

国や都道府県への要望、へき地保健医療対策検討会で議論してほしいこと(複数のテーマに係る場合は分けて記載)

1. 医師等の確保に関する事項	
1	<p>①やはり、医師不足は避けて通れない問題であるので、対応をお願いしたい。</p> <p>②着任から短期間での異動が多いため、患者及び病院の両側から、もう少し長い期間での対応を望んでいる。</p>
2	<p>①医師が足りません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療に従事する専門医を養成すべきです。そのためには医学部入学の選抜方法を考えるべきです。 ・そして、専門医として認定すべきです。 ・ほとんどが老年あるいは総合内科診療のはずです。この医師達に僻地や地域に赴く義務期間を設けるべきです。 ・臓器専門医師が、総合診療医になる場合も、一定のプログラムのもと研修期間を設けるべきです。 ・生涯教育・学習の方法を考え整備すべきです。 ・地域で余裕をもって働けるシステムを作るべきです。 <p>②看護師も足りません。</p> <p>看護師も臓器専門分化が進んでいるようですが、医師が辿った誤った道を看護師には踏ませないように。プライマリケアに対応できる看護師が必要です。従って看護師の専門分野の中に、老年とか？プライマリ？と言った専門分野を設け、専門看護師として認定すべきです。</p>
3	<p>①医師の確保</p> <p>へき地医療拠点病院は医療過疎の地域において、地域住民が最後の砦として受診する医療機関である。従ってへき地医療拠点病院は地域住民のその要望に答えるべき役割を担っている。</p> <p>そのためには診療科においてはへき地医療拠点病院で2次医療が完結でき、それに対応できる診療科の設置は必要で、これを実現するためには各診療科の医師の確保は緊急の課題である。</p> <p>是非とも医師が充足するような政策をお願いいたします。</p> <p>②へき地医療支援病院としての府立与謝の海病院からは整形外科医師、眼科医師の医師派遣をしていただき、また当院の医師の臨床研修を受け入れていただき大変助かりありがたく感謝しています。今後医療過疎の北部の病院に医師派遣を更に多くしていただけますようお願いいたします。</p>
4	<p>医師・看護師が不足しており、病院自体の運営がままならない状況ではへき地医療に力を注ぐことができない。</p> <p>地方で勤務する医師、看護師を増やすこと。</p>
5	<p>医師・看護師の充足が重大な課題であると考えます。くわえて看護師の偏在についても、今後検討していくべきであると考えます。(都市部集中傾向)</p>
6	<p>医師および診療スタッフの増員なくしては支援は不可能である</p>
7	<p>医師確保については、ほとんど自院の努力で行なっているが、国・都道府県としても医師確保に努めてほしい。</p>
8	<p>医師数が圧倒的に少ない。深夜当直で仕事をして、翌日継続して仕事に入っているのは異常な勤務状態という認識をして欲しい。</p> <p>このことが、現代の医療崩壊の根本原因とも云える。</p>
9	<p>医師数が増えることが絶対条件である。その他、大学入学時にへき地医療希望者は各地元大学でへき地での勤務を条件に推薦枠をつくることも有効ではないかと考える。</p>

10	<p>医師数を増やすの一言に尽きるし、そして当院のような規模と地理的環境の病院に赴任してまっとうに診療すれば間違いなく地域向きの総合医を養成できると思う。しかし医師を強制的に派遣させた場合、それが嫌嫌なものであれば、見通しは暗い。へき地地域では診療に後ろ向きになろうとしたら、どれだけでも後ろ向きになれるからだ。自分は専門外である、あるいは個々の設備ではできない等等正当な理由である。しかも下手に手を出して結果が悪ければ訴訟されるご時世である。</p> <p>…しかし現実には少しでも自分にできることをやって、そのうえで専門施設や設備の大きいところに紹介するかを検討している。そうしないと患者にとっては全く門前払いになってしまうからだ(その診療態度こそが真の総合医を育てる)。しかし、このことは医師にとってはリスクが大きい。前向きになれるモチベーションがなければできないことはない。強制的に赴任させられている状況でも、モチベーションが低かったら総合医として育たないのだ。</p> <p>指導医の立場でみれば、へき地で培われる限られた医療資源の中で総合医としてどうやったら住民の生命を守るかを模索する感覚は、将来どの専門医になっていったとしても決して無駄ではないと思うが、それは赴任しを経験してからでない実感できない。赴任前にこういって説得しても若い先生には信じてもらえないのだ。おまけに現況へき地地域赴任が形の上でキャリアとなっていくわけではない。</p> <p>したがって、へき地地域に赴任したらキャリアになるような仕掛けを行政が拵えてほしい。</p> <p>たとえば「へき地地域に2年間赴任したら地方税の減免が生涯どこの地域でも受けられ、その赴任年数によって減免幅が増えてくる」のような仕掛けを作れば相当に改善が見込まれると思う。なんとなれば、たとえそれが些少なものであるにせよ、「地方に飛ばされた医者＝ヤブ医者」</p> <p>この一般の人のこの偏見が嫌で皆馬鹿らしくて地方に赴任したがる部分もあるからだ。金のためと思われた方がよっぽどマシと考える人もいるだろう。(また実際、生涯どこにいても減免であるなら開業してもその恩恵は結構なかもしれない。</p> <p>医局派遣として地域赴任を説得する場合でも、何か背中を押す材料が欲しい。2年交代というのは適切かと思える。医学の時流に何とかついていけるだろう。</p> <p>上記の地方税減免は1つのアイデアにすぎない。いずれにしても行政自らがへき地地域に赴任していたことに全国で通用する価値を持たせることが、真にへき地医療拠点病院の強化につながると思っている。</p>
11	<p>医師の確保。ITを活用した遠隔医療を行うにしても、十分な医師数がなくては、それに充てる時間が取れない状況である。病診連携についても、国策で進めるのであれば、もっと住民(国民)にその考えが浸透するよう国レベルでもっと啓発すべきと考える。</p>
12	<p>医師がいないことにはどうにもならないので、医師確保に努めてほしい。</p>
13	<p>医師確保対策の拡充</p>
14	<p>安定的な医師確保に努めてもらいたい。</p>
15	<p>継続的な医療体制を維持するための医師確保対策</p>
16	<p>医師・看護師確保</p>
17	<p>医師不足対策。 医師が確保され診療体制が充実していないと代診医派遣は困難である。</p>
18	<p>一般的にへき地においては医師や看護師などの医療スタッフが不足しており、国や県では医師安定確保のための交付金を交付するなどの対策を講じてはいるものの、今後益々きびしい状況が憂慮されており、早急に打開策が望まれる。</p>
19	<p>当院のように、病院が農山村地域に存在する場合は、交通面や住環境等がネックとなって、医師の確保が大変困難な状況となっている。このため、農山村地域のへき地医療拠点病院で働く医師の確保については、当該病院やその地域の地方公共団体だけでなく、国レベルで積極的に取り組んでいただきたい。</p>
20	<p>医師、看護師、医療資源の確保、支援の継続。</p>
21	<p>医師、パラメディカル的人员確保(最も難しい)</p>
22	<p>医師の地域偏在の解消と医師確保対策</p>
23	<p>医師確保のための方策(臨床研修指定の見直し、財政的支援など)</p>

24	マンパワーの確保
25	へき地で活躍できる医師を派遣してほしい。
26	医師等人的資源の確保
27	医師派遣
28	へき地医療拠点病院での医師確保があつてこそ、その機能が発揮できるものである。
29	医師不足により病院機能を維持するために、診療所等の派遣が困難な状態になりつつある。
30	へき地医療拠点病院に勤務する医師に対する特別加算制度の創設による医師確保対策。
31	・医師の地域偏在の解消と医師確保対策
32	過疎地の拠点病院への医師確保対策
33	へき地診療所へ派遣される医師確保は勿論ですが、前述の通りへき地拠点病院への総合的な診療が出来る医師確保強化も必要と思います。他の見方として、へき地診療所へ直接派遣される医師自身はライフスタイルも変わり、それに伴う精神的影響もあるかもしれません。拠点病院では他の医師もおりにコミュニケーションも取れますし、住環境も整備されているでしょう。へき地診療所と拠点病院に二重の確保が出来れば、へき地においてより一層の医療環境が提供されるのではないかと思います。
34	当院では、大学からの医師派遣による医師確保が非常に困難、逆に引き上げられている中で、医師不足によりへき地医療の継続が危機的状況に立たされている。この医師不足対策として、診療報酬の改定といった効果の見えにくいものではなく、
35	勤務医不足により地域医療の継続が困窮するなかで、今後、へき地に診療に医師を派遣することは困難となるであろうし、拠点病院の診療に影響が出る状況では本末転倒である。行政は補助金もさることながら、へき地診療に携わる医師確保にも支援を願いたい。
36	差し迫った課題は医師不足であり、へき地医療強化のためには潤沢な医師・看護師の確保が必要。地方公立病院に特化した医師等確保支援策の検討をお願いしたい。
37	在宅医療を推進するならば、内科医を中心とした訪問診療ができる体制でないと患者の行き場所がなくなる。郡上市のように医師数が人口10万人対150の医師数で、診療所も少なく、とても往診、訪問看護ができない。郡上市は老人世帯が25%、独居老人が12.5%であり在宅医療は進められない状況である。とにかく医師、看護師の不足が問題である。
38	自分たちの病院が医師不足で困っている状態で、へき地への医師派遣は到底無理
39	人員、数の確保がまず第一にのぞまれるのですが 拠点病院全体が診療所のバックアップをする体制が必要と考えます。
40	代診医師の増員
41	代診医としてへき地診療所へ派遣するには、へき地医療拠点病院に十分な医師が確保されないと困難であるので、医師が確保できるような施策をして頂きたい。
42	巡回診療へ派遣する医師が限られており、外来診療との両立に苦慮している。また、交通の利便性が良くなり巡回診療の利用者が減少している。
43	非常に困難な問題ではあるが、医師の補充に尽きると考えている。
44	へき地医療拠点病院における医師総数の確保をお願いしたい。
45	当地域のへき地医療を行うために、十分な医師の確保が必要であり、自治医大卒の医師の派遣を今後とも県にお願いしたい。
46	へき地への医師配置数の見直し
47	へき地医療拠点病院への十分な医師の配置

48	へき地医療拠点病院では、救急受け入れや代診医、ヘリコプター添乗医としての人的資源が多く必要となります。そのため、医師の配置を通常の病院よりも増やす必要があると考えます。
49	拠点病院の配置
50	へき地医療拠点病院の強化対策は医師の安定的供給体制の確保が最重点課題。医療の全ての分野(僻地医療、救急医療、先端医療、社会医学、基礎医学、研究分野)にわたって、医療計画に基づいて医師を配置する制度的枠組み(公権力)が必要。医師は極めて社会性の高い職業であり、任地や専門分野の選択にはある程度の制約があつてしかるべき。その議論を始めてください。
51	開業医も限られている中で、へき地医療拠点病院の担う役割は年々増えています。一方で、へき地における医師不足は深刻であり、常勤医師・非常勤医師にかかわらず、へき地医療拠点病院への医師の配置について検討していただきたい。
52	総合診療のできる医師を各病院に広く配置してもらいたい。
53	・自治医大卒等の医師の派遣
54	・現状ではへき地医療拠点病院自体(当院)も医師不足となっており、代診派遣を行う側の病院の人員補充について検討する必要がある。(例えばへき地医療拠点病院が自院の内視鏡検査をキャンセルして代診を行わざるをえないような場合の消化器専門医師の派遣協力等)
55	・派遣医師等の確保(看護師も)。
56	持続可能な病院であるために、医師の招への支援。 コメディカルの招への支援をして欲しい。
57	医師確保に向けたさらなる支援策(補助金や奨学金等の財政的支援策のみならず、制度的・政策的な支援)
58	・派遣医師の確保
59	④在宅診療と支援システムを構築する必要があり、医師の確保に加えて看護師・助産師の充足が望まれる。
60	国に対する要望 (1) へき地で勤務する医師の確保 総合診療医としての診療能力を持つ医師の育成及び配置が必要である。
61	医師の絶対数不足への対策として、地域の医科大学からの義務的派遣の制度化、修労支援金の補助制度、研修機会の確立等の強力な推進が望まれる。
62	医師の退職等に伴う、補充ができないと拠点病院自体の診療体制を維持できなくなる。中小規模の自治体病院が医師補充できる方策を検討してほしい。
63	派遣可能な医師の確保が年々難しくなっており、医師不足解消の推進を望む。
64	医師不足にならないような恒久的な支援対策を望みます。
65	今後、へき地診療所の医師数が減少していくと、へき地医療拠点病院の負担が増加していくことが予測される。拠点病院がこれに対応しようとするれば十分な医師の確保が必要である。しかし都市部の病院ですら医師不足が深刻な状況であり、簡単な問題ではない。
66	へき地強化を考えるならば、国・県からの医師の派遣を提供していただく必要がある。大学からの派遣等に医師に代診を依頼するのは派遣する病院にとってはメリットが無い。

67	へき地診療所への代診派遣をはじめ、病院として医師を確保することが必要です。へき地医療を担う医師を(内科ばかりでなく全科)確保するシステムの構築をお願いしたい。
68	へき地医療拠点病院の強化のためには医師をはじめとする医療スタッフの確保が最優先課題である。県内に勤務する医師を速やかに増やす方法について、各都道府県に適した方法で検討し、行うことである。
69	国の医療費抑制政策等により病院の経営状態が悪化し、病院の存続が危ぶまれている。医療圏が限定されたへき地医療拠点病院が存続するためには、自院の経営の効率化だけでは限界があり、へき地に対する国の医療政策の改善と、都道府県の協力体制が不可欠である。県として最も重要であるのは人的協力体制であり、24時間体制を堅持するにあたっての十分な医師、看護師、パラメディカルの確保について、へき地保健医療対策検討会で議論してほしい。
70	当院におきましては、医師数不足により巡回診療回数も多くありません。現状スタッフにおける拠点病院としての活動は限界と思われれます。これにより現在は地域における高齢者への確実な医療ケアの提供に重点を絞り、予防・検査・治療にあたっています。
71	当院は島根県西部地区の他の総合病院同様に年々医師数が減少している。このため通常の診療体制にも支障を来している。このような状況にも関わらず眼科医師を毎月1回、浜田市内の弥栄診療所へ派遣している。さらに昨年オープンしたあさひ社会復帰促進センターへの医師派遣も現在検討している。この地域は今後も医師不足による地域医療の悪化が見込まれる。従って、へき地医療拠点病院に必要な機能と言うよりは、このような医師派遣を行っても通常診療に支障を来さない程度の医師を確保できるよう国及び県の援助が必要である。
72	現状はへき地の診療所への代診より、中山間地域の小病院が困窮している状況。しかも当直医が不足している。
73	将来にわたり、へき地拠点病院に重点的に医師を確保できる支援体制
74	医師の確保が最大の問題であるが、勤務医に課せられる仕事量等により開業医となってしまう勤務医を確保することが困難になる。制度面で勤務医を確保する政策についてご検討願いたい。
75	地域中核病院の医師不足により現在はほとんど機能していない状態。
76	拠点病院存続のための最低限医師数確保の体制(自治医大からの派遣等)作りを要望します。
77	1 地域の特殊性から医師の確保については国、県で医師の派遣について格別の援助を願いたい。
78	・へき地拠点病院の勤務医がへき地での事情をより理解できるように、定期的に派遣できるようにしてほしい。現状は人数不足で派遣されるとその穴を埋めるために残ったDrに負担がかかっている。
79	高齢者人口の割合が高く、施設・住宅における診療が必要なへき地においては、住民全体の健康管理に医療機関が関わっていく必要があります。
80	離島や中山間地域には市立のへき地診療所が10箇所設置されており、うち5箇所の医師は県・大学からの派遣(見島・見島宇津分室・大島・福川は県から、見島歯科は大学から)によって、2箇所は民間病院を指定管理者にして運営している。県・大学から支援を受けて何とか凌いでいるが、県等からの派遣以外の(就職している)診療所医師が退職した場合、確保のメドが立たない。へき地診療所の医師や代診派遣のための医師を確保するための人的・物的支援をお願いしたい。 人材育成・医師確保のために、地域医療の最前線が体験できるフィールドとしての活用を検討していただきたい。
81	へき地医療拠点病院の事業を継続的に実施する為には、医師等医療技術者の確保が必要であるが、現状、1医療機関で医療技術者の確保は困難な状況にある為、国や北海道に医療技術者を安定的に確保してもらえるシステムの構築を要望する。 地域において医師を確保するに当たり学会の出席や疲弊改善のための休暇確保が図られる環境整備は重要な方策である。地域の医師確保に努めるのであれば、これら事由による地域医療機関へも協力支援できることが必要と考える。
82	派遣医師の確保については、大変苦慮して状況であるため、国・県等の協力が必要であることから、拠点病院への医師派遣等についてご配慮願いたい。

83	(1)へき地拠点病院は地域の基幹病院であり、基幹病院としての機能、特に医師数の充実をまず強化していただきたい。
84	・県、国は中核病院の医師数を確保
85	・教育、研修への専任人的補助について。
86	・継続的な医療体制を維持するための医師確保対策
87	仕事環境 1人で24時間365日責任をとる体制を改善するには現状の倍以上の医師その他の配置を必要とする。
88	へき地診療所へ医師を派遣する拠点病院に対する医師及び医療従事者確保の対策(義務化の検討など)
89	ほとんどのへき地拠点病院が医師不足、経営難に苦悩しています。へき地における医療の提供という 必要不可欠ではあるが、不採算であり、運営が非常に困難であることを理解していただき、医師の確保を何とかお願いしたいと思います。
90	・医師数が少ないことから、勤務条件が過酷になる傾向。よって小児科・産科をはじめとする診療科ごとの複数医師体制の確保やそのための条件整備(医師絶対数確保や処遇改善など)
91	・医師数の確保

2. ドクタープールに関する事項	
1	総合医をプールできるところを作るべき、公的病院への派遣ができるようにしてほしい
2	ドクタープール機能を持たせてもらいたい。
3	代診に対する評価が著しく低い。 県のドクタープールの定員を増やし、代診を一手に引き受けさせる。
4	昨今の医師不足の状況から、本当に守らなければならない医療圏ごとの病院に、医師を確実に且つ継続的に集約できる対策(大都市偏在の解消策ほか)が最重要課題と考えている。
5	拠点病院存続のための最低限医師数確保の体制(自治医大からの派遣等)作りを要望します。
6	へき地医療は原則として拠点病院からの医師派遣で行うべきと思う。 各無医地区で常駐医師を置くくらいなら拠点病院に集めることが良い。また、住民がそれを了解することが大切と思う。
9	・診療所開業医や民間病院には、拠点病院としての機能は期待できないので、やはり公的病院にへき地診療所の応援を十分に可能とするマンパワーをプールすることしか、方法はないと考える

3. 医師養成・キャリアパスに関する事項

1	へき地へ十分な支援を行うのであれば、拠点病院に支援が賅えるだけの医師が必要である。医師が少ないままに支援していると、当院が苦しくなる。医師不足の解消、地域医療を担う総合医の養成について検討して行動に移してほしい。
2	地域医療を担う医師養成対策の強化
4	○総合内科医の育成 ○入学時より10名程度のへき地医療義務付けた定員を確保する
5	へき地医療拠点病院にもっと医師(特に総合医)を複数配置(集中)させることにより、へき地医療支援の機能が増し、研修医や医学生に対して総合診療やERに対する教育体制が充実すると考えている。国に対しては、地域枠の医学生等を中心として、総合医の育成にもっと力を入れて欲しいし、そうやって育った若い医師が、へき地医療拠点病院に集まる形を目指して欲しい。
6	ジェネラリストやプライマリ・ケア医師の育成のための教育・研修充実のための施策の実施
7	真に地域医療を担う医師の絶対数の養成
8	当院は大学病院の分院であり、へき地医療拠点病院でもあることから、へき地医療を担って行ける家庭医療医の養成が急務である。家庭医療医は、正常分娩に立ち会い、高齢者の看取りも行うので、「胎児から墓場まで」を守備範囲にしている。したがって、 ①家庭医療の普及と家庭医療医の養成に予算を付けて取り組むべきである。 ②病気にかからないようにするための健康講座を定期的開催し、生活指導ができる医師の養成が必要である。栄養管理法やNSTを必修科目に加えなければならない。 ③へき地医療拠点病院では、家庭医療医を教育および養成すべきであり、そのための予算立てが必要である。
9	へき地や地域医療を希望する医師、スタッフが増えない限り拠点病院の機能は強化されない。そのためには県立病院や大学医学部に地域医療を希望する医師を集めないと教育出来ない。
10	医療従事者が、地域医療に興味を持つよう学生時代からの教育をしっかりとしてほしい。
11	マスコミも患者も医師自身も受け入れている臓器別専門医ブーム、医師集約化により諸問題を解決しようとする行政の手法、業務分担どころか医師への業務集中を来してしまった医療行政、この三つが医療崩壊の本質ですので、実のある総合医育成を県としても考えて欲しい。総合医の必要性は国も認めているけれど動きはきわめて鈍いので県として先行して計画して欲しい。
12	診療所で役立つような医師の養成がすなわち総合医の養成を考えるべき。
13	へき地での診療能力のある医師(総合医)の育成や採用。たとえば、県立病院に総合診療部を置き、病院内で総合医としての職務を遂行しながら、必要に応じて代診活動をする。
14	県においては、大学と県内の研修医受け入れ施設が研修医のキャリアプランを十分に討議し、へき地診療に携わってくれる医師を養成することである。
15	総合内科医の育成と養成の充実
16	医学部学生教育や新研修医制度のカリキュラム中でもっと積極的に地域やへき地拠点病院の研修システムを考えてほしい。

17	<ul style="list-style-type: none"> ・総合医の育成のために小児科、産科、整形外科専門医が必要。 ・上記専門医と総合医が、新たな総合医を育成するプログラムをへき地中核病院にもつこと。
18	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、歯科医師及び他の国家免許を有する医療従事者について、基礎教育及び卒後臨床研修においてへき地、離島教育を必修化する。
19	<ul style="list-style-type: none"> ・総合的医療が出来る医師の教育・訓練体制の強化
20	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療を担う総合医の育成
21	大学医学部に地域医療講座を開設する。
22	<ul style="list-style-type: none"> ・国を挙げての医療人の育成
23	<ul style="list-style-type: none"> 総合医の養成 総合医が他の専門医より尊重される社会的基盤
24	女性医師の新たな勤務スタイルの確立
25	県や地域ぐるみでの医師、看護師の派遣及び大学、教育施設と一体となったスタッフのキャリアパスの保障が必要。
26	<ul style="list-style-type: none"> ・離島などのへき地勤務の医師は、1年程度のローテーションを確約することで、確保しやすくなる。 ・看護、理学療法士などの医療技術者は、一度地方から出ると戻らない傾向にある。これらの技術者が地方(へき地)で働き続けられる方策が必要。 ・上記のために、圏域内の医療機関の医療技術者が、相互に開設者の枠を越え、人事異動、一時的な応援ができる人事システムの構築も一つと考える。
27	へき地医療機関で診療に従事している医療スタッフ、特に医師の生活環境への対策充実

4. 医師研修に関する事項

1.	・へき地医療従事者への研修、研究施設の提供。
2	臨床研修医(1～2年目)も希望者は、へき地に補助戦力としてでも勤務できれば、理解者が増えると思います。そのための予算と、研修制度の柔軟性を持たせてほしいです。
3	大学、その他の研修医プログラムに拠点病院での研修をもっと組み入れてほしい。若いうちに総合医の大切さを理解させるために。
5	臨床研修の地域保健・医療研修は、研修医の医師としての使命感の自覚と医師人生の精神的基盤形成に大きく寄与すると思います。へき地拠点病院での地域医療研修を更に推進していただきたい。 大学医局の存在が、医師応援を行ううえで大きな障害となっています。同一医療企業団内の2病院間でも、各病院の内科へ医師派遣している医局が異なるとその病院間での内科医師応援ができません。大学医局からストップがかかります。常識的にみておかしいことですが、現実はそうです。個々の病院で対処できません。解決策は無いものでしょうか。
6	臨床研修医制度にへき地医療拠点病院での研修期間を設けるべきではないでしょうか。 若い内に地域医療がどのような環境になっているのか、将来の医師像において、何が必要なかを考えていただき、これからの日本医療を背負われる若き医師達に最先端医療も良いが、そこにはへき地で医療難民が多く発生している現況を認識していただく仕組みも必要ではないか思います。
8	・初期研修のみならず後期研修にもへき地医療機関勤務を盛り込む方向での検討。実績を将来の個人のキャリアとしてきちんと認める制度。
9	初期研修医制度の中での地域医療研修期間の延長
10	後期研修における都市部病院救急部門またはへき地勤務の義務化。県と大学病院が協力し、大学病院や自治医科大学卒業生の派遣先を一元管理する機構を設立すること。
11	後期研修のうち、へき地医療拠点病院での1年間の研修を義務化すること。
12	へき地医療拠点病院では、医師初期臨床研修指定病院になっている施設が多いと思われる。へき地医療に従事する医師を外部から確保することは極めて困難で、初期研修から後期研修に進む医師の中からへき地医療に一定期間従事する医師を育てなければなりません。 今回、22年度からの初期臨床研修制度の見直しでは、定員数において都市部の大病院では前年と同数か微減ですが、地方や郡部にあるへき地拠点病院では大幅に削減されています。都道府県単位ではなく、二次医療圏ごとの細かい定員の設定などを検討していただくことをお願いします。

5. 医療制度・体制に関する事項

1	・ 保健師等の裁量拡大(医師以外が行えることを増やす)
2	2次医療圏単位でやるべきことを明らかにして、そのための必要な施設や医師・スタッフ数を整備していただきたい。(現在は、県全体での集約ばかりが考えられているように感じられます。) 3～6ヶ月を単位とした短期～中期の医師ローテーションとすれば、地方で勤務するデメリットは比較的少なくできるので、地方勤務を拒否する医師数は少しでも減るのではないのでしょうか。(現在、人数不足もあり、ローテーションの確約のないまま派遣される例が多く、地方勤務を嫌がる医師が多いよう思います。)
3	地域中核病院の医師不足により現在はほとんど機能していない状態。 これまでの診療所支援中心の考え方から地域中核病院への支援も可能にする施策が必要。 医師の偏在をコントロールする必要があり、支援機構の中心である医師の多い病院はもっと地域を支援する体制作りが必要。
4	プライマリケアのできる医師を育てるだけでなく、プライマリケアの実践できる医療機関も作ってほしい。
5	・医師数増加のみでなく診療科偏在の改善策(小児・産婦人科のみでなく内科・外科・整形外科の減少傾向が強い現状を踏まえて) ・医学生増のみでは大学教官の疲弊がはじまり大学までもが医師減になる可能性がある。そのようにならない対応を前もってとっておく。 ・医局機能の持っていた医師派遣機能のあり方の見直し検討 ・医師確保の支援 医師充足までの間、全国的規模でのマグネット病院からの医師招聘への支援推進 地域枠入学者の卒後勤務に中核病院勤務義務化(脱落者防止対策をきちんとする) 自治医大卒業生と地域枠卒業生を長期的に地域医療に従事していく制度・枠組みの形成 開設基盤の異なる医療機関間での医療スタッフの応援が自由に行える制度設計。
6	1、へき地医療拠点病院に医師が充足される体制を作ることが大切である。労働時間、給与、ローテート、大学での医学教育(総合的に患者を診る能力を養う医師の養成とこういう医師を数多く育てること)を見直すこと。 2、それぞれのへき地診療所に医師を常在させるのではなく、へき地拠点病院から診療所に医師を派遣するような体制を作る。 3、住民が必要に応じて拠点病院を受診できるように、交通網(住居・地域と医療機関間)や金銭的援助体制を見直す。 4、現在、へき地診療所には自治医科大学卒業生が赴任しているが、診療所ごとに一人の医師では、医師の向学心や専門的・高度医療の習得という観点から見ても非効率的ではないだろうか。したがって、へき地拠点病院に自治医科大学卒業生が勤務し、適宜、診療所勤務を行うように制度を改正すれば、へき地診療の問題解決になり、かつ、診療所医師の希望をも満たすことにつながると思う。 5、地方の小都市においては、地域医療の一環として、へき地医療を見直すことが求められる。
7	へき地医療での社会医療法人認定の基準を下げしてほしい。(県独自)
8	・ 医師の地域偏在是正策の即時実施(自由開業制の公的規制や勤務医優遇方策の実施など) ・ へき地拠点病院への総合内科医の優先配置 ・ 地域医療従事勤務医師養成枠の拡大強化
9	◎国や都道府県に要望:地方の医療過疎を解消する施策を講じて欲しい。 ◎へき地保健医療対策検討会:へき地でも、安心して出産や小児医療を受けることが出来る地域医療の確立をして欲しい。

10	・へき地への医師配置数の見直し
11	・医師の職業選択のあり方について、十分な議論が必要
12	・大学病院における医師の配分機能の強化とへき地への優先派遣に対するインセンティブ強化。
13	・へき地医療は医師個人を派遣すれば解決するのではなく、必ず集団で保証するシステムを考える→一定のルールで医師を循環させること ・へき地医療に赴任した医師には、公的制度による研修・研究の補助システムを考えて、インセンティブを与えること
14	へき地医療を行う医療機関の再編成
15	代診のみならず、出張専門診療や巡回診療を円滑にするためのシステム作り。また、それに見合う予算配分を要望したい。
16	総合医を医療法の専門医として認定する 総合医と専門医の役割分担を保険診療においても明確にする 一般開業医は、総合医の資格を有することを明文化する
17	開業医になる、あるいは病院管理者になる条件として、へき地での勤務を義務付けてほしい。
18	・医療提供体制の整備
19	・国に対しては、医師の適正配置の検討をしていただき、卒業10年の間に一定の期間、へき地及び救急の勤務義務化を図っていただきたい。
20	拠点病院への配置や派遣体制の構築

6. 財政支援に関する事項

1	医師確保に係る経費面の援助
2	現在の1日あたり医師6万1千円、医療スタッフ2万5千円の派遣補助金単価の引き上げ。またへき地診療所への医師等送迎に係る経費への補助(交通費、運転手費用等)。へき地診療所において運行している巡回バスに係る経費への補助。
3	医療費・社会保障費を削らないこと。 自治体が金銭的な面のみの病院経営ばかり考えないような指導や必要・十分なだけの財政的支援を実際に行うこと。 自治体病院への補助金を交付税として一般財源には入れず、各医療機関へ確実に分配すること。
4	当院におきましては、医師数不足により巡回診療回数も多くありません。現状スタッフにおける拠点病院としての活動は限界と思われれます。これにより現在は地域における高齢者への確実な医療ケアの提供に重点を絞り、予防・検査・治療にあたっています。機能強化を図るべき医療機器の更新につきましても、予算をへき地拠点病院設備整備費補助金に委ねる部分もあります。つきましては、厚生労働省における審査基準を軽減していただき、地域医療に必要な設備整備が毎年実行できるように、現行基準額・補助率を減額してでも申請施設への交付金配分を確実に実行して頂きたいと思いをします。
5	不採算なへき地診療所支援をおこなうにあたって金銭的な支援が必要。
6	通常の病院診療の合間を縫って、巡回診療等を行っている。へき地医療病院に勤務する希望者が少なく、勤務医及び医療スタッフにおいてかなりの負担がかかっている。へき地医療病院においても医師確保ができる体制及びそれに係る費用の補助等を検討⇒診療報酬の引き上げにより、スタッフの確保もしやすくなるのではないかと。また、公務員医師における代診業務の融通性及びそれに対する手当報酬の支給等の規定の整備を期待する。
7	来年度CTの更新を計画しており、へき地医療拠点病院・地域医療支援病院の機能として不可欠なものであり、国庫補助(共同利用施設補助金)にて支援を頂きたいと検討しているところである。 例年、へき地医療拠点病院・地域医療支援病院の立場として、機能強化を目的に高額医療機器の整備や更新など継続して行っているが、費用対効果の面でも国や県の支援が無ければ、困難なものもある。 へき地医療の維持・発展のためにも、今後も継続的な支援をお願いしたい。
8	・財政支援 医療関係交付金の適正使用 医療費総抑制の見直し
9	・拠点病院への補助金について使途に自由度を持たせてほしい。大物の器具以外にもコンピュータ等の小物にも使えるように。
10	1)財政的援助(補助金等)の充実: へき地医療拠点病院が健全経営でなければ十分な機能を発揮できない。 2)急性期医療のみを重視した診療報酬では、地域医療は崩壊する。地域医療、地方の中小病院のことを考えた診療報酬改定をしてほしい。
11	高度医療機器設置のための補助体制
12	近年、診療報酬が下がり医師数も減り病院の収入は下がる一方の中、へき地医療も担っていることから、次回の診療報酬改正で「へき地医療拠点病院加算」のような新たな点数を検討して欲しい。

13	公的病院に対しての自治体立同様の交付金の適応について検討いただきたい
14	診療支援, 当直支援等それぞれの回数に応じた補助金がないと, モチベーションが上がらない。
15	財政的支援を要望します。
16	財政的支援
17	非採算部分とされるへき地診療及びへき地医療支援業務、マンパワーの確保に対する財政的補助
18	へき地診療所運営に対する更なる財政措置を求める。
19	病院経営への支援を何とかお願いしたいと思います。
20	県内唯一の医師養成機関である大学病院であるので、中長期的計画に経済的支援を十分行って頂きたい。例えば、地域枠推薦学生の地域医療への動機付け支援と専門科も含めた適正配置調整、僻地医療での燃え尽き症候群を防ぐ地域医療支援コーディネータの配置などを行う地域医療再生センター(仮称)のような寄付講座を大学病院に設置し県と大学が密接に連携してやる気のある地域医療人を育て、僻地を含めた県内医療を維持していくシステムを構築することを支援して貰いたい。
21	代診医派遣に伴う補填額に見合う補助金等の支援策の充実をお願いしたい。
22	へき地診療等に対する補助費の増額についてもご検討いただきたい。
23	車両購入等の補助金制度を新設してほしい。
24	代診医にふさわしい対価の支払いと代診のために本院が本来手に入れることの出来たはずの診療報酬の補填をするべきである。
25	本来不採算なへき地に採算を求めないで欲しい。 赤字補填も、不採算だが必要という積極的評価の下にガラス張りの仕組みで、病院に直接行って欲しい。
26	経営支援(運営費補助)
27	公共性の高い事業であるので、DPCの係数などで高い評価を頂きたい。
28	・椎葉は、救急病院や2次・3次機関まで2時間ほど掛かる現状から椎葉病院として、搬送車のモニター機能の強化(ダイクscope等)と病院での搬送前の診断強化のため生化学分析機の更新・生化学データの電子的保存及びポータブルレントゲン等の充実を協議している。このための高率補助制度確立を要望。
29	・現状ではボランティアになっている画像電送による読影や動画を用いての遠隔診療を医療行為と見なしていただき、保険収載していただく必要があると考えます。
30	医師手当の基準額について実情に応じた医師単価への見直し。
31	交通費や車代の基準額の設定を加えること。
32	遠隔地への移動のための危険負担のため保険や車両の確保などの費用も加味してほしいこと。
33	へき地への診療の際、移動手段が必須となります。患者搬送車・巡回診療車等に対する補助があるが、医師・看護師の移動手段としての車に対する補助が存在しない。

34	医師をへき地診療所に派遣した場合の休業補償をもっと手厚くして欲しい。
35	診療機器を備えた車や診療船などへの補助(個別に設備を整えるコストとの比較が必要だが)や、例えば医療資源の少ない離島では診療船によるレントゲン撮影など(診療所に対応できない項目について)の検診回数を増やすような対策も必要と思われる。へき地には院外薬局がなく処方内容が限られたり、薬の包装単位が大きいために必要な薬でも購入できないなどの問題がある。包装単位以下の必要量だけの購入ができるようなシステム(問屋や薬局、拠点病院などから分けてもらうなど)、あるいは院外薬局からの郵送を認めるなど、離島へき地には特別な配慮を検討していただきたい。同様に、救急薬品や医療材料(創傷処理に必要なものなど)なども包装単位の関係で準備できないことが多い。これらについても、少量ずつの購入を援助するシステムやそのような情報についても指導管理するセンター(医師の手当てを行うだけでなく)が必要であろう。そのような無駄が多いので、へき地医療機関は保険点数などについても一定の配慮があるべきと考える。また、レセプトやマニュアルの整備などについても、患者数もスタッフ数も少ない離島へき地診療所には配慮を希望する。
36	大型医療機器の更新整備に充てる財源措置として、毎年、定額の補助をお願いしたい。
37	へき地へ診療に出た際の報酬アップ、また、へき地への派遣診療・健診が十分に行える経済的バックアップ。
38	人員確保のための財源の確保 機能的で有効な情報網の国費、県費整備
39	運営費の助成
40	・へき地・過疎地域へ派遣する医師確保に対する費用への財源措置
41	へき地医療に従事する医師の処遇改善に対する直接的で思い切った助成制度の創設を検討願いたい。
42	・派遣医師の給与の助成 ・へき地診療のための検査機器搭載車両の整備
43	・施設整備及び機器購入等補助事業の強化
44	経営基盤の強化(補助金の交付等) へき地であるがゆえに経営効率が悪く、赤字体質から脱却できない。赤字のため思うような運営が不可能である。
45	へき地医療に対する補助金の増額。(へき地医療は不採算医療である為)
46	病院自体の経営の問題もある。したがって、日数割で計算するようなわずかな補助金による人材確保対策は非現実的であると言わざるを得ない。少なくとも有能な常勤医を4-5人雇えるくらいな補助金は必要である。
47	へき地においては診療報酬の体系を別枠にして医療機関や医療スタッフが疲弊しない体制の構築を模索する。
48	対価に対する補填(補助金や交付税)

49	また、臨床研修医初期研修の指導医の業務量増加に対する医師手当への財源確保の必要性があります。 高額医療機器の初期投資には、補助金がありますが、保守、維持管理にはCTは年間1,000万円、MRIは年間500万円と高額な費用が掛かりますが地域的な稼働率に対して不採算な部分があり経営を圧迫しているので補助金として手当して頂きたい。 へき地医療を維持するための基礎的な部分の経済的援助を要望します。
50	経営状況を問われる昨今、へき地医療拠点病院として必要な医師、看護師の確保経費及び診療に必要な設備、機器維持管理経費等、格段の予算措置が必要である。
51	財政的にも運営を支援する。
52	・遠隔医療及び病院間連携システムの促進を図るための財政援助
53	・医師・看護師を確保するための人件費の補助 ・代診医派遣などによる当院診療への影響を考慮し、十分な財政的支援が必要である
54	・へき地医療拠点病院への財政的支援の継続
55	1) 給与格差 (1.5倍～2倍) 必要。
56	・へき地医療・救急医療・不採算医療に対する財政支援が絶対的に不足している。診療報酬による評価及び直接的な財政支援が必要。
57	IT化に関して補助をしてもらいたい。
58	・へき地医療の広域集約化と巡回集合診療実施に対する公費助成及び受診者の送迎費補助や無料お出掛けサポートの実施など ・診療報酬におけるへき地医療拠点病院加算の新設 ・遠隔地医療等の情報通信技術の導入に係る財政支援
59	・診療報酬の抜本的な見直し
60	・医師に長期間にわたり勤務してもらうためにも、へき地病院勤務医師に対し、特別手当を創出しそれに対し国が財政支援を行うこと。
61	・拠点病院に対する診療報酬加算を十分にあげること ・若手医師は資格獲得の途上にあり、これを支援するための施設認定や指導医、専門医資格を維持する予算の計上が必須である。施設が認定されなければ、若手医師は資格獲得ができないので、この病院を希望する者がいなくなる。
62	拠点病院として、派遣している医師の病院での勤務できないマイナス面を考慮した支援制度をお願いしたい。
63	国の補助は各二次医療圏毎でいくらという施策である。一方実際の補助は中核の基幹病院整備に主に回され、一次のへき地医療拠点病院は冷遇されることが多く、これでは二次医療圏内のバランスを崩す原因となることを危惧する。
65	初期診療機関としての高度医療機器整備。 地域の収容施設としての施設整備補助金の充実。
66	近年医師数の減少が著しくそれに比例して医師派遣の回数も著しく減少しているのが現状であります。医師確保が急務であります。その対策として、診療機能の整備を行う上で必須の医療機器を整備できるだけの財源の提供をお願いします。
67	診療機器を備えた車や診療船などへの補助
68	・医師がへき地応援に出かけると、拠点病院の診療機能が低下すること、並びに経営悪化が起こることに対する手当が必要と考える

7. 情報システム、診療機器等インフラ整備に関する事項

1	情報インフラの整備
2	・ Telemedicineの有効活用
3	情報ネットワーク(インターネット等)を使ったへき地医療支援体制
4	遠隔医療等の各種診療支援。
5	病理伝送システムの更新を検討していただきたい。
6	遠隔医療システムの充実と利用促進 促進の為の資金的援助(システムの公的設置) 医療連携と患者搬送体制の更なる充実(鹿児島市内のヘリポートは、少なくとも南部・北部の2カ所は必要) 当制度も含め、その他公的医療協力病院の位置づけや法人制度の優遇
7	新しい医療機器を整備すること
8	へき地診療所では、十分な検査機器が揃っていないことも多いので、レントゲンやエコーなどの機器の必要時の貸し出しが可能になるようなシステムがあると便利である。
9	へき地診療所医師が診断・処置に支障をきたした場合、拠点病院専門医師へ容易にコンサルト可能なシステム構築が重要である。 高価なインフラは、陳腐化するのが早く、操作訓練を必要とし、長期的な運用は困難と思われる。携帯電話の進歩は著しく、メール・静止画のみならず動画も送信可能となっている。携帯電話を活用したコンサルトの運用構築はへき地医療支援の一方法と思われる。 拠点病院では患者の同意のもと電子カルテの公開が可能となっており、遠隔地からも電子カルテの内容が閲覧できる。紹介患者の入院後の推移を主治医と同時に把握することは、医師として患者への説明、家族への説明が容易となる。さらに、患者データを経時的に把握し、主治医への問い合わせ、検討は生涯教育に繋がるとと思われる。インフラ設置も容易であり、今後システム構築を進めていただきたい。
10	・ITを用いたシステムネットワークの構築(一病院でなく、例えば県単位で)、運営。
11	・遠隔画像診断補助を実効性のあるものに改良して交付してほしい。
12	・先端医療技術に触れる機会の創出とそれに対する必要なインフラ整備(ICTなど)。

8. その他

1	・ 当院もDPC制度を導入したため、へき地患者の外来通院や入院した患者家族のための、宿泊施設の充実が必要と考えます。
2	・ 医師を含め、へき地で働く人たちへのサポート。
3	第一線のへき地診療所へは、若い医師を派遣することが多いが、できれば、1～2年以上の期間での交替が望ましい。
4	巡回診療への人員派遣、病院独自の広報活動等に対し受診者が漸減傾向にあるなど、医療の確保を目的にしているとはいえ効率的ではない。有限の資源を投じている診療に対し、より活用が増えるよう市町村、地域住民へ働きかけていただきたい。
5	へき地診療所の現況を周知強化が必要。
6	・へき地医療拠点病院の立地する地域での人的連携(特に医師)
7	・先ず第一は、職員、特に医師のへき地医療に対する理解と、積極的に支援協力を惜しまない文化の醸成
8	・へき地医療は、やはり人材・設備ともに乏しい状態であり、高度な医療まではいらないが、全体的に水準を上げる必要はあると思います。(検査の機材、薬剤等)
9	・物理的にへき地に拘束しないでよい技術の開発
10	派遣先診療所によって、必要な診療レベルが異なります。 診察と投薬だけで済む診療所もあれば、血液、ECG、X-Pが可能で小処置も要求される診療所までであるのではないのでしょうか。 国や県の方で、必要な診療レベルの評価を行い、それに対応した設備を整えることも検討して欲しい。
11	特に鳥根県では、道路が整備されていないため、移動に相当の時間を要するとともに大雨や大雪等で通行止めになる場合もあり、早急な道路整備が必要であると考える。
12	患者運搬手段の整備
13	へき地に医師が残るように行政側の熱意の意思表示が必要である。
14	へき地の医療需要調査等への協力
15	・へき地医療を支える連携体制の構築(人的な面も含む)。 ・交通事情の改善(交通網の整備)。
16	開業医師による往診の充実・連携
17	県に対する要望 (1) 県立医大のへき地医療支援のための助手ポストの有効活用 (2) へき地医療支援機構医師の有効活用 (3) 自治医大卒業生、県立医大地域枠、県立病院修学資金奨学生の今後の有効配置 (4) 県内の高校を卒業し、他県の医大を卒業した(する)者へのアプローチ
18	「必要な機能」で記述したとおり地域ネットワークの環境整備が必要と考えているので是非、要望したい。 小児救急の破綻は一次救急の破綻であり、これは国レベルでの統一見解が出せないことによるもので(現実には不可能にもかかわらず小児は小児科専門医が診るべきだという一部の意見に引きずられて、小児科がいなければ内科が見ればよいという現実的な意見が遠慮してしまう)、県として「小児救急は他医の応援の基に行う」と明確に位置づけて欲しい。

19	医療現場のスタッフにへき地離島を支援する重要性をしっかりとPRすること。組織として認識を高めることが重要(一部の医師のボランティア精神だけでは関係する医師は疲弊すると考えます)組織の中に明確なチーム等ができるような仕組みづくりが望ましいと考えます。
20	十分に評価するなどインセンティブを与えることも必要である。
21	へき地診療所を一くりにせず、それぞれの診療所の果たす役割をきめ細かく決め、適切にハード、スタッフを決めていく必要があるように思われます。
22	派遣医師は、日常業務を一旦中断し診療支援に出るため、派遣を引き受ける医師が少ない。派遣医師に対するインセンティブ(例えば手当)が必要と考える。
23	派遣する医療機関と派遣される医師に対し、十分なインセンティブとある程度の強制力があることを望みます。派遣する医療機関については、医師を派遣している間、マンパワーが低下することを考慮して頂きたい。
24	へき地医療拠点病院としての医師派遣は、一時的な応急手当にすぎず、本来のへき地医療対策とは呼べず、その地域の根本的解決策を検討してゆくことが必要を考えます。
25	離島からヘリにより救急搬送する際、市民病院医師が搭乗し、受け入れに向かっているが、時間のロスが大きいので、ドクターヘリの運用が望まれる。
26	離島診療所の医師の福利厚生どの程度休暇を与えるべきか。夜間休日診療をどこまですべきか?(実際に島にいる間は365日24時間オンコール状態。これは心身ともに負担がかかり、労働基準法的にもおかしいが、果たして対応しなくてはならないのか?)
27	(2)へき地医療は都道府県単位で主に自治医大の医師が担っているが、二次医療圏内の医師派遣については県職員である自治医科大学卒業医師や地域の大学等との調整を十分にやってほしい。
28	・国県に対しては、拠点病院と代診派遣診療施設との交通手段(送迎を含む)のタイムロスがかなりある場合が多いため、国道改良の早期整備を切望する。このことは、救急医療にも関連するものである。
29	・24時間ドクターヘリ
30	・巡回診療を行う巡回バスの整備(簡易な医療機器等を搭載したもの)
31	3)高齢社会でのへき地保健医療福祉体制のあり方について ・医療費総抑制のなかで提案された療養病床削減の見直し。地域性のよっては削減が大きな医療・介護難民が生まれる可能性がある。 ・在宅医療も限界である地域がある。社会機能を維持するためにも高齢社会(限界集落の存在)を社会全体で支える方向性を考慮した医療福祉体制の推進。 ・限られた医療資源(人・物・金)を無駄なく効率的・効果的に運用するために、医療圏設定・医療計画策定に際して、時系列を考慮して地域に必要な診療科・医療スタッフ・施設などを推計し計画をたて整理・統合・ネットワーク形成などの実行を促す。 ・へき地においては診療報酬の体系を別枠にして医療機関や医療スタッフが疲弊しない体制の構築を模索する。 ・地域医療支援機構の現状と評価を踏まえ活動の方向性と推進
32	・へき地での医療を支える医師が、素晴らしい仕事をしている事をマスコミ等にアピールしてほしい。
33	へき地医療拠点病院に県が代診
34	・医療ネットワークの構築の支援 二次医療圏内・圏外医療機関連携を強化するための推進策の計画作成と推進 地域医療再生基金計画への現場医療機関の参加 交通体系を考慮したへき地診療所のあり方の検討
35	・救急搬送対応の改変(ヘリコプターの活用など)
36	・へき地医療に携わる医師への積極的な支援策 ・地方道路網の整備
37	必要な機能に記載した項目の実現対策 二次医療圏の中長期的医療計画

38	<p>へき地医療拠点病院に対する医師派遣 へき地医療拠点病院における医師等人材指導・調整 研修計画・プログラムの作成 総合的な診療支援事業の企画・調整 へき地医療拠点病院群の活動評価</p>
39	<p>政策医療としての面(救急、夜間休日診療、特殊医療etc.)と財政面(赤字減らし)とのバランスをどうとったらよいか？ 診療所の診療内容近年、マスメディアの発展に伴い離島でも本土なみの医療を望む声大きい中、離島でどこまで(最先端)の医療するのが適切か？ スタッフも少ないなかで在宅や訪問診療のニーズにどこまで応じればよいか？</p>
40	<p>現在、当院は各種検診や健康教室、健康相談など、主に保健活動に当院各種職員を派遣しています。これは、小さい町で専門職員も少なく、また町立病院の使命として採算性を度外視して町からの要請に応じているからです。このような活動を展開している病院にもスポットを当ててほしいと考えます。</p>
41	<p>地域の医師会、近隣の病院との連携が円滑に行われているか。取り組みに温度差があると思われる。</p>
42	<p>へき地医療支援の実績がほとんどないのに、病床規模が大きいという理由だけで拠点病院の指定をしないで欲しい。逆にへき地医療支援病院に指定されれば、これだけのメリットがあると、自慢して言えるくらいのインセンティブを与えて欲しい。</p>
43	<p>へき地医療拠点病院といっても500床以上の救命センターを有する基幹病院から当院のような80床の小病院までその役割はその設置された背景により様ざまですが、主役は住民であってその生活基盤のサポートを病院が行うこととなります。 その地域に暮らす人々の権利として教育がありますが、一定水準の医療サービスを受ける権利も同等ではないでしょうか、都会では民間の教育法人が多くの学校を運営していますが、地方やへき地では小中学校では公立以外にあまり目にしません。医療機関でも同じではないでしょうか。特に採算性の低い当該地域のようなへき地では民間医療機関の進出の動きもありません。 高校の廃校、バス路線の廃止など地域そのものが沈下しています。 病院現場では、赴任する医師に家族を同伴で居住できる住宅を整備し地域住民と生活医環境を共有するなかで医療に従事していただくことを想定していましたが、現況では不可能に近いといわざるを得ません。家族を都市部に残し単身赴任が止むを得ない選択でしょうか。</p>
44	<p>へき地医療対策における重要課題は、医師をはじめとした医療従事者の量的確保ですが、地理的ハンディのため、個別機関では対応も困難をきたしていることから、「在宅医療の必要性」もご検討頂きますよう要望致します。</p>