

2012

Community
Medicine
forum

地域医療フォーラム

報告書



新時代の地域医療の扉を開く ～これからの地域医療を形作るための鍵～



メインテーマ

「新時代の地域医療の扉を開く」

～これからの地域医療を形作るための鍵～

開催日 平成24年9月16日（日）

会 場 秋葉原ダイビル 〒101-0021 東京都千代田区外神田1-18-13

主 催 自治医科大学

後援 総務省、厚生労働省、社団法人日本医師会、
公益社団法人全国自治体病院協議会、全国地域医療教育協議会

実行委員

◎梶井	英治	氏（自治医科大学地域医療学センター長）
○前田	隆浩	氏（長崎大学保健・医療推進センター離島・へき地医療教育研究部門教授）
市村	恵一	氏（自治医科大学副学長）
内田	健夫	氏（医療法人社団内田医院理事長（元日本医師会常任理事））
内藤	和世	氏（京都市立病院長（全国自治体病院協議会常務理事））
藤本	幸男	氏（青森県健康福祉部医療業務課長）
百村	伸一	氏（自治医科大学附属さいたま医療センター長）
安田	よしかず 是和	氏（自治医科大学附属病院長）

（以上50音順、◎：委員長、○：副委員長）

ワーキンググループ

○神田 健史（自治医科大学地域医療学センター）	
○小松 憲一（	//
石川 鎮清（	//
上原 里程（	//
大嶽 浩司（	//
見坂 恒明（	//
三瀬 順一（	//
森田 喜紀（	//

(以上50音順、○：リーダー)

地域医療フォーラム2012

目 次

CONTENTS

ごあいさつ	5
次 第	6
全体会Ⅰ	7
分科会まとめ	11
全体会Ⅱ	31
参加者の総意による“鍵” 「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵」	37



ごあいさつ



地域医療フォーラム実行委員会

委員長 梶井 英治

(自治医科大学地域医療学センター長)

2012年9月16日、秋葉原ダイビルにおいて地域医療フォーラム2012を開催いたしました。全国から、行政関係者、保健・医療・福祉関係者、医療機関関係者等、250名の方にご参加いただき、1日熱い議論が展開されました。まずは、ご参加の皆様に心から御礼申し上げます。

昨年の地域医療フォーラム2011では、地域医療の課題解決に向けて議論を行い、最後にフォーラム宣言『地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築します』を発し、幕を閉じました。立場の違いを越えて、地域医療の目標を明確に共有できたと思います。今年、地域医療フォーラム2012は、昨年のフォーラム宣言の実現に向けた具体的な方策を提言することを目的とし、テーマは「新時代の地域医療の扉を開く～これからの地域医療を形作るための鍵～」と、いたしました。

最初に、先進的な地域医療づくりの取組を行っている広島県、福井県高浜町、岐阜県郡上市、ならびに千葉県柏市のご報告をいただきました。続いて行われた分科会では、事例ごとに成功要因を分析するとともに、課題とその改善策を検討していただきました。各分科会をご担当いただいた実行委員とワーキンググループのメンバーには、担当事例の地域に赴き、現状を把握したうえで、分科会に臨んでいただきました。分科会は、グループワーク形式で進められ、熱心な議論が繰り広げられ、最後に取りまとめが行われました。

分科会の後、再び参加者全員が一堂に会し、全体会が開かれました。各分科会の報告の後、フロア全体での討議を行いました。それぞれの報告や意見は、パソコン上の昨年のフォーラム宣言にどんどん書き込んでいき、皆様がスクリーン上でその様子や内容を確認できるライブ形式を取らせていただきました。フォーラム終了後、入力者の書き込みのスピードと判断に対して、驚きと賞賛の声が寄せられました。全体会では、ライブ方式が一体感を醸し出し、最後まで極めて活発な意見交換が続きました。参加されました皆様のご意見を、『地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵』として取りまとめ、提言とすることとし、全体会は終了いたしました。

ご参加の皆様が、お持ち帰りになられたこの鍵で、新時代の地域医療の扉を開かれますことを心から祈念いたします。

ここに、地域医療フォーラム2012の報告書を作成いたしましたので、お届けいたします。皆様の今後の活動にお役立ていただきますれば幸甚に存じます。

地域医療フォーラム2012次第

開催日時 平成24年9月16日(日) 10:00～19:30

開催会場 秋葉原ダイビル

交流会場 お茶の水ホテルジュラク

◇ テーマ：「新時代の地域医療の扉を開く ～これからの地域医療を形作るための鍵～」

時刻	所要時間	内 容	摘 要
9:30	30分	(受付)	
10:00	10分	開会挨拶	梶井 英治 氏 (自治医科大学地域医療学センター長)
10:10	50分	全体会Ⅰ ① 広島県の事例から ② 福井県高浜町の事例から ③ 岐阜県郡上市の事例から ④ 千葉県柏市の事例から	コーディネーター 梶井 英治 氏 (自治医科大学地域医療学センター長) 事例発表者 佐々木昌弘 氏 (広島県健康福祉局長) 井階 友貴 氏 (福井大学医学部地域プライマリケア講座／高浜町和田診療所 講師) 後藤 忠雄 氏 (岐阜県郡上市地域医療センター国保和良診療所) 辻 哲夫 氏 (東京大学高齢社会総合研究機構特任教授)
11:00	15分	(会場移動)	
11:15	45分	分科会『地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵』	
(12:00～60分 昼食)		第1分科会 「広島県の事例を もとにした討議」	座 長 内藤 和世 氏 (京都市立病院長) 長田 忠孝 氏 (山梨県身延町早川町 国保一部事務組合立飯富病院名誉院長)
		第2分科会 「福井県高浜町の事例を もとにした討議」	座 長 前田 隆浩 氏 (長崎大学保健・医療推進センター 離島・へき地医療教育研究部門教授) 安田 よしかず 氏は (自治医科大学附属病院長)
13:00	105分	第3分科会 「岐阜県郡上市の事例を もとにした討議」	座 長 藤本 幸男 氏 (青森県健康福祉部医療業務課長)
		第4分科会 「千葉県柏市の事例を もとにした討議」	座 長 内田 健夫 氏 (医療法人社団内田医院理事長) 辻 哲夫 氏 (東京大学高齢社会総合研究機構特任教授)
14:45	15分	(会場移動)	
15:00	120分	全体会Ⅱ ・各分科会の報告 ・フロア全体でのディスカッション	コーディネーター 梶井 英治 氏 (自治医科大学地域医療学センター長) コメンテーター 井上 誠一 氏 (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長 (前医政局指導課長))
17:00	30分	総括	井上 誠一 氏 (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長 (前医政局指導課長))
		閉会挨拶	前田 隆浩 氏 (長崎大学保健・医療推進センター 離島・へき地医療教育研究部門教授)
17:30	30分	(交流会場への移動)	
18:00 ～ 19:30	90分	参加者交流会 (於：お茶の水ホテルジュラク)	

全 体 会 I

「全国各地からの事例紹介」

コーディネーター

梶井 英治 氏 自治医科大学地域医療学センター長

事例発表

①「広島県の事例から」

佐々木昌弘 氏（広島県健康福祉局長）

②「福井県高浜町の事例から」

井階 友貴 氏（福井大学医学部地域プライマリケア講座講師／高浜町和田診療所）

③「岐阜県郡上市の事例から」

後藤 忠雄 氏（岐阜県郡上市地域医療センター国保和良診療所）

④「千葉県柏市の事例から」

辻 哲夫 氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）



はじめにコーディネーターの梶井氏より、昨年の地域医療フォーラム2011でのフォーラム宣言『地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築します』の確認と、地域医療フォーラム2012の目的が、その宣言の実現に向けた具体的な方策を提言することであり、テーマは「新時代の地域医療の扉を開く―これからの地域医療を形作るための鍵―」であるとの説明がありました。そのため、全体会Ⅰで4つの地域の事例を報告し、その事例の分析から具体的な提言を作りたい、とのことでした。



最初に、佐々木氏より広島県の事例の報告がありました。広島県では昭和44年から、医師会、大学、行政（広島県、広島市）が参加する地域医療のための協議会があり、毎年テーマを変えて話し合いを重ね、さらに二次医療圏ごとにも同様の協議会が組織されていた、とのことでした。協議会では日頃から顔を合わせていたことで、様々な課題にフレキシブルに取り組むことができ、パートナーシップが培われてきましたが、その組織をベースに医師会、大学、行政、県内各市町の首長が参加する地域保健医療推進機構（地域医療支援センター）が設立された、とのことでした。また住民の健康増進のため、全国初の県行政主導の予防・保健を含む地域包括ケアを推進する組織が設置され、多職種連携、ネットワーク作りを推進しており、人材育成に関しても地域医療支援センターと協力している、とのことでした。卒後臨床研修指定病院の連携強化も図っており、医療資源の偏在解消に向けたリサーチも並行して行っているとのことでした。移動診療車の導入も紹介されました。

次に、井階氏より福井県高浜町の事例の報告がありました。高浜町では常勤医師数の低下に伴い提供できる医療機能が低下したことに対し、町長が医療と福祉を支える人づくりをテーマに寄附講座を設置した、とのことでした。また、住民、行政、医療者のコラボレーションを意識しながら、医師不足解消のため地域医療を担える医師を育てる医学教育を実施し、住民の理解を促すための啓発活動を実施した、とのことでした。さらに医療者のコーディネートのもと実施された住民対象のフォーラムをきっかけに住民有志団体ができ、地域医療を守る五「か」条の広報、ホームページ・ポスター作製、フォーラム開催などの活動を行い、住民活動に対する行政の支援も実施されている、との報告がありました。有志団体の認知度はあがり、住民の地域の医療に対する満足度も上がっている、とのことでした。医学教育では循環型の人材育成のため地域の医療機関に指導医・研修医を派遣した他、宿舍整備などに行政の支援が、学生教育へは住民の協力が得られ、議会や首長とのコミュニケーションも良好であり、研修医・医師数も回復傾向、とのことでした。

続いて、後藤氏より岐阜県郡上市及び旧和良村の事例の報告がありました。合併前の和良村の

診療所では予防を主とし治療を従とするモットーがあり、受け継がれてきたため、住民の健診への意識も高く、健診は地域のお祭りの様な雰囲気、健診受診率が高かった、とのことでした。後藤氏は和良村や自治医科大学での勤務を通じて、診療だけでなく、疫学研究やEBM、行動科学、ヘルスプロモーションを学ぶ機会があり、そういった経験を活かし、地域の保健計画作成・推進・評価の際に住民に出来るだけ参加して頂いた、とのことでした。その後合併し和良村は郡上市の一部となりましたが、合併を地域医療の組織再編のチャンスと捉え、病院の診療所化・市内のへき地診療所を統括するセンター設置を行い、へき地のニーズに応え、地域の中核病院と役割分担するため、複数のへき地診療所を診療所群とし、複数の医師で管理・運営するシステムを作った、とのことでした。センターでは研修医や医学生・看護学生の教育も行っており、さらに岐阜県内の高校生を対象とした研修会も実施している、とのことでした。合併後は和良村でのノウハウを利用し、後藤氏が郡上市全体の健康福祉推進計画作成に関わり、加えて地域医療に関するフォーラムや懇話会が住民主導、住民の協力で実施された、とのことでした。これまでの経験から、意見、資源、財政、課題・問題点を包括して議論する場が必要であり、今後は、短期の勤務者の教育支援も含めた地域医療に従事する医師の継続システムの構築、中核病院も含めた循環のためのシステムの構築が必要、とのことでした。

最後に、辻氏より千葉県柏市の事例の報告がありました。都市部では後期高齢者の激増があり、今後は在宅医療の普及が必要、とのことでした。報告ではこれまでの歴史として、医療技術の進歩に伴う病院信仰により医療機関で死亡する者の割合が増加しましたが、病院医療は基本的に臓器別医療であり、究極の死との戦いの場であるため、今後75歳以上で亡くなる方が多くを占める状況では、これまでの医療とは異なる対応が必要、との考えを述べられました。これまでも対策として医療機関の機能分化、連携が取り組まれましたが、生活の場に医療が及んでいないという点が最大の欠落点となっており、千葉県が東京大学に地域医療再生計画による寄附講座を開設し、5年計画で柏市に、病人としてではなく、生活者として人生を送れるようにするための、在宅医療を入れた地域包括ケアのモデル構築を試みている、とのことでした。今後高齢化に伴い入院患者が増え、病院の入院機能は機能不全に陥り、一方外来患者は減ることが予想されているが、それに対応できるのは在宅医療である、とのことでした。在宅医療は点での対応ではなく、面での対応が必要で、医療・介護・看護などを含めた24時間サービスを提供できる体制を目指している、とのことでした。在宅医療の普及のため、市内を3ブロックに分け、主治医（訪問診療担当）と副主治医（かかりつけ医）制を導入、市役所が運営する地域医療拠点を設置し医師会との連携で主治医・副主治医を決定する仕組みも構築した、とのことでした。地域医療拠点は介護・看護ケアシステムとの連携役も担っている、とのことでした。現在これらの仕組みの実証実験を進めている所であり、地域医療拠点は



在宅医療連携拠点に相当するもの、とのことでした。現在柏市の1地区を24時間在宅医療付きケア体制モデル地区にし、拠点となる施設の建設を予定している、とのことでした。ワーキンググループを作ってまず医師会と議論を行い、方向性を決定後、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡会、ケアマネージャー協議会との連携ワーキンググループでの議論を踏まえ、モデル事業を立ち上げた、とのことでした。このプロセスに大きく影響したのが、同行訪問、多職種とのグループワークが二本柱の、開業医をはじめとする方々に対する研修プログラムで、専門医として育った地域の開業医を、在宅医療を行う総合医に転換していくプログラムとして開発した、とのことでした。

(文責)

地域医療フォーラム2012

ワーキンググループリーダー

小松 憲一

分科会まとめ

「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵」

《第1分科会》 ～広島県の事例をもとにした討議～ 12

- 座 長** 内藤 和世 氏（京都市立病院長（全国自治体病院協議会常務理事））
 長田 忠孝 氏（山梨県身延町早川町国保一部事務組合立飯富病院名誉院長）
- 発表者** 長田 忠孝 氏（山梨県身延町早川町国保一部事務組合立飯富病院名誉院長）
 佐々木昌弘 氏（広島県健康福祉局長）
 横田 昇平 氏（京都府健康福祉部医療専門監）

《第2分科会》 ～福井県高浜町の事例をもとにした討議～ 17

- 座 長** 前田 隆浩 氏（長崎大学保健・医療推進センター離島・へき地医療教育研究部門教授）
 安田 ^{よしかず} 是和 氏（自治医科大学附属病院長）
- 発表者** 寺澤 秀一 氏（福井大学医学部地域医療推進講座教授）
 日村 健二 氏（高浜町前副町長（現 経済産業省近畿経済産業局創業・経営支援課））
 横田 行雄 氏（「たかはま地域医療サポーターの会」事務局）

《第3分科会》 ～岐阜県郡上市の事例をもとにした討議～ 20

- 座 長** 藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部医療薬務課長）
- 発表者** 石神 ^{たまき} 鋏 氏（和良地域審議会長、元郡上市自治会連合会長）
 松久 雄紀 氏（高山市国保久々野診療所長）
 丸茂 紀子 氏（郡上市健康福祉部健康課長）

《第4分科会》 ～千葉県柏市の事例をもとにした討議～ 25

- 座 長** 内田 健夫 氏（医療法人社団内田医院理事長（元日本医師会常任理事））
 辻 哲夫 氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）
- 発表者** 川越 正平 氏（あおぞら診療所院長）
 辻 哲夫 氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）
 渡辺 俊介 氏（国際医療福祉大学大学院教授、東京女子医科大学医学部客員教授）

第 1 分科会

《第 1 分科会》 広島県の取組みについて

『広島県の地域医療確保の取組み・成功要因』

座 長：内藤 和世 氏（京都市立病院長（全国自治体病院協議会常務理事））
長田 忠孝 氏（山梨県身延町早川町国保一部事務組合立飯富病院名誉院長）

発表者：長田 忠孝 氏（山梨県身延町早川町国保一部事務組合立飯富病院名誉院長）
佐々木昌弘 氏（広島県健康福祉局長）
横田 昇平 氏（京都府健康福祉部医療専門監）

全体会 I 発表者（「広島県の事例から」）

：佐々木昌弘 氏（広島県健康福祉局長）

ワーキンググループ委員

：小松 憲一、大嶽 浩司（自治医科大学地域医療学センター）

参加者：約40名（座長、プレゼンター、ワーキンググループ含む）

第 1 分科会では、「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵」として、地域において継続的に医師の確保が出来るような仕組みの構築、中でも地域医療支援センターや医師会との連携に焦点を当て、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

11：15－11：20 座長挨拶、主旨説明

11：20－11：35 発表①

「広島県の地域医療確保の取組」佐々木氏からの発表と質疑応答

11：35－11：45 自己紹介、アイスブレイク

11：45－12：15 グループワーク I 「広島県の成功要因」

12：15－12：45 昼食

12：45－13：05 発表②

「京都府における医師育成 KMCCの取り組み」横田氏からの発表と質疑応答

13：05－13：25 グループワーク II 「京都府と広島県の比較から見た広島県の成功要因」

13：25－13：45 発表③

「広島県の事例を通じて山梨県の現状を考え、思ったこと」長田氏からの発表と質疑応答

13：45－14：05 各グループからの発表と意見交換

14：05－14：45 まとめの議論

【概要】

第1分科会では、全体会で発表があった広島県の事例をもとにして、地域において継続的に医師の確保が出来るような仕組みの中でも、地域医療支援センターを構築・運営する際のポイントや、医師会との連携などを出発点として、広く地域において持続的に医師を確保する仕組みについて討議を行った。分科会は3つの発表とグループワークからなり、それぞれの発表ごとにグループに分かれて成功要因について討議をして、最終的には分科会での一つの提言を作り上げた。



【発表】

(広島県健康福祉局長 佐々木昌弘 氏)

「広島県の地域医療確保の取組」

広島県では昭和44年より、県医師会、広島県、広島市、広島大学からなる地域保健対策協議会（以下、地対協）を設置し、県内の医療課題に取り組んできた。地対協は行政が設置する単なる懇話会ではなく、医師会、広島県、広島市が1000万円ずつ出資、大学は知恵と人を出すという構造を持ち、各者の利害を明確にしてオープンに議論をするというスタンスで40年間活動してきた。さらに、二次医療圏単位にも同様の「圏域地対協」が組織されており、圏独自の医療課題に対応している。

このような積み上げがある中で、平成23年に県・市町の首長・大学・医師会の参画した財団法人の地域保健医療推進機構を設立し、地域医療センター事業を始めとする医師の地域偏在解消のための配置調整、医師確保、人材育成事業に取り組んでいる。具体的には、自治医科大学卒の医師配置基準の策定、配置先医療機関の評価と点数化、大学院医師の診療支援奨励事業、病院連携・情報交換などを通じた医療機関の臨床研修・人材育成機能の強化、医療機関への医師の定着支援や住民との連携支援などを行っている。また、さらなる地域医療の取り組みとして、平成24年には地域における医療・介護・福祉・保健を横断的に進める地域包括ケア推進センターの設立や、医師偏在解消に向けた医療の需給動向の分析、救急・プライマリケアのアクセス分析などリサーチ活動の実施などを行っている。

(京都府健康福祉部医療専門監 横田 昇平 氏)

「京都府における医師育成 KMCCの取り組み」

京都府全体としては全国平均を上回って医師がいるが、京都市に一極集中し、ほとんどの地区は医師が足りない。研修指定病院、研修医も京都市に一極集中している。そこで、平成23年6

月に、オール京都体制での医師育成と地域と都市部、病院と大学の医師循環を目的とした京都府地域医療支援センターKMCC（Kyoto Medical Career support Center）が設立された。府域の2大学を含む全臨床研修病院に加え、関連病院が参画し、京都府医師会も研修会の開催などを通じて連携していることが特徴である。KMCCでは総合診療、救急医療に関しては府域全体で医師を育てるキャリアパスを構築し、昨年度より実施されている。このキャリアパスは大学系列の垣根を越えて、都市型病院とへき地型病院を複数年ずつ往復し、優秀なスター指導医の下での研修、認定専門医資格取得や大学院学費免除などを可能としたプログラムである。

（山梨県身延町早川町一部事務組合立飯富病院名誉院長 長田 忠孝 氏）

「広島県の事例を通じて山梨県の現状を考え、思ったこと」

山梨県では、医師確保対策として、推薦枠・地域枠による医学部定員増、県内外の医学生、大学院生に対する医師修学資金の貸出し事業、医師への情報提供、進学セミナー、海外留学援助などを実施してきた。加えて、地域医療再生計画における医師確保事業として、地域の病院群による臨床研修プログラム（里人やまなし臨床研修）の開発や、産科医育成事業などを開始した。これらの施策により将来的な医師確保の目途は立ったが、初期研修の応募が全国でも最も低いレベルであることや、地域間・診療科間の医師偏在という現状の課題を解消するためのさらなる施策の展開（例：医師修学資金貸与事業の見直しや地域医療支援センターの設置など）は必要である。

一方、自治医大卒業医師の配置調整は、県で最も成功した医療行政事業である。県が配置を行うものの、卒業生県人会の意向を十分に汲み、複数配置を原則としたため、自治医大卒業生が医師の過半を占める“拠点病院”の様な病院ができた。自治医大医師の勤務する病院は黒字病院となり、田舎の病院にしか存在することができなかった医療を駆逐した。

今後は、地域枠医学生の義務年限内における県内配置調整をするシステムを作る必要がある。

【グループワーク】

グループワークはそれぞれの発表の後に、5～6名ずつ7つのグループに分かれて行われた。佐々木氏が全体会と分科会で発表された広島県の地域医療確保の事例を題材として、「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムの構築」に関して成功している点とその要因をグループごとにあげ、さらに横田氏に京都府の事例を発表頂いた後、両県あるいは参加者の県との違いなどを議論する中で、さらなる成功要因を抽出した。広島県・京都府の事例ではシステムを構築する側の議論が中心であるため、長田氏に支援を受ける側の観点から山梨県身延町の事例を発表頂き、さらに議論を深めた。



分析はKJ法で、まず成功要因を書き出した後、フィッシュボーンダイアグラムを用いて関連がある要因をまとめていき、グループごとに発表を行いながら、分科会として一つの大きなまとめと提言を作成した。

＜各グループから発表された主な成功要因＞

●キャリアパスの作成

- 地域と都市部での医療従事者の循環
- 医療技術の修得
- 奨学金・入学金の免除

●研修病院の協力

- 医局との良好な関係の構築
- 研修病院の評価の透明化
- 優秀な指導医の確保

●地域医療推進機構

- 資金の拠出
- 首長の出席
- 医師の配置調整
- 市町村の自助努力

●行政の役割

- 資金があること
- 顔の見える組織作り
- 意思決定プロセスの明確化
- 適切な協議の場の設置
- 長年にわたるノウハウの蓄積
- 医師会・行政・大学の協働
- 利害関係の把握
- 課題の評価と検討

＜運用していく上で考慮すべきこと＞

- 地域における医師の身分保障
- アウトカムの評価



【第1分科会まとめ】

地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するためには、地域枠（自治医大）の卒業生、初期研修医、市中病院での研修医などに対して、魅力のあるキャリアパスや医師としてのロールモデルを、わかりやすく提示することが鍵である。さらに大学、行政、医師会、公的・民間医療機関の4者がしっかり手を握って、地域内あるいは広汎に医療機関の連携を行うとともに、顔の見える組織を作っていくことが大



切である。また、地域住民からのこういった動きに対しての理解と協力が必要である。こういった仕組みは、うまく機能しているか、その都度アウトカム評価してアセスメントをすることも欠かせない。

(ワーキンググループ委員 小松 憲一、大嶽 浩司によるまとめ)

第 2 分科会

《第2分科会》 福井県高浜町の取組みについて

『高浜町から学ぶ「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステム」のポイント』

座 長：前田 隆浩 氏（長崎大学保健・医療推進センター離島・へき地医療教育研究部門教授）

安田 ^{よしかず} 是和 氏（自治医科大学附属病院長）

発表者：寺澤 秀一 氏（福井大学医学部地域医療推進講座 教授）

日村 健二 氏（福井県大飯郡高浜町前副町長）

（現 経済産業省 近畿経済産業局 創業・経営支援課）

横田 行雄 氏（「たかはま地域医療サポーターの会」事務局）

全体会Ⅰ発表者（「福井県高浜町の事例から」）

：井階 友貴 氏（福井大学医学部地域プライマリケア講座講師／高浜町和田診療所）

ワーキンググループ委員

：神田 健史、見坂 恒明（自治医科大学地域医療学センター）

参加者：約60名（座長、プレゼンター、ワーキンググループ含む）

全体会での井階氏のプレゼンテーションと分科会での高浜町に関連した発表者の話をもとに、「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステム」構築に関連して、成功している点とその要因をあげていただき分科会討議を行った。分科会のタイムスケジュールを次に示す。

11：15－11：20 座長挨拶、主旨説明、グループワークの説明

11：20－12：15 発表Ⅰ（質疑を含む） 前田 隆浩氏による進行

日村 健二 氏（福井県大飯郡高浜町前副町長）より発表

「行政の立場からみた成功要因」

横田 行雄 氏（「たかはま地域医療サポーターの会」事務局）より発表

「住民の立場からみた成功要因」

寺澤 秀一 氏（福井大学医学部地域医療推進講座教授）より発表

「大学と県の立場からみた成功要因」

12：15－13：40 昼食（自己紹介、アイスブレイクを含む）を取りながらグループワーク開始
グループワークテーマ「高浜町の成功要因について」

〔方法〕フィッシュボーンダイアグラム変法。

グループ内でKJ法のように成功要因を付箋に書いてもらう。

それをホワイトボードを用いてカテゴリー分けしてもらう（大骨と中骨）。

それぞれの中骨について、さらにその要因を検討して記入してもらう（小骨）。

13：40－14：45 各グループからの発表（8グループ・各グループ5分程度の発表）と全体討論

安田 ^{よしかず} 是和 氏による進行

(日村 健二 氏 への質問)

○行政担当者の交代はあったのか？

- ・日村氏以外は町長含め代わっていない。
- ・行政担当者のキーパーソンが代わることでうまくいかなることがある。

○国保医療費はさがったか？

- ・それほど変化はないが他の市町村よりもともと低め。

(横田 行雄 氏 への質問)

○サポーターの会発足のきっかけは？

- ・行政主導で第1回地域医療フォーラムがあり、住民で何かしようということで、有志により発足した。

○継続の秘訣はなにか？

- ・楽しみを見つけて行動する。(例 医療者と話ができる 等)

高浜町の成功要因を、「行政の立場」、「住民の立場」、「大学と県の立場」から発表してもらった。その後、昼食を取りながら、グループワークを開始した。グループワークはフィッシュボーンダイアグラム変法を用い、参加者に成功要因を付箋に書いてもらった。それをもとにグループ内で成功要因をカテゴリー毎に、フィッシュボーンダイアグラムに図示してもらった。グループワーク終了後、各グループ5分程度の発表後、全体討論を行った。



成功要因として、行政側、住民側、医療者、地域特性、教育、人材の要因が抽出された。

行政側の要因では、町長がリーダーシップをとり、医療政策を行ったことが挙げられる。副町長がフットワークよく医療政策に取り組み、議会との関係も良好で、住民に啓発や広報を行ったことも成功要因であった。

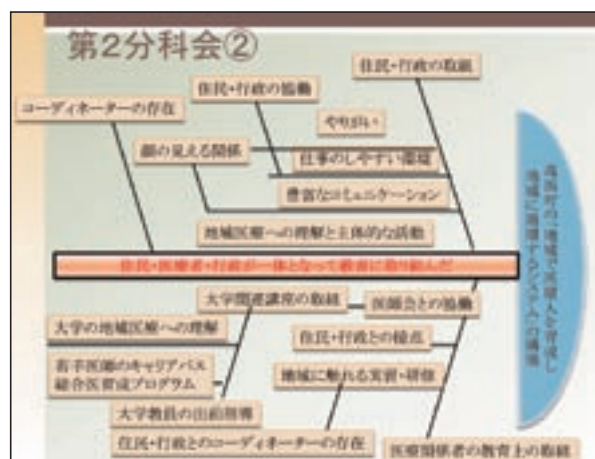
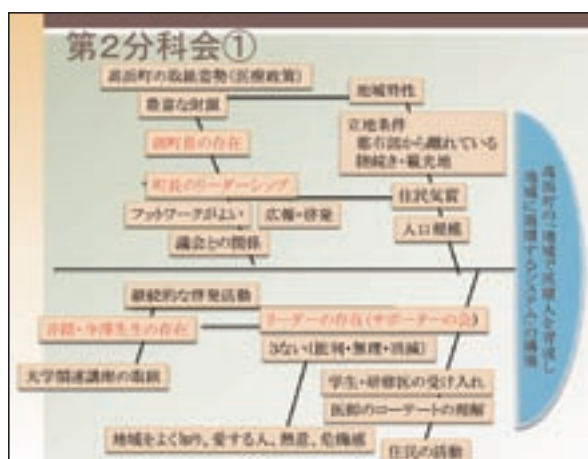
住民側の要因として、医療崩壊の危機感があり、なんとかしようという熱意をもって医療人育成に協力されたことが挙げられる。特に中心的な住民がサポーターの会を発足させ、他の住民への理解・啓発を行われた。この結果、学生や研修医の受け入れに住民が好意的となり、数年ごとの医師がローテートすることも理解された。

医療者の要因として、大学の理解と、大学教育の出前指導、総合医育成プログラムを始めとした若手医師のキャリアパスの明示等が挙げられる。また、医療崩壊から寄附講座設立の計画当初より大学教授が話し合いに入っており、また、地元で主体的に若手医師の教育・指導や住民啓発を行うリーダーシップをとれる医師が存在していたことも大きな要因である。また、地元医師会との関係が良好だったことも成功要因である。

地域特性としては、豊富な財源があり、寄附講座設立ができたこと、へき地とはいえ陸続きなこと、また都市部から離れていたこと、観光地であることや、人口も1万人程度と小規模で、住民も行政や大学の取り組みに好意的に受け入れられる住民気質があったこと等が成功要因として挙げられる。

教育面では、大学が地域に出て学生・研修医教育を行うことに理解を示し、地元の医療関係者の教育的な取組み、住民も医師を育てることに賛同して協力したことが挙げられる。

人材では、行政、住民、医療者に、それぞれリーダーとなれる人材がいたことが挙げられる。



地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムが成功要因として挙げられる。

そして、キーパーソンがいなくなっても継続性が担保されるような仕組みを作り、それを住民主導で続けていくことが更なる成功に不可欠である。

【第2分科会まとめ】

他の地域も含め一般化できる高浜町の成功要因

○デメリットをポジティブに考える逆転の発想が必要

医師数が少ない⇒まとまりやすい

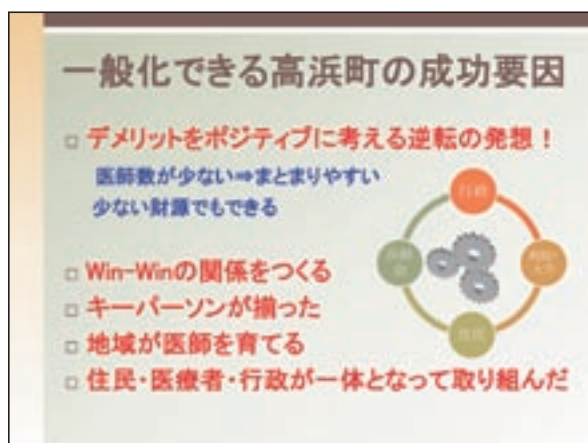
少ない財源でもできる

○Win-Winの関係をつくる

○キーパーソンが揃う

○地域が医師を育てる

○住民・医療者・行政が一体となって取り組む



(ワーキンググループ委員 神田 健史、見坂 恒明によるまとめ)

第 3 分科会

《第3分科会》 岐阜県郡上市の取組みについて

『医療者・住民・行政の協働から育まれる地域医療』

座 長：藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部医療薬務課長）

発表者：石神 鋳^{たまき} 氏（和良地域審議会長、元郡上市自治会連合会長）

松久 雄紀 氏（高山市国保久々野診療所長）

丸茂 紀子 氏（郡上市健康福祉部健康課長）

全体会Ⅰ発表者（「岐阜県郡上市の事例から」）

：後藤 忠雄氏（岐阜県郡上市地域医療センター国保和良診療所）

ワーキンググループ委員

：石川 鎮清、森田 喜紀（自治医科大学地域医療学センター）

参加者：約35名（座長、プレゼンター、ワーキンググループ含む）

第3分科会では『医療者・住民・行政の協働から育まれる地域医療』をテーマとし、岐阜県郡上市の具体的事例の分析を中心として、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

11：15－11：20 第3分科会開始 座長紹介、全体進行の説明

11：20－12：05 事例発表3例（①丸茂 紀子 氏 ②石神 鋳^{たまき} 氏 ③松久 雄紀 氏）
発表12分＋質疑応答3分

12：05－12：45 昼食（各グループでお互いに自己紹介をしながら）

12：45－12：55 グループワークの説明

12：55－13：55 グループワーク

①郡上市事例発表を聞いて、郡上市の事例の良いところ・事例に結びついた資源、地域の健康に役立った点などをKJ法の要領で付箋に書いてもらう。

②記入された付箋をもとに、グループ内でカテゴリー分けとカテゴリーのテーマづけをしてもらう。

③それぞれのカテゴリーが、どのように郡上市の具体的な成果につながったのかを考え、その関係性がわかるようにホワイトボードに図示する。

13：55－14：30 各グループからの発表（各グループ3分）と全体討論各グループからの発表

14：30－14：45 参加者自身の地域で応用できそうなことを考えてもらい、各グループから1名程度に発表をしてもらう。

【各立場からの発表】

岐阜県郡上市健康福祉部健康課長の丸茂紀子氏からは行政（保健師）の視点で、和良地域審議会長、元郡上市自治会連合会長の石神^{たまき}鉈氏からは住民の視点で、高山市国保久々野診療所、以前郡上市地域医療センター国保和良診療所で勤務していた松久雄紀氏からは若手医師の視点で、郡上市のこれまでの取組みについて、発表していただいた。

第3分科会 発表者
【岐阜県郡上市健康福祉部健康課 丸茂紀子】
★ 副市長（旧和良村長）・後藤医師といったキーパーソン
★ 「郡上の地域医療を考える市民フォーラム」の支援
★ フォーラムから「地域医療を守り育てる郡上市ビジョン」への発展
【和良地域審議会会長（元郡上市自治会連合会 会長） 石神鉈】
★ 和良の健康づくりを一体となっていきたいという思い
⇒「まめなかな和良21プラン」の策定への参加
★ 地域の健康づくりに住民が一体できないか
⇒郡上の地域医療を考える市民フォーラムの開催
★ 医・看護学生の實習にも住民が参加し、地域医療について語り合った
【高山市国保久々野診療所 松久雄紀】
★ 地域で展開している診療所で学ぶことが大切
★ 地域の診療所では病院で学べないことを学ぶことができた
★ 地域の診療所で学ぶと将来の選択肢が広がった

（丸茂 紀子 氏（岐阜県郡上市健康福祉部健康課長））

和良村が対等合併後の郡上市となった後に和良村の健康づくりに関する取組みが市全体へと広がっていったのは、合併後の当時の副市長と現郡上市地域医療センター国保和良診療所の後藤医師、この2人のキーパーソンの存在がまず大切な契機だったと発表された。

そして、後藤医師に健康福祉推進計画総合アドバイザーに就任してもらい、職員がアンケートの分析手法などを学び、保健医療福祉の各種計画を包括的に取り組んで郡上市健康福祉推進計画の策定につながったと話された。

その後、郡上の地域医療を考える市民フォーラムが開催されることになると、行政は黒子の立場として開催を支援し、このフォーラムで出された課題にどのように取り組んでいくかを住民も含めた検討会で検討して、地域医療を守り育てる郡上市ビジョンの策定へと発展したと報告された。

また、医療人の育成に関しても、研修に来た医学生や研修医とコミュニケーションをとるなど、行政も共に取り組んでいることを話されていた。

（石神^{たまき}鉈 氏（和良地域審議会長、元郡上市自治会連合会長））

発表者の石神氏は、和良村の時代から健康づくりの取組みに参加しており、「まめなかな和良21プラン」を医療関係者、行政、住民で策定した実績もあったことから、合併して郡上市となった後も「なんとか和良の健康づくりを今まで通り医療関係者、行政、住民が一体となって推進できれば」という思いを強く持っておられ、石神氏の報告にもそれが強く表れていた。

和良村では住民が集まって健康づくりについて考えてきており、子供の意見も参考にするほどの取組み方であった。合併後も、郡上市の健康づくりに住民が一体できないかと考えて、他の婦人会とも連携して郡上の地域医療を考える市民フォーラムを開催、住民以外



にも救急医療や医師会からも参加があり、医療者と住民の意見交換が行えたと報告された。

医療人の育成についても、医学生・看護学生の実習に住民が参加することで、地域に求められる医療について、ともに話し合っていると説明されていた。

（松久雄紀氏（高山市国保久々野診療所長））

松久氏は郡上市地域医療センターで勤務した後に、現在の高山市国保久々野診療所で所長を務めている。郡上市地域医療センターの勤務を経験することで、慢性疾患の管理、自己学習の方法等の医療に関すること、健診の流れや検査結果の評価とフォローアップといった保険に関すること、介護保険制度や主治医意見書の作成方法といった福祉に関することを学ぶことができたと報告された。

地域の診療所で勤務することで、病院勤務では学べないものを学ぶことができ、そのことが病院勤務以外の将来の選択肢を広げることにつながったと話されていた。

【第3分科会 グループワーク】

第3分科会では5グループでグループワークを行った。各発表者からの発表を聞いてもらった後、昼食を兼ねて各グループで自己紹介をしていただいた。昼食後、全体会での後藤氏の発表、分科会での各発表者からの発表をふまえて、郡上市の事例における成功要因（事例に結びついた資源や地域の健康に役立った点）を各グループで考えていただいた。それを付箋に記入し、さらにそれぞれをカテゴリー別に分けてもらい、それらがどのように結び付いたことによって郡上市の具体的な成果に結び付いたのかを分析してもらった。

各グループからは、主に以下の項目に着目して発表がされていた。



①和良村における地域医療の歴史

郡上市として合併する前の和良村の時代から、当時の村長や、「予防を主とし治療を従とする」という考えのもと健診を中心とした2次予防に取り組んできた中野初代院長をはじめとした歴代の医師、そして住民の健康への意識の高さが背景にある。また、「まめなかな和良21プラン」などの村をあげての健康づくり計画を行ってきたという歴史も、郡上市として合併した後の取組みに結び付いていると思われた。

②リーダーシップの存在

医療関係者では郡上市地域医療センター国保和良診療所の後藤氏が郡上市として合併後に健康福祉推進計画総合アドバイザーとして就任、合併後の副市長に旧和良村長が就任し和良の経験を郡上市に反映させるように後押しし、和良村時代にも自治会長として村の健康づくりに貢献していた石神氏が郡上市自治会連合会の会長に就任するなど、それぞれの立場にリーダーシップをとれるキーパーソンが存在していた。

③縦割り行政に陥らずに住民の視点で取り組んだ

保健・医療・福祉に関連した各種計画をばらばらでなく包括的に取り組み、そして住民へのアンケート調査などを分析して、住民の視点を取り入れた郡上市健康福祉推進計画の策定に結び付いた。

④外来・入院と医療機関の役割を明確にした

郡上市への合併を契機に、入院医療は郡上市民病院などの病院群が担い、外来や在宅医療は和良診療所などの診療所群が担うように、公的施設の再編・役割分担を行えた。

⑤「まめなかな和良21プラン」のように地元の言葉を使った政策

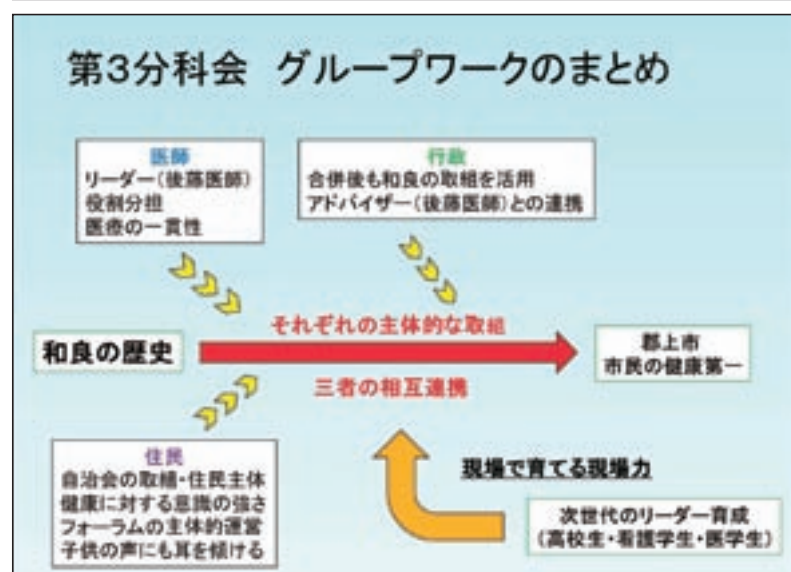
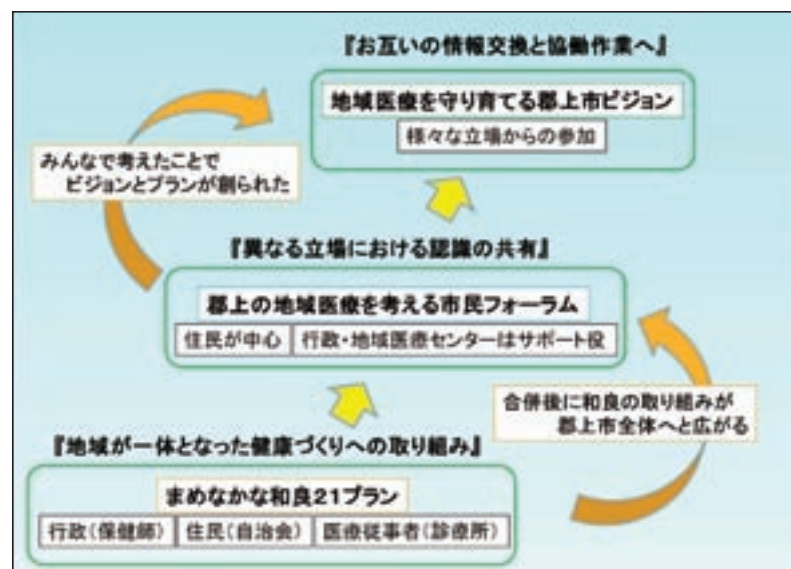
お元気ですかという意味を持つ「まめなかな」という地元の言葉を使って、医療関係者・行政・住民が他からの借用でない自分達の地域にあった政策を策定した。

⑥医療従事者・住民・行政のそれぞれが主体的に取り組みつづ、連携も行っていた

後藤医師の取組み、ケーブルテレビを活用した地元医師会の健康教室番組、住民では「郡上の地域医療を考える市民フォーラム」の継続的な開催、行政は地域医療を守り育てる郡上市ビジョンの策定といったように、それぞれが連携をとりながら主体的に取り組んで成果を出していた。

郡上市の事例における成功要因が、どのように結び付いたのかも各グループに考えてもらったが、右図のように、常に医療従事者・住民・行政が同じ健康に対する意識を持ち、連携をしながら取り組んでいったことがわかり、だからこそ合併後も建設的に意見が集約されて、地域医療を守り育てる郡上市ビジョンにつながったと考えたグループが多かった。

次に、医師、行政、住民といったそれぞれの立場で大切だったキーワードと、郡上市として合併する前の和良村から郡上市全体への広がりに関連付けて、それが医療人の育成と、どのように関連付けられるかを図示したものを第3分科会のグループワークのまとめとして全体会でも使用した。



【地域での医療人の育成】

今回の分科会全体のテーマは、「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵」であったが、郡上市の事例では最初から医療人を育成するシステムを目指して取り組まれたわけではなかった。医学生や看護学生、そして研修医らは、和良村の健康づくりに対する高い意識を持った住民の方々と接することでも地域医療の大切さを学んだ。また、彼らは医師・行政・住民が相互連携を図りながら地域の健康づくりに取り組んでいる現場で実習を行ったことで、その連携する姿から問題解決力といった現場力の育成もなされていた。また、「岐阜県へき地医療研修会」や「岐阜大学看護学部ゼミ へき地早期体験」のように住民参加型の地域に密着した教育も行っている。地域で医療人を育成するためのシステムを構築することに加えて、郡上市の事例のように、医療の現場に関わることでより現場で育てる現場力も、これからの地域医療を担う医療人には大切であることが示された。

最後に参加者が自身の地域で応用してみたいことを考えてもらい、各グループからの代表者に発表してもらって分科会を終了した。

【第3分科会のまとめ】

地域医療センター・住民・行政の協働（それぞれの主体的な取組・相互連携）から地域医療は育まれる。それは健康問題への高い関心という地域の歴史から始まり、医療者と住民との協働活動、保健・福祉を含めた地域の健康づくりへと発展し、ひとつの地域の成功事例が他の地域に良い影響を広げていくことで、地域の将来にわたった医療設計を構築することにもつながる。そして、これらの活動を現場で感じ、学び取ること下次代の地域医療のリーダーを育成することにもつながっていくと考えられた。



（ワーキンググループ委員 石川 鎮清、森田 喜紀によるまとめ）

第 4 分科会

《第4分科会》 千葉県柏市の取組みについて

『在宅医療を含む多職種連携に支えられた高齢化が進むまちの再生』

座 長：内田 健夫 氏（医療法人社団内田医院理事長（元日本医師会常任理事））

辻 哲夫 氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）

発表者：川越 正平 氏（あおぞら診療所院長）

辻 哲夫 氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）

渡辺 俊介 氏（国際医療福祉大学大学院教授、東京女子医科大学医学部客員教授）

全体会Ⅰ発表者（「千葉県柏市の事例から」）

：辻 哲夫 氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）

ワーキンググループ委員

：三瀬 順一、上原 里程（自治医科大学地域医療学センター）

参加者：約80人（座長、プレゼンター、ワーキンググループ含む）

第4分科会では「在宅医療を含む多職種連携に支えられた高齢化が進むまちの再生」をテーマとし、千葉県柏市でのプロジェクト（以下、柏モデル）で実施している都市部での高齢者医療の柱となる在宅医療の普及に必要な医師の研修プログラムに焦点を当てた。分科会のタイムスケジュールを次に示す。

- 11：15－11：20 分科会の主旨説明（座長より）
- 11：20－11：50 発表者（辻氏、川越氏）のプレゼンテーション
- 11：50－12：20 アイスブレイキングを兼ねたグループでの昼食
（グループ内の司会、書記も決める）
- 12：20－12：30 座長によるグループ討論の説明
- 12：30－13：30 グループ討論
- 13：30－14：30 グループ発表および討論
- 14：30－14：40 発表者（渡辺氏）のプレゼンテーション
- 14：40－14：45 座長による分科会のまとめと謝辞

【事例紹介】

まず、東京大学高齢社会総合研究機構特任教授の辻哲夫氏、あおぞら診療所院長の川越正平氏から在宅医療を担う医師養成研修プログラムに焦点をあてた取り組みをご紹介頂いた。

○ 辻氏は柏モデルの構造と研修プログラムについて話された。柏モデルは、在宅医療と地域包括ケアの関係のモデルであり、国の在宅医療連携拠点の一つのモデルを目指すものであること、モデルの要として研修プログラムが存在することを示された。在宅医療を担う医師養成研修の狙いは、かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機付け、地域における多職種のチームビルディング、そして各地域での展開を図ることにありと付け加えられた。

○ 川越氏は「医師が変われば地域が変わる」という副題の下で在宅医療総合研修プログラムの概要を示された。研修の特徴は多職種がともに学び、在宅の現場を実際に経験することであり、地域の医療介護資源についての共同作業を通じて在宅医療推進に関する課題を体感することができる点を挙げられた。また、研修修了者ががん患者の在宅看取りを実践するなど、介入地域において在宅医療の機運が高まっていることも紹介された。

【グループワーク】

続いて、座長の進行により、柏モデルを参加者の住む地域に導入するとすれば、工夫すべき点は何か、という視点で8グループに分かれてグループ討論をおこなった。KJ法に準じた方法によって、グループ内で出た意見を付箋に記載し関連ある意見をまとめてキーワードをつけてもらった。模造紙に意見とキーワードを並べる作業をした後に、グループごとにホワイトボードに貼った模造紙を使って発表した。



グループワークで出されたキーワードと関連する主な意見を発表順に記す。

○ [住民] 啓発が重要だろう。どうして在宅医療が必要なのか、あるいは在宅医療サービスでどんなことができるのかという話題について住民と行政、医療者との間の話し合いをもち、高齢化社会の進展を自分たちのものとして受け止める機会を設ける。

〔行政〕現状を把握し、連携会議を開催することで顔の見える関係をつくる。ニーズの把握、場の提供、人材育成という視点での関わりが重要である。

〔他職種連携〕在宅に関わる職種間でそれぞれの役割を理解することが必要で、それぞれの職種の教育研修があるとよい。

〔医師会〕モデル事業の例を紹介し、医師会に役割を知ってもらう。病院医師と開業医間で連

携し、信頼関係を築く。

〔教育〕 学生の早期から様々な地域医療の現場に参加するとよい。実地医家への在宅研修の充実も必要だろう。

- 〔医師、医師会〕 地域全体で支える医療を医師会が中心になって取り組むことで、多くの医師に意識が広がっていく。

〔地域、行政〕 医療、介護資源を可視化し地域として情報共有をする。

〔患者、家族〕 本当に在宅を望んでいるのかどうかを知る。支援者側が病院を勧めるようなケースでも家に帰ってみたら何とかなる場合もあるので、在宅の適用範囲を拡げて考えることが必要だろう。

〔社会資源〕 現状では資源が少ないため在宅で過ごせる人は少ない。資源をどのように充足させていくかが課題だろう。

〔医療機関〕 在宅と看取りを分けて考える必要がある。看取りは24時間の対応が必要だろう。

- 〔住民〕 相互扶助や雇用創出といった住民の巻き込み方に工夫が必要。取り巻く人々の在宅医療に対する認識を近づけること、家族のレスパイトも重要である。

〔ケア提供者〕 卒前、卒後における医師の在宅療養に関する教育が重要である。在宅医と後方病院との連携の仕組みに工夫がいる。また、職種間の役割分担をどうするかを議論して連携を深める工夫が必要であろう。

〔システム〕 行政による地域医療のニーズの把握と対応や介護報酬あるいは診療報酬上のインセンティブが大切と思われる。また、どのような生活圏域でシステムを作るべきか、あるいは既存システムとの関連をどのようにするかが課題だろう。

- 〔枠組み〕 患者が急変したときのベッドの確保が必要であるため、急性期病院との連携が大切になる。終末期医療、在宅医療、総合医療についての教育研修プログラムが重要である。

〔資源〕 医師一人ひとりの負担をいかに軽くするかが課題である。一人の医師で外来と往診の両方を行うのは無理があるので、二人以上の医師が往診するのが理想かもしれない。あらゆる医療行為において活躍が期待できる看護師の養成が必要ではないか。

〔財源〕 在宅ネットワークの構築、維持運営にかかる費用の財源を確保しなければならない。国や地方自治体による財政的支援が必要ではないか。

〔その他〕 家族、独居も含めて、在宅医療について、いつ患者に説明し納得してもらうのが重要だと思う。

- 〔医師会〕 十分な理解が得られないことがある。往診の効率を考える必要があるのではないか。

〔行政〕 十分な理解が得られないことがある。

〔資源〕 後方ベッドの確保が重要だろう。医師の教育という視点でも動機付けが必要だろう。研修医に動機付けするのがよいのではないか。都市部の専門医の中から総合医マインドを持った医師の掘り起こしも有効かもしれない。

〔住民〕 看取りの考え方が様々である。家族の負担にも考慮すべきだろう。

〔その他〕 柏モデルを地方にあてはめることが可能かどうかは議論の必要がある。

- 〔人的資源〕在宅医療へのインセンティブがないと開業医の協力が得られにくいのではないかな。介護分野においても人材不足が問題だろう。

〔医師の教育〕 大学で在宅医療に関する教育の充実を図るべき。若い時期に在宅医療に接することで興味を持つことができるようになるのではないかな。

〔連携〕 医療と福祉介護の連携が十分でないかもしれない。お互いに手間のかからないシステムが欲しい。都市部でどのように顔の見える関係を構築するかが課題だろう。

〔住民教育〕 死生観を熟成することが大切かもしれない。家族の負担の軽減を検討すべき。

- 〔医師会の動機付け〕 在宅医療の理解が進むことが重要である。医療と介護との連携が課題だろう。

〔住民への啓発〕 地道に具体例をもとに啓発するとよいのではないかな。在宅希望者が必ず実現できるようにする。

〔事務局機能〕 市町村、医師会、保健所などが事務局機能を果たすとよいのではないかな。スーパーバイザー、コーディネーター、ファシリテーターといった役割も必要だろう。

〔その他〕 スーパーバイザーによるグランドデザインが必要だろう。大学医局の理解、総合医の育成が課題になる。財政面での支援も重要だろう。

- 〔制度〕 専門医がかかりつけ医になるという日本型の新しい考え方が必要なのではないかな。

〔医師会〕 地区医師会、特に医師会長の認識が重要だろう。医師会主導で首長と医師会長のワークショップを開催してはどうか。

〔住民〕 住民参加が重要。住民の理解をどのように広めていくかが課題だろう。在宅医療を進めるためには経済活動として成り立つ必要があり、その点の理解が必要ではないかな。

〔行政〕 市町村の協力が重要である。

〔インフラ〕 かかりつけ医が在宅医療を実施すべき。在宅だけでなく施設も活用すべきだろう。在宅での医療が困難になったときのバックアップ体制を構築しておくことが必要だろう。

〔宗教の関与〕 死生観の変化が求められる。

【第4分科会のまとめ】

以上のグループ発表を踏まえて、東京女子医科大学医学部客員教授の渡辺俊介氏から「今後の都市部の地域包括ケアについて」という視点で総括的な発表が



あった。渡辺氏は、地区医師会の重要性、連携、そしてトップダウンとボトムアップがうまくかみ合う状況の重要性を挙げた。医師研修方法も含めたトップからのシステム提供と地区医師会など現場の必要性の認識が一致することで、都市部の在宅医療がうまく進んでいくだろうという指摘であった。

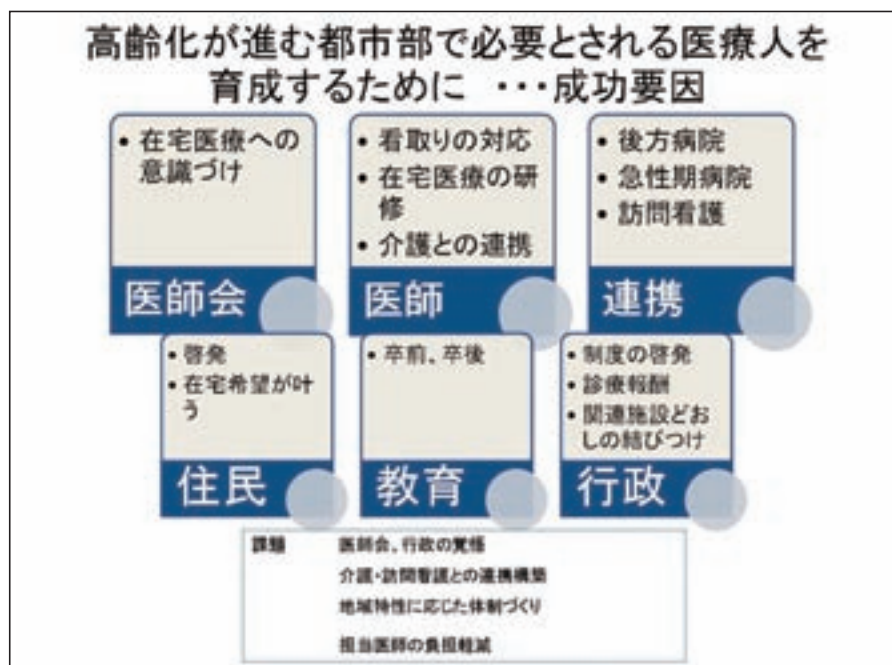
最後に、座長の内田氏により柏モデルを参加者の住む地域に導入する場合に成功要因になると考えられる内容のキーワードおよび意見のまとめがあり、次のように集約した。

- ・医師会：在宅医療への意識付け
- ・医師：在宅医療の研修、看取りの対応、介護との連携
- ・連携：後方病院、急性期病院、訪問看護
- ・住民：啓発
- ・教育：医学部、医科大学における卒前、卒後教育
- ・行政：制度の啓発、診療報酬、関連施設の結びつけ

また、課題として、

- ・医師会、行政の覚悟
- ・介護、訪問看護との連携構築
- ・地域特性に応じた体制づくり
- ・担当医師の負担軽減

などが挙げられた。



(ワーキンググループ委員 三瀬 順一、上原 里程によるまとめ)

全体会Ⅱ

コーディネーター 梶井 英治 氏（自治医科大学地域医療学センター長）

コメンテーター 井上 誠一 氏
（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長（前医政局指導課長））

分科会報告（座長）

（第1分科会） 内藤 和世 氏（京都市立病院長（全国自治体病院協議会常務理事））

長田 忠孝 氏（山梨県身延町早川町国保一部事務組合立飯富病院名誉院長）

（第2分科会） 前田 隆浩 氏（長崎大学保健・医療推進センター離島・へき地医療教育研究部門教授）

安田 ^{よしかず} 是和 氏（自治医科大学附属病院長）

（第3分科会） 藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部医療業務課長）

（第4分科会） 内田 健夫 氏（医療法人社団内田医院理事長（元日本医師会常任理事））

辻 哲夫 氏（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）



まず初めに、梶井氏から全体会Ⅱの進め方について、昨年のフォーラム宣言の図に各発表の内容を同時に打ち込み、それをもとに議論をし、提言をまとめ発信をしていきたい、との説明がありました。

その後各分科会からの報告がありました。

最初に内田氏から第4分科会の報告がありました。千葉県柏市の事例「都市部の高齢社会を支える医療－柏モデルプロジェクト－」をもとに、在宅医療を支える多職種連携という視点で高齢化が進む都市部の医療の再生について議論を行ったとのことでした。最初に発表者の方々から進行中のモデル事業の概要、開業医の動機付けのための研修プログラムについて発表されたとのことでした。次に「柏モデルの成功要因」というテーマでグルー



プディスカッション及び各グループからの発表が行われ、発表された内容のまとめが、スライドとして提示されました。成功要因の一つとして地域の中での医師会の役割があげられ、在宅医療を行っている医師、かかりつけ医の延長として在宅医療を行っている医師に対するサポート、在宅医療を行っていない医師への在宅医療に対する動機付けが重要な課題であるという意見で一致したとのことでした。また看取りへの対応、在宅医療への動機付け、といった柏プロジェクトで実施されている研修を各地域でどのように取り入れていくかが今後の課題である、とのことでした。続いて介護の分野では、多くの職種との連携が今後の大きなテーマになり、在宅医療だけでなく、後方病院との連携、急性期病院との連携、訪問看護との連携も重要なテーマになる、とのことでした。住民の役割に関する議論では、今後在宅医療、在宅看取り希望が増えてくることが予想される中で、死生感や在宅で看取ることの意味、決断の時期、医療・介護との連携に関する啓発が必要、とのことでした。教育の課題では、地域特性を反映した形での卒前、卒後教育が必要であり、医療や看護だけでなく、連携や人間関係の構築といった内容も必要になる、とのことでした。最後に行政との関わりとして、行政と医療提供者は車の両輪と考えられるが、今後このモデルを広めて行くには行政の役割が大きく、特に地域の首長の力が大きいと考えられる、とのことでした。また医療側からの啓発も必要、との議論になったとのことでした。財政的な面では、診療報酬でのインセンティブが必要であるとの議論が出た、とのことでした。その他、今後は行政、医師会、特にトップの前向きに取り組む覚悟が重要、医療サイドは介護、訪問看護との緻密な連携が重要、個別の特性に応じた体制作りが重要、継続性を担保するためには協働・連携など担当医師の負担軽減策が重要な課題になることが議論された、とのことでした。最後に、柏モデルの成功要因は、トップダウン方式だが綿密に練られたプログラム、現場（行政、医師会、その他多職種）の意識・意欲を掘り起こしたことだ、との報告がありました。共同座長の辻氏からは都市部の在宅医療と教育との関係について、一般的に大学での教育システムには在宅というフィールドは非常に少ないあるいは無く、在宅医療という現場をまず作ることで、大学の教育プ

プログラムの中に高齢化という課題に対応する地域医療を持ち込むことができるようになるので、まず地域で在宅医療を普及することが、日本の医学教育にとって大切ではないか、との発言がありました。会場からは県庁や市役所内でこのプロジェクトについてどのような議論が行われたのか、との質問があり、それに対し市の担当部署の部長・市長には大きな問題意識があり、市役所内の理解の深まりが速く、この問題を担当・推進する恒久的な組織を1年で設置、地区医師会長の理解があったことも推進する要因だった、医師会全体に対する在宅医療に関する説明会を実施できたことも良かった、さらに市役所が市の将来のために必要だという確信を持ったこと、多職種連携に関する研修プログラムの効果で在宅医療を含めた地域包括ケアのまちづくりが進んだことが実際にプロジェクトが動く大きな要因だった、との回答が辻氏からありました。さらに県については後期高齢者の急増もあり、寄附講座を設けるなど市の事業を推進する立場にあった、このモデル事業を他地域に広げるために先頭に立ち始めている、県の医師会も在宅医療に理解があり協力関係にある、との回答が辻氏からありました。



続いて内藤氏から第1分科会の報告がありました。第1分科会のテーマは地域で医療人を育成し地域に循環するシステムの構築であり、広島県の事例を中心に議論を行った、とのことでした。システムの根幹を成す各地で取り組まれている地域医療支援センターですが、広島県では40年以上前より県全体、及び二次医療圏ごとに大学、医師会、行政が一体となって地域医療の課題に取り組む組織があり、それをもとに地域医療支援センターとなる組織を立ち上げた、

とのことでした。センターの役割としては医師の配置調整、人材育成がありました。京都府の事例についても報告がありました。京都府はキャリアパスモデルについての事例で、京都府全体の、学閥を超えた、都市部と地域の医療機関という病院の壁も超えた後期研修のためのプログラムです。分科会では京都府の事例も参考に広島県の成功要因を議論したとのことでした。広島県の最大の成功要因は地対協という組織を40年以上にわたりつくってきた、ということです。大学、医師会、行政が協働して医療の課題に取り組む組織作りができていたため、地域医療支援センターの設置がスムーズだったとの意見が多かった、とのことでした。京都府の成功要因としては複数ある大学の協力、横の繋がりを生み出す医師会の働きが挙げられた、とのことでした。広島県、京都府では大学、医師会、行政が三位一体となって協調関係が出来ている点が成功要因として考えられる、とのことでした。その後山梨県の現状についても報告があったとのことでした。今後は、これまでの自治医科大学卒業生を中心とした数十年にわたる地域での個別の取り組み、一部組織化された取り組みから、三次医療圏を単位とした、面でのシステム作りが必要とのことでした。システム・組織作りのためには、医師会、大学、行政の三位一体に住民への直接の医療提供者である地域の医療機関を加え、顔の見える関係を構築し、ルールを作り、さらに意思決定のプロセスの透明化が重要であり、その上で地域住民の理解と支援が必要、とのことでした。加

えて共同座長の長田氏から山梨県の現状について報告がありました。山梨県でも大学中心の取り組みが始まっているが、まだ医師会との連携が乏しい、とのことでした。長田氏の勤務する病院は自治医科大学卒業生の派遣により立ち直り、地域の中から自らの地域の医療を支えたいと大学に進学する若者も出た、とのことでした。一方で地域医療に興味を示す学生が入学後減って行く現状から、地域で医療人を育成するためには、大学での教育が果たす役割も重要、との考えを示しました。会場からは地域で勤務する医師の身分保障についての質問がありましたが、第1分科会では初期・後期研修医の議論が中心で、身分についてはその不安定さについて問題提起があったとの回答がされました。

続いて前田氏から第2分科会の報告がありました。第2分科会ではまず高浜町の事例について、関わっている行政、住民、大学の方々が、それぞれの立場・視点から発表された、とのことでした。その後6～7人のグループワークで、高浜町での地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムの構築の成功要因を議論した、とのことでした。高浜町での地域医療の教育のシステム構築の最大の成功要因は様々なグループ、立場の方々が協力したことであり、その他の成功要因として、高浜町の人口規模が適当であったこと、首長の強いリーダーシップ・医療への理解、豊富な財源をもとにした寄附講座の開設、行政の住民への啓発活動、過去に地域医療の崩壊を経験した住民のシステムに対する理解、サポーターの会の存在、顔の見えるコミュニケーション、大学の啓発活動への協力、地域医療の教育に関するコーディネーターの存在、医師会との協働などが挙げられた、とのことでした。住民、大学・医療者、行政が一体となって地域での教育に取り組んだ、とのことでしたが、課題としては継続性の担保や学位取得のシステム、事例の様な取り組みを地域住民主導で行うシステムを作るなどが挙げられた、とのことでした。さらに共同座長の安田氏から一般化をするためのキーワードとしてwin-winの関係構築、学生・研修医の時から地域に触れる機会を作る、医師会との協力関係、キーパーソンが存在、地域が医師を育てるという意識、住民・医療者・行政が一体となった取組み、などが報告されました。

最後に藤本氏から第3分科会の報告がありました。第3分科会では岐阜県郡上市の事例について議論がされ、はじめに行政、住民、そこで学んだ医師からそれぞれの視点での報告があった、とのことでした。その後、郡上市の成功要因について議論した、とのことでした。市町村合併前の和良村の取組みとして、長年に渡り行政・住民・医療者が協力して健康づくりに取り組んでおり、その結果としての健康プランが作成された、とのことでした。市町村合併後には住民・行政・医療者の思いもあり、市全体に同様の取り組み方が拡がり、同様の手法で郡上市の健康福祉推進計画も作成された、とのことでした。医師不足に対する対策も住民が主導し、行政・医療者がサポートするような形で、フォーラムを開催し認識を共有、市民病院や医師会も巻き込み、医師不足に対する郡上市のビジョンが出来上がった、とのことでした。医療者では連携するリーダーの存在、行政では、住民の声を聞き、合併前の村での取り組みを活用し、医療者と協働したこと、住民では、自治会の取組み、キーパーソンが存在、健康意識の高さ、これら3者の主体的取り組み、相互連携が成功要因として挙げられた、とのことでした。通常はまずシステムを作ろうとし、運営で苦労することが多いが、この事例では長い歴史の中で育まれてきた、自然に出来

上がった循環システムである、システムは一足飛びに出来るものではなく、まず、現在有るものの中から地域の中の良いもの、良い資源を見つけて、連携していく事が必要、とのまとめでした。

ここで、梶井氏からこれまでの議論をまとめた発言がありました。今回の事例には地域毎の特殊要因があるかもしれないが、一般化、普遍化できる共通項があるのではないかと、それをもとにした住民、行政、医療者お互いの立場を超えた連携が必要ではないかと、とのことでした。

さらに、厚生労働省の井上氏から分科会の報告に対してコメントがありました。国が進めようとしている取組みの方向性は間違っていないと感じた、とのことでした。また、医師の育成、地域の医療を作っていく際には行政、大学や医師会などの医療者の連携のみならず、地域住民の協力が必要ということが明確になったのではないかと、述べられ、今後は医師会への働きかけ、行政の本気度が大切になる、ということでした。国の政策としても予算制度、医療計画などを総動員して在宅医療・介護を進めようとしており、そのためには多職種協働を担う人材育成が必要であり、まず各都道府県・地域で研修プログラムを担うリーダーを育て、その後現場で働く人の研修を実施していくことを想定している、とのことでした。医師確保の取組みとしては、現在地域医療支援センターの設置を進めており、昨年15ヶ所、今年は20ヶ所となり、医師が都市部と地域を循環しながら育っていく政策を進めて行く、とのことでした。

その後、映し出された提言案を確認しながら会場全体での議論が行われ、以下の意見が出ました。

行政については、自治医科大学卒業生を含めた医師の地域への配置について誰もが納得できるルール作りが必要、医師がいる都市部と医師がいない地域の違いにも考慮した政策が必要、といった意見が出ました。

教育については、システムを作っても動くのは医師であり、地域医療に働くマインドを持った医師が必要であり、そう

いった医師を育てる教育が必要、指導医の配置・指導体制の構築が必要、大学でコモンディージーズ・地域医療・生活を診る医療を学ぶことが困難になっているため、地域での教育も必要で、教育に関する病病連携・病診連携も必要、広い視野を持ち柔軟に対応できる、社会に役立つ医師を育成することが必要、大学病院での医療も地域での医療も等しく重要であることを伝える教育が必要、などの意見がありました。また大学について、研究への比重が大きく地域医療に関する教育は困難ではないかと、との意見もありましたが、前田氏より、地域医療教育関連の講座・寄附講座の開設などにより、徐々に変化が起きており、大学病院だけでなく、地域の医療機関での教育も必要との考えが広がっている、との回答がありました。その他、地域医療マインドの維持のた



めには学生・初期臨床研修の時期の学習・研修こそ重要、そのためには大学と地域の医療機関の教育スタッフの交流や研究面での連携も必要、反対に職業人としての医師の教育は卒業後が重要であり、マインド醸成・地域医療教育のため医師会との連携が必要、との意見もありました。また、現在専門医から開業医になった医師を、研修を通じて地域医療を担う人材に育成することも必要との意見が出され、全ての医師に医師としての、あるいは地域や生活を診るマインドが必要であり、そのためには学生、研修医の時から継続的な教育が必要とまとめられました。

住民の役割として、既に卒前医学教育・研修医教育に参加している地域もありますが、住民にとって医療現場は敷居が高い存在であり、繋がりをもっとオープンにして欲しい、との意見や、住民に対する地域のそれぞれの病院の役割についての啓発や、啓発活動を開業医だけでなく勤務医や住民にも担って欲しいなどの意見が出されました。

終わりに、以上の意見をまとめた図を提示し『これからの地域医療を形作るための鍵』とすることにして全体会Ⅱでの議論は終了しました。

その後自治医科大学学長の永井氏より、発言がありました。今日出された意見はいずれも尤もであり、まずサクセスストーリーを作り、如何に普及させるかが今後必要である、さらに持続可



能性についても考える必要がある、とのことでした。そのために継続のための要因をあげ、継続できるシステムを作り、加えて今後はデータに基づく議論が重要、とのことでした。教育については幅広い知識・柔軟性を教育してこなかったことを反省し、今後、総合医・専門医が協力して教育する必要がある、とのことでした。医療システムは複雑系の議論であり、誰の責任か、というような議論ではなく、オープンな議論が必要である、とのことでした。

(文責)

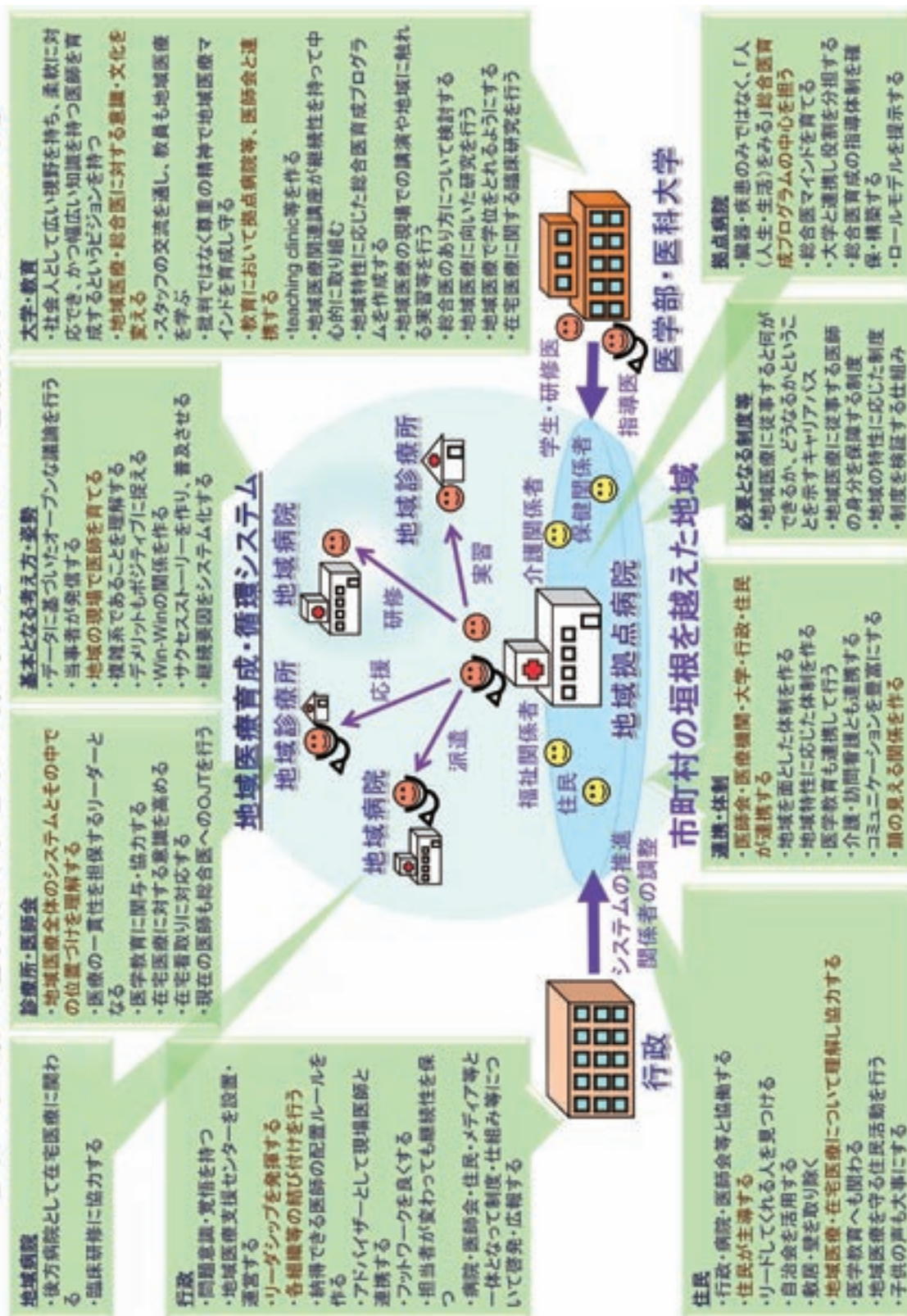
地域医療フォーラム2012

ワーキンググループリーダー

小松 憲一

参加者の総意による“鍵”

地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵



自治医科大学 地域医療フォーラム実行委員会

地域医療フォーラム2012開催事務局
(自治医科大学地域医療学センター)
(自治医科大学地域医療推進課)

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL 0285-58-7394 (地域医療学センター)

0285-58-7054 (地域医療推進課)
