

地域医療シンポジウム「北海道の地域医療の未来を考える」 —地域医療構想の策定に向けて— (平成 28 年 5 月 22 日開催)

概要

今後、高齢化が進む中で、医療のあり方も、これまでの「治すことを重視した医療」から、治すだけではなく、生活の質を重視しながら、患者の方々が住みなれた地域で暮らしていくことを「支える医療」に変わっていく必要があります。

本シンポジウムは、このような変化を見据え、積雪寒冷で広域分散型の地域特性を持つ本道において、どのように患者の方々がその状態に即した医療を受けられる体制としていくか、また、現在策定中の地域医療構想についての議論を通じて、住民の皆さまから幅広くご意見を伺い、本道の地域医療の未来について考えるために開催しました。

- 行政報告 北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療構想担当局長 大竹雄二
- 講演 北海道医師会副会長（砂川市病院事業管理者） 小熊豊 氏
北海道病院協会理事長（社会医療法人禎心会理事長） 徳田禎久 氏
更別村国民健康保険診療所所長（医療法人北海道家庭医療学センター副理事長）山田康介 氏
奈井江町長（全国自治体病院開設者協議会副会長） 北良治 氏
- 総合討論 座長 北海道大学公共政策大学院教授 石井吉春 氏



<行政報告>

(北海道保健福祉部 大竹雄二)

北海道の医療の特徴と現状は、①広域分散型であること。医療サービスの完結を目指す二次医療圏が 21 あるなど、全国と比べて格段に多く、それぞれが広い。②積雪寒冷であること。救急医療や在宅医療において大きな制約となっている。③医療従事者が偏在していること。そのため、患者が医療圏をまたいで受診している。また、在宅医療

について、北海道では自宅での死亡が少なく、病院での死亡が多い。在宅医療の実施割合が低い。

今後高齢化が進むと、医療のあり方も変わる。治すことに加えて、治らない病気を抱えながら生活をしていくことを支える「治し、支える医療」も重要になる。この変化に対応する際、医療・介護人材の確保と医療・介護費用の財源確保という制約がある。そのため、将来、どのような医療がどのくらい必要かを見据えて、「過不足のない医

療提供体制」としていくことが重要になる。

地域医療構想とは、今後はリハビリテーションなどを重視した回復期医療や在宅医療が重要になってくることから、そのようなニーズの変化を踏まえた過不足のない医療提供体制にしていくため、2025年、さらにはその先どうしていくかを明確にし、関係者で共有するために策定するもの。地域差があるので、地域ごとで考えることが重要。

2025年の姿は2013年に実際に行われた医療を基に推計しており、病床の総数よりは、急性期と回復期のバランスに注目して欲しい。2025年の姿に向け、徐々に近づけていくのが地域医療構想の取組ということになる。

昨年の7月から地域ごとに地域医療構想調整会議を設置し、議論しており、その議論を踏まえながら北海道全体の地域医療構想を夏から秋にかけてまとめていく。調整会議には、市町村、病院、医療関係団体、介護、住民団体など幅広く御参加いただいている。

地域医療構想は、まずは地域において、将来の大まかな方向性として病床数について合意するとともに、課題の洗い出しをする。そして構想策定後、個々の病院の役割について、病床数も含めて議論していく。策定して終わりではなく、実現に向けて地域の関係者で取り組んでいく中長期的な枠組みということが重要になる。

地域医療構想は病床を減らすという話ではなく、今後医療の質や量が変化していくことについて、徐々に対応していくということが重要。ベッドの総数ではなく、回復期のニーズが増えるなど、必要な医療の内容が重要になる。また、地域で支える医療のためには、介護やまちづくりを含めて議論していくことがポイント。

今後の課題としては、ニーズが増える回復期病床の確保に向け、経営面やスタッフの確保などをどうするか。また、地域で支えるためには、介護や生活支援が重要であり、地域包括ケアシステムの構築をどう進めていくのか。病院だけではなく地域でも医療を受けられるということを住民の方にも御理解いただく必要。さらに、医療・介護人材の確保は、最大の課題であり、あらゆる手段を講じて対応していく必要がある。

医療機関の役割分担のためには、公的な会議ばかりでなく、自主的な会議においても御議論いただきたい。行政も、議論の場やデータを提供するとともに、地域医療介護総合確保基金を使って支

援したい。

地域包括ケアの構築については、自宅以外でも住み慣れた地域で住み続けることができる選択を増やすため、自宅以外の施設や住宅の整備も重要であり、空き家、病院、既存の団地の活用等、道内には様々な事例がある。

医療・介護人材の確保については、小中校生へのアプローチが重要であり、また、地域医療を守っていく上では、住民の方のサポートということも重要になる。



<講演>

(北海道医師会副会長 小熊豊氏)

医療費抑制政策が続く中で医療のあり方が、大きな問題となっている。いかに健康なままで長生きをしていただくか、そして、終末期医療のあり方を今後追求していく必要がある。

地方の病院は医師が少なく、高齢化が進んでおり、診療機能を縮小せざるを得ない。縮小することで人が減り、勤務環境がより悪化する悪循環がある。病院から精神科が撤退している。高齢者の救急で、半分以上は救急でなくても大丈夫な方がおり、少数の医療スタッフで対応に追われている。21ある二次医療圏のいくつかはお産ができない状況。地域医療構想では訪問診療を積極的に進めようとしているが、広域分散型で冬季、交通の問題がある。経営は診療報酬や国の抑制策で、非常に悪化している。

地域創生やコンパクトシティ構想、またCCRC構想というリタイアした元気な方に地域で活躍していただくというものが出てきている。これらについて行政と医療と介護が一体となって考えていかなければならない。その始まりとして、地域医療構想が出てきている。地域創生のためには

医療と介護、それと教育と仕事があれば成り立たないことを我々は肝に銘じなければならない。

地域枠制度で医師が地域で働き始めている。将来は166名の方が道内で働くことになり、医師不足の改善につながると期待しているが、新しい専門医制度との関係は少し検討する必要がある。新専門医制度は、地域医療と相容れないところがあると全国的に取りざたされている。

こういった中で北海道の地域医療を守っていかねばならず、大変な問題。

砂川の病院事業管理者としては、中空知は、最も医療機能の充実したへき地であると評価されている。それでも医師・看護師不足で周辺の病院が診療科を縮小したり廃止したり、病院機能が縮小しているのが現実。住民が求める医療は、周産期は当然、がんは当然、高度専門医療も当然、認知症も当然、総合的な医療も要求されている。住民が求める医療を提供していくのが自治体病院の役割と思っているので、少しずつでも対応していきたい。田舎のデパートのような役割を求められており、今、医者が90名だが、自分の計算では120名必要であり、大変な努力を職員に強いている状況にある。今は人がいなければ診療報酬が算定できないので、人、しかも資格を持った人を確保しなければいけない。控除対象外消費税の問題や、自治体病院なので不採算の医療も対応しなければならないという問題もある。

札幌市のような大都市圏と砂川市のような地方の医療圏では、医療のあり方が全然違う。そういった中で、地域医療構想を通して医療資源を有効に活用して、医療需要に見合った効率的な医療スタッフや医療内容を確保していかなければならない。地域医療構想は、あるものを減らすことだけが目的ではなく、不足する医療や介護があれば、それをどうやって確保するかということを地域で協議することである。

医療というものは一町一村運動ではないというのが私の持論である。全てのまちに全ての機能を備えた病院を作るということは不可能であり、地域でどういう医療をどこに配置していくかということが非常に重要な問題になる。そういった意味では、地域医療構想で同じテーブルに地域のいろいろな立場の方が話し合いをすることから地域の医療を進めていきたい。

住民の方への期待として、地域で暮らすということは限られた医療資源をどのように有効に活

用していくのかということであることをご理解いただきたい。それから、CCRCについて、皆さんもお考えいただいて、地域を元気に活性化するなり、お力を貸していただきたい。



(北海道病院協会理事長 徳田禎久氏)

北海道の医療に関する主な長期的課題は、広域、寒冷、積雪という地勢的特徴を背景に、医師、看護師、薬剤師の偏在の拡大、医育大学の医師派遣機能は低下のまま、自治体病院等の連携構想も進んでおらず、それ故、中核都市に機能が集中。地方は公立病院がほとんどで、ケアミックスにせざるを得ない状況にあることである。

介護需要が伸びているが昨年の介護報酬、今年の診療報酬はいずれもマイナス。自治体病院は基準が変わり補助金が減る。一般会計からの繰り入れでしのいでいるが、どうなるのか。地域包括ケアシステムは、実際にはほとんど進んでいないし、医療、介護の従事者不足もある。このような状況から、経営悪化する病院が公的、民間共に出てくる。医療提供体制は、介護まで連続して考える必要があるが、介護需要が伸びる中で、介護を受けられない人も出るのではないかと。複数の要因から、地方の医療過疎も進展するのではないかと危惧される。

地域医療構想については、医療経営者はこれまでも厳しい制度改革に柔軟に対応しており、今回の策定についても基本的には同様に順応できるはず。医療提供体制の改革は、「病院完結から地域完結へ」という流れのなか、一般病床の機能分化と長期療養を介護に移行することと、地域包括ケアの中で連携ネットワークを確立して医療、介護提供の効率化を図るということであるが、地域医療構想は、それだけで独立しているのではなく、たくさんの関連する施策と同時進行しているも

のである。

札幌圏について話をすると、入院、外来ともに受給率はほぼ100%。人口の減り方も当面少なく、最終的に2040年まで医療需要は少しずつ伸びるし、介護の需要は急増する。札幌圏では推計病床数も現状とほとんど変わらず、疾患別の変化を見る必要があるが、差し迫って大きな議論になってはいない。介護系は、有料老人ホームは全国平均よりも多い。ただ、介護士を含め介護職員は全国平均以下であり、これから介護需要が増えるであろう札幌圏で、このままでは人材不足になるのは明らかである。

札幌では、2025年には、医療需要が1.2倍、介護需要が1.8倍になる。在宅は、高齢者を見る人がいなければ成り立たない。生産年齢人口が減っているなかで、他の産業も人が必要。その中で、医療あるいは介護だけのために人材を留めおくのは実は非効率的で、色々な職種が協働するなどなんらかの工夫が必要であろう。

診療報酬により機能分化が進められているが、機能を変更する場合に大事なのは理念や運営方針との突合、特に職員満足度の確認ではないか。また、医師会を中心として、これらシステム全体をどう構築していくのか、是が非でもという強い思いがあるのかどうか。医療費の都道府県格差是正も言われるなか、今までのような病診、病病連携では、進まないのではないか。医療と介護の複合体などの垂直連携と、地域で他の法人と組むという水平連携という2つの方法や地域医療連携推進法人という仕組みなどにより、より強い連携も検討すべきである。

一方、宗谷圏について話をすると、入院受給率が60%しかなく、利尻と利尻富士では40%が札幌に行っているという状況があるが、今回の地域医療構想のテーマでもある地域完結では、この人たちの思いはどうなるのかと思う。

この圏域では、人口は急速に減る。医療需要もピークを過ぎ介護需要は伸びるが全国平均より低い。現在の、稼働率から見てトータルで450床くらいで済むので、推計通りでよいであろう。

稚内市には、市立病院と分院と子どもの病院とあとは診療所という状況だが、問題は脳外科は子どもの施設のみで循環器がないこと。圏内各病院の看護基準は市立病院が7対1、その他は15対1で、看護師の確保が大変厳しく、稼働率も低い関係もあり、経営状態も厳しいところがほとんど

である。

介護系はある程度バランスがとれているが、医師も看護師も圧倒的に少ないなかで、人口減少も厳しく、就業人口の全体の減少を考えると、医療提供は何とか現状の中で工夫をするしかなく集約化が必須となる。問題山積のこの医療圏では相当真剣な協議をしなければ成り立たない。

また、人口減少で産業が衰退傾向となるなか、地域存続の核として、雇用を守るため、地域コミュニティを支えるサービスの提供者となるため、医療や介護事業者だけでなく関連する業種はいろいろな形で手を組みましようという話にならなくてはいけない。

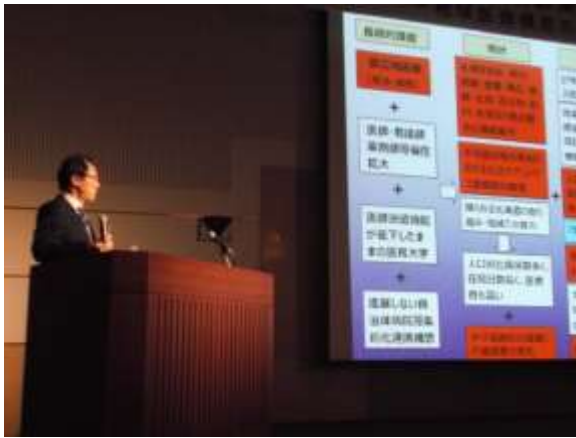
地域医療構想を進める上での課題は、高度急性期に入るICU・HCUなどをもつ施設は中核都市にしかなく、回復期も非常に数が限られているという現状である。これらの機能を持とうとしても施設基準が厳しく、専門職の数の問題で簡単にはいかない。地方でほぼ無理という状態。どうするか真剣に関係者で考えなければならない。

慢性期は確保可能だが、高齢化の進展に見合う入所用介護ベッドが確保できるのかが医療の機能分化を進めるうえでもカギとなる。診療報酬がどうなるのかは大変重要であり、公立病院改革もうまく行ってほしい。住民が地域医療構想の機能分化で提供体制が変わる点を分かってくれるかも重要になる。

地域医療構想に関する各医療機関へのお願いは、とりあえず推計値に合意をして、その上でそれぞれの施設の患者層の確認をして職員に説明すること、可能な限り他の施設とも話を始め自分の施設の立ち位置を決めること、せっかくのチャンスなので地域でこの構想について説明をしてもらいたいということである。

キーワードは地域特性。人口の推移人口減の世界を関係者に具体的にイメージしてもらうことが必要であり、いろいろなツールを使って地域の医療を守る仕組みを考える必要がある。北海道では入院の施設基準のケアミックスを認めてもらうなどの制度的な対応や不採算医療に対する財政支援も必要になる。

地域医療構想をまとめていくためにも、誰が引っ張るのが大事であり、医療のことを熟知している医師会に大いに期待をしている。



（更別村国民健康保険診療所所長 山田康介氏）

人口 3,300 人の更別村で、唯一の医療機関の総合診療科を専門とする診療所長として、同じ総合診療科を専門とする医師たちと 4 人で地域医療を担っている。総合診療医のポイントは、1 人の医師があらゆる健康問題の相談に乗れるということ。救急も入院も訪問診療も、そして、乳幼児健診や予防接種、学校医の活動もしている。専門職同士の連携にも医師が出席している。総合診療医は地域全体を見ることを強調しており、更別でも地域医療のあり方をリードしている。

今、医療の姿が変化してきている。病院中心から地域中心へ、医療を変えていく必要がある。患者さんはかかりつけ医に日常的なケアを受けていただき、必要な時にだけ病院にかかる。そして再び地域に戻ってきて日常的なケアを受ける、という形が望ましい。そして、地域の中の医療は、連携した多職種チームによる継続的で包括的で人間中心のケアを行う。非常によく発達したプライマリケア、または地域包括ケアの下では、総死亡の減少、若年死亡の減少、慢性疾患の改善、患者満足度の増加、より少ない総費用、より良い費用対効果といった研究結果、科学的根拠もある。

総合診療医は、かかりつけ医機能のために専門的なトレーニングを受けた医師。北海道で人口の少ない地域に複数科の専門医をそろえる事はほぼ不可能であり、総合診療医による体制構築が最適なのではないかということを提案したい。大きなまちにおいても医師は多いが、総合診療医は少なく、ケアの分断化が見られる。北海道全体で総合診療医が必要なのではないか。

総合診療医を増やすアプローチとして、現在、学会や新しい専門医制度の中で、大学卒業後から総合診療医までのキャリアはほぼ整備されつつある。さらに、専門医取得後のキャリアの整備も

重要になる。総合診療医になった後、北海道の田舎にも来て欲しいが、まだ田舎でハッピーに暮らせるためのシステムがない。そして、少しずつしか若い人が総合診療医に進まない。そのような中で 2025 年まであと 10 年しかなく、既に開業されている先生方を中心に、かかりつけ医機能を担っていただきたい。

一般の皆さんは「病院のことってよく分からない」、「この前、たった 2 週間で退院しろと言われてとても困った。どうして最初の病院でリハビリもして、最後まで診てくれないのか」など思うのではないかと。地域医療構想は、入院して初期の治療は急性期の病院、その後は回復期の病床で自宅に戻る、あるいは施設に行く準備をして地域に帰ることがモデル。適正な数がないと移れないので、数をしっかり合わせましようということ。病床の数のバランスがとれてくると、地域を預かる側としては非常にありがたい。住民の皆様も困らない。地域医療構想では、病床の機能が住民の皆様から見ても明確になり、病床の数が適正になり、行くところがないということがおきにくくなるのではないかと。例えば十勝は、圧倒的に急性期病床が多い。地域医療構想調整会議での議論はまだ始まったばかりで、回復期に移行させることはなかなか進まない。それでは急性期を退院した人の行き先がなくなるので、数のアンバランスをどう解消するのが重要になる。

また、地域医療構想と両輪である地域包括ケアシステム、プライマリケアが、地域できちんと機能しているのか。在宅医療はあるのか。更別村で数を数えてみると、さすがに施設だけでは難しく、在宅医療が機能する必要がある。地域包括ケアを質高く担えるかかりつけ医を増やすことが課題であり、住民の皆さんもそういった医師をかかりつけ医として持つことが重要になる。

一般の方へのお願いとして、地域医療構想は高齢化が進むなかで、皆さんの生活の安心を支える上で非常に重要な取組だと現場の医師も思っている。そこを理解して、関心を持って意見を言って欲しい。そして、前提として地域に地域包括ケアシステムを質高く担える医師の存在が欠かせないので、そのような医師の養成に力を入れるよう住民の側からも声を上げて欲しいし、そのような医師をかかりつけ医として持って欲しい。



(奈井江町長 北良治氏)

少子高齢社会に向け、保健、医療、福祉、介護の一体的な取組のため、平成6年8月に健康と福祉のまちづくりを宣言した。①フィンランドのハウスマルビ町との交流により、福祉のノウハウを学ぶとともに、②介護保険に関する広域連合を設立し、③地元医師会との病診連携として、病院の改築に併せて新たな病院機能に取り組むため、開放型共同利用病院を始めた。

町立病院は、本年4月に96床を50床とし、病床の一部をサービス付き高齢者住宅とする予定であり、病診連携については、地元医師会と協議し、かかりつけ医機能の確立を目的として進めている。3人の開業医師に12床を開放し、主治医として町立病院の診療を行い、病院の医師が副主治医となっている。CTなど高度医療機器や検査施設も共同利用している。また、町内の老人保健施設や特別養護老人ホームの入所者に対して、開業医がかかりつけ医として継続的に診療している。

取組の2番目の柱が、地域センター病院である砂川市立病院との病病連携。17年10月に医療連携協定を締結し、特に医師の派遣について、現在、小児科医師を週1回、派遣していただいております。病床の有効活用では急性期から慢性期、療養期への継続した診療体制づくりを進めている。これからの取組として、患者情報の共有システムについて、中空知の6つの自治体病院でネットワークを整備する予定。また、認知症支援として、砂川市立病院の専門医師のアドバイスをいただき、支援体制づくりや病院間の連携をさらに深めながら、地域医療の向上に努めていく。

本年4月からの病棟再編は、人口減少、高齢化問題に対して、引き続き安心して暮らすことができるまちづくりをコンセプトとして、地域包括ケアシステムの構築のため、住まい問題の解決と医

療、介護の一体的な提供が可能となるよう、病棟の一部をサービス付き高齢者向け住宅に転用することが柱。96床のベッドを2階に集約して50床とし、3階をサービス付き高齢者向け住宅とした。住まいの提供だけでなく、入居される方がいづまでも健康で活力ある生活をおくることのできるよう支援する。いわゆる地方創生における奈井江版 CCRC 生涯活躍のまち構想の中心的施設として整備する。健康でアクティブな生活をおくっていただくため、生きがいや社会活動に積極的に参加できるまちづくりを進めたい。住まい、医療、介護サービス、生きがいづくり、社会参加活動、健康づくりを一体的にとらえながら、健康でアクティブな生活を実現するとともに、必要に応じ、継続的なケアを受けられる新たなまちづくりとして取り組んでいきたい。

地域医療構想は、次の3点が重要。1つ目として、地域完結型医療を目指し、病床機能の分化及び連携をどう進めるか。それぞれの地域の限られた医療資源を活かし、病院、診療所が共にネットワークを組みながら医療を支えることが重要。1つの病院ですべてを解決できない時代であり、病診連携、病病連携をもっと進めていきたい。

2つ目として、地域包括ケアシステムをどう推進するか。在宅医療の推進、医療と介護の連携が重要視されている。併せて、高齢者の単身世帯、夫婦世帯が増加する中、住まいの課題を含めた包括的なケア体制が必要。体制の整備については、医療、介護関係者、行政を含めたネットワークづくりを進め、相互に情報を共有しなければならない。また、かかりつけ医を持つことは大変重要。日頃から生活全般にわたって支援する医師が近くにいることがなにより大切であり、安心して生活できる環境づくりにつなげていきたい。

3つ目として、医師、看護師等の人材を安定的にどう確保するか。現在は地域偏在が未だ解決されず、地方自治体の多くが大変苦慮している。現在、北海道では様々な施策を行っているが、今後も大学側との連携協力を基に、リーダーシップを発揮しながら進めていただきたい。地域医療への志を持った医師が増えることを期待している。

自治体の立場としては、人口が減少し、少子高齢化が進む中で、それぞれの自治体で地方創生に向け新たなまちづくりに果敢にチャレンジしている。まちづくりを進める上で、住民にとってなりより大切である医療が身近にあることが必要

不可欠であり、地域医療構想が、これからのまちづくりの指針となり、住民が地域で安心して暮らすことができることにつなげる必要がある。



<総合討論>

（北海道大学公共政策大学院教授 石井吉春氏） 地域医療構想について、どのような論点があるか。

（北海道医師会副会長 小熊豊氏） 人口が分散している中で地域の医療を効率的に再編していくことは頭の痛い話。地域全体を見て医療のあり方を考えていくことが最大の問題になる。私自身の結論はないが、地域に応じて対応を進め、地域医療構想調整会議において PDCA サイクルを働かせていくのではないか。

（北海道病院協会理事長 徳田禎久氏） 地域格差がすごく大きい。ウィン・ウィンの関係を作ることが大事。宗谷だと、あれだけ距離がある中でどうやってまとめるのか、また、その点について住民の方の理解が課題になる。

（石井氏） ICT の活用について、自治体はなかなかうまく進めていない。

（徳田氏） ドクターの数が少ないので、保健師さんなどの違う職種に活躍してもらう必要がある。例えば患者さんの様子について、定期的に ICT を使ってチェックすることができるかもしれない。

（石井氏） 病床削減よりも、急性期から回復期への転換をどう進めるかが課題との指摘があった。

（更別村国民健康保険診療所長 山田康介氏） 医師は急性期医療を担う教育を受けている。回復期を担うことは、やったことのないことをやることであり、そこにやりがいをどう見いだすのかは切実な問題。どういった医師が担うのかを議論すべき。総合診療医は、地域に患者を返すことについて専門的に教育を受けており、回復期にやりがいを持てるのかなと思う。長年、内科、外科に勤

め、地域のことが見えてきて、やってみようという先生が増えることを期待したい。

（北海道地域医療構想担当局長 大竹雄二） 回復期の確保は、課題ごとに手を打つ必要がある。転換費用やリハ職確保は基金で支援を、経営については診療報酬の要望を、教育の話は大学等にお願いする必要がある。

（奈井江町長 北良治氏） 砂川市立病院が回復期を設けたことで、我が町の病院にも影響があった。地域全体でどういうふうに今後進めていくか、病院と話し合いながら決めていく必要がある。

（石井氏） 地域包括ケアシステムはうまく進んでいないといった御指摘もあった。医療側がどう主体的に関わるかということが非常に重要なポイントであると考えているが、いかがか。

（山田氏） 家族を最後まで自宅で看たい方は少なからずおり、そのニーズに真摯に答えている。少しずつ在宅で亡くなる方が増えており、医療者が主体的にスタッフを巻き込みながら事例を積み上げ、やってみたら意外とできる、そんな中で連携も進み、また行政の側の理解も進むといった形でやってきた。

（小熊氏） 最大の問題は人がいないということ。例えば砂川市の場合、開業の先生方は高齢化されていて、訪問診療される方はごくわずか。もう1つは医療と介護の立場が非常に違うので、まとめ方が難しい。

（徳田氏） 地域包括ケアのキーワードは情報共有。更別村では何をしているのか見えるので、その人に何が必要なのかも見えてくるが、都会ではまったく見えない。札幌で何かするためには、介護系と情報を共有し、それぞれ助け合い、効率的にその地域を見ていくシステムを作ることがカギになる。

（石井氏） 最後にそれぞれ御発言をいただきたい。

（徳田氏） これまでも自治体病院等広域化連携構想等の構想はあり、これをうまく使ってほしい。

（山田氏） あるべき医療、福祉の姿に向かうチャンスでもある。医師会の動きにも期待したいし、自治体の首長の皆さんにも期待したい。住民の皆さんも関心を持って、どんどん意見を言っていたきたい。

（北氏） 医療機関と話し合いながら地域全体をどう守っていくのかを総合的に考えていく必要。

（大竹） 様々な課題をどうしていくのかを具体的に議論していく必要がある。



(石井氏) 木村全国自治体病院協議会北海道支部長と長瀬北海道医師会長に発言をお願いしたい。

(全国自治体病院協議会北海道支部支部長 木村純氏) もっと一般の方々が参加できる形で、あるいはいろいろな方法で情報を提供して、住民の方々の理解を踏まえた上で議論を進めていく必要がある。

また、地域が本当に必要とする確保すべき医療は何か、市町村、地域全体で担保すべき医療は何かという議論は不十分。それをしっかりしないと、単なる医療の需要と供給のマッチングになってしまう。

地域医療構想を進めていくには、マンパワーが必要。ほとんどの地域では、今でもマンパワーが確保できないという状況で、この後さらに確保が困難な状況になる。

(北海道医師会会長 長瀬清氏) 北海道の医療、そして地域医療構想をどうするかということはなかなか難しい。病院はそれぞれ立場が違う。自治体病院の集約化についても、それぞれの住民や町長などで立場、考え方が違うので、これまでも苦労したし、今度の構想も苦労する。

これから医師会として、住民にとっても、医療機関にとってもいい仕組みを考えていきたい。

(石井氏) 議論すべき大きなテーマの1つとして、住民理解がある。最も意識が高いのが医療関係者だが、一方でなかなか住民には伝わっていない。そこを変えていかなければ、この問題の周知は進まないのではないか。

シンポジウムの概要

日時 平成28年5月22日(日) 13:30~16:30

主催 北海道 後援 北海道医師会、北海道病院協会、全国自治体病院協議会北海道支部

参加者 医療関係者、行政関係者、一般住民の方々など 280人