

「地域住民の医療を どのように守るか」(上)

今後の超高齢社会において地域の医療をどのように確保していくかが大きな課題になっており、厚労省は地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想などの取り組みを進めている。今回、「地域住民の医療をどのように守るか」をテーマに、5名の有識者で座談会を開催した。論点として、①地域の医療をどのように守るか②健康づくりや疾病予防、地域包括ケアをどのように展開するか③医師の偏在対策にどのように対応するか—の3点について話し合っていた。論点①と②は今号、論点③は次号に掲載する。

鈴木邦彦

日本医師会常任理事

青沼孝徳

涌谷町町民医療福祉センター長
(全国国民健康保険診療施設協議会・前会長)

河内山哲朗

松下政経塾塾長
(社会保険診療報酬支払基金・前理事長)

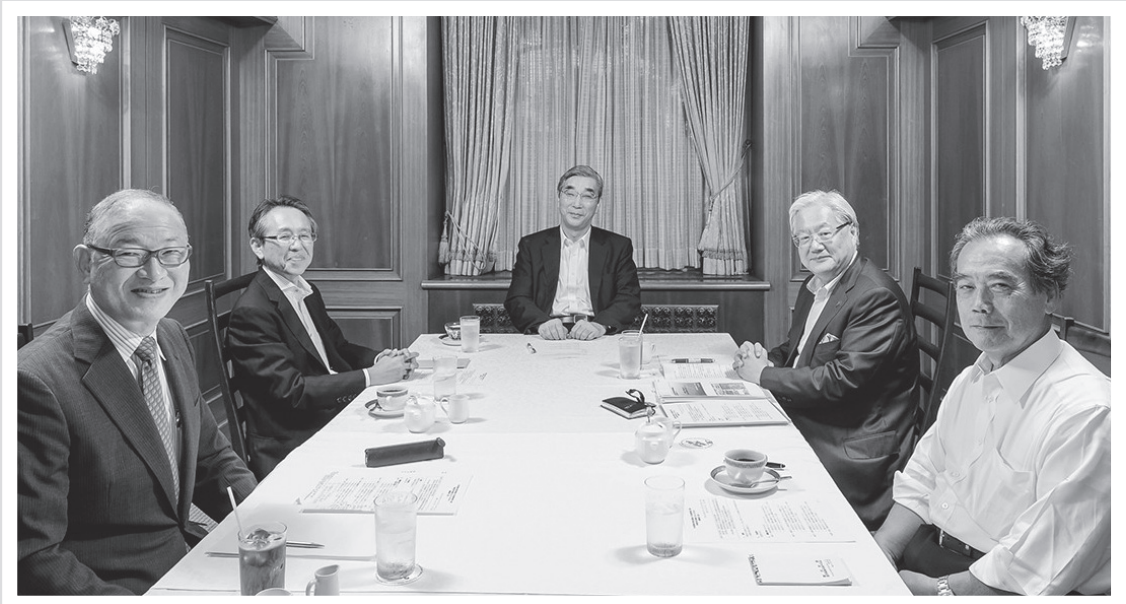
田中一哉

総合医を育て地域住民を守る会代表世話人
(国民健康保険中央会・前常務理事)

(司会)

渡辺俊介

国際医療福祉大学大学院特任教授



かかりつけ医機能を充実強化 総合診療専門医の養成が重要

渡辺 国では地域包括ケアや都道府県単位の地域医療構想の取り組みを進めています。本日は医療現場や地域医療に詳しい方に集まってもらい、地域住民のための地域医療をどのようにしたら守れるのかをお話しいただきたいと思います。

今回は大きく分けて3つのテーマで議論をお願いしたい。1つはまさに地域の医療をどのように守るのか。2つめは地域包括ケアのなかでもうたわれていますが、今後の地域医療における健康づくりや疾病予防。3つめは地域における医師偏在がクローズアップされ、厚労省の医師需給の見直し検討会でも年内にまとめる喫緊の課題になっている医師確保の問題。この3点についてお話しいただきたい。

まずは1つめのテーマである地域の医療をどう守っていくか。日医の鈴木先生からお願いします。

鈴木 私は現在日医で介護保険を担当していますが、その前は医療保険を担当して中協委員も務めていました。日本の国民皆保険は非常に素晴らしい制度で、海外を視察しても日本の制度はいいなど改めて感じ

ます。このよい点をどのように継続していくかが重要です。今後も超高齢社会が進み、財政状況も厳しいなかで、消費税の引き上げが延期になったため微妙かもしれませんが、社会保障・税一体改革は継続している。と理解しています。我々も協力して地域医療構想に基づく医療機関の機能分化と連携およびかかりつけ医機能の充実強化を含めた地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいるところです。

今までの医療は高度急性期の大病院を頂点に、かかりつけ医は一番下に位置づけられた垂直の連携が中心でした。しかし超高齢社会における地域包括ケアシステムでは水平の連携が中心になり、我々かかりつけ医がそのリーダーになることが期待されています。地域の介護サービスや地域包括支援センター、訪問看護ステーションなどさまざまな資源と水平に連携しながらできるだけ長く安心して暮らしていける地域をつくる。その意味でこれからはかかりつけ医とかかりつけ医機能を持つ診療所・有床診療所・中小病院が重要になってきます。

かかりつけ医機能を充実強化するために日医も積極的に取り組まなければいけないということから、横倉会長のご指導の下で本年4月より「日医かかりつけ医機能研修

制度」を開始しました。5月22日に第1回の応用研修会を開きましたが、全国から約6000人の医師に参加していただき、関心の高さがうかがえました。この研修を今後も続けて、かかりつけ医の機能を充実強化していければと考えています。

渡辺 続いて青沼先生ですが、国協の会長も務めて、自身も宮城県涌谷町の最前線で地域包括ケアに取り組んできた立場からお願いします。

青沼 医療のないところに人が住むことは現実的には不可能です。そのようななか、少子高齢社会を見据えて国も対策を考えていると思いますが、その対策の1つとして地域包括ケアシステムはいい方法だと思いません。地域包括ケアシステムの構築とは、まさに国づくりであり地域づくりそのものです。今の段階で私たちは積極的に進めていくべきだと考えます。

そのなかで医療に関心していると、今までは各地域で医療機関同士は、競合というか患者の取り合いをしてきました。しかし、日本もこれだけ成熟した国になって限られた資源のなかで、競争ではなくどのようにつながるか、どう役割分担をして仲良く国を維持していくかが大事です。それを考えたとき、この地域包括ケアシステムの



鈴木邦彦氏

構築は現在考えられる最良の方策であり、私はこの政策をどんどん進めていくべきだと思います。医療で大事なものは、限られた資源で多様な事象に対応するには、狭い領域に特化した臓器別専門医ではなく、幅広く対応できる総合診療専門医の養成が極めて重要なのではないかと思っています。この専門医をどのように育てるかは日本医師会や日本専門医機構など関係者の間でもいろいろ議論があると思いますが、この問題を前に進めていかなければいけないと思います。

地域についてみると、高齢者の問題は医療の問題だけでなく、どう地域で安心安全に生活していくかが重要になります。地域

包括ケアシステムでもいわれていますが、住まいをどう確保していくかや、高齢者の移動も大きな課題だと思います。特に地方は移動手段として車が大事になりますが、「高齢になると運転するな」といわれるなか、地域でどう移動する手段を確保していくかを今後の地域包括ケアシステムのなかで考えていかなければいけないでしょう。

皆保険体制の持続可能性へ 医療のない世界は許さない

渡辺 河内山さんは山口県柳井市長の経験もあり、支払基金の理事長も務め、社会保険や地域医療の現場にも詳しい立場からお願ひします。

河内山 地域の医療を守ることは、国民皆保険でみんなが等しく受益をしている体制を今後とも持続可能なものにする事です。患者も医師も保険者も行政もこれを大目標として、いまなすべきことは何かを真剣に考え、この制度の持続可能策を導くことが総論でいうと非常に大事なことだと思います。

日本の皆保険体制は、これに關与している人は詳しく内容を知っており、世界に冠たる制度であることに自信を持っていま

す。一方で恵まれた仕組みであるがゆえに、患者は基本的にはご存じないと思つたほうがいいでしょう。今と同じような皆保険や地域の医療は続くのが当たり前だと思つています。なおかつ、最近どんどん新しい薬や医療技術が保険診療のなかに取り入れられていることが知られているため、今よりもっとよくなるはずで、自分たちも当然のごとく受益すると考えています。

国民健康保険については、今後は市町村行政から都道府県単位になり、仕事のかなりの部分が都道府県に移り、地域住民と行政の国保の主体に距離が出てきます。そのため、保険者である都道府県、あるいは一緒になって運営する市町村は皆保険を維持するためには、相当工夫して今後考えるべきことは何なのかを患者に対して積極的に広報していく必要があります。

その1つがのちほど話題になると思いますが、医師とのより好ましい付き合い方を患者にも知ってもらうことです。皆保険の原則であるフリーアクセスは今後も維持されることは当然としながらも、今までは医師とどのように付き合えばいいか患者のほうはよくわかりませんでした。こうしたことも広報する必要があります。

医師についても、どんどん専門分化して



青沼孝徳氏

専門医が増えていくことは医学・医療の発展のためには必要ですが、医療技術の上手下手ではなく、患者のよりよい生活環境や住居はどうあるべきか、あるいは地域コミュニティと医師との関係はどうあるべきかなど今までとは違った、かかりつけ医がこれまで培ってきた経験により社会性を帯びた仕事を期待せざるをえません。そのことがあって初めて皆保険体制が維持できるのではないのでしょうか。

一方、保険者を考えると健保組合は地域の医療にあまり関心がないと感じます。健保組合は全国にたくさんありますが、どうしても組合の加入者との関係を第一義に考え、地域への関心は薄くなるのは当然で

しょう。しかし、健保組合の加入者も地域の医療の恩恵は等しく受けており、その関心を高めていく必要があります。司会の渡辺さんが事務局長を務める日本健康会議の健康な日本をどうつくるかという取り組み、あるいは各保険者が効率的な保険運営だけでなく、患者に寄り添う形で一緒に地域医療を守っていくより幅広い保険者機能を発揮できるようなきっかけを、政府のほうでもつくっていくべきでしょう。

渡辺 国保中央会の前常務理事の田中さんは国保に携わって半世紀で、国保の生き字引といっても過言ではありません。地域保険の専門家としてお願いします。

田中 地域住民の医療を守るために皆保険制度がありますが、皆保険制度を維持するには財政ももちろんですが、基本的には医療提供体制、医師の存在が重要だと考えます。特に国保の場合は、「保険あつて医療なし」の地域を解消したいというのが長年の課題でした。医師が不足しがちな過疎地やへき地・離島をかかえる市町村長は、他のサービスをさしおいても医師の確保に大変な努力をしてきた歴史があります。しかし、この問題は完全には解決しておらず、いまだに頭にあります。

鈴木先生にお願いしたいのは、かかりつ

け医体制を推進されていますが、日医ひいては地区医師会の先生たちに「医療のない世界は許さない」という認識で関係者と連携し、地域住民の医療を守る活動を展開していただきたい。現在、取り組んでおられるかかりつけ医の全国的な展開には大いに期待しています。

多職種連携やまちづくりで役割 医師のトレーニングが必要

鈴木 我々自身が超高齢社会にふさわしい医療体制をつくっていくかなければなりません。それこそが地域包括ケアシステムといえます。今後高齢者医療と介護はますます一体化していくと思います。一方で介護保険は軽度者を総合事業に移行していく取り組みが行われているため、そうなると医療保険だけでは不十分ですが、介護保険を加えても十分ではなくなります。軽度者への介護予防や生活支援も考えなければいけません。また在宅でできるだけ長く暮らすことになるとリハビリや栄養も重要です。地域では障がい者や子どもの貧困などに対応する福祉についても目を向ける必要があります。

のちほど話が出ると思いますが、日医で



河内山哲朗氏

は生涯保健体制として、乳幼児健診から特定健診、後期高齢者健診まで、何かあればかかりつけ医に相談する体制ができています。その受診率を向上させるなどの強化をしながら、一方では健康寿命の延伸や企業による健康経営の取り組みなども含めて考えていかなければならないと思います。

さらに、私は仕事と子育ての両立にも取り組むべきと考えています。医療や介護職は資格が一緒なら男女平等で女性が働きやすい職場であり、子育て支援を通じて次の世代の育成にまでつなげる大きな取り組みをしていく必要があります。私は地方の小都市の民間病院の経営者でもありますが、すでに人口減少が進んでおり、やがて日本

中に広がっていきます。そうなると企業は投資を控えるし、老後が不安ななかでは国民も消費ではなく貯蓄に回してしまします。少子化を何とかしないと根本的な解決にはつながりません。医療機関や介護施設は、仕事と子育ての両立の最前線に立ちがらばって取り組んでほしいと思います。

私が個人的に提唱しているのは、「人口減少社会から全世代・全対象型地域包括ケアで再生を目指す社会づくりへ」です。高齢者の医療介護だけでなく、障がい者や子どもの福祉など、もっと広く地域の再生に向けた社会づくりを提唱しています。その役割を果たせるのは、地域の医師会でありかかりつけ医です。彼らは地元出身の人も多く、一時は都会に出て戻ってきている人たちです。幅広い知識や経験を持っており、地域や社会にもっと目を向けて力を発揮してもらおう人材として活用できる存在ではないでしょうか。そうしたかかりつけ医たちが日本中で動き出すと、少子化の問題も含めていい方向に動くと思います。

私はいまは介護保険担当ですが、あわせて認知症や在宅医療、地域包括ケア、かかりつけ医も担当させていただいているので、地域包括ケアシステム全体について考えられる立場にあります。我々は高齢者の

医療介護の公費を使う存在だけではなく、少子化対策まで取り組んでいることを理解してほしいと思います。

渡辺 地域包括ケアを確立するためには、狭い範囲でとらえると従来の医療職だけではなく、多職種協働といういろいろな職種が取り組んで初めてかかりつけ医も活きることになります。もっと幅広くいうと、地域づくりやまちづくりも含めて、幅広い人材の活用です。ただ、現実問題として多職種協働は地域包括ケアで絶対に重要ですが、全国的にはまだまだ進んでいません。調剤薬局や訪問看護ステーションなどとの連携もいわれますが、難しく、かつ時間のかかるテーマだと思います。

青沼 先ほど鈴木先生が述べたような地域づくりにもっていくべきだと思います。ただ、そのなかで医師の役割があります。医師は幸いにも地域の人たちに評価され、尊敬されるいい職業だと思います。我々にとっては喜ぶべきことですが、鈴木先生が述べられたような取り組みをできる医師が少ないのではないのでしょうか。

日本の医学教育は、科学的で病気を治すことに主眼を置き、長寿社会をつくってききました。こうした医療はもちろん大事ですが、同時に鈴木先生のような多職種との連携



田中一哉氏

地域の子どもや高齢者が安心して暮らせるまちづくりへの医師の役割なども、もう少し日本の医師たちがトレーニングを積むことが必要なのではないでしょうか。そのことを考えて、日医がかかりつけ医を進めたいと思います。

私は日本専門医機構の総合診療専門医の委員会に関わりましたが、総合医に求められる能力は病気の治療だけではなく、全人的対応、すなわち予防を含む健康づくりや介護・福祉との連携に加え、その地域の文化伝統を踏まえ、住民と良好なコミュニケーションをどうとるか、その人の人生の最期をいかに安心して旅立てるようにするか、患者・家族の思いをくみ取りながら納

得いく生き方、死に方をどう共有していくかなど、こういったことも積極的に関わられる能力を身につけるべきだと思います。また、社会もこうした医師たちを評価するシステムにならないといけないと思います。

そうなると地域で勉強し、かつ活動したいという医師たちが出てくると思います。そのような医師養成システムを進めるべきです。そんなに難しいことではないし、医師会の先生たちと考え方は同じではないでしょうか。

鈴木 私たちの考え方も一緒です。日医がかかりつけ医機能研修制度のワーキングチームには、日本プライマリ・ケア連合学会の草場鉄周先生も入っていただき、大いにその考え方を取り入れています。

日医がかかりつけ医研修 6000人以上が出席

渡辺 日医は平成25年8月に四病院団体協議会と合同で、かかりつけ医の提言を行いました。このなかで、かかりつけ医機能について、「日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く

社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する」と書かれています。

医療は当たり前で、在宅医療も当たり前。それだけではなく行政や介護との連携、生涯を通じた保健を行うのは当たり前と読める強い宣言だったと思います。これをもとにした研修であるため、単に泊すだけの医療ではなく、青沼先生が述べたような医師に育てるカリキュラムもあるのではないのでしょうか。鈴木先生、もう少し詳しく説明してください。

鈴木 私は日医の役員になる前から欧米の医療制度、特にイギリス、ドイツ、フランスを繰り返し視察してきましたが、改めて日本の医療制度は優れていると感じており、この制度を何としても持続させていかなければいけないと思っていました。

超高齢社会が大きな転換のきっかけになっていると思います。高齢者が増え若い人が減れば、今まで中心だった高度急性期医療のニーズは減少し、地域に密着した医療のニーズが増加します。医療のあり方も変わらなければいけないと思います。そのなかで、診療所・有床診療所や中小病院な

どの既存資源を活かしていくために、最初は在宅医療の研修会を始めました。

しかし在宅医療だけに取り組んでも不十分であり、かかりつけ医機能全般を充実強化していく必要があったことから、今回の日医かかりつけ医機能研修制度に至りました。目的は「今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される『かかりつけ医機能』のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する」です。

研修は大きく分けると、基本研修、応用研修、実地研修の3つです。基本研修は日医生涯教育認定証の取得。実地研修は通常の先生方が実施している活動の16項目のなかから2つ以上選びます。応用研修は座学の研修です。そこにはかかりつけ医に必要な在宅医療はもちろん、緩和医療なども盛り込まれており、3年かけて一連のシラバスの内容を受講していただき、都道府県医師会が認定証もしくは修了証書を発行します。これをさらに充実強化させていければと考えています。

渡辺 医師はまさに地域医療を考えなければいけないので、青沼先生が述べられたようなことができる医師を育てることに期待しますし、ぜひ進めていただきたいと思います。

鈴木 診療報酬の地域包括診療料と加算の算定要件の研修は、高血圧症・糖尿病・脂質異常症・認知症といった疾患が中心

ですが、日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修ではそれを超えた内容を扱う方針としています。シラバスのワーキンググループには草場先生のほか、東大高齢社会総合研究機構の飯島勝矢先生、全国在宅療養支援診療所連絡会の新田國夫先生、日本臨床研修内科医会の清水恵一郎先生、医学教育で有名な京都府立医科大学の山脇正永先生ら専門家に入ってもらいました。これからもどんどん内容を新しいものに変えていきます。

青沼 大いに期待したいと思います。しかも研修会には6000人以上が出席されたということですが、医師会の先生方は自分の専門性を活かして開業されている人がわりと多いなかで、それだけ多くの方が総合医的なものに関心を持ったということは心強いと思います。さらに、国民や保険者側も、こうした取り組みを進める医師を評価するシステムがあると、もっと進むのではないのでしょうか。

鈴木 ぜひかかりつけ医を応援してほしいと思います。

田中 医師会の取り組みには大賛成です。

地域社会づくりに医師が積極的に参加することで、国づくりにつながります。ただ、医師がこうした取り組みを遂行する際、患者との信頼関係は当然大事ですが、地域住民との信頼関係がないとシステムをつくらうとしても成り立たないと思います。地域医療をずっとみてきて感じることは、地域の医師がうまく活動されているところは住民の信頼を得ているという点です。その信頼とは、医師の技術への信頼と人間的信頼の両方があります。研修も含め、そうしたことを考慮した対応をされるといいのではないのでしょうか。

青沼 治療は患者との関係ですが、医師と住民の関係となると、次のテーマの予防や健康づくりになると思います。このところに、医師も関心を持っている人はたくさんいると思います。予防や健康づくりにおいて、医師と住民はつながっていくと思います。

経済界と医療団体が手を携える 健康寿命の延伸と医療費適正化

渡辺 2つめのテーマは、予防・健康づくり、地域包括ケアの展開です。いうまでもなく、これから高齢者が増えると医療費も



渡辺俊介氏

増えます。これが団塊の世代が75歳以上に達する2025年問題です。そうなると思源がなくなり、医療費を何らかのかたちで抑制しなければいけないという発想が生まれず。ただ、抑制の方法は大きく分けて2つあります。

1つはかつて小泉内閣がとった一律抑制という、医療を相当崩壊させた、中央が鉛筆1本で数字を変えてしまう方法でした。もう1つは、地域包括ケアという非常に大変だが、地域の医療のマッチングを図りながらソフトウェアで無駄と思える医療費もなくしていく発想の延長線上にあるものです。高齢者が増えるといっても医療費が増えるとは限らない、みんな元気で本人

もハッピーだし、寝たきりも減らすということで、健康寿命を延伸させる方向に流れとしてはきているのではないのでしょうか。

健康づくりは、これまでの健康日本21や特定健診・保健指導だけでは不十分とは政府はいわれないものの、もっと強力に進めていかなければいけないという動きになっています。裏を返すと、皆保険を守るために力を入れていこうということで、例えば糖尿病の重症化予防やジェネリック医薬品の使用促進などの項目が入ります。ジェネリックはさておき、予防は地域包括ケアのなかで極めて重要です。健康づくり・疾病予防について話をききたいと思います。

鈴木 従来からかかりつけ医の先生方は、地域で健診活動やその後の受診対応を行っています。先ほど述べたように、生涯保健体制の強化とかがかりつけ医がしっかりと対応することが重要だと思えます。さらに、日医は従来は相反する関係と位置づけられたかもしれない経済界や保険者とも連携して健康づくり・疾病予防をしながら、結果的には医療費の適正化にもつながる活動に積極的に取り組もうとしています。

1つは日本健康会議です。昨年7月に発足しましたが、発起人は日医の横倉会長と日本商工会議所の三村明夫会頭という以前

だったら信じられない組み合わせです。目的は経済界や医療関係団体、自治体などのリーダーが手を携えて健康寿命の延伸とともに、医療費の適正化を図ることです。実行委員をみると日本の医療・介護の団体が網羅されており、司会の渡辺さんが事務局長を務めています。こうした枠組みで予防・健康づくり、健康経営などに取り組み、ワーキンググループも設置しています。

私も後発医薬品の使用促進のワーキングのメンバーです。少し前まで医師は後発品の使用には消極的でしたが、医療費を節約できる一番患者に影響が少ない方法だとして理解が進んでおり、使用割合も増えていきます。医師の意識も随分変わって協力していただけるようになってきていますが、さらに使用を促進するためにそうした取り組みもしています。

また、健康経営は企業も従業員が健康であれば仕事の効率も上がり、結果的に医療費の節約にもつながるとして、従業員の健康を第一に考える意味で一緒に取り組んでいます。特に中小企業の従業員の健診受診率が低いため、協会けんぽと連携して受診率100%を目標にかかりつけ医・産業医と連携しながら、特に中小企業を支援していこうと取り組んでいます。

大企業向けの健康経営銘柄の選定や、中小企業向け健康経営優良法人認定制度なども含め、企業や経済界、保険者とも連携しながら健康づくりや疾病予防を行っておりますが、そうした新たな取り組みは日医の幅を広げるものだと思います。

さらに、日本糖尿対策推進会議もあります。平成17年度から活動しており、都道府県医師会、郡市区医師会レベルまで組織化されています。最近では糖尿病性腎症の重症化予防のプログラムを積極的に展開していくことにしています。今後も経済界や保険者としつかり連携しながら取り組んでいきたいと考えています。

保険者と医師会の連携進む 予防は財政的にも好影響

河内山 潮流が変わってきたという鈴木先生の指摘は、いみじくも5年半の間、支払基金の理事長を務めて感じました。支払基金のガバナンスは、医師会をはじめとする診療代表と保険者と被保険者代表、これに公益を含む4者構成で理解を深めながら、組織を運営していくことが基本です。特に地方の支部では、協会けんぽが政管健保の時代と変わって、民間企業出身の方が協会

けんぽの支部長を務めており、今までにない保険者の方々と医師会との連携が進んでいるところが多くなっています。

支払基金の理事長としていろいろみてきましたが、最後に目にしたのが埼玉県です。埼玉県の協会けんぽ支部長のアイデアで、健康経営に取り組む中小企業の経営者が銀行からお金を借りるときの信用保証協会の保証料を割引する仕組みです。これは中小企業にとつて、今まで健康づくりと経営の直接的なインセンティブがみえにくかったのが、こうしたアイデアがきっかけでつながったことはいいいことだと思います。

埼玉県は県医師会の会長をはじめ、糖尿病の重症化予防などに熱心に取り組んでおり、また違う局面が出てくるのではないのでしょうか。保険者だから、医師会だからではなく、ともに皆保険を守るための潮目が変わってきたことを感じます。

渡辺 鈴木先生に日本健康会議の取り組みを説明していただきましたが、とにかく職域・地域で健康づくりを進めようということですね。職域は約4000社の大企業について、健康経営銘柄を2020年までに500社にすることを目標にしています。ただ問題は中小企業です。協会けん

ぽを中心に一生懸命取り組みますが、約380万社ある中小企業のうち、協会けんぽに加入しているのは170万社です。残り210万社の大半は国保に加入しています。そうすると、大企業と中小企業が加入している協会けんぽの健康づくりは、その気になれば比較的やりやすい。

問題は地域です。職場も大事だが、地域でどのように健康づくりをしていくか。当然地域包括ケアと関わってくるし、国保の直営診療施設がこれまで取り組んできたものもあります。これまで市町村保健師が中心となってきたがそれでもいいのか、医師にも参加してもらいたいなど、地域における健康寿命の延伸や予防の促進などについて青沼先生におうかがいします。

青沼 各保険者も加入者が病気になるたからお金を出すだけでなく、加入者の健康を維持しようとかんがべっていると思います。ただ、予防や健康づくりとなると生活と関係するため、職域ではなく自分の暮らしの場が重要になると思います。その意味で、コミュニティで健康づくりに取りかかるのは大事なことだと思います。

職域とは別のコミュニティとなると、行政の役割は極めて大きい。市町村単位の国保がまさにそうです。意識の高い人やお金



を持つている人はある程度自分で健康づくりや予防活動をしますし、できると思いますが。しかし、国民・住民全体の健康度を上げようとすると、やはり国の役割や地域の役割が重要になります。そこで、地域でいかに物事を積極的に行う人を養成するか、できるかが肝になると思います。つまり、地域のリーダーやボランティアの養成が重

要になると思います。また、私たち医療機関の関わりも大事になります。

いま涌谷町における私の立場は、保健・医療・介護・福祉の事業管理者です。町長さんからこれら保健・医療・介護・福祉の4つの領域に関しては事務委任されており、ある意味すべての行政上の権限を持っておりです。私にとつては、このような立場であったことが地域包括ケアシステム構築においてとても有益でした。そのような状況のなかで、地域包括ケアシステム構築に向けて30年間、涌谷町で取り組んできました。そのなかで予防活動など、保健師や地域の住民と一緒に、減塩運動や健康づくり事業を行ってきました。

そうすると、医療機関が増えても決して医療費は上がらない。むしろ医療費も低くし、保険料ももちろん低くなる。また、予防活動を行うと要介護認定率も低くなる。高齢化率は高いが、介護のお世話にならない高齢者が増え、いわゆる健康寿命が延びて、もちろん介護保険料も下がります。

こうした取り組みをするなかで、病院の経営のこともいわれます。病院は診療報酬で経営しているため、赤字・黒字の問題が出ます。もう少し健康づくりや予防活動に関わっている成果を評価するシステムを考

えてほしいと思います。結局、住民は病気になるのにこしたことはないし、できるだけ医療のお世話にならないで人生を送れば素晴らしいことだと思います。その意味でも、予防活動や健康づくり事業に対し、保険者や国が評価することが大事なのではないのでしょうか。涌谷町で30年間活動してそう感じました。健康づくりや予防活動は、財政的にも医療費にも大変いい影響を与えていると思います。

健康づくり参加の医師を支援 まちづくりの視点も必要に

田中 私も長い間、国保に取り組んできて、その半分近くは健康づくりに力を入れてきました。医療保険者の役割としての2大事業は、被保険者に医療を提供すること、被保険者の健康増進です。健康保険といわれる由縁です。しかし、これまで医療提供にかなりのウエイトが置かれてきました。保険者の2大事業に健康増進が入っている理由は、やはり皆保険体制を維持することは財政の健全化であり、住民を健康にすることは非常に大事であるとの視点からだと思えます。

それがなぜ、おざなりになってきたかと

いうと、住民を健康にすることは、医療機関の経営を圧迫するのではないかという意識があるわけです。医師が積極的に健康づくりに参加しても、医療機関の経営を圧迫しないような対策を立てれば、医師も地域での健康づくりに参加できるのではないのでしょうか。

それから、国民や住民の健康を誰が守るのかとなったとき、皆保険体制のなかで医療保険者が守ることになります。一方、一般行政も健康行政として守ります。皆保険体制のベースである国保の責任者は市町村長であり、一般行政の責任者も市町村長です。つまり住民の健康問題については国保保険者としても一般行政としても責任者は市町村長になります。ところが、市町村長で健康問題に熱心な人は極めて少ない。少し潮流が変わってきたという話が出ました。医師も当然ですが、市町村長も健康づくりにしっかりとした考え方を持っていない。その意味では、日本健康会議などが行政をサポートすることも大事ではないのでしょうか。

もう1点は、健康づくりは自分の健康は自分で守ることが基本です。ところが人は弱い、なかなか1人ではできない。それをサポートする体制をつくらなければい

けない。それは行政であり、職能的には保健師だと思います。ただ、保健師が絶対的に不足しています。特に特定健診・保健指導を保険者に義務づけるのであれば、厚生省はもともと保険者に対して保健師を雇える財源と人員を確保しなければいけない。現状では、健診はできても保健指導はできない状況になっています。

国保は辛うじて、市町村の一般衛生の保健師がいるため、他の保険者よりも保健指導の実施率は高くなっていますが、被用者保険は手を出せない。市町村行政でも保健師が少なければ、やはりボランティアが必要で、住民ボランティアを育て、医師や保健師が指導する立場になって、健康づくりに取り組んでいく。これが成功しているのは保健補導員組織のある長野県です。健康行政にお金が回らないとすると、長野方式が有効な方法ではないでしょうか。長野では医師が非常に積極的に取り組んでいます。地区医師会の先生が積極的に入っていくとよいのではないのでしょうか。

渡辺 職場での健康づくりであれば、トップがその気になって命令すれば強制的に取り組ませることもできますが、自分の健康は自分で守るといってもなかなか難しい。田中さんのいうように、職場でも地域でも

保健師の活躍に期待したいが、絶対数が不足しています。保健師とボランティアという提案がありましたが、医師がもっと積極的に関わる必要があると思います。鈴木先生、いかがでしょうか。

鈴木 おつしやるとおりです。超高齢社会が進行することが大きなインセンティブになると思います。医療でいえば健康寿命の延伸、介護でいえば介護予防です。さらに細かくいえば整形外科ならロコモティブシンドローム、老年科ならフレイル、昔でいう虚弱ですね。栄養でいえばサルコペニア。疾患としては総合的に老年症候群といわれるように、高齢化の進行に伴ってこうした共通する状態が出てきています。

これを医療だけでみるのは無理で介護も必要ですが、どちらも地域で対応すべきです。今後も虚弱な高齢者が圧倒的に増えていくため、それを予防していかないと高齢者を支えきれなくなります。私の病院がある地域は高齢化率32%以上の中小都市です。なので、実感しています。

なるべく普通の生活をしながら、健康を維持できる仕組みをつくらなければなりません。それがまちづくりです。大きなショッピングセンターは我々の地域にもありません。しかし車がないと行けません。そうで



はなく、歩いておしゃべりをして、食事や買い物ができるようなまちづくりが必要になっていきます。

コンパクトシティ構想があります。人口20万〜30万人の都市を対象にしていますが、加えて周辺の人口5万人程度の都市にミニコンパクトシティが必要で、さらにその都市の周辺の地区にも小さなコミュニ

ティが必要です。こうしたところは公共交通機関で結ばなければならないと思いますが、そうしたまちづくりの提言もしていかなければならないでしょう。日医かかりつけ医機能研修制度は、こうした視点も入れて進めていければと考えています。

田中 重ねていいですが、そうしたときに欠けている政策は財政的な支援です。これがないと医師もがんばりません。ぜひ地域における健康づくりに積極的に参加する医師に対し、保険財政であれ一般財源であれ、財政対策を講じるべきではないでしょうか。

地域包括ケア好事例の共通点 行政とかりつけ医が連携

渡辺 日本健康会議でも、新潟県の見附市長や三重県の名張市長など熱心な首長に集まってもらい健康づくりの事例発表会を行いました。内閣府や厚生省、経産省は好事例をインターネットで流して横展開しているかと試みています。

河内山 地域行政のテーマに、予防・健康づくりを一番に掲げなければならぬ時代にきていると思います。全国では好事例がだんだん出てきています。青沼先生のこと

もそうですが、共通しているのは行政のトップがやる気があるって理解していることと、プラス医師がいるということです。

私も市長時代に、医師の力が偉大だなと感じたことがあります。私の市にも離島があり、診療所があります。そこに自治医大出身の若い医師が赴任してきました。ときどき、市長を囲む懇談会があつて医師も同席しますが、若い医師は医療だけでなく家族や身の回りのことなど、私だと反発を招くようなことをズケズケいっても許されます。私がいこうと選挙に響きます(笑)。好むと好まざるに関わらず、医師は指導者ということですね。

例えば地域包括ケアでも予防でも、いい仕事がかうまくいくためには田中さんが指摘するように、十分な財源の裏づけや制度の裏づけなど行政による仕組みづくりと同時に、権威づけのようなものが必要になります。地域包括ケアについて全国でうまくいっている事例をみると、必ず共通点は行政のトップないしは行政の主要人物と、地域の核になるかかりつけ医や総合医が非常に連携していることです。コミュニケーションは、多職種との連携にしても行政の連携にしても、会議を開くだけではなかなかうまくいきません。

昔の事例でいうと、広島県の公立みつぎ病院で山口昇先生が取り組みはじめたときは、役場の機能をみつぎ病院のなかに全部持っていました。そうすると役場の職員も、病院の山口先生をはじめスタッフが取り組んでいることをみながら、知らず知らずに連携ができてきます。今の時代だとITの発達もあるため、場所だけではなくいろいろな方策が講じられると思います。行政トップと志の高いしかるべき医師が共同作業をしていくことを全国に広めていくべきでしょう。これが地域包括ケアのうまくいく事例だと思います。

ただ少し懸念しているのは、市町村合併が進んだことから、うまくいった事例が大都市の一部になってしまい、少し灯が消えかけているところもあります。これは鈴木先生がいわれたように、母体の都市だけがうまくいってもしようがないということになります。その周りの都市、さらにその周りのコミュニティがうまくいくように、トータルで手を打っていく時代がきていると思います。

鈴木 山口昇先生は地域包括ケアシステムの名付け親でもあり、みつぎモデルもつくられました。地域リハビリテーションのパイオニアの一人でもあります。私のところ

も地域リハビリテーションの考え方に従い、15年ほど前からいろいろな取り組みをしてきましたが、ほとんど地域包括ケアと同じ理念なので、それが今も生きています。ちょうど全国老人保健施設協会の機関誌

でも取り上げてもらいましたが、私のところでは、職員がボランティア組織をつくって、「プロボノ活動」に取り組んでいます。プロボノとはプロフェッショナルとボランティアの中間の意味で、プロボノ活動とは専門知識を活用しながら業務以外の活動、例えばまちづくりなどに参加することです。

手前味噌ですがこれは非常に優れた取り組みであり、地域リハビリテーションの理念を学んだ作業療法士が中心になって「フロイデDAN」という組織をつくりまちづくりの活動をしています。まちづくりには専門家とボランティアが必要ですが、その中間のプロボノの人たちが両者を結び付ける役割を果たすと、より効果的ではないでしょうか。

地域包括ケアシステムを動かす かかりつけ医・総合医をつくる

青沼 冒頭にも述べましたが、高齢社会が進んで日本の人たちが安心して人生を過ご

していくためにはコミュニティは極めて大事だと考えます。やはり人間は社会的な生き物であり、1人ではなかなか生きていきません。今までは家族を中心に血のつながりに対応してきましたが、社会保障が整い、老後を必ずしも子どもに頼る必要がなくなつて少子化が進み、またグローバル化して家族が分散する時代になり、人がまとまるコミュニティ、血縁よりも地縁といったコミュニティをつくっていくことが大事になると思います。その意味で、地域包括ケアシステムはまさにコミュニティをつくっていくことだと思います。

こうしたコミュニティにおいて、河内山さんが述べたように医師は大変いい仕事といますか、市長がいうと票が逃げていくようなことでも何でもいえます。その意味で医師はいい職業で誇りを持てる仕事です。今後はいかに地域包括ケアシステムを動かすような医師をつくっていくかが重要です。これはまさにかかりつけ医であり、場合によっては総合診療専門医ではないでしょうか。日本はこうした人たちをもっとつくっていかねばいけない。

鈴木 おそらく青沼先生と私は同じような地域性のため、同じような考え方を持つのだと思います。人口20万〜30万人のコンパ



クトシティ、例えば青森市や富山市は我々からすると大都市です。私の地元の茨城県でいえば水戸市にあたりますが、そこだけがよくなっても不十分であり、私の病院のある常陸大宮市のようなその周りの人口5万人前後の都市にもミニコンパクトシティが必要です。

さらにかつて合併した中心地区以外の旧

町村にも、それぞれ1カ所は核になるコンパクトシティが必要です。都会の人はみんな都市部に住めばいいと思いますが、そう簡単にはいきません。住み慣れた地域にできるだけ長く住みたいという思いがありますので、そうした核をつくらなければなりません。そこには診療所が必須です。人口500人のまちにも診療所と郵便局があることは基本中の基本です。

田中 どちらかというと、きこえてくる地域包括ケアは医療と介護の世界のように思えます。地域包括ケアに取り組むとき、ぜひ現場から声をあげてほしいのは、健康づくりを入れたいといけないということですね。地方からも政府に話をしていたくことが大事で、そうなるとう町村長も取り組みやすいと思います。

渡辺 日医の横倉会長は、「郡市区医師会と当該市町村のトップがその気になれば何でもできる」といったことがあります。河内山さんの話があったように、そのとおりでしょう。一方、私自身が感じるのは東日本大震災での対応もそうですが、住民に一番身近な基礎的な自治体である市町村は潜在的に非常に底力を持っていると思います。いざとなれば都道府県や国が出てくる前に、力を発揮できるような底力を持って

います。青沼先生がいうコミュニティもそうですが、その底力を発揮させることが重要です。医療を中心に予防や介護も含めた包括ケアのサイドから対応することは十分可能ですし、そうした潜在能力が眠っているところには出していただきたい。

田中 青沼先生もいわれたように、健康や医療、福祉のリーダーは医師です。知識や経験もだが、住民からの信頼が他の職種に比べると全然違います。医師への住民の信頼は厚い。これをうまく市町村長が活用できたら、いい地域づくりができるのではないのでしょうか。

青沼 国は地域包括ケアシステムを進めようとしています。中学校区単位が1つの目安といっています。そうであれば、中学校区に1つ必ず包括ケアシステムを動かすための組織が必要になります。そして名称は何でもいいですが、そこにはキーパーソンとして医師が常にいることが必要です。計画的に国全体に地域包括ケアシステムを進めるのであれば、核となるメンバーとして医師が入るのが一番いいし、そうしたシステムを国としてつくるべきだと考えます。

これが3番目のテーマである医師の配置の問題につながるのではないのでしょうか。

(次号に続く)