

第2回へき地保健医療対策検討会【議事録】

日時 平成21年9月18日(金)

10:00～

場所 都市センターホテル5階オリオン

○中山救急・周産期医療等対策室長：まだお二方お見えでないのですが、定刻になりましたので、ただいまから第2回「へき地保健医療対策検討会」を開催させていただきます。委員の皆様方には、本日大変お忙しい中、朝早くよりご出席賜りまして誠にありがとうございます。

7月24日付けで、厚生労働省幹部の人事異動があり、医政局長以下事務局職員にも交代がありましたので、この場を借りてご紹介します。医政局長の阿曾沼です。医政局及び保険局担当の大臣官房審議官の唐澤です。医政局総務課長の岩淵です。医政局指導課長の新村です。

ここで、阿曾沼医政局長よりご挨拶申し上げます。

○阿曾沼医政局長：おはようございます。朝早くから大変ご苦労さまでございます。7月24日付けで、医政局長に就任いたしました阿曾沼でございます。よろしくお願い申し上げます。委員の皆様方におかれましては、本年7月から新たなへき地医療対策のあり方についてご議論いただいております、深く感謝を申し上げます。

へき地医療対策は、いま第10次です。第10次のへき地医療計画が平成22年度末まで進行しており、来年度には計画の最終年度ということになります。したがって、次の第11次の計画の策定をいま検討しておりますが、これまでのへき地の保健医療対策の成果、あるいは問題点等を総括して、第11次の計画に臨むことになろうかと思っております。是非とも先生方のお知恵を拝借し、へき地に生活しておられる住民の方々に対してより適切な医療の確保が図れるように、いろいろな方策に取り組んでいきたいと考えております。11次ということですので、大変長くにわたっておりますが、是非ともいいお知恵を出していただき、新たな対策を講じていきたいと思っております。

この検討会ですが、今年度末に一定の結論をまとめていただきたいと考えております。大変短い期間ではありますが、是非ご指導、ご協力を賜りたくお願いを申し上げます。簡単ですが、私からのご挨拶とさせていただきます。

○中山救急・周産期医療等対策室長：続きまして、前回ご欠席であった委員のご紹介をいたします。社団法人地域医療振興協会理事長の吉新通康委員です。本日は、中村伸一委員からはご都合によりご欠席の連絡をいただいております。また、神野雅子委員の代理として、北海道保健福祉部保健医療局地域医師確保推進室の砂山圭子主幹、高野宏一郎委員の代理として、全国離島振興協議会の渡邊東専務理事にご出席いただいております。

なお、医政局長、総務課長は、公務のためここで退席させていただきます。

(医政局長・総務課長退席)

○中山救急・周産期医療等対策室長：以降の進行は、梶井座長にお願いいたします。

○梶井座長：それでは、今日もよろしくお願ひいたします。早速ですが、本日の議事要旨、流れについて事務局よりご説明をお願ひします。

○中山救急・周産期医療等対策室長：議事次第をご覧ください。2、議事として挙がっているのが(1)から(3)まで、大きく3つに分けてあります。最初に、検討会の論点整理についてです。本日は資料1、資料2が関係する資料で、資料1にお示ししている前回の検討会でのご意見を踏まえて、今後この検討会で議論していただく論点を資料2として挙げております。資料2については、論点1から論点5まで5つの柱を立てておりますが、今後検討される調査報告等も踏まえて適宜追加していただければと考えております。最終的には、この論点を検討会の報告書の骨格として想定しております。

次に、前回の検討会でいただいた追加調査のご意見を踏まえ、事務局において資料3から調査結果を付けております。資料3は資料4以降の調査結果の取りまとめで、資料4から資料9まで個別の調査結果が入っております。また、資料10として、都道府県の医療計画における「へき地医療」の記載状況が載っております。これらの直接関わる質疑応答が終了したのちに、先ほどお諮りした資料2の論点整理に追加する事項等について、広くご意見を伺えればと考えております。以上です。

○梶井座長：それでは、議題1の「論点整理について」ご説明をお願ひします。

○中山救急・周産期医療等対策室長：資料1についてご紹介します。実際の議事録は、いちばん後ろに参考資料がありますが、参考資料1として付けております。この最後の意見交換の部分のを要約したのが資料1になっております。前回は7月10日ということで時間が経っておりますので、簡単にご紹介します。「地元で医師を養成していくこと、地元枠、地域枠というものが果たしてきたことについての評価が必要ではないか」というご意見、また「大学と機構がきちんと手を組み、地域枠の学生には地域医療に動機付けするような特別なカリキュラムを組んでいく必要があるのではないか」というご意見、「へき地診療所を支える地域の中核的な病院の弱体化が進んでいることが問題。へき地医療に関しては、診療所や病院を点として確保できても、地域全体、面で支える仕組みを作らないと、将来相当に危いと思う」というご意見がありました。また、2頁ですが、本日ご欠席の中村委員から「機構については、うまく機能しているところと、そうでないところの分析が必要ではないか」というご意見、「へき地医療拠点病院については、休業補償にあたるようなもの、手厚い財政支援を考えてほしい」というご意見、また、「へき地医療というと診療所に目が向きがちだが、へき地診療所はわりと充実している。中小病院が大変という状況があり、医師充足率を調査する際は、

留意が必要ではないか」というご意見です。

最後に、梶井座長のまとめの中で、三つ目として挙げているキャリアパスの問題として、「安心して勤務してもらうためには何が必要なのか、短期間へき地勤務してくれる医師から医師へのバトンタッチをどううまくつないでいけるかについて考えていく必要があるのではないか」。また、3 頁に、「機構に関しても、47 都道府県に同じことをやれと言ってもうまくいかないのではないか。地域の実情に応じた対策が打てるよう、事例を充足して各都道府県に投げかけていくべきだと考えている」というご意見がありました。

こういったご意見を踏まえ、資料 2 として論点整理を現段階で作っております。論点 1 から 5 まで挙げております。論点 1 ですが、「医師の育成過程等におけるへき地医療への動機付けのあり方等について検討していくことが必要」。地域枠選抜出身医師や自治医科大卒業医師の義務年限終了後の定着状況の評価やその率を上げるための方策について検討してはどうか。地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県は積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組が必要ではないか。

論点 2 として、「へき地医療支援機構の強化」。第 9 次計画より活動してきたへき地医療支援機構は、へき地診療所に勤務する医師等の支援機能として、さらなる向上が必要である。その次は最後の取りまとめのご意見ではなく、澤田委員のご説明のときにご提案をいただいた内容です。専任担当官のあり方や勤務内容についての検討として、例えば、現場の医師と行政とのパイプ役が必要であり、都道府県の医務主管課に、へき地医療の勤務経験を持つ臨床医を専任担当官として配置することなどが考えられる、というご提言です。また、各都道府県において参考にできる事例の収集と情報発信です。

論点 3 として、「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」。これについては、へき地勤務医等が、自分のキャリア形成や家族への影響について心配することなく勤務できるような、医師派遣の枠組み作りに必要な対策について検討する。へき地勤務医の子育て、家族支援などを考慮に入れたキャリアデザインの策定。へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備。勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築といったものが挙げられておりました。

論点 4 として、「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」。へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院等地域の中核的な病院を地域全体で支援する具体的な仕組みについて検討していくことが必要である。へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような支援が必要である。

論点 5 として、「その他の事項」。へき地勤務医師を全国的にリクルートする仕組み作りについてや、へき地における歯科医療ネットワークについてといったところがご意見としてありましたので、論点として整理しております。

○梶井座長：ありがとうございました。ただいま「論点整理（案）」をお示しいただきましたが、これに目を通して、何かこれに追加しておくべきだという項目、あるいは内容等がありましたら、この場でも結構ですし、議題3のあとのフリーディスカッションの場でも結構ですので、いかがでしょうか。それでは、フリーディスカッションのところでご発言願えればと思います。

次に、追加調査の結果について事務局よりご説明をお願いします。

○中山救急・周産期医療等対策室長：資料3からご紹介します。資料3が、先ほどご紹介したように前回ご指摘いただいた追加調査の概要になっております。

1頁をご覧ください。1として、先ほどもご紹介しましたが、地域枠等地元で養成する医師の成果、また特別なカリキュラムの設定があるかどうかを調査しております。その前に、(1)としてへき地での勤務を義務づけた地域枠、奨学金制度等を有する都道府県がどのくらいあるかを調査したところ、地域枠については11都府県、奨学金制度については19都府県、へき地医療に関する寄付講座については10の県がこのような体制を取っているという回答がありました。

(2)は、こういった地域枠等の卒業生がへき地で勤務した割合がどのくらいなのかという調査です。これについては、アとして卒業生を有する都道府県が12府県で、131人以上出ているということです。多い所は兵庫県や長崎県です。これは時間の関係もあって、あくまでも、へき地での勤務を義務づけている場合として絞った調査になっております。イとして、その卒業生のうち、へき地での勤務医師を有する県が5県で、94人の方が実際にへき地で勤務しているということです。残りの方々はほとんどまだ臨床研修中で、へき地には出ていないということでした。

(3)は、そういった学生に対して、地域医療に動機付けするような特別なカリキュラムの設定があるかどうかの調査です。地域枠の学生に対しては、そのような特別なカリキュラム等を有する都道府県が3都県ありました。奨学金については合計6都県で、先ほどのアの部分を除いて3県ということで、重複がありましたので3県となります。ただ、これについては、カリキュラムというよりは夏期研修の形で行われておりました。へき地関係寄付講座にへき地実習が含まれている所は、カリキュラムとして含まれている所が6県、臨床研修プログラムとして含まれている所が1県でした。詳細はあとでご紹介します。

2つ目のご指摘に関して調査した内容ですが、「へき地医療支援機構の専任担当官がへき地医療に関する活動の状況について」調べております。へき地支援機構がある都道府県が全体で39あり、そのうち専任担当官を設置していない都道府県が1県ありましたので、合計38都道府県がこれに該当しております。専任担当官がへき地医療に関する業務を1週間あたりどの程度やっているかについて、①から⑤まで挙げております。

(2)ですが、機構の本来業務（代診医派遣調整等）を行っている日数（1週間あ

たり)が1頁から2頁の上まで挙がっております。回答がなかったものを1県空欄で挙げております。

(3)に、専任担当官がへき地診療所に代診する日数(1週間あたり)が挙がっております。いちばん多かったのが、2日から3日が高知県です。(4)として、代診医の派遣件数を挙げております。

3つ目として、「へき地診療所とそれを支える地域の中核的な病院や中小病院の医師の充足状況について」調査しております。1つは、(1)にへき地診療所における医師不足の状況を挙げております。これについては、医療法上の標準医師数はその病院の考え方がありますが、これを診療所に便宜的に当てはめて、それを指標として全医師数が下回っているかどうかの割合で評価しております。これを見ると、全国では418施設中69施設、16.5%が必要医師数を下回っていたということです。ブロック別には、その下に書いてあるとおりです。

(2)は、へき地拠点病院の医師の充足状況です。ご指摘では地域の中核的な病院なり自治体立病院というご意見もあったのですが、時間の関係でへき地拠点病院に絞って調査しております。こちらは、全医師数が標準医師数を下回っている場合を指標として、263施設中44施設が下回っていたということです。割合で、たまたまへき地診療所とほぼ同じ16.7%となっております。以上が概要です。

次に、その基になった個別の調査を簡単にご説明します。資料4をご覧ください。①は、へき地に勤務することを義務づけた地域枠等の実施状況になっております。左のほうに都道府県があり、次にへき地の地域枠等の実施状況、(1)から(3)までそれぞれ地域枠、奨学金、へき地関係寄付講座の有無ということで整理しております。

2頁です。この中で、奨学金等を利用した卒業生のへき地勤務状況が②として挙がっております。左側から卒業生が県内で働いている所が①、その人数が②として中段に書いてあって、右側の③がそのうちへき地において勤務した医師の数です。備考にそれ以外の方等について詳細に記載されております。

3頁ですが、へき地医療を担う医学生等に対する特別のカリキュラム等の設定について載っております。左から地域枠、奨学金、へき地関係寄付講座の内容となっております。地域枠については、一般学生との取扱いの区分がある場合を○として、その内容を右側に書いております。これを見ると、4頁までですが、3都県は実際にカリキュラムに盛り込んで、特別なカリキュラムを設けているということです。奨学金については、特別なカリキュラムというよりは、○で回答してきている所は夏期休暇を利用して病院実習に参加していただくとか、夏に開催する研修会への参加となっております。また、へき地関係寄付講座の内容として、へき地や離島実習がカリキュラムに含まれている場合、また臨床研修プログラムに含まれている場合ということで整理しております。

資料4-④は、事前にお送りした資料に追加する形で載せております。これは内田委員からご照会いただいて、さらに追加で調査した内容を載せているものです。

資料4-④の5頁については、へき地での勤務以外も含めて、卒業後に都道府県の指定する地域で勤務することが義務づけられる奨学金に関する調査です。その制度の有無と給付対象の最高年次がいくつなのかを調べた調査です。ほとんどは医学部の6年次、ないしは臨床研修2年目まで奨学金の対象としております。

続いて、資料5です。資料5が、「へき地医療支援機構の活動状況」です。先ほどご紹介しましたが、左端から専任担当官がへき地に関する業務に従事している日数(1週間あたり)、その次に専任担当官業務別従事時間と、へき地に関しないことも含めて載せております。へき地診療所への代診や本来業務、拠点病院での通常の一般外来の対応、その他、その右に代診医の依頼件数や派遣件数が載っております。網掛けの部分はへき地のない所になっております。

資料6です。資料6は、へき地拠点病院に対する調査の結果です。「へき地拠点病院における医師の充足状況及び活動実績」になっており、都道府県名、施設名の隣から一般病床数等々がありますが、先ほどご紹介したように、全医師数の赤いところについては全医師数とその右側にある標準医師数を下回っていることを指しております。中段にあるのが、遠隔医療の実施または救命救急センターの有無です。遠隔医療については、※3にあるようにへき地診療所の支援を行っている場合のみ記載しております。また、二次救急輪番参加の有無、地域医療研修プログラムの有無は、実際にへき地・離島医療が経験できる臨床研修プログラムを病院として用意している場合を○としており、それに関して都道府県やへき地医療支援機構の関与がある場合を○として整理しております。その隣が、平成20年度のへき地医療活動実績です。これが13頁まであって、その次が資料7です。

資料7-①が、へき地医療拠点病院からの意見・回答です。こちらは自由記載ということで、へき地医療拠点病院にとって必要な機能は何かということを紹介しております。これに関していくつか分類していますが、1つ目は医師派遣・研修、地域医療の提供等総合的な機能が必要だという回答が8頁まであります。なお、青字の部分ですが、座長から事前にお話があって、総合医等について青字を付けております。2として、医師等の確保・派遣といった機能が必要だということが9頁から11頁まであります。12頁からは、3は救急を含む医療等提供体制に関する機能が必要ではないかというご意見で、14頁まであります。15頁以下はご覧のような内容になっております。

18頁をご覧ください。資料7-②です。へき地医療拠点病院における代診医の派遣業務の状況を整理しております。こちらについては澤田委員に取りまとめをお願いしてやっていただいております。1つ目は、へき地医療拠点病院からへき地診療所に対して代診派遣が可能な医師数をこちらのグラフ、2つ目が全国のへき地医療拠点病院がへき地診療所代診のため不足するだろう医師数、19頁に挙がっているのがへき地診療所に代診のため派遣する医師に必要な基準についてです。

20 頁ですが、資料 7-③です。こちらはへき地拠点病院からの回答として、国や都道府県への要望、また本検討会で議論してほしいことを挙げております。いくつかのテーマに跨る場合は、それを分けて整理しております。1 つ目は、医師等の確保に関する事項としてご要望等があったのが 20 頁から 25 頁までです。26 頁にドクタープールに関する事項、27 頁からは医師の養成やキャリアパスに関するご指摘・ご要望が載っております。また、29 頁には医師の研修に関する事項、30 頁には医療制度や医療体制に関する事項、32 頁からは財政支援に関する事項が 35 頁まであります。

続きまして、資料 8 です。資料 8 以降はへき地診療所に対する調査です。「へき地診療所における医師の充足・配置状況並びに医学生や支援機構との関わり」について調査をしております。施設名の隣に開設者、所在地を載せたあとに、全医師数となっており、こちらの赤字は先ほどご紹介したように便宜的に診療所に当てはめた必要医師数を下回っていることを指しております。中段にあるのは常勤医の勤務状況ということで、いま勤務している方の勤務月数、前任者の勤務月数と前任者の離任後の異動先を挙げております。その隣が、医学生や研修医に対するへき地・離島医療教育への関与・参画ということで、有りの場合にはその調整窓口がどこかということも問うております。右端がへき地医療支援機構との関係で、へき地医療支援機構から連絡・相談のある頻度を挙げております。

ただ、時間の関係もあって、こちらはすべてのへき地・診療所の調査ではありません。都道府県単位で、例えば北海道は 66 のへき地診療所がありますので、道に対しては代表的な診療所を 10 カ所程度選定して出させていただいております。

資料 9 ですが、最後の資料になります。国や都道府県への要望で、これはへき地診療所からの要望、または本検討会で議論してほしいことが資料 9 として載っております。これらの調査事項については、第 1 回の調査以来のご指摘を踏まえて、ご指摘をいただいた先生方に、さらに追加調査等があるかどうかも含めてご確認した調査結果になっております。

資料 10 に関しては、医師確保等地域医療対策室よりご説明します。

○兼平専門官：資料 10 の「都道府県の医療計画における『へき地医療』の記載状況」については、昨年各都道府県に策定いただいた医療計画の中で、その策定にあたって資料 10 の欄外にある注 1) 指導課長通知において「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」の中で、各医療機能と連携ということで例示を出しており、その例示の事項で整理しております。事項は、保健指導についてはへき地における保健指導の機能、へき地診療についてはへき地における診療の機能、へき地診療の支援についてはへき地の診療を支援する医療の機能、その他ということで整理しております。

この印ですが、今回 4 疾病・5 事業については具体的な医療機関や施設名を入れていただくことを示しており、注 2) で原則として対象地区及び各医療機能を担



う関係機関の名称を記載するという点でお示ししておりますので、ここで施設名がそういう機能名があるのも○ということで整理しております。へき地の場合には△はなく、その他のところで国の指針に例示のない機能を記載しているところは※ということで整理しています。その観点で、資料1、資料2ということで○です。(一)になっているところは該当がないということで整理しております。特に保健指導のところは○が少ないのですが、ここは具体的な機能が書いていないのではなく、保健所の具体的な名称がないということで○を付けていないのがほとんどです。

「※」ですが、2頁の長崎県で各機能ではなく離島・へき地、救急医療の観点で項目を整理されている事項があったということで、「※」ということで整理しております。以上です。

○梶井座長：ありがとうございました。非常に限られた期間にこれだけの調査をしておまとめいただき、どうもありがとうございました。資料3で調査結果の概要がまとめられていますが、これを見ると、へき地での勤務を義務づけた地域枠や奨学金制度を有する都道府県が、なるほどこれだけあるのかと。また、すでに地域枠等へき地勤務を義務づけた地域枠等の卒業生がへき地で勤務した割合を見ると、多い県は従来言われていたように兵庫県、長崎県ですが、卒業生がへき地で勤務した割合が70%、これを皆さんがどのように捉えられるのかという点はあるかと思いますが、このような数字が出ております。地域枠等の学生に対するアプローチとして、特別なカリキュラムを有する都道府県は3都県ということで、これもこの数値をどのように捉えるかということもあろうかと思えます。

へき地医療支援機構の専任担当官の業務について解析してありますが、現状はこのような結果であったということです。代診医の派遣件数を見ると、0件の県も10道府県ある一方、100件以上の県は7県あって、どうも二峰性になるかと思いますが、依頼件数と派遣件数はギャップがありませんので、依頼に対しては応えられている現状もはっきりとしてきたのではないかと思います。

へき地診療所のところを見ると、必ずしも支援機構と連絡を取り合っている現状がある所ばかりではなく、そこが必ずしも捉えられていないのではないかと思います。医師の充足率に関しては、法に定めるところで標準医師数が算定されていますが、へき地診療所、へき地拠点病院ともに大体16.数%と同じような率になっていますが、資料7で澤田委員がおまとめになったものを見ると、へき地医療拠点病院で全く代診医を派遣できない病院が3割あるという現状も出てきています。

等々いろいろなことが数字として出てきたのですが、このあと前回の議論をまとめた「論点整理」に基づいてフリーディスカッションをしていきたいと思えます。論点としては1から5までありますが、今回の調査結果を見ると1、2、4と3についても一部提案等がありましたので、このようなところにもいろいろな意

見が出てきています。漠然とそれぞれについて皆さんのご意見をお聞きするというよりも、これからは1つずつ肉付けをできればと思います。最初に、論点2の「へき地医療支援機構の強化」について、第9次から始まったへき地医療支援機構なのですが、いまは第10次にあります。先ほどの診療所あるいは代診医の派遣状況を見ると、必ずしもへき地医療支援機構が十分に機能しているとはいえない県も随分あるように思います。この辺りについて、強化するためにはどうしたらいいのか、具体的なご意見を賜ればと思います。よろしくお願いします。

○澤田委員：前回の検討会で、中村委員から「同じ機構であっても、うまく機能できている所とそうでない所があるのではないか、その実態がどうなっているのか全国の機構を調査してみるべきだ」という貴重なご意見をいただきました。今回、国の方でその調査をお願いして出された結果が資料8ですが、この中で「へき地診療所と機構との関係について、連絡・相談がどのぐらいの頻度であるのか」という項目に、今回私は着目をしました。全国からの回答を見通してみますと、「全く関わりがない」との回答が予想以上に多かったことに驚いています。まさに、この回答については、機構がうまく機能している所と機能していない所によって差が出ているのではないかと考えています。へき地医療支援機構という「へき地」の名前が付いた組織として設置されているにもかかわらず、へき地診療所に「全く関与していない」と思わせている現状は、非常に残念なことだと感じました。このような機構に対しても一定の補助金が投入され、かつ専任担当官として人員を割いているはずなので、次期計画では、都道府県がこれらの課題に対する改善策について検討・策定を是非お願いしたいです。国はそれをフォローアップしていくことが求められると思います。今回の調査を含めて、機構がうまく機能している都道府県なども明らかになってきていますので、そういった都道府県の先進事例なども是非参考にさせていただければと思います。

○木村委員：関連して、私も澤田委員と同じように専任担当官をしている関係上同じところに目が向くのですが、島根県でたまたま10カ所へき地診療所が出ております。4カ所が全く関わりがないと書いてありますが、実はその中で1カ所だけ、ある病院の指定管理を受けている関係でその病院と我々とは関係を持っているのです。何が言いたいかというと、知らないだけであって、関わりが実際はあるのです。実態と少し違うところがある、要は関わりは持っているのだけれど、それがへき地医療支援機構だということを知らないということにもなるのではないかと。だから、PRというか、どこかでも意見が出たのですが、へき地医療支援機構という存在を知らなくて、我々の場合も「医師確保対策室」と県の行政の中では呼んでいるので、我々も反省しなければいけないのかなと思います。そういったことをちゃんと国の制度の中でやっていることを、もう少しはっきり明確化する必要があるのかなと感じました。

○梶井座長：ありがとうございます。以前支援機構で仕事をしておられた三阪委員、ご意見ございませんか。

○三阪委員：いまの木村委員、澤田委員のお話に直結すると思うのですが、支援機構がうまくいっている、っていないというのは、先ほど支援機構の働きが理解されていないのではないかというお話がありましたが、これはまさに現場の受け皿の問題だと思います。

今日軽くまとめてきたのですが、私は鹿児島県のへき地医療支援機構で専任担当者を当初3年ほど行って、大変苦戦した経験があります。支援機構は現在県に設置されていますが、最初にこの構想を見たときも、医療現場ではシステムの構想だけ練って、絵に描いた餅のようなものだなと思いました。現場にそれなりの受け皿になる、あるいはキーになるようなものがないことには、システムを作っても意思統一はうまくいかないし、効率的なシステムもやっていけないというのを感じておりました。

問題点としては、私は地域のへき地医療支援の拠点病院の立場で言っているのですが、組織の意識付けをどうやってするのが非常に問題です。例えば、自治医大の関連病院、あるいはいまお話いただいた島根県や高知県、あるいは前田先生の長崎県などもともとが県レベルで意識の高い所は、そのようなシステムが導入されてもおそらくうまくいくのだらうと思います。地域医療の意識が根付いた地域は問題ないと思うので、そこに差が出てくるのだと思います。それ以外の地域の医療現場、鹿児島もそうでしたが、へき地・離島支援とは何か、なぜそれを担わなければならないのかを、その病院の組織や職員が全く理解できない、興味も全くないのです。私どもの施設でも、なぜそんなことをうちがしないといけないの、という認識でした。組織に本当に理解していただくには2年ぐらいかかりました。私は自治医大の卒業生ですので、へき地・離島支援とは何かということから理解してもらい、いまは完全に組織としてへき地・離島支援をバックアップするシステムができて、来月も甕島に代診医を派遣する予定です。当院には自治医大の卒業生が4人おりますが、我々もいろいろな立場になってなかなか行けなくなっています。来月の甕島の支援は、鹿児島大学から医局人事の派遣でローテーションできる先生が担ってくれる予定です。

それらの支援を、どのような意識をもって誰が中心にやるのが明確でないので、なかなかうまくいかない。自治医大の卒業生だからやるのか、地域枠の出身だから担うのか、全く現場で明確ではないですね。非常にフジーな状況で、システムだけ動かそうとしている状況があると思います。医者の中ではある程度議論は通じて、現場の医療スタッフには全くそのような意識がなく、経験もないので現場のスタッフも付いて来ようがないというところに問題があります。例えば、ほかの科であれば循環器内科医が来ればカテのチームができる、あるいは臨