

Special

座談会

地域医療構想と 地域包括医療・ケア

司会・進行

押淵 徹
金丸 吉昌
五十嵐俊久
齊藤 稔哲
後藤 忠雄

国診協会会長／長崎県・国保平戸市民病院長

国診協副会長／宮崎県・美郷町地域包括医療局総院長

国診協常務理事／神奈川県・大和市立病院長

宮城県・気仙沼市立本吉病院長

岐阜県・県北西部地域医療センター長、国保白鳥病院長



平成26年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」により、地域における医療および介護の総合的な確保を推進するため医療法が改正され、地域医療構想が導入された。各都道府県では、二次医療圏を基本として地域医療構想調整会議において第7次医療計画に向けた検討を行い、機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論を行っているところだと思われる。

また、国診協では地域包括ケアシステムの構築を通じて、医療と介護のスムーズな連携の推進に取り組んできた。その実績を踏まえて今号では、都市近郊や中山間へき地の国保直診の病院長にご出席いただき、地域医療構想や公立病院改革プラン、そして二次医療圏における国保直診の役割等についての具体的な足場の取り組みを話し合っていたとこととした。



押淵 徹氏



金丸吉昌氏



五十嵐俊久氏



齊藤稔哲氏



後藤忠雄氏

日常生活圏域以上の範囲での支援が必要

押淵 今号では「地域医療構想と地域包括医療・ケア」をテーマに特集座談会を開催して、全国の国保直診の皆様方と認識を共有していきたいと思っておりますので、どうか忌憚ないご意見を賜りたいと思っております。

地域医療構想についてはこれから先、人口減の日本社会の姿を想定して、特に社会保障費が非常に伸びていき、社会保障費の財源である税金を納める現役世代である若年代層が減っていく時代を想定した上で、社会保障の根幹をなしてきた国民皆保険制度をどのように維持されていくのかということから始まった論議だと理解しています。そういった中で、われわれ国保直診がある中山間地域は、既に西暦2025年、2035年の時代を迎えている地域です。その地域は10年後、20年後のわが国の一つのモデルになる地域ではないかと思われるので、地域の実情から見た将来を皆さん方と語り合っていたきたいと思っています。

それでは、後藤先生いかがでしょうか。

後藤 私の勤務している郡上市では人口が合併後どんどん減って、当初は7つの町村が合併して4万8,000人ぐらいであったのが4万2,000人ぐらいになっています。旧町村が1つないしは2つぐらいなくなった状況です。高齢化率も30%を越えました。ただ、面積は東京都の半分ぐらいの約1,000km²あります。7つの町村の対等合併ですが、対等合併はいい意味でも逆の意味でもエゴが残りますし、合併後10年経過しても町村間における、一体感があるとは必ずしも言い切れない部分もあると思います。人口はどんどん減っていて、将来予測では65歳以上の人口ですらピークアウトする時

期に入ってきています。つまり、予想では今年度ないし来年度ぐらいが65歳以上人口のピークとなります。75歳以上の人口のピークが4～5年後で、さらに10年後に85歳以上の人口のピークがくるという状況です。

今までのような国保直診の取り組んできた地域包括ケアのモデルの一つは、地域の人々の気持ちやそれぞれが果たす役割も大事にしつつも、施設を1か所に集めて病院または診療所と老健などの福祉施設を併設し、さらに保健福祉センターを併設して地域包括ケアの根幹を担うというものだったと思います。これは右肩上がりの時代で、自治体の税収も一定割合あり人口も増えて、支える人も一定割合きちんといるという時代は、こうしたハードを整えることを中心として取り組む仕組みだったと思います。今後は人口が減るという今まで経験したことないフェーズに入っていきますので、ハードをうまくつくり、保健・医療・福祉をあるところに一体化したとしても、それを支える側の若者もない状況に直面してしまいます。

ですから、今のところ私たちはへき地の診療所も含めて支える仕組みとして、県北西部地域医療センターという小規模病院を基幹病院として診療所群とともに緩やかなネットワークを形成し、さらにはそのネットワーク地域を郡上市を越えて高山市の一部や白川村といった基礎自治体を越えた地域に広げて一緒に取り組み始めました。この取り組みは、ただ医師がいない時だけ代診に行くというだけではなくて、全体でシフトを組んで日頃から相互の地域を知り、その地域の地域医療に取り組むとともに、地域によっては1.5人ぐらい配置という形をとりながら取り組むことができるようにするという仕組みをつくって、今、それを動かしている最中です。人口が減ってく中で、若者特に若手医



師を何とか集めて、あるいは相互に支えることによって医療の質を何とか落とさずにやっていくことの一つの手段だと思って、今取組み始めたところです。

押淵 後藤先生のお話の中では、大きくは医療と介護の確保方法が示すところは二次医療圏域にとどまらなくて生活圏域、その生活圏域もこれから先想定される生活圏域の中でどういう支えを考えていくのかというテーマであったと理解させていただきました。

後藤 そうですね。ただ、生活圏域はもう少しコンパクトな話だと思います。その生活圏域を支えるための議論は局所的な話かもしれませんが、資源の投資の仕方をどのようにするのかと考えると、局所的なことだけでは難しく、もう少し大きなエリアで考えていかななくてはならないと思います。

押淵 従来の医療生活圏域という、いわゆる人が動ける範囲内以上の視野を持った取り組みが必要となっていくという問題提起ですね。

後藤 そうですね。日常生活圏域は住民の皆さんが動きやすい距離だと思います。支える仕組みになると、日常生活圏域をいくつかつないだ中で支えることになります。しかし、それが行政エリアの二次医療圏やここまでが市のエリアということではなくて、同じ日常生活圏域を持っていても、その横も含める動きをしていく必要はあるかと思っています。

押淵 これまで国診協が定義してきた地域包括ケアシステムの地域の概念を変えていかなければ、10年・20年先には対処できないということでしょうか。

後藤 そうだと思います。

押淵 ありがとうございます。それでは、齊藤先生いかがでしょうか。

地域医療構想の肝は 各医療機関の連携が必要

齊藤 地域医療構想については、あまり実感を持ってはいません。宮城県資料を見ると、医療を区分けして考えて、患者さん方がどのように医療にかかっているのかを分析した上で、できるだけその医療圏内で完結しているためにはどのようにしたら良いのかという発想で検討されているものだと思います。高度先進医療に関しては、県内1か所集約でもいたし方ないという発想は共通認識になっていると思いますが、それ以外の分野においては各医療圏でなるべく賄うようにという発想で病床を配置する考えと見てとれます。

今、後藤先生がおっしゃったことで考えると、その圏域だけで収まりつかないこともありますし、圏域ごとと比較すると得意分野が違う場合もあるように思います。そうすると、そういうことを無視して、全部各圏域内でまかなうことは難しい部分も出てくるかもしれません。

一方、難しいからその圏域も取り扱うという発想も患者さんの動きが生活圏とはなれすぎてしまうようなことがおこり、現実的ではないと思います。地域医療構想の肝は、各医療機関が連携できるかにかかっている気がしますね。医療の役割として、AとBとCが想定された場合、AとBとCが独自に動いていては、その医療圏が成り立ちません。今回、急性期、回復期、慢性期と役割を分化したのは、それを標榜することで各医療機関の役割を緩やかに規定しかつ見えやすくして、これまで各医療機関が何となくばらばらに行っていた医療を、言葉だけではない密接な連携のもと再構築するためだと個人的には考えています。

地域包括ケアに関して本吉の現状をお話させていただきます。私の勤務する旧本吉町は1万人の町でした。旧気仙沼市と合併して7万人となり、現在の人口は6万5,000人です。本吉病院は旧本吉町の唯一の医療機関として長年地域住民に医療を提供してき

ました。東日本大震災後、いろいろな人が携わることによって新たな風が吹いてきました。私どもの地域で地域包括ケアを考えたとき、医療機関は1か所しかありませんが、特養、老健、グループホーム、ケアハウスや地域包括支援センターもあります。そこで連携よりも一歩進んで、一体的に活動していくことができないものかと思いながら、この5年間取り組んできたように思います。

老健や特養には常勤員や嘱託員の医師がいますが、24時間・365日活動はできません。施設で何か困ったときには、地元の小さな病院としての当院でできる役割を担います。たとえば施設での看取りを当院が担当していくと、住まいとしての施設に人が移動しやすくなります。終末期を病院でみていかなければならないという枠組みから最期に施設に戻れるということもできました。

また、訪問診療を行うことによって患者さんが在宅での生活を続けられるようになってきました。中小病院では、人材も資金も足りなくて大変だと言われますが、実際資金が不足していますが、できることは結構あります。地域でできることが多く見えてきたという感じはしています。地域医療構想も地域包括ケアも、よく言われる連携が言葉だけの連携に終わってしまっている場合が多いので、人の流れがなかったように思いますが、これからは実際の流れをつくっていかざるを得ない状況になってきたと感じます。

本吉病院を拠点に 「顔が見える関係」がつくられた

押淵 私は以前約1週間、本吉病院に行かせていただきましたので実感が湧きますが、明らかに気仙沼市の中心街から峠一つ離れたところに本吉病院があって、東日本大震災を契機にして新たな姿が生まれてきたように思います。当時は訪問診療も訪問看護もありませんでしたね。

齊藤 ありませんでした。

押淵 それが震災復興を契機にして、「われわれの地域はこれが必要なんだ」ということが見直されて、今の姿に齊藤先生が作り上げられてこられたと思いま



した。その中でいろいろな介護・医療・福祉に携わる方々の「顔が見える関係」が、本吉病院を拠点にして作り上げられていったように、私は今のお話の中から伺い知ることができたと思います。そういう意味で、コンパクトなコミュニティの中でやるべき課題が整理できてきていると思って聞かせていただきました。

齊藤 今回、活動していて思ったのは、地域包括ケアといったときは病院・医療機関がこれまでの活動の枠からちょっとはみ出して頑張らなければいけないかなということです。ちょっとしたきっかけや負担をまず実践することで、地域の周りの人たちが「それだったら、私もやりますよ」と言って協働してもらえる関係づくりができるかと思っています。

押淵 私が思うのに、いわば重症化が懸念される方々は遠く離れたところに送られて、そのまま住み慣れた地域に戻れないという時代があったように思いました。今はそれがこのエリアの中で特養の皆さんも、いつでも駆け込んでサポートしてもらえる医療機関があるから、安心してケアや介護を行っていると思いました。

齊藤 はい、そのとおりです。

押淵 やはりそういった中から、新しく地域包括ケアが築き上げられていったと思っています。まさにあの理念の中に掲げているとおり、住み慣れた地域で一生を送ってその方を看取ること。こういうときに、本吉病院はどういう働きをしているのかということが、ここで浮き彫りにされたように思います。

後藤 気仙沼市は合併されて、人口が6～7万人にな



ったわけですが、齊藤先生が主に活動されている旧本吉町が1万人ぐらいで、そのコミュニティの中で、ある程度の患者層は見えていたと考えます。残りの5~6万人の枠組みはどのようになっているのですか。そして、旧本吉町1万人との関係性はどうでしょうか。

齊藤 気仙沼市街地には気仙沼市立病院という基幹病院があり、7~8万人の人口を抱える医療圏を背負っています。この市立病院の一日外来件数は、仙台市の大病院よりも多かったですね。ですから、勤務する医師が減少する中でも、市立病院は、今までの役割をずっと担っていきことがやはり使命になっています。一方医師会では5年・10年後になると、医師の3割、4割の構成年齢が80歳以上になってしまう状況です。新規の医師がなかなか来られない医師会ですから、外来だけで目いっぱい、重要性はわかっている、訪問診療という取り組みに踏み出せない状況です。

当院は本吉地区（旧本吉町）だけをみればいいという話ではなく、市立病院としての役割があると思っはいます。今は、急性期の終了した患者さんを生活に戻すために当院で受けられる部分は受けて、生活に戻っていただき、必要であれば、旧気仙沼市であっても訪問診療をでき得る範囲（16km以内）で取り組んでいます。やはり需要の高まりはありますから今後、市立病院にも訪問診療部門を設けたほうがいいかとは個人的に思っています。現在は私どものできる地域包括ケアを続けることで旧気仙沼市にもこの活動の有用性を理解していただくことが必

要と考えています。

国保直診が地域包括ケアを示すことで認識される

押淵 私の勤務する平戸市は、約50kmの細長い島の中の北のほうに市街地が集中していて、私どもの病院は隔絶された地域です。そこには特養と当院しかありませんが、超高齢者が増えてきた地域ですので地域リハビリテーション含め、訪問看護や訪問診療をし続けていくことと、医師会の中で私がいろいろなことを取り組んでいることがわかってき始めたら、やらなければならないことを医師会が気づきだしました。やはり地域包括ケアというのは、われわれ国保直診が率先して示していくことによって徐々に認識され始めて、通常に取り組みに変わっていくところがあります。

私は齊藤先生の言われる見通しは大変正しいと思います。きっと将来はそういうふうになっていくと思いますね。

後藤 平成の大合併以後、自分たちが合併前に取り組んできたことを合併市の中でどのようにして位置づけるかということが、大きな課題でした。しかし、何となく曖昧なまま時だけがある意味過ぎたり、一方で国が地域包括ケアという言葉を使い始めたりしているわけで、そこで一体自分たちは何をすればよかったんだろうということ、きちんと振り返らないといけないと思います。これから人口が減ってきて、さらに広域合併が起きるかもしれません。国保も財源がないため、都道府県単位にするという、そのこと自体はいいと思いますが、その中でたとえば、保健や医療の格差が出てきたらどうするのかという議論になってきます。いろいろなことが出てくる中で、今まで私たち国診協が組み立ててきたものをどのようにして広げるのか、10年前の合併から何をやってきたのかをきちんと考えて振り返り、国診協施設あるいは、国診協設置市町村の内外にモデルとして提示できないものかが、1つの心配点としてあります。

2つ目の心配点が先ほどもお話したように、田舎では担当するスタッフがすでにいません。支える人自体がないので、同じような枠組みではもしかしたら広

がらないのではと危惧しています。たとえば当院も、担当地域の面積が1,000km²のため、少しエリアを区切ってそれぞれのところに保健医療福祉施設をつくり、そこで生活できる枠組みをつくればいいだろうと考えても、いざ取り組もうとすると介護職員も看護師も医師もいないのでできません。小さい規模で取り組んできたことが全市的に広域的に広げていくというモデルは、もしかするとこれからの人口減や財源がない時代では、難しいモデルかもしれません。ですから、そこをどうやって行うのかという、先ほど齊藤先生が言われたように、全市的な中での役割分担やその自治体の隣とどうリンクすればいいのかなど、いろいろな視点からその連携の仕方やそれぞれのモデルを考えないと、今後は厳しいと思っています。

押淵 大切なことです。

行政の担当者と連携して 首長や議会を動かす

後藤 今の現状では、市ではそこまでのことは考えていないと思います。実は私どもの郡上市、高山市、そして白川村の2市1村の首長たちが連携協定をして、きちんと形をつくってへき地を支える協定書にサインしています。担当している実務者たちも年2～3回集まって議論を積み重ね、次はどういうところを目指すのかを確認しながら行っています。そういう意味では市は動いていますが、アイデアを出すことや移行していくことは私どもが参画しないと難しいと思いますし、私たちの大きな役割でもあると思います。

誰かが方向性を示さないと、そこに寄って来れないと思います。首長さんは仕事の幅が広いので、首長さんが自治体として目指していく方向として述べている言葉をうまく解釈したり、地域で起きているいろいろなことをモデルとして考えていいのかなどを押さえていくことが大事だと思います。

その他、行政とのかかわりをどのようにうまく持つのが大事ですね。行政サイドも定期的に人事異動があるので、専門性が高いわけではありません。保健・医療・福祉に関しては医師は壁が高いので、相談できないことが多いそうです。しかし話し合いを始めると



行政担当者は進め方をよく知っているし、私どもはより専門性の高いアイデア出しができると思うので、スムーズな取り組みができると思います。

私は今、郡上市健康福祉部の参与という辞令もいただいています。郡上市の健康福祉推進計画やそれに関連したさまざまな保健医療福祉関係の計画づくりに携わっています。それは、私が主導するというよりは、行政職員である彼らが専門的でわからないところを丁寧に説明する役なのですが、その職員の方々が話し合っただけで首長に直接提案してくれます。議員さんとも事前に話し合ったりしてくれることもあるようです。

自治体で新たな取り組みを行っていくには、単に専門家として意見発信するだけではなく、いろいろとところとのネゴシエーションもうまく取り入れていくというプロセスは必要かと思っています。

金丸 今、3人の先生方の話を聞いていて、足元の暮らしを守っていくことが一番だと思いました。そしてそれを実現するために限られた財源と限られた人材で、どのように取り組んでいくのか。しかも地域は人口が減っていき、高齢化も進んでいきます。国保財政も30年から都道府県になっていく流れも同時にあるわけです。

もう一つ、国診協が地域包括医療・ケアを長年掲げて取り組んできたことが、先ほど押淵先生も言われたように、まさにまちづくりに直結した姿であったことは、誰も認めていただくところだと思います。しかし、ここから先に展開する時も、後藤先生が言われた



ように、われわれ国保直診のある市町村も合併して大変な10年だったのですが、多くの課題がいまだに解決されていません。先ほど言われたように、やはり理念ではない、もう一つの政治に直結したところで越えられない部分がありますね。それを越えなければならぬスイッチが「公立病院改革プラン」で、もう一回検討してほしいということだと思います。理屈はわかっているのですが、書かざるを得ないということが正直ある気がします。これを越えて動かさなければならぬ仕組みが地域医療構想だと思います。

全都道府県では本年3月には地域医療構想をまとめて終了しています。4月から二次医療圏域ごとに調整会議が始まって、すでにデータ分析などが行われています。そういった場で議論を噛み合わせて地域を守っていくという足元と、二次医療圏域かあるいはそれを越えた圏域で取り組むのかについて、平場の議論ができるのかがもう一つの鍵になっていくと思っています。

先ほどの話では、全国のほとんどの自治体は後藤先生が言われたとおりだと思いますね。今、齊藤先生が取り組んでいることが、まさにそこですね。しかし、それを踏まえつつも、この調整会議で構成を考えると、県の立場としては保健所が入ってきます。保健所は行政との接点が高く、また医療機関とも接点を持っています。そして、調整会議の中に政治に直結する部分がありますので、住民が構成員として入ってきます。ここで本当に平場の議論ができていかなければ、政治的な課題に直結する部分も越えられません。それが越え

られないために人が集まらないから、支える人がいないから、その場所で暮らしを守る手だてができないという構造になっているように思います。

そうすると、われわれ国診協と国保直診の仲間たちが地域包括医療・ケアをそれぞれの地域で頑張っている姿としてあるにしても、それを踏まえてこの圏域の調整会議に臨んで、今度は一つの市町村を超えた視野の中で役割を再確認していきます。その中には調整会議の構成メンバーとして、市町村の行政担当課も出席しています。そうするとそこで、二次医療圏のエリア内での役割が先ほど齊藤先生が言われたように、たとえば、あるサービスを集約することで充実するかも知れない議論になります。これが本当に理解しあえる形でまとまっていくことを議論していかないと、本当の調整会議にならないと思います。

多分、お手本は後藤先生の姿そのものだと思います。つまり、地域医療センター構想として明確に人材が確保できる流れをつくり、必要な人材の質を担保しながら、そして緩やかに地域医療構想でエリアを広げていき、まさに郡上市健康福祉部参与という形で行政側にも参画していく。したがって、国診協が長年取り組んできたことをさらに進化した形で、後藤先生は取り組まれていると思います。

今後は人材確保と限られた財源の中で行わなければいけません。医師確保の観点からすると、「働き方改革」は、間違くと地域医療の崩壊を招きかねない厳しい課題があると思います。専門医制度ももちろんですが、何らかの適正な医師の配置について、今こそ本格的に議論していただくことが必要です。また、各二次医療圏では、調整会議にも住民に入ってもらいたいことになります。そうすると、結果として首長や議員の方々の政治に直結する課題が少し和らぐことにつながります。これは私の願望ですが、そこを目指していけたらいいと思いますね。

後藤 私は調整会議に郡上市の医師会代表で出席しています。私たちのところでは、二次医療圏にいくつかの市町村が入っていて、そういう中での行政の代表は、そのいくつかある市町村の中の1人です。あとは全員オブザーバーで聞いているだけです。住

民代表も各市町村の代表というわけではないので、地元を持ち帰ってどのようにできるかとなると、ちょっと難しいところがあります。

大体、行政の方や首長さんは市町村単位で考えます。その時に二次医療圏という枠の中で、二次医療圏の全体の流れはこうだから、首長さんはそれに合わせてこのようにできますか、あるいは、二次医療圏にこういうことを求めたいから、そのような発言をしますかとは、まだなっていないと思います。

調整会議に大勢集めれば集めたで議論が喧々諤々になってもだめで、そこは難しいところです。さらに、その市町村単位でも、そこに旧町村の利害が重なって、かなり複雑な構造になっています。それをほぐして方向性をどうしていくのかとなると、かなりの労力と壁があると思っています。

地域の医療の現状を住民に訴えていく

金丸 私どもの二次医療圏は小さいので、関係自治体がすべて出席するようになっていきます。むしろ、そうじゃないと困ります。調整会議の規模は、私どものところは幸い小規模の医療圏なので、それが成り立っています。

旧町村の利害は世代が変わるまで最終的に越えられないかもしれない、ということもあります。世代が変わるまでは変わらないかもしれないという、一つの前提もあります。しかし、そう待ってもいられないというところが現実にあります。その間をどうするのか、後藤先生も言われているとおり、住民の皆さんに切々と訴えていくしかないですね。

もう一つは、俳優さんなどが広告塔になり国をあげて、ジェネリックを繰り返しアピールしてきました。市町村では保険証の切りかえのときに、ジェネリック希望のカードを付けます。そして、診療報酬で薬局や医療機関、行政にもメリットをつけています。そういう経緯でジェネリックがしっかりと浸透したわけです。これと同じような構図で国としても、地域医療構想や地域包括ケアについてももう少しアピールする啓発的なものがないものかどうか。一

つは映画やドラマなど、そういうメッセージ性のある動きで、茶の間で考える一つのきっかけをつくっていくことだと思います。

押淵 五十嵐先生、特に都市近郊で頑張っておられる大和市立病院の現状も踏まえてご発言をいただければと思います。

医師会が中心となり 地域包括ケアシステムを考える

五十嵐 地域医療構想に関しては、県の考え方が大きいかなという気がします。神奈川県の場合は人の流入や流出が非常に多いので、二次医療圏はやめてほしいと言っていたのですが結局二次医療圏になりました。東京都は地域医療構想を1か所にしました。三重県は二次医療圏を外した考え方でつくりました。そのようにしてほしかったのですが結局、二次医療圏に組み込まれました。

神奈川県には8つの二次医療圏がありますが、当院の二次医療圏だけは公立病院が入らなかったのです。ほかのところは病院協会の代表も含めて参加していました。当院の地域だけは病院協会に所属の民間病院の先生が入っています。われわれは1回だけオブザーバーとして意見を述べる機会をもらいました。救急の話や災害医療、新型インフルエンザの話がまったくなくて、ただ数合わせみたいな形になったので「どうするのか」と聞いたら、「今度、調整会議で話をします」と県の担当者は言っていました。

大和市は人口23万5,000人で、市の面積は27km²しかありません。周囲を政令都市の横浜市や相模原市を含めた7市に囲まれています。東京都町田市とも隣接しています。横浜を除いた政令都市とほかの3市は公立病院を持っていません。公立病院を持っていないところの行政は、医療に対する考え方があまり真剣ではないという雰囲気があります。地域医療構想会議には各市町村の代表が来ていました。同じ神奈川県の中でも県央地区といって相模川を挟んで東側と西側で分かれます。全部で5市2町村ありますが、東側の自治体中心の話になってしまいます。本当は、全部含めて話をしなくてはいけないのですが、市を越えて隣の市の病



院にかかったり在宅を頼んだりもできます。

市内には開業医が142か所ありますが、そのうち20か所は往診を行っています。訪問看護ステーションは17か所、歯科診療所が31か所訪問診療を行っています。調剤薬局は60か所中24か所で在宅訪問を行っています。救急はどうなのかというと大変だからといって、救急のできるところがどんどん少なくなっています。救急病院だけではなくて、小児科が非常に少なくなっています。当院の周囲10kmで大体60万人くらいですが、入院できるところが当院ともう1か所しかない状態です。そこは小児科医が4人います。当院が拠点化という形で12人体制にして、連日二次救急を受けることにしました。

問題は循環器など、その辺は当院だけでは無理なので、県の補助金で輪番制にしましたが、2～3年後には補助金も出なくなりますので、こういう形で地域医療構想も考えられると非常に不安です。

地域包括ケアシステムに関しても、最初は行政が動いてなく、市立病院と医師会が考えてきました。10年前に大和市の保健医療福祉ネットワークを立ち上げて、そこで勉強会や困難事例を検討したりしていました。それから、患者を受ける側から病院でこういうこ

とまで支援・指導をしてくれればということがありましたので、多職種で「退院支援を推進する委員会」をつくって、毎月開催していました。そのほか、年に1回「退院支援研修会」を開催し、訪問看護師・ケアマネジャー・在宅医などに参加してもらい、2例から3例ぐらい症例を選んで、会場を3つぐらいに分けてディスカッションをしていました。その後、アンケートをとって病院に対して意見を出してもらうようにしていました。

顔の見える関係をつくって、その中に行政の担当者を入れていますが、なかなか難しいです。1回行政にかかわる症例が出てきた時があって、みんなの意見が行政に向いて、ちょっと被害者みたいな感じになったのです。次からは一応参加はしてくれますが、あまり熱心ではないと感じています。

金丸 大都会でも救急や小児科は厳しい現実になっているのですね。宮崎県の場合は、全医療圏でそういう話をしようと動いています。たとえば周産期はどうか、出産できる場所も減ってきています。あるいは小児医療はどうするんだと調整会議で議論してもらうことが必要です。

五十嵐 県行政の人たちは、国保直診の協議会・研修

会などに出てきてくれますので、そこで救急をどう考えているのか等をその場で直接言います。当院以外で婦人科救急が対応できていないので、夜間に卵巣捻転などで何市か越えた遠くから来たりして、婦人科の医師が疲弊気味になっています。

後藤 調整会議では小児の救急が足りないとか、周産期の云々という話は出ています。県に言うと非常にシンプルに「了解しています」と言います。しかし、医師は岐阜大学も含めていませんので、「手立てはありません」というのが今の状況です。

金丸 そうですね。

五十嵐 そこまで言い切りますか。

後藤 そうです。岐阜県はちょっと厳しいんです。医師の数が少ないですし、全国的にも下から数えたほうが早いぐらいです。その中でも私たちの医療圏が一番少ないのです。人口10万人当たり140人ぐらいです。岐阜県で180人、全国が220人ぐらいです。ですから、全然その議論にならないんです。人口当たりの医師の配置がどうだとかって、機械的に分けるのはどうかとは思いますが、しかし、本当に必要なことを考えたときにどういう分配をするのかとか、ここが足りないから養成に力を入れなくてはいけないとかをもう考えないといけません。

金丸 宮崎県もそうです。しかし養成機関である大学も目いっぱいです。現実には非常にきびしいですね。

齊藤 気仙沼は150人です。地域包括ケアの中では在宅部門も大きな柱になっているかと思いますが、やれるところでやるしかない、机上ではできませんという意見が気仙沼では多く出ます。それはそこで長年頑張ってきた先生方の現状を見据えてのよい意味では諦めかもしれません。しかし、風は吹かせる必要があって、仕組みはつくっていく必要があると思います。確かに、救急については大きな問題であると思います。人が少ない地域ではドクターヘリ等を活用しつつも圏域を越えるしかない時代になってきているかとも思います。

地域の医療体制は 地域住民に見えるように

金丸 そうですね。地域の医療体制について、特に住

民に見えるようにつながっていかないといけないと思います。

齊藤 五十嵐先生のところの12人の小児科医についても集約化しないと、各地域に1人・2人と分配したとしてもやめてしまいますね。

金丸 それは医療従事者側から見るとわかりますね。しかし、住民から見るとなかなかわかりにくいところがあります。あったものがなくなるということは大変です。

後藤 医療は空気ですからね。あつて当たり前状況になっていますね。

金丸 そうですね。

齊藤 最近の当院のケースを紹介させていただきます。自宅でレスピレーターをつけている方に私どもが訪問診療を行っていますが、主治医のいる遠方の病院へ定期的に受診もしています。具合が悪くなった時に、風邪くらいなら在宅で私どもが診ることができそうですが、それ以上になると在宅で診るのは難しい。主治医のいる病院に行くまでもない状況では地元の病院に依頼する枠組みをつくりましたが、実際に感染症に罹患した際に、その地元の病院から「軽症と思って診療しても重篤化する可能性がある。そうすると搬送しなければいけない。搬送するときに担当者が1人必要ですがその人がいないので、ここでは受けられません」という状況になりました。この結果軽い状況でも主治医のいる遠方の病院に送らざるを得ないことがありました。

ですから今、金丸先生が言われた、住民の方の希望と現実がマッチはしてないところはあると思います。したがって、医療だけの論理では進められませんし、住民の皆さんが希望する医療をどこにいてもやってほしいということも難しい話です。

後藤 齊藤先生の地域の人口が多いので、住民の方も、多様な価値観が私どもよりも多いと思います。そういう中で、医療のさらなる充実という流れと地域の実情に沿った医療を受け入れる流れは、住民の中から生まれてくるものなのでしょうか。地方では人数が少ないので、価値観も何となく文化とか何となく一方向に引っ張られがちなところがありますが、人口が多いと違

うのでしょうか。

押淵 地方は選択肢が少ないのです。

五十嵐 われわれの地域では選択肢が多く、患者自身が望めば都内の大学病院に行くことができます。昼間と同様に夜間にも救急で耳鼻科医を希望する人もいます。当院では小児科医を増やすときには、コンビニ受診は抑制しようと地元医師会と行政で徹底的に話し合いました。そして、医師会も積極的に取り組むようになり、当院から近いところに医師会が運営する一次救急医療センターがありますので、そこを先に受診してから次に当院に来るようにという話にしています。

押淵 地元の医師会の医師が輪番で取り組んでいるのですね。

五十嵐 はい、輪番で行っています。ただ、医師会も会員は多いのですが、高齢の医師が多くなってきて、なかなか当番に入ってくれないことがあります。

国保直診の強みは 行政や住民と話すことができること

後藤 国保直診が持っているノウハウは、行政や住民の方々と話すことができることです。このことはわれわれ国保直診の強みであり、民間の医療機関との最大の違いです。これから地域医療構想や人口が減った中での医療のあり方、それから、いろいろなモデルを構築せざるを得ないので、そういうことに対する理解や実践は多分、私たち国保直診が今まで持っていたノウハウが生かされるものと思います。

ただ一方で、私どもが地域で取り組んできた地域包括医療・ケアは、住民とともに行ってきてはいるものの、医療過疎的な地域であったので、行政サイドや医療サイドがパワーをもってハードをつくってきて、住民はむしろ追従してきてくれたことが多かったと思います。ただ住民との対話は重要なので大事なキーポイントとして持ってきた、国保直診はそういう今立ち位置にあることが多いと思いますね。

ですから、これからは相対的に資源が少なくなって、広域化や人口減少により支える人が減るなど、いろいろな状況が出たときに、単に従来と同じ方法で住民に追従させて、住民参加をしてもらうのではなくて、住

民に直接的にいろいろな課題を話すような仕組みをつくらなければと考えています。そういうノウハウも、われわれ国保直診は持っているので、そこが大事だと思っています。したがって、地域包括ケアは何も医療者だけが行うことではなく、地域住民全員で取り組む話ですから、ないものはないとしてどうするのか。きちんとエビデンスに基づいて出していかなければいけないし、国保直診の役割としてもきちんと考えなければいけないと思います。

押淵 まさに医療の始まりである診断と治療という側面が強いときには、今までの従来型のやり方でよかったかもしれませんが、今後は介護や福祉を含んできると、住民自身が自分たちの課題として考えていくことが必要です。それをどうつくり出していくのかという時期に、われわれはきていると思います。

後藤 やはり住民とわれわれとでは、危機感の温度差がありますね。五十嵐先生どうでしょうか。

五十嵐 温度差はあると思います。

後藤 あると思いますよね。

五十嵐 当院では小児科医が1人になってしまったことがありました。

後藤 それでも五十嵐先生は、小児科に関しては12人の体制でしっかり体制づくりをされたのですね。少ない小児科医がバラバラで地域の医療を支えようとするとか誰かが頑張らないといけないことになってしまいます。そこで医師会がかかわり方を考えて、住民の皆さんもそれを理解してというプロセスがあったことが、多分大事なことでそれがないと、体制をつくっていくということは難しいと思います。これからの時代住民の方々が発言する、あるいはわれわれが情報をきちんと提供して一緒に考えるということを行わないと、大変だと思います。

押淵 そういう点では、住民の皆さんのお気持ちを引き出すことだと思います。

住民の皆さんにできる医療と できない医療を把握してもらう

齊藤 そうだと思いますね。実は、訪問診療を始めたときに、住民の皆さんに「当院では病床はないので訪

問診療を行います」ということを話しました。それでも入院が必要になったら、当院では賄いきれないことをお伝えしました。当初、住民の中には、訪問診療はらないので、早く病棟に入れてほしいという、病棟再開の声が多くありました。それを押して少しずつ訪問診療を始めると、訪問診療を受けた方が「訪問いいよ!」という口コミをしてくれました。また、住民の皆さんたちとの懇話会でも病院の現状について説明を繰り返したところ、徐々に住民の皆さんの理解をいただき、最近では訪問診療を希望される方も増えてきています。このように、住民の皆さんに当院でできる医療とできない医療を把握していただくことも、私どもの役割と思っています。

後藤 五十嵐先生の病院では、医師数もスタッフも多いですね。そういう方々地域医療構想や地域包括ケアについてスタッフの中での温度差はどうか。

五十嵐 地域医療連携室を「患者サポートセンター」という名称に変えました。そのセンターの担当者を増員して退院後スムーズに在宅医療に移行できるように取り組んでいます。自宅療養が厳しい患者さんは、転院や施設という形になります。入院して手術や治療をした段階で、退院後の患者さんの療養環境も細かく考えています。

後藤 住民の方々の思いと同時に、スタッフの方々が、実際に地域で目の前の人生活するということがどういうことなのかを理解してもらうことが大事な点だと考えます。多分当院も同じですが、小規模病院では意外と病院としての全体の方向性を決めやすいという利点があり、そのことが院内での治療だけでなく、入院前あるいは入院後の生活も考えていきたいと思います。方向付けがしやすいということがあります。

押淵 もう一つは、スタッフがその情報を伝達する大切な役割を担っていますね。

後藤 今、多職種研修コーディネーター研修会とともに運営している宮崎大学医学部の吉村学先生のご経験では、在宅医療で最大のネックは大病院の看護師さんだと言います。大病院の看護師さんは在宅のことを知らないで、在宅へ行っていいのかどうか分からない。五十嵐先生の素晴らしいと思ったところは、病院

のスタッフが患者さんの退院後のことも知りたいと言ったり、在宅医療従事者の方々も病院に対して要望を出したりする。このようにお互いで患者さんの退院後のことをきちんと議論していこうということが、繰り返し行われていることはいいことだと思います。

地域包括ケアや地域医療構想の中では、急性期病院やいろいろな役割のところがりますが、お互いのことをきちんと知っている枠組みでないと動かないし、地域包括ケア自体も成り立たないと思います。そういう意味ではやはり教育が一番だと思います。ただ、単純に医師を確保したいためだけに教育を行うと、今の専門医研修に偏在が起きる可能性もあると思います。また、若手の医師たちは勉強しがついています。

ただ、純粋に地域に貢献したいという人ばかりではないですね。したがって、教育の枠組みをきちんとしながら、そういう琴線に触れるところもつくる教育が必要と考えます。きちんとした学問を提供されて、さらにその中で琴線に触れるところも提供されてきた人たちが育ってくると、多分医師として強くなると思います。

教育という観点からも住民サイドとスタッフサイドをうまく使って、専門医制度の扱いや先ほど金丸先生が言われていた地域医療構想で行政とどのようにつきあっていくのかをきちんと考えていかないと、人口減、超高齢化率状態、スタッフ不足の中で、地域の医療を維持していくのは難しくなると思います。

こう言った点から、国診協に与えられた一つの使命として、今プログラムとして作成している多職種研修などのお互いを知る場をつくるなど、その教育自体をどういうプログラムで提供していくのかを考える必要があります。

押淵 教育の段階からですね。

後藤 そうです。若い医師たちが満足できるような内容をどのように作ればいいのかということも、一方でちょっと考えないといけませんね。

押淵 それは医師だけのみならず、医療技術者の皆さん全般にわたるテーマです。

後藤 そうですね。慢性的に医師不足なので言い方が悪いのですが、「何でもいいから来てくれればいい」



というところがよくあります。しかし、そうすると逆に若い医師たちは来なくなります。したがって、こういうきちんとしたプログラムで、こうなれると提示していく中で、さらに琴線に触れることを行っていかなければいけないので、非常に難しいですね。齊藤先生どうですか。

東北大学と教育連携を行っている 本吉病院

齊藤 当院では、東日本大震災後毎月2人のペースで臨床研修医が地域医療に来てくれます。そのときに毎回、私どものような小規模病院の役割について大きな病院と対比して聞きますと、「トリアージです」と8割の人が言います。1か月後に振り返って発表してもらいますが、「トリアージだけではないことがよくわかりました」と言ってくれます。その後その医師たちはまた臓器別の専門医に戻りますが、地域医療の現場を理解するための場は提供するべきかと思えます。

また、これまで当院独自の家庭医専門医プログラムを持っていましたが、今回の専門医制度では東北大学

とプログラム統合をすることにしました。というのは、総合診療において、実地研修は当院で十分可能と考えていますが、論文も書こうとか、その後のキャリアパスをどうするのかということになったら、教育機関と一体的に活動した方が専攻医のためにも良いと判断したからです。そういう意味では、教育機関としての大学を通して地域の中小病院を知ってもらい、今までの派遣ではなく、教育連携という形で若い医師に来てもらってもいいのかなと思っています。

後藤 若手の医師たちは求めていますね。なぜかというと、今の若い医師たちは以前以上にEBMなどきちんとした学問的な裏づけをとる教育を受けているからではないかと思います。ですから、われわれも何となく「国保直診いいでしょ」「地域の住民といろいろなことをやっているでしょ」「いろいろなことをネットワークでやって楽しいでしょ」と言うだけでは、彼らは理解してくれません。ちょっと見て感じて、ただそれでも戻ってくれる人は非常に少ないのです。

齊藤 そうかもしれないですね。また、いわゆる新しい家庭医の先生方、いい仕事をされていますが、行政とのかかわる経験が少ないですね。このかか

わりがないと保健や広い枠組みでの医療の適応については、欠けるところがあると思っています。したがって国保直診は教育の場としても非常に重要だと思っています。

後藤 逆に頭でっかちのリスクがありますね。

押淵 語れば尽きることなく、いろいろな課題がたくさん出てまいりました。やはり最終的にはこの地域包括医療・ケアを担う、医療人の育成のあり方まで言及されてきました。実は今のお話は、現在の国のいろいろな審議会等に出席させていただいている中でも、非常にヒントになるお話でした。私はこういう審議会において、遠い将来を期待して発言をさせていただこうと思っています。

また、これから先の一番大切な課題である、地域完結型の医療を実現するためには、要は支える側の住民がいなくなる、減っていく、そういった時代に想定した、これから先の取り組みは、まだまだ課題としてはあるということが、今の話の中で出てきました。40年後ぐらいになると、人口が逆ピラミッド型になってまたスリムになっていくという、人口構成になってきたときの社会まで持ちこたえていくのか、持ちこたえられていくのかということが、これから先のテーマのように思っています。

失敗を恐れずに、地域の医療を支える アイデアをみんなで考える

後藤 地域を支えるのは医療専門職の仕事ですから、専門職として支えていこうというのは関わっている専門職間では異論のないところだと思います。ただし、教育の仕組みをきちんとつけていくことが重要で、そこはきちんとしなければなりません。もう一つは、地域で支えることです、それは2つの方向があって、医療人や行政がきちんと仕組みをつくるかどうか1つ。もう1つは住民がそこをどう理解して活動してくるのかになると思っています。

住民が支えてくれるようにする仕掛けは、郡上市では地域医療フォーラムを開催したり、当院でもいろいろな自治会を回って話をさせていただいたりしています。実は当院の近くに民間病院があります。今、そこ

の院長と2人で地域の自治会で話をして地域療のことを知ってもらうためのきっかけづくりに取り組んでいます。

一番の課題は、地域で支えていくときに医療人や行政がどういう仕組みをつくるか、どういうシステムで支えるのかということと今、試行錯誤中です。へき地の診療所などで1人で24時間365日支えることは非常に大変ですし、自治医大卒業生だから地域枠出身だからといって若い医師が一人で行って頑張れというのも、若い医師たちは嫌がります。そういう人たちがきちんと行けるようにするためには、単に代診に来てくださいということだけではなくて、いつでもバックアップできるという私たちの地域医療センター構想のような形をつくる必要があると思っています。

診療所複数体制がとることができればいいのかもしれませんが、人口が減って費用対効果上診療所に複数の医師を雇うことは不可能です。そこで、基幹病院を置いて複数医師がいる場をつくろうと考えました。中小病院の役割としてはかなりいい手だと思っています。たとえば、白川村へは往復100kmぐらいありますが、その医師が不在の時は看取りなどにも行っています。そうすることによって、その医師も学会にも行けるし休みもとれます。うまくシフトをつくることによって、全員がきちんと夏休みもとれるようにしています。

以前、白川村にいた医師は11年間勤務していましたが、夏休みをほとんどとったことがありませんでした。それで、そういう仕組みにして夏休みとれますよと言ったら、「何をしたいのかがわからないのでいいです」と言っていました。それでは絶対勤務は続かないと思います。行政と医療人で地域で医療を支える私どもの仕組みやシステムをつくるということは、今の段階では失敗だ成功だと語ることは難しいと思いますし、私どもが行っていることも、もしかしたらうまくいかないかもしれませんが、後世の人たちが後から評価してくれればいいかと思っています。したがって、今の社会情勢に応じてそれぞれの地域がどのような地域医療や地域包括ケアに取り組んでいくのか、みんなでいろいろなアイデアを出してもらうことが大切

だと思えます。

齊藤先生が自分のところで行っていたことを気仙沼市全体に広げていくことや地元医師会などとの交流をしながら、五十嵐先生の病院が基幹になっているところを受け入れながら、何とか支えていくこと、どれも素晴らしいアイデアではありませんか。それ以外にも公立病院として行政とよく連携して支えていくとか、いろいろな手立てがあると思えます。

ただ、私はこれからどうすればよいかという正解なモデルはないと思っています。成功しなければいけないと思うとできないので、ちょっと難しいかなと思いつながることが大事だと思います。そういう意味で、思い切ったことをやることも必要なのではないでしょうか。

押淵 後藤先生のお話はこれから先の全国の直診の皆さんたちに大いなるメッセージになりましたね。失敗してもいいんだというぐらいの気持ちの幅を持った取り組み方でいいと思えます。

後藤 地域包括ケアは100自治体があれば100通りあると言っているのだから、違うよさを生かすことを考えることのほうが、システムづくりにはいいと思っているし、それぐらい楽な気持ちでやらないと頑張れないと思えます。私は今そういう意味で地域を支える、地域で支えるときの仕組みづくりと住民参加で、どこに力を入れてやるのかを整理するようにしています。

押淵 五十嵐先生、いかがでしょうか。

五十嵐 今までどおりでは無理ですね。仕組みを変えていかなければと思っています。無理して変な話に手を挙げて、そこでその先生がいなくなったら大変なことになります。後藤先生の言うように、だめでもやってみようとか、齊藤先生が言われていたように、入院を続けてくれ、病床を続けてくれと言ってもそれは無理な話です。

以前の国診協では地域包括医療・ケアの先駆者でした。今度、都市部がそういうことになってくるからそれを生かせないかというのですが、でも無理だろうという話でした。でも、本来は先にやっていた

ところがどんどん厳しい状況になって、新しい形に変えていくとか、システムをつくっていかないという話ですね。私が思うには医師たちが潰れては困るので、全自病と連携して何か国診協として働きかけを行っていただきたいと思えます。

押淵 大変いいヒントをいただきました。齊藤先生、いかがでしょうか。

本吉病院は小規模多機能病院で 地域医療を提供する

齊藤 最近、中小病院のおもしろさをアピールする機会がありました。グループホームとか、介護領域から出てきた小規模多機能という言葉があるのですが、小さいからこそ小回りがきいて、地域で起こるさまざまな課題に迅速に対応できる病院になろうという意味で、「小規模多機能病院」という名前で、私たちの活動を紹介しました。小さいけれど何でもできる。地域で医療や介護などの穴が生まれるところがあるかと思いますが、そこも私どもがその穴を埋めていく役割を担って、地域をおもしろくしていくとスタッフに話しかけています。

押淵 そうですね。小規模多機能病院というネーミングで、それは立地している地域によって機能が違うという意味ですね。なるほど、それは大変いいお言葉をいただきました。時間をかけてもなかなか尽きることがないと思えますが、トライアンドエラーを続けながら、いつかは何か生まれてくるような時代を期待しながら、またこれから先も取り組んでいきたいと思っています。

先ほどの皆様方のお話を聞いて、いろいろな国の制度設計に当たるときにも、特に専門医制度のときにでも、これから先考えなければならぬヒントをたくさん得たように思います。今日のお話は、何かの結論が得られたとか方向性をきちんと定めたことではなく、皆様方のふだんの思いを伝えていただきました。これで本日の座談会を終了させていただきます。ありがとうございました。

全員 ありがとうございました。

(2017年8月4日収録)