

文教厚生委員会行政視察報告

◆視察概要

日 程	令和 8 年 7 月 22 日(水)～7 月 24 日(金)
視察先	(1) 山口県防府市 休日診療所における内科(夜間)オンライン診療の運用について (2) 茨城県神栖市 適正受診の啓発について (3) 千葉県柏市 在宅医療(柏モデル)について
参加者	景山委員長、大下副委員長、原田委員、中曽委員、岩崎委員、貞岩委員、谷委員 執行部職員 2 名、事務局随員 1 名

●山口県防府市(7月22日)

市制施行	昭和11年8月25日
面積	189.37 km ²
人口	111,102 人(令和8年4月1日現在)

◆調査事項

「休日診療所における内科(夜間)オンライン診療の運用について」



1 概要

防府市は山口県の中央部に位置し、人口約11万人、面積189.37km²を有する都市で、県庁所在地である山口市や周南市と隣接し、交通利便性や産業集積に優れた地域として発展してきた。

また、日本初の天満宮である防府天満宮をはじめとする歴史・文化資源を有するほか、瀬戸内海沿岸部には工業地帯が形成され、自動車関連産業を中心とした製造業が地域経済を支えている。

医療分野では、山口市とともに構成する山口・防府医療圏の一翼を担っており、山口県立総合医療センターなどの高度医療機関が立地する県内有数の医療拠点でもある。

近年は医師の高齢化や診療所の閉院等による医療従事者の確保に課題を抱える中、夜間の一次救急体制を整備するため夜間オンライン診療を開始し、持続可能な地域医療体制の確保に取り組んでいる。

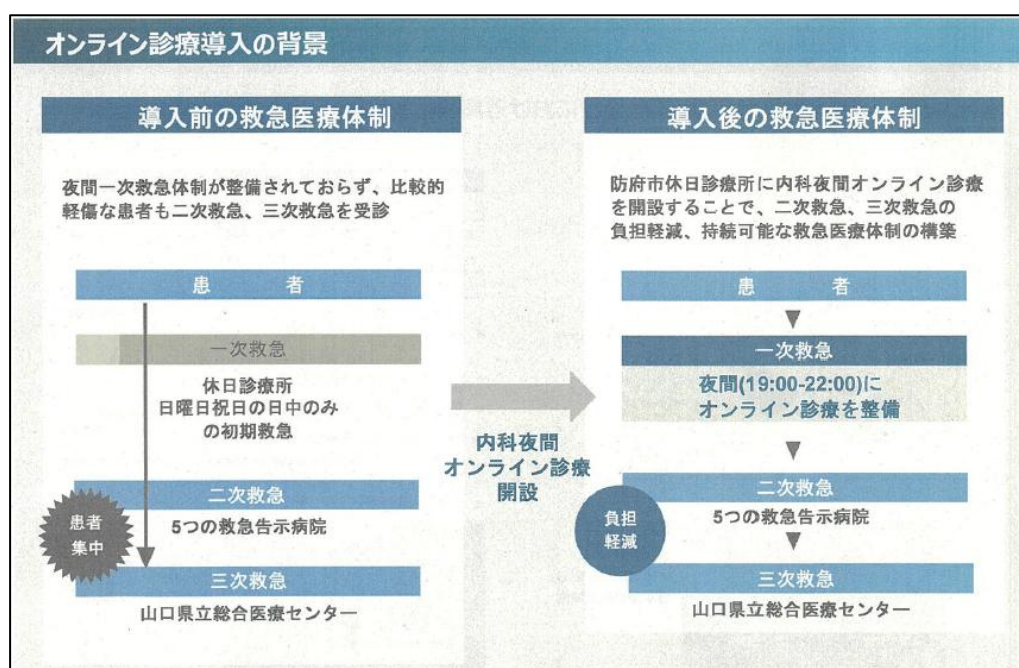
2 視察内容 ※抜粋

(1) 導入の背景

防府市では、日曜日・祝日の日中のみ休日診療所は運営されていたものの、夜間の一次救急体制が整備されておらず、軽症患者であっても二次・三次救急医療機関を受診する状況が続いていた。

こうした課題の解決に向け、コロナ禍において普及したオンライン診療に着目し、医師会からの提案も受けながら、持続可能な夜間一次救急医療体制の構築を目的としてオンライン診療を導入することとなった。

なお、導入に当たっては公募型プロポーザル方式により委託事業者を選定し、オンライン診療システムの構築、事務局運営、医師確保支援などの業務を委託している。



出典：防府市提供資料

(2) 事業の概要

防府市の夜間オンライン診療は、高校生以上の年代を対象として実施されており、急な発熱やかぜ症状、軽度の腹痛などの内科系の軽症患者を主な対象としている。診療時間は午後 7 時から午後 10 時までで、スマートフォン等を活用して自宅などから診療を受けることができる体制となっている。

事業開始当初の令和 6 年度は週 2 日の開設であったが、その後段階的に体制を拡充し、令和 8 年度からは毎日利用できる体制を整備している。

なお、中学生以下の小児については、既に山口・防府地域夜間こども急病センターにおいて夜間一次救急体制が確立されていることから、本事業の対象外としている。

(3) オンライン診療の流れ

利用者は、まず専用電話番号へ連絡し、オンライン診療事務局の看護師による電話問診を受ける。その後、利用者のスマートフォンへ送られる URL にアクセスし、氏名や保険情報などの必要事項を登録する。

登録された情報や問診内容は看護師から医師へ共有され、医師がオンライン診療可能と判断した場合、利用者にビデオ通話用のリンクが送付され診療を受ける。

診療終了後、カルテ情報は休日診療所へ共有され、薬剤師がその内容に基づいて調剤を行う。利用者は当日中に休日診療所を訪れ、薬剤師から薬を受け取り、併せて診療費を支払う仕組みとなっている。



出典:防府市提供資料

(4) 事業の特徴

医師会に所属する医師のみでは診療日の調整が難しいことから、市、医師会、委託事業者の三者で協定を締結し、委託事業者が「ふるさと診療ドクター」を確保している。

「ふるさと診療ドクター」は、山口県にゆかりのある医師または防府市の医療に貢献する意思のある医師のことで、医師会の面談を経て市と出務契約を締結する。

現在は東京や千葉など県外在住の医師を含め 5 名が登録し、オンライン診療に従事している。委託事業者が全国からオンライン診療に従事する医師を確保している点が本事業の特徴となっている。

(5) 実績及び課題

オンライン診療の利用実績は、令和 6 年度が 67 件、令和 7 年度が 92 件となっており、市民への認知度が十分でなく、利用件数は想定を下回っているとのことだった。

利用者の年代別では 20 代から 30 代が全体の約半数を占めており、若年層を中心に利用が進んでいる一方、高齢者についてはスマートフォン操作への不安などから利用割合が低い状況にある。

このような課題に対応するため、周知動画の作成や高齢者向けスマホ教室などを活用して利用促進に向けた取組を進めている。

3 委員の所感等

本市の地元医師会との意見交換会でもオンライン診療に対する信頼性は低いとする意見もあったが、必要なことは症状から正確な病名を導き出すことよりも、振り分けにあると思う。地元医師会と協議を深め、市内の医療資源を守ることを念頭に置きながら、かつ患者さんに選択肢と安心を提供する手段として、当面は＃7119よりも精度が高いオンライン診療を目指していくべきであると思う。

看護師による電話相談・トリアージとオンライン診療を組み合わせることで、適正受診を促進し、二次・三次救急医療機関の負担軽減につながる体制を構築できる可能性がある。休日診療所の機能を補完する手段としてオンライン診療を導入することで、夜間や繁忙期における初期救急医療体制の充実と市民の安心感の向上が期待できる。広島大学や東広島市にゆかりのある医師など、市外・県外の医師が参画できる仕組みを構築することで、地域医療を支える新たな医師確保策となる可能性がある。

防府市では、休日診療所におけるオンライン診療を導入し、地域の一次救急医療の充実を図っていた。診療に携わる医師は25名で、そのうち5名は、防府市にゆかりのある市外在住の医師が「ふるさと診療ドクター」として参画しており、医師不足の解消と持続可能な診療体制の構築につながっていた。

この「ふるさと診療ドクター」は、委託契約により休日診療へ参加する仕組みであり、地域にゆかりのある医師の力を活用する新たなモデルとして大変参考になった。一次救急を強化することで、二次・三次救急医療機関への負担軽減にも寄与しており、地域医療全体を支える効果が期待できる取組である。

また、現在は高齢者のオンライン診療利用はまだ多くないものの、今後は高齢化の進展に合わせて利用者の増加を見据え、普及・啓発にも取り組んでいる点が印象的であった。

東広島市においても、休日・夜間の医療提供体制や医師確保が課題となる中、「ふるさと診療ドクター」のような地域にゆかりのある医師がオンライン診療を通じて地域医療を支える仕組みは、医師不足対策や一次救急体制の強化につながる有効な手法であると感じた。今後の地域医療政策の検討に当たり、導入の可能性について研究していく価値がある。

防府市と株式会社ジェイエムインテグラル(民間企業)の連携の仕組みは、「ただシステムを導入して終わり」ではなく、システム、人(医師)、運用フローまでをトータルで設計・管理する共同包括パッケージとなっている。

防府市と民間企業の結びつきが、「地域内の医療崩壊を防ぎ、医療費や患者データを地域内で循環させる」ことを基本理念とした、役割分担や連携システムが構築されていることが先進的であり、生かしていきたい。

防府市の取組は、医師不足や高齢化により夜間の対面診療体制を整えることが難しい中、オンライン診療を活用して内科初期救急の空白を補うものである。

利用件数は多くないものの、看護師による電話相談やトリアージを通じて、適切な医療機関への受診を促す役割は大きく、市民の安心確保や二次・三次救急医療機関の負担軽減につながる取組であると感じた。

一方で、高齢者の利用支援、検査ができないこと、医師や薬剤師の確保、運営費の負担などの課題もある。このため、オンライン診療は対面診療の代替ではなく、電話相談、オンライン診療、対面診療をつなぐ地域医療の入口として活用することが重要であると感じた。

本市においては、休日診療においては小児科利用が約70%と多いという特徴もあると同時に市域が広く、地域によって医療へのアクセスに差があることから、医師会、薬剤師会、医療機関、大学等と連携し、夜間・休日や周辺地域における医療体制の充実について検討する必要があると感じた。

内科(夜間)オンライン診療の実施にあたって、医師確保が課題であるが、その中で「ふるさと診療ドクター」の取り組みは大変興味深いものであった。

またオンライン診療の利用が、20代~40代が65%をしめていることに、その必要性が高いことを示していると感じた。

オンライン診療のニーズは20代~30代がほぼ半数。医師には4,000万円が支払われ、体制整備には2,700万円をかけたが、受診者数が少ないなどの課題がある。周知を強化するとあったがスマホから連絡すると東京の番号につながるのとのことであった。周辺部で交通弱者の方に活用を一定期間試験的に導入してもいいが、対面を希望される医師への配慮が必要である。

●茨城県神栖市(7月23日)

市制施行	平成17年8月1日
面積	146.97 km ²
人口	92,985 人(令和8年3月31日現在)

◆調査事項

「適正受診の啓発について」



1 概要

神栖市は茨城県の東南部に位置し、東は太平洋、南西は利根川に接する都市で、人口は約9万人、面積は146.97km²を有している。

また、鹿島港を中心とする鹿島臨海工業地帯の中核を担っており、190社以上の企業が立地し、製造品出荷額は一つの県に匹敵するなど、日本有数の工業地帯となっている。

人口構造では生産年齢人口の割合が63.5%と比較的高く、全国的な人口減少の影響は受けつつも、安定した雇用環境を背景に人口は概ね横ばいで推移している。

一方で、病院・診療所数や常勤医師数といった医療資源は全国的に見ても低い水準となっており、限りある資源を適切に利用できる仕組みづくりが進められている。

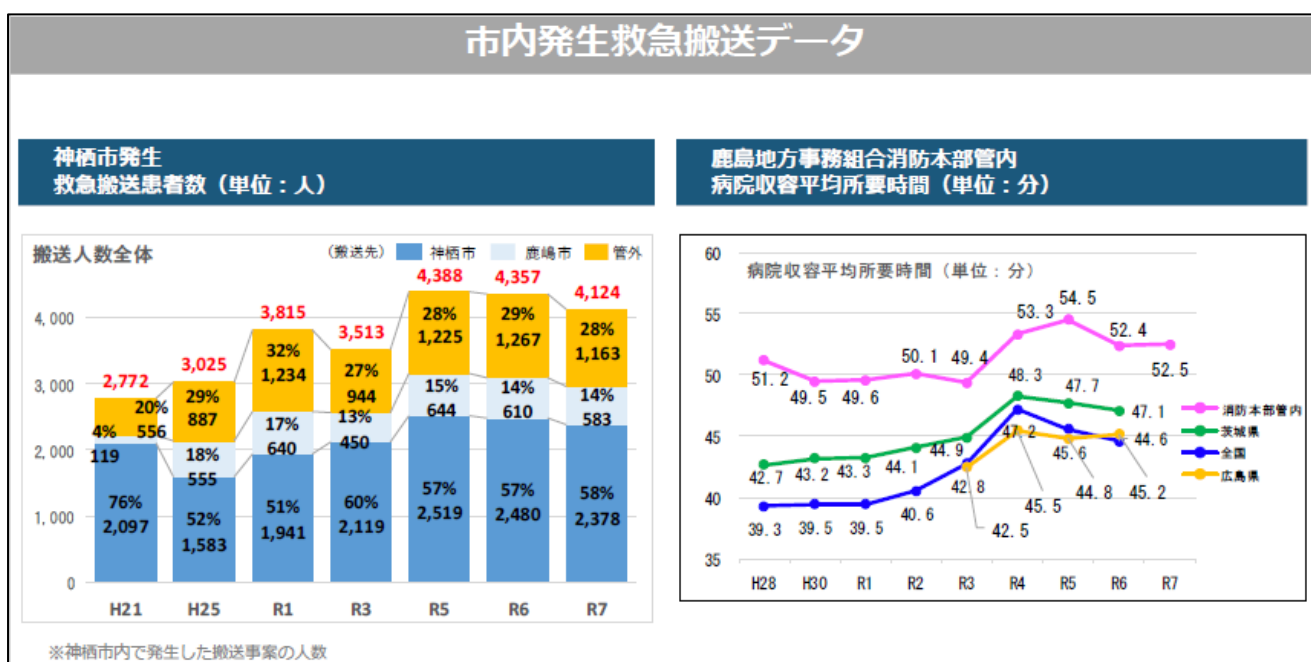
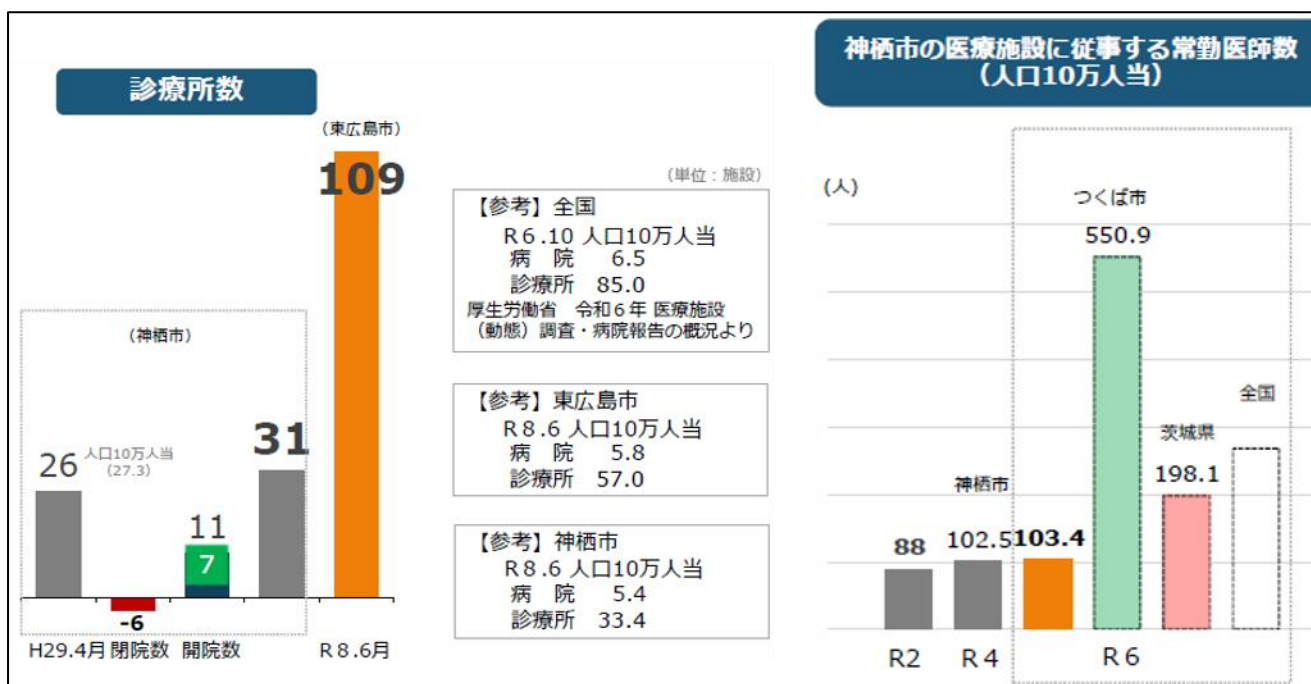
2 視察内容 ※抜粋

(1) 神栖市の現状

神栖市では人口 10 万人当たりの医師数及び診療所数が全国平均を大きく下回り、地域医療を支える医療資源が極めて不足している。

また、救急搬送件数は年々増加傾向にあり、市内の医療機関だけでは受け入れが困難なケースも多く、全体の約 4 割が市外の医療機関へ搬送されている。このため、救急搬送から医療機関収容までに要する時間は全国平均を上回っている。

今後、高齢化の進展により外来・入院患者の増加が見込まれており、限られた医療資源を有効に活用するためには、市民の適正受診の推進が不可欠な状況となっている。



出典：神栖市提供資料

(2) 適正受診を目指した取組

神栖市では、全員参加で医療体制づくりに取り組むことを目指し、医療を受ける側と提供する側の双方向の情報交換、普及啓発による相互理解と連携協力のもとで「みんなが創る！みんなで守る！かみすの医療プロジェクト」を展開している。

主な取組として、受診の必要性や緊急性について気軽に相談できる電話相談窓口「かみす健康ダイヤル 24」の設置、市民との対話や理解促進を重視した医療情報冊子「かみすの医療」の全戸配布、冊子の発行をきっかけとした「市民と医療専門家の懇談会」の開催などを行っている。

また、適正受診の啓発に当たっては、「受診を控えてほしい」というメッセージではなく、「まず相談する」「身近な医療機関を利用する」「症状に応じた医療機関を選択する」といった内容を中心に周知している。

(3) 医療教育の取組

適正受診の意識を子どもの頃から育むことを目的として、学校における医療教育にも取り組んでいる。

令和4年度から市内小中学校を対象に医療教育を実施しており、授業内容は各学校の要望に応じて構成されている。内容としては、健康管理、救命措置、心身の健康、救急医療の役割などが取り上げられている。

医療教育の実施について		
○地域医療の資源が乏しく、医療体制が脆弱であることなどを鑑み、市内医療機関等の医師や看護師など医療従事者の協力のもと、小・中学生を対象にした「医療教育」を令和4年度から実施 ○命の尊さを知り、弱者を思いやる心を育成するとともに、医療への関心を高め、将来、地域医療を担う人材の育成を目指し、特色のある授業を各学校教諭と一緒に企画・実施		
令和4～6年度の実績		
R4	神栖一中 (1年/62人) 一斉講義：茨城県立中央病院 永井医師「医師の立場から命・健康を考える」 グループワーク：白十字総合病院 看護師「体を知ることが命を守る」助産師「命の尊さを知る」 管理栄養士「栄養を身近に感じてもらう」	
	柳川小 (5・6年/34人) 一斉講義：永井医師「病気を知らず、命を助けよう」神栖産業医トレーニングセンター 田中産業医「人が倒れるとは？」 グループワーク：神栖済生会病院 看護師「ケガの手当をする」「電気ショックで命を救う」「身体を守る」「エビデンを正しく使う」	
R5	波崎二中 (1年/32人) 一斉講義：永井医師「健康と病気」 グループワーク：鹿嶋ハートクリニック 医師「健康な生活と疾病の予防」理学療法士「人生100年時代 体を動かして健康に」 管理栄養士「食生活と健康 食事を守ろう！未来の自分」	
	経野東小 (6年/44人) 一斉講義：永井医師「だれでも人の命を救える！心肺蘇生法を学ぼう」 グループワーク：白十字総合病院 看護師「体のしくみ【生きている】ことを示すバイタルサイン」助産師「命の尊さを知る」 管理栄養士「栄養のとろすぎ？とらなすぎ？」公認心理師/臨床心理士「心の働きについて知ろう」	
	神栖三中 (1年/114人) 一斉講義：永井医師「医師の立場からみる命・健康の大切さ」 グループワーク：白十字総合病院 看護師「命をつなぐために」薬剤師「医薬品と正しく付き合おう」 放射線技師「放射線技師の仕事について」助産師「命の尊さを知る～生命の誕生～」 公認心理師/臨床心理士「ストレスを知る、向き合う、つきあう」 保健師「花粉症と食物アレルギー」理学療法士・作業療法士「リハビリ専門職」	
R6	波崎四中 (2年/68人) 一斉講義：永井医師「人の命を救う！心肺蘇生法を学ぼう」 グループワーク：神栖済生会病院 看護師・臨床工学技士「一次救命措置～電気ショックで命を救う～」 「固定法、圧迫止血法について」	
	波崎西小 (5年/19人) 一斉講義：鹿嶋ハートクリニック 佐藤医師「命の大切さについて」 グループワーク：佐藤医師「けがの防止・手当や救命法について」おたかの森レモネードの会 佐藤看護師「心もからだも健康に」	

出典：神栖市提供資料

(4) 医師確保の取組

適正受診を進めるためには、まず身近な地域にかかりつけ医が存在することが重要との考えから、医師確保にも積極的に取り組んでいる。

その一環として診療所開業支援事業を実施しており、市内で新たに診療所を開設する医師に対して財政的支援を行っている。その結果、30～40代を中心とした比較的若い世代の新規開業が進んでおり、新たな医療提供体制の整備につながっている。

3 委員の所感等

神栖市の場合は、将来の地域医療に対する危機感から様々な医療施策・事業を展開し、適正受診の啓発もそのうちの一つである。

本市としても市内の医療の現状と将来の課題を市民に正しく伝え、シンポジウム、こども未来部と連携した子育て中の母親への啓発、並びに学校教育部と連携した出前講座等、医療資源の正しい利用を積極的に呼びかける事業をさらに拡充していく必要性を感じた。

啓発の中心は、「まず診療所やかかりつけ医に相談する」「迷った場合は電話相談を利用する」「緊急時はためらわず救急車を呼ぶ」という受診行動の整理であり、受診そのものを抑制する取組ではないことを確認した。

神栖市の休日当番医への委託料は、通常の日曜・祝日が1日5万5,000円、年末年始が8万8,000円とされていたが、医師や看護師の人数に応じた積算ではなく、長期間同じ単価が用いられていることから、東広島市においても委託料や補助額の妥当性を検証する必要があると感じた。

財政力が高く、多額の支援策を実施できたとしても、医師偏在や救急医療の課題を行政の財政支出だけで解決することは困難であり、適正受診の啓発、医師確保、休日診療体制、オンライン診療、公共交通、予防医療を一体的に進める必要があるとの認識を得た。

神栖市では、市民への適正受診の啓発として、「かかりつけ医」の普及促進、「かみす健康ダイヤル24」の運用、さらには救急電話相談の活用を柱とした取組を実施していた。これらの取組により、市民が適切な相談先を利用し、症状に応じた受診行動につなげる体制づくりを進めていることが理解できた。

一方で、適正受診の推進によって救急搬送件数や時間外受診がどの程度減少したかなど、効果を示す具体的な数値は把握されていなかった。しかし、地域では40代を中心とした比較的若い医師による診療所が7か所開業しており、地域医療を支える体制の充実が進んでいることも特徴的であった。

適正受診を推進するためには、市民への啓発だけでなく、身近に相談・受診できる「かかりつけ医」の存在や地域医療体制の充実が重要であることを改めて認識した。東広島市においても、適正受診の普及啓発を継続するとともに、救急電話相談など既存制度の周知強化や、かかりつけ医の定着に向けた取組を進めることで、一次救急と二次救急の適切な役割分担につなげていくことが重要であると感じた。

神栖市は冊子「かみすの医療」などで適正受診を呼びかけている。①日常の病気はまず「かかりつけ医」に相談する、②大病院へは紹介状を持参して追加料金を防ぐ、③夜間・休日のコンビニ受診を控え平日の時間内に受診する、④軽症での救急車要請を控えて適正利用する、の4つの行動で地域医療を守る体制を取っている。このように、継続して呼びかけることで、少しずつでも市民に啓発することが、生かしていきたいところである。

神栖市では、医師不足や救急医療体制の課題を踏まえ、市民に適正受診の理解を促すため、かかりつけ医の普及や電話相談窓口の活用、学校での医療教育など、継続的な啓発に取り組んでいた。

適正受診とは、受診を控えることではなく、症状に応じて適切な医療機関を適切なタイミングで利用することであり、限られた医療資源を守るために重要な取組であると感じた。

東広島市においても、休日・夜間診療や救急医療を維持していくためには、市民への啓発とともに、相談しやすい体制や情報提供を充実させることが重要である。行政、医療機関、消防などが連携し、市民とともに地域医療を支えていく視点が必要であると感じた。

医療機関が少ないため、入院患者数の将来推計を鑑みた結果、大変厳しい状況が想定されるため、日常的にかかりつけ医の利用をよびかけるとともに、医療教育の実践などは本市にとって示唆に富むものであった。

医師の偏在が大きいのが課題であり、着任する意思の魅力ある事業が欠かせない。大学の授業料を半額にする政策を求めてきているが、ますますその必要性を感じているし、働き方として夜間(院内)保育の充実が課題のようである。

●千葉県柏市(7月24日)

市制施行	昭和29年11月15日
面積	114.74 km ²
人口	438,987人(令和8年4月1日現在)

◆調査事項

「在宅医療(柏モデル)について」



1 概要

柏市は千葉県北西部に位置し、人口約44万人、面積114.74km²の千葉県内でも有数の人口規模を誇る中核市である。

東京都心から約30km圏内に位置するなど道路や鉄道の交通条件に恵まれ、戦後の高度経済成長期以降、東京都のベッドタウンとして急速に発展し、現在では東葛地域を代表する都市となっている。

また、市内に東京大学柏キャンパスをはじめとする研究・研修機関が集積し、柏の葉国際キャンパスタウン構想を掲げた公・民・学連携による新しいまちづくりを展開している。

中でも柏市、東京大学、UR都市機構の三者が連携した柏プロジェクトは、全国の地域包括ケアシステムの構築モデルとなるなど国の政策にも大きな影響を与えている。

2 視察内容 ※抜粋

(1) 柏モデル誕生の背景

柏市では、急速な高齢化の進展に伴い、医療・介護ニーズの増大が見込まれる一方で、それを支える医療・介護資源が不足することを懸念していた。このような状況の中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を継続し、人生の最期まで安心して暮らすことができる地域包括ケアシステムの実現に向けた取組が求められていた。

こうした課題に対応するため、平成 22 年に柏市、東京大学及び UR 都市機構の三者により協定が締結され、「柏プロジェクト」が始動した。高齢化率が特に高かった豊四季台団地をモデル地区として選定し、「住み慣れた場所で自分らしく老いることができるまちづくり」をコンセプトに、在宅医療と介護の連携体制の構築に着手したことが、現在の「柏モデル」の出発点となっている。



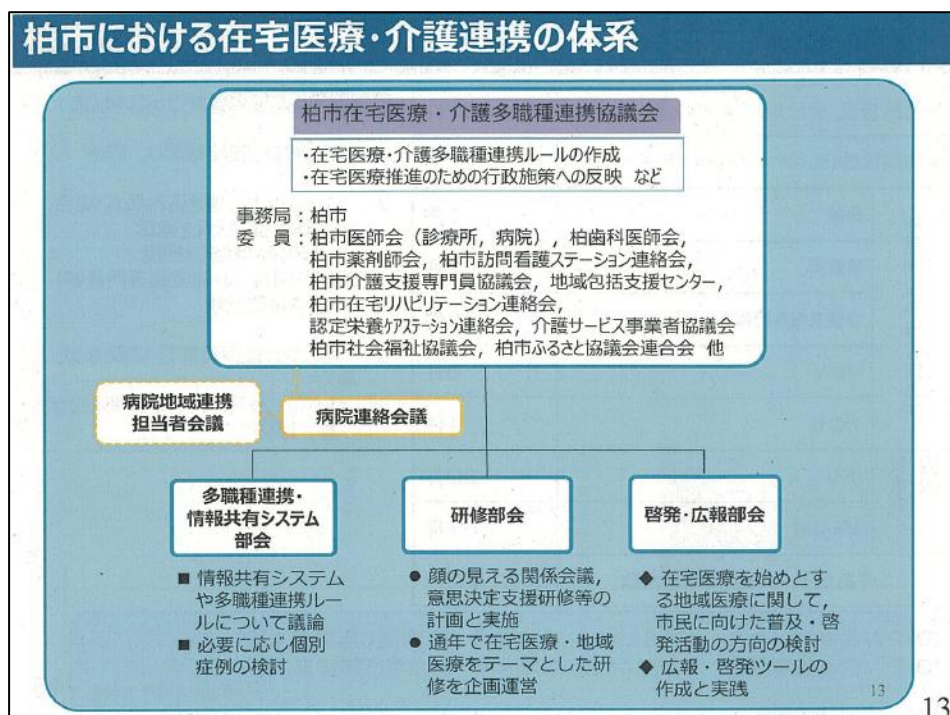
出典：柏市提供資料

(2) 柏モデルの概要

柏モデルの根幹にある考え方は、「地域全体を一つの病院として捉える」というものである。

住民の自宅を病室、道路を病院の廊下、地域の診療所や介護事業所を病院機能の一部として位置付け、医療・介護・生活支援が一体となって高齢者を支える仕組みを構築している。

このモデルの特徴は、行政主導ではなく、柏市医師会が中心的な役割を担っていることである。医師会、歯科医師会、薬剤師会をはじめ、多職種が参画する「柏市在宅医療・介護多職種連携協議会」を設置し、在宅医療・介護連携に関する課題や方針を協議している。



出典：柏市提供資料

(3) 主治医・副主治医制

柏モデルの大きな特徴の一つが「主治医・副主治医制」である。

在宅医療では24時間365日の対応が求められることから、一人の医師が全てを担うことは大きな負担となる。そこで、複数の診療所の医師が連携し、一人の患者に対して主治医と副主治医を配置する体制を構築している。

これにより、医師の負担軽減と継続的な在宅医療の提供を両立させている。

(4) 柏地域医療連携センター

平成 26 年には柏地域医療連携センターが開設された。

同センターは柏市医師会、歯科医師会、薬剤師会が主体となって整備した施設であり、在宅医療・介護連携の中核拠点となっている。

主な機能は「患者が病院から在宅に戻る際の調整支援機能」、「在宅医療・看護・介護のコーディネート機能」、「主治医及び副主治医の研修機能」、「市民相談・啓発機能」となっており、柏モデルを支える重要な基盤施設として機能している。

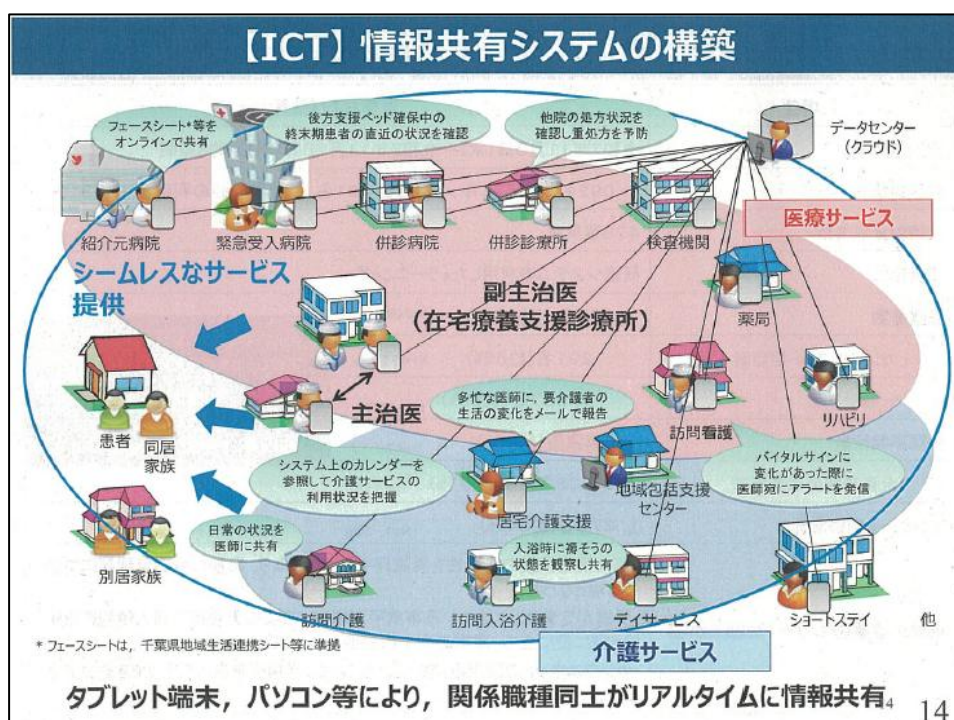
(5) 情報共有システムの構築

柏市では「カシワニネット」と呼ばれる情報共有システムを運用している。

患者ごとにクラウド上で情報共有用の「部屋」を作成し、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護職員など関係者が情報を共有できる仕組みとなっている。

利用に当たっては厳格な個人情報保護対策が講じられており、利用者には事前研修を義務付けている。

令和 7 年度末時点で ID 保有者は 2,300 人を超えており、多職種連携を支える重要な基盤となっている。



出典：柏市提供資料

3 委員の所感等

東京大学の辻先生の強いリーダーシップによる医師会への働きかけ及び東京大学ネットワークによるノブレス・オブリージュが背景にある取組であると痛感した。

同様のことは出来ないにしても、多職種協働体制、DXによるデータ活用、医師会との連携によるかかりつけ医の養成、及び在宅医療の強化で「病院で治す」から「地域で支える」体制構築は本市にとっても急務であると感じた。

柏モデルの本質は施設整備ではなく、関係者間の信頼と役割分担にあることを確認した。柏地域医療連携センターや ICT システムは重要であるが、医師会を中心に多職種が長年協議を重ねてきたことが、制度を機能させる基盤となっている。

在宅医療の推進には、医師会内の合意形成とキーパーソンが存在が不可欠であると認識した。柏市では辻哲夫氏や医師会関係者が強い推進力となった。東広島市でも、制度を導入するだけでなく、中心となる医師や調整役を見いだす必要がある。

東広島市では全市一律の「柏モデル」ではなく、地域特性に応じた段階的な導入が必要であると整理できた。医療資源が比較的集積する西条地域等では多職種連携や情報共有のモデル事業を先行させ、周辺町等では、移動支援やオンライン診療、巡回型サービスを組み合わせるなど、異なる仕組みを検討すべきだと感じる。

柏市では、「柏プロジェクト」のもと、中学校区を基本とした21の日常生活圏域ごとに在宅医療・介護の連携体制を構築し、「地域全体を一つの病院」と捉える考え方で在宅医療を推進していた。地域ごとに課題や資源の状況が異なることから、圏域単位で課題を把握し、それぞれの地域に応じた解決策を講じる仕組みが整えられていた。

また、この取組は行政だけでなく、医師会が中心となって関係機関をまとめ、主体的に推進している点が大きな特徴であった。医療・介護・行政が密接に連携することで、地域全体で在宅療養を支える体制が構築されていた。

取組の成果として、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの増加に加え、訪問看護師の平均常勤換算数も増加するなど、在宅医療を支える提供体制の充実が図られていたことは大変参考となった。

東広島市においても、高齢化の進展に伴い在宅医療の重要性はますます高まることが予想される。柏市のように、地域を一定の圏域ごとに捉え、医師会が中心となって多職種・関係機関との連携を強化しながら地域課題を解決する仕組みは、持続可能な地域包括ケアシステムの構築に向けた有効なモデルであると感じた。

柏モデルは、千葉県柏市が構築した地域包括ケアの先駆的モデルである。地域の開業医が主治医・副主治医の2人体制を組み、24時間対応の負担を分散。医療・介護の多職種が連携ルールや ICT で情報をリアルタイム共有し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らせる在宅医療体制を「面」で支えている。東京大学・UR 都市機構等が主体として参画しているモデルなので、生かしていくにはハードルが高すぎると思った。

在宅医療の推進には、制度や施設の整備だけでなく、医療・介護関係者の信頼関係と継続的な連携が不可欠であると強く感じた。

柏市では、行政が前面に立つのではなく、医師会や多職種が主体となり、行政が調整役として支える体制が構築されている。特に、主治医・副主治医制や「顔の見える関係会議」は、現場の負担軽減と円滑な連携の面で大変参考となった。

一方、東広島市は市域が広く、地域によって医療・介護資源に差があるため、柏市の仕組みをそのまま導入するのではなく、地域の実情に応じた体制づくりが必要である。

私自身、今回の視察を先進事例の把握だけで終わらせず、医療・介護・交通・生活支援を一体的に捉え、市民が住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みづくりに向け、今後の委員会活動や政策提言に生かしていきたい。

特定地域をモデルとして、高齢社会総合研究会の協定を柏市、東京大学、UR 都市機構で締結している取り組みは、学園都市である本市にとって大いに参考になった。

在宅医療の推進や生活支援サービス、健康づくり・介護予防などの取り組み、いわゆる柏モデルは大変興味深かった。

大きな人口(43万人)で、しかも東広島市と比較して約5分の1の面積である。柏モデル地域と指定された地域とよく似た東広島市の高美が丘と比べてみるが、第4期の介護計画において市民ニーズにマッチするのか疑問でもある。もっと介護人材の報酬額を月5～6万円引き上げを国に求め、地域に密着した介護施設が必要であると感じた。特に公の施設をもっている自治体(柏市)に比べ、本市はすべて民間任せもサービスの低下が気になっている。