

ということですが、気仙医療圏を考えてみますと、75歳以上の医療需要が少し増えるかなという程度で、後は全部マイナスというような状況です。ですから、ある意味、隣の釜石も宮古も、この3つの辺りが上手く撤退していかなくちゃいけないのかなという感じを思っているんです。それで今回、厚労省が地域包括ケアということで、システムを作るということでこういう形でやっていきましょう、ということですが、簡単に分けると医療と、それから介護と、それからその中に住まいがあって、介護までいかない人は生活支援とか介護予防を全体的にやりましょうということなんです。

実際に、では気仙でそういうような地域包括ケアを組み立てられていくのか、ということをお考えますと課題が出てくるわけです。一番大きいのは、市民と県立病院、医師会とも非常に関係が薄かったということがあります。それから当然、住宅事情が非常に悪いです。まだ仮設で住んでいる人が何千人というわけですから。それから介護者が少ないですし、高齢化がどんどん進んでいて、30%を超えているわけです。あとは若者の流出ということがあります。それから、住んでいる方々の、医療とか介護、地域包括ケアなんてとてもじゃないですけど、知識が非常に少ないような状況で、行政も医療側も発信していかなかったということがあつち思っています。あとは、当院は急性期病院ですので、退院先の施設が非常に少ない、限られてしまうという状況があります。それからまた、在宅を担う医師も少ない、ということで、開業医の先生方も含めて医師不足です。今回の震災、津波で廃業された先生、亡くなられた先生もありますので、それで実際増えていないんです。それで高齢化が進んでいるということもあります。あと先ほどのデータでお示ししたとおり、介護・福祉施設が少ない。それから、そこで働くような看護師とか、療法士、介護士などが非常に少ない、という状況であります。マイナス因子が非常に強いということです。

それで、“医療の流れに対して先手を打つ”ということで、丸山先生と、プライマリ・ケア学会の会長さんですが、どうかと言うと、やはり“細

分化から統合”ということがあります。それから、“業態の変化”。これは、病院を中心に考えられているので、上の方は例えば、総合診療みたいなものということも考えているかもしれないですし、業態の変化というのは病院の中の機能を変えなくちゃいけない。それから、あと“ダウンサイジング”です。これは非常に大切な部分かなあというふうに思っています。当院のようなところでは、機能は残しながら側だけ少しコンパクトにまとめていかなくちゃいけないかなと考えています。

そこで、“これからの気仙の医療・介護の方向性”を考えたどうか、ということですが。地域の社会環境、生活環境を一刻も早く改善したいというところがあります。やはり、街づくりで仮設住宅から復興住宅、それから生業を整えなきゃいけないかなあと思っています。そして初めて、出産、子育てができるわけですから。それから、急性期病院から家庭復帰への環境整備ということです。うちの病院もこのままではいけないということで、ある意味、業態を変えるところで、地域包括ケア病棟、これを12月から始めようと思って、今準備しているところで、データ取りをしているところです。それから、慢性期の病床であるとか在宅医療の整備ということで、ここは開業医の先生たちと頑張つて、在宅医療を整備し始めたところです。あとは、適正な病床というのを考えていかなくてはならないかなあと思っています。それから、当地域で一番少ないリハビリ機能ですが、これをどうにか地域包括ケア病棟を含めて、少し構築していきたいかなと考えています。あとは、介護施設の整備・充実ということで、施設はそれなりに整い始めたんですけども、やはり介護の従事者の確保というのが非常に沿岸では難しいということがあります。それから、施設での看取りとか、在宅医療の確保ということで、介護者の育成ということで、このGPというのはジェネラルパートナー養成という、後で出て来ますけれども、これは気仙の未来かなえ協議会のICT以外のもう一つの事業として考えているところです。今いる人たちで、介護できる人たちを協力して作っていくという考え方ですが、あと在宅での看取りを推

進しようということがあります。あとは、ここは大切なところで、医療・介護者・市民・自治体の意識改革が必要であるということです。やはりそういうところで、みんなで一緒にやっという考え方がなければいけないということで、地域チーム医療・介護・福祉との連携強化になると、この前確か、マネジメント学会の岩手県支部会で出たんですが、IPWという言葉があって、Interprofessional Work ということでそういうものを推進していかななくてはいけないかなと。もう一つは、地域医療ネットワークの構築、ICTを活用する。そして、市民への情報発信。実際にわれわれが協働・変革・対話として、IPW・ICTという形で気仙の医療・介護を整える。そして、こんなふうになればいいのかな、ということで、これは厚労省の一つのデータとして紹介されたものです。そこで、今言ったような、“多職種協働による実践“ということが必要になってくるわけです。どこに入っている人たちでやるかとか、この辺のところはマッサージ師から針灸から、とにかく全部入ってますけれども。いずれにしても、多職種の協働による実践、IPWでやっていかななくてはいいいだらうということです。ところが、これが非常に、気仙ではいろんな団体の関係性が希薄だったために難しいんじゃないかというふうに言われてきました。

そして、未来かなえ協議会というのが発足しました。これは”かなえ“ですね。この3つの足で立つということで、二市一町という意味もあるんですけども、三師会であるとか行政と市民と、それから医療・介護の施設、団体というようなことで3つで支えていこうという意味で、未来かなえ協議会が発足したということで、その辺のお話をしたいと思います。

労働力というのは、頭数×能力×生産性と言われているもので、介護力が少ないと先ほどお話しましたけれども、どういうふうにそういうことを考えたらいいかということなんですけれども。それじゃ、いる人たちでやっていかななくてはならないかなということで、中高年層、これは高齢者と言われる人も入っているわけです。若い人は少ないです。そし

て、子育てを終了した人たち。それから、能力ですが、介護の専門性の向上とか、そういうことを考えればいいかなということです。それから、生産性を高めるためにはICT、ロボットは無理ですから、そういうところを考えていこうということです。

実際には、震災の次の年ですけれども、もともと民主党時代に、気仙の二市一町で環境未来都市構想で、内閣府から指定を受けて、そこで将来のことを考えなさいということで予算が下りたんです。そして2012年に、気仙広域環境未来都市医療・介護・保健・福祉連携協議会というのが出来たんです。これがもともとで2012年です。それが1年で予算が切れてしまったんです。自民党になったためということで。そこでどうしようかということで、その会は解散というわけではないので、二市一町から予算をいただいたのと、もう一つは復興庁の「新しい東北」の先導モデル事業に採択されて予算ができて、その中でこの協議会を基盤としてICTによる連携システムの構築を目指す。それから、行政側に対しては、規制緩和をして医療職とか介護職の定着を図る方法はないかというような事業を始めたんです。それが1年で終わりました。そしてもう一つ予算がなくなったということで、また復興庁に出したんですけどもこれは採用されず、二市一町からかなりのお金を出してもらってこの事業を継続したということがあります。そして、2014年になってから、『未来かなえ協議会』に変更しようということと、あとは助っ人コロニーとかあるんですけども、これは被災地に、例えば理学療法士であるとか、ああいう人たちを全国からどこかへ呼んで、そこで誘致をしてそういう人たちを増やしようということです。あとは、3番目は気仙ジェネラルパートナー（GP）養成事業ですが、今いる人たちにいろんなことを教えて、そういう養成をして上手く介護できるような形にしようかな、という事業を始めようということです。そしてあとは、今回のICTによる連携システムの構築です。というようなことで、実際に今生きているのは③と④の事業ということになります。

岩手医大と大船渡病院間では今、小児科を中心にやっていますし、高田、住田、大船渡、県病院の施設ですけれども、これに関しては既にあるシステムで取り組んでいます。

次が、われわれが考えている未来かなえネットです。連携構想としてはこういう形です。ここは医療だけのシステムですけれども、医療と介護のところでやっていきたいところです。実際には、整形外科、リハビリの分類でいくと、疾病があって、障がいがあって、生活に戻るということを考えると、これは高度急性期機能というのと急性期機能、回復期、長期療養期になるわけですが、大学附属病院があって、大船渡病院という形で、実はここの大船渡病院を2つ書いてありますけれども、両方の機能を持たなくてはいけないということです。それから、高田病院に関しては、亜急性期、もしくは回復期から維持期、慢性期も持たなくてはいけないというような形で分けると、非常にわかりやすいです。この部分はまず、これでつながってこれがもう少しどんどん発展していけばいいんだということです。それから、この部分も医療だけの部分では既に出てきています。そして、私たちが考えているところは、この生活の部分とその医療を結ぶ部分がこれから考えていくところです。

これはみなさんご存じのとおり、「いわて医療情報連携・遠隔医療システム」の構想ということで、リポジトリを用いた患者紹介などが実際に小児科を中心にやられているわけです。こんなふうにして、大船渡病院と岩手医大の検査データが一瞬時に出てきたり、お互いに写真を見ながらカンファレンスをしたり、場合によっては患者さんが直々に大学の先生とお話しできるという仕組みです。気仙医療圏の県立病院のところでは、おたすけネットというのを作ったわけなんですけれども、これは大船渡病院と高田病院と住田診療センターの3つをつないで医療情報のやりとりをしているということです。例えば、住田地域診療センターでは内視鏡をやっていないです。昔であれば、紹介状を書いて大船渡病院に行って、そして検査日を決めてもらってまた行って検査をして、また、3回行ってようやく検査結果を

聞くという状況だったんですけれども、今のところは住田診療センターで検査予約をして、検査だけを大船渡病院でして、あとは住田診療センターで検査結果の報告、その他を全部聞けるというような状況がありますし、当院は救命救急センターを持ってますから、ほとんどの土日夜の患者さんは救急は全部高田病院の患者さんであろうと当院に集まることが多い、ということで、高田病院で、昨日大船渡病院を受診した患者さんのCTをみるということも簡単にできるわけで、非常に上手くいっている状況です。

協議会は、実は問題がありまして、内閣府の予算が下りた時から総合コンサルタントというのがついています。何が重要かと言いますと、公の事業をやっているの、実際にはICTに関してあまり知識がない人がついたことなんです。人員が何度も変わって、一貫性もなかったんです。それで、2年で実質的な成果とかプロダクトがなかったんです。お金はいっぱい使っています。そして、もう一つはそういう会がありますけれども、職種別の代表者による協議でいろんなことを決めていったわけなんですけれども、実務担当者の参加が少なかったために温度差が非常に激しかったということがあります。それから、行政も二市一町集まっていますから、そういうものに関して不信感を抱いたということがあるので、これではいけないということになりました。それで今年度の協議会の動きとしましては、まずは三市町、二市一町の首長さんとの意見交換会を開催いたしました。いろいろ話をして、ではこのまま続けるということになりました。それから、総合コンサルタントの切り離しをしました。ここは別にやりましょう、ということになりました。それから、組織ですが、実際にICTのところでは本当にこれが地域の人たち、実際にそれを使う人たちが参加してやらずにちゃいけないうんじやないかなということで、多職種連合ですけれどもIPWを目指すということで、ICTの推進作業部会というのを作りました。その座長を私がしているわけですが、これは実務者レベルの作業部会で、三師会、介護、訪看、病院、行政、それから保健所も入っていますし、もう一つは

介護と言っても介護施設の事務局長さんであるとか、そういうような人たちも含めて話しましょうということで、多職種ワークショップ形式でプロダクトを発表するという形にしました。そういうプロダクトをもとに、ICTの構想を練っていきましょうということです。もう一つは、そういう実際に働く人たち、将来的に利用者になる人たちがICTの知識が非常に少ないというのがわかってきましたので、そういうものを身につけるとい意味もありました。もう一つは、職種間の連携強化ということを考えて、こういう会を作ることになりました。

ICTの作業部会ということで、第1回の作業部会でどんなことをやっていたかと言うと、気仙地域におけるICTによる地域医療連携システムと題して、話題提供で私がしましたけれども、今日のようなお話、それから地域包括ケア、問題点などをお話しました。ワークショップ形式では4グループに分けました。それぞれバラバラで、毎回メンバーが変わるといふうにしました。最初は、一つ目は地域の連携がうまくいかない原因ということでいろいろ出ていました。3市町が不仲であるとか、マンパワー不足だからではないかとか。情報連携ツールが別々、病院と施設の意識とか認識が違うとか、いろんなこと、情報発信がバラバラというような話も出ていました。2回目は、今度は“保健、医療、介護分野におけるこれから必要な連携システム”です。これは厚労省でペーパーを出していましたのでその説明となりました。あとは、“個人情報保護”ということで、この点についても20分程度のお話をして、そして“ICTによるどのような連携を考えるか、望むか”ということで、いろんな話が出たんですけれども、即時性とか正確性とか、データの安全保存、セキュリティの確保、市民の理解とか医療費を削減できないのかとか、あとは実際にどんなのか、ということで、これはただ羅列していますが、やはり職種ごとに違ってきているんです。そういうお話でした。3回目は、大手ベンダー1社ですけれども、稼働している連携システムを説明してもらって、この頃になると大体どういうものかわかってきますので、そういうお話をさせていただいて、ワークショッ

プ形式で各グループ2名、そしてSEも参加してもらいました。バラバラになります。そして、今回は“地域医療連携システムに関する疑問、ICTの用語の疑問”としました。いろんな話が出て、答えられるものはSEが答えてましたけれども、実際にキーになる用語などわからない人もいたということです。パスワードですけれども。そういうスタッフが使わなくちゃいけないということで、これはワークショップでこういう話し合いでやったからそういうことが出たんですけれども、手挙げ方式の話だとそういう話は出てこなかったのかなあと思っています。ということで良かったです。あとは、“ICTによる連携システムのメリットについて”ということで、業務改善とか情報の正確性などの視点を入れたらどうかということ等、ご覧のような話が出てきました。4回目は、今日は佐藤先生が来てますけれども、“みやこサーモンケアネットの稼働報告”ということで、豊島先生に来てもらって、実際に宮古で動いているものをお話していただいて、これもバズセッションという形でやっていただいて、ランニングコスト、イニシャルコスト、初期入力作業はどうしてるかとか、アップローダーはどうしてるのかとか双方向性についての話とか、歯科の利用状況がどうかとか、非常に作業部会としてレベルが上がってきました。こういう会が続き、話が出るようになってきました。それから5回目は、つい最近やった“サブシステムの検討”ということで、大学のシステムはどうか、現在稼働しているシステムの紹介ということで、ベンダー2社に来ていただきました。そして、“在宅システムの紹介についての感想と質問”ということで、例えばバイタルサインの入力はどのシステムが使えるのかとか、ランニングコストとか、やはりお金のことです。そして、作業効率が上がって残業が減ったという報告があったが本当かという話が出ました。あとは実務者共通の課題としては、手間を減らしたい、簡単にしたいという話がありました。

それ以外に、例えばこれは3月31日に厚労省から出たんですけれども、“健康・医療・介護分野におけるICT化の推進について”というものです。い

わゆる川上から川下までの提供者間のネットワーク化が必要不可欠であること、あとはICTを活用してレセプト等情報を分析する、と書いてあります。そのペーパーの中で紹介されているのが、あじさいネットと岐阜県内のネットワーク、それから尾道の地域医療連携モデル、宮古市のネットワークです。これはレセプトデータを活用して、診療所の情報も含めた共有を行うものということです。レセコンからアップロードしたデータを共有しています。ミニマムデータも共有を行うものを書いてありますけれども、こういうことで紹介されています。そして、その課題として挙げられているのが、持続可能性、相互利用性、双方向の情報連携、あとは個人による利活用を進めていくという4つです。その通りだと思いました。そして、これから5つの取り組みとして、標準モデルを確立したいということで、その中には相互運用性とか持続可能性、そして最低限の情報項目が標準的な形式で共有されるべきだと言っています。それから、在宅・介護を含めた標準規格の策定ということですが、情報項目の標準化、標準規格の策定がありますし、遠隔医療の推進も出ています。

もう一つ、先月“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”ということで5つの方向が挙げられています。その基本的な方向性の中で、ICTの活用というのがありました。長いのでそこをまとめますと、まずは、個人情報保護に十分に配慮しなさいということ、それから標準的な規格に基づいた相互運用性の確保。そして将来の拡張性を考慮する、コスト軽減に努める、持続可能なものとして進めていくこと、得られるデータを踏まえた施策の立案、というようなことが記載されています。

こういうことも考えて、二市一町の人たちとかいろいろ三者で話し合いました、構想と課題を挙げました。今までのワーキンググループで出た話と、こういうような厚労省の方向性を考えてどんなことをしたらいいのかということですが、やはり、われわれは医療だけではなく介護も含めたネットワークですから、どうしたらいいかということですが、

一つはデータベース化と保存ということです。震災時の対応と苦い経験がありますので、それは必要だろうと思います。それから、地域包括ケアを目指すので、情報共有が必要であるということです。それからもう一つは、地域包括ケアという、どうしてもお年寄りということになってしまうんですけども非常に少ない人種と言いますか、子どもと就労者が大切なわけです、実際は。だからそういう人たちを守るための、健康を支援するシステムが必要じゃないかという話が出ました。それが、“市民の幸せ、利益が目的”ということですけども、心のかような連携が必要だろう、ICTはIPWの道具の一つだという認識にしましょう、ICTありきではないよということです。もう一つ出たのは、やはり利用者にもちゃんとしたメリットがないといけないだろう、ということです。そこで、療養場所による情報の変化というのがあるのではないかとことです。急性期病院から在宅・施設ということになると、実際は医療から介護までケアが全部あるんですけども、これがグラデーショナルにあるわけではないということです。疾病・治療の情報というのは、急性期病院からだんだん在宅・施設にかければ少なくなっていくのではないかとことです。リハとか日常の運動、食事とか栄養というのは共通しているかもしれない。ただ、生活とか社会の情報というのは急性期病院では少なくて済むだろうということです。そして、在宅・施設の方では情報は大切だろうと考えてます。これは治療の場から生活の場、言葉を変えればそういうことです。そういうところの情報の変化ということはあるので、そういうことも考えてやらないと、なんでも全部欲しいということになってしまうと大変になるだろうということで最低限度を考えました。もう一つは、治療の場というのはデジタル化が進んでいます。ところが、生活の場のデジタル化というのは、介護とかそういうところは始まったばかりではないのかなということがあります。非常にそのへんのところで、つながりが難しいだろうという話が出ました。そして、基本的な構想として、うちの協議会は、医師会先導でいってるわけですが、医師会というのは双方向性じゃ

ないとやらないと言っています。最低限度、それがないとだめだということです。そして、電子カルテありきではだめだと、既存のデータを利用してアップロードできるようにすればいいのではないかとということです。それも、最低限度の情報ということがあります。それから、連携利用者の負担軽減を考えること。あとは拡張性の確保ですけれども、プラットフォーム化してサブシステムと連結可能なもの。あとは医療圏を越えた連携をどうするか。結局、患者さんとか市民の人たちは気仙医療圏を越えて、先ほどもお示ししたとおり、外にも出ているわけですからそれをバラバラにつくってどうするのか、という話が出ていました。それを可能にしていかなくはないだろうということです。あと連携範囲はこんな感じでしましょう、と。これも、お金によってはどこまで決めなくてはいけないだろう、ということです。それから、持続可能性として運営組織の確立ということで、自立しようということで法人化ということを考えてます。そして、資金調達、利益の確保で商売してもいいじゃないかという考え方もあります。そういう形でやっていかないとはいけないかなと思います。やはり、低コストで入れる、低コストで運用することを考えています。しかし、課題としてはやはり、資金調達の問題がありますし、こういう構想に沿った設計はどこまでできるのかという不安があります。段階的に、計画的に導入していくのかな、と。そして、運営母体は法人化、自立運営で利益確保は可能なのか。それから、参加者の確保です。地域の人たち、施設の人たちとか、そういうところから参加意義とメリットを明確にした方がいいだろうということと、あとは日医総研のペーパー等いろんなところに出ているんですけども、歯科や介護との連携が上手くいってないことが多い、ということです。特に、歯科の参加が少なかったです。宮古もそうですけれども。やはり、連携内容の検討とか現状分析をしてみたらどうかという話が出ました。それからもう一つは、先ほどお話しした就労者とか実際に働いてる人とか、小児への活用法というのはどう考えたらいいのかなと。それから二次医療圏を越えた連携というのはどうなの

かと。県全体ではどう考えたら、というのはちょっとわかりませんが。それから、政策への利用は可能性があるのか、というような課題が持ち上がっていました。“人生と医療情報システムとのかかわり”ということですから、生まれた時から、われわれは周産期システムであるとか、死ぬときには包括ケアで、今考えているようなシステムも考えられているわけですから、実際、ここに働いている人たちが ICT を利用して、もう少し何か疾病管理とかできればいいのかなと思っています。

岩動

非常に広範ないろんな内容を含んだご講演になっていました。

佐藤（岩手県立宮古病院 院長）

未来かなえ協議会というのは、入っている施設から手挙げ方式というか、入ってない施設ももしかしたらあるのでしょうか。気仙地域であればすべて入っているのでしょうか。

伊藤

実際のところ、入ってないところもあります。ただ、中心が二市一町でやるというのが基本ですので、二市一町のこちらが働きかけて、みんな参加してくださいよ、と話はしていますが二の足を踏んでいる人たちもいます。

佐藤

事務局は医師会にあるのですか。

伊藤

今は医師会ではないです。間借りしているのは大船渡市の一か所のところ。そして、その事務局は大船渡市で雇ってくれまして、そういう形で成り立っています。

佐藤

やはり、できるだけたくさん入ってほしいですよ。サーモンケアネットでも入ってない医療機関とか施設があつて、一番いいのは、連携が大事なことですけれども、その辺はどうなのかなと思います、お聞きしました。ありがとうございました。

伊藤

ベンダーの方がいっぱい入っているんですけども、実際、いろんなレセコンでもなんでも、つな

ぐのはいいですけども、その都度お金がかかるということがありますし、もともと私は厚生労働省、その辺のところ、機器に関しては、例えばSS-MIX2対応型の標準装備にするとか、あとは、ユースがあれば、その都度つなぐ度にお金がどんどん消費されていくと、そうすると、非常に安くできるということと真逆の方向に進んでいる気がするのです、そういうものを安くできるように、同じ技術を持っているのであればそれをまた活用するというふうな形にしていきたいなと思っています。

遠藤（岩手県立中部病院 院長）

貴重なご講演をありがとうございます。私も釜石でやったんですけども、最初、コンサルト会社を雇うか雇わないかというあたりでスタートして、かなり高額だったものですから、とりあえず雇わないでやってみようということでスタートしました。2年間やって何も実績がなかった、ということですが法人を立ち上げる計画ですよ。どういった形の法人を立ち上げるのか興味があるのですが。

伊藤

利用か一般法人かということでしょうか。

遠藤

主体がどういうところにあるのかですが。

伊藤

今考えているのでは、NPOだといろいろ出所ところから全部、書類を出さないとけないということで一般法人じゃないかと思います。

遠藤

それは協議会が中心になるのですか。

伊藤

そうです。

遠藤

面倒だからコンサルに頼むということはないですか。

伊藤

それは頼まないと思いますね。今回、一番最初に失敗したコンサルトに関係してくるかもしれないですけども、いろんな建設とか復興のために、例えば太陽光発電であるとか、そういうのを含めたいっぱいのところのひとつですね、ICTは。結局そ

ういうところで、遅々として進まなかったということがあるので、堪忍袋の緒が切れたということ。そういう経緯があります。

鎌田（盛岡赤十字病院）

すごく苦勞なさっていることがわかって、医者とは思えないなと感激いたしました。一つお聞きしたかったのは、今、沿岸の介護施設に関わっているんですけども、医療と介護職はすごいギャップなんです。ほとんど彼らは必要としていない、とすら言える状況の中でどうやって、どこから入れば一番スムーズにいくでしょうか。

伊藤

医療と介護の人たちと一緒に席を同じにして話し合えばいいと思います。われわれが必要とするデータを彼らが持っていることがあります。実はこういう調書類を作ってるんですよ。例えば、患者さんの日常生活を判断するためには、こういうデータを用意してチェックリストがあって、こういうふうにしてこうなるんですよ、とかというの、われわれがわからなかったのもあります。当然、彼らが欲しいというのも実際にあるんです。ですから、その部分のデータをどうやったらもらえるのかという話で、結局は相手を知らないと話が出来ないと思います。ですから、どうしてワーキンググループという形で、しかもワークショップ形式にしたかという、そこもあつたんです。お互いに分かり合ってくると、これは必要なんですね、ということが出てきます。そうすると、少しずつ介護の人たちも医療に対する見方も変わってくるので、私たちはそういうことも含めてこういう形にしたんです。

鎌田

感じるのは介護の現場のものすごい余裕のなさです。そんなことをやってる場合じゃないというくらいのことまで言われる中で、苦勞してやらなきゃいけないところがありまして、参考になりました。ありがとうございました。

伊藤

うちの地域だと、介護の人たちもみんな喜んで、おもしろいと言って来ますよ。

遠藤

医療の言語と介護の言語は、ものすごく違うんですね。それを結びつける本とか出ていて読んだことがあるんですけども、その辺の工夫はされてますか。

伊藤

確かに、ヒューマンブリッジで作ったという話があります。そうですね。看護と、どちらかという介護の方の関係が強いじゃないですか。あれは使う人たちの事情で聞かせたりすることが必要だと思います。もう一つは、例えばお互いに、五分粥だと言っていますが、五分粥の作り方が違ったりしています。逆に言うと、同じ言語でもやっけることが違うということもあります。初めて話をしてわかるので、そこは地域ごとに突き詰めていかないといけないかなと思ってます。何かを利用するという事はないと思います。

遠藤

いくつか本が出てるのですが、読んでもわれわれは介護のことがなかなかわかりにくいです。ケアマネの資格くらい取らないとだめだと思います。

伊藤

必要最小限だと、少なくともすむのではないかと考えているんですけども。

佐藤

カシオペア地域医療福祉連携研究会というのがありまして、そこで数回ワークショップ形式で実際に今のような、食事なんかも共通認識をするような会議がありました。結構それは良くて、介護の人も熱心で、来ていただきました。それは、今言ったとおり、こっちはこういうつもりで出したのに、違うものが出てくることがありました。そういうことではいけないということで、地域だけですけれども協議しました。そういったいろんな言葉とか、意味が違っている言葉があったので、それは話をして変えてやるとわかってくる、何回も繰り返してやるのが必要だと思います。特に、NSWの人たちの力があります。

伊藤

もう一つは、例えばわれわれは患者さんの評価を、病気をみて評価しますが彼らは生活で評価してい

るので、時には一致させない方がいいかなと私は考えています。

岩動

われわれ盛岡にいと、盛岡の連携の事情とそれから沿岸の事情と全く違って、同じものを全部に当てはめるとするのは非常に難しいのではないかと、思って、今拝聴しておりました。そういうことからすれば、地域医療ビジョンとか、あるいはそういう今日のような、もっと細やかに予算をつけたらどうかと思うのですが。

小山

伊藤先生、ありがとうございました。

岩動

国際医療福祉大学の高橋先生にお話を伺います。先生のご学歴ですが、1986年に金沢大学医学部を卒業になられまして、その後、東京大学の大学病院の第一・第二・第三内科および麻酔科で研修をなさいました。その後、東京大学の医学系大学院医学博士課程を修了なさいまして、医学博士でございます。1992年にスタンフォード大学、1994年にはハーバード大学の公衆衛生校に派遣フェローとして勤務されております。専門領域はケースミックス、高齢者ケア、医療情報など多数。研究テーマは、「高齢者の老化のプロセスの定量的解析」など、多数でございます。業績、著書は多数ありまして、ご紹介しきれないほどでございます。先生は、しょっちゅう岩手県にいらっしゃってございまして、一週間くらい前にも医師会の方で先生のお話を拝聴いたしました。先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

『人口減少社会に向かう日本の医療福祉の

現状と将来予測—特に岩手県に焦点を当てて』

国際医療福祉大学大学院 教授

高橋 泰 先生

岩動先生からご紹介いただきまして、各所回っております。これは、2年前の10月に全国の全医療圏を回るというもので赤いところは行っていない医療圏でありまして、昨年は北海道を前半で全部回りました。東北は最後、三陸が残りまして、8月の2、3日に八戸から一関まで走りました。まず久慈の病院に行き、それから宮古病院の佐藤先生にお会いし



ました。釜石、大船渡の伊藤先生ともお会いしました。5日の日が忘れられないのですが、気仙沼から直接、経済産業省で会議がありまして陸前高田の工場を見ましたら、ああいうことはとてもまずいのではないかと会議の冒頭で言ったことを今、思い出したところです。それから、8月26日に富岡の製紙工場で、ここは南牧村の隣にありまして、全国の市町村消滅都市リスト第1位というところですが、そこにも行ってきました。それから、佐渡にも行っています。それから、今年の3月は島根県ツアーをやりました。こういう形で島根県を中心に回りました。

このように全国を飛び回って、いろんな現地のお話を聞きながら、日本の医療をこれくらいの視点からデータで捉えているのが私の仕事の中心であります。

マクロを見れば、実はミクロなんです。拡大していくと見えてくるわけですが、ちゃんと東京のわが家が映ってるわけです。医療も基本的にこの視点で語られるのがほとんどで、一つ一つの医療行為のサービスが見えるわけです。今からお話する大きな改革が必要なときにも、ここまで下りてくるとあまりにも見えすぎて何もできない。こういう時にはどうすればいいかと言いますと、マクロのところに視点を上げていくわけです。どんどん、これくらい上がってくると、この地域に病院が5つあって、人口が4割減るとなると、どうみても5つは無理だよ、と平気で言えるようになってきます。そこで、ある程度、マクロのところから下りて行ったり、行ったり来たり繰り返しがこれから必要なことなんじゃないかなと思います。

今日の結論めいた話を最初に持ってきますけれども、“今後どのような視点を持って変化に対処すべきか”。私の経営の師匠ですが、船井幸雄先生、今年の1月に亡くなりましたけれども。船井先生の本の中に大変いい話があります。どういう話かというと、『中国大陸を流れる二つの大河、揚子江と黄河をマクロで見れば西から東に流れています。しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には東から西に逆流しているところもあります。しか

し全体の流れは、西から東に流れています』と書かれています。中国大陸というのは西にチベットがあって、東に黄海があるんですね。それで、河というのは政府に相当して、皆さんは河の流れにのった船の船員のようなイメージで捉えていただければ結構です。そうすると、河がくねくね曲がって自分がどっちへ進んでいるかよくわからないということになるわけです。こういう事態こそどっちに向かって進んでいるかというのを、はっきり把握しないと対応できないわけです。西にチベット、東においては何かというと、今からお話する人口構造の変化です。ものすごい変化です。これにしたがって、政府という河があって、西から東の流れというのは何かというと、これは20世紀から延々と続いている厚生労働省の一貫した政策の病床削減と機能分化です。どこに行きつくかということ、急性期病床はより急性期特化を刺激し、もう一つは地域の医療を守る、連携とか往診とかというようなもの、地域医療というこの二つに特化するという話です。こういう大きなビジョンを持っていると、多少、蛇行してもどっちに向かっているか迷わずにすむのではないかと、こういうビジョンを持つことは非常に重要だと思います。

続きまして、昨年の4月19日に官邸で行われた会議から、人口のお話をしたいと思います。

これは是非、覚えておいてください。一つ目は、今世紀末まで、毎年0~64歳が100万人ずつ減ることです。もう一つ覚えてほしい数字は、2025年まで、75歳以上の高齢者が毎年6、70万人増えていく、2030年までを合わせますと、60万人平均で増えていくということです。この二つの数字を覚えておいてください。若い人は毎年、100万人ずつ今世紀末までに減り続けることと、75歳以上が毎年60万人くらい、増え続けるということ。この二つを合わせますと、わが国の人口の大きな流れが見えてくるわけです。わが国の人口は明治維新の頃、3,330万、これ以来140年で1億2,500万、約4倍まで増えています。今後起きることは何かというと、今世紀末に向かって、また明治維新のレベルの人口に減ることです。ここの部分を拡大します。2005

年から2030年をどう考えるか。毎年100万ずつ若い人が減っていく。それで、60万人、後期高齢者が増えていく。そうすると、差し引き40万人になるわけです。だから、25年間に40万ずつ減ると、約1,000万減るわけです。だから、2030年はあんまり人口の減り方が高なくて、1億1,500万人くらいはいるだろうということです。2030年になると、後期高齢者は減りはしないのですが、増えなくなります。そうすると、若い人が100万ずつ減るといのがむき出しになりまして、20年間に2千万人減るわけです。1億1,500万人から2千万人を引く9,500万人になるので、この間のどこかで1億を切るわけですがけれども、今の予測ではたぶん、2043年から2044年に1億人を切るだろうと言われていきます。2050年になりますと、後期高齢者も減り始めますので、20年間で2,500万ずつ減っていったこの調子でいくと、今世紀末に5千万からマイナス1千万くらいの範囲になるだろうというのが、現在の人口推計予測です。それで、出生率というのが2040年ごろから結構大きな影響があるのですが、出生率が上がっても、おそれと人口の増加に転じることはありません。どこで底をうつか、というのはものすごく差が出てくるんですけども、意外に時間がかかっています。2.07という合計特殊出生率がわが国の人口を保つために必要な出生率で、1.43と少し上がり傾向がありまして、これが上がり続けて2030年に2.07になった場合。ところが、2.07が2030年以降、自足したというふうに仮定して人口が増加に転じるかということで計算しますと、2090年です。ということは、私も含めましてここにいる会場の誰一人、新聞でわが国の人口が増加に転じました、と記事を読む前にあの世界に行くこととなります。これは確定的な事実と考えてよろしいのではないかと思います。ということは何が大事かということ、今後は人口が減る、パイが小さくなるのは仕方ない、とこれは受け入れるしかないだろうということです。大事なものは、国民一人ひとりの取り分を保つということです。これは、医療・福祉だけではなく、すべての分野に言えることだと思います。だから、計画的に撤退をしないと、今のままやっていると、一人

ひとりの資源が2割から3割減るだろうという試算があると言われています。一人あたりの取り分を保つためには、計画的撤退をしない限りにおいては保つことができないわけです。ここで、非常に良い例が織田信長です。信長の最大のヒットが、福井の朝倉攻めをしようとしたときに浅井長政が裏切って、福井の信長を攻めていこうとする、後ろから挟み撃ちされ大変危機になった。この話を聞いた瞬間、信長はどうしたかということ、“浅井の軍勢がこちらに向かっております、長政が裏切ったと思われます”。この時に、信長は単独で脱出します。織田軍がこの金ヶ崎というところから北陸街道を逃げ帰って、無傷でやったということです。撤退戦というのは余裕があるときにうまくやると無傷なんですけど、もたもたすると全滅するということがあります。ということで、撤退戦というのは非常に大切ということで、司馬遼太郎さんは、「信長の天才性は桶狭間のような少数奇襲をその後『しなかった』ことと、この時にあつという間に逃げ出したことだ」と言っています。この金ヶ崎というのは、撤退戦の歴史的な日本かなあとと思います。

もう一つ最近、変わった話があります。地域包括ケアの実質的な現場責任者というのは佐々木正人、秋田出身、医科大学出身の医官であります。医療ビジョンについて基金がありました。この基金は撤退戦においてお金をつけるというのが非常に大きな問題になっています。今までは、撤退戦というのは市場に任せて潰れていくのを待っていたけれども、今回は先に金をつけるということで佐々木流の“かねがさき”戦です。撤退戦はどちらにしる“かねがさき”“でありますので、今後この”かねがさき”はきつと、キーワードになるのではないかと思います。ただければと思います。“かねがさき”についてとっとと撤退した方がいいケースがあるぞと、これからこれがトレンドの一つになるんじゃないかということなんです。

続いて、地域の人口パターンのお話をします。そもそも、わが国の大きな変動がなぜ起きたかと言いますと、1955年から1970年の戦後の15年間の間に地方から、東京、大阪、名古屋の三大都市圏に8百

万人の若い人が移動したというのが、今回の大きな人口変動のエネルギーというかマグマです。地方は何が起きたかという、8百万人ごとと抜けると若い人がいなくなって分母が小さくなって、高齢者はどんどん増えていくから先行して高齢化が進んだ、20世紀に高齢化がどんどん進んだということです。都市は若い人がいるから当分の間は大丈夫だろうと高をくくってたんですけれども、ついに来る時が来た、と。ここのかたまりがついに65歳を超え、75歳を超え、一気に勢いで高齢化が始まるということです。1955年、昭和30年に20歳で三大都市圏に移動した人は、2010年に75歳になります。万博の年1970年、昭和45年に20歳で三大都市圏に移った人は、2025年に75歳になります。2010年から2025年の間に、まさにここのかたまりが75歳を超えることになります。まず、過疎地の、地方のお話ですがわが国全体からいくと2010年から40年、0歳から64歳の人口が31.5%減ります。二次医療圏毎にどれだけ減るかという、おおざっぱに言って多くは3割ぐらい、黒いところは4割以上、下手すると5割減るような状況です。今年の6月、増田ショック、元岩手県知事の増田さんが日本創成会議というところから896の市町村消滅候補リストを出しましたが、この黒いところとほぼ一致します。あれは女性が半減するという形で出しているんですけれども、若い人の4割ということとほぼ一致しています。ここは人がいなくなって、地域が消滅するというを前提に戦略を考えないといけないのが大変な地域です。もう一つ大変なのが首都圏でありまして、名古屋もそうなんですけれども、75歳以上が激増します。この話はあまりピンとこないかもしれませんが、東京はやはり大変熱くなっています。2010年から40年に赤いところ、ここは倍増するのですが、困ったことに2025年というあまり変わらないですね。2025年までにこの赤いところ倍増するわけなんですけれども、この地域というのは大変困った問題があります。何かと言うと、関東は人口が4,300万人あります。大変に人口が多いので、3つに分割します。東京・横浜地区、周辺、さらに外という形で、人口を玉ねぎのように3つに分けます。それで

他の地域と医者数を比較しますと、東京、横浜というのは実は、日本で一番医者の数が多い地域です、人口当たりで言いますと。その周辺というのは、日本で一番医者が少ない地域です。ここが日本で医者が一番多く、こちらが日本で一番少ない地域ですけれども、この地域というのは、先ほどの後期高齢者倍増地域と一致します。一番大変なのは、埼玉県中部と千葉県の西部と言われていまして、8百万人くらいのエリアに医学部も非常に少ないと、療養病床も非常に限られている、とても大変な地帯です。これまでなぜこのエリアがもっていたかと言うと、一つは有病率が低かったこと、もう一つは住民の多くが東京に出勤して病気になったら東京の病院を使用していたからということです。ところが、これから何が起きるかと言いますと、2022年から24年にかけて団塊の世代が75歳になり、地域の有病率が急激に上がる、さらに東京の病院へ行くのが大変になります。そうすると、地元志向が起きて、ただでさえ少ない医療機関が外来でいっぱいになるだろうし、脳卒中や心筋梗塞でベッドがいっぱいになってしまっただけで入れないというような可能性があるということで、東京周辺の医療が大変という話になります。これはたまたま昨日、日経新聞が取り上げてくれて、このとおりの話を書いています。

続いて、過疎地の話をします。これは1キロメッシュでGISというソフトを使って描いた地図ですが、現在、日本は1キロメッシュあるいは500mメッシュ、1キロメッシュでいくと38万、500mでいくと144万に分割されていて、それぞれのメッシュの中に人口ピラミッド、男性、女性、年齢、階級で何人いて、それが5年ごとにどう変わってくるか、全部あげられています。さらに、所得水準だとか職業だとか、いろんなものをメッシュ毎に整理されています。それからもう一つは、GISでは各道路を何分くらいで走れるかわかりますので、これは鳥取県立中央病院なんですけど、車で15分間で走れるメッシュだったら、ということは、鳥取県立中央病院の15分圏内の人口ピラミッドがわかるということです。そこに鳥取県の有病率をかけると、15分圏内の疾患別の患者数が出るということになります。これは鳥

取県全体の各メッシュの合計値になりまして、2010年に0~4歳が2万4千人いたのが、2030年に1万5千人になるだろうと、逆に85歳以上が2万5千人から4万人になって、総人口が57万から49万人に減るとするのが鳥取の予測です。このメッシュの怖いところは、現在、人がいるけれどもいなくなるだろうということも全部予測されているところです。当たるかどうかは別の話ですが、全国で2050年までに8千万人になります。1/3減ります。一律に減るわけではないです。そうすると、人がいなくなるところがたくさんあります。この緑色は何かと言うと、現在は人が住んでいるけれども、おそらく人がいなくなるだろうと予測されているエリアです。北海道は半分のエリアの人がいなくなるだろう、東北は18.8%、中四国が25%という話になります。わが国は人が住めるところがたくさんありまして、人口のピークの2005年でも52%の地域は無居住で48%の地域にしか人が住んでいなかったのですが、それが2050年には37.7%です。約1/4の地域の人がいなくなるだろうということが前提で考えていけないわけでありまして、これは、スターバックスインデックスという、国交省がいろんなところで出しているもので、目安として例を挙げました。人口がどれくらいだと、どういう状態で成り立つかということを表しておりまして、5百人だと飲食店もあって、コンビニとか燃料店、一般診療所もここに入りまして、郵便局もあります。郵便局は、法律でユニバーサルサービスに位置付けられておりまして、全国いろんな所へ行きますけれども、最後に残るのが郵便局です。何もない所で郵便局だけあるという地域が結構あります。5百人を超えると、床屋とかが何とかあるかなという感じです。生活の点で見ると、ショッピングセンターとお風呂屋さんほぼ同じレベルです。大型ではなく普通のショッピングセンターは諮問があったらできるのですが、お風呂屋さんは結構大変で、諮問も何もないと最近、経営できないみたいです。お風呂屋があればヨーカドーがある、ヨーカドーがあればお風呂屋さんがあるという感じです。それから、スターバックスと映画館が結構いいレベルでありまして、これ

は人口とぴったり一致しています。盛岡はスターバックスがありますよね。しかし、岩手県で他はないと思います。17万5千を超える市がないので。スタバがあれば映画館があるという感じかなと思います。われわれの関係している業界で言うと、診療所5百で、病院というのは5千5百から2万7,500で線を引いてありますけれども、おおざっぱに言うと1万人くらいの人口がないと、病院というのはなかなか成り立たないと。総合病院というのは10万くらいかなという感じです。そして、救命救急センターと言うと、17万5千から27万5千です。17万5千でいくと50%の確率で、27万5千あると80%の確率で存続できるという話なので、先ほど出てきた久慈と大船渡は日本で一番、背景人口の少ない3次救急センターであります。だから、理屈上は成り立たない場所ですけども、これを県の政策としてちゃんとやっているということで、そういう意味ではありかなと思っています。そこで20床というのを協議するのでもいいかなものかな、ここは例外があってもいいかなと思いますけれども。こういう人口規模でできることというのが決まってくるということになります。そうすると、人口が減ってくるとだんだん住みにくくなってくるんです。国土交通省的にはどういう考え方をするかと言うと、寄せてとにかくフルティンクして人口を保とうという考え方です。ただ、松江と米子の問題がいつも出てくるんですけども、松江というのは現在22万、2050年に15.6万、米子は32万なのが20万まで減ってしまうということです。米子と松江を高速でがっちり結んで一つの地域にすると、2050年でも37万3千いて、30万いけば百貨店も美術館も持てる、20万になると難しいからなるべく寄せて一つの一体化した地域にしよう、というのが国土交通省的な考え方です。

僻地に関しては、なかなか生活ができないから拠点を作って寄せていくということが大事かと思えます。これはX軸が人口密度、Y軸が行政コスト、1個1個が市町村を表しています。人口密度が下がれば下がるほど、一人一人のサービス提供、行政コストが上がっています。最近、こういう場でよく例



う発想にしたいと思っているのですが、こういうような形で、どこを上手く削っていくかということ、真剣にこういうデータを使って考えるべきではないかと思っています。

皆さんのお手元に岩手県のデータをお付けしました。これは日医総研で3年くらいかけて一生懸命作ったレポートであります。他のレポートも欲しかったら、“日医総研”とグーグルにでも入れていただいて、ワーキングペーパーの323番というレポートをクリックしていただきますとこのような都道府県別が出てきます。岩手県というのをクリックして出てきたのをプリントアウトすると、皆さんのお手元にある岩手県が出てくるわけです。これは鳥取県です。鳥取で入院した鳥取市を見ると、1ページ目に人口密度がメッシュ毎に出ています。そのあと、鳥取の特徴をここにずらずらっと書いてあります。これは大変面白い文章というか、読んだら考え込む文章でありまして是非、お目通し頂ければと思います。そのあとに、人口がどのように変わって、どこが医療密度、サービスが多いか。さらに、人口で割ったこの図、これを344個集めたのが先ほどの図ですけれども、こういう拡大図があります。先ほどお話ししたように、二次医療圏の人口の推移、鳥取県の疾患別の有病率を合わせると、鳥取県の二次医療圏の現在の患者数と2025年何%増えて何%減るかというのが出てくるということになっています。それで、今日は岩手県が中心になりますので、岩手の復興ということが基本になりますけれども、時間があまりありませんので、先ほど急性期の医療密度の図からお話をさせていただきます。こちらの上の方になりますけれども、青森は皆さんご存じのように、弘前と青森と八戸という3つの拠点がありますけれども、比較的、心筋梗塞でも脳梗塞でも対応できる地域が確立しているわけです。これは盛岡ですが、一極集中しています。二番目が花巻にありまして、そのあとが一関と水沢・江刺、このラインですけれども。三陸の方に久慈があって宮古があって、釜石があって大船渡があって、それでこのラインです。この2本の線が基本になりますけれども、青いところに人が住んでるんですけれども、1時間圏内で急

性期病院が、基幹の病院が確立していないエリアです。これが今後、人口的にどうなっていくかということです。まとめているところですが、おおざっぱに言いますと、この辺は人口の減り方がマイルドで、青いところはすごく人口の減り方が激しいです。青いところは、あまり人口が減らないで、減っても2割くらいですけれども、青いところは全国的に見ますと4割から6割です。そうすると、ますます人がなくなるという形になります。そういう人口のデータを見ながら、極端な話、もっと移住を推進する。今回の三陸に関しても、そこにずっと住み続けるという選択肢よりももっと積極的に寄せるべきではないかと。療養病床数で言いますと、ほとんどありません。緑色は全国平均ですけれども、盛岡の近郊、秋田の近郊は全国平均ですけれども、ほとんどないと言える状況にあると言えます。これが今回、作ってきたスライドで、これを見てつらいなという感じでありましてけれども、三陸は26万から17万まで減るという予測になっています。そういうことと、今のままおいといても住みにくくなるから、集中というのをもっと徹底的にやるべきで、それでお金をどこに使うかという、もっと集中を意識してマクロ的な感覚の話から下ろしていくということでやらないとどうにもならないな、というのが今回感じてきたところであります。それで、ちょっと頭の体操をします。65歳未満、介護もほとんど使わない、医療は11万5千使います。65から74歳が介護5万円で医療は40万使います。75歳以上になると介護が40万で医療が65万くらい使うということです。今後、一人ひとりの医療費の使い方が変わらない、年齢構成が変わったとして、先ほど言いました若い人が毎年100万ずつ減ると。75歳以上が2030年までに60万人ずつ増えるという人口の変化とこの一人ひとりの医療費の使い方を掛け合わせますと、医療と介護どっちが成長産業になってくるか、ちょっと考えてみてください。これは人口が変わると需要がどう変わるかという考え方の基本になります。答えをお見せしますと、介護の方が成長産業になります。介護は2030年まで約5割増えて、医療は2025年ピークで約10%増えるという数値が出ています。どう

してか。介護というのは、75 を過ぎてからこういうふうに使って、75 歳より前はほとんど使わない。ということは若い人が減っても、介護についてはあまり関係がない。介護は、6 割、75 歳以上が増えるということは医療需要が増えるということで、75 歳以上がどう動くかということによって介護費が変わってきます。一方、医療費はどうかというと、若い人がそれなりに使えば若い人が減ると需要が足を引っ張るということで、医療費の方が伸びが低くなるわけです。

では、医療が 10%の時のの方がまだ良かったかなと考えられるかもしれないですが、実はそう簡単な話ではなく、これは医療の全体ですが、75 歳以上の需要と 0 から 74 歳までの需要に分けますと、75 歳以上の需要というのは上の方、0 から 74 歳の需要というのは青い線になります。青い線、2020 年から急に下がります。なんでか。2022 年、2023 年、2024 年に、団塊の世代が青組から緑組に移るからです。その後、この青い線というのは、毎年 100 万人ずつ若い人が減っていくというのに引っ張られてこの世紀末まで下がり続けます。一方、75 歳以上の線というのは、2030 年ピークで、そのあとしばらく横ばいで、2050 年くらいまで横でそこから下がり始める、という動き方をするはずですが、そもそも問題なのは、0 から 74 歳の医療というのはどういう医療で、75 歳以上の医療というのがどういう医療になるのかというのが問題であります。74 歳以下の医療というのは、従来型の医療です。一般の人にはとことん型医療という言葉を使いますが、従来型の医療で、病気を治すと生活に戻れるというのが基本的なモデルです。一方、75 歳以上のモデルというのは生活支援型、病気を治すというよりも体を整えて、場合によっては環境も整えてあげるというタイプの医療になります。これを具現するのがなにかというと、今年の春に診療方針に表れた地域包括ケア支援協定というもので、亜急性期の従来型の医療で、短期で出されて家に帰るのが難しいので、施設でリハビリなどをして家に帰してあげるというのと、こういうふうにはいかない場合でも対応できる acute の状態、脱水とか肺炎を中心に引き受けて、地域の在宅

を診ている先生たちをバックアップして、施設を含めて面倒をみるというのが支援型病床の考え方になります。

今後どうなるかということ、急性期というか従来型のとことん型のニーズがどんどん減ってきます。一方、亜急性、地域包括ケアの病棟は病床が足りないだろうと。今回の診療報酬改定がどういう改定かというと、急性期 7:1 を地域包括ケアに沿うという形にしています。これは先ほどの最初に出した中国大陸で言うと、西にチベット、東に海という地形に沿った話でありまして、この流れは当分続きます。ということは、7:1 から 9 万床という数字がとりあえず独り歩きしておりますけれども、そこに到達しない限りもっともっとしめて地域包括に送るような形になります。地域包括ケアは私の試算からすると、3 千円、1 日で。だから、次は 1 千円とか 1,500 円上げてそれで要件を緩めて、7:1 をせめてとことん型からまああ型という方向にどんどんシフトさせようとしていくだろうということでもあります。

今後どういう形になっていくかということ、一つひとつの地域では多いか少ないかわからないので、私の作ったこういう全国一律のデータで国の基準値というのを作って、それから病床機能報告制度で出てきた差をはっきりして、この基準値まではとてもうまくいかないという形で、県が目標病床数というのが今後のスタイルではないかと。ただし、県によって全く違うわけでありまして。全国的には急性期を減らして生活支援型の病棟を増やさないと。群馬とか岡山、これはいいですけども、高知は両方薄いし、埼玉は両方増やす。岩手もおそらく両方増やすタイプではないか、気仙がちょっと多いかな。だから、岩手もどちらかというと岡山県型なのかもしれないですけども。こういうふうな地域によって目指すべき方向が違ふと。これにお金をつけてその方向に引っ張っていかうというのが“かねがさき”の基金であります。

一般病床と療養病床を比較するデータがないので、とりあえずそれで今後の予測を立ててみました。そうすると、全国的には一般病床というのは足りて

いるけれども、療養病床が足りないよということですから。神奈川だと両方足りないし、福岡だと両方余るような形になっています。何県がどうなるというのは、平均在院日数の設定によって多少動きますけれども、療養病床が岩手県は不足して、一般病床が過剰というグループに入っています。ということは、先ほど大船渡の方が、急性期から地域包括ケア支援病棟に移るといのは、流れに沿っていると言えるのではないかというふうに思います。

最後に、今後、病院をどうすればいいかという話をさせていただきます。ポイントを5つにまとめてあります。1つ目は、各地域が求められている方向を知って、少なくとも万有引力に逆らうような方向は避けて、県の言うとおりにやれと言うつもりは毛頭ないですけれども、蛇行はいいけど万有引力に逆らおうと反作用は大変強いですからそれだけはやらないように。要は、地域全体でどんな方向に進むか見定めて、その方向を意識しながら方針を決めましょうというのが地域医療ビジョン的に言って一番大切な話です。それから2番目、ダウンサイジングの話です。これから先の良い経営者、優秀な経営者というのは減収増益モデルを進める人たちです。間違いありません。500床を維持しようとするとしても苦しいんだけど、200床にしてしまえばスタッフも十分いいことになるし、赤字部門をうまく切り捨てて余裕のある間にダウンサイジングしたということで先行しよう。ぐでぐでの状態になって、ふらふらになってからやってはだめだと昨日話したところです。3つ目。大都市に関して言うならば、お客さんは捨てるほどいます。要は、スタッフが集められるところがその業界を続けられるところになると。要は、スタッフに選ばれるような経営をしないと無理だよということで、むしろ大都市はこっちの方を重点的にやらないといけない。地方はちょっと様子が違いますけれども。4番目、地域の活性化を視点に入れた経営。地域の魅力、安心度というのは医療にとってはとても大きい要素を占めるので、時には首長さんと話し合っ、自分の病院のありようを決めるくらいの、地域に何ができるか、地域に便宜をどう提供するのか、そういう視点を是非持っ

ていただきたい。それから、最後になりますけれども、団塊の世代がいよいよ75歳を迎えます。この人たちはおそらく、入院するときにiPadとかスマートフォンを持ってくる人たち、地域とつながりながら入院するような人たちです。あと10年すると、認知症がたくさん出てきます。その人たちというのは、今のケアというのは絶対通用しない。だから、最近あがってきたのが、デイケアでいろんなプログラムを作ってサークルで好きなことをやらせるというのが一つの対応かなと思いますけれども。これからどんどん、どんどんこういうことが出てくるのではないかというふうに思います。

ということで、足早に、人口の変化による施設経営がどうかということと、それから岩手県の話少しさせていただきますけど。やはり今までの発想のままではなかなかうまくいかないということで、この本を読んで、私もどうすればいいかわからないですけれども。少なくとも、早く逃げ出した方が得な場面が来たら逃げ出す、というのはまず間違いないと思いますので、こういう時代こそ足抜けということが非常に有効になってくるのではないかと。だから、“かねがさき”とも言うておりますので、そういうものもうまく活用しながら地域全体の数を考え、バランスをとっていくということを是非考えていただきたいと思います。

伊藤

大船渡の伊藤です。二次医療圏での政策というのは岩手県は進められているんですけれども、これだけ人口が少なくなるとどうしてもくつつかなくちゃいけないということがあると思うんですけれども、その辺のところ、先生の見解を。

高橋

実はその組み替えを厚生労働省の幹部の人たちと相談してまして、岩手県はくつつける話は案には入っていません。というのは、くつつけてもあまり利点がないからという部分があります。むしろ、例えば先生の気仙と上の方の釜石をくつつけて、いいことありますかね。どこか1か所に集めて基幹病院を作れて、という画が描けないと。基本的な考え方で言うと二次医療圏というのは、実は心筋梗



塞と脳梗塞と交通外傷がちゃんと診れる病院が中にあるというのが基本。そうすると、釜石もやってみるし、先生のところもやってみるから独立した医療圏としてみるべきじゃないかなと。そうすると、そこをくっつけるメリットってないわけです。宮古もできてると。そしたら問題は、その機能をどう維持するかということ。そうすると、宮古とか大船渡とかそっちにできる限り寄せるといふ話か、あるいは町ごと移住するといふくらいの話になっちゃうわけ。それはあまり現実的な話ではないだろうと。そうすると、僕のセンスからすると、岩手県の三陸は今の形で、久慈と宮古と大船渡と釜石をどう守れるかという考え方でそれは県が今後、支援してやる。もしやるとすると、同じような悩みを抱えている救急のところに対して20床でやる、というようになところをむしろやっていく方がいいんじゃないかなといふふうに見ています。人口規模が小さくなると、先ほどありましたように、金が出てくるのでそれが最大の問題なわけであり。人口1万になっても病院は持つという話なので、それを政策的にどこまでバランスを取っていくのかという、私もよくわからないのですが。岩手県に関してあえて言うならば、盛岡と二戸はくっつけて、盛岡が面倒をみるはずなんで、その辺のところはあるのかもしれないですけども。岩手県は、医療圏としてはこれ以上、触りようがないんじゃないかなと思っと思っていますがいかがですか。

伊藤

交通のことも考えてそうじゃないかなと思っいたのですが。

高橋

やるとしたら二戸くらいじゃないですかね。久慈もどうにもならないし。

伊藤

みんな、だいたい2時間かかるんです。

高橋

1時間超、離れているといふのはやはりある程度、人口政策的に、足りない地域に対してどうするかといふことを考えると、岩手県といふのはぎりぎり拠点はそこそこできると。ほんとはレベルが高いとい

いかなといふのはあるんですけど、人口規模から見ると立派かなと、ほんとに頑張られていると思っいて、こないだ会った時に非常に痛感しました。釜石が市民と県立が合併したといふ、釜石はああいふ方向に進んでいきましたが、他のところは一個しかないから統廃合なんかはやりようがないわけですよ。

伊藤

ダウンサイジングしながら機能をきちっと果たすといふ形がいいといふふうに見えておられるわけですよ。

高橋

先生のところは、やはり地域包括をいくつ持つかといふことが大変に重要な問題で、1つと言わずたぶん2つ3つといふ形で療養に相当するものが全くないエリアで、急性期の場合は結構使い勝手がいいですし、そのシミュレーションがとて大事だと思っっています。

伊藤

ありがとうございました。

小川

目からうろこといふか、将来なしていく方向がよくわかったと思っいます。今、先生と伊藤先生のディスカッションに関係するのですが、例えば岩手県は四国4県に相当する広さがあつて9つの二次医療圏があつて、そこにだいたい1つずつの総合病院があります。例えば、そのうちの宮古医療圏の広さといふのが東京都区部の4.3倍、東京都全域の1.2倍です。そこに東京では600の総合病院があるんだけど、結局、宮古医療圏には1つの総合病院しかない。ですから、そういう意味ではたらい回しは岩手県ではないんですね。ないといふか、たらい回しをするほど病院がない。ですから、先生が出されている左側の9つの二次医療圏に1つずつ総合病院があつて、それが岩手県の場合は医師が足りなかったものから、ほとんど集約されてしまったんです。要するに、究極の形になっています。

高橋

僕も基本的にはそう思っいます。あえて言っくと、県立病院が26個あつたのが20個になりましたけど、

もう少し集約できる場所がありそうだという感じがあります。だけど、基本的には中核が1個ずつ決まっています、日本で一番きれいに集約されている県で、医療行政の在り方というのはとてもうまくやってくるのかなと思います。

小川

総合病院とサテライトという形になっているんですね。ですから、あくまでも病院の数はそうかもしれないけども、例えば宮古病院が総合病院で、ちょっと南にある山田病院がサテライトで宮古病院と一体になって診療をやっているというような格好ですから、ほとんど9つの二次医療圏に1つずつの総合病院しかないという状況ですから、集約はほとんど済んでいて、これ以上集約できないという状況にあります。先生にお聞きしたいのは、東京都か大都会のメトロポリタンにおいて、そういう意味で二次医療圏的な発想というか、病病連携というのがなかなかうまくいってないですね。例えば、東京大学を中心にして500m圏内に4つの大学病院がある。それが連携しているわけでもないし、その周りにいっぱい病院があるんだけど、あるいは診療所もあるんだけど、それがなかなか連携できていない。

高橋

そういう発想ですか。

小川

そういうことです。

高橋

基本的に日本全体に医者が足りなくて、東京が日本一、医者があるエリアだと言いつつ、東京の病院は医者が足りないと言っているわけです。それは基本的に、病床が多すぎるんですね。だから、東京の特効薬というのは実は、やはりダウンサイジングなんです。ただし、東京の最大の問題というのは、都内で病床を持つには5万円の単価がないと病院が成り立たないんです。地域包括ケアというのは、政策的にやらないと成り立たないという状況が最大の問題です。あと、今回最大のポイントは、高機能病床のダウンサイジングが最大の争点になる。在院日数を2割から3割短くする。そうすると、今の病

床を保つことは大学病院が2割大きくなるということなので、今のまま行くと巨大高機能老人病院になります。たぶん、胃がんの手術の平均年齢は70近いと思うんですけども、これが80になる可能性が高い。そうすると、高機能病床がお手上げの時にダウンサイジングとセットというのは当然ある話です。特に、5:1にシフトすると、看護師を集めて5:1になるのではなくて700床が500床になれば5:1です。それで、減収増益になるようにうまく点数設定をして、それで大学病院が密度を上げるという形で病床の調整ができるかどうか、この医療制度改革の最大の点ではないかと思っています。ですから、この高機能病床の転移の時にそこが入るかどうかというのがこれから先、一番大事です。それができると、東京の方の大学病院も多少、余裕が出てきて医者の派遣ということも出てくるんじゃないかなということです。もう一つは、東北の宮古の問題が一段落したら、地域ごとの医者の数の定員がこれでいいかという、検討するということです。私の出身の石川県は100万とか、それで定員を増やすのはとんでもない話です。長崎とか島根とか徳島とか、定員を増やしてはいけないところを全部増やするので、それをかき集めると意外と定員増ができるので、それを使って次を考えてもいいかもしれない、早くても2、3年先だなという話であります。その関連から言うと、東北とか千葉、埼玉はもっともっと定員を増やしてもいいところでありまして、そういうバランスを持った医師の養成というのはいらないかなというふうに思っています。これは医師会の幹部と2回お話をやらせていただいておりますし、そういうような形で、医者の変動は数を増やさなければ難しいな、とするとある程度強制力を持った方法と、今言った、別途でコントロールする。将来的に、医療マップ的な話、開業1千円の話も出てくるだろうし、それから医者の勤務に関してもある程度かかるという話も、医師会は猛反対するでしょうけど可能性としては考えられるのではないかなというふうに思っています。

小川

先生は行政に非常に近いし、行政に力がありますからお聞きしたいのですが、私も厚生労働省の役人とずいぶん御高談を申し上げたことがあるのですが、大学病院は特定機能病院だけれども、大学で学生を教育するのならターミナルケアというか、寝たきりになっている患者さんを学生のうちに見せておいた方がいいと。だとすれば、超急性期病院であるにもかかわらず、先生が言っている病床は可能だよというわけですから、その一部を療養型の病床にして、大学病院の中に療養型の病床を組み入れて、そうすると学生が急性期に来てこんな高度医療をやって、それでも結局だめで寝たきりになって、そしてこうやって療養の病床にいるということまでトータルにみれるから、教育的な観点からもいいじゃないかと私は申し上げてきたんですけども、これに関して先生はどういうふうにお考えでしょうか。

高橋

今の考えは、少なくとも前の原医政局長は絶対的NOで、急性期病院はケアでやるべきという信念みたいなものを持っている人が多いです。今までは、地域に出してそれぞれ勉強しなさいというふうな話になるんじゃないかなという気がします。大学病院の中にそういうのは、急性期のモラルという部分もあるし、僕もどちらかと言うと、原さんに近いのかなという感じがします。それでダウンサイジングをして、必要な機能は他の病院と連携するという形でやっていく方が全体のバランスがいいんじゃないかなと思います。もちろん先生の考え方もありで、それをやった方が大学病院のダウンサイジングが非常にスムーズに進むという意味があって、東京の病院の高機能病床をとったらとても楽ですけども、それをやると民間との関係もあるし、それから高機能病院の中に入ると、今までやってきたことと少し雰囲気が変わることもあります。だから、そういう意味においては、高機能病院は急性期に特化して、よりエリート的になっていくんじゃないかなと私は思っています。

小川

先生のお出しになったデータで、例えば岩手県の盛岡であれば急性期病院は過剰だよということでしょうか。

高橋

周辺との関係ですが、人口の動態から考えると急性期が岩手医大と県中と、その次に日赤病院、その次が友愛病院になりますよね。だから、直感で言うと、ちょっと多いかなと思います。

小川

過剰だよということですね。それはわかりましたその代わり、岩手県としては療養病床は全然足りないよというお話ですよ。

高橋

だから、本体はそのままにしておいて、佐久みたいに別に作るという発想になるか、他の病院を買い上げてそっちにするという、そういう方がきれいな気がしますね。岩手医大の新しい構想の話もあるということは伺っているんですけども、たぶんダウンサイジングさせられるんだろうなというようなことは構想の中に入れとかなんといけないんじゃないかなと思います。

岩動

ありがとうございました。医師会の人たちに聞いてもらいたい内容でした。

佐藤

今日のお話は、伊藤先生からは現場の話で身近な話でありましたし、高橋先生からは興味のある話、ダウンサイジングということで、宮古病院も一病棟、休廃止したら黒字になりました。そういうことで、さして人口減ということで、やはり現実を見てやらないと自治体病院の場合は政治問題とか非常に厄介であります。今の話は是非、議員さんたちにも聞かせたいと思っておりました。非常にいい話だったと思います。それでは、この班会議を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

