

(医療シンポジウム)

超高齢社会の医療を考える

ー 人生の最終段階の医療を含めて ー

平成29年11月24日(金)
パレスホテル大宮

緒言

江利川 毅 埼玉県立大学理事長(元厚生労働事務次官)

(しなやか健康長寿社会に向けて)

開会あいさつ

金井 忠男 埼玉県医師会会長

(公的医療保険に関する埼玉県民の意識調査を含めて)

基調講演

横倉 義武 日本医師会会長・世界医師会会長

(医療制度を振り返る)

パネルディスカッション

(座長) 田中 滋 慶應義塾大学名誉教授

(パネリスト)

森田 光一 東松山市長

(「歩いて元気に」～健康長寿都市を目指して～)

大石 昭則 県民代表(在宅看取り体験者)

(在宅医療を体験して)

本田麻由美 読売新聞東京本社社長直属医療ネットワーク事務局次長

(人生の最後をどのように迎えるか～記者とがんサバイバーの立場から～)

齋木 実 埼玉医科大学国際医療センター総合診療・地域医療科准教授

(人生の最終段階の医療における現状・課題・将来像)

唐澤 剛 内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局地方創生総括官

(超少子高齢社会を乗り切る方法は地域包括ケアシステム以外にない)

埼玉宣言

上田 清司 埼玉県知事

(埼玉長寿社会創造宣言・埼玉県長寿社会健康福祉行動宣言)

司会 湯澤 俊 埼玉県医師会副会長

主催 埼玉県 日本医師会 埼玉県医師会

緒言

しなやか健康長寿社会に向けて

埼玉県立大学理事長（元厚生労働事務次官）

江利川 毅

長いこと人類の夢とされてきた長寿。食生活をはじめとする生活水準の向上、特に保健衛生医療分野における科学技術の進歩などにより、今日では多くの人々が長寿を享受することが可能となった。

わが国は、戦後の復興期、経済成長期において、様々な制度・仕組みを作って、日本の発展、国民生活の向上に取り組んできた。昭和 36 年に実現した国民皆保険皆年金もその一つである。その頃の平均寿命は、男性 65 歳、女性 70 歳、厚生年金の支給開始年齢は 60 歳に向けて引き上げの途中にあった。

現在の平均寿命は男性 81 歳、女性 87 歳。90 歳以上の人は 200 万人を超える。昭和の後半期に構築されてきた様々な仕組みや考え方は、急速な少子化や高齢化、家族単位の縮小、地域のつながりの変化、経済の低成長、科学技術の更なる進歩などを踏まえ、新しく構築し直していかなければならない。

その第一は働き方である。長生きをすれば追加的経費も増える。その経費を働き出さなければ、後世代にツケを回すことになってしまう。人生二毛作。定年の延長もあってもよいが、定年後に新しい働き方ができるような社会的仕組みを作っていくことが必要である。また、若い世代も、自分に力をつけ、希望する道を歩んでいけるようであればならない。そのためには、

家庭と仕事の両立を支える仕組みの充実、即ち、男性も含め出産育児休暇の充実、在宅での就労、保育所の充実、子育て相談機能の充実、教育支援の充実など、手厚い環境整備が必要である。

地域のあり方も変わっていかねばならない。地域包括ケアは、要介護・要支援の人を支える仕組みとして考えられたものであるが、今日では子育ても含め地域のあり方のモデルとして語られている。住みやすいまちづくりという視点から、地域ごとの工夫が生かされるようにしていくことが重要である。

そして、元気に健やかに長寿を享受し、天寿を自分なりに納得感を持って迎えられることが望ましい。しかし、人生の最期について日本社会は深く考えることを躊躇していたように思う。この度、埼玉県医師会が終末期医療について県民にアンケート調査を行った。その決断に敬意を表するとともに、県民の考えがしっかりと示されたことに驚きを覚えた。機は熟してきているのである。

健康長寿社会のあり方を考えるとき、タブーなしで語り合うことが重要である。その意味で、このシンポジウムでの議論、同時に示された埼玉宣言が、日本全国で共有されることを期待したい。少子化と高齢化が同時に急速に進んでいる日本社会において、地域特性を生かした取り組みが展開されること、さらには先人の努力に今日世代の努力を積み上げ、社会全体が一層充実することを期待してやまない。

開会あいさつ

○司会（湯澤） それでは、定刻になりましたので、ただいまから医療シンポジウム「超高齢社会の医療を考える～人生の最終段階の医療を含めて～」を開会いたします。

皆様、本日はお忙しい中にもかかわらずお集まりいただきまして誠にありがとうございます。

私は、本日の司会進行を務めます埼玉県医師会副会長の湯澤と申します。どうぞよろしく願いいたします。（拍手）

本日のシンポジウムの内容ですが、まず日本医師会の横倉会長に基調講演をいただきます。

続いて、パネルディスカッションに移ります。座長を慶應義塾大学名誉教授の田中滋先生にお願いし、5名のパネリストにご議論いただきます。

最後に上田清司知事から埼玉宣言を発表いたします。

終了予定は15時45分となっておりますので、皆様ご協力よろしく願いいたします。

それでは、開会に際しまして、埼玉県医師会、金井会長よりこのシンポジウムのねらいについて、今まで埼玉県で数回行いました埼玉県民意識調査を含めてのご挨拶をいただきたいと思います。

金井会長、よろしく願いいたします。（拍手）

○金井 こんにちは。埼玉県医師会長の金井でございます。

本日は、医療シンポジウムにご参加いただきまして大変ありがとうございます。

我が国の医療保険制度でございますけれども、世界で最も高い評価を得られているということは、ご案内のとおりかと思えます。WHO（世界保健機関）も2000年の医療保険制度評価で健康の到達度1位、健康の公平性3位、その他人権の尊重と配慮、医療費負担の公平性でも上位であり、総合で1位という評価を下しております。

我が国の制度は、誰もが必要な時に必要な医療を受けられる「国民皆保険制度」と「フリーアクセス」が特徴であり、国民誰もが維持されることを望んでいると思えます。また、半世紀を超える皆保険制度の歴史の中で、制度が定着し、存在が当たり前で将来にわたり持続するものと考えておられる方も多いかと思えます。しかし、高齢社会を迎えたことや高額医薬品、高度先進医療の進出により制度の維持が困難になるとの意見もございます。そのために皆保険制度を堅持する方策を考える必要があります。

国民の財産であるこの制度を守るためには、いかなる方策があるのかを考える機会が必要と考え、埼玉県、日本医師会、埼玉県医師会の主催によりまして、シンポジウムを企画いたしました。

健康で長生きすることは、全ての人々の願いであると思えます。健康長寿のためには生活習慣、食事、運動などに注意が必要であるとともに、社会とのかかわりを持ち、健康で生きがいのある生活を送り、最後までその人らしく生きることはすばらしいことであると思えます。健康長寿社会の構築について議論をしていただきます。

人生の最終段階において誰もが穏やかな最期を望んでいると思えます。一人ひとりの意思によって尊厳のある終末期医療を選択するべきですが、

人生最終段階でのよりよい医療とはどのようなものなのかについても本日議論をしていただきます。

埼玉県医師会は、昨年11月から今年5月の間に3回に分けて延べ6,000人の人を対象に各回、項目を変え、公的医療保険に関する埼玉県民の意識調査を行いました。

誰でも平等に医療を受けられる今の制度を維持すべきかについては、72%が維持すべきと答えています。さらに医療費の負担が増えても公的医療保険制度の適用範囲を維持、充実すべきかの問いには、73%がそうすべきとしております。

一方で、68%の人が保険料や患者の窓口負担が高いとも感じています。医療保険制度が財政的破綻の危機にあることを知っているかという問いに對しましては、22%はよく知っている、55%は聞いたことがあるとの回答でございました。

健康長寿に関連して、予防についての質問では、82%の人が医療費の増加を防ぐため、健康づくり事業や疾病の重症化予防事業を充実強化すべきと答えています。

延命治療に関して、76%が回復見込みのない延命治療を希望していません。そして、年齢が高くなるに従い、希望しない人が増え、70歳代では92%に上ります。また72%の人は、意識がなく回復見込みのない場合、医療費がかかる延命治療に制限を設けるべきと考えています。

末期がんにおいて抗がん剤投与などの治療を行わず痛み止めなど対処療法だけを行うことが良いと考えている人が74%で、年齢が高くなるに従い

増え、70歳代では90%でございました。

その他多くの項目がございますが、主なものだけ紹介をさせていただきました。

調査結果を見ると、20年前、30年前と比べて大きな意識変化があったように思われます。

本日は、超高齢社会の医療はどうあるべきか、方向性を示していただけるものと期待を申し上げ、開会のあいさつといたします。よろしく願い申し上げます。（拍手）

○司会（湯澤） 金井会長、ありがとうございました。

基調講演

○司会（湯澤） それでは早速基調講演に移りたいと思います。

世界医師会長であり、日本医師会長の横倉義武先生をお招きいたしまして、「医療制度を振り返る」と題して、ご講演を賜ります。

それでは、横倉会長、よろしくお願いいたします。

○横倉 皆さん、こんにちは。（拍手）

ご紹介いただきました日本医師会の横倉と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

きょうはこの埼玉発医療シンポジウム、特に「超高齢社会の医療を考える～人生の最終段階の医療を含めて～」ということで、お招きをいただきましてありがとうございます。

しかしびっくりしました。こんなにたくさんの方がお集まりになっているというよりも、こんなにたくさんの方がこの課題について関心をお持ちであることについてです。本当に素晴らしいプログラムであり、また国民の全ての方が考えなければいけないことでもあります。

きょうこのテーマに沿ったお話をしようと思っておりますが、まず日本の社会保障制度について、その中で医療の状態がどうなっているのかを申し上げ、後半の部分では、終末期医療についてお話をさせていただきます。

この写真、いいでしょう。日本医師会は、「生命（いのち）を見つめる」フォトコンテストというイベントを、本日後ほどのパネルディスカッションに読売新聞の本田さんが出られますけれども、読売新聞社と共催をいたしまして、約20年間、毎年全国から写真を応募いただいております。その中

の受賞作がこの2枚の写真であります、年を取られても健やかな人生を歩んでいただきたいという写真でございます。

さて、この表は政府が税金として国民から集めるお金と予算で使うお金をグラフにしたものであります。赤い線は政府が使う金額で、緑の線は政府が税金で集めている金額、棒グラフはその年その年の国民医療費であります。

ご案内のとおり我が国は、1990年にいわゆるバブル経済が崩壊したと言われております。この1990年までは、政府の税収と政府が支払う歳出はそれほど大きな差はなかったのですが、バブル崩壊後に税収が伸び悩み、その一方で歳出のほうはずっと増えてくるということで、歳出と歳入の大きな開きが出てきました。この差を国債の発行によって、すなわち国が借金をするという形で日本の経済が回ってまいりました。誰に借金をしているかということ、国民が国債を買い、また国民が銀行にお金を預けておりますので、銀行などの金融機関がその分を扱っていることとなります。

一方で、高齢化が徐々に進行してまいりますので、国民医療費は青い棒グラフのように少しずつ伸びてきました。特に2000年以降は、一時毎年1兆円規模で伸びていったということではありますが、直近では少しずつこの伸びを抑えていこうということで私どもも努力し、伸びが鈍化している状況です。いずれにせよ、それだけ大きな歳入と歳出の格差があり、国の借金の残高が1,000兆円を超している状況であります。

このグラフは、過去の国民医療費の伸びの予測と実際の医療費がどのような動きをしていたかを示すグラフであります。緑の線は2011年に民主党

が政権のときに、将来はこのように医療費が推移するだろうと予測を立てました。青い線はその前の2006年に、自由民主党の第一次安倍政権から福田政権になるころに予測したものであります。2011年までは、ほぼこの予測に沿った形で医療費は伸びてまいりましたが、2012年、第2次安倍政権になってから医療費の伸びが鈍化するようになりました。現在のところ、この予測値より年間で3兆円余り医療費は下回っており、介護費も同様に、民主党のときの予測値に比べるとそれほどまで伸びていないことがわかります。しかし、医療費と介護費には大きな金額がかかっていることは紛れもない事実であります。

一方で、今後我が国の人口がどう変化していくかと申しますと、この資料は年齢階層別のいわゆる人口ピラミッドと言われるものであります。1990年、昭和22年から24年に生まれたいわゆる団塊の世代がこの赤い線にあります。1990年には団塊の世代は40歳でしたが、2010年には60歳になりました。一方でこの団塊の世代の子供さん方、団塊ジュニア世代と言いますが、その世代もある程度たくさんいらっしゃいましたので、団塊の世代を支えることができたという状況です。いよいよ2025年にはこの団塊の世代が全員75歳以上に到達してまいりますので、2025年にどうしたらよいか大きな課題になっております。2025年までは、まだこの団塊ジュニアの世代がちょうど50歳ぐらいですから、何とか支えられるでしょう。しかしながら、その後2060年の予測では、当然のことながら団塊の世代はみんなお亡くなりになるか、生きておられても100歳以上であり、かなり少なくなっています。問題はこの団塊のジュニア世代が75歳を超えて80歳近くになったとき、そ

れを支える次の第3の団塊ジュニア世代が少ないという点です。そのときに日本の社会保障は誰が支えるかというのが一つの大きな課題になってくるでしょう。

この資料は年齢階級別に1人当たりの国民医療費がどれだけかかっているかを5歳刻みに見っていますが、人間は生まれてから10歳までの間がよく病気をしやすいということで、医療費がかかっています。しかし、10歳からほぼ30歳代までは余り病気をしません。風邪をひいたり、たまにお腹が痛くなって医療機関にかかるぐらいでは、そんなに大きな医療費はかかりません。しかし、40歳を過ぎてくるといわゆる高血圧や高脂血症、生活習慣病と言われる方が増え、また時にはがんの発症が見られたりということで、医療費は徐々に増えてきます。そして、60歳を過ぎてきますといろいろな病気を発症し、特に75歳を超えると急速に増えてまいりますので、今後この75歳を超えた人たちが急に増えてきたとき、医療費がどうなるかが今大変な課題になっているところでございます。

これは年齢階級別に積み上げた累積の医療費を2015年と2025年の予測で見たものであります。79歳までの階級では人口が減少しますので、国民医療費の総額は減少しますが、80歳以上の人口が2025年は増加しますので、国民医療費も増加することになります。この部分を今からよく考えておかなければなりません。

そこで、どういうことを考えていくかということですが、私どもはまず、「ずうっと健康で暮らせる身体をつくろう」、「健康寿命を延ばしていこう」ということで、いろいろと働きかけております。

日本は、生まれてから亡くなるまで毎年健康診断を受けるように法律的に決まっています。問題はその健康診断のデータが継続的に管理されていないことです。これは適用される法律が違うものですからばらばらに管理するんですね。乳幼児健診、学校健診は文部科学省の所管ですが、その後の労働安全衛生法に基づく事業主健診は厚生労働省の中の労働基準局が管理しています。がん検診等々は健康増進法に基づいて厚生労働省の健康局が所管しており、こういう各お役所の縦割りの中でデータが一元化をされていませんので、まずこのデータを一元化しましょうと申し上げております。私どもは大体40歳の時の血液検査を見れば、その生活を続けていけば60歳になったらどういう病気が出てくるかという予測がつきますので、「今の生活を変えましょう」、「生活習慣を変えましょう」、「運動しましょう」、「食事の内容を変えましょう」などの指導が可能です。こうした取り組みを通じて、健康寿命をできるだけ延ばしていくことが大切です。

現在、我が国は平均寿命がほぼ世界一に近いところ、世界の1番は今よその国に取られましたけれども、ほぼ世界一と言っていい状況で、健康寿命も世界一なのです。しかしながら、この平均寿命と健康寿命の間に男性の場合で10年弱、女性の場合は12年ぐらい差があり、この差をできるだけ短くして健康で長生きをして明るい社会を作ろうということで、今、いろいろと運動を繰り広げております。「自分の健康を意識しましょう」ということで、健康を守るときに何が必要か、1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後に薬であります。よく1にサプリ、2に保健食品と言う方がいますが、そうじゃありません。1に運動、2に食事です。そして、禁煙はやはり重要です。た

ばこをやめることで病気が減り、周りの方にも迷惑をかけませんので、しっかり禁煙し、そして必要な時には医師に診てもらって薬の投薬を受け、そして健康診断、検診、特にがん検診を受けていきましょう。

日本では胃がんや大腸がんが多いため、検診をしっかり受けることがとても大切です。胃がんの原因にヘリコバクターピロリという菌が悪さをしていることが最近判っており、この前埼玉で開業している先生が胃の内視鏡の検査画像について、人工知能を利用して見落としなく診断を確実にしようというものを開発していただきました。ピロリ菌は検査でわかりますから、ピロリ菌がある人はそのピロリ菌をなくすことで、がんの発症率を相当抑えることができるだろうと思います。そして女性の場合は乳がんが多いので、乳がん検診が大切です。また、子宮がんも女性に特有の病気としてありますから、政府としては今積極的に勧奨していませんが、子宮頸がんの予防についてもワクチンでもできるようになってきました。そういうものを利用して若いときのがんをできるだけなくしていくことが重要だと思います。そのためには、かかりつけ医をまず持って、自分の健康を診てもらう必要があると思います。

社会保障費は、医療、介護等を中心に今後も増加していくものと予測されます。これは少子高齢社会の進展という人口の変動によって予測されるわけでありまして、財務省からは医療費を削れ、医療費を抑制しようという圧力が常にかかってきます。しかしながら、ただ医療費を削るよりも、医療費のかからない医療を我々もしっかり提供していく必要があり、今医師会の中でもお願いしているところであります。

具体的には、まず、今申し上げた生涯保健事業の体系化によって健康寿命を延ばし、明るい健康長寿社会を作っていくことです。また糖尿病が非常に増えてきましたが、糖尿病の方には早めにお医者さんにかかってもらうのが第一です。糖尿病で一番困るのは糖尿病性腎症で、おしっこが出なくなる、そのために人工透析を必要とする方が増えてきますので、そうならないような取り組みの他、しっかりと禁煙を勧めていく必要もあろうかと思っています。

医療費の財源は大きく分けてこの3つしかありません。1つは公助と言われる税金で、もう1つが皆さんの給与から天引きをされることが多い保険料。そして最後に患者さんが医療機関にかかったときに窓口で負担する患者負担です。日本は1カ月の中で高い医療費がかかった場合、それを一定限度以上払わなくても済む高額療養費制度という仕組みがあるため、実際の患者負担は11%ぐらいで済んでいるともいえます。

そういう中で、社会保障の充実を通じて国民不安の解消に努めていこうということで、いろいろな提案をしているところであります。

次に、終末期医療のお話を手短かにいたします。

リビングウィルという言葉聞いたことある方、手を挙げてください。大体半分ぐらいですか。リビングウィルというのは、自分の終末、自分はどんな医療をしてほしいかということを書き残す、いわゆる「事前指示書」とも呼ばれている書面です。日本尊厳死協会という協会がありますが、そこで一生懸命、今働きかけをしていらっしやいます。

これは今年の春3月にこの尊厳死協会の理事長の先生と私とで対談した

内容を読売新聞に載せていただいたものであります。日ごろの診療の中で患者さんはだんだんと高齢になってまいりますので、終末期はどうしますかという話もかかりつけ医にさせていただいて、そういう中でリビングウィルについても話をさせていただくことが私は非常に大事だと思います。やはり残された家族にはあのときああすればよかったという思いが必ず起こります。そのときにかかりつけ医が、「お母さんはこういうことをしてほしいと言っていましたよ」と伝えることによって残された家族の方も心安らかになることがよくあります。多くの国民の皆さんにできるだけリビングウィルを持ってもらうことを勧めていきたいと思っています。

また、かかりつけ医の先生方には、患者さんがだんだん高齢になって弱ってきたときに、リビングウィルはどう残したらいいのかと質問をされた場合に、きちんと答えられるようにしていきたいと思っています。私も対談の中で申し上げたのですが、自分の人生の終わり、自分でどうしたいかということをしっかり考えていただければと思います。

医師会でもいろいろなところで取り組みが行われています。これは広島県の取り組みであります。広島大学、県、市、そして県医師会の4者を中心に広島県の地域保健対策協議会が設置されています。その協議会では「豊かな人生とともに…～私の心づもり～」という亡くなる前の医療のあり方についてAdvance Care Planningという手引きを発行しているところもあります。こうした取り組みが非常に大事であると思っています。

世界的にも今この終末期の医療をどうするかが大きな話題になっています。日本では、国民の皆さんにかかりつけ医の先生を持ってくださいという

お願いをしています。かかりつけ医の先生方には、患者さんの意思決定による終末期の生き方と、平穏な死を実現するための意思決定支援の仕組みを、工夫して進めてくださいというお話をしています。このAdvance Care Planningというのは、患者、家族、医療従事者を含めたプロセスを重視した手法であり、評価できるものと考えています。

今後、地域包括ケアの中核を担うかかりつけ医の役割は非常に重要になりますので、ぜひ皆さん方もかかりつけ医を持っていただければと思います。

世界でもこの終末期問題についてはとても大きな課題になっています。実はヨーロッパのオランダ、ベルギー、そしてまたスイスでは、この積極的安楽死や医師の幫助による自殺というものが法的に認められるようになってきました。これは一方では生命の尊厳や医の倫理という視点から見れば、非常に従来の考えと大きく異なります。そういう積極的に安楽死をお迎えすることで本当にいいのかというのが大きな議論になっておりまして、アジアの意見をまとめてほしいということでありましたので、今年の9月に東京でアジア各国の医師会が集まっていろいろな話をしました。アジアでは多くの国がいろいろな宗教を持っており、日本も例外ではありません。いろいろな宗教が生活の中に色濃くかかわりを持っており、そういう点からは積極的安楽死には余り賛成できないという声が多かったわけですが、実は先週ヨーロッパでこの問題に関する協議会がありました。それもキリスト教のカトリックの総本山であるヴァチカンの中で、この会議をしようということでヨーロッパの30カ国程の方が集まっていろいろな議論をい

たしました。私もお伺いをしてご挨拶をさせていただきましたが、その中でも一方では積極的安楽死を法的に認める国の意見やそういう国の医師の方がどういう思いであるかというお話をお聞きしたり、法的には許されたとしてもなかなかそれに踏み切れないという医師の方もたくさんいらっしゃるなどといった話を伺ったところであります。

世界中でこの終末期のあり方について議論されていますが、やはり自分の終末期はこう迎えたいという文書を残していただくのが一番の解決につながるのではないかと考えています。

終わりになりますが、11月1日は語呂合わせで「いい医療の日」として私どもの記念日に申請いたしました。この日に医療について国民の皆さんと私ども医療を提供する側とよく話し合える日、考える日にしていければと思っていますところであります。

どうもありがとうございました。（拍手）

○司会（湯澤） 横倉会長、大変貴重なお話をありがとうございました。

いま一度盛大な拍手をお願いいたします。（拍手）

パネルディスカッション

○司会（湯澤） それでは、これよりパネルディスカッションに移りたいと思います。

壇上のレイアウトを変更いたしますので、しばらくの間お待ちいただきたいと思います。

お待たせいたしました。

それではパネルディスカッションを始めさせていただきます。

これからの進行は、座長の田中滋先生にお願いしたいと思います。

田中先生、よろしくお願いたします。（拍手）

○座長（田中） ご紹介いただきました慶應義塾大学、田中でございます。

東京人ですが、東京と埼玉は約150年前までは一緒の国でした。平安時代以来ずっと、今の東京都と埼玉県、および神奈川県横浜と川崎が合わさって武蔵の国と呼ばれていました。よって同じ郷土だと思っておりますので、埼玉県の依頼にも喜んで参りました。

本日の趣旨は、超高齢社会の医療です。何が以前と違うか、二、三分だけしゃべります。

大きな違いは、いわゆる急性期の医療だけでは過程が終わらないことです。私が子供のころの医療ニーズの中心は、急性期の感染症、それから脳卒中中等でした。それらの治療は命にかかわっており、単純化して言うと、治るか、亡くなるかの世界です。ところが今では急性期医療は一連のプロセスの一部にすぎません。急性期医療だけで終わることはなく、その後回復期医療や在宅医療が入ったり、介護のサービスを使ったりし、循環しながら最後は

弱って亡くなっていく一連のプロセスの一部が急性期医療、特に入院医療です。つまり部分完結である。だから、全体として地域で支えていく時代に入りました。治す医療は今でも、これからもありますけれども、治す医療とは異なる、尊厳をもった人生の終末期に向かって支えていく医療。介護とセットにならなければいけない時代となった変化が根底です。

一生を通じて医療や介護を使いながら住み慣れた地域の中で生きていくとなると、課題はまちづくりの一部でもあります。在宅医療を含めて生活をしながら医療を受け、介護を受け、尊厳ある死に向かっていく過程を、家族を含めて支える。当然、医療、介護だけで生活が成り立つのではない以上、後で唐澤さんにお話しいただきますが、まさにまちづくりであり、全体の中でのコアとしての医療に変わってきています。それがあって初めてきょうのタイトルである人生の最終段階まで持っていける。きっと後で宣言にも到達できるはずですが、そのような趣旨で5人の方にお集まりいただきました。

書いてある順にご発表いただきます。

最初は、東松山市長の森田様でいらっしゃいます。

森田様、よろしく願いいたします。（拍手）

○森田 皆様、こんにちは。

ご紹介いただきました埼玉県東松山市長の森田光一でございます。

きょうは「歩いて元気に」というタイトルで、ただいま横倉会長さんからお話がありましたように、最終的には健康寿命と平均寿命との差をいかに縮められるかというその一つの手法として、ウォーキングを取り上げてお

話をさせていただきます。

こうした時間をお与えいただきました金井埼玉県医師会長に心から感謝申し上げます。本当にありがとうございます。

さて、東松山市ですが、まず「歩いて元気になる」、何となく漠然と歩くと元気になるだろうな、というのはわかるかと思いますが、東松山市では、実は40年前から日本スリーデーマーチというウォーキングのイベントを開催しています。これは日本では最大規模で、3日間で延べ約10万人の皆さんが東松山市を中心に歩きます。距離は5キロから50キロでそれぞれ皆さんの体力に合わせて、足に自信のある方は50キロコースを歩くでしょうし、お子さん連れの方では5キロを歩かれるでしょう。こういう形で日本スリーデーマーチを開催をしております、世界で28大会ありますけれども、第2位の規模なんですね。皆さんご存じですか。余り知らないですね。(笑)

今年も11月3日、4日、5日の3日間開催をいたしました。おかげさまで海外からの参加者も含めて3日間で延べ10万人の皆さんが東松山市を中心にウォーキングを楽しみました。そして、今回は特に子供たちに注目をしまして、“歩育”、歩いて育て育むという切り口で、幼稚園、それから保育園の子供たちに歩いてもらいました。以前から幼稚園、保育園では結構歩いているんですが、今回は園長先生にお願いをして歩いていただきました。約500人の幼稚園、保育園の子供たちが歩きました。さらに小学校、中学校では遠足で約7,000人の生徒全員が歩きます。

東松山市のスリーデーマーチは、もう40回の大会を迎えましたので、市民の中に歩くということに対する抵抗感はほとんどない状況ですね。子供た

ちは小さいころから歩きますから、大人になっても歩きますね。親になっても子供を連れて歩きます。

そういう意味で今回私がお話をする内容が、健康長寿埼玉プロジェクトにつながってくるわけなんです。

平成24年から26年までの3年間、埼玉県から指定を受けて、健康長寿都市ということで、健康長寿プロジェクトを3カ年、東松山市を中心に展開をいたしました。これは先ほど申し上げましたように、ウォーキングに関して比較的抵抗感のない市民の皆さんを対象にしていますから、いろいろな事業をやってもきっと協力してくれるだろうな、という観測のもとに行いました。

健康長寿の取り組みでございますけれども、東松山市では大きなイベントのスリーデーマーチがありますが、日ごろから7つの地区にそれぞれある市民活動センターが毎月「月例ウォーキング」というのをやっています。年間延べ5,000人以上の人たちが歩きます。それから、ウォーキングセンターという施設がありまして、ここでもいろいろなイベントをやっていますから、歩くために訪れる人がたくさんいるんですね。

今回の取り組みとして、まず毎日1万歩運動というのを考えたんですね。これは毎日1万歩歩くので相当な覚悟が要りますね。大体毎日7キロから8キロ、1時間半ぐらいしっかり歩かないといけないということですから、そう簡単に毎日1万歩というのはいけません。

プラス1000歩というのは、ふだん皆さんが日常的に歩いている、例えば今日は2,000歩、3,000歩歩いたのであれば、それにプラス1,000歩していただ

くというような運動を始めさせていただきました。

まず、毎日1万歩ですが、毎日1万歩を歩く人が果たしているのかなと、毎日毎日歩いて“歩（アル）中”になっている人ばかり来るんじゃないかなと思ったんですけども、そうでもなかったですね。意外に歩いていらっしゃる方がいて、協力をしてくれた方が117人もいらっしゃいました。

また、この1万歩運動は、半年ということ、期限を区切らせていただきました。半年間毎日1万歩以上歩いてその後、歩く前と歩く後で採血をしたり、体力測定をしたりしました。その結果を科学的に検証して、1万歩歩いた人がどれだけ歩かなかった人と差が出るか、というのを科学的なデータとして示したかったというわけですね。

さて、健康増進の効果ですけども、まずこの足関節底屈筋力というのは、足をピンと前に伸ばして前に蹴るという力が、ここにありますように8.1キロ増加するんですね。それから、30秒椅子立ち上がりは、椅子に座って立ったり座ったりしますが、この回数がやはり1.9回増えましたよという数字が表れています。

また、中性脂肪ですね。皆さん気になったりしている方も結構いらっしゃると思いますが、6カ月で22.4%低下をしました。

次に、健康増進効果とって、実施前に健康診断をすると、異常がありますよとか、要注意とかありますよね。要経過観察とか。でもこれがこちらにありますように、要経過観察20人だったこの黄色を見ていただくとわかりますが、7人になり、13人減るんですね。こちらの要注意2人というのはゼロになって、こちらは15人ですから、日常生活に支障なし、異常なしという方

に移動してきたという結果も出ております。

また、HDLコレステロール、いわゆる善玉コレステロールですがこれは11.8%上昇しましたよ、という数字が表れております。

さて、この次なんですけど、そもそも一体1年間で歩いた人と歩かなかった人が、医療費でどのくらい差が出るの？ というのを本当は知りたかったんですね。これは容易じゃないだろうな、どうやって測定したらいいのかな、と思ひまして、この1万歩歩いた方と、例えば年齢的に同じくらいとか、生活環境が似ているとか、1対3ぐらいの割合で1万歩歩いた人に対して国民健康保険に入っている人を3人、歩いてない人ですよ、選ばせていただいて差が出なかったら何の意味もないんですけども、実は出たんです。

これは医療費の抑制ということで、すごいでしょう。一度新聞にも大々的に出たんですね。この1人当たり年間2万3,846円の医療費が抑制されたと、されるはずだということなんです。毎日1万歩歩くんですよ。これが安いかわいいかはちょっとそれぞれお考えもあるでしょうけれども、しかし、医療費の抑制にも直接つながるということがわかったと、これは学会でも大東文化大学のスポーツ・健康科学部、琉子友男教授に発表していただきました。

『毎日1万歩運動は、健康増進、医療費抑制の点で効果があった。正しいウォーキング法を取り入れることでさらなる改善が見込まれる』と。ただただ歩いてもやはりだめなんですね。さっさかさっさか時速5キロとか歩き方もあるようです。

もう一つプラス1000歩運動というのもやりました。これは比較的皆さん入りやすいと思います。歩数計というのを皆さんお持ちですか。結構持って

いらっしゃる方いらっしゃいますよね。歩数計なんか持っているとなんか気になって気になってしょうがないでしょう。なんか歩かなければいけないみたいな、歩かないと1日が始まらないとかそういう人もいますよね。ですから、これはそういうところをちょっとねらいました。何と7,252人に歩数計をあげちゃったんです。大盤振る舞いですね、これは。そのうち約半数ぐらいがデータとして採用できることになりまして、ここにありますように全ての数値が改善をするんです。健康意識の向上、意識上の効果があったということなんですね。体調の変化も何となく毎日歩いたらちょっと調子がいいぞとか、ご飯がおいしいとか、お酒がうまいとか、それはないですね。(笑) 元気になったと、そしてまた体を動かす。要するに運動するライフスタイルができてくるというのが大切だと最終的には考えるようになりました。

ですから、確かに3カ月間のプラス1000歩運動ですから、医学的なデータというのはそれほど大きな結果を見てないんですけども、しかし、これを続けることで健康増進につながる意識の改革になって、毎日運動しようよというような意識づけができて、健康志向で自分の人生を歩めるということになるんでしょう。

こちらも国立健康・栄養研究所健康増進研究部、宮地元彦部長にこの検証を評価していただきました。『プラス1000歩運動は、市民の行動の変容や健康増進の観点から効果的であった。医療費への効果についてはより長期的な検討を要する』と。長い間もうちょっとやってみないと細かいデータはとれないだろうなと思います。しかし、確実に歩くことは健康につながるということは言えると思います。

さて、きょうはこれを言わないと帰れないという、東松山市がモデルの埼玉県コバトン健康マイレージなんです。埼玉県が鳴り物入りでこの4月から始めました。皆さん参加されている方いらっしゃいますか。東松山市では1,000人以上の方がこのコバトン健康マイレージに参加しています。これは毎日歩いてそれを歩数計でピッと電子的に計測しますと、何かご褒美が出ます。インセンティブを働かせるのには何かご褒美が出ないとなかなか人はやらないんですよ。何かあげるとか、特典をつけるとか、ポイント制みたいなものなんですけれども、この楽しく歩いて健康になろうというコバトン健康マイレージ、このプロジェクトを埼玉県が今進めています。県内の多くの自治体に取り組んでいまして、ぜひ皆さんも駅とか公共施設にセンサーのついた端末があるので試してください。通勤途中でもピッとやるとそこでセンターに指令が行くわけですね。データが記録されるということになります。

さて、最後に私が申し上げたいのは、皆さん、ピン・ピン・コロリとさっきお話し出ましたけれども、元気で長生きしてコロッと逝ってしまえばいいなど、なかなかそういう時代ではなさそうなんですけれども、しかし、東松山市は健康長寿を目指しておりますので、とにかくピンピンと、ピンピン元気にいくと、人生の最期はキラリと、ピン・ピン・キラリと、余りうけないですよ。(笑) キラリといくというこのコンセプトで最期キラッと光っていこうよということで、生活習慣病を改善したり、また歩くくせをつけて楽しく人生を過ごそうよと、そのような運動をこれからも続けていきたいと思っています。

そして、埼玉県のコバトン健康マイレージですね、大いに推奨しておりますので、ぜひ皆さん、ご参加いただきたいと思います。

なお、来年の第41回日本スリーデーマーチは、11月2日、3日、4日の3日間です。ぜひ東松山市へお越してください。来年の夏ごろから登録受付をさせていただきます。3日間2,000円で歩けるんですよ。安いでしょう。こんな安いスポーツないです。ぜひお越してください。

ご清聴ありがとうございました。（拍手）

○座長（田中） 森田市長、どうもありがとうございました。

先ほど医療とは急性期医療から介護に至る一連の工程だと言いましたけれども、医療の前もありますよね。予防から始まります。最初に健康を維持する課題について、大変貴重なデータを含めたお話を頂戴しました。ありがとうございます。

2番目は、在宅看取りを体験なさった県民代表として、私たちにとって大変意味のある記録をお話しいたします。

県民代表、大石様でいらっしゃいます。よろしく願いいたします。（拍手）

○大石 ただいまご紹介いただきました大石と申します。

私は、75歳、妻は68歳で6月に永眠いたしました。結婚して44年間、川越市の最も西のまちに住んでいます。この間、自宅を建て直し、2人の子供もそれぞれの家庭を持ち、サラリーマンとしてきわめて平凡で、「こんな幸せな生活を送れて良かった」と2人でよく話していました。

がんの発見。

2014年、乳がんの初期と診断され、一時はショックを受けましたが、治療は無事完了しました。その後、馴染みの歯科医から「患部が思わしくない」と言われ、大学病院を紹介されました。

2015年3月、大学病院で右側上顎腫瘍いわゆる扁平上皮がんと診断され、手術を受けましたが、症状が改善せず、5月21日に大宮の病院への紹介を受けました。

大宮の病院。

2015年6月、初診日に即入院を宣告されると思い、入院の用意をして痛みで顔をゆがめ、腰を折りながら片道2時間半ぐらいかけて臨みました。主治医から、「横浜市の病院への紹介状を書いてもよい」と突然言われ、最善の選択をするにはどうすればいいか家族で話し合い、3日間悩んだ末、今さら横浜へ移るよりは埼玉の病院でお世話になることにしようと決断しました。動脈注射と放射線を実施し、副作用はあったものの各種検査も全てクリアし、9月のCT結果では「がんは死滅している、再発もなさそう」と言われました。

2015年11月に期待を持って受けたPETの結果、「鼻の奥に転移、切除は不可」と診断され、やるせない気持ちとこんなことがあってよいのかという腹立たしきで帰路に着きました。抗がん剤を推奨され、妻は強く反対しました。このとき娘が妊娠していたので、「孫を見るまでは何とか頑張ろう」と説得し、分子標的薬の投与を受けることにしました。主治医から「投与しても来年の5月は大丈夫とはいえない」と言われました。

2016年、各種診断の結果、がんの縮小が確認され、孫も無事5月に誕生し

ました。今ここに来ております。主治医が「分子標的薬を使用した患者の中で大石さんの結果が一番良い」と何回も話してくださいました。

2017年1月、体力が極度に衰えたため分子標的薬を中止しました。その後体力は回復し、各種検査も順調で、体重の維持もできていました。今度は大丈夫だろうと思い、3月にPET検査を受けたら、「2年前の入院時と同程度に拡大している」と言われました。春は近づいているのに外は既に暗く、「物理的にはもう手立てはないのだ」と自分に言い聞かせ、不満と不安でいっぱいになり、車の中で嗚咽を繰り返し、交通事故は起こさないようにと細心の注意を払い、やっとの思いで家にたどり着きました。

居住地区の病院紹介。

通院に車で往復3時間かかるので、居住地区での治療に移行させてもらうことになりました。緩和ケアの先生の推薦本の中で、「ベンツのタクシー」に乗り合わせた幸運の記事がありますが、私は緩和ケアの先生に同様な感触を受け、信頼、感謝もしていたので、先生のお勧めを受けさせてもらいました。居住地区でも齋木先生の診療を受けた友達がとても高い評価をしてくれているので、不安は少なく感じていました。

本日の発表は、在宅医療を中心に行わせていただきます。

発表をお受けした動機。

齋木先生の人柄とこれまで尽力していただいたことにお返しをさせていただきたいと思いました。緩和ケアの先生と同じように「ベンツのタクシー」に乗り合わせた感じを受けていました。在宅医療を啓蒙されていることに深く共感を覚えていました。妻の経験が多くの人に生かされる可能性があ

りそうだと思います。

在宅医療への本人の意思。

これまで7回、8回の入院を経験しましたが、患者として納得ができにくい面が多々ありました。入院していると一見心配は少なく感じられますが、精神的、肉体的なストレスがたまります。例えばナースコールそのものを押すにも気を遣っていました。ときにはナースコールを押すより我慢して過ごしたこともありました。泣きたい時に声を出して泣けない時もたびたびありました。家では何度も泣きました。自宅で自分の好きなことをして過ごしたいと思いました。

本人の居住環境、概要は割愛させていただきます。

現実の生活。

肝心な事項は、家族が納得のいくまで話し合いました。5月10日ごろまでは家事もかなりのことができていました。その他庭の手入れ、公園の散歩、喫茶店にも行きました。孫と一緒に過ごす時もありました。その時の動画の一部です。

それと映画のレンタルDVDを2人で鑑賞して、1年間に200本ぐらい見ました。それがこのリストの一部です。難聴なので字幕があるのを選び、最初はアカデミー賞の受賞作品を見ていたのですが、後半はだんだん難しいのを見るのが辛くなり、「寅さん」とか「釣りバカ」を主に観ました。それでも体調が悪いときは「どうしてこんなことになったの?」「これが最高の治療法なの?」「私の体をもとに戻して!」と絞り出すような声で訴えることもありました。

入浴。

モルヒネの持続注射ポンプを取りつけたため、4月27日は看護師の付添いのもと入浴しました。「あーとうとうここまで来たか」と本人はかなり屈辱感がありました。

姉妹・親友・知人のお見舞い。

本人の意思で極力辞退させてもらいました。

6月10日、亡くなる1週間前、44回目の結婚記念日を迎えることができました。洗髪・清拭・着替え・化粧をし、シャネルの香水をつけたら喜び、夫婦で快いひとときを過ごしました。

6月16日、朝はきのうと同様落ち着いていました。午後になって娘・孫・私の前で呼吸がだんだん少なくなり、静かに止まりました。

訪問看護関連。

訪問看護・介護の方々の手厚い支援で深夜に何回もご訪問していただき、精神的にも肉体的にも助けていただきました。誠意ある対応をしてくださるので、在宅医療の良さを痛感しました。私は特別の苦痛も感じず、普通に対応することができました。救急車を一度も呼ばず、最期を迎えられたことが何よりの証拠だと思います。

総合評価。

「最善を尽くす」を目標に取り組んできました。大宮の病院からは、「最悪の場合は膿みが出て顔が変形する可能性がある」とお聞きしていましたが、そのようなこともなく、せん妄も少いで治まり、静かに最期を迎えることができました。家族全員はやり尽くしたことを納得しています。

齋木先生を始め関係者、地域の方々のご協力を得て最善の看護ができ、悔いのない看取りができたと確信しています。

以上、つたない内容ですが、概要をご報告させていただきました。

ご清聴ありがとうございました。（拍手）

○座長（田中） 大石様ありがとうございました。

類まれなるお話をきわめて分析的に冷静に、しかし感動的にお話しいただきました。これをもとに後半のディスカッションもしてまいります。それから、医療を実際に担当なさった齋木先生も後に登壇されます。

3番目は、読売新聞東京本社からいらしている本田事務局次長です。よろしくをお願いします。（拍手）

○本田 皆様こんにちは。

きょうはこのような場所でこんなにたくさんの方の前でお話をさせていただく機会をいただき、本当にありがとうございます。

今の太石さんの話で私ちょっともらい泣きしてしまっていたんですけども、実は私自身も34歳のとき、今から15年前と言ったら年がばれてしまいますけれども、乳がんになった、がん経験者なんです。国の検診は40歳からなんですけれども、30代で乳がんをしたということで、それまでも医療と介護の取材を担当する記者だったんですけども、自分が患者になって日本の医療のすごく優れている点と、課題みたいなものも実感として体験し、それからずっと取材活動をしております。

まず、ちょっとだけ自己紹介したいと思います。私は読売新聞で社会保障部という部署で17年間、医療と介護の担当の記者をしてきました。その間、

今申し上げたように自分自身の乳がん体験もありまして、医療保険制度と終末期医療というものに力を入れて取材してきましたので、そのお話をさせていただきたいと思います。

これらの写真は、私の手術中のものと抗がん剤治療をしているときのもので、そこから医療コラム「がんと私」という連載を6年ほど新聞で掲載してきました。ちょっと宣伝なんですけれども、NHKのEテレ「ハートネットTV」でも紹介していただいたりしました。

きょうの発表のまず初めに、日本の公的医療保険の良さというものを確認したいと思います。横倉会長がすでにお話しされているので、私から付け加えることはないのですが、一番重要なのはみんなで支え合っている、費用の面で自己負担はもちろんあるんですけれども、みんなで費用を支え合っているということですね。さらに公的医療保険では、科学的に効果が確認された必要十分な医療を、国民に等しく提供するというふうに言われているんですけれども、その特徴としては国民全員を公的医療保険で保障していることでしょうか。「いつでも誰でもどこでも」と言われてきましたが、これは後でちょっと課題を申し上げます。また、医療機関も自由に選べる、比較的安い医療費で高度な医療が受けられる、先ほども申し上げましたように社会保険、社会保険料として医療保険料を皆さん払っていますよね。そういう共助と税金を投入してみんなで支え合っているということなんですけれども、これ当たり前だと私たちは思っています。けれども、ほかの国のことを見ると、いかに日本の公的医療保険が優れているのかということがよくわかると思います。

例えばアメリカの場合がよく引き合いに出されます。アメリカは無保険者が何千万人もいるということで、前のオバマ大統領がそれをカバーするような保険を作ろうということになりましたが、大統領が代わっていろいろ課題が出てきています。

実際、これは昨年アメリカに移住した私の知人、といっても70歳の知人なんですけれども、その知人が退職とともにご家庭の事情でアメリカに移住されました。移住したばかりの頃、まだ医療保険に入れていなかったとき指をドアに挟んでしまって、かなり深く切ってしまって救急病院を利用した時のことです。日本だったら救急車を呼んで救急病院に運ばれて処置してもらうのが当然だと思いますよね。しかし、アメリカでは、まず救急病院の門をくぐるのに、前渡金100ドル、約1万円を払わないと門を開けてくれなかったそうです。治療処置をしてもらった費用は、後から請求されたそうですが、最終的に病院施設、設備の使用料ということで、900ドル、約9万円。レントゲン撮影とか縫合手術とかいろいろなお医者さんに診てもらった、その費用が14,000ドル、約140万円。ちなみに救急車で運ばれると、州によって違うそうなんですけれども、600ドルから1,000ドル、6万円から10万円かかるそうで、これも全部自己負担です。知人は、家族の車で行ったそうなので、救急車は呼んでないんですけれども、救急病院で指の縫合手術を受けるといっただけで、これだけの支払いがかかったそうです。

その後、この知人は医療保険に入ったのですが、これが日本人にとっては驚きです。68歳と70歳のご夫婦の2人家族で、保険料だけで月額約22万円ほど払っているそうです。退職したご夫婦なので、会社が半分払ってくれると

かはなく、全部自分たちで払っている。保険料だけで、です。それも、実は最高ランクの保険ではないそうなんです。シルバーランクという、そこそこ高いのに入られたんですけれども、ゴールドランクとかさらにプレミアムとかいろいろあるそうです。入る保険で何が違うのかというと、受けられる医療の中身が違うのかなと思っていたんですが、裁判があって、受けられる医療が違くと治療を受ける機会を奪うことになるからダメだということに最近なったそうで、治療は受けられても自己負担額がかなり違うそうなんです。保険に入っている、例えば、最新の抗がん剤、オプジーボとか名前を聞いたことがあるかもしれませんが、そういう治療を受けたい、というのはどのランクの保険に入っているとも言えるんです。ただし、自己負担額が随分違い、最高ランクに入っていると自己負担はすごく軽く済むそうなんですけれども、最低ランクに入っていると、例えば、月々100万も200万も払わないと受けられないということになっているそうです。それって、実質的には受けられない感じですよ。

こうした点を見るだけでも、日本の皆保険の有り難さが分かりますよね。この日本の素晴らしい皆保険をどうやって守っていくのかということを考えていくことが、私も一員だった社会保障部の記者の仕事であり、きょう集まっている医療界の皆さん、さらに住民、市民の皆さんにとっても最も大事な事柄の一つと言えると思います。

その日本の医療の大きな課題が、先ほどから先生方がお話になっている、超高齢社会となってきた、高齢者が増えていくこと、高齢者が増えていくと医療費も介護費も増えていくのは当然だと思います。実際、75歳以上になると

1人当たりの医療・介護費というのは急増されているんですけども、政府が出している統計では、現役世代の5倍ぐらいになるそうです。この図も先ほど横倉会長がお示しになりましたけれども、2025年に団塊の世代全員が75歳以上になり、その後も高齢者が増えていく社会、現役世代が減ってしまう社会となる中、増えていく医療介護費用を誰がどうやって支えるかということが一番の課題だと言われています。

そういう中で、例えば、今までお薬はもらえるだけもらっておけばいいと思っていたのではないですか。結局、飲まないで捨てちゃうってことも実際ありますよね。けれども、実はそういうお薬代だけで何千億円も無駄にしているということがいろいろな調査でわかってきました。

私たちが取材したケースなんですけれども、ある有料老人ホームに入っ
てらっしゃる高齢者のお薬を、全部チェックした先生方のグループがいる
んです。すると、1人で毎日15種類とか20種類のお薬を飲んでいる人が珍し
くなくなかったそうです。お腹が痛い、風邪引いた、熱が出たとかいうたびに、
いろいろなお薬が増えていく。いろいろな病院とかクリニックにかかるう
ちにですね。新しい薬を出す時に、これまで飲んでいたのをやめるとか調整
したらいいのに、それをする人がいないんです。だから、便秘だということ
で下剤を飲んでいて、あるときに下痢に困って下痢止めが出た。で、結局、
下剤と下痢止めが一緒に処方されていて、ずっと飲んでた人がいたんで
すって。意味わからないですよ。逆にお腹がおかしくなるではないかと思
うんですけども、そういうような状況が日本で起こっている。だからお薬
はたくさんもらえばいいということではない、これこそ、まさにかかりつけ

の先生とか薬局とかにチェックしてもらうことで、健康を害するような医療になってしまっているところを健康を保ちながら医療費も節約できるという、一番わかりやすい事例だと思うんです。ムダな医療費を使って健康を害するようなことは、一番あってはならないですよ。だから、私たち自身も気をつけなければいけないことだと思うんです。

このようなポリファーマシーの問題だけでなく、日本の公的医療保険を守っていこうということは政府全体の大きな課題で、2013年には社会保障国民会議というところが、これからの医療介護などのあり方について報告書を出しました。そのポイントが、きょう最初に田中座長がお話しされたけれども、超高齢社会へと社会が変わってきたら、医療も変わらなければならない、という点です。今までの「いつでも誰でもどこでも」という医療を、これからは「医療は公共財」だと考えて、皆保険制度を守るために、さっきお話したアメリカのような民間保険体制にならないように、「必要なときに必要な医療を」ということを国民も考える。さっきお話したような健康のためにならない多剤併用のようなことをなくし、必要な医療を必要なときに受けるということを理解することが大事だということですね。

さらに、医療の提供体制について、急性期医療が中心だったこれまでと違い、高齢者が増えると治らない病気も増える中で、病気とつきあいながら生活をするということを支える視点がもっと必要になる。だから、とにかく病院で治すという医療だけではなくて、これからは治し支える医療にかかわっていかなければならない。そういう体制を作っていけないといけないということが、この国民会議で提言されました。

きょうのもう一つのテーマは、まさにその点ですよ。そこで、次に、超高齢社会というのは、実は多死社会なんだということを少しお話しさせていただきたいと思います。

この多死社会ですが、この黒い棒線が年間の死亡数なんですけれども、現在は年間130万人ぐらいがお亡くなりになっているんですけれども、今後増えていって、2040年ぐらいに168万人になると推計されています。この168万人というのは、大体神戸市ぐらいの人数です。毎年神戸市ぐらいの方がお亡くなりになるというような状況になっていくそうです。そういう社会になる中で、みんなで考えなければいけないのは、高齢者だけでなく、その家族も含めて、どこでどういうふうに生き、どういうふうに逝きたいか、まさに先ほどの大石さんの話ですけれども、そういうことと向き合わなければならないということです。何か起きたらとにかく救急車で病院に運べばいいのかというと、実はそうではない時もある。望む最期を迎えるためには、そういうことも知り、考え、共有しておかなければならなくなっているのです。

そういうことを考えようと、私たちは「Quality of Death」、直訳すると「死の質」ですが、その「QOD」を考える企画を、読売新聞紙面で始めました。今続いていて、新聞だけではなく、「ヨミドクター」という読売新聞の医療サイトでも読めますので、ぜひちょっと見ていただきたいと思います。例えば、この紙面では、在宅で90歳のお母様を見送られたご家族、娘さんの葛藤などを描いています。

この方の取材で私が学んだのは、「回復の見込みがない場合」というのが、一般人である私たちにはなかなかわからないということです。先ほどの県

民調査でもありましたけれども、「回復の見込みがない場合は、延命治療はいらない」と言う人が増えてきました。しかし、実際には、今がその時なのか、回復の見込みがあるのかないのか、というのがわからないんです。紙面で描いたこの90歳のお母さんのケースもですが、ある日突然下血して、訪問看護の方から娘さんの勤務先に連絡があり、娘さんはとんで帰りました。「救急車呼ばなきゃ」「救急車を呼んで病院に連れて行ったらもとに戻る」と思ったそうなんです。だけれども、在宅医の先生と訪問看護師に、「この段階で病院に連れて行っても輸血しかすることがない、逆にお母さんは最期まで家にいたいとおっしゃっている、それなら、今病院連れていってする処置ぐらいのことは在宅でもできますよ」と聞かされ、やっと落ち着いて、救急車を呼ばない選択をされました。結局、その3カ月後に自宅でお亡くなりになったんですけれども、娘さんは「あの時、病院連れていったら、病院で死ぬことになっていたかも、認知症がひどくなっていたかも。最期まで母の希望通り自宅で過ごせて、本当に良かった」と納得されています。

こういうかかりつけの先生や看護師さんたちとつながっているからこそ、そのような選択ができたのだと思います。だからこそ、そうした体制を作ろうというのが、今の地域包括ケアという取り組みだと思います

ただし、この例が正解という訳ではなく、それぞれケース・バイ・ケースで考える必要があると思います。なので、それを一緒に考えてくれる医療関係者と関係性を作っていくことも、高齢者本人にも家族にもとても大事なことではないかなと思っています。

こういう社会となり、医療の役割とは何か、何が幸せなのかということ

先生方とご家族とご本人が考えられるということがとても大事になってくるのではないかなと思っています。

こういう話を、実はこの「人生の最終章を考える」という本がありまして、私も少し書かせてもらっています。さまざまな事例や先生方のお話を書いてあるので、ぜひ参考にさせていただければと思います。

ちょっと長くなって恐縮なんですけれども、最後に一つだけ。最近、終末期に抗がん治療は要らないといった意見がいろいろなアンケートなどでも出てきています。もちろん、体力がすごく弱った状態での抗がん剤治療というのは、逆に体力をさらに奪うことになりかねないし、私も賛成できません。ただ、今の医療というのはどんどん変わってきていて、「何が終末期なのか」ということも変わってきているということがあります。例えば、この写真の方は51歳で肺がんが見つかって、その時には全身に転移して、ちょっと前だったらもう亡くなっているもおかしくないという状況だったんです。けれども、先ほども少しお話した、「オプジーボ」という最新の薬が劇的に効いて、この写真のように普通に過ごしておられます。会社で働いておられるし、草野球チームにも参加しておられます。もちろん、がんが消滅したわけではないんですが、「息苦しいなどの症状もあって、絶望しかなかったのが、今では体調も良く、娘の成人式が見られるかもしれないという希望が持てるようになった」と話されています。がんが治ったわけではないけれども、つき合いながらできるだけ最期まで自分らしく生きていきたいと。こんな風に、何が終末期なのか、終末期だから治療するのはおかしい、と短絡的に決めつけるような社会になるのも怖い、もっと複雑で、正解はその人その人に

あるということを言いたいと思います。

このスライドが最後なんですけれども、私たちが考えていかなければならないのは、医療は万能ではないということ、何が自分の人生、家族の人生にとって幸せなのかということを見直し、考えることだと思います。医療保険のお金の無駄遣いをなくすということは、その基盤です。自分や家族がどのように生きて、そして逝くのかということ、先生方と一緒に考えるということ、私たち自身が理解して実践していくことが最も大事なのではないかと、お話しさせていただきました。

どうもありがとうございました。（拍手）

○座長（田中） 本田様、ありがとうございました。ご自身の経験からスタートして、日本の社会保障制度の総合的な良さ、それを保つためには上手な使い方、最後は市民、住民が決意を持って自分の生きざまを決めておくことだということまで運んでいただきました。ありがとうございます。

4人目は、埼玉医科大学の准教授でいらっしゃいます齋木先生から、今度は医師の立場からお話を頂戴いたします。よろしく申し上げます。

○齋木 よろしくお願いいいたします。皆さんこんにちは。（拍手）

埼玉医科大学並びに丸木記念福祉メディカルセンター在宅療養支援診療所HAPPINESS館クリニックの齋木でございます。

早速お話しさせていただきます。

まず初めにですが、大学病院群の経営する在宅療養支援診療所の在宅医として私は勤務しておりますが、埼玉県西部の在宅医療及び人生の最終段階の医療の現状について述べさせていただきます。

また、2つ目として、埼玉で私は生まれ育った一県民としまして、あらが
いようのない死から目をそらさず向き合うために選択したい「できる医療
とすべき医療」について考えてみたいと思います。

そして、3番目に人生の最終段階をその人らしく住みなれた環境で生き
きるための医療を考えてみたいと思います。

一応自己紹介をさせていただきますけれども、入間市に住んでおります。
獨協中学・高等学校出まして、そこで落語研究会の会長をやっておりまして、
芸名が角亭志ん酷と申しました。日大を出まして血液内科、白血病とかリン
パ腫を治す医者をしていたんですが、まちのお医者さんにあこがれまし
て、5年間イギリスのロンドンで日系クリニックなんですが、そこで家庭医
をやって帰ってまいりました。

そして、坂戸鶴ヶ島医師会に導かれまして、在宅医療に導かれまして、な
ぜか大学に所属という形になりました。基本的には場末の在宅医でござい
ます。

これ中学2年生のときの(落研の)写真、まだふさふさしてかわいらしい
ですね。高校3年生になりまして、ちょっと貫祿出ましたけれども、まだふ
さふさしています。(今はスキンヘッドの頭を指し)こんなになっちゃいま
した。

イギリスでやっていた家庭医でございまして。赤ちゃんも診ましたし、レン
トゲンも撮りました。バリウムも内視鏡もエコーもやっていました。24時間
365日何でもやっておりました。

これは世界一有名な横断歩道でアビィ・ロードといいます。そこから15分

ぐらいのところに住んでおりました。ビートルズが育ったリバプールには4回も行っちゃいました。

これは有名なエリザベス女王とエジンバラ公（と3人並んで写っている写真）でございます。「なんちゃって表敬訪問」と書いてありますが、これマダムタッソー蠟人形館なんですね。本当に会うんだったらこんな格好で行きません。

何しに来たんだと言われちゃうといけませんので、ちゃんとした話に入ります。

2025年問題でございます。

先ほどからお話しに出ておりますが、団塊の世代と呼ばれる方々が皆さん75歳以上になるのは、2025年でございます。次期の2025年までの各地域の高齢化率でございますが、何と埼玉県は全国1位で高齢化が進んでいるわけでございます。

これもよく目にするグラフですが、こちらが病院で亡くなる方、こちらが在宅で亡くなる方、1976年を境に病院で亡くなる方が在宅で亡くなる方を逆転しました。いまだ7割以上の方が病院で亡くなる時代でございます。

そして、先ほども出てきました20年後までは死亡者数は増加の一途でございます。2040年、もう年号変わっているかもしれませんが、平成52年、年間168万人が亡くなっていくうち、40万人の死に場所の確保が必要になってまいります。つまり病院のベッド、介護のベッドがないわけですね。

そして、これは埼玉県の医師会で金井会長からご紹介があったアンケートでございますが、人生の最終段階の医療について、回復見込みのない延命

治療を希望するか、希望されない方が76%、70代では9割以上なんですね。そして、末期がんにおいて抗がん剤投与などの治療は行わず、痛み止めなどの対処療法を希望するという方が74%、70代では9割です。というぐらいかえって治療を希望されない方が多うございます。

そして、医療者にとって正しい医療というのは、必ずしも患者さんにとって正しい医療とは限らないわけです。よく学術論文ですと、ガタンガタンと（落ちていく折れ線グラフ）治療プロトコールから漏れていった方々を表現される、カプランマイヤー曲線というのがありますが、いわゆる標準的な治療計画から漏れた患者さんのことを英語でFailureと表現するんです。これはすなわち落第者、失敗者という意味です、日本語に訳すると。でも患者さんは人生のFailureではないですよと思います。

在宅でも何ができるか、結構いろいろできるんです。在宅看取りももちろんできます。そして、先ほどモルヒネの持続皮下注射というのが出てまいりました。あとはポータブルのレントゲン撮影もできます。心電図も撮れます。超音波も持っていますからお腹のお水（腹水）を抜いて差し上げることだってできます。人工呼吸器がついている方だって対応できます。在宅で輸血だってできるんです。床ずれの手術だってできます。いろいろないろいろな管が入っている方も在宅で交換ができます。ただし、できることとすべきことというのは違うと思うんです。自然で穏やかな死を迎える心得としては、手を尽くさない勇気です。これは在宅医療に携わって私学びました。

病院に入院させちゃうと何だか医者の方もしたくなっちゃうんですね。点滴1本したくなっちゃうんです。それって本当に必要なんですかね。例え

ば末期がんでブクブクにむくんでいる方がいます。足がパンパンに腫れてらっしゃいます。お腹にパンパンにお水がたまっているらしいです。そういった方々に本当に点滴って必要なんですか。余命2週間で切った方々にそういった過度の輸液はすべきでないというのは、学術論文上のエビデンスとして出ているわけです。本当にその点滴必要ですかということをもう一度僕らも考えなければいけないのではないかと思います。

死の過程にはいろいろございます。がんは緩やかに衰弱してきて、あるときを境に急速に衰弱します。昨日できたことが今日できなくなってしまう。例えば脳卒中だとか内臓の疾患になりますとガタンと落ちてリハビリしてちょっと戻りますが、でも要介護度を上げてお家に帰れるか、施設に行くか、回復期リハビリ病棟に行くかという形になります。また、しばらくしてガタンと落ちてリハビリで上がるけれども、元どおりにはならないですよ。それから認知症、老衰の方々は、緩やかに亡くなっていく方が多いです。ちょっと点滴して戻ってきたりするのでも老衰です。ですから、なかなか病気によって死への向き合い方というのは違うと思います。

病気を治して不老長寿が医療の目的だとするならば、今までの医療というのはつまり全て敗北ということになってしまいます。そうではないですよ。人間って必ず亡くなっていくわけですから、私も含めて。死というのは医療の敗北ではないんですよ。がん末期で入院中の方がいました。「いつになったら家に帰れるの、いつになったら旅行に行ける?」「お母さんもうちょっと良くなったらね」と。これはうそです、末期がんなんですから。私は必ずこう言います。ちょっと古くなっちゃいましたけれども、「今でしょ」。

ですから帰るときを逃しちゃったら家に帰れなくなります。帰りたいと思った時がお家に帰るときですね。在宅医療は地域がチームとなって支えることができるんです。別に、医者だけでできることは限りがございます。ですから、多職種連携が必要になってまいります。病院の主治医の先生だってももちろん大事、こうやって連携をすることが大事です。そして、在宅の要となってくれるのが訪問看護ステーションだと思います。そしていろいろな業者さんがいます。さらにはプロフェッショナルだけではなくて、民生委員さんですとか、ご近所の皆さんまで巻き込んで在宅医療というのは成り立っております。つまり連携というのは「自分の無力さの自覚」から始まると思います。

埼玉県主導で始まりましたSNS、ソーシャルネットワーキングサービスを用いた多職種連携でございます。メディカルケアステーションとありますが、病院の先生も参加、在宅医が参加、そして訪問看護ステーションも参加してリアルタイムに多職種の情報共有化ができるわけですね。つまりは病院の主治医の先生がお看取りまで寄り添ってくれるわけです。つながっているわけですが、患者さんも多職種の安心でこういう取り組みが埼玉県では全圏域で始まっております。

在宅を支える「在宅療養支援診療所」というのがありますが、そこが全国と比較して埼玉県は非常に少ないと言われております。西高東低と言われております。

自然で穏やかな「死」を迎える心得のその2としまして、「かかりつけの先生を持ちましょう」と。外来の延長線上に看取りがあればいいんじゃない

ですかね。ですから、ずっと診ててくれた先生がいました、そして大学で調べたけれども、ちょっと手の施しようがない、だとしたらお家に帰って今まで診ていてくれた先生に看取っていただくという選択肢だってアリだと思うんですね。

あとは特に老衰の方々は、かかりつけの先生に見ていただくのが一番幸せな旅立ち方ではないかなと思います。そういう先生が1件でも2件でもお看取りしていただけるとその地域力というのは格段にアップするのではないかと思います。ただ、「痛い、苦しい」が激しいインテンシブな在宅緩和ケアが必要な患者さんに関しては、私どものような者に適切に振っていただくということも必要ではないかと思っています。

救急車はちなみに呼んでしまいますと、救急車が現場に到着するまで8.6分、それから引き継ぐまで約40分です。つまり呼んでからドクターに会えるまで40分かかっています、平均で。場合によっては1時間たってもお医者さんに会えない場合だってあるわけです。ですから、また救命救急センターに運ばれちゃいますと何が何でもできる限りの医療を施されてしまいますので、その初療室というところがありますが、そこを通るだけで人工呼吸の気管の管を入れられたり、あばら骨が折れるくらい心臓マッサージされてスパゲティーみたいな管つけられてそこでお看取りなんていう場合だってあるわけですね。その場だけで費やされる医療費は、軽く10万円以上です。ですから、例えば98歳のおばあちゃんがそういうところに運ばれてこういう運命になるということを考えると、果たしてそういう医療って必要かなということを考えるきっかけになればと思います。

ただ何が何でも在宅というわけではございません。地域の多職種が連携することで在宅生活を支えられるんですね。人生の最期を過ごす場の選択肢の一つとしてありではございませんかというご提案です。

それには顔の見える連携が必要です。近隣の訪問看護師さんとかケアマネさんです。地域の多職種と密接に連携することで、私入間市に住んでおりますが、それこそ、ときがわ町から入間市、東坂戸から越生の黒山三滝のほうまで行っておりますが、それぞれの地域に訪問看護ステーションと絡んでおりますので、そういう方々と連携することで在宅が支えられております。

それには飲みニケーションが大事なんですね。地域の訪問看護ステーションとかと飲み会をしたり、あと（飲み会の写真を示し）着ぐるみ着ているのは私ですね（BGMは日本全国酒飲み音頭）。時々眠たくなると思っていますので、音が出てきます。

やはり多職種連携というのは学生さんのうちから当たり前、教育って大事だと思うんですね。埼玉県立大学、それから埼玉医大、城西大学、それから日本工大が組んでI P W実習というのをSaipeというのをやっておりますが、その施設側のファシリテーターとしても参加させていただきました。なんか医者になってしまうと、プロフェッショナルになってしましますとなんか妙なヒエラルキーができ上がっちゃうんですが、この学生のうちだと無垢ですので、結構いろいろな意見がざっくばらんに出てくるんですね。そういう意味ではすごくいい取り組みだと思います。

私がこういう活動をしておりますのは、要はこれ学生さんたち種まきを

しているわけですね。鮭の稚魚を放しているようなもので、20年後に戻って来て私を看取ってくれる人が1人でもできればいいかなと思ってそういう活動も大学でしております。

さて、「在宅医療は医の原点」ということで、在宅医の現場についてちょっとお見せしたいと思います。

(以下、笑顔でお看取りをした現場などの写真がスライドショーされる)

ご縁をいただきました大石さんですね。ここにモルヒネのポンプがありますが、モルヒネの量としてはちょっとピンとこないかもしれませんが、1時間に200ミリグラムというモルヒネを使って痛みを取っている状態です。それでもこの笑顔でいられるんですね、適切に麻薬を使えば。そして宝物(1歳のお孫さん)と一緒に過ごすことができるわけです。病院では面会には行けませんよね。あんな踊りまで踊りましたよね(先の大石様の発表のビデオ)。

そしてこの方は神経難病でした。気管切開、そして胃ろうが入って膀胱ろうが入って、それを在宅で交換していました。胃ろうを僕は否定するわけではございません。どんな状態でもお父さんに会ったことは宝くじに当たったぐらい幸せだから生きていてほしいのと、ですからお父さんも一生懸命生きてくれました。そして、最期までお家で過ごすことができたわけです。四十九日過ぎたあたりでグリーンケアでお線香あげに行かせていただいて、本当に良かったとおっしゃってくださいました。

今旅立ったばかりですが、それこそ世界に一つの特別病室です。最愛のご家族に看取られる幸せがここにはあります。

別に高齢の方ばかりではありません。末期がんの方、彼は36歳の男性です。大腸がんの末期でした。この子が生まれた年にがんとわかって、一生懸命闘いました。ですが、いよいよ末期になってお嫁さんとお母さんに迷惑かけるから俺入院すると入院したんですね。でもやはりおれの居場所じゃないと戻ってきてくれました。奥さんもお家で看取りたかった、そしてこの子の3歳の誕生日のときに旅立っていかれました。ここには年齢ではない幸せな旅立ちがあります。そして命の証しがあります。この現場で僕は何もできないんですね。。。でも医者になってよかったなと思える現場であります。

1年たってちょっとお線香あげに行ってみたんですね。そしたら（お子さんは）こんなに大きくなっていました。そして、彼はまだここにいました。

亡くなったばかりの方々なんです。こんな写真撮るなんて不謹慎だと思われる方もいらっしゃるかと思うんですが、この写真ぜひ使ってくださいというふうにおっしゃってくださいます。この方は祈るものがありました。ですから、死を受け入れておられていました。ご家族も受け入れておられた、ですからこういう笑顔があるんです。在宅看取りには笑顔があります。

そして、私が大学という組織にちょっともぐり込んだというのは、つまりは「大学の先生と切れてないですよ」ということを、伝えられたらいいなと思うんです。大学の病院の先生と顔の見える関係を同じ目線で連携して在宅に移行することができれば、安心してお家で旅立つことができるわけです。つまりはその人らしく生ききるための在宅医療だと思います。

死って医療の敗北ではございません。この患者さんは今旅立ったばかりというか、夜中に旅立ったんですね。でも朝までこの息子さんは私を大事に

してくれて待っていてくれたんです。私を大事にしてくれるが余り先に葬儀屋さんに電話してくれちゃいまして、「順番が逆だから医者をお呼びください」というぐらい私を大事にしてくれました。つまりは救急車を呼ばない、救急車呼ばせない古きよき医者、患者関係がここにいます。

そして、この方は、誤嚥性肺炎を1回起こして認知症がひどかったんですが、胃ろうをつけて帰って来ました。でも食べられたんですね。だから胃ろうからどんどん食べたものが漏れてくるんです。デイサービスの職員さんがもうお手当てに困り果てちゃった。それでこの方はそれを察してか察してないんだかよくわかりませんが、胃ろうを自己抜去しました。抜いちゃいました。娘さんと相談しました。最初入れたときは「これ入れなきゃ死んじゃうよ」と言われたから入れたけれども、食べられないって死の自然なことなので、塞いでやってくださいと。僕、塞いであげました。そしたら2カ月ぐらい穏やかに食べてデイサービスに通って、老衰で旅立っていかれました。

そして大石さんです。いいお写真でしょう。皆さん笑顔なんです。さっきのお話にもあったようにやりきったんです。そして在宅医療は生活と人生に寄り添える幸せがあります。これは僕の言葉です。在宅看取りというのは幸せのお手伝いだなと思います。

そこで、長くなっちゃうとごめんなさい。くらしワンストップ MORO HAPPINESS 館というのができました。これ内閣府の地方創生交付金事業、毛呂山町とコラボレーションして10月2日に始まりました。

ここはワンストップで1階は健康増進事業、そして2階がクリニック、在

宅療養支援診療所です。3階には居宅介護支援事業所だとか訪問看護ステーションだとか認知症疾患医療センターの相談窓口だとかそういったものがワンストップで、とにかくここに行けば急性期医療にもつながるし、在宅医療にもつながってまいります。

ということで、あとはクローズアップ現代に出たり、テレ玉に出てみたり、メディアを使って伝えていくことが必要だと思います。そして、最初田中座長がおっしゃったように、病院だけで完結できる医療というのはもう限られてございます。そして人生の最終段階もその人らしく住みなれた地域で生ききるためにでき得る医療とすべき医療を選択できる環境が望まれると思います。そして、患者さんの生活や人生に想いを馳せる、多職種で顔の見える関係を構築することが大切です。そして、地域に根ざした在宅医の確保が急務だと思うんですが、それにはやはり質を担保するのが医師会ではないかなというふうに思います。

やりがいがあるから在宅医やっています。「24時間大変ね」と言われていますけれども、「先生背高いから柿もいでよ」と（患者さん宅の庭の木に登り）柿もいでたりすることもあります。私の診療理念は「1%の科学と99%の思いやり」です。

医学には限界がございます。だとしたらどうやったら患者さんの生活や人生に寄り添えるかということに想いを馳せる、寄り添う医療もあっていいのではないかなと思います。ご参考になればと思います。

生意気申し上げました。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

○座長（田中） 齋木先生、ありがとうございました。

死は医の敗北ではなく、死は旅立ちである、大変いい言葉ですね。

脚本、演出、主演、全部齋木先生、さらに音楽監督まで担当されたすばらしい好演でした。ありがとうございます。

最後は、内閣府の内閣官房の地方創生総括官、唐澤様でいらっしやいます。

唐澤様は厚生労働省で保険局長をなされました。私とは若いころから一緒に医療や介護の保険制度なり提供体制を議論してまいりました。

いつも地域包括ケア植木鉢図のスライドを使っていたいただきありがとうございます。

では唐澤様、よろしく願いいたします。

○唐澤 皆さん、こんにちは。

こちらに私のプロフィールが書いてありますが、長野県南安曇郡堀金村の生まれです。ご存じの方(会場の反応を伺う)、ありがとうございます。ゼロでした。そういうところの生まれなんですけれども、今、田中座長からご紹介いただきましたように、昨年6月まで厚生労働省に長くおりました、保険局長しておりました。今は地方創生という地域づくりの仕事をしています。

きょうは地域包括ケアシステムとそれから私の今担当しております地方創生についてお話しさせていただきます。

タイトルは私はいつも申し上げているんですが、ここにありますように、「超少子高齢社会を乗り切る方法は地域包括ケアシステム以外にない」と、これはもう必然なんですよ。ほかにはないんですね。先ほど齋木先生のお話があって、こういう高齢化するとこういう状況になってしまうわけです。この

赤い地域が2040年に75歳以上の人口が2倍になる地域、急増するということです。2040年なんてもうすぐですよ。20年ちょっとでしょう。でも皆さんここは今どういう地域か知っていますか。ここは今は待機児童が大変だと言っている地域なんです。待機児童が大変で保育園に入れないとやっているところが20年するともう超高齢化問題になるんです。すぐそこですね。これは必然的なことなんです。

私は人口構成定常社会と勝手に呼んでいるんですけども、例えば私の生まれた長野県は高齢化が進んでいる。そして都会は若者が多いので高齢化が進んでいないということになっていきますけれども、こうなったのは戦後なんです。日本の国は、戦前まで新潟県でも長野県でも鳥取県でも熊本県でもみんな人口構成は同じだったんですね。なぜかといったら、人口の移動が起こったというのは、戦後の高度成長からなんです。それまでは都会に行っていない、なぜか。都会に行っても仕事がないから、食えないから、戦前は。だからみんな家で農業をやっていたんです。私の田舎もみんなそうです。でも、高度成長でたくさんの人々の移動が起こって、そして今は、こういう大都市では高齢化が進んでいなくて若い人が多いんだけど、田舎では高齢化が進んでいる。2040年は東京とその周辺だけが高齢化するみたいな図になっていますが、そうではなくて、日本中みんな高齢化するんです。

100年を経て、日本の国はまた同じ人口構成の国になるんです。私たちはその過渡期にいるわけですから、新しい人口構成の社会を、世の中をどういうものにするかという責任が我々にあるということです。これは私たちの大きなチャレンジです。

次に私が申し上げているこの2つ、これからの医療、あるいは介護もそうなんですが、大きな目標が2つあると。1つはここにある国民皆保険の堅持ということです。先ほど本田さんからアメリカで指挟んじやったら150万円かかりました。盲腸だって同じぐらいかかりますからね。日本の場合よりは、とても高額です。

それから、先ほどご夫婦でアメリカでは240万円くらいの民間の保険料を払っているという話がありましたけれども、普通の世帯でも一番安いものでも100万円です。年間100万円なんて保険料どうやって払っているかと皆さん思うでしょう。これは会社が大体75%、だから100万円でも75万円くらいは会社が払ってくれる。25万円を本人が払っているから、月にすれば2万円ですよ。だから払える。けれども、全ての会社に保険があるわけではありませんから、医療保険を提供してくれる会社としてくれない会社があるんです。だから皆保険ではない。日本は、みんな提供しなければいけないからどこかの保険に入れるんですね。

ということで、この皆保険というものは空気みたいな感じになっていて、当たり前なものになっている。お医者さんに行ってもお財布の中をすごく心配しなくてもお医者さんに行けるわけですけれども、そういうことは簡単に成り立っているわけではない、ごく普通のような感じがしますけれども、そういうことをぜひご理解いただきたいと思います。だからみんなで守っていくということが大切です。

私は憲法に医療を受ける権利というのを書いてもらいたいと思っているんです。何でそういうことを言うか、憲法というのは生存権、皆さん憲法25

条に生存権というのがある。生存権は大事ですよ。でも、すごく難しい言葉で書いてありますよね。国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有すると書いてあって、書いてあるけれども、もっと本当は憲法というのは平易な言葉で書くとわかりやすいと思っています。私は何て書いてほしいかというと、「国民は皆医療を受ける権利がある」というふうに書いてほしいんです。そして同時に、「みんなが医療を受けられる仕組みを守る義務がある」と書いてもらいたい。これは小学生でも読んだらわかると思うんです。だから小学生も読めるような表現で書くべきではないかと思っているんです。

それから、もう一つは、ここにあります地域包括ケアシステムの構築です。私は地域包括ケアというのは一言でいうと何かという、これだと思っております。「地域における総合的なチーム医療介護」、だから地域における総合的なチーム医療とか総合的なチーム介護ができればいいと。先ほどの齋木先生のお話のとおりだと思います。これができれば、地域包括ケアはできたも同然なんです。でも、簡単にはできないんです、これは。なかなかこれができないんです。結構難しいんです。

そこでどう難しいかというお話をさせていただきます。このスライドは地域包括ケアシステムの図で、いろいろなことが書いてあるんですが、皆さん後で読んでください。

一番上のほうに法律の定義がありまして、そこに「地域の実情に応じて高齢者が可能な限り住みなれた地域でその有する能力に応じ充実した生活を送ることができるよう医療介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の

支援が包括的に確保される体制」となっているけれども、何のことだかよくわからないですよ。ということで、これをもうちょっとわかりやすくする必要があるので、私はこういう図を作っております。

皆さん、これスライド気をつけていただきます。この下のほうに小さく K A R A S A W A というローマ字が入っているんですが、私が作ったスライドだという意味です。政府の見解ではありません。一生懸命勉強しても試験に出たりしません(笑)。

地域包括ケアには縦軸と横軸がある、というふうに私は言っているんです。縦軸というのは何かというと、ご自宅を中心として。縦軸というのは医療介護連携。医療介護連携というのは、簡単だと皆さん思うかもしれないんですが、簡単ではないんです。私、齋木先生の先ほどのお話し聞いてすごく良かったと思うのは、齋木先生は大学病院のチームに参加している、そのチームの構成員になっているわけでしょう。だから大学病院とは切れてないんですよというお話があったんですが、これは皆さんすごく大事なことです。それはどういうことかということ、大学病院に高度な医療のために紹介をするということではないんです。そういうことではない。特に今日の時代では、急性期病院のスタッフの皆さんというのは、患者さんがその後どうなっていくかということ余り知らないんです。予後がわからない。要するに、患者さんが例えば脳梗塞で救急車で運ばれて入院するとするでしょう。でも、皆さん今の病院というのは入院しても2週間いないから。12日ぐらいしかいないんです。それでこの12日ぐらいだと、急性期病院では患者さんが12日くらいいたら退院する。そうすると、急性期病院のスタッフはどうい

うふうに思っているかという、患者さんは治ったと思っているわけですよ。治りました、そこは。でも、今の時代の患者さんというのは40歳とか50歳の方がメインではないから、85歳とか90歳の人でしょう。だからそこは良くなったけれども、ほかにも悪いところいっぱいあるんです。しかも、また悪くなるかもしれない、だから、その1回退院した患者さんが、その後どういふふうに暮らしているとか、あるいは、また悪くなって入院したときにはどんな感じになっているかということ急性期の皆さんにも知っていただく必要があるんです。特に看護師さん。

外科の先生は、忙しいから退院したらもうすぐ次の患者さんの処置しなければいけないから、しょうがないとは言わないけれども、やむを得ない面もありますけれども、特に急性期の看護師さん、ナースの皆さん、ほかのスタッフの皆さんに患者さんの予後を考えるということをしていただきたいんですね。

茨城県のある大きな急性期病院では、そのナースの皆さんを2週間ぐらい療養病院に派遣しているんです。研修のために、普通は反対でしょう。予後を学ばせるということで、この急性期の人たちにも後の回復期の医療とか、あるいは在宅医療を知っていただいて、そして救急車で運ばれてもその後がちゃんとチームになっているということが重要なんです。チームになっているというのは次にどういう治療をするかということがわかるということです。予想してわかる、安心して次のステージに行けるんです。そしてまた具合悪くなってまた救急車で病院に行くかもしれないけれども、それでも安心なんです。

そういうものを作ればいいんですが、それが地域における総合的なチーム医療介護という部分です。今言ったように、急性期は命を救って病気を治すということが目的ですが、その後の医療介護は生活を支えていくということ、治すこともあるけれども、生活をサポートするというモードに重点が移っていくわけですね。

治して生活を支える医療というのは、例えば目標がまた会社へ行ったりばり働くというそういう年代ではないんだから、目標がいつも行っている畑に行けるようになりたいとか、今年のお孫さんの誕生日に出られるようになりたいとかそういう目標になるんです。だからそういう目標をサポートしていくということが重要なんです。医療も生活の一部なんです。

だから、こういう医療介護連携を作っていくということが重要なことなんです。厚生労働省でも前回の診療報酬改定で少し変えましたけれども、今までは、例えば病院の医師とその開業のかかりつけの先生が直接面談をして患者さんの引き継ぎをしてくれたら高い点数をお支払いしますというようなことをやっていたんだけど、それはなかなか使えないわけです。医師は忙しいから。医者同士をたくさん面談させようという発想からして間違っている。これは診療報酬高い点数つけるから今からやってくださいという点数なんです。そうではいけないんです。このつながりとか連携とかチームは先にできてないとだめなんです。だから今さら電話をする必要もないという状態にしなければいけない。そういう診療報酬点数に変えておきます。

もう一つは、皆さんこの横軸は、生活支援とまちづくりと書いてあります

が、その下に地方創生と書いてあります。これは自助とか互助、それから健康づくり、きょうの東松山市長さんのお話にありました。そういうものからまちづくりまで入っているんですが、一番端的なものはちょっとここに赤い字を並べておりますが、見守り、買い物支援、通院の付き添い、ごみの分別、預金の引き下ろし、役場の手続、こういうものがないと暮らせないんです。先ほど齋木先生のお話で、ご近所の人や民生委員の人がみんな助けられていると言っているでしょう。これないと暮らせませんよ、絶対。例えば隣でおばあさんのご高齢の女性がひとり暮らししている。だけれども、なんかちょっと具合悪くなっているかもしれないし、わからないでしょう。それを見に行くのが見守りです。これを例えば市役所に入った若い職員の人が、例えばたまたまこの人が体格のいい人だったりして、おばあさんの家に行ってドアをどんどんたたいたら怖くて絶対出られません。これは顔を知っている人しかできない。だから地域で暮らす地域包括ケアというのは、地方創生と同じで、人のつながりがないとだめなんですよね。だからこういうものを作っていくという必要があります。

縦軸の医療介護連携と横軸の生活支援とまちづくり、地方創生ですけれども、それを両方進めていくということが必要です。

これは模式的、いろいろなことが書いてあるので、これはちょっと省略しますけれども、今まで医療の図というのは、この上に大体大学病院がありまして、それから病院があって開業の先生があって、介護みたいにこういう三角形の台形みたいな形でした。しかし、もともと人が住んでいるところが中心なんだから在宅が中心なんです。在宅からステージをぐるぐるぐるぐ

る回っていくんですね。そういうものにしていく必要があると思います。

それから、こちらですが、それでは、総合的なチーム医療介護をどう作るのかという問題なんですけれども、地域包括ケアのときに、これはやはり顔の見える関係というのが重要です。

先ほど齋木先生の皆さん動画を見たと思いますけれども、この図は私が東近江市の三方よし研究会をイメージして作ったんですけれども、定期的な楽しい研修会だとか、円形テーブルで講義形式でないようなテーブルでそれぞれみんな議論できるようにするとか、自由な意見を発表するとか、飲み会とかイベントなど。ここで皆さん一番大事なものは何かを教えます。秘訣、それは飲み会です。皆さん、飲み会大事なんです。冗談なのでそのままメモしないでくださいね。

一番重要なのはこれです。リーダーシップと懐の深いお医者さん、これ大事なんです。これはやはり在宅医療、あるいは地域包括ケアを進めていくという場合は、やはりドクターというのは特別な責任があるんじゃないかと私は思います。それはやはり地域のリーダーとしての責任を発揮してもらうのはドクターが多いと、ドクターしかできないとは言いませんけれども、これはドクターの責任であろうというふうに私は思いますし、その中心は地域の医師会の先生方だと思うんですけれども、その先生方にぜひこういうリーダーシップを発揮していただきたいと思っています。これはどういうことを言っているかといいますと、こういう研修会をしまして、例えばケアマネージャーの人がケアマネージャーの皆さんも医療が少し弱いから医療のことも少し勉強して、たまには主治医の先生に意見言えるようになるく

らいでないとだめだねとかという話になるんだけど、そんなことはなかなかできません。これはなかなか意見は言えませんよ。だから意見を言って、君何言っているんだね、何も知らないくせしてというふうに言われちゃうとこれで地域包括ケアが終わっちゃうんです。

それで私がお願いしたいのは、むしろ先生方のほうから君もちょっとせっかくだから意見言ってみろというふうに誘ってもらいたいわけなんです。これが懐の深いお医者さんです。

ちょっと後ろのほうで見ていて、あいつはしゃべってないからちょっとおまえどうだと、こういうことをやってもらってチームにする、そして飲み会すればこれは磐石なんです。これをぜひお願いしたいということをいつも申し上げております。

それでこれ時々唐澤さん、この懐の深いお医者さんというのはどのぐらいの懐の深さなんですかと。それはいい質問ですね。昔相撲取りで明武谷という人がいたんですが、懐が深かったですよね。そのぐらいの深さでお願いしますとっています。全然受けませんでしたけれども、お願いしたいと思っています。

それから、次に大人手不足時代を少しお話ししたいと思います。

皆さん、これ医療介護関係者の人はいまだに自覚ないんですが、この赤い数字のところ見てください。そして直近の2015年の平成27年の国勢調査、就業者数、働いている人の人数ですけれども、医療・福祉はこれは介護も保育も入っているんですけれども、702万人、これは日本で3番目、一番多いのは、製造業、赤い字で書いてあります。956万人、次が卸小売業で900万、だ

けれども、見てもらうとわかるけれども、2000年に比べると製造業は250万人も減っているんです。それから、卸小売業も200万人以上減っているんです。どこが増えているかというと、医療・福祉だけ。本当ですよ。だって一番上の総数の就業者数が6,300万人から5,890万人になっているんだから。皆さんこういうふうに医療・福祉は増えているし、これからも増えていかざるを得ないんです。少子高齢化していますから。しかし、この最初のところの総数が減っているようにこれから減っていつちゃう。最近特に大きく減っている理由は簡単です。団塊の世代の皆さんが退職したからです。これは日本にとって大変な問題、だからこれは大人手不足世代になっちゃっているわけですね。皆さん就業者数が減少しましたから、とにかくまず女性の人にたくさん働いてもらわなければいけない、女性ばかり働けということではなくて、女性が働きやすい環境を作っていくということですね。それから、ICTやロボットの活用も必須、これは絶対に必須。それから医療・介護の就業者数は増加を続けるわけですから、これは日本の最大の雇用分野になる可能性が高いんですよ。特に地方においてはサービス業の中核ですから、医療、介護、福祉というのは。だから、ここの生産性を上げて賃金を上げていく。生産性を上げるというのはサービスの質を改善すればいいので、人ばかりたくさん集めるということではないです。人ばかりたくさんつけるといったってつけられませんから、集まらない。それから、もう安い賃金で大量の職員を雇うみたいなことはできません。できませんから、バブル時代崩壊後のビジネスモデルは終わりです。

ということで、今言ったようにICTみたいなものをぜひ活用していく

必要があると思うんです。

皆さん、厚生労働省も、たくさん職員を配置したら高い診療報酬を払う、介護報酬払うみたいなことやってきたんですが、もうそんなことはなかなかできない。人がいないんです。皆さん今看護師さんは1年にどのぐらい養成しているか知っていますか。5万7,000人、高校生は高校3年生は110万人です。女子高校生55万人なんです。高校生の1割以上は看護課程に進学しているんです。だからこれからも看護師さんどんどん増やさなければいけないということになったら、同級会に行ったら奥さんほとんど看護師さんのような時代になっちゃう。でも、女子高校生は2040年になると40万人になっちゃうんです。2060年になったら30万人になっちゃうんです。だからやはり働きやすい職場にしていくこととか、それからICTの活用も必須です。

そこで、これからの重要な職種として皆さん見てください。この職種だけが重要だということを言っているわけではありませんが、医師とか歯科医師とか薬剤師とか看護師とかPTなどの人たち、これは当然大事なので書いてないんですけれども、今まで皆さんが知らなかった職種として、例えば医療クラーク（医師事務作業補助）の人。私がいつも言っているのは、医師事務作業補助者の人たちは病院の雑用係ではありませんと言っているんです。医師の事務を肩がわりしているだけではないんです。病院全体の業務の効率化に貢献している。そういう職種です。それから、地域も含めて医療関係者の情報連携、情報共有に貢献すること。この2つが医師事務作業補助者の使命だと思います。前回の診療報酬改定で、医師事務作業補助の加算を全病院に対象を広げましたけれども、やがて在宅医療とか診療所などにも広

がっていくのではないかと思います。

こういう新しい事務部門の位置づけということをしかりして、広い意味での病院事務部門の生産性を上げることがとても重要です。それから、医療ソーシャルワーカーについてもいつも言っているんですけども、医療ソーシャルワーカーは病院の退院屋さんではありません。医療ソーシャルワーカーの皆さんには退院した後の患者さんの生活についての想像力を持ってください、それから、退院した患者さんがどうなっているかをフォローしてくださいということをお願いしています。これは医療ソーシャルワーカーの仕事です。自分で見に行かなくてもいい、病院にいるとできないから。だけれども、地域のチームがあればその人たちから聞けるではないか。訪問看護師さんとか在宅医療をやっている先生とか、ケアマネージャーとか、そういうチームの人たちからフォローされるのも医療ソーシャルワーカーの大事な仕事ですよということです。

それから、管理栄養士と歯科衛生士の皆さん、これは栄養と口腔ケアです。皆さん食べることは簡単そうに思われますけれども、とても高度で複雑なメカニズムですよ。人間にとってとても大事なことです。

最後にちょっとだけ、地方創生って何しているかといいますと、ここにありますように地域経済の活性化、そして地域生活の確保、これは医療・介護、子育て支援、教育みんな入りますけれども、あと地域文化の振興というこの3つのものを進めて、人口減少を克服して安心して暮らせる地域を作っていくということをやっているわけです。

特に私が重要だと思っているのは、「ごちゃまぜ」です。20世紀というの

は同じようなものをたくさん作ってコストを下げてきたんですけれども、21世紀はそういう時代ではないんです。たくさん作ってコストを下げるみたいなそういう時代ではなくて、いろいろなものをごちゃまぜにしてそして付加価値を上げていくということだと思っんです。

英語でダイバーシティとありますけれども、ダイバーシティは多様性と訳されている、多様性なんて訳すとさっぱり何のことだかわからないんですが、私は「ごちゃまぜ」だと思っんです。全世代型というのも「ごちゃまぜ」だと思っんです。赤ちゃんも若い人も高齢者の人もみんな一緒に参加する、その典型的な事例で1つだけ紹介させていただきます。

これはシェア金沢というのが金沢市にありまして、これは社会福祉法人の佛子園というところがあって、雄谷さんという理事長がいるんです。これここに高齢者の人の住宅とか発達障害の子供さんの施設だとか、それから温泉、売店、キッチンスタジオ、それからアルパカまで飼っているんですけれども、こんな感じなんです。これ私が撮った写真ですけれども、これは結局いろいろな年代のいろいろな人たちがここに来ていて、そして雄谷さんのコンセプトは、これは「ごちゃまぜと開放」です。開放というのは開く放つという、開け放つという字ですけれども、これ別に塀もありませんので、誰が来てもいい場所なんです。ということで私はこれは地域密着型の生活テーマパーク、住人と地域の住民による地域密着型の生活テーマパークというんですが、こういうまちづくりをしていくということがこれからとても重要な時代になると思っんです。

そして、この社会制度のイノベーションということで、これでまとめます

けれども、一つ最初に申しましたように、年齢で区切らない全世代を対象にした「ごちゃまぜ」の政策ということを考えていく、これは健康づくりでもそうです。健康づくりも健診を受けることだけが健康づくりではありませんから、東松山市長、森田市長さんのお話にありましたけれども、健康というものを多面的な視点から見ていくことが大事です。きょうのお話というのは、結局例えば歩くことの重要性、これはまちづくりの視点からにぎわい、そういう視点から健康を考えていこうと。

それからこれ埼玉県のコバトンのマイレージだとか、それから横浜市さんもやっています。横浜市さんはもう30万人の参加者がいるんですよ、300万人のまちで。そしてポイントをためて商店街で使えたり、何かに換えたりすることができるんですけども、こういう多面的な健康というものの価値を考えていく必要があると思うんですね。

それで健康というのは、もう人生では最大の価値です。健康に勝るものは多分愛くらいしかないと思いますけれども、これは手に入らないことも多いんですよ。だから皆さん健康を目指してください。

ということで、この健康を進める、それから高齢者医療と介護保険制度、これはそれぞれの制度なんですけど、実際上は本格的に使っている人、85歳以上のような方なんですけれども、これはできるだけ一つの制度のように使えるようにすべきです。一つにするということは簡単ではないですけども、一つの制度のように現場では使えるようにしていくべきではないかと私は思っております。

それから、3つ目です。かかりつけの先生、かかりつけの先生も本当にさ

つき言ったような予防や健康づくりから、あるいは看取りのところまでを相談したりサポートしていただけるような先生を目指していくような取り組みとか仕組みが必要ではないかと思っております。21世紀は20世紀と違いますから。そして、多職種を活用したり、ICTを活用したりということですね。そして地域包括ケアと地方創生を一体的に進めていくということに取り組んでいきたいと思えます。

皆さんどうもありがとうございました。（拍手）

○座長（田中） 唐澤総括官、ありがとうございました。

最後の図は地域包括ケアシステム曼陀羅と呼びます。一番新しい図柄使っています。

当初私に与えられたプログラム進行では、5人の話は2時に終わる予定だったのですが、すでに3時過ぎていますね。でも一人ひとりの話に感動していましたので、長いなどは感じませんでした。まさにこれがシンポジウムの醍醐味であります。

20分ぐらいですが、壇の上で皆さんそろって少しだけ話をしましょう。その準備をしている間に私から少しコメント、感想を皆様と共有いたします。

齋木先生も本田様も在宅医療至上主義者ではない。末期は何もしない主義者とも違いました。急性期病院医療が最高だと唱える人もいるし、最期まで侵襲性の高い医療をすることが大切と信ずる人がいるのと同じように、末期医療は何もしないことがいいとか、あるいは在宅医療が最高だと決めつける人がいます。どっちもだめです。齋木先生は在宅医療も一つの選択肢と言われました。選択肢を提示することが大切で、その中から私たちが家族

と相談して選ぶ。末期医療についても何もしない方がいいと他の人が決めつけるのではなく、選ぶのは最後は私たちです。きょうは非常に落ち着いた客観的な話を伺いました。そのベースを作っていたのは、もちろん大石様の話でした。

何があっても3時35分には終わって、埼玉宣言で知事に登場いただきますので、本当はここで活発な討論をとりたいところですが、そうもいかないので、私が問いかける問いに答えてください。

1人に一つずつ難しい質問用意してきましたが、とてもそんな時間はありませんので、まず一回り目、主催していただいた埼玉県医師会を初め医師会に対する期待を短く述べてください。その次に夢を語りましょう。大石様の小さいお孫さんがあちらにおられました。埼玉県民として孫の世代のためにどういう夢を語れるか。たしかに仕組みを作るプロセスは難しい。でも夢がないといけません。

まず金井会長に対する期待を言ってください。森田市長からお願いします。

○森田 私どもは比企郡なんですね。地域包括ケアシステムの在宅医療連携拠点をいち早く開設していただきまして、東松山市にあるんですけども、1市7町1村をカバーする比企医師会が担っていただいています。

今回も多職種連携で在宅医療と介護の連携協議会を作りました。これも医師会から先生方に来ていただきまして、リーダーシップをとっていただいております。ぜひ医師主導で地域の地域包括ケアシステムを構築していただきたいと切に思っております。

行政の役割というのはおのずと限定的なところがありまして、やはり環境やプラットフォームは作れても、なかなかその中身まで突っ込んだ話は我々できないんですね。ですから、そういう意味でも多職種の皆さんが連携をしてやっていく中での医師のリーダーシップを大いに期待をしておりますし、比企医師会には大変期待をしておりますので、先生、ぜひご指導よろしく申し上げます。

○座長（田中） ありがとうございます。

県医師会だけでなくて地区医師会の働きですね。これとても重要です。逆に医師会の力を上手に利用する。両方ですね。

市長、ありがとうございました。

大石様、いかがですか。医師会に対する期待はありますか。

○大石 難しい質問ですね。

答えられるかわかりませんが、健康維持に関する行政での取り組みというのは身近に聞いたり体験もしているんですが、肝心の病気になったときにどう対応すればいいかということ余り自分たちは感じてなかったんですが、病気になってから自分にフィットした情報を集めるというのは大変困難だと思うんですね。例えばがんの専門医はがんに派生する症状にはほとんど対応していただけないで、派生したものは自分で対応していかざるを得ないと、その派生した症状でかなり苦労しているのが実態じゃないかと思うんですね。だからこの辺をがん派生する症状については、がんの専門病院を受診しながら地域の病院と情報を共有して診断できる方法があればいいなと思いました。

終末期になって齋木先生を紹介していただいたんですが、もしその大宮の病院と並行して対応がとれていれば総合的で本人に寄り添った診察をいただき、もっと苦痛が和らいでいたのではないかなと思います。

もう一つは、先ほどもちょっと出ました近隣の好意の民生委員の方に私は随分情報をいただきまして、早め早めの対応をとるようにと提案を受けていまして、それを実行し、事前準備が比較的スムーズにできたわけですが、こういう事例を近所のなるべく小さな行政の単位で発表、交換ができるようになっていけばいいなと思いました。

○座長（田中） コーディネーターとしての医師会の力が必要ですね。ありがとうございました。

本田様、いかがですか。

○本田 地域医師会に望むことですよね。きょうは終末期医療の話題が多かったと思いますが、「地域包括ケア」というのは、初めのうちは介護の話でよく出ていたように、まさに「まちづくり」そのものだと思うんです。これからのまちづくり、地域づくりというのは、医療、福祉が中心になっていくというか、大きな核になっていくんだと思うんです。そういう中で、地域の医師会というのは、そこに責任を持つというか、そういうことを担っていく役割がある。例えば、齋木先生のような終末期までしっかり診るお医者さんですね。高齢になり様々な疾患を持つ人の地域での暮らしを支えてくださる。そういうことを担うお医者さんを養成していくことも必要ですし、そういうお医者さんを支えていくことも大切だと思うんです。24時間ずっと1人のお医者さんに診てもらうことは難しいですしね、人間ですから。そこ

を支え合う仕組みとか、そういう仕組みを地域に応じて作っていく、そういうことを地域医師会にはお願いしたいですね。先ほども唐澤さんのお話で出てきましたけれども、三方よし研究会という、滋賀県東近江市にあるんですけれども、そこではまさに地域医療を担うお医者さんたちと、地域の医療、介護、福祉に携わる方々がみんな「顔の見える関係」になって、まさにまちづくりをされている。みんなが知り合いになると、いろいろなことが頼みやすくなるわけではないですか。そういう顔見知りになる場をリーダーシップを発揮して、介護や福祉の関係者もどんどん発言できるような関係性をつくっていただきたいと思います。三方よしに負けない、逆に埼玉方式というのを期待したいと思っています。

○座長（田中） 大変結構ですね。医師のみならず多職種が一緒につながる場のベースになる力を医師会が発揮していただきたいと思いますとのまとめでした。

齋木先生、お願いします。

○齋木 私も郡市医師会に所属させていただいておりますので、まず医師会に積極的に参加をさせていただくことで顔の見える、やはり近隣の先生たちと顔が見える関係が築ければ「ちょっとひとつよろしく頼むよ」というようなことで、患者さんの受け渡しとかもできますでしょうし、それからどういう診療を行っているかということもわかると思うんですね。それから、なかなか病院の先生方に医師会に参加していただけてないのではないかなというところはちょっとうまく連携ができないところかもしれませんので、そういう病院の先生方も参加しやすいような医師会の形を考えていただけたらなと思っています。

それからあと、必要なのは選択肢だと思うんですね。いろいろな診療科ありますけれども、看板だけをデータベース化して集めてもやはり社会資源を「見える化」したことにはならないと思うんです。大事なのは地域の市民の皆さんの口コミだと思います。民生委員さんの会でお話をさせていただいたことがあるんですが、「在宅医療はいいいいと言われたからやってみたけれども、とんでもなかった」と言われちゃったんですね。僕ではなかったんですけども、そういういろいろな人たちがいるので、そういう人たちも別に否定するわけではなくて、もっとみんなで協働してやっていきたいと思いますというふうに仲間に入れていって地域づくりをしていったら医師会の質の担保という意味で、在宅医療も含めた医療の質の担保という意味で、医師会がもっとリーダーシップがとれるのではないかなというふうに期待をしております。

以上です。

○座長（田中） ありがとうございます。貴重な点でした。

唐澤総括官は、日本医師会とは対決したり協力したりしてきたと思うのですけれども。

○唐澤 対決はしたことはありません(笑)。

○座長（田中） 地区医師会への期待をお願いします。

○唐澤 お願いしたいのは、講演の先ほどスライドの中でも言いましたけれども、やはりドクターがリーダーになるケースが多いので、それを面倒がらずにお願いしたいということなんです。もちろん、医師会の役員の先生たちはそうやっていただくんですけども、なかなかその在宅医療に取り組ん

でいただける先生増やしていくのが大変なので、ぜひこの地域包括ケア、在宅医療に関心のある先生を増やすと、そしてリーダーとしての力を発揮していただきたいということが一つです。

それから、逆にほかの職種の皆さんとか地域の人たちをお願いしたいのは、お医者さんをどういうふうに巻き込むかということもちょっと工夫していただきたいんです。お医者さんはやはりインテリなので、そんなにいきなりくだけて入ってくる人はなかなかいないので、例えば地域の皆さんとか地域の介護の関係者の皆さんで講演会をやって、ドクターの先生に講師をしてもらって、講師をした後が大事で、仲間になっていただく方法で重要なことが2つあります。一つは、みんなですごく上手に褒めちゃう。2つ目はそのまま飲み会にみんなで行くんです。これやれば大体うまくいくので、お医者さんに対して文句ばかり言わないで。これぜひお願いしたいと思うんですね。

それから、もう一つお願いしたいことは、これ日本医師会もかかりつけ医の提言をされているんですけども、さっきも申し上げましたが、これからのかかりつけ医は予防、治療とか看取りまでと言っているんです。日本の健康保険制度は、予防は入らなくて治療からにしかなくてないんですよ。もうこれだけご高齢の方の健康という大きな課題があって、病気と健康がはっきり分かれているわけではありません。連続的なものですから、やはり健康保険とか医療制度の中にちゃんともう予防と治療というものがつながった形で何か制度を考えていくべきではないかというふうに私は思っています。そういうような点については、ぜひ地域の医師会の先生方や日本医師会

からご提言をいただければというふうに思います。

○座長（田中） ありがとうございます。

もう一回りは夢を語ります。2025年に対してでもいいし、若い方もいっぱいおられるので、2050年に対してでも結構です。

医師会の力、特に地区医師会の力は地域に行くとき強い。県レベルには県看護協会も県薬剤師協会も県ケアマネ協会もありますが、人口5万の自治体だとそれらの協会は通常存在しません。しかし医師会は必ずあります。しばしば医師会館を持っていたりします。そこをベースに医師会の力で講師を呼んで勉強会をして、多職種連携体制を築く努力をしていかないといけません。医師会が持っているそういう力を使って地域の仕組みを作るために多職種、さらには住民を巻き込んだ勉強会や研修が広がることを期待しております。

では夢をお願いします。

市長、どうぞ。

○森田 行政の立場から一言お話をしますけれども、地域医療に関しては、これはもう医療界の皆さんにお任せするしかないと思っているんですけども、ただ市民の皆さんの健康をある程度維持していくための仕組みを作ることはできると思うんですね。東松山市はウォーキングを通じてみんな元気になろうよ、という話をしているわけですね。ですから、これについてはやはり先生方もぜひそういうものに参加しようよと、市がやっているいろいろな事業や仕組みに参加しようよと期待しているんですが、特に若い女性は参加しないですね。60歳ぐらいになると健康志向ですから結構参加

してくれるんですけども、若い人はあまり参加しないですね。40歳ぐらいからもう予備軍ですから、生活習慣病を改善する意味でもどんどん若い人も例えば私のところでやっているウォーキングには参加する仕組みがありますから、参加してほしいなと思います。そうすることによって健康寿命が若いうちから心がければ延伸していくことは十分に可能だと思います。

あとはもう医療のお話は、財政論が中心の今の医療制度改革では、どんどん医療費を削減しようとしているようですね。私は様々な取り組みの結果が医療費を削減するのであって、やはり最初に医療費削減ありきではないと思います。私は地域で市民の皆さんの命を預かっていますからそういう思いが強いですね。診療報酬の改定も、介護と医療の同時改定をするらしいんですけども、これからどうなってしまうのかちょっと不安です。東松山市にも市立市民病院がありますので、これからも経営を何とかやっていかなければならないということもありますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○座長（田中） ありがとうございます。

大石様、お願いします。

○大石 余りいい考えでないんですが、現実には妻ががんになったときに困ったことは、ふだんの病気ですね、目が悪いとか耳が悪いとか鼻が悪いとかというのは、大体地域の情報で得られて、この病院がいいんじゃないかというようなことは大体わかるんですが、がんとか言われたときにどこを選べばいいんだというようなことが非常に困りまして、私の親戚ではもう港区

に来いよとか言うような人もいまして、いやそこまで行くのかとかいうことも考えましたし、先ほど言ったように横浜市の病院に行くかと言われたときに、何を基準にして選べばいいのかというのが突然のことでわかりにくいので、もうちょっと何かいい選択ができるような方法がないかなというのを考えていました。

○座長（田中）　そういうときに困らないようにするような考え、何もネットとは限りません。相談に行ける場所が近くにある体制が必要ですね。それを作れることを埼玉の夢にしましょう。ありがとうございます。

本田様、お願いします。

○本田　夢、ですか。私、20年近くずっと社会保障の担当をしていると、ずっと取材していると、せちがらい、つらい話ばかりで、お金がないだとか、少子高齢化が進むとこんなに大変だとか、そういう話ばかり携わってきて、息が詰まるようだったんですね。ここで夢と言われたときに、もともと大阪人ですので、楽しむこと、笑いが大事だと思うんです。歩くことだって、健康増進だって、楽しむことが大事だし。例えば終末期の自分の生き方を考える、もしくは病気になったときに最善の治療を受けたいのはもちろんなんですけれども、突き詰め過ぎるとしんどいことばかりになっていく。本当に闘わなければいけないところは闘わなければいけないですし、私も闘って治療をしてきたんですけれども、なんかそこに楽しめるものを持つとか、楽しみながらやるということをやらないと、やってられないとか。あれもしなければいけない、これもしなければいけない、最高の治療も探さなければいけないとなると、しなきゃいけない感だけで死んでいくの

って、なんか嫌だなと私は思うところがあるんです。ちょっとそこに息抜きができるようなこと、そういう気持ちを思い出せるような環境を作っていくことが、乗り切ることに繋がらないかなと思って、笑いをどこかに入れていくということを私は提案したいと思います。

すみません、全然夢ではないんですけども。

○座長（田中） いいのではないですか、まじめに考えすぎているとメンタルケアが必要になってしまいかねません。それよりも医学部の学生には全員落語を研修してもらおうとか……。

○本田 大事なことだと思うんです。すみません。

○座長（田中） 埼玉県で笑いを、大変結構な点、ありがとうございます。

齋木先生、お願いします。

○齋木 「笑い」を取られてしまいまして……(笑)。私としましては、地域の多職種の皆さんとやはり顔の見える関係が築けていって、皆さんと手を取り合って仕事ができ、その後ちょっと打ち上げをしたいというのが私の夢です(笑)。

あとは今のは冗談ですけども、ちょうどこの講演会の最中に実はお看取りを、在宅でかかっている患者さんが亡くなったという連絡を受けました。これから私はお看取りに行くわけです。そういうふうに待っていてくださる患者さんもいらっしゃるし、それにはちゃんとした説明があるわけです。そして、それを支えてくれる多職種のサービスがあるわけです。そういうサービスがあって在宅というのが成り立っているということを皆さんに知っていただきたいということ、あとはもちろんできる限り「治す医療」で

やはり闘っていただきたいんですけども、闘わない選択だって否定されるものではないということも知っていただきたいなと思います。みんなで打ち上げがしたいです(笑)。ありがとうございます。

○座長(田中) きょうは3時半に終わるので、打ち上げには早過ぎるので、また別な機会に。

唐澤総括官、お願いします。

○唐澤 私は最初に申し上げましたけれども、日本の国が高度成長から100年たって、日本中みんなまた同じ人口構成の社会になるんですよ。これは結構すごいことだと私は思っています、これに合った経済も生活も文化も新しいスタイルを作りたい。埼玉県でも、健康づくりと健康ポイント活用ということでコバトンマイレージやられていますし、横浜市でも先ほどお話ししましたけれども、30万人健康づくりと健康ポイントに参加している。大阪の高石市では、1つ目は市民の人の健康ポイントの活用による健康づくり。2つ目は地元の企業とか大阪の企業も参加した健康関連のビジネスの開発。3つ目は健康づくりによって、商店街や街のにぎわいを作っていく。そういうような新しい取り組みを高齢化問題の先進国として、世界に発信できるようなそういう社会を作りたいというふうに思っております。

○座長(田中) ありがとうございます。こういうふうにみんなが前向きに考えていくときっとできます。きょうは前向きのお話を聞けて大変に幸せです。もちろん在宅医療の最期の看取りというとても心打たれる大切な話もありましたけれども、同時に私たちは次の世代、そして次の次の世代に、この県、日本の社会を伝えていかななくてはなりません。そういうきっかけとな

る良いシンポジウムであったと思います。

こういう会を主催していただきました金井会長、ありがとうございました。

これにてシンポジウムを終了いたします。

どうもご清聴ありがとうございました。（拍手）

○司会（湯澤） 座長の田中先生、パネリストの皆様、どうもありがとうございました。

いま一度皆様に大きな拍手をお願いいたします。（拍手）

埼玉宣言

○司会（湯澤）　続きまして、最後になりますが、上田清司埼玉県知事による埼玉宣言の採択を行います。

埼玉宣言（案）につきましては、お手元の資料の9ページをごらんください。

それでは上田知事、よろしく願いいたします。（拍手）

○上田　改めて皆さん、こんにちは。

ご紹介いただきました埼玉県知事の上田清司でございます。

遅れたことが大変幸運でした。エクスだけ聞くことができました。唐澤総括官の最後のくだりを聞き、それぞれ田中座長の進行の大変上手なまとめ方の中で、エクスだけを聞くという幸運がありました。

とにかく今の時代は、健康のためだったら死んでもいいなんて言っている人も多い時代で、まさに健康が一番大事だと、それより大事なものは愛だと、しかし愛はなかなか手に入らないと、名文句だななんていうふうに感心しまして、これからこれは何かうまく使えそうかな、こんなことを思っております。

埼玉県も人口が5番目で、若い順番から6番目ではありますが、高齢化のスピードが一番だと、これ言っていると皆さん心配するんですが、では2025年になったら高齢化の比率は何番目だということになってくると、実は75歳以上の割合は日本で5番目に少ないと、65歳以上の割合は6番目に少ないということで、追いつくというのが実態的な感覚かなというふうに思っています。

いずれにしても、金井会長率いる医師会がまさしく地域包括ケアシステムの医療拠点のポイントをしっかりと抑えていただき、きょうのお話の中ではやはり多職種、なおかつ介護からまちづくりとこういう大きな枠組みの中で誰かがリーダーシップをとらなくてはいけないと、それにはやはり権威的な医師ではないかと、同じ医師でも医師会だけではなくて、現場を持つ病院の医師の方々もやはりもっと引っ張り込まなくてはいけないとか、大変示唆にとんだ話をいただきました。

こんなこと話しているとさらにまた遅れてしまうという問題が出てまいりますので、早速埼玉宣言（案）を読ませていただきます。

実は2つございます。

埼玉健康長寿社会創造宣言というものと埼玉県長寿社会健康福祉行動宣言と2つありますので、それぞれ読み上げてまいります。

まず埼玉健康長寿社会創造宣言。

長寿が普通になったことを踏まえ、今までの普通を見直し、これからの時代にふさわしい生活文化を具現化し、県民誰もが自らの健康維持増進に努め社会との係わりをもって生きがいのある生活ができる「しなやか健康長寿社会埼玉」を創り出す。

「しなやか健康長寿社会埼玉」を創り出すため、行政（埼玉県、県下の市町村）、医療機関、企業、各分野の団体・ボランティア、大学等の教育機関、コミュニティー、県民各人は、相協力して下記事項の実現に努める。

- 1、多様な分野で若い人の働く場を確保し、かつ、仕事と家庭が両立する働き方を実現する。

2、幼児教育から高等教育まで、①人間性の涵養、②日本文化の吸収、③国際人の養成の観点から充実し、望む人には誰もが教育を受けられるよう教育支援を充実する。

3、地域社会（コミュニティー）がより充実した互助の場となるよう、様々な関係者が自然体で助け合うようにする。

4、准高齢者（65歳～74歳）は、働くことも含め社会を支える一員として活躍する。

5、高齢者（75歳～89歳）は、コミュニティーの一員として、地域の中で生き甲斐をもって生活する。

6、超高齢者（90歳～）は、楽しみを持ちながら自らの生活を営む。

7、人生の最終章は、人としての尊厳をもって過ごせるようにする。

以上でございます。

そして、埼玉県長寿社会健康福祉行動宣言でございます。

「しなやか健康長寿社会埼玉」（埼玉健康長寿社会創造宣言：平成29年11月24日）を実現するため、埼玉県と埼玉県医師会は協力して、県民の健康福祉を支える下記事項を推進する。

1、埼玉県下のすべての医療機関は、機能分担と連携の下に、さらには関係機関等との協力の下に、出生の前から人生の最期に至るまで、全ての県民の地域医療を適正かつ効率的に確保する。

赤ちゃんからではなくてお腹の中からということでございます。

2、県民自らの健康な生活を送ることへの努力をサポートし、行政と医療機関等との協力の下に、明るく活力ある健康長寿社会を創り出す。

3、住み慣れた地域がすべての人の生活の拠り所であることを踏まえ、すべての世代に対する地域包括ケアを推進する。

4、人生の最終章をどう過ごすかは極めて難しい問題である。基本は本人の意志を尊重することであるが、その心も揺れ動くのが現実である。人間としての尊厳を望む人が多くなっていること、単なる延命治療は個人・家族・社会の全てにとって苦痛と負担が大きいこと等を踏まえつつ、先入観を持たず、最適な対応を心掛ける。

5、世界で高い評価を受けている国民皆保険制度については、少子化・高齢化の進展や高度医療の普及等による影響を踏まえつつ、行政サイドによる工夫や努力とともに、医療関係者は適正医療を、県民は適正受診を心掛けるなど、多くの人々の納得の下に、その維持存続に努める。

以上でございます。ありがとうございました。（拍手）

○司会（湯澤） 上田知事、ありがとうございました。

ただいまの埼玉宣言（案）にご賛同の皆様は拍手をいただきまして採決といたしたい存じます。

ご賛同の皆様は拍手をお願いいたします。

〔異議なし・拍手〕

○司会（湯澤） ありがとうございました。

満場のご賛同をいただきましたので、埼玉宣言として決定いたします。

恐れ入りますが、お手元の埼玉宣言（案）のこの（案）の字はお取りくださるようお願いいたします。

改めまして、上田知事、どうもありがとうございました。（拍手）

なお、本日のシンポジウムは、NHKのニュース、18時10分から、または20時45分から、テレビ埼玉、これは17時からのニュースで放送する予定でありますので、お家にお帰りになりましたらまたテレビで見ただけであればと思います。

閉 会

○司会（湯澤） それでは、以上をもちまして、医療シンポジウム「超高齢社会の医療を考える～人生の最終段階の医療を含めて～」を閉会いたします。

皆様、本日は長時間にわたり大変お疲れさまでした。お気をつけてお帰りくださいませ。どうもありがとうございました。（拍手）