

地域医療提供体制

2) 地域全体で専攻医を育成するという観点

① 申請前: 地域における関係者の協議

- 行政、病院会、医師会、大学等々で協議の機会を作る
- 研修基準を満たす病院が取り残されないように

② 申請中: 3次医療圏における研修プログラム数について協議

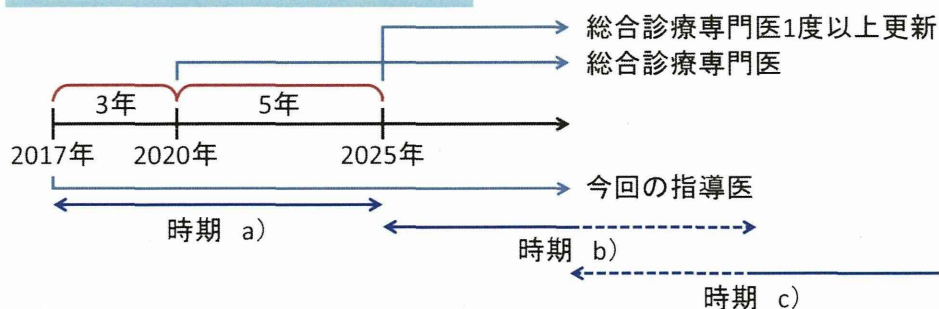
- 専攻医は研修にとって魅力ある研修プログラムを選択
- 単独の研修プログラムは専攻医の移動の危険性がある
- 500人前後の募集が見込める領域では少なくとも複数

③ 採用試験中: 研修プログラム定員についての協議

- 研修プログラムに専攻医の欠員(0人)がないように協議

「基本領域専門研修プログラム形成」(<http://www.japan-senmon-i.jp/program/index.html>)より改変

専門医制度構築とその展望



日本専門医機構は、専攻医を指導する指導医について「専門医を“1度以上”更新した専門医」としている。

- これまでの指導医のみの時期
- これまでの指導医と、専門医資格を取得して1度目の資格更新を経た指導医とが混在している時期
- 専門医資格をもった指導医がほとんどとなった時期

- 時期a)は、平成29年(2017年)から平成37年(2025年)までの8年間である。
- 時期b)は、平成37年(2025年)以降で、時期c)に至るまでとなるが、いつ時期c)が到来するかは不明
- 従って、今後、十数年間は、これまでの指導者の活躍を当てにせねばならないものとする。

(「総合診療専門医に関する委員会」からの報告(平成27年4月20日)より)

へき地医療拠点病院ならびにへき地診療所の 機能向上と連携推進に向けて

へき地医療の確保に向けた医療機関の再編
ネットワーク構築における都道府県としての取組みについて

高知県へき地医療支援機構 専任担当官
高知医療センター（へき地医療拠点病院）
澤田 努

へき地医療支援機構等連絡会議平成28年1月29日（金）

今後、地方の高齢化・過疎化
は益々進行！

常勤医師が配置されるへき地診療所の事例

A町にあるへき地診療所

(国保直診、開設者は町長)

市町村合併によってB町と一緒にになり、診療所の対象人口は10年前は約900人いたが、現在は約400人に減少。

定年を延長して雇用されていた常勤医師が親の介護を理由に、半年後の退職を希望。

退職を予定する医師の立場から

へき地医療は重要だし、これまで長年診療をしてきたお年寄りや地域住民のためにも何とか仕事は続けたいところだが、一日あたりの受診患者や在宅の患者さんも随分と昔に比べ少なくなってきた・・・私自身も年だし母親も介護が必要になったこともあってそろそろ身を引くべきタイミングなのかなあ。

行政(役場)の立場として

へき地診療所は何としても残したいと思うが、患者数の減少によって診療所の運営が赤字が続き、一般会計からの繰り入れ額も年々膨らんでいる。後任医師の確保を目指し大学や関係医療機関をあちこち回ってみたが全く駄目だった。

このままでは診療所廃止もやむなしか。

地域住民の立場として

健康や安心は何よりも大切。診療所は我々の命綱(最後の砦)なので、これまで同様に常勤の医師を何としても見つけきて欲しい。

医師が確保できないからと言って診療所を廃止するなんてとんでもないこと！

これからのへき地医療を考えて
いく上で必要なキーワード

- 「医師確保」から「医療の確保」へ
- 「点(個人)で支える医療」から
「面(システム)で支える医療」へ

市町村単独でのへき地勤務医師
確保はより困難な時代に

- 新医師臨床研修制度や新専門医のしくみ
など医学教育をめぐる環境の変化
→ 専門医志向の若手医師が増加
- へき地医療機関におけるキャリア形成に
対する不安
- 総合診療専門医の更新要件やサブスペシ
ヤリティの部分がまだ未定



二次医療圏もしくは県レベルでの**医療確保**が
求められる時代に

これからの時代、へき地診療所を
どのように運営していくかについて
市町村と一緒に都道府県も考えて
いく必要がある

事例提示

① 常勤医師を配置する 従来型のへき地診療所

- 入院あり・・・複数体制
※ 実は入院があるために時間外に
束縛される時間が相当長い
→2名体制の場合、約6ヶ月間の束縛となる
- 入院なし・・・一人体制
時間外は比較的自由的な時間を確保
できる

② 複数のへき地診療所を 一体型で運営(集約化)

- 旧C町の運営するへき地診療所
(2名体制、入院19床あり、対象人口3500人)
 - 旧D村が運営するへき地診療所
(2名体制、無床、対象人口3000人)
- 現在、旧C町と旧D村は町村合併して一つの町となっている。

両診療所を一体的に運営。電子カルテで情報共有、
当直体制は有床診療所の方に一本化。
医師は集約化により3名体制(1名減)に。

③ 常勤医師体制から医師派遣型へ

- E市が運営する離島のへき地診療所を複数のへき地医療拠点病院からの医師派遣(1泊2日×2回:週4日の外来日を確保)で運営
- F町が運営するへき地診療所を複数のへき地医療拠点病院や郡市医師会からの医師派遣(週2.5日)で運営

④ 指定管理型への移行

- G村が運営するへき地診療所をH町のへき地医療拠点病院に指定管理を依頼
拠点病院からは週に3回医師と看護師を診療所に派遣
- I市が運営するへき地診療所を高知大学に指定管理を依頼
大学(寄付講座)から週に5日医師を診療所に派遣

⑤ 兼務(併任)による業務連携

J村が運営するへき地診療所の常勤医師が、高度医療を提供する急性期のK病院と兼務(併任)による業務連携を行う事例

(週1日はK病院の医師として勤務)

※給与の1/5はK病院からJ村の一般会計に繰り入れされる
事例: ・救命救急センターでOJTとしてドクヘリに搭乗したりホットラインを受け持つ
・整形外科や消化器内科、産婦人科などで研修検査や手術(場合によっては当直も)にも入る

→医師としてはキャリア形成にもつながり、派遣する村としては研修ではないので一定の収入になる仕組み

⑥ 民間病院からへき地診療所への医師派遣

- L病院(社会医療法人:へき地要件)からM町が運営するへき地診療所へ週1回医師を派遣
- N病院(民間病院):からO市が運営するへき地診療所へ週3回医師を派遣
※同一開設者のため社会医療法人の指定はできず

⑦ 民間病院からへき地医療拠点病院 への医師派遣(新要件)

○病院(社会医療法人:へき地要件)からP町
が運営するへき地医療拠点病院へ週2回
医師を派遣(年間106日)



医師派遣を受けた若干医師数に余裕を得る
ことができたP町が運営するへき地医療拠点
病院からは、玉突きでQ村が運営するへき地
診療所へ週2回医師を派遣することが可能と
なった(年間106日)

⑧ 有床のへき地診療所 に対する週末の当直支援

※有床診療所は時間外の束縛が多い

19床の病床を有するへき地診療所(2ヶ所)
に対して、複数のへき地医療拠点病院や
周辺にある無床へき地診療所(基本的に当直なし)
などから月に1~2回程度の週末当直の支援

→派遣調整はへき地医療支援機構が行う