 床

常勤医師数 ( ) 名

##### 3. 貴病院の特徴のうち、あてはまるもの全てに○をつけてください(複数回答可)。

1. 地域医療支援病院      2. 救急告示病院      3. 救命救急センター  
4. がん診療拠点病院      5. 難病医療拠点病院      6. エイズ治療拠点病院  
7. 臨床研修病院      8. 医療機能評価機構認定病院  
9. 特定機能病院      10. その他( )

##### 4. 貴病院の救急医療(平成18年度のデータ)について、お聞きします。

救急車搬入件数 ( ) 件/年  
ヘリ搬送で救急患者を受け入れた件数 ( ) 件/年  
救急車搬送で患者を後方搬送(紹介)した件数 ( ) 件/年  
ヘリ搬送で患者を後方搬送(紹介)した件数 ( ) 件/年

5. 貴病院が担当しているへき地医療支援等について、あてはまるもの全てに○をつけてください  
(複数回答可)。

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(週1～2回など)
2. へき地診療所等への中長期の常勤医師派遣(半年間～1年間など)
3. へき地診療所等への不定期の医師派遣【代診】(冠婚葬祭、学会出張など)
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(半年間～1年間など)
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」研修の受け入れ
9. 総合的な臨床医を養成するための研修プログラム(卒後3～5年目)
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および治療
14. 医学生の実習の受入れ(正課授業および自発的研修)
15. その他 具体的に

( )  
( )  
( )

6. 上記のそれぞれについて、貴病院の取組みの状況について、もっともあてはまるものをそれぞれ1つお選びください。

- a. 現状よりさらに充実させ、より良いものにしたいと考えている
- b. 現状で十分と考えている
- c. 現状で十分だとは考えていないが、人員やシステムの関係で現状が精一杯である
- d. 現状の取組み状況は当病院の能力を超えている
- e. 当病院が取り組むべき課題ではない
- f. わからない

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(週1～2回など)	a b c d e f
2.	へき地診療所等への中長期の常勤医師派遣(半年間～1年間など)	a b c d e f
3.	へき地診療所等への不定期の医師派遣【代診】(冠婚葬祭、学会出張など)	a b c d e f
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(半年間～1年間など)	a b c d e f
5.	へき地巡回診療	a b c d e f
6.	へき地に勤務する医師の研修	a b c d e f