

地域医療再生計画に係る有識者会議による現地調査 における主な意見

【実施期間】平成25年7月31日～9月13日

【調査対象】全都道府県

【調査方法】県職員を中心に、県医師会、医療審議会、住民団体等と有識者による意見交換・質疑応答

【調査目的】計画による取組について、医療関係者等から改善効果等の聴取。より良い計画となるよう、必要なアドバイスをするなどの支援。

【調査概要】（有識者からの主な意見）

<医師等確保関連>

- 修学資金受給者を県内にとどませる方策が必要。何もせずに定着すると思っていたら、その認識は甘い。
- 奨学金について、5、6年生を対象としている例がある。これなら、速効性があり、人物評価もできるというメリットがある。実施困難な事業をこうした事業へ変更してみてはどうか。
- 再生基金を活用して女性医師の復職が進んでいることは良いことであり、進めてもらいたい。
- 看護師確保対策は離職防止に力を入れるべき。
- 医師確保については、キャリアパスをしっかりと提示することが重要。
- 看護師の離職率は県によって差がある。10%が平均的だが、離職防止に取り組んでいる所では5～6%であり、人数に換算するとかなりの人数となり明確な差となる。
- 女性医師の支援として就労形態の工夫に取り組まれているが、大学病院だけではなく、他の病院でも同様な取組が進めば女性医師が活躍する場が増える。
- 寄附講座については、県は大学の言いなりになっており、やって欲しいことができているのか疑問がある。しっかりと県でグリップして欲しい。
- 都道府県内の進学校以外の学校のトップの子供は、毎年必ず医大に入れるとかの制度を設けるといった取組をすれば、免許取得後も都道府県内に残る可能性が高くないか。
- 公立病院で頑張っているところは剰余金が発生している。ところが、剰余金が出てくると県から補助金が出なくなるので、退職金の引当にしている状況にある。そういう剰余金を奨学金に充てることはできないか。

<医療連携・ITネットワーク関連>

- 再生基金によりITネットワークシステムを構築した場合、基金終了後も確実に運用ができるよう、ランニングコストが確保できる仕組み作りが重要。
- 県の保健所が主体となっている事業の有無。県と地域とのギャップをつなぐ役割があるのは保健所である。
- かかりつけ医と専門医の連携が必要。ネットを使用した情報共有も活用してもらいたい。
- 保健所内に戦略を考えるポストを作ってはどうか。保健所職員は専門職なので業務を持っており、戦略を考える時間的余裕がなく難しい。
- 特に高齢者の救急医療体制について、救急後の受け皿の確保などが課題になってくる。
- 夜間の救急体制の確保が難しいのなら、小児科などで夜の10時まで開業医の先生に大学病院の診察室にきていただく。そうした先生はベテランの先生が多いためレジデントを指導しながら診察する、というやり方をしている所もある。
- ある県では、内科で開業している先生が県立病院の当直をされる等の官民連携が行われている。
- 地域連携パスに関して、最先端の取組をされているが、そうした成果を全国に広げて行くということも基金の一つの目的なので、自分達の地域以外、もしくは県全体に広げて行くことを考えてほしい。
- ICTの先行地域では立派なシステムができていますので、ゼロから始めるのではなく、それを活用した方がいいものを安く導入できる。
- 47都道府県でICTの整備が落ち着いたなら、一致団結してサーバー使用料や回線使用料などをベンダーの言い値にならないよう交渉していく必要がある。
- ITネットワークについては、仕様書を作って入札しますが、それぞれの病院に任せているとバラバラになる可能性があります。もうちょっとコントロールを利かせることも可能ではないか。
- 患者IDの統合による診察券の統一というのは全国でもない取組で、他県にアピールして欲しい。他県で導入済みのシステムの共有により初期費用を抑えることができないかという取組も是非成功させて欲しい。
- 県が変わっても病気の種類が変わる訳ではないので、隣県にも関連病院を持っている大学では共通の連携パスを作ることができると思う。
- 地域の医療・介護のニーズの現状把握と将来展望を、基金を活用して行政と関係者が連携して進めることが必要、それを元に医療提供体制の中長期的な整備に取り組んでいただきたい。

<病院の再編統合>

- 病院の再編等は施設の整備をして終わりではない。その後きちんと運営できているかが重要。
- 病院の再編を行う場合に、対象病院だけではなく近隣の中核病院との機能分担についても連携を図っておくことが必要。
- 施設の再編統合をする場合には、職員の確保も大きな課題である。職員の宿舍の確保等環境整備も必要。
- 統合する時点での両病院に入院しているニーズだけでなく、平均在院日数の問題等を踏まえ介護施設等いろいろなものを組み合わせて病床の規模や機能を決める必要がある。5年後、10年後のことも考えないといけない。
- 国立病院機構と県立施設の医療型の重心施設を役割分担し、医療ニーズの高い方は国立病院機構に移っていただき、医師も集約し、県立施設では診療所を併設しリハを中心とした医療提供に分けるという計画は卓越したもので全国にも宣伝したらいいものだと思う。
- 民間も含めた3病院の統合は全国のモデルケースとして統合のプロセスを見える化して欲しい。
- 病院の統合に際し、新しい病院を建てるのではなく、既存の病院を活用することは現実的なやり方であり、住民に対する説明会も頻繁に行っていることが良い。

<在宅医療関連>

- 在宅医療を行う医師も高齢化しており、病院との連携も重要になってくるが、そのためのコーディネート機能をきちんと置くこと。
- 市町村に医療の担当部署がないことが多い。市町村にも医療の意識を持っていただきたい。
- 在宅医療の推進には、各地域で元気な高齢者の豊富な知識や経験を活用していくことが重要。高齢者が積極的に参加していく仕組み作りをお願いしたい。
- 診療所は今いる患者で手一杯なので、在宅医療の中心となるのは保健所と医師会との連携である。診療所をどうやって変えていくか。在宅医療に参加してもらう方法を考える必要がある。
- ある市町村で「地域包括ケアのイメージができない」という理由で医療と介護の連携ができないということがあった。先進的な取組を県全体に広げていくと良いのではないか。
- 介護施設を造ることには熱心だが、自宅にいたい人も多いはず。自宅での介護をする人へのサポートが重要。
- 小児患者の在宅への移行が図られることは良いことであるが、それで終わりでは無く在宅でのフォローを継続していく必要があり、エンドレスな取組が必要。

- 都市部での高齢者救急に関しては、2次救急と在宅医が連携し、居宅でのトリアージ体制の構築を進めることが有効と考えている。ドクターカーでの緊急往診体制ですが、まだ動いているところがないので、どこかでモデル事業を立ち上げられないか。

<その他>

- 全体的に再生計画はきめ細かに実施されていると思うが、現状に重きを置きすぎで、もう少し先を見て計画的にやってはどうか。市町があれもこれもと要望をあげてくるなか、県の全体像を描いて、それを調整するのが県の役割。
- 患者によるコンビニ受診を防ぐための取組として、例えば脳卒中の再発、二次予防が重要で、かかりつけ医の果たす役割は大きい。この取組により、救急患者は三分の一程度に減ると言われている。
- 県は高齢者の歯科に力を入れると良い。保健所に歯科医を常駐させることが一番良いと思っている。
- 歯科に対する取組が再生計画に載っていない。是非再生基金のような予算が使える時にやって欲しい。
- 再生基金の成果について、対外的に取組を情報発信して欲しい。
- 大学は基本的に研究機関であるが、今回の地域医療再生計画により各大学が各地域の地域医療を自ら考える契機になったことは大きな成果。
- 事業の評価の仕方について、最初から評価基準を作って事業を行った方が良い。
- ダヴィンチを整備したことによる効果、評価について若手臨床研修医の数とするのか、手術件数とするのか指標をどうするか考える必要がある。
- 市民活動について、今医師が足りている地域でも、将来も医師不足にならない確約はどこにもない。今から将来に向けて考えていかなければならない。
- 再生基金の使い途として公立病院への支出が多いが、民間を含めた使い方があっても良かったのではないか。
- 今後、基金が終了すると財政的に大変厳しい状況が続くと考えられるので、今度は、地域住民が自分たちで地域医療を守るために動き出す、住民参加型の施策をやっていく必要がある。
- 全ての事業において、県での進捗管理やPDCAサイクルを回す視点が弱いと感じている。地域での有識者会議（少人数の専門家会議でも可）を立ち上げ、日常的に活動していただく体制の構築が有効ではないか。
- 医師会や病院、コメディカル等から行政への働きかけが弱い。自己の利権を主張するのではなく、地域の医療を確保するための現場からの提言をいただくためにも、情報提供を活用していただきたい。

地域医療再生計画 現地調査まとめメモ

放送大学教養学部 教授
順天堂大学 客員教授
田城孝雄

地域医療再生計画現地調査において、47都道府県すべての調査に参加し立ち会ったので、平成24年度補正予算による基金の評価のための都道府県説明（7月2日、3日）も含めて、47都道府県横断的な観点から意見をまとめます。12月16日の会議に出席できない可能性があるので、事前にメモとして提出します。

I. 全体的な印象

- 地域医療再生計画は、課題を解決することができるなど有効である。
- 基金方式は、極めて有効である。
- 都道府県と地元大学の連携が取れた。
（一県一医大の活用）
- 病院再編の切っ掛けになった。
- 民間病院を含めた病院再編で、時間を要していたが、今回の基金を契機に病院再編が進んだ事例が複数ある。
- 住民活動が、病院再編に有効であった。
- 地域連携クリティカルパスは、一部地域を除き、全国的には普及していない。

- 都道府県により、様々な面で異なる。各都道府県の担当者、関係者、住民は、ぜひ他都道府県の地域医療再生計画を参照して、自都道府県の計画と読み比べて欲しい。
- この違いは、将来の 地域医療ビジョンの策定 にも影響を与えると考えられる。
- 積算根拠 となる資料を提出して貰っているので、ほぼ同じものでも、大きく費用が異なるものがあつた。
- 例として、ICT（後述）、DMAT車が挙げられる。DMAT車は、車体の規格や搭載する機器、設備も異なる。配属先、配置数も異なる。各都道府県独自の考え、必要性など理由があるが、数倍の違いがある。また、ドクターヘリ搭載通信機などでも、違いがみられた。

○県全体の取り組みとして評価できる愛知県は、4大学付属病院長を中心に、医師の確保等の協議が充分なされていた。

その結果として、救急車受入れ件数ランキングで、ベスト25病院中5病院が、愛知県の公立公的病院である。(8位春日井市民病院、9位岡崎市民病院)

○優れた、またユニークな取り組みとして挙げられる埼玉利根保健医療圏地域医療ネットワークシステムは、医療連携推進協議会の構成委員に、各郡市医師会長(5医師会長)、事業実施者である医療機関長(7病院長)、保健所長(2保健所)に加えて、自治体の首長(7市長・2町長)が加わり、地域全体での取り組みとして評価できる。(協議会の会長は首長)

II. ICTの活用について

○ICTの活用に関しては、①病病連携・病診連携、②遠隔医療(画像・僻地医療)、③救命救急システム、④周産母子医療システム、⑤介護連携、⑤災害医療 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の各分野において活用されていた。

○病病連携・病診連携では、ID-Link, Human Bridge, 独自システム, 他省助成により確立されていたものが挙げられる。

○病病連携・病診連携に関しては、全国的にデータの共有化が、技術的に可能であることは示された。

○セキュリティ、どのような情報を共有するか、メンバーをどの範囲にするかなど、運用面では、違いがある。

●サーバー、システムの導入費、回線使用料や維持費などのランニングコストなどで、ほぼ同じ仕様と思われるのに、その費用に数倍の開きがあることが判り、これは今後の課題と考えられる。

○仕様書をまとめる⇒ベンダーのプレゼンテーション・入札などのプロセスをとり、契約されているが、事業主体により練度が異なることなどが、費用の差に繋がると考えられた。

○5年程度後のシステム更新時の、更新料などの後年発生費用を考慮して、参加を躊躇する医療機関があったことも指摘された。

○遠隔医療は、放射線科画像診断・病理、皮膚所見など画像、精神科の診察など面接、僻地医療、医師確保のために行われる。

○救命救急システムは、救急車搭載または救急隊員に、iPad, スマートフォンなどを配備し、受け入れ先の検索、また救急患者の疾患の判断、データの集積が行われた。

○周産母子医療システムは、通常の病病連携とことなり、周産母子医療に特化した独自システムであり、周産母子医療専用救急車と病院救急部門との連携に使われる。

○介護連携は、独自システムが多く、地元ベンダーが開発、iPad, スマートフォンのアプリケーションソフトとして開発、また SNS の利用など多彩である。

○災害医療 広域災害・救急医療情報システム (EMIS)

Ⅲ. 在宅医療

○平成 23 年度・24 年度の在宅医療連携拠点事業は、財源を地域医療再生基金として、地域医療再生計画に引き継がれるが、第 3 次地域医療再生計画案からみると、各都道府県の対応は異なる。

○平成 24 年度までの事業を、そのまま継続する県

○連携拠点当たりの助成金額を下げて、拠点数を増加し、平成 27 年度まで継続する県

○全基礎自治体、または郡市医師会に助成する県

○連携拠点単位で醸成するのではなく、事業別に分けて、それぞれの事業ごとに予算建てする県

○平成 24 年度までの連携拠点の中から、医師会モデルを継承して、普及を図る県

などに分かれる。