

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）
分担研究報告書

へき地医療において提供される医療サービスの向上と
へき地医療に従事する医師の労働環境改善に係る研究

「へき地に勤務する医師に関する調査」

今道英秋 自治医科大学救急医学 客員研究員

研究要旨

【目的と方法】

へき地診療所に勤務する医師641名を対象として、現在行っている診療業務の内容（疑問点や調べたいことの解決方法、診療所に必要と思われるもの、勤務において困っていること、勤務環境を改善する方策）、診療能力向上のための研鑽（日常勤務における研鑽の状況、勤務を離れて行う研鑽の機会、勤務の中で研修を行う際の問題点等）、医師が診療所を離れることについての周辺の環境（診療所を離れる際の診療の扱い、研鑽等で地域を離れることについての制約、診療日・研修日・休診日の状況、日当直の状況）、専門医取得に関連する状況（専門研修の進捗状況、研修を続ける上での困難な点・改善が望まれる点、取得を目指している専門医資格、既に取得した専門医資格、新しい専門医の研修制度に対する理解、新しい専門医制度に対する自由意見）、勤務地域の医療提供体制の再構築の現状（2025年に向けて直面する課題、診療所の経営状態の見直しの現状、医療提供体制を見直す組織の有無、見直す場として望ましいと思われる組織、見直すにあたりリーダーシップをどこが取るべきか、見直しについて必要なもの）について無記名の調査を行った。

【結果】

384名（59.9%）の医師から回答を得た。男性が9割近くであり、30代および50代がそれぞれ4分の1を占めていた。医師としての経験年数は9年以下が3割近くでもっとも多かったが、20～29年、30～39年もそれぞれ2割を超えていた。へき地に勤務している理由としては、自らの意思が最も多く5割近くであり、自治医科大学卒業医師や地域枠養成医師、その他の修学制度による医師も4割に認められた。

1. 現在行っている診療業務の内容

診療で生じた疑問点や調べたいことの解決方法（複数回答）では、古典的な教科書（オフライン）、専門医へコンサルト、オンラインのガイドブック、他の医師に相談が多くあげられた。診療所に必要なものとしては、紹介時のストレスのない診療連携、人脈に依らないコンサルトシステムが上位に回答された。相変わらず、後方病院との診療連携がへき地診療所の課題の1つであることが確認された。

現在の勤務で困っていることには、以前から指摘されている専門・得意分野以外の問題の対応や技術の研修ができないことに加えて、自分の家族との関係・子弟の教育・単身赴任があげられ、へき地に勤務する医師においてもワーク・ライフ・バランスが重要視されていることがわかった。

勤務環境の改善策としては、後任の心配のない人事システム、研修機会の確保、行政の支援・協力、専門医へのコンサルト、夜間・時間外の対応システム等が上位に挙げられたが、これらも前から指摘されている課題であり、十分に解決されていないことが判明した。

2. 診療能力向上のための研鑽

診療能力の研鑽については6割の医師が研鑽の機会をもっていたが、症例検討会や講演会を回答するものも多く、平日に研修日を持っているものは全体の3分の1に過ぎなかった。

学会や講習会等で診療所を離れる場合の診療の扱いは、代診医師を確保しているところもあったが、4分の1は休診にすると回答した。まだまだ代診制度が浸透していないと考えられた。

診療所を離れることについての制約については、制約されないとの回答も3分の1にあったが、診療時間以外も診療に応じる必要があったり、住民の目があり離れられなかったり、事前に周知する必要があったりで4割が制約があると回答しており、以前と同様に医師の拘束時間の長さが明確となった。その一方で複数医師体制や診療所のグループ化が4%あり、1人あたりの負担がいくらか軽減されているところもあった。

1週間あたりの診療日数が3日未満の診療所が2割弱あった。研修日は1週間に半日未満、1日のところが多かった。休診日でみると1週間あたり半日しかない診療日数の多いところと、1日半以上休診している診療日数の少ないところに二極化していた。これは診療所の統廃合による層別化を表している可能性がある。4分の1の医師が日当直を行っていた。若手の医師にとっては臨床能力を磨く場となっている可能性があるが、勤務環境として過酷とも考えられる。

3. 専門医取得に関連する状況

3割の医師が専門医取得に向けて研修を希望していたが、順調に研修を進めている医師は1割に満たなかった。研修を始めたものの、へき地では研修を続けることができず、保留している医師が1割に認められた。へき地勤務中に専門医研修が難しい理由として、勤務施設が研修施設でないことや指導医がいなかったことにより研修期間として認められないこと、必要な症例、手術・処置の経験が蓄積できないことが挙げられた。これについては研修日を確実に研修することや指導医が巡回することなのである程度改善できると考えられるが、へき地勤務中の医師が大病院で勤務している医師と同様の内容、タイミングで専門研修を行うことは事実上難しいと考えられ、自治医科大学卒業医師・地域枠養成医師等については勤務スケジュール内で専門医取得の研修について目処を提示できるようにすべきであると考えられる。

4. 医療提供体制の再構築の現状

2025年問題については、患者数の減少が4分の3の医師に懸念されていた。もっともへき地では高齢化が都市部よりも先行しているため、人口減少に起因するものが多いと考えられた。5割が医師と看護師の確保を挙げていたが、医師と異なり十分効果のある施策が行われていない看護職については早急な対策が必要であると考えられた。

へき地診療所の望ましい経営形態としては、診療所のグループ化が4割、出張診療所化が3割となっていた。現在のまま診療を継続することは難しいと考えている医師が多かった。

へき地医療提供体制の見直しを検討する場があるとする回答は4割に過ぎなかった。現在検討を行っているないし検討を行うことが望ましいと考えられている組織は都道府県や市町村・広域連合が設置する協議会とするものが多かった。見直しに関してリーダーシップを取るべき組織として順位をつけてもらったところ市町村、都道府県についてへき地診療所、へき地医療拠点病院、住民の順に回答された。見直しで必要なものとしては、市町村長の理解と住民の理解がもっとも多く、へき地医療拠点病院の協力が続いていた。

上記の結果から、従前の調査と同様、代診や患者の受け入れ等の診療支援や研鑽の機会に恵まれないこと、拘束時間の長さに診療所の医師は悩まされていることが判明したが、一部では代診制度が動き始めていること、医師複数体制などで医師の負担が軽減されつつあることも明らかになった。

今後も、へき地診療所、へき地医療拠点病院の置かれた状況を改善することで、勤務する医師を始めとする医療職の職場環境の向上を進めて、ひいては住民に対してより良いへき地医療を提供していくことが重要であると考えられる。

A . 研究目的

医師がへき地での勤務を躊躇する理由の1つに、地理的・時間的な条件から都市部に勤務する医療職にくらべて研鑽を積むことが難しく、臨床能力を磨くことができない点があげられている。

また、地域枠等による養成医師もへき地や第一線医療機関に勤務するようになってきており、平成29年度から日本専門医機構が認定する新しい専門医の研修制度が開始されることもあって、へき地に勤務する医師の研修環境を向上させることは喫緊の課題となっている。

一方、地域医療構想の策定や市町村合併などを背景として、地域の医療機関の統廃合や再編成など医療提供体制の再構築が行われている地域も存在する。こうした事業が円滑に進み、成功するには都道府県・市町村等の自治体、医師会などの医療関係団体、医療機関、住民などの合意を形成する必要があると考えられる。

そこで、現在へき地医療に携わっている医師を対象として、診療能力向上のための研鑽について - 日々の研鑽や専門研修の状況、勤務の中で研修を行う際の問題点等や、勤務している地域の医療提供体制の再構築の現状について - 合意形成を目的とした組織の存在および第一線で勤務している医師の関与の状況、行政・住民の認知度等に関して調査を行った。

B . 研究方法

現在、へき地での診療にあたっている医師(「へき地診療所」に指定されている医療機関に勤務している常勤の医師、一施設に複数の医師が勤務している場合は全員が対象)を対象とした。

へき地診療所に該当する全国641か所の医療機関に調査用紙(章末に示す)を配布し、同封した封筒で返送を依頼した。調査用紙・返送用封筒ともに無記名とし、回収・分析とも匿名で行った。

(倫理面への配慮)

調査用紙および調査方法については、自治医科大学倫理審査委員会の承認を得て行った(臨大16-28)。

調査対象者の調査への参加への了解は、自ら調査用紙に記入して返送することで、承諾が得られていると判断した。

C . 研究結果

我々が所在地および勤務医師の状況を確認できた「へき地診療所」は709か所であった。そのうち現在診療を行っていて常勤医師のいる施設は547か所で、そこには641名の医師が勤務していた。641名の医師に調査用紙を配布し、384名から回答が得られた。回収率は59.9%であった。

1 . 回答者の属性

384名の回答者の属性を表1 a ~ g に示す。

表 1 a 性別

男性	343	89.3%
女性	41	10.7%

表 1 b 年代

20代	28	7.3%
30代	96	25.0%
40代	55	14.3%
50代	100	26.0%
60代	69	18.0%
70代	36	9.4%

表 1 c 医師としての経験年数

9年以下	110	28.6%
10～19年	50	13.0%
20～29年	80	20.8%
30～39年	91	23.7%
40～49年	41	10.7%
50年以上	12	3.1%

表 1 d 現勤務先赴任前に一番長く勤務した施設

大学附属病院	36	9.4%
大病院(200床以上)	145	37.8%
中病院(50～199床)	64	16.7%
小病院(49床以下)	11	2.9%
へき地診療所	96	25.0%
へき地以外の診療所	22	5.7%
その他	10	2.6%

その他の内訳は、開業医2名、健診施設2名、保健所2名、外務省1名、研修医1名、現在の職場が最も長いがその前はへき地以外の診療所が1名。

表 1 e 出自にあてはまるもの

自治医科大学卒業医師	148	38.5%
地域枠養成医師	1	0.3%
上記以外の修学制度	5	1.3%
医師あっせん事業	13	3.4%
自らの意思	184	47.9%
その他	33	8.6%

その他には、大学医局からの派遣11名、知人の依頼・縁故6名、地域・自治体の依頼5名、自分・配偶者の出身地3名等があった。

表 1 f ヘき地勤務の義務内・義務外

義務内	94	61.0%
義務外	60	39.0%

前項で「自治医科大学卒業医師」「地域枠養成医師」「上記以外の修学制度」と回答した医師は154名。

表 1 g 現勤務先に派遣されている場合の派遣元

都道府県	91	23.7%
地域医療支援センター	4	1.0%
へき地医療支援機構	4	1.0%
へき地医療拠点病院	6	1.6%
大学	26	6.8%
その他	30	7.8%
無回答	223	58.1%

その他には地域医療振興協会4名、地元の自治体3名、北海道家庭医療学センター2名、北海道地域医療振興財団1名、自治体病院協議会1名、独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)1名、プライマリケア研修1名等があった。

2. 日々の診療業務について

つづいて、日常の診療業務について質問した。結果を表2 a～dに示す。

a. 診療の疑問点や調べたいことの解決法

診療において疑問を感じる点、自信のないこと、調べたいことがあった場合の解決方法(複数回答)は以下のものであった。

表 2 a 診療上の疑問点等の解決方法(複数回答)

古典的な教科書(オフライン)	330	86%
専門医へコンサルト	323	84%
オンラインのガイドブック	231	86%
他の医師に相談	217	57%
文献検索	88	23%
ICTで専門医にコンサルト	45	12%
何もできない	2	1%
疑問を感じることはない	2	1%
その他・自由回答	12	3%

その他にはネット上の情報にICTで専門医にコンサルトアクセスするが5名、講演会やカンファランスで情報を収集する2名、地域の病院に紹介するが1名、クローズドなSNSで聞くが1名等があった。

b. 現在の診療所に必要と思われるもの

診療の疑問点等の解決に関して、現在の診療所にあったら良いと思われるもの(複数回答)を次に示す。

表 2 b 診療所にあったら良いもの(複数回答)

紹介時のストレスのない診療連携	198	52%
人脈に依らないコンサルトシステム	162	42%
オンラインのガイドブックの契約	155	40%
高速のネット回線	129	34%
教科書等の充実	124	32%
ICTによる画像転送や電子カルテ等	108	28%
その他	24	6%

その他には、紹介患者の受け入れやコンサルト等に関して後方支援病院の充実が6名、代診医の確保が3名、紹介後の確実なフィードバックが2名、他院の専門医との定期的なテレビカンファランス1名、マイナー科等のハンズオンセミナー1名、指導医の定期的な振り返り1名等となっていた。

c. 現在の勤務で困っていること

現在の診療所勤務における困っていることを示す。

表 2 c 診療所勤務で困っていること(複数回答)

専門・得意以外の問題の対応	145	38%
技術の研修ができない	127	33%
自分の家族との関係・子弟の教育・単身赴任	105	27%
設備の不足で搬送となること	101	26%
後任がいないこと	92	24%
拘束時間が長い	84	22%
休日がない・少ない	76	20%
スタッフとの人間関係	45	12%
紹介患者を受け入れてくれない	44	11%
行政との良好な関係が築けない	36	9%
患者・住民との人間関係	26	7%
その他・自由回答	44	18%

その他には、一人勤務のための過重な労働環境や少数なスタッフのため相性が悪いスタッフがいるとパフォーマンスにも影響すること、保健医療福祉の資源が乏しいため十分な診療が行えないこと、行政が理解してくれないこと、外国人の患者への対応等さまざまな意見が寄せられた。

d . 勤務環境を改善するための方策

勤務を続ける上で「これがあれば勤務環境が改善する」と思われるものについて複数回答で質問した。

表 2 d 勤務環境の改善策（複数回答）

後任の心配が不要な人事システム	127	33%
研修日・研修機会の確保	120	31%
診療所に対する行政の良好な支援・協力	119	31%
専門外に対応する専門医のコンサルト	110	29%
夜間・時間外の対応システム	106	28%
後方診療施設の確保	96	25%
当番制の休日対応システム	93	24%
患者・住民の診療所業務への理解	88	23%
診療機器の整備	73	19%
保健福祉行政に診療所医師の意見の反映	69	18%
医師の家族へのサポート	55	14%
スタッフの診療所医師への理解	32	8%
その他	38	10%

その他には、代診医師・スタッフの確保、診療に影響する出張・講演等の制限、定期的な専門医の出張診療、医師とは別の管理者等が挙げられた。

3 . 診療能力向上のための研鑽について

表 2 c でも示したように、診療所医師は「研鑽の機会がない」ことに困っている。

そこで、診療能力向上のための研鑽について調査を行った。

a . 日常勤務における診療の場以外の研鑽の有無

日常の勤務のなかで、患者の診療以外の場所での研鑽の機会の有無を質問した。

表 3 a 日常勤務における診療以外の研鑽の有無

研鑽の機会がある	240	62.5%
研鑽の機会はない	128	33.3%
わからない	13	3.4%
無回答	3	0.8%
合計	384	100.0%

「研鑽の機会がある」と回答した医師に具体的な研鑽内容について、複数回答で回答してもらった。

表 3 b 研鑽の機会の内容（複数回答）

平日の後方病院・研修施設での研修日	112	29%
定期開催の診療時間外の症例検討会や講演会	58	15%
不定期の診療時間外の症例検討会や講演会	143	37%
その他	21	5%

「その他」の具体的内容には、学会や医師会の講演会、病院のカンファレンス等への参加、インターネットやDVDでの自己学習、ICTを利用した指導医等との勉強会などが挙げられた。

「平日の後方病院・研修施設での研修日」の頻度については、104名の医師が回答し頻度は下記の通りであった。

表 3 c 平日の後方病院等での研修日の頻度

週に 2 日	2
月に 4 回	1
週に 1 日	80
週に約 1 日（半日を週 2 回）	1
2 週間に 1.5 日	1
2 週間に 1 日	2
隔週 1 日あるいは毎週半日。	1
週に半日	4
2 週に 1 日、2 年に 2 ～ 3 か月	1
月に 2 日	2
月に 2 回病院の外来診療に参加	1
月に 1 ～ 2 回	1
月に 1 回	3
1 ～ 2 か月に 1 回	2
2 か月に 1 回	1
2 ～ 3 か月に 1 回	1

b . 日常の勤務を離れて研鑽する機会

一方、数日間にわたって行われる学会や講習会等のように、日常の勤務を離れて研鑽する機会の有無については次のような回答が得られた。

表 3 d 日常の勤務を離れた研鑽の機会の保持

持っている	242	63.0%
持っていない	125	32.6%
わからない	9	2.3%
無回答	8	2.1%
合計	384	100.0%

研鑽の機会の頻度は以下の通りであった。

表 3 e 日常の勤務を離れた研鑽の機会の頻度

週に 1 回	11	4.5%
月に 1 回	34	14.0%
月に数回	10	4.1%
年に 1 回	102	42.1%
その他	85	35.1%
総計	242	100.0%

その他については次のようであった。

表 3 f 研鑽の機会の頻度・その他（自由回答）

年に 3 ～ 4 日	1
年 5 日の年休で学会参加の可能性	1
年に 14 日間	1
半年に 1 回	1
年に 1 ～ 2 回	3
年に 2 回	7
年に 2 ～ 3 回	14
年に 3 回	8
年に 3 ～ 4 回	9
年に 3 ～ 5 回	1
2 ～ 3 か月に 1 回	2
数か月に 1 回	2
年に 4 回	1
年に 5 ～ 6 回	2
年に数回	28
年間 12 万円の範囲内での旅費、参加費	1
月に 0 ～ 2 回	1
不定期	1
2 年間で 2 ～ 3 か月間が赴任の条件だったが、継続困難となっている。	1
赴任直後で不明。研修の機会は保障されている	1

そうした研鑽の機会に参加する場合の診療の扱いの回答（複数回答）は次のようだった。

表 3 g 勤務外の研鑽時の診療の扱い（複数回答）

派遣医師による代診	関連病院から	64	17%
	行政の代診制度	51	13%
	それ以外	52	14%
休診しないように調整		58	15%
休診にする		101	26%

派遣医師による代診のうち、関連病院からや行政の制度以外の医師の確保方法は以下の通りであった。

表 3 h 関連病院や行政以外の代診の支援先

グループ診療	3
複数医師体制	6
医師 2 名体制	8
ワークシェア	1
診療所がグループ制	1
他診療所との連携	1
診療所相互の補完による代診	1
離島特例代診	1
へき地医療拠点病院からの派遣はない	1
近隣病院の医師による支援	1
地域医療振興協会	2
地域医療振興財団からの派遣あるいは休診	1
地域応援の制度	1
市が探した医師	1
大学からの派遣	1
行政の代診か休診。代診をふやしてほしい	1
留守番医師	1
開業医による支援	2
前任者による支援	2
近隣の診療所医師との個人的な連携	1
個人的に確保ないし医師複数体制	1
個人的に依頼	3
民間医局の利用（実際には困難）	1
夜間の研修のみを選択	1

つづいて、診療所のある地域を離れることについて、現在の状況に当てはまるものを複数回答で質問した。

表 3 i 地域を離れることの制約（複数回答）

診療に応じる必要があり、離れるのは難しい	77	20%
義務はないが、住民に配慮し離れるのは難しい	57	15%
離れる時は事前に知らせる必要がある	71	18%
他のスタッフが他の医療機関を紹介等の対応をする	73	19%
住み込みではないので拘束されない	123	32%
その他	100	26%

その他には24時間の電話対応16名、医師複数体制9名、医師2名体制9名、在宅の看取りに対応4名、平日は公舎で宿泊3名、医師が対応できないときは救急隊が対応3名、遠方の外出は難しい2名、住み込みだが時間外は拘束されない2名、在宅患者は後方病院と連携2名、ニーズがほとんどなく離れられる2名、ほとんど休みがない2名、老人ホームは24時間拘束される2名などがあった。

一方、平均的な1週間の勤務状況は次の通りであった。調査用紙では、訪問診療（往診）、診療所内で行う内視鏡や超音波等の検査、診療所外の乳幼児健診や予防接種、校医等の保健活動、産業医活動についても質問したが、半日を1単位として回答を求めたため単純合計が1週間の11単位（月曜～金曜が一日土曜日が半日診療の場合）を上回る回答が散見され十分な評価ができなかったため、外来診療と研修日、休診日について分析を行った。

表3 j 外来診療の日数

2日未満	10	2.6%
3日未満	57	14.8%
4日未満	80	20.8%
5日未満	118	30.7%
5日	92	24.0%
5日半	14	3.6%
無回答	13	3.4%

表3 k 研修日の単位数（半日を1単位）

1単位未満	95	24.7%
1単位	18	4.7%
2単位	90	23.4%
3単位	1	0.3%
4単位	2	0.5%
無回答	178	46.4%

表3 l 休診日の単位数

1単位（半日）以下	64	16.7%
2単位（1日）以下	24	6.3%
3単位（1日半）以下	23	6.0%
4単位（2日）以下	79	20.6%
4単位（2日）より多い	13	3.4%
無回答	181	47.1%

また、診療所における診療には直接関係しないが、医師の勤務には重要な「後方病院での日当直」について調査を行ったところ、89名（23.2%）の医師が日当直を行っていた。

表3 m 後方病院での日当直

している	89	23.2%
していない	284	74.0%
無回答	11	2.9%
合計	384	100.0%

次いで、その頻度についても質問したが、回答した医師の中には診療所におけるオンコールと混同した者がいたようで、「1週間に4日」や「月に10回以上」との回答もあった。

4. 専門医取得に関する研修について

診療所医師の労働環境の把握とともにこの調査の目的の1つである「専門医取得に関する研修」について質問した。

専門医取得に向けての研修については次のような結果であった。

表4 a 専門医取得に向けての研修の状況

研修中	35	9.1%
研修中だが保留している	41	10.7%
研修に向けて計画中	30	7.8%
専門医取得は考えていない	145	37.8%
既に取得した	80	20.8%
取得したが更新予定なし・失効	44	11.5%
無回答	9	2.3%
合計	384	100.0

医師としての経験年数と専門医研修の関係は次のようであった。

表4 b 医師としての経験年数と専門医研修の関係

専門医取得 に向けての 研修の状況	医師としての経験年数						
	9 年 以下	10 ～ 19 年	20 ～ 29 年	30 ～ 39 年	40 ～ 49 年	50 年 以上	合 計
研修中	35						35
研修中だが 保留している	37	2		1		1	41
研修に向けて 計画中	23	3	3	1			30
専門医取得は 考えていない	5	25	49	43	17	6	145
既に取得した	8	18	18	28	7	1	80
取得したが更新 予定なし・失効		2	9	14	16	3	44
無回答	2		1	4	1	1	9
合計	110	50	80	91	41	12	384

「研修中」「研修中だが保留中」と回答した7名に、現在困っていることについて複数回答で聞いたところ以下のものであった。

表4 c 研修について困っていること(複数回答)

勤務施設が研修施設でない	9	12%
指導医がいないため研修期間とならない	8	11%
必要な症例が蓄積できない	14	18%
必要な手術や処置の経験が蓄積できない	7	9%
その他	10	13%

その他には、指導医から十分な指導が得られないが6名、オンラインで指導を受けているが2名、研修先の医師が多すぎて十分な経験が得られない1名等。

「研修中だが保留中」「計画中」と回答した71名にへき地勤務中に専門医研修が続けられる環境について複数回答で尋ねたところ以下のものであった。

表4 d 専門医研修が続けられる環境(複数回答)

現在の勤務施設が研修施設となること	32	8%
定期的な指導医による指導が受けられること	34	9%
定期的に研修施設にもどり必要な経験症例が蓄積できること	36	9%
定期的に研修施設にもどり必要な手術や処置の経験が蓄積できること	19	5%
その他	13	3%

その他には、へき地勤務中は専門研修をあきらめている3名、現在行っている週1回の研修施設での研修が研修期間として認められること2名、1週間あたりの研修期間の条件を満たすことができない(週3日以上等)2名、後方病院が研修施設でない1名、そもそもへき地勤務中に専門研修をすることは認められていない1名、論文指導を受けられる体制1名等があげられた。

他方、専門医取得を考えていない理由を自由回答で聞いたところ、必要性を感じていない23名、高齢のため16名、研修ができないため12名、取得するメリットがない7名、時間がない7名、へき地では専門性は不要5名、

引退を考えている4名、専門医に興味がない3名、専門医取得の機会を逃した3名、資格維持が困難2名等となっていた。

研修中・計画中の専門医資格(複数回答)では、104件の回答があり、家庭医療専門医19名、総合内科専門医11名、総合診療専門医7名、外科専門医6名、循環器専門医6名、プライマリケア医4名、整形外科専門医4名、糖尿病専門医4名、腎臓内科専門医3名、リウマチ専門医2名、救急専門医2名、高血圧専門医2名、産婦人科専門医2名、消化器病専門医2名、神経専門医2名、内分泌専門医2名、脳神経外科専門医2名等となっていた。総合診療系の領域が30件回答されていた。

一方、既に取得した専門医資格(複数回答)としては185件の回答があり、外科専門医17名、消化器内視鏡専門医14名、総合内科専門医13名、家庭医療専門医11名、循環器専門医11名、消化器病専門医9名、内科専門医8名、東洋医学専門医7名、小児科専門医6名、消化器外科専門医5名、日本医師会産業医5名、がん治療認定医4名、プライマリケア学会認定医4名、整形外科専門医4名、泌尿器科専門医4名、肝臓専門医3名、救急専門医3名、産婦人科専門医3名、糖尿病専門医3名、内科認定医3名、プライマリケア認定指導医2名、外科認定医2名、血液学会専門医2名、呼吸器専門医2名、神経内科専門医2名、内視鏡専門医2名、内分泌専門医2名、脳神経外科専門医2名等となっていた。

日本専門医機構が認定する新しい専門医の研修制度に対する理解については以下のものであった。

表4 e 新しい専門医の研修制度に対する理解

十分に理解している	12	3.1%
ほぼ理解している	74	19.3%
あまり理解していない	143	37.2%
ほとんど理解していない	124	32.3%
まだ手続き等が発表されていない	12	3.1%
無回答	19	4.9%
合計	384	100.0%

新制度の専門医資格の取得や更新についての不安や気になっていることについて自由記載で回答してもらったところ、取得や維持が現状より難しくなるのではないかと不安や、へき地に勤務していると取得も更新もできないのでは

等の心配が提示された。専門医の取得を目指す若手の医師がへき地等の第一線からいなくなるのではないかと指摘もあった。

研修開始が1年間延期になったことや、未だに十分な情報が公表されないことで不安が増加しているとの意見もあった。

5. 医療提供体制の再構築について

今回の調査の3つ目の柱である医療提供体制の再構築について、回答を求めた。

まず、団塊の世代のすべてが75歳以上の後期高齢者となり介護や医療等の社会保障費の急激な増加が懸念される2025年に向けて直面する課題（以下2025年問題）について、勤務する診療所に当てはまるものを複数回答で質問した。

表5 a 2025年に向けて直面する課題（複数回答）

患者数の減少	286	74%
後任医師の確保困難	202	53%
経営状態の悪化	229	60%
後任看護師の確保困難	202	53%
その他	44	11%

その他には、2025年を待たずして集落の消滅危機がある、行政の無関心による課題の増加、医療・福祉資源の欠乏によるやむを得ない在宅医療の増加等の指摘があった。

上記の課題に対する経営状態の見直しの検討状況を次に示す。

表5 b 経営状態の見直しの状況

見直しを行った	16	4.2%
検討している	99	25.8%
必要性はあるが検討していない	210	54.7%
必要性がないため検討していない	46	12.0%
無回答	13	3.4%
合計	384	100.0%

へき地診療所の医師が考える2025年問題を検討する上で望ましい経営形態（複数回答）は以下のようであった。以下のグループ制とは、複数の診療所をグループとし複数の医師を運用することでグループ内の常設や出張の診療所に適宜医師を配置する体制と定義した。

表5 c 望ましい経営形態（複数回答）

グループ制による運営	165	43%
出張診療所	135	35%
公的病院の附属や指定管理	121	32%
民間病院の附属や指定管理	55	14%
大学病院の附属や指定管理	11	3%
閉院	42	11%
その他	46	12%

その他には、公的施設であることを継続や、集約化、経営形態よりもスタッフの確保の方が重要、無床化、1人の医師による巡回診療でカバー等などがあった。

つづいて、こうしたへき地医療提供体制を見直す場について質問した。

将来のへき地医療供給体制の見直しを検討する場の有無については次のような結果であった。

表5 d へき地医療提供体制の見直しを検討する場合

ある	151	39.3%
ない	218	56.8%
無回答	15	3.9%
合計	384	100.0%

へき地医療提供体制の見直しを検討する場合がある場合の検討する組織については以下の通りであった。

表5 e 場が「ある」場合の検討する組織

へき地医療支援機構	34	22.5%
地域医療支援センター	21	13.9%
都道府県が設置する協議会	55	36.4%
市町村や広域連合が設置する協議会	47	31.1%
その他	14	9.3%

その他には、検討が行われても現場・実践からかけ離れている（現場を見てほしい）、行政組織内の診療所編成会議、自治医科大学卒業医師と県との会議、NGOや民間医療機関等との連携などの回答があった。

現在は検討する場がないが、検討することが望ましいと考えられる組織は次のような回答であった。

表 5 f 場は「ない」が、望ましい検討する組織

へき地医療支援機構	23	10.6%
地域医療支援センター	23	10.6%
都道府県が設置する協議会	53	24.3%
市町村や広域連合が設置する協議会	74	33.9%
その他	14	6.4%

その他には、提示された組織はどれも地域や現状を知らないのどこも望ましくない、聖域なき構造改革を受けた以上医療も市場原理に従うべきである、短期間で医師が交代するのは住民に不信感を与える等の記載があった。

次に、へき地医療提供体制の見直しにあたり誰がリーダーシップを取るべきか、住民・へき地診療所・へき地医療拠点病院・大学・市町村・都道府県・国・その他の8つに順位をつけてもらった。

この調査は都道府県と市町村を対象とした調査と並行して行われたが、医師を対象としたこの調査では8つすべてを記入した回答者は12%であった。

順位別の回答数を以下に示す。

表 5 g 医療提供体制見直しのリーダーシップ

	1 番 目	2 番 目	3 番 目	4 番 目	5 番 目	6 番 目	7 番 目	8 番 目
住民	36	33	46	28	55	47	46	2
へき地診療所	65	54	48	52	45	31	14	
へき地医療拠点病院	38	42	52	91	45	28	4	
大学	3	11	14	27	35	61	97	4
市町村	96	105	100	32	7	4	2	
都道府県	69	89	44	47	49	21	3	
国	53	9	23	21	37	66	67	3
その他	2	3	1	0	1	2	1	38
無回答	22	38	56	86	110	124	150	337

上記のうち上位3位について検討した。

表 5 h 見直しのリーダーシップ・上位3位

1 番目		2 番目		3 番目	
市町村	96	市町村	105	市町村	100
都道府県	69	都道府県	89	(空白)	56
へき地診療所	65	へき地診療所	54	へき地医療拠点病院	52
国	53	へき地医療拠点病院	42	へき地診療所	48
へき地医療拠点病院	38	(空白)	38	住民	46
住民	36	住民	33	都道府県	44
(空白)	22	大学	11	国	23
大学	3	国	9	大学	14
その他	2	その他	3	その他	1

さらに1～3番目の回答者数を合計すると以下になる。

表 5 i 1～3番目の合計

	1～3 番 目 の 合 計	全回答者 に対する割合
市町村	301	78.4%
都道府県	202	52.6%
へき地診療所	167	43.5%
へき地医療拠点病院	132	34.4%
(空白)	116	30.2%
住民	115	29.9%
国	85	22.1%
大学	28	7.3%
その他	6	1.6%

1～5番目まで範囲を広げると次のようであった。

表 5 j 1～5番目の合計

	1～5 番 目 の 合 計	全回答者 に対する割合
市町村	340	88.5%
(空白)	312	81.3%
都道府県	298	77.6%
へき地医療拠点病院	268	69.8%
へき地診療所	264	68.8%
住民	198	51.6%
国	143	37.2%
大学	90	23.4%
その他	7	1.8%

一方、順位の低かった6～8番目の合計を算出すると以下のようであった。

表5 k 6～8番目の合計

	1～5番目の合計	全回答者に対する割合
(空白)	611	159.1%
大学	162	42.2%
国	136	35.4%
住民	95	24.7%
へき地診療所	45	11.7%
その他	41	10.7%
へき地医療拠点病院	32	8.3%
都道府県	24	6.3%
市町村	6	1.6%

つづいて、へき地医療提供体制を見直す上で必要と思われるものすべてに複数回答で記入してもらった。

表5 1 へき地医療提供体制の見直しで必要なもの(複数回答)

住民の理解	322	84%
へき地診療所の協力	225	59%
へき地医療拠点病院の協力	280	73%
大学の協力	151	39%
市町村長の理解	330	86%
知事の理解	202	53%
国の理解・支援	214	56%
その他	16	4%

その他には、市町村のレベルでは無理で都道府県が関与して全ての市町村の協力が重要2名、医師会の協力2名の他、へき地拠点病院からの代診、国が率先して行動すること、へき地に勤務している医師の意見を重視してほしい、へき地勤務医師の給与の増額、義務教育で医療提供体制や地域介護等について教育してほしい、自治体職員の理解、消費者である住民の動向が重要、住民は診療所があって当たり前と考えている等が挙げられた。

最後に、研究班が考える「これからは地域の医療機関の診療能力の低下を踏まえ、複数の診療所や病院が『面』として地域の医療を支える」との概念を提示した上で、今後の診療体制についてどのように維持していくべきか自由な意見を聞いた。詳細を章末に示した。

D. 考察

1. へき地に勤務する医師の属性

直近の平成26年の医師・歯科医師・薬剤師調査の結果¹⁾によると、医師の総数は296,845名で男性が236,350名(79.6%)、女性が60,495名(20.4%)となっている。年齢階級別医師数は以下のようにになっている。

表6 a 年齢階級別の医師数

	今回の調査(再掲)		26年医師調査	
	医師数	割合	医師数	割合
20代	28	7.3%	26,351	8.9%
30代	96	25.0%	64,942	21.9%
40代	55	14.3%	67,880	22.9%
50代	100	26.0%	67,815	22.8%
60代	69	18.0%	43,132	14.5%
70代	36	9.4%	26,725	9.0%

表1 aに示したように、今回の調査では回答者のうち女性の占める割合は10%であったので、へき地に勤務している医師には医師全体の平均よりも男性が多いと考えられた。

これには、へき地に勤務している医師には医師全体にくらべて30代、50代、60代の医師が多く、20代の医師にくらべて女性医師の占める割合が低いことによるものかも知れない。平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査では、女性医師の割合は20代34.8%、30代31.1%、40代22.0%、50代13.9%、60代9.9%、70代9.3%となっている。また表1 eに示すように、4割近くを占める自治医科大学卒業医師における女性医師の占める割合が医師全体の比率より小さいためとも考えられる。

医師の経験年数(表1 c)では、自治医科大学卒業医師や地域枠養成医師ではおそらく義務年限内と思われる「経験年数9年以下」が28.6%と最も多く、医師全体ではそれなりの割合を占める40代が含まれると思われる「経験年数10～19年」は13.0%と少なかった。「経験年数30年以上」では医師として一通りの仕事をしたベテランの医師が第二、第三の職場としてへき地勤務を選んでいる可能性が考えられた。

現在の勤務先の以前に一番長く勤務した施設(表1 d)については、おそらく臨床研修病院や後方病院と思われる200床以上の大病院が37.8%ある一方、へき地診療所との回答も25.0%に認められた。一番長く勤務した施設が大きな病院ということは、自治医科大学卒業医師や地域枠養成医師等の比較的若い医師やこれまで専門

医療に携わってきたベテランの医師が含まれるものと考えられる。

最も長く勤務した施設がへき地診療所と回答した医師は、以前からへき地医療を担当していて現在の職場が何回目かのへき地勤務とも考えられる。このことからすると、一度へき地勤務を経験した医師はそこで良い印象を持つことが出来れば、継続して勤務することもあるだろうし、他のへき地の勤務地にもさほど不安なく赴任できる可能性がある。ただし、この設問は「現在の職場より前に」との趣旨であったが、現在の勤務先を考慮に入れて回答した医師がいるかも知れない。この場合も継続してへき地での勤務を続けていることを意味するので、勤務を継続するために良好な勤務環境であることは重要である。

へき地に勤務している理由（出自）（表1 e）では、いわゆる修学制度（自治医科大学148名（38.5%）、地域枠1名（0.3%）、その他5名（1.3%））が関係する医師は154名（40.1%）であり、「自らの意思」とした医師は184名（47.9%）であった。修学制度により赴任している医師154名のうち、いわゆる義務年限内が94名（61.0%）、義務年限外が60名（39.0%）であった。細かい事情については聞いていないが4割が義務後もへき地勤務を続けているのは驚きに値する。へき地勤務をやめられない理由があるのか、職場環境が悪くないので勤務を続けているのか、それとも他の理由があるのかは新たなリサーチ・クエスチョンと思われる。

一方、これまでのへき地に関連する調査では自治医科大学卒業医師が占める割合は3割前後と報告されているが²⁾、今回の調査では自治医科大学卒業医師の割合が若干増加している。地域枠養成医師等、新しい制度が導入されているので自治医科大学卒業医師のへき地医療におけるシェア（市場に占める製品の割合）は低下しても良いと考えられるが、以前から指摘されている²⁾へき地に勤務してくれていた高齢医師の退職に伴い医師を派遣する必要のある勤務先が増加しているのかも知れない。

また、「自らの意思」でへき地に赴任している医師が5割近くに上ることは、望ましいことと考える。こうした医師を大切にするとともに、新たにへき地に赴任してくれる医師を募る必要がある。

現在の勤務先に派遣されている場合の派遣元については表1 gのように都道府県が91名（23.7%）を占めており、修学制度により赴任している医師等が相当すると考えられた。大学からも26名（6.8%）が派遣されていたが、まだ地域枠養成医師が多くないためか地域医療支援センター

やへき地医療支援機構、へき地医療拠点病院からの派遣は低調であった。地域枠養成医師が第一線医療機関に勤務するようになり、地域医療支援センター等からへき地の診療所やへき地拠点病院に医師が派遣されるようになる日が待ち遠しい。

2. 日々の診療業務について

へき地勤務の困難さの一つに、日常診療で生じた疑問や調べたいことを解決する資源が少ないと指摘されている。

こうしたときにどのように解決するかを複数回答で質問した結果が表2 aである。古典的な教科書を調べるものが330名（86%）、（診療所での解決を断念して）専門医にコンサルトするものが323名（84%）、オンラインのガイドブック231名（60%）、他の医師に相談217名（57%）と比較的解決手段を持っていた。やや機動性にかかる文献検索は88名（23%）、インフラ整備が必要なICTを利用した専門医へのコンサルトは45名（12%）に過ぎなかった。さすがに何もできないとするものはわずか2名で、へき地で勤務している医師は何らかの手段をもっていることが明らかになった。

診療に関して「現在の診療所に必要と思われるもの（複数回答）」（表2 b）は、裏返すと「現在の診療所に足りないもの」であるが、198名（52%）が紹介時のストレスのない診療連携を、162名（42%）が人脈に依らないコンサルトシステムを挙げ、紹介先の選定や受入れが難しいことを示していると考えられた。

他には、設備面でオンラインのガイドブックの契約155名（40%）、高速のネット回線129名（34%）、教科書等の充実124名（32%）、ICTによる画像診断や電子カルテ等108名（28%）となっていた。これらのうち、教科書等の充実以外は通信回線の整備が必要で一朝一夕には解決できない。しかしながら、へき地の不都合な点を解決する手段の一つであるので整備すべきであると考えられる。

つづいて、現在の勤務で困っていることに複数回答で質問した（表2 c）。診療に関することでは、専門や得意分野以外の健康問題にも対処しないといけないこと145名（38%）、設備の不足で診療所で治療が出来ず紹介となること101名（26%）、紹介患者を受け入れてもらえないこと44名（11%）の回答があった。

へき地医療では基本的に医師は1名であり、自らの専門や得意分野以外の健康問題にも対処する必要がある。へき地で遭遇すると思われるありふれた健康問題への対処はへき地に赴任する前に研修しておくことが望ましい。さらに容

易に後方病院の医師と相談できるシステムを構築する必要がある。

今回の調査の1つの柱であり、医師の研鑽の分野では、技術の研修ができないとするものが2番目に多く127名(33%)から回答された。これについては次項で詳しく考察する。

つづいて勤務環境としては、後任がいらないが92名(24%)、拘束時間が長い84名(22%)、休日がない・少ない76名(20%)などとなっていた。これについては以前から言われていることだが、へき地勤務が片道切符にならないように人事ローテーションの確立や、住民や行政の理解・協力を得ていつも(24時間365日)同じ医師に診てもらうのではなく複数の医師でカバーする等のシステムを構築することが必要であると考える。

課題は顕在化しているが、意外と対策が難しく、対策が取られていないのが人間関係の領域である。

今回の調査で、自分の家族との関係・子弟の教育・単身赴任に困っているとの回答が105名(27%)と3番目に多い回答となった。なかなか家族までアプローチすることは難しいが、自宅からへき地に通勤することが難しく単身赴任をせざるを得ない場合は、地元に住んでいる他のスタッフと同列ではなく、宿舍の費用や二重生活となることへの補助も検討しても良いのではないだろうか。

また、スタッフとの人間関係が45名(12%)、行政との良好な関係が築けないが36名(9%)、患者・住民との人間関係が26名(7%)に挙げられた。通常へき地の診療所では医師が最も人事異動のサイクルが速く、スタッフの中では一番新人のことが多い。医療のヒエラルキーとは異なり、医師が診療所や地域の保健・医療・福祉の業務に意見を述べることもさえないことも多い。こうしたことも赴任する医師が気持ち良く能力を発揮するために改善していく必要があると考える。

上記のことが、表2 dの勤務環境を改善するための方策に示されている。中でも3番目の診療所に対する行政の良好な支援・協力(119名、31%)と、10番目の保健福祉行政に診療所医師の意見の反映(69名、18%)については、以前の調査で行政の支援や協力が得られないことと、保健行政に診療所医師の意見が反映されないことは、医師が早期に退職したいと考えることと有意に相関が認められている³⁾。

3. 診療能力向上のための研鑽について

表3 aに示したように、へき地診療所に勤務する医師の3分の2は勤務中(研修日や平日の

時間外)に研鑽の機会を持っており、その半数(回答全体ではほぼ3分の1)にあたる112名は平日に後方病院・研修施設で研鑽を行っていた。他の機会では、58名が定期開催の研修会を、143名が不定期の研修会を回答した(表3 b)。研修日の頻度については表3 cのように週に1日のものが82名、隔週に1日(週に半日を含む)のものが12名であった。上記のことから、研修日を持っている医師の8割が隔週に1日以上頻度で研修していた。

ここでへき地診療所に勤務している医師のわずか3分の1しか研修日を持っていないことは少ないと思われるが、この理由としては自らの研鑽に積極的と考えられる20~30代の医師の割合が3分の1であること(表1 b)が関係している可能性がある。40代以上の医師は修学制度により赴任した医師と異なり、研修が勤務条件に含まれていなかったり、行政や住民は「一人前の医者は勉強は要らないはず」等の認識があるのかも知れない。前述のようにへき地では研鑽の機会を得ることが難しいので、すべての医師が研修日を持つ体制が望ましいと考えられる。

遠方で行われる学会や講習会等、診療所を離れて行う研鑽についても242名(63.0%)の医師が機会を持っていた(表3 d)。242名について、研鑽の頻度は年1回とするものが4割と最も多く、月に1回が15%、その他を解析すると年に数回が1割強であった(表3 e、f)。

診療所を離れて出かける場合の診療の扱い(複数回答)については表3 gに示したように、のべ167名の医師が代診医師による診療をあげた。167名の内訳は関連病院からの代診64名、行政の代診制度51名、それ以外52名となっていた。それ以外には医師2名体制8名、医師複数体制6名、グループ診療3名、個人的に依頼3名、開業医による支援2名、前任者による支援2名、地域医療振興協会2名等となっていた。休診しないように診療日をずらしたりして調整するとしたものは58名、休診にするものが101名であった。

代診医師を確保できる医師は一部にいますが、個人の人脈で依頼している場合も数名あり、安心して診療所を離れられる状態ではない。しかし、2人以上の医師が勤務しているとの回答も14名あり、診療所のグループでカバーしているところも見受けられた。これは以前には見られなかったことであり²⁾、市町村合併や診療所の統廃合等で医師を重点的に配置することが出来るようになったことが考えられる。

へき地の診療所のバックアップにはへき地医療拠点病院等からの代診が大切であるが、診療所に複数の医師を配置すれば急な不在や病気等

にも対応できるので、複数配置やグループ化は良い施策と言えるであろう。

次に、以前から指摘されている「住民や行政から診療時間以外も診療所に常駐することを期待されている」ことについて複数回答で質問した（表3 i）。

診療依頼に応じる必要がある77名、義務はないが住民の感情に配慮して離れられない57名、離れる時は事前に知らせる必要がある71名、その他で回答された24時間の電話対応16名、在宅の看取りには対応4名、老人ホームは24時間拘束2名等、全体の3分の2にあたるのべ227名が診療時間外も診療業務に拘束されていた。

一方、住み込みではないので拘束されないとする回答も123名に認められた。診療所の他のスタッフが対応するとしたものも73名あった。その他では救急隊が対応するものも3名あった。

上記のことから、依然として常駐を求める圧力は強いものの、医師自身が行政・住民から勝ち取ったのかも知れないが、住み込まない選択や他のスタッフ・救急隊の協力を得て、診療所から離れる余地が広がってきていると思われる。夜間・休日に無医地区になるのも困るが、医師のワーク・ライフ・バランスも重視しないと、医師が継続して勤務することができない。そのために医師複数体制や診療所のグループ化は効果があると考えられる。

表3 j、表3 k、表3 lに示した平均的な勤務状況では、1週間あたりの診療日数が3日未満の診療所が2割弱に認められた。研修日が半日未満のところが最も多く95名、ついで1日が90名となっていた。休診日でみると、1週間あたり半日以下しかない診療日数が多いところ（64施設）と、一日半以上の休診がある診療日数が少ないところ（91施設）に二極化していた。これも診療所のグループ化など統廃合による診療所の層別化の表れを意味しているのかも知れない。

表3 mの後方病院での日当直だが、設問の表現がわかりにくかったのか、診療所以外の後方病院での日当直ばかりでなく、診療所での日当直についても回答された可能性がある。4分の1にあたる89名の医師が日当直を行っていた。若手の医師にとっては比較的平穏なへき地診療所と違い、臨床能力を磨くことができるとしても、医師としては結構ハードな職場環境と考えられる。

4. 専門医取得に関する研修について

表4 aに示すように専門医取得に向けての研修を行っている・計画している医師は106名（27.6%）にのぼった。順調に研修している医師も3

5名（9.1%）いたが、研修を始めたが保留中のものが41名（10.7%）にみられた。研修の状況と医師としての経験年数の関係を見ると、当然のことながら研修中・計画中の医師は卒後9年以下に集中していた（表4 b）。

研修中および研修中だが保留中の医師はへき地勤務の宿命である、勤務施設が研修施設でない、指導医がいないため研修期間と認められない、必要な症例や手術・処置の経験が蓄積できない等に困っていた。日本専門医機構が運営する専門医制度の詳細が明らかになっていないが、内科系であれば指導医がへき地を巡回して指導することや、ワーク・ライフ・バランスのことも考え指導医と若手の医師がセットで勤務することなども考慮する価値があると考えられる。

へき地に勤務する自治医科大学卒業医師や地域枠養成医師等については、義務年限中にいくつかの基本領域の専門研修に目処がつくような勤務スケジュールを提示することが必要だと思われる。ただし、へき地勤務のない一般の医師と同じタイミングで専門医を取得することは日程的に難しいことは医師たちに提示しておくべきかも知れない。しかし専門医の取得が多少遅れても、ほぼ1人の力で地域の住民の保健医療に携わった経験は、十分に医師を成長させると考えられる。

この設問では「専門医取得は考えていない」との回答がもっとも多く145名（37.8%）を占めた。その理由として、必要性を感じていない・メリットがない・へき地では専門性は不要等の利点の観点のものと、高齢のため・時間がない・取得の機会を逃した・資格の維持が困難等の取得が難しいとの視点のものがあげられた。

確かに、従来の専門医および現在検討されている新しい専門医制度による資格は、実際のへき地での診療の一部分にしか相当せず、へき地勤務に有意義とは言えないと思われる。

以前に、実際にへき地勤務を行った医師に一定の研修をうけてもらい所定の試験に合格したものに「へき地医療指定医（仮称）」を与えて、優先して代診医師を配置する等の優遇を付与することについて、実際にへき地に勤務する医師に調査を行った⁴⁾が、比較的若手の医師は良い制度と回答したが、長期にへき地に勤務している医師にとってはあまり好評ではなかった。

現在考えられている専門医制度も、例えば小児科専門医でなければ小児の診療を認めないような業務独占まで踏み込んで、医師の中で差別化を図るものまでは考えられていないようである。

しかしながら、へき地に勤務する多くの医師は必ずしも長期間へき地医療に携わるわけでは

ないので、特に若い医師には専門医資格の取得は重要である。

実際、研修中あるいは計画中の専門医資格は総合診療系や内科系が多くを占めていた。やはり外科系や救急科等は指導医、研修期間や研修施設の制約があり難しいのであろう。

既に取得した専門医資格については多岐にわたっており、さまざまな領域で専門診療を行ってきたベテランの医師がへき地に赴任していることがうかがわれた。

日本専門医機構が認定する新しい専門医の研修制度については2割が理解しているに留まり、7割が理解していないと回答した。へき地のため情報不足があるのかも知れないが、未だ新制度が浸透しているとは言えないと思われた（表4e）。

5. 医療提供体制の再構築について

2025年問題（団塊の世代のすべてが後期高齢者となり介護や医療等の社会保障費の急激な増加が懸念される）に向けての課題としては、患者数の減少が4分の3の回答者から指摘された。もっともへき地では高齢化は他の地域より進んでおり、高齢化よりも人口減少に起因するものと考えられる。現在の保健医療体制を続けるとなると、患者数に連動して診療報酬が減少するので当然経営状態が悪化する。現在の診療報酬体系のもとでへき地診療所を維持するのであれば、別枠で運営資金を補填するなり、診療所を統合して患者は搬送車等で送迎する等の手段が必要となるかも知れない。

5割の医師が後任医師と後任看護師の確保が困難と回答しているが、医師については地域枠養成医師も含め派遣制度が確立しつつあるが、看護師については十分な効果が見込める体制が作られていない。早急な対策が必要と思われる（表5a）。

上記の課題に対して経営状態の見直しを行ったところはわずか4%、検討しているところを含めても3割に過ぎなかった。必要性は認めているが検討していないところが5割を超えていた（表5b）。第一線のへき地勤務医師の感触では、まだまだ2025年問題には対応されていないことが判明した。

へき地診療所の医師の考える望ましい経営形態（複数回答）は診療所のグループ化が4割、出張診療所が3割となっていた。公的病院や民間病院、大学病院の附属や指定管理との回答もあったが、これは現状の開設者では経営状態の悪化や看護師等のスタッフ不足等の課題に対処できないと判断しているのかも知れない。（表5c）

つづいて、へき地医療提供体制の見直しについて検討した。

体制の見直しを検討する場があると回答したものは4割（151名）に満たなかった（表5d）。

現在見直しを行っている組織は都道府県ないし市町村・広域連合が設置する協議会が3分の2（102名）を占めていた。へき地医療支援機構や地域医療支援センターをあげたものは3分の1であった（表5e）。

へき地に勤務している専門職の配置や支援を行っている支援機構や地域医療支援センターより、行政が担当することで、へき地に勤務している専門職の意見が反映されないのではないかとこの恐れがある。

現在見直しを行っていないが、行うとしたらどこが良いかとの設問（表5f）では、表5eと同様の結果であった。その他で、例示された選択肢はいずれも地域や現状を知らないのでは不適切との回答があった。これはこれまでの勤務で実態を度外視した施策を経験したのであろう。

次に、へき地医療提供体制を見直す際にどこがリーダーシップを取るべきか（表5g～k）については、上位3位ないし5位までを集計すると市町村、都道府県ついでへき地診療所、へき地医療拠点病院、住民の順に並んだ。やはり実際に行政で担当している市町村が担当すべきとの意見が多かった。

逆に順位の低い6～8位の集計では大学、国、住民の順となっていた。大学がトップになったことには、実際の診療の場面では大学から派遣されている医師でない限り、大学が果たしている役割が見えにくいことも理由の一つであろう。

へき地医療提供体制の見直しで必要なものとしては（表5l）、市町村長の理解と住民の理解がもっとも多く、へき地医療拠点病院の協力が続いていた。

体制の見直しには大切なステークホルダーである市町村長や住民が重要だと判断しているものと思われる。へき地医療拠点病院は代診・医師派遣等の診療支援で重要な役割を持ち、診療所の再編・グループ化等ではへき地診療所の意見を調整する必要がある。国の理解や支援は経済的支援や制度的な支援に関連があり、知事は市町村相互の調整等で能力を発揮することが期待されている。

今後の診療体制をどのように維持していくかの自由意見の結果では、それぞれの診療所でさまざまな課題が山積していることが判明した。へき地に勤務している医師の言い分をすべて取り入れることは現実的ではないが、一つ一つ解決していく必要があると感じた。

E. 結論

実際にへき地に勤務している医師に対して、日々の診療業務、診療能力向上のための研鑽、地域を離れることの制約、専門医取得に関する研修、医療提供体制の再構築等について調査を行った。

以前の調査では、へき地では日常の診療における疑問や自信のないことについて調べる方法がないと指摘されていたが、今回の調査ではさまざまな方法で解決していることが判明した。一方、相変わらず後方病院との診療連携では円滑に運営されていないところが多いことがわかった。

医師の研鑽については、3分の2の医師が研修の機会を持っていたが、勤務を離れて行う研鑽の機会は年に1度程度のものが多く、十分とは言えなかった。診療所を離れる際の代診制度も十分に機能しているとは言えない状況であった。休日・時間外等に地域を離れることについては、以前同様離れがたい状況はあったが、以前の調査とは異なり複数の医師が勤務していたり、診療所のグループ化により一人の医師の拘束の程度は改善しているところも見受けられた。

専門医取得については、十分な体制は整っていなかったが、そもそもへき地勤務中に、へき地にいない医師と同様の研修を行うことは難しいことは自明であり、自治医科大学卒業医師や地域枠養成医師に関しては義務年限内の専門研修についての目的を提示できるようにすべきであると考ええる。

医療提供体制の再構築については、検討の場は4割に存在し、都道府県、市町村・広域連合が設置する協議会が任に当たっていた。しかしながらへき地に勤務する医師の中には、こうした協議会や地域の現状を知らないのが不適切だとする意見もあった。

医療提供体制の見直しについてリーダーシップを取るべき組織は市町村と都道府県を挙げる医師が多かった。市町村だけでは複数の自治体の調整をすることが難しいので都道府県が関与すべきであると考えられた。

さらに医療提供体制の見直しに必要なものとして市町村長の理解と住民の理解が挙げられた。市町村長と住民は、保健医療事業の受益者として、自らの希望を要求するだけでなく、持続可能な保健医療体制を維持のために、限られた医師等の専門職や医療資源を消費するのではなく、ともにより良い体制を作るために努力していくべきと考えられた。

参考文献

- 1) 平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/kekka_1.pdf
- 2) 「へき地保健医療に関するアンケート調査」概況(1ページ目) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-9b1.html>
- 3) 「へき地保健医療に関するアンケート調査」概況(2ページ目) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-9b2.html>
- 4) 平成25年度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)総括研究報告書「第

11次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究」(研究代表者 梶井英治 自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門教授)

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

付表 診療所医師の考える、今後の診療体制をどのように維持していくべきか（自由意見）

以下は、都道府県名・市町村名等、地域を特定する記載を削除し、表現についても修正を行っている。

大学の支援を現在受けていないが、どのような形で関わるがいいのか検討している。
国全体が、人口減かつ限界集落化している中、個々人の利益優先で都会に集中するのは抗えない現実である。ならば出来るかぎり平均化した医療を享受できるよう交通体系を整え、拠点医療機関に受診できるよう、大局から考えて行政してくれるようなリーダーシップを持った英雄、（企業？）の出現を望みます。
“医療”のみで改革を行うことはできません。“福祉”とミックスして対応と考える必要があります。現場では、へき地診療所・ケアマネジャー・老人ホームの垣根は不安で、それぞれが担当範囲をこえて連携する必要があります。
「1本の線」はずっと前に切れています。全然体制がとれていません。若い医師は自分の行きたいところを選び、大学も病院も、医師の人事ができず、行政もまったく医師の人事ができない状況で、地域を支えるために1人の医師が、2～3か所の診療所を支えなければならない状況です。面とか、線とかでなく、本当に、意志をもって行動することが大切で、方法ではないと思います。
「へき地」の定義の見直しの上での体制を考える。
「へき地医療」に携わる診療所、および病院に対しての診療報酬の上乗せもしくは、保険点数の増収。
「へき地医療」は月数回出張診療を行い対応しています。緊急時は往診、もしくは後方支援病院への搬送（可能なら当院への受診）で対応しています。当村ではより充実した医療と、介護を進めるためにICTを導入して、連絡をより密に行なえるような試みを行っています。医療としての人員不足を介護の力を借りて、様子をみていただいたりもしています。よりよいICTシステムを構築し、地域の拠点病院ともより密につながることができるよう実証実験中であり、医師一人で全てをまかなう事は不可能なため、こうした医療体系を構築できるよう頑張っております。
1) 2025年問題、2040年問題を考えると、少子化多死の流れは止めようもない。2) 限界町村が極端に進行し、行政サービスは医療サービスと共に低下していくことは目に見えている。3) 住民生活を根本から見直し、住民が主体となり、『自助』を活発化させて住民の『自助』に寄りそう形での医療サービス供給体制が好ましいと考える。4) 行政が主導する形で、サービス提供が可能なコミュニティの再構築、例えば「コンパクトシティ構想」等の人口集中策を検討し、その体制に見合った診療体制を考えるのが良いのではないかと。
1) かつての医局の改革は、「医療は経済合理主義の奴隷」というドグマを更に押し進めただけだった気がしてなりません。2) 地域経済の建て直しができないのに、地域医療の建て直しができると思うのはおかしいです。
1) 人口が減少に転じ、経済も低迷する中で、地方やへき地をどう位置付けるか？切り捨ててよいのか？国や行政がその辺の考え（姿勢）をしっかりと持つべきです。2) へき地は高齢化という問題に、最近は少しずつ若手の移住者が増えています。乳幼児医療や健診も重要になっています。（過疎化対策としても）介護スタッフや保健師等の確保も重要です。（地域のニーズにあわせた対策が必要です。）3) 行政と医療関係者（医師）が、しっかりと連携し目標を定めて、取り組むことが大切だと思います。（地域まかせにしないこと！）
1) かかりつけ診療所：外来機能 - かかりつけ病院：入院・精密検査、手術処置）機能 - 高次機能病院と役割分担を明確にすべき。（連携を密に）2) 診療所同士での協力：行政が主導して、地域での看取りを輪番制にする。
1) 拘束時間について。少なくとも月1回、できれば2回程度の土日は診療所から離れることのできる体制が望ましい。2) 介護・福祉の充実。へき地医療では高齢の方の割合が高く、医療よりも介護・福祉の必要性が高い方が多い。適切な介護・福祉サービスを受ける事により、必要な医療の程度が軽減できる事も多く、介護・福祉の整備の充実・人員確保が必要。3) 後方病院の受け入れ体制。中等症から重症患者の受け入れは当然であるが、一見軽症だが経過観察入院を依頼した場合や、レスパイト入院を依頼した場合にも適切な対応をして頂けることが望ましい。
1) 財政的基盤をしっかりとすること。もし赤字になっても自治体の責任で継続する。2) 代診等の医師が休みを取りやすい体制を作る。
1人に負担がかかりすぎないように、代診、研修の充実など
1人の医師が、1つの診療所を任せられることは、とてもやりがいのあることで、現在自分の仕事も充実していると感じている。しかし、実際には訪問診療で、在宅で看取りを希望されるケースもあり、診療時間外も含め「365日

<p>24 時間対応する必要がある」という状況は改善が必要だと思う。周辺診療所との連携（複数医師で運営）や、後方病院との連携が必要だと思う。国は“できるだけ在宅へ”という方針で動いているようだが、へき地では高齢化はもちろん核家族化も進んでいるため、1人暮らしや老々介護世帯も多い。早く病院を退院させられ、在宅でもマンパワーのない人々の受け入れ先が少なくなると聞き、不安も大きい。</p>
<p>1) 人材の確保育成および2) 安定的な運営維持が、最も重要な課題。人口減少、少子化高齢化があるので、1) 2) はかなりハードルの高い課題。これをクリアするには、運営形態の再考（病院+大学+へき地） 管理形態の再考（行政+病院、その他） 人材育成の強化、施設の集約化+代替手段の確保が大切かと考えます。</p>
<p>1) 大学 - 地域拠点病院、2) 国 - 県 - 市町村（行政） 3) 自治医科大学・地域枠医師の3ルートの支援で診療所を支えていけば良いと考えます</p>
<p>当市には5つの市営の診療所と、市の医師会委託の病院がありますが、へき地医療拠点病院という程のサポートはありません。入院を依頼すれば空いていければ入れてくれるというだけで病院内に総合診療科が出来ましたが、人的交流はありません。従って、それぞれの医師は全員60才以上ですが、孤軍奮闘しているだけで、病気になってもサポートしてくれる体制がありません。それと市にお願いしても、何の反応もなく、担当部署の役人はただ2年間ことなかれで終わることを願い、余計なことは何もしようとしません。建物がこわれても直してくれず、診療所の車の白線が消えてなくなったので白線ひいてほしいとたのんでも、予算がないといってやってくれません。市長は、市営の水族館を大きくすることや、箱物をつくることに熱心なのに、一度として会ってくれません。診療所を見にきてくれたことも5年間で一回もありません。逃げているのか、興味がないのかわかりません。すべては金がない金がないの一点ばりです。住民はともかく、だれか医師がいてくれれば良いという感じの所が多く、地域医療の問題点を理解している方はいません。こうして、孤軍奮闘のうちに疲労し倒れていくのが現状でそこに県からも国からも市からもどこからの支援がくるということも何もありません。村の時代は村長と会うことも出来、医療が村にとって大切だということをわかってくれました。しかし、合併してからは、良いことは何もないというのが私の印象です。合併してからは見捨てられているとしか思えません。</p>
<p>1) 本人、医師の健康管理をする専門機関が必要。2) 後方病院のレベルアップが必要。平均点で合格するように、レベルの低い医師の教育を充実させるべき。最低でも患者さんもしくは後見人を納得させられる医療のレベルまで引き上げる具体的な対策が必要。人間学が不足。線や面を考えるより先に、医師のレベルアップをするような教育環境が必要。</p>
<p>1) 老化患者を運搬機能強化< 2) 在宅医療、在宅患者援護強化。</p>
<p>24 時間 365 日を一人で対応することは期間限定でないと不可能と思われます。小生の診療所も金曜の夜から日曜の夜までは自宅に帰るため、村内には不在となり、診療所への電話を携帯電話に転送して、電話相談や対応方法の指示、村内居住の看護師による訪問看護など程度を行い、救急の状態であれば救急車のお世話になることとなります。周囲の診療所でカバーするには、距離が遠いので、結局病院を受診するほうが早いとの判断になりそうです。特に問題なのが高齢者の独居で、ヘルパーさんが隔日くらいで入って生活を維持できる程度であれば良いのですが、必要な内服薬がある場合に内服管理ができないと安定した治療もできないこととなります。独居の方を自宅で看取るには、グループホームのような形態しかないように思われます。自分で内服管理ができなくても動ける間は自由な独居を希望する人がほとんどであり、独居のようなグループホームを作れるかが鍵になりそうです。空き家があるので、プライベートを維持できるようにふすまを壁に替えるなどのリフォームが必要ですが。</p>
<p>2次離島の医師確保にむけた提言。目標。2次離島医療を 楽しむ 生活環境を作り上げ、当県の離島医療ブランドを全国に発信し、医師確保に努める。慢性化する医師不足の原因。1) 家族（妻）の理解が得られない。2) 孤独、閉塞感への不安。3) 島生活を楽しめるか、余暇をどう過ごすか。4) 不便な生活環境への不安。5) 診療バックアップ体制への不安。6) 勤務期限が不明確。改善。1) 妻に島の生活の面白さを感じてもらう。*家庭菜園、海鮮料理、当県・九州の観光、年休を使った海外旅行など。妻の不安を取り除く。*買い物、市街地へのアクセス、人付き合い、退屈...前医の奥さんからの話を。2) 島外での勉強会、学会参加などに積極的に参加できる環境づくり。3) 家庭菜園畑の提供、プレジャーボート係留、土日はフリー（市街地での余暇もあり）代診医を充実し、年休の完全消化（海外旅行など）2次離島はベッドフリーなので、逆にストレスがなく、余暇を楽しめる環境がある。4) 近隣、あるいは市街地の商店の紹介。5) 近隣の後方支援医療機関に患者受け入れなどの理解を得る。6) 一定の勤務年限を設定すると、妻への理解も得られるかもしれない。具体的な取り組み。a) 支援センターのホームページ、離島・</p>

<p>へき地の紹介 ページで、各離島の特色、楽しみどころをポップアップ形式でより詳しく紹介する。サイト内にフェイスブック・ページをリンクし、各診療所からの投稿によるライブ情報を提供する。このサイトをさらに充実することで、医師募集の最大の情報発信ツールとする。b) 2次離島の医師の集い、懇談会(宿泊可)を毎年1回、中都市等で開催する。その際には、自治体の診療所関係者も参加してもらう。*各診療所の紹介、自慢話(他地区の自治体職員向けに)*自治体職員は、他の離島診療所の設備状況を知ること、医療インフラ、官舎などの標準化を図る。*各診療所が持つ問題点などについての意見交換、交流。c) 離島の医師が年休を完全消化できるよう、離島代診医師団体を充実する(県からの補助金にて、代診専門医を雇用する)</p>
<p>2島兼務のため十分な医療を提供できていない、不安はある。医師不在の時の対応が住民にできているのが一番である。</p>
<p>2年前から医師は住み込みでなく、今年度からは看護師も2名とも本土から通っているため、夜間、休日は医師・看護師が不在となる。肝炎など慢性疾患を持っている人は本土の中核病院に定期受診し、普段の内服薬を当診療所でもらうという方が多い。当診療所では採血も午前中に行い、昼の船便で本土に検体を送り、夕方に結果がFAXで送られる状態で、緊急時の対応が難しいので、状態の悪い人は早めに本土に紹介するようにしている。最近では島の診療所まで来るのが大変で訪問診療に移行した患者さんも増えてきている。一方で患者数は年々減少している。島内は急な坂道で車が入れない道も多く、島外の病院を受診するのに渡船場までの移動が困難で救急受診ができないこともある。在宅で訪問看護、リハビリを利用している患者さんもいるが、島内での看取りは難しいのが現状である。定期処方などの、定期受診者数は減っているので(平均1日患者数16人)診療日を減らすことはできるかもしれないが、救急などの対応は増えている印象です。</p>
<p>医師より看護師の人材不足が深刻。</p>
<p>グループ制による運営が、最も現実性・可能性が存在すると思われる。一人の医師にすべて負担をかけるのは無理であるし、継続性がない。</p>
<p>グループ制の運営、およびいくつかの診療所の統合はやむを得ないと思われる。</p>
<p>コミュニティバスなど、患者が通院しやすい環境づくりが必要。高齢者ドライバーの問題もあるので。</p>
<p>コメディカルの待遇の向上し、確保して、医師を含め、すべてのコメディカルのワークライフバランス、配置の検討。</p>
<p>システムが大きく変わっても自分が現場でできること・やりたいことはあまり変わらないと考えている。医療サービス供給側としては、自分も含めた手元のリソースを消耗させないように上手に使い続けるつもりである。医療ニーズを訴える住民には意識・行動を変えて欲しい。現在のニーズに全て応えるため医療供給を増やしても切りがないからである。予防できることを日常生活で積極的に行うことで医療ニーズはずっと少なくすることができる。眼前のニーズと思われるものが本当に医療を必要とするのか、住民自身がフィルターをかける意識を持って欲しい。(現場でそのような働きかけをしても診療報酬として評価はされないが)</p>
<p>すべての医師が「へき地医療」の現状を理解していない現状では改善は見込めない。へき地の診療所勤務は経験として「必須」とすべき。</p>
<p>その地域によって違うでしょうが、当診療所では人口が減少し、収益も減り、スタッフも減らされています。そのような地域ではグループ化やサテライト化へのシフトが適当と考えます。しかし、行政がすすめる医療の広域連合には含まれず、へき地中核病院のサポートは得にくい。自治医科大学卒業生のいる最寄り病院まで遠く、そのサテライトになるのは現実的ではない。独自の医療施設を持ちたい市町村は協調せず、効率化は難しい現状です。</p>
<p>どこまで先を見るかですが、少子に対してどれだけ国が出産を増やす計画なのか、育児しやすくするのが見えない。むしろ女性を仕事場に増やそうとしていて、育児がしにくくなっている気がする。それを進めるのであれば当院のようなへき地の産科も衰退せざるをえなくなる。また高齢化がすすめば、我々高齢医師も増えるため病気等で診療をやめざるをえなくなる。患者は増えるのにである。地域医療専門医を早くから育て、物がそろっていない人がそろっていないへき地でどうすればいいかということを自分で考える若い医師を増やしてほしい。またその資格をとれば何らかの大きなメリットも持てるようにしてもらいたい。</p>
<p>なかなか連携作りが大変です。理想を共有できないと、「絵に描いたもち」の、「もちの絵」も描けない状況です。</p>

へき地、それぞれの地域に、特有の事情や制約があるため、諸々の問題が共有されにくかったり、一般論として話しづらかったりすることが多い印象を持っています。枠組みやシステムの見直しも重要と思いますが、各地域でそれぞれの工夫がしやすくなるように、行政サイドでもルールや規制などを、へき地用に緩和するような視点などを持っていただけると助かるのではないかと、思います。
へき地での在宅医療を確保するにはへき地に対する特別な診療報酬の枠組みが必要。都市と同じ基準では経営が成り立たない。
へき地での生活の充実。
へき地で働く医師も、それぞれのキャラクターがあり、そのキャラクターを活かした治療をすることが医師にとってもモチベーション維持になる。そのため医師が変わることによっての診療所の性格が変化することは仕方がないと考えます。すなわち、画一性をもった診療は難しいと。
へき地によっては人口規模や後方支援病院へのアクセスの条件が違いひとくくりにはできない状況であると思う。ローテーションで医師を確保することも大事だが、自治医科大学の卒業生を中心に長くへき地診療に関わる医師を養成すべきと考えます。今後、医療制度も大きな変革をむかえることが予想されます。へき地医療に対して行政側の理解を求めるとともに、現場の医療者が一丸となってへき地医療を存続していくという情熱が必要と考えます。
へき地に開業して20年がたち十分に貢献したと考えている。親孝行もできたし、閉院の方向で考えている。
へき地に赴任して一番の困難は、経営赤字をあたかも医療従事者の責任といわれ経営改善を強要されることである。本来ならば市場の原理がはたらいて潰れるところを行政サービスという理由で公立の病院・診療所を存続させているのであるから、市中の私立病院の経営方法（営業方法？）を参考にしただけで意味がなく、存続の危機に陥っているのにそのことを最も重大なことに思わない地方の役場や住人に驚くばかりです。
へき地の開業医に対して国の理解がない。国はへき地医療の崩壊を望んでいるとしか思えないような指導をしている。もう疲れた。
へき地の住民数が減少しているののでいずれは閉院になると思われます。公的病院の医師に対しては学校教員と同じように1～数年の「へき地勤務」を義務付けてもいいのではないかと、思います。
へき地の人口が増えるのは難しいこと、赤字経営が簡単には改善しないことを考えれば、公立の診療所に関しては「閉院 出張診療所（週数回のみ診療）」という流れが自然かと思う。民間病院の管轄に入ればまた違うのかもしれないが…。ほとんど患者が来院しない（特に午後は）ことも度々あるので、毎日開業していなければならない意義は乏しい。特に若い医師にとってこの時間は苦痛で、もっと手技を磨く時間にあてるべきだろう。特定の地域にのみ診療所があって常勤医師がいるというのはその地域にとっては都合がいいだろうが、医師不足といわれる時代にあって人材活用の面でもあまりにも効率が悪い。宝の持ち腐れと言っても過言ではない。へき地医療を今までのように維持するのは非現実的で、医療の集約化を進めようとしている流れに逆行していると考える。在宅医療をとっても、一診療所のカバーする範囲は地理的にも広く、集約化して複数の医師・スタッフで対応しなければ継続困難と考える。
へき地の対象・人口・立地（離島や山間部・交通状況）によって、求められる医療と、実際に維持できる医療体制とはそれぞれかなりのレベルで異なっていると思います。面での協力体制は必要と思いますが、住民が安心できる医療とは、離れてしまう弊害もありえます。逆に1本の線に係る、在宅支援などへ問題もあり状況に応じて、どちらも、あわせていくしかないと考えます。
へき地医療に関して、まず「医療提供」という面においては、当地域には入院医療機関はなく、30km以上離れた後方支援病院に依頼している。日中であれば、問題なく紹介可能な状態ではあるのだが、夜間休日の対応には苦労している。当直医によっては、地域を鑑み「なんでも」対応してくれているが、そうでない医者も多いのが現状である。これは意識づけなども考慮が必要と思われる、医療体制の整備とはまた別の問題と思われる。また、現状、へき地においては、特に若手の医師において子どもの教育ということに大きな問題があり、単身赴任など、離れて過ごす必要性なども出ることがある。医師個人のみでなく、どのようにその家族を支えていくか、フォローするのを誰が考えるのかなど考えるべきことは多い。へき地医療をしたいと考える医師が家族の問題で離れていってしまうというのは、避けるべきことと思う。医療提供を考えていくにあたり、住民の本当のニーズを市町村あるいは経営者が、しっかり把握することも大いに必要と考える。議会の議員などの力で本当のニーズでない場合もあるのではないかと、時々疑問

に感じている。
へき地医療に限ったことではなく、医療への高い、熱い「志し」を持った医師が一人でも多く出ることが必要です。昨今の医学部志望の激増は必ずしもこの医療への「志し」を意味しないのではないかと。システムも準備しますが、それよりも「人」が大事です
へき地医療拠点病院そのものが、力がなくなっている。へき地における、高齢化、介護力の低下は、へき地の診療所での診療をきわめて困難な状況においこんでいる。最低限の水準を保つための集約化が必要。住民の理解は難しいであろうが。専門医の育成制度については、我々のような、地域医療の専門教育を受けていないが、実際には実施している医師にも協力をさせ利用しながら、やれ「家庭医」「総合医」「プライマリーケア医」として、自分達は専門医ですという風潮は、どうなのか、あいかわらず、何もかわっていない。自称「家庭医」たちよ。
へき地医療拠点病院である県立中央病院のへき地診療支援（週1回0.5日の診療支援、担当医不在時等の代診医派遣その他の支援）を受けつつ運営している。診療支援の時間を利用して訪問診療、学校健診などにあてているほか、学会出張の際もへき地医療支援機構に依頼しスムーズに代診医の調整をしていただけるため、大変ありがたく感じているし、ストレス軽減にもつながっている。一方、当診療所＝町立は2017年春以降新築移転の予定である。したがって、今後も同様の体制でへき地診療を続けていく方針。また、県立病院ばかりでなく地域内の病診連携、診診連携の強化、介護・福祉等関係機関との連携強化をこれまで通り進めつつ地域包括ケアを継続していく方針である。町外への病院の移転、これまで地域を支えてくださった開業医の先生の廃業などで医師数が減っており、母子保健業務、学校医業務が増えたが、公的機関としてきちんと役割を果たして行きたい。臨床研修について、初期研修に加え、内科後期研修、総合診療後期研修について新専門医制度に向け協力施設としてプログラム申請中であり、受け入れ側の教育責任者としてこれまで以上にEBMに則った指導ができるよう努力したい。そして、地域医療の充実のためには、若い医師が一定期間医師不足地域に勤務いただくことが不可欠であること、また、研修期間終了後も県内（拠点病院ほか）に残っていただいて一緒に地域で頑張ることができたら素敵なこと、とのメッセージを伝え続けていければと思う。
へき地医療拠点病院勤務の医師が持ち回りで診療所で診療し、入院が必要であれば病院へ紹介して担当になるなど。診療所に勤務する（常勤）医師の確保は今後困難になると思う。
へき地で診療することにインセンティブがつくようにする。後方支援病院の人材を充実させて、へき地に人を出しやすくする。臨時的専門診療や、バックアップの充実。
へき地診療所・拠点病院などがチームのような体制をとり、複数の人や施設でカバーして維持していくべき。
へき地診療所が発足されたところと比べ、医療が高度化、専門化しており、なかなか義務年限内の医師（専門性に乏しい医師）では、フォローアップができないところも出てきており、自分がへき地勤務を始める前に抱いたイメージよりも、多くの患者さんを専門の医療機関へ紹介しているような印象があります。また、当施設は診療所の他、老人保健施設が併設されており、土地柄もあるのか、自宅に帰れずに終のすみかとして過ごされる入所者さんもいます。そういった方は概して、老健であずかるには状態の重い方も多いように思います。老健は、リハビリを行ってより医療・リハビリの依存度の軽い施設へ、と考えておりましたが、人口も少なく、老健以降の施設がありません。人口減もあり、今後、同様の施設が閉鎖されていくことは想像に難しくなく、人口減少、高齢化という面においては、この国の行く末を肌で感じています。勤務してまだ半年ですが、どんなに考えても診療体制を維持するうまい方法が思いつきません。
へき地診療所は公的・私的を問わず、行政の十分な対応、目配りを。公的医療機関にも協力し公私一体となった体制づくりを一時（3年間）目指したが不調であった。
へき地診療所への通院が困難な人が増えてきている。専門医を受診させたくても通院手段がなく、受診できない人もいる。診療体制の問題というよりは交通インフラ等を含めた生活圏自体構築の問題と思われる。保険制度が細分化されすぎて使いにくい。都市部の資源に恵まれた地域で利用を制限する方向性をもって制度が作られているように見える。へき地での実態が考慮されていない。行政サービスは入口で制限して分けるのではなく、いったん窓口一つで受け止めて、その後適否や、どのサービスを利用するかを選択するように改める必要がある。（何でも縦割りで入口を分ける、日本の行政制度自体の問題であるが...）
へき地離島病院で1年＋へき地診療所で2か所3年間働いた時、常に自分が病気になったときどうなるのか不安だった

<p>た。(産休・育休のシステムとは別で、妊娠時や普通に病気になった時)今年実際に1か月入院する事態になり、その間365日24時間体制の診療所はもう1人常勤の医師がずっとふんばって支えていた。住民は離島でも当然365日24時間診療をうけられることを当然に思うようになっており時間外受診も、平気です。これってへき地医療なの？と思う。1人や2人の医師のがんばりだけで支えられる医療は容易に崩壊すると思う。県の代診システムや大きなシステムの中にいくつものへき地診療所を組み込むたくさんのマンパワーで支えるシステムを作ってほしいが9年県にずっと話をしても何も変わりませんでした。住民の理解は動めていくなかで少しずつ分かってもらえるようになったが、もっと県や国から呼びかけてもいいと思う。少なくとも上記のシステムを少しでも県が考える姿勢をみない限り、私はへき地医療は義務あけ後ギブアップと言わざるを得ません。とてもつらい。</p>
<p>まずは医師の偏在の是正。その上で、人口比で必要な施設、体制のモデルをつくり、そこに当てはめるようにしていけば、それほど問題とならないのではないかと。</p>
<p>まずは現在のところへき地医療拠点病院の医師が不足しているため国、県、大学に医師充実の要望が必要。そしてへき地拠点病院に勤務している医師、および周辺の診療所医師とのコミュニケーションを密にし、顔の見える関係になるとコンサルトなどがしやすくなると思われる。また、眼科、皮膚科、耳鼻科など専門性が必要な疾患に対してコンサルト、緊急時の受け入れがスムーズになるような体制づくりが重要と思われる。そのような風通しのよい関係づくりが地域に根付いた医療体制の充実に寄与するものと考えます。</p>
<p>もっとも重要なことは、へき地医療に情熱を持つ医師の養成だと思う。私は66才から20年間、86才まで無欲、無為をモットーにして、ひたすら頑張ってきた。ここまでくるとは、相当のエネルギーを必要とした。村も町や市の大きな病院も、今では支援してくれるので、感謝している。動ける間は、頑張るつもりである。</p>
<p>やはり、一番不安なのはこのまま自分一人でのいのかということです。高齢者が多く、経営も不安定で、何らかの経営母体(民間でも公立でも)があると安心です。更に欲を言えば、まわりに相談できるあるいはカンファレンス等を行なう機会もしくは相手があると非常にやりやすいと思います。</p>
<p>やはり住民の理解と協力が一番重要、不可欠と考えます。</p>
<p>医師だけではなく看護師や事務職の高齢化も大きな問題である。一方で交通網の発達により通勤可能な範囲も広がっている。より広域をカバーできるような他のマンパワーの活用、移動手段の効率化を図るのも重要である。IT、人工知能、ロボットによるサポートの充実も希望する。</p>
<p>医師歴が浅いうちに必ずへき地医療を行うことを義務とする。</p>
<p>医療サイドで医療スタイルを確立し、それにあわせて患者のフリーアクセスを制限し、秩序をつくる。</p>
<p>医療の高度化、細分化が進み、また高齢者医療等特に介護・福祉・行政との連携が重要になる領域の業務もあり、医師の業務、知っておくべき知識は膨大である。1人の医師が同じ場所で長期間働くこれまでの診療所・地域医療システムは限界と考えている。今後はいくつかの施設が連携しながら若手が連携して働く場を保つのがよいと考える。</p>
<p>医療は信頼関係で成り立つと考えています。人と人との信頼関係を築くためにはやはり医師としての人間性が非常に重要になって来ると思います。面として地域の医療を支えるのであればそれぞれの医療機関同士の信頼関係も構築されていなければならないし、住民との信頼関係も構築されていなければならないし、一筋縄ではいかないのではないかと印象です。</p>
<p>医療機関相互の連携が必須。</p>
<p>医療者の努力次第である現状の医療では今後成り立たなくなるため、国を中心として国民一人一人の医療に対する理解が必要である。</p>
<p>医療費の伸びを抑えるという観点により診療報酬の改訂のたびに診療所で算定できるものが減り、経営自体が困難となってきている。都市部の医療ばかりが改善され救急・小児・産婦人科に目がいき、単語としては“へき地医療”が言われても中味を本気で改善する気はなさそうです。後任もなかなかいない状態でいずれは閉院もやむなしと考えています。経営面、人的面両面から手当てしないと、そろそろきれいな事では手遅れの状況になりつつあると考えます。</p>
<p>一人の医師が同じ場所にずっといるのは、その医師のスキルアップやキャリアを考えると無理があり、「地域医療は一人の医師がずっと身を削り…」というマイナスイメージから、次世代の医師確保につながらない。数人の医師がグ</p>

<p>ループを作り、交替で大病院等で研修（専門性を高める）しながら、そのスキルを再び地域にフィードバックするといった体制が必要で、それが無いと後が続かないと考える。</p>
<p>一人の患者様が多疾患となり、高齢の方への対応への時間が多く取られるようになりました。自分の時間をはじめ、余裕がなくなりつつあります。なかなか、いいアイデアが浮かびません。</p>
<p>一人医師診療所では、時間的な拘束や、相談体制に関して負担が大きいと思います。複数の診療所や病院が面として支えていくことは望ましいと思います。人間関係としての一面もあるかとは思いますが、気軽に他医師に相談できる体制作りも必要だと感じます。</p>
<p>遠隔診療を取り入れるなどして診療所の維持コストダウンを図り、民間企業との連携もしつつ、へき地医療機関の自立を促す</p>
<p>欧米型の家庭医の導入。ただし、現実的には予算の都合で難しいだろう。米国のように専攻を振り分けても良いのでは。</p>
<p>本県の場合、離島 20 診療所中 16 診療所を県立の運営にて医師を派遣している。その為、離島診療所の医師確保においては、困難な状況が生まれず、これまで絶え間なく、離島へ医師を確保している。その反面、地域の町村役場は、医療確保体制には全く危機意識がなく、その事が診療所医師にはストレスになっている事も事実である。危機意識がないことから、離島診療所に対する協力的姿勢は見られず、県の管轄というような姿勢であり、診療所からの意見、要望に対しても、話を聞いたとしても、埒のあかない議論が続き、最終的には、「県と解決して下さい」ということになる。今後の継続した医療体制を提供していく為にも、当該町村役場に対して、離島診療所継続、医療スタッフ確保、運営にももっと積極的な協力姿勢を見せて頂くようにするにはどうしたらいいか、頭を悩ませている所です。</p>
<p>本県の離島診療所については、問に記載される「面」として機能していると考えられる。しかし、昨今では離島でも人口減少が進んでおり、高齢少子化に歯止めがかからない状況を見ると、これまでは県立病院だけで支援してきたシステムを市町村や大学病院とも協力して「出張診療所」や「グループ制による運営」などを取り入れていく必要があると考える。</p>
<p>本県は、今後へき地、離島診療所にいく医師が減ることがわかっているため、国立大学の地域枠の医学生への教育、または duty も含め検討が必要。また、県外から研修にくる医師、family physician 希望の医師への教育・へき地勤務時・勤務後のフォローも必要と考えます。また、へき地勤務中に自己研鑽の場がどうしても少ないので、オンラインを使った研修の場や、気軽にへき地を出られる代診システムも整備が必要。</p>
<p>何と言ってもマンパワーが必要だと思います。離島に赴任したいができない医師の需要をいかに見つけ、受け皿を整備していくことが必要ではないでしょうか。</p>
<p>介護、福祉、行政の専門担当者と一緒に必要医療、介護を検討し、提供できるようにできればと思っています。</p>
<p>開業医廃止ということでしょうか？身近な医療機関としての住民 - 医療機関の関係を軽視していないか心配です。当然在宅医療は無理になりそうな、具体的なモデルケースを教えていただくと助かります。</p>
<p>各県の診療体制を比較し、最適解を探るのがいいのでは（各地域で状況が大きく異なるが）。地域や都道府県の垣根をこえた、第一線の医師の意見交換の場などあればいいと思います。</p>
<p>確かに個人がへき地を支える「赤ひげ」先生に期待する時代ではないと思われます。そういう特別な存在が地域医療を支える体制はむしろ、「志のある医師」を疲弊させバーンアウト現象を助長すると思われます。医者全体の質の向上を目指す社会的な努力や国策（それがあれば）も大切ですが、とりあえず今後のへき地医療を支えるためにはグループ診療等の面で支える医療体制が必要と思われます。</p>
<p>患者数の減少により、診療日数を減らすあるいはへき地医療拠点病院からの医師派遣による出張診療。または、非常勤医師の確保。</p>
<p>基幹病院の充実を希望する。</p>
<p>拠点病院を中心に、へき地診療所のスタッフ、できれば、福祉を含め、一つの組織体の職員であっていいと思う。</p>

勤務しているスタッフを、補充していけるシステムが必要と感じている。(個別、場あたりのな求人を行なっているのが現状であり、必要時に偶然補充できている状態である。)
県や市町村(主に県)がへき地医療の現状やニーズを十分に理解していない。腰が重い。
現在、町立のへき地診療所で、委託開業をしております。患者数の減少、診療報酬の制度変化で経営が悪化しております。患者数の増加は見込めないで、診療報酬の設定で、へき地診療の経営が改善されるような改善が必要と思われる。へき地医療の改善をめざした、診療報酬制度の改正を望みます。
現在のへき地医療拠点病院があまり機能していません。というより近くにある拠点病院は全て専門性の高い病院でとてもへき地応援などという考えがあるとは思えません。自治医科大学卒業医師が経営する A 病院に、もっと多くのへき地応援体制を託せるようなシステムが非常に大事で現在の大学主体の思想ではへき地診療所は置き去りにされていくでしょう。(たぶん病院レベルでは充実していくでしょうが...) そのため、やはり代診システムを予算の枠をこえて(市町村の)考えていってほしいです。
現在の診療体制で、良いと考えているが、後方支援病院の絶対的な協力が必要である。
現在当面している問題への対応に追われています。これから先の事態に関しては考えが及びません。
現在離島一人診療所ですが、自治医科大学派遣で(年1回の交代)医師はまかなわれています。離島一人診療所のような所だと、年1回の医師と住民との関係が良好なこともあれば、うまくいかないこともありますので、善いも悪いも平均化する意味で、又、診療所自体を update していくためには、やはり(3~5年)前後で医師が交代するのがよいのではないかと考えています。そのくらい短期間で医師が交代するとなると、自治医科大学卒業医師のように、都道府県が、ある程度の人数の医師を確保しているか、または、別の機関なりが同じように、地域に医師を派遣するしくみが必要だと思います。
現時点では、今の診療体制を維持していくことが望ましい。第一線でまず全てを診て必要なら後方病院へ送るという流れがうまく機能している。ドクターヘリ、民間搬送ヘリ、自衛隊ヘリといった移動手段、病院の受け入れに関しても離島のことを考えてくれており、基本的にスムーズにいく。県立の離島診療所はエックス線撮影、超音波検査、心電図、簡易血液ガス分析、顕微鏡で基本検査もでき、救急対応に関しても一通り初期対応~今後の経過説明含めできるようトレーニングをしている。改善してほしいところという代診をもっと使いやすいう、対応できる医師の確保、島を出やすい状況作りをしてほしい。看護師に関しても代替りのスタッフは急な対応ができない為、場合によっては医師1人で全て対応することも生じるので、診療所医師・看護師の代替りをすぐ立てられるようにできたらストレスを減らすことができそう。
個々の市町村単位による枠組みでなく、地理的に近い医療圏であれば、市の枠を超えた、医療体制の構築が望まれる。市と市の協力が求められる。また、後方医療機関の診療能力の低下は、紹介を必要とする患者をより一層遠くの医療機関へ紹介する必要がある、患者にも負担を強います。紹介する側としても、その病院を勧められない心苦しさがあります。へき地診療所のみならず、へき地医療拠点病院の層を厚くするのも重要な課題と思われます。
個人の意志でへき地に来て、自己犠牲的に(赤ひげ医のように)やっている医者とローテートでしか行きたくない医者を同じ面の中に入れてうまくいかないのでは?
固定ではありませんが、各病院の先生方のご理解で15年間で1度も困るような病診連携の綻びなく、この関係が保たれているからこそ、2-Q2~4(返答なしの背景)4でも、私のレベルでも診療継続が得られています。夜間、休日の急患対応も可能な範囲で、身体に染みついていますので、殊更それが問題点には私の場合拳がりません。specialist でないと悟っている故の甘えの構造でもあります。
後方のへき地医療拠点病院まで「面」に加わるのは、その負担が増すことになり現実的には難しいのではないかと。複数の第一線の医療機関が連携することは得策であるが、それには組織をまたいだ、人材、資金などのやりとりが必要となる。それをクリアするため、自治体などの規則整備が必要と考える。
公的医療機関の勤務医なので、自分が勤務している期間の診療については最善をつくすが、その先のことは保険者の市町村あるいは県が考えることであると基本的には考えている。
行政主体の診療所は、その運営主体の村が今後の展望と目標をきちんと立てない限り医療現場は日々の業務に忙殺さ

<p>れて、疲弊していくのみです。医療現場の大変さを理解して行政が動くことが一番だと考えます。</p>
<p>高齢化のため 10 年程度は十分やっていけるといいます。小生もあと 10～15 年程度やってその後は市等の行政で考えてもらおうと思います。複数の医療機関が集まってもしリーダースhipを取れる人がいることが必要。普通はなかなかうまく機能しないと思います。病院等のトップ幹部のキャリアとしてへき地診療が評価されないとなかなか人があつまらない。</p>
<p>高齢化を迎えて、医療の面のみ論議しても支援体制は不十分と考えられます。医療と福祉（介護）の二面の協力と体制強化が必要であり、福祉体制の中核となる機関の選定も重要と考えられます。</p>
<p>今、私が勤務している小規模離島では人口が減少しており、一離島に 1 人の医師を昼夜問わず置いておくというのは少し仕事量が少なくなりつつありもったいないような気がします。またずっと 1 人で診療を行い続け外部からの眼が入らないと質が落ちる可能性がある。複数の医師が複数の離島を診るという方法をとっていく方がいいのではと考えています。</p>
<p>今のところ、自宅での生活が困難になった高齢患者は、老人ホームや療養型病棟に入院できているから助かっているが、そこが満床になり、在宅療養希望者が増えたとき、そのニーズに応えられるだけのマンパワーがない。在宅看取りを勧めていくのであれば、その環境整備がまず必要と思います。</p>
<p>今まで通りの体制でよいと思います。ただし診療所とへき地医療拠点病院との連携をより親密にした方がいいかと思います。</p>
<p>今まで、いろいろな試みが試されてきたと思われますが、上からの施策は余りうまくいかないと思います。かといって、下からの施策は立案・実行も、難しいですが…。</p>
<p>根本的な医療の見直しが必要と考えます。社会の諸問題に対して、対処（症）療法的な提案をする人は多くても、根本的な問題解決を図る人は多くありません。医療も同様で、病気を作らないことが最も社会福祉に貢献するのにもかかわらず、自分たちの専門領域を発展させることのみに躍起になっています。あるいは利権の確保に重点を置いていると言わざるを得ません。いつまで経っても、問題が解決しない主因がここに 있습니다。今の体制の維持よりも、改革が必要と考えます。</p>
<p>最近耳にする遠隔診療が有効に利用でき、かつ住民の理解が得られるならば、へき地診療に勤務する医師に負担の軽減が見込まれる。その際は緊急時の搬送をどのように行うかが課題であると考えます。また遠隔診療等に対する住民のインターネットを用いた技術に対する抵抗・拒否感を軽減するよう啓蒙してゆく必要があると考えます。</p>
<p>在宅、プライマリケアを担う診療所と病院（急性期、慢性期）が面として各地域でチームを作る地域包括ケアが全国各地で展開されれば住民としては安心できると思う。いわゆる「たらい回し」のような医療難民は減ると思う。医師確保もそのチームで解決できれば理想的だができなければ県等のフォローも必要。</p>
<p>在宅医療専門医、外来専門医等の診療体制の区分も考える。（診療科の区分ではなくニーズで考える。）</p>
<p>在宅看取り患者さんの死亡診断と、所用での遠方旅行不在日が重なり、様々な工夫を強いられたことがあった。5 月の連休でもあり近在の先生にも頼めず、友人の医師を煩すことになった。30km 程の所に国保拠点病院があるが、死亡診断をするための出張診療も困難であった。面としての診療体制が整うことを願うが、休日の出張診療に応じることはかなり難しいと思われる。</p>
<p>昨今の報道で医療不信をおおる事による信頼関係の揺らぎを実感する場合が増えてきている。予防接種は特にその例で、診療所レベルで説明してもなかなか効果がない。一次医療でのアウトプットを個々の診療所に任せるのではなく国・都・大学病院が体系的に行って欲しいと考える。</p>
<p>市町村の合併により各市が広域化していく中で、へき地の医療を支える行政（実際に運営する市町村）の力が低下している。これまで、へき地の町だったが、都会の市に吸収されると（へき地医療にかかわったことがないため）市町村の支援がなくなっていく。診療体制としては、機能の集約化、効率化を図り、予防や巡回診療などに人材、資金を回す努力をすべき。これらのビジョンを県や国レベルの抽象的な議論だけでなく、市町村レベルの実務的に議論が必要に感じるし、大学からの学術的、論理的なバックアップが必要である。</p>
<p>市町村合併できず、診療所が点在している地域も多いと思います。今後首長さんには柔軟な対応を望みます。</p>

<p>支えられるのが「１本の線」では限界に達しているのが我が町です。現在自らの診療所の維持管理だけでなく、同一の町内病院の夜間当直支援に回っております。その病院もともとと内科系医師が少ないところに休職者が出ており、平日午後は休診もしくは代診の状態です。このまま続けていると残りの病院管理者や支援に回っている私も早晚倒れることでしょう。県の関係者にはへき地医療提供体制のリーダーシップを取ってすばやいグループ診療制などに移行していただきたいものですが、「地域エゴ」に振り回されているのか、「地域の中で医師をやりくりして欲しい」とのことでした。明るいきざしはなく、どんどん暗闇になるだけです。私も批判を浴びてもかまわないので「立ち去り型サボタージュ」を意識するようになっております。全国どこでもこんなものでしょうか？</p>
<p>私は、学生のころのカリキュラムで家庭医療専門医の先生が勤めるへき地診療所で２週間実習をしました。それがきっかけで、へき地での家庭医療、プライマリケアをするモチベーションが向上しました。卒前から大学のカリキュラムでへき地を含む診療所でプライマリケアを学習・研修する機会を作ることが中・長期的には非常に大事だと思います。</p>
<p>私は、大学・国立病院に２３年間、医療生協診療所（有床一人所長）として１７年間、４０年の医師経験を携えて、今の国保診療所に勤務している。私のような高齢経験医師の地域医療人材への転用も考えてはいいが、若き医師も結構だが、もっと視野を広げて欲しい。一億総活躍社会が言われているが。</p>
<p>持続性、継続性が大きなポイントであると考えます。地域では高齢化が進んでいますが、場所によっては高齢者の数さえ横ばい～減少の地域もあります。人口減少のなかで、いかに診療所を維持してゆくか、持続性をもって、医師が交代しても、患者さんの情報がしっかりと共有される仕組み・組織作りが必要だと思います。</p>
<p>自治医科大学の派遣システムの構築によりへき地の医療確保が可能となったと実感します。しかし、経験年数の浅い医師が一人で担っているケースも多く、医療の質の観点からはまだまだ課題もあるかと思えます。一方で、医師確保は可能となってきたものの過疎化に伴います問題となることは看護師確保と思われます。地元出身の看護師が確保できず診療所の存続が難しくなっていくことが予測されます。</p>
<p>自治医科大学卒業医師だけではへき地診療を維持できない状態に陥り、１人当たりの業務を増やすことで対応している状態です。地域大学からの支援や、医療圏内にある民間病院との協力が必須と考えます。</p>
<p>自分のことや家族に犠牲を強いられない状況が確立されないと、仕事をすることに意味を感じなくなる。</p>
<p>自分の場合は、大学や拠点病院からの派遣ではなく、自分の意思でへき地診療所へ赴任しました。このため、定年が近くなり、「後任医師の確保」が一番の問題となっております。医師確保については、一つの拠点病院だけで解決できない事もあり、複数の病院の協議で、医師確保をしていく体制も必要かと思えます。</p>
<p>自分や家族の健康・治療に責任を持つという常識が守られないと崩壊は免れない。</p>
<p>本県では大学の影響力が多いため、今後も大学と良好な関係を築いていくことが必要かと考えます。</p>
<p>質のよい医療提供にはヒト、モノ、カネがそれなりにかかることを自治体、住民が理解した上で、住民の健康課題への優先順位をきちんとつけた上で、無理な要求を医療に求めない覚悟が必要。</p>
<p>質問の内容が抽象的で根拠の提示もなく、図などの解説もないため、全く答える気が起きない。診療機能の低下？何を根拠に？、「１本の線？」「面」？何が言いたいのかさっぱり分からない</p>
<p>車で１～２時間以内の距離に三次医療のできる基幹病院が配置されることが望まれる。医師と看護師が、へき地医療拠点病院から、交代で確実に派遣されるような体制作りが必要である。</p>
<p>若い人がへき地に住まないようにするのが大切！！助かりたいならそれしかない！！家がへんぴなところに住んでいる人が多すぎます！救急隊員も大変だし道が悪いのでどうしようもないです。山の奥の奥に住んでいる人たちを便利なおところに移住させないとダメでしょう。道路の管理も大変です。木や草を刈っているのは地域の方ですがもうそれも限界です。人が住まなくなればそんなへんぴな道をきれいにする必要はなくなります。原野にもどして地方もコンパクトな町作りをしてゆかねばならないでしょう。住民が少ないので土地はたーくさん余ってますよ。みんな土地や田んぼを手放せなくて困っています。町作りから着手しないと…。行政もへんぴなところに人を誘導するのはやめてほしいです。田んぼの水利権の問題なども解決して下さい。 やめるときに１０年分前払い！！８０～１００万円払うそうですよー！</p>

住民にも医療者の事情を理解してもらった上で、ある程度、分野の妥協を受け入れてもらった方が良いのでは？もっと働かなくても維持できる方法があると思っています。
住民の減少に合わせた医療の提供。
住民達のニーズを把握し、それを医療機関が共有していく事が最も重要と考えます。
新臨床研修制度ができて 10 年以上たちますが、その第 1 期生は今ごろどこでどの様な仕事をしているのでしょうか？総合的な診療力を付けた医師たちがへき地で診療にあたるという夢は叶いそうにありません。やはり地域枠の医学生の卒業後は県が人事権を握り自治医科大学卒業生と同じ様なローテーションをしないとへき地の医師確保は難しいと思われます。専門医制度にしてもそれなりのインセンティブを与えないと持っているだけの自己満足に過ぎないと思います。私自身は救急の専門医資格を持っていますが現職では救急の仕事はやっていません。ただその資格取得のために身につけた「的確な診断を短時間で行う」事と「次の医者にできるだけ良い状態で患者を引きつぐ」という精神だけは生かされています。専門医の資格なんてそんなものだと考えています。県内の大きな病院は DPC 係数の関係からか自宅に直接帰そう帰そうとしていますが、自宅ではなく「地域に帰す」という意識を持ってほしいと思います。へき地診療所で 10 年以上ほぼ 1 人でやってきたので今さら病院勤務なんてできないつぶしのきかない医師になってしまいました。
診療所、病院による医師の協力体制は整いつつあるがコメディカルの支援に乏しく、今後看護師、リハビリ等の交流も必要と思う。
診療所が 1 つでへき地医療拠点病院の医師不足で地域の診療所まで支え切れない状況あり。どのように維持すべきか、全く見当もつかない。
診療所が属する市町村や後方のへき地医療拠点病院などでは解決できない深刻な問題であり、県や国単位で考える必要がある。安心して暮らせる条件として、住民の生命と健康を守る医療機関があることは必須である。それが無ければ、へき地（離島）自体が消滅する危機にあるので、国を含めた大きな単位で対策を練る必要がある。
診療所に勤務する医師の高齢化が問題となっています。有床診療所であり、当直回数の問題や、他院から診療応援を頂きつつ、なんとか診療をこなしているのが現状です。複数の診療所が、タッグを組んで当直などを複数医師でまわしていく方針も検討中です。有床を無床化へ、という流れも今後出てくると思います。
診療所の個々の力に頼るところはもちろん必要だが面としてチーム医療、連携が必要と思われる。
診療所単体では医師の確保や診療の質の確保は困難であり、拠点病院の出張診療所として、交代で医師を派遣するなどしていく必要があると思う。
診療体制を支える上で住民の理解が必要であるが、住民にも専門医指向があり、直接病院受診する例も少なくない（機能分化が機能していない）。行政に医療に対する理解が少なく医療懇談会などに診療所医師が同席することがほとんど無い。医師独自のネットワークで対応しているのが現状。
人口の減少、患者数の減少により、「医療資源の活用」という観点でへき地診療所への常勤医の配置はいずれ難しくなる。高齢化率が極端に高い地域は自宅が高齢者をみる若者がいない。いわゆる老々介護は当たり前、信じられない状態で独居をどうにかしている人もいる。そういった状況の中に在宅医療やまして在宅での看取りといったことを進めるのは、家で看る人がいない現状ではなかなか難しいと感じるし、今後ますますそのような傾向が強まるのではないかと感じている。
人口規模、受診者数の規模によって集約化も必要かもしれないが、診療所もできるところは複数医師体制も絶対必要。
人口減少から患者数の減少、それに伴う経営状態の悪化、へき地医療を提供してきた医師の高齢化などから、閉院、後継者不在となる医療機関が増えていくのではないかと考えています。今後はへき地医療拠点病院等からの巡回診療に移行していく地域も増えていくと考えます。そのためには、後方病院でも ICT を活用したカルテ参照や画像転送システムが必要で、看護師などの業務拡大も必要になってくるのではないかと思います。また、ICT を用いた自己研鑽、色々な場所（へき地医療拠点病院だけでなく、大学、都道府県なども）からの代診システムができることが、長く勤務できることにつながるのではないかと思います。さらには卒前・卒後教育の中でもへき地医療の重要性などを教育する場面がますます重要になってくるのではないかと考えております。若い医師が、「へき地に勤務する」を

マイナスにイメージすることから、ポジティブなイメージにする（より具体的な卒後教育が、へき地医療機関にも求められていると思います）ことが、今後のへき地医療を支えることになると思います。
人口減少によって将来現在の市町村が単独で生き残って行けるのかも確信が持てない状況。現在各診療所がへき地医療拠点病院と協力しつつ診療を行っているが、その形態は各町村の意向によって決まる。（医師の雇用形態）いわゆるマッチングが今のところうまく行っているように思うが、次の世代にマッチングがうまく行くのか不安である。現在の診療体制は、医師本人や、家族の犠牲の上に成り立っているように思う。自分には後悔はないが、次の世代に同じ生活を、強いることはできないと思う。
人口減少の阻止、マンパワーの減少の阻止、地域の維持が第一です。市長さんとの話し合いが大切です。
専門医制度をなくさないかぎり、田舎の病院に医者は来ない！
前提条件として上げられている体制を初めて目にした。今までがそうだったのかから論議しないといけないと思う。今までは点と点でしかなかったと思うが、どこをどうしたら線になっていたのでしょうか。公的保険の見直し。喫煙者への罰則。タバコ消費量の多い売上量の多い市町村への見せしめ的な、補助の減額等が必要。自治医科大学出身者の出身県の職員としてプール化できていれば、医師の不足はへき地ではなかったはずと思う。都道府県の力のなさが問題。医師をわかっていない人が制度設計をしたのが問題かと思う。いっそのことすべての医師を公務員（みなし）として保証し、責任をなくすこと。専門外であっても、結果が悪くても、文句をいわない制度等。
全ての時間を一人でカバーすることは困難。離島ということはあるが、離島であるというだけで上記を全て甘受しなければならぬとすれば、任い手はいなくなると思う。やはり、診療所レベルでも輪番制などの導入は必要と考える。また、搬送時に負担を負っていただいている漁協職員などボランティアへのフォローも必要である。
村長や住民にまだまだ危機感がないので、現在の状況では仕組みや枠組み、体制を変化させていくのは難しいと思います。
他の地域から赴任しております。勤務医ですので転勤の際に後任の医師確保がきびしく、行政もあまり手立てがないようで困っています。支援をして頂ければ助かります。
他医療機関および市町村との協力。
滞りなく医師が派遣出来るように、医師がプールされ、そこから医師が派遣されるようなシステムを構築した方がよい。（医局派遣でない場合は）
大学・医局との連携によって維持。
団塊の世代の高齢化後の人口減少と、ベット数削減 在宅診療の充実、というパラダイムシフトが迫られる中、限られた（減少していく）医療資源で各医療機関が（特に小規模な診療所で）対応することは無理がある。そのため、その地域の医療圏においての機能分化を図りながら、各医療機関が「腹を割って」連携するしかないと思われるが、建て前やプライド等があって、なかなかうまくいかない上、住民には、「かかりつけ医」とある以上、理解されにくい。
知事がリーダーシップを取り医師と、看護師の確保をするべき。
地域・へき地医療拠点病院でも、可能な検査や治療が限られることがある（例えば ACS に対する PCI 等）。そこもカバーできるように、縦の線と横の線が必要であると考えます。しかしそうすると範囲も広大になるため、各々の機関同士のアクセスも考える必要があります。
地域づくりを視野に入れたへき地医療であれば、ある程度は医師を固定した上で専門科診療や、代診の利用しやすさを支援する体制がベストかなという気はします。一方で、医療を守ることを第一に考えた場合、地理的条件を考慮したエリアで、または複数の市町村や県などの行政単位で「面」として医療を支える体制をつくることも効果的と思われます。医療機関の統合より、連携を行いやすくする制度は重要かと思われます。
地域の医療を支えるためには、学生への教育が重要で、特に早期の体験実習が有効と考えます。
地域の人口がまばらになるほど診療所の存在密度もまばらになり面としての対応など絵そら事になります。過疎化は止まらないので、上手な地域の閉じ方を本気で考える事が必要と思います。
地域医療を支えるためには、へき地（地方）中枢・中核病院に医師をそろえる必要があると考える。現在の問題とし

て、医師の偏在（一部の大学や特定の科に集中している）が問題としてあると考える。国や都道府県単位の広範囲、高次元での政策・対策が急務であろう。
地域医療連携はとても重要なことだと考えるが、それぞれの役割の責任が軽くなり、連携がうまく機能していないことも多いと感じる。へき地診療所の診療機能の充実が必要であると、感じる。
地域包括医療として、地域でのネットワークでの、へき地医療を守る活動が必要。
地区に1か所なのでうちに通うか、遠くの町の開業医に通うか、市にただ一つの病院に通うかの三者択一なので、「面」という発想自体が恵まれている人たちの考えなのだろうと思います
定年を迎える時期になると後任のことが気になるが、なかなかスムーズに交代いきそうにない心配があります。一人で定年後も頑張る先生も多いと思いますが何かの疾病などで急に診療中断になると、住民に迷惑がかかります。できれば元気なうちに業務を引き継げれば理想かと思う（定年の時期に）。しかしながら後任を探すシステムもなければ、現実的にはなかなか困難な状況である
島は医療機関の場合、1島に対し1医療機関であるため（中～小規模離島の場合です）、複数の診療所がプライマリケアに関わるというのは現実的に困難かと思われます。本県は幸い、無医村0を長年維持していますが、自治医科大学卒業医師や都道府県の担当課の絶え間ない尽力によるものと思われます。但し、本県出身の学生が2名の年次や、結婚出産等での休職者が出た場合の人員の確保はとても不安定な状況です。他大学の医局からの派遣や、地域医療振興協会からの応援などで、数か月～1年ごとに何とかつないでいますが、将来的にはどうなるのか全く分かりません。後方のへき地医療機関としては、都道府県立病院がメインで連携体制をとって頂いていますが、当該病院以外への紹介事例では、島の交通事情、診療体制の実情をなかなかご理解いただけないこともあり、連携が上手く図られていないと感じることも時折あります…。へき地診療を経験されたことのない医師が圧倒的多数なので、やむを得ないのかも知れません。（雑多な意見で申し訳ありません）不便な所や理不尽な事は色々ありますが、私自身はへき地医療の面白さ、興味深さ、幅広さを体験し本当に良かったと思っています！1人でも多くの医師や住民の方に「島」、その魅力を知っていただけるよう自ら情報発信していくことも必要と感じています。
本村では、都道府県立病院が後方支援として、十分に機能しております。ただ、一部の診療科では受け入れが難しいケースもあり、複数の病院と連携して頂けると、大変、助かります。その際、島の実情を知っていただいているののではないのでは、対応に差が出てしまいますので、公立病院との交流が、もっと活発にできればと思います。
当診療所に限れば、あまりにも地域中核病院と離れているため、近隣の小病院を頼らざるを得ない。結局、高齢者の疾病に必要な科の医師を配置してもらわざるを得ないが、全くうまく行っていないし、医師も都落ちということで嫌がる。やる気のない奴もいる。へき地あるいはその周辺の病院の医師には年限を区切ってきてもらうしかないのではないか？（住民には迷惑だろうが...）医師だけはいつまでも田舎にいろというのは酷であろう、この時代に。（地域枠医師であっても）
当診療所は公式の地域医療拠点病院は公立の1病院であるがすでに総合病院といっても不足している科があるため近隣の私立病院なども実質的には支援病院となっている。まさに面の支援がされている状態である。当診療所の規模では一人の内科医師で十分な診療内容であるが診療体制の維持という面では、医師の代医の保障、医師自身の健診の充実、自治医科大学などを先頭にこれまで通り後継者の育成などが必要であろう。
当診療所は離島の唯一の診療所ですので「面」での体制は困難があります。陸の孤島のようなへき地も実は「面で支える」という地理条件にはないと考えますが。
当地域では、旧市およびその周辺の旧村部に分類され、旧村部にはそれぞれ1か所の公立診療所（各々医師は1名）があります。各地区の人口、患者数は減少し続けており、各診療所の統廃合やグループ化が必要と考えます。ただ、患者数は減少しているものの、患者の高齢化や独居、高齢者世帯数の割合増により、一人一人の患者がかかえる問題は以前より増加・増大していると考えます。各診療所の機能や診療の質を落とさないためのシステム作りも重要と考えます。入院が必要な際にいつでも対応できる支援病院の確保と、その病院にグループ化した診療所の医師を所属させること、ICTを活用して各医療機関の情報共有をしやすくすること、定期的な学習の機会を設け、診療の質を常に改善していこうとするシステム作りが必要と考えます。また、その地域が将来的に消滅する可能性も視野に入れての計画作成が必要だと思います。

<p>当地区では、休日当番医制をとり入れ、休日の患者受け入れを地区の基幹病院に絞っています。ただ（地区の）診療所の医師すべてが参加している訳ではなく、不参加の医師もいます。（休日夜間は診ていない！）電子カルテの共有などで、診療所と、後方支援病院（基幹病院）への連携が強まれば、よいと考えています。</p>
<p>本県では実質ほぼ機能していません。尾身 茂先生の掲げておられるように、全ての医師に一定期間のへき地勤務を義務づけてはどうでしょうか。</p>
<p>本県のへき地の場合、地理的な理由で、各村の診療所を統合して１つの病院をつくるようなことは困難であり各村に１つは診療所を残す必要がある。そのため、へき地中核病院からの医師および看護師派遣などを積極的に行い、各村の診療所の機能を残していく必要があると考える。</p>
<p>本県南部では地域医療拠点病院が整備されて、救急医療体制も刷新され、へき地における後方支援機構は著しく改善されたと実感しています。今は個人的なコンタクトで専門医としての相談窓口を受けてもらっているが、地域支援病院の医師が、地域の医師の相談窓口を担当して頂けるシステムが構築されるとうれしく思います。</p>
<p>入院や夜間救急は拠点病院へ集め、外来や訪問診療は複数の診療所が協力して行うことが必要かと思います。連携する診療所・病院はカルテが統一され他院の診療内容もすぐに確認できるとスムーズに意見交換ができ、良いと思います。</p>
<p>病床削減されていく中、へき地での在宅医療の充実が病床確保につながる。在宅医療を充実させるためには、出張中の看取りの代診制度が重要と思われる。本県では医師会が中心となって、支え合っている。</p>
<p>赴任する時は後方支援病院が充実していると言われていたが、実際は全く役に立たず、特に自治医科大学出身の若手医師は義務年限が経過すると都市部へ異動してしまうし、高齢者でも長期の入院をなかなかさせてくれず、（正直言うと、自分の担当患者を減らして当直等の勤務が重労働にならないような計画ばかりを実行し）、地域枠で入学、卒業した医師も、地域でも大きな目の病院へばかり赴任してしまい、結果、私たちのように自費で医師になったものが、へき地、離島の医療を担うことになってしまっているのは何故なのでしょう？税金払うのがバカらしくなります。特に自治医科大学の医師はこの地域では全く役に立ちません。</p>
<p>複数の診療所や病院が「面」として、支えると簡単にいうが、近くに他の医療機関もなく、ヘリコプターまたは、車で救急に運ぶ以外方法がない地域にいるので、今後の体制と言われても方法がないと思う。</p>
<p>複数の診療所や病院が「面」として地域の医療を支える事は良い事だと思います。</p>
<p>複数の病院が面として地域の医療を支える。この方が効率的と思うのですが、受け入れ体制は後方のへき地医療拠点病院の方が安心出来ます。</p>
<p>複数医師で、へき地診療所の代診、急患に対応できるようにすると良いと思います。</p>
<p>複数医師体制とすることで、１）診療内容におけるディスカッションが可能となり質向上につながる環境を整備できる、２）研修医の地域研修を積極的に受け入れやすくなり（複数同時期でも）スタッフのモチベーション向上にもつながる、３）夜間休日の当番制が可能となる。といった複数のメリットが考えられるため今後の地域継続を実現していくための手段となると考える。</p>
<p>分散している医療機関の医師をある程度集約させることが体制の維持には必要と思われ、（また、人口減による患者減も考えられることから）無床化や、統廃合を行っていくことが避けられなくなってくると思います。</p>
<p>訪問診療が主体となると思います。そのためには２人体制などが必要でしょう。</p>
<p>本県は雪や距離の問題があるので ICT を利用したコンサルトシステムが充実しているとありがたいです。</p>
<p>本県は人口減少あり（また、船で 30 分程度）往診（医師）や巡回診療を考慮する必要があるかもしれない。（行政介護サービス）（一次医療機関のサポート）がもっとあればと思うことはあります。行政から住民への教育など（特に時間外受診）医師がやりすぎるとあつれきが生じるため。</p>
<p>本来、患者の身体は１つなので、複数疾病があっても一人の医師が診るべきで、これが全人的医療の基本になると思われる。専門医志向に拍車をかける専門医制度の導入で、複数科受診があたりまえになれば、過剰投薬、医療費高騰につながり、へき地であっても、第一線の診療所の存在意義はなくなってくると思われる。医療費高騰で自己負担を</p>

<p>増加するのであれば、医療費高騰の主な原因となっている複数化受診を制限する方策を考える（再診料の自己負担率を増やすなど）とか、過剰投薬をさらに制限する（高齢者の安全な薬物療法ガイドラインなどを参考に6剤以上の処方やベンゾジアゼピン系睡眠薬を制限する）などの方策を考えてほしい。生活習慣病の薬を飲んでいるが、何の薬だかわからず、生活習慣も改善されない高齢者が多い事は社会的問題であると思う。同時に医療以外に介護や食事関係ビジネスの問題でもある。</p>
<p>本来はグループで広範囲でカバーする体制が望ましいと考えるが、それに対する問題もない。</p>
<p>民営の診療所とタイアップして片方が出張、不在時等の在宅の看取りをカバーすることや消耗品の共同購入ができる様になればと考えています。現時点では公的機関のしぼりをどうやってはらずかを考ていくことが必要と思います。</p>
<p>無医村というものの現状を、行政、都心の医師会、厚生労働省等がしっかりと把握してほしい。</p>
<p>面としてのシステム作りはそのやりかたがうまくいっていない事実があり、すでに時代遅れと言わざるを得ない。むしろ地域を大切にするという教育が重要。システムを作ると個としての責任感が薄くなる。責任感が薄くなると身（気持ち）が入らない。地域への気持ちが入らないと現場はよくなりません。個人主義の台頭が、地域からの気持ち離れを促進している。正義感とか、思いやりとか、道徳心のような教育をいかに充実させるか、も考えることが重要だと思います。大学教育というより家庭教育？</p>
<p>面としての支えの考え方に賛成。一医師にかかる負担が地域にいけばいくほど増える。昔はそれがやりがいでありパイオニアとしての自負もあった。しかし最近の研修医はチーム医療の中で育っておりまた休日の有無を重要視する傾向が強い。地域でチーム医療をするには面で支えるやり方しかないと思います。</p>
<p>面として機能することで従来にあった診療所ごとの医療の質の均等化、是正にも働いてきていると思われる。但し、中核病院も疲弊していることは否めなく、こちらの体制の見直しを含めた対策を国や県がもう少し重要視してほしい。少なくとも現在話題となっている総合内科専門医はこのような地域の実情には全くそぐわないものと感じる。</p>
<p>面として支えることで自己研鑽の時間や場所が確保されやすく、医療（診療）レベルも低下せずに済むと考える。</p>
<p>面の方が持続可能だと思います。一個人の力量では継続困難です。</p>
<p>夜間休日にもへき地診療所の医師が対応しなければならない体制が今まではふつうだったが、それでは医師の疲弊からへき地勤務離れを起こしてしまう。これからは診療所と多くの後方支援病院の連携を強めて夜間休日の代診システム整備が必要だと思います。</p>
<p>約20年間「へき地医療」にかかわってきましたが、「1本の線」や「面」として地域医療を支える場合、最大の問題は医師の確保が最重要課題だと考えております。最近に大学に「総合診療講座」が少しずつできてきて総合診療医の育成に力を入れているようであるが、まだまだ不十分である。私が大学を卒業してまだ経験不足の医師として「へき地医療」をまかされた時代があったが、これは全くの誤りで、「へき地医療」はある程度経験のある医師が担うものであると考えている。またバックアップ病院の充実も不可欠で、ITネットワークが普及している現在において、ITネットワークを活用した診療も大切と考えている。</p>
<p>離島ではないへき地に関しては、医師や看護師の不足している現状があるため診療所の集約化が必要と考える。当診療所のように車で30分以内に中規模の病院があるような地域もあり、そのような地域では、診療所維持にかかる税金や医師・看護師不足の問題を考えると診療所の必要性は乏しいと考える。地域住民の意見ばかり聞くのではなく、そこで働くスタッフの意見を聞いたり、客観的データを集積したりして必要性に乏しい診療所は閉院等を考慮すべきと考える。離島医療に関しては、常勤医師のいない離島ではIT機器（テレビ電話、インターネット等）を駆使し遠隔医療をもっと発展させ、できるだけ遠隔医療（直接医師が診察しなくても済むようにする）で済むようにしていければよいと思う。離島までの移動距離の長さ、受診患者数の少なさ、医師不足の現状を考えれば、常勤医師のいない離島に巡回診療するという現在の診療スタイルは非効率であると思う。</p>
<p>離島診療所であり、診療が医師1人で行なわれており、若手医師の希望するプログラムの中に入るとは現状では難しく、休日のサポートも乏しいため。公立、もしくは民間病院の関連診療所となり複数医師での協力体制がほしいのでは、と考えている。人口が減少しており、今までとおりの1人体制ではムダが多すぎる。</p>
<p>1県1大学（医学部）という現状から行政の長（知事）と大学が主導して医療体制を形成することが重要と考える。</p>

<p>国などの大きな方針があっても医師供給源である大学の理解がないと実効性に不安がある。</p> <p>住民の力も必要と考えるが高齢地域では動きがとれない状況がある。</p>
<p>患者人口の減少をとめること、後継する人材の確保。</p>
<p>予防業務の充実。(施設やスタッフを増やすのは困難)。医師について。グループ制の診療所運営は望ましいと思います。(グループ制として各医師が診療所 中核病院との行き来ができれば研修機会の均等も図れるかもしれません)</p> <p>住民としては1人の医師に固定でいてもらいたいという思いはあると思いますし、1人で数年診る方が診療方針は一貫するとは思いますが。診療所としては、往診主体となっていくのではと考えています。</p>
<p>へき地では高齢化が進み、要求される医療が広範囲になっており、1人の医師で対応困難となっています。しかもその現状は長らく放置されています。対応出来る専門医を養成するために努力されているようですが...個人的には全く期待しておりません。まず当面1人のへき地診療所に複数の医師派遣体制(臨時の 例えば1回/週の整形など)を検討していただきたい。また、行政の無知、無理解、無方策は大きな問題です。県・市・町・村の無知、無能を一診療所の責任にしてほしくないです。</p>
<p>アクセスの(島から本土へ)充実。特に高速化。画像診療の充実。</p>
<p>無床診療所(村立)をワークシェアで2人の医師でやってます。(月の半分は完全にオフで研修や、他のへき地の手伝い等もしています)おすすめです!。他診療所との連携も考えましたが、運営形態の違いもあり、なかなか難しいです。</p>
<p>面としての考え方は重要だと思われる。閉鎖していく診療所が多くなってくると予想されるため、複数体制を検討することも必要である。へき地勤務制度を変えていくことも良いが、何より医師教育の見直しが必要である。先端医療を目指す一方で、赤ひげの医師の存在価値を見直す必要性を感じる。</p>
<p>へき地診療所を1人の医師にまかせる体制にひずみを生じている。市町村担当者も数年で勤務交代してしまい、診療所全般の体制を1人医師にまかせ切っている現状を理解してほしい。行政側が前面にたって地域医療を改善してほしい。</p>
<p>「へき地」では総合医、総合医の指導医が不足してます。自治体病院では、医師の仕事に応じた収入がない町が収益をほとんど吸収しており、モチベーションがもたないと私も同志も感じます。</p>
<p>へき地は、今から人口が少なくなり、患者も少なくなるのでへき地医療は、大きな問題とはならない。</p> <p>CT、MRIを備えた診療所にして、町に行かなくても診断が完結できる、へき地医療にすべきである。</p>
<p>へき地医療拠点病院を中心とした、医師派遣システムの構築。へき地診療所に勤務する看護師のグループ化。(お互いの診療支援を行うことができるシステム作り)。医療アクセスの悪い地域の救急医療体制の構築(地域、行政との連携)。電子カルテ導入による診療情報の共有。へき地診療所でもできる、キャリア形成方法の構築。(総合診療専門医など)。</p>
<p>それぞれの地域の状況(離島など)によって違いがある為、市町村、医療圏、都道府県などを含めた代表等で、話し合う必要があると思います。</p>
<p>離島という特殊性があり、患者の搬送及受入れ先のスムーズな対応が、特に望まれる。</p>
<p>診療所を集約化し、グループ診療を行う。出張診療所やアクセス改善のバスを利用し、訪問診療を増やす。そもそも医療者養成をへき地で行う。</p>
<p>日常診療は医師2~3名で対応する。月2回の(夜間)当番日以外は原則的に時間外対応なし。時間外対応は原則地域中核病院で対応。施設入所者の施設内での死亡には原則対応(時間決めて)している。このような体制ならへき地診療所は、退職医師でも対応可能。以上のような状況なので後期高齢医師でも勤務可能。へき地診療所はこのような体制で良いのでは?とも考えています。色々考えられますが...。いづれにしても地域中核病院を充実させることが最重要!!このことに力を入れて欲しい。御願います。このことなくしてへき地診療所の存続は難しい。</p>
<p>赤字体質をどこまで容認するかなので首長の判断と思う。インフラ等のある程度整った所に選択しながら集中する事になると思う。続ける所と閉める所は分かれるか続ける方に住民を移動させる方向になるのかと思うし、不平等やも</p>

め事は出てくると思います。
住民は都市と同様のレベルの医療を求めている。住民の人口減は高齢者の死亡による減少と都市への移住（利便性を求めている）によるもの。へき地医療が成り立つには地価の安さなどのインフラ面のメリットで医療機能を移転する、介護福祉医療を移転集中させる、など都市の医療とセットで補完させ、かつ国、自治体の財政支援もし、都市とへき地の医療機関を一体化して運営し、へき地の住民にも利用して貰う。へき地医療は単独では存続できないと思う。
<p>1) 病診連係は現状通り、システムは単純で枯れたシステムがベスト。医師 - 医師の連携：医師相互の信頼が大切。診療所 - 数十の病院の連携：疾患の種別・重症度により多数病院が必要。2) 経営支援・限界集落の診療報酬は患者負担を増やさずに増額する。住民1人当りの年間医療費が安い地区には保険料減免を行うムダをしなければ見返りが来る。3) へき地医療は医療の原点・へき地医療は医療の一部ではなく出発点・原点とみなす風潮が大切。医療知識技術は広く浅くではなく広く深く必要で、さらに全人医療を支える人格・見識も必須。へき地医療は完成された熟練医師が担当するもので、未熟な若年医が担当できるものではないという認識が医療人・厚生行政者に浸透することが肝要。へき地域は完成された熟年医師だけが行える医師のあこがれのポストとする政策が大切。</p>
<p>公的補助、住民理解（医師、経営に対し）医師自身の健康の管理、QOL に対し、地域の市町村、地域の医師会等が考えるべきである。現在、私は町立診療所の院長をしていますが、経営は民間の法人です。帰省は年3回、有給休暇なしなどの契約書を、東京から赴任する数日前に送ってきました。面接後からのやり取りで決まっていた契約内容と全く違うもので、紹介会社が入っていましたが、だまされたのです。医師の倫理として、現在勤務していますが、ブラック企業が経営しています。現に、1年1回医師がやめています。この法人は、近隣のクリニックでも1年1回医師がやめたと聞きます。町は知っているのか、知らないふりをしているか。本県のへき地医療を幅広くやりたいと計画しています。医師がやめた場合、町民、町、クリニックの職員から悪口を言われるのです。（言われています）</p>