

2015

Community
Medicine
forum

地域医療フォーラム

報告書

2025へ向けた地域医療の展望と創造
～地域医療構想を踏まえて、さまざまな立場から考える～



メインテーマ

「2025へ向けた地域医療の展望と創造」

～地域医療構想を踏まえて、さまざまな立場から考える～

開催日 平成27年9月20日（日）

会場 秋葉原ダイビル 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、文部科学省、全国知事会、公益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、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会、
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（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）
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））
神田 健史 氏（新潟県福祉保健部医師・看護職員確保対策課参事）
佐田 尚宏 氏（自治医科大学附属病院長）
内藤 和世 氏（医療法人財団康生会武田病院長（全国自治体病院協議会常務理事））
藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部次長）
簗田 清次 氏（自治医科大学副学長）
百村 伸一 氏（自治医科大学附属さいたま医療センター長）
(以上50音順、◎：委員長、○：副委員長)

ワーキンググループ

○森田 喜紀（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）
石川 鎮清（自治医科大学医学教育センター）
（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）
古城 隆雄（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）
小松 憲一（自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門）
竹島 太郎（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）
中村 剛史（自治医科大学地域医療学センター地域医療人材育成部門）
三瀬 順一（自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門）
(以上50音順、○：リーダー)

地域医療フォーラム2015

目次

CONTENTS

- ごあいさつ 5
- 次第 6
- 全体会Ⅰ 7
- 分科会まとめ 13
- 全体会Ⅱ 31
- 巻末参考資料 45



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)

平成27年9月20日（日）、「地域医療フォーラム2015」を東京・秋葉原ダイビルにて開催いたしました。

毎年、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、教育関係者、市民の皆様にお集まりいただき、地域や立場の違いを超えて地域医療の課題解決に向けた議論を行ってまいりました。昨年度までの4年間は、「地域での医療人の育成」に重きを置いた議論を行い、地域医療モデルの創出を基礎自治体、そして県レベルの取り組みにまで発展させました。

今年度は、テーマを「2025へ向けた地域医療の展望と創造～地域医療構想を踏まえて、さまざまな立場から考える～」としました。「地域医療構想」とは、病床の機能分化や連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもので、平成27年4月より、都道府県単位での策定が進められております。

このような状況の中で、行政・大学・診療の現場・拠点病院それぞれの立場から、2025年、さらにその先を見据えた地域医療提供体制のあり方を議論していき、参加者の感じている国の政策と現場の現状とのギャップを埋めて、共通した問題意識と当事者意識を持ち帰ってもらうことを目的に本フォーラムを開催いたしました。292名の方々がご参加くださいました。

全体会Ⅰでは、地域医療構想の導入に至った経緯と狙い、これからの地域医療提供体制づくりに関する基本的な考え方、都道府県における地域医療提供体制の現状と課題について、お話を伺った後、地域医療提供体制づくりについて論点整理が行われました。

その後、4分科会に分かれて行政、大学、診療、拠点病院という立場から、地域医療構想を念頭に置きながら、グループワークを中心に地域医療提供体制づくりに向けて深い議論が行われました。

全体会Ⅱでは、各分科会報告の後、熱心な議論が展開されました。各々の参加者は、自らの地域で、どのような地域医療提供体制が必要なのか、改めてお考えになり、いろいろな気づきを得られたように思います。その気づきが、地域医療の充実・発展へとつながっていきますことを心から願っております。

ここに今回のフォーラムの取りまとめを行い、報告書を作成いたしましたので、お届けいたします。

地域医療フォーラム2015次第

開催日時 平成27年9月20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：「2025へ向けた地域医療の展望と創造
～地域医療構想を踏まえて、さまざまな立場から考える～」

時刻	所要時間	内 容	摘 要
9:30	30分	(受付)	
10:00	5分	開会挨拶	永井 良三氏 (自治医科大学学長)
10:05	120分	全体会Ⅰ 「地域医療提供体制に関する状況の変化～地域医療構想を踏まえて～」 報告①「地域医療構想等について」 報告②「これからの地域医療提供体制の考え方の実際」 報告③「都道府県が考えるこれからの地域医療提供体制」 報告④「これからの地域医療提供体制についての論点整理」	コーディネーター 内田 健夫氏 (医療法人社団内田医院理事長) 報告者 佐々木昌弘氏 (厚生労働省医政局地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室長) 松田 晋哉氏 (産業医科大学医学部公衆衛生学教授) 藤本 幸男氏 (青森県健康福祉部次長) 内藤 和世氏 (医療法人財団康生会武田病院長)
12:05	15分	(会場移動)	
12:20	145分	分科会「これからの地域医療提供体制づくりに向けて」 第1分科会（行政の立場から） 「地域医療構想等を踏まえたこれからの地域医療提供体制づくり」 第2分科会（大学の立場から） 「これからの地域医療提供体制づくりに資する大学・医育機関の役割」 第3分科会（診療の現場から） 「これからの地域医療提供体制づくりを現場から考える」 第4分科会（拠点病院の立場から） 「これからの地域医療提供体制づくりにおける拠点病院の役割」	座長 藤本 幸男氏 (青森県健康福祉部次長) 発表者 田口 健氏 (東京都福祉保健局医療政策部 医療調整担当課長) 壁下 敏弘氏 (静岡県健康福祉部理事 (医療介護連携対策担当)) 座長 前田 隆浩氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療学分野教授) 発表者 前田 隆浩氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療学分野教授) 岡崎 仁昭氏 (自治医科大学医学教育センター長) 川内 敦文氏 (高知県健康政策部医療政策課長) 座長 内田 健夫氏 (医療法人社団内田医院理事長) 発表者 今村 聡氏 (公益社団法人日本医師会副会長) 座長 内藤 和世氏 (医療法人財団康生会武田病院長) 発表者 小俣 憲治氏 (砂川市立病院管理官) 齋藤 貴生氏 (田川市病院事業管理者)
14:45	15分	(会場移動)	
15:00	135分	全体会Ⅱ ・各分科会の報告 (各10分) ・全員参加型ディスカッション(95分)	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 佐々木昌弘氏 (厚生労働省医政局地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室長)
17:15	15分	総括 閉会挨拶	佐々木昌弘氏 (厚生労働省医政局地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室長) 前田 隆浩氏 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療学分野教授)
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)	

※都合により演者が変更になる場合がございます。予めご了承ください。

全体会 I

「地域医療提供体制に関する状況の変化」

～地域医療構想を踏まえて～

コーディネーター

内田 健夫 氏 医療法人社団内田医院理事長

報告 ①「地域医療構想等について」

佐々木昌弘 氏 (厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長)

報告 ②「これからの地域医療提供体制の考え方の実際」

松田 晋哉 氏 (産業医科大学医学部公衆衛生学教授)

報告 ③「都道府県が考えるこれからの地域医療提供体制」

藤本 幸男 氏 (青森県健康福祉部次長)

報告 ④「これからの地域医療提供体制についての論点整理」

内藤 和世 氏 (医療法人財団康生会武田病院長)





はじめに、コーディネーターの内田氏より、「このフォーラムは過去4年間に渡って医療現場に直接関わる方が参加をし、それぞれの回でテーマを設定し、その中で提言を発信するという取り組みを続けてきた。直近の2年間では、サブテーマとして「小山市における地域医療」を取り上げてきた。昨年提示したリンクマップは、これまでの集大成と言え、地域における課題抽出や優先順位の調整等を整理する上で、大変よくできた成果物であったと考えている」との説明がありました。また、「昨年5月の『医療介護一体改革法』

の成立により、2025年以降の取組みを大きく推進するような枠組みが提示された。ひとつは、詳細な地域別データの提供、そして、地域での具体的な政策展開の提示、またそのための財源の確保から成り立っていると考えている。すなわち、従来の診療報酬からの誘導であるとか、モデル事業等による政策展開から、規模も範囲も全国的な展開へと大きく踏み出したものになったと考えている。本日の全体会Iでは、直接の政策立案・推進の責任者である厚生労働省の佐々木室長、今回の提供データの取りまとめ、その後の政策展開についての構想を練られた松田産業医大教授、地域を代表して本フォーラムの実行委員でもある青森県の藤本次長、拠点病院の立場を代表して同じく実行委員でもある京都の内藤先生に、それぞれのテーマでご発表いただく。よろしく願いたい」との説明もありました。

報告①「地域医療構想等について」

佐々木 昌弘 氏（厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長）

まず、佐々木氏より、地域医療構想等の概要についての報告がありました。以下が報告要旨です。

今日の理解のポイントは、1 地方自治体は何をすべきか、2 どんなチームを作るか、3 臨床現場の役に立つか、4 地域医療連携は可能か、の4点である。

医療法の歴史を振り返ってみると、昭和23年7月の制定以来、まずは医療資源の量的整備、のちには偏在の是正、すなわち医療資源の適正配分という性格を付加してきた。今回の改正もその続きにある。



平成25年8月の社会保障国民会議の報告書を経て、翌26年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」では、住み慣れた地域での地域包括ケアシステムと、もしもの時の医療提供体制を同時に整備することになった。その際、地域ごとの議論や自らの判断の材料となる情報が必要であるが、それはこの後、松田先生がお話しして下さる。そして、全2次医療圏（正確には2次医療圏を原則とした構想区域）

ごとに法的に位置づけられた協議の場（地域医療構想調整会議）を設けて、自治体や医療提供者らで話し合っていた。

地域医療における地域・区域の概念は、都道府県を構想区域に分け、さらに市町村を日常生活圏域、概ね中学校区を基本とする区域に分けている。扱う課題によって例えば、周産期医療ではやや大きい単位で、介護との連携ではやや小さい単位での協議が必要となるので、調整会議はこの点の柔軟な運用を可能としている。

平成27年3月に出したガイドラインに基づき、都道府県は、地域医療計画の一部として「地域医療構想」を策定する。これについては、2025年に向け、医療機能ごとの需要となる患者数・病床必要数を推計したうえで病床の機能分化・連携を進めることとなっている。

そして、これから地域医療構想づくりが進む中で、どうしても慢性期・在宅をどう受け止めるかという点が大きな論点になることが予想されるため、厚生労働省は、7月10日に療養病床の在り方等に関する検討会を立ち上げた。ここでいくつかの選択肢が示せるものと思う。

地域医療構想による地域の医療需要の将来推計、検討会による慢性期等への対応の選択肢の提示を踏まえ、各医療機関は、毎年度の病床機能報告制度による地域の情報を踏まえて、医療機関の自主的な取り組みや調整会議による地域の全体最適に向けた議論により地域医療構想策定後の取り組みが進められることとなるが、今後まずは、2025年（平成37年）を見据えつつ、最後のスライドに示したように平成30年度に向けて医療・介護提供体制の見直しが進められていく。

報告②「これからの地域医療提供体制の考え方の実際」 松田 晋哉 氏（産業医科大学医学部公衆衛生学教授）

続いて、松田氏より、地域医療構想の概要と調整会議で利用されるデータについての報告がありました。以下が報告要旨です。

地域医療構想の策定のプロセスにおいて、医療需要推計、機能別病床推計、が必要である。そして、地域医療構想調整会議における議論の進め方として、1、地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の認識共有、2、地域医療構想を実現するための課題の抽出、3、具体的な機能分化・連携の在り方についての議論、4、地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論について、がある。調整会議で利用されるデータとしては、DPCデータ、NDBデータ、消防庁のデータ、年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）がある。全体のまとめとして、「DPCおよびNDBのデータを用いることで、医療の現状についてマイクロレベル・マクロレベルの両方から検討することに可能になり、病床機能報告制度につながる」「今後、各地域・各医療機関の情報活用力が問われる」、間違えてはいけないこととして「病床削減が地域医療構想の目的ではない」、「地域の医療介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考えることが第一の目標』であることを挙げておく。最後に、「データに基づいて医療を計画し、評価し、そして改善していくことが求められる」ことを示しておく。



報告③「都道府県が考えるこれからの地域医療提供体制」

藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部次長）

続いて、藤本氏より、都道府県が考えるこれからの地域医療提供体制について、青森県の取り組みを中心に報告がありました。以下が報告要旨です。

今後、高齢者が急増していく首都圏を中心とする大都市部と、まもなく（もしくはすでに）高齢者数がピークに達し、年少・生産年齢人口の大幅な減少による高齢化社会に直面する地方では、地域を取り巻く状況が異なるため、それぞれの実情に見合った医療提供体制の構築が必要である。



青森県のこれまでの取り組みと、地域医療構想等を踏まえ、2025年以降を見据えた取り組みの方向性について述べたい。青森県は、現在、人口が約131万人であるが、平成37年に高齢者数はピークに達し減少に転じるが、生産年齢人口がそれ以上に減少するため、平成52年には高齢化率が41.5%に達することが見込まれている。青森県は、6つの医療圏に分かれており、公的医療機関が地域医療の主要な担い手である。人口対医師数は全国平均よりも低いものの、病院数、病床数は多く、5医療圏が病床過剰地域である。一人当たり医療費は少ない一方で、要介護認定率、一人当たり介護給付費、介護保険料は全国平均を上回っている状況である。

一人当たり医療費は少ない一方で、要介護認定率、一人当たり介護給付費、介護保険料は全国平均を上回っている状況である。

青森県は、これまで(1)保健・医療・福祉サービスを切れ目なく提供する包括ケアシステム、(2)自治体病院機能の再編成、(3)良医育成支援（医師確保）の3つを推進してきた。自治体病院の再編では、1つの医療圏を除いて再編成の計画を策定済みであり、ここでは西北五圏域をモデル事例として紹介する。つがる西北五広域連合が運営主体となり、圏域全体で地域医療を支えていく体制を構築し、高度・専門医療から一般医療までを提供する中核病院を整備する一方で、周辺自治体病院をサテライト医療機関と位置づけ回復期・へき地医療、外来診療などを担う機能に転換し、中核病院とサテライト医療機関との連携強化を図った。(3)については、良医を育むグランドデザインを策定し様々な取り組みをした結果、医学部進学者、臨床研修医、後期研修医が増加するとともに、医師を配置調整する仕組みづくりや、総合診療医を育成する基本プログラムの策定、女性医師の勤務環境の整備、地域医療を支える住民活動といった対策が進展した。

これまでの取り組みの延長線上に、地域医療構想を捉えている。現在、平成27年度中の策定を目指し、2025年の必要病床数の推計を行うとともに、地域医療構想の具体化に向けて、自治体病院機能再編成の一層の推進、地域医療支援センターの機能強化、在宅医療の推進を、関係者の協力を仰ぎながら進めている。

報告④「これからの地域医療提供体制についての論点整理」

内藤 和世 氏（医療法人財団康生会武田病院長）

最後に、内藤和世氏が、これからの地域医療提供体制の構築に関する論点について報告しました。以下が報告要旨です。

2025年へ向けた新たな地域医療提供体制の構築がなぜ今必要なのかについて整理する。長期的には、急速に進行する高齢化のために社会保障費、とくに医療費が増加することが予測される一方で、生産年齢人口が減少していくために、国の財政負担が大幅に増加することが、第1にあげられる。第2点目は、2025年は戦後のベビーブーム世代が一挙に後期高齢者となり、一過性に医療需要の増加が起こることが予想されている。2040年に医療需要がピークを迎えると考えられ、その時点で介護供給や看取り場所の確保が困難となることが、3点目の課題である。そして、最後に、これらの医療や介護における需要と供給のアンバランスは全国一律ではなく、特に大都市部で深刻となることが予測され、地域差が著しいことが大きな問題となる。そのため、高齢化が一気に表面化する2025年までに地域医療構想に基づく新たな医療提供体制を整備することが喫緊の課題となっている。

地域医療構想については、佐々木、松田両先生から詳細な説明があったとおりである。さらに加えるとすれば、地域医療連携推進法人と日本版CCRC構想という新たな取り組みに注目したい。地域医療構想の策定にあたっては、大都市型、地方都市型、過疎地域型といった地域特性に応じた医療提供体制を構築しなければならない。そのためには、根拠に基づいた医療需要の推計を行うことが求められる。そして、地域医療構想の策定では都道府県知事が地域医療構想調整会議などを通じて、どれだけのガバナンスを発揮できるのかが問われている。

第1次公立病院改革プランでは、経営の効率化による経営改善はある程度進んだが、なお約半数の公立病院で経常収支が赤字となっている。そのため、新たな公立病院改革プランでは、第1次公立病院改革プランで求められていた指標に加えて、地域医療構想を踏まえた役割の明確化や、多くの経営数値目標の設定が求められている。また、経営改善を一層加速させるために、経営形態の見直しとして、地方公営企業法の全部適用にとどまらず、地方独立行政法人化等を目指す方向だと思われる。

新たな専門医制度では、質の高い専門医の育成、地域の問題に対して包括的に取り組む総合診療専門医に期待している。ただ、19の基本領域専門医に加え、それに倍するサブ・スペシャリティー専門医があり、専門医の取得・更新によって、地方の病院、特に中小病院の医師確保へ影響を及ぼさないか、懸念されるところである。



最後に、これらの大きな改革が、いずれも今後数年の間に、一挙に行われることになっており、医療・介護提供体制の大きな局面を迎える。

(文責)

地域医療フォーラム2015

ワーキンググループ

森田 喜紀

古城 隆雄

竹島 太郎

三瀬 順一

分科会まとめ

「これからの地域医療提供体制づくりに向けて」

- 《第1分科会》 ～行政の立場から～ 14
「地域医療構想等を踏まえたこれからの地域医療体制づくり」
座長 藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部次長）
発表者 田口 健 氏（東京都福祉保健局医療政策部医療調整担当課長）
壁下 敏弘 氏（静岡県健康福祉部理事）
- 《第2分科会》 ～大学の立場から～ 18
「これからの地域医療提供体制づくりに資する大学・医育機関の役割」
座長 前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）
川内 敦文 氏（高知県健康政策部医療政策課長）
発表者 前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）
岡崎 仁昭 氏（自治医科大学医学教育センター長）
川内 敦文 氏（高知県健康政策部医療政策課長）
- 《第3分科会》 ～診療の現場から～ 22
「これからの地域医療提供体制づくりを現場から考える」
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））
発表者 今村 聡 氏（公益社団法人 日本医師会副会長）
- 《第4分科会》 ～拠点病院の立場から～ 25
「これからの地域医療提供体制づくりにおける拠点病院の役割」
座長 内藤 和世 氏（医療法人財団康生会武田病院長（全国自治体病院協議会常務理事））
発表者 小俣 憲治 氏（砂川市立病院管理官）
齋藤 貴生 氏（田川市病院事業管理者）



第1分科会

《分科会テーマ》（行政の立場から）

「地域医療構想等を踏まえたこれからの地域医療提供体制づくり」

座長：藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部次長）

発表者：田口 健 氏（東京都福祉保健局医療政策部医療調整担当課長）

壁下 敏弘 氏（静岡県健康福祉部理事〔医療介護連携対策担当〕）

ワーキンググループ委員

：古城 隆雄 氏（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）

小松 憲一 氏（自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門）

参加者：およそ80名（座長、発表者、ワーキンググループ委員含む）

第1分科会は、「地域医療構想等を踏まえたこれからの地域医療提供体制づくり」をテーマとし、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

12：05－12：15 各グループで自己紹介

12：15－13：05 事例発表（東京都と静岡県）

13：05－14：00 グループワーク

14：00－14：35 グループ発表

14：35－14：45 第1分科会のまとめ



【概要】

2025年以降を見据え、今後高齢者数が急増していく都市部と、高齢者数は間もなく（又はすでに）ピークに達し、現役世代の大幅な減少による相対的な高齢化社会に直面する地方の、それぞれの今後の地域医療提供体制づくりに向け、行政はどのように取り組んでいくべきかについて議論を行った。

冒頭の事例発表では、都市の例として東京都の田口氏に発表をお願いし、医師の育成・配置の拠点になる地域医療支援センターの先進事例として、静岡県の壁下氏に発表をしていただいた（なお、地方の例は、全体会の青森県藤本氏の発表を参考）。

これらの事例発表を受け、参加者はグループに分かれて、（1）2025年以降を見据え、地域医療提供体制の構築に向けてどういった課題があるのか（予想されるのか）、（2）行政の観点から、必要な取り組み（予定されている取り組みも含めて）についてグループワークを行った。なお、

グループ分けは、参加者の居住地を参考に、特別区+政令指定都市（1～2班）、県庁所在地（3～4班）、上記以外の市町村（5～9班）の9班に分けた。

最後に、各グループの発表を行い、第1分科会のまとめを行った。

【事例発表】

（田口 健 氏（東京都福祉保健局医療政策部医療調整担当課長））

現在、主に2025年の医療提供体制と地域医療圏をどうするのかについて、検討を行っている。医療需要の推計では、2025年の必要総病床数は約11.2万床（患者住所地推計）～11.4万床（医療機関所在地推計）と見積もられ、既存病床の10.5万床に比べると、6,988床～8,385床増やす必要がある。また、病床機能別にみると、既存病床数と推計値には、大きな乖離がある。全体に占める各機能別病床数の割合を比較してみると、高度急性期（病床報告：29.4%、推計：13.9%）、急性期（40.9%：37.1%）、回復期（6.7%：30.4%）、慢性期（23.0%：18.5%）となっている。実際の病床数は、高度急性期では推計値よりも多く、回復期では推計値よりも不足している。これに加え、都内の2次医療圏間、隣接している埼玉県、神奈川県、千葉県との間で、流出入の患者が多く発生することが予想されている。高度急性期、急性期、回復期では、隣接3県からの流入超過であり、慢性期では都内から流出超過になっている。

最後に、今後の地域医療構想策定に向けて、構想区域の設定（2次医療圏で良いか）、増える病床はどう配分するか、患者流出入の都道府県間調整、人材確保、医療需要推計の前提、といったことが今後の課題であると指摘した。

（壁下 敏弘 氏（静岡県健康福祉部理事〔医療介護連携対策担当〕）

静岡県は、健康寿命が73.53歳（男女計）と日本一である。一方、人口当たりの医師数、人口当たり医学部定員数は、それぞれ全国41位、全国45位と医師が少ない県である。そのため、全国に先駆けて官民一体で医師確保対策を推進する「ふじのくに地域医療支援センター」（平成22年10月）を設置した。地域医療支援センターは、本部と支部（東部、中部、西部）から構成されており、「研修機能」「リクルート機能」「修学資金利用者のコーディネート機能」「調査機能」の4つの機能を担っている。静岡県の先進的・特徴的取り組みとして、地域連携型の「専門医研修ネットワークプログラム」と「医学修学研修資金の貸与制度」があげられる。「専門医研修ネットワークプログラム」では、複数の病院がそれぞれの強みを生かしてネットワークプログラムを作成しており、研修医の幅広い研修ニーズに対応している。平成27年7月現在、53プログラム、85人の研修医が参加。「医学修学研修資金の貸与制度」では、浜松医科大学だけでなく、全国の医学生を対象に貸与しており、平成26年の貸与者数は658人と全国一の規模になっている。現在、120人が勤務を開始しており、満了者の83%が静岡県内に定着している。これらの取り組み



以外にも、医学部在学中から地域医療に貢献する志しを育むための「ふじのくにバーチャルメディカルカレッジ」を設置しており、メールマガジンの配信、Youtubeを利用した動画配信、意



見交換会の開催、臨床研修病院合同説明会、研修病院見学バスツアー、ふじのくに次世代医師リクレーター等を行っている。平成29年度から新しい専門医制度における後期研修が開始される。静岡県は、県の規模に比較して医育機関が少なく指導體制が脆弱な面があるため、指導體制の維持・強化が今後の課題と考えている。

【グループワーク】

居住地の市町村の規模によって別れたグループごとに、(1) 2025年以降を見据え、地域医療提供体制の構築に向けてどういった課題があるのか(予想されるのか)、(2) 行政の観点から、必要な取り組み(予定されている取り組みも含めて)、の2点について意見交換を行った。合計9班のグループから出された「予想される課題」と「必要な取り組み」をまとめると以下の図のようになった。

まず、「予想される課題」として、「データの信頼性」「人材不足」「連携不足」「理解不足」「ビジョンの共有」があげられ、それぞれに対して「必要な取り組み」が提案された。「データの信頼性」は、地域医療構想を描くために必要な機能別病床数の推計値のことであり、推計方法やその信頼性、活用方法に課題があり、また、医療提供体制をどういった地域単位で分析すべきかについても課題があるとの指摘があった。これらの課題に関しては、推計データの結果をそのまま鵜呑みにするのではなく、各地域の実情に合わせた分析、活用が必要であるという意見であった。

「人材不足」は、地域の医療機関における医師確保、特に新しい専門医制度に合わせた対策や、介護分野や在宅医療を担う医師の不足が課題とされた。これらに対しては、何らかの経済的なインセンティブが必要なことや、行政による適正配置、診療報酬上の評価が、必要な取り組みとしてあげられた。

「連携不足」では、病院と診療所、診療所間、公的医療機関と民間医療機関、医療機関と介護、行政内での連携、県と市町村と、様々な分野での連携不足が指摘された。これらの課題については、それぞれの分野で垣根を越えた情報共有や話し合いの場が必要であるとされた。



「理解不足」では、一般住民は医療機能が分担されていることを理解できていないことや、医療関係者の中でも地域医療構想等でどういったことが議論されているかを知らない者が多いな

ど、周知不足が指摘された。これらに対する必要な取り組みとして、行政からの適切な情報提供、住民の理解を促す啓発活動、あるいは小学生といった早期から医療に関心をもらってもらう教育が提案された。

「ビジョンの共有不足」では、2025年に向けた医療提供体制のあり方、とくに機能別の病床や在宅医療について共有されておらず、地域医療構想の共有不足が指摘された。これらに対しても、適切な情報提供や、(ビジョンについての) 話し合いの場が必要であるという意見が出された。

第一分科会のまとめ	
予想される課題	必要な取り組み
<ul style="list-style-type: none"> ● データの信頼性 <ul style="list-style-type: none"> ● データ ● 活用方法 ● 項目の不足 ● 二次医療圏単位？生活医療圏？ ● 人材不足 <ul style="list-style-type: none"> ● 医師(専門医制度) ● 介護(在宅) ● 連携不足 <ul style="list-style-type: none"> ● 病診、診診 ● 医療・介護 ● 行政内(縦割り) ● 県と市町村 ● 公的、民間医療機関 ● 理解不足 <ul style="list-style-type: none"> ● 住民の医療機能分担への理解 ● 情報の周知不足 ● ビジョンの共有ができていない <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療 ● 病床 ● 地域医療構想 	<ul style="list-style-type: none"> ● データの信頼性 <ul style="list-style-type: none"> ● 実情に合わせた分析、活用 ● 人材不足 <ul style="list-style-type: none"> ● 経済的なインセンティブ ● 適正配置 ● 診療報酬 ● 連携不足 <ul style="list-style-type: none"> ● 話し合いの場の設定 ● 理解不足 <ul style="list-style-type: none"> ● 適切な情報提供 ● 住民の啓発 ● 早期からの教育 ● ビジョンの共有 <ul style="list-style-type: none"> ● 適切な情報開示 ● 話し合いの場の設定

【第1分科会のまとめ】

来年の平成28年度までに、全ての都道府県で地域医療構想が出される予定であるが、今年度の段階では、どの都道府県も模索しているところと思われる。本分科会の発表を見て分かるように、都市部や地方においては、医療を取り巻く状況は大きく異なる。本分科会のグループワークでは、様々な課題と必要な取り組みが出された。いずれの課題と取り組みも、2025年以降の医療提供体制にとっては、必要不可欠なものだと思われる。住民も含めた関係者が広く協力し、それぞれの地域の特色や実態を十分に踏まえて、2025年以降を見据えた地域医療体制づくりが進展することを期待したい。

(ワーキンググループ委員 古城 隆雄 氏、小松 憲一 氏によるまとめ)

第2分科会

《分科会テーマ》（大学の立場から）

「これからの地域医療提供体制づくりに資する大学・医育機関の役割」

座長：前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）

川内 敦文 氏（高知県健康政策部医療政策課長）

発表者：前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）

岡崎 仁昭 氏（自治医科大学医学教育センター長）

川内 敦文 氏（高知県健康政策部医療政策課長）

ワーキンググループ委員

：石川 鎮清 氏（自治医科大学医学教育センター）

（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）

竹島 太郎 氏（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）

参加者：およそ70名（座長、発表者、ワーキンググループを含む）

第2分科会は、「これからの地域医療提供体制づくりに資する大学・医育機関の役割」をテーマとし、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

12：20－12：25 挨拶
12：25－12：30 グループワークの説明
12：30－13：00 講演（昼食含む）
13：00－14：00 グループワーク
14：00－14：30 グループ発表
14：30－14：45 まとめ



【背景と主旨】

全国で地域医療構想策定に向けた取組みが始まっている一方、第三者機関による運営を柱とした専門医制度改革が進んでおり、この二つの改革は関連しながら将来の地域医療提供体制に大きな影響を与えることが予想されている。中でも専門医養成（研修）に関する大学の役割と期待は大きいことから、新専門医制度を見据えながら地域医療における大学の役割等について広い視点から議論し、共有する。

【講演】

1. 新しい専門医制度について

自治医科大学医学教育センター長 岡崎仁昭

2. 総合診療専門医について

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授 前田隆浩

3. 地域医療構想における都道府県の役割と大学への期待

高知県健康政策部医療政策課長 川内敦文

【グループディスカッション】

- ・グループワークは、以下のサブテーマについて、ディスカッションをした。

「これからの地域医療提供体制づくりに資する大学・医育機関の役割」

「行政、住民の大学に対する期待」

「大学との連携のあり方」

- ・グループワークは8グループに分かれて、進めた。まず、各グループで自己紹介をし、司会者、発表者を決定した。続いて、サブテーマについてKJ法を用いてキーワードを付箋に記入し、模造紙に列挙した。最後に、類似の項目についてカテゴリー化した。



【発表会】

全グループが、グループディスカッションで作成した、キーワードの添付された模造紙を用いて、発表を行った。同時に、発表内容をパワーポイントに竹島が要約した。

【発表の総括】

以下の6カテゴリーに分け、整理した。

1. 教育（人材育成）

- ・医師の診療の質の担保とマインド形成（地域志向、人間性、コミュニケーション能力）
- ・地域と大学が一体となった教育
- ・卒前教育の充実（地域枠学生および他職種）
- ・卒後教育の充実（総合診療専門医、キャリア形成支援、専門医の地域医療教育）
- ・大学の意識改革（地域に貢献できる医師の評価、大学教員が地域に目を向ける）

*) 地域に目を向けるための方策：昇進の条件とする、評価の対象とする、医師会への参加、地域の医師が大学で講義をするなど

- ・専門医の育成（産婦人科、小児科など）
- ・総合医のモチベーション向上への施策
- ・高校生への教育

- ・大学の環境改善（医師不足、過酷な労働環境）

2. 研究

- ・政策に直結する実践的な研究（社会医学など）
- ・地域医療ビジョン、地域活性に関連する研究
- ・地域医療の需要を把握

3. 診療

- ・高度専門医療
- ・地域医療も担う（地域医療マインド）
- ・かかりつけ医と専門医との連携

4. 地域貢献

- ・地域のニーズにあった医師の養成
- ・医師の安定的供給と質の担保
- ・基幹病院との連携
- ・医師会との連携
- ・地域包括ケア
- ・地域づくり、地域に向けてのセミナー、行政の会議への参加、地域住民・NPOとの協働、地域行事への参加、交流の場（懇親会）の開催、住民参加の会の開催、住民啓発

5. システム

- ・ICTの活用
- ・地域医療講座を寄付講座から正規の講座に
- ・医師派遣



6. 医師配置

- ・地域連携のリーダーシップ
- ・人材派遣（地域のニーズに適した派遣）
- ・医局派遣（容易に退散しない）
- ・指導医の育成と適正配置

更に、横断的な項目として、情報共有・発信、財源の確保（行政との協働）が挙げられた。

大学・医育機関の役割

教育(人材育成)

大学の環境改善
医師不足
過酷な労働環境

医師の診療の質の担保・マインド形成 地域と大学が一体となって教育
地域志向 人間性の醸成 コミュニケーション能力 等
卒前(地域枠、他職種教育)
卒後 総合診療専門医、キャリア形成支援、専門医への地域医療教育
大学の意識改革(地域に貢献できる医師を評価、大学教員が地域に目を向ける)
専門医の育成(産婦人科、小児科等) 総合医へのモチベーション
高校生への教育

地域に目を向けるために
昇進の条件、評価、医師会への参加、
地域の医師が大学で講義を

研究

情報共有・発信

政策に直結する実践的な研究(社会医学)
地域医療需要把握 地域医療ビジョン、地域活性に関連する研究

診療

高度専門医療 地域医療を担う 地域医療マインド かかりつけ医と専門医

大学・医育機関の役割 2

地域貢献

情報共有・発信

地域のニーズにあった医師の養成	地域包括ケア	地域住民・NPOとの協働
医師の安定的供給、質の担保	地域づくり	地域の行事への参加
基幹病院	地域に向けてセミナー	交流の場(懇親会)
医師会	行政の会議への参加	住民参加の会の開催
		住民啓発

システム

財源の確保(行政)

ICTの活用 地域医療講座 寄付講座→正規講座に、医師派遣

医師配置

地域連携のリーダーシップ
人材派遣(地域のニーズに適した派遣) 医局派遣 容易にひきあげない
指導医の育成と適正配置

(ワーキンググループ委員 石川 鎮清氏、竹島 太郎氏によるまとめ)

第3分科会

《分科会テーマ》（診療の現場から）

「これからの地域医療提供体制づくりを現場から考える」

座長：内田 健夫 氏（医療法人社団内田医院理事長）

発表者：今村 聡 氏（公益社団法人日本医師会副会長）

ワーキンググループ委員

：中村 剛史 氏（自治医科大学地域医療学センター地域医療人材育成部門）

三瀬 順一 氏（自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門）

参加者：およそ60名（座長、発表者、ワーキンググループ含む）

第3分科会は「これからの地域医療提供体制づくりを現場から考える」をテーマとし、以下のタイムスケジュールに沿って進行された。

12：20－12：10 昼食、グループ内での自己紹介・役割分担

12：50－13：30 ミニレクチャー「これからの地域医療提供体制を現場から考える」
今村 聡 氏（公益社団法人日本医師会副会長）

13：30－14：20 グループワーク

全体会・ミニレクチャーの内容を踏まえて、理解できたこと・自分自身への影響を挙げ、よりよい地域医療提供体制（地域医療構想の計画・実施への参画）のための課題抽出と解決策案の検討

14：20－14：55 各グループからの発表とディスカッション



【概要】

1. ミニレクチャー「これからの地域医療提供体制を現場から考える」

今村 聡 氏（公益社団法人日本医師会副会長）

演者は、日本医師会副会長であると同時に一人の診療所医師として常に診療の現場で医療活動をしている。本日、医療介護総合確保推進法に基づく地域医療構想が全体のテーマになっているが、同時に進められている地域包括ケアシステムも加えた大きな二つの枠組み

の中で現場の医療活動がある。これまで医療整備は都道府県が担ってきたが、今後は基礎自治体もまた介護保険地域支援事業を通して医療・介護連携の支援を行うようになる。新たな枠組み

が構築されることに伴い、現場にはまだ解決すべき課題が残されている。例えば在宅医療を行う医師の不足、在宅医療・介護におけるコーディネーターの不足、地域包括ケアシステムに対する病院医師の理解と後方支援体制の確立が未整備であること、病院から在宅への退院調整ルール作りが未整備であること、住環境の情報が円滑に介護者に伝わる仕組みが未整備であることが挙げられた。



2. グループワーク

8つのグループを編成し、全体会 I・ミニレクチャーを踏まえて、グループごとに課題の抽出と解決策案の検討を行った。

【発表】

(1) 医療関係者への在宅医療教育

在宅医療を担う医師が不足しており、患者の希望があっても在宅医療を提供できない地域がある。さらに在宅医療を担う医師自身も高齢化しており、今後在宅医療を継続的に行うことが難しい地域もある。在宅医療を直接担う医師だけでなく、後方支援病院などでは在宅医療そのものへの理解も不足している感がある。これに対して、医師ないし医学生を含む医療従事者およびその養成課程にあるものに対して、在宅医療の教育を行う必要があるだろう。

(2) 効果的で効率的な役割分担

医師の権限が重すぎて診療の現場でうまく機能していない場面がある。たとえば訪問看護など在宅医療に関わる看護師が現場で判断し、適切な対応をとれ、その権限を保障する仕組みが必要だろう。医師・看護師に関わらず、医療関係者が効果的で効率的な役割分担できる仕組みが望まれる。

(3) 連携の促進

医療・介護の連携が進みつつあるが、未だ不十分である。特に在宅医療を連携するための協議の場が必要だろう。こうした場や情報コミュニケーション技術を活用した多職種での情報共有を推進させたい。特に、病院-診療所相互の機能分担や、市町村をまたいだ連携が不十分だ。



(4) 医療資源の公正な分配

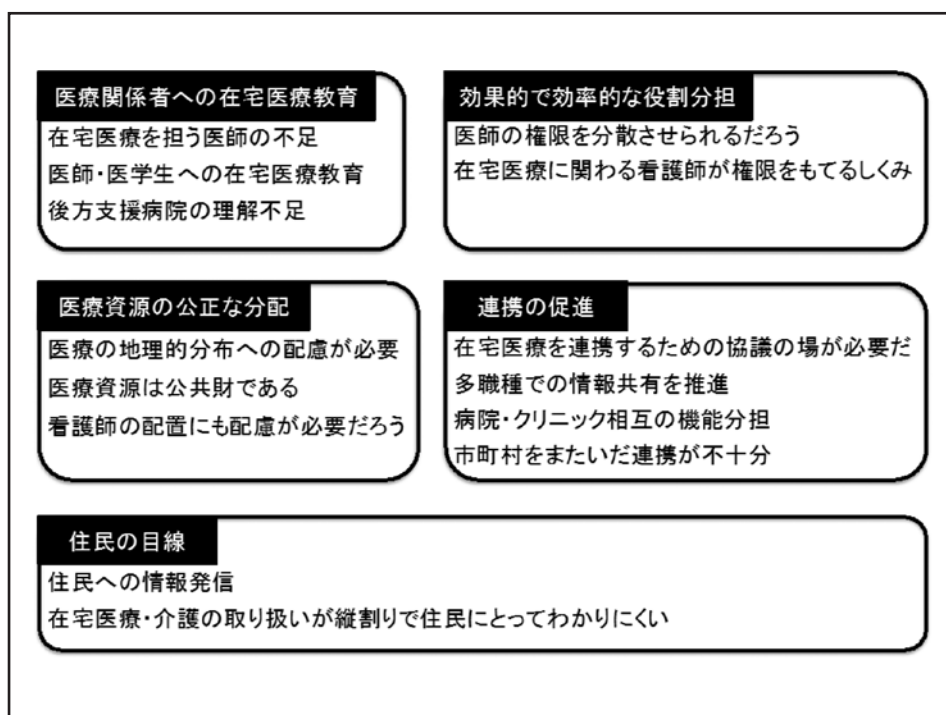
医師を含む医療資源の偏在が、地域格差を生んでいる。医師や看護師の配置にも一定の配慮が

必要なのかも知れない。医療ないし医療資源は公共財であるという視点で考える時なのかもしれない。



(5) 住民の目線

さまざまな仕組みが生まれているが、住民はほとんど理解できていない。医療・介護の相談窓口も未だ住民にとっては分かりにくい。まして医療機関の機能分化も十分浸透しているとは言えない。医療関係者として住民への情報を発信するとともに、自らも一人の住民として住民の目線でこの課題を一緒に考えることが必要だ。



(ワーキンググループ委員 中村 剛史氏、三瀬 順一氏によるまとめ)

第4分科会

《分科会テーマ》（拠点病院の立場から）

「これからの地域医療提供体制づくりにおける拠点病院の役割」

座長：内藤 和世 氏（医療法人財団康生会武田病院長）

発表者：小俣 憲治 氏（砂川市立病院管理官）

齋藤 貴生 氏（田川市病院事業管理者）

ワーキンググループ委員

：森田 喜紀 氏（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）

参加者：およそ70名（座長、発表者、ワーキンググループ含む）

第4分科会は「これからの地域医療提供体制づくりにおける拠点病院の役割」をテーマとし、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

12：20－12：35 第4分科会の説明／昼食／アイスブレイキング

12：35－13：25 講演

「これからの地域医療提供体制づくりにおける拠点病院の役割

～拠点病院の立場から～

砂川市立病院管理官 小俣 憲治 氏

「2015年に向けた地域医療提供体制づくり

～中小都市の拠点病院の役割とは～

田川市病院事業管理者 齋藤 貴生 氏

13：25－14：00 グループディスカッション

①地域医療構想と新たな公立病院改革ガイドラインが

地域医療にもたらす影響について

②新たな制度を踏まえた今後の拠点病院の展開について

14：00－14：45 グループ発表／全体のまとめ

【概要】

第4分科会では、地域医療構想、新たな公立病院改革ガイドライン、新しい専門医制度といった、これらの新たな制度を踏まえて地域の拠点病院が取組むべき課題と方向性について議論した。

また、グループワークを行う際のサブテーマは、地域医療構想と新たな公立病院改革ガイドラインに対する理解や実際の運用に関する情報・意見交換を行うことを目的とした『①地域医療構想と新たな公立病院改革ガイドラインが地域医療にもたらす影響について』、両制度ならびに新たな専門医制度から、今後の行政や医療機関が進む方向性について議論することを目的とした

『②新たな制度を踏まえた今後の拠点病院の展開について』とした。これらグループワークを通じて、参加者に両制度を理解していただき、国の政策の方向性と地域の将来像を踏まえて、拠点病院や地域医療行政の取り組みについて考えていただいた。

【発表】

全体会 I 「地域医療提供体制に関する状況の変化～地域医療構想を踏まえて～」では、

地域医療構想の制度について、国・大学研究者、都道府県行政担当者、それぞれの立場から制度解説や既に取り組まれている施策などの報告がされた。報告の最後は当分科会の座長である内藤和世氏から、「これからの地域医療提供体制についての論点整理」という演題で、なぜ新たな地域医療提供体制が必要なのか、そして地域医療構想、新たな公立病院改革プラン、新たな専門医制度の解説と2025年へ向けた地域医療提供体制に関して方向性の提示がなされた。

第4分科会では内藤和世氏の報告でも示された新たな公立病院改革プランに直接的に影響を受ける地域の拠点病院の今後の役割について理解を深めるために、砂川市立病院管理官の小俣憲治氏、田川市立病院事業管理者の齋藤貴生氏に拠点病院の現状や新たな制度設計を踏まえた今後の課題などについて発表を行っていただいた。



北海道に位置する砂川市立病院は平成25年に全国公立病院連盟会員病院表彰ならびに厚生労働大臣表彰を受賞している。また、医療を取巻く環境の変化に応じて、地域包括ケア病棟を活用した急性期病院からのダウンサイジングにも取り組みを進めている拠点病院である。発表者の小俣憲治氏も砂川市立病院管理官だけでなく、全国自治体病院協議会事務長部会部会長を務めている。

発表では、北海道における人口推移や地理的特性、二次医療圏の現況として医師や看護師といった医療従事者の充足状況などの紹介後、砂川市立病院が位置する砂川市も含まれる5市5町で構成された中空知医療圏の概要、自治体病院の状況や受療行動の状況、この中空知医療圏の拠点病院である砂川市立病院の概要や具体的取り組みなどについて解説された。砂川市立病院の取り組みでは、地域住民に医療の必要性和医療現場の実態を周知するために報道機関と連携した広報活動（新聞など）や、NPO法人とも連携した中空知 認知症の人と家族を地域で育てるネットワークの構築などの紹介が行われた。病院運営の今後の方向性としては、地域を結ぶネットワークの構築、とくに砂川市立病院より始められた砂川市独自の地域包括ケアネットワークシス

テムの構築から中空知二次医療圏における診療情報ネットワークシステム構築への展開について詳細に解説していただいた。最後に地域に必要な自治体病院として、住民が本当にその病院に残って欲しいと思う病院になれるよう、行政、住民、医療提供側の各々の役割や関係性について示していただいた。

福岡県に位置する田川市立病院は全国自治体立優良病院として表彰されたこともある病院であったが新築移転後に経営破綻状態となり、医師数も大幅に減少していた。しかし、そこから地域の中核病院としての再生を果たし、現在では医師数も徐々に回復しており、地域における地域完結型医療への取組や経営の一層の安定化にも成功している。発表者の齋藤貴生氏は田川市病院事業管理者であり、田川市立病院以外の自治体病院でも院長や病院事業管理者を務めており同様の成果を出されている。



発表では、田川市立病院の経営破綻から再生に至る経緯について解説がなされた。経営破綻の要因としては、建築費企業債の返還負担や繰入金の少なさといった資金不足、そして新臨床研修制度から始まった医師の引き揚げによる医師不足、医療制度改革への対応の遅れや経営の不備について説明された。病院の再生に至る経緯は、医療・経営の改革として基本理念や環境調査、課題設定に戦略の設定といった戦略経営を病院経営にも導入したこと、資金不足の解消策として収益向上と費用削減といった経営努力に、建築費の病院負担分の適正化や繰入金算定方式の地方交付税方式から積み上げ方式への変更したこと、医師や研究研修費の確保などについて、事業計画や各種データの経年変化を示しながら説明が行われた。地域医療構想や新公立病院改革ガイドラインの影響に関しては、田川医療圏や県内の他医療圏における必要病床数の試算を示し、福岡県での地域中核病院における高度急性期・急性期機能病床について今後の見通しなどを解説された。地域医療構想や新公立病院改革ガイドラインを踏まえた展開についても、アメリカでの統合ヘルスケア・ネットワークや、田川地域医療機関ネットワーク化協議会の取組を紹介しながら、



今後の中小都市における地域中核病院の方向性について示された。

【グループワーク】

第4分科会のグループワークでは、以下のテーマに沿って行われた。

- ①地域医療構想と新たな公立病院改革ガイドラインが地域医療にもたらす影響について
- ②新たな制度を踏まえた今後の拠点病院の展開について



全体会や分科会で行われた講演を参考にしながら付箋に①のテーマと関連した意見などを記入し、その付箋を利用して各グループ内でカテゴリー化を行いながらディスカッションを行ってもらった。次に、②のテーマである今後の地域医療における拠点病院の役割や方向性に関する意見などをディスカッションしてもらい、全体発表で各グループから発表していただいた。

全体発表で出された意見の一部を以下に記した。

- ・住民を巻き込んだ地域包括ケアシステムを構築するために、いかに住民に理解してもらうか
- ・病院の安定した経営・医療従事者の確保が重要
- ・不足する診療科を地域でどのように補完していくか
- ・病院単独で収益を上げるだけでなく、自治体の財政支援がないと公的病院は収支がとれない
- ・病院単独で解決する問題では無く、いかに地域内の医療機関同士でネットワークを構築するか
- ・二次医療圏をまたいだ情報共有やネットワークの構築が難しい
- ・地域住民の医療に対する需要と、地域の医療機関が提供する医療の供給にミスマッチがある
- ・自分の病院の地域における役割を明確にし、地域住民に対して情報発信を行う必要がある
- ・病院経営の専門家が拠点病院には必要である
- ・地域では公立病院を中心とした医療機関の再編が求められている
- ・地域では療養型の医療機関が不足している
- ・自治体病院と民間病院の役割分担
- ・拠点病院の機能として介護領域の機能もあるのではないか
- ・地域の中で一つの医療機関に負担が集中しないようにしなければならない



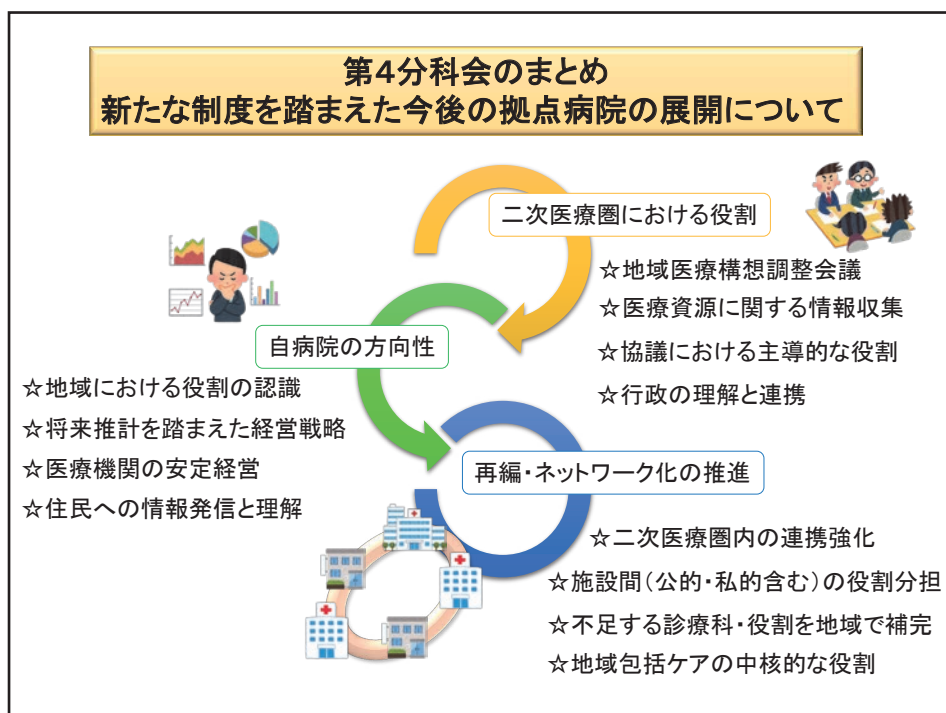
【第4分科会のまとめ】

グループワークで出された新たな制度を踏まえた今後の拠点病院の展開について、以下の3つの視点にまとめることができた。

- (1) ・二次医療圏における役割
 - ・地域医療構想調整会議における主導的な役割
 - ・医療資源に関する情報収集
 - ・各種協議における主導的な役割
 - ・行政の理解と連携の推進

- (2) ・自病院の方向性
 - ・地域における拠点病院の役割の認識

- ・将来推計を踏まえた経営戦略の立案と実行
 - ・医療機関の安定経営
 - ・地域住民への情報発信と理解
- (3) ・再編・ネットワーク化の推進
- ・二次医療圏内の医療機関同士の連携強化
 - ・公的・私的を含んだ医療機関の地域における役割分担
 - ・地域で不足する診療科や役割を地域全体で補完
 - ・地域包括ケアの中核的な役割を医療機関の再編やネットワーク化で担う



(ワーキンググループ委員 森田 喜紀 氏によるまとめ)

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 佐々木昌弘 氏（厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長）

分科会報告（座長）

（第1分科会）藤本 幸男 氏（青森県健康福祉部次長）

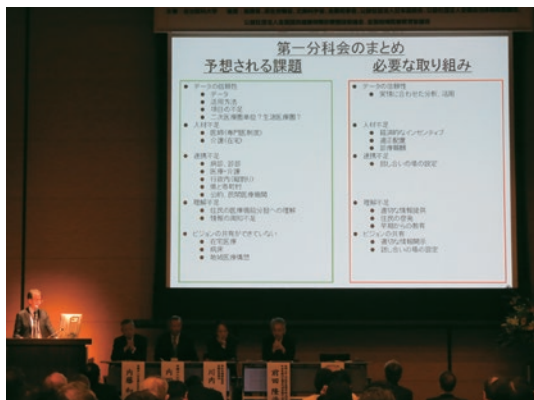
（第2分科会）前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）
川内 敦文 氏（高知県健康政策部医療政策課長）

（第3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））

（第4分科会）内藤 和世 氏（医療法人財団康生会武田病院長（全国自治体病院協議会常務理事））



コーディネーターの梶井氏より、全体会IIでは、各分科会からの報告とそれに対する質疑応答や意見交換、及び全体会Iの発表者への質疑応答も行う、との説明がありました。



【各分科会の報告】

最初に、藤本氏より、第1分科会の報告がありました。第1分科会では、行政の立場から、地域医療構想等を踏まえた、これからの地域医療提供体制づくりというテーマで議論し、これは、大都市部と地方とでは色々と状況が異なることが予想され、それぞれの今後の地域医療提供体制づくりに向けて、行政はどのように取り組んで行くべきかを考えるという趣旨だった、とのことでした。

全体会Iでは地方の立場から青森県の事例を紹介したため、分科会では最初に大都市部の代表的事例として東京都の事例を、次に医療提供体制や医療機能に見合った医師の育成と配置が必要であるという視点から、既に専門医の研修プログラムを作り、先進的な医師確保対策を実施している静岡県の事例の紹介を行いました。東京都では、2025年まで、人口が増加するため6,000～7,000床の増床が必要ですが、2040年からは人口減少の局面に入るため、それも見据える必要があります。増床に対しては、人材確保という課題もあり、また現在示されているデータには今後の医療の進歩や予防活動が見込まれていないといった課題があり、大都市ならではの課題として近県からの流入が挙げられました。静岡県では、自県の医科大学からの医師派遣に加え、他県からの医師派遣も多く、病床機能の再編、変更の際の難しさが課題として挙げられました。そして事例紹介後、グループワークを行いました。グループは9グループとなり、グループを参加者の属性から、特別区・政令指定都市、都道府県、市町村に区分しました。グループワークの内容は、2025年及びそれ以降を見据えて地域医療提供体制構築に向けてどういった課題があるのか、また予想されるのかという点と、行政の観点からどのような取り組みが必要なのか、また予定されている取り組みにはどのようなものがあるのか、ということでした。グループワークの後、それぞれの内容について発表していただき、集約された意見を第1分科会のまとめとしました。予想されている課題として、データの信頼性に関する問題、データの活用方法の問題、データ項目の不足、二次医療圏と生活医療圏の不一致、人材不足の問題として、医師不足に新しい専門医制度も絡んでくるのではないかと予想されること、在宅・介護の人材不足、連携不足として、病診、診診、医療・介護、行政内での医療担当と介護担当の縦割り、都道府県と市町村の連携不足に加え、利益も絡む公的医療機関と民間医療機関の連携の問題も挙げられました。理解不足という問題では、住民の医療機能分担への理解不足、情報の周知不足が挙げられ、ビジョンの共有ができていないという問題では、在宅医療、病床機能、地域医療構想が共有されていないのではないか、ということが挙げられました。必要とされる取り組みとして、データの信頼性については、実情に合わせて分析し活用することが挙がり、人材不足に対しては、人材育成に関しての経済的なインセンティブ、適正配置、診療報酬による誘導が挙げられました。また、連携不足に対しては、話し合いの場の設定、理解不足に対しては、適切な情報提供や住民への啓発、早期から

の教育が挙げられ、ビジョンの共有に対しては、適切な情報開示や話し合いの場の設定、等の方策が挙げられました。

次に、前田氏より、第2分科会の報告がありました。第2分科会では、これからの地域医療提供体制づくりに資する大学・医育機関の役割を議論したとのことでした。

始めに、自治医科大学医学教育センターの岡崎教授より新しい専門医制度について、前田氏より総合診療専門医について、高知県庁の川内氏より地域医療構想における都道府県の役割と大学への期待についての3つのミニレクチャーを行い、その後グループワークを行いました。グループワークは9つのグループに分けて行いました。グループワークでは、新しい専門医制度、特に総合診療専門医制度が地域医療構想に大きな影響を与えることが予想され、専門医制度を見据えた上で議論を行いました。議論のテーマは地域医療提供体制づくりに資する大学・医育機関の役割、行政・住民の大学に対する期待、大学との連携のあり方、つまり大学はどうすべきか、どうしてもらいたいのかといった内容でした。議論の結果は、大きなカテゴリーでは教育、研究、診療、地域貢献、システム、医師配置でまとめました。教育・人材育成のカテゴリーでは、医師の診療資質の担保、マインドの形成が重要であるとの結論に至りました。すなわち地域志向、人間性の醸成、コミュニケーション能力の育成といった学生教育、医療人材教育を地域と大学が一体となって教育する、地域で教育することが必要です。卒前教育では地域枠、他職種、一般学生、全てにこういった教育が必要です。卒後教育では総合診療専門医の教育、キャリア形成支援、専門医への地域医療教育が重要です。グループワークに参加している大学の先生方には理解があるが、今後は大学の意識改革、つまり地域に貢献できる医師を評価して、大学の教員が地域に目を向けるような仕組みづくり、取り組みが必要であり、これは大きな意味での情報の共有化ということになります。そして専門医の育成、総合診療専門医へのモチベーションが重要でもあります。大学入学以前の高校生への教育から地域医療教育は始まっているのであり、ここにも大学として取り組んでいく必要があります。研究のカテゴリーでは、現在さまざまな研究が行われているが、OECDの提言にもあるように、日本の研究は政策に直結するような実践的な研究、社会医学の研究が少し欠けているのではないかと、地域医療の需要を把握して、地域医療ビジョン、地域の活性化に関連するような研究を是非大学が推進していくべきであるという意見が挙げられました。診療のカテゴリーでは、大学病院としては、地域医療構想の高度専門医療提供施設の一翼として、機能を発揮していただきたい、そして地域医療を担う、地域医療マインドを持った上での高度専門医療の提供をお願いしたい、との意見が挙げられました。また、かかりつけ医と専門医との連携を醸成していくような、診療の在り方が必要であろう、との意見も挙げられました。

続いて、地域貢献、システム、医師配置のカテゴリーについて川内氏より報告がありました。



このカテゴリーでは、大学がより地域に出る、地域と大学とのインタラクティブな在り方とはどのようなものか、との議論がなされました。地域貢献のカテゴリーでは、まず一つに、その地域のニーズにあった医師の育成が必要であり、大学が必要とする医師と地域が必要とする医師のギャップをどう埋めていくのかという議論がされました。基幹病院や医師会との関係では、現状大学での医師会活動は活発ではないが、医師会活動をすることによって地域の情報を大学にフィードバックしていくことも重要であり、地域包括ケアや地域づくりに対する大学としての理



解を深めて、地域に出掛けてセミナーをするだけでなく、地域の医師や関係者を大学に呼んで講義・セミナー等を行うことも相互関係の構築に繋がるのではないか、という意見もありました。何よりも地域住民とのコラボレーション・交流、例えば地域の行事、交流の場（飲みニケーション等）への参加、そして医療の専門家として住民に対して啓発していく役割も重要であるとの意見も挙がりました。システムのカテゴリーでは、医療行政・医療システム全体の話であり、議論は充分深まっていたとはいえないが、地域

医療構想にどう関わっていくかという観点でいうと、大学がシンクタンク機能を発揮して、政策形成にどう繋げていくか、という議論があり、そのツールとしてICTの活用等が意見として挙がりました。地域医療に関する講座が全国にできているが、多くは寄付講座であり、充分安定的な運営体制ではないので、正規講座に引き上げていく必要性がある、との意見も出されました。地域貢献にしてもシステムにしても、動かしていくには財源の確保が重要であり、行政とコラボレーションしていく中で、自然と確保されていくものではないか、との意見も出されました。最後に医師配置のカテゴリーでは、地域連携を推進するに当たり、大学がリーダーシップをこれまで以上に発揮していただく必要があり、地域のニーズを良く把握した上での派遣や、今後新専門医制度に移行していくが、かつて初期臨床研修必修化の時にみられた現象のような、医局の派遣の安易な引き上げはないようにしてもらいたい、という意見が出されました。また、指導医の育成と適正配置を大学がリーダーシップを執って進めることによって、適正な質の高い地域医療が実現できるのではないか、ここは大学だけではなく、地域の医療機関、行政全てが連携して築いていかなければならないことではないかとの意見もありました。

次に、内田氏から第3分科会の報告が行われました。第3分科会は、これからの地域医療提供体制作りを現場から考えるというテーマで行われ、まずは日本医師会副会長の今村氏から「これからの地域医療提供体制を現場から考える」というタイトルでミニレクチャーを行っていただき、それからグループ毎にテーマを設定してもらいグループワークを行ったとのことでした。多くのグループが地域包括ケアもしくは在宅医療をテーマとして選び、さまざまな課題や対策について検討したとのことでした。その中で、在宅医の確保が課題として挙げられ、医療従事者の在宅医療に対する方策が遅れていることから、外来診療の継続として在宅医療を考えることや、質の担保としての研修・啓発など、医師会の役割に期待する意見が出されたとのことでした。次に

住民に対する在宅での看取りを含めた在宅医療の啓発が遅れているが、住民の啓発は医師会だけでなく、地域の行政の役割としても重要であるとの意見が出されたとのことでした。連携と情報の共有という課題に対しては、相談窓口がはっきりしない、コーディネーターやケアマネの役割が知られていないという問題に対して、病院の地域医療連携室の活用が対策として示されたとのことでした。他に、後方病院の問題では後方機能としての病院の理解を病院関係者の全員が持っていないため、今後は顔の見える関係作りなどの必要があること、医療資源の確保には総合診療医に期待するところと、責任を含めた業務分担の見直しが必要なことを示していただきました。機能分化と連携、データの共有による将来を展望した地域完結型の医療を展開する上で、在宅医療が医療の現場で重要になってくることを改めて説明していただき、さらには評価の体系、具体的には地域でのPDCAサイクルや、在宅医療に対する対価などの評価も重要であるとのことでした。



次に、内藤氏から第4分科会の報告が行われました。第4分科会では、拠点病院の立場から、これからの地域医療提供体制作りにおける拠点病院の役割について、9つのグループに分かれてグループディスカッションが行われたとのことでした。グループディスカッションは、「地域医療構想と新たな公立病院改革ガイドラインが地域医療にもたらす影響について」、「新たな制度を踏まえた今後の拠点病院の展開について」の2つのテーマで行われ、このような問題に対する議題の提起として、砂川市立病院管理官の小俣氏と田川市病院事業管理者の齋藤氏から講演を行っていただいたとのことでした。グループディスカッションでは、新たな制度を踏まえた今後の拠点病院の展開についてまとめられ、まずは二次医療圏における役割の明確化、具体的には地域医療構想調整会議などの協議の場で主導的な役割を果たすこと、二次医療圏内における医療や介護といった医療資源の収集を的確に行うこと、行政の理解と連携を図ることが示されたとのことでした。次に、二次医療圏内における役割を明快にして自院の方向性を明確に定める必要があること、医療・介護の需給などに関する将来推計を踏まえた経営戦略と医療機関の安定した経営が拠点病院に求められることを示していただきました。また、多くの参加者から住民への情報発信と理解を得られるための体制作りの必要性について意見が出されたとのことでした。そして、さらに進めるべきは再編・ネットワーク化の推進であり、二次医療圏内における施設間の連携強化と役割分担、不足する診療科や機能に関する地域内での補完、拠点病院として地域包括ケアの中核的な役割を担うことが二次医療圏内あるいは地域における拠点病院の役割ではないかという結論に至ったことを報告されました。





最後に、第3分科会でも発表していただいた日本医師会の副会長である今村氏から発言していただきました。今村氏は地域医療構想のなかの病床機能の分化がスムーズに行われるための大きな要素として、居宅あるいは施設の在宅医療を中心とした地域包括ケアが大きな要素になることを説明されました。平成30年までに基礎自治体で在宅医療の体制の整備を行うこととされており、県はその支援を行うことになっていますが、地域医療構想は医療法の仕事、在宅医療は介護保険の地域支援事業という背景

もあり、県は県医師会、地域の医師会は基礎自治体と話をしていくことが重要ですが、基礎自治体は医療より介護事業を中心としてきたため、基礎自治体が医療について地域の医師会と十分に話し合いができるよう、県からも地域の医師会と基礎自治体で話し合いができる体制を作ることが必要だと話をされました。また、地域包括ケアが上手くいくためには、医師会単独ではなく自治体とも連携していくこと、一人一人の医師が、診療所が何をやるべきかを理解することや多職種連携における医師の役割を理解することなど、地域包括ケアでの地域医師会の役割は大きく、日本医師会も課題として取り組むことを説明されました。

【全員参加型ディスカッション】

各分科会からの報告に引き続き、全員参加型ディスカッションが行われました。まず、全体会Ⅰの内容についてフロアからは、周辺地域の住民にとって必要な医療機関を残すよう都道府県だけでなく国や医師会も考慮してほしいという意見、日本版CCRC構想の内容についての疑問、在宅医療の認知度を高め、利用を促進させるための行政の取組について教えてほしいという意見が出されました。佐々木氏からは地域医療構想では地域全体としての利益の総和の最大化を目指すことに加えて調整会議でフォローアップも行う点を説明していただきました。また、CCRC構想については、大都市部における医療・介護の需要に対して現在の土地利用状況で対応可能なのか、一方では既にある医療資源を有効活用できる場所はないかという視点で解説していただきました。藤本氏からは、在宅医療の普及啓発や人材育成などに関しては医師会とも協力しながら進めており、在宅医療の拠点づくり、モデルづくりなどを通じて、使いやすい仕組み作りを県として進めていることを説明していただきました。

各分科会への質疑応答の前に、コーディネーターの梶井氏より、グループワークの議論には、医療関係者や行政職員だけでなく、住民や学生も参加していました。同じ課題を共有しながら、それに対して様々な立場での意見交換ができたという意味では大変有意義な分科会であり、地域医療構想というものは、病床数を議論することが第一目標ではなく、あくまで、それぞれの地域でどのような地域医療提供体制が必要かを考えること、それを実行することであることを考えると、第1～4分科会の議論ではそれに対するヒントが散りばめられていた、とのコメントがありました。

最初に、第1分科会のディスカッションでは、フロアの一般市民の立場で参加された方から、在宅医療について、住民は十分に理解していない、というよりむしろよく知らない状況があります。在宅医療について、あるいはそれに関わる、行政と患者、かかりつけ医や基幹病院の連携について、第1分科会ではどのような議論がなされたのか、との質問がありました。藤本氏より、確かに住民の方でも御理解頂いてない方がかなりたくさんいらっしゃいます。つまり普及がされず、これは住民だけではなく医師の中でもどういうものなのか分からない人が多く、大きな課題となっています。第1分科会のグループワークの中でも、同じような認識の課題は挙げられました。基本的に平成30年度には全ての市区町村が在宅医療に取り組むことになっているが、これまで市町村は医療に携わってこなかったのが実情であり、その中でどのようにやっていくのか、非常に難しい問題です。しかしこれをやらないと、慢性期の病床をどうするのか、といった課題も解決できないので、力を入れてやらなければならないと思っています。その中で一番基本的なことは、在宅医療とは何か、ということ話し合う場が必要であるということであり、普及啓発のために単にチラシを配布して終わるような問題ではないと考えています。さらに、在宅医療に一生懸命取り組む人材の育成が必要だろうと考えています。しかし、これは市町村レベルではなかなかできないので、県のレベルで県や郡市医師会の先生と一緒に一生懸命に取り組む方針を立てました。加えて医師だけでなく、看護師、薬剤師、介護職員等多職種が連携して在宅医療に取り組んでいくことがキーポイントになるので、多職種がいかに連携するのか、という仕組みづくりも広域的な観点で取り組まなければなりません。これは国が様々な基金を設けているので、県としてもこれを活用しながら、拠点づくりは県で、モデル地区も最低4～5ヶ所設ける予定でいるので、今後市町村に移しながら、それを実際に使っていただく、使いやすい仕組みづくりをしたいと考えています。それから、緊急時の入院先の確保、後方支援病院の確保の問題も含め、医療機関の理解を図っていくことも基本方針としている、との説明がありました。



ここで、梶井氏が、連携という言葉は第1分科会に限らず、共通して出てきている。連携の必要性は言われて久しいが、より具体的に連携を推進する方策や、なぜ連携がスムーズにいかないのか、についての意見をフロアに求めました。フロアからは、医療者がまず連携をするために協議会を立ち上げ、公立医療機関、公的医療機関、医師会と連携が広がり、急性期を担う医療機関の診療内容の詳細を記したハンドブックを一次医療機関に配布するなどして、周知を図り、医療者の連携は深まったが、その後さらなる連携を深めるためにICT化を図ろうとした際に、医療圏は複数の市町村にまたがるため、市町村の協力が得られなかった（まとまらなかった）事例が紹介され、行政同士あるいは行政と医療機関との連携が推進されるような国や県の取り組みを求める意見が出されました。それに対し、藤本氏より、地域医療構想を策定する中で、県はその医療圏の医療関係者だけでなく、地元市区町村や住民の意見も吸い上げながら、進めている。基本的に行政は地域で危機感を持っていることを吸い上げるし、行政からも声をかけるような双方向



の関係が必要だと考えています、との説明がありました。また、川内氏からは、行政と医療機関の連携には課題があり、県の規模によっては、県が独走してしまう傾向も多少ある。基礎自治体において、地域医療をどこまで担うかという課題は、病院・診療所を持っているところ、そうでないところで多少濃淡があるかと思います。全県的な課題については、比較的県と医師会、大学と連携して話を進められているかと思いますが、その際市町村との対話が少し疎になったり、逆に市町村が何かを進めたい時に、県からの支援が十分でなかったりといった課題はあります。特にこれから市町村で在宅医療を包括的支援事業として推進する時に、地域医師会と充分コミットメントが出来ていない市町村があります。本県では保健所単位で、市町村とどのように進めていくのか議論しています。その時には県の医療と介護の両方の担当が関わり、市町村と郡市医師会との繋ぎ役を担っていきたいと考えています、との説明がありました。

続いて、フロアからは、連携は最近かなり推進されてきたと実感している、医療機関同士の連携では、医療計画の中の5疾病5事業を通じた連携が進んできているし、地域包括ケアの中での在宅の部分でも、市町村の取り組みは十分ではないかもしれないが、連携が推進されてきていると実感している、しかしここでさらに進めなければならないのは、様々な職種の間での連携であり、お互いの顔の見える関係から思いを知る関係を作るために、様々な職種がまず教育の分野で連携し、特に医学部・薬学部・歯学部等の教育の分野での相互の連携教育を推進していき、学生時代から連携するようにしてほしいし、最近行われるようになっている地域医療実習に、同時に多職種が出て行くようなシステム作りを国にお願いしたい、との意見が挙がりました。また働く場で協働できるような、在宅療養のステーションのようなところで、医師、看護師・訪問看護ステーション、薬局、栄養ケアステーションが一緒に入ったような場所を作り、協働での在宅医療を行えるようにしてほしい、また薬局と栄養ケアステーションを合併して、予防・健康づくりから医療・介護まで繋いでいくような、連携できるような場所にしてほしい、との意見もありました。



他に、連携が必要であるにも関わらず連携が進まない現状に対して、障害者のマネジメントについての例を挙げ（マネジメントを作らない障害者には支援がない、とのペナルティーの効果で、全ての障害者に短期間でマネジメントが作成された）、何らかのペナルティーが連携を推進するためには必要ではないか、との意見もありました。また行政の連携不足の原因として特に市町村レベルにおける縦割り行政と担当人員が少ないことがあげられ、高齢者、障害者、生活困窮者のように分けるのではなく、全

住民が対象、というようなやり方が地域包括ケアでは必要ではないか、との意見も出されました。今村氏からは、確かに連携が進んでいない現状は以前からあるが、介護報酬が低く若い人が介護職に就けない現状や、医療者も精一杯の努力で地域医療に取り組んでいる中では、ペナルティーには抵抗感を感じ、インセンティブとも併せた仕組みづくりを国にお願いしたい、との発言がありました。市町村のOBの方からは、連携について自治体には構造的な問題があり、国や県はキャリア形成の中で、同じ職種の中で異動することが多いが、市では人事異動の際全く別の分野に異動することがあることを理解して欲しい、改善策としては、市町村職員にライフワークを持つようにしたら良いということと、そこを軸に異動ができるようにし、他分野に異動しても、関わりを持ち続け、また戻ってくるような仕組みにしてもらいたい、との発言もありました。

また、コメンテーターの佐々木氏より、連携とは2つの要素から成り立っており、1つは人の心の問題、2つ目は実務であります。行政は、実務を担保するために、制度として連携を構築する際に、様々なものを用意します。例えば介護保険法の中の地域ケア会議、医療法の中での二次医療圏構想区域単位での調整会議がそうです。議論が進むために、様々なデータを法律の下で出せるようにしたこともそれに当てはまります。一方で人の心の問題は難しい面があり、隣の芝生は、という諺もあるが、他の業種・業界と比べると、医療・介護の連携は非常に進んでいる、と思います。進んでいるからこそ足りない部分が見え、だからこそ声が上がり、苛立ちも出てくると考えます。罰則やトップダウンでとの声も当然でしょう。一方で自由があるからこそ、人と人が結びつく側面があることも尊重しなければならないので、その時々ベストミックスを見つけなければいけません。顔の見える関係はかなりできてきているので、今後は手の内・腹の中が見える関係へ、少しずつ深化させていく、その中で見えてくる嫌な部分はカバーしなければなりません。さらに、今後自治体立病院は、新公立病院改革ガイドライン、地域医療構想の中で、その地域での、地域医療の中での自らの立ち位置を意識していかなければならないが、首長の見栄のために、自治体立病院を使うことは、厳に慎んでほしい、とのコメントがありました。コーディネーターの梶井氏より、連携というキーワードでかなり議論が深まった、トップダウンやペナルティーも必要だろうが、大切なことはそれぞれが、自分が住んでいる地域のこと、自分たちのことを意識するという事ではないか、啓発活動の時に言われる言葉の中に「〇〇に対する意識が無い」というものがあるが、実は意識が無いのではなく、知らないのです。住民は医療にかかることはよく知っていても、自分たちの地域の医療を守る、育むことに意識が向いていない、そういう役割を求められていることを分からないのです。知らない、ということをもみなでどのように共有していくか、が非常に大事である、ソーシャルキャピタルや地域力で大事な要件は、お付き合い、信頼、社会活動の3つです、これを地域の中でどのように浸透させていくのか、ということが地域力に繋がり、意識の



醸成に繋がる、最初からできないと諦めるといつまでもできない、医療は皆に関わることであり、全行政職員が地域医療の現状と課題についての研修を受けた小山市のような取り組み例もある、とのコメントがありました。

次に、第2分科会のディスカッションでは、まず梶井氏が、前田氏に「大学の意識改革」についてのコメントを求めました。前田氏は、全国の大学の状況を全て把握している訳ではないので、あくまで私見だが、と前置きした上で、大学の意識改革は特に教育に関してはだいぶ進んだと感じています。医学教育のガイドラインにも地域医療教育が明記され、それがコアであるとも明記されています。研修医教育にも地域医療研修が入っています。地域を意識した卒前・卒後の教育がだいぶ浸透してきています。最近の全国調査によると、全国80の医学部・医科大学のうち、78大学になんらかの地域医療教育がカリキュラムに組み込まれていることが分かりました。これはここ10年の動きです。大学も地域を意識した教育を展開するようになってきつつある、と



いう状況です。これに貢献しているのが先述の医学教育のガイドラインであるモデルコアカリキュラムと、寄付講座がかなり多いが、地域医療教育を担当する講座が出来たこと、その講座を作ることを可能にした地域医療再生基金です。地域医療再生基金は終了し、今後どのように動くが不明なところもあるが、地域医療教育が強化されてきた10年であったとも言えます。それに伴って大学教員の意識も少し変化してきたと思うが、分科会ではまだまだ不十分であるとの意見が出された、との回答がありました。

重ねて、梶井氏より前田氏に、大学教員における地域医療構想の認知度はどの程度と推測されるのか、との質問があり、前田氏より認知度はかなり低いのではないかと、大学関係者の中で地域医療構想や地域包括ケアシステム等に造詣の深い方はごく一部ではないかと、との回答がありました。

その後、梶井氏より、医師を育てる際に、知識・技術だけでなく、日本の医療の現状と課題やそれに対する国の取り組みをきちんと医学生のうちに伝えておくべきではないかと、地域に行った時に、地域の医療機関の中で座して待っていても何も動かない、変わらないので、地域の中に出て地域医療を動かす、変えることのできる医師を育てていくという意味で、第2分科会の報告には納得できるが多かった、とのコメントがありました。

フロアの研修医からは、最近の意識の高い医学生は地域医療に興味を持っていることも多いが、総合診療医といった時に多くは総合内科医、即ち様々な疾患を診断でき、対応できる医師と捉えることが多いです。本来は地域を俯瞰的に見ることのできる人材という意味だと思うが、誤解している研修医も多いと感じます。今、高度急性期病院主体で研修をしているが、その世界のものしか見えていない人がほとんどです。これから高度急性期、急性期、回復期、慢性期と出て行く中で、それぞれの分野で、尊敬できる、理想となるような先輩医師をコーチに招いて、話し

てもらおうことが、さまざまなフェーズの医療の理解を助けてくれるのではないかと、その発言がありました。続いて、地域医療構想を考えて行く時に、医師の派遣・配置が必須である。県レベルでは地域医療支援センターの設置が法的に義務付けられて、それが大学とどのようにリンクしているか、という実態があると思います。多くは奨学金等で、ある意味縛る形で、ある程度地域に行かせているのが実態です。それが一つの対応として良いか悪いかは別にして、新専門医制度が始まってしまうと、この制度では地域に指導医がいることが必須であるが、地域に長年いる指導医はどんどん高齢化していく、しかし、指導医を継続的に地域におかないと、医師は地域に行かなくなってしまう。新臨床研修制度で医師の引き上げがあり、今度の新専門医制度でまた引き上げる可能性が十分ある中で、いくら医師を単に増やしても、地域偏在は改善しないと思います。医師のキャリアデザインの部分で、例えば専門医になって10年くらい経ったら、ローテーションとして2年間くらいは地域をまわる、というような制度を国レベルで考える必要があると思うがいかがか、との質問がありました。さらに、大学人としての立場で、大学は文部科学省から研究に関しての重しを付けられる、地域医療に関しては、厚生労働省から重しをかけられる、そういうせめぎ合いの中で、人材育成が難しくなっている、と感じています。特に卒前教育に関しては、文部科学省の指導がかなり強いということから考えると、文部科学省と厚生労働省のかなりの調整がまだまだ必要ではないでしょうか。大学の教室を運営する立場でも、そのせめぎ合いの中で、研究を重視するのか地域医療を重視するのか、二者選択の道を迫られると、なかなか話が進まないのではないかと、その発言がありました。

これを受けてコメンテーターの佐々木氏より、3年前県庁職員の立場として当フォーラムに参加させていただいた時も、午後のセッションでは大学に対する厳しいコメントが多くありました。冷静に考えると、大学という言葉に包含されるのは、大学、大学院、大学病院であり、大学病院は学部学生への教育の場としてだけでなく、特定機能病院としての役割もあれば、診療報酬でいえば、DPC1群の病院でもあり、多くの病院は初期臨床研修指定病院です。こういった多面的な医学部の役割をどう捉えるのか、一義的にいえば、大学医学部としてはコアカリキュラムの実行であり、コアカリキュラムを決めていくに際し、文部科学省と厚生労働省に同じ医政局内に医事課という部署があり、そこが国家試験の出題基準と整合性を図っているし、同じ医事課の中には初期臨床研修の担当室もあるので、役割分担をどう図るかは考えています。また、大学教員の中で地域医療構想の認知度が低いのは、恐らく役に立つと思われていないからではないかと、ということであり、認知度を上げるには、どのように役に立つのかを伝えることが必要であります。医師派遣という点で考えれば、派遣先に学ぶことのできる症例があるのか、ということであり、地域医療構想には、その基となるデータや病床機能報告制度といった役に立つものがあるということ、これから知ってもらうことが必要です。地域医療構想は、医師の偏在も強く意識したものであり、検討会で、地域





の症例の実情を様々なデータを駆使して把握し、医師や看護師、理学療法士等がどの程度必要なのかを検討して、大学や地域医療支援センターの役割を見える化できるようにしていきたいと思います。また新専門医制度でも、この地域にどの程度の専門医数が必要なのか見える化できるようにしていきたいです。3年前の当フォーラムでの総合診療医の議論の中で、大学がどこまで教えるべきか、という議論があったが、私は当時も今も同じ考え方であり、一義的には、大学は医学の面白さを教えていただきたい

い、その上で、プライマリ・ケアが出来る医師であること、様々な多職種連携、地域の住民の心の痛みが分かるといった人間性の涵養、これは、初期臨床研修の中でカバーすべき範囲だと考えています。初期臨床研修のプライマリ・ケア、人間性といった部分のレセプターの部分の教育は最低限、医学部に限らず、高等教育である大学の役割として、学部教育の中で担っていただきたいです。現場での実態を考えると、新たな総合診療専門医の仕組みができたとしても、本当に行き渡るのは、10年、20年、30年先のことであり、今ある医療の資源をどう有効活用するのか、それが調整会議の役割であり、かかりつけ医が軸となって、かかりつけ医が、より多くの相談にも乗れる、必要であれば他の診療所や専門医に紹介することができる、といった役割を果たしていくことが、現実的なプロセスだと思っている、とのコメントがありました。

また、コーディネーターの梶井氏より、大学の意識改革というところから始まり、大学の役割について幅広い議論ができた、とのコメントがあり、前田氏より、大学には研究、教育、診療といった役割があり、研究ではグローバルな世界と戦えるような研究が求められている現状では、大学のミッションを果たすために大学全体が地域医療にべったり目を向ける必要はなく、地域医療教育や地域に目を向ける役割は特定の部署が取り敢えず担えば良いと考えています。多職種教育・連携については、反省するところもあり、システムを作ればうまくいって考えていたが、実際にやってみると、福祉系の学生と医療系の学生のディスカッションで、日本語でも捉え方が異なっていました。例えば、地域という言葉は医学部学生は、へき地や地方、即ちruralと捉え、福祉系の学生はcommunityと捉えます。言葉が通じない中で、職業に就いてから教育しても効率が悪いので、学生の中に、可能であれば低学年から共に学ぶ場が必要ではないかと考え、強力に進めているところである。しかし多職種の学生を一緒にした教育は始まったばかりであり、今後に期待していただきたい、力を入れていかなければならない分野であるとの補足発言がありました。



次に、第3分科会のディスカッションでは、まず内田先生から地域医療構想における在宅医療のバックアップ機能としての重要性が示され、在宅医療を今後進めていくためには医療関係者の啓発や、在宅での看取りなどに対する住民の意識改革が必要であることの説明がありました。フロアからは、医療機関が理解・協力できるように在宅医療の実態調査が必要であるという意見が出されました。内田氏と今村氏からも、在宅医療の実態把握が必要であることに同意する考えが示され、さらに将来的な在宅医療に従事する医師の確保を医師全体の業務量なども踏まえて考えていく必要があるとの説明がありました。



次に、第4分科会のディスカッションでは、まず内藤先生から、新しい公立病院改革プランは平成28年度に策定し、32年度までの数値目標値、経営指標を出す必要があることから、拠点病院などにとっては地域医療構想以上に大変ではないかとの指摘がありました。フロアからは、拠点病院の再編・ネットワーク化が進む中での地方独立行政法人に対する懸念、拠点病院が在宅医療支援部などを設置して在宅医療を行っている開業医を支援してはどうかという提案が出されました。地方独立行政法人に関しては、内田氏から改めて地方独立行政法人の利点を把握した運営について説明され、今後の拠点病院を中心とした再編・ネットワークを進めていく中で、地方独立行政法人化が大きな力になるという説明が行われました。



最後に、佐々木氏から、地域医療を様々な立場から多角的な視点で考え、その先にある解決策の導きが重要であること、新たな専門医の仕組みや調整会議はプロフェッショナルオートノミーの発揮が求められていること、在宅医療や地域包括ケアでは住民にとっても身近な存在である郡市医師会が主役であること、制度設計の根底は患者を含めた医療に携わる様々な方々の高いモラルとモチベーションに支えられていることなどを本フォーラムの総括として話をしていただいて終了しました。

(文責)

地域医療フォーラム2015
ワーキンググループ

森田 喜紀
小松 憲一