津山市地域医療ミーティング

報　　告　　書

平成２６年３月

津山市地域医療ミーティング推進協議会

目　次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　1

１．地域医療をとりまく現状と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　2
（１）高齢化の進展と医療・介護需要の増加・・・・・・・・・・・・・　2
（２）医療・介護費用の増加・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　6
（３）人的医療資源（医師と看護師の状況）・・・・・・・・・・・・・１０
（４）救急医療体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６
（５）在宅医療に関する動き・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２２
（６）医療・介護連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２９

２．津山市の地域保健医療体制の充実に向けて・・・・・・・・・・・・・３４
（１）救急医療対応力の強化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３４
（２）医療資源の確保・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３４
（３）在宅医療・介護への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３５
（４）市民への普及啓発活動・情報提供の強化・・・・・・・・・・・・３６

資料編
ミーティングで述べられた主な意見・提言・・・・・・・・・・・・・・３７
（１）救急医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３７
（２）医療資源・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３７
（３）介護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３８
（４）在宅医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３９
（５）地域医療全般・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４０
用語の説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４１
協議会規約・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４４
協議会名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４６
検討の経過・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４７

はじめに

誰もが，住み慣れた地域でいきいきと生活を続けていくためには，安心して医療を受けられる環境を整備することが必要不可欠です。しかし，地域医療は，現在も，将来に向けても，様々な課題を抱えています。

本市においては，65 歳以上の占める割合（高齢化率）は，平成 26 年 3 月現在で２７％を超えており，もともと医療・介護リスクの高い高齢者の医療，介護，福祉サービス等への需要が今後ますます高まることが予想されています。

こうした中，本市では，医師や看護師といった医療資源が不足していることから，救急医療をはじめとする医療提供体制の維持が大きな課題となっています。これらについては，医師自身の高齢化による後継者不足や，結婚・出産等で離職した看護師の再就職が困難な状況であることも一因といわれています。さらに，「がん」や「心疾患」など，主要死因に対する医療機能の充実や医療連携を図っていくことも必要です。そして，介護分野では，増加する要介護者（要支援者）に対し，介護関連施設だけでは限界があることから，在宅療養の推進が喫緊の課題となっており，地域の医療や介護の維持・確保に向けた課題は山積しています。

そこで，こうした様々な諸課題について，関係機関や地域の住民代表者等が共通認識を持ち，課題の解消や軽減に向けてどうすればよいか，地域みんなで考えていくことを目的として，「津山市地域医療ミーティング推進協議会」が設置されました。

本協議会では，「地域医療をめぐる津山市の現状」，「これからの地域と医療」，「救急医療」，「医療資源の確保」，「介護保険」，「在宅医療と介護」を主要テーマに，オブザーバーの方にも助言をいただきながら，２年間６回にわたり協議を重ねてきました。

この度，本協議会で出されました意見や提言について，報告書として取りまとめましたので，ここにご報告します。今後の地域医療や介護，福祉の充実と市政発展の一助となれば幸いに存じます。

最後に，これまで２年間にわたり，１６名の委員の方々，オブザーバーの皆さま方には，熱心に議論を重ねていただき，また，貴重なご意見，ご提言を賜り，心から感謝申し上げます。

津山市地域医療ミーティング推進協議会
会　長　　薄　元　　亮　二

２．地域医療をとりまく現状と課題

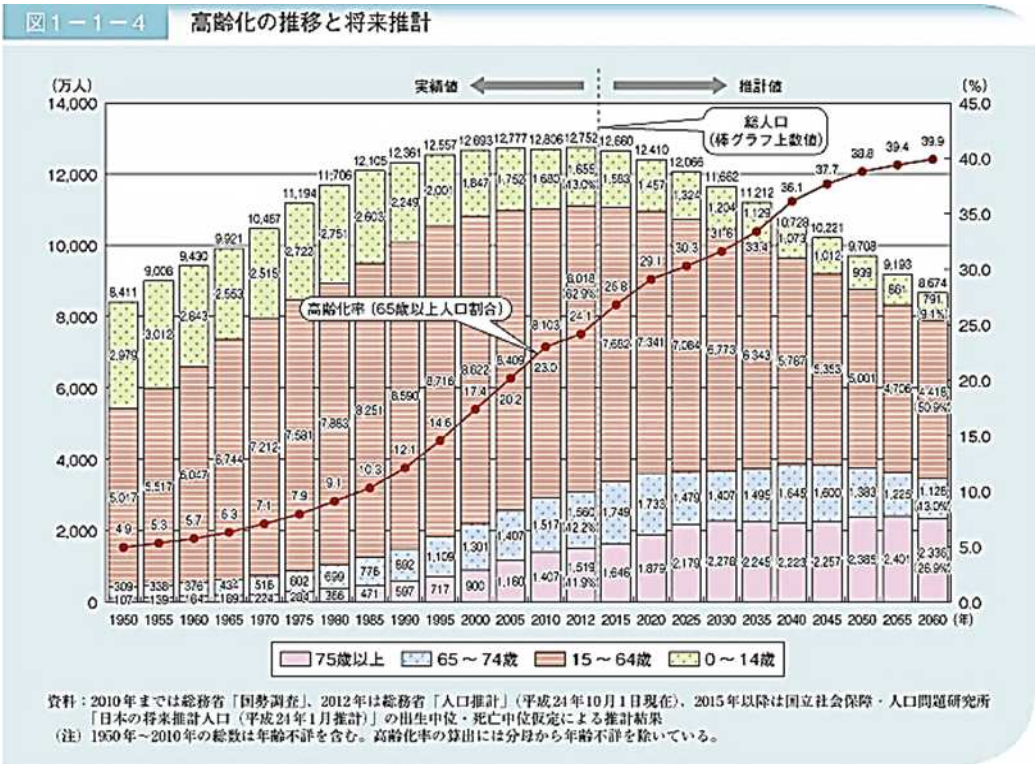
（１）高齢化の進展

我が国の 65 歳以上の高齢者人口は，昭和 25 年には総人口の５％に満たない状況でしたが，昭和 45 年に７％，さらに，平成６年には 14%を超えて「高齢社会」と称されました。そして，高齢化率は上昇を続け，平成 24 年 10 月時点では 24.1%にも達しています。

高齢社会白書によると，平成72（2060）年には，2.5人に１人が65 歳以上，４人に１人が75 歳以上となると推計されています。

・総人口が減少するなかで，高齢化率は上昇（図１）
・高齢者人口は，いわゆる「団塊の世代」が65歳以上となる平成27（2015）年に3,395万人に達し，さらに増加
・平成54（2042）年に3,878 万人でピーク到達。その後は減少に転じるが，高齢化率は上昇
・平成72（2060）年には高齢化率は39.9%に達し，2.5人に1 人が65歳以上
・平成72（2060）年には75歳以上人口が総人口の26.9%となり，4人に1人が75歳以上

【図１】

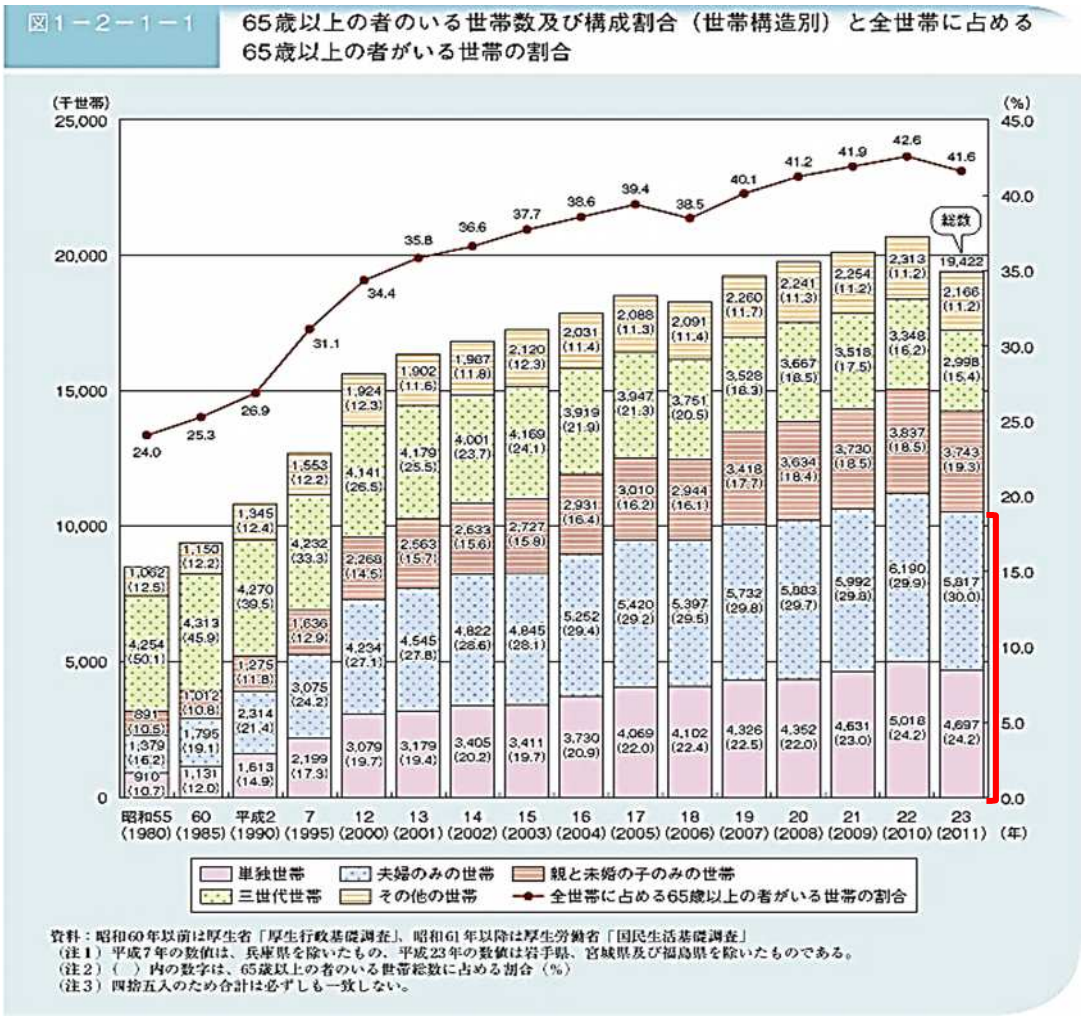


資料：平成25年版高齢社会白書

また，高齢者の家族と世帯の状況についてみると，65歳以上の高齢者のいる世帯では，平成23（2011）年現在，世帯数は1,942万世帯と，全世帯（4,668万世帯）の41.6%を占めています。そのうち，「単独」，「夫婦のみ」世帯は過半数となっています。（図２）

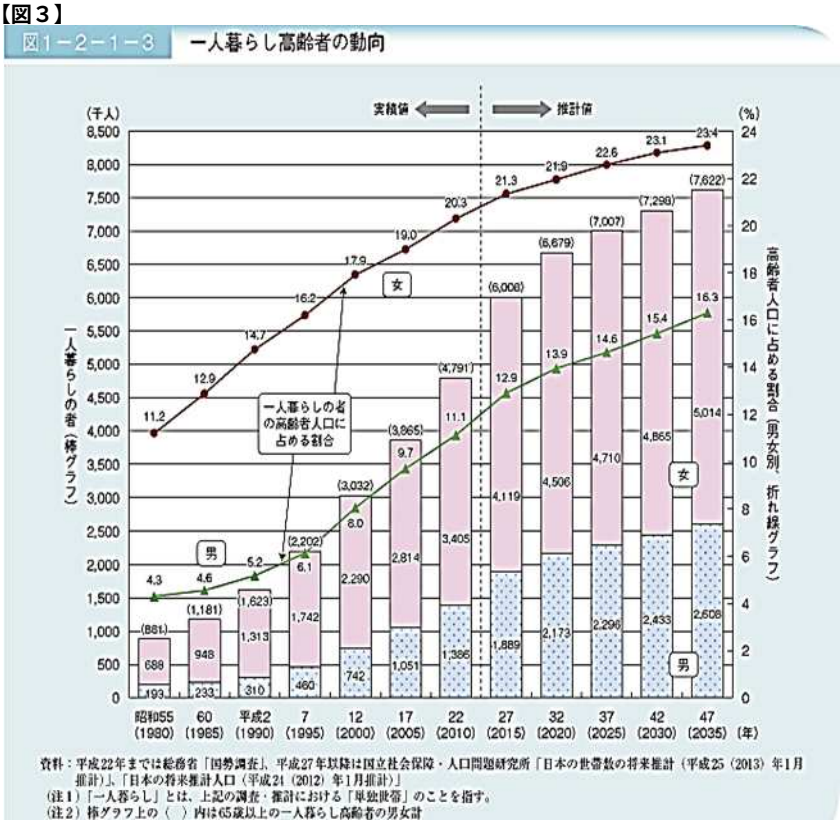
さらに，65歳以上のひとり暮らし高齢者は，男女ともに顕著な増加がみられており，日常生活，疾病等による寝たきり，認知症，地域からの孤立など，不安を抱える高齢者への対策が課題となっています。（図３）

【図２】



資料：平成25年版高齢社会白書

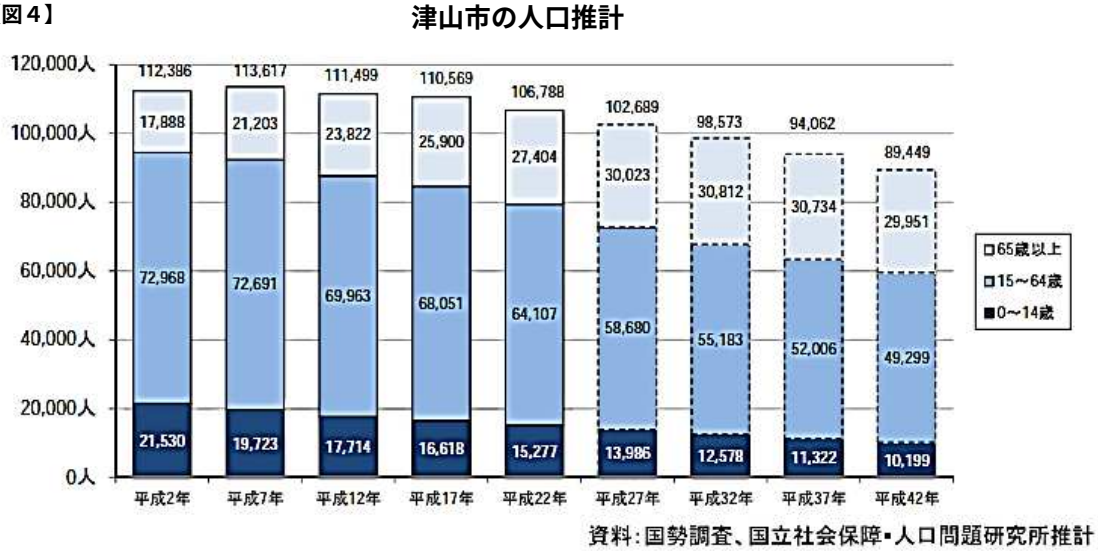
【図３】



資料：平成25年版高齢社会白書

一方，津山市の将来の総人口については，14歳以下の人口や15歳から64歳の生産年齢人口が減少し続け，平成27年以降は65歳以上の人口も減少に転じており，全体としては縮小していくことが推計されています。（図４）

【図４】



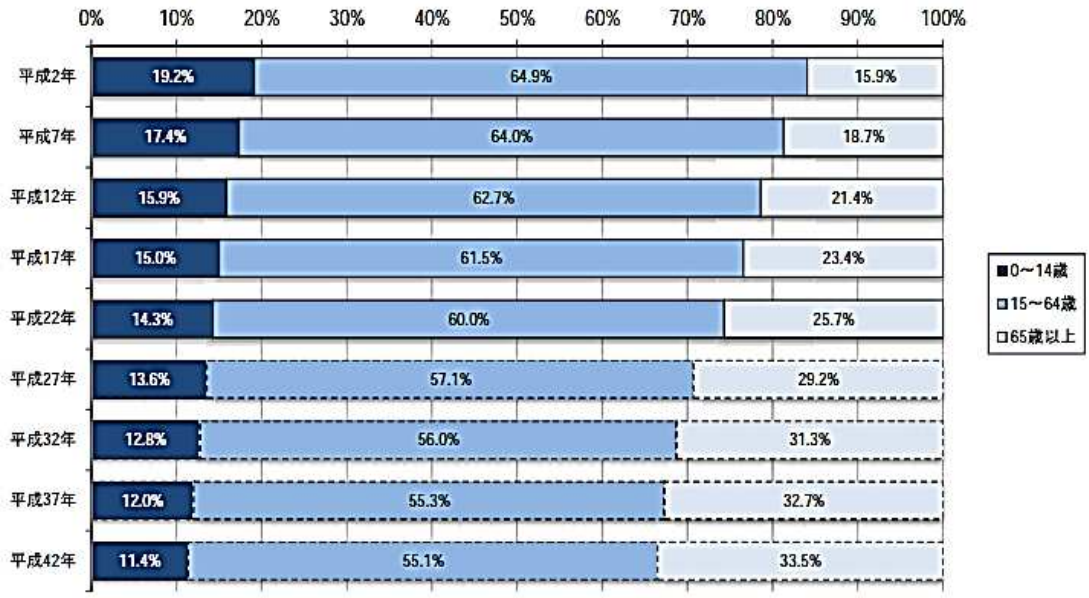
資料：国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所推計

また，構成年齢別の割合では，65 歳以上の人口割合が高くなると推計されており，高齢者を支える若年層の負担が大きくなっていきます。（図５）

津山市においても，今後，高齢化の進展は避けることができない状況となっています。

【図５】

津山市人口の年齢構成の推移



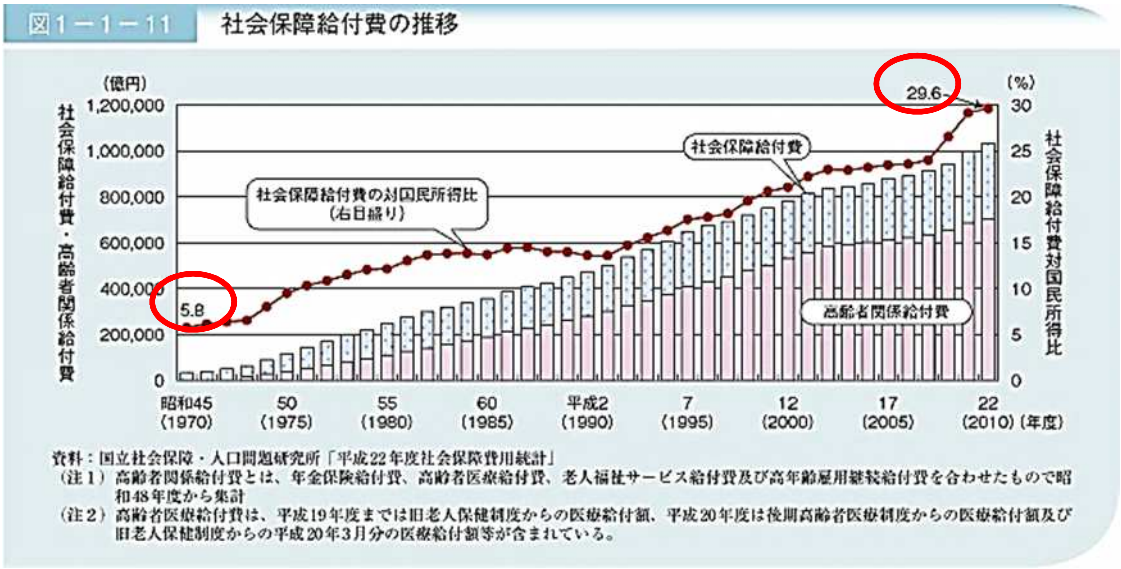
資料：国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所推計

（２）医療・介護需要と費用の増加

社会保障給付費（年金・医療・福祉その他を合わせた額）を国全体についてみてみると，平成22（2010）年度は103兆4,879億円となり，過去最高の水準となっています。その中の高齢者関係給付費が占める割合についても，高い割合が続いています。

また，国民所得に占める割合についても，昭和45（1970）年度の5.8%から29.6%に上昇しており，こちらも過去最高の水準となりました。（図６）

【図６】

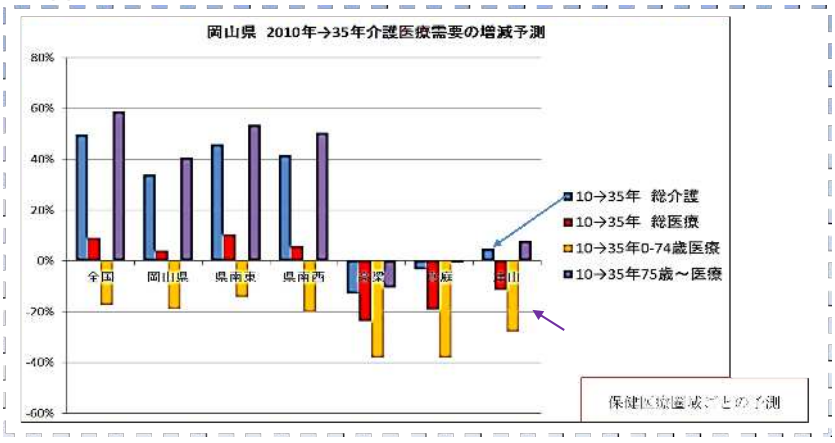


資料：平成25年版高齢社会白書

特に，75歳以上高齢者に係る医療費は，生涯医療費の約半額とも言われており，地域の医療・介護給付費等へ与える影響が懸念されています。

津山市を含む津山・英田保健医療圏（10頁.人的医療資源の項参照）についてみてみると，2035年には総医療費・75歳未満医療費が減少し，75歳以上医療費と総介護費が増加していくとの予測も出されています。（図７）

【図７】



資料：日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状と将来－都道府県別・二次医療圏別データ集(2013年度版)」

津山市の国保医療費については，現在，伸び続けていますが，人口減少に伴い，今後，総医療費自体は減少すると推計されています。しかし，その一方で，75歳以上（後期高齢者）の医療費は，2030年頃まで増加していくと予想されます。（図８，図９，表１，表２）

【図８】

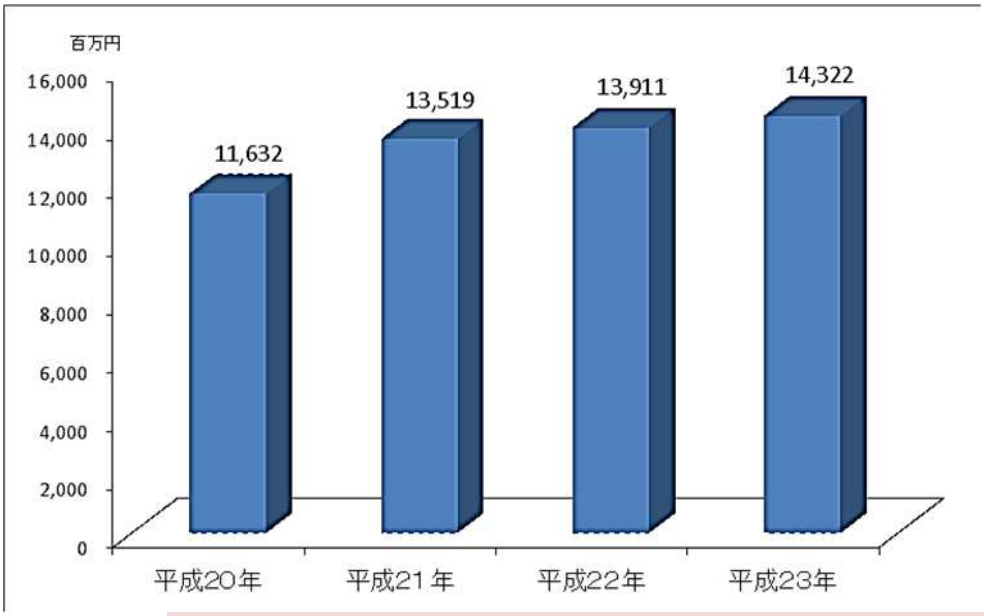
津山市の国保医療費

※金額は総費用額（保険 10 割分，高額療養費，他法負担額等）を計上したもの

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市保険年金課）

【図９】

津山市の後期高齢者医療費



※金額は総費用額（保険 10 割分，高額療養費，他法負担額等）を計上したもの

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市保険年金課）

【表１】

資料4

津山市国民健康保険の医療給付（診療・調剤・食事療養・訪問看護療養）費の推計

区分			2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	備考
津山市	全体	人口（人）	106,788	102,689	98,573	94,062	89,449	84,750	79,874	日本の将来人口推計
		指数（平成22年＝100）	100.0%	96.2%	92.3%	88.1%	83.8%	79.4%	74.8%	
	内65歳以上	老年人口	27,437	30,023	30,812	30,734	29,951	29,266	29,200	日本の将来人口推計
		指数（平成22年＝100）	100.0%	109.4%	112.3%	112.0%	109.2%	106.7%	106.4%	
津山市国保	全体	被保険者数（人）	24,690	23,557	22,485	21,026	19,890	18,892	18,004	日本の将来人口推計 1~75歳未満人口減少率
		指数（平成22年＝100）	100.0%	95.4%	91.1%	85.2%	80.6%	76.5%	72.9%	
		総医療費（百万円）	8,803		9,446		7,914		7,897	日医総研データ参照
		指数（平成22年＝100）	100.0%		107.3%		89.9%		89.7%	
		一人当たり医療費（円）	356,557		420,106		397,896		438,609	総医療費/被保険者数
		指数（平成22年＝100）	100.0%		117.8%		111.6%		123.0%	

人口に占める75歳未満人口の減少率		4.59%	4.55%	6.49%	5.40%	5.02%	4.70%

医療費　後期高齢プラス（百万円）	22714		24609		25261		24229
2010年比	100.0%		108.3%		111.2%		106.7%

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市保険年金課）

【表２】

資料5

後期高齢者医療の医療給付（診療・調剤・食事療養・訪問看護療養）費の推計(津山市分)

	H22年（2010年）	H27年（2015年）	H32年（2020年）	H37年（2025年）	H42年（2030年）	H47年（2035年）	H52年（2040年）	備考
人口（人）	106,788	102,689	98,573	94,062	89,449	84,750	79,874	日本の将来人口推計
65歳以上74歳未満の人口	12,423	14,210	14,443	12,480	11,235	10,755	11,581	日本の将来人口推計
75歳以上人口	15,014	15,813	16,369	18,254	18,716	18,511	17,619	日本の将来人口推計
障害認定者数	425	483	491	424	382	366	394	65歳以上74歳未満の人口×障害認定者の割合
65歳以上74歳未満のうち障害認定者の割合	–	3.4%	3.4%	3.4%	3.4%	3.4%	3.4%	
被保険者数（人）	14,973	16,296	16,860	18,678	19,098	18,877	18,013	75歳以上人口+障害認定者数
指数（平成22年＝100）	100.0%	108.8%	112.6%	124.7%	127.5%	126.1%	120.3%	
総医療費（百万円）	13,911		15,163		17,347		16,332	日医総研データ参照
指数（平成22年＝100）	100.0%		109.0%		124.7%		117.4%	
一人当たり医療費（円）	929,072		899,344		908,316		906,664	総医療費/被保険者数
指数（平成22年＝100）	100.0%		96.8%		97.8%		97.6%	

※障害認定者数は、平成22年度は実数を、平成27年度以降は、平成22年度の65歳以上74歳未満の人口に対する障害認定者数の割合（3．4%）と同等の割合として算定。
※被保険者数は、平成22年度分までは、各年度の平均を、平成27年分以降は75歳以上の推計人口に上記方法で推計した障害認定者数を加えた人数を記載（生活保護者数は加味していない）。

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市保険年金課）

また，高齢化の進展により，要介護認定者も増えています。
平成 20 年と平成 22 年を比較すると，要介護認定者は 500 人増加しており，併せて介護保険サービス利用者も増加しています。（表３）
特に居宅サービスの伸びが大きいことがわかります。（表４）

【表３】　**要介護度別要介護認定者数の推移**

区　分			平成20年10月	平成21年10月	平成22年10月
津山市全　域	要介護認定者数		5,049人	5,276人	5,586人
		要支援１	769人	791人	737人
		要支援２	692人	684人	758人
		要介護１	798人	876人	1,057人
		要介護２	797人	854人	936人
		要介護３	806人	825人	755人
		要介護４	603人	618人	628人
		要介護５	584人	628人	715人

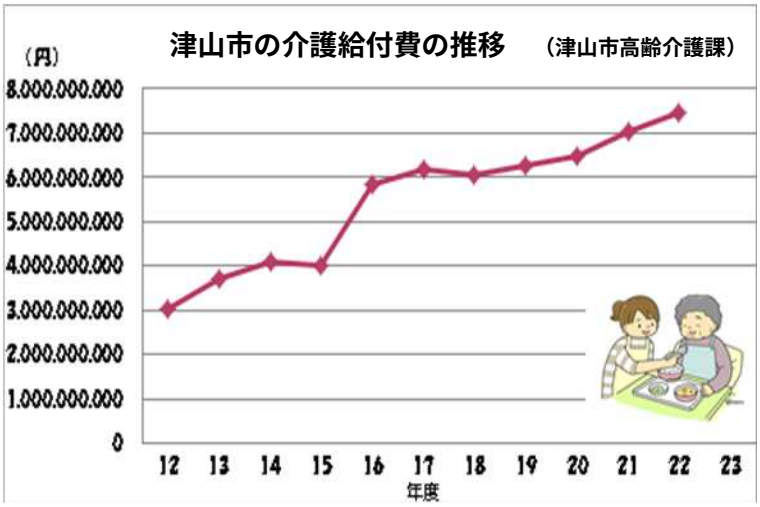
【表４】　**介護保険サービス利用者**

区　分			平成21年10月	平成22年3月	平成22年10月
津山市全　域	サービス利用者数		4,113人	4,178人	4,365人
		居宅サービス	2,735人(66.5%)	2,787人(66.7%)	2,968人(68.0%)
		地域密着型サービス	501人(12.2%)	509人(12.2%)	520人(11.9%)
		施設サービス	877人(21.3%)	882人(21.1%)	877人(20.1%)

資料：介護保険事業状況報告

介護給付費についても，平成 23 年度で年間約 80 億円※1に達すると推計されており，津山市の高齢者（65 歳以上，約 27,000 人）一人あたり 29,629 円もの介護サービス費用が必要になっていることになります。（図 11）
今後，給付と負担のバランスをとるためには，やむを得ず介護保険料も上げざるを得ない状況になりつつあります。

【図１０】



※１　自己分負担分1割を除いた額

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会

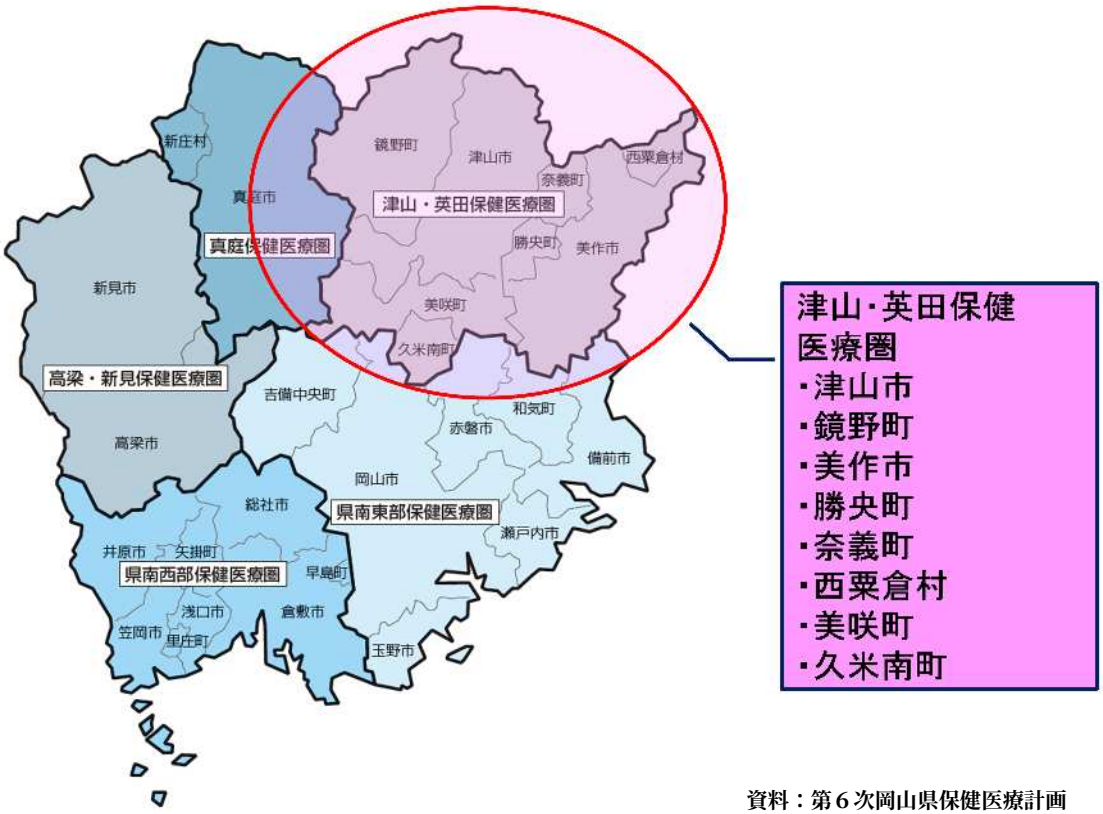
（３）人的医療資源（医師と看護師の状況）

医療提供体制の確保を図るための医療計画は，都道府県が策定することになっています。岡山県では，現在，５つの２次保健医療圏域を設定しています。２次医療圏域とは，原則として入院医療の需要に対して，比較的専門性の高い領域も含めて，一般的な保健医療が概ね完結できる体制づくりを目指す地域単位です。（図11）

区域の設定は医療法に定められたものであり，住民の日常生活活動の状況や交通事情，保健医療資源の分布等を勘案し岡山県が区域の設定をしているものです。津山市は，２市５町１村で構成する「津山・英田保健医療圏」に属しています。

しかし，近年，医師や看護師といった人的医療資源不足により，医療提供体制の維持が大きな課題となっています。

【図11】



資料：第６次岡山県保健医療計画

津山・英田保健医療圏では，医師数354人，10万人あたりの医師数は182.6人と全国や岡山県よりも少ない状況です。（表５）

【表５】

岡山県内の圏域別医師等の数

表1-2-2-6 医師、歯科医師、薬剤師数（平成20年12月31日現在）

二次保健医療圏	医　師	歯科医師	薬剤師
県南東部保健医療圏	2,941	1,025	2,191
	320.6	111.7	238.9
県南西部保健医療圏	1,835	477	1,070
	256.7	66.7	149.7
高梁・新見保健医療圏	106	39	87
	147.5	54.3	121.1
真庭保健医療圏	81	26	60
	159.0	51.0	117.8
津山・英田保健医療圏	354	105	311
	182.6	54.1	160.4
合計	5,317	1,672	3,719
	272.9	85.8	190.9
全国	286,699	99,426	267,751
	224.5	77.9	209.7

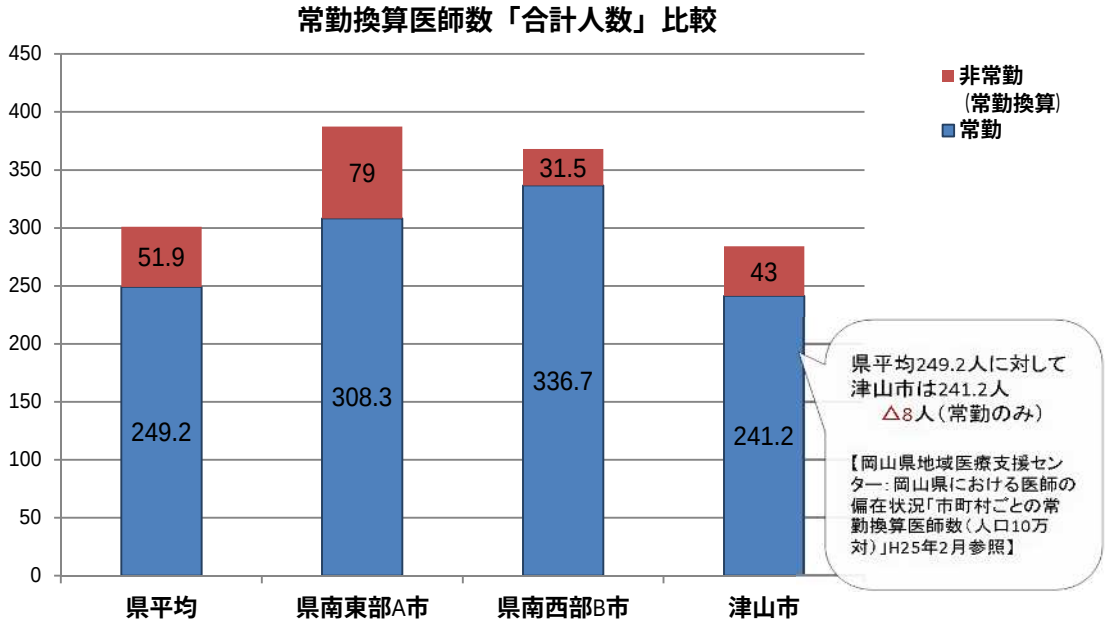
（資料：厚生労働省「平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査」、岡山県統計調査課「岡山県毎月流動人口調査」）

（備考：上段は実数、下段は人口10万対）

資料：第６次岡山県保健医療計画

また，津山市の人口10万人あたりの医師数（常勤）をみても，県南部及び県平均と比較して少なく，岡山県における医師の偏在がわかります。（図12）

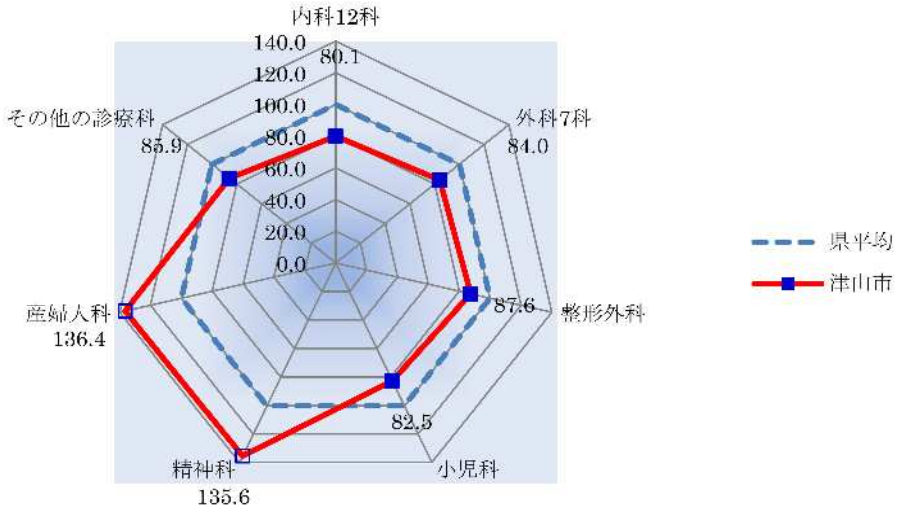
【図12】



診療科ごとの内訳では，病院が７分類中５つの科で県平均より医師数が少ないことがわかります。特に少ないのが内科10.3人，外科3.4人，以下，小児科，整形外科と続いています。また，産婦人科・精神科では，県平均値を超えています。（図13）

【図13】

常勤医師数「診療科ごと　県平均を 100 とした場合との比較（病　院）」

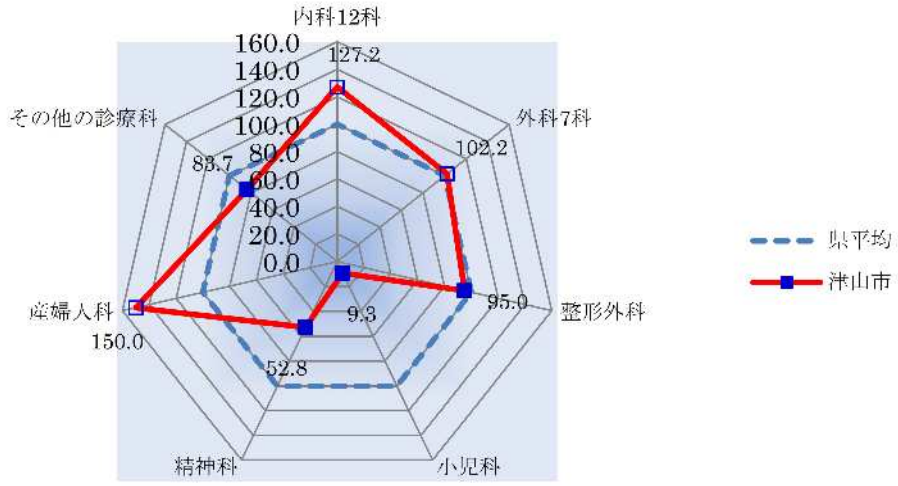


データ参照：岡山県地域医療支援センター「岡山県における医師の偏在状況「市町村ごとの常勤換算医師数（人口 10 万対）」平成 25 年２月」

次に，診療所では，７分類中４つの科で県平均より医師数が少ない状況です。特に少ないのは小児科で，県平均より約５人少なくなっています。内科・産婦人科では県平均値は超えていますが，現在，医師の高齢化とあわせて診療所の継承が課題となっています。（図14）

【図14】

常勤医師数「診療科ごと　県平均を 100 とした場合との比較（診療所）」



データ参照：岡山県地域医療支援センター「岡山県における医師の偏在状況「市町村ごとの常勤換算医師数（人口 10 万対）」平成 25 年２月」

また，市内の医師の平均年齢等についてですが，最高齢は87歳，最若年は27歳となっています。会員※2の年齢分布をみると，93医療機関（病院，診療所等）中，62医療機関で開設者あるいは準開設者の年齢が55歳以上となっています。

開設当時の平均年齢は42.1歳であり，今後，医師の高齢化による在宅当番（１６頁．救急医療体制の項参照）への参加者の減少，後継者問題などが懸念されています。（表６･図15）

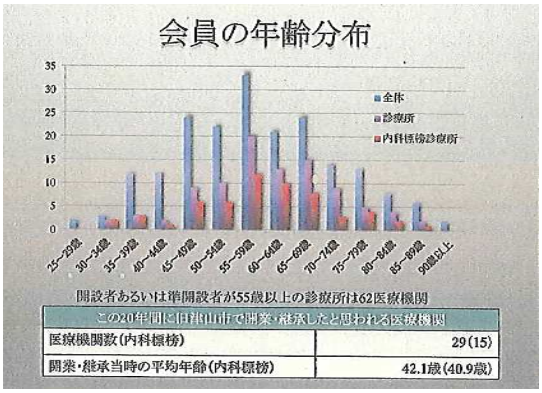
【表６】

平均年齢･最高齢･最若年

	全医師	病院	診療所	内科	内科診療所	産婦人科	小児科
平均年齢	58.9	54.3	60.5	58.0	59.2	59.1 (66.6)	6.13 (62.9)
最高齢	87(92)	81(92)	87(88)	87	87	85(92)	71(76)
最若年	27	27	31	31	31	37	40

（　）は、診療にほとんど携わっていないと推定される医師も含む平均年齢
津山中央病院勤務医の内、医師会に入会しているのは部長以上

【図15】



資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（「医師会名簿から見える医師事情 平成 24 年４月現在」津山市医師会 薄元亮二）

※２　一般社団法人 津山市医師会会員

岡山県内の看護師数は，看護師が17,769人，准看護師※3が6,042人となっています。津山・英田保健医療圏の人口10万人あたりについてみると，看護師860.7人，准看護師337.3人となり，看護師については，全国平均よりは比較的充足している状況ですが，岡山県よりはやや少なくなっています。准看護師については，全国・岡山県よりもやや多くなっています。（表７）

【表７】

岡山県内の圏域別看護師等の数

表1-2-2-7 保健師、助産師、看護師、准看護師数（平成20年12月31日現在）

二次保健医療圏	保健師	助産師	看護師	准看護師
県南東部保健医療圏	411	236	8,857	2,716
	44.8	25.7	965.6	296.1
県南西部保健医療圏	278	155	6,269	2,194
	38.9	21.7	877.1	307.0
高梁・新見保健医療圏	64	5	474	321
	89.1	7.0	659.6	446.7
真庭保健医療圏	43	9	500	157
	84.4	17.7	981.6	308.2
津山・英田保健医療圏	118	28	1,669	654
	60.9	14.4	860.7	337.3
合計	914	433	17,769	6,042
	46.9	22.2	912.2	310.2
全国	43,446	27,789	877,182	375,042
	34.0	21.8	687.0	293.7

（資料：保健師助産師看護師法第33条の規定による就業地別届出人数、岡山県統計調査課「岡山県毎月流動人口調査」）
（備考：上段は実数、下段は人口10万対）

資料：第６次岡山県保健医療計画

※３　医師や看護師の指示によって看護をすることができる。仕事内容自体は看護師とほぼ同じ。

一方，津山市の看護職は，保健師54人，助産師34人，看護師1,408人，准看護師360人の計1,856人となっています。（表８）

看護師の人口10万あたり人数では，津山・英田保健医療圏は1,016.6人で,県内５医療圏中３番目，県数値よりも少ない人数になっています。

【表８】　平成24年　岡山県就業市町村別看護職員数（平成24年12月31日現在）

					H24年届出	H22年届出	H20年届出	増減数	
区分	保健師	助産師	看護師	准看護師	H24合計	H22合計	H20合計	H24−H22	H24−H20
岡山市	324	233	8,424	1,673	10,654	10,323	10,003	331	651
倉敷市	159	152	5,593	1,244	7,148	6,931	6,548	217	600
玉野市	24	8	444	263	739	732	719	7	20
瀬戸内市	17	1	342	139	499	474	448	25	51
吉備中央町	6	0	128	41	175	198	192	−23	−17
備前保健所　計	47	9	914	443	1,413	1,404	1,359	9	54
備前市	22	0	196	130	348	351	370	−3	−22
赤磐市	20	4	214	87	325	308	306	17	19
和気町	22	1	99	84	206	191	182	15	24
東備支所　計	64	5	509	301	879	850	858	29	21
総社市	29	9	291	174	503	504	449	−1	54
早島町	6	0	279	21	306	294	268	12	38
備中保健所　計	35	9	570	195	809	798	717	11	92
笠岡市	31	6	433	239	709	724	724	−15	−15
井原市	24	2	240	170	436	403	381	33	55
浅口市	13	0	179	95	287	289	292	−2	−5
里庄町	5	0	53	37	95	98	90	−3	5
矢掛町	5	0	100	45	150	149	144	1	6
井笠支所　計	78	8	1,005	586	1,677	1,663	1,631	14	46
高梁市	34	1	307	193	535	518	524	17	11
備北保健所　計	34	1	307	193	535	518	524	17	11
新見市	36	5	235	101	377	374	340	3	37
新見支所　計	36	5	235	101	377	374	340	3	37
真庭市	42	12	529	144	727	734	705	−7	22
新庄村	2	0	3	1	6	5	4	1	2
真庭保健所　計	44	12	532	145	733	739	709	−6	24
津山市	54	34	1,408	360	1,856	1,797	1,719	59	137
鏡野町	11	0	130	43	184	174	172	10	12
美咲町	12	0	38	35	85	76	75	9	10
久米南町	4	0	12	12	28	27	25	1	3
美作保健所　計	81	34	1,588	450	2,153	2,074	1,991	79	162
美作市	30	0	186	94	310	302	295	8	15
勝央町	5	0	105	30	140	144	146	−4	−6
奈義町	5	0	16	15	36	34	26	2	10
西粟倉村	4	0	5	2	11	11	11	0	0
勝英支所　計	44	0	312	141	497	491	478	6	19
岡山県合計（実人数）	946	468	19,989	5,472	26,875	26,165	25,158	710	1,717

	保健師	助産師	看護師	准看護師	計
県南東部	435	247	9,847	2,417	12,946
県南西部	272	169	7,168	2,025	9,634
高梁・新見	70	6	542	294	912
真庭	44	12	532	145	733
津山・英田	125	34	1,900	591	2,650
計	946	468	19,989	5,472	26,875

	看護師	人口10万対
県南東部	9,847	1068.9
県南西部	7,168	1005.3
高梁・新見	542	811.4
真庭	532	1093.8
津山・英田	1,900	1016.6
県計	19,989	1032.2

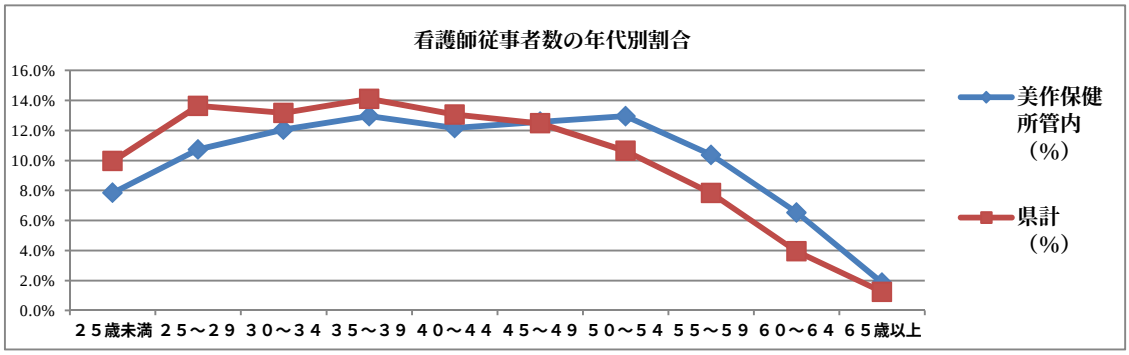
岡山県毎月流動人口調査(H24年10月1日)

県南東部	921,235
県南西部	713,004
高梁・新見	66,797
真庭	48,639
津山・英田	186,900
県計	1,936,575

参照データ：岡山県医療推進課　平成 24 年　岡山県就業市町村別看護職員数

また，看護師の年代別割合では，県計では25～29歳，35～39歳の占める割合が比較的に高くなっていますが，美作保健所管内では，35～39歳，50～54歳の占める割合が高い状況です。（図16）

【図16】



参照データ：津山市地域医療ミーティング推進協議会資料（平成 24 年 12 月末現在　保健師助産師看護師法第 33 条届出による）

（４）救急医療体制

津山・英田圏域の救急医療体制は，患者の症状に応じて，１次，２次，３次の救急医療体制に分かれています。（図17，図18）

・１次救急医療　入院の必要がない比較的軽症の患者（初期救急）
・２次救急医療　手術・入院の必要がある患者
・３次救急医療　生命にかかわる重篤な患者

まず，１次救急医療ついては，休日昼間の内科を在宅当番医（市内約30医療機関）※4が受け持ち，外科を２つの病院が交代で受け持っています。準夜間（17:00～22:00），夜間（22:00～9:00）については，受け持つ時間と診療科によって，２つの病院が医療体制を確保しています。

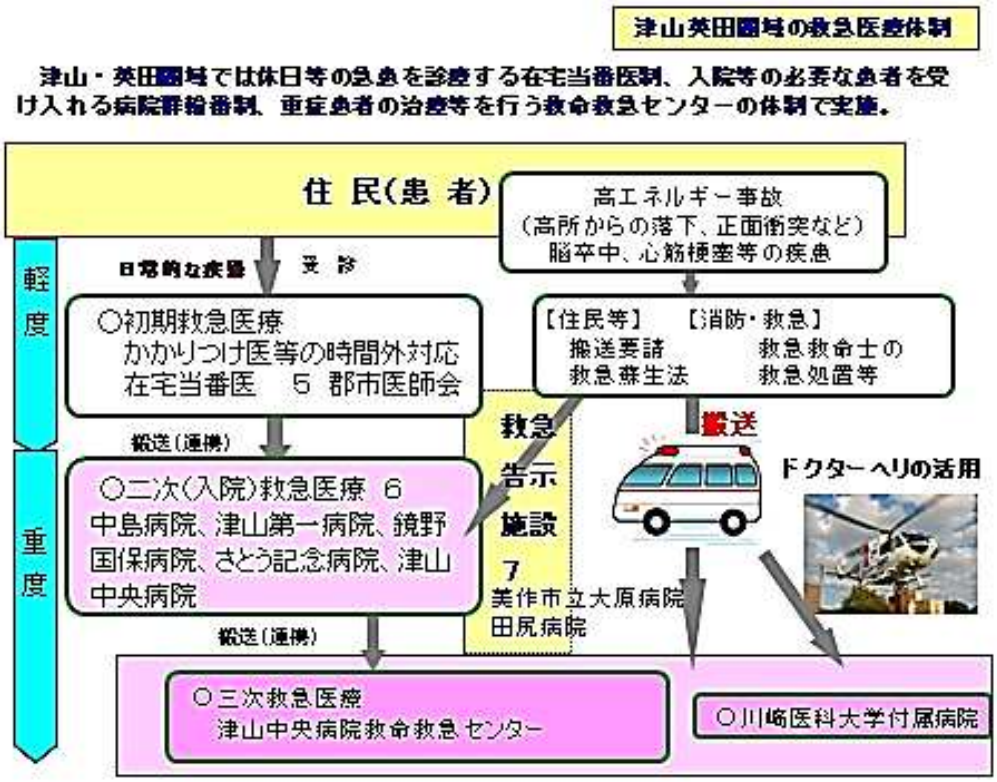
次に，２次救急医療については，６病院による病院群輪番制病院事業（津山・英田圏域内の救急告示病院など）※5により運営されています。
そして，３次救急医療として，救急救命センターを持つ津山中央病院が24時間でその責務にあたっています。

津山市では，市民が通常の診療時間外でも安心して医療の提供が受けられるように，救急医療体制を整えています。
しかし，在宅当番医においては，医師の高齢化やスタッフ不足により，当番に参加したくてもできないという状況や，夜間救急医療の内科を受け持つ津山中央病院では，他に圏域内で夜間救急の内科を受け持つ病院がないため，患者の症状にかかわらず受診が集中してしまうなど，現在，様々な課題を抱えています。

【図17】

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会

【図18】



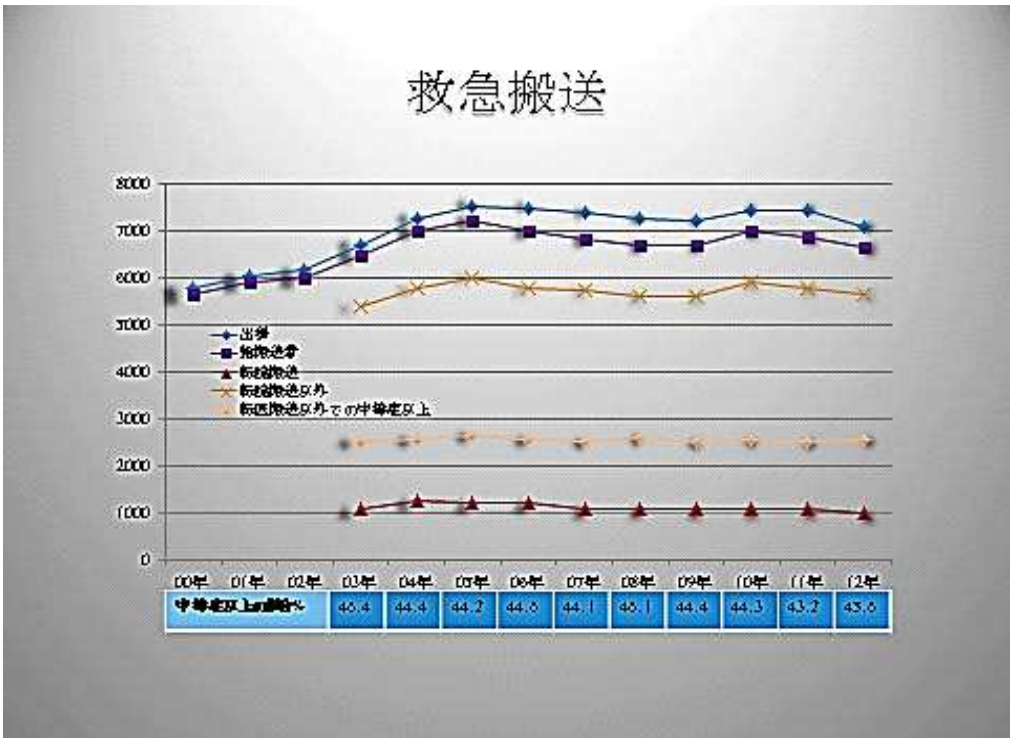
資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会

※４　休日（日曜日・祝日）に診察を行う当番病院・診療所
※５　救急指定病院（救急告示病院）が，当番病院を定めて休日・夜間の救急医療に当たる方式

まず，津山市の救急医療体制における受診者の推移について，救急搬送は2010年をピークに減少傾向にあり，平成24年の総出場件数は7,098件，総搬送人員は6,636件となっています。（図19）

しかし，内訳では，約半数を未だ軽症患者が占めており，救急車の適正利用などについて，継続して啓発していくことが必要です。（表９）

【図19】



資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市救急医療体制における受診者の推移 2000 年～2012 年津山市医師会　薄元亮二）

【表９】

（７）事故種別・程度別救急搬送人員　　平成２４年１月１日～平成２４年１２月３１日

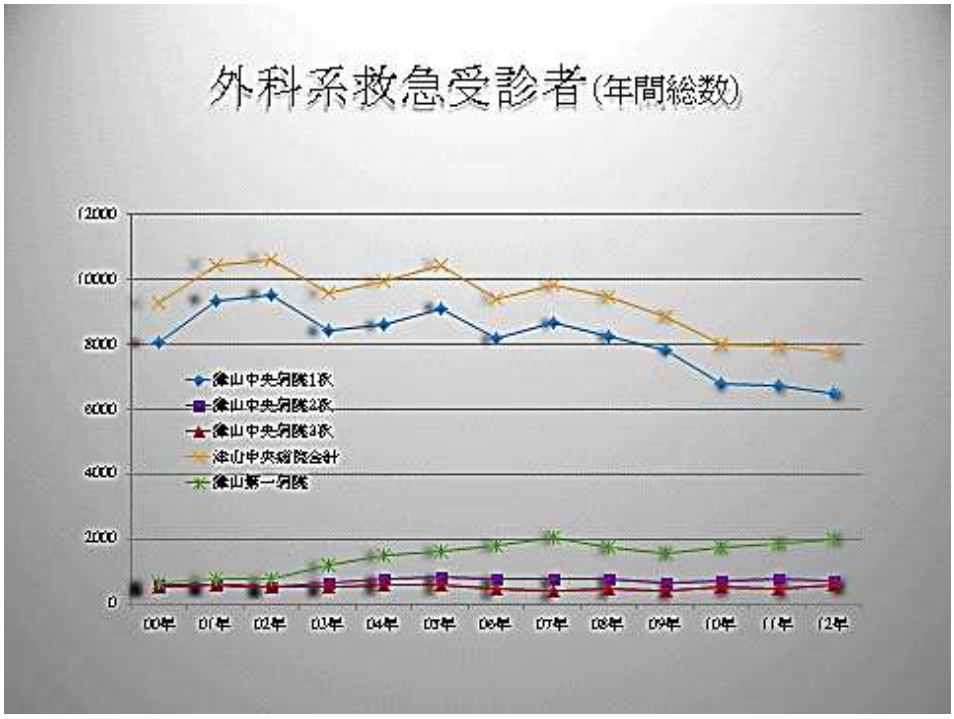
	火災	自然災害	水難	交通	労働災害	運動競技	一般負傷	加害	自損行為	急病	その他	計
死亡	0	0	1	6	4	0	22	0	4	122	4	163
重傷	2	0	0	46	12	1	181	0	11	483	301	1,037
中等症	2	0	0	74	21	8	311	3	9	1,244	600	2,272
軽傷	5	0	1	520	32	24	538	17	17	1,899	104	3,157
その他	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	4	7
計	9	0	2	647	70	33	1,052	20	41	3,749	1,013	6,636

資料：津山圏域消防組合 平成 25 年度版 消防年報

次に，医療体制ごとの受診者の内訳では，１次救急患者の年間総数は外科系で減少傾向，内科系は横ばい又は微増傾向にあります。

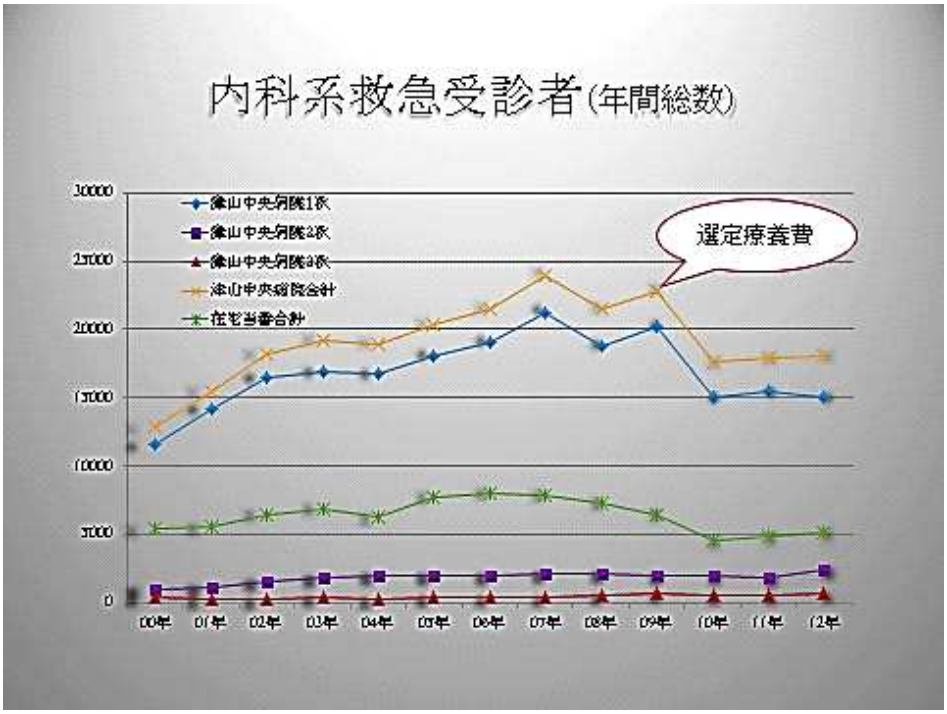
また，２次・３次救急患者は，微小な変動はあるものの，外科系，内科系ともに大きな変動は見られません。（図20，図21）

【図20】



資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市救急医療体制における受診者の推移 2000 年～2012 年津山市医師会　薄元亮二）

【図21】



資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市救急医療体制における受診者の推移 2000 年～2012 年津山市医師会　薄元亮二）

さらに，内科系１次救急について，休日（昼間）の受診状況（１日平均人数）をみると，全体の約６割の患者が在宅当番医で受診し，残り約４割が津山中央病院で受診されています。（図22）

【図22】

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市救急医療体制における受診者の推移 2000 年～2012 年津山市医師会　薄元亮二）

休日（昼間）の形態別内科系の受診患者数については表10のとおりです。特に大型連休や年始年末に患者が集中していることがわかります。

【表10】

	津山中央病院	在宅当番	加茂地区
全平均	43	65	3
GW平均	40	136	
年末年始平均	54	109	
連休平均	49	111	
普通休日平均	40	47	

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（津山市救急医療体制における受診者の推移 2000 年～2012 年津山市医師会　薄元亮二）

一方，在宅当番医（内科系）の延べ参加医療機関数については，平成19年度が283医療機関であったのに対して，平成23年度では228医療機関と減少しています。（表11）

医療スタッフ不足に加え，医師の高齢化，さらには不要不急の受診による負担増加などにより，前述のように，やむを得ず当番に参加できない医療機関が増えていき，当番制を維持できなくなることが危惧されています。

【表11】

在宅当番医（内科系）当番実績

	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度
実施日数	72	71	71	70	70
参加医療機関数	33	30	30	32	31
参加述べ医療機関数	283	279	279	236	228

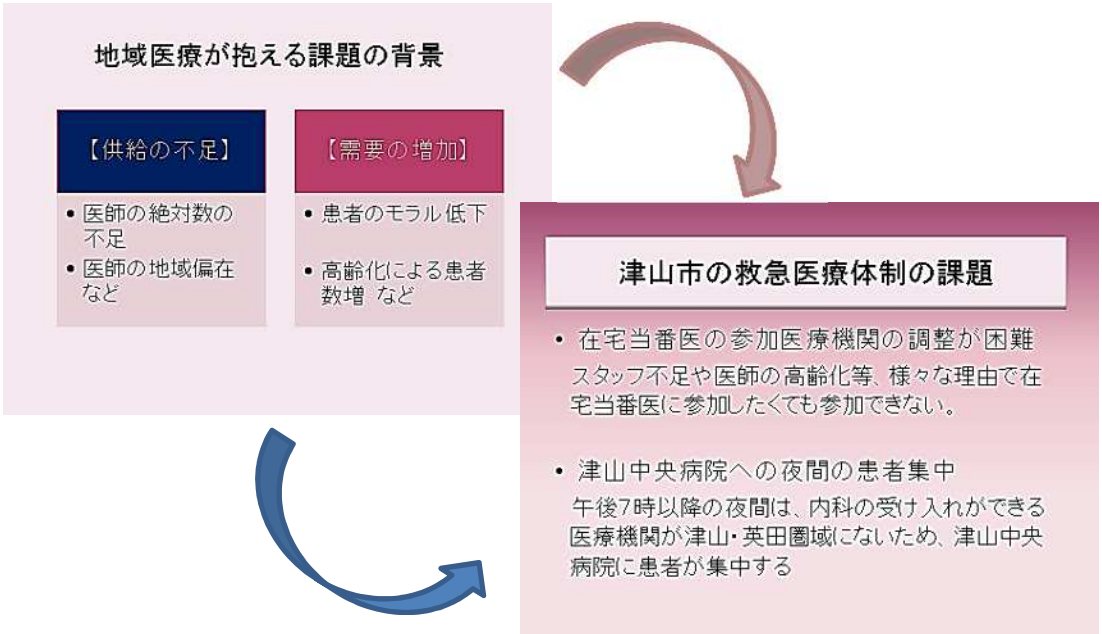
※実施日数は年間の休日数による

平成21年度から，内科当番は通常時３医療機関，連休時４医療機関に当番体制変更

（平成20年度まではすべて４医療機関）

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会

また，夜間を受け持つ医療機関でも，元々夜勤スタッフが不足しているうえに，不要不急の受診による医師等への負担増加や，患者から医師への暴言，クレーム対応などにより，医師をはじめ医療スタッフが疲弊し，救急医療体制を維持できなくなることが懸念されています。

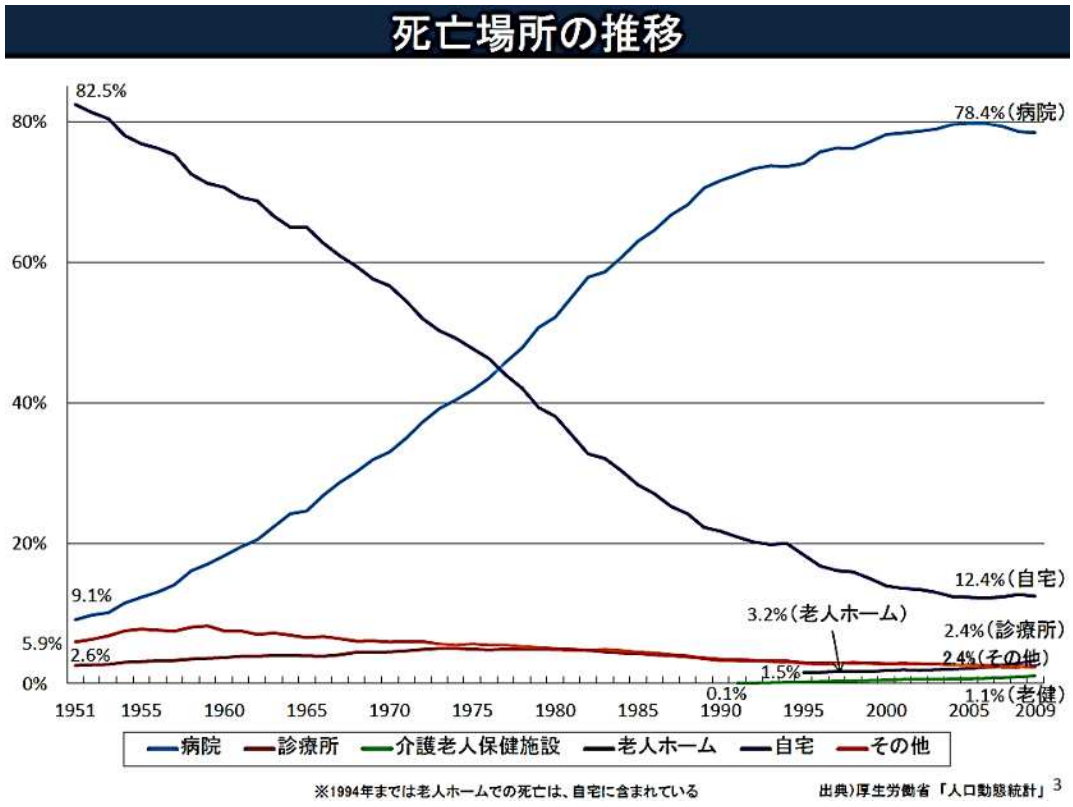


（５）在宅医療に関する動き

人生の終焉を迎える場所として，1970年代半ばまでは，自宅で家族に看取られながら最期を迎える人がほとんどでした。

しかし，医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており，1976年（昭和51年）に自宅で死亡する者の割合を上回って以降，近年では８割を超える水準までになっています。（図23）

【図23】



こうした状況に至った背景には，様々な理由があります。

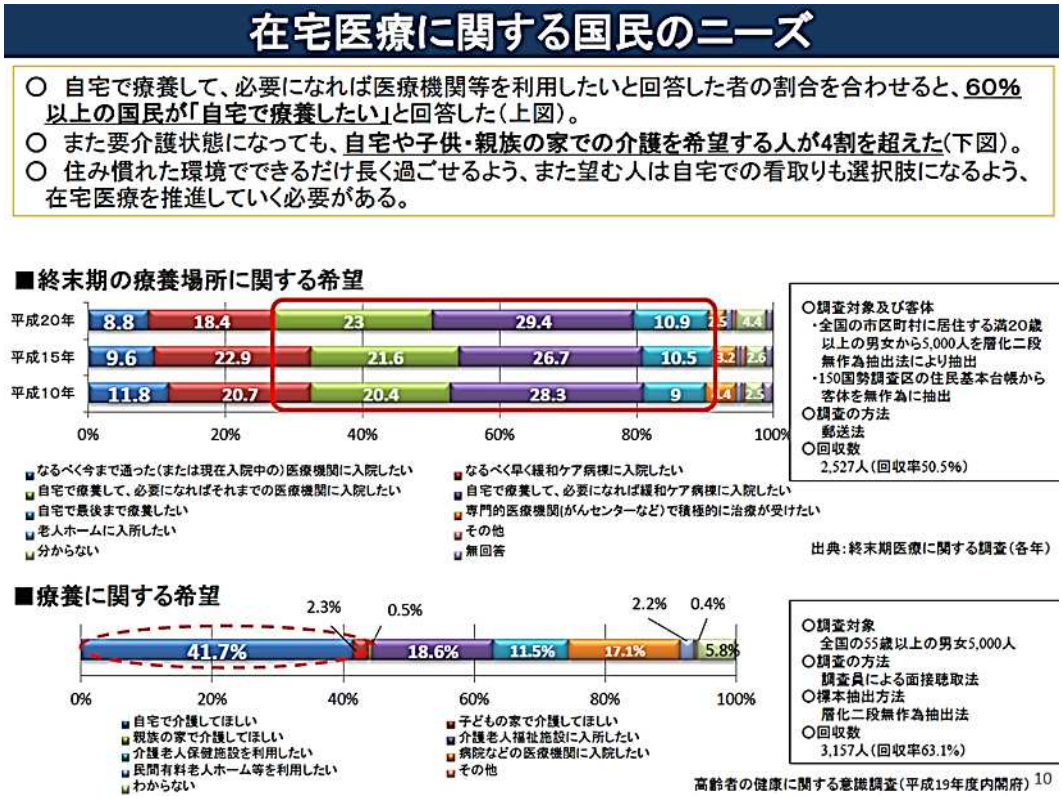
医療水準が低い時代は，子どもの出生率が高かった一方，人々の寿命は比較的短いものでした。しかし，現在は，医療技術の進歩，高度化により，不治の病といわれたがんの治療や意識を失った状態の患者でも薬や医療器具で延命することが可能になり，高齢者が長生きすることができる社会になっています。

また，核家族化や生活様式の変化により，「家族がいない」「日中は仕事のため自宅で世話ができない」など，自宅で療養したくてもできないケースが増えたことなども，自宅から医療機関などへ看取りの場所がシフトしていったことも理由のひとつと考えられています。

一方，内閣府の調査によると，自宅で療養して，必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると，60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答しています。

また，要介護状態になっても，自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が４割を超えており，国民の「在宅医療」に関するニーズの高まりが見てとれる結果となっています。（図24）

【図24】

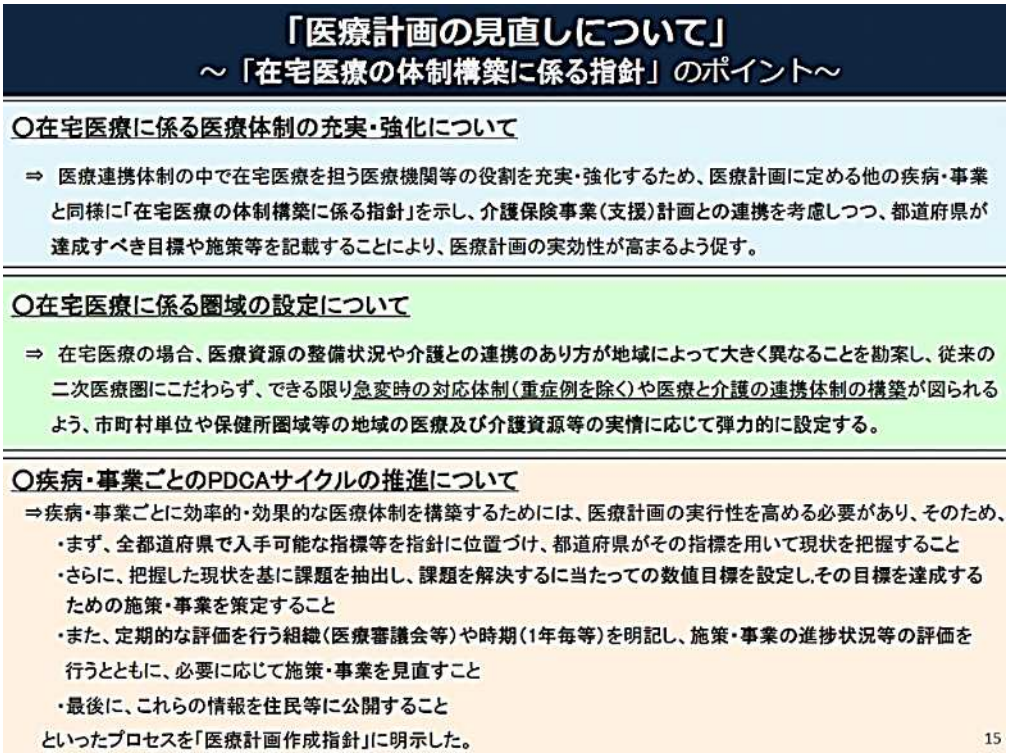


「在宅医療」とは，治療や療養を必要とする患者が，通院困難な状態であっても，生活の場で必要な医療が受けられるように医師や歯科医師，看護師，薬剤師など様々な医療関係者が介護関係者と連携し，自宅や施設などを定期的に訪問しながら医療を提供するものです。急に具合が悪くなった場合に，患者や家族の求めに応じ，緊急に訪問して診療を行う「往診」とは異なるものです。

このような状況を踏まえ，国は，これまでの施設中心の医療・介護から，可能な限り，住み慣れた生活の場で，必要な医療・介護サービスが受けられ，安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指すこととしています。（図25，図26）

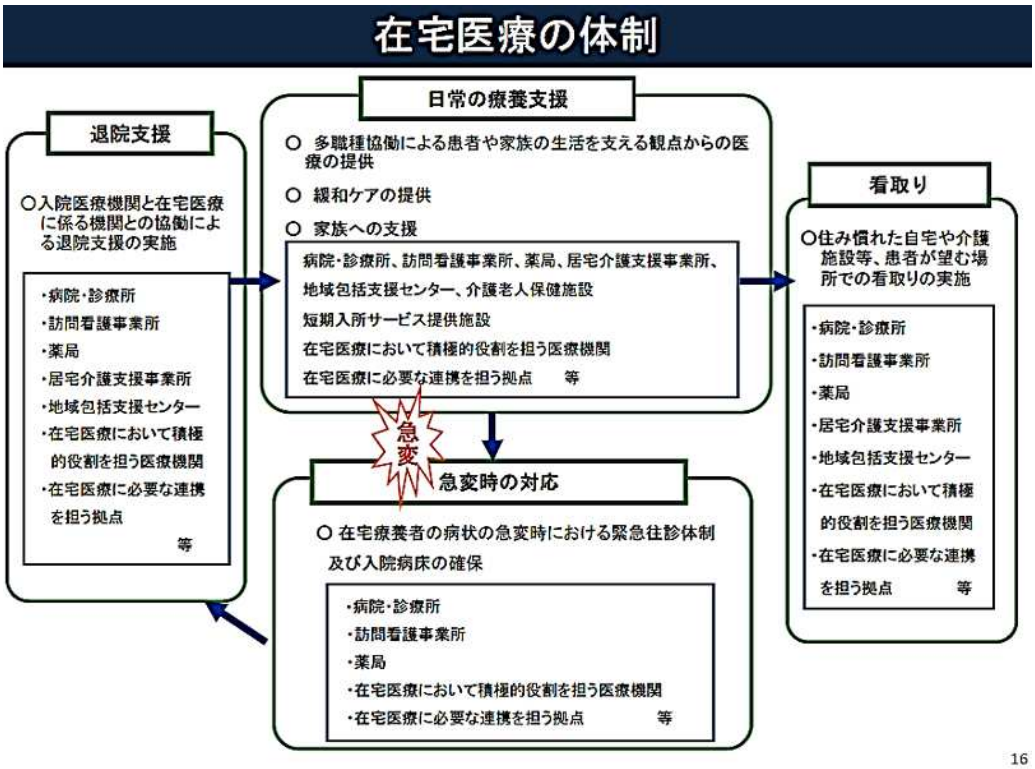
現在，都道府県が策定する医療計画にも，在宅医療の分野を反映させるとともに，在宅医療と介護の連携体制の構築を進めています。

【図25】



資料：厚生労働省医政局指導課「在宅医療・介護あんしん 2012」

【図26】

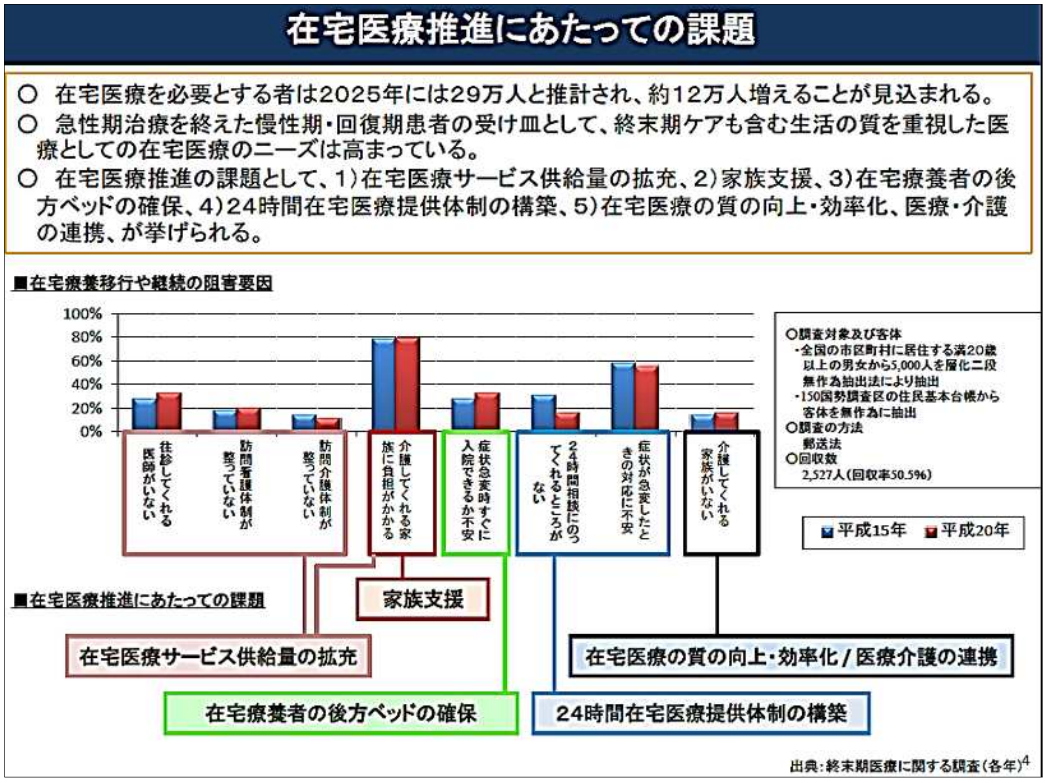


資料：厚生労働省医政局指導課「在宅医療・介護あんしん 2012」

しかし，在宅医療や介護を推進する上で，解決していかなければならない課題として以下の点があげられています。（図27）

・在宅医療・介護サービス供給量の拡充
・家族支援
・在宅療養者の後方ベッド※6の確保
・24時間在宅医療提供体制の構築
・在宅医療の質の向上・効率化，医療・介護の連携

【図27】



資料：厚生労働省「第 7 回医療計画の見直し等に関する検討会資料」

今後，75 歳以上の後期高齢者が増加する超高齢化社会が急速に進展する中で，在宅医療・介護へのニーズに対して，地域にある医療や介護資源をどのように活用し，また，連携していくか，課題を整理することが在宅医療推進に向けての鍵となってきます。

※6　緊急的に入院が必要となる人のために用意しておく病床

次に，在宅医療に関して，市内医療機関へアンケートを実施した結果が以下の資料です。（表12）

・対象　津山市内で内科を標榜する59医療機関

・回答　46医療機関（病院，有床・無床診療所），回答率77.96%

訪問診療を行っている　27医療機関

訪問診療を行っていないが希望する　７医療機関

【表12】　訪問診療を行っている医療機関

在宅療養支援病院	3病院
在宅療養支援病院以外の病院	1病院
強化型在宅療養支援診療所	3医療機関（全て無床）
在宅療養支援診療所※7	13診療所（有床3）
在宅療養支援診療所以外の診療所	7診療所（全て無床）

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（「医療機関を対象としたアンケート調査」津山市医師会 薄元亮二）

アンケートに回答した医療機関の過半数以上が，現在，訪問診療を行っていますが，在宅医療を進めていく上での阻害要件も回答されています。（表13）

病院，診療所ともに「スタッフが少ない」が最も多く，続いて病院では「高齢」「拘束時間が長い」「休暇を取る体制がない」「需要がない」，診療所では「急性増悪時に頼ることの出来る医療機関がない」「レスパイト入院※8など後方支援を頼める医療機関がない」「休暇を取る体制がない」等の順となっています。

【表13】　在宅医療を妨げている要件

	病院	診療所
需要がない	1	0
年齢（高齢）	1	1
休暇を取る体制がない	1	2
急性増悪時に頼ることの出来る医療機関	0	4
レスパイト入院など後方支援を頼める医療機関がない	0	3
スタッフが少ない	2	4
連携医療機関等のネットワークをつくれない	0	3
ケアマネや訪看ステイション等の介護サービスとの連携	0	2
拘束時間の長さ	1	1

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（「医療機関を対象としたアンケート調査」津山市医師会 薄元亮二）

※７　２４時間３６５日体制で往診や訪問看護を行う病院・診療所のこと。

※８　在宅療養中に介助者の事情により在宅での介助が一時的に困難となった場合の短期入院，介護家族支援短期入院。

診療形態別の平均患者数でも，全国平均は在宅支援病院134.9人，在宅支援診療所65.8人に対し，各々104.7人，40.1人と下回っています。（表14）

【表14】

診療所形態別の平均患者数

	患家	Gホーム	Cハウス等	サ高住	特養	看取り	合計	特養を除いた合計
病院	16.7	33.0	34.0	0.3	20.7	5.3	104.7	84.0
強化型在支診	11.3	11.3	8.0	0.0	0.0	3.0	30.7	30.7
在支診	8.2	6.3	4.3	1.9	19.3	3.6	40.1	20.8
在支診以外の診療所	2.0	0.0	2.9	0.0	4.3	2.4	9.1	4.9

全国平均（平成 24 年）

在宅支援診療所　65.8 人

在宅支援病院　134.9 人

Gホーム：グループホーム
Cハウス：ケアハウス
サ高住：サービス付高齢者向け住宅
特養：特別養護老人ホーム

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（「医療機関を対象としたアンケート調査」津山市医師会 薄元亮二）

在宅医療にかかる連携については，いずれの医療機関でも連携に取り組んでいます。在宅支援診療所でのケアマネジャー・訪問看護師との連携は，院外不特定との連携件数が多い傾向にあります。

連携の状況としては，退院時カンファレンス・療養担当者会議とも「要請があれば参加している」が多く，続いて「要請がない」「要請はないがあれば参加する」の順になっています。（表15，表16，表17）

【表15】

ケアマネジャーとの連携

	院内	院外特定	院外不特定
病院　n=4	4	1	1
強化型在支診療所　n=3	1	1	3
在支診療所　n=13	3	0	10
在支診以外の診療所　n=7	1	1	4
合計　27	9	3	19

【表16】

訪問看護師との連携

	院内	院外特定	院外不特定
病院　n=4	3	0	1
強化型在支診療所　n=3	1	1	3
在支診療所　n=13	1	1	10
在支診以外の診療所 n=7	0	1	5
合計　27	5	3	18

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（「医療機関を対象としたアンケート調査」津山市医師会 薄元亮二）

【表17】

連携の状況

	退院時カンファレンス				療養担当者会議			
	A	B	C	D	A	B	C	D
病院　n＝4	2		2		2		2	
強化型在支診療所　n＝3			2	1			3	
在支診療所　n＝13	6		4	2	4		8	
在支診以外の診療所　n＝7	5			1	5		1	1
合計　27	13		8	4	11		14	1

選択肢
A：要請がない
B：要請があるが参加していない
C：要請があれば参加している
D：要請はないがあれば参加する

資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（「医療機関を対象としたアンケート調査」津山市医師会 薄元亮二）

一方，多職種の協働の現状の評価については，「機能していない」が「機能している」を若干上回っており，多職種連携の推進が課題となっています。（表17）

【表17】

多職種協働の評価

	機能している	機能していない
病院　n＝4	2	2
強化型在支診療所　n＝3	2	1
在支診療所　n＝13	5	6
在支診以外の診療所　n＝7	2	4
合計　27	11	13

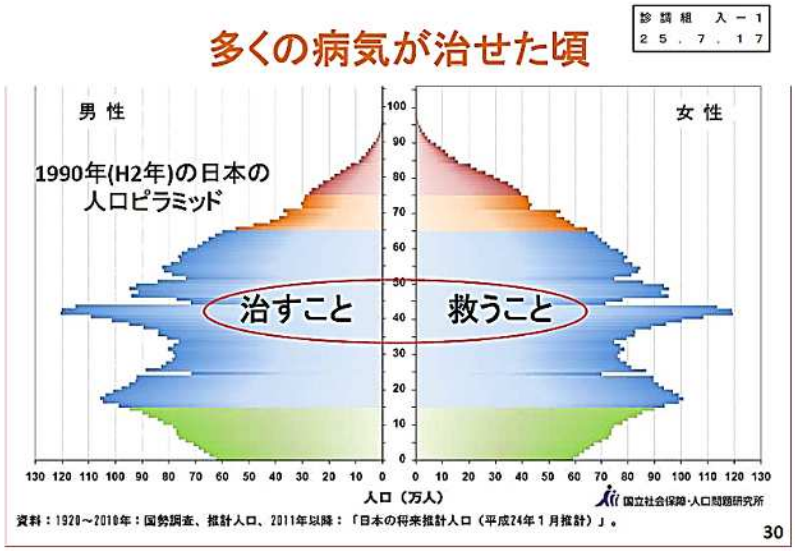
資料：津山市地域医療ミーティング推進協議会（「医療機関を対象としたアンケート調査」津山市医師会 薄元亮二）

（６）医療・介護連携

国の社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年８月６日）では，「医療はかつての「病院完結型」から，患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療，地域全体で治し，支える「地域完結型」の医療，実のところ医療と介護，さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない」とした，今後の医療・介護の方向性について言及しています。

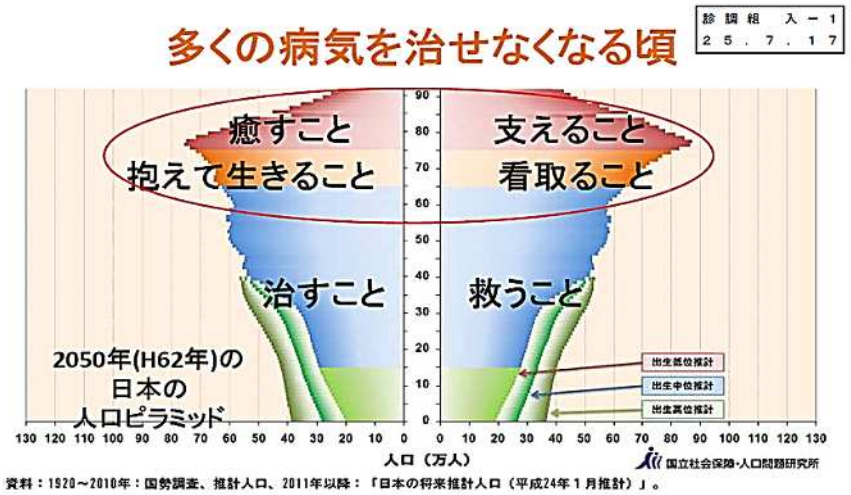
75歳以上の後期高齢者が急増し，人口の年齢構成が大きく様変わりすることにより，看取りの場所が定まらない人が，2030年には47万人にも上ることが推計されるなど，「多死社会」を迎えるにあたって，地域で如何に看取りの場所を確保していくかが大きな課題となっています。（図28，図29，図30）

【図28】



資料：社会保障審議会 医療保険部会（平成 25 年７月 25 日）

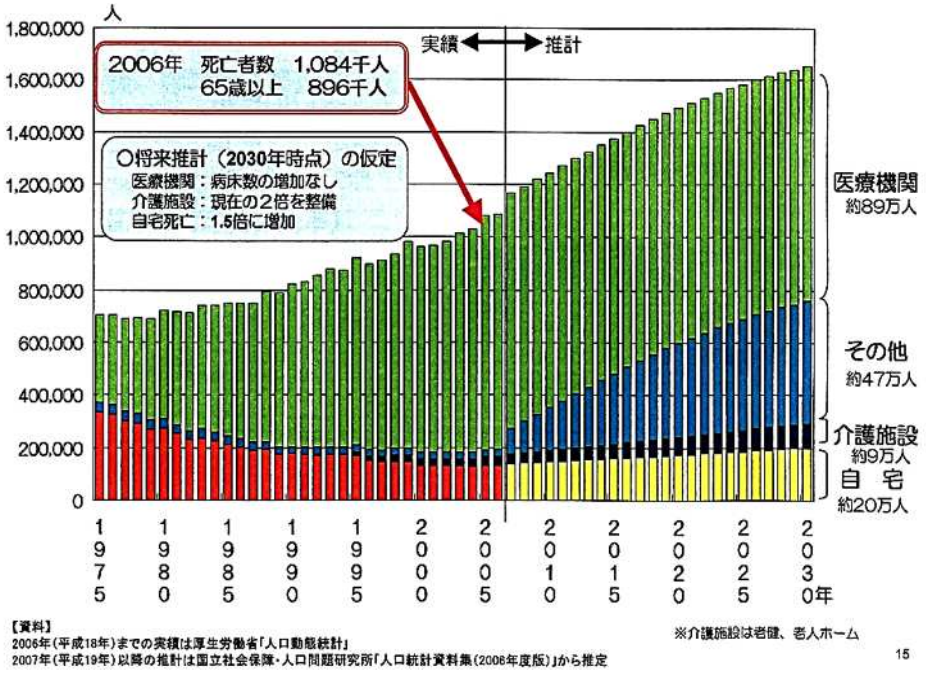
【図29】



資料：社会保障審議会 医療保険部会（平成 25 年７月 25 日）

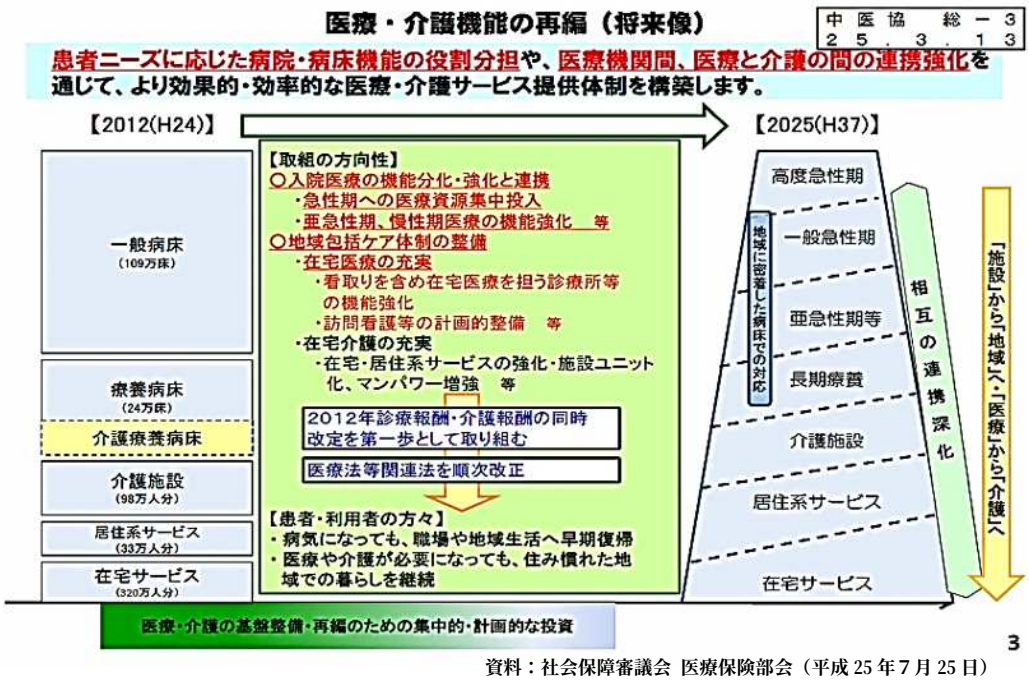
【図30】

今後の看取りの場所



今後，「治療」「救うこと」以外に，「抱えて生きること」「癒し」「支えること」「看取ること」など，患者のニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や，医療機関間，医療と介護間の連携強化を通じて，より効果的・効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築が求められます。（図31）

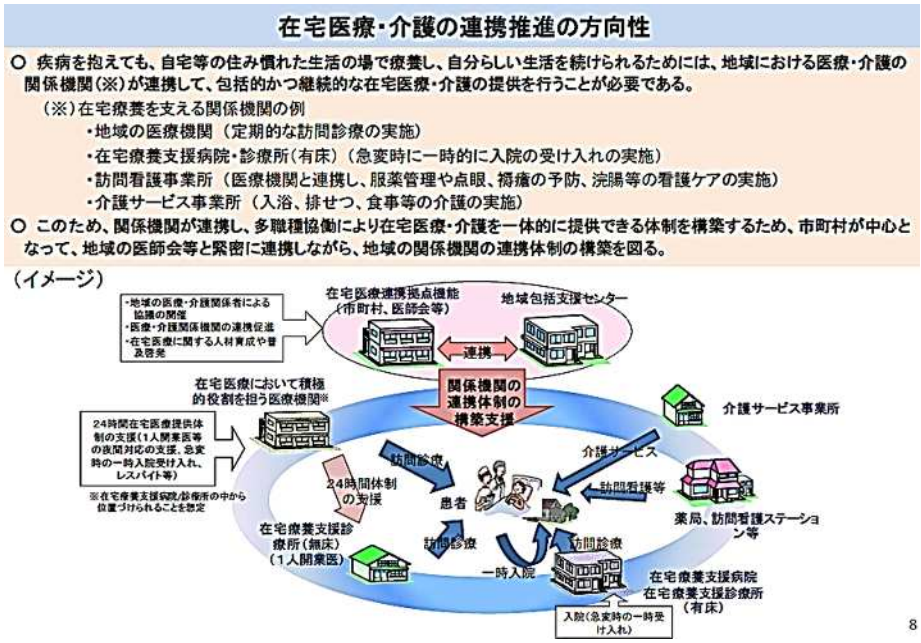
【図31】



資料：社会保障審議会 医療保険部会（平成 25 年 7 月 25 日）

医療・介護の連携を推進していくためには，包括的かつ継続的な在宅医療や介護を一体的に提供できる体制づくりが重要となってきます。そのためには，関係機関や多職種協働による連携が不可欠です。（図32）

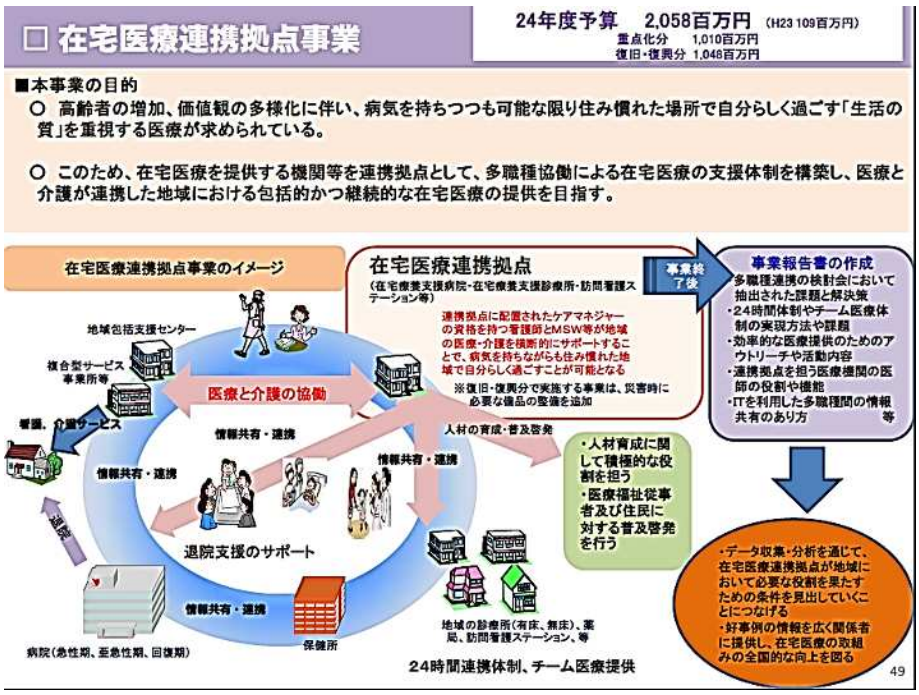
【図32】



資料：厚生労働省在宅医療・介護プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」

医療分野では，国は，在宅医療を提供する医療機関を拠点に，多職種が協働して在宅医療の支援体制を構築する「在宅医療連携拠点事業」を実施し，医療と介護の連携した持続可能な在宅医療の提供を目指しています。（図33）

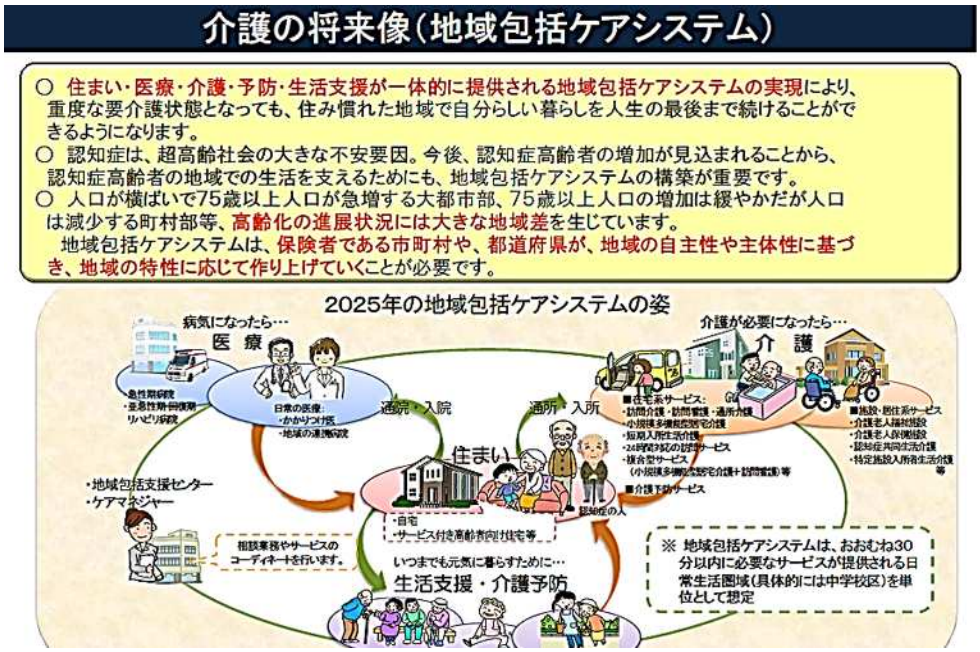
【図33】



また，介護分野では，住まい，医療，介護，予防，生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現により，要介護状態となっても，住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるように，地域の自主性や主体性に基づいた医療・介護サービスの提供体制の整備を目指しています。（図34）

さらに，国は第５期介護保険事業（支援）計画に「医療や住まいとの連携」を盛り込み，「地域包括ケア」の実現を目指しています。（図35）

【図34】



資料：厚生労働省在宅医療・介護プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」

【図35】

しかしながら，協議を行っていく中で，医師や看護師等の人的医療資源や在宅支援病院・診療所などの後方支援医療機関が不足していること，ケアマネジャーや訪問看護師等との連携強化，多職種協働の機能強化など，本市における医療・介護連携には，課題が山積している現状が明確化しました。

３．　津山市の地域保健医療体制の充実に向けて

（１）救急医療対応力の強化

救急医療に関しては、在宅当番医の維持が困難になりつつあること、特定病院の救急外来が混雑しているといったことや、救急車を利用した患者のうち、軽症と診断される人の割合が全体の半数近くいて、成人世代（１８歳～６４歳）は軽症患者の割合が３分の２ちかく、小児・乳幼児にいたっては４分の３以上を占めているといった課題が明らかになった。

2 次、3 次救急医療機関に患者が集中すると、いざという時の対応に遅れが生じ、患者の命に関わる事態を招く可能性が高いため、また、医師の負担を減少させ、救急医療体制の強化を図るため、本来救急が必要な人の受診抑制にならないように気を付けた上で、若い世代を中心に、軽症患者が 2 次以降の医療機関で不適正に受診しないように広く市民に周知する必要がある。

在宅当番医の体制維持に関しては、医師・看護師の不足といった抜本的な課題にも取り組む必要がある。

（２）医療資源の確保

医療資源に関しては、医師不足に加えてその高齢化や、看護師については確保の困難性や、新人看護師の離職が多いといった、人的資源の課題、診療所については、その継承が容易ではないといった様々な課題が明らかになった。

その課題を解決するためには、医師、看護師の確保に向けて、子育て支援の充実や快適な都市環境の整備など住みやすいまちづくりを行い、医療従事者の定住推進を図ることが重要である。

そのためには、医師の場合、若い医師の定住化を図り、後期研修医※9 の地域医療への参画が行いやすいような医療体制の充実が求められている。そのためには、後期研修プログラムやチーム医療体制の充実が急務である。

また、看護師の確保に関しては、産休・育休後に復帰しやすくなるように子育て支援を強化する等、ワークライフバランスへの取り組みが必要である。看護協会、医師会、行政等の関係機関が協力し、離職率の高い新人看護師の負担を減らすための人材育成の仕組みを考え、離職後の看護師には登録制度を利用し、再就職に向けた研修制度の充実が必要である。

（３）在宅医療・介護への対応

在宅医療に関しては、多職種での連携、患者の情報の共有、家族の負担の軽減、居宅扱いとなる施設での医療、後方支援の医療機関の確保といった課題が明らかになった。

また、在宅介護に関しては、介護制度の難解さ、インフォーマルサービス※10による支え合いのための仕組みづくりの必要性、介護者への支援が不足しているといった課題が明らかになった。

どちらに対しても、今後急増する後期高齢者のために、医療と介護の濃密なネットワークが構築され、効率的、効果的できめ細かなサービスの提供による在宅での生活支援の充実が求められている。

これらを構築し充実していくためには、本人、家族、医師、訪問看護師、ケアマネジャー、行政等が連携の必要性を理解し共通の認識を持つことが大切である。

また、町内会、愛育委員・栄養委員、民生委員・児童委員、近隣の住民といった地域の支援者が、地域全体で在宅生活者を支えることができるようなネットワーク体制のあり方についてもあわせて検討が必要である。

さらに、情報共有による連携の強化も重要であり、情報共有のツール（連絡ノートやインターネット等）を多職種間で活用する方法について検討することも必要である。

在宅医療・介護の連携については、今後連携のあり様を検討する既存の「在宅医療連携拠点事業」を活用し、地域に即した形で解決策を検討すべきである。

終末期医療・介護の在り方についての議論もあったが、本人が納得のいく終末期の在り方について話し合うような意識の醸成が必要である。

この分野に関しては、制度的に複雑なものも多いため、合わせて市民の理解が深まるよう伝えていく必要がある。

（４）市民への普及啓発活動・情報提供の強化

地域医療を充実させるためには、医療提供体制を整備するとともに、限られた医療資源のもとでその能力を十分に発揮できるように、サービスの受け手である市民に対し、積極的に啓発活動や情報提供を行うことが重要である。

また、市民は地域の医療資源や介護資源を有効に活用し、医療機関、介護サービス事業者は利用者の評価をフィードバックして、サービスの質を上げていくことも大切である。

これまで行ってきた啓発活動を強化し、セミナーや研修の実施を通じて、市民と共に考えていく機会をさらに充実させていくことが必要である。

津山市の地域医療体制の充実に向けて、以上の４項目を本推進協議会の提言とする。

【ミーティングで述べられた主な意見・提言】

（１）救急医療

・子どものコンビニ受診※11 抑制のため、時間外選定療養費※12 を小児科でも一旦徴収しておいて、後で償還するといった形をとったらどうか。
・救急車の有料化・料金制の導入をしてはどうか。
・救急車の利用に対し、今後も継続的な啓発活動を行い、適正受診を推進することが大切である。
・小児救急の適正受診啓発のため、冊子等を作成し、配布したらどうか。
・津山中央病院の救急外来の混雑等への改善が必要ではないか。
・在宅当番医の減少対策に対して何らかの対策が必要である。
・超高齢者（９０歳以上）の患者に対し、延命治療を施すことは、その方が病床を占有することになり、空き病床が不足し、救急患者の受入れが困難になるためリビングウィル※13の推進を図り、状況にあった対応を行うべきである。
・在宅当番医の参加医療機関等に、救急行政に貢献していることに対してのステッカーを貼ったり、表彰を行ってはどうか。
・津山市で救急搬送される軽症者の割合が高齢者の割合に対して、成人、少年、乳幼児の割合がかなり高くなっているため、救急車の適正利用啓発を若い世代を中心に行うといいのではないか。

（２）医療資源

・医学部地域枠学生※14 の拡充や積極的 PR をしてはどうか。
・医師の高齢化がすすんでおり、若い医師の定住に力を入れてはどうか。
・医師の地域的な偏在の解決が必要である。
・医師や看護師が不足しているため、確保していく必要がある。
・卒後研修、キャリアアップ等の各種支援による医師の地域定着化を図ってはどうか。
・地域医療を支える後期研修医※9 を育成する仕組みとして、総合診療専門医※15 に対する後期研修プログラムといったものを津山でも持つといいのではないか。
・若い医師が住みたくなるように、魅力あるまちづくりや特色ある病院づくりが必要ではないか。
・地元出身の医療従事者が U ターンしやすい制度を創設してはどうか。

・中核病院と開業医の連携強化のために、モデル地区を作り、地域に見合った試行を行ったらどうか。
・既存の診療所を継承するシステムを考えていく必要がある。
・１人の医師で開業を行うことは、金銭、知識、技術面でプレッシャーがかかり、若い内に開業は難しいため、チームで診療所を行い、互いに助けあうことができる体制にするといいのではないか。
・特定病院へ過度に集中する患者の緩和を図ってはどうか。
・在宅医療の推進をし、ベッドの有効活用を図って、病院の負担を軽減してはどうか。
・恒常的に看護師の不足が続いているため、看護師の確保を図ることが急務である。
・看護師の処遇改善、働きやすい環境の整備のために報酬アップ、保育制度の拡充、短時間勤務、再就業支援の環境整備を行う必要がある。
・看護師の人材育成支援のために、実習の受け入れや奨学金制度などの拡充を図ってはどうか。
・新人看護師は、技術面に不安を感じ、精神的なストレスを抱えやすく、離職率が高いため、新人看護師への実習や研修体制の整備を図ってはどうか。
・美作大学へ看護学部の創立をしてはどうか。あるいは、市が公立学校を作ってはどうか。

（３）介護

・「めざせ元気！！こけないからだ講座」※16 の男性の参加率が１８％と低いので、男性向けのプログラムを考えてはどうか。
・介護保険適用できるサービス、できないサービスの住民認識の明確化を図る必要がある。
・介護保険適用外のサービスも全額自費で支払えば対応可能であると周知する必要がある。
・高齢化の進行に対し､行政などがインフォーマルサービス※10 システムの構築、例えば地域での支えあいの支援などをしていくことが必要ではないか。
・インフォーマルサービスの中で、今日は電気がついてない、新聞受けに新聞が 2, 3 日たまっている等の地域の中でのゆるやかな見守り支援が大切である。
・国が示している地域包括ケア等は大都市を前提としているので、中山間地域である津山にあった津山独自の支援や補助が必要ではないか。
・もっと気軽にレスパイト入院※8ができるようなシステムがあればいいと思う。
・認知症の当事者を支える家族が２４時間３６５日体制の見守りや介護を行う必要があり、介護サービスを利用しても介護者の負担が大きいため、介護者の支援を充実させるべきではないか。

・サービス付高齢者向け住宅※17の中でのサービスの違い等を含め、色々なサービスがあるということを分かりやすく周知するべきではないか。
・サービスの質向上のためにケアプラン※18のチェック体制を整えてはどうか。
・地域の保健師だけでなく、愛育委員や民生委員の力も借り、地域での見守り体制の拡充をし、地元力を向上させることが必要である。
・特別養護老人ホームでは、配置医師しか基本的に診療ができないため、医療ニーズの患者への対応が大変であるという問題認識をする必要がある。

（４）在宅医療

・在宅訪問診療可能な医師のことを市民へ情報提供してはどうか。
・医療機関での情報共有のために、積極的に晴れやかネットの利用推進を図ってはどうか。
・終末期医療の在り方について、リビングウィルを啓発していく必要がある。
・家族にケアプランや支援者を明確にし、かかりつけ医との連携をとりやすくできないか。
・病院退院時に、電話相談も受け入れる総合的な在宅医のコーディネート窓口が必要ではないか。
・介護・医療の在宅支援マップが必要ではないか。
・津山市で現在行ってない定期巡回、随時対応型訪問介護・看護※19、夜間対応型訪問介護※20といった地域密着型サービスが必要ではないか。
・高齢者に対してだけでなく、障害児や障害者の在宅医療・介護のことも考え制度の違いによって生じる負担の差を可能な範囲で改善していく必要がある。
・在宅医同士の連携を強化することが必要である。
・訪問看護の需要も今後増加していくため、マンパワー不足の解決を図る必要がある。
・多職種の日常的なつながりの構築を図ることが必要である。
・医療機関相互、多職種間で患者の情報を共有する仕組みが必要である。
・在宅医療の推進のためには、家族、医師、看護師、ヘルパー等を含め一人に負担がかからないチームとしてのシステム作りが必要ではないか。
・薬局の２４時間営業や薬局同士の連携をしてはどうか。
・医療依存度の高い方のために、医療型短期入所施設※21が必要である。
・入院から退院にかけて、医師、看護師が関わり、退院後は在宅の医師、訪問看護師、ケアマネジャーが関わり、行政が共助を行う流れにそって、今後、ピースを埋めていくことが必要である。
・在宅医療・介護を行う家族の立場で考えると、２４時間の在宅医療を支える後方支援の医療機関の確保が必要である。

（５）地域医療全般

・津山市の２０年、３０年後の医療費、介護費の増加とそれに伴う負担について、長期的な推計が必要なのではないか。
・地域医療の現状について、住民に広く周知する必要がある。
・保健師の充実対策や行っている地域活動について周知を図ってはどうか。
・高齢者を抱えた世帯が多いが、尊厳死についてあまり浸透してないため、リビングウィルを含め、家族で話合ってもらい、医療に対する議論のきっかけを作る津山方式といえる形を作ってはどうか。
・県北で、小児難病治療ができる医療機関の拡充を図ってはどうか。
・医療機関へ受診するための交通網の整備をしてはどうか。
・連携パス※22といった医療連携を推進するためのツールが必要なのではないか。

【用語の説明】

※３　准看護師
看護師は国家資格であるが、准看護師は都道府県知事より免許が発行される。看護師が自らの判断で主体的に看護を行うことに対し、准看護師の場合は医師や歯科医師、または看護師の指示を受けて療養上の世話や診療上の補助などを行う。仕事内容自体は看護師とほぼ同じである。

※４　在宅当番医
比較的軽症な患者のための救急医療（一次救急医療）を担うため、郡市医師会単位で休日（日曜日・祝日）に診察を行う当番病院・診療所。

※５　病院群輪番制病院事業
救急指定病院（救急告示病院）が、当番病院を定めて、入院等が必要となる休日・夜間の救急医療（二次医療）にあたる方式。

※６　後方ベッド
緊急的に入院が必要となる人のために用意しておく病床のこと

※７　在宅療養支援病院・診療所、強化型在宅療養支援診療所
２４時間３６５日体制で往診や訪問看護を行う病院・診療所のこと。
在宅療養支援診療所のうち、在宅医療を提供する常勤医師３名以上で、前年度の実績として、緊急往診数、在宅での看取り数といった条件を満たしたものを強化型在宅療養支援診療所という。

※８　レスパイト入院
在宅療養中に介助者（家族等）の事情により在宅での介助が一時的に困難となった場合に行う短期入院のこと。

※９　後期研修医
医師国家試験合格後に行う臨床研修のことで、義務化されている２年間を前期研修医、その後の３年～５年目までを後期研修医と呼んでいる。後期研修医は、前期研修医の期間中に自分が行いたい診療科を決め、その診療科がある病院で専門医の指導を受けながら行う研修医のことである。

※１０　インフォーマルサービス
家族、近隣、知人等が不定期かつ無報酬などで提供する保健福祉サービス。それに対して、行政、民間団体が提供するサービスはフォーマルサービスという。

※１１　コンビニ受診
夜間や休日など一般診療時間外に軽症患者などが救急外来を受診すること。急病ではない患者が、仕事など自分の都合を優先させて、日中の一般診療と同じような感覚で救急外来を利用すること。重症患者などの受け入れや入院患者の急変対応などに支障が生じるほか、医療の超過勤務・過労の一因ともなり、救急医療体制の崩壊につながるとして問題視されている。

※１２　時間外選定療養費
患者側の都合として通常診療時間外に診療を受けた患者に対し、通常の診療費とは別に保険適用外の自己負担を求めることができる制度。

※１３　リビングウィル
延命治療を拒否するという意思表示をすること。また、それを記録した書面のこと。不治の病で死期が迫っているときは延命措置を拒否する、数ヶ月以上にわたり植物状態になったときは生命維持装置を取り外す、などがその内容である。

※１４　医学部地域学生枠
へき地の医師不足を解消するため各地方の国公私立大学医学部医学科が設置している枠のことである。学生をその大学が立地する県の高校出身者に限定したり、あるいは卒業後の勤務地をその県に限定している場合が多い。

※１５　総合診療専門医
「総合的な診療能力を有する医師」を指す名称。身体の状態だけでなく患者の社会生活なども含めた全体を継続的に診つつ、必要に応じて適切に臓器や疾病に特化した専門医への橋渡しをする。２０１７年から新たな専門医制度として開始される予定である。

※１６　「めざせ元気！！こけないからだ講座」
津山市において、平成１７年から開始した介護予防事業のこと。１８０地区（３６７地区中）で開催されており、約3，８００人が参加している

※１７　サービス付高齢者向け住宅
高齢者の居住の安定確保に関する法律により定められる制度で、介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅のこと。ケアの専門家が少なくとも日中常駐し、安否確認サービスと生活相談サービスを、すべての入居所に対して提供する。それ以外の介護・医療・生活支援サービスに対しては、事業所によりサービスの有無や提供する内容が異なる。

※１８　ケアプラン
介護保険制度で要介護認定を受けた場合、本人の希望や必要性と利用限度額や回数に基づいて作成される介護サービスの計画のこと。ケアプランは介護保険サービスの利用者本人でも作成できるが、地域包括支援センターあるいは居宅介護支援事業所のケアマネジャー（介護支援専門員）に依頼する場合多い。

※１９　随時対応型訪問介護・看護
介護職員と看護師が一体または密接に連携し、利用者の通報や電話などに対して随時対応するサービスのこと。

※２０　夜間対応型訪問介護
夜間に定期的にヘルパーが巡回して介護を行う訪問介護と、緊急時に利用者が通報するとヘルパーが急行する２４時間体制の訪問介護を行うサービスのこと。

※２１　医療型短期入所施設
居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、人工呼吸器や吸引などのケアが必要な障害者等が、一時的に短期間の入所を必要とする場合、看護や医学的管理のもとで介護や機能訓練が受けることができる施設とのこと（病院、診療所、介護老人保護施設において実施）。医療型ショートステイ。

※２２　連携パス
患者が発症した「急性期」から集中的なリハビリなどをする「回復期」、生活機能維持のためリハビリをする「維持期」まで、切れ目のない治療を受けるための診療計画表。患者の病状や障害の内容、日常生活評価などを医師やリハビリスタッフ、看護師らが書き込み、転院先に渡す。中核病院から開業医、介護施設を含む、幅広い職種の「共通言語」となる。

津山市地域医療ミーティング推進協議会規約

（名称及び目的）

第１条　岡山県地域医療再生計画に基き，本市における医療課題を明確にし，地域医療の課題解決に向けた対策等について協議，検討するため，津山市地域医療ミーティング推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

（業　務）

第２条　協議会は，次に掲げる事業を実施する。

（１）医療課題の検討，分析

（２）医療課題解決のための協議

（３）その他地域医療に関する必要な事項に関すること

（構　成）

第３条　協議会は，次の各号に掲げる者（以下「委員」という。）をもって組織する。

（１）津山市医師会

（２）津　　山　　市

（３）美作保健所

（４）津山圏域消防組合

（５）津山市連合町内会

（６）津山市ＰＴＡ連合会

（７）看護学校関係者

（８）マスコミ関係者

（９）公募市民

（役員及び任務等）

第４条　協議会に会長１名，副会長２名を置き，委員の互選により定める。

２　会長は，協議会を代表し，会務を総理する。

３　副会長は，会長を補佐し，会長に事故あるときは，その職務を代理する。

４　委員の任期は平成２６年３月３１日までとする。

（会　議）

第５条　協議会は，必要に応じて会長が招集し，会長が議長となる。

２　協議会は，委員の３分の２が出席しなければ開くことができない。

３　協議会の議事は，出席委員の過半数で決し，可否同数のときは，会長の決するところによる。

（意見の聴取）

第６条　協議会は，必要があるときは，関係人及び専門家の出席を求め，意見を聴くことができる。

（事務局）

第７条　協議会の事務局は，津山市こども保健部健康増進課に置く。

（その他）

第８条　この規約に定めるもののほか，協議会の運営に関し必要な事項は，会長が協議会に諮って別に定める。

付　　則

この規約は，平成２４年１１月２７日から適用する。

津山市地域医療ミーティング推進協議会
委員名簿

役職	氏　　名	所　　属	備考
会長	薄元　亮二	津山市医師会副会長	
副会長	坂本　道治	津山市連合町内会会長	
副会長	發坂　耕治	美作県民局次長 (兼)美作保健所長	平成25年3月31日まで
	二宮　忠矢		平成25年4月1日から
委員	藤木　茂篤	津山中央病院総病院長	
〃	森本　直樹	津山中央病院 救命救急センター長	
〃	河村　良寛	津山第一病院理事長	平成25年8月20日まで
	河﨑　雄司	津山第一病院長	平成25年8月21日から
〃	中島　弘文	中島病院院長	
〃	大門　友博	家庭医	平成25年3月31日まで
	大倉　佳宏		平成25年4月1日から
〃	山下　幹芳	津山市ＰＴＡ連合会理事	平成25年3月31日まで
	三好　　恵		平成25年4月1日から
〃	岸　　道康	山陽新聞社津山支社長	
〃	福田　邦夫	津山朝日新聞社社長	
〃	和田　智恵子	津山東高校　看護科長	
〃	前原　信一	津山圏域消防組合消防長	
〃	山本　　直	公募委員	
〃	二木　幸子	公募委員	
〃	清水　厚子	津山市こども保健部長	平成25年3月31日まで
	忠政　堅之		平成25年4月1日から
オブザーバー	入沢　栄子	岡山県看護協会 津山支部長	第４回オブザーバー
〃	真木　　徹	津山市歯科医師会	第６回オブザーバー
〃	松尾　匡記	岡山県薬剤師会津山支部	第６回オブザーバー
〃	下村　明世	そよかぜ訪問看護 ステーション管理者	第６回オブザーバー

（平成２４年　４月　１日　～　平成２６年３月３１日）

検　討　の　経　過

	日　　時	内　　容
第１回	平成２４年１１月２７日	津山・英田地域の医療に関する現状と課題の説明
第２回	平成２５年　２月　５日	当該地域の医療・介護を取り巻く 将来についての意見交換
第３回	３月１８日	救急医療を取り巻く課題等についての意見交換
第４回	８月２０日	医師等医療資源の確保についての意見交換
第５回	１１月２５日	介護保険についての意見交換
第６回	平成２６年　２月２５日	在宅医療・介護についての意見交換

津山市地域医療ミーティング報告書
津山市地域医療ミーティング推進協議会

事務局　　津山市こども保健部健康増進課
〒７０８－８５０１
岡山県津山市山北５２０
電話　０８６８－３２－２０６９