

# 日本の地域医療への期待

社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院理事長  
第19代日本医師会長  
横倉 義武



## はじめに

社会における医療の役割を考えると、医療は人の生命と尊厳を守り、人を苦痛から解放し、人の暮らす基盤を支え、人の未来に備える役割がある。医療は人が生活していく上で不可欠なものであり、人が生活を営む全ての地域に医療が提供されて、安心できる社会が成り立つ。社会を支える医療の役割は公衆衛生学的な全体的なアプローチにとどまらず、人間一人ひとりを守っていくことが重要となるが、その一人を守るという行為が周囲に安心を生み出していく。そして、一人ひとりが守られているという安心が社会の基盤を支えるということにつながる。人類史上はじめての少子・高齢社会の到来による人口減少、過疎地域の拡大、所得や生活環境の格差の進行、こうした複雑な環境変化の渦の中で生活する地域に医療が的確に供給され、人々がここに安全を獲得し、安心を見出すことが、社会の基盤を強化していく。同時に、医療のあり方も、基本的な対応は変わらないとしても、複雑な環境変化の中で適応し、適切に変容を遂げていかなければならない。

## 1. 医療の原点は「地域医療」

自治医科大学は、設立の基本方針として創立以来50年にわたり、全国の医療過疎地を解消し、都会と地方の医療の格差を無くすために、国民の医療と福祉の向上に貢献する「地域医療」を実践する医師を養成され、多くの卒業生が全国各地の地域で医療に従事されており、そのご功績の数々に心より敬意を表する。

私も、都会と地方の医療格差の解消については強い思い入れがある。私の母は福岡県三池郡高田村（現：みやま市）の出身である。昭和20年（1945）のはじめ、私共は空襲に襲われ出した福岡市からこの地に疎開をしていた。戦後、軍医であった父が戻ってきたときには、この地域は無医村状態であった。村長から頼まれて診療所を開設した父は、昼夜問わず、村の人々の生命と健康を守るために奔走していた。幼いながらに農村での医療過疎の悲惨な状態を目の当たりにした私は、地域医療を守ることの大切さを実感したのであった。

当時、結核が国民病として恐れられ、増える結核患者の医療のために、父は私財を投じ

て病院を開設して診断と治療に尽くしていたが、地域の衛生状態の改善の為に、感染症拡大の要因と思われた各戸の便槽の衛生状態を改善して感染源を絶ち、感染予防に努める活動も村の青年たちと共に積極的に動いていた。戦後の荒廃した育児環境を改善すべく、自ら子供会をつくり、さらに子どもたちの教育にも力を注ぐ校医としての活動にも力を入れていた。

医療は社会の一部であるからこそ、人々の生活のなかに存在するのが最も自然な姿であると、父は身をもって私に教えてくれたように思う。つまり、原点に据えるべき“医療本来の姿”とは、都会か地方かの区別にとらわれず、すべての国民が慣れ親しんだ地域で安心して医療介護を受けることができる「地域医療」であると、私は考えている。

## 2. 「地域医療」の主体は地域住民とそれを支える「かかりつけ医」

### (1) かかりつけ医とは

私は、医療の原点は「地域医療」であり、その要諦は地域住民と「かかりつけ医」の信頼関係にあると考えている。

日本医師会は、平成4年(1992)に村瀬敏郎会長(当時)の下で「かかりつけ医」制度を提唱し、開業医師は誰もが国民に選ばれてかかりつけ医になるという認識を示し、平成10年(1998)から3年にわたって「かかりつけ医推進モデル事業」が実施され各地域の医師会が参加し、「かかりつけ医」の言葉は全国的に定着するようになった。また、平成12年(2000)介護保険の導入に際し、介護認定には「主治医意見書」の提出が求められるようになり、かかりつけ医の役割が重要視されるようになってきた。日本の開業医の多くは、卒業後、何かしらの専門診療科のトレーニングを受けている。そのレベルは海外の開業医のレベルと比しても遜色はなく、かつ専門領域での知識や技術は素晴らしいものがあるので、それを生かした「かかりつけ医」のあり方を模索した。

平成24年(2012)、日本医師会長を拝命した私は、福岡県医師会長であった平成18年(2006)に全国に先駆けて「新かかりつけ医宣言」として取組んできたことを土台にしてこれを全国的な制度へと発展させた。まずは、かかりつけ医とは何かという定義を四病院団体協議会と共に考え、その養成のために「日医かかりつけ医機能研修制度」を創設して、かかりつけ医の養成に努めた。かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」である。

「かかりつけ医」とは田舎の医師のことかと、しばしば誤解されることがある。私の考える「かかりつけ医」は、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。上記で示した「かかりつけ医」像を全うするすべての医師のことである。

### (2) 「かかりつけ医」の役割の基本は総合診療能力

私は「かかりつけ医」を定義するとともに、平成28年(2016)から日医かかりつけ医機能研修制度を開始し、かかりつけ医の養成に努めてきた。本制度は、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・向上するための新たな研修制度である。具体的には、①患者中心の医療の実践、②継続性を重視した医療の実践、③チーム医療、多職種連携の実践、④社会的保健・医療・介護・福祉活動の実践、⑤地域の特性に応じた医療の実践、⑥在宅医療の実践という6つの「かかりつけ医機能」を習得する。開始後3年間でおよそ3万人の医師が本研修を修了した。

本研修を修了した証は、かかりつけ医として活動し、研鑽を続けていることを示すものであり、地域住民からより一層の信頼にも繋がるとともに、かかりつけ医をもっていない方々にとっては選ぶ一つのきっかけとしても貢献するものである。

また、かかりつけ医の役割を総合診療能力と表現すると、「総合診療専門医」と混同されることがある。総合診療専門医は、地域医療において「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、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する」医師であり、平成30年（2018）より日本専門医機構が研修を行なっている。これに対し「かかりつけ医」は、日常診療における「医療的機能」のみならず、健診・母子保健・学校保健・産業保健・地域保健等の地域医療を取り巻く社会的活動や、在宅医療推進にも積極的に取組み、保健・介護・福祉関係者との連携を行うという「社会的機能」をも併せもつ点で総合診療専門医とは異なるといえる。とはいえ、いずれも地域医療を支える重要な存在であることから、互いに協同することが患者や地域住民のための地域医療の実現を果たすことになると思う。

### （3）大学が担う“医学教育”と日本医師会が担う“卒後教育”

かかりつけ医は「医療的機能」と「社会的機能」の2つの機能を有する医師である。前者は自治医科大学をはじめとする大学における“医学教育”を通して培われ、我々日本医師会は“卒後教育”の担い手として医療的機能と社会的機能両方の機能を学ぶ場を提供する。そのため、大学と日本医師会は相互に、地域医療で中心的な役割を果たす「かかりつけ医」の育成に貢献する社会的役割を果たす存在であると思う。

日本医師会が担う卒後教育は、昭和62年（1987）に医師の生涯学習の支援体制整備を目的として創設された「日医生涯教育制度」であり、カリキュラムに基づいた講習会への参加、e-ラーニング学習、体験学習、学会への参加や発表、論文執筆等の業績を評価し、基準に達した医師には日本医師会長が日医生涯教育認定証を交付する仕組みである。平成21年（2009）には、「総合的な能力を有する医師」を養成するカリキュラムが作成され、学習の一般目標として「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかか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的医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技術を身につける」ことを明示するなど、時代に応じたカリキュラムの見直しが図られてきた。

各地域において「かかりつけ医」を中心とした医療提供体制が構築されており、この仕組みは自治医大卒業生らが活躍する地域支援病院等との連携によって支えられている。特

に、人口の少ない地域では、脳血管障害や心筋梗塞など、初期医療から高度医療に対する広域医療連携を図ることにより、住民の生命と健康を守っている。都市部では、医療資源が豊富であるので、割と狭い地域で医療連携が行われているが、人口過疎地域では、自治体の圏域を超えた広い範囲での医療連携が行われている。地域医療は、変化する地域の実情に応じて常に見直しを行う必要がある。自治医大卒業生と日本医師会が輩出した「かかりつけ医」という、真に「地域医療」に貢献する医師の活躍に今後ますます期待している。

### 3. コロナ禍で明らかになった我が国の感染症医療提供体制の課題と解決策

#### (1) 感染症医療提供体制の脆弱性と再構築

我が国の感染症医療提供体制は、感染症法に基づき厚生労働大臣や都道府県知事が感染症指定医療機関をあらかじめ指定することで準備されていた。しかし、感染症指定医療機関の数や病床数は極めて限られたものであった。

そのため、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により医療を必要とする感染患者が増えてくると、事前に指定された医療機関のみでは対応できない事態に陥り、指定医療機関以外の医療機関も含めて感染症医療提供体制の再構築が急務となった。

しかし、第1波のときには感染防護具等の物資不足の問題が長らく解消できず、輸入に依存している我が国の生産体制の問題が明るみとなった。感染防護具の不足は、感染症指定医療機関以外の医療機関の受入れ体制の整備に大きな影響を与えた。なぜなら、感染防止策が不十分なまま感染患者の受入れに踏み切った場合、来院患者や入院患者といった院内感染のおそれがあったからである。“感染者”の生命・健康を守ることも大切であるが、それと同時に“感染していない人”が感染しないように配慮することも同じくらい大切である。私は、地域における感染症医療提供体制の再構築を円滑にすすめるために、その弊害となっている感染防護具等の物資不足の問題解消に向けて、経済産業大臣に働きかけ、産業界と連携した医療物資増産等のサポート体制を構築するに至った。

#### (2) 「地域医療」から見た感染対策の重要性 — COVID-19有識者会議の創設 —

令和2年(2020)4月18日、自治医科大学学長の永井良三先生と笠貫宏先生(早稲田大学特命教授)のお力添えの下、日本医師会は、日本医学会・東京都医師会・医学有識者らで構成する「日本医師会COVID-19有識者会議」を創設した。当時、新型コロナウイルス感染症の脅威は世界中に広がり、我が国では初めて新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言の最中であつた。

当時、政府の「新型コロナウイルス感染症対策専門家会議」が我が国の感染症対策に専門的な助言をする立場であつたが、主に疫学的・公衆衛生的視点から議論され、患者に最も近い存在である臨床医の視点が政策に反映されていないことが懸念されていた。そこで、この問題解決として日本医師会独自に創設したのが上記で示した有識者会議である。本有識者会議は、主に「地域医療」を担う臨床医の観点からエビデンスに基づく提言をして、現場の支援を行うものであり、政府の専門家会議とは“車の両輪”の関係にある。日本

の医学の叡知を結集した本有識者会議は、医学を基盤とする科学的根拠に基づく医療を構築し、新型コロナウイルス感染症の感染爆発と医療崩壊を防ぐための様々な知恵と方策が蓄積されるまでに発展したことを、心から感謝している。

医療の原点は「地域医療」にあり、その「地域医療」は患者とかかりつけ医の信頼関係の下で構築されるものである。この基本原則は感染症パンデミックのような緊急時においても同様であることからすれば、国や地域の感染症対策の決定過程には、地域医療を担う「かかりつけ医、臨床医の視点」をも反映させる仕組みであるかどうかという観点は極めて重要と考える。

### (3) 感染症パンデミック下でも、基本は「地域医療」

新型コロナウイルス感染症流行から1年以上が経過し、地域において「通常医療」と「コロナ患者の医療」を両立させる医療提供体制の再構築が重要になっている。

本稿を執筆している令和3年(2021)5月現在、我が国は第4波の感染拡大を迎え緊急事態宣言のさなかにある。コロナ禍の医療というと、重症者の医療が注目されがちであるが、宿泊施設や自宅での療養を余儀なくされている軽症者や無症状者の方々の医療も充足しているとはいえ、課題は多い。我が国の医療は、「地域医療」が基本であり、地域においてそれぞれの医療機関が各々の役割と機能を果たす地域包括ケアが構築されてきた基礎がある。そのことを考えれば、通常医療とコロナ禍の医療の両立、さらにはコロナ禍における重症医療と自宅等の療養患者に対する医療・介護・福祉もまた、地域包括ケアの仕組みを変容、発展させることが、長期にわたる感染症流行禍を乗り越える最善策ではないかと考える。

## 4. 日本の「地域医療」への期待

我が国は、人生100年時代、健康寿命の延伸が求められる時代となり、「かかりつけ医」の活動はこれに貢献するものである。そこで、多くの国民の方々に「かかりつけ医」をもっていただくことが大切となるが、日医総研の調査ではかかりつけ医をもっている国民は、高齢者では8割を超えているものの、全体では5割強にとどまっている。特に若者の多くはかかりつけ医をもたない傾向がある。その理由は、“病気になるから”というもので、「かかりつけ医」をもつことの意義が十分に伝わっていないことにある。

しかし、コロナ禍の今、年齢を問わず、いつ誰が感染してもおかしくない脅威の下に、私たちは身をおくことになった。新型コロナウイルス感染症が社会経済に甚大な影響をもたらし、多くの人々が不安定な生活を余儀なくされる状況下であり、心身の健康に一層配慮する必要がある。その教訓からも、健康危機管理という意味でも、かかりつけ医の果たす役割は大きい。

すべての国民が生活する場で「かかりつけ医」をもち、人生100年時代、思いがけない危難に直面したとしても、安心して医療と介護を享受でき、たくましく生き生きと過ごせるような「地域医療」が実現されることを期待している。

## 自治医科大学に対する思い（感謝と期待）

全国自治体病院協議会名誉会長  
地域医療・介護研究会JAPAN会長  
邊見 公雄



現在、全世界がCOVID-19のパンデミックで覆い尽くされている。世紀難、人類難、地球難とも言えるものであるが、一方で地球は喜んでいるのかも知れない。アマゾンやコンゴ川流域の中央アフリカ、ボルネオやニューギニアの東南アジアなど生物多様性の最後の楽園で森を伐採、温暖化を加速しオゾン層も破壊、更にプラスチックごみで海洋汚染。魚介類や海鳥に迷惑をかけている“人”を減らし地球を守ろうとしているかに思えるのである。

さて冒頭から話が脱線気味であるが、今回、学長永井良三先生の命を受け貴学に対する人一倍強い思いを書かせていただく。貴学設立の昭和47年（1972）といえば、私は奈良県の大和高田市立病院で駆け出し外科医だった頃である。田中角栄首相の日本列島改造論で今の中国や東南アジアと同じ高度経済成長の真っ只中であつた。同時に医療格差を無くそうと一県一医大の政策も。自治医科大学はちょうどその中間、真ん中あたりに誕生した新設医大である。初代学長は、我々青年医師連合がインターン闘争を行っていた時の東京大学医学部教授だった中尾喜久先生と承知している。後年、貴学の入学式や卒業式、講演などに招かれて高久史麿先生のお部屋に掲げられた写真で確認も出来た。

貴学40周年記念式典に招かれた時、40年間で学長は2人しかいないことに気付いた。日替わりトップの組織では中長期のビジョンは実現できない。私も院長在職22年のうち初めの頃は院内融和優先で自分色は出せず、任期中程でプランを出し後半で実現できた。永井学長にお会いした時「先生も20年やられるんでしょうね」と水を向けると「こらえてください。殺さないで」とかわされた。夢が現<sup>うつつ</sup>になってほしい楽しいエピソードとしてご紹介した。

さて、私は徳島県の山間部、四国三郎吉野川の中流域で育った。旧満州国からの引き揚げである。医療過疎の地域でもあつた。自治医科大学は全国47の都道府県が資金を出し合い、全国の医療資源の均てん化、無医村（地区）の解消を目的に設立された私立医大である。定員は、初めは47都道府県から2名ずつ、栃木県は地元ということで少し上乗せがあつたようである。その後、文部科学省や厚生労働省の方針で医師の少ない県に1名ずつ加算されている。また少し話が逸れるが、私は新設医大に大きな期待をしていた。しかし

今はかなり失望している。これらの大学には旧来の医学部にはない新しいことをして欲しいと願っていたのであるが、徐々に旧来の方向に溶け込むというか戻ってしまったように感じる。学閥の復活や論文至上主義などである。自治医科大学は、患者ファーストやチーム医療などの面では伝統や旧弊が少ないだけ早く進んだ面も多いが、教授選考や学長選などは旧設大学のそれを踏襲している。それでも存在感で最も輝いている大学は自治医科大学と確信している。

今、政府や厚労省は三位一体の改革という政策を医療の世界でも繰り広げている。“地域医療構想”“医師の偏在対策”“医師の働き方”という3つを同時に一体的にやろうというものである。まず“地域医療構想”というのは、多くなりすぎた？病院の数を減らし集約化、機能分化と連携で効率的にという財務省や経済産業省の言う生産性を上げるというもので、官邸主導の経済財政諮問会議の骨太の方針に沿うものである。私は、医療に生産性という言葉は馴染まないと従来から思っているのだが、日本株式会社をずっと牽引している永田町や平河町ではこの言葉がよく使われる。よく引き合いに出される農業は理解できるが、医療から無駄をなくすなら余り治療はせず、健康寿命と平均寿命が同じになるのが医療費亡国論に応えるベストの選択かも、とシラケたりする。

今回の改革では、病床機能報告制度という入院患者数などの報告を基に、再編統合の検討が必要な全国424病院の公立病院が指定された。その後データ誤りなどで増減し、現在は436病院である。当時、私が関わり統合され既に廃院となっている病院もリストにあり、これにはビックリ。同じような例は私の故郷徳島県にも見られた。最も驚いたのは、私の弟が院長を務めている病院もこの中に入っていたことである。この病院は徳島県で5指に入る手術件数を誇り、その地域のNo1病院、中核病院である。後程、厚労省高官からデータミスとの謝罪があったらしいが、風評被害で内定の看護師や研修医が来なかったとか。このことを少し長く書いたのは、これらの病院には自治医科大学を卒業した医師達が大勢働いておられ、僻地や離島、中山間地も含めて地域住民の生命を守り、健康な生活を維持するために献身的に貢献されているからである。全国自治体病院協議会などの調査によると、この436病院のうち200近い病院が今回のコロナ禍に対応しているとのことである。再編統合が予定通り進んでいたらと考えるとゾッとする。

第2波の頃だったと思うが、夕食時にたまたま見ていたテレビに池上彰氏が現れた。「地域医療構想」という言葉が聞こえたのでじっくりと見ることにした。発言の内容は「都会の方は余り知らなかったかもしれませんが、今、地域医療構想という政策が進められています。簡単に言えば人口が減り患者さんも少ない地方の病院を減らし、効率的にするという計画です。これが進んでから今回のコロナが来ていたとしたら地方は大変だったでしょうね」というもの。私も同感。更に私は、勤務医師の働き方改革も予定通り進んでいたら、ICUや入院患者のかなりの方々が亡くなっていたのではと考えている。ここで働く医師や看護師、臨床工学士は9時5時でなく使命感、本当のプロフェッショナルオートノミーだったのである。今回のコロナを契機に、三位一体の改革は少し考えなおす必要があ

ると多くの現場の医療人は訴えている。大本営は最前線をしっかりと見ていただきたい。

また、タラレバの話で恐縮だが「もし自治医科大学がなかったら」日本の地方の殆どは医療砂漠化していた筈である。校歌にある如く「医療の谷間に灯をともす」を実践していただいている。感謝感謝である。総合診療や地域医療の指導者も大勢輩出されており、将来にも希望が膨らむ。特に、卒業生には他の大学に比べチーム医療に最適の医師が多い。これには全寮制が大きく貢献しているものと勝手に解釈している。卒業式の日には食堂や事務職員の方々と花束や記念品の贈呈、写真撮影からもよく解る。同じ釜の飯を食った仲間であり、学生であったとしても地域の社会人だったのである。

ここからは少しお願いというか夢の提案をしたい。医療の無い所に人は住めない。先の首相安倍晋三氏は「国の隅々まで美しい国にする」と唱えられた。残念ながら7年余の最長政権の間に結果は逆となり、東京一極集中が加速した。政官財の最強のトライアングル、教科書ではまだ三権の一角である司法、今や無敵のメディア、学生だけで52万人を数え浪人や院生を加えると私が育った徳島県を超える70万人余の大学生を中心とした教育、更に皇室までも。3密どころか7密である。これが今回のコロナが長引いた一因であることは誰の眼にも明らかである。

医療での貢献は更に増強してほしいが、是非とも“大医”“国手”を目指して地方創生研究所（仮称）を大学として設置してほしい。今回、その必要性和脆弱な体制が浮き彫りになった保健所への医師や保健師、看護師も育ててほしいし地方重視の政策も提案していただきたい。官邸や財務省に忖度することなく地方の時代を空念仏に終わらせないためにも。産婦人科や小児科、精神科などを中心に集学的「こども科」つまり不妊治療や人工授精、自閉症、ADHD、DVなどを一括して診る部門の創設はどうであろう。病児学級などを豊かな自然溢れる大学周辺に配置するのは決して夢ではない。最近の子供に多い食物アレルギーも農業県栃木と共同で研究したら楽しい。“とちおとめ”アレルギーは聞いたことも見たこともない。米アレルギーも。あれば生き残れなかったかも…。獣医学部門と協力し、これから増え続けるであろう人獣共通感染症の研究などもおもしろい。いずれにしても最先端を走る大学となっていただきたい。

現在、超高齢化社会の地方で活躍しておられる卒業生には発展途上国での老人医療や総合診療の指導、フレイルやロコモ、認知症の予防などその経験を活かしてほしい。国際部を創り、学生の視野を広げる機会を与えてウィンウィンの関係を築いてほしい。国内的には、各地の同門の先生方との病理診断や放射線治療は勿論、オンライン診療や遠隔手術などの遠隔医療の促進もお願いしたい。学会や研究会、研修会などを統括する部門を創り、自治医科大学学会的なものを開催し生涯学習のモチベーション維持に寄与してほしい。また、隠岐島前で大活躍の“島医者”白石吉彦先生が「赤ひげ大賞」なるものを受賞されたが、自治医科大学として地ビールならぬ“自（地）医者大賞”のようなものを出してはどうだろう？選考委員は当然に首都圏や政令指定都市居住者は認めず、大字田舎字ド田舎をよく知っている方を中心にである。

自治医科大学関係者にもお願いしたいことがある。地方特有の風土病的なものや言い伝えない治療法、薬草や郷土食など医食同源を裏付けるものが数多くある筈である。寺社や郷土史家などと協力し、医学史を風土記的に作成するのも他の医育機関では不可能なニッチな分野と考える。「物好きもエエかげんせえ」と言われるかもしれないが、好き者がいないと歴史は進まず後世には残らない。アニキサスやツツガムシ病、マダニ咬傷、水俣病、イタイタイ病、皆地方の実地臨床医達の報告から判明したものである。「現場に出て、現物を見て、現実的に考える」三現主義からの賜である。北里柴三郎や野口英世、若月俊一という先生方がその代表であるが、次は自治医大卒業生からと念じている。

次に大学の立地と卒業生の分布から、今後延びるであろう分野を挙げてみたい。園芸療法とアニマルセラピーである。私のフィールドワークの地、赤穂市を流れる千種川の上流に西播磨総合リハビリテーションセンターという県立病院がある。貝原俊民知事の時代に創設され、神戸市玉津にある県立リハビリテーションセンターの弟分である。兄貴分の方はベトナムの双子児ベトちゃん・ドクちゃんの分離後、義肢を作ったことで有名であるが、弟分のここは京阪奈の2府1県の関西学研都市から外れた兵庫県が独自に進める学園都市の中にあり県立粒子線治療センターや和歌山県で発生した毒カレー事件のヒ素を検出したスプリングエイト（理化学研究所等）なども隣接している。森林を開拓して造成した自然の真ん中に位置する。森林浴をリハビリに利用したり草花を種播きから育て生け花までの園芸療法にピッタリの場所である。アルツハイマーなどの認知症の方々にも試行しているとか。自治医科大学も自然環境に恵まれた所にあり、是非このような取り組みを推進していただきたい。

アニマルセラピーであるが、赤穂市民病院では20年位前に私が採り入れた。個々の患者にではなく集団なので効果の検証は出来てないが、私が回診しても余り心を開いてくれない老婦人が犬を抱いて微笑んだり、自閉症の子供が仔犬とじゃれたりしているのを見ると少しは効果があるのではと思っている。認知症に関して進行を遅くしているようにも感じている。余談になるが、Pet For Life Japan（略してPFLJ）というNPOには私も関係している。捨て犬や捨て猫をリクルートして里親に育ててもらったり、アニマルセラピーのセラピー犬として育てたりする団体である。飼い主の事情によっては一時預かりやペットホテル的な仕事もしている。

私は消化器外科医だったが、「検査の結果、癌がみつかりました。手術が必要なので入院してくれますか？」と告げると「入院できません」と。「なぜ？」と聞くと「ペットの世話をしてくれる人がいないので入院できません」とか「大阪の妹に世話を頼んでみます」と言って予定通り入院とならない方が年に数例は現れる。ドクタードッグの月1回の導入でさえかなり苦勞した経験があり、入院時のペット持ち込みなどは私の実力では無理。貴学において先端的に研究的にそういうことは出来ないだろうか？「病院は家庭に近いほど良い病院」というのが私の理想の病院像である。新設医大が金太郎飴の如く皆同じなら存在意味がなく、全国に約9,000ある病院のどこかにそんなチャレンジャーがほしい。盲導犬の立ち

入りが常識となったように…。日野原重明先輩は「音楽療法が国家資格になるまでは死ねない」と頑張っておられたが、私も生きている内にこんな病院を見てみたいものである。

国は、デジタル後進国からの脱却を目指しデジタル庁の設置を急いでいる。トヨタは裾野市にスマートシティーの起工式を行い、京都大学の今中雄一先生もヘルシースマートシティー構想というものを最近発表された。この構想には私も少しお手伝いしたが、健康や医療を核とした地域づくり、街づくりは高齢少子化の日本にとって大命題であり、医科大学にとっても大きなテーマであろう。奈良県立医大はMedicine Based Town (MBT) 構想でコンソーシアムを立ち上げている。近鉄や大和ハウスなど地元の有力企業やツムラなど地元発祥の和漢薬メーカーも名を連ね、大学近くの今井宗久ゆかりの今井町を脳血管障害患者のリハビリのために空き家を利用したりとユニークな街づくりに取り組んでいる。自治医科大学からの帰路、この大学がメイヨークリニックのような役割を果たし、この街のゴールが大学都市ハイデルベルグになればと考えている。「夢がなければ実現しない」稲盛和夫氏の言葉である。また、国連を中心としたSDGsという運動がある。これには世界各国の政府や企業、大学や家庭、個人が参加しなければならない。貧困からの脱却、教育や環境、人種や性差別の払拭など17の目標で成る。医科大学として、この分野での貢献も望むところである。

色々と夢の提案をさせていただいたが、その実現には資金が必要である。コロナ禍で患者の受診控えや受験生の地元重視などで収入が減り、大学の運営が厳しいことは想像に難くない。私の関係する大学でも、アルバイトや仕送りが減ったり無くなったりした学生から退学や休学の相談が多くあり、授業料減免などの措置をとったり奨学金枠を増やしたりした。財源の最後の切り札はクラウドファンディングであった。幸い京都には京セラの稲盛和夫氏、任天堂の山内溥氏、日本電産の永守重信氏などベンチャーから身を起こした方々のドネーションの風土があり、かなりの金額が集まった。学生の教育だけでなく研究などにも活用できるような仕組みとしている。自治医科大学は47都道府県が設置母体である。大分県平松守彦知事の二番煎じと言われるかも知れないが「一県一研究課題」などを知事会に提案、働きかけてファンドを創るのも一つの方策と考えている。

思うままに徒然草風に書かせていただいたが、最後に更に突飛なことを追加したい。マキャベリ風と言えば最近の日本には正義なき力が横行し、我々は力なき正義と失望している。そこで自治医科大学から正義ある力を出してほしい。我が国は一応民主主義なので、国会議員の候補者を立てたい。その候補として知名度抜群の尾身茂氏、行動力やマネジメント力ピカイチの吉新通康先生あたりはどうであろう。また、国診協の組織内候補として青沼孝徳先生や小野剛先生、赤木重典先生なども面白いのでは。何分勝手連なので、きっと皆様方は怒るか笑い飛ばされるであろうが…。兎にも角にも、80ある医育機関で私が最も期待しているのは貴学と奇人変人の多い我が母校の2つである。更なる発展に挑戦していただきたい。

関係各位のご健勝を!! コロナが落ち着けば校歌を堂々と皆で歌いましょう!!

# 日本の地域医療への期待—分散型社会と医療の公共性

京都大学こころの未来研究センター教授  
**広井 良典**



(はじめに)

日本という国の際立った「特徴」は何かという点については、時代によって大きな変遷がある。たとえば1980年代であれば、当時『ジャパン・アズ・ナンバーワン』という本が話題になったように、日本とはまずもって“経済成長においてもっとも成功している国”あるいは“ハイテク技術の先進国”として認識されていた。

現在はどうか。上記のような日本の性格は大きく変わり、日本という国の最大の特徴は、世界における“人口減少と高齢化のフロントランナー”という点になっている。

これは医療のあり方と大きく関わっており、地域医療においても新たなモデルを作っていく必要がある。ここではこうした話題について幅広い角度から考えてみたい。

## 1. AIを活用した未来シミュレーションと「地方分散型社会」

(2050年、日本は持続可能か？—AIを活用した社会構想と政策提言)

昨今、AI（人工知能）に対する社会的関心が高まっている中で、私たちの研究グループ（私を代表とする京都大学の研究者4名と、京都大学に創設された日立京大ラボのメンバー）は、AIを活用した日本社会の持続可能性と政策提言に関する研究成果を平成29年（2017）に公表した（ウェブサイト「AIの活用により、持続可能な日本の未来に向けた政策を提言」参照）。

研究の出発点にあったのは、現在の日本社会は「持続可能性」という点において“危機的”と言わざるをえない状況にあるという問題意識である。特に次のような点が重要なし象徴的な事柄と思われる。

- 1) 財政あるいは世代間継承性における持続可能性…政府の債務残高ないし借金が1000兆円あるいはGDPの約2倍という、国際的に見ても突出した規模に及んでおり、その結果、膨大な借金を将来世代にツケ回ししていること
- 2) 格差及び若い世代に関する持続可能性…生活保護受給世帯ないし貧困世帯の割合が90年代半ば以降急速に増加しており、格差が着実に広がるとともに、子ども・若者への支援が国際的に見てきわめて手薄いことから、若年世代の困窮や雇用不安が

拡大し、このことが低出生率あるいは少子化の大きな背景となっていること

- 3) コミュニティないし「つながり」に関する持続可能性…著名な国際比較調査（ミシガン大学が中心に行っている「世界価値観調査World Values Survey」）において、「社会的孤立度」（=家族などの集団を超えたつながりや交流がどのくらいあるかに関する度合い）が、日本は先進諸国においてもっとも高くなっていること

こうした事実に示されるように、現在の日本は持続可能性という点において相当深刻な状況にある。そして、「2050年、日本は持続可能か」という問いをテーマとして設定した場合、現在のような政策や対応を続けていけば、日本は「持続可能シナリオ」よりも「破局シナリオ」に至る蓋然性が高いのではないか。

このような問題意識を踏まえ、AI技術を活用し、また「幸福度」といった主観的な要素も視野に入れた形で将来シミュレーションを行い、日本社会の未来の分岐構造がどのようなもので、またどのような対応がなされるべきかを探ったのが今回の研究だった。

具体的には、日本社会の現在そして未来にとって重要と考えられる、人口、高齢化、経済、環境等に関する149個の社会指標についての因果関連モデルを構築し、AIを用いたシミュレーションにより平成30年（2018）から令和34年（2052）までの35年間にわたる約2万通りの未来シナリオ予測を行い、それらを最終的に6つの代表的なシナリオ・グループに分類した。分類にあたっては、①人口、②財政・社会保障、③都市・地域、④環境・資源という4つの持続可能性と、雇用、格差、健康、幸福という4つの観点に注目した。

### （AIが示す日本の未来シナリオ—「都市集中型」と「地方分散型」の分岐）

シミュレーションの結果として明らかになったのは次のような内容だった。

#### （1）2050年に向けた未来シナリオとして主に「都市集中型」と「地方分散型」のグループがあり、その概要は以下のようになる。

##### a) 都市集中型シナリオ

主に都市の企業が主導する技術革新によって、人口の都市への一極集中が進行し、地方は衰退する。出生率の低下と格差の拡大がさらに進行し、個人の健康寿命や幸福感は低下する一方で、政府支出の都市への集中によって政府の財政は持ち直す。

##### b) 地方分散型シナリオ

地方へ人口分散が起こり、出生率が持ち直して格差が縮小し、個人の健康寿命や幸福感も増大する。ただし、次項以降に述べるように、地方分散シナリオは、政府の財政あるいは環境（CO<sub>2</sub>排出量など）を悪化させる可能性を含むため、このシナリオを真に持続可能なものとするには、細心の注意が必要となる。

#### （2）8～10年後までに都市集中型か地方分散型かを選択して必要な政策を実行すべきである。

今から8～10年程度後に、都市集中型シナリオと地方分散型シナリオとの分岐が発生

し、以降は両シナリオが再び交わることはない。

持続可能性の観点からより望ましいと考えられる地方分散型シナリオへの分岐を実現するには、労働生産性から資源生産性への転換を促す環境課税、地域経済を促す再生可能エネルギーの活性化、まちづくりのための地域公共交通機関の充実、地域コミュニティを支える文化や倫理の伝承、住民・地域社会の資産形成を促す社会保障などの政策が有効である。

以上がシミュレーション結果の概要だが、研究を進めた私自身にとってもある意味で予想外だったのだが、日本の未来についてのAIシミュレーションが示したのは、日本社会の持続可能性を図っていく上で、「都市集中」—とりわけその象徴としての東京への一極集中—か「地方分散」かという点がもっとも本質的な分岐点ないし選択肢であり、かつ人口、地域の持続可能性や格差、健康、幸福の観点からは地方分散型が望ましいという内容だった。

言い換えれば、日本全体の持続可能性を考えていくうえで、ヒト・モノ・カネができる限り地域内で循環するような「分散型の社会システム」に転換していくことが、決定的な意味をもつということが示されたという点である。ある意味でこれは、新型コロナ禍を通じて顕在化した課題を先取りした内容だったという面もあるだろう。

この「AIを活用した社会構想と政策提言」については、その後政府機関や自治体、各種研究機関等から多くの問い合わせをいただき、長野県、文部科学省、兵庫県、岩手県、岡山県真庭市、愛知県高浜市、広島県福山市等々と同趣旨のシミュレーションを行い公表してきているところである（ウェブ上で閲覧可能）。

## 2. 地域コミュニティの中心としての医療施設

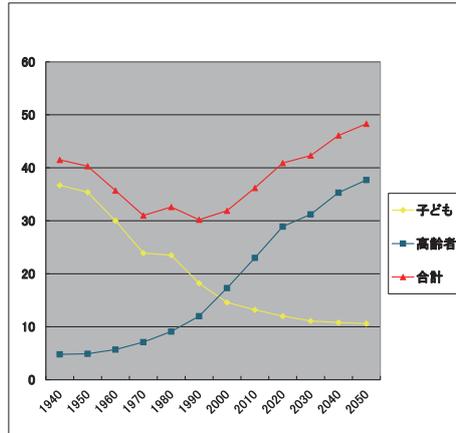
### （「地域密着人口」の増加）

AIを活用した未来シミュレーションが示した「地方分散型社会」という点について述べたが、こうした点を少し別の角度から見てみよう。それは、「「地域密着人口」の増加」という視点である。

（図1）をご覧いただきたい。これは人口全体に占める「子どもプラス高齢者」の割合の変化を示したもののだが、昭和15年（1940）から令和32年（2050）という100年強の長期トレンドで見た場合、それが比較的きれいな「U字カーブ」を描いていることが顕著である。すなわち、人口全体に占める「子どもプラス高齢者」の割合は、戦後の高度成長期を中心に一貫して低下を続け、それが世紀の変わり目である平成12年（2000）前後に「谷」を迎えるとともに増加に転じ、今後令和32年（2050）に向けて今度は一貫して上昇を続ける、という大きなパターンが見て取れる。

なぜここで「子どもと高齢者」の合計に注目するのか。それは、人間のライフサイクルということ考えた場合、子どもの時期と高齢の時期は、いずれも“土着性”ないし地域との関わりが強いという点が特徴的だからである。いわば子どもと高齢者は「地域密着人口」と呼べる存在である。これに対して現役世代は「カイシャ」つまり職場との関わりが圧倒的に強く、地域との関わりは薄くなりがちだ。

## 「地域密着人口」の増加 人口全体に占める「子ども・高齢者」の割合の推移(1940-2050年)



(注)子どもは15歳未満、高齢者は65歳以上。  
(出所)2010年までは国勢調査、2020年以降は「日本の将来推計人口」(平成29年推計)を基に筆者作成。

図1

以上の点を併せて考えると、戦後から高度成長期をへて最近までの時代とは、“「地域」との関わりが強い人々(地域密着人口)”が減り続けた時代であった。しかし今後は逆に、そうした人々が一貫して増加する時代になっていく。同時に、ここでは詳述しないが、近年では若い世代においても“ローカル志向”が強まり、また“職住近接”への希望も高まっており、これは学生などを見ても感じることである(広井(2019))。

こうした「地域密着人口の増加」という事実や関連の動きに注目すれば、「地域」というものが今後一層大きく存在感を増していくのは、人口構造の面からも半ば必然的な変化であると言えるだろう。

### 〔「コミュニティの中心」としての医療・福祉施設〕

ではそうした変化の中で、病院など医療・福祉施設はどのような意味をもつことになるのだろうか。

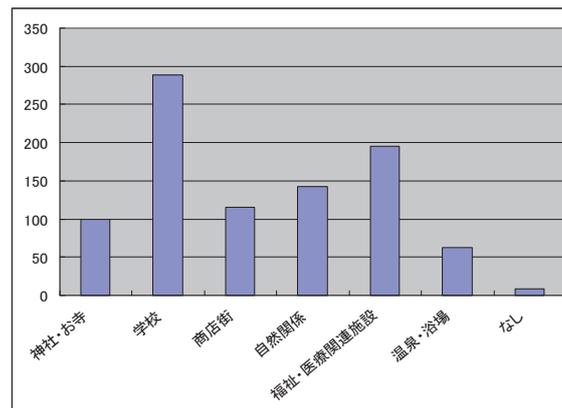
ここで「コミュニティの中心」という視点が浮かび上がってくる。「コミュニティの中心」とは、大きくは「地域における拠点的な機能をもち、人々が気軽に集まりそこで様々なコミュニケーションや交流が生まれるような場所」といった意味だが、こうした点に関し、私は以前、全国の自治体を対象に「地域コミュニティ政策に関するアンケート調査」という調査を行った(全国市町村1834のうち無作為抽出917プラス政令市等で計1110団体に送付し返信数603(回収率54.3%)。詳細は広井(2009)参照)。

このアンケート調査の中で、今後「コミュニティの中心」として特に重要な場所は何かという質問項目については、(図2)のような結果が示された。このうち「学校」が1位となったのは、特に明治以降「学校」及び「学区」というものが地域コミュニティの中心かつ主要単位であったことを考えればある意味で予想の範囲内でもあるが、一方、コミュ

ニティの中心として重要な場所の2位に「福祉・医療関連施設」が来たのは予想よりも上位で、これはやはり「高齢化」をめぐる構造変化と深く関連しているだろう。

つまり、高度成長期に地域コミュニティの核をなしていた「子ども」に対応するのが「学校」とすれば、今後急激に増えていく「高齢者」に対応するのが「福祉・医療関連施設」ともいえ、したがって“かつて地域において学校が果たしていたような役割を今後は医療・福祉関連施設が担う”という点が指摘できるのである。

「コミュニティの中心」として特に重要な場所  
(3つまで複数回答可)



(注)以上のほか、「その他」と回答した数が351あり(内訳は、公民館174、自治会館77、地区センター等68、コミュニティセンター等49など〔重複回答あり〕)。

(出所)地域コミュニティ政策に関する全国自治体アンケート調査(広井(2009))

図2

あるいは、これまではある意味で“子ども仕様”に設計されていた都市や地域を、これからの時代は“高齢者仕様”に再編していく必要があるとも言える。

思えば、都市計画における古典的な議論として、ペリーの近隣住区論 (neighborhood unit) というのがあり、それは小学校などを中心にすえて周囲に住宅や公園、道路等を配置するという内容のものだが、高齢化時代においては、こうした発想そのものをかなり根本から考え直していく必要がある。

医療施設にそくして言えば、今後それらは「閉じた空間」ではなく、より積極的に地域に開かれた、コミュニティの拠点的な機能が求められていることになるだろう。

### 3. 医療の公共性と医療費配分の改革

最後に、「医療の公共性」そして医療費の配分というテーマについて述べてみたい。

あらためて言うまでもなく、令和2年(2020)は新型コロナウイルスの影響が拡大し、日本と世界が一変した年だったが、それと医療システムとの関連についての分析や考察が求められている。

医療システムについて見るならば、日本の場合、もともと人口当たりのICU(集中治療室)の数がアメリカやドイツに比べて大幅に少ないことや、新型コロナウイルスに感染し

た患者を実際に受け入れている医療機関の割合が低く、欧米に比べて患者数が少ない割に“病床ひっ迫”や“医療危機”が直ちに生じてしまうなど、様々な問題が指摘されている。

これには大きく二つの背景ないし課題があると考えられる。一つは日本の場合、医療における「財政」面（医療保険制度）は「公」中心である一方、「供給」面においては公的病院ないし病床の割合が主要先進諸国の中でもっとも低いという点がある（[図3](#)参照）。

### 医療システムの国際比較 —「公私」の役割分担の視点から

	イギリス	ドイツ	フランス	日本	アメリカ
医療供給システム (公的病床の割合)	公	公	公	私	私
	ほぼ全て	約90%	約70%	約30%	約25%
医療財政システム	公	公	公	公	私
	税	社会保険	社会保険	社会保険	民間保険中心

(注) 供給の下欄は病床の総数に占める公的(国立・公立)病院病床の割合。ただしドイツは公益病院(宗教法人立・財団法人立)を含む。またイギリスは90年代のNHS改革により国立病院は独立採算制のNHSトラストに改変。  
(出所) 広井(2018)

図3

しかも、“プロフェッショナル・フリーダム”という標語の下で自由放任的な政策対応がなされてきたため、端的に言えば「医療の公共性」という点が日本においては脆弱なのだ。たとえば、昭和39年(1964)の医療法改正において「公的病床規制」という制度が導入され、公的病院に限って病床の増加が抑えられることになったのはその一例である。

私は、後に述べる医療費の配分という点を含め、公的病院に対する支援あるいはその強化を図っていくことが、日本の医療において強く求められていると考える。ある意味で今回のコロナ禍は、こうした点に関する日本の医療の構造的な問題を、皮肉な形で明るみに出したと言えるのではないか。

以上の点と並んでのもう一つの課題は、日本の場合、概して診療所(開業医)や中小病院に医療費ないし診療報酬が優先的に配分されており、公的病院を含め、高次機能を担う病院への医療費配分が手薄であることである。

基本的な点を確認すると、現在の日本の診療報酬(保険点数)は昭和33年(1958)に概ね原型ができたものだが、当時は医療機関の大多数は診療所(開業医)だったこともあり、基本的に診療所をモデルにした点数体系が作られた。その後、現在に至るまで改定を重ねてきているものの、日本の診療報酬は以下のような「構造的」ともいえる問題点を有している。

すなわち、①「病院、とりわけ入院部門」の評価が薄い、②「高次医療」への評価が薄い、③「チーム医療」の評価という視点が弱い、④「医療の質」の評価という視点が弱い、

という諸点である。実際、医療施設の収益率を見ると、診療所には比較的潤沢な医療費が配分される一方、病院については高次機能の病院ないし公的病院ほど収益率が低くなっている（広井（2018）参照）。

このように、医療費の配分問題は、日本の医療の構造的な課題として皆保険体制の成立（昭和36年（1961））以来存在していたものだが、先ほどの公的病院あるいは医療の公共性の弱さという点と並んで、そうした矛盾がコロナ禍を契機に露呈しているという面がある。

私は「診療所から病院、特に公的病院を含む高次機能病院への医療費の配分シフト」という点を含め、医療費の配分のあり方を正面から議論すべき時期に来ていると考える。診療報酬のあり方を審議する中医協（中央社会保険医療協議会）の議論などは、細部のテクニカルな調整が中心で、大きな枠組みとして、医療費の配分をどのようにするかという根本的な論議が不足しているのではないか。

本稿の冒頭で述べたように、高齢化と並行して人口減少時代となる中で、「限られた資源の配分」ということが社会全体の課題となっている。地域における公的病院への支援や「医療の公共性」の強化という点を含め、医療をめぐる公私の役割分担や医療費配分のあり方を、透明性の高い形で論じる場や方法を考える必要がある。新型コロナ禍を契機として議論し改革を進めていく点の一つは、こうした日本の医療システムの基本問題なのではないか。

このようなビジョンづくりや政策展開を通じて、日本の地域医療を強化していくことがいま求められているのである。

#### （文献）

広井良典（2009）『コミュニティを問いなおす』、ちくま新書。

同（2018）『持続可能な医療』、ちくま新書。

同（2019）『人口減少社会のデザイン』、東洋経済新報社。

# 医師・医療機関の地域偏在対策に関する温故知新 — 戦時中の国家統制策の経験と教訓 —

国際医療福祉大学大学院教授  
島崎 謙治



## はじめに

自治医科大学は、昭和47年（1972）、へき地等における医療の確保及び地域住民の福祉の増進を図ることを目的として創設された。医師や医療機関の地域偏在はいずれの国も苦慮している問題であるが、とりわけわが国においては“<sup>しよくあ</sup>宿痾”のような難問である。日本の医療提供体制は民間セクター中心であり、しかも基本的に自由開業制だからである。ただし、わが国でも戦時中、自由開業制の制限、医師の勤務指定制、公営医療機関の設置を三本柱とする国家統制策が打ち出されたことがある。本稿では、その経験と教訓を基に、医師・医療機関の地域偏在対策について考察してみたい。なお、引用に当たっては、読みやすさを優先し旧字体を新字体に改めたことをお断りしておく。

## 1. 医療制度改善方策および国民医療法の制定とその内容

### （1）医療制度改善方策の背景と経緯

明治7年（1874）に医制が制定された。これは日本の医療制度の方向性を明示し、その基礎を築いたという意味で大きな意義がある。とりわけ重要なのは、医制が自由開業制を規定したことである。実際、診療所は開業免状（免許）があればどこでも自由に開業でき、病院についても医師自らが開設者である場合には開設許可は容易に与えられた。これは医療機関の著しい偏在を生み出す要因となった。医師の多くは経営の安定を求め都会で開業を希望する一方、不採算になりがちで子弟の教育上も不利な過疎地での開業を嫌うからである。その結果、昭和2年（1927）に全国で2,909であった無医村は昭和14年（1939）には3,655となり、全町村数の約3分の1を占めるに至った（野間〔1940〕92頁）。この当時の市町村数は現在の約6倍（11,349/1,747）もあるため単純な比較はできないが、無医村問題が深刻な問題であったことが窺える。

医療の地域偏在に加え大きな問題であったのは医療費の過重な負担である。このため、大正11年（1922）に制定された健康保険法のいわば“農村版”として、昭和13年（1938）に国民健康保険法が制定された。その審議の過程で、医療の地域偏在の是正は医療保険制度だけでは限界があり、医事・薬事の制度も根本的に見直すべきだという意見が出され

た。これを受け同年に医薬制度調査会が設けられ、同調査会が昭和15年（1940）に答申したのが医療制度改善方策である。

医薬制度調査会の名称に「薬」という文字が入っているように、医師会関係者の間では、この調査会が設置されたのは医薬分業の実現を悲願とする日本薬剤師会の策動とする見方があった。しかし、現実と同調査会の議論を終始リードしたのは林信夫（初代厚生省衛生局長）と野間正秋（同医務課長）の事務系キャリアであった。彼らは、それまでの医師会の意向を尊重し融和的な態度をとってきた内務省衛生官僚とは異なり、いかなる医療制度が国家目的に即応するかという観点に立ち、自由開業医制の是非等にも踏み込むことを躊躇しなかった（高岡〔2011〕230-231頁）。医薬制度調査会の審議が2年余の長期に及ぶことになったのはそのためであり、答申の内容も医薬分業の議論は片隅に置かれ医療制度全般にわたる堂々たるものとなった。

## （2）医療制度改善方策及び国民医療法の内容

医療制度改善方策は、医療の普及、医療内容の向上、医師会の改組、の3つの柱から成る。その主要事項は表のとおりであるが、①医療過密地における開業制限、②医師の勤務指定制度、③公営医療機関の設置、④学位広告の禁止、⑤専門科名を標榜する場合の許可制度、⑥医師会の官製化など、日本の医療政策史上最も国家統制色が濃い内容となっている。このうち①から③はこの後で詳述するが、④から⑥についても、林や野間の当時の医学界や医師会に対する基本認識がよく表れているので説明を加えておく。

まず④の学位広告の禁止であるが、その趣旨は、「医学博士であることは必ずしも医術の達者であることを意味しない。然るに国民は、博士であるから医術も優れているであろうと信じがちである。これがために博士号の広告がかえって消極的に医療低下の原因ともなっている」（野間〔1940〕225頁）との考えによる。つまり、医学博士号は医師の技量と関係ないにもかかわらず、国民は誤認し、ひいては医療低下に繋がるから学位広告自体を禁止してしまえということである。そして、国民医療法上も、「…学位ニ関スル広告ヲ為スコトヲ得ズ」（14条）と明定された。ちなみに、これは明治憲法下かつ戦時中だからこそ許される暴挙にみえるが、そうではない。学位広告の禁止が解除されたのは平成12年（2000）の第四次医療法改正のときであり（平成13年2月22日医政発125号通知を参照）、半世紀以上の長きにわたり医学博士号の広告は禁止されていたのである。

⑤の専門科名の許可制度の目的も、医療広告を規制し医療内容の向上を図るという意味では学位広告の禁止と共通する。すなわち、「専門科名の標榜には何らの規制がなく、医師が自由勝手に標榜できるようになっているので、ややもすれば不徳のものがあって、名実一致を欠く標榜をして、ただ患者を沢山引寄せせる手段だけに利用する弊害がみられる」（厚生研究所〔1942〕104-105頁）のが実状であった。このため、従来専門科名を基本的に38種から14種に整理し、これを診療科名と呼称するよう改めたうえで、診療科名よりも分化した新規の専門科名（基本的に18種）の標榜については、真に熟達した医師に

表：医療制度改善方策の主な内容

大項目	小項目	内 容
第1 医療の普及	開業の制限	医師数が過剰と認められる都市及びその近接町村における新規開業制限。
	医師の勤務指定制度	免許取得後1年以内の医師に2年を限度として、国、公共団体又は公益法人立の医療機関での勤務を命じる制度の創設。
	無医地域に対する公営医療機関の設置	無医地域における道府県立の地方出張所又は出張診療所の設置。地方診療所の上級機関として道府県立総合病院を設置。
	各種医療機関の整備統制	町村立一般診療所の道府県への移管。産業組合立医療機関の一部の道府県への移管など国家統制の強化。
	医療費に関する制度の合理化	診療報酬規程の制定。都市及びその近接町村における任意医薬分業。医療保険制度の拡充。
第2 医療内容の向上	医師免許前の診療修練	医師免許は1年以上の一般的診療に関する実地修練（一種のインターン制）を要するよう改正。
	医師の補修教育	医師の補習教育制度を創設し、医師会等がこれを実施。
	診療科の整理と専門標榜国家検定制度	従来専門科名を整理し、これを診療科名と称するよう改正。診療科名よりも分化した専門科名の標榜についての国家検定制度を創設。
	医業広告制限	学位（医学博士号）広告の禁止。医療内容の監督強化。
第3 医師会の改組	医師会の使命の明確化	医師会は医事衛生に関する公共的活動を通じ国民体力の向上に寄与する団体であることを明確化。
	医師会の強制設立および医師の強制加入	医師会は日本医師会、道府県医師会の二種とし郡市医師会は廃止し道府県医師会の支部とする。日本医師会は強制設立に改める。医師免許を有する者は医師会に強制加入。
	総会の構成員の改組	日本医師会の総会は道府県医師会の会長及び特別議員により構成。特別議員は道府県医師会の会員又は医事衛生に学識・経験のある者で厚生大臣が任命。
	役員地位の強化	日本医師会の会長は内閣任命、道府県医師会会長は地方長官が厚生大臣の認可を受け任命。

(出典) 厚生研究所 (1942) 45-56 頁を基に筆者作成。

限り厚生大臣が許可する制度を創設することとされた。これは新たに専門医の国家検定制度（一種の専門医制度）を設けるものであり、国民医療法においても、「…科名ニ付専門ヲ標榜セントスルトキハ勅令ノ定ムル所ニ依リ主務大臣ノ許可ヲ受クベシ」（13条）という条文が設けられた。しかし、「この科名専門の許可は、審査を終えないうちに終戦を迎え、現実には与えられないままに終わった」（厚生省医務局 [1976] 297頁）。歴史に仮定を持ち込むことは許されないが、今日に至る専門医制度の混乱をみると、仮に国民医療法の国家検定制度が実施され、戦後GHQがそれを後押したらどうなっていたらと思うことがある。

⑥の医師会の官製化に関しては、「総会の構成員の改組」の意味がわかりにくいと思わ

れる。当時の解説書は、その趣旨について、「医師会の現状を見ると総会なるものは常に論争を事とし、これがその事業遂行の不活発を来さしめる原因と認められるなど、とかくその使命達成上面白くない点が多く、しかもその原因が主として役員、議員の選挙制度に関係している実情に鑑み、改組案では総会構成員の改善、特別議員制の創設、会長官選制の採用など議決機関に対する理事機関の地位強化を図り、選挙による弊害の除去方策を講じた」（厚生研究所〔1942〕64頁）と述べている。

本題に戻る。医療制度改善方策は医師会等の猛烈な反発を招いた。この方策には自由開業制の修正や医師会の官製化などが盛り込まれていたから当然である。しかし、当時は既に戦時体制下であり、医療の統制強化は国是であった。このため、医療制度改善方策をベースに国民医療法案が作成され、太平洋戦争勃発後の昭和17年（1942）1月に開会された戦時議会（第79回帝国議会）において、同法案は国民体力法改正法案等と併せて可決成立した。なお、国民医療法には当時の小泉親彦厚生大臣の肝煎りで日本医療団の創設が規定された。日本医療団は「国民体力ノ向上ニ関スル国策ニ則シテ医療ノ普及ヲ図ル」（29条）ことを目的とする政府出資の法人であり、私立病院も含め医療機関を日本医療団に極力統合し全国的に医療機関の体系的整備を図ることが計画された。その具体的な内容は公営医療機関の整備と関係するので後述する。

## 2. 医療制度改善方策における医師・医療機関の偏在対策

### （1）開業制限制度の創設

医療制度改善方策の最大の目的は医師・医療機関の偏在を是正することであり、そのためには自由開業制の是非にまで踏み込む必要がある。実際、医療制度改善方策では、医師数が過剰と認められる都市及びその近接町村における新規開業を制限し、それにより医師の分布是正を行う旨が明確に述べられている。これは単なる開設許可制度とは異なる。野間は、医療制度改善方策において開業制限制度を採用した理由について、許可の基準（標準尺度）が不明確な開設許可制度に比べ、地域と時期を限って新規開業を一律に禁止・制限する開業制限制度の方が簡明である旨を述べている（野間〔1940〕133頁）。けれども、国民医療法では、「病院、診療所又ハ産院ヲ開設セントスル者ハ命令ノ定ムル所ニ依リ主務大臣又ハ地方長官ノ許可ヲ受クベシ」（21条）と開設許可制度に変わっている。その理由は必ずしも定かでないが、医師会が開業制限制度に反対していたという政治的理由に加え、法技術的にも医師数が過剰である基準の設定及び対象地域の線引きが難しかったからだと推測される。

国民医療法は戦後の昭和23年（1948）7月に廃止され、これに代わって制定された医療法は、病院は許可制、診療所は届出制を採った。そして、昭和60年（1985）には、病床過剰地域では増床を認めないという病床規制が導入され今日に至っている。この病床規制は医療制度改善方策の開業制限制度と類似するが、戦前からその弊害が指摘されていることは興味深い。たとえば、野間は、開業制限制度の欠点として、「制限期間中はその地

域の医師は固着してしまい、清新澆漓の気分を失うとか、制限解除の途端に、またどっと開業者が増加するなどの類は免れない所である」(野間〔1940〕133頁)と述べている。今日風にいえば、開業制限制度は既得権益化を招き新陳代謝を阻害するということである。また、医療制度改善方策の開業制限は医療施設配置の適正化を図るためであるが、いくつかの地方医師会からは、開業激増による経営難のために開業制限の要望が出されていることも解説書の中で紹介されている。そのうえで、開業制限という「結果は同じでも、一方は国策、片方は営業擁護という全く反対な動機から生まれた皮肉なものもある」(厚生研究所〔1942〕132頁)と辛辣なコメントが付されている。

## (2) 医師の勤務指定制度の創設

勤務指定制度とは、医師免許を受けて1年以内の新人に2年間以内に限り、どこの医療機関に勤務せよと厚生大臣が勤務指定を命じ得る制度である。この趣旨は、医師以外の医療職も含めて国民医療法の条文に盛り込まれた。「主務大臣国民体力ノ向上ヲ図ル為必要アリト認ムルトキハ勅令ノ定ムル所ニ依リ医療関係者ト為リタル者ヲシテ二年以内主務大臣ノ指定スル業務ニ従事スベキコトヲ命ズルコトヲ得」(22条)という規定がそれである。そして、勅令では、その指定業務として、国、地方公共団体、日本医療団又は厚生大臣の指定する者の行う医療及び保健指導に関する業務が規定された。ただし、勤務指定制度の運用実態はよくわからない。おそらく実際に適用された例はほとんどなかったと推測される。その根拠は2つある。1つは、国会総動員法に基づく「医療関係者徴用令」が昭和16年(1941)12月に公布されており、戦局の悪化に伴い、免許取得直後の医師もこの「徴用令」に基づき戦地徴用された例が少なくなかったことである。もう1つの根拠は、医療界の強い反対もあったためか、厚生省がこの制度の適用に慎重な姿勢を示していたからである。国民医療法の解説書に載っている次の問答は、その典型例である(厚生研究所〔1942〕138頁)。

(問) 勤務指定制度を設けたために将来医師志望者が減少するおそれがないか。

(答) 勤務指定制度はたびたび申すように医師の適正な配置をするために、必要な場合に発令する途をひらいたもので、全医師に必ず指定するとか、無医村に配置する目的で設けたものではない。これを実施する結果は現在の医学校卒業者の就職斡旋方法の不合理的をも是正できるし、また勤務指定を受けた者は将来安心して政府から就職の斡旋もしてもらえらるほかに、総合病院等で診療の修練をする機会もあたえられるのであるから、この制度の趣旨がよく了解されたならば、医師志望の減少などという現象は起こらないと思っている。

今日、へき地の医師確保の即効策として、地方自治体や病院関係者から、医師免許取得後の医師に1・2年程度、医師不足地域の勤務を義務づけたらどうかという提案が行われることがある。戦時中のこととはいえ、わが国においてそのような趣旨の法律上の条文が存在したことは、意を強くするむきもあろう。ただし、残念なことに、戦後、国民医療法

が廃止されたことにより、勤務指定制度の法令上の根拠自体が消滅してしまった。

### (3) 公営医療機関の設置

開業制限制度の創設や勤務指定制度もさることながら、医師・医療機関の偏在対策の最大の柱は公営医療機関の設置である。その具体的な内容は、道府県立の地方出張所又は出張診療所を設置するとともに、地方診療所の上級機関として道府県立総合病院を設置することである。また、医療制度改善方策では、町村立の一般診療所を道府県へ移管すること、産業組合立のうち総合病院として適当なもの及び道府県が必要と認める診療所を道府県へ移管することも提言されている。ちなみに、産業組合とは産業組合法に基づく協同組合組織（現在の厚生農業協同組合の前身）であり、医療過疎の東北地方等を中心に医療利用組合を設け、低廉な料金で医療を提供する農村医療事業を展開していた。注目すべきことが3つある。

第1は、産業組合は自由開業制の欠陥を是正することには賛成したが、産業組合立の医療機関をすべて道府県立に移管する方針には強く反対したことである。その理由として挙げられているのは、「産業組合の持つ自主的な性格を否定し農民医療を官僚化すること」（全国厚生農業協同組合連合会〔1968〕418頁）に対する危惧である。実は、この点に関しては野間も、「そこに勤務する医師が官吏や公吏になるといって、漸次その経営方針が官僚的となり、患者処遇が不親切となって、医師患者間の相互信頼関係が稀薄となるとの非難もある。今日の公営機関には多少そういう傾向もあるであろう」（野間〔1940〕164頁）と認めている。また、「調査会の審議の際にも、公営拡充に当って、一層この点（医療の官僚化、患者処遇の不親切、医療担当者の頻繁な交代を指す。引用者注）に留意をすると同時に、適当なる措置によって、利用者大衆の利益増大を企画せねばならぬという希望意見が付けられた」（野間〔1940〕168-169頁）と記している。

第2は、産業組合側も総合病院が医療過疎地の診療所と連携する構想には賛成していたことである。その理由は産業組合が自らそれを実践してからにほかならない。たとえば、産業組合活動の指導者の1人であった黒川泰一は、秋田県を具体例として挙げ、「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、ここに多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を『基地』として、ここより区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、またはこれらを置くことの出来ない地域には巡回診療班を派遣する」と述べ、医療過疎地の医療を確保するにはこうした方法しかないとして断じている（黒川〔1938〕101頁）。これは戦後、WHOが開発途上国に対し勧奨した三層制による地域医療確保構想の先取りであり、今日風にいえば「コンパクト・アンド・ネットワーク」そのものである。

第3は、医療機関を階層化・体系化し整備するという考え方は、より発展した形で国民医療法に継承されたことである。すなわち、同法に基づき設立された医療団は、医療を一般体系と特別体系（結核療養所）に分け、一般体系については、①東京・大阪に中央総合

病院（2か所、各500床）、②47カ所の道府県総合病院（道府県庁所在地、各150床）、③588か所の地方総合病院（道府県内枢要地、各50床）、④無医町村等に地方診療所及び地方出張診療所を設ける計画を打ち出した。ただし、この計画は、病院の統合に伴う職員の身分等に関する調整が難航したことに加え、戦局が悪化する中で十分進捗せずに終わることとなった。なお、昭和18年（1943）、日本医療団と日本医師会の役員等で構成される委員会は無医村対策要綱を定めた。その要綱では、根本的対策として「最も肝要なるは無医村診療所を孤立せる医療機関とせず日本医療団の大医療組織の一部となし（中略）その診療所は地方病院の前哨的存在たるの実態を具備せしむるを要す」と記されている。そして、「今後の医師は医療と同時に保健をも掌るものにして凡ゆる医師は保健所精神を体得把握すべきものとす。この意味に於ては第一線の診療所は若き医師の錬成道場とも称すべし」（久下〔1977〕63頁）と興味深い指摘を行っている。

#### （4）都道府県立病院中心の整備構想の顛末

日本医療団は昭和22年（1947）1月に解散に関する閣議決定が行われたが、解散に当たっては病院の処理方針と医療機関の整備方針を決定する必要があった。このため、同年2月に医療制度審議会が設置され、①日本医療団の一般医療施設は原則として都道府県又は大都市が引き継ぎ、結核療養所等は国営とすること、②社会保障制度と緊密に連携しうる公的医療機関を中心に普及と助成に意を注ぐべきこと、を主な内容とする答申を行った。また、この答申には中央及び都道府県に医療機関整備審議会を設置することが提言されており、これを受け設置された医療機関整備中央審議会は、昭和25年（1950）2月、三層構造（各県に1つの中央病院、2・3の保健所地区に地方病院、その下に地区病院を設置する）の体系的な病院整備等を内容とする答申を行った。さらに、翌年8月には、医療審議会がこれとほぼ同じ内容の基幹病院整備計画を打ち出した。要するに、戦後も1950年代までは都道府県立病院を中心に医療機関を体系的に整備する考え方が採られていたのである。けれども、現実にはそのようには進まなかった。

1つには、都道府県立よりも市町村立の病院・診療所の方が増加した。これは、昭和23年（1948）に国民健康保険事業が組合運営から市町村公営に改正されるとともに、昭和36年（1961）の国民皆保険を控え、「保険あって医療なし」とならないよう市町村が直営施設の整備を進めたためである。しかし、地方財政の余力が乏しかったことに加え、この後述べるように政策の方針が変化したこともあって、公立病院を設置する動き自体が鈍化し、その数は昭和38年（1963）以降減少傾向を辿ることになった。

もう1つの理由は、1960年代初頭に政策の軸足が明確に「公」中心から「民」中心にシフトしたからである。たとえば、昭和38年（1963）には医療制度調査会の答申が出されたが、この答申では、「国、公立の医療施設の整備が急速に行なわれ、また、国民皆保険を迎えた今日においては、そのあり方は基本的に再検討されるべきである」と述べるとともに、「医師会および歯科医師会等の主導的活動が望まれる」ことを強調するなど「民」

の役割を重視したものとなっている。また、昭和25年（1950）の医療法改正による医療法人制度の創設に加え、昭和35年（1960）に医療金融公庫が新設され、民間医療機関の開設資金の調達が容易になった。そして、昭和37年（1962）に医療法改正（議員立法）が行われ、病床過剰地域における公的医療機関の新設を禁止したことも重要である。これは病院の都市部の偏在是正が理由とされているが、昭和60年（1985）の病床規制と異なり民間病院は規制の対象外であった。このため、1960年代から1970年代初頭にかけて都市部を中心に民間病院の増設（その中には診療所から病院への転換も含まれる）が進み、医師や医療機関の地域格差はむしろ拡大した。昭和47年（1972）に自治医科大学が創設されたのは、こうした時代背景がある。

### 3. 考察

以上、エピソードや顛末等も交え医療制度改善方策や国民医療法について述べた。それを基に論点を3つに絞り考察する。

#### （1）資源制約と国家統制

医療制度改善方策には、医療の国家統制策として人間が思いつく案が網羅されている。そして、それらの多くは単なるアイデアにとどまらず法律の条文に結実した。これは戦時中という特殊な条件下だから成就したと思われるむきもあろう。しかし、それは偏頗な見方である。国家統制策が採られた本質的な理由は、医療資源の制約が厳しい中で配分の適正を図る必要があったからである。それは、必需物資が欠乏すれば、戦時に限らず国が優先順位をつけ配給するのと同じ理屈である。いずれにせよ、財政や人的資源の制約が厳しさを増すわが国において、資源制約が強まれば国家統制は行われやすくなるというのは貴重な教訓である。

誤解がないように付け加えれば、私は国家統制が望ましいと考えているわけではない。特に医療のように専門性や個別性が強い分野においては、専門家の裁量性や自律性は基本的に尊重すべきであると考えている。たとえば、医療の優先順位づけも、国家が直接行うより専門職能集団の判断に委ねた方が適切な場合が少なくないであろう。ただし、自由は責任を随伴する。さらにいえば、プロフェッショナル・フリーダムは、言論の自由のような自然権とは異なる。あくまで国民の負託に基づき政策的に認められたものにすぎない。したがって、専門家や専門職能集団が国民の信頼に応えられなければ、国民の「後見人」として国家が介入せざるをえなくなることに留意すべきである。

#### （2）へき地医療確保に関する公立病院の役割

戦時中から戦後間もない時代を除き、わが国は病院についても民間セクター中心主義（以下「民」中心主義）が採られてきた。筆者は、功罪はあるものの、「民」中心主義は日本の医療が良好なパフォーマンスを遂げてきた要因の1つであると考えている。その最大のメリットは、患者サービスの改善や効率性の向上のインセンティブが強く働くことであ

る。その関連でいえば、既述したように、戦前から公営医療機関の短所として官僚化の弊害が指摘されていたことは興味深い。一方、「民」中心主義のデメリットは、医療機関の整備の体系性・計画性が損なわれることである。その最たる例は医療機関の地域偏在である。「民」は不採算地域には手を出さない。したがって、へき地医療の確保は、(再編・ネットワーク化の検討は必要であるにせよ) 現実問題として公立病院が担わざるをえない。その意味では、「民」中心・「公」補完主義というのが正確な表現であるが、医療機関が密集している地域では「公」の補完の意味は厳しく問われよう。

たとえば、都道府県立病院の中には県庁所在地等に立地し基幹病院として位置づけられているものが少なくないが、単に高度な医療を行っていればよいわけではない。医師の地域偏在が深刻化する中で、医師を集積しへき地医療支援の派遣元としての役割を果たすことが求められる。ちなみに、新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月31日総財準59号)においても、公立病院に期待される機能の例示として、「研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能」が掲げられている。さらに、総務省の「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」が平成29年(2017)12月に公表した報告書には、次の記述が盛り込まれている。これは筆者らの主張が反映されたもので面映ゆいが、参考になると思われるのでそのまま引用する。

県庁所在地にあって基幹病院となる公立病院や県立中央病院の中には、へき地医療を支える他の病院や診療所、その他医師確保に悩む病院への医師派遣を行っているものがある。そうした先行事例を踏まえ、今後これらの病院においては、地域医療支援センターやへき地医療支援機構、医科大学等の医師派遣機関等と連携の上(更に可能であれば、他の公的・民間医療機関とも協力し)、医療需要に応じた医師の派遣機能や人材育成機能(特にへき地や不採算地区の病院で求められる総合診療専門医の育成)などを新たな役割と位置づけていくことが重要である。

### (3) 大学医局及び都道府県の役割

医師は金銭的理由だけで就業地を選択するわけではなく、市場競争的手法により医師の適正配置を実現することはできない。さりとて、強制的な手法も医師のモチベーションが上がらず奏功するとは限らないが、わが国で比較的これに近い役割を果たしてきたのは大学医局による医師派遣機能である。しかし、近年、その機能は脆弱化している。その理由として新臨床研修制度の導入に伴う「大学病院離れ」を指摘する者がいるが、そうではない。本質的な理由は、医局による医師派遣は支配従属関係を前提とした前近代的な手法だからであり、その復権を目指すのはアナクロニズムというべきである。ちなみに、支配従属関係の下で本人の自由意思に反する就職先の斡旋行為は、職業安定法上禁止されている労働者供給事業に当たり、医局による医師の派遣は同法に抵触するおそれの高い形態であるとして、どのような場合に同法違反に該当するかについて通知(平成14年10月4日職安1004004号)が発出されている。

以上述べたことは、大学医学部や医局は学部教育に専念し卒業後の就業に関与すべきでないという主張とは異なる。個人の能力・適性等も考慮したうえで本人の希望に沿ったキャリア形成を支援すること、都道府県とも協力しながら遠隔医療の活用や代診医の派遣等を含めバックアップ機能を発揮することは、大学医学部や医局の役割・使命である。これに関連していえば、医師の偏在是正の決定打はないが、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が臨床研修修了後、地元で勤務する割合が高いことが知られている（桐野〔2018〕171-174頁）。ただし、「地域卒で入ったのだから義務年限までは地元で働け」といった姿勢で臨むと、かえって地域への定着は期待できない。勤務指定制度のところで紹介した問答の中で勤務指定後の人事上の配慮に言及されているのは、この辺りの機微に触れるものとして興味深く思われる。

#### おわりに — 結びに代えて —

本稿の執筆に当たり、地域医療振興協会及び自治医科大学地域医学研究会が編集した『今日と明日のへき地医療』を読んだが、その中で「後方支援の確立に必要なドクター・プール制」（195頁）が提言されていることを知り驚いた。本稿で紹介した戦前の産業組合の黒川泰一の主張と同じだからである。同時に思ったことは、実践活動の中から生まれる提言は説得力を持つことである。その意味で自治医科大学の半世紀の経験は貴重である。これをスプリングボードとして、へき地医療確保のために一層の飛躍を遂げていただくことを祈念申し上げ、結びに代えたい。

#### 【参考文献】

- 桐野高明（2018）『医師の不足と過剰——医療格差を医師の数から考える』東京大学出版会  
 黒川泰一（1939）『保健政策と産業組合』三笠書房  
 厚生研究所（1942）『国民医療法と医療団』研進社  
 厚生省医務局（1976）『医制百年史』ぎょうせい  
 島崎謙治（2020）『日本の医療—制度と政策〔増補改訂版〕』東京大学出版会  
 全国厚生農業協同組合連合会（1968）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』  
 高岡裕之（2011）『総力戦体制と「福祉国家」——戦時期日本の「社会改革」構想』岩波書店  
 地域医療振興協会・自治医科大学地域医学研究会（1991）『今日と明日のへき地医療』講談社  
 野間正秋（1940）『医療制度改善論』ダイヤモンド社  
 久下勝次（1977）『日本医療団史』日本医療団

## 日本の地域医療への期待

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長  
山口 育子



### 「協働」と「コミュニケーション」が地域医療のキーワード

自治医科大学創立50周年にあたり、まずは心より祝意をお伝えしたい。そして、昭和47年（1972）に都道府県が共同して設立されて以来、へき地等における医療の確保・向上と地域住民の福祉の増進、そして、医の倫理に徹し、かつ高度な臨床能力を有する医師の養成という設立趣旨を貫き、送り出した約4,500名の卒業生が地域医療に大きな貢献を果たしていることに最大の敬意を表したい。

自治医科大学が歩んできた50年は、医療界や我が国の社会情勢が目まぐるしく変遷を遂げた年月でもあった。創立した昭和47年（1972）は、昭和30年（1955）から始まった高度経済成長がちょうど終焉を迎える時期であり、翌年からは70歳以上の高齢者の医療費無料化政策が9年間にわたって続いたり、昭和52年（1977）には病院死が在宅死を上回ったりと、国民が気軽に医療を受ける感覚が備わった時期とも重なるように回想する。しかし、まだまだ日本には「患者の権利」や「自己決定」という言葉や意識もなく、医師のなかにはパターナリズム（父権性温情主義）が強く根づいていた。一方、患者も「医療のような専門性の高いことに患者が口出しなんてできない。先生にすべてお任せするものだ」と多くの患者は疑うことなく、受け身やお任せの姿勢に甘んじてきた。

そのような時代が長く続いたなかで、果たして本当に患者は受け身やお任せでいいのだろうか、と疑問を抱いたところから私たち「ささえあい医療人権センターCOML〈コムル〉」（以下、COML）の活動はスタートした。病気はときに、いのちや人生をも左右することがある。そのような大切な問題を、いくら専門家と雖もすべて「お任せ」でいいのだろうか。これからの時代、患者もきちんと自立し、主体的に医療に参加していく必要があるのではないかと考えたのだ。そこで、まずは一人ひとりが「いのちの主人公」「からの責任者」としての自覚を持ち、「賢い患者になりましょう」を合言葉に平成2年（1990）に活動を始めた。この年は、日本医師会の第二次生命倫理懇談会がインフォームド・コンセントを「説明と同意」と訳し、「これからの日本の医療に広めていく」と表明された年とも重なる。まさしく、現在の医療の幕開けとなった時代と時を同じくして、医療の利用者である患者も冷静かつ成熟したうえで、医療現場に提案・提言する必要があると活動を

始めたのだ。

当時は、患者の立場で活動するグループだと聞くと、多くの医療者からは、「医療現場に厳しい要求をする団体」と身構えられた。しかし、私たちCOMLでは患者と医療者は対立するものではないとの立場を貫いてきた。本来、患者と医療者は同じ目標に向かって歩んでいるわけであるから、二人三脚で歩まなければならないはずなのに、対立していたのでは前に進むことすらできない。そこで、対立ではなく「協働」が大切だと提言してきた。「キョウドウ」にはさまざまな漢字が用いられるが、そのなかでも「協働」は「同じ目標に向かって歩む立場の異なる者同士が、それぞれの役割を担い合う」という意味が込められていると知って以来、この漢字の「協働」にこだわってきた。高齢社会になり、慢性疾患を持つ患者がほとんどを占めている。慢性疾患ということは、医療者の努力だけでは治療効果が上がらない。患者も自らにできる努力をしっかりと理解し、積極的に治療に参加しながら医療を受ける必要がある。その実現のためには、何よりも患者と医療者のコミュニケーションが必要と考え、医療現場により良いコミュニケーションを築くことに活動の主眼を置いてきた。この「協働」「コミュニケーション」というキーワードは、日本の今後の地域医療を語るうえで、とても大切な意味を持つと考えている。

### 約30年の患者の意識の変遷

COMLの30年を超える活動のなかで、日常の柱となっているのが電話相談である。これまで全国から届く64,000件を超える患者・家族のなまの声に耳を傾けてきた。電話相談に対応するスタッフは、医療者ではない患者・家族と同じ立場の一般市民である。まずは、相談者の話に耳を傾け、気持ちを受け止め、寄り添いながら十分に傾聴する。そして、相談者の問題整理のお手伝いをしたうえで、相談者が「どうしたいのか」という本音を引き出し、相談者が主体的に問題解決をするためのアドバイスや提案をおこなっている。しかし、相談のすべてに適切なアドバイスや提案ができるわけではなく、解決方法のない相談も山のように届く。そのような相談に対して私たちができるのは、「聴ききる」ほどにしっかりと話を受け止めることだと考え、実践してきた。

このような30年以上にわたる電話相談に届く声は、時代と共に大きく変遷を遂げてきた。今後の地域医療を考えるうえで、どのような変遷を遂げてきたかを紹介したい。

活動を始めた平成2年（1990）当初は、COMLに届く相談も受け身の姿勢が多く、「これまで誰にも言えなかった」という想いをただただ吐き出す人が少なくなかった。話が一段落したあと、解決方法についての話になると「自分で何か行動を起こすなんてとんでもない」「話を聴いてもらえただけで気持ちが楽になった」とそこで終わる相談者が多かったものだ。

しかし、1990年代は患者を取り巻く環境が目まぐるしく変化した10年間だった。まず情報化が進み、1990年代半ばにはがん患者に病名とステージを伝えることは当たり前になった。そして、1990年代後半には余命を含めてすべて伝える時代へと変化した。前向

きな情報だけではなく、副作用や合併症などのネガティブな情報も事前に伝える必要性が叫ばれ、手術を受ける際には全身麻酔による死亡率まで説明されるようになった。更には、それまで表沙汰にならなかったマイナスの情報も明るみに出るようになった。そのような変化とともに患者の権利意識が台頭し、不信感が芽生え始めた時期でもある。また、活動スタート当初は皆無だった医療費にまつわる相談が、平成9年（1997）ごろから届くようになり、コスト意識の高まりも感じるようになっていった。

そして、“医療安全元年”と呼ばれる1990年代最後の平成11年（1999）は、医療のその後にとってとても大きな年となった。年明け早々から立て続けに起きた大きな医療事故をきっかけに、マスメディアの医療事故・ミス報道が一気に過熱した。連日続いた報道にまるで煽られるかのように、COMLに届く電話相談は医療不信一色となり、件数も右肩上がりに増加していった。

その後、医療不信に伴う相談は平成15年（2003）～16年（2004）にピークを迎え、平均時間約40分かかる電話相談が月に500数十件届くという、異常事態のような日々でもあった。この2年間は年間新たに提起された医療訴訟が1,000件を超えたこれまでにない2年間でもあった。その後、医療不信は少し下火になった様相を呈したが、それでもしばらくは不信感が払拭されたとはいえない傾向が続いた。ただ、平成19年（2007）になると、マスメディアの方向性が少し別の方向へとシフトし、“医療崩壊”という名の下に「医師不足」や「救急医療の危機」という医療の課題を前面に押し出した報道が増え始めた。それに呼応するかのように医療事故・ミス報道は影を潜め、「医療訴訟を提起したい」という相談は激減した。このように、患者の意識を大きく左右しているのがマスメディアの報道であることを痛感させられたのが、この時期の相談の変遷だった。

ただ、医療不信が高まったことによってプラスに働いたこともあった。それは、医療現場で医療安全への対策が講じられるようになったことである。医療安全管理者が医療機関に配置され、医療事故はヒューマンエラーから、「人は誰でも間違える」が主力になって、システムエラーへと考え方が変化した。それとともに、患者と医療者のコミュニケーションや接遇（丁寧な患者対応）の必要性が重視され、私たち患者側から見ても目に見えて医療者の患者対応が変化した。そして、何か問題が起きても医療機関のなかできちんと対応する相談窓口や体制も整えられていくという変化を見せたのだった。

### 地域医療を考えるうえでの課題

令和2年（2020）に新型コロナウイルス感染の拡大が起きるまでは、目下の日本の医療の問題は「2025年問題」で、高齢者の急増による地域包括ケアシステムの構築をいかに進めていくかだったと言っても過言ではない。特に都市部で高齢者が急増し、地方では子どもも高齢者も共に人口全体が減少してきている。とはいえ、日本全体としては、他の国がかつて経験したことがない高齢社会から超高齢社会へと突入している。それに伴い、かつてへき地等が「医療の谷間」と呼ばれた時代から、都会でも医療難民が生じるという

時代へと変化し始めたのだ。

高齢者が増えるということは、認知症をはじめとし、複数の疾患を抱えた患者の数も増えるということ。そのため、病院完結型医療から地域完結型の医療への転換が必要、地域包括ケアや在宅医療の充実、そして何よりも医療・介護が切れ目なく利用できる環境づくりが欠かせない——国の検討会や審議会等に数多くかかわっていると、上記のような問題意識は常に身近で、切迫した問題とを感じる。しかし、世間一般でこの問題はどうかとらえられているのだろうと目を転じると、ほとんど切迫感がないようだ。令和7年（2025）はもう目前に迫っているのに、である。令和7年（2025）——私たちはかつて経験したことがない時代を迎えていることだろう。都市部には高齢者があふれ、人の移動もスピード感が異なり、あちらこちらで人と人の衝突事故が起きているかもしれない。少人数で高齢者をどう支えるのか、人的課題、経済の問題、システム……あらゆることに大きな影響が生じているはずだ。

介護保険が平成12年（2000）に始まって以来、在宅医療の必要性が叫ばれてきた。しかし、かけ声に比べ、現実には充実しているとはとても言えない状況である。看取りまでおこなう訪問医は少なく、訪問看護ステーションは小規模の施設が大半を占め、訪問看護師の数も不十分だ。また、老々夫婦世帯や高齢者の独居も増え、現在ですらそのような家庭での在宅医療は容易ではない。たとえ家族が同居していても、高齢者以外は昼間働いていて自宅にいないという家庭は少なくない。そもそも家族をマンパワーの一員として考えないといけないところに在宅医療の限界がある。いつまで続くかわからない介護を続けている間、介護に従事する家族はその人生を捧げないといけない。かつてであれば“嫁”が身を挺して看るものと考えられていた。ただ、その時代は今のような高齢者が長く生きられる時代ではなかった。介護といっても、多くの場合は30～40歳代の担い手で短期間支えればよかったのだと思う。今は家族に時間的な余力があったとしても、「私は介護に従事したくない」と言える時代にもなってきた。そのような価値観の変遷とともに、在宅医療のあり方も根本から見直す必要が生じていると考える。

また、急速に進む医療機能の分化のなかで、患者・家族の理解が追いついていない現状もある。急性期病院で早い段階に転院・退院を迫られ、「追い出される」という表現で電話相談をしてくる相談者が後を絶たないこと自体、医療機能の分化が理解できていないからだと言える。必要な情報提供が圧倒的に遅れている印象を持っている。

そして、多くの患者の病院選びの視点は、いまだ“急性期型”のままである。「専門医はどこにいるか」「手術件数が充実している病院は」という視点で常に医療機関を選ぼうとする。しかし、複数の疾患を抱えた高齢者が増えるということは、医療機関選びの視点自体を変化させる必要があるはずなのだ。そのような情報提供を一体どこが、どのようにしていくのかも併せて考えないといけない視点だと思う。

現在、急がれる課題として、まずは、医療・介護のワンストップ相談機能を構築することだと私は考えている。高齢者が増える中で、「この問題は医療」「こちらは介護の相談」

といった複雑な選り分けを患者・利用者・家族がおこなうのは不可能である。ならば、まずはどの問題も相談できる窓口があり、医療・介護の両方を把握して相談に乗れる職員を養成する必要がある。

そして、医療・介護を切れ目なく利用するためには、医療職・介護職の上下関係の払拭が不可欠だ。横並びのチームで医療・介護の連携をしていくことが何より必要になる。そして、それを実現するためにはコーディネーター的存在の養成が欠かせない。また、かけ声だけで実現しない在宅医療において、どのような形を目指すのかを考えること。地域により実現するための条件や資源が異なるだけに、地域ごとに考える必要がある。それらを踏まえた上で、各地域で実現可能なサービスをいかに提供していくのか。こうなると、やはり自分たちの生活している地域の問題なだけに、住民参加が欠かせない。必要性を感じて考え、声を挙げる人を増やすために世の中全体でどう盛り上げていくのか、患者・住民と医療者、行政などの協働で議論し、築き上げていくことが急がれる。

### 患者との協働で築く地域医療

それに加え、COVID-19の問題が私たちの前に大きくはだかることになった。今後は新興感染症も視野に入れた医療計画の策定が求められているところである。

自治医科大学では、アドミッション・ポリシーの「求める学生像」、更にディプロマ・ポリシーやカリキュラム・ポリシーでも一貫して「地域医療」を念頭に置いて考えられている。「医師として社会に貢献する自覚を持ち、地域医療に進んで取り組む気概のある人」を育成し、卒業後は出身都道府県に戻って地域医療に従事してこられた。

地域医療に力を入れるということは、地域住民と一緒に医療を築き上げることだと私は考えている。その地域や住民を理解し、地域をよくするためにどうすればいいかを考えるなかに密接に医療は関係する。これまで、どちらかと言うと地域医療に携わる医師は、「どのような医療を提供するか」という視点で地域医療の問題を考えてきたのだと思う。しかし、これからは地域の住民に医療の現状や課題を伝え、問題解決のためにどうすればいいかを共に考えることが不可欠である。患者と医療者の協働で築くのが、まさしくこれからの日本の地域医療ではないかと思う。その実現のために、これからも自治医科大学には地域医療のリーダーシップをとる存在として大きな役割を果たしていただくことを期待したい。

## 日本の地域医療への期待

自治医科大学地域医療学センターセンター長  
**松村 正巳**  
 (石川県9期)



### はじめに

自治医科大学創設以前から地域医療の在り方は様々に議論されてきたが、本学が創立50周年を迎える今日、これまでになく地域医療の在り方がクローズアップされている。効率的な医療を推進するために医療の機能分化は促進され、地域医療構想の中で地域包括ケアシステム、在宅医療が推し進められている。社会問題となった「地域医療崩壊」から「2025年問題」、「超高齢社会」、「人口の減少と偏在」、そして「新型コロナウイルス感染症」等が背景にある。今日の地域においては医療ニーズに急激な変化が起こり、かつそのニーズは多様である。このような中、「多様なニーズ」に対応できる医師の養成が望まれるようになってきた。平成28年（2016）度改訂版の医学教育モデル・コア・カリキュラムでは「多様なニーズに対応できる医師の養成」、「地域医療への貢献」が謳われた<sup>1)</sup>。専門医制度においては総合診療専門医が設けられ、日本内科学会は新・内科専門医の医師像として標準的診療能力を有する総合内科医（generalist）を示し<sup>2)</sup>、「超高齢社会で果たすべき役割と責務」を宣言した<sup>3)</sup>。筆者が本学を卒業した昭和61年（1986）と比べると隔世の感である。このようなことを分析している中、令和2年（2020）からは新型コロナウイルス感染症が出現し、これからの地域医療の在り方も再考する必要がでてきた。本稿ではこのような複雑な局面における地域医療について考えてみたい。

### 日本の地域医療の変化

令和2年（2020）11月時点で、わが国の総人口1億2,566万9千人中、65歳以上の人口は3,620万7千人（29%）を占め、日本人の人口は前年同月に比べ48万4千人減少（-0.39%）した<sup>4)</sup>。また、令和元年（2019）までは長らく東京圏への人口の一極集中が顕著であった。東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、福岡は転入超過、その他の道府県は転出超過であった<sup>5)</sup>。中でも20～24歳の転出超過は著しい<sup>6)</sup>。このため都市部以外の地域医療では、地域社会の縮小、超高齢化が急速に進んでいる。また、今後は都市部の高齢化も懸念される。しかし、新型コロナウイルス感染症が現れ、令和2年（2020）7月以降は、東京都が6か月連続の転出超過となっている<sup>7)</sup>。今後、人口の偏在に歯止めがかかる社会になってゆ

くのか、ポストコロナ時代の推移を観察する必要がある。

これらを背景に医療ニーズには急激な変化が起こっている。考慮すべきは、①高齢患者の増加、②人口が減少する地域における医療システムの再構築である。多様なニーズに対応できる医師の養成が望まれるようになった所以である。高齢者は複数の疾患を有することが多く、全ての先進医療の適応が患者の幸福に繋がるのかを考慮する必要がある。地域社会が縮小する局面では、臓器別専門医をまんべんなく配置することは不可能である。そのため今日の地域病院で診療する臓器別専門医には、専門領域以外の病態・疾患への対応が求められる頻度が増している<sup>8)</sup>。地域医療において生じてきたこのような課題に対応し、生じるニーズにどう対応し、生まれる間隙をどう補完するのか、柔軟な発想と行動力が求められる。さらに、Withコロナ時代では、日頃からの地域における医療連携が大切だと再認識された。

### これからの地域医療の展開

さて、本学は平成20年（2008）以来、毎年地域医療フォーラムを主催し、これまでに13回を開催してきた。平成29年（2017）からは、筆者がフォーラム実行委員長を務めている。フォーラムでは、医療関係者、住民、行政、医学生と多彩な参加者が一堂に会し、毎年、興味深い地域の課題を議論してきた。ここではフォーラムの提言に沿って地域医療の課題とその対策を考えてみたい。平成29年（2017）のテーマは「地域医療の鍵を探る～機能分化の時代におけるホンモノの‘連携’を進めるには～」であった。午前の基調講演の後、参加者は「認知症と連携」、「看取りと連携」、「救急受診と連携」、「地域医療・介護と連携」の各テーマに分かれ議論を行い、その後、全体討論を行った。まとめた提言を紹介する<sup>9)</sup>。

『みんなが主体的に、地域の思いと情報を共有し、お互いに思いやる社会を目指して、垣根を越えよう』

参加者の共通認識は、①住民も含め皆が参加すること、②情報の共有、③機能分化の垣根を越えることであった。底流には「お互いを思いやる心」があり、人・モノ・予算が希薄になる中、新たなシステム構築以外に「自助」、「互助」・「共助」という発想に基づく柔軟な行動様式が必要であると認識された。

平成30年（2018）のテーマは「人生100年時代における地域社会と地域医療～現場から考える～」であった。最後にまとめた提言を紹介する<sup>10)</sup>。

『人生100年時代を自分らしく生きるために地域の人材・情報（ICT）・場を活用し「わがこと」のように考えられる社会を一緒に語り、つくろう』

ここでも、皆が参加すること、そして、人材、情報共有のためのICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）、場の利活用が重要と提言された。

令和元年（2019）のテーマは「地域医療の新しいかたち～広域の連携診療システム～」であった<sup>11)</sup>。ここでは具体的提言を以下のようにまとめ、各自治体に発信した。

## 提言；広域診療体制を構築する際の行政的視点

### ①広域診療体制に対する住民との協議の機会設定

- ・現状を踏まえた地域の将来のビジョンについて、行政、医療従事者、住民が互いに協議する機会を検討する。

### ②ICTを用いた情報の共有と活用の促進

- ・医療用ICTの利用者を増やす啓発、さらに医療機関への導入や運用を容易にするコーディネーター養成への支援を検討する。導入や維持管理を容易にできるような仕様についてICTの事業者や国と協議したり、医療機関への財源を補助したりするような支援を検討する。

### ③地域で働く意義を高めるとともにその環境を整備する工夫

- ・へき地を含む広域での診療経験は地域を支える人間力を形成し、地域のリーダーを育成する基盤となることを踏まえて、自地域の大学や医療機関と共同してキャリア形成プランを検討する。
- ・広域連携に携わる医療従事者の育成やリクルートに向けて、働きがいと働きやすさを両立させた環境を市町村や民間機関と共同して検討する。

ここまでの鍵となる概念を整理すると、「自助と互助・共助」、「医療従事者、行政、住民の対話、将来ビジョンの共有」、「情報共有のためICTの利活用」、「地域で働く意義の再考と環境整備」となる。一方、地域社会振興財団が支援している住民シンポジウムが平成21年（2009）から毎年開催されており、世話人会の代表は筆者が務めている。このシンポジウムにおいても底流にあるのは、「自助と互助の精神」と「情報の共有」である。

## 地域で働く意義

さて、総合診療の定義は様々になされてきた。本稿ではそれについて多くを触れないが、総合診療の在り方の一つに、「総合診療はニーズ主義」という捉え方がある。同感である。欠乏や困り事を有する他者の多様な懇請に応じることを可能な限り行うというのが、総合診療の本質ではなかろうか。機能分化による間隙が生じれば、垣根を越え問題解決を図ろうとする。これにはニーズに応じた柔軟な姿勢が重要である。この過程で他者との精神的なつながりに基づき生きてると自覚されるであろう。根底には「他者を思いやる心」がある。「へき地を含む広域での診療経験は地域を支える人間力を形成し、地域のリーダーを育成する基盤になる」という理由の一つと考えられる。

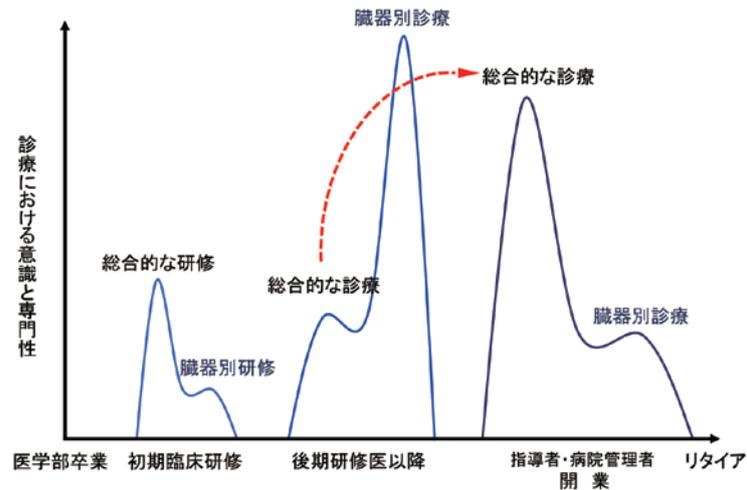
## 医師の生涯キャリア

多様なニーズへの対応という視点から医師の生涯キャリアについて考えてみよう。以前に日本内科学会が行った「内科医の今後のあり方に関するアンケート調査」を紹介する<sup>12)</sup>。平成28年（2016）12月～翌年1月の間に日本内科学会会員の中から10,000名が抽出され、Webアンケートが実施された。男性1,664名、女性359名、合計2,023名（学会員の

2%)から回答が得られた。アンケートの中で「臓器横断的\*な診療姿勢は必要と思いますか」(\*臓器横断的とは総合的という意味と同義)という質問に対し、95%の医師は、「そう思う」、または「どちらかといえばそう思う」と答えた。「そう思う」と答えた割合は、後期研修医62%、上級医50%、指導医60%、指導医でも教育責任者・管理者は71%であった。必要と思う理由では「内科医として当然である」のほか「高齢化が進むため」が多かった。「あなたは臓器横断的な診療姿勢を有していると思いますか」という質問へは90%の医師が臓器横断的な診療姿勢を「そう思い、実践している」、または「そう思い、努めている」と回答した。「そう思い、実践している」と答えた割合は、後期研修医27%、上級医20%、指導医24%、指導医でも教育責任者・管理者は42%であった。医師の生涯キャリアを考慮すると(図)<sup>13)</sup>、初期臨床研修では基本的な診療能力を身につけ、医学全般の研修を目標とし、専攻医以降では臓器別の専門性を獲得するために多くの医師が研鑽する。その後、40~50歳以降の年齢を迎えると、多くの医師は指導医や管理者という役割を果すようになる。指導者や管理者は地域全体の医療ニーズを意識するリーダーの立場にある。病診連携、病病連携の顔になる。診療所を開設したときには地域の多様なニーズに応じるようになる。つまり、多くの医師のキャリア形成の意識においては、最初は全般的・総合的な研鑽(初期臨床研修)、次に専門分化領域での研鑽と診療、そして再び総合的な診療へと回帰する<sup>13)</sup>。

永井良三学長が書かれた文章を引用させていただく<sup>14)</sup>。「日本の医師はどのような経歴を辿っても、ある年令になると地域医療に関わる。このため医学教育においても国際的視点を持ちつつ、他者との精神的つながりに基づく生き方を教える必要があり、こうした公共哲学が普及すれば、地域医療から新しい医学をつくることが可能である。地域医療のあり方は医療や制度だけでなく、哲学も含む総合学術として位置づけられる。」

多様なニーズに応じる柔軟性、立場に応じて意識と診療姿勢を変化させる可塑性を有する医師の存在は、これからの日本の医療、特に地域医療において必須である。これからの日本の地域医療のグランドデザインの一つには、様々な枠を超え皆で協力して地域医療を支えることがある。



図：医師の生涯キャリアー総合的な研修から臓器別診療、そして総合的な診療への回帰ー

### おわりに

大学という知の共同体において総合診療を通じ臨床医学の教育と指導をする中、知識と技術以外に柔軟な心構えが肝要と痛感する。さらに、Withコロナ時代には科学的根拠に基づく理性の発動、忍耐と寛容をもって課題に対処すべきだと実感する。急激な地域における変化、さらに新型コロナウイルス感染症などの多様なニーズと課題に応じるためには、知識や技術はもちろん、システムの狭間を補完するにはどうするかと考える柔軟性やキャリアにおける可塑性、他者との精神的なつながり、忍耐と寛容を意識する中でのリーダーシップの陶冶が重要であろう。

本学は令和2年（2020）4月から1学期のカリキュラムを開始したものの、緊急事態宣言の影響により4月9日から全てのカリキュラムを一旦止めた。当時、私は教務委員長立場にあったが、学生はもちろん教職員も大きな戸惑いをいただいていた。目には見えない病原微生物と不確定な要素に立ち向かうには、可能な限り正しい知識を基とする理性的な行動が不可欠である。Withコロナ時代の意思決定においては、予想通りになる保証は全くなく、状況の変化に応じフレキシブルに方針を変更する柔軟性と現状を受け入れる度量が試される。また、思うに任せない状況には忍耐と寛容をもって対処することが肝要である。そして、感情をコントロールした振る舞いができるかは、他者をケアする者にとって試される普遍的課題である。これはリーダーシップにおける基本的な素養でもある。この過程で得られた経験知をこれからの日本の地域医療の発展に向け、後進への助言に活かしてゆきたい。

### 文献

- 1) 文部科学省：医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版。

[http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_/icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_/icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf) (2021年5月28日閲覧)

- 2) 日本内科学会：新・内科専門医制度に向けて。  
[http://www.naika.or.jp/jsim\\_wp/wp-content/uploads/2015/05/newfellow4.pdf](http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2015/05/newfellow4.pdf) (2021年5月28日閲覧)
- 3) 日本内科学会：超高齢社会で果たすべき日本内科学会の役割と責務 (宣言)。  
<https://www.naika.or.jp/info/20170330/> (2021年5月28日閲覧)
- 4) 総務省統計局：－2021年(令和3年)4月報－。  
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202104.pdf> (2021年5月28日閲覧)
- 5) 総務省統計局：住民基本台帳人口移動報告2020年(令和2年)結果。  
<https://www.stat.go.jp/data/idou/2020np/jissu/pdf/gaiyou.pdf> (2021年5月28日閲覧)
- 6) 大林千一：地域人口関連統計図表。  
<http://pop-obay.sakura.ne.jp> (2021年5月28日閲覧)
- 7) 総務省統計局：統計Today No.168, 永井 恵子：新型コロナウイルス感染症の流行と東京都の国内移動者数の状況－住民基本台帳人口移動報告2020年の結果から－。  
<https://www.stat.go.jp/info/today/168.html> (2021年5月28日閲覧)
- 8) 山邊裕：理想の内科医像 地方中規模病院における内科診療と理想の内科医像, 日本内科学会雑誌2017; 106 (9) : 2045-2047.
- 9) 地域医療フォーラム2017報告書：  
[https://www.jichi.ac.jp/assets/pdf/community\\_forum/report\\_2017.pdf](https://www.jichi.ac.jp/assets/pdf/community_forum/report_2017.pdf) (2021年5月28日閲覧)
- 10) 地域医療フォーラム2018報告書：  
[https://www.jichi.ac.jp/assets/pdf/community\\_forum/report\\_2018.pdf](https://www.jichi.ac.jp/assets/pdf/community_forum/report_2018.pdf) (2021年5月28日閲覧)
- 11) 地域医療フォーラム2019報告書：  
[https://www.jichi.ac.jp/assets/pdf/community\\_forum/report\\_2019.pdf](https://www.jichi.ac.jp/assets/pdf/community_forum/report_2019.pdf) (2021年5月28日閲覧)
- 12) 日本内科学会専門医部会：「内科医」の今後のあり方に関するアンケート結果。  
[https://www.naika.or.jp/jsim\\_wp/wp-content/uploads/2019/04/68d076f6d7ee54396b5ea09754a012b4.pdf](https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2019/04/68d076f6d7ee54396b5ea09754a012b4.pdf) (2021年5月28日閲覧)
- 13) 松村正巳：理想の内科医像 医学教育の立場から, 日本内科学会雑誌2017; 106 (9) : 2064-2066.
- 14) 永井良三：はじめに－総合学術としての地域医療, 永井良三(編), 地域医療の将来展望, 別冊・医学のあゆみ2020; 1-2.

## 重装備へき地病院を目指した時代は終わり、 へき地では総合診療医とドクターヘリの連携に移った

八戸市立市民病院院長兼臨床研修センター所長  
**今 明秀**  
(青森県6期)



自治医大駒開業は昭和57年（1982）、東京ディズニーランド開業は昭和58年（1983）、同じころ私は自治医科大学6期生として卒業し、青森県立中央病院で臨床研修を開始した。同期生の医師国家試験合格率は100%で、自分が特別優れていたわけではなかったが、この100%という数字に研修医のスタート時点は胸を張れた。研修医の2年間は多科ローテーションをした。他大学卒業の研修医は全員一診療科のストレート研修であったのと対照的だった。当時は同期研修医が外科研修医として虫垂炎を執刀する姿を、消化器内科研修医として内視鏡を操作する姿をうらやましく思った。多科ローテーションと言っても、研修病院の青森県立中央病院には総合診療科も救急科もなかった。青森県立中央病院にこの二つの診療科が確立されたのは、後輩の9期生葛西智徳と18期生齋藤兄治が成長し赴任した平成17年（2005）を待つことになる。

### へき地診療所と重装備へき地病院での奮闘

卒後3年目の昭和60年（1985）私は倉石村診療所（有床12）へ一人医師として赴任した。研修医時代には教わったことがなかった往診と健診、外来診療を開始した。診療所からドア1枚隔てた医師住宅で毎日が宅直だった。昭和61年（1986）へき地中核病院公立野辺地病院に外科医師として2年間勤務し、その後、六戸町立病院では内科の院長3期生岡本一雄と二人だけで病院を切り盛りした。閉鎖されていた手術室を再開し全身麻酔手術を始めた。平成3年（1991）大間病院外科副院長として2年間勤務した。同期生の宮川晃、11期生野田頭達也と3人で本州最北端のへき地で手術、血液浄化、集中治療、内視鏡とできる限りのことを行った。大間病院を肝臓手術、食道手術、内視鏡的乳頭括約筋切断術、緊急持続透析、緊急経皮ペーシング、スワンガンツカテーテル、血管造影を行う重装備へき地病院と変化させた。このへき地の重装備体制はその後20年間後輩が続けることになる。

私はへき地で経験した、救急診療や救急外科手術をレベルアップするために14年間勤務した青森県を去り日本医大救急医学教室に入局した。そして埼玉県川口市立医療センター救命救急センターに赴任した。当時日本一救急室開胸術を行っていた病院を希望し、

そこで年間500件の頭部胸腹部の重症外傷手術を行った。

救急指導医取得の目途が付いた時点で、青森県に戻った。6年後のことだった。その頃、本州最北端の大間病院では、外科手術や集中治療は徐々に行われなくなっていた。峠越えの道路が整備され直近の総合病院へ搬送時間が1時間を切ったことで、へき地の住民が地元での高度医療を望まなくなってきた。平成21年（2009）青森県ドクターヘリができたことでさらに搬送時間が短縮となった。このような時代背景で、へき地で活躍する外科医より総合診療を重要視する後輩たちが増えてきた。その結果外科医志望者が少なくなりへき地での手術が不可能になった。平成23年（2011）19期生丸山博行、30期生佐々木洸太を最後に大間病院手術室は閉鎖された。手術だけでなく、集中治療、緊急ペーシング、緊急血管造影も行われなくなった。へき地を救うために導入されたドクターヘリは、へき地病院から外科医師の需要をなくし、自治医大卒業生から外科医師育成の情熱を外してしまった。その代わりに総合診療のレベルは格段に上がっている。

### 重装備ができなくなったへき地病院を救済する救命救急センターを作る

平成16年（2004）私は川口市立医療センター救命救急センターから青森県八戸市立市民病院救命救急センターに赴任した。青森県で唯一ヘリポートを持っている総合病院であったが、救急専従医は不在だった。それまで八戸では各科専門医を呼び出す相乗り型救急を行っていた。私は救急専従医師一人でできる5項目を始めた。①若手医師へERでon the job training ②ERシステムの構築と自ら実践 ③院内専門医との連携強化 ④特殊三次救急特に重症外傷の主治医になること ⑤ドクターヘリ誘致である。

#### 1. 臨床研修医獲得の開始

ERを立ち上げるには、救急医と研修医の力が必要だ。研修医の学習目標は、救急の対応と総合的診療能力を身につけることにある。実はこの二つはまさに救急医療そのものである。私は八戸赴任2年目に臨床研修センターの責任者を兼務した。数多くの人形を使った救急トレーニングを開催してきた。外傷初期診療講習会（primary-care trauma life support, PTLIS）を2期生箕輪良行、9期生林寛之と共に開発し八戸を含めて全国展開した。他にCV実技セミナー、Difficult airway実技セミナー、ERのtriage & action、産科救急講習会（BLSO）、大規模災害講習会、ドクターカー病院前外傷救護（JPTEC）、被爆医療訓練、中毒セミナー、敗血症実技セミナー、脳卒中セミナーを企画運営してきた。

#### 2. 救命救急医師獲得のためのブランド化

良質の救急医療を提供するには、救急医師の存在とその教育・指導体制が必要である。しかし救急医師は全国的に不足している。赴任後2年間、救急医師は一人だった。救急医師を集めるには、有名病院に変身すればいいと気づいた。有名病院になるにはブランド病院になることだった。ブランド化には鉄則があることを知った。

## ●ブランド化の方法

ブランド化とは、ある商品やサービスのコンセプトを特定のユーザーに価値があると認識させ、市場でのポジショニングを築く戦略のことを言う。企業（病院）はブランド化の確立により、商品に対する価値と共に信頼を得るため、差別化ができた顧客（医師）を獲得することができる。ブランド化には三要素としてコンセプト、ターゲティング、ポジショニングが必要と言われる。また、ブランドには他と差別化させるための商品が必ずある。

### 【ブランド三要素を明確に】

#### ① ブランドコンセプト

コンセプトは、企業（病院）や商品が持つ他社とは違う強みから作られる企業理念のこと。私は「劇的救命」をコンセプトに据えた。「劇的救命」とは、「unexpected survivors；予測外救命」の意識である。予測救命率が50%未満と低い重症患者を予測外（劇的）に救命することである。

#### ② ブランド化のターゲティング

コンセプトを誰に伝えるか、商品を誰に売るのが、ターゲティングである。病院は患者本位であり、予算と人員のほとんどはそこに使われる。日常診療は患者本位でいいのだが、ブランド化の行動や努力のターゲットは患者にはない。ターゲットは若手医師と医学生である。

#### ③ ブランド化のポジショニング

ブランド化にとって、重要なのがポジショニングである。商品やサービスをどの規模で提供するのかによって、市場のポジショニングが決まる。これまで病院では医師確保のために地元大学との関係を強化してきた。また医療圏を意識した広報をしてきた。過去、当院に地元出身、地元大学卒業の救急医が採用されることは一度もなかった。それはポジショニングが誤っていたからである。ポジショニングは、地元ではなく全国である。

### 【ブランド商品の三品目を広報】

ブランド商品の三品目①先駆者の商品、②頂点の商品、③唯一の商品を開発した。そしてこれら商品を広報した。商品は一度にできたわけではなく、年月を経るごとに増加、充実していった。

#### ① 先駆者の商品の開発

ブランド化の先駆者商品開発とは、世の中に全く存在しない新しい商品を作り、需要を創出すること。まずは三次救急だけに拘るのではなく、へき地を救うドクターヘリ。次に我々はドクターヘリとドクターカーを空陸同時出動させる「サンダーバード作戦」を開発した。

#### ② 頂点の商品の開発

頂点の商品開発とは、今後伸びて行きそうな市場をいち早く認識しパイオニアになる

こと。当センターは平成21年（2009）度から連続して病院機能評価の救急部門で評点5の獲得、救命救急センター充実度評価で90点越え、重症外傷の防ぎ得た死の少なさは全国二位となった。この成績は年度ごとに変化するが、一度でも頂点に登ればブランド商品として広報できる。

### ③ 唯一の商品の開発

唯一の商品の開発とは、既にある市場の中で独自性を築き、特定層からの価値を得ることである。著者らが開発した「唯一の商品」としては「全部やる八戸型救急」である。ドクターヘリとドクターカーで病院前出動～一次から三次救急まで扱うER～手術もIVRも救急医が行う～救急総合診療入院受け持ち～救命病棟120床～リハビリ～終末期医療～病理解剖まで、これら全てを日常診療として行うことである。これを実行できているのは国内で八戸だけ。全部やる救急システムは、多科ローテーションの研修を行い、救急外来診療を数多く経験している研修医たちから注目されている。

### ④ ブランド化のための広報

#### (1) 商業雑誌

研修医は医学雑誌を読む。特に商業誌はよく読む。研修医をターゲットにした平易な論文をたくさん書き、商業雑誌に投稿する。学会誌に掲載される学術論文を完成させるには半年近く必要になるが、商業誌は査読がないので、書き上げてから1か月後には出版される。商業誌に数多く論文を載せることで、八戸の名前が、掲載され広告になる。1年間に掲載された40編前後の論文は広告効果が大きい。自身の業績のための論文ではなく、ブランド化の広報を目的にした論文を書くのである。

#### (2) デジタルマーケティング

検索エンジンや、ブログなどインターネットを使った広告手法では、学生、研修医、救急医にターゲットを絞ることができ、費用対効果が大きい。ブログへ高頻度に文章を掲載することで、検索エンジンの上位に食い込める。GoogleとYahooで「劇的救命」を検索するとトップに当センターが出る。「劇的救命.jp」のブログは、ランキングで4位、5位になったことがある。

#### (3) 口コミ

救急専門医となった卒業生を輩出するようになり可能となったのが口コミである。八戸で修業した医師が救急専門医となり、全国で活躍している。彼らは強力な広告塔となり、口コミで「劇的救命」を日本の各地で広報してくれる。

## ●ブランド化の成功

八戸赴任の2年後平成18年（2006）に5人の救急後期研修医が集まり、その後は順調に増えて現在に至っている。15年間で41人を専門医試験合格に導いた。内訳は当院臨床研修医からの持ち上がりは18名、当院以外で臨床研修したものが23名。青森県内出身者は6名、青森県外出身者は35名であった。国民が医療に望むことに、救急医療の充実があ

る。八戸市の市民アンケート調査によると、救急医療が充実していると答えた人は70%を超える。救急医師集めのブランド化は間違いなかった。

### ●指導者・後継者育成には新たな商品開発とターゲットの追加変更

救急後期研修医を集めるためのブランド化は成功した。しかし、残る問題は後継者育成であった。育てた後期研修医は、専門医取得後に他施設に移ることが多かった。専門医取得後も、救急指導医取得や学位取得を目的に当センターに留まる救急専門医師を確保する方法を考えた。ターゲットをそれまでの医学生や臨床研修医だけでなく、後期研修医または救急専門医へ拡大と変更した。救急専門医師をターゲットにした新たなブランド商品の開発と、そのターゲット変更に応じて広報媒体を変えることを始めた。

救急専門医が興味を持つ、唯一・頂点・先駆者の商品が必要だった。へき地に出動し緊急手術や経皮心肺補助装置を行う車両「移動緊急手術室・ドクターカーV3」を開発した。国内では前例がなく、フランスパリが先行して成功事例を発表した直後であった。平成27年（2015）12月車両が完成し、平成28年（2016）6月青森県と厚生労働省から使用許可が下りた。

後期研修医を集める広報媒体としての商業誌への投稿を継続していたがその数を減らし、その代わりに救急専門医がよく読む学会雑誌へ学術論文を投稿する事を始めた。平行して救急専門医が読む専門性が高く、難易度が高い内容を書いた書籍を出版することを始めた。

## 3. 僻地支援

八戸市から20km外へ出ると、農村、漁村が広がる。そこには自治医科大学の後輩が奮闘するへき地病院・診療所が散在する。小規模施設で診療不可能な患者を地域の医師がストレスなく転送できる環境が必要である。敷居の高い高次医療施設でなく、電話一本で速やかに、曜日、昼夜を問わず引き受けてくれる。そのような後方病院があればへき地の小規模施設も安心だ。さらに、緊急転送時は高次施設から医師が迎えに来てくれる体制があればなおいい。八戸には十分な救急病床があるので、相談を受けた患者を三次救急適応ではないからと断ることはしない。救急医が自ら受け持ちするので、他科の医師の伺いをすることなく入院させることができる。ドクターヘリ、ドクターカーでへき地施設の診察室、病室まで向かえに行くことができる。

マンパワーの充実と共に、へき地の救急医療を学ぶことを目的に、地域小規模施設に、医師派遣をできるようになった。ゆったりとした時間軸で進むへき地の医療を救急医が経験することは、いい医師になる近道と思っている。

## 4. 医師数増加

八戸では、救急医師数、研修医数の増加だけでなく、各科専門医も増えてきた。病院

経営も赤字から黒字に転換した(図)。見方によっては、救急医師の増加が総医師数増加と黒字を牽引したことになる。救急医の立場から見ると、県庁所在地以外の公的病院であつても、救急



図 17年間の医師数変化

救急医師数1→21人(21倍)、研修医数23→36人(1.6倍)  
 総医師数88→157人(1.8倍)。純利益は平成21年(2009)より黒字化。

部門がしっかりと機能している病院では、年々医師数が増加し、活性化されている事例が多くあることを認識している。公的病院では、地域住民サービスとして救急医療の提供は必須であるが、救急部門の弱い病院では、内科医・外科医などが救急診療を担うこととなる。その結果、自身の専門領域外の診療を強いられる事や救急当直の負担に耐えかねた勤務医が、開業や都会の病院への異動という形で離職する。そして残った勤務医の業務負担がさらに増加するという悪循環に陥る。これが、地方の公的病院での勤務医離れ・地域における医師不足の実態である。医師の地域偏在の議論の中で「医師に選ばれる病院になることが重要である」とされている。しかし残念ながら、政府、地方公共団体、医師会等における医師の地理的偏在対策のメニューの中に、「救急部門の充実・救急科専門医の確保」などの論点は一切言及されていない。

【結語】

1980年代にはへき地勤務医師は少人数でもできるだけ重装備を目指し、手術、内視鏡、血管造影、血液浄化に対応した。2000年代は、へき地の人口減、ドクターヘリと道路整備による搬送時間短縮、重症患者の集約化が始まり、へき地病院で重症患者の治療や手術が必要なくなった。重装備が不要となり、へき地の総合診療医師とドクターヘリを持つ救命救急センターの支援がその埋め合わせをすることになった。

八戸市立市民病院救命救急センターは、ドクターヘリ運用と滞りないへき地支援のために、救命救急センターに豊富な救急医師を確保することに成功した。このマンパワーで地域の救急医療を充実させ、へき地医療へも好影響を与えている。

## 岐阜県での一地域での取り組みから 地域医療の将来を考える

県北西部地域医療センターセンター長  
県北西部地域医療センター国保白鳥病院病院長  
**後藤 忠雄**  
(岐阜県12期)



「日本の地域医療への期待」という非常に大きなテーマを提示され、私のような若輩者がどういった提言を記載させていただければよいのか、困惑していないわけではないが、私が今まで地域の中で経験したことを踏まえながら本文章を書かせていただく。

私は平成元年（1989）に自治医科大学卒業後、初期研修の2年間と、途中自治医科大学地域医療学教室での2年間を除いて岐阜県郡上市の地域医療、特にへき地医療に携わらせていただいている。いろいろなことを経験させていただいたが、まずは楽しくまた興味を持って取り組めてきたと思っている。そうした中、最近の私たちを取り巻く一番大きな社会課題はやはり人口減少だと思われる。単に人口減少といっても、地域によってその状況は異なっており、都市部ではいまだ総人口の減少はそれほどではなく、むしろ高齢者人口が増加するといった状況だが、私たちが地域医療に取り組んでいる地方では人口減少が進み、すでに高齢者人口ですらピークアウトしつつあり、75歳以上高齢者人口に限ってみると令和22年（2040）に向けて若干増加するもののその後は急激に減少フェーズに突入する状況である。何より大きな課題は高齢化率を上げているのは高齢者の増加ではなく若年人口の急激な減少によるということであり、これは、高齢者人口に比し若年者人口が少ない、つまり医療や介護の支え手側がいなくなっていくことを意味している。実際、私たちの地域においても看護職や介護職を確保することがなかなか難しくなっているし、他の自治体とのバランスで考えればゼロサムゲームとなっているために、ただただ確保すれば良いというわけにもいかないという事情もある。

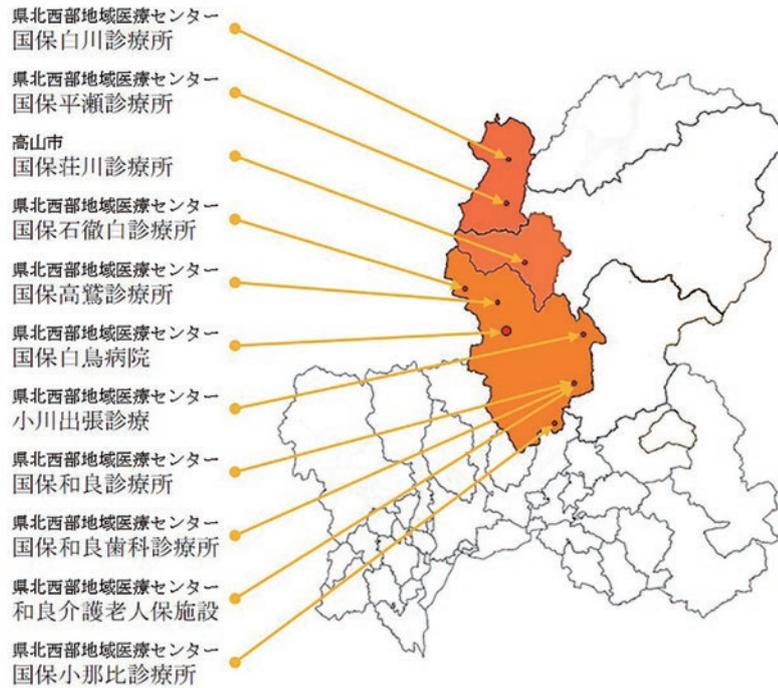
こうした少子高齢化・人口減少は地域医療に様々な影響を与えている。例えば人口減少の対策の一つと進められた市町村合併においては、限定エリアで展開されていた地域医療が広域合併下での地域医療にシフトし、そもそも周辺地域にあった小規模町村が広域合併自治体の中でそのままへき地として存在しかつむしろその傾向がより明確化し、それまで限定エリアで展開されていた地域医療やそれを担っていたへき地医療機関の役割が必ずしも広域合併市の中で理解されないということもあって、財政安定化、効率化、平均化といったことを求める合併のもとで、合併周辺地域の地域医療は量的にも質的にも縮小の方向に考えられがちであったし、さらに医師不足、看護師不足をはじめとする人材確保難

で、再編という名目のもと地域の中核医療機関だけに人員や機能を集中させ、周辺部の医療機能を弱体化させるとともに、そもそもへき地医療・地域医療の専門性が理解されないためやはり合併周辺地域の地域医療は量的にも質的にも縮小の方向に考えられがちとなった。合併したからと言って少子高齢化・人口減少に歯止めがかかるわけではなく、合併しなかった自治体ではより顕著に、合併した自治体であったとしても、医療のマーケットは縮小し、投資の継続が困難になってくるといったことに直面することになっている。こうした状況を見越して国は地域医療構想、医師偏在対策、働き方改革といった三位一体改革を推進しているのが現時点の状況ではあるが、長期的視点に立った話し合いは容易ではなく、そもそも地域のステークホルダーである首長や議員も任期があるうえ、選挙というイベントがあるためになかなか先々の検討に踏み込めないといったこともあると思われる。地域医療特にへき地医療を担う施設は、古くは諸先輩方がいかなる地域であっても医療を確保すべきとのミッションのもと設立され、自治医科大学もその維持発展に大きく貢献してきた。人口増加の右肩上がりの時代においては、こうした地域において、保健福祉介護関係施設の併設や一体化によって地域包括医療・ケアを行う広がりを持った展開と、例えば地方であっても医療の高度専門化を享受できるよう総合病院化を目指す深さを持った展開を2軸として、その地域の実情に応じて様々な重みづけをもって展開されてきた。しかしいまや前述のように人口は変曲点から人口減少の右肩下がりの時代に突入し、人材育成の中長期的視点が十分でなかったことによるスタッフ不足や、マーケットの縮小による経営の不安定化、機能の再構築をせざるを得ない状況下でもそれに踏み切れない勢力の存在、矢継ぎ早に出されてくる政策への対応など多くの課題に直面し、右肩上がり時代のモデルしか持ち合わさず、経験もしてきていない中で、今までの地域医療をどう継続していけばよいのかというモデルや時代に即した地域医療モデルが欠如している状態といっても過言ではない。が、一方でこういう時代だからこそいろいろな取り組みを検討し実践できる時代ともいえる。

私は前述のように岐阜県郡上市の地域医療・へき地医療に約30年間かかわらせていただいている。卒後3年目で旧和良村(現郡上市和良町)の国保病院に赴任したが、以後ずっと社会背景的には人口減少という流れの中で、和良村の人口減少に伴って郡上郡7町村の対等合併による郡上市誕生を契機に国保和良病院を国保和良診療所とし、次いで合併に伴う諸課題と医師不足への対応のため、合併周辺地域の地域医療の継続するために複数の診療所をネットワーク化し複数の総合診療医で支える仕組みとして市内公的診療所のネットワーク組織である郡上市地域医療センターを設置、更に、更なる人口減少の進行や診療所だけによるネットワークの限界、市内小病院の存続問題などに対応するため、周辺の高山市、白川村の2自治体も巻き込んで、これらの地域の診療所を支えることも含んだ県北西部地域医療センターを立ち上げた。令和2年(2020)4月には、自治体枠を超えるネットワークを構築したこともあってその組織の安定化と医療従事者派遣などの法的担保も考えて、県北西部地域医療センターを法人化し、地域医療連携推進法人県北西部地域医療

ネットを設立した。

県北西部地域医療センターは、国保白鳥病院を基幹医療機関とする2市（郡上市、高山市）1村（白川村）による自治体枠を超えた医療広域連携の提案を岐阜県に行い、岐阜県の支援もあって立ち上げたものである。当時郡上市内の課題として公的診療所群のネットワークとして立ち上げ



た郡上市地域医療センターを運営していたが、医師のバッファー機能を維持するには診療所数よりも多い医師数が必要であるものの諸課題のもとなかなか診療所への複数医師雇用が困難であったり、市内の小病院である国保白鳥病院の院長定年に伴う後任不在に端を発した存続問題が生じたりしていた。一方市外に目を転じてみると、岐阜県は自治医大卒業生の1人診療所赴任も多く赴任卒業生の精神的・肉体的負担があったり、中には長期赴任してくれる卒業生がいても長期になることで地域との微妙な軋轢を生じたり、逆に自治医科大学がそのモデルである短期循環型赴任では地域に適した保健医療福祉システムの構築が困難であったりということも見られ、更に初期臨床研修制度や新専門医制度の変更に伴って、自治医大卒業生自体のある種のアイデンティティ・クライシスが感じられるといった状況であった。そうした中、病院は複数医師を雇用できるという利点があること、また、小病院存続のためにへき地医療支援あるいはその他の新たな存在価値・役割を付加することができること、周辺へき地診療所は1人での苦勞を減らし持続可能なシステムにすることができること、日々の診療の質の保証や将来に向けて継続していくための医療の質の保証などに取り組みやすくなることなどからこうした仕組みを導入したわけである。私たちのこのセンターは、広域的に地域医療を支えるモデルとして、総合診療医が主体となって支えるモデルとして、基礎自治体の枠組みを超えた連携による住民サービス提供のモデルとして情報発信するとともに、人材育成や教育の場としてもその役割を果たすべく取り組みを行っている。こうした中、郡上市の予測医療需要はすでに低下の一途をたどり、予測介護需要も令和12年～令和22年（2030～2040）に現在よりわずかに7%程度の増加したのち急激に低下するという将来予測がなされており、他に2つの民間病院と1つの公的病院、1つの精神科病院のある市内で国保白鳥病院がこういった機能を担いその役割を果たしていくかということも大きな課題となっている。現在病床数を少し削減し全病

床を地域包括ケア病床とし、旧白鳥町・郡上市北部・郡上市あるいは県北西部地域と対象コミュニティをその事業により検討しながら、在宅医療やへき地医療支援、健康づくりなどを中心に、これらの地域に住む人々の人生の大部分を支えるべく地域包括ケア病院・小規模多機能病院として活動しているところである。もちろんこれらの取り組みが将来に向けて正解であるのか、不正解であるのか知る由もないが、様々な社会背景の変化や将来予測にアンテナを張りながら取り組んでいけたらと考えている。

こうした取り組みを行う中で、すべてが順風満帆にいったわけではなくいくつかの課題も認められた。例えば、少子高齢化・人口減少の中でどういった仕組みにしていくとよいのか、そのモデルが提示されていないという点、おそらく全国的には少子高齢化・人口減少先進地域があつていろいろな取り組みがなされ始めていると思われるがそのモデルの集積と提示がないためにどうしていったらよいかよくわからない状況であったことが挙げられる。ぜひ、自治医科大学や関係機関において将来に向けた地域医療の在り方のモデルの集積と提示に取り組んでいただきたいと思う。同時に、令和2年(2020)度に老人保健事業推進費等補助金助成を受け全国国民健康保険診療施設協議会で行った「離島・中山間地域における「地域医療構想」の実現と、それと連動する「地域包括ケア」の継続・深化による「まちづくり」に向けた調査研究事業」において、全国の国保直診無床診療所所長の就任経緯について、25~29歳で所長に就任したと回答した12施設中92%が、30~34歳で所長に就任したと回答した52施設中73%が自治医科大学出身などで義務内のローテーションとして就任したと回答しており、いわゆる中山間地域や島嶼部に存在する国保直診無床診療所施設を自治医大卒業生が支えていることは明らかであり、ただただがんばれということではなく、しっかりとこうした若い自治医大卒業生を支える仕組みづくりにも全国的にあるいは各地域でより積極的に取り組む必要があると思われる。加えて、こうした仕組みづくりに取り組む際、首長をはじめとする行政や議員、住民の方々単に目の前の課題だけに目を向けがちであるという点、医療機関の再編再構築という話題になるとどうしても将来に向けてという視点が欠如しがちで感情的抵抗勢力となる方もおられないわけではないことが挙げられる。政治家は選挙による任期が、病院長・診療所長であっても定年という任期があるという点では自分の任期中への対応が第一ということがわからないでもないが、ぜひ将来に向けて大所高所からの議論を期待したいし、地域住民の方々にもしっかりと情報や参加の場を提供して、積極的な参加を期待したいと思う。受動的立ち位置から能動的立ち位置となつていただき、地域医療の将来像について共通認識を持っていただき相互に支援していくよう十分な地域力の発揮を期待したい。さらに、いろいろな点でのパラダイムシフトがなかなか受け入れられない点も挙げられる。臓器専門医と総合診療医をどう配置するか、そもそも資源が十分でない地方において総合診療医は必要不可欠と思われるがその位置づけや認知度はいまだ十分ではなく、社会的認知度を向上させるとともにその育成にも様々な関係機関の努力が必要である。また、医療は医療というスタンスから、医療と様々な分野とのコラボレーションを模索していく必要もある。例えば医療

機関と教育機関がコラボレーションすることにより、医療介護分野の人材育成に対応したり少子高齢化・人口減少時代の地方の高校存続問題に一石を投じたりすることができるであろう。その他、医療を生活から切り離すことなく地域包括ケアの一要素としてとらえ、地域医療構想においても医療の在り方だけを論じるのではなく、生活圏や患者の流れと一致した構想圏域の設定や圏域の重層化などの考慮が必要であったり、令和3年（2021）度に派遣法が改正され医師以外の専門職種へのへき地への派遣が可能になったがまだ職種が限定されており、今後の地方特にへき地の専門職確保の観点からは更なる職種への拡大の検討が必要であったりなど、既存の考え方だけではなく幅広く全体を俯瞰し取り組んでいくことが必要であると思われる。

医療は地域の大切な限られた資源である。そうである以上、それにかかわる様々な組織や、住民の方々と協働して将来に向けてどうあるべきか議論し計画し実践していくことが求められる。医療人だけの努力だけではなく、地域住民、医療人、行政が一体となって考えていかなければならない。そうした一員として、私たちのセンターも私たちの病院もそして私自身も少しでも貢献できるよう努力を積み重ねていきたいと思う。

## しまね総合診療センター～Teal型組織 Neural GP Network～

島根大学医学部附属病院総合診療医センター長

おきこういきれんごうりつ おきどうぜんびょういんさんよ  
隠岐広域連立隠岐島前病院参与

白石 吉彦

(徳島県15期)



### はじめに

「専門医の在り方に関する検討会 報告書2013.4.22」(高久史磨座長)<sup>[1]</sup>を受けて、総合診療専門医が19番目の専門医として認められ、平成30年(2018)度に1期生が専門研修を開始した。また現在、多くの大学の医学部入試において各都道府県の出身者に対して、卒後地域で医療に従事することを条件に医学部地域枠が設けられている。厚生労働省はこの制度をへき地の医療不足を解消するために強力に推し進めている。実際、地域枠等の募集定員は平成20年(2008)度には33大学で398名だったのに対し、令和2年(2020)度は70大学1,679名(全医学部定員の18.2%)となっている<sup>[2]</sup>。では、へき地離島の医師が充足したか?という点では答えは明らかにノーである。自治医科大学が創設され50年となり、日本の地域医療に対して、今何をやるべきなのかを考えたい。

### 総合診療医

日本の国土は山林、離島が多く都市部以外では人口密度は高くない。日本国憲法第25条で規定されている生存権「すべての国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する」が保障されるために、効率のよい医療提供体制が必要である。また高度専門分化した医学は世界トップクラスの平均寿命にあらわされるように多大な恩恵を生み出している。一方で高い山は、深い谷間も作り出している。その1つは、臓器別に分けたときに関心領域にかからなかった部分、一般的には高度でも専門的でもないと思われる、よくある日常疾患を診る医療である。2つ目は、超高齢化がすすんだ日本で医療需要の大半を占める高齢者は複数の疾患をもつことが通常であり、複数の疾患をまとめてみる医療である。3つ目はキュアだけではなく、ケアに重点をおいた介護を含めた形での医療である。そして、これらの谷間はいかならずしもへき地離島といった地理的な条件だけで存在するわけではない。阪神・淡路大震災を契機に設立されたDMAT(Disaster Medical Assistance Team)は震災直後から現場へ急行し、大きな役割を果たすようになった。一方で発災当初から、住民の日常を支える医療というものも必要とされているが、多くの場合その地域にあるかかりつけ医も被害にあっていることが多く、ここにも医療提供体制の時間的谷間が発生する。

現在、国民に分かりやすく、質の担保された医療が継続して提供されるべく、専門医制度が改革されている。その中でできてきた総合診療専門医の養成に総論として反対する意見はそう多くはないと考える。

## 現 状

では、現状はどうか。総合診療専攻医は平成30年（2018）184名、平成31年（2019）180名、令和2年（2020）222名、令和3年（2021）206名と全専攻医の2%前後に過ぎない。新専門医制度が始まったばかりで、かつ新しい分野で医学生、研修医からみてわかりにくい、将来のキャリアプランへの不安、などもあると思うが、何かが根本的に足りていない。入学時には目を輝かせながら地域医療や総合診療への想いを語る新入生が、6年たった卒業時点でほとんどが臓器別専門医を選択していく傾向は全国どこの医学部でも同じではないだろうか。もちろん臓器別専門医が正確な診断と適切な治療で高度医療を提供することは、国民の健康を守る意味で必須である。しかし、あまりにもバランスが悪くはないか。地域で、あるいは多疾患を抱える高齢者を、時には震災などの現場で総合診療医が包括的に医療を提供しながら、必要時に臓器別専門医が活躍する形をとる方が、圧倒的に効率が良いと考える。

なぜ、こうなるのか。1つは医学教育が大学中心でおこなわれており、多少の差異はあるにしても、依然として多くの場合臓器別専門医が臓器別医学を教えている。地域医療の現場で行われる実臨床にとって必要なことは、地域での医療的ニーズにこたえる力である。そのためには医学教育の中でも基礎と臨床の融合、そして科を横断して考えられるようになる症候学が必須である。更には実際の地域医療の現場で行われている総合診療をみせることが必要である。この流れは日本だけではなく、地域実習の国際認証の問題にもあらわれている。令和5年（2023）以降、国際認証を受けていない医科大学・医学部卒業生に対して米国医師国家試験の受験を認めないというECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）の宣言に端を発し、日本においても国際標準の医学教育認証評価制度が導入される計画が進められている。国際標準の医学教育で求められていることは以下である。

- ・臨床実習期間が「概ね2年間」へ延長すること（現在：1年4ヵ月）。
- ・真の診療参加型臨床実習であること。
- ・多職種連携を円滑に行い患者との接触機会を十分確保し、プライマリケア診療を含めること。

## 島根大学医学部附属病院総合診療医センター（通称しまね総合診療センター）

島根県は人口約67万人と鳥取県に次いで人口が少なく、全国トップクラスの高齢化率で、地理的には東西に200kmと長く、隠岐という離島を抱え、南は奥深い中国山地を有する。県庁所在地の松江、出雲以外はすべてへき地といっても過言ではない。そしてそのへ

き地では、中小の自治体病院が中心となって地域医療を支えている。へき地はもちろん松江、出雲ですら開業医の高齢化、継承が問題となっている。島根県で唯一の医学部がある島根大学では、平成16年（2004）から地域枠推薦入試を5名枠で開始し、現在は地域枠を26名、となりの鳥取大学に5名設けている。しかし、依然として現状は厚生労働省による現役医師数に対する必要医師数の倍率は1.28倍と全国で4位であり<sup>[3]</sup>、島根県地域医療支援会議（自治医大卒業生の義務年限内派遣調整も実施）では派遣可能医師約10名（1学年2名×5学年）に対して約30名の派遣要請がある。言い換えれば現時点で地域の医療機関から更に20名の総合診療医が必要とされているということである。

この現状に対し島根大学は厚生労働省の「総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業」に応募し、令和2年（2020）度、令和3年（2021）度と採択された。この事業を通じて、島根県全体を見据えて、島根大学医学部附属病院総合診療医センターを立ち上げた。私がセンター長となり、総合診療をキーワードに地域と大学をつなぐということを試みている。

- ・島根県で総合診療を行っている地域の医師が全員で大学での医学教育に携わる
- ・地域医療を行っている複数の現場の総合診療医が週に1～2日大学で勤務をする
- ・既存の島根大学の総合診療・地域医療系の講座、組織と協働する

前述したように島根の地理的な条件で、地域医療の現場で実践している医師が集うということは非常に困難を極める。そこで、オンライン会議としてのZoom<sup>®</sup>、ブレインストーミングやチャットでディスカッションをする場としてのSlack<sup>®</sup>、文章や表などのオンライン保存としてのGoogle Drive<sup>®</sup>、全体の様々なプロジェクトをガントチャートなどで見える化するためのWBS（Work Breakdown Structure）としてのRedmine<sup>®</sup>を駆使して、Virtual Officeを構築した。この成果は明白で、例えば令和3年（2021）1月より開始したSlack<sup>®</sup>は約90名のメンバーがいて5か月で1万件のやり取りが行われており、島根県全体で総合診療医養成に向かう活気が感じられている。

大学での総合診療学、地域医療学、家庭医療学の学びは大切ではあるが、やはり基本的には地域医療の現場での総合診療を軸に教育を行っていくべきであると考えている。島根の総合診療医のメンバーとのディスカッションの中で、様々な取り組みの案が出てきている。一例を下記に示す。

- ・症候学のビデオ作り

初期臨床研修医プログラムの初期研修医が経験すべき症候（29症候）、日本プライマリ・ケア連合学会／日本専門医機構 新・家庭医療専門研修／総合診療専門研修で経験すべき症候（59症候）から、共通性と重複性を考慮して40症候を選定し、島根県の総合診療医でレクチャービデオを作成し、ホームページ上で公開

- ・ECST year（Essential Clinical Skills Training year）

2年間で自分の進む進路を決めきれない初期研修医のために、希望する地域の病院で地域医療に必要な態度、手技、知識を学ぶ1年にする。専門医の取得は遅れるが、実際そ

ういうコースをたどった先輩たちにメリット、デメリットなどを紹介してもらうシンポジウムをひらく。

- ・ランチョンセミナー「総合診療医が語る〇〇〇」

大学勤務の総合診療医を中心に学生に対して定期的にランチョンセミナーを行う。〇〇〇に相当する部分には、学生の要望に応じて、毎回違う演題が入る。

- ・地域卒学生の受験前実習の受け入れ

島根大学では地域卒の受験前に地域の医療機関、高齢者施設での実習が義務付けられている。総合診療医が勤務する医療機関での受け入れ調整や、コロナ禍でのオンライン実習に対応する。

- ・課外授業（高度総合診療力修得コース）

正規の授業外で単位を発行する授業としてGeneral Medicineの講義を行う。

など、公式、非公式を問わず、さまざまなプロジェクト案が挙がっている。それぞれのプロジェクトをトップダウンではなく、担当者を中心に皆がそれぞれにリーダー役を担い、皆が協力するという形をとっている。しまね総合診療センターは地域医療現場と大学を結ぶ組織としてVirtual officeを駆使しながらTeal型組織Neural GP Networkというコミュニティを形成し総合診療医養成を目指している。

現在進行形の具体的な取り組みを挙げたが、これからの日本の地域医療にとって重要なことは50年間地域医療と向き合ってきた自治医科大学、そして自治医大卒業生が各地の医大の地域卒を中心とした医学教育に本気で絡むことである。

広大なへき地を抱え、高齢化については最先端の島根県で総合診療医養成のプロジェクトが成功すれば、島根県の医療が変わり、ひいては日本全体の医療の在り方へのヒントになるのではないかと考えている。

## 医学教育

私自身は、昭和60年（1985）に自治医科大学14期生として入学した。ちょうどそのころに1－5期生がへき地での義務年限を終了し、その熱い思いを伝えるべく自治医科大学、附属大宮医療センターに帰ってきた時期に重なる。臨床の現場や、プライベート、そして出かけて行った地域医療の現場での先輩たちとの触れ合いは、いい意味での強烈な洗脳であった。その後、中国での医療やアメリカでのFamily Medicineを体験し、卒業後に総合診療に進んだのは、洗脳という教育の賜物であろう。小規模離島での23年間は楽しくてたまらなかったのは、自身の志向性のみではなく、診療にくわえて、仲間づくり地域づくりの視点をもつ総合診療が軸であったからに違いない。

よりよい医師を育てるために、医学教育は進化し続けており、この30年の変化は目覚ましいものがある。ただし、地域医療、総合診療的にみるとまだまだ改革が必要である。繰り返しになるが、地域での実習、プライマリケアのセッティングでの症候学、そして治

療学である。医師の職業をScience&artと考えると、地域医療の現場での臨床研究のための教育などももっとなされる必要があるだろう。医学部6年間、初期研修、専攻医をとおして、教育コンセプトをしっかりとってカリキュラムが立てられる必要があると考える。また喫緊の課題として新しいオンライン時代の教育方法も模索していく必要がある。

### 医学部入学前

米国では4年生大学卒業後に強い意志と時間とお金をかけて医学部に進む。英国では高等学校卒業から大学の入学までの間にギャップ・イヤーなどを利用して多様な価値観を学ぶことができる。それに引き換え日本では、優秀な成績で高校を卒業し、ストレートで医学部に入学し、卒業後初期研修を経て、専門医を最短期間で取得することが最も正しいとされているように感じる。多くは自分より年長の患者の人生に大きくかかわる職業であること、地域医療としての社会との関係などからすると、医療にたずさわるという覚悟、人間の幅などがもっと重要視されてもいいのではないか。そういう意味では学士入学などは非常によい制度であるし、学生時代の留学などももっと推奨されてもよいのではないかと思う。

現在の日本の入試制度は、そう簡単に変えられないと思うが、医学部受験前にアプローチする方法はどうだろうか。医療に興味のある高校生に医療現場で体験をさせ、自分がほんとに何をやりたいのか、ということを確認させて医学部を受験させることもまた一つの手であると考えます。

令和2年(2020)度には自治医科大学と読売新聞が共催で高校生の早期医療体験を行った。高校生が小論文・スピーチ動画コンテストに応募し、その優秀者に地域医療体験実習を提供するというものである。令和2年(2020)度の課題は「2030年の地域医療 何を守り、何を創るか」であった。500名強の応募者の中から4名の高校生が選抜され、隠岐島前病院と八戸市民病院で実習することとなった。残念ながらコロナ禍でリアル体験実習はかなわなかったが、計3日のオンラインの体験実習を行った。接続テストを兼ねたプレミーティングでは「隠岐について」という課題で医療にかかわらず隠岐について各自事前学習したことを発表してもらい、体験者同士の交流を図った。実際のオンライン体験では、地域医療についての講義だけでなく、外来や往診を医師がGoPro<sup>®</sup>をつけて行い、かなりリアル体験に近い形で見学してもらった。また、当院のコメディカルや地域住民との懇談などを交えて、いろいろな形で実際に地域医療を味わってもらった。参加した高校生からは、今回の体験を通して、多くの発見と自分自身の意識や認識の変化を感じ、地域医療にかかわりたいという強い思いが目覚めたとの感想が出されている。

各大学で様々な工夫はされていると思うが、ただ地域で働くのが義務、というだけの地域枠ではなく、入学前、入学時にもそれなりに実体験をしたうえで、より適性のある学生を入学させられるような工夫は有用であると考えます。

## おわりに

日本社会はコロナ禍で一気に進んだテレワーク、オンライン学会やオンデマンドコンテンツによる教育などは、もはや戻ることはない。これは多くの人が、地方から上京し、東京近郊に住み、満員電車で揺られながら都心に通うという生活を目指すというビフォアコロナからの日本人の人生、生活に関する価値観の大きな変革を意味している。医療の世界でも、多くの医師が臓器別専門医となり高度専門化という細分化を目指すことから、人を診る、家族を診る、地域を診るという総合診療に目をむける時期がきているのではないか。都市部の大きな病院を目指すばかりではなく、地域の病院、ときにはへき地離島で総合診療医として社会的役割をはたす、やりがいや面白さをわかりやすく伝え、生活も含めて楽しめるような制度を創っていくことが、自治医科大学創設50年目からの役割だと考える。

- [1] 厚生労働省, “専門医の在り方に関する検討会 報告書,” [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>.
- [2] 厚生労働省, “今後の地域枠のあり方について,” [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf>.
- [3] 厚生労働省, “必要医師数実態調査詳細結果,” [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/other/dl/14.pdf>.