



日光東照宮



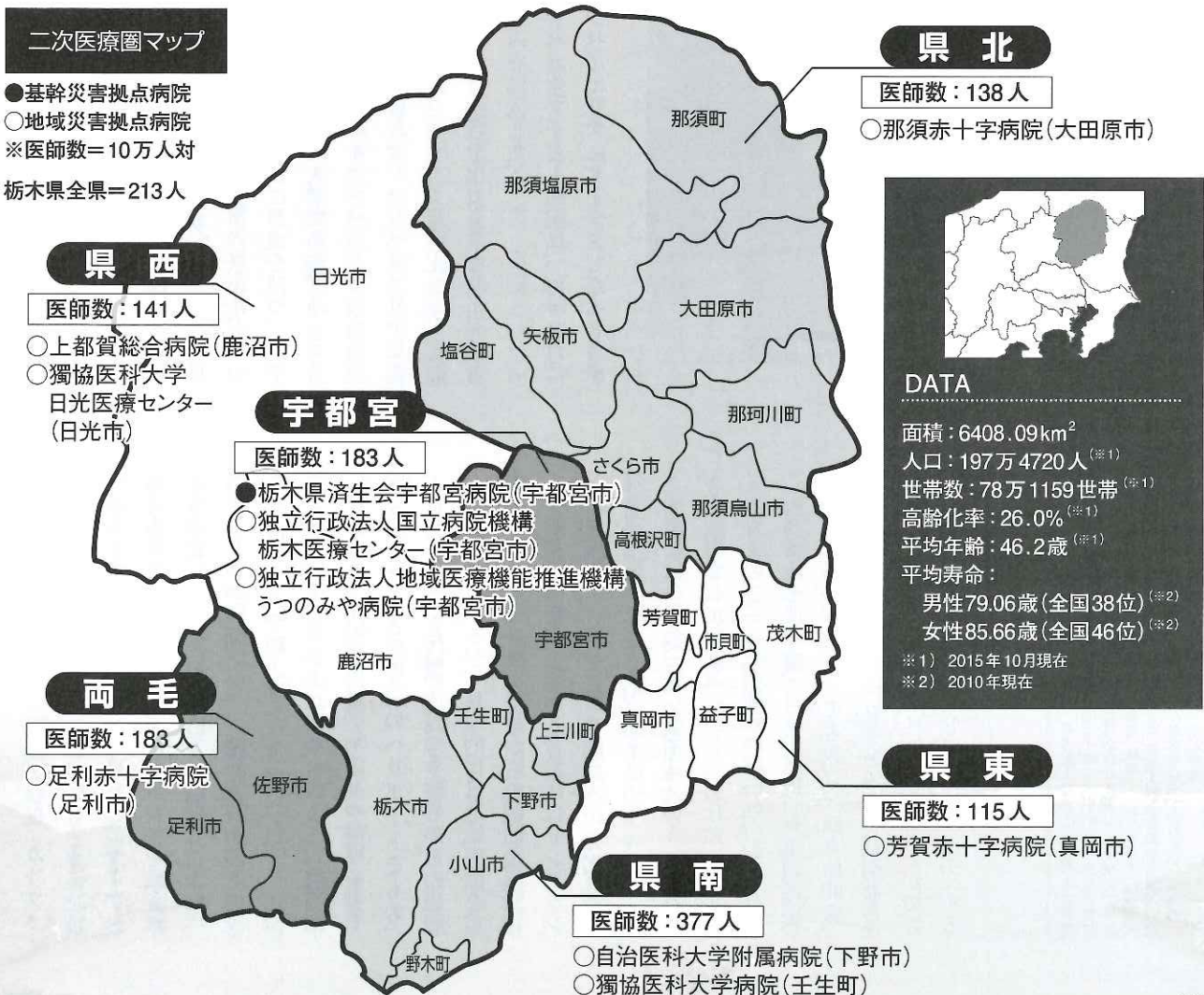
宇都宮餃子

地域医療の未来構想

第3回 栃木県

北関東圏に位置する栃木県では、住民同士のつながりが残る昔ながらのエリアと、都市化が進み、人間関係が希薄となったエリアなどが混在している。地域のあり方がさまざまに変化するなか、在宅医療推進に向けた課題と取り組み事例を紹介する。

～在宅医療推進に向けた課題と取り組み～



栃木県の医療提供体制の現状と 2025年に向けた整備の方向性

栃木県医療の特徴として、①県南への医師集中、②県南以外の医療資源不足、③後期高齢者増に対応すべき県北、県東、宇都宮——の3つが挙げられる。6つの二次医療圏ごとに、現状と将来に向けた整備の方向性を探る（P.73・表参照）。

栃木県医療の 3つのポイント

県南医療圏への 病院勤務医集中

2013年の病院報告をもとに計算した栃木県の人口当たり医師数の偏差値は49（人口10万人当たり総医師数247人、全国平均259人）と、ほぼ全国レベルである。しかし、宇都宮と大宮の間の東北新幹線沿線に広がる人口47・8万人の県南医療圏に自治医科大学と独協医科大学があり、県内の病院勤務医の48%がこの地域に集中している。県全体の人口当たり病院勤務医数の偏差値が50であるのに対し、県南医療圏の同偏差値は74（人口10万人当たり病院勤務医数320人、全国平均

160人）と群を抜いている。

また、人口約200万人の栃木県に2つの医学部があり、県内くまなく医師が派遣されていそうであるが、自治医科大学は全国のへき地へ医師を派遣し、獨協医科大学は開業医の子弟が比較的多いため、ほかの大学病院本院と比べて2大学の県内への医師派遣機能は弱いと言わざるを得ない。県南医

療圏への病院勤務医集中と、2つの大学病院の県内への医師派遣機能の弱さが、栃木県の医療提供体制の最大の特徴となっている。

県南医療圏以外の 医療資源の不足

県南を除く5つの医療圏の病院勤務医数の偏差値は、県北41、県

東40、県西35、宇都宮43、両毛45と、病院勤務医不足地域になっている。また、一般病床、総医師数、総看護師数、全身麻酔数のすべて

が48を下回っている。県庁所在地のある宇都宮の病院勤務医数は、全国の県庁所在地の中でワースト2であるが、診療所医師の偏差値が53であり、宇都宮は診療所の比重の高い地域と言える。

高齢者増に対応すべき 県北、県東、宇都宮

栃木県の東北新幹線沿線の人口動態は、大都市の人口動態に近い変化を示す。2015↓40年にかけて75歳以上人口が40%以上増える医療圏が、県北（41%）、県東（43%）、宇都宮（66%）、県南（45%）の4つの医療圏で、全国平均の34%増を大きく上回る。なかでも、県北、県東、宇都宮は医療不足地域でもあり、高齢者医療の対応を中心とした医療提供体制の充実に望まれる。

図1 二次医療圏の全身麻酔件数



□…全身麻酔0～2999件/年
■…全身麻酔3000～9999件/年
■…全身麻酔1万件以上/年

西40、県東35、宇都宮43、両毛45と、病院勤務医不足地域になっている。また、一般病床、総医師数、総看護師数、全身麻酔数のすべて

高橋 泰

国際医療福祉大学
医療福祉学部学部長

たかはし・たい●1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年より同大学院教授、16年より現職

二次医療圏の現状と課題

Ⅰ 県北医療圏

那須赤十字病院の新築など 救急医療体制が改善

関東平野北部の田園地域に大田原市、那須塩原市、矢板市など数万規模の市町村が点在、大型の工場も多く、農業も盛んな地域である。大都市地域とは言えない医療圏にあつて、2015→40年にかけて75歳以上人口が40%以上も急増する珍しい地域となっている。それに伴い、75歳以上の高齢者の医療需要は41%増加すると予想される。

また、12年の那須赤十字病院の新築移転(大田原市)、国際医療福祉大学病院の循環器センターの開設(那須塩原市)などにより、救急医療の機能が急速に改善された。10年前は多くの心筋梗塞の患者が宇都宮や自治医大に運ばれていたが、ほとんどの患者が圏内の医療機関で治療されるようになり、県全体の心疾患での人口比死亡率の改善に大きく貢献している。

Ⅰ 県西医療圏

少子高齢化が進む山間部では 医療体制の増強が急務

栃木県西部の県西には、拠点病院までの移送が困難な地域が広がっている。また、年間全身麻酔500件を超える上都賀総合病院、獨協医科大学日光医療センターがあるが、県北同様に医療資源は不足しており救急医療や高度医療などでの県南への依存が強い。

2015→40年にかけて総人口は26%減少、75歳以上の高齢者は25%増加すると予想される。

Ⅰ 宇都宮医療圏

医師数・看護師数とも 県平均を下回る

県庁所在地の宇都宮市1市を区域とする宇都宮には、年間全身麻酔3000件を超える済生会宇都宮病院や年間1000例以上の栃木県立がんセンター、国立病院機構栃木医療センターがある。

診療所医師の偏差値は53と比較

的充実しているが、圏内に大学病院、県立病院はなく、多くの患者が県南の大学病院で手術を受けている。医学部が2校ある県南に勤務医が集中した結果、全国の県庁所在地のなかで人口当たりの病院勤務医は2番目に少ない。

2015→40年にかけて総人口は10%減と少ないが、75歳以上の高齢者の増加率は56%と高い。

Ⅰ 県東医療圏

医療資源が不足する区域 県南・宇都宮への流出が多い

年間全身麻酔1000件を超える芳賀赤十字病院があるが、医療資源は少ない。2015→40年にかけて総人口は20%減少するが、75歳以上の高齢者は25%増加。高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期の病床増強の必要がある。

Ⅰ 県南医療圏

2つの医学部が集中する 最も医療資源が充実した区域

県南は栃木県の医療の中心であ

図表 二次医療圏に求められる整備の方向性

二次医療圏	75歳以上人口の増加率 (2015年→40年)	今後求められる整備の方向性
県北	約40%増	高齢者向けの施設や療養、地域包括ケア病床の増強
県西	約25%増	圏内や県南とのネットワークの強化、移送能力の向上、高齢者向けの施設の増強
宇都宮	約56%増	高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期などの病床増強
県東	約25%増	高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期の病床増強
県南	約45%増	高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期などの病床増強
両毛	約21%増	急性期病床の一部を療養や亜急性期への病床転換を図るなど、既存施設の有効活用、圏内ネットワークの強化

地域医療の未来構想

両毛には、年間全身麻酔2000件を超える足利赤十字病院や年間500例以上の佐野厚生総合病院がある。また、2011年の足利赤十字病院の新設移転により、圏内の急性期医療の提供能力が向上。医学部のない地方都市としては、充実した医療が提供されていると言える。

15↓40年にかけて総人口が26%減と県で最も人口減少の激しい地域であり、75歳以上の高齢者も21%増と比較的少ない。

隣接する群馬県との患者流入も多い

1 両毛医療圏

り、人口48万人の医療圏に自治医科大学と独協医科大学があり、県東、宇都宮、県西からも多くの患者が集まる。また、年間500例以上の全身麻酔を行う下都賀総合病院や小山市市民病院などがある。2015↓40年にかけて総人口は17%減、75歳以上の高齢者は45%増である。県南で働く医師が医師不足地域で働きやすくする方策の検討と実施が必要だろう。

TOPICS

SNS『どこでも連絡帳』で医介連携ネットワークを推進

県が地域連携を推進する事業の一環として、2013年に導入がはじまった『とちまるネット』。これは、栃木県版の地域医療ネットワークで、患者の同意のうえ、電子カルテの内容を複数の医療機関で閲覧できるシステム。現在、24の中核病院と260を超す診療所・病院が参加し、約9000人の患者情報を共有している。

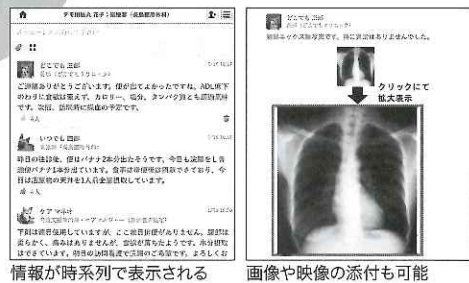
システム導入に尽力した栃木県医師会常任理事の長島公之氏は、「病床機能の分化が進むなか、これまで以上に転院・入退院の回数が増えることが予想されています。そのため、患者情報の円滑な共有・連携がますます求められます」と、ICTの必要性を話す。

これまで紙の紹介状で行われていた患者情報の共有だが、この「とちまるネット」を使えば、診療所の医師は自分の診察机のパソコンのモニターで、大学病院などで行われた血液検査やCT画像などの検査結果を簡単に閲覧することができる。

「病院を退院した患者さんが診療所に戻る場合も、入院中の経過が即座にわかるので、受け入れがしやすい」と、長島氏は病診連携におけるメリットを話す。

だが一方で、専門的な医学用語を使ったカルテを共有する性質上、医学知識のない介護職をはじめ多職種との連携を築くうえで、課題も指摘されていた。

そこで、新たな通信インフラとして導入がされたのが、安全な医介連携専用のSNSを活用した「どこでも



情報が時系列で表示される

画像や映像の添付も可能

連絡帳」だ。これは、在宅患者を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネージャーなど多職種・多施設間で情報を共有できるネットワークで、パソコンやスマホからどこでも・いつでも気軽に投稿・閲覧できるのが特徴だ。現在、その有効性が認められ、栃木県の統一システムとして導入が進められている。

コミュニケーションに特化した機能により、「患者訪問時の状態を報告し、提案や助言を出し合う」全員参加の毎日カンファレンス、が可能です」と長島氏。

さらに、①時間を気にすることなく書き込める、②情報伝達が正確に行える、③重要度の高い情報が即座にわかる、④緊急電話が減る、⑤出先からも患者の状態を把握できる——など、さまざまな利点を挙げる。

その一方で、「ICTは地域連携の強化・効率化に有効ですが、万能ではありません。急ぎの連絡には電話を使い、デリケートな問題には対面で話すといった使い分けが必要です。基本となるのは「顔の見える関係」。勉強会や交流会を通じて信頼関係を深めることで、よりICTの利点が生きてきます」と長島氏は話す。



長島公之
栃木県医師会常任理事
長島整形外科院長

DATA 小山市

- 人口:16万6808人^(※1)
- 高齢化率:26.0%^(※2)
- 人口10万人比医師数:143.5人^(※2)

**DATA** 栃木市

- 人口:15万8735人^(※1)
- 高齢化率:26.9%^(※2)
- 人口10万人比医師数:135.3人^(※2)

※1)2016年6月現在
※2)2014年10月現在

栃木市／小山市

医療法人アスミス

栃木市と小山市の在宅医療の現状と課題

農業を主体とし、地域の住民同士の結びつきが深い栃木市と、東北新幹線が停車する利便性から今も人口流入が進む小山市——同じ県南医療圏に属しながらもバックボーンの違う2市を例に、在宅医療推進に向けた課題を探る。

在宅医療の地域差が大きい 栃木市と小山市の背景

栃木県には、日本の在宅医療の普及を推進してきた「先駆者」として広く知られる存在がいる。栃木市と小山市、そして茨城県結城市の3カ所で診療所を展開する医療法人アスミスの太田秀樹理事長だ。太田理事長は1992年に小山市でおよま城北クリニックを開業して以来、「大学病院には絶対できない医療をやろう」との考えのもと、地域に出かける医療に取り組んできた。現在、同法人の3つの診療所で連携を組み、機能強化型在宅療養支援診療所として24時間365日の対応を行う。

太田秀樹理事長によれば、地域によって在宅医療への関心度に差があるという。

「訪問看護テーションを併設して行うスタイルは、開業当初から25年間、何も変わっていません。ところが、まったく同じ仕組みで在宅医療を提供しているにもかかわらず、栃木市では人気が高く、小山市は低い」。この背景には、地域の文化や風土、歴史も大きく関係していると言う。

たとえば、栃木市は江戸時代から宿場町として栄え、今も蔵づくりの町並みが残る歴史の趣きを感じさせる街。一方、小山市は大規模な工業団地や開発中のニュータウンもあり、今後も人口増加が見込まれる地域となっている。

「栃木市は保守的な街で、住民同士の絆が深い。三世代で暮らす世帯も多く、患者さんのお宅に行けば、家族や近所を含めた地域の互助システムが機能しています。そういった意味でも、在宅医療に適した地域と言えます」と太田理事長は話す。

栃木市は、もともと介護保険制度導入に先立って行われたモデル事業に手を挙げた自治体でもあり、行政が主導して地域包括ケアを進めてきた経緯もある。一方、小山市では地域包括ケアの歴史は浅く、「在宅医療への信頼はまだまだ低い」と話す。

常勤医師6人が連携し 在宅医療を支える

同法人の診療スタイルは、午前中を外來診療に当て、午後在宅患者を診て歩く。時間外や休日は、

曜日別に担当を決め、3つの診療所の常勤医師6人が必要に応じて訪問するチーム体制を確立。現在、栃木市では126人、小山市と結城市で各80人の在宅患者を受け持ち、栃木市での在宅での看取り率は8割を超える。

太田理事長は在宅医療を支えるキーパーソンとして、医師と協働する訪問看護師の役割を強調する。

「在宅医療の主役は訪問看護師です。医師は病態を判断し、指示し、責任を取るのが仕事です。医師は病気を治すことを最優先に考えますが、看護師は治す、いたわる、癒すという支え方が得意です。さまざまな形で寄り添い支える医療が生活の場には重要です」

在宅医療の推進には 自助・互助の機能が重要

同法人では、多職種や市民への



東北新幹線の停車駅でもあり、東京方面からの玄関口となっているJR小山市駅

地域医療の未来構想



太田秀樹
医療法人アスムス
理事長



蔵の街診療所
(栃木県栃木市)



おやま城北クリニック
(栃木県小山市)



生きいき診療所・ゆうき
(茨城県結城市)

在宅医療の信頼と理解を深めるため、さまざまな市民活動や勉強会にも力を入れる。

「地域包括ケアシステムが機能していないと、医師が往診するだけでは看取りはできません。多職種が協働して、地域が連携して支える。大切なことは、地域で支えるのではなく、地域が主体となつて支えるということだ」と太田理事長。

栃木市では、こうした太田理事長の呼びかけに応じる形で、「蔵の街コミュニティケア研究会」を2000年に発足。医療者だけでなく、市民自らが医療や福祉の知識を学ぶことで、地域全体のケア力の向上につなげている。

太田理事長の活動域は全国に広がり、現在、在宅医療を全国規模で推進する一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会の事務局としても尽力する。

「日本の原風景でもある『向こう三軒両隣』ではないですが、在宅医療は自助や互助なしでは進みません。在宅医療を推進することで、地域が少しずつ変わっていきます。在宅医療は『町づくり』でもあると実感しています」と話す。

在宅医療の信頼と理解を深めるため、さまざまな市民活動や勉強会にも力を入れる。

「地域包括ケアシステムが機能していないと、医師が往診するだけでは看取りはできません。多職種が協働して、地域が連携して支える。大切なことは、地域で支えるのではなく、地域が主体となつて支えるということだ」と太田理事長。

栃木市では、こうした太田理事長の呼びかけに応じる形で、「蔵の街コミュニティケア研究会」を2000年に発足。医療者だけでなく、市民自らが医療や福祉の知識を学ぶことで、地域全体のケア力の向上につなげている。

太田理事長の活動域は全国に広がり、現在、在宅医療を全国規模で推進する一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会の事務局としても尽力する。

「日本の原風景でもある『向こう三軒両隣』ではないですが、在宅医療は自助や互助なしでは進みません。在宅医療を推進することで、地域が少しずつ変わっていきます。在宅医療は『町づくり』でもあると実感しています」と話す。

表 栃木県内の主な医療資源

		県合計						二次医療圏	全国平均 (※4)
		県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛		
医師数 (※1)	医師数	4,214	527	260	950	166	1,818	493	233.6
	(人口10万対)	212.9	137.9	141.3	183.4	114.5	377.4	183.4	
	歯科医師数	1,299	192	118	386	82	330	191	
	(人口10万対)	65.6	50.2	64.1	74.5	56.6	68.5	71.1	
看護師数 (※2)	看護師数	15,019	2,235	975	4,438	752	4,680	1,939	855.2
	(人口10万対)	758.6	584.8	530.0	856.6	518.8	971.4	721.5	
病院 (※3)	病院数	109	21	11	31	5	24	17	6.7
	(人口10万対)	5.5	5.5	6.0	6.0	3.5	5.0	6.3	
	一般病床数	12,172	1,958	868	3,009	598	3,967	1,772	
	(人口10万対)	616.2	513.9	473.5	581.4	414.0	824.4	661.5	
	療養病床数	4,124	796	462	1,442	181	653	590	
(人口10万対)	208.8	208.9	252.0	278.6	125.3	135.7	220.2	258.2	
診療所ほか (※3)	一般診療所数	1,462	232	118	425	107	363	217	79.1
	(人口10万対)	74.0	60.9	64.4	82.1	74.1	75.4	81.0	
	在宅療養支援診療所	155	32	4	36	8	53	22	
	(人口10万対)	7.7	8.1	2.1	7.0	5.3	10.9	8.0	
	訪問看護ステーション	86	17	4	25	4	20	16	
	(人口10万対)	4.3	4.3	2.1	4.9	2.7	4.1	5.8	
歯科診療所数	992	154	89	299	65	230	155	54.0	
(人口10万対)	50.2	40.4	48.5	57.8	45.0	47.8	57.9		

※1) 厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」 ※2) 厚生労働省「平成26年衛生行政報告例」

※3) 栃木県保健福祉部医療政策課「平成27年度栃木県病院・診療所名簿」(2015年4月現在)

※4) 厚生労働省「平成26年医療施設(静態・動態)調査・病院報告」(2014年10月現在)