

地域医療

～住み慣れた地域
での医療～

4年 鈴木千尋 高木友翔 宮澤直登

3年 中嶋花穂 古澤栞 吉田竜作

2年 嶋村優 成毛葵 前鼻駿吾



1. 地域包括ケアシステム概況
2. 医師不足の現状把握
3. 現状の政策・法律
4. 取材報告
5. 先進的な取り組み例
6. 課題のまとめ
7. 提言

目次

地域包括ケアシステム概況

超高齢社会とは

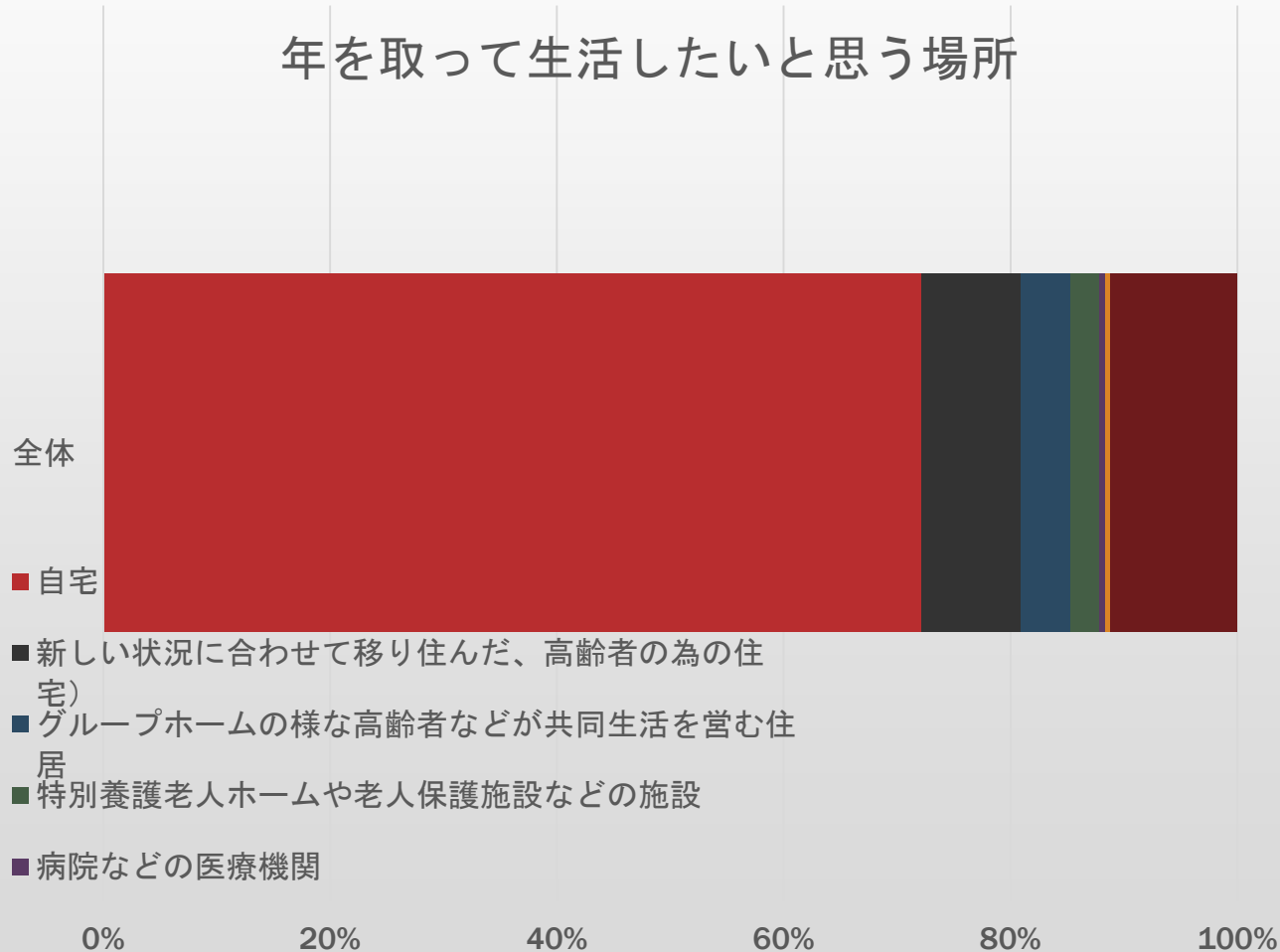
- ・ 2015年時点で65歳以上の高齢者1人に対して20～64歳の働く世代は約2.4人
- ・ 2050年には**1人の高齢者を1人の若者が支えることになる**



→介護を必要とする高齢者の介護ケア
や医療ケアの供給不足が問題視

高齢者の生活意識

年を取って生活したいと思う場所



自宅→72.2%

高齢者の為の住宅→8.7%

グループホーム→4.4%

老人ホーム→2.5%

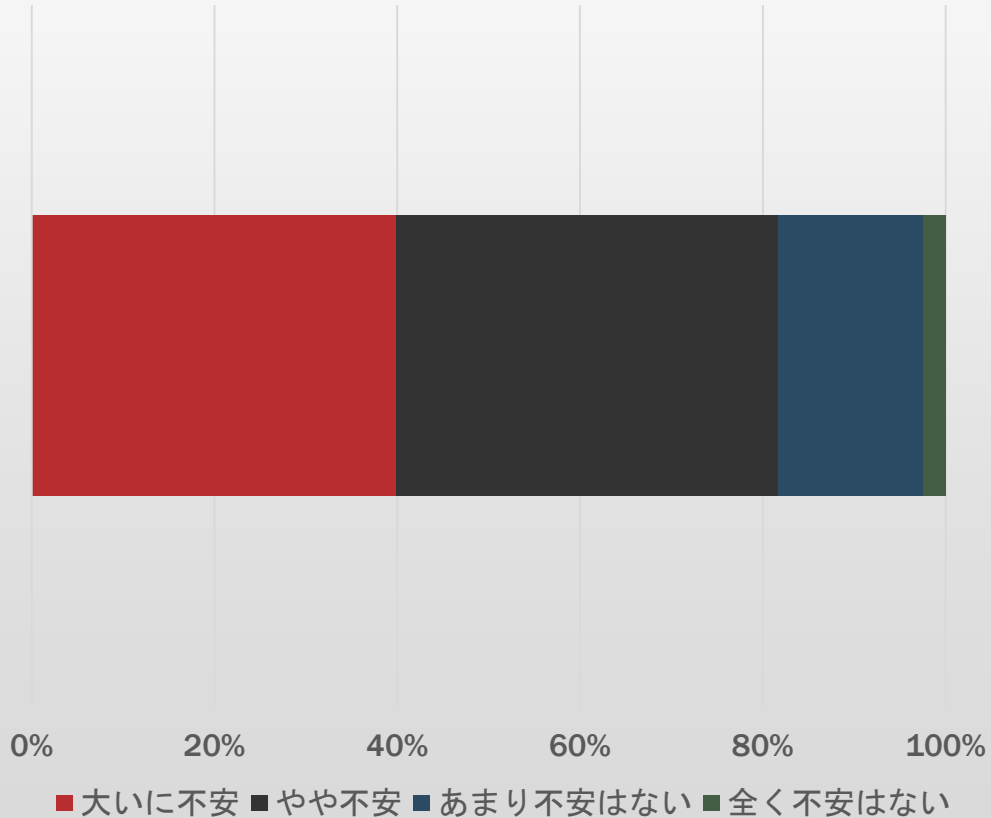
医療機関→0.6%

その他→0.4%

分からない→11.2%

高齢期の1人暮らしに関する認識

高齢期の1人暮らしに関する認識



- ・大いに不安→39.9%
- ・やや不安→41.8%
- ・あまり不安はない→15.9%
- ・全く不安はない→2.4%

不安を感じている人→81.7%

高齢者の生活意識

- ・高齢期に生活したい場所は「自宅」が最も多い（72.2%）
- ・高齢者の単身世帯は増加傾向にあるが、高齢期の1人暮らしには8割超が不安をかんじている。

→ニーズに応じた住まいが提供されることを基本とした上で、介護予防・生活支援サービスが支援する日常生活の場において、医療介護のみならず、福祉を含めた様々なサービスが適切に提供される地域での体制の構築を目指している。

→**地域包括ケアシステム**

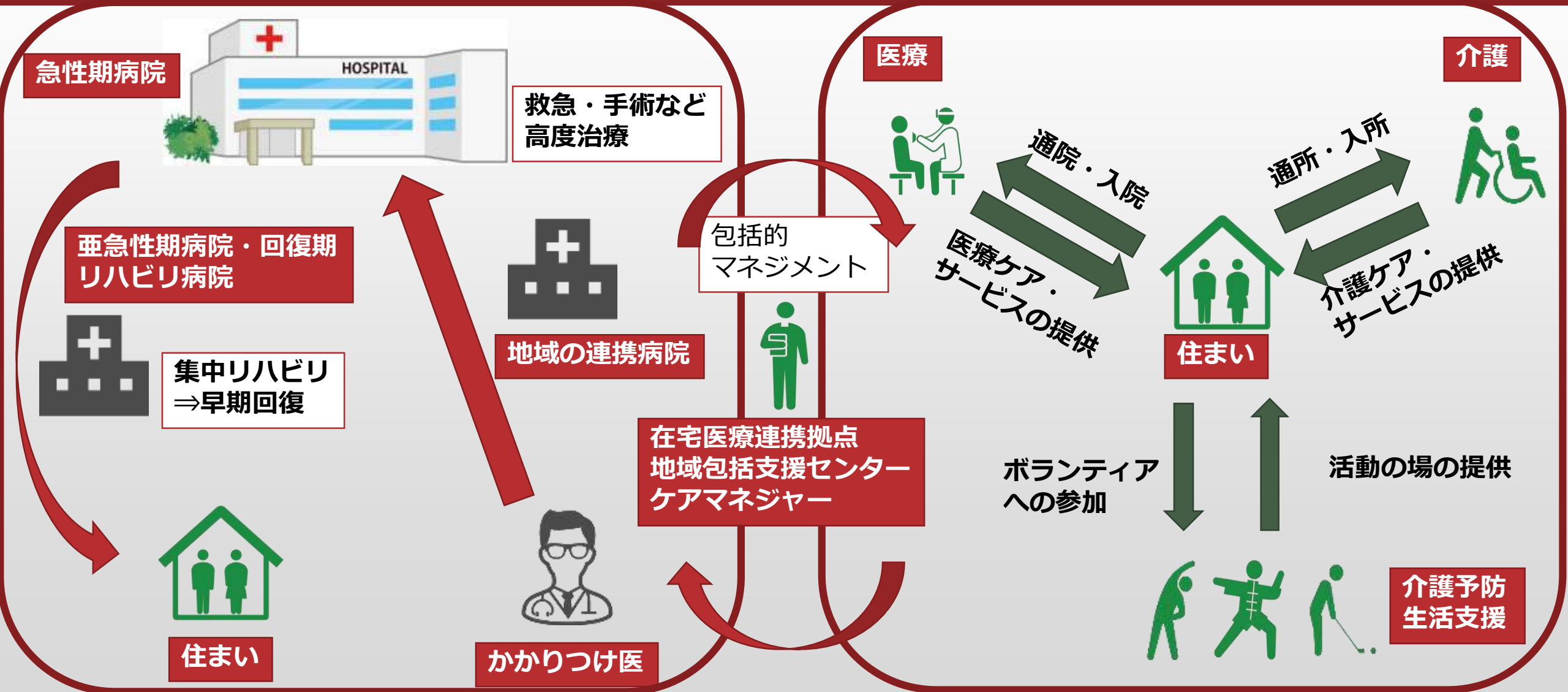
地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保進法第2条第1項）

地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制



地域医療と地域包括ケアシステム



推進のために必要な4つの「助」



自助

自分でできることは
自分でする



共助

社会保険制度を
活用する



互助

地域などで
互いに支えあう



公助

行政などの
公的サービスを受ける

在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- 結果を関係者間で共有



在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

(キ) 地域住民への普及啓発地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催

- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討



医師不足の現状把握

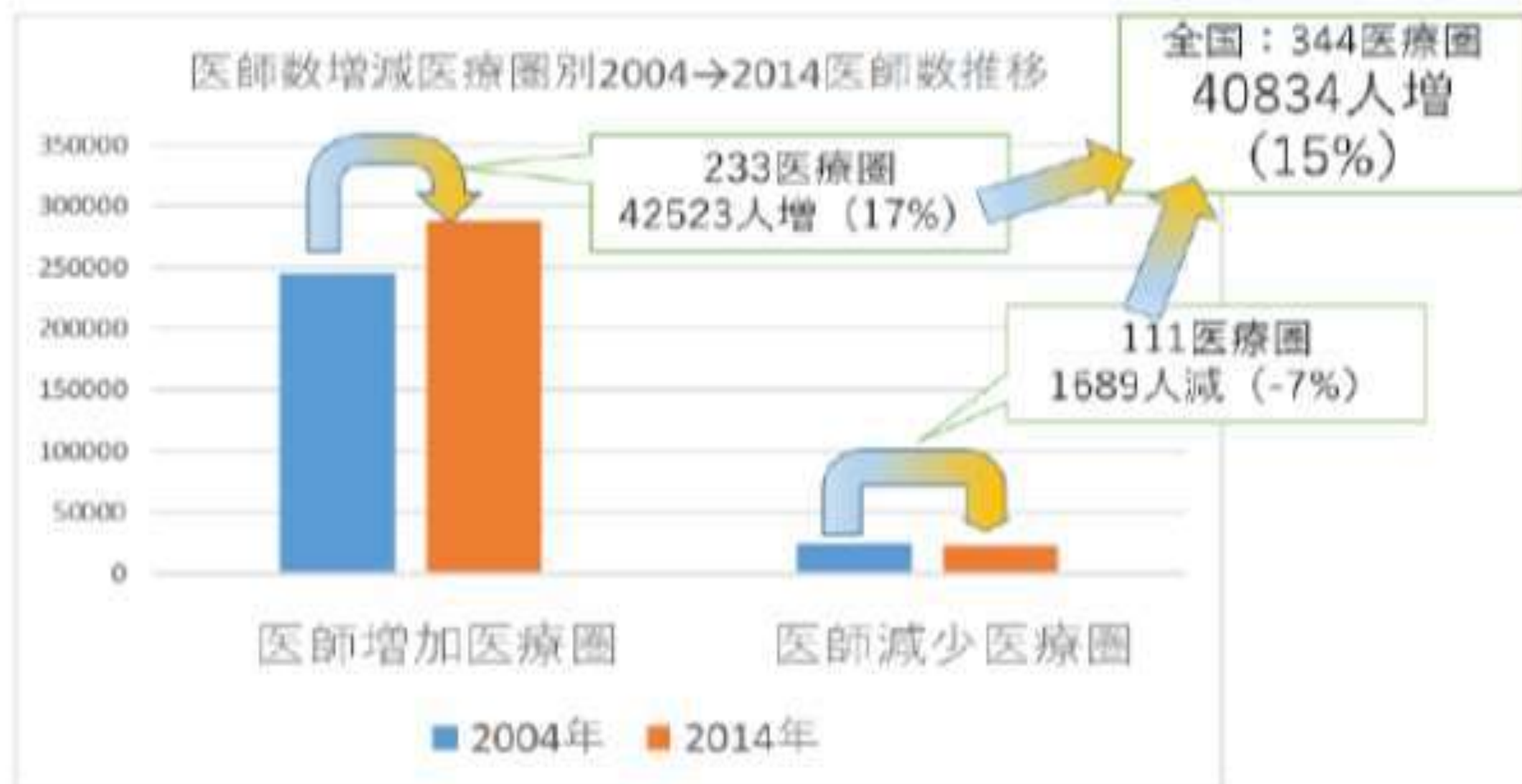
全国の医師数

～絶対数は増加している～

図1 医師数及び人口10万対医師数の推移



図 2 全国的な医師数増減のまとめ



全国の医師数の増加

- 毎年4,000人程度**増加**



- H36年(2024年)頃は需給が均衡
- H50年(2040年)頃には供給が約3.4万人**過剰**

①地域偏在

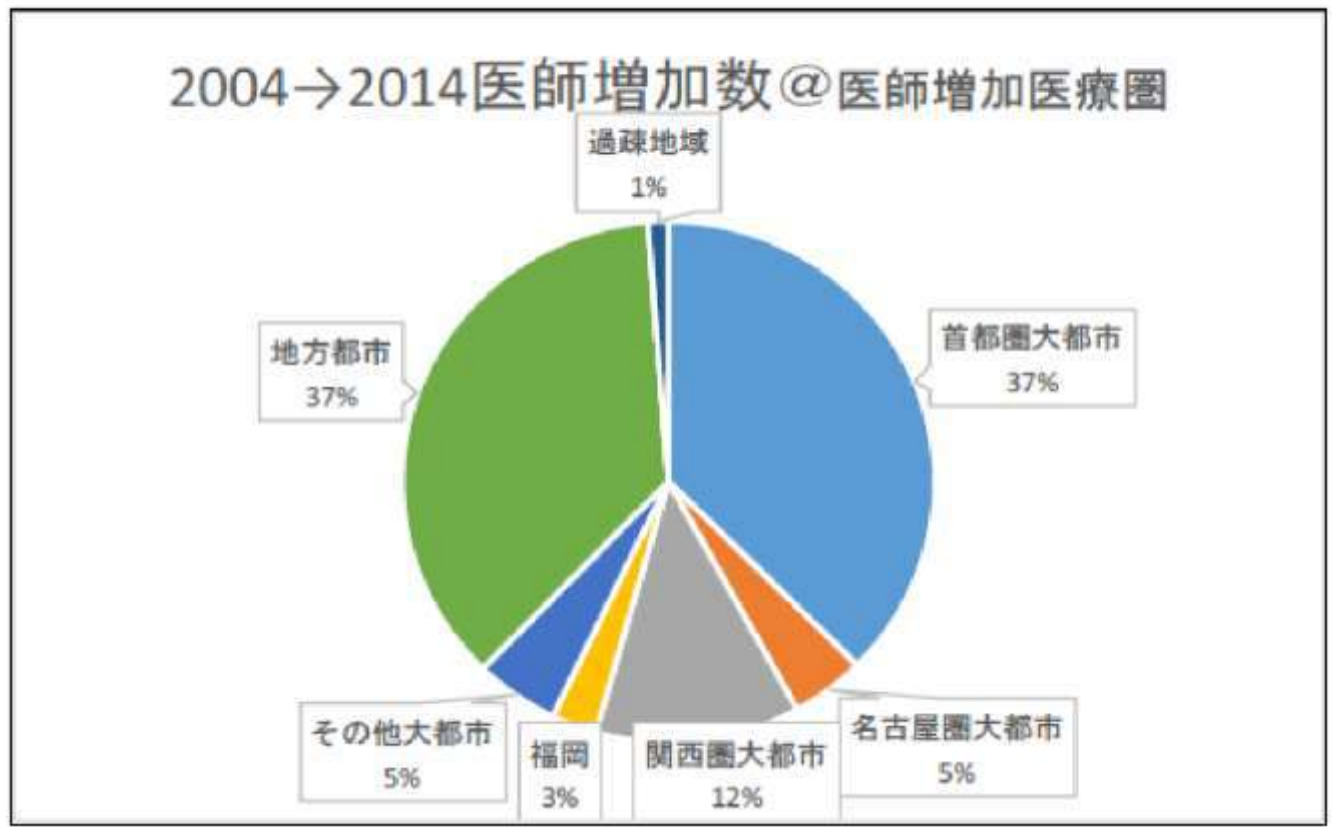
増加医師42523人の地域別比率

表 3 地域別医師増加数比率

	2004→2014 医師増加数	増加医師 対全国比
首都圏大都市	15932	37%
名古屋圏大都市	1915	5%
関西圏大都市	5277	12%
福岡	1174	3%
その他大都市	2175	5%
地方都市	15527	37%
過疎地域	523	1%
全国(@医師増加 医療圏)	42523	100%

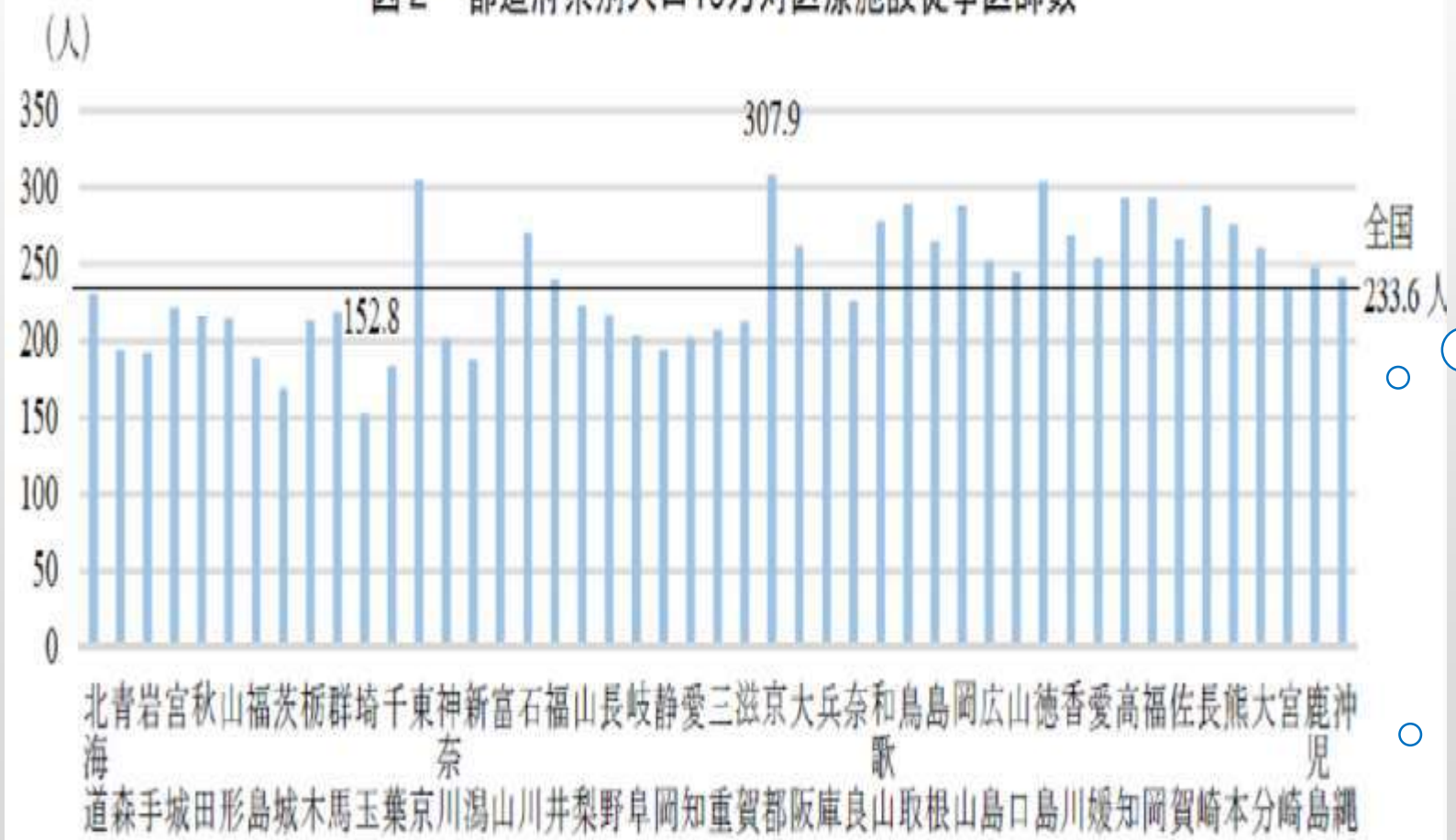
東京大阪名古屋の三大都市圏に
増加医師の54%が集中

図 6 地域別医師増加数比率



都道府県別人口10万対医師数

図2 都道府県別人口10万対医療施設従事医師数

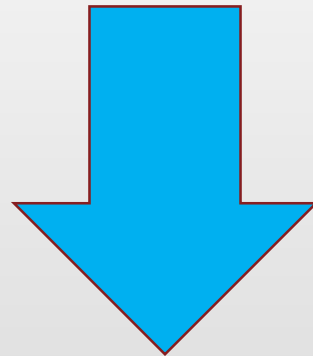


西高東低の傾向あり！

最多の京都と
最小の埼玉には
2倍の差！

まとめ

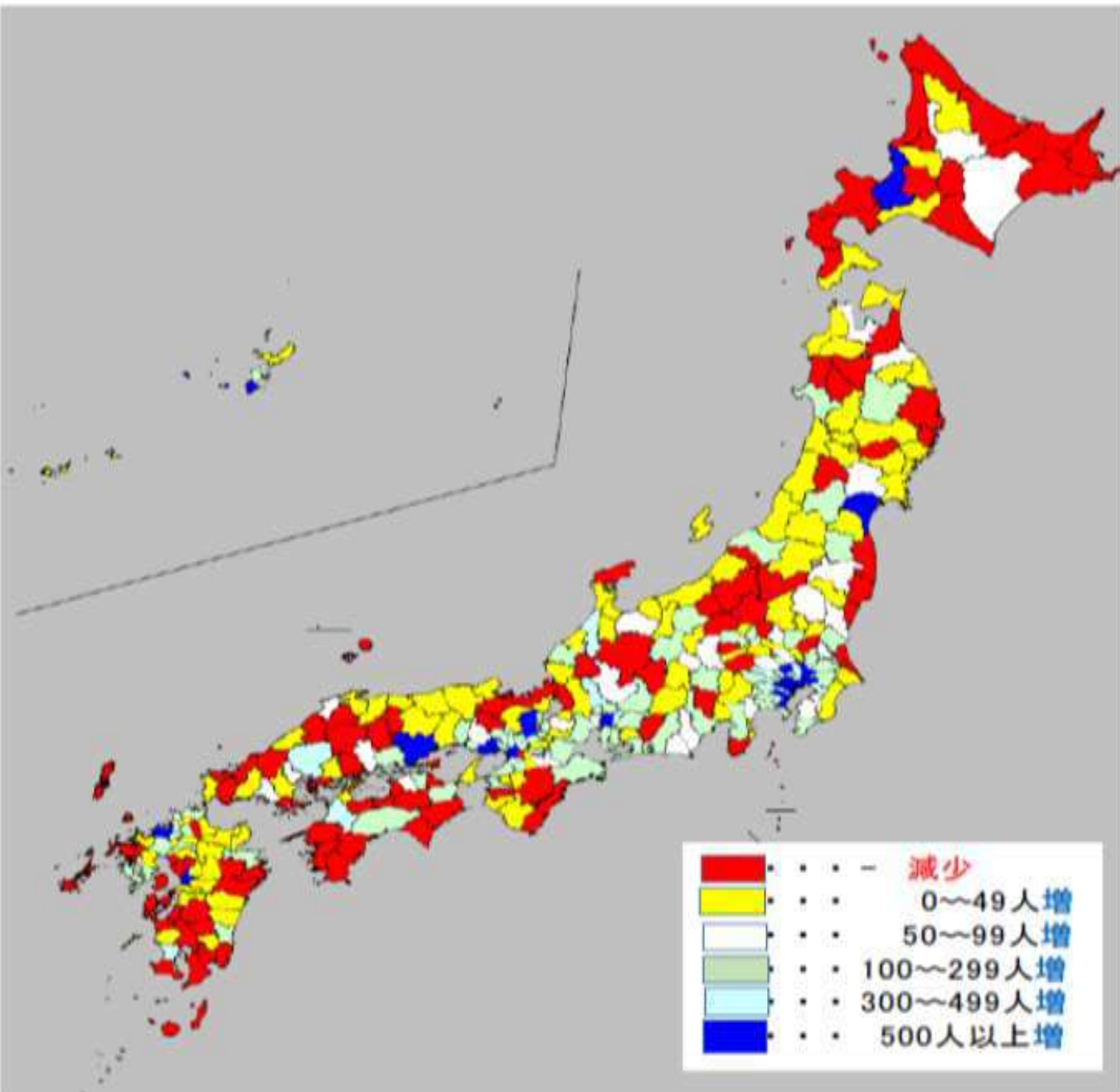
- 医師数の増加は一部の都道府県に集中している。
- 都道府県の間で、一定の人口に対する医師数に大きな差がある。



都道府県の間で医師偏在が起きている。

②地域内偏在

図 3 二次医療圏別医師の増減レベル



医師数増減レベル
2004年→2014年

表 1 2004→2014 年医師増減数二次医療圏ランキング

順位	二次医療圏名	2004年医師数	増減数	増減率	2014年医師数	
1	区中央部(東京)	10,831			10,831	
2	福岡(福岡)	6,004			6,004	
3	名古屋(愛知)	7,008			7,008	
4	京都(京都)	6,669			6,669	
5	区西北部(東京)	4,862			4,862	
6	区東部(東京)	2,773			2,773	
7	区西部(東京)	5,982	982	19%	5,235	6,217
8	札幌(北海道)	6,089	893	15%	6,089	6,982

同じ北海道の道央でも、
札幌は+893で8位
小樽は-54で342位

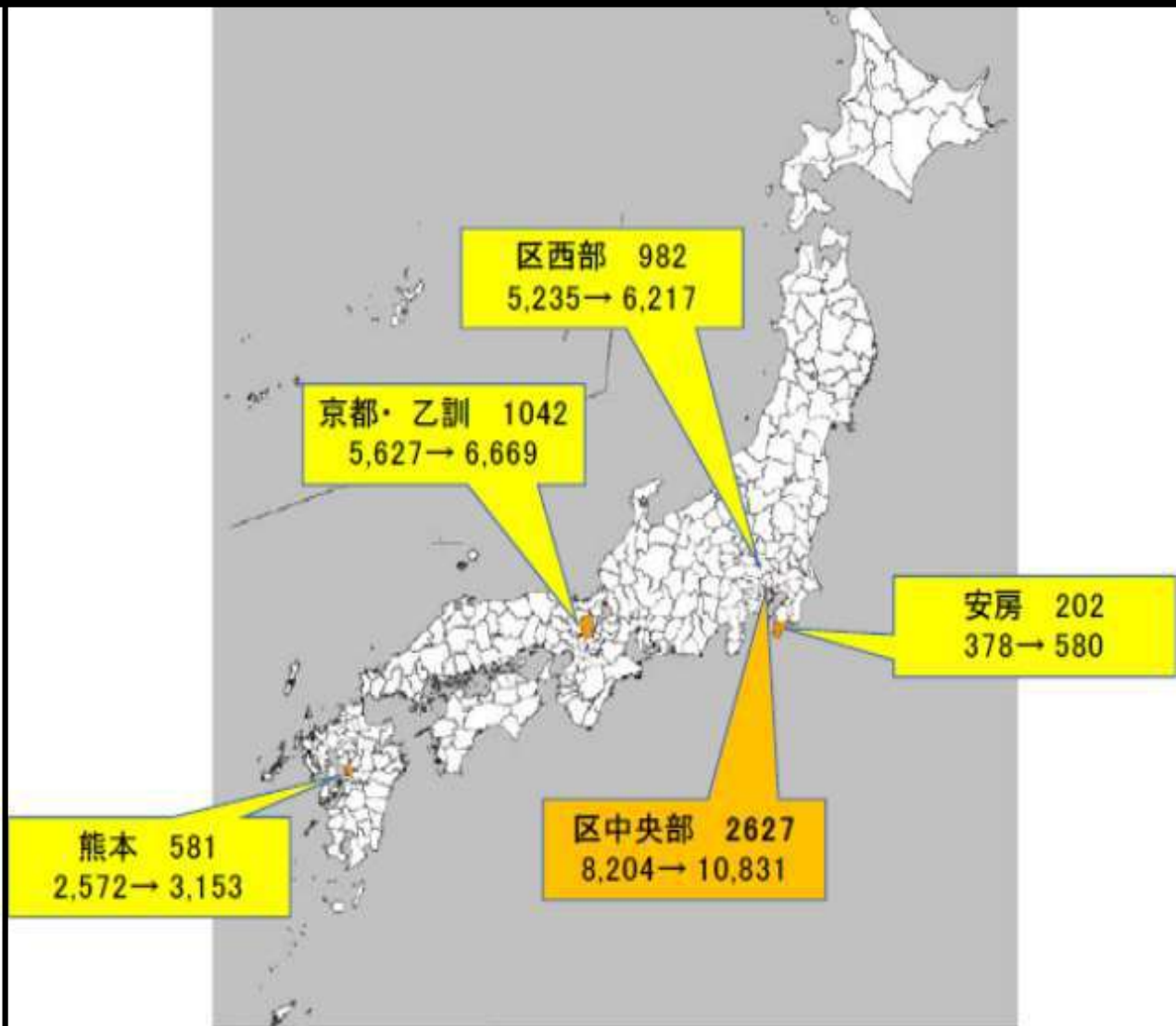
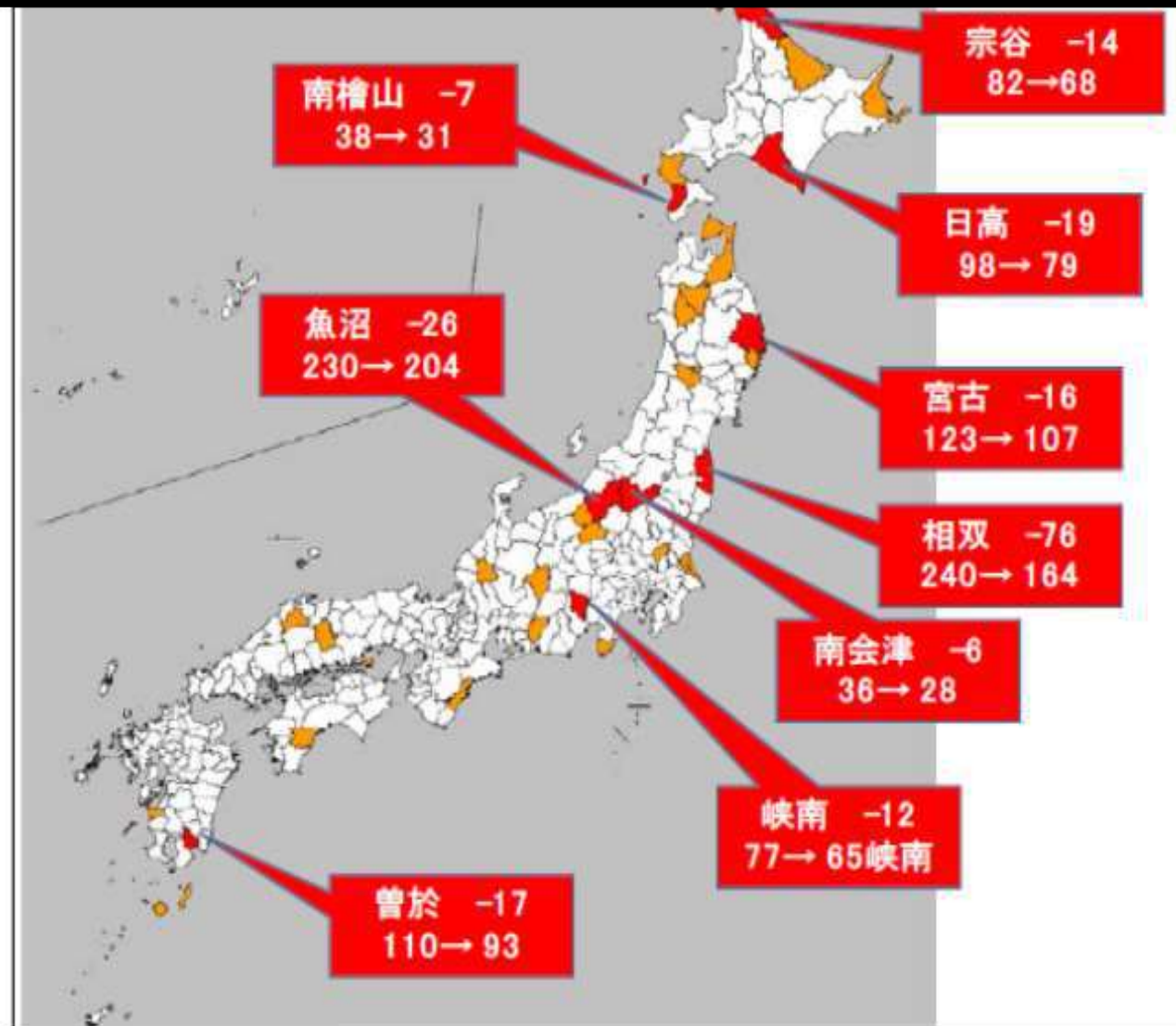
337	宇部(山口)	地方都市型	-48	-4%	1,083	1,035
338	八幡浜(愛媛)	過疎地域型	-48	-15%	316	268
339	室蘭(北海道)	地方都市型	-52	-11%	493	441
340	いわき(福島)	地方都市型	-53	-8%	632	579
341	新居浜(愛媛)	地方都市型	-53	-10%	517	464
342	小樽(北海道)	地方都市型	-54	-11%	486	432
343	五條(奈良)	過疎地域型	-58	-35%	165	107
344	相馬(福島)	過疎地域型	-76	-32%	240	164

都道府県内人口10万対医師数の較差

		医療圏	人口10万 対医師数	格差			医療圏	人口10万 対医師数	格差			医療圏	人口10万 対医師数	格差
北海道	最大	上川中部	312.8	3.3倍	石川県	最大	石川中央	336.7	2.5倍	岡山県	最大	県南東部	334.0	2.5倍
	最少	宗谷	94.9			最少	能登北部	135.5			最少	高梁・新見	135.5	
青森県	最大	津軽	285.4	2.5倍	福井県	最大	福井・坂井	334.7	3.1倍	広島県	最大	呉	302.1	1.6倍
	最少	上十三	114.4			最少	奥越	108.1			最少	広島中央	187.3	
岩手県	最大	盛岡	274.6	2.4倍	山梨県	最大	中北	273.8	2.5倍	山口県	最大	宇部・小野田	375.2	2.4倍
	最少	宮古	115.5			最少	峡南	110.1			最少	萩	159.3	
宮城県	最大	仙台	263.3	1.9倍	長野県	最大	松本	342.5	3.0倍	徳島県	最大	東部	332.7	1.8倍
	最少	仙南	138.9			最少	木曾	114.8			最少	西部	188.2	
秋田県	最大	秋田周辺	304.3	3.1倍	岐阜県	最大	岐阜卓	262.5	1.8倍	香川県	最大	高松	327.4	2.5倍
	最少	北秋田	98.9			最少	中濃	142.1			最少	小豆	130.3	
山形県	最大	村山	262.7	2.1倍	静岡県	最大	西部	234.6	1.8倍	愛媛県	最大	松山	324.8	1.9倍
	最少	最上	127.1			最少	中東遠	130.3			最少	八幡浜・大洲	168.6	
福島県	最大	県北	262.7	3.1倍	愛知県	最大	尾張東部	360.7	4.6倍	高知県	最大	中央	332.9	2.4倍
	最少	相双	84.1			最少	尾張中部	79.1			最少	高幡	139.8	
茨城県	最大	つくば	338.8	4.1倍	三重県	最大	中勢伊賀	270.9	1.8倍	福岡県	最大	久留米	434.0	3.1倍
	最少	鹿行	83.5			最少	東紀州	146.5			最少	京築	141.1	
栃木県	最大	県南	373.0	3.3倍	滋賀県	最大	大津	341.0	2.7倍	佐賀県	最大	中部	358.5	2.4倍
	最少	県東	112.1			最少	甲賀	128.6			最少	西部	149.1	
群馬県	最大	前橋	426.2	3.2倍	京都府	最大	京都・乙訓	398.2	3.1倍	長崎県	最大	長崎	375.7	2.9倍
	最少	太田・館林	134.0			最少	山城南	128.2			最少	上五島	130.1	
埼玉県	最大	川越比企	214.8	2.1倍	大阪府	最大	豊能	335.3	2.1倍	熊本県	最大	熊本	410.4	3.0倍
	最少	南西部	104.5			最少	中河内	159.9			最少	上益城	136.0	
千葉県	最大	安房	424.1	4.1倍	兵庫県	最大	神戸	295.8	2.0倍	大分県	最大	中部	298.1	1.9倍
	最少	山武長生夷隅	104.0			最少	西播磨	149.3			最少	西部	157.7	
東京都	最大	区中央部	1,181.7	10.6倍	奈良県	最大	東和	282.9	2.1倍	宮崎県	最大	宮崎東諸県	330.7	2.6倍
	最少	島しょ	111.0			最少	南和	133.1			最少	西都児湯	125.6	
神奈川県	最大	横浜南部	284.3	2.2倍	和歌山県	最大	和歌山	364.5	2.4倍	鹿児島県	最大	鹿児島	353.9	3.5倍
	最少	県央	129.3			最少	那賀	150.4			最少	曾於	99.9	
新潟県	最大	新潟	245.6	2.2倍	鳥取県	最大	西部	386.5	2.0倍	沖縄県	最大	南部	289.5	1.7倍
	最少	魚沼	110.1			最少	中部	195.8			最少	宮古	166.3	
富山県	最大	富山	278.0	1.5倍	島根県	最大	出雲	417.8	3.4倍	平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査				
	最少	高岡	187.5			最少	雲南	123.2						

2004年の人口当たりの医師数が少ないのに
2004→2014で医師数が減少した地域

2004年の人口当たりの医師数が多いのに
2004→2014で医師数が増加した地域



まとめ

- 都市部で医師が**増加**
- 過疎地など地方で医師が**減少**

つまり

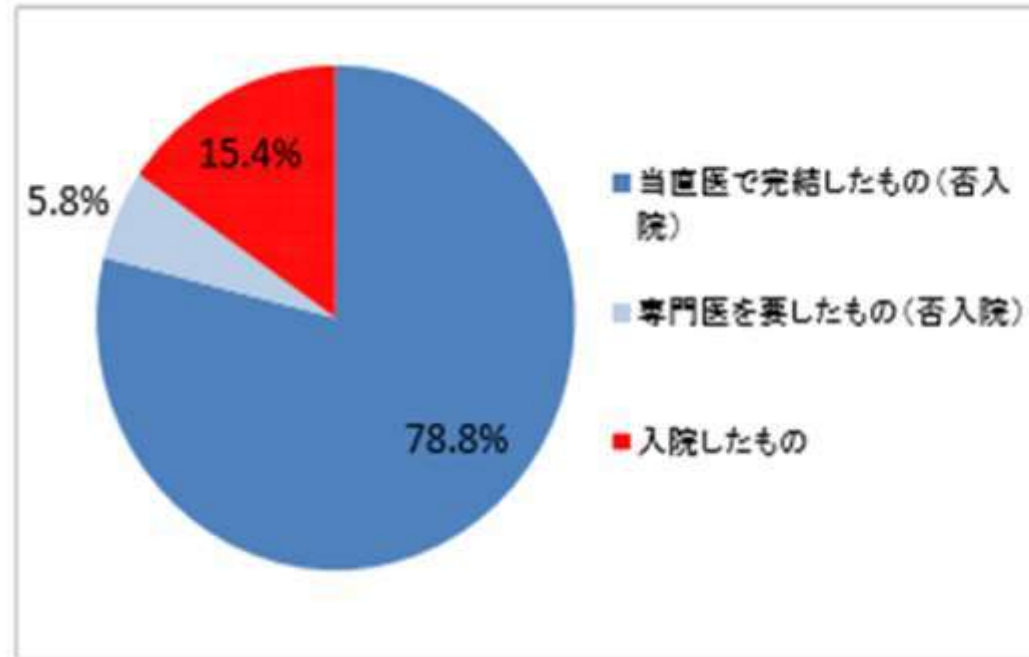
同一都道府県内でも医師の地域偏在があり、
医師数が不足している地域がある

③不適切な病院利用

時間外自主来院患者数(平日夜間及び休日) -重症度別-

[12病院合計]

	患者数	割合
当直医で完結したもの(否入院)	14203	78.8%
専門医を要したもの(否入院)	1041	5.8%
入院したもの	2771	15.4%
合計	18015	100.0%



- 全体の約8割が入院を要しなかった

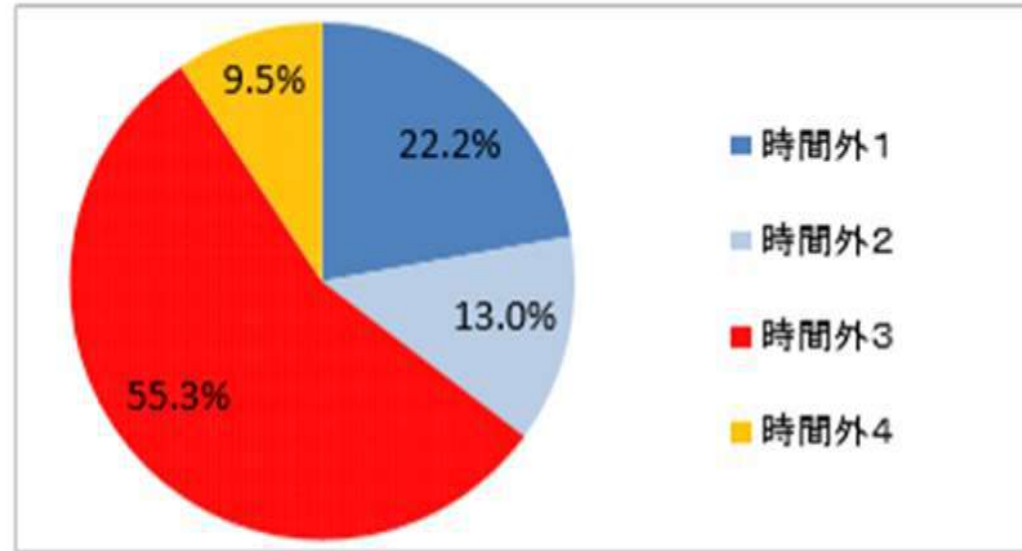


- 患者の多くは軽症患者であったものと推測

時間外自主来院患者数(平日夜間及び休日) -時間帯別-

[12病院合計]

		患者数	割合
平日	時間外1	4004	22.2%
	時間外2	2342	13.0%
休日 (土日祝)	時間外3	9962	55.3%
	時間外4	1707	9.5%
合計		18015	100.0%



【平日夜間】

時間外1：各病院時間外開始時刻～21:30
時間外2：21:30～各病院就業開始時間

【休日(土日祝)】※ただし、各病院で土曜日に時間内診療を行っている場合はその時間帯を除く

時間外3：平日の各病院時間外開始時刻～21:30
時間外4：21:30～平日の各病院就業開始時間

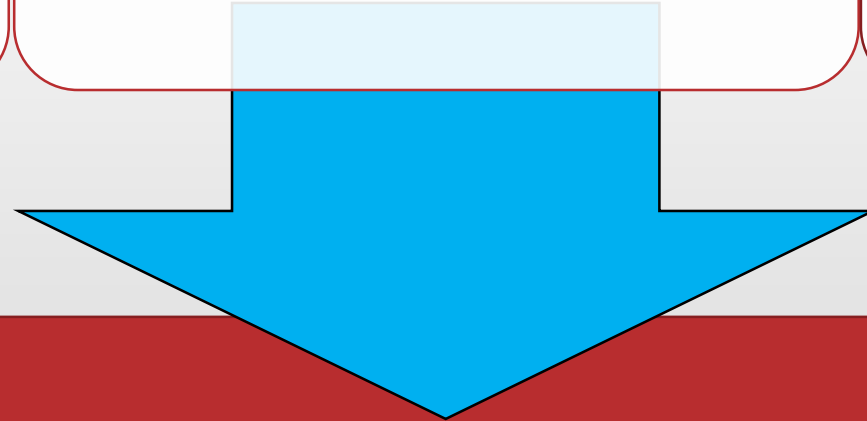
- **医師・看護師が手薄になる休日でも、
多くの自主来院患者が救急外来を受診**

結論

①地域偏在

②地域内偏在

③不適切な病院
利用



地域の**医師不足**

現状の政策・法律

現状の政策①医学部の定員増

- 平成17年2月 医師の需給に関する検討会設置

⇒2022年に医師の需給が均衡するものの、医師不足県に対し定員増が実施

	施策	増員期間	増員数	
暫定定員増	①新医師確保総合対策 医師不足が特に深刻と認められる10県及び自治医科大学を対象として、各県等10人まで。	平成20～29年度	105人	計 1,637人
	②緊急医師確保対策 医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための定員増。全都道府県を対象として、各都府県5人まで、北海道は15人まで。	原則平成21～29年度	212人	
	③経済財政改革の基本方針2009・新成長戦略 地域枠等の枠組みによる定員増。地域枠の枠組みでは、都道府県ごとに毎年原則10人まで。	平成22年度以降の各年度～平成31年度	676人	
恒久定員増	④緊急医師確保対策 医師養成総数が少ない神奈川県と和歌山県を対象として、各県20人まで。	平成20年度～	40人	
	⑤経済財政改革の基本方針2008 医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保する観点からの定員増。	平成21年度～	504人	
	⑥東北医科薬科大学医学部の新設 東日本大震災からの復興のための特例として新設。	平成28年度～	100人	

(注1) 「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会中間取りまとめ」公表(平成28年6月)前までの施策。

(注2) ③の増員数は平成28年度時点。

(出典) 「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 中間取りまとめ(案) 補足資料」(第6回「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」参考資料1) 2016.5.19, p.37. 厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120212_5.pdf> 等を基に筆者作成。

現状の政策②地域枠

- 自治体から奨学金を受け、学費を免除する代わりに一定期間都道府県内での勤務を義務付ける。

例：6年間の医学部在学中、奨学金は1.5倍、9年間の地域勤務が義務付けられる。

地域枠だけに
頼ってられな
い！！！！

問題点

1. 義務の強制力の低さ⇒へき地医療は充足しない
2. 地域枠の成果はまだ出ない。

⇒地域医療崩壊のスピードの方が速く、地域枠だけでは偏在問題は解決できない



現状の政策③強制的措置

画期的な案とも言われたが・・・？

- 別の有識者会議で強制的な手法には否定的な見解が多数あり、報告書をまとめた

⇒報告書によると、実態調査で44%の企業が「労働環境」と「希望する仕事ができない」の2点がネックに



現状の法律①医療介護総合確保推進法

- ①地域医療介護総合確保基金を都道府県に設け、医療従事者の確保にも活用可能
- ②平成 23 年度から予算事業として行われてきた地域医療支援センターを医療法に位置づけ、都道府県が、医師の確保に関し、病院又は診療所の開設者等に協力を要請できる権限を同法上明確化
- ③都道府県に医療勤務環境改善支援センターを設置し、医療機関が P D C A サイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組むこと等を支援する 等の直接的に医師確保に資する制度改正
- ④看護師が特定行為を手順書により行うことができるよう特定行為研修制度を新設するとともに、診療放射線技師等その他の医療関係職種の業務範囲を拡大する
- ⑤医療事故に係る調査の仕組みを医療法に位置づける

現状の法律①医療介護総合確保推進法

■ 地域医療支援センターの機能不足

地域医療に従事する医師のキャリア支援

表 C-3 地域医療支援センターの主な業務は何ですか。(複数回答可)

	全国	国立	公立	私立	中大都市	小都市
回答数 (校)	48	35	4	9	20	28
1 初期研修医の研修支援 (校)	29	25	1	3	11	18
2 後期研修医のキャリア形成支援	35	29	2	4	16	19
3 初期、後期研修医の配置調整	24	20	2	2	11	13
4 医師の求職・求人に対する情報発信と相談対応	38	29	4	5	16	22
5 医師登録制による地域病院への医師派遣	7	3	1	3	5	2
6 その他	21	16	3	2	9	12

「6. その他」の具体的内容 (要点抜粋)

表 C-4 医師登録制による地域病院への医師派遣制度を導入していますか

	全国	国立	公立	私立	中大都市	小都市	私立	中大都市	小都市
回答数 (校)	56	36	5	15	27	29	2	7	12
1 はい (校)	3	2	0	1	2	1	0	3	4
対象 1 初期研修医から (校)	1	1	0	0	0	1	0	0	3
2 後期研修医から	2	1	0	1	2	0	0	0	2
2 いいえ	53	34	5	14	25	28	0	1	1
7 ワークショップ・意見交換会・交流会の開催				2	2	0	1	0	2
8 女性医師相談				2	2	0	1	0	1
9 医師のキャリア形成支援				2	1	1	0	0	2
10 情報発信				2	2	0	1	0	1

医師派遣は行えていない????

現状の法律②医療法

第三十条の二十一 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。

一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。

二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。

三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。

2 都道府県は、前項各号に掲げる事務の全部又は一部を厚生労働省令で定める者に委託することができる。

3 都道府県又は前項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たり、医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点としての機能の確保に努めるものとする。

前項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。



現状の法律②医療法

第三

とする。

都道府県の取り組みには
限界があるのでは????

待た



取材報告

NPO法人 地域医療を育てる会

NPO法人 地域医療を育てる会

主な活動内容

情報誌『クローバー』発行

絵本・DVD『くませんせいのSOS』発行

絵本『ルウとボノボノ』発行

『夢かるた』発行

地域イベントの開催・参加

東金市社会福祉協議会との共催事業への協力





NPO法人地域医療を育てる会

【見えてきた課題～医者・住民～】

地方や僻地じゃ
医療従事者の
モチベーション維持が
難しいなあ

高度な技術を
学べないし
報酬も差がある



そもそも医者の
適正数なんて
正確に言えるの？

医療従事者と住民が
全然情報共有
できてないぞ

だからお互いを
理解できてない

NPO法人地域医療を育てる会

【見えてきた課題～行政～】

行政機関ごとに
関心度の違いが
ありすぎるんだよなあ

住民が現状を認識し
声をあげてないから？



国・県・市町村が
対等に話し合える
関係じゃないと...

みえてきた解決の糸口



医療法

第6条の3

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。



健康増進法

第2条

国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。



- ・ 国民への啓蒙活動が必要
- ・ 国民も医療制度の持続のため、協力する義務がある！

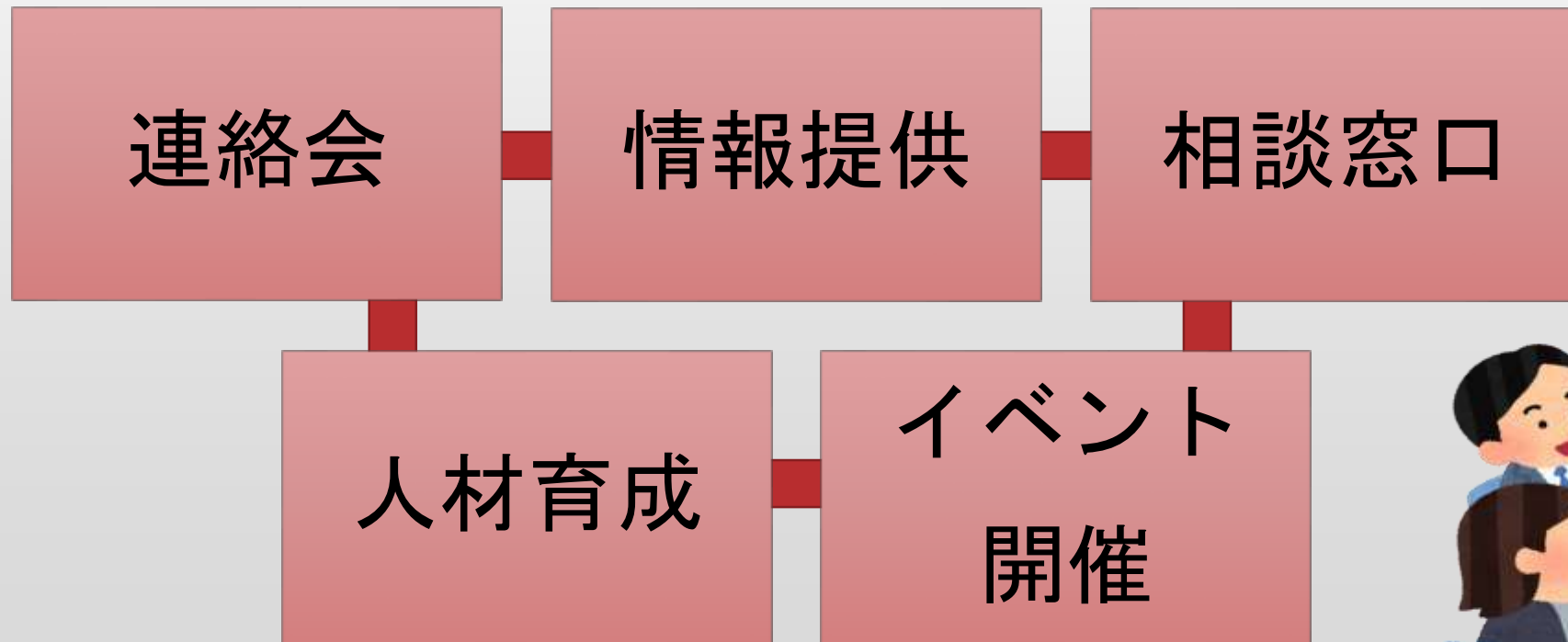
取材報告

特定非営利活動法人 全国連携実務者ネットワーク

特定非営利活動法人 全国連携実務者ネットワーク

【事業内容】

全国の地域連携の実務者たちによる情報共有・意見交換



特定非営利活動法人 全国連携実務者ネットワーク

・「全国連携室ネットワーク連絡会」


平成19年から毎年実施している、実務者間の情報共有・意見交換の場

・「学生市民・地域医療連携フォーラム」

地域の学生を含む市民と話し合い、情報意見を共有

・「行政担当者×医療連携実務者ミーティング」

各地の行政担当者と医療従事者の情報共有・意見交換の場



参加させて
いただきました！



特定非営利活動法人 全国連携実務者ネットワーク

【取材】



理事長 湯澤克さん
岩手県立宮古病院 医療社会事業士



副理事長 斎川克之さん
済生会新潟第二病院 社会福祉士／医療福祉連携士

見えてきた課題（連携ネットワーク）



在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査	1,741市町村 (100%)	実施していない主な理由
①地域の医療・介護の資源の把握	1,551市町村 (89.1%)	市町村外の医療機関への受診が多く、広域的な医療資源の把握が必要だが、近隣市町村と調整が出来ていない
②在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討	1,109市町村 (63.7%)	医師会や在宅医療に関わる医師への働きかけ方が分からず、連携・調整が取れていない
③①②を踏まえた上での医療・介護関係者の研修を実施	1,036市町村 (59.5%)	人的な余裕やノウハウがなくどのように実施したらいいか分からない
④切れ目のないサービスの提供・相談 支援の実施	510市町村 (29.3%)	相談・調整業務を担う有資格者の継続確保が課題となり実施できていない
⑤④の他、関係市町村との連携の実施	447市町村 (10.9%)	県や保健所に医師会や基幹病院を交えた連携の推進を図りたいが支援を得られない

みえてきた解決の糸口①新潟市

- 行政と病院、医師会の多職種連携による在宅医療・介護連携推進事業

1. 医療機関と介護機関の円滑な連携推進

⇒病院や診療所（かかりつけ医）などの医療機関と、介護支援専門員や介護関係機関の円滑な連携をサポートします。

2. 多職種・多機関への支援・調整

⇒多職種多機関が抱える課題に対して、より良い支援のあり方を検討できるようサポートします。

3. 在宅医療に関する相談対応

⇒情報提供や医療体制の解説、医療と介護の相互理解や、職種間の意思疎通が困難な場合などの相談に対して、サポートします

在宅医療・介護連携センター



- 連携ステーションの業務統括
- 情報共通ツール (ICT) 保守運用

新潟市



- 新潟市保健衛生部 地域医療推進課



市民 (患者・ご家族)



相談

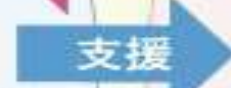
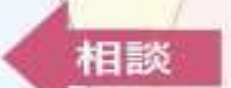
在宅医療・介護連携ステーション (在宅医療・介護関係機関の相談窓口)



- 医療・介護保険の知識を有する
- 看護師
 - 社会福祉士等

医療・介護の連携について調整

- 医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談の受付・情報提供
- 退院支援ルールが整備されていない地域における、医療機関 から在宅への円滑な移行が困難な事例について、医療・介護の関係者に対して調整
- 地域の多職種連携 (在宅医療NW) 支援
- 地域住民への普及啓発
- 在宅医療従事者等の人材育成・研修等事業
- 地域の医療・介護サービス資源の把握



地域包括支援センター



- 主任ケア マネジャー
- 社会福祉士等
- 保健師等

総合相談支援業務

市民の各種相談を幅広く受け付けて 制度横断的な支援を実施

行政・保健所、医療機関など 必要なサービスにつなぐ

- | | |
|---------|--------|
| 介護サービス | ボランティア |
| ヘルスサービス | 成年後見制度 |
| 権利擁護 | 医療サービス |
| 民生委員 | 虐待防止 |

介護相談員

- 介護予防
- ケアマネマネジメント業務
- 権利擁護業務
- 包括的・継続的 ケアマネジメント支援業務

みえてきた解決の糸口：新潟市

- この取り組み方からわかること

1. いまだに医療と介護は別物という認識は専門家の間でも根強いため多職種での連携は欠かせない。

2. 行政官が足しげく通い、医・介の専門家との関わり合いを続けている。

3. 地域支援事業の委託は市の主体性がなくなる可能性

⇒担当者同士の情報共有、出向で行政機関としての主体性を保つことが肝要

取材報告

公益社団法人 地域医療振興協会

公益社団法人 地域医療振興協会



取材相手

梅屋崇さん 東京北医療センター（北赤羽）

副管理者

兼総合診療科科長

兼臨床研修センター長

公益社団法人 地域医療振興協会

活動内容 医師派遣

派遣を希望する病院

派遣を希望する病院

派遣を希望する病院

医師派遣の申請

地域医療振興協会

医師派遣委員会による審査（月一回）

派遣

派遣

公益社団法人 地域医療振興協会

～見えてきた課題～

医師派遣を希望する病院までの距離、希望する日数、勤務時間等により安定した派遣が難しい、派遣先にコストがかかる

高度医療を提供しなければ採算がとれない

僻地への勤務を希望する若い医師が少ない

病院へのアクセス面や各病院の医師数など公平性が担保されていない。

子育て等によるキャリアの中断の状況

当直制度の曖昧さ

患者情報・プラットフォームが共有されない（出来高払いによる医療のロス）



みえてきた解決の糸口

総合診療医の成果を出すことで認知度を高め、若い医師の総合診療医の選択度を高める

⇒僻地でも良いという医師を増加させる

法により公平性の担保力を高める

⇒大きい病院には医師が多く、小さい病院は医師数の確保は難しい等の問題点是正

夜勤の時の託児所の確保や病児の預かりどころの確保

⇒キャリアの中断是正（田舎には特にこのシステムが少ない）

患者情報のプラットフォームの共有（最低限の連携システム確立）

⇒医療のロスの改善



先進的な取り組み例

岩手県 地域医療基本法【仮】発案

高齢化への対応を見据え、国全体で地域医療の再生を推進

全国レベルで必要な施策を実施

医師の計画的な養成

医師の適正な配置

長期的な取組が必要

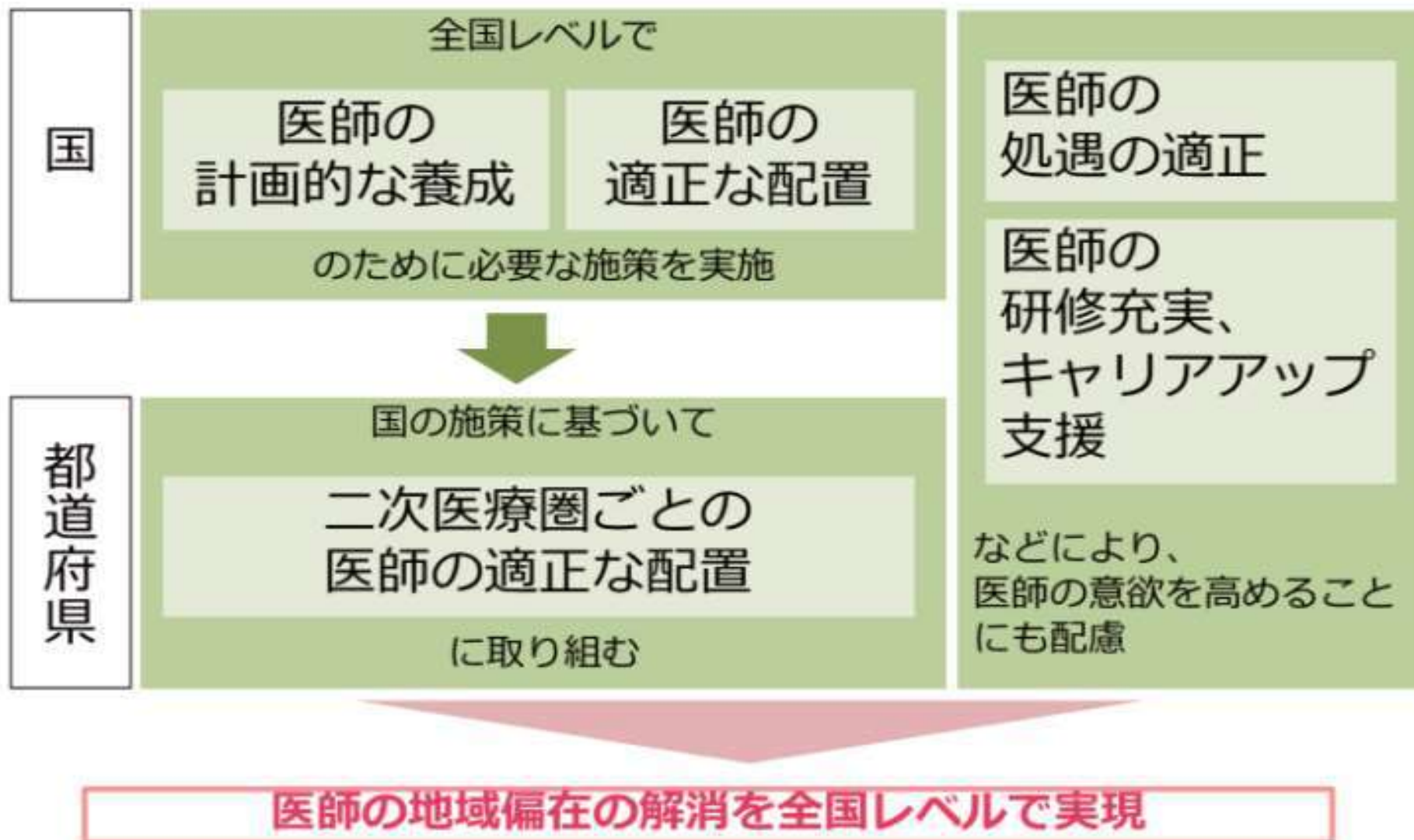
複数の法律が関連

地域医療基本法【仮】

基本法の必要性

地域医療を再生し、これからの時代に合った医療制度を構築するためのグラ
ンドデザインであり、医師の地域偏在の根本的な解消のために、基本的な施
策の方向性を定めるもの。

地域医療基本法【仮】の概要



長崎県

県の役割：運営協議会の運営

ながさき地域医療人材支援センター運営協議会

ながさき地域医療人材支援センター 長崎大学病院

I. 医師不足状況等の把握・分析

○医師数の調査 ○医療の需要調査 等

II. 医師不足病院の支援

○公募医師等の斡旋・紹介 ○受入病院の環境整備の助言、指導 等

III. 医師のキャリア形成支援

○県養成医の支援 ○公募医師のキャリア支援
○総合診療医育成プログラム構築等 など

IV. 求人情報等の発信

○情報誌等による医師募集 ○県内外の医師からの相談窓口 など

離島・へき地医療支援センター 長崎大学病院

○ 離島・へき地の診療所への常勤医師の派遣

○ 離島・へき地の診療所への常勤医師の斡旋・紹介

○ 代診医師の派遣

医師の斡旋・紹介



中核病院

離島の
病院

地域医療
病院

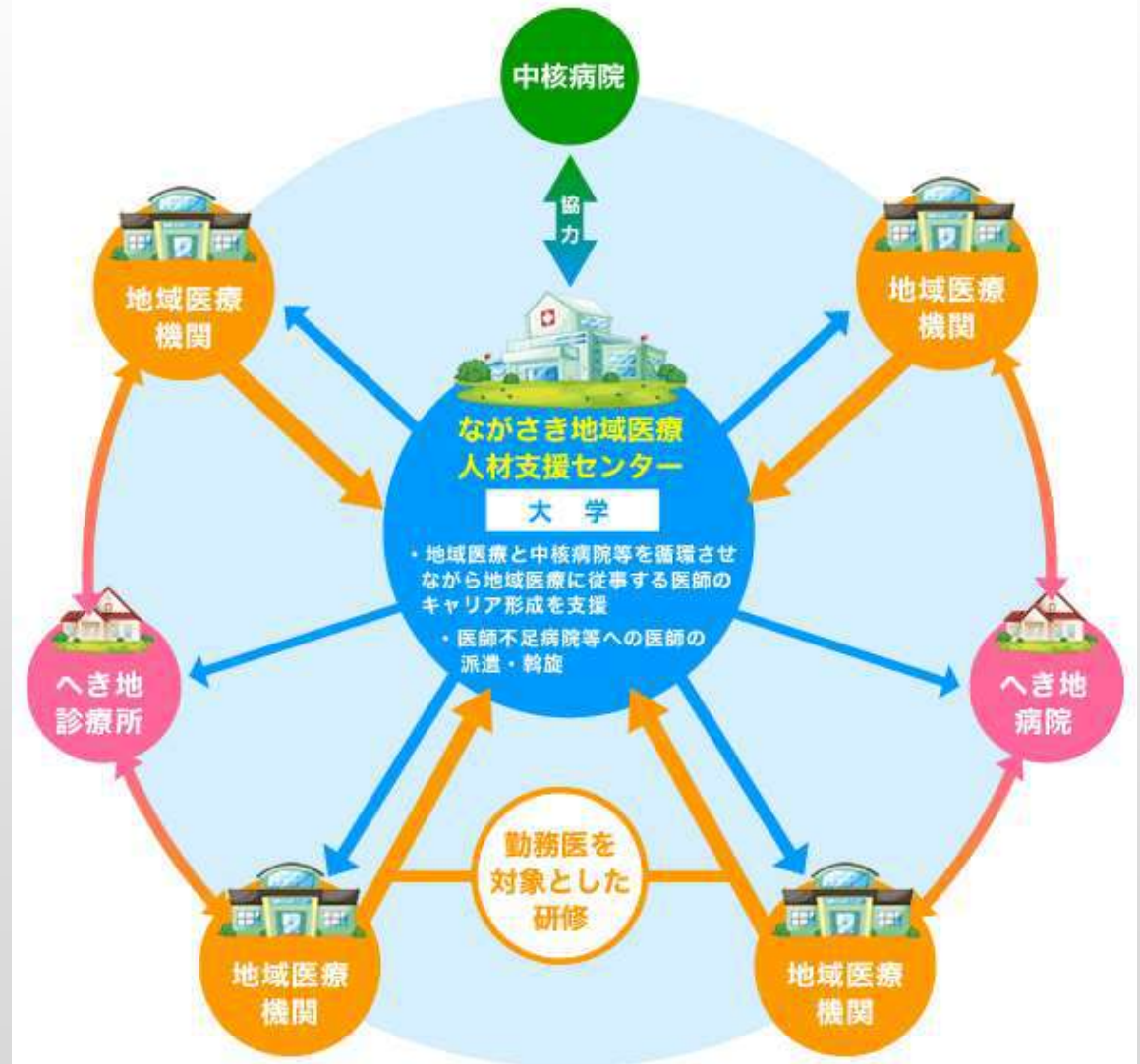
代診医師派遣
医師の斡旋・紹介

離島・へき地の公的診療所

ながさき地域医療人材支援センター

事業の目的

- 長崎県内の医師不足の状況等を把握・分析し、医師のキャリア形成支援と一体的に医師不足病院の医師確保の支援等を行うことにより、医師の地域偏在を解消し、地域医療の安定的な確保を図ること。



離島・へき地医療支援センター

常勤医師派遣（ドクターバンク制度）

①県内の離島に所在する町村からの要請



②医師を全国的に公募して、
長崎県職員として採用



③県内の医療診療所に派遣

**特徴①県職員（常勤の地方公務員）
として採用し身分を保証**

給与：市町村が支給

退職金：県が支給

特徴②有給の長期自主研修を保証

給与：市町村が支給

原則として2年間で1単位として、
1年半の離島勤務後、半年間の有給
の自主研修を保証。これを繰り返す。

特徴③24時間365日支援

県の離島・へき地医療センター専任
医師が国立長崎医療センターの協力
の下、派遣先の相談にいつでも応じる。



離島勤務の不安を解消

三重県 後期臨床研修プログラム

目的：①若手医師の県内定着、キャリア形成支援 ②医師不足病院の医師確保の支援

後期臨床研修プログラムのイメージ【〇〇専門医】

※県内勤務医コース(卒後県内10年間勤務)

卒後	1～2年目	例	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目～10年目	
勤務 医療 機関	初期 臨床 研修	専門医資格を取得するための研修					◎ 専門医試験受験	専門医資格を取得するための研修修了後	
		ローテーション 基準	1. 三重大病院に加え、中核医療機関群及び研修医療機関群から1ヶ所以上ずつ選択(※1) 2. 1ヶ所の研修期間は1年以上 3. 研修時期は、研修医の意向を踏まえ調整					<ul style="list-style-type: none"> ・勤務医として県内の救急告示病院等で勤務 ・サブスペシャリティ専門医資格の取得 ・大学院入学(研究のみは上限2年間) ・国内外留学 等 	
	4ヶ所×各1年	「大・中規模 医療機関群」 の医療機関(※2)	「小規模 医療機関群」 の医療機関	「県が指定する 医療機関群」 の医療機関	「三重大学医学部 附属病院」				

※1 地域医療支援センター専任医師が、本人の意向を確認し、医療機関と調整のうえ決定。

※2 各学会が認定する「教育病院」「教育関連病院」等以外の医療機関での勤務も可能。ただし、専門医資格の取得までの期間がその分長くなる。

おきなわ津梁ネットワーク

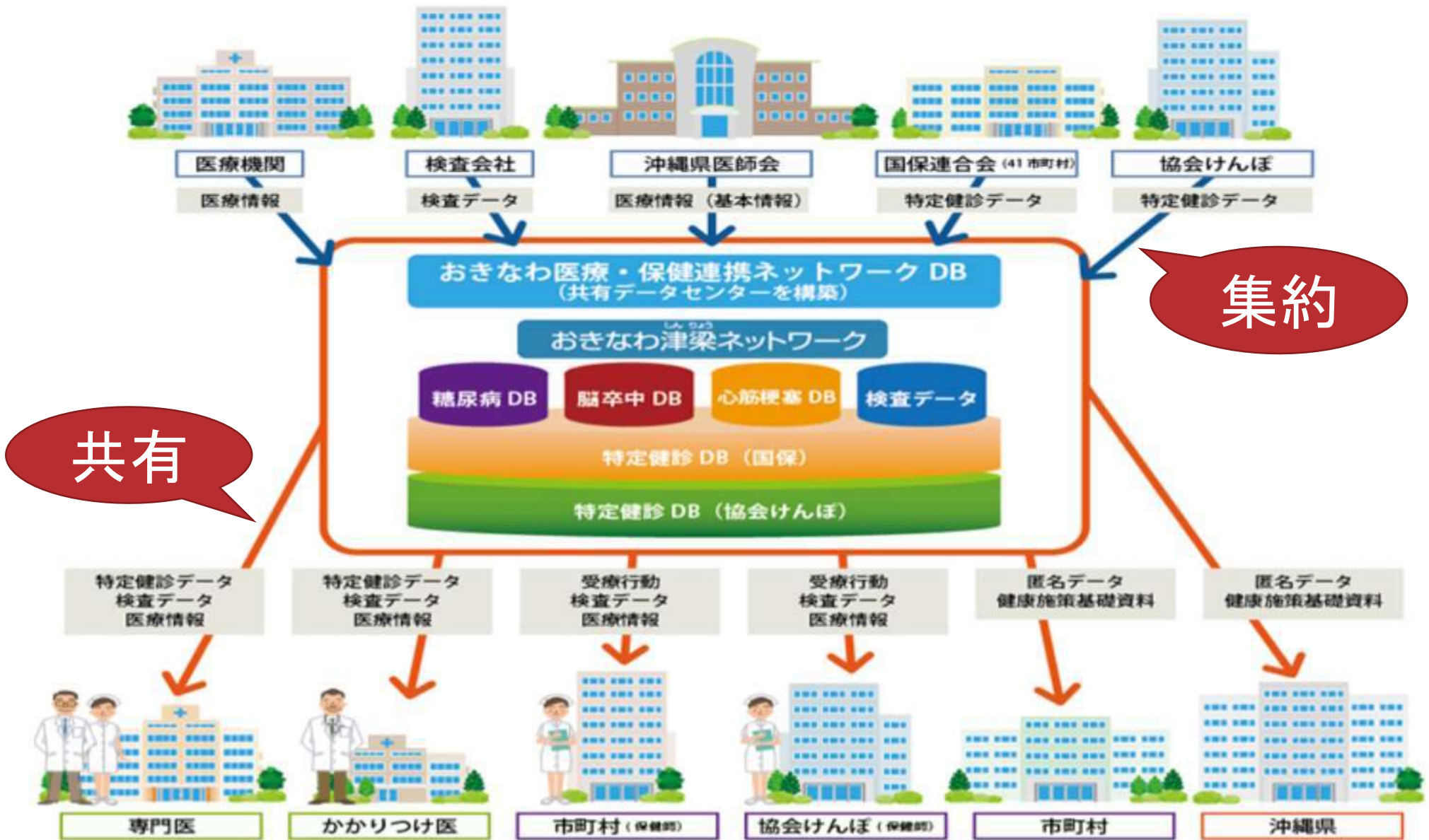


概要

特定健康診査の結果を基に、各医療機関における検査結果や地域医療連携パス情報、また医療機関や各医療保険者が行う特定保健指導情報等を共有し、県民への適切な保険指導や治療等を行うための取り組み。

地域医療連携パスとは...
患者を中心として、地域で医療・介護に関わる人々が役割分担を行い、情報共有をすることで、診療目標を明確にし、チームで患者を支えていく仕組み

健康情報共有の仕組み



これまでのまとめ

課題

医師偏在

- 地方では所得も少なく、キャリアアップも望めないなか、医師にそこで働いてもらうには

自治体の努力の限界

- 国全体としてみて、大都市に集中してしまっている状態

地域包括ケアの地域差

- 医介連携の取り組み差をどうやって埋めるか

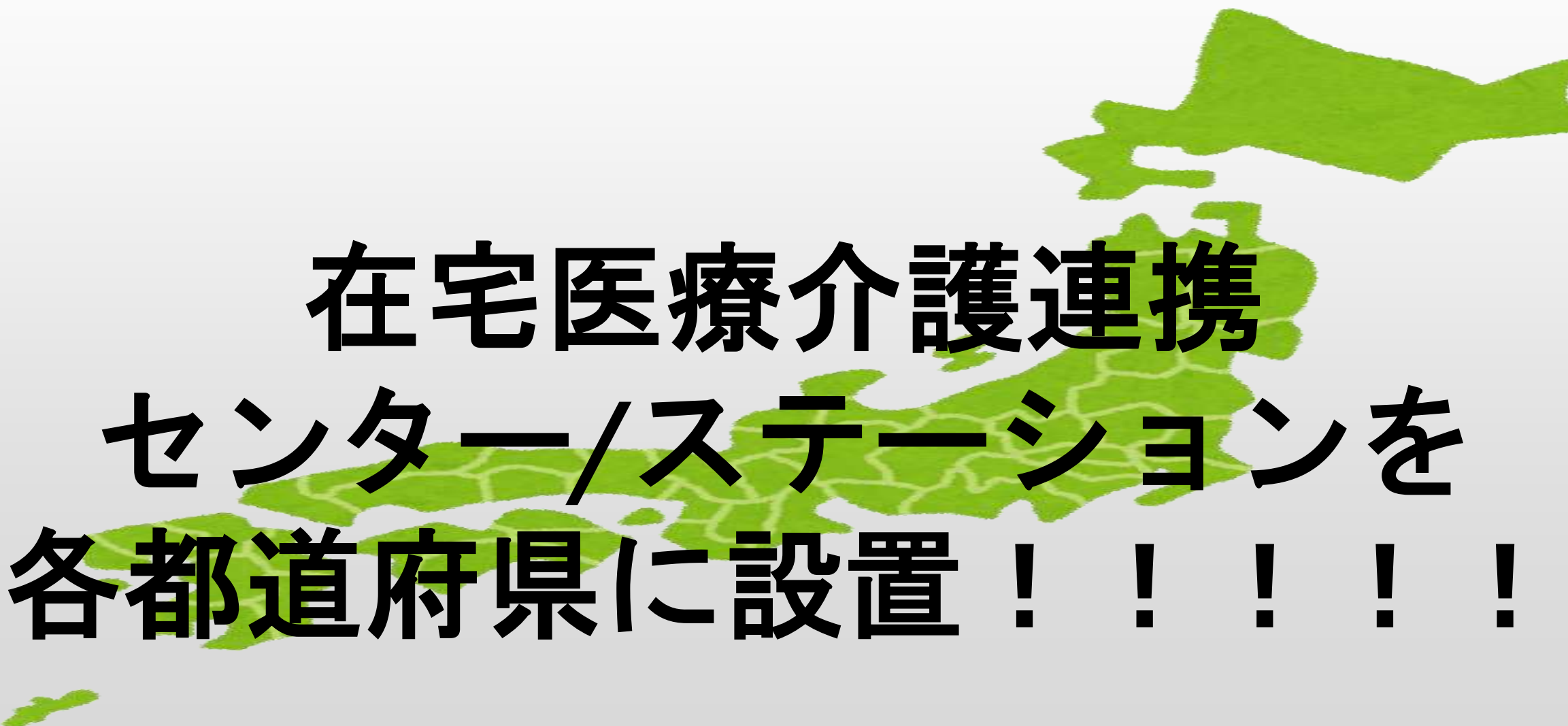
住民啓発

- 住民の医療に対する考えをどう考えるか

提言その 1

地域包括ケアの取り組みの地域差を埋める

提言 1

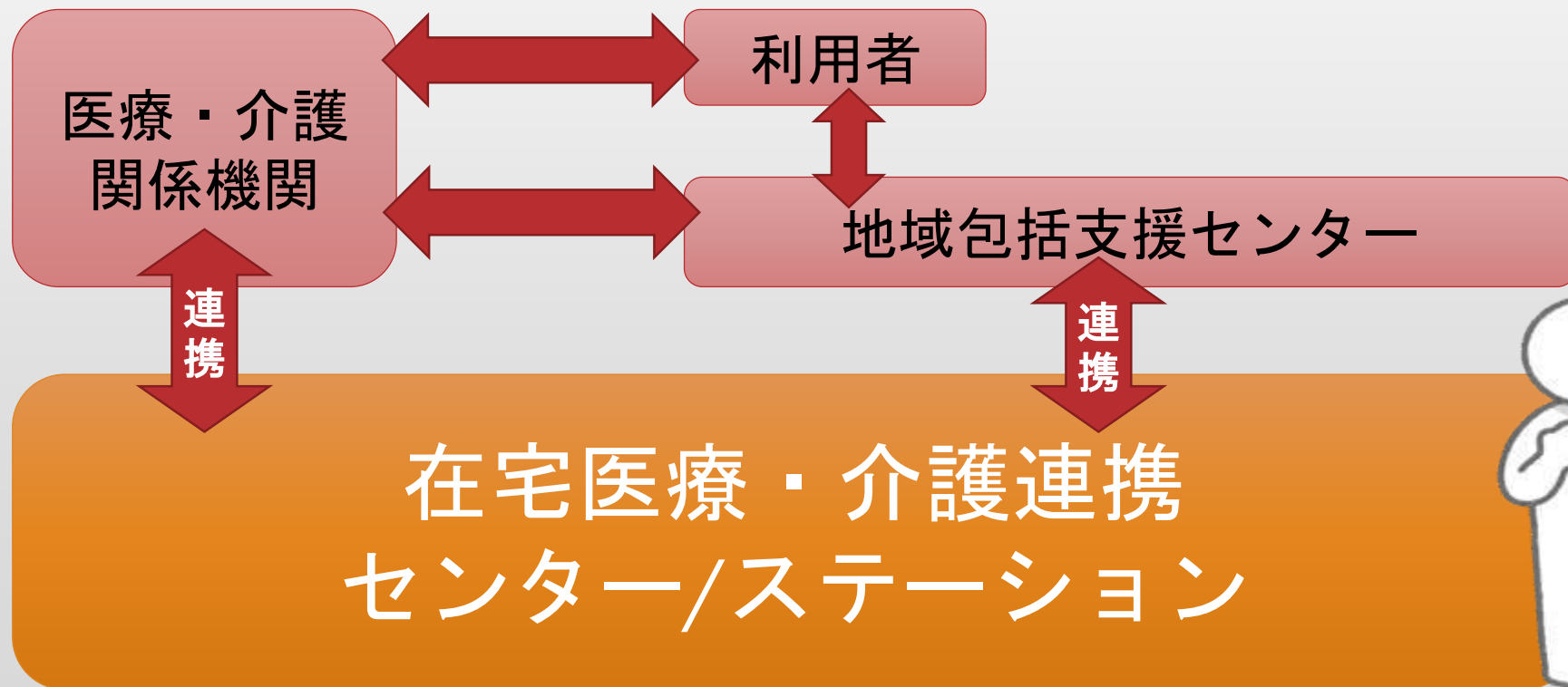


**在宅医療介護連携
センター/ステーションを
各都道府県に設置！！！！！！**

今回の提言1で参考とした先行例

【新潟市 在宅医療・介護連携センター/ステーション】

医療・介護それぞれのサービス提供者の連携を推進！



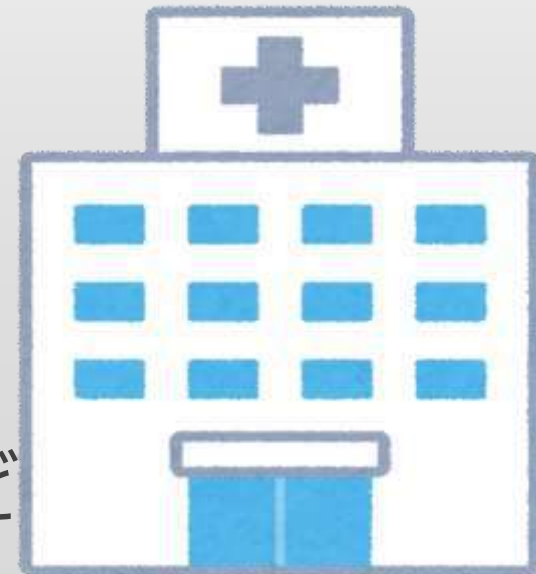
在宅医療・介護連携センター/ステーションの全国配置

【場所】

- ・各都道府県の**市**ごとに設置
(政令指定都市など人口の多い市は**区**ごと)
- ・市の医師会や地域連携室のある病院に窓口を設置

【業務内容】

- ・**在宅医療介護連携推進事業**(ア)～(ク)
→医療・介護資源の把握、課題の抽出、啓発活動
多職種連携・市町村連携推進、医療関係者の研修など



在宅医療・介護連携センター/ステーションの全国配置

【財源】

- ・可能な限り**スクラップアンドビルド**
- ・**医療費削減**分をまわす

(提言 3 による二重検査・重複投薬の回避による)



在宅医療・介護連携センター/ステーションの全国配置

市町村は現在

「ノウハウ不足・医師会の動かし方が分からない」

などの理由で在宅医療・介護連携推進事業にはほぼ取り組めていない

**各機関との情報共有
ノウハウの蓄積**

**センター同士の連携・役割分担による
推進事業の促進が可能に！**

提言その2

～医師不足地域の医師確保～

今回の提言で参考とした先行例

- 岩手県

地域医療基本法の提言

- 長崎県

医師の雇用

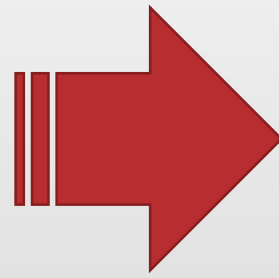
離島への医師不足地域への医師派遣

- 三重県

後期研修プログラムによるキャリアアップ支援

今回の提言の流れ

医療法の改正



国・県による
雇用数設定

医師派遣実績・
確実に休日が取
れているかの
チェック

県を主体とした
各地への配置・
過疎地域の医師
のバックアップ



医療法改正

現在医療法には30条の19から30条の27には、医師の需給に関する都道府県の責務を規定

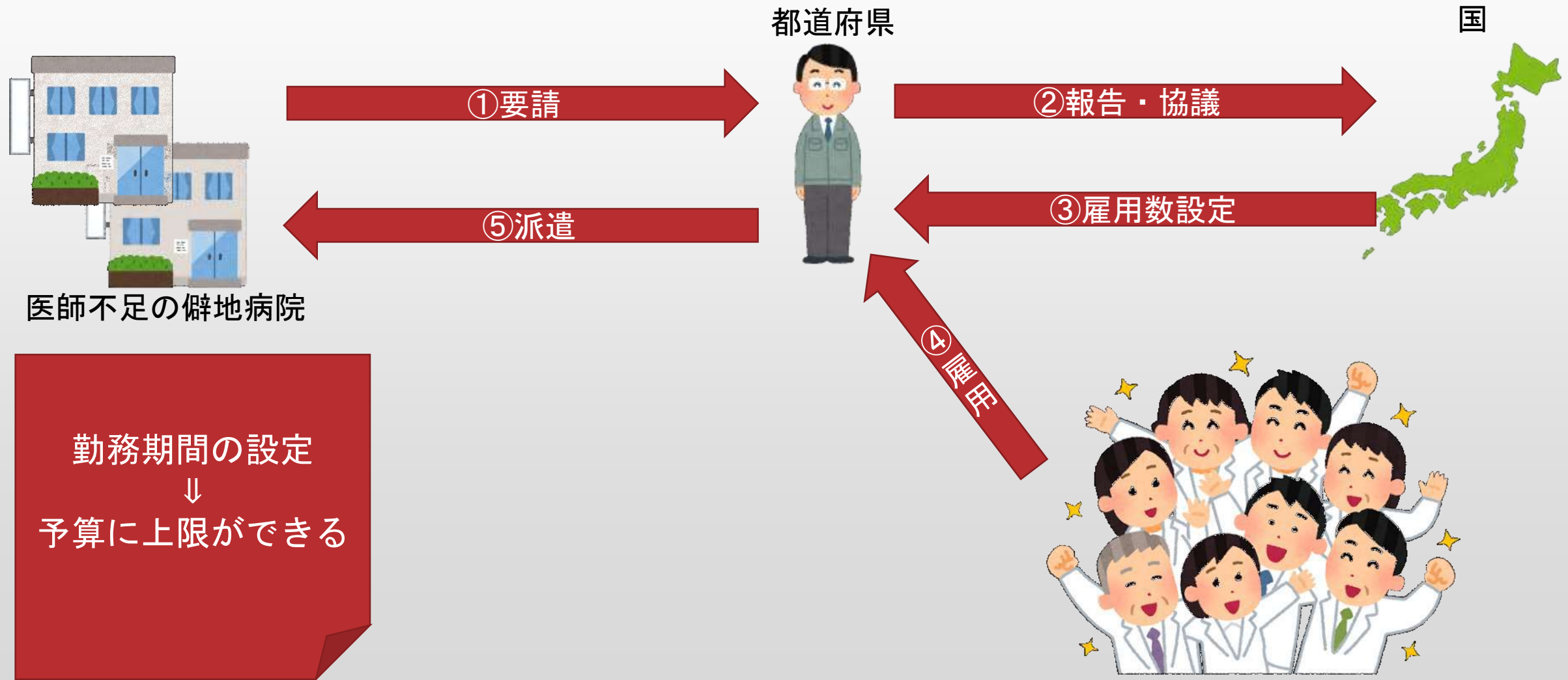
自治体の取り組みには限界がある

都道府県の責務はそのままに
国はマクロ的視点で、医師の計画的な養成、医師の適正な配置を行う責務を明記



法

派遣医師雇用事業



勤務期間の設定
↓
予算に上限ができる

医師派遣の例(長崎県ドクターバンク事業)

①県内の離島に所在する市町からの要請

②医師を全国的に公募して、長崎県職員として採用

③県内の離島診療所に派遣

【特徴1】県職員(常勤の地方公務員)として採用し身分を保証

○給 与:市町村が支給、**1,600万円程度**／年(免歴10年))

○退職金:県が支給

【特徴2】有給の長期自主研修を保証

○給 与(自主研修期間):市町村が支給(**1,200万円程度**／年(同上))

○原則として2年間で1単位として、**1年半の離島勤務後、半年間の有給の自主研修を保証。**
これを繰り返す(2単位まとめて、3年間勤務後、1年間の自主研修も可)。

【特徴3】24時間365日支援

○県の離島・へき地医療支援センター専任医師が、国立長崎医療センターの協力の下、派遣医師の相談にいつでも応じる(必要に応じ、診療応援や代診医としての支援も)。

→ 上記特徴により、離島勤務に際しての不安(専門外対応、離島勤務長期化、最新医学からの遅れ)を解消。**現在までに6名の採用・派遣実績(16年4月～)。**

診療が少なくても公務員としての給料で生活していける!!!!



僻地診療のバックアップ

グループAの雇用
数は6

需給調整

地域医療支援センター
(もしくは県の地域医療)

グループA

地域医療支援病院



過疎地
病院

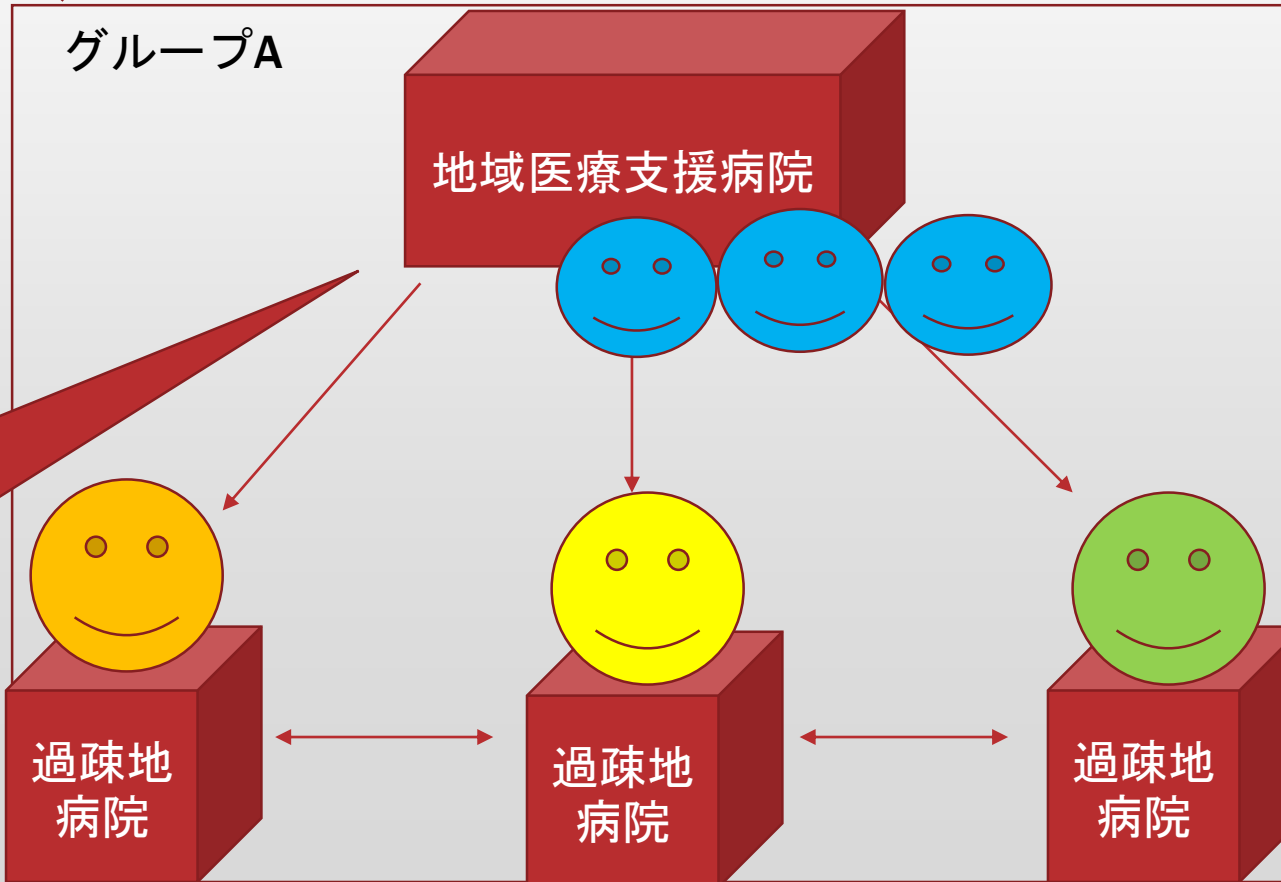
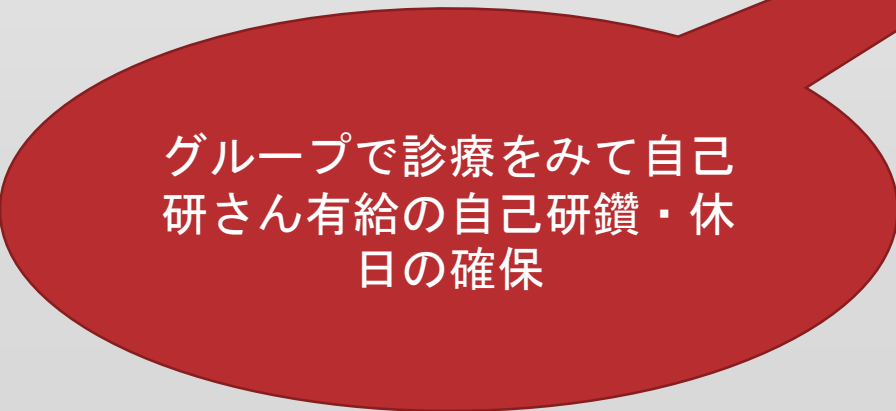


過疎地
病院

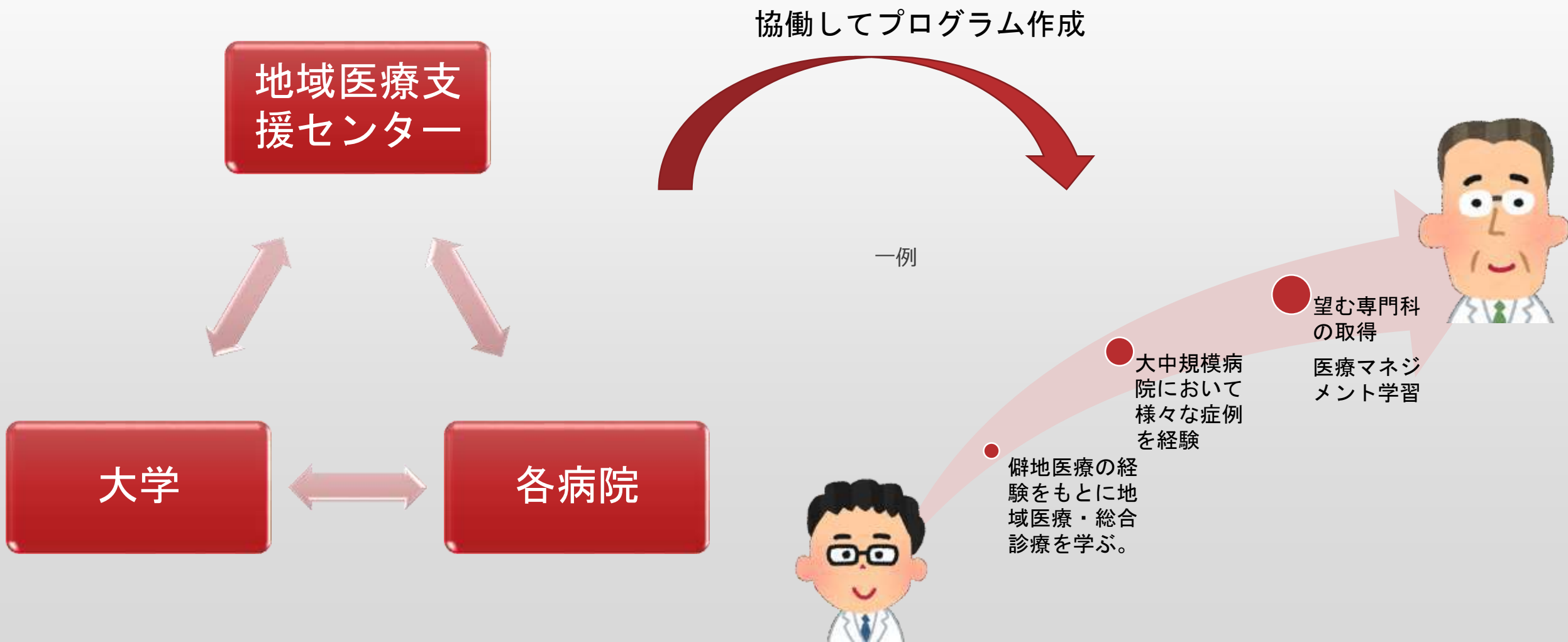


過疎地
病院

グループで診療をみて自己
研さん有給の自己研鑽・休
日の確保



勤務後のキャリア支援



提言その3

～住民啓発・予防～

今回の提言で参考とした先行例

沖縄県



静岡県



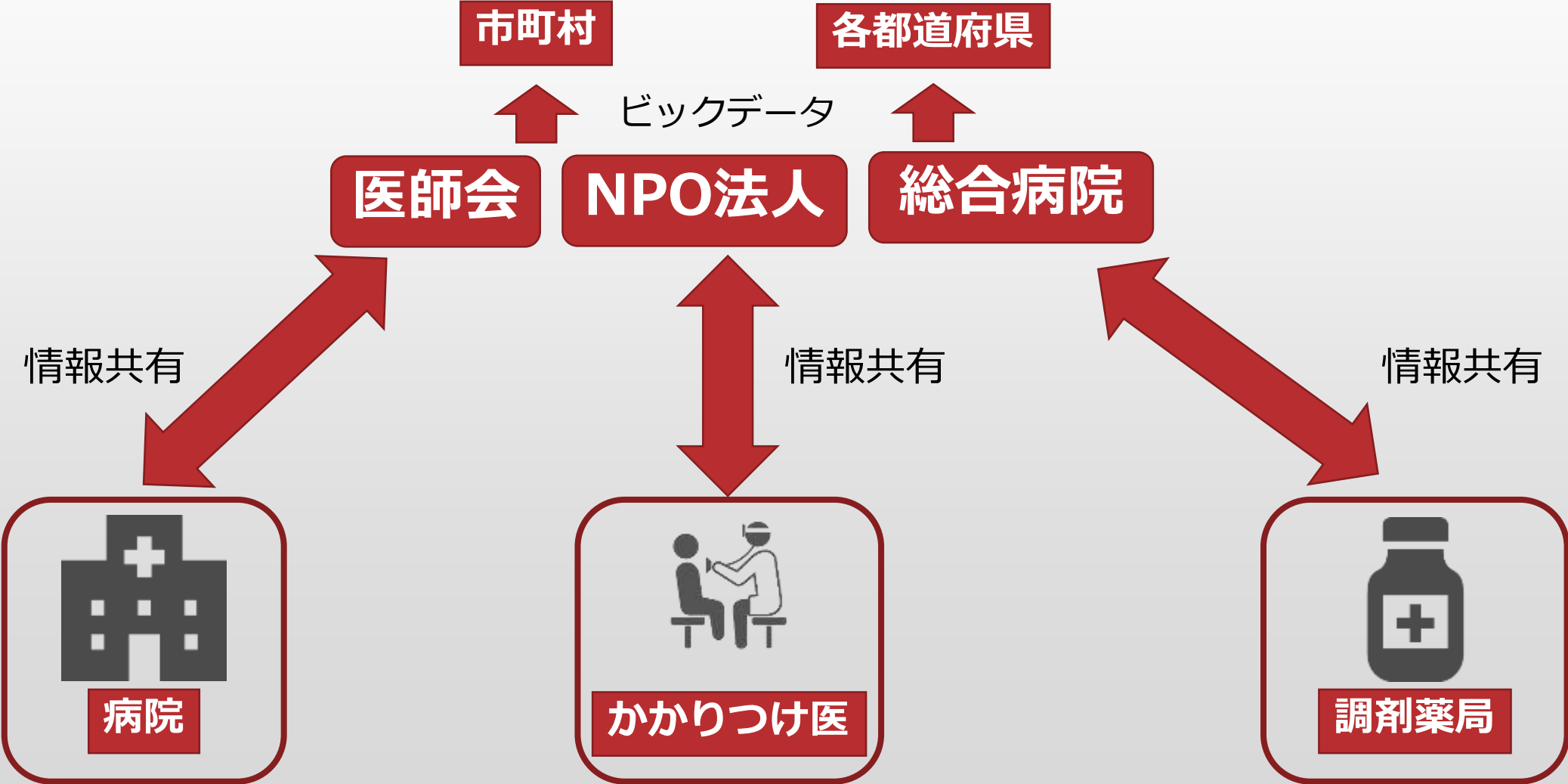
長崎県



長野県



地域医療連携ネットワークの現状



現状の問題点



都道府県ごとに
異なるサービス

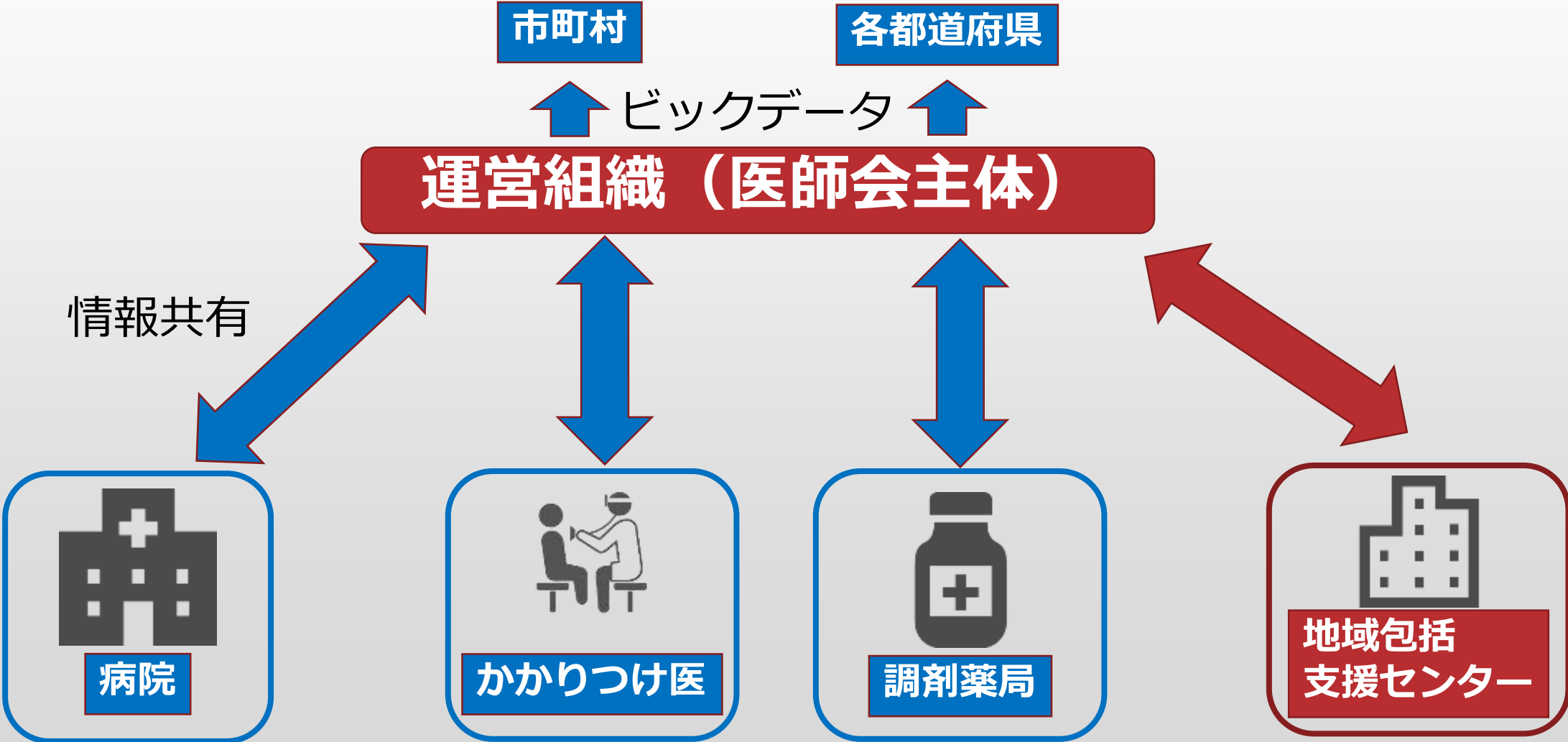
- ・ システムの運営組織
- ・ 連携ネットワークの範囲
(県レベル/第2次医療圏レベル/病院レベル)
- ・ 個人情報保護の取り扱い



システム運営上の
不備・欠点

- ・ 加入者が少ないと成り立たない
(国民・診療機関のいずれも)
- ・ 介護との連携・民間サービスとの連携が不十分

地域医療連携ネットワークの統一



導入のメリット



重複検査・処方の
防止



救急時の効率的な
対応が可能に



スムーズな診断が
可能に



ビックデータに基づく
政策やビジネスの展開



効率的な医介連携

推進までの道のり

・電子カルテの導入が遅れているなど、すべての病院・診療所での情報共有は時間がかかる



日本医師会が提案する「かかりつけ連携手帳」を各都道府県が配布。アナログデータでの連携も行う



電子カルテの普及など、一定の環境が整い次第、ネットワークに完全移行していく



参考資料

厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 中間取りまとめ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120207_6.pdf

地域枠入学制度と 地域医療支援センターの実情に関する 調査報告 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120210_2.pdf

国立国会図書館「医師不足の現状と対策—医師養成数と医師の配置を中心に—」
http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_10317579_po_0954.pdf?contentNo=1

地域医療支援センターに係る情報交換会

地域医療基本法(仮称) の制定で医師の地域偏在の解消を <http://chiikiiryuu-iwate.jp/>

ながさき地域医療人材支援センター <http://ncmsc.jp/>

おきなわ津梁ネットワーク <http://www.shinryo.okinawa.med.or.jp/>

平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000176775.pdf>

地域包括ケアシステムとは？ みんなの介護 <https://www.minnanokaigo.com/guide/homecare/area-comprehensive-care-system/>

平成28年版厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える— http://www.nenkinsha-u.org/04-youkyuundou/pdf/kourousyou_roudou_hakusyo_gaiyo_h28.pdf

在宅医療・介護連携推進事業について <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000077428.pdf>

参考資料

今後の検討の全体構造」と関連する現状・施策について(平成28年 新たな医療の在り方を踏まえた 医師・看護師等の働き方ビジョン検討会)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000142858.html>

住民の不適切な病院利用 http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Article/325/40/jisyu,0.pdf

厚生労働省「地域包括ケアシステム」http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf#search=%27%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E5%8C%85%E6%8B%AC%E3%82%B1%E3%82%A2%E3%82%B7%E3%82%B9%E3%83%86%E3%83%A0%27

厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/shour aizou_120106.pdf

日本医師会「地域包括ケア実現に向けたかかりつけ連携手帳の提案」http://www.med.or.jp/people/info/people_info/003808.html

全国連携実務者ネットワーク <http://www.renkei-network.net>

医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状(2016年版) http://www.jmari.med.or.jp/download/WP375_data/intro.pdf

ご清聴

ありがとうございました

