

## 特集2

# 離島医療と地域づくり



### 【特別対談】

## 離島の实情に即した 医療施策の推進を

(公社)地域医療振興協会 地域医療研究所所長

鹿児島県伊仙町長

山田 隆司  
大久保 明

離島の定住条件のなかでも、診療機関の不足や医師などの偏在、臨床に関わる行為制限など、とりわけ医療をめぐる課題は山積している。一方では、長寿や高い出生率という地域力を背景に、医療や介護システムが基盤となる地方創生戦略「日本版CCRC」の胎動、そして総合医を育てる場としての役割期待もある。これら離島の实情と特長に照らして、今後の離島医療と地域づくりはいかにあるべきか――。地域医療と振興に長く関わってこられたお二人の医師に、現場でのご経験を踏まえて余すところなく語っていただいた。



- 医師となって地域と関わるようになった経緯
- 医師としての基本的姿勢が培われる離島医療
- 離島の規模に応じて折り合いが必要な医療レベル
- 看護師や救急救命士の規制緩和が必要な離島の現場
- 総合医などを地域ぐるみで育てる必要性
- 日本版CCRCと二地域居住による地方創生
- 地方創生の核となる地域包括ケアシステム
- 真の医師を育てるための離島の活用を

## 医師となつて 地域と関わるようになった経緯

——本日は、診療に携われながら、地域医療の振興に關してご尽力をいただいている山田隆司先生と、かつては医師として、いまは離島の自治体の長として離島医療の現場に關わつておられる大久保明伊仙町長においでいただきました。離島医療のあり方について、忌憚のないご意見をうかがえればと思います。

山田 私は、自治医科大学（註1）の卒業（三期生）です。お恥ずかしい話ですが、へき地や地域医療に興味があつて



大学を選択し

たわけではあり  
りませんでした

た。岐阜の生

まれで、そう

いう大学があることを伝え聞き、たまたま受験をして入つたということです。

入学して少々驚きました。教員にもへき地医療に携わつたことがある方はあまりおられず、中尾喜久（中尾喜久）学長をはじめ、東大関係の方がほとんどでした。地域医療のことはよくわからないまま卒業したというのが実情ですね。

卒業して二年間のスーパーローテート研修（註2）の後、へき地勤務の義務として、岐阜県の旧揖斐郡久瀬村（現・揖斐川町）の診療所に赴任しました。ご縁があつて、二〇年近くいることになりましたが、最初はあまり前向きではなかつたのです。こんなところにいたら医者として使ひ物にならなくなると思つて。しかし、村にいながら研修をさせてもらつたり、いろいろな体験をさせてもらうことで、地域で暮らしながら患者さんを診つづけることが面白くなつていきました。

十数年たつて施設を大きくする際、複数体制にすることになりました。近隣の四カ村合同で老健施設を整備しよう

地域で暮らしながら

患者さんを診つづけることが  
面白くなつていきました。

山田

というときに、話がなかなかまとまらない。そこで大学のクラブの先輩だった吉新通康先生よしかしあたかひでやす（現・地域医療振興協会理事）に相談へ行ったら、「俺たちと一緒にやろう」と言われ、地域医療振興協会とのつながりを持ち、結局は協会の枠組みをつかって、指定管理で運営することになりました。平成一〇年のことです。



大久保明氏(左)と山田隆司氏。中央は、進行役の小島愛之助 当センター専務理事。

その後、「町長が見学に行くので案内を」とか、「似たような施設をつくりたいから話を聞いてほしい」と言われ、協会の枠組みの仕事をするようになっていき、それがだんだん仕事の大半になってしまい、他のへき地や離島とおつき合ひすることが多くなったわけです。

**大久保** 私が高校二年生のとき、自治医科大学ができました。競争率がものすごく高くて、受験したのですがまったく通らなかった。

私は、鹿児島県の離島の徳之島という小さな島で生まれ、熊本の高校を出ました。島を出たからには全力で勉強して大学に行こうと考えていました。島の一級先輩に医学部に行った人がおり、「お前も医学部に行け」と言われたので

註1 自治医科大学…へき地医療確保のため昭和四十七年に四七都道府県が共同で設立。本部は栃木県下野市。医学部在学中（全寮制）は修学経費を貸与され、卒業後は出身都道府県のへき地などの公的医療機関に勤務する。おおむね九年間の義務年限を履行すると修学経費の返還が免除される。

註2 スーパーローテート研修…内科、外科、麻酔・救急、小児科、産婦人科、精神科、地域医療など、プライマリ・ケア（患者を総合的に診療する医療。特定の疾病のみを診る専門医療に対する概念）に必要な科目を経験させるための初期臨床研修。平成一六年から新臨床研修制度の下で必修化。

すが、私の成績では絶対に通らない。それから四年間浪人して、鹿児島大学にやると合格したのです。

ちようどそのころ、徳洲会（註3）の徳

田虎雄先生が、

「生命だけは平等だ」とマスメディアに取り上げられ、時代の風雲児と言われていました。徳田先生はあちこちで講演をされていたので、同郷の仲間四人と鹿児島大学にお呼びしたところ、その場で「卒業したらみんな徳洲会に入りたい」と言われました。もう圧倒されて、「はい、わかりました」と答えました。

山田 それは迫力があつたでしょうね。



医師としてのやりがいは最先端の医療にのみあるわけではない、と語る山田隆司氏。

私には、島に帰らなければいけないという思いがありました。

大久保

大久保 昭和五九年に卒業後、埼玉県羽生市にある徳洲会関係の羽生総合病院（昭和五八年、埼玉医療生活協同組合立で開設）に就職しました。当時、埼玉県北部は医療過疎地域で、求られるのは、かなりガンの進行した方、糖尿病が悪化したような方でした。近辺には透析施設もありません。パラコートという農薬で自殺を図った人もよく運ばれて来るような状況下での研修でした。

研修三年目（昭和六二年）に徳之島に徳洲会病院が開設され、島に帰ったわけです。まだ力が足りませんから、と断ったのですが、症例はたくさんあるから半年間でも帰りたい、と説得されました。

病院の開設初日に一三〇人ぐらいが入院したんです。私を含めて六人の医師が、外来で朝から晩まで入院指示を書きました。鹿児島あたりに入院している方々をみんな連れて帰ってきたのだと思います。それだけ期待されていたわけです。

山田 そうでしょうね。

大久保 研修医の時代は外科が中心でしたが、四科のローテーションがあり、小児科は宇治の徳洲会病院など各所で研修するような仕組みが、ある程度は確立されており、何とか基本的なローテートができ

た形です。

私には、島に帰らなければいけないという思いがありませんでした。小さいころ、赤ひげ先生(註4)のような医者がおりました。鹿児島の方でしたが、島の人たちから信頼されていました。その後、屋久島に転勤されましたが、こういう先生に憧れて、島に帰ったらその診療所で働こうと思っていたところに、徳田先生と出会い、昭和六一年からずっと地域医療に携わっています。そのころの徳之島には四万人近くおり、病院は七カ所ぐらいありました。ただ、大型病院がなく、専門医を組織内外から呼んでいろいろな手術をしていました。

当時は、国

政選挙の激しい時代でしたが、純粹に医療をやっていたかなければならないと思、島の医療機関同士はしっかりと連携をとっていました。

平成一一年、



離島における地方創生の推進には医療・福祉のシステムが絶対条件、と話す大久保明氏。

自由連合から県議選に出ることになりました。そのころの伊仙町は激しい政争があつてたいへんでした。この状況を何とか改善しないといけない、私に何かできることはないかと考えていましたが、県議になって二年半ほど経ったとき、島の議員の皆さんが訪ねて来て、町長選に出てくれと頼まれました。それで同一三年の選挙に立って町長となつたわけです。

### 医師としての基本的姿勢が培われる離島医療

——同じころ、私は国土交通省の離島振興課長でしたが、離島の医療は施設が十分ではなかったり、医師や看護師もいない。陸つづきでないがゆえに、より確保がたいへんだと、どこに行っても聞かされました。下<sup>しも</sup>顛<sup>こし</sup>島の<sup>てう</sup>手<sup>し</sup>打<sup>ま</sup>診療所に長年勤務されている

註3

徳洲会…徳之島出身の医師・徳田虎雄氏が創設。「生命だけは平等だ」の理念のもと、現在全国に二八〇あまりの医療施設を展開する日本最大の医療グループ。

註4

赤ひげ先生…山本周五郎の時代小説『赤ひげ診療譚』に登場し、理想の医者<sup>の</sup>の代名詞として用いられる。平成二五年より日本医師会が赤ひげ大賞として顕彰活動を実施。

瀬戸上健二郎先生（註5）のような方もおられますが、離島医療のあり方、とくに小規模自治体でのあり方について考えているものの、何もできない歯がゆさを感じています。

大久保 県議になって以来、医療には直接関わってはいませんが、厚生連（註6）が行う町の住民健診は、私が診ています。そういうことをしながら、離島医療も含め、島のハンディキャップのあらゆる面に関わってきました。

五年前、地域医療振興協会の吉新理事長ともお会いしました。平成二二年に「離島医療サミット in 徳之島（註7）を開いたとき、吉新先生にお願したところ、どうしても都合がつかず、代わりとして折茂賢一郎常務理事に来ていただきました。

山田 自治医大の七期生です。隠岐島前病院の白石吉彦院長（註8）もおられましたね。

大久保 そうです。また、沖縄県の浦添総合病院からドクターヘリ（註9）担当の八木正晴救急部長（当時）や、厚生労働省の佐久間敦さん（医政局指導課救急・周産期医療等対策室長、当時）にも来ていただきました。離島だけでなく、へき地も含めた形での連携

をそのときに初めて知りました。国民健康保険中央会顧問の田中一哉さんも自費で参加されていたのですが、同氏に

勧められて「地域医療を育てる会」（註10）の会員にもなりました。

私が徳之島の徳洲会病院に入った頃と、現在で大きく変わった点は、やはり医療機器そのものの進歩です。診断能力は離島でもだいぶ高くなってきました。心臓カテーテル検査やCTなどの結果が、ICTを活用してすぐに専門家へ届き、診断していただけるようになったのは大きな進展です。

変わらない点は、あらゆる疾患を診断して治療まで行えるシステムがまだ構築されていないこと。例えば、徳之島では、ガンや脳外科の手術、骨折、産婦人科などは専門医を呼んで対応します。できるだけ島外へ搬送せず、島内完結型にしようとしています。搬送されてしまうと、家族も

## 心理的、経済的な負担も

緩和していかなければ、

十分な離島医療とは言えません。

大久保

みんなついていかなければいけないからです。子どもが髄膜炎になると両親もついていく。畜産農家の場合、家畜を売ったりしないといけない。心

理的、経済的な負担も緩和していかなければ、十分な離島医療とは言えません。この点は、徳之島に関する限り、当時からさほど進歩はないですね。医師が足りず、産婦人科

や小児科、外科などが一週間に一回、応援体制のローテーションで回っていく形になると、責任を持って治療することができず、また島外搬送の形に戻ってきています。

今日の最大の課題は、総合医、家庭医の養成です。とくに離島でこそ十分になされなければならない。意識のない方や、急性腹症の方が来たとき、当直に専門の先生がいなかったら、瞬時に自分で判断しないとイケない状況になります。そうした救急の度合いを判断しながら治療をしておく必要がある。あらゆる疾患を診るということは、医師としてももっとも重要なことではないかと思えます。この点について離島やへき地では、否応なく経験せざるを得ないという意味においては、今後の総合医育成の場となり得るのではと感じます。

**山田** 平成一〇年から協会の枠組みの中で働いていますが、後輩の支援などで離島にも代診に行きました。久米島や座間味、与那国、北大東島など沖縄県の離島、東京都では神津島、小笠原父島、母島などに実際に足を運びました。

そこで感じたのは、離島ではまったく逃げられないこと。診療所だと、一人で二四時間三六五日拘束される。実体験として、田舎も結構厳しかったですが、離島はもっと厳しいなど感じました。逃げられない度合いが半端じゃない。陸つづきであればわりとすぐに救急車を呼ぶことができ

註5

瀬戸上健二郎先生…鹿児島大学医学部卒。国立療養所南九州病院の外科医長を経て、昭和五三年から下甌島の手打診療所長として地域包括医療の実現に尽力。漫画『Dr. コトー診療所』の主人公のモデルとなった。

註6

厚生連…厚生農業協同組合連合会。都道府県ごとに組織され、医療施設や保健施設の設置・運営を行う。ここでは鹿児島厚生連病院。

註7

離島医療サミット in 徳之島…平成二三年九月二四、二五日、徳之島の将来の医療・福祉を考える会、徳之島三町、島内の医療機関が共催して開催。離島やへき地医療の一線で活躍する医師などを招き、離島医療の現状と将来に関するパネルディスカッションなどを実施。白石吉彦院長…自治医大卒。平成一〇年に隠岐へ赴任、同一三年から隠岐広域連合立隠岐島前病院長。同二五年、第二回日本医師会赤ひげ大賞受賞。

註8

ドクターヘリ…救命救急の資機材を装備した救急医療用ヘリコプター。消防機関などから出動要請を受けると救急医療の専門医と看護師が搭乗して現場へ向かい、現地で治療を開始し、患者を救急医療機関に搬送するまで救命医療を行う。沖縄本島南部に位置する浦添総合病院（平成二〇年に県が導入）の場合、県内の本島

註9

周辺離島（久米島、慶良間諸島、伊平屋島、久高島ほか）などが運航範囲（飛行時間約三〇分以内）だが、鹿児島との協定に基づき、同県南部離島（与論島、沖永良部島、徳之島）にも出動している。なお、鹿児島県でも奄美大島を拠点とするドクターヘリを平成二八年度中に導入予定。

註10

地域医療を育てる会…平成一七年に組織されたNPO法人。「対話する地域医療」を育てるべく、「総合医を育て地域住民の安心を守る会」フォーラムなどを実施。

何とかなる。場合によっては患者自身が救急車を呼べば助かる。時に医師がいなくても諦めてもらえます。しかし、離島の場合はそれができない。さらに町長の言われた通り、すべて診なければいけない。診られる、診られないと言っている余裕はなく、否応なく対応せざるを得ない。そこが離島の厳しさで、山間へき地とは格段に違う部分です。

とにかく一所懸命やってみて、  
救急車やヘリコプターが来るまで頑張ろうと  
全力を尽くす覚悟が必要です。

しかし、実際には一人

の医師が何でも診られるわけではない。一〇年、二〇年選手だつて、頭の前からつま先まで、乳幼児から年寄り、妊婦のことまで、全部に自信を持って診られる人はどこにもいないはず。ただ、自信がなくてもやはり最善を尽くすことを島では求められる。その積み重ねで少しずつ成長する。できないからといって断るのではなく、とりあえずは診ようという態度が培われます。できることは必要ですが、もっと必要なのは、十分ではないと思つてもまずは一所懸命に対応しようという心構えです。

そのために懸命に勉強するのですが、東京にいたら「専門じゃないから」まだ研修中なので」と断ることができる。しかし、へき地や離島に行くと、研修医三年目であろうが

一〇年選手であろうが、内科が専門でほかのことはあまり知らなからうが、自分が対応せざるを得ません。一〇〇パーセントの自信はないけれども、とにかく一所懸命やってみて、救急車やヘリコプターが来るまで頑張ろうと全力を

尽くす覚悟が必要です。そういう姿勢を離島で学ばせてもらった。ただ、これが昔から変わらない離島の現状かなとも思います。

山田

### 離島の規模に応じて 折り合いが必要な医療レベル

——離島振興課長時代、ある島に新しい病院の開院に合せて視察へ行きました。最新の画像診断システムが入り、たまたま来られていたおじいさんに「よかったですね」と声を掛けました。そうしたら、「わしは先生に触つてもらい、大丈夫だと言つてもらいたい。テレビの画面みたいなものを見せられたつてうれしくない」と言われたことがあります。

山田 離島では、医師不足や機器設備などの関係で、都市レベルの医療ができるわけではありません。また、一〇〇

## ■ 地域医療振興協会

吉新通康氏(現理事長)ほか、自治医科大学1期生が中心となり、昭和61年5月に設立した社団法人で、平成21年12月に公益社団法人へ移行。

へき地を中心とした地域保健医療の調査研究、地域医学知識の啓蒙と普及を行い、地域保健医療の確保と質の向上など住民福祉の増進を図ることで地域の振興に寄与することを目的としている。

現在の主要事業は以下の通りである。

- ①「施設運営事業」：自治体からの委託などを受けて病院、診療所および保健医療福祉複合施設の運営を行う。平成28年6月現在、全国68施設を運営。このうち離島は、沖縄県の公立久米島病院、竹富町立黒島診療所、与那国町診療所の3施設。
- ②「医師派遣・診療支援事業」：広く医師を登録し、離島や山間地など医師不足が深刻な地域に緊急臨時的に派遣する。平成26年度の派遣実績は年間延べ3,341日分におよぶ。離島では神津島診療所(東京)、土庄町国保中央病院(香川)など。
- ③「医師研修事業」：地域医療を担う総合医の育成を目的とし、3カ月の地域研修や各病院の専門科研修などの各種プログラムを実施。

また、平成25年2月からは、長崎県の離島へ専門医や代診医などを派遣する際に、同協会契約のヘリコプターを活用するフライングドクターシステム「NIMAS (Nagasaki Islands Medical Air System)」も実施している。同23年11月～27年1月(39カ月間)の運航実績は、運航実施日464日、搭乗人数1,783人、患者搬送件数21件、就航率77%。

本年4月1日現在、同協会の従業員数は7,840名(正職員のみ)、会員数は1,682名(うち正会員1,636名)。情報誌として『月刊地域医学』を刊行している。

### □ 地域医療研究所

地域医療振興協会の活動を支える学術部門として、平成15年に開設。へき地医療の確保とその質の向上を目指して、地域保健医療の調査研究などを行っている。

専門医の養成システムだけでなく、専門医療への橋渡しの役割を担う総合医・家庭医の育成や生涯教育プログラムの提供を目的に、下記の各センターを組織し、今日の多様な地域ニーズに対応している。

- ・「地域看護研究センター」：看護職・介護職の育成など。
- ・「へき地医療支援センター」：へき地を支援する各地域の中核病院・地域の病院、へき地の診療所などの情報収集・提供。
- ・「ヘルスプロモーション研究センター」：自治体との協同による生活習慣病や介護・認知症の予防活動など。
- ・「地域医療安全推進センター」：医療安全推進と医療の質向上に向けた活動など。
- ・「へき地・離島画像支援センター」：ネットワークを活用した遠隔画像診断。



長崎離島医師搬送システム(Nagasaki Islands Medical Air System)では、県内の離島医療を支援する医師をヘリコプターに搭乗させることで、本土-離島間の移動時間を大幅に短縮。より長い診療時間の確保につなげている(写真/公益社団法人地域医療振興協会)。

人の島、一〇〇〇人の島、一万人の島、それぞれでできることは異なってくる。人口が増えるにつれ、医療機器は充実していくのだと思いますが、それでも東京の医療はできないです。そこをどこで折り合ってもらうか、地域の人が納得してくれるかが大事なところですよ。

例えば二〇〇〇人ぐらいの島では、これまで産婦人科でお産をやっていたんだから、やはり続けてほしいと島の方々は誰でも思うでしょう。しかし、分娩が年に何件あるかわからない状態で、産婦人科の医師を雇える余裕がない。ある島に行ったときは、以前、脳外科の先生がおられたせいなのか、住民から脳外科医だけは何とか確保してほしいと頼まれました。あるいはもっと小さい五〇〇〇人の島で、隣の二〇〇〇人の島には透析があるのだから、ここでもやってみてほしい、と言われるわけです。もちろん切実な話です。透析ができればそこに住めないわけですから。ただ、やはりサイズに見合った、ある程度の折り合いは必要です。

それぞれの地域で納得するレベル、という失礼かもしれませんが、この環境で

産科医は夜中に呼ばれたり、  
裁判問題に発展するなど  
リスクが大きいわりに、  
対価があまりにも低いと思います。

大久保



大久保 明 (おおくぼ あきら)

鹿児島県大島郡伊仙町長。昭和29年鹿児島県徳之島伊仙町生まれ。鹿児島大学医学部卒業。徳之島徳洲会病院などを歴任、平成11年鹿児島県議会議員、同13年から伊仙町長（現在4期目）。奄美群島市町村長会会長、奄美群島振興開発審議会委員、全国離島振興協議会理事などを務める。

暮らし続けるために、最低限これだけのものは整えてもらって、その他のことは我慢しよう、といった折り合いをつけていかなければなりません。言いすぎかもしれませんが、私自身が感じているところですよ。

大久保 確かに、人口規模によって医療は

全然違うのです。そういう意味では、私は本当の離島医療をやっていないのかもしれない。人口三万人の島でずっと働いていたわけですから。奄美大島の南にある加計呂麻島（かけろましま）という千数百人の島の診療所（加計呂麻徳洲会診療所）にはたまに応援に行きましたが、海上タクシーで対岸に渡れば大きな病院があるわけです。例えば鹿児島県の十島村（としま）（トカラ列島、註11）はまったく別の世界です。こうした離島では、これは島では対応できないだろうなと住民の方も分かっただけです。鹿児島市や、子どもが住んでいる大阪や東京へ行くことが、いまでもかなり多い。ただ、お産に関しては、いつ切迫早産になるのかはわかりませんので、島に産科医がいるかいないかでまったく事情が異なる面があります。先ほど産科の話が出ましたが、離島医療サミットのときにも、産科医が足りないことが大きな課題になりました。

先日、鹿児島大学と鹿児島県が主催するシンポジウムで、産婦人科対策として、種子島や徳之島の例をお話ししました。種子島では、平成一九九年にお産ができなくなりそうになり、地元自治体が鹿児島市医師会病院の住吉稔先生を種子島産婦人科医院（註12）の院長としてお呼びしました。その際、種子島の自治体で報酬を決めたのですが、徳之島でも県の指導のもと、島内三町で「将来の医療・福祉を考える会」という協議会をつくり、その中で産科医の給与を

補填する形をとるようにしました。その結果、二人の産科医が来られ、お産の数も戻り、里帰りができるようになりました。このような取り組みが、産科医の確保につながるかもしれません。

ただ、産科医は夜中に呼ばれたり、裁判問題に発展するなどリスクが大きいわりに、対価があまりにも低いと思います。小児科医も、親はもちろん小さい子どもにわかりやすく説明したりするのに、高齢者の慢性疾患の診療報酬とそれほど変わらない。

註11

鹿児島県十島村・屋久島と奄美大島との間、七島灘に点在する有人七島と無人島で構成。人口七五八人（平成二七年国勢調査速報値）。村役場は鹿児島市に所在、交通は鹿児島―各島―奄美大島（名瀬）を結ぶ週二便の村営船のみ。各島に村立のへき地診療所が設置され、それぞれ看護師一人が常駐。医師は、鹿児島赤十字病院から三カ月交代で長期派遣され、中之島を拠点に北部四島の巡回診療を実施、南部三島は同病院の別の医師が月二回程度の巡回診療を実施している。

註12

種子島産婦人科医院・島内での出産ができなくなるため、平成二〇年一月に鹿児島市医師会病院の産婦人科部長だった住吉稔医師を院長として開院。現在は島内三町（西之表市・中種子町・南種子町）の出資による組合が運営。島内の周産期医療を一手に担い、同二七年七月には産科医二人体制を実現している。

山田 医師の絶対数はそこそこあるのです。しかし地域では医師不足。それは地域や診療科による偏在のためです。産婦人科でも小児科でも、少ない中で大きな病院に集まっています。一人だけの産婦人科や小児科には行きませんが、一人の医師がいるところには一人目がすぐ来ますが、一人のところは二人目は来ない。

大久保 若いときは、一人では不安だからでしょう。山田 そうです。それに、産婦人科医でもやりたいことは、少し専門的なことなのです。普通の分娩よりは、不妊治療やガン治療など、産婦人科医としてのスペシャリティを求めめる人が多く、

大学や大きな病院での研修や、

勤務が好まれます。

一〇人の医師がいるところには  
二人目がすぐ来ますが、  
一人のところは二人目は来ない。

山田

大久保 いま徳

之島に來られている先生方はわりと高齢で、一度開業した方や、勤務医として勤められた方です。こういった方々は、都会には相当いらつしゃると聞きます。ある程度経験のある方々で、不妊治療などには関心がない人を離島に誘導できるかどうかです。

山田 シニア世代を活用するのは良いかもしれませぬ。

## 看護師や救急救命士の 規制緩和が必要な離島の現場

——複数の島からなる自治体の長から話をうかがうと、それぞれの島に診療所をつくって、同じようなスキルを持つお医者さん、看護師さんをきちんと配置しないと文句が出るそうです。平成の大合併でこういったところが増えました。

昨年、隠岐島前病院の白石先生から総合診療医の話がうかがいました。また別の方からは、特区とは言わないまでも、離島では看護師にもう少し医療行為を行わせることができないかといった話がありました。

大久保 救急のあり方も同じだと思います。救急救命士(註13)の資格を取っても、現場に行つて気管挿管をしたり、静脈ラインをとるなどの行為にまだ制限がかけられています。外国の事例などをみながら、法的に規制緩和していくということが、一つの方法です。

徳洲会の中でも、副院長は看護部長がなるなど、管理側にも医師だけではなく看護師も関わる仕組みが出てきています。NICU(新生児集中治療室)やICU(集中治療室)などの管理、PT(理学療法士)やOT(作業療法士)との連携などを鑑みると、医師の役割を減らして、仕事に専念



山田隆司（やまだ たかし）

公益社団法人地域医療振興協会副理事長、地域医療研究所長。昭和30年1月5日生まれ。自治医科大学卒業。約20年にわたり岐阜県久瀬地域の地域医療に携わる。現在、台東区立台東病院管理者、岐阜大学地域医療医学センター特任教授、総合診療専門医に関する委員会委員などを務める。

できるような形にすれば良いと思います。ある程度の責任をパラメディカル（註14）の方々にも持つていくことです。薬剤師はだんだんそうなってくると思います。こうした制度改正が必要な施策ではないでしょうか。

医師の役割を減らしていったら、仕事に専念できるような形にすれば良いと思います。

大久保

山田 救急救命士の問題は、まさにその通りだと思います。看護師の医療行為についてもそうです。離島には本当に医師がいない。鹿

児島県の十島村には数十人しか住んでいない島がいくつもあって、常駐の医師はいないけれども、各島には看護師さんがいる。テレビ会議はできるものの、すべての権限を与えられているわけではなく、診断治療、治療行為になるとかなり制限されています。

看取りの際、明らかに穏やかな老衰で亡くなられたにもかかわらず死亡診断ができない。亡くなられる前に島から出さないといけないので、そこに非常に憤りを感じるそう

註13

救急救命士…傷病者や急病人を救急車などで医療機関に搬送するまでの間、医師の指示の下で救命救急処置を行うことができる国家資格。器具を用いた気道確保などの処置は特定行為として処置が制限されており、医師の具体的な指示を受けなければならない。

註14

パラメディカル…看護師や臨床検査技師、診療放射線技師、救急救命士など、医師以外の医療従事者の総称。コ・メディカルとも呼ばれる。

です。いまはテレビ電話もできるわけですから、モニターを本土側の医師が見て対光反射

を画面で確認したり、聴診器を当ててもらって音を聞き取ることも可能です。島などの限られた環境では、看護師なり救急救命士なり、ほかの職種も含めてある程度の医療行為ができることを公に認める、法的なバックアップがほしいと思います。

それから、限られた環境で医師が一人しかいない場合の医療行為に対し、守られる法律が必要です。何でも許せというわけではありませんが、すべてに対して大都市の医療水準並みに厳しく責任を問われるというのはおかしい。例えばアメリカなどでは、飛行機という限られた環境の中で、医療行為をしたにも関わらず人が亡くなられた場合、そこに介入した医師は責任を問われない「善きサマリヤ人の法 (Good Samaritan Law)」があります。やはり限られた環境で善意に基づいて一所懸命やった行為に対しては、医師個人を責めないということを法的にしっかりガードしないといけません。とく

ある程度の医療行為ができることを公に認める、法的なバックアップがほしい。

山田

行為に対する法的な保護をぜひ整備してほしいと思います。大久保　まずは離島に限定するなどして、制度を整えてほしいですね。

### 総合医などを地域ぐるみで育てる必要性

—— 隠岐島前病院の白石先生のところには、類は友を呼ぶようにいろいろな若い先生方が来てくれている。それがネットワークになっていく流れができてきます。

山田　先ほど総合医のお話が出ましたが、白石先生のように、自身のキャリアの中で何でもやる、一つの地域で頑張るといった医師の育成が課題です。医学部を志す人のなか

ただ、何割かは医療の原点を  
目指す人たちがいます。

山田

には、ノーベル賞を獲りたい、あるいは大学のリサーチャーになりたいという人たちももちろんいます。ただ、何割かは医療の原点を目指す人たち

がいます。地域に根ざした医者になりたいとかアフリカやアジアの途上国に行って人々の役に立つことをやってみたいという人たちが存在する。学問的興味、関心というよりは人との関わり、地域貢献といったことを志向する人たちが総合診療医のようなキャリア形成のために離島に行く仕組みができてくるのは、良いことだと思います。これまであまり離島には行きたがらなかったわけですが、流れが変わるかもしれない。

**大久保** 確かに、いま価値観は変わってきていると思います。隠岐の島町にある隠岐病院の加藤一朝先生(自治医大卒)は、もともと内科医・家庭医でしたが、産婦人科医になられたそうです。先日、加計呂麻島で全国の学生と研修医が集まって、離島医療について語る会がありました。二年ほど開催しているのですが、百数十人集まるんです。みんな志があります。徳之島をはじめ離島出身の医師もたくさんいます。ところが、結婚して本土での生活ができあがると、

地域で産婦人科医を育てるためには、報酬だけでなく、その家族をみんなでサポートする必要があります。

大久保

本人に帰りたいという気持ちがあっても、家族が島に来たがらない現実があります。

そこで、地域で産婦人科医を育てるためには、報酬だけでなく、その家族をみんなでサポートする必要があります。数年前、千葉県の九十九里浜の総合病院に赴任した小児科の先生が、奥さんが婦人部の方々と友だちになって、子どももそこに住みたいと思ってくれて、そこで開業したというケースがあるそうです。NPOなどを立ち上げて、医師とその家族を地域で育てていくという流れはできると思います。

## 日本版CCRCと 二地域居住による地方創生

——離島の地域社会を維持していくには、ターミナルケア(終末期医療)も含めた医療・福祉がもっとも重要だと思えます。医療を核とした地域づくりとして、地方創生の目玉の一つに「日本版CCRC」(註15)が掲げられています。

註15

日本版CCRC: Continuing Care Retirement Community  
都市圏などに在住する高齢者が、健康なうちに自らの希望で地方に移り住み、介護が必要になっても他所に移転することなく継続的なケアを受けながら活動的に暮らすことを目指す地域共同体構想。

その先駆けとして伊仙町が動いておられる。東京二三区の高齢者施設はいずれバンクします。いよいよよとなつてから地方へ行くよりは、元気でアクティブなうちに、離島をすみかの住処として地域貢献していただく。

これがうまくいけば、地域に雇用が生まれることになると思います。また、家族やお子さん、お孫さんが来て島が活性化すること

も考えられます。

山田 お医者さんとはかく都市に集中しがちです。研修制度もそうですが、偏った集中は問題です。もちろん人口が東京に集中していることもあるのですが、お医者さんはそれ以上に傾斜しているように思います。質のいい医療とは高度先端医療であつて、東京で医療を勉強する方が効率がいいと思いがちなのです。しかし、生活の豊かさや医者の価値観など、考え方の幅を広げれば、医師としてのやりがいや最先端の医療にのみあるわけではありません。地域に根差して、そこでともに暮らすことで得られる価値観は非常に高いものがあると思います。ですから医療だけでなく、家族の生活なども含めてもう少し幅広い価値観で暮

らすことを考えると、東京は暮らしにくく、地方の方が良いということがあり得ます。

都会は、ひずみのある地域社会です。だから、早めにフランスのいい場所を見つけたい。自分に縁があるところでもいいし、奥さんが喜ぶところでもいい。親戚などがある場所でもいいと思います。東京に集中的

地域に根差して、  
そこでともに暮らすことで得られる価値観は  
非常に高いものがあると思います。

山田

に施設をつくって、東京だけで最期を看取することを考えると地方から出てきた人たちです。早めに帰郷して、豊かな自然や文化が残る地方で暮らしてみてもいいでしょう。東京の超高層ビル地域に老人マンションをつくるぐらいだったら、そのお金を島などにバランスよく使ったほうが良いと思います。その価値観を、総合医を目指す先生たちに向かつて、もう少しアピールしたい。地域にある本当の豊かさをもう少しうまくPRできたら、皆さんはもう少し考えてくれるのではないかなという気がします。

——以前、ブータン王国の国王夫妻が来たときに、幸せとは何ぞやという「金で測れない幸福度」の議論がありました。

## 鹿児島県大島郡伊仙町

鹿児島市の南西約468km、東シナ海と太平洋の接線上にある徳之島の、南西部に位置する町(東部は徳之島町、北西部は天城町)。地形は、北部にそびえる犬田布岳(標高417m)から南岸に向かってゆるやかに傾斜しており、海岸線はサンゴ礁の奇岩が多く、各所に鍾乳洞がみられる。平坦地のほとんどが耕地として拓かれ、サトウキビやパレイシヨの栽培、園芸・果樹農業が盛ん。近年ではマンゴー生産にも力を入れている。アマミノクロウサギやイボイモリ、オオアマミテンナンショウといった稀少動植物が息息・生育しており、奄美・琉球の世界自然遺産登録に向けた取り組みを行っている。

日本でもっとも出生率が高い自治体として知られ、平成20～24年の合計特殊出生率(ベイズ推定値)は2.81(全国平均1.38)を記録。人口を維持していくために必要な出生率(2.08)を大きく上回っている。長寿の町としても有名で、過去にはギネスブック認定の長寿世界一も輩出している。なお、徳之島町、天城町の出生率も高く、それぞれ2.18(全国5位)、2.12(同10位)を誇る。

人口6,369人(平成27年国勢調査速報値)で減少傾向にあるが、平成25年、26年は人口の流入(社会増)のほうが流出(社会減)より大きくなっている。

町では、現状を勘案し、①伊仙町における安定した雇用の創出(農業振興、6次産業化の推進、企業誘致など)、②出生率日本一の町ならではの結婚・出産・子育て環境の整備(結婚・子育て環境整備、教育の充実など)、③長寿世界一を育んだ安心な暮らしづくり(小さな拠点によるまちづくり、生涯活躍できるまちづくり、島外からの人材受け入れ、地域と地域の連携など)の3つの柱を基本目標とした総合戦略(平成27年12月)を策定、「生涯活躍のまちづくり」に取り組んでいる。

大都市圏に暮らす元気な中高年層などの移住を促して、人口増加と地域活性化を図る「離島版CCRC構想」の推進もその一環で、平成31年度までに250人の移住者を迎えるため、「お試し移住」などを実施していくこととしている。



伊仙町は、長寿・子宝のまちづくりとして先進的な取り組みを進めている(写真/伊仙町役場)。

### 合計特殊出生率の高い離島自治体

全国順位	都道県名	市町村名	島名	合計特殊出生率
1	鹿児島県	伊仙町	徳之島	2.81
2	沖縄県	久米島町	久米島ほか	2.31
3	沖縄県	宮古島市	宮古島ほか	2.27
5	長崎県	対馬市	対馬島ほか	2.18
5	鹿児島県	徳之島町	徳之島	2.18
8	沖縄県	石垣市	石垣島	2.16
9	長崎県	壱岐市	壱岐島ほか	2.14
10	鹿児島県	天城町	徳之島	2.12
11	鹿児島県	与論町	与論島	2.10
15	沖縄県	南大東村	南大東島	2.07
15	沖縄県	多良間村	多良間島ほか	2.07
18	鹿児島県	瀬戸内町	奄美大島ほか	2.06
19	鹿児島県	南種子町	種子島	2.03
19	鹿児島県	屋久島町	屋久島ほか	2.03
23	鹿児島県	知名町	沖永良部島	2.02
24	鹿児島県	中種子町	種子島	2.00
24	鹿児島県	喜界町	喜界島	2.00
24	鹿児島県	和泊町	沖永良部島	2.00

参考) 全国の合計特殊出生率は1.38  
 出典) 厚生労働省「平成20～24年人口動態保健所・市区町村別統計」より作成

大久保 国民総幸福量（註16）ですね。フランスでは、それを指数化して政策に反映させていくらしいです。

——東京・荒川区の「荒川区民総幸福度（Gross Atakawa Happiness）」のように、継続している自治体もあります。

大久保 先日、鹿児島で地方創生に関する講演がありました。『地域再生の罫』の著者、久繁哲之介さんのお話でした。

同氏はIBMに就職しますが、広島県の実家の老舗飲食店の経営を手伝わないといけなくなり、考えた末に休日は広島へ帰る二地域居住を始めました。結果、会社の仕事も、

飲食店も上手くいったそうです。二地域に住むことによって視野は広がるし、客観的に見ることができたとのことのお話でした。医療も専門性を突き詰めて行くと、タコつぽに入っ

て出られなくなると思います。ものすごい能力があっても、そこにはまって抜けられなくなる。増田寛也さんのセンサーショナルな「地方消滅」（註17）は、政府

に大きな関心を持たせたという意味で、たいへん画期的だったと思います。

二〇六〇年には、日本の人口は八〇〇〇万人台になり、労

働人口もいまの三分の一近くになるわけですから、地方に移住しない限り、二〇二五年に東京では一七万人の介護難民が出ます。

伊仙町の場合、天が与えた「長寿」と「高い出生率」（註18）という他所にはない大きな利点があります。私は以前から政策的に徳之島が何らかのモデルになるだろうという気持ちがありました。

### 地方創生の核となる 地域包括ケアシステム

大久保 今後必要な施策は、「地域包括ケアシステム」（註19）です。これは地方創生の核になると思います。小さな自治体、小さな集落で地域包括支援センターや組織をつくっていききたい。老若男女が集まってコミュニケーションを深め、

### 以前から、政策的に徳之島が 何らかのモデルになるだろうという 気持ちがありました。

大久保

移住してきた方々も加わるといいう形になれば、誰がどういう状況にあるのか相互チェックできるわけです。子どもたちやいろいろな方々と交流することで、高齢者も元気になっていくと思います。

地域の人口を維持するために、コンパクト化という話があります。ただ、周辺部の集落はますます疲弊してしまふ。逆の発想で、高齢者は集中でもいい、

若者を分散させて、各地区の真ん中に人を集めようというのが地域包括支援センターの考えです。

このほか、二つの企業を町に誘致できました。これにより住民が二百人近く増えることになりました。さらに四十人規模の企業を誘致できそうです。みんな不可能だと思っ手をつけなかっただけで、実際に取り組んでみるとできた。

地域づくりはこれからです。医療・福祉のシステムと、民間を含めた機関があることが大事です。人口六、七〇〇人の規模の自治体であれば、こうした地域づくりができると思います。ただ、地方の中核都市に介護施設の空きが出て、東京から地方都市に移しても、肝心の人口減問題には効果はないと思います。離島のようなさらに小さい地域に移していくことで、人口減少を食い止めていきたい。それを伊仙町からやっていこうと考えています。

医師にしても、専門職でずっといるより、総合医、家庭医、プライマリ・ケア医のほうが視野が広がります。いまはリアルタイムで情報を得られる時代ですから、勉強は家

地域づくりはこれからです。

医療・福祉のシステムと、

民間を含めた機関があることが大事です。

大久保

でもできるわけです。何も無理して東京にだけいる必要はなく、月に何回かは離島やへき地に行くといった二地域居住が可能です。地域で学びたいけれど、離島に一人で行くことは不安といった医師の問題は、こうすることで解決につながるのではないのでしょうか。

註16

国民総幸福量・GNH = Gross National Happiness 国民全体の幸福を表す尺度で、プータンの第四代国王が一九七二年に国家理念として提唱。同国では、国民総生産（GNP）のような経済的・物質的尺度ではなく、伝統的な社会や文化、自然などを守るという価値観にもとづき、国民に対する聞き取り調査によって幸福量を指標化し、その増加を政策の柱としている。

註17

地方消滅・若年女性人口の減少により全国八九六の地方自治体が消滅しかねないという警鐘。平成二六年に民間機関「日本創成会議」（座長・増田寛也元総務相）が発表した。

註18

長寿と高い出生率…これまでに伊仙町は、泉重千代さん（一二〇歳、故人）、本郷かまとさん（一二六歳、同）という当時世界最長寿とされた男女二人を輩出。また、厚生労働省が発表した平成二〇～二四年の市区町村別合計特殊出生率で日本一の二・八一を記録している。

註19

地域包括ケアシステム…高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを可能な限り継続できるように、地域の特性に応じて、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供しようとする構想。平成三七年を目途に厚生労働省が推進。

山田 私もそう思います。

大久保 そういう仕組みを、若い先生方は求めています。

## キャリア形成が

## フレキシブルにできるニーズは高い。

山田

からずっと毎月一回活動を続けておられる医師がいます。離島医療でも、月に一回必ず島へ行って専門診療を続けている先生の話をよく耳にします。

山田 確かにキャリア形成がフレキシブルにできるニーズは高い。

大久保 彼らはパラレルキャリア（註20）という表現をしています。

## 真の医師を育てるための 離島の活用を

——デュアルライフは、これからますます進展すると思います。ICTがこれだけ発達しており、どこにいても同じような仕事ができるわけですから。最近、鳥取県日野町が「ふるさと住民票（註21）」を発行し始めました。一人でも最低二地域に責任を持てば、日本の人口が五〇〇〇万人になっても大丈夫じゃないか、という話をしたことがあります。こういう考えを持つ人たちも若い世代で増えてきていますので、これをサポートするシステムをつくりあげれば、世の中は変わってくるような気がします。

山田 小さなコミュニティでこそやりがいを感じるといふことがあります。被災地支援などもそうですが、関わって

を早々に終わらせて現地へ行きましたが、すでに医師たちが集まってきていました。勤務医もいるし、開業している人もいました。みんな地域で困っている人のためになりた、という思いが原点にあるんです。

山田 そういうドキドキするとか、豊かさを実感できる現場を部分的に持つていけば、そのかたちが二地域居住でも良いと思います。

大久保 本来の希望、願望を生かすような手法がないと、結果的には成り立ちません。その環境をつくりだせるのが、まさに離島医療です。

山田 そうですね。地域包括ケアが今後は重要になってくるといってお話がありました。まさしくそのとおりです。全員が必ず死んでいくわけですから。そう考えると、東京には不安な人が多いと思います。都会の真っ只中に最後まで残って死んでいくことは難しくなっています。一方、島や小さなコミュニティのほうがわりと安心していられます。だから、そういった意味での豊かさは、小さなコミ

ユニティーの方が大きい。人は一人で死んでいきますが、家族やコミュニティに関わりを持つことで、少しでも穏やかな終末期を迎えることができるような気がします。お互いが助け合っ

てそうした環境づくりをしたいですね。

大久保 徳之島の出生率がなぜ

高いのか。子どもは夫婦だけで育てるといふ考え方を島の誰もが持っているからです。地域コミュニティで育てる。車で行ける範囲に三世代のうちの誰かいるんです。本土ではなかなかできないことだと思います。

うちのある職員は、二人目の子どもができるのですが、自分の母親のところに兄弟の子どもも集めて、おばあさんが五人をみるそうです。島は、高齢者も子どももみんな元気でです。

山田 家族力、地域力ですね。私もまだまだ離島医療を十分に理解しているわけではありませんが、離島の地域力、魅力、豊かさをもっと理解して活用していかないとまったくないと感じます。これを知らない人が多いから、みんな一直線に東京を目指してしまう。とくに研修制度では、い

徳之島の出生率がなぜ高いのか。  
子どもは夫婦だけで育てるといふ考え方を  
島の誰もが持つていないからです。

まいろいろなお話が言われており、非常に複雑な時期かも知れませんが、研修の質を担保するためには大きな病院でなくては、指導医がいなければ、こういう機器がなければと、

研修制度のハードルがだんだん上がっているなかで、研修医も指導者も大きな施設を目指すようになりがちです。

大久保

ただ、よくよく考えると、医師に専門性があつて、最先端の技術があ

れば人は救われるかというところではない。人は最後には死んでいくわけだし、救われない状況にあつてもケアしてもらいたい、あるいはそんな状況でこそ寄り添ってほしいと願っているわけです。そういった医師に求められない役割を果たそうとしたら、離島を経験しないともったいないと思います。ノーベル賞を目指して医学研究に勤しむ

註20

パラレルキャリア…仕事以外の仕事を持つことや、社会貢献的な活動に参加することなどを指す。

註21

鳥取県日野町の「ふるさと住民票」…町外に住む町出身者らを対象に、町とのつながりを深めてもらうための制度。平成二八年二月から「ふるさと住民カード」を発行し、広報紙や催し案内などを送付、パブリックコメントへの参加など、各種サービスを提供する。

医師は別かもしれませんが、少なくとも聴診器を持って人を診る、人に直に接する医師になるのであれば、やはり地域をぜひ活用してほしいと思います。それを強制すると反対されてしまいますが、地域に学ぶということの意味を、医者だからこそもっと重要視してほしい。

総合医の議論をしている人たちも、この意味について分かっているようなことを言いますが、

大久保町長のように、実際に経験して、歯を食いしば

ってやった体験がないと、本当の理解にはつながっていないような気がしています。もともと地域偏在や、地域のことを慮るような仕組みにしていけないと、つらいことを避けたいがるような人たちがライセンズだけほしいと言って専門医制度が進むといった傾向が強まるのではないかと危惧しています。

**大久保** 山田先生にお会いできて本当にうれしく思います。同じ方向を向いている方が集まって連携をとっていければ、必ずうまくいくと信じています。いま、離島医療に関しては鹿児島県と連携をとっています。医師会の先生方との話し合いも、県を中心に形成されつつあります。もちろん大

学病院とも連携をとっていきます。

いまの時代、大学自体が地域貢献しないといけないと考えます。鹿児島県も含めて地域枠という制度がつくられました。自治医大のOBの人たちのキャリア形成はものすごくたいへんだと思います。研修して帰ってきたら医局に入れないとか、医局に入っても壁があります。これからは、地域医療を育てる会などに若い人たちが参画するようになってくるんじゃないでしょうか。

地域に学ぶということの意味を、  
医者だからこそもっと重要視してほしい。

山田

まさに国を挙げて地方創生と言っているわけですが、へき地、離島に医療機関があることが絶対条件だと思います。先進例として「シェア金沢」(註22)がよく取り上げられますが、金沢市には肝心の医師がちゃんとしています。へき地、離島で同じことをやろうとしたら、まず医療機関があるということが絶対に必要です。

瀬戸内海には巡回診療船の済生丸(註23)があつて、先日、乗ってきました。理事長にもお会いしましたが、経営はたいへんだそうです。鹿児島県の離島は海外なので、済生丸のような巡回船はできませんが、十島村や三島村などには県のドクターヘリが飛んでおり(註24)、かなり稼働しているそうです。離島巡回診療ヘリ(註25)の仕組みもあります。



■対談を聴いて

行政の立場で離島振興に関わっていた時から、離島医療の問題には一種の歯がゆさを感じてきた。今回、現場で課題に直面されているお二人から直接お話をうかがうことができ、目から鱗が落ちたような気がする。離島は、少子高齢化が進行するわが国の未来予想図とも言えるのだから、総合診療医育成や、コ・メディカルの規制緩和など、離島なればこそできることから始めるべきではないか。言うなれば、「離島発の医療制度改革」に期待したいと感じた次第である。

(進行/小島愛之助 日本離島センター専務理事)

離島への医師派遣時にヘリコプターを使う仕組みは、長崎県で行われています(註26)。あきらめずに頑張れば、知恵は出てくると思います。

——本日はどうもありがとうございます。本財団も離島医療の振興にいつそう努めてまいりたいと思います。

平成二八年二月二六日、日本離島センターにて

註22

シエア金沢・石川県の社会福祉法人佛子園が主体となつて金沢市の東地区で取り組まれる新しいかたちの地域づくり。「私がつくる街」を運営コンセプトに、高齢者や障害者、学生など多様な人が積極的にコミュニティ形成に関わる。地区内には児童入所施設、高齢者福祉施設、高齢者向け住宅、学生住宅、温泉、レストラン、商業施設などが複合的に配置されている。

註23

済生丸…瀬戸内海の離島を対象とする国内唯一の巡回診療船。現在は社会福祉法人恩賜財団済生会の岡山・広島・香川・愛媛県支部が共同で運営。医師・看護師が交替で乗船、昭和三七年から上記四県の小規模離島を中心に巡って健診や内科診療を実施している。現行船舶は平成二六年一月に就航した四代目の「済生丸100」。鹿児島県のドクターヘリ…平成二三年に県が導入して運航を開始。鹿児島市立病院を運航主体に、離島では甬島、種子島、屋久島、三島村、十島村(一部)を運航範囲としている。その他、鹿児島県内離島のヘリによる緊急搬送としては、海上自衛隊(鹿屋基地)、陸上自衛隊(那覇基地)、県防災航空隊(枕崎)によるものがある。

註25

離島巡回診療ヘリ…厚生労働省の支援事業。都道府県などが実施主体となり、離島の無医地区などを対象に医師・看護師などが搭乗して巡回診療を行う場合、その運営を国が財政支援する。平成二八年度から、山間地などへき地にも対象が拡大されている。

註26

長崎離島医師搬送システム…(公社)地域医療振興協会が、長崎県内離島の医療機関への専門医や代診医などの派遣時に、平成二五年からヘリコプターを活用したフライングドクターシステムを導入している。