



日医発第155号（地域）

令和6年4月10日

都道府県医師会 会長 殿

公益社団法人日本医師会
会長 松本 吉郎
(公印省略)

2022・2023年度病院委員会審議報告の送付について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会の病院委員会では、諮問「第8次医療計画で求められる医師会の役割」について、2年間にわたり検討を行ってまいりました。

今般、答申である審議報告が取りまとめられ、本職宛提出されましたので、ご参考までに1部お送りいたします。ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。

追って、別冊の「委員会発表スライド」については、大部でもあるため、本会のメンバーズルーム内の下記の病院委員会のページにてご覧ください。また、全ての方がアクセス可能な日医オンライン等のページに掲載予定でありますことを申し添えます。

記

- ・病院委員会ページ（メンバーズルーム内）

<https://www.med.or.jp/japanese/members/iinkai/meibo/byoin.html>

(サイトトップ>医師会活動について>日本医師会 会内委員会>病院委員会)

以上

2022・2023 年度
病院委員会審議報告

「第8次医療計画で求められる医師会の役割」

2024 年 4 月

日本医師会 病院委員会

2024年4月4日

日本医師会長

松本吉郎 殿

病院委員会

委員長 松田 晋哉

2022・2023年度病院委員会審議報告
「第8次医療計画で求められる医師会の役割」

本委員会は、2022年12月15日に開催された第1回委員会において、貴職より「第8次医療計画で求められる医師会の役割」について検討するよう諮問を受け、7回にわたり議論を重ねてまいりました。

地域医療計画の目的は、各地域が直面する医療提供体制の課題に対する対応策を示すことですが、高齢化や利用可能な医療介護資源の状況について、わが国には大きな地域差があります。したがって、国の示すガイドラインに沿って5疾病6事業の記載を行うだけでは、各地域の課題に応えるための実効性のある地域医療計画にはなり得ません。地域医療計画の実効性を高めるために何が必要であるのかという視点から、病院委員会における7回の検討を踏まえて、「第8次医療計画で求められる医師会の役割」について、以下のように答申いたします。

2022・2023 年度病院委員会 委員

委員長	松田 晋哉	(産業医科大学医学部教授)
副委員長	堂前 洋一郎	(新潟県医師会会長)
委員	生野 弘道	(大阪府私立病院協会会長)
〃	猪口 正孝	(東京都医師会副会長・当時)(令和5年7月18日迄)
〃	浦田 士郎	(愛知県医師会理事)
〃	太田 圭洋	(日本医療法人協会副会長)
〃	大屋 祐輔	(沖縄県医師会常任理事)
〃	荻野 和功	(静岡県医師会理事・当時)(令和5年5月29日迄)
〃	小熊 豊	(全国自治体病院協議会会長)
〃	河北 博文	(東京都病院協会名誉会長)
〃	菅野 隆	(日本精神科病院協会常務理事)
〃	神野 正博	(全日本病院協会副会長)
〃	齊藤 正身	(埼玉県川越市医師会会長)
〃	佐古 和廣	(北海道医師会副会長)
〃	清水 正人	(鳥取県医師会副会長)
〃	鈴木 龍太	(日本慢性期医療協会常任理事)
〃	仙賀 裕	(日本病院会副会長)
〃	土谷 明男	(東京都医師会副会長)(令和5年7月18日より)
〃	鶴谷 英樹	(群馬県医師会理事)
〃	長谷川 友紀	(東邦大学医学部教授)
〃	淀野 啓	(青森県医師会常任理事)

目 次

1. 高齢者救急への対応力の強化	1
2. 医療施設間の適切な機能分化と連携に対する助言機能の強化 ...	3
3. 高齢化への対応力の強化	5
4. 健康危機管理体制確立のための中心的役割	7
5. 情報化への積極的なかかわり	9

【発表資料編・抄録目次】

(※ 委員会での発表の抄録、発表スライドは別冊)

- ・発表 1. 医療と介護の連携について（鶴谷委員） …………… 11
- ・発表 2. 日本の認知症施策の現状と課題（菅野委員） …………… 14
- ・発表 3. 機能分化と連携の推進—高齢者救急の視点から急性期
機能の集約化を考える—（太田委員） …………… 16
- ・発表 4. 新潟の地域医療構想の現状と展望（松本晴樹・新潟県福
祉保健部長、堂前副委員長代読） …………… 19
- ・発表 5. 地域医療を守るための医療連携推進法人（佐古委員、
松田委員長代読） …………… 22
- ・発表 6. 5月8日以降に広がった沖縄の新型コロナウイルス感染
症第9波を振り返って（田名毅沖縄県医師会副会長） ……………25
- ・発表 7. 大阪府の新型コロナウイルス感染症検証報告から今後
の取り組み～民間・200床未満・4病院～（生野委員） ……………28
- ・発表 8. 過疎地を支える基幹病院として（神野委員） …………… 30
- ・発表 9. 医療と介護の連携について（斉藤委員） …………… 33

1. 高齢者救急への対応力の強化

今期の病院委員会においては、高齢化が入院医療、そして、特に救急医療に対して、どのような影響をもたらしているかについてのデータの分析がなされるとともに、第一線で対応している委員から実践報告として示された。具体的には、誤嚥性肺炎、肺炎、心不全、股関節・大腿近位骨折、尿路感染症、脳梗塞といった、高齢者救急の多くを占める傷病においては、要介護高齢者からの発生が多いことがデータとして示され、医療と介護との連携が不可欠であることが再確認された。今後、高齢化の進行に伴い高齢者救急の件数が増加するが、働き方改革の影響も考えると、多くの地域で、現状のままではこの増加に対応しきれない可能性がある。そこで、症状が軽いうちに、できれば日勤帯にこうした高齢患者が病院に運ばれてくる体制づくりが複数の委員から提案された。この際、参考となるのが、函館市で医師会が主体となって構築している ICT を活用した情報共有の仕組みである。また、症状が軽いうちに急性期病院に紹介する仕組みは、熊本市において、済生会熊本病院と地域の診療所及び介護施設との間で、心不全を最初の例として実装されている。紹介のための基準や連絡方法は、地区医師会会員と済生会熊本病院の担当者との間でマニュアル化され、その一般化が目指されている。こうした地域版の RRS (Rapid Response System) 的な仕組みの構築に各地域の医師会が積極的に関わるべきだろう。

加えて、今後、増加する高齢者救急への対応については、トリアージを含めて一次救急の役割強化が、二次救急、三次救急を担う病院の負荷が過度になることを防止するために不可欠である。したがって、各地区の医師会が運営する休日夜間急患センターの役割が重要になる。地域医療計画における救急医療の提供体制において、医師会が運営する休日夜間急患センターの役割が明確に位置付けられる必要がある。一次救急の場は、初期臨床研修の場としても重

要であると考え。勤務する医師確保の点からも、初期臨床研修医が、地域の医師の指導を受けながら休日夜間急患センターを継続的にローテートする仕組みの創設が望ましい。

また、高齢者救急への地域対応力を高めるためには、治療後のステップダウン機能が地域で準備されている必要がある。そうした受け入れ側の体制整備についても、調整会議で具体的に検討されなければならない。

加えて、住民の救急医療への適正受診を促進するために、医療機能情報提供制度を活用すべきである。この活用促進にあたっては、行政と医師会の協力体制が不可欠となる。

2. 医療施設間の適切な機能分化と連携に対する助言機能の強化

限りある医療資源の効率的な活用を進めるために、各地で医療機関の連携体制の構築や医療機関の統廃合等が行われている。しかし、これらのプロジェクトのなかには、地域医療の現状を無視した無理な計画があることが委員より指摘された。具体的には、ある都市部において、中小民間病院が二次救急において果たしてきた役割を無視して進められた公的医療機関の統合の例が紹介された。この事例では、それまでは民間病院が対応していた要介護高齢者から発生する誤嚥性肺炎や尿路感染症のような症例までが、統合で新たにできた高度救急センターに集中してしまったために、新病院の機能が十分発揮されない事態が生じたのみならず、これまで高齢者救急を担ってきた民間病院の対応能力が低下し、地域全体として救急対応力が落ちていることが紹介された。また、地域の現状に配慮しない大学病院の機能拡大についても意見が出された。

他方で、北海道の上川北部医療圏においては、人的資源の厳しい状況で、高齢化の進む地域の医療需要に応えるために名寄市立総合病院が急性期、士別市立病院が急性期後を担う病院として機能分化と両病院間の連携を強化し、地域医療の安定化に成功した事例が報告された。現在、両病院は地域医療連携推進法人を形成し、さらに協力の度合いを高めている。しかし、この連携体制の構築にあたっては、士別市立病院の病院長が、病院機能の転換にあたって、首長や議会、住民、病院関係者の説得に非常に苦労したという経験が紹介された。こうした問題を解決するためには地域医療の現場をよく理解している、地域の医師会会員からの助言が有効だろう。

以上の事例はいずれも、各地域において必要とされている医療機能について検討するためのデータ分析が不可欠であることを示している。National Database や DPC および病床機能報告の公開データ、日本医師会の地

域医療情報システムなど、検討に有用な情報は数多く公開されている。しかしながら、こうしたデータを活用できる自治体職員は少ない。様々な部署をローテートすることが一般的な自治体職員の場合、医療介護データの分析に長けた専門職になることは難しい。日本医師会と都道府県医師会及び地方自治体との協力のもと、各レベルの医師会がこうした情報分析とその結果のわかりやすい説明を行政とともに担う体制が必要である。そして、その結果に基づいて地域医療構想の内容が検討され、その進捗状況がモニタリングされるべきだろう。このような分析の支援についての日医総研の役割が重要となる。

3. 高齢化への対応力の強化

高齢化の進展は医療介護の複雑なニーズを持った患者の数を増大させる。その対応は、現在の地域医療計画でガイドラインに沿って記述される5疾病6事業の記述だけでは不十分である。委員会では認知症対応について、MCI、初期、中期、後期、緩和ケア、施設及び在宅ケアなどを包括した認知症地域包括ケアパスの概念図が紹介された。認知症に限らず、高齢社会はこのような複合的な対応が、がんや脳卒中など種々の傷病について必要となる。こうした包括的・継続的ケアが地域で可能になるには、1で述べた高齢者救急だけではなく、医療と介護との間で調整機能を担う、地域のかかりつけ医の役割が重要になる。現行の地域医療計画は病院医療、中でも急性期の入院医療に力点が置かれた記述になりがちである。しかし、地域の高齢化の進行は、こうした複合ニーズを持つ高齢患者の対応を第一線で行う診療所の機能の重要性を高める。そして、この議論は、かかりつけ医機能の明確化にもつながり、また病診連携の具体的な形の提案にもつながるものである。この視点からのデータ分析と、分析結果に基づく提言を地域医療計画に反映させることが医師会の重要な役割であると考えられる。

また、高齢化の進展によって総合的な診療能力を有する医師の需要が高まっていることに医師会として対応が求められている。新潟県では県医師会と新潟大学医学部の協力のもと、総合的な診療能力を有する医師を育成するためのリカレント教育を行っている。このような試みが全国で行われるべきだろう。この際、すでに日本病院会などの病院団体が行っている研修制度の活用も検討されることが望ましい。

複数の慢性疾患を持った高齢の患者が増加していることを踏まえれば、専門医制度においても一定期間、地方の医療機関で多様な傷病をもつ患者の診療にあたることについて、各専門医の研修課程の中で積極的に評価する仕組

みが望ましい。日本医師会と日本専門医機構との間で建設的な議論が行われることを期待したい。

4. 健康危機管理体制確立のための中心的役割

Covid-19 の流行にあたっては、情報基盤の未整備、諸外国と比較して不十分な病院の人的資源などの不利な条件があつたにも関わらず、わが国はイギリスやイタリアが経験したような医療崩壊という事態には至らなかった。初期の一見過度にも見えた陽性者の隔離対策で、ウイルスの毒性が強く、またワクチン等の対応策もなかった時期に、人から人への感染期間を延ばすことができたこと、そしてその後の感染者の増加時機に、プライマリケアでの対応力が高まったことが、諸外国と比較してわが国の対策が良好な結果を生んだ要因であると考えられる。委員会で紹介された沖縄県の事例はまさに、そのようなケースであった。

新興感染症のパンデミックや自然災害などの健康危機は、今後も繰り返される。今回の Covid-19 の流行及び能登地方の震災後の JMAT の活動経験などをもとに、健康危機管理体制の確立が求められる。健康危機管理発生時重要となる HER-SYS などの情報基盤の整備に関する議論が進んでいない。沖縄県医師会をはじめとして、いずれの地域においても、Covid-19 の際の体制づくりに関して各地域の医師会が参画したはずである。その知見を集約し、実効性のある健康危機管理体制の構築を、医師会として具体的に提案すべきである。この際プライマリケアの重要性が強調されるべきであると考えられる。

健康危機への対応に当たっては、平時から余裕のある人材、資材、病床があることが不可欠である。このような準備については診療報酬ではなく、国土強靱化を目的とした省庁横断的な補助金で行うことが妥当である。また、健康危機の如何に関わらず、今後、わが国では老朽化した医療施設の建て替え問題が発生する。人口構造の変化を踏まえながら、地域のニーズを分析したうえで、そのニーズに合致した病院の建設に際しては補助金を投入する仕組みが必要である。こうした資本部分への公的補助金の投入はフランスやドイツ、アメリカ

カにおいても行われている仕組みである。現在、わが国の医療機関の多くが人材確保に大きな困難を抱えている。現行の診療報酬で、他産業と同様のベースアップを行うことは難しく、このことが病院における人材確保を難しくしている。経済的処遇の改善無にこの問題を解決することは難しい。病院側が効率的な運営を行うことが前提ではあるが、人的資源の確保に対する診療報酬上の配慮や補助金の導入についても検討されるべきである。地域から医療機関が無くなることも健康危機であるという認識が必要である。

5. 情報化への積極的なかわり

現在、国レベルでは医療及び介護の情報基盤の構築に向けた議論が活発に行われている。大学の研究者が多く参加するそうした議論の場では、ともすれば情報の二次利用に偏った提言が行われがちである。情報化の最も重要な目的は、現場の医療・介護関係者が、患者や利用者の治療及びケアに必要な情報を、適切なタイミングで活用できる体制づくりである。その視点から医療現場の情報化が議論されなければならない。どのような情報が共有されるべきかについては、医師会が中心となり、三師会、看護協会、介護関係者、ソーシャルワーカー、自治体関係者が参画して、実務者の視点から情報化を行った函館市の好事例がある。現場の実務者の視点で構築されたので、函館方式は長く実務で活用されている。

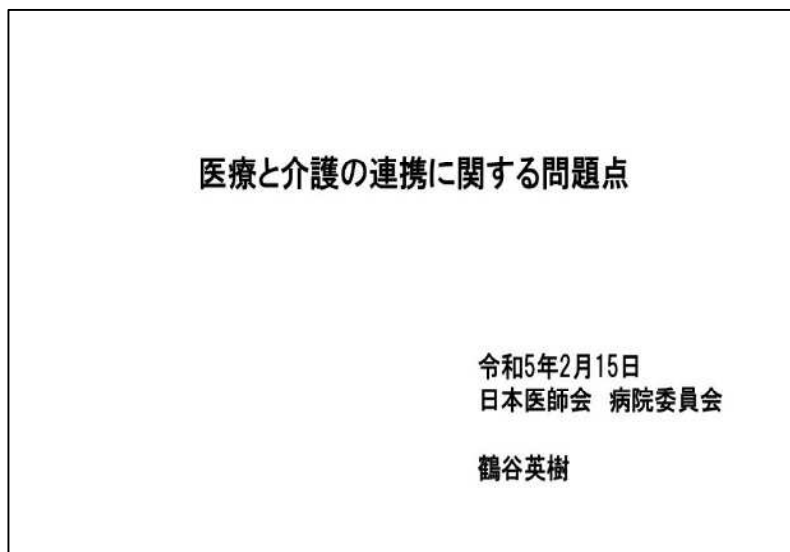
また、このような実務者の視点で集められた情報こそが、適切な医療計画を、それぞれの地域の特性を踏まえて策定するために役立つものである。また、こうした情報化は、複合化した医療介護ニーズを持った高齢者の日常的な診療を行う地域の診療所や薬局、介護施設の関係者が使いやすいものでなければならない。この視点からの提言を日本医師会は積極的に行うべきである。その意味でも日本医師会が注力してきた ORCA システムのさらなる機能強化が必要であると考えられる。

【再掲：発表資料編・抄録目次】

(※ 委員会での発表の抄録。発表スライドは別冊)

- ・ 発表 1. 医療と介護の連携について（鶴谷委員） 11
- ・ 発表 2. 日本の認知症施策の現状と課題（菅野委員） 14
- ・ 発表 3. 機能分化と連携の推進－高齢者救急の視点から急性期
機能の集約化を考える－（太田委員） 16
- ・ 発表 4. 新潟の地域医療構想の現状と展望（松本晴樹・新潟県福
祉保健部長、堂前副委員長代読） 19
- ・ 発表 5. 地域医療を守るための医療連携推進法人（佐古委員、
松田委員長代読） 22
- ・ 発表 6. 5月8日以降に広がった沖縄の新型コロナウイルス感染
症第9波を振り返って（田名毅沖縄県医師会副会長）25
- ・ 発表 7. 大阪府の新型コロナウイルス感染症検証報告から今後
の取り組み～民間・200床未満・4病院～（生野委員）28
- ・ 発表 8. 過疎地を支える基幹病院として（神野委員） 30
- ・ 発表 9. 医療と介護の連携について（斉藤委員） 33

発表1抄録. 医療と介護の連携について（鶴谷委員）



超高齢化社会に突入し医療・介護ニーズの変化も生じ、その連携面においても問題が浮き彫りになってきている。

医療と介護の連携においては、地域格差や人材不足、さらには認知不足など様々な問題があり今後の課題となっている。そのような中一つの問題として、在宅という枠組みの限界があるのではないかと考える。在宅介護とは、狭義では、もともと住んでいる自宅での訪問診療や介護サービスを受けることと捉えられるが、診療報酬上では病院や特殊な施設以外が在宅と定義されており、その幅がかなり広く医療・介護の連携面においても影響しているといえる。在宅という括りではなく、「在宅介護」、「施設介護」等に分け、その中で「施設」での医療・介護サービスのチェックを包括的に行う取り組みが必要かもしれない。

「介護施設」の問題点として、緊急性がある場合や新型コロナ感染でのクラスター発生時の対応などで、施設間の格差が挙げられる。もともと介護施設には協力医療機関を設けることが必須となっているが、これが有名無実化しておりほぼ機能していないとの指摘もある。加えて配置医師がいる施設では素早い対応ができる可能性が高い反面、診療報酬上配置医師へのメリットが少ないため配置医師を断るケースも多く出てきている。また在宅療養支援診療所においては、診療行為はある程度明確に取り決められ、それなりの診療報酬が見込まれているため地域包括ケアを担う重要な役割といえる。しかしながら、平時のさ

ほど重篤ではない場合にはその役割を果たすが、入院を要する緊急時においては、後方支援の病院との連携が整わず最終的に、何かあったら救急車を呼んで済ませるといった事例も少なくない。またACPの取り組みも多く地域で進んでいるとはいえ、急変した際には患者自身やご家族の希望どおりならず救急搬送に至ることも見受けられる。もちろん、常時から積極的に様々な取り組みを行い医療サイドとの連携が十分に取れている施設もあるため一概には言えないが、施設側の取り組み次第で医療サイド側への負担や場合によってはその結末が変わってしまうことは問題であり、何らかの介入が必要ではないだろうか。例えば新型コロナウイルス感染症を機に、感染症対策に関しては、向上加算として医療機関とりわけ病院と診療所との間での連携を強める仕組みづくりが診療報酬上で開始された。これによりかかりつけ医が施設でのクラスター対策へと繋がるのが期待されるが、このような仕組みを感染症に限らず、救急対策やACP並びに医療事故等での分野でも診療報酬または介護報酬上に加算として組み入れ、日常での連携を制度化して行くことは必要かもしれない。

また地域包括ケアにおける連携面では、情報の素早い共有が必要で、この点においてはICTを利用した地域連携ネットワーク（地連ネットワーク）の確立が不可欠といえる。IT化が進む中、介護施設での有用な情報の受領は物理上可能と思われるが、多くの地域で開始されている地連ネットワークではまだ普及が十分とは言えない。模範的な事例として北海道函館地域で行われている地連ネットワーク「道南MedIka」が挙げられ、ここでは数多くの介護施設だけでなく、各圏域の高齢者支援センターなども巻き込んだ地域全体の連携システムとなっている。このようなモデルケースを、国が主体となって各地域に合わせて修正して普及させることも必要と考える。

また在宅療養中の急変時の問題も各地域において発生している。心筋梗塞や脳卒中など3次救急などを担う高度医療機関で素早く対応をしなければならないケースはもちろんあるが、多くの場合誤嚥性肺炎や尿路感染など1次～2次救急まででも十分に対応できる症例の方が圧倒的に多い。このような中等症以下の症例では、日中の診療時間内では多くの医療機関で対応が可能である反面、夜間等の時間外の場合対応ができず、高度の医療機関

に搬送される事に繋がっている。この点から 2 次救急の医療機関とは別に、日常から綿密に地域包括ケアに対して取り組む、プライマリケアを担う病院「プライマリケアホスピタル」が提唱されている。これは先に述べた ICT を用いた地連ネットワークにて平時にかかりつけ医と綿密に連携し、緊急時にまず対応し必要に応じて 2 次救急病院へ繋ぐ役割を担うものである。現在協力医療機関や後方支援病院が有名無実化しているため、それらに代わって介護施設を中心とした地域に密着した機能を担う病院といえる。

今後、医療と介護の一体化を具体的に進めていくためには、平時からの密な連携が不可欠である。そのためにも国が診療報酬上での連携面でなんらかの加算や、情報共有の観点からも地連ネットワークへの抜本的な介入が望まれる。

発表 2 抄録. 日本の認知症施策の現状と課題（菅野委員）



1. 認知症高齢者の推計人数

2030年から2050年にかけて、日本では744万人から797万人と約50万人増え、世界では7470万人から1億3150万人と2倍近くに増加すると推計されている。年齢別では85歳以上の割合の増加が著しい。

2. 我が国の施策の経緯

昭和38年に老人福祉法制定、57年に老人保健法成立、61年痴呆性老人対策推進本部の設置を経て、平成元年に高齢者保健福祉促進10か年戦略（ゴールドプラン）を策定、11年まで見直しを繰り返した。平成17年には「痴呆」から「認知症」に用語を改め、24年に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定した。25年、国の医療計画制度の下で精神医療が加わり「5疾病5事業」となり、令和元年に認知症施策推進大綱が制定された。

3. 認知症施策推進大綱

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごす事を目指し、本人や家族の視点を重視して「共生」と「予防」を両輪とする施策が、令和元年に閣議決定された。

4. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、初期集中支援チームを各市町村に、認知症疾患医療センターを各地域に設け、かかりつけ医や認知症サポート医と連携して患者と家族をサポートする体制が整う事を目指した。

5. 認知症疾患医療センター運営事業

鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での医療提供体制の構築を図る事業で、平成 20 年に創設された。本人や家族の不安を軽減するよう行う支援、介護サービスとの連携推進を目的に、全国 500 ヶ所設置することを目標とした。(令和 4 年 5 月現在 496 ヶ所)

6. 認知症地域包括ケアパス概念図

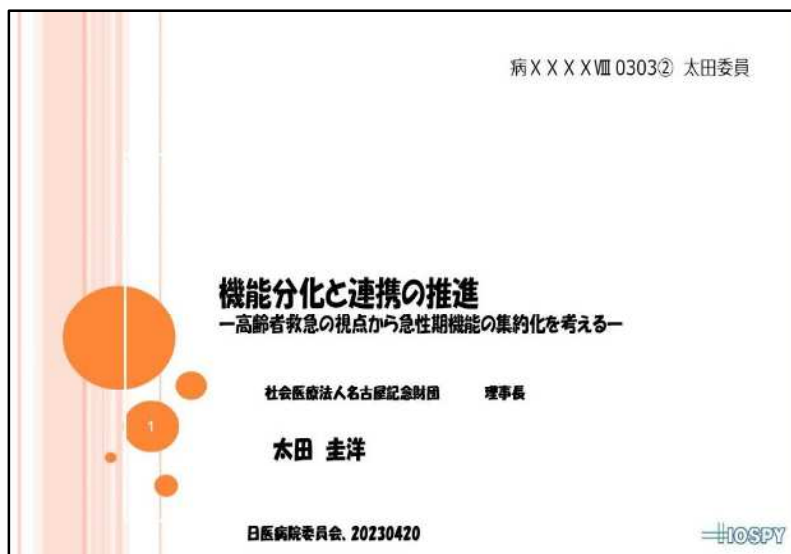
認知症の気づきから MCI、初期、中期、後期、緩和ケアまでの間、在宅ケアと支援、在宅もしくは施設での看取りまでを時系列に、介護分野、医療分野で必要と思われるサービスを想定して計画する。

7. 抗認知症薬について

従来抗認知症薬は症状の進行を抑制するが、病態そのものの進行は抑制できなかった。令和 5 年に承認された薬剤はその点を期待されるが、高額である。

以上、国から示された施策について日本精神科病院協会でもとめた内容を、グラフを示しながら簡便に述べた。

発表 3 抄録. 機能分化と連携の推進—高齢者救急の視点から急性期機能の集約化を考える— (太田委員)



我が国の新型コロナウイルス対策によって表面化した医療の諸問題に対処するという名目で、医療提供体制の改革をよりラディカルに加速させる動きが出現している。かかりつけ医機能の制度化もそうであるが、病院間の機能分化・連携を推進していく地域医療構想の加速もその一つである。

地域医療構想の推進自体は非常に重要な課題である。しかし「地域医療構想の推進、医療機関間の機能分化と連携、急性期機能の集約化」は、無条件で「より効率的で良質な医療提供体制」につながる、と多くの識者・政治家は疑問を持たず認識している。しかし都市部において、ほんとうにそれは正しいのか、一度、しっかり考える必要がある。現在、地域医療構想に関連し、さまざまな副作用も出始めている。

首都圏含め大都市を有する都道府県では、今後の人口減少局面でも、2040 年にかけて、大幅な高齢者人口の増加が見込まれている。特に 85 歳以上人口の増加が主体であり、その多くは単身世帯、老老の世帯である。核家族化が進み地域コミュニティーが希薄になった現在の都市部において、これらの患者の医療を、特に状態の急変時にどのように対応していくかは大きな課題である。かかりつけ医機能の強化や在宅医療体制の充実も重要ではあるが、基盤となるべきは、二次救急対応体制の維持である。そして、その機能は多くの都

市部において中小の民間病院が担っている機能である。

しかし、現在行われている地域医療構想では、都市部・地方部の区別なく、公立・公的病院の集約化と大規模病院化が進められている。重点地域に指定された場合にはかなりの資金支援も行われることから、都市部においても公立病院の集約化が進みつつある。

ある県では、二つの県立病院が集約化され 700 床台の巨大病院が設立されたが、統合前と比較し、繰入金含む実質赤字は約 3 倍に拡大した例もある。またその病院の周囲では、二次救急を担っていた民間病院が、救急から撤退・縮小するなど、地域の二次救急機能が大きく低下している。

また、ある県では公立病院統合の結果、集約化した高次機能の大病院に誤嚥性肺炎など、本来、地域密着型病院が対応すべき疾患まで集中し、地域の役割分担が不明確となっているとの調査結果も出されている。

さらに、高次機能の病院で一般の疾患（コモンディジーズ）に対応する場合、医療費的にも地域病院での診療と比較しより医療費がかかることも、某県の DPC データの分析から示されている。

現在、厚生労働省は急性期機能の強化・集約化とかかりつけ機能を有する病院という 2 元的な機能分化策をさまざまな審議会資料で示している。しかし、その中には高齢者救急をどこが担うのかという視点が欠落しているように感じる。

2024 年改定に向けて現在、中医協で議論されている大きな課題の一つに、高齢者の急性期疾患に対応する医療機関を、どの種類の医療機関が対応すべきか、との論点がある。厚労省は、「生活機能が低下した高齢者（高齢者施設の入所者を含む）に一般的である誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受け入れを推進」する意向を作成資料で示している。

しかし、救急対応、特に夜間の救急対応を行うには、最低限 10 : 1 の看護配置は現場の感覚からは必要であり、また、搬送時にすぐに血液検査、レントゲン検査などが実施可能な医療機能が必要である。今後、働き方改革で夜間の診療体制が、宿直体制含めより厳密に評価されていく流れの中、当直医が検査体制の不十分な医療機関で救急応需に対応でき

るとも思われない。

現在、地域の（特に都市部の）民間病院は効率的に二次救急応需体制を維持しており、その病院機能が、今後の高齢者の急増を迎える時期には非常に重要である。しかし、現在の地域医療構想の流れや、急性期機能の集約化の流れは、地域の中小病院の現在果たしている重要な機能を軽視しており、今後の改革の流れの中で、それらの病院が淘汰される可能性が非常に高くなっている。

今後の医療提供体制の改革においては、二次救急機能を担う病院の地域における配置の必要性を真剣に検討するとともに、これら中小の病院群が適切な診療を継続でき、医療提供体制改革の中で淘汰されないよう診療報酬上も配慮していく必要がある。

発表 4 抄録. 新潟の地域医療構想の現状と展望（松本晴樹・新潟県福祉保健部長、堂前副委員長代読）



世界的に類を見ないほどの急速な進行をみせる少子高齢化を背景に、地域における患者像も急速に変化している。特に、2025 年は、団塊の世代の全員が後期高齢者になる節目の年となり、国が掲げる地域医療構想の節目の年にもなる。新型コロナウイルス感染症への対応を通して、医師などの医療資源が集約された病院の役割が一層重要となることが新潟県関係者には共有がなされた。また、2024 年から医師の働き方改革が法律上も始まることになる。医師の労働者としての側面に光が当たり、いかに持続可能で、QOL も確保された職業人としての医師生活を守っていくかということと同時に達成する必要がある。

(1) 医療需要の変化と対応の方向性

医療需要の変化には、①量的な変化と②質的な変化がある。後期高齢者の医療ニーズの中で、例えば、地域包括ケア病棟に入院する患者像をみてみると、およそ 8 割が、「誤嚥性肺炎」「慢性心不全」「大腿骨骨折や脊柱の圧迫骨折等の整形外科疾患」「脳卒中」に関連している。これらが、量的に増えることになる。重要となる背景疾患としては、「認知症」が大きな割合を占める。

対応する体制としては、高度急性期・急性期のニーズは今後、増えないため留意が必要だ。さらに技術革新や効率化が進むため、必要となる病床数としては、減少する地域も増えていく。

対応の方向性としては、一つは、病院の再編・集約化が挙げられるが、医療法の下で、医療は非営利組織で運営されており、資本の力による集約化を行うことは難しいため、非常に難易度の高い施策となる。

(2) 新潟県新潟市における新たな救急拠点の整備について

新潟市は、人口 70 万を超える政令市であるが、救急隊が搬送先を決定するまでの平均照会回数が政令市ワースト 2 位であり、二次輪番制の危機が生じていた。背景として、医師が少数であることが挙げられるが、他にも、医師の平均年齢が政令市で 3 番目に高いという医師高齢化、加えて救急拠点病院が分散しており、体制が脆弱であること、それらとあいまって、初期臨床研修医や専門研修専攻医の獲得などで、他の大都市圏に遅れ気味であることなどが挙げられる。

そこで、2023 年 5 月に新潟県医師会は、新潟市医師会、新潟大学、新潟県、新潟市等と連携しながら、年間 8000 台の救急搬送を受け入れる新しい救急拠点の設置を試みようとした。この拠点の主体は県医師会によって公募され、済生会新潟病院が選定された。

実は、これに先立って、新潟県全体の地域医療構想を推進するための「新潟県地域医療構想ランドデザイン」が、2021 年 4 月に策定されており、県医師会・新潟大学等も参加する県の医療審議会です承されている。このランドデザインに沿った地域医療構想が県内各地で進んでいたが、新潟市のこの動きもランドデザインを踏襲して行ったものである。

選考委員には、県医師会だけでなく、新潟市医師会、それから新潟大学の医学部長、歯学総合病院長などにも参加いただくとともに、新潟県・新潟市からも参加いただいた。これだけ広域の議論であるため、新潟市医師会というよりは、県医師会長である演者が選考委員会の長を務めた。

公募には済生会新潟病院以外に、JA 新潟厚生連新潟医療センターからも応募があり、選考には、オブザーバーとして、新潟大学医学部の教授陣や新潟市民病院の病院長にも参加いただき、選考を進める中で、新潟市の救急等の医療体制に関して、様々な観点から議論することができた。

選考までの間はわずか3ヶ月あまりであったが、①ゴールを明確にしたこと（論点を救急拠点の整備（8000台）に集約したこと、概ね5年以内、という時期の明示をしたこと）、②県医師会という非行政機関が主体になったことにより、医療界の自主的な取組であることが明確になったこと（行政的な規定や予算と切り離した検討が可能だったこと）、③プロセスを可能な範囲で公開にしたこと（メディア等にも選考会の一部を公表した等）により、市民の視点を意識した議論ができた（緊張感も伴った）ことが、短期間で質が高い議論ができた要因になったと考えている。

既に、済生会新潟病院、選考に漏れたが、今後、隣接する構想区域も加えた再編等も考慮しながら体制を活かしていくとされたJA 新潟厚生連新潟医療センターの2病院が、救急受け入れを拡大しており、2024年4月に本格稼働する医師の働き方改革を前に体制の強化が始まっている。

今後とも、関係者と密に連携をしながら、推進していく必要があるが、医師の働き方改革を進める中で、大きな課題を抱えるであろう、各県、特に県庁所在地や大学医学部所在地の各地域における地域医療構想の推進に我々の経験が役立てば幸いである。

発表 5 抄録. 地域医療を守るための医療連携推進法人（佐古委員、松田委員長代読）

病XXXXVIII-0403

地域医療を守るための 医療連携推進法人



名寄市立総合病院 士別市立病院

上川北部医療連携推進機構
佐古 和廣

演題発表内容に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

日医第4回病院委員会 1

はじめに

わが国では、人口減少に加え労働人口減少が今後加速すると予測されている。地方では既に高齢者人口の減少も始まっている。医療需要が減少するなか、医療機関をいかに維持してゆくのか。働き手不足の中、医療、介護スタッフの確保をどう図るのか、早急な対策が必要である。

何故連携推進法人が必要なのか

私たちの法人がある、上川北部二次医療圏は、南北に 140Km, 東西 55Km。2市5町1村から成り、面積は東京都の約2倍、人口は6万人で、人口密度は1k平米当り14.5人で全国平均の1/25である。人口は2040年には4万人となり、高齢化率45%と予測されている。医療資源は、病院が7で人口10万人当り病院数は、全国6.5に対し上川北部11.5と2倍である。それぞれの病院が抱える人口が全国平均の半分、つまり小規模病院が多いことを

示している。一方、診療所は20か所、人口当たりでは全国平均の半分で、外来診療を含め病院主体の医療が提供され、中核病院がかかりつけ医機能も担っている。

このような人口規模の圏域で急性期医療を継続するには、臨床研修医、専攻医の受け入れ機能を持った病院の維持、少ない医療資源を集約化して効率化を図ることが必要である。

以前は、医療連携推進法人制度はなく、再編統合はハードルが高かったので、名寄市立病院は医療ネットワークを形成し、連携を強化してきた。1996年から、医師が一人しかいない医療機関へ代替医師派遣事業を、1998年には、専門医空白地域に専門医を定期的に派遣する事業を開始した。

2013年には、ICTを活用し二次医療圏をまたいで地域の中核病院を繋ぐ道北北部医療連携ネットワーク（通称ポラリスネットワーク）を開始。当初は名寄市立、士別市立、稚内市立、枝幸町立病院の4病院で、主に救急トリアージを目的に開始。現在は北海道北部の4つの二次医療圏（上川北部、宗谷、遠紋、留萌）に拡大し29医療機関（全公立病院を含む）が参加。主な業務は、救急トリアージとコンサルテーションである。

地域医療連携推進法人制度が2018年4月から施行されたのに伴い、2020年7月名寄市立病院と士別市立病院の2法人で地域医療連携推進法人「上川北部医療連携推進機構」を設立した。

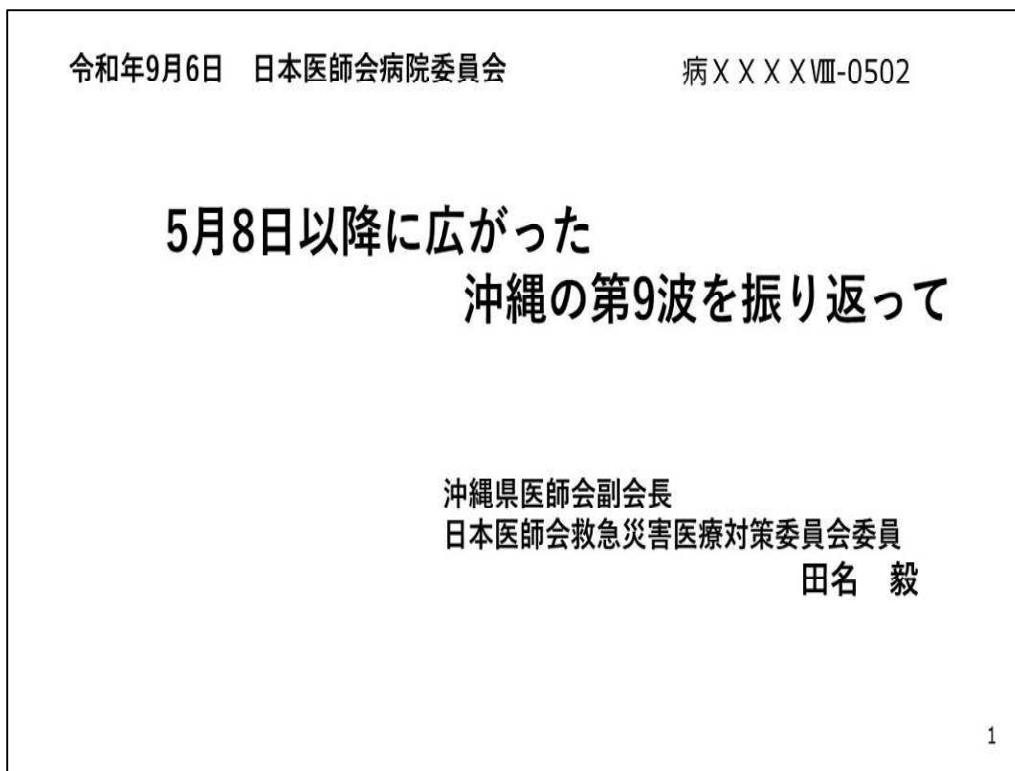
法人の目的は、上川北部圏域において急速に進む過疎化の中、北海道が進める地域医療構想の実現を図り、地域包括ケアシステムの構築に寄与し、急性期から慢性期までの医療と介護を持続的・安定的に提供することである。高度急性期・急性期医療を名寄市立病院へ、回復期・慢性期医療は士別市立病院へ集約。法人設立後行った事業の主なものは、医療介護総合確保基金の補助により、急性期機能の拡充のため名寄市立病院の手術室の増改築と士別市立病院の療養環境整備。業務の効率化と連携強化のため、士別市立病院にそれまでのオーダーリングから電子カルテへの更新。士別市の医療介護連携システム導入の支援。薬品の共同交渉や職員の共同研修などは比較的容易であるが、一番のメリットともいえる職員の人事交流は、お互いがぎりぎりの人員で運営しているのでまだ進んでいない。

医療介護連携 ICT システム

連携推進法人設立の目的の一つの「地域包括ケアシステムの構築」のため、2021年7月に名寄市医療介護連携 ICT システムを立ち上げた。

タブレット端末でケアマネジャーや介護士が利用者状況などを記録し、それを多職種間でリアルタイムに情報共有する介護連携システム（Team）と、従来の医療連携システム（ポラリスネットワーク）とを ID リンクで紐づける仕組みである。薬剤情報は、ファルモクラウド（株式会社ファルモ）を利用。これにより、医療、介護、薬剤情報が一つの ID で管理されるようになった。病院、診療所、介護施設は 100%参加。薬局は 7/12（58%）であるが、処方 90%以上をカバーしている。市内在住の要介護認定、要支援認定者の 98%が登録済みである。現在、DXにより行政手続きの簡素化で介護業務の負担軽減を目指している。2024年度には同じシステムが士別市にも導入される予定である。

発表 6 抄録. 5 月 8 日以降に広がった沖縄の新型コロナウイルス感染症第 9 波を振り返って (田名毅沖縄県医師会副会長)



2023 年 5 月 8 日から新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）が 5 類に移行した後に、沖縄県は他の都道府県に見られない感染者の急増を経験した。その要因を考え、かつ沖縄県の救急医療がひっ迫する背景についても検討した。そして、それに対して沖縄県医師会、沖縄県がどのように取り組み、今後の冬の感染拡大に向けてどのような対策を立てているかを紹介したい。

(1) 「何故、2023 年夏に沖縄県が全国では見られなかった第 9 波が発生したのか？」

- ・この 3 年を振り返ると沖縄県における COVID-19 の流行は夏に大きく、冬に小さいという特徴があった。
- ・また都道府県別に 15 歳未満人口と 2022 年の感染者報告数を検討したところ、人口が多いほど感染者が多いことが明らかであり、沖縄は全国でいずれも突出して最も多く相

関していた。これら若年人口での感染が家庭等を通して全世代に広がったのか、感染拡大期は全年齢層が同時に増加していた。

・2023年7月31日時点での都道府県別にみる直近6か月以内のワクチン接種件数は全国平均が65歳以上人口100人あたり56.9件であったのに対して、沖縄は41.9件と全国最下位であった。

（見解）沖縄にいち早く第9波が発生したのは、沖縄の気候等の環境、子供の多さ、親族・地域の活発な交流が主な原因ではないか。その他の要因は修飾因子と考える。

(2) 「COVID-19 感染の波により、沖縄の救急医療は何故ひっ迫するのか？」

・2019年度の病床使用率は全国平均が79.2%であったのに対して、沖縄県は85.7%と全国の中で最も高かった。COVID-19感染の小康期においても、流行期と同様に病床利用率が高く慢性的に病床数が少ない背景がある。

・2019年の時間外受診者のうち緊急入院になった数(人口千人あたり)は全国平均が20.9人であったのに対して、沖縄は31.8人と全国の中で最も高かった。

・平時において沖縄県の救急医療体制は搬送受け入れに関して、たらいまわしがいない状況であるが、昨年の夏、今回の第9波にCOVID-19感染が急拡大した際には救急搬送困難件数(4回以上照会)が急増した。自宅、施設から、また診療所からの救急搬送が急増し、救急の対応能力を超えた結果と考える。また、沖縄は救急告示している基幹病院が一次～三次まですべて受け入れる背景があり、救急外来のひっ迫を助長している状況がある。

（見解）昨夏の流行、今回の第9波で、沖縄の救急医療の提供体制の問題が明瞭になった。一次～三次の適切な救急医療体制の構築を急ぐ必要がある。

(3) 「この状況において沖縄県医師会、沖縄県が何に取り組んだか？」

・沖縄県医師会は、高齢者においてCOVID-19感染が重症化しやすいことを考慮し、高齢者施設への新型コロナワクチン巡回接種の推進、協力支援を行った。また、5月8日以降、全ての医療機関で新型コロナウイルス感染症に対応する必要があることから、会員

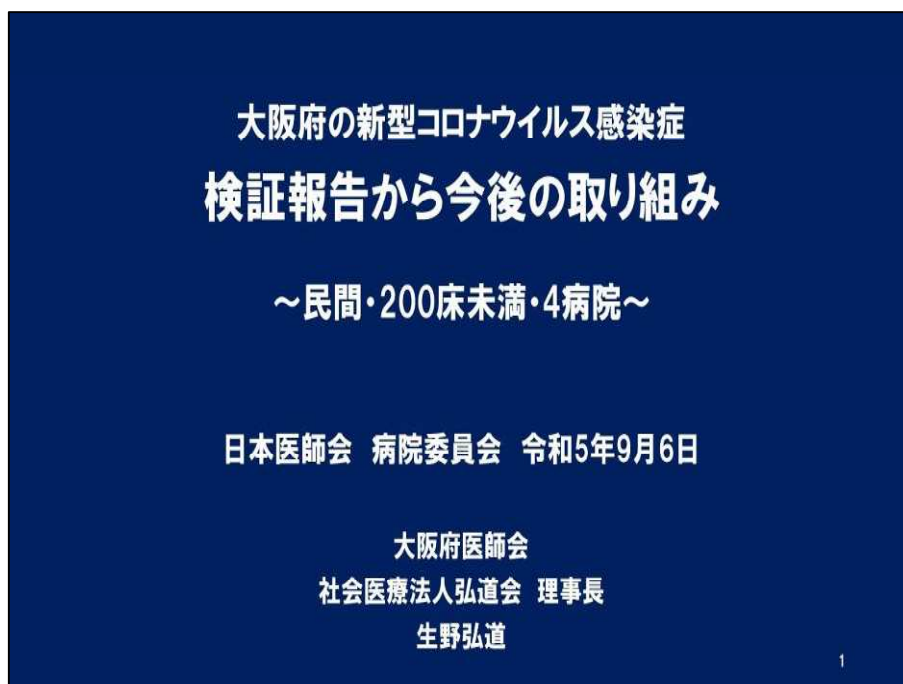
医療機関を対象に、新型コロナウイルス感染症の疫学情報や時節に応じた感染対策、また厚労省や県からの通知等を迅速に周知することを目的に、月 2 回の頻度で医師向け勉強会（Zoom 使用）を実施した。この効果と考えているが、5 月 8 日以前は外来対応医療機関が 295 か所だったのに対して、8 月 10 日時点で 330 か所と増加した。また、入院対応医療機関も 28 か所から 39 か所まで増加した。

その他、高齢者施設向け感染管理に関する相談会を同じく Zoom を使用して実施した。COVID-19 感染症の疫学情報や施設規模に応じた感染対策、また高齢者施設からの相談に応じることを目的に、月 2 回の頻度で実施した。

・沖縄県は第 9 波による医療ひっ迫の経験から、入院治療が求められる患者をその重症度に応じて急性期 A 病院、急性期 B 病院に分けて対応する案を提案した。在宅医療で支えられる患者、介護者の見守りでよい患者は急性期 B 病院、もしくは慢性期病院で必要時は対応するとしている。沖縄県、沖縄県医師会で議論を重ねて県内ほぼすべての病院を地域ごとに役割分担することが出来た。あくまで COVID-19 感染者への対策ではあるが、以前から議論があった地域医療構想におけるそれぞれの医療機関の役割を明確化することにつながると考えている。

（見解）第 9 波を契機に病院の役割分担を明確にすることで、地域医療構想・地域包括ケアの推進が各地区ではじまった。災い転じて福となすように医師会全体で取り組んでいる。

発表 7 抄録. 大阪府の新型コロナウイルス感染症検証報告から今後の取り組み～民間・200床未満・4病院～（生野委員）



2022年12月、大阪府健康医療部から「新型コロナウイルス感染症の検証結果」が報告された。検証結果を見ながら、当法人のコロナ対応を振り返り、2023年5月8日「5類移行」後のコロナ対応について検討したので報告する。

当法人、社会医療法人弘道会は、北河内医療圏に3病院と大阪市医療圏に1病院、計4病院を運営している。4病院の病床数は103床から199床までの中小病院であり、総病床数615床は全て高度急性期・急性期病床である。

4病院に入院したコロナ患者は、2023年7月まで3年7カ月の間に3,127人であった。男性1,654人、女性1,473人と男性がやや多く、年齢は7才から105才まで、80才代にピークが見られた。死亡者は262名、コロナ入院患者の8.4%であった。

「5類移行」後の「定点把握データ」では、8月中旬まで徐々に増加、その後減少したが、8月下旬に再び増加の傾向が見られている。移行期間の4病院は、移行前と同じ医療提供体制を維持し、発熱外来、入院医療を行っている。

大阪府は新興感染症に重点を置いた「第8次医療計画」の策定に取り組んでいる。当法

人もコロナ対応の医療をさらに充実させる計画を立てている。コロナが落ち着けば、「地域医療連携推進法人」の活動を再開し、「地域医療構想」や「地域包括ケアシステム」の構築に力を入れたい。地域の病院・診療所や介護施設等との連携を図り、地域の感染症、救急医療、在宅医療等に取り組んでいきたい。

発表 8 抄録. 過疎地を支える基幹病院として（神野委員）



日本の社会の変化が今後の医療・介護を含めた社会保障制度に与える影響は極めて大きい。全ての団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年までは（後期）高齢者が急増する。その後、2040 年までは、高齢者はもう増えないものの、生産年齢人口の急速な減少を見る。さらにその後、2060 年に向かって高齢者も生産年齢人口もともに急減するフェイズとなる。

すなわち、縮小する社会の中で、医療や介護など、特に病院、診療所の役割がこれまでと同じでいいはずがない。われわれは、絶えずこれまでの成功モデルに捉われない経営、イコール「やりたい医療と地域で求められている医療との間で乖離がないか？」を反芻する必要があるだろう。

私が経営する急性期を担う恵寿総合病院を中心とする医療介護福祉事業体は、石川県の能登中部医療圏、七尾市を中心に一部は能登北部医療圏、石川中央医療圏で展開している。恵寿総合病院は、地元医療圏ばかりではなく、医師が不足する能登北部医療圏をも支援する役割を持つ能登唯一の地域医療支援病院である。

日本医師会地域医療情報システム JMAP によれば、能登北部医療圏の高齢化率は 48.7% であり、一方、広大な医療圏における人口密度は 54.10 人/km²と全国平均の 1/6 以下である。また、急速な人口減に伴って医療需要は 2020 年ですでにピークアウトし、介護需要も 2025 年から減少していく見込みである。一方、能登中部医療圏のそれは、39.7%、139.20 人/km²とこちらも少子高齢化先進医療圏であり、2025 年には医療需要が、2030 年には介護需要がピークアウトしていく見込みである（図 1）。

能登北部医療圏で半島の先端にある珠洲市は、県都金沢市より約 140km、当法人のある

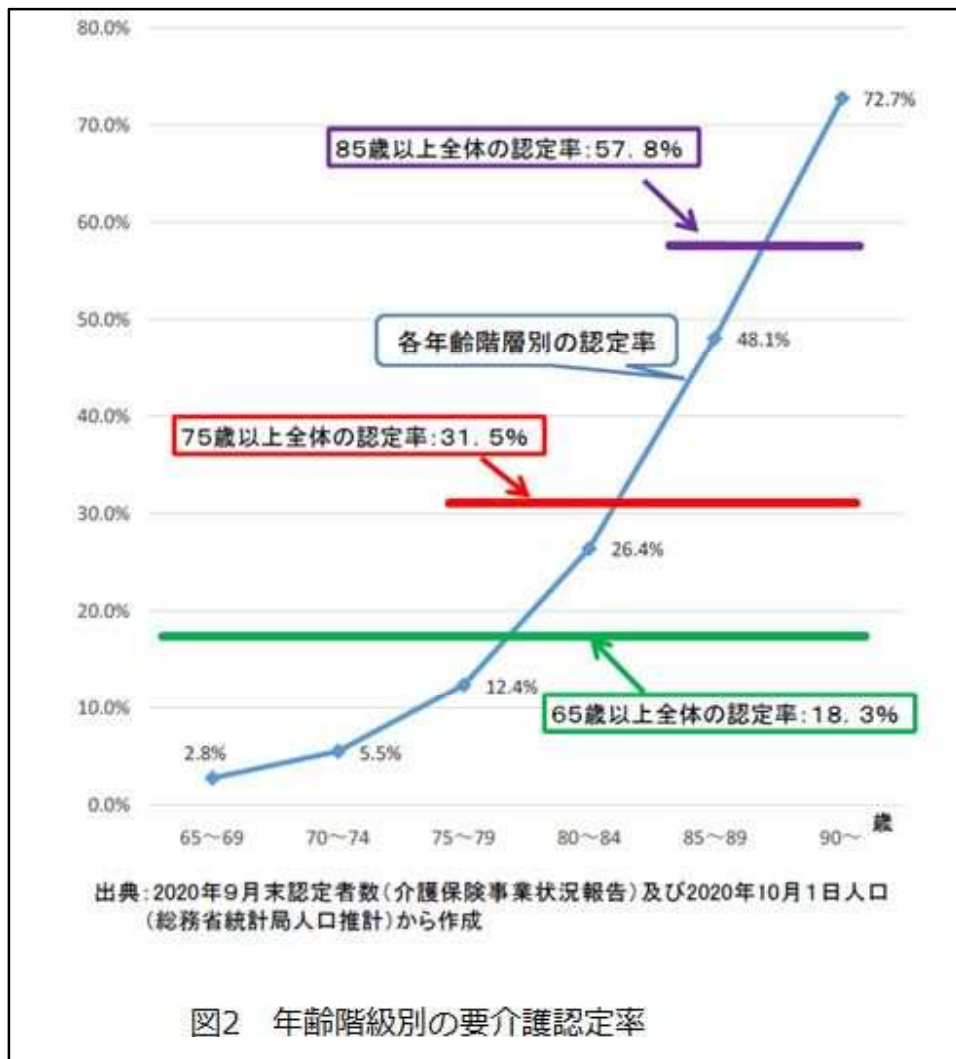


七尾市より約 85km の距離にある。能登北部医療圏では、4 つの公立病院が存在するものの、いずれも医師不足がはなはだしく、専門医療が滞る可能性を秘めている。すなわち、専門医療のニーズはピークアウトしているもののそのニーズは存在し、かつ金沢市に存在する大学病院からの非常勤医の派遣には距離があるという状況だ。

そのような中、金沢市と能登北部医療機関の間にある当院がハブとなって救急患者の受け入れと非常勤医の玉突き派遣も行っている。玉突き派遣とは、当院へ非常勤医を派遣し、当院の医師が能登北部医療機関へ支援する仕組みである。支援先病院で、手術や専門治療が必要となれば、当院の医師が患者・家族にとっても移動距離が少ない当院での処置を行い、退院後は引き続き現地の病院で経過観察するというスキームである。


このような過疎地の病院を支援する体制は、単に患者のスムーズな受け入れといった視点以上に、あらゆる可能性を図る必要がある。地域医療情報共有ネットワークや PHR（Personal Health Record）を利用した患者情報の共有、専門医療に対する D to D with P によるコンサルテーションを主としたオンライン診療、過疎地に働く地域枠医師の研修の機会の提供などが、現在進行と今後に向けて取り組むべき課題と心得る。

その上で、超高齢地域として、医療ばかりではなく介護分野との連携と協働が重要だ。75 歳以上高齢者の約 3 割、85 歳以上高齢者の約 6 割が要介護者であるという厚労省データ（図 2）から言えることは「医療にかかる前から介護が必要な者」が患者となることを意味する。そういった意味で、医療機関へのコンタクトとして、送迎なのか、訪問診療なのか、はたまた過疎地における集住なのかを考える必要がある。また、医療機関入院後の生活支援として、早期からの介護の関わりを議論していく必要があるだろう。



発表 9 抄録. 医療と介護の連携について（斉藤委員）

病 X X X X VIII-0603



医療・介護の連携について

(一社) 川越市医師会 会長
(一社) 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
かすみケアグループ 代表
斉藤 正身

1/44

2000年に公的介護保険制度が導入される以前から、医療と介護の連携が必要であることは誰もが認めるところであったものの、具体的な取り組みは個々のケースにとどまり、システムの整備や構築まで進められていた地域は稀であった。当時は、特に介護サービス提供者から医療機関に連携を求める声が大きかったと思う。あれから20年以上が経過した現在、未だに連携の必要性は課題となっている。しかし、地域包括ケアシステムの推進や地域共生社会の実現等が叫ばれ始めてから、医療側から介護サービス提供者に対して連携を求める比重が大きくなってきた。入院期間の短縮や質の高い在宅療養の実現に向けて、その意識が病院サイドに強くなってきたことは一歩前進したと言えるだろう。しかしながら、実際にはまだまだ連携が上手くいっているとは言い切れないのが現状である。「連携」は繋ぐことを意味しているが、大切なのは「協働」の意識を持つことではないだろうか。共に歩む重なり部分があつてこそ、利用者は信頼感・安心感のある療養生活が送れるように思う。また、連携で大切なことは「顔の見える関係作り」であり、言い換えればネットワークの構築ということになる。

埼玉県川越市では、川越市医師会が事務局を担当する「コミュニティケアネットワーク

かわごえ」(図3)という組織がある。この組織は、川越市から地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みの依頼を受け、それまで医師会が平成26年から開催していた「医療介護フォーラム」を発展させ、多職種が集える場作りを目途に、医療・介護・行政等の関係者が協議を続け平成28年に合意形成がなされ発足した。設立の目的は、川越市における在宅医療・介護連携の推進について、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するため、川越市と連携し、地域の医療・介護関係者のネットワークの構築、同職種・多(他)職種間の資質向上を推進するにあたり、医療と介護の連携のあり方や仕組み作りについて協議を行うことである。現在は、医師会が委託を受けている川越市在宅医療拠点センターが事務局を受け持ち活動している。市内を3圏域に分けて開催している「エリアミーティング(地域包括支援センター3ヶ所ずつが合同)」は専門職の講義とグループワーク形式で行われ、在宅医療や認知症、介護予防、ハラスメントなど、喫緊の課題をリアルタイムに採り上げている。市民向けの「医療介護フォーラム」は、組織する団体から有志が集まり企画運営を担当している。まさにこのような取り組みこそが同じ目標に向かって作り上げる「協働」であり、そこから日頃の「連携」につながっていることは間違いない。医師会の役割は全てを仕切るわけではなく、きっかけ作りと底支えである。



図3 コミュニティケアネットワークかわごえ

埼玉県では、東日本大震災への対応として、埼玉県医師会、埼玉県理学療法士会、埼玉県作業療法士会、埼玉県言語聴覚士会が、4 団体合同リハビリテーションボランティア組織「CBR-Saitama Med.」を結団し、廃用予防を目的としたボランティア活動が開始され、それがきっかけで埼玉県独自の地域リハビリテーション支援体制整備事業（図 4）が進められている。多くのセラピストは医療機関や老人保健施設に勤務しているため、震災後の避難所等への支援に入るには所属長の了解が必要であった。県医師会長から各医療機関や老健の理事長・病院長宛にセラピストの派遣をお願いして実現したボランティア活動であったが、それが地域リハビリテーションの基本体制の移行につながり、圏域ごと県内 10ヶ所の「地域リハビリテーション・ケア サポートセンター」を設置し、セラピストの派遣や相談を求める市町村の地域包括支援センターからできるだけ近隣の医療機関や老健に勤務するセラピストを派遣するシステムの構築に役立った。日頃から顔の見える関係が築かれて、結果的には医療介護のスムーズなサービス提供に結びついている。

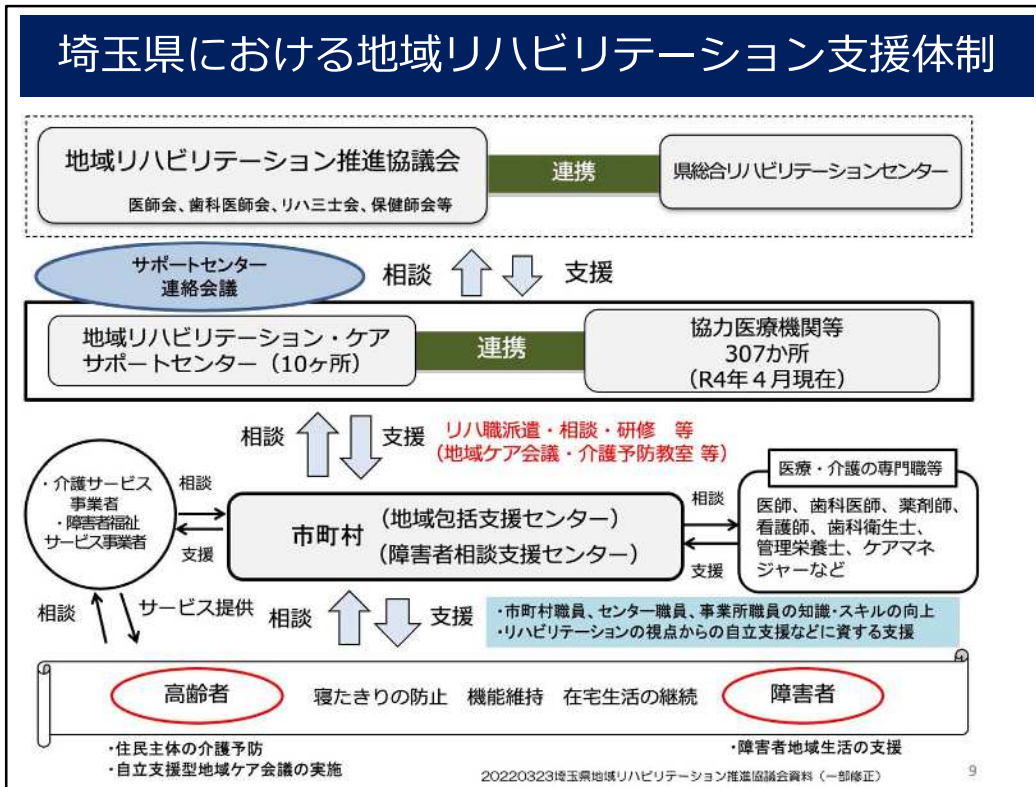


図 4 埼玉県における地域リハビリテーション支援体制

住民主体の地域社会の構築が進められているが、それには市町村や都道府県のやる気や前向きな姿勢が求められる。しかし、やる気や姿勢ばかりでは実のあるものにはならない。地域共生社会を実現するためには、医療機関や関係団体の協働による支援が必ず必要になり、そのことが住民にとっての安心安全な生活の保障につながると考える。たとえ障害があっても、再びその人らしく生き生きとした生活が送れるように、私たちができること、それは病院の専門性を活かすことだけでなく、地域のために連携・協働を促進する原動力になることではないだろうか。

(白紙)