

2016

Community Medicine Forum

地域医療フォーラム

報告書



将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割
～お互いを尊重し、なすべきことを考える～



メインテーマ

「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割」

～お互いを尊重し、なすべきことを考える～

開催日 平成28年9月18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先進予防医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顧問））
春山 早苗 氏（自治医科大学看護学部長）
藤本 幸男 氏（青森県良医育成支援特別推進員）
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）
森田 喜紀 氏（鹿児島県立大島病院総合内科部長）
（以上50音順、◎：委員長、○：副委員長）

ワーキンググループ

○小谷 和彦（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門）
阿江 竜介（自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門）
青山 泰子（自治医科大学総合教育部門兼地域医療学センター）
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）
亀崎 豊実（自治医科大学地域医療学センター地域医療支援部門）
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）
畠山 修司（自治医科大学地域医療学センター総合診療部門）
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）
村上 礼子（自治医科大学看護師特定行為研修センター兼看護学部）
（以上50音順、○：リーダー）

地域医療フォーラム2016

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



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28年9月18日（日）に「地域医療フォーラム2016」を東京・秋葉原ダイビルにて開催いたしました。3連休の中日にも関わらず、全国から216名の皆様にご参加をいただきました。まずは、心から御礼申し上げます。

本年度のテーマは、「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割～お互いを尊重し、なすべきことを考える～」といたしました。フォーラムの進行は、これまで通り、全体会Ⅰ、分科会そして全体会Ⅱの3部構成で実施いたしました。

昨年度の「地域医療フォーラム2015」では、地域医療構想を学び、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、地域での具体的な取り組みについて考え、お持ち帰りいただきました。

本年度は、地域が抱える課題をより明確にし、課題解決に向けた議論が一層深まることを目指しました。全体会Ⅰにおいて、これまでの取り組みと課題について、国、行政、医療従事者、そして住民の立場からご報告をいただき、参加者一同が共有させていただきました。

分科会は、多様性と共通性の認識、問題意識と課題の共有、現場での情報共有と連携、ならびに地域密着・地域重視を掲げ、現実感に裏打ちされた議論が展開できるように企画いたしました。実際には、医療提供体制を考える上において、医療の需要と供給との関係が極めて重要との認識のもとに、分科会は大都市、中核都市、地方都市、地方市町村の4分野といたしました。いずれの分科会とも、熱心なグループワークが展開されました。

全体会Ⅱでは、各分科会からの報告の後、全体討論が行われ、大変盛り上がりました。4分科会に共通した項目として、地域医療づくりへの住民の参加が挙がりました。住民は、医療の受け手としてのみならず、作り手でもあるとの共通認識のもと、住民を含めた地域のオールプレーヤーによる地域医療づくり（協働）が必要との結論に至りました。

最後に地域医療への提言を取りまとめ、フォーラムを盛会裏に終えることができました。なお、今回の提言は、短歌にいたしました。

ここに「地域医療フォーラム2016」の報告書を作成いたしましたので、お届けいたします。皆様のさらなるご発展と全国の地域医療が充実しますことを祈念申し上げます。

地域医療フォーラム2016次第

開催日時 平成28年9月18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：「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割
～お互いを尊重し、なすべきことを考える～」

時刻	所要時間	内 容	摘 要
9:30	30分	(受付)	
10:00	10分	開会挨拶	永井 良三 氏 (自治医科大学学長)
10:10	110分	全体会Ⅰ 「将来の地域医療を守るためのこれまでの取り組みと課題」 報告①「国の立場から」 報告②「行政の立場から」 報告③「医療従事者の立場から」 報告④「地域医療を守り育てる住民活動」	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) 内藤 和世 氏 (医療法人財団康生会武田病院長) 報告者 伯野 春彦 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・在宅医療推進室長) 鎌村 好孝 氏 (徳島県保健福祉部次長) 島田 和幸 氏 (地方独立行政法人 新小山市市民病院理事長) 福田 政憲 氏 (「宮崎県北の地域医療を守る会」事務局長)
12:00	15分	(会場移動)	
12:15	160分	分科会「お互いを尊重し、なすべきことを考える」 第1分科会 (大都市) 座 長 内藤 和世 氏 (医療法人財団康生会武田病院長) 西田 伸一 氏 (調布市医師会副会長) 発表者 西田 伸一 氏 (調布市医師会副会長)	
(昼食60分)		第2分科会 (中核都市) 座 長 内田 健夫 氏 (医療法人社団内田医院理事長) 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) 発表者 宮島 俊彦 氏 (岡山大学客員教授 (元厚生労働省老健局長))	
		第3分科会 (地方都市) 座 長 前田 隆浩 氏 (長崎大学大学院歯薬学総合研究科地域医療学分野教授) 徳田 道昭 氏 (さぬき市病院事業管理者 (兼) さぬき市民病院長) 発表者 徳田 道昭 氏 (さぬき市病院事業管理者 (兼) さぬき市民病院長)	
		第4分科会 (地方市町村) 座 長 藤本 幸男 氏 (青森県良医育成支援特別推進員) 森田 喜紀 氏 (鹿児島県立大島病院総合内科部長) 発表者 金丸 吉昌 氏 (宮崎県美郷町地域包括医療局総院長)	
		第5分科会 (地方市町村) 座 長 藤本 幸男 氏 (青森県良医育成支援特別推進員) 森田 喜紀 氏 (鹿児島県立大島病院総合内科部長) 発表者 金丸 吉昌 氏 (宮崎県美郷町地域包括医療局総院長)	
14:55	20分	(会場移動)	
15:15	125分	全体会Ⅱ ・各分科会の報告 (各15分) ・全員参加型ディスカッション(65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) 藤本 幸男 氏 (青森県良医育成支援特別推進員)
17:20	10分	閉会挨拶	前田 隆浩 氏 (長崎大学大学院歯薬学総合研究科 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)	

全体会 I

「将来の地域医療を守るためのこれまでの取り組みと課題」

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〔元日本医師会常任理事〕）

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顧問））

報告 ①「国の立場から」

伯野 春彦 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・在宅医療推進室長）

報告 ②「行政の立場から」

鎌村 好孝 氏（徳島県保健福祉部次長）

報告 ③「医療従事者の立場から」

島田 和幸 氏（地方独立行政法人 新小山市民病院理事長）

報告 ④「地域医療を守り育てる住民活動」

福田 政憲 氏（「宮崎県北の地域医療を守る会」事務局長）





はじめに、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・在宅医療推進室長の伯野春彦氏が登壇した。①少子高齢化の実情、②地域医療構想、③医療計画、④在宅医療の推進について、国の立場からの講演があった。

①少子高齢化の進行に伴って、わが国は「徹底的に戦う医療からQOLの向上、看取りの充実」の方向へ向かっている。重きが置かれる点は、CureからCareへ移りつつある。一方で、医療需要は地域ごとに異なるため、地域ごとに医療介護需要の変化をと

らえて、それに備えなくてはならない。

②2025年問題が迫りつつある中で、地域の医療需要に応じた医療提供体制を整えなければならない。75歳以上の人口が増大して医療需要が増大する地域では、今の医療提供体制では需要に対する供給が追いつかなくなる。一方、医療需要が減少する地域では、需要に対して供給過多になる。したがって、地域の変化に合わせた効率の良い医療提供体制を地域ごとに急いで検討しなくてはならない。まずは、医療機関が地域医療構想調整会議で協議し、機能分化、そして連携を進める必要がある。

③医療計画については、第7次計画が平成30年度から始まる。今まさに見直しの検討を進めている。医療計画では、ただ数字を挙げて終わりではなく、どのような指標を作ればPDCAでまわしていけるのかの議論が大切である。

④在宅医療の推進も重要課題である。これからは多死社会であり、現在、病院を中心としている医療が、将来的に病院だけでは支えきれなくなる。とはいえ、在宅医療を希望してもなかなか受けられない現状がある。在宅医療のニーズが増大する推計があるが、裾野を広げる人材育成も課題である。在宅医療が、住民にとってどのようなメリットがあるのかについて、国民目線で研究するとともに、行政レベルでも考えていく必要がある。



第2報告者は、徳島県保健福祉部次長の鎌村好孝氏であった。①徳島県の地域医療を取り巻く状況、②現在の職に至るまでの経緯、③これまで取り組んできた地域医療対策、④現在の徳島県地域医療再生計画に関する、行政の立場からの講演であった。

①徳島県では、医師の分布に、かなりの地域偏在がある。徳島市周辺の都市部に医師の3分の2が集中し、それ以外の地域には医師が極めて少ない。診療科の偏在も顕著である。

②自分が自治医科大学卒業後、初めてのへき地勤務で感じ、義務年限最後の2年間で特に感じ、具体的に行動に移したのは「医療のみのアプローチでは限界がある」ということだった。木屋平村で剣山サミットを開始し、保健、医療、福祉、行政（首長）が、山間部の保健・医療・福

社を議論し、地域包括ケアを一步ずつ実践していった。

③平成13年度に全国で初めて設置した「へき地医療支援機構」は、平成17年度に地域医療支援機構に改組され、平成19年度には徳島大学に地域医療学分野の寄附講座が設置された。医師確保の取り組みとして、医学生の研修を充実し、平成20年度から「とくしま医師バンク事業」を開始している。しかし、医師確保の特効薬はいまだ見つかっていない。

④徳島県の地域医療再生計画では、総合メディカルゾーン構想のもと、県立中央病院と徳島大学病院が相互の医療資源を活用して医療及び情報・教育の拠点化を推進している。地域住民に対しても、例えば生き方、逝き方を考えるような啓発活動を行っている。活動は少しずつ成果を上げている。

第3報告者は、新小山市市民病院理事長の島田和幸氏であった。「地域医療フォーラム2014」で採り上げられた栃木県小山市のその後の状況について、医療従事者の立場からの講演があった。



新小山市市民病院は、人口16万6千人の小山市で唯一の総合病院である。現在は、地域包括ケア病棟を設け、大学病院や地域病院、診療所、介護系などとネットワークを結び、地域医療に貢献している。「地域医療フォーラム2014」では、新小山市市民病院が、地域のニーズを把握して、機能分化を進めて地域完結型医療を目指すこと、病院だけでなく教育拠点として機能すべきとの提言があった。これを受けて独立行政法人化してからは、所定の市の負担金だけで運営していけるようになった。病院職員数も増加している。医師数は平成23年度の34人から平成27年度には49人に増加した。看護師も増員している。診療実績についても伸びてきているし、病床稼働率も上がってきている。

目標と現状のギャップを埋める病院改革は徐々に進められている。急性期地域中核病院としての機能だけでなく、最近、地域医療教育センターを設置し、医学生の教育拠点としても機能するようになった。地域住民との交流も図っている。栃木県は地域医療構想を策定しているが、今後の地域ニーズはどのように変化していくのか。それに応えるには、必要なデータを出し合い、医療資源の配置等を検討しなくてはならない。診療報酬による誘導もあるだろうが、もとより医療機関の連携等を進めていきたい。

第4報告者は、「宮崎県北の地域医療を守る会」の事務局長である福田政憲氏であった。地域医療を守り育てる住民活動について、地域住民の立場からの講演であった。

宮崎県延岡市は大分県に近い県北地域にある。宮崎県も県庁所在地である宮崎市周辺に医師が偏在し



ている。県立延岡病院は県北地域の3次救急を担う拠点病院である。平成21年に、県立延岡病院の医師6人が退職する事態が生じた。宮崎県北の住民にとっては、まさに命の砦の危機だった。この危機に対して、市民の意識改革を進めなくてはならないと思い、活動を開始した。地域の医療資源には限りがあり、今ある資源を役割分担しながら総力戦で守っていかなくてはならないので、行政、医療機関、市民、報道機関を巻き込んで進めていこうと思った。そこで、行政に相談して、協働の旗印として、延岡市の地域医療を守る条例を全国の市町村レベルで最初に制定し



た。

条例の基本理念は、地域医療を守ること、そして健康長寿を目指すことである。市の責務、医療機関の責務のほか、かかりつけ医を持ち、時間内に適正に受診し、医師には感謝の気持ちを持って、日頃から健康管理をするという市民の責務を加え、三者の責務を規定した。その後、夜間・休日救急患者数の減少はみられた。平成19年度に約9千名いた時間外の患者数は、現在半減している。

この活動が重視しているのは、効果的な情報の伝え方である。広報紙は行政が思っているほど読まれていないので、みなが読むような広報の仕方を考えた。情報は見える化して共通理解を図っていかないと、現状は変わらない。QRコードを使った情報流布、幼稚園や小学校での出前授業、保育の活動、カレンダー贈呈等、年間を通して活動している。教室からまちへ、地域へと、活動の成果が浸透することを願っている。

全ての報告者からの講演終了後、内田氏が以下の総括を述べた。4人の演者の話には、午後の分科会に向けて、大きな示唆が含まれていた。現在の地域医療を考えると、大きな課題がある。一つは地域医療構想、地域の医療ニーズに合わせて医療提供体制を改変していこうとする取り組み、もう一つは地域包括ケアの体制構築および在宅医療の推進である。全体を通して、地域密着、現場を重視してどのように進めていくのか、医療・介護・福祉、行政との一体的な連携、協働を地域で進める重要性を再認識した。午後の分科会で、それぞれの地域における展開について



議論を進めることとした。

(文責)

地域医療フォーラム2016
ワーキンググループ

小谷 和彦
青山 泰子

分科会まとめ

「お互いを尊重し、なすべきことを考える」

- 《第1分科会》 「大都市」 12
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顧問）
西田 伸一 氏（調布市医師会副会長）
発表者 西田 伸一 氏（調布市医師会副会長）
- 《第2分科会》 「中核都市」 16
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）
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）
発表者 宮島 俊彦 氏（岡山大学客員教授（元厚生労働省老健局長）
- 《第3分科会》 「地方都市」 20
座長 前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座地域医療学分野教授）
徳田 道昭 氏（さぬき市病院事業管理者（兼）さぬき市民病院長）
発表者 徳田 道昭 氏（さぬき市病院事業管理者（兼）さぬき市民病院長）
- 《第4分科会》 「地方市町村」 25
座長 藤本 幸男 氏（青森県良医育成支援特別推進員）
森田 喜紀 氏（鹿児島県立大島病院総合内科部長）
発表者 金丸 吉昌 氏（宮崎県美郷町地域包括医療局総院長）



第 1 分科会

《分科会テーマ》（大都市）

「大都市において将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割、なすべきことを考える」

座長：内藤 和世 氏（医療法人財団康生会武田病院長）

西田 伸一 氏（調布市医師会副会長）

発表者：西田 伸一 氏（調布市医師会副会長）

ワーキンググループ委員

：阿江 竜介 氏（自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門）

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：約50名（座長、発表者、ワーキンググループ委員含む）

第1分科会では「大都市において将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割、なすべきことを考える」をテーマに、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

12：15－12：50 昼食・アイスブレイキング
12：50－13：25 講演
13：25－14：25 グループディスカッション
14：25－15：10 グループ発表／全体のまとめ

【問題意識】

地域医療フォーラム2016全体のテーマ「お互いを尊重し、なすべきことを考える」を受けて、第1分科会のテーマは「大都市において将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割、なすべきことを考える」であった。キーワードは「大都市において」という点である。これまで地域医療という言葉は、へき地・中小都市を中心に語られることが多かった。こうした地域では、



すでに少子高齢化、人口減少、社会資源などのインフラストラクチャーの脆弱さが進行し、その地域医療のあり方が議論されてきた。へき地・中小都市といった“地域医療の先進地”では、すでに社会問題として取り上げられ、その地域特性に応じた対策がされてきた。一方で、大都市部の地域医療のあり方については、スタートについたばかりの状況である。大都市部では、これから急速な高齢化を迎える。さらにそれは大きな人数として

増加する。にもかかわらず、それを支える医療や社会の受け皿は十分とは言えない。こうした大都市部の住民が住み慣れた地域で安心して暮らせるための課題は山積しているように見受けられる。

【講演】

「大都市の場合～かかりつけ医の立場から～」と題した基調講演があった。団塊の世代が後期高齢者になる2025年を念頭に、東京都では「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」というグランドデザインを掲げている。そこには大都市ならではの事情がある。大都市部は、現在の高齢化率は他の地域と比較して低いものの、近い将来急速な高齢化が進む。なおかつ人口が多いことから、急速な高齢化の進行は、高齢者の人数が急速



に増加することを意味する。こうした高齢者が増加する社会を支える地域住民のつながりは、大都市部では一般に脆弱で、セルフマネジメントが不足しがちである。脆弱な地域社会に急激に増加する高齢者を支える医療には、地域医療を意識し始めたところで、まだまだ従来型の診療施設が多い。近年、在宅医療市場を意識した往診専門クリニックが散見されるようになったが、地域包括ケアについて医師会会員間の統合はいまだ十分とはいえない。介護分野については経営で手いっぱい、利用者の視点では施設介護は高額になる。こうした医療・介護の現場をつなぐ行政は、キーパーソンの有無によって施策の地域格差が生まれている。調布市では増加する高齢者と在宅医療ニーズに対して、在宅医療・介護連携拠点「ちょうふ在宅医療相談室」を医師会内に立ち上げた。病院・訪問診療医をつなぐ紹介システムの構築、地域住民との対話、医療用ソーシャルネットワークキングサービスを利用した在宅支援システムの導入を実施している。現在、独居高齢者のための共助(保険)以外の支援体制、在宅医療における診診連携の確立、地域コミュニティの再生、地域住民のセルフマネジメント育成、自宅や介護施設に代わる「住まい」の確保が、大都市部の最重要課題に挙げられた。

【グループワーク】

講演後、参加者は4つのグループに分かれた。大都市部をキーワードに、それぞれの地域の将来の地域医療を守るための課題について、それぞれの立場で何をなすべきなのか、何ができるのか、さらに連携してできることを話し合った。

大都市部では少子高齢化の影響が、地方に比べてやや遅れてやってくる。さらにそのボ





リユームは地方に比べて極めて大きい。そのボリュームは、急激に減少する。急激に増加する医療ニーズへの対応は、同時にその後急激に減少する医療ニーズも念頭におく必要がある。また大都市部の特徴として、物価が高く、狭い住居環境、住民同士・専門職同士の関係が希薄といった点がある。住み慣れた地域で安心して暮らすという地域医療の観点からは、こうした大都市部の特徴への対応は喫緊の課題である。行政は情報発信などがバ

ナンスを発揮し、医療・介護・福祉関係者は連携や効率化を強化する、そして住民自身もまた生き方／死に方、住民どうしの支え合いといった当事者意識を持つことが重要という意見が出た。

グループワークに参加したメンバーの大半は問題意識を持っているものの、将来やって来る「大都市圏特有の医療福祉問題」をイメージすることが困難という意見が多く見られた。直近の課題に対する議論はイメージしやすいが、10年以上先の将来を見据えた議論は困難だったような印象は残った。そのため、すでに少子高齢化が進行し成熟社会を迎えているへき地や中小都市がこれまでどのように取り組んできたかを学ぶことも重要であるという声が挙がった。

【第1分科会のまとめ】

先進地（へき地、中小都市）に学べ

グループワークの意見を集約した結果、第1分科会のキャッチフレーズは、「先進地（へき地、中小都市）に学べ」とした。

へき地、中小都市に起きた地域医療の課題は、近い将来確実に大都市に訪れる。しかも、より



大きな影響力を伴う。へき地、中小都市では、さまざまな対策がなされてきた。そのいくつかは成功し、残念ながらそのいくつかはうまくいかなかった。こうした経験は、来るべき大都市部の地域医療の課題に対する解決策に、必ず役に立つ。

大都市部でも住み慣れた地域で安心して暮らすために、まずは自らも一人の住民として、地域医療への当事者意識を持つことが必要である。

大都市圏の地域医療の課題

- ・ 住民(絶対数)が多い(今後も増加)
 - ・ 高齢者を含めた医療ニーズが大きい
- ・ 人口(医療ニーズ)の急激な変化
 - ・ 流入による人口集中・医療ニーズ
 - ・ 急性期医療のニーズが、急激に増加し、その後急激に減少
- ・ その後、回復期・慢性期医療／介護のニーズが増加に変化
 - ・ すでに流出している介護
- ・ 社会経済状況
 - ・ 地価・物価が高い。住居事情。
 - ・ 住民どうし、医療機関どうしの関係が脆弱

⇒現在の地方が抱える
少子高齢化の影響が、
遅れて、
大都市圏にどんと来る

⇒そのボリュームが
きわめて大きい

⇒都市部ならではの
地域医療への障壁

大都市でも 住み慣れた地域で 安心して 暮らすために

お互いを尊重し、なすべきことを考える

- ・ **行政**……………ガバナンスの発揮
 - ◆ 分かりやすく、粘り強い情報発信
 - ◆ 仕組みづくり、運用
- ・ **医療・介護・福祉**……………連携・効率化
 - ◆ 在宅医療／地域包括ケア／看取り
 - ◆ 専門職間、多職種連携
- ・ **住民**……………当事者意識
 - ◆ 自分の健康、死に方／生き方を考える
 - ◆ 住民どうしの支えあい、お互いに関心を持つ

先進地(へき地、中小都市)に学べ

お互いの立場と役割(目指すもの) —大都市の場合—

➤行政 → 作曲家
(公助)



➤医療・介護・福祉 → 演奏者
(共助)



➤住民 → 全員が聴衆・関心をもつ
(自助・共助)



(ワーキンググループ委員 阿江 竜介 氏、中村 剛史 氏、三瀬 順一 氏によるまとめ)

第2分科会

《分科会テーマ》（中核都市）

「お互いを尊重し、なすべきことを考える」

座長：内田 健夫 氏（医療法人社団内田医院理事長）

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）

発表者：宮島 俊彦 氏（岡山大学客員教授〔元厚生労働省老健局長〕）

コメンテーター

：渡辺 雄幸 氏（神奈川県医師会理事）

ワーキンググループ委員

：小谷 和彦 氏（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 氏（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：約50名（座長、発表者、ワーキンググループ委員含む）

第2分科会では、「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場と役割～お互いを尊重し、なすべきことを考える～」をテーマに、以下のタイムスケジュールに従って進行された。

12：35－13：10 主旨説明～講演

13：10－14：20 グループワーク

14：20－15：00 グループワーク発表

15：00－15：10 第2分科会のまとめ



【概要】

「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場と役割～お互いを尊重し、なすべきことを考える～」をテーマに、中核都市を想定して、医療関係者、行政、住民は、それぞれ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。冒頭の講演では、元厚生労働省老健局長の宮島氏から、中核都市の都市像、中核都市の種類ごとに求められる医療体制の違い、中核都市が抱える地域包括ケアの課題の

提示があった。さらに、神奈川県医師会の渡辺氏からは、横浜市鶴見区の状況と横浜市鶴見区医師会の取り組みについての紹介があった。

これらの発表を受け、参加者は7つのグループに分かれて、地域包括ケアのシステムを作り上

げていくために、医療・介護関係者、行政、住民のそれぞれの立場でできることや役割について議論した。また、グループワークで話し合った内容を端的に表すキャッチフレーズも考案した。最後に、各グループの発表を行い、第2分科会のまとめを行った。

【講演】

(宮島 俊彦 氏 (岡山大学客員教授 [元厚生労働省老健局長]))

冒頭、第2分科会の議論の対象とする「中核都市」のイメージを共有するために、人口20万～50万未満の市（政令指定都市を除く）と定義し、県庁所在地の都市、都道府県の第2都市、首都圏、名古屋圏、京阪神圏などの都市の3つに分類した。各都市の代表例として、青森市、福山市、川越市が挙げられ、それぞれの機能別病床数の提示があった。青森市、福山市では、回復期の病床数が必要となるが、その他の病床数は減少する見込みであり、川越市ではいずれの病床数も増加する必要がある、中核都市の中でも、地域によって事情はさまざまである。



増田元総務大臣が問題提起したように、今後多くの自治体で人口減少に直面する（896が消滅可能性自治体）。東京圏では、急激な高齢者人口の増加のため、医療、介護の対応が困難になり、地方も東京圏の高齢者の医療、介護を担う可能性がある。地方都市は、東京の一極集中を防ぐためにも、人口流出を防ぐ「ダム機能」を持たねばならず、そのためには、「出生率を回復する」、「仕事をつくる」、「町のかたちを考える」、「高齢者のケア体制を整える」などの課題がある。

各都道府県で進めている地域医療構想の実現には、2025年よりも先の2040年の推計、県と市の行政のタイアップ、国保等の調整交付金、診療報酬での対応といったことが必要になる。地域包括ケアを実現するには、①保健・予防ができているか、②自立支援に資するサービスになっているか、③在宅の重度者支援、看取りができるか、④生活支援・福祉サービスにどう取り組むか、⑤住まいと住まい方は適切かについて考える必要がある。最後に、地方中核都市の共通課題として、「医療・介護のダム機能」、人口減少に対応した「コンパクトシティ構想」、「地域包括ケアの垂直統合・水平統合」が必要になるとの付言もあった。

(渡辺 雄幸 氏 (神奈川県医師会理事))

渡辺氏から、横浜市鶴見区医師会の取り組みの紹介があった。横浜市鶴見区は、人口約28万人、高齢化率が20%の地域で、今後急速に高齢者数が増加し、介護保険認定者や認知症者が増えることが見込まれている。地域中核病院として、済生会横浜市東部病院があり、地域医療機関との連携を熱心に行っており、病診連携や、病病連携を積極的に行っている。診診連携では、医師会医療福祉部の介護が在宅医のバックアップを行っている。鶴見区医師会では、「つるみ在宅ケアネットワーク」を平成22年に立ち上げ、地域の医療関係者が集まる推進検討委員会やネット



ワーク企画部会、専門職種や市民のための勉強会、医療介護の相談室「さわやか相談室」、遺族の会「ハナミズキの会」など、在宅ケアの環境を整えるために幅広い活動を行っている。地域の医療機関には、提供できる医療提供の内容を共通のシートに書き込んでいただきデータベース化して共有している。これにより、医療機関の連携や紹介がスムーズにいくようになった。

鶴見区の在宅ケアの環境整備を進める上で良かった点は、「医師会立の訪問看護ステーションの管理者で、ケアマネージャー兼看護師が中心となって、医師会が全面的にバックアップしたこと」、「地域の中核病院である済生会横浜市東部病院が、積極的に医師会、地域医療に関与してくれたこと」の2点であるというまとめがあった。

【グループワーク】

これらの発表を受け、参加者はグループごとに、地域包括ケアのシステムを作り上げていくために、医療・介護関係者、行政、住民のそれぞれの立場でできることや役割について、話し合いを行った。各グループで話し合われた内容とキャッチフレーズをそれぞれ発表してもらい、その内容を以下にまとめた。

医療・介護関係者の立場では、慢性期や地域包括ケア病棟を提供すること、各種連携を深めること、医師も参加意識を持ち、地域包括ケアの教育に携わることが提案された。

行政の立場では、多職種が連携したり研修したりする場づくり、住民や関係者に正確な情報提供を行うことなどが提案された。



住民の立場からは、地域医療に関心を持ち、参加する「意識改革」が必要であり、予防や健康活動、終活を主体的に考えることが必要であることが提案された。

各グループから出たキャッチフレーズを総括するキャッチフレーズとして「トランスフォーマー」が採用された。地域のニーズに合わせて、住民、行政、医療関係者それぞれが柔軟かつ臨機応変に対応していくことが重要という意味が込められている。

第2分科会—中核都市レベル
(高齢化率が進み、急性期病床が一定/減少)
「地域包括ケアのシステムを上げていくために」

- **医療・介護関係者の立場より**
 - 慢性期や地域包括ケア病棟などを提供する
 - 病病、病診、診診連携、回復期～在宅への連携・役割分担を進める
 - 医師の参加意識と地域包括ケアへの教育機会を高める
- **行政の立場より**
 - 多職種連携や研修の場をつくる
 - 三者（医療、行政、住民）が集う場を提供する
 - 住民や医療関係者に、正確な情報を提供する
- **住民の立場より**
 - 意識改革を進める
 - 予防、健康活動、終活を住民主体で考える

第2分科会—中核都市レベル
(高齢化率が進み、急性期病床が一定/減少)
「地域包括ケアのシステムを上げていくために」

キャッチフレーズ

- **トランスフォーマー！**
(ニーズに合わせて柔軟性と臨機応変)
- お互いを知る、情報共有、コミュニケーション！
- 住民が主役！
- 地域住民の意識改革で！
- キーマンを探せ！
- リーダーの資質とは—お互いを理解できる
- みんなで考えよう！

(ワーキンググループ委員 小谷 和彦 氏、古城 隆雄 氏、竹島 太郎 氏によるまとめ)

第3分科会

《分科会テーマ》（地方都市）

「地方都市における包括医療・ケアシステム～理想的な包括医療・ケアを構築するための方策～」

座長：前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座地域医療学分野教授）

徳田 道昭 氏（さぬき市病院事業管理者（兼）さぬき市民病院長）

発表者：徳田 道昭 氏（さぬき市病院事業管理者（兼）さぬき市民病院長）

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）

亀崎 豊実 氏（自治医科大学地域医療学センター地域医療支援部門）

畠山 修司 氏（自治医科大学地域医療学センター総合診療部門）

参加者：47名（座長、発表者、ワーキンググループ含む）

第3分科会は「地方都市における包括医療・ケアシステム～理想的な包括医療・ケアを構築するための方策～」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。

12：35－12：50 第3分科会の説明／昼食／アイスブレイキング

12：50－13：10 講演

「地域包括医療・ケア～公立病院における実践を模索して～」

さぬき市民病院長 徳田 道昭 氏

13：10－13：40 グループディスカッション1

理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について

1) 地方都市の医療関係者を中心になすべきこと

2) 地方都市の行政・住民を中心になすべきこと

13：40－13：50 中間報告

13：50－14：20 グループディスカッション2

14：20－14：45 グループ発表

14：45－15：10 全体のまとめ

【概要】

第3分科会では、高齢化が進む地方都市に焦点をあて、理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について多面的な議論を行った。また、グループワークを行う際のサブテーマは、理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について、『1. 地方都市の医療関係者がなすべきこと』、『2. 地方都市の行政・住民がなすべきこと』とした。グループワークを通じて、参加者に理想的な包括医療・ケアを構築するための問題点を共有し、講演内容を踏まえて、取り組むべき

対策について考えた。

【講演】

全体会Ⅰ「将来の地域医療を守るためのこれまでの取り組みと課題」では、国、行政、医療者、住民、それぞれの立場から取り組みの実例と課題が報告された。これを踏まえて第3分科会では、地方都市における包括医療・ケアシステムについて理解を深めるために、さぬき市病院事業管理者（兼）さぬき市民病院長の徳田道昭氏がさぬき市における医療、介護・福祉の現状やリハビリテーション協議会を通じた官民協働、自助・互助を目指した人材育成の取り組みについて発表を行った。

さぬき市民病院は、高松市の東に位置し、人口5万のさぬき市と3.2万人の東かがわ市で構成される大川医療圏において、1-2.5次医療を担っている。33%の高齢化率と高齢者人口の増加に伴い急増する急性期から亜急性期の患者への対応が求められている。訪問診療や地域包括ケア病棟の拡充や健康教室、公開講座・出前講座による地域住民への啓発活動に加え、リハビリテーション協議会を活用した官民協働の推進や地域包括ケアの柱となる「保健・福祉の匠」の育成事業を展開している。地域二次医療機関として、地域包括医療・ケアの拠点機能を充実させ、高齢化の進む大川医療圏における保健・医療・福祉の連携の要となっている。

講演では、さぬき市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、さぬき市民病院が行っている地域包括医療・ケアの具体的な取り組みの紹介が行われた。最後に、少子高齢化の波の中で、地域の二次医療機関として保健・医療・福祉の連携の要となるためのイニシアティブや地域住民の自助・互助を育むことの重要性について提示があった。



【グループワーク】

第3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。理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について：①地方都市の医療関係者がなすべきこと、②地方都市の行政・住民がなすべきこと。

6グループで、①のテーマに3グループ、②のテーマに3グループを割り当てた。各グループでは、全体会や分科会で行われた講演を参考にしながら、付箋にそれぞれ①または②のテーマと関連した問題点や課題を記入し、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、解決するための方策についてディスカッションを行った。中間発表では、①、②のテーマからそれぞれ1グループずつ発表し、全体の流れを共有した後にさらにディスカッションを行った。グループディスカッション終了後、全体発表で各グループからの発表を行った。

全体発表で出された意見の一部を以下に挙げる。



理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について

①地方都市の医療関係者がなすべきこと

- (医療環境) 医療環境：産科小児科救急、夜間専門医療 →医療需要の変化への対応、医療資源の有効活用
- (人材) 医師・看護師・保健師の不足、介護施設の不足 →人員確保、助産師などの多職種の充実、特定看護師の普及、輪番制：開業医へのアプローチ、訪問看護の充実、診断支援ツールの活用
- (連携) 医療機関の連携不足：患者情報、在宅医療の未普及、生活習慣病が多い →病診連携（在宅医療）、入院から退院までの連結的取り組み、医療看護介護などの調整機関の創設：それぞれの立場の垣根を取り払うこと
- (啓発) 住民への情報提供不足：訪問診療医、相談先 →小さな行政区での広報、民生委員の活用、予防教育、介護予防、健康教室、予後に関する情報提供、終末期医療の啓発、アドバンストケアプランニングの普及（リビングウィルの重要性）：国民教育（地域医療フォーラム）、病院（医師、看護師、保健師）が地域へ出ていくこと
- (医学教育) 医療関係者の意識 →「地域医療」学の教育、モチベーションの向上、総合医の育成
- (財源) 診療報酬：へき地・在宅医療が担保される必要性



②地方都市の行政・住民がなすべきこと

行政

- (インフラ) コンパクトシティ、サービス付き高齢者住宅、地域リハビリの充実・整備
 - (普及啓発・情報発信) 住民ニーズの把握、周知広報、情報共有のための普及啓発（対象を絞った啓発）、24時間電話相談窓口の開設、地域医療構想の情報発信
 - (連携) 医療介護と教育との連携（中学生への救急研修）、組織間をつなぐコーディネータの育成、医療関係の様々な学部との連携
 - (連携会議・意見交換会) 市民と医療者が共に考える分科会を作って継続的議論
- 住民
- (ライフスタイル) 老老介護、1人暮らし老人、日中若い人がいない、仕事と介護の両立が困難、近所の関係が希薄 →自助・互助：高齢者の日中の見守りなどにボランティアの有効活用、嫁をキーパーソンとして評価、元気な高齢者の活用

- (情報不足) コンビニ受診、予防接種、訪問看護の利用法などの情報不足 →教育と情報発信、意識改革・啓発活動、エンディングについての家族との話し合い、定期的な「地域医療を考えるフォーラム」開催、中高生向けにSNS発信などの地道な情報発信、地域で医療者を育てる気持ち
- (互助意識の欠如) 住民のリーダーを育てる：匠を増やす、仲間づくり →順次拡大

【第3分科会のまとめ】

グループワークで出された課題とそれに対する方策について、以下にまとめることができた。

- 自助・互助：家族・地域の資源を活用
- 会話、対話：情報共有、調整機関の創設
- 教育、啓発：情報発信：医療関係者、住民、中高生
- 連携：医療資源の有効活用、病診連携
- 人、金、場の重要性



理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について

1) 地方都市の医療関係者を中心に なすべきことを考える

- ・ **(医療環境)** 医療環境：産科小児科救急、夜間専門医療 →医療需要の変化への対応、医療資源の有効活用
- ・ **(人材)** 医師・看護師・保健師の不足、介護施設の不足 →人員確保、助産師などの多職種の充実、特定看護師の普及、輪番制：開業医へのアプローチ、訪問看護の充実、診断支援ツールの活用
- ・ **(連携)** 医療機関の連携不足：患者情報、在宅医療の未普及、生活習慣病が多い →病診連携（在宅医療）、入院から退院までの連結的取組、医療看護介護など調整機関の創設：それぞれの立場の垣根を取り払う
- ・ **(啓発)** 住民への情報提供不足：訪問診療医、相談先 →小さな行政区での広報、民生委員の活用、予防教育、介護予防、健康教室、予後に関する情報提供、終末期医療の啓発、アドバンスドケアプランニングの普及（リビングウィルの重要性）：国民教育（地域医療フォーラム）、病院（医師、看護師、保健師）が地域へ出ていく
- ・ **(医学教育)** 医療関係者の意識 →「地域医療」学の教育、モチベーションの向上、総合医の育成
- ・ **(財源)** 診療報酬：へき地・在宅医療が担保される必要性

理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について

2) 地方都市の行政・住民を中心に なすべきことを考える

行政

- ・ **(インフラ)** コンパクトシティ、サービス付き高齢者住宅、地域リハビリの充実・整備
- ・ **(普及啓発・情報発信)** 住民ニーズの把握、周知広報、情報共有のための普及啓発（対象を絞った啓発）、24時間電話相談窓口の開設、地域医療構想の情報発信
- ・ **(連携)** 医療介護と教育との連携（中学生への救急研修）、組織間をつなぐコーディネータの育成、医療関係の様々な学部との連携
- ・ **(連携会議・意見交換会)** 市民と医療者が共に考える分科会を作って継続的議論

住民

- ・ **(ライフスタイル)** 老老介護、1人暮らし老人、日中若い人がいない、仕事と介護の両立が困難、近所の関係が希薄 →自助・互助：高齢者の日中の見守りなどにボランティアの有効活用、嫁をキーパーソンとして評価、元気な高齢者の活用
- ・ **(情報不足)** コンビニ受診、予防接種、訪問看護の利用法などの情報不足 →、教育と情報発信、意識改革・啓発活動、エンディングについての家族との話し合い、定期的な「地域医療を考えるフォーラム」開催、中高生向けにSNS発信などの地道な情報発信、地域で医療者を育てる気持ち
- ・ **(互助意識の欠如)** 住民のリーダーを育てる：匠を増やす、仲間づくり→順次拡大

理想的な包括医療・ケアを構築するための方策について

なすべきことを考える

- ・ 自助・互助：家族・地域の資源を活用
- ・ 会話、対話：情報共有、調整機関の創設
- ・ 教育、啓発：情報発信：医療関係者、住民、中高生
- ・ 連携：医療資源の有効活用、病診連携
- ・ 人、金、場が重要

(ワーキンググループ委員 石川 鎮清 氏、亀崎 豊実 氏、畠山 修司 氏によるまとめ)

第4分科会

《分科会テーマ》（地方市町村）

「地方市町村において将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割、なすべきことを考える」

座長：藤本 幸男 氏（青森県良医育成支援特別推進員）

森田 喜紀 氏（鹿児島県立大島病院総合内科部長）

発表者：金丸 吉昌 氏（宮崎県美郷町地域包括医療局総院長）

ワーキンググループ委員

：青山 泰子 氏（自治医科大学総合教育部門兼地域医療学センター）

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）

村上 礼子 氏（自治医科大学看護師特定行為研修センター兼看護学部）

参加者：およそ65名（座長、発表者、ワーキンググループ含む）

第4分科会は「地方市町村において将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割、なすべきことを考える」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。

12：30－12：55（25分）	第4分科会の説明／昼食／アイスブレイキング 座長紹介、全体進行の説明、昼食をとりながらの自己紹介
12：55－13：15（20分）	講演 金丸 吉昌 氏（宮崎県美郷町地域包括医療局総院長）
13：15－14：20（65分）	グループワーク ①「課題は地域それぞれにある」ということで、参加者がそれぞれの地域の将来の地域医療を守るための課題を出し合う。 ②提起された課題から各グループで共通項、重要性からディスカッションポイントを絞り込む。 ③抽出、選択された課題について、それぞれの立場でなにをなすべきなのか、何ができるのか、意見交換する。
14：20－15：10（50分）	グループ発表／全体のまとめ

【概要】

地方市町村など、医療資源や介護資源に乏しい過疎地において将来の地域医療を守るためには、医療になるべくかからない予防を重視した取り組み、医療が必要となっても重症化しないようにする取り組み、資源が乏しい中での医療と介護の連携（地域包括ケアにおいて医療が充実した地域との連携の在り方）など、課題は種々あろうかと思われる。第4分科会では、「地方市町村において将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割、なすべきことを考える」をテーマに、グループワークを行った。

実際に地方市町村で住民を巻き込んだ形で、地域医療を守る活動を進め、行政の中にも入って活動している宮崎県美郷町地域包括医療局総院長の金丸吉昌氏の講演を受け、それぞれが感じている課題を共有しつつ、これらの課題を課題分けせず、各グループで様々な立場から意見交換を行った。この上で、地方市町村における将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割、なすべきことを考えた。

【講演】

金丸吉昌氏（宮崎県美郷町地域包括医療局総院長）から、「何を考え 何を感じ 何を志す」というテーマで、地方市町村の現状と課題について講演があった。内容の概要は以下のとおりである。

今、全国の都道府県で地域医療構想の策定ならびに二次医療圏毎に調整会議が進行している。また市町村においても地域包括ケアシステムの構築、地域支援事業の推進、新オレンジプランに基づく認知症対策等の取り組みが始まっている。



昔から地域医療を確保するためにさまざまな検討が重ねられ今日に至っている。しかしながら今日の多様な価値観の中でますます厳しくなっているようにも感じる。日本全国それぞれの地域において歴史、文化、環境が違うので、地域医療の姿も異なって良いのかもしれないが、何か共通の考え、感じ方、志が必要ではないだろうか。この根っことも思われる共通の価値観の重なりが少なければ、地域医療を守るために共通言語で語ることができず、議論が深まらないのではないかと

感じている。

特に高齢化の進む中山間・へき地においては、暮らしそのものの存続も厳しくなり、集落の維持さえ困難になってきている。この状況下において地域医療の確保の厳しさが更に精神的にも追い打ちをかけてしまう流れにもなりかねない。一人ひとりが暮らしの中で健康に対する価値観、もっと言えば死生観をどう捉えていくのか、いけるのか。この根本であり、基本的な価値観を土台に据え、暮らしていくことがますます大切になってくるのではないかと。協働さえ現実には難しくなろうとしている限界集落を多く抱える地方自治体が今後どうあったら良いのか。要求、要望も大切だが、それ以上に足下で、自ら地域で暮らすひとりとして、この土台の価値観への気付きもますます重要になるのではないだろうか。

今日に至るまで、特に村においては、首長を中心に強い絆で今日の地域を築き、守ってきたことは大変すばらしい。しかしながらこの地域の範囲を、従来の市町村枠を越えて捉える事も必要になってきているのではないかと。市町村合併をしなくても救急、消防、医療、教育等...、生活の最も基礎的な事においては、市町村の行政枠を越えて、もう少し広い地域の括りで、共通の考え、感じ方、志を広げていかなければならなくなってきているのではないだろうか。何かこのような捉え方が市民の中に醸成されていけば、首長も市町村の枠を越えての対応、対策等への決断が少し容易になるのではないかと考える。

最後に、土台としてこの共通の価値観の醸成ができるにつれて、市民大応援団が確固たる姿へ

と近づき、地域包括ケアシステムの構築そのものへとつながっていくのではないだろうか。また、まちづくりそのものとなるのではないかと考える。改めて市民大応援団の説明を追加するが、構成員は市民、市民から選ばれる首長、市民から選ばれる議会議員、市民が活用するメディアである。その理念は市民一人ひとりが命の尊さ、死生観（人生観）に覚醒し、感謝の気持を深めつつ日常の暮らしを続けることと考えている。



【グループワーク】

第4分科会のグループワークでは、地方市町村での「医療の課題と解決策」、「行政の課題と解決策」、「住民の課題と解決策」、「地域の課題と対策」について以下の意見が出された。

①「医療の課題と解決策」

- ・在宅の看取りを進めなくてはならないが、福祉施設での看取りも増えるので高齢者用の住宅建設などある程度の集約が必要。
- ・救急医療の軽減のためには電話相談の充実が必要。適正受診の啓発。かかりつけ医を持つこと。
- ・医療者の定着のためには住民の医療の不確実性への理解、公共財であるとの理解が必要。
- ・医師不足の解決のためには、地域に赴任するための教育あるいは医師を地域に循環させるシステムが必要。
- ・医師不足の解決のためには、医学生・研修医の積極的な受け入れが必要（住民と一体となって）。地域医療の魅力を伝えること（早期体験）。
- ・看護師、薬剤師不足。
- ・限りある医療資源の有効活用のためには、医療機関の集約化と医療機関同士の情報共有（電子カルテ）が必要。
- ・住民との連携のために、医療機関側からの情報提供が必要。
- ・限りある医療資源の有効活用のために、疾病予防の一環として出前講座の実施。
- ・在宅医療の確保のために、質も担保した医師の確保、開業医の取り込み（バックアップの確保（入院先、24時間365日対応のための支援、など）、地域包括ケアシステムの確立が必要）。
- ・医師同士の連携不足、病診連携の不足に対しては、近隣の自治体も含めた病診連携の充実、病院から診療所の支援を行うなどの対応が必要。



②「行政の課題と解決策」

- ・縦割り行政の弊害の解決には調整係 or 大局的に見ることのできる人が必要。

- ・地域の縮小が起こっている現状では、コンパクトシティが必要（行政機能の集約化）。



③「住民の課題と解決策」

- ・住民の意識改革には現状を伝えることが必要。場を作ることが必要。仕組みづくりには行政の関与が必要。
- ・住民の意識改革には、住民の中の協力者を増やすことが必要。
- ・独居高齢者の増加に対しては、行政的なサポートだけでなく、警察、郵便、新聞配達、近所付き合いなどあらゆるネットワークを使うこと。

- ・限りある医療資源を守るために、住民の病気にならない意識づくりが必要（ラジオ体操、万歩計を付ける）。あるいはマイノートの利用、子供たちへの情報提供。
- ・地域の繋がりの減少に対しては、隣近所で声を掛け合うこと。
- ・交通手段の不足。
- ・超高齢社会の到来に対して、死生観の醸成。看取り事例の共有。



④「地域の課題と対策」

- ・現住民の課題も大切だが、新規住民の流入を狙ってはどうか。人が集まれば、知恵も生まれる。
- ・限りある医療資源の有効活用のためには、地域の正確なニーズの把握が必要（医療の財源、診療科の偏在の問題も、どんな人が住んでいるかによって変わる）。
- ・医療者の定着 or 赴任には魅力ある（働きたいと思える、モチベーションを維持できる）まちづくり・病院づくりが必要。医療を意識したまちづくり。

- ・合併後も残る旧自治体単位の縄張り意識が課題。
- ・情報を伝える工夫が必要。インターネット世代にはホームページの充実が大事だが、それでは高齢層には伝わらない。目に見える形での情報提供、それをもとにした連携、多職種協働。情報通信技術（ICT）の積極的な活用。

【第4分科会のまとめ】

グループワークで出された意見を踏まえ、第4分科会のキャッチフレーズは以下のようになった。

全員参加での、その地域に見合ったまちづくりが、地域医療を支える。

医療の課題と解決策

- ・在宅の看取りを進めなくてはならないが、福祉施設での看取りも増えるので高齢者用の住宅建設などある程度の集約が必要。
- ・救急医療の軽減のためには電話相談の充実が必要。適正受診の啓発。かかりつけ医を持つ。
- ・医療者の定着のためには住民の医療の不確実性への理解、公共財であるとの理解が必要。
- ・医師不足の解決のためには、地域に赴任するための教育あるいは医師を地域に循環させるシステムが必要。
- ・医師不足の解決のためには、医学生・研修医の積極的な受け入れが必要（住民と一体となって）。地域医療の魅力伝える（早期体験）。
- ・看護師、薬剤師不足もある。

- ・限りある医療資源の有効資源のためには、医療機関の集約化と医療機関同士の情報共有（電子カルテ）が必要。
- ・住民との連携のために、医療機関側からの情報提供。
- ・限りある医療資源の有効資源のためには、疾病予防の一環として、出前講座を行う。
- ・在宅医療の確保のために、質も担保した医師の確保、開業医の取り込み（バックアップの確保（入院先、支援、など））。地域包括ケアシステムの確立が必要。
- ・医師同士の連携不足、病診連携の不足に対しては、近隣の自治体も含めた病診連携の充実、病院から診療所の支援を行うなどの対応が必要。

行政の課題と解決策

- ・縦割り行政の弊害の解決には調整係 or 大局的に見ることでできる人が必要。
- ・地域の縮小が起こっている現状では、コンパクトシティが必要（行政機能の集約化）。

住民の課題と解決策

- ・住民の意識改革には現状を伝えることが必要。場を作る。仕組みづくりには行政の関与が必要。
- ・住民の意識改革には、住民の中の協力者を増やすことが必要。
- ・独居高齢者の増加に対しては、行政的なサポートだけでなく、警察、郵便、新聞配達、近所付き合いなどあらゆるネットワークを使う。

- ・限りある医療資源を守るために、住民の病気になる意識づくりが必要(ラジオ体操、万歩計を付ける)。マイノートの利用。子供たちへの情報提供。
- ・地域の繋がりの減少に対しては、隣近所で声を掛け合う。
- ・交通手段の不足。
- ・超高齢社会の到来に対して、死生観の醸成。看取り事例の共有。

地域の課題と対策

- ・現住民の課題も大切だが、新規住民の流入を狙ってはどうか。人が集まれば、知恵も生まれる。
- ・限りある医療資源の有効利用のためには、地域の正確なニーズの把握が必要(医療の財源、診療科の偏在の問題も、どんな人が住んでいるかによって変わる)。
- ・医療者の定着 or 赴任には魅力ある(働きたいと思える、モチベーションを維持できる)まちづくり・病院づくりが必要。医療を意識したまちづくり。
- ・合併後も残る旧自治体単位の縄張り意識。

地域の対策

・情報を伝える工夫が必要。インターネット世代にはHPの充実が大事だが、それでは高齢層には伝わらない。目に見える形での情報提供、それをもとにした連携、多職種協働。ICTの積極的な活用。

第4分科会 キャッチフレーズ

全員参加での、その地域に見合ったまちづくりが、地域医療を支える。

(ワーキンググループ委員 青山 泰子 氏、小松 憲一 氏、村上 礼子 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）
藤本 幸男 氏（青森県良医育成支援特別推進員）

分科会報告（座長）

（第1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顧問））
西田 伸一 氏（調布市医師会副会長）

（第2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〕）
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）

（第3分科会）前田 隆浩 氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座地域医療学分野教授）
徳田 道昭 氏（さめき市病院事業管理者（兼）さめき市民病院長）

（第4分科会）藤本 幸男 氏（青森県良医育成支援特別推進員）
森田 喜紀 氏（鹿児島県立大島病院総合内科部長）



全体会Ⅱは、各分科会からの報告とそれに対する質疑応答・全体討論をすることを目的に実施され、まず分科会報告が行われた。



〈第1分科会〉

第1分科会は、おおむね人口100万人以上の大都市を対象とした。その中で、東京を中心とした首都圏を対象にして、将来の地域医療の課題と行政、医療者、地域住民など、それぞれの立場でお互いを尊重し、何をなすべきかを討議した。人口動態調査の結果に基づく、大都市圏ではいまだ人口は増加しつつあり、2025年に至るまで人口が増加し続けることが予測されている。併せて高齢化も進行しており、急性期から慢性期に至るまで、ピークとなる2040年まで医療需要は増加していくと考えられる。さらに、2025年以降高齢化が急激に進行し、介護需要が爆発的に増大すると予想されている。この状況下で、医療、介護需要増加への対応、入院医療から在宅医療への橋渡し、急増する看取りの場所、医療・介護・福祉の連携と地域包括ケアの実践、そして地域住民の理解と協力という課題について検討した。それに先だって、大都市におけるかかりつけ医の立場からという内容で、調布市医師会副会長の西田伸一氏から、大都市での現状と課題についてレクチャーがあった。

第1分科会は、結論を導くのに非常に難渋した。これが首都圏のこれからの課題の難しさを物語っている。大都市圏の地域医療が抱える課題は、現在地方が抱える少子高齢化の影響が、遅れて大都市圏に一旦に来るということと、その対象となる人口が非常に大きいことが挙げられる。また大都市ならではの社会経済的課題として、地価や物価が高く、住宅事情、住民間の関係が脆弱などの都市部ならではの障壁があることに留意しなくてはならない。加えて、人口規模が大き



いため、変化が急激であることに備える必要がある。行政はガバナンスを発揮しなくてはならない。また住民に対しては、分かりやすく、粘り強い情報発信が必要であり、仕組みづくりと運用をしっかりとなくてはならない。医療・介護・福祉の多職種連携と効率化を測り、在宅医療、地域包括ケア、看取りの対応を考える。住民にはもっとセルフマネジメント、当事者意識をもってもらふ必要もあるだろう。

演奏会に例えるならば、行政は作曲者である。医療・介護・福祉は演奏者、それぞれ楽器が異なるが、各々が演奏者の役割を果たさなければ聴衆に聞かせることができない。住民は全員が聴衆であり、作曲者、演奏者、曲など、すべてに対して関心を持たなくてはならない。自助を基本としつつ、自助の共同化として共助が支え、不足する部分を公助が補完する仕組みを作る。これが大都市に求められている姿であろう。(内藤 和世 氏)

東京都調布市の地域を預かる実践家としては、医療ニーズに対する供給資源については比較的楽観視している。むしろ、地域包括ケアシステムを構築する上で、今後地域をどう作るか、また医師会がどのようにかかわっていくかが問題である。東京都は独居の方が非常に増加しており、共助の部分で支え手になるのがなかなか難しい状況の方々をどのように体系づけていくのか。失われた互助、地域コミュニティの再生をどうするか、セルフマネジメント能力をどう上げるか、住まいの確保も大きな課題である。(西田 伸一 氏)



〈第2分科会〉

第2分科会は、中核都市を対象にしている。まず、岡山大学客員教授の宮島俊彦氏から、中核都市の定義をはじめとしたレクチャーがあった。中核都市は、地方の県庁所在地、大きな都道府県の第2都市、首都圏の周辺の都市のように、それぞれ性格が異なっている。地方の県庁所在地として青森市、地方の第2都市として福山市、首都圏の周辺の都市として川越市が例示された。青森市の場合は、今後急性期病床が急激に減少し、療養病床が横ばいから多少減少する。川越市の場合はすべての病床が不足し、大幅に増加させなくてはならない。福山市の場合はほぼ横ばいで、急性期が多少減少し、慢性期が若干減少、回復期が大幅に増加するという状況である。

全体的に、主に地方の中核都市の課題ということで話が進んだ。地域包括ケアの課題として、保健・予防ができていないか、自立支援に資するサービスになっているか、在宅の看取りは可能か、生活支援としての福祉サービスの取り組み、医療・介護のダム機能をどう考えるか、病院から地域への流れを円滑にするための垂直な結びつき、地域ごとでの多職種連携を進めるための水平の結びつき、協働関係をどう進めるかについて討議された。

中核都市は、比較的地域完結型の医療提供体制が整っているところが多い。しかしながら、今後の人口推移やさまざまな疾病に関わるニーズの変化を鑑みるに、今後のビジョンをしっかりと描いて、変わっていかなくてはいけないところがあることを共有した。(内田 健夫 氏)



グループディスカッションの内容は以下の通りである。中核都市では、今後慢性期、回復期、在宅医療の需要が増えてくることが予想される。高齢化が進行している地域で地域包括ケアシステムを構築するために、医療、介護関係者、行政、住民それぞれがどのような役割を果たしていくべきかを議論した。



医療介護関係者の立場では、地域包括ケア病棟の提供、在宅医療を進めるために、病病、病診、診診連携をいっそう進めていかななくてはならない。この点を包括的に進めていくために、最も意識改革が必要なのは医師ではないだろうか。参加意識が低い医師の参加意識を高めることは課題である。行政の立場に求めるのは、多職種連携に関わる場を提供すること、住民や医療関係者に情報を正確に伝えていくこと、医療・行政・住民の三者が集う場を提供するのは行政の役割ではないかという意見があった。住民

に対しては、意識改革を進めることが最も必要である。住民が自分の健康管理を含めて意識を変えていかななくてはならない。

お互いを知る、情報を共有する、住民が一番の中心、住民の意識改革、キーマンを探す、連携を進めるためのリーダーの資質を高めるといったことが各グループ討議の中から出てきた。これらをまとめた最終的なキャッチフレーズは、トランスフォーマー！（ニーズに合わせて柔軟性を持ち、臨機応変に変わっていこう）になった。（神田 健史 氏）

〈第3分科会〉

第3分科会は、地方都市を対象にしている。分科会では、グループ討議の中心課題を、医療関係者がなすべきこと、行政・住民がなすべきことの2つに分けて討議した。ディスカッションに先立って、さぬき市民病院のさまざまな取り組みについて、さぬき市病院事業管理者（兼）さぬき市民病院長の徳田道昭氏からレクチャーがあった。



全体として課題は色々出てくるが、今後の方策がなかなか出ないという印象であった。医療者に対しては、医療需要の変化への対応、医療資源の有効活用をもっと図っていく必要があるという議論がなされた。一番深刻なのが人材の確保である。医師、看護師、介護職がいずれも不足している。さぬき市も老人ホームの入所待ちが、かなりの数に上っている。次に、入院から退院までの連携の課題である。縦割り組織を調整するようなコーディネーターの育成が必要だろうという意見が挙げられた。また住民

への啓発活動について、相談先の不足、関連する情報提供、広報、民生委員の活用、健康・予防教室の開催などの意見が出され、特に終末期医療に対する普及啓発が活発に議論された。リビングウィル、どのような終末期を迎えるのか、これは住民自身が考えなければならない、また考えられるように教育しなくてはならない。関連して医学教育についても意見が出された。医療関係者の中にも、地域医療に対する意識が低い人が少なからずいる。医療者に対しても、医学部在学

中から教育が必要である。

今後は住民と医療関係者が一緒に意見を共有するような場が必要である。地域の情報の共有化は大きな課題である。医療者からの情報発信も進めなくてはならないし、元気な高齢者や嫁にボランティアとして活躍していただくべきという意見も出た。自助、共助を育てる課題は簡単ではないが、育てられる人材を育て、活用して、地域の底上げを図ることが課題である。(前田 隆浩 氏)

さぬき市は人口5万人で、高松市から東へ車で20分程の市である。消滅危機にある市の課題としては、住民も減少する、医療供給者も減少する中で何ができるのかということである。さぬき市の特徴は、かかりつけ医として一次医療に携わる医師の中で、さぬき市に居住しているのは全体の3割しかないということである。つまり、昼間はさぬき市で仕事しているが、居住は主に高松市であるということである。これは、住民にとって、夜はかかりつけの先生を頼ることができないことを意味している。いかに病診連携を進めることが難しいかが分かる。

医療、介護、福祉の連携を進めながら地域の需要に応えるには、地域の「匠」をいかに育てるかが課題である。必要に応じて、病院から出かけて行って、地域の介護職員を匠にするような教育をしている。病院から供給する医療の量には限界があるので、民間施設や歯科とタッグを組んで、講義や実技指導に赴き、地域の匠を育成する活動をしている。住民を集めても決まった人ばかり来るため、全体的に互助意識を底上げしなくてはならない。医療供給者側のサイズの拡大は無理であるため、今後は質を上げるしかない。そして自助、共助を育てていく。この点は、津波が来ないと訓練をしないのと同じで、住民にももっと危機意識をもってもらうことが肝要であろう。(徳田 道昭 氏)



〈第4分科会〉

第4分科会は、地方市町村が対象である。地方の市町村が数の上でも最も多く、今後を占う上では関心が高い。グループワークに先立って、宮崎県美郷町地域包括医療局総院長の金丸吉昌氏から、美郷町の取り組みについての講演があった。

全般的な医療の課題としては、在宅の看取りを進めなくてはならないが福祉施設での看取りも増えるため、高齢者用の住宅建設を進めるなど、ある程度の居住の集約が必要ではないか。また救急医療の軽減のためには、電話相談を充実させる、かかりつけ



医を持つなど、適正受診のための啓発も必要である。また医師不足の解決のためには、医師を地域に循環させるシステムが必要で、医学生・研修医の積極的な受け入れや、地域医療の魅力を伝える早期体験機会の充実なども図っていくべきではないか。住民との連携のためには、医療機関



側からの情報提供、疾病予防に関する出前講座等も有効だろう。医師同士の連携不足、病診連携の不足に対しては、近隣の自治体も含めた病診連携の充実、病院から診療所の支援を行うなどの対応が必要だろうという意見が挙げられた。

行政の課題については、縦割り行政の弊害の解決のために調整係がいた方がよい。地域の縮小が起きている現状では、コンパクトシティのまちづくり、行政機能の集約化も検討すべきだろう。住民の課題としては、まずは住民の意識改革を進めることである。そのためには正しい現状を住民に伝えることが重要であるため、まずはその場づくり、仕組みづくりが必要である。そのためには、住民の中に協力者を増やすことを試みてはどうか。高齢化の進行に伴って独居高齢者も増加するため、行政的なサポートだけでなく、警察、郵便、新聞配達、近所付き合いなど、あらゆるネットワークを使っていくことが肝要であろう。

具体的なアイデアとして、ラジオ体操、歩数計を付けるなど、個人ができることを示すこと、病気にならない意識づくりが必要である。また子供たちに積極的に情報提供することで、大人や高齢世代への波及効果を狙う。地域のつながりの減少に対しては、隣近所で声を掛け合うほか、地域で人が動く仕組みとして交通手段を見直すことも必要だろう。また教育面として、死生観を醸成する、地域での看取り事例の共有なども有効ではないか。ただし、情報を伝えるには工夫が必要で、インターネット世代にはホームページの充実が大事だが、それでは高齢層には伝わらないので、だれにも目に見える形での情報提供、そして必要に応じてICTの積極的な活用の試みも必要だろう。



地域の課題としては、現住民を対象にしたものだけでなく、新規住民の流入を狙ってはどうか。人が集まれば知恵も生まれるため、人が集まる魅力ある地域づくりを目指すべきではないか。この点は、医療者の定着にも関係してくる。新規の医療者が赴任するには、魅力ある、働きたいと思える、モチベーションを維持できるまちづくり・病院づくりが必要である。医療を意識したまちづくりが重要である。

以上を踏まえて、第4分科会のキャッチフレーズは、「全員参加での、その地域に見合ったまちづくりが、地域医療を支える」となった。(森田 喜紀 氏)

〈統括〉

活発な質疑応答であった。これを踏まえて、梶井英治氏より、以下のようなコメントがあった。

物事を考えるとき、枠にはめて考えてはいないだろうか。例えば、医療圏はここ、行政圏域はこの中でといったように。住民は好きなところに行くことができる。定住自立圏をご存知だろうか。市町村合併や広域連合など色々な試みがなされているが、行政圏域にとらわれずに、ゆるやかな協定を結びながら共に住民の生活を支えていこうという取り組みを、総務省が進めようとしている。従来の行政圏域の考え方を超える取り組みである。

各分科会とも、かなり多くの課題が出ていた。午前中の講演の中からヒントを得て、それぞれ特徴ある地域ごとの分科会で、活発に討議していただいた。第1分科会が触れていた先進地から学べといった時の「先進地」とはどこか。それは第4分科会が対象にしているような地方市町村である。本日参加された方の中に住民の方は少ないが、実はどこの分科会も住民へのアプローチが重要だと言っている。

さて、住民に医療の現状を伝えて、理解と協力の輪を広げていくにはどうしたら良いだろうか。本日、住民として参加している自覚がある人はどれくらいいるだろうか。医師もまた住民である。日常的には医療者や行政という各々の職種を背負っているため、自分もまた住民であるという基本的なことに気付かなくなっているかもしれない。例えば、二つの市の医療機関を一つにしようという時、住民の理解がなくては進めることができない。二つの市の住民が話せる場がなくてはならないだろうし、住民以外にも関係機関、関係者、関わる職員みなに説明することが必要である。特に住民の方への説明は、対面型で丁寧な説明をしなくてはならない。人の気持ちを耕すには相応の時間が必要である。多くの人を巻き込むには、まずは自分たちが動くこと、そこから連鎖反応を起こしていくことである。一人一人に備わった力がまとまると地域力が増すのである。

本日、どの分科会の発表からも住民の意識を変えるという話が出た。しかしながら、意識改革という言葉自体が上から目線ではないだろうか。地域の住民の皆さんが自分のこととして認識するまで、粘り強く取り組んでいかななくてはならない。住民の方々は決して無知ではない。医療者の方が住民の方々の所に出かけて行って、話をして情報を共有する場を設けなくてはならない。

「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割～お互いを尊重し、なすべきことを考える～」ということで、本日はしっかり議論していただいた。最後に、地域医療フォーラム2016の提言を示す。(梶井 英治 氏)



現在（いま）を知り 地域（まち）から学び 支え合い
己を超えて 将来（みらい）をつくる

（文責）

地域医療フォーラム2016

ワーキンググループ

小谷 和彦

青山 泰子

地域医療フォーラム2016 提言

将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割

～ お互いを尊重し、なすべきことを考える ～

現在（いま）を知り

地域（まち）から学び

支え合い

己を越えて

将来（みらい）をつくる

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2016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)
