

【座談会】病院現場から見た地域医療の現状と課題 医療の崩落を食い止めるのは誰か

——医療費の伸びを抑制するため、国の法律に基づいて各県ごとに『医療費適正化計画』が策定され、今年度からスタートしている。この計画では、医療費抑制のため、療養病床数の削減や、平均在院日数の短縮などの数値目標が掲げられている。

しかし、本県は高齢化率が高いにもかかわらず、一人当たりの医療費は県別比較で全国28位とほぼ平均並みであり、老人医療費は長野県、新潟県に次いで全国で3番目に低い。人口当たりの療養病床数は全国45位と少なく、また、平均在院日数も、平成17年度の全国平均が35.7日であるのに対し、本県は30.1日で、全国で5番目に短い。

国の指針に従えば、本県は医療費の適正化において優等生的な位置付けにあるが、それだけで本当に住民が安心できる適正な医療体制と言えるのだろうか。

まず、県民の健康水準という観点から、星先生にお話をうかがいたい。

話し合った方々（50音順：文中敬称略）

町立真室川病院 事務長

伊 東 光 雄 氏

山形県立中央病院 院長

小 田 隆 晴 氏

三友堂リハビリセンター 院長
（地域リハビリテーション部長）

川 上 千 之 氏

首都大学東京・大学院 教授

星 旦 二 氏

（司会）荘銀総合研究所 主席研究員

加 藤 和 徳

■山形は世界トップレベルの長寿県

星 山形県の平均寿命は、昭和40年以降、全国平均に比べて著しく延びている。昭和40年頃の山形の平均寿命は全国で女性43位、男性が40位だったが、それから30年の間に飛躍的に延びたという事実をみんなで共有することがとても大事だ。

平成17年の平均寿命は、女性が27位、男性が28位だが、そもそも、日本の平均寿命は世界トップクラスで、スウェーデンやアイスランド並みに長生きなのだから、山形県の寿命は世界トップクラスと言える。

昭和40年頃長生きだったのは、東京と神奈川と瀬戸



■星 旦二（ほし・たんじ）氏

1950年生まれ。福島県立医科大学卒業。

東京大学医学部公衆衛生学研究生入学。医学博士。英国ロンドン大学・熱帯医学公衆衛生大学院留学。厚生省国立公衆衛生院、東京医科歯科大学非常勤講師、聖路加看護大学非常勤講師などを経て、1994年東京都立大学都市研究所助教授。1999年より東京都立大学（2005年より首都大学東京）大学院都市科学研究科教授。

医療・介護・年金などの社会保障は、私たちの生活の安心のために、身近で欠くことのできない大切な制度である。超高齢社会に突入した今、その重要性はさらに増すことになるだろう。ところが、国の概算要求では、医療を含む社会保障費の自然増分2,200億円抑制の方針が堅持され、また、各県では『医療費適正化計画』が策定されるなど、医療費抑制への圧力が強まり、制度の根幹が揺らぎ始めている。はたして山形県の医療は大丈夫なのだろうか。本シリーズでは、医療を中心に社会保障の現状や課題について多面的に取り上げ、今後のあるべき姿などについて考えていきたい。第1回目の今回は、地域医療の最前線で活躍する4名の病院関係者に、県内医療の現状や課題について語り合ってもらった。

内海で、東北では宮城県だけが唯一長生きだった。それが平成7年頃には宮城県と同じレベルになった。東北で非常に伸びたのが山形県だ。山形県の平均寿命が急速に伸びたのは、生活を工夫しながら、暮らしを豊かにしようと努力してきたたまものだし、それを誇りに思うことが大切だ。

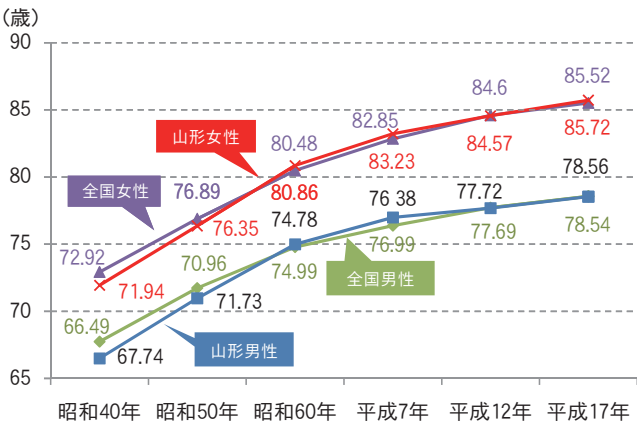
特に、山形県は森林資源や温泉に恵まれている。ドイツでは、森林浴や温泉療法に保険が使えて、ターミナルケアを中心に活用されている。このような自然の恵みを利用した健康づくりをもっと考えるべきだ。

小田 山形県の平均寿命が、全国レベルに重なっているのが昭和50年代の後半ぐらいからだ。この頃に何があったかという、昭和51年に山形大学附属病院ができて、昭和54年に一期生が卒業している。それまでの山形県は医師の過疎地で、東北大や新潟大から医師が来ていた。平均寿命の推移をあらためて振り返って「山形大学医学部の卒業生も頑張っているのだな」と思った。

また、山形県の医療というのは自治体病院の貢献が

非常に大きい。山形全県で70の病院があるが、そのうちの27病院が自治体病院で、病床数から見ると、山形県の5割を自治体病院が占めている。県内の医療体制の安定の上で、自治体の頑張りが非常に大きかったと考えている。ところが、その自治体の財政が非常に疲弊してきて、自治体病院も医師不足や財源不足で危なくなっている。これが今考えなければいけない地域医療の危機だ。これで自治体がつぶれると、病院もつぶれる。アメリカのフロンティアの時、まちをつく

図表1 平均寿命推移の全国・県内比較



男性 平均寿命	昭和40年	昭和50年	昭和60年	平成 7 年	平成12年	平成17年（昭和40年との差）
全 国	67.74歳	71.73歳	74.78歳	76.38歳	77.72歳	78.56歳（+ 10.82）
山 形 県	66.49歳	70.96歳	74.99歳	76.99歳	77.69歳	78.54歳（+ 12.05）
順 位	40位	36位	22位	16位	24位	28位

女性 平均寿命	昭和40年	昭和50年	昭和60年	平成 7 年	平成12年	平成17年（昭和40年との差）
全 国	72.92歳	76.89歳	80.48歳	82.85歳	84.60歳	85.52歳（+ 12.60）
山 形 県	71.94歳	76.35歳	80.86歳	83.23歳	84.57歳	85.72歳（+ 13.78）
順 位	43位	41位	21位	29位	31位	27位

資料：全国は厚生労働省「完全生命表」、山形県は厚生労働省「都道府県別生命表」



■小田 隆晴（おだ・たかはれ）氏
昭和47年 新潟大学医学部卒業 医学博士
山形大学医学部産科婦人科講師・臨床教授
山形県立河北病院 副院長
山形県立中央病院 院長

るにあたり、まず最初に教会と学校と病院を造って、そこに人が集まってきた。裏返して考えると、日本では病院と学校とお寺がなくなると、まちがつぶれる、廃村になるのではないかと考えている。

■医師の不足と偏在が加速する

——全国的に周産期医療や小児科の医師の不足が課題になっている。山形県内の医師の充足状況はどうか。

伊東 私のところの町立真室川病院では医師不足で非常に苦労している。5～6年前まではそうでもなかったのだが、一番大きな要因は平成18年度の診療報酬の改定と合わせて施設基準が改正されたことだった。それまでの施設基準だと、看護師や医師の充足率が60%ということだったが、18年度からは医師だけが70%充足ということで、それを満たさないと診療報酬が大きくカットされるということになった。報酬的には3.16%のマイナスだったが、それよりも医師の充足率を満たさないことのペナルティが大きく影響した。17年度は町から1億7千万円の補てんを受けて、その時は3千万円ほどの黒字を出していたが、施設基準の改正でペナルティを受けざるを得ない状況になり、18年度は町から1億9千万円の補てんを受けて、それでも結局9千700万円ほどの赤字決算をしてしまった。医師

不足がすぐ診療報酬にはね返り、町の財政圧迫に影響してくるという実情がある。

昨年の1月から特例措置で許可をいただき、通常通りの診療報酬を得られるようになったが、今も医師が足りない状況に変わりはなく、医師を早急に確保することが課題だ。仮に、ペナルティが3年も続けば事業の縮小や閉鎖にまで追い込まれる窮地になりかねないところだ。

川上 米沢市の状況をすべて把握しているわけではないが、置賜でもやはり医師は少なくなっている。私どもの三友堂病院では、特に平成16年の医師臨床研修制度*の開始の影響が大きかった。臨床研修制度によって研修医は都市部に流れて行った。

三友堂病院では急性期病院とリハビリテーション病院と二つの病院を持っている。急性期病院の方は190床で、平成15年頃までは常勤の医師が20名～25名と、その他に非常勤がいたが、平成16年以降に急激に減って、非常に厳しい状況になっている。臨床研修制度で大学の医局の若いドクターが減ったので、大学から外に出せるドクターの数が少なくなり、はがされたというのが実情だ。

米沢市では、30年程前から輪番制による救急医療体制をとっている。500床の米沢市立病院と私どもの病院、もうひとつの私立病院の三病院で救急をやっており、これまでは何とか三病院で回すことができたが、最近では各病院のドクターの数が減って、平等の輪番体制の

※ 医師臨床研修制度

医師の総合的臨床能力の向上を目指して、厚労省が平成16年度より導入した制度。これによって、医学部を卒業して2年目までの研修医に対し、主要な診療科をすべて回ることが義務づけられた。従来は研修医の大半が大学医学部の付属病院で研修を受け、その後、関連病院などに派遣されていたが、新制度では研修医と病院の希望がマッチングすれば、研修医が自分で研修先を選べるようになった。その結果、研修制度が充実していて給料が高い都市部の一般病院に研修医が集まり、研修医の“医局離れ”が起きた。

また、この新制度のもとで、研修医の非常勤（アルバイト）が禁止されたため、夜間および休日の当直業務などを行う医師の確保が非常に難しくなった。

維持が困難になってきている。

小田 山形県はまだ恵まれている方で、北海道、青森県や秋田県の状況はもっとひどい。山形県も50歳～60歳代の先生が頑張っているから何とか持っている状況で、この先生方が引退したら、山形県も青森県や秋田県とまったく同じになってしまう。山形県は勤務医が頑張っているところで、現在は救急患者や妊婦のたらい回しはほとんど皆無だ。

——山形県の周産期医療の状況はどうか。

小田 産婦人科に関して言えば今のところ、ここ5年ぐらいは大丈夫だと思う。しかし、その先は危ない。理由は、産婦人科の入局者が少なくなっていることと、分娩を取り扱う機関が全県的に減ってきていることにある。

——それは福島県立大野病院の事件*などが相当影響を及ぼしているのか。

小田 大野病院と同じ環境の1人医長のところはほとんど止めている。365日拘束されるわけだから、1人で持ちこたえるのは大変なこと。もうひとつは、開業している先生が非常に高齢化してきている。そのような

※ 大野病院事件

平成16年12月、福島県大熊町の県立大野病院で、帝王切開の手術を受けた29歳の女性が、手術中の大量出血により死亡した。この手術の執刀医が、1年2ヵ月後に業務上過失致死の罪と、異常死であるにもかかわらず警察への届け出を怠ったとする医師法違反の罪に問われ、福島県警に逮捕された。

裁判では、手術が「標準的な医療措置」だったかどうか争点となったが、今年8月20日、福島地裁で「避けられなかった結果」であったとして無罪判決が下された。この大野事件について、医療界では

- ①訴訟リスクを回避しようとして産婦人科医がさらに減少する。
 - ②医師不足で産婦人科医が過酷な勤務状態に陥り、医療ミスが生じやすい環境を生み出す。
- という「負のスパイラル」を加速させたとの懸念を表明している。

一方、刑事裁判では、有罪か無罪かの二者択一を迫られ、医師側と遺族側の対立をあおることになるため、このような「事件」を刑事裁判で争うこと自体が適切ではないとする見方もある。



■川上 千之（かわかみ・せんし）氏

昭和42年 新潟大学医学部卒業
山形大学医学部脳神経外科助教授
三友堂病院 副院長
三友堂リハビリセンター 院長
地域リハビリテーション部長

先生方が辞められた時に妊婦はどこに行くのか。

県立3病院での、平成13年の合計出産数は886件だったが、当時産科ドクターは11人いた。ところが、昨年度の出産は1,317件に増えているが、ドクターは8人になっている。分娩数は増えているのに医者はむしろ減ってきている。このような状況がどこでも起きている。

山形県では、今まで山形大学、県立中央病院と済生病院で非常にうまく連携してすばらしい周産期医療をやってきた。しかし、あと5年後ぐらいで周産期の医療が崩壊してくるのではないかという危機感から、当院では全国から産婦人科医を集める方針に変更した。全国では、山形県と佐賀県だけが総合周産期母子医療センターのない県であるが、当院は未熟児のベッド数を増やし、母体・胎児集中治療管理室を新設予定であることを決定した。今年そのようなアドバランをあげたところ、産婦人科希望の初期研修医の2人が勤務することになった。

それからもうひとつ、夜間や非常にハイリスクな分娩を担当する産婦人科医には新たな手当を支給することを決定した。

伊東 産科医不足については、新庄も同じような状況で、以前は診察・分娩を行っていた開業医が昨年の4



■伊東 光雄（いとう・みつお）氏

昭和46年 真室川町職員
平成9年 厚生課課長補佐
平成16年 企画情報課課長
平成18年 町立真室川病院 事務長

月から分娩を辞めて診察のみとなってしまった。

小田 新庄・最上地区ではいずれ出産を扱う開業医がゼロになってしまう。非常に危険だ。県立新庄病院では今まで200件～300件の分娩を行っていたが、今は600件ぐらいに集中している。もう少し産科医師を増やさないで2人のドクターだけではきつい。

■医療行為には本質的に危険がつきまとう

川上 だいたい医師の報酬が安すぎると思う。また、「正常分娩」という言葉を聞くと、一般の人は「正常」だから100%うまくいくと思ってしまう。しかし、そうではない。正常分娩でも危険がいっぱいあるのだということを認識してもらう必要がある。

小田 山形県でも、出産絡みで年間平均して1～2名の妊婦が死んでいる。一般の人は、この事実を知らない。一番怖いのは、出産までにずっとスムーズにきている人。順調に経過してきて、いざ産まれたら大出血して、こちらの命が縮みそうになったことが何度もある。そうかと思うと、一晩も二晩も苦勞してやっと産まれたら出血は少なかったこともある。出産は人によってまちまちで、一律ではない。

川上 分娩というのは常に危険を伴う行為だということとは知られていない。日本人はあまりにもうまくいき

すぎている。そのため、順調にいったって当然というように思っている人が多くなり、大野病院事件やその他の事件のように、訴訟などの問題が増えてきているのではないか。

■世界水準より大幅に少ない医療従事者

——今はどこの自治体でも出産そのものが大病院化している。コ・メディカル（医師以外の医療スタッフ）の充足率などだろうか。

小田 コ・メディカルに関しては山形県の対人口当たりの看護師、助産師、保険師の数は全国平均よりも多い。ただ、去年から7対1看護体制*に手厚い報酬を与えるということになった。山形大学や県立中央病院などではすでに対応したが、そうすると、大きな病院で看護師を引っ張ってしまうことになり、10対1の確保も難しい病院が出てきているのが実情だ。

川上 私どものところでは7対1の影響は非常に大きい。私どもの病院は民間病院なので給与水準が公立病院と違う。看護師に良い給料をあげようと思ってもなかなか難しいという現状があり、労働条件や給与の面で公立病院には追い付かない。

私のところは看護学校をもっているが、7対1看護に対応するため、東京の大きな病院からも相当数募集があり、卒業生もそちらに行ってしまうケースが多い。毎年40人程度卒業するが、私どものところに残るのは、多くて10数人。場合によっては1桁になることもある。

リハビリセンターでは、120床のベッドがあるが、看護師不足で、今は85床までしか運用できないことになっている。やはり看護師不足は非常に厳しい。

小田 看護師の人口10万人当たりの人数は、全国的な平均は635人だが、山形県は731人で、数だけは全国平

※ 7対1看護体制

入院患者7人を看護師1人が担当する体制。従来の最高基準「10対1」よりさらに手厚くなる。平成18年の診療報酬改正で7対1看護を行う医療機関には、報酬が上乘せされるようになり、首都圏の病院などが、地方の看護系学校で熱心な勧誘活動を展開するなどしたため、看護師の確保が難しくなる地域・病院が生じている。

均よりかなり多い。しかし、医師と同じように、村山地区では多く、新庄・最上では少ない。ただ、新庄・最上は准看護師の数が多く、最上や庄内では看護師に関しては准看護師でもっているという具合になっている。逆に言うと、准看護師がいなくなるととんでもないことになる可能性が高い。

——7対1の看護師というのは国際的にみるとどのような水準なのか。

川上 アメリカでは7対1は事故が多くて危険な数。アメリカは4対1から3対1ぐらいではないか。

星 人口当たりで見た医療供給体制を海外と比較すると、病床数は日本がアメリカの4倍近く多い。医者数はアメリカと比べて6分の1、看護師の数は5分の1に過ぎない。世界の水準からするとまだまだ少ない。また、日本の場合、在院日数が非常に長いのが特徴だ。これは急に変わることはないと思うが、極端な話、日本のベッド数を4分の1に減らせれば世界基準になるとというのが私の見方。入院日数はもう少し減らせると個人的には思っている。

小田 今の医者は労働基準法に違反していることになる。労基を守るには医師は最低12万人、看護師はあと17万人必要だと言われている。

星 日本の医者の給与水準は世界並だが、看護師はおおよそ3割安になっている。現在の日本の医療費はGDPに対して世界最低水準であり、これ以上医療費を下げることは反対だし、制度設計そのものに問題があると思う。

■公立病院の役割を問い返すガイドライン

——自治体に対し、財政の健全運営の一環として、公立病院の“経営効率化”“再編・ネットワーク化”“経営形態の見直し”などを柱とした『公立病院改革プラン』の策定が義務づけられ、本県でもプラン作成のため「地域自治体病院懇談会」が開催されている。その背景や進捗状況などはどうか。

図表2 医療供給体制各国比較

	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり 医師数	病床百床当たり 看護職員数	平均在院日数
日 本	13.0	13.0	43.5	30.4
ド イ ツ	9.1	39.3	102	11.9
フランス	8.2	35.2(1998)	69.7(1997)	10.6(1999)
イギリス	4.1	45.3	131	9.8(1996)
アメリカ	3.6	76.8(1999)	228(1999)	7.0(1999)

(※カッコ内は調査年。表示なしは2000年の数値)

資料：日本は厚生労働省調べ、諸外国はOECD Health Data 2002

小田 夕張に代表されるように、現在自治体の財政がボロボロになっている。第二の夕張を作らないために総務省が言い出したのが『公立病院改革ガイドライン』だ。しかし、山形県は非常に自治体病院が多く、これをどうするかが大きな問題になっている。経営に関しても、例えば「ベッド稼働率が3年連続して70%を切ったら病床数の削減」を求めている。また「不採算部門を持っていない病院、民間と同じようなことをやっている病院はもう要らない」と。「どうしてもだめなら経営形態も変えて、民間に売りなさい」というようなことを言っている。ただ、この『公立病院改革ガイドライン』は財政的な裏付けが何もない。医師不足についても何も語っていない。ものすごい穴だと思っている。総務省が赤字の自治体病院はつぶせと言っているも同然だ。もしつぶしたら山形の地域医療は崩壊してしまう。

川上 それが大事なところだと思う。病院は何のために存在するかを考えなければならない。民間の場合は赤字ならつぶれるが、どんどんつぶれていけばその地域はどうなるのか。それはやはり甚だまずいことになる。まず財政ありきから考えざるを得ないところはあるとしても、それだけの発想では対応できない時代になってきている。

伊東 まさに、小さい公立病院はつぶれて下さいと言わんばかりの政策になっている。診療報酬の改定を見ても、平成14年から連続して4回マイナス改定が続いており、4回の合計でマイナス6～7%になっている。このマイナスが診療費にかぶさってくる。ものは高くなる一方、入る人数が少なくなるのだから、当然赤字

になってしまう。診療報酬の水準が経済の状況によってゆがめられて良いのか。社会保障費がその時々で変わってしまっているのか。要するに国の勝手な政策に過ぎない。それでは、特に慢性期の患者を多く抱えているような我々山間へき地の病院の地域医療は崩壊してしまう。

安心・安全、教育は住民生活の最低限の基盤であり、必ずどこ小さな村にも交番や学校がある。それは国で保障し、配置しているからできることだ。

小田 安全・安心に関していえば、なぜ、警察に金を出して、医療に金を出さないのか。

■混合診療の解禁が医療格差を増幅させる

——医療改革の一環として、国では混合診療*の解禁に向けた検討が行われている。現在、日本医師会では混合診療に反対の立場を表明しているが、混合診療が解禁されると、利用者にどのような影響が生じるのか。

川上 多くの病院では、入ってくるお金が少なく、経営的に非常に困っている。そこで、従来通りの治療で保険から報酬をもらい、さらに保険適用外の特別な治療を施せば、お金をたくさんあげますよというのが混合診療だ。

小田 ただ、今、混合診療を導入したら、患者さんの

※ 混合診療

混合診療とは、健康保険の範囲内の費用は健康保険で賄い、範囲外の分は全額患者の自己負担で支払うというもの。現在の日本の保険制度では、平等な医療を提供するために、保険診療と保険外自由診療の同時併用は原則的に認められていない。

混合診療について、規制改革・民間開放推進会議では「患者本意の医療を実現する」という見地から、解禁を強く求めている。

一方、日本医師会では混合診療の導入によって、「費用を負担できる人しか必要な医療が受けられなくなる」「命は平等であるべき」「医学医療の進歩の享受は、国民皆保険によって国民全員が受けるべき」などの理由から反対の立場を取っている。



健康の森公園から見た県立中央病院

負担はメチャメチャに増えてしまう。

川上 私どものリハビリ病院に入ってくるような患者さん方は金持ちばかりではない。特に高齢になって経済的に厳しい方が多いなかで、この診療はいくらで、こちらの治療はいくらかかりますよというように、お金で差別した対応をしていくわけにはいかない。ある程度の自己負担はやむを得ないとしても、国民皆保険制度は何としても維持して、健康保険から出るお金で医療を行うという必要があると思う。

医療に払うお金は、税金や公的保険によるか、自己負担か、混合診療を前提に考えれば民間保険を使うか、そのいずれかしかない。どれが合理的で得かを考えれば、民間保険にたくさんお金を払うのは消費者としては一番愚かな選択だと思う。お役人が変な事をやらないという前提での話だが、民間保険に払う分を、税金や公的保険に持って行った方が安上がりになるのは当然のこと。アメリカの例を見れば誰でも分かることだ。

■病床数の多さが寝たきりを増やす

——介護療養型病床が平成23年度末に全廃されることになっているが、高齢者がますます増加する中で、対応は可能なのか。

伊東 平成16年頃の厚生労働省の計画では、当時全国で38万床あった医療・介護療養病床を平成23年度末までに6割減らすということだったが、山形県はもともと療養病床が少なく、特に65歳以上の人口比では全国で最も少ない現状だ。今後も極端な減少はないものと

思う。

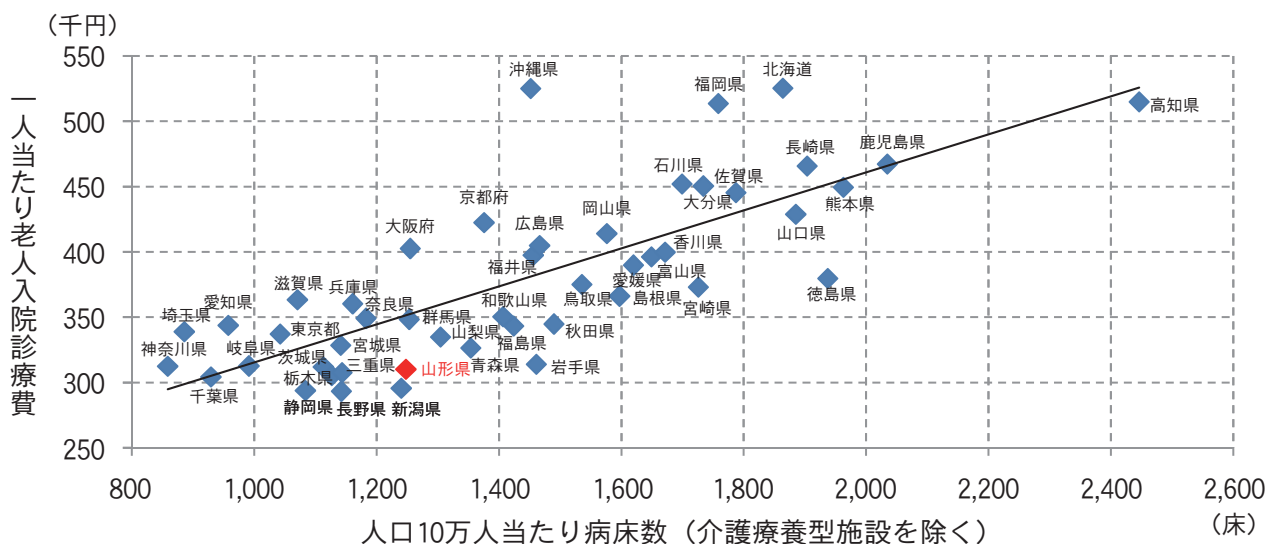
川上 県内でも長期療養を必要とする患者さんは多く、介護施設にお願いするにしても多すぎる数。そのような患者さんの行き場がなくなってしまっは困る。現状を維持するぐらいの療養病床数でちょうど良い。

星 県別の人口当たり要介護者数をみると、特に多いのが沖縄県、福岡県、高知県など。最も少ないのは山梨県、千葉県などで、山形県も少ない方だ。病床数に関して言えば、実は、病床数や介護施設が多いほど要介護率が高い傾向があり、沖縄県と福岡県は特別養護老人ホームが多い。高知県は診療所が多く、病床数が一番多い。

また、山形県は病床数、平均在院日数ともに少ない方だが、全国的には病床数や平均在院日数が多いほど、老人一人当たりの入院診療費が高い。こういう相関関係を見ると、どうしても長期病院が寝たきりをつくっているという現実を考えざるを得ない。

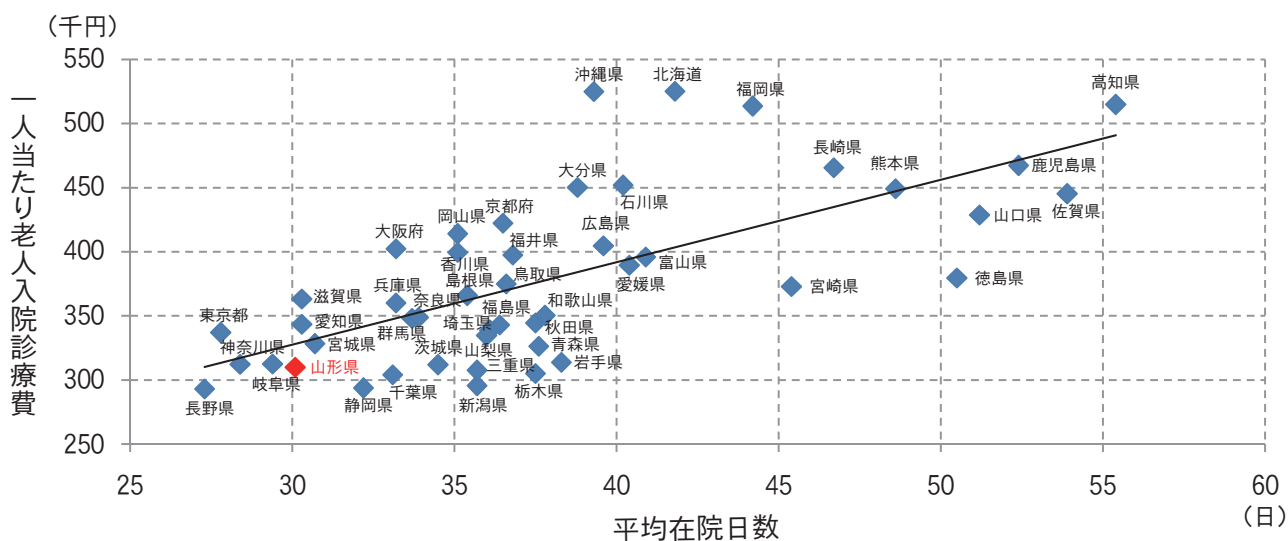
もうひとつ、保健師を多く採用している県、山形県も非常に多くの保健師を採用しているが、人口当たりの保健師数が多いほど介護保険料は安い。また、高齢者が就労しているほど介護保険料は下がる傾向にある。これらのことを勘案すれば、保健師が多いほど、高齢者の就業率が高くなり、結果的に介護保険料を下げる可能性が高いことが分かる。

図表3 都道府県別一人当たり老人診療費（入院）と病床数の相関関係



資料：厚生労働省「老人医療事業報告」（平成17年度）、同「医療施設調査」（平成17年）

図表4 都道府県別一人当たり老人診療費（入院）と平均在院日数の相関関係



資料：厚生労働省「老人医療事業報告」（平成17年度）、同「病院報告」（平成17年）



特別養護老人ホーム「悠悠」と併設された町立真室川病院

産期、研修、この四本柱でやっていこうと思っている。

川上 あとは住民の方々の理解と協力が
必要。今は風邪をひいてちょっと咳が出
るからといって県立病院に行く。

小田 そのようなこともあるので、当院
は紹介されていない患者には大学と同じ
ように2,600円を負担いただいている。

■分担と連携による ターミナルケアの取り組み

個人的な意見としては、高齢者にもっと畑仕事を
やってもらったり、祭りを仕切ってもらったり、とに
かく役割を持ってもらうことが大事だと考えている。

川上 お年寄りがそのように生き生きと暮らせる社会
がやはり良い社会といえるのではないか。これからお
年寄りが多くなるわけだから、お年寄りに元気よく、
生き生きと前向きに生きていただくことが大切。そし
て社会も、ある面からはお年寄りに支えていただくこ
ういふようにならなければやっていけないと思う。私達
もできるだけそうなるようにリハビリテーションを
やっている。

小田 高齢者がこれから増加する中で、医療費が増え
ていくのは当然のこと。ただその使い方を考えなけれ
ばいけない。介護者、ヘルパーの報酬も、生活できな
いような水準になっている。これからはメタボ検診な
どは止めて、その辺にお金を向けてやる。それから療
養病床にももっとお金をかける。患者ニーズも非常に
複雑になっているから、もちろん高度医療もやらなけ
ればならない。

星 機能分化をもっと進めていく必要がある。東京で
は助産師を目指す若者が増えており、病院などと連携
体制を組み、急な時間でもしっかり対応できるよう
ネットワークがつくられている。新しい機能分化が広
がってくるのかなと思っている。かかりつけ医のところ
で対応出来ることと、大きな病院との機能分担を進
め、連携パスを強化すること。最も大切なのは開業医
の質的レベルだと思っている。

小田 だから、当院はデパート的な病院は止めようと
考えている。三次救急に特化して、その他にガン、周

——山形県は在宅死亡率が高いが、これからはターミ
ナルケア(終末医療)への対応なども重要な課題になっ
てくる。

小田 山形市にも往診によるがんの終末医療をやっ
ている先生がいる。まだ数人しかいないが、本来だっ
たら7人ぐらいでチームを作らないとやっていけない。
とても体がもたない。

県立中央病院では緩和ケア病棟があり、それらの先
生方と連携しようとしているが、その先生に電話する
といつも手一杯の状態にある。もう少し在宅緩和、在
宅治療に専門的に働いてくれる先生方が増えて欲しい
が、今は逆になっている。診療報酬も安すぎるし、午
前9時～午後5時クリニックとして開業するほうがと
にかく楽。昔みたいな「赤ひげ先生」はいなくなった。
ただ、仙台の南の方などではしっかりやっているところ
もある。

川上 そのような活動は、ほとんど医師の献身によっ
て行われている。在宅といってもドクターの問題もあ
るし、各々の家庭の問題もある。

小田 たぶん、山形で在宅死が多いのは二世帯、三世
代同居が多く、家族が多いからそのような状況になっ
ているのだと思う。

星 どこの都道府県も在宅死がどんどん減ってきてお
り、残っているのは長野県と山形県ぐらい。そういう
点では山形県には良いところがたくさん残っている。
それを大事にしながら、ターミナルケアを支える仕組
みを作るといことはとても大事なことだ。

小田 これも医師会と協力してやっていかなければい
けないし、あとは学生教育が大切になる。

■まちづくりの一環としての健康づくり

——最後に、今後の地域医療の進むべき方向について、思いの丈をひと言ずつ。

伊東 過疎の小さな町で、病院を抱えていくのはとにかく大変な状況になっている。患者の平均年齢が高く、56歳以上の方々が80%を超えている。亡くなる方も非常に多く、平均すると年間120～130人ぐらい亡くなっている。しだいに患者の数も減ってきているのが現状で、小さい町で病院を維持していくことが、財政の圧迫につながっている。少しでも負担にならないような運営をしていかなければならないが、なかなか脱却する手段が見つからない。

星 高齢者が5割を超えた地域をいくつも訪問しているが、周りが限界集落と呼んでいるだけで、その住民は楽しく生き生きと暮らしているように思う。

真室川町の人口9千9百人のうち、仮に高齢者が4千人いたとしても、もし一人平均100万円の年金を貰うとすれば、年金収入だけで年間40億円が町に入ってくることになる。これは町の一般会計予算に匹敵するぐらいの金額だ。現実には、そのお金は今は孫の大学の授業料に化けているのかもしれないが、その時はあとで返して貰えば良いわけで、その40億円を地域でどう使っていくかという方向に考えを切り替えるべきだ。65歳以前の早世により、年金を貰わずに死ぬ人を、とにかく限りなくゼロに近づけ、元気に長生きできる運動に切り替えてほしい。日本全体が高齢化になって、先ずばみになってしまうような発想は間違いだと思う。

川上 私自身も高齢者の一人だが、星先生の話聞いて、非常にうれしくなった。高齢者が元気良く、たくさん住んでいることが良いまちだということになるべきだ。国土交通省が旗を振って、コンパクトシティについて東北地方の中でもいろいろ議論されているが、その中で医療をどうするかという視点はほとんどない。まちづくりのなかに医療や、病院の位置とかをもっと組み入れて、高齢者が住みやすいまちをつくっていったら良いと思う。

星 医者を含む医療関係者の頑張りが山形県の平均寿命を延ばしてきたことに何の異存もないが、世界的には、健康寿命を延ばすという観点から、ヘルスプロモー



三友堂リハビリセンターの院内風景

ションの運動が広がっている。これは、教育や、バリアフリー化、住居の問題、農業などのさまざまな分野と連携して健康づくりを推進していこうという考え方で、実は、その中で医療の果たす役割は必ずしも大きくないというのがWHO（世界保健機関）の共通認識になっている。病院も学校もお寺も手をつないで健康づくりをしていこうとする、ヘルシーシティというプロジェクトがヨーロッパを中心に広がっている。

私は、3年前に参加した国際会議の基調講演で、高齢者が元気になる秘訣は「口紅、化粧、身だしなみ」と「嫁に財布を渡さないこと」、そして「夢を持つこと」だという話をしてきた。その国際会議で、健康規定要因として議論されていたのは、所得の再配分の問題や、きれいな水や空気、安心・安全の問題、住民参加や、東洋医学をもっと取り入れよう、そのような環境整備をしようということだった。

小田 トータルヘルスプロモーションを考えなければ長生きはできない。健康づくりの中に仕事や生活環境も含めることは当然だと思う。

川上 リハビリテーションの本来の意味は、住み慣れたまちで自ら望む生活、QOL（クオリティ・オブ・ライフ＝充実感や満足感を持った日常生活）を送っていく機能を助けるということだ。私たちもリハの立場から、そのような理念で住みよいまちづくりに関わっていきたいと考えている。

——先生方のお話を聞いて、何か、長生きするようなホルモンが体の中からわいてくるような気がしました。貴重なお話、大変ありがとうございました。