

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成28年度）

【地域事例班】地域事例視察：石川中央医療圏

研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）

研究協力者 町田 宗仁（金沢大学医学部 教授）

研究要旨

本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方やポイントについて整理することを目的とした。

具体的には石川中央医療圏（石川県）に属する石川県医師会、白山市在宅医療連携協議会を訪問し調査を行った。

地域において、「地域医療構想が病床削減ありきではないか」との戸惑いもあったが、それぞれの病床区分が地域でどういう役割を担うのかを、関係者が改めて考える機会となった。

石川県内では、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療連携グループの活動が強化され、将来に備えようという機運が、地域医療構想を通じて高まっている。日常的に情報交換を重ねていることで、地域医療構想を策定しようと受け止められている。石川県内各地の地域包括ケア活動団体が一堂に会した、在宅医療成果発表会を定期的に行うことで、好事例を他地域へ広げ、結果として県内各地域における活動が活性化されている。

地域包括ケアの協議を行うための調整スタッフが地域で一人でもいると、各種会議、研修の企画が活性化し、多くの関係者が地域包括ケアの検討に参画できる。日常的な「緩やかな連携」の存在が鍵である。

A．研究目的

各都道府県で地域医療構想の策定が進められている。病床の機能分化・連携の推進、病床の利用の効率化等を推進するそれぞれの施策について、プロセスの分析・整理を行う必要がある。本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方や議論のポイントについて整理することを目的とした。

B．研究方法

地域事例調査のため、石川中央医療圏（石川県）に属する石川県医師会、白山市在宅医

療連携協議会を訪問（平成28年11月24日）し調査を行った。

1）基礎情報

訪問先とした石川中央医療圏（石川県）の基礎情報として、圏域の位置（図2-3 .1）、面積、圏域構成、人口（表2-3 .1）、人口推移（表2-3 .2）、医療資源（表2-3 .3、表2-3 .4）、医療及び介護需要（表2-3 .5、図2-3 .2、図2-3 .3）を把握した。

二次医療圏の人口は72万人を超えているが、今後人口減少および高齢化が進む地域である。急性期病床数は減少する半面、回復期病床の需要増が見込まれている。



地図出典：日医総研ワーキングペーパーNo.352
 地域の医療提供体制の現状- 都道府県別・二次医療圏別データ
 集 - (2015 年度版)より
http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_587.html

図 2-3 . 1 石川中央医療圏 (石川県)

表 2-3 . 1 基本情報

訪問先	石川中央医療圏(石川県)
面積	1,432km ²
圏域構成	金沢市、かほく市、白山市、野々市市、河北郡津幡町、河北郡内灘町
人口	723 千人 (H22 年国勢調査による)

出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)

表 2-3 . 2 人口推移

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2010 2035年 増加率
総人口	723,223	700,362	687,888	670,808	649,759	624,778	-14%
65歳以上	147,607	176,449	189,223	194,204	197,244	201,008	36%
75歳以上	72,157	81,249	95,073	116,329	122,455	121,813	69%

(H22年国勢調査による)

表 2-3 . 3 医療施設総従事者
(病院 + 診療所)

総医師数	2,434 人
総看護師数	8,780 人

平成 26 年 10 月 1 日病院報告

表 2-3 . 4 現在病床数 (2015 年) と
2025 年必要病床数比較

	2014年7月1日現在 (許可病床)	2025年の必要病床 数推計
高度急性期	2,218	
急性期	3,853	2,659
回復期	693	2,648
慢性期	3,382	1,913
無回答	75	
～ 合計	7,928	7,220

注) 「高度急性期」については、全県 (三次医療圏) を単位に設定

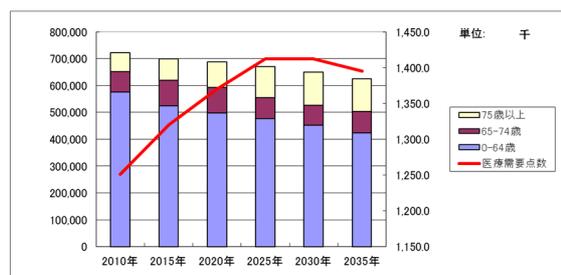
石川県 HP 病床機能報告
<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryuu/byoushoukinouhoukouk/u/index.html>

表 2-3 . 5 医療需要点数増減率、
介護需要点数増減率

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口	723,223	700,362	687,888	670,808	649,759	624,778
0-64歳	575,616	523,913	498,665	476,604	452,515	423,770
65-74歳	75,490	95,200	94,150	77,375	74,759	75,193
75歳以上	72,157	81,249	95,073	116,329	122,455	121,813
医療需要点数	1,250,985.9	1,320,232.3	1,370,106.1	1,412,241.8	1,412,270.0	1,395,286.6
医療需要点数増減率		5.5%	9.5%	12.9%	12.9%	11.5%
介護需要点数	713,536.0	808,344.8	923,713.1	1,087,165.5	1,135,114.6	1,132,827.6
介護需要点数増減率		13.3%	29.5%	52.4%	59.1%	58.8%

出典：二次医療圏データベースシステム

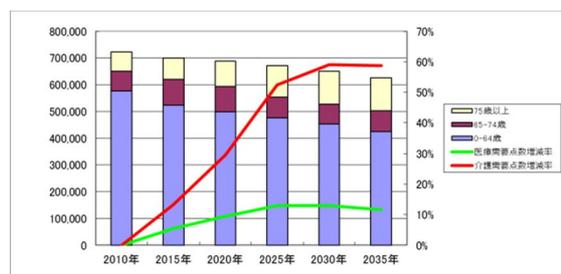
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)



出典：二次医療圏データベースシステム

<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)

図 2-3 . 2 医療需要点数の推移



出典：二次医療圏データベースシステム

<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)

図 2-3 . 3 医療需要点数増減率、
介護需要点数増減率の推移

2) 地域事例視察項目

今回の事例視察では、以下に注目してヒアリングを実施した。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか
2. 「病床数推計値」に関する受け止め
3. 2次、3次救急診療体制について
4. 地域包括ケアに関する従前からの議論

5. 構想会議における議題
6. 患者の流出入
7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

C. 研究結果

聞き取りの結果は以下の通りであった。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか

- ・当初、病床削減ありきで報道されたことには若干の戸惑いもあったが、ここ数年、県内で盛り上がっている在宅医療連携グループの活動や地域連携を強化して、将来に備えようという機運に繋げていきたい。
- ・それぞれの病床区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)がどういう役割を担うかを、日常的に感覚的に捉えていたことを、改めて考える機会となったのではないか。

2. 「病床数推計値」に関する受け止め

- ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分について、現状の動向と需給の予測を見る限りは、高度急性期、急性期、慢性期が多く、回復期が少ないという推計値になっている。人口あたりの回復期リハ病床が充実していることから、7対1などの急性期病床から地域包括ケア病床への転換が少しずつ進んでおり、他県で話題になる回復期病床不足が深刻となる見通しは、今のところないと見られる。
- ・介護施設数については、老々世帯・独居世帯の増加や共働き家庭の割合が高いことなどを背景として、全国的にも整備が進んでいる。

3. 2次、3次救急診療体制について

- ・救命救急センターを有する石川県立中央病院や2つの大学病院(金沢大学病院、金

沢医科大学病院)、医療圏内の急性期病院で相互に協力しながら、地域全体で患者を受け入れている。受入れにかかる病院間の連携、棲み分けが出来ており、搬送時間は短く、受け入れ困難事案は少ない。

4. 地域包括ケアに関する従前からの議論

- ・医師間は、従来から、県や郡市医師会、県病院協会の各種会合や、金沢大学関連病院長会議など、頻繁に顔を合わせる機会があり、顔の見える関係が出来ている。
- ・平成22年度からスタートした在宅医療連携システム推進費(県から医師会への補助事業)を契機に在宅医療連携への取り組みを始めた。連携は各医療圏や市町単位にとられず、生活圏単位となっていることが特徴。平成23年度から県医師会(県医師会から各地の在宅医療連携グループの活動を助成)を事業主体とする事業として始め、平成26・27年度(在宅医療・介護連携推進事業)は市町に対する補助事業に切り替え、予算執行や事業内容の立案を徐々に地域へ移すことに成功した。
- ・毎年度末に、各地域の在宅医療連携グループが集まる「在宅医療成果発表会」を行うことで、地域間にポジティブな競合感が生まれ、各地の活動が年々、深化している。
- ・介護施設が多く、施設入所が在宅の主流であったが、医師会が呼びかけ役となり、在宅医療連携グループが活動する中で、徐々に居宅での在宅のニーズに応えられるよう、多職種間で意見交換を行い、作戦を考えられるようになってきている。

5. 構想会議における議題

- ・地域医療のニーズを踏まえ、各医療機関として何が出来るかを、情報を共有した上で考える機会となるのではないか。

6. 患者の流入

- ・ 高度急性期医療を担う医療機関が石川中央医療圏に集中しており、能登地域の高齢者が金沢近郊の家族を頼り、石川中央に流入することはある。それを各医療機関で受け入れているが、入院診療が逼迫するまでの状態には至っていない。

7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

- ・ 各地域の在宅医療を推進する協議会は、医師会が呼びかけ人となりスタートし旗を振って、多職種、行政と参加者の輪が広がり、活性化しているのが地域特性である。
- ・ 地域連携パスは、脳卒中、糖尿病をはじめ、地域で必要とされるものを活用する取組が見られる。脳卒中は、活用割合が年々増加し、現在は1,000件/年を超える患者を対象に活用されている。
- ・ 脳卒中の地域連携パスは、急性期と回復期の連携で始まり、脳卒中の協議会と各地域の在宅医療連携グループがコラボ研修会を開催することにより、生活期にまで繋がることになり、パスに多職種の視点を取り入れるようになった。
- ・ 地域医療構想のポンチ絵では、生活支援や介護予防の担い手として、地域住民やボランティアなどの活躍が期待されているがそれだけでは難しい側面もあり、院内デイケアに取組むなど、病院が積極的に関与する事例もみられる。
- ・ 既存の各種の多職種間会議を最大限活用し、まずは集まって現状を共有し、「緩い繋がり」を保つことが、取組を長続きさせるコツではないか。
- ・ 「多職種」の輪の中に住民を入れると、多様なサービスが得られることが理解出来、看取りなどについては上手くいくように思われる。

- ・ 前出のとおり、地域包括ケア病棟が徐々に増加の傾向にあるため、居宅での療養中に病状がやや悪化しても、ニーズに合った医療機関側の受け皿が、これから増えてくるのではないか。
- ・ 「居宅で急変時への不安から病院に入れる」ということは、この医療圏ではないと思う。在宅をバックアップするベッド数があるので、その不安から病院へ入れることは考えられない。
- ・ 医療人材の繋ぎ止め策としては、職場のみならず、地域に住んで働こうと思わせるような魅力、地域力を出すことが大切。
- ・ 訪問看護師としては、60歳で定年を迎えた人を再任用し、アドミラル・ナースという肩書を創設して、精神科の訪問看護を担当してもらおう試みを県立高松病院で行っている。

<参考>「白山市在宅医療連携協議会¹」における活動、議論の紹介

- 地域医療構想策定の流れを受けての地域での議論
 - ・ 「地域医療構想」の議論開始を受けて、従前から行われている一次医療圏での医療介護サービスの受け皿を充実させている。
 - ・ 在宅医療に関して、施設数や居宅療養ニーズを地域で集まって確認をしたところ、幸いにしてどうにか需要に応えられることを共有した。
 - ・ これからの需要増にも対応できるよう、地域住民や医療関係者の在宅医療に対する理解を深める機会を持ち続ける。
 - ・ 法律に沿って、事務的に病床に関する議論をするのではなく、むしろ地域の課題を共

¹ 石川中央医療圏内で活発に地域包括ケアを議論している会議体の一つ。

有し、意見を出し合うほうが、実効性のある会議となるのではないかと。

- ・ 連携パスは、顔の見える関係が構築できていれば、それが連携パスと同等の状況があると考えているので、地域内限定のものは設けてない。例えば、県内広域の脳卒中のパスは活用している。
- 地域包括ケアの会議体について
- ・ 平成8年に吉野谷診療所で始まった「高齢者サービス調整会議」を、平成24年からの「在宅医療連携拠点事業」を契機に拡充させ、6年目に入った。既存組織を活用し、敷居の高くないつながりで集まり、意見交換を重ねることが、持続の秘訣ではないか。平成8年という早い段階で、地域包括ケアシステムに着目して活動を開始した点が役に立っている。
 - ・ 在宅医療連携協議会立ち上げにあたっては、医師会が先導役、事務局となり、それに行政が寄り添い補完したことが、現在の多職種間の有意義な議論が出来る場の提供に繋がっているのではないかと。また、事務局での会議招集、会議録のまとめ作業などを公立つるぎ病院でも実施していることで、事務局の負担を軽減し、長続きできる体制が確立した。
- 白山市の地域包括ケア活性化に関する取組の特徴
- ・ 市内では地区（市町村合併前の行政地区）ごとに「サービス連携会議」を立ち上げて、地域包括ケアシステムの構築に向けた活性化策を企画、実行している。それとは別に「白山市在宅医療連携協議会」では、「白山市の在宅医療連携を考える会」や「皆で行く研修会（在宅医療推進フォーラム）」等を定期的で開催し、研鑽を積んでいる。

更に、県や県医師会が進めている認知症、脳卒中、糖尿病等の施策にも協議会として参加している。これらの積極的な活動が関係者の意識の向上や、新たな活動へと繋がっている。また、白山市長の協議会への理解を得ることに繋がってきている。

- ・ アカデミアとの連携として、在宅医療推進拠点事業（平成24年度）時より石川県立看護大学と連携し事業等を行ってきた。現在は、過疎や高齢化が進む山間部に該当する白山麓地域における健康長寿、介護予防、在宅医療の取り組みについて、地元の金城大学看護学部が調査と活動に参画している。アカデミアとの連携により、事業成果等の評価が明確になり、今後の発展を推進することが期待できる。
- ・ 医師会員内での議論を通じて、開業医が在宅医療を担っていても、学会等で地域外に安心して出かけられるよう、医師会員や病院がバックアップする体制が維持されている。例えば、公立つるぎ病院が休暇や留守をする医師をバックアップしている。
- ・ これまで白山市内全域を市役所直営の地域包括支援センターが管轄してきた。このことにより、地域全体のケアマネジメントを一括して担いながら、住民のサービスニーズを細かく把握でき、かつ、ケアマネジャーの質向上に取り組めた。平成29年度からは、市内7か所に地域包括支援センターを設置し、更にきめ細やかな支援を目指す予定である。

○ 地域内の議論の活性化の秘訣

- ・ 会合を開く際にも、参加者間の対話を促す配席を心がけている。例えば、机はスクール形式や、コの字型はやめて、6人掛けのテーブルを複数設置し、グループ内での意見交換をしっかりと行ってもらうなど、参加

者の発言を求めている。

- ・常に地域外から情報を入手し、それら情報を基に地域内で共有、伝達、調整するネットワークの良い人材が不可欠である。白山市は公立つるぎ病院内に在宅医療連携課（現在は地域支援部に昇格）を設けて、そのスタッフが役割を担っている。
- ・強化型カンファレンスやサービス連携会議では司会、症例及び事例検討を持ち回りとして参加者意識を高めている。
- ・これまでぶれずに進めてこれた理由は、医師会が中心になった、行政が積極的に参加した、事務作業を医師会、行政、つるぎ病院とで分担できた、拠点事業で設けた地域支援部（担当者）が地域連携や情報発信の素地を構築した、つるぎ病院は拠点事業の成果を生かし、在宅医療の支援を明確にし、それに沿って活動している。以上に集約されると思われる。

D．考察

- ・日常的に情報交換を重ねていることで、地域医療構想を策定しようと受け止められている。石川県内各地の地域包括ケア活動団体が一堂に会した、在宅医療成果発表会を定期的に行うことで、好事例を他地域へ広げつつある。
- ・こういった取り組みが、二次医療圏で地域医療構想調整会議を円滑に進めるためのポイントとなるのではないかとと思われる。

E．結論

- ・地域包括ケアの協議を行うための調整スタッフが地域で一人でもいると、各種会議、研修の企画が活性化し、多くの関係者が地域包括ケアの検討に参画できる。日常的な「緩やかな連携」の存在が鍵である。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

- 1．論文発表
なし
- 2．学会発表
なし

H．知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

- 1．特許取得
なし
- 2．実用新案登録
なし
- 3．その他
特になし。