

自治体病院全国大会2015 「地域医療再生フォーラム」

日 程

2015年11月18日(水)

10:00~12:50

- ・開会あいさつ
- ・来賓あいさつ
- ・座長あいさつ 北 良治 氏
- ・講演Ⅰ 増田 寛也 氏
- ・講演Ⅱ 中村 伸一 氏
- ・討論
- ・総括

場 所

全国都市会館
「大ホール」

主 催

全国自治体病院開設者協議会
公益社団法人 全国自治体病院協議会
全国自治体病院経営都市議会協議会
全国知事会
全国都道府県議会議長会
全国市長会
全国市議会議長会
全国町村会
全国町村議会議長会
公益社団法人 国民健康保険中央会

趣 旨

今日、我が国は、世界に類をみない少子化・超高齢化・人口急減という大きな課題に直面しています。そうした中で地方創生を実現するためには、地域医療の確保は不可欠です。

すなわち、地域医療なくして地方創生なし、といえます。

現在、地域において地域医療構想の策定が行われる中、我々自治体病院は、地域医療全体を俯瞰しつつ、患者中心の効率的かつ質の高い医療提供体制を構築する一環として、地域の医療介護ニーズに的確に対応し、病診連携、医療介護連携の推進を図る地域包括ケアシステムを実現するため中心的役割を担っていくことが求められています。

自治体病院は、都市部からへき地に至る様々な地域において、行政機関、医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命としております。

いまこそ自治体病院が地方創生に向けて更にその使命を果たす時です。

テーマ

地方創生と地域包括ケアを推進するために
ー我々が中心となり地域を守ろう!!ー

参加者

約250名

開会あいさつ



■全国自治体病院開設者協議会

会長 西川 一誠 福井県知事

皆さん、おはようございます。

自治体病院全国大会2015「地域医療再生フォーラム」の開催に当たりまして、主催者を代表いたしましてご挨拶を申し上げます。

今日のご多忙にもかかわらず、また、全国各地から多数ご参加を賜りました。厚くお礼申し上げます。また自治体病院議員連盟の細田博之会長先生、また総務省大臣官房審議官の亀水晋様、厚生労働省大臣官房審議官の梅田珠実様には、公務でございますが、ご来賓としてご多忙の中、ご出席を賜り厚くお礼申し上げます。

今朝方、自治体病院議員連盟の総会が開かれました。細田会長初め多くの議員が出席される中で、自治体病院の厳しい現状、様々な課題等についてご要請をし、関係

省庁からもご説明があったところ
であります。細田会長におかれま
しては熱心にご要望を聞いていた
だき、ありがとうございます。
お礼申し上げます。

今日お集まりの自治体病院の皆
様方には、地域医療の確保推進に
日夜ご努力をいただき自治体病院
の運営にご尽力をいただいている
ことに対し、心から感謝と敬意を
あらわします。

さて、現在、都道府県において
は地域医療構想の策定に向けて作
業を進めております。この構想
は、団塊の世代が75歳以上となる
2025年に向けて、高度急性期から
在宅まで切れ目のない医療実現を
目指すものでありまして、自治体
病院の役割はますます大きくなっ
ております。一方で病床数の削減
というのでしょうか。あるいは税
金の問題とか、様々悩ましい課題
がどんどん我々に向かってやって
くるような感じもありまして、こ
れをいかに解決し、この問題に挑
戦していくかというのが重要であ
りまして、力を合わせていろんな
問題に取り組み、また、地域の課
題それぞれ違うと思いますので、
解決をする重要な役割を皆さんお
持ちでございまして、ぜひとも
よろしくお願いしたいと思うので
あります。

全般的に自治体病院は、地域医
療改革への対応、診療報酬の適正
対応、消費税制度の改善、医療提
供体制改革のための基金、そして、
地方交付税の確保など大きな課題
がまとめてみますとあるわけであ
ります。各医療機関におかれまし
ても、不断の経営努力や改善の取

り組みをされておりますが、個々
の開設者や病院だけの努力では解
決が困難な問題がたくさんあるわ
けであります。国の制度やシステ
ムの改善が必要なものもございま
して、このフォーラム終了後、関
係省庁に対し要望を行うことにし
ております。

なお、全国的に地方創生あるい
は人口減少問題が大きな課題であ
りまして、それぞれ、皆さんの自
治体、都道府県、市町村を含めま
して、ほぼいろんな計画が出てま
いったと思いますが、その中で、
医療というのは重要な役割を担う
ということになると思います。

今日の地域医療再生フォーラム
では、元全国自治体病院開設者協
議会の会長で、東京大学公共政策
大学院の客員教授であります増田
寛也先生、知事をされておった岩
手県では、非常にたくさんの自治
体病院がある地域でありまして、
いろんなことをよくご存じかと思
います。

それから、国民健康保険名田庄
診療所長の中村伸一先生、この名
田庄というのは福井県の若狭地域
にある診療所でありまして、我が
福井県であります。ご専門のお二
人の先生のご講演ということでご
期待を願いたいと思います。

また、当協議会副会長で北海
道・奈井江町の北良治町長に座長
をお務め願うことにしております。
地方創生と地域包括ケア推進
についてディスカッションを行う
ことにいたしておるものでありま
す。ぜひとも活発な意見交換が行
われ、それぞれの皆さんの病院の
課題解決の理解のきっかけになる

ことをご期待申し上げます。これ
からも皆様とともに力を合わせ、
地域医療の発展に取り組む所存で
ございますので、どうかよろしく
お願いします。皆様のご健勝、ま
た、お幸せを心からご祈念申し上
げまして冒頭のご挨拶といたしま
す。ありがとうございます。

来賓あいさつ



■自治体病院議員連盟

細田 博之 会長

皆様、おはようございます。本
日は、自治体病院全国大会ご盛会
おめでとうございます。また、こ
の後、地域医療再生フォーラムが
開催されるということで、心から
お喜び申し上げます。

先ほど、朝8時から自治体病院
議員連盟の総会が行われ、そして、
西川会長ほか先生方からも詳しく
お話がございました。そして今、
焦点は消費税であります。消費税
というのは本来、社会保障費に充
てるということで、年金、医療、
介護、そして最近では子育ても含め
て、これに充当するということで
今、税金をいただき、そして増税
をする。そして、再来年の4月か
らは8%が10%になるということ
になっているわけでございますが、
医療費については、その消費
税の引き上げが患者さんの負担の

増につながるようでは、これは本末転倒であります。本来の目的の消費税アップと矛盾するという観点から、これは上げないと、薬価にしても、あるいは患者負担にしても、そういうルールが決まっているわけですので、それは本旨からいうとそれはわかります。

しかし病院の皆様方は百もご承知のように、それでは病院の施設はどうするんだ、外注の検査代はどうするんだ、あるいは注射器とか、その他の様々な材料はどうするんだといえ、当然ながら消費税がかかってくると。そして、それは政府としては、それではその矛盾を解決するために、診療報酬部分で面倒を見ましょうということになったわけでございますが、それでは到底賄えないということから、自治体病院のみならず、あらゆる病院、あるいは個人の開業医の皆さんも含めて大変な負担が増加している。しかもそれが8になっただけで大変なのに、これから10になろうとしているというわけでございますね。

実は消費税は、官庁ではどうしているかということ、消費税増税5から8になるときは、8.1兆円の増収でございました。国と地方に分かれております。しかしその中で、実は公共においては、国とか、国立大学とか、様々な地方公共団体とか、そこは鉛筆も封筒も紙もコピーの機械もコンピューターもみんな買うわけでございまして、それは全部5%から8%になるわけですから、その経費は全部予算に織り込んでいるわけです。今までの庁費は5%にかかってお

ったのが8になるから、何億円さらに要求しますということで、予算上全部認められているわけですね。

ところが病院はそれがありません。そして実際は機材が上がる、また建築費も上がる、負担が大きい。しかし、それは診療報酬でわずかに面倒を見たよということになって、そこに線が引かれている。これが最大の矛盾でありまして、今、税制調査会、自民党の中では、私もいわゆる内部のインナーというグループで、主として今は、公明党の言う10%まで引き上げるんだけど、食料品などは8%に抑えるという品目を作ってくれということで、これは課税上大変な手続が要るので、右往左往しながら案を作っている段階でございしますが、それに加えて、もっと大きな問題は、この医療において診療報酬で賄うようなフィクションが事実上うまく機能していないわけですから、10%になったときにどのように扱うか。かといって軽減税率という考え方は、実は、医療費については大軽減税率が既に適用されてゼロになっているわけです。表面上は。そして、実質負担のところは診療報酬改定によって面倒を見てもらっているというフィクションがありますから、それをまた、全面的に10%に上げてくれ。あるいは、その他いろんな工夫をするというのは大変な衝撃ですし、そういうことは論理的にも最初に申し上げた趣旨からなかなか難しいと。

このことが、この12月の10日ぐらいいまでに税制を決めていかな

てはならないのですが、実は大問題であります。私も、皆様方の苦悩を当然理解をして、税制調査会の中で厚生労働省やその他の医療機関全体の問題として、何とかこの矛盾を解決すべく努力していきたいと思ってます。そのことが皆さんの今や最大の関心事でございますから。

そして、もちろん被災地の救援活動とか、あるいは医師不足、看護師不足にどう対応するかとか、いろいろな統合が行われたり、様々な政策的なことも含めてご努力いただいているわけでございますが、とりあえず私からは最大の問題点について、どうしてこうなっているかということと、それは解決しなければならない問題であるから、これを放置するわけにいかない。8%を10%というのは再来年の4月から上がるわけですから、そのことを皆様方にお約束申し上げ、今、厚生労働省審議官にも、そのことをしっかり対応して案を出したらどうだということを言っておりますので、そのことをまず申し上げましてご挨拶とさせていただきます。今後とも、どうぞよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。



■総務省

亀水 晋 大臣官房審議官

おはようございます。総務省の

亀水と申します。本日の自治体病院全国大会「地域医療再生フォーラム」の開催に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げさせていただきます。

皆様方には、地域の命と安全を守るため地域医療の確保に多大なご尽力をいただいておりますことに深く感謝と敬意を表したいと存じます。

総務省では、ご案内のとおり本年の3月に「新公立病院改革ガイドライン」を策定いたしました。この中で、各地方公共団体に対して厚生労働省を中心に進めている医療制度改革と連携して、新たな公立病院改革プランを策定していただくようにということをお願いしておりまして、今まさにその策定に着手をされていることと存じます。

人口の減少あるいは少子高齢化の急速な進展によりまして医療需要も大きく変化していくことが見込まれている中にありまして、地域においては、効率的かつ質の高い医療提供体制の確保を図るためには、自治体病院におかれましては、各都道府県が策定している地域医療構想を踏まえて、さらなる改革を推進していくことが求められているところでございます。

一方、直近の自治体病院の経営につきましては、先日、平成26年度決算の数値がまとまりましたところを見ますと、会計制度見直しという要素を差し引きまして、平成24年度以降、徐々に収支が悪化している状況が見受けられるという状況でございます。自治体病院が公・民の適切な役割分担のもと、不採算医療や高度先進医療な

どの重要な役割を今後とも、地域において継続して担っていただけるよう、引き続き経営基盤の確保に努めていただく必要があると考えております。

皆様方におかれましては、以上の趣旨を十分にご理解をいただき、今後の医療制度改革や人口減少社会の進展を見据えて、改革プランの策定に取り組んでいただきますようお願いを申し上げます。総務省といたしましても、自治体病院が不採算部門の医療を担っているということを踏まえまして、引き続き自治体病院に対する地方財政措置を講じるとともに、皆様方のご意見等も伺いまして必要な施策の展開を図ってまいりたいと考えております。厳しい状況の中ではありますが、地域医療の確保と自治体病院の経営の健全化に向けて、皆様方のご尽力をお願いしたいと存じます。

本日の地域医療再生フォーラムが実りのあるものとなり、自治体病院が医療の提供を通じて地域の発展に一層貢献されることを祈念いたしますとともに、皆様方のご健勝、ご活躍をお祈り申し上げまして、私からのお祝いのご挨拶とさせていただきます。今後とも、どうぞよろしくお願いいたします。



■厚生労働省
梅田 珠実 大臣官房審議官

ただいま、ご紹介にあずかりました厚生労働省医政担当審議官の梅田でございます。

初めに、本日お集まりの皆様におかれましては、日ごろから、地域住民の生命と健康を守るため地域医療の中核を担っていただくとともに、医療行政に関してご理解とご協力をいただいております。この場をお借りして心から御礼申し上げます。

本年で団塊の世代が75歳以上となる2025年まで10年となります。高齢化により急速に増大する医療需要に対応し、地域の実情に応じた医療を確保していくためには、医療機能の分化・連携を進め、質が高く効率的な医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を図ることが喫緊の課題です。このような状況を踏まえまして、厚生労働省としましては、昨年成立した医療介護総合確保推進法に基づきまして、質が高く効率的な医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域の医療・介護を総合的に確保していくための取り組みを進めております。

まず、病床の機能分化・連携につきましては、本年4月より、都道府県において地域医療構想を策定することとなっております。3月末には策定のためのガイドラインを厚生労働省から発出したところでありまして、各都道府県において策定に向けた議論を進めているところと存じております。自治体病院の皆様方におかれましても、地域医療構想の策定に積極的にご参画いただき、地域における医療提供体制の確保に向

けてご協力くださいますようお願い申し上げます。

また、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくため、特定行為にかかる看護師の研修制度を創設するとともに、医療事故の再発防止を図るため医療事故調査制度を創設し、いずれも本年10月1日に施行されましたので、制度の円滑な実施につきましてもご協力を賜りたいと考えております。

さらに、先の通常国会では、地域医療連携推進法人制度の創設を内容とした、医療法の一部を改正する法律が成立しております。この制度は、地域医療構想を達成する際の1つの選択肢として、複数の医療法人等が統一的な医療連携推進方針のもと、ヒト、モノ、カネの一体的運営により、地域において、良質かつ適切な医療を効率的に提供する仕組みとなっております。今後、施行に向けて政省令等の検討を進めてまいります。

第4次安倍内閣におきましては、誰もが今より、もう一歩前へ踏み出すことができる「1億総活躍」の社会の実現を目指し、「強い経済」、「子育て支援」、「安心につながる社会保障」の新しい3本の矢を掲げております。厚生労働省におきましても、10月に厚生労働省1億総活躍社会実現本部を立ち上げたところであり、医療関係としては、医療機関間の情報連携や、安全・安心に妊娠・出産できる環境の整備等について議論をしていくこととしています。こうした取り組みを通して、国民一人一人が、生きがいを持って充実した生活を

送ることができる社会の実現に取り組んでいく所存であります。医療提供体制の改革の動きが進み、その取り巻く環境も目まぐるしく変化する中で、地域医療の中心的存在である自治体病院の役割はますます重要になると認識しています。

最後になりましたが、地域において必要な医療が確保されるよう、皆様方と問題意識を共有させていただきながら、引き続きご尽力を賜りますようお願い申し上げますとともに、本日、ご参会の皆様のご健勝を祈念いたしまして私からのご挨拶とさせていただきます。今後も、どうぞよろしくお願いいたします。

座長あいさつ



■全国自治体病院開設者協議会

副会長 北 良治

北海道奈井江町長

皆さん、おはようございます。朝早くから、このように多数の方が全国各地からご参集いただきまして、盛会の中に開催されることを心から感謝申し上げますところでございます。座長を務めさせていただきます、今ご紹介がありました北海道奈井江町長の北良治でございます。

自治体病院は、地域住民の皆さんが安心して暮らせるよう、地域医療の充実に向けて日々最大限の努力を傾注しているところでございます。しかしながら慢性的な医師不足や看護師不足、地域偏在等によりまして運営が難しい状態が続いております。私の地元、北海道では、21もの2次医療圏を抱え、この広大な地域における医療スタッフの不足については他の地域と比べ物になりません。そのような中にありまして、2025年に向けて、構想区域ごとに急性期から回復期、在宅医療に至るまで、それぞれの患者の状態に合った医療サービスを提供できるバランスのとれた医療提供体制の構築を目指し、地域医療構想の策定を行っていかねばならないという状況にあります。

さて、こうした中にありまして、今回のフォーラムのテーマにつきましては、「地方創生と地域包括ケアを推進するために－我々が中心となり地域を守ろう－」ということになりました。今日、我が国は世界に類を見ない少子化、超高齢化、人口急減という非常に大きな課題に直面しているところでございます。こうした中にありまして、地方創生を実現するためには地域医療の確保は不可欠でございまして、すなわち、「地域医療なくして地方創生なし」と言えると思います。現在、それぞれの地域で地域医療構想の策定が行われておりますが、我々自治体病院は、地域医療全体を俯瞰しつつ、患者中心の効率的かつ質の高い医療提供体制を構築する一環といたしまして、地域医療、介護ニーズに的確

に対応しながら、病診連携、医療・介護連携の推進を図る地域包括ケアシステムを実現するため、中心的役割を担っていくことが求められているところでございます。

しかしながら自治体病院につきましては、都市部から僻地に至る様々な地域において、行政機関や医療機関、介護施設等と連携しながら、地域に必要な医療を公平公正に提供し、住民の生命と健康を守りながら地域の健全な発展に貢献することを使命とする限り、地域医療の確保が困難を極めます。このような中にありまして、「今だからこそ、自治体病院が地方創生に向けて、更なるその使命を果たすときではないか」というのが今回のフォーラムの趣旨でございます。

そこで、今年は、東京大学公共政策大学院客員教授であります増田寛也先生を皮切りにいたしまして、国民健康保険名田庄診療所長の中村伸一先生のご講演を行いまして、その後、皆さんからご意見をいただくディスカッションに入りたいと思います。また、今日は、実際に病院を運営する立場といたしまして、全国自治体病院協議会の副会長で、病院事業管理者であります北海道砂川市立病院、私が町長を務める奈井江町の隣町でございますが、小熊豊先生にもご参加をいただきます。地域包括ケアの現状の動き、問題点、未来への展望と地域の健全な発展について率直な討論をお願いしたい次第でございます。よろしくお願い申し上げます。



■東京大学公共政策大学院客員教授 増田 寛也 氏

ただいま、ご紹介いただきました増田でございます。

今、北町長さんのほうからお話があったのですが、私も以前、全国自治体病院開設者協議会の会長を仰せつかっておりまして、この自治体病院の問題については長く関わってきた経験もございます。

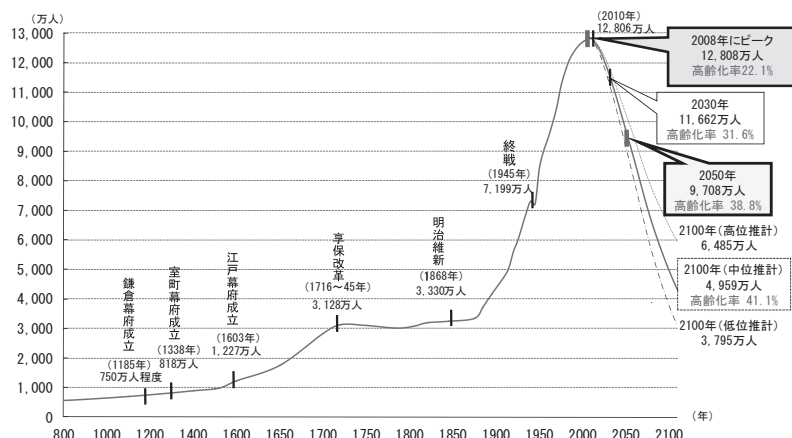
細田先生初めご来賓の各省庁の方々、そして何よりも、全国から自治体病院の行く末について大変問題意識を高く持っておられる皆さん方がお集まりになっておられるわけですが、やはりこの問題には、医師確保の問題等々財政の問題もありまして、様々な問

題もありますが、近年特に目立ってきたことは、人口動態の大変大きな変化、これがまた、自治体の持つております病院について非常に大きな影響を与えてくるということであろうと思います。住民の皆さん方のニーズ、そしてご関心が、こうした病院、いわゆる医療ですとか介護の問題に大変多くご関心をお持ちになってきている。以前は、インフラなどについての要望が大変多かったわけですが、恐らく、今は圧倒的に多くの問題が、自治体の医療・介護体制についてのお話ではないかと思っています。

今日は、後でのシンポジウム等もございますし、また、私以外にも中村先生のほうからのお話もございますので、一応11時10分までということになっておりますけれども、一番皮切りに私のほうで人口の問題について、少し大きなマクロ的な視点からお話を申し上げておきたいというふうに思います。

1 日本の総人口の推移と推計

○2008年の1億2808万人をピークに減少に転換。中位推計で2050年に9708万人となる見通し。



(出典) 2010年以前の人口:総務省「国勢調査報告」、「人口推計年報」、「平成17年及び22年国勢調査結果による補間推計人口」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析(1974年)をもとに国土交通省国土政策局作成
それ以降の人口:国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」をもとに国土交通省国土政策局作成

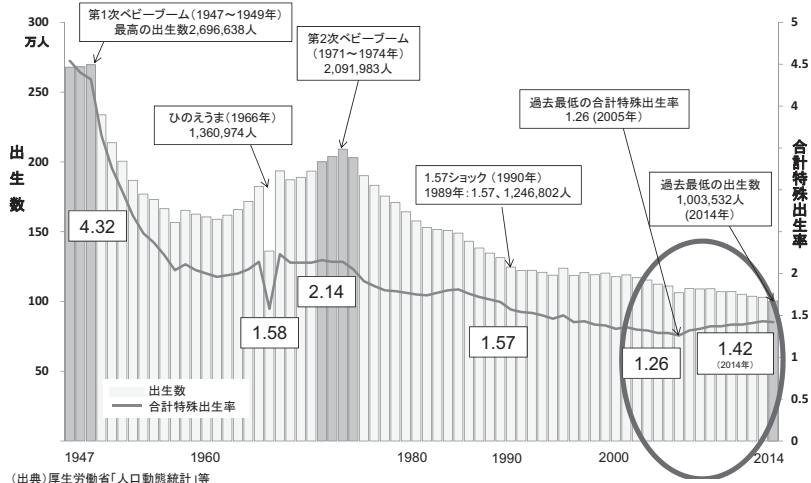
スライド1

各自治体の地方創生についての総合戦略づくりが今、最終盤を迎えていると思います。そういった意味でそれぞれの自治体ごとのデータなども皆さん方の頭に入っているかと思いますが、まず1つは、問題の所在は、全国でいうと、これからの人口の急激な減少については驚くほどの数字がこれから減っていくわけです（スライド1）。

問題の所在は2つでありまして、1つは、子供が生まれなくなっている（スライド2）。これは全国的にそうになっていて、日本の合計特殊出生率は、ずっと低下しており、2005年から8年間やっと少しずつ上がってきたのですが、昨年また低下をしてしまいました。出生数については、率が上昇してもその間も減り続けておりましたので、要は20代30代の出産の一番最盛期である親の数が、団塊ジュニアがもう40を超えたので年々減ってきているので、これが大変大きな原因であります。要は子供が生まれなくなっている。これは全国押しなべてそうであります。もう1つの問題は、たとえ子供が生まれたとしても、都会のほうに出ていく数が大変多い。そして、その都会というのが今、東京圏に極めて多くの人たちが集まってきているということ。しかし、その東京というのは、都道府県別に見ますと、出生率が大変低い地域であると（スライド3）。これは様々な問題、保育所等の数の問題ですとか、それから、特に若い人たちの通勤時間の長さで生活に余裕が持てないとか、住宅事情の問題、出産・子育て・

2 合計特殊出生率と出生数の推移

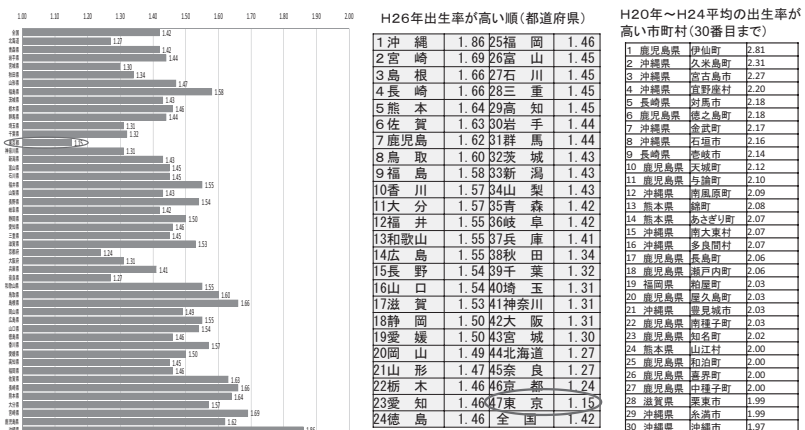
○2014年、出生率は9年ぶりに低下。団塊ジュニア世代（今年41歳）の出産が落ち着きつつあるため。出生数は過去最低を更新。



スライド2

3 出生率の地域差

- 合計特殊出生率の最低が1.15（東京都）、最高が1.86（沖縄県）。九州中国地方が高い傾向にある。
- まち・ひと・しごと創生長期ビジョンでは、若い世代の希望が実現すると、出生率は1.8程度に向上することが見込まれるとされている。2020年に1.6、2030年に1.8、2040年に2.07となると、2060年の人口は約1億200万人になることが予測されている。なお、現在において、出生率1.8以上の市町村は120団体である。



スライド3

教育のコストの問題、様々あるかと思いますが、こういった東京での変著しく出生率が低いという、このことが、せっかく地方で生まれても、地方が人を流出する側に回っていますし、そして、多くの若い人が集まる東京において出生率が低いということによって、全国で人口が減ってきている

ということでもあります。

これを総人口で見ても、実は得られることは多いです。しかし問題はやはり、これを年齢別で見て、「年少人口」、「生産年齢人口」、「老年人口」と、少なくとも3つに分けて見ていく必要があると思うのです。例えばこういう人口動態の冒頭に申し上げました大きな変化

先ほど言いましたように、問題の所在は子供が生まれない。生まれても都会に出ていくということで、この都会に出ていく量の多さというのは、最近また東京への集中が非常に激しくなっておりますし(スライド4)、東京に移ってくる人たちの年代層、地方が出す側に回っていますので、地域からどういう年代層が出ていくかということでもいいですと、圧倒的に10代の後半～20代の前半に集中しています(スライド5)。これは、大学進学、そして、大学を出た後の就職のときに東京に出ていくということでもありますので、この層が実



は何をしたらいいのかという話に
つながっていかない。

したがって気を付けなければいけないのは、こういったある種人口減少による危機の認識というのは、少なくとも、市町村単位で地域の人たちに伝わるようにこの問題を見せていくことが必要だろう。昨年出版しました「地方消滅」

というのも、市町村単位でその変化をお示ししたというのはそういうことでございます。

それと、もう1つ、実は、市町村ごとによって動きが時間軸でいっても変わっていますので、そういう変化を見せていく上でも、市町村単位できちんと把握をすることが大事かと。危機の認識は市町村単位、しかし対策をどう講ずるかというのは、市町村ごとではなかなか狭いので、もっと広域で考えていかなければいけない部分も多いと思います。

仕事の間を基本的には地方で作っていく。しかも若い人たちにとって働きやすい場を作っていくということが大変重要になりますし、それから、医療・介護に従事

している人たちの職場環境、特に介護などは月収も22万円ぐらいで、全産業平均に比べると10万近く安いといわれておりますので、こういったことも改善しなければいけないわけではありますが、医療も、お医者さんの問題もちろん、そうではありますが、そのほか広く医療に従事する皆さん方、OT・PT、様々な方々がチームになって、それで医療ができ上がってくるわけですが、そうした人たちの働く環境というのをどういうふうに確保していくか。これもきめ細かく見ていく必要がありますし、やはりそれは広域で考えないと、市町村単位で仕事の間をいい環境にするというよりは、広域で地域全体で支えている公立病院、自治

体病院をどういうふうに維持していくかという、知恵を出していくということも必要だろう。対策は広域でありますし、それから、時間軸をきちんと踏まえてやっていく必要があると思います。

総じてこれまでは人口減でありますし、これまではお医者さん不足ということが大変大きな課題になってきましたが、地域によっては、厳密に見ておりますと、もう高齢者すらかなり減り始めている地域もありますので、逆に言うと、医療資源が急速に余ってくる地域がこれから地域で出てきます。経営環境から見ると、経営が厳しくなってくるということですが、これまでとは違う形で、いわゆる患者さんがいなくなるということでの

12 「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」の全体像 (平成27年6月30日閣議決定)

参考: まち・ひと・しごと創生本部HP 『「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」の全体像』

I. 地方創生をめぐる現状認識

- 我が国の人口減少の現状
 - 人口減少は歯止めがかかっていない。平成26年の合計特殊出生率は1.42に低下、年間出生数は過去最低(約100万人)。
- 東京一極集中の傾向
 - 平成26年には東京圏へ11万人の転入超過(前年比約1万3千人増)。若年層(特に若年女性)が流入。
- 地域経済の現状
 - 地域経済は、有効求人倍率や一人当たり賃金、就業者数など雇用・所得面で改善。一方、消費の回復が大都市圏に比べ遅れ。人手不足も顕在化。

II. 地方創生の基本方針

一 地方創生の深化

- 国と地方の総合戦略策定から事業推進の段階へ
- 「地方創生の深化」を目指す
一 ローカル・アベノミクスの実現一
 - ① 「稼ぐ力」を引き出す(生産性の高い、活力に溢れた地域経済の構築)
 - ② 「地域の総合力」を引き出す(頑張る地域へのインセンティブ改革)
 - ③ 「民の知見」を引き出す(民間の創意工夫・国家戦略特区の最大活用)
- 新たな「枠組み」「担い手」「圏域」づくり

III. 地方創生の深化に向けた政策の推進

- 地方に「しごと」をつくり、安心して働けるようにする
 - 生産性の高い、活力に溢れた地域経済実現に向けた総合的な取組
地域の総力を挙げた地域経済好循環拡大に向けた取組 等
 - 観光業を強化する地域における連携体制の構築
地域の資源を活用したコンテンツづくり 等
 - 農林水産業の成長産業化
農業生産現場の強化、林業の成長産業化 等
 - 「プロフェッショナル人材」の確保等
「プロフェッショナル人材戦略拠点」の整備、人材還流政策間の連携強化
- 地方への新しいひとの流れをつくる
 - 地方移住の支援
地方移住を希望する国民のニーズに応える体系的・一体的な支援
 - 「日本版CCRC」構想の推進
高齢者の希望実現・地方移住支援等の観点から日本版CCRC構想を推進
 - 企業の地方拠点強化等
本社機能の移転や地方での拡充に取り組む事業者への支援
 - 政府関係機関の地方移転
地方が目指す発展に資する政府関係機関の移転検討
 - 地方大学等の活性化
意欲と能力のある若者が地方に残り活躍する環境整備のため地方大学等を活性化
- 若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる
 - 少子化対策における「地域アプローチ」の推進
地域の「見える化」の推進(「地域指標」の公表) 等
 - 出産・子育て支援
「子ども・子育て支援新制度」の円滑かつ持続的な実施 等
 - 働き方改革
若い世代の経済的安定、国による支援
- 時代に合った地域をつくり、安心な暮らしを守るとともに、地域と地域を連携する
 - まちづくり・地域連携
ひとの流れと活力を生み出す地域空間の形成、空き家対策等既存住宅ストックの有効活用 等
 - 「小さな拠点」の形成(集落生活圏の維持)
地域で暮らしていきける生活サービスの維持・確保 等
 - 地域医療介護提供体制の整備等
地域医療介護提供体制の整備、雇用労働環境の変化に対応したサービス構造の改革
 - 東京圏の医療・介護問題・少子化問題への対応
東京圏の医療・介護問題への対応、東京圏の少子化問題への対応

IV. 地方創生に向けた多様な支援

- 支援の基本方向
- 支援の拡充
 - 情報支援(地域経済分析システム(RESAS)によるワンストップでの官民ビッグデータ活用支援、新たなデータ分野の追加、国民への広報・普及)
 - 人的支援(地方創生コンシェルジュ、地方創生人材支援制度、地方創生人材プラン(仮称))
 - 財政支援(まち・ひと・しごと創生事業費、新型交付金の創設、各種補助金等)
- 広報周知活動

経営の厳しさというのも出てくるわけですから、こうした変化というのを、時間軸を見て地域ごとに見ていく必要があると思います。

また、もう一度少し医療から離れて人口減の問題に戻りますと、それに対しての対策をどうしていくのか。国のほうでも、地方創生、石破大臣のところの対策の全体像などが出ておりますけれども（スライド6）、その後、加藤大臣の1億総活躍というのがあって、かなりオーバーラップしているので、両方が相乗効果で国がきちんと取り組んで成果を出してくれればいいと思うのですが、ただ、こうした人口減についての対応策というのは、私は、行政でやるというのは、方向性をきちんと指し示してどっちの方向に向かうのか、若い世代の働く環境をどれだけよくしていくのか。大きな方向性を出していくことが大事で、主役はやはり民間だと思います。働く環境というのは、民間が多く働く人たちを抱えているわけです。そこがどれだけ変わるかどうかということが今回実は問われているわけがあります。

これからのことでいうと、どういうことをやっていくべきか。石破大臣のところで昨年暮れにまとめ、今年6月、1回改定をしたものでありますが、また来月に、もう一度国の総合戦略を改定をすることになっております。地方自治体の総合戦略がかなりでき上がってきたので、それを見てさらに中身をより向上させるということですが、大きな方針は変わらないと思います。「地方に仕事をつくる、そ

して、安心して働けるようにする」、「地方への新しい人の流れをつくる」、「若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる」、そして「地域と地域を連携する」。

こういう4つの柱ですが、私流に同じことですが言いかえしますと、1つ目は、子育て環境をとにかくよくしていきましょう。結婚・出産・子育て・教育も含めて、全てにおいて手厚い国の支援策というものを作っていく必要がある。結婚という非常にデリケートな問題、あるいはさらにその前の婚活も含めて、日本の場合には、子供が生まれるためには結婚をしてもらわないと子供はなかなか生まれません。事実婚という形態では日本はないわけですので、したがって婚活なども、自治体で必要であれば、その判断で取り組む必要があると思います。

2つ目は、仕事の間あるいはその前段としての学ぶ場を、どれだけ地域、地域できちんと強いもの、いいものにしていけるか。

3つ目は、これは医療・介護の中でもこれから問われてくると思うのですが、若い看護師さんや若い介護士さんをこれから獲得しようというのは非常に難しくなってきました、取り合いになってくると思います。そのときに地域で、まだまだ社会に貢献したいと思っているのは高齢者の皆さん方、ここは数が多いですし、元気な方が大変多いですし、いろいろな経験も持っている。例えばですけれども、これは医療の現場でどういうふうにこういった人たちの力を活用していくかというのは、また、地域、

地域でいろいろ工夫が必要になります。これはお医者さん初めいろいろな方々の意見を聞きながらということですが、例えば介護の現場でいいにしても、大変な重労働で、入浴介助をするときに若い人でも腰痛で苦しむようなそういう現場ですが、最近よくいろんなところで取り上げられています、介護スーツとか、そういう入浴介助をアシストするような介助補助器具ですとか、まだまだ、以前は高価だった物が非常に利便性の良い物が出てきていますから、余力を持っていない女性だったり高齢者でも、そういう物を使って補助業務ができるようになりました。大分人材だけに頼っているところが変わってくるだろう。そういうこともこれからいっぱい取り入れていって、少しでも現場の人を奪い合うようなことを緩和させていく必要もあると思います。

それから、地域医療ビジョン、地域医療構想を作っていく中で、いろいろと今、地域、地域の工夫をしておられると思うのですが、日本全体では急性期のベッド数が大変多い。実は、私も入ってありました医療の検討会議の中で、全体としては急性期のベッドを減らして、足りないのは回復期ですので、そちらのほうはふやしていくわけですが、それと、全体のベッド数を、これはどうしても財源に引っ張られているところもあるのですが、削減をする。特に、地方を減らしていくと。東京は、実は今のままですと足りなくなってくる。東京の周辺が特に足りなくなってくるのですが、そこをこれか

らどうしていくのか。そっちにベッド数をどうしても今のままですと寄せていかなければいけないということですが、全体としては、住みなれた地域での在宅医療も手厚くしていくということですが、ぼつん、ぼつんと住んでおられる所で在宅医療をするというのは、これはこれでまた、基本はそういうことでしょうがなかなか難しさもあります。できるだけ集住ということが合意形成で可能であれば、より集住をしていただいて、そして在宅医療も、できるだけ限られた医療資源の中で、それができ上がるようなそういう工夫も必要だろうと思います。

いずれにしても医療・介護の現場というのは、地域の仕事の間としては大変貴重なものでありますので、働く場としても非常にこれからいい場として、そこを必ず残していくということが私は必要ではないか。いたずらにベッドを本当に減らすということがいいのかどうかというのは、また、地域の医療ニーズを踏まえながら冷静に考えていかなければいけないと思っています。地方の仕事の間として医療・介護が大変重要だと思えますが、一般的に地域の産業全体で見れば、製造業が強いところ、農林水産業や観光が強いところ、そして、医療・介護も入っているサービス産業が主力になっているところと、様々あります。

製造業については、一言で言えば、イノベーションによってよりそこを強いものにしていく。農林水産業や、あるいは観光などは、ブランド化ということがより求め

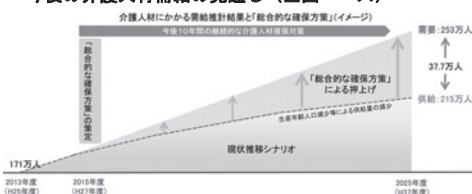
1 1 東京圏で今後必要な医療介護人材の見通し

○2025年には東京圏で80～90万人のマンパワーが必要。ICTやロボット
の活用に加え、保育と介護など保有する資格が相互に活用できる
マルチタスク型人材の検討が必要。

【医療・介護に係るマンパワーの全国の必要量の見通し】

	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度 改革シナリオ
医師	29万人	32～34万人
看護職員	141万人	195～205万人
介護職員	140万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	120～126万人
介護その他職員	66万人	125～131万人
合計	462万人	704～739万人

今後の介護人材需給の見通し（全国ベース）



今後全国で、約240～280万人のマンパワーが必要。

1/3が東京圏で生じるとすると、約80～90万人の増加が必要。特に、
介護職員：30万人
看護職員：20万人 が必要。

※介護人材については、全国でも38万人が不足する。

「人材依存度」の引き下げが急務

「2025年に向けた介護人材に關する需給推計(確定値)について」厚生労働省(平成27年6月24日発表)

スライド7

られると思いますし、サービス産業は、産業的な目で見れば、どうしたって生産性をより向上させることができるかどうか、ということになると思いますが、医療・介護というのは、対人サービスの中でも、非常にきめ細かな対応が必要になってくるわけでありまして、経済原則だけでは当然ないわけです。ただ繰り返しになりますけれども、驚くほどの人口減少、そして人材不足、これは東京圏が特に逼迫をするのであえて入れてありますが、医療・介護についての全国の必要量、要するに不足する部分がどのくらいあるかというと、これは以前、厚生労働省が社会保障改革に関する集中検討会議に出した資料、それによっても、これから今後10年間で2025年までに、医療・介護合わせると240～280万人ぐらいマンパワーが必要となっています（スライド7）。ですから、東京圏ではその3分の1ぐらいを担わざるを得な

いので、80～90万人がまだ必要となっています。

それから、同じ厚生労働省から出ていますが、今年の6月に厚生労働省が概数からより精査をして、この数字だろうということで、特に介護について、全国でこれからどうやっても38万人ぐらい不足しますと。今、介護人材は約170万人だと思えますが、10年間でいろいろな手立て、養成を図って、215万までは増やせるのですが、実際の実需が253万なので、大体38万人不足する。こういう資料も発表しております。

要は、申し上げたいのは、医療・介護人材が非常に足りなくなることについての完全な手立て、めどがついていないということでありまして、この問題をどうするか。先ほど言いましたように、高齢者の皆さん方で補えるところ、場合によっては外国人の問題についても議論しなければいけないと思いますし、それから、ただただこれ

を地域で受け身で考えるのではなくて、より良い医療を考えていく上では、もう少し住み方というのを考えて、より集住をして、その中で医療を貫徹できる。地域全体をつぶすわけではないですが、集落ごとで全部維持できないとなると、その拠点的なところにいろいろな資源を集めて、それで、もう一度全体の医療をきちんと維持することを考えるということも、これからは必要になってくるのではないかと思っていますところであります。

今日、私のほうで持ってきたデータの中で特に考えなければいけないのは、その中でやはり、当面の人口減少の問題、あるいは労働力、医療・介護人材の不足の問題。そして、これは何も国家が上から押しつけるということではなくて、若い夫婦が、本当に心から子供を出産したい。そして家庭を持って、すくすくとその子供たちを育てていきたいと思えるような、そういう環境をきちんと整備すること。日本では、人口を増やすというのは私は無理だと思いますが、人口の減り全体を緩やかにしていく。そして、いわゆる人口のピラミッドと言われているのが、今、日本の場合には逆ピラミッドになっていますが、それをせめて長方形のような形できちんとした形で戻す。

ちょっと誤解のないようにいいますと、人口を増やすのは無理だというのは、総人口で見ればそういうことですが、やはり出生数をできるだけ回復するということは、時間をかけてでもきちんと果

14 その他主要国との国際比較（データ編）

	日本	フランス	イギリス	スウェーデン	ドイツ	アメリカ
女性の平均初婚年齢	29.2 (2012)	30.8 (2011)	—	33.0 (2011)	30.2 (2011)	25.8(注1)
第1子出生時の母親の平均年齢	30.3 (2012)	28.6 (2006)	30.6 (2010)	29.0 (2011)	29.0 (2011)	25.1 (2005)
婚外子の割合 (2008年)	2.1%	52.6%	43.7%	54.7%	32.7%	40.6%
長時間労働者の割合 (週49時間以上) (2012年)	計22.7% 男性31.6% 女性10.8%	計11.6% 男性16.1% 女性6.5%	計12.0% 男性17.3% 女性5.8%	計7.6% 男性10.7% 女性4.2%	計11.2% 男性16.4% 女性5.0%	計16.4% 男性21.8% 女性10.2%
夫の家事・育児時間 (2006年)	1:00	2:30	2:46	3:21	3:00	3:13
家族関係政府支出の対GDP比(2009年)(注2)	0.96%	3.20%	3.83%	3.76%	2.11%	0.70%

資料出所:

女性の平均初婚年齢: 日本は厚生労働省「人口動態統計」、フランス、スウェーデン、ドイツはEurostat
第1子出生時の母親の平均年齢: 日本は厚生労働省「人口動態統計」、欧州はEurostat、アメリカはCenters for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics "National Health Statistics Report" (2012年3月22日)

長時間労働者の割合: 「ILOデータベース」

夫の家事・育児時間: Eurostat "How Europeans Spend Their Time Everyday Life of Women and Men" (2004), Bureau of Labor Statistics of the U.S. "American Time-Use Survey Summary" (2006), 総務省「社会生活基本調査」(2006)

家族関係支出の対GDP比: OECD "Social Expenditure Database"

注1) アメリカのデータは2006年から2010年までの平均値

注2) 家族関係支出の対GDP比率は、支出のみの数値であり、税制による控除等は含まれない。

スライド8

たしていかなければいけないと思います。

そうしますと、働き方についての比較の表があります(スライド8)。一番左側が日本ですが、日本の場合には長時間労働で働かされている割合が諸外国に比べると非常に高い。したがって先ほど言いましたように、この問題の主役は民間であって、民間の働く場の環境を大いに変えていく。これは何も、地方の大企業ということではなくて、地方の中小が余計問われているところかもしれません。産休ぐらいいはまだとることができても、育休になると、しかも亭主が育休をとると、完全に変人扱いされてとんでもないということにつぶされる。マタハラ訴訟なんていうのがこの間新聞にも出ておりましたのですが、こういった環境を変えないと、今は地域での出生数も増えていかないと思います。

総人口は減っていくことは、こ

れは止められないわけですが、ただ出生数だけは、少なくとも、今よりは少しでも伸びる方向に持っていかなければならないとすれば、長時間労働の問題ですとか、その下に夫の家事・育児時間、これになると、私なんかは本当に下を向くしかないのですが、平日に夫が家事・育児にどれだけ協力しているかの平均時間が書いてあります。実は、この長さが、第一子ではなくて、特に第二子、あるいは第三子の誕生に非常に影響しておりまして、日本でも、夫婦によって3人4人子供を出産している夫婦がありますが、それは、ほとんど多くの場合は夫の家事・育児への協力時間が非常に長い。この2006年のデータでも、日本の場合には非常に短いわけで、こういったことは家庭内で多分処理できなくて、まさに働く環境ということになります。このあたりをきちんと変えられるだけの企業、働く場になっていかなければいけない

と思います。

皆さん、今日、自治体関係者が多いと思いますが、自治体自体も1つの事業所でありますので、率先して役場の周辺の会社が見習うような、そのモデルとして、自治体で働く職員の皆さん方が、本当に産休・育休、それから、普段も子供がいる職員の人たちはきちんと家事・育児をとれるぐらいの、そういう時間を周囲の協力で見出していくような、そういうことになっていなければいけないということだと思います。

一番下に家族関係政府支出、いわゆる少子化対策の予算がいかに日本の場合には少ないのか。この2009年で、日本の場合にまだ、1%切って、0.96になっていますが、今は少しこれが増えて、1.3%ぐらいまで増えましたが、圧倒的に予算が足りない。私は、少子化対策予算というのは、自治体のほうでいろいろ乏しい財政を工面されて、保育料の減免とか、あるいは乳幼児医療費助成等やっておられますけれども、基本は、ヨーロッパでも少子化対策に成功している国は、国家がこういう少子化対策の予算をきちんと用意をしているということでありますので、しかも多い国は、GDP比の中で4%近く、3%台の後半の予算を確保しているということですので、これから1億総活躍、あるいは地方創生ということがまさに問われるわけですが、このあたりの国の姿勢は大いに問われるべきだろうと思います。

ただ、もう1つ考えなければいけないのは、こういう少子化対策

16 「小さな拠点」

- 複数の集落が散在する地域において、商店、診療所などの日常生活に不可欠な施設・機能や地域活動を行う場を、歩いて動ける範囲に集め、各集落とのアクセス手段を確保した地域の拠点
- 小さな拠点づくりに取り組む地域団体・NPO等が交流し、情報交換を行うことのできるプラットフォームを整備し、小さな拠点づくりの普及・拡大を図る



スライド9

予算を増やすといっても、日本の場合には結局は高齢の予算ですね。高齢者に対しての年金・医療・介護、このあたりをどれだけ合理化してそこから少子化対策予算を生み出すかという、そういうことをしないと、今、財布に全くの余裕がない状況で結局はそういうことになるわけですから、医療・介護のほうについて、どれだけ無駄を省くかということが問われると思うわけであります。

あと少し時間が限られてきましたので簡単に申し上げますが、住まい方も集住ということを言いました。これについては、中山間に住んでいる人たちが都会におろすのか、というような話もあるのですが、結局、そういう住み方の変更というのは日本の場合にはなかなか難しいわけです。合意形成がこの問題は基本になければいけないと思いますけれども、ただ、効率的な医療を展開していく上では都市部は都市部でコンパクトに。

これは東京も含めて、東京の実態を見ても、東京の場合には鉄道沿線、駅を中心に住宅地がワッと広がっています。特に高齢者の住まい方は、駅から20分とか30分徒歩で歩かなければいけないような所になかなか残っている場合があって、これを空き家を中心どれだけ駅のそばに集めてこられるか。それから今、パワーポイントで出している「小さな拠点」という考え方がありますが（スライド9）、都市部よりも中山間地域において、これは概念的に旧役場があったところに様々施設、郵便局は全部ユニバーサルサービスが義務づけられていますが、それ以外のものもできるだけ集約化をして、地域全体の機能を残そうということになっております。限られた資源を有効に活用するという工夫は、必ず自治体、それぞれの地域で問われてくることになるだろうと思います。

繰り返しになりますが、やはり

17 人口減少社会 → 既存の制度・法体系にとらわれない

- 1、全国一律 → 地方独自
- 2、支えられる高齢者 → 支え合う高齢者
→ 活躍する高齢者
- 3、少子化対策 → 「出産後」から「婚活後」へ
- 4、街づくりについて → 「機能純化」から
「多機能混在」へ
- 5、中央官僚、地方の行政官 → 地方政治
- 6、経験、勘 → データに基づく推計

スライド10

こういったことを行うと同時に、全体とすれば、高齢者の数もこれからかなり減ってくるということ、大きな環境変化を見ながら、時間的な経過で、これから10年には何をしていくのか、その次の10年には何をしていくのかということを、きちんと地域ごとに捉えていくということが必要だろうと思います。

最後に少しメモ的なものを入れてあって、これをご説明して話を終えたいと思います（スライド10）。

今回の人口減少について、全国一律で考えるべきではなくて、地方のそれぞれで考えていくべきことであるのは当然でありますし、高齢者の問題も、ただ単に支えられる、受け身ということではなくて、非常に元気な高齢者が多いわけですから、高齢者自身が支え合う。あるいは高齢者がもっと若い人たちの保育を支えとか、いろいろな役割を果たしていく、そういう世界を作っていくべきだろうと思います。

それから、少子化対策について

は、出産後というよりはもっと前の婚活ぐらいから本当に取り組んでいく必要がある。これを余り行政がいろんな形で振りかざしていくと、押しつけだと、戦前の産めよ増やせよに戻すのか、という批判を浴びるので、ここの加減というのは非常にデリケートな問題です。ただ、今のままですと、冒頭申し上げましたようにこれだけ出生率が低下をしてきて、結局、少子化のわなが今現実起こっているわけです。ここで出生率が少なくとも、2005年から8年間ずっと継続して伸びていったわけです。だけど出生数が減ってきているわけです（スライド2）。というのは、今一番出産の中心年齢というのは、日本の場合には初婚の平均年齢が30ですから、30～40ぐらいが一番大事な時期かと思えますけれども、これだけ年々減ってきているわけですから、実は、今ちょうど出生数は100万まで落ちてしまいました。出生率も一昨年から昨年また、1.43から1.42に減るといふ厳しい局面ですが、仮に今回のことによってうんと出生率が上

がったとしても、何しろ親がこれだけ少なくなってくるので、出生数自体をこれから増やすというのは本当に至難のわざであるのは間違いありません。

実は国際的に見ると、出生率が1.5を割った国でこれまで回復した国はないということでありまして、地域から小学校がなくなれば、そこで若い夫婦が子育てできなくなるのでそこにも来なくなるし、それまでそこにいた夫婦は、もっと別の所に移っていくというような、いわゆるこれが少子化のわなと言われているようなものですが、それが随所に実は日本に出てきているわけです。そうはいっても、この問題は必ず解決していかなければいけないわけです。数にとらわれ過ぎてもよくありませんが、ただ、現実には非常に厳しい状況があるということも紛れもない事実で、これが医療・介護をどうやって若い世代が支えるかという、昭和36年にでき上がった、世界に冠たる今の日本の社会保障制度、医療制度、国民皆保険というものを、根っこから崩しかねない状況になっているので、ここは全ての知恵を出し合って、そして、日本の立派な医療制度を守るための切りかえの時期にしていくべきと思っているところであります。

今日は、本当に私も久しぶりにこの会に出席をさせていただくわけでありまして、私が会長をしておりましたときから、北町長さんにはずっと支えていただいております。この後、また、シンポジウムの機会もありますので、そこでいろいろご質問等にもお答えした

いと思いますが、冒頭の問題提起として私のプレゼンは以上にさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。



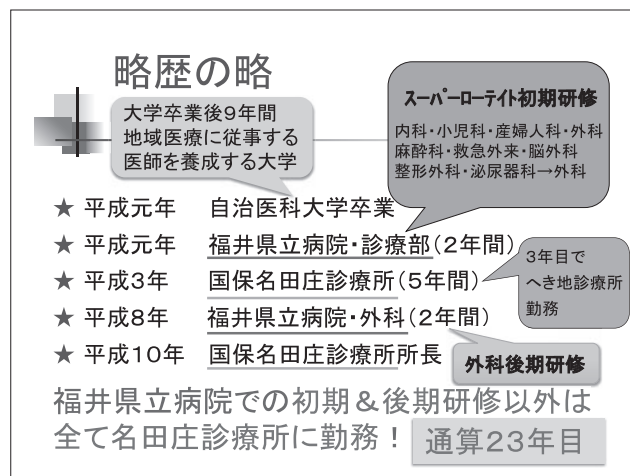
■国民健康保険名田庄診療所所長
中村 伸一 氏

今回の地域医療再生フォーラムは「我々が中心となり地域を守ろう」ということですが、我々の中に私も入っているつもりでいいのかなということで、お話しいたします。私は僻地の公的な無床診療所の医師ですが、その私にとっての地域医療、ここでいう地域医療は広い意味での地域医療ですので、地域包括医療・ケアとお考えください。最初は義務で行ったわけですが、やりがいを感じて責任を負うようになりまして、やがては教育するようになりまして、それを広報伝道するようになりまして、今は制度設計に関わっております。何の制度設計かというのと、総合診療専門医、その制度の設計です。

旧名田庄村についてですが、福井県はオタマジャクシのような格好をしていますけど、このオタマジャクシのしっぽのところに位置し、京都府に接している、そんな地理的な環境です（スライド1）。平成18年の3月に原発立地自治体である旧大飯町と合併して、現在は、おおい町名田庄地区という所



スライド1



スライド2

です。

人口は減っています。それと高齢化率は高くなっています。少子高齢化が進んでいます。

医療機関は当診療所のみで、一番近い総合病院は公立小浜病院、そこまで車で25分という環境です。

平成元年に私は自治医科大学を卒業しましたので、卒後9年間、福井県庁の職員として県庁の人事で県内の地域医療に従事することになります（スライド2）。最初の2年間は福井県立病院でいろいろな科をグルグルと回って、最後の半年外科におりまして、卒後3

年目に旧名田庄村に勤務することになり、そのエリアでは医者が自分1人しかいないという状況になりました。普通は1年か2年で人事異動で交代するわけですが、僕はそこが気に入ったので5年間ずっといさせてもらって、義務の最後の2年間は福井県立病院に再び戻って、ここでは外科だけをやっておりました。義務が明けた10年目からは、今度は自らの意思で名田庄診療所に戻ったということで、これまでの医者になって27年間のうちの初期研修、後期研修の4年間以外は全て名田庄診療所に勤務しておりまして、名田庄で通

算23年目になります。

最初は福井県庁の人事で名田庄診療所に来たのですが、その当時の診療所はこのような感じの診療所でした。

1日の平均患者数は一応、65人程いまして、レントゲン、エコー、胃カメラ、大腸ファイバー、医療機器がそこそこ揃っていました。ですが3年目で医者1人のところにポーンと行くというのは、最初のころは本当に不安でした。今になって考えると、そんな不安な医者に診察してもらう患者さんはもっと不安だったと思います。でも皆さんよく本当にお付き合いしてくださったと、今では感謝しています。

建物は地区の集会所以下のレベルのぼろい建物でしたけど、診療所から100メートルぐらい離れた所には、ウッディーで結構おしゃれな建物がありました。これは何かというと、実は下水処理施設なのです。それと見比べてもぼろいような診療所だったので、えらいところ来ちゃったなと思いました。しかもその当時の名田庄村というのは、いわゆる保健センターがなかったのです。役場の住民福祉課の保健師というか、当時は保健婦ですね。その保健婦の机の上が保健センターみたいなもので、福祉の中心は社会福祉協議会が老人福祉センターを運営していましたし、診療所はこんな所にあって、それぞれ、施設は点在していて、連携もお粗末だったので、平成3年当時の名田庄村はハードもソフトも実に貧弱な状態でした。田舎だから、僻地の無床診療所だから

名田庄赴任直後で感じたこと

- ★ 屋号で呼び合う風習 ○○べえ △えもん
- ★ 家族のつながりが強い：3～4世代同居
- ★ 「家で死にたい」と望む人が多い
- ★ 家族もそれを支えたいと感じている

在宅を支えたい

スライド3

できないことってたくさんあるわけですね。だからこそ、できることって実はほんのちょっとしかないですけど、でもそこを大切にすることが重要ではないかなと思っています。

赴任してしばらく地域の人たちとお付き合いしていくと、わかったことがあります（スライド3）。いまだに屋号で呼び合う風習があるのです。何べえとか、何えもんとか。それと、家族のつながりが強くて3世代4世代同居が当たり前のようにしてあるのですね。高齢者にいろんな話を聞くと、家で死にたいと望む人がほとんどです。もちろん、皆さんそうなるわけではないですが、家族もできるだけそれを支えたいと、この地域では皆さん思っているわけです。そんな人たちとお付き合いするうちに、病気や障害を持っても家で暮らす人たちを支えたいと、若いころ強く心に思うわけなのです。

ところが往診とか訪問診療に行ったときに、長年寝たきりで、3年間お風呂に入っていなかった92歳のおばあちゃんがいて、僕らが

訪問するたびにこんなことを言うのです。「死ぬまでに一度でいいから風呂に入りたい」と。ですがこの当時の名田庄村には、まだ、介護保険が始まるずっと前、措置制度のころですけど、それでもデイサービスのような、寝たきりのお年寄りをお風呂に入れてあげるシステムは当時なかったのですね。そこからやりがいを感じたのは、保健・医療・福祉の他職種との連携、住民のボランティアの方たちと一緒に仕事をしたことでした。

あのおばあちゃんをお風呂に入れてあげたいということは、みんな思っていました。当時の役場の住民福祉課と、うちの診療所と、社会福祉協議会の全職員で「健康と福祉を考える会」というのを作って、本当におばあちゃんをお風呂に入れる。その一心だけで三者の連携が始まりました。

ですがいきなり超高齢者をお風呂に入れるのはちょっと危険なので練習をしたんですね。どんなふうに練習したかという、当時、一番年長者だった社会福祉協議会

の事務局長を、海水パンツ一枚にして、片方の手足を縄でくくって人工的に片麻痺老人にしてお風呂に入れたと、それをみんなでビデオに撮って、反省会を開きながら手づくりでデイサービスを行いました。訪問看護もすぐに始めましたし、今でいうケアカンファレンス、当時、事例検討会と言っていました、今でも続いています、医師・看護師・保健師・ヘルパーだけではなくて、役場の福祉担当者も交えてカンファレンスを行った。これが非常によかったです。

いわゆる健康祭も共同開催、そして在宅ケア講座も共同開催いたしました。

在宅ケア講座を受講した人の中からこんな声が上がってきたのです。「中村先生、先生の講義は飽きたからもういい。何か手伝わせてよ」という、非常にありがたい声が出てきて、「じゃあデイサービスを手伝ってくれる？」と言ったところ、「よっしゃ任しとき！」という元気なおばさんたちが出てきたのです。デイサービスのときの入浴時の衣服の着脱とか、昼食の調理を手伝ってくれる「やすらぎ会」というボランティアグループができました。

この方は初代会長の山本幸子さんという方で、今の会長は3代目なので世代交代は進んでいます。この山本さんが、一番最初のボランティアグループの会合でみんなを前にしてこんなことを言いました。「ええかあんたら。元気なうちにお世話して、へたってきたら（弱ってきたらという意味ですね）素直に人のお世話になるんやで」

と言っていました。

プライドの高い人というのは、人のお世話をするのはいいけど人の世話にはなりたくないと言うのです。でもそれじゃあだめだ。いつか自分たちもお世話になるんやから、今のうちにお世話して、このボランティアの仕組みを作っていこうということを言っていたのです。すごい立派な考え方だと思います。これは「情けは人のためならず」ということをそのままおっしゃっているのですよね。これ、後にわかるのです。私はそのときわからなかったのですが、10数年たってわかるのです。最初のころボランティアグループで参加していた女性が、その後、脳梗塞後遺症で要介護4でデイサービスの利用者になるのです。10数年たつとそういうことがわかってきます。

それと、この当時、一番福祉とか医療に熱心だった村会議員さんがおられたのですが、本当に愉快で素敵なおじさんでしたけど、その村会議員さんが、神経難病で、大脳皮質基底核変性症という治療

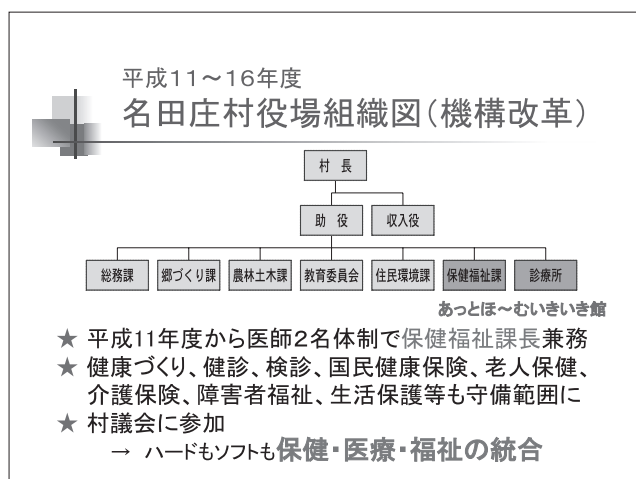
法のない神経難病になって、要介護5で、亡くなる1週間ぐらい前までこのデイサービスを利用してくださいました。まさに情けは人のためならず。

こういったことを多職種連携とか、ボランティアグループを巻き込んで地域包括医療・ケアをやっていますと、自然とボランティア・職員が一緒にいて、みんなが集う場が欲しいということになって、自分たちの保健・医療・福祉の城を作ろうということになりました。それから7年間ぐらいかかりましたけど、平成11年に、今現在、私が働いている保健・医療・福祉の総合施設「あっとほ〜むいきいき館」ができました（スライド4）。診療所のほかには保健センター機能もあって、役場の保健福祉課がこちらに移ってきます。開業医の歯医者さんには場所を提供して、高齢者用の居住スペースもあって、デイサービス・ホームヘルプを社協が行うということです。

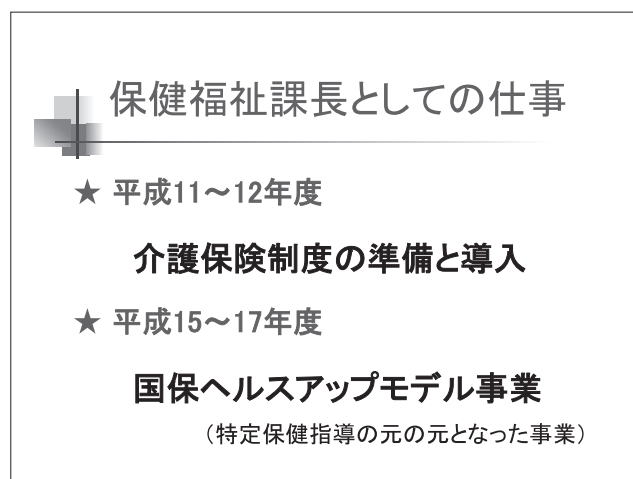
オープンと同時に結構重い責任を負うことになりまして、村長の



スライド4



スライド5

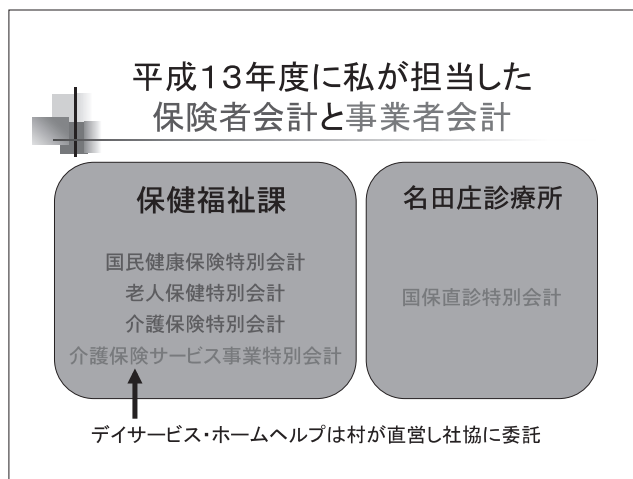


スライド6

命令で、私は保健・医療・福祉の総括責任者に命じられました(スライド5)。つまり、診療所長だけではなく保健福祉課長を兼務することになったのです。ですから、健康づくりや各種健診、検診、国民健康保険、老人保健、介護保険、それから障害者福祉、生活保護等も守備範囲になりまして、議会に参加して答弁する立場になりましたので、この当時の名田庄村はハードもソフトも保健・医療・福祉が統合されていたことになります。

ちなみに保健福祉課長としての仕事で、一生懸命やったのは2つあります(スライド6)。まず、介護保険制度の準備と導入、これを担当課長として陣頭指揮をとりました。

それと、国保ヘルスアップモデル事業というのは、現在のメタボ健診の後の特定保健指導の元の元となった厚労省のモデル事業で、全国で33自治体が指定されたのですが、うちがその自治体の1つとして健康づくりの事業を行いました。



スライド7

平成13年当時に私が担当していた保険者会計と事業者会計、特別会計は、国民健康保険の特会、老人保健の特会、介護保険の特会であります(スライド7)。介護保険サービス事業特別会計ですが、これは、デイサービス・ホームヘルプは村が直営して社協に委託する形だったので、会計は村が持っていました。

それと、名田庄診療所の国保直診特別会計ということで、お金を出すほうともらうほうの財布を握っていたということで、包括的といえは包括的ですが、このお金を出すほうともらうほう両方の統括

責任者でわかったことは、総合診療と在宅ケアで介護保険と医療費は安くなる可能性があるということです。

総合診療に関しては、高齢男性で、高血圧、狭心症、糖尿病で、慢性胃炎を持っている。逆流性の食道炎も持っていて、変形性の膝関節症、膝が悪い。前立腺肥大で、慢性湿疹、白内障を持っている。こんな人はざらにいます。大病院だと幾つもの科にかからなくてはいけないのです。内科を一くりにしても結構大変です。必要に応じて臓器別の専門家に時々紹介してはいますが、当診療所では全

部診ています。

それと在宅ケアの最後の形、それは在宅で亡くなること、在宅死ですが、私が赴任してから町村合併するまでの15年間で、名田庄で亡くなった方の4割が在宅で亡くなっている。全国平均と比べれば高いということになります。こういった状況になると、どうということになってくるかというのが後々わかってきました。

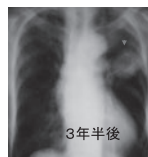
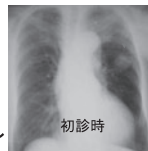
介護保険の第1号保険料ですが、福井県で最も安かった1か月2,500円というのが名田庄村でございます。一番高かったのがある町で4,000円以上します。これは何が違うか。人口の規模が2倍くらい違って、高齢化率もちょっと違うのですが、一番異なったのは、在宅の寝たきり者の率と施設入所者の比率が全く逆になっております。ですから、在宅ケア重視でやってきた自治体は介護保険料が安いという全国的な傾向をうちでも示したことになります。

次に国民健康保険の医療費地域差指数についてです。福井県内が町村合併する前の時代の話になりますが、35市町村ありまして、全ての自治体の年齢別人口構成が同じだとすると、1人当たりの医療費は幾らになるかということで、私が赴任したときから、在宅ケアをどんどんやっていくと、名田庄村の医療費はどんどん安くなりました。平成13年度はたまたま、高額医療者が多かったので小規模保険者のため高くなってしまいましたが、福井県内で最も国保の医療費地域差指数は安いランクになりました。

認知症で大の医者嫌い、

平成21年 癌治療を望まれなかったNさん

- ★ 79歳 認知症で介護申請時、偶然に発見
- ★ 娘「理解できない母には治療は拷問」
- ★ デイサービスの風船バレーが楽しみ
- ★ 2年後、両下肢麻痺(脊髄転移)深刻さなし
- ★ 家族とのふれあい(ひ孫)
- ★ “死んだふりごっこ”のくり返し
- ★ 肺炎・痙攣(脳転移)で2回短期入院
- ★ 呼吸困難 → 最後の4日間だけ在宅酸素
- ★ 4年後、自宅で永眠 83歳



スライド8

1人当たりの老人医療費では、福井県内で安いほうから3位以内を名田庄村は行ったり来たりしていました。

臨床医としてやっぱり、がんへの対応になりますが、今や、日本人の2人に1人ががんになり、亡くなっていく方の3人に1人ががんですから、その対応は大事になります。早期発見から在宅医療、そして看取りまでを行うということになります。

早期発見を心がけていて、がんを発見したら、多くの場合病院に紹介するのですが、中には診療所で何とか治すことはできないかと、結構無理難題をおっしゃる方がいまして、余り無理でもないと思ったら、例えばこういった胃がんとか、こういったS状結腸がん、こういった直腸がん、いずれも早期のがんですけれど、うちは入院施設のない無床診療所なのですが、この5人に関しては、うちの診療所で内視鏡でジュッと焼き切って、完全に治しました。ですから、僻地の無床診療所で治療する、完治するがんもあれば、病院で徹底

的に治療しても治らないがんもあるわけで、がん患者の選択はどうするか。もちろん、在宅でもがんと闘う人もいますけど、あえて闘わない人もいます。人それぞれです。医学・医療にはガイドラインはありますが、人生にはガイドラインはないということなのですね。だからこそ、一人一人の人生に寄り添うことが大事。

がんと闘わない選択をした方がいらっしゃいました(スライド8)。平成21年の話ですが、もともと大の医者嫌い、病院嫌いのおばあちゃんが、5分前のこともすっかり忘れてしまうような重度の物忘れ、認知症になりました。介護している娘さんが心配して診療所に連れてきてまして、デイサービスを利用したいし、自分たち家族がみんないないときはショートステイを利用したい。ごく真っ当な理由で介護保険の申請に来たのですが、おばあちゃん、とにかくかかりつけ医がいなくて、主治医意見書を書いてくれということで僕のところに来ました。

当然、ショートステイを使うわ

けですから、施設の側から結核の有無を問われるので、今のうちレントゲンを撮っておこうねといって、レントゲンを撮ったら、結核ではなくて肺がんがありました。これは困ったと思って、僕は呼吸器内科の先生に紹介しようと思って娘さんに話したのです。おばあちゃんに話しても、おばあちゃんは判断能力がないもので娘さんに告知したわけですが、そうすると娘さんはこう言いました。「中村先生、今日のがんはなかったことにしてください」。それは困りますよね。どうして？と言ったら、娘さんはこう言いました。「私だったら、がんの治療を受けようと思います。別に病院嫌いじゃないですし、もっと長生きしたいしやりたいこともあるから、つらいことも我慢します。ですけど母はもともと大の病院嫌いで、しかも母は理解できないのです。理解できない母にとって入院とか治療は拷問でしかありませんから、先生、症状が出てから勝負してください。」と、私はつらかったですね。症状が出る前に見つけたから治療したいですよ。でも彼女の言うことにも一理あります。ですが心配なので、定期的にレントゲンは撮りに来てねという約束だけしました。当のおばあちゃんは、デイサービスの風船バレーを楽しみにしていたお気楽なおばあちゃんでした。

2年後ということは2年間生きているということですが、両方の足が麻痺します。これはがんが脊髄に転移したから、そこから下の神経がだめになって、それからは

寝たきりで車椅子移動の生活になりますが、おばあちゃんは「年寄りだから歩けんでもしゃあないわな」というお気楽な感じでした。

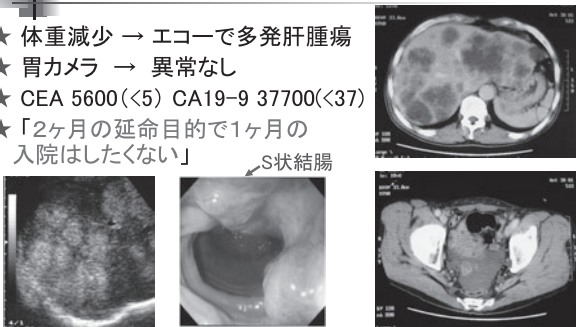
寝たきりになっているベッドの周囲をひ孫さんが走り回るのが、この家の普通の風景でした。

3年半後、肺がんは大きくなっていますが、このときにも呼吸困難はありません。肺炎と脳転移から来るけいれんで1泊2日の短期入院はしましたが、ほとんど在宅での暮らしでした。あるとき息が苦しそうになったので在宅酸素療法をやったら、すごく楽そうになって、その4日後に眠るように息を引き取った。初診から4年後、83歳、自宅で永眠されました。この方は、現代医療の標準的な肺がん治療を受けていない。だから不幸な人生だったと言えるかどうかなんですよ。娘さんは「家族みんなに囲まれて家で逝った母は大往生でした」と言っていました。

その一方、在宅でもがんと闘った方もいらっしゃいました。平成14年の話です（スライド9）。平成14年ですから、今の最新の治療

自宅にこだわり延命目的の 平成14年 入院を拒んだK氏(61歳男性)

- ★ 体重減少 → エコーで多発肝腫瘍
- ★ 胃カメラ → 異常なし
- ★ CEA 5600(<5) CA19-9 37700(<37)
- ★ 「2ヶ月の延命目的で1ヶ月の入院はしたくない」



S状結腸

スライド9

法とはちょっと異なることをご了承ください。

61歳、比較的若い男性で、半年で6キロ体重が減った。「自分は何ともないんだけど周りが医者へ行けと、うるさいから来たんだよ」ということをおっしゃって、割と気楽な感じで来られたんですね。でもご飯を食べてこなかったの、エコーをやりました。そしたら肝臓の中が腫瘍でぼこぼこになっているのですね。すぐに胃カメラをやったけど胃には異常なし。翌日午後には大腸ファイバーをやったところ、S状結腸に管腔の半分ぐらいを占める大きながんがあって、血液検査で、腫瘍マーカーが返ってきますが、CEAは正常値が5以下、CA19-9は正常値は37以下です。正常の上限の1000倍以上ですから物すごく進行したがんということになります。

この方に本当のことを全部伝えますと、彼はこう言いました。「治るんだったら1年でも2年でも入院するけど、治らんやったら、たった2カ月の延命目的で、そのうち1カ月も入院なんかしている

のは嫌や。できたら家にいたい」
ということでした。

ですから、基本的に在宅で治療
するということを念頭に協力して
くれる病院を探しまして、その病
院の先生と僕と患者さんとの3人
で約束したことは、最初の1カ月
は入院してください。でも残りは
極力在宅でやりましょうというこ
とで、その病院に入院したときの
入院時のCTの写真です。

肝臓の輪郭がこうあります。黒
く抜けているのががんです。白く
染まっているのが正常な肝臓の細
胞。ですから、肝臓の中に占める
がんの割合のほう面積、体積が
大きいということになります。お
なかの中に水もたまっていて、後
の検査で、これはがん性の腹水だ
ということがわかりました。

どういう作戦をとったかといひ
ますと、皮膚の下にポートを埋め
込みます。このポートからはカテ
ーテル、管が心臓近くの血管まで
ありますから、そのポートのとこ
ろに直角型の針を刺して、抗がん
剤をいこうという作戦です。

これは入院中、何日目というの
は、私が最初に診たときから何日
目ということなんですが、入院中
にさっきのポートとカテーテルを
皮膚の下に埋め込んで、18日目か
ら抗がん剤治療をやります。

2カ月目に入ってから、これは
在宅で、つまり在宅及び名田庄診
療所での抗がん剤治療になりま
す。結構効いたのか半年もったの
ですが、そこで熱がばんばん出て、
その熱の原因と思われる、埋め込
んだカテーテルを抜き去ると熱は
下がりました。別のメニューの抗

がん剤治療を行いまして、1年を
目指していたんですが1年もたな
かったです。11カ月目にご自宅で
永眠されました。この方は、2カ
月の延命目的で1カ月も入院して
いるのは嫌やとおっしゃった方な
んですが、1カ月の入院で、残り
10カ月をご家庭で奥さんと息子さ
んとしっかりお別れの時間をつく
ったので、責任は果たせたかと思
います。

次に、教える地域医療について
です。医学生・研修医に教えてい
るわけですが、実は、自治医大の
5年生には平成12年、随分昔から
学生教育を行ってまして、平成
14年当時に自治医大5年生だった
2人の医学生が、先程紹介した大
腸がんの患者さんといひ触れ合い
を持ったんですね。2週間の実習
の一番最後の日に、「中村先生、最
後に例の患者さんの家へ寄ってい
いですか」と言うので、「どうした
の?」と言ったら、彼らはごそご
そとこんなものを取り出してきた
んですね。

これはどういうものかという
と、患者さんとのコミュニケーション
の中で、患者さんが中日ドラ
ゴンズのファンだと知った彼ら
は、密かにドラゴンズの球団事務
所にかけ合って、当時、現役だっ
た立浪選手の直筆サイン入り色紙
をうまいこと入手してきました。
それを最後にプレゼントしたいと
いうから、嬉しくなって彼らを連
れて行って、直接手渡してもらい
ました。そうすると患者さんも奥
さんも涙を流して喜んで、「2人
とも、おおきにね、いいお医者さ
んになってね」と言っていました。

そこで別れて彼らは大学に戻って
いきました。その2カ月後に患者
さんは亡くなります。彼らの携帯
電話に亡くなったことを伝える
と、2人とも、携帯電話の向こう
で泣いていました。涙を流してい
ました。

こういったような学生教育とか
研修教育を長年続けていますと、
私がいつもメインで紹介している
公立小浜病院には、名田庄診療所
で研修あるいは学生実習を経験し
た医者が、内科6名、外科1名と
いるので、僕らにとっても地域の
住民にとっても、非常に大きな名
田庄の応援団になってくれています。

一人、外科の医者がおりまして、
どこかで見たことがないか。実
は、13年前に5年生だったその彼
が、今は小浜病院の外科に勤務し
てくれています。そのときの思い
があったと、今でも言ってくれて
いますね。一昨年には、大腸がん
の患者さんを彼に紹介して手術し
てもらいましたし、昨年は、下部
胆管がんの臍頭十二指腸切除、こ
れ外科医として最も難しい手術の
うちの1つですけど、それを彼に
手術してもらいました。その患者
さんは、彼が学生時代、通った大
腸がんの患者さんの隣の家の人で
親戚になるという、こういったご
縁があるんですね。

本当に学習実習とか研修医の研
修を受けるのは僻地の診療所で大
変面倒なことです。手間がかかります。
患者さんにもプレッシャー
をかけたりして大変ですけど、こ
れは医学生や研修医のためにやっ
ているかという、もちろんそれ

名田庄診療所での研修医教育

★ 初期研修医教育(4週間コース)

平成17年度	3名
平成18年度	8名
平成19年度	10名
平成20年度	7名
平成21年度	11名
平成22年度	13名
平成23年度	17名
平成24年度	9名
平成25年度	16名
平成26年度	12名

後期研修医
1名6ヶ月

*福井県済生会病院
*福井県立病院
*公立小浜病院
*福井大学医学部
附属病院
*済生会横浜市
東部病院

スライド10

当診療所にやって来る

不思議なスーパーローテイト初期研修医

- ★循環器科で冠動脈ステント種類は勉強したが、降圧剤の使い方の理解は不十分
- ★整形外科で股関節や脊椎・脊髄の手術を見学したが、腰・膝の疼痛管理を知らず、仙骨ブロック関節注射、局所注射は未経験
- ★指導医に状況報告するだけで、判断をしない“伝書鳩”状態（普段、判断を任されていない）
- ★老衰の在宅死を診た後で、「心肺蘇生しない同意書(DNAR)はどこですか？」と質問

スライド11

が目的なのですが、情けは人のためならず。こういった教育はやがて、めぐりめぐって僕らや地域の人のためになってくるわけです。

研修医の教育に関しては、平成17年度から初期研修医を、平成22年度からは後期研修医を受け入れています（スライド10）。初期研修医は、福井県内の4つの病院と横浜の病院から4週間コースで受け入れています。今では、年間平均すると10名を超えています。後期研修医に関しては、平成22年から年間のうち6カ月来ています。

平成16年度から新しい医師臨床研修制度になりまして、全ての研修医がスーパーローテイト研修、いろんな科を回る研修となりました（スライド11）。それと地域医療の研修が義務化されました。これは大きな変化だと思うのですが、なぜ地域医療の研修を義務化したか。なぜスーパーローテイトにしたかという、プライマリ・ケアの診療能力を身につけるための初期研修という名目だったわけですね。

ところがうちの診療所にやって

くる不思議な初期研修医がいました、例えば循環器科で冠動脈ステントの種類は勉強したんだけど、血圧を下げる薬ですね。降圧剤の基本的な理解は不十分ということと、整形外科で股関節とか脊椎・脊髄の手術を見学したんだけど、腰や膝の痛みの管理を知らずに、仙骨ブロックはおろか、関節注射も局所注射もやったことはない、整形外科を回った人がそう言うのです。

それと、指導医に状況報告するだけで、判断しない伝書鳩みたいな研修医もいる。ふだん、判断を任されていないのかもしれませんが。

それと老衰の患者さんの在宅死に研修医が立ち会ったのですが、その後、診療所に戻って死亡診断書を書いていたんですが、そのときに研修医が質問するんです。「心肺蘇生しませんでしたが、同意書どこにあるのですか」と聞くのですね。病院だと同意書が要るでしょうけど、老衰って要するに自然死じゃないですか、在宅で。自然に亡くなっていくのに心肺蘇生するか、しないかなんて、その

議論すらしません。当たり前のことです。でも病院文化にならされると、そういった質問をするわけですね。

短期間でいろんな科をぐるぐる回ることがプライマリ・ケア診療ではありませんし、専門医療の継ぎ足しが総合診療ではありません。プライマリ・ケア診療能力の習得は、地域医療の現場でしかあり得ないということですね。当然といえば当然です。

1960年代と2000年代に報告された研究で、対象人口1,000人の人たちが、1カ月にとった医療行動を調べたわけですね。いずれも権威ある雑誌に出たものですが、1,000人のうちに、1回以上病気やけがをする人は750～800人、医療機関を受診する人は250人程度ということで、入院を要する人とか、ましてや大学病院を紹介される人は1,000人に1人ぐらいなんですね。こういうところを対象にして、大病院で研修をしているので、プライマリ・ケアとは全く別次元のものをスーパーローテイトしても、それは別の話なんですね。

福井県家庭医キャリアアップコース → 福井県家庭医コース: 日本PC連合学会

1年目(研修)	2年目(研修)	3年目(勤務)
福井県立病院	福井県立病院等 地域の公立診療所	地域の公立病院 または公立診療所

- ★福井県立病院…北米型ERで1次～3次救急を学ぶ
週1回の内視鏡研修、多科研修、
整形外科クリニック研修等も可能
- ★地域の公立病院、診療所 … 上級医の元で研修
- ★給与…1～2年目(福井県)、3年目(勤務医療機関)

スライド12

うちの診療所の研修では保健・福祉分野の研修を含みます。

それと毎日電子メールでやりとりをしまして、私と研修医のやりとりは診療所のスタッフだけではなくて、研修先の親元の病院の担当のドクターにも発信するようにしております。大体、4週間で少なくとも2回ぐらい飲み会をやるかというふうに考えています。

4週間という短期間で一体、何を研修医に教えたらいいいのだろう。最初は、何を教えるかという目標を設定して項目を考えていたのですが、ちょっとそれは上から目線だなと思ひまして、何を学んでもらえるか。それを研修医の立場に立って考えたんですね。それも人によってニーズが違うからよくわからなくて、自問自答を繰り返していますが、最終的には、何を感じてもらおうか。つまり、地域医療のマインドというか、魂というか、プロフェッショナリズムというか、そういったことが初期研修医にとっては大事なんじゃないかなと考えるようになりました。

初期研修医の多くは将来、大病

院の臓器別の専門医になるわけで、私と同じような地域医療を目指す人は、それほど多くありません。ですが後期研修で来る人たちは、それは総合診療とかプライマリ・ケアの後期研修で来ているわけですから、将来にわたり総合診療を目指すという方たちですね。彼らにどう対応するかということこれから話します。

平成22年度からこれまで、現在進行形の方は除いて5名の後期研修医を受け入れています(スライド12)。彼らは、福井県が養成する福井県家庭医療養成キャリアアップコースの研修医です。これはプライマリ・ケア連合学会の家庭医療後期研修プログラムになっていますし、プログラム責任者は福井大学総合診療部の林教授です。

このコースでは、1年目は福井県立病院の北米型ERで学びますが、内視鏡研修とか整形外科を学ぶことも可能です。そして、2年目のうち、6カ月は地域の公立診療所で学びます。うちの診療所での研修はこれに当たります。給与は、1年目、2年目は福井県から

私が指導してほしかったこと①(知識) 専門医への紹介のタイミング

- ★大病院のERでは、各科の専門医がいる前提
- ★へき地では、専門医へ紹介するハードルあり
- ★あまりにあっさり、さっさと紹介すると。。。
 - 患者「それなら最初から専門医に」
- ★粘りに粘り、手に負えなくなって紹介すると。。。
 - 患者「それなら最初から専門医に」
- ★だったら、自分の存在意義は？ → 悩んだ

スライド13

出ることになります。3年目は働いている病院になるのですが、うちは2年目に当たりますので、人件費は払っておりません。

研修医に何を教えるのかなというのですが、私自身は卒後3年目にポーンと1人で、医者が1人しかいない診療所に派遣されたわけで、その当時に自分が悩んだこととか指導してほしかったことを彼らに教えればいいのかというふうに考えています。

まず、紹介のタイミングです(スライド13)。臓器別専門医に紹介するタイミングが最初わかりませんでした。大病院のERでは各科の専門医がいる前提で診ていますが、僻地だと専門医に紹介するハードルが1つあります。余りあっさり、さっさと紹介すると、患者さんはそれなら最初から病院に行けばよかったということになりますし、粘りに粘って手に負えなくなってから紹介すると、患者さんはやっぱり、それなら最初から病院に行ったほうがよかったということになりまして、自分とか診療所の存在意義は何なんだという

私が指導してほしかったことー2(知識・技術)
慢性疾患管理と幅広さへの対応

- ★内科の慢性疾患(高血圧、糖尿病、心不全、喘息、脂質異常症、胃潰瘍等)だけではない
- ★整形疾患(変形性腰椎症、変形性膝関節症、五十肩等)、皮膚疾患も非常に多い
- ★健診、がん検診、学校健診、地域の健康教室
- ★在宅ケア、終末期医療 → 在宅看取り
- ★X線装置、心電図、エコー、内視鏡はフル回転

スライド14

私が指導してほしかったことー3(態度)
地域医療特有のコミュニケーション

- ★大病院に入院中なら、患者の最優先課題は病気の治療で、医学的指導が有効
- ★診療所では一方的な医学的指導が通じない
- ★患者は診療所を離れれば、患者でなく生活者
- ★健康問題(病気のこと)が最優先とは限らない
- ★患者の声を傾聴し、寄り添って落とし所を探す

スライド15

ことで、かなり悩みました。

それと慢性疾患の管理と幅の広さ(スライド14)。内科の慢性疾患もかなり幅が広いのに、その上に実は整形疾患や皮膚疾患がとってもプライマリ・ケアの現場では多いんですよね。各種健診・検診だとか学校健診、それから地域の健康教室とか、在宅ケア、終末期医療、看取りまでやるわけで、そこにある医療機器は全部フル回転ということで、これは結構大変でした。

それとコミュニケーションにも悩みました(スライド15)。大病院に入院中なら、患者さんにとって最優先課題は病気の治療ですから、医学的指導にちゃんと耳を傾けてくれます。ですが診療所では一方的な医学的指導が通じないんですね。なぜなら、患者さんは診療所を一步離れれば、患者さんではなくて生活者なわけで、入院の中では、健康問題を患者さんの頭の中の大部分を占めますが、外来では、いろんなことがある中でのその中での健康問題です。ですから、健康問題が最優先とは限

私が後期研修医に本当に伝えたいこと
地域包括医療・ケアのプロフェッショナリズム

- ★ **プラス思考…ある物を磨く**
- ★ **地域親和力…親しさと相互信頼**
- ★ **寄り添い力…患者・家族・地域に**
- ★ **バランス感覚…人間関係、経営等**
- ★ **枠越え力…診療を越えた社会貢献**

スライド16

らなくて、患者さんの声を傾聴して、寄り添って落としどころを探るという、こういった作業が必要だということになります。

ですが、私が本当に後期研修医たちに伝えたい、地域医療に必要な能力はプラス思考です(スライド16)。ない物ねだりではなくてある物を磨くこと。

そして、地域に親和して、親しさと相互信頼を築くこと。

患者・家族、そして地域に寄り添うこと。

そして、医療・診療の知識や能力だけではなくて、人間関係、経営も含めたバランス感覚を持つこと。

さらには枠を越えること。診療の枠を越えた社会貢献。実は北陸3県の自治体病院の先輩方から、そして全国の先輩方から、枠を越える必要性を学びました。今度は私たちが次の世代に伝えていく、そんな番だと思っています。教育というのは、直接来た人に教えるということですが、直接会っていない人にも枠を越えて広め伝えることも大事なというふうに考えています。

平成19年度から、文部科学省の医学部のコアカリキュラムで地域医療の項目が追加されました。しかも地域医療の医学生が増加して

いるにもかかわらず、地域医療の教科書がありませんでした。自治医大の地域医療センター・梶井教授からのお声かけで、私も地域医療テキストの執筆・編集に加わらせてもらいました。

次に、単著「寄りそ医」という本をメディアファクトリーから出しまして、この本の帯は、「プロフェッショナル仕事の流儀」で司会をやっていた、僕と同年の茂木健一郎さんに書いてもらいました。この本を発売してからすぐにドラマ化の依頼がありまして、NHK・BSプレミアムで「ドクター」という小池徹平さん主演のドキュメンタリードラマ、これが「寄りそ医」を原案としたものです。実は、ドクターの放映のシナリオを作成していた時期は公私ともに物すごく忙しくて、過労死するくらい忙しかったんですが、でも、そのドラマのシナリオ作成に相当な協力をしました。なぜ、そんな無理してまでシナリオ作成に協力したか。

平成24年7月に震災の後、初めての原発再稼働をしたのがうちの大阪原子力発電所です。これは反原発派がみんな、おおい町に集まって、彼らにとってはスケープゴートみたいになってしまいました。嫌がらせを受けた町会議員さんもたくさんいましたし、それと住民の方は誰も悪くないんですが、町全体が暗く不穏な空気になってしまいました。「どちらから来られたんですか」とか、行き先で聞かれます。「おおい町から来ました」「ああ、あの原発の町ね」という何か嫌そうな顔で見られて

厚生労働省

専門医の在り方に関する検討会

★総合診療専門医は「19番目の基本専門領域」

★頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康に関わる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師

★「地域を診る医師」としての視点が必要

★既存の大学や大病院の総合診療部門のみならず、地域の小病院や診療所を含めて、その養成に取り組まなければならない

名田庄の地域医療医療・ケアと通ずる

スライド17

しまうという、何かそんな感じでした。ですから、何とか町を元気にしようということで、僕はドラマ化に対して力を入れたわけです。結果的に、住民同士の温かなきずなを描いたそんな作品になりまして、町の人たちは大いに喜んでくれました。地域を元気にするのも医者の仕事だと思っています。ですから、診療だけが医者の仕事じゃないと考えまして、それが枠を越えた大事なことだと思います。

現在、日本専門医機構で総合診療医に関する委員会のワーキンググループの委員として参加しております。

平成29年度から専門医制度が変わりまして、国や学会ではなくて、19の基本領域に関しては、第三者機関である日本専門医機構が認定する仕組みになりました。その中で、新たに総合診療専門医ということができます。従来の18の専門領域に加えて、新たに総合診療というのできるわけです。

その大もととなったのは「厚生労働省の専門医のあり方に関する検討

会」での議論ですが、その報告書の中に抜粋しますと、総合診療は、19番目の基本領域として位置づけられました（スライド17）。

そして、頻度の高い疾病と傷害、つまり病気やけがということですね。それらの予防、保健・福祉にかかわります。それと、初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供すると、そういった医師のイメージです。

地域を診る医師としての視点が必要ということも、しっかり書かれています。

これは、名田庄で私が経験してきた地域医療、地域包括医療・ケアと通ずるところがあると思いますし、既存の大学や大病院の総合診療部門のみならず、ここが大事です。地域の中小病院や診療所を含めて、その養成に取り組まなければならない、とあります。

現在、日本専門医機構で総合診療に関する委員会が開かれていますが、その親委員会では、国診協の会長でもある涌谷町町民医療福祉センター長の青沼先生、それから小牧市民病院長の末永先生も参

総合診療専門医カリキュラム 6つのコアコンピテンシー

1. 人間中心の医療・ケア
2. 包括的統合アプローチ
3. 連携重視のマネジメント
4. 地域志向アプローチ
5. 公益に資する職業規範
6. 診療の場の多様性

スライド18

加されておられます。ワーキンググループはより少人数なのですが、ここに私が参加しております。

カリキュラムの中で、6つのコアコンピテンシー、つまり身につけてほしい核となる能力というのを提示しております（スライド18）。

それは、人間中心の医療・ケア、包括的統合アプローチ、連携重視のマネジメント、地域志向、地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、診療の場の多様性、この6つです。

まず、総合診療専門医の理念です（スライド19）。

国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。そして、これから総合診療専門医を目指す若手医師にとって、夢と希望を与えるものでなければならない。ここ大事です。我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

先ほどから申し上げていますが、地域医療再生の切り札、それが総合診療専門医ではないかと、私は考えております。

総合診療専門医の使命は何か

総合診療専門医の理念

- 1) 総合診療専門医の質の向上を図り、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
- 2) 地域で活躍する総合診療医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特に、これから総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。
- 3) 我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

スライド19

総合診療専門医の使命

★ 日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど医療保健・福祉・介護活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担う。

スライド20

（スライド20）。

日常遭遇する疾病と傷害を診ます。内科と総合内科どう違うのかと、内科は病気は診るけどけがは診ません。簡単に言いますと、病気もけがも診るということです。あと子供も診るということです。初期対応と継続医療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえたことを行います。それに、予防、介護、看取りなど医療・保健・福祉・介護活動に取り組むこと。そして、幅広い問題について対応すること、というのが使命としております。

結局、どういったことを成果と

して求められるかということをお願い申し上げますと、地域を支える診療所や病院において、いろんな職種と連携して、地域の医療・保健・福祉・介護等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアを含む）そういったものを包括的かつ柔軟に提供できると。この辺の幅の広さとフレキシビリティです（スライド21）。

次に、後期研修のプログラムの体制についてです（スライド22）。

診療所、中小病院で行われる総合診療専門研修Ⅰと、病院の総合

専門研修後の成果(Outcome)

主に、地域を支える診療所や病院において他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の医療・保健・福祉・介護等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス(在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を含む)を包括的かつ柔軟に提供できる

スライド21

プログラムの施設体制の基準

＜必須＞

- ★総合診療専門研修Ⅰ：診療所・中小病院
- ★総合診療専門研修Ⅱ：病院の総合診療部門
- ★内科：内科領域の研修病院
- ★小児科：小児科領域の研修病院
- ★救急科：救急科領域の研修病院

＜オプション＞

- ★その他(整形外科、産婦人科、精神科等)：総合病院あるいは専門クリニック等

スライド22

指導医の候補=エントリー資格

- (1)プライマリ・ケア連合学会のプライマリ・ケア認定医
 - (2)全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
 - (3)日本病院総合診療医学会認定医
 - (4)大学病院または臨床研修指定病院において総合診療部門に所属し、総合診療を行う医師
 - (5)(4)の病院に協力し、地域において総合診療を実践している医師
 - (6)都道府県医師会ないし郡市区医師会から『総合診療専門医専門研修カリキュラム(案)』に示される6つのコアコンピテンシーについて地域で実践してきた医師>として推薦された医師
- ★(4)～(6)は卒後の臨床経験7年以上

スライド23

プログラム統括責任者の要件

【要件】以下のすべてを満たすことが原則

- 1)総合診療専門指導医である
- 2)総合診療専門プログラムの専門研修基幹施設に所属している
- 3)以下のいずれかである
 - ①プライマリ・ケア連合学会の指導医
 - ②全自病協・国診協の地域包括医療・ケア認定施設の教育責任者
 - ③日本病院総合診療医学会の認定医養成施設の教育責任者
 - ④大学病院または臨床研修指定病院における総合診療部門の責任者

【プログラム統括責任者講習会】1日程度

スライド24

診療部門で行われる総合診療専門研修Ⅱに分かれておりまして、これがメインです。それと領域別の必須分野としては、内科、小児科、救急科ということで、オプションではほかの科も取り入れることもできます。

施設の体制ですが、従来のほかの診療部門と違いまして、大学病院だけでなく、地方のセンター病院、地域中核病院クラスも、あるいは診療所でも基幹施設になれるということになっており、いろいろなパターンがあります。

問題は、今、総合診療専門医というのは、これから作っていく制

度なので、現時点でゼロなわけです。では、そのゼロなところを誰が指導するかということが非常に大きな問題です。プログラム統括責任者、すなわちプログラムを統括する人の条件は厳し目にしました。でも指導医は広く求める。オールジャパンの体制でやっています。ということになっています。

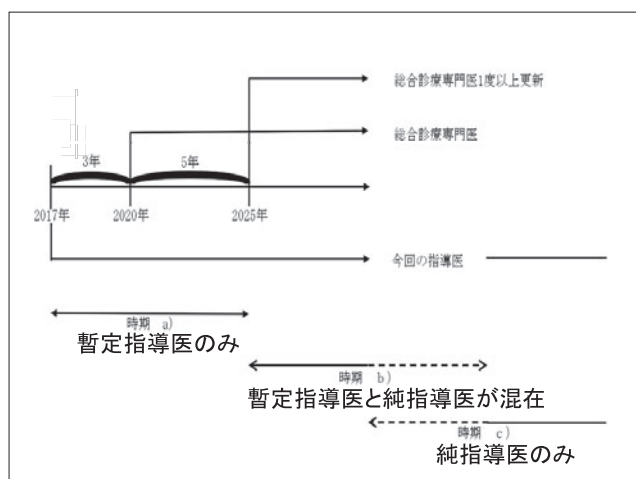
指導医の候補、つまりエントリー資格を示します(スライド23)。いろいろなパターンがあります。プライマリ・ケア連合学会のプライマリ・ケア認定医というのがありますが、実は、全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定

医、これも指導医のエントリー条件の1つとなっています。今後、診療能力あるいは教育能力を証明するようなレポートを出して、指導医講習会を受けることで指導医になることが予定されています。

プログラム統括責任者の要件ですが、厳し目の条件となっております(スライド24)。要件の中に、全自病・国診協認定の地域包括医療・ケア認定施設の教育責任者というのも中に入っております。

今後どうなっていくかということです。

2017年から新たな専門医制度が始まります(スライド25)。3年



スライド25

決定済みのこと 日本専門医機構のホームページで公開

- ★総合診療専門研修カリキュラム:配布
- ★指導医・プログラム統括責任者候補
- ★プログラム整備基準
- ★総合診療専攻医研修手帳
- ★専攻医評価方法:ポートフォリオ、360度評価等
- ★研修目標と研修場の対応表
- ★指導医マニュアル
- ★プログラムの施設体制と施設基準

スライド26

の期間を経て2020年に第1期の総合診療専門医が誕生します。それから、指導医になるのは、彼らが5年後です。1回目の更新をするときに指導医の資格になれるということで、それまではとりあえず暫定の指導医でやっていくしかない。2025年から純正の指導医が出るわけですが、彼らだけでは指導医の数は足りません。恐らく、純正の指導医と暫定の指導医が混在する期間があって、いずれは純正の総合診療専門医だけの指導医となるでしょう。

決定済みのことは全部日本専門医機構のホームページで公開されています(スライド26)。ほかの領域は各学会のホームページで公開されているものもありますが、総合診療に関しては、日本専門医機構のホームページで公開されています。

まとめになりますが、総合診療と在宅ケアで介護保険料、医療費を低くする可能性があります。地域医療再生の切り札の1つが総合診療専門医だと考えております。全自病協・国診協が認定する地域

包括医療・ケア認定医を取得して、ぜひ総合診療専門医の育成をお願いいたします。情けは人のためならず。将来の自分たち、大げさに言うと、国益のために今が頑張りどきではないかと考えております。以上でございます。ありがとうございました。

討 論

北座長 それでは、これから討論に入りたいと思いますが、今日はゲストの方にお越しをいただいておりますので、ご紹介を申し上げます。総務省自治財政局準公営企業室長の長谷川淳二様、厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長の伯野春彦様、文部科学省高等教育局医学教育課企画官の佐々木昌弘様。ご多用の中、ご出席いただきましてありがとうございます。ディスカッションの後、一言ずつ感想をいただきたいと思いますのでよろしくお願いします。

今年度のテーマは、「地方創生と地域包括ケアを推進するために

ー我々が中心となり地域を守ろうー」であります。後ほどまた、会場の皆さんからご発言をいただきたいと思いますが、まず、両先生に限られた時間の中でプレゼンテーションをお願いしましたので、補足等がありましたら一言ずつ、そして、砂川市立病院の管理者であり全国自治体病院協議会の副会長であります小熊豊先生にも、一言お話しいただきたいと思いますのでよろしくお願いします。まずは増田先生からお願いします。

増田先生 私の方は、今、中村先生のプレゼンを聞いておまして、やはり地域での総合診療医の方の果たしている役割とか大事なというのが非常によく伝わってきました。一般的ですと、県立病院というのはそれほど多くないと思うのですが、岩手の場合、非常に県立病院も多かったもので、3次救急を担っているところであったり、中小病院としての役割を果たしているところとか、それぞれ、医療というのに段階があって、地域包括ケア、在宅医療など、それぞれの中で求められているニーズ



討論の様子

というのが一体、どういうものなのか。これからどこをしっかりと賄っていけば、限られた資源の中で、一番世の中が暮らしやすくなっていくのか。しかもそれが時間的に変わっていく中で、どうしていくのかというのを丁寧に考えていく必要があるということを改めて思いました。

それから、先程もお話しがありましたが、病院がバックアップして、きちんと診療所の活動ができ上がってきているということ。それぞれの役割分担と、それからバックアップ体制をどれだけきちんとしていくのかというのが地域全体の医療を守るのにすごく大事なということを、改めて中村先生のプレゼンを聞いて思った次第であります。

北座長 ありがとうございます。それでは、中村先生、よろしくお願いします。

中村先生 講演の中で少し触れなかったことがありまして、実は、医療者側と地域住民の間の信頼関

係とか支え合いというのがすごく大切ではないかと思っています。

これは名田庄で経験したことで、今から10年以上前ですね。平成15年の4月に、実は、私、脳外科で手術を受けています。少し大きい病気をやりまして、その前年度は、時間外休日の救急患者数は1,100件近くありました。ですが平成15年の4月に私が脳外科で手術を受けてからは、「中村は病み上がりだから急患対応しません」というアナウンスは一切していないのに、その後の年間の救急患者数は120~140ぐらいでおさまっている。ということは、地域の住民の方が、私の体のことを考えて、いわゆるコンビニ受診を自主的に控えてくださったのです。ですから、若いころから、僕は地域を俺が支えているのだというような思いでいたのですが、実は私のほうが地域の人から支えられていて、そういった相互信頼がある、相互の支えがあるということですよ。

すごく大切なことは、この地域の人たちに喜んでもらおうと思って働くと、医療者というのは持っている力の1.5倍~2倍ぐらい出ちゃうんですね。ところがクレームばかり受けて、この地域の人たちに文句を言われないようにしようと思って働くと、持っているポテンシャルの半分ぐらいしか出ないかもしれない。ですから、相互信頼と相互の支え合いという、このいわゆるソーシャルキャピタルというか、地域の絆が地域医療の再生にとって、あるいは地域の再生にとって重要なことではないかと考えております。

北座長 ありがとうございます。それでは、次に小熊先生、よろしくをお願いします。

小熊先生 最初に町長がご挨拶でお話しになりましたように、私の市と奈井江町とは隣町でございまして、私の市と奈井江町とは連携協定を結んでおりまして、私どもが急性期をやって、私どもの急性期が終わったら奈井江町にお願いするというような協定を結んで今までやっておりました。ただ、そこで問題になりましたのは、回復期が地域にないということでございまして、回復期に関しましては、包括ケア病棟を私どもで作って、それを担当するということを行いました。これにつきましては、道内で、地域連携機能分化という意味で私どもの病院が回復期に手を広げるのはどうだというお叱りを受けたこともございますが、地域住民は、回復期をやってくれる医療施設がないので、私どもにやってほしいという要望がご

ざいまして、現在やっております。

結論から申しますと、大体44床でやっているのですが、そのうち、入院率が7割ぐらいで、ほぼ90%の方がお家へ帰る。それに対して自信が持てたということで非常に喜ばれているというのが現実です。それと、もう1つは、訪問診療する開業医の先生がご高齢で、そこまで手が回らないということで、それも今、私どもが地域から要望されているということで、その方面も始めているという状況でございます。

これは私どもの地域の実情をお話ししたのですが、増田先生もおっしゃいましたように、地域、地域によって必要とされるものが違うんだらうというふうに思います。特に都会と田舎では全く医療のあり方が違うというのは現実ですし、田舎においても、その地域でそれぞれ、求められるものが違うと。ただ我々としては、医療資源が少ない、人材も不足、そういった中で、限られた資源の中で何をするかと、やはりベースは住民の方が必要とする医療・介護であろうと思います。

今も申しましたように隣の町長さんですけれども、北町長にいろいろご相談したり、うちの市長にご相談したりして、医療と介護を一体化して考えていこうと、いわゆる開設者と現場を預かる我々たちが、その地域にとって必要なもの、それを追い求めることによって、地域の人口減を少しでも食い止められないか、再生につながるのかと、そういう見方でやる必要があるのではないかというふうに私

自身は強く感じております。

北座長 ありがとうございます。それでは、会場の皆さん方からの発言をいただきたいと思えます。発言がございましたら、挙手をもって発言していただきたいと思いますが、これだけ幅広いお話がありましたので率直な質問をいただきたいと思えます。遣見会長、代表して何かありましたら、どうぞ。

**公益社団法人全国自治体病院協議会 会長 遣見 公雄
赤穂市民病院名誉院長**

私、お2人の基調講演、まず増田先生のお話では、1995年ぐらい、第3次ベビーブームが起ころなかったところでもう、少子高齢化の枕言葉かと。高齢化にばかり、ゴールドプランばかりにお金が行ってエンゼルプランに全く行かないと。やっぱりシルバー民主主義は、お年寄りに票と金と時間と地位があると、子供あるいは若いお母さんにはないから、これはいけないということを、コンピューター問題の2000年より前に言っていたのですけれども、その当時の自由民主党も日本社会党も余り聞いてくれなくて、公明党だけが福祉の党と言われるのか聞いていただきました。これが、高齢者も国の宝ですし大事なのですけれども、ここに20年か30年施策が遅れたと思うのですね。だから、今から取り戻すことは「少子化のわな」ということで、無理というふうにおっしゃっていますけれども、まだまだやれることはあるのではないかなというふうに思っております。私が幾ら言っても余り聞いて

くれなかったのを、増田先生が言い出していただいてから、やっぱり大分加速度的に対策が、施策が出ているように思うので、本当にありがたいかと、やっぱり力のある人に言っていただかないといけないなというふうに思いました。よろしく願いいたしたいと思えます。

それから中村先生、地域で地域医療を支えている人のお話は生き生きとして、地域に支えられているというのもよくわかりますし、自治体病院の何か見本みたいな感じでうれしく聞かせていただきました。私も40年ぐらい前、昭和50年ぐらい、公立小浜病院へ京大から名田庄を通して行っていましたので、臍臓の検体をもらいに行ったり、時々、手術を手伝ったりしていました。あそこの近くに、この間の函館で行われた自治体病院学会で講演していただいた高浜町国保和田診療所長の井階先生にも来年ぐらい来てもらってしゃべってもらおうかなと思っています。本当に幅広く、プレホスピタル・ケアとポストホスピタル・ケア、この2つが一緒にならんと、ホスピタルだけ医療だけではだめだと思うんですね。だから、保健・予防、あるいは後の介護・福祉とか、そういうふうなものも含めて、これが自治体病院の一番得意なところじゃないかなと、そういうふうな感じで聞きました。ちょっと、次の人たちの呼び水になればと思って、よろしく願います。

北座長 増田先生、コメントをお願いします。

増田先生 遣見会長がおっしゃ

るとおりで、日本の場合には、第3次ベビーブーム世代がないということが非常に今に影を落としているような感じで、ただ、このところの事実はどうやっても変えられないので、だから、それを前提に今までは、団塊世代があると団塊ジュニアがあったのですが、それが少し支えになっていたのですが、それがなくなっていて、これからどうしていくかということなので社会保障全体に難しい問題が出てきている。

私の趣旨も、いずれにしても冷静に、決して諦めるということではなくて、むしろそれを前提にいろんなことをやって、確かに少子化のわながあちこちに起こりつつあるのですが、それをまた、乗り越えるだけの逆に危機意識が高まると、そういう方向にエネルギーが集中するのではないかということなので。

それと、あともう1つ言うと、先ほどの中村先生がおっしゃった、例えば地域の信頼感でコンビニ受診を抑えて少しでもお医者さんの負担を軽くしておいて、本当に大事なところに向けるという、何かそういうこと、住民が受け身ではなくてより前に乗り出していく、そういうきっかけにも今回の人口減少がなればなど、そんな感じがいたしております。

北座長 ありがとうございます。中村先生、何かコメントがありましたら、どうぞ。

中村先生 今、遠見先生がおっしゃられた、おおい町の隣の高浜町の井階先生のところは、地域住民のサポーターを増やして医療を

何とかしようという活動をやっておられます。そういった活動をする自治体もあって、うちみたいな誰も何も言わないのにみんながコンビニ受診を控えたところもあって、いろんなやり方があるとは思いますが、やはり地域の繋がりと絆ということが、特に、絆ということは東日本大震災から改めて言われましたけど、そういったことは本当に大事だということですね。

イチロー・カワチというハーバード大学公衆衛生大学院の教授がおられて、社会疫学の世界的な権威なんですけど、その方の研究によると、日本人が長寿である理由は、生活習慣とは思えない。国民皆保険制度は一因ではあるけど決定打ではない。日本人が長寿であるその理由は、ソーシャルキャピタル。つまり、地域における人的なネットワークとか社会的結束にあるというのが研究でわかっているみたいです。ですから、本当に地域の絆というのが大事だということを私感じました。

それと、増田先生の資料を見て僕が一番勉強になったのは、女性の平均初婚年齢とか、第一子出産時の母親の平均年齢とか、いろいろ書いてあるんですが、一番驚いたのが婚外子の割合というのが圧倒的に日本は低いんですね。これを見ていると、よそで作っていいんだということを思って、もうちょっと若いときにこれを知っていればよかったなということで、私遅過ぎるんですけど。今のは冗談で、そういった婚外子を社会的にそれほど不思議なことじゃないと

して受け入れるという、多様性を認めるということが実は大事なんじゃないかなと感じました。

北座長 増田先生、どうぞ。

増田先生 先ほど時間がなかったのですが、実は今のところもはしょっちゃったんですが、ヨーロッパの国、フランスは今、出生率2.01です。少子化問題は向こうの専門家に聞くと、「ない」というふうに言うのですが、生まれてくる子供の52.6%、過半数がいわゆる婚外子で、だから、これから読み取れるのは、今の中村先生のお話にもつながっていくし、あと、日本の場合には伝統的な家族観だから、途中で言いましたが、出生数をできればとにかく増やしていきたいのですが、そのためには、日本の場合にはとにかくまず、結婚してもらわんといかんと。ヨーロッパは、結婚しなくても子供がいっぱい生まれているのですが、日本の場合、とにかく結婚しないといけない。だから、婚活の意味というのはそこからまた読み取れるのではないかなと、こういうことであります。

北座長 ありがとうございます。ほかに如何でしょうか。

公益社団法人全国自治体病院協議会 副会長 中島 豊爾
(独)岡山県精神科医療センター
理事長兼名誉院長

ただいまのご意見というか問題についての僕の勝手な妄想でございますけど、これやっぱりですね、婚外子が桁が違うところじゃないですよ。ひどい差ですよ。これはなぜかということをしっかり考えないといけない。これは、日本

には結婚制度があって戸籍制度に結びついているんです。このところをきちっと踏まえた上で一旦、結婚制度を壊すというぐらいの勢いで僕はやっていかないとダメだと思うのです。何か子供ができたなら、そこにはちょっと補助金が出るとかいうのではなくて、子供を産んだら女性にお金が出ると、こういうふうに変えてしまったほうがいいというふうに、これは僕の勝手な思いでございますけど一言申し上げておきます。

北座長 ありがとうございます。ほかに、どうぞ。

フロアより 実は2つ質問があるのですが、1つ目は、地域包括ケアについて、非常に戦後すぐと言われ始めたことで、このときの目的というのは保健も入っていて、つまり診療よりも予防を第一にするということで、患者たちの健康増進を目的として地域包括ケアというのを言っていたんですね。ところが何か今聞いておきますと、何やら医療費抑制のツールとして地域包括ケアが語られるようになってしまったというような気がして、非常に残念に思っているというようなことを、ある学会でそのような発言がありまして、僕もなるほどと思いました。この状況について、まず、どう思われるかというのが皆様にお聞きしたいところです。

2つ目は、中村先生に個人的にお伺いしたいのですが、何で総合診療医で外科が仲間外れになるのですか。先生は外科のキャリアを持っておいでですね。最近、周囲の施設で手術しなくなってきました

てね。そしたら40キロ離れた所から運ばれてきた緊張性気胸が2例発生しました。本当に手術しなくなったことによって、もちろん医者はできるに決まっているんですよ。ですが、何か病院自体がモチベーションが下がってしまったような気がして。これについて、先生については感想をお聞きしたい。第1点目が使命として重要ですのでもよろしくお願いいたします。

北座長 それでは、小熊先生、どうですか。

小熊先生 地域包括ケアというのは、僕の個人的な思いは、やっぱり地域を診るという意味のドクターが中心になって、住民の要望と、それから全てと、疾病のですね。それからみとりというか、そこまで全て関与してくるものではないかなというふうに僕自身は考えています。ですから、医療費を削減云々と先生おっしゃいましたが、それから先生は医療費が少し安くなるんじゃないかと言いましたが、僕は逆に高くなるんじゃないかと、そういう在宅診療をたくさんやればやるほどですね。施設に入れておいたほうが絶対安いと僕は思うのです。

フロアより 介護保険も含めて社会保障費として全部上がると。

小熊先生 はい、そう思います。ですから、多少上がっても、それが地域に住まわれる方が必要であれば、それはやらなきゃいけないだろうというふうに私は考えています。

フロアより 同感です。では第2点目に。

北座長 それでは中村先生、ご

指名でございます。

中村先生 個人的には外科が入るべきだと思っています。ですが私がワーキンググループに加わったところには、もうそういった設定になっていたんです。これは固定されたものではなくて、次の制度見直しのときには例えば外科だとか整形外科だとか、もっとフレキシビリティを持ってやったほうがいいと、僕個人は思っていますので、先生がおっしゃるとおり、実は私、外科のキャリアはあっても内科のキャリアはないもので、それで今、総合診療にかかわっています。でも外科出身で総合診療をやっている方はたくさんいますし、こういった言い方は失礼かもしれないけど、外科のほうが潰しがきくといいますかね。言い方は悪いですけど、いろんなことができると思いますので、先生がおっしゃるとおり、実は外科って大事だと思っています。

北座長 時間も限られておりますので、ここでゲストの皆様よりディスカッションについての感想をお願いします。

長谷川室長 総務省の長谷川でございます。今日は、基調講演で増田先生の大所高所からの政策論と、それから、中村先生のまさに生き生きとした実践論を紹介していただきまして、大変ありがとうございます。

増田先生の地方創生の資料に「小さな拠点」というのがありまして、その中で、診療所が中に入っております。名田庄診療所はまさに福祉や予防、健康づくりと連携して地域包括ケアを実践されて

成果を上げられて、地方創生の眼目であります地域を守ってきてこられたんだなというふうに感じた次第でございます。

国全体で今、地方創生を進めている中で、自治体病院も経営が大変厳しい状況であります。医療・介護・福祉、住宅サービスも含めて、自治体のもとでこれから地方創生を進めていく上で、自治体病院の役割というのはこれから大変重要でなくてはならないものだという思いを強くいたしました。中村先生のお言葉で、“ある物磨き”というふうにおっしゃいましたが、まさにこれから、自治体病院がその存在意義を発揮して、地方創生の担い手としてしっかりと運営ができるように、総務省としても、交付税の措置をはじめ、中村先生が最後言われたように、“今が頑張るとき”という思いを私ども共有させていただいて、増田先生の政策論と中村先生の実践論を近づけていくのが、国の行政の仕事だと思いますので、微力ながら地方財政措置を初め、必要な政策を進めていくように努めてまいりたいというふうに思います。以上でございます。

北座長 ありがとうございます。次に厚生労働省の伯野様、よろしくお願いします。

伯野室長 厚生労働省の地域医療計画課の伯野でございます。

まず、自治体病院の皆様方におかれましては、平素より地域医療の提供に大変ご尽力いただいておりますことを、この場を借りまして厚くお礼を申し上げます。

先ほど、地域包括ケアのお話が

まずございましたが、これは、政策的な目的としては当然、地域住民の方々が住みなれた地域で、予防・医療・介護・住まいというのを受けられる体制を整備していくということで、患者目線の政策であるということは間違いなことでございます。その上で、今、増田先生のお話にもあったかと思いますが、今後団塊の世代がどんどん後期高齢に入っていくという時代に向けて、医療・介護ニーズが増えていく。このニーズに対してどのように効率的な医療を提供していくか。また、看取りという問題も生じてきますので、そういったことも含めて、いかに地域包括ケア体制を構築していくかというのは非常に大きな課題であるというところでございます。ですので、そういったところを厚生労働省としては進めているところでございます。

その上で、先ほど、プレゼンターの先生方からございましたが、増田先生からは、役割分担とバックアップが重要だというお話。あるいは中村先生からは、住民と医療関係者との信頼関係がとっても重要であるというお話。小熊先生からは、住民の方々が必要とする医療と介護を、どのように提供していくかという視点で機能分化を進めていく必要があるというお話がございました。まさにそれぞれの先生方がおっしゃっているところはそのとおりでございます。我々としても、そういった施策を進めていきたいというふうに思っております。また、総務省の方からのお話もございました

が、自治体病院さんの役割というのは、今後ますます、一層重要になってくるというふうに思っておりますので、どうぞ、引き続きご協力、ご尽力をお願い申し上げます。

北座長 ありがとうございます。次に、文部科学省の佐々木様、よろしくお願いします。

佐々木企画官 文部科学省医学教育課の佐々木です。

まず、2つお礼を申し上げたいと思います。高い所から、しかも座ったままで恐縮ですが、1つ目は卒前教育、2つ目は大学病院についてです。

1つ目の卒前教育ですが、先ほど、増田さんの話にございましたとおり、それぞれの地域には広く様々な医療人材がいらっしゃいます。私も医学教育課では、約20の医療関連の職種、また福祉士の職種を持っております。こうした学生の実習先また就職先として、先生方、皆様方の多くの病院にお引き受けいただいていることに対してまず、厚くお礼を申し上げます。

2つ目のお礼の大学病院についてです。医学部や歯学部などの附属病院を持っておりますが、こうした様々な大学病院、多くは特定機能病院でございますが、先生方、皆さんの病院と紹介・逆紹介の形で、また、場合によっては共同研究の形などを通して、多くお世話になっていることに対してお礼を申し上げます。

さて、今日のテーマで感じたことですが、中村先生の話の中で、現在医学部の学生が学んでおりま

すモデル・コア・カリキュラムの中に地域医療が載っているという話がございました。ご紹介いただいた19年バージョンは、平成13年に策定して19年に最初に改訂した中で盛り込まれたわけですが、その後、22年に、正確には23年3月にもう一度改訂し、さらに踏み込んだ書き方である「地域医療の向上に貢献する医師を育てる」という内容になっています。

なお、ご縁を感じるのが、平成19年のときの医学教育課長が三浦と申しまして、先ほど会場から、地域包括ケアシステムのご指摘もありましたが、現在は厚労省の老健局長をやっておりますし、22年のときに医学教育課長だった新木は、今まさに、先生方、皆様方の仲間として、南魚沼市立ゆきぐに大和病院で働いております。

ちょうど今、前回改訂から6年になろうとしていることから、改訂作業に着手しようとしているところですので、ぜひ皆様方と力を合わせて、よい医療人が育つ、モデル・コア・カリキュラムは医師ですので、よい医師が育つような中身にしていかねばということ、今日、お話を伺って改めて思いを強くしました。

また小熊先生の話の中で地域の求め、これは患者さんの求めということもありますし、また、医療側からの求めというのがございました。様々な地域の求めに応じてという点では、全国各地にある大学病院を通じて、地域医療に関して意見交換をしていく必要性を感じました。すぐにも実行に移したいと思います。

長谷川室長のお話で、今日は直接は言及されなかったですが、改革ガイドラインの中で、地域医療構想に基づいて自治体病院も位置づけを、ポジショニングをしていくということがありました。大学病院もまた、特に国立では同じく地域医療構想の策定や実現に貢献する必要性を痛感します。あわせて医療現場への貢献という点では、医療安全についても強調すべきだと思います。こうしてみると、全国自治体病院協議会雑誌の11月号の中で、邊見先生が4つのお願いを寄稿されてましたが、1つ目の地域医療構想、2つ目の医療事故調査制度は今申し上げたとおりですが、事故調査制度では、各都道府県の支援団体を介して先生方、皆様とおつき合いがより深くなろうかと思ひますし、3つ目のお願いである専門医については、いわずもがなの密接不可分のテーマだと思っています。

最後にもう1つ、中央官庁の中でも横のつながりを強くしなければと思っています。その意味では、今日、このように総務省の長谷川室長、厚労省の伯野室長とあわせてお招きいただいたことに厚くお礼を申し上げます。

この11月号によると、地方会議が各地区であったようですが、厚生労働省は、北海道は後藤専門官、東北は藤本係長、関東は遠藤主査、北陸・信越は木下課長補佐、近畿・東海は平本室長補佐、中国・四国は石井主査、台風の影響で中止になった九州は西山係長、会長の4つ目のお願いである函館学会では正野課長補佐と、全部違う職員を

送り出せる手厚い布陣ということがわかりました。その意味では本当に様々なつながりの窓口があるということですので、私ども文部科学省も間口を広げ、先ほど申し上げました卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラムや、大学病院における医療事故調や今最大のテーマであります地域医療構想を通して、地域そのものをより活性化していくということのお手伝いを、双方の立場からしていきたいと思っておりますので、今後とも、どうぞよろしくお願いいたします。

北座長 ゲストの方々、ご丁寧にありがとうございました。

壇上の皆さん方、そして会場の皆さん、大変ありがとうございました。

ここで、最後に、座長である私がまとめをとということになっておりますが、それぞれ有意義な発言がなされて、あえて私がまとめるまでもないと感じています。今日は、私自身が大変有意義なよい時間を過ごさせていただきまして、本当に感謝にたえません。

そこでお許しを賜り、奈井江町がこれから取り組もうとしていることについてお話しさせていただきたいのですが、奈井江町は、北海道内陸部、札幌と旭川のちょうど中間に位置いたしまして、小熊先生の砂川市と隣町という関係にございます。人口約5,700人、高齢化率約38%という中でございますが、まさに人口減少問題、超高齢問題に直面しておりまして、今、奈井江町でも、2025年を見据えた地域医療構想の策定も視野に入れながら、地方創生について様々な

議論を行っているところでございます。この中にありまして、地域包括ケアシステム構築による住まいと医療と介護の一体的提供と現在96ある町立病院病床を当町のニーズに合った適正数への再編といった2つの課題を捉えながら、将来にわたる持続的な地域医療の確保とともに高齢者が安心して暮らせる住まいを提供し、もって定住の促進を図ろうとする計画を推進しているところでございます。再編計画といたしましては、町立病院一般病床46、療養病床50、合わせて96床を、現状の入院患者数を勘案いたしまして、一般病床18、療養病床32、合わせて50床に縮小いたしまして、2階フロアに集約し混合病棟として転換するものでございます。

一方で病床数の削減による空きフロアを高齢者の住まいの確保に使うべく、3階フロアを新たにサービス付き高齢者住宅16室に転用いたしまして、3階で生活をする人々には医療や介護サービスが受けられるような体制を整備するよう、今から構想を練っているところでございまして、議会でも議論が始まっております。入居された方に生きがいを持って暮らしていただくために町内市街区域内の用地約300坪を活用いたしまして、野菜などの菜園として利用してもらう計画もしているところでございまして、奈井江町版の地方創生の目玉の1つとして、首都圏等からの高齢者の受け入れも視野に入れながら、地域住民との交流の場、社会参加推進の場を提供しながら、奈井江版 CCRC の準備を進め

ているところでございます。

さて、本日は、お二方のご講演、ゲストを迎えての討論を通じまして、多様なお話を伺いました。今後も、医療の現場を担う自治体病院から発信すべきことはきちんと発信し、国にもきちんと受けとめていただきながら、住民本位のまちづくり、新たな医療に取り組んでいただけたらと思うところでございます。

以上をもちまして討論を終結いたします。本日は、ご清聴、本当にありがとうございました。

総 括



■公益社団法人全国自治体病院協議会 会長 遠見 公雄 赤穂市民病院名誉院長

総括というほどでもございませんので、お礼の言葉を述べさせていただきます。今日は、お忙しいところ朝から、遅くまで大変ありがとうございました。

まず、座長をしていただきました北町長さん、本当にありがとうございました。それから、基調講演のお二方、増田先生、中村先生、ありがとうございました。それから、関連の3省庁からの長谷川、伯野、佐々木のお三方には大変ありがとうございました。内輪ですけれども、小熊先生、ありがとう

ございました。

今日、2つの大きなテーマがあったと思います。1つは、やっぱり人口問題ですね。私は、実は講演に行きますと、昔から、30年前から「誰の子でもいいから2人以上は産んでくれ」と言うんですね。これは、少子高齢化の枕言葉かというこの日本の風潮を憂っていました。そうすると看護部長が袖を引っ張って、前段だけは取り消してください。いつも取り消されました。私は、産んだ子供の数だけ、その子供が選挙権を持つまで、お母さん方に票をやるというのをずっと神戸新聞初め地元では言っております。これがシルバー民主主義を覆す一番いいことではないかと思っているわけですが、なかなか実現いたしません。私は選挙権を18歳におろすよりも、それが第一。

2つ目は、小中学校を選挙区で卒業しなかった者には被選挙権を与えない。これだないと地方創生できません。麻布、開成、武蔵ばかりになりますよ。これではよくないというのが、東京一極集中という、増田先生からのポイントでもありました。

私、東京一極集中はまず、三権分立。最高裁が内閣と国会の首相官邸のすぐそばにあるのはおかしい。自分の子供・孫、同じ塾、同じプール、同じみこし。そんなんで分権ができるはずがない。みんな心が移ってしまうんですね。

それから、適能適所ですね。農林水産省がなぜ山手線の中にあります。畑もなく海もなく、これは食料自給率200%以上の十

勝、帯広か、宮崎、阿蘇、熊本ですよ。水産庁であれば、イカであれば函館か境港、マグロであったら焼津か枕崎ですね。何にも現場に出て現物を見て現実的に考えないという、これが日本の一番悪いところじゃないかと思っています。

最後になりますが、医療と教育、あるいは1次産業が一番の地方創生の目玉であるだろうと、私は信じております。だから、ここにおられる皆さん方は、地方のトップ、

管理者の方々ばかりだと思いますので、ぜひ私の意見も耳の片隅のほうに置いていただいて、行政に支えていただいたらというふうに思っています。

これから我々、中央官庁のほうへ、今日のいろんなご意見あるいは要望書を持っていくようになっております。我々執行部は、医療と教育が地方創生の中では一番大事だと思っています。イノシシとか鹿とかいっぱい出てきていますけれども、これは診療報酬をい

ただけませんので、やっぱり人口が減るというのが一番つらいというふうに思っております。ぜひ今後とも、我々執行部も頑張っていきたいと思いますので、いろんなご意見をお寄せいただけたらというふうに思っています。よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

(文責：全国自治体病院協議会事務局)