

## 地域医療確保対策特別委員会会議記録

地域医療確保対策特別委員長 小野 共

### 1 日時

平成 25 年 8 月 7 日（水曜日）

午前 10 時 5 分開会、午前 11 時 50 分散会

### 2 場所

第 3 委員会室

### 3 出席委員

小野共委員長、名須川晋副委員長、高橋元委員、軽石義則委員、千葉伝委員、嵯峨老朗委員、城内愛彦委員、伊藤勢至委員、及川あつし委員、小西和子委員、高田一郎委員、小野寺好委員

### 4 欠席委員

なし

### 5 事務局職員

小野寺担当書記、小田澤担当書記

### 6 説明のために出席した者

学校法人自治医科大学 地域医療学センター長 梶井英治氏

### 7 一般傍聴者

1 人

### 8 会議に付した事件

#### (1) 調査

「地域医療再生の現状とこれから」

#### (2) その他

次回以降の委員会運営等について

### 9 議事の内容

○**小野共委員長** ただいまから地域医療確保対策特別委員会を開会いたします。

これより本日の会議を開きます。本日は、お手元に配付しております日程により会議を行います。

これより調査を行います。

本日は、講師といたしまして、学校法人自治医科大学地域医療学センター長、梶井英治先生をお招きしております。梶井先生の御経歴につきましては、お手元に既に配付いたしております資料のとおりでございます。本日は地域医療再生の現状とこれからと題しまして、二次医療圏を基本に各都道府県が策定しております地域医療再生計画、そして他県の事例をもとに地域医療再生の現状と課題をお話いただきますとともに、今後の本県のと

るべき対応等について御提言など、貴重なお話をいただくこととしております。梶井先生には御多忙のところ御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。

それでは、これから御講演をいただくわけではありますが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、梶井先生、本日はよろしくお願ひします。

○梶井英治講師 皆様、こんにちは。ただいま御紹介にあずかりました自治医科大学の梶井と申します。本日はよろしくお願ひいたします。

このような貴重な機会をお与えいただきましたことに大変光栄に存じます。よろしくお願ひいたします。

座って御説明申し上げたいと思います。皆様のお手元にきょうの講演資料をお配りさせていただいていると思いますけれども、これからスライドに出ます右上に赤い星印があるものは、申しわけございません、お手元の資料には入ってございません。きょうは百数枚ということで、果たしてそれを1時間という与えられた時間内に終えることができるかどうか、ちょっとそこも注目していただければと思います。

それでは、早速始めさせていただきたいと思います。地域医療再生基金が、ここにありますような地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るために、都道府県に基金を設置してスタートいたしました。平成21年度の補正予算からのスタートで、今5年目を迎えております。従来の病院ごとへの支援、いわゆるそれが点だとすると、これからは都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく対象地域全体、面への支援にしようという大きな枠組みでスタートいたしました。

御存じのように、地域医療再生基金がこのように5回出ております。総額約6,000億円です。本来は本年度までということでありましたけれども、平成24年度の補正予算500億円がつきましたので、平成27年度までということになっております。全国47都道府県への基金のほかに、この3番目、4番目、被災県への支給もさらについております。

私は声をかけていただきまして、この5年間、地域医療再生計画に係る有識者会議の座長をさせていただいております。会議の役割としては、基金のより効果的、効率的活用に向けて、計画に対する評価、技術的な助言を行うというものであります。そして、達成状況に関しましても評価、あるいは今後の計画改善に向けて技術的助言を行わせていただくということで、実は今ちょうど、7月の終わりから9月の初めまで現地調査が始まっております。この北海道、東北地区に9月の早々に現地調査が行われる予定でおります。

さて、日本の将来推計人口をあらわしております。2005年から始まっております、途中から予測ですけれども、2035年まで30年間、生産年齢人口は皆様御存じのようにどんどん減っていきます。この30年間に74.5%まで減ることになっております。一方では老年人口、65歳以上の人口が145%にふえるということになっております。年少人口もこのように減っていきます。そうしますと、基本的には今医療資源が足りないということですが、これから医療資源の過剰が予想され、資源の適正配分がより必要になって

くるのではないかと予測されます。老人施設の不足も予想されるところであります。

さて、私が自治医科大学に入学しまして41年、卒業しまして35年になります。この40年間を振り返ってみますと、医学、医療の大進歩、まさに大をあえてつけさせていただきましたけれども、大進歩という表現がふさわしい進歩がありました。例えば私たちが大学に入学しましたときには内科と言われていたのが臓器別内科、消化器内科とかそういうふうに分化していったのです。今はどうでしょうか、食道が専門、胃が専門、それから大腸が専門、肝臓が専門、胆のうが、あるいは膵臓が専門、すごく細分化したのです。それはなぜかといいますと、この大進歩に裏づけられた知識、技術が非常に細分化されていって、それをきちっと提供するための必然性があったわけです。一方では、高齢社会が進行しまして、1人で幾つもの病気を抱える状況になってきました。そういう中で、医師の役割というのは病気を治すという従来の役割から、病気を管理する、あるいは健康を維持、増進する、あるいは病気で倒れた人の身体機能の回復、こういったような幅広いことが求められるようになってきたということです。

そして、地域医療ですが、私はいつも、住民の方々の健康問題のみならず、生活そのものに注目しながら、お一人お一人に寄り添って支援していく医療活動であるということで、その方の全体にかかわらせていただくということを言っております。そういう意味では、高齢社会の進行に伴って起こってきた医師の役割、機能分化の一側面の部分は、まさに地域医療そのものと密着したものとなっております。

さて、ある市民病院の現状です。今8,600カ所ぐらいの病院が全国にあります。その2割が公的な病院、1,000カ所が自治体病院と言われております。よく相談を受けます。ある市民病院の現状ということで、あると言いましたけれども、こういう相談を受ける市民病院というのは大体自治体立病院だと思います。医師がどんどん減っていく、あるいは患者さんが減少している、病院経営は当然悪化している、そしてそれを支える市の財政基盤も悪化していると、さてどうしたらいいのでしょうかという状況であります。

国民医療費というのはこのようにどんどん上がっております。今国家予算が92兆円、そのうちの税収入が40兆円と、数値的にはそういう数値だと思います。平成22年度のときの医療費は38兆円です。毎年1兆円ずつ上がっております。

さて、医療費だけでは公立病院の経営は成り立たないというのがこの図でございます。一番上の赤い部分が累積欠損金、平成21年度の経常損益が1,103億円、累積欠損金が2兆1,571億円となっております。公立病院の経常収支の状況でございます。さらに、年間の税金投入額は7,710億円。一番下の茶色い部分をごらんください。平成21年度の実質的な経常収支は17%の赤字であると、こういう全体像でございます。

そして、医療の分野が他の分野と比べてどうなのだろうというのがこの図であります。損益分岐点比率というのを見ておりますが、一番下の赤い枠で囲ったところをごらんください。損益分岐点比率は低いほど収益性が高く、売り上げ減少に耐えることが可能となっております。左側から電気、製造、運輸、サービス、医療、福祉といろいろな分野が出て

おります。先ほどの80%というラインで見えますと、医療は95.9%と極めて厳しい状況であります。そして、年度ごとにずっと追いかけてみますと、病院はどんどんふえていっているということで、これから見ても危険水域という言葉が当てはまるのではないかと思います。

さて、地域医療再生基金でいろいろな事業が行われていると思いますけれども、1番はやっぱり何といても医師の確保ではないかと思います。そして、きょうはこのところを中心にお話を申し上げたいと思います。

一つは、医師の絶対数が不足しているということでもあります。OECD諸国の平均値は、人口10万人当たりで310人です。今日本の平均値は230人です。実際に医療機関に勤務している人たちは219人です。そこを比べてみると、OECD諸国と比較してやっぱり絶対数が不足しているのではないかとということが言われております。

それからもう一つ、より深刻なのは偏在です。後で出しますが、例えば都道府県の格差は随分大きいのです。それから、都道府県の中を見てもやはり地域格差、地理的な格差というものがございます。それから、大病院には医師は結構集まっています。一方、中規模、小規模の病院に医師がいないのです。それから、小児科、産科、麻酔科と、こういう分野の医師が少ないのです。さらに、内科は横ばいなのです。でも、先ほど言いましたように内科はどんどん細分化しています。そうすると、横ばいと医師数がやはり足りなくなるという現状が起こっております。外科医は減っております。そういうような分野別の偏在もございます。それから、夜間とか休日の診療に従事する医師が少ない、こういう偏在があります。

実はもう一つあるのです。世界に比べて日本の病床数と外来受診患者数は3から5倍と言われております。そうすると、今お話ししたとおり、医師数は少ないということです。その少ない医師数で、世界の標準に比べて数倍の入院患者数あるいは外来患者数を担当している現状だということです。当然今はこのような限界が来ていると言わざるを得ないと思います。つまり、医療需要と医師数、需要と供給とのアンバランスがあるということです。ですから、この三つのものが絡み合って医師不足ということが今出てきているのではないかと思います。

一方、日本の医療提供体制にあるいは受療体制には世界の中では非常に特筆すべき自由があるのです。一つは職業選択の自由で、医師は自分で診療科、勤務場所、開業を選ぶことができるのです。全くそこには輪っかがかかっていないということなのです。それから、受療者、患者にとっては誰でも、いつでも、どこでも医療機関にかかることができるというフリーアクセス、実はこの二つが日本の医療提供体制をこれから考えていかなければならない上で非常に重要なキーワードになります。

都道府県別に見ました医療施設に従事する人口10万人当たりの医師数です。先ほど言いましたように医療機関に従事していない行政とか研究者とか、そういう医師を入れますと人口10万人当たり230人と言いましたけれども、これはそういう意味では230人という数

値が出ております。300 人を超すところが三つあります。東京都、京都府、徳島県であります。岩手県は幾らかと申しますと、4 番目のカラムになりますけれども、193.7 人というところでございます。

都道府県別に人口 10 万人当たりの医師数を色分けしてみました。赤いほど多いということです。平成 16 年と平成 22 年を比べてありますけれども、ぱっとごらんになられてどうでしょう。西日本は赤いですよね。よく言われていますとおり西高東低であります。ただし、この 6 年間の間に、埼玉県のブルーは黄緑になりました。そして、黄緑のところの多くは黄色、あるいはその上のピンクになっております。岩手県は黄緑から黄色というふうになっています。先ほどの 193.7 人というところですよ。

さて、こういう医師不足を考えていくときに、どれだけ若い医師、研修医を確保できるかということも非常に大きな点であろうと思います。さて、どうでしょう、これは先ほどのデータと同じように、平成 16 年、平成 22 年で比較しようと思ったのですが、平成 18 年から始まっているということで、平成 18 年と平成 24 年を挙げさせていただきました。今は卒業して 2 年間は研修を受けることが必修になりました。それまでは努力目標でした。私たちのときは努力目標だったのです。今は必修で、その 2 年間を経ないと保険医の認定に至りません。ですから、全員が受けることになっております。そして、それぞれが希望する病院でマッチングを受けることとなります。その結果、各県でどれくらいの医師が集まっているのかということをお示ししたものがこの図であります。先ほどと同じように、人口 10 万人当たりであらわしてみました。一番多いところは、実は沖縄県なのです。岩手県はどうかというと、黄緑ですよ。実際に平成 24 年度のマッチング者数は 59 人です。岩手県の人口が 130 万人で、人口 10 万人当たりということになりますとこの黄緑となります。ちなみに、沖縄県は人口 141 万人です。それで、何人の研修医が集まっているかと言いますと、沖縄県は 141 万人で 150 人、岩手県の約 3 倍近くであります。人口がほぼ同じですけれども、研修医数が 3 倍ということです。それで、人口当たり直すと全国一の研修医が集まっています。これは、沖縄県が我が国に復帰する前に、もうアメリカナイズされた研修体制というのが組まれています。それは非常に徹底しているのです。そこに人気の秘密があります。全国から研修医が殺到していると、こういうことであります。

ちなみに、きょうは看護師の話はいたしませんけれども、医師と同じように、このように色分けして、人口 10 万人当たりの看護師数の日本地図を示しておりますので、後でごらんいただければと思います。

いずれにしても、どこで働くかということは大事ですよ。先ほど言いましたように、なぜ沖縄県に若い研修医が集まるかということ、そこに一つの大きな魅力があるということです。そして、そのような人の気持ちを変えるために何が必要かということ、この三つだと思います。例えば自分でどこでも研修ができるという制度をやめましょうと、これはそういうことはなかなかしかならぬと思いますが、それは規制ですよ。それから、インセンティブと啓発ですよ。

この中で多分一番インセンティブが大きいのだと思います。そして、たくさん給与を出しますよという金銭的な報償、それ以外に社会的な評価、もう一つはそこに行く自分がやりたいこと、自分がしたいことができるのだという自己表現の場があるというようなことで、多分医師を今動かしているのは2番目と3番目だろうと思います。

全国の地域医療の充実、発展を目指して、毎年東京で地域医療フォーラムというのを私たち自治医科大学で主催させていただいております。全国から行政の方々、医療関係者、それから医療関係者の病院、医師会の先生方、あるいは医療機関の方々、それから議員、住民の方、たくさんの方が集われます。このスライドは2011年の報告書であります。2012年の報告書を皆様のお手元にお配りしてあります。

2011年は、今まではテーマを決めてやっていたのですけれども、段階的に継続的なテーマになるようにやっけていき、フォーラム宣言をしてはどうかということで、1日丸々議論した上でフォーラム宣言をいたしました。最初にパネルディスカッションして、四つの分科会に分かれて、そこで上がってきたものを束ね合わせて、一つの宣言にいたしました。地域で医師を育成するような体制をつくりましょうと、もう一つはその育成された医師、あるいは育成途中においても循環型の地域医療体制をつくっていきましょうということで、二つを合わせて、地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築しますという宣言をいたしました。とにかくオールプレーヤーで参加して、若い人たちを育成して、そして地域循環型の派遣体制を組んでいってはどうかということでもあります。

ただ、具体策がこれではなかなかわからないという意見がたくさん出ました。そして、去年は、新時代の地域医療の扉を開くということで、その鍵を皆さんで見出していこうというテーマで、また東京にお集まりいただきました。

そして、皆様のお手元にあります、この報告書のずっと後ろのほうをごらんください。字が小さくて見にくいのですけれども、報告書の最後をめくっていただきますと、参加者の総意による鍵というページがあります。それがこのスライドであります。これはまた後でじっくり眺めていただければと思います。いろいろなヒント、アイデアが参加者から寄せられました。

ホップ、ステップと進みました。でも、これでもやっぱりみんなで頭の中で考えたことではないか、実際に実現していこうということになりまして、本年はこのリーフレットにございますけれども、地域医療フォーラム2013を9月15日に東京で行わせていただきますが、実際に地域で一つのモデルをつくりましょうということで、ちょうど自治医科大学があります栃木県下野市の隣の市、栃木県小山市がそういうことをスタートさせていますので、小山市に全面的に参加、御協力を願って、全国の方々と一緒に御議論いただいて、モデルづくりを進めていきたいと思います。これをことしは実際にやります。

さて、へき地医療の支援体制というのがあります。皆様御存じだと思いますが、今はへき地医療支援機構というのがございます。従来は、へき地の診療所の医師が休みたいとか、学会に行きたいとか、病気で誰かバックアップしてもらいたいとかいうときに、大変な思

いでいろいろなつてを使ってお願いしてきたものなのです。今はへき地医療支援機構に連絡しますと、ここの専任担当官がへき地医療拠点病院に声をかけて、ここから代診の医師が派遣されるというようなシステムができています。これが十分に機能しているかどうかはともかくとして、やっぱりこういうシステムというのは大事だと思います。先日、岩手県立中央病院の望月院長先生とお話する機会がありました。望月院長先生は、県立中央病院がへき地医療拠点病院になりましたと、まずそのときの最初の応援は私が参りましたと言っておりました。すばらしいことだと思います。

いろいろなへき地医療を支援する体制の事例をここに挙げております。例えば島根県は全県を幾つかのブロックに分けて、拠点病院である地域の中核病院が周辺の診療所をバックアップすると、そしてそれでバックアップできないときには島根県立中央病院から人が行ってバックアップすると、こういうようなブロック制というのを敷いています。鹿児島県もよく似たような制度があります。新潟県は、15か16カ所の県立病院を中心として、全県下の地域医療の提供体制を構築しておられます。そして、その県立病院の医師は新潟大学の医局が前端的にバックアップしておられるというような形になっています。

高知県の例です。高知県は三つの組織で、高知県へき地医療協議会というのができております。県が音頭取りをされまして、へき地を有する九つの市町村、それから自治医科大学の卒業医師、あるいは高知大学の卒業医師が一緒になった医師のグループができております。そして、どこかの市で来年内科医が1人足りなくなりますと、そうしますと県と諸診医会に連絡が行きまして、諸診医会の中で相談しまして、来年は誰々さんが行く予定になりますというような調整が行われます。そして、その結果、ここの市町村には医師不足はないということになっています。大事なことは、ここにも黄色いところで書いてまして、労働条件が全く均一化されています。どこの病院に行っても給与は一緒です。そして、この市町村は積み立てをされて研修の基金をつくっております。そして、一定年度の間に研修機会が確保されるということで、この二つは実はすごく大事なようです。ほかの県で、労働条件の均等化というのは鍵になっているという報告を受けたことはあります。

さて、今はへき地の話をしました。今度は県下全域の地域医療支援センターの話に移りたいと思います。国の音頭取りで今全国にどんどん地域医療支援センターが設置されつつあります。この目的は、地域枠医師のキャリア形成の支援、指導医の養成と研修体制の整備、地域医療に従事する医師の支援、それから医師確保にかかわる総合相談窓口と情報発信、医師のあっせん、地域医療関係者との意見調整ということが掲げられております。先ほどのへき地医療支援機構とかなりオーバーラップするところもありますし、ここの役割、機能の構築を考える場合に、今までへき地に対して構築されてきたことが大きなヒントになると私は思っております。

さて、皆様にもちょっと御質問申し上げたいと思います。今から八つの症状を挙げさせていただきます。シチュエーションを挙げさせていただきます。何人の医師にかかれるか、ちょっと指を折ってみてください、よろしいでしょうか。1番目、熱が出ました、喉と頭

が痛みます。2番目、このごろ立ちくらみがします。3番目、膝と腰が痛くて歩けません。4番目、突然腹が痛くなり我慢ができません。5番目、蜂に刺されて気分が悪くなりました。6番目、健康診断で血圧、コレステロール、血糖が高いと言われました。7番目、健康を守るための取り組みについて教えてください。最後8番目です、脳梗塞で入院しています、左半身がまだ不自由なのですが、家に帰りたと思います。

皆様に挙手をいただくのははばかられますので、ちょっと私の経験をお話しさせていただきたいと思います。10年間この質問を全国でしてきました。最初1,000人ぐらいの方に御質問するまでは6人以上の医師にかかるという方が圧倒的に多かったのです。だんだん減ってきました。最近では3人という方が一番多いのです。1,000人を超えるまでは1人という人は一人もいらっしゃいませんでした。最近では、多いところは1割以上の方が1人とおっしゃっています。

1人でいいのです。トレーニングを積んだ医師であれば、我々一生のうちに起こる健康上の問題の8割、9割は解決できる。これは日本でも言われていますし、欧米でも全く同じデータが出ております。となると、これも1人の医師で対応していただくということです。

この質問をさせていただくときに、住民の方々にかかりつけ医がいますかと御質問します。そうすると6割です。しかし、もう一つ質問します、何でも相談できる医師がいますかと。1割です。実はこのギャップが非常に大きいのです。今の医師不足を急速に解消することは難しいと思います。ですけれども、一つのキーワードがこのギャップをどうやって埋めるかということです。先ほどの何でも相談できるというのは、八つのシチュエーションをここに代入してありますけれども、慢性の病気、あるいは急性の病気、健康に関すること、在宅に関すること、介護保険に関すること等々、1人の医師が対応していたと。そうすると、すごくいろいろなことに広がりが出てきます。もしこれを1足す1でいろいろな医師にということになると、それだけまた医師を確保しなければいけないということになるわけです。このような医師を総合医とってきました。

ところが、専門医の在り方検討会というのがことしの春に報告書を出しました。それは、2階建てにありますけれども、その1階建ての部分、例えば内科、外科とかいうのが1階建てです。そして、2階建ての部分は消化器内科とか呼吸器内科とか、そういうのが2階建ての部分です。専門医と言っていますけれども、いずれも学会が認定しているのです。そして、よりこれに透明性をつけるため、そして、標準化するためにこの検討会が設けられました。

その中で一つ、総合診療専門医が必要ですねということになりました。今まで専門医として位置づけられていなかった総合医ですが、名称も総合医ではなくて、総合診療専門医といたしましょうということになりました。内容は先ほどもお話ししたとおりです。

そして、実はことしの秋にこの基本領域の専門医を認定する第三者機構が立ち上がります。全く国でもないし学会でもない、第三者機構が立ち上がって、ここの専門医の認定を

運営していくということになります。そして、今 2013 年ですけれども、4 年後、2017 年からそのプログラムがスタートして、そして認定制度が本格的に数年後から始まるということになります。そうしますと、国民の方々には、この専門医はということができて、どういうトレーニングを積んで、どういうことができるかということが非常にわかりやすくなるということです。そして、どこにそういう医師がいるかということがこれからよりわかりやすくなると思います。

さて、自治医科大学から地域医療に対する提言というのを出しました。自治医科大学の卒業医師と他大学の卒業医師、病院勤務医に対して、どういう診療を行っていますかという調査をしました。これは、国家試験に必修項目というのがあります。将来どういう分野に行っても、必ず身につけておくべきこととなっております。これを見ますと、こういう症状に対応しましょう、あるいは病気に対応しましょう、あるいは救急に対応しましょうという 202 項目ですが、例えば胸が痛いという人が来られたら、全く見ません、いや診察はします、診断までできます、あるいは適切に治療ができます、この四つに分類していただきました。そして、自治医科大学の卒業医師を見ますと 14%は不可としております。他大学の卒業医師は 40%です。ここにまた先ほどのギャップ以外にもう一つのギャップが見出されます。このギャップを埋めていくことが大事だと思います。これは、自治医科大学の卒業医師は総合医を目指したからということになりますけれども、実は総合医から始まって最終的に専門医になっている人が多いのです。そして、専門医にくくって見ますと、2割が不可となっております。ただし、他大学の人たちは 45%と不可がふえております。

ほかにいろいろなデータの分析をしましたけれども、我が国の地域医療に求められる医師像として、大事な像というのをここに示しました。これは、総合医だとか専門医だとか、そういう領域にとらわれない幅広い診療が行える医師像というようにくくりました。専門医であろうが総合医であろうが、幅広い症状に対して診療ができること。初期救急には必ず対応できること。それからもう一つは、地域のニーズに応じてみずから柔軟に変化させることができること。どういうことかといいますと、循環器内科医としてトレーニングを積んで、地域に赴きました、頭が痛いという人が来ても拝見しますと、お子様が来ても拝見しますと、自分に足りない部分はトレーニングを積んで、さらに伸ばしていきますと、そういう姿勢が必要だということを述べております。いずれにしましても、専門医、総合医にかかわらず、そういうようなマインドで、そしてこのような知識、技術をもって臨む医師をこれから育てていかなければいけないのではないかと思います。

ちなみに、医学生 of 1 年生、4 年生、6 年生に将来どういう医師になりたいかという調査しました。1 万 5,000 人が答えてくれました。超専門医になりたいのが 1 割です。いや、総合医、プライマリーケアとここには書いていますが、総合医になりたいのが 1 割。8 割は幅広い、そして専門性を持った医師になりたいということです。そうしますと、こういう人たちをきっちり伸ばしていけば、当然ここはクリアできるということです。残念ながら今ここがうまく伸ばし切れていないということです。それは、我々医療機関にいる人間、

あるいは研修に携わっている人間がもっと考えていかなければいけないと思います。卒前、卒後の教育をこれからどのようにしていくかということが今問われている部分だと思いません。そういう意味で、各大学で卒前に地域医療が必修になりました。これは授業だけではなくて、地域の中で実習しましょうということでもあります。

それから、私が卒業して最初の赴任地に出かけましたときには、往診とって看護師と行っておりました。今はどうでしょう、患者を中心に医師、看護師だけではなくて、いろいろな人たちがかかわっています。大きなチームができております。そして、残念ながらそこはまだまだちょっとぎくしゃくしているところがあります。これからこういうチーム医療、多職種連携は大きく問われていると思うのです。

私は、医学生、研修医にこういう言葉を伝えております。私たちが2009年につくったテキストに、高橋先生という方が書いております。そのチーム連携のときに、ちょっと障害になっているのが私たち医師のようなのです。医師としてどのような姿勢で臨むべきかということがここに七つのコツで書いてあります。笑顔と挨拶、平易な言葉、まめになる、学ぶ姿勢、逃げない、仲間をふやす、顔の見える連携。鉄は熱いうちに打てで、やっぱり学生るときからこういうことを常に言い続けていって、きちっと彼らの心の中に、頭の中にこれが育っていかなければいけないのではないかと思います。

さて、残された時間で幾つかの事例を報告したいと思います。皆様、ちょっと考えてみてください。

ここは兵庫県、ちょうど中部に西脇市というところがあります。この病院は三百数十床でした。病院を建てかえた数年前に医師がどんどん減っていきました。五十数名いた医師が30名になってしまった、小児科医も1人になってしまったという状況です。皆さんどうされますか。住民の人たちだけでなく、いろいろなプレーヤーがさっと立ち上がりました。お母さん方は、小児医療を守る会を立ち上げられました。商業連合会の方々は、研修医に来てもらおうということで基金を設置して、研修医に使ってもらうようにしました。グラママのおにぎり、おにぎりボランティアも立ち上がりました。医師会の先生方は、すぐに病院の中に休日急患センターをつくりました。そして、自分たちも病院の中に詰めて救急に携わっていったと。そして、夜は自治会を回って今の現状を伝えながら、医療のかかり方、受療についてお話しされたそうです。

そして、議員の方は条例をつくろうと立ち上がられました。自分たちが向かうところ、目的、目標を明確にするため、条例が必要だということで、これは全会一致で上程されたということですが、条例をつくられました。市の責務、医療機関の責務、市民の責務、書いてあることはごく普通のことです。しかも、何かこの条例で羽交い締めにといいことはできないのですけれども、皆さんがこういう目標に向かって歩みましょうということで、昨年4月に今の条例がつけられました。昨年の8月に西脇病院フェスタというのが開かれるということで招待されました。玄関のところには地域医療を支える市民の会の方々が出迎えてくださいました。これは病院のロビーです。老若男女多くの方々が集まっ

ておられました。小児科を守る会の人たちがこういう催しをされておりました。それから、勉強会もありました。私も招かれて、ここでお話をしているところです。

その結果どうなったかという、あつという間に、数年のうちに医師数はもとに戻りました。さらに、研修医が今どんどんふえているということです。さっきインセンティブと言いましたが、若い人たちというのは、地域の魅力、自分たちの何か心がくすぐられるようなところには集まっているのです。医師が少ないと言われているのですけれども、そこです。

事例の二つ目です。これは岐阜県郡上市です。郡上市は七つの町と村が一緒になりました。非常に広いエリアです。琵琶湖の1.5倍の広さと言われたのですけれども、奈良県の広さに近いぐらいの広さがあるということです。三つの病院がありました。そして、三つの病院のうち二つの病院がそのまま市立病院、もう一つは和良病院とって、昭和30年に村総出で診療所をつくられて、そこから病院になった病院なのです。そして、ここは実は日本の地域医療のメッカだったのです。そして、その地域医療のメッカがモデルとして現在に至っております。

ここで従来の枠にとらわれない新しいアイデアを出していただきました。予防を主とし、治療を従とするというスローガンで、昭和30年に赴任された第1代目の所長がやってこられたのですけれども、郡上市の五つの診療所を一つの医療センターに集約しようということでありました。五つの診療所は残っています。そして、一つの診療所に1人の医師がいるのですけれども、あとの診療所の医師は全部、ここの和良村の病院から診療所になった地域医療センターにいます。どういうことかといいますと、センターモデルと称してここの和良診療所が地域医療センターになって、4人の医師がいて、それぞれの医療ニーズに合わせて医師が動くということです。そうすると、医師が1人で疲弊感を持たないでやっていることであります。夕方になると皆さんが集合して、1日を振り返ってレビューをして、課題を解決するための議論をします。そしてまた翌日に臨んでいくということでありました。

センターの役割はここに書いてあるとおりです。診療体制は、いろいろな診療所の外来名が書いてあります。一つの診療所に1人の医師という従来の枠を超えて、このように地域全体の診療所をカバーしていく。そうすると医師もここに定着しますし、若い人たちは勉強に来てくれるのです。ですから、従来の枠を壊す必要はないのですけれども、いかに超えるかということが大事だと思います。

次の事例です。実は私いろいろなことにかかわらせていただきまして、定住自立圏懇談会というものに入らせていただいております。それが始まる前の研究会にも呼んでいただいております。これは総務省が進めております。従来は行政機能の確保だったのですけれども、今度は生活機能に基盤を移していく必要があるのではないだろうか、そして自治体自己完結主義から圏域の形成にという合い言葉が進められております。定住自立圏の中心市とその周りの市町村が一緒になって、協定を結んで、いろいろなことを進めていきたいと思います。

例えば医師ですと、中心市にある大きな市民病院の周辺からも住民の方々がたくさん来ておられると、そうするとこの機能がもう限界に立っている、そうしますと周辺にも当然医療機関があるわけですから、その医療機関をこの市立病院がバックアップしながら全体を充実させていきたいと思いますということでもあります。

一つ例を出します。長野県飯田市というところがありまして、この黄色い部分、飯田市周辺の13の町村と一緒に定住自立圏を形成しておられます。医療以外にいろいろなこと、ここに書いてありますような協定を結んでおります。大きい病院ですからここでも100人近く必要な医師が、68人になりました。そして、いろいろな取り組みをされてもとに戻ってきたということです。実はここも研修医がどんどんふえています。こういうようなところに研修医がふえると思います。

それから、ちょうどこの医師が減り始めたときに市立病院の産科医も減ってきました。そうすると、里帰り出産、分娩ができないということがささやかれるようになったのですが、ここで一つのアイデアが生まれました。周辺の産婦人科の開業医の先生と病院が非常に強い連携を組んだのです。カルテを統一しましょうと。そして、正常分娩の場合には36週までは診療所で拝見します、それ以降は病院でお願いしますということで、このような産科セミオープンシステムというのを考えました。何が起こったかということ、医師はふえていないのですが、実はこのときよりもさらに分娩室がふえています。そして、里帰り分娩はそのままお断りしなくて、現在に至っているということでもあります。アイデアなのです。医師がいないと何ができないかということも確かにあるのですけれども、今あるものをどういうふうにご利用していくかということも一つの大きなアイデア、そこに知の輪が生まれているように思います。

事例4であります。これは青森県の例であります。青森県は、実は平成11年、今から14年前に自治体病院の再編成の指針というのを県が出しております。今ここに書いてあるようなことです。二次保健医療圏域全体で医療を確保していく取り組みとか、高度専門医療を担う中核病院を確保する、場合によっては診療所に転換される病院も出てきますということをやっています。

そして、津軽の地、西北五圏域といいますけれども、そこは平成14年に指針を受けて西北五圏域再編成計画の概要を出しております。全く一緒です。当時は14市町村あったのですが、現在は6市町、ここで先ほどの指針に沿った計画を出しております。平成18年に地域医療を考える県民フォーラムということで、青森県青森市に集まりました。そのときに西北五圏域に地域医療研究会があるということを知りました。これは住民の人たちが立ち上げたのですね。住民の人たちが自分たちの手で、今この地域で地域医療に何が起きているかを調べてみましょうと、そして統合集約化というような声も聞かれるけれども、それは何か、本当にそれが必要なのか、自分たちのところから病院がなくなるのでないか、それを自分たちの手で調べてみましょうと、その調べた結果を住民から住民に伝えていきたいと思いますということでも立ち上がっております。

さらにその後、ここの地域にも再生基金が投ぜられております。ちょうど五つの病院があるわけです。一つの中核病院、そして二つの慢性期の病院、二つは診療所になるということです。青森県は統合集約化とは言っていません。役割分担、機能連携を促進するので、その結果が今言ったような形になりますと言っておられます。既にここには中核病院の医師が集まり始めています。研修医もフルマッチなのです。どうでしょう、私は病院を減らすとかということよりも、そういうような意識の転換が今すごく求められているのではないかと思います。

事例最後です。これは私たちがかかわっている事例です。茨城県の再生基金で寄附講座が茨城県下には五つできております。その一つをお引き受けしました。自治医科大学がちょうど茨城県と栃木県の県境にありまして、ここに二つの公的な病院があります。こちらの病院からここまでは車で20分ぐらいのところにあります。それで、私たちがなぜお引き受けしたかという、こういう形での寄附講座を引き受けますといろいろなところからもお問い合わせがありましたので、ここを引き受けて、ほかをお断りするというわけにはいきませんでした。医師を派遣する寄附講座ではなくて、どのような医療提供体制をつくれればよいかという研究を中心にした寄附講座であればお引き受けできますよということでお引き受けいたしました。医師数が全国の人口当たりの医師数の半分以下の95.8人なのです。これをよく見てください、ここには4市1町が入った20万人の圏域です。それで、この二重丸は実は救命救急センターがある病院なのです。ある意味では、よく見るとすごく恵まれた地域なのです。先ほども言いましたように、行政圏域でくくってしまうと医師数はこうなるのですけれども、ちょっとここまで広げていくと医師数は格段にふえるのです。それから、どこに住んでおられようとも、救急車で30分で行ける救命救急センターがある地域ってそうはないのですよね。ですから、見方を変えていくことがすごく大事だと思います。

詳細は省きますけれども、私たちがお引き受けしたときにこのようなことを掲げました。診療も専門診療というよりも総合診療を中心としてやっていきたいと思います。新しい医療圏域、県境を加えた医療圏域ということも踏まえて、頭に入れて考えていきたいと思います。それから青森県がそうおっしゃったように、私たちも医療機関の役割分担、連携が必要だと思います。包括ケアの推進、それからここに新しい医療提供体制をつくるのに、住民の参加が不可欠ですということを言っていました。

医療圏域は行政圏域、それからもう一つは地域コミュニティという考え方があります。この生活圏域は、必ずしも考慮されていたわけではなかったと思うのです。そして、フリーアクセスのもとに住民の方々は好きにところに行っておられるのです。ですけれども、政策は行政圏域で捉えるということになります。

私たちは、今お話ししたような方向性に立って、最初に結構綿密にプランニングしました。診療はどうか、あるいは自分たちがやったこと、あるいは何が変わったかという

ことも含めた検証をきちんと研究として取り上げていきたいと思います、住民の方々にもアプローチしていきたいと思います、そして卒前、卒後の教育もこの地でやっていきたいと思いますということでスタートしました。

茨城県筑西市の住民の方々には10万人いらっしゃいますけれども、毎年その10分の1の方々に意識、受療行動に関するアンケートをとっています。非常に高い回収率です。1万人の方、毎年同じ方にアンケートを差し上げております。そして、こういう意識とか受療行動が変わったとするならば、どんな要因がそれにかかわったかということを出させていただいて、それをまた全国に発信させていただこうとしております。

あと数分になりましたけれども、多分11時5分までには終わると思います。ちょっとしつこく、もうちょっとお話ししたいということで、補1です。今全国に大きなムーブメントが起こっております。私も10年間かかわってきましたけれども、地域医療を守り・育てる住民活動です。住民の方たちが立ち上がっておられます。これは、宮崎県の延岡市と小林市の方々が一緒にされた住民活動、地方シンポジウムであります。住民の方々は、住民から住民に伝えようということで、どういうふうに医療機関にかかるかという寸劇を演じられたりしております。それから、お話を聞くというよりもみんなで話し合うというようなグループワークをしておられます。この中には行政の方、あるいは他のところの市長も来ておられます。それから、地元の学生の方、あるいは医療関係者、企業の方等々、いろいろな人がかかわられたグループワークです。

そして、この後に実は地域医療を守り・育てる県民フォーラムというのが宮崎県小林市で開かれました。ここにある丸は、今お話ししたような行政、住民、医療関係者、議員、とにかく大勢が共同で地域医療を守り育てる、そういう活動が行われている地域をこの丸で示されているのです。そして、このフォーラムではこれを宮崎県下一円に埋め尽くしたいということを目的として開かれました。

こういうところには地域力が感じられます。地域が一丸となって、地域の課題を解決し、暮らしよい地域をつくっていく力ができると思います。そして、それを育てるのはソーシャルキャピタルになりますけれども、きょうお話ししました地域力が備わってきている地域は魅力が出て、医師が集まって、研修医も集まってきております。これからの一つの大きなキーワードだと思います。資料にソーシャルキャピタルについて説明が少しあります。

もう一つ、データ化であります。今まではイメージで、机上でいろいろ議論して、地域医療計画が行われていたと思いますけれども、データが必要だと思います。そのためにいろいろなデータが必要だということを書いておきましたけれども、私たちは患者の需要に関するデータ、あるいは医療サービスのデータ、あるいは県とか市町村、あるいは国が持っているデータを一つにしたデータバンクというのを今つくっております。そして、これを各都道府県あるいは市町村にお返しするようにしております。

これは群馬県の例でございます。ここが群馬県の県境で、これは医療機関のですけれども、高崎市とか前橋市を中心に、こういうふうに医療機関が集まっています。そして、ボ

ロノイ図というのは医療機関と医療機関の中線を立てたものを結んだものですが、このあたりが非常に医療機関がまばらなことがわかります。ただ、表に数値が書いてあるのではわかりにくいのですよね。こういうふうには可視化して、一目瞭然にすると非常に理解が早いと思います。

そして、群馬県には二次医療圏がこういうふうにあります。それぞれ2次医療圏の住民の方々にこのような色分けをしております。どういう医療機関にかかっておられるかというのを色分けして、それをくくっておりますけれども、ここは実は三つの二次医療圏の住民の方々が一致してしまっているのです。実際は三つの二次医療圏があるはずなのですが、住民の方々の利用動向としては一つになってしまっているのです。ですから、これから二次医療圏がどうあるべきかというときに、こういうデータが不可欠になってくると思います。

例えば脳卒中のデータです。群馬県は、先ほどの脳卒中の患者が、どこにかかっておられるかといいますと、群馬県の前橋市とか高崎市を中心とした、こういうような圏域内にとどまっております。こちらは茨城県で、茨城県の県境はここですけれども、どうですか、非常に幅広く、東京も含めて他都県に広がっていているということです。

これは、ほかの4疾病を含む5疾病の比較です。群馬県の例ですが、脳卒中とか心筋梗塞は非常に県内にとどまっておりますけれども、糖尿病、がん、あるいは精神疾患は、非常に広い県外を含めた圏域にまたがっているということです。今はこのようなデータを見ながら基本的には政策立案していく時期、時代になっているのではないかと思います。

最後です。実は岩手県のごことはほとんど触れないでまいりました。これはなぜかという、実は先ほどの住民活動というのが起こっていたのです。平成22年10月に、私はこの胆江圏域地域医療シンポジウムに招かれました。岩手県内でさまざまな住民活動が起こっているということを私は知りました。そして、その後には今度は岩手県のシンポジウムに達増知事からお声がかかって参らせていただきました。そして、県民みんなで支える地域医療シンポジウムということで、平成22年12月にやりました。これは、県民みんなが支える岩手の地域医療推進運動ということで、3年前から取り組まれていたということです。先ほど地域力のお話をしました。実はもうこの岩手県においてはそういう活動はかなり進んでいたのです。

その後、平成23年1月に一関市に招かれました。その後、大変なことが起こったわけがあります。それから、今は一関市と合併しましたが、藤沢町は全国の地域医療のモデルになっております。住民の人と医療関係者、行政の方々が夜に集まって地域医療のことを考えるナイトスクールというものが、もう既に最初から起こっておりましたけれども、そして全国にこれを発信されています。今全国でいろいろなところでこのナイトスクールというのが立ち上がっております。

大震災の後に、私も4月に大船渡市に参らせていただきました。そして、大船渡市を含めた陸前高田市、住田町、2市1町の気仙地域のこれからの医療の課題というのを私なり

に当時考えました。きょうは触れませんが、例えば2市間における地域医療の支援創出及び福利等に顕著な差があると感じました。あるいはそういう差が続くであろうと思いました。そのために、この気仙地域全体の医療再生に向けた実効性のある検討と取り組みが必要なのではないかと、そしてそのリーダーシップを保健所がとられて、中長期のビジョンの策定とロードマップが必要なのではないかとということで、何かできることはないかと思っていた次第であります。

それから、県立大船渡病院の地域基幹病院、2次、3次としての機能の維持には何が重要かということで、私自身が当時考えていた方策をここに書かせていただきました。かかりつけ医機能の回復、あるいは病診連携による1次から3次までの救急医療体制の回復、内陸病院との病病連携による後方病床の確保です。いろいろなことを私なりに現地を見ながら考えさせていただきました。在宅医療の体制も非常に必要だと考えました。移動手段を考えさせていただきました。その後も大船渡市に何度か来させていただきましたけれども、気仙地域医療再生検討会議を立ち上げますということでお声をかけていただいて、その後何度かこの会議にも参加させていただいております。

今時代が、農業の社会、そして工業の社会を経て、情報知識社会の時代に入ってきました。まだまだ大きく揺れ動いているのです。事態としては安定していません。この揺れ動いているときには前に進んでいないわけではなくて、いろいろなエネルギーが蓄えられて、次の前進への準備を今は進めているのだと思います。そういうときに、先ほど言いましたソーシャルキャピタルをどういうふうに醸成していくか、多分醸成していくのは住民の方々ですが、もう皆さんが一体となって、取り組みやすい医療であったり教育であったり福祉であったり、ここから醸成が進められていって、そこに地域の力が備わっていくのではないかと思います。そうしますと、この経済の活性化にもつながるのではないかとということで、よく地域医療づくりはまちづくりという表現をされますけれども、私も本当に全国の様子を拝見していて、まさにそのとおりだと実感を持って見させていただいております。

私がふだん言っています地域医療の確保、充実策の処方箋七つ、きょうのお話をここに書かせていただきました。

さて、皆様はいろいろ取り組んでおられると思います。プラン・ドゥ・チェック・アクト、そしてその中心にあるのは地域の輪だと思います。この地の輪をいかに回していくか、そしてこのPDCAサイクルをいかに回していくかが今問われて、さらに今後問われていくのだろうと思うわけであります。

少し時間が超過しましたがけれども、御清聴ありがとうございました。

〔拍手〕

○小野共委員長 先生、貴重なお話ありがとうございました。

これよりただいまの御講演に関しまして質疑、御意見等ありましたら、挙手の上お願いいたします。

○**嵯峨耆朗委員** ありがとうございます。何点か質問します。

最初に御説明がありましたが、日本は世界の数倍の病床数と受診患者数があるというのは、何で日本だけそんなに多いのかと感じたのですけれども。

○**梶井英治講師** まずそれについてお答えさせていただきます。

病床数をどこまで入れるかとか、果たしてアメリカと比べて同じ病床数のカウントの仕方になっているかという、必ずしもそうではないと思います。ですから、多目に入れているということは確かにあります。いずれにしても、病床数は多いと思います。アメリカの平均退院日数は5.数日です。私がアメリカに十数年前に行って、では手術はどうされますかとお聞きすると、糸はそのまま、やっぱり5日ぐらいで退院しています。しかも、日本のように隣に病院があってというシチュエーションではないのです。市を超えて、本当にたくさん手術をしておられるところに集まっておられます。そして、その病院の近くにもメディカルホテルがあります。そのホテルに移られて、御家族としばらく逗留されるのです。ですから、その辺の病床数というのは入ってこないのです。

ちなみに、100床当たりの医師数というのは日本は13人です。アメリカは70人ぐらいなのです。これは病床数全体が少ないということもありますし、病院も少ないのです。もう少しデータをお示しすればよかったですけれども、やはり各国と病床を比べた場合にはどこまで病床に算定するかということもありますけれども、日本はかなり多いと思います。

○**嵯峨耆朗委員** 簡単なかもしれませんが、10万人当たりの医師数のカウントをよくします。例えばうちの医療圏、久慈市なのですけれども、岩手県立久慈病院がありまして、大きい医療機関はそこ1個ですけれども、全部合わせても7万人いくかないかの圏域で、10万人当たり何人というデータのとり方というのは正確さを欠くのではないかといつも思っているのですけれども、先生はどう思われますか。

○**梶井英治講師** おっしゃるとおりです。あくまでも一つの大まかな指標だと思います。これでお示ししましたけれども、例えばここは10万人当たりですと100人もいないのですね。日本の医師の平均よりも人口当たり半分以下になります。これだけで議論してしまうと大変だ、大変だとなるではないですか。

ですけれども、さっき言いました、ここに自治医科大学があるのです、それからここに筑波大学があるのです。それから、大きい病院がさらにこういうふうにあるのです。そうすると、ここまで広げていくとこの圏域は相当数になります。大学病院は600人とか700人とか研修医も入れての医師数になりますので、そうするとそのカウントをそこですると全然違うわけです。ですから、人口10万人当たりにも振り回されてしまうと、これはやっぱり本質を見抜けないことになると思います。おっしゃるように、人口10万人当たりはあくまでも人口10万人当たりで、そこに全てのものが集約、反映されているわけではないということで、私も賛成です。

○**高橋元委員** 医師不足で、何年か前に医科大学の定員をふやしたということで、かなり

前に医師の定数が多いときは医者 of 技術に格段の差があつて、医療事故なんかが頻発している時期があつた記憶があるのですけれども、今度の定数枠をふやしたことによって、そういう心配がないだろうか、ずっとどこかにひっかかっています。そうはいつでも医師不足なので、定員をふやして医師数をふやしていくのですけれども、今の研修医の制度の中でそういう問題は大丈夫なのかというのが一つと。

それから、インセンティブのところでは金銭的な報酬とか社会的評価、あるいは自己表現ということが出されておりました。金銭的な面で満足させるには切りがないのですけれども、でもほかのところでもうまくいっているところの事例等がもしありましたらその辺お願いします。

○梶井英治講師 ありがとうございます。

今医学部、医科大学は80校ございます。そして、全部合わせて8,000人にいかなかったのです。それで、私は実は自治医科大学の第1回目の卒業生であります。入学は1972年です。このころ大変な医師不足だったのです。先ほどの人口10万人当たり直すと、多分110人とかそんな感じだったと思います、今の半分ですね。何が起こっていたかという、医学部のない県が随分あったのです。そして、1県1医科大学にしましょうということで医学部が次々につくられました。新設医科大学といいます。ちょうど自治医科大学ができた前後と時を同じくしてであります。医師がどんどんふえていったのです。そして、そのときの目標値が10万当たり150人だったのです。ですけれども、150人に大体いつごろなるかという予測はつきますよね。リタイヤしていく医師と1年間にふえる医師と、そうするとその差を出して、今ですと大体1年間に4,000人から5,000人医師がふえているのです。当時もそういうのを出すことはできたと思うのです。150人になると今度は医師過剰時代が来るということで抑制していったのです。幾つかの抑制策が考えられたのですけれども、実際に行われたのは入学定数の減です。100人のところを80人、80人のところを60人という形で減らしていったのです。そして、そうは言うもののやっぱり医師不足になり、もう一度見直しましょうと、新しい医学部をつくるべきかどうか、それは将来に向けていかなものかとなり、各大学の入学定員をふやしましょうとなりました。今何人ふえたかという、1学年1,400人です。そして、当地の岩手医科大学も130人になっていますよね。ということでふえてきたのです。そして、医学生の数もふえて、質が担保された分、担保しないといけないと思うのです。そのために専門医の制度をしっかりとしましょうと、揺るぎないものにしていきましょうと、学会主導ではなくて客観的な評価をしていきましょうと、そして質も担保、標準化を図って、皆様に本当に信頼していただけるような医師を育てていきましょうというのが専門医の在り方検討会の目的であつて、そしてそれに対する答申が出されて、今度4年後にそれが始まるということになります。そこのところがすごく大事だと思います。

もう一点、何でしたっけ。

○高橋元委員 インセンティブの関係で。

○**梶井英治講師** インセンティブに関しては、お金をたくさんというところもあると思うのです。ですけれども、なかなかそれでは続かないと思います。さっきも言いましたように、例えば研修医とかいろいろなところに派遣される医師が同じような処遇で、あるいは研修も含めて行われるのが非常にいいとなっていますし、そういうようなデータを出してきております。では、給与はどれくらいがいいのかということも言えませんが、私は多分給与面よりも、まさにそこのところを感じているところでございます。

○**高橋元委員** ありがとうございます。

○**高田一郎委員** ありがとうございます。先ほど先生の話の中で、最後に住民参加で地域医療を守っていくという地域力の話が出されました。私の住む地域は、先ほど紹介がありました一関市国民健康保険藤沢病院の近くにありまして、佐藤元美先生を中心に、ナイトスクールとか、地域を守る献身的な取り組みがされています。そして病院だけがベッドではなくて、皆さんの住んでいるうちが病院なのだと、そういう位置づけで、非常に先進的な取り組みやっているわけです。魅力がある病院ですから医師も集まって、医師不足も余り心配ないということで、いろいろな事例紹介がされましたけれども、なかなかそういう取り組みが私の認識ではまだまだ広まっていないのではないかなと思うのです。一関市国民健康保険藤沢病院の場合は院長先生が献身的な取り組みをしているから、院長先生がすごいのかなという思いをしているのですが、地域力を豊かにしていくためには何が必要なのかなというのが一つちょっとお聞きしたいのと。

それから、先ほど質問にもありましたけれども、研修医も偏在があるのだという話をされました。特にインセンティブの問題で金銭的な報酬についてはわかるのですが、社会的な評価、自己表現の場という話をされましたけれども、これは具体的にどういうことなのかなということをちょっと。

○**梶井英治講師** ああいう活動の起こり方というのはいろいろあります。例えば先ほどお話をしましたけれども、岐阜県、今は郡上市ですけれども、あそこは昭和30年に中野先生という方が行かれて、いやこれは大変だ、このような予防活動をしましょうということで、夜診療が終わってから、火の用心ではないですけれども、村々を回っていかれたそうです。実際皆さんが集まってこられて、一緒に話し合いができたのは10年後だそうです。当時はナイトスクールと言わないで、夜間遠征座談会と言ったそうです。その後、一たん動き始めるとごろごろ、ごろごろ動くのです。

それから、ある村は3,000人に一つの診療所だったのです。そこの医師が私に電話してきました。もうこの地域が長くなったので、そろそろ動きたいと。そして、何か月かしてまた電話してきたのです。場所が決まったのかなと思ったら、2カ月入院しました。そして、その後帰ってみると、何と夜間診療に来られる人たちが激減して、10分の1ぐらいになっていたと。これは、住民お一人お一人が考えられたということです。お子様がいる若い御夫婦のところは、隣にこういうときどうしたらいいとか、どういうときに医者にかかればいいのかとか聞きに行かれるようになったそうです。その結果が10分の1の受診者数

になったということです。ちなみに、それが平成14年だったのですけれども、今もその医師はそこにとどまっています。そういうことなのです。

どうでしょう、例えば喫煙をなさっておられる方がもしいらしたら、ちょっとイメージしていただきたいのですが、禁煙しましょう、あなたは禁煙しないとこんなに高い率で肺がんになりますよと、そういうおどしの論理を持ってこられても人の意識は変わりません。何か変わろうかな、変えようかなという、無関心な時期から関心のある時期に移行しなければいけないのです。その関心期にどういうふうに行っていくかということを考えていかなければいけないのです。

ある地域は、このような活動が必要だと、だけでも住民の人たちにすぐ立ち上がれる人はいない、それで住民の人たちと一緒に考えるシンポジウムを年に何回もされたのです。そして、だんだんとそこの中から自分たちがそういうことにかかわってもいいという人たちが出てきて、そしてNPOをつくっていかれたということです。ですから、最初はこういう活動というのは医療関係者、あるいは保健師初め行政の方々から住民へ向けて発せられて、それに呼応してということになったのですけれども、今度は自発的なそういう活動も起きておりますし、それからさらに行政の方は自分たちは動かないで、このようにしませんかというような間接的な変化球を投げられて、それに呼応していただくと、いろいろなやり方があると思うのです。いずれにしても、その地域、地域の特性、状況に合わせて一歩踏み出せるような、誰がその一石を投ずるかということかと思えます。

それから、研修医です。例えばそのような地域に魅力があるところは非常に人が集まってきます。私が行って話を伺っていても、医師がどんどんいなくなって大変だと、医療崩壊だと言われたところが持ち直すと、やっぱり元気があるのですよね。そうすると、そういう中で住民の人たちの中に私も飛び込んで、一緒に医療をしてみたいとか、あるいはそういう医師不足のところで自分の力を投じてみたいとか、データの話とは真反対の感情的な話ですけれども、そのような気持ちをくすぐるところがあるのです。

それからもう一つは、なぜ沖縄県が魅力あるかということ、誰が行ってみてもその研修体制というのが充実しているのです。このような臨床研修の必修化の前から、ずっとその体制を続けてきているのです。それは、翻ってみればアメリカがもうずっとそういう体制で、質の高い医療を提供するためには質を保証していかなければいけないと、非常に厳しいトレーニングを課してきたのです。そういうところを受け継いだところは、やっぱり客観的にみて魅力があって、そしてそこに行くとレベルの高い研修が受けられるということで集まっているのです。ただし、今各県どこでもそういう努力をしています。モデルもそういうふうにあるわけですから、そこに近づいて行って、研修医が今まで少なかったがどんどんふえてき始めている県が幾つもあります。今まで沖縄県がそうだったから、ずっとそうかということ必ずしもそうではなくて、全国いろいろな形が見えてくるのかなと思います。

○高田一郎委員 ありがとうございます。

地域に信頼される病院をつくっていくために、住民の参加で活動していくのだと、そういった魅力ある病院を抱えているところには先生も集まるし、先生が集まれば地域も元気が出るのだという話だと思うのです。そういう努力をいろいろな地域で取り組んでいかなければならないと思うのですけれども、しかしそうは言っても医師の偏在というのはそれだけでは解決にならないと思うのです。それで、医師の偏在をなくしていくためには医師そのものをふやしていかなければならないということになると思うのですが、ただ医師をふやしても偏在は解消するかといえば、なかなかそうならないのではないかなと思います。医師の偏在を解決していくためには、先生の考え方としてはどんなことが必要とお考えでしょうか。例えば国家公務員は職員の偏在というのはないわけですよね。職業選択の自由がないといいますか、異動の自由がないといいますか、人事異動で異動するので偏在というのはないと思うのですが、医師もそういう方向にすべきではないかという意見もありますけれども、それも含めて先生のお考えについて、お聞きしたいと思います。

○梶井英治講師 ありがとうございます。

今スライドを出しました。よく教員、学校の先生の話と警察官の話が出るのです。その職業の人たちはちゃんと派遣されるのに、何で医師はだめなのだと、よくあるのです。そうすると、多分医師は医師免許を持っていて、場合によったら開業しますという選択肢があるのです。そこが今おっしゃったように職業選択の自由というところの大きなくくりとしてあります。他国、諸外国を見ると、卒業して研修を終えたら一定期間はあつた地域に赴きなさいという制度を持っているところもあります。

行動を変えていくためにはということで、きょうはインセンティブの話、啓発の話もしました。規制の話には触れませんでした。ここに触れていかないと、今おっしゃった部分というのは多分なかなか進まないのではないかなと思います。そのためには、では今医師にとっては職業選択の自由という自由がありましたと、住民の方々、国民の方々にはフリーアクセスという自由がありましたと、そこを押さえてどういうふうに規制していくかということとは十分な議論が必要ではないかなと思います。そこがすぐにはできないということであれば、やはりインセンティブとか啓発とか、こういうところに頼らなければいけないのではないかと私は思います。

それから、総合医が中心になれば、例えばある地域で専門医を10人集めるところを半分でもいいかもしれないですね。従来の考え方、枠をちょっと取り払って、もう一度考え直してみる時期にあるのではないかなと思います。回答は一つではないと思います。いろいろなことをやっていかなければいけないのではないかなと。残念ながら、これという一つの処方箋で明確に何かが変わっていく、あるいは医師の偏在がなくなるというような解決策がないのです。

ちなみに、トリクルダウンという言葉があります。医師をどんどんふやせば、都市部に集まっている医師がどんどん地域の最前線に行くということをトリクルダウンというのだそうです。ところが、その医師がどんどんふえている国でトリクルダウンが起きているか

という、起きていないそうです。なかなかどこで働くかというのを規定したり、あるいはそういうものはそれぞれの意識がやっぱり強くて、そこのところは非常に難しいかなとは思いますが、私自身はきょうお話ししましたように全く策はなくはなく、そういう地域もあらわれてきていて、そういう地域は少なくないのです。そのためには、やはり自分たちが何かできることをするという、地域社会の一員としてのそれぞれのプレーヤーがその原点に立ち戻って、やれることをやっていくということがすごく大事なのではないかなと思います。

済みません、明快な回答にはなりませんけれども、そう考えています。

○高田一郎委員 最後の一つだけ簡単にお聞かせください。先ほど高知県の県を挙げての医師確保対策の話がされました。高知ではへき地の地域では医師不足がないというような話だったのかなと。

○梶井英治講師 そこに属しているところだけですね。

○高田一郎委員 ええ。それで、市町村と県と医師会が連携した協議会ということでございますが、34名が参加している諸診医会というのはどういう組織でしょうか。

○梶井英治講師 これは医師会ではないのです。諸診医会というのは医師の集まりです。

○高田一郎委員 医師会とは違うのですか。

○梶井英治講師 違います、全く。これは、要するに地域医療に従事する義務を負っている人たち、例えば自治医科大学の卒業生で9年間の義務というのがあります。その人たちや、あるいは義務が終わってそのまま地域医療に携わりたい人、そういう人たちが一緒に集まって、あそこの病院だったらこういうキャリアが積めるから、あの先生がいいのではないとか、お互いがお互いを知って、そこで決めていくのです。ですから、これは医師会のようながっちりとした組織ではないのです。それで、1人がばらばらではなくて、ここにいると皆さんがお互いをバックアップしやすいということです。そして、市町村から依頼があれば、依頼は県と諸診医会に行くわけです。来年内科医を1人お願いしますと、そうすると県が間を取り持って、諸診医会のほうで候補者を出していくということになります。こういう集まりです、諸診医会は。

○小野共委員長 先生、それでは私も1点確認というか、お聞きしたいのですが、今の答弁の中にも何点かお答えされた部分もあったのですけれども、講義の中で沖縄県のアメリカナイズされた研修医体制がどんなものなのか、具体的な話をお聞きしたいと思います。

○梶井英治講師 指導医がマンツーマンで教えていくとか、それから研修医でも1年上の人は1年下の人に教えていくとか、屋根瓦式というのですけれども、何重にもなっているのです。そして、見学型ではなくて、より実践的な研修が積めるようになっていきます。そのかわり、なかなか自分の時間がないのです。ですけれども、2年間という時間にどれだけ濃縮された時間を過ごしていくかというのは、されど2年間で随分研修医の実力に差ができます。そうすると、より多くのものが学べて、より自分自身を進化させることができるということは非常に魅力ですし、多くの人が注目しているということはそれだけの評

価がやっぱり集まっているということです。沖縄県立中部病院というのが非常に有名なのですけれども、沖縄県立中部病院だけではなくてほかの県立病院もほとんどフルマッチなのです。それから、沖縄の琉球大学にも医師が集まっているということで、全体として141万人の人口の県に150人の医師が集まっているという結果が出るのです。ただし、臨床研修を終わった人たちは結構そこを羽ばたいて、他県に行かれるのです。それは、例えばそこをステップアップにしてアメリカに留学される方、それから自分の母校に帰られる方、さまざまです。

岩手県の場合には初期研修修了者、初期研修というのは平成24年度のマッチングの結果は59人でしたけれども、大体そういう人数で推移しているのではないかと思います。それで、実は私がすごいと思ったのは、初期研修を修了した人たちの県内定着率が80%なのです。すごいと思います。そうすると、いかに初期研修に従事する人たちに、岩手医科大学を卒業した人たちに残ってもらうかということと、あるいは他県から、全国から来てもらう、あるいは岩手県出身者が岩手県に帰ってきて研修を積んでいただく。私は岩手医科大学も非常に魅力的だと思いますし、それからこの間、岩手県立中央病院の望月院長先生とお話しして、多分総合病院では研修医の枠というのが19人ですけれども、もう全国で5本の指に入るぐらい多い枠だと思うのです。そこがフルマッチで、それだけ人気があるということのバロメーターだと思うのです。ですから私は、いや集まらないとかネガティブな発想ではなくて、そういうふうにと考えると、いろいろないいファクターがいっぱいそろっていると思うのです。震災の前にはですが、私もかかわらせていただいて、住民の人たちも、本当にこの地域にそういう地域力が備わってきているところがたくさんあると思いましたし、そういう力がまた復興にもかかわっているのだと思いますし、研修医の動向を見ると59人、されど59人だと思います。そういうことをむしろ前向きに捉えながら、前向きにアピールしていかれることがすごく大事だなと思います。

それから、ちなみに県内高校から他県の枠に行った人たちが三、四十人です。この人たちにいかに帰ってもらうかということも大事なかなと思っています。もう既に私が言いましたことは、岩手医科大学あるいは県立病院初め、先生方も含めて、全てのいろいろなところで取り組まれていると思いますけれども、逆に私自身はきょう来させていただいたのは、外から見てこういうすばらしいところがおありではないですかということを示して発言させていただくのも一つの役割だと思いましたので、発言いたしました。

○伊藤勢至委員　へき地医療支援体制ということでお伺いしますが、へき地という言葉はまだ生きていたのかと実は思っております。これは、別に過疎地と言ったからどうのこうのという言葉遊びをする気はありませんが、先生の例題の中にも長崎県、新潟県、島根県、鹿児島県とありますが、本県もまさにある意味ではへき地に当たるのだと思っています。これはもう昭和の初めころから、特に我々の三陸沿岸は岩手のチベットと言われて、今ならブータンぐらいなのかもしれません、そういう状況にあるのです。そういう中で、比較でありますけれども、先生は中小規模の病院には医者が少ないと、だけれども民間であ

っても大きな病院には医者が多いと、ではこれの違いは何なのかということをもまず一つお伺いをしたいと思います。

本県は県立病院が 26 箇所あり、累積欠損金も結構たまっておりまして、これを解決をしていかなければならないというのが県立病院の大きな命題でもあると思っておりますが、県立病院という中で一番悪いのは、転勤、異動ですよね。そして、院長ポストというのは大体年功序列で決まっていると思うものですから、いろいろな講演会であるとか支援の会とか、そういうものを立ち上げようとして乗ってくれる院長がいるのかな、あるいは副院長、あるいは科長たちでもいいのですけれども、これからも長く医師としての活動をする先生方に矢面に立っていただいて、もう定年が間近になってくると絶対冒険はしないのだと思うのです。そういう中で、医学圏の特殊な県立病院全体の中の中という中で、やっぱり 40 代、50 代の先生を中心に、院長においてはその上で管理をしていけばいいという、そういう感覚を持っていただくことが必要なのではないかなと日ごろ思っているのですが、これにつきましてお伺いしたいと思います。

○梶井英治講師 ありがとうございます。

へき地という言葉は、実は私自身も余り使いたくないのです。ですけれども、国はへき地医療計画というものをしております。これは、今第 11 次で、5 年ごとですから、もう 55 年になるのです。私は実は、第 11 次の計画を策定するに当たっての検討会の座長を務めさせていただいて、いろいろ全国のへき地も視野に入れながら考えさせていただきました。

確かにいろいろな取り組みの事例がございます。それで、新潟県は岩手県に次いで県立病院が多い県だと思います。さっきも言いましたように 15 か 16 カ所あります。ここの人事は新潟大学でやっているのです。実は新潟県は医師が少ないのです。その限りある医師をどういうふう配置していくかということは、県と大学でいろいろ協議をなさっているのです。お話を伺うと、やはり異動も大分あるのです。それは、医師だけではなくて看護師とか事務の方々もあります。

それで、これはすばらしいと思ったのは、逆にその異動が病院の質を担保しているということです。例えば新潟県立中央病院から 100 床未満の病院に看護師が師長として行かれる、事務の方が事務長として行かれると、そうやって均てん化が図られているのです。私は、これはすばらしい制度だと思っております。

それから、新潟大学は基本的には派遣しっ放しではなくて、きょうお話ししましたように循環型というのをとっています。大学の医局に帰す、あるいはほかの病院に派遣するというような循環型をとっておりますので、これからは多分一つの病院に固定的にそこで定年まで送るといような人事構成というのは少なくなっていくのでないかなと思っております。

特に若い世代はそうやって循環型にということで、では地域の病院に行ったら余り勉強にならないのかと、確かに先端医療の部分は難しいですが、勉強になることはたくさんあるのです。地域だからこそ学べる、幅広い診療を学べるとか、実際にいろいろなことがあ

ります。私自身がそう思っております。

それから、病院規模と医師の集まりについて、これは今1人で行うことというのをすごくちゅうちょする医師がふえています。先ほど言いましたように4人の医師が一つのところにいて、そこが五つの診療所をカバーすると、こうだとすごくモチベーションが上がって、医師が定着するのです。そして、そういうところに見学がたくさん来ます。ということで、一つの考え方かなと思います。

それから、小児科、産婦人科は医師不足と言いましたけれども、実は自治医科大学には小児科、産婦人科を目指した若い研修医が集まっています。なぜかという、あるときに1人派遣をやめたのです。産婦人科医は、4人あるいはそれ以上をチームとして地域の中核病院に派遣します。そうすると、2人ペアで1日置きに必ず2人は休めますと、2人のうち1人は病院に詰めて、そして1人はうちで待機しております。そうすると、そういうふうに必ず1日置きには休みがあるのだよということなのです。そして、大学病院だけではなくて地域の病院での経験もたくさんあるのです。そういうふうに医師が、希望者がたくさんふえてきます。小児科もやはり4人以上のチームでということをやっていますけれども、産婦人科、小児科医を希望する研修医はどんどんふえているというのが自治医科大学の現状です。

いずれにしても、1人でやるのかと、あるいは少数でやれるのかということになりますけれども、現状は現状として把握しながら、そういうようなことも加味しながら構築していく必要があるのではないかと思います。

では、中小の病院はどうするかというのは、そのサポートする体制が必要だと思います。岩手県立中央病院が地域の病院もサポートしておられるように、そういう体制が必要だと思います。ちなみに岩手県では肋骨モデルと言っていますよね。要するに内陸部の大きい病院が沿岸部を支えて、ちょうどそれが肋骨のような、こういうふうな関係が線で結ばれるということで、肋骨モデルと聞いたことがあると思うのですけれども、実は岩手県ではそのような体制ができているのかなと思います。

○伊藤勢至委員 最後の一つだけお伺いをします。自治医科大学の各地域に対する御貢献というのは大変ありがたいものだと思っております、これは先生にお伺いしてもお答えづらいかもしれませんが、オールジャパンで考えた場合に、関東にありますから、北海道、東北、関西あるいは近畿、四国、九州ぐらいに自治医科大学を設置するのが本当は王道ではないかと思うのでありますが、御検討あればお伺いしたいと思います。

○梶井英治講師 ありがとうございます。

実は私が入学したころに第二自治医科大学という案がありました。それは関西地区に一つつくりましょうということで、学生でしたのでどこまで話が進んでいかはわかりません。ですけれども、オイルショックでそれがなくなりました。地域医療のマインドを持った医師を育てるという意味では、自治医科大学を振り返ってみるとどういうふうにして育てるかというところを築いてきたように思います。それは一色なのです。地域医療に従事

するという目的、目標を持って入学して、横を見てもみんなそういう人たち、先輩、後輩を見てもそういう人たち、そういう人たちが縦糸、横糸で絡み合いながら、自治医科大学のころはちょっとつらいからやめたいと言っても待て待てというような感じで、そうこうしているうちに育っていくと。それで、我々は1年生から6年生ままで随分かかわっていて、彼らにとっては、ここまで地域医療の授業とか実習がなくてもいいと言われるのですけれども、でも卒業してみるとあれが全てよかったと言ってくれます。

いずれにしても、私は第2、第3、第4の自治医科大学をということを全くお答えできる立場ではありませんけれども、そのように御発言いただいたことを大変感謝しておりますし、今までつくってきたことをもっと全国の各大学に、地域枠の学生たちを育てる時のノウハウとしてお伝えすべき時期に今あるのだと思っております。済みません、回答ができませんでした。

○小野共委員長 ほかにありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 ほかにないようでありますので、本日の調査はこれをもって終了いたします。

梶井先生、きょうはお忙しいところを本当にありがとうございました。

○梶井英治講師 どうもありがとうございました。

〔拍手〕

○小野共委員長 委員の皆様には、次回以降の委員会運営について御相談がありますので、しばしお残りいただきます。

9月に予定されております次回の当委員会の調査事項についてであります。御意見等ありますか。ちなみに最後の委員会になります。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 特に御意見等がない場合は、当職に御一任お願いしたいと思います。これでよろしいですか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 それでは、さよう決定いたしました。

以上をもって本日の日程は全部終了いたします。

本日はこれをもって散会いたします。お疲れさまでした。