

2014年度「在宅医療を推進するための会」報告書（前半期分）

座長 蘆野吉和（青森県立中央病院 医療管理監・緩和ケアセンター長）

<はじめに>

今年度（2014年度）より、地域包括ケアのシステム構築に向けて取り組みが本格化します。少子超高齢化そして多死の時代を迎えるにあたっての準備ともいわれますが、それと同時に、戦後より目指してきた社会のあり方およびこれまでの医療のあり方を現在社会に住まう人々のニーズに合わせ、また、近未来の社会状況にあわせて見直し、新しい地域社会および医療のあり方を模索する取り組みでもあるものと考えます。

この地域包括ケアシステムの5つの要素として、医療、介護、予防、福祉・生活支援、住まいがありますが、その中核となるのが医療と介護であり、各地域の状況に即した在宅医療体制の構築であるとされています。

そして、この在宅医療体制の構築は、2006年から始まっていますが、これまでの約8年間の取り組みの成果を見ますと、「在宅医療を念頭においた地域医療介護連携」が進んでいる地域がある一方で、まだまだ、取り組みがなされていない地域や、取り組んでも様々な障壁（バリア）があり、連携がすすんでいない地域が多いのが現状と思われます。そのバリアとして指摘されているのが、（1）受け皿となる在宅医療側の体制の不備（訪問診療を行う医療機関・訪問看護ステーションの不足、後方支援病院・中間施設の不足）、（2）送り手となる急性期病院側の（特に医師の）①在宅に対する理解不足、②病院完結型志向（治すことへの執着あるいは紹介することに対する抵抗感）、③病気や病状に関する説明不足（特に治らない疾患や病態に対し）、（3）地域住民の意識（病院信仰、治すことへの執着、紹介されることに対する抵抗感など）などです。この中でも特に（2）（3）は、意識変容が必要な事項であり、非常に難しい課題として、これまで話題にはなっていたものの、具体的な対応策について議論できませんでした。そこで、今年度は「地域包括ケアシステムと病院医療～川上から川下までのネットワーク化～」というテーマで、特に急性期病院の医療従事者に地域包括ケアを理解、あるいは意識してもらうための具体的方策について議論することとしました。

なお、「川上から川下」というフレーズは「社会保障国民会議最終報告書」で以下のような文章の中で使われているものであり、特に病院が医療の上位にあたるという意味で用いられているものではありません。

『「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで一つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供先が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時にされるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい。』（傍線は座長が追加）

<第1回研究会（5月16日開催）>

第1回研究会では、看取りを含む在宅医療推進のための急性期病院と診療所との円滑な連携体制構築の成功例として、滝谷博志氏（岐阜県総合医療センター院長）と小笠原文雄氏（小笠原内科院長）のお二人に『岐阜地域における地域連携』という題名でお話を伺いました。

滝谷博志氏は岐阜総合医療センターの副院長という立場で、前院長渡辺佐知郎氏と一緒に地域連携体制の構築を図り、今年院長となられております。小笠原文雄氏は開業医として岐阜市内で看取りを含む在宅医療を積極的に展開し、急性期病院に働きかけて大きな地域ネットワークを作り上げています。日本在宅ホスピス協会の会長として全国的な活動をされていると同時に、特に一人暮らしの在宅看取り支援を積極的に展開しており、「お一人様でも大丈夫」と上野千鶴子氏との対談を全国で行っています。

■滝谷博志氏のプレゼンテーション（要約）

1. 岐阜県総合医療センターの沿革および病院の概要

明治42年に岐阜衛成病院として創設。国立岐阜病院を経て昭和28年7月に岐阜県立岐阜病院として開院。平成17年1月地域がん診療拠点病院に指定。平成18年1月に岐阜総合医療センターと名称変更。平成20年9月地域医療支援病院承認。平成22年4月地方独立行政法人に移行。平成24年4月よりDPCⅡ群病院に指定。

現在、62診療科、32専門外来、病床数590床、7対1看護体制、平均在院日数12.6日 救急車受け入れ台数 5271台、常勤医師162名、初期臨床研修医30名、看護師590名、薬剤師39名、理学療法士48名、栄養士8名、MSW7名、事務41名、常勤職員数980名

2. 地域連携の沿革および実績

地域連携部門は平成13年5月に「病診連携室」として師長と事務員3名で開設し、その後、人員を強化し、平成21年4月に「地域医療連携センター」と改名。現在では19名の人員を擁し、前方連携担当として看護師4名を含む8名が、後方連携担当として看護師2名、MSW8名を含む11名が活動している。部門として、病診連携部、連携パス部（平成21年4月創設）、退院調整室（平成21年4月創設）、自宅退院サポートセンター部（平成25年4月開設）の4つの部門がある。

また、地域医療連携センターとは別個に平成26年2月に総合外来センターに「入退院管理室」を開設した。

地域連携カンファレンス・研修会の年間予定は、地域医療連携推進協議会（年4回）、院内各部門毎の連携研修会、地域支援病院オープン病床クリニカルミーティング（年2回）、クリニカルラウンド（年3回）、病診連携カンファレンス（月1回）、緩和ケアカンファレンス（偶数月）、がんカンファレンス（奇数月）となっており、院内各部門毎の研修会の平成25年度の実績として、年間90回開催、院内職員2251名、院外1265名が参加している。

地域支援病院オープン病床クリニカルミーティングでは地域連携センター部の報告、病院で取り組んでいるトピックス、在宅に移行した患者さんの経過報告などを行っている。

これらの会合は、開業医の先生の都合を考慮し遅い時間を設定しできるだけ参加してもらえよう配慮している。

3. 開放型病床登録医療機関増加に向けた活動

開放型病床をできるだけ多くの開業医に使ってもらうために登録医制度を作り、登録医を増やすため

に、紹介元医療機関のうち登録医でない機関をリストアップし、この医療機関を関係した診療科に分類し、連携室で医療機関と調整しながら訪問日程を決め、診療科毎に副院長、部長を中心に訪問し、登録医のお願いと病院への要望聴取を行っている。これにより登録医療機関は年々増加し、平成 25 年度 389 施設 登録医 489 名となっている。また、がん患者等に係る医科・歯科医療連携を岐阜医療圏地域歯科医師会と合意し、42 歯科診療所が登録医となった。

4. 紹介患者に対する返書管理

病診連携をすすめるにあたって大事なことは診療情報提供書など紹介患者に対する返書管理で、これを厳格にするために、連携部で返事の有無をチェックし、書いていない場合にはメールで依頼、次に電話で依頼、さらに部長、副院長の順に電話で確認依頼し、最終的には院長が電話確認することとなっている。まだ、100%とはいかないが 95%とまりである。

5. 病診連携室の時間外対応の取り組み

紹介患者に対する病診連携室の時間外対応を平成 25 年 4 月から始め、当初は平日 19 時までの電話対応を 5 月からは平日 20 時まで、土曜日 9 時から 13 時までとしている。試行期間において、外来担当医と連絡がつかないため外来予約が円滑に行かないことから、外来予約に病診連携枠をつくったところ予約も円滑にとれるようになり好評である。

6. 入退院管理の改善を目指した入退院管理室の活動

退院調整を早く始めるために今年 2 月から「入院期間票」を作り運用を始めた。入院期間票は入院が決まった時点で主治医・外来担当医が発行し病棟および入退院管理室に提出することとし、この票には入院期間の目安・クリニカルパス利用の有無・退院後の方向性（自宅、転院、介護福祉施設等）などが記載され、入院してきた時に退院調整が始まるしくみとしている。

また、外傷や救急患者などのクリニカルパスが未整備な患者に対しては「入退院パス」を発行し、入院から退院までの流れを図式化し示している。なお、この書類の最下段には「当院は急性期医療です。救急車で搬送される患者さんや緊急入院の必要な患者さんを多く受け入れております。急性期医療が終了し、治療の目途がついた患者さんには、ご自宅や地域の医療機関や介護施設などで療養を継続していただくこととなりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。」と記載し、「急性期病院です」というアピールをしている。

さらに、電子カルテ上に「病床管理シート」を作り、入院期間のチェックができるようにしてあり、予定の入院期間を過ぎたら主治医に確認することとしている。

7. 退院調整室の活動

退院調整室の役割は医療依存度の高い事例の退院調整や医療相談で、入院患者の早期退院に向けての介護保険などのサービスの説明や地域・他施設連携であり、依頼件数は平成 24 年度 1127 件であったものが平成 25 年度 1484 件と増加し、平均在院日数もそれに連動して短くなっている。

8. 自宅退院サポートセンターの活動

自宅退院サポートセンターの役割は入院患者の在宅療養に向けての支援、地域他施設連携、病棟リンクナース支援などで退院調整がなかなか難しい転院が難しい患者への対応を行っている。これを病院からの在宅復帰率でみると平成 24 年度は 30.3%、平成 25 年度は 34.7%と上がっている。

9. 連携機関紙「すこやか」の発行

平成13年に病診連携室がスタートした時から発行している。年4回発行し、病診連携をアピールしている。

■小笠原文雄氏のプレゼンテーション（要約）

I、在宅医療体制の整備

1. 小笠原医院における在宅医療への取り組みの沿革

実は、在宅医療は全くやりたくなかった。勤務医でいたかったが目を悪くし、平成元年に開業したら、往診を頼まれ、断れなくて始めたら、平成4年に成功体験で「在宅医療ってこんなにすばらしかったのか」と思った。平成元年から訪問看護をやっていたが平成12年に介護保険ができてヘルパーさんが加わり、医院に在宅ホスピスコーディネーターとしてのMSW加わることで独居の看取りもできるようになった。そして、そのうちに往診の患者さんも増えて100人くらいになり、がんの在宅看取りが85%くらいとなった。さらに、先輩が選挙にでるといっているので、マニフェストを考えなければいけないとなり、「岐阜県みたいな貧乏県は在宅医療でPPKが一番」「在宅医療を岐阜県でやらんといかん」と言ってしまった。そう言ってしまった手前、岐阜在宅ホスピス研究会を立ち上げた。

在宅患者は増える一方で「これはいかん」と思って近隣の開業医を育てるため教育的在宅緩和ケアを始めたところ、地域の医師が在宅看取りができるようになった。そして、平成23年に在宅医療連携拠点事業を行い現在に至っている。

2. トータルヘルスプランナー（THP）について

MSWが調整していた頃は在宅看取り率が85%くらいだったのが、トータルヘルスプランナーという医療・看護・介護・福祉・保健のケアマネジメントできる人（いわゆるケアマネを持った看護師というイメージ）、地域包括ケアシステムの中で連携・協働・協調プラス介入できる能力がある看護師を育てることによって、がんの在宅看取り率は99%に上がった。そのようなシステムを作ったおかげで、医師はあまり夜中も呼ばれずに在宅看取りができるようになった。したがって、このようなシステムを岐阜県中に広げ医師が疲れないようにしていくことが大事と思っている。

3. 独居を支える地域包括ケアシステムについて

「がんが治った」と言って退院してきた独居の人がいる（本当は治っていない）。訪問診療に行き「あんた、本当はがんなんだよ」と言うと、愕然とするけれど、「大勢で支えるとこんなにうまくいきますよ」というと満面の笑顔にかわってくる。民生委員とか町内会長さんとか隣のおばちゃんに声かけて「独居を支えるんだよ」ということを教えてあげると独居の看取りができる。独居の患者さんを家で今まで29人看取り大体年間5人くらい独居を看取っているが、こうやって多職種協働・地域協働、大勢で支えないといけないのは大体3割もない。大勢の人を絡ませようと思うとかえってよくない。いのちが喜ぶ在宅ホスピス緩和ケアをどうしたらいいかということみんなで考えてやっていく。そして必要なことだけワンポイントで支えていくと皆さん笑顔で暮らしていく。笑顔と言っても24時間笑顔で暮らしているわけではなくて、喜怒哀楽の中で痛いとか苦しいとか言いながら、「やっぱし良かった」という笑顔の人だったらみんな家で死ぬる。

4. 在宅医療の良さ

心不全で年3回くらい入退院を繰り返し年間半年以上入院している方があり、その奥さんが疲れ切って、「なんとかならんか」と聞かれたので、在宅医療やればいよいよと言って、在宅緩和ケアが始まった。それまで厳格に塩分制限をしていたので好きなものを食べてのんびり暮しなさいとアドバイスした。その後約10年間入院することなく、3年後の心胸比は82%から54%に減少。その後たまたま風邪をひき離れて暮らす娘が「心臓が悪いのだから入院させる」と入院したら亡くなった。

がん末期といわれて入院していた人が、家に目が見えない子供がいるから帰りたいと言ったら、「入院していれば1カ月はもつけど退院したら5日で死ぬと」言われた。妹さんが小笠原内科に相談に来たので「いいよ、退院」と言ったが主治医が退院させてくれない。1カ月経ち、「先生、もう1カ月経ったんだから、家で死んだら本望だから退院させようよ」言い、「退院して本人が入院したいって言ったら、すぐに入院させてください。お願いします。」とその担保をとって退院の了解をとった。家に帰ったら笑顔になって、2ヶ月後にお庭に出て一輪車を引いて、2年後にも生きている。

II 急性期病院側（特に医師）に対する意識改革

1. 岐阜県総合医療センターとの関わり

平成19年に院長から講演を頼まれ、院長、事務長、総婦長がそろったら講演してもいいと引き受けた。その時にデスカンファレンスや退院調整室の有用性について話をしたら、退院調整の件数も4割アップした。院長がその気になって聞く、医師も一緒に聞いてくれたから変わったのだと思う。

2. 病院医療従事者の意識改革について

平成25年に名古屋第二赤十字病院で講演をした時、院長から「どうしたら在宅で退院調整うまくいくの？医師の意識を変えられるのか？」と聞かれ「そんなのこの黄色い本（『上野千鶴子が聞く小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか？』 小笠原文雄・上野千鶴子共著）を読めばいいに決まっていますよ」と一言言ったらすぐ事務局長に「ドクター全員に読ませる。何冊買ったらいい？」「75冊です」「じゃあ、75冊注文」となった。このように院長・副院長の決断が早いと病院はよくなり、医師が講演を聞くと意識は変わる。

また、県病の看護師が小笠原内科の往診同行や訪問看護同行に10人くらい来ており、現場で真実を見つめると意識が変わる。遅ればせながら市民病院も、看護部長とか何人か含めて、看護師が往診同行を始めた。

さらに、デスカンファレンスも大事で、病院側の医師と在宅側の医師が座長をやって、病院側の医師・看護師・退院調整部門と、在宅側の医師・訪問看護師・ケアマネジャーに1人の事例を発表させてこの患者さんは、最終的には入院したのか、緩和ケア病棟へ行ったのか、家で亡くなることができたのか、そこまできちんとディスカッションすることがいい。

3. 在宅看取りの難易度分類

在宅看取りには難易度があり、難易度が低いひとはかかりつけ医でもみれるが、難易度が高いひとは地域の中の経験を積んだ医師がみるようなシステムが望ましい。難易度分類とは難易度Ⅰ（患者と家族が在宅を希望：各0点）、難易度Ⅱ（患者又は家族が反対、老々介護、日中独居、未告知、麻薬に拒否感、病院や自宅で苦しんでいる、魔女の囁き、約10km遠方：各1点で合計1～2点）、難易度Ⅲ（患者又は家族が断固反対、認々介護、独居、麻薬にトラウマ、緩和ケア病棟で苦しんでいる、悪魔の眩き、約15km遠方：各3点で合計3～4点）、難易度Ⅳ（家族と患者が反対、独居の認知症、約20km遠方：各5点で合計5～7点）、難易度Ⅴ（患者と家族が断固反対、約30km遠方：各8点で8点以上）。

魔女の囁き、悪魔の眩きとは、退院させるとき「何かあったらすぐに病院に来てね」と言うこと。入院したくない人まですぐ救急車で病院送りにされてしまう。救急車によって入院して地獄の苦しみに陥って、遺族が悲嘆を分かち合うのはかわいそう。死ぬことが分かっている人を救急車に乗せて、救命救急されたら、地獄の苦しみを与えるだけ。だから一見優しく聞こえるこの呼びかけが悪魔の眩き、魔女の囁きと呼ばれてしまう。だから、「何かあったらすぐ病院に来てね」と言ったあとに「しかし、入院を考えたら往診の先生か、訪

問看護師さんに電話で相談してから、救急車呼んで下さいね」って。その48文字を18秒間かけてゆっくりと説明してあげる、これが天使の声。

患者さんをどの医師に紹介したらいいのか、どのチームに依頼するか、地域全体を見渡すことができるのが退院調整室の役割で、この視点を持つ人もTHPである。

Ⅲ、地域住民に対する教育・啓発

1. ところ定まれば心定まる、だから穏やかに死ぬ

病院にいられないから、帰すのじゃない。病院じゃ残酷だから帰させる。そういう意識を持たなかったら日本は潰れる。だから介護施設に我々が入っていけば、本当に穏やかに亡くなる。そういうことを教えてあげないといけない。緩和ケア病棟で苦しんだケースがあると我々のチームに相談があり、家族に相談外来に来てもらい、退院させる。退院させると、大体は笑顔になる。医師や看護師にスキルがあったとしても所詮、病院。病院でも笑顔の人はそこにおればいい。しかし、救急救命高度医療の病院は性格が異なる。『生まれる所は決められないが、死ぬ処は自分で決める。ところ定まれば心定まる。だから穏やかに死ぬ』と黄色い本の第1・2条に書いてある。この第1・2条を知ることがいのちをどうとらえるかによって変わってくる。

2. 市民啓発活動

市民公開講座で在宅フォーラムや講演をすることが大事。『小笠原先生のあんきに元気に生きよまい』という15分の生ラジオ番組もやっており、様々なメディアを使って市民を啓発するのも大事。

Ⅳ、岐阜市医師会の取り組み

在宅医だけでなく、岐阜医師会もうまくやってくれている。開放型病床のクリニカルオープンミーティング、地域慰労支援病院と医師会との委員会（在宅を含めた連携のあり方）、かかりつけ医とケアマネージャーとの意見交換会、医療・介護・福祉の連携支援体制構築部会（菖蒲会）、病院地域連携室実務者の会（れんげ会）などの取り組みがあるので、本当に好きなことをやっているだけという感じがありがたい。

■プレゼンテーション後の討論（要約）

Q：岐阜県総合医療センターの地域連携部門の様々な取り組みのアイデアは誰が出しているのでしょうか？

A：院長・副院長のアイデアで、その調整は病診連携部が担当している。

Q：社会保障制度改革国民会議の最終報告書で「川上から川下へ」という言葉が二度使われているが、どのような意味で使われているのですか？

A：特に大きな意味はなく、よく使われる言葉ではあった。本来生活から見ると生活の場のほうが上だというのは、全くその通りだが、厚生労働省で関係者と議論するときには、多くの方が急性期病院に勤めていて、その感覚で議論されることが多かったせいかもしれない。それから、医療の機能分化・機能連携を厚生労働省が言いはじめた時に、参考にしたのは熊本モデルで、その脳卒中ネットワークがモデルで、急性期からいかに早くリハビリにつなげるか、ということが課題であった。

Q：がん連携における医師会と歯科医師会の連携について、調印した後の進行がなかなか難しい。病院ではスクリーニングやアセスメントをどのように行っているのか？

A：岐阜県総合医療センターでは周術期の口腔ケアについて口腔外科と一緒に取り組み始めたばかりで、院内では活発に動いているが、それだけでは難しいと感じており、地域の歯科医との連携を少しずつ進

めている。

Q：連携して紹介した在宅患者のバックベッドをどの病院で行うべきなのか。200床未満の小回りのきく病院が担うべきか、今回新設された地域包括ケア病床が担うべきなのか。また、岐阜県として何か方向性が示されているのか？

A：岐阜県総合医療センターでは急性期病院を目指すということで最近では地域の200床あたりの病院と相談を始めている。今度の改定で、かなり風向きが変わり、今まではあまり重症な人は困るという声が「どんどん送ってください。我々があとでそういう人を見ないといけませんので」とそういう声が結構多くなった。ワンクッション置いた形での病院同士の連携も地域で取り組むべきだと思う。この件に関する岐阜県の具体的な動きはまだない。

Q：岐阜地域の医療連携について小笠原氏から病院側に働き掛けを行ったのか？

A：働きかけはしていないが相談されたら相談に乗っている。そして相談されたら責任を持ってお付き合いしている。

Q：地域連携に関する地域住民の反応はどう変わったのか？

A：地域住民は理解していない人が多い。本人と家族が「退院は嫌だ」とかそういうケースがある場合「困るケースはとにかく家族に小笠原内科の相談外来に来るように薦めることは病院側の責任でやってください」と退院調整室に教える。一旦小笠原内科の門を叩けば、ちゃんと話し「痛い、辛い、苦しい」と苦しんでいる患者さんは退院してもらい我々が笑顔にして最期まで支える。

院長から「県病院で困った患者さんは、とにかく助けて欲しい」と「その代り小笠原内科が困った患者さんは院長命令で100%入院させるから、それでギブ&テイクで頼む」と言われている。

Q：デスカンファレンスに病院や地域の人が多く集まる理由は。

A：院長が医師に対してちゃんと指示しているのが理由だと思う。

A：「なかなか退院させない医者が、病院にいる」との指摘があるが、うちの場合は、救急断らない医療を行い、間口は広いのに出口が狭くて行くところがない患者さんが多いので、なんとか担当医も退院をさせたいと思っていて、あまり退院させたくない医者はいない。むしろ困っているのだから、カンファレンスにも出るということだと思う。

Q：初期研修医の在宅連携に対する教育について。

A：研修医になるべく診療しろ、1カ月間研修に出てと言っている。研修医はどうしても近くの大きな病院に行きたがるけど、在宅往診もやっている病院もあるので、そういう地域枠を使って積極的に指導している。

コメント：後方連携はなかなかうまくいかない現状がある。

コメント：長寿医療センターには在宅医療支援病棟というのがあって、バックアップ体制がかなりできていると思うけれど、地域の医師はがんの看取りまで責任を持ってするという感じではなく、ある意味簡単に病院に入院を勧める人がいる。また、夜は自宅と診療所が離れていて、在宅医療を担当していても夜は診ない医師も結構いるのでおられるので、なかなか難しいという現状がある。やはりキーワードはTHPなのかなと思っている。

コメント：遠距離通勤だからこそ、看護師主導にして責任はドクターが取らないといけない。

コメント：医療と看護と介護と福祉保健は、少しずつこう言語が違うところがあって、なかなかお互いに理解しあえない部分があり、特に医療と介護ではそうだと思う。両方をバイリンガルできちんとつな

げられる人が、これからの在宅医療に非常に大事な人なのかなと思う。

コメント：連携業務に関しては、かかりつけ医側も病院側も手続きや書類がかなり多くなっている。これをどうサポートするのか考えていく必要がある。この作業には診療報酬がつかないので、基金の活用も念頭において、病院も、訪問看護ステーションも、歯科医師会も、医師会も財政援助を提言することが必要ではないかと思う。

< 第2回研究会（6月18日開催） >

第2回研究会は第1回研究会に引き続き、地域連携体制構築の成功事例を西村元一氏（金沢赤十字病院副院長）に、急性期病院の医療従事者の意識変容を進めるための戦略について城谷典保氏（医療法人鴻鵠会理事長 日本在宅医療学会理事長：元 東京女子医大八千代医療センター副院長・外科教授）に講演をお願いしました。

西村元一氏は病院勤務医であり在宅医療の経験はないのですが、平成21年から地域医療連携室担当となり、地域連携や在宅医療に関わり始めたようです。なお、平成24年から石川県医師会の理事として活動しています。今回は『石川県と石川県医師会が一体となった在宅医療推進の土台作り』という題名で発表していただきました。一方、城谷典保氏は平成5年に東京女子医大在宅医療システム研究プロジェクトリーダーとなり、平成8年に大学病院（東京女子医大）に後方連携を視野に地域医療支援・推進室を立ち上げ、平成13年から地域連携型大学病院としての八千代医療センターの立ち上げにかかわり、そして、現在は自ら在宅医療の現場で活動しており、これまでの長い経験をもとに『急性期病院の意識をどう変えていくのか～これまでの取り組みと今後の戦略～』という題名で発表して頂きました。

■西村元一氏のプレゼンテーションの内容（要約）

1. 2025年の石川県の地域社会の状況

2025年の石川県の人口は約105万人で約1割減り、高齢者人口が約33万人で約5万人増える。一人暮らしはどんどん増えていき約5万3千人となる。医療の需要のピーク（現在の11.1%増）は2025年、介護需要のピーク（現在の49.7%増）はその5年後くらいに来ると予測されている

2. 石川県の在宅医療環境の特徴

石川県の在宅医療環境は石川中央地区と能登北部、南加賀の差が大きく、特に金沢を中心とする石川中央医療圏では病院（ベッド数）がやたら多く、福祉系施設も多い、一方、在宅医療に関わる人材数が全国平均より少ない。住民のアンケートでは最後は病院と考えている人が多く家でという人は非常に少ない。

3. 石川県における在宅医療推進のあゆみ

平成23年3月に石川県医師会で「みんなで何かやりませんか」と声をかけたら多職種で250人程度の方が集まって「何かやっっていこう」となり、金沢南在宅医療推進委員会議が発足。内容として、排尿、排便、口腔ケア、摂食嚥下などの勉強会と「どうせやるならワークショップをしましょう」ということで、医師、歯科医師、薬剤師以外にリハビリ関係職、看護師、保健師、ケアマネ、そして大学の教授、介護者と一般市民、地域包括ケアセンター職員、県の地域医療推進室の方々と一緒にワークショップを開催した。そのワークショップ（4回開催）で、在宅医療・介護を提供する中での医療と介護の連携不足、介護従事者の在宅医療に対する知識・技術不足、在宅医療における医療職間での連携不足、病院従事者の在宅医療に対する理解不足、医療介護の関係機関が多く情報が集約されていない、住民の理解不足などが課題としてあがった。その後、「誰もが生きがいをもっていつまでも住み慣れた町で暮らすことができる」ことを最終目標として具体的なアイデア投票を行ったところ、「身近に気軽になんでも相談できる場所が必要」ということがトップになり、次に地域の出前講座、出前相談所、「箱の中でいろんなことをやるのじゃなくて外に出て欲しい」という話が出てきて、その他利用者・住民の声を聴くための調査・評価が必要、ケアマネの医療アセスメントスキルの向上、顔の見えるネットワーク化などが上がった。

このワークショップが終わった時点で在宅医療連携拠点事業の申請があり、県の推薦で金沢赤十字病院と金沢南地区が選ばれた。

なお、現在の県医師会長から「どうせやるなら医師会の理事でやったらいいんじゃないか」「もっとやりたいことができるよ」と言われ、県医師会の理事として活動するようになった。

5. いしかわ 921 在宅ネットワーク

921は郵便番号で、金沢赤十字病院が直轄している地域である金沢市南部および野々市の共通項目。このネットワークにおいて金沢赤十字病院は急性期病院で在宅医療を行う病院ではないため、地域コーディネーター部門として機能することとし、情報収集と情報提供のハブの役割を果たしている。

また、地域医療連携室が重要であることより、地域連携室連絡会を設立し、その事務局を金沢大学付属病院の地域連携室に置くことで大学を巻き込んだ。

このネットワークでは3つのテーマに取り組んでいる。

1) 多職種連携の活性化

研修会を年 22 回開催、特にグループワークを伴うものを 12 回行い、非医療職対象の糖尿病、透析、がんなどの勉強会も行ったが、顔の見える関係性をつくることを重視し、グループを決めるときには施設や職種がバラバラとなるよう配慮した。

2) 拠点から面への活動展開

地域包括支援センターとのコラボレーション、「多職種連携を考える地域連携室の会」の設置、次世代の人材育成（金沢大学学生との共同研究、金沢大学看護学生のデータ収集の支援、地域の介護福祉士養成校での多職種連携のワークショップなど）などを行った。

3) 地域住民への在宅医療の普及啓発

地域住民への普及啓発として、住民アンケート、ホームページ、タウンミーティング、市民公開講座、メッセージブックなどを行ったが、話を聞くと「住民は在宅医療を望んでいるのか？」という究極の話となる。金沢では病院・施設が多く存在し、同居している人が少ない。また療養病棟と新しい施設の差ができ、新しいきれいな病院を望んでしまうという傾向があり、介護という言葉にネガティブイメージを持ってしまっている。このため、在宅医療というイメージを払拭していかないといけないと思い、市民公開講座では「在宅医療」ということよりも「人生のしまい方と考えていますか？」とかを取り上げ、その前後でアンケートを取ると、市民公開講座後は療養先としての自宅とか施設が増えていた。昨年は「人生の生き方を考えていますか？」というようなタイトルにして箕岡先生を招聘した。このときは葬儀屋さんを会場としてお借りした。

6. 石川県の在宅医療の推進体制

石川県の在宅ネットワークは平成 23 年度に 4 グループであったが平成 24 年度には 9 グループとなり平成 25 年度には 12 グループ、今年度は 15 グループとなり、ほぼ県内を網羅できるまでに自然にネットワークはできてきた。グループへの補助金は 30 万円で、その中で研修会をしたり、いろいろなものを作ったりと活動が活発になってきている。そして質の担保、情報共有のために年度末には必ず報告会をしている。顔が見える関係ができるということもいろんな意味で考えも広がってくる、ネットワークができると「もっともっと広げていこう」という話がいろんなグループや施設から聞かれるので、他の取組みを見聞きすることは重要なことだと思っている。

7. 急性期病院と在宅グループとの連携（面から立体へ）

急性期病院では県の中核病院の地域連携室の関係者から構成される連絡会を石川県医師会の在宅医療推進事業の中に置いてやっている。昨年度は、宇都宮さんに来ていただき講演と質疑応答という形でやり、そのあとは場所を変えて懇親会という形で顔の見える関係を構築している。

また、急性期病院からの流れになる連携パスをもっと動かすためには在宅とのネットワークとのコラボレーションをやっていかなければならない、これを面から立体へという言葉で表現している。14ある各地域の在宅のネットワーク内で緩和ケアとか摂食嚥下などの専門的グループの人数を増やしてやっていくのは難しい。それよりも専門的なグループとの縦と横をくっつけたほうがいいのではないかと考えていたときに脳卒中連携パスのグループが、「1回一緒に在宅医療の連携グループとコラボをやってみましょう」と問題提供してくれた。

そこで脳卒中の地域連携協議会と在宅ネットワークのメンバーをごちゃ混ぜにしてグループワークを行ってみると、急性期病院が必要だと思っていることと在宅の生活に必要なだと思っていることが全然違うということがよくわかった。そこでワーキングを作り病院側と在宅側ともに使いやすい共通のシートを作ろうということになった。そして、同じように認知症のネットワークをもう少し広げていくために在宅連携のグループとコラボし始めている。

石川県には高度専門医療人材育成支援事業があり、5疾病・5事業プラス在宅に関わる専門医療を担う人材養成を行うグループ・個人に対して、県から補助金を出してくれていて今年で3年になる。在宅に関係するNSTの経口摂取相談会とか能登緩和医療研究会、栄養士会などのグループがこの補助事業を受けている。そこで、グループや地域の中で専門的な人を育てるのではなくて既存のものをくっつけていくことが非常に有効なのではないかなと考えている。

またどうしても急性期病院と在宅療養にはハードルがあるわけで、「そこをなんとかできないか？」ということで事例報告会を行うこととし、まずはいい症例を共有しようと多職種の関わった症例の報告会を「三方よし研究会」に学んで開催している。

もう一つ、専門職同士の顔の見える関係性作りが重要だと思っている。薬剤師の連携も一つのポイントで、結構薬薬連携が難しいと思っている。医師や看護師は急性期を経験してから在宅に行っている人が結構いるが、薬剤師の場合は病院の急性期の実際を分からないで調剤薬局に入っている人がいることが薬薬連携を難しくしているような気がする。そこで薬薬連携の研究会もやらせてもらっている。

8. 今後の課題

いろいろなところで似たような研修が行われているにも関わらず、その研修会の情報がうまく伝わらないということがあり、情報の一元化が一つの課題で、現場が非常に混迷しているのが現状である。特に金沢市と石川県が同じ領域でいろんな企画をしていることがあり、現場の混乱を避けるためにも石川県と金沢市や他の市町との話し合いを持ってもらわなければいけないと思う。

今まで県と県の医師会、そして郡市医師会の主導で地域のグループというネットワークを作っていた。しかし将来的（一部今年から）には市町が中心となってくる。郡市医師会の中には「来年以降はどのような？」と危機感を持っているところもある。市のほうが勝手に動き、今までやっていたネットワークが崩れてしまうのではないかと心配している。そこで、来年度以降も県とか県の医師会ができる範囲で全体のマネジメントあるいはサポートを考えないといけないと話している。

急性期病院としてはどうしても在宅医療が急性期医療からの傾斜との意識があると思うが、そうではなくあくまでも役割分担だとみんなが考えていかないといけないと思う。

さらに、医療介護福祉関係者だけでまとまっているきらいがある。そうではなくインフォーマルサービスや地域の住民とか公民館とか、さらには地域の企業みたいなものを巻き込んでいかないといけないと思っている。すなわち自分たちも同じ住民であり、その中で行政の役割を務めるもの、医療介護の専門職の役割を担っているものがあると考え、もっと専門職が出ていかないといけないと思い、そういった仲間を自分のほうで求めているのが現状である。

■城谷典保氏のプレゼンテーションの内容（要約）

1. 大学病院の地域連携の取り組み

東京女子医科大学病院は新宿の真ん中にある病院で、「女子医大が超急性期の病院としてあの地域で残るには前方連携だけでは駄目で後方連携を早くやろう」ということで、平成5年に東京女子医大では在宅医療システム研究プロジェクトが立ち上がり、民間企業と合同で3年間、研究プロジェクトが行われた。そして、このプロジェクトが終わった平成8年に東京女子医大の中に在宅医療支援推進室ができ、新宿とその周辺の開業医と毎週のように退院させるためのカンファレンスを行った。その中で在宅医療の患者さんを500人ぐらい持っている医師が育って、今、新宿区で活動している。

本院の中で大体仕組みができたころになり平成13年に千葉県八千代市に別の医療センターを作る構想が持ち上がり、「本院と同じような病院を作ってもしょうがないので、地域連携型病院にしよう」と最初からそういうコンセプトで平成18年の12月に八千代市の医師会と一緒に「地域連携拠点病院」という形で連携型大学病院がオープンした。

2. 病院に必要な連携組織のあり方

25年間やってきた中で、院長直属の「入退院支援室」とか「地域連携室」を作ることの大切さを痛感した。連携には前方連携と後方連携があり、前方連携、紹介を受ける側は事務職でもいいが、出す側の後方連携は看護師、NSW、事務の人を必ず揃えて責任者を医師にする。こういう組み合わせを作っておかないと、地域連携室が作られてもなかなか稼働しない。地域連携室をきちんと組織図の上に描いて、なおかつ定期的な会議をやる。毎年年報を出させ実績をちゃんと見ていく。

院内の地域連携活動の拠点として地域連携室を置く場合、専従の職員をきちんと置くこと、入院病棟の退院計画、そこにアプローチをして一緒に退院時カンファレンスを運営すること、在宅医療を導入する場合には必ず地域連携室でのカンファレンスにかけること、病棟で長期に入院している人たちをピックアップして定期的なカンファレンスを必ず連携室で行うことが大事。

3. 医師に対する働きかけ

20数年前に考えたことです。「医師はやっぱり研究会とか学会に弱いだろう」ということで、院内に全科型の医師主導の研究会、勉強会を作りました。代表は院長として、世話人は各科の診療科の科長、教授。幹事は医局長にして毎年2回研究会を各診療科の持ち回りでやる。その事務局は地域連携室に置いて、通常の研究会と同じような仕様で、世話人もいて幹事会も年何回かある、こういう形で医師が在宅医療、地域連携を理解する仕組みを作った。

4. 八千代医療センター連携機能（Ren-K）

その次は、連携機能をどのように市民とか医師会の先生に説明していくかを考え、Ren-Kという言葉を作った。市民用のビデオを作り、市民講座を行い、「こういう形で病院があって、こういうところで地域でじゅんぐり回る、地域完結型医療であって、八千代医療センターはごく一部の役割を果たします」と宣伝した。医師会の先生たちに理解してもらうために、大学病院から医師会の理事にもなった。

地域連携は急性期病院には急性期であるために絶対必要なインフラであるという固い意志を持って様々な取り組みをした。院内チームでの退院時ケアプランの作成、地域連携室が中心になった院内チームと在宅スタッフ合同カンファレンス（場合によっては患者家族にも出してもらう）。このカンファレンスでの確認事項としていろんなことがあるが、在宅医療では生活支援の中に医療とケアがあることを、病院のスタッフに理解してもらうことがとても大事だと考えている。

また、定期的に地域の医師会の先生たちと連携会議をやる、コメディカルに対しては、看護師には各病棟の各疾患毎に連携マニュアル、在宅導入マニュアルを作成してもらう。看護師のグループワーキングも徹底的に各病棟でやるのが重要で、これも連携室を中心に運営する。看護師はほとんど在宅医療のイメージがないので、グループワーキングをやりながら地域連携室を入れて、そのマニュアルを作らせるということで具体的なイメージを付けさせる。付けたら次は、患者さんが帰るときの地域のケースカンファレンスを各病棟でやらせる。

5. 民間医療機関としての地域での活動

60才で病院を辞めて民間医療機関に移ってからは、医療と介護の連携を草の根的に行っている。介護職のグループワーキングをやり、横浜市内の各病院に行き、院長や医師を集めて「急性期病院が変わらないと、あなたたちは地域で残れないよ」「本当に急性期の病院として残りたいなら、この仕組みを持たないと脱落するよ」という話をして脅かし、インターネット、ITを使った情報共有の仕組みを考え、地域連携のためのDVDを作っている。また、「睦町クリニック」で「睦の和」という名前の勉強会をし、各職種を集めて、議論や事例検討などを学会と同じようなシンポジウム形式で行っている。

総論では医療と介護には壁があると言ってもはじまらないので、自分たちの周りをどう埋めていくかにかかってくると思う。

6. ITを用いた地域連携

未来の医療の形を考えると、これからの在宅医療はやっぱりITだろう。在宅医療でどのように情報共有するかが課題である。

例えば、ここにヘルパーさんがいて、訪問診療があつてケアマネがいると、皆さん「壁がある」「見えない壁がある」と言うのですが、その壁を何で埋めているかというと、電子メール、電話、FAX、連絡ノートなど、こういう形での連携はまったくリアルタイムでない。我々は、クラウド上のグループウェアを使ってリアルタイムに各職種間の連携を取る仕組みを作っている。

我々のところは非常にIT化されていて、15人しかいないのにデスクトップPCだけで18台、ノート型が4台。クラウド型電子カルテもWi-Fiを使いながら行っている。電子カルテは記録を保存する場所のぐらいのつもりで使っており、ほとんどがサイボウズグループウェア、クラウド上のグループウェアで地域と連携している。だからほとんど電子カルテを見てなくてもこのグループウェアの中に我々の情報が入っているのでそこを見ればわかる。

訪問看護師も調剤薬局も院内の職員の間でもこのグループウェアを使っている。だから、ヘルパーさん、ケアマネさん、こういう人たちの情報は院内の職員がみんな読んでいるので、自宅でもiPhoneで読めばすぐ読めるので、ほとんどの職員が200人の患者さんが今どうなっているかということ、事務系の職員も知っている。

将来的には、少し公のものとしての共通のプラットフォーム、患者情報基盤システムが多分必要になり、クラウドを使った情報把握ももう少し確立していく必要がある。どういう端末からでもいいので、

共通の見たい情報をクラウド上で見れて、自分たちの情報を出していく。お互いが掲示板のような形で情報交換できれば別に同じところにいる必要は全然なく、離れていても普通に情報交換がそれなりにできる。時々会って、勉強会をやって顔つなぎをするということで、かなりうまく連携できると思われる。

■プレゼンテーション後の討論（要約）

Q：町の薬局の場合は臨床現場が非常に少ない。薬剤師は学ぶ姿勢が非常にあって、特に女性の薬剤師は結構優秀なので、現場があればちゃんと付いていく。いける気持ちもあるし、アイデンティティーもちゃんと持っていますので、是非病院の薬剤部と連携して、きちんと役に立ちたいと思っています。どこが困難でどこが難しいかだけ教えていただければ、こちらで指導していきたいと思います。

A：薬剤師さんは真面目で、すごく勉強されているが、調剤薬局の薬剤師さんは病院をちょっと怖がっているというようなところがあるような気がしています。だからこそ病院薬剤師と調剤薬局の薬剤師さんとが第三者を介して研修を行うと結構コミュニケーションを取れたりします。最初は物怖じされていた薬剤師さんも会を重ねるにつれ顔の見える関係ができていき、グループワークにも積極的に参加されるようになってきました。

コメント：薬局の調剤では病院の薬局と同じに使えないような薬や、保険も認められないような薬があり、連携パスには薬局がなかなか入れてないので、プロトコルに基づいてというような形もなかなか対応できない現状が薬局にはあります。また、病院の地域連携の案内に、薬局の紹介が全くないので、非常に困っています。

コメント：身近でなんでも相談できる場所というのは今町中の薬局は、「健康ステーション」という形を取って、その相談業務に力を入れようとしています。ケアマネさんや介護の方たちに気楽に集まれる場所ですので、是非利用していただきたい。

Q：平成5年で在宅医療の重要性に気付いたきっかけは？

A：私は消化器外科医で当時の学位のテーマが「中心静脈栄養」。当時の教授に呼ばれて「病棟がこんなに緩和ケアの人が増えているのも困るし、君はそういう研究している。是非、臨床栄養のところだけは自宅に戻せないか？」という話があり、「じゃあ、中心静脈栄養の患者さんをもどすような仕組みを作ろう」と思って作っていると、徐々にタコツボにはまった。「君じゃあ、このプロジェクトやりなさい」といわれ、次は「君そんなことをやっているなら八千代に行って、連携病院を作りなさい」と、人生が勝手に動いてしまったような感じです。

Q：ITはどの会社のものを使っていますか？

A：セコムのクラウド型を使い、サイボウズとは連動させていない。診療上必要なものをコピペしています。

Q：多くの勉強会や研修会にすべて参加していますか？

A：専門職以外の時はスタッフにお任せしているが、普通の研修会は自分に一応日程を合わせてくれるので参加しています。

Q：急性期病院の医師の参加状況は？

A：医師に参加させるためには医師が来たくならないとまず来ない。医者も興味のあるテーマであればある程度参加してくれる。しかし、急性期病院の全てのスタッフに在宅医療に興味を持たせることはまずできないと思っています。それぞれの病院の一定の場所、地域連携室プラスアルファに地域の在宅医療が分かるコーディネーターを配置するしかないと思います。

Q：3年間取り組んできて、医師の意識が少しでも変わってきているのか？

A：急性期病院の管理者は特に今回の診療報酬改訂があり病診連携や在宅復帰率に対して非常にセンシティブになっているのは間違いない。しかし、現場の若い先生、特に大学からの派遣医は全く興味がないと思います。

Q：厚生労働省の方で持っているイメージは、地域包括支援センターは全国に1万箇所、人口1万人ちょっとに対して1箇所。それに対し在宅医療連携拠点は、市町村の数が全国1,800で、1市町村1箇所ですが、市町村の大きいところと小さいところがあるので、人口5万人に1箇所の在宅医療連携拠点を作って顔の見える関係会議を医療関係者とやってもらう、地域包括支援センター単位では地域ケア会議やもう少し個別ケアの検討会もやってもらうというイメージです。そのイメージは、先生が金沢でやって合っているかどうか？

A：石川県全体を見ていると、ある程度小さいところは地域包括支援センターと行政とか医療機関との連携が非常にうまくいっています。ただ金沢は人口46万人で地域包括支援センターが19箇所あり、全部民間委託なのでどうしても強弱が随分出てしまう。忙しいところは例えば「今回の補助事業でお金を付けばいいじゃないか」という話もありますが、地域包括支援センターの人件費は決して安い額ではありません。だからこそうまく運営するために地域包括支援センターと医療機関との間をつなぐようなコーディネーター役を置くことを考えていけばいいのではないかと思います。拠点に1人そのような人を付けたらいいのではないのかというのが石川県の考え方です。やはり市町の規模によって全然違ってくるので、どうやっていくかが大きな課題だと思います。

Q：ここで頑張っているいろいろなネットワーク作りがうまく進む地域と。それから全然進まない地域とのすごい差ができてくるのではないかと心配をされていて、全国一律高齢者がどこへ行っても同じケアが受けられるわけではなく、すすんでいるところはすごくいいけど、駄目なところは全然駄目、そんなことが現実となるのではと危惧しています。石川県は先生の実感としてはどうでしょう？

A：石川県はどうなるか分からないですが、例えば能登北部だと高齢者が少なくなっていて、医療機関も少ない。施設もあるけれども施設に入る人が少なくなっている。医師は現在リタイヤ後結構現場で頑張っておられます。ただ「その次の世代はどうなるか？」と考えたときに、答えとしては地域枠で入学した研修医とかにバトンタッチしていくのだと思います。しかし、実際に5年後10年後なったとき、その地域にどれだけの人がいるかという話にもなります。そういう意味では富山県はコンパクトシティを目指して、高齢者も町中へ連れていこうと考えています。地域に拡散するのか、人を集めるのかということも考えておく必要があります。そういった意味で大都会はもっと大変ではないかと思っています。

Q：金沢は今度新幹線ができて魅力的なところなので、東京の高齢者を移住させるという案がありました。金沢市では積極的に外から呼び寄せようということまでは考えていないのか、今いる人たちだけで手一杯という感じでしょうか？

A：決して手一杯ではないと思います。金沢の在宅医療とか医療行政をやってもらうためにはおそらく「そういうことがあるかもしれないよ」と市長に言っていけないといけないと思います。そうしないと観光だけで人を寄せようと考えてしまいます。今、金沢の町づくりが話題で、「街づくりをきちんとやっとういこう」という話が出ていますが、そこに医療介護福祉が全部抜けています。だからこそ積極的に異業種の会議にも僕らは出ていますし、出ないといけないと思っています。医療福祉あつての今後の高齢化社会における町づくりであるということを経験者の方にも分かってもらわないといけないと行政の方々

に言っています。

Q：住民というか、市民というか、その意識は本当に変わってきているのか。具体的に見えるものがあるのか。そして、NPOとか患者会とかあるいは介護関係でいわゆるインフォーマルと言われているような取り組みはもう石川県に沢山あると思うのですが、そういうところとのネットワーク作りをやっているのか。あくまでも医療主体という感じでやっているのか。介護福祉をどこまでコントロールし、うまく変わってきているのか、手応えとか実感について教えていただきたい。

A：いしかわ 921 では医療職・介護職に限らず終活活動をやっている人らとか、一般の市民で介護受けている人らにも入ってもらい、自分も介護をしているタウン誌の編集者の方で高齢者向けのタウン誌の製作をして無料配布している方にも加わってもらっています。おそらくそのような外からの視点が入っていないとクロゾドで住民への押し付けになってしまう気がします。また、医師会で今度ラジオ番組を事業として一コマ買い、そこで定期的に在宅医療などについてアピールしていこうと思っています。

Q：私も住民に向けてのアプローチが大切だと思って、去年 7 回くらい住民向けの会をやりましたが、参加人数にばらつきが大きく、全然ニーズが読めないんです。住民を集めるのにどのようなやり方が一番効果的なのかそのノウハウを教えてください。

A：一般の方に対するアピールというのは非常に難しいと思います。媒体として新聞を使うのかラジオを使うのか、テレビを使うのかという選択があります。テレビというのは実際たくさん見ているようで一瞬で流れてしまうのでまず見ない、新聞は実は広告が非常に高いので、なかなか使えない。もう 1 つラジオが案外よいということで今回はラジオを使わせてもらいました。ラジオというのは、MCの方が重要なことは何回も繰り返して言うので案外耳に残ります。そのほか地域にはお年寄りの大学があります。石川県は高砂大学というのがあり、そこにはたくさんの元気なお年寄りが登録されています。そこで今年の県民公開講座はそこでやろうと考えています。それと先ほどの無料のタウン誌とのタイアップもいいと思います。

コメント：私たちの地域では、区報で広報したけど、あんまり人が集まらなかった。「やり方を変えよう」と言って、企画委員の中に老人クラブの人たちがいて「老人クラブに全部チラシを配ればいい」と、そしたら今まで 100 人ちょっとしか来なかったのが 400 人来ました。だから、一番困っている人たち、団塊の世代の方々でもいいし、老人クラブの方々でもいいのですが、そこに広報をかけると多分市民の方々は集まってくださると思います。

Q：この「県と県医師会」というタイトルですが、確かに県行政と県医師会が組んでこれほど強いものはないとも思うのですが、地区医師会の面々も含めて、県医師会の内部も一枚岩になっているのか教えていただきたい。

A：今の県医師会長と地区医師会、特に大きい金沢市医師会長との関係が非常によく、さらに行政である石川県の地域医療推進室も仲がいいということが進んでいる要因だと思います。さらに今回の基金の話で金沢大学と県の医師会とも県とも交えて話し合っています。結局コミュニケーションがとれていると物事が進む、仲が悪いと進まない、その一言ではないかと思っています。あと、小さい地区医師会や市町は、やっぱりお金はあまりありません。だからそこは県がきちんとサポートしないといけない。行政と地区医師会がうまくコラボしないと在宅医療・介護はなかなか進まないと思いますし、さらにその上で県とか県の医師会がきちんとサポートしていく姿がベストだと思います。

Q：グループワークとしていろいろ駆使してフェイストゥフェイスの、人とのつながりと必須アイテム

を作り、そこにかかりつけ医の新規参入を増やそうというコンテンツを入れているのか、特にそこまでは入っていないのか。また、かかりつけ医で一步踏み出すという先生方が、ここ例えば2・3年で増えてきているのか現状を教えてください。

A：アイテムは必須だと思っていて、医師に来ていただくと思ったら興味を持ってもらえる題材が必要だと思います。また、コミュニティデザイナーに来てもらったり、新しい仕掛けをします。興味をひく新しい仕掛けがないとおそらくネットワークへの新規参入、特に医師は来ないと思っています。

訪問診療専門の医師は金沢に増えてきています。大きいところでは6人ほどでネットワークを作っているところもあります。ただ今回の診療報酬改定で「今後はどうなるのかな？」という気もしています。かかりつけ医で訪問診療されている先生方もだんだん高齢化し手控えてこれられると思いますが、逆に民間の小さい病院では訪問診療を増やしてくる可能性が十分あると思います。今後どのように変わってくるのか全体として見ていく必要があると思います。

Q：最後のスライドに金沢大学の学生が療養先の選択というテーマで臨床研究しているというスライドがあり、東京大学でも一步踏み出そうということでやり始めているのですが、どういう感じ動いているのでしょうか？例えば興味をもっていた学生が偶然そこにいたのでコーディネートしてつないだとか、それともある程度1学年に対してそれなりに地域医療を意識させた授業なり実習なり行い、そこでテーマを与えた感じなのか。比較的興味をもった学生が現れたのでそこでうまくこうテーマを与えたのか。

A：もともと自分たちのネットワークの中に金沢大学の教員に加わってもらってましたので、その学生さんが来てくれているというのが1つありました。あと薬学部の学生さんで、在宅に興味があり参加され、高価な薬剤があるときに療養先の選択に関与するかどうかを調査したいということになりました。そういう面で学生さんや外部の方が参加されることで非常にフレッシュに刺激を受けることができました。特に若い学生さんというのは、いろんな意味で興味をもっていますので、ネットワークに参加してくれるとお互いにWin Winになるかなと思っています。

Q：地域連携室が病院と地域との連携を前方も後方も含め、全部引き受けてやっているのか、あるいは、医師が直接地域との連携をすることもあるのか？

A：直接医師が自分の知り合いのところに出す場合もありますが、手技が非常に複雑でいろんなものが付いているとどうしても看護師の力が必要なので、通してくる。ただ、そこを通すと1回カンファレンスにかけられるので、そこで「在宅はこうだ」と責められてしまう。カンファレンスに呼び出されるので結構敷居は高くなるのですが、それを繰り返すことによって医師を教育しようという意図もあります。

A：機能しているところも、いわゆる単なる電話交換手になっているところも結構あると思います。そのため、地域全体で前方連携も後方連携も全体的にボトムアップしないといけないと思い連絡会を作り、顔が見える関係を作り、いいところの話をどんどん吸い上げてもらう形でやっています。

Q：八千代医療センターのように、病院を地域連携で枠づけて作っていくと住民の意識や医師の意識は変わるもののでしょうか？

A：時間が掛かりました。「せっかく地元で大学病院ができたのだから、ずっと見て欲しい」言うのがしばらく続きました。私はその整理、特に市民の税金の半分以上入っている病院なので、市民病院的なことを要求され、説明するのにしょっちゅう市民の集まりに行き、病院の役割、急性期の入院期間は短いけれど、そのあとは開業医の先生がみてくれることをビデオを使いながら何回も説明しました。しかし、分かる人と分からない人がいる。

Q：神奈川県は、保険医療計画の中でマイカル系構想ということでクラウドを使ってネットワークを作っていることを今やっています。そして、川崎市は、お薬手帳の電子化を行っています。みんながそれぞれ別々のことをやってしまうとあとで非常に混乱すると思うので、先生が提案されたように何か一本化できるようなツールを是非早めに作っていただけると非常にありがたいです。

A：今、日本在宅医療学会では「在宅療養と IT」というテーマで毎年シンポジウムをやっています。その地域地域でいろんな工夫されたグループウェアがあるので、そろそろ共通のプラットフォームを作る時期がきたと考えています。これには、お金が必要ですので少し公的なところにやってもらい、いろんな人が参加して作ったら共通のプラットフォームができるのかなと思います。

Q：私は東京都医師会の病院防災担当として、二次救急を担当しています。在宅医療を考える上で、急変時の救急搬送が常に問題になっています。東京都は日本で一番通報があつてから病院に着くまでの時間が長いところで、非常に病院選択に困っています。東京ルールといってそれを解消するような工夫してやっているのですが、困難事例となる一番の大きな要因の 1 つが高齢者ということになります。在宅医療あるいは施設で見ている方が急に病気が悪くなる時にどこが受け入れるかと、受け入れたときに在宅医療を受けている人ですと「在宅の先生からの情報が全くないね」ということで、少し関係が悪くなることもあります。そこで、高齢者救急、在宅からの救急を受け入れについて何かお考えがあつたら聞かせていただきたい。

A：今横浜にいますのですが、受け入れ先で困ったことがないのです。というのは、地域の 100 床ぐらいの病院の先生たち、そこの訪問看護師の人たちとも付き合う、急性期の病院へ行って講演もしているので、急性期の病院も電話を掛ければ必ず取ってくれます。高齢者のどういう医療ニーズが必要かを見ながら病院を選択しそこに送ります。送った先の先生にも「このグループウェアに参加してくれ」「我々の情報も流すから、先生もそこで一緒に情報交換しようよ」と言っていますので、正直 3 年間一回も「受け入れられない」と言われたことがない。これは、私が恵まれているのか横浜がそうであるのか分からないのですが、意外と横浜市はコンパクトで急性期病院も限られていますので、比較的顔が見える関係が作りやすいです。

A：石川県全体というわけにはいかないですが、金沢市だけだとほとんど困ってないはずで、救急車に関しては、おそらく金沢市というのは全国でも何番目かでもいいはずで、受け入れ先も多いので、そういう面で恵まれているのだと思います。ただ現場の疲弊はあるので問題にはなっています。行政と救急隊から見ると困ってないわけで、どこから現場の疲弊の問題を上げるか考えないといけないと最近医師会の中で言っています。

Q：IT について、大きな共通プラットフォームを作ることが必要であるとして、この巨大なプラットフォームを誰が管理するのか何か考えがありますか。

A：全国的なプラットフォームにした場合には、この問題が解決しないと作れない。これは国を入れて議論しないと解決しないのではないかと思います。

コメント：私どもの病院は一部の開業医の先生たちと連携を取るために IT リンクを入れております。長崎の SI ネットはまたデータリンク型といっても少し違うシステムだと思いますけれど、そういったものを融合していくような形でできればいいかなと思っています。

コメント：私たちが在宅連携と言っているのは、医師しかいない、訪問看護ステーションも持っていない、そういう 1 単位のクリニックが地域の訪問看護、それから地域包括支援センター、急性期の病院と

どう連携していくか、連携するためには自分らなりのITのツールが必要で、将来的にはそれば全国規模になればいいと思っています。

Q：行政の立場からの質問です。先生は横浜の中心を診療範囲としているようですが、人口5万人の範囲とすれば、中区と磯子区と南区が先生の診療所と2つぐらいの診療所が担当する形となり、全部で10人ぐらいの診療所のお医者さんが、主治医と副主治医とかの形で、テリトリーを決めて担当するというような形でないとならないのではないかと思います、どうですか。

A：南区は南区の中で在宅をやっている先生たちも連携して、医師会を中心に連携をさせていこうという形で動いています。「お互い土日は在宅の患者さんの救急対応をみんなでやろう」と、その仕組みに今年はなりそうです。ただ、スタッフが多いところが少ないところの面倒見るとい形になるのですが、医師会の力も使いながらも南区は5、6人の熱心な先生たちで「なんとかカバーしよう」としています。在宅専門クリニックもありますが、昼間外来をやりながら訪問診療をやっていく人を地元で育てていくような仕組みもいいと思います。

Q：歯科がなかなかITのネットワークに入り込めていないというのが現実だと思うのですが、逆に歯科の情報として往診のときにどのようなことが必要ですか。

A：訪問診療で特に大事なのは口腔ケアや食べることで、やはり歯科の先生と連携しないとうまくいかない、今も歯科の先生とは連携しています。もっともっと歯科の先生と口腔ケア、食べること、入れ歯のこととか、一緒にコラボレーションできるので、是非力を借りたいと考えています。

Q：金沢もおいしいものがたくさんあるところなので、口腔ケアなどの連携がどの程度今、進んでいるのでしょうか？

A：専門的な歯科医師とPEGで有名な小川先生達が積極的にやられている摂食嚥下相談会のグループがあり、そのすそ野をもっともっと広げたいと、各在宅グループの中で研修会を企画し、活発に活動をしています。また歯科医師会は初めから在宅のグループにどんどん入ってきてくださっておりますので今後ますますいけるのではないかなと思っています。

Q：緩和ケアチームも含めて、病院のチームは病院完結型ではなくて地域完結型にならないといけないと思っていますが、どのような形になっています？

A：緩和ケアに関しては、病院の緩和ケア専門薬剤師が在宅緩和をやっている調剤薬局の薬剤師さんと連携して、事例検討会とかやり始めております。お互いに顔の見える関係、施設を含めた緩和ケアというのが、ちょっとずつ進んでいると思います。褥瘡は診療報酬も付いていますが、もっともっと困っている人に対して、点数ではなくてまずは相談できるような関係を作っていくのが一番かなと思っています。

Q：急性期病院が何かあったときにすぐに引き受けてくれるような機能を持つ必要があるかと思いますが。

A：輪番とかできちんとやっていかないと、病院側も疲弊してしまいます。

コメント：救急の問題では次第に高齢者救急の話も大きな話になってきています。救急の側から見ると、北陸3県は非常に優秀で、ほとんど搬送困難事例がないのです。一方、全国的に見ると、搬送困難事例が集中しているのが、東京、埼玉、千葉、それから奈良です。こういう都市部周辺のところは非常に多くなっていて、そこがさらにこれから高齢化が加速するわけですので、全国的に見ると大変深刻な状況なわけです。そんな中で、救急搬送困難事例があると「消防庁、なんとかしろ」という話になりがち

のですが、消防庁にきてみると医療体制そのものが問題なわけで。やはりその運ぶほうは一生懸命電話しているだけなので、ここは医療提供体制の問題としてなんとかしていただきたいなと思います。

Q：病院の側から退院を進めていくにあたって、どの先生にお願いするか、またかかりつけ医のない患者さんはいると思うのですが、どうやってかかりつけ医の先生を見つけるのか。見つけたならば病院の先生はどのように関与するのか、関与しないですべておまかせするのか。

A：うちの病院の場合は地域の顔が見えているソーシャルワーカーがいるので、そこでかかりつけ医がないときは住んでいる住所を見て往診を積極的にやってくれる先生を探し、あとは相性を見てやってくれます。拠点事業でかなりノウハウを得られたということが結構あると思います。やはり人の力は、かなり大きいと思います。看護師も拠点事業に関わっていたので、施設も含めて外が全部見えているので非常に頼りになります。

コメント：在宅医学会と在宅医療学会がありますが、是非統合、一元化の検討をお願いします。

A：統合に関する第1回目の会合を3月に開いております。そういう方向性は出ていますので、これから2回目、3回目と会議をやりながら検討し、学会に1回行けばすむ形に是非したいと思います。

< 第3回研究会（7月18日開催） >

第3回研究会は今後の医療の地域連携および医療介護の地域連携のあり方について共同認識を得ることを目標として、松田晋也氏（産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授）に講演『地域医療ネットワーク化のありたい姿について』をお願いしました。

松田晋也氏は、欧米の医療制度の歴史的変遷、DPCデータを活用した医療戦略、コミュニティーケアなどに造詣が深く、現在、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」の委員として活動され、また、最近の著書として「医療のなにが問題なのか～超高齢社会の日本の医療モデル～」（勁草書房：2013年8月）があります。

■松田晋也氏のプレゼンテーションの内容（要旨）

1. 2040年までの大都市（国立市、練馬区、足立区）地方小都市（鶴岡市）における医療需要（疾病別）予測。

疾患毎の医療需要予測では、大都市では高齢者の急性期疾患（特に脳血管障害、肺炎、骨折、がんなど）が増え入院需要が一次的に多くなり、急性期病床、一般病床、療養病床ともに現有病床で対応するとなると平均在院日数をいずれも短縮する必要がある。短縮すると医療ニーズ、医療に関するリスクの高い人が在宅医療を受けることとなり、現在の診療所の外来の延長線上としての在宅医療は多分間に合わなくなると思われる。おそらく今療養病床でやっているような入院医療に近い形のような在宅医療にしていけないといけないだろう。そのような形で医療を地域に展開するという事は、地域の中にいわゆるナースステーションが必要になってくるということになる。このため、ある程度高いスキルを持った看護師がいる訪問看護ステーションを地域にいかに作っていくかということも考慮する必要がある。

また、高齢社会の進行に伴って、これから増えてくる肺炎、骨折にどのように対応するかも重要である。実は、今の医療計画には記載されてなく、マニュアルにも記載されていない。しかし、これらが二次救急や三次救急に運び込まれると救急が麻痺してしまう恐れがある。

一方、小都市においては、人口減少がすすみ、患者数も減り、現有の病床数を維持するためには平均在院日数を延ばさないといけない。また、少子化も進んでいるため、誰が介護するのかが課題となる。

高齢化の程度というのは東京と地方で、東京の中でも地域によってかなり大きな差がある。その中で、現在の病床や介護の施設を有効活用するために、人口の再配分も片方では考えていけない時代になってきているかもしれない。

2. これからの高齢社会の医療面における特徴

これからの高齢社会とは、急性期医療を必要とする患者が増える一方で、継続的な医療を必要とする患者も増える。このため、療養病床、ポストアキュートのケアをする場所が不足し、在宅の負荷が増してくる。これを介護保険が受け皿として機能するためには医療ニーズが高い人に対応できるケアマネジャーの育成を体系的に行うことが必要となる。また、医療需要に関する地域差が出てくるために、それぞれの地域の人口構造の変化や、受け皿となる医療や介護の状況に合わせて、多様な形で計画する能力を高めていくことが必要である。さらに、人間は死ぬわけなので、看取りを前提としたケアの体制をどのように作っていくのかということは今からやっていく必要がある。

3. 在宅医療において病院訪問看護部門が調整役として機能することの重要性

済生会の全国組織を対象にした「重症な患者さんの高齢者の在宅ケアができる条件の調査」で3つの

要件、①かかりつけ医がいること、②もしものときの後方病院があること、③調整してくれる24時間対応の訪問看護があること、が抽出された。したがって、在宅診療を行っている医師をグループ化すること、在宅療養を支援する病院群、あるいは老人保健施設などをネットワーク化すること、病院訪問看護部門が調整役として機能するような体制を作ることも重要である。

4. ケアマネージャーやホームヘルプサービスの人材育成の重要性

医療ニーズの高い高齢者のケアマネジメントやホームヘルプサービスを行える人材の育成の場としては病院が適切である。例えば、熊本済生会は地域の老人保健施設や療養病床の看護師を受け入れて、急性期の看護の研修を行い、逆に、病院の看護師さんがこの老人保健施設とか療養病床に行き、慢性期の看護の研修を行っている。このような研修をどのように地域化するか、誰がそれを調整するのが重要な課題である。

5. 在宅医療を支援する病院と老人保健施設を拠点としたネットワーク化

長期療養している高齢者（独居者・60歳以上）について福岡県で全数調査を行った。何故帰らないかという質問の回答は、生活の安心感がない、生きがいがない、経済的支援がない、そもそも家がない、という理由であり、いわゆる社会的入院である。また、別の地域で高齢者の食の調査をして、一人暮らしや高齢老夫婦世帯の食は非常に悲惨であることがわかった。したがって在宅医療（在宅ケア）をきちんとやっていくためには高齢者の生活をいかに保障していくか、正に地域包括ケアの考え方が重要になってくる。

6. 現代版の養生訓

住民自体も変わらなければいけない。人生80年時代となったので、40歳過ぎたら自分が老後どのように生きていくのか、親の問題も含めて考えることを当たり前にしなないといけない。日本は戦後70年かけて家庭から死ぬということを消していったわけだが、日本人全体が80年以上生きるということを前提に、その死ぬ前の10年間あるいは20年間どのように生きていったらいいのかということをもう少しきちんと考えなければならない。現代版の養生訓が必要になっている。

7. 新しい地域包括ケアの概念の中でも特に「住まい」の保障が基本

地域包括ケアの基盤は高齢者を孤立させない住まいをどのように確保するか、その上で生活を支える仕組みをどのように作るか、特に、食、買い物移動手段の確保をどのようにするかが重要と思う。例えば、桂川町の調査（平成23年度）では、住民の希望する介護サービスとして、配食サービスなど必要だけど受けてない人が多い。この人たちは実は自己負担の10%が払えない人たちで、このような人が特に地方で増えている。

これは公的サービスでは解決できないので地域にインフォーマルサービスを膨らませるのが重要で、その実例としてオランダのコミュニティレストランや青森県の「朝めし食堂」などがある。さらに、通うことができる場所にある医療機関が医療以外のフォーマルなサービス以外のインフォーマルなサービスの提供をするいわゆる「医療施設門前町」があってもいい。

8. 重度認知症のターミナルの患者さんをどのように在宅で見るのか

重度の認知症のあるターミナルの患者さんをどのように在宅で見ることができかが在宅医療をきちんと行う試金石となる。このケアマネジメントをできる人材、あるいはホームヘルパーさん、そういう資源をくっつけていくことができることが必要。また、医療対応ができることが重要であるが、医療対応ができなくても、食べられなくなったら水だけ飲ませてあげて眠るような死を許容することも考え

なければいけないかもしれない。

9. 医療・介護事業者の新たな役割

高齢者が必要としているニーズの全てを介護保険や医療保険で社会化していくことは無理で、インフォーマルサービスをどうやって作っていくか考えることも重要。稲城市の介護ボランティア制度や「イノクラ農園」などのように、高齢者に対して活動する場を確保する、そこではサービスの受け手がサービスの提供者に回ることができ生きがいを持つことができる、このような工夫が必要。

10. 地域包括ケアの機能はコミッションング

地域包括ケアは箱物ではなくて機能であり、その機能はコミッションングで、医療と介護と生活をコミッションする、在宅をコミッションする。それからフォーマット、インフォーマルサービスをコミッションする。こういうことができる人材を育成することがこれから重要になってくると思う。

11. 超高齢社会のケアマネジメント

超高齢社会ではケアマネジメントが大事。いずれにしても地域のナースステーションが必要で、これからのケアマネジメントは看護的なものじゃないとまずい。看護計画、看護診断的なマネジメントが必要になってくる。これからの後期高齢社会、高度高齢社会においては訪問看護が不要な患者はいない。基本的にそういうケアマネジメントを在宅主治医の先生ときちんとやっていくことがこれからのネットワーク化のポイントになるだろうと思う。

■プレゼンテーション後の討論（要約）

Q：地域医療ビジョンの策定がこれから行われるわけですが、在宅系の必要度として24時間対応の訪問看護ステーションや看護師の数そして在宅医の数を入れないとビジョンにならないのじゃないかと思いますが？

A：在宅の必要量はあります。

Q：サ高住が地域包括ケアと関係なく、乱立しはじめている実情が実は青森でもあります。「サ高住に往診に来て欲しい」というので、私の場合はがんのターミナルの患者さんですけれども、行きますが、今のところ悪いという印象は持っていないのですが、ただ地域包括ケアとサ高住が融合していくのかどうかという点に関しては、ほとんど私の周りでは無理があるのではと今は考えていますがいかがでしょう？

A：サ高住の今のビジネスモデルは、あと10年もすれば多分成り立たなくなるだろうと思います。なぜかという点、そこに住んでいる方たちがかなり重度化していくからで、重度化してくるとそれに対してきちんとしたサービスが提供できなければ駄目だろうと思いますので、そういう意味では、現時点では過渡期だろうと思っています。ただ、サ高住・特養・老健施設も、その地域の住民が必要だからできたわけではなく、ビジネスだと考えて提供者側が作っている。この点をもう少し住民がきちんと考えなければいけないと思います。

Q：DPCとかで在院日数がものすごく短くなっており、さらに今回の診療報酬で病床を減らしていくような感じがあり、予想よりももうちょっと早い段階で病床が減り、予想より早く在宅医療をすすめていけないのかと思っていますがいかがでしょうか。

A：個人的にはその前の段階、ポストアキュートを担ういわゆる地域包括ケア病床と言われているものがあり、そのポストアキュートになる病床群を地域の中にきちんと整備していくことが重要だと思います。日本の現状を考えると7:1が急性期と考えたときに、明らかに多すぎ、ポストアキュートを担う病床群

が非常に過不足している。これは医学教育を担う側の問題でもあり、医者の中になにかヒエラルキーがあって、急性期が一番偉くて、回復期がその次で、療養病床がその次で、診療所がその横にあって僕らみたいに社会医学をやっていると最下層に位置付けられる。多分これを変えないといけないと思う。地域の住民のニーズは明らかにポストアキュートに移ってきている。

もしそこに民間病院もあって公的病院もあるのであれば、本来公立病院が一番最初に機能を変えなければいけないかもしれないけど、医者の中にある急性期一本やりの気持ちを少し変えていかないと動かないと思います。もう少し医療を提供する側も「自分が何をやりたいか」で医療を作っていくのではなくて「地域で何がこれから求められているのか」ということに着目して医療を作っていくといけない時期にもう来ていると思います。

コメント：確かに老健への転換策のときに、「病院長」から「施設長」に肩書が変わるのがとても嫌がるお医者さんが全国に多かったとお聞きます。「公立病院こそ自ら進んで療養型病床に転換しなさい」というお話が実現できたのが、地域医療再生計画に基づいた京都府の舞鶴です。舞鶴は日赤病院が回復期リハビリテーション病院に徹して、急性期から回復期に移行し、その隣の土地をわざわざ市が買って、渡り廊下でつないで市立病院を療養型病床に転換し急性期から撤退した。

Q：私、日本慢性期医療協会の理事もやっているのですが、もう地域包括ケア病棟協会というのができました。120ほどの病院長が入っていただいて、年内に300目標ということで、是非、先生のほうからも地域包括ケア病棟を「やらんといかん」ということを強調してほしい。また、急性期から下りていくのは大丈夫だけど療養病床から上がっていくのは非常に困難。その辺も何か考えはありませんか。

A：ある程度質との関係になってくるので、ボリュームだけで地域の状況をあまり鑑みすぎると、今度はその地域包括ケアというそのサービスそのものに質の格差が出てきてしまう。これやっぱり避けなければいけないと思うので、少し長いスパンで見えていかないといけないと思います。

A：先日7月4日にNHKの番組、関西、西日本だけ、「関西熱視線」ていう「ケアマネージャーの苦悩」ってというのが報道されました。不正請求の問題、訪問看護いれないで「要介護36万円全部取って来い」というケアマネージャーの言葉がNHKで報道されていました。このケアマネージャーの在り方に関し、政策転換する余地があるのではないかと私自身思っているのですが。

Q：だからこそやはり、ケアマネージャーの専門性を高めることが大事だろうと思っています。そして、専門職としての倫理教育をどうするか、倫理感みたいなものがきちんとないと難しいのだろうと思います。そのためにももう少し、ケアマネージャーさんそのものを独立させて、ある程度そこにきちんとした報酬も付けて、その代わりにそれに対してきちんと質の評価も入れていくということが重要ではないでしょうか。

A：質の評価というか、行った介護の内容を可視化して評価していくような体制を作っていけば、それに応じたケアマネジメントをやらざるを得ない、というところが一番リアリティがあるのかなと思っています。また、介護福祉士の教育の中に医学教育が入っていないから、看護教育とリハビリと医学教育を介護福祉士の教育の中に入れたいといけない。

Q：介護予防の中で、先生が特定健診、特定保健指導を医師会の事業にしたらどうかといわれていましたが、実は歯科医師も、地域でのプライマリケアという役割を担うとすると市町村の事業に関わってもいいような気がするのです。この点、歯科医師がどういうふうに関わればいいのか何かご意見があったら教えてください。

A：特定健診と特定保健指導の作り方は問題だと思っています。その目的はすごくいいと思うけれども、できればもう少し予防と医療のところの連携自体をうまく考えてもらったほうが良かったかなと思っています。例えば国保の加入者の40代、50代の男性が、仕事を休んでまで健診に行くかということこれはかなり難しい、何か見つかったとしてもそれをそこに保健指導受けにわざわざ仕事を休んでいくかということ、これもなかなか難しい。そうすると時間が空いたときに地域のそういうことができるところに行って、検診を受ける。あるいは保健指導を受けるという体制を作れたほうがいいと思います。

そのときに、やはり口腔ケアだけとか、運動だけとかではなく、ライフスタイルを指導するという仕組みが必要で、本来はかかりつけ主治医とか、かかりつけの歯医者さんとかそういう方が合せて保健指導までしてしまう仕組みのほうが実は望ましいかなと思っています。

ヨーロッパでもいわゆるディジーズマネジメントはプライマリケアの中でやられている。日本はここをちょっとビジネスにしてしまおうと思ったので、いろんなところで無理がきてしまっているのではないかなと思います。

若干それですが、歯科はとても大事です。例えば口腔ケアをやると肺炎は減ります。それから、糖尿病のコントロールもよくなります。それから、歯のことは、実は高齢者ってすごい関心を持っている。ところが歯医者さんに掛かるっていうのはものすごいハードルが高い、自己負担も結構ある、それから保険外診療のことも結構ある。しかし、そういう歯科衛生士とか歯医者さんが「歯に関する健康教育をやります」と言うと、もちろん無料だからというので高齢者がすごく集まってくるんです。

そのくらい実際には歯に対する関心があるのに、「地域の開業医の開業歯科医の先生がそこに関心を持っていない」、地域に出ていくということに対して関心を持っていない。そのところを少し変えていく必要があると思います。

コメント：確かに歯周疾患検診というのは各地域で40歳代ごろからスタートしています。より後期高齢者75歳、70歳ぐらいから後期高齢者への歯科検診、口腔機能を含めての検診というのを日本歯科医師会のほうで今考えて、今年度の例えば地域によっては9月10月ぐらいからスタートするところも出てくると思います。

コメント：私は大きな意味での設計図は相当部分が出来上がってきているという感じがしているのですが、細かいことを言い始めるといろんな問題が出てくる。大きな意味での設計図とそれから片一方でものすごく時間の問題とそれに伴う危機意識ですね。これが相当広く了解されてきていると思うのです。

今日議論されていたこともどれ1つして軽い問題ではないとは思いますが、大きな意味でのいろんなところで重要な役割を担う役者がいっぱいいると思うので、そういった人たちが、適切に適正な場所で動き始めると、あるいは、ある場合にはもう強制的にでもきちんと動かしていけないと危ないじゃないかという考えもあると思うのです。今日議論している話だけを聞いていると「大体大きな設計図は描けているのだから、それぞれその役割を担う人間の実践に任せてやっていけばいいと。やっていけばなんとかなるだろう」みたいなふうに聞こえてくるのですが、私はちょっと危ないかなという感じがするのですが、どうですか？

Q：その通りだと思います。それで多分そういうことがあるので今例えば厚生労働省であれば医政局の方々、先生たちが非常に努力されて、客観的な議論をするためのデータ整備をやっているのだと思います。今急がなきゃいけないことは、思いが正しい思いであるように、客観的に測ることができるデータをきちんと整備すること、データを整備することだけじゃなくて使い方も含めて示していくことじゃな

いかなと思っています。

現在、必要なデータベースを作っています。二次医療圏単位で病床数がどのくらい必要になってくるのか、市町村単位でも医療圏単位でも分析ができるそういうツールを作っています。これを精緻化するためには厚生労働省の方たちと一緒にベースになるデータを精緻化しないといけない。

こういうデータに基づいて、要するに「将来どうなるか」をある程度予測を立てながら物を作り込んでいくという仕組みを今作らないといけないだろうと思っています。

これは非常に難しいけれども実際日本にデータはあります。データはあるけど、今までそれが有効活用できていなかった。ところがこれがこの2年間でナショナルデータベースというものを医政局が医療計画を作るために使うための基盤を作ってくれた。これができたためになんかいろいろなことが議論できるようになった。これをベースにしなが先生が危惧されているようなことを回避するために、共通基盤で考えるためのデータベースを作り、その使い方を広めていくということが私たち研究者の仕事ではないかなと思っています。

コメント：その先、必要な医療需要が分かって、それに対して地域の持っている力が分かって、それと合わせてどういった提供体制の配備をしなければいけないのかという姿の絵が描けて、その次ですよ。そこからそれを実践に任せるのか、自然にそういった形に決まれば現場の専門家がそういった方向に自主的に動いていくと、そういう動きに任せるのか、それだけでできるのかできないのかということだと思います。片一方で時間軸がものすごく狭められています。こういう状況の中で一体何をしなければいけないのかという多分選択になると思います。

コメント：それに関して、私たち研究者がしなければいけないことは、ちょっとこれは踏み込み過ぎかもしれないけれど、シナリオを複数書くことだろうと思います。多分そういうシナリオライティングまできちんとやっていかないと、難しいと思っています。ですから自主性に任せるというよりも、そこに関してもある程度選択ができるようなものを準備していくということが、研究者として非常に危険なことではあるけれど、やらなきゃいけないのかなということを最近考えていて、今その準備をしているところです。

ただ、1つ不足しているのが、時代を代表するような思想家というのが今いないですよ。これからの日本がどうあるべきなのかということをも真正面から議論してくれるような思想家が今いないので、是非先生のたちの世代からそういう団塊の世代の先生方たちにあるべき論を示していただかないとやはり難しくなるのではないかなと思います。

< 第4回研究会（9月19日開催） >

第4回研究会は、今年9月より取り組みが始まる「地域医療ビジョン」についての理解を深めるため、佐々木昌弘氏（厚生労働省医政局在宅医療推進室室長）と島崎謙治氏（政策研究大学院大学教授）の二人に講演をお願いしました。

佐々木氏は地域医療ビジョンに関する厚生労働省の責任者であり、その立場で「これからの医療行政と在宅医療」という題名で、今回の法改正（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」）について、その背景、医療法改正の主な経緯とその歴史、法律の概要、法改正によってもたらされること（医療計画の実効性を高める、医療現場が変わる、介護保険が持続可能なものになる）、医療計画の実効性を高めるためのしくみについて、そして、今後のスケジュールについて熱く説明して頂きました。

一方、島崎氏は医療政策の学識者であり、「国とは違う立場および視点から「地域医療ビジョン（構想）の背景・意義・課題について」という題名で、人口構造の変化、人口構造の変容が医療に及ぼす影響、国の歳入・歳出構造の変化、労働力の現状と今後の見通し、医療受給体制の国際比較、医療介護機能の再編の方向性、在宅医療推進にあたっての課題、「切れ目のない連携」は何故十分すすまないのか、今回の医療制度改革の特徴、地域構想は病床機能再編計画でいいか、「データによる制御」の意義・評価、地域医療構想の意義・固有の課題はなにか、新たな財政支援制度の評価、第六次医療計画の実態と教訓、などについて私見を含め述べて頂きました。

■佐々木昌弘氏のプレゼンテーションの内容（要約）

1. 今後の在宅医療の方向性

今回の法改正により在宅医療が地域医療の中に明確に位置付けられるとともに、今後在宅医療は次のステップとして、市町村へ地理的に広がる（来年度から介護保険の地域支援事業の一つとして在宅医療介護連携推進事業が始まる）、小児など対象が広がる（今年度までのモデル事業を踏まえ行政として明確に対象を広げていく）、入院から質的に広がる（都道府県が策定する地域医療構想のもとで、地域医療における具体的な位置付けの動きが始まる）などの展開がある。特に強調したいことは、地域医療構想は一般病床、療養病床を4区分（高度急性期、急性期、慢性期、回復期）としてこの将来設計を単に行うものではなく、「最終的には地域全体の医療をどう描いていくのか」の構想である。

2. 今回の法改正の背景

今回の法改正（医療介護総合確保推進法）の背景には、人口構成比率の変化、認知症高齢者の増加、世帯構成比率の変化がある。

3. 医療法改正の主な経緯とその歴史

日本の医療においては3本柱、医療提供体制の医療法、医師法・保健師助産師看護師法に代表される身分法、お金に関する健康保険法等がある。このうち、医療法改正の歴史を振り返ると、昭和23年制定当時は衛生ルールとしての医療法であり、昭和60年の改正は病床規制という量的調整としての医療法であったのが、平成18年以降の改正は受診の流れ・役割分担を規定するものとなり、4疾患5事業を規定、平成25年からは5疾患5事業+在宅医療を規定するものとなり、在宅医療が入った。しかし、全体の医療の中で在宅医療の立ち位置があいまいであった。

4. 今回の法改正の内容

今回の法改正全体を簡潔に言うと、医療計画の実効性が高まる（医療法改正の中核）、医療現場が変わる（身分法関係の改正、医療事故調の設立、医師・看護師確保と勤務環境改善、医療法人合併促進など）、介護保険が持続可能なものとなる（特養の入所要件の改定、地域支援事業の充実、自己負担の引き上げ、保険料軽減など）の性格をもつ。

5. 医療計画の実効性を高めるためのしくみについて

医療計画を実効性のあるものにするために、病床機能報告制度、地域医療構想、協議の場の設定、新たな基金による財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）、知事の権限強化などが項目としてあるが、これらの施策は一連のものであり、「医療計画において、病床数等を正確に推計するために、各病院・有床診療所ごとに報告を求め、それを基に中長期将来推計であるビジョンを定め、その実効性を高めるために、二次医療圏ごとに医療現場の人等からなる教義の場を設けて議論してもらい、必要な手段には基金を遣いつつ、非合理的な判断をした場合には知事が権限を行使する」という流れで理解するとわかりやすい。

病床機能報告制度は今年10月に始まり、各医療施設が病棟単位で4つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）から現状の機能と、今後（6年後）の機能を選択し、選択した機能に応じてデータを報告する、そして、この報告や他のデータを基に来年4月より地域医療構想の策定が始まる段取りとなる。地域医療構想はこれまでの医療計画が5年先の基準病床を推計しているのに対し10年先の2025年の4つの機能毎の病床を推計するものであり、その後「協議の場」を設けて計画的に整備してゆくこととなる。なお、「協議の場」で地域において必要な病床への転換と判断された場合には、転換に必要なハード整備や人材確保などの初期コストは基金の対象となる。

新たな基金は毎年度都道府県に交付され、地域医療構想に基づいて段取りを決めて計画的に使う性格のものであり、医療現場にはこれまでの診療報酬と基金を使って地域医療を支えてもらうことが期待されている。診療報酬が個々の医療行為への対価で全国一律であるのに対し、地域ごとに課題が異なる中で、地域全体の中での相対的位置づけおよび役割に対して交付されるのが基金という位置づけとなる。

6. 国民の責務

今回の医療法改正（改正医療法6条の2第3項）では新たに国民の責務（国民は、良質かつ適切な医療の効果的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性について理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない）が盛り込まれた。

7. 今後のスケジュール

医療介護総合確保推進法案は今年6月25日に公布された。これを受け今年度は、9月12日に総合確保方針が策定され、地域医療構想のガイドライン（年度末まで策定）を9月18日に議論がスタートし、病床機能報告制度が10月にスタートする。お金関係からいうと、今年度から基金がはじまり、来年介護報酬改定があり、再来年、診療報酬改定がある。この先にあるのが平成29年度の第7次医療計画、第7期介護保険事業計画等の自治体における策定だが、第3次医療費適正化も策定される予定だ。また、来年1月からの通常国会で、健康保険法などの改正を審議していただく予定だ。

これから着実に、地域包括ケアシステム構築に向けて進めていこうと思っている。またベースにある今回の法改正で目指している地域医療は、医政局が今までどちらかというと入院、病院を中心とした医

療であったけれど、医政局として明確に地域全体の医療という絵姿を想定した行政を進めていきたいと思う。

■島崎謙治氏のプレゼンテーションの内容（要約）

1. 今回の演題の趣旨

地域医療構想については、昨日（平成26年9月18日）、厚生労働省でガイドライン策定検討会が開催され新たなステージに入った。先ほど佐々木室長から話があったように、これは単なる病床の再編計画ではなくて在宅医療まで視野に入れている。それにとどまらず、地域医療構想は「地域総合生活構想」でなければならないと考えている。というのは、在宅医療だけではなく、当然、住宅も含まれ、さらに、産業・雇用とか、“まちづくり”までも視野に入れなければならない。しかし、率直に言って、自治体や医療関係者の間では、こういう意識が非常に乏しい。その理由はいろいろあるが、そもそも地域医療構想のコンセプトが十分に理解されていないことがあるように思う。

このため、地域医療構想の背景・意義・課題について人口構造の変容など基礎的な事項を抑えらるとともに、若干の私見を述べる。

2. 人口構造の変容

1) 日本の人口構造の変化

1947～1949年は日本で最もたくさん子どもが生まれた年で、これがいわゆる「団塊の世代」で、そのあと急激に合計特殊出生率は下がった。ただ、それでもしばらくは、合計特殊出生率は2前後をキープしたが1970年代の半ばから低下傾向が続き今日に至っている。

日本ではじめて100歳以上の人口を調査したのは1963年でそのときはたかだか153人しかいなかった。しかし、2010年の「国勢調査」では4.4万人、本年9月15日時点で58,820人、そして、2060年は約64万人と推計されている。そうなると、在宅医療のイメージも随分変わってくる。たとえば、在宅で105歳のお年寄りの娘さんが、後期高齢者ということが起きてくる。

2060年の日本の総人口は2010年の2/3ぐらいまで減少する。また、生産年齢人口のピークはとっくに過ぎており、毎年数十万人規模の減少が始まっている。一方、高齢者数はしばらく増加し、お年寄りを生産年齢人口何人で支えるかという数字は急減し、2060年には現役1.3人で高齢者1人を支えることになる。ただ、15歳から65歳という生産年齢人口の取り方は実態に合っていないかもしれないので、生産年齢人口を20歳から69歳、老年人口を70歳以上とした場合の数字をとるとそれでも2060年には現役1.6人で高齢者1人を支えることになるので相当厳しい状況であることは間違いない。

一方、合計特殊出生率は1970年代半ば以降2を割り込んでいるのに、なぜつい最近まで総人口は増えてきたのかというと、確かに出生数が減少してきたが、それよりも死亡者数が下回っていたためである。ところが、超高齢者社会は人がたくさん死ぬ社会、死亡者数は今後どんどん増え、そのピークは2039年頃と見込まれ、そのときの死亡者数167万人、出生数が68万人で、総人口は差し引き約100万人減少する。その後死亡者数は下がるが、出生数は下がるので毎年差引100万人以上減っていく。

人口問題が怖いのは、気がついたときには手遅れであり、リカバリーショットが打ちづらいということである。

2) 世界の人口の動向

生産年齢人口が減少すると労働力人口の確保が非常に難しくなるので、外国人労働力に依存すべきだ

という議論があり、それについては日本の国柄が変わってしまうとか治安の問題もあるが、一番致命的な問題は、外国人は日本の都合で来てくれないということである。

アジア諸国の合計特殊出生率は近年急激に下がっている。シンガポールや韓国は日本より低い傾向にあり、中国も1.6前後、タイも約1.6。こうした国は経済成長も相まって労働需給がひっ迫してくるので、わざわざ日本に来る必要がない。また、低出生率国の間でも「競争」が生じ、実際、例えば中国の技能実習生が数多く日本に来ているが、中国の技能修習生の第一の希望先は日本ではなくてシンガポールに移り始めている。医療・介護について外国人労働力に頼るといふ議論があるが、全面的に依存するといふ議論には賛成できない。その理由は外国人労働力がなくなったから、日本の医療・介護を「止めます」というわけにはいかない。なお、低出生国では高齢化も急激に進んでいく。韓国も今は高齢化率は日本の約半分だが、出生率が日本よりも低いために高齢化は今後急ピッチで進んでいく。

3) 日本の地域別人口問題（国土全体での人口の低密度化と地域的偏在が同時に進行）

日本の国土を1平方キロメートル単位でとってみると、2010年から2050年にかけて人口が増加する地域は2%しかない。逆に言えば、98%は減る。

市区町村別に75歳以上の人口比率を見ると、2010年の東京では1割未満が多いが2040年になると1割未満のところはない。もう1つ象徴的なのは秋田県で、2040年には25~29.9%あるいは30%以上に変わり唯一の例外は比較的若い生産農家が多い八郎潟の干拓地域だけ。これだけ短期間のうちに劇的に変わる。世帯構造も変わり、1人暮らし高齢世帯が急増する。一口に1人暮らしといっても、子どもが近距離の場合、離れてもとにかく子どもがいる場合と、誰もいないという場合では、全然意味合いが違ってくる。特に私が心配しているのは、2010年の国勢調査で男50歳の未婚率が20.14%と高いこと。やがて2035年には後期高齢者になり、認知症の発症率も高まり、本人の意思表示ができないのみならず家族による意思の推定さえもできない。問題はそれにとどまらず、家族機能、買い物やゴミだしをどうするのか、あるいは郵便物も開封しないといったことが日常茶飯事的に起きてくる。これは単に成年後見人を付ければよいという話ではなく、地域の中でどうやって家族の代替機能を支えていくのかという深刻な問題となる。

3. 人口構造の変容が医療に及ぼす影響

受療率では外来は85歳前後でピークアウトするが、入院は単調で増加してゆき、2011年の患者調査では入院患者の半分は75歳以上となり患者像が30年前と一変している。

年代別の東京の救急搬送人員の推移を見ると、75歳以上が全搬送の33.7%、1/3以上占めている。もともと今の救命救急システムは、昭和40年代交通事故多発時代に作られた仕組みなので、そのときと前提条件が違ってしまっている。

社会保障給付と負担額の将来推計では、社会保障給付費の約半分は年金であるが、2012年度から2025年度までの増加額は、医療と介護の伸びの方がはるかに大きい。年金はお金の移転だけの話で、2004年改正で保険料の範囲で給付を抑えるという改革が行われたが、医療・介護はそういうわけにはいかない。したがって、今後の社会保障の持続可能性の焦点は年金よりも医療・介護にシフトすることになる。

4. 国の歳出・歳入構造の変化

国の一般会計を2014年度の歳出を見ると、国債と地方国債を除く一般歳出の55%は社会保障関係が占めている。一方歳入を見ると、税収が半分ちょっとで国債に歳入の43%を依存している。つまり、社会保障関係費が急激に伸びているために、ほかの歳出が圧迫され、しかも税収が落ち込んでいるために借

金に依存しているわけで、こういうことがいつまでも続くわけがない。ちなみに、歳出総額は95.9兆円のうち医療支出は11.2兆円、つまり、歳出総額の12%は医療。

5. 労働力の現状と今後の見通し

医療はサービスのデリバリーを伴い、医療スタッフが確保できないと「人手不足倒産」と同じようなことが起きかねない。そこで労働力の現状と今後の見通しを見ると、2012年の労働力人口は6,270万人、それが2030年には経済成長と労働参加が進むケースで6,103万人、進まないケースでは5,449万人と急減する。一方、医療・福祉の人材数は、2012年の706万人から2030年には962万人に増加する。これは製造業の就業者数とほぼ匹敵する数で、医療・福祉の労働者数を労働力人口全体で割ると、現状の11%から、2030年には16%から18%くらいに急増する。つまり、財政制約に加え人的資源の制約が強まる。

6. 医療受給体制の国際比較

外国と比べ日本の医療制度はいくつか際立った特徴がある。例えば、外来の受診率はほかの国に比べて極端に高い、MRI台数も多いなど。

日本の医療機関は診療報酬に経営原資の大半を依存しているため診療報酬はそれなりに効果を上げてきたが、私は今後とも「診療報酬一本足打法」でいくべきだと言っているわけではなく、日本の医療提供体制は100床あたりの医師や看護師数は欧米諸国に比べ著しく少なく、医療機関の機能分化や集約化を通じ医療密度を上げていくことが必要である。

7. 医療介護機能の再編の方向性

私は医療施設や介護・住宅の再編の姿はシンプルな体系にすべきだと考えている。

特養もグループホームもサ高住もすべて高齢者向けの住宅で、要介護者の態様等に応じ多様なタイプがある住宅として捉え、医療は外付けにすべきだと思う。また、サービス付高齢者住宅には問題が多い。名前がそもそも「サービス付き」となっているが、正確に言うと「見守り付き住宅」と言うべきである。さらに、登録権限が一般の市町村に降りていないのだが、本来、住宅と介護等の一体化を図るには、市町村まで権限を降ろさないと制度的には完結しない。

8. 在宅医療推進にあたっての課題

在宅療養推進の課題として、急変時の不安への対応は非常に大きな問題で、急性増悪時にきちんとした対応ができるかどうか、つまり、在宅医が的確な対応ができるかどうか、それから急性期病院の受け皿がきちんとしているかどうか、在宅医療を進めるための必要条件の1つだと思う。

9. 「切れ目のない連携」はなぜ十分すすまないのか

「切れ目のない連携」が進まない理由の1つがインターフェイスロスの発生。この言葉は機械の機種が違とうまく情報が伝わらないことを表すが、それと同じようなことが職能や教育等が違うと起こる。例えば、褥瘡のある患者をそれぞれ違う職能の人が訪問すると、観察するポイントが違ってくるわけで、違う言語でしゃべっているようなところがある。

2つ目は連携には調整コストが掛かるという問題。また、機能が重複すると連携は成り立たず、Win-Winの関係でなければ成り立たない。以上は、地域の実情に応じて「連携」ではなくて「統合」が試みられている理由でもあり、非営利型ホールディングカンパニーというのも地域統合の試みだと捉えられている。

3つ目には、行政の縦割りからの脱却ができていない。医療は都道府県といっても、在宅医療は介護福祉を担う市町村の連携が不可欠なのだけれど、都道府県と市町村の連携はよくない。また、市町村が在

在宅医療に関わりたくないと思っている理由、そもそも業務が増えるのが嫌だということもあるが、医師会との調整がわずらわしいということが少なくない。しかし、これでは在宅医療は進まない。

それから医療資源の集約化も難しい。北海道の中空知の砂川市立病院の産科集約化の評価でも砂川病院に行くと「集約化は非常に良かった」と言われる一方で、美唄に行くと「集約化は必要だ。でもなぜ砂川なのだ」と言われる。つまり集約化は総論賛成でも具体化することは実は簡単ではない。しかし、そういうことを乗り越えていかないと、かえってジリ貧に陥る。

10. 今回の医療制度改革の特徴（私見）

今回の医療制度改革の特徴に関する私見として、1. 消費税率の引上げ分の使途が社会保障に限定。年金および子育て分野に比べ医療分野の改革は立ち遅れ気味というのが、官邸・財務省の認識。2. 消費税が改定財源となる一方、診療報酬引上げは、消費税率の引上げと相まって国民負担の増加要素。したがって、財政審・経済諮問会議は「牽制」。3. 国民会議報告書は、目指すべき方向性は目新しいものはないが、方法論は非常に特徴的。つまり、「診療報酬一本槍」の手法に対し批判的。計画的手法（地域医療ビジョン）や補助金の手法（基金）を提言している。4. 診療報酬が効きやすい領域では奏功してきたが、診療報酬が万能ではないのは事実。その理由は①医療機関の再編等にはなじみにくい、②政策意図に反する行動を誘発、③地域の実情を反映しにくい。5. したがって、政策の組み合わせ（ポリシー・ミックス）が必要であるが、民間セクター中心の医療提供体制など日本の医療制度の特徴を考えると、診療報酬は今後とも有力な手法。また、計画的手法は競争制約的に働くといった弊害の面があるのも事実。なお、自治体の力量の向上は必須かつ喫緊の課題である。

11. 地域医療構想は病床機能再編計画でよいか

地域医療構想は病床機能再編計画でよいはずがなく、地域生活構想であるべきだと考える。そのことを別にしても、病床の機能や必要量は地域包括ケアや在宅医療と独立して決まらない。例えば、在宅医療等の普及度合いにより慢性期病床の必要量は変化する。また、急性期病床も急性増悪時の「受け皿」の機能は不可欠。したがって、都道府県は市町村と協議し、いわば「マイクロからの積上げ」を行わなければ、病床区分や必要量は「机上の空論」となる。

12. 「データによる制御」の意義・評価はどうか

「データによる制御」の意義・評価については、地域の病床機能の現状や将来像について、住民を含め関係者が共通認識を持つことは重要であり、NDBやDPCデータ等を用いて定量解析を行うことは必要。ただし、地域医療の将来像は定量解析により自動的に解が導出されるわけではなく、これを基に関係者と調整し将来の再編の方向性についてコンセンサスを得るという、次の難しい過程が控えている。その意味では、定量解析は必要十分条件とはいえない。なお、自動調整機能が働くわけではないから、結局は、経済的誘導か計画的手法かに帰着すると思う。

13. 地域医療構想の意義・固有の課題はなにか

地域医療の将来像に関する認識の共有化は大切で地域医療構想の意義はある。ただし、計画的手法の課題・限界をわきまえることも重要でリアリティある議論を望む。地域の病床機能の現状や将来像について、住民を含め関係者が共通認識を持つことは大変重要。また、医療再編は「ポリシー・ミックス」が必要。ただし、計画的手法は競争制約的に働く面があることに留意。

地域医療構想固有の課題としては、①構想区域（二次医療圏等）の妥当性（現行の二次医療圏は合っていない県がむしろ多い、産業とか雇用まで含めた都市間連携が重要になっているときに、むしろ現行

の二次医療圏の設定が邪魔な場合さえある)、②医療法上の病床の区分は地域によって実情が違うため「道具概念」にとどめるべき、③「協議の場」に過度の規範性を持たせるべきではない(訴訟に耐えられない。ただし、協議の場の協議の内容・手続きの正当性は当然必要)等が挙げられる。

14. 新たな財政支援制度(基金)の評価はどうか

新たな基金制度の評価としては、今後とも診療報酬が基本。基金の配分の優先順位づけ・公平性の確保は識見が問われる。

演者は「医療・介護・住宅整備ファンド」の創設を提言(『日本の医療』3717頁)しているが、「診療報酬になじみにくいものは補助金的手法を用いる」というのが主張であり、診療報酬が「基本」で補助金的手法は「補完」という関係である。

7対1看護が診療報酬による失敗例としてよく出されるが、診療報酬の失敗は診療報酬で是正が本筋。基金の用途は高い識見・戦略的発想が要求され、基金の使い方を間違えると、かえって害が大きい。また、中立・公平性の問題があり、都道府県立病院を持っている場合は都道府県の利益相反問題(レフリーとプレイヤーを兼ねる)の克服も大きな課題である。

15. 第六次医療計画の実態はどうであったか

地域医療構想の実効性等の検討を行うための出発点は、第6次医療計画の実態がどうであったかという評価である。結論を先に言うと、第6次医療計画の多くはペーパープランであった。これは47医療計画を全部読んだ上での印象。概して、現場で生じている問題の本質を汲み上げ政策に結びつけようとする意気込みが感じられない。第六次医療計画では、「在宅医療の体制構築」等を盛り込むこととされた。しかし、在宅医療の圏域を設定した医療計画は約半数(47中24)。認知症に関する記述も表面的。市町村と協議を積み重ねた形跡のある医療計画は、演者が見る限り見当たらない。住宅政策まで視野に入れた医療計画は皆無。DPCデータ解析の講習会も実施。だが、DPCデータを用い定量解析を行った医療計画は少数。

16. 第六次医療計画の「教訓」は何か?

その教訓として、制度的な整理と自治体の人材育成が肝要である。

在宅医療、「サ高住」(実態は「見守り付き住宅」)の登録等を含め、地域包括ケアの所管は市町村、都道府県はそのバックアップ等と割り切るべき。さらにいえば、医療計画・地域医療構想は実質的に総合計画策定に匹敵する大事業であり、地域の産業・雇用・まちづくり、都市間連携まで視野に入れるべき。このため自治体のトップ(首長)のリーダーシップが必要である。また、自治体(都道府県・市町村)における総合的な企画立案と調整能力を有する人材の育成は急務。政策系の研修とDPC解析系の研修、の双方が必要である。

■プレゼンテーション後の討論(要約)

Q: 平均寿命が少しずつ延びていますが、そうすると健康寿命も多少延びる。「健康寿命を延ばしましょう」という話はいっぱい出てくるけれども、健康寿命が例えば2%伸びると障害期間はその10倍くらい延びてしまう。だから、健康寿命をのばそうと思って頑張ると、平均寿命が延び、障害期間はすさまじく延びる。つまり病気を持った人がすさまじい勢いで増えるわけです。そうすると医療を必要とする人数とか、医療の必要度数がすさまじく大きくなってくる可能性もある。このあたりのデータはありますか?

A: 実は平均寿命が延びるといふか、寿命が延びると障害期間が大きくなるということは当然です。し

かし一方で健康寿命というか障害を持たないで過ごせる期間がもう頭打ちなのかということ、それはちょっと違うだろうと私も思っています。ただ疾病の予防と同じように介護の予防も、どんなに予防しても最後はやっぱり障害を持つことになるし、最後は病気になります。これは人が長く生きていくことによる宿命なわけです。そこをどう一般の国民の方に理解していただくかは、私はすごく重要なことだと思います。だから、「健康寿命を延ばす、延ばす」というのは一方でいいのですが、延ばしてどこまで延びるのか、延ばした結果何が起きるのか、それがきちんと国民に明示されていない。少なくとも医療スタッフにも十分そのことが理解されていないのが私は1つの問題点と個人的には思います。

Q：消防庁の統計で「急死」があり、急死は統計では日本の死亡者数の4.8%しかいないんです。当日に亡くなるっていうのが普通急死なので、救急搬送されて2~3日目あるいは数日でなくなるのを合わせても10%程度。あとの9割は実は歩けなくなったり、食べられなくなったりする。つまり障害者になって最後を迎えるわけです。だから終末期の話にしる、障害者論をこの組み入れないわけにはいかない。どのように連携して障害者論としてそういう人たちをどのように支えていくということについては、今後厚労省のほうではどのように考えているのか、お伺いしたい。

A：非常に難しい問題です。結局高齢になると誰でも最後は障害を持たれます。高齢者で要介護者というのはすなわち身体障害者であるわけです。今、介護保険という制度の中でそれをどう扱うかというときには要介護者という言葉を使っております。介護保険を使わない年齢、つまり40歳未満であったりすれば身体障害者という言い方になる、行政上の区分だと思えます。障害保険福祉部と老健局とで身体障害の政策がどの程度連携されているか私も存じ上げません。おそらく、介護保健制度ができる前は、障害者の福祉の延長の中で老人福祉があったのだと思いますが、それが介護保険の制度とともに分離されていったのだと思います。そうすると障害者論で論じるべき自立や個人の尊厳といったものが、介護保険の事業、老健局の事業の中でそのまま同じようには扱われなかったのではないかと感じています。今後それらを統合していくべきかも知れませんが、障害者の場合は基本的に生きることが前提で「いかによく生きていくか」ということが焦点になると思いますけれども、高齢者の場合は「いかによい最後を迎えるか」ということも視野に入れて、今後施策を考えていくべきだと思いますので、その違いは今後出てくると思えます。

Q：医療だけじゃなくても技術はどんどん進歩します。それは絶対的かどうか分からないけれども、人類が求めるものとして追及を続けてきた。医療もものすごい勢いでそれで分化してきたわけですね。分化すればするほど職種というか、カバーする体制もどんどん分化していくと。これは見方を変えれば選択肢が増えるっていうことですよね。医療でいけば治療の選択肢ももちろん増えるし、死の選択肢も増えると。いろんな選択肢が増えてきて、選択肢が増える中でそのそれを提供していく体制をどのように考えていくか。

1つは職種でいけば、その職種そのものもどんどん分化します。しかし、その限られた資源をどう有効に使っていくかっていう考え方が欠かせませんよね。システムとしてはこれまではそれが、病院という形で集約されてきた。ところが、平均寿命が50代、60代であったものが80代まで延びてしまった。そうすると医療そのものが問われます。医療そのものの中身が問われるそのような状況になって、とにかく寿命を延ばせばいいという考え方が否定されつつあるというのが今です。

技術の進歩の結果、生き方の選択とか、死に方の選択肢とかというのが多様化してきた。しかも、その全てを病院という場でやらなければいけないことなのかどうかという疑問も目に見えて明らかになって

きた。そうすると今まで長生きをさせることだけが医療の目的で善であるとされてきたものが、全く違った価値観が一方で出てきた。しかも、人間にとって健康問題とか死の問題というのは究極的な個人の権利だと考えていくと、これまで延々として築き上げてきたシステムがどうも有効でないどころか、下手をすると手かせ足かせになっている。社会全体がガラッと変わる転換を求められているというところで、もがき苦しんでいる。

集約の場を病院から地域という場に持っていかうというのが、今起こっている状況だろうと思うのです。数値ですぐ表せ集約化ができる部分あるいは価値観を集約化できるかっていうと、どうもそうではないらしい。数値は同じような数値を示しているのだけれども、地域毎に医療計画を求めると全く違う計画が出てくる可能性がある。こういう実態の中で制度として一体どういう方向性を持たせればいいのかというのが多分今、求められているのだろうと思う。具体的には基本部分である診療報酬制度の問題と、それから基金の問題とかあるのだけれども、そのどこを主体にして、一体どういう分配のルールを作ればいいのか。先生も簡単な話ではないということは認識されていますけれども、一体どういふふうに考えればいいのか。地域に同じ配分なら数値上は同じ計画でなければいけないというのが今までのルール上の考え方であったけど、細部については地域に丸投げして「全く違った計画がその地域によって出てきてもいいじゃないか」というようなものの考え方をしていくのか。あるいは「それは制度としては極めて具合が悪いから、もう少し納得できるというか、制度として納得ができる方向性を探るべきであろう」とか。多分いろんな考え方が出てくるのでしょけれど、その辺についてはどうなのでしょう？

A：今日パラダイム転換が求められているのはおっしゃる通りだと思います。武見太郎氏が言ったと言われているのですが「医療は医学の社会的適用である」という言葉があります。しかし、人口構造の変容等によって適用する社会自体が変わっているわけですから、医療や医学の在り方そのものを変えなければならないということだと思います。もちろんこれは医療関係者に限りません。国民の意識も変わらなければなりません。たとえば、患者の自己決定権の尊重は非常に大切ですが、どこまで突き詰めて各個人が考えているのかといえ、甚だ怪しいと思うことがあります。たとえば、胃ろうと経鼻経管栄養は本質は同じだと思いますが、胃ろうは減ったけれども経鼻経管栄養は増えているといった“奇妙な”ことが起きていると耳にします。さらにいえば、延命治療は拒否するといっても、輸血はどうか、点滴はどうか、水分補給はどうかと順番に問い詰められたときに、即答できる人がどれだけいるのだろうかと思います。つまり言いたいことは、抽象的に物事を考えているのではダメで、自己決定というのであれば、本当の自分の意思を不断に問うことが必要なのではないかとということです。それから慶應大学の池上教授がご著書の中で書いていることですが、患者は心の底では在宅医療を望んでいるということも、もう一度データをきちんと解析・評価することも必要なことだと思います。

大島先生の後段の制度的な問題に関するお尋ねですが、地域別の診療報酬が考えられるかということが論点の1つとしてあるだろうと思います。このような議論を私はすべて否定するつもりはありませんが、例えばある県の住民が「違う県で受診しました」という取扱いを一体どう考えるのか。実際、例えば埼玉の住民が東京の病院で受診することは日常茶飯事的にあり得ることです。

地域別診療報酬を国民が受け入れられるかどうかは疑問です。診療報酬は給付の対価ですが、患者の自己負担に跳ね返るので、同じ診療を受けても都道府県によって自己負担額が変わるというのは結構ハードルが高いのではないかと個人的には思います。私はそこところは補助金なり地方交付税制度の出

番ではないかと思えます。地域によってニーズがあまりにも違うのはご指摘のとおりで、例えば住宅の整備が緊急に求められているところもあれば、急性期の病床整備が必要なところもあるわけです。それは診療報酬ではなくむしろ補助金的な手法で調整する方が適切ではないか。先生のお言葉を借りれば、地域特性の相違の調整はそのような方法しかないのではないかというのが私の意見です。

コメント：郡市区医師会の役割に関して、松山市の状況を説明したいと思います。地域医療再生基金は愛媛県から松山市に委託、松山市に降りてきたときに、松山市には保険を扱うような部署はあっても厳正に医療を直接扱う部署はないので結局市医師会に丸投げ、委託という形で降りてきてそれでいろんなことをやっています。今度の新しい財政基金に関しては、松山市在宅医療支援センターの設立等で一応医師会として申請を出させてもらっています。理由は、行政で本当に保健の関係等では一応医師会とは連携十分取れていますけれども、医療保険制度にあまりタッチしたことがない、それを知っている方がおられないためです。今、いろんな意味で連携や在宅医療推進で医師会の仕事が増えてきていますが、なかなか難しく、やはり行政が主体で動いていただかないといけないので、医師会主催の会にも行政の方に参加してもらうように今進め、行政とも「丸投げだけじゃなくて一緒にやりましょうね」と言って連携を推進しています。

コメント：地域医療再生基金にかかる有識者会議の委員だったので各都道府県は全部ヒアリングをしています。そこには基礎自治体からも来ていたのでそのヒアリングもしています。それから平成19年度第5次の地域医療計画のときは、東京都の地域医療計画作成部会、部会のほうの副会長で直接東京都の職員の人と都道府県医療計画を作りました。それから現在は基礎自治体7つか8つかの横須賀も含めて、基礎自治体で在宅医療推進協議会の座長とかいろいろやっているの。国都道府県市それに郡市区医師会もちょっと見ているのでコメントします。

まず市区町村には直接医療をタッチする課はありません。制度上、ないです。医療と介護、医療と福祉は本当に縦割りです。

それから、都道府県は今でも5年に1回地域医療計画を立てますけれども、人事は2年で代わっていく。だから前回立てた人というのは前の前の前ぐらいなので全くこれ継承されない。5年ごとに全くゼロから起こすのでほとんどゼロベース。文章だけあって、ほとんど前の年、前の計画を継承するという形になっている。

コメント：これは市区町村だけでやっていく事業ではなく地域全体でやっていかないといけない事業なので、その中で地域リーダーが調整役を買って出て、いろいろなステークホルダーと交渉し、そして交渉に持っていく役割を果たす、こういったものが地域地区の市区町村との担当者とうまくリンクすればある程度その地域がうまく動くのかなと思います。また、地域リーダーが動きやすいような環境整備をしていくことも結構極めて重要だと思います。この地域リーダーがちゃんと機能していると、ある程度の期間機能していればおそらくその地域の行政担当者たちが交代していても機能しうる気がします。しかし、地域リーダーやステークホルダーとの交渉はすごく難しいことで、地域によって様々な考え方の人たちがいらっしやるので、そここのところをまとめあげていくのはものすごく難しいなとも考えています。

Q：今後地域医療ビジョンや地域包括ケアが進んで行くにつれて、組織や地域の中にそういうリーダーが出てくるという動きになってくると思いますが、これに対する厚生労働省のおそらく秘策を持っていると思いますがどうでしょうか？

A：市町村にその医療所管する課がないということはよく意見として伺っております。多くの市町村はおそらく介護保険担当部署が今後在宅医療をやっていくようですが、介護保険担当部署が障害福祉とくっついたり、くっついていなかったり。あるいは健康増進課が在宅医療をやるところもあるようです。結局どこがやるにしても、その市町村で行政職員が直接医療行為をするわけではなくて、常に調整役に回っていただくことが大事だと思います。医師会へのアプローチにハードルが高いのは確かだと思います。そこはその地域住民のためと思って、医師会にアプローチしていただいて、今後地域のために何ができるかということも多く関係者を集めて協議していくことが出発点かと思います。介護保険の制度の中で地域ケア会議がありますけれども、その拡大版で在宅医療についてしっかりと医師会も巻き込んで医師会だけでなく地域の病院や医師会に入っていらっしゃらない先生も含めて協議ができるように仕向けていき、なおかつ多職種研修をやる。多職種研修は在宅医療を全然知らない人がイメージする導入として非常に有効なツールです。

市町村職員も自分たちは在宅医療を知らないけれども、とにかく多職種研修を柏の例をもとにして開いてみる。実際のコンテンツは現場の医師の先生方、訪問看護の方に手伝ってもらいながら作ってほしい。まず、みんなで話し合い、部署をどこか定めて、話し合いを持って研修をはじめます。この3つさえやっていただければ新しい展開に結びついていくと考えております。

コメント：地域医療構想について結構厳しい意見を申し上げましたが、自治体間の取り組み姿勢には相当大きな差異があるように思います。「県なんか相手にできないから、自分たちで積極的にやっていく」という市町村があることも事実です。数が多いか少ないかは別にしてですが、本日人口問題について解説しましたが、近未来の日本は厳しい状況が控えています。だからこそ、地域の「民度」というか力量が試されていると私は思います。そういう捉え方をする方が建設的なような気がします。

それと市町村の実情には同情すべき点多々あります。たとえば、自治体の職員数の削減がどんどん進んでいるのです。では行政需要が減っているかということ、そんなことはない。むしろ行政需要は増えています。その中で医療・介護は重要な分野だから人員を大量投入するというのは、「言うは易く行うは難し」のところがあります。だからこそ、自治体の総合計画の中に地域医療構想を位置づけないといけない、というのが強調したいことです。

先ほどのご質問とも関係しますが、医療のあり方それ自体の再考が迫られていると思います。在宅医療を入院や外来の延長のようにとらえている人がいますが、私は本質が違ふと考えます。入院や外来は医療だけ見ていけばいいわけですが、在宅医療は生活を支えるという視点が必要だからです。したがって、在宅医療における多職種連携はやったほうがよいのではなく、やらなければいけないのです。また、在宅医療や訪問看護は移動コストがかかるサービス形態です。そういう本質を理解しないで、在宅医療や地域包括ケアをやれと言ってもうまくいかない。本質やアプローチの仕方が違うのだというように頭の切り替えができないと上滑りしてしまうように思います。これは私は結構重要な問題だと考えます。

もう1つ言いたいことは計画的な手法の難しさです。私は行政官時代に市場メカニズムをうらやましく思っていました。なぜかということ、行政が介入しなくても「神の見えざる手」によって需給が自動調整されるからです。もちろん医療では市場メカニズムに全面的に依存することはできません。ですから、私は計画的な手法を一切否定しているわけではありませんが、計画的手の難しい点は、「神の手」に代わり計画を差配する者の力量によって、良くもなれば悪くもなることです。後者の危険性は決して小さくはない。しかもその財源は貴重な税金や社会保険料ですので、計画を差配する人材の育成は喫緊の課題

です。また、地域医療構想を実施していく過程で、二次医療圏ごとに民主的・中立的な「話し合い」がきちんとできるのだろうか、という点については、率直に申し上げて多少懐疑的です。

コメント：ベッド数は確かに少し削減されているけれども、そんなにすごい削減になっていない。在宅ベッドはどんどん増えていて、既に病院に入院するベッドの補完するところとして機能せざるを得なくなっている。そうするとその在宅はその入院か入院外かという話ではなくて、ベッドの補完なので、在宅のベッド数もある程度症状や疾患とか、要介護度毎予想できるわけです。だから、総ベッドという形では病院ベッドをどこまで在宅に移行できるか、実は計算できるはずで、では、在宅医療に介護を足したら、入院医療よりも費用が高くなるのかということ、これはもう前の社会保障国民会議にもデータが出されていますが、介護と医療は合せても入院よりは疾患ごとにだいぶ安いです。

だからお金の話でも、疾患ごとに病院ベッドから在宅ベッドへ移行させるとどのくらいの費用になるかわかるはずで、また救急の話も出ましたが、今から4年位前の救急のその年間の救急搬送の出勤数が400万回で、在宅医療の緊急訪問も20~30万回くらいは行っているわけです。そうすると救急医療の補完にもなるというようなこともあります。だからもう少し真面目に、在宅ベッドをどのくらい増やすのか、それも疾患ごとに、その場合医療費と介護費あわせてどのくらいになるのかというデータ取りをきちんとしたほうがいいと思います。

コメント：地域包括ケアを本当に支えるための医療体制をどう構築するかということは非常に大きな課題だと思います。そのための地域医療構想ですが、それぞれ地域でそれぞれの条件が違うから、制度を地域に任せるということは非常によく分かるのだけど、本当にこれがちゃんときちんと議論されて、本当に役に立つ構想ができるのかは非常に疑問です。

その理由の1つは、本当に同じ問題意識で同じ規範の中で話されるのだったらいいのだけれど、ただ話し合うだけであれば、ただの利害調整だけで終わってしまって、出されたお金が死に金で終わってしまうというのを一番恐れています。多分その規範を作るときに共通の問題意識を作るためにはやはり地域ごとのデータというのは非常に大事なのですが、それは全く手元にないのです。「認知症医療パスを作りなさい」となっていますが、地域の中でどの程度の認知症の方がどこにいて、どういう問題を抱えているというデータさえない中でケアパスを作れという無理難題を今突きつけられていて、それと同じようなことで、地域の中で医療を受ける人はどのように動いているというデータが無い中で、「そういう医療構想を作りなさい」ということがすごく無謀なことのよう思っているのです。

北区に住む人の死亡場所を調べると区外の死亡が半数以上であり、地域完結型の医療がちゃんとできていないことが分かった。そこで、北区にちゃんと帰ってこられるような医療体制を作ろうということが、医師会も、行政も、共通の問題意識になりました。あと在宅で亡くなっている方が16.1%いるけどその中の2/3が検案だったということも明らかになった。在宅医療を頑張っているのだけれどもできていないという問題意識になった。基礎的なデータはちゃんとみんなに示されることがない状態で、協議の場には入れないと思うのです。いろんなハードルがあることが分かるのですが、県とか都道府県とか国がやるべきことはそのデータをちゃんとアクセスできるように環境整備をすることが大事ななと思います。

理由の二つ目は、地域包括ケアを支えるための病床の在り方という論議をもっとちゃんとしたほうがいいと思うのです。急性期とか亜急性期とかそういう名前になっていますけれど、介護保険の利用者の多分半分以上が日常生活指数2A以上の認知症で、多分3/4ぐらいが1以上の認知症です。だから看護保

険の介護サービスを認知症仕様にしていかないといけないというのが大事な問題意識だと思います。病院も同じように地域の病床の急性期の病床を地域包括ケア仕様という、後期高齢者仕様にしていくということですね。どうやったらできるのかということを経営的にちゃんと議論したほうがいいと思います。私、在宅20何年やってから去年から有床診を作って、1年間有床診の病棟医長をやってきたのですが、そこで地域に「こういう病床があったらいいな」と理想的な病床を作ろうとしてきました。医療だけでなくケアとか介護とかリハビリテーションとかもいれて、栄養とか総合的に治す、地域になるべく早く帰すような病床にしよう。これは海外ではモデルがあって「ACユニット」と呼ぶのですが「アキュートケアザイバリー」と言って、病気が全てじゃなくて機能を保持しながらゴールを地域に持っていくという明確なモデルがあるのです。そういうモデルを普及しないでただ急性期病院が何個あったらいいかという話ではなくて、ちゃんとしたケアが包括的に受けられて地域に戻すための機能がそこにあるのかどうかという話を議論しなくてはいけないですし、そういったモデルを協議の場に提示しないと、どんなことを考えたらいいのかさえ分からない。モデルがあるとか、国が求めているあり方とかとか、そのようなことをもっと明確に示したほうがいいと思う。

コメント：10年前に私がこの会に参加させていただくようになって、そのころ何を言っていたかということ、日本中が在宅医療に対する理解が全くない、ときには「ふざけると」「こんなバカなことはない」と、「行政が悪い。医師会が悪い」「あいつが悪い」「こいつが悪い」そればかりではありませんけれども、少なくともそういう話がよく出ていました。10年経った今、明らかに社会が変化しています。これは在宅医療をここまで社会や行政に認知させてきたのはこの会が全てだとは言いませんけれども、すごく大きな貢献がこの会にはあったと私は思っています。この間、社会もドラスティックに動いてきたというのはありますが、そうした動きが今の状況につながっています。

今は今で動き始めたら「大問題だよ、大問題だよ」と言っている。実際に動かしてきた皆さんは、「あそこが悪い、ここが悪い」と「どんなに言ってもしょうがない」と、「地域のどこに問題があって何をしなければいけないか」ということについてはほとんど答えが出てきていることを知っています。地域の中で理解している人間をいかに増やしてとにかく動かしていくより仕方がないと。しかし、どういう制度がいいのかという話になると、これはちょっと一筋縄ではいかないということがあります。

私は介護報酬の部会でも発言させてもらったのですが、あまりにも地域毎に違いすぎる。そして、私は介護報酬の部会で副委員長をやらせてもらっていますが、なんとか施設だとか、かんとか施設だとか、いっぱい施設名やらそれに合わせたサービスが出てきます。話を聞いていたら頭が痛くなってくるくらいで、すぐに区別がつかないのです。それぞれの施設群に対してそれぞれの介護報酬をどういうふうに配分するかということをするものですから、話を聞いていても混乱してくるし、事はどんどん複雑になっています。制度というのはできるだけシンプルに公平なものにしようとするわけです。実体は制度化しようと思うと複雑で大変面倒な議論になります。当然ですね。それが歴史的な経緯の中で作られてきたものですからとにかく複雑になっている。ところが今のような事態になると、「どうやって集約化していくかということを経営的に、制度の構築を強行すれば、一体どういうことになるのだろうか？」と皆さん大変不安に感じているのです。分かっているのだけれど、それぞれのステークホルダーにしてみれば、それぞれの立場で譲れないことばかりですから、それぞれがそれぞれのことを主張せざるをえない。私はちょっとこう冷ややかに見ているのですが、「これでは制度に落としこんだときに一体どうなるのだろうか？」というようなことを、危惧しながら聞いています。

今日のお話もそれに通ずるところがあって。これまで私たちが作り上げてきたシステムなどはこれまでの価値観とこれまでの社会の要請とこれまでの患者さんが求めているような、国民が求めているものが、合致して作ってきたのですが今では状況が変わってしまったのですね。となると、一度ガラガラポンにして、新しいパラダイムにあった制度を一から作り直すっていうぐらいのことをやればいいんじゃないけれども、それだけでもう大紛糾ですよ。

今日も難しい話があって「こういう制度があるから難しい。ここの地域ではこうだから難しい」といういろんな話が出ました。その難しいという話をどこまで議論するかというと、これは議論しなきゃいけないし、最後に平原先生がまとめてくれましたが、これはきちんとやっていかないといけない。しかしやっている最中に津波が来るかも分からない。分かっている人にはもう見えているのですね、津波が。根拠のあるデータなり、根拠のあるものを示してそれを制度の中にどう落とし込んでいくという作業はやらなきゃいけない。それで全てが完結するかどうかは分かりませんが、そういう作業は避けられないですよ。それはやりながら、しかしその間に津波が来ちゃったら、制度もなにもないという状況になりかねないという事態が一方であるということもよく理解をしておく必要があるだろうと思います。

最後に悲観的な話になっちゃいましたが、そういった事態、状況であるということだけは十分理解しながら。しかし、地域の中には他から理解されないというようないろんな特殊な事情がありますから決して同じである必要はなくてもいいと、私は最近ちょっと居直って言っています。それぐらいのつもりで皆さん、宜しく願います。