パネルディスカッション

医師の地域偏在

パネリスト

オトマー・クロイバー
（世界医師会事務総長）

河合　雅司
（ジャーナリスト）

福井　次矢
（聖路加国際大学学長）

横倉　義武
（日本医師会会長・世界医師会前会長）

座長
武田　俊彦
（厚生労働省政策参与）

演者紹介

石川　ただ今から、パネルディスカッションを行います。司会は、私、日本医師会常任理事の石川が務めさせていただきます。

座長は武田俊彦先生にお願いいたしますが、簡単に、武田先生の略歴をご紹介します。

1983年東京大学法学部をご卒業後、厚生省に入省されました。医政局経済課長、保険局国民健康保険課長、医政局政策医療課長、保険局総務課長などを経て、2011年には政策統括官付社会保障担当参事官に就かれ、社会保障・税一体改革に携わられました。その後、2017年から2018年まで医政局局長を務めていらっしゃいました。

それでは武田先生、よろしくお願いいたします。

パネルディスカッション

武田　ご紹介ありがとうございました。

昨年7月まで医政局長をつとめておりました武田です。

本日は大変多くの論点を各演者の方に触れていただきましたが、これから45分ぐらいですけれども、パネリストの方々に、私の方からいくつかポイントを絞り、質問をさせていただきたいと思います。

まず、今世界が、そして社会がどのように動いていて、その中でどういう医師が求められていくのか、大きな俯瞰図について各先生方にご意見を伺っていきたいと思います。

その前提となる、これまでの厚生労働省、国の医療政策を振り返って見ます。

2000年代は医療の質の向上ということで機能分化、急性期医療の充実を図ってまいりました。

これは基本的には日本の医療の水準を国際水準に近づけていきたいということでした。これに対して、2010年代の今、進めている様々な改革は、世界に例のない高齢化社会に対応しようという、他の国にモデルのない世界になっています。この課題を克服していくために、地域包括ケアシステムという、我が国が世界にモデルを示すような形の医療体制を作っていく、ということが進められていると理解をしております。

世界的に言いますと、先ほどクロイバー先生のお話にありましたユニバーサルヘルスケアシステム、UHCという中で、日本は世界に誇るべき仕組みを作り上げた国であるということを伺いました。このユニバーサルヘルスケアシステムは、ファイナンス、即ち財源確保のしくみ、それからデリバリー・システム、即ち医療提供体制、この両方

■ 司会：石川　広己（日本医師会常任理事）

■ 武田　俊彦（厚生労働省政策参与）

がないと維持していくことができません。

そして本日のテーマである医師の偏在はUHCへの大きなチャレンジでもあると考えられています。

そういう中において、本日は地域偏在というテーマでありますが、この問題は待ったなしということで、昨年初めて本格的な地域偏在対策のための医療法・医師法の改正が行われました。

今国際社会を見渡すと高齢化というのは世界各国の共通課題であり、入院医療から地域療養へのシフトというのも国際的な傾向であるように思われます。

こういう観点から各パネリストにコメントをいただきたいと思います。

まず、オトマー・クロイバー先生に伺いたいと思います。

我が国の高齢化の未来予測について、先ほど河合先生からお話がありました。一方で地域偏在ということで福井先生からご紹介がありました。

このような我が国の現状についてどのようなご感想をお持ちになられたか、コメントをいただきたいと思います。

特に世界的に見た時に日本が置かれている状況は特殊なのか、それとも世界のトレンドというのは日本の後をついてくるのかどうか、こうした点でご意見をいただけますか。

日本だけの問題ではない社会の高齢化

クロイバー　ありがとうございます。

私からコメントさせていただきたいと思います。

非常にすぐれた分析を、河合先生、福井先生からしていただきました。私も意見を同じくするところです。

今のご質問に関して、これは日本だけの問題かというと、そうではないと言うことができます。社会の高齢化は、恐らく日本が最も進んでいます。しかし、ほかの国もそれに続いていますし、私の国ドイツも、日本と同じような問題を経験しつつあります。医師の偏在も同じです。

河合先生のお話の中にありました、世界のこれまでの発展においてはどんどん大都市へと移っていったが、21世紀は小さいけれどもよく機能する都市というのが、本当に恵まれた形だと思います。

例えば、非常に豊かな国であるノルウェーはとてもお金があって、小さいけれどもよく機能する都市があります。スイスもそうです。これは多くの場所で私自身が目にしていることですが、より生き生きとした生活がかなうためには、住民だけでなく医師もとどまる場所でなければならない。

50年前は、例えば、都市で仕事をして都市に住むか、あるいは郊外で仕事をして郊外に住むかでした。しかし今は、郊外から都会へと通勤する人が増えている。そして都会で仕事をするだけではなくて、買い物も都会でする、美容院も都会で行く、ドクターのところに行くのも都会という形になっている。つまり、機能するところがかなり限定的になってきています。田舎ではいろんなところが機能しなくなっていて、状況がより複雑になってきているわけです。

そして今、そういったコミュニティでリタイアが増えていますから、ドクターは都会にいるけれども、人々は郊外に住んで、都会には出て行かないということになってくる。

この問題を解決しようと思ったら、将来的には

■ オトマー・クロイバー（世界医師会事務総長）

医療政策ではなくて人口政策ということになりますが、仕事や生活に関わる事柄を、小さなコミュニティに引き戻してこなければならない。大都会だけに負担を持たせるのではなくて、少し小さめの町にそういった機能を移してこなければならないということになるでしょう。

我々の人生が長くなって、生産性もより長くなっています。日本でも労働年数がほかの国よりもずっと長くなってきていると思います。そして、リタイアする年齢が65歳だったのが66歳、67歳と上がってきています。フランスやドイツでもそうです。恐らく70歳定年ということになっていくと思います。

それだけ我々の生産性も上がっているわけだから、当然、より歳を取るまで働くことになるでしょう。自分たちは引退して、若い人にお金を出してもらおうというのではもううまくいかないわけです。

そして、いかにして出生数を増やしていくかということのためには、若い人たちにお金をどう払っていくか、回していくかを考えなければいけない。日本でも、若い人へ支払われているお金が非常に低い。これはフェアとはいえません。これは我々にとってもよくないことなのです。出産年齢がどんどん上がってきていて、若い年齢では子供を持つことができないからです。

そして毎年、出産年齢が上がってきていて、年齢が上がる毎に、丸1年の年金の支払いのお金が失われるということになっている。これについては変えていかなければなりません。

ですから、非常に豊かな国は日本と同じような問題を抱えています。そして、日本がまず第一にこの問題を解決する立場にあるために、日本に注目が集まっています。

武田　どうもありがとうございました。

今のお話は、ずっと社会保障政策を見てこられた河合先生が最近ご主張しておられる、医療だけではなく地域づくりが必要だという話に近いような気がします。

今後、我が国がこうした状況を考えるとき、どのような備えが必要なのか、医療だけではなく、生活を支えるために誰がどのようなことをしていかなければいけないのか、先ほどのお話と被るかもしれませんが、河合先生ご紹介いただけますか。

高齢社会に対応するまちづくりを

河合　ありがとうございます。

とにかく今我々が一番考えなければいけないのは、社会の支え手をきちんと確保することなのです。

もうこの国が小さくなっていくことは、しばらくの間やむを得ないことで変えられない未来であります。その中で、きちんといろいろな社会の仕組みが機能することを考えなければいけません。

医療が足りないから医療従事者を増やしていく、これは理想なのかもしれませんが現実にはかなり難しいことです。

人口減というのは、全てを不足にしてしまいます。自衛隊員を維持できない、警察官を維持できない、消防士を維持できない、民間サービスを維持できない、もう皆さんもよくご存じのように、昨年4月、「引っ越し難民」ということが言われたように、運送業も人が足りません。

こういう状況の中で、地域の暮らしをどのようにして機能させていくのかが大前提です。地域の暮らしが何とかなって、初めてそこに産業、医療、

■ 河合　雅司（ジャーナリスト）

教育を考えることができるわけです。

そのためには先ほど申し上げたように、ある程度我々のほうが集まって住んでいくということを各地域がやらざるを得ないのです。現状、人口が減っているところはすでに迫られているわけですが、実は「大東京」とか「大大阪」のような大きな街の中でも同じことが起こっています。

例えば東京圏では、多摩地区、埼玉県、千葉県という郊外を見渡せば2040年代に、日本全体の2060年代と同じ高齢化率40％の社会が到来します。

多摩地区は、2040年代に高齢化率が40％を超えてきます。先に私が申し上げたようにすでに都バスが儲かっている路線ですら運転手が確保できずに路線の間隔があいてきています。

あと20年もしないうちに、丘陵地の多い東京の郊外でどれだけバスを走らせることができるのか、また自分たちの足で歩いていけるのかということを考えなければなりません。23区も同じです。東京の階段の多さを考えてみた時に、階段の昇り降りを80代の一人暮らしの人が全部こなして大病院まで行くことができるのか、そういうことです。

スーパーで買い物を済ませて重い荷物を持って坂道を登って帰って来ることができるのか。日々の暮らしの中で今までみんなが当たり前にこなしていたことができない人たちが増えてくるのに、その人たちの支え手となる人たちがいない、これが日本の高齢社会の姿であります。

そういうことを考えていくと、どうやって助け合っていくのかということは、たぶん仕組みだけでは解決できないのだと思います。

我々は戦後ずっと効率的な社会、大量生産、大量販売とよく言われるように数を増やしていく、また分業を進めていってどんなサービスにもお金がかかるということをあまりにも当たり前に思ってしまっているわけです。

しかしながら、これが先程申し上げたように全部の部門でサプライヤーがいなくなっていく時には、もう通用しないわけです。

それを考えていくと、やはり少し前の時代に戻って、素直な気持ちで助け合えるところは助け合っていくという社会にもう一度この国を変えていくことが必要なのかもしれません。

例えば、通院や病院内で手助けをするボランティアが自然発生的に出てくるなどして医療機関へのアクセスが確保されればこれが一番です。

患者のほうが寄り集まって住めば、一人のドクターが順番に効率的に患者を往診していけます。今のように偏在して住んでいるような地域の患者のところまで行くには時間がかかります。次の患者のところまで往診に行くために一回山を下りてきて、国道を自動車で走っていかなければいけないということを繰り返していたのでは、一人のドクターが何人の往診をできるのか。

これを医師不足だから、医師の偏在だから増やそうと医学部ばかり作っても、他の職業が機能しなかったら全く意味がありません。

医療機関に薬が毎日きちんと届けられるのは誰かが運んでくれているからです。医療機関がリニューアルして新しい医療設備ができるのは誰かが造ってくれるからです。これがなければ医療はできません。

医師たちがどんなに優れた医療技術を身につけたとしても、こうした職種の存在なしには何もできない。そこまで我が国が追い込まれていることに気づかなければいけないわけです。

そこで社会の在り方をもう一度考えてみることです。人口が少なくなり、まばらに住む状況をもう一度集約し、その上でどのような産業をどう立地し、どういう形でサプライヤーを維持していくのか。

地域偏在または診療科偏在の問題は、こうしたアプローチをしなければ解決しないのではないかと思っております。

武田　ありがとうございます。

まちづくりに加えて、地域の資源をあれが足りないこれが足りないというのではなく、どのように使っていくのか、ということも含めてのご指摘だと思います。

医師の問題に絞って福井先生にお伺いします。今お話がありましたように社会や地域、国民も高

齢化に対応して行く必要があるということでしたが、今、国が進めています地域包括ケアに必要な医師像について、どのような医師を養成していかなければいけないのか。

先ほどのお話にもありましたが、もう一度、簡潔にまとめてお話しいただければと思うのですが。

いろいろ定義をご紹介していただきましたが、日本医師会の示しているかかりつけ医の定義についても含めて、お話しいただけますか。

求められる総合診療医の養成

福井　はい。

日本医師会生涯カリキュラムの最初のところに書かれている一般目標として、「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—これは国によって求められるものが違いますので、あえて我が国の医療体制の中でという言葉を入れますが—適切な初期対応と継続医療を全人的視点から提供できる」とあります。

日本医師会の会員の先生方に3年間で83項目を1項目当たり30分の生涯教育を受けていただき、83項目全てをカバーされた先生には大々的にかかりつけ医なり、総合医なり、日本医師会の使っている言葉でプライマリ・ケアを提供できる能力が十分あるということを日本全国に大きくアピールしていただきたいという目的で、当時このカリキュラムを作りました。

■ 福井　次矢（聖路加国際大学学長）

現在どのようになっているのか、申し訳ないですが、私は現状を把握していませんが、今でもこのような能力を身につけた医師を養成することは、国が進めている地域包括ケアのために最も望ましい医師像と考えております。

ただ、このことは簡単ではないということは私も重々承知しております。

1980年頃に、武見会長が厚生労働省と掛け合って、プライマリ・ケア指導医養成プログラムという、アメリカに医師を派遣するプログラムがスタートしました。私はそのプログラムでアメリカに行った最初の頃のグループの一人です。

米国のプライマリ・ケアの状況をいろいろ観察して勉強し、日本に戻ってきたのですが、先ほどから何回も申し上げておりますように、大学はそれを生かすのに最もふさわしくない場所だとよくわかりました。非常に難しいのです。

パティキュラリストという体の一部を診る先生たちの集団なので、全体を見るという価値観を大学病院の中ではなかなか認めてもらえない雰囲気と文化があるのです。

ただ、最近になって少しずつですが、総合診療をやろうという若い先生たちが増えてきているようですので、その流れを後押しできないかと思っています。

私は大学のいくつかは、本格的にプライマリ・ケア医を養成する大学になってもいいのではないかと思っています。例えば、自治医大のような枠組みでプライマリ・ケアを養成する大学です。

武田　ありがとうございます。

次に横倉会長にコメントをいただきたいと思います。横倉会長、世界医師会の会長1年間大変お疲れ様でございました。

我が国では世界に誇るべき保健医療水準を達成し、世界最高の長寿国になったわけですが、この1年間各国を周って来られて、いろいろな国の医療をご覧になったと思います。そういったことも

含めて我が国の守るべきよいところ、今後さらに力を入れていくべき点について、特にどのような医師を育てていくべきかをご紹介いただければと思います。

総合診療能力を持った医師を育てる

横倉　どうもありがとうございます。

今日は３人の先生方から日本の社会が今後どうなるかということ、特に医療のあり方についてお話しいただきました。

世界の中から見れば、日本の医療が非常に優れているというのは正当だと思います。

しかし、その中で福井先生のお話にあったプライマリ・ケアというのは十分でないというのも事実でしょう。

私が医師になったのが 1969 年なのですが、その頃は内科にしても外科にしても、総合的な内科あるいは外科のカリキュラムを受けました。それから 10 年後ぐらいから細分化が進んでいったわけです。

細分化の中での教育が主流になってきた、そこから一度反省が起きて総合的な診療能力を獲得するということになってきていると思います。

実は日本の医師の場合は、卒業して 10 年近く専門のトレーニングを受けて、そして地域でそれぞれの診療所を開設するなり、地域の病院で仕事をする中で総合的な診療能力を身につけていく形になっています。その中で専門的な分野をしっかり勉強している上で、総合的な能力をつけ、質の高い地域の医療が確保できていると思います。

■ 横倉　義武（日本医師会会長・世界医師会前会長）

日本は今後、人口減少の中でどうしていくかということですが、確かに河合先生がお話しになった急速な高齢化と人口減が起きてきます。

実は、私自身が今住んでいるところが高齢化率 35％という高齢化の真っただ中にあるのですが、そういう中でそれぞれの地域が活力のある地域でいくという努力を皆がしていると思います。

日本の良さというのは、お互いを尊重するという助け合いの気持ちがベースにあるので、こうした日本のよき伝統を育てていくことが、今から日本の高齢化社会の行く道かなと思っています

世界、特にアジア各国は順次高齢化が進んでいく中で、日本はトップランナーです。

日本が明るい高齢化社会を作るのか、それとも暗い高齢化社会になるのか、これによって、長生きすることがよいことなのか悪いことなのかになってくると思います。明るい日本を作るために医療面からしっかり頑張っていくため、かかりつけ医の必要性を会長になってからずっとお話をさせていただいています。

毎年、１万人ずつぐらい、かかりつけ医の応用研修を受けていただいています。
そういうことで順々に総合診療能力をより持った医師が今後増えていくのだと思います。

日本の場合、専門的な診療もある程度できている医師も多いというのが特長だと理解しています。

武田　はい、ありがとうございました。

今、日本医師会の時にもご紹介いただき、また先ほどアメリカの紹介にもありましたが、総合的な診療能力を持つ医師、病院の総合医とか、開業医の総合医とか、また細分化していくのはどうなのかなという気もいたしますので、日本医師会の取り組みには大変期待をしております。

では、次に本日のテーマである医師偏在の是正ということです。

今、我が国は地域包括ケアの体制構築に取り組んでおりますが、この基本的な考え方は、住み慣れた地域で可能な限り、多職種の多様なサービスとサポートを受けながら暮らしていけるということだと思います。

このためには地域包括ケアを地域において実現することのできる医師、地域の資源を理解し、多職種と連携し、患者に寄り添い支えることのできる医師がそれぞれの地域にいることが必要になります。

それこそが先程会長のお言葉にもありましたが、長寿というのは明るい国になるのだということを他の国にも示していけるのだと思います。

今後我が国はさらに医師の数が増えることが予想されますが、医師の偏在是正という問題は避けて通れない課題だと思います。

一方で、だからと言って、国が強制的に配置するということもできません。
まさに私たちがどう考え、関係者を含めてどう取り組んでいったらよいのかが問われているのだと思います。

昨年法改正は行われましたが、各地域においてみんなで知恵を出し合っていくという枠組みであります。こうしたことを踏まえて、どのように考えて取り組んでいけばよいのか、それぞれのパネリストからご意見を伺いたいと思います。
まず、クロイバー事務総長からお願いいたします。

郊外での家庭医には職場環境の考慮が必要

クロイバー　はい。短期的には、まず、医師の仕事、特に家庭医が郊外でする仕事をもっと魅力的なものにするということが必要だと思います。

例えば、配偶者の職場や子供の学校といった環境を考慮して、そういった立場で仕事をすることが医師にとってより魅力的になるようにする。そのためには、コミュニティも役に立つし、そこで雇用された医師がパートタイムであっても、（生涯にわたってではないにしても）そこにとどまることができるようにすることが必要です。

フランスの例ですが、ローテーションをつくって、２つ目のオフィスを郊外に持って、パートタイムで週に２日とか３日とかはそこで仕事をする。常に郊外にいるわけではなく、都市にいるけれども週のうち何日かは郊外で仕事をするという形にするということが考えられます。

武田　ありがとうございます。

河合先生、医療の偏在対策、医師の偏在対策に取り組む前提として、そもそも地域があってこそ

の医療だということをお話しいただいていたと思います。

先生は以前から東京圏をはじめとする高齢者が自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに医療介護が必要な時には、継続的なケアを受けることができるような地域、いわゆるCCRC（Continuing Care Retirement Community）の提唱者でもいらっしゃいます。

このことについてお話しいただけますか。

CCRCの特長とは

河合　地域包括ケアシステムとCCRCは極めて似ているものだと思います。

CCRCは住宅政策の効果からものを考えていて、地域包括ケアは医療面介護面から考えています。

結局は受け皿を作って、みんなで協力し合って、その中でそれなりに生きがいを持って生活ができるようにという考え方です。

この両方をうまく兼ね備えている例というのは、日本の中にもいくつかあります。

例えば四国のある町には商店街に住宅を備え付けて、商店街そのものに住めるようにしています。商店街の店子として医療機関が入っているということです。高齢者は日常の暮らしを商店街の中でこなしていけるわけです。加減が悪くなった時は、医療機関にすぐに行けるということです。

高齢になったからといって、突然寝たきりになるわけではないし、みんな日常の生活は続いていきますので、医療機関、介護施設と普通の暮らしを一体化しているようなまちづくりをそれぞれの地域の中でこれからは作っていくということです。

反対に言えば、今ある老健施設や老人ホームをうまく使って、そこを拠点として町を作っていくという発想で考えてもよいし、賑わっている場所に医療機関のほうが移っていって、そこで普通の暮らしの延長線の中に医療もあるという風景を作っていくというのが現実的であろうと私は思っております。

武田　はい、ありがとうございます。

CCRCは非常に面白い概念で、ぜひいろいろな方に興味を持っていただきたいと思います。

暮らしを支えるということで言いますと、暮らしは医療だけで成り立っているわけではないので、医療を受けている以外の時間、農業地帯であれば農業に、港であれば漁業に、と組み入れるとか、病院の近くに住んでいただくなどいろいろなことが考えられるかなと思いますので、ぜひ皆さんに関心を持っていただければと思います。

次に、福井先生、地域偏在というテーマですが、先ほど法律の枠組みだけでは十分ではないというお話もあり、それはおっしゃる通りだと思います。

一体どうすれば、医師が地域に出ていってもらえるか、評価の仕組みとかインセンティブなど何かご紹介いただけますか。

地域医療に対する価値観を植え付ける

福井　はい、すぐに考えられるのはやはり経済的なインセンティブだろうと思います。

クロイバー先生がおっしゃいましたが、パートで地域に行って、しかも経済的なインセンティブというのは、ショートタームの対応策だと思っています。そういうこともある程度やらざるを得ないだろうと個人的には思っています。

しかし、最も重要なのは、比較的人口の少ない地域で働くことに、心からやりがいを持つようなマインドセットを若い医師、ベテランの医師でも結構ですが、いかにして植え付けることができるかだと思います。

スタティスティカルコンパッションという言葉があります。統計学的な熱意という訳になるでしょうか。一人ひとりの顔は見えなくても地域全体の健康指標などの数値から、その地域の情況に思いを寄せ、情熱を持って、当該地域の改善に取り組みたいというマインドセットが若い頃に植え付けられるかによって、ずいぶん地域医療は異なってくると思います。

公衆衛生的な視線を若い頃から持ってもらえる

ような教育、また患者のニーズもいろいろ変わりますので、患者のニーズに合わせて自分も勉強するという基本的な価値観を植えつけるような教育を行っていく必要があるのではと考えております。

武田　はい、ありがとうございます。

やはりその個々の医師が見放されたとか孤立しているとかではなくて、評価されているという実感を持っていただく、小さいながらもそのための枠組み作りを、昨年の法改正でいたしましたので、そこに実質的な意味と効果を持たせていくためにいろいろな方のお知恵も借りて進めていければと思います。

それでは、同じ地域偏在というテーマで横倉会長にも一言お願いいたします。先ほど冒頭のご挨拶の中で紋別の事例に触れられて、一つの事例としてオンライン診療について少し触れられていました。

オンライン診療については大変期待する方も多い中で懸念を示される方もいらっしゃいます。

その中でどうすれば健全な形で進めていくことができるのか、それが地域医療にどのように役立つのか、お話しいただけますか。

地域医療に対するオンラインサポートの必要性

横倉　地方で働く医師の実情を理解するということが非常に大事だと思います。解決の一つとしてのツール、doctor to doctor のオンラインサポートという、それぞれの診療科の先生がいつでもサポートしていただける環境にあれば、みんな安心して地方でも働きやすくなるだろうと思います。

それと今様々な地域でいろいろな取り組みがされていますが、世代的に第一線を退いた後に地方の総合診療に取り組む医師が増えてくるような環境を今から作っておくことは重要だと思います。人生 100 年時代と言いますと、70 歳定年が当たり前になるだろうと先ほどクロイバー先生がおっしゃったのですが、医師の場合も 60 歳から以降、セカンドライフを考えていく必要があるのかなと思います。

武田　ありがとうございました。

それでは、話題を本日の主催者であります医師会の役割という点に触れてみたいと思います。

各国それぞれ医師会があり、医療政策に大きく関わっていますが、医師の地域偏在というテーマはあまり医師会として大きく関与していない国のほうが多いのではないかと漠然と思っています。

それは基本的には公的介入というよりは医師の自主性、専門性を尊重するということで広く自由が認められるべきだという基本的な考え方があるのではないかと思われます。

それは私としても理解はできます。一方で、医療は社会共通基盤という側面もありますので、社会的な要請に医師、あるいは医師会は応えなければならない場面が増えてきていると感じてもおります。

本日のテーマは医師の地域偏在ということですが、医師の養成をどうするのか、医師の働き方をどう考えるのか、そもそも望まれている医師のあるべき姿とはどういうことかも関係をしてくるのだと思います。

そこで最後のテーマといたしまして、医師の偏在ということではなくて、医師の様々な課題、医師の働き方、医師のあるべき姿について医師会はどのように対応していけばよいのか、医師会にどういう期待をしたいのかということなど、コメントをいただければと思います。

まず、クロイバー先生からお願いいたします。

国によって異なる医師会の活動

クロイバー　はい、ありがとうございます。

医師会の役割というのは国によって大きく異なります。例えば、医療提供に大きく関わっていたり、規制に大きく関わっていたり、あるいは、ほとんど何もせず医療ケア提供にあまり関わっていないというところもあります。

私自身の経験でいいますと、救急ケアを提供するのは全て医師会の会員でなければならず、国の全ての地域で医療を提供することが保障されてい

なければならないというところもあります。それにかわるものとして、病院では救急のケアは提供しない、救急をベースとした二次医療のみを提供するという体制を取っているところがあります。そういったところでは、医師会が医療の提供に深く関わっていて、例えば地方ではどのように医療を提供するのかに深く関わっています。それはまさに、日本も同じ問題を経験しているところだと思います。

これは全ての医師会がやらなければいけないことだと思いますが、医師は何をすべきか、何をしなければならないのか、そして例えば、看護師やほかの医療従事者ができることは何なのかを考えなければなりません。また、そういった人たちが郊外でできることは何か。というのは、過疎地に人が住んでいて、遠く離れているということもあるわけです。

そして時には、これは非常に早くモデルをつくることができると思いますが、例えば、看護師が最初のステップとして関わる。地域によっては、看護師が iPad で家庭医と直接つながっている。そうすると、大抵のことは看護師だけではできませんが、家庭医にすぐに質問して答えをもらう。

「どうしたらいいですか」「今すぐ来てもらえますか」「患者を先生のオフィスに連れて行きましょうか、それとも、これは少し時間を置いて待っても大丈夫でしょうか」というフィードバックをすぐにもらうことが可能なわけです。

もちろん基本的な問題は維持されていますし、横倉先生がおっしゃったことに私も同意します。基本的な問題というのは、医療の問題だけではなくて、人口政策の問題であると思います。

武田　ありがとうございました。

続きまして河合先生にこういうテーマで、地域づくりということ、従来医師会とは縁の深い問題とは思われていなかったのかもしれませんが、実は医療なくしては地域なしという面もありますし、医師会への期待ということで一言お願いいたします。

地域を維持するには一番効果的な医療の存在

河合　日本史の中でも極めて特異な時代に入ってきたということだと思うのです。

地域そのものがなくなるかもしれないということをかなりリアルな問題として考えなければいけないという時代です。

それは地域を維持していくためには何が必要なのか、一番効果的なのは何かと考えると、医療なのです。

医師というのは患者を治す存在として、一番大きな役割を果たしているわけですが、それだけではありません。

それは産業医、学校医、スポーツドクターなどいろいろな役割があり、医師のいない場所に人は住めないのです。

そのような意味で医師会の役目というのは医療の向上、発展のための団体というだけではなく、地域そのものの担い手の一番の基盤、団体になっていくことが重要です。世界はわかりませんが、日本ではそういうことです。

医師会の役目というのは個々の医師が思っている以上の大きな役割になっているということです。

医師たちも地元住民の１人として自分の地域のことを真剣に考えていくことが問われる、そうした転換点に来ていると思います。地域の医療を守っていくイコール自分たちの生活、伝統、文化を守っていくことなのだと発想していくことです。そうした役割が、特に地方医師会の場合には大きくなっていくだろうと思います。

武田　では福井先生お願いいたします。

地域医療全体をリアルタイムで把握できるシステムづくりを

福井　今、お話しになられた二人の先生と重複しますが、自治体が行うのか、医師会がそれぞれ単独で行うのかわかりませんが、私は地域を面としてとらえることが必要だと思います。

また、AI の導入により、リアルタイムでどの医療施設にどういう患者が来ているかということをモニターして、それをコントロールする体制が必要だと思います。

コントロールという意味は、医師だけではなく、必要な医療職を速やかに派遣することも含めて、面としての地域全体の医療に責任を持てるような、リアルタイムで対応が可能なシステムを作れないかと思っています。

武田　ありがとうございます。

そういった意味では、地域医師会に対する期待が大変大きくなったと思います。

最後に全体の様々な期待の声もございまして、会長に一言お願いいたします。

医師会の存在意義を再認識する

横倉　はい。

日本の医療と歴史を見ると、地域の医師会の役割はすごく大きなものを作り上げました。急患も在宅当番を組み、また休日夜間当番を組み、そして学校保健、産業保健、様々な地域の中に医師会がネットワークを作っています。これはもう当たり前になりすぎたから、少し忘れかけているのかもしれませんが、そのことに我々医師会も自信を持って取り組んでいかなければいけないと思っています。

それこそが医師会の存在意義であろうと思いますので、やはり地域のそれぞれの郡市医師会の役割の大きさを再認識していかなければならないと思っています。

そして少子化が進んでいく中でどう地域を作っていくか、医師会がそれぞれの地域のグランドデザインを考えていきたいと思います。

武田　ありがとうございました。

各先生方のお話によって、今日お集りの方々もいかに世界の中で日本の位置や地位があり、高齢化社会への対応が大きく課題となっている、そして世界がいかに日本に注目しているのかが実感できたと思います。

そしてそれはマクロ、ミクロで見ますと、ミクロの問題として解決しなければいけないことが非常に多くあって、まちづくり地域づくりでもあり、それぞれの地域の医師会の役割というのは非常に大きな役割となっています。そして医療の存在が地域で評価されることで、医療を地域社会で維持していける、それを通じて、医師への評価、経済的評価も相まって医師の偏在対策のためにもなっていきます。

今日は地域偏在という話ではありましたが、いかに一つのテーマでも多くの問題が複雑に絡まっているのかということを少し教えていただいたような気がします。

４人の先生方、どうもありがとうございました。これで終わりにいたします。