

～ “いのち”輝く神奈川を目指して！～  
地方分権フォーラム2012 記録集



日 時 平成24年2月6日（月）15時～17時30分

会 場 横浜情報文化センター 情文ホール  
（横浜市中区日本大通11）

主 催 神 奈 川 県

共 催 神奈川県市長会、神奈川県町村会

後 援 総務省、全国知事会、自治体学会

# 地方分権フォーラム2012

## 概 要

- 日 時 平成24年2月6日(月) 15時～17時30分
- 会 場 横浜情報文化センター 情文ホール  
(横浜市中区日本大通11)
- 参 加 者 196名
- 主 催 神奈川県
- 共 催 神奈川県市長会、神奈川県町村会
- 後 援 総務省、全国知事会、自治体学会
- プログラム

### 主催者挨拶

神奈川県知事 黒岩 祐治

### 基調講演 「今、改めて地方分権を考える」

石原信雄 財団法人 地方自治研究機構会長

### パネル討論 「地域主権の医療」実現に向けた地方分権改革の役割

#### <パネリスト>

井伊 雅子 一橋大学大学院教授

金澤 一郎 国際医療福祉大学大学院長

北澤 京子 日経BP社日経メディカル編集委員

#### <コーディネーター>

黒岩 祐治 神奈川県知事

## 出演者プロフィール（敬称略）

### ○基調講演者

石原 信雄（いしはら のぶお）

財団法人地方自治研究機構会長

自治省（現・総務省）財政局長、自治事務次官、内閣官房副長官（竹下内閣から村山内閣）などを歴任。現在、財団法人地方自治研究機構会長のほか社団法人日本広報協会会長、財団法人日本法制学会会長などを務める。

著書に「権限の大移動 — 官僚から政治家へ、中央から地方へ」、「21世紀の地方自治を語る — 分権型社会を担う人々へ」など。

### ○パネリスト（五十音順）

井伊 雅子（いい まさこ）

一橋大学大学院教授

ウィスコンシン州立大学マディソン校経済学部博士課程修了（P h . D .）。世界銀行調査局研究員、横浜国立大学経済学部助教授などを経て現職。専門は公共経済学、社会政策。元内閣府地方分権改革推進委員会委員。

著書に「アジアの医療保障制度」、「成長産業としての医療と介護 — 少子高齢化と財源難にどう取り組むか」（共著）など。

金澤 一郎（かなざわ いちろう）

国際医療福祉大学大学院長

神経内科医。東京大学医学部附属病院長、国立精神・神経センター総長、日本学術会議会長などを歴任。現在、国際医療福祉大学大学院長のほか宮内庁皇室医務主管、東京大学名誉教授などを務める。

著書に「今日の診断指針」、「内科学」など。

北澤 京子（きたざわ きょうこ）

日経BP社日経メディカル編集委員

日経マグロウヒル社、マガジンハウスを経て現職。英国ロンドン大学公衆衛生学・熱帯医学大学院修士課程終了（公衆衛生学専攻）。

著書に「患者のための医療情報収集ガイド」、「患者のための『薬と治験』入門」など。

黒岩 祐治（くろいわ ゆうじ）

神奈川県知事

フジテレビジョン報道局解説委員・「報道 2001」キャスター、国際医療福祉大学客員教授などを経て、2011年4月から現職。フジテレビジョン在職時に展開した救急医療キャンペーンが救急救命士誕生に結びつく。

著書に「情報から真実をすくい取る力」、「救急医療にメス」など。

## 目次

- 主催者挨拶 … 1
- 基調講演 … 2
  - 「今、改めて地方分権を考える」
- パネル討論 … 8
  - 「『地域主権の医療』実現に向けた地方分権改革の役割」
- 会場への配布資料

## 主催者挨拶

神奈川県知事 黒岩祐治



神奈川県知事の黒岩祐治でございます。今日は冷たい雨の中、ようこそお出でいただきました。

「この日本はもう中央集権型社会ではない。地方分権、地域主権の時代だ」と言われてはおりますが、実際には、言葉だけが躍っていて実体がなかなかついてこないという状態が続いているのではないのでしょうか。民主党は政権交代を成し遂げたときに、「地域主権の国を作る」ということを明確に宣言しました。

私が、この神奈川県庁を預かるようになって見ておりましても、なかなかそれが進んでいないと思わざるを得ません。

その中で、大阪では前府知事が市長になるという大変な出来事があり、そして、大阪は「大阪都」を目指すなど、この地方分権、地域主権の問題が、大きな政局のテーマにもなろうとしております。神奈川には横浜、川崎、相模原という政令指定都市が三つもありますので、「大阪と同じような問題があるのではないですか」と聞かれることがよくあります。

今、改めて注目されています地方分権、地域主権につきまして、今日は皆様とともに率直にお話をしたいと思っています。

まず、前段は竹下内閣から村山内閣までの7代の内閣にわたって内閣官房副長官をお務めになった石原信雄さんに基調講演をお願いいたしました。まさに地方行政を語っていただくには石原さん以上の方はいらっしゃらないと思います。

そして基調講演後、「医療」という分野で地域主権を考えたらどうなるか、医療を事例にパネルディスカッションを行います。

今日のこのフォーラムが実り多きものになりますように、よろしくお願ひしたいと思います。ありがとうございます。

## 基調講演

地方自治研究機構会長 石原信雄 氏



御紹介をいただきました石原でございます。私は現在の総務省、前の自治省の出身でございます。いかにしてこの国の出で立ちを中央主導型から地方主導型に変えていくかという課題に取り組んでまいりました。

先ほど黒岩知事から紹介がありましたように、民主党政権になってから「地域主権」ということが強調されております。鳩山さんが総理大臣に就任した第一声の中で、「地域主権の実現が民主党政権の一丁目一番地だ」と高らかに宣言されたわけです。その民主党政権において、この地域主権、地方分権がどんな経過を辿っているのか、考えてみたいと思います。その前に、この地方分権、地域主権には長い歴史があり、そもそも我が国の地方自治制度、地方分権がどういう経過を辿って今日に至ったのか、また、現時点においてどういう問題があるのか、こういったことを申し上げてみたいと思います。

我が国は、明治維新によって近代化の扉を開き、この国の体制は、維新以降漸次形作られてきました。その中で、地方自治の問題、地域の行政の問題はどういう経過を辿ったかと申しますと、徳川幕藩体制が崩れて、明治の新体制になったときに全国は約300の藩に分かれていました。藩では、お札も発行しますし、犯罪人の処罰もでき、いわば現在の国の機能のかなりの部分が各藩単位で処理されてきました。

そういう意味では、一種の連邦国家に近い実態がありました。明治の近代化のときに「廃藩置県」が行われ、これが日本の国の統一国家としての第一歩だったわけです。そし

て、その県にははじめはその藩の殿様を知藩事として任命しましたが、そのうち全部を中央政府の任命する知事によって、それぞれの県を統治する形に変わりました。

そういう意味で、明治時代から戦前における県というのは、中央政府のいわば国家の統治体制の一翼を担っていたと言ってよいと思います。県という名前は同じでも、明治時代の県というのは国の統治機関の一部であったと考えた方がよいと思います。

一方、市町村は、江戸時代の末期から明治時代になっても実態はあまり変わらなかったのです。地域の問題は全部村の人たちが協同で処理する、いわゆる村落共同体としての実態がありました。この村長（むらおさ）というのは、大体その土地の有力者が選ばれ、無報酬で地域の問題を処理していました。そしてまた、議員も皆自分の職を持ちながら地域の問題に参画し、これもまた名誉職でありました。そういうことで我が国の本当の意味での自治というのは、市町村単位であり、道路を直すにしても橋を架けるにしても、また犯罪の取締りにしても、基本的には、その地域を守るために地域の人たちが総出で力を出し合って地域の安定を期するという体制であったわけです。

この体制がある程度制度的に整備されたのは、明治21年です。市町村については、市制町村制という法律ができました。町村はそれまで今で言う「大字（おおあざ）」が村でした。それを新しい体制に切り換えるため、当時、全国で71,000ほどあった町村を約5分の1の15,000くらいの市町村に再編成いたしました。当時の政府の説明では、町村が尋常小学校を維持できる程度の財政能力を持つようにというのが目標であったと言われております。また、翌明治22年に我が国で初めて選挙（衆議院議員）が行われました。近代国家として体制を整えるために我が国も国会を設けなければならず、すると国会議員を選ばなければいけません。選挙の単位としては基礎単位であった市町村の体制を整備する必要があるということで、再編成が行われたのではないかと思います。

同時に、この地方制度で言いますと、明治23年の府県制によって、廃藩置県でできた府県制度をある程度制度的に体系付けるといふ改正が行われました。このときの各府県は「半官半自治」で、県議会があり、県の予算は公選で選ばれた議員が審議しますけれども、その原案を提案する知事は内務大臣が任命する役人であったのです。この各県の知事というのは、それぞれの県の知事であると同時に、その地域のいろいろな機関の最高責任者としての地方長官であったわけです。

このような体制を整えつつ、明治22年に明治憲法が公布され、23年に第1回の帝国議会が開かれるという一連の近代化が行われました。我が国の近代化と地方自治制度の再編成とが裏腹の関係になったわけです。本当の意味での近代国家になるためには、やはり地方自治、地域の統治体制が整備されないといけないということであったのではないかと思います。

いずれにしても、戦前の我が国の地方自治というのは厳密に言うと市町村が唯一自治の組織でありまして、府県というのは完全な自治体ではなかったわけです。

これについて、昭和20年の敗戦によって我が国は大きく体制が変わるわけですが、戦後の新しい体制は、言うまでもなく民主主義国家として再スタートしました。その中心的な位置付けとなったのが、日本国憲法です。さらに、憲法と同時に地方自治法が昭和22年5月3日に施行されております。この法律によって、初めて都道府県が完全な地方自治体として、市町村も完全な自治体として位置付けられました。そして、知事も市町村長も議会議員も含めて公選であり、各自治体の地域問題はそれぞれが責任を負うということが法律でうたわれたわけです。

一方で、戦後の新しい体制を作っていくためには中央政府のリーダーシップで末端まで徹底する必要がありました。教育、公衆衛生、産業経済などあらゆる分野で中央政府の決めた法律を地方にそのとおりにやってもらうための手段として、法律によって一定の事務を知事や市町村長を国の機関として位置付けて、

そこに命令で仕事をさせるという、機関委任事務制度が広範囲に残ったわけです。

そしてまた、その裏付けとして補助金が出され、補助金と機関委任事務の二つの要素によって、表向きは地方自治法によって地方は完全な独立、公選による知事や市町村長で運営されることになっていることになったのですが、実態的には、機関委任事務制度によって国の管理の下におかれる面が非常に強かったわけです。

こういう体制について、昭和24年に米コロンビア大学のシャープ氏が時の総司令部の要請で、日本の租税制度を近代化し、新しい税制に変えるため調査に参りました。その時に、シャープ氏は同時に日本の地方自治制度についても調査されたわけです。その結果、「シャープ勧告」という有名な勧告が出ました。

税制については、国は国税として所得税や法人税を、府県は事業税の前のかたちである附加価値税を、市町村は住民税と固定資産税を中心に賄えるような税体系にするというものでした。

同時にシャープ氏は、地方自治においては住民に身近な行政はなるべく住民に身近な段階、すなわち、できるだけ住民サービスや住民にかかわる仕事は市町村で行い、市町村で行えない大きな仕事や広域的なものは府県が補完的に行うという勧告を出しました。今の地方分権の考え方の基本になったものです。その勧告を実地に移すため、神戸（かんべ）委員会というのができました。当時機関委任事務でがんじがらめになっていた地方行政を本当の意味で地方の自主性の下に行えるようにしようという大変な改革案を、神戸委員会は勧告しました。

私は神戸委員会の勧告が実施されていれば、我が国の地方自治というのはもっと早くできていたと思います。しかし、残念ながら神戸委員会の勧告を実行しようとした昭和27年に我が国は占領が終わり独立するわけです。そうすると、占領下において行われたいろいろな改革の中で、我が国の実情に合わないことが多いからこれを見直そうという機運が盛り上がりました。その中で地方自治制度につい

ては、「地方制度調査会」というものが組織され、我が国の実情に合うように手直しをしようという改革がなされたわけです。この改革について私は意味があったと思うのですが、一方で、神戸委員会の画期的な勧告は、実は独立後の新しい状況の下でほとんど顧みられなかったのです。

ですから、今日民主党政権の下でいろいろ進めているような地域主権改革は、ほとんどこの神戸委員会の勧告に盛り込まれていたのですが、その当時まったく棚上げにされてしまったということが言えると思います。

昭和27年以後、占領下に行われた制度を我が国の実情に合うように、見直すことが行われました。例えば、警察は戦後一時期、自治体警察と言いまして、都市は都市警察であったわけです。町村については、補完的に国家地方警察が置かれていたのですが、町村単位の警察では大きな犯罪組織に対抗できないということで、昭和28年の地方制度調査会の答申を受けて、昭和29年から今の府県単位の警察に変わりました。また、教育委員会については公選制だったのですが、これも我が国の実情に合わないということで大変議論があった末、任命制に切り換えるということになりました。さらに、大阪の橋下市長が唱えております「大阪都制」の問題と絡むのですが、「特別市制」というものが、昭和22年の地方自治法には書いてありました。「特別市」というのは、神奈川では横浜が問題になりますが、横浜が特別市になりますと、税源も含めて横浜市の区域は神奈川県から完全に独立するという制度です。この制度は住民投票が必要であったため、名古屋、大阪、神戸、京都も実現できなかったのです。それを、地方制度調査会で当時の実情を踏まえて、特別市制を廃止してしまい、現在の政令指定都市制度を作りました。ですから、特別市制を廃止する場合の妥協の産物で今日まで至っており、それがまた最近見直される機運にあるということです。そういうことで、独立後の我が国の地方自治制度は昭和28年の地方制度調査会の答申で見直されたのですが、残念ながら本当の意味での地方分権の達成にはほど遠かつ

たと言ってよいと思います。

なお、この当時、町村については、町村合併促進法による昭和の大合併が行われました。戦後の新しい時代で市町村が第一次的な行政責任を負うには単位が小さすぎるということで、当時約1万程度あった市町村の数は昭和28年の町村合併促進法により、3分の1の約3千に再編成されました。現在の神奈川県下の市町村の形というのはほぼ、このときの合併によって形成されたと思います。このように、戦後の改革は大規模に行われましたが、地方分権だけについて言うとまだまだ不徹底であったということが言えます。

最近の流れを申しますと、自民政権が終わって細川内閣が誕生したころ、地方分権に対する声が高まり、1993年に国会で「地方分権の推進に関する決議」がなされました。この決議を受けて、村山内閣のときに地方分権推進委員会を組織し、本当の意味の地方分権を達成するための最大の障害であった機関委任事務制度の廃止を決めました。

当時私はまだ内閣におり、各省の反対が非常に強かったのですが、内閣の方針として絶対に譲れず、私は反対する次官に反対の理由を直接聴きたいと言いましたら、各省とも黙ってしまい、この機関委任事務制度全廃の足がかりができたという思い出があります。いずれにいたしましても、私は、この国の地方分権の上では、この機関委任事務制度の廃止というのが一つの前進になったのではないかと思います。

それから、小泉内閣のときに「三位一体の改革」を行いました。今まで補助金や交付税の依存財源で地方行政を行うことが地方の自立を妨げていて、本当の意味で地域が自分の地域に責任を持つ体制にするためには、補助金をもっと減らして、地方の独立税を増やしたらいいだろうということで、4兆円規模の補助金の削減と、国税の所得税を3兆円減らして、地方の住民税を3兆円増やすという改革を行いました。それと同時に、中央依存の体制を改めるという意味で、地方交付税について3年間で5兆円程度の特例加算をやめ、実質的に交付税をカットしたわけです。



これは、理念としては一つの考え方であるけれども、実際問題として、地方に大変な影響を与えてしまい、神奈川でも相当な影響が出たと思います。交付税を5兆円程度削ったものですから、交付税に依存する多くの団体は、大変な財政難に陥ってしまったということです。

その後、民主党政権になって、どういう改革を行ったかといいますと、一つは「国と地方の協議の場」を法定化しました。地方行政に関わる制度改正をしようとする場合には、全国の知事、市町村長、そして議会の議員の代表と国の官房長官、総務大臣や関係大臣が対等の立場で議論して、その協議の場で意見が合わないと改革は行えないという趣旨の組織、仕組みを作ったのです。現在、社会保障と税の一体改革もこの場で議論されております。

また、昨年から、各種法令によって地方をがんじがらめにしているような規制や命令等を大幅に見直す改革が行われています。それから補助金について、国がいろいろな条件をつけて交付するもので、実質的にいろいろな規格基準まで国がチェックすることになっていました。それをこれからはやめて、行政目的ごとに客観的な指標で国から交付金を配分して、その範囲内で、その行政目的に資する限りにおいては、その団体の判断で使えるようにしようという交付金制度が昨年スタートいたしました。まだまだ不十分ですが、これが広がって行けば、地方の主体性はかなり進むのではないかと思います。

さらに、国の出先機関として地方整備局、経済産業局、地方農政局などが各ブロック単位にありますが、このような国の機関を今後原則的に廃止して地方に移して行くことも決めています。このような改革が行われている今日、橋下前大阪府知事による大阪都構想が提唱されたのです。これは今の地方自治制度について、これからどう変えていくかという大きな一石を投じたと言ってもいいと思います。大阪市と大阪府には二重行政による無駄が多く、それを見直そうと、当時の橋下府知事が大阪市に対し呼びかけました。しかし、大阪

市が市の固有の権限だと応じなかったことで、橋下知事が自ら知事を辞めて市長になって、大阪都構想を実行しようとしています。橋下市長の案は、大阪市を解体して30万人くらいのいくつかの特別区を作り、府を大阪都として、消防、警察や水道などの広域的な行政を行う現在の東京都と同じような形に変えていきたいという改革案であります。こういう議論が起こった最大の理由は、従来から大阪市と大阪府が同じようなことを行ってきて、行政の無駄を見直すための抜本策として提案されたわけです。

この提案は、今全国的に非常に大きな波紋を投げております。愛知県と名古屋市、新潟県と新潟市でも同じような動きがあると言われております。大阪でなぜこの二重行政の問題が解決しなかったのかということ、府の権限と市の権限、それに対する財源措置がどうなっているかということが、これまで議論されないままにそれぞれが従来の権限を手放すまいとして、二重行政になったのではないのでしょうか。当然財源に限りがありますから、二重行政によって財政が悪くなり、大阪府も大阪市も非常な財政危機に陥っております。それを変えようということなのですが、この考え方を全国同じようにやるべきかどうか、これは地域によって大きく差があります。

基本的な方向としては、住民生活にかかわる仕事は市町村が第一義的な責任を負います。そして、市町村では手に負えない行政は現在県が担っていますが、こちらの方は県単位では無理で、むしろブロック単位に広げて、本当の意味での広域行政は道州単位で処理するのが良いのではないかと思います。

現在の東京都は、昭和18年に戦時体制の一環として作られた制度です。東京特別区は一人前の市町村の権限を与えられず、東京都が全部権限を持ってしまっているため、東京23区は非常に不満があるわけです。東京都は首都行政を行うためには、今の制度が一番良いということで、ごみ処理については区に仕事を下ろしましたがけれども、消防、下水道、交通については都が一元的に処理する体制をとっています。都のような形にしたいという橋

下市長の意見はどちらかというと、市町村優先主義とは逆の方向ではないかと思えます。

私は、二重行政の排除を徹底するのであれば、道州制を前提にしつつ、第一義的な市民サービスを担当するのは市町村であるということは徹底した方がいいと思えます。ただし、その場合でも横浜市、川崎市や相模原市のような、政令指定都市の場合には非常に範囲が広いものですから、住民の声が市の行政に反映しにくいのではないかという不満があります。その点は各行政区単位に住民の意見をくみ上げる仕組みをもっと工夫したらいいと思えます。横浜でも川崎でもその努力をしております、一定の成果をあげていると思えますが、私はこの点でもっと住民サイドからも意見を積極的に出してもらったらいいいし、市の方も市が第一義的な行政責任を負う代わりに市民の声をくみ上げるための工夫がもっと必要ではないかと思えます。

ただ、大阪の橋下市長が言っているように、特別区、今の政令指定都市の行政区をもう一回再編成してそこに公選制による区を作るといったことについては、地域全体の統一的な行政を行う立場からすると若干疑問を持ちます。その辺がこれからの議論に付するところではないかと思えます。

また、財政問題も重要です。国では、野田首相が今国会で社会保障と税の一体改革を中心に消費税を今の5%から10%まで引き上げるということを中心に財政の健全化について訴えておられます。わが国の財政が、世界各国と比べても最も危険な状態にあるということは間違いのないわけで、それを乗り切るためには、もちろん行政改革が必要です。

我が国は、教育にしても社会保障にしても、トータルとしては先進国に匹敵するレベルを提供しているのですが、租税負担、税金の重さから言うと、かなり低いのです。マスコミの報道や国会の論議で日本の租税負担が低いということはあまり言われませんが、少なくとも統計で見ると、日本の税金や社会保険料の国民一人当たりの負担は、先進国に比べるとかなり低い数字になっています。

一方、支出の方はいわば世間並みに支出し

ていますから、当然足りなくなるわけです。足りなくなる分を、根本的な税制改革ができないままに、すべて赤字国債の発行に頼ってきています。ですから、我が国は今、国債の残高は世界で飛びぬけて大きくなっております。GDPに対する長期債務の割合は、国と地方を通じて約倍近いのです。先進国で日本の次に悪いのはイタリアですけれども、イタリアもGDPに対する長期債務の割合は120%くらいですから、日本は圧倒的に高い水準になっています。実は、これは国だけの問題ではなく、地方財政も全く事情は同じなのです。ただ、地方の場合には事業税、住民税や固定資産税という自主財源の比重が低くて、非常に多くの部分が国からの補助金や交付金、あるいは地方交付税に頼っているために住民サービスと税の負担が直結していないのです。

ですから、住民の皆様からすると、教育の内容を充実して欲しい、子どもの対策も強化して欲しい、医療関係をもっとやって欲しいという気持ちと、それに必要なコストは国の制度を改正して国の補助金なり交付税を増やせばいいじゃないかというような話になってしまっているのです。トータルとして国民の受けるサービスと国民の負担、このバランスをよくしないと長い目で見ると財政が破綻してしまいます。

財政破綻が起こった場合、一番被害を受けるのは社会の庇護を受けなければいけない貧しい人たちなのです。私は、負担能力のある人たちがもっと、今受けているサービスに見合っただけのコストを負担することはやむを得ないのだという認識を持ってもらいたいです。それは、国だけの問題ではなくて、地方も全く同じだということを御認識いただきたいと思えます。

地方自治は今大きな峠に差し掛かっていると思えます。本当の自治は何かということをもう一度考え直してみる必要があると思えます。本当の自治というのは自分たちの受けるサービス、地域の自治体から受けるサービスに見合った負担を避けてはならないと思えます。それが健全な地方自治の要であり、昔も今も同じ地方自治の原点だと思うのです。

なお、我が国の地方自治制度を考える場合に、よくアメリカの自治制度が引き合いに出されるのですが、アメリカの自治制度は単純明快であり、自治体の場合、組んだ予算をその年の課税標準で割り返したものが税率になるのです。アメリカの自治体は、教育も社会福祉も環境もいろいろなことをやっていますが、その財源はすべて固定資産税なのです。プロパティタックスと呼んでおりますが、その税率は毎年度予算とともに決まるのです。だから、歳出予算を増やすと税率は上がるし、歳出予算を減らせば税率も減るといふ、非常に単純なしくみなのです。それと、交付税制度がないので、豊かな団体では低い税率でわりとよいサービスを受けられ、貧しい団体では非常に高い負担をしながらサービスはよくないという、団体間に大きな差があるのです。しかし、アメリカ人というのは地方自治だから仕方が無いのだと、不満があるなら豊かな団体に引っ越して行けばいいじゃないかとそういう割り切り方なのです。

日本の場合、北海道から沖縄まで、どこに住んでも同じ程度の地方行政サービスを提供しなければならず、その保障財源として交付税制度があるのです。その交付税制度の比重が非常に高くなってしまったものですから、住民の皆さんが受けているサービスと自分たちが負担すべき地方税のレベルというのを結び付けて考えられなくなってしまいました。アメリカの場合はすぐに税金に跳ね返ってきますから、税金が重くなるのが嫌なら消防職員を増やさなくていい、警察官も減らせばいいという話になるのですが、日本の場合は、警察も増やせ、消防も増やせ、もっと福祉を高めると、しかし税負担の話になると国の問題、交付税の問題になってしまい、そのあたりで地方自治の原点がどこかへ行ってしまったのではないのでしょうか。

私は、そのあたりをもう一度国民全体が考え直してみる必要があるのではないかと思います。そこを解決しないと、支出の方だけ大きく取り上げられて、住民負担の方は非常に制約されているわけで、この形では健全な地方自治は育たないと思います。そういう意味

で、現在私どもが受けているサービスに見合った負担をトータルとしては負っていないため、それが財政危機の原因になっています。ですから、今こんな不景気なときに増税とは何事だと、税負担が増えるとはとんでもないというのであれば、サービスの方を減らしてもいいよと言ってくれないとバランスが取れないということでもあります。

ありがとうございました。

## パネル討論

コーディネーター：

神奈川県知事 黒岩祐治

(以下、「黒岩知事」)



先ほどの石原信雄さんの講演は、歴史的な流れを踏まえており、大変参考になりました。パネル討論では、この地域主権を実現していく中で、医療をどのように捉えるべきなのかを考えます。

私は神奈川県知事になる時に、「いのち輝くマグネット神奈川」を実現したいと申しました。そのために、医療のグランドデザインを神奈川県で作ろうと、今、検討を進めており、金澤先生はそのメンバーです。

医療のグランドデザインを都道府県で作るのは、初めてのようです。そのときに分かったのは、医療というものは地域で決めるものではないのだということです。中央集権が最も徹底した世界、それが日本の医療です。国民皆保険制度とは、全国一律に同じ医療を行い、診療報酬も全部一律に決めるということですが、そうしなければ、国民の医療は守れないのだという厚生労働省の強い意向が徹底して、隅々まで行き届いているということです。医療のグランドデザインを県で考えるのは聞いたこともないということでした。

もちろん、国が統一して大きな基準を決めながら医療を守っていく姿勢によって、国民の健康福祉、衛生面が向上したことは間違いないでしょう。しかし、地域というものは、刻々と変化しております。この神奈川と他の地域を比べてみても、また県内であっても、それぞれの地域によっては事情が違います。

私は県民の「いのち」を預かるのなら、県民にとって、最も素晴らしい医療のかたちを

つくりたいという思いがありました。医療は様々なところで細かな規制が行き届いていますが、それをゼロベースで考えてみたいので、医療のグランドデザインの検討をお願いしているところです。

そうした中で、象徴的に感じていただいたことがあったと思います。ポリオの不活化ワクチンを神奈川県が独自に輸入して予防接種しました。日本はワクチン後進国であり、先進国では普通に接種しているワクチンでも、日本では接種していないワクチンがたくさんあります。その典型がポリオです。ポリオのワクチンには生ワクチンと不活化ワクチンの2種類があります。生ワクチンはまだウィルスが生きていますから、ごくまれですが、ポリオにかかる子が出てきます。そこで、先進国ではポリオに感染しない不活化ワクチンを使うのが当たり前になっています。

神奈川県が輸入して接種しようとする際、県が独自なことをやるのは予防接種行政上望ましくないと、厚生労働大臣が発言し、国対神奈川県という構図になりましたが、我々は不活化ワクチンの接種を強行いたしました。これはまさに地域主権の医療の姿で地域のことは地域で決めるということの一つの表れだったと思っております。今後も国と闘いながら、「神奈川モデル」を提示していきたいと思っています。

そういった中で、この医療の分野に目を向けたときの地域主権のあり方について、パネラーの皆さんに様々な御意見を頂きたいと思っています。

パネリスト：

一橋大学大学院教授 井伊雅子 氏

(以下、「井伊氏」)



高齢化で医療が非常に重要だと言われており、日本では医療イコール病院、病院を建設することが不可欠のように思われがちですが、果たしてそうなのかと思います。一方、最近では在宅ということが一種のブームのようになってきています。日本のように自由開業制ですと、特に在宅のトレーニングを受けていない人でも自由に在宅の診療医になれます。出来高払い制とあって、薬や検査をすれば医療機関が儲かるという仕組みになっている中で、在宅を診療報酬などで誘導してしまうと、必要以上に薬を処方して医療費が高くなったり、薬の副作用で苦しむような患者さんが出てきたりする可能性もあると聞きます。病院だけが高齢化に必要な医療ではないのですが、だからといって両極端の在宅というのも、何か違うのではないかと思います。

高齢者、働き盛りの人、また、子どもにとっても必要な医療の多くは、「プライマリ・ケア」です。例えば、高血圧や糖尿病を予防すること、また、不幸にも脳梗塞になってしまったときにリハビリをすること、さらに、癌などの手術の後のフォローアップをすることなどです。そういった分野がプライマリ・ケアといわれています。私達の健康や医療問題の実は8割以上が、プライマリ・ケアと呼ばれています。癌や難病というのは、おそらく2割にも満たないのです。私は世界の医療制度改革の分析や研究をしています。医療制度改革の中心の一つというのは、プライマリ・ケアの制度をどのように効率よく、質の高いものにするかです。日本では病院改革の話が主になってしまうのですが、医療の8割以上の部分を占めるプライマリ・ケアを改革しなければいけないと思っています。

今日配られた医療のグランドデザインの間とりまとめの中にも、終末期の自己決定や東洋医学の普及について記載があります。その他にも施設間の連携なども世界標準の家庭医の教育の中にはしっかり含まれていることで、日本の医学部ではこういった医師が、今まで残念ながらほとんど育成されてきていません。

最近よく耳にする総合診療科というのも、

世界標準の家庭医とはかなり離れていると思います。一番大きな違いは、総合診療医は、病院や診療所に来た患者さんしか診ていませんが、本来の地域医療を診ている人、家庭医というのは、その地域で予防を含めた医療や健康問題まで対処しています。ですから、家庭医というのは地域の介護施設などの事情も把握していて、そういった医療と介護の連携もできる人です。

医療の現場では、80歳のお婆ちゃんが大腿骨の頸部骨折をしたときに手術をするべきか、うつ病や認知症の症状をもっている80代の人にどう生活指導のアドバイスをしたらいいのか、どのような薬を出したらいいのか、ということが求められています。しかし、大学の教育は基礎研究が中心となっていて、学生もなかなか地域医療というものに関心を持っていない。文部科学省が国立大学の医学部の評価をする時にも、地域医療をやっているかどうかはあまり評価の対象ではないのです。地方分権をしていく中で議論になっていくと思いますが、そういう環境の中で、なかなか現場では求められている医師が育てられていない状況です。

神奈川県医療に関して、心配していることが二つあります。一つはお金がかかることが先行しないかということです。医学部新設の話が出ていますが、既存の大学の中で地域医療に貢献する医師をどのように育てるかという議論もしないで、新設の医学部をつくることの是非だけが議論になってしまうことが疑問です。

日本では地域医療というと、二流の医療だとか、年を取ってからやるものだというイメージがあります。しかし、世界の状況を見ても、臨床だけではなくて、研究をして学会やトップジャーナルに発表して大学でも教えているというような、魅力のある分野になりつつあるので、そういったこともできる指導医を育てることも必要だと思います。

それともう一つは、重粒子線の施設を建設するという話を聞いています。日本に一つもないなら話は別なのですが、高齢化社会に必要な医療は何かと考えたときに、プラ

イオリティを考えるべきではないかと思いません。

また、神奈川県の特徴として、非常に人口の多い県の東部に病院が集中していて、かつ東部は東京に近いので、都内の病院を利用することも可能です。一方で西部は、なかなか県の中で手が届かない問題もあるのではないかと思います。

ですから、県全体として何が必要なのかと考えた場合、県民にも負担のかかるお金のかかることだけではなくて、質の高い家庭医を育成していくような、県全体としてバランスのとれた政策のあり方も検討する必要があるのではないかと思います。

### 黒岩知事

今、本質的な問題を幾つも出されたと思います。日本の医療には、まず教育の方に根っこがあり、地域にどのようなニーズがあるとか、そのためにどういう医療が必要であって、どういう医者を育てなければいけないという話にならないのです。

教育というのは非常に大きな問題の一つかと思うのですが、金澤先生、いかがでしょうか。

### パネリスト：

国際医療福祉大学大学院長 金澤一郎 氏  
(以下、「金澤氏」)



井伊先生が本質的な問題をいろいろお話になったので、もうキーワードは全部出てしまったように思います。今、黒岩知事が指摘した医者の問題だけに絞ってお話をします。

日本の医学教育における特徴は、医学部あるいは医科大学というのは、まず学校があり、病院は後回しということです。欧米がすべて

正しいと思いませんけれども、欧米では、病院がまずあるわけです。非常に優れた病院が医学を教育して、医者を育てます。その中にはベーシックな基礎研究もしたいという人がいて、その人は大学で研究を続ければ良いという形になっているのです。

ですから、そこは今後変えていく必要があるのだらうと思います。これは、国の問題ですから大変難しいですが、いざ緩和されるときが来たら、すぐに対応できるような準備はしておいてほしいと思います。

先ほどからの医者の方質などの問題について、「専門化しすぎる」、「基礎研究を重視しすぎる」というのは非常にもっともだと思います。でも、これも先ほど言った病院主体の医学を教育していない弊害が出ているのだらうと思います。その証拠でもありませんが、医者の評価というのは、例えば大学の教授になる場合、やはり研究論文ということをやられてしまうのです。私はかなり努力をして、臨床の論文、臨床の経験を言ったのですが、なかなかうまく突破できなかった事例が何例かあります。

これからも、臨床の経験のないお医者さんが教授になる危険性がありますので、これをどうするかというのは、いろいろなところで議論していただく必要があると思います。ただ、これを支えていただくのは国民の皆さんだと思っているのです。大学の教授が一番偉いわけではなく、大きな病院の部長さんなどが、患者さんを救うという立派な仕事をなさっているわけで、そういう人たちを大事にするのは、国民の皆さんなのです。

### 黒岩知事

確かに、研究論文をどれだけ出したかで評価されるとなると、一生懸命勉強ばかりするでしょう。地域を一生懸命支えるような医療をしても、その人の医者としてのステータスが上がっていかないような仕組みになっているわけです。北澤さん、いかがでしょうか。

パネリスト：

日経BP社日経メディカル編集委員

北澤京子 氏

(以下、「北澤氏」)



井伊先生のおっしゃったプライマリ・ケアは、まさに今の医療のトピックだと思います。私どもの雑誌でも今年の1月号で「家庭医のススメ」という特集をしました。これはまさに先生方が言われた理由で、今こそプライマリ・ケアあるいは「かかりつけ医」という機能をもっと充実させていくことが重要だということで取り上げました。実際に、今までも地域の開業医の先生方が中心になって、まさに地域医療に取り組みられてきました。その貢献は非常に大なるところがあるのですけれども、私の目から見まして、もっとできることがあるのではないかと、今日は2点だけ付け加えたいと思います。

一つは、私どもは病気にかかったり具合が悪かったりすると、基本的にはどの医療機関でも受診することができます。そのときに何を基準に医療機関を選ぶのか。自分の家の近所だからとか、あるいはテレビで見たことがあるからとか、いろいろな理由があると思います。その医療機関、あるいは個々の医師に対する情報というものがもう少し外に出てきてもいいのではないかと思います。

今は医療機関のホームページや医師のプロフィールを公開している場合も多々ありますが、その先生がどのくらいの診療経験があるのか、どういう領域に強いのか、もう少しそういう情報が分かるようになるのではないかと思います。

それからもう一つは、地域医療、プライマリ・ケアを担うのは医師だけではなく、他の医療従事者も一緒になってやっているのです。

プライマリ・ケアのもう一つのキーワードは、やはり「チーム医療」だと思います。看護師、薬剤師、理学療法士などいろいろな医療専門職が、それぞれの専門性をもって一人の患者さんのケアに当たるとというのが、求められる医療の姿だと思っています。その意味では、訪問看護ステーションや地域の薬局などでも、もっとサービス内容をアピールして、市民に分かりやすくしてもらいたいと思っています。

### 黒岩知事

プライマリ・ケアの話が先ほどからよく出ています。要するに、「具合が悪い」、「最近ちょっと眠れない」と患者さんは症状から訴えるわけです。そこで、いったい何が起きているのかを医者として見つけていくということで、かかりつけ医、家庭医あるいは「総合医」と言ったりしているわけです。

実はそういった能力を持った医者がなかなか育ってこないのが、今の医療の教育です。医学の教育の現場に行きますと、先ほど金澤先生の話にもありましたように、非常に専門化されています。みんな細かい専門性は持っていて、どんどん深く入っていくのだけど、自分の専門の中でのものを見がちなのです。私がそれを感じたのは、平成元年から2年間に渡っての救急医療のキャンペーンをやったときです。当時、救急車で運ばれてくる人の中に、交通事故で重症を負って、さらに元々糖尿病を持っているという人がいるわけです。そのときに専門性ばかり持った先生だけだと、その担当している医者呼んでいううちに患者さんが亡くなってしまふ。具合が悪くなくても、命の危機を脱するために横断的に診療できるという専門性を持った医者が非常に少ないという問題がありました。緊急対応において、人間の体を全体的に診られる医者を育てる世界がなかなかなかったのです。

今のプライマリ・ケアと言っているのは、緊急事態でなくても、人間の体全体を診て、全体のことが分かる専門性のある医者がなかなか育たないということです。私が「いのち輝く」という言い方をいつもしているのは、実はそういうことです。「いのち」全体を診る

ということが必要で、ドクターの皆さんに対しても、「いのち診ていますか」と言っています。「この病気について、自分の専門の中だけで診ているのではないですか。それじゃいけないでしょう。」と言っているつもりですが、金澤先生、このあたりいかがでしょうか。

## 金澤氏

これは医者だけでこうなったのではないのです。患者さんたちも求めているということと、同時に御理解いただかないといけないのです。例えば、看板に「循環器内科専門」などと専門化しておかないと、なかなかおいでいただけない。

今、お三方からプライマリ・ケアとか総合医の大事さの発言がありました。もちろん私自身を思い出しても、卒業して7～8年は総合医だったつもりです。何でも診ておりましたし、たぶん今でも少しは診られるだろうと思います。ただそれを患者さんは認めてくれないだけだと思うのです。そういうものが大事だというのは誰もが否定しないが、いざ医療の現場になりますと、「何でも診られる人って、何も診られないのではないか」というように言われかねない。今の世の中、本当に、専門家指向の現状です。その中でも、総合医を目指す人たちが本当に頑張ってくれていますが、彼らの本当の悩みは、自分たちはこのままやっていけるのだろうか、という思いです。つまり、育てていただく患者さんたちがうまくついてきてくださっていないという思いなのです。

そこで、かかりつけ医という話が出てくるのです。総合医とかかりつけ医は別なのです。なぜかと言いますと、かかりつけ医というのは、あくまでも患者さんの側の問題なのです。患者さんがいつもかかる、あるいは何でも相談できるお医者さんという意味なのです。

ところが、総合医とか総合診療医というのは医者の側の話なのです。何でも診療し、プライマリ・ケア医療もする医者のことです。

ですから、かかりつけ医というのが大事だと私は思っていて、一番大事なのは健康相談

です。自分にちょっと普段と違うことがあったときに、すぐ相談でき、そこで解決できなければ、他の病院、または専門医を紹介してもらえればいいのです。かかりつけ医というのは、眼科、耳鼻科、産科でもいいと思っているのです。お医者さんというのは全体を診ておりますので、それぐらいのサジェスションをして差し上げられると思っています。

そういう意味から、かかりつけ医というのは、先ほど北澤さんがおっしゃった、自分の住んでいるところにすぐ近いところで、いつもいてくれる人、つまり「利便性」、それと自分の体をずっと診続けてくれる人、つまり「時間的な継続性」、さらに、最初に診てまず判断してもらおうプライマリ・ケアの要素、つまり「一次医療の要素」、そしていざとなったら「専門医に紹介をしてくれる」、これら四つの機能を持つのがかかりつけ医、というのが私の定義です。

総合医というのは、あくまでも全体を診ることができるお医者さん、あるレベル以上の医療をきちんとやることのできるお医者さんです。ですから今、厚労省でも、「『総合医の大事さ』と『専門医』というのはいったい今後どうあるべきなのか」ということや「かかりつけ医との関係は」というようなことを議論しています。日本医学会会長の高久史磨先生が座長を、私が副座長をしているのですが、そこでまとめています。先ほどお話がありました、家庭医は仕事の間なのです。ですから、それぞれが似たようであって少しずつ違うのです。その辺をあまり混同しないで、はっきり分かって使いましょうという提案になっていくだろうと思っています。

## 黒岩知事

今話を聞いていますと、昔は、引きつけを起こした子どもを抱えてお母さんが病院に飛び込むということがありました。その先生が何科だか分からないけど、とにかく診てもらいました。あれが要するにかかりつけ医のことです。

昔の開業医の先生というのは割と立派な一戸建てに住まわっていて、そこに駆け込めば



いつでもいらっしやいました。最近病院を辞めて開業する先生が多いのだけれども、ビルで開業するため、看板はかかっているけど夜はなくなってしまう。本来開業の医者なら、かかりつけ医になってもらえるはずなのに、そうはなっていません。

### 北澤氏

子どものときどうだったかと考えると、いわゆるかかりつけ医がおられたという方が多いと思うのですが、黒岩知事も言われたように、今は、夜そこには住んでいない開業医の方も大勢います。開業にお金がかかるとか、この地域はこの科が足りないから開業するといいいとか、いろいろな事情もあるのですけれども、それだと急なときに往診をしてもらえないということになります。

やっぱり今必要とされているのは、地域の医療を本当に担える医師の方、それと付随して先ほども言ったようなチーム医療、医師を中心にあるいは医師と協力しながら、ケアが必要な人にはケアを提供し、薬の服薬指導が必要な方にはそれをするというような、そういうスタイルになっていけばいいのではないかと考えています。

特に都市部では、何階は何科、何階は何科となっていて、一階にまとめて薬局が入るタイプのクリニックビルがあるのですが、そういったところで、本当に、今議論しているようなプライマリ・ケアが担えるのかというような疑問はあります。

必要とされているのは、もう少し地域の住民の方々が本当に頼りになる先生かなと常々思っています。

### 黒岩知事

井伊さん、このあたりいかがですか。

### 井伊氏

私は経済学者ですから特に思うのですが、日本では医療費が毎年増えて大変だ、予防が大切だ、等と言われてはいますが、実は医療費を抑制するインセンティブはほとんどどこにもないのです。病院というのは、あま

り品がいい言い方ではないのですが、診療所にしても病院にしても、皆さんが本当に健康になって医療機関にかからなくなってしまうと成り立たない制度なのです。

先ほど、世界の医療制度改革ではプライマリ・ケアの改革が主流だと申しましたが、そのときには質のいい家庭医を育てるだけではなくて、支払制度も変えてきています。例えばオランダやイギリスなどは、家庭医として登録すると、一人の家庭医が2,300人ぐらいの地域住民を担当します。そうすると、地域住民の人たちが病院に来て来なくても一人当たりいくらかの予算が入るようになっていて、予防接種のようにできるだけ来てもらわなければいけないものは出来高払制度にしています。そのあたりの支払制度の仕組みについて、質のコントロールをする非常にいいインセンティブができていて、医学教育の改革だけではなく、支払制度、保険制度の改革も両輪になってうまくいっています。

日本では、イギリスの医療はあまり良い評判はないのですが、私はそのように思いません。日本のように検査が気軽に受けられる国から比べると、もっと検査してくれたらいいのにと、イギリスの医療制度は過小評価される傾向にあります。

また、台湾では日本よりも早いスピードで高齢化が進んでおり、このままの出来高払い制では無理だということで、2003年から特区として住民が選べるかたちで、支払制度を含めた家庭医制度改革を行っています。今8年たったところで、7%の住民が家庭医制度でカバーされているようです。それを徐々に増やして、最終的には全国民がカバーされるようにしたいという話を聞いています。

医療改革といったとき、医療というのは最初に金澤先生が御説明されたように、病院の成り立ちや歴史、文化が違いますので、台湾でうまくいったから日本でもうまくいくとはもちろんいかないのですが、プライマリ・ケアの改革に関しては参考になると思います。

### 黒岩知事

ありがとうございます。金澤先生、どうでしょうか。

#### 金澤氏

今の話にちょっと追加で、確かに過去には出来高払いだったのです。つまり、お医者さんの手術がうまくいなくて、後々尾を引いて長引けば長引くほど、収入が多くなるという非常に変な制度ではありました。今は変わってDPC制度という、この病気であればこの範囲内の診療費しか払わないという制度になってきていますから、かなり改善されたようです。

#### 井伊氏

プライマリ・ケアに関してはまだまだですが。

#### 金澤氏

プライマリ・ケアは、全体からみれば割合は少ないですね。

それから、人頭払い制度は、今の日本ではかなり難しいと思いますので、むしろ、先ほど言いましたかかりつけ医を自然発生的に盛り上げていっていただいて、事実上、人頭払い制度に近い形をまずは作らないとどうしようもないのではないかと思います。

医療のグランドデザインの中間とりまとめの際に、県民の意識調査を実施したところ、「かかりつけ医をお持ちか」という問いかけに対して、約5割弱くらいの方から「かかりつけ医を持っている」と回答がありました。これは非常に考えさせられる数字で、この質問をいろいろなところで聞きますと、8割くらいがかかりつけ医を持っているというのです。そして、かかりつけ医を持っている人に聞くと、お腹の専門医、循環器の専門医等10人くらい持っていると言うのです。そうしたことを考えると、5割弱というのは非常に正直なのではないかと思います。

そこで、先ほどの話に追加ですが、かかりつけ医というのは、私の感覚では患者さんが、あるいは家族の方がお選びになるものです。決して医師会や厚労省が薦めるわけでもないのです。もしも薦める人がいるのだとすると、

これは県民の、あるいは市民の健康を守る責任を持っている県知事とか市長さんとか、そういう方々だろうと思っています。

#### 黒岩知事

北澤さんから何度も提起されている問題ですが、要するに医師以外の様々な医療関連職種、この人達とも連携していくことが大事だと思います。医療のグランドデザインの中でも、連携・協働・自律の医療の推進ということを全面的に掲げているわけです。このイメージでは、かかりつけ医の医師はとても大事ですが、医師だけではなかなか手が回りません。様々な医療関連職種との連携について、北澤さん、もう少し具体的にお話していただけますか。

#### 北澤氏

医療あるいはケアを提供するのに医師だけでは無理だというのは、かなり多くの方が実感されていることではないかと思います。人口の高齢化と密接な関係があります。年を取ってくると、いろいろなところが悪くなってきたり、生活する上でも不自由なところが出てきたりしますので、何でも病気の専門家である医師にお任せするのではなく、看護、薬、リハビリ、いろんな専門家の力が要るわけです。そして、そうすることによって、ご本人もより快適に過ごせるようになると思います。

ですから、医療と介護を一体化させているいろいろな専門家が一人の患者さん、あるいは一人ひとりの市民をケアしていくというイメージが今後ますます大事になってくると思います。

今、医師しかできなかった仕事の一部を、医師の指示があれば看護師ができるようにしようという動きが進んでいます。私は、これはもっと進めていいと思いますし、実際できる方は多いと思います。そのための認証制度の議論なども進んでいます。医師は医師しかできないことにもっと特化してもらって、その他のことは看護師や薬剤師などの医療スタッフの方が分担してやれるようになれば、患者さんが増えていく中で、コストを抑

えながら医療を皆に提供することはできなくなっていくと思います。

### 黒岩知事

これこそ、まさに中央集権的な医療のある種の典型で、一番大きな問題の一つだと思っています。日本の医療というのは、いろいろな職種の人がいるのですが、全部が医師の指示の下に動くということになっています。逆に言えば医師の指示の下でなければ動けないということになっているわけです。それぞれの専門性を持った医療関連職種であっても、医師が全部指示を出すということなのです。それで足りればいいのですが、現状では、とても手が届かないだろうと思います。

皆さんにお配りしている資料1の裏面にある神奈川県の人口ピラミッドを見てください。1970年はきれいなピラミッドのような形をしておりまして。それが、2050年には、まさに逆ピラミッドという形になると考えられています。ということは、1970年代のやり方で、これから先の医療は絶対支えられないのです。

医師だけでは、これだけ高齢者が増えてきた中で、それを支えることは絶対に不可能です。そうすると、医療において様々な専門性を持った人たちはそれぞれの専門性を活かしながら、うまく連携、協働、自律していくことが必要だろうということを、まさに「神奈川モデル」として示したいと思っていますのです。

例えば、薬剤師は薬の専門家ですので、もっと患者さんに寄り添い、自分の薬の専門性を活かしていただきたいです。開業している薬局で、その薬剤師に細かな症状を伝えて薬を処方してもらうことも良いのではないのでしょうか。これは、ある種診療行為に非常に近いです。

そういうことが少し始まっています。例えば、訪問薬剤師がたくさん薬を持っている高齢者に対して、症状を聞きながら、薬の要不要をアドバイスしています。それは勝手にはできないので、情報をドクターに伝えて、処方箋を書き直してもらうことになります。まさに薬の専門性を活かした連携ですが、こう

したことがもっと必要なのではないかと思います。金澤先生、いかがでしょうか。

### 金澤氏

おっしゃるとおりですが、現実のことを言いますと、国の規制は確かにすごいのです。ALSという、運動が全然できなくなってしまう病気があります。その患者さんは呼吸器をつけておられて、痰を吸引できるのは医者だけでしたが、看護師もやっと吸引できるようになったのです。しかし、現場ではヘルパーが看護師を呼んで吸引してもらおうということがたくさんあったので、今度は「ヘルパーが吸引できないか」となったのです。

それで、私は当時、神経学会の理事長をやっていたので、厚労省あてに介護士にもある程度の訓練を受けた上で吸引できるように認めてほしいと提出したところ、大変お叱りを受けたことがあります。

ただ、私は介護士にもある程度の訓練を受けて、やれることはやってもらいたいと思います。今のことに限らず、薬剤、リハビリテーションも同じです。PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）とあらゆる職種はあるけれども、全て「医者の指導の下に」ということになっています。

それは、どこかですり合わせが必要な場面はあるでしょうし、意見が違うことは起こると思います。しかし、それは患者さんのためということで、話し合っって良い方向に持って行けばいいだけの話だと思います。

### 黒岩知事

まさに私はヘルパーが痰の吸引をできるよう検討する会のメンバーだったのです。ALSの患者さんは、病気が進行すると目の動きくらいしかできなくなってしまうので、30分に1回ずつ痰の吸引をしなければいけないのです。この痰の吸引が医療行為だというのがポイントなのです。だから、法の上では、医師と看護職員のみのもので、ヘルパーは駄目だとされていましたが、不思議なことに、家族が吸引するのは良いのです。でも、家族が30分に1回ずつ、夜中も痰の吸引をやったら

大変です。だから夜はヘルパーさんにやってもらおうすると、それは駄目だという話でした。この話をまとめるのに、どれくらい時間がかかったことか、何とか半歩前に行きましたけれど。つまり、規制とはこんなことが圧倒的に多いのです。何のために規制をしているのかということですが、このようなことを打ち破っていく中で、地方からできることがあるのではないかと思います。井伊さん、いかがですか。

### 井伊氏

私も内閣府の地方分権改革推進委員会の委員をしていて、本当に多くの規制があると感じてきましたが、経済学者として財政の面で申し上げたいことがあります。地方分権がなぜうまくいかないのか。石原さんは何度も強調しておっしゃっていましたが、「負担との兼ね合いで行政サービスを選択していくこと」が地方分権です、地方自治の基礎です。地方分権の議論でそこが共有されていないので、みんな何となく分かっているのだけれども、議論するとどうしてもその話がどこかに行ってしまっているので、なかなか地方分権が進まないのだと思っています。

地方分権や地方自治を議論するとき、財源というのは地方交付税や補助金、交付金だけではありません。日本はどうしても地方格差がありますので、財政の調整をすることは必要ですけれども、地方は自分達のお金で行政サービスを賄うということが基本です。自分達のお金とは住民税と固定資産税のことです。ですから、病院が欲しいですかと聞くと、欲しいと皆言います。その時に、では住民税を3倍にするけれども病院を欲しいですか、医学部が欲しいですかといった議論に、本来であればならなければいけないのです。それがまさにアメリカだ、といった話が先ほど石原さんからありました。

そういった議論が日本ではできていなくて、欲しいか欲しくないか、必要か必要ではないかという話が、財源と切り離されてされるところに、地方分権がなかなか進まない理由があるのではないかと思います。

もちろん、おかしな規制がたくさんあるのも事実ですが、その規制をなくしたときに、地方が自由に何でもやりたい放題できるかという、そうではありません。その時には国からの財源は期待できないので、財源を自分達で確保しなければならないのです。今、消費税の増税が議論になっていますけれども、地方消費税は何%なのか御存知でしょうか。5%の消費税の中で、1%が地方消費税です。それから、4%の国税の中で、その30%近くが交付税の原資になっていますので、今、私達が払っている消費税の44%、つまり半分近くは実は地方に行っているのです。

そういう話を私達はほとんど知らない。消費税を一生懸命国が上げると、自然に地方の方に流れてくるということなのです。地方財政の話は複雑なので、理解しにくいのですが、やはり財源のことにも関心を持っていただいて、地方分権とは国からの援助がなかなか受けられなくなる、なかなか重いものなのだという心にとめておかなければいけないと思っています。

### 黒岩知事

超高齢社会を迎えていく中で、あれもこれも医療に求めるのは無理なのです。こういう議論をする中で、アクセス、コスト、クオリティという話があります。アクセスというのは、医療機関にどれだけ近いか、コストはお金、クオリティは質です。この三つ全部は無理ですから、二つ選ぶという発想をしなければ、これからの医療は支えられないという話です。そうすると、医療費は仕方がないという人がいれば、質は良く近くにあるが、その代わり高いとなります。それでも良いと言うのか、やっぱり医療費が高いのは嫌だなとなれば、少し遠くてもいいから、質が良くリーズナブルな病院が欲しいというような話になります。これを選択していかなくてはならないだろうということです。

そうしたとき、連携、協働、自律の医療と言っている中では、患者側と医療提供者側が分かれて議論しても解決しないです。つまり、患者も住民ですから、住民も一緒になって、

自分達の医療のあり方はどういうものか、医療者とともに考えていかなければいけないのです。今の財源の問題についても、パイは限られているわけですから、それを有効に使うという中で、ともに考え、ともに作っていくという発想が必要です。そのためには、地域が主体となってやっていく医療の形、これが必要だと私は思っています。このあたり、北澤さん、いかがですか。

#### 北澤氏

まさにそのとおりだと常々感じています。日本の医療は、国際的に比較すると、比較的低コストで、かつアクセスは非常にいい。その代わりクオリティが見えにくいという特徴のある医療制度ではないかと思いますが、これからはやっぱりクオリティも求められます。今、私達はどの医療機関でも、どの科でも、あるいは、どんな専門医にでもかかれるわけです。けれども、先ほど議論のあった家庭医の制度の中で、家庭医にいったん診てもらって、その紹介で専門医にかかるという、患者側からすれば、いったん家庭医に診てもらわなくては専門医にかかれないというアクセスがやや制限されるような医療制度をもっている国もたくさんあります。三つ全部を満たすのは難しいということであれば、少しアクセスを我慢しても、クオリティを高め、かつコストがあまりかかりすぎないようにするという選択もあるのではないかと思います。

その前提となるのが、前半で議論のあった家庭医の問題で、地域にそれぞれ良い家庭医がいれば、その制度でもむしろ、そこで地域医療、プライマリ・ケアで効率的に対処して、万一の時には本当に専門医にかかれるという仕組みにしていけばいいのではないかと思います。

#### 黒岩知事

医療者と患者・住民が、ある種敵対的な関係になると、良い医療は絶対にできません。患者がこの医者はひょっとしたらミスをするのではないかとというような目で見ていると、医者は余計なことはしないでおこうとするた

め、医療はさらに萎縮し、良い医療は実現できません。自分たちの地域の中の医療はどうあるべきなのか、一緒に作っていくことが一番大事なことだと思うのですが、金澤さん、いかがですか。

#### 金澤氏

全くその通りです。医者も人間ですから、不信な目でずっと見ていられたら緊張します。

自分たちの身の回りのことを考えてみても、やはり良い関係がないとなかなか良いことができにくいのも事実です。医療における、良い関係とは、医者が患者さんに分かりやすい言葉でお話することです。これがうまくいっていないケースが確かにあります。

それと、今は医者任せっきりというのは少なくなったとはいえ、「やっぱり、分からないから任せる」と言われてしまって、話をあまりよく聞いていただけない場合もあるのです。ですから、まだまだお互いに改善の余地があるのですけれども、最も大事なものは、やはり人間としての信頼関係だと思います。先ほどの北澤さんのお話は、おそらく治療成績なども含めて情報開示が大事だということをおっしゃったのだと思うのですが、例えば、手術成績には疑問がないわけではないのです。なぜかと言いますと、うまくいく人だけ選んでやっている可能性があるのです。ですから、数字だけを相手にしないで、医者と話をしてみることです。話をすると、大体人柄が分かります。それともう一つ大事なものは、患者さんたちの評判です。これは、そのお医者さんにかかった人の話を聞くのがいいことだと思います。そういう形で医者がセレクトされる時代に入っているのだらうと思っています。

#### 黒岩知事

ここで、せっかく会場にいらっしゃった皆さんに、御意見、御質問を伺います。

#### 質問者A

地域主権には賛成ですが、医療にそれを適用した場合、地域間格差が生まれるのではないかと、せっかく国民皆保険という良い制度が

あるのに、その効果が薄まってしまうのではないかと心配しています。そのあたりをどう考えていいのか教えてください。

#### 黒岩知事

地域主権の話をするとき、格差はいけないということになると、全国一律に同じようにしようとなってしまうのです。要するに地域が工夫して、すばらしいモデルが出てきたというように競い合えば良いのです。その代わりに、負けないようにみんなで力を合わせていけば、もっといいものができます、競い合ってどんどんいいものにしていきましょうと、そういうイメージで捉えております。

#### 金澤氏

実際に東京都23区の中では、難治性疾患に対する福祉的な施策が区によって違うのです。そうしますと、やむを得ず、非常によく取り組んでいる区に患者さんが移動します。ある意味差が出るのは仕方がないのかもしれない。

#### 黒岩知事

ただ、全部が競争でいいわけではないと思います。やっぱり財政的に豊かなところもあれば弱いところもありますので、ある程度の調整は必要でしょう。私は全部が自由競争でいいと言っているわけではなく、ある程度の競争部分は残しておいたほうがいいのではないかとという意味で言っているのです。いろいろな工夫ができるところに、創意工夫で良いものを作っていき動きに対しては、もっともっと支援し、認めていく方向性が大事かなと思っています。

#### 質問者B

家庭医のお話について良いと思いました。ある程度の規模でやっているまちづくりに、行政が多少こういう話を持っていけば、かなり広がるのではないかと思います。私は、高齢者の支援等をまちづくりで最近やっておりますが、行政と地域がお互いにもっと協働していった方がいいのではないかと思います。

多少最近では、福祉の分野では協働は進んでいますがけれども、知事が言われる医療分野にもっと県も取り組めば、まちづくりの中に溶け込んでいくのではないかと思います。

#### 黒岩知事

非常に重要なポイントをおっしゃっていると思います。まちづくりの発想は、自分たちのまちをどんなまちにしようかということです。

例えば、せっかく駅前にクリニックが並んでいるのに、夜になったら帰ってしまうお医者さんに、夜はこんなかたちで診療してもらおうと地域で工夫して、そのお医者さんを有効活用していくような仕組みを一緒に作ってもいいかもしれないです。そういった意味で地域主権の医療のあり方を言っているのです。

先ほど、石原さんの話にもありましたが、財政状況がものすごく厳しいのです。さらに、超高齢化社会としてどんどん進んでいますので、そんな中でどうするかといったときに、今までだったら、お金をたくさん使っているいろいろな整備をすることができたかもしれませんが、今はそれができません。できないけれども絶対に必要なわけで、その時にやっぱり知恵を出しあって地域でしっかりとどんなまちにしていけば一番良いのかということ、皆が納得して作っていくことが必要です。そのための場作りであるとか知恵を出すことに関して、行政は積極的にやっていきます。

#### 質問者C

今テレビで流れているコマーシャルで、ある田舎にお医者さんがやってきて、田舎の人たちに信頼されている。ところが役所の人に来て、あなたは許可を持っていますかと聞かれ、許可がなかったため帰ってしまう。その時に、田舎の人達が「ありがとう」って横断幕を掲げて非常に感謝するというものです。

こういうコマーシャルを今流しているということは、今の日本の医療制度にはこういう問題があるのではないかとことを表しているのではないのでしょうか。どう思われますか。

か。

### 金澤氏

そうした医療行為を良いということにしてしまうと、混乱するかもしれません。

### 黒岩知事

それにちょっと似たようなことで、統合医療の話です。漢方やカイロプラクティック、はり・灸・あんま、マッサージなどを全部統合的にやりましょうという、医学の中の大きな動きがあります。その中で、資格というと医師国家資格はあるけれども、他の業種については、資格がある人もいれば、資格がない人たちもたくさんいるわけです。それをどうするかという話があって、効能について賛否両論があり、非常に大きな課題になっているのです。

きちっとした統合医療のかたちでやっていけば、患者の本当の「いのち」に向き合うような医療ができあがっていくのではないかと思います。いろいろな要素があり、整理が難しいことは間違いないです。

### 質問者D

地域主権では住民の意思を反映すべきだという話がありましたが、神奈川県としては、県下の市町村について、県と市、住民という区割りの中で、市町村はどういった役割、立場を担っていくべきとお考えか、教えてください。

### 黒岩知事

今日は基本的に地域主権のフォーラムですから、そのあたりが大事なポイントだと思います。地域と言ったときに、身近な住民サービスを市町村が担うべきだということは正しいと思います。その中で私がこの問題を考えるとき一番大事なポイントは住民の意思、住民の皆さんがどう思っているかが一番大事だと思います。

大阪では、政令指定都市と府の二重行政の解消策として都構想が提案されました。神奈川も、横浜・川崎・相模原と大きな政令指定

都市が三つあるので、同じことはないのかと聞かれたときに、私がいつも基準にしているのは、そこに住んでいらっしゃる住民の意思です。これが一番大事だと思います。

地域分権、地方分権という言葉でなんとなくジャーナリスト時代からストンと落ちない気持ちを持っていた部分がありました。地方分権と言ったときに、住民にとってどういう意味があるのかという議論があまりなされていないのではないか、国の権限を知事に移してほしいという話をしているのかと思うことが結構ありました。それはあまり意味がなく、地域の住民がこういう形であるべきということが一番の中心であると思います。大阪では、府と市で二重行政をやっているのはおかしいという気持ちが盛り上がったから、あの選択をしたのではないのでしょうか。

神奈川でも、政令指定都市という問題ではいろいろあるけれども、横浜市民が神奈川県横浜市ということに対してたまに嫌だという思いが高まったときは新たな選択をする時だと思います。しかし、今どうですか。そんな機運はあるのでしょうか。

大阪の問題と神奈川の問題とは全然違うなと思ったのは、大阪の橋下市長が選挙終了後に、「これをもって大阪府と大阪市の百年戦争は終わりを遂げた」と言いました。少なくとも私の実感の中で、神奈川県と横浜市で百年戦争をしている気持ちは全くなく、横浜市長や川崎市長、相模原市長とは良い関係です。県と市町村長がどういう関係かということ、私は総合プロデューサーで、市町村長の皆さんは監督です。監督が決めて行動し、私は総合プロデューサーとして、監督が仕事をしやすいようにいろいろなことに配慮する、それが私の仕事だと思って実際やっています。

そうすると、棲み分けという形で非常にうまくいっています。こういう形の県と政令指定都市のあり方、市町村のあり方を地域主権における「神奈川モデル」として作りたいと思っています。

その中で、具体的話として医療の問題を取り上げ、地域でみんなが工夫しながら、我がまの医療の質を向上し、それらの情報を共

有しながら神奈川全体の医療の質を高めて行きたいというのが、私の考えている地域主権の医療のイメージです。

#### 質問者E

私は市に小児医療、中学卒業まで窓口負担ゼロ、公費負担でということをご提案したところ、市からはそうしたことは国が見るべきで、市から国へ小児医療無料の件について陳情しているところですよという回答を得ました。

40年後には二人に一人が65歳以上という恐ろしいデータが出ている中で、痰の吸引も大変な問題だと思うのですが、今、若者たちが子どもを産むということに非常に縮こまってきているという心理状況、これを打破しない限り未来はないのではないかと思います。中央集権でも地方分権でもいいと思うのですが、この問題をどのように解決すればいいのか、お答えをいただきたいです。

#### 黒岩知事

先ほど人口のピラミッドを見ていただきましたが、これが現実です。これをどのようにすればいいのでしょうか。今の小児医療費を無料にすることは、財政的には大変かも知れないけれど、長期的投資という意味では、それが一つの方策になるのかも知れないです。そういうことも含めてどうあるべきなのかを考えることが第一であって、地域主権の形がどうあるかが先にあり、施策が後からついてくるということでは、私はないと思っています。ですから、住民のニーズ、どういう選択をするのか、我々自分たちで決めていくということは、民主主義の基本だと思います。

議論は尽きませんが、今は地域主権を考えるには、非常にタイムリーな時です。自分たちのまちはどうあるべきなのか、自分たちの医療はどうあるべきなのかを考えていくことが大事で、そういう形で私もこれから神奈川県政を一生懸命進めてまいりたいと思っています。

パネリストの皆さん、今日はどうもありがとうございました。



# 医療分野における国の規制例

**地域の実情に応じた医療モデルを構築するためには、地域のことは地域で決められるようにすることが必要です。**

**しかし、医療分野では、例えば、以下のような国の規制が設けられており、地域の実情に応じた医療の提供が難しくなる場合があります。**

## 1 病床規制

- ・地域ごとに望ましい病床数(基準病床数)は医療法などに基づき全国一律の算定方法が定められている。
- ・救急、周産期、小児等の政策医療に必要な病床が不足している場合には、厚生労働大臣の同意を得て病床を増やすことができるが、同意を得るまで時間を要する。

## 2 医師の養成

- ・大学医学部の定員は文部科学省が定めており、近年、既設医学部の定員増がなされている。しかし、地域における医師養成数の偏在は解消されおらず、格差拡大の懸念もある。
- ・医師を短期間に養成するのは不可能であり、現在、限定的に定員増で対応しており、医師不足が顕著な都道府県が医学部を新設しようとしても、現行制度ではできない。

## 3 病院従業者の配置

- ・一つの病院に薬剤師、看護師など特定の病院従事者を何人配置するかの基準は都道府県の条例で定めることができる。
- ・しかし、その基準は予め国が定める基準に従うべきことが法律で定められており、実質的に都道府県が決めることはできない。

## 4 医療従事者の職域

- ・医療の高度化、専門化、複雑化などにより、看護師や薬剤師など、各職種の専門性の更なる活用や職域拡大が求められている。
- ・しかし、職種によって実施可能な行為が法律で一律に規定されていたり、実施可能な行為が不明確であるなど、各職種が十分に活用されていないことが課題である。

# <参考 神奈川県の人人口ピラミッド>

図1 1970（昭和45）年 総人口 574万人

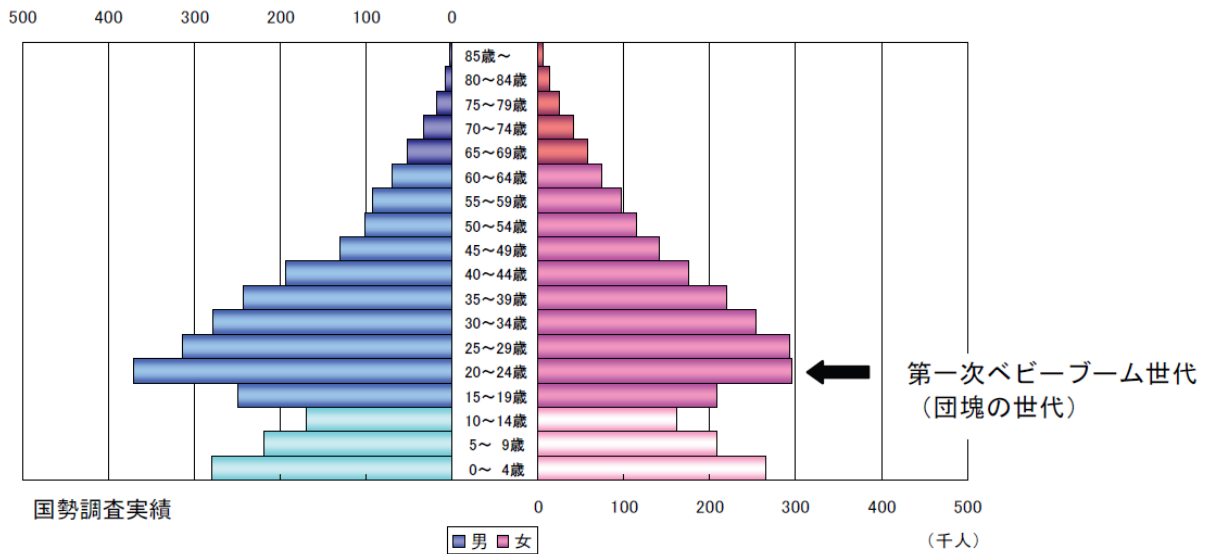


図2 2010（平成22）年 総人口 905万人

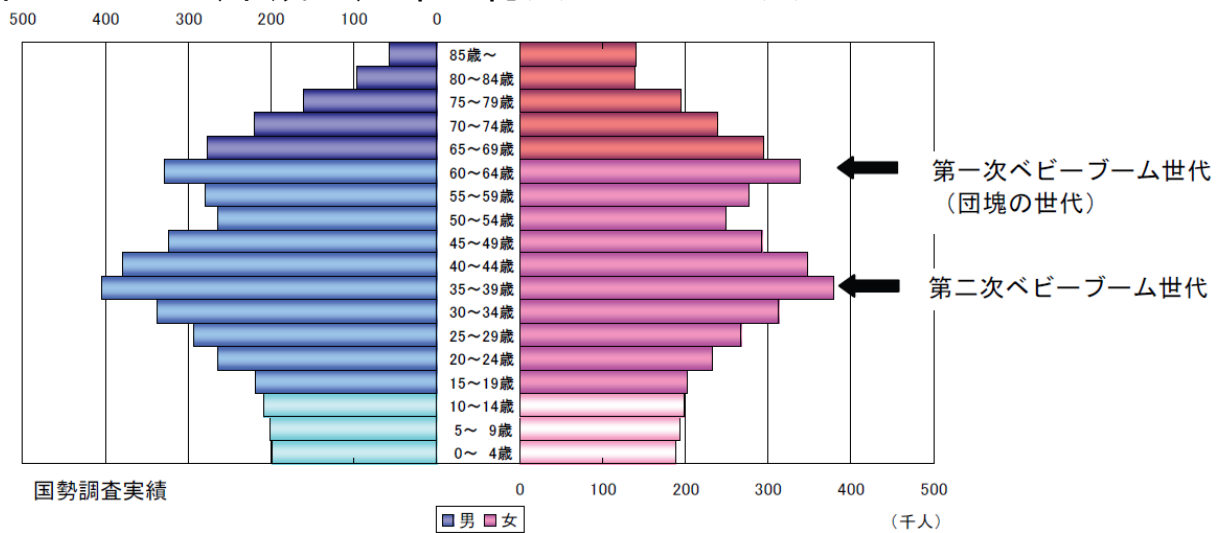
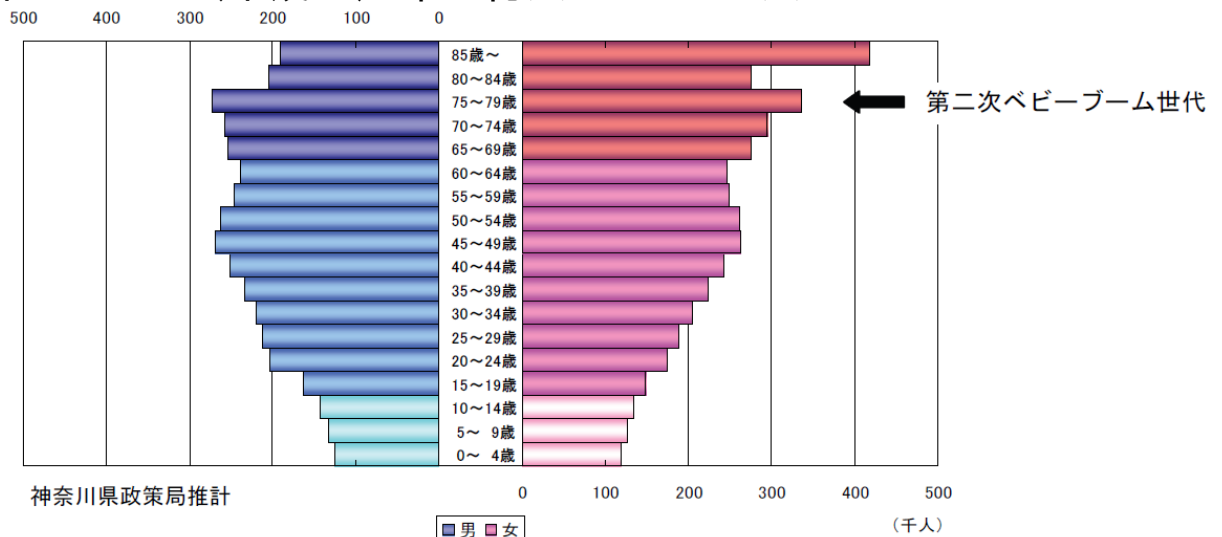


図3 2050（平成62）年 総人口 806万人



出典: かながわグランドデザイン(仮称) 基本構想編 素案(案)

# 「医療のグランドデザイン・中間とりまとめ」 の概要

神奈川県では、県の医療施策推進の基本理念と、将来のあるべき姿を示し、現在の課題と課題解決の方向性を明らかにするため、「医療のグランドデザイン」の策定に向けた検討を進めています。

検討は、「地域に根ざした医療」、「開かれた医療と透明性の確保」及び「病気にならない取組みの推進（健康づくりの推進）」の3つの視点から、それぞれテーマを設定して進め、平成23年12月に「中間とりまとめ」を行いました。以下はその概要です。

## 1 目指すべき医療の姿

「医療の先進県・マグネットかながわ」

医療の先進県として、住民や医療従事者を引きつけ、相互に理解し、みんなでつなぐ、「いのち」輝く神奈川県

## 2 目指すべき医療の姿の実現に向けて推進する主な取組み

検討の視点	目標	項目	主な取組み
地域に根ざした医療	効率的で切れ目のない安全な医療提供体制の構築	救急医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二次保健医療圏(※1)ごとの重点的な取組み</li> <li>・救命率向上の取組み</li> <li>・特殊救急の取組み</li> <li>・精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組み</li> <li>・高齢者救急の取組み</li> </ul>
		医療資源の適正配置・地域偏在是正	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二次保健医療圏ごとの方向性と公立・公的医療機関の役割</li> <li>・病床規制への対応</li> <li>・「かかりつけ医」や「総合医」の重要性</li> </ul>
		医療と介護の連携・在宅医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設間の連携</li> <li>・効率的な在宅医療提供体制の整備</li> <li>・地域医療連携クリティカルパス(※2)の介護への導入</li> <li>・有床診療所の活用</li> <li>・認知症対策</li> <li>・重症心身障害児等への対策</li> <li>・最終末期治療の自己決定</li> </ul>
		災害時医療体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時医療体制の見直し</li> </ul>

検討の視点	目標	項目	主な取組み
地域に根ざした医療(続き)	連携・協働・自律の医療の推進	医師の養成・確保	・医師養成の方法 ・短期的な対応策
		看護師等医療人材の養成・確保	・医療人材確保の方向性 ・看護職員の確保への取組み ・薬剤師の確保への取組み
		職種間連携、職域拡大、チーム医療推進	・チーム医療(※3)推進の方向性 ・チーム医療推進に向けた取組み ・職域拡大への対応
		県民の医療に対する理解と参画の促進	・県民の医療に対する理解と参画促進の必要性 ・学校教育における取組み ・不要不急の受診抑制に対する取組み ・病院と地域住民の相互理解を深める取組み
開かれた医療と透明性の確保	医療情報の共有化・オープン化	ICTを活用した医療情報の医療提供施設・患者間の共有とセルフケアの推進	・「マイカルテ」(※4)導入の推進
	治療の選択肢の多様化	西洋医学と東洋医学の連携などによる治療の選択肢の多様化	・東洋医学の理解促進、普及啓発 ・国際戦略総合特区(※5)の取組み
病気になる前の取組みの推進	健康寿命の延伸	未病(※6)を治す取組み	・医食農同源の取組み ・食生活改善、食育の取組み
		予防接種の促進	・予防接種の啓発・勧奨の取組み ・定期的な協議の場の検討

(※1)二次保健医療圏・・・一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取組みを行うために市区町村域を超えて設定する圏域のこと。

なお、「一次保健医療圏」は、初期医療を提供していくための最も基礎的な地域単位であり、市区町村を区域としている。

また、「三次保健医療圏」は、高度・特殊な専門的医療や広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するために設ける圏域で、県全域を範囲としている。

(※2)地域医療連携クリティカルパス・・・急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるもの。

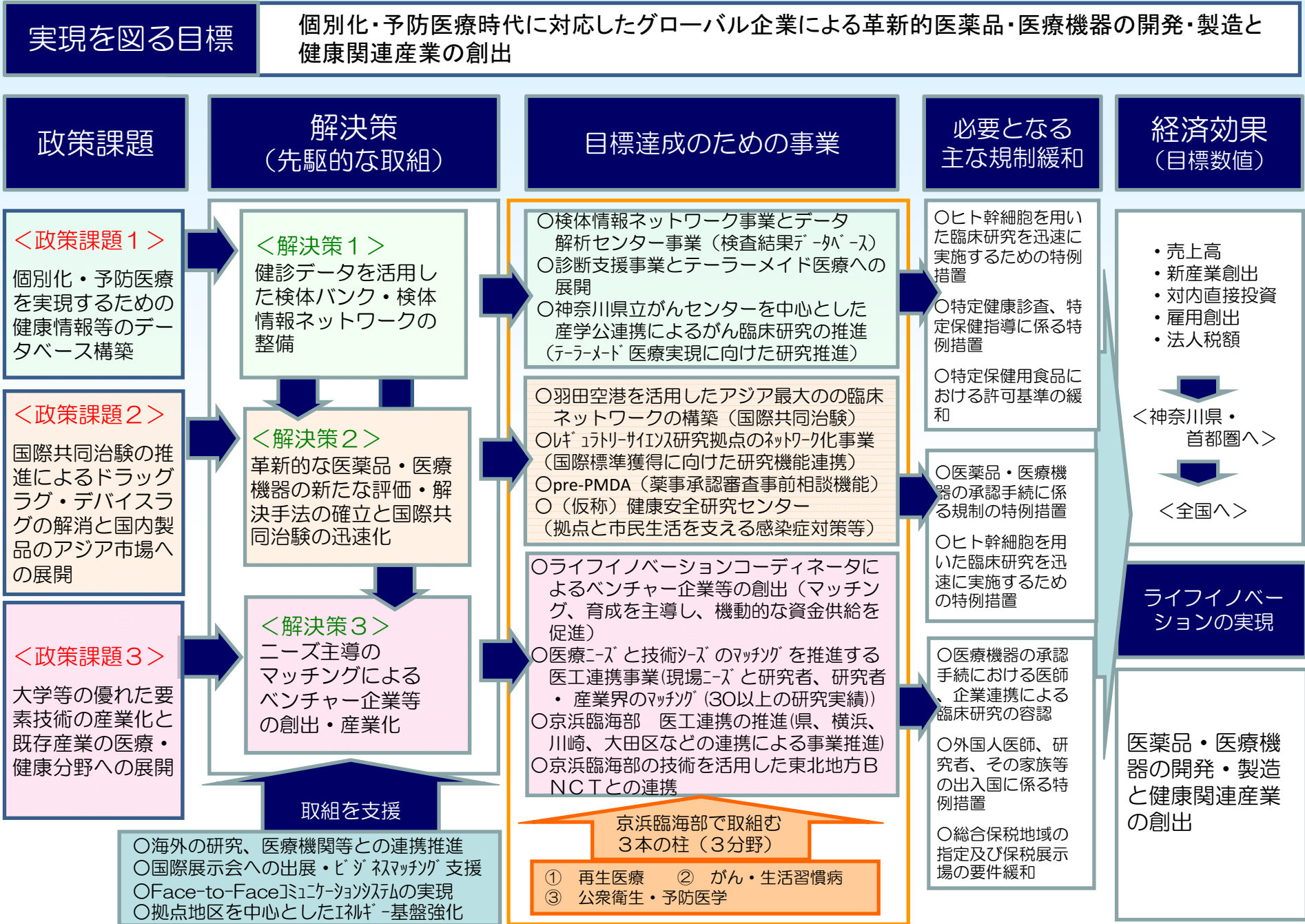
(※3)チーム医療・・・一般的に、医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することをいう。

(※4)マイカルテ・・・ここでは、情報通信技術を活用した医療情報の共有方法として、各個人が受診する医療提供施設等の自己医療情報を携帯電話等で閲覧できるものを指す。

(※5)国際戦略総合特区・・・我が国の経済成長のエンジンとなる産業・機能の拠点形成等による国際競争力の強化を図る特区。平成23年12月、神奈川県は横浜市・川崎市とともに「京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区」の指定を受けた。特区の概要は「資料3」のとおり。

(※6)未病・・・疾病の症状が現れる前の状況で漠然とした愁訴を訴えている状態のこと

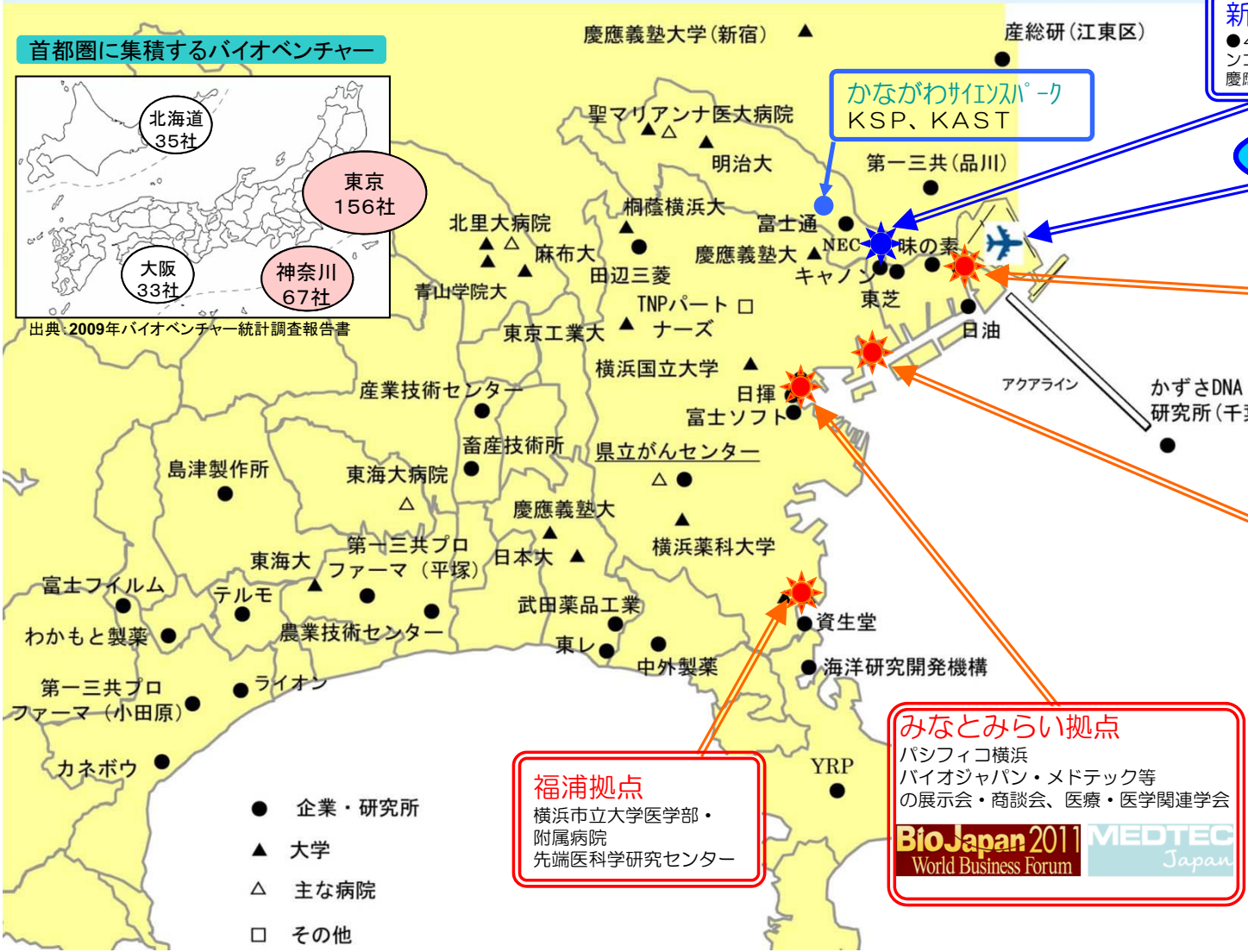
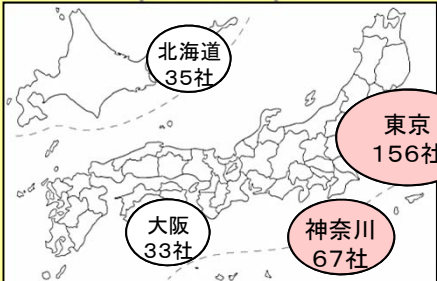
京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区の全体概要



# 先端研究機関・企業の集積と特区構想拠点

・我が国の経済を牽引してきた京浜臨海部の産業構造が転換  
 ・ライフサイエンス分野の企業や大学・研究機関等が立地し、新産業の創出と成長を促進

## 首都圏に集積するバイオベンチャー



**新川崎・創造のもり地区**  
 ●4大学ナノ・マイクロファブリケーションコンソーシアム(\*1)  
 慶應大、早稲田大、東工大、東大

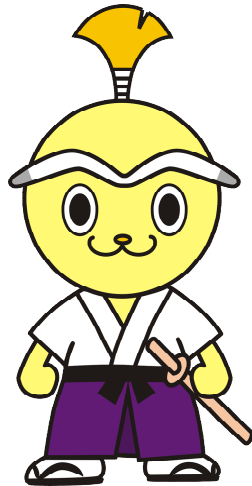
★羽田空港  
 2010年10月国際化

**殿町国際競争拠点 (キングスカイフロント)**  
 実中研 再生医療・新薬開発センター  
 健康安全研究センター(仮称)

**末広拠点 (横浜サイエンスフロンティア)**  
 理化学研究所(横浜市)  
 ○ゲノム医学科学研究  
 ○免疫・アレルギー科学研究  
 ○オミックス基盤研究 など  
 横浜市立大学鶴見キャンパス  
 ○大学院生命ナノシステム科学研究科  
 横浜バイオ産業センター  
 ○バイオ関連企業向け  
 賃貸型研究開発施設  
 横浜バイオ医薬品研究開発センター  
 ○GMP基準に準拠した治験薬原薬の受託製造施設

**みなとみらい拠点**  
 パシフィコ横浜  
 バイオジャパン・メドテック等の展示会・商談会、医療・医学関連学会  
**BioJapan 2011** MEDTEC Japan  
 World Business Forum

**福浦拠点**  
 横浜市立大学医学部・附属病院  
 先端医科学研究センター



神奈川県地方分権推進キャラクター  
いちょう侍

### 地方分権フォーラム2012 記録集

発行：平成24年3月

この記録集は、地方分権フォーラムの概要を事務局で取りまとめたものであり、文責は神奈川県にあります。

本書に関するお問い合わせは下記までお願いします。

神奈川県政策局広域行政部広域行政課

〒231-8588

横浜市中区日本大通1

電話：045（210）3150（直通）