

## なめがた地域医療シンポジウム 議事録

日 時:令和6年3月2日(土)13:30~16:05

場 所:行方市 麻生公民館 大ホール

参加者:77名

### 【司会者 行方市政策秘書課長】

皆様お待たせいたしました。ただいまより、なめがた地域医療シンポジウムを開会いたします。

このシンポジウムは、行方市民の医療ニーズや治療動向、現在の医療提供体制などから見えた目指すべき地域医療のあり方や、私達が取り組むべきことを、講演やパネルディスカッションをとおして考えることを目的としています。

皆様にとりまして、本市の地域医療を守ることを考える有意義な場としていただければ幸いです。本日のスケジュールでございますが、初めに、お2人の講師の方からそれぞれご講演をいただきます。その後、パネルディスカッションを開催いたしまして、おおむね午後4時の終了を予定しております。

なお、本日はご来場の皆様方との意見交換のお時間はございません。お手元にご用意をさせていただきましたアンケートにてご意見をお寄せいただければと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

申し遅れましたが、本日の司会を務めさせていただきます行方市役所政策秘書課の横瀬と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、開催に当たりまして、主催者であります行方市長鈴木周也より、ご挨拶を申し上げます。

### 【行方市長 鈴木 周也】

皆さんこんにちは、行方市長の鈴木でございます。本日は、なめがた地域医療シンポジウムを開催いたしましたところ、多くの皆様方にご参加いただきまして、ありがとうございます。

また、日頃よりですね、健康・医療・行政を初めといたします、市政の各般にわたりまして、格別なご理解とご協力をいただいておりますことを、この場をお借りしまして、ありがとうございます。改めて、主催者を代表としまして、一言ご挨拶を申し上げさせていただきますと思います。

行方市におきましてはですね、地域医療が市政の本当に重大な課題となっております。特に、この茨城県、また鹿行地域におきましてですね、お医者さんの数が少ない、いわゆる偏在と呼ばれるものになっておりまして、こちらは全国的にも下位です。

特に、このエリア、いわゆる行方市を含むエリアで鹿行北側の方が、非常にお医者さんが少ない。10万人あたりにしても100人いません。最近のデータでいくとやはり90人。ちなみに筑波の方は、10万人当たり350人以上、もう3倍から4倍違います。その中で、この医療がどのように市民の皆さんにとって重要なのか、もしくはその普段の生活の中にとって、いわゆる医療というものがもう必要なのが、明らかであろうというふうに思います。

そういった中で、この問題をいろいろと解決するとか、もしくはフォローをすることかかっていうことを、市としても考えなければなりませんし、また、今の行方市はですね、医療の現場の現状、もしくは周辺の現状、もしくは医療の方法というものを知らせて、このシンポジウムの開催をさせていただきました。

市内にはですね、土浦協同病院なめがた地域医療センターという病院がございます。行方市はですね、1つだけ病院があるということですがけれども、それでもなかなか医療が回りきらないよねということは、常々、市民の皆様方からお話をいただいているところでありまして、この地域医療の確保のためにはですね、重要な病院である。

また、今回、この地域医療センターにおいてはですね、新型コロナワクチン接種のですね、会場にもしていただきましてですね、そして、その中心となる病院であるということは間違いありません。

ただ、今後、縮小傾向になって、これがどうなるかっていう皆さんのご不安があらうかと思えます。そのご不安をいかにして、解消するまで行くかどうかはわかりませんが、この病院を中心としてもしくは、地域のお医者さんも少なく、跡継ぎがないようなですね、お医者さん、医療機関があるかと思えます。皆さんおわかりのとおり、水戸神栖線、縦貫道路の通りのお医者さんが閉鎖され、地域のお医者さんもそうですけれども、跡継ぎがいなくて、この後、医療機関はどうなるだろうか。

玉造においても1か所、医療機関を閉めてしまったところもあります。

北浦地区においては、1か所のみ、銚田市の病院が診療所を運営していて、どこまでやれるかということもありますし、また少子高齢化の問題で、いわゆる高齢者が多くなってくる。そうすると介護の問題においても、お医者さんが必要であるということになります。

そういったところ、やはり現状を知っていただくことが、市民の皆さんに、考えていただく機会になるのではないかと思いますし、例えば私の家も母親がおられますけれども、いざとなったときにどうしようか。もしくは、もっと年齢が高い方々を抱えている方々がいらっしゃれば、いざとなった時どうしようか。もしくは、介護をどうしようかという考え方があります。今日は介護というよりも医療を中心として、今日のシンポジウムになるわけでありますので、ぜひとも、お話を聞いていただきたいなと思いますし、情報を共有していただきたいなと思います。

また、子供たち、これはどうでしょう、正直に言うと、うちの市も、近所で子供の声が聞こえなくなったよ、ということがありますけれども、行方市内で生まれる子供は120人を下回っています。110人台です。そうすると、いわゆる小児医療に関しても、少なくとも必要だということを認識していただくことと、やはり産婦人科の医療機関が非常に少ないので、いわゆる自分たちの家に戻ってきて、産科があるのか、もしくは婦人科があるのかという心配事もございます。ちょっと緊急的に対応しなければならない、こういった問題があります。

今日、県議会議員の栢田先生がいらっやいまして、ご提言いただいております、救急医療はどうなのか、という話もやはり、そういったところを県にも繋いでいただいているところであります。現状を皆さんに知っていただいて、次の一手をどうするかということを考えていきたいなというところであります。今回ですね、株式会社メディヴァさんと共同で、地域医療基礎調査というものをさせていただきました。

こちらはですね、市民の医療動向などを徹底的に調べさせていただいたところでありまして、今後ですね、本市が目指すべき地域医療の方向性を明らかにするための基礎データになっております。

そして、この結果を踏まえてですね、皆さんと、繰り返しますけども協議をさせていただきながらですね、本市の地域医療のあり方を考えるスタートの場所、スタートの日とさせていただきたいと思います。

この持続可能な地域を作るためにですね、この持続可能な医療も必要です。これは、行政だけではなくて、市民、もしくは医療機関、そしてみんなで考えて取り組んでいかなければならない課題であります。

今後も、行方市といたしましてはこの課題の解決に丁寧に取り組みましてですね、真に市民が必要とするものを提供できるように、また、今回のシンポジウムを開催にあたりまして、ご多用の中、快く、またパネルディスカッションへのご出演をいただきました、株式会社メディヴァの大石様、また地域で訪問医療をされております、山中先

生。そして、なめがた地域医療センターの清水院長、そして、大場クリニックの大場先生。そして今回のですね、進行していただきます田中様には、心から感謝申し上げます。

今回のシンポジウムですね、趣旨にご賛同もしていただいているところを、感謝申し上げます。そして、ご後援をいただいております、一般社団法人生涯健康社会推進機構様、また、構想日本の皆様方にはですね、厚く御礼申し上げます次第であります。

結びに、本日のシンポジウムはですね、今後の行方市のよりよい地域医療のあり方に繋がりますよう、そして本日、皆様方ですね、ご活躍、ご健勝、そして地域医療にとってですね、皆様方と情報が共有できるように、ご祈念を申し上げまして、ご挨拶をさせていただきます。

本日は皆様どうぞよろしく願いいたします。

#### 【司会者 行方市政策秘書課長】

鈴木市長ありがとうございます。それでは講演の準備に入らせていただきます。皆様、そのままお待ちください。

それでは、講演を開始いたします。初めに、行方市の地域医療の現状と課題を考えるにつきまして、ご講演いただきます。講師は、株式会社メディヴァ代表取締役の大石佳能子様でございます。大石様におかれましては、大阪大学法学部を卒業後、ハーバードビジネススクールMBA、マッキンゼーアンドカンパニーのパートナーを経て、2000年に株式会社メディヴァを設立されました。医療機関、介護施設、行政などへのコンサルティング、国内外でのヘルスケアサービスの開発運営を手がけられている他、厚生労働省、経済産業省などの検討委員会委員を歴任されておられます。詳細は、お手元の資料をご覧ください。

本日は、今年度、本市で行いました地域医療基礎調査をもとに、本市の地域医療の現状と課題についてお話しいたします。それでは、大石様よろしく願いいたします。

#### 【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

行方の皆様、こんにちは。よろしく申し上げます。ただいまご紹介にあずかりました株式会社メディヴァの大石と申します。私もはですね、医療系のコンサルタント会社でございまして、このたびはですね、行方市の地域医療の現状のデータを持って分析

をしてみました。なので、今から40分、45分ぐらいお時間いただきまして、ちょっとです、国全体が抱える問題と行方市が抱える問題というのを2種類に分けてですね、お話をさせていただきたいと思います。行方市の地域で、現状と課題を考えるということでお話をさせてください。まずですね、ちょっと日本全体がどういうふうな課題を抱えているかということからお話をしたいと思います。

1つ目ですね、行方市にもなめがた地域医療センターという病院がありますけれど、日本全体で見てみたときに今、病院の経営というのは、非常に厳しい状態になっております。これは、病床規模別の病院が赤字か黒字かについてご覧いただきますけれど、ぱっと見たときも、おわかりのように、圧倒的に赤字の病院の方が多いですね。行方市のなめがた地域医療センターはこの100床から199床という、いわゆる中小病院に位置しますが、ここも大体6、7割ぐらいが赤字という、こういうふうな厳しい状態になっています。

なぜこういうふうになっているのかについて、ちょっと日本全体の課題からお話をしたいと思います。

まずですね、ご案内のとおり、日本全体の一番大きな課題は、高齢化ですね。2025年問題の団塊の世代が、全員後期高齢者になるという2025年問題って言われましたけれど、これは目前でございまして。その中で、後期高齢者の数は激増しているという状況があります。2025年にはカナダの人口と同じぐらいの後期高齢者がいるという状況です。前期高齢者65歳から74歳までっていうのと、75歳以上の高齢者っていうので、医療的に言うと、どういうふうな違いがあるのかということをご覧いただきたいと思います。これはですね、横軸に年齢階層、65から69歳、70から74歳っていうところで、わけまして、縦軸が、要介護認定率、認知症の有病率、入院受療率という、要はその介護が必要になっている、もしくは認知症である、もしくはその入院が必要である理由。こういうふうな割合をとって見たときに、ご覧いただきますと、75歳は高齢者になった段階で、急にグラフが縦にこう上がっている。

要するに指数関数的に75歳を1つの社会にして、介護が必要な人、入院が必要な人、認知症の方が増えていくという状態があります。しかもですね、日本の場合って実はですね、諸外国に比べても認知症の割合が多いです。日本って高齢化しているから認知多いよねっていうのだけではなくて、同じ年齢です。例えばこの85から89というところを見ていただきますと、この年齢層の中でも、赤い線が日本、その他の線がアメリカだったり、ヨーロッパだったりっていうことですが、明らかに日本の方が高いということがわかっております。

ですから、75歳以上の方が増えている。そこで病気の人が増える。認知症の方が増える。介護が必要な人が増えるということだけではなくて、特に日本においては、諸外国と比べても、例えば認知症に関しては、その傾向が顕著であるという。こういう問題があります。日本の場合はですね、他の国は必ずしも国民皆保険制度があるわけではないのですが、日本は非常にいい制度だと思うのですが、全ての人が医療保険介護保険に入っていて、医療介護が受けられるという状態になっていますが、それは、ひいては皆さんからの保険料、あとですね、国の税金から払われています。この日本の介護費医療費というのが、要はその高齢者が増え、病気の方が増えている中で、今ずっとこう上がり続けていったという状況があります。この緑色なのが、医療費で、その上に青いのが書いてありますが、これ介護費ですね。ですから両方合わせそうやって、ほぼほぼこの斜め上に上がっていったという状況があります。国としてはですね、やはり医療費、介護費をどうやって抑えていくのか。このままだと国がもたないという状況があって、どうするかということをいろんな政策を打ち出しています。

1つですね、だいぶ前に厚労省で使われているチャートですけど、それ以来ずっと活きているチャートで、要はですね、病床が多いと医療費は上がると。日本の場合って、病院があって、病床があるとそこを埋めるじゃないですか。患者さんが入院するので、結果として医療費が上がっていく。なので、病床が少ないところは人口1人当たりの医療費が少ないという事実があって、どういうふうにして、必要な病床はあるのか、ですけど、どうやって抑えていくのかっていうことが、1つ国の課題になっています。

これがいいとか悪いとかではなく、そういうふうな状況ですね。その中で、国は病院の数とか、機能を絞り込んでいるわけですね。2015年、このいろんな活動が始まったのが、約10年前ですけど、2015年で見たとときに、いわゆる高度急性期は、大病院のような非常に難しい手術であったり、がんであったりを診る病院。その下に急性期がありますね、ちょっとした手術とか、ちょっと重たい病気だとかを診るようなところから、普通の病気を診るような、急性期病院。ここがですね、実は多すぎると、他の国に比べて多すぎて、かつこれが多いと、やはり医療費が増えるので、ここをギュッと絞り込みましょうと。絞り込んで、いわゆるその急性期を絞っていく、また回復期を、その後ですね、療養していく、リハビリしていくところを増やしていく、何か機能を変えていくということ。

でも片一方で、先ほど私、申し上げた、入院する人が増えるのに、こうやって病床を絞っていくと、どこにも入れない人がいるじゃないですか。これどうするのですかっていう問題は、第2部で山中先生がお話されますけど、いわゆる在宅医療、お医者さんが家に来るといふ、あのパターンの医療でこれを診ようというふうには。要は、病床を絞り機能を変えて、在宅医療への移行を進めていくっていう、大きな政策があります。

この背景としては、まずコストの問題効率化の問題があって、同じ方が入院をするのと、在宅医療、家で療養することで、どの程度国にとっての医療費介護費の負担が違ってくるのかということを見たチャートですけど、大体3対1ですね。ですから家で在宅医療を受けると3分の1で済むと。簡単に言うと、1人入院させるお金で、3人の方が在宅に療養できるという状況があって、国としては非常にコスト効率がいいという状況があります。

そうするとですね、国のある意味お金がない、ケチケチ運動の結果、在宅医療を進めているのかっていう、これで国民をないがしろにしているのではないかっていう、課題が出るかと思えます。実はですね、これも第2部で山中先生お話されると思えますけど、在宅医療って結構、患者さんにとって優しいことですね。これは入院したときに、特に高齢者、また特に認知症を持ってらっしゃる高齢者は、入院すること自体がリスクであると。要は入院しました、病気は治ったけど、機能は落ちてしまって、例えば認知症が進んでしまった。もしくは、足腰が衰えた。元の生活に戻れないっていうことが非常に多くあります。これは、若い人でも入院するとだんだん時間の感覚がわからなくなったり、ずっと寝たりすると足腰が弱ったり、やっぱり高齢者は若い人に比べて、顕著に、この落ち方が厳しくて、これはもう戻らないっていう状況があって。

なので、単にお金の問題じゃなくて、どうやって最後まで自分らしく過ごしていただくかということを考えると、入院より家で過ごす、例えば運動。ちょっと回復して、お手洗いとか自分で行くじゃないですか。そこが、生活リハビリみたいになって、あと住み慣れた環境なので、認知能力も落ちないし、みたいなことです。その人にとって非常にベターであるという判断もあるわけですね。ということの中で、先ほどのその病床を減らし、在宅医療に移行するということが1つの大きな流れになっています。

要は、自宅が病室になって、地域が病院になる。要は、病院だったら、そこで入院していて、何かあったら、これナースが飛んでくる。これまずいなと思って、お医者さん飛んでくる。薬剤師さんも来て薬を投薬するっていう、一連がありますが、これを全部地域の中で完結していく。だから、在宅医療は、患者さんと患者さんのご家族がいて、地域の中にお医者さんがいて、訪問看護師がいて訪問リハビリがあって、訪問薬

局があって、地域全体としての機能が、家にいる患者さん、もしくは施設にいる患者さんを診るという、この大きな流れがあります。という感じで、要は何言っているかっていうと、病院は大事で、後半で行方市の例えば、その救急医療問題とかいろいろあるので、それでご説明しますけれど。でも大きな流れとしては、この地域の中でどうやっでずっと過ごせるような、体制を作っていくのかっていうことが1つ大きな課題にはなってきます。

あともう1つですね、国が今進めようとしているのは、DXですね。新聞の中にもいろいろDX、DXっていうふうに出てはいますけれど。やはり、その医療の中でも、もっとICTを使えないか、情報システムを使えないか。例えば、その患者さんの情報を連携して、どこの病院に行っても同じ情報が見られるであるとか。またですね、ここに書いてあるみたいに、オンライン診療ですね。遠く離れたところにいらっしゃるお医者さんが、患者さんをオンラインで診る。実は私ども医療機関もやっているのですが。私どもが世田谷で新型コロナウイルス中にやらせていただいた、行政からの委託ですけど。やった例で、例えばその新型コロナウイルスが疑わしかったときに、当時なかなか新型コロナウイルスは、お医者さんが診てくれる医療機関ってなかったです。これをオンライン診療で診て、コロナ検査キットと、あとコロナとわかったら、薬だとか生活物資をバイクで届けるっていう、オンラインを活用しながら、リアルの配送機能を入れてサポートするっていう、例えばこういうふうなこともできるようになりました。

あと最近はですね、この右下に書いてあるような、いろいろその看護師さんとか、ご家族、ご本人が例えば、自分の胸に当てて遠いところにいるお医者さんが、それで診断をするような、こういう検査機器なんかも結構できています。なので、こういうふうなものを活用する。必ずしも、例えば高齢の方たちは、なかなか、自分でこんなオンライン診療なんか、自分だけじゃできないっていう場合は、例えば、看護師さんがそこに行ってサポートするであるとか。もしくはこの間、規制改革でちょっと規制緩和されましたが、なかなか病院まで通えない、医療機関まで通えない場合は、例えば公民館だとかデイサービスに集まっていただいて、そこに看護師さんがいて、サポートをしてオンライン診療を受けるような仕組み。

もしくはですね、地域にやっぱり、開業の先生が少ない場合は、専門の先生がいない場合もあります。そうすると、地域のドクターを遠くのドクターがオンラインでサポートするっていうそういうふうな仕組みなんかも、今出ています。というようなことで、こういうICTを使うっていうのも1つ国の大きな政策です。



あとはですね、もう1つはどうやって、健康であり続けるか、そもそもこれずっと病気になった後の話をしていますけど、どうやって病気にならないかっていうことも大事です。実はですね、健康度の落ち方、先ほど75歳になると指数関数的に弱るというお話しましたけれど、実は個人差がすごくあります。例えばその男性の場合って、実は1割ぐらいは、これ有名な日野原先生、残念ながら亡くなられましたけど、先生みたいに100歳超えても全く元気な方も1割ぐらいいらっしゃる。

でも反対に、2割ぐらいは、実は後期高齢者になる前に、かなり終わってしまうっていうのは男性のプロファイルです。女性の場合はですね、残念ながらこのずっと元気な1割ってなかなかなくて、骨粗しょう症とかの問題があるのですが、大体75歳ぐらいから落ちていく。でも反対に75よりも前に、弱る方は、男性と比べると少ないっていう状況があります。

ですから、これをどれだけですね、自分はできる限り、男性の場合はこの1割に入る。女性の場合もできるだけ長く、元気でいるっていう、これをどうするかっていうことを、それぞれの方と地域全体で取り組むということが大事になってまいります。

そのためには、例えばその食事ですね。例えば、やっぱりその食事の考え方も昔はカロリー摂りすぎだと高齢者もあんまり良くないっていうふうに言われていましたが、例えば、ほぼ最後まで元気だった日野原先生の場合は、週に2回ステーキを食べて、毎日野菜も食べて、かなりちゃんと食事をされていた。なので、特に、高齢になると料理するのも面倒くさくなっちゃうので、つついお茶漬けだけで済ますみたいな感じだと、やっぱり、その弱る度合いが早くなってしまうので、この食事をどうするかであるとか。あとはですね、認知機能を落とさないためには、脳トレとかもありますけどもっと大事なのは社会参加ですね。やっぱり人と接していると元気になる。またですね、人と食事を食べていると長生きするということがわかってきています。皆さんの場合、ちゃんとコミュニティがあるので、多分社会参加というのは、かなりちゃんとできていると思いますけど、こういうふうなことが大事になってきます。

あとはですね、リハビリ的なことも、いわゆる病院でのリハビリだけじゃなくて、最近では自立支援型のデイサービス、デイサービスの中で機能回復をして、上のチャートだと、ちょっとおじいさんのような感じの方が、ちゃんとリハビリをするとシャキッと立って、早く歩けるようになったとか。下の写真は、ほぼほぼ寝たきりだった方が、立って歩けるようになったっていう、例えばこういうふうな、要介護になっても実は回復することが可能なので、そういうふうな仕掛けを地域の中に入れていくということもあります。あとはですね、やっぱり、早めに病院にかかるということの中で、なかなかです

ね、そこまでたどり着くのが難しかったときに、どういうふうに、その地域としての足を作るのかって。これ豊明市っていう、愛知の方の都市の例ですけど、コミュニティタクシーを運営していて、病院だとか銀行だとか、要は割と行き先として頻繁に使うところに止まってくれるような、コミュニティタクシーを行政で用意するみたいな例もあります。

いずれにしても、ちょっと国の全体の動きで言いますと、なかなかですね、病院の経営が厳しい。その裏にはやはり国の財政の問題があるということの中で、1つ病院があったら、それで全部済むということではなくて、その在宅医療の仕組みをどうするかとか、市民の日々の健康作りをどうやっていくのかであるとか。もしくはですね、その健康が衰えても戻す仕組みをどうするかとか。あとは、こういうモビリティの問題だとかっていうのを全部含めた、住み慣れた地域で最期まで自分らしく、生きるためにどうすればいいのかっていうことをまち全体で考える。その中で、かかりつけ医、お医者さんの機能も、単に来た患者さんを診るというだけではなく、積極的に地域にでていって、健康作りをやるとか。

またですね、24時間365日対応の在宅医療に取り組む。これ別に、自分1人でやらなくてもいいですよ。いろんなところと連携しながらやるっていう、そういうふうな機能をかかりつけに求めるっていうのか、かかりつけ医の機能も今、変わりつつあります。という、これちょっと国全体の話でございます。

その中で、ちょっと行方市どうなっているのかっていう、ちょっと本編のお話をさせていただきたいと思います。まず行方市の基礎情報、これは皆さんへご案内のとおりということでありませうけれど。

まずですね、これも本当にご案内のとおり、人口は減っているじゃないですか。2045年になると、大体今の6割程度まで落ち込むであろうと。ただ、その中で年齢構成が変わってきて、先ほど申し上げた後期高齢者75歳以上っていう、これが上昇し続けて、2040年には大体3人に1人が75歳以上になる。なので、冒頭、申し上げたその要介護、認知症もしくは入院をした人、在宅医療を受ける人または受ける可能性のある人っていうのが3人に1人になってくるっていうこういう状況ですね。

ちなみになのですけれど、世帯、独居かどうかっていうことですが。高齢者独居、高齢夫婦世帯は、今まで全国平均より高い状況ではありました。これ赤が、行方市ですね、点々の黒っぽいのが全国ですけど。これはですね、ずっと全国の方が高いんですけど、2019年ぐらいから全国が行方市を追い抜いていくと、という感じですね。概ね高齢者夫婦世帯、老老の世帯も同じような傾向にあります。

あともう1つ、行方市の特徴としましては、これもご案内のとおりですけど、実はですね、75歳以上の方も結構ですね、働いてらっしゃると、75歳以上の労働力率は働いてらっしゃる方の割合というのは、鹿行医療圏および全国と比べても高い水準にあって、そのうち6割が農業なので、農業だっていうことはずっと続けられるし。あと長野県が非常に長生き有名ですけど、やっぱり農業ってそんなに体も使うので、割と健康になりやすい。

でも一方で、やっぱり農繁期で忙しいときって、医療にかかれないであるとか、もしくは疲れるから、物を取るとかってあるので、やっぱり農業地域の特有の課題ってというのは発生するという状況ではあります。

行方市の医療需要と供給体制どうなっているのか、これも既に知っていると、いうことだと思いますけど、市長からさっきお話ありましたけど、やっぱり医療機関が少ない状況。この青い点々がある辺りは、行方のクリニックですね。これ内科だけじゃなくて全医療機関。黄色いところがその周辺自治体であったり、赤いところも周辺自治体であったりっていうので、明らかに行方には集中が低いということがわかります。

また、先ほど市長のお話もありましたけど、やっぱり人口当たりの医師数が、非常に少ない状況ですね。これ人口がそれぞれ違うので、人口10万人あたりで見てみたときに、鹿行地域が医療機関の中でも少ないし、その中で行方一番少ないわけじゃないですけど、かなり他に比べて少ない状況になっています。

あとちょっと、この市だけでは、取れなかったですけど、茨城県全体で見たときに、やはり医師の高齢化というのが進んでいまして、今65歳以上のお医者さんが全体の3分の1を超えたという状況にあります。ここから先どうなるだろうかってことは、結構不安になりますよね。

この中で、入院とか外来が必要になってくる方って、どうなっていくのかっていうことなのですが。先ほど75歳以上の方が増えると、入院する割合は増えますが、でも全体の人口が減っていきますので、どこかの段階で減る方に転じます。ということで、徐々にも減っていて、そこから先に2035年からガーンと減っていく、外来に関しては、もっと早めに減っていくっていう、こういう状況があります。

ただ、とはいいつつ、75歳以上の方が、これは全体減っても、75歳のところの割合が増えているので、75歳以上のとこだけ取ると、2035年まで増えてそこから先減ると。外来に関しては2035年まで増えて、そこから先減っていくっていうこういう状況になります。国とか県の方で、こういう人口動態だとかを見ながら、どれだけの病床が必要になってくるのか、さっき全体の病院病床の数を減らしそうとしているっていう国

の流れの話をしましたけれど、それと同じようなものを県とかですね、算出していますね。それで見ると、やっぱり行方地域、この鹿行医療圏の中では、やっぱり急性期病院が多すぎると。だから、これ以上は作らせないぞ、もしくは減らしてくださいという。回復期、リハビリとか地域包括ケアって療養するような病床は、これは不足しているから、できれば増やしたいっていう状況。あとは訪問診療に関しては、やはりこういった需要が増えてくるので、これは結構ですね、今後増やしていかなくちゃいけない。これは、今度になるかどうかは別として、計画ベースでは、こういうふうな方針になっています。という状況の中で、次ですね。

ちょっと個別でいくつか見てみて、そのうちの1つが多分皆さんも非常に興味ご興味ある救急ですね。救急に関しては、これ周辺地域と比べたときに、どういう特色があるかっていうことを見てみると、行方市は、これ夜間休日夜間救急センター、在宅当番医医療制というポイントがありますが、そこは両方ともなしになっているじゃないですか。

ですから、一応、日中に関しては、対応はしているのですが、他の地域と比べて、やっぱり、その休日夜間における初期救急体制が実際十分ではないということは、要は、やっぱり初期救急が十分に存在してないっていう状況があります。そういうのも反映しましてですね、そういうだけではないですけど、救急搬送時間、これは行方市が含まれる鹿行広域における救急搬送っていうのは、茨城県全体および全国に比べてそもそも長く、かつ伸びている。5.8分伸びています。茨城県全体で2.2、全国では3.3ということで、やっぱり他に比べて伸びている状況。あとそもそも、この下の方にそもそも時間がかかっているっていうのは、こういう状況が見てとれるわけですね。

でもですね、どういうふうな人が救急搬送されているのかっていうと、左側、年齢性別で行方市のところがこの濃い緑色は、80歳以上というところが、約半数を占めています。他の地域に比べて、やっぱり多いということがあって。これはですね、後で山中先生お話されるかもしれないのですが、在宅医療がかなりしっかりしていると、救急車を呼ぶのではなくて、在宅を呼ぶので、救急車に乗らなくてもいい。うちも在宅医療をやっているのですが。うちのグループで、やっぱり誤嚥性肺炎だとか、軽い病気、尿路感染症だとか、発熱したっていうのは、これはもう、救急搬送してもどうせ病院で長い間待って、検査して、入院して、やることは家でやろうと一緒になので、むしろ家に医者をお呼びっていう傾向になっています。この80歳以上の救急搬送患者が多いというのは、単に救急車を増やす、もしくは救急の受ける場所を増やすっていうのではなくて、もっと仕組みとして変えなくちゃいけないものがあるじゃないかっていう

ことが想定されます。また右側のチャートはですね、どういう時間帯で救急搬送されているのかっていうのを見ると、これ濃い緑が要は、平日の日勤帯ですね。あと、濃い緑はそれで救急車に乗っている人で。ちょっと薄い緑がそこで救急のところから自分の車で行く人っていうのを見てみると、結構ですね、行方市の場合って、半数強が普通の平日の日勤帯なので。これって、かかりつけ医のところに行く方を含めてですね、もしくは訪問診療を受けるとか、何か違う方法も考えた方がいいかもしれないなと。

これで全体ですね、救急患者を減らすことができると結果として、本当に必要な方の搬送時間とかは、減る可能性があります。なので、こういうふうなことも考えていかなくちゃいけないだろうと思っております。

次、皆さんの健康状態というデータで見ってみました。そうするとですね、結構これ驚きました。行方市の方の何で亡くなっているかということを見ると、この濃い緑が行方市ですね。これ人口10万人当たりですね、薄い緑が全国で見ると、心疾患、脳血管疾患、急性心筋梗塞、脳梗塞っていう心臓とか脳のある種、血管系の病気が、非常に、この全国に比べて有意に高いわけですね。これ、男女ともそうで、女性なんか心疾患は、倍ぐらいありますよね。これはやっぱりその生活習慣病、例えば糖尿病だったり、高血圧だったり、高コレステロールであったりっていうことをきっちり直すと、悪化しない可能性もある病気です。それがちゃんと早期に治療され、早期に、要はそうならない前までできる限り、止られてないのではないかって、これ推測ですよ。というようなことが見てとれると思います。

そういう生活習慣病って、どうここでキャッチするのっていうのを考えると健診ですね。健診をどの程度受けているかというので見ると、青い線が行方市の男性、赤い線が行方市の女性、点線が全国その他です。全国の大体似たような規模の自治体の健診の受診率ですね。見てみると、行方市頑張っていて、若い間は結構高いですよ。でも高齢になってくると、65歳を超えると全国にひっくり返されているっていう状況があります。

特に、後期高齢者になると高齢者の特定健診が高齢者健診っていう制度が変わるのですが、それで見ても、高齢者の健診受診率は他の近隣のまちに比べて圧倒的に低くなっているわけですね。

この健診の受診率を横軸にとって、循環器ですね、例えばその心臓とか病気での死亡率というのを縦軸にとったときに、実はですね、健診の受診が悪いと、要するに

循環器科の死亡率上がるという相関関係があつて。ということは、行方市やっばり健診を受けてなくて、循環器疾患で多く亡くなっているという状況が見てとれます。

またですね、医療費が実はですね、あんまり多いと困るのですけれど、あんまり少ないというのもよくないですね。要は、先ほどの生活習慣病とかで早めに定期的につきり受診していると、ある日突然重大な病気にならないという状況があるので。ここがですね、後期高齢者の1人当たりの医療費が他と比べて少ないという状況があつて、それと循環器間の、あの死亡率は、またこれ相関しているのです、やはりですね、早めに治療が十分に受けられてないという状況があるのではないかというふうに思います。

これは先ほど、農業やっている人も忙しいであるとか、農繁期にはご家族も忙しいので通院できない、また近隣に医療機関が少ないので、ちょっと遠方まで行かなくちゃいけなくて足がなくて大変っていう。そういうふうなことも効いているのではないかというふうに推測をしています。

現実問題ですね、高血圧、糖尿病っていう生活習慣病、また重大疾患ですが、さっきの心疾患とか、腎不全とか脳血管疾患とかで見たときに、行方市の受療率、かかっている割合というのは、近隣の他まち町に比べて、茨城県に比べて高いのは高いのですけど、下に書いてある需要率差分、要するに何倍多いかっていうので見てみると、圧倒的に重大疾患の方が倍率的に多いですね。その割には、生活習慣病をそんなに多くないということは、やっぱりこんなに重大疾患になるのだったら、本当は生活習慣病のところの需要率をもっと高くなる。結果として従来疾患の方の充実が下がるという、この方程式がうまいことってないなっていうことが、見てとれます。

現実、先ほど申し上げた、遠くまで行かなくちゃいけなくて大変っていうのを見てみたときに、例えばその重大疾患の血管疾患や心疾患になったときに、皆さんどこまでいっているかっていうと、これ救急搬送の話だけじゃないですよ。その病院に行つてかかって手術して治つて、でもその後、通院するじゃないですか。そのときにどこまで、どこに行くのかっていうと、行方市内だと脳血管疾患2%で、心疾患でも1割弱というそういう状況で、残りはやっぱり市外に出ないといけないっていう状況がありますね。あと高血圧疾患に関しても、これはもう、さすが行方市で約6割ですけど、4割は外に行っているっていう感じですね。なかなか大変だろうなっていうところなんです。

次、ちょっと在宅医療の話をする、行方市でも在宅医療は、やってらっしゃる医療機関あるというふうに伺っていて、自宅看取りの数は、そこそこ、あるのですけれど。

でもですね、いわゆる定期的に訪問を受けているであるとか、特に在宅ターミナルケア数って、要するに、その看取りの前に、頻回に行かなくちゃいけないじゃないですか。

そのときに、在宅ターミナルケアを受けている方というのは、これが人口10万人当たりでいうと、非常に他の近隣の市に比べて少ないという状況があります。

ですから、看取り数も家で亡くなったっていうので、往診的に行って、お亡くなりになっていますねっていう感じであって。ちゃんといわゆる、在宅医療を定期的に受けて、特に終末期、そこで過ごすまで、きちんとケアを受けられるという状況には、ないのではないかとこのように推測をします。

またですね、当然、医療だけでは家では過ごせないので、介護も必要になってきて、家って言ったときに別にいわゆる自宅じゃなくても、施設でもいいですよ。ですが、施設にしても、グループホームでもいいですけど。ここでも、ちょっと医療依存度が高い要介護者に対するケアだとか、ターミナルケアだとか看取りに対応できる施設というのが、ちょっと限られている。要するに、スライドに丸ついているところが、こういうのを受けるところですが、ちょっとなかなかですね、あんまり対応できてない状況があるかと思います。

ということですね、ザーツと国全体で何が起きているか、行方市で何が起きているかっていうご説明をしました。まとめてもう1回ですね、何をお話したかということをお話をして、簡単にご説明したいと思います。

まず、国全体の話っていうと、これもちょっと残念ながら行方市だけでは何しようもない話ですけど、国全体で言うとやっぱり病床削減して、そのためにやっぱり非常に病院の経営って厳しくなっていて、行方市だけじゃなくて、あっちこちの病院が非常に苦しんでいるんですけど。という状況があって、その中で、病床削減して、在宅医療を核とした地域保険システムに移行するというのを国全体が目指していて、それによって医療費の効率化と、高齢者が元気に過ごして、いただけるそういうふうな地域を作ろうというのが国の大きな方針です。

この3番目のポイントですけど、市民の皆さんとしては、いつまでも健康維持したいと思ってると思いますし、やっぱりその病気にならないということがベストですけど、そのために例えば栄養を考えるだとか、運動するとかってことも重要になってきますが、とはいえ病気になるものじゃないですか。そうするとやっぱりその早期発見、早期治療が望ましいと。しかしながらですね、行方市の場合は、高齢者の健診受

診率や生活習慣病のコントロールというのが、ちょっと課題があるのではないかと  
うことが推測されます。

一因となったのが、自宅から医療機関が遠くて行きにくい、またご本人やご家族が  
農業に従事して忙しくて通院しにくいという状況があるので、これをどう回復するかっ  
ていう、病院作るとかね、診療所を呼び込むのは、ありますけど、モビリティをどう確  
保するのかがであるとか。またですね、行方市の場合は、非常にITネットワーク整備が  
できているので、オンライン診療活躍する活用するっていう、そういうふうなことも考  
えてもいいのではないかとはい思います。

救急車に関しては搬送時間が長くまた延びている。しかしながら、その原因を見て  
みたときに、高齢者だったり、日中の診療時間内の搬送が多いので、かかりつけ医の  
機能の充実だったり、在宅医の充実だとかっていうことを考えて、総合的に対応する  
ことがいいのではないか。あとはですね、病気になって市外の病院入院した後、退院  
した後どうするのかっていうことが課題になってくるので、それが市外の病院に療養  
通院するということになると、やっぱり負担も大きいですし、あんまり幸せじゃないの  
で、もしくは、市外の高齢者施設に入所しなくちゃいけないということもあんまり幸せ  
じゃないので、やっぱりその住み慣れた地域でどうやって最後まで過ごせるかっ  
ていう、在宅医療と介護の仕組みっていうことを、ちょっともう1回考えてもいいのかなど。

最後にちょっと繰り返しになりますけど、やっぱりできる限り長く元気で過ごすため  
の健康増進、機能回復、機能訓練っていうことが求められると思います。

以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

【司会者 行方市政策秘書課長】

大石様、大変ありがとうございました。

これより、休憩を取らせていただきます。この後、2時30分から再開をさせていた  
だきたいと思いますので、お時間までにお席にお戻りいただきますようよろしくお願  
いいたします。

【司会者 行方市政策秘書課長】

それでは続きまして地域に根ざした在宅診療の現実と課題につきまして、ご講演い  
ただきます。講師は、医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所  
所長の山中光茂様です。山中様におかれましては、慶應義塾大学法学部、群馬大学  
医学部をご卒業後、ケニアの離島で医師として、エイズ対策プロジェクトの立ち上げ



に2年間携わりました。その後、2007年に三重県松阪市長に就任され、2期務められた後、四日市と江戸川区で在宅診療に従事。2018年にしろひげ在宅診療所を開設されました。現在、がんの終末期など重症度の高い患者を1500人以上診察し、年間250人以上の看取りを行っておられます。詳細はお手元の資料をご覧ください。

本日は、本市の高齢化率の進展を考えますと、今後ますますニーズが高まってくると思われま。在宅診療の現実と課題についてお話をいただきます。それでは山中様、よろしく願いいたします。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】  
よろしく願いいたします。皆さん改めましてこんにちは。白いひげ在宅診療所の院長をしております山中と申します。

実は4年か5年ほど前ですか、多分5年ぐらい前ですかね、100人委員会って行方であったときに、その委員としてここで来ささせていただきました。行方の鈴木市長とは、実は私、三重県の松阪市っていうところで市長をさせていたときに、同じ青年市長会というところで、ご一緒させていただいて。なかなか、市長だからいいってもんではなくて、在宅診療のドクターだからみんないいってわけじゃなくて、行方の市長は本当に行動的で、素晴らしい市長だと。本当に当時からお世辞ではなくて、他は悪い市に行く、大した市長じゃないですよとかいうこともあるのですけれども。本当に行方市長はすごく素晴らしい市長だと心から思っているし、行動的で実はこの依頼をされたのが約2週間か3週間ぐらい前で、本当に適当な依頼してくれるなと思いつつ、ここへ来ました。先ほど大石社長の方から、在宅診療のこと、後で山中先生が話すと思いますって言いながら、大体話してくれたので、もう帰ってもいいかなとは思っているのですけれども。実はメディヴァの大石社長のところが、アーバンクリニックっていうのを世田谷でやっていて、私達のクリニックとも、医師も職員も実は行き来をして、研修とかをしています。

在宅診療って名がつくところって、全国で今1万4,000ヶ所あります。1万4,000ヶ所だったら、行方でもいくつかあっても、いいじゃないっていう話で思うかもしれませんが、実際先ほど行方で看取りが180で、ターミナルケアが32で、大体、訪問件数が3,500とありましたけれども、私達のクリニックだけで、実は去年の往診と定期訪問を含めて大体3万件ぐらい年間やっていて、看取りが250件で、先ほどのターミナルケアっていうのは、ほとんど実は患者さんにおいて、ターミナルケアからの看取

りになっているという状況で、250件ぐらいターミナルケアという形では関わっているという状況です。

在宅診療やっているからといって、必ずしも看取りまでできる、必ずしも重い方だとか、難病の方をサポートできるかっていうと、そうではないです。何となく在宅診療っていうと、離島医療とか僻地医療思われる方も多くて、おじいちゃん大丈夫、おばあちゃん大丈夫っていうイメージで思われて、軽い病気の方ってイメージが何となく思われる方が多かったとか。何かお金かかるじゃないって思われる方、実は多いのですけど、実際はそうではないです。

実は、私達の患者さんの半数以上が末期がんとか難病、ちなみに重症度の高いパーキンソン患者さんとか100名を超えています。かなり重くて動けない、そして、家族がいないって方も結構多いです。近隣に家族もいないって同居で認知症または難病で家族もいない、そういう方々を看取りまでちゃんとサポートができる。何か家族が大変なんじゃないって、よく言われますけど、在宅で診ることは決して大変ではないですよってことを必ず話をさせていただきますし、お金も、これも話さなくなるけど、特別お金がかかるわけじゃなくて、在宅診療の場合は全て保険診療です。

逆に重症度高いがん末期の方とかは訪問看護も含めて、医療費の枠内に収まるので医療費上限の中で、看護師、リハビリ、医師っていうのもサポートができるっていう仕組みもあるので、ちゃんとした在宅診療が地域に根付くことで、地域の訪問看護、リハビリまたは夜間や土日まで配達をしてもらえる薬局。こういうところの育成にも繋がるという意味で、訪問診療っていうのがちゃんと地域に根付くことで、先ほど大石さんから話があった、救急搬送数も圧倒的に減ります。

実は、在宅診療がしっかりしている、例えば葛飾区であるとか、私たちは江戸川区なので、四日市市とか、そういう従来から在宅診療ところは、やっぱり救急搬送数が減って、在宅看取り率が高まります。

ただ、在宅診療所があったとしても、看取り率が低くて困ったら、救急搬送しちゃう在宅診療所も、実はありますね。そういうところにおいては、結局、在宅診療があってもバイトドクターが夜勤もやっていると。あとは夜間コール番だけやっている、または困ったらうちの病院来ていいよっていう大きな病院が在宅診療やっているところもあって、そういうところでは在宅診療が家でお看取りできる環境にはならない。そういうところもあるので、またちょっと後ほど在宅診療の仕組みも含めて、少し話をさせていただきます。

ただちょっと、数週間前に頼まれたばかりで、ちょっと手を抜こうかなと思ったので、今日は動画を準備してきました。在宅診療の現場の動画、実はちょっとNHKさんがちょうど半年ぐらい前ですかね。取材に来ていたときに、お看取りまでのプロセスについて、実は30分の番組ですけど、さすがに30分流すと市長に怒られると思うので、6分ぐらいにまとめたので、ちょっとお看取りまでのプロセスというか、ちょっとこういう幸せな形もあるよって。これ一応言っておくと、当然、お看取りとか最後幸せになるかどうかなんてわからず、NHKさん来ています。なので、ごく一般的なお看取りまでのプロセスとか、ちょっとこういう関わり方在宅でやっているよって、参考までに見ただけならばと思って準備してきました。見ていただければと思います。

### ～動画視聴～

何の話をさせて、いただきたいかという、実はこれってすごくいい例なんじゃないって。こんな幸せなことって、いつもあるのって言われるかもしれないですけども、私達も年間250人ぐらい最後の時間がある中で、ほとんどが笑顔です。最後自宅で亡くなるときにがんの終末期とか、呼吸苦、今の苦しいって言葉で言われましたけれども、最後花畑出るときって、その苦しいって言った後の時間です。実は、苦しきって取ることができます。痛みも取ることができます。がんの終末期だからといって、必ずしも痛いとか苦しいではない。実は在宅介護で皆さん、家族が見るのが大変だって言われるのは、何が大変かっていうと、やっぱり痛いとか苦しいとか、夜間の不穏とか、結局家でいろんな荒れたことがあるからこそ、介護が大変だっていうことが多くて。医療を通じて、苦しみとか、痛みとか、あとは夜間の不穏、夜はしっかりと寝てもらおう。

一日中ずっと寝かしてあげるとかわいそうですけれども、実は麻薬っていうのも、最初、麻薬を導入しますとか、ステロイドを導入しますっていうと、実は多くの患者さんで抵抗が示したりとかされますけれども。あと、お医者さんでも、実は私達のクリニックに、新しいお医者さんが入ってくると、麻薬ってこんなに使っていいのでしょうかとか。ステロイドってこんな使い方していいですかって、よく聞かれます。実は、麻薬っていうのも、昔、何となくモルヒネってずっと寝かしつきりという、イメージが数十年前ってあると思うんですけど。実は麻薬って、痛みの量に合った量を適切に使うと、かえって活動量が増えるとか、延命効果もあるっていうデータも実はしっかりと出ています。あとは、ステロイドっていうのも病院の先生方だと、骨粗鬆症がとか、感染しやすくなるのではないかって、なかなか使われない方も多いですけれども。ステロイド

っていうのもかなり、がんの終末期でうまく使うことで食欲が回復したりとか、だるさだとか倦怠感が取れたりというので、明らかな延命効果が見られるっていうのもあります。そんな中で、先ほどの膵臓がん末期の方でも、余命1ヶ月、1週間前という状況でも、ああやって意識状態もありますし、ただ階段のように最後の時間で変化はあります。

私達はやっぱり、大勢の末期がん患者を診ているので、大体、あと1ヶ月ぐらいですね、1週間ぐらいですねって、正直、大体わかります。そういう中で、家で最期が見られる幸せっていうのを作れるっていうのは、決して、この動画の患者さんが特別な部分ではなくて、医師だけではなくて。医師って結局、多くて1週間に1回とか。あとは緊急の往診で行くっていうときがありますけれども、医師だけじゃなくて、やっぱり訪問看護さんであるとか。あとは家族がいない人だったら1日3回、ヘルパーさんが朝昼晩で入るとか。訪問入浴で入る、そして介護の調整っていうのをケアマネージャー参加する。そして、夜間や土日に関わったときがあっても、訪問薬局さんが、いろんな薬を持ってそこに行って、薬の手配をする。こういう医療、介護、そして何より生活っていうものを支えるシステムっていうものが、地域にできることで、決して病院ではないと重い病気が見られないってことは、ないですよ。

実は、こういう話を私いろんな地域でいくと、今日も地域のお医者さんが来ていて始まる前にも、地域のお医者さんとお話していて、いやうちはそんなこと言いませんよって、笑い話で言っていたのですけども。外部のエリアに行くと、在宅診療が入ると、地域のお医者さんの患者さんが減るのではないかとか、奪われるのではないかとか。そういうふうに言われる医師会の方々も、他の地域でいらっしやいます。でも決してそうではなくて、在宅診療の定義って、実は2つあります。

1つは、24時間365日、しっかりと見るってこうなのです。だからこそ、訪問診療ですよ。昼だけ訪問を月2回しますとか、夜間は困ったら救急車呼んでくださいってというのは、訪問診療ではないです。

もう1つの定義は、病院に行けない人を診るのが、訪問診療です。実は、お金を持っているからといって、家に来てくださいと。病院に行くのが面倒くさいから、来てくださいってというのは、訪問診療ではなくて、基本的に病院に行くことが困難。これは、認知症で家族もいなくて、行くのが大変でも、逆にいいです。あとは足腰が動かない、脳梗塞の後で、ベッドから全く動けない。がんの終末期で、もう病院に行って1日ばかりで行って来いで、タクシーに乗ってお金もかかって、帰ってくるのがもう大変。こういう環境の方々っていうのを、重い疾患の人を家で見るってことってというのが、基本的に

在宅診療の役割であって、決して地域の中の、かかりつけ医さん、病院に行っている方とバッティングするわけでは全くないです。

逆に言うと、私は、地域のかかりつけ医さんが訪問診療やっていいのですけど。ただ外来をしているときに、緊急で呼ばれたときに、地域のかかりつけ医さんが、往診に行けるかという、行けない。

これは本当の訪問診療ではないですよ。あとは大きい病院が、訪問診療をしていて、結構、訪問診療って、1ヶ月の管理料っていうお金は、外来よりは高いので、実は訪問診療をやる大きな病院もあります。でも、夜間とかにドクター置かずに、困ったら救急車でうちの病院来てくださいって、そういうやり方をする訪問診療、大きな病院がやっている訪問診療もあります。でもそうしてしまうと、結局救急搬送数っていうのは減らないですし、大きな病院が往診には行くけど、夜間はうちの病院来てくれて、何となくサービスとしていいように思える。

病院と在宅診療の連携って言葉は、いいかもしれませんが、結局はこういう形で、家で最期のお看取りができる。家族と一緒に最後の時間まで過ごせる。特に、コロナ禍においては、今でも新型コロナウイルスからの延長の中で、病院で面会の規制が、かなり強くなったとか、施設においても面会時間の規制があるっていう中で、やっぱり家で、最後まで見られる幸せっていうことを誰もが望んでいる。

6割以上の方が、やっぱり家で最期を過ごしたいって思いながら、今、在宅の看取り率って大体15%前後。いい地域だと20%を超えていますけれども、やっぱり5人、6人に1人しか家で最後は見られないっていう環境がある中で、先ほどの行方のデータをやっぱり見ても、決してまだまだこのエリアで、家で最期が見られるっていう環境がない。

でも、実は60年、70年前、日本って、世界で一番在宅看取り率が高くて、80%ぐらい家で見られるっていうのが、この日本だったのに。今、先進国の中で在宅看取り率、施設看取り率っていうのが世界で一番低いです。なぜ、施設看取り率も低いかっていうと、施設の方々も訪問診療を入れたりしているのですけど、結局そこに入っている訪問診療さんが、夜間は施設に対して、困ったら病院に救急搬送してくださいねっていう訪問診療が多いので、施設でも最期が見られないところが多い。

そして、在宅でも最期が見られないことが多い。先進国の中で、最も家や施設で看取り率が低いのが、実は日本っていうふうになっていて。だからこそ、本当に国がこの20数年間、先ほど大石さんからあったように、実は国の方は、急性期病床を減らして、家で最期を看取るっていうので、在宅診療の土台を作ってきました。

訪問診療の数も増えている。訪問看護の数も増えている。そして実際には各地域で思いのある訪問診療所も増えています。ただ一方で、やっぱり24時間ってうたいながら、実際には、夜間はバイトのドクターだけでやっている。日中もバイトのドクターだけでやっている。週1回しか来ないドクターがやっている。

夜間がバイトドクターでやっている訪問診療がどういう形になるかっていうと、結局自分たちは昼間見ていないから、わからないから、自分たち責任取るのは怖いから、結局、困ったら救急搬送しましょうよ。というふうになるのが、結局フランチャイズ型とか、なんちゃって在宅診療と、自分はよく言うんですけど、本当に24時間の在宅診療ではなくて、本当に常勤ドクターをちゃんと使う。研修されたドクターをちゃんと使う。夜間も日頃診ているドクターがちゃんと管理ができる体制を使う。メディヴァさんもいっぱいそこをちゃんとやってらっしゃるし、私達のクリニックでもちゃんとやっているのので、看取り率が大体80%から85%ぐらいが保てるクリニックっていうのが、結構ですけど。結構フランチャイズ型でやっぱり適当にやっている在宅診療所は、実は20%、30%、訪問診療が入っているにもかかわらず、看取り率が低い訪問診療が多いですし、50%前後の訪問診療在宅診療所も、実は多くなっている。

というのが現状です。そういう中で、やっぱり私とか大石さんとかよく話をするのは、やっぱり在宅診療所ができればいいっていう問題ではなくて、やっぱり地に足のついた、24時間365日をお看取りまでサポートができる在宅診療所が入ることと、地域の介護職とも連携、実は在宅診療所が来ると、介護職も育ちます。

江戸川区でも、実は300ぐらい薬局があるんですけど、私達が江戸川区で在宅診療するまで、土日に配達してくれる薬局ってゼロでした。私達が在宅診療所として入ることで、やっと1年とか、たつ中で私達のことを診療してくれる中で、私達の薬局、土日もあります。7時、8時ぐらいまでは配達します。

でも薬局もひどいのが、24時間365日配達しますっていうふうにはなっていないのです。皆さんそうやってうたって、加算を取っているにも関わらず、薬局さん自体も、あとは訪問看護さんもそうですよね。24時間ってうたっているながら、夜間はやっぱり行けませんとか、配達できませんとか、そういうところがすごく多いのが、ちゃんとした在宅診療所が育ってくるとちゃんとしたところと組みたい。逆に訪問看護ステーションからしてもそうです、ちゃんとした訪問診療所と組みたい。

私達、実はまだ開業してから5年半です。5年半で今1,500人の患者さんがいる中で、8割ぐらいの患者さんは地域の訪問看護ステーションとか、ケアマネージャーさん、または行政の生活援護課さんからの紹介が8割ぐらいで、病院からの紹介ってほ

とんどないです。病院からではなくて、地域の介護職と一緒に、最後の時間まで見られる。実は、地域の介護職の方々も本当は家で見られる方がいけばねって、家族も家で望んでいるよね、という場合が実は多いです。多いにも関わらず、訪問診療で最後まで見られるドクターがいないから、結局、困ったら救急搬送で、この行方以外に行かざるを得ないっていうふうになってしまう。江戸川区にもそういうクリニックがなかったら江戸川区外に行かざるを得ない。

そういうことが、今の実際日本全体の現状で、まだまだ実は、在宅診療自体も、お医者さんたちからも信頼されていません。私、8年ほど前に、江戸川区に初めて来て訪問診療を始めたときに、お医者さんたちが言われたのが、結局、訪問診療に回しても、私達の病院に返すだけでしょと。こんな重い病気、最後まで在宅診療で、診られないのではないの。こういうことを、もう言われ倒されました。

本当にその在宅診療で、どれだけ重い病気でも見られる介護と連携して、苦しさも取ってあげられる。こういうことっていうのを、理解してもらうまでが大変です。実際確かにそれがフォローできない地域もたくさんあるので、訪問診療が信用されないのも当然ではあるのですけれども。そのしっかりとした質を担保した訪問診療室を、担保した介護の事業所との連携。質を担保した薬局さん、ヘルパーさんで、私達24時間365日の介護事業所っていうのを作っているのです。介護もやっているのです。

でも実際、介護の事業って赤字です。介護の事業って私達、多分、今、年間でいうと2,000万以上の赤字を生み出しています。正直、訪問診療側で結構利益が出ているので、赤字で他がやりたくない介護事業を、私達はやっているっていう部分があるのですけれども。実際この赤字の部分であるとか、訪問診療っていう他がやらないところっていうのは、私は今後、行政がやってもいいかなと思っています。

実は、今回のシンポジウムが始まる前に1時間ぐらい市長をはじめ、パネリストの皆さんと話していて、あの今後の行方ってどういう医療体制介護体制できればいいかなって話していて。もうそれをシンポジウムにしちゃえばいいかなと思っていたのです。それぐらい、あの市長も含めて熱意を持って、思いを持っていらっしゃいますそういうことを今後、公の責任でやる。訪問診療とか、地域の地域包括ケア。実は地域包括ケアって言葉って、2000年前後からミレニアム時代ぐらいから名前は出てきていて、地域で医療計画を作ったりとか、私も市長とそのとき医療計画作ったりとか、県にあげたりとか、していたのですけれども。そういうのって、ちょっと市長には悪いけど行政だけでは絶対できない。行政ってお医者さんがいるわけでもないし、なかなか地域の役割を果たせるわけなくて。民間の事業者の力って必ず必要。

ただ、他にもお医者さんとか看護師さんとかヘルパーさんとかって、民間の事業者がいるので、民業圧迫になったら困るよねと。でも、民業圧迫気にしていたら、逆に公としての責任もできないよね。とか、そういう話もさっきから話はさせていただく中で、本当に行方っていうのが、先ほどの大石さんのデータがすごくわかりやすく。本当に、今の全国のいろんな地域における現状を示している。行方特有の問題ではなくて、全国である中で、今後、逆に医療、介護、あとは生活支援のモデルケースのような形を、この行方においても作っていいのではないかなという期待も、逆に大石さんのデータとか、あとは鈴木市長の思いなども聞きながら思うところがありました。

もちろん厚生連さんがやっていたら、なめがた地域医療センターとか、先ほどから思いがあり、あとパネリストで来られる医師会さんなども、すごく思いがあって、すごく地域の中で役割を果たしているのは、もう現実なのですけれども。やっぱり地域の中で様々な選択肢が持てる、医療のあり方、介護のあり方、生活のあり方っていうのを、またこの行方でも考える、こういうきっかけになる今日のシンポジウムじゃないのかなとは思っています。

別に、病院で亡くなるのが、駄目だって言っているわけではないです。施設に行くのが悪いって言っているわけではないです。ただ、家で、最後迎えらるっていう選択肢っていうのは、どんな病状でも、必ず受け止められるっていうことだけを今日は理解して欲しいなと実は思っています。ちなみに、私達の在宅診療所、これまで5年間、患者さんを断ったこと、1例もないです。

例えば小児の難病、小児のがん、あとは小児の精神、ひきこもり、私達のクリニック実は、2割の患者さんが重度精神疾患の患者さんです。結構、精神疾患で引きこもりの方とか。あとは外に全く出ない方とか、あとアルコール中急性アルコール中毒の方、こういう方も病院に行けずにお家でどうやってサポートすればいいのかっていうのがわからない。私達はあまりにも、引きこもりの患者さんが多いので、実は江戸川区と連携をして、引きこもりの居場所作りっていうのもさせていただきました。去年から始めて、ひきこもりの方の居場所作りでそういうのを作ると、実はもうこれまでの行政機関が受けた相談よりも、私達が運営している引きこもりの居場所「よりみち屋」っていうのを作りました。その居場所の方が、実は一番相談件数が多くなった。そこを經由して、行政が最低賃金をその方々に、払ってもらっていて、そこから就労に繋げるっていうので、実はそこから私達のクリニックにも、2人就労が決まったとか。そういう就労場所を探すっていうことにも繋がる。在宅診療というのは本当に幅広くて、本当に重い方、重症度が高い方も責任を持って最後の時間まで見られるし、精神疾患であ



るとか、本当にどれだけ重い、様々な形であったとしても、あの総合診療と違いますよね。

よく間違えられたりとかします。総合診療のお医者さんがうちにも来ますけど。総合診療科っていうのは大事な役割ですけど。検査をたくさんして、どこの科に診てもらおうかと。どうやって治して、どの科で診てもらったらいいかなっていう割り振りをするのが総合診療ですよ。

在宅診療っていうのはある意味最後の砦、病院に本当に行けない。または、逆に自立支援という形で病院に行けるようにすることもあるのです。精神疾患の患者さんだと、私達のところで良くなると病院に通えるようになったので、やめてくださいって私達が言うことにもあるのです。実際。そういう、プラスの面もあるのですけれどもほとんどが、やっぱり家で最期を看取るまで責任を持って、サポートする。先ほどの動画の患者さんの例っていうのが、ちょっと繰り返しにはなりますけれども、特殊な例ではないです。

最後、笑顔で、家族みなでご遺体の前で写真撮影会をすとか。あとはエンゼルケアをみんなですて、家族みんなで顔をふいて、体をふいてして、そして一緒になってこういう普段来ていた服を着せ替えてあげて、この一張羅をこう着て、お父さん、これ、昔、着ていたねっていう形をしながら、すごく自然な形で、最後のお時間を家族とともに迎えられる。50年前、60年前の日本では当たり前だった光景っていうものを、地域みんなで作っていく。医療だけでは、絶対無理です。

よく病院だと、結構、医者がリーダー格になるかもしれませんが、地域医療って結局ご飯を食べさせる人、ごちゃごちゃの糞尿まみれの家に私達こともあるのですけど、普段こんなスーツを着ていかないです。大体ジーンズとジャケットで行くことが多いですけど、本当に糞尿まみれのところをかきわけながら行くことも多いですけど。そういうのを掃除すとか、清潔にしてくれるヘルパーさんとか、地域行政の役割。でも地域行政でできなかつたら、もう私達が相談員もいるので、一緒になって汗水を流して部屋を綺麗にするとか。あとは、ストーブがなかつたらストーブ持って行ってあげるとか。そういうこともします。

そういうことも含めて、1人1人の当たり前の生活とか命を守る連携っていうのを地域医療の中で作っていく。その1つのきっかけとしての訪問診療っていうのが、さっき言っていたのが、しろひげさんのところとか、大石さんところとか、このエリアに来てどうって言われたのですけれども。私は、このエリアにおける開業医の先生たちでそういうグループを作って、在宅診療所を作るとか。あとは本当に市営での訪問診療やそ

の介護の事業所とか。なかなか赤字になり安そうな部門における、介護の事業所とかをうまく作る中で、こういう行方を中心とした地域医療ネットワークみたいなのを、少し周辺の地域を巻き込んで、作っていくっていうのも1つの今後のあり方としては、ありなのかなとは思っています。

家でお看取りができる幸せっていうのを、私達は、在宅診療しながらすごく感じています。先ほど腹水の件もあるのですけど。実は病院だと点滴っていうのを、がん末期の人にもしますよね。利尿剤を入れて腹水を2日に1回抜いてって、当たり前のようにするのですけれども。在宅診療で実は腹水穿刺できます。私も当然、在宅でやったことが、何度もあるのですけれども。やったことがあるのは、退院してきてすぐのときに腹水管理ができてないときだけであって、一度腹水を抜いた後は、もう絶対に復水をためることはないです。

これは、水分のコントロールであるとか、ステロイドで炎症を抑えるとか。あとは、利尿剤をうまく使うっていう中で、本当に腹水っていうのが病院だと、何か漫然とでたりとか、浮腫がもう全身ムクムクのまま苦しんで、体に水が溜まると、息も苦しくなるし、たんも多くなる。こういうのも、本当に生活を見ながら、病院でも実はよく言われてたんすが。こっそりと水分を飲んでいるのに、それに加えて点滴をしている場合と違って病院でも、結構あるのですけど。水分どれだけ飲んでいるのっていうのを聞くと、実は先生に言わなかったけど、1L飲んでいたのでっていうようなことも結構あって。その水分制限をちゃんとやってあげるだけで、心不全も楽になったりとか、がんの終末期に腹水が溜まらなくなったりとか。そういうのが当たり前でできる、そういう生活管理から、苦しさを取ってあげるってことも、在宅診療の大きな役割で。先ほど大石さんが言われた、事前に心不全とかいうのを防げたり、脳血管疾患を防げたり。

例えば利尿剤っていうのも結構、漫然と出ている人、結構多いのです。心不全だからと言ってももう全然体にむくみがないのに、利尿剤ずっとでていると、薬による腎不全が起きている人も多くて。利尿剤やめたら腎不全が良くなるっていう人も結構いるのですけれども。そういう薬自体も本当に在宅診療だと、丁寧にコントロールができませんし、家族やご本人と話しながら水分制限とか薬の調整とか。あとは逆に言うと、薬がこっちを出した薬が合わなかったら、すぐに電話かかってきます。先生出してくれた薬全然効かなかったよとか。先生出した薬飲んで何か、かえって悪くなった気がするよ。

こういうのは、病院の先生には結構言いにくいことですよね。でも、在宅の医療にはすぐ、クリニックに電話かかってきます。そういう様々なリクエストっていうのも聞き

ながら、サポートができる。それが在宅診療のいいところで、お看取りまで、家族との信頼関係の中でサポートしていく。そういう環境っていうのが、本当に私達の診療所、実はドクターも看護師も職員も全員常勤です。バイトを使わない夜勤も含めてそういう責任のもとでやっている中で、本当に、フランチャイズで大きくしていくというよりは、私達は江戸川区ってエリアにおいて責任のある医療介護。そういう生活っていうモデルケースを作りたい。たまたま引きこもりの事業所を作ったりとか、実は障害者の就労施設を今、作っていたりと、そういう地域の中で医療介護からスタートしたまち作りっていうのを、私達は江戸川区で今、目指しているところです。

いい時間になってきたので、最後、ちょっとせっかくなので、うちクリニックの雰囲気だけちょっと味わってもらおうとビデオ作ったので、これで最後とさせていただきます。

#### ～動画視聴～

結構、在宅診療って、本当にいろんな在宅診療所があって、その特徴があって、全く病院と同じような輸血ができるとか、そういう様々な医療的処置とか、うちも外科的な処置を比較的やっています。あとは、人工呼吸器も入れながらやるとか、抗がん剤も、もちろん投与したりとかってこともありますし、看取りに近いからといって延命をしないわけではないです。当然、私達って、長生きしてほしいなと思うので、抗がん剤をやめることが延命にもなることがあれば、苦しみをちゃんと取ってあげることで、延命にもなる。抗がん剤をしていることの方が、逆に命を縮めることもある。そういうことも、やっぱり家族の思いとか、ちゃんと聞きながら説明をさせていただきながら、家で生きる選択し、家で家族と過ごせる選択肢、そして1人であったとしても、介護職種の方々と一緒に過ごせる幸せっていうものも、すごく感じてもらえる。そういう家での看取りっていうものが、1つこの地域で作っていく中で、介護職種の育成とか、様々な関係職種、逆に言うところこういう救急搬送数を減らすであるとか、そういう1次医療というものをちゃんと作ることによって、本当に生活のクオリティっていうのが上がる。

結構、こういう医療シンポジウムをやる地域って、意外に少なくって、みんな観光まち作りとか、首長って意外にそういうものが、大好きなので、やりたがるのですけれども、本当は観光や、まち作りがどうこうっていうよりは、当たり前の生活を守ることは、首長とか行政の役割だなと思うところがある中で、こういう医療シンポジウムって素

晴らしいなと思いながら、参加させていただきました。後ほどパネルディスカッションもありますので、またそのときに、お話ができればと思います。

今日は、ありがとうございました。

【司会者 行方市政策秘書課長】

これより、休憩を取らせていただきます。3時20分よりパネルディスカッションを開始いたしますので、お時間までにお席にお戻りいただきますよう、よろしくお願いいたします。

【司会者 行方市政策秘書課長】

続きまして、パネルディスカッション行方市が目指すべき地域医療とは、を行います。ここで、本日のパネリストをご紹介します。先ほどご講演をいただきました大石様、同じく山中様、続きまして土浦協同病院なめがた地域医療センター病院長の清水純一様。清水様におかれましては、東京医科歯科大学医学部をご卒業後、東京医科歯科大学附属病院、土浦協同病院などで小児科医として勤務され、特に土浦協同病院では、茨城県内の新生児医療の中核となるNICU、新生児集中治療室の設置にご尽力されました。2020年1月から、再び、なめがた地域医療センターの病院長に就任され、現在、小児科のみならず、産業医として、また新型コロナワクチン接種事業においても中心となってご活動いただき、市民の健康を守る上で、欠かせない存在となっております。詳細は、お手元の資料をご覧ください。

そして、医療法人青藍会大場内科玉造クリニック理事長の大場正二様でございます。大場様におかれましては、北里大学医学部を卒業後、腎臓内科医として筑波大学附属病院、水戸市内救急病院に勤務され、2003年に医療法人青藍会を設立。理事長に就任されました。2004年に水戸市内に大場内科クリニックを開院され、その後、分院として2016年、大場内科玉造クリニック、2022年に大場内科小吹クリニックを開院されております。また、2005年に行方市内に介護老人保健施設かすみがうらを開設されるなど、専門クリニックならではのきめ細やかな診療と、医療と介護の連携に取り組まれております。詳細は、お手元の資料をご覧ください。

最後に鈴木行方市長、以上の5名の皆様をお願いいたします。

パネリストの皆さん、本日はお忙しい中、ご出席をいただきまして、誠にありがとうございました。

続きまして本日のモデレーターをご紹介します。

一般社団法人日本プロジェクトマネージャーの田中俊様でございます。田中様におかれましては、行方市総合戦略の策定および更新作業に携わっていただき、このたびの地域医療基礎調査においても、ご意見をいただいております。

それでは、ここからは、モデレーターの田中様に進行の方をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

改めましてよろしくお願いいたします。政策シンクタンク構想日本の田中と申します。今、ご紹介にいただいたように、行方市とは総合戦略を作る際に、先ほど山中さんからのお話にもあったように100人委員会という無作為に選ばれた100人の市民の皆さんと一緒に総合戦略を作ったのですが、そこを構想日本がご一緒させていただいたところを入口に関係を持たせていただいております。皆さんの今ですね、お手元に、緑色の健康まち作りフォーラムのご紹介というものもあるかなと思いますが、これはですね東急不動産が作った今日のシンポジウムの後援にもなっていますが、生涯健康社会推進機構という団体と一緒に我々構想日本がやっている活動で、簡単に言うと、企業と行政が一緒になって、地域の課題を解決していこうという取り組みを行っています。

実はその中で、一番後ろのページをご覧くださいと思いますが、メディヴァさんにも、行方市にも、フォーラムの会員になっていただいております。この地域医療のあり方をどうしていこうかというのを、この健康まち作りフォーラムの1つのプロジェクトの中で、考え始めたというのが、私がここに座らせていただいている、きっかけにもなっているかなと思っております。ちょっと簡単に自己紹介がてら、ご紹介をさせていただきました。

後半、これから30分ちょっとしか時間がないので、5人ご登壇いただいている中でかなり、駆け足の議論になってくるかなと思っておりますが、冒頭の市長のお話にもあったように、今の行方の現状、地域医療の現状を皆さんにも知っていただいた上で、これからの行方の医療を一緒に考える場にこのシンポジウムではしていければなというふうに思っております。

5人ご登壇者がいらっしゃるの、1人ずつ自己紹介したらもう時間が、それだけで終わってしまうということなので、既にご相談いただいている山中さん大石さん、それから冒頭でご挨拶いただいた鈴木市長は、自己紹介を一旦省かせていただいでですね、この第2部からご登壇いただいているお二方からですね、自己紹介とあわせて、

前半の2人の話に対しての感想だったり、コメントだったり、もしくはご質問などでも構いませんが、一言をいただきつつ、自己紹介でお話をいただければと思います。では、清水さん、お願いいたします。

【土浦協同病院なめがた地域医療センター 病院長 清水 純一 様】

皆さんこんにちは。私、茨城県民なりまして、35年間なりました。行方市の病院長を拝命して、通算6年になりまして、今、お2人の講師の方のお話を聞きまして、非常に参考になることが多かったので、これからのディスカッションで、ちょっとその辺を議論していきたいと思います。

実は、小児科以外でも、1年前からですね、健診センターも兼務するようになりまして、先ほど元気で病院にかからない方が多い、その中にそういう病気が見つかってですね、症状が出る前から治療に入るとかですね、予防に入るという方も経験しましたのでその辺も含めて、いろいろお話していきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

ありがとうございます。

では、大場さんお願いいたします。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

大場正二と申します。私の家は現在の玉造で300年以上もう続いておりまして、非常に地元愛が、自分としてはあると思っています。それから、自分のおばあさんがこの麻生町出身でありますので、麻生町にも非常に自分では縁が深いというふうに思っておりまして、そういうふうなこともあってですね、行方市が出来たときには、玉造町と麻生町が一緒になってよかったというふうに思いました。

やっぱり、行方地域が、医療が非常に弱いというようなことを思ったときに、何とでもここを良くしたいというふうに思ったのですが、ただ自分としてなかなかできることは、限られてできなかったということも、歯がゆく思っておりました。平成16年に水戸で開業するときに、実は玉造で開業しようと思ったのですが、土地の問題で開業できなくて、結局、水戸開業することになってしまって、水戸で平成16年に開業したのですが、その次の月に老健かすみがうらを開業して、水戸の大場内科と玉造の老健かすみがうらで仕事をしていました。

水戸と玉造で、クリニックと老健があるということは、非常にやりにくくて。離れていて。元々、玉造で仕事したいと思っていたものですから。玉造の方でも、やっぱり作りたいという気持ちが大きくて、最終的には平成28年に水戸で開業してから、10年目に、作ることができましたが。それまで作りたいと言っても、なかなかの開業させてもらえなかったという時期が数年間あって、鈴木市長になってからの玉造クリニックを開業できることになりました。そういうふうなこともあって、何としてもこの行方市の地域医療を少しでも発展させたいというふうに思っております。今日、山中先生、大石さんの話聞きましてですね、僕も実は訪問診療、水戸ではやっているのですが、この玉造で、今の水戸の大場内科クリニックっていうのは、常勤の医者が8名でやっております。

4月から新しい医師が2人、入って、10名が常勤になるものですから、玉造クリニックは今後2人の医者で運営してもらうようにして、どんなふうに運営していくかということこれから考えていくことですが、非常に今日の中山先生の話聞いてですね、訪問診療とそれからやはり、ここに、前から考えていたのは、リハビリテーションが非常に少ないそれで、訪問リハビリっていうのも非常に大事なんじゃないかっていうふうに考えておまして、今の行方市の医療体制を見ている、もう少しお年寄りが元気で長く生活できるようにするには、訪問リハビリっていうのも必要なんじゃないかっていうふうなことを考えています。もう少し具体的にいろいろお話しちゃうと、ちょっと差し障りがあるので、ちょっと言わないでもう少し、市長さんと相談しながら前向きに考えていきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

ありがとうございます。今、在宅診療の話いただきましたが、外から見た立場として、先ほど山中さん、大石さんともに在宅診療、行方では可能性あるのではないかというお話がありました。多分いろんな地域を大石さんも山中さんも見られているのかなと思うのですが、一般的に在宅診療が広がっていく地域と、ニーズはあるのだけになかなか広がらない地域と、おそらくあるのかなと思います。そのあたりって、どういう全国的な状況があるのか。そういったところはいかがでしょうか。

【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

在宅診療が不十分な地域って、別にこういうふうな地方都市だけじゃなくて、当然過疎地はもっと大変なのですけど、都市部でも在宅診療はない地域であります。なぜなのか、在宅って多分ですね、3種類の担い手があるかと思うのです。

要は、1つは、山中先生のところでしたり、私どものグループ法人みたいに法人内もしくはクリニックの中に複数のお医者さんがいて、山中先生とか15人常勤の先生がいて、うちも多分総勢30名ぐらいいるのですけれど、みたいな1ヶ所にお医者さんが集まって、夜間土日、平日も含めて見られるっていうパターンが1個。これはすごくレアなことですね。ですから、もう1個のパターンって最近出てきたのは、病院が200人未満の病院って、在宅療養できるので、病院が在宅医療をやると当然その地域に喜ばれるし、あと正直、経営的にも在宅医療の売り上げだけじゃなくて、ある一定割合は、やっぱり入院が必要になってくるので、ベッドも埋まるということで、いわゆる在支病というのですけど。病院が担うパターンと、この2種類があります。

もっと一般的なのはやっぱり普通の診療所の先生方が、みんなで協力しながら在宅医療をやるパターンですね。大体、日本の場合って普通の診療所で1人の先生で運営していることが多いので、やっぱり夜間土日含めて24時間対応ってなかなか難しくって。特にある程度高齢化されていると、私も結構高齢化しつつあるのですけど。夜間だけ起こされると、なかなかもう眠れないみたいなことがあって、なんか結構厳しいので、どうやって持ち回りで体制を組むのかっていうことがポイントで、その持ち場に体制を組むというのを誰かが音頭を取らないとなかなかできないです。

何となく自発的にみんなで、ある日突然、意見が一致したってことは、なかなかないので、行政が音頭を取るか、医師会が音頭を取るか、もしくはどなたかが突出して音頭を取るかっていうパターンしかなくて、そこがなかなかできてないと、在宅の体制はできないという状況ではありますね。ですから行方市の場合は、病院があるので病院が在宅やるパターンか、もしくは市長が非常にリーダーシップのある方なので、市長は皆さんと一緒に、体制を作るかっていう、どちらかの可能性があるのかなというふうに思います。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

なかなか自然発生的にというよりは、誰がリーダーシップを発揮して引っ張っていて、その体制を地域全体で作っていく。そういう状況が必要だということですね。ありがとうございます。山中さんいかがでしょうか。



【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

大石さんの話されたことが全てかなと思う一方で、やっぱり在宅診療って、作るのはさほど難しくないですし、維持するのも簡単だし、例えば行方市でも間違いなく需要があります。ちょっと言葉悪いけど、どんな在宅診療を民間で行ったとしても、一定の需要はあると思います。ただ一方で、在宅診療が入ったとか、仮に公がやったとしても、大きな病院がやったとしても、それが本当に地域にとって、重要な在宅診療という資源になるかどうかは、また別の問題で。そのときに、単独の民間のところか、覚悟を持ったドクターがたまたまいるのか。または行政とか、先ほど持ち回りでやる時には、よっぽどのコンセプトを持った中で、夜間のあり方。本当にこれって、今フランチャイズでやっている、東京都内のクリニックとかにおいてもベースのコンセプト自体は明確であるとしても、なかなか末端まで行き届かないので。結局、看取り率が低くなったりする中で、例えば医師会とかで、様々な科でローテーションするとしても、本当に救急搬送するのではなくて、こういう形で診ようよとか、こういう基準の中で、どれだけ、重い方でも受けようよとか。私は今、よく国の方で議論される医師のワークライフバランスって言葉が嫌いです。実はもう本当にあのお医者さんって、やっぱり他の職種と比べると給料めちゃくちゃもらっていると思うのですよね。それだけの責任を私は負うべきだとは思っている部分もある中で、ある程度、別に体壊してまでというのは、別としても、一定の責任のもとでの仕事の仕方っていうのをやっぱり医師の責任でやるっていう体制を、公がリーダーシップを取るか、医師会がリーダーシップ取るか、一定の民間の誰かがリーダーシップ取るかっていうところで、一定の覚悟は必要かなって思います。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

そこで一定の覚悟っていうのは、具体的に誰が、どういうふうに持てばいいのかっていうところなのですけれども。例えば行政がやると一概に言っても、なかなか今までもそういう状況になってないところもある中で、そこはやっぱり人の思いとか、誰かが熱意を持って進めていくっていうところですかね。その辺りって、ちょっとなかなか踏み込んで聞くのも難しいのかなとも思いつつなんですが、こういう機会なので、今の行方の状況なんかも踏まえて、先ほど山中さんや大石さんがおっしゃっていたような在宅医療の今時点での検討状況など、これから進めていきたいという、思っているのは、地域の中では今どういう状況にあるのでしょうか。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

ここで、在宅医療を、行政を巻き込んで一緒にやっていくってことをやる場合に、やはりまず、周りの医師会、要するに水郷医師会ですね。そこと話をして、きちっとこういうふうな形で、水郷医師会がそういうふうなことは必要であるというようなことはもうこれは医師会長はじめ裕田先生はじめ、誰もがわかっていることなので、そういうふうな人たちの了解を得た上で、これ誰が進めていくっていうふうなことでもいいと思うのですが、ぜひ、俺がやるっていう人が出てくるかもしれません。

そういうふうなところで、イニシアチブを取ってやっていただける人がいれば、そういうふうな人を僕は応援したいと思います。ぜひ、そういう音頭を取るための声を上げていただきたいと思っております。

【行方市長 鈴木 周也】

本当にイニシアチブを取るにはですね、先ほど大場先生が言ったとおりですね、医師会との関係性がやっぱりどうしても関わってくるということもあります。我々としてはですね、この前私も鹿行地域ですね、医療協議会というものがあまして、そちらの方にも出席をさせていただいたところによると、鹿行地域は5市あるのですが、行方市だけ在宅医療に手を挙げるところって、実はありませんでした。

いわゆる調整中という括弧書きの資料を見たときに、まだまだだなと。こういうことです。先ほどのデータの中に、載っていたことはですね、10万人当たりという数字のところ、180となっていただけでですけども、我々のところには介護施設が非常に多く、存在をしていて、その介護施設における看取りというケースもあります。また、地域包括ケアのセンターがあった中での依頼があつてですね、看取りをどのようにしていくかということになるわけです。

ただ、我々地域で、やはりどうしても不安がってしまうのは、いざ家族がこの家の前で、例えば家の中で倒れたときとか、そういう動きがあつたとき、もし元々そういう持病があつて、その方々の元々の流れを知っているのであれば、やはり家庭内で、やはりケアできるものがあれば、慌てて救急医療に全てを頼りきってですね、やることではないと私は思うところがあります。

やはり昔にはですね、まち医者さんがおまして、そのお医者さんが、もうそろそろだねと言ったらこれは失礼かもしれませんが、こういう状況だからねと、もしこれ以上望むのであれば病院の方に紹介状を出すからっていう時代があつたはずなんです。そういったところを、今はこの時代でありますから、逆に当時の医療というものを、もう1

回見直していかなきゃならないし、自治体にあるいわゆる行政としましては、包括センターとか地域包括ケアのところを、もう少し力を入れながら、いわゆる介護施設の力を入れながら、ご家庭の力を入れながらですね、行政がケアできるもの、もしくはフォローできるものを、やっていかなきゃならないという思いがあります。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

やっぱり医療の話ですので、地域の住んでいる皆さんにとってもすごく関心の高いことなのかなと思います。あの行方は、先ほど大石さんの方ですね、スライドの中でもかなり医療機関の数が少ないという状況もあって、この訪問診療を行うことで、やっぱり、そこはカバーしていけるっていうお話。それから山中さんのお話の中で、今の診療所のやっている医療や、いろんなどころとのバッティングするわけではないというような。むしろプラスになっていくっていうようなお話もありましたが、そのあたりって、既に過去、訪問診療が導入されていた地域で、住民の皆さんとのコミュニケーションや、例えば住民の皆さんが抱えている不安感の解消に繋がったケースだとか、その辺りのどう進めていくかというときに、今までのお話ですとやっぱり、リーダーシップを持ってやっていく主体が必要だ、地域をまとめていくことが必要だっていうところも1つあるのかなと思います。

あとは、地域の中でそれをどう、プラスにしていくっていうところを、合意形成を進めていくだとか、住民の皆さんと話を進めていくってそのあたりって、他市の事例など、こういうような展開があるというような、他の自治体を知っていらっしゃる山中さん、大石さんいかがでしょうか。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

他の自治体というよりは、これちょっとあんまりマイナス情報かもしれないですけど。今、在宅診療をやっていると比較的中堅病院と言われる病院の方から、実はうちの患者を取ったとか、今ですら言われることがあります。

もちろん患者さんが、通うのが大変病院に行くのが大変っていうので、自発的に動いて実は、病院の相談員さん自体はわかっていて家族と相談して、うちのクリニックに来るのですけれど。その病院の院長であるとか、そこの担当のドクターとか外来にまだまだ通えるはずなのにとか。あとは退院後、もう1回定期訪問をしてほしいって、病院側から言われていましたが、病態が落ちて、もう行きませんって、こちらから言っ

たら、なんで越させないのだと。お前のところで、アフターケアができるわけがないとか。こういう話とかも実は地域の中で言われることもあります。

ただ、かといってそれで媚びた上で、無理やり行かせるとかではなくて、在宅診療には、在宅診療の役割がある中で、逆に現場のドクターの方々に聞きたいのですけれども医療ドクターのためにあるわけではなくて、やっぱり地域の住民のためにあるという選択肢なので、私達は結構、確固たる思いでやっているのですけど。やっぱり在宅診療って、過去の医療にはなかったゾーンなので、いろんな形で元々の医療体制の方々とのすり合わせとか、議論っていうのは、いろんな形で起こっているのは、他の地域に行ったときでも、やっぱりあります。この近隣だと笠間市に行ったときとかでも、やっぱり医師会の方々との議論っていうのは、いろんな形ではありました。

【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

そうですね。私もコンサルタントとして。いろんなところの自治体で、地域包括ケアだとか、あと在宅用のインフラ作りのお手伝いをしています。その中で、やっている手法としては、先ほどもお話があったのですが、基本的にはやっぱり誰かがリーダーシップをとらなきゃいけないことですが、実行部隊としてはまず医師会の各先生方が、やっぱりやる気にならなくちゃいけない。やる気になるのは、どうしてどうやってやる気になるのかということの中で、2つあって。

1つはやっぱり、データを出していく中で、例えば、現在だったらこれくらいの看取り数でいいのだけれど、ここから先、高齢化すると多死社会になるじゃないですか。全部が全部、病院の中で収容できないので、結構、在宅で看取りをしなくちゃいけない。その在宅の看取りで、必要な数を、例えばその内科の先生方が在宅で、1内科あたり、最低ひと月に2人ぐらい見とらないと無理ですよ。みたいなことが、やっぱりデータで出てくるわけですね。そうじゃないと、まちは、崩壊しますと。じゃあどうやって、これを見られる仕組みを作るのですかっていうことを主体的に考えていただくかどうか。

あともう1つは、やっぱりその診療所の経営的に言うと、今回の診療報酬改定でも会場の先生方は、お分かりかと思いますが、もう明らかに、これ前から、私も元事務次官だった方とか、結構いろいろ親しくお話をさせていただいている中で、今後、在宅医療やらない診療所は存在し得ないように、徐々に診療費持っていくってことを言っていたのですけど。やっぱ明らかにそういう傾向になっているのですね。外来の

点数すごく下がって。だからやっぱり、経営的にそこ見なくちゃいけないっていう話と。

あともう1個は、これが今、さっきの田中さんの質問になるかと思うのですが、自分の患者プロフィールを考えてみたときに、あの人ももう少しで通えなくなるなっていう患者さんいますよねと。ようやくタクシーで来ている人っていますよねって、この人ずっと見たいと思いませんか。何人います。まずそこから始めましょうっていう始め方だとか。具体的な患者さんのイメージを持っていただく。私はやっぱり、地域の中の在宅医療の仕組みだとすると、開業の先生方が全部24時間365日モルヒネを使う、がん末期を診る必要は多分なくて、やっぱりまずは自分の患者さんから。もっと難しいところは、それこそ仕組みを作って、みんな連携すること、もしくは山中先生みたいなのところが、専門的に診るだとかっていうか。でも役割分担ということですよ。

役割分担をすることによって、開業医の先生たちも安心するし、でも片一方ではこれやっていかななくちゃいけないってこともわかる。それは患者さんから見たときも、もうそれこそさっきの山中先生のビデオみたいに、こういうふうな最後迎えたくないですかって言ったら、寂しく病院で亡くなっていくよりは、絶対いいっていう実感を持っていただくので、そういうふうなことをみんなに知っていただくというのがスタートかな。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

やっぱり、国は政策誘導で診療報酬改定しながら在宅診療をやれということで、やるけど、言われているからやらなきゃいけないということじゃなく、おそらく、そこに住まわれている皆さんの生活の質や、医療のクオリティが上がっていく。それがどうやって在宅診療を入れることによって、それが上がっていくのか。先ほど山中先生の動画のように、こういうふうに変わっていくっていうものをしっかり見せることで、リーダーシップを発揮していきながら、進めていくっていうところが、今の石大さんのお話を踏まえるとすごく大事なのかなと思います。

そう考えたときに、今まさに現場でやられている皆さんからしてですね、どういうイメージを持たれるのか。在宅医療が入るとこういうふうになるのではないかと、みたいなものがあればいかがでしょうか。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

行方市の中で、在宅医療を進めていくとすれば、例えばみんなが参加できるような、訪問診療をやりたいというふうなことが、患者さんを取られたってというふうに思う先生は、まだやる気がある先生だと思うのですね。

そういう先生も一緒に、訪問診療できるような、そういうふうなのを関わっていけるような形のシステムを作って、みんなが参加できるような、訪問診療できるような形の運営方法をしていけば、みんなが参加できる訪問診療センターっていうふうなことができるのではないかっていうふうに思います。

市長に音頭を取ってもらって、そういうふうなことをできればいいのではないかっていうふうに考えているのですが、いかがでしょうか。これはみんなの意見聞かなくちゃいけないことですが、松倉先生はじめ、郡市医師会の先生方の話を聞きながら、僕も県医師会の副会長やっているのですから、県の方のことに関しては、財務部の介護保険の責任者もやっているものですから。やるようなことになれば、ご協力したいと思いますし、そういうふうな形で進めていくのか、どうかなって自分の心の中で、さっき思っていたのですが、山中先生どうでしょうかね。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

いや、本当におっしゃるとおりで、私は、本当は地域の皆さんが連携する中でやるとしても、先ほどやっぱりみんなが何くそと思って、外部から入ってきたときに、いや、俺たちでやれるのにとか、来てくれたらいいのにというなら、逆に現場まで行くとか。夜間までちょっとやってみようかって思えるような方々が出てくると、やっぱり医者って悪い意味でのプライド持っている人もいますけど、ある意味、人の命に対してとかやっぱり自分が最後までとか見たいってプライドがあるならば、本当の看取りのときとか、変化があったときでも、見るっていうふうにまでのプライドを高めてもらえる。そういう地域性ができるといいのかなど。

だから自分がワークライフバランスだけではないってというのは、もちろんワークプラス大事なことですけど、その辺のプライドっていうのがないと、やっぱり24時間型の医療っていうのはどこかできないのかなど。実は私、最初の3年間ぐらいは、ほぼ1人で夜勤とどっちもやっていたし、この3月、4月は2日に1回ぐらいまだ今でも夜勤やっているのです。結構それぐらいの形での覚悟っていうのは必要なのかなどか思ったりもします。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

私も、水戸方で、看取りで、患者さんの家に、30分かかるところを行って、何回かやったことがあります。そんなに先生ほど多くはないのですが、やっています。先ほど言ったように、みんなでこうやっていくうちに、俺が責任持ってやるぞっていうような医師が、出てくることもあるのでね。

そういう人が出てきたときには、責任者になってもらって、任せてやってもらって、十分できると思います。訪問診療というのは、今のところはですね、非常に黒字化しやすい形なので、採算ベースには非常に合っていると思いますので、そういうふうな形で進めていけば若くてやる気がある先生が出てきても、多分、うまくいくような形になるのではないかっていうふうに思っています。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

清水先生いかがでしょうか。

【土浦協同病院なめがた地域医療センター 病院長 清水 純一 様】

ちょっと当院は、入院機能を今、停止しておりまして、診療所的なことをしているのですけど。それで、大場先生、水郷医師会はかなり脆弱で、私が前に属していた土浦医師会の10分の1ぐらいの人数しかなくて、松倉先生は鹿島医師会ですね。また、あちらは、すごく大きな医師会なので、ちょっとその辺の統合とかを、私も外様ですが、提案していたのですけど却下されまして。そういう改革も必要じゃないかというふうに、私個人的には思っています。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

そうですね。水郷医師会の会長は、潮来の飯島先生ですね。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

最初の冒頭の方のやっぱり、誰かがイニシアチブを発揮して進めていかなきゃいけないという一方で、やっぱり置き去りになる人がいるわけではなくて、地域の診療所の先生たちもしっかり参加して、多分その中で、具体的に皆さんが抱えている課題感だとか、その辺りを出し合った上で、どう在宅診療がそこにプラスの効果をもたらすのかを議論できるといいのかなというのが、今のお話かなと思います。先ほどの大石さんのお話の中で、さらにそこもしっかりデータを出して行って、しっかり課題が可視化できるような形で、進めていくことが重要だというようなお話もありましたが、そのあ

たりの行政としても、やっていること、やれることって、おそらくたくさんあるのかなと思います。そこは鈴木さんいかがでしょうか。

【行方市長 鈴木 周也】

確かに先ほどから在宅の医療についてはですね、話は出てきます。これは、慢性的な他の病気とか、疾患っていうところがメインでありますけども、ただですね、中核となる病院がなければこの地域は駄目です。なぜ駄目かという、実は外科的なところの疾患が、いわゆる怪我とかあった場合にはですね、今のところなめがた地域医療センターは平日ですよね。救急は平日の日中ですよね。そういったところでですね、受けるところがやっぱりないとやはり厳しいと。

となるとやはり、普通の疾患、かかりつけが全てだというわけではなくて、例えばいざというときのところの部分においては、行政が、どこに行けばいいのか。これ救急の方はですね、行政の方で広域的に行方市、銚田市、潮来市という形で、広域の消防を抱えています。そういった意味では1つのキーになる病院がちゃんとしっかりと提供できないと、やはり地域医療というものに対する責任が負えない。となると、例えばその転倒だとか、もしくは事故だとかというときの問題と同時に、慢性による疾患ところ問題、もしくは予防の問題というところがですね、きちんとバランスを整えた中で進めなきゃならない。じゃあ、全て行政かというとなると行政のみでやるとなると、おそらく先ほどの議論の中にあるように、最初の大石代表のあったように、病院の赤字経営というのは、もう当たり前ようになってきているような言い方をさせていただきますけれども、であればこそ、この病院をどのようにして黒字化させるか、それは行政と一緒に病院、もしくは慢性的に言ったら地域のお医者さんたちが、手を携えてやらなければなかなかいけないというふうになります。いわゆる接点となれば、やはり私達の行政が、しっかりケアをし、もしくはフォローをしていくことが重要ですし、このように今日のように、情報をきちんと出していくことが、重要であるというふうに思います。

やはり、市民の皆さんが、不安に思っていること、もしくは疑問に思っていることを、皆さんと一緒に、解決していくためにはですね、いろいろな情報を出していただきながら、医療とはどういうものなのか、怪我のときにはどうなのか、救急とはどういうものなのかということですね。やはりちゃんと拾っていくことが、自治体としての役目だと思っています。



【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

あっという間に、この後半のディスカッションの時間も残り5分というふうになってきました。前半から通じて、最初に国の動向からですね、行方市の今の医療の医療提供体制の状況や、その中で在宅診療というものが可能性というのを大石さんにお示しいただきました。その後、山中先生からはですね実際にご自身でも訪問診療やられている経験を踏まえて、どういう訪問診療というのがあるのか、実際の動画を見ながら皆さんと共有できたかなというふうに思います。

最後ディスカッションの中ではですね、やっぱりそれをどう進めていくのかっていう話の中で、自然発生的にニーズがあるからといって自然発生的になかなかそういった供給体制が出来上がってくるものではなくて、やっぱり誰かがリーダーシップ、イニシアチブを発揮して進めていく必要がある。とはいえ、そのイニシアチブだけではなくて、実際に現場で活動されている診療所の先生たちも一緒になって考えていくことで、みんなでどう地域全体を良くしていくのかと。さらにそれを、このような場所で市民の皆さんにも情報など、データを開示しながら進めていくということがすごく必要になってくるのかなというような、お話だったかなと思います。

最後にお1人ずつ、ぜひ、一言ずつコメントをいただいて、終わられればと思います。が、どうでしょう。清水さんから。

【土浦協同病院なめがた地域医療センター 病院長 清水 純一 様】

今までの議論を踏まえてですね、今後、空いている病棟とかもありまして、なるべくそういうところも活用していただきたいです。あと現在、行方市のバスが病院の方に全部集まってくるような形になって、バスで来られる方は来ていらっしゃると思うのですが、そういう我々も訪問看護とかしていますが、病院に来られない方も症状のないうちからも関わっていきいたいなというふうに思いました。

どうもありがとうございました。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

あれですかね、外から今日ご参加いただいたお2人に最後に言い残したことがないように、大石さんと山中さん最後に一言ずついただけますでしょうか。

【株式会社メディヴァ 代表取締役 大石 佳能子 様】

今日、いろんなデータをご覧いただいた中で、非常にすごく問題いっぱいあるなっというふうに思えたかもしれないですけど、私は何でしょうね、やっぱり、ああいうデータ情報をきっちりと皆さんで共有し、誰かがリーダーシップをとってコーディネートをし、物事を進めなきゃいけないのですけど。でも結局はですね、みんなで考えてそれぞれの人がやるべきことがあると思うのです。ですから、診療所の先生方は自分たちのやるべきことがありますし、あとは、なめがた地域医療センターもセンターのやるべきことある。でも市民の皆さんも結局自分の健康は自分で守らなくちゃいけない。早期に今病気を治していかなくちゃいけないという意味では、やっぱりやるべきことがあると思います。

ですからそれを、やっぱりオープンに議論ができるということで、今日はこのスタートになってくるかと思えますけど、この取り組みはすごく素晴らしいと思います。同様の課題に取り組んでいるというか、取り組まなくちゃいけない地域って、日本中にあるのですけど、そういう意味でいうと、そのスタートを切ってしかも議論ができつつあるという意味では、あの行方市はすごく先進的だなというふうに思いました。

今日はこの場をいただきましてありがとうございます。

【医療法人社団しろひげファミリー理事長、しろひげ在宅診療所所長 山中 光茂 様】

今日はありがとうございました。実は始まる前に、大石さんと私と市長ともいろいろ話していたのですけれども。やはり、なめがた地域医療センターとか、大場さんとか様々な地域の資源としての医療とか、介護の部分もやっぱり使うということが、絶対大事で、その活用とともに私達外部の部分、実は都市部と地域が違ってしまうとそれで終わりになってしまうのですが、全くそうではないです。実は私は田舎の方の三重県の四日市、松坂市も見てきて、あとは宿毛ってとかもこの前高知県の行ってきたのですけども、田舎の地域とか人口の密度が低いところで、在宅診療は可能で、過疎地域に診療所を作るっていうよりは、在宅診療の可能性っていうのはあるなと思いますし、介護資源というのを作る部分でもあって、今後、行方でそういう部分でいろんな形を作る機会があるならば私達もぜひ協力を、いろいろさせていただければ、なんて話もさせていただきました。

またご縁の中で、一緒に頑張ればなと思うので、よろしく願いいたします。

【医療法人青藍会大場内科玉造クリニック 理事長 大場 正二 様】

中山先生、大石先生どうもありがとうございました。

今日お話してですね、やっぱり開業されている先生方ですね、なめがた地域医療センターが少し連携を持てるような、例えば自分の患者さんを入院させたいと思ったときに、開放病棟で自分が主治医のまま、病院に入院させるとかっていうふうな形ができると、開業医の先生が、自分が主治医のままで、入院せずさせて退院まで診ることができるってというような方法もあるのです。そういうふうな形がとれれば、先生方がなめがた地域医療センターに入院させて、診ていく。

そういうふうなことをしながら、自分たちであそこの病院を、自分たちが運営するみたいな形で、例えば訪問診療なんかもそういうふうなところをとおしてですね、みんなで行えるような形になるといいなっていうふうに思いますので、ぜひ医療資源ってすごく作ろうと思うと大変ですよ。あの病院だってすごくお金かかっているわけで。そういうのをやっぱり有効利用しないと、本当に宝の持ち腐れっていうことになっちゃうので、何とか活かしていくような方法を考えた方がいいのではないかっていうふうに思っております。

よろしく願いいたします。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

少し時間が過ぎてしまって大変恐縮ですが、最後に、鈴木市長から一言いただけますでしょうか。

【行方市長 鈴木 周也】

時間超過ですので短く、すいません。本当に今日はありがとうございました。地域の課題のところ洗い出しからですね、本当に訪問診療、訪問医療、また中心となる、なめがた地域医療センター、清水先生のお話、そして大場先生のお話それぞれですねやはり、我々にとっては非常に重要なものであります。

1つ紹介すると救急医療の話になるとですね、今このエリアですね、実は救急搬送したときにはですね、周辺には受け入れ先があるのです。周辺にあっても、実は急性期と言って最初の段階はられるのですけどもそれ、その後どっかに行かなきゃならない、どっかに行かなきゃならないってことはどっかが、請け負わなきゃならないってことになります。

これは2つありまして、1つは多分、在宅の方に行くしかないか、もしくはいわゆる慢性病床というところで、そこに行くしかないです。救急がパンパンになったところは、救急車が入らないです。入らないということは、行くことができないとなると、救急の間

題にしっかり、そして在宅に近い全てのものは全部関連している話になるというふう  
に私は思います。

今後、地域のためにですね、どのように医療があるべきだとか、皆さんと話をしながら、この地域に合った地域医療というものはですね、本当に重要かと思います。行政が、できることは、もういろんな要望だとか、我々行政が担う、もしくは医療に対して担うこともあるかもしれませんが。そういったときにはですね、行政として動き出しをして、本当に暮らしやすい、そして、本当に持続可能な医療を作りながらですね、笑顔で住み続けたいまち、行方を作っていくことが重要かというふうに思っております。

本当に今日は、皆さんありがとうございます。

【一般社団法人構想日本 プロジェクトマネージャー 田中 俊 様】

すみません皆さん少し時間を超過して申し訳ありません。以上で、後半のディスカッションの方を終了したいと思います。

ありがとうございました。

【司会者 行方市政策秘書課長】

パネリストの皆様、そしてモデレーターの田中様、貴重なご意見をお聞かせいただきまして、誠にありがとうございました。会場の皆様、本日ご登壇された皆様に感謝の意を込めまして、今一度、盛大な拍手をお送りください。

以上をもちまして、行方地域医療シンポジウムを閉会いたします。本日は長時間に渡りまして誠にありがとうございました。パネリスト、モデレーターの皆様は、この後ステージ上で記念撮影を行いますので、このままお持ちください。

会場の皆様にご案内申し上げます。お帰りの際は、受付でお配りいたしましたアンケートを回収させていただきたいと思っております。今後の地域医療のあり方の参考にさせていただきたく存じますので、ぜひともご回答にご協力をお願いいたします。会場でられましたところに、回収用の箱を用意させていただいておりますのでよろしくお願いいたします。それでは、お気をつけてお帰りくださいませ。

本日は、誠にありがとうございました。