

資料 No.2

<令和 5 年度地域包括医療・ケア研修会>

-令和 6 年 1 月 12 日(金) / 1 日目-15:00~15:25

## 講演 II

# ポスト 2025 年の地域包括医療・ケア

### ■講師

国診協会長  
秋田県・市立大森病院長

小野 剛

# ポスト2025年の地域包括医療・ケア

(公) 全国国保診療施設協議会

会長 小野 剛

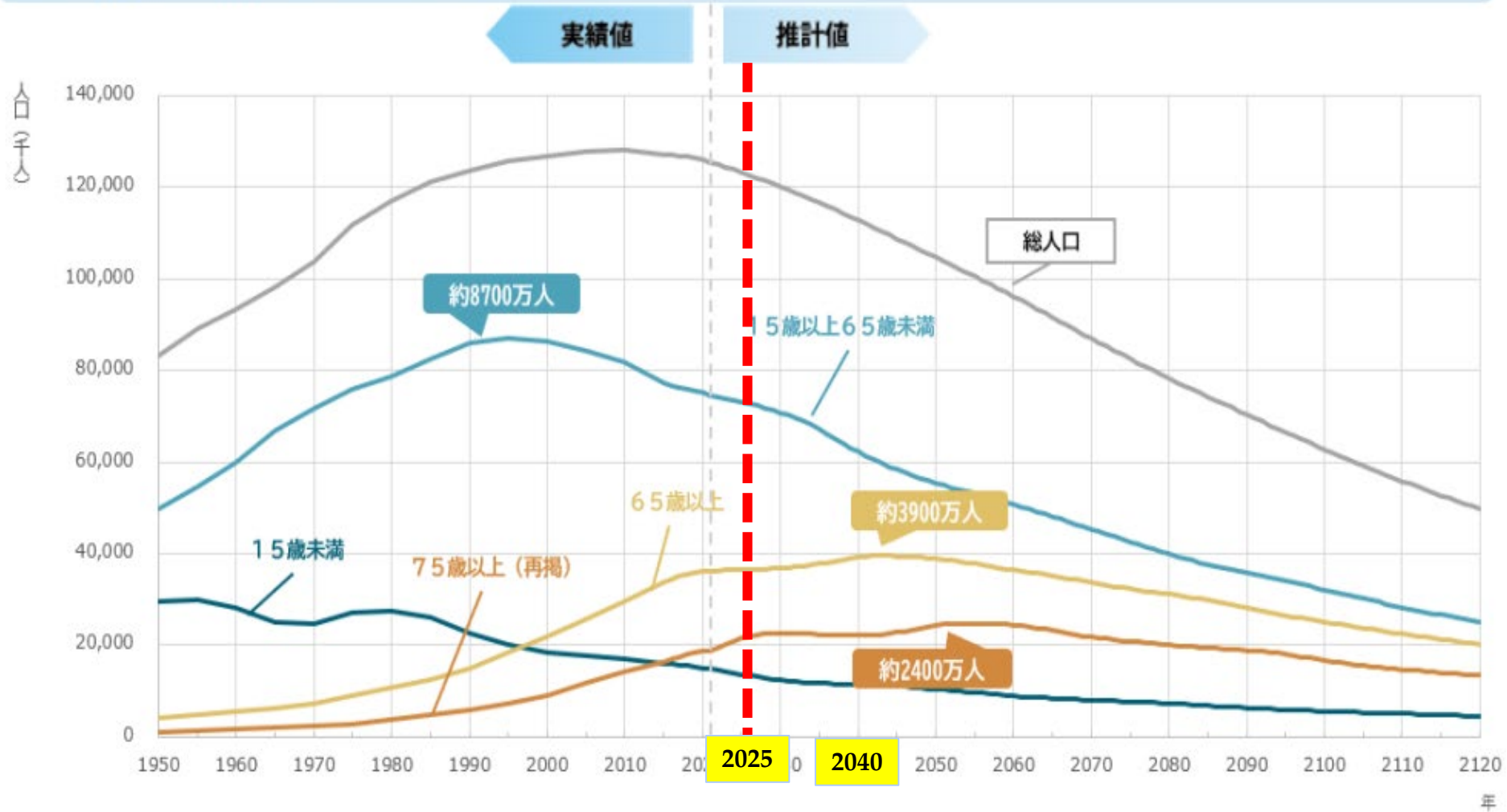
(秋田県 市立大森病院 院長)

# 日本の人口推移

(第549回中医協総会資料令和5年7月12日)

総人口は既に減少傾向にあり、**生産年齢人口も減少**が続く。一方、高齢者数は増加し、「団塊の世代」が後期高齢者になる**2025年**は目前に迫り、高齢者人口がピークになる**2040年**も視野に入ってきた。2025年以降は「高齢者急増」から「現役世代急減」に局面が変化する

- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



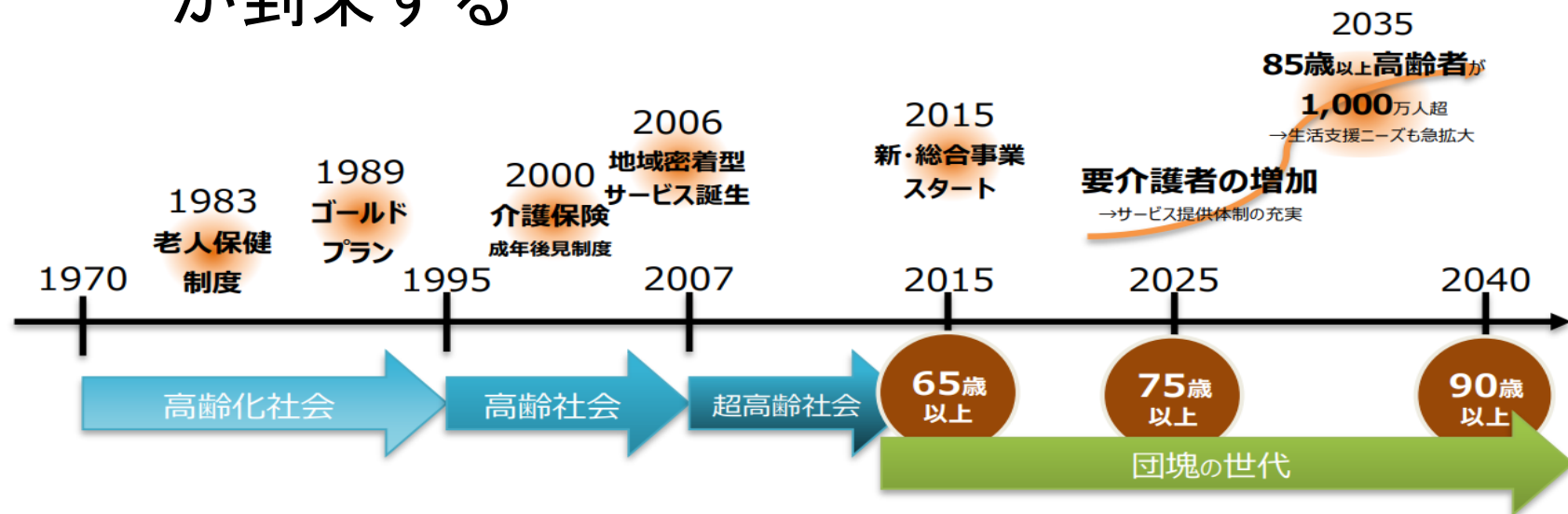
出典

2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）  
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」



# 2040年の 社会のイメージ

- 2035年：85歳以上の高齢者が**1000万人**に増える
- 2040年：団塊の世代は**90歳以上**に達する
- 「高齢化した高齢者が」増加する
- 家族と住まい方が多様化する
- 個人を単位とした仕組みへの再編が必要
- **家族介護が期待できない時代**になる
- 平均的な高齢者像では語れない、**多様性と格差の時代**が到来する





## 医療の目的の変化：「治す医療」から「治し支える医療」へ

- 生活の質（QOL）を重視した医療
- 生活の中の医療（生活を犠牲にしない医療）

## 病院に求められる役割の変化～病院機能の2つのベクトル～

- 一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
- 他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能

## 「治し、支える」は医療だけでは実現できない

- 外来中心から往診・オンライン中心へ
- 医療・看護・介護・生活支援、包括ケアが必要
- 多職種連携を支える情報基盤は不可欠⇒医療IT・IoT・Dxは在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠のツール

# 高齢社会に求められるもの

- これからの高齢社会は要介護高齢者の複合ニーズへの対応が重要
- 要介護度悪化を防ぐためには、肺炎や心不全悪化などの急性期イベントを予防するMedical Care Managementが重要になる
- 多くの地域で施設介護ニーズが増大するが、財政面から考えてそれに見合う施設を作ることは困難
- ➡施設介護と居宅介護との柔軟な連携が必要である
- そのためには標準的な連携ツールが必要である

高齢社会は医療と介護の連携を求める  
医療と介護の連携ツールが必要となる

# ポスト2025年の医療提供体制の変化

## 人口動態

- 2040年に65歳以上人口がピーク
- 生産年齢人口の減少
- 高齢者減少と現役世代急減が同時に起こる2次医療圏が多くなる
- 高齢者単独・夫婦のみ世帯の増加

## マンパワー

- 人材確保が困難になる
- 医療・介護・福祉従事者の不足（2040年に100万人不足）
- 「働き方改革」への対応が求められる
- 医師の高齢化の進展
- 医師供給は2032年頃に均衡し2040年には余剰となる

## 医療需要の変化

- 入院患者は増加傾向（多くは65歳以上）
- 外来患者は減少局面
- 在宅患者の増加（訪問診療・訪問看護・訪問歯科利用者増加）
- 高齢者救急増加
- 85歳以上人口の増加で、医療と介護の複合ニーズ患者の増加
- 看取り患者が増加（高齢多死時代）
- 自宅へ退院できない患者増加
- 認知症高齢者増加



# ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

## 1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

## 2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

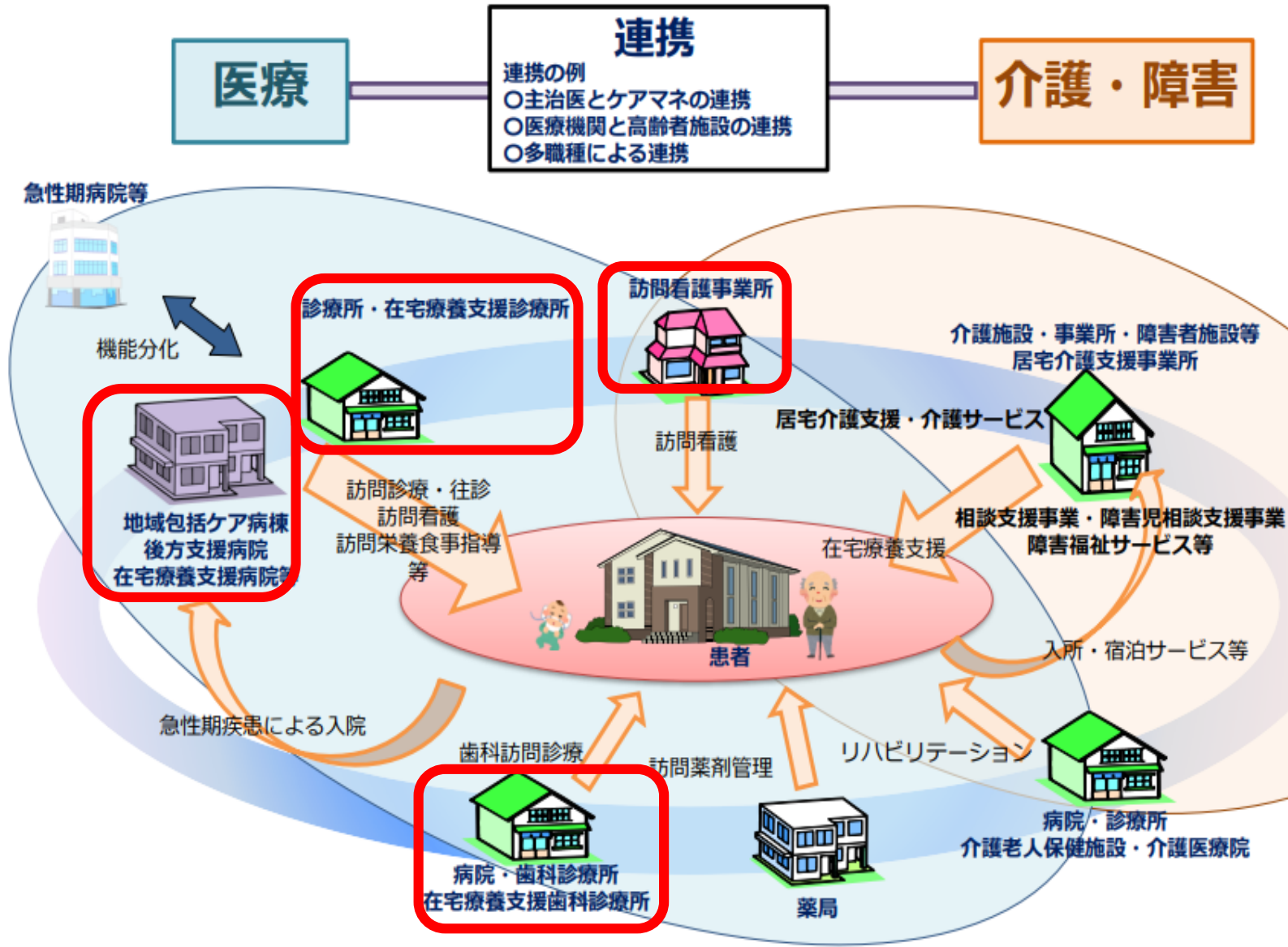
ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」は、まさに国保直診が取り組んできた事です。これまでの私たち国保直診の取り組みは国が目指す方向と一致しています。今後はさらに深化させることが必要かと考えます。

**多職種連携で、治し・支え・寄り添う医療を充実強化することが国保直診に求められています！**

# 地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）



在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無に関わらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素です。

**在宅医療では、在宅診療・在宅病・在宅療養支援歯科診療所や訪問看護ステーションの役割は重要です！**

# 在宅医療提供体制

入院時の退院支援、退院後の日常療養支援、急変時の対応、人生の最終段階における看取り支援が必要な医療機能です。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関として在宅療養支援診療所・病院が重要です

訪問看護も大きな役割を担います

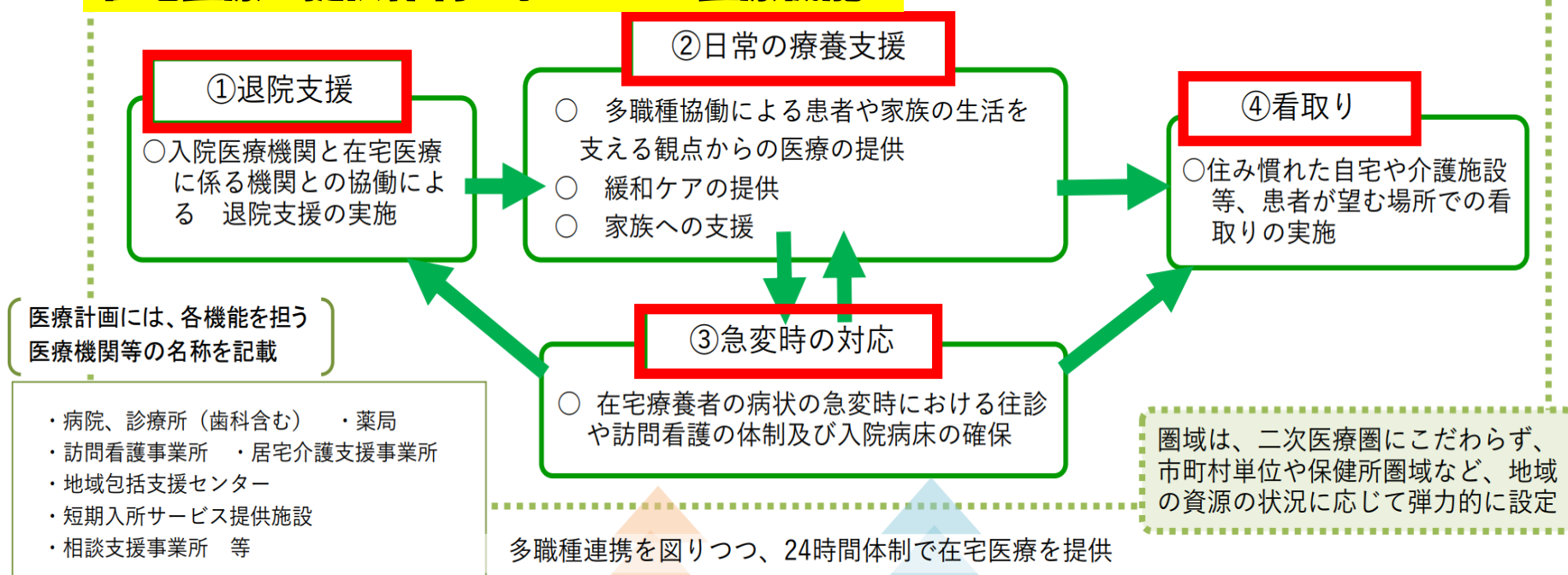
在宅医療提供体制を整備することが地域包括ケアシステム構築の重要なポイントとです。

## 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

### 在宅医療の提供体制に求められる医療機能



### 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

### 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等





# 死亡場所の推移

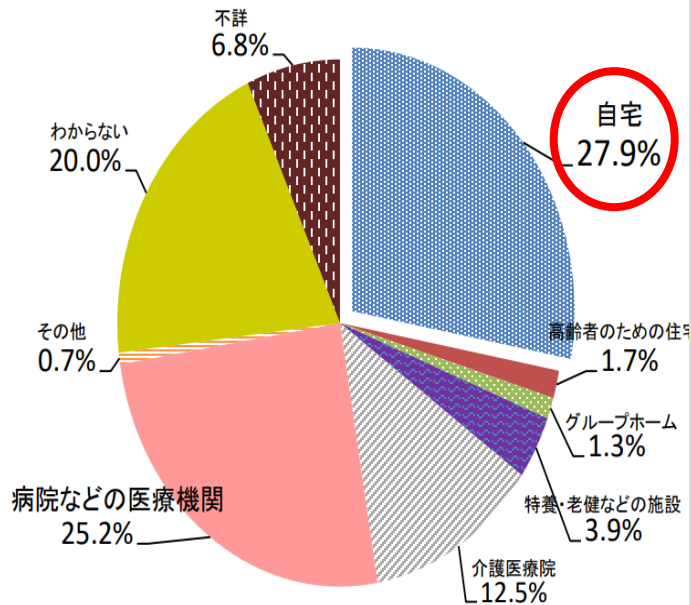
国民の約3割は「人生の最期を迎えるときに生活したい場所」として自宅を希望しています。

場所別の死亡者の割合を見ると自宅で最期を迎える人は20%弱で、70%弱の人は病院で亡くなっていますが、自宅で最期を迎える割合は徐々に増加しています。

重要なことは、「どこで最期を迎えるかではなく、どのように最期を迎えるか」ではないでしょうか。

ACPの更なる推進も重要です

## 人生の最期をむかえるとき生活したい場所



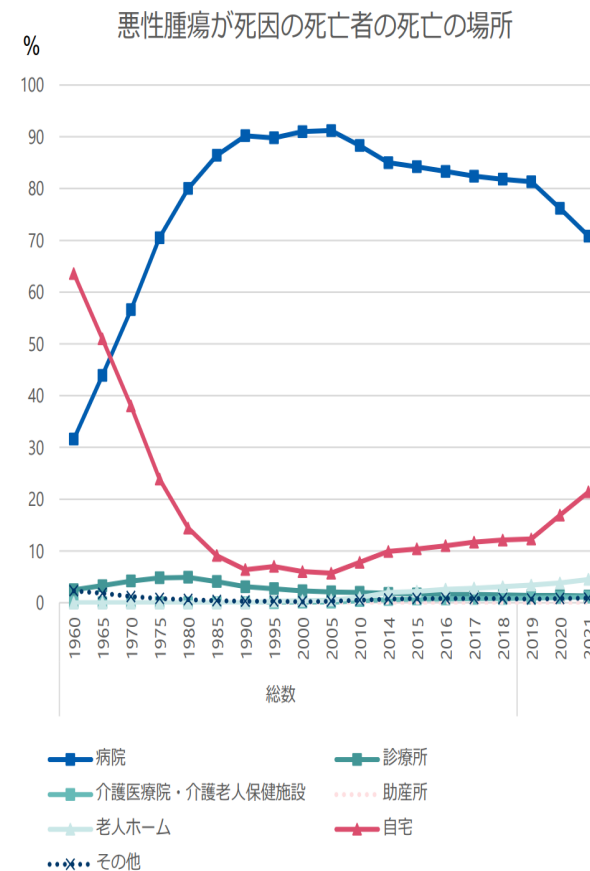
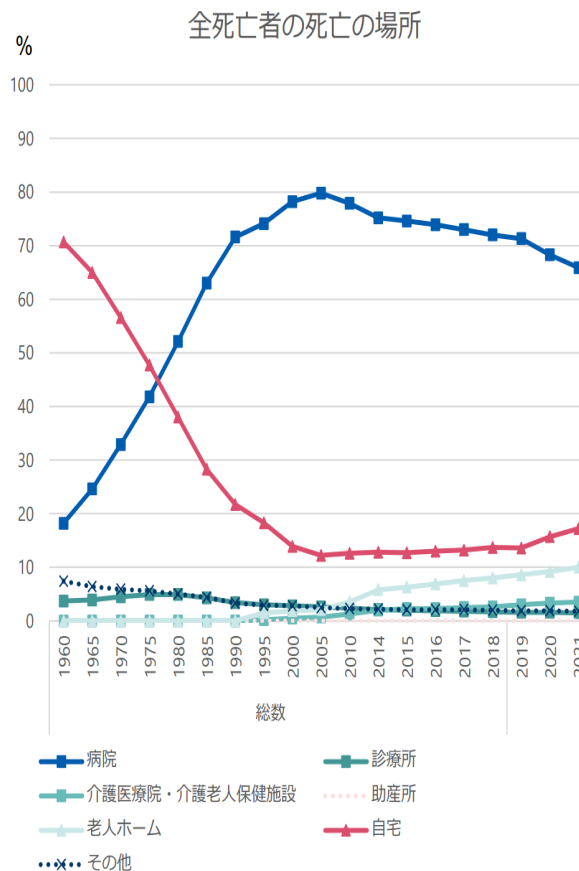
- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない
- 不詳

出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意

## 死亡の場所の推移

中医協 総-2 改変  
5.7.12

全死亡者について、自宅で死亡する患者の割合は増加してきており、特に悪性腫瘍が死因の死亡者で顕著である。



出典：厚生労働省「人口動態統計」(昭和35年～令和3年)

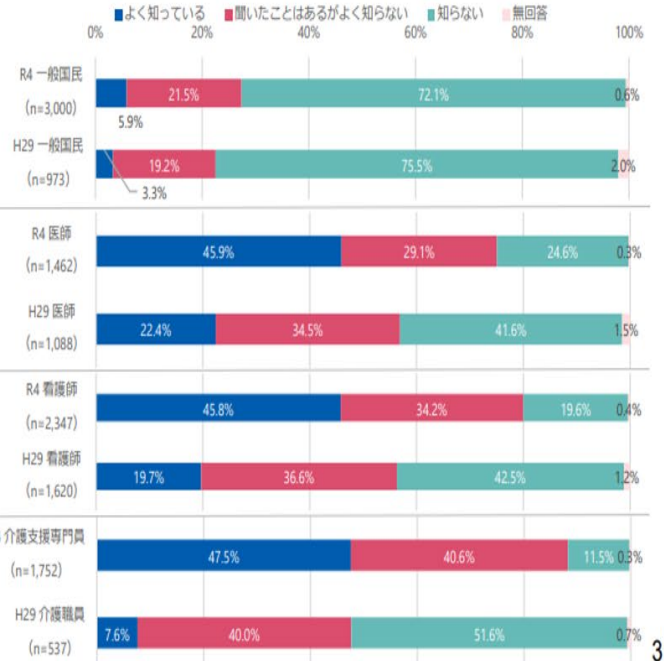
# 「人生の最終段階における医療・ケア」に関する調査結果の概要

(第99回社会保障審議会医療部会資料令和5年6月2日)

様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

## 結果の概要① (人生会議 (アドバンス・ケア・プランニング <ACP>) について知っていたか。)

- 人生会議の認知度について、一般国民では平成29年度調査と大きな変化はなく、「よく知っている」と回答した者の割合は5.9% (平成29年度: 3.3%)、「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は21.5% (同: 19.2%)、「知らない」と回答した者の割合は72.1% (同: 75.5%)であった。
- 医師、看護師で、人生会議について「よく知っている」と回答した者の割合はそれぞれ45.9% (平成29年度: 22.4%)、45.8% (同: 19.7%)であり、平成29年度調査と変化がみられた。介護支援専門員で「よく知っている」と回答した者の割合は47.5%であった。



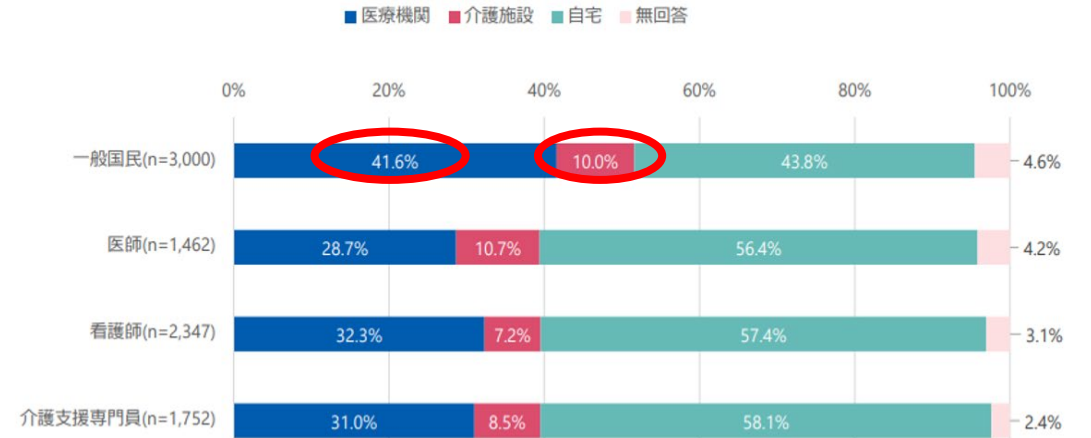
※平成29年度調査とは調査期間や回収率等が異なる点に留意する必要がある。また、介護従事者については、平成29年度調査では介護職員、令和4年度調査では介護支援専門員を対象としている。

問15: もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・ケアを希望しますか。

- あなたの病状 -

あなたが病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

問15-1: 最期をどこで迎えたいですか。(○は1つ)



一般国民の51.6%は医療機関や介護施設で最期を迎えたいと思っている

医療機関・介護施設と答えた理由

- ① 介護してくれる家族等に負担がかかるから
- ② 症状が急に悪くなった時の対応が不安だから

自宅と答えた理由

- ① 住み慣れた自宅で最期を迎えたいから
- ② 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
- ③ 家族との時間を多くしたいから

人生会議の認知度は一般国民では、「よく知っている」5.9%

「知らない」72.1%

であり認知度が低いことがわかった

# 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

## 水平的連携で地域包括ケアを支える（イメージ）

【これまで】

- ・「施設」から「地域」へ、
- ・「医療」から「介護」へ、
- ・急性期→回復期→慢性期・在宅の垂直連携（タテ連携）を推進

【これから】

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医、地域包括ケアを支える病院・有床診療所、介護等との水平的連携（ヨコ連携）を推進

<(高度)急性期>



- 手術等の急性期医療のニーズ減
- 高度急性期・急性期の強化・集約化

<(高度)急性期>



強化・集約化した急性期病院

<回復期>

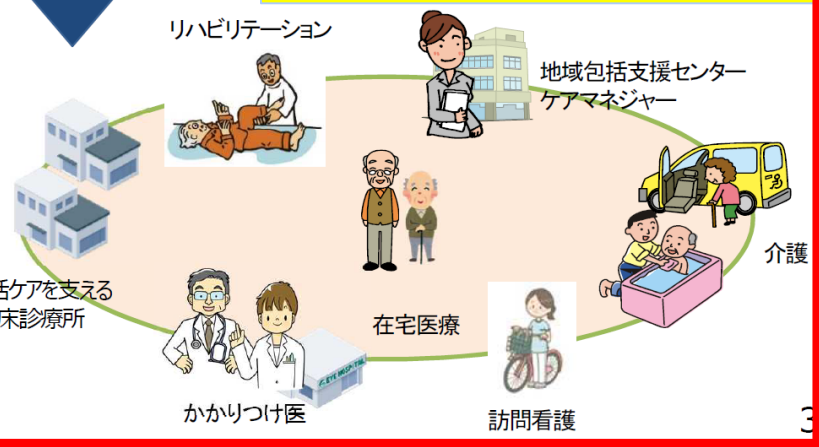


リハビリテーション

<慢性期・在宅>



### 国保直診の活躍の場



## 人口構造の変化への対応

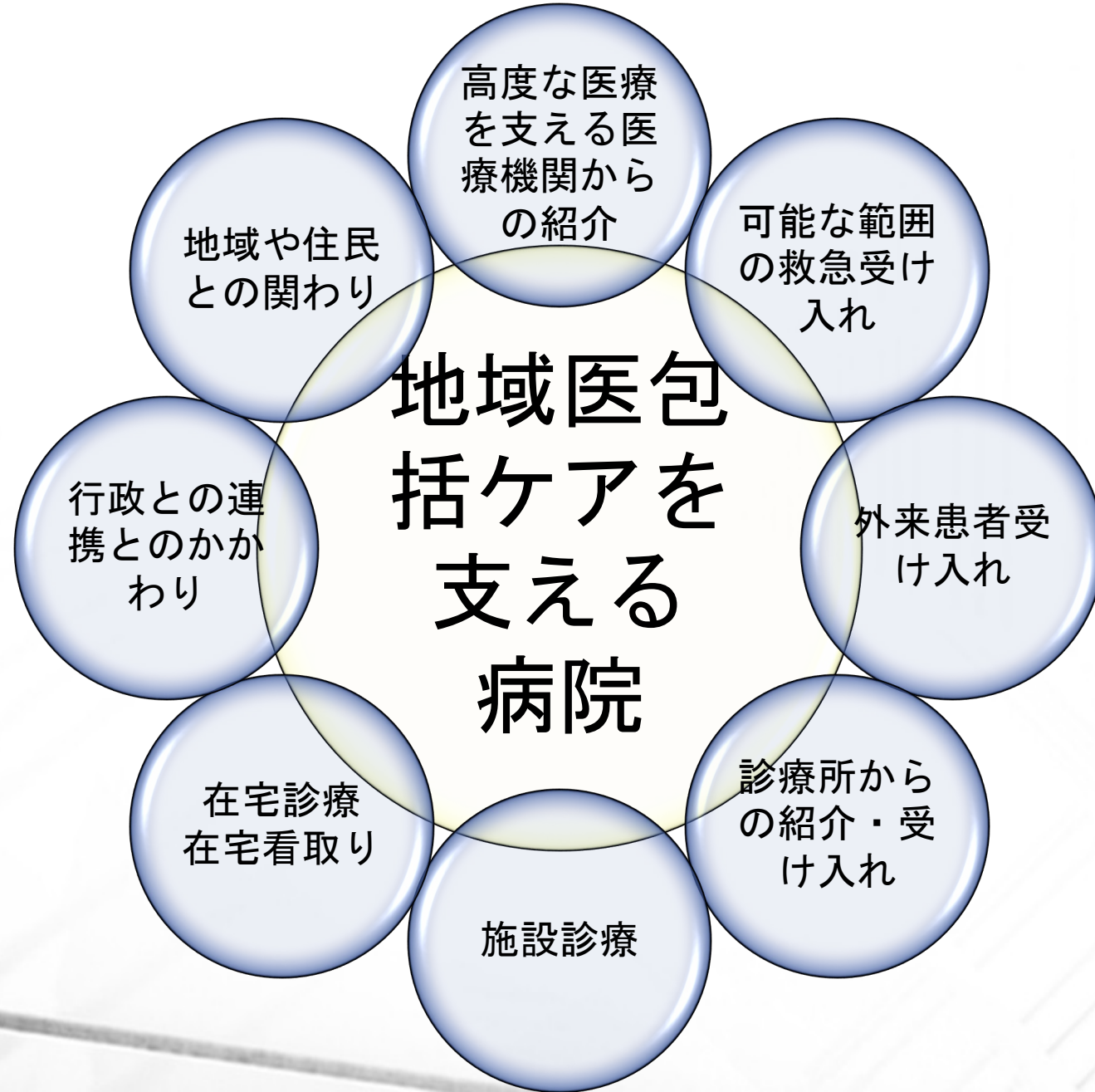
「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、「垂直連携」（急性期～回復期～慢性期・在宅（地域包括ケア））から、在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「**水平連携**」を推進し、「**地域完結型**」の医療・介護提供体制を構築する

（第93回社会保障審議会医療部会資料（令和4年11月28日））

水平連携で地域の安心の拠点となる国保直診を目指したいものです！



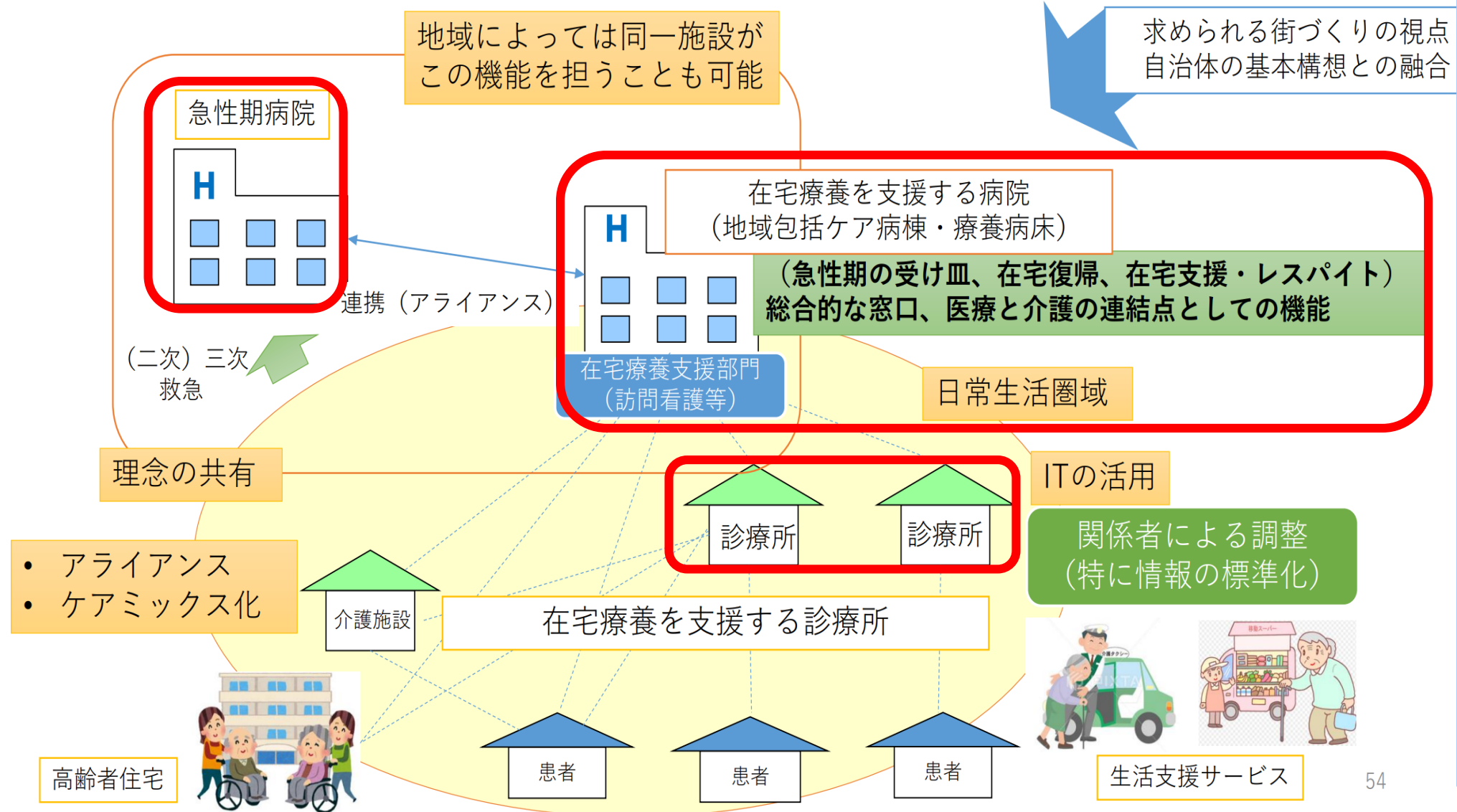
# 地域包括ケアを支える病院の役割



地域包括ケアを支える病院は、サブアキュート機能、ポストアキュート機能、在宅療養支援機能など多機能を持ち、地域連携を推進する地域密着型病院であると考えています。

多くの国保直診中小病院は「地域包括ケアを支える病院」として活躍すべきと思います

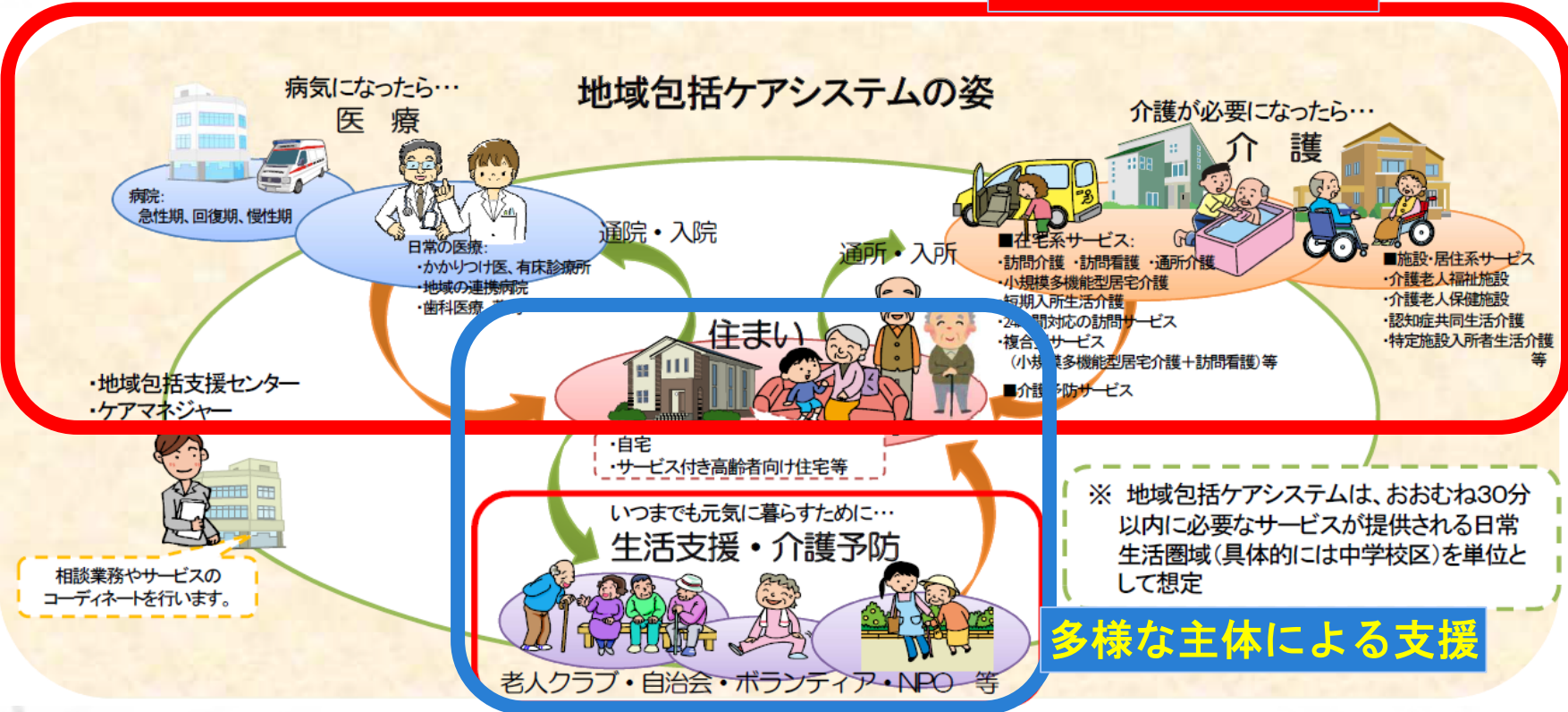
# 診療所や介護施設を支援する病院を拠点としたネットワーク構築の必要性



地域における医療機関は**地域包括ケアの枠組み**の中で、どのような立ち位置と医療機能で地域に貢献するかを明確にして地域医療を実践することが求められている。  
**「地域医療連携推進法人」も選択肢のひとつになると考えます。**

# 地域包括ケアのポイント

## 専門職による支援



日常生活圏域を単位として、何らかの支援を必要としている人々を含め、誰もが、望むなら、住み慣れた地域の住みかにおいて、自らも主体的な地域生活の参加者として、尊厳を保ちつつ安心して暮らし続けられるための仕組み

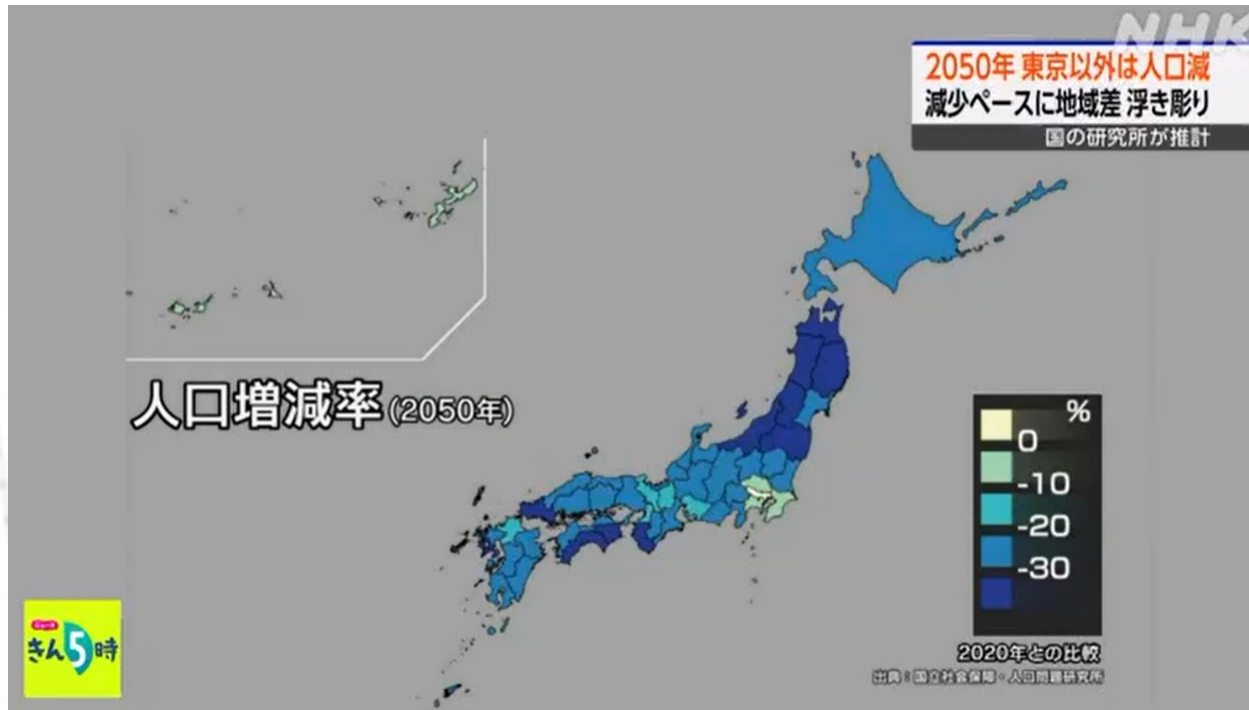
新版 地域包括ケアサクセスガイド  
(メディカ出版、2020年)

- 予め決められた「制度」ではなく、地域の状況・ニーズ、医療機関やサービス事業者・人に応じて形作られる「ご当地ネットワーク」が本質
- 事業者・自治体・当事者住民の「日ごろからの顔の見える関係」が育む
- ニーズは多様化しているため、提供側は「多機能・連携」が必須である
- 医療・介護や予防・健康づくり、日常生活支援に加えて、住まい（空き家対策）、移動（交通手段）、賑わい・観光、防災・防犯までを視野に入れた「コミュニティづくり」
- 「高齢者」だけでなく、困っている人を「世代や分野」「支え手・受け手の関係」を超えて「丸ごと」つなげる。（例：こども、障がい、孤独・孤立、ひきこもり） ➡ 「地域共生社会」

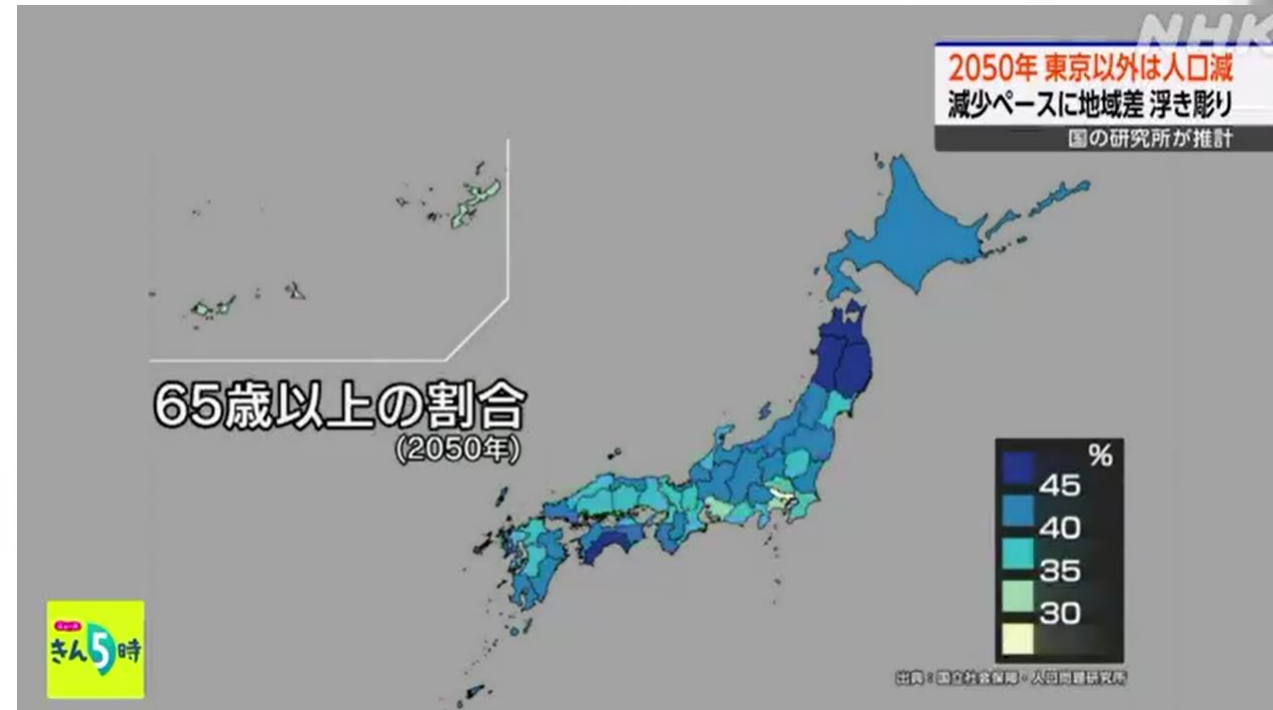


# 日本の地域別将来推計人口 (令和5年推計)

(NHK News Web 2023年12月22日)



2050年の総人口は東京都を除いたすべての道府県で2020年を下回り、秋田県など11県では2050年の総人口が2020年と比較して30%以上減少する



2050年の65歳以上時人口割合が40%を超えるのは、秋田県(49.9%)をはじめとして25道、県にのぼる一方で、最も低いのは東京都(29.6%)となる

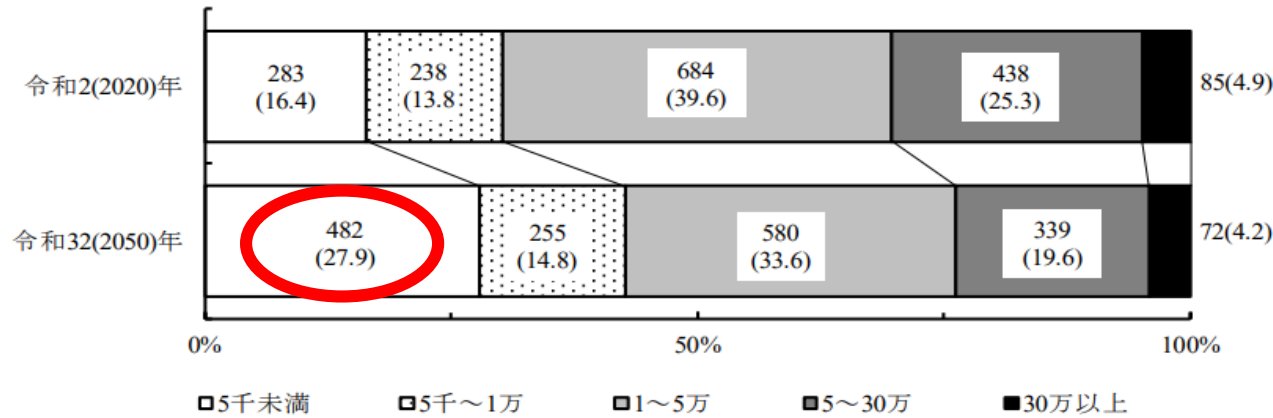
人口減少に見あった形のまちづくりや地域形成が必要になってくる

(日本総合研究所 藤波 匠 氏)



# 総人口の規模別にみた市区町村数と割合

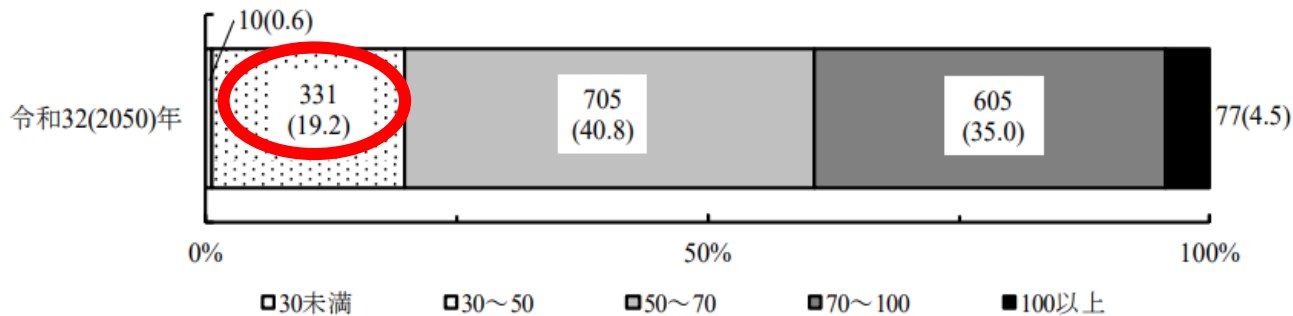
(国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計） 2023年12月23日）



ほとんどの市区町村で今後人口が減少するため、総人口5千人未満の市区町村は27.9%（概ね4分の1以上）に増加する。

注1) グラフ中の数字は市区町村数、カッコ内の数字は1,728市区町村に占める割合(%)。  
 注2) 割合については四捨五入して表記したため合計が100にならないことがある。

図1 令和2(2020)年と令和32(2050)年における総人口の規模別にみた市区町村数と割合



総人口が半数未満になる市区町村が約2割に達する。

注1) 総人口の指数とは、令和2(2020)年の総人口を100としたときの総人口の値のこと。  
 注2) グラフ中の数字は市区町村数、カッコ内の数字は1,728市区町村に占める割合(%)。  
 注3) 割合については四捨五入して表記したため合計が100にならないことがある。

図2 令和32(2050)年における総人口の指数別市区町村数と割合(令和2(2020)年=100とした場合)

# 人口減少と生活関連サービス

財政制度等審議会資料  
(令和5年5月29日)

人口減少が進むと、小売りや医療・福祉などの生活関連サービスの立地に必要な人口規模を維持できなくなり、生活に必要な商品が入手できなくなったり、医療はじめ各種生活関連サービスを受けることができなくなる可能性がある

地域コミュニティ機能の低下につながるおそれがある

## ◆サービス施設の立地する確率が50%及び80%となる自治体の人口規模※

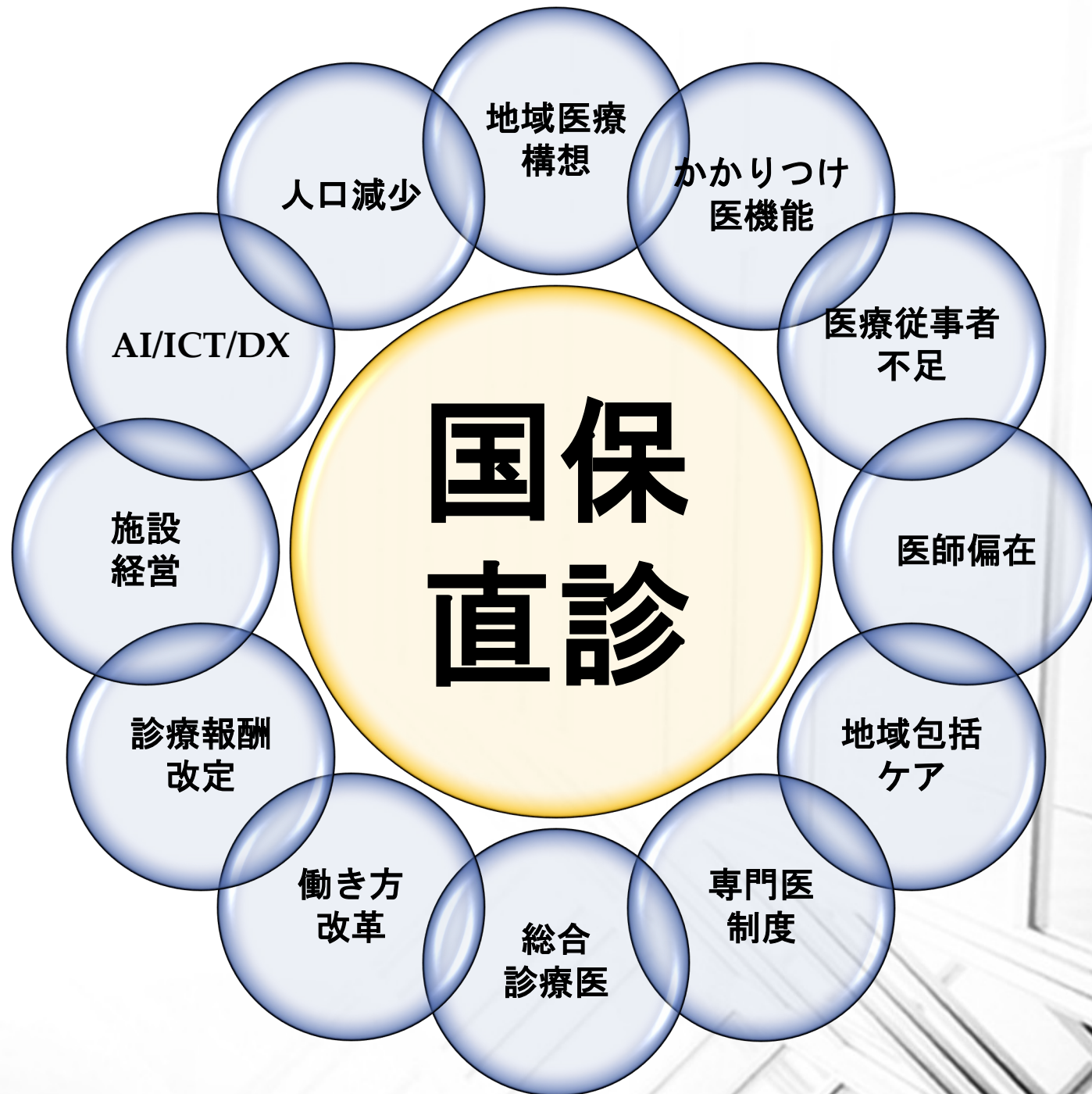
※当該施設が1つでも存在する市町村の割合（存在確率）が50%（左端）と80%（右端）を上回るような人口規模で最も小さいもの。一般診療所は3,500人の自治体では50%程度の割合で存在し、5,500人の自治体では80%の割合で存在する。



(出所) 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」、国土交通省作成資料  
(注) 市町村数の集計対象は、東京都区部と全国の市町村。2045年の将来推計は、福島県内の市町村を除く。

## 国保直診を 取り巻く課題

国保直診を取り巻く課題は多くあります。国診協では会員施設と双方向性に繋がし、皆さまの声を聞きながら有用な情報発信を行うと共に、課題解決に向けて可能な範囲で支援を行って行きたいと考えています。





# 国保直診の「ありたい姿」

## 国保直診の理念

- 離島・へき地・中山間地域で地域包括医療・ケアを展開
- 医療の提供だけでなく、予防から介護・福祉までが一体となった事業を展開
- 地域における住民のQOLを向上させるため保健・医療・介護・福祉の連携及び統合を図る地域包括ケアシステムの拠点としての役割を担ってきた

## 国保直診を取り巻く環境

- 医師の臨床研修制度などによるキャリア形成の変化に伴う医師不足、
- 医療の急速な高度専門分化による非コモディティ化
- 自治体の合併
- 人口減少・少子高齢化：国保直診が立地する中山間地域・離島でより著明
- 医療需要の低下と支える側の減少
- 「地域医療構想」「働き方改革」「医師偏在対策」「かかりつけ医制度」

## 国保直診の「ありたい姿」プロジェクト

- 国診協にとってその会員施設である国保直診の運営上の課題を整理して対応策を提示することは喫緊の検討事項であり、プロジェクトチームを立ち上げ、外部有識者の意見も聞きながら検討を重ねるとともに「国保直診のありたい姿」を描くための提言をまとめる。国保直診が社会に対しどういった姿で貢献していくか、その「ありたい姿」を提示する。

# 「国保直診のありたい姿」検討プロジェクト

## 「国保直診のありたい姿プロジェクト」検討チーム 設置要綱

- 目的：国保診療施設(以下「国保直診」という。)は、地域住民が住み慣れた地域でその人らしい生活を継続し、必要な医療と介護を安心して受けられる「地域包括医療・ケア」を推進し、その中心的役割を担ってきた。しかし、国保直診の多くは少子高齢化と人口減少が進む離島・へき地・中山間地域といった過疎地域に立地していることもあり施設運営は極めて厳しい状況にある。今日まで国診協が実施した調査研究等では、国保直診の役割、再編統合による影響、地域包括ケアシステムの取組みの課題、医師や職員の確保と育成、国保直診管理者の継承等について検討され、今後の国保直診の運営を継続していく上での方法や課題等が抽出された。このことから、国診協がこれらの課題への対応方法を可能な範囲で提示し、近未来の「国保直診のありたい姿」を描き、国保直診における持続可能な運営基盤の構築に関する提言を行うことを目的とする。
- 名称：「国保直診のありたい姿プロジェクト」
  - ・(統括・管理) コアチーム ※各検討チームの代表者等で構成
  - ・(各検討チーム) 1)大規模および中規模病院チーム 2)小規模病院チーム 3)診療所チーム 4)歯科診療所チーム
- 委員
  - (1)各チームのメンバーは、国保診療施設関係者(保健・医療・介護・福祉に従事する有識者、自治体職員)の中から会長が委嘱する。
  - (2)コアチームのリーダーは会長が委嘱する。
  - (3)コアチームは、各検討チームのリーダー及びサブリーダーを中心として構成する。
  - (4)各検討チームのリーダー、サブリーダーは、選出されたメンバーの中から選出されるものとする。
  - (5)外部有識者等から若干名をゲストスピーカーとして招聘できるものとする。
  - (6)研究の専門性への対応を目的に有識者をアドバイザーとして招聘できるものとする。

- 設置  
2023年1月とする。

- 検討内容  
1.の目的を達成するため、次の事項について実施し報告書等にまとめる。

- (1)先行事例・先行調査研究等の把握・分析
- (2)必要に応じてアンケート調査及びヒアリング調査を実施
- (3)全体及び各検討チームでの検討
- (4)報告書(取組み事例含む)の作成

- 報告  
事業結果については、報告書にまとめ2023年12月末までに会長に報告する。  
報告を受けた会長は、事業結果の報告の場を設け会員及び関係各所へ周知する。また、必要に応じて関係省庁等へ提言・要望活動のとする。

**4チームで検討して、最終的に2023年12月にとりまとめを行って、2024年1月の地域包括医療・ケア研修会で公表する**

### スケジュール(案)

	令和4年	4月	5月	6月	7月	8月	9月
検討会							
調査等							

	令和4年	10月	11月	12月	令和5年	1月	2月	3月
検討会		●スタートアップ検討チーム			●コアチーム(企画検討)		●コアチーム(企画調整) ●第1回全体会 *(レクチャー) ※(事例収集)必要に応じて有識者のレクチャーを実施	●第2回全体会
調査等					■調査・分析 ※既存データ		■調査結果整理 ※(事例収集)必要に応じてヒアリングを実施	

	令和5年	4月	5月	6月	7月	8月	9月
検討会		●各部会(4部会)	●第3回全体会(中間報告) ※概ね3回程度の開催(期間:R5.4~R5.7頃)	※総会で中間報告会(情勢報告)		●コアチーム(部会提案の整理)	●コアチーム(仮報告書の作成)
調査等							

	令和5年	10月	11月	12月	令和6年	1月	2月	3月
検討会		●第4回全体会	●コアチーム(報告書案最終整理)	●第5回全体会 ※最終回				
調査等		■報告書の整理 *必要に応じてパブコム実施(対象:国保直診)		■報告書(とりまとめ) ※完成	◆報告(令和5年度地域包括医療・ケア研修会)			

# これからの地域医療を考える

- コロナの間にも高齢化進行と人口減少が進み、コロナ前の医療に戻ることは難しい可能性が高い。
- 人口減少と超高齢化に想定外のコロナが加わって地域は「縮小局面」が助長されることが予想される。
- 今後デジタル化・ICT・AIなどの価値観が変容する時代が近づいている。過去の経営の延長線ではなく、新しい考え方に基づいた戦略を練っていくことが必要
- 今後は「役割分担」「連携強化」の一層の推進が必要と思われる
- **旧態依然とした施設運営をしていけば立ち行かなくなるのは明らか！**

現状を見る「虫の眼」、全体を俯瞰する「鳥の眼」に加え、時の流れを見る「魚の眼」をフル活用して2025年の先における自施設の「あるべき姿」や「あいたい姿」を描いてみることも必要な時期ではないかと思えます。



# 地域医療の パラダイムシフト

これからの地域医療  
のKeywordは・・・

- ✓ Teamwork
- ✓ Network
- ✓ Footwork

## これまでの地域医療

- 延命期間の最大化
- 治す医療(cure)
- 臓器別専門医
- 病院完結
- 待つ医療
- 病診連携
- 自医療機関のため  
に何をするか  
(医療機関最適)

## これからの地域医療

- 健康寿命の伸延
- 支える医療(care)
- 総合診療医
- 地域完結
- 出ていく医療
- 医療介護多職種連携
- 地域のために  
何をするか  
(地域最適)

地域包括ケア

# より良い地域包括ケアの構築に向けて

多職種連携  
多施設連携  
地域連携

医療・介護・福祉職種の協働  
住民との協働  
行政との協働

地域の実情に見合った医科・歯科・介護・福祉の連携推進

生活の質（QOL）・地域の質（QOC）・終末期の質（QOD）の向上

**より良い地域包括ケアシステム構築**

人口が減少しても、住民が住み慣れた地域で、生き生きと心豊かに暮らすことできる**ウェルビーイング**を育む地域

何が起こるかわからない時代ですが、明るく・元気に・前向きに頑張らしましょう！

・・・全ての人のウェルビーイングのために。

ご清聴、ありがとうございました。

さむいから、  
あつたかい。



秋田は冬のほうがいい。





## 講師略歴

小野 剛（おの つよし）

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会会長／一般社団法人日本地域医療学会理事長  
秋田県・市立大森病院長

### ◆経歴

1983年3月 自治医科大学医学部卒業  
1983年6月 秋田大学医学部附属病院 第一内科  
1985年6月 町立羽後病院 内科科長  
1991年6月 秋田大学医学部附属病院 第一内科  
1993年5月 秋田大学医学部 助手  
1995年10月 秋田大学医学部附属病院 講師  
1996年4月 町立大森病院 院長  
1998年4月 大森町保健医療福祉総合施設「健康の丘おおもり」管理者兼院長  
2005年10月 市立大森病院 院長（市町村合併により名称変更）  
現在に至る

### ◆賞罰

2007年8月 全国自治体病院協議会 へき地医療貢献者表彰  
2009年6月 山下太郎顕彰育英会 第18回山下太郎地域文化奨励賞  
2011年2月 住友生命社会福祉事業団 第4回地域医療貢献奨励賞  
2014年2月 読売新聞社 第42回医療功労賞  
2016年10月 国民健康保険関係功績者厚生労働大臣表彰

### ◆学会及び社会貢献活動・その他

#### 【社会貢献活動等】

全国国民健康保険診療施設協議会 会長  
一般社団法人 日本地域医療学会 理事長  
自治医科大学同窓会 会長  
自治医科大学顧問指導委員会 委員  
秋田県病院協会 副会長  
全国自治体病院協議会 理事  
全国自治体病院協議会 中小病院委員会 委員  
秋田県医療審議会 委員  
秋田大学医学部 臨床教授  
東京医科歯科大学医学部 臨床教授

#### 【資格】

日本内科学会認定医  
日本消化器病学会専門医  
日本肝臓学会専門医  
日本人間ドック学会専門医・指導医  
日本プライマリケア学会認定医・指導医  
日本医師会認定産業医・認知症サポート医