

## ⑨ 公立病院機能の再編事例

- 二次医療圏内にある3ヶ所の公立病院の再編事例として、

S病院(275床)

T病院(199床)

U病院(98床)

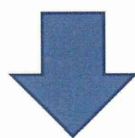


S病院を急性期に特化した医療センター(232床)として集約

T病院とU病院は療養型の病院として再編

- その他、公立病院のベッドを廃止して診療所化した事例も見られるようになってきた。

へき地医療機関を孤立させないために



時間と距離のハンディを克服するためのツールとして医療ICTは不可欠

# これからの郡部・へき地医療におけるICT

## 救急動画伝送

## 静止画伝送

へき地医療情報ネットワーク + docomo3G回線

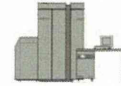
へき地医療情報ネットワーク

動画共有サーバー:高知大学付属病院

静止画共有サーバー:高知医療センター



交通事故現場  
 滑落現場  
 災害現場  
 救急車内の患者さん  
 救急車内のモニター等



レントゲン  
 CT  
 MRI  
 内視鏡  
 エコー  
 心電図等



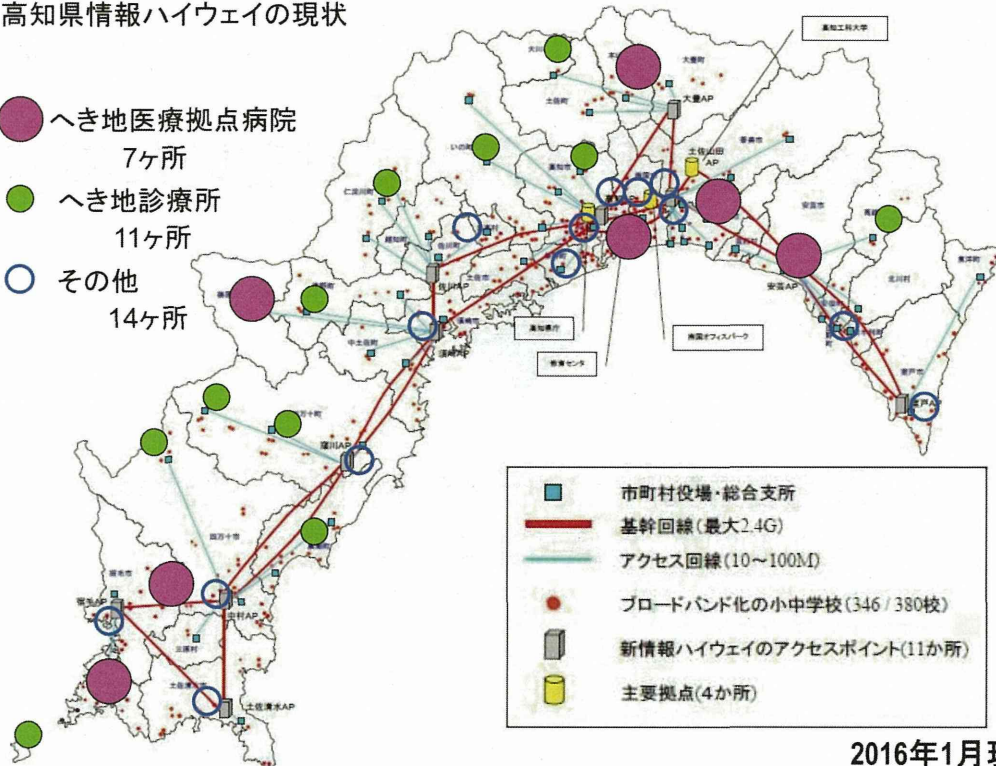
郡部・へき地で勤務  
 する消防・救急隊への支援  
 (全15消防本部の救急車に設置)



郡部・へき地で勤務  
 する医師への支援  
 (現在32ヶ所の医療機関に設置)

### 高知県情報ハイウェイの現状

- へき地医療拠点病院  
7ヶ所
- へき地診療所  
11ヶ所
- その他  
14ヶ所

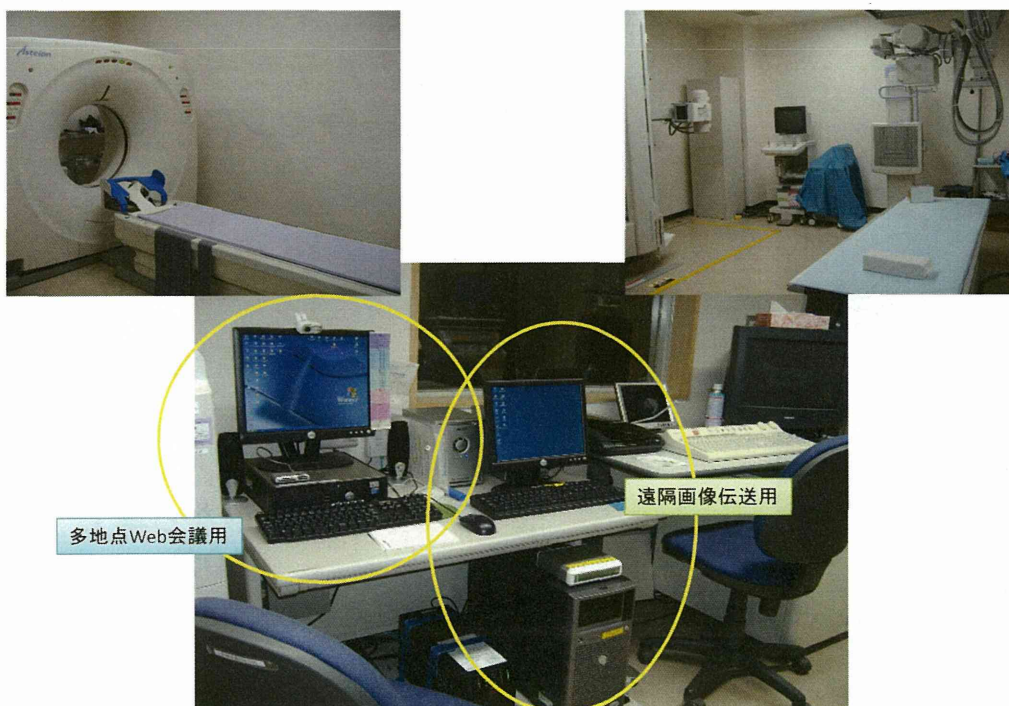


2016年1月現在

## 高知県へき地情報ネットワークの活用

- ① 遠隔画像伝送
- ② 多地点Web会議  
離島診療所では、医師が天候などで島に渡れない場合などには遠隔Web会議を活用して診療を行うことも  
(※島には月曜日～金曜日、常勤看護師2名が常駐)
- ③ へき地診療所のWeb型電子カルテ(県内9施設で運用中)
- ④ 救急車からの動画伝送システム  
(県内15消防本部の救急車に搭載)
- ⑤ 県警本部のサーバーともつないで事故現場の写真を救命救急センターへ直接画像伝送
- ⑥ DPC対象病院(12施設)の診療情報を県外へバックアップ  
(南海トラフ大地震対策)

## Web会議&遠隔画像伝送装置





# 多地点遠隔Web会議



## へき地診療所へのWeb型電子カルテの設置 (県内にある9ヶ所のへき地診療所と高知医療センター)

大正診療所



西土佐診療所



十和診療所

杉ノ川診療所

電子カルテサーバーは  
高知医療センターに設置



へき地診療所の  
電子カルテ

高知市

四万十町

高知市から車で  
90分

診療報酬改定や不具合などに対する迅速な  
メンテナンスが可能



# 高知新聞記事 (2011.4.21 木曜日)

ウェアラブルカメラ  
(携帯用)

携帯型パソコン  
(携帯用)



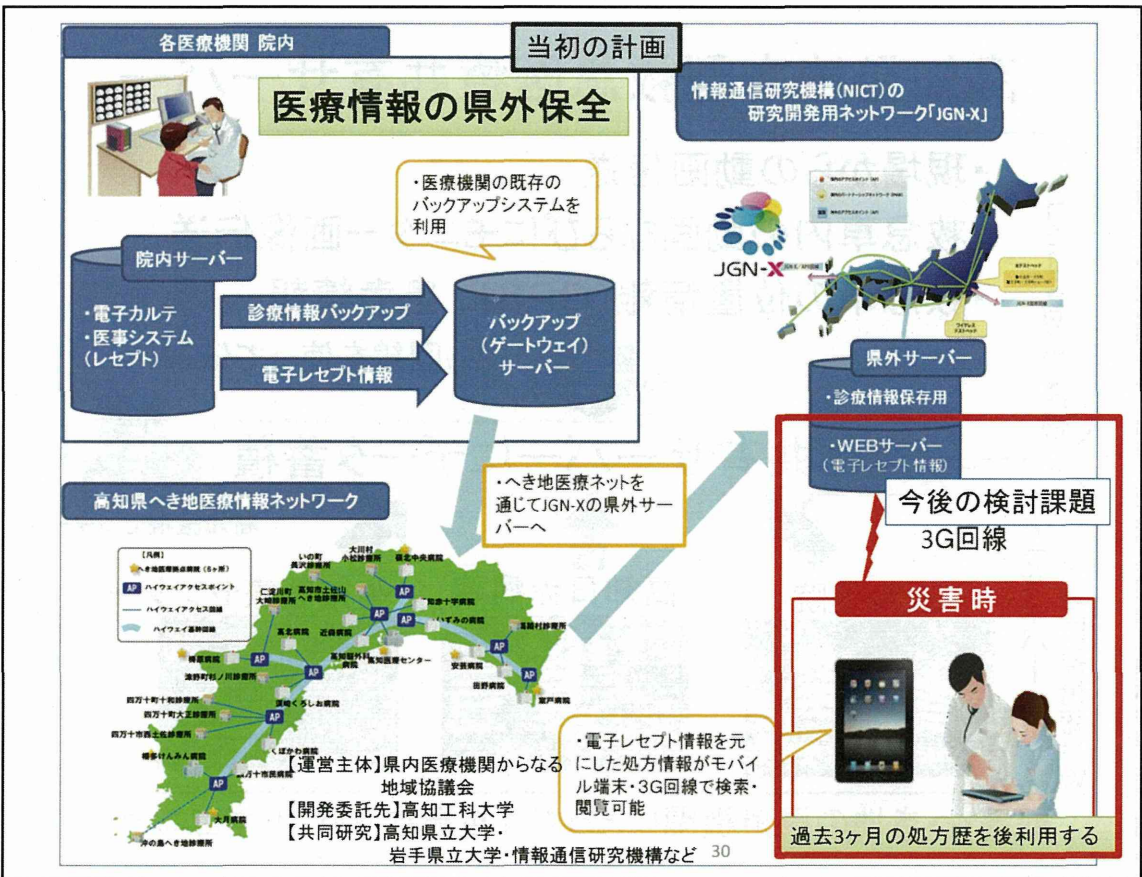
## 高知発地方型救急医療共有サーバー



郡部・へき地の医療機関にとっては重要なセカンドオピニオン



# 高知県警との連携(2014.2月スタート)



## 結 語

- 時代は「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
- 医師をへき地へ派遣する病院への  
(実績に応じた)インセンティブ強化  
※へき地医療拠点病院や社会医療法人(へき地要件)
- 時間と距離のハンディ克服と連携強化のための  
医療ICTによるネットワーク構築



## 新たな専門医の仕組みにおける 自治医科大学ならびに 地域枠卒業医師のキャリアパス

(第1グループ)

北海道、茨城県、福井県、三重県、  
鳥取県、香川県、熊本県

### 現状・課題等

- ◆後期研修の時期  
専門医の取得時期
- ◆後期研修の都道府県外での実施  
キャリア形成に配慮し、県外での研修を認めるか。
- ◆診療科の選択
  - ・選択の制限の有無
  - ・医育大学と協議(入局者)の有無
- ◆配置先
  - ・自治医大卒医師は都道府県が人事権  
(地域医療支援センターの会議等で決定)
  - ・地域枠卒業医師の配置の方法
- ◆専門研修施設群の構成  
今後、へき地医療機関をプログラム(特別連携施設等)に加えられるか。



## 第2グループ

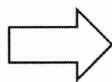
新たな専門医の仕組みにおける自治医科大学ならびに  
地域卒卒業医師のキャリアパスについて

### 目標

義務年限内での専門医の取得

### 課題

- ・義務年限内で過疎地での勤務の中で専門医をどのようにとっていけるか
- ・学生が総合診療に関心があってもモデルとなる医師が少ないため、他の専門に向かうことが多い
- ・総合診療医を目指す学生が少ない



### 検討

総合診療を取得するため自治医科大学のローテーションを変えることは可能か？（救急・小児等）



現在の体制を維持できなくなる可能性があるため、困難



専門医取得を踏まえたローテーションのルールの再検討も必要

# 新専門医制度の仕組みとへき地医療問題との関わり

(グループ3)

岩手県、群馬県、長野県、京都府、  
岡山県、高知県、鹿児島県

資料7 (7-4)

## <背景>

地域枠の学生が増加していく中、将来的にその配置を新たな専門医の仕組みに組み入れて、へき地医療に貢献していくことはできないか(へき地医療と専門医研修は両立させなければならない)

## <考えられる対策>

- ・専門医のプログラム中の「地域医療」をへき地医療として活用していくシステムづくり
- ・地域医療勤務期間も、義務年限としてカウントされることが重要
- ・専攻医にとって魅力あるプログラム
- ・指導医の充実
- ・内科のプログラムに地域医療機関を巻き込むことが重要(どこかのプログラムに加わる)
- ・基幹施設と連携施設のスムーズな関係

資料7 (7-4)



# 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

## テーマ1

- 沖縄県
- 自治医大
- 沖縄県立中部病院プライマリケアコースで
- 3年研修→2年僻地→1年研修→2年僻地
- 自治医大はプログラムと合わなくなる可能性あり。
- 地域枠(7年間のうちに柔軟に4年間のどこかで地域勤務になるよう調整中)
- 19領域全ての専門医が取得できるよう琉球大学と調整した
- 取得に5年間かかるもの
- 僻地医療機関を病院群に加えた場合の工夫
- (2階建て部分にも対応できるように)

→選択肢をできるだけ狭めないように

崎原Drより総合診療専門医は他の領域と並列ではなく全ての基本に

- 福岡県
- 4年目以降に僻地勤務(3年目まで飯塚市立病院で研修)
- 希望者には総合診療専門医の資格ぐらいは取得できるように調整中
- 一人診療所勤務の場合は、基幹病院との連絡体制を確保して総合診療専門研修①が可能だろう。
- その他の専門医については手つかず
- 地域枠(不足診療科枠)があるが、総合診療部門も不足診療科に加えるか検討中。

- 山口県
- <自治医大>
- 原則、総合診療専門医を3～5年目の勤務で取得する予定(義務内で)
- 専門医として義務後半を過ごす
- <地域枠>
- 過疎地域の勤務指定の有無がある(12年間のうち7年間は義務)、ほとんど公的病院
- 山口大学への入局が前提となっており、山口大学の専門医取得の方法で、5年間フリーのため調整は必要かもしれないが取得は可能だろう



- 兵庫県
- 僻地病院で前期派遣(3年)
- 後期研修(2年)
- 僻地への後期派遣(2年)
- 特に科の強制はしないが、基本は内科・総合診療としての勤務になる
- <課題>
- 基幹施設・連携施設にしか派遣できないのは困る(そのときの状況に応じて派遣をしている)
- 自治医大と地域枠は全く同じコース
- 最大で180名の僻地勤務者が生まれる可能性がある。

- 岐阜県
- 自治医大
- 総合診療専門医を義務中にとれるように検討中(自治医大に特化して)
- 総合診療専門医以外でもかまわないが、県の関与は難しい。
- 地域枠
- 地元大学の医局のコントロール下になる
- 岐阜大学の総合診療部門と自治医大の派遣が相乗りになるような形で進めば

## テーマ2

- 沖縄県
- 僻地医療支援機構(H14~)
- 20の一人診療所の支援を
- ①TV会議システム、②ドクタープール(2名)
- ③急患対応
- 地域医療振興協会の立場で、県からの委託を受けて支援中
- 協会と県が協力していることが重要

- 福岡県
- 代診支援可能な病院が7つ
- 飯塚市立病院は3カ所、200日以上支援
- 人口減で需要の少なくなっている診療所もあり、そういったところへの支援は今後どうすべきかが課題→高知の事例が参考に
- では、どの程度の需要なら常勤でなくてもいいのか、という問題がある



- 山口県
  - 僻地人口規模↓
  - 住民票上と実際の人口規模の乖離もある。
  - どこまで常勤派遣を続けるのか？
  - 患者数・交通アクセス
  - 常勤でなくなるための客観的な指標は？
  - 非常勤にする場合は、どのように医療体制を確保していくのか？
- 
- 病院と診療所の両方をカバーするような派遣方法を検討している。

- 兵庫県
- 僻地拠点病院から週に何回か派遣している診療所が多い。
- 医師会Drに管理者になってもらっているところもあるが、拠点病院の管理下が多い
- 地域枠
- 常勤の僻地Drも高齢化・病気などあり、いつまで現状の体制が続けられるのか。
- 地域枠の制度もどこまで続くのか？
- 次の手は？
- 県の要請医師OBのネットワークを作り、急な支援に対応できるようにしたいが。県立病院の再編など

- 岐阜県
- 県域を飛び越えて、拠点病院と自治医大の診療所派遣医師でネットワークを
- 一人では限界もある。1人役必要でないところも出てくる
- ④診療所と病院の中で、双方で勤務できるよう条例改正を行ったところがある。
- センター化(1人で1つをでではなく、3診療所を3人で回すなど)
- ドクタープールは医局優先であり僻地には期待しにくい。
- OBを中心とした新たなドクタープール制度を作ろうとしている。子育てが落ち着いたあたりの世代。上過ぎると、給与が高すぎたり。
- 医師確保と研修は切り分けて考えた方がよいと考えている。

- 宮城県
- 僻地診療所どうし、拠点病院どうしのネットワークはできていない。
- 宮城医療情報ネットワーク(僻地に限らない薬局なども含めた県全体のネットワーク)
- 協議会(医師会など)を主体として運営
- 僻地診療所は現在1カ所しか参加していない。

GW: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

<課題>

- <沖縄>
- 要になるはずのへき地医療支援機構が、どういった役割を果たすべきかが、はっきり検証されていない、評価されていない
- どう強化するのか、など見えてこない
- 調整役なのか、自らへき地の診療に出て行くのか…
- 当初は、拠点病院を調整する立場で始まったはず。

GW: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

<課題>

- <沖縄>
- 要になるはずのへき地医療支援機構が、どういった役割を果たすべきかが、はっきり検証されていない、評価されていない
- どう強化するのか、など見えてこない
- 調整役なのか、自らへき地の診療に出て行くのか…
- 当初は、拠点病院を調整する立場で始まったはず。



- 山口県は、以前は県立病院に調整機構があったために、自ら出て行っていた。
- 県に機構を移してから、変わってきた。
  
- 市町単位の中での病院と診療所の連携
- DPC病院としても3群でうまみが少ない

- 同一開設者(県立病院が県立診療所を支援するなど)の中での支援をどう評価するのか？
- 広域合併により、同一開設者になってしまう場合もある。
  
- 兵庫県の場合は、基本は自ら探してもらう
- 見つかるまでの間、拠点病院から派遣する

- 岐阜県
- 拠点病院にDrがない
- 複数の拠点病院でカバーする必要がある
  
- 診療所の存続をどうするかを、市町にしっかり考えてもらう必要がある。
- 県としては、存続するからお願いでは困る。

- 兵庫県
- へき地診療所の長期的な休診など欠員が生じる場合は県に情報がくる

- 玉突き派遣は拠点病院の実績になるのか？
- 派遣先がへき地でなければカウントされない。
- →そこが評価されれば、より支援しやすくなるのでは？

- 実績用件と併せて、インセンティブの拡大を。
- 赤字補填程度では、派遣する側は厳しい（本来稼がれる診療報酬分や、そのDrの穴埋めが必要になるのに・・・）
- 地域枠の卒業生が来るというインセンティブがある県もある。（地元大学の医局派遣とからむと難しい？）