

知をつなぎ、地を活かす

東北活性化研



特集 地域住民の医療不安解消に向けて



Vol.52
2023 夏季号

公益財団法人 東北活性化研究センター

目次 Contents

巻頭言

- ◆東北地域の持続的発展に向けて 2
藤崎 三郎助 東北六県商工会議所連合会 会長

特集

- 地域住民の医療不安解消に向けて 4
- ◆地域医療の現状と課題の概観 5
加藤 雄一郎 調査研究部 主任研究員
- [寄稿Ⅰ]
- ◆日本の地域医療の課題及び将来像 12
尾形 裕也 九州大学 名誉教授
- [寄稿Ⅱ]
- ◆仙北市の地域医療の現状と課題～地域住民の医療不安解消に向けて～ 18
市川 晋一 仙北市西明寺診療所 所長
- [寄稿Ⅲ]
- ◆大都市の内科系勤務医が重視するべき地の勤務条件は何か？
～医師の地域偏在の解消へ向けて～ 24
佐野 洋史 滋賀大学 経済学部 教授
- [寄稿Ⅳ]
- ◆都市と地方をつなぐ持続可能な医療体制の構築
—宮城県登米市における地域医療の取り組みとその成果— 30
田上 佑輔 医療法人社団やまと 理事長 やまと在宅診療所 院長

調査ノート

- ◆東北圏企業におけるリスクリングの現状と課題 34
伊藤 孝子 調査研究部 主任研究員

キラ☆企業紹介

- 医療情報サービスにより健康な暮らしをサポート 40
株式会社アルファシステム（秋田県秋田市）

会員企業だより

- ◆アジアと日本の発展に貢献する研究所へ 42
宮原 秀夫 一般財団法人アジア太平洋研究所 所長

事務局より

- ◆2023年度 第1回理事会 開催 44
- ◆2023年度 定時評議員会 開催 44
- ◆評議員、役員を紹介 45
- ◆今後の主な予定 46

東北地域の持続的発展に向けて

東北六県商工会議所連合会

会長 藤崎 三郎助



2022年11月1日に仙台商工会議所の第25代会頭に就任し、同時に宮城県、東北六県の商工会議所連合会会長に就任いたしました。私自身このことを極めて重く受け止めており、地域経済を支える多くの中小・小規模事業者が所属する地域総合経済団体の長として、責任を持って地域のニーズに応えていきたいと考えています。

東北地域が、昨今の社会経済環境の変化に加え、少子高齢化（自然減）や大都市圏への人口流出（社会減）により全国に先駆けて人口減少に直面している中で、コロナを乗り越え、未だ道半ばである震災復興を成し遂げ、持続的に発展していくためには、地域経済の屋台骨である中小企業の成長と地域の特性をいかした魅力ある地域づくりが不可欠です。

特に、最大の課題である人口減少については、若い女性を中心に転出超となっており、若者・女性等、多様な人材を惹きつける職種・働き方の提供をはじめ、教育機関や医療・福祉施設等、将来も安心して暮らせる都市機能の充実、外国人材の活用等に取り組む必要があります。

そのためにも、「次世代放射光施設ナノテラス」や「福島イノベーション・コースト構想」、「福島国際研究教育機構」、国際リニアコライダー（ILC）、秋田県や青森県などで進められている洋上風力発電などを核とした、医療、ロボット、エネルギーをはじめとする新たな分野における産業集積や、企業の研究開発力の強化を通じた産業の創出により、国内外の多様な人材が活躍できる受け皿が広がることで、人材の高度化と地域中小企業の付加価値向上の好循環を生み出すと同時に、様々な分野において東北から世界をリードしていく新たなイノベーションを起こし、東北の発信力を高めていく必要があると考えています。

一方で、東北の基幹産業の一つである農林水産業においては、震災による風評被害等で失われた販路の回復や、海洋環境の変化等による記録的な不漁や魚種の変化、農業の担い手不足といった課題を抱えている中で、日本の食料安全保障の観点からも、東北の高いポテンシャルを生かした安定的かつ持続的な供給体制の構築がこれまで以上に重要になっています。

商工会議所としても、大船渡、気仙沼、釜石商工会議所が連携して「海洋環境適応研究会」を立ち上げ、海洋環境の変化に対応した事業モデルの構築を目指し、販路拡大や商品開発力の向上、新たな資源として注目されるサケ・マス類の養殖の研究を進めているほか、相馬商工会議所では、漁獲量が2年で約10倍になった相双沖の天然トラフグを「福とら」の名称で広く県内外にPRしながら、新たな地域資源とすべく取り組みを進めており、これからの展開が期待されています。

また、観光振興による東北ブランドの確立、交流人口の拡大も重要です。私どもが開催する「東北絆まつり」をはじめ、これまで東北地域が一体となった様々なプロモーション活動を継続的に展開してきたことで、コロナ禍前の2019年の東北六県における外国人延べ宿泊者数は168万人泊と、多くの外国人に来訪いただきました。全国シェアではわずか1.7%でしたが、対前年比の伸び率では、近畿地方に次いで全国2番目となる130.5%の伸び率となり、さらなる拡大が期待される状況にあっただけにコロナによるインバウンド需要の蒸発は残念でなりませんでした。

しかしながら、コロナについても一定の出口が見えてきたことで、全国各地の空港で国際線が再開しており、仙台空港をはじめとする東北各地の空港でも、台湾や韓国、タイ、ベトナムなどの国際線の再開が相次いでいます。コロナ後の厳しい都市間競争に勝ち抜いていくためには、東北各地の祭りをはじめとする伝統文化や

観光資源の磨き上げ・高付加価値化、体験型コンテンツ等新たな観光資源の開発、イン・アウト双方向での交流拡大、そして何より復興の過程で培った広域連携の取り組みをさらに深化させていくことで、東北全体での周遊を促し、地域経済の活性化につなげていくことが重要です。

我々としても、東北六県内45商工会議所の連携のもと、地域中小企業の成長・発展や魅力ある地域づくりなどに向けて、様々な取り組みを進めています。課題先進地として、東北地域は多くの難題を抱えていますが、東北全体で知恵を出し合いながら1つ1つの課題解決に取り組み、これを乗り越えた先にある光り輝く東北の未来につなげてまいりたいと存じますので、皆さまの引き続きのご支援、ご協力をお願いします。



今年の東北絆まつりは青森市で開催され、約29万人の人出で賑わった(6月17日、18日)。東北六魂祭、東北絆まつりと2巡目を終え、来年の3巡目のスタートは仙台で開催される。

地域住民の医療不安解消に向けて

総務省の「過疎地域の社会的価値に関する調査研究報告書」によれば、全国の住民が考える「過疎地域に対して必要な支援や対策」の1位は「医療・福祉サービスの充実」である（過疎地域の住民のうち58.4%、非過疎地域の住民でも52.1%が必要と回答）¹。また、東北活性化研究センターの2022年度調査「東北圏における移動困難者・買物困難者対策としての新たな移動支援サービス等に関する先行事例調査」を進めるなかで、多くの交通網は医療施設を重要地点にして整備されていることや、住民にとって「医療施設に便利に移動したい」というニーズが大きいことを現地調査を通じて実感してきた。

医療の不安を解消できなければ、地域住民の流出や高齢者の孤立がますます顕在化し、地域コミュニティの崩壊、地域消滅がさらに進むことが懸念される。

本特集ではまず、東北圏の地域医療が置かれた状況や抱える課題について、データや文献調査等に基づき示す。次に、日本全体を俯瞰した視点、地方自治体の視点、研究者の視点、現場の医師の視点から、地域医療の維持に必要なものは何かを寄稿いただいた。

寄稿者	寄稿タイトル
九州大学 名誉教授 尾形 裕也 氏	日本の地域医療の課題及び将来像
仙北市西明寺診療所 所長 市川 晋一 氏	仙北市の地域医療の現状と課題 ～地域住民の医療不安解消に向けて～
滋賀大学 経済学部 教授 佐野 洋史 氏	大都市の内科系勤務医が重視するべき地の勤務条件は何か？ ～医師の地域偏在の解消へ向けて～
医療法人社団やまと 理事長 やまと在宅診療所 院長 田上 佑輔 氏	都市と地方をつなぐ持続可能な医療体制の構築 —宮城県登米市における地域医療の取り組みとその成果—

地域医療の現状と課題の概観

調査研究部 主任研究員 加藤 雄一郎

ポイント

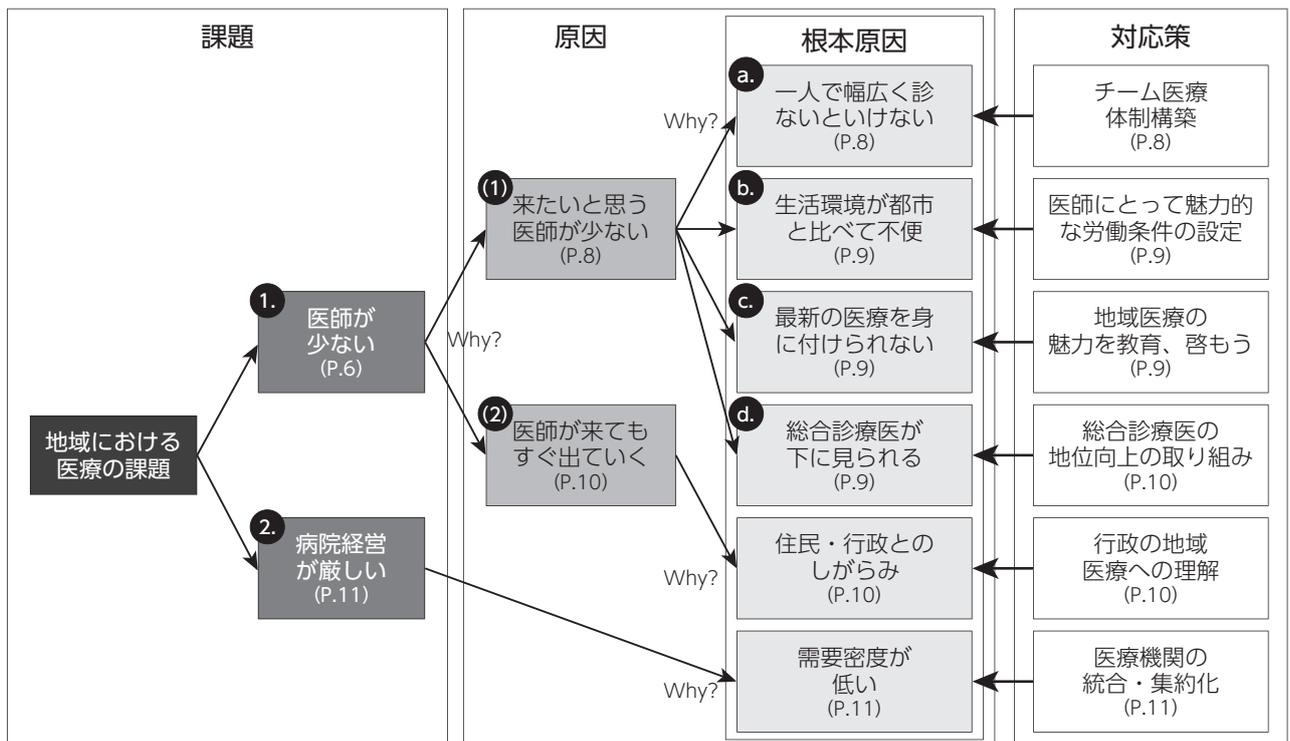
- 地域医療が抱える基本的課題は、「医師不足」「病院等の経営の厳しさ」である。
- これら課題の解決にむけて、「チーム医療体制構築」や「総合診療医の地位向上の取り組み」「医療機関の統合・集約化」等が進められている。

過疎地域では、「医療・福祉サービスの充実」への対策が最も多くの人々から求められている。地域住民にとって、どのような状態になっていけば医療の不安が解消されるのだろうか。住民目線で考えてみると、施設と十分な医療従事者の整った病院等が近場に存在しており、それが将来にわたって維持されることに蓋然性がある状態だろう。とはいえ、人口減少が進み医

療の需要密度が低下していく中で、全ての住民の近くに病院等がある状態を実現し維持することは今後ますます困難になっていくと思われる。

このような基本的な問題認識に基づき、地域医療の抱える課題を図表1のように整理した。本稿では、図表1で整理した「課題」「原因」「対応策」について一つずつ見ていく。

図表1 地域における医療の課題・原因・対応策



出所：当センター作成

医師が少ない

【医師数】

近年、日本の医師総数は増加しているものの、医師の地域偏在、地域の医師不足といった問題は解消していない²。

日本の高齢化率は世界で最も高い³ことから、人口当たりの本来必要な医師数は諸外国よりも多いとみるのが自然と思われるが、日本の医師数は、人口1,000人あたり2.5人で、OECD加盟38か国中、下から6番目である⁴。医師偏在指標によると、東北圏各県は、宮城県を除き全国的にも低い水準となっている（図表2の網掛け部分）。過疎地では人口1万人あたりの内科医と外科医の数は全国平均よりやや多いが、小児科医や産科医数は極めて少ない⁵。

【無医地区】

「戦後日本のへき地医療対策において、問題解決の重要な指標とされてきたのは『無医地区の解消』である。」との指摘がある⁶。無医地区とは、「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」⁷である。

1966年に2,920ヶ所（119万人）だった無医地区は、2019年度には590ヶ所（13万人）まで減少した。しかし過去5年間に無医地区等から外れた理由の1位は「人口が50人未満になった」（41%）⁸からで、これは無医地区の定義から外れたということに過ぎない。また、「無医地区の約90%が過疎地域に存在している。すなわ

ち、過疎地は超高齢化と人口減少社会の先進地であり、過疎地の医療への取り組みはこれからの日本の医療の在り方を考えるうえで重要である。」⁵との指摘もなされている。

【将来予想】

リクルートワークス研究所のレポート「未来予測2040労働供給制約社会がやってくる」によれば、医師・看護師・薬剤師などの医療従事者は、2030年に18.6万人、2040年に81.6万人の供給不足になり、2040年の労働需要（467.6万人）に対する不足率は17.5%になると予測されている。

なお、介護サービスでも、2030年に21.0万人、2040年に58.0万人の供給不足が見込まれ、2040年の労働需要（229.7万人）に対する不足率は25.3%となり、例えば「週4日必要なデイサービスに、スタッフ不足で3日しか通えない」という状況が標準的な状態となり得ることが予測されている。

同レポートでは、医療の非臨床業務（看護師業務では4割を占めるといわれる）はロボット等により代替されていくことや、介護の直接介助以外の業務は自動化・デジタル化が進むことも予測している⁹。

【病床数】

なお、過疎地域における人口1万人当たりの病床数は、従来全国を下回っていたが、最近では全国的に病床数が減少していることや、過疎地域の人口減少のために全国より高くなっている⁵。

図表2 県ごとの医師偏在指標(ランキング)

ランキング	都道府県	医師偏在指標
	全国	239.8
1	東京都	332.8
2	京都府	314.4
3	福岡県	300.1
4	岡山県	283.2
5	沖縄県	276.0
6	大阪府	275.2
7	石川県	272.2
7	徳島県	272.2
9	長崎県	263.7
10	和歌山県	260.3
11	佐賀県	259.7
12	高知県	256.4
13	鳥取県	256.0
14	熊本県	255.5
15	香川県	251.9
16	滋賀県	244.8
17	兵庫県	244.4
18	大分県	242.8
19	奈良県	242.3
20	広島県	241.4
21	島根県	238.7
22	宮城県	234.9
23	鹿児島県	234.1

ランキング	都道府県	医師偏在指標
24	福井県	233.7
25	愛媛県	233.1
26	神奈川県	230.9
27	山梨県	224.9
27	愛知県	224.9
29	北海道	224.7
30	富山県	220.9
31	山口県	216.2
32	栃木県	215.3
33	三重県	211.2
34	群馬県	210.9
35	宮崎県	210.4
36	岐阜県	206.6
37	長野県	202.5
38	千葉県	197.3
39	静岡県	194.5
40	山形県	191.8
41	秋田県	186.3
42	茨城県	180.3
43	福島県	179.5
44	埼玉県	177.1
45	青森県	173.6
46	岩手県	172.7
46	新潟県	172.7

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}(\ast 2)}$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

出所：厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第35回)」資料。ランキング表は、同資料をもとに当センターで並び替えたもの。

1. 医師が少ない原因

① 来たいと思う医師が少ない

「地域医療の実践は多くの場合で『総合医』の概念とともに論じられている」¹⁰が、「生活環境が都市と比べて不便」(b.)なことや、総合診療では「最新の医療を身に付けられない」(c.)、「総合診療医が下に見られる」(d.)といった認識により、地域の医師が少ない。それにより、地域診療所で働く医師は「一人で幅広く診ないといけない」(a.)こととなり、さらに地域に来たいと思う医師が減少する負の連鎖が生じているケースもあると考えられる。

また、2004年度に始まった新臨床研修制度で、研修医が首都圏など大都市の病院に集中し、地方の医局の医師不足が深刻化していることが指摘されている¹¹。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

a. 一人で幅広く診ないといけない

「総合診療医とは Subspecialty を持った上でどのような疾患にも対応し、未診断症例には速やかに正確な診断を行い、速やかな治療を行うことができ、場合によっては患者のことを考えた専門医との連携を円滑に行うことが出来る医師」¹²であり、「初期医療や日常病の診察への対応のほか、保健活動やリハビリテーション、在宅介護への関与など、地域の関連職種との連携にもとづく継続的なサービス提供」¹⁰が求められる。このような背景から、専門外診療をすることへの不安や、拘束時間の長さなどが、地域医療の問題として語られることが多い⁶。

a. 一人で幅広く診ないといけないことへの対応策

チーム医療体制構築

地域の医師がいくら孤軍奮闘し頑張っても、それで解決できることは限られている。また、医師個人の過剰な努力によって解決を見たとしても、そのような努力を強いられる状況が続く限り、次の人材が集まらない可能性が高いだろう。したがって、医師個人の努力に期待することは地域の医療維持のためには望ましくないと言える。医師をはじめとした医療従事者各々に過度に負担をかけなくて済む持続可能なシステムを作ることが肝要である。地域拠点病院等との連携、人員派遣などの機能を強化し、地域診療所の医師が孤軍奮闘せざるを得ない環境をなくしていく、チーム医療の体制づくり等が考えられる。

「病院は基本的に『集める医療』であるが、過疎地においては、訪問診療など『出向く医療』とのバランスが大事」だとの指摘もある。出向く医療では、訪問看護師などの専門職との密接な連携が求められるが、病院内と比べて、家庭にいるときの患者や家族から得られる情報はとても多いという。また、人の確保にあたっては、都市部の医療機関からの応援と常勤医師との連携が鍵となる⁵。「高齢化と過疎化が進むへき地で、理想の医療を展開するなら、経営の困難さとある程度の過労を覚悟する必要がある。」「へき地の診療所と中都市のクリニックをリンクし、4人の医師で運営することで、これらの問題を何とか軽減」¹³したという事例もある。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

b. 生活環境が都市と比べて不便

医師も一人の生活者である。地域においては、都市で享受できる生活の便利さが享受できなくなるため、仮に都市と同じ勤務条件であれば、地域が敬遠されることが多いのはやむを得ない。全国の医師が考える「へき地の医師不足の原因」のトップは、「師弟の教育環境不足」(43%)である¹⁴。

b. 生活環境が都市と比べて不便なことへの対応策

医師にとって魅力的な労働条件の設定

では、都市よりもどれだけ良い条件なら地域に来てくれるのか。内科医を対象とした調査研究では、地域の医療機関より年収が637万円低いとしても、大都市の内科系勤務医は現職に留まることを選ぶと考えられることや、勤務条件の中でも「勤務期間の短さ」「週休2日で完全にフリー（オン・コールがない）」「当直回数の少なさ」を実現させる必要が指摘されている。この調査研究の詳細は本特集の寄稿Ⅲ「大都市の内科系勤務医が重視するへき地の勤務条件は何か？」(滋賀大学経済学部教授佐野洋史氏)をご覧ください。このような定量的情報も踏まえて、給与水準や労働条件を設定することが効果的と思われる。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

c. 最新の医療を身に付けられない

地域医療では、最新の医療技術を身に付ける機会が少ないのではないかと、という意見もよく

見られる。「過疎医療はおもしろい！」(大森英俊 著)では「『過疎医療では、医師は先端医療から断絶された環境の中で自分自身を高めることができず、ただ自己犠牲と自己満足の中で奮闘するしかない、それは苦勞の連続だが一人の医師としての立派な生き方でもある』一般的にはそんなイメージが定着しているかもしれません」といった言及もある¹⁵。

c. 最新の医療を身に付けられないことへの対応策

地域医療の魅力进行教育、啓もう

しかし同書によれば、地域医療は「最先端医療」であり、「日本の医療が抱えている現在の問題への対策を、すでに実践している」という。このような地域医療の魅力进行教育、啓もうしていくことも有効と考えられる。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

d. 総合診療医が下に見られる

「日本は患者さんも過度な臓器別専門医志向で、地域で働く医師に対して十分な理解や評価がされていませんでした」という指摘¹⁶や、「認知度や評価の低さ」「患者や地域住民の専門医志向、つまり総合医よりも専門医を優れたものとみなし、優先的に受診する傾向」があるとの指摘もある¹⁰。

d. 総合診療医が下に見られることへの対応策

総合診療医の地位向上の取り組み

総合診療医の有用性がさらに社会的に認められるように、制度による対応と個々の医療機関の取り組みが進められている。

2018年に始まった新たな専門医制度では、従来、総合内科や小児科など18の基本領域の専門医が認定されていた所に、「総合診療専門医」が基本領域の専門医の一つとして加えられた。「専門医の在り方に関する検討会報告書」では、今後の急速な高齢化等を踏まえると、総合的な診療能力を持つ医師の専門性を評価することが適当である旨、報告されている¹⁷。

総合診療の重要性を学んでもらう機会づくりをしている病院もある。新潟県糸魚川市の県厚生連糸魚川総合病院の山岸院長は、「医師不足全般に対応する一つの方策は総合診療医の育成だ」「高齢者が増える地域の医療において一層、必要になるはずだ」「新潟大や富山大の医学生が病院に実習に来ており、在宅診療の現場にも同行してもらっている。高度な専門医としてだけでなく、地域の高齢者を総合的に診ることの重要性を学んでもらう取り組みをより進めたいと思っている」と語る¹⁸。このような取り組みが広く、継続的に実施されることが望まれる。

1. 医師が少ない原因

②

医師が来てもすぐ出ていく

(2) 医師が来てもすぐ出ていく根本原因

住民・行政とのしがらみ

「診療所は、港に面した海岸沿いに位置して

おり、周囲からかなり目立つ建物であった。特に夜間は室内灯で、医師の在・不在は一目で判別でき、島の口頭情報伝達網（いわゆる「噂話」）は迅速かつ広範囲であり、島中でその情報が共有できていたようである。医師の行動は島の関心を集めていたといえよう」「島の住人の一人として、地域に溶け込む機会に恵まれており、敬老会、運動会、盆踊りなど各種行事は、島の顔役として、来賓としても参加者としても招かれるほか（その後の懇親会ももちろん参加可能）、定置網漁師団、消防団など各種団体の集まりにも誘われる。神社や畑道、海岸などの清掃は当番制であり、これにも声がかかる」¹⁹といった離島の事例もあり、プライバシーがないことや、地域との関係性が濃密であるケースが見られる。このような関係性を苦しめない医師の場合は問題ないだろうが、そうでない場合は致命的なデメリットとなり、すぐ出ていく要因となるかもしれない。また、医療機関が少ない地域医療においては、必然的に村等と1対1で医師が対峙することとなり、最終的に行政との軋轢が生まれた事例も見られる。

住民・行政とのしがらみへの対応策

行政の地域医療への理解

「来たいと思う医師を増やす取り組み」と「来てもすぐ出ていくことを防ぐ」両面の取り組みにより、絶えず地域に医師が来てくれるようなインセンティブを行政が中心となって作り維持していくことが重要であろう。

課題

2.

病院経営が厳しい

2. 病院経営が厳しい根本原因

需要密度が低い

地域医療においては、需要密度が低いため、どうしても費用に見合った収入を得ることが難しくなる。地域の医療機関を統合することによって、必要な医療サービスは維持しながら全体の費用を抑えるという方向で全国的に取り組みが進んでいる。

需要密度が低いことへの対応策

医療機関の統合・集約化

2023年3月25日に開催された、秋田県医師会主催の県民公開医学講座では、病院の受診件数が減って体制維持が難しくなるため、病院の役割分担が重要になることが指摘されている。役割分担とは、「手術など高度な緊急処置を行う急性期、リハビリを行う回復期、長期入院に対応する慢性期などで病院ごとに役割を分け、医療を効率的に提供できる体制」であり、医療機能の集約や病院同士の連携等が解決策として挙げられた²⁰。複数の医療機関が統合的に動くということである。秋田県では、2次医療圏を現行の8から3に集約する案が県医療審議会医療計画部会により了承されている²¹。

役割分担や広域化を進めれば、当然ながら地域住民からすれば医療機関までの物理的な距離が遠くなる場合が多くなる。自治体は、医療機関統合によって浮いた費用のうちの一部を、病院への送迎サービスや、公共交通機関に充当す

ることで、遠くの患者が病院に行きやすくするなど、医療の周辺領域における対応も求められるのではないだろうか。

〈注〉

- 1 総務省地域力創造グループ過疎対策室「過疎地域の社会的価値に関する調査研究報告書」2019年3月 p130
- 2 厚生労働省「令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」p3、p14
- 3 内閣府「令和4年版高齢社会白書(全体版)」第1章第1節2(2)
- 4 OECD「図表でみる医療2021:日本」p66
- 5 吉嶺 文俊、原 勝人 日本内科学会雑誌106巻6号「過疎地の地域医療の課題と実践」
- 6 飯田さと子、坂本敦司「診療所医師からみたへき地医療問題『地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査』自由記載欄の質的内容分析」
- 7 厚生労働省「無医地区等調査」用語の解説
- 8 厚生労働省「平成16年度無医地区等調査・無歯科医師地区等調査の概況」p2および「令和元年度無医地区等調査」第1表、第5表、第11表
- 9 株式会社リクルート リクルートワークス研究所「未来予測2040 労働供給制約社会がやってくる」p7、p19
- 10 地域社会振興財団地域社会健康科学研究所 飯田さと子「患者・住民の専門医志向に関するへき地総合医の経験と認識」
- 11 新潟日報 2023年3月26日4面社説「病院の医師不足」
- 12 一般社団法人 日本病院総合診療医学会HP (<http://hgm-japan.com/general/>)
- 13 武田伸二「へき地でのグループ診療」日本プライマリ・ケア連合学会誌2010 Vol.33 No.2
- 14 自治医科大学「地域医療白書第2号 これからの地域医療の流れ」p62
- 15 大森英俊「過疎医療はおもしろい！」p4、p20
- 16 岩村暢寿 公益社団法人地域医療振興協会編「今こそ、地域医療！」p36
- 17 厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会報告書」
- 18 新潟日報 2023年3月30日19面「産前産後ケアに力」
- 19 大林航「東京都と佐賀県2ヶ所の島しょ医療を経験して」島しょ医療研究会誌第6巻(2014)
- 20 2023年3月26日秋田魁新報24面
- 21 2023年5月31日秋田魁新報1面

日本の地域医療の課題及び将来像

九州大学

名誉教授 尾形 裕也



1. はじめに

わが国の近年の医療政策をめぐっては、2006年の小泉構造改革によって、後期高齢者医療制度、協会けんぽ制度を含む医療保険制度の再編等の大きな制度改革が行われた。その後、2回の政権交代を経て、消費税率10%への引上げを基とする地域医療構想の策定及び推進が図られてきた。また、最近では、地域医療構想における病床機能報告に加え、外来機能報告の制度化、紹介受診重点医療機関の認定等の改正が行われ、さらには先ごろ「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備に向けた法改正案が成立している^(注1)。

本稿では、こうした近年の医療制度改革の動向を踏まえた地域医療のあり方について検討し、一定の考察を行う。なお、以下の記述において、意見に関わる部分については、筆者の全くの私見であることをお断りしておきたい。

2. 日本の医療提供体制の特色：大きな地域差の存在

わが国の医療提供体制の大きな特色として、資本集約的＝労働節約的な医療提供体制となっていることが挙げられる。実際、人口当たりで

見た病床数及びCTやMRIといった高度・高額医療機器の台数は、先進諸国の中でも群を抜いて多いことが知られている。その結果、医師や看護師等医療スタッフの病床当たりで見た人員配置はきわめて手薄となっている。近年の制度改革や診療報酬改定等を通じ、病床当たりの人員配置を厚くする方向の施策がとられてきたが、まだ十分とは言えない。最近の「コロナ禍」の中で（世界一病床数が多いにもかかわらず）「病床逼迫」や「医療崩壊」といった事態が起こったとされるのも、基本的には、こうした労働節約型の医療提供体制の帰結であったと考えられる。

こうした病床数が多いことと並んで、もう1つ重要な特色として、非常に大きな地域差があることが指摘できる。図表1は、都道府県別に見た人口10万対病床数の地域差を示したものである。これを見ると、都道府県間で大きな地域差があることがわかる。一般に（もちろん例外はあるが）、九州、中国、四国といった西側が多く、関東、東北といった東側が少ない傾向が見てとれ、これを称して「西高東低」などと呼んでいる。特に、療養病床及び精神病床の分布には大きな地域差があることがわかる^(注2)。

医療提供体制のあり方を考えるに当たっては、こうした地域差の存在を無視することは

きない。後述する地域医療構想も、基本的には2次医療圏単位を基本とする構想区域ごとの病床の過不足を調整していこうとするものである。その一方で、全国統一的な皆保険体制の下

で、できる限り医療における公平な「給付と負担」を目指す観点からも、こうした地域差の是正を図っていく必要がある^(注3)。

<図表1>人口10万対都道府県別病院病床数の地域差(2021年10月)

一般病床 706.0床 (最大最小比2.2)				
1.高知1118.7	2.大分1057.2	3.北海道1004.9	4.鹿児島981.9	5.和歌山948.0
47.神奈川510.8	46.埼玉515.1	45.愛知535.1	44.東京580.5	43.静岡581.7
療養病床 226.8床 (最大最小比4.9)				
1.高知684.8	2.山口577.3	3.徳島510.3	4.佐賀471.0	5.長崎454.0
47.宮城138.8	46.神奈川139.8	45.京都143.1	44.岐阜146.5	43.埼玉150.9
精神病床 257.8床 (最大最小比4.1)				
1.長崎600.7	2.鹿児島593.4	3.宮崎550.0	4.高知518.9	5.佐賀512.5
47.神奈川147.0	46.東京152.0	45.滋賀160.9	44.愛知164.5	43.静岡181.6

出典：厚生労働省「令和3(2021)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」より作成

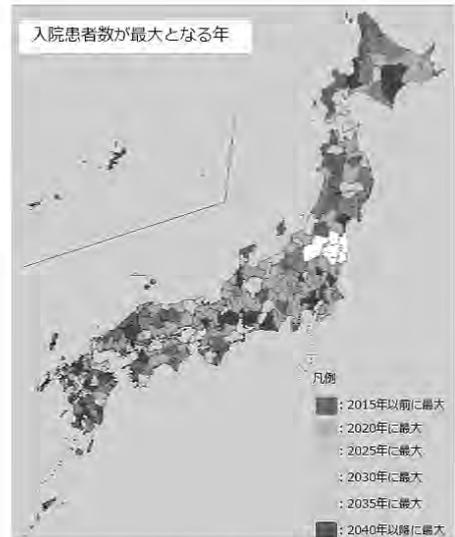
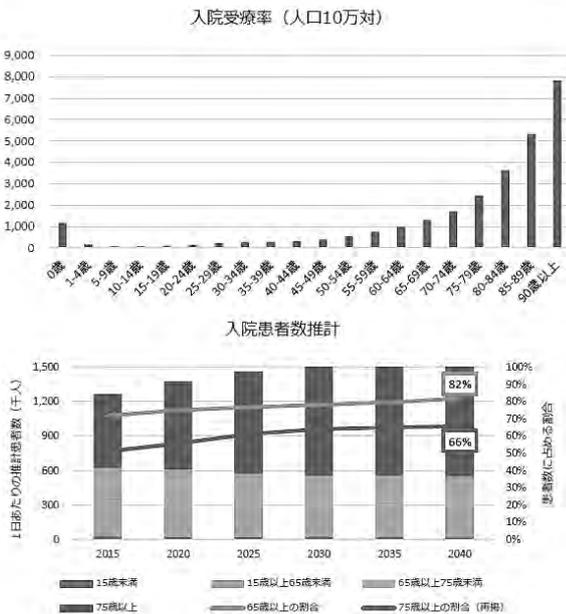
人口構造の変化は、医療需要に大きな影響をもたらすが、これについても大きな地域差があることが知られている。先ごろ取りまとめられた「総合確保方針」及び当該方針の別添「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」^(注4)によれば、全国的には「外来患者数は2025年頃、入院患者数は2040年頃、在宅患者数は2040年以降に最も多くなる」と予測されているが、これにも大きな地域差がある。たとえば、図表2は、2次医療圏単位で見た「入院患者数が最大となる年」を表しているが、入院患者数がピークを迎える年については様々であり、全体としては増加傾向にあるものの、すでにピークを迎えている地域がある一方で、今後まだ増加していく地域もあることがわかる。東北地方については、すでに入院患者数がピークを迎えている

地域が多いが、一方、今後まだ入院患者数が増え続ける地域もある。今後、こうした地域ごとの医療需要の多様な変化に対応し、ICTの活用等も含めた適切な医療提供体制の整備を図っていく必要がある。

<図表2>入院患者数の動向

医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性×年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。 18

出典：「第7回第8次医療計画等に関する検討会」資料（2022年3月4日）

3. 地域医療構想の現状及び課題

地域医療構想の策定がすべての都道府県において完了したのは、2017年3月末であったので、すでに6年以上の歳月が経っている。この間、地域医療構想調整会議における議論が低調で不活発であるとの批判にこたえるため、2019年9月には「再検証要請対象医療機関」の公表も行われている。

図表3には、2022年度の病床機能報告の結果(全国ベースの積上げ値)を示した。これを見ると、地域医療構想が全く進んでいないというのは言い過ぎであり、全体として病床機能は2025年の必要病床数(図表3の右端のデータ)に近づきつつあることがわかる。ただし、その

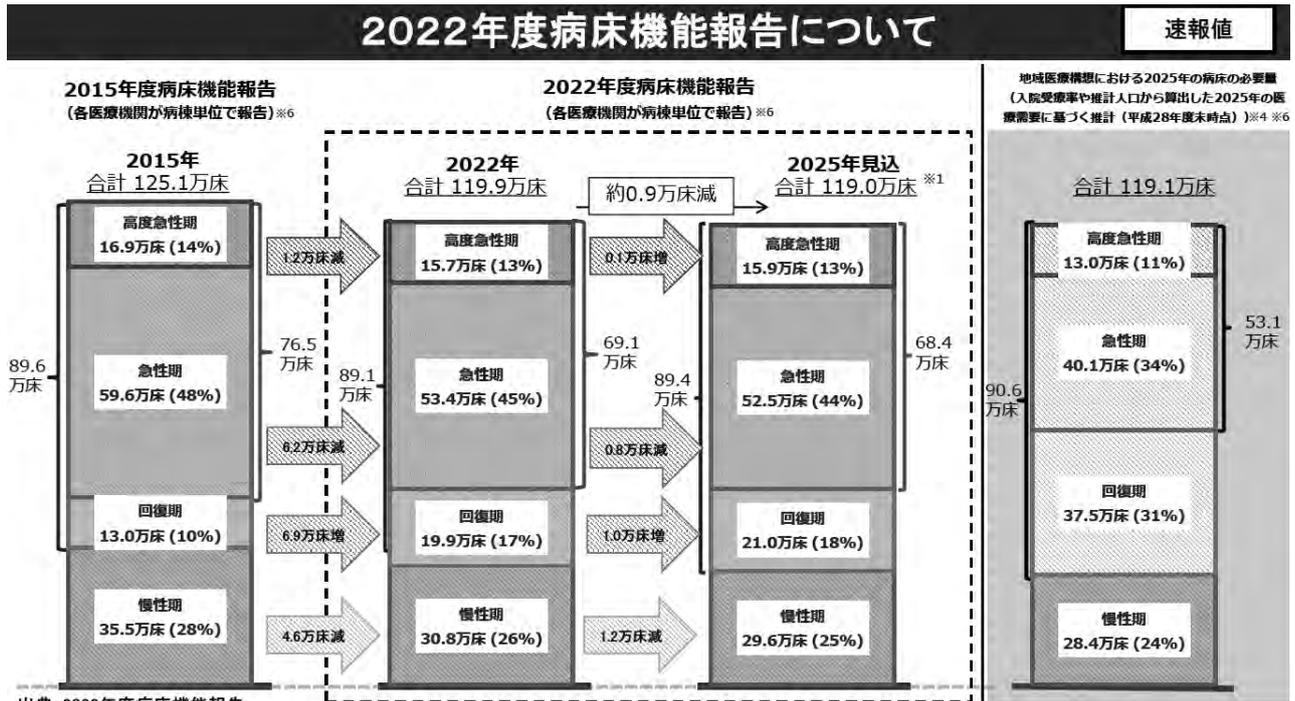
ペースは緩やかであり、2025年に向け、一層の努力が求められるところである。

各病床機能について見てみると、まず、高度急性期は、2022年で必要病床数に対して2.7万床程度過大な報告となっている。その要因としては、すべての病棟を高度急性期と報告している大学病院が相変わらず多いことが挙げられよう。また、急性期は13.3万床過大、逆に回復期は17.6万床過少な報告となっており、大きなアンバランスが存在するように見える。しかしながら、これは、病床機能区分において、当初案にあった「亜急性期」機能をなくし、現在のような4つの機能のうちから病床機能を選択するとしたことによるものであり、言わば「見かけ上」のアンバランスであると言える。亜急

性期ないしは奈良県が採用しているいわゆる「奈良方式」における重症急性期・軽症急性期の区分を適用すれば、こうしたアンバランスは相当程度解消するものと思われる。さらに、慢性期については、2022年の報告30.8万床は、2025年の必要病床数28.4万床をまだ2.4万床

上回っている。しかしながら、慢性期病床は、2018年度から新設された介護医療院への転換が進み、着実に減少しつつある。介護療養病床の廃止期限が2024年3月末とされていることから、今後、さらに転換が進むことが期待されよう。

<図表3> 2022年度病床機能報告と2025年の必要病床数(全国ベースの積上げ値)



※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
 (報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538 (95.5%), 2022年度病床機能報告: 12,188/12,602 (96.7%)
 ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
 ※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
 ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(※): 19,065床(参考: 2021年度病床機能報告: 19,645床)
 ※6: 救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
 ※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。(一部精査中)

出典: 第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(2023年5月25日)資料

以上のように、全国ベースで見れば、地域医療構想は、それなりに2025年の目標に近づきつつあるように見えるが、これはあくまでも全国ベースでの積上げ値であり、構想区域ごとに見れば、進捗状況には大きな地域差があることに留意する必要がある。調整会議において十分な議論を経ることなく、安易に「現状を追認」し

てしまっている地域もないとは言えない。今後、目標年次である2025年に向けて、一層の推進に向けた努力が必要であろう。

4. ポスト2025年に向けて

地域医療構想は、団塊の世代が皆75歳以上の後期高齢者になる、ある意味では象徴的な年次として2025年を目標年次に掲げ、その推進が図られてきた。上述したように、2022年現在、まだその目標が達成されたとは到底言えない状況であり、今後、一層の推進に向けた努力が求められることは言うまでもない。

その一方で、2025年以降の医療・介護提供体制の姿について早急に検討し、地域の医療提供体制の進むべき基本的な道筋を示していく必要がある。上述した「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」によれば、「地域医療構想をアップデートし、これに基づき、さらに医療機能の分化・連携を進めていく必要がある」とされている。「アップデート」の内容については、現時点では明らかではないが、少なくとも地域医療構想が2025年で終了した後は何もない、ということではなさそうである。今後、どのような「アップデート」が行われるのか注視する必要がある。

以下では、この「アップデート」に関し、若干の私見を述べてみよう。まず第1に、地域医療構想の位置付けであるが、私見では、これはわが国の伝統的な医療提供政策の基調である「自由放任主義(レッセ・フェール)」から一步を踏み出そうとしたものであったと評価できる。医療機関の自主的選択による地域の医療提供体制の実現という、言わば「ソフト・ランディング」を目指したことは、民間医療機関のウェイトが大きいわが国においては現実的なアプローチであったと考えられる。その一方で、地域医療構想の実現が必ずしも満足いくものでなかった場合には、もう一步進めて、国や都道府県の権限

を強化した形態(言わば「ハード・ランディング」)についても検討する必要があるものと考えられる。

第2に、現行の病床機能を中心とした地域医療構想について、外来機能やかかりつけ医機能といった今後新たに動き出す政策領域をどのように取り込んでいくのか、あるいは接合していくのが課題であると思われる。病院の機能については入院、外来双方、さらには在宅医療や介護サービスとの関連も含めて考えるべきであり、この点は「アップデート」に当たっての大きな課題となろう。

第3に、財源面の手当てである。地域医療構想については、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金による財政的支援が伴っており、それが曲がりなりにも地域医療構想を推進する一助となっていたことは間違いない。「アップデート」に当たっては、最低限その延長が必要であろうし、場合によっては、その拡充についても検討すべきであろう。

第4に、病床機能報告における病床機能区分については、再考する必要がある。亜急性期病床と呼ぶか、奈良方式のように軽症急性期病床と呼ぶかはさておき、現在のような急性期か回復期かという「二者択一」は適切ではなく、改める必要がある。

第5に、再検証要請対象医療機関については、その対応及び成果をきちんと評価する必要がある。その上で、「アップデート」に当たっては、さらにこれを継続するのか、あるいは新規に指定を考え直すのかどうか等について検討すべきであろう。

5. おわりに

「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」においては、「バックキャスト」で改革を進めていく必要性が述べられている。「バックキャスト」とは、「実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上で、そこから振り返って現在すべきことを考える形」であるとされている。一方、ドラッカーによれば「未来を形作る仕事の目的は、明日何をなすべきかを定めることではなく、明日を迎えるために今日何をなすべきかを定めることである」と言う^(注5)。これは、まさに「バックキャスト」と共通の発想であろう。今後、地域医療が迎えるべき「明日」の姿について、国民的な議論が行われることが期待される。

<注>

(注1) 近年のわが国の医療制度改革の全体像については、尾形裕也(2021)『看護管理者のための医療経営学 第3版』日本看護協会出版会を参照。かかりつけ医機能に関しては、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が5月12日に成立している。また、外来医療のあり方等をめぐっては、尾形裕也(2022)『この国の医療のかたち 医療政策の動向と課題』日本看護協会出版会を参照。

(注2) 図表1は、あくまでも都道府県単位でまとめたデータであり、実は、都道府県内において、(たとえば通常の医療が完結するとされる2次医療圏単位で見ると)さらに大きな地域差があることに留意する必要がある。

(注3) 地域医療構想における慢性期病床の必要病床数の推計に当たっては、こうした観点から、地域差縮小措置をとることとされている。

(注4) 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)」(2023年3月17日一部改正)

(注5) Peter F. Drucker, *Management, revised edition*, Collins Business. 2008

仙北市の地域医療の現状と課題

～地域住民の医療不安解消に向けて～

仙北市西明寺診療所

所長 市川 晋一



秋田県仙北市

人口 23,835人
 (令和5年3月31日現在)
 面積 1,093.56km²
 (秋田県総面積の9.4%)
 高齢化率 45%
 (65歳以上の人口割合)

■仙北市について

仙北市は秋田県の東部に位置しており、2005年(平成17年)に田沢湖町、角館町、西木村の2町1村が合併し発足しました。また、市内には日本一深い湖である田沢湖、全国的に有名な乳頭温泉郷に玉川温泉、みちのくの小京都と呼ばれ今なお当時の趣を保っている角館の武家屋敷や日本さくらの名所100選にも選ばれた桧木内川堤など秋田県内でも有数の観光地でもあり、JR秋田新幹線の駅も2つ(JR田沢湖駅及びJR角館駅)あることから毎年多くの観光客の方々が訪れております。

■仙北市の抱える課題

本市の課題として最初に思い浮かぶのはやはり少子高齢化となります。これについては全国

的にも問題となっており、1997年(平成9年)に子どもの数が高齢者人口より少なくなったことから盛んにメディア等でも報道がなされ、今では耳慣れた言葉となりつつあります。

とりわけ仙北市はその傾向が顕著であり、高齢化率は令和5年4月1日現在で約45%に達するとともに、少子化も当初の想定より加速度的に進展している状況にあることから喫緊の課題であると言えます。また、これに加え、仙北市は広大な面積を有しており、その広さは東京都の総面積の約半分に匹敵するもので、市民の方々が暮らしている集落も各地に点在している状況にあることから、日常生活には自家用車が必須であるという特徴も有しています。

■市内の医療機関の状況

本市には、市立角館総合病院(198床)と市立田沢湖病院(60床)の2病院があり、また、市立の診療所や開業医の先生方の診療所が13施設あります。

しかしながら、地域の医師不足は深刻で、すべての医療機関に常勤医師が配置されている状況ではないことに加え、医療機関の地域偏在や医師の高齢化、診療所の廃院等の問題もあり、地域の医療提供体制は危機的状況にあります。

特に、西木地区においては、西明寺診療所とその分院にあたる桜木内診療所の2施設しかなく、日々の外来診療、在宅医療、看取り、緩和ケア、社会的処方、地域包括支援、介護施設の嘱託医等さまざまな業務を常勤医師である私1人で行いつつ、毎週火曜日の午後には西明寺診療所から山間部に所在する桜木内診療所へ医師と看護師が移動し、患者さんを診ているものの、冬の悪天候時などは診療所間の移動に往復2時間程度要する場合もあり、効率の悪さ、安全面で問題となっております。

■高齢者を取り巻く環境

本市も他の地域と同様に高齢の患者さんの多くは高血圧症を患っており、また、糖尿病や脂質異常症、喫煙、飲酒、肥満のリスク及び腎不全や脳血管疾患による死亡率も高い傾向にあります。(2022年秋田県健康づくり支援資料集他)

これについては特に雪国に多く見られる高塩分食や野菜・果物摂取量の不足、食の欧米化に伴う脂質エネルギー過多などによる食事バラン

ス不均衡が考えられるとともに、運動習慣については車による移動が多く、特に冬期間は積雪により全体的に低い傾向にあります。

また、近年は地方でも核家族化が進み、地域コミュニティの活動等も担い手不足から持続可能性が危ぶまれる状況にあるほか、新型コロナウイルス感染症の出現により外出や他者との接触が控えられるようになるなど、高齢者が孤独・孤立化する場面が散見されるようになり、社会問題化するケースも耳にするようになりました。

こうした中で地方の農山村地区において、近年路線バス等も赤字区間は廃線となるケースも多く、専ら市民の移動手段は自家用車やタクシー等に限定されていることに加え、高齢ドライバーの免許返納や交通事故も年々増加の一途を辿り、医療機関へ通院する際も自身で運転できず、息子さんや娘さんが仕事に行く時に乗せて行ってもらい、帰宅する際はタクシーを利用する等、経済的負担にも繋がっています。また、体調に変化があった場合でも通院が困難であるため、すぐに受診せず、長期間の処方や1ヶ月分の処方を2ヶ月かけて服用したり、場合によっては治療の中断に繋がるケースもあり、結果として、我慢して悪化する方も増えているように感じます。

■医療 MaaS の導入

こうした状況を踏まえ、本市ではデジタル田園都市国家構想交付金を活用した医療 DX 推進の一環として医療 MaaS を導入のうえ、高齢者等の交通弱者に対する医療サービスの提供を



通じて地域でも安心して健やかな生活を営むことができる環境の整備・構築を目指し、取り組みを進めております。

具体的には、医療 MaaS の車輻に電子カルテシステムやオンライン診療システム、各種医療機器を搭載し、高齢者の自宅等へ看護師が赴き、診療所の医師と医療 MaaS 車輻をオンラインで結び、診療や医療相談のほか、健診等を行うもので、患者さんの状態によっては、市内の市立角館総合病院や市立田沢湖病院に加え、秋田大学医学部附属病院とも連携のうえ、オンラインで症例検討会を行えるシステムも搭載します。これにより市民へ安全で安心な質の高い医療の提供を行える環境の整備を目的とするものです。

特に高齢者の方は健診の受診率も低く、自分は健康だと考えている高齢者が多い（内閣府高齢社会白書他）ことから、初期の段階での受診に至らず気がついた時には重症化しているケースもあり、本市では医療 MaaS を活用し、通常の診療に加え、健診も併せて行うことにより健診受診に対するハードルを下げ、生活習慣病等の早期発見・重症化予防に繋がりたいとの考えに至り導入することとしました。

また、医師の視点からも従来、訪問診療のた

めに要していた移動時間が短縮できることから外来診療時間の確保や緊急性の高い患者さんへの対応に充てることも可能となることに加え、患者さんにとっても必要な医療を受けつつ医療機関への通院回数が少なくなることから、医師と患者さん双方の負担軽減にも繋がり近年話題となっている医師の働き方改革にも有効な手段であると言え、医師不足に喘ぐ地域においてはオンライン診療をはじめとした医療分野の DX 化を推進し、医療資源や時間の有効活用を図りながら持続可能な医療提供体制の構築を目指す観点からもこの施策は有効であると考えております。

今後、日本は大都市圏を除き、更なる人口減少や高齢化が進むことは避けられず、如何に対応して行くかが求められる時代になっており、ある意味で本市は未来の日本の縮図であるとも言えることから、身近に迫っている高齢化社会問題のトップランナーとして、多様化する高齢者ニーズに対し、医療 MaaS をはじめとした多角的な対応を引き続き検討して行く必要性を感じております。

奇しくも、先日、厚生労働省が離島や山間地といった医療体制が手薄な地域で公民館や郵便局などを医師が常駐しない診療所として開設す

デジタル田園都市国家構想推進交付金事業



ることを特例で認め、地域の身近な場所でオンライン診療を受けることを可能とする制度改正を行う旨の報道がなされました。

本市でも将来的には医療 MaaS を地域の公民館等で診療所として利用することにより、前述した高齢者等の交通弱者への医療提供体制の確保のみならず、地域コミュニティの活性化への効果や災害発生時の緊急時対応にも活用できるものであると考えております。

■仙北市医療 DX 推進事業

仙北市では、前述した医療 MaaS 事業のほか、デジタル田園都市国家構想交付金を活用し

た PHR (パーソナル・ヘルス・レコード) 事業と介護老人保健施設にしき園 DX 化推進事業にも取り組みを進めることとし、これらの施策で地域の活性化と市民の健康寿命延伸に繋げ、幸福度No.1のまちづくりを目指しているところです。

PHR 事業は、妊娠期から高齢期までの健康等に関する各種データを一元的に管理のうえ、可視化することで市民の方々の健康意識を喚起するとともに、日々のバイタルデータや食事・運動等のデータも連携のうえ、AI を用いたアプリで介入を行い食生活を含めた生活習慣の改善に繋げるものです。

また、従来、健康等に関するデータについて

は、各ライフステージで管理・保管している部署が異なり、例えば出産した際の母子手帳データは母子保健担当課、子育て期は子育て支援担当課、小学校入学以降は教育委員会等と散在していたデータを統合することで、生まれて以降の生涯健康手帳を作成し、保健・福祉・医療分野でもシームレスな情報連携が図られるメリットがあります。

介護老人保健施設にしき園 DX 推進事業については、介護者の負担軽減を図り、魅力ある職場とするため、パワーアシストスーツを導入のうえ、腰痛診断アプリ等と連携させることにより、介護従事者の職業病とも言える腰痛症の緩和を目指し、介護職員の離職防止等へ繋げるとともに、介護システムも併せて導入・活用し、記録や情報共有の効率化を進めることとしております。また、入所者にとっては、ロボット歩行器等を活用したフレイル予防にも努めるなどの取り組みを進めつつ、離床センサーや見守りカメラを導入することにより介護者と入所者双方に安心を与える環境を整えるものとなっております。

■地域医療の今後の展望

今後、地方は人口減少と急激な高齢化が進み、それに併せて医療需要も減少することが予想されておりますが、医療は市民の生活になくてはならないものであり、医療のない地域には住民が安心して住むことはできません。

そのような状況の中で、地域医療は今まさに変革の時期を迎えていると言え、医師の臨床研修制度や専門医制度のみならず、認定看護師制

度や特定行為研修制度など医療従事者の専門性が求められる時代になっていることから、都市部の設備が整った病院等に医師、看護師やその他の医療従事者が集まりやすく、地域で生活する住民を見守る地方の病院等では医療従事者の確保が困難な状況にあることから、地域医療こそ DX を推進し、効率化を図りながら慢性的に不足しがちな医療資源の確保に繋げて行く必要があると思われまます。

医療を取り巻く環境は新型コロナウイルス感染症の出現以来、めまぐるしく変化しており、医学の進歩とともに医療関連技術も発展を遂げていることから、地域医療の現場においては、従来の病診連携に加えてこれらの技術を有効に活用し資源不足を補いながら持続可能な医療提供体制を構築することが人口減少社会で求められる地域医療のあり方であると考えます。

プロフィール

市川 晋一(いちかわ しんいち)氏

兵庫県姫路市出身

1976年 秋田大学医学部 卒業

1976年 秋田大学医学部附属病院 泌尿器科研修医

1985年 秋田大学大学院医学系研究科 修了
(医学博士)

1985年 仙北組合総合病院 泌尿器科科長

2000年 西明寺診療所 所長(桧木内診療所長兼務)

現在に至る

主な受賞歴

1994年 秋田県農村医学会学術奨励賞

2013年 秋田県医師会医学奨励賞

2016年 読売新聞社秋田県医療功労賞

2022年 日本医師会赤ひげ大賞

2022年 秋田県文化功労者

2000年に西明寺診療所に赴任してから西木地区唯一の医師として20年以上地域医療に従事している。

西明寺診療所の所在する西木地区は山手線内側の約4倍の面積を誇るが、その多くは森林が占めており、冬の積雪は多いところで2mを超える。西木地区の住民約4,000人の住居は山奥にまで点在するもののバス路線は廃止され、秋田内陸縦貫鉄道沿線の住民以外は日々の移動にも苦慮している。以前より「住み慣れた地域で高齢者の暮らしを支える医療を継続したい。」との思いを抱いていたこともあり、医療 MaaS 事業の構想時点から積極的に関わり、本事業の創設に尽力した。

大都市の内科系勤務医が重視する へき地の勤務条件は何か？

～医師の地域偏在の解消へ向けて～

滋賀大学 経済学部

教授 佐野 洋史



I. はじめに

近年、日本の医師総数は増加しているものの、医師の地域偏在、地域の医師不足といった問題は一向に解消していない。「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、人口10万対医師数は大都市・中核市が330.6人であるのに対し、それ以外の地域は214.1人と少ない。

とりわけ、山間地、離島などのへき地の医師不足は深刻である。へき地には医療機関を容易に利用できない「無医地区」が含まれるが、無医地区は2019年時点で全国に590地区も存在し、その地区人口は126,851人にのぼった。へき地は、地理的に医師の確保が最も難しい地域であるといえる。

戦後のへき地医療の体制整備は、1956年以降、国が策定する「へき地保健医療計画」を中心に実施されてきた。また、へき地等の地域の医師不足に対処するため、1972年には自治医科大学が創設され、多くの卒業生がへき地勤務に従事している。文部科学省は、2008年から大学医学部定員における地域枠（地元出身者や地域医療に従事する意思を持つ者のための特別入学枠）入学者の拡充を行っている。

しかし、へき地の医師確保のために様々な取り組みが行われてきたものの、医師不足は解消さ

れていない。へき地を持つ自治体が即効性のある医師確保策を講じるためには、医師が勤務先の選択の際、どのような勤務条件を重視しているかを定量的に把握することが重要である。この情報を基に、自治体は医師のへき地勤務を促すのに効果的な勤務条件の改善策を検討することができるためである。

従来のへき地医療やへき地勤務に関する調査では、例えば医師に「へき地に必要な勤務条件」を複数の選択肢から選ばせる等の方法で、勤務条件に対する医師の選好を把握したものが多かった。しかし、このようなアンケート調査では、回答者に選ばれた選択肢が、他の選択肢と比べてどの程度重視されたのかが把握できない。

そこで私は、へき地特有の多様な勤務条件に対する大都市の医師の選好を定量的に把握し、大都市からへき地等の地域へ医師の就業を促すための施策を検討する研究を実施した。その研究成果は、2017年に後藤励氏（慶応義塾大学教授）・村上正泰氏（山形大学教授）・柿原浩明氏（元・京都大学教授）との共著論文「へき地の勤務条件に対する大都市の内科系勤務医の選好」（『日本労働研究雑誌』第680号、pp.86-101）で発表した。本稿では、その概要を紹介する。

II. 研究方法

本研究では、へき地の勤務条件に対する医師の選好を把握するため、コンジョイント分析を実施した。コンジョイント分析とは、アンケート調査を用いて有形・無形のモノに対する個人の効用(満足度)を表明させる手法の1つである。具体的には、まずアンケート調査により、医師に対して勤務条件の異なる複数の仮想医療機関から勤務先を選択する質問を行った。次に、その選択結果を統計モデルにより分析することにより、勤務条件の内容に対する医師の選好を定量的に評価した。

アンケートは、ウェブ調査会社に登録している医師を対象に2014年3月27日から4月2日まで実施した。調査方法はインターネット調査である。医師の地域偏在を緩和・解消するため

には、大都市に居住する医師にへき地等医師不足地域への勤務を促すのが望ましいと考え、また、地域医療に従事している医師は内科系の診療科を専攻している者が多かったため、アンケートの調査対象を東京都23区と人口100万人以上の大都市に居住する内科系の病院勤務医とした。人口100万人以上の都市とは、札幌市、仙台市、さいたま市、横浜市、川崎市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市、広島市、福岡市の11都市である。

コンジョイント分析に用いた質問は、勤務条件の内容が異なる仮想的な2つのへき地医療機関のうち、どちらを勤務先に選ぶか、あるいはどちらも選ばない(現職に留まる)かというものである。選択質問の例を図1に示す。なお、選択質問では、勤務先となる仮想へき地医療機関は回答者の現住所から片道およそ3~4時間

図1. アンケート調査における勤務先の選択質問の例

質問1: あなたはどちらの医療機関を勤務先を選びますか?

勤務条件	へき地医療機関A	へき地医療機関B
勤務期間	5年	2年
1週間の勤務日と休日	診療日5日・休日2日で完全にフリー	診療日6日・休日1日で完全にフリー
医療機関の種類と当直回数	診療所・当直なし	病院・当直は1ヶ月2回で急患対応あり
勤務地(へき地)以外の住居に週末帰宅するための交通費(往復分)の支給	勤務先の道県外の交通費(新幹線・航空料金)も支給する	勤務先の道県内の交通費まで支給する
勤務地(へき地)以外の住居に対する家賃補助	月額35万円までの補助あり	月額35万円までの補助あり
へき地勤務後の高度医療・教育機関における自主研修(勤務期間に応じて、最長1年間まで)	なし	海外での研修を有給で希望できる
へき地勤務期間中の子弟の修学に対する費用補助	なし	子弟の学費(私立大学医学部の学費まで含む)を貸与する(ただし勤務年数分の返還免除あり)
年間給与の変化額	今の職場より700万円増える	今の職場より400万円増える

- 医療機関Aがよい
- 医療機関Bがよい
- AとBのどちらも選ばない

かかる場所にあること、勤務先では内科医が回答者1人となることを前提条件とした。

勤務先となる仮想へき地医療機関の勤務条件には、既存のへき地勤務に関する医師の意識調査などを参考に、①勤務期間、②1週間の勤務日と休日(のオン・コールの有無)、③医療機関の種類(病院、診療所)と当直回数、④勤務地(へ

き地)以外の住居に週末帰宅するための交通費の支給、⑤勤務地(へき地)以外の住居に対する家賃補助、⑥へき地勤務後の高度医療・教育機関における自主研修、⑦へき地勤務期間中の子弟の修学に対する費用補助、⑧現職場からの年間給与の変化額を採用した。8つの勤務条件の内容の詳細を、表1に示す。

表1. コンジョイント分析で用いたへき地医療機関の勤務条件とその内容

勤務条件	内容
①勤務期間	2年/ 5年/ 10年
②1週間の勤務日と休日	勤務日5日、休日2日で完全にフリー/ 勤務日5日、休日2日だがオン・コールあり/ 勤務日6日、休日1日で完全にフリー
③医療機関の種類と当直回数	診療所・当直なし/ 病院・当直は1ヶ月2回で急患対応あり/ 病院・当直は1ヶ月5回で急患対応あり
④勤務地(へき地)以外の住居に週末帰宅するための交通費(往復分)の支給	なし/ 赴任先の道県内の交通費まで支給する/ 赴任先の道県外の交通費(新幹線・航空料金)も支給する
⑤勤務地(へき地)以外の住居に対する家賃補助	なし/ 月額15万円までの補助あり/ 月額35万円までの補助あり
⑥へき地勤務後の高度医療・教育機関における自主研修(勤務期間に応じて、最長1年間まで)	なし/ 国内での研修を有給で希望できる/ 海外での研修を有給で希望できる
⑦へき地勤務期間中の子弟の修学に対する費用補助	なし/ 子弟の通学のための交通費を支給する/ 子弟の学費(私立大学医学部の学費まで含む)を貸与する(ただし勤務年数分の返還免除あり)
⑧年間給与額の変化額	今の職場より200万円増える/ 今の職場より400万円増える/ 今の職場より700万円増える

回答者には、8つの勤務条件の内容を変えた選択質問を1人につき14問行った。そしてアンケート調査で得られたデータを統計モデルで解析し、へき地の勤務条件に対する内科系勤務医の選好を推定した。内科系勤務医がへき地医療機関のどの勤務条件を特に重視するかは、推定結果か

ら算出できる各勤務条件に対する回答者の支払意思額により評価した。この支払意思額は、回答者がその勤務条件が満たされる職場で働けるのであれば年収から支払っても構わないと思う金額を表し、回答者にとっての各勤務条件の重要性を定量的に示したものと解釈できる。

Ⅲ. 研究結果

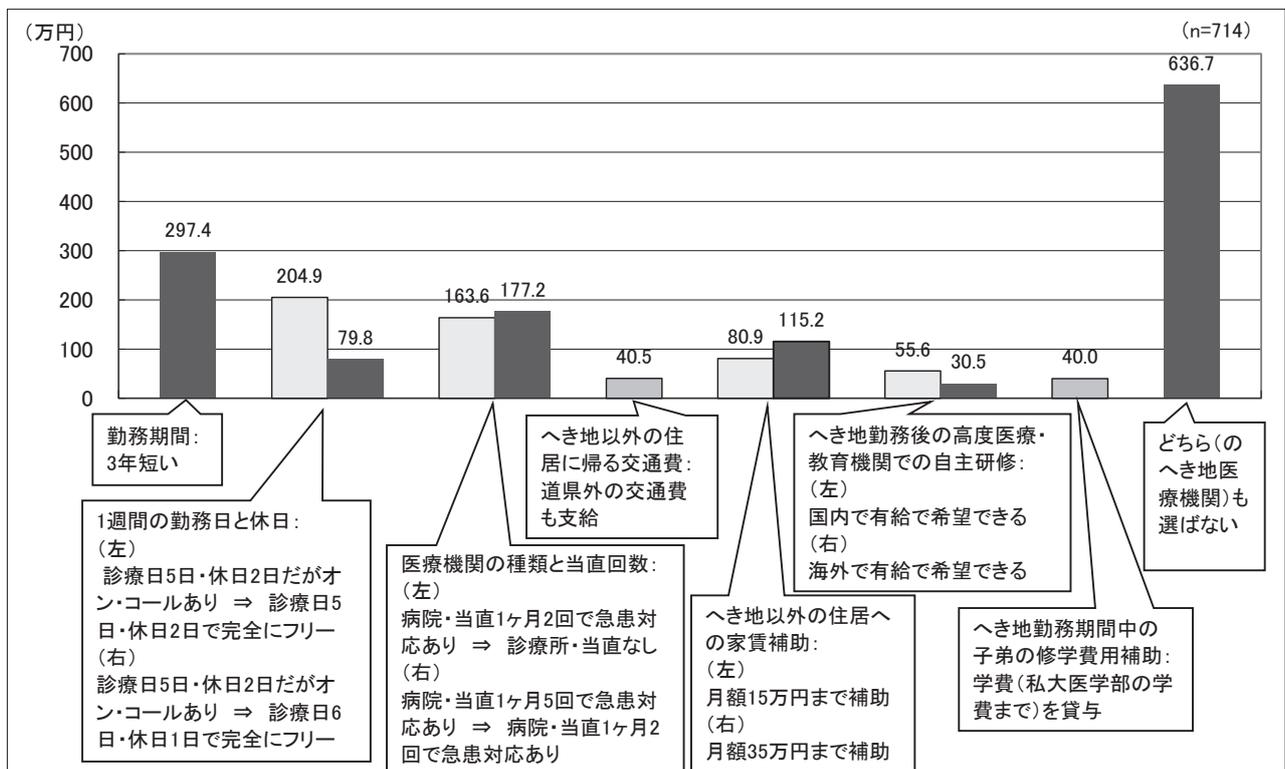
大都市居住の内科系病院勤務医へアンケートした結果、714人から回答を得た。回答者の平均年齢は44.2歳であり、男性が86.7%を占めた。回答者の88.4%に配偶者がおり、76.1%に子供がいた。回答者の約半数が500床以上の大病院に勤務し、1週当たり平均勤務日数は5.1日、1ヶ月当たりの完全にフリーの休日数は平均5.7日、1ヶ月当たり平均当直回数は3.0回(うち宿直2.1回)であった。居住地は東京都23区が特に多く(30.1%)、年収は1200万円以上1600万円未満の者が約3割と比較的多かった。

へき地勤務の選択質問に関する推定結果から、各勤務条件の変化に対する回答者の支払意思額を算出した結果は図2の通りである。支払意思額は、勤務条件の変化のうち、回答者の勤

務先の選択に影響したもののみ、全回答者の平均値で示している。回答者の支払意思額が平均で最も高いのは、「どちら(のへき地医療機関)も選ばない」であり、636.7万円となった。これは、回答者はへき地医療機関と比べて年収が637万円減った(低い)としても、現職に留まりたいと考えている傾向があることを意味する。

へき地の勤務条件の中では、勤務期間が3年短くなること平均支払意思額が297.4万円と最も高かった。すなわち、回答者はへき地に勤務する場合、勤務期間が3年短くなるのであれば年収が平均で297万円減っても構わないと考えていた。次に勤務条件の中で支払意思額が高かったのは、へき地での休日が週休2日でオン・コールありから完全にフリーに変わることであり、平均で204.9万円であった。医療機関の種類と当直回数について、病院・当直は1ヶ月5回で急患対応ありから病院・当直は1ヶ月

図2. へき地の勤務条件に対する内科系勤務医の支払意思額



2回で急患対応ありに変わる、すなわち1ヶ月の当直が3回減ることや、当直が1ヶ月に2回ある病院から当直なしの診療所に変わることも、他の勤務条件よりも重視される傾向があった(平均支払意思額は177.2万円と163.6万円)。

なお、「どちら(のへき地医療機関)も選ばない」に対する支払意思額は、回答者によって金額のばらつきが非常に大きかった。この支払意思額の符号が負であった回答者は207人(29.0%)であったが、これらの回答者は「どちらも選ばない」すなわち現職に留まるよりも、へき地勤務を好む傾向があると解釈できる。この207人を「へき地勤務を敬遠しない勤務医」として特に重視する勤務条件を確認したところ、全回答者と同様に勤務期間の短さ、週休2日で完全にフリー、当直回数の少なさに対する支払意思額が大きかった。(以上の推定結果の詳細は、本論文を参照されたい。)

IV. 考察・政策提言

本研究ではコンジョイント分析により、へき地の勤務条件に対する大都市在住の内科系勤務医の選好を定量的に把握した。へき地の勤務条件の中で大都市の内科系勤務医が最も重視したのは、へき地での勤務期間の短さであった。勤務期間が3年短くなることに対する平均支払意思額は297万円であり、回答者は年収が297万円減ったとしても、へき地の勤務期間が3年短くなることを好む傾向があった。勤務期間の短縮に対する平均支払意思額は1年当たり99.1万円であったため、へき地の勤務期間が5年短くなる場合、回答者の平均支払意思額は496万円(=99.1×5)まで増える。よって、本研究で

採用した勤務期間(2年、5年、10年)で言えば、へき地での勤務期間は5年であっても長く、医療機関は少なくとも2年までに留めておくべきである。

へき地での休日が週休2日でオン・コールありから完全にフリーに変わることも、大都市の内科系勤務医に重視されていた。当該条件の変化に対する回答者の平均支払意思額は205万円であり、回答者にとって年収が205万円増加することに相等する価値があると考えられる。大都市からへき地への単身赴任を想定した場合、2日間の休日に急患で勤務先から呼び出されないことが、都市部への週末帰宅を考える医師に重視されたと推察される。また、完全にフリーの休日数は1ヶ月に換算すると8日(=2日×4週)となり、多くの回答者にとって現職での完全にフリーの休日数(1ヶ月平均5.7日)よりも多くなることも、重視された理由だろう。休日にオン・コール対応がないことの重要性は、週休2日だがオン・コールありから週休1日で完全にフリーに変わるものの平均支払意思額が80万円、すなわち休日が1日減っても完全にフリーになるならば年収が80万円減っても構わないと回答者が評価したことからもわかる。へき地を抱える自治体は、休日2日間のオン・コール時に、へき地医療拠点病院など周辺医療機関から代診医を派遣する体制を整備することが重要である。

また、へき地の医療機関における当直回数の多寡も、大都市の内科系勤務医が重視する勤務条件であった。勤務先が1ヶ月に5回当直がある病院から1ヶ月に2回当直がある病院に変わること、つまり当直回数が3回減ることに対する回答者の支払意思額は平均177.2万円であった。1ヶ月に2回の当直は回答者の現職での平

均当直回数(3.0回)より少なく、当直が5回から2回へ減ることは多くの回答者にとって魅力的であったと推察される。へき地の医療機関が医師を確保するためには、非常勤の当直医の確保や地域の救急医療体制の見直し等により、勤務医の当直回数を少なく抑えることが重要である。

ただし、これら3つを含む全てのへき地の勤務条件を上回って回答者に重視されたのは、「どちら(のへき地医療機関)も選ばない」であった。「どちらも選ばない」に対する回答者の平均支払意思額は637万円であり、へき地医療機関より年収が637万円低くなるとしても、大都市の内科系勤務医は現職に留まる(あるいは他の勤務先を探す)ことを選ぶと考えられる。おそらく、へき地の医療機関が勤務日・休日を週休2日で完全にフリーにし、当直回数を5回から2回に減らしたとしても、大都市に住む病院勤務医の多数にへき地勤務を促すことは難しいだろう。

しかし、本研究の対象となった大都市の内科系勤務医714人のうち、207人(29.0%)がへき地勤務を敬遠しなかったことは、へき地等地域の医師確保策を講じる上で重要な点である。この207人については、「どちらも選ばない」よりもへき地医療機関を勤務先に選ぶ傾向があったため、へき地の勤務条件を改善することにより、へき地への就業を促すことが期待できるためである。207人の支払意思額が特に大きかった勤務条件は、全回答者の場合と同じく、勤務期間の短さ、週休2日で完全にフリー、当直回数の少なさであった。例えば、勤務期間が5年、週休2日だがオン・コールあり、1ヶ月の当直5回のへき地病院が、勤務期間を2年、週休2日で完全にフリー、1ヶ月の当直2回に変えるこ

とができれば、へき地を敬遠しない勤務医にとって年収が平均637万円(=279.0+216.2+141.4)増えることと同等に魅力的な勤務先となると評価できる。

従って、大都市からへき地等地域へ医師の就業を促し、地域偏在を解消するためには、数ある勤務条件の中でも「勤務期間の短さ」「週休2日で完全にフリー(オン・コールがない)」「当直回数の少なさ」を実現させる必要がある。そのために、勤務期間の短縮化や代診医の派遣、非常勤当直医の確保といった勤務条件の改善策を、自治体や医療機関が連携して行うことが重要である。

なお、本研究には様々な課題が残されている。医師の地域偏在の有効な解消策について、今後更に分析を重ねて明らかにしていきたい。

都市と地方をつなぐ持続可能な医療体制の構築 —宮城県登米市における地域医療の取り組みとその成果—

医療法人社団やまと 理事長

やまと在宅診療所 院長 田上 佑輔



私は10年前、将来のキャリアを考えていた時に東日本大震災を経験しました。当時、東京大学病院で勤務していた私は、被災地のボランティアに参加し、その経験を通じて被災地や東北のために何ができるのかを考えるようになりました。特に医師不足や地域医療の課題については以前から関心を持っていましたが、それまでは東北との縁は全くありませんでした。縁はありませんでしたが、知れば好きになり、その後宮城県で人口あたり最も医師が少ない被災地である登米市を選んで診療所を開設しました。登米市は人口7万8千人、医師数は全国平均の半分程度であり高齢化が進む地域ですので、地域医療の改善に向けても積極的で私たちの活動も受け入れていただくことが出来たのではないかと考えています。私たちの「やまと在宅診療所」は地域の医師不足問題や街づくりに取り組みながら、地方と都市を結ぶ新たな働き方を提案し、多くの医師や地域住民の支援を受けながら10年間活動しています。

私たちの活動は、地方の医師不足問題に着目したことから始まります。私は震災後の地域とご縁がつながり地元の登米市民病院で日曜の

当直医を引き受けるなどの活動を通じて、地方の医療の課題や解決策を考え始めました。その後、私たちは登米市に「やまと在宅診療所」を開設し、地域の医師不足問題解決と街づくりに取り組んできました。

やまと在宅診療所は、医師が都市部と地方を行き来する循環型医療のスタイルを採用しています。この医師の新しい働き方により、私たちは都市部での専門的な診療や研究を行いながらも、地方で地域医療に貢献することが可能な働き方を構築していきました。現在、診療所は登米市を中心に拡大しており、地域の医師不足解消に向けた兆しが見え始めています。

また、やまと在宅診療所では地域との連携を重視し、教育や研究、事業創出などを通じた街づくりにも積極的に取り組んでいます。地域の役に立ちたいという思いから、地域のイベントや活動を支援し、地域の発展に寄与する取り組みを行い、訪問看護や居宅介護、訪問栄養指導、訪問リハビリテーションなど、地域のさまざまなニーズに応えるためのチーム形成に力を入れています。

地域連携の強化によって、医療サービスの質も向上し、医療提供範囲も広がりつつある中、この活動を通して、私の地域貢献に対する考えや思いも進化していきました。医療は単に施設や機関の一部に過ぎず、街づくりの一環であることを深く認識したのです。

地域の産業や観光の振興、地域住民のさまざまな困りごとの解決に取り組むことが、本当の街づくりにつながると信じています。街づくりを実現するには、医療の枠を超えて行政や企業と協力し、新たな取り組みを創造していくことが必要です。私たちは、医療の枠を超えた活動によって地域全体の発展に貢献する可能性を模索してきました。

私たちの活動を広く知ってもらうためには、情報発信も重要な活動の一つです。私は地元のFMラジオでパーソナリティも務め、予防医療や健康情報の発信を行っています。コロナ期間中は「登米・新型コロナ情報局」という特設番組を立ち上げ、COVID-19に関する情報提供を行いました。さらに、診療所の近くに「coFFee doctors」というカフェを開業し、医療相談や医療に関するイベントを開催しています。

また、Web版「coFFee doctors」では、地域で社会課題の解決に取り組む医師たちのインタビュー記事を発信しています。これらの活動によって、地域とのつながりを深め、新たな連携を生み出していきました。今後はさらにこれらの活動を通じて、社会課題に取り組む医師たちの姿を多くの人に知ってもらい、新たなつながりや協力関係が生まれることが期待されます。

医師の活躍が広く認められ、行政や企業からのサポートや協力が得られることは、地域の発展にとって重要な要素です。これによって医師の活躍の場が拡大し、地域において新たな仕事や雇用が生まれ、人々が地域に定着することが促進されます。全国的にも医師の活躍を応援する取り組みによって地域の発展が進む好循環の例が存在します。

私たちの活動は単に診療だけを行うのではなく、そのように行政と連携することによって地域課題の解決にも参加しています。実際に、私たちは2015年には登米市から行政アドバイザーに任命されました。地域での多職種連携を進め、顔が見える関係作りイベントや情報連携を行い、さらに2019年には登米市から医師不足や偏在解消に向けた業務委託を受けるなど様々な取り組みを行っています。

診療に関しても、やまと在宅診療所は開設当初から地域で必要とされる在宅医療に集中的に取り組んできました。在宅医療は、高齢化社会においてますます重要な役割を果たす医療の一環です。患者さんの生活全体を見つめ、向き合いながら、患者さんが最期まで幸せに生きられるようサポートすることが私たちの使命です。

私にとっても、患者さん一人ひとりの物語や人生を大切にし、その人らしさを尊重しながら医療を提供することにやりがいを感じています。在宅診療では、病気だけを見るのではなく、患者さんの話をじっくり聴きながら、患者さん自身の人生全体を含めて診察していくため、医療はあくまでも手段として考えることが多いです。このような視点を持つことは、患者さんの

人生を考えるだけでなく、私たち医療者自身も人生を考え直す機会が与えられます。



2021年震災10周年の年に放送されたNHK朝の連続ドラマ小説「おかえりモネ」では登米市や私たちの診療所やカフェがモデルになり、まさにこのように命の現場が人を成長させることも取り上げてくれました。「おかえりモネ」は宮城県・気仙沼沖の島で育った女の子が、震災時に被災地にいなかったことを引きずりながら、内陸の登米市で林業や山林ガイドの仕事に就くが、ある出会いをきっかけに気象予報士を目指し成長していく物語です。東京の気象予報会社で働きはじめた主人公は、天候次第で人の人生が大きく左右されることを痛感し、個性的な先輩や同僚に鍛えられながら、失敗と成功を繰り返し成長し最後は地元で貢献したいと気仙沼に戻ります。

そのドラマの登場人物に医師の菅波先生というキャラクターが登場します。東京と登米を行

き来しながら、地域の様々な人たちとの出会いがあり、自分に何ができるのかを模索し続ける姿は当院の医師たちにも重なる姿でした。ドラマでも様々な形で描写されていましたが、誰もが悩みを抱えて、誰もが自分の理想と現実の差に「痛み」を感じながら日常生活を粛々と生きていることを医療の現場だからこそ強く実感します。震災で家族を亡くした人も、震災時に被災地にいることができなかった人も、将来の夢がもてない人も、引きこもりで外に出れない人もいます。しかし、その痛みは当事者同士では解決できず、当事者以外の人たちとの関係性によって軽く感じたり、解放されたりすることがあることがドラマの中では強調されているような感じがします。そして、そのような人たちがいる所がその人の居場所になり、外に出たとしてもいずれは戻ってくることも良くわかります。医療者としても、地方と都市部を往来する立場としても、その当事者以外の人たちの役割として外部から持続的な関係性を維持する人の必要性を非常に感じます。患者さんにとっての医療者であったり、都市部にとっての地方の人であり、逆に地方にとっての都市部の人もその一例だと思います。その持続的な関係性の維持を私たちは「循環」という言葉を使って考えてきました。

このドラマに関わる上でも、私たちが共有していたテーマが「循環」です。このテーマには自然と生命の循環も含まれています。宮城の自然から、空と山と海が水を介してつながっているように、人々の生死と個人と地域につながりが存在します。私たちはその間を循環する存在

になることで、患者さんやご家族の痛みを和らげ、支える役割を果たすことができると感じています。そして、そのような存在であることで、私たち自身も成長していくことができるのです。被災地を舞台にした「おかえりモネ」というドラマは、私たちの活動の一端を反映しており、私たちの存在価値や使命を改めて実感させられる機会となりました。

私たちの活動はまだ始まったばかりであり、これからさらなる挑戦や成長が待っています。医師一人ひとりの能力や個性を活かしながら、地域の課題解決と地域医療の実践を通じて、患者さんの自分らしい生き方を医療の側面から支援すると同時に、地域全体の環境や制度を整え、人々が自分の生き方を全うできる場所を作りたいと考えています。

これを言葉にしたものが私たちのビジョンです。ですので最後に紹介させていただきます。

「わたしは、こう生きたい」を実現する。

「最期まで、自分の願う人生を生きたい」

その想いを、真摯に受け止める人がいること。

寄り添い、出来ることはないかと行動し続ける人がいること。

ひとりの人間として向き合い、その実現を心から願う人がいること。

やまとは、そんな心を満たす医療を、あらゆる地域に届けたい。

地域に生きる人と、そこに寄り添うわたしたちの両方が、自分らしく生きられる関係を、医療を通じて実現したい。

やまとは、関係するあらゆる人の「わたしは、こう生きたい」の実現を目指します。

持続可能とは、人が循環しながら戻る場所・コミュニティがあることだと考えています。戻る場所とは、他者の生き方「わたしは、こう生きたい」を応援してくれる所です。個人と家族、家族と地域、患者さんと医療機関、地方と都市、生と死のように二つの概念を循環できる仕組みが、私たちの活動の根源にあるのかもしれませんが。

私たちの取り組みが多くの人々に希望と活力を与え、持続可能な医療体制の構築に向けた新たな一歩となることを信じています。地域との連携を深め、地域の課題解決に取り組みながら、私たちは医療と街づくりの一体化を実現し、より良い未来を築いていく決意です。

東北圏企業におけるリスキリングの現状と課題

調査研究部 主任研究員 伊藤 孝子

1. はじめに

近年、デジタルトランスフォーメーション（以下、「DX」）やグリーントランスフォーメーション（以下、「GX」）など企業を取り巻く環境は大きく変化している。そうした変化に対応するべく、企業においては新たな事業の立ち上げや新しい業務への配置転換などを行うために社員に新たなスキルを習得させる「リスキリング」の重要性が高まっている。政府が進める「新しい資本主義」においても、その実現に向けて、リスキリングなど人への投資は施策の重要な柱として掲げられている。リスキリングを通じて労働者のスキルを高めることで、労働生産性の向上につながり、ひいては経済全体の成長力が高まることが期待されている。

そうした背景を踏まえ、本年度は東北圏企業の生産性向上につながるリスキリングの推進を目指し、東北圏企業及び東北で働く個人のリスキリングの実態と課題を把握するための調査を進めている。本稿ではリスキリングが求められる背景や企業が取り組むプロセスなどについて紹介する。

2. リスキリングをめぐる動向

2.1 世界的潮流としてのリスキリング

リスキリングとは「新しい職業に就くために、あるいは、今の職業で必要とされるスキルの大幅な変化に適応するために、必要なスキルを獲得する・させること」¹を指す人材育成の新しい考え方の一つである。リスキリングと混同されやすい考え方としてリカレント教育が挙げられるが、リカレント教育とは、1970年代にOECDより提唱された考え方であり、学校教育から離れた後も生涯にわたって学び続け、必要に応じて就労と学習を繰り返すことを指す。リカレント教育が個人の主体的な学び直しに主眼が置かれているのに対し、リスキリングは企

図表1 リスキリングとリカレント教育の違い

区分	リスキリング	リカレント教育
期間	短期間 (12~18ヶ月)	長期間(反復)
背景	テクノロジーの連携による自動化がもたらす雇用消失	生涯学習
目的	学習・スキル習得	学習
実施主体	企業(国・行政)	個人(大学等教育機関での学習)

出典：後藤宗明(2022)より引用し、一部改変

1 経済産業省「第2回デジタル時代の人材政策に関する検討会」資料2-2リクルートワークス研究所石原委員プレゼンテーション資料(2021年2月26日)

業が社員に既存業務と並行させながら新たなスキル習得を促すという企業主導である点に大きな違いがある(図表1)。

リスキリングが初めて提唱されたのは、2018年の世界経済フォーラム(通称「ダボス会議」)である。「リスキリング革命」と銘打たれたセッションが開かれ、「第四次産業革命²により、数年で8000万件の仕事が消失する一方で9700万件の新たな仕事生まれる」という予測がなされ、「2030年までに全世界で10億人をリスキリングする」という宣言がなされた。第四次産業革命で加速化するDXや世界的な脱炭素社会の実現に向けたGXといった社会変革によって、これまでの主力産業や業務が消滅する一方で生まれた新たな仕事や業務に社員を円滑に移行させるための手段としてリスキリングに取り組む必要性が訴えられた。

すでに欧米諸国の企業を中心に、従業員のリスキリングに取り組む動きが広がっており、10万人の非技術系(倉庫作業員)人材を技術職に移行させるためにデジタル・スキルを習得させる世界最大のEC企業Amazon.comや国家レベルで労働者へのグリーン・スキル³習得を支援するシンガポール政府の取組みなどが注目されている。

2.2 日本におけるリスキリングの動向

欧米諸国に遅れをとる日本のリスキリングは、企業のDXやデジタル化推進のための人材戦略の手段として語られることが多い。2020年11月に日本経済団体連合会が発表した

「新成長戦略」では、企業のDXに伴い社内で新たに生まれる業務に人材を円滑に異動させるためのリスキリングの必要性を訴えている。2021年から2022年にかけて経済産業省が開催した「デジタル時代の人材政策に関する検討会」においても、デジタル分野のスキルを持つ人材の大きな不足を背景に、リスキリングによるデジタル人材の育成は重要な課題であるとしている。

そうした中、2022年10月、岸田総理は所信表明演説で、個人のリスキリング支援として「人への投資」に5年間で1兆円を投じることを表明した。具体的には、労働者に成長性のある産業への転職の機会を与える「労働移動の円滑化」と、そのための学び直しである「リスキリング」、それらを背景とした「構造的賃金引き上げ」の3つの課題に同時に取り組むことを宣言した。企業による社員の新たなスキル習得のためのみならず、働く個人に成長産業への転職の機会を与えるリスキリングの重要性を示し、社会全体として成長性のある産業への円滑な労働移動によって労働生産性を向上させ、人口減少下にある日本経済の持続的な成長を図るとした。政府は2023年6月に働く個人のリスキリングや労働移動の円滑化を促す労働市場改革の指針を示すとし、本格的な支援に乗り出している。

2.3 人的資本経営とリスキリング

リスキリングには二つの側面がある。一つは「企業の生産性向上を目指すこと」、もう一つは

2 IoT(モノのインターネット)やAI(人工知能)、ビッグデータの活用によりもたらされる技術革新

3 国際連合工業開発機関(UNIDO)によると、グリーン・スキルとは「持続可能で資源効率の高い社会で暮らし、発展し、支援するために必要な知識、能力、価値観、姿勢のこと」。Skills Future Singaporeによる具体的なスキルには、「エネルギー管理・設計」「環境保全のための管理」「ESG調査活動」「サステナブル工学」「サステナビリティ管理」などがある(Skills Future Singapore「Skills Demand for the Future Economy(SDFE) Report 2022」より和訳)

「社会全体として成長産業への移動を促すこと」である。今、政府が「新しい資本主義」の実現に向け、重きを置いているのは後者のリスクリングであるが、本調査では前者のリスクリングを主な調査対象とする。

企業におけるリスクリングを推進する上で押さえておきたいのは「人的資本経営」という経営の考え方である。人的資本経営とは、人材を「資本」として捉え、その価値を最大限に引き出すことで、中長期的な企業価値向上につなげる経営のあり方である。2018年に人的資本情報開示の国際ガイドライン「ISO30414」が策定され、欧米各国において取組みが進んできた。国内でも2020年9月に経済産業省が人的資本経営のあり方をまとめた「持続的な企業価値の向上と人的資本に関する研究会報告書」（通称「人材版伊藤レポート」）が公表され、2021年6月に改訂されたコーポレートガバナンス・コードにおいて、人的資本に関する記載が盛り込まれ、注目が高まっている。

人材版伊藤レポートでは、持続的な企業価値の向上に向け経営環境の変化に応じた人材戦略の変革の必要性や変革を促す組織体制の在り方、さらに人材戦略に共通する3つの視点と5

つの共通要素を提示している（図表2）。特に重要な視点として、「経営戦略と人材戦略の連動」を指摘している。2022年2月に新たに公表された「人材版伊藤レポート2.0」では、その実践に向けて、実行に移すべき取組みや取組みを進める上でのポイントなどが示されている。

リスクリングは、5つの共通要素の1つ「リスクル・学び直し」に位置づけられており、社員の持つ経験や知識、スキルといった人的資本の価値を最大化していく手段として取り上げられている。経営環境の急速な変化に対応するために企業は社員の自律的なリスクル・学び直しを促すとともに積極的な支援を行うことが重要とされており、人的資本経営の実践という観点からも大手企業を中心にリスクリングの推進に向けた取組みが始まっている。

3 調査の視点

3.1 生産性向上に向けたリスクリングのプロセス

実際に企業が社員にリスクリングを促し、生産性向上に結びつけて行くためにはどのようなプロセスを辿ればよいのか。リスクリングのプロセスを整理したのが図表3である。

まずリスクリングを導入するための前提となるのが「①経営戦略」「②人材戦略」「③スキルの可視化」であり、その次の実践としての「④リスクリング」、習得させたスキルを活かす「⑤配置・処遇」の大きく5つのステップに整理される。各ステップにおける取組みのポイントは以下のとおりである。

① 経営戦略

経営戦略についてはDXやGX、グローバル化といった変化の激しい経営環境において企業

図表2 人材戦略に求められる「3P・5Fモデル」

人材戦略に求められる3つの視点 (Perspectives)

- 視点1：経営戦略と人材戦略の連動
- 視点2：As is To ギャップの定量把握
- 視点3：企業文化への定着

人材戦略に求められる5つの共通要素 (Factors)

- 要素① 動的な人材ポートフォリオ
- 要素② 知・経験のD&I
- 要素③ リスキル・学び直し
(デジタル、創造性等)
- 要素④ 従業員エンゲージメント
- 要素⑤ 時間や場所にとらわれない働き方

出典：経済産業省(2021)「持続的な企業価値の向上と人的資本に関する研究会報告書」

図表3 生産性向上に結び付くリスキリングのプロセス



が成長・存続していくために、新規事業分野への進出やグローバル化の推進など、自社が取るべき施策や方向性を定め、明らかにしておくことが重要である。

② 人材戦略

経営戦略を実現するために必要な人材の力を最大限活用するための人材戦略の重要性が高まっており、経営戦略と適合する人材戦略⁴を策定することが求められる。

③ スキルの可視化

人材戦略としてリスキリングを推進するためには、経営戦略を実現するために必要な人材・スキルを可視化することが必要となる。経営戦略に基づき、社員が保有しているスキルと社内存在せず新たに社員に習得させたいスキルを明らかにし、習得させたい社員やその人数、習得後の配置なども明らかにしておく必要がある。

④ リスキリング

前提となる①～③を整えた上で、具体的なリスキリングの方法を決定する。③で想定されるスキルとしては経営戦略の実現を踏まえた業務の効率化のためのデジタル・スキルや既存ビジネスの高付加価値化、新規事業・サービスの開

発、グローバル化に対応するスキルなどがあり、それらに対応したプログラムを検討し、実行する。

これまでの企業の人材育成はOJT (On The Job Training) が重視されており、社員に既存の業務を行なわせながらスキルを身につけさせることを得意としてきた。しかしながら、リスキリングは社内に存在しない新たなスキルの習得を目指すことから、多くの企業は外部の教育機関を活用して、必要なスキルに応じたプログラムを提供し、社員にスキルを習得させている。活用する教育機関には、民間企業や大学、専門学校、高等専門学校などがあり、研修やオンライン講座、社会人大学、eラーニングなど様々なプログラムが提供されている。

リスキリングにおいては、プログラムの提供だけでなく学習環境の整備も重要な要素である。業務時間内での学習時間の確保や社員の自主的な学びへの金銭的支援、休暇制度の導入などが求められている。さらに、一度スキルを身につけたら終わりではなく、環境変化に強い人材を育成する上で社員の継続的な学びが必要であり、社内全体で学び続ける組織風土を醸成することも重要なポイントである。

4 人材戦略の主な要素は、「採用」「育成」「定着」「配置転換」の4つ

⑤ 配置・処遇

リスクリングによって社員がスキルを習得した後に行うことは、当該社員にスキルを実践させるため新たな業務やポジションに配置すること、社員の成果や能力に見合った評価や処遇をすることである。

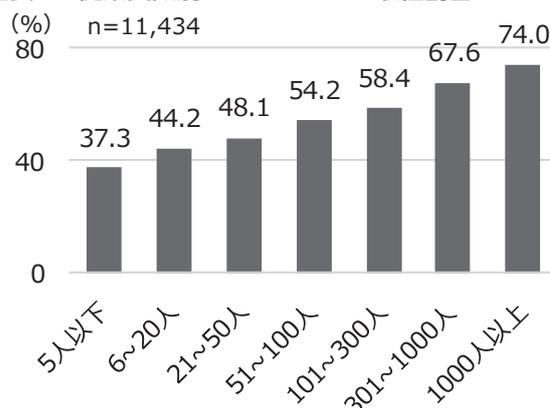
社員が新たなスキルを習得しても、スキルを業務で活用する場がなければ「新しいスキルを習得しても意味がない」と感じ、仕事に対するモチベーションが低下しかねない。スキル可視化の段階でも述べたように、スキル習得後に配置する新たな業務やポジションを示しておくことが必要である。さらに、社員の継続的な学びを促すためには、リスクリングに取り組むことへのインセンティブが働かなければならない。企業の人事制度において、「年功序列型」から「成果主義」へのシフトはまだ進んでいないが、新たなスキルを習得し、そのスキルを業務に活かした社員に対して、その成果や能力に見合った適切な評価や処遇を行うことが必要である。

以上、5つのプロセスを整理したが、①～③が整っていないければ、手段であるリスクリングが目的化してしまい、リスクリングをしても生産性向上に結びつかない。経営戦略の立案から配置・処遇までの一連の流れで取り組むことで、リスクリングが企業の生産性向上や中長期的な企業価値の向上、さらに従業員のモチベーション向上に結び付くことが可能となる。

3.2 地方企業におけるリスクリングの必要性

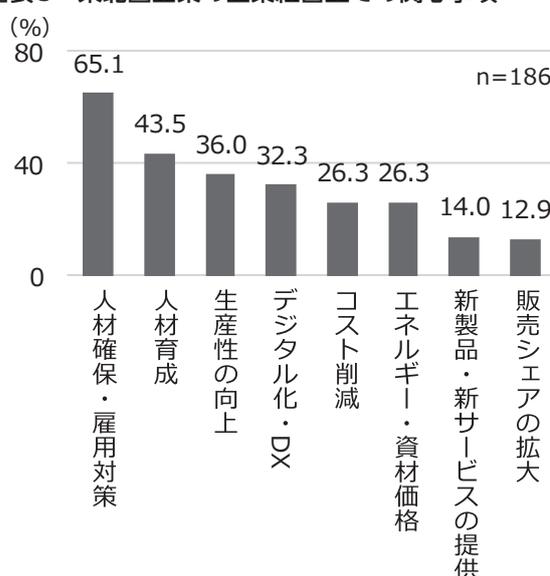
現在、大企業を中心にリスクリング推進の取り組みが始まっているが、中小企業においてはその取り組みは進んでいない(図表4)。人材不足が常態化する中小企業においては、リスクリングにより「企業の人材流出につながってしまうの

図表4 従業員数別のリスクリング取組割合



出典：帝国データバンク「特別企画：リスクリングに関する企業の意識」(2022年11月28日)

図表5 東北圏企業の企業経営上での関心事項

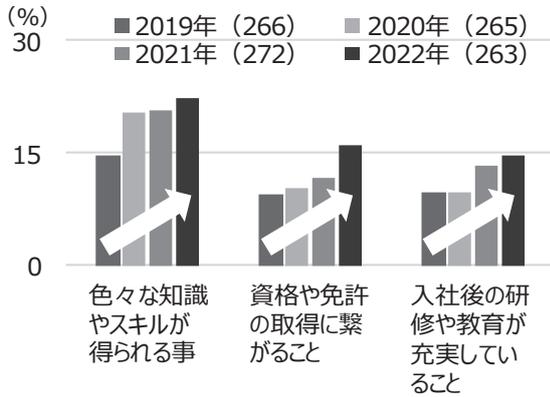


注：14項目中上位8項目

出典：東北経済連合会「第91回企業経営に関するアンケート調査結果」(2023年6月7日)

ではないか」という懸念もある。しかし、中小企業においても既存の社員のスキルを底上げし、企業が直面する経営課題に適切かつ迅速に対処していくことは有効である。むしろ、新卒・中途ともに採用が思うようにいかず人材確保が困難な東北圏企業であればこそ、リスクリングに取り組む意義は大きく、リスクリングの取り組みを通じて社員のスキルアップを図り、企業の生産性向上につなげていくことは急務である(図表5)。さらに、企業が社員のリスクリング

図表6 20代前半社員の仕事を選ぶ上で重視することの変化



注：27項目中上位5位選択率

出典：パーソル総合研究所「働く10,000人の就業・成長定点点調査」

を支援することは若者を自社に引きつける魅力にもなり得る。民間調査会社の調査によれば、若者を中心に会社を選ぶ際に成長の機会の有無を重視する傾向が強まっており、その成長も会社に囚われない自分なりのキャリア形成を意味しているという(図表6)。企業がリスクリングを支援し、社員に汎用性の高いスキルや専門性を身につけさせる機会を提供することは成長意欲のある人材を獲得できる可能性を高める。

そうした企業におけるリスクリングの動きの一方で、政府が推し進める後者のリスクリング、産業・企業間の労働移動の円滑化の動向も注視しなければならない。政府が推し進める「労働市場の円滑化」は、東北圏企業及び地域の人材流出に拍車をかける恐れがある。地域経済の持続可能性を高めるために、企業及び地域は、地域固有の事業構造や産業毎の生産性を踏まえたリスクリングの方向性を見出し、リスクリングの推進を図ることも重要な視点となる。

4. 今後の調査の方向性

中小企業については、企業の経営層から管理職、社員までリスクリングそのものへの認知度が低く、その重要性の認識も低いなど、推進する上での課題は多いと推察する。しかし、社会全体でリスクリングに向けた取組みが進む中、リスクリングを変革のチャンスと捉え、リスクリングを通じて企業の生産性向上、ひいては東北圏の産業振興につなげていくべきである。

今後の調査では、東北圏におけるリスクリングへの理解とその推進に向けた機運醸成のきっかけとなることを目指し、企業及び個人を対象にしたアンケート調査でリスクリング・学び直しの実態や課題を明らかにするとともに、中小企業を中心に各産業分野に関連する教育コンテンツを提供する教育機関や業界団体など幅広いプレイヤーの取組みを取り上げ、東北圏におけるリスクリング推進方策を検討していく予定である。

【参考・引用文献】

経済産業省(2020)「継続的な企業価値の向上と人的資本に関する研究会報告書～人材版伊藤レポート～」

経済産業省(2022)「人的資本経営の実現に向けた検討会報告書～人材版伊藤レポート2.0～」

後藤宗明「グリーン・スキルは新たな成長事業、人材価値をもたらす～世界のグリーン・リスクリングへの取り組み～」(https://comemo.nikkei.com/n/nd1cdc86d5b65) (アクセス日:2023年6月6日)

後藤宗明(2022)「自分のスキルをアップデートし続ける リスクリング」日本能率協会マネジメントセンター

白石香織「世界が注目の人事戦略『リスクリング』の導入に向けて」第一生命経済研レポート、2021.10、pp.9-10

円谷昭一「人的資本をめぐる動向と主要国比較調査」月刊資本市場、2021年12月、No.436、pp.4-11

医療情報サービスにより健康な暮らしをサポート

株式会社アルファシステム（秋田県秋田市）

ーメッセージー



ヘルスケア事業部 **有坂 拓哉さん**

入社年 2022年 秋田県秋田市出身

高齢者の健康寿命を延ばすことに興味

大学の就職支援課の方の紹介で知りました。会社のパンフレットや新聞の記事などを見て、高齢者の健康寿命のための支えになっているという印象を受けました。私は数年前に祖父を亡くしており、高齢者の健康寿命延伸には興味があったためこの会社に就職したいと思いました。

会社の場所を調べてみると小学校、中学校と9年間通い続けた通学路上にあり、勝手に「縁があるな」と思いました。面接で初めてこの会社の方々とお会いした時も話が弾み、雰囲気も良かったので、さらに働きたい気持ちが強くなりました。

お年寄りとのコミュニケーションとプログラム開発の「二刀流」

フレイル健診に参加された高齢者が楽しそうに測定に臨み、「今後何か心がけていきたいことはありますか」と尋ねたときに「歩こうと思います」や「お口の体操をやってみます」など、なにかしらの行動変容につながる契機になっていると実感した時にやりがいを感じます。また、各自治体の保健師の方々からのお礼の言葉も励みになります。

入社して間もなく、社内SEとしてプログラム開発を任せられ、社内業務やフレイル健診業務の効率化に貢献できたことは自信につながりました。

自分の好きなこと、興味のあることを知っておく

少しでも自分の興味のあるものは何かを知っておくことが大切だと思います。「好きこそ物の上手なれ」という言葉もあるように、何かうまくいくためにはなによりそれが好きであり、楽しむことが大切です。

好きであれば続けることができる。好きであれば追求しようとする。

その自分の「好き」にあう何かができる会社を探すことが、自分にあった職業に就くための一歩だとあらためて思っています。

一 企業情報一

業種

その他サービス

事業分野

中小病院やクリニックを主な顧客として、電子カルテなどの医療情報システムを導入する「医療ビジネス事業」と、自治体の介護予防事業として ICT 技術を活用した健診を運営する「ヘルスケアビジネス事業」の2本柱で事業を広く展開しています。

医療の電子化や、要介護者の増加など、IT 技術の発展と少子高齢化の流れに沿った事業展開は社会から求められ、今後も成長が見込めます。

職種は、お客様の望む仕様を聞き取りながらシステムを提案するコンサルティング営業と、システムサポートを電話などで行うインストラクター、システムサポートを現地に赴いて機器の設置や設定を手掛けるカスタマーサポート、開発系はシステムエンジニア、プログラマーなど多岐にわたります。

会社の強み

主な社会課題とされている、分野の異なる2つの柱「医療」「ヘルスケア」を事業の核として、広く社会のニーズに応えるなど、今後もなくてはならない事業を展開しています。

とりわけ、要介護状態になる一歩手前を指すフレイル（虚弱）の予防に着目したヘルスケア事業は、今後の成長が大きく見込める市場です。ヘルスケア事業では、フレイル健診システム「α FROW（アルファフロー）」（特許取得済）を商品化し、秋田県内の多くの自治体からフレイル予防事業を受託しています。

これまで1週間以上かかっていたフレイル健

診結果の提示を、ICT 技術に関するノウハウを応用し、健診終了後に出力できるプログラムを開発。「鉄は熱いうちに打て」の言葉の通り、健診を受けたその日から熱意をもってフレイル予防に取り組めるよう、健康に暮らすための動機づけを行っています。

さらにフレイル健診のフォーマットを応用し、企業向けの健康指導、小学生の体力測定にも取り組んでいます。

会社概要

会社名	株式会社アルファシステム
所在地	秋田県秋田市
設立年	1993年
代表者	代表取締役 佐藤 嘉晃
資本金	1,000万円
従業員数	53名
電話番号	018-853-1120
U R L	http://www.alpha-sy.jp/
S N S	https://www.facebook.com/ALPHAAKITA/

※今回は株式会社アルファシステム様をご紹介します。

Webサイトの同社ページは、右記QRコードからアクセスしてください。



Web サイト「ここで働きたい！東北・新潟のキラ☆企業」



アジアと日本の 発展に貢献する研究所へ

一般財団法人アジア太平洋研究所
所長 宮原 秀夫



ご挨拶

一般財団法人アジア太平洋研究所の宮原でございます。平素は弊所事業にご理解とご支援を賜り厚くお礼申し上げます。また今回、寄稿の機会を頂き感謝申し上げます。

近年、様々な領域においてアジア太平洋地域の位置づけが高まる中、私共アジア太平洋研究所はこれからのアジア太平洋地域と日本・関西の持続的な発展に焦点をあてた研究所として2011年に大阪で設立されました。

観光やビジネスなどアジアと密接に繋がる関西に本拠を置き、関西からの視点で研究・提言を行い、政策立案やビジネス戦略策定に資することを目指しております。

『アジア太平洋と関西 ～関西経済白書～』の発刊

主な活動のひとつとして、毎年『アジア太平洋と関西～関西経済白書～』（和英）を発刊しております。これは、アジア太平洋と関西経済に関する足元の課題についての研究成果をまとめた書籍です。2022年版では、コロナ禍やロシアのウクライナ侵攻などにより深刻化する世界経済の混乱のなかで、世界秩序の歴史的な転換

点をテーマに、国際政治経済的観点からのアジア太平洋地域の課題と展望を取り上げました。また、2025年に開催される大阪・関西万博では「いのち輝く未来社会のデザイン」をコンセプトとして世界中から人・モノ・英知が集まります。これらを万博後もレガシーとして活用することが肝要であり、その経済波及効果について、関西2府8県の地域産業連関表を基に、弊所が作成した2015年版地域間産業連関表を用いて算出しました。

自主研究プロジェクト

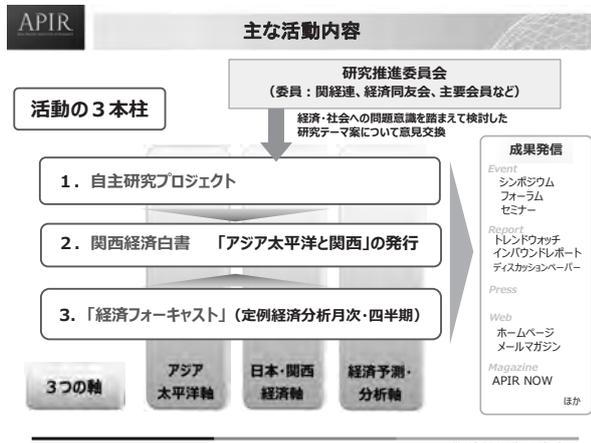
活動の柱の二つ目は、様々な研究プロジェクトへの取り組みがあります。「日本・関西経済」「アジア太平洋」「経済予測・分析」の三つの軸から研究テーマを設定しています。いくつかご紹介しますと、シンポジウム形式の「アジア太平洋地域の政治・経済的協力のあり方」研究では、世界情勢の激しい変化によるサプライチェーン分断という状況を踏まえて、ルールに基づく国際貿易秩序の重要性や経済安全保障について考察・議論を行います。

「持続可能なツーリズム先進地域・関西を目指して」研究では、回復が著しいインバウンド需要の状況下、国内外で進められている持続可

能なツーリズムへの指針づくりを踏まえ、地域ブランドの磨き上げやDMOの誘客分析などを試みています。

経済フォーキャスト

三つ目の主たる活動は、経済分析と予測です。弊所が独自に開発した経済予測モデルを用いて、会員、自治体、国の地方支分部局、並びに地域の商工会議所の機動的な施策や経営判断・評価に寄与することを目標にしています。四半期ごとに日本及び関西の足元から2、3年先までのGDP成長率を予測し提供します。また、月次でも四半期GDP成長率を予測し、内閣府より早く提供しています。さらに、半期ごとに、関西2府4県のGRPを早期推計し、公表しています（府県からの実績公表は年度終了後3年程度遅れます）。



研究活動のフレーム

研究成果の発信

弊所のミッションや研究成果等についてシンポジウムなどを開催し情報発信を行っています。なかでも、中央の著名エコノミストを招き、最新の日本・関西経済の見通し、および時宜に

かなったテーマを議論する景気討論会を毎年開催しており、昨年12月には、生産性と賃金上昇の同時実現に向けた方策をはじめ、今後の日本経済の景気好循環を探るべく熱い討論が行われました。



景気討論会（日本経済編）2022.12.15

アジアと日本の発展に貢献

関西・日本経済について議論できる地域シンクタンクとして在関西外国領事や海外機関等との交流も行っています。昨年度はスイスの大統領と政府団の他、タイ王国経済担当領事はじめアジア各国の要人と情報や意見の交換を行いました。

また、アジアの有能な研究者や留学生を受け入れ、弊所研究活動の幅を広げるとともに、研究人材として育成を図ることで、弊所で学んだ人たちがやがては母国や国際社会において指導的立場で活躍するように巣立ってもらおうといった知的面での国際貢献も弊所の大切なミッションです。

弊所では今後ともアジア太平洋地域と日本、関西を俯瞰的にとらえる新しいシンクタンクとして様々な可能性を追求し、アジアと日本の発展に貢献していくフロントランナーとして努めてまいりたいと考えています。

2023年度 第1回理事会 開催

2023年5月23日(火)、理事8名(定員13名)・監事1名が出席し、2023年度第1回理事会を仙台市内で開催しました。

当日は、「2022年度事業報告」、「2022年度

決算」、「評議員候補者推薦」、「理事候補者推薦」、「監事候補者推薦」などが審議され、すべての議案が承認されました。



2023年度 定時評議員会 開催

2023年6月8日(木)、評議員10名(定員11名)・理事3名(会長・専務理事・常務理事)・監事1名が出席し、2023年度定時評議員会を仙台市内で開催しました。

当日は、「2022年度決算」、「評議員3名選任」、「理事3名選任」、「監事1名選任」が審議され、すべての議案が承認されました。



評議員・役員の紹介

(2023年6月8日現在)

(敬称略、五十音順)

【評議員】 11名

五十嵐弘幸	東北電力株式会社 ソーシャルコミュニケーション部門長
上原慎太郎	日本製鉄株式会社 東北支店長
梅内 淳	仙台市 まちづくり政策局長
菊野 麻子	K アプローチ代表
木田 淳	株式会社クレハ 執行役員 生産・技術本部長 いわき事業所長
北澤 徹也	UBE 三菱セメント株式会社 東北支店長
今野 彩子	株式会社ユーメディア 取締役経営企画本部担当
佐々木隆志	東北自然エネルギー株式会社 取締役会長
清野 芳彰	東洋刃物株式会社 顧問
長谷川史彦	国立大学法人東北大学 未来科学技術共同研究センター 特別顧問
浜 知美	アリティーヴィー株式会社 取締役副社長

【役員】

理事 13名

会長(代表理事)	増子 次郎	東北電力株式会社 取締役会長
副会長	藤崎三郎助	東北六県商工会議所連合会 会長
※専務理事(代表理事)	青野 浩文	公益財団法人東北活性化研究センター
※常務理事(業務執行理事)	瀬戸 勇	公益財団法人東北活性化研究センター
理事	一力 雅彦	株式会社河北新報社 社主・代表取締役社長
理事	伊藤 哲也	宮城県 副知事
理事	小沢 喜仁	国立大学法人福島大学 共生システム理工学類 客員教授
理事	後藤 浩司	株式会社日立製作所 東北支社長
理事	齋藤 幹治	一般社団法人東北経済連合会 専務理事
理事	勝治 博	鹿島建設株式会社 専務執行役員東北支店長
理事	長谷川 登	東日本興業株式会社 取締役会長
理事	松岡 基嗣	株式会社日本政策投資銀行 東北支店長
理事	吉川 保志	株式会社東芝 東北支社長

(※：常勤)

監事 2名

福田 稔	福田稔公認会計士事務所 所長
松村 康史	丸紅株式会社 東北支社長

今後の主な予定

2023年 8月31日(木)	2023年度 第2回理事会	仙台市
2023年11月 2日(木)	2023年度 参与会	仙台市
2023年12月 5日(火)	2023年度 第3回理事会	仙台市
2024年 3月 5日(火)	2023年度 第4回理事会	仙台市

東北活性研

発行月：令和5年7月

発行人：青野 浩文

発行所：公益財団法人 東北活性化研究センター

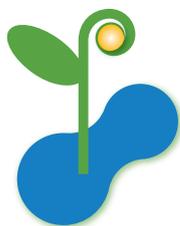
住 所：〒980-0021

仙台市青葉区中央2丁目9番10号(セントレ東北9階)

発行所：022-225-1426

F A X：022-225-0082

U R L：https://www.kasseiken.jp



公益財団法人 東北活性化研究センター

〒980-0021 仙台市青葉区中央2丁目9番10号(セントレ東北9階)
Tel.022-225-1426(代) Fax.022-225-0082
ホームページ <https://www.kasseiken.jp>

