

## 国土審議会政策部会第2回集落課題検討委員会

平成21年7月1日

【川上総合計画課長】 それでは定刻になりましたので、ただいまから国土審議会政策部会第2回の集落課題検討委員会を開催させていただきます。

本日は、お忙しい中、また、夜間の開催にかかわらずご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

まず、お手元の資料の確認をさせていただきたいと存じます。初めに、座席表がございます。それから、議事次第、それから、資料1 委員名簿、資料2 第2回委員会における論点について、資料3 第2回委員会における意見聴取事項、資料4に「集落住民に対するプライマリ・ケアの提供」、資料5に「集落住民を支える移動手段の提供について」、それから、参考資料といたしまして、(1) 住民側からみた生活サービスへの満足度など、それから、(2) サービス提供コスト、(3) 既存支援制度、(4) 移動手段に係る法令等がございます。以上の資料に不備などございましたら、事務局までお知らせくださいませ。

なお、参考資料(2)につきましては、非公表の情報が含まれていますことから、非公開資料とさせていただきます。

続きまして、前回ご欠席されて、本日もご出席いただきました委員の方々をご紹介します。牧大介委員でございます。

【牧委員】 よろしく申し上げます。

【川上総合計画課長】 山崎朗委員でございます。

【山崎委員】 山崎です。よろしく申し上げます。

【川上総合計画課長】 また、まだ本日も見えではございませんが、辻塚也委員がご出席の予定でございます。それから、本日は、岡崎昌之委員、それから、山本信次委員がご欠席でございます。

また、本日は、「集落住民を支える移動手段の提供について」有識者よりお話をさせていただくため、首都大学東京大学院都市科学研究科助教の吉田樹先生にお越しいただいております。吉田先生は、都市交通計画をご専門にされ、集落住民の移動手段の確保を含め、地域交通に関する数多くの現場において実践的な活動をされております。本日はよろしくお願いたします。

【吉田講師】 よろしくお願ひします。

【川上総合計画課長】 それでは、以降の議事進行は、奥野委員長にお願いしたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

【奥野委員長】 どうもお忙しいところ、また、遅い時間からご苦労さまです。  
それでは、本日の議題に入らせていただきます。

お手元の議事次第にございますように、本日の議題は、「基礎的な生活サービスの確保に関する課題について」と「その他」であります。基礎的な生活サービスの確保に関する課題については、資料2にあります論点を中心に議論いたしますが、このため、井上委員と、本日講師としてお招きしております吉田先生から、資料3にありますような内容についてご発表をお願いしております。

進め方といたしましては、事務局からの関連するデータ、制度等の説明の後、最初に、井上委員から「集落住民への初期医療の提供について」20分程度お話をいただきます。

次に、吉田先生から「集落住民を支える移動手段の提供について」20分程度お話をいただきます。これらを踏まえて、皆さんで1時間程度ご討議をいただきたいと思ひます。

それでは、まず、事務局から関連するデータ等について説明をお願いいたします。

【川上総合計画課長】 それでは、関連する資料としまして、まず、参考資料の(1)からご説明したいと思ひます。

参考資料の(1)住民側からみた生活サービスの満足度などということで、需要側の施設に対する要望などについて取りまとめたものでございます。これは、表紙にありますように、島根県の中山間地域センター、藤山さんが中国地方整備局と一緒にまとめたものでございます。まず、そちらからご説明をさせていただきたいと思ひます。

1ページ目をごらんいただきたいんですが、本調査につきましては、中国地方を調査対象といたしまして、特に8都市圏、下にありますこの都市圏については、さらに詳細に小学校区単位で調査をしているというものでございます。2ページをごらんをいただきたいんですが、まず、中国地方全体の医療圏との関係を示したものでございます。ここで下にありますように、3次医療機関、この場合は赤い四角で囲んである点がそれでございますが、特定機能・第3次救急・地域医療支援病院のいずれかに指定されている病院を3次医療機関といたしまして、また、三角の黄色ですが、診療科目数が12以上ある病院を第2次医療機関として、それから、ドットにありますのが、それ以外のその他の医療機関というものでございます。

この図面は、その3次医療機関から60分以内で到達する圏域を赤の線で囲んであります。赤の線のとげが出てないほうが外側でございます。そういう意味では、3次医療機関の60分圏外のものが中国地方の中国山地の山合いのところに広がっているのがごらんいただけるかと思います。また、2次医療圏、30分圏内のものが青色で塗りつぶしたところでございます。2次医療機関から30分以内に到達できない部分が白抜きになっている、そういう地域でございます。大体中国山地の山脈部分にそういう空白地帯が広がっているという状況でございます。

これを数的にあらわしたものが3ページでございますが、人口比で見たものでございます。この3次医療圏の60分以内に居住している、今、面積で空間的に見ていただきましたが、そのうち60分以内に居住している人口が9割以上、94.4%になっておりまして、3次医療圏60分以内に9割以上カバーしていると。また、2次医療の拠点から30分以内に居住している人口がやはり9割以上、92.9%という形になっているということでございます。人口で見ますと、60分圏内、30分圏内それぞれに9割以上がカバーしているという状況でございます。

次のページをごらんいただきたいんですが、これは医療機関以外に商業施設について、同様な見方をしたものでございます。ここでは、3次的商業施設といたしまして、デパート・百貨店、1万5,000平米以上の大きなものと、それから、2次的商業施設といたしまして、デパート・百貨店の1万5,000平米未満、あるいはショッピングセンター、スーパーなどを2次的な商業施設として、同様なふうには都市圏として見たものでございます。

5ページをごらんいただきたいんですが、今の絵で見ていただいたものの数的な集約といたしまして、3次商業拠点から60分以内に居住している人口というのは、約8割、79.5%でございます。2次的商業拠点から60分以内に居住しているのが人口の9割ということで、95.8%という数字を示しているものでございます。この3次商業拠点、60分圏外の156万人、これは上の表の右側にありますが、そのうち84.5%の132万人、その表を左のほうへ見ていただきますと、132万が2次商業圏30分圏でカバーしているということで、3次商業拠点の60分圏から外れていても、2次商業圏の30分圏内でカバーしているのがそのうちの84%あるということでございます。

6ページをごらんいただきたいんですが、今はマクロに見た全体の数字でございますが、そのうち、特に小規模集落・高齢化集落との関係を見たものでございまして、ここでは戸数が9戸以下かつ65歳以上人口が70%以上の集落を黄色の四角でドットで落としてお

ります。それと医療圏との関係を見たものでございます。

7ページにそれを集約したものがございますが、これらの集落から全体の6割が3次医療圏60分以内に入っているということで、3次医療圏の60分圏内であれば、6割の集落はカバーしていると。ただ、2次医療圏になりますと、30分圏内では40%、ここでは30分圏外が60%という書き方をしておりますが、ということで、2次医療圏の30分圏内のカバー率は低いものになっているということが見てとれるものでございます。

8ページをごらんいただきたいのですが、さらに、今は、中国地方をマクロで見たものでございますが、先ほど申し上げた8つの都市圏につきまして、さらに小学校区単位で分析したものが以降の資料でございます。8ページは、1,000人以上の小学校区について見たものでございますけれども、このグラフでございますが、青い四角の点で結ばれた棒状になっている部分が、これは小学校と、それから、医療機関と商業施設がいずれも備えているものがございます。これは1,000人以上については、その3つ備えたものがございますが、1,000人以下の小学校区においてはそういうものが見られないということで、1,000人未満の小学校区からは、医療機関や商店が消えつつあるという分析をしているところでございます。

9ページをごらんをいただきたいのですが、さらに、この8都市圏につきまして、医療圏、1次医療圏、左側、それから、2次医療圏、右側でございますが、について、時間帯と高齢化率及び人口の減少率を見たものでございます。1次医療圏、左側でございますが、につきましては、1次医療圏までの時間が10分未満の地域については、比較的人口減少、あるいは高齢化率が低い水準にとどまっているということでございまして、高齢化率については24%ぐらい、それから、人口減少率もマイナス1%程度におさまっております。日本全体の高齢化率が20%でございますので、そういう意味では、中心部に行くに従ってそれほど高齢化は進んでいないでございますが、その1次医療圏から離れているところ、つまり、右に行くに従いまして、高齢化及び人口の減少が見られるという分析でございます。

同じように、右側は2次医療圏とその関係を見たものでございますけれども、同様に、2次医療圏に近いところの高齢化率はそれほど高くありませんが、したがって、離れるに従いまして高齢化率が高くなっていくとともに、人口減少率がやはり大きくなっていくのがその外縁部であるということでございます。

次の10ページでございますが、これは、実際この8都市圏のサンプルに対して医療機

関へのアクセスがどれだけですかと聞いたものを累積値でグラフにしたものでございます。真ん中横棒、赤い線が引いてあるところが50%でございますけれども、累積50%タイルになるところが何分ぐらいかというのを見たものでございまして、この中央値となりますのが、例えば青い丸が日常医療でございますけど、日常医療につきましては、50%タイルになるところが5分程度、要するに、5分程度で日常医療に到達できる人が大体全体の5割はいるということでありまして。それから、次に、専門医療でございますが、黄色の丸でございますけれども、これですと50%タイルで10分程度で行ける人が半分はいるというふうに見ていただくものでございます。また、高度医療につきましては、やはり時間か長くなりまして、50分というふうになっているという状況でございます。

11ページ以下、同じように商業施設について見たものでございまして、やはり食料品とか、コンビニエンスストアは5分、スーパーで10分、デパートで50分というふうに似たような傾向を示しております。

12ページをごらんいただきたいんですが、これらにつきまして、医療と商業、及び商業は特に日用品の買い物の代表として食料と、それから、医療と分けてございまして、それぞれの利用頻度と、それから、時間、それから、満足度を見たものでございます。

さらに、13ページをごらんいただきたいんですが、さらに、都市圏の中の集落と中心部の関係がどうなっているかを見るために、この広島三次市を事例としてご説明をしたいと思います。三次市につきましては、8市町村が一緒になったところでございます。この真ん中の部分が三次の旧市でございます。西北方面に広がっているところが山間部でありまして、ここは作木村というところで2,000人程度の小学校区に相当する部分でございます。

それとの比較で以下見ていただきたいと思いますが、14ページでございます。同じように、医療圏の到達圏を見たときに、この三次につきましては、3次医療圏から60分圏から外れて、60圏外でございますが、2次医療圏につきましては、真ん中に三次中央病院というのがございまして、この青いところへ結んだのがその30分圏内でありまして。さらに1次医療圏からの10分以内がオレンジ色っぽい色で塗ったところがございますが、西北方面の山間部であります作木村については、いずれからも外れているということで、1次医療圏10分からも外れているというような地域でございます。これの中心部とこの作木村で代表されるような縁辺部を比較したのが次でございます。

15ページでございますが、これらの医療機関への利用回数でありますけれども、中心

部、一番左側の棒グラフでございますけれども、大体月に日常的な医療で1.1回とか、定期的な通院で0.4回、あるいは専門医療0.6回という、かなり回数が少ない層が多いわけですが、それに対しまして、一番右側の縁辺部というところが作木村に相当するものがありますけれども、やはり高齢化ということもございまして、医療に通う回数が約2倍弱になっているというようなどころが見てとれるわけでありませう。

それから、16ページでございませうけれども、さらに、これらの満足度を見たものでございませう。それぞれ3本並んでいませうが、中心部、中間部、縁辺部で、中心部と縁辺部を見ていただきたいんでございませうけれども、その左上でございませうが、医療で日常的な医療の部分の満足度の高さというのは中心部にいる方が多く、それから、縁辺部に行くに従って満足度が下がっているという傾向がずうっと上の3つで見えてとれますが、施設の満足度、施設に対する満足度というのは、中心部においても、縁辺部においてもあまり変わらないということもございまして、やはり移動の部分で不満が多いというふうに見えてとれるわけでございます。

17ページ以降は、やはり商業施設について見たものでございませうが、20ページをごらんいただきたいんですが、商業施設でも、やはり中心部と周辺部で行動パターンは違いますが、例えば日々の買い物でないような衣類のようなものについては、行く回数等々は変わっていないというところで、中心部に住んでいる人と、それから、過疎集落に住んでいる人のビヘービアは変わっていないということは見てとれるわけでございます。

すいません。次、参考資料の(2)のほうをごらんをいただきたいんでございませうが、今は、需要側から見たものでございませうけれども、今度は供給側から見たサービス提供のコストという面で見たいものでございませう。1ページをごらんいただきたいんでございませうが、これについてはちょっと事例の列記という形になりますが、まず、この委員会でもたびたび出ております新見市のきらめき広場の例でございます。これについては、施設につきましては、庁舎の中に診療所、図書館、保健福祉センター、文化ホール等々入っておりますが、大体総事業費で22億円かかっているということで、町単独の施設整備をしているということでございませう。これについては、道の駅の併設されているというものでございませう。

2ページでございませうが、そのランニングコストを見たものでございませう。きらめき広場については、年間1,200万、大体月100万ぐらいのコストがかかっていると。診療所につきましては年間260万ですが、これについては診療所が負担しているというもの

でございます。

それから、3ページでございますが、この診療所の患者の数を見たものでございます。新見市全体の西南方向に旧哲西町がございますが、人口としては3,000人程度でございますけど、この診療所の患者の数は年間1万人でございます。当然そのうち、哲西地域が多いわけですが、それ以外に周辺の市町村からも、上の表にありますように人を集めていると。歯科についても同様でございます。

5ページをごらんいただきたいんですが、哲西町以外の例といたしまして、ある県の一つの、もともと4町村から成っておりました町を、1万4,000人の町を事例として取り上げたものでございます。もともと4町村ですが、それぞれ1町村当たり4,000人弱のものでありまして、いわゆる我々が考えている中学校区程度が4つ集まったものでございます。

ここの7ページでございますが、移動の手段をバスでとらえてみたものでございます。大体日本全国のキロ当たりの経常費用といたしましては、439円、大体440円ぐらいかかっているんですが、ここの地域の場合、真ん中の凡例の中に書いてありますけれども、キロ当たり255円、つまり、全国平均と比べますと、キロ当たりの経常費用というのは低く抑えられているのでございますが、同時に、収益が低いというところが問題でございます。この場合、4つの旧市町村から成っておりますが、真ん中のa地域が中心的なところでございまして、ここは5,000人おります。これの、例えば⑫番というところのバスの路線を見ていただきたいんですが、これは、駅と県立病院を結んでいるかなり短い、3.3キロぐらいのバス路線でございます。上段に書いてありますが、キロ当たりの実績の収益でございます。この場合247円であります。その下が経常収支率、97%稼いでいるというところでございますので、ここで97%ですと、大体ペイをするような形になってはいますが、それ以外の路線は、路線の距離が長くなるに従いまして、ありますように、70%、あるいは20%という収益になっているという状況でございます。

7ページをごらんいただきたいんですが、全国でバスにかかっているいろいろなコストと当A町の比較をしたものでございます。左から2番目を見ていただきたいんですが、これ、先ほど申し上げましたように、キロ当たりの運送原価、全国で439円、1キロ当たりですが、A町の場合255円になっております。ただし、逆に収入のほうが一番左側でございますけれども、全国平均がキロ当たり408円、それに対しまして157円ということで、同時に収入のほうも悪いということで、収支率が全国の93%に対しまして、全

体合計しますと38%ということになっています。結局バスの支出に多くを占めますのは人件費でございまして、一番右を見ていただきたいんですが、全国平均で人件費が58%を占めているというところで、やはりバスの路線に関しましては、人件費の圧縮ということが一つのポイントになるのではないかとと思われるわけでありまして。

次のページ、8ページをごらんいただきたいのですが、我々が今考えています拠点化という話について一つの模式的にあらわしたものです。このA町の中心部につきまして、実は、拠点的な施設といたしまして、県立病院、それから、郵便局、銀行、診療所、町役場というのがございます。その真ん中より下の左のほうを見ていただきたいんですが、今の状況ですと、これらが分散しておりますので、そのつないでいる線の総計として大体5,000メートルあるわけでございます。このうち、例えば一つ、この一番左にあります郵便局・銀行を県立病院と一緒にしてみるということを考えますと、真ん中になります、5,000メートルが2,900メートルということで、5分の3になるということがございます。さらに、町役場をまた一緒にしていくという形でいくと、さらに1,800メートルという形で、集約していくことによって、歩く距離がだんだん短縮される、あるいはそのアクセスの時間が短縮されるということがわかるわけでございます。

次が、医療でございます。9ページがA町のものでございますが、ここについては、旧4町村それぞれに診療所があります。上にありますが、公設公営、公設民営のものがありますが、いずれにしても、収益的には赤字でございます。下がさらに県立病院の位置を示したものでございます。

それから、10ページ以降、またちょっと別の例でございますが、診療所の行政負担の額を見たものでございますけれども、これは、和歌山県のへき地診療所のデータをいただいて見ているものでございますが、これにつきましても、みんな行政負担が伴うと。少ないものですと数十万ですが、大体年間2,200万円の行政負担が出ているという状況でございます。

11ページは、今度は公共交通の話に戻りますが、ここはデマンドタクシー、あるいはスクールバスなどを運行しているところの事例を集めたものでございます。基本的には、その当該部分の人口密度と赤字額と相関があるということございまして、人口密度が薄いところではやはり赤字額が大きくなりますが、人口密度が高くなるに従いまして赤字が縮小するという様子が見てとれます。

それから、12ページ以降、いろいろな事例があるという例でございますが、デマンド

タクシーを導入して自治体の負担が減少した例、長野県富士見町の例がございますが、これはバス路線をすべて廃止しまして、デマンドタクシーにしたことによりまして、2,000万円補助額を払っていたのが1,650万円に減少した例でございます。

それ以外に、13ページ、これはデマンドタクシーを導入して、同時にほかのサービスを手厚くしたということで額が増えているという例、それから、14ページは、やはり哲西町で、福祉有償運送、あるいはふれあい送迎事業がどのぐらいのコストがかかっているかというのを見たものでございます。

それから、16ページでございますけれども、これは移動販売の例でございますが、高知県とか、鳥取などで行われておりますが、高知の例でもかなり厳しい状況だということでございます。1台当たり年間3,600万円ぐらいの売上であります。キャプテンの年収は年間200から300万ということで、かなり厳しい状況だということなんです。

それから、17ページから、ちょっと2つの社会実験の例をご紹介します。これは、移動の確保ということと別の観点から見たひろしまねの社会実験であります。これは会員40名に月額1,500円ずつの会費を納めてもらって、年間48回バスで買い物ツアーに行くという社会実験であります。これ、17ページの真ん中の収支にありますように、収支上は赤にはなっていない、黒字になっているということで、年間48回の買い物ツアーがそれによって確保されるという社会実験をやっている例でございます。

18ページは、今度は拠点的な部分の事務局として、「もう一つの役場」というのをやりひろしまねでやっておりますが、これにつきましても、収益事業と、それから、いろいろな受託事業を組み合わせることによって、行政にかわる人の人件費を生み出すという形でやっている例でございます。

すいません。少々話が長くなりましたが、簡単ではありますが、以上です。

**【奥野委員長】** ありがとうございます。

それでは、意見交換は後ほどにいたしまして、ヒアリングに入りますけれども、最初に井上先生、お願いできますでしょうか。

**【井上委員】** 帝京大学の医学部の井上でございます。

添付の資料に若干ながらの発表のほうは追加をしているんですけども、ほぼその資料を見ていただいても差し支えないのではないかと思います。

私、実は、自治医科大学の出身でありまして、高知県出身で14年ほど地域医療をやっておりました。その後、縁があって、東大で公衆衛生学の教員になったのですが、また再

び、最近、医学のほうでも、医療のほうでも、地域医療を重視させなきゃいけないという機運がおきてきております。今年度、地域医療学という講座が帝京大学にできまして、5月からそちらのほうに赴任しております。

今回のプレゼンテーションのキーなのですけれども、それでは、1枚目になっているんですけども、3つのコンポーネントでお話をさせていただきます。

キーといたしまして、私の経験から言えることなのですけれども、病院でずっと仕事をしているわけではなくて、ほとんどの自分の医師の経験は、地域の診療所の医者で過ごしております。そうしますと、自分が生活者として実際に家族と暮らしながらということですが、医療機関で仕事をしていますと、どうしても医療機関の中に来る患者さんについての視点になるわけです。生活をしているその市町村、あるいは地域というところでの視点ができるくるというのが、私の経験でして、また私の発想の源になっていますし、これからプライマリ・ケアを重視させるためには、そういう視点を持った医師の養成が必要だと思っております。

包括ケアと、これは最近よく言われていることですし、先ほどの発表にもありましたけど、できるだけ資源の乏しい、医療資源にしても何にしてもそうですが、そういうところではワンストップできちっとできると。先ほどの例もそうでしたですね。プライマリ・ケア、一つの大きな要素がありますけど、やっぱり近い場所で提供されるべきであると。遠くまで行くのは大変です。で、後で出てきますけど、対象の人口をきちっと母集団というか、分母と分子の、分母のほうを規定した上で、それに対してどういう医療が必要かということを考えることが大事だと思います。

次、スライドお願いします。そちらもちょっとお願いします。

プレゼンテーションをやる内容は、国土交通省のほうから、こういうふうにもう多岐にわたっていただきましたので、悩みましたけど、これを20分でというふうに読みましたけど、まあ、これは自分の実例を話すのが一番いいかなと思いました。

次、お願いします。

これは、追加が最後にありまして、健康問題のキーワードはプライマリ・ケアで対応すべきというのが追加であります。

次、お願いします。

これはちょっと後で出てくるのを前にしました。これが一番大事な図だと思っておりますので、これを説明します。1960年にアメリカでなされた研究なんですけど、何を言いた

いかというと、一地域1,000人の成人を1ヶ月観察しておりました。そうすると、1,000人の中で体調が悪くなるのが750人なんですけど、医療機関に実際かかるのは250人で、入院するのは9名、その入院でちょっとぐあいが悪いから他の医療機関へ行くのは5名。大学病院まで行ったのは1名ということであります。これではっきり言えますのは、日常診療の大半はプライマリ・ケアの現場にあるということなんです。これまで医学、医療、あるいはそれにかかわる教育というのは、大学病院で専門家医療中心でやっておりましたけれども、それだと、例えばこの予防健康増進、あるいはセルフケア、これは非常に大事な健康維持するためのテーマなんですけども、そういうことについて、どちらかというとおろそかになってきました。私は教員ですから、医学教育においてもこういうことはあんまり教えられてこなかったということがあると感じています。

それから、例えば同じ病気であったとしても、大学病院で診る病気と、例えば高血圧だとしても何でもそうなのですが、例えば心筋梗塞など、大学病院の場合はもう診断がわかっているものを高度に治療するわけです。ところが、プライマリ・ケアの現場だと、胸痛だと言ったって、別に心筋梗塞と限ったわけじゃないので、そういうはっきりわかってない状態から、いかに効率よく患者さんを見分けていくかということが必要ですので、そういう意味でいうと、同じ状態、同じ疾患、同じ健康問題であっても、この右下のほうと全体では局面が違うということ、これ、言っているわけでありまして。

次、お願いします。

私が、1985年に最初に赴任した高知県大川村診療所の風景です。後ろに官舎がありまして、これ、ちょっと古いスライドでカビが生えていますけど、25年ぐらい前のスライドです。それをちょっと大変でしたが、最近スキャナで取り込んで画像化をやりました。これは、2階はあるんですけども無床の診療所で、外来機能に特化したところです。ちなみに村の中では、これが役場の近くにあったんですけど、ここ以外に井野川診療所というところに出張診療もやっておりました。

次、お願いします。

それで、そのころは介護保険も何にもありませんので、往診をしに行って、その家でちょっと外出、家の中で閉じこもりになっている方がいますと、しょうがないからというかあるからものは何でも使えということで、自分も使う。これ、私、自分でございます。本人の私です。私が行ってリハビリのようなことをしておりました。何というか、それが今、先ほどの最初にありました保健・医療・福祉の包括的にやるということと、その理念は同

じだと思えます。

次、お願いします。

これは、たくさんのスライドは出せませんが、小児の健診を私がやったりですね。

次、お願いします。

けがをして骨折をしたら、私は自分でギブスを巻いて、何カ月かしたら治ってギブスを取っている。海外留学で、そういうオーストラリアというへき地医療のところへ行って勉強しましたので、日本の臓器別、疾患別じゃなくて、そのエリアの人の健康問題のプライマリのところを担当するような教育を受けてまいりました。

次、お願いします。

実は、現代的なプライマリ・ケアというのはここに端を発して、見るのはプリントのほうで結構だと思います。ドーソン報告というのがありまして、これは、ドーソンさんというのはイギリスの方なんですけど、第一世界大戦で従軍いたしまして、もちろん従軍ですから、けが人がたくさんおる。そういう方々をどうやれば、ちゃんと効率よく診ていけるかという経験を持ちまして、その後、イギリスへ帰って、こういうことを、この方、貴族のようでありますけど、提唱しました。住民の健康を守るためにはプライマリ・ケアを中心にしたものが必要だよと。ここに書いていますけど、一般医、そういったエリアでは広く患者さんの健康問題に対処する一般医による一次医療と、それから、その手前の予防サービスを結びつけましょう。で、ここの後のほうにも、地域医療の重要性とか、行政の一体的な医療提供とか、あと、需要調査に基づいた、さっき言ったエリアの話もそうだと思いますけど、それにマッチングした医療の設備、あるいは内容を提供しましょうと。そういうことでもあります。図のほうはちょっと見にくいと思いますが、あそこのスライドを見ますと、真ん中に中心になるヘルスケアセンターがあって、その周辺にサテライトが広がっていて、右下の赤いのは教育病院、あるいは大学病院のようなものであります。こういうふうにクラス、階層化されているという発想は、私から言わずと、現代までずっと生きてきている、こういうのが有効であるということが、これはイギリスの話ですが、イギリスは、この後、こういうものが成功を見たので、有名なNational Health Serviceという制度を導入したわけであります。

次、お願いします。

これもプリントで結構でございます。プライマリ・ケアの時代的要請と書いていますけども、これは、海外では、G P (General Practitioner) だとか、Family Physicianとい

うような方がいらっしやいまして、欧米のほうは日本よりも早く専門志向が進みましましたので、そうすると、細かい細分化だけはあまりよろしくない。やっぱりそれだけではちょっと広い住民の健康問題に対応できないということで、臓器別のスペシャリストも必要だけど、その本人、病を持つ人の全体を一人の医師として受けとめて、対処してあげる医師は必要だということで、こういった名前なのが、医師が確立してまいりました。「第一線医療に求められる医療像は」と書いていますけど、例えば日常疾患に大部分に対応しますし、専門医療があった場合でも、その医師を通じて専門診療へのアクセスを得て、治療が終わればまたそこで受けるというシステムです。

次に、プライマリ・ケアの定義ということですが、ちょっとかたいんですけど、こういうふうにも定義はあると思いますが、健康問題の大部分、実際プライマリ・ケアで8割ないし9割が範疇に入ると言われております。継続したパートナーシップを築いて、そのエリア、そのコミュニティーの中でそういう技能を持った医師によって、主に医師によってでしょうけども、それ以外の方も含むと思いますが、提供されるサービス。基本要素は、こういうふうによくあって包括的、例えば年齢とか、性別もそうでしょうし、病気もそうだと思います。そういうのも包括的にやって、で、いろんな資源と協調していく。それから、継続性をもってやっていく。それから、責任性というのは、きちっと医療の質も確保していくと。こういう要素があるのがプライマリ・ケアというふうに言われております。

次の図も結構大事だと思うんですけど、どちらを見ても結構です。そのポピュレーション、分母のほうを考えたときに、その大きさによって提供されるケアのレベルが違うということをこれはあらわしています。Self careというのがありますけど、黄色のところ。これは自分で自分の健康、これは一番健康管理でも結構一番大事ですよ、もともとベーシックですけど、それは家庭の中で、あるいは個人がやるでしょう。Family Physician、さっき言ったプライマリ・ケアを行う医者の場合、世界ですから非常に幅がありますけど、2,000名から5万名の人々を対象としています。例えばこれは発展途上国であれば、非常にプライマリもさらにプライマリのケアになりますので、人口は多くてもいいかもしれないし、おそらく日本では、国民の医療へのフリーアクセスがありますし、それから、高齢化もありますし、介護保険もあります。そうすると、どちらかというと、この2万から5万というのは非常に幅がありますけど、どっちかというと、私の意見は2,000に近いほうじゃないかなと思っております。それから、さらにその上にgeneral specialistが

あって、super specialistがありますが、彼らの診る疾患というのは非常に幅が狭いことから、それにビジネス的にもそうでしょうし、キャリアとか、そのマッチする人口というのははるかに大きいよということを言っているわけであります。

次、お願いします。

それで、この研究、先ほど一番最初に挙げた1963年でしょうか、その類似研究というのは日本でもやられておまして、日本でも同じことが、要するに言えているわけであります。住民の健康問題の大半はセルフケア、プライマリ・ケアの中にあるということでもあります。

次ですけども、Specialized Careとprimary careというのを少し対比しました。このところはさあ一つと、全部見てもらえばいいと思いますけど、一番最後のところを見てください。これは有名な医学の教育書に書いているものであります。Specialized Care、専門ケアは、disease 病気を診る、ところが、プライマリ・ケアというのは患者さんが感じているぐあいが悪いなというのを診る。Specialized Careのほうは、Specialized for、病気にSpecializedしている。プライマリ・ケアというのは、これ、youというのは、診察中にあなたのことを言っていると思うんですけど、その方に私は専門、あなたのことは何でもよく知っているよ、昔からよく知っていて、こういうことだったら、こういうことが起こり得るかもしれないし、こういう病気を持っているのなら、この治療はこっちがいいんじゃないかとか、というようなことを言ってあげる医師がこちらである。

それを違う、私の非常に懇意にしています方が別の図であらわしたのが、日本語にもう少し落とし込んだのが、この諸療医という言葉と専療医という言葉であります。私、この諸療医、もろもろの診療というのが結構好きでありまして、日本の学会でプライマリ・ケア学会というのがありますが、それを日本語にする動きもありました。私もどちらかというと片仮名、嫌いですので、諸療のほうの方が本当は好きなんですけど、何かの事情でならなかった。中国の方に何かこういう医師のための適切な名称はないかと尋ねますと、万病診療医とか、広範囲診療医とか、たくさんありました。おもしろかったのは、ほんとうにある中国の科のようですけども、西洋医学かどうかわかりませんが、未病科とか、回復科とか、そういうのがあったんですね。プライマリ・ケアはおそらくそういう考え方も含んでいくものじゃないかと思えます。

で、プライマリ・ケアの担当分野、私自身も実際に体験して思いますが、いろいろやっていました。けが人を診ますし、子供を診ますし、検死もしましたし、小さなけが、大き

なけがも診ました。それで、自分で手に負えなければ、紹介をしていったわけでありまして、臨床はそうでしょうし、次のほうで、予防接種とか、健康増進活動ですか、それから、リハビリや末期医療とか、そういうものもやっておりました。こういうのは別に、その住んでおられる方々の健康問題に対処するわけなので、結果としてはこういうふうな名前がつきますけど、当然のことです。その人々がこういうものについて問題というか、事柄を持っており、プライマリ・ケア医はそれらに対応するということでもあります。

そこで、ここまで自分で話した後に、あのたくさんの課題に答えなきゃいけません。私が自分の村で、人口3,500人の村でやったのは10年ぐらい前ですので、私が懇意にしております方で、学生をいつも実習に出しているところに例を挙げております。

これは、群馬県の西吾妻保健医療圏という、草津のあたりを見てもらうとよろしいと思いますけど、このところで、ここに4町村、長野原、嬭恋、草津、六合村というのがあります。この六合村というところに、私と同じように、自治医大の卒業生で地域医療を頑張ろうと目指した方がおりました。ここは、この4つ合わせて2万6,000人という人口であります。65歳以上は7,300人で28%というふうに、高齢化率をご承知のように高いところですね。

ここで、やっぱり、何というんでしょうか、包括医療を提供しようということで、折茂先生という方なんですけども、非常に頑張られまして、さっき言ったワンストップのような発想だと思うんですが、まず、村に診療所に、そういうヘルスコンプレックスをつくりました。診療所と、それから、老健と、それから、地域包括支援センター、これは在宅介護なんかを支援するところですけども、それから、もう一つは、アメニティも重視したということで、健康増進施設、温泉が近いですので、そういう特色もつけたというところでもあります。

これをやって10年ぐらいたつ、これは、六合村というところの医療を充実させるところだったんですが、実は、その時点でその地域、この4カ町村の地域ではここが一番先進的な動きをしていたので、前のスライドに戻ってもらうとわかりますけれども、六合村が一番人口が小さいのに、いろんなところから患者から集まり出した。そうすると、その中には増えてきたら、いろんな疾患や重症の方も増えるので、もう少し1次から2次へ移るところも必要じゃないかということで、十何年ほどたって、2.5次に対応するような西吾妻福祉病院というのをつくっております。これは、六合村ではなくて、長野原だと思うんですけど、そのあたりにつくって、3次とは言えないんですけども、ほぼ、救急を含めて

対応しますので、まあ、患者の9割5分ぐらいまで対応する。ここから、例えば重症で、これ以上診れないとなると、救急車だったり、ヘリコプターで群馬大学医学部とか、あるいは長野のほうには佐久総合病院がありますけど、3次の医療機関へ紹介するというシステムになっています。

それを振り返っていいますと、地域医療連携の中で、1次及び2次医療が役割をそれぞれ発揮していく。何というか、持ち分をきっちり行うというのが大事じゃないかと思えます。ここは私も非常に賛同できる場所なんですけど、六合のほうは一つの村です。村で医師が住民の方を診ていると、病気のときだけじゃないんですよ。生活が見えるので、そういう生活をしている人々つまりポピュレーションを大切にしている医師から見ると、住民福祉とか、介護とか、つまり、急病になったとき以外の生活に視点がまわります。それが生活モデルという言葉です。2次医療の、例えば西吾妻福祉病院のところではいいますと、これはやはり従来の医療、治して患者さんをまた地域に戻すというところで医療モデルというのが前面に立つんじゃないかと思えます。

最後のスライドになりますが、これは、地域包括ケアの姿ですけど、ここで彼も私も一緒なんですけども、中心にあるのは、この場合、老健があるわけですけども、決してその診療所が主体を占めているわけではない。ふだんの生活を見ている上で、もちろん診療所も非常に大きなコンポーネントなんだけど、こういう非常に高齢化率の高い村の中でどこが一番大事なところであるかという、例えば一つのこういう図をつくったときに、こういうふうになるのは、私も全く意見が一緒であります。

それで、あともう二、三枚ぐらいスライドをつけ足したかったんですが、ちょっとパソコン不都合でできませんが、つけ足したかったスライドは、私が最後に村で仕事をしたときのものです。四万十川の中流の村で仕事しました。子供が、妻がいまして、当然ですけど、子供が3名ほどいまして、5歳、3歳、1歳の子供と妻が写っている写真なんですけども、ああいう姿が地域に、もちろん高齢化も激しいんですけど、子供さんもいて、それが地域をなしている。そうすると、そういった人たち、人々について、私は医療人ですけど、どういうふうな目をもって貢献していくかというのは、やっぱりこれから私自身が教員でありますから、学生たちに伝えていきたいところあります。

以上です。

**【奥野委員長】** どうもありがとうございました。

それは、意見交換は後ほどにさせていただきまして、吉田先生、お願いできますか。

【吉田講師】 どうも皆さん、こんにちは。首都大学東京の吉田と申します。

私のほうで発表させていただきますのは、集落の方々の移動手段というものをどういう形で提供してまいったらよいかということにつきましてのご報告です。まず、私は、パワーポイントは用意しておりませんで、お手元の資料のほうをごらんいただきながら見ていただければと考えております。

まず最初なんですけれども、いろいろ先ほどの資料のほうのご報告の中にもデマンド型とか、あるいは過疎地有償運送とか、さまざまな交通モードの仕組みが出てきました。これが表の1というところにまとめてあるんですが、それぞれ交通モードが上に書いてあります。その中で、過疎地有償運送と書いてありますところと市町村運営有償運送と書いてありますところは、いわゆる白ナンバーの、つまり自家用車を使って活用する輸送形態、一方で、上4つについては、いわゆる緑ナンバーを活用した輸送形態ということになるかと思えます。

この中で、運行面と運営面というふうに書いてあるところがありますけれども、通常路線バスというのは、一般に運営する主体、つまり、どこに路線を走らせて、どんな時間帯に運行して、資金繰りをどうするかということにつきましては、いわゆるバス事業者をはじめとした交通事業者が担ってきたということであるんですが、ただ、一方で、コミュニティバスですとか、いわゆる乗合タクシーですとか、そういったたぐいになってまいりますと、それが市町村ですとか、NPOですとか、実は、多様な主体がこういった運営主体を担うようになります。もちろん、ここには書いていませんが、デマンド型交通につきましても、市町村とか、交通事業者ではなくて、地元の住民の協議会が、町内会が運営しているという例も、現在、私が山形市でやっております。一方で、過疎地有償、市町村運営有償は、運営も運行も市民が担うものです。つまり、地域が公共交通の運営主体を担うような時代になってきたというところを、この(1)のところではお考えおきいただきたいと思っております。

ところで、どんな交通モードを選んだらよろしいのかというところをよく私も聞かれることがあります。実は、これにつきましては、明確な答えが学術研究の中でもあまり出てきていないというのが実態です。つまり、現在まだ研究途上の段階であるというふうに言うことができます。しかし、ここの表に示しましたのは、私が青森県内で過疎地域のバス問題に取り組んできたなかで、「生活交通ハンドブック」と呼ばれるものをつくりました。青森県庁の新幹線・交通政策課というところのホームページを見ていただきますと、無料で

PDFがダウンロードできるようになっています。これは、自治体の担当職員の方が、3年たてばもうかわってしまうことが多いのですが、いきなり交通担当になってしまうと、こういう事業制度がものすごく複雑なものですから、何から始めていいかわからないというところのご指摘があったものですから、36ページぐらいの薄いリーフレットでもちまして、どんなことを考えればいいかというものを整理したものです。その中に目安として書いたのがこの表の2ということなんです。

一般に停留所といいますか、簡単にいいますと、集落が線的に配置できる環境にあるのか、それとも、あるいは面的に配置できる環境であるのか、それによって実は運行できる交通モードというものが違ってまいります。今回、需要の大きさというところは、大きい中程度というところはあまり対象にならないでしょうから、やや小さい、あるいは小さいというところの側面にいきますと、もはや、いわゆる時刻表を毎回決めて、毎回バス停で待てば走っていくような、いわゆる路線バスの運行をもう前提に考えなくていいラインであるということが、明らかになってきているというわけです。

じゃあ、そういった中でデマンド型のような交通の形態ですとか、あるいは過疎地有償運送のような形態ですとか、はたまた、先ほどご報告のありました、こういういわゆるツアー形式というんでしょうか、会員制の輸送形態ですとか、こういうものをどうやって組み合わせればよいのかというところをこれから先、お話しさせていただきたいと思います。

2ページ目をお開きいただきたいと思いますが、これが実は、私どもの研究室が、ちょっと古いので恐縮なんですけど、3年前の春ごろに全国の53ある運輸支局にそれぞれデマンドバス、これはデマンド型運行をバスでやっているというものです。それから、あと、時刻表を定めて走る乗合タクシー、それから、あとは、デマンド型でも小型車両でやっているもの。これが3番です。最後、過疎地有償運送。それがどの自治体で走っていますかということ調査いたしました。その結果、52の支局からご協力をいただきまして回答が得ることができたわけですが、それが表3のところ自治体名がまとめてあります。これをちょっとマクロ的に見てみようということで、可住地人口密度と、それから、実際に運行してある事例がどの程度のところに集中しているかというところを見ていただいたのが図の1でございます。

これを見ますと、ちょうど青い棒グラフになっていますのが、これが過疎地有償運送の事例です。人口密度199人以下と書いてあるところが40%まで伸びていますが、これ

は過疎地有償運送の事例のうち、4割が可住地人口密度が200人を割っているということであります。一方で、それ以外のほかの交通手段につきましては、大体分布状況は似ているようなところがありまして、要するに、路線バス以外のこうしたデマンド型ですとか、過疎地有償運送ですとか、そういうところに手をつけているような自治体は、可住地人口密度でいくと大体300とか、400よりも小さい、そういったような自治体が多いということがわかります。

これは、実は、平成12年の国勢調査ベースの数字であります。といいますのは、現在、市町村合併をしておりますので、この辺の詳細な分析ができないものですから、やや古目のデータを使ったという事情があるのですが、このときの全国平均の可住地人口密度が1,052人だったと思いますから、それから考えますと、人口低密度の地区で実際にこういうデマンドバスですとか、デマンド型の乗合タクシーですとか、過疎地有償運送というものが動いていて、とりわけ過疎地有償運送は、ほんとうにごくごく少ない人口密度のところ動いているということがおわかりいただけると思います。

同様に、図の2のところをごらんいただきますと、今度は、可住地人口面積割合で示してあるものです。これを見ますと、やはり青い棒グラフが過疎地有償運送なんですけど、過疎地有償運送の事例の7割が可住地面積割合が19%よりも下、つまり2割を割っているということです。ですから、相当周りが山地に覆われているとか、それから、いわゆる陸の孤島になっているような地域ですとか、そういったところでこの過疎地有償運送というものが導入されているということはおわかりいただけると思います。

ただ、この過疎地有償運送なんですけど、現在のところ事例が49とかいう話をこの間伺ったんですが、3年前のときに比べて増えているということは、増えてはいるんですが、ほかのデマンド型の乗合タクシーの事例なんかには比べますと、随分増え方としては鈍いということが、実は最近言えてきているところであります。

続きまして、3ページ目のところにいきたいと思いますが、実際に各交通モードの運行にどのくらいの費用がかかっているのかという現実的なお話です。実は、これはバス会社さんに運行をお願いするのか、タクシー会社さんに運行をお願いするのかということによって、現場感覚から申しますと、費用の出し方がそもそも違っているということがあります。先ほどご説明のあったこのブロック別の輸送原価という、これは1キロ当たりでどれだけのコストがかかりますと、こういう数字なんですけれども、これに年間の総運行距離を乗じた経費で出しているのが、バス会社さんにお願いする場合にはそうした経費で出て

きます。ところが、タクシー会社さんの場合には、そもそもキロ当たり幾ら費用がかかるなんていう計算をあまり綿密には行っていないようです。つまり、1日当たり、あるいは1便当たり幾らというような、単価というものですか、1日当たりの単価、あるいは1便当たりの単価というふうに出してくる例というものが実は多いのであります。

これは例として、先ほど私が手がけたと申しました山形市内でのデマンド型の乗合タクシーなんです、この山形市、県庁所在地でありながら、実は、週に1往復しかバスが運行されていない地区がありまして、県庁所在地なんです、高校に通うのに市内の街中を下宿をしなきゃいけないという地区が実はございます。その地区に乗合タクシーを導入して、今まで週1日しか運行しなかったものを週2日、最終的には週3日、4日という形なるべく使い勝手がいいようなものにしていきたいと思いますというような取り組みを実はやっているんですが、ただ、人口規模が3,000人弱なので、そんなに人口規模が多くはない。ということは、早々劇的にお客さんが増える要素というのも、実は見当たらないということが事実でありまして、サービスを向上していくためには、いかに運行経費を効率化させるかということが実はポイントになってきます。実は、デマンド型の乗合タクシーで山形市の場合ですと、1日大体2万2,000円から2万5,000円くらい。これ、曜日が今、水曜日と金曜日に運行しているんですが、水曜日が便数が5便ありますので2万5,000円、便数が4便の金曜日は2万2,000円と、日によって価格が違っているんですが、実は、デマンド型ですから事前に予約をしていただきます。予約がないということで運休している便については、1便当たり運行費用から3,000円減らしてもらっている。そのかわりその時間帯は通常のタクシーの営業をしても構いませんよというような仕掛けをすることによって、運行経費を実は抑えていると、こういうような側面があります。

ただ、多くの我が国のデマンド型交通の事例は、1日幾らという単価契約で、お客さんが乗ろうと乗るまいとずっと契約金額は一緒になっています。ですから、先ほどご紹介があった長野県の富士見町のように運行経費が減ったと。あれは路線バスが5路線、たしかあったんだと思いますけれども、それを4台の車両に置きかえたので、運転手さんが減っているわけですね。それでコストダウンが図れたんですが、普通のデマンド型の場合には、逆にコストダウンがなかなか図れずに、しかも、予約システムって、別にプラスアルファのコストがかかる場合が多いものですから、デマンド型に置きかえたからといって、コストが低廉化するということはない。ですから、かなりコストが低廉化する条件というのは、山形のように、契約形態のところまで踏み込んでいかないと、なかなか難しいですよとい

うところがタクシー会社さんに委託するようなどきに出てくることであります。

続いて4ページ目です。そのいただいたことが、じゃあ、スクールバスにお客さんに乗せましょうとか、それから、あと、厚生労働省の、いわゆる患者送迎系のバスにお客さんに乗せましょうとか、そういったことがどこまでできるんでしょうかというような話をいただきました。実は、一番これを進めるときにネックになってくることというのは、自治体の中で、普通の路線バスのような生活交通の担当部署と、それから、患者輸送バスの担当部署とスクールバスの担当部署がそもそも違っているの、なかなかうまく行政の中でも連携が、市町村の中でも図られてないというところがあります。ただ、このスクールバスとか、患者輸送バスというものに、一般のお客さんに乗せるというようなところに活用するということは、かなり意義があることだというふうに個人的には認識しております。

連携の方策というのも幾つか種類があるんですが、それが①、②、③で表の6に示したところ。まず①なんですが、間合い運用とありますが、スクールバスや患者輸送バスが運行されない時間帯の空き車両を活用してやるもの。2番目が、もうスクールバスのお客さん、子供たちだけではなくて、地域の一般住民も一緒に車両に同じ時間帯に乗せましょうというもの。3番目が、もうとにかくスクールバスとかを特出するのではなくて、もうみんなミックスしたコミュニティバスという形でやっちゃいましょうという統合のパターン。こうしたパターンがあるというわけです。ただ、このスクールバスの混乗とか、統合について、私も幾つか事例として現場でやったことはあるんですが、真っ二つに分かれます。つまり、うまくいったところともうやめちゃったところと2タイプあります。

実は、やめちゃったところの典型例というのが(2)の①です。実は、学校行事に合わせた運行などができなくなることもありますので、これはかなり学校側との調整が欠かせないということがあります。ですから、行事用に改めて1台の車両を購入して対応しているというような自治体も数多くあります。それから、2番目なんですが、これがスクールバスとか、患者送迎バスに、じゃあ、病院とか、学校に行かない人も乗っていいですよという形で一般開放した場合に、それが必ずしも普通のお客さん、一般市民の行きたいところの動線とうまく合致しているとは限らないということです。つまり、一般のお客さんは学校に行きたくもない、もう学校で掛け算を教わりたくないと言って、買い物をしたいと言っているのに、スーパーに行かずに学校でおろされる。ただ、それだけの連携をしているところというのが実際はかなり多くあります。この辺をうまくやったのが青森県の田子

町という町がありまして、そこはもうスクールバスと患者送迎バスと一般の路線バスが全部縦横無尽、違うルートを走っていたのを全部一本化しました。その一本化したことによって、当然経費が抑えられたのもさることながら、抑えられた経費を再投資して、数十年ぶりにバス路線を新しく運行したというような地区も新しく出ています。ということで、町の持ち出しはそういうことで最終的には減ってはいないんですが、どうも町民の方から一番支持される政策の一つになったということで、町長さんがこの間大変喜んでいたという話も伺ったんですが、そういう形でうまくいったところとそうじゃないところがはっきりするというのがここの話です。

それから、3番目の過疎地有償運送の普及方策と無償運送の活用可能性と書いてあるんですが、実は、過疎地有償運送というのは、道路運送法の中でも制度化されているものです。ですから、そういう意味もありまして、NPOなどのまず組織化を行って、そこが運営をするということがやはり前提となっています。しかも、地域住民みずからが運転するということの足かせもありますので、地域の実態によっては、運転者の確保とか、あるいはそれ以前の組織化がそもそもできないというような例もあって、それでもって実はまだ全国で49カ所というオーダーなのかなというふうに考えていますが。もう一つが、これは、実は長野県のあるペンション村、ここも限界集落とはいかないんですが、町から相当離れた地区があるんです。そこで過疎地有償運送を導入しようという動きがあったんですが、そこへ出てきたのが、過疎地有償運送はあくまでも地域住民の、しかも、その中でも会員になった人たちだけの輸送形態ですから、観光客とか、ペンションを訪れる人たちを乗せるということが現在のスキーム上はなかなかできないというところの実は課題もあります。

ただ、それよりも柔軟な制度ということになるのであれば、市町村運営有償運送というものをやるということができます。例えば京都の舞鶴市なんかはその辺うまくやっていますが、地域住民の人がほかの地域に住んでいるような運転者さんと直接契約をして、そして、市町村運営有償運送の枠組みである海沿いの集落の足を確保しているというような、そういったような事例をやっていて、かなり柔軟な運用をしているというような事例もございます。

ただ、一方で、この市町村運営有償運送というのが、例えば何とか市営バスという緑ナンバーの公営交通が走っている地域で導入するができないというような、実はハードルもあるようでして、実は、これは青森県のある市で仕掛けようとしたことがあるんですけど

ども、その市は市営バスを、八戸なんです、市営バスを持っていたものですから、残念ながらできなかったという事例もあるんですが、そういったところからもう一つ無償輸送の可能性というの追求していいんじゃないか。

つまり、これなんかおもしろいなと思って伺っていたんですが、こういう町内会費ですか、あくまでも会員制でツアーバスのような形で運行するというような仕組み。つまり、言い方を変えてしまうと、マイカーというよりも、「地域車（ちいきぐるま）」です。1台の「地域車」にみんなで相乗りをして、じゃあ、買い物に行きましょうとか、医者に行つたついでにどこかで買い物に行きましょうとか、いわばそういう相乗りをしてどこかに出かけるというような文化です。こういうものをつくっていくということも、一方では必要ではないでしょうかというところがあると思います。

それから、貨物と旅客運送の連携可能性ということなんです、これについては、もしかしたら別立てで考えなきゃいけないのかなという気もしております。例えば市街地にある宅配業者とか、配送業者さんの活用というものは難しい可能性もあるだろう。つまり、町にある業者さんは、まず、町で荷物を積んできて、集落の中でこうおろして行ってということで、まず、この動きがあるんですね、朝に。でも、その朝に人々はどのような動きを過疎地域側の人はやりたいかという、町に行きたいわけですから、動き方が反対になっていることもあるので、例えばその地域の中にペリカン便もヤマト運輸も郵便局も全部請け負いますよというような人がいるのであれば、別かもしれませんけれども、そこら辺の折り合いがつけられるかどうかというところがここのポイントになるかと思いません。

それから、5番目ですけれども、シニアカーの活用というのがたしか前回のこの委員会の中のご意見でも出ていたというふうに伺っております。実は、自分自身で運転するシニアカーというのは、例えば英国ロンドンですと、区によってなんですけど、カムデン区というところがあります。そこでは、シニアカー自体を自宅で置いてメンテナンスするのは大変だから、シニアカーを自宅に配送して、3日間か4日間貸し出すというような、そういうようなサービスをやっているところがあります。一見これは画期的なように見えるんですが、ただ運用には相当苦労されています。一つが安全の確保です。つまり、トレーニングを課さない、受けないと英国の場合貸してくれないんですが、やはり転倒事故が多いということがあります。それから、住居側の対応も問題です。玄関口の、例えば間口の段差とか、そのあたりが十分かどうか。あるいは充電が安全にできるような環境が地域、あ

るいは住居側に整えられているかどうかということが必須ですし、さらに、また、坂道が多いことが、中山間地域にはあると思いますので、そこでの安全走行の確保というのも、これは英国にはない、また日本独特な問題として出てくるのではないかなというところで、この辺のところをクリアしないといけないのかという気がしております。

最後の6番のところで、では、具体的にどういう形で考えていけばいいのかということ、地方公共団体と地域住民の人たちが具体的に施策を進めるためにどうすればいいのか。私が考えたいことというのが、この「責任分担」というキーワードがあるのではないかなと考えています。

最後の6ページ目に丸が3つ並んだ図がございます。この図は何かといいますと、つまり、過疎集落から、いわゆる村の中心までの足、これを域内交通といたしましょう。村の中心から広域圏の中心市に当たるようなところ、ここを広域交通といたしましょうといった場合に、この広域交通の部分については、現在、国や県などの補助制度に基づいてバス路線が経営されているところでもあります。こうしたところについては、やはり地方公共団体が責任を負う部分が多いのではないかと。つまり、これはよく私が地方公共団体で講演させていただくときに申し上げることなんですが、村の立場から考えたら、例えばこの広域交通は残しますと。だから、うちの町からちゃんと安心して市にある高校にうちの町に住んで通ってくださいと言える安心感、これが本来この村の定住にやはり結びつけられるものでしょうと。一方で、中心市側にとってみたら、逆に言えば、買い物とか、医療とか、学業とか、そういうもので自分たちの市への誘客手段として、この広域交通というのは維持していかなきゃいけないでしょう。ですから、そういう広域圏の、いわゆるまちづくりといたしますか、そういった広域連携の中でこの広域交通というのは、地方公共団体が支える責務というものは大きいものがあると思います。一方で、この域内交通の部分については、逆に、この集落の中に住んでいる人が集落の中でどう生きたいか。交通があるとしたら、その交通をどう使いたいか、使い方ですね。それから、どう支えたいか、支え方ですね。これをやっぱり議論していく中で、じゃあ、その分担を地方公共団体と、それから、地域の中でどういう形で折り合いをつけて責任分担をしていきたいと思いますかということの議論を交わしていくということが大切になるのではないかな。その意味では、いろいろな連携形態がございます。

それが6ページの図の4のところに書いてあるものなんですが、発意段階、調整段階、計画段階、運営段階というふうに書いてありますけれども、地域の方々が地域の足という

ものを維持していく、支えていく、使っていく、そのときの役割分担として、私は、よく知恵とチカラとカネというふうに申し上げるんですが、まず、知恵を絞りましょうと。できれば、チカラも絞ってくださいと。できれば、これ、カネの努力というんですが、募金しろというふうにも言うわけではなくて、こういう会費でも構わないですし、実際に乗って運賃を払って、それを支えていくというようなことでもいいでしょう。チカラの努力というのは、例えば過疎地有償運送のようなスキームだったら、自分で運転するというような、そういうものもあります。それから、知恵の努力というのは、この自分たちの町の地域の交通というものをどう使っていきたいかというようなこと、つまり、運行計画をどういう形で考えていくかというようなところに知恵を出すということです。この出し方によって、最終的に行政が運営主体になっていくか、地域が運営主体になっていくかということが決まってくるわけですが、この知恵とチカラとカネのどこかのところで地域住民の方とのダイレクトなアプローチがないと、この域内交通というのは成立できないんじゃないか。

では、どうやれば、その域内交通の中で地域住民と一緒にタイアップしていくことができるかどうかということなんですが、それが②のところに書いてあります。成立条件って書いてありますが、まずは、目的を一つにした組織化が行いたいんですが、それができない場合であっても、地域内にキーパーソンがいるかどうか。キーパーソンもないという場合には、逆に、市町村がインセンティブを与えてやるということも大事になってくると思います。そういう意味で、市町村に求められる支援方策の一つ目としては、例えば地域で公共交通の使い方や支え方を考えて、利用していくことにメリットがあるんだと。一緒に考えていくことによって、村も元気に、自分たちの集落も元気になるんだというようなことをちゃんと伝えられて、制度上の設計でもそうしたインセンティブがちゃんと与えられるかどうかということが大事です。もう一つが、やはり集落の中の人々というのは大変困っているんです。どうやればほんとうに自分たちの足が、欲しいんだけど、確保できるかと。今の集落の現況を見ていると、もうあきらめの境地に達しているというようなケースもあります。ただ、そうした場合でも、知恵と工夫を凝らせばいろんなソリューションがあるわけで、逆に言えば、そういうことをアドバイスすることができるようなプロデューサーというものを、逆に言えば、過疎地の集落とか、あるいは村の自治体の方と結びつけるような役割を果たす、これがプロデューサーなんですが、こうしたような人々をこの過疎地の集落のところに結びつけていくような、そういう体制づくり、あるいは人材育成

というものが必要ではないかというふうに考えております。

以上です。

**【奥野委員長】** どうもありがとうございました。大変興味深い話をいただきました。

それでは、意見交換に入りたいと思いますが、きょうは、ちょっと時間が遅いものだから、8時には、皆さんのご予定もございまして、終わりたいと思います。そうなってくると、そうそう長い時間はとれないんですが、いろいろお答えもいただかなきゃいけない。それも含めて三、四分ぐらいをちょっとめどにお願いできますでしょうか。広瀬委員からお願いします。

**【広瀬委員】** 非常に興味深いお話をありがとうございました。井上委員及び吉田講師のそれぞれ医療や、それから、あるいは事務局から出されていた商業施設、そして、交通の問題というのは、すべて目指す方向というのは一致しているんじゃないかなというふうに、今、お話を伺って感じておりました。やはり赤ひげ先生のような顔の見える関係、これはかつて国内に特にへき地医療という言葉があったのかどうなのか。それ以前からそういう先生というのがほんとうに多くいたと思いますし、で、商業においても、村にはよろず屋、あるいは共同売店というものが普通にあって、地域の中の小さな需要を満たしていたというものがあったと思います。交通においても、大型バスが運行するというのは、かなり国内でも戦後少したってからの話だった地域が多くて、それまではほんとうに乗合だったり、いろいろな形で交通手段を住民の皆さんが補い合っていたというようなことがあると思うんですが、これらは、いわば顔の見える関係性が地域にあるかないかということが非常に大きなポイントというか、ベースの話じゃないかなというふうに伺っておりました。

顔の見える関係性というのが、最後、吉田講師がお話しいただいたように、こうした交通が成り立つための成立条件としても、例えば地域の中に目的を一つにしたような組織、そういういろんな意見を言える場があることだとか、それを主導する人がいることだとか、いうことが必要なんじゃないかというご提言がありましたけれども、全くそのとおりだと思います。そういう意味から、やはりこの委員会がこれまで、前回も含めて数多く出てきている言葉が多様なあり方という表現が出てきておりますけれども、この多様というのがこれからの地域社会の一つのモデルのあり方として非常に重要なのではないかと。専門化とか、大規模化とか、効率化とかというものがもう日本の地域社会の現状に合わなくなっている価値観だという中で、多様なことが成り立つような地域社会の関係性、信頼あ

る居心地のいい地域社会の関係性というのをつくっていく。それをベースにして医療や商業や交通の問題も解決していくというふうな方向になるんじゃないかなというふうに伺っておりました。感想まで。

【奥野委員長】 どうもありがとうございました。多様性という話が出ましたが、規模の利益というのは、地域の経営では追求できない、崩壊したという話で。いろんな主体が連携して何かやっていくというのは、経済学では、これは範囲の経済というんですね。スケールエコノミー、規模の利益からスケールエコノミー、そういういろんな特徴を持ったものが連携して何か新しい価値を生み出していくという、そういうのがやっぱり大事になってきますね。

それでは、牧委員、お願いします。

【牧委員】 井上先生、吉田先生、ほんとうに興味深いお話、ありがとうございました。私は、もう過疎地でどうやってビジネスがつかれるのかなということを地域の人たちと考えるのが自分のなりわいなんですけども、やっぱり井上先生のおっしゃっていた生活モデル、医療モデルということよりも、生活モデルということの大切さをおっしゃっていて、私も、ビジネスとか、事業というのを仕事にしているんですけども、生活モデルの確立というものをサポートできるようなビジネスというのが地域でどう展開できるのかというのは常に意識としてありまして、「生活モデル」という言葉、非常に過疎地域を考える上で重要な言葉なんじゃないかなというふうに改めて思いました。

川上課長のほうから、ひろしまねの事例のご紹介もありましたけれども、お金をかけて何とか解決していくという方向で都市のほうは発達してきたし、企業はその方向でビジネスモデルを追求してきたんでしょうけれども、人と人とのかかわり合いとか、知恵と工夫でまだまだお金をかけなくても少ないお金で協力してできるものというのがいろいろあるんだなというふうに、吉田先生のお話も伺いながら、ほんとうに無償でお金をかけずにどういうふうに幸福を支えていくのか、まだまだ地域の努力でできる、生活モデル、地域モデル、コミュニティーモデルというものをまだまだ可能性があるんだな、非常に勇気づけられたと、自分もまたいろいろ考えてみたいなと思った次第です。感想までですが、ありがとうございました。

【奥野委員長】 ありがとうございました。

それでは、藤山委員、いかがでしょうか。

【藤山委員】 非常に興味深い話、ありがとうございました。先ほど奥野委員長もおっ

しゃったように、私も、「規模の経済」と「範囲の経済」という2つのフェーズの両立を意識することが重要と思います。そして、「範囲の経済」を重視するプライマリなゾーンを、集落の課題検討の際には、真剣に論議することが大切です。今の合併論議の中でも、改めてその辺りをどう位置づけるかは、非常に重要じゃないかと思います。そして、この「範囲の経済」で動く、動かざるを得ない、あるいは動いたほうがいいプライマリ・ゾーン、つまり基礎的な生活圏においては、3つの視点に注目すべきです。

1つ目は、クロスセクターのベネフィット、分野を横断した便益をどう評価するのか。先ほどの医療の問題でも、単なる医療じゃなくて、保健、福祉も含めたどれだけ便益が「範囲の経済」的に発生しているのかという評価体系というのは、これから一緒に研究させていただきたいなと感じました。

2番目は、「範囲の経済」と「規模の経済」をつなぐ、つまり村と広域といった内と外をつなぐその接合面をどうするかと、どうつなぐかというのが非常に重要だと思います。

3番目は、実は、先ほどのきらめき広場の資料でも、やっぱりコストは、エネルギー面が重要です。私ども、今、脱温暖化の郷づくりというプロジェクトをやっているのですが、ほんとうにエネルギー革命というのは、(中山間地域の条件不利性を優位性に変える上で、)非常に重要だと感じています。そういう意味で、地域構造や運営システムの改造をかけていくというのは必要だなと思っています。

そして、こういう3つのことを総合的に考えると、我々もいろんな試行錯誤をやった中で、3年前からやっぱり結節機能を地域に再構築していくことが肝心であると考えています。それには4つのアプローチがあります。

1つは、空間的に中心広場をつくって、そこが地域の内外を分野横断的につなぐような、ワンストップの拠点空間が必要です。スクールバスと買い物バスでも、やっぱり一つハブがないといつまでたっても交わらないわけですね。そういったハブがあることで、ついでものが運ばれるダブルプレー、トリプルプレーが可能となるわけです。

2番目は、組織の問題で、どういう組織でそれを担っていくのが問題です。これには合意形成もあると思います。

3番目は、人材でして、まさに先ほど吉田先生がおっしゃったようなプロデューサーなり、あるいは地域おこし協力隊とか、支援員とか人材配置の問題です。

4番目は、実は会計の問題が結構これから大切じゃないかなと思っています。狭い意味での交通、狭い意味での医療だけでは欠損する部分をどこから持ってくるのかと。それを

地域としてどう回していくのかといった連結決算の会計の仕組みづくりが非常に重要じゃないかと。そして、これらを支える制度設計というのが、まさにこの委員会でもやらないといけないと思っています。また、私は、そういう進化に対して非常に希望を持っていいんじゃないかなというふうに感じています。

以上です。

【奥野委員長】 ありがとうございます。

山崎先生、いかがでしょうか。

【山崎委員】 一つは、そもそも論からいうと、この問題を国土形成計画の中で扱うということの意義は何なのだろうか、いま一つ整理しておかないと、市町村だとか、集落だとか、NPOだとか、それぞれやっつけやっつけの方がいて、国が東京でこうやってやるよりも、現場の方のほうが詳しいし、過疎法だとか、いろんな法律もあるので、そこでやったらいいのではないかという話にもなりかねないところが、あるかなと思いますので、ミクロの国土計画を大きな柱としてやることの意味みたいなものを少し整理しておかれるほうがいいのかと思います。

それは、おそらくいろんな配送、輸送の方法があるというお話がさまざま出てきて、それが人口分布と関係しているというようなお話もあったのですが、そのときに地方自治体だけではできない、あるいは地方自治体では限界のあるものを国として支援したり、あるいは国として制度を変えていく必要があるというところまで消化していくということをしつかり押さえておかないと、何でそんなことまで国がやっているのという話になりかねない感じはちょっとしたというのが1点目であります。

2点目は、どうもいろんなデータを見ていると、ある人口密度以下になっていく、あるいは商業施設や医療施設が近くにないと、一時的な教育機関だとか、一時的な医療機関がないということになると、急速に人口減少が進んでいるというのが見えてきて、人口減少が進んで、人口密度がある一定以下になると、公共交通をどういう形でやってもなかなかかなり厳しい。あるところまでであれば、いろんな手法が成り立つのだけど、ということが見えてきたような気がするのです。そうすると、そこがある種撤退の限界線が見えてきたのかなと。ありとあらゆることを長期的に維持していくというのはなかなか難しいのですが、その線引きがある程度論理の中から見えてくるのではないかなという気がしたということでもあります。

3番目は、お二人の先生のお話を聞いていて、やはり日本が難しいのは、非常に高齢化

が進んでいきますので、高齢化してしまうと、医療にしてもプライマリでおさまりのつかない、当然癌だとか、脳梗塞だとか、心筋梗塞だとか、非常に重い病気に高齢者になれば必然的にかかる。これはおらそくアメリカと違って、日本のほうが平均寿命も非常に長いということもありますし、そういう意味では、なかなかそのプライマリ・バランスだけでおさまりのつかない問題が多々出てくると、やはり広域的な3次医療圏までのアクセスを含めたより広域的な視点というのがやっぱりどうしてももう一つ必要になるかなという感じがしたんですが、この点はちょっとお二人の先生からも少しご意見をいただければと思います。

最後になりますが、どの程度成り立たせるかと、いろんな設備だとか、それから、運送事業者もそうなのですが、以前、経済学で福祉政策の一環として負の所得税という議論が盛んにされたことがアメリカであったのですが、そういう意味では、負の固定資産税、持っておくと国が税金がどんどんやっけていて利回りがいいよとか、みんなが投資したくなり、過疎地をどんどんみんな買いたいなど、負の固定資産税とか、負の法人税という、赤字が出てても全然、国から逆に法人税が補てんされるのでみたいな、無限にはできないとは思いますが、ちょっとそういう発想を少し、今いる人を強制的にはがすというのはやっぱりできないので、ゆっくりとフェードアウトするにしても、フェードアウトしつつも、効率的でありつつも、成り立たせなきゃいけないというのは一体何なのかということも議論しなければいけないということだと思うので、そうなると、少し事業者が成り立つような手だてというものは一定程度必要なのかなと思います。

以上です。

**【奥野委員長】** 深刻な問題ですね。井上先生、今、山崎先生からご意見が出ましたが、何かございましたらお願いします。

**【井上委員】** 非常にポイントで大事なところだと思います。例えば今、地方の公立病院でどんどん医師がやめていくということがあるのですけれども、ある意味でいうと、これまで医局制度があった時代で支えてきた、自分が頑張っていれば、次に若い人が来て、自分はまた帰れる。実は、その時代でもその地域の病院に各科の専門医を配置することがミスマッチだった可能性が非常に強いんです。私は実感で持っています。と申しますのは、日本ではまだ、私のところは地域医療学といって、これから家庭医の養成を目指しますが、私が留学しましたオーストラリアとか、ニュージーランドでは、医学部の卒業生の半分が家庭医になります。残りの半分が大体各科の細分化になっていきますので、そのあた

りが全く様相が違うんですね。

最近、いろんなところで、さっきの話に戻しますけど、公立病院の崩壊と言われているのは、そういうことでの、これまでおっしゃったように、維持してきたものが維持できなくなって、変わりつつある一つの兆しかもしれません。とはいえ、じゃあ、どこで3次とか、高度の医療のところを区切るかということになると、それはそれでこれから論議されることでしょうけど、少なくとも今言えるのは、トレンドとしては、そちらのほうにつきまり一般化、プライマリ・ケアを充実させる方向に今のところに動く方向に段々なっていくのではないかと思います。これまで全く医学の世界が専門家志向が強かったから動かなかったものが、もう動かざるを得なくなってきたというのが、あの公立病院で医師が辞めたり派遣医局が撤退している現象の背景にあると思います。

**【奥野委員長】** どうもありがとうございました。深井委員、お願いします。

**【深井委員】** 現場からの意見をちょっと話してみたいと思います。

先ほど井上先生、プライマリ・ケアについて、家庭医が増えてこなくてはならないという話でしたが、私のところも、実はプライマリ・ケアを中心にした医療によるまちづくりを目指して平成13年からやってきたわけですね。今、井上先生のお話を聞いてますます意を強くしたというか、間違ってたんだなという思いをしております。

実際に今、私どもが突き当たっている問題は、先ほど山崎先生もちょっと触れられましたが、病床を持たずに入院患者は受け入れないで、いわゆる1次の医療をしっかりと。病気を診るのではなくて患者を診る、あるいは地域を見るということを生懸命ドクターはやってきておりますけれども、すべての人がそれで片づくわけじゃないわけですね。当然入院をしてさらに高度な医療が必要な患者も、先ほどのこの資料からいうと、そんなに高い数字ではないけれども、あるわけですね。そこが充足されないと、住民の安心感というのは得られないわけですね。そうすると、1次医療は、現場の診療所でプライマリ・ケアを推進することによって安心を与えられるけれども、2次医療の必要性、あるいは3次医療の必要性のある患者が出たときの受け入れをしっかりとできるシステムが、これ、システム化する必要があると思うんですよ。私のところ、先ほどの例にもありましたけれども、2次医療30分圏内というのがやはり一つの基準だと思います。それから、3次医療50分圏内でしたか、60分圏内でしたか。そういった距離の間隔でシステムとして一つ成り立つことをまずこれから推し進めていかななくてはならないのではないかと考えております。

全部が全部病院が受けてくれないわけですよ、入院が必要だというのに。それで、診療所のドクターが困っている部分もあります。で、私が今、思っているのは、地域の中心を構成する、いわゆる2次医療を分担しなければならない中心都市部分に、外来を持たない病院をつくるという考え方はどうなのかなと。いわゆる、逆に言うと、現在の病院の外来部分を出張させて診療所や医院で担うと。で、入院の部分だけを中心の2次医療を担う病院で引き受けると。そうなってくると、病院の医師の数も少なくても済むと思うんです。いわゆる入院患者だけを対応すると。それと同時に、周辺に位置する、いわゆる病院の外来が出張したというふうに考えればいいと思うんですけれども、プライマリ・ケアをやっている診療所や医院から医師がまたその病院に、2次医療を担当する病院に交代で勤務するというような方式、そんなことが考えられないのかということ、今、一生懸命私どものほうは検討しているというか、達成はできませんけれども、そういうことを、今、考えておきまして、プライマリ・ケアを進めていけばいくほど、その後方病院の医療機関の充実、そして、ネットワーク化ということがどうしても求められてくるということだと思います。

それから、3次医療については、私どものところは、夜間飛行の問題がまだ残っていますけれども、ヘリコプターによる輸送をやっておりますので、岡山県の西北の端ですけれども、20分で県南の高度医療を受けられるところへ行けますから、その面ではあまり疎遠な感じは受けないということに今、なっております。このあたりが欲しいなということが一つであります。

それから、もう一つは、吉田先生がおっしゃった、私もNPOで福祉有償運送をやっているんですけれども、過疎地有償運送の場合、ちょっと最後にご指摘になりましたけれども、緑ナンバーが運行しているルートの中にまでは行けないわけなんですよ。とりあえずそこまで運ぶということなものですから、なかなか一歩踏み出せないということで、まだ過疎地有償運送までやっておりません。その辺の、どういいますかね、仕組みということが必要なんではないかなということを感じましたので、ちょっと申し上げます。

【奥野委員長】 井上先生、お願いします。

【井上委員】 ご発言の後のほうからですけれども、例えば海外でさっき50%、50%と言いましたけれども、基本的にはホスピタル、病院ですね、病院におられるドクターは皆さん専門医なんですよ。日本でいいますと、例えば小児科医という、向こうではPediatrician (ペディアトリシャン)といいますけれども、それは向こうでは専門医なんです。家庭医が診て、これはちょっと手に負えないなと思ったものを、向こうは小児科医が

診ているということなので、そういう方向になっていくという、私が言った方向とそれは多分同じようなことを言われたと思います。

それから、私自身は診療所の経験で入院ベッドのある有床診療所と、ベッドのない無床診療所に勤務しました。有床診療所のほうは、その村で何かぐあいが悪くなったら入院できます。そういう意味では、非常にサービスとしてはよかったと思いますけど、もう一方で、医師の負担はとても大きいです。もうちょっと時間があれば、発表資料でも言いたいと思いますけど、医学教育の面からいっても、人材の再生産という面からいっても、もしそれをするのであれば、グループプラクティス、つまり複数医師による診療体制が必要なのと、そのコストをどう解決するかがポイントでしょうか。無床診療所のほうはもっとコスト的には楽なんですけど、一方で入院できないという問題があつて、それをどうバランスをとるかということだと思います。

【奥野委員長】 吉田先生、お願いします。

【吉田講師】 まず、今の過疎地有償運送の問題なんですけど、緑ナンバー、つまり、事業用のバスとかが走っているところまでしか行けなくて、そこで乗り継ぎを前提として考えるということは、実を言うと、本来はそういうふうに多分してほしいのかもしれませんが、私が今やっている青森県の佐井村というところの事例では、あえてそれを取っ払っているんですね。つまり、下北半島の範囲であれば全部行ったっていいと。というのは、やっぱり外科の診療を受けるためには、その佐井村というところから約60キロ離れたむつ市まで行かないと、診療を受けることができないと。ですから、それがやはり生活保障だろうということで、そこまでは、実はむつ佐井線という下北交通のバス路線が延びているんですけど、そここのところにもある意味かぶってしまったとしても運行しているということ、実はこれはやっているんですね。

それをなぜオーケーを出したかということ、それは事業者との喧々諤々の議論は当然ありました。だから、当然ながら既存のバス会社、タクシー会社にもインセンティブを与えなきゃいけないですね。例えばバス会社だったらどういうことをやったかということ、この過疎地有償をこの佐井村のところでやるかわりに、今、村内のところでどうももうからない路線というのがあるでしょう。やめていただいて結構ですよ。そのかわりにほんとうに幹線の人口がいるところのサービスのところに特化したほうが会社としては事業性、成り立ちますよねというところの、過疎地有償運送と一般バスの仕分けをしたんですよ。それでバス問題は解決したんです。

タクシー問題はどうかというと、地元の住民の方々ですと、そこは漁師まちですから、どうしても漁の繁盛している時期というのはなかなか運転者が確保できないという悩みがあるんですね。そういうときは、逆に言うと、タクシーの非番の人たちが運転をするというような、そういうような地元のタクシーの運転者さんにもメリットがあるような、そういった仕掛けをしてもいいんじゃないかというところで、そういう形で折り合いをつけました。

ですから、制度がこうだからここまでしかやれないというんだと、やっぱりうまく、逆に言えば、先ほどのコミュニティービジネス化じゃないですけども、地域の中に持続的に根づくサービスというのは、制度の中だけで考えていたらできない。そこを逆に言うと、地域の中で協議会かなんかの場でしっかり議論をして、地域の中での地元初のルールをつくっていく、それで成り立つと思うんですね。ですから、今、佐井村の場合には、月に、そこそこの結局の収入というか、ボランティアのところのボランティアの費用をもらって生活をしていくことができるというような人もいますよね。そういったような仕組みというものもあるんじゃないかという、そういう気がいたします。

**【奥野委員長】** ありがとうございます。小田切先生、お願いします。

**【小田切委員長代理】** ありがとうございます。私も強い刺激を受けました。2つ申し上げてみたいと思います。

1つは、きょうのお話の解釈ですが、多分この委員会の大きなミッションとして、過疎地域における小さな拠点をどのようにつくっていくのか、その可能性を考えるということがあるんだろうと思います。そういう意味で、小さな拠点の中心的な機能としてプライマリ・ケアが位置づくべきだという、そういう話。それから、小さな拠点を中程度の拠点と結びつける地域交通が重要だという、そのことだろうと思います。

それにかかわって、2番目に、それぞれの先生方にぜひご質問させていただきたいんですが、この小さな拠点をめぐっては、第1回目から、その一種の適正規模が議論になっていたわけなんです。きょう、井上先生のご報告の中にプライマリ・ケアの適正規模として2,000人から5万人という、世界的に見ればそういう幅があって、日本ではおそらく2,000人、下限に近いものだろうという報告をいただいたんですが、このインプリケーションは医療体制がそれなりに整っている日本では2,000人ぐらいの対応ができるような医療体制が十分あるという、そういう意味でしょうか。いずれにしても、この2,000という数字は、実は、農山村の、いわゆる旧村、昭和の合併の旧村の規模とほぼ一致す

るといふ、そういう数字なんです、その2,000に近いだろうというふうにおっしゃった意味内容を教えていただければ幸いです。

それから、吉田先生には、きょうのご報告を聞いて、私、直感的に思ったのは、地域交通問題には、制度の問題、あるいはもちろんコスト、採算性の問題もあるけど、それよりも何よりもノウハウの問題は随分があるということでした。そのノウハウが十分確立されてないといひましようか、あるいはほかの地域のノウハウが適用できていないと思ひました。そこで、青森県の田子町、3つのあの体系が一体化できたという、そういう事例だといふふうにおっしゃっていただきました。田子町は、我々農業の世界ではよく行くところなんです、地域交通の話は全く知らなかったものだから、これが成功した理由がどこにあるのかといふことを教えていただければ、そのノウハウをどういふふうに移転するのかといふことのきっかけになるのかなと感じました。お願いいたします。

【奥野委員長】 それでは、井上先生からお願いします。

【井上委員】 1つは、非常に直接的な話なんですけど、私が4カ所の診療所を勤務した経験からです。最初の村は一番少なくても800人、私の記憶が正しければ。それから、その後、1,300人、それから、1,000人ちょっとだったかな、そのくらい。最後が奮っていました、3,500人の村だったんですけど、3,500人のときはちょっときつかったですね、1名でやるときには。そういうのが直接的な経験があるというのが一つです。あとは、2,000から5,000と言ひましたけど、イギリスでの著名な医師が発言してありますのには、非常によく組織されて、コメディカルも協力するよなプライマリ・ケアの診療所であれば、5,000人ぐらひまでは一人の医師で診れるだろうといふふうにはイギリスでも言ひてあります。ですので、それは非常に条件がいい場合でしょうから、先進国、非常にイギリスと日本の制度は似通っているところがありますけれども、そういうところからいふと、それは2,000と確実に決めつける必要はないですけれども、そのあたりに、2,000から3,000とかあるのは極めて妥当なところじゃないかと思ひます。

【山崎委員】 それは一人の医師で担当できる量的な限界が2,000から5,000といふことですか。

【井上委員】 そうですね。ただ、先ほどの六合村のように、その村の人口が少なくても、ほかから来る場合もありますので、必ずしもその市町村ではなくて、その医療機関があることによつて引きつける人口といふのはそれに限られませぬ。その場合は複数医師の体制に、例えば対象人口が5,000人とかで日本でなると、本来はやっぱり2人体

制なんかのほうが望ましいでしょうし、それとは視点は別にしまして、へき地、プライマリの地域に行くお医者さんが増えるためには、人材の拡大再生産が必要ですので、経験する人と、それを見る若い人というふうなペアにしないと、なかなか自分はあるなりたいたいか、ロールモデルとして見ることがないのではと思います。医学部では実際そういうロールモデルは専門医しかいません。そういうことからしても、若い人がそういう経験者のところで仕事をする必要があるという別の側面からもグループプラクティスで、できれば、そういう面からいうと、3,000人から5,000人ぐらいのところを、2人であれば、そういうことを私自身は考えています。

【奥野委員長】 吉田先生、ノウハウで何とかするのはないかという話をお願いします。

【吉田講師】 ノウハウの問題が確かに確立されてないということはなかなか事実で、なかなかいろんな地域でいい事例が挙がってきたとしても、そのところでみんな結果を横並びで見て、結果を使っちゃおうとする自治体が大変多いんです。例えばよくあるのは、武蔵野のムーバスが100円ですから、あの100円ということをまねして、例えばどこもかしこも自治体バスはみんな100円にしてしまおうという感覚があるんですが、武蔵野の100円というのは、最初は会費という感覚で始めたので、子供料金も100円、で、シルバーパスは使えない。だから、どんな人が1人乗ってきても必ず100円取れるんですよ。だから、ある程度のビジネスモデルが、もちろん武蔵野の人口密度の話もありますが、確かに担保されていたと。ところが、それが周辺のところを広がってくると、今度100円で子供は半額です。障害者は無料です、シルバーパスは使えますになってくると、だんだんわけがわからなくなってくる。しかも、それが人口規模が、武蔵野みたいに平方キロ1万人のところであればいいんですが、27人とか、14人とかというところまで同じ100円でやってしまうと、先ほどの会計の話じゃないですけども、もはやもう事業性としては全くないし、ほんとうにこれがいいのかなというような話です。

つまり、結果だけが先行して、どうしても歩いてしまうので、プロセスをほんとうに見てほしいのです。でも、それをなかなか私たちも伝え切れてないというのが我々も反省材料であるのですが。ご指摘いただいた田子町がなぜよかったかという、実は私が4回しかアドバイスに入っていません。頑張ったのは、町の課長さんなのですが、村の中で喧々諤々に議論して、哲学を持ったんです。この3つは外さない。1つは、絶対子供たちの通学は苦勞させない。2つ目は、絶対うちの町に住まわせて高校に通わせる。3つ目が、

今度うちの町から1次医療機関である田子病院、2次ぐらいもいっているんですが、その田子病院までは絶対通わせる。この3つは市内の全域にちゃんと確保しましょうということを決めたんです。それに基づいて、今あるスクールバスとか、福祉車両とか、一般の路線バスをどうやって配置したらうまく並べられますかねということ、地図で並べて議論していったという。その結果いい方向にいったという話なんです。だから、最初に何をするために公共交通をいじるんだというような哲学を持ってやった。でも、それは、結局事例集なんか見ると、そこは全然カットされているところですから、実はそこが一番大事なんですけども、そこが伝わってないというところがあると思うんです。

もう一つ、田子のところでまだ足りないところがあるんですが、先ほど山崎先生から、なぜこれを国土計画で考えるんだというご指摘もありましたけれども、多分交通の側からいくと、こういう域内交通、村の中の交通というのはわりと全国事例が出てきて、ノウハウが積み上げられつつあるんですが、弱いのが広域交通なんです。つまり、今、国と県の補助の仕組みの中でやっているんで、自分たちの村とか町が、この軸というのはどう活用していきたいのかというような思想が全然ない。それは、結局事業者に対して補助金が入っていますから、自治体がどれだけ使われているのか、どんなふうな路線なのかという素性を全く市町村側は知らないまま残っているんです。ですから、この広域交通の部分というものを、実はちゃんとどういう形で維持して、広域市町村圏の中へどうそれを使っていくのかという議論をちゃんとやっていかないと、域内で1次医療圏までは行けるけども、2次、3次の商業、医療圏までは行けないということが往々にしてこれから起こってくるだろうと。その議論をやっぴり重ねるという意味で、この国土審議会の中でこういう過疎地域の話が扱われているというのは、私は、交通の意味からいったら、広域交通をちゃんとやるために議論しているんだという言い方はできるんじゃないかなと思っています。

【奥野委員長】      ありがとうございます。辻先生、お願いします。

【辻委員】      私のほうからは、それぞれ興味深い点について質問させていただけたらと思います。

1つは、まず最初に、このプライマリ・ケアのほうなのですが、3点ありまして、1点は、人口規模につきましては、2,000から5万と非常に大きい数字を出していただいたのですが、これは確認なのですが、ということは、面積とか、それから、時間、距離で最適な範囲というのがあるのか、やっぱり基本的には患者数が重要なので、車社会を前提にすると時間、距離だとか、面積よりも、一定の人口規模が重要なのかということをお伺い

したいというのが1点です。

それから、2点目に、こういうせこい発想は私からだけかもしれませんが、やっぱり気になるのは報酬の面です。例えば今から30年前、1970年代とか、80年代ぐらいに、当時の条件不利地を所在にしている、公立病院だと大体給与は推定できるのですが、公立ないし民間の診療所の人たちの報酬金額と、ここのところですね、直近の報酬金額、これを都会などに比べると差が広がっているのか、縮小しているのか。その辺りがどういう感じになっているのかというのをお聞きしたいというのが2点目です。

それから、3点目に、これは、私の部分的な経験なので、一般的には言えないことかもしれませんが、幾つかのところで診療所をもうちょっと村の中心につくって、福祉施設もつくってというようなこの再編をやろうとしたときに一つネックで出てくるのが、結構高齢の昔から頑張っているお医者さんが今でも村のそばに残って開業しておられる。頑張って高齢なので、必ずしも何か意欲的にいろいろやっているわけでもないかもしれないけど、しかし、村としては貴重な戦力でこの人はなかなか動かせないというのでなかなかうまくいかない。結局、みんな高齢化していますので、今まで頑張ってきたお医者さんも高齢化されてきている。こういうような問題の中で、場合によっては、医療の集中化、再編化なり、プライマリ・ケアを充実させていくというときに、どういう工夫をする余地があるのかというのは、あつたらぜひお伺いしたいと思います。

ちなみに、今日の冒頭にあった大川村に、私も一番最初に若いころ視察に行ったのですが、今でもまだあるのかなと。その当時、人口が800人ぐらいでした。その後、人口が今、どうなっているのかなというのがわかたらぜひお伺いしたいのであります。

あと、吉田さんのほうにもお聞きしたいことがありまして、この話も非常に大変貴重な話で、このお話をぜひもっと具体的にどんどんお伺いできればと思っておりまして、こうした中で、私、一番過疎の条件不利地域の公共交通を考えた場合に、単にともかく確保できるかどうかというよりは利便性と費用ですね。これがどうなるかというのを考えていくということが非常に重要ではないかと思いました。

それで、きょうの内容でいうと、例えば3ページ目のところに傾向として可住地人口密度・可住地面積割合の平均値が出ていますが、これに即して彼らが過疎地有償運送をやった場合に何を基準にはかるかはわからないのですが、市町村の持ち出し分の費用ですよ。これは、大体どういうふうなイメージで、どの程度のものなのか。これは一般化できるものなのか、できないものなのか。その辺りのイメージをお伺いしたいというのが

1点。

それから、2点目としては、期待が高いわりにはなかなか動きが悪いと言われているデマンド型乗り合いタクシーです。算定が正しいかどうかとはともかくとして、これがともかく結構高いという実感がある。これも算定根拠も含めて、もうちょっと安く費用を計算したり、何かサービス提供できそうな気もするのだけど、これが一般的にどこまで費用が確定できて、価格を下げられる可能性があるのかどうなのかが2点目。

それから、3点目はスクールバスの件なのですが、これはやっぱり非常に大きくて、特にへき地の小中学校は、やはり統廃合していかざるを得ないので、文科省としても、当然スクールバスがネックになって、今、3カ年は補助金が出ますので、3カ年以上補助金を延ばせという話は当然出てくると私は思っているんです。延ばしていった場合に、補助金で確保すると、子供を乗せることということで確保しないとできないわけですね。今回提案のように、乗合バスにすると一般財源化しなければだめなんで、バスのためだけに一般財源として確保するというのは、何かちょっと工夫が必要かもしれない。そうしたときに、要するに、スクールバスとして特定財源を確保するか、その乗合バスに近いような形で一般財源にするかというのを判断しなければだめだと。これはバス通から見たら、どっちが正解と思われるかというのを聞いたかったことであります。

【奥野委員長】 それでは井上先生、吉田先生、お願いします。

【井上委員】 まず、最初の質問、人口以外ですけども、医師は、通常であれば、医療モデルであれば、主に動かず診療所で待っていますので、地域の地理的距離というのはあまり意識しないんですよ。ただ、生活モデルで福祉とか、在宅で往診を考えると、実感として遠いなというのは、近いなというのは考えます。

次、2番、1970年の公立病院の問題ですが、そのころは地域にお医者さんがいなかったですから、村長みずから頭を下げて行ったような状況ですから、給料はどうなるかって、大体予想つくと思いますね。それ、青天井に近いところありました。私、自治医大出身なんですけど、自治医大が各へき地へ行きまして、文句を言われたことがありまして、おまえたちがへき地へ来るからわたらの給料が下がる。事実だったかどうか知りませんが、私らは基本的に公務員の給料で働いていましたので。直近は、思いますには、田舎の医師の給料は下がっていないと思います。ただし、上がりません、経営が悪いので。ただし、都会は医者があぶれているので——あぶれるというか、多いので、下がってくる傾向にあって、結果として、相対的に格差は広がっていると思います。今、大学病院に医師が

残ってないですけど、それ以前の話として、例えばですけど、5人に給料、ある病院に派遣をしていて、医者が専門医が増えているから、7人を派遣、維持したいと。5人分の給料で7人を出すというような時代も確かにありました。それはちょっと前の話かもしれませんが。

それから、高齢者の話ですね。高齢の先生はどこにもおられたんですけど、おそらくそれは、高齢の先生は申しわけないけど、近いうちに引退されますので、オーバーラップでもいいんじゃないかと私は思うんですけど。というのは、連続性とか、継続性は大事ですし、それを切るというよりは、ちょっとオーバーラップした間は予算がかかるかもしれませんが、長い間というか、引退されるという意味です。例えば私が勤務した、3,500人の村は、実は開業医の先生がもう引退したいんだけど、やめられないという逆の事情で呼ばれた面もありますので、公立の診療所に。事情はさまざまだと思いますけど、それは場所が変わっても2人でやったということになりますので、それでいいんじゃないかと思っています。

以上です。

【奥野委員長】 吉田先生、お願いします。

【吉田講師】 まず、1点目の利便性を費用で考えるときに市町村の持ち出しがどのくらいかというご指摘なんですけど、大体そのコミュニティバスで調査すると、先ほど収支率という話が出てきましたけれども、一般的に2割、3割、2割というところでもう全体半分以上の事例が占めているという、そういう状況です。ただ、過疎地有償運送で私がやった、例えば佐井村の場合だとどうなっているかといいますと、実は、村の持ち出しというのは年間五、六十万なんです。これは通信費だけに限っていると。過疎地有償の場合には、2年か、あるいは3年に一回運転者研修に行かないといけませんので、そのときの旅費とかの、そういうものに使われているというだけなので、実は、案外過疎地有償の場合だったら持ち出しが少ない。ですから、持ち出しが少ないやり方というのは、知恵を絞ればうまくやれると。そのかわり地域の人がチカラを出しているわけですけどね、お金のかわりに。そういう感じになると思います。

それから、デマンド型が高いという実感なんですけど、我が国の場合には予約システムの構築というところからスタートしてしまっているところがそもそもの問題なんです。例えばNTTはじめ、NTTだけではありません。いろんな会社がそれぞれシステムを開発していますけども、システムを開発して、いわゆるリアルタイムで配車できるようにしようと

というのが今の志向なんです。ところが、本来の公共交通って、乗り合うからこそ効率化が図られるんであって、現に乗り合わないというところがなかなかデマンド型の場合に多くて、実質タクシー運営とほとんど変わらないような事例というのが実は大半なんです。ですから、やはり高どまりしているというような、そういったような傾向があります。ですから、それをカバーするために、例えば山形の場合には予約は前日にしましょう。システムを入れずに、タクシー会社の普通の電話予約の電話番号は、かかってくればナンバーディスプレイで出てきますから、それを使うようにしましょう。そして、前日までにスケジュールがわかっていますから、予約がないときには、普通のタクシー営業して、空き車両だけを使いましょうという形でコストダウンを図って、それでやっと収支率が3割から4割うかがうぐらいになってきた。バスのときが収支率十何%ですから、それに比べたら成果は上がっているのかなと思います。

スクールバスのところなんです、多分5年たないとたしか混乗ができなくて、そのころになるともう一般財源化の交付税になっていますが、ただ、特交なんですよ、スクールバスとしてやる場合に、580万円ぐらいの特別交付税になっています。ただ、それを受けながらであったとしても、混乗することは可能だというような、今、見解になっています。ですから、ある意味、そういうことで言うと、スクールバスの混乗というところは、うまく仕組みが合えばそれだけそういう特別交付税措置。ごめんなさい、それは普通交付税ですね、失礼しました。スクールバスは普通交付税措置されますので、そういう面ではいいんですが。ただ、いずれにしても交付税措置ですから、通常のバスですと、8割分が特別交付税で出てくるんですが、ほんとうに8割出てくるかどうかはわかりませんよ。でも、一般財源化されていますから、やっぱりほんとうに生活交通のために使うのかどうかという意思決定が逆に市町村にゆだねられているので、それでうまく意思決定できたところところはひゅっといくんですが、そうじゃないところはほんとうに使い勝手が悪いとか、そういうような形の実態というのはやっぱりあると思います。

【奥野委員長】 どうもありがとうございました。

私も感想を2点ほど。この参考資料1、川上課長が説明していただいた満足度、これ、大変におもしろいと思うんですが、ここでは、医療と日用的な買回り品が基礎的なサービスとして基本だというのは何の異論もないんですが、きらめき広場のような、ああいうこれからの集約化を考えていこうとすると、もう一つ何か、住民の人が何で娯楽を得ているかというのが、やっぱり大事なんじゃないかと思うのです。多分集まる場所、食べると

ころ、それから、ご婦人方はよくグループ旅行されますが、そういった、多分きらめき広場なんかところで、そういう機能をそこにどうかということが非常に大事なんじゃないか。これが1点。

それから、2つ目が交通なんです、これは、それこそ藤山さんのあたりなんかは、ほんとうにどう、政策立てようがないところがいっぱいあります。葉っぱの真ん中の脈があって、それから枝線が出ている。枝線というのは何キロ奥で、そこでとまっていて、その先に限界集落があるというようなところ。そういうふうなところもたくさんあると思うんです。さっき山崎先生から、どこかで線は引くのかという話が出ましたが、これは、政策の立てやすいところで線を引くんじゃなくて、やっぱりとことん考えていただくと、吉田先生にもご知恵をいただいて、ということでやらせていただけたらどうかなと思います。

【藤山委員】 いろいろやれると思います。

【奥野委員長】 どうもありがとうございました。きょうは、3つ、川上課長の報告、それから、井上先生、吉田先生の話をしていただきました。一つ一つのテーマでも十分2時間のネタがあったんじゃないかと思います。

それでは、時間が来ておりますので、この議題についてはこれで終了させていただきます。その他で、課長、お願いします。

【川上総合計画課長】 次回でございますが、事前に日程を調整させていただきましたが、8月30日から31日にかけて、上越市の現地で集落の取り組みをご視察いただいて、ご議論いただければと考えております。よろしく願いいたします。

【奥野委員長】 それでは、本日の検討委員会、これで終了させていただきます。

事務局から連絡等ありますか。

【川上総合計画課長】 お配りいたしました資料は、お席にそのまま置いておいていただければ、後ほどお送りさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

— 了 —