

[5] 小児救急医療

小児救急医療体制の整備

休日や夜間の小児救急患者に対応するため、輪番制や拠点病院方式など、地域の実情に応じた小児救急医療体制の整備を推進する。

また、子ども救急電話相談を実施するとともに、保護者向け啓発パンフレット「子どもの救急ってどんなとき？」を作成・配布するなど、保護者の不安軽減と安心して子育てができる環境づくりを進める。

[6] 医療施設の整備

医療機関の施設整備等助成

高度化する医療技術に対応した医療機能の充実強化を図るため、地域医療の中心的役割を担う公的医療機関等の施設設備の整備充実を進める。

(1) 救急医療

初期救急医療は市町村単位で、休日夜間急患センターや地域の開業医が当番制で行う在宅当番医制度病院・診療所に対応している。二次救急医療は入院治療を必要とする重症救急患者に対応する医療で、県内を11の地域に分けて対応している。三次救急医療は重篤な救急患者を24時間365日体制で受け入れ、高度な医療を提供している。救急医療体制図は下記の図表1と図表2の通りである。また、平成22年7月から運行を開始したドクターヘリの更なる有効活用を図るため、栃木県と群馬県との相互利用を開始する等広域連携を実施している（図表3）。

(2) 災害時における医療

災害時に迅速かつ的確に医療活動が行えるよう「茨城県保健福祉部災害対策マニュアル」を作成している。また、大規模災害の急性期（おおむね発災後48時間以内）に必要な応じてDMAT（災害派遣医療チーム）を派遣する（図表4）。平成23年3月11日の東日本大震災を踏まえた今後の対応については別途検討するとしている。

(3) へき地医療

県北山間地域の地理的な条件等から保健医療サービスの利用が困難な地域に対しては、支援策を一元的に企画調整するへき地医療支援機構のもと4つのへき地医療拠点病院から、へき地診療所への定期的な医師の派遣や巡回診療などを行っている。このほかへき地には交通手段を持たない高齢者も多いことから、最寄りの医療機関を容易に利用できるよう各市町において患者輸送車の運行を行っている。

(4) 周産期医療

現在、県全体を3ブロックに分け、県央・県北ブロックは水戸済生会総合病院と県立こども病院、県南・鹿行ブロックは土浦協同病院、つくば・県西ブロックは筑波大学附属病院を総合周産期母子医療センターとした周産期医療体制を整備している。県内どこでも周

産期医療が受けられ安心して出産できるよう産婦人科医の確保、育成に努めながら、正常分娩は一般産科医療機関、比較的高度な医療を提供する地域周産期母子医療センター、高度な周産期医療を提供する総合周産期母子医療センターなどの機能分担を図るとともに連携体制を構築するとしている。(図表5)

(5) 小児医療

休日・夜間において、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療が受けられるように、地域の実情を加味し初期・二次・三次の小児救急医療体制を整備するとしている(図表6)。

※詳しくは、県立こども病院の現状を参照

(6) リハビリテーション医療

(平成23年医療体制の整備にはないが関連している)

「県支援センター」である県立医療大学附属病院を中心とした地域リハビリテーション・ネットワークの構築を進めるため、附属病院はリハビリに関する最新の知識や情報を関係機関に提供している。そして二次医療圏ごとに概ね一カ所「広域支援センター」として指定した医療機関が圏域内における関係機関の調整や技術指導を行っている。また、各圏域内に概ね三カ所「地域リハ・ステーション」として指定した医療機関が、入院患者の転院・在宅復帰支援や居宅者への訪問リハビリ、地域住民へのリハビリ知識の普及啓発等を実施するとしている。(図表7)(図表8)(図表9)(図表10)及びリハビリ機関分布図

(7) 在宅医療

(平成23年医療体制の整備にはないが関連している)

地域の病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局等が連携し、地域全体で在宅患者を支える在宅支援提供体制の構築をする。そして、各圏域において、在宅医療の核となる在宅療養支援診療所を増やすための対策をする。また、病院については、入院患者の退院後の療養生活に向けて、かかりつけ医、看護職員、介護職員、薬剤師などによるカンファレンスを実施するとともに、後方支援病院としての役割を果たすよう働きかけるとしている。

(図表11)(図表12)

(8) 精神医療対策

精神科救急対応・精神身体合併症対応については、こころの医療センター(旧友部病院)を中心に他の精神科病院、一般救急病院、精神科診療所等の医療機関の連携を促進し、情報交換を通して医療機関間の役割分担を進めている。また、児童・思春期医療や薬物・アルコール依存症等の各分野も含め精神疾患を持つ人への支援として、社会福祉協議会等の精神保健福祉を推進する団体との連携を進めている。

(9) がん診療

中央病院が地域がん診療拠点病院として、中央病院、日製日立総合病院、土浦協同病院、筑波メディカルセンター病院、筑波大学附属病院、東京医科大学茨城医療センター、友愛記念病院、茨城西南医療センター病院、水戸医療センターの 9 病院が国の指定を受け、がんの集学的治療の提供やがん相談支援センターとして機能している。そして、がん登録システムを使い国立がん研究センターにデータを送るためにがん登録情報の質を高めようとしている。(相談支援センターは図表 1 5 参照)

(10) DPC による定額払い制度と地域連携クリティカルパス

DPC に参加する医療機関の医療費の定額支払い制度は、患者が何の病気であったか(診断群分類)によって診療報酬が決まる制度である。これまでの出来高払い制度が、治療にどれだけの費用が掛かったかで報酬が決まっていたのと対照的な制度であり、無駄な医療の削減が期待されている。これまでの出来高払いでは、行った医療行為が多ければ多いほど医療報酬が増えるため、回復への最短治療を行った医療者へは支払いが減り、回復を長引かせた医療者への支払いが増えると言う矛盾があった。一方、医療費の定額支払い制度では、最初から診断結果に対する診療報酬が決められているので、回復への最短治療を行った医療機関においては、診療報酬に対する費用を少なくした額だけ利益が発生する。逆に回復を長引かせた医療者においては、治療に掛かった費用が診療報酬の上限額を超えてしまい、その額だけ損失が発生する。このような形で無駄な医療が行われなくなると同時に、最適な医療を行う能力が医療者に求められる仕組みとなる事が期待されている。

また従来の診療では採算割れの傾向が強かった急性期病院は経営的安定が確保できるほか、患者の属性・病態や診療行為ごとの医療費情報が標準化されるため、経営的・技術的側面から医療の質を評価・比較できる。

またクリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表であり、「地域連携クリティカルパス」は急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有するものである。これによって、診療の標準化、根拠に基づく医療の実施、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されるが、最大の目的は在院日数の短縮である。

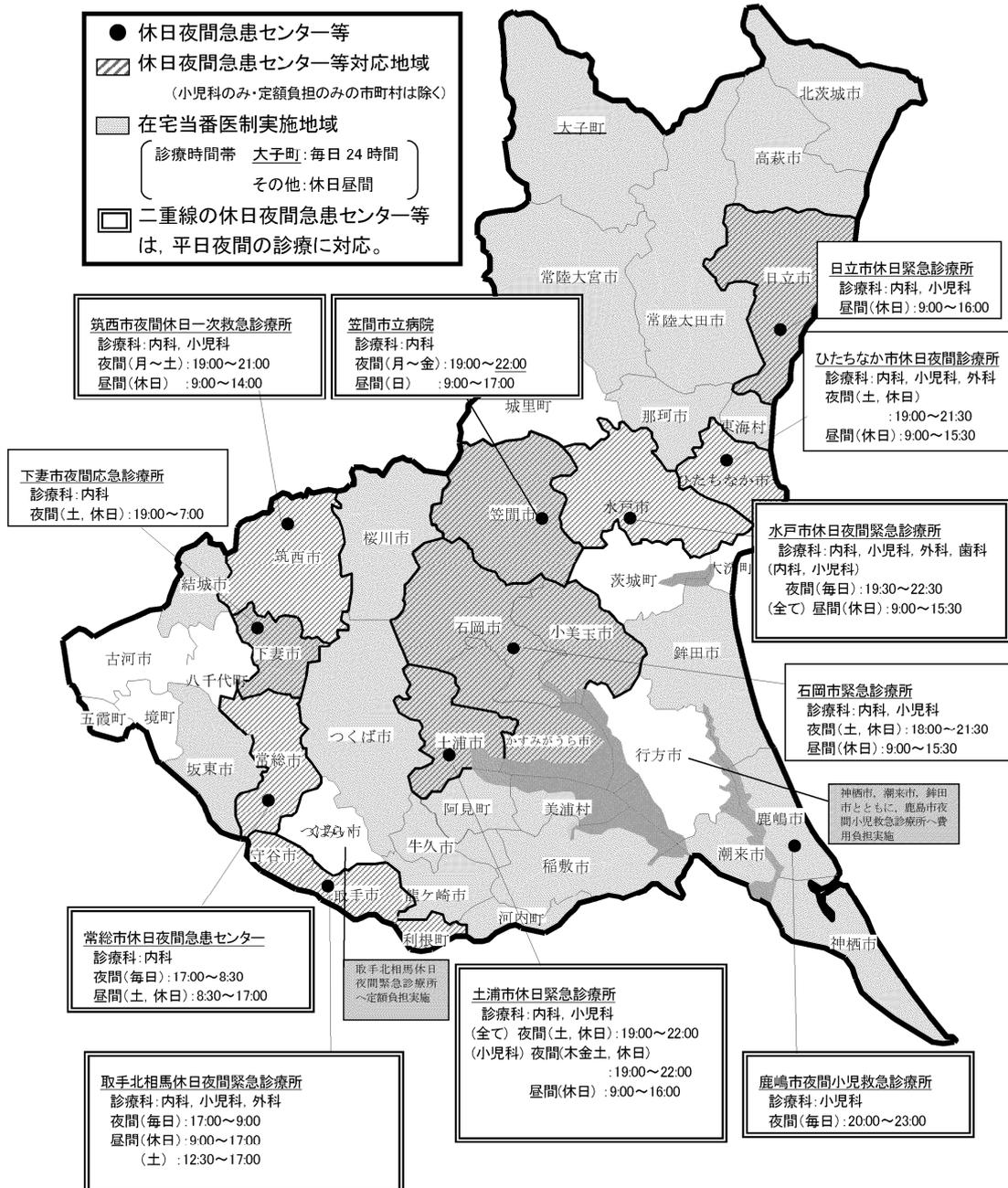
平成 22 年 4 月の診療報酬改定では地域連携クリティカルパスの導入が手厚く評価されており、その推進が期待される場所であるが、問題は地域の医療従事者にクリティカルパスの概念が十分浸透していないことである。また、系列医療機関どうしではスムーズにいても、複数の公的病院、複数の医師会において全面的に推進できるかということも課題である。さらに、リハビリ医療の日数制限に伴い、高齢者リハ関連疾患では、地域連携クリティカルパスには介護保険サービスも加える必要がでてきている。

下記の(図表 1 3)(図表 1 4)の通り平成 19 年医療機能・連携調査においても茨城県の地域連携クリティカルパスの普及は進んでいない。

(図表 1)

茨城県救急医療体制図 (初期)

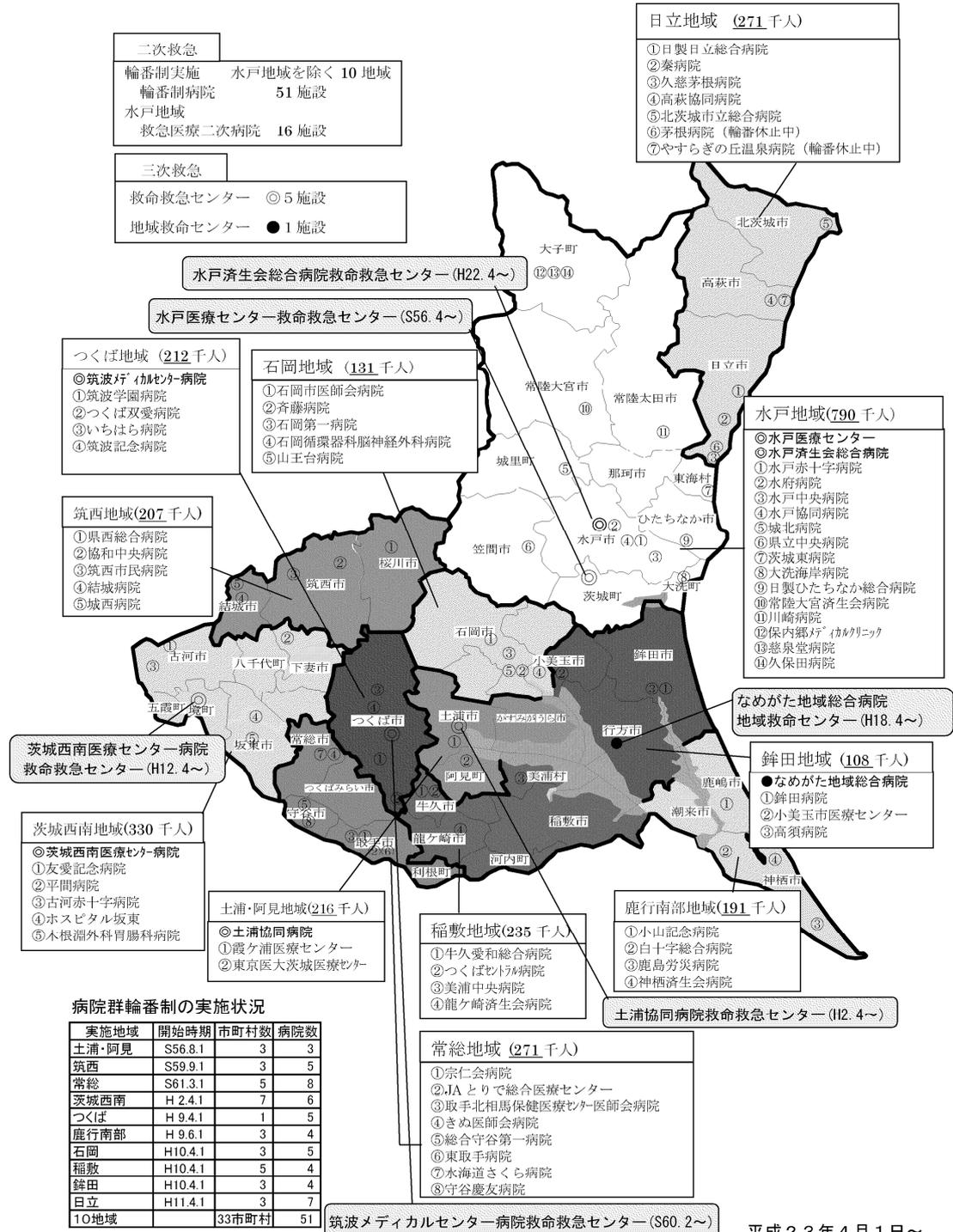
休日夜間急患センター・在宅当番医制 実施状況



平成23年4月1日現在

(図表 2)

茨城県救急医療体制図 (二次・三次)



(図表 3) ドクターヘリ北関東 3 県広域連携の出動対象地域

■ 出動対象地域

