

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る、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はなく、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されます。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っております。
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)にて支援を頂きたく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用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ほしい。
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(ダイナスコプ等)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(診療所で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ため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かという施策である。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は、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、より活用者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かないが、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	特に島根県では、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く」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	へき地診療所をいくつにせず、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、二次医療圏域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、すば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	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
39	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？
40	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。
41	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。
42	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。
43	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。
44	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。