

広域化で医師複数体制を実証

司会・進行 **梶井眞二** 国診協会会長／大分県・国東市民病院長
後藤忠雄 岐阜県・県北西部地域医療センター長、国保白鳥病院長
桎屋美緒 岩手県・普代村国保診療所長
東條環樹 広島県・北広島町雄鹿原診療所長
阿部顕治 島根県・浜田市国保弥栄診療所長



中山間へき地離島での診療所では医師一人体制が多く、第56回全国国保地域医療学会で「医師1人診療所が広域での医師複数体制へ移行して学んだこと～県北西部地域医療センターという試みの中で～」をテーマに研究発表を行った岐阜県国保白鳥病院医師の伊左次悟氏によれば、医師一人体制を継続するためには、①24時間365日体制の対応には危機感がある、②休暇、代診確保の危機に遭遇、③一人では医療を標準化できない、④次第に維持継続—保守的な発想、⑤自分の枠の中での課題解決、⑥誰も後任をやりたがらない、⑦明るく前向きにうまく交代できない——と7つの課題を提起している。その対策として、2市1村の保健福祉領域を含む広義の地域医療を支える県北西部地域医療センターが発足され、複数の医師による診療体制が構築された。この取り組みは、へき地医療の新たなモデルとなりうる可能性がある。

そこで、医師一人体制の診療所に勤務する医師に、一人体制の診療所の運営についてのさまざまな課題や展望および、広域化の医療体制の構築の可能性などについて語っていただくこととする。



梶井真二氏



後藤忠雄氏



榎屋美緒氏



東條環樹氏



阿部顕治氏

梶井 われわれ国保直診は高齢化・過疎化が進む中山間地の地域に設置されていることが多く、取りまく環境は年々厳しくなる一方で、医療を守り地域包括ケアを推進することが困難になってきつつあると思います。それはもはや個人の頑張りでどうにかなる状況ではなく、お互いに協力し合いながら、広域化することで地域を支えていくことができるのではなかろうかということ、本日出席された皆さんと議論していこうと思います。

島根県浜田市の阿部先生と岐阜県郡上市の後藤先生には、既に複数体制を構築しておられる先進的な事例を紹介していただき、また岩手県普代村の榎屋先生と広島県北広島町の東條先生には現状をお話いただき、その先進事例が応用可能かどうかということが、本日の内容になると思います。それでは、阿部先生からお願いします。

無医地区解消対策から 「浜田市国保診療所連合体」が誕生

阿部 私は千葉県出身で平成8年まで千葉市の基幹病院の内科に勤務していました。縁があって旧浜田市郊外の山間部にある人口1,800人の弥栄村の国保診療所に赴任しました。そこで9年間1人医師で診療していたのですが、平成17年10月に1市3町1村が合併し、新浜田市が誕生することになりました。合併前地域住民にアンケートを行いますと、特に郡部の旧4町村の住民からは「医療が一番心配だ」という要望が多く出ました。一方、旧浜田市は平均寿命など健康指標が島根県で最も悪いという指摘もありました。そうした中で私は合併協議会に出席し、今後の新浜田市の地域医療

のあり方を提案する機会を得ました。

協議会では無医地区の解消を呼びかけ具体的な道筋を提案しました。郡部には弥栄診療所、波佐診療所、大麻診療所の3つの国保診療所がありましたが、旧旭町には広範囲な無医地区が広がっており、まず旧旭町に新たに国保診療所を作ることを提案しました。また、合併後の交通手段として生活路線バスが検討されましたので、それを各地域で診療所を廻るようにして診療所への受診手段の確保をお願いしました。

次に4つの診療所に5人の医師確保と行政の新しい部署の提案をしました。合併前まで3つの診療所に常勤医師は私1人で嘱託医師が2名でしたが、それまでの経験から1つの診療所に1名の医師では休みもとれず研修にも行けません。4つの診療所に5人の医師を確保しカバーし合う体制の必要性を説きました。さらに弥栄村での経験から、診療所が把握している地域の課題を行政に生かすことで健康指標の改善が図られたことから、診療所と行政をつなぐ部署として地域医療対策課という行政の課を作り、ここにも医師のポストをおくことを提案しました。その後、合併協議会や地域の方々といろいろな協議を経て、新浜田市誕生と同時に4つの診療所と地域医療対策課を5人の医師で運営するという「浜田市国保診療所連合体」が誕生しました。その後12年が経ちました。

梶井 よく医師が集まりましたね。

阿部 地域のつながり、人のつながりで確保できました。半分農業、半分医師でやりたいという医師が定着されましたし、新しい診療所の開設を聞いて近隣の開業の先生が子息を呼び寄せられました。また、浜田市出身で定年後浜田に帰ってこられた方も確保できまし



た。さらに、今後の地域医療のビジョンを伝えた後輩が来てくれました。出発時は私を入れて5名でした。その後メンバーはいろいろ変わっています。

梶井 4つの診療所と市役所に医師5人ですね。

阿部 現在は非常勤医師を入れて6人です。

梶井 今6人ですか。

阿部 はい。その後1人増えました。診療所連合体は中山間地域の医療を行ってきましたが、心疾患や脳梗塞のある方の誤嚥性肺炎の入院など、一人で多くの病気を抱える高齢者の入院先に困っていました。また、総合診療専門医プログラム作成のためにも総合診療科開設が必要と考え、平成27年にわれわれの中の1名が当地域の基幹病院である浜田医療センターに移動し、総合診療科を開設していただきました。現在、総合診療科から国保診療所にも外来を診てもらっています。その医師も1人と数えれば今は6人です。

東條 実際、診療所の外来など応援していただいているのですね。

阿部 そうです。反対にその医師を通じて高齢の患者さんを入院させてもらうこともあります。

梶井 阿部先生の浜田市は2～3年後の現地研究会の候補地として最適だと思いました。ありがとうございました。それでは、後藤先生お願いします。

郡上市地域医療センターを発展拡大して、 県北西部地域医療センターへ

後藤 私の勤務する郡上市は、平成16年3月に旧3町

4村が合併し誕生しました。その中の旧和良村は、昭和30年代から健康づくりと国保のいろいろな事業に取り組んできた地域で、昭和41年に開設当初の診療所から国保病院となりました。その後人口が減ってきて、合併以前から病院として運営していくのは難しいという議論もあり、合併を機に平成18年に併設老健の増床とともに、国保病院を有床診療所に変更しました。もちろん、それまでは病院でしたので3人の複数医体制のもと診療を行っていました。しかし合併後は、複数医体制は継続していたものの、周辺地域の医療における優先性が落ちていくことに直面することになりました。特に郡上市は7町村の合併で面積が1,000平方キロメートル、東京都の半分ぐらいの広域合併ですので、中心部からの距離などにより、よりその周辺地域のパワーが落ちることは想像に難くありません。

また、新しい初期研修制度により医師不足と言われて、このことが広域事務組合で行っていた病院の医師数減を起し、中核病院の優先性が上がる分、周辺地域はさらに厳しい状況になっていきます。そうした地に身を置いている自分としては、周辺地域をどうにかしなければいけないということがありました。郡上市周辺地域では常勤医師は和良診療所と北部の高鷲診療所に勤務していました。それ以外に週数回という非常勤の医師により運営されている小那比と石徹白の2か所の診療所、さらに1か所小川という地域の出張診療が行われていました。このうち石徹白診療所には国保白鳥病院から医師を派遣していましたが、小川へのお出張診療は郡上市市民病院から医師が行っていました。

いずれにしても、これらの背景のもと5つの診療所への医師の配置については、合併を機に何らかの仕組みで支えたほうが良いということになって、和良病院を和良診療所に変えた18年の夏に計画し、19年から診療所群だけでネットワークを組んで、医師の欠員を出さないようにする仕組みである「郡上市地域医療センター」という名前の組織が立ち上がりました。

医師不足で合併前から継続していた郡上市市民病院や国保白鳥病院からのこれら診療所の一部への医師の派遣や出張もだんだん厳しくなり、私たちがこれらの病院を支援する形にして市内の公立診療所をすべて運営

することとなりました。一方新たな初期研修制度により若い医師が私たちの地域へ学びに来る機会は以前より増加し、地域医療への関心も増えていきましたが、初期研修を終えるとこうした若い医師たちはやりたいたことが明確で、地域の中核病院へ行っても診療所への出張には行きたがらないという現実もあり、モデルとしては総合診療に携わる医師たちが診療所群を支えて、その対応範疇を超える場合は中核病院にお願いする形をつくり、運営することにしたわけです。

ただ、実際8年間運営し、その後の人口減少を考えると診療所で複数の医師を抱えることは経営的に難しく、郡上市地域医療センターをどう維持していくかという課題が生じてきました。そのうち国保白鳥病院で病院長が定年退職となるものの後任が見つからず、さらにその病院は60歳近い医師たち4～5人で運営されていましたので、将来的な展望も難しい状況であるとのこと相談を受けました。

ちょうど私たちが立ち上げた郡上市地域医療センターもその担当地域の人口がだんだん減り、複数医師体制は難しいことが予想され、複数の医師を雇うには病院であったほうが良いのではないかと、60床の小さな国保病院を維持し診療所群も運営して、そうした体制のもとで医師を確保していくことを考えていけるのではないかと思います。そこで国保白鳥病院を中核基幹病院とした診療所群とのネットワークを組もうと考えました。加えて北側の高山市の荘川診療所には、数年の赴任期間でローテーションしながら1人赴任診療している自治医大卒業生が、そして、さらにその北には世界遺産となっている合掌づくりの白川村の国保診療所に約10年間勤務していた伊左次先生（現在は国保白鳥病院で勤務している）もほぼ24時間365日休日なしといってもいい状況で診療していました。

それならば、そういう診療所も参加してもらい、自治医大のへき地派遣先の一つを国保白鳥病院にしてもらう形にして支援する仕組みにすれば、県もへき地医療の継続性を持った支援という大義名分も立つことになり、1人診療所もこのネットワークも支えてもらえ、かつ、基幹病院にした小さな国保病院も支えられるということになるのではないかと考えたわけです。そし



て県庁にその話をして、県から正式に2市1村に広域連携でへき地医療を支える仕組みをつくることを提案していただき、2市1村の連携協定に基づき現在の「県北西部地域医療センター」として運用開始になりました。

これは岐阜県北西部地域の地域医療を支えるセンターという意味です。そこに自治医大の義務年限内の医師を派遣してもらったり、義務年限明けで勤務したいという医師が来たりして、今は国保白鳥病院と8か所の診療所を支える仕組みにしています。

このセンターは、基礎自治体の枠組みを越えるので、組織として一体化したものではありません。自治体の枠組みを超えて組織としてあるものをつくろうと思うと、通常、広域議会を立ち上げなければなりません、それはなかなかハードルが高いものです。そこで、首長同士が県の立ち合いで連携協定を結んでいただき、今のところは紳士協定で運営をしています。

靱井 ありがとうございます。それでは、東條先生お願いします。

北広島町芸北地域を2人医師で 2つの診療所を運営

東條 私の勤務している地域は、広島県北西部の山間地である北広島町です。北広島町の人口は1万9,000人で、高齢化率36%です。私の勤務している北広島町雄鹿原診療所の守備範囲は、平成18年に4町が合併した中の芸北地域を対象としています。そこは今人口が約



2,300人で、高齢化率は47%です。もう1つ八幡診療所が当診療所から10キロぐらいの所にありまして、サテライトのような診療所です。その2つの診療所を私ともう一人の医師で診ている状況です。

本日は私が東京にいるので、エマージェンシーがあればもう1人の医師が全部対応してくれます。通常午前中は雄鹿原診療所で2人診療して、午後は自分が施設に行ったり訪問したりします。もう1人の医師は、自治医科大学の義務年限内の医師が2年から4年ぐらいでローテーションしてくれています。彼はその八幡診療所に午後から行って診療します。私も困ったことがあったら相談しますし彼も相談する。やはり、自治医科大学のローテーションでつないでいる派遣先としては、来る彼らも指導医というほど能力はないのですが、指導してくれる上の医師との2人組ということで希望者が絶えない状況です。

私は平成13年に雄鹿原診療所に赴任して17年目です。当初赴任した頃の住人は3,000人を切り、17年後では約2,300人となっています。毎年50人ぐらい減っている地域です。私が赴任した当初は、私どもの他に2つの民間の無床診療所がありまして、医療機関は4つでした。やはり高齢化によってその2つの民間の診療所は閉院になりまして、結局、私どもの関係する2つの診療所だけになりました。

当診療所は芸北地域の西端にあります。東側の広大なエリアも自分たちの守備範囲になりましたので、さらに負担が増しています。冬季は降雪のため患者さ

んの通院も難しい中で、業務量はこの10年で増えました。やはり高齢化も進み、自力でアクセスできない住民が増えていますので、そういう地域の訪問診療をカバーすることでは、医師や看護師の負担が増えているのが現状です。

靱井 2万人弱の人口を2人の医師で診ているということですか。

東條 北広島町は実は広大で、中心地に1万3,000人ぐらい住んでいます。

靱井 そこは別の医療圏ですね。

東條 そうです。

靱井 何か施設はありますか。

東條 入院できる病院が3つ4つあります。

靱井 芸北の30キロが守備範囲で、その西側にいるのですね。

東條 そうです。

靱井 民間のクリニックがなくなり、そのクリニックの建物はどうなりましたか。

東條 そのまま廃屋になっています。

靱井 廃屋ですか。もらえばよかったのに。

東條 そういう議論が出ました。

靱井 もらってサテライトの診療所として使えばいいと思います。

東條 ただ、そうすると2人では運営できません。そのときにアグレッシブに医師を増やしてサテライトの診療所にすればよかったのかもしれませんが、そこまでの体力がありませんでした。

靱井 2,400人だったらもう1人医師がいてもいいと思います。

後藤 2,000人台だと医師1人で担当できるぐらいだと思いますが、面積で考えるか人口で考えるかだと思います。つまり医師数割る人口掛ける面積、分母を人口掛ける面積ぐらいでやらないとわからないと思います。ところで、合併後の北広島町の東側にある中心地の住民たちにしてみると、合併した側に病院があるわけではないので、西側には関心がないということになるのでしょうか。

東條 西側には関心がありません。

後藤 しかし合併ですよ。

東條 合併です。

靱井 対等合併ですか。

東條 対等合併のはずですが、やはり東側の1万3,000人規模と西側の2,300人では、町自体の関心が1万3,000人に向いてしまいます。

後藤 対等合併を一言でいうとエゴの世界です。各々自分たちでやりたいだけで、なかなか足並みがそろいません。だから、大きい地域は大きくなり好きなようにやるし、小さい地域は小さいなりに再編することは好まない状況です。したがって、自治体として医師の配置をどのように行ったらいいのか、その他の医療資源をどのように配分しておけばいいのかということを実際に議論してくれないこともあって困ります。

東條 そのとおりです。ただ、意外とそつなく私がかまどめているので、協力はできませんが応援はしているという町のスタンスです。

靱井 結局、人口の割合からいうと町議員も1人か2人しか当選しない地域のため、発言が少なくなる。

東條 町も協力するから私どもがヘルスプロモーションや在宅医療を頑張っている取り組みを、1万3,000人規模の中心地に広げて取り組んでほしいとよく言われます。しかし受け皿、住民の文化や民意などがなくて私どもだけ行っても仕方がないので、町全体の保健行政や医療の分野に関しては、手が回りませんとは言っています。

阿部 私たちも対等合併ですが、診療所のある郡部は約1万人、中心の旧浜田市は4万6,000人で、郡部の声はなかなか届きません。そこで診療所の声を反映させる部署として本庁に地域医療対策課をつくり、また、診療所も支所ではなく本庁所属にしています。少なくとも健康に関する行政の意思決定の過程に診療所や郡部の声を出す場の確保は重要だと思います。

後藤 旧和良村では、昭和30年代からヘルスプロモーションについても一生懸命取り組んでいました。市の幹部もどのように旧和良村の取り組みを合併後に反映させるのかを考えていたと思います。実は旧和良村の村長が新市の副市長になりましたので、そういう意味では、私たちのノウハウをうまく使う手立てがないかという議論もありました。また、私は郡上市健康福祉



部の参与という役割も持っていて、郡上市のほほすべでの健康福祉関係の計画づくりや健康福祉政策にも携わったりしています。自分たちが取り組みたいことを継続していくことを考えると、やはり行政との距離感は大事です。たとえば、今まで外部に委託していた事業を自分たちが考えれば費用がかからなくなり、財政的に楽になりますから、そういうことにかかわっていると行政との距離感も近くなって、いろいろな仕組みをつくるうえではやりやすさも出てくると思います。もちろん、地域によっていろいろな距離感があるので、あまり簡単な話ではないとは思いますが。

靱井 ありがとうございます。では、靱屋先生お願いします。

普代村国保診療所は、1人医師で運営

靱屋 岩手県沿岸北部の普代村は、人口が約2,800人弱で高齢化率は38%以上です。私が勤務している診療所は私1人で運営しています。岩手県は地域医療の拠点病院からの診療所への医師派遣についての考え方がありません。行政独自で医師を確保し運営しているのが現状だと思います。普代村も独自に私を含めて3人の医師を養成しましたが、私以外の医師は家庭の事情や大病院での勤務を望まれ、義務履行を果たしておりません。ただ、医師会の理解があり、みんなで支えようという感じで考えてくれています。また、当診療所から車で30分ぐらい離れたところに地域の基幹病院があ



ります。その病院で専門的な検査や治療が必要な患者さんは気軽に紹介できます。持ちつ持たれつの関係なので、私もその基幹病院で週1回半日、糖尿病の専門外来を行っています。基幹病院との窓口でもあり、とてもありがたいことです。しかし、その病院から当診療所への医師派遣は困難で、長年勤務する中で私がスキルアップを望み、他の病院で研修・勉強をしたい場合があったとしても、代診の先生をお願いするのは難しい状況です。

後藤 基幹病院に行くときには、その病院の医師が普代村へ代診に来るのでしょうか。

桎屋 そうではありません。当診療所を半日休診にして行くことになります。その基幹病院からの医師の派遣はありません。

後藤 基幹病院はどこですか。

桎屋 岩手県立久慈病院です。その県立久慈病院の医師数は、以前の半分近くに減少してしまいました。来年度から医局からの派遣が減少するなどの影響でさらに減少する見込みで、当診療所への医師の派遣はできない状況です。

後藤 たとえば、休みのときはどうされますか。

桎屋 休まないです。糖尿病学会に行くときだけは基幹病院の医師が年に1回だけ応援に来てくれますが、半日だけです。

後藤 急な休みは取れないのですか。

桎屋 休めません。私が休むと休診になってしまいますので。

後藤 ご自身が病気になったらどうするのですか。

桎屋 とにかく、病気にかかりそうになったら早く薬を飲み、軽いうちに治すようにしています。

後藤 たとえば、リフレッシュに夏休みを取ったりはしないのですか。

桎屋 ないですね、カレンダーどおりです。お盆休みは8月14、15、16日など決まっています。

阿部 岩手県からの支援はないのですか。

桎屋 まったくありません。

代診医派遣制度、へき地医療支援機構で医師の勤務環境を改善

阿部 村の立場を利用して県に発言することも有効です。私も一人医師として診療所に赴任して3年間1日も休みがなく、何とか研修に行きたいと思って、当時ミシガン大学に受諾された2週間の研修を何とか行きたいと村を通じて県に提案したところ、それを機会に島根県は2週間の代診医制度をつくってくれました。さらにその5年後、3か月のリハビリ研修に行きたいと地域医療支援会議に提案したところ、さすがに3年待ちましたが、今度は3か月間の代診医の体制をつくってくれました。

後藤 都道府県ごとに「へき地医療支援機構」がありますので、そこが代診医派遣を担っていると思います。今まではへき地医療対策としてのへき地保健医療対策計画が各都道府県にあったので、その中にきちんと組み込まれていると思います。

梶井 岩手県の場合は厳しいと思います。

桎屋 岩手県にもありますが機能はしていません。

阿部 桎屋先生は、1人医師で診療所を運営されて何年目ですか。

桎屋 4月（新年度）から8年目になります。やはりこのままでいいのかなという不安はあります。

東條 しかし、休まないといけなと思います。

梶井 そうですね、休まなくてはならないと思います。

後藤 そういうことは現実的な話だと思います。当院の伊左次先生も白川村診療所に1人医師で11年勤務していましたが、夏休みをほとんど取ったことがありません。私たちの仕組みをつくってから「夏休みを取り

なさい」と言ったら「今まで取ったことがないので、取り方もよくわからないので取らなくていいです」と言い出しました。

榎屋 諦めればいいという、結局そうなりますね。

へき地医療の課題の一つは 医師の生活も守られること

後藤 私どもが県北西部地域医療センターをつくったときに「意地でも、特になにもしなくてもいいから休め」と言って、全員に夏休みを取らせるようにしています。こうした医師自身の生活も守られることが、やはりへき地医療の大きな課題の一つだと思います。

榎屋 今は年齢が若いのでいいのですが、今後歳を重ねていったり自分が病気になったときはどうなるのかと考えます。行政のスタンスとしては、私が何年でいなくなると決めてもらわないと、次の医師の予定を立てられないと言われていました。

東條 具体的にはご自分の中ではいつぐらいかということを決めていますか。

榎屋 行政からは、「9年間で先生の義務は終了です」とは言われています。

東條 義務ですか。

榎屋 そうです。

東條 あと2年ですね。

榎井 9年では長いですね。

東條 長いですね。

後藤 地域枠も同じですね。

榎井 だけど1か所ではありません。大学を中心に初期研修を2年、その後に後期研修を行ってから派遣が始まるので、実質的に大分県では、へき地の病院に行くのは9年のうちの4年です。普代村は生活費から全部出したという話ですが。

榎屋 私の場合はそうではありませんが、他の2人の養成医師はもっと待遇がよかったと聞いています。

後藤 現役の医師がどれだけ頑張れるかということとともに、そういう姿を見て次の人が来たいと思うかどうかという問題がありますね。

榎屋 そのとおりです。

後藤 しかし、へき地医療が特殊な分野になってしま

って、医師が継続的に来ないという状況は不幸だと思います。それでも脈々と医療はつなげられるか、その地域が育んできた医療に関する文化をつなげられるかとなると、ある程度ハードルをどこかで下げておかないといけないと思います。そういう考えがたとえば阿部先生のところでは4つの診療所を医師6人で診ていますが、誰か抜けたときもありますので、医師数として診療所数プラス1は必要だと思います。東條先生のところも2か所であれば、医師3人で診ることができれば一番いいと思いますが、中央の病院が多少協力してくれて医師2.5人ぐらいでもよいかと思います。

私のところも継続ということで考えると、自治医大の派遣医師が私たちのセンターへ来て、診療所群をいろいろ回っていますが、週に数回行っているだけでスタッフの名前も各診療所の仕組みも薬も知っている状況になります。たとえば、白川診療所に赴任していた伊左次先生の後任となる卒後4年目の医師はそうした仕組みの中で地域との距離感が近くなり、伊左次先生から引き継いで勤務しています。

国診協には非常に頑張る先生が多く、そういう先生にスポットライトが当たったり、毎年1月に開催される地域包括医療・ケア研修会でもそうですが、総合的に診るのは当たり前、地域に溶け込んで頑張るのが大事ということをやったりするところがあります。しかし、医師の中ではそういう人は圧倒的に少ないと思います。スーパースターはいなくても、地域で医療を続けながら自分の生活も守るところができる構造になったほうが継続できるモデルになると思うし、そうしないと若い医師たちは来ないと思います。

阿部 若い医師はQOML（クオリティー・オブ・マイ・ライフ）が大切だと言います。

後藤 そうですよ。だから、榎屋先生は大分非常に頑張る医師に毒されてきたと思います。

榎井 脱出できないようになります。

後藤 もちろん、今やっていることが悪いという意味ではありませんが、普代村でも久慈医療圏でも岩手県でも、どのように考えていくのか。たとえば近隣には同じような村はいくつかあると思います。少し仕組みとして支えることを考えていかないと、地域医療が継



続されることは難しいと思います。

梶井 村の人たちの犠牲と言ったら悪いですが、余りにも自分をそこに投入し過ぎていると思います。

1人医師の診療所では、 そこで楽しむことが働きがいになる

梶屋 そうですね。この環境で楽しめている自分がいって、働きがいだったり充実感だったり、自分がいなくてどうにもならないという思いが今の活力になっていると思います。

後藤 へき地診療所で診ている医師の多くは同じ思いだと思います。診療が運営できているから誰もそんなに疑問に思わないのです。しかし、国保直診施設を全部眺めてみても、定年や欠員が出たときに引き続き誰かが医療をつなげていくことは意外と簡単ではありません。国保の歴史の中でも多くの活躍をされた1期生世代の先生方が引退して、次第に運営にも助言もできなくなる時代になります。それでも継続していかなければなりません、より長期の継続モデルについては皆さんの概念の中にはないと思います。しかし、今後は考えなければいけません。

阿部 梶屋先生がおもしろいと言われることもよくわかります。私も1人医師で働いたとき、自分の設定し

た目標が自分の努力で達成できる充実感がありました。しかしその後多くの研修医を受け入れるようになって研修医から「阿部先生のように1人で続けるのは無理です」「QOMLを満たせない」と言われ、自分だけでなく次に続く人も遣り甲斐を持って取り組めるのはどうしたらよいか考えるようになりました。ところで、梶屋先生の村では今後市町村合併の可能性はありますか。

梶屋 当面はありません。以前合併の話があったのが破綻しました。

阿部 そうですね。なぜこんなことを聞いたのかというと、グループ診療は医師の休みや研修の確保だけでなく、行政への関わりが関係しているからです。行政圏が広くなるといろいろな提案ができなくなってしまいます。そこをどうしたらいいのかということも大きな課題です。住民の行政圏が変わった中で医師として提案する場がつかれないとその地域のいろいろな問題解決ができないことになります。したがって、診療所の医師を増やすだけではなく、行政に発現できる体制をつくるのが大きな課題です。

東條 私は当診療所に赴任して17年です。はじめのころは、地域に骨を埋める考えでいましたが、自分が去った後のことを5年目以降考えるようになりました。

働き方では、夏休みは必ず1週間取ります。週末はもう1人の医師と話をし「今回は自分が残るから、子育て中の奥さんのところへ週末は行っていいよ」と言っています。また、看護師や周辺スタッフにも、休みを必ず取りように言っています。今、気ままな診療所生活をしております。

そして、自分がいなくなるときに自分のポストを埋めてくれて、将来的に地域医療を目指す若い医師を育てることも意識しなければと思うようにしています。自分がいつも2次救急や3次救急をお願いする最寄りの600床規模の病院が60キロぐらいの離れた場所にあります。その病院では研修医が10人程度いますが、1週間泊まり込みで当診療所に来てくれて、一緒に診療しながら救急事例が発生したときもそこに行ってもらっています。大抵当診療所で行っている医療レベルは把握しているので、診療を快く受けてくれています。

自分が去ることを考えると教育しなければと思っています。教育の場として当診療所も役立てたいと考えて、研修期間の1週間で2週間に延長する話はその後方病院とも協議しています。そうすると2人以上の仕事はありますが3人分の仕事はないので、どうしても根拠を持って医師をプラス1にしてほしいという話は行政に言いにくいのですが、研修を兼ねたヘルプという形で積極的に受け入れることで、何度か教育もしながら自分たちの仕事もシェアしながら考えています。

後藤 今、東條先生が言われたように教育は重要ですが、実際研修医が100人来ても1人も残らない状況です。

東條 そうなります。

後藤 難しいけれども、ほかの手段がありませんので教育もやり続けたいといけません。私たちの病院は日本プライマリ・ケア連合学会の後期研修プログラムを持っていて、新しい専門医制度が始まる以前に勉強したいという後期研修医が参加してくれました。その研修医は開業医である親の後を継ぐことを考えていて、そうであれば現在の専門分化よりはすべての病気に対応できるほうがいいと思われたこともあって、私たちのプログラムを選んでくれたわけですが、そういう受け皿としても当院は最適かと思っています。しかし、教育が重要だといっても、それを受け入れる側の医師

の働き方自体をみんなで考えないと、人材育成や将来的なへき地医療の維持はできません。なぜなら1人で診療所を運営して研修医教育の要素も入れるとなると、さらに仕事が増えていくだけですからね。

榎屋 そのとおりです。だから現状では研修医の受け入れはできておりません。

後藤 1人医師では結構厳しいので、楽にできる仕組みをつくるのが必要と思っています。さらに、どのようなネットワークの幅で行うのかを、その時々で考えることが必要だと思います。

阿部 普通の人間関係で10人いたら6人とはうまくいきませんが、3人は普通で1人とはうまくいかない……。もしかしたら普代村にも榎屋先生と合わない人もいますかと思っています。そうすると、やはり他の先生の手を見てもらうことも必要かと思っています。

東條 確かにそう思います。

阿部 医師も人間ですので、自分自身の気持ちが下がってしまったときにうまく患者さんへの対応ができないこともあります。いろいろな場合がありますので、やはり普代村の場合、医師1人しか選択肢がないことは、地域住民から見るとどうなのかと思います。

榎屋 そのとおりだと思います。

医師の複数・ネットワーク化で、医療の質が担保

後藤 医療の質の担保という意味でも、複数の目があるということはいいことだと思います。たとえば白川診療所の医師が交代するときには、次に赴任する医師が、毎日ではありませんが私たちのセンターの一員として白川へ出向いていて、前任者と時間をともにしていることになっていました。こうした時間軸での保証やその時々での保証については、複数・ネットワークという形は取り組みやすいという意味でも、気持ち的にも担保されるという意味でも安心だと思います。

ただ、複数医師で運営を行うとか、ネットワークを組んで取り組むこととかということが仕組みとして自分の地域に導入できるのかどうか、普代村に入れ込めるのかどうか、そういうことが大変だと思います。そのノウハウの積み重ねが全体に少ないので、どうした

らいいのかということになるのだと思います。したがって、本日の座談会は非常に大事なことのひとつだと思います。広域合併で財政が厳しく、さらに人口減少という状況の中で、果たしてどうやってネットワークを組めばいいのか、どうやってつくればいいのかをうまく積み重ねることを考える必要があると思います。

梶井 後藤先生の地域では、たとえば白川診療所に医師が週何回か行く時はどこから人件費が出るのですか。

後藤 連携協定を結んでいますので、他市町村に行くときは半日単位で費用を整理しています。移動の費用についても県から一定の補助があります。つまり、こうした費用でもさまざまな関係者に協力していただくことによって運営できているわけで、自分たちだけで取り組むことは難しいと思います。私のところもあくまでも郡上市から提案はしましたが、岐阜県から2市1村に正式に依頼する形で検討が始まりました。そういう形にしないと、特に基礎自治体の枠組みを超えるようなネットワーク構築において、各市町村のアイデンティティーがありますので、話を聞いてもらえない可能性もあると思います。

梶屋 私は近隣の診療所との関係に悩むことがあります。当村から車で10~20分圏内の両隣の村にそれぞれ一村一医師で運営されている診療所があります。片方の村は約半年医師不在の時期がありました。その村の診療所には昨年4月から70歳近い医師が赴任しましたが、医師不在の間に住民は困り、当診療所を利用する方が増え、現在もその状況は続いています。したがって、その村の患者さんで当診療所を利用していただく方は多数おられます。

後藤 隣村の患者さんも診療して大変ですね。

梶屋 もちろん有難いことではありますが、一方では当村への貢献という意味では、村の患者さんの待ち時間が増え、村直診の診療所として本当にこれでいいのか考えてしまうことも正直あります。

後藤 確かにそうですね。

梶屋 個々の行政単独ではなく、近隣の市町村が一体となり普段からカバーし合うシステムがなければ、今回隣村であったような医師不在期間に患者離れが進み、診療所の収入が減りそれを補填するために村の財

政にも悪影響が出かねないと思います。そうなった場合、保健・医療の財源確保にも不安が生じますし、将来的に医師確保にも悪影響が及ぶかもしれません。

後藤 そうですね。だから、自治体の中に政策部門も設置して、地域の医療に関する市町村のアイデンティティーをきちんとつくり、それに対して行政サイドも応えてくれないと難しいですね。

阿部 複数医師やグループ化は必然的な流れだと思いますが、われわれはその課題も感じています。一つは医師同士の調整です。地域医療といってもとらえ方は医師でさまざまです。常に主治医として関わりたいという医師もいれば、できるだけ分担すべきという医師もいます。病院の科と違って診療所長の裁量権が大きい中で共通のルールづくりの困難さを感じています。もう一つは行政との関係です。行政の中に部署を作っていますが、診療所は別組織という体制の中で意思決定の縦ラインに入れず、結果として行政の施策に診療所の意見が反映されません。たとえば、嘱託看護師は市の嘱託のルールでは5年で契約が切れてしまい、確保が非常に困難になります。こうしたことも行政全体のルールと現場の課題の乖離を感じます。来年度に向け提案できる体制を検討中です。

後藤 そうですね。しかし阿部先生のところは、吸収合併でしたか。

阿部 対等合併です。自治区という対等な関係です。

後藤 私のところは、センターのチームのメンバーがほとんど自治医大の卒業生なので意思統一が比較的容易です。しかし自治医大の卒業生でも、地域医療に対する意識が高い人や低い人もいます。現在私たちのセンターの医師は、国保白鳥病院ではいわゆる自治医大のへき地勤務としての義務年限内は1人だけで、義務明けないしはへき地勤務は終えているものの義務内という卒業生は私を含めて4人います。また、後期研修プログラムで来ている研修医が1人いて、ほかの診療所も一人を除いて自治医大の義務年限内の医師です。そういう意味では、全体の意思統一はやりやすい状況にあります。もちろん、診療所の医師も当院に週1回ぐらい来て、また当院の医師もセンター内の各診療所に行って顔を合わす時間はできるだけつくるようにし

ています。たまたま出身大学が同じ自治医大だったということです。ただ、それ以外にも以前から勤務している医師もいるので、そういう先生方とのすり合わせはいろいろあり大変な部分がないとは言いませんが、なんとか運営できています。

行政との兼ね合いに関してはもちろん、阿部先生が言われるように縦ラインが非常に大事です。私は35歳で和良病院長になりました。まだ合併前でしたがそのときから今の郡上市でいえば院長イコール部長級です。ですから私は35歳から郡上市でいえば部長で、そのまま合併後も部長級のポジションを持っていて、さらに郡上市の健康福祉部の参与にも任命されました。部長や次長と同じぐらいのポジションで市へアドバイスができるという立場になっています。最終的な決定権の近い位置にいるので、そういう意味では副市長や市長にもダイレクトにいろいろお話しすることもできます。もう一つは、私は郡上市の産業医も担当しているので、人事課もほぼいい関係となっています。

むしろ、当センターを運営している中で課題の一つは議会の納得です。議員の中には郡上市で勤務している医師がなぜ他の市町村の支援に行くのかということをおもっている方もおられるようです。また、それに対しては県の補助があると説明したり、こういう仕組みがない限りは医師が来ないと説明したりといった、きちんと理論武装をして議会にも説明しなければなりません。今のところ議会はおおむね好意的で、ぜひ頑張ってもらいたいと言われます。また、全国に発信ができると、郡上市の名前は広がりますので、議会にも首長にも印象が良く、一つの広告塔のような役割も担えます。そういう意味では、学会にもどんどん行って発表してきてほしいとスタッフにも言っています。

それ以外にも行政との関係に関しては、岐阜県内の自治医大の卒業生を受け入れている市町村で保健・医療・福祉関係職員だけではなく、それ以外の職員の方々も対象として年1回、地域医療を半日みんなで考えようというワークショップを開催します。毎回100人ぐらい参加者がありますが、このワークショップは首長肝いりですので、首長直の命令で参加してくれることとなります。

いろいろな仕組みをつくっていくことは、われわれ医師は不得手ですね。医師という職業パワーによって医師が右向けと言ったら心の中で全員左向いていても一応、右向けかということがないわけではありません。これは仕組みとしてしているわけではありません。しかし、行政の方々は仕組みづくりが非常に得意です。そこで、得意な部分をうまく使わせていただくことが大事なので、事前交渉などを行い、ある程度こちら側の考え方や思いも入れ込まないといけないかと思っています。

榎井 やはり2025年、35年、45年と、先のことを考え将来予測をしながら来るべき社会に対してわれわれはどうするのか。行政とも真剣に話し合っていないと先に進まないだろうと思います。地域医療構想が出て診療所は関係ないと思われているかもしれませんが、実は地域医療構想の中にはさまざまなデータがたくさん隠れています。その中で人口動態、受療動向や患者数などについては大体予想がついています。その中で、地域住民の皆さんが安全で安心して地域で生活するためにわれわれ国保直診は絶対守らなければいけません。そのためには、やはり今までの感情的なしこりなどは全部捨て去って、何か新たなものを生み出さなければいけないと思います。

そこで郡上市や浜田市の先進事例はありますので、全国どこでもやればできるはずですが、やはり1人のアイデアではうまくいきません。100の地域があれば100の地域包括ケアがあると言いますが、やはり何か共通のところを見つけて何かシステムをつくっていかないと、超人的な頑張りだけでどうにかなる時代ではありません。

人口減少により 医療機関の必要性が問われる

後藤 もう1つの大事な点は、わが国の人口減少が絶対避けて通れないことです。海外からの移民を受け入れない限り、日本の人口が増えることはないと思います。どんどん人口が減っていき、高齢者すら減っていくということは、われわれのマーケットが縮小するということになるわけです。そうすると、実は自分たち

の医療機関がその地域において今後どのように維持されていくのかということも非常に重要な課題だと思います。それは日本全国すべての国保直診施設が直面している課題だとも言えます。

特に小規模病院では規模を縮小して診療所化や現在運営している診療所を廃止する状況にもなっています。したがって、地域の拠点として同じようなやり方を継続していて本当にいいのかということを議論する必要があります。つまり、医師個人のいろいろな生活を支えるとか、医療の質を担保するとか、医療的な面でのネットワークだけではなくて、保健・医療・福祉を、長年取り組んできた国保直診自体のあり方を、どういう仕組みで行っていけば継続できるのかも考えないといけないと思います。

企業はマーケットが縮小すればマーケットを拡大することを考えると思います。たとえば郡上市では、合併のとき人口約4万8,000人でしたが、今、約4万3,000人です。だんだん人口が少なくなってくるとパイは小さくなります。そのときに医療機関だけ同じ規模では絶対残りません。生き残るという意味で、マーケットを拡大することの一つとしてネットワーク化することがあろうかと思っています。

人口減少や地域医療構想や疾病罹患の今後の動きを眺めたときに、自分の地域の枠だけで考えていると、なかなか変えられません。特に国保直診が立地している過疎地域では、そのときにどう考えるのか、どうしていくのかという危機感に行政も住民もわれわれも直面していかないと、従来の仕組みを変えるという議論に入っていけないと思います。やはり自分のところの情報をきちんと仕入れて、どうするか考えないけません。

そういう意味では、人口予想に基づいてその地域の将来予測をどう見るのか。そう考えたときに私どもの一つの手段としては、基礎自治体の枠組みを超えたネットワーク化が提示できたのではないかと思います。

梶井 現在、国東市の人口は約2万8,000人です。2035年には2万1,000人になると予想されています。当市医師会では18人いるA会員のうち年配の14人はその頃には診療していないか、事実上の閉鎖状態でしょう。

その14人の中で後継者がいそうなところは4人ぐらいです。そうなると病院としては、ベッド数は減らしても医師の数は減らせません。数年前に国東市で廃業したクリニックがあり、解体費用がかかるためか寄附されたのですが市としてもどう使ったらいいいのか困っています。将来的に同じようなことが起こったら、サテライトの診療所として総合診療専門医を派遣して診療していくことになるかと考えています。病院に専門医は必要だとは思いますが、今後は総合診療専門医のほうが重要になってくるという感じがしています。それぞれの地域の医療の将来像を考えて議論する場をつくっておかないといけないと思います。

総合診療専門医の活躍する場の一つは、 国保直診がある地域

後藤 国診協の中小病院の今後のあり方の一つとしては、総合診療専門医が活躍する受け皿になることだと思います。大病院から中病院では専門医は必要です。しかし、診療所だけに総合診療専門医を置けばいいのかということではありません。先ほど言ったように、診療所では1人で頑張らなければいけないことや、診療所だけでネットワークを組んでも財政問題や人口の問題などがどうしても起きてきます。そこで国診協の小病院が今後生き残っていく意味でも、総合診療専門医を周辺の診療所や町村を超えたネットワークにどのように組み込むのかというモデルをつくったほうがいいと思っています。

開業医の高齢化も同時に進んでいますので、今、在宅医療が大事といわれても、開業医の方は夜中に呼ばれても行けません。そういうところに総合診療専門医がいれば、開業医の方が診療できない時間帯の対応も可能になるかもしれません。小病院でも総合診療専門医が来れば、開業医の高齢化でドロップしていくところにも、支援できる仕組みがつくれるのではないかと考えます。実際、私たちのところでは開業医の先生がお休みになるときは私どもに事前に連絡が来て、気になる患者さんがいる場合は私たちが出向くという仕組みにして、2つの開業医の先生とモデル事業を行っています。そのために月1回開業医さんたちが診ている

患者さんのカンファレンスに参加し情報を得るとともに、すでに看取りも経験しています。今後のモデルが少し広げられるかどうか考えています。

このネットワーク化は、実は先ほど言ったような医師のQOMLを守るだけではなくて、その地域の医療自体をどう守るのか、仕組みをどう変えていくかという意味でも、一つの手段だと思っています。

靱井 やはりネットワークの中にコアになる病院があるほうがいいと思います。一緒にはやりにくい部分もありますが、地域医療構想の中で生き残っていくためには、そういうネットワークが必要ですよという話に持っていくと、ある程度乗ってくれる病院が出てくるかもしれません。そういう病院の中にも総合診療専門医が2～3人といていただきたいですね。柗屋先生の隣村に安定的に熱意のある医師を回すためにも、そういうシステムをつくと何かいろいろな経験できるから行ってみようかということになり、医師が増えるという感じがします。

柗屋 本当にそうですね。

靱井 柗屋先生は、普代村から病院に移って指示する立場に回ることを考えてほしいと思います。みんな何とかなるだろうと思っていますが、何とかなりません。そこであるべき姿をイメージして、それをいろいろな人やいろいろなものを巻き込んでみんなで共有していけば、何とかなるのかなという気はします。

後藤 阿部先生のところで浜田医療センターに総合診療科をつくることができたのは、どういう働きかけがあり、どなたが設置判断をしたのですか。

阿部 まず私たちの中で以前より多病変を持った高齢者が質の高い入院治療を受けることが出来にくい現状を認識していました。さらに総合診療専門医の浜田プログラムをつくる必要性を感じていました。一方で私たちの中に病院の総合診療で活躍したいと希望する医師がいました。浜田医療センターとは研修医の受け入れなどで話し合いの場があり、課題を共有してきました。また、総合診療医の講演会も繰り返し行ってきました。その上でプログラム申請に間に合うように平成27年春を目途に市の本庁内で協議し市長に認めてもらい、住民の理解を得て連合体医師1人が浜田医療セン

ターに4年の期間限定の約束で移動し、それまでいた内科医師をまとめて総合診療科を開設しました。

後藤 浜田医療センターとの交渉は市が行っているのですか、阿部先生のチームが行っているのですか。

阿部 医師同士は私たちがしますが、病院とは医療対策課が担当しています。総合診療科医師は開設以来非常に過重労働になっており、今年度は市長から浜田医療センターに総合診療科を現在2人から4人に増やして下さいという要望書を出してもらいました。その効果もあり来年度から医師2人が増えることになりました。

後藤 なるほど、すばらしいですね。

阿部 開設にあたって総合診療の講演会の中で総合診療科の他科への影響や研修医にとっての魅力、開設後総合診療科が経営的に有利とのデータを出したりしてきました。特に院長先生に総合診療科開設の意義を診療的にも教育的にも経営的にも理解していただくことが大切だと思いました。

後藤 やはり病院のトップや市が動くことは、お金に対してどうかということですよ。

阿部 そうでしょうね。

後藤 そして非常に危機的なことを回避できるかどうかということで、医師がいなくならないようにするには教育を行い、何人来るかわからないけれども、研修医が1回見に来てくれれば来てくれる可能性があるかもしれないということですね。先ほどの浜田医療センターに総合診療科設置でお金がかかるかもしれませんが、そういうことのほうが揺れ動かされるわけですね。

阿部 そうですね。

後藤 ですから、余り純粋に地域医療はこうじゃないといけないということだけでは難しいと思います。東條先生のところはどのように取り組んでいますか。

東條 広島県が自治医科大学卒業医師派遣先の自治体に数年に1回継続派遣の要請をお願いしています。その書類を埋めさえすれば、途切れることはないと各自自治体は思っています。待遇とかがとりたてて悪いわけではありませんが、危機感は薄いと思います。

後藤 さらに人口が減少するので、診療所の医師は1人でという話にはなりません。



東條 将来的にはなると思います。特殊な事情で北広島町に赤字経営の豊平病院があって、そこを公設民営で業務委託をしているため、町の予算をつぎ込んでいくことが問題になっています。

梶井 その病院は国保ですか。

東條 国保には入っています。その病院経営が5年ほど厳しい状況です。44床の病院で一時期は、私どもが逆に診療所から病院を支援してほしいと言われて、当直を3年間やっていたこともあります。町の保健・医療行政が、その病院に力を入れざるを得ない状況です。

後藤 その豊平病院は芸北地域からどのくらいの距離ですか。

東條 45キロぐらいです。当初、そういう病院を中心として附属の診療所扱いにするかと言われていました。その計画はちょっと進み始めた時期もありましたが、結局は当診療所は経営が安泰で、その病院経営が厳しい状態です。

後藤 なるほどね。難しいですね。

東條 はい。ただ将来的にはその病院が残って、私どもがその病院付属の45キロ離れた診療所ということになると予想しています。

梶井 競合する民間病院がありますよね。

東條 競合する民間病院はありません。旧豊平町にはその医療機関が1つです。

後藤 それ以外の民間病院はいくつあって、何床ぐらいありますか。

東條 民間病院は50床クラスの病院が4病院あります。

後藤 そんなにありますか。よく経営が成り立ちますね。郡上市も今、公立病院と民間病院がそれぞれ2つあり、また精神病院もあります。当市の人口4万3,000人で精神病床を除いて430床ぐらいあります。人口に対して病床数が多すぎるとは思いますが、まず今は機能分化をきちんとしないといけないと思っています。各医療機関が得意分野を伸ばしておいて、いずれは次のステップをいろいろと考える必要があります。ただ、北広島町でも町内の医療機関のあり方を検討する場が、どうしても必要になってくると思います。

東條 そうなってくると思います。

梶井 医療機関のあり方検討会を立ち上げないといけませんね。

後藤 今の地域医療構想の中では、医療機関が乱立しているところほどいろいろなことを言われると思います。しかも、医師の確保が厳しいと思います。

東條 医師が確保できていません。私どもの芸北地域の対象人口が2,000人を切ったぐらいで、医師1人になるという話は出てくると思います。そのときに自分の去る時期と思っています。

後藤 だから和良診療所も今は医師2人ですが、将来

1人になるときがあると思っています。今からそれに向けての仕組みも考えていかなければなりません。東條先生が言われるようにへき地の診療では、2人いるところは多くありません。では人口2,000人切るようなところで、医師1人でいけるのかというと、国保直診が行っている仕事はすべてこなしていくには厳しいと思います。2人はいらぬが1人では困難、1.5人といった配置も考えなければならぬと思います。

東條 そうですね。

後藤 だからネットワーク化は大事だと思います。

地域の医療を守るためには、 ネットワーク化が必要

東條 ネットワーク化というテーマについて、私は最初ソロプラクティスの問題や24時間365日の問題を想定して来ました。後藤先生や阿部先生のお話を聞いて、自分の地域全体を見たときに医療の質や地域全体を守っていく仕組みをつくるには、ネットワーク化することが大事であることがわかりました。

梶井 1人でやるよりも多くの関係者が関与してくれたほうがいいので、長続きするシステムは必要だと思います。

後藤 やはりないものねだりはできないので、ある資源をうまく使うためには、逆にそうやって組まない限りは難しいのではないのでしょうか。要するに資源も増えないから、今ある資源をどのように工夫してシェアリングするかということを考えてときに、結びつけるところは結びつけていかなければならぬと思います。お金は来ない、診る人は減る、医師も減る、でも政治的には維持しなければいけない、という過渡期にあるわけです。そこで、過渡期のときの戦略として考えると、まず自分の自治体の中でどういうネットワークを組むのかだと思います。

だから、梶屋先生のところのように1人のところはそうはいかないと思うので、弱い者同士どうやって組むのか、うまく後方病院とどういう距離感でやるのか、どちらかがうまく働きかけていかないと対応できないと思います。やはり首長など自治体をうまく動かすことが必要なのかなと思います。県でも少し考えてもら

い、岩手医大にも地域に貢献してもらわないといけません。

梶井 最後に後藤先生にまとめていただきたいと思います。

国診協は地域医療を守るためにも 提言や発信を

後藤 実は本日の座談会は当院の伊左次先生が第56回全国国保地域医療学会で発表した「24時間365日体制、休暇や代診、1人では医療を標準化できない、維持・継続の保守的な発想、自分の枠の中で課題を解決、誰も後任をやりたがらない、明るく前向きにうまく交代できない」という7つの課題が発端でもあります。

それらを解決する一つの手段として、どういうネットワーク化をしていくのかということは、今後の課題だろうと思います。必ずしも医療側の問題だけではなくて、人口や社会背景の中でその地域の医療としてどうしていくのかということ議論する中で、一つの選択肢としてネットワーク化という、複数体制は非常に意味があることだと思います。ただ、複数体制に進めていくためのやり方やステップについてみんなで明らかにしていかなければなりません。全国でネットワークを組んでいるところはいくつかあると思いますので、そういう地域のノウハウを共有しながら、今後、人口減少していく中で自分の診ている地域の医療を守っていくために、どういうやり方をしていけばいいのかということの提言が、国保直診や国診協からも発信できるといいかなと思います。

また、国診協の中小病院や多くの診療所が将来に向かってその地域の医療を、われわれのアイデンティティが壊れないように行っていくためにも、ネットワークや広域化は一つの方法として大事だと思います。今後もこうした場や学会などいろいろな場で議論していければと思います。

梶井 後藤先生ありがとうございました。それでは、本日の座談会はこれで終了します。ご出席者の皆さんありがとうございました。

全員 ありがとうございました。

(平成30年2月4日収録)