

■ 戦略経営研究会 108th ミーティング議事録

日 時：2016年2月6日(土) 14:00-17:45

場 所：東京／竹橋 ちよだプラットフォームスクウェア

テーマ：地域医療の現状と課題、IT活用

発表者：森田洋之さん（南日本ヘルスリサーチラボ代表）

黒滝義之さん（黒滝歯科院長）

松瀬啓祐さん（株式会社カカコム介護事業準備チーム）

豊田剛一郎さん（株式会社メドレー代表取締役、医師）

参加者：35人（発表者を含まない）

（会社経営、会社員、医師、シンクタンク研究員、出版社、栄養士、団体職員、
地方議員、NPO 法人理事長、行政書士、司法書士等）

1. 森田さんご発表

先日、日本経済新聞に「病床20万床削減」という記事が載っていました。実際にあって良いことなのかと感じると思いますが、夕張市が財政破たんした後の病床数や死亡率などをデータ化すると、病床数の削減はたいしたことなかったことがわかります。本日は、病院いらずで最期まで元気に暮らせる人と街に共通する3つのことについてお話しします。

夕張市は、札幌市との間に60キロの距離があります。北海道というと雄大な大地を想像しますが、夕張市は山間の僻地です。元々、人は住まず、明治時代以降、炭鉱があったから人が住み始めたところです。炭鉱の閉山後は、人口は1/10の1万人になってしまいました。高齢化率も48%です。2007年、夕張市が財政破たんとなり、病床は171から19へ削減されました。また、医師も去り、CTやMRIもない地域になりました。つまりは、医療崩壊です。救急病院もなくなったことにより、急患が病院に到着する時間は2倍になってしまいました。

みなさんならどうしますか？ 夕張市から引っ越しますか？ 実は、財政破たん後、75歳以上の人口は増加しました。高齢者は引っ越さなかったのです。死亡率はどうでしょうか？ 心疾患、肺炎の死亡率が下がりました。死亡総数も横ばいです。つまりは、老衰の死亡率が増加しました。病床が削減されたことにより、訪問診療患者数も増加しました。高齢者一人あたりの診療費は、北海道全体でいえば、10年間で78万円から85万円と増加しましたが、夕張市は77万円と逆に減少しました。また、救急車の出動回数が減少し、看取り率が増加しました。なぜでしょうか？

経験したことの無い驚異的な高齢化社会が進行しています。日本全体の高齢率は25%に対して、夕張市は48%です。しかし、20年後には日本全体も40%となります。しかも先々は人口が半減します。日本全体が老年期に入りつつあり、これからはずっと人口オーナスとなります。負担を強いられるのは子ども世代です。高齢者も医療費も倍増します。医療費が国家

予算に匹敵することになるかもしれません。

医師、病院、医療機器の確保が大切なのでしょうか？ これらはただの道具に過ぎません。健康で楽しい人生をなるべく長く、しかも子どもの財産を食いつぶすことのないことが大切なのです。道具に過ぎないCTを、日本は世界中の1/5を買い占めています。イギリスであれば、県に一つとかです。大きい病院にしかありません。これが世界標準です。日本は病床数、入院数も世界一です。これらのおかげで、日本は長寿国になりました。とはいえ、健康になっているかといえば疑問です。高知県は人口あたり病床数が日本一ですが、男性の平均寿命は低くなっています。病床が増えても寿命は増えません。しかし、医療費は確実に増えます。高知県の一人あたり入院医療費は日本一となっています。

一般的な病院の現実としては、たとえば、胃瘻の入院者です。手にはミトンをはめられて、ベッドにしばりつけられています。苦痛から胃瘻の管をはずそうとするからです。鹿児島県は病床数が多いので、胃瘻の入院者も多くなっています。しかし、一般の人は治療行為として、胃瘻を求めているはいないはずなのです。スウェーデンでは、エーデル改革という医療改革が行われ、病床数を一気に減らしました。その代り、2LDKのアパートの提供を行いました。寝たきりということもほとんどないので、たんの吸引なども行うことは滅多にありません。

それでは、病院いらずで最期まで元気に暮らせる人と街に共通する3つのことについてお伝えします。①きずな貯金です。夕張市では、近所の雪かきをするおばあさんがいます。認知症ですが、近所の人々が見てくれています。また、介護老人保健施設から出ていきたくないというおじいさんもいます。職員も地域の知り合いだからです。釣りに連れて行ってくれます。一人の人間として扱われているということです。認知症の104歳のおばあさんがいます。このおばあさんからすれば、近所の80歳のおじいさんも昔から面倒を見てきた子どもに過ぎません。在宅にてみんなが見守ってくれています。②市民の意識改革です。人事を尽くして天命を待つということです。危機感から、肺炎球菌ワクチンの接種や口腔ケアを主体的に行うようになり、肺炎死は1/10になりました。なので、老衰でなくなるが多くなりました。「病院依存から予防へ」が進みました。終末期医療についても考え方が変わっています。亡くなる前の晩までまんじゅうを食べていた方もいます。スナックを経営していた方は亡くなる前まで居酒屋でビールを飲んでいました。とても良い顔で亡くなっています。胃瘻等の治療はゼロになりました。誰も望まないからです。為すべき予防を行って、ご本人、ご家族の意識を尊重すること、それが人事を尽くして天命を待つということです。③生活を支える医療体制です。患者目線の医療提供体制ということです。ただ、薬を出すではなく、患者さんと一緒に考えるスタンスが大切です。また、笑顔を生むような医療が大切です。そこに居て良いということです。であれば、生活を保障すれば足ります。生活が中心ということです。これがほんとうの地域包括ケアではないでしょうか。

夕張市は医療の崩壊ではなく、医療の再生だったということがわかります。これは、顔の見える連携により行われたのです。最期に繰り返します。医療の目的は、健康で楽しい人生をなるべく長く、しかも子どもの財産を食いつぶすことのないことなのです。

2. 黒滝さんご発表とパネルディスカッション

ファシリテーター（以下、「フ」）北関東の医療過疎地域にて診療所を運営しています。

黒滝さん（以下、「黒」）千葉県柏市にて歯科診療所を経営しています。柏市は高度成長期に人口が増えました。その方々が高齢者となっています。豊四季台地域は高齢化の進行しているマンモス団地です。柏市、IOG、URによる豊四季台地域高齢社会総合研究会が発足され、モデル事業でもあります。最近、全国から行政等の視察が大幅増加しています。在宅医療のための研修や、多職種による顔の見える関係会議が行われています。中核拠点として、柏市地域医療連携センターを設置しています。これらの、視察への感想で多いのは、「柏のマネはできない」というものです。しかし、マネはしなくても良いと考えています。地域次第のはずです。むしろ、就労による生きがいや社会との接点をいかにつくるかではないでしょうか。柏市の死亡数は増加傾向です。その中で、在宅医療の取組みにより、自宅死亡の場合、検死よりも看取りが増えてきました。

就労している歯科衛生士ですが、全国的に千葉県は少なくなっています。口腔ケアのためには、人員の確保が大切です。このために、訪問リハビリステーションを開設しました。歯科における在宅医療推進の障壁としては次のものが挙げられます。①時間対費用（外来を減らすことは難しいです）、②多職種との連携がとりづらい、③復職の難しさです。

加齢により舌の力は低下します。在宅歯科をすると実感できます。現在、子どもの舌の力は弱くなっています。ここから年をとったらどうなるか、怖くなります。このことは、厚生労働省も指摘しています。

柏市のゆるキャラ？に「カシワニ」がいます。このカシワニには虫歯があります。虫歯になっても、治せば良いという感覚だと思います。当然、それは違います。在宅医療に携わり、より一層子ども、大人への啓発が重要と気付くことができます。

フ) 夕張の口腔ケアはどんな感じでしたか？

森田さん（以下、「森」）夕張の場合は、歯科医師が理事長でした。ですので、口腔ケアが基本となっていました。

フ) 柏では、市が主導されていたのでしょうか？

黒) 2000年ぐらいから、口腔ケアについては当然に行われるものという感じでした。

フ) 患者の意識を変える活動というのも必要なのでしょうか？

森) 医師が患者の意識を変えるというのは無理と考えています。夕張でも啓発活動など含めて何もやっていません。病院がなくなる、医療が縮小していくという危機感から、患者の意識が変わっていったのではないのでしょうか。たとえば、鹿児島県の都市部の病院とかですと、患者は医師任せです。

フ) 柏市の住民への取り組みはどんな感じでしょうか？

黒) 柏市では健康元気塾を開催しています。自分たちで考えるという、自発的なセミナーです。

フ) これから、日本は人口オーナス期に入っていくわけですが、悲観するのではなく、高齢者でも元気ならば良いのではないのでしょうか？

森) そのとおりです。このことは日本全体で気付いていくべきです。

黒) はい。作られたマイナスのイメージではないかと考えます。それよりも、「どうするか」が大切のはずです。

森) 自分で食べる能力があるのであれば、待つことが介護の基本です。介護も子育ても一緒です。

3. 松瀬さんご発表

カカコムは「たすけあβ版」をリリースしました。これは高齢生活に必要な情報を集約したサービスです。地域包括ケアシステムが喧伝されていますが、行政主導ではうまくいかないだろうと予想しています。そこで、民間でデファクトを作る必要があります。

「たすけあβ版」は地域サービスの総合検索を目指しています。いま、地域サービスの情報はばらばらです。ユーザー視点で、生活を支える知恵にアクセスできるようにしていきます。ユーザーは悩みがあってもそれがどのようなところにアクセスしたら良いかわかりません。専門知識がなくても悩みから探せるようにしていきます。そして、地域の医療機関・介護サービス・民間サービスや行政支援などにつながることをできるようにします。

地域包括ケアシステムは、市町村の支援のもとで保健・保険サービスの連携、住民連携、保険外サービスの拡充を進めるものです。公助から、自助、互助へのシフトを促しています。地域包括ケアシステムの2つのコンセプトは、地域を基盤とするケア（地域社会による参画）と統合ケア（診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進をつなげる）です。このような国の号令はありますが、地域で実際にやる人たちの連携はどのように行われるのでしょうか？国によるハンズオンの要素もありません。

ここで考えられるのが、ケアサイクル論（慢性疾患ケアモデル）といわれるものです。情報・スキルを得て活性化された当事者と、先を見越した準備ができる多職種チームとの生産的な相互関係を構築していくべきではないかということです。

しかし、理想の実現を阻む障壁が3つあります。1つ目は「報酬体系」（インセンティブ）です。たとえば、糖尿病は食や運動による予防効果が広く知られています。時間軸の早い段階であれば、コストはかかりません。しかし、医療機関では予防のインセンティブが低く、きちんと働かないのが現状です。正常または糖尿病予備軍段階であれば医療コスト0ですが、経口薬での治療を始めると月20万程度がかかってきます。更に重症化してインシュリンが必要になると月に70万、イベントが起きて透析が必要になってしまうと月に530万も社会的コストが増えます。かたや、例えば透析段階にならないように介入しようとしても、他職種連携が必要となるうえに在宅での管理までは徹底できない。報酬も管理指導だと月に5万円程度ですか？手間が増大する上に成果も出しにくく、割に合わないのが現状です。収益構造だけの話で言ってしまうと、とっとと透析になってくれた方が儲かるし管理も楽ということになってしまふ。介護においても同様に課題があります。算定構造が「人員配置」「専門職配置」「設備要件」「要介護度」「提供サービス種別」「提供時間」など、ストラクチャーに関する要件に基づく評価になっています。そのためインセンティブは事故などの問題なくとにかく手間を掛けず過ごすことに働きます。つまり、何もしないほうがメリットになるのです。そうすると、高齢者を

座りっぱなしにしておけばいいという話になり身体機能が低下し介護度が上がり社会コストは増大していきます。

2つ目は「主体者のかけ違い」です。介護は地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護事業所という階層化された構造となっています。そのため、介護事業所はケアマネジャー、ケアマネジャーは地域包括支援センターに目が向きがちになります。集中減算やキャパシティの問題で全部のケースを自分たちのところに回すことはできませんが、構造上は減算対象ぎりぎりの8割を自法人に回すというようにインセンティブが効いています。他所に紹介する残りの2割は、心情的には困難な事例が選ばれるようになってくるでしょう。なお誤解がないように1点補足をすると、利用者のことを考えきちんとしたケアを行う事業所は多数あります。お伝えしたいのは、あくまで利用者に向けた取り組みがなされる形にインセンティブ構造が出来ていないということです。現状の良い事業所は、社長や所長のリーダーシップとある種の自己犠牲の下に実現されており、ある意味では医療と同じ構造だといえると思います。また、2000年の介護保険法の導入で「福祉の産業化」が起き、デイサービスなどを中心に競争が働くようはなりましたが業界全体としてはまだまだ不足しています。本来の介護保険法に基づくサービスの目的である「自立支援」ではなく、未だ「療養上のお世話」として支援を行う事業者が多く残存しています。受益者が主体者となれる環境が十分整っているとはいいがたい状況です。

3つ目は「プレーヤーの不足」です。介護従事者だけでなく、地域ボランティア等も不足しています。ボランティア組織への助成があったとしても、予算が単年度でのみ与えられるため中期計画的な人員投資を行えないことも影響しています。

理想を実現するために何が必要でしょうか？ 求められているのは療養「管理」指導やケア「マネジャー」といった「計画に沿った管理」を行う人ではありません。計画管理ではなく、主役である「本人」の人生におけるパートナー（伴走者）でありエージェント（代理人）として支えることが求められています。そして、全体を通じて伴奏できるプレーヤーは存在しません。これらの関係者がバトンを渡していく必要があります。ただ、これまでお話したようにこのような流れは構造上では自然発生しにくいのが現状です。

日本は従来、黒船を始めとして外部からの影響によって変化が進む部分があります。そのため、まずは主体者たる本人が（慢性疾患ケアモデルの）情報・スキルを得て活性化された当事者となり影響を及ぼす必要があります。具体的には、彼らに「地域のサービス情報」「地域の相談先」「ケアや申請手続きなどの基礎知識」「他者の介護状況や生活方法事例」などの情報を提供して知識と選択肢を持ってもらうことが大切です。実際に、情報源が足りないだけで主体的に情報を求めるユーザーは急増しています。

ついで、Lay Expert（素人専門家）の存在です。これは、先輩患者や介護者、ご家族などです。高齢者には医療も介護も必要になりますが、病院に行ったから患者になるわけでもデイサービスに行ったから利用者になるわけでもありません。あくまで何らかの心身状態による生活上の課題解決が目的で、そのための支援として医療や介護があるという位置づけです。診療行為はガイドラインやエビデンスがあり、第一選択となる方策を決めやすい部分があります。しかし、生活課題は家庭環境や本人の意向を含めて千差万別で解決策の標準化は困難です。痛み

がある際の気の散らし方や気持ちの整理の仕方、専門職への相談方法などのテクニックも医療行為では解消できません。このようなときに機能するのが先輩としての経験者、体験事例です。ガイドラインのような唯一解は存在せずある人には当てはまりある人には全く当てはまらないという情報の中から参照できる方法を見つけてもらうために大量の事例が必要となります。

最後に重要なのが、非専門プレーヤーの創出です。今後さらに高齢化が進めば、保険サービスだけでは社会福祉の手が不足する事は明らかです。一方で、地場の飲食店が「人口減少する若者向け飲食で過当競争に巻き込まれるよりも、高齢者が利用できる店にしたほうが儲かる」と考えてサービス提供するようになれば支援の手は大幅に増えます。嚙下障害の人も食べられる蕎麦屋や認知症があっても安心して滞在できる喫茶店などです。認知症のある人も安心して通えるカラオケ店や、介護福祉士のいる美容院なども既にあります。このような認識が進めば、ビジネスの視点から認知症などを学ぶ地域資源が増えることになります。それが結果として、高齢者が道に迷っていた際に気付くことのできる見守りの目となっていきます。

「とはいえ、どのようにしたらいいのかわからない」「高齢者向けの対応をしても、それを伝える場所がない」という課題についてはたすけアを活用してもらうことで解消してもらおうと考えています。これらが、「たすけア」の方向性であり提供したい価値です。これを私は、「福祉の産業化」に続く「産業の福祉化」といっています。

因みに、患者や利用者を選択権を持たせる事はサービスの乱用や不当要求、クレーム増加などを懸念される方もいらっしゃるかも知れません。ただ、消費者意識の強い昨今の利用者はそもそも情報を十分に持っていないかでも上記の志向性は既に強くなっていると思います。今後ますます強くなっていく。

むしろ「柏原病院の小児科を守る会」の例のように、きちんとした知識を身につけることこそが最終的に最適利用に収束していくための必須要件だと考えています。

なお、私個人としては「本人中心」を謳うつもりはあまりありません。「患者中心の医療」というのが持て囃され、患者様と呼ぶかどうかなどが話題になった時期がありました。しかし、「患者中心の医療」という言葉を当人からみれば「自己中心の医療」ということになります。大切なのは、自己納得感をもてるだけの判断に足る知識を得ることで、当人も主要メンバーの一人として臨む「健康中心の医療」という社会の実現だと考えています。

4. 豊田さんご発表

医療への危機感、医療従事者の少なさへの危機感から、医療ヘルスケア分野をITで解決するために友人が創業した会社に参画しました。たとえば、当社の「ジョブメドレー」は医療介護求人サイトです。医療従事者を増やすためのサービスです。

医学部生や研修医は、医療費のことは習いません。医療費は税金、保険料により90%の負担となっているにもかかわらずです。これではもちません。私が研修医や脳神経外科医だったときに、医療についてこのままで良いという先生は誰もいませんでした。医療が抱えている問題は時間や市場原理が解決する問題ではありません。これでは、数十年後の破たんを待つばかりです。増大する医療費、非効率的な医療システム、医療現場の疲弊。でも現場では、医療従

事者も患者も「医療ってこんなもんだよね」になってしまっています。

「医療リテラシーの向上」と「診療プロセスの効率化」が必要です。医療従事者については、左記への意識はあるかもしれませんが行動には移っていません。また、国ではできないでしょう。そこで、民間でもできるのではないかと考えました。

「医療リテラシーの向上」のためにオンライン病気事典「MEDLEY」を立ち上げました。医師340人が協力してくれています。医療版のウィキペディアです。また、「診療プロセスの効率化」のために「オンライン通院システム」を立ち上げます。

オンライン病気事典「MEDLEY」について説明します。例えば救急現場で働いていたころ医者は「手術をしないと、助からないだろうなあ」とか「手術をしても、意識は戻らないだろうなあ」とか考えています。しかし、手術をするしないの選択は原則ご家族がしなくてはならないとなっていますので、救急の現場でご家族に選択してもらいます。しかし、「手術を選択しない」という方はあまりいません。病気のことも手術のこともほとんど知らない方に判断させているわけであり、形ばかりの意思の尊重です。そうではなく、ご本人やご家族にも普段からしっかりした情報が必要なのです。少しでも、日本の医療リテラシーが上がるように近付ける必要があります。そのために、まず「病気を知る」ためのサイトを作り、その後「治療を選ぶ」「病院を選ぶ」「医療を考える」ようになってほしいと思っています。「病気を知るならここだよ」と言われるようなサイトを目指しています。症状から可能性のある病気がわかり、疾患や治療法に対応した医療機関を探すことができるようになっています。すなわち、あらゆる医療情報（病気情報、医薬品、医療機関）をワンストップで提供しており、その情報のすべてがリンクされています。ほかの検索システムは、病気と薬などがつながっていません。これは、病気同士、病気と他の情報との関係性わからない人が運営しているからです。また、医療情報は更新し続けなければなりません。数年で古くなります。合わせて、中立性を保つようにしています。診察などの際に、たくさんの医者が患者さんにいう言葉があって、そういう言葉がネットに載るようにしています。患者は説明されてもその場ではわからないかもしれません。MEDLEYは復習できるツールになるようにしています。また良い論文を元にしたニュースも提供しています。これは医療を知ることには楽しいということを知ってもらうために提供しています。

オンライン通院システム「CLINICS」について説明します。遠隔診療もまた将来的に医療費の抑制につながるのではないかと考えています。厚生労働省が遠隔診療緩和の通知を出しました。今までは離島などの例示地域に限定されていましたが、拡大解釈を容認しました。遠隔診療は医療に新たな価値を生み、神聖化されている医療を崩すきっかけになる可能性があります。たとえば、高血圧の経営者が多忙である場合、忙しくて診察を受けられない人がいます。このため、重篤な合併症がでて、余計に医療費がかかるということが少なからずあります。オンライン通院システムは、生活習慣病の受診率の向上やメンタル疾患重症化の予防に有効と考えています。メンタル疾患の場合、精神科に行くタイミングがわかりませんし、そもそも精神科に行くハードルも高いです。これを解消したいです。今までは目の前にいる人が患者でした。これからは目に現れていないけれども患者であるべき人がもっと患者として見えるように

なります。また、カジュアル化により、症状の重篤化の前に抑制ができる可能性が高まります。これは医療費の抑制にもつながります。たとえば、禁煙外来です。禁煙のための医療費はかかりますが、トータルでいえば医療費は安く済みます。さらに、自由診療にも向くのではないでしょう。この意味でも医療費の削減となります。

オンラインは便利ではありますが、そのリスクも重々承知しています。ただしオンラインだからこそできることがあると考えています。たとえば、診察と診察の時間を活用することができます。診察と診察の間はエア・ポケットになっています。医師は「あの薬は飲んでいるかなあ」「副作用のこと理解しているかなあ」とか考えたりもするわけですが、その心配に対し通知を出して確認することができます。また、患者が自分の医療情報を持つことができます。たとえば、治療のログを残しておくことができます。医師も治療に関するサマリーを送ることができます。

以上