

午後 7 時 0 0 分 開会

○議長 皆さんこんばんは。掛川市議会議長の竹嶋善彦でございます。

皆様には、日頃から、市議会に対しまして、御支援、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

また、本日は、お仕事でお疲れのところ、また、夜分にもかかわらず、大勢の皆様にお集まりいただきまして誠にありがとうございます。心から感謝申し上げます

このシンポジウムの主催者であります市議会を代表しましてご挨拶申し上げます。

さて、掛川市は、過去には市立総合病院の医師不足、医療環境の低下と老朽化した病院の建て替えという大きな問題に直面するなど、医療体制は危機的とも言える状況でありました。

この問題解決のために、市民、行政、議会が協働し、中東遠地域の基幹病院設立に向け、たゆまぬ努力を重ねた結果、平成 25 年 5 月に全国初の掛川市と袋井市の 2 つの自治体病院の統合を果たすことができ、中東遠総合医療センターの誕生となったわけであります。

その頃と比較しますと中東遠総合医療センターを核とした、医師会や「ふくしあ」による地域福祉、健康、医療の充実は、掛川市が他市に先んじて取り組んできた結果ではないかと思えます。

掛川市議会ではこれまでに、地域医療対策特別委員会、また、新病院支援特別委員会を設置し、市民が健康な生活と安心して医療サービスを受けることができる地域完結型医療体制を確立すべく、医療・福祉関係の皆様とともに取り組んできたわけでございます。

まずは、地域医療の核である中東遠医療センターの先生方が、地域を愛し、地域に根づき、そしてこの地域に住むと。市民は、地域医療を支える先生方を信頼し、感謝する気持ちを大切に、ともに暮らすことによって、地域医療を構築するための討論を重ねてまいりました。

今回、それから時を経て、医療関係者や地域医療を考える市民活動の団体の皆様や多くの市民の皆様のご協力を得て、議員発議で掛川市健康医療基本条例が制定されました。本条例の特色として、本来は大変触れることが難しい、人の終末期について議論を重ね、人生最期を自分らしく暮らすために、終末期についても各家庭で話し合っていたいただきたいというところまで踏み込んだものがこの条例であります。

そして行政においては、市民が生涯にわたって健康で生きがいを持って生活し続けることができるよう、かけがわ「生涯お達者市民」の推進プロジェクトを実施し、お達者度県下一を目指しております。

また、将来を担う子供たちが健康ですくすく育つための医療の充実や、一番の働き手であるお父さんやお母さんの健康管理にも重点を置き、健康診断や特定健診の受診率の向上も重要であると考えております。

さて、本日は、永年にわたり、掛川市の在宅医療を初めとした地域包括システムの構築など御尽力をいただいております、静岡県医師会会長であります篠原 彰先生に基調講演をいただくようになっております。

それを受けて、医療、福祉、行政などの立場の皆様から御意見をいただくパネルディスカッションを行います。これからの人口減少、また超高齢社会に対して、市民が住みなれた地域で安心して最期まで暮らしていけるような、そんなまちにするということで、市民は、医療・福祉関係の専門職は、行政はどうしたらよいのかを皆様とともに考えていきたいと考えております。

本日は、市内から、区長会の皆様を初め、医療・福祉関係の団体の多くの皆様にお集まりをいただき、中東遠地域からも、議会を初め関係する皆様にお越しをいただいております。

どうか有意義なシンポジウムになりますことを願って、私の開会の挨拶とさせていただきます。本日はよろしく願いいたします。（拍手）

○司会 竹嶋議長、ありがとうございました。

次に、シンポジウムの共催者であります掛川市長の松井三郎様より御挨拶をいただきたいと思います。

松井市長、よろしく願いをいたします。

○市長 改めまして、皆さん、こんばんは。

掛川市議会の主催によります掛川市健康医療基本条例制定記念シンポジウムの開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げます。

本日は、市民の皆様を初め、医療関係者の皆様、区長様、近隣自治体の議員の皆様など大変多くの方々にお越しをいただき、まことにありがとうございます。また、日ごろから市政運営に多大なる御理解と御協力をいただき、厚く御礼を申し上げます。

先ほど話がありましたけれども、本年4月施行の掛川市健康医療基本条例であります。健康長寿社会の形成と地域医療体制の確立を図ることを目的に、議員発議によって制定された条例であります。本条例の制定に多大なる御尽力をいただきました掛川市議会の皆様に、改めて感謝を申し上げます。

先日、藤枝市で、首長が集まる市長会がありました。そのときに県のいろいろな事業について御説明があるわけでありましたが、県会議員の先生が、議員発議による2つの条例の説明をして、意見を首長から聞きたいと、こういうことでありました。その一つが、みんなで取り組む健康長寿条例、それから静岡県子供いじめ防止条例ということでありました。意見を申し上げるということですが、掛川市は、この健康長寿条例は既に議員発議で制定をされております。あわせて、子供い

じめ防止条例も既に制定をされて、1年が経過をしております。従来、こういう条例規則というのは大体、国が法律をつくって、県が条例をつくって、それを受けて市が同じような条例をつくると、こういう流れで来たんですけれども、地方分権、地方創生、この時代は、一番課題を承知している基礎自治体が、まず一定のルール、そういうものをつくっていく、そういう時代が来たのかなと改めて感じた次第です。

少しいろんなことを申し上げました。

さて、掛川市はこれまで、「健康・医療日本一」や「健康・子育て日本一」を戦略目標に掲げ、全国初の自治体病院統合による中東遠総合医療センターの開院や、官民協働によって整備をした希望の丘、ふくしあの開設による地域包括ケア体制の確立など、幾つもの掛川モデルを創設し、市民が安全で安心できる健康・医療体制の充実に努めてまいりました。

今回の議員発議によります条例の制定は、これまでの取り組みをさらに充実、発展させるものであり、今年度は、本年3月の市議会からの提言により、公共施設への血圧計や握力系の設置、各種検診の受診勧奨の強化、在宅医療を担っていただく医師確保などに取り組んでいるところであります。

さらに、市民、企業の皆さんとの協働によって健康長寿の延伸を図る、これも先ほど議長からお話がありましたが、「生涯お達者市民」推進プロジェクトを進めるとともに、医師会を初めとする関係機関や中東遠総合医療センター等との連携による在宅医療・介護の支援体制の充実など、誰もが住みなれた地域で最期まで安心して暮らすことができる社会、これを目指す取り組みをより一層進めてまいりたいと考えております。

皆様には、それぞれのお立場で、より一層の御理解と御協力をお願い申し上げる次第であります。

本日のシンポジウムであります。条例制定の趣旨を広く御理解いただく機会として大変意義のあるものと思っております。御講演いただく静岡県医師会篠原会長におかれましては、全国モデルとなったふくしあの開設、それから、今や県内外から高い評価をいただいております中東遠総合医療センターの救命救急センター指定や地域医療支援病院の承認など、掛川市の地域医療体制の構築に多大なる御尽力を賜り、改めてこの場をおかりして深く感謝を申し上げます。

また、小笠医師会加藤会長、それからf. a. n. 地域医療を育む会の武田会長には、日ごろから掛川市の保健医療行政に多大なる御支援をいただいておりますことに心から感謝を申し上げます。

皆様、本日はどうぞよろしくお願いをいたします。

最後になりますが、本条例の制定により掛川市は、健康長寿社会の形成と地域医療体制の確立を図るための取り組みをさらに加速させてまいり所存でありますので、改めて市民の皆様のさらなる

御理解と御協力をお願い申し上げますとともに、本シンポジウムが有意義なものとなり、そして、掛川市民の健康長寿を祈念いたしまして、私の挨拶とさせていただきます。

本日はまことにありがとうございました。（拍手）

○司会 松井市長、ありがとうございました。

次に、小笠掛川保健・福祉・医療研究会会長及び小笠医師会会長であり、本日のパネリストでもあります加藤 進様より御挨拶をいただきたいと存じます。

加藤先生、よろしく申し上げます。

○加藤 皆さん、こんばんは。小笠医師会長の加藤です。

本日、この健康医療シンポジウムを開催する運びとなりましたけれども、この会の運営のためには、掛川市の皆様、それから市議会の高木先生には大変お世話になっております。この基本条例なんですけれども、何度も高木先生と市議会の議員の先生方とこれの内容については吟味した結果、本日の基本条例のこのシンポジウムという運びとなりました。

この後ろにあるのは、地域医療、それから在宅医療と、それから終末期医療の話でございますけれども、この内容に関しましては、私は後ほどシンポジストとして発言の機会をいただいておりますので、そこでお話を申し上げたいと思います。

本日はよろしくお願いたします。（拍手）

○司会 加藤先生、まことにありがとうございます。

それではここで、お忙しいところ御臨席を賜りました御来賓の皆様方の御紹介をさせていただきます。

お三人の方、議長、市長、加藤先生、すみません、袖のほうに移動を願います。

それでは、御紹介をさせていただきます。

衆議院議員、小山展弘様の代理、秘書であります安田幸祐様。（拍手）

静岡県議会議員、増田享大様。（拍手）

同じく静岡県議会議員、東堂陽一様。（拍手）

袋井市議会議長、永田勝美様。（拍手）

御前崎市議会議長、増田雅伸様。（拍手）

掛川市社会福祉協議会会長、小里 務様。（拍手）

掛川市民生委員及び児童委員協議会会長、袴田豊昭様。（拍手）

県医師会理事、菅沼明人様。（拍手）

小笠掛川歯科医師会会長、藤田雄二様。（拍手）

掛川理事区長会長、中村隆哉様。（拍手）

袋井医師会会長、伊藤政孝様。（拍手）

ありがとうございます。

それでは、司会者をバトンタッチいたします。窪野議員にかわります。よろしくお願いします。

○司会 それではここで、祝電を頂戴いたしておりますので、まことに恐縮ではございますが、お名前のみ御紹介させていただきます。

衆議院議員、宮澤博行様。（拍手）

参議院議員、榛葉賀津也様。（拍手）

以上でございます。ありがとうございました。

なお、祝電は会場出口に掲示いたしておりますので、ごらんください。

本日 9月 9日は救急の日でございます。昭和57年に制定されました。また、古来より重陽の節句として菊の花に長寿を祈る日でもあります。そのような中、御講演をいただきますのは、静岡県医師会会長、篠原 彰様でございます。

既に先ほど御紹介がございましたが、先生は永年にわたり、ふくしあなど掛川市の地域包括ケアシステムの構築に大変御尽力いただいております。先生御自身も、日ごろから在宅医療に取り組みおられます。

なお、先生のプロフィールにつきましては、次第に掲載してございますのでごらんいただきたいと思います。

本日のテーマでございますが、きょうのテーマは「今、なぜ健康基本条例か」であります。本日は、その中の一つであります「超高齢社会の現状と課題」をタイトルとして御講演いただきます。

それでは、篠原先生、よろしくお願いいたします。（拍手）

○篠原 御紹介いただき、ありがとうございました。静岡県医師会の会長を務めております篠原でございます。

本日は、掛川市が健康医療基本条例を定めるに当たってのシンポジウムにお招きいただきまして、まことにありがとうございます。

また、事前に市議会の事務局の方々がお見えになられましたけれども、市議会が主催するんだということを聞いて、私、驚きまして、やはり掛川っていいところなんだなとつくづく思いました。私も地元の焼津市で、昔、会長をやっているときに、議員の先生方にもいろいろお声がけして勉強会をやろうとしたことがあったんですけれども、なかなか思うようにいかなかったということがございます。そうした中で掛川市が、行政と市と議会と、それから地域の医師会が中心になって、市

民の皆様と一緒にこういった会を開かれている、とてもうらやましいなと思っています。

実は私も掛川市へお招きいただいたのは多分 3回目になると思いますけれども、一番初めは、先ほど加藤会長が今会長を務めておられます掛川市の保健・福祉・医療研究会ですか、その立ち上げられた村上先生に、一度掛川へ来てくれないかと言われて、講演させていただいたのが初めてだと思います。それから、その後、今お話がありましたふくしあ、まさに今後この国の中で全国の市町村がつくらなければいけない地域包括ケアシステムの先駆けと言うべきものを掛川市でやろうとされたことに対して、私も少なからずお力をかさせていただきました。まだまだ発展途上ということだと思いますけれども、これから日本の範になるようなシステムをつくっていただきたい、そのように考えております。

本日は時間も限られておりますので、今我が国はどういう状況になっているのか、あるいはこれからどうなっていくのか、その中で我々が何を考えなきゃいけないのかということについて、少しお話しさせていただきたいと思います。

きょうは、超高齢社会の現状と社会保障制度、あるいは医療・介護の総合的な確保を図るための改革、地域医療構想、かかりつけ医による在宅医療と地域包括ケアシステム、最後に、終末期医療と本人の意思表示、項目はたくさんございます。時間が限られておりますので、できるだけ手短にお話しさせていただきたいと思います。

御承知のように、少子高齢化がどんどん進んでおります。ちょうど新聞に出たばかりですが、2015年の死亡者数が 300万人に近づいています。また、年間で人口減少が28万人になっているということがございます。まだまだこれからがピークを迎えるわけがございます。

私はよくこういう話をすると、私は実は団塊の世代の昭和22年の生まれなんですけれども、私たちのころは、一家に子供さんというのは大体 4人いたということがございます。現在、合計特殊出生率を見ますと1.35、この時点で1.35ですけれども、1.3から 1.4の間を行ったり来たりしている状況です。当然、そのころ、我々のころ生まれた人間が、あと数年しますと後期高齢者にみんななるわけです。5年後ですか、みんななるわけですから、それでいて、なおかつ生まれてくる子供さんが少なければ、当然、どういふ国になるかというのは見えてくるわけです。これは、本当に経験したことがない、世界でどの国も経験したことがないような、現実的な少子超高齢社会が確実にまわります。

これは人口ピラミッドですけれども、人口ピラミッドというのは、もともとはピラミッドですから三角錐でなきゃいけないんですけれども、完全に逆転してきています。一番右側に、あと三十数年しますと 1.2人、ほぼ若い人と高齢者が 1対 1になるよという、あと40年くらいするとそういう

ときが来るということです。もちろん国も少子化対策を考えてくれなければいけないわけですが、黙っていればこういう状況になることは確実だろうということです。

ちなみに1960年、本当に今から五十数年前ですか、五十六、七年前ですか、日本の人口は 9,015万人、高齢化率が 5.7、平均寿命が男65、女70でした。100歳以上の方は、このころは 154人しかいなかったわけです。一番下に特別養護老人ホーム、これは 1つしかなかったんですけれども、これはどこにあったかという、実は聖隷浜松。聖隷が日本で初めての特別養護老人ホームだったということです。

それが、50年過ぎたときにどうなっていますかと。人口は 1億 2,751万人になりまして、高齢化率が24%、これは2012年ですから、今、高齢化率はさらに上がっているわけです。ただ、平均寿命が男性も女性も15歳以上延びています。当然高齢社会になるわけです。それから 100歳以上の方、これはすごいですね、もう今は 6万人に達していると言われてはいますが、当時、50年前は 150人しかいなかったのが、今 5万 5,000人もいるということなんです。それから特別養護老人ホームも、2012年の段階で、全国で 7,552施設、約50万人の方が入っている。現在はもう少しふえているということです。50年でこれだけ変わったという、これはすごいことだと思います。

ちなみに、日本の高齢化というのは物すごいスピードで進んでいるんだということを少しお話しします。これは、65歳以上の方の割合が、7%、14%、21%。これ、なぜ 7%ずつ区切っているかという、7%になると高齢化社会と言うんです。それから、14%になりますと高齢社会と呼びます。21%を超えますと超高齢社会。ですから間違えないでいただきたい。マスコミなんか間違えているんですけれども、今はもう高齢化じゃないんです。超高齢社会になっているということです。そのスピードが、7から14%になるのに24年で達したということです。これ、韓国とかシンガポールは日本を追いかけているんですけれども、ヨーロッパを見ても、みんなもう数十年、あるいは 100年かかっているわけです。ですから、この1970年から1994年、この間に物すごい勢いで高齢化が進んでいる。そこから同じようなスピードで進んでいるということです。とにかく何が言いたいかといいますと、日本というのはよその国に比べてすごいスピードで高齢化が進んでいるということです。

これはまた後でござんになっていただければいいんですけれども、世界各国との比較です。今から四、五十年前までは同じくらいのスピードだったものが、一気にここから日本だけが高齢化率が高くなったということですね。ここら辺はもう重々知られていることです。とにかく日本というのは、世界に類を見ないようなスピードです。

ですから、まとめてみますと、超少子高齢社会の急速な到来、あるいは2025年問題と盛んに言わ

れますけれども、後期高齢者、特に75歳の高齢者がどんどんふえていくということ、それから、スピードが速かったということです。最終的には、人口 1億人を割るのがあと30年くらいだと言われているということです。

これはよく使うんですけれども、亡くなる場所。我々が、実際、子供のころというのは、大体の方はおうちで亡くなっていたわけです。それが1970年の後半ころから逆転して、病院で亡くなる方が圧倒的にふえました。これはいろんな理由があるんですけれども、一つは、やっぱり病院完結型の医療をやっていたこと。それで、高齢者の医療費の無料化であるとか、昔、老人病院、その後、介護力強化病院、現在は高齢者の療養型施設となっていますけれども、一気にふやしたわけですね。ですから、皆さん病院で亡くなるというのは当たり前のような形になってきてしまった。これが、この向こう四、五十年の、40年くらいの状況だと思います。

自宅で亡くなる方が減ってきて、ただ、病院で亡くなるにしても、これから本当に病院が、ベッド数があるのかどうか、あるいは施設がつくれるかどうかという話が出てくるわけです。ですから大事なことは、これからどこで死ななきゃいけないかということを実際に考えなければいけない。後でお話ししますが、医療財政も大変厳しいです。介護保険も、始まってから十六、七年たった時点で、もう当初よりも介護給付費というのは 3倍以上になっています。ですから、財政的な事情って必ずこれが出てきますので、そうなったとき、どこで死ぬんだろうということを本当に考えなきゃならない、そういう時代が来ていると思ってください。

これは、社会保障のことをちょっと話します。社会保障費というのは、年金と医療と介護、福祉に使われるお金です。例えば生活保護費なんかもここに入るわけですが、これが2010年の段階で国の総予算を上回っているということです。年金が一番多いのは事実ですね。年金も、私が思うに、こんなに長生きすると思わなかったと、この制度をつくったときにですね、こんなに皆さん長生きすると思わなかった。死ぬまで払わなきゃならないわけですから、どんどん給付額がふえています。医療も、もちろん医療技術の進歩もあるんですけれども、やはり高齢化という背景があって、医療費が伸びて、どこかで、介護保険ができたときも、医療だけじゃなくて、実際は、介護・福祉というものを新しく考えようということで、社会保障制度としてつくったわけですが、それもどんどん今伸びているというような状況です。

この社会保障費、国が盛んに言います。社会保障費の伸びをどこかで抑えなきゃいけない。これ、我々も同じように考えています。財源は際限なくあるわけではないので、それをやはりいかに有効に使うかということも、やっぱり我々医療人としても考えなければならない時代に来ている、そんなふうに感じています。



国民皆保険制度、1961年にできました。皆さん、今、社会保険か国民健康保険かどこかに入っていると思います。国民皆保険というのは、誰でもどこでも医療が受けられるような制度、これも世界に冠たる国の制度ですけれども、これが61年にできたときというのは5,130億しか使われていなかったのが、50年たったときには38兆になったと。物すごい伸びです。国民所得が21倍なのに、医療費は75倍伸びていると。繰り返しますけれども、これは医療技術の進歩や高齢化の影響というふうに考えていただければと思います。これも、でも、無視できない数字になっているということでしょう。1990年が分岐点だったということです。

ちょっとまた飛んじゃったです。ちょっとこれは飛ばして、あとは見ておいてください。

医療と介護の総合確保ということで、これは、2年前に新しい法律ができました。今までは、医療は医療です、介護は介護ですとやってきたものを、医療も介護も一体的に考えるべきじゃないかということで、一体改革というのが行われています。ですから、当然、なぜかといいますと、高齢化、要するに、高齢社会になりますと、病気、疾病構造は変わってくるわけです。むしろお年寄りの場合は、医療だけでなく介護が必要な人がふえてきているので、それを一体的に考えましょうということをやったわけです。これは下に書いてありますけれども、病院完結型、今までは病院でやろうよと言ったものを、地域完結型医療、最終的には地域包括ケアシステムをつくっていきましょう。これは後でお話しします。

昔は……、昔はと言うとおかしいですけども、この若い世代って、若い世代、元気な世代と思ってください。医療というのは、病気を治すこと、救うことだったわけです。病院というのは、病気を治すところ。我々開業医も、来た患者さんを治す、あるいは血圧とか糖尿病をコントロールする。要するに、治す、救うということです。それが高齢社会になりますと、この赤いところを見ていただきたい。若い世代までは一緒です。ところが、高齢者医療って何かというと、もう治すだけじゃないんです。あるいは治すのも大事なんだけど、支えるとか癒すとか、最期にみとるといふところまで考えていかなきゃいけない。それが、要するに、高齢化に伴う疾病構造の変化で、こういう医療の変革というのが起こっているということです。

ですから、医療介護の総合確保法の中で、後期高齢者、入院需要がふえるわけですね、実際に。それをどう支えていかなきゃならないか。病院数を、さっきも言いましたけれども、どんどんふやすわけにいかないの、その人たちをどこでどう診ていくのかということがこれから課題になるということはこの法律の中で言っています。

これはいいです。

ですから、この中で、入院医療から在宅医療へ転換していきましょう。これ、在宅医療って新しい理

念では決してないんです。我々の父親のころは車社会ではありませんので、患者さんは、ちょっと動けなくなると診療所、病院に行けなかったわけですね。今みたいにタクシーを使える時代じゃないわけですから、そうすると、医者がどうしても往診に行かなきゃならなかった。もう我々の父親の時代って、みんなスクーターです。よくスクーター医師と言われた時代ですけれども、スクーターに乗って午後から20件往診してくると。来られなければ行くのが当たり前だったわけです。今は、車で来てくださいと、なかなか若い先生方は動くのが嫌になっちゃったものだから、なかなか出ていかない。地域に出ていかない。これからは、やはりもっと地域に出て行ってほしい。「午後からは地域へ」という言葉を日本医師会で今使っているわけですが、やはり地域の医療機関の先生方に、在宅に向かって進んでいただきたいと思っています。

この辺はまた見てください。

要するに、外来に通院されていた患者さんがお年をとったり、あるいは障害を持って来られなくなったときは我々のほうから出向きましょうねというのが、在宅への基本的な考え方です。特殊なことをやるわけじゃありません。ですから、今までやっていたことをおうちでやってあげればいいわけです。ただ、決してひとりではできませんので、訪問看護って、看護師さん、もちろん生活をヘルパーさんに見ていただかなければいけない。介護保険を申請すればケアマネジャーがいますから、ケアマネジャーとの連携もとらなきゃいけない。急変したときに病院にお願いすることもあるかもしれない。こういったことをシステムチックにやっていかなきゃいけないというのが、これは実は、地域包括ケアシステムの医療・介護等に係る部分、ここをしっかりとやらなきゃいけないというふうに私は思っています。

これは今後のスケジュールです。これは後で見ただけであればいいと思います。

地域医療構想というのは、今始まっているわけです。これ簡単に言います。これ難しい話なので簡単に言っちゃいますと、今、急性期病院というのがあります。それから慢性期の医療機関がある。それから、いろんな介護施設等があります。そういうものをまとめて、これから例えば掛川市の中で、本当にすぐに命にかかわるような高度急性期の病院とか病床がどのくらい必要かとか、あるいは普通の急性期、ちょっと何かで骨折したとか、そういった普通の急性期の病床がどれくらい必要か、回復期といいまして、リハビリテーション等をやる病床がどれくらい必要か、あとは慢性期、安定した人たちを診るのにどうするかみたいな、これを、4つの類型をこれからしっかりと構想の中でつくっていきこうよというのが、これを、静岡県は8つ医療圏域がありますから、そこで全てやっていただくこととなります。

ちなみに、あしたもちょっとそのための会議をやるんですけども、この地区では、中東遠につ

いては、小笠医師会の加藤会長にそこの調整会議というところの会長を今やっただけです。ですから、本当にこれは、実はとても大事な会議を今やっているわけです。

先ほど言いました、静岡県で実は医師不足だとかという話の中でも、静岡と浜松だけでお医者さんはたくさんいるわけですね。ところが、この中東遠とか志太榛原、それからやっぱり一番大きな賀茂地区、医者が少ない、ベッド数も十分足りないみたいな話があるわけで、それを各圏域の中でどういうふうに調整していくかというのは、これからやっただけかなきゃならない会議です。この辺は、必要病床数とか、現状とどれくらい違うかみたいな話が出ていますから、これはまた参考に見ておいてください。

これだけはちょっと言っておきたいんですけども、結局、さっきも言いましたけれども、病院はふやせない。結局、日本という国は、実は病院、ベッド数が多過ぎます。これはもう昔から言われています。医師不足とか看護師不足という前に、ベッドが多いものですから、そこにかかわる医師や看護師が足りなくなってくるという考え方はあります。これはもう以前から厚生労働省も言っているし、我々もある程度認識しているわけです。ですから今後は、決してベッド数はふえない、そんなにふえないと思ってください。もちろん人口が減っていくわけですから、ベッド数はむしろ減らしていかなきゃいけない。

ただ、やはりお年寄りがふえていく分だけ、誰かがどこかでそのお年寄りを診ていかなきゃならない時代が必ず来るわけです。その中で、在宅医療というのは、決して国が、在宅へ行って、病院じゃなくて、入院じゃなくて、おうちにいてくれれば安上がりだということをやっているものではないと私は思いたい。医療経済という側面もあることは事実なんですけれども、やはりこれは、これから我々が、開業医が特に本当に汗を流さなきゃいけない大きな我々のミッションというふうに私自身は捉えています。

ですから、今、静岡県医師会も、もう 5年か 6年前から在宅医療推進事業というのをやっています。静岡県の医師会としての最重点事業は、これから地域の先生方にどれだけ在宅医療に参入していただけるかということです。当然、そのために、コメディカルといいますか、例えば看護師であるとかリハビリテーションの人とか、もちろん介護職の人たち、施設の人たちとネットワークを組んで、チームをつくってやっていかなければできません。ですから、それをどこまでやるかというのはこれからの課題です。

ちなみに、10年後に、ここに書いてあります、3倍弱ですか、中東遠を見ますと、中東遠は3倍以上ですか、在宅医療のニーズが高まるということです。全県下で見ても2.何倍、3倍近くになりますかね。

なぜこういう表が出てくるかというと、この人たちは行くところがほかにないんです。在宅と、要するに、おうちへ帰るか、例えばサービス付高齢者住宅、今、住居の多様化が進んでいますけれども、そういうところに入るしか、病院のベッドはありません。施設の数も、もうそれ以上つくれません。最後はどっちか、おうちに帰っていただくしかないんですよという数字なんです、これ実は。これがどこまで現実のものになるかわからないですけども、近いような形で動くことは事実だと思ってください。ですから、本当にこれからそこを考えていくことは必要だと思います。この辺は同じようなデータが出ていますから、これ見ておいてください。

かかりつけ医による在宅医療。要するに、在宅医療を進める中で、くどいようですけども、我々開業医がふだん地域の皆さんのかかりつけ医としてどれだけ頑張れるかという、これも試金石だと私は思っています。その方たちが頑張っていて初めて地域包括ケアシステムができるんだと思います。

地域包括ケアシステムというのは、これを見たほうがいいです。要するに、医療、看護とか、あるいは介護、リハビリテーションとか、保健福祉、この保健というのは予防だと思ってください。福祉は、その他の福祉サービス。こういうある程度オフィシャルな、要するに公的なサービスを提供していくというのは葉っぱなんですけど、その下に、その土の部分に介護予防とか生活支援、要するに、病気にならないようにしようよ、介護のお世話にならないようにしようよ。生活の段から支えて、例えば高齢世帯ですね、あるいは老々世帯を支えていくようなことを考えようよと。住まいも考えていかないといけない。独居世帯がふえている、あるいは老々世帯がふえていますから、ひとりで住めなくなったときどうするかという、住まいのことも考えなきゃならない。当然、鉢植えとか土の部分には、これは行政もかかわっていかなくちゃいけないんだと思います。ですから、地域の中で一つのコミュニティーをつくって、その中で、こういった人たちが連携しながらこれからお年寄りの社会を支えていきましょうねというのが、地域包括ケアシステムと思ってください。

一番下、実はこれが大事です。これは、この鉢植え図というのは慶應の田中 滋教授という先生がつくられたもので、これは新しいやつは最新バージョンなんですけれども、これが出てきたんです。本人の選択と、本人、家族の心構え、要するに、これからどこで最期を暮らしていくのか。きょう、後から少し終末期の話もしますけれども、本当に本人が何を選擇する、あるいはどういう心構え。心構えというのは覚悟と言ってもいいかもしれません。それを早い時期から考えていく必要があるんじゃないかということが最近言われています。

なおかつ、もっと言っちゃうと、地域包括ケアシステムをつくる上で一番大事なのは、首長さん、市長さんの覚悟。きょうは松井市長がいらっしゃいます。松井市長なら大丈夫です。やっぱり首長さんが市政を行っていく上で、これからこういう社会の中で、じゃ、こういうシステムをつくって

いかなとお年寄りをととも支え切れないんだ、それに対して、やはり市長さんみずからが先頭に立って、こういったシステムを構築していくために動いていただきたい。

これは全国で、こういう話はどこへ行っても皆さんがしています。我々のような人間が、市長さんに頑張ってもらいたいということをよくお話ししています。最近、静岡市の田辺市長はよくわかってきて、彼は、講演会をやれと言うと、自分で講演をやるようになりました。ですから、それくらいやっぱり行政のトップである市長さんが中心になって行政職員を動かしてもらいたい。これは絶対やらなきゃいけないです。2025年までには全国の市町村がつくるということになっています。これは絶対やらなきゃいけないです。

じゃ、かかりつけ。かかりつけって何ですかということなんですけれども、もともとかかりつけというのは患者さんたちから出る言葉なんです。例えば、かかりつけは加藤先生ですよみたいな話。我々のほうからかかりつけの患者さんとはいいません。患者さんのほうからかかりつけの先生という形で呼ばれるのがかかりつけ医だと思います。

もうこれは昔から日本医師会も我々も言っているんですけれども、何でも相談できる身近な先生であると。専門はいろいろあるでしょうけれども、やはり何でも相談できて、例えばどこかの病院を紹介してくれる、いろんなことをアドバイスしてくれる人、また、健診だとか予防接種のころからかかわっている。もっと言えば、子供さんからおじいちゃん、おばあちゃんまで診てくれるような先生、地域のかかりつけの先生って昔からいらっしやったわけです。そのかかりつけ医がこれから本当に頑張らなきゃという話を今ちょっとします。

結構大事なんです。実は総合的診療能力って、これは本当は必要なだけけれども、我々もみんな大学にいるときは研究専門科があったわけですね、循環器、消化器、呼吸器とか。だけど、開業して診療所をやるようになったら、全部の患者さんを診なきゃなりません。だけど、得手不得手というのはあるかもしれません。ですから最近では、専門医制度の中で総合診療医というジャンルが出てきて、早いときからいろんなものを勉強して何でも対応できるような医者をつくらうという流れができてきているのは事実です。

ただ、やはりかかりつけ医にとって大事なものは、ここです、社会的機能。保健、介護、福祉等、医療以外のニーズに対応できる能力。例えばですよ、介護申請したけれどもどうしたらいいかと患者さんに聞かれたときに、介護なんか俺知らないよじゃ絶対通らない。健診はやりません、予防接種はやりませんじゃ絶対通らないです。かかりつけというのは、要するに、患者さんに対するさまざまな能力を有していないといけませんよと、これがかかりつけの機能。総合医というのはちょっと違うんですということですね。

それは、かかりつけ医が、要するに、さっきも言いましたけれども、外来通院されていた患者さんが来られなくなったときに、自分で出かける。往診というのがあります。訪問診療というのとはちょっと違うんです。往診というのは、おなかが痛くて行けません、急にぐあい悪くなっちゃったから来てくださいと電話がかかってきて、じゃ、午後の時間、往診の時間に行きますよと、これは往診です。訪問診療というののもう一つありまして、これは要するに、もう在宅で療養されていて、通院ができなくなったような人に対して、例えば 1カ月に 2回とかという定期的な訪問を行うと、それが訪問診療なんですけれども、これからはその訪問診療というのは非常に大事になってきます。来られなくなる人が大半になってしまうわけですね。

時間も余りないので、最後に、終末期医療と本人の意思表示。これは、先ほどちょっと触れられた方がいらっしゃったんですけれども、終末期のことって、結局、死ぬということ。死ぬということって、なかなか、ちょっと前まではタブーのような、医療の世界においてはタブーのような話だったかもしれません。ただ、最近は、やはり終末期医療をどうするかということを実際に考えなきゃいけないという時期に来ています。

ちょうど一昨日ですか、静岡新聞に日本医師会の横倉会長の何かコメントが載っていましたけれども、私も今、日本医師会の理事の一人として参画していますけれども、多分これから数年の間に、本当に終末期ということを実際に皆さんで考えようという時代が来ると思っています。今まで、リビングウィルとか安楽死とか尊厳死とか、そういう話って時々単発的には出てきています。特に終末期医療のあり方の中では、無益な延命措置はやめましょう、これも10年くらい前から言っています。

もう亡くなりそうになっている方に、時間をかけて、例えば人工呼吸器をつけたり、モニターをつけて少しでも長く生かそうと。これは、我々が若いころ、大学病院なんか行ったり、あるいは研修病院へ行っているときは当たり前だったです。心臓マッサージと人工呼吸を繰り返し 1時間、汗をだらだらかきながら、お年寄りなんかやっていると、私は経験ありますけれども、肋骨まで折れちゃいます。ぼきぼきと骨が折れながら、それでも心臓マッサージをやる。心電図モニターをつけながら、少しでも長く生かすというのがあのころの使命だったように思います。特に、御家族が来るまでの間、何とかもたせてくださいなんて家族やほかの方に頼まれると、心臓にアドレナリンを長い針を使って注入したりとか、そんなことは当たり前にはやっていた。もうそういうのは今はやめようということになります。

よくヨーロッパなんかでは、人間で、食べなくなったらその人は自分で終わりなんだというふうに悟っているという言い方をします。ですから、日本のように、食べられなくなったら、胃に穴を

あけて、鼻から管を入れて栄養を注入しましょうよと。生きられます。でも、そういう医療って、もうヨーロッパではとっくにやっていないんです。日本では、ついせんだってまでやっていました。最近になってようやく、胃ろうをつくるのってやっぱりまずいじゃないか、余りやらなくなったように思います。

私も開業して31年になりますけれども、今まで 5人くらいの方に、鼻腔栄養と胃ろうをつけながら診てきた方がいます。これみんな私がやったんじゃないくて、病院から送られてきた方。病院で、食べられなくなっちゃったから胃に穴あけましょうね、食べられなくなったから鼻から管を入れましょうねという方が、じゃ、おうちへ帰りたいと言うから診てくださいねと頼まれて、一番長く生きられた方は 7年。亡くなったとき90ぐらいのおばあさんでしたけれども、7年間、鼻から管を入れて、自分じゃ何も食べられなくて、ただ寝ていた。お嫁さんが、ミルクのような栄養補給を 1日 3回やる。栄養は結構足りちゃうので、ほかの病気がなければ生きていられます。それで果たして幸せなのか。もうずっと私自身も思っていた。そのときに、ただ、やめられないんです。もうそれを、じゃ、きょうからやめましょうね、突然それはできなかったという、じくじたる思いというのは今でも持っていますけれども、そういったことはやめましょうという風潮、流れが出てきています。それが終末期医療の今後のあり方だと思っています。

本人の意思表示というのは、これはアンケートをとったらしいんですけれども、やはり人生の最終段階における医療に関する意識調査ということで、家族なんかとその辺を話し合っているかと、全然話し合っていないですね。どうでしょう、この辺が、ざっくばらんに親子とか御夫婦で、じゃ、おれが死ぬときはこうするぜ、ああするぜみたいな話をしているお宅って、そうはないんだろうな。ただ、恐らくこれからこういうことはふえる。例えばテレビで特別番組をやるみたいな話になってきて、そういうものがだんだんふえてくる時代になるんじゃないかなと私は思っています。

事前指示書、自分が判断できなくなったとき、例えば何か管を入れてくれとか、何か点滴をやってくれとか、モニターつけてくれ、人工呼吸器つけてくれというようなことを、自分の意思表示を事前にしておいたほうがいいだろう。皆さん賛成なんです、大体はね。

これ、このアンケートを僕は見て、ここがおもしろいなと思った。介護職員。施設の介護職員というのは、そういう方を見ているから、私はそうなりたくないという意識なんだろうと思います。ですから、あらかじめ事前の指示、自分の意思表示、要するに、リビングウィルをしておきたいと彼らは思っているんだと、そんなふうに感じました。実際は指示書の作成はできていないというのが現実です。

これは、人生の最終段階における意思決定のプロセスですけれども、3段階ってあるんです。 1

番目は、本人が意思表示ができる場合。 2番目は、できなくて家族等がやる場合。 3番目は、それもかなわないとき、これは医者が考えなきゃいけない。医者が、患者さんにとって最善の利益になる医療を選択する。これは結構、実は難しいです。

昔、安楽死事件みたいのが結構あった時期があります。もう20年ぐらい前でしょうか。患者さんに頼まれて、苦しんでいるので楽にしてください。御家族も、そうしてやってくださいと言ったので、人間 1人殺すのってわけはないんですよ。塩化カリウムという注射をちょっと静脈注射すればすぐ亡くなっちゃいます。よくほら、テレビなんかでアメリカの死刑のときに出てきますね、点滴で落とすと。カリウムをやればすぐ心臓がとまってしまいます。ただ、それをどういう選択をするかって結構難しく、あのときその先生、決して患者を殺そうと思ってやっているわけじゃない。家族や患者に頼まれて実際はそういった行為をしたわけですけども、それが後からになって、そんなことは言っていないとか、これは殺人だなんて話になっちゃって、結構大きな問題になったことがあります。ですから、この 3番目は非常に難しいんじゃないかなと私は感じます。

リビングウィルというのは、これから本当に自分の最期をどのように迎えたいかということをおらかじめ意思表示する、さっき言った指示書みたいなものをつくって意思表示をしようよ、こういうことをこれから考えていかなきゃいけない時代になっていると思います。

どうでしょうか。私ももう来年古希を迎えます。もう自分の意思表示をそろそろしなきゃいけないのかなと思っていますけれども、そういうことをこれから本当に考えなきゃならない世の中になってきているんだな。

もう一回言います。先ほど言いましたけれども、多分そういうことをこれから考えようという風潮が高まっていく、この超高齢社会では必ずそれが出てくるんじゃないかなと思います。ただ、それが、日本医師会の横倉会長が言われるように、国にお金がないから、財政事情でそういうことを考えるんじゃなくて、我々みずからが自分のことを、あるいは自分の患者さんのためにそういったことを考えていくようなことが必要なんだろう、そんなふうに私も思っています。

時間が30分ということでしたので、ちょっと駆け足で、はしょったところもございますけれども、きょうの健康医療基本条例を制定されるということで、これからシンポジストの方たちとそういうお話させていただきますけれども、最後に一言だけ、本当にこれから、とんでもない、経験したことのないような少子超高齢社会、それから多死社会、多くの方が亡くなる社会が来るということは確実です。そういう中で、皆さんお一人お一人が、やっぱり御自分のことを、自分の御家族のことをどのように考えていけばいいかと、きょう、これからのシンポジウムをお聞きになりながらそんなことを考えていただけたら幸いに存じます。



それでは、私のお話をこれで終わらせていただきます。御清聴ありがとうございました。（拍手）

○司会 篠原先生、超高齢化社会に向けた御講演、まことにありがとうございました。

先生には、この後、コーディネーター役もお願いしてございますので、壇上にお残りいただきたいと存じます。

ただいまから会場の準備をいたしますので、しばらくお待ちください。

（準備）

○司会 大変お待たせいたしました。準備が整いましたので、パネルディスカッションに移りたいと存じます。

テーマは「掛川市健康医療基本条例に期待するもの」でございます。

篠原先生、どうぞよろしくお願いたします。

○篠原 それでは、引き続きパネルディスカッションを行いたいと思います。

掛川市が掛川市健康医療基本条例を制定されましたが、その内容は、深く幅広いものであります。本日は、4人のパネリストの皆様、まずお一人5分程度で、それぞれの現在の取り組みと課題についてお話を伺い、その後、同じ5分程度で、今後の取り組みなどをお話しいただきたいと思ます。順番につきましては、まず、条例を制定した議会の立場として高木議員、次に、さまざまな施策で対応していく行政の立場として浅井副市長、そして、地域医療を守り育む活動を進めている市民の立場として武田代表、最後に、地域医療を担い、専門職の立場として加藤先生の順番でお願いいたします。

それでは、最初に高木議員、よろしくお願いたします。

○高木 よろしくお願いたします。

これまで掛川市では、3つの日本一に取り組んでまいりました。1つは環境日本一、そして2番目に自治活動日本一、そして健康医療日本一であります。平成28年のころは、ちょっとこれが一部表現が変わってはおりますが、環境・自治活動・健康医療日本一を目指してきました。

このうち環境日本一は、行政主導で環境基本条例が平成18年1月に施行されました。自治活動日本一には、市民主導で自治基本条例が平成25年4月に施行されました。残りの健康医療日本一については、議会主導でぜひつくっていかなくてはいけないねという話は、平成20年ころからは出ていたのですが、途中、選挙なんかもありまして、なかなかこれが前へは進みませんでした。

一方、掛川市議会の特別委員会は、最初に議長からの挨拶にもありましたように、病院問題とか、あるいは高齢者の医療、新病院の建設、地域医療対策、中東遠総合医療センターの支援等に、特別

委員会として毎年のように取り組んでまいりました。10年にわたり調査研究を続けた結果、昨年、条例制定をまとめることができました。言葉で言えば一言でございますけれども、この基本条例の制定には、24名の議員が特別委員として、全員ですね、参加をしましたので、なかなか、まとめ上げるというか、激論というか、議論が大変でございました。

特にこの条例の特色というか一番の目玉というか、これはやはり人生の最終段階における過ごし方、どんな医療を受けるか、どんなところでどういう生活をするか、先ほどの篠原先生のお話にもありましたが、このことを条例の中に入れるということで、非常に多くの方が、何だ死に方まで議決が決めるのかとか、いろんな形で議論がありました。別にこれは死ぬことを言っているのではなくて、人生の最終段階をどのように過ごすかということ、だから病院で最期まで管をつけても頑張るといふならそれもその生き方でありませうけれども、そういうことを、私どもは死に方を決めているんじゃないかと、過ごし方、どういう医療を受けたいか、医療を受けたくないか、そういうことを自分で考えたり、そういうことをしようじゃないかということで決めました。そういう話をしました。

でも、この中でやっぱり一番大変な話が出たのが、在宅医療の話でありました。この背景には、少子化の問題、それから超高齢社会の問題もありました。私どもが議会として認識をしているこの在宅医療という、その背景は一体何なのかということがありますが、もう先ほど篠原先生がいろいろお話ししていただきましたので、3つの増ですね、増という、ふえる、この話をちょっと復習したいと思います。

3つ、この1つは赤字ですね。日本の赤字が1,050兆円にもなって、それこそ社会保障費、医療、介護、福祉、年金問題、これがもう余りにも多過ぎて、これを抑えようと、こういうことで、介護も介護度3以上でなければ特養にも入れない、あるいは医療も、前には1カ月ぐらい病院に入れたけれども、今ではもう1週間、10日、そのくらいで出て行ってほしいというか、ほかへ移ってほしいとか、いろいろそういう話があります。

そして2つ目の増は、これは2025年問題です。戦後生まれの昭和22年、23年、24年の方が、2025年には全部後期高齢者になります。必ず何らかの病気や障害というか何かを持つようになります。そのときの、先ほども出ましたが、行き場所がない介護難民、こういうものが大変ふえてくるという問題があります。

そして3つ目は、自宅で過ごしたい、自宅で最期を過ごしたいという方もふえています。

大きくこの3つがふえているということがありますが、そこで、私どもの市議会でも、本当に在宅でそういう医療が受けられるだろうか、そういうことで、今ここに書いてあります、このような

ことを、よく議員の間からも何度も何度も質問が出たり意見が出て、こんなことを決めたって何の役にも立たないじゃないか、こういう話が幾つもありました。本当に在宅医というか、そういうお医者さんがいるんだろうかとか、あるいは家族に迷惑をかけるとかいろいろな問題、あるいは、自宅で医療を受けるというのは、本当に病院で受けるのとどのぐらい銭の問題が関係しているかと、いろいろな問題がありまして、ここに書いたように、7つぐらいのいろんな意見が出ました。しかし、それでとどまっていたはこれからの社会は進むことはできない、こういうことも含め、一緒になって市民や医療機関の皆さんとともに掛川市の健康医療を考えていこうと、こういうことで条例をまとめることができたと思っております。

以上であります。

○篠原 ありがとうございます。

それでは、次に浅井副市長、お願いいたします。

○浅井 こんばんは、浅井でございます。ちょっと立ってお話をしたいと思います。

「生涯お達者市民」推進プロジェクトというものをスタートいたしました。掛川は日本一、こういうふうには輝くのは、お茶も産地賞をとりまして日本一になりました。がんによる死亡率、これが、全国の10万人以上の都市で掛川が一番少ない、男女ともに1位。前回の発表では男性は2位だったんですが、今回めでたく両方1位でございます。ちょっと見にくいですが、下のほうへいきますと、男性の5位に藤枝市、それから7位に磐田市、8位に浜松市、女性のほうも4位に磐田市、5位に浜松市ということで、静岡県がいかに多いか。茶を飲んでいるからだ、こういう学説もございます。

そして、右のほうを少し見てください。今度は、県、静岡県の高齢者生活実態調査、35市町中のよい結果でございます。生涯学習都市掛川でございますが、学習的活動をする人という項がありまして、男性は1位、女性は2位なんですね。これはすばらしい、静岡県1位。肥満者が少ない、これもよかったんですね、男性2位、女性2位。それから、緑茶を4杯以上飲む、なぜかこれは1位ではないんですが、男性2位、女性4位でございました。このように、とても素敵な掛川市でございます。

しかし、リーマンショックならぬお達者度ショックというのがございました。今年の8月のことでもございました。掛川市のお達者度というのが発表されました。後で詳しく説明しますが、男性は35市町中11位、市の部では7位、女性は、ちょっとつらいですが、26位、市の部で19位、これがショックでございました。

お達者度ということを少し説明いたしますと、65歳からの平均自立期間、一番左、65歳という枠

があります。右のほうの少しピンク色の丸いところがありますが、要介護度 2になってしまう前を自立というふうに捉えて、要介護度 1までということになるわけですが、65歳から何歳まで自立できるかということが、平成27年の発表では、男性は 17.74年と、女性はそれより多くて 20.40年でございます。そうすると、男性は 82.74歳、女性は 85.40歳まで自立している、こういう統計でございます。これが掛川市の、先ほど言った順位でございます。

そして本年は、その下にございますけれども、男性は 1つ上がって10位になりました。女性は同じく26位でございます。がんの死亡率、少ないほうから 1位なのに、お達者度ショックというものがあつたというわけでございます。

そこで、お話にもありましたけれども、お達者度県下一を目指そうという志を持ちましてプロジェクトを立ち上げました。子供から高齢者まで、生涯にわたり健康で生きがいを持ち、自立して生活する市民、これを「生涯お達者市民」と掛川が定義づけました。目標を掲げました。大勢いるまち、お達者度 18.05年、女性は 21.46年を目標にする。65歳以上のお達者の市民は今何人いるかと、26年度ですが、これを数えましたところ 2万 6,000人と、これを 2万 9,000人にしようという目標をつくったわけでございます。

掛川の何が問題か、これを調べてみました。ちょっと字が小さくて恐縮ですが、国や県の平均と比べて、掛川の様子を洗い出した。

1番、高血圧、糖尿病、心筋梗塞、狭心症の受診率が県平均より高い。受診率というのは、こういう病気でお医者さんにかかったということでもありますので、こういう病気が多いということになります。

2番目は、脳血管疾患、脳梗塞等々ですけれども、国が 9.3%、県は10.6%なのに、掛川は11.1%、これもよろしくない。

それから、要介護 3、4、5、重たいほう、重度の人が、県は35.6%なのに掛川は40.2%、重い介護度の人が多い。

そして 4番、糖尿病予備軍、これは県を 100として示した数字ですが、男性は 106.8、女性は 107.3。

それから特定健診受診率、健康診断をぜひ受けてくださいよという、これが36.9%で、他の市町より低くて、何と35市町中25位と。私たち市民の意識をもっともっと高めなければいけないということがよくわかったわけです。

そして、皆さんの生活、これは、御自分はどうかということを考えながら見ていただくと思いますが、1番、腹 8分目以下、食事の量ですけれども、こういう人の数ですが、35市町中27、

28.それから減塩意識、お塩ですね、これも低い。25位、23位。そして、それと同じような薄い味つけ、これは男性33位、もうほとんどビリ。4番、運動になります。週1回以上30分以上歩く人、これも低い。24位、29位。そして、先ほども特定健診の受診率が出ましたけれども、毎年健診を受診する人、これも30位と26位。まあすばらしい掛川市だとは思いましたけれども、このような問題が明らかになってまいりました。

これからどうすべきかということは、このデータから言うわけですが、脳血管疾患の予防、そして、糖尿病や高血圧などの生活習慣病の発症・重症化予防、そして、若いころからの生活習慣をつくっていく。4番目は、生活機能の低下・認知症予防、そして5つ目、これは掛川市は得意なところで、協働のまちづくりを一生懸命やっていますから、地域社会とつながりを持って、生きがいを持った生活をしよう、こういうことがこれからの取り組みポイントとしてとても重要だというふうに考えております。

もう少し、すみませんね、時間ですよとされています。前の方も頑張りました。

これはよく言われていますけれども、運動、栄養、食生活とも言いますが、社会参加、3つの宝、この文字を読んでください。健康と寿命を左右するのは、疾病やその原因となる生活習慣だけではない。運動、栄養に配慮している人の死亡率は、何もしていない人より約3割低い。皆さん、いかがですか。さらに、社会参加が加わる、3つ宝があると、何もしていない人より約5割低くなる、こういうことをございます。

じゃ、もう一つだけ。

実は、これまでも市を挙げて大変たくさんの取り組みをしてまいりました。これは行政だけでなくいろいろな団体、あるいは地域等々で、シルバーとかいろいろな方がやってくれました。それを拾ってみたんですね。やっぱりこんなにたくさんある、こんなに一生懸命やっているんですというところで、前半を終わらせていただきます。

○篠原 ありがとうございます。

続いて、武田代表、お願いいたします。

○武田 皆様、こんばんは。f.a.n.地域医療を育む会の武田和子と申します。よろしく願いいたします。

私たちは、地域医療を守り育む活動を市民目線で平成21年から続けてまいりました。この会は、健康や医療、福祉について、私たち市民が主体となることができること、やらなければならないことがあると考え、発足をさせました。f.a.n.地域医療を育む会という名前は、お茶のまち掛川で、新芽を寒い時期に霜から守り育み支えていく防霜ファンのように、地域医療を支える私たちの活動もそ

うでありたいと願ひ、つけました。医療機関や行政を初め、大学、企業、地域、子育て関係など幅広く協働して、その輪は今も広がり続けております。

f. a. n. 地域医療を育む会では、地域医療を守り育むために、主に 3つの方向性を持って事業を行ってきました。

まず 1つ目ですけれども、市民の健康や医療への関心を高めるための事業です。出前講座や講演会、勉強会の開催、チラシの配布、きょうも皆様方のお手元にチラシを配付させていただいております。フェイスブックでの情報提供など、健康や医療について関心を持ってもらえるような活動をしております。昨年からは、次世代の育成支援をテーマに、市内 4つの高校 1から 2年生を対象に、医療への関心を持ってもらえるようにと高校生体験講座を開催して、ことしも11月 6日に中東遠総合医療センターの御協力で開催をいたす予定でおります。

2つ目が、適切な受診行動がとれるための情報発信や啓発活動事業です。子育て中のお母さんから不安の声が寄せられたことをきっかけに、子供の急病時対応ガイドブックを作成しております。現在第 3版となった今回は、市内の企業の皆様方からの御協力により増刷ができました。現在 1万 3,000冊作成し、このガイドブックを活用することで、子育て中の方の不安軽減だけでなく、上手な病院のかかり方にもつながっていると評価をいただいております。また、救急法の実技指導やガイドブックを活用した出前講座を開催していて、年間50回ほどで約 3,000人くらいの方々に御参加をいただいております。

3つ目が、医療スタッフがやりがい感を持ち、その力を十分に発揮できるための環境づくりへの支援事業です。市民が医療スタッフに伝えたかった思いを伝えるお手伝いをしております。中東遠総合医療センターの受付南側の壁面に設置をされている「ありがとうメッセージボード」は、皆様御存じでしょうか。旧掛川市立総合病院時代から始めたこの活動により、現在 235通ものありがたいの気持ちが届けられています。本年も年末に中東遠総合医療センターにて、医療スタッフの皆様方にお届けをする予定でおります。

こういう市民活動を通した中で見えた地域の現状と課題についてですが、かかりつけ医を持っている人は年々増加傾向にあるというふうに捉えています。また、自分や家族の健康、医療、福祉について相談できる人や場所がないという、そして、子育て、介護により自分自身が急に調子が悪くなくても受診できない。また、働く医療従事者の日常生活が健康的でないというようなことが見えています。

そこで、参加いただいている皆様方へ一緒に考えていただきたいことが 2つございます。

1つ目は、利用の仕方の問題です。掛川市には 5つの病院、61の診療所、47の歯科医院、51の薬

局がありますが、先ほど篠原先生の御講演の中にもございましたように、地域医療の現状は厳しいものです。特にこの地域は、他と比較して医師が少ない地域です。静岡県は健康寿命が長く、すばらしいところですが、掛川市やこの地域で健康や医療を支えるということは、非常に厳しい労働環境にあるということも言えます。その中でやりがい感を持って続けていただくためには、私たちには何ができるのでしょうか。

2つ目は、自分たちの問題とする意識の問題です。先ほどのありがとうメッセージや私たちに寄せられる声の中には、ありがとうというプラスの気持ちだけでなく、苦しかったことやつらかったことが寄せられることもございます。自分たちでしっかり選択できなかったことが後悔につながっていたというようなものもありました。生きることの主役は、私たち市民です。生きていくことをさまざまな分野から支えてくれるシステムがありますが、どのように選び生きていくかは、自分たちが考えなければいけないことです。考えることをお任せにはいけないのだと感じています。

厚生労働省の幸福感の調査において、一番重視することは健康状況であるという結果が出されています。私たちが日常生活を安心して過ごせるためには、地域医療体制が整備されていることが重要です。しかし、私たちは、健康なときにはさほど気にしません。超高齢社会の今、私たちがしっかり現実を直視して、医療資源を上手に利用し、次世代の子供たちにつなげていくことが、今を生きる私たちの義務ではないかと考えております。

以上です。

○篠原 ありがとうございます。

最後に加藤先生、お願いします。

○加藤 小笠医師会長の加藤です。

まず、小笠医師会は、今、篠原先生の講演にありましたように、地域医療に対する対応を行っております。その主となるのは、この小笠掛川保健・福祉・医療研究会、今回の共催にもなっております。これは、ちょっと紹介させていただくと、もう10年以上前から、3市の首長及び担当課、3病院の院長、それから介護関連施設の関係者、それから病院長、市・県・国会議員に加えまして、ことしから理学療法・作業療法士会も加わっていただいて、年1回の幹事会及び総会を行っております。

この保健・福祉・医療研究会のもとになっておりますこの地域医療に対する対応ですけれども、まず、地域医療支援事業というのがございまして、これは掛川市、菊川市、御前崎市の3市の多職種連携でございまして、これが、介護保険、それから在宅医療、認知症と生活支援という主な4項目から成っております。特にこの中で、在宅医療、今、話に出ております、医師会内の在宅医療を行

う医師の拡充のために、在宅医療の推進員を選任しております。現在のところ、2名で各医療機関を回っていただいて、その聞き取り調査及びアンケート調査を行っております。9月の下旬に、第1回のこのアンケート調査に対する検討会を開く予定にしております。

もう一つは、認知症に関しましては、認知症サポート医の養成と、これによります多職種連携会議及び各種講習会・研修会を行っております。今後、この事業について広げていく方針になっております。

もう一つは、篠原先生の講演の中にありました地域医療構想です。これは、中東遠地域の広域の多職種連携でございます。ですので、中東遠ですから、掛川、菊川、御前崎及び袋井、森町、磐田までの広域の地域医療の多職種連携ということになります。この中で、これもちょっと話にありましたが、急性期病院から慢性期病院までのところのベッド数の調整というのが、この地域医療構想会議の中のテーマの一つになっております。慢性期病床をどれだけふやすのか、減らすのか、このことについてもこの中の会議で議論するということになっております。

1番から4番までは、この後の2巡目の中で御説明申し上げたいと思います。

以上です。

○篠原 4人の皆様、ありがとうございます。

それぞれのお立場から、今の取り組み等についてお話しいただいたわけでございます。

それでは、もう一度、2回りということで、じゃ、これから、今まで皆様が取り組まれているものを具体的な活動としてどのように進められていくかということについてお話ししていただきたいと。

また、申しわけありませんけれども、やっぱり5分程度ということですので、高木議員からお願いいたします。

○高木 この条例の、先ほども言いましたが、特色は、市民の意識改革を求めていこうじゃないかということに大きなポイントがあります。それは、市民の役割の中の一つに、市民は、みずから望む人生の最終段階における医療や過ごし方を書き記すとともに、近親者と意思疎通に努めるものとする、この文言が入っていることが、大変、この条例の特色であります。こういう文言が入っている条例は、恐らく日本では掛川にしかない、掛川が初めてであり、よそではちょっと聞いたことがない条例だと思います。

そこで、私ども掛川の議会としては、これから来る東京オリンピックに、4Kテレビを見るのではなく、ぜひこの今言いました言葉、4K、考える、家族と話し合う、そして書き記す、行動する、この4つの4Kを、ぜひ家庭のテレビを見るたびに思い出していただいて、実行をしていただきたい



いな、こう思います。

先ほども篠原先生のお話の中に、なかなかこの書き記す、こういうことを実行している、条例はなくてもこういうことをやっている市町村はあります。でも、実際は5%前後だそうでございます。掛川市がこれからこれを10%とか20%、もし市民が実行すれば、まさに全国のモデルになるような、すばらしい、そういう先駆的な事業じゃないかなと思っております。

そしてこれには、先ほど浅井副市長が、ショックだ、ショックだと言っていましたけれども、ぜひ、Gショック、元気なうちにこういうことを考えておいてほしい、こういうふうに思います。

以上であります。

○篠原 ありがとうございます。

続いて、浅井副市長、続きということをお願いします。

○浅井 はい。続きでございます。

先ほど来、掛川市の課題、しかし一生懸命やっているんだということまでお話ししました。これからどうしようということ考えたことは、3つの視点です。

1つは、気運醸成と書きました。ちょっと言葉が固いですが。やっぱり市民全員がこのことに取り組むと。若い人からお年寄りまで、そういう気運をつくりたい。市民一人一人が心がけていただくと。勉強もしよう。

そして左側は、奨励、褒め合おうと。私は、掛川市に褒める文化をつくりたい、そんなふうに思っているんですけども、この「生涯お達人市民」につきましても、一生懸命やっている、あるいはすぐれた取り組み、継続した取り組み、そういう個人や団体、あるいは市民活動グループ、そういう方を褒めて差し上げたい、みんなでたたえたい。

そして、右側の赤い部分は、支援でございます。いろんな活動を互いに支援すると、行政も支援する、こんなふうに考えているところでございます。

そして、市民総ぐるみ、これが掛川市の最も力を発揮するところでございます。一番上に、市民、家庭、そして地域や自治会、NPO、ふくしあ、掛川市、企業、国、県、金融、学校、こういう人たちが集まって推進連絡協議会をつくって進めていきます。各種団体、もっと広く、市内にはさまざまな団体がありますが、とりわけ健康だとか食だとか地域活動だとかたくさんの団体がありますので、こうした団体にぜひ入っていただいて、一緒になって進めたいというのが願いでございます。

そして、施策も体系的にやる必要があるということで、(1)の総合施策から、先ほど来出ております食と運動、生きがい、そしてやっぱり学びが必要ですし、最後、健康経営、これからの健康について、設計図を書いて経営をしていく。

本年度、28年度の主要事業を挙げてございます。「生涯お達者市民宣言」を策定したいと思えます。これは後で説明します。市長のお話にもありましたが、握力系や血圧計を各所に配備します。そして、エンディングノートと呼ばれる、リビングウィルと言われる、掛川市では健康人生設計ノート。ウォーキング。それから、健康づくりを一生懸命やったださっている、あるいはこれから考えてやろうとしている皆様に支援をしていこう、補助金を差上げます。

さらに、これから計画をするところで、まだ思いつきの部分もあるんですけども、生涯お達者市民リーフレット、わがまち、お達者自慢、運動トレーニング定期券、ウォーキンググループ合同事業、運動プラス10（テン）、健康ふれあい食堂、生涯お達者かるた・すごろく、健康づくり検定、ふくしあスクール、健康マイスター、健康推進士、健康スクール、まちづくりアワード、このようにいろいろ考えて、また、これは市だけではできませんので、皆様のお力をおかりして、ともに一緒に頑張っていければというふうに思っています。

ことしから協働のまちづくり開花の年と、花開く年ということで、まちづくり協議会が31できて、皆様のおかげですけれども、実はこの31のまちづくり協議会の本年度の計画書を見ますと、このようにたくさんのプランが入っています。やっぱりとても皆さん意識高く、頑張っているわけですが、これに参加する市民をよりふやす、これが大きな、重要な課題だというふうに思っておりますので、そうしたことをみんなでやればどんどんふえるのではないかとこのように思っています。

先ほど1番に挙げました「かけがわ生涯お達者市民宣言」を募集いたします。その下の段に例があります。「野菜から 食べて毎日 すっきりと！」「短い距離も早歩き、良い姿勢で足腰痛み知らず」というような、健康、あるいは運動、あるいは家族、そうしたことの標語といたしますか、言葉を皆様から募集したいというふうに思っております。封筒の中にピンクの紙が入っておりますので、どうぞ、きょういらした方はぜひまた近くの方にも呼びかけていただいて、たくさん応募されますよう期待をしております。お帰りに書いて置いていったださればなおうれしいです。

さて、エンディングノートの話題がたくさんございました。全国各地の進んだ土地がありますので、ちょっと調べたところ、このタイトルがなかなかいかしているんですね。「はじめてのエンディングノート」「わたしの足あと」「これからもまえむきにえがおで」「未来の私へそして家族へ」「わたしからのラストメッセージ」「手紙 大切なあなたへ」「わたしの老い支度」「わたしの想いをつなぐノート」、こんなのがあります。私たちの掛川市でもこれからつくってまいります。

滋賀県の守山市は、守山市という名前のおり盛りたくさんでございまして、自分のこと、健康管理、年金、ライフラインから告知・延命治療、そして財産のこと、この次がおもしろいですね、

家系図を書いてみよう、これはよく何となく感じるんですけども、親が亡くなってしまうとさっぱりうちの親戚がわからないというのがあります。わたしの年表、自分史もここへ書き込む、こんな例でございます。

掛川市は、仮称として「健康人生設計ノート」ということを考えていて、これから研究をしてまいります。御意見ください。わたしのこと、わたしの体、わたしの健康目標、そこだけ色を変えてありますが、ここがエンディングの部分です、家族、友人とともに。

これから一生懸命検討して、年度末には全戸配布いたします。余り難しいものをつくると皆さん参加しにくいので、しまってしまうということがありますので、できるだけ多くの人に活用していただけるような簡便なものを考えております。レベルの高い詳しいもの、もっと高いものという方には、市のホームページにアップロードしておいて、皆さんが使えるようにというふうに思っています。

一番下の枠に囲ってあるんですけども、やっぱり家族ということがとても大事なので、我が家の健康経営、あなたひとりだけでなく、家族みんなの家族経営、健康設計をしてほしいというふうに思うんですね。ノートは家庭に1冊なんですけど、もしよければそれをコピーして一人一人つくればいいなど。お茶の間健康会議というのを月に1回開いたらどうでしょう。ぜひ家族で「生涯お達者市民宣言」を話し合いしていただいて、御参加いただければうれしいというふうに思います。

以上です。

○篠原 ありがとうございます。

続きまして、武田代表、お願いいたします。

○武田 最初に申し上げました3つの事業の継続と充実を図ってまいります。そして、地域医療資源の実情、なかなか皆様方がお知りにならない医療現場の実情であるとか、そういうようなところを皆様方にもっともっと知っていただけるようなこと。それと、先ほど来、本当にすばらしい、掛川市にはふくしあというすばらしいシステムがあるんですけども、このこともまだまだ本当に全市民が周知しているわけではないですし、また、それをどのように利用していくかというところについても、もっともっと皆様方に情報発信を充実させていきたいなというふうに思っております。

そして、今、掛川市では、きょう、理事区長会長さんもお見えになっていますが、全ての地域にまちづくり協議会が発足されました。そういう地域の中のさまざまな機関の方々と協働して連携しながら、支え合う地域づくりに何が必要なのかということを考え、実践に移していきたいというふうに考えています。

そして、篠原先生のお話の中にありましたように、健康や、自分の死はこのように迎えたいなど、

日ごろみんなでこう言葉に出すことというのがなかなかできないんですけれども、そういうようなことを家族、医師などと自分自身の今後について考え、話し合う機会が持てるような、そういう環境づくりを考えて、実践につなげていけたらいいなというふうに思っています。

そして、何でも話せるかかりつけ医、かかりつけ医の考え方というのが、さっきの先生のお話で、少し皆様方もお変わりになったかなというふうに思いますけれども、私たちは今、回数は少ないんですけれども、掛川の医師会の先生方と懇談会を持たせていただく機会を得ておりますけれども、そういう何でも話せるかかりつけ医を私たちが持てるような、そういうふうにしていくためにはどのようにしていったらいいのかというようなこと、いろいろ、とにかく私たちは、これからのこと、今のことだけではなくて、これから先どうなるかということを行行政や医療機関だけに任せるのではなく、私たち市民一人一人がしっかりと、今、そして将来を見据えて、今自分に何ができるのかということが考えられるような、そういう機会づくりもできるだけつくっていききたいなというふうに思っています。

それで、こういう私たちの地域医療を守り育む活動なんですけれども、この取り組みというのは今、静岡県下に広がりつつあります。特にここ中東遠地域では、全国でも珍しく、全ての市町に、活動される団体があります。この表は、それらの団体がともに活動している地域医療ネットワーク協議会で推進をしているものです。住民が地域医療を育む 5つのカ、何か高木さんの後で言うのはちょっと何となく抵抗があったんですが、カ活動に参加しましょうということで、1つ、地域の医療事情について関心を持ちましょう。2つ、健康、病気、医療について学習をしましょう。3つ、健康な体づくりに取り組みましょう。4つ、医療スタッフに感謝と敬意の気持ちを伝えましょう。5つ、医療機関へのかかり方を見直しましょうと。私たちのきょう皆様方にお渡しさせていただいたチラシの中にも、活動宣言としてこのようなことを盛り込んでございますが、私たちは今、このような、仲間と一緒にこういう活動をしております。今後もこの活動を進めてまいりたく思っています。

今回、掛川市で健康医療基本条例が制定されたことは、とても意義深いことと捉えています。この機を好機と捉えて、皆様とともにすばらしい掛川がさらに豊かに次世代につながっていくよう、一市民団体として、また今後も精進してまいりたく思っております。

現在、30代から80代までのさまざまな仲間、きょうもたくさん、私の仲間がこの会場に来てくれていますけれども、楽しみながら活動しております。活動を通してさらに、私のようにと言うのはちょっとおこがましいですが、元気になります。ぜひ皆様の御参加をお待ちしております。

きょうはこのような機会を与えていただき、関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。ありがと

うございました。

○篠原 ありがとうございます。

最後に加藤先生、よろしくお願いします。

○加藤 1番から4番まで挙げさせていただきましたが、地域包括ケアシステムの進捗状況についてです。先ほど申し上げましたように、地域医療支援事業、これは3市のもので、その構想は中東遠地域でございます。この中で、先ほど篠原先生の講演の中にちょっと出てきたんですけども、先生は言葉ではおっしゃられませんでした、県の地域医療構想の中に「ほぼ在宅、時々入院」という言葉がございます。この「ほぼ在宅」の部分が、地域包括ケアシステムを活用する、どの介護サービスを活用するかというところでございます。「時々入院」というのが、先ほど中東遠地域の地域医療構想で慢性期病床の検討ということを申しましたが、これは、「時々入院」は慢性期に行くとは限りません。急性期以上の病院に入ることもあれば、また回復期に行くこともある。それぞれの状況によって変わってきますので、「ほぼ在宅、時々入院」という方針で、今後、地域包括ケアシステムを進めていこうという考えでございます。

2番目の認知症になっても暮らせるまちづくり、これも先ほど、認知症のサポート医がこの多職種連携の会議及び研修会等を行っておりますし、今後行うということを申し上げましたが、日本の認知症の現状というのは、ひとりで認知症の患者が外を歩いていると、ほかの家から苦情が来ると。お宅の認知症の人が表をひとりで歩いていますよということで、慌てて連れに行って、うちの中に戻す。あるいは、うちの年寄りが広報で呼ばれちゃったよというようなこともあって、認知症の人を外に出さない、閉じ込めるということによって、運動機能の低下、それから閉じこもり等の問題が起こってくる。これがヨーロッパの先進国では、これは地域医療講演会でも申し上げましたが、GPS付きの携帯電話等の一定の条件を満たしている場合には、この認知症の患者といえますか、認知症の方をひとりで外出させることに何の問題もないと。このことが原因でもし交通事故等に巻き込まれたとしても、家族及び介護者がこのことで責任を問われることはないという制度になっております。そして、その人が歩いているまちの皆さんが、これを危ないという苦情を言うんじゃないくて、もしこの人が交差点とか踏切で不審な行動が見られた場合には、まちの誰でもが、どうかしましたかということで声をかけると。その結果、その場で解決できることは、そのまちの人がサポートしてあげる。もしだめな場合には、そのGPS付きの携帯電話でその人のお宅に電話をかけて、今こういう状況になっていますという情報提供をしてあげるというようなことで、認知症の人の行動範囲を狭めないというところも、日本でも今後こういうシステムを活用していきたいというふうに考えております。

最期まで自分で食べて歩いて行動できる健康づくり、3番ですけれども、これは、かかりつけ医、もしくは、今までにも話が出てきました、特定健診等で自分の健康について興味を持っていただいて、最後まで自分で食べて歩けるということを心がけるということでございます。篠原先生もおっしゃいましたが、このいたずらに延命治療を行わないという部分の一番主なものは、経管栄養でございます。先ほども話がありましたけれども、これは多分、日本がまだこの点がおくれているというのは、医療者側の責任もあったと思います。要するに、誤嚥性肺炎で何度も入院するとか、嚥下障害で入院して、さあどうしましょうという、医療者側も、じゃ、経管栄養にしましょうかということで、割と気安く導入してしまうという部分であります。今後は、この経管栄養は第1選択とはならないということになりますので、まず皆さんも、もしそういう場面に遭遇したら、現在では、経管栄養は第1選択の治療ではありませんということはずまず言われる時代になると思います。

最期まで人間らしく生きて人間らしく最期を迎える人生設計の4番目ですけれども、これも篠原先生の講演にございました。事前指示書、リビングウィル、本人の尊厳を重視して、最期の人生を迎えるように考え、それから家族と話をすることでございます。大事なことは、この3番と4番が、3番があつて4番があるのではもう遅過ぎるので、3番と4番は同時に起こっていなければいけないはずで、自分で食べて歩いて行動できる健康づくりのうちに考えて、家族と話をすることですので、3番と4番は同時か、もしくは4番が先に来る場合もあり得ることになっております。

それから、この方が不幸にも寝たきりとか在宅の医療になった場合には、これも私がいつも申し上げております、必ずキーパーソンをつくってくださいと。当然、主たる介護者というのはいるわけですが。大体奥さんで、キーパーソンとなるのはその御主人ということにパターンとしてはなるんだと思うんですけれども、このキーパーソンの方が、この事前指示書、リビングウィル等で決めたその方の尊厳を維持する。そのために、よく盆暮れなんかには頭が上がらない兄貴とかお姉さんとか来て、在宅医療をしていると、だめじゃないか、こんなことをしてちゃ、入院させて高度な医療を受けさせなさいということで、そのキーパーソンが負けちゃって結局入院させたという、じゃ、今までやっていた主たる介護者の努力は何だったのかというようなことになってしまいます。ですから、この介護及び家族の考え方といたしましては、口を出すならその前に手を出してくれというところを肝に銘じて、キーパーソンは必ず方針をぶれないで行うということをお願いしたいと思います。

以上です。

○篠原 ありがとうございます。

4人のパネリストの皆さん、本当にわかりやすいお話をいろいろしていただきましてありがとうございます。

少々時間がありますので、私なりに最後に皆さんのお話、少し感想を述べさせていただきます。

まず、高木議員が、地域医療基本条例を策定するに当たって、幾つかのテーマ、重要な課題を挙げていただいています。その中で、終末期医療の問題もございましたし、在宅医療をこれからどうしていくのかという話もあったと思います。

終末期医療に関しては、先ほどもちょっと触れましたけれども、まず皆さんが死というものをこれから本当に考えなきゃいけない。今までは、クオリティー・オブ・ライフという言葉聞いたことがあると思うんです。生活の質をどうするんだと。特に年をとって行って、あるいは医療、介護を受けたときに、クオリティー・オブ・ライフという言葉が盛んに使ったんですけども、最近では、クオリティー・オブ・デス、死の質というものをどう考えるかという言葉がよく使われるようになりました。ですから、やっぱり死と向き合う。よく死生観の中で、死というのは生の延長線上にあるんだという話もあると思います。こういったのは、我々もまた宗教家の先生方ともお話ししなきゃいけないと思っているんですけども、もう前向きに、必ず死というものはあるもので、そこをどうするんだということを、今までタブー視されていたものに向き合わなきゃいけないんだというところではないかなと思います。

それから在宅医療については、これは加藤先生、小笠医師会でしっかりこれからやっていただけていると思っています。最後のお言葉、最後のお話がまさにそうだと思うんです。ですから、家族の皆さんと協力し合って、しっかり覚悟していただいて、できるだけおうちでみとってあげるという方向をつくっていただきたいと思います。なおかつ、小笠医師会の先生方にも、できるだけ多くの先生に在宅医療に参入していただく。みんな大変なんですけれども、さっきも言いました、午後から地域に出るとか、加藤先生が言われたように、ふだんは在宅、時々は入院みたいな、そういったことが当たり前のような仕組みをつくっていったらいいんじゃないか、そんなふうに感じました。

浅井副市長のお話の中で、私は、やっぱりお達者度を上げるためには、掛川市特定健診の受診率の向上というのは絶対だと思っています。やはりなかなか伸びていない。結局、何でもそうなんですけれども、予防って大事なので、病気の予防のためには、健診を受けて早くから見つけて、それに対応していくとか、介護の予防もそうですね。医療をきちっとやって、重篤な疾患にならない、あるいは障害を残さないということが必要になってくるわけですから、すると、若いころからの教育、あるいは若いころからの取り組みというものが将来的なお達者度につながるんじゃないか、そんなふうに感じました。

それから、武田代表、いや、これは一番うれしかったんですけれども、やっぱり地域医療を育む会って、我々の応援団のような方がいらっしゃるということ、本当に掛川市っていいなとつくづく思いました。特に総合医療センターの「ありがとうメッセージボード」、これは本当に感激しました。今まで、病院があって、いつも目安箱みたいなものを設けて、苦情相談みたいな話をしているんです。患者さんたちに、目安箱を置いておいて、何かあったら入れてくださいねと。苦情がたくさん入ってきて、院長のところを持っていかれます。ちゃんと対応するかどうか、これはよくわかりませんが、だから、何というんでしょうか、そういった苦情対応ということが患者さんへのサービスのよさを感じていたと思うんですね。それが当たり前の姿だったのが、こういったメッセージボードに二百三十何名の方がお寄せいただいたって、これはすばらしいことだと思います。励ましてあげてほしい。医療人も大変苦労しています。本当に夜も寝ないで頑張っているお医者さん、看護師さんはたくさんいらっしゃるわけですから、そういう方をやっぱり育むという気持ちを持っていただけるというのはとてもいいと思いました。

それぞれのお立場から皆さんのお話をいただいています。加藤先生には、小笠医師会、一層頑張っていて、これだけすばらしい行政、議会、それから市民の皆さんがいらっしゃるんですから、強い強い応援団がいるということで、加藤先生には頑張っていていただきたいです。そのように感じました。

ということで、きょう、私、最後に総括させていただきました。本当に長時間にわたりまして御清聴ありがとうございました。

これにて、閉会させていただきます。（拍手）

○司会 篠原先生、パネリストの皆様、まことにありがとうございました。

本来ならばここで会場の皆様から御意見や御質問の時間を設けるところではございますが、何分、時間の関係もございますので、御質問のある方は、お配りした質問票に御記入され、出口の箱に御投函ください。回答は、掛川市議会ホームページへ 9月下旬をめどに掲載いたします。

会場の皆様、篠原先生並びにパネラーの皆様にいま一度大きな拍手をお願いいたします。（拍手）

○司会 それでは、議長、演壇に上がっていただいて、篠原先生初め、パネラーの皆さん方にお礼を申し上げていただければと思います。

本日のシンポジウムを機会に、御自分の健康についていま一度考えていただくとともに、御家族との話し合いの場をつくり、お一人ごとの人生計画が立てられますことを期待しております。

本日は大変お忙しい中お越しいただきまして、まことにありがとうございました。



以上をもちまして掛川市健康医療シンポジウムを終了したいと思います。

お帰りにつきましては、交通事故等お気をつけてお帰りくださいますよう、よろしく願いをいたします。

以上、閉会といたします。ありがとうございました。（拍手）

午後9時00分 閉会