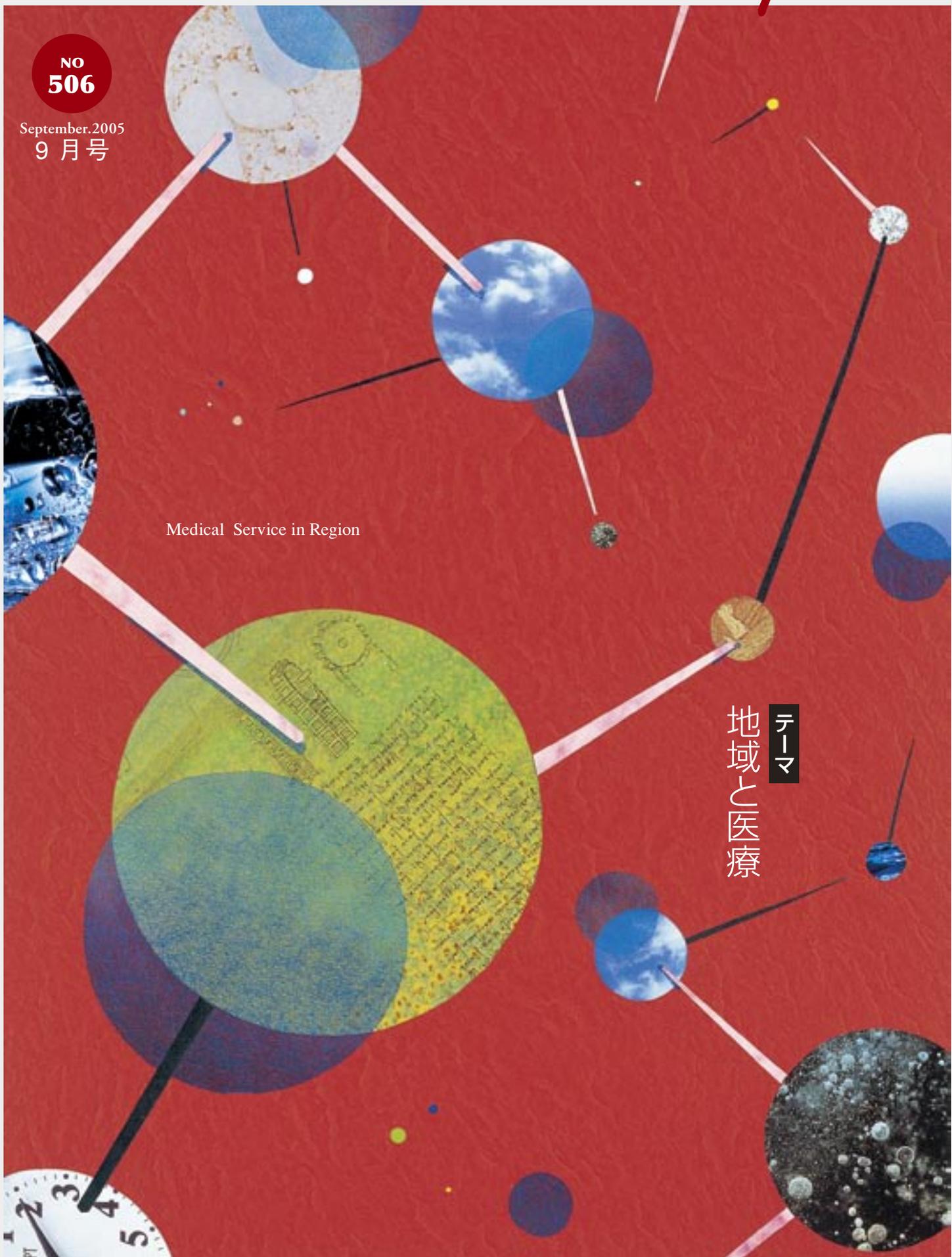


NO
506

September, 2005
9月号

Medical Service in Region

テーマ
地域と医療



●地域経済レポート特集号 REGIONAL ECONOMIC REPORT

マルシェノルド

第15号



これからの地域医療

北海道の地域医療は、札幌や旭川など医科系大学のある地域に医師が多く、地方には少ないという、医療資源の偏在が課題となっています。多くの住民が身近に医療サービスを受できずに、遠隔地への通院、入院という負担を強いられる構造的な問題を抱えています。地方において安定的な経済社会生活を営んでいく上で、安心できる医療体制の整備は不可欠なサービスといえます。特に、面積が広く、人口密度が低い北海道では地域政策の重要な課題でもあります。北海道における地域医療の現状や、地域医療の現場・行政の取り組み、道外の先進事例を取材し、これからの北海道の地域医療を考えていきます。

Contents 目次

インタビュー

地域医療と医育大学	01
札幌医科大学医学部 地域医療総合医学講座 教授 山本和利	

レポート

北海道の地域医療の現状と課題克服に向けて	07
----------------------------	----

地域事例 ①

住民の立場に立った保健・福祉・医療の連携	11
～奈井江町の健康と福祉のまちづくり～	

地域事例 ②

まちを変えた予防医療	18
～瀬棚町の地域医療～	

地域事例 ③

地域包括ケアの実践で健康と福祉の里づくり	23
～岩手県藤沢町の取り組み～	

地域事例 ④

ドクターヘリで、救命救急医療の向上を	29
--------------------------	----

行政情報

これからの北海道の社会資本を考える	33
～第7回風土工学シンポジウム～	

開発 DIARY	39
----------------	----

information 告知板

ツール・ド・北海道2005	40
スカイスーツフェア イン 紋別	41
オホーツクシンポジウム	42
広報誌等の販売のご案内	43

インタビュー
interview

地域医療と医育大学

北海道は全国的に医師不足が深刻な地域といわれています。絶対数では他府県にひけを取らないものの、医師の多くが札幌や旭川などに偏在しているためです。道内に三つの医科系大学がありますが、卒業生の多くが大学に残り、地域医療に従事する医師がしっかり根付いていないのです。その背景には、これまでの医科系大学では専門医養成が重点で、地域医療を担う総合医の育成には目が向けられていなかったという事実があります。

そこで、今回は地域医療への貢献を目指して'99年に札幌医科大学に設置された地域医療総合医学講座の初代教授である山本和利氏に、地域医療の現状や求められる人材、医育大学の役割などについてお話をお聞きしました。

(インタビュー日 2005年7月1日)



札幌医科大学医学部 地域医療総合医学講座 教授
Wari Yamamoto

山本 和利 氏

都市部における医師偏在の要因

——医療の充実は住民にとって切実な要求ですが、2002年の厚生労働省の調査では、北海道における^{※1}医師標準数を満たす病院は52%と、全国平均の75%を大きく下回っています。しかし、人口10万人当たりの医師数は全国平均を上回っており、全道の医師の半数が札幌に偏在しているという状況になっています。このような状況をどのように見ておられますか。

山本：医師という職業は、もともと都市部に集まりやすい傾向があります。高度な知識と技術を伴う難しい仕事で、大学でも最新の技術と知識を集めて指導に当たります。そうした教育を受けると、その知識や技術を十二分に発揮したいと思うものですし、高度で先進的な機器があり、そういった医師を求めてくる患者が集まってくるところで仕事をしたいと考えるようになるでしょう。これは、北海道に限ったことではないと思います。

それに加えて、北海道は面積が広く、他府県よりも大きいという北海道ならではの特徴があります。特に、地方部では隣町との距離が遠いなど、ハンディがあります。

言語学者のG.K. ジップがある小説と新聞記事に使われた英単語を洗い出して、その出現頻度を調べた結果、2番目に使われていた英単語の出現確率は1番目の2分の1、3番目に使われていた英単語の出現確率は1番目の3分の1となり、結局、頻度がN番目の単語は頻度が1番目の単語のN分の1で現れるという「ジップの法則」があります。これは都市システムが安定状態にあるときの都市人口と順位の規則性でも見られていることで、同じようなことが医師の多くが都市部に偏っているという現象につながっているのではないかと感じています。

二つ目の要因として、地域側の問題もあります。例えば、首長の息子さんが医師になっても、

地元に戻らないというまちもあるのではないのでしょうか。厳しいことをいえば、そのような夢のないまちに全く関係のない人間が、医師として行ってみたいと思うのでしょうか。

三つ目の要因には、やはり大学が地域医療の魅力を教えてこなかったという問題があります。これまでの医学は、病を持った人たちに対して、機械的なアプローチしかしてこなかったように思います。しかし、地域医療では、地域おこし、まちづくり、人間的なふれあいなど、そういったことも含めて取り組んでいく必要があります。教科書には書かれていないことを患者さんから学ぶことができ、地域医療は非常に奥の深いものです。それが今まで教育されてきていませんでした。

また、大学に医師が集まってしまうシステムの問題もあります。学位をとらないと、それなりに地位の高い医師として就職できないとか、ハンディがあるようなイメージがあって、大学で専門医の勉強をして、その後、医局の指示で地域にお礼奉公に出ていくような流れでしたから、地域医療の面白みが何も分からない、大学だけに目が向くようなシステムでした。

考えてみると、地域づくりそのものに医療が積極的にかかわった地域は、あまり見られなかったと思います。首長も「医者さえまちに呼んでくればいい」「次の選挙に勝つため」と、そんな感じではなかったのでしょうか。真剣に地域医療に取り組んでいきたいと思っている医師がいても、なかなかそういう流れにならなかったというのがこれまでの実情でしょう。

地域医療を支えるプライマリ・ケア医が必要

山本：今まで地域医療は医局が支えてきました。でも、やはり医局はスペシャリストの集団で、地域医療を担うジェネラリストではありません。

スペシャリストの医療は、生物医学的・還元

※1
医師標準数

医療法に基づいて、各医療機関に必要とされる医師数のこと。外来患者数と入院患者数をもとに全国一律の基準で算定していた。標準数の6割を切ると診療報酬が減額され、介護保険の指定申請の許可を受けることができないため、大学の医局に所属する医師が名義を貸し、6割に達したようにみせかけて診療報酬を水増し請求する事件が'03年に相次いで発覚した。昨年一部算定方法が緩和されたが、抜本的な見直しとはなっていない。医師の名義貸し問題を受けて、北海道では、大学から地域への医師派遣について、透明で実効性のある医師派遣（紹介）システムを確立するため、「北海道医療対策協議会」で検討が進められ、今年度から実施されている。一方、大学側でも、札幌医科大学では付属病院長が代表者となる「医師派遣調整部会」が派遣要請の窓口となって、各診療科に設けた委員会が医局に代わって人事を担当、北海道大学ではこれまで医局が担ってきた医師派遣の窓口を一本化するなど、医師派遣システムの透明化に努めている。

主義・疾患立脚型で、対象は一個人です。眼前の症状や問題への対応だけで、医師中心の医療でした。一方、ジェネラリストの医療は、生物心理社会的で全人的、病立脚型です。対象には集団も含まれ、予見的な対応もする患者中心の医療です。地域医療では、後者のジェネラリストの医療が求められています。

地域医療を支えるのは、プライマリ・ケアです。プライマリ・ケア医とは、日常的な健康問題に関する意思決定の専門家であり、切れ目のない継続的な医療の提供者であり、そこで求められるのは身近で協調性が保たれた統合的・包括的な医療と限られた資源を適切に活用する医療です。

これまでは専門医がプライマリ・ケア医の肩代わりをしてきました。北海道でプライマリ・ケアを目指す医師がいないわけではありません。でも、真剣に地域医療に取り組もうと考えている医師がいても、そこに経済学というレモン市場の法則が働いてしまうのです。レモンとはアメリカの俗語で質の悪い中古車を意味しているのですが、買い手が欠点のある商品とそうでない商品を区別しづらい中古車市場では、良質の商品であっても他の商品と同じように低い価値を付けられてしまう傾向があるという話です。何か、腕の悪い医師じゃないとか、都市にいられなくなって田舎で医師をしているのではないとか、そんなふう白い目で見られてしまう傾向がありました。そうすると、本気で地域医療にかかわっていきたくとも、地域医療は敗残者の医療で、惨めな青春を過ごすようなイメージができてしまって、地域で医療に携わろうと思わなくなってしまうのです。

これからの地域医療を支えていくには、もっと広く地域の魅力を伝えていかなければなりません。

——しかし、プライマリ・ケアを目指すために、

医科系大学の中に総合診療部や総合診療科などが設置されるようになって、すでに20年以上が経っていると思います。今では医科系大学の6割以上に総合診療の部や科ができていると聞きます。

山本：確かに、総合診療部や総合診療科などが設置されてきていますが、それは現場の要請ではなく、当時の文部省などの後押しで、上から降ってわいたような形で設置された感が強いと思います。プライマリ・ケアは、人間の身体全体を総合的に診ていく医療ですが、大学内では今でも全体の1パートのような感じで、何か隙間の科のようなイメージでとらえられています。総合診療は総合的に人間の身体全体を診るという位置付けで、大学内でもコーディネートすべきです。しかし、それ以前にそういうことをできる人材が少ないという問題があるのです。

また、プライマリ・ケアとは、患者のあらゆることに対応していくものですが、総合診療部門がある大学付属病院や特定機能病院^{※2}などは、患者が負担する費用も高いので、敷居を高くしている実態もあります。結局、専門医の力が発揮できるような仕組みで機能分化されているのです。そのような中ではジェネラリストである総合医は力を発揮できません。結局、大学内ではプライマリ・ケア医の力が発揮できないような仕組みになっているのです。

ネットワークでプライマリ・ケア医を育成

——札幌医科大学に地域医療総合医学講座ができたのは'99年ですが、開設の背景はどのようなものだったのでしょうか。

山本：当時の堀知事の公約だったと聞いています。「地域医療への貢献」をより積極的に果たすため、系統的・総合的な卒前及び卒後教育

※2
特定機能病院

高度の医療を提供する能力があること、高度の医療技術の開発及び評価を行う能力があること、高度の医療に関する研修を行わせる能力があることなどを基本に、そのほか厚生労働省令で定める要件に適合するものであって、厚生労働大臣の承認を得てから称することができる病院。

を通じて地域医療のできる医師または研究者の育成と、地域医療、総合医療、包括医療等に関する研究の推進を目的に設置されました。「地域医療への貢献」を具現化するために、医師派遣及びマルチメディア通信ネットワークによる遠隔医療支援等の可能な「地域医療支援室」の設置が将来構想として含まれています。私は'99年2月に初代の教授として赴任しました。

講座名が地域医療総合医学講座と、非常に長いので、当初は覚えにくく、あまり好きな名称ではなかったのですが、今は全国でも珍しく「医療」と「医学」の二つの言葉が入った講座なので、気に入っています。

特に、私は最近、医療と医学という言葉を使い分けるようにしています。

大阪大学名誉教授であられたおもだかひさゆき澤潟久敬先生は医学と医療を区別しておられました。医学には科学だけで人間性はいらぬ。でも、医療には科学と人間性の両面が必要だからです。医療は人間や家族や地域、文化、そしてまちづくりやまちおこしの要素も入ったものでなければならないと思っています。

開設から4年くらいは、研修は付属病院の総合診療科で、学内中心に進めてきました。ところが、地域医療という面で考えていくと、患者の普段の生活はどんな様子か、往診する場合の問題はないのか、地域とどのようにかかわっているのかなど、もっと患者の生活に密着した情報が必要になってきます。でも、それは大学で教えられることではありません。それに総合診療という言葉を使うと、隙間の医療のようなマイナスイメージが学生にあって、誤解されてしまうのです。

先の光がなかなか見えてこないの、発想を変えていこうと、2年前から体制を変えることにしました。それまで大学の付属病院で行っていた学生実習を今ではすべて外部の施設で行っています。地域の病院や診療所など、遠

方では利尻や松前、厚岸など、現場の医師に教えてもらえるようなネットワークを組んだのです。今では、学生を受け入れてくれる病院や診療所が25~30カ所ほどあります。

最近、学生に講義をしても「先生、地域を見なければ駄目ですよ」といわれるようになりました。学生がそんなことをいいはじめると、教官たちにも刺激になります。

今まで大学内で細々とやっていた実習が学外に出るようになって、今度は大学に残る人材が少なくなってきました。'04年度から新しく※3新医師臨床研修制度が導入されていますが、道内の病院から総合診療科に医師を送ってほしいと要請されても、お断りせざるを得ないような状況が出てきたわけです。

そんな状況では今後の展望がありませんから、札医大だけで地域医療を担う総合医を育てるという視点ではなく、道内の医科大学、病院などと連携して、育てていこうと考えるようになりました。そこで、この6月中旬に道内の3医科大学の総合診療部門と公立芽室病院や札幌東徳洲会病院などの六つの病院で「北海道プライマリ・ケアネットワーク」を設立し、民間病院、公立病院で新医師臨床研修を終えた医師を対象にした独自の後期研修プログラムを創設することにしました。新医師臨床研修制度では、内科や外科、産婦人科など、一通りの各診療科を経験するのが精一杯なので、その後、3年間の任意の研修プログラムとして、最初の臨床研修が終わる'06年から毎年10人ずつ受け入れるという仕組みです。最初の2年間は半年程度各病院で研修し、希望があれば大学病院でも受け入れるようにします。3年目は地方の小規模病院や診療所で総合医としての診断や診療の技術や能力を高めていこうというものです。

道内のプライマリ・ケア医で開催してきた勉強会があり、プライマリ・ケアを希望する新人医師も増えてきたのですが、大きな問題はその

※3 新医師臨床研修制度

医師法が'00年に改正（'04年施行）され、これまで努力義務とされてきた2年間の卒業研修が2年以上の臨床研修を受けなければならないこととなった（卒業研修終了が、診療所の開設者及び病院等の管理者の要件とされた）。併せて、専門医育成のための高度専門医療が中心であった研修内容を改め、「プライマリ・ケアを中心として、幅広く医師として必要な診療能力（態度、技能、知識）を身につけることを目的とした研修内容としなければならない」とされた。このことから、24カ月の研修プログラムの中に内科、外科等の基本研修科目、小児科、産婦人科、精神科などの必修科目、さらに「地域保健・医療研修」を3カ月程度（最低1カ月）組み込むことが目安として示された。

研修プログラムがないことでした。そこで、北海道プライマリ・ケアネットワークでプログラムをつくることにしたわけです。

アイヌ語で「幸せを呼ぶ守り神」という意味の言葉を使って、「ニポポ・プログラム」と愛称をつけました。当初は、民間・公立を合わせて6病院だけでしたが、いろいろなところから問い合わせがあるので、今後はクローズにせず、身近なところから賛同してくれる施設とネットワークを組んでいきたいと思っています。

——学生のプライマリ・ケアへの関心は高まっているのですか？

山本：これまではプライマリ・ケアとか総合医とかいわれても、その実態が正しく伝わっていませんでした。最近では日本家庭医療学会などでもやる気のある若手が増えてきています。ようやくその実態、面白みが分かるような状況になってきたのでしょうか。学生にアンケートをとると、だいたい2割くらいの割合で興味があって、卒業の頃には1割くらいに減っているという状況でしたが、それはやはり教育内容や制度の問題だったと思います。

そこで、2003年度から1年生を対象に正規の授業として医学史を導入しています。その年の学生のレポートや発表を、『医学生からみる医学史』という本にまとめて昨年発刊しました。医療技術や診療姿勢の変遷や医学の発展を教養の一環として学ぶことで、いろいろな側面から地域医療を考えることができるのではないかと思ったからです。

夢を語る首長と医師の存在が不可欠

——ところで、北海道の地域医療政策、総合医育成のための取り組みについては、どのように見ておられますか。

山本：北海道では今年度から総合医育成のため、総合医養成支援事業として、若手医師が幅広い診療能力を習得できる研修を行う病院に研修経費を助成することを決めましたが、この事業では、総合医の養成だけでなく、医療過疎地の支援が義務付けられています。研修病院は1年間につき最短で3カ月、過疎地の医療機関での実習のほか、研修終了後は過疎地に1年間医師を派遣しなければならないのです。新医師臨床研修を終えた医師が受ける任意の後期研修を対象にしているため、ニポポ・プログラムがこれを活用できるだろうかと考えているのですが、研修病院側が補助金をもらうためには、各地域ですぐに地域医療に従事できるというような前提があるような感じがしています。

例えば、自治医科大学^{※4}では、卒業後は9年間の義務年限があって、出身都道府県で知事の指定するへき地等の公的医療機関で勤務しなければなりません。また、卒業生がへき地医療や地域医療に^{ていしん}挺身することができるように、連絡・調整・調査・交渉、地域医療の推進などを目的に地域医療推進課が設置されています。

地域医療を支える総合医を育成するには、短期的なものではなく、もっと長期的な視点で取り組んでいかなければならないと思います。北海道はその点をよく考えてほしいという気がします。

今までは専門医がプライマリ・ケアを肩代わりしていたので、専門医もプライマリ・ケア医も中途半端な形になっていたと思います。本来であれば、専門医は地域でも専門医として従事すべきなのです。でも、あまりにもプライマリ・ケア医の比率が少なすぎたのです。専門医の勉強をしてきて地域に派遣される医師も、医師を派遣してもらう地域側も、互いの意思疎通がなく、どんな医師が求められているのか、どんな医師がやってくるのかということを知りたい

※4
自治医科大学

都市や地方を問わず、住民が等しく医療を受けられるよう、地域の医療確保に直接結びついた医師を養成することを目的に、全国の都道府県が資金を出し合って、'72年2月に栃木県に設立された大学。各都道府県に2~3人の入学者枠がある。昨年4月8日付けの北海道新聞によると、北海道から修学した卒業生は69人上っているが、9年間の義務年限を終えて、道職員として道内にとどまってへき地医療の現場にとどまっている医師は、わずか1人しかいないという。

ないから、現場で初めて「話が違う」ということになってしまっていたのではないのでしょうか。

プライマリ・ケア医と専門医の比率が、フイフティー・フイフティーになってくれれば、状況は大きく変わってくると思います。

——諸外国との比較ではどうでしょうか。地域がプライマリ・ケア医、総合医を望んでいる場合は？

山本：政策として、地域にプライマリ・ケア医が勤務しやすいように誘導していると思います。プライマリ・ケア医が必要なときには政策的なサポートがあります。

人間の行動はどんなに倫理的な部分に訴えても、それだけでは実行に移せないと思います。最終的には経済的な側面から変えていかなければそう簡単には変わりません。行き着くところはトップダウンでやるべきなのです。

しかし、あまり分析しすぎても駄目です。現状からスタートしても、何も生まれません。大きな夢、ビジョンがなければ目標は見えてきません。夢に向けて、何ができるのかを考えて、そこからトップダウンで具体的な策を講じていくべきでしょう。

今回、取材されるという岩手県藤沢町や道内の瀬棚町などは、参考になる地域医療を進めている地域だと思います。互いに夢を語る首長と医師が会うと、本当に素晴らしい地域医療ができるのです。

——当面の取り組みの目標は何でしょうか？

山本：まずはニポポ・プログラムをうまく運用させて、地域医療に従事するプライマリ・ケア医をもっと増やしていくことが第一です。専門医の医師派遣は医局が担ってきたような、これまでの流れを踏襲した形になっていくでしょうが、プライマリ・ケア医については、行政側の

市町村も一緒になって、みんなで一定の基準を作っていかなければならないと思っています。

そして、第二の瀬棚町を作り上げて、パラダイム・シフト、社会の価値観が変わっていけばいいと考えています。きっと、そこでまたフィールドバックできるものがあるはずです。

——大学、行政、地域が一体となった地域医療システムが展開されていくことを期待しています。本日はお忙しいところ、ありがとうございました。

聞き手 釧路公立大学教授・地域経済研究センター長 小磯修二（こいそしゅうじ）



山本教授のデスクがある地域医療総合医学講座の研究室の扉には、「入局者を求む」と題したメッセージが。「至難の修練、わずかな報酬、研修の長い月日、耐えざる異端視、成功の保証なし。修練成功の暁には患者のための技能と患者からの賞賛を得る」とある。

PROFILE

山本 和利（やまもと かり）

自治医科大学1期生。'78年に同大学を卒業後、出身地の静岡県で地域医療に7年間従事し、'87年に自治医科大学地域医療学教室助手、栃木県日光古河病院内科医長、新潟県ゆきぐに大和総合病院内科医長を経て、'91年に自治医科大学総合医学第一講座講師。'94年に京都大学医学部総合診療科講師、カナダ McMaster 大学で EBM (Evidence Based Medicine、根拠に基づく医療) の教育法について学ぶ。'99年に札幌医科大学地域医療総合医学講座の初代教授として就任、現在に至る。日本内科認定専門医、日本糖尿病学会研修指導医、プライマリ・ケア研修指導医。著書に『医療における人間学の探求』『医学生からみる医学史』(編)など。

北海道の地域医療の現状と課題克服に向けて

ここでは、北海道の地域医療の現状と、各種の課題を克服するための取り組みについて、簡単にご紹介します。

レポート
Report



医療資源が偏在する北海道

北海道の医師数は、表1にあるように、増加傾向にあり、人口10万人当たりの医師数も2000年度になって、初めて全国平均を上回るようになりました。

しかし、医療法において「主として病院病床（有床診を含む）の整備を図るべき地域的単位」とされ、その圏域内で一般病院の病床（高度、特殊、専門的な医療を除く）がおおむね完結できる区域とされている2次医療圏別の医師数（図1）や市部と町村部別の人口10万人当たりの医師数（表2）を見ると、地域によって偏りがあることが分かります。人口10万人当たりの医師数は上川中部圏が最も多く、医師数だけで見ると札幌圏が全体の半数近くを占め、医科系大学があるこの2圏域では充足しているといえますが、根室圏では人口10万人当たりの医師数が全道平均の46.2%となっており、医師不足が顕著な地域となっています。

また、診療科別の人口10万人当たりの医師数も地域によって偏りがあり、特に小児科・産婦人科・麻酔科などの医師不足が課題となっています（表3）。小児科医は北網圏が、精神科医は留萌・北渡島檜山圏が、産婦人科は日高・宗谷圏が、麻酔科医は北渡島檜山・北空知・根室圏が低くなっていることが分かります。

一方、病床規模別の病院数の割合（表4）を全国と比較してみると、北海道は99床以下の小さな病院の割合がやや高く、小規模な病院が多いことが分かります。こうした小規模の病院では、医療法で定める医師標準数を満たしていないことも多く、道内の市町村立病院の80%以上は、医師標準数を満たしていないといわれています。

こうした事情などを背景に医師の名義貸しが大きな問題となり、北海道では'03年10月から町村・医育大学との意見交換会を開催、3医育大学でも医師の派遣を透明化するために医師派遣の窓口を一本化するなどの対策を講

※ 医療圏

医療機関の機能分担や有効活用のために設けられた三段階の圏域。1次は身近な医療を提供する市町村単位、2次はその圏域内で入院を伴う一般的な医療がほぼ完結することを目指す単位で道内には21圏域ある。また、1次医療圏や2次医療圏で対応することが困難で特殊な医療需要に対応する、高度で専門的な医療を提供する3次医療圏は基本的には都道府県単位だが、北海道は6圏域となっている。

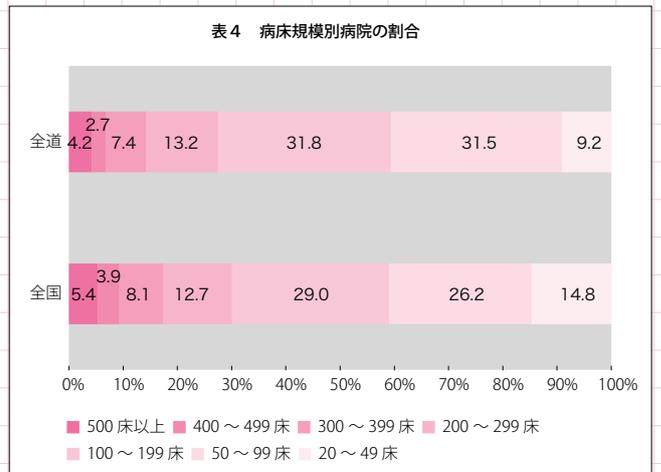
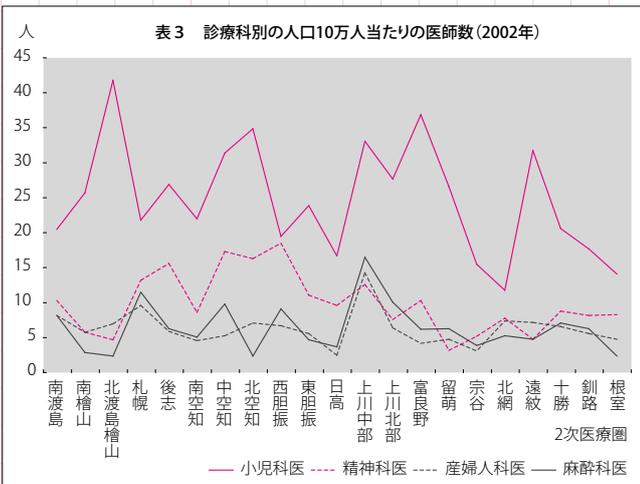
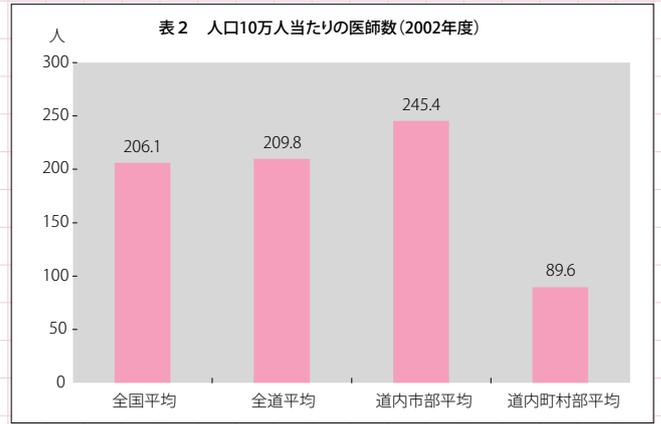
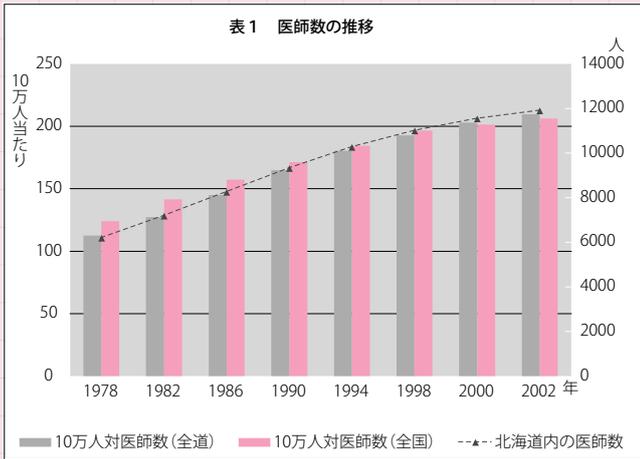


表5 主な診療科別の医師数

診療科	北海道		全国
	実数(人)	10万人当たり	10万人当たり
内科	4,223	74.5	77.8
消化器科(胃腸科)	1,460	25.7	24.6
外科	1,294	22.8	27.3
小児科	1,278	22.5	25.7
整形外科	1,115	19.7	19.4
循環器科	1,060	18.7	16.8
リハビリテーション科(理学診療科)	808	14.3	12.9
呼吸器科	689	12.2	9.5
精神科	655	11.6	10.3
麻酔科	514	9.1	6.9
眼科	480	8.5	10.0
皮膚科	477	8.4	11.7
神経科	474	8.4	5.3
産婦人科	455	8.0	9.3
泌尿器科	419	7.4	6.8
その他	2,964	52.4	55.9
合計	11,228	198.0	195.8

※2002年12月31日現在
 ※2つ以上の診療科に従事している場合は複数回答となっているため、各科の計と合計は合っていない。

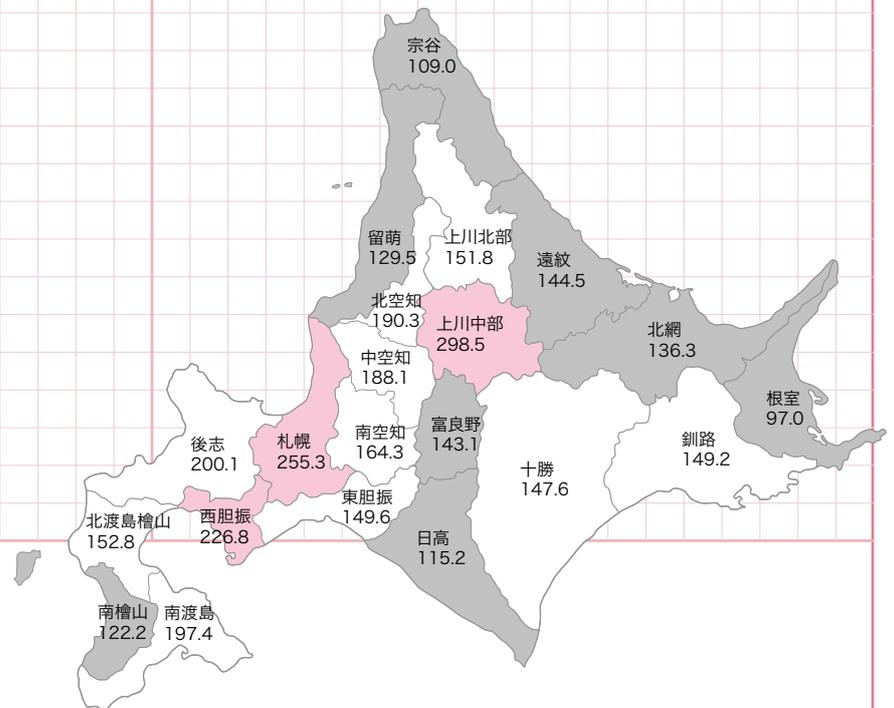


図1 北海道の2次医療圏における医師数(人口10万人に対して)

■10万人対医師数が全道平均を上回っている圏域
 ■10万人対医師数が全道平均の70%以下の圏域

じてきました。また、'04年5月には北海道における地域医療の充実・確保に向けて、3医育大学、市町村、北海道、その他の関係機関が協力して医師派遣をめぐる諸課題への対応を検討・協議し、推進する「北海道医療対策協議会」が設置され、透明で実効性のある医師派遣システムの確立や地域医療を担う医師の養成、自治体病院の広域化検討の促進などについて、協議が進められています。

地域医療を担うプライマリ・ケア医養成に向けて

一方、これまでの医師養成過程は、地域で必要とされるプライマリ・ケア医ではなく、高度で専門的な診療を行う専門医の育成に重点がおかれてきましたが、'96年に北海道大学医学部付属病院に総合診療部が、'99年に札幌医科大学医学部に地域医療総合医学講座が、'02年に旭川医科大学に総合診療部が設置されるなど、大学においても、幅広い診療を行うことができる医師養成のための教育や取り組みが進められています。

また、'04年度から新医師臨床研修制度が導入され、研修先として、全国どこの大学・研修病院でも選ぶことができるようになったため、北海道では'03年4月に「北海道臨床研修病院等連絡協議会」を設立。北海道が事務局となって道内の臨床研修病院とともに、東京や札幌で医学生を対象にした説明会「北海道臨床研修病院合同プレゼンテーション」を開催するなど、道内の臨床研修医の確保に努めています。

北海道医療対策協議会での道や市町村からの要望を踏まえ、医育大学においても、入学試験における地域枠の設定や地域での勤務を評価する仕組みづくり、地域医療への関心を高める教育プログラムの実施など新たな取り組みの検討が進められています。

地域医療を担う医師の養成には、医育大学だけでなく、行政、医療機関などと連携した研修プログラムの仕組みづくりも必要です。'04年度から新医師臨床研修制度が導入されたことで、大学に残る研修医が少なくなり、新人医師が2年間医局に入っていないため、大学病院側が医

師不足になり、地方病院から医師を引き揚げってしまうという問題も出てきました。また、新医師臨床研修制度では、一通りの診療科を経験するのが精一杯なので、北海道では新医師臨床研修プログラムを終えた任意の後期研修を行う研修病院を支援する総合医養成支援事業を創設、北海道プライマリケア・ネットワークによるニポポ・プログラムも創設されるなど、地域医療を担う人材育成の体制が強化されつつあります。

地域医療に数値目標が

医療資源の偏在が特に顕著な北海道では、保健・医療・福祉を一体的に取り組んでいくことで、結果的に医療の質を向上させ、医療費の抑制につながることを期待されます。

厚生労働省が、7月28日に公表した医療計画制度の見直しに向けた検討会の中間報告においては、健康診断の受診率や退院後に自宅に戻った患者の割合まで、住民の健康状態に応じた地域医療の数値目標を設けることなどが示されました。数値目標は都道府県が設定するものですが、これに先立って国が目安となる指標を示すことになっており、健診受診率や有病者の受診割合、診療科ごとの医師の割合、病気別の死亡率などの指標化が考えられています。医療機関を中心とした医療計画から、住民・患者の視点からの数値目標を立て、分かりやすさに配慮したものとなることが想定されます。地域医療の数値化は、来年の医療制度改革の一環として、通常国会に提出する医療法改正案に盛り込まれる予定になっています。

広大な北海道でだれもが等しく医療の恩恵を受けるための仕組みづくりはそう簡単なことではありません。高齢化に伴う医療費の増加、厳しい財政下におかれている自治体病院など、地域医療を取り巻く環境は厳しい状況にあります。

医療関係者、行政のみならず、住民一人ひとりが現状を理解し、これからの北海道の地域医療はどうあるべきかを真剣に考えていくことが必要ではないでしょうか。

広大な北海道という特殊性を克服するために

北海道は国土の22%を占める面積を有しており、地域医療を考えていく場合には、この広大さをどのように克服していくかも大きな課題です。この課題を克服するために、道内では各種の調査が行われてきました。今年度、本格的に導入されたドクターヘリ（地域事例4参照）運航についての研究もその一つといえるでしょう。

また、北海道開発局では'01年度に「北海道広域医療情報網高度化調査」を行っています。この調査では、ITを活用した医療情報ネットワークシステムの構築を目指して、医療情報ネットワークシステムの現状と課題の検討のほか、専用回線を用いて実証実験を行いました。北海道大学医学部、札幌医科大学、旭川医科大学の3医大が初めて一つのプロジェクトに参加し、この実験が契機となり、

北海道においても遠隔医療小委員会が発足するなど、実りある調査だったといえます。

この調査では、今後の北海道における医療情報ネットワークシステムの展開方向として、ブロードバンドネットワークを前提とした検討の必要性や次世代インターネットプロトコル「IPv6」の推進と無線LANの活用、セキュリティ確保のあり方などが提言され、遠隔医療への期待を膨らませる機運となりました。

さらに北海道開発局では、ADSLなど、すでに通信事業者によって安価に提供されている通信サービスを用いて、各種のアプリケーションがどの程度実効的に活用できるかについても検証しました。その結果、ADSL回線でも静止画やデータの伝送が中心となるアプリケーションであれば、おおむね問題なく利用可能なことが分かりました。

また、'02年度には「北海道広域医療情報ネットワークシステム実証事業調査」も行っています。この調査では、札幌医科大学の辰巳治之教授を中心とした調査検討委員会を設立し、地域住民の健康管理遠隔支援、地域の医療・福祉関係者に対する遠隔支援、地域の予防医学の遠隔支援、医療情報ネットワークによる遠隔医療支援の四つのテーマを設け、札幌医科大学と十勝地域の医療機関や児童相談所・保育所・一般家庭・医師宅を光

ファイバー等の回線で結び、IPv6技術を活用した遠隔支援を行う実証事業を行いました。その結果、いくつかの課題はあるものの、特に健康管理の面では遠隔支援が有効な手段となるという一定の成果が得られました。

現在、北海道内では旭川医科大学が遠隔医療に力を入れています。上川中部の1市8町とインターネットを通じて健康相談や医療診断の支援など幅広い情報を提供する「北海道メディカルミュージアム構想」の推進や遠隔医療の研究開発を進めるベンチャー企業「次世代ライフサイエンス研究所」の設立など、積極的な動きが見られています。

「北海道広域医療情報網高度化調査」の調査検討委員会メンバーでもあった同大学の吉田晃敏教授が'04年度に国の補助を受けて実施したモデル研究での試算によると、離島や過疎地の病院と大学病院をテレビ画像で結び遠隔医療システムを旭川医大と利尻島で眼科診療に導入した場合、患者側の経済的な利益は約13億5000万円にのぼるそうです。

※ IPv6

IPネットワークに仮想的な伝送路を設定し、あたかも専用線のようなネットワーク環境を構築する仕組み。

住民の立場に立った 保健・福祉・医療の連携

〔奈井江町の健康と福祉のまちづくり〕



札幌と旭川のちょうど中間に位置する空知郡奈井江町。

これまで奈井江町では、自治体初の老人保健施設の整備、福祉をテーマとした国際交流、町立病院を町内の開業医に開放する病診連携^{※1}、さらに介護保険導入に当たって、近隣市町といち早く空知中部広域

連合を設置するなど、健康と福祉のまちづくりを進めてきたまちとして知られています。

これらの取り組みは、1980年代後半に町長に就任した北良治氏のリーダーシップによって実現されてきたといえるでしょう。

そこで、今回は北町長に健康と福祉のまちづくりを積極的に進めてきた、その思いをお聞きするとともに、これまでの奈井江町の取り組みについてご紹介していきます。

健康と福祉のまちづくりの経験を生かし、医療問題や市町村合併などさまざまな分野で、各種の委員を務める奈井江町の北町長。



自らの経験がまちづくりの原点に

奈井江町は砂川町（現砂川市）から'44年に分村し、'50年に町制が施行された開基60年ほどのまちです。'72年、まちに最後に残った炭鉱で爆発事故が起き、翌年閉山。'60年には人口が最高の18,458人に達しましたが、現在は過疎化が進み、約7千人となっています。

北良治町長は、'75年に町議会議員に就任し、副議長、議長を務めてきましたが、'86年の議員3期目の任期途中で町長選に出馬し、当選。現在で5期目を迎えています。

「町長に就任して、まず取り組んだのが、老人保健施設『健寿苑』の建設でした。

私が健康と福祉のまちづくりを掲げてきた原点には、母の存在が大きいのです。私の母は、あまり体が丈夫ではなく、ある時、高い所から落ちて頭を打ってしまったのです。それからは認知症の症状が現れるようになり、夜にはいかいしたり、わけの分からないことをいうようになってしまいました。私は仕事がありますし、家内の負担も大きいので、町内の病院に入院させることにしました。しかし、病室が8人部屋だったので、同室の患者さんに迷惑をかけるようになってしまい、どうしようもなくなって札幌の病院に転院させることにしたのです。

ある時、母を札幌まで見舞いに行くと、驚いたことに母は手足を縛られていました。そして、私の顔を見るなり、『どうして私をこんなところに入れたのか』と深刻な表情で訴えてきました。その時、私は全身の血が逆流するような思いで、どうしてこんなところに入院させてしまったのかと深く反省しました。医者と相談の上、しばらくして母を連れて戻ったのですが、これがまた大変でした。町内には母を受け入れてくれる施設がありません。もちろん当時は在宅サービスも

※2 広域連合

都道府県や市町村の区域を越えて設立できる広域行政機構のことで、'95年6月から施行された制度によって設立が可能となった。広域連合議会および連合長は構成自治体の有権者による直接選挙が構成自治体の議会の選挙で選出する。また、自治体と同様に広域連合の住民に直接請求の権利を認めている。ゴミ処理や消防などの分野で導入されている一部事務組合よりも独自性の高い行政運営が可能といわれている。

※1 病診連携

かかりつけ医がいる開業医院（診療所）と、病院との連携。

ありません。そうこうしているうちに、母は亡くなってしまいました。

それからしばらくして、私は町長選に出馬することになりました。急なことだったので、公約なんて考えていませんでしたが、その時に母との思い出がよみがえってきました。これから高齢化時代を迎える。みんな私と同じような経験をするだろう。だから福祉の充実が最も重要だと。そして、もう一つ考えたことは住民の信頼を回復していこうということでした。この2点を訴えて、住民の支持を受けることができました。

町長就任後、とにかくその2点を実現していこうと、最初に取り組んだのが健寿苑です。

当時、老人施設等は地域住民と少し離れた地域に立地しているものがほとんどでしたが、北町長は「子どもの姿を見るだけで母が元気になった」という自らの経験から、できるだけ街の中に、そして「保健・福祉・医療の連携を」という思いから、奈井江町立国民健康保険病院に併設する形を取りました。施設内は明るく、廊下も広くゆったりとした空間とするなど、今では当たり前のことですが、利用する側の立場に立った配慮のなされた施設でした。



町役場前に掲げられた「健康と福祉のまち宣言」。

多くを学んだフィンランドとの国際交流

健寿苑完成の翌'89年、町立国保病院の老朽化に伴って、町では今後の地域医療を広く検討するために「地域医療懇話会」を設置し、地元開業医や議員も一緒になって検討が進められました。また、同年には国による高齢者保健福祉推進10カ年計画（ゴールドプラン）が策定されたこともあり、奈井江町でも将来を見据えたまちづくりを目指していこうと検討が始まります。'90年の国勢調査では、全国と全道の平均高齢化率が共に12.0%であるのに対し、奈井江町では17.1%とやや高く、超高齢化の時代が来ることが予測されました。そこで、高齢化に対応したまちづくりの必要性が強く認識されたのです。

多面的に高齢化福祉を見据えていこうと、次に取り組んだのが国際交流でした。町では、'93年に「高齢者・障害者にやさしい町づくりのための国際交流計画」を策定しました。

「保健・福祉・医療の連携は頭の中にあっただけですが、もっといろいろと勉強してみたいと思うようになって、ある時、当時の厚生省の方に私の思いを申し上げたら『日本はこれからヨーロッパ型の高齢者対策、福祉の推進が必要だ。施設を建てるだけでなく、本当の意味の福祉に取り組むべきだ』と賛同をいただきました。そこで、互いに学びあえるような交流先を紹介してほしいと依頼したところ、フィンランドのハウスヤルビ町を紹介いただいて、それから視察団や研修職員の派遣など、交流が始まりました」。

ハウスヤルビ町は、首都ヘルシンキから北へ約85km、農業と製造業が中心の町で、面積は奈井江町の約4倍ですが、人口は約8千人。この町と'95年に友好都市の提携を結び、これまで毎年交流を行っています。当初から町民・議会・行政の三者が同じ視点に立ったまちづくりを進めていこうと、派遣団も三



国保病院に併設された「健寿苑」が奈井江町のまちづくりのスタートだった。

者で構成してきました。その結果、さまざまなまちづくり施策を進めていく上でも、住民の理解が得やすい環境づくりが整ってきたといえます。

「フィンランドで学んだことは、福祉に重要なことは“自立”ということでした。少し高いところにある物を取る時は、日本だとだれかが取ってあげてでしょう。でも、フィンランドでは、隣で頑張ると応援するだけ。自力で取ってもらうことが重要で、ハードではなくソフトの福祉なのです。これが本当の福祉なのだと思います。

また、フィンランドでは福祉施設と病院が一体になっていました。やはり、医療と福祉の連携、それに保健を合わせていくことは間違っていないと確信しました。保健・福祉・医療が充実すると地域が安定します。住民にとって住みやすいまちになりますから、そこに産業も根付きます。

町内には工業団地があり、そこに住友電気工業(株)が全額出資した北海道住電精密(株)が立地しています。かなりの投資と雇用拡大を図っていただいており、町にとっても大きな柱になりました。住友電工の4代目社長からは『保健・福祉・医療がしっかりしているので、社員と家族が安心して住める。会社を大きくしても安心だ』とうれしいお言葉をいただきました。これまでやってきたことは間違いではなかったと思いました。

保健・福祉・医療は、まちづくりの基盤です。それには“自立”が求められます。行政も、住民も、地域も自立しなければなりません。そのための原点は人づくりです。歳をとっても、病気になっても、自立の気持ちを持ち続けることが私の理想です」。

ハウスヤルビ町との友好都市提携前年の'94年、奈井江町は開町50年式典にて「健康と福祉のまち宣言」を行い、奈井江町のまちづくりの方向性が明確に打ち出されました。以来、奈井江町では、健康と福祉・医療に関するさまざまな先進的な取り組みを進め、全



病診連携の拠点、奈井江町の国保病院（外観と受付の様子）。

国的に注目される存在になっています。

例えば、健寿苑では、いち早くデイケアサービスに取り組み、フィンランドで学んだことを生かして自立を助けるための計画、現在のケアプランのモデルとなるものを導入。介護保険制度を構築する上での貴重なモデルとなったのです。

地元開業医の発案で病診連携開放型共同利用病院に

町では'89年から町立国保病院の老朽化に伴って地域医療懇話会を設置し、今後の地域医療についての検討が進められていました。改築に伴って住民の声を聞いたところ、病院の存続を強く求める声が多く、これを尊重する形で議論が進められました。懇話会では、地元開業医も一緒になって検討していただいたことから、病診連携のアイデアが出されました。地元開業医で、北海道医師会の常任理事も務められた方波見康雄かたばみやすお氏の発案でした。

そして、町立国保病院は、'95年に全面改築され、病診連携開放型共同利用病院として位置付けられました。これは、96ある病床のうち12床を開業医に開放するほか、病院内にあるCTスキャンやエコーなどの高度医療機器・病院検査施設を開業医と共同利用するというものです。検査施設の生化学分析等については、町立国保病院の職員が検体の受け取りと返却で、開業医院と町立国保病院を毎日2往復しています。昨年の実績では、病床利用は1日平均10.1人とほぼ満床で、CTスキャンの利用は延べ20件、検査施設の利用は7,517件となっています。



国保院内には、地元開業医が利用できる「地域医療連携室」がある。

開業医に開放された病床に入院する患者の主治医はそのまま開業医が担当し、町立国保病院の医師は副主治医となります。主治医は回診にも対応してくれるので、町内にある二つの診療所の医師が町立病院に通ってきてくれるのです。

病診連携が導入できた背景には、地元開業医の前向きな姿勢がありました。入院となると、患者はどうしても大きな病院となって、砂川や美唄などの病院に行ってしまう傾向があります。しかし、開業医としてはこれまで診てきた患者ですから、目が届かない入院中の診療は気がかりでもあります。退院後も入院していた病院に通院してしまうというジレンマもあったのです。

こうした経験から、率先して病診連携を進めていきたいと考えていたようです。導入前には、空知医師会の理解を得ることに時間がかかったそうですが、事前に方波見氏が医師会に根回しをしてくれたこと、行政が主導したのではなく、開業医側が希望していることなどが伝わって、理解を得ることができました。

現在、開業医と町立病院の医師間で意思疎通が図られ、情報伝達の徹底などで、良好な病診連携が確立されています。病診連携を導入しても、開業医と受入病院の関係がぎくしゃくしてしまえば立ち消えになってしまう心配もありましたが、開業医側が積極的に病診連携を進めていく姿勢が現在の成功につながっています。

さらに、病診連携だけでなく、福祉施設との連携で、かかりつけ医制度も導入しています。健寿苑のほか、'96年に完成した老人総合福祉施設「やすらぎの家」の特別養護老人ホームの入所者も従来から診て

いた医師が診療を担当するもので、医療に対する安心感を与えています。

介護保険制度導入に向けて広域連合を設置

'96年、奈井江町は健寿苑でのケアプラン導入が評価され、浦臼町と共同で公的介護保険モデル事業地区に指定されます。浦臼町が無医地区になったことで、奈井江町の病診連携やかかりつけ医制度を開放、医療面での連携を進めていたことから、2町で進めることになったのです。同年には公的介護保険 IC カード導入開発モデル地区にも指定されます。

浦臼町と共同で進めたモデル事業が、介護保険制度導入に向けた広域連合設置の原点となりました。

「介護保険が導入されても医師がいないと要介護認定の審査ができないと、浦臼町長に相談を受けたことがあり、それなら連携して一緒にやろうということになりました。このことを方波見先生にお話したら積極的に支援してくれました。病診連携に率先して取り組んでくれた方ですから、その時の経験なのでしょう。実験的に始めてみたら、『小さなまちは人材が少ないけれど、それを重ね合わせることは素晴らしいことだ』と強く後押ししてくれました。

モデル事業翌年の中空知地区の町長会議ではほかの町がうちと浦臼の取り組みに興味を示してくれました。それなら一緒に勉強しましょうということで、同年に奈井江町、浦臼町、新十津川町、上砂川町、雨竜町の中空知5町で介護保険の共同研究を進めようということになり、翌年には5町に加えて歌志内市^{※3}が加わった1市5町で『空知中部広域連合』を設立することになったのです」。

当初、職員たちは連携といっても、介護認定審査だけを共同で行うのだらうと考えていたそうです。ところが、介護保険は実績がない新しい制度ですから、せつかくやるのであれば保険者として取り組んでいけ



老人総合福祉施設「やすらぎの家」には特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービスセンターの機能がある。高齢や障害で生活に不安のある高齢者の単身者か夫婦2人が生活できる高齢者生活福祉センター「ひだまり」も隣接。



※3 空知中部広域連合

歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町の1市5町で'98年7月に設立。連合長は北奈井江町長で、職員は各市町からの出向職員を中心に現在22名(うち臨時職員7名)で構成されている。

ないのかと構想が膨らんでいきました。

そこで大きな問題となったのが、介護保険料です。各市町別に試算した介護保険料は大きな開きがあったのです。とはいえ、認定だけが一緒で、サービスも料金もまちまちとなれば、サービスを受ける住民も納得がいかないでしょう。介護保険料の平準化をどのように図っていくかが課題となりました。

「いろいろ検討をした結果、やはり政策的な支援をいただきたいと思って、当時の厚生省や自治省に事情をお話ししましたら、広域連合で進めることを評価してくれ、また交付金などの政策的な支援を検討してくれたのです」。

当時は広域連合に馴染みがなく、一部事務組合方式も検討したものの、介護という住民が直接受けるサービスにかかわるものであることから、直接請求ができ、権限委譲も可能で、規約改正も自らできる広域連合方式を取るということで1市5町が合意、北海道への申請、許可とトントン拍子に話が進みました。

介護保険における広域連合の設置は全国で初めてで、このことを高く評価した厚生省は全国へ情報を発信、他府県でも多くの介護保険を所掌する広域連合が生まれています。

また、広域で取り組むことは別の面での利点もありました。

「連携することで認定制度に透明性が出てきます。クローズでやってしまうと、かかりつけ医になっている先生だから認定度合いを高く設定したと思われがちですが、いろいろな医師がかかわることで公平さが分かるわけです」。

結局、空知中部広域連合を設立したことで、認定調査の平準化と認定審査の公平性、介護保険料の平準化、行財政の効率化が図られることになり、加えて、「広域連合という共同の形で取り組むことで各市町間の壁を取り払い、いろいろな面で協調性が出

てきたように思います」と、北町長はその成果を振り返ります。

国民健康保険と老人保健も広域連合で

介護保険を広域連合でやっていこうという話が決まったころには、国民健康保険も広域連合でできるのではないかという話が進んでいました。しかし、介護保険とは違ってこれまでの実績があります。そこで、広域連合を設立した翌年4月から奈井江町と浦臼町で、まずパイロット事業（広域国保事業）として実証実験をすることになりました。2町での実験結果は保険料にも大きな差がなく、広域運用も可能という結果になりましたが、残りの1市3町に広げていくには反発がありました。すでに他市町の保険料や保険給付費の実績を知っている住民や議員から保険料が高くなるのではという懸念が寄せられたのです。

しかし、翌年には雨竜町が保険給付費を自賄いとし、事務のみを広域連合で受け持つという枠組みで加入することが決まりました。その際、各市町の国民健康保険担当係では老人保健事業も担当していたことから、事務の効率化や財政効果を上げるためには老人保健事業についても広域連合で実施することが望ましいということになり、この時点で3町は医療に限った老人保健事業を広域連合で行うことになりました。

また、国は国民健康保険の広域化に関連して国保保険者広域化支援の補助金を新設していたのですが、これが'02年度から貸付制度へ移行することとなり、前年度中に残りの1市2町も国民健康保険に加入することが決定。この補助金を保険料格差の調整資金として活用する方式で、1市5町の国民健康保険事業の広域化が実現しました。同時に、老人保健に関しても広域化が実現され、'01年に広域連合による介護保険・国民健康保険・老人保健（医療等に限る）

の3事業実施がスタートすることになりました。それぞれのまちの思惑がある中で、広域連合という難しい組織を束ねていくことは非常に難しいもので、加えて実績のある国民健康保険事業を組み込んでいくには厳しい場面もあったはず。

「北海道はフロンティア精神がありますが、歴史が浅いこともあってか、まちを作ってきたのは自分たちだという誇りがあるのです。それが連携を生む土壌を薄めているというか、隣のまちとの絆を築きにくくしているのだと思います。それでも、各町が納得して、協調精神のもとでここまで発展できたことは素晴らしいことだと思っています。小さなまちでも連携し合ってやっていけるという実績を作り上げたと思っています」。

退職者医療の国庫負担が全額市町村負担になるなど、医療制度が大きく変化したことから保険料の平準化が難しくなり、昨年からは国民健康保険については事務のみを広域連合で行う自賄い方式に逆行しているという残念な状況ですが、「長期的な視点に立って、事業の一本化を目指して検討していきたい」と空知中部広域連合の堀則文事務局長はいいます。

また、広域連合では行財政改革、地方分権、道州制議論の流れの中で、北海道に対して権限委譲の要望を出し、'02年には「居宅サービス事業者の訪問介護、訪問入浴、通所介護と居宅介護支援事業者」の指定、変更届の受理、事業者に対する運営指導等の権限が委譲されています。現在も介護保険に関する可能な限りの権限委譲について要望しており、現場の声を積極的に北海道のみならず国に対しても発しています。

広域連合の設立によって、介護認定の公平性や介護調査の平準化（統一化）、行財政スリム化による行政コストの削減などのほか、市町間の情報共有化による行政のレベルアップやサービスの広域化による格差是正とサービスの幅が広がるなど、広域連合による

メリットが見られており、空知中部広域連合の存在は、これからの行政運営を考える貴重な体験として誇れるものになっています。

先進的なモデル事業地区として

奈井江町では、'96年に介護保険モデル事業地区に指定された後も、全国的な先進地として'01年に「介護予防筋力増進運動指導モデル事業」（全国で4カ所）、'03年に「地域における包括的な保健・医療に関するモデル事業」（全国3カ所）、'04年に「介護保険制度改正に向けた介護予防モデル事業（要支援から要介護1までを対象とした筋力トレーニング事業）」など、介護関連のさまざまなモデル事業地区として先進的な事業に取り組んでいます。中でも、今年度まで3カ年の計画で進められている「地域における包括的な保健・医療に関するモデル事業」は、病診連携が評価されたもので、これまで行ってきた開業医への病床開放や高度医療機器の共同利用のほか、モデル事業となったことで新しく医科医師と歯科医師との間で診療情報を共有するシステムづくりや地域医療を充実するためのクリニカルパス作成^{※4}に向けての検証などが行われています。

多くのモデル事業を経験することで、事業そのものの効果が上がるだけでなく、職員のレベルアップや模索していた取り組みを実験できるなどの効果も現れています。モデル事業地区に指定されたことで、今まで病院にあまり縁のなかった若い世代の住民が「奈井江町で病診連携をやっている」という認知拡大にもつながったといえます。

これまでの取り組みが花開き、相乗効果となって、今さまざまな成果が見られています。

保健・福祉・医療の充実が北海道を創る

「介護保険導入に当たっては、多くの市町村が不

※4 クリニカルパス

主に入院時に患者さんに手渡される診療スケジュール表のことを指す。病気を治す上で必要な治療・検査やケアなどをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸に取り作る。アメリカで始まったシステムで、日本には'90年代半ばに導入された。担当医師によって診療方針が違う場合もあるが、それを各病院で標準化することが必要となる。検査や手術、退院の時期などが患者に分かり、入院生活の不安解消につながる。医療スタッフにとっても、チームとしての医療サービスがスムーズに提供できるようになり、患者と医療スタッフ両者のための羅針盤の役割を果たす。

安を持っていたようですが、私は市町村が運営することに信念を持っていました。それは現場が責任を持たなければ駄目だということです。国民年金保険料だって、'02年から徴収業務が市町村から国に移管されるようになって徴収率がぐんと下がりました。市町村の職員は現場を駆け回っていますから、だれがいつ家にいるのか、家族のだれに言えばいいのか分かっています。国がやるから責任がなくなって楽になるかもしれませんが、現場に任せて地域の実態に合わせて進めなければ駄目です。

一昨年奈井江町では、市町村合併問題について住民投票を行い、当面合併をしない選択をしました。

それは同時に、自らの責任において改革を進めることを意味します。

現在奈井江町には520戸の公営住宅がありますが、前年度分の家賃収納率100%を達成することができました。やはり自立意識が大切なのです。

北海道の行財政改革も同じです。今、北海道では道州制や市町村合併など、いろいろな議論が巻き起こっていますが、道改革、支庁改革、市町村再編など、これらを同時に進めるべきです。北海道が本気でやる気になれば、市町村だって真剣になります。

北海道の地方は医師不足で大変です。名義貸して逮捕者まで出しています。'04年に新しく新医師臨床研修制度が導入されたことで、将来的にはその成果が出てくるでしょうが、当面はまだ困っています。制度の導入で、ユニークな取り組みをしているような病院に目が向くようになるなど、よい成果も見られていますが、逆に医師を派遣していた大学で人材が不足して、引き揚げてしまうという問題も出ています。将来的には、自治体病院のあり方そのものを変えていく必要があると考えています。

全道にもれなく医師を派遣することはそう簡単ではありません。したがって、拠点病院を作って機能分

化し、みんなで地域医療を支えていくような仕組みが必要です。モデルになる地域は今のところありませんが、近い将来、この地域がそのモデルになることを考えています。病診連携を発展させて、病病連携を進め、協力し合って役割分担し、機能させていくことが大切です。医療分野も重点化、集中化です。そして高度医療、救急医療がどこにいても完遂できるようにしていくことがこれからの病院体制で重要なことでしょう。北海道もそこに切り込んで北海道の地域医療を考えるべきです。

また、市町村合併のあり方もやはり地域医療を中心にしたものになっていかなければならないと思っています。単に生活圏が一緒だからということではなく、まず医療圏をどう構築していくかを考えて、その中で住民が安心して住める地域を住民が納得する形で構築していくことが大切です。

北海道は保健・福祉・医療に関して、国にとっても貴重な地域です。四季があり、自然の中で生活でき、安心して安全な食料もたくさん生産されています。そういうところに優れた医療ゾーンがあれば、その周辺に優れた医療研究産業とサービスが根付くでしょう。保健・福祉・医療だけでなく、もっと広い意味で食をはじめとする地域包括システムをこの北海道で創り上げていくことが私の夢です」。

地域づくりや市町村合併などの行財政改革を考えていく上でも、地域医療をどう構築していくかは大きなテーマです。地域医療を住民が納得する形で実現するには、地域のトップがビジョンを持ち、医療関係者と連携し、現場の声を広く発信しながら取り組んでいくことが重要といえるでしょう。奈井江町の経験はそのことを語っています。

日本海に面する人口約2千7百人の町・瀬棚町は、1990年代初めまで老人医療費全国ワースト1の町でした。しかし、'91年に約143万円だった老人医療費が'02年には約73万円と半減。さまざまな予防医療に積極的に取り組み、道内外から注目されています。

地域医療はどうあるべきか。プライマリ・ケアに求められる役割はどのようなものが。それを実践する瀬棚町の取り組みを取材しました。

まちを変えた予防医療

～瀬棚町の地域医療～

町民の願いを実現

瀬棚町は日本初の女医・荻野吟子が1897年に医院を開業したまちです。また、日本海からまちに吹く強い風をエネルギーに変えようと、日本初の洋上風車「風海鳥」の建設や、安心・安全の有機農業の実践など、21世紀にふさわしい環境に配慮したさまざまな取り組みが進められています。

瀬棚町では、1996年に町内に1軒しかなかった開業医が入院施設を廃止することになり、町にとって大きな問題となりました。この年、町では住民を対象に住民意識アンケートを行い、医療や介護の状況などを幅広く把握することに努めました。その結果、回答者の7割が24時間対応できる入院施設の設置を望んでいることが分かりました。

現在、3期目を務める平田泰雄町長は、役場職員時代に保健福祉部門を経験していたこともあり、住民の要望を何とかかなえようと動き始めます。医師確

保のために奔走していた平田町長がある医療関係者から紹介されたのが、現在瀬棚町国民健康保険医科診療所長を務める村上智彦医師でした。'99年のことです。

村上所長は、自治医科大学に入学し、厚岸町で10年間勤務経験のある五十嵐正紘教授に出会います。五十嵐教授が地域医療に熱心だったことから、村上所長もプライマリ・ケア医を目指して道内外で研修を積んできました。また、村上所長は歌登町出身で、小さなころから地方における医師確保の難しさを知っていたことから、いつかは北海道で勤務したいと考えていました。

平田町長は、保健・医療・福祉を中心としたまちづくりのほか、有機農法による安全な食品づくり、環境に配慮した風力発電の導入など、21世紀を見据えたビジョンを描いており、こうした思いに共感する部分があったことから、村上所長は瀬棚町での勤務を決めました。



医療センターそばにある荻野吟子の顕彰碑。

※1 老人医療費

70歳以上の者及び65歳以上70歳未満で何らかの障害を抱えており、市町村長によりその障害を認定された者に対してかかる医療費のこと。なお、年齢は'02年10月から5年間かけて、段階的に70歳から75歳に引き上げられている。

※2 コメディカル

医師に協力する看護師、薬剤師、検査技師などの専門家のこと。

町内には、昔、国縫～瀬棚を結ぶ国鉄瀬棚線が敷かれており、瀬棚が終着駅であったことから鉄道関連の施設がありました。町では、その跡地を有効活用しようと、'95年ごろから旧国鉄跡地一帯を福祉ゾーンとして整備していくことを検討していました。その核となる施設が、荻野吟子記念瀬棚町医療センターです。現在村上所長が勤務する医科診療所のほか、歯科診療所、訪問介護ステーション、デイケアルームなどがある施設で、町の保健福祉課の職員が常駐する保健センターも併設しています。また、すぐそばには公営温泉やデイサービスセンター、在宅介護支援センターや福祉センターがある総合福祉センター「やすらぎ館」も整備され、医療センターを核に、地域の保健医療・福祉の拠点となっています。

瀬棚町での勤務を決めた村上所長は、センター建設前の構想段階から参画し、所長室を設けるよりもリハビリ訓練をできる空間を確保してほしいなど、センターの建設についてさまざまな要望を伝えてきました。それは住民意識アンケートをよく理解した上でのことです。

「7割の住民がベッドのある医療機関がほしいという希望を出されていたから、住民が望んでいることをかなえたいと思いました。また、こちらに来る前からここで講演をやる機会があったので、住民の生きがいについてアンケートをとって見たところ、高齢者の約8割が町の中で何らかの役割を持っていることが分かりました。役割を持っていることが健康を維持すること、病気を予防することにつながるのです」と村上所長。また、併せて平田町長に対しても「『私は

素人だといって、地域医療の問題にさじを投げないでください。行政も議会も一緒になって協力してほしい』ということ、そして『^{※2}コメディカルのスタッフをきちんと確保してほしい』など、いろいろな条件を出しました」といいます。

そのかいあって、現在診療所には、村上所長を含めて医師3名のほか、非常勤の眼科医1名、看護師10名、薬剤師1名、診療放射線技師・理学療法士・作業療法士が各1名と、医師を支えるスタッフがそろっています。

「医師が何でもできると勘違いしているかもしれませんが、地域医療ではそれよりもリハビリの理学療法士や作業療法士、薬剤師、放射線技師、栄養士や保健師など、医師を支えるスタッフが重要です。医者は病気を見つけるプロですが、住民の健康を維持するためには専門のスタッフの力が必要なのです」と村上所長はいいます。

地域医療を担う医師の役割

米医学誌の『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』に発表されたある論文には、住民が1,000人いるまちで、病院で受診した人は250人、入院したのは5、6人、専門的な治療を必要として大学病院などに行く必要があったのはわずかに1人だったといえます。病院を中心に考えると、残った750人に対するケアには力点が置かれません。しかし、地域医療として考えると、健康な人たちに対する検診、予防があってこそその病院なのです。「医師法第1条には『医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向



医療センターがある福祉ゾーン一帯の施設は「瀬棚町ふれあい・すこやかコミュニティー施設」と名付けられており、敷地内には旧国鉄跡地を活用したことから国鉄の名残も。



荻野吟子記念瀬棚町医療センター。



医師が3人体制となったことで、代診業務にも積極的に出かけているという村上所長。

上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する』とあります。医療と公衆衛生の向上は並列なのです。ですから、当たり前のことを普通にやろうと考えているのです」と村上所長。

そこで、積極的に取り組んでいるのが予防医療です。中でも道内外で話題となったのが、肺炎球菌ワクチン^{※3}の予防接種と公費補助の取り組みです。高齢者がインフルエンザにかかるると4人に1人の割合で肺炎が進み、死亡に至るケースが少なくありません。そこで、最も頻度の高い肺炎球菌性肺炎のワクチン接種に乗り出したのです。肺炎になれば治療に一人約25万円がかかるそうですが、100人のうち1人の予防ができれば採算が合うとして、5,530円の接種料のうち2,030円を町が負担。'01年に瀬棚町で始めた取り組みが今では全国に広がり、多くの市町村で肺炎球菌ワクチンの公費補助が実現されています。

「本州では、北海道は医師確保が大変だから給料が高くて、質の悪い医療をやっていると思われています。北海道出身者として、これは許せません。そんなイメージを変えていきたいのです。行政では、条例がない、前例がない、予算がないと三つの言い訳があるとある本で読んだことがあります。逆にいうと条例を作って、前例をつくって、予算を確保すればいいわけです。いい前例を作れば、周りも真似してくれます。地味な取り組みかもしれませんが、そうやっていけば、住民の健康を守っていく方策がいろいろ広がっていくと信じています」と村上所長は、肺炎球菌ワクチンの公費補助を実現させた思いを語ります。

保健・医療・福祉と教育で老人医療費が半減

診療所では、保健推進事業として、保健師らと一緒に年に30回ほど各地区で住民向けに「健康講和」を開催しています。病気にならないためのいろいろな知識を学んでもらおうという取り組みです。そのほか

にも健康づくり教室として、「風海鳥^{かざみどり}」をもじった「ほそみどり」を開催。これは、保健師が週1回、2地区で筋力を保つストレッチと若者向けのダイエット体操を半年間指導するというもの。今年はこれに続いて、「やすみどり」を企画。禁煙ならぬ卒煙をサポートするもので、受診のほか煙草をやめるための治療薬（ニコチンパッチ）を町民に半額公費負担してくれるというものです。薬剤師が中心となって月に1回、ヘルパーやデイサービス職員など広く他施設の職員と学ぶ「オープン勉強会」も開催するなど、幅広い活動を行い、病気にかかっている人だけでなく、健康であり続けるための保健・医療・福祉を連携させた地域医療を実践しています。

「脳卒中や心筋梗塞など重大な病気も元をたどれば、高血圧症や高脂血症、糖尿病などの生活習慣病が引き起こすものです。生活習慣は生活そのものですから、早い段階で予防をすれば、医療費だってかかりません。知識と忍耐があれば、だれでも生活を改善できるはず。その情報を提供するのがわれわれ医療従事者なんです。

住民は高度な医療を求めているのではなく、良い医療を求めているのだと思います。でも、分からなければ高度な医療にすがるしかありません。地元の良い医者が出て、良い医療があって、しっかり対応しているという保証があれば、わざわざ都会に足を運ばないでしょう」。

瀬棚町の診療所では、医師だけでなく、看護師、薬剤師などスタッフ全員が、住民が満足できる地域医療を実現しようと、患者への対応はもちろん、病気を引き起こさないためのさまざまな取り組みを行っているのです。診療所の朝の打合せには保健師が同席、患者や在宅介護者などの情報を共有し、医療と保健・福祉の連携がしっかり図られています。

「地域医療に必要なのは、プライマリ・ケアですが、

※3 肺炎球菌ワクチン

肺炎球菌によって引き起こされるいろいろな病気（感染症）を予防するためのワクチン。肺炎の原因となる微生物には各種細菌やウイルスなど、たくさんの種類があるが、肺炎球菌はその中で最も重要な位置を占めている細菌。肺炎球菌ワクチンは、1回の接種でいろいろな型に効くように作られている。

別にプライマリ・ケア医でなくても、それを理解する医師がいればいいのです。自分でできなくても、コメディカルや行政など、一緒にできる人たちがいれば必ず実現できるはずです」と村上所長。そして、保健・医療・福祉に加えて「教育」の重要性を強調します。

地域包括ケアを実践する岩手県藤沢町（地域事例3参照）で1年間勤務した経験のある村上所長ですが、瀬棚町に赴任した当初は、なかなか住民の理解を得られないこともあったそうです。例えば、EBM（科学的な根拠に基づいた医療）を重視し、薬剤師の資格も持つ村上所長は、無駄な薬は一切患者さんに出していませんでした。それまで多くの薬をもらっていた患者さんにしてみると、薬があることで安心することもあります。しかし、それよりも村上所長は体に免疫をつけ、病に打ち勝つ体を作ることをまず優先させているのです。

「高齢者の方は、湿布がほしいとか、今まで使っていた薬がほしいとか、いろいろな要望をいってきます。でも、税金を払っているから何でも権利だと思っではいけません。私はよく義務と権利というのですが、住民には自分の体は自分で守る義務があるのです。結局、そのツケは息子や孫に回ってきます。社会保障システムだって、相互扶助で成り立っているのですから、そこをみんなが自覚していかなければ破たんします。このことをだれかがいわないとはいけません。それも私の仕事だと思って、住民に理解を得るように努力したのです」。

さまざまな取り組みが功を奏し、瀬棚町の老人医療費は半減したのです。



診療所の受付。

住民が望むサービスを

瀬棚町では、医療センターを核に、在宅療養患者への訪問医療のほか、介護を必要としない体づくりを目指すために医療センター2階にはリハビリ室があり、理学療法士、作業療法士も常勤しています。

「高齢になっても元気で仕事ができ、幸せに暮らしているのであれば、それを見て移り住む若い人がいるかもしれません。高齢者ばかりだからとマイナスに考えず、発想を転換すればいいのです」。

所長室を設けずにリハビリ室を整備した背景には、いつまでも住民が元気で仕事を続け、病気や寝たきりにならないようにケアしていこうという思いがあるのです。

さまざまな取り組みを進める中で、村上所長が気配りするのは「住民の声」です。

「医療過疎の地でどうすればいいのかとよく聞かれますが、第一は住民が望むことです。住民が声を上げない限り、絶対実現しません。これまでも北海道でしっかり地域医療をやっていこうと考えていた医師はいたはずですが、でも、それを支援し、継続させていくのは住民の問題です」。

瀬棚町の診療所は、ホームページも充実しています。サイト内には「苦情受付」コーナーがあり、苦情に対して親切な解説が掲載されています。また、「掲示板」には、外部からの声ばかりでなく、診療所のスタッフが町内で流行しそうなインフルエンザの注意を呼びかけたり、インターネットを利用しない高齢者のために、こうした情報を伝えてくださいといったコメントを添えるなど、情報発信にも工夫が見られます。忙しい合間を縫っての書き込みを見ていると、本当に地域のことを考え、地域住民の声を聞きながら医療に携わっているという熱い思いが伝わってきます。

こうした医療従事者の思いを受け止め、それに応

えていくことが住民の義務ではないかと強く感じます。

これからの北海道の地域医療

「北海道には小さな自治体がたくさんあります。へき地もあります。そんな北海道でなぜ地域医療のモデルになるまちがなかったのでしょうか。地域に根差した医療のニーズもあるのに、なぜノウハウを作らなかったのでしょうか。ようやく最近、地域医療や総合医療ということに目が向き始めて、北大にも札幌大にもそうした講座ができています。地域医療に目を向けて、人を育てていくシステムがようやく北海道でも出てきました。お金もなく、人もいなければ、智慧を出す。そうすれば何かできるはずです。でも、まずは住民がビジョンを持った首長を選ばなければ駄目です。よく首長さんは『医療は素人だから』といいますが、国民健康保険の保険者は市町村で、責任者は首長です。医療の勉強はしていても医者は行政のことは分かりません。ビジョンがない首長では、結局、医者独りよがり地域医療が行われ、サポートがなければ、そのうちに辞めてしまいます。今まではその繰り返しでした。でも、もう繰り返してはいけません」。

瀬棚町は、この9月1日から、大成町、北桧山町と合併し、せたな町となります。

「合併しても、私は住民の選択に従おうと思っています。住民が選ぶ新しい首長と全く考え方が合わなければ、ここを去ることだってあり得ます。すべては住民の選択です」。

瀬棚町がこれまで築き上げた地域医療の仕組みをせたな町に引き継いでいくのは、住民の選択にかかっているのです。

瀬棚町では、'80年代から港を核にした瀬棚町マリン・タウン・プロジェクトが推進されてきました。プロジェクト当初は時代背景もあり、ハード型のプロジェクトでしたが、現在はそれを継承しつつ、環境に配慮

した21世紀型のまちづくりに転換しています。'03年には国内初の洋上風車が完成、また、有機農業特区における株式会社の農業経営もあり、町の基幹産業である農林水産業から発生する家畜排せつ物、水産加工残さなどを活用したバイオガス発電を行い、地域のハウス栽培に利用する取り組みを進めています。将来的には、バイオマス利用を教育や観光資源として生かすことも目指しています。「農業体験など、都市との交流事業も進めていければ」と、新しいまちづくりに着手した平田町長はいいます。

「診療所を作る際には、老人医療費が一番高いまちで何を考えているのかと猛反対されましたが、何とかここまで実現することができました。村上先生は、当初いろいろ条件を出されたので、面食らいました（笑）が、今ではすっかり地域医療が定着しています」。

市町村合併に当たって、現在の病院・診療所はそのまま新しい町に引き継ぐこととし、病院の運営方法は必要な時期に見直すということになりました」。

道内外からも注目を集めた瀬棚町の地域医療。小さな町だからできることかもしれませんが、ようやくモデルとなる取り組みが北海道にも出現したのです。瀬棚町での経験を、これからの北海道の地域医療に生かしていくためにも、新しいせたな町に引き継ぎ、さらに発展させていってほしいものです。



町内に入院施設がなかった時には八雲町や函館に出かけて行くなど大変な地域だったと振り返る平田町長。

地域包括ケアの実践で健康と福祉の里づくり

～岩手県藤沢町の取り組み～

岩手県南部、宮城県と県境にある藤沢町は、人口約1万人、高齢化率は32.1%と高いまちですが、早くから住民自治を実践するまちとして全国的に知られています。そして、近年は保健・医療・福祉が連携した包括的な医療サービスを提供するまちとして、注目を集めています。

地域包括ケアを実践し、健康と福祉の里づくりに取り組む岩手県藤沢町を訪ねました。



町民主体のまちづくり

花巻空港から高速道路を經由して、約2時間。藤沢町は米やピーマン、リンゴ、畜産など、農業を主産業とするまちで、町内にある牧場では北海道に似た風景に出合えます。

藤沢町を語る時に欠かせない人物がいます。1972年、教員、教職員組合活動を経て、藤沢町の助役に抜擢された佐藤守氏です。助役を2期務め、町長となって現在7期目を迎える人物で、これまで一貫して住民自治を基本に据えた、町民主体のまちづくりに取り組んできました。

今から30年ほど前、藤沢町では町内43地区に自治会を作り、各地区から出されるミニ地域開発計画をベースにまちの総合開発計画を策定しています。ミニ計画策定に当たっては、町職員はそれぞれ各地区担当制とし、一住民として住民と行政のパイプ役を務めました。地域の仕事と役場内の業務が重なる場合は、地域の仕事を優先させ、ミニ計画策定の際は超過勤務手当や出張手当を払わないなど、大胆な方針を打ち出しました。これらを佐藤助役と当時の佐々木要一郎町長がスクラムを組んで実現させていったのです。自分たちの声がまちの計画づくりに生かされることこそ町民主体のまちづくりです。これをきっかけに藤沢町では自治会を核にした住民主体のまちづくりが確立されていきます。

保健・医療・福祉の連携は、そうしたまちづくりの延長線上にあるのです。

医療過疎のまちで病院建設を

かつて藤沢町には'51年に開院した県立藤沢病院がありました。しかし、県の統廃合計画により'68年に廃院となり、その後は'82年に医師一人の国保藤沢診療所が開所します。また、地域医療に命をかけた

佐藤光栄医師が開業する「高金医院」がありましたが、睡眠時間わずか2、3時間という激務で、67歳にがんが発症、'87年に69歳で亡くなりました。

一方、町では、'82年に国保藤沢診療所のほか特別養護老人ホームを開設、すでにあった「保健センター」を統合し、「福祉医療センター」としました。これは、高齢化が進む中で、縦割りのサービスを提供するのではなく、保健・医療・福祉を総合的にとらえてサービスを提供しよう、それが本当の高齢化社会に対応するサービスだという佐藤町長の思いがあったからです。

しかし、診療所には医師が定着せず、安定した医療サービスを提供する基盤に欠け、「福祉医療センター」とは名ばかりの状況でした。診療所はわずか19床で、'88年度に亡くなった町民約100人のうち半数以上が町外の医療機関や施設で最期を迎えたといえます。これを知った佐藤町長は、弱者を見守れない自治体はないに等しい、自宅の畳の上で最期を迎えたいというのが本心だろうが、それができないのなら、せめて町の一番にぎやかなところに病院を作って、その中で最期を迎えさせてあげたいと、病院建設構想が登場します。

平成に入って、病院建設構想が動き出しますが、県や国は猛反対です。当時、県内にある自治体病院はすべて赤字、財政的に無理だの一点張りです。しかし、高齢化社会を支える中核となる地域包括ケアシステムの重要性、住民の強い要望、議会による「他の事業を減らしてでも病院建設は最優先」とする議決などが功を奏し、ようやく病院建設の許可がおりました。それでも当初予定していたベッド数は100から60へ、地元医師会の同意を得る際にはさらに1割カットとなり、最終的には54床となりました。

こうして苦労の末、'93年7月、「国保藤沢町民病院」が開院、藤沢町福祉医療センターの中核を成す医療

機関となっています。

地域医療を支える自治医大が支援

国や県との関係では病院建設の目途がついたものの、さらに大きな壁が医師確保の問題でした。佐藤町長は、県内外の民間病院や大学を奔走しましたが、なかなか目途が立たなかったのです。そこで知ったのが地域医療に積極的に取り組んでいた自治医科大学でした。藤沢町で目指す高齢化社会に対応した地域医療構想を説明し、同意を得ることができましたが、卒業生の派遣は全国から要請があるため、まず県内の卒業生に当たることを勧められました。

そして、出会ったのが現在藤沢町民病院長である佐藤元美医師です。自治医大2期生の佐藤院長は、当時県立久慈病院の内科医長でした。

「私は呼吸器内科を中心に診ていたのですが、ここで一番多く診るのは肺がんの患者さんです。どんな人が肺がんになるか。はっきりしています。タバコを吸う人です。それが分かっているのにタバコをコントロールせず、ただ病気を見つけて手術をする。これが医師の仕事なのかと悩んでいました。手術で肺を取ると、呼吸器困難が残ることも多いのです。そうすると酸素が必要になってきますが、以前は自宅での酸素吸入も無理でした。診断や治療の能力を生かすには、前段で予防、後段で介護が必要です。医療という基点を考えると、医療の前と後で患者のことを考えて、全体で見なければならぬと思うのです。これまでの医療は、自分が治せる間しか関心を持たない、医療が本来持っている非人間的な面があったのです。自分の力が本当に人の役に立つためには、それを乗り越えて、もっと幅広い仕事が必要だと思っていたのです」と佐藤院長。

藤沢町の隣町・千厩町出身の佐藤院長は、正月に帰省した際に、佐藤町長の誘いで藤沢町にあるふじ

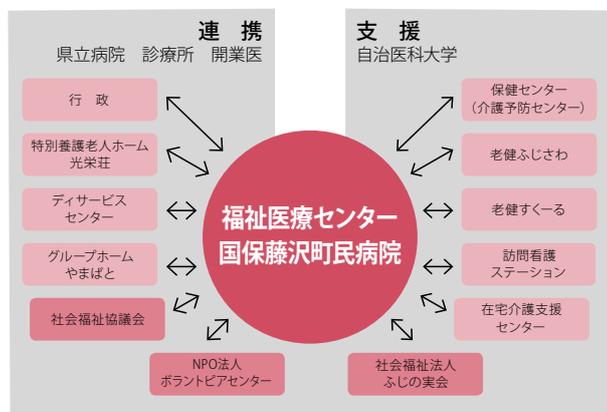


地域包括ケアの中核となる国保藤沢町民病院。



難しい課題に取り組む時はオープンな勉強会を開催し、第三者に広げることで職員の間につなげるという佐藤院長。

国保藤沢町民病院を核とする地域包括ケアシステム



の実学園を訪れます。ふじの実学園は、'84年にできた知的障害者更正施設で、これも佐藤町長の発案で、本当の福祉・ノーマライゼーションを実践する第一歩と、町が県に要望して町内に整備したものでした。運営には自治会の代表者で構成する評議員が当たり、学園を支援する「ふじの実会」には町内全世帯が会員となって支援しているほか、現在病院内の売店や食堂はふじの実学園が運営しています。

佐藤町長は「病院建設予定の敷地は見なくてもいいから、ふじの実学園を見て決めてくれ」と佐藤院長にいったそうです。そして、そこで佐藤院長が見たのは、佐藤町長に駆け寄ってくる園生の姿でした。「園生がとても町長を慕っていることが分かりました。園内もよく整備されていて、こんな小さなまちに県内から知的障害者が集まって更正している姿を見てすごと思いました。町長が考えている福祉は選挙目当ての短いスパンで考えているものではないと思いました。それで思わず『藤沢に来ます』といってしまったのです(笑)。知的障害者の施設建設は住民の反対もあったでしょうが、それを実現させ、今は地域に根差している。反対を押し切ってでも実現させる政治力のある人だと感じました。

また、医療だけでなく、福祉や介護、健康づくり



病院に隣接している「老健ふじさわ」。

の責任者も担当させてくれるということもよかった。ここで私が考えていることを実現できれば、全国に存在感を示すことができます。町内でしっかりした仕事をするのと、町外にそれをアナウンスしていくことが、私の役割だと思っています」(佐藤院長)。

多くの医科大学では専門医養成に重点が置かれている中で、地域医療、総合医育成に力を入れる自治医科大学の考え方がしっかりと受け継がれているのです。佐藤医師の院長就任が決まり、藤沢町民病院には医師交代や補充など、自治医科大学からの支援も得られ、現在7名いる医師のうち5名が自治医科大学とかかわりのある医師となっています。

病院経営を支えるために

藤沢町民病院は、佐藤町長が考えたとおり、町の一番にぎやかな場所、町役場のすぐそばにあります。病院を核に、周辺には介護老人保健施設「老健ふじさわ」、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム「光栄荘」、デイサービスセンター、認知症高齢者グループホーム「やまばと」、居宅介護支援事業所、保健センター、在宅介護支援センター、介護予防センターと、介護等に関する各種施設もあり、これらを総称して、「福祉医療センター」と呼んでいます。これらの施設が連携し合って、保健・医療・福祉の一体的なサービスを提供しているのです。

自治体病院の赤字が大きな問題となっている中、藤沢町民病院は、'01年から(財)日本医療機能評価機構が行っている病院のISOと呼ばれている病院機能評価の認定を受けているほか、今年度は全国自治



認知症高齢者のグループホーム「やまばと」。

体優良病院表彰を受けています。不良債務や累積欠損金がなく、5カ年度以上にわたって黒字経営であるという「経営の健全性」、職員の配置・利用患者の実態・薬品や材料の購入・業務委託等についての「経営努力」、救急医療・保健衛生活動・他の医療機関との連携・高度で特殊で先駆的な医療・へき地医療など「地域医療に果たす役割」を認められたものです。

特に黒字経営という点では、保健・医療・福祉の地域包括ケアシステムが大きなポイントです。例えば、平均在院日数。通常は24、25日だそうです。藤沢町民病院では16日だといいます。入院が長期化すると、経営的には収入が減少しますが、老人保健施設や特別養護老人ホームなど、各種の施設があることで回転がよく、収益にも貢献します。また、病院から老人保健施設を経由して在宅へという仕組みができており、在宅の場合も各種のサービスが病院を核に一体的に管理されているので安心です。

藤沢町民病院をはじめ、老人保健施設などの各施設の利用者の3割は町外在住者で、訪問看護事業などは六つのまちにサービスを提供するなど、事業としては町内にとどまらず、広がりを見せています。大きな病院とは違い、訪問診療、訪問看護、リハビリなども積極的に行っていることから、小さなニーズにも応えられる機動力があり、その点が他の病院との差別化にもつながっています。

また、藤沢町民病院は、これまで地方公営企業法を一部適用していましたが、この4月から介護老人保健施設「老健ふじさわ」、特別養護老人ホーム「光栄荘」、認知症高齢者グループホーム「やまばと」、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などの収益

のある7事業を合わせて地方公営企業法を全部適用し、新たにスタートしました。病院単体では医療機器などの設備投資や医療報酬の減少など、経営的に厳しい面がありますが、介護など収益を生む事業を集約することで、経営が安定することが分かったからです。病院が一企業となったことで、佐藤院長は町職員を辞職し、特別職の管理者となりました。

「まちと一定の距離を置いて、専門家集団としてしっかり主張することは主張できる団体にしていきたいと思ったからです。病院も5年後、10年後が展望できる形にしておかなければいけません」と佐藤院長はいます。

病院経営に住民の理解と協力・支援は不可欠

佐藤院長は、「地域住民は将来自分が病気になった時まで病院を支えなければならない役割がある」と、健全な病院運営には住民参加が不可欠と考えてきました。このことを住民に知ってもらうきっかけになったのが、現在も行われている地域ナイトスクールです。これは町内を10地区に分け、医師や看護師、介護スタッフなどが各地区に出かけて住民と語り合う場です。職員は全員、10地区のいずれかに参加しなければいけません。実はナイトスクールのきっかけは、止むに止まれぬ事情だったと佐藤院長はいます。

「北海道でもあると思うのですが、診察しないで薬だけ出している病院が県内では多いのです。これは違法であると同時に、危険な医療でもあります。本来は、毎回診察して必要に応じて適切な期間の薬を出すものです。それに薬だけの患者さんは収入にも結び付かないのです。病院の収益は治療や診断することでチャージされる仕組みですから、薬だけの患者さんが多くなると、病院の体力がなくなってきます。無診察投薬は放っておけない問題だったので、一切しないということで強行したのです。



地域ナイトスクールの様子。

ところが町内で大問題になりました。投書もありましたし、窓口で怒鳴る人もいました。議会でも問題になりました。仕方がないので、地域に行って説明しようということになったのです。

患者さんはどこかが悪いわけですから、話を聞かなければなりません、住民の立場は違います。住民は、将来自分が病気になった時まで病院を支えなければなりません。この機会にと思い、地域で病院を支えなければ、この病院はなくなってしまうということを伝えたのです。吊るし上げられると思っていたのですが、説明してみると皆さん分かってくれました。病院は診察して収入を得ることが大事だ、法律に違反すると病院の存在自体が危なくなるということも理解してくれました。

それでクレームが一気に減って、住民が病院を支えなければという気持ちが強くなり、病院への寄付も増えました」。

夜7時ごろにスタートし、約2時間。最初に健康や病気にかかわる寸劇をして、ちょっと笑いを取ってから本題に。「気持ちをほぐすとすぐに本音が出るんです。待ち時間が長いとか、病院が黒字になると国保が赤字になるのではないかと。そういう質問に一つひとつ答えていきます。やはり、住民自治の伝統があったからうまくいったのかもしれませんがね」と佐藤院長はいいます。

住民と直接語り合う場を設けたことで、住民の声を聞けるだけでなく、病院側が考えていることを伝える場にもなりました。ナイトスクールは住民の理解と協力、支援を得る格好の場となったのです。

また、佐藤院長がかねてから考えていた医療の前後のケアという点でも特徴的な取り組みがあります。後は、すでに述べた地域包括ケアシステムの実践ですが、前という点では、健康長寿を実践するために「健康増進外来」があります。これは、糖尿病予備軍や

軽症高血圧症などに対して、保健センターが行ってきた個別健康教育の成果を、病院で軽症糖尿病に応用しようとするものです。担当看護師が保健師の指導を得て、生活習慣を詳しく聞き取り、患者の感情面に配慮した生活習慣の改善を目指し、成果を上げています。これも、保健・医療・福祉の連携があってこそできる取り組みといえるでしょう。

地域にとって良い医療とは

「地域に合った医療と簡単にいいますが、長く良い医療をするためには、患者を大事にするだけでなく、住民を尊重する医療機関になることだと考えています。病院が発展できる基盤は、病院に来てもいいはずなのに、病院に来ない人たちです。そういう人たちに病院に来てもらうことが病院経営をよくしていくことにつながります。地域に合った医療は、病院ではない所で住民と話し合うことで見えてくるのだと思います」と佐藤院長。

佐藤院長は、地域医療や総合医療は二つの軸で考えなければいけないといいます。

「総合的な医療という発想と包括医療という発想です。包括医療とは、医療の前後を考えるということで、健康な時にも関心を持ち、治療が終わって症状が安定した時も責任を持って、一人の人間を診ていくことです。一方、総合的な医療というのは、頭の前から足の先までの空間的なことです。肉体を一つのシステムとして理解して、できるだけ患者さんのリクエストに応えていこうというものです。この二つの軸のどの位置に自分たちの仕事が置かれているのかを考えておかなければ、福祉や健康増進の取り組みと医療がちぐはぐになってしまいます。

私は、日本の医療制度はうまくいっている方だと思っています。へき地でもこれだけしっかり医療を定着させている国は少ないのではないのでしょうか。どんな

所でも医療を定着させ、経済的に支えてきたということとは誇れることです。

しかし、現在は困った問題が起きています。例えば、北海道や北東北での医師不足。そのためにいろいろな不祥事も起こっています。人や世の中の変化の早さに医療が追いついていないのかもしれませんが。私たちは、この時代の医療水準はどこにあるべきかを考えて、それを維持していくことが大事だと思っています。北海道では北大で総合診療部、札医大で地域医療総合医学講座など、アカデミックなところで幅広い医療をやろうという機運が出ていますが、そうした積み重ねが北海道の医療を底上げしていくのではないのでしょうか。

二つの軸で医療や介護などを展望していくことも重要です。地域に合った医療に自分たちの医療体制を変革していくパワーを身に付けるためには、二つの軸での位置付けが必要です。そうすることで、ほかのサービス業や製造業と同じように医療も歴史の中で今を認識して、変革していける存在になれるのではないのでしょうか。医療制度が変わらなければとか、医学部の入試制度が悪いとか、原因を追究しても意外と解決にはつながりません。もっと目の前の地域や患者に集中することです。そうすれば地域と一体となった良い医療が実現できると思います」。

藤沢町民病院の前庭の石碑に「忘己利他^{もうこりた}」という文字が刻まれています。開院を記念して、自治医大の名誉学長だった故中尾喜久氏が揮毫^{きこう}したもので「ビジネス感覚を押し、奉仕の精神と思いやりの心で医療を提供してほしい」という願いが込められたものです。

地方公営企業法全部適用となり、収益をにらみながらの経営ですが、佐藤院長は「住民が望むことはかなえない」と、土曜日の外来も受け付けるなど、忘己利他の精神が受け継がれています。「今は土曜日の

外来が精一杯ですが、医師の人数がそろえば日曜の外来も受け付けたい。この町の医療は私たちの努力にかかっているのです」と前向きです。

「地域医療はマニュアル的にやってもうまくいきません。ここがフロンティアだと思ってやれば、意外とうまくいくものです」。

藤沢町には、'89年に竹下内閣が配分した「ふるさと創生事業」の1億円を活用して設立した「NPO法人藤沢町ボランティアセンター」があります。1億円に上乗せして5億円の「地域福祉基金」を積み立て、基金の運用益を財源に在宅サービスや送迎サービスなどを提供する福祉公社として設立され、'99年にNPO法人として認可を受けた組織です。センターを支える会員は町内の全世帯、町内の自治会から推薦を受けた評議員が議決機関である評議員会を構成。ここにも住民自治の伝統が定着しています。

地域に必要な地域医療を実現するには、それを支えてくれる医師の存在が不可欠です。そして、住民にも地域医療を理解し、協力し、支援する心構えが必要です。そこに本当に地域に合った医療が根付いていくのではないのでしょうか。



病院前庭にある「忘己利他」の石碑。

ドクターヘリで、 救命救急医療の 向上を



今年3月31日、札幌市中央区にあるホテルロイトン札幌で、河幹夫厚生労働省北海道厚生局長や高橋はるみ北海道知事、飯塚弘志北海道医師会長、溪仁会グループ秋野豊明理事長らの出席のもと、救急医療専用ヘリコプター「ドクターヘリ」の運航記念式典が開催され、翌4月1日から本格的に北海道でドクターヘリの運航が始まりました。

いち早く救急現場へ医師と看護師を派遣するドクターヘリ。ドクターヘリ運航までの歩みや現在の様子をご紹介します。

医師と看護師が乗り込むドクターヘリは、空飛ぶ救命室ともいえる。

'02年に研究会による運航がスタート

「ドクターヘリ」は、基地病院に専用のヘリコプターを常駐させ、消防機関や医療機関の出動要請に対して、医師と看護師を救急現場に迅速に出動させて、適切な処置を早期に施すことで、救命率の向上や後遺症の軽減など、医療の質を向上させるものです。また、救急現場で、初期診断からその治療に必要な条件が整う医療機関を選定し、必要に応じて医療機関への搬送も行います。

ドクターヘリの導入は広大であることに加え、医療資源の偏在が大きく、交通事故による死亡者数が多い北海道では、救命率の向上に大きな期待が寄せられています。

2001年度から厚生労働省の「^{※1}ドクターヘリ導入促進事業」がスタート。そこで、道内での本格導入を検討しようと、医療法人溪仁会手稲溪仁会病院が基地

病院となって「北海道ドクターヘリ運航調整研究会」が'02年2月に立ち上がりました。以前からドクターヘリの有効性は認識されていたものの、北海道では冬の運航が大きな課題となっていたのです。そこで、まず研究会では札幌近郊の自治体や消防機関、医療機関、航空会社などの協力を得て、救急現場への出動と病院間を搬送する冬季シミュレーションを行いました。

ドクターヘリは、ヘリコプターの着陸場となる地域の行政、出動を要請する消防機関、救急処置を施した患者の受け入れ先医療機関など、さまざまな機関との連携なくしては成り立たないもの。騒音の問題もあることから、基地病院周辺や着陸場周辺の住民の理解と協力を得ることも重要です。

シミュレーションでは、出動要請から基地病院離陸までの所要時間・離陸から現場着陸までの所要時



3月31日に開催された記念式典でのテープカットの様子。

※1 ドクターヘリ導入促進事業
救命救急センターが実施主体となり、民間ヘリコプター会社を活用して、委託により専用ヘリコプターを救命救急センターに常駐させ、運航する事業で、国と都道府県が2分の1ずつ補助する。

間のロスも少なく、良好な結果が得られ、また、協力機関がドクターヘリの必要性を理解するきっかけにもなりました。その後、研究会では行政や消防など各機関との協定を締結し、継続的な研究運航をスタートさせます。

研究会事務局が各機関に協定締結を呼びかけたところ、最初に声をあげたのは長沼町でした。長沼町はゴルフ場や道の駅、キャンプ場など、観光客も多いまちで、交通死亡事故発生件数が多く、いち早くドクターヘリの意義を理解してくれたのです。長沼町は、行政が主導して、町内の関係機関との連絡調整や他市町村への声かけなど、協定締結先の拡大に率先して取り組んでくれたといえます。

長沼町と協定を結んだ'02年8月以降、協定締結先が徐々に増えていき、研究会による運航を行っていた今年3月31日の時点では52市町村への運航が可能となり、研究会による運航の出動回数は339件に上りました。また、'04年3月までの実績では、出動要請から離陸までの平均所要時間3.5分と、迅速な対応が確立され、救急医療の新しい仕組みづくりが始まったのです。

北海道による航空医療体制の検討

一方、北海道では'80年に防災救急ヘリ「はまなす」が導入されており、北海道警察、自衛隊、海上保安庁等の協力を得て、離島やへき地等で発生した救急患者や地域の医療機関で対応が困難な傷病者を高度

な医療機能を持つ医療機関へ搬送する体制を整えてきました。'96年には「はまなす2号」が導入され、新たに丘珠空港内に「防災航空室」を設置。さらに、札幌市との覚書に基づいて札幌市消防局所有のヘリコプターも道内各地からの救急患者の搬送に当たる体制を整えるなど、消防防災ヘリコプター等による救急患者搬送体制の充実に努めてきました。しかし、要請件数は増加傾向にあり、厚生労働省のドクターヘリ導入促進事業の創設とともに、航空医療体制の充実にに向けた要請も大きくなっているとの判断から、'02年7月から医療関係者らで組織する北海道総合保健医療協議会救急医療専門委員会において、ドクターヘリを含めた航空機による救急医療体制のあり方を検討する会議をスタート。翌年5月に「本道における航空医療体制のあり方について」を取りまとめました。

報告書には、「ドクターヘリの導入を優先的に検討する必要があるが、積雪寒冷・広域性など本道の特性を考慮すると、将来的にはドクターヘリと併せて固定翼などの航続距離の長い救急専用航空機を導入し、消防防災ヘリとの連携システムを構築するなど、全道域をカバーする航空医療体制の整備が望まれる」とあり、併せて本道の特性である冬期間に必要なヘリの格納庫、除雪経費などの対策が不可欠であることから、北海道の地域事情を十分に考慮した補助制度の弾力的な運用や必要な財源措置などについて、国に対して強く要望していくことの必要性についてまとめられています。

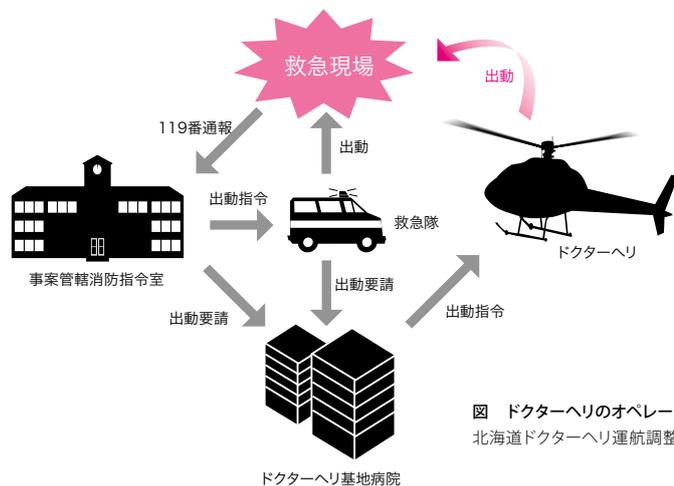


図 ドクターヘリのオペレーション概要
北海道ドクターヘリ運航調整研究会資料より

この報告書を受け、北海道では'03年5月にドクターヘリ導入促進事業の補助対象となる道内8カ所の救命救急センター^{※2}を対象にドクターヘリ導入の可能性について調査を行いました。しかし、8センターでは実施が困難なことが分かり、同年に創設された新型救命救急センター設置意向を示している17病院に対して、10月に再度導入可能性調査を実施しました。そして、最終的に研究会で基地病院を担っていた手稲溪仁会病院がドクターヘリの基地候補病院として絞り込まれたのです。

地域への貢献を目指して

手稲溪仁会病院では、24時間365日体制で救急医療に取り組んできた救急部がありましたが、すでに道央圏には3カ所の救命救急センターがあったことから、救命救急センターには指定されていませんでした。研究会では、'04年度からの本格導入を目指して活動していましたが、残念ながら'04年度からの事業導入には至りませんでした。

しかし、研究会ではすでにドクターヘリが社会的なシステムとして機能していること、北海道側も導入したいという意向を持っていることを勘案し、研究会による運航を継続することを決めました。研究会での運航費用は、会員となった病院や航空会社らの負担です。「われわれの都合だけで途中でやめてしまうことは社会的な責任という意味でも問題です。バトンタッチできるところまで何とか頑張っていこうという判断でした」と手稲溪仁会病院経営管理部経営企画室の小野寺英雄課長は当時を振り返ります。

そして、今年3月25日に手稲溪仁会病院は新型救命救急センターとしての指定を受け、基地病院となり、4月1日から本格的にドクターヘリ事業がスタートしたのです。北海道は全国で8番目の導入となりました。

手稲溪仁会病院が研究会から積極的にドクターヘ



北海道のドクターヘリには騒音の少ない機種が導入されている。

リ導入に取り組んできた背景には、地域への貢献という思いがありました。

手稲溪仁会病院は、札幌市の北西部に位置していることから、石狩や後志といった地域からやってくる患者も少なくありません。日常の診療は交通機関を利用して来院できますが、救急時の対応には限界があり、その点では地域への貢献を果たしきれていないというジレンマがあったのです。いざという時に、どのような役割を果たせるのか、また、他市町村からわざわざ来院してくれる患者への恩返しができないのか。そうした思いから、ドクターヘリ導入には積極的にかかわってきたのです。

「研究会でのゴールは、われわれの病院が基地病院になることではなく、北海道にドクターヘリが導入されることでした」と小野寺課長。

冬季のためのヘリ格納庫や融雪設備などの費用は補助対象に含まれていないため、同病院の負担は少なくありませんが、「研究会活動で見えてきたことは、ドクターヘリには救急医療、救命医療という点でのミッションと北海道特有のミッションがあることでした。北海道には医療資源の偏在という課題があります。ヘリコプターを活用することで、救命救急医療という社

※2 救命救急センター

厚生労働省が指定して、生命にかかわる重症の病気やケガの患者を専門に治療する施設で、北海道には10カ所ある。そのうち、通常の救命救急センターに比べて、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾患患者に常時対応できる十分なスタッフと施設が整った高度救命救急センターが1カ所、救命救急センターの設置基準を緩和した新型救命救急センターが2カ所となっている。手稲溪仁会病院は全国で5番目、道内で2番目の新型救命救急センターとなった。

会的なシステムを創り上げることができるのではないかと考えています。私どもの病院が基地病院ではありますが、ドクターヘリは私たちが飛ばしているのではなく、地域の皆さんと一緒に飛ばしているのです。そして、この道央圏で成果を出して、2番手、3番手につなげていければ」と、小野寺課長はその使命を語ります。

現在、手稲溪仁会病院の医師6名と看護師7名に加えて、北海道大学病院救急部の4名の医師の協力を得て、いつでも出動要請に対応できる体制を整えています。「救命救急は一つの病院だけで完結できるものではありません。いろいろな機関との協力があって初めて一つの命が救えるのです。そのためにも救命救急医療のスタッフを育てていくことが大切です。北大の先生に指導をいただき、互いに切磋琢磨^{せつさくたくま}することで、救急医療の向上が図られていくのだと思います」（小野寺課長）。

住民の理解も重要な鍵

4月から本格的にドクターヘリが導入されたことで、運航圏域は協定締結による研究会時の時よりも広がり、基地病院を中心としたおおむね半径100km、90市町村が対象となりました。長万部や島牧、静内など車で移動するには時間のかかる地域への運航も可能となり、4～6月のドクターヘリ出動は、救急現場へ18件、緊急外来搬送が11件、病院間搬送が8件となっています。また、ドクターヘリ運航に必要な事項を検討・協議するドクターヘリ運航調整委員会が組織され、6月には第1回の委員会が開催されました。

ドクターヘリ事業がスタートする前日に開催された記念式典で、「ドクターヘリの医学的・社会的意義」と題して講演を行った日本医科大学付属千葉北総病院の救命救急センターの益子邦洋氏によると、全国でドクターヘリを導入している医療機関の'03年度の

実績では、死亡を27%削減し、重度後遺症を45%削減したといます。従来の救急車搬送であれば死亡していた人の遺失所得は65.6億円、同様に後遺症などによる介護費用は80.7億円にのぼり、これらを合わせた社会的損失の削減効果は145.2億円になると推計されています。

ドクターヘリには、命を助けるだけでなく、社会的な損失を削減するという効果もあるのです。今後は、このような北海道におけるドクターヘリ導入効果の検証も必要となってくるでしょう。

一方で、公的な補助による運航のため、継続性という点では不透明なところもあり、永続的な運航に向けて財政的な課題があります。現在は道央圏を中心とした運航圏域であることから、他地域をカバーする後継機導入の検討も必要となってくるでしょう。

また、騒音の問題もあり、基地病院周辺住民をはじめ、運航圏域内の住民の理解も不可欠です。幸いにも手稲溪仁会病院の周辺住民は、非常に好意的で「周辺住民の皆様には本当に感謝しています」（小野寺課長）といます。道路にヘリを離陸させるような場面が出てくることも考えられるため、一道民としてドクターヘリの重要性を理解し、協力する姿勢も重要でしょう。

前述の益子氏によると、全国で50機のドクターヘリを導入すると、年間運航費用は国民総医療費のわずか0.03%で、国民全体で一人当たり80円の負担となるそうです。これが高いか、安いか、いつか自分自身がドクターヘリにお世話になることがあるのかどうか分かりませんが、いずれにしても北海道での永続的な運航と道内他地域での導入には、私たち道民の理解と協力が重要であることは間違いありません。

これからの北海道の社会資本を考える

～第7回風土工学シンポジウム～

北海道開発局 建設部道路維持課

社会資本づくりは景観とも大きく関わっていますが、近年、日本中の景観がどこもかしこも同じようなものになってきたといわれています。そこにその土地特有の風土を加味することで、それぞれの土地や景観が豊かなものになるという風土工学的アプローチにより、北海道における社会資本のあり方を考える第7回風土工学シンポジウムが風土工学デザイン研究所の主催により7月1日に札幌市で開催されました。

特別講演

「これからの北海道の社会資本」

丹保 憲仁氏 放送大学学長

18世紀までは人力と畜力しかありませんでした。それが、化石エネルギーを解放して、あっという間に西欧近代が拡大、近代文明が普遍化したと同時に地球が狭くなってきたことに気づいたわけです。千年、二千年の規模でいえば、化石燃料に依存しているわれわれの文明はたったこれだけしかないのです。



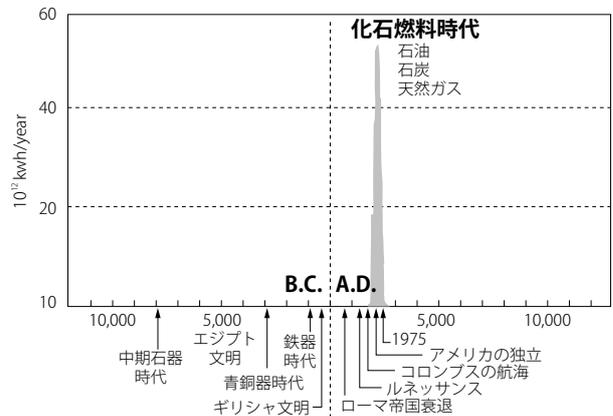
丹保 憲仁 (たんぼのりひと)
放送大学学長。北海道大学名誉教授。元国際水協会 (IWA) 会長。北海道大学工学部助教授、教授、部長を経て総長。

明治維新のとき日本が自力で収容できた人口は3千万人です。北海道を入れ、若干の太陽エネルギー固定能力を加えても日本が自力で養える人口は5千万人でしょう。現在の人口が1億2千万人ですから、7千万人が過剰人口ということです。今までは、移民し、植民地戦争をやり、輸出過剰貿易、経済戦争をやって、なんとか過剰人口を養ってきました。

東京は7千万人の大人口が集中していますから、水、

食料、エネルギーの廃棄物の域内処理を断念しています。食料自給率は1%。水は全部利根川上流、発電は全部他県から、ガスは全部輸入です。そして、大空港、高速道路の結節点、高速長距離輸送の集中点です。

東京と、東京でないところは、存在している理由がぜんぜん違うのです。ぜんぜん違うところで教育を議論します。産業も、金の儲け方も議論します。競争社



1975年オレゴン州知事の表現：石井吉徳氏のホームページより

会をやっています。成長するつもりになっています。本当にそうなのでしょか、というのが北海道を考えたときの原点だと思います。東京が異常空間であるということへの認識不足が、日本のあらゆる体系を決めてしまっているのだと思います。したがって、北海道の話をするときはそういったところを相対的に見る必要があります。

何も東京とけんかするつもりもないし、東京というも

のすごく強力な相棒と組まなければだめですけど、下流にはならないという、例えば欧州におけるデンマークのような取り組みをわれわれは考えてもいいのではないのでしょうか。

北海道は食料自給率170%、日本で唯一食料自給が可能で、水もたくさんある。ところが、エネルギー的には最弱地域。それと最大の弱点は生産拠点を持っていないこと。何をしたらいいか。食うや食わずになっても頑張りぬいたデンマークが参考になります。北海道の主要都市に研究所を作り、専門職大学としてフィールド産業と連携する。健康・福祉という分野では、北海道はまだまだ空間的に余裕があります。東京の下流に甘んじず、東京に対して一定以上のシンパシー（同情）と理解を持たなければならないと思います。

「これからの北海道の交通社会資本」

五十嵐 日出夫氏 (社) 北海道開発技術センター会長

北海道がまだ蝦夷地といわれていたときは、船で人やモノを運んでいました。蝦夷地が北海道になりますと、内陸をどうするかということになり、開拓使は鉄道なら重量貨物も一気に運べるということで、鉄道を採用しました。戦争が終わると、鉄道から道路の時代に変まりました。

次はどうなるか。新幹線です。北海道新幹線の着工式を見ていて思い出したのは、青函トンネルです。青函トンネルは作るにも維持するにもものすごくお金がかかる、今のうちに埋め戻せという声が多く、竣工式に偉い方は来ませんでした。しかし、新幹線の着工式には偉い方々がたくさん来られています。

このように、世の中の空気はどんどん変わってくるわけですが、どんな原理によるのでしょうか。

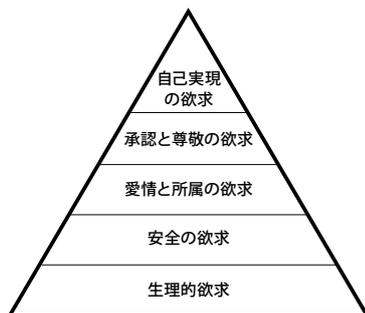


図 欲求5段階層説

これはマズローという心理学者が書いた図です。欲求は5つの段階を通じて変わっていく。最初のは生理的欲求という生きているという生きていく

えで必要な欲求。その上が安全の欲求。病気になるっても医者にかかれるくらいの蓄えを持つと、会社から簡単に首を切られないような仕組みにしよう。次は愛情と所属の欲求。会社やグループの仲間から愛され、仲間だといわれたい。次は承認と尊敬の欲求。そして自己実現の欲求。皆さんはどのあたりにおありますか。学生たちに聞くと、愛情と所属の欲求だといいます。

水害や河川の氾濫で生きるか死ぬかかときの土木仕事をやる人々は神様です。土木は神様。神社にお祭りして拝むという時代がありました。しかし、これからの社会資本整備は、昔みたいにお上がやるものに何か文句があるかでは全然だめです。皆さんどうですか一緒にやりましょうと、YOSAKOI ソーランみたいになります。お祭りです。あれで人々の心が一致する。祭るわけです。楽しく、おもしろく、みんなでいろいろ意見も力も出し合ってやる仕組みを作ることが一番重要な鍵だと思います。



五十嵐日出夫(いがらしひでお)

(社)北海道開発技術センター会長。北海道大学名誉教授。運輸省入省後、北海道開発局港湾部、北海道大学講師、助教授を経て教授。著書に『土木系画数理』ほか。

「北海道夢未来～新しい成功体験～」

吉田 義一氏 国土交通省北海道開発局長

最近、北海道は元気がありませんが、次の時代に繋がるいろいろな動きが出てきています。

例えば、北海道の魅力、自分の農場で作った農作物の魅力を紹介、販売する農家が増えています。農産物の海外輸出も出ています。十勝の長芋は生産額40億円のうち10億円近くが輸出です。新しい農村整備計画では日本の輸出作物を倍にするとしていますが、北海道は実際にその可能性



吉田義一(よしだよしかず)

国土交通省北海道開発局長。北海道開発庁入庁後、国土交通省北海道局企画課長、北海道開発局建設部長を経て平成16年7月から現職。

が非常に大きいと思います。

また、この5年間で北海道への海外観光客の入り込み客数が倍になっています。北海道の観光は夏集中型だとよくいわれますが、東南アジアの方々には夏と冬で変わりがない。冬の楽しさも十分観光資源になりえるということです。

それから、北海道の製造業は日本全体の2%ですが、この中で世界シェア30%を確保するような企業も育っています。もともとは大阪の会社でしたが、北海道に来れば優秀な理工系の学生を採用できると考え、そして予想どおり優秀な学生を採用でき、その学生さんが今の会社の柱になっているそうです。千歳空港や苫小牧港等の整備も追い風になっているそうです。

今年の2月から、30代や40代前半の方々に、自分たちが活躍するであろう20年後、30年後の北海道を語ってもらおうと、「夢未来懇談会」を隔週で合計10回開催しました。その中から、いくつかの意見を紹介します。

おもしろい人が集まってくる北海道をつくろう。ビジネスは人に付いてくる。外と内の架け橋になる人、触媒になってくれる人、おもしろい北海道をつくる企業、人を呼び寄せよう。エコひいきも必要。北海道の環境にいいものだったら少しぐらい高くても買う運動も必要。北から動く、北から動かす。いろいろな新しい動き、分散している無数の運動を大きな潮流にしていくことが必要。夢から行動へ。北海道をよくするためのアイデア、道民としての誇りを持つ。北海道のイメージをポジティブにしよう。そして、積極的に国内外に情報発信していこう、等々です。また、とにかく自分が動かなければだめだ、人に頼っていてはだめだ、そしてみんなが成功体験を共有、あるいは将来ビジョンを共有できれば、素晴らしい北海道ができる、そういうお話しが特に印象に残っています。

※北海道開発局長吉田義一氏は、8月2日付異動で国土交通省北海道局長に就任されました。

パネルディスカッション

「北海道の社会資本のあるべき姿」



コーディネーター
林美香子(はやしみかこ)
フリーキャスター。北海道文化財団評議委員、北海道住宅対策審議会委員、農林水産省「食と農の応援団」メンバー。現在、FM北海道「MIKAKO マガジン」などを担当。

林 「社会資本」という言葉について、広辞苑では「道路、港湾、鉄道、水道などの公共施設のこと」、日本語大辞典では「道路、上下水道、教育施設、公営住宅、公園など国民経済全体の基盤となる公共施設」と事例が違

うのです。それだけ時代によって社会資本が意味するものも変わっているのではないかと思います。

それでは、まず先生方にそれぞれイメージする社会資本についてお話しいただきます。

「もったいない」心で社会資本を考える

佐藤 北海道における社会資本整備のあり方で欠けている視点は何かと考えていて気になっていた言葉が「もったいない」です。去年ノーベル平和賞を授与されたケニアのマータイさんが日本で見つけた言葉です。



パネラー
佐藤馨一(さとうけいいち)
北海道大学大学院公共政策学連携研究部教授。建設省入省後、文部省へ。その後、北海道大学工学部助手、助教授、教授を経て平成17年4月より現職。

昨年と今年行った高速道路の社会実験では、札幌自動車道の均一料金区間を両側に延伸しました。結果、

高速道路に乗る交通量が増えて、一般道路の交通量が減り、渋滞がなくなり、高速道路の出口も増えたので、高速道路の出口渋滞も解消されることが検証されました。高速道路は減収になりましたが、時間便益とか走行便益が非常に大きかった。つまり、時間便益があるということは、渋滞なく走れる、走るための燃料が少なくて済むということです。

「何がもったいないか」ということでまとめたとき、100%輸入している日本のエネルギー、特に原油の消費を減らすためには、渋滞を減らすことほど、輸入している原油の有効利用はないのではないかと。このことがこれからの社会資本整備の評価ポイントではないかと思えます。

「産消協働」で地域発展を考える



パネラー
小磯修二(こいそ しゅうじ)
釧路公立大学教授、地域経済研究センター長。国土庁、北海道開発庁勤務を経て現職。産消協働推進道民会議座長、釧路川流域委員会委員長ほか。

小磯 社会資本整備とは「社会の入れ物づくり」です。戦後日本の社会資本整備は、急激な高度成長の中で膨張する需要になんとか追いつこうということで、何をその中に入れるべきかという議論がそんなにされてこなかったと

思います。この部分をしっかりと考えていくことが大事です。

それではどういう中身を入れていくのかということですが、これからの北海道が求められているのは自分たちの子供、孫の世代まで安心して暮らせる、持続可能な地域社会をつくり上げていくことです。そのための取り組みのひとつが「産消協働」です。これには二つの視点があります。

一つは域内循環の大切さです。例えば1000億円の公共事業が来たら1000億円の経済効果が生まれるのかというと、その後の展開によって経済効果は大きく違うのです。お金が地域で消費され、貯蓄に回り、再投資につながり、雇用の機会が生まれ、GDPが生まれ、地域全体の力になるわけです。しかし、一部が独占して循環しなければGDPにはつながらない。しっかり

地域の中で循環させる発想が大事です。

もう一つは、地域資源をしっかりと見つめ直すということです。3年前に釧路の標茶町で大学発ベンチャーとして環境再生ビジネスを起こしました。カラマツの間伐材という廃木材。それから、酪農地帯でよく見られる干し草ロールに使用された廃プラスチック、標茶町で年間200トンもただ廃棄されています。それらで機能性の高い木質複合材をつくり、販売、地域に新しい産業を興す。そして、北海道の美しい環境の保全と再生を目指す。地域ゼロエミッションという考え方です。

それと、生産者と消費者、社会資本整備の供給者である行政側と利用者が向き合うことで、地域の競争力が強化される。こうした考え方も社会資本整備の中身として考えていく必要があります。

林 私もスローフード運動に携わっているひとりとして、「産消協働」は、食べ物の世界での「地産地消」につながると思いました。道民一人当たりのゴミの量は他府県より多いんです。そうした廃棄物をうまく利用して産業化していくことは、すばらしいと思います。

北海道の風土文化を大切にしたい社会資本を

竹林 先ほど青函トンネルの話がありましたが、私はコスト・ベネフィットの見方、国家百年の計を考えると時の時間スケールが間違っていると思います。先見性のある社会資本整備が一番コスト・ベネフィットに優れているのです。逆に後手後手に回る社会資本整備こそ莫大な用地費と膨大な工事費を使います。



パネラー
竹林征三(たけばやし せいそう)
富士常葉大学教授、付属風土工学研究所所長。著書『風土工学序説』『ダムの話』『建設環境技術』『東洋の知恵の環境学』ほか。

現在、東京都内の都市河川では地下トンネルを掘っています。地下河川です。先見性があれば、こんな無駄な公共事業はしなくてもよかったです。

その意味で、先見の明を持って社会資本整備ができるのは北海道です。社会資本整備のあるべき姿を全国に示す一番いい場所です。

社会資本を考える場合、北海道の風土とはなんでも

よう。北海道は自然風土はすばらしいが、歴史風土が評価されていない。しかし、アイヌ文化は日本が忘れてしまった大変すばらしい精神文化を伝えている。まず北海道の先人であるアイヌ文化に対する敬意を表すことが第一の出発点です。

それと大切なのは道民意識です。自分の県が一番好きというので北海道はナンバーワンです。実に91%の人が北海道が好きとっています。また、どこの県に住みたいかでは北海道が9.5%で第1位。際だって高い数値です。北海道は大変高いポテンシャルを秘めているところだと思います。

林 北海道が好きという人が91%もいるのはすごいことですね。その力をもっと結集していく知恵を持たなければと思います。

既存社会資本の有効活用を



佐藤 5月20日に新青森と新函館間の北海道新幹線が着工されました。札幌駅から東京駅まで新幹線で4時間10分、航空機では空港までのアクセスや待ち時間を含めて3時間20分、その差は約50分。しかし、人が1キロ移動するエネルギー消費は、鉄道に比べて飛行機は約4倍。二酸化炭素だと6倍です。もったいない精神に基づけば、札幌～東京間は50分長くても新幹線に乗ろうという話になるのではないかと思います。

道路に関しても同じです。道東自動車道の夕張～清水間の整備計画は、中央の方々からは何でこんな道路が要ると批判されていますが、これを平面図でなく高さで見ると、峠の標高が1000mから600mと400mも下がり、総延長距離が非常に短くなって1時間10分も短縮されます。

単に物を惜しむというだけでなく、それまでの努力とか苦勞、時間、歴史、それらを大事にしよう、絶対にそれを無にしたいという気持ち、これをもっと持つべきではないかと思います。

林 環境という視点からみた社会資本のあるべき姿ということですね。道東自動車道についても、そうい

った意味で高さのことが報道されることが少ないですね。そのあたりの情報発信がもっと必要だと思います。

利用者との対話の必要性

小磯 1年前、社会資本整備について、いろんなところに出向いて道民の方々と議論する機会がありました。そこでの経験を二つお話しします。

一つは、どういう社会資本が必要か、何が優先されるべきかということを聞きました。圧倒的に多いのは医療施設や福祉施設。その次



が防災や安全。道民の感情としては非常によくわかります。道路整備を優先的という声は非常に低い。そこで、最初の意識とディスカッションした後の意識も計ってみました。例えば、医療施設をぜひやってほしいという方に、なぜ医療施設なのかを聞くと、病気になったときに困る。では医療施設さえあればいいのか、どうやって行くのかと聞くと、医療機関まで時間が随分かかるんですね。そういう意味では道路整備も必要ですねとなるのです。実際のやりとりで社会資本整備に対する意識が急激に変わったのです。

もう一つ。ほんとに衝撃的だったのが、障害者の方々と対話です。医療関係や福祉関係施設の整備が当然最優先だと思ったら、そういうものは最下位に位置づけてくる。何ですかと尋ねると、施設を整備すれば便益はあるが、障害があつて困っている人たち、福祉を求めている人たちに対する便益、満足、福祉水準を上げるのが目的であるにもかかわらず、施設を整備することで政策側にそれでこと足れりという意識が感じられる。私はそんな社会資本整備の必要性は全く感じていませんという答えだったわけです。

これまではややもすれば供給する側の政策論議が中心になっていましたが、これからの社会資本整備では、実際に使うユーザーの声を供給者側である政策側がどう吸い上げていくかが非常に大事ではないかと思います。

林 利用者の視点という指摘がありましたが、利用者である私たち自身をもっと考えていくこと、意見をいっ

ていくことが、これからの社会資本整備に必要なことだと思います。

北海道こそ社会資本がすばらしい力を発揮できる場所という竹林先生のお話がありましたが、あるべき姿についてお話いただけます。

5つの視点

竹林 一つ目は、北海道の骨格となる道路や鉄道の整備はコスト・ベネフィットを超えた国策としての社会資本整備としてあるはず。二つ目は、北海道は日本で一番水害が多いらしいので、まず安心、安全な国土形成。三つ目は、ものすごい勢いで増えている外国観光客に対して、風土工学シーニックバイウェイを。四つ目は、北の国際物流拠点としての北海道。日本最大のハブ空港、ハブ港湾の整備が求められているのはここ。五つ目は、北海道の農業です。日本の食の安全を保障するかけがいのない国土。以上の5つです。



林 ご指摘のようなあるべき姿に向けて、どうやって取り組んでいけばいいのでしょうか。

小磯 今は地方分権とかいろんな流れがあるのですが、地域の中で何がどういう仕組みでできるのかという政策提案力、構想力を地域が持つと、そこに初めて北海道らしい社会資本が生まれてくると思います。

竹林 当面のアクションプランを5つ。まず一つは、地方切り捨ての打破。二つ目は、景気対策としての公共事業が忘れられている。国策による先行的な社会資本整備が求められている。三つ目は、知床税とか観光客から入場税をとって社会資本整備に充てる。山梨県ではミネラルウォーター税、矢萩では水源税があります。税を取って北海道の観光客が減るとは思えません。四つ目は、良好風土は一日にして成らず。北海道のすばらしい自然もよい風土も一日では成りません。五つ目は、北海道で忘れていけない農業、畜産、漁業振興のための社会資本整備です。北海道ブランドの確立を急ぐべきです。そのことで自ずと社会資本整備の必要性が世の中にも理解されると思います。

林 農業や畜産の北海道ブランドについては、帯広で世界の人たちを集めてチーズフェアが開かれています。各地で北海道ブランドをより強固なものにする動きが出ていますので、私たちも頑張りたいと思います。

佐藤 具体的には、なぜ高速道路の暫定二車線を放っておいたのか。利用者は、危ないとか、どうにかならないかとか言ってきているのです。道路行政側は、そういう規則になっているとか、決められているとかで、ほとんど対応していなかったのではないかと。それとJRモードビークル。昔の縦割りの建設省と運輸省では実現不可能な交通システムだと思います。技術的にできることを制度や組織が阻んでいた面がなかったかを考えてほしい。

また、利用者の素直な疑問に答えられるように変えていってほしい。変えるための柔軟性は持っているのではないかと。それが社会実験の意味であり、いいものを実現させてほしい。ぜひ開発局にはお願いしたい。

林 利用者の声を吸い上げる、あるいは反映させる社会資本のあり方。また、環境を考えると、戦後とは違う今の時代にふさわしい社会資本づくりのシステムも考えていかなければいけないのだろうと思います。

また、私はそこに住んでいる人たちが誇りに思える、また愛着を持てる社会資本であってほしいと願っています。そして、まさにそれが北海道という風土にふさわしい社会資本となるのではないかと思います。



最後に、幸せな暮らしを支える社会資本であってほしいということをお願いして、このパネルディスカッションを閉じさせていただきます。

今回の取材でお会いした3人の医師の方々、藤沢町の佐藤院長、瀬棚町の村上所長、札幌医大の山本教授に共通するのは、住民と地域に直接向き合う強い姿勢でした。地域が求める医療、福祉サービスを、既存の枠組みにこだわることなく住民の目線に合わせて実践していくことの大切さは、すべての地域政策に通じるものです。地域医療の分野での新たな挑戦が、魅力あるまちづくりへの大きな契機になる予感がします。(S.K.)

今回の取材を通じて、地域医療の問題は医療関係者や行政だけが考えるものでなく、住民一人ひとりも真摯に向き合っていくことが必要であることを強く感じました。保健・医療・福祉の分野は制度が複雑な上、改正も多く、なかなか理解しにくいという課題はありますが、私たちが真剣に考えていく姿勢が求められているように思います。(M.S)

● マルシェノルド バックナンバー

- 第1号 「地域経済の自立に向けて」(99年9月25日発行)
- 第2号 「北海道ツーリズムを考える」(00年1月25日発行)
- 第3号 「都市と商業」(00年6月25日発行)
- 第4号 「循環型社会を目指して」(00年10月25日発行)
- 第5号 「地域とアート」(01年2月25日発行)
- 第6号 「地域とIT」(01年6月25日発行)
- 第7号 「北海道の食産業を考える」(01年10月25日発行)
- 第8号 「NPOのあり方を考える」(02年2月25日発行)
- 第9号 「北のものづくり」(02年8月25日発行)
- 第10号 「地域経済の自立的発展と観光産業」(03年2月25日発行)
- 第11号 「地域景観とまちづくり」(03年8月25日発行)
- 第12号 「地域と大学」(04年2月25日発行)
- 第13号 「北海道らしいエコツーリズムを考える」(04年8月25日発行)
- 第14号 「地域ブランドの時代」(05年2月23日発行)

● 表紙の切り絵作家
三苦 麻由子

東京都出身。武蔵野美術短大卒業後、広告代理店勤務などを経てフリーに。'94年札幌へ。みとままゆこのペンネームで、水彩、ペン、墨絵、切り絵など、さまざまなタッチでジャンルにこだわらず活躍中。本誌の表紙は、本号テーマ・イメージによるオリジナル作品。

● 「マルシェ:marché」とはフランス語で市場のこと。同音の「マルシェ:marcher」には歩む、行進する、進歩するという意味もあります。北海道(ノルド:nord=北)が、多くの人々が集い、交流し、活気あふれる地域へ発展するようにとの願いを込めて、「開発こうほう」の地域経済レポート特集号として「マルシェノルド」(年二回、九・三月号を予定)をお送りします。地域を考えるきっかけとなるように、毎号、地域経済特有のテーマを取り上げてまいります。

● 理解を深めるために……

Books

※インタビュー

『医療における人間学の探求』
山本和利著 / (株) ゆみ出版

※レポート

『医師・歯科医師・薬剤師調査』
厚生労働省大臣官房統計情報部

『北海道広域医療情報網高度化調査報告書』
国土交通省北海道開発局

『北海道広域医療情報ネットワークシステム実証事業調査報告書』
国土交通省北海道開発局

※地域事例1 奈井江町

『北海道を事例とした地域保健医療 総合システム構築をめざして』
田邊達三編・著 / 薬業時報社

※地域事例2 瀬棚町

『朝日新聞』医療ルネッサンス(2005年3月15日~19日)

※地域事例3 岩手県藤沢町

『希望のケルン 自治の中に自治を求めた藤沢町の軌跡』
大久保圭二著 / ぎょうせい

※地域事例4

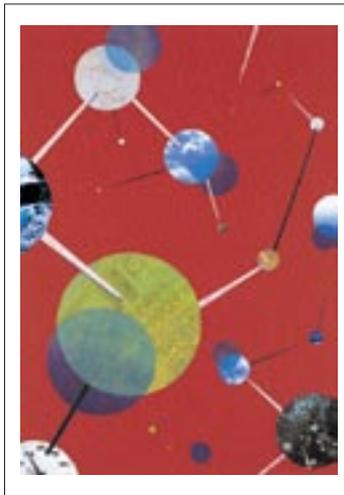
北海道ドクターヘリ運航調整研究会、各種活動報告書

※その他

『入門 医療経済学』
柿原浩明著 / 日本評論社

『2005年度 医事関連法の完全知識』
安藤秀雄著 / 医学通信社

『北海道新聞』再生地域医療(2004年1月1日~12月27日)



- THEME -

【命】

かけがえない、尊い命。
その命をつないでいくために
私たちに何ができるのだろう。
医療を支えていくのは、
決して一握りの
人間ではないはずだ。



財団法人 **北海道開発協会**

001-0011 札幌市北区北 11 条西 2 丁目セントラル札幌北ビル
TEL (代表) 011-709-5211