

## 第57回全国国保地域医療学会開く

### 国保新時代へ翔びたとう、国保直診

### ～国保制度改革を見据えて～



第57回全国国保地域医療学会は、押淵徹・学会長（国診協会長、長崎県・国保平戸市民病院長）のもとで平成29年9月20日（水）、21日（木）の2日間、東京都港区芝公園のホテルメルパルク東京・メルパルクホールにおいて国診協主催で開催された。今学会のメインテーマは「国保新時代へ翔びたとう、国保直診～国保制度改革を見据えて～」。東京タワーや増上寺に近い会場には全国から1,200名を超える国保直診関係者、市町村長、国保関係者、医学生や看護学生などが参集して開催された。

学会は20日午前9時00分からの開会式で幕を開け、押淵学会長の開会の挨拶に引き続き、来賓挨拶として加藤勝信・厚生労働大臣（鈴木俊彦・厚生労働省保険局長代読）、小池百合子・東京都知事（本多由紀子・東京都福祉保健局地域保健担当部長代読）、原勝則・国民健康保険中央会理事長、横倉義武・日本医師会長（釜薙敏・日本医師会常任理事代読）、邊見英雄・全国

自治体病院協議会会長、永井良三・自治医科大学学長の各氏から祝辞が寄せられた。

開会式に引き続き、平成29年度国診協会長表彰および昨年の第56回山形・秋田学会での優秀研究表彰が行われ、会長表彰受賞者44名を代表して安東正晴・香川県三豊総合病院長、優秀研究表彰受賞者5名を代表して内田望・埼玉県国保町立小鹿野中央病院地域包括医療部長に対して、押淵会長よりそれぞれ表彰状および記念品が授与された（受賞者はp142～143「国診協INFORMATION」参照）。

学会プログラムの1日目は渡辺俊介・国際医療福祉大学大学院教授の特別講演「地域包括ケアで真の安心を構築するには」、沖津修・つるぎ町病院事業管理者の会員宿題報告と国保直診開設者サミット、2日目はシンポジウムと教育セミナー、看護・介護、在宅医療推進、リハビリテーション、摂食嚥下・NSTの4つの専門分科会、5つのスキルアップセミナー、公開講座



会場近くの増上寺と東京タワー(左)、メイン会場のメルパークホール入り口(上)、多くの参加者で賑わう受付(右)



企業展示ブース(左)、多数の参加者であふれた教育セミナー会場(右手前)、参加型ワークショップ(右奥)



会長表彰受賞者を代表して挨拶する安東正晴氏(右手前)と優秀研究受賞者を代表して表彰を受ける内田望氏(右中)、今学会長の押淵徹氏から次期学会長の沖津修氏へ国診協旗が引き継がれた(右奥)



次期学会開催の挨拶を行う沖津修・徳島県つるぎ町病院事業管理者(左奥)、閉会宣言を述べた五十嵐俊久副学会長(左手前)、閉会の挨拶を行う押淵徹学会長および関係者一同(上)

が行われた。研究発表では、初日に参加型ワークショップ、口演発表、デジタルポスター発表、翌日は口演発表とポスター発表があり、合わせて約230題の発表が行われ、熱のこもった議論が展開された。学会の最終プログラムである公開講座は、国診協診療所部会長・福井県おおい町国保名田庄診療所長の中村伸一氏による「健康を越えた“健幸”へ～だれでも幸せにな

れる確かな方法はあるのか?～」であった。

なお、来年度の第58回学会は徳島県の開催で、沖津修(徳島県・つるぎ町病院事業管理者)学会長のもと「地域包括ケアで日本の未来を切りひらこう～海・山・川の恵みの阿波の国での実践」をメインテーマに、平成30年10月5日(金)、6日(土)の2日間、徳島県徳島市のアスティ徳島を会場に開催されることが決まった。

# 第57回全国国保地域医療学会 開催にあたって



第57回全国国保地域医療学会会長  
全国国民健康保険診療施設協議会会長  
(長崎県・国保平戸市民病院院長)

押淵 徹

それぞれの地域で地域包括ケアシステム構築に日夜たがわずご尽力されている皆様方に、第57回全国国保地域医療学会を開催するにあたり一言申し上げる。

本日は全国より1,200名を超える学会参加者と約230題もの研究発表の申し込みがあり、全国の地域包括ケアシステム構築の成果を討議するのにふさわしい学会が開催されることを心からお喜び申し上げます。

さて、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下：国診協）は、国民健康保険法に基づき地方自治体の行政の長の責任において設置されている、国民健康保険診療施設の全国の組織である。国民健康保険法が実施された昭和36年頃には全国に3,600ほどの施設があったが、時代の変遷とともに現在は815の会員施設である。会員施設の立地する地域は、多くは医療提供体制が困難な中山間・離島・へき地である。

これらの地域は日本の高齢化がどこよりも早く訪れた地域であるため、われわれ国保直診は地域の実情を直視し、いち早く超高齢者社会への備えや地域づくりに汗を流し、地域で頑張っておられる健康づくり事業や保健・福祉・介護事業を担っている方々と緊密な連携を図りながら進めてきた。

具体的には疾病の診断・治療のみならず、予防・保

健・福祉・介護事業との連携や統合を図り、施設完結型の治療にとどまらず地域完結型の医療・介護を実践して、本会場に参加されている方々の共通認識である地域包括医療・ケアの構築を図ってきた。

国診協では、これら会員の皆様の日本各地における取り組みを取りまとめ政策への提言を図るとともに、会員施設や連携団体への普及啓発活動を行い、地域包括ケアシステムの発展に貢献してきた。

各道府県において開催される全国国保地域医療学会、地域医療現地研究会、地域包括医療・ケア研修会などを開催し、会員間の交流を図り、地域包括ケアシステムのさらなる発展のためにこれらの事業を展開してきたところである。

日本の社会保障制度は、高齢化の進展とともに大きく変わりつつある。団塊の世代が超高齢期を迎える2025年、あるいは団塊世代ジュニアが高齢期にさしかかる2035年に備えた取り組みが求められる。少子高齢化の進行は要介護者の増加とともに介護にあたる青壮年層の人口減少が懸念され、その備えが喫緊の課題となっている。

平成26年度に成立した「医療介護総合確保推進法」においては、生活圏域に国民がその人らしく安心して

生活できるよう、保健・医療・介護・福祉を過不足なく生活の現場に提供する地域包括ケアシステムを構築することが謳われている。都道府県単位で策定されている地域医療構想、二次医療圏で設置されている地域医療構想調整会議において国保直診が中心的な役割を果たし構築してきた、地域包括ケアシステムを広めていくよい機会と思っている。

しかしながら、本日ご参加の皆様からも懸念されている深刻な課題は、医師の専門化偏在や地域偏在がもたらしている、へき地・離島・中山間地域の医師不足および勤務している医師の高齢化である。一方、私たちが作り上げてきた地域包括ケアシステムを牽引することが期待される医師像は、国保直診に勤務する医師の姿そのものであると言っても過言ではない。平成30年度より開始される新たな専門医制度の中で、これまでの18の専門領域になかった19番目の専門医である「総合診療専門医」に地域包括ケアシステムを構築し、日本各地で活躍していただくことを期待するものである。

全国の国保直診が作り上げてきた地域で地域包括ケアシステムの理念の基に、総合診療専門医の養成に積極的に関わっていただき、地域医療の現場に送り出したいと思う。国診協にとって歴史的に極めて意義のある総合診療専門医制度開始の前夜であるこの時期に、本学会のご参集の皆様方とともに認識を共有するよい機会ととらえ、総合診療専門医制度を研修のテーマとした「地域包括医療・ケア研修会」を本学会プログラム終了後に特別に開催する。研修会開催には、国保中央会の格別のご配慮をいただいたことを全会員の皆様とともに、有意義に受け止め研修の実を上げたいと思っている。

さて本学会は、「国保新時代へ翔びたとう、国保直診～国保制度改革を見据えて～」をメインテーマに掲げている。特別講演には、国際医療福祉大学大学院教授・元日本経済新聞論説委員である渡辺俊介様に「地域包括ケアで真の安心を構築するには」と題して講演いただく。国保直診開設者サミットでは、国診協をリードされている国診協開設者委員会委員である千葉県東庄町の岩田利雄町長様、香川県小豆島町の塩田幸雄町長様、神奈川県三浦市立病院の小

澤幸弘総病院院長様の発言を基調としたサミットを開催する。

参加型ワークショップ、教育セミナー、多職種連携をより一層すすめる専門分科会、市民の皆様をお招きして国診協診療所部会で活躍されている福井県おおい町国保名田庄診療所長の中村伸一先生を講師に公開講座を開催するなど、盛りだくさんのプログラムを用意している。

本年度は国保制度が大きく変革する前夜であり、長年検討されてきた専門医制度が始まろうとしている。われわれ直診現場において長年全身全霊で打ち込んできた医師の姿が、総合診療専門医として社会的な評価を受ける政策でもある。持続可能な社会保障制度の確立や医療介護総合確保推進法を受けたステップアップが求められている地域包括ケアシステムの構築、医師の働き方改革でわれわれの診療所現場においてどのような影響が出てくるのか、少子高齢化が最も深刻化している国保直診スタッフの確保など、課題は山積すると思われる。本学会ご参加の皆様方の熱心なご討議をお願いしたいと思う。

最後になるが、第57回全国国保地域医療学会は従来の学会準備とは大きく異なった経緯をたどり、十分な準備期間もなくオール国診協で開催準備にあたった。副学会長であり実行委員会委員長の福山悦男先生、副学会長の五十嵐俊久先生、同じく中原智子先生をはじめ、本学会実行委員会の皆様、学術部会阿部吉弘先生や学術部会委員の皆様、関東甲信静地区国保診療施設協議会より選抜された運営スタッフの皆様、全国の会員施設から派遣されているスタッフの皆様、関東甲信静地区国保連職員の皆様には大変ご苦勞をおかけした。

また、限られた期間運営資金を工面し数少ない人数の中、実行委員の皆様を支えてこられた国診協事務局長をはじめとする職員の皆様には心から御礼を申し上げる。会員の皆様には、記憶に残る国保学会であったと後世に貴重な遺産を残すものと確信している。

本日お集まりの皆様にとって実り多い2日間であるよう、心より祈念申し上げて大会にあたってのご挨拶とさせていただきます。

# 地域包括ケアで 真の安心を構築するには



**渡辺俊介** (わたなべ しゅんすけ)  
国際医療福祉大学大学院教授

●司会 **押淵 徹**

第57回全国国保地域医療学会学会長／国診協会会長

売れない。物が売れないので物価は上がらない。いわゆるデフレスパイラルで賃金も上がらないという繰り返しなので、何とか消費を増やさなければならない。

私が新聞社に入社した昭和45（1970）年のわが国の国民所得を調べると約60兆円であった。それが高度経済成長で平成の初期には380兆円まで増加したが、以来成長は止まってしまい、現在のわが国の国民所得は360兆円台で中国に抜かれて世界3位になっている。つまり、経済成長しないと税収が増えない、税収が増えないと社会保障に回すお金がないというサイクルである。

8月末に国家予算の概算要求が締め切られて、全庁庁すべての要求をまとめた財務省の報告によると、101兆円であった。そのうち厚生労働省予算では社会保障費で約32兆円となり、同省予算の約3分の1を占める。高齢者が増えている現状では、医療も年金も介護費用も増えてくる。その財源を賄うためには経済成長が必要であるが、なかなかうまくいかない。社会保障改革と言えは聞こえはいいが、下手すると抑制になりかねない負のスパイラルに陥っている現状もある。

## 安部内閣の最重要課題は 安全保障と社会保障

本日は「地域包括ケアで真の安心を構築するには」というテーマに沿ってお話を申し上げる。まず「安倍内閣が最重要と考えているのは安全保障と社会保障」である。これは私自身実感したし、総理官邸サイド等の取材を通じてまったく同じであった。安全保障については最近の国際情勢等を見ればよくわかるが、社会保障も非常に重要だということは、安倍総理自ら考えておられることは間違いのないと思われる。安倍総理の祖父である岸信介元総理の時代の昭和34年の法改正で、2年後の昭和36年の国民皆保険の確立につながったのである。つまり、祖父のつくった国民皆保険制度に対する思い入れも強く、社会保障を充実させなければいけないという強い気持ちがあることは確かである。

## わが国の消費は冷え込んで デフレスパイラルで賃金が上がらない

そして今、わが国は消費が冷え込んでいるので物が

## 増える続ける医療費の伸びを抑制する 一律抑制とソフトランディング論

一方で消費税の引き上げも賛否があるが、2019年10月に10%への引き上げを実施することになっている。国家財政を安定させるための手当てを行わないと社会保障費としての医療費や介護費用の財源が不足する。地域包括ケアについて確実に言えることは、国民皆保険をチェンジするためには、医療費の抑制ではなく、医

療費の伸びを抑制しなければならない。ただ、その伸びの抑制の方法論が必要で、大きく分けて2つある。1つは一律抑制で、たとえば診療報酬や薬価を下げることである。2つ目は「無駄なものはなくして必要なものは確保すること」である。簡単に言うとソフトランディング論と言っている。一律抑制については、2001年から2006年までの5年余り続いた小泉純一郎内閣において主流であった。たとえば診療報酬や介護報酬もそうだが、1点単価10円という決め方をしている。

私が当時の首相の側近の方に聞いたところ「これは上げ下げしやすい「たとえばある手術を何万何千何百円と決めておくと、会計の時大変である。しかし1点単価10円の時に1点単価9円にすれば簡単に医療費は1割削減できる」。それが真剣に検討された。特に医療費の伸び率が経済成長の伸びを上回ったら、その分は1点単価を9.8～9.7と下げればいい。まさに地域、地域で異なる医療に対して単純に1点単価を下げればいいとなったら、医師は不要と思えることも全部行い、儲けることが横行することが目に見えていたのである。

また、小泉内閣では一律抑制において保険外負担を増やすことが検討された。つまり、税金や保険料で見ると国の財政が苦しくなるので、患者負担を増やすと患者があまり医療機関に行かなくなり、医療費を抑えられるという極端な一律抑制案で、地域の医療はかなり疲弊したのである。これは現実問題として2004年から2005年の1年間かけて真剣に議論されたと思われるが実現しなかった。

そういうことを経て2009年の初夏に旧民主党政権が誕生し、2012年6月から8月にかけて、当時の旧民主党の野田佳彦総理大臣が消費税を10%まで上げようとして、増やす5%分のうち4%を社会保障の維持に、残りの1%分は社会保障の充実に使おうとして、当時の自民党の谷垣総裁と公明党の山口代表と3人による3党合意をしたのである。その後自民党は安倍総裁に変わったが、この安倍総裁も3党合意を守ろうとして、地域包括ケアを行うことになった。

## 地域包括ケアシステムの提唱から実現へ

以前、広島県の公立みつぎ総合病院で、脳卒中の患

者を手術して退院させ、しばらくしたら寝たきりになっていた。その時山口昇先生は「自分は何のために手術をしたのだろうか」と考えた。そういうことをなくすために、山口昇先生が地域包括医療・ケアを提唱された。予防・医療・福祉・介護を包括して提供する。効率化によって無駄なものはなくなる。一方で一律抑制は避けようということになった。いわば改革の最後の砦である。これがうまくいかなかったら、かつての一律抑制論が浮上してくることもある。そういった意味で、何としてもこの地域包括ケアシステムをぜひ、実行に移していかなければならないと痛感している。

地域包括ケアを実現するためには、①「医療機関の機能分化」が必要である。それは高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの機能である。たとえば、高度な機能を持った大病院には軽症の患者さんはなるべく来ないようにして高度な医療の提供に特化して、医師、看護師やコ・メディカルにも負担が軽減されるようになる。また財政的にも良い結果になる。

ベッド数20以上の病院については、2025年の都道府県の地域医療構想に向けて進めている。ベッド数19以下の有床診療所や無床診療所は、かかりつけ医機能である。日本医師会は3年前の8月に四病院団体協議会と共同で「かかりつけ医機能宣言」を行い、自分たちが最初のゲートキーパーとして患者を受けとめ相談にも乗ることになった。

そして、②「各職種の連携」が必要である。今までは病院完結型医療であった。一方、国保直診は地域完結型医療を行ってきている。すべての地域で地域完結型医療に取り組むためには予防・医療・介護を包括的に提供する連携が不可欠である。次に③「診療報酬、介護報酬（平成30年4月）のダブル改定では機能分化と連携を重視」という考え方が示されている。1つ目は「地域包括システムの構築と医療・介護の連携強化」であり、2つ目は「医療機能の分化・連携の推進、効率的な医療提供体制を構築」である。そして3つ目は「質が高く効率的なサービスによる高齢者の自立支援等」である。

今、国の考え方として結論を先に言うと、④「医療行政は国から自治体へ」ということである。今まで医療政策といえば国であった。法律に基づいて行う医療

提供体制、医療法、健康保険法、介護保険法という法律はすべて国でつくっている。ところがこの2～3年の国の動きは「国は医療政策の基本的事項を決定し、細目は地方（都道府県と市町村）に決定を委ねる」ことになる。具体的には、国は医療政策の基本的事項を決定し、細目は都道府県と市町村で決定する形である。

たとえば、国民健康保険の財政単位を都道府県に来年度から移管することになる。今まで市町村が財政単位を請け負っていたが、市町村だと格差が大きく国保の財政単位まで担当するのは大変なので、都道府県が財政単位は責任もって行うことになった。

それから⑤「市町村と地域医療機関との連携が基本」である。やはり都道府県が責任を持つが、地域包括医療・ケアに限らず、地域の医療や介護を成功させるためには、市町村と地域医療機関との連携が基本だと思っている。国保中央会による今年の調査結果によると、市町村国保のうち医師会とうまくいっていないところが約26%ある。そのほとんどが解決に至っておらず、方法論も見つからないという結果が出た。そこで、原勝則・国保中央会理事長は本年3月30日、横倉義武日本医師会長に会い、国保保険者からの相談等への支援をお願いした。もう一つは、特定健診未受診者への受診勧奨を依頼することであった。

早速1週間後の4月5日に、日本医師会は全国都道府県医師会にこの趣旨のことで周知をした。それを受けて厚生労働省も同日には全国都道府県に通知を出したのである。つまり、各市町村国保と地域医師会側がうまく連携して、地域包括ケアを成功させる趣旨で行われたということも言えるわけである。

さらに⑥「データヘルス計画」である。データヘルス改革によって7つのサービスを国民に提供することになる。つまり、データをフル活用することで無駄をなくし効率化につなげることである。地域包括ケアを成功させるためには、無駄を排除し効率化を進めて連携する。その結果として、介護を含めた医療側の提供者も負担が少なくなり無駄もなくなる。

### 予防活動や健康づくりを重視した 日本健康会議が発足

次に「予防の重視＝日本健康会議の発足」である。

表 健康なまち・職場づくり宣言2020

宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。
宣言3	予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。
宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

予防を重視することは、これまでも「健康日本21」などの取り組みを行ってきた。2008年4月からの特定健診、特定保健指導の発足も予防の重視だが、特定健診は受診率30～40%程度というところもある。さらに本格的に進めるため2015年7月に「日本健康会議」が発足した。これは民間組織が中心となって、国が全面的に後押しして予防活動や健康づくりに力を入れようという趣旨である。医療界・経済界・保険者がメンバー（実行委員）になって、職域と地域で強力に健康づくりを進める趣旨でつくられたものである。2015年から5年後の2020年まで強力に進めようという計画である。国は厚労省・内閣府・経産省が中心で、予算確保も含めて全面的にバックアップしている。

具体的には「健康なまち・職場づくり宣言2020」という8つの宣言をつくって2015年から2020年までの5年間で、職場や地域で健康づくりを行う（表）。特に宣言8はジェネリックを使って医療費を削減するものである。宣言4、5は主に経産省が事務局になっている。厚労省は宣言1、2、3、6、7を担当しているが、中でも事務局長としての私が一番重要視しているのが宣言2である。

これは生活習慣病（糖尿病）の重症化予防を進める

ことで、患者本人も医療財政的にも助かる。糖尿病患者が約900万人、その予備軍が約1,100万人で、約2,000万人おられる。糖尿病は特に初期の段階では食事や運動等で治せるが、悪化すると人工透析に移行することになる。約1か月1人あたり40～50万円の医療費がかかるので年間500万円になり、糖尿病全体で医療費が約3兆円かかることになる。

最近では糖尿病由来の透析患者が年間新たに1万6,000人増えている。1人500万円の医療費となるため、年間新たに800億円かかる。しかし、この透析移行については広島県呉市で減らせる事例があるのでそれを参考にして、東京都荒川区や埼玉県が医師の指導のもとに早期発見と受診勧奨を行い、食事・運動で重症化しない取り組みを行っている。

もう1点、日本健康会議では保険者全数調査を行っている。市町村国保の1,700余り、組合健保も1,400等々あり、全部で3,400余りを全数とした。これを調査して、この8つの宣言の6まで実行に移しているという保険者の調査である。厚労省保険局が中心になって回答率は96%であった。本年8月に厚労省が公表した、この2年間の各宣言の達成度については、宣言3と宣言5については、すでに5年後の目標を達成したので、さらにこれから目標を高めていくことになる。

最重要課題である宣言2については、まず5年間で全市町村の半分強である、800市町村で重症化予防を行うこと。そして、広域連合については47都道府県の半分強24で行ってもらうことを目標にした。2016年に達成したところが118市町村だったが、本年8月では、654市町村までになった。本年中には目標の800市町村を達成すると思われる。今後は基準の改良を含めながら、全市町村でこの糖尿病の重症化予防をさらに強力に進めていきたい。

### 地域包括ケアを成功させるためには 市町村と地域医療界ががっちり手を組む

最後に、国保直診への期待を述べたい。

- ①「地域包括ケアは市町村と地域医療界が基本」である。地域包括ケアを成功させるかどうかは、まさに市町村と地域医療界の基本であり、特に首長も含めて地元の地域医療に従事している方々とがっちり手



司会の  
押淵徹 国診協会長

を組んで進めていくこと。そこに多職種の意見もすべて取り入れて、取り組んでいくことによって、この地域包括ケアの成功がかかっていると思っている。

- ②「市町村の中でも基本は国保」である。市町村の他の政策も当然重要。福祉課も大事だが、やはり基本は国保が中心になっている。その国保の財政単位は来年度から都道府県に移るが、保健事業を中心とした国保は従来どおり市町村である。一番重要な地域包括ケアの中の現場は都道府県が責任を持つが、実際に取り組むのは市町村である。特に保険者で言えば国保である。
- ③ 国保直診には国民皆保険が始まった50年以上前の1961年から、ニーズを受けて特に民間医療機関が出にくい中山間・離島・へき地などを中心に地域包括ケアを取り組んできた実績やノウハウがある。その医療機関は病院、診療所が800以上ある。これからは都道府県が責任を持ち、具体的には市町村が医療行政を行うことになる。国保直診はいろいろな意味で積極的に関与してもらう必要がある。たとえば、県の医師会や病院団体と都道府県行政、現場を知っている市町村も含めて、国保直診が積極的に関与していくいいチャンスだと思う。まさに、そういう役割が国保直診に求められている。

また、国保連が中心となって都道府県知事等々も含めて、都道府県の会議に加わっていただき、これまでの実績やノウハウをさらに広めていくことが大事だと思う。そして地域医師会とも連携しながら行っていくいいチャンスである。それがまさに国保新時代、国保直診の新時代であり、飛び立ついい機会、チャンスであろうと私は考えている。



# 国保新時代の地域包括医療・ケア

## ～国保直診の役割を考える～

- 司 会 **藤本昭夫** 国診協開設者委員会副委員長／大分県・姫島村長  
**福山悦男** 第57回全国国保地域医療学会副学会長／国診協副会長／千葉県・君津中央病院企業団企業長
- 助 言 **烏井陽一** 厚生労働省保険局国民健康保険課長
- 発 言 **岩田利雄** 国診協開設者委員会委員／千葉県・東庄町長  
**塩田幸雄** 香川県・小豆島町長  
**小澤幸弘** 神奈川県・三浦市立病院総病院長
- 特別発言 **押淵 徹** 第57回全国国保地域医療学会学会長／国診協会長／長崎県・国保平戸市民病院長

### ●司会：藤本昭夫氏

これまで国診協が提唱してきた地域包括ケアの実践により、地域住民の健康と生命を守るとともに地域づくりに貢献してきた。しかしながら、昨今の国保直診を取り巻く環境は市町村合併や経営の効率化により、病院、診療所の再編、統合、地域偏在などで医師や看護師の不足と、大変厳しい状況にある。このような中、超高齢化社会を迎えた国や地方の厳しい財政状況の中で、将来にわたって持続可能な社会保障制度を維持していくためには、国保直診がこれまで取り組んできた地域包括医療・ケアが必要であることが認められたわけである。

われわれ国保直診の開設者は、国保直診が地域包括医療・ケアの中核として地域住民の健康と生命を守り、地域づくりに貢献していくことを改めて認識し、より一層これから連携を密にして国保直診の発展を図っていかねばならないと考えている。平成30年度から、社会保障制度の根幹をなす国民健康保険の運営主体が、財政基盤の強化を目的に、市町村から都道府県に移管される新しい展開になっていく。

今回の開設者サミットでは、「国保新時代の地域包括医療・ケア～国保直診の役割を考える～」をテーマに、国保直診開設者の市町村長さん、国保直診の関係者の皆さんと一緒に国保直診の進むべき道を探ってい

くこととする。

### 国保新時代の地域包括医療・ケア

#### ～国保直診の役割を考える～



岩田利雄氏

東庄町は千葉県の北東部に位置して、東京から約80キロ圏にある。人口は現在は1万4,300人余りで、著しく人口が減ってこの4月から過疎地域になった。そして今、町にとってやらなければならないことは、小さくともきめ細かい行政サービスができることである。行政におけるすべての分野で行政運営をしていこうと考えている。

東庄町の北側を利根川が流れている自然の豊かな町であり、葦原にコジュリンという全国に3か所しか生息していない非常に貴重な鳥がいる。町の特産品はアイベリーという子どものこぶし大の非常に食べ甲斐の



司会の藤本昭夫氏(写真左)と福山悦男氏(同右)

あるイチゴがある。そのほかにはホワイトボールという商品登録をもつ小蕪がある。もう一つSPFというわれわれが無菌豚と呼ぶ衛生管理の行き届いたもとで育てた豚を飼育して、非常に高い評価を受けている。

健康問題で町の一番大きな課題は胃がんで亡くなる方が非常に多いことであり、そのために予防医療と診療の充実に取り組んでいる。東庄町ではハード面で保健、医療、福祉施設が一つの敷地に集約されているところに特徴がある。東庄病院、オーシャンプラザ、保健福祉総合センターである。この3施設を中心に保健、医療、福祉の一体的な取り組みを展開している。

東庄病院は平成8年に新築移転をした。診療科目は内科、小児科、整形外科である。病床数80床、職員は74名である。隣の旭市に診療科目40科、病床数が1,000床に届く旭中央病院がある。東庄病院は旭中央病院と連携して医師の派遣や受け入れをし、町民のための病院であると同時に旭中央病院のサテライト的な役割として、2つの病院で一つという考え方の中で展開している。また、総合診療医の育成も行っている。

オーシャンプラザは2階建てで平成12年に建設された。2階の病院施設は療養型施設で80床のうちの48床である。1階には社会福祉協議会、シルバー人材センター、リハビリルームがある。リハビリルームはスペースを広くとり、開放的で非常に明るい室内とである。

保健福祉総合センターは平成10年に着工した。平屋建てで町健康福祉課が開庁されている。保健衛生係、福祉係、介護保険係、地域包括支援センター、そして訪問看護ステーションがある。職員数は26名。このほかデイサービスセンターがあり、民間企業に委託している。保健福祉総合センターのセンター長には、東庄病院の院長

が兼務している。病院と健康福祉課の連携、協力体制はとてもよいと思っている。調理室ではボランティアさんが、独居老人の方のために弁当をつくっている。毎月、民生員さんが見回りを兼ねて届けている。デイサービスセンターには100人ほど登録者いて、月に延べ800人の利用がある。運営は民間に委託をしている。

町の中を3台のバスが巡回している。誰でも無料で乗ることができる。高齢者の方にどんどん外出していただき、元気に過ごしてもらいたいという願いを込めて停留所や時刻表をつくり、運行している。運転手はシルバー人材センターにお願いし、バスの運転業務に勤務された方々を中心に運営している。また、センター病院である旭中央病院の連絡バスとしても運行している。施設の整備には多額の費用が必要であったが、議会と町民の理解の上ででき上がったものである。

ここからは病人をつくらない、病気にならない取り組みについて、ソフト面の紹介をさせていただく。まず、予防接種の充実である。流行の兆しが認められた疾病については、早目に予算化し対応している。また、法定予防接種の前に病気にかかっても、重症化する前に発見しようと、健診の無償化と充実力を入れている。特にがん検診では内視鏡検査、肺のデジタル映像などを魅力的なものとし、受診率の向上に努めている。特に若い人に胃がんの検査をしてもらうために、25歳でピロリ菌の検査を実施をしている。

町は東庄病院と保健課題を共有し、町独自の健康診査の審査項目を設けている。35歳以上の方は東庄病院で日帰りドック1万円、一泊コース2万円+消費税で受けられる。胃がん、肺がん、大腸がん、ポリープ、肝機能、腎機能、糖尿に至るまで調べることができる。

健康な方は自分の健康を確認して、さらに健康でいてもらいたい。万が一異常があった場合は早期発見、早期治療につなげるという考え方である。がんが進んでしまうと、医療費の支出は大変大きなものとなる。そうならないうちに町のお金を使おうという考え方である。こうした取り組みにより、平成26年度の町民1人当たりの医療費が千葉県下54市町村で最も低い町になった。国民健康保険では1人当たり26万2,000円、後期高齢者では59万2,000円である。最も高い市町村と30万円ほどの開きがあった。私が就任した平成7年当時は、県内に80市町村があったがその中で60番目であった。地道な努力が成果となって表れてきたのである。

町では地域包括支援センターが取り組んでいる介護予防事業がある。介護状態にならないよう、重度化しないようにと、地域の集会施設で運動教室や出前講座を実施している。こうした介護予防の教室はボランティアの方々に先生になってもらっている。養成講座も実施して、現在80名ほどが登録している。町の要介護、要支援の認定率は14.09%で、全国平均18.01%を下回っている。引き続き介護予防事業に努めていく。

在宅医療や介護連携事業で医療機関、薬剤師、介護保険事業所、ケアマネジャーなど、地域包括ケアを支えるさまざまな職種の方々に集まっていただき、ワーキング会議などを通じて顔の見える関係、垣根を低くする取り組みをしている。

特定健診の受診率は、おかげさまで県内で最も高い位置にある。がん検診の受診率など、さらに向上するよう努めていきたい。また、この10月から町の商店連盟と連携して、健康ポイント制度を始めることにした。健康診断、予防接種でポイントがもらえ、町内の商店等で買い物ができるようになる。

まとめであるが、今後は町民の皆様は自分の健康は自分でつくるという意識をもっていただき、健康づくりの施策を充実していきたいと考えている。また、国保東庄病院が総合診療医の育成を図りながら、地域包括医療・ケアの中心の役割を果たすことで、地域の安心の地盤となるよう努めていく。

地域づくりは人と人との支え合いである。支え合いこそが地方自治、私のまちづくりの基本である。地域

はお互いに協力し合いそして支えながら、「みんなでつくりよう東庄町」を合言葉に頑張っていきたい。

### 小豆島の医療福祉の目指すこと



塩田幸雄 氏

初めに小豆島の紹介をさせていただく。小豆島は瀬戸内海にあり、淡路島に次いで2番目に大きな島である。壺井栄さんの『二十四の瞳』の舞台、オリーブの島として知られている。最近瀬戸内国際芸術祭のアートの島としても知られつつある。小豆島はしょうゆの産地としても有名で、しょうゆづくりが江戸時代から300年続いている。また、つくだ煮が戦後地場産業として栄えている。そうめんづくりや農村歌舞伎も300年、江戸時代から続いている。そのほかに弘法大師が小豆島で修行して、その縁で小豆島にも八十八か所がある。

小豆島と全国の人口推移の比較をしたグラフがある。数年前から全国の人口も減っているが、小豆島は戦後一貫して人口が減り続けている。終戦直後は6万人ほどであったが、今は3万人を割って2万8,000人ぐらいになっていて、全国の50年先を行っているとも言われている。私は厚生労働省で30数年間仕事をしてきたが、その間とても充実した仕事できた。なぜできたかということ、日本全国の人口が増加し経済が成長していたので、中央省庁で財源や人材を集めて政策をつくって、それを全国一律に実施してもらうことで発展してきた。それが今は人口が減り始めて、これから社会保障をどうするかという大変難しい問題がある。

私はふるさとに帰って50年先取りしている小豆島でうまくいくかどうか、それでうまくいけば日本全国で

もうまくいくだらうという思いで帰った。現在、小豆島は土庄町と小豆島町の2つに分かれている。平成の大合併のとき一つの市になろうと努力したが、残念ながら意見がまとまることができないで、3つの町が2つになるという中途半端な結果に終わった。

私は7年前に東京からUターンしてふるさとに帰ったが、そのときは2つの町に公立病院が2つあったが、人口減少と医師が都会に集中することで経営危機に陥った。このままでは2つの公立病院とも閉鎖に追い込まれる事態となった。そこで土庄町長さんたちと相談して、地域医療を守るためには病院も一つにしなければいけないということで、いろいろと議論を重ねて土庄中央病院と内海病院の2つの病院を行政区画を越えて統合する意見にまとめることができ、小豆島中央病院が誕生した。昨年の4月に病床は少し少なくなったが、200床を超えた総合病院としてスタートした。豊島と小豆島が一つの医療圏になっているが、そこでの唯一の総合病院として地域医療を担っている。なお、この病院は小豆島の最大の企業で、340人を超える医師をはじめ、専門スタッフが活躍している。

昨年秋に香川県がつくった地域医療圏がある。人口約40万人規模の西部医療圏、高松市を中心とする東部医療圏は約50万人規模である。そして香川県は約3万人規模の小豆島、豊島を一つの医療圏として設定してくれた。それは島嶼部であることと、小豆島中央病院を核とする医療機関ができたことが前提になる。行政区画は土庄町と小豆島町に分かれているが、地域医療だけでなく、地域包括ケアについても土庄町、小豆島町の枠を越えて小豆島中央病院のもとに小豆医療圏地域包括ケア連絡会を設けて、一つの医療圏で地域包括ケアに取り組もうとしている。

ここで最も大事なものは医療と福祉だけではなく、農業、漁業という一次産業を守り、しょうゆ、つくだ煮、そうめんなどの地場産業をしっかりとつくる。子育て、教育も島一つにして取り組む。生涯学習、文化芸術、瀬戸内国際芸術祭に代表される文化芸術についても島が一つになって取り組む。これは医療、福祉、教育、文化、アート、地場産業、すべてについて行政区画を越えて取り組むことを実践しつつある。その核に小豆

島中央病院が位置づけられている。

小豆島中央病院におかれた小豆医療圏地域包括ケア連絡会がある。病院の企業長をトップに、土庄町長と小豆島町長が助さん角さんで支える体制である。医師会、歯科医師会、警察、社会福祉協議会、行政、薬剤師会、消防など官民を問わず地域包括ケア関係者が集まって、多職種の連携会議を行っている。これは小豆島の地域医療を守り育てる島民運動、島民改革がポイントになると思っている。

島民改革、島民運動については、常滑市が公立病院改革で成功しているが、その山田朝夫副市長さんから、公立病院改革のポイントは住民の皆さんの参加と意識改革が必要であるとのことである。そのために、常滑市では100人会議を設けて市民の皆さんに参加してもらった。それによって市立病院の改革に成功したと話をうかがった。小豆島でも民間の皆さんが中心になって、小豆島の地域医療を守り育てる島民運動を実践していただいている。

私は厚生省に長い間勤務していたが、これからのわが国にとって最大の課題は、社会保障改革をどうなし遂げるかだと思う。そのとき、国の社会保障改革はもちろん必要だが、その前提として顔が見える地域社会の中で、社会保障の基盤を再構築することが必要であろうと思っている。それは医療福祉のみならず、教育、子育て、文化、芸術、農業、漁業、地場産業、国際交流である。小豆島は今人口が3万人を割ったが、瀬戸内国際芸術祭以降、人口の約1%、毎年200人を超える若者たちが小豆島に移住してくれている。医療福祉のみならず、教育、子育て、農業、漁業、地場産業など、さまざまな基盤づくりをすることが、これからの地域活性化に不可欠であろうと考えている。そういう地域全体の取り組みの中に、小豆島中央病院が中心的な役割を果たそうとしていると考えている。

結論だが、日本は再び地方の時代を迎えようとしていると思う。江戸時代のときは江戸幕府、徳川幕府という強力な中央政府があったが、中央政府が行ったことは、税金を地方から取り立てたり参勤交代をさせたりと、今の政府のように地方自治体に補助金や交付税、いろいろな施策の展開を応援することではなく、それ

それぞれの地域が自分たちのことは自分たちで考えて、それぞれの地域の文化と産業を発展させたと思う。明治以降人口が伸び経済が成長する時代で、中央に人材と財源を集めて中央の政策のもとに地方が発展する時代が長く続いた。しかし人口が減少し経済成長が鈍化する中で、地方の時代がきていると思っている。地方が元気になることで日本全体が再び元気になるという時代を迎えていると思う。地方が江戸時代と同じように自分たちのことは自分たちで考え、自分たちの発想で問題を解決していく、そういうことが必要であろうと思っている。

そのときに国民健康保険が基盤になるとしている。国民健康保険は財政システムとしてあるだけでなく、医療の提供・健康づくりの提供・財政支援システムと、医療提供システム、健康づくりシステムの3つのシステムが総合的に機能することで、地域を元気にする役割を担っている制度だと思っている。来年の4月から財政システムについては県が責任を持って運営することになったが、国保は財政システムだけでなく、医療提供を検討する、地域づくりと密接不可分の制度であると思っている。これからの地方の時代、医療、福祉、さらには教育、子育て、そういう分野をそれぞれの地方がそれぞれに地域にふさわしいものをどうつくっていくかがポイントだろうと思っている。国保は新しい地方の時代の新しい役割を担っていくことが必要だと思っている。

### 国保新時代の地域包括医療・ケア ～国保直診の役割を考える～



小澤幸弘氏

三浦市は神奈川県の上三浦半島の最南端にある。三浦

市はかつてマグロで栄えていて、人口5万6,000人であったが、今年1月1日現在4万4,446人に減少、高齢化率は37%まで到達している。

三浦市立病院の医療の変遷を振り返ってみたい。昭和27年に三浦市立病院を建てることになった。そのとき、すべての医師は大学の医局から派遣されて、小さいながらも三浦市内唯一の急性期総合病院として自己完結型の医療を行ってきた。平成16年には新病院を建てることになった。しかし、3年足らずで医療崩壊が起こった。これは大学の医局から医師の撤退が始まり、医師が減少したのである。そこで、地域医療を担う病院を何とか残さなければならないとして、三浦ならではの地域医療を目指すこととなった。すなわち、病院独自で医師を獲得して三浦市の保健、医療、介護を一体化する、地域に密着した総合病院として地域完結型の医療を担うことである。

現在、地域包括ケア病床28床を含む136床で運営している強化型の在宅療養支援病院として機能している。とはいえ、地域に急性期医療体制は必要である。そこで神奈川県の上三浦医療体制であるメディカルコントロール体制を見ると、神奈川県は5つの地域に分かれていて、そのうち4つの地域は大学が一つひとつある。その大学の救命救急センターを頂点としてトップダウンの形で急性期医療体制が保たれている。ところが三浦半島地区には大学はなく、救命センターもない。そこで、二次病院の連携によって地域の救急医療体制を確保していた歴史がある。これはまさに、地域で一般医療体制にもつながるところだと思っている。

急性期医療を確保するために三浦市立病院としては、新病院ができた次の年にヘリポートを増設して大学に直結する体制をとった。また、地域の中核病院からは多くの専門医を派遣してもらい、専門外来を多く開設している。そういう中で、地域の機能分化が進んできて、地域包括ケアを設置する病院、並びに地域の中核病院という形で分かれてきた。平成26年の時点で4病院連絡会議をつくり、地域包括ケアの促進や病院機能分化の促進を図ってきた。シンポジウムなども開き、現在8病院が参加した会議になっている。

また、院内の体制を地域密着型の体制にするために、

以下のことを実践してきた。病院の病床は、以前は急性期病床3病棟であったが、4階を急性期病床を含む一般病床に変革をした。平成22年には地域相談室から地域医療課に変えて、在宅医療を開始した。それによって4階病棟の機能を亜急性、慢性期として明確化してきた。そして平成24～25年にかけて、当時は3名であったリハビリテーションの体制を10名まで拡張することができた。そうすることによって、4階病棟に地域包括ケア病床を新設し、その体制を今強化しているところである。

院外との連携であるが、院外での地域包括ケアシステムの構築は、平成22年に地域医療課をつくって在宅診療を開始し、現在は強化型の在宅療養支援病院となって訪問リハビリテーションも開始している。平成24年には神奈川県国保の診療施設部会で当院が司会を担当して、「高齢化社会における地域連携の構築」というテーマでシンポジウムを開催した。また24年、25年に高齢者医療・介護連携の課題を探るための調査の事業を行った。

市民に対しては毎年、在宅看取りを考えるシンポジウムを開いている。平成28年度神奈川県医師会の在宅医療のICTシステム構築モデル事業に参画して、みうらホームケアネットをつくり上げた。これは在宅医療を受けている患者に限り、多職種で情報共有するICTのネットワークである。これを今後、薬局や歯科医院、介護施設にまで拡大していく予定である。

地域がなくなったら病院も持たない、病院がなくなったら地域が持たないという考え方から、地域創生における行政との協働を行っている。平成27年には地域創生大学連携事業で、三浦を元気にするリビングラボラトリーを開催した。これは県立保健福祉大学が中心になって行う、地域共創型のオープンプラットフォームを形成している。また、平成27年の三浦市市制60周年記念事業で市民健康大学を開設した。その継続事業として27年、28年、29年に三浦市民健康大学のオープンキャンパスを開いている。また、平成28年の三浦市地域創生事業として、生涯活躍の街三浦版CCRC構想ということで、予防医療を重視する健康づくりを保つために三浦市立病院がバックアップとなって、地域の予

防医療を確保している。

それ以上に重要なのは地域医療をしっかり担う医師を育てることではないかと思っている。どうしても地域医療を担う医師が少ないのが現状で、そのことについて当院もいろいろと取り組んできたので紹介する。

初期研修医の地域医療研修を平成19年から横浜市大で行っている。平成24年からは1週間から3週間程度だが、地域の中核病院である横須賀共済病院から年間16名の医師を地域医療研修として受け入れている。また、平成27年度より奈良の西和医療センターから1名か2名、1か月受け入れるようになった。

平成27年には全自病協と国診協が行っている地域包括医療・ケア認定制度による地域施設認定を受け、認定医7名、認定専門職7名が誕生している。それによって大学の総合医療科の関連施設として利用してもらい、平成27年より横浜市大の総合診療医学の実習病院として認定されている。それ以前に、自治医大からの学生の地域医療実習、並びに夏期研修を平成24年から受け入れている。また、29年度より東海大学から地域枠の学生の実習を受け入れるようになった。

先ほど地域4大学があると述べたが、各大学には地域枠の学生がいる。各大学で少なくとも5名の地域枠の学生を確保している。神奈川県は以前は地域医療支援センターが設置されていなかった。平成27年に地域医療支援センターを設置した。そういう中で、地域枠の医師たちがどういう方向に進むかまだはっきりしないのが現状である。

地域医療センターで、4大学の総合診療医学教室の総力を結集して全自病協や国診協、並びに病医業界のすべての地域医療を担う病院の情報を集める。そして、対象を地域枠の卒業生に限らないで、自治医科大学の卒業生や専門医から総合診療医を目指す医師たちにも門戸を広げ、神奈川県地域医療包括ケアを担う医師たちの総合医局とすることを願っている。

国保直診が単独で地域医療の医師を育てるのは非常に難しいことだと思っている。それぞれの地域が協力して地域医療支援センターを積極的に活用し、地域包括医療・ケアを担う中小病院に勤務する総合医を育てていこうではないか。これを最後の提言としたい。

## 医療はどのような場面でも 必ず必要なので、維持してほしい



鳥井陽一氏

岩田町長は東庄町の地域包括医療・ケアの実績や実践されていることについてご発表いただいた。国民健康保険方としては、医療費のデータにどうしても目がいってしまうが、東庄町の医療費はかなり安い。保険料が安いというよりも、重症化しない方が多くてこういう成果が出ているとすれば大変素晴らしい。地域包括ケアのメリットを今後ともより明確な形で示していかなければいけない。それが非常にうまくいっていることが示されている例なのではないかと思う。また、健康に関する資料のデータなど、そういうことも合わせて今後お話を聞ければ、大変うれしいと思っている。

塩田町長は病院の統合問題等々を中心にお話をいただいた。質の高い効率的な医療を維持するためにはこういう処方箋が必要だった、これを実現化することは大変難しい課題がたくさんあったことだろうと思う。特に行政区画を超えている例で、助さん角さんという表現があったが、たとえば助さん角さんが3人になったらどうなったんだろうとか、なかなか一言では言い尽くせないご苦労があったのではないかと思う。大変参考になる事例であったと思う。

小澤先生の事例については、病院の地域における役割を見据えて再定義をし、それに合わせて自らを変えていくことを実践された事例だと思う。ここでも人材の確保や育成を始めとして、非常に課題が多かったと思う。相当なリーダーシップのもとで、進めてこられたんだろうということを感じた次第である。

私からは2点だけ、これにつけ加えてコメントしたい。一つは岩田町長のご発表された事例、あるいは塩

田町長の事例で、これをより客観的に評価していくためにデータを使っていくことはできないかと考えている。国保課でもいろいろな仕組みをつくり、データも揃ってきているので、ぜひ進めていただきたい。皆さんのご意見もいただければ大変ありがたい。

もう一つは地域によってケアのニーズは違う。高齢化の進展や看取りのニーズがある所もある、子育てもしていかなければいけないなど、地域包括ケアが必要になる場面は非常に幅広い。いずれにせよ、医療はどの場面でも必ず必要になることに変わりがないので、何とか維持していただきたいというのが、最大の感想である。その中にはもちろん財源不足や人材不足など、かねてから残る問題はあるが、そこは岩田先生のご提言があったように人材育成、あるいは確保の問題を含めて、今が知恵の出どころだと思うので、国もいろいろ考えてはいるが、なかなか個別の当てはめは一律ではないので、自ら定義して今後とも維持、発展していただきたいと思う次第である。

## 包括ケアシステムの理念を背負う医師が 日本国中に広がって理念の拡散を



押淵 徹氏

国保直診の役割を考えるという大切なテーマを、このサミットで皆さんとともに考える時間が設けられたことが、私にとっても大変有意義なことと受けとめている。自治体の長であられる岩田町長と塩田町長、いずれも国保直診を一つの武器として、地域づくりのための拠点としてご活用いただいていることは、私たちとしては大変ありがたいことであると思っている。

そもそも国保直診は医療提供体制が困難な地域に設立された。周囲を見渡しても同業者の医院や病院は少

ない地域であるので、その地域の医療の支えが必要なさまざまな事業を受け持つ必要がある。その過程の中で首長さんたちとの密接な連携ができ上がり、首長さんたちの思いをその診療施設の中から実現していくともあると思う。

逆に診療施設から首長さんたちに自分たちの行おうとしている医療について提言し、お互いに意見交換しながらつくり上げてきた。そういうところが地域包括ケアシステムの原点だと思っている。地域ごとにいろいろな特色がある。極端な言い方をすれば、全国に1,700ほどの自治体があり、さらに生活圏域がいくつかあろうかと思う。その生活圏域それぞれに特徴に応じた地域包括ケアシステムがあると思っている。その中に流れる理念は、厚労省で整備されたその人らしい医療や介護、保健サービス、あるいは生活支援サービスを提供していくことで、安心してその地域に住むことができる社会をつくってほしいという地域包括ケアシステムが国の政策になったと理解している。

そういうところから見ると、3人のお話の中に共通するのは医師の確保と、どのような医師が望ましいかという気持ちが表れていたと思っている。包括ケアシステムは中山間地域や離島へき地で始まった、超高齢社会に応じた医療を展開していくうちにでき上がってきたと思われる。その中で今は私たちが体験してきた20年前の姿が、都市部や都市近郊で進みつつある。そこにどうやって包括ケアシステムを伝えていこうとするのかというと、先ほど述べたように、それぞれの地域に特色のある包括ケアシステムがあるが、これがすべてひな形だ、これがモデルだということは難しく、共通するところがないと思う。しかし包括ケアシステムを中心的に担ってきた医師は、これから先も必要になってくる。それぞれの地域で地域包括ケアシステムの理念を理解する医師、理念を背負う医師を育成していき、ひいてはその医師が育って日本国中に散らばっていけば、包括ケアシステムはさらに進んでいくのではないかと期待している。

そういう意味で先ほど小澤先生が最後におっしゃったが、われわれの病院で総合診療専門医を育成しよう述べられた。私はこれだと思う。包括ケアシステムが

進んだところで総合診療専門医を育成して、その方たちが各地に散らばって包括ケアシステムを進めていただく。こういうことを私たちが望んでいる。そして、都市部や都市近郊に包括ケアシステムの理念を伝えていくミッションを背負った方が生まれてくると思っている。また、その地域に総合診療専門医が来れば、多くの職種の方々がここが私たちの町の包括ケアシステムであるということを伝え、学ぶ場であって、それを背負って専攻医や専門医として育っていくプロセスを望みたいと思っている。

私はお三方のお話を聞いて、ますます自信を深めたところである。これから先も3人の方々の取り組みがさらに発展、進化していくことを期待申し上げて、私の助言とさせていただきます。

#### ●司会：福山悦男氏

最初の岩田町長さんは1回病院機関が経営困難になって、その後、保健医療福祉を中心にした関連施設に病院長をトップにおいて、大変すばらしい状況で活躍されている。特に予防医学に大変力を入れて無償化という点でも大変努力をされているとうかがった。小豆島の塩田町長さんは、国の行政の経験から人口減少、そして医師不足ということから、医療機関のいろいろな制度改革や地域の社会保障改革で、地域包括ケアに向けて大変努力をされている。小澤先生は医師不足の中で地域完結型の急性期医療をおやりになっている。そして、在宅医療も行い地域包括ケアを推進している。まさに病院のお手本になるお話をいただいた。お3人の発言者のそれぞれに、これからの国保直診の方向性を示唆していただく内容であったと思う。また鳥井課長、国診協の押淵会長にも、これからの国診協の考えの方向性に助言いただいたと考えている。

来年、第7次医療法の改正とその他、国民健康保険法、診療報酬、介護報酬、いろいろな制度改革が行われる医療改革の年と言われている。第7次医療法の改正も医療・介護のさらなる充実を目指し、地域医療構想の中での地域包括ケアの使命が重要なのではないかと思う。今後ますます国診協および国保直診の仕事が増えるのではないかという印象がある。



# 国保新時代の 地域包括ケアを目指して

- 司会 金丸 吉昌 国診協副会長／宮崎県・美郷町地域包括医療局総院長  
中原 智子 第57回全国国保地域医療学会副学会長／茨城県・県西総合病院長
- 助言 山口 昇 国診協名誉会長／広島県・公立みつぎ総合病院名誉院長、特別顧問
- 発表 後藤 忠雄 岐阜県・県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長  
長谷 剛志 石川県・公立能登総合病院歯科口腔外科部長  
大久保 築世 埼玉県・小鹿野町保健課主席保健師  
名出 美紀 香川県・さめき市民病院リハビリテーション技術科長
- 特別発言 横尾 俊彦 国診協開設者委員会委員／佐賀県・多久市長

## ●司会：中原智子氏

平成30年度は国保財政の安定化を図るため、都道府県が主体となる国保新制度がスタートする。都道府県単位としての新しい国保時代に、安心して適正な医療が受けられるためには、予防を含めた地域包括医療・ケアを進めることが今後さらに重要になってくる。昨日の国保直診開設者サミットでは、押淵会長より国保直診の役割を考えると、地域包括医療・ケアの理念を持った医師を育てることが国保直診の役割であると示された。

本日のシンポジウムでは、地域を守り安心の地域づくりを展開されている最前線で働く4名のシンポジストにご発表いただく。また、地域包括医療・ケアを日本で最初に提唱、実践された国診協名誉会長、広島県立公立みつぎ総合病院特別顧問・名誉院長の山口昇先生に助言者としてお願いしている。そして、特別発言者として国診協理事で開設者委員会委員でもある、佐賀県多久市長の横尾俊彦様にもお越しいただいている。会場の皆様からもたくさんの議論をいただき、それぞれの地域に還元し、その地域の実情に合った地域包括ケアが実践できるよう、実り豊かなシンポジウムとなるようにご協力をお願いしたい。

## 国保新時代の地域包括ケアをめざして Think or Act×Globally or Locally



後藤忠雄氏

国保新時代で国保広域化では財政運営の安定化を目指して、都道府県がその役割を担う時代に入っている。市町村の役割は資格管理その他に加えて、保健事業ときちんと明記されている。さらにもう一つ、保険者努力支援制度が動き始めることが挙げられている。その中にデータヘルス計画の策定や地域包括ケアの推進などが挙げられていて、そこにも国保直診施設を拠点とした、地域包括ケア推進に向けた取り組みの実施と明記されている。私はこの時間をいただいて、広域や合併についてお話をさせていただこうと思っている。

私の勤務先は岐阜県郡上市である。以前は和良町で



司会の金丸吉昌氏(写真左)と中原智子氏(同右)

あったが今は白鳥町である。平成16年3月に7つの町村が対等合併した。当時の人口は4万7,000人ほどであったが、今は4万3,000人ぐらいになっている。旧町村でいうと2つぐらいなくなっている人口の変化である。面積が1,000km<sup>2</sup>あり、東京都の半分ぐらいの大きさである。海拔が一番低くて110m、最高海拔が1,800mである。一番南では雪はないが一番北は2m級の雪がある、地域の条件にばらつきがある所である。私が最初に勤務した和良町は当時人口が2,500人ぐらいで、今は1,800人を割る状況になっている。出生が年間1人から2人ぐらいで、少子化が進んでいる状況である。

広域化合併して10年以上経たが、生活圏の広域化に伴う住民生活の利便性の向上や住民サービスの高度化、専門化あるいは行財政の効率化で少子高齢化に伴う医療費負担の増大がある。さらに事務の効率化や財政の安定化を目指して、広域合併の動きは個々に限らずいろいろな分野において生じてくると思う。こうした合併は必ずしもいいことばかりもたらしたわけではなく、周辺地域が衰退することもある。合併して大都会になったへき地は1か所もないと思う。中長期的に見ると合併がもたらす利点はあるかもしれないが、目の前の行政サービスで考えると、不便とを感じる方々は大勢いらっしゃる。旧市町村のサービスをそのまま持ち越しているの、たとえば、わが町から議員さんがいなくなって、合併後に政治家が出たりすることが起きてくるといった課題がある。

和良村では昭和30年に国保診療所が開設されて41年に病院、平成6年には老健施設、平成12年には保健福祉歯科総合施設を併設して一体化した施設整備を行ってきて平成16年に合併した。合併すると本当に小さな和良村のような所だと1地域1医療施設、あるいは1

福祉施設である。広域合併した自治体では資源が急激に増加するので、そうした中でどういうネットワークを組んでいくかは大きな課題である。

合併によって1地域1施設モデルが、1地域多施設ができるというモデルになった。和良村だけ考えれば、病院はそれぞれの地域で1か所という状況だったが、郡上市になって病院5か所、診療所22か所と、いろいろな資源が一挙に増えることになった。しかし財源は安定化とか効率化、平均化といったお題目のもと、合併周辺地域の地域医療は量的にも質的にも縮小の方向へと考えられがちになってしまう。さらに医師不足や医療介護スタッフの不足が追い打ちをかけている。実際、合併して資源が同じになっても、合併した後の医療機関、郡上市でいうと1つは精神科病院で、残りの2つの民間、2つの公立病院はその役割はほぼ同じで、果たして合併の中でこうしたことがずっと維持できるのかどうかは大きな課題だと思っている。

そして、量的にも質的にも縮小方向と考えられる合併周辺地域の地域医療をどう維持・継続していくかを一つの大きな課題として、合併に際し和良村で行ってきた地域包括ケアを和良村という地域の中で継続することに精力を注ぐほうがいいのか、それとも合併市にも広げて力を入れるのかがいいのを考えて、地域で支える医療を考えていこうと思った。地域で地域を「で」と「を」が反対である。地域を支える医療は医療人の本分として通ると思うが、地域で支えるとなると、医療人の行政による継続的な仕組みづくりや住民自体が地域医療に関心を持ち、さらに参画していく対象をつくる必要があると思う。

合併市の中にはわれわれが今まで行ってきた計画のプランを郡上市健康福祉推進計画に反映させたり、特

定健診のシステムを考えたり、住民と一緒に実践してきたことを「地域医療を考えるフォーラム」にしたりと、ノウハウを拡大することに取り組んだ。また、合併周辺地域の地域医療を継続するために、郡上市地域医療センターを開設して、複数の診療所をネットワーク化して複数の医師で支える仕組みをつくった。合併に伴って廃止されたところもあるが、最終的には公立病院でいうと郡上市市民病院、白鳥病院、そして郡上市地域医療センターという形に一体化した。

多機能な診療所には多くの医師が必要だが、周辺地域の財政的課題などいろいろある中で、複数雇用は難しい。ほかにも白鳥病院長定年の問題や岐阜県内にはへき地の診療所が多く、ひとり医師赴任の診療所も多く、こうしたことも何とか解決していかなければならない。そこで考えたのが県北西部地域医療センターである。基幹病院を白鳥病院に設置して、岐阜県の県北西部地域を支えようと郡上市のみならず高山市の一部、さらに合掌づくりで有名な世界遺産白川村で行政の基礎自治体の範囲の幅を越えて診療所とのネットワーク化によって、広域的に地域医療を支えるという仕組みに取り組み始めた。

運営体制は一体化した組織としてはなく、緩やかなネットワークの中で相互の支援を行っている。2市1村、高山市長、郡上市長、白川村長と提携協定を結び、へき地医療を支えていこうと進めている。センターとしては新たなへき地医療を支えるモデルとして情報発信し、へき地医療と在宅ケアを主目的としてへき地医療を教育も含めた一体として支えることを特徴として運営を行っている。

利点としては医師を確保でき、代診だけでなく日常的に相互支援による継続性や質を担保でき、在宅を中心にした支援で、診療所常勤医不在時の看取り対応も行っている。また、医師のご家族の訃報の対応や夏休みの取得などへの対応も可能になった。まだ始めて3年目ぐらいなので、行政や地域住民へのさらなる理解、継続的な医師確保や経営的な問題などいくつかの課題はあるが、真摯に取り組んでいきたいと思っている。

合併してからは郡上市は、急性期は市民病院が主に担っている。われわれは在宅を担う形で運営している。広域化ということでは、少子高齢人口減少のもと

では、支える側の数の減少や財政的な課題もあるので、こういった選択肢の一つということである。しかし同じ機能の乱立では広域化してもうまくいかない部分が多いので、役割分担の再構築を行っている。

一方、周辺地域の埋没や全体を平均的にしようと思っても困難性は常に伴っている。地域との平静な対話は必要だと思っている。日常生活圏域は高齢化に伴い縮小し、日常生活間の違いはあって当たり前で、それを特徴と捉えるか格差と考えてしまうのかは非常に重要な点だと思っている。むしろ特徴と捉えて、こうした日常圏域を地域包括ケアの維持発展させるために広域的な取り組みを行うのか、特徴を考える中に全体を考えるような、いろいろな形を考えなければならないと思っている。

広域的な仕組みの中で地域包括ケアシステムの構築・推進に取り組むのか、各地域が育んできた地域包括ケアシステムの維持・発展させていくために、広域的なネットワークを考えるのか、改めて自らのフィールドである地域の状況やその中で自分のところの役割を検討しながら、持続可能な地域医療システムをベースにした地域包括ケアシステムの発展の取り組みが必要だと思っている。今後ともこうした点で努力していきたいと考えている。

### 地域包括ケアが求める高齢者の食支援をめざして

～食事の提供から「食べる力」の見える化へ～

長谷剛志氏



私は地域包括が求める食支援、特に高齢者にスポットを当てた食支援で、いかに地域でシームレスな流れをつくっていくかというお話をさせていただきたい。

食支援という言葉は少しファジーなところがあって、食事の何を支援するのかである。機能的な問題な

のかそれとも、食事を配食することなのか、あるいはそういった食を通して地域づくりをしていくのか、いろいろな意味を含んでいて、決して口や喉だけの機能強化が食支援だとは思っていない。これから地域包括ケアが求める食支援は、まさにそこをいかに見える化していくかということにあると思う。

私が勤務する能登総合病院は能登半島に位置して、能登半島は県庁所在地のある加賀地方と能登地方の2つからなっている。面積は半々で人口比が全然違う。金沢がある加賀地方の96万人に対して能登地方は20万人で、石川県人口の約18%が能登の人口である。能登地方は4市5町から成り立っているが、高齢化率はほかの地方と同じようにどんどん進んでいって超少子超高齢化過疎地域で、高齢化率は40%超である。

当院は七尾市にあり、能登地方の三次救急を担う急性期の基幹病院として位置している。私はここの歯科口腔外科に勤務しているが、高齢者の患者が増えていく中で、医科から歯だけに特化した治療ではなく、口そのものをもう少し総合的に捉えて食べることに繋がることができないかと歯科医師に宿題を投げかけられたのが約10年前である。

病院の中は幸いいろいろな職種があるので、かなり充実した体制を構築しているが、退院や転院した後どうやって地域につなげようかということ所で問題が起こった。私は歯科医師の立場から口から食べることにこだわろうと、6年ぐらい前に「お口の健康管理手帳」をつくった。この人の食べる機能と口のケア状態、こういった入院中の情報をパスツールとして地域に配布した。行った先の施設、行った先の慢性期病院、ご自宅という形でアップしたが、これが崩れ去った。何でかということ、このツールは医療管理の視点でしか書かれていないことに気づいたのである。

地域に出ると生活支援のはざまで食も見ていく必要がある、医療管理の視点で見る食と生活支援として支える食は少し違うので、地域からいろいろな文句が出てきた。退院時に情報提供したら、「情報提供したらあなたの病院は終わりなのか」「退院後、継続した評価や訓練ができるスタッフが地域にはいない」、あるいは「病院から情報提供された食に関する内容が難し過ぎてわからない」などである。そして「正直、食だ

けではない。それ以外にもやらなくてはいけない地域包括ケア的な取り組みがたくさんあって、食べる喜びや幸せという言葉がすごくハイパーインフラのように飛びかっているが、そもそも食べたくない人だっている。食べることを中心に見てもらっては困る」なんていう結構厳しい視点もいただいた。

そんな中で院内での食の取り組み、医療管理の視点と地域で生活支援としての食を最大公約数的に見直す取り組みを行っている。たとえば、80歳後半の方の食事場면을観察して、そこから気づくことをいくつかピックアップしながらどう対応しなくてはいけないか考察している。ただ、食事場面の観察といっても一体どこに焦点を当てて観察すればいいのかわからない。慣れている先生がそれを見るといくつも所見を挙げてくる。たとえば一つの事例だが、明らかに覚醒レベルの悪い方がいる。口角から食べこぼしが見られる、口の中に食物をため込んで嚥下していない、一品食べをしている。空間無視などの高次脳機能的な問題が出ている。それから飲み込まない割に口に運ぶペースがやたら早い、体幹が左に傾斜している、あるいは食行動異常としてのハンガーストライキが見られるなど、観察するといろいろと見てとれる。

そこで、もう少し簡単に誰がチェックしてもあまりぶれのない継続できるシステムをつくれなかと宿題をいただいて、食事観察サポートソフト「い〜とみる」が完成した。これに氏名や生年月日、観察日、何を食べているか、そして学会分類がわかっている場合はたとえば、日本摂食嚥下リハビリテーション学会と入力し、わからなければ何も入れない。また、副食の名称を入れ、学会分類を入れる。もしお茶や水、汁物等ではとろみをつけているのであれば、そのとろみの濃度を入れる。次に食事の場面、所作を実際観察しながら何となく元気がない、食欲がないなど25項目の該当欄にチェックを入れて、最後をクリックするとその人の食べる力の見える化ができる。

その一つはバランスである。全身状態と認知機能、口腔機能、咽頭機能、姿勢の状態など、どこに問題があって食べられなくなっているのかが一つのチャート、スコアとして見られる。また、今回はどうだったか、今回からサポートしていくことによって、ここが

よくなったと継続的に比較できる。もう一つこのソフトのすごいところは、今現在考えられることと、こう対応しなくてはいけないというヒントがオートマチックに表記され、この人の今の食の情報に対応する問題点と対応策が自動的に出てくる。2,000の症例を観察してつくったものなので、その人に合った食事の対応策が必ずあると思う。

これを使うと家族への説明のときにすごく楽である。食べる力の変化が伝えてあげられ、栄養食事指導の対応もわかりやすい。介護保険でも経口維持加算がとれるが、その計画書を作成するには結構手間であるが、これを1枚印刷すれば計画書の作成もすごく簡単になるので、非常に重宝している。

もう一つ、食事形態にもこだわらなくてはいけない。地域で食事の呼び名がまちまちで、その整合性を図るため、2014年に食形態マップをつくった。当院は急性期の病院で最後まで食べるをサポートすることが難しいので、そのきっかけをつくって地域につなげることが、当院の大きな食支援の役目だと思って、食形態カンファレンスを行っている。当院の食形態はこうだけど、退院先や転院先の施設にそれはあるのか、そういったものも食形態マップを見ながら呼称とともに確認して最後に地域へ送り出すことを、地域包括ケアにおける急性期の食支援の取り組みの一つと思っている。

食形態マップはiPadからも見られるが、実際に訪問診療をした際に、ある病院に入院していたときは、こういった形態のもの食べていたと、そのつくり方を指導したり、実際それを使って検査したりと、自宅診療にも使用している。また、食べる機能の評価ばかりではなく、地域のご婦人方が地域で介護されている方を支えたいと介護食教室を開いている。そこで、和歌山県の国保野上厚生病院と一緒に「必ず役立つ介護食」というテキストをつくった。これは各家庭で苦勞をした介護食のレシピ集になっている。

もう一つ大事なものは配食である。配食にも食支援する以上は目を配ろうと、移動スーパーに協力していただいて、調理教室に参加されているご婦人たちを乗せている。これがおもしろい発想で、ただ単に商品売るだけではなく、管理栄養士や食生活改善委員の方を乗せて高齢者の自宅まで出向いて健康的な献立を紹介

したり、あるいは食べ合わせや調理方法、先ほどの調理教室から学んだものを工夫したりといった動きも始まっている。

### 個々を支える・みんなで考える・つなげる小鹿野町の取り組み

～住み慣れた地域で望む暮らしを最期まで支えるために～



大久保築世氏

小鹿野町は埼玉県西北部に位置する。日本百名山の一つ、両神山などの山並みに囲まれた自然豊かな地域である。四季折々の花と名水を観光資源とした地域づくりとともに、絹織物の宿場町として栄えた江戸時代から伝わる祭りや歌舞伎の文化が継承されている。総人口は1万2,000人、高齢化率34%である。小鹿野町でも少子高齢化が進んでいて、高齢者を支える世代の割合が減少している。高齢者人口のピークは平成32年に迎える予測となっているが、高齢化率は伸び続けて後期高齢者の割合が増加する。

小鹿野町の地域包括ケアシステムは、地域住民の困り事に寄り添ってつくられてきた取り組みである。保健師が地域活動の中で介護を必要な高齢者やそのご家族の困り事に寄り添って、在宅支援や社会資源の活用に取り組む中で、福祉などの対応でうまくいかないことがあった。たとえば、家族からの「ベッドを借りたい」という希望に福祉課の職員がベッドを届けたところ、保健師から「布団ではトイレまで這って行けた方が、ベッドになって寝たきりになってしまった」と言われたことがあった。そうしたことで、保健と福祉が一緒になって地域住民のことを考えていく必要に迫られて、平成4年より保健・福祉・医療サービス調整会議を開始し、在宅サービスの充実・連携を促した。このころから保健・医療・福祉の地域包括ケアの実習研

究グループが推進地の行政視察を行って、小鹿野町の現状や地域性に見合った仕組みの検討を始めた。

その後、地域の状況から訪問看護ステーションやヘルパーステーションなど、在宅サービスの施設整備を進め、町特有のサービスによって住民のニーズに迅速に対応してきた。また、平成14年の町立病院の改築時に合わせ本日、助言者としてお越しいただいている山口昇先生の公立みつぎ総合病院をモデルに、病院に保健福祉センターを併設し、一つ屋根の下で保健・医療・福祉が一体となって機能する地域包括ケアシステムを構築した。町立病院は常勤医7名、病床数95床。保健福祉センターには保健課、福祉課の各窓口と在宅介護部門の事業所が配置されている。

この顔の見える組織化と定期的な各種連携会議により多職種が相互に協同し、住民のニーズに対する迅速な対応や幅広い視点から検討したサービスの提供が可能になっている。特に代表的なものが連携会議である。具体的には地域ケア会議が月2回、病院と保健福祉センターの多職種で行われている。入院時から退院を見据えた医療外部のシームレスな連携である。また包括ケア会議も月2回行われていて、各部署ごとの取り組みや課題をレポートしている。地域ケア会議が個を支援する会議に対して、包括ケア会議は組織のすき間を埋める会議である。また緩和ケア委員会があり、定期的なカンファレンスを毎週行っている。また月1回の振り返りカンファレンスでは事例提供の後、グループワークを行っている。

このような緩和ケアチームの取り組みによって、小鹿野町のがん患者さんの在宅死の割合が年々増加して、現在は年間20人くらいになる。また、自宅で最期までと希望された方の在宅看取り達成率はおおむね6割となっている。小鹿野町の地域包括ケアシステムを下支えしている健康づくりについてだが、小鹿野町では昭和53年より保健補導員（現在は健康サポーター）の育成を開始し、生活習慣病予防に取り組む重点モデル地区を指定して、各地域で健康づくりの意識の浸透を図っている。

地域に根差した保健師活動が評価され、町では早くから保健師を動員したほか、管理栄養士や健康運動指導士を配置してきた。また、地域に向いて区長さん

やボランティア、健康サポーターの協力を得て、運動や栄養指導を中心とした地域ぐるみの介護予防に取り組んできた。平成21年からはふれあいいきいきサロンとして社会福祉協議会に委託し、年間124会場において保健師とともに実施している。現在では自主サロン活動につながっている地域も増えてきた。

平成13年には高齢者の健康づくりを目的にした拠点、般若の丘いきいき館を開設した。いきいき館では健康運動指導士を中心に、地域の老人クラブ単位で活動する高齢者の健康づくり教室や個人参加のステップ体操などを実施している。また、平成28年度からは介護保険の総合事業への移行に合わせ、要支援者を対象にした町独自の送迎つき通所サービスを行っている。この長年の高齢者の健康づくりと地域包括ケアシステムによって、後期高齢者一人当たりの医療費が埼玉県内で一番低く、県平均との差は約10万円である。このような小鹿野町の取り組みを埼玉県が健康長寿埼玉モデル事業として、県内20の市町で事業を実施している。一方で介護給付費が増加していて、平成27年度には埼玉県の平均に近づき、追い越そうとする勢いである。

これまでの行政主導の健康づくりや介護サービスから、これまでの取り組みは公助に支えられた自助であった。高齢者が元気で自立した生活を送るとともに、元気な高齢者が支え手となって互いに支え合う地域づくりを目指すことが、現在のイメージとなっている。その取り組みの一つとして、平成27年度より埼玉県地域づくりによる介護予防事業に取り組み始めている。介護の入り口となるロコモの予防として始めた。これは手首、足首に重りをつけて行う高知県発信のいきいき百歳体操をベースとした、こじか筋力体操である。

ここでは介護予防ボランティアの育成と地域での通いの場づくりを開始している。ボランティアは3期生を育成して現在79人となっている。この健康づくりはこれまでの健康づくりと違い、地域住民が主体となって通いの場を運営し、週1回1時間ほどの体操を継続していることである。いつどのように行うか、地域の方たちみんな考えてもらうことで、地域の主体性が高まっている。この取り組みの結果、定期的な体力測定で効果が確認されているほか、体操開始当初にあった膝、腰などの痛みが体操開始3か月後には半減し、

生活の中で効果を実感できていることが喜びとなつて、継続につながっていると思われる。

平成27年度には3か所の通いの場が立ち上がり、28年度には5か所、そして29年度にはもう2か所立ち上げが行われ、現在3か所が立ち上げ準備中である。おおよそ300人、全高齢者の7%が参加している。介護医療ボランティア1期生が中心となって自発的にこじかクラブを結成し、新たな立ち上げ場所には地域を越えて応援し合っている。これが仲間づくりとなって地域の支える力が深まっている。

次に自助・互助を広げる生活支援サービスについてである。要支援者向けの総合事業、生活支援サービスとして、シルバー人材センターに協力をお願いした。サービスの移行に当たってはヘルパーとの1か月の同行訪問で引き継ぎを行い、利用者の不安を軽減した。総合事業が開始したことによって、増加一途の予測であった要支援の方が年々減ってきているのも、こういった活動の効果と思われる。もう一つ、小鹿野町では地域包括ケアシステムを教材にした地域医療研修（初期研修）1か月プログラムを病院、保健福祉センター共同で作成している。院外研修として多職種との合同訪問やさまざまな事業に参加してもらっている。また、多職種からのアドバイスをもとに、適切な主治医意見書を作成できることが特徴である。

最後に小鹿野町を含む秩父市を中心地とした1市4町では医師会、保健所、広域市町村圏が一つということもあって、秩父盆地の中で同じような文化が育まれていて連携がとれている。ちちぶ定住自立圏構想、秩父市を中心地とする協定の中でちちぶ医療協議会を構成し、4つの分科会で課題に取り組んでいる。代表的なものはちちぶお茶のみ体操である。これは昨年9月発行の「地域医療誌」に取り上げられたので一読していただければ幸いである。また、「私の療養手帳」はご本人を中心とした手帳だが、それによってネットワークづくりが行われている。詳しい取り組みについては、ちちぶ医療協議会のホームページに掲載している。

小鹿野町では動かす人が個々を支える、みんなで考える、つなげていくということを大切にしている。これについては皆さんも共有できるのではないかと保健師の立場から考えている。

### 地域包括ケア： 地域リハビリテーションができること



名出美紀氏

厚生労働省老健局の資料によると、地域包括ケアシステムにおいてリハビリテーション（以下、リハ）が担える役割として、自助では自助力の向上・維持、疾病や暮らし方などの理解を深める支援、互助としてインフォーマルサービスの育成とサポート、住民たちによる育成支援、共助として地域包括ケアを支えるリハ提供、急性期、回復期、生活期のリハ、公助として公の機関と積極的に協働、地域リハ事業の推進、地域支援事業への参加が挙げられている。今回、当地区で平成15年から取り組んできた、大川地区地域リハ支援事業について紹介し、地域包括ケアシステムにおいて地域リハが担える役割について考えてみたい。

大川地区地域リハ事業や変遷であるが、平成15年から現在に至るまでの12年間継続している。開始当初5年間は利用者や住民への講習が中心であったが、20年度からは開業事業所等のスタッフ研修へと変遷してきた。事業主体は平成18年までは国の補助事業として実施し、平成19年度からは県に移行され、ほとんどの地域リハ事業が終了していく中で当地区はこの事業に対する必要性が認められ、平成24年度からはさぬき市、東かがわ市の両市が予算、アイデア、人材を出し合っ

て継続している。活動は協議会年2回、スタッフ講習年26回（各市13回ずつ）、合同研修会年1回を実施している。香川県の健康福祉部、両市の地域包括支援センター、地域保健福祉事務所などの行政や医師会、歯科医師会、看護協会など、各職能団体の地区代表、福祉施設の代表者も参加し、官民一体となって活動予算、現在の問題点などを協議し、年度初めに計画を立て、年度終わりに

報告を行っている。

実際の活動内容についてまず、福祉施設等のスタッフ講習についてである。このスタッフ講習は、地域で福祉に携わるスタッフのスキルアップを目的としている。私たちリハ職が実際に地域の方や患者さんにかかわる時間は、1日のうち長くても1時間程度に過ぎない。残り23時間以上はご家族や介護職がかかわっている。そのため、福祉施設のスタッフの中からリハにも精通した地域の匠を育て、リハの知識やスキルを持ったスタッフがかかわることによって、医療者の運動機能や口腔機能の維持・向上につながるという期待を持って始まった。これも地域力を底上げするといった意味では、地域包括ケアの一環であると考えている。

講習内容は介護予防の3本柱である運動機能向上、口腔機能向上、栄養改善を中心としている。両市の介護施設はほぼ隈なく回っている。施設によっては2～3回目や新しい事業所も増えているので、偏りがなく派遣できるよう地域包括支援センターで配分している。当院と民間病院のリハスタッフも分担して派遣されている。また、口腔機能に関する講習は、歯科医師会の協力で歯科医院の先生方が派遣されている。

運動機能に関する講習内容に関しては、各施設がメニューの中から講習希望を選択し、申請書を包括支援センターに提出している。施設ごとに少しずつ要望が違うので電話で事前に打ち合わせを行い、各施設の希望に沿った内容になるようにしている。運動機能は異常動作や転倒予防に関する講習が最も多いが、デイサービスなどリハ機能を持たない通所系の事業所は体操法の希望が多くある。デイサービスでの転倒予防、特養での移乗講習、老健での歩行講習を理学療法士、作業療法士が行っている。すぐ今日から役立つ実技を交えながらの講習には反響がある。

口腔機能、嚥下、栄養の講習内容は、口腔機能に関することや口腔ケアについての要望が多く聞かれる。また、最近では誤嚥予防や嚥下に関しても、講習希望が増加する傾向にある。歯科医師が口腔ケアの方法や歯磨きのポイント講習を担当し、言語聴覚士が嚥下体操、管理栄養士が嚥下しやすい食事について講習を行っている。こちらも実技を交えた研修は好評である。嚥下に関してはふだん見ることのない咽頭や喉頭の動

きをVFやVEで見えていただくことも、介護スタッフの方には印象深いとの声が聞かれる。

受講者のアンケート内容を抜粋したものとして、実技指導のわかりやすさ、具体的な動きの指導、日常業務で生かせるなどの意見が聞かれる。講師からは施設に出向くことで経過を追ってスキルアップを確認できる、その施設特有の質問に答えられるという意見が聞かれた。私も年に1～2回は1泊講習に行っているが、講習が終わってから質問タイムがあって、持っている症例や介護方法についての悩みなど、具体的な質問をたくさんしていただく。介護と医療の共通点や違いを知ることができて、逆に講師に出向く私たちのほうが教えていただいたりすることがたくさんある。

スタッフ講習では講習の効果を判定するために、受講した施設スタッフに自己評価アンケートを実施している。自己評価アンケートは受講者のリハ知識・技術を講習前後の1か月に分け、評価基準は①わからない、②少しは知っている、③よく知っている、④入所者・利用者等に指導できる、⑤他のスタッフに指導できるの5段階に設定している。たとえば、講習を受ける前は評価基準②の「少しは知っている」の自己評価だったものが、講習受講後は評価基準④の「入所者・利用者等に指導できる」にアップしていた。そのことを受講者である施設のスタッフの方は、1か月後に自分で再評価していただく。その自己評価の点数の平均値を年度別に数値化している。毎年だが、講習前後で1段階以上はアップしている。

過去7年間の自己評価の点数の平均値を、講習前後で比較しているグラフがある。目標としているのは他者に指導できるようになることである。これを見ると、わからないと答えた方の割合が20%であったものが講習後は1%に減少し、他のスタッフや入所者にも指導できるようになったと答えた人が6.1%から40%に増加している。つまり、講習後は目標であり他者にも指導できるレベルに4割の方が到達しており、スタッフ講習の成果が出ていると予測できる。

次に年に1回実施している合同研修会について報告をする。合同研修会は平成22年から年に2回、いろいろなテーマを設けて実施している。たとえば、平成25年度合同研修会では、地域で介護や介護予防のリーダ



一となって取り組んでいる施設のスタッフに発表してもらった。ふだんスタッフの講習は、協議会のメンバーが出向いて行うが、25年度の回は施設のスタッフから「介護に喜びを感じるために」をテーマにプレゼンしてもらった。

平成26年は仮の症例を提示し、おいしい食事を支えるチームアプローチをテーマに、グループワークで話し合った。認知症の方にスムーズに食べていただくにはどんなアプローチがあるか、姿勢や認知、嚥下や口腔ケアの面から活発な意見が飛び交った。28年度はこれまで要望の多かった認知症に関する研修を行った。精神科の医師から認知症に関する講義を受けた後、理学療法士から認知症予防のエクササイズの講座、歯科医師から認知症の方の口腔ケアの工夫について講座があった。今年度は転ばない体づくりをテーマに、高齢者のフレイルとサルコペニアについて講演会をする予定である。また今回、初めて行政からのプレゼンがある。両市の介護施設における事故報告として行政に上がっている転倒、窒息などの事故に関する分析をさぬき市介護保険課長よりしていただき、転倒リスクについて深く掘り下げる研修会にしたい。

今後の本事業の役割として、第1に地域包括支援センターとの連携強化がある。平成28年度から始まった総合事業において、さぬき市では一般介護予防について他の事業と並んで地域リハ活動を支援事業として、大川地区地域リハ支援センターとの連携が位置づけられている。第2に本事業を継続し、新しく介護職につかれる方や、新しい事業所においては新人研修として活用していただけると幸いである。

一方、地域に根づいた古くからある施設での講習に関しては、新しい話題を導入しながら講習メニューを加えるなど、マンネリ化しない工夫が必要であると考える。また、互助であるインフォーマルケアへのサポートはこの事業では実施していないが、介護予防サポーター研修など、意欲のある高齢者住民に対して、健康づくりを通じてお手伝いできればと考える。そちらのインフォーマルへのサポートは、病院の出前講座という形でリハ職種が介護予防サポーターに出向いて、体操指導などは行っている。

最後にリハは、機能改善に重点が置かれていたとい

う歴史がある。機能改善はもちろん重要だが、それだけに偏るのではなく、これからの地域包括ケアシステムを支えていくリハは、その人らしい暮らしの再構築と支援に貢献できるよう一歩前進する必要があると言われている。その人だけではなく家族、さらにはとりわけ地域を含めた個々に応じたきめ細かく、かつ広い視野を持って対応することが求められている。地域の介護福祉、医療関係者とともに地域住民を巻き込んだ介護予防、健康づくりに貢献できる事業へと展開させていく必要があると考える。

### 地域包括ケアシステムの骨格づくりは 首長と地域住民の理解と認識がポイント



山口 昇氏

まず、第1には演者の方々のお話を聞いて、日本の地域医療包括ケアシステムの構築はここまできているということがよくわかった。私自身、今の広島県尾道市御調町で、最初に取り組みを始めてから42～3年が経過しているが、他を見る機会もいろいろあった。しかし今、包括ケアという言葉をよく聞くが、本当に中身がその哲学、理念、そういうものに合致したものかどうか、よくわからない部分もないわけではない。そういう意味で私はこの4人の演者の方々、医師が発言し口腔外科の歯科医師が発言される。そして、小鹿野町という秩父の町の保健師さんがでいろいろな活動をされている。最後にリハビリテーションのスタッフが発言された。1人としてダブっている方はいらっしやらない。それぞれの専門職の分野での発表が聞かれたことは非常に良かったと思っている。

昨日の開設者の市町村長の方たちにも、ぜひ聞いていただきたいかと思うことがいくつかあった。ここに、横尾市長さんがいらっしやるのでぜひ、開設者の皆様方に今日の異なる職種の専門職種の方々、しかも

目的は皆さん同じ地域包括ケアシステムの構築を目指して、いろいろな手法も使っている。それが第1の私の印象で残った。2番目には小鹿野町の話で、私は現場まで行っていろいろとアドバイスもした。そして話を聞いてみると立派にやっつけらっしゃるというのがわかった。秩父にある町が包括ケアの分野で、あの辺のモデルになっていのではないかと、そんな思いもした。

一般論議になるが、私は地域包括ケアシステムの課題、問題点は何だろうと聞かれると、端的に一つあるといつも言う。もちろんそれだけではないが、骨格を見つけるのは首長さんである。次に首長さんと住民の方々の理解と認識、こういうものがないと実現しない。そういう意味でマンパワー専門職をどれくらい抱えているのか、そして、どれくらい活用しているのかである。自分の経験から言うと訪問看護師に訪問看護ステーションのメンバーとして入ってもらった。また、老健施設からの訪問リハビリを行っている。そういう意味でマンパワーの活用の仕方は地域包括ケアシステムの構築に吉と出るか凶と出るか、そういうところのポイントを握っているのではないかと考えている。

もちろん大事なものは首長さんであり、首長さんのよき理解があれば少々のことではある。首長さんの権限はすごいものがある。お金もあるし人もいるので、かなりの力を振るっている。やるという意欲を持っている首長さんは必ず地域包括ケアシステム完成の道を歩いていかれると思っている。それに住民が加わっていく。国が言っているのは医療、介護、予防、住まいである。それだけでユートピアができるのか、必ずしもそうではない。その活用の仕方である。これをお決めになるのは市町村長さんである。そういう意味で私は、開設者委員会の市町村長さんたちに、ぜひご理解いただいて再度、横尾市長さんに伝言をお願いしたい。

2025年問題がいろいろと言われているが、25年までもたないで、そこまできていると私は理解している。今までの病診間連携や病病間連携、あるいは医療機関と施設の連携にしても点と点を結んだ、線の連携に過ぎなかったと思っている。地域包括ケアシステムにおける連携は、面の連携が必要である。面とは何かというと常に行政と住民、全体としてネットワークを構築しているかどうかである。これが点から線へ線から面

へ。このように今からの地域包括ケアシステムはさらなる進化を遂げていくべきであろうと思っている。

最後になるが、広島県では今、地域包括ケアシステムは市町村主体で行う。今年5月の国会だったと思うが、介護保険法の改正が成立した。その中で地域ケア会議が位置づけされた。演者の方の話では、地域ケア会議は定例で月に2回ぐらい開催されているとあり、とても素晴らしい。年に1~2回しか開催されていないケースもある。私は少なくとも月に1~2回開催していただきたいと思う。これは非常に大事な会議で、その地域の課題、問題点をピックアップする。これが地域の信頼と地域包括ケアシステムの構築へとつながっていく。これはぜひ各市町村にお願いしたい。

広島県は6年前に地域包括ケア推進センターを立ち上げた。私はセンター長を仰せつかっているが、今はそこに評価が入っている。その評価は今まで定性評価だったが、昨年後半から定量評価も入った。どこまで地域包括ケアが構築されているのか、医療機能も介護機能、予防機能等も含めた定性と定量の一体化したものを評価しようとしている。市町村ごとのデータはあるがそれだけでは不十分であり、もっと小さい日常生活圏内のデータがほしい。広島県の国保連合会もいろいろとつくり上げてくれた。国保中央会のデータベースに基づいてできたのであるから、全国でこれを使えると思う。ただしこれには健康保険以外の社保データが入っていない。入っていないが高齢者を変えるのは国保と後期高齢者である。そういう客観報告を入れながら今後の評価を行いたい。

日々の積み重ねが大きな力となっていく

横尾俊彦氏



今、山口先生から首長次第で何とでもなるというお

話があったが、たとえば佐賀県はがんの死亡率の中で肝がんが多い。県も頑張っていたが、市でできることは何かないかと肝がん撲滅プロジェクトを立ち上げた。佐賀大学附属病院の専門医の先生、県、市内の医師会の皆さん、そして市役所の健康福祉関係者や市立病院関係者である。啓発の呼びかけと検査して該当する数値がわかった方には、早く治療に行ってもらいたいと勧めた。やろうと思えばできるということを考えながら、一つひとつ実践していくことがとても大切だと感じている。

今日は4人の方から発表があったこと、また昨日のいろいろな講演を踏まえて、少しお話をさせていたたく。一つは、昨日の特別講演で渡辺俊介さんがお話をされている。日経新聞を経て今大学の先生をされている。実は私も渡辺さんが事務局長をされている日本健康会議に委員として参加している。その理由は、私自身が全国の後期高齢者医療を担っている広域連合全国協議会の会長だからである。そこでは8つの目標が立てられている。たとえば糖尿病はこのように減らしていこう改善していこうと、具体的な指標も出している。今の安倍政権の政策に大事な2つの保障があって、一つは安全保障、もう一つは社会保障だとある。

まさにその社会保障は医療と健康、福祉に密に関係する。そういった意味で今日の4名の方のお話も聞いていた。3点お話ししたいと思う。一つは、それぞれ地域包括ケアに努力されながら医療のみならず、介護やリハビリなど、多職種連携されていて本当にすばらしいと思った。肝心要はチーム力で、関係する職種が本当に密に連携して、チーム力をどう組織立てていくかということがとても大事だと思った。

かつては医療なら医療のことだけであったと思うが、今は医療を必要とする前のことも含めた健康指導やいきいき体操などがあるが、そういったことを自治体として考えなくてはいけないと改めて感じた。自治体もそれぞれ取り組みはさせてはいただいているが、やはり全国的に広がっていく必要があると感じた。

2つ目は国保直診の皆さんやそれに伴う福祉、介護の皆さんも大変だと感じられた。それは何かというと、目の前の患者さんに、「あなたはこういう状況でこうしたらいいですよ」と助言できるが、そうではない人

も実は対象になっている。介護が急に必要になる方がいるかもしれない、今は検査を受けていないからわからないが、検査に行ったら実はがんの進行ステージが3や4という状態の方もいらっしゃるかもしれない。

そういうまだ見ぬ患者、対象者の方々が地域内にいらっしゃる。医療スタッフの皆さんが使命として持っておられる、生涯にわたって健康状態を維持するという崇高な使命を生かすためにも、目の前にいないでもひょっとしたらいつか来る方々のことも思って医療や介護、福祉など、本当に健康に関するすべてと連携して実践していくことはとても大事だと改めて感じた。

4人の方の発表を聞いて、本当に限られた時間の中で食べることや体操のこと、あるいは地道に介護していることなど、こういった積み重ねが実は大きな力になることも改めて感じた。歯科医療の専門家の方に聞くと、歯の噛み合わせが悪いとあちこちに痛みが出てくるそうである。結果的にそれを何とかしようと体が曲がって、いろいろなところが不自然な姿勢になっていくそうである。歯の噛み合わせを矯正しただけで姿勢がよくなったり、病気にかからなくなるようである。そうした意味では極めて簡単にできる口腔ケアのブラッシングや体を動かすこと。日常いつでもできることをもっと啓発して、より多くの方々が安心して日々を送れる基盤をつくらなくてはいけないと感じた。

また、山口先生もおっしゃったので感じたことは、可能ならこういう具体的な話を厚生労働省や内閣府の方々にぜひ聞いていただきたいほしい。人口は少なく医療機関も決して多くないが、こんなユニークな取り組みをして医療費を下げている、あるいは健康長寿を伸ばしている、そういう取り組みをより多くの方々、特に政策にかかわるの方々に知っていただきたいほしい。あるいはそういう環境をつくっていくことが大切だと改めて痛感した。その点に関しては今、山口先生から宿題をいただいた。私は社会保障審議会・医療保険部会の委員をさせていただいているが、そういった場でも折に触れて発言をしていきたいと改めて感じた。

最後に触れたいのは、首長をどう動かすかということである。首長である私が言うのも変だが、私は3日前に就任式を行って新しい任期に入った。それで思ったが、たとえば『地域医療』というすばらしい機関誌

がある。ほかにもそういう機関誌や情報誌を皆さんもお持ちだと思ふ。定例で私たちにチャンスが回ってくる。できればこの記事やこの情報はうちの首長さんにぜひ知ってもらおうと思われたら、可能ならページの一番上に目立つように市長さんや町長さん、村長さんや知事さんにこれだけでいいから読んでほしいと付箋やマークをつけていただいたらいいと思ふ。

規約とか決裁、打ち合わせ文書などがある中で、全部を熟読することはほとんど不可能に近い。ただ、興味があればもちろん読む。そういった中でここは外してはだめだと思われる情報があつて、今年無理なら来年度予算で行いたいと思ふ施策があるなら、前もってそれをコピーして目立つようにしてお渡ししてほしい。それで後で「こうでしたよね」と話のきっかけにしてくださいでもいいと思ふ。そういう形で、頭の中に入れていただく工夫をさせていただくと、きっといいことがあるかなと思ふ。

昨日、開設者協議会で今のシンポジウムで話してほしいと依頼されたが、その席で2時間ほど首長の皆さんが数十名集まって会議が開かれた。その中で次のような印象的な発言があつた。それは、「こんなに熱心にきちんと医療と介護と地域の福祉、包括ケアについて真剣に議論している首長がこんなにいるとは思わなかった、私はびっくりしました」と言われた町長さんがおられた。きっとその町長さんは毎日、どうしたら町民の皆さんが幸せで健康になれるか、医療財政も厳しいけどもどうすれば病院の運営や地域のケアに関する施策ができるかなど、いろいろとご苦労されていると私も感じた。孤軍奮闘と思われたかもしれないが、実は同朋の中でも追いかけていたのだということに大変感銘されて、そういうコメントをいただいたと思つている。

われわれまだまだやらなくてはいけないことが多く、足らないところも多々あると思ふが、そういう気持ちの首長が必ずおられる。そうでなければ首長も、選挙を戦うことはできない。普通の人々が健やかに人生100年時代をどう生きるか、そのために医療は欠かすことができない、介護も包括ケアも健康づくりも絶対必要なことである。そうでないと、人生100年時代にはならないと思ふ。そうした意味でも、今日お聞き

いただいた皆様が地元に戻られたら、仲間の方や上司の方、機関の長の方に「こんな取り組みがありました、一緒に考えてみよう」ということをぜひ伝えていただくことで、日本の医療が前に進んでいく。そのことがこの学会が一番願っておられることではないかと思ふ。皆様のご協力、ご尽力を心からお願いして、私のコメントとさせていただきます。

●司会：金丸吉昌氏

本日のシンポジウムを通して少子高齢化、人口減少というこれからの地域が抱える課題の中で、全国の国保直診の皆様方がそれぞれの地域に応じた地域包括ケアシステムを構築され、あるいはそれを深めている中で4人のご発表、そして助言と特別発言をいただいて、皆様方はそれぞれに少し整理ができたりあるいは腑に落ちたり、これがさらにとというヒントをいただいたのかなと思つている。

地域包括ケアシステムの構築は後藤先生がおっしゃったように、地域を支える体制を多職種でそして地域で支える、住民を主体として山口先生がおっしゃった人と人材と財源、これをどう確保するか。そして、その最も肝心なのは市町村の首長の皆様方というお話をいただいた。住民の皆様がこういった、あるいは機能分化する中でなかなか壁を越えない、どうしてもわが町わが村となってしまう中に、後藤先生は見事に丁寧に説明を重ね、住民の皆様方の理解、そして関係市町村の首長の皆様方の理解、それぞれの認識、最後には協力・共生という形で結ばれ、ややもすれば平均化してしまうテーマの大きな部分をどうにか超えていらっしゃる姿を見事に説明していただけた。

大久保さんからは小鹿野町で実践されている包括ケアシステムのお手本を示していただいた。特別発言の横尾市長さんも言っていたように、地域包括ケアのますますの進化に向けて、このシステムが広く日本の隅々まで行き渡って、地域包括ケアシステムの目指す理念に沿って、それぞれの地域の町や村が心豊かに過ごせる場所となっていくことを学ぶことができたかなと感謝している。4人の発表の皆様、助言者、特別発言者、そして会場の最後までご清聴いただいた皆様に感謝してこのシンポジウムを終えたい。

## 地域包括ケアで日本の未来を切りひらこう

～海・山・川の恵みの阿波の国での実践～



**沖津 修** (おきつ おさむ)

第58回全国国保地域医療学会学会長／徳島県・つるぎ町  
病院事業管理者

●司 会 **五十嵐俊久**

国診協常務理事／神奈川県・大和市立病院長

に来て働きなさいとも読み取れる。まあ、少し複雑な心境もした。

### 徳島県の二次医療圏は東部、南部、西部 直診施設は南部と西部の中山間地に

徳島県は四国にある。県庁所在地は徳島市で人口は約75万人。全国で4番目に人口の少ない県である。徳島県の代表的な名産品は柑橘類のスダチである。それに因み、マスコットキャラクターはすだちくんという。最近はやるキャラが普及しているが、その普及以前から活躍している、キャリア20年以上のベテランである。

徳島県の二次医療圏は東部、南部、西部と3つに分けられており、いたって単純な区分けとなっている。面積的に3つの医療圏はそれほど大きな差はないが、東部のほとんどは平野部で徳島市や鳴門市といった人口密集地が存在し、都市部とも言える。それに対し南部と西部は山間部が多く、人口も少ない地域である。南部医療圏は約15万人で、東部の約54万人の3分の1以下である。西部は約8万人と東部の7分の1くらいしかない。このような中、徳島県の国保直診施設は南部と西部の中山間へき地に存在し、これが地域の医療を担っているのである。

### 協議会は6つの病院と19の診療所で構成 人口減の地域で日夜地域医療にまい進

国診協徳島県協議会が構成する施設は、6つの病院と19の診療所である。6つの病院はいずれも人口の少

### 昨年に還暦を迎え 管理職員や外来スタッフから祝福

本日学会が始まったばかりで来年の学会についてアナウンスするのは非常に恐縮だが、来年の開催は徳島県に決まった。そこで本日、私の宿題報告のタイトルは来年の学会テーマそのものとする。

私は産婦人科医で、つるぎ町立半田病院には昭和63年に赴任、途中2年ほどのブランクはあるものの、現在まで勤務を続けている。数年前に事業管理者という役職をいただいたので、管理業務の傍ら産婦人科の診療を続けている。私は昭和31年生まれで、昨年60歳の誕生日を迎えた。還暦となり管理職員から祝福を受けた。そのほか、産婦人科の外来スタッフが赤いTシャツと皆の寄せ書きと、私の似顔絵が載っている色紙をくれた。また、産婦人科病棟からも大きな色紙をもらった。大変うれしかった。これはすべて私の勲章である。ここには祝還暦のほか、生涯現役とも書いてある。最初は素直に喜んでしたが、元氣なうちはずっと病院

ない地域に立地しているので、そのほとんどは100床未満の小規模病院である。しかし、規模は小さいが頑張っている施設も多く、上那賀病院の鬼頭秀樹院長はその献身的な努力が認められ、3年前に日本医師会から赤ひげ大賞を受賞した。

続いて19の診療所の一部を紹介する。このうち、地域包括ケアで先進的な試みを行っている木屋平診療所の藤原真治所長は昨年、兵庫県養父市からやぶ医者大賞を受賞した。日野谷診療所の浜田邦美所長は、長年地域包括ケアに尽くしてきたので、この春、読売新聞社主催の第45回医療功労賞の県受賞者に選ばれた。このように徳島県にもそれぞれの地域で、日夜地域医療にまい進する医療従事者や施設が数多く存在する。

県内の公立と公的病院の分布を示す図がある。徳島県西部に注目すると3つの施設がある。国保直診の市立三野病院、つるぎ町立半田病院、そして県立三好病院である。県西部では人口、医療資源ともに減少傾向にあるため、これら3つの病院では診療に関する協定を結び、地域住民に適正な医療が提供できるよう機能分化、連携、そしてネットワーク化を進めつつある。

### 当院の評価を地域住民にアンケート調査 98～99%が満足、やや満足と回答

続いて私の勤務するつるぎ町立半田病院を紹介する。病院の沿革であるが、設立は昭和24年。平成9年にへき地医療支援病院と災害拠点病院の指定を受けた。平成17年には町村合併により半田町がつるぎ町となったのに合わせて、つるぎ町立半田病院と改称した。同時に公営企業法の全部適用となり、初代の事業管理者には三村経夫先生が就任された。平成20年には先ほど述べた3病院間の協定締結。そして、翌年にはDPC制度を採用した。平成23年には電子カルテを導入した。

当院は120床の病院だが、そのすべてが急性期の病床となっている。人口1万人弱の町で地域を拡大して考えても対象人口は3万から4万人で、120床の急性期病院を維持していることが当院の特色かもしれない。なお、昨年からは120床のうち8床を地域包括ケア病床として運用している。診療科目は9科で常勤医は17名、ほかに徳島大学からのパート医で維持されている。

現在の半田病院は地域住民からどのように評価され



司会の五十嵐俊久氏

ているのか。当院では毎年看護師が外来と病棟の患者さんを対象にアンケート調査を行っている。その結果、手前みそにはなるが昨年は98～99%の方々が満足、やや満足という回答をされた。今年も外来と入院患者さんで満足度が非常に高いことがわかった。このように2年連続で高い評価を受けている。

次いで二次医療圏での当院の立ち位置を明らかにするために、DPCデータを分析した。DPCでは18の疾患部に分類されるが、その分類別の医療人数に対してどの程度当院が医療を提供しているかを示す。言いかえると、地域における医療シェアを平成23年から27年までの年度別に示している。なお、DPCデータなのでDPCを採用している病院のみ、入院患者のみの分析ということになる。これを見ると各年度を通して比較的多くかつ、増加傾向を示すのが消化器疾患である。これは内科のみならず外科領域のものも含む。次いで多いのが呼吸器疾患となっている。同じくDPCデータから見た当院のシェアを示す。このグラフからは新生児領域が多く、80から100%とほとんど独占状態である。次に多いのが産婦人科疾患である。ただし、近年優位にシェアを落としている。これは徳島市など地域外への患者流出が増えてためと考えられる。また、腎尿路疾患は約30%のシェアをキープしている。

### 平成27年に自治体立優良病院と表彰 継続的な地域医療への貢献を認定

当院の最近の変化としては、平成26年に日本プライマリ・ケア連合学会研修施設、さらに日本内科学会認定医制度教育関連施設に認定された。このことは総合診療医や内科医の獲得に優位に働く。また、平成27年には歯科との連携を開始した。今後の地域包括ケア展

開に有効と思われる。以上のような努力もあり、平成27年に自治体立優良病院として表彰を受けた。継続的な地域医療への貢献と経営努力が認められたと、職員に誇りと希望を与えた。ついで当院の経営状況を示す。当院は平成19年以降、上記の指標で黒字を続けているが、全体的に見ると徐々に利益率は下がっているのがわかる。昨年の平成27年にはついに医療収支で赤字となった。可能な限り経営改善の努力は続けているが、収支は毎年徐々に厳しい方向に向かいつつある。

話は少し逸れるが、来年には診療報酬改定が控えている。国診協は先月押淵会長署名のもと、厚生労働省保険局に対して平成30年度診療報酬改定等に、地域包括ケアシステム推進の立場からという要望書を提出した。この要望書は中山間地等の医療施設が今後生き残る上で重要な項目を含んでいる。ぜひ、国は私たちの要望をご配慮いただくように、この場を借りてお願い申し上げたい。

その他の業績としては、昨年地域包括ケア病床の本格稼働、運用、熊本大地震救済DMAT隊派遣、新公立病院改革プランを作成した。また、近年は透析需要が伸びており、糖尿病から腎障害になる方が増えて、当院でも透析需要が伸びているので、泌尿器科医1名を増員し3名体制とした。また、同時に腎センターを6床増床し27床とした。さらに、回復期機能を強化させるため言語聴覚士を雇用し、来年には作業療法士を採用予定としている。

### 当院の公立病院改革プラン 地域に必要であり続ける病院へ

昨年つくった当院の公立病院改革プランを示す。改革プランは4つの項目から成り立っている。まず①経営の効率化では、具体的な数値目標を設定し、②再編ネットワーク化では再編は行わず、近隣施設とネットワーク化をさらに促進することとする、③経営形態の見直しでは、引き続き地方公益療法全部適用を堅持する、④地域医療構想を踏まえた役割の明確化では、地域における病床の機能分化と連携を認識し、公立病院として5事業に注力、並びに回復期機能を提供する。すなわち、当院はこれまで急性期一辺倒であったが、これからは回復期機能にも力を注いでいく。なお5事

業とは、①救急医療、②災害時における医療、③へき地の医療、④周産期医療、⑤小児医療である。

改革プランの追加事項だが、当院は今後も周産期医療、小児医療、内視鏡センターを中心とし、外科手術を含めた消化器疾患の治療、透析医療を含めた泌尿器科診療、地域医療の中核となる総合診療を担っていくことと謳っている。また、病床機能においても現在、地域包括ケア病床は8床のみであるが、必要に応じその割合を増やしていこうと考えている。これは私の個人的な見解だが、今後地域医療を救うものは、1番目に地域包括ケア病床、あるいは病棟の充実、2番目には総合診療医の育成、3番目には地元の大学の地域枠医師の獲得の3つだと考えている。当院の今後の目標と課題として、地域に必要とされる病院であり続けること、地域包括ケアの推進、チーム医療の推進、医療安全の推進、職員の心身の健康保全、経費削減である。

### 当院の医師確保対策として 魅力ある研修プログラムの提供が必要

当院の医師確保対策であるが、現在全国的に大学各医局からの医師の派遣が衰退しつつある。そのため今後、徳島大学の地域特別枠医師の獲得、さらに自らの施設で総合診療医を育成することが重要になると考えている。そのためにも魅力ある研修プログラムを提供することが必要である。

当院では須藤院長が中心となっていくつかの医師研修プログラムを作成した。まず、県西部公立3病院が連携して行う、にし阿波3病院連携医師研修プログラム。次いで近隣の国保直診である木屋平診療所、徳島県立中央病院、近隣介護施設などと連携して研修する当院独自の四国美馬家庭医療後期研修プログラム。さらにNGOとそれに関連する近隣診療所と共同で制作した、アフリカザンビアに医療貢献する国際総合診療研修プログラムがある。それ以外にも他の研修施設等と連携したプログラムを用意している。

### 国際総合診療研修プログラムで 病院職員全体の士気が向上

国際総合診療研修プログラムができるまでの経緯について説明する。当院では周産施設や組織からの求め

に応じて、数年前から周産期部門等で他国より研修団を受け入れてきた。2012年にはアフリカ、翌年にはパラグアイ、さらに近隣のNGO団体であるTICOの要請によりザンビア。2014年にはTICOよりアフリカとエジプトの研修団を受け入れた。

このような経緯のもと、2014年にはTICOを介して1名の医師が当院の研修プログラムに応募して入職した。以来、同医師は当院での勤務を続けながら、アフリカからカンボジア王国へ派遣された。また、当院は同国の非常勤職員の研修団を受け入れた。当院の国際研修プログラムに参加して、現在も半田病院で総合診療医として勤務しながら、海外での医療支援活動を行っている医師もいる。このように、国際医療貢献を志す医師を国保直診の施設が受け入れるということは、人材不足を解消する一翼となるばかりでなく、病院職員全体の士気を上げる効果を持ち合わせている。

## 来年に徳島県で 第58回全国国保地域医療学会を開催

次に柔らかいお話をさせていただく。徳島県についてのご案内をしたい。徳島県民が他県の方々から尋ねられるのは、まず、四国にあると思うけどどこにあるのかわからない、次に人口当たりでいうと、全国一医者数が多いのではなかったのか。それから、阿波踊りはあるけどほかに観光資源あるのか。さらに食べ物はどのようなのかといった質問である。確かに医師数は徳島県全体で見ると多いが、医師は徳島市とその周辺地域にある東部に集中している。一方南部、西部は少なく、特に西部の医師数は全国平均を下回っている。このような状況は10年以上前から存在している。

次いで阿波踊りについてお話したい。阿波踊りは徳島の盆踊りなので、開催時期は毎年8月の中旬と決まっている。しかし、それ以外に年間を通じてほぼ毎日阿波踊りを堪能できる阿波踊り会館がある。昼の公演は1日に4回、加えて夜の公演も楽しむことができる。そのほかには鳴門の渦潮とその上をまたぐ大鳴門橋の観光がお勧めである。大鳴門橋は車道の下を途中まで歩いて通れるスペースがある。そ

の通路にはところどころガラスがはめ込まれていて、子どもさんも安全に鑑賞することができる。

また四国には88か所霊場がある。四国各地に点在する空海ゆかりの88のお寺で、学会参加の折に会場から遠くない寺院の1つか2つを訪れるだけでも、その雰囲気味わうことができる。少し足を伸ばすと、徳島県西部には日本三大秘境の一つに数えられる祖谷地方がある。そこにはかずらで編んだ吊り橋がかかっている。実際にその上を歩くとぎしぎしと揺れ、スリル満点である。同じく徳島県西部には大歩危、小歩危という名所があり、吉野川中流域に位置する風光明媚な渓谷である。次いで徳島県には西日本で2番目に高い剣山1,955mがある。頂上近くまでリフトが通っているので、1時間程度の登山で比較的気軽に登ることができる。

徳島県南部は風光明媚な海岸線に恵まれている。海産物も非常に豊富である。さらに世界でも珍しいウミガメ専門の博物館がある。鳴門市の鳴門公園内には大塚製薬に代表される大塚グループが設立した大塚国際美術館がある。世界の美術館が貯蔵する多数の名画を陶板、陶器の板に複製したものを展示する美術館である。

次に徳島の代表的な郷土料理やグルメを紹介する。たらいうどん、そばの実を雑炊にしたそば米雑炊。祖谷地方の祖谷そば。そして、最近では徳島ラーメンである。また、つるぎ町の半田地方は古くからそうめんづくりが盛んで、一部の製麺所では今でも戸外でそうめんを天日干しにして、乾燥させる作業を行っている。徳島県の名産品としてはスダチは非常に香りがよく、サンマなどの焼き魚にかけて大変おいしくなる。

徳島への交通手段だが、関東以北の方々には羽田を経由して空路を使い、九州、中国地方や中部地方の方は鉄道を利用されるのがよいと思う。なお、福岡からは航空便もある。意外と知られていないが、近畿、中部圏の方々には大阪、あるいは神戸からは徳島行の高速バスを利用するのが便利である。

来年10月5日、6日は、徳島で第58回全国国保地域医療学会を開催する予定である。ぜひ、皆様のお越しをお待ちしている。



# 健康を越えた“健幸”へ

～だれでも幸せになれる確かな方法はあるのか？～



中村伸一（なかむら しんいち）

国診協診療所部会長／福井県・おおい町国保名田庄診療所長

●司会 白川和豊

国診協常務理事／香川県・三豊総合病院企業団企業長

9年間は県庁の職員として地域医療に従事することが義務づけられている。最初の2年間は、福井県で一番大きな福井県立病院でいろいろな科を回り、医師になって3年目という浅いキャリアのときに、へき地で1人しか医師がいない状況に置かれたのである。その名田庄診療所に5年間勤務して、医師になって8年目に福井県立病院に再び戻って2年間外科を担当した。福井県立病院での初期研修、後期研修以外は24年近くずっと名田庄診療所に勤務している。

医師になって3年目でへき地の診療所にほんとうに行ったもので、最初のころはどんな患者さんが来るんだろうって不安でどきどきしていた。その当時私たちは長年寝たきりで、3年間お風呂に入っていなかった92歳のおばあちゃんを診ていた。このおばあちゃんは「死ぬまでに一度でいいから風呂に入りたい」と言う。ところがその当時の名田庄村には、寝たきりのお年寄りをお風呂に入れてあげるデイサービスのようシステムはなかったが、「あのおばあちゃんをお風呂に入れてあげたいね」と、役場の住民福祉課や診療所スタッフ、社会福祉協議会のメンバーみんながそう思っていた。その思いだけで保健・医療・福祉の連携が始まった。今でいうなら地域包括ケアである。

訪問看護も始めた。また症例検討会も役場の福祉担当者を交えて行った。それと健康まつりを開催して在宅ケア講座を行った。この在宅ケア講座の受講者の中から元気なおばさんたちが集まって、介護保険制度が始まる前にデイサービスのボランティアグループ「や

## おばあちゃんをお風呂に入れたい一心で 保健・医療・福祉の連携が始まった

「プロフェッショナル仕事の流儀」というNHKの番組に出演した。どうしてこんな看板番組に出たんだろうと思う。私は当たり前のことを当たり前にやっているだけで、新しい治療法を開発したとかはまったくなく、神の手も持っていないが、地域を支えているつもりが、実は地域の人から支えられていたという、双方向の絆が注目されたのではないかと考えている。

福井県のオタマジャクシのような形をしている尻尾のところに名田庄がある。平成18年の3月に原発立地自治体である大飯町と合併して、現在は平仮名のおおい町名田庄地区となっている。過疎、高齢化は進んでいて、当地域の医療機関は名田庄診療所だけである。一番近い総合病院は小浜市と周囲の市・町でつくった公立小浜病院で車で25分かかる、そんな環境である。

私は平成元年に栃木県にある自治医科大学を卒業した。ここの卒業生は、出身の都道府県に戻って、卒後

すらぎ会」ができ、入浴時の衣服の着脱だとか昼食の調理を手伝ってくれる。今の会長は3代目になって世代交代は進んでいる。

## クモ幕下出血の誤診という 命の関わる重大なミスを犯す

このように今でいう地域包括ケアを進めて、ボランティアの人も手伝ってくれるようになったいい雰囲気  
のときに、私はあるミスをしてしまった。しかも命にかかわる大事なことであった。平成5年、私が赴任してから3年目にクモ膜下出血という病気を見逃した。この病気は脳の血管の動脈瘤が破裂して、突然激しい頭痛がくる。それが典型的なケースだが、そうではない非典型的な場合もある。一旦この病気にかかると半分が亡くなるという、かなり危険な病気の一つである。

京都から2時間以上の長距離運転から帰宅して、飲酒後に吐いた62歳の女性がいた。夜の9時ごろ、その女性の甥にあたる人から電話があって、「うちのおばさんが肩が痛くてえらいって言うので往診してくれ」という。私は「長距離運転して疲れた体でお酒を飲んだので、酔いが早く回っただけだと思うが、クモ膜下出血がないわけではないですから」と念を押してから注射を打って、1時間ほどで500ccの点滴が終わったところで、「どうですか」と聞いたところ、「おかげさまで楽になりました」と患者さんが言ったので、「これはクモ膜下出血じゃないな」と思って安心して帰った。

しかし、その2時間後にもう一度電話が来て、「やっぱり様子おかしいからもう1回診に来てくれ」といわれ往診に行くと、患者さんは意識朦朧としていた。その場でできることを行い、救急車に私も同乗して病院に行った。病院でCTを見たところ、見事にクモ膜下出血だった。脳外科の先生に「よろしくお願ひします」と頭を下げて患者さんは手術室に運ばれた。

病院の玄関で甥ごさんに会ったので私は「申しわけなかった、すみませんでした」と謝った。しかし彼は私を一つも責めなかった。「なあ先生、どんなに一生懸命やっても間違いは誰にでもある。こういったことはお互いさまだから」といって、私を許してくれた。幸いこの患者さんは何の後遺症もなく回復したが、実はこの一件が長く名田庄に残ろうと思った最大の理由で



司会の 白川和豊 氏

ある。10年ぐらいたったときに甥ごさんに聞いた。そうしたら、「まずは先生は謝ったやろ」。謝ることはすごく大事で、最近のソーシャルネットワークの研究を見ると、許しも憎しみも虐待も連鎖するみたいである。

## 健康と幸福を医療とお金で比較

ここで健康と幸福について考えてみたい。そもそも医療は人を健康にしているか、あるいは幸福にしているかということである。1例をグラフでみてみる。結核の治療薬と予防薬のワクチン（BCG）が開発された時期に人口100万人当たりの結核による死亡率が下がっているの、「すごいね医療は」と解釈するかどうかである。このグラフをもう少し大きなスパンで見ると、栄養と衛生の改善で結核による死亡率が下がっている。つまり、世の中の環境がよくなってきたので結核による死亡率が下がったのである。これはイギリスのデータだが、アメリカでも同じであった。

ではお金はどうか。世帯収入が500万と1,700万、どちらの人たちが幸福度が高いか。実は幸福度は同じである。日本人の主観的幸福感の推移のグラフがある。年代ごとに見ていくが1人当たりのGDPは上昇している。つまり裕福になっているにもかかわらず、日本人の主観的幸福感や生活満足度は横ばいか、少し下がっている。つまり、経済がよくなってお金を持っても、人生満足度は変わらないのである。アメリカ人と日本人の年代別の主観的な幸福感のグラフがある。日本人は若いときは幸福感が非常に充実しているが、だんだん落ちてくる。アメリカ人は30代のころに幸福感はどん底にあるが、そこからまた上ってきて、晩年は幸福感が

非常に高い。

ある統計によると、世界で最も幸福な国はコスタリカである。日本人の平均寿命は断トツに上だが、総合順位は75位である。コスタリカは発展途上国の優等生と言われている。家族や友人、地域との強いつながりがある、ワークライフバランスがとれている。そのほかに軍隊を廃止して軍事費のかわりに公共事業に投資したり、99%のエネルギーは再生可能だったり、なるほどと思う。今の日本で簡単にまねはできない。

### 健康長寿の理由は生活習慣力と地域の絆 そのヒントは福井県にある

医療もお金も頼りにならないということは、頼りは何かということになる。このヒントは福井県にある。手前みそだが、福井県は健康長寿で幸福度ナンバーワンと言われている。平成12年度の調査あたりから福井県は長寿だと言われ始めた。男性は長野県、女性は沖縄県に次いで長寿の県になった。平成12年の県庁のホームページには「なぜか長寿」とある。福井県の人間もわかっていなかった。2年ほどたつとホームページは「健康長寿なふくいです」、副題も「なぜか」から「だから」へと変わった。福井県人のよき生活習慣、地域のきずなが結ばれているということである。

長寿御三家である長野、福井、沖縄県民のデータベースがある。65歳時点での平均余命と65歳の時点で障害なく生きられると期待される期間、健康で生きられると期待される期間で男と女のランキングがあり、福井県は平均余命は長く、ほかのバランスもとれている。法政大学の調査によると幸福度も日本1位である。福井県が健康長寿である理由は、生活習慣力と地域の絆である。地域や国の健康の鍵は絆とも言われている。

イチロー・カワチというハーバード大学公衆衛生大学院の教授で、社会疫学の世界の権威の方がいる。この先生によると、日本人が長寿である本当の理由は地域の絆にあるという。日本とアメリカの国家としての健康政策は似ていて、メタボとたばこ対策である。スウェーデンは18項目を健康政策に掲げていて、優先順位からするとたばこ対策は低く食生活も低い。ランキングの2位が個人をサポートする力強い社会環境、1位が強固な社会形態と社会共同体で、この1位2位は

地域の絆である。地域の絆の根底にあるのが親切や情け、利他性である。

### 幸せになるための方法 その1 笑顔を見せる

健康が大切なのはなぜか、健康は幸せになるための第一手段である。そこで幸せなるための方法をこれから6つ考えていく。その1は笑顔である。笑顔と寿命の関係を調べたデータがある。1952年にアメリカのプロ野球選手230人の生年月日や活躍した年数、婚姻状態、肥満度、教育などを考慮した上で、プロ野球年鑑での笑顔と寿命の関係を調べた。するとプロ野球年鑑の写真で笑顔でなかった人の平均寿命は72.9歳。つくり笑いは74.9歳。自然な笑顔は79.9歳であった。

次は1960年にアメリカのミルズ大学を卒業した141名の女性である。彼女たちを30年間追跡調査した。卒業アルバムの写真で笑顔だったかどうかで婚姻生活の関係をみた。この調査には統計学的に仕掛けがあり、美人と幸せが関係しないようバイアスを取り除いた。その結果、自然な笑顔の女性はほとんどが結婚し、かつ婚姻生活は長続きして、卒後30年間心身ともに健康だったそうである。ということは、幸せになる方法は笑顔、つまり笑う門には福来たるは本当である。

### 幸せになるための方法 その2 ポジティブ3：ネガティブ1

次に「あなたは健康ですか」と当診療所外来に来る患者さんに質問した。どんな患者さんかというと、高血圧で朝複数の薬を飲んでいる。血圧は安定して特に症状はない。そうしたらある方は「先生、健康ならこんな所に来ませんよ。私は高血圧で病気でしょ、仕事が忙しいのに会社休んで来ているんじゃないですか。血圧の薬って1回飲んだらずっと飲まなきゃいけないでしょ。うっとうしいったらありゃしない」と機嫌を悪くした。「ごめんなさい」と謝るしかない。

でも、同じような状態の方に同じ質問した。そうしたら「先生、おかげさまで健康です。それと今こんな小さな薬を朝1回飲むだけで、血圧はびたっと治まるんですね。うちはおやじもおふくろも高血圧で、朝昼晩たくさん薬飲んでいただけで血圧安定しなくてね。で

も今は本当にいい時代です、いい薬ができて」。同じ状況で同じ質問してこんなに会話が違う。ポジティブで前向き、陽気、楽天的、ネガティブで後ろ向き、真面目、神経質ということである。

ポジティブ、ネガティブで寿命は変わるという研究がある。ポジティブで陽気で楽観的な人が長生きという研究がある一方で、ネガティブで真面目で神経質のほうが長生きという研究もあって、一体どっちなんだってという話である。最近の研究では、人はポジティブ、ネガティブの両方の要素を持っていて、その割合が大切なのではないかという結論に至った。心の中のポジティブ、ネガティブの割合が1対1以上、2対1、3対1、4対1でどれが近いか。実は一番いいのは3対1だそうである。これは個人の幸福度だけではなくて、チームの生産性でも言えることらしい。

### 幸せになるための方法 その3 感謝する

3つ目としてぴんぴんころりは可能なのである。男女別の平均寿命と健康寿命の表がある。引き算するとぴんぴんころりは健康ではない期間を言っている。ということは、ぴんぴんころりは幻想に過ぎない。大往生する前には介護の問題がある。実は誰が誰を介護するかで微妙な関係、寿命が変わってくるという。今、日本の介護を背負っているのは誰かというと同居家族が6割である。一番多いのは配偶者で夫、あるいは妻である。2番目が実の子ども、3番目が子どもの配偶者でお嫁さんである。4番目が介護者サービス事業者で、5番目が別居家族となる。

平均寿命からいうと男性の方が早く亡くなるので、奥さんが看取るパターンが多い。最期の最期に奥さんに感謝の言葉を言ったのは、私は大勢の人を看取っているけど3人しかいない。最期はへろへろになって、いつの間にか息を引きとっていることがほとんどである。何も最期の場面でなくても、ふだんから感謝の言葉を言うことは大事ではないかと思っている。

実は世界中の秀才が集まるハーバード大学で『ハーバードの人生を変える授業』が1冊の本になっている。実践的な幸福度である。ハーバード大学の52コマの1コマ目は「感謝する」である。

### 幸せになるための方法 その4 自分の強みを活かす

幸せになるための方法、その4は強みについてである。才能というのは自分では気づきにくいですが、強みは自分でこそ気づきやすいと言われている。あなたの強みを3つ挙げてほしいというとな何を挙げるか。私だったらコミュニケーション力と図々しさとユーモアを挙げる。これを調べるツールがあって、VIA-IS (Values in Action Inventory of Strength) である。この強みを意識しながら行動することによって幸福度が上って抑鬱度が落ちると言われている。

### 幸せになるための方法 その5 成功した3つを挙げる

幸せになるための方法、その5はこの24時間内に起こった出来事で運がよかった、ありがたい、恵まれていた、成功したと思ったことを3つ挙げるのである。寝る前に今日あった3つのいいことを挙げて、それがなぜ起こったかを簡単なメモ書きを1週間続けるだけで、幸福度がアップして抑鬱度が下がる。この効果は6か月続く。この3つのいいことは手軽にできるいい方法なので、ぜひ取り入れてほしい。

### 幸せになるための方法 その6 愛情を注ぐ

幸せになるための方法、その6は愛情を注ぐことである。亡くなる時にぽっくり逝かないでじっくり逝くことで何が困るのかという寝たきりか認知症になることである。将来認知症になっても家族や周囲から愛されたり幸せでいられるか。私は四半世紀近く同じ地域で診ていると、認知症になっても幸せな人には一つのパターンがある。愛情を注ぐことが大事である。情けは人のためならず、愛も人のためならずである。将来愛情を受けるためには今こそ家族や職場、地域に愛情を注ぐことが大事である。これこそ今、私たちができることではないだろうか。

確実に幸せをつかむために昔から道徳とか宗教で言われていることだと思う。こういったことが最近科学的に証明されてきたということである。