



CIGS医療介護福祉改革シンポジウム

「世界の新潮流 Population Health」

【シンポジウム要旨】

開催日：2018年11月16日

会場：ステーションコンファレンス東京 会議室 501AB

【開催挨拶】 福井 俊彦（キヤノングローバル戦略研究所 理事長）

数か月前に松山研究主幹から Population Health をテーマとするシンポジウムを開催したいとの提案がありました。それからしばらくしてパネリストを引き受けて下さる先生方の御名前とシンポジウムの内容について説明を受けました。いい内容なので是非この企画を進めて下さいと指示をしました。しかしながら、本日に至るまで Population Health を日本語でどのように言ったらいいのかよく分かっていません。普段から健康増進に気を付けて、病気になったら適正な医療を受けられる、医療を受けた後はきちんとアフターケアを受けられる、歳をとったらそれに相応しい介護を受けられる、というように人生をサポートするシステムができていることと理解しているのですが、間違っているかも知れません。そこで、本日私もシンポジウムに参加して Population Health を勉強したいと考えています。シンポジウムでは専門家の先生方に高度な議論をして頂いて、それを一般の方々が理解できるように研究所から情報提供し、わが国の制度の向上に貢献できることを願っています。

【講演】

松山 幸弘（キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹）

キヤノングローバル戦略研究所の松山でございます。私の方からは、まず Population Health の基本概念を説明した後、各講師の方々の講演内容の Population Health における位置づけとシンポジウムの全体像をお話しさせていただきます。先ほど福井理事長が Population Health は日本語で何というのだ？という鋭い質問がありましたが、実は企画を説明する時に私は応えられませんでした。その後本日に至るまで必死に考えた結果、集団健康向上政策学という言葉をあてはめましたが、少し固すぎるように思います。

私が Population Health に興味を持ったのは、2008年に米国のジェファーソン大学に Population Health 学部ができたことが大きなニュースになっていたからです。米国には既に医療経営大学院が約100あります。にもかかわらず、Population Health 学部の新設がニュースになるのか。そこで、オーストラリアの大学を調べてみました。すると主要な大学に Population Health 学部があったのです。それで Population Health には自分が知らなかった視点があると感じて、その後ウオッチしていました。すると2年ほど前に、日本の財務省の研究所から Population Health に関する調査報告書が出ました。それで、わが国でも Population Health に関する議論が本格的に始まると感じ、本日のシンポジウムの企画につながっているわけです。

私の解釈は、財源が限られる中で共通要素のある集団単位で健康を向上させる政策のことです。集団を決める要素には色々あり、例えば、国、都道府県といった地域別、加入している保険別、罹患している病気別などがあります。そしてそれらに共通して言えることは、全体最適を目指す学問だということです。一方、日本の医療介護制度の特徴は、様々な問題が山積している中で全体最適ができていない。日本国民にとって最も重要な Population Health は、地域住民単位のものだと思います。

各国で今 Population Health が政策課題になっている背景には4つの理由があります。

第 1 の理由は、医療介護福祉のための様々な種類の施設群に対する投資とガバナンスを地域全体で最適化することが重要になったからです。その背景には、医学の進歩により患者が病院を退院し、その後のケアサービスを在宅、外来施設、介護施設などで受けるようになった事実があります。第 2 の理由は、平均寿命が延びたことにより一人あたり生涯医療費が増加している。第 3 の理由は、新しく登場する医薬品や医療機器が高額で医療費全体を押し上げている。第 4 の理由、これが最も重要なのですが、全体最適を実現するために情報活用を行う際のツールができてきたということです。

私は、オーストラリアのマッコーリー大学医療イノベーション研究所が事務局となって進めている世界の医療改革比較研究のチームでアジア地区の編集委員をしています。これまでに 3 冊研究成果を出版しましたが、今年出版した本のテーマは、各国における 10 年から 15 年後の医療制度の展望です。そこで共通したキーワードは、**Integration** です。発展途上国か先進国かに関係なく、機能の異なる施設群を広域単位で垂直統合することが、医療改革の共通のテーマになっているのです。さらに保険すなわち財源とケア提供体制の統合、連結経営が重要であり、これは日本ができていない点です。

海外で **Integration** がどうのようになっているか。例えば米国では、1990 年代に **Integrated Healthcare Network** 略称 **IHN** と呼ばれる垂直統合事業体が急速に増えて全米をカバーするようになり、現在約 500 存在します。事業規模は、小さいもので 500 億円から 600 億円、大きいものだと 8 兆円、平均は 2 千億円から 3 千億円というイメージです。オーストラリアは、2011 年に人口 50 万人から 100 万人の地域単位で、それまでバラバラ経営であった州立病院を経営統合して病院以外の施設も配置する **IHN** を構築しました。中国は、2015 年に国務院が人口 30 万人以上の地域の公立病院群を経営統合させる通知を出し、急性期病院に対する過剰投資を止めさせてプライマリーケアの財源を捻出する政策の方向を明らかにしました。この中国の改革には **WHO** がコンサルタントしています。

米国の **IHN** には 2 つの特徴があります。第 1 の特徴は、**IHN** は非営利事業体であり、その利益が特定個人に配分されることはなく全額が地域住民に還元されるということです。第 2 の特徴は、医療介護福祉サービス分野の生産性向上に貢献しており、そのために様々な職種の専門人材の生涯教育の場になっていることです。日本政府は、現在生産性向上や働き方改革を掲げていますが、**IHN** を全国に構築すればそれが達成されるのです。

日本の医療提供体制の特徴は過剰投資です。米国は、人口 3 億 2,893 万人に対して病院数は 5,534 です。これに対して日本は、人口 1 億 2,644 万人に対して病院が 8,378 もあります。しかも、日本では中小病院が乱立して同じ地域にある国公立病院が過剰投資競争を繰り返しています。日本国民は病院は大きいほどよいという考え方ですが、海外では医療事業体の規模と病院の建物の大きさはリンクしていません。米国の **IHN** は、病院を大きくすることではなく病院以外の施設群を地域住民から見てアクセスのよい所にたくさん作ることで成長しているのです。

過剰な医療提供体制が維持されているということは、日本では医療財源も過剰に供給されているということです。年齢調整後の一人あたり医療費である地域差指数で見ると、福岡県は新潟県の 1.37 倍医療を消費しています。入院医療費を比較すると高知県は静岡県

1.73 倍使っています。

実は、日本にも米国の IHN のように垂直統合した医療介護福祉事業体が存在しています。民間の代表例が、社会医療法人と社会福祉法人を兼営している複合事業体です。それが全国に約 60 あり、平均的事業規模は数百億円です。このような複合事業体が日本にも誕生したのは、経営者が急性期病院に固執することなく地域住民のニーズに応じて設備投資を行ってきたからです。無駄な投資をしない健全な経営をしてきたのです。本日は、その代表例である社会医療法人生長会と社会福祉法人悠人会の理事長である田中先生にご講演して頂きます。

本年 4 月にわが国にも公立病院を核にした IHN が誕生しました。山形県の酒田市に本部を置く日本海ヘルスケアネットです。本日は、日本海ヘルスケアネットを創られた栗谷先生にお越し頂いています。この日本海ヘルスケアネットには医療機関だけでなく特別養護老人ホームを経営する社会福祉法人も参加しています。

なぜ IHN に社会福祉法人が参加しているのか。それは、政府が推進している地域包括ケアでは、医療介護ケア以上に生活支援サービスが重要だからです。生活支援サービスは、医療機関の仕事ではなく社会福祉法人の本業です。だから IHN に社会福祉法人も参加することが不可欠なのです。

しかしながら、社会福祉法人には色々と問題があり、それを 11 月 1 日付けの日経新聞の経済教室に書きました。社会福祉法人は現在約 2 万存在します。1951 年にできた制度なのですが、60 年以上たった現在でも政府は全ての社会福祉法人の財務諸表を集計したことがなく、市場規模すら把握していません。そのような中で毎年何兆円という税金を投入しているわけです。そこで、キャノングローバル戦略研究所が社会福祉法人全体の財務諸表集計を行いました。その結果、経営者である理事長が福祉ニーズに取り組む姿勢、経営姿勢によって利益率や金融資産の蓄積に大きな格差があることが明らかになりました。つまり、毎年財源をギリギリまで使い切って福祉ニーズに応えている社会福祉法人がある一方、福祉事業で毎年 10%以上の利益をあげながら社会還元していない社会福祉法人があるのです。

人生 100 歳時代の Population Health を考える時に未病という新しい概念が重要と思います。未病は、神奈川県黒岩知事が発案なさったものです。そこで、本日は未病に詳しい神奈川県立保健福祉大学の長谷川理事長にご講演して頂きます。長谷川先生が以前に講演なさった記録から勉強させて頂いたのですが、未病を理解する上でのキーワードは、まず病気と健康が共存する状態という考え方です。特に高齢者がそうであるように病気を持っている人であっても自立した生活をおくっています。人は病気と健康の間を行ったり来たりしているわけですが、それをどのようにして治めるか、という考え方なのです。長谷川理事長の講演録の中で私が最も納得した説明は、未病は治らないという点です。だから治める必要がある。未病とは、病気を治めるために自ら改善に努力する人をサポートする活動なのです。

未病の応用例として化粧医学が注目に値すると思います。これは、本日参加して頂いています、かづき・れいこ氏が 20 年間ボランティア活動しながら蓄積した技術であります。化粧医学は Population Health を進める上で柱になる技術だと思います。化粧医学はほと

んどの診療科の患者さんに適用可能なケアサービスです。その中でこれから最も注目される対象は眼瞼痙攣の患者さんたちだと思います。眼瞼痙攣は治りにくい病気なのですが、かづきさんが開発したテープを使って瞼を引き上げてやると治る、脳波も正常になるということがわかって、現在有名な眼科クリニックと医科大学でその検証を行っているところです。私の目標の1つは、この化粧医学を新たな社会科学にすることです。そのためには、各地で中核的機能を果たしている病院の中から化粧医学に基づくケアサービスを実践してくれる病院を作って、それらのネットワークを作る必要があります。また、看護学部を持つブランド大学に化粧医学の講座を開設して頂く必要があります。

次に、ビッグデータ、AI、ロボットと Population Health の関係を述べたいと思います。昨年シンポジウムで私は認知医学の時代が来るということを言いました。認知医学とは、AI のサポートを受けながら医師が個々の患者にとって最適な医療を提供するというイメージです。ロボットを含めほとんどの医療介護機器が AI とつながることになります。

政府は、健康寿命を延ばすことにより医療費を節約すると標榜しています。しかし、健康寿命が延びれば平均寿命も延びますので一人当たり生涯医療費はむしろ増える可能性が高い。したがって、健康寿命を延ばすことは重要だが、それによって生涯医療費が増えても制度が維持できるように改革するべきだと考えます。これは、意見交換させて頂いている厚生労働省の元局長が教えてくれたのですが、医療介護費の半分以上は人件費である、したがって医療介護費を節約したければ人手を介さないケアサービスを開発する必要があります。そのために AI やビッグデータ、ロボットを使えばよい。それが可能な時代になったのです。

最後に、昨年シンポジウムで、米国のセンタラヘルスケアでの調査結果として画像診断専門医の誤診確率が約 30%であったこと、青森県の調査によれば癌の画像診断の誤診確率が約 40%であったこと、それに対する国立がんセンターの反論コメントを紹介しました。しかし、今年になって画像診断専門医の見落としで癌患者の治療が遅れて死亡した事案が大きなニュースになりました。したがって、これからは患者側が AI によるセカンドオピニオンを求める時代になり、認知医学が浸透していくと期待されます。

田中 肇（社会医療法人生長会・社会福祉法人悠人会 理事長）

大阪から来た田中です。地域包括ケアを実践している事業体から見た課題について話をさせていただきます。

国家予算の3分の1を占める社会保障費のうち医療介護費が高齢化と共に増え続けます。2025年には団塊の世代が75歳を超えて後期高齢者になります。世の中は高齢化は問題という風潮ですが、高齢化は悪いことなのでしょうか。団塊の世代の人たちは現在の誇りある日本を創ってきた人たちです。高齢化は、国民皆保険制度のもとで医療関係者が長生きしてもらおうと頑張った結果であったはずで、高齢者が、今後も増え続けるという誤解がありますが、高齢化が進むのは若者が減少するからです。大切なことは、65歳以上でも元気な人が多いということ、そして高齢者は貯蓄を若い世代より持っているという事実。若い人にこれ以上の負担を強いるわけにはいきません。高齢者に負担をお願いしてもいい

と思います。そのためにも高齢者にはできるだけ元気でいてもらいたい。その意味で **Population Health** は重要だと思います。国が政策目標にしている地域包括ケアシステムは、国民が住み慣れた地域で自立した生活をおくることができるようにサポートする仕組みです。高齢者も元気なうちは、支えられるだけではなく、支える役割を担ってもらうことも大切かと思います。

私達法人の紹介をさせていただきます。社会医療法人生長会は、1955年に岸口兄弟が和泉市に府中病院を建てたことが始まりです。創業者は今の高齢化社会の到来を予見し、40年前にすでに老人福祉医療のケア体系、老人保健福祉ユニットの設計図を描いていました。それは現在政府が提唱している地域包括ケアシステムの基礎的要素を含んだものでした。私達は、そのビジョンに基づいて施設整備を進め、現在、急性期病院、回復期・療養型病院、予防・検診、サービス付き高齢者住宅、クリニック、老健施設、特別養護老人ホーム、保育・こども園、人材育成のための看護助産大学校、調理センターなどの施設群、職員は約5,000名を数えるグループになっています。調理センターは、法人内施設以外に京大病院、大阪警察病院、急性期総合医療センター、市立堺医療センターなどにも食事提供を行っています。また、地域の他医療機関も参加する共同購買事業、レストランやコンビニ、調剤薬局を経営する子会社、メディカル・サービス法人を傘下に持っています。その売上は年間160億円で、そのうち4割がグループ外との取引です。社会医療法人生長会と社会福祉法人悠人会の2つ合わせると政府が進めようとしている地域包括ケアシステムに沿った姿になっていると思います。2014年の生長会の売上高は384億円で、社会医療法人の中ではトップでした。現在のグループ全体の売上高は、社会福祉法人を含めると約610億円になります。今後のビジョンを考える上で参考になったのが、松山先生と一緒に視察した米国のセントラヘルスケアです。セントラヘルスケアは、バージニア州ノーフォークを中心に半径130km、人口200万人の医療圏で様々な施設群を効率的に配置している事業体です。素晴らしいと思ったのは、この事業体のガバナンスが地域住民によって行われていることです。セントラモデルの長所を列挙すると、効率的で無駄のない医療提供体制、地域のニーズを第一優先とした施設作り、ITのフル活用、情報共有を徹底しベンチマークやシミュレーションを行って絶えず質の向上に努力、年間100億円の慈善医療といった社会貢献、人材育成です。これこそが、本日のテーマである **Population Health**、つまり効率的な医療提供体制とコストとのバランスの中で住民の健康に貢献している理想の姿といえると思います。

私共は、2015年に2025年までの10年間に目指す「AIFビジョン2025」（注：AIF=愛と医療と福祉の頭文字）を策定しました。その目標は「地域のBig Tree」になることです。大きな木というのは多くの人が信頼と安心を寄せる存在になるということです。その具体的な内容は、トップIHN、つまり南大阪の地域において日本最高水準の複合サービスを提供しようというものです。

本日のテーマである **Population Health** を進めるにあたっては2つの課題があります。第1の課題は競合です。特に私達の大阪のような都会では、急性期、亜急性期、慢性期、介護系施設、訪問系サービス、診療所などで地域での最適化のためにアライアンスを組も

うとしても難しい面があります。その理由として、設立母体の違い、理念、考え方の違い、大学医局に依存した医師の供給体制などがあります。また、特に大阪では私的病院が 9 割を占め、強制力を持った改革を果たしにくいという事情もあります。加えて、公立病院は設置者である自治体の利害やエゴが交錯し、なかなか協調が難しい。そのため都市部では IHN のような理想形を創ることが難しい。泉州・堺市医療圏での急性期病院、訪問看護ステーションの配置分布地図を見ると競合関係が分かります。現状は、救急患者を含めて患者の獲得競争をしているのです。差別化のために、建物や医療機器への投資を競い合い、人材不足の中で人材確保競争をしているのです。堺市で地域医療構想が進まない原因として各病院が急性期に固執していることが指摘できます。また、たとえ地域で協調する話がまとまったとしても各病院の診療科の調整ができなければ効率的な提供体制が築けたとは言えないでしょう。競合の多い都会においては、現状の地域医療連携推進法人では限界があると思います。

Population Health を進めるにあたって第 2 の課題は、情報共有です。電子カルテだけを見ても医療系、介護系で多くのベンダーが競争しています。そのためデータ情報の共有化が全くできていない状況です。データ情報の共有化ができれば、情報の重複化が避けられるとともに、様々な個人データや遺伝要因、環境因子、健康行動などのデータ、また AIなどを組み合わせれば、例えば、疾病発病可能性の予測、治療法の効果判定、セルフメディケーション、Precision Medicine へと繋がると思います。

医科診療費のうち一番多いのは生活習慣病であり 3 分の 1 以上を占めています。生活習慣病はデータ活用により予防が効く疾患です。老化による疾患、うつなどの精神疾患が続いて多いのですが、これらもデジタル情報の有効活用で改善が見込まれます。国もデータヘルス計画を掲げ、電子化の促進・統合、データの活用を促進しようとしています。それがより進み全体に広がれば、センタラヘルスケアのような理想的な IHN ができなくても、住民の健康や医療費削減にかなり貢献できるのではないかと思います。

電子化を進めるためには、医療機関側にインセンティブが必要です。それには経費負担軽減も含まれます。現在はほとんどインセンティブがありません。また個人情報を扱うわけですからデータ利用に対する国民の理解が必要でしょう。データを扱える IT 人材の育成も重要です。

最後になりますが、今後は、少しでも理念・思いを共有できる法人や仲間を広げ、効率的な医療提供体制を築く努力を行うと共に、情報の電子化・統合を進め、地域における Precision Medicine に貢献できればと思っています。そして、マイナスイメージの高齢化社会ではなく、生き生きと過ごすお年寄りの姿を見て、若者が将来の夢を持てる健康長寿社会を目指していきたいと思っています。

栗谷 義樹（地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット 代表理事）

日本海ヘルスケアネットの栗谷でございます。当病院機構の位置する山形県庄内二次医療圏は、県の 4 つの二次医療圏のうち日本海側に位置している地域です。2015 年時点で医療圏全体の人口は 27 万 9 千人ほど、過疎、高齢、少子化が続く典型的な地方です。2 次医

療圏全体の面積は神奈川県とほぼ同じですが、人口はその 1/33 程度、千人当たり病床数は 12 床弱で、全国平均の 13.7 より若干少なめですが、過疎化の進行は早く、この病床数も早晚過剰になると思われます。

当独法は平成 20 年の県立市立の 2 つの自治体病院を 646 床の急性期基幹病院と 114 床の回復期リハ病院に再編統合して出来ました。この 4 月から平成 17 年に酒田市と合併した旧八幡町の運営していた市立八幡病院（46 床）を無床診療所として、市の運営する 5 つの診療所とともに独法に編入したところです。現在当独法は 2 つの病院と離島の飛島診療所を含む 6 か所の診療所を運営しています。県立市立の統合再編と編入病院無床診療所化に伴う、この 10 年間の北庄内医療圏の病床数変化を模式図とグラフで表します。一般病床はこの 10 年間で 328 床減少し、回復期・療養が 114 床新設されています。

2 次医療圏の最大の課題は過疎化と高齢化です。今後の人口予測ですが、推計では 2015 年から 10 年の間に 3 万人強減少し、24 万人程度になり、2025 年以降も減少はさらに続いて、2045 年には医療圏全体で 17 万人程度になると予測され、この危機は既に始まっている確実な近未来です。当地区の医療介護提供体制はそれに向けて早急に再構築しないと機能も経営も成り立たなくなりますが、医療介護提供側からみると外部環境変化があまりに早く、地域全体でこれに対応しきれぬかどうか喫緊の最重要課題となってきました。急性期基幹病院側から経営環境を予測すると、厳しい財政下の今後の診療報酬改定の流れは、病床区分に関わらずいずれの病床機能も高回転化がキーワードになります。特に地方の急性期病床は高回転化が必須となる上に急性期需要は急激に落ち込んでいくので、今後の急性期病床稼働率はより強い低下圧力に晒されます。新入院患者数確保には医療機関の機能分化と連携を更に押し進めることが必要ですが、過疎化の進行する地域では同時に担当医療圏を広域化していくしか新入院患者数を確保する方法はありません。現在の地域医療構想調整会議の進捗状況を見ると、今後の激変に対応するにはあまりに議論が悠長で、個人的にはその前に心肺停止に陥る医療機関、施設が続出する懸念があると考えます。

高齢化率が急上昇し、過疎化が進む中での当院の経営環境、対応について、少し述べます。急性期機能を集約化した日本海総合病院は平成 28 年から DPC II 群になりましたが、この係数増による収益増は初年度で約 1 億 2 千万でした。今年特定病院群として更新されましたが、改定後の収益増を上半期で見ると前年比で月 2500 万ほどの増収となっています。連携推進法人が設立されて、その参加法人間で適切な業務調整、機能分化が今以上に進み、特定病院群が維持されるのであれば、当院にとっての経営メリットは大きいと思われます。

当院と連携推進法人に参加する本間病院とは患者の受け渡しについて数年前から入退院パスを共同で運用しています。急性期基幹病院である当院の喫緊の課題はフレイル状態にある高齢者の再入院をいかに防ぐかにあり、両病院が協力して在宅、あるいは施設入所者の管理を行っています。基本的には当院での急性期治療を終えて本間病院あるいは在宅に戻る患者の再入院ケースは、本間病院が救急搬送も含めて殆どを対応してくれています。

入退院パスと連携が経営に及ぼす影響ですが、パスの共同運用を前倒しで始めた結果、29 年度の在院日数は前年比で半日短縮され、病床回転率も +11.6% とわずかですが上昇しています。

延べ入院数は前年比 217 人減少しましたが、新入院数は 727 人増加しました。入院単価は前年比で 5033 円上昇し、引当を除く営業利益は 21 億超となり、経営状態は良好に推移しています。ただ、この方法は地域で適切な入退院調整と再入院低下の取り組みが一定の効果を上げ、新入院患者確保に将来見通しがないとできません。この入院単価も都市部の急性期基幹病院では珍しくもない低い数値ですが、田舎の病院でこれを達成することは実はかなり困難で、費用の嵩む急性期医療の集約化を進め、明確な業務分担と連携が現実には機能しないと実現できません。

実際の当院の新入院患者数の年次推移です。総計では統合再編完了の 2011 年～2016 年まで、年マイナス 1.5%の緩やかな減少に見えますが、北庄内と南庄内に分けると、地元、北庄内の患者数が、年マイナス 3%と急激に減っているのがわかります。総計での緩やかな減少は、南庄内からの患者流入が増えて修飾されているためです。人口減少はマイナス 1%ですが患者推計予測の 3 倍を上回るスピードで、新入院患者数が減少しています。昨年少し増えているのは前倒しで開始した入退院パスの共同運用効果によるもので、持続性はないと考えています。

地域の環境激変の他に我々が最大の関心を持つのは、厳しい国の財政状況と今後の診療報酬、介護報酬改定の方向性です。日経デジタルの資料を拝借して今後の日程を加筆してみました。今年 4 月に診療報酬の改定があり、来年消費増税、その翌年に東京五輪があります。政府は今後 3 年を社会保障改革期間としていますが、その一方で、東京五輪の 1 年半後、2022 年から第一次団塊の世代が順次後期高齢者に移行し、24 年まで増え続けます。30 兆とも言われる東京五輪後の需要減速、これに 2025 年の 54～57 兆とも推測される医療費をはじめとした社会保障給付の増加、これに政策金利を上げざるを得なくなる事態が重なれば、21 年あたり以降の予算編成は見通しが極めて不透明になると思われれます。これが私の見当はずれの杞憂であるのご指摘いただくと大変ありがたいのですが、もしそうでなければ 2022 年の診療報酬改定は状況によっては衝撃的なものになるかもしれず我々の医療介護業界は破壊的調整に陥ることにならないか、懸念しています。当地区で三師会が参加した連携推進法人が設立されたのは、このような状況に対する胸騒ぎのようなものを一様に感じ、地域の未来に危機感と責任を共有したことが決定的な理由と考えています。

当地区の地域医療連携推進法人について述べます。一昨年の 189 回通常国会の医療法改正で、地域医療連携推進法人制度創設の法整備が行われました。2012 年設置の社会保障制度改革国民会議で、いわゆる 2025 年問題を念頭においた実施すべき改革の方向性が示されましたが、キーワードは病院完結から地域完結への変更です。その後、日本再興戦略・改定 2014 で非営利 HDC 型法人制度が盛り込まれ、2014 年に改定成長戦略として閣議決定され政府方針となったものが、地域医療連携推進法人の原型ですが、その後厚労省の医療法人制度の在り方検討会を経て現在の新型法人制度が作られました。

改正医療法成立を受けて、当地区では医師会や一部病院長などで随意的な懇談の機会を作っていました。この席での議論は、確実な未来である過疎、高齢化という大縮小時代にどう向かうか、深刻な医療介護人材不足への対応、施設最適化から地域最適化への道をどう切り開くか、等々について意見を交換し合いました。

この席での今回の連携推進法人設立に至る考え方です。①病院機構は、地域の病院と今以上に共生する重要性が増しており、病院単体の経営計画は今後難しい、②非営利を徹底して地域内である程度の寡占が許容されないと、それぞれの医療機関、介護施設の持続性は担保出来ない、③地域に必要な医療介護に係る費用を地域の連結決算で考え、効率化を目指す、④地域の消耗戦を終わりにして今後の急激な事業縮小に対応する…等の考えを軸に議論を深めていきました。

地域医療連携推進法人設立までの経緯です。平成 28 年 4 月に、地区医師会など北庄内の 5 法人で勉強会から開始し、6 月に連携推進法人設立に向けた実務者会議を設置、疑問点や共同事業の項目確認を行いました。

8 月に各法人は設立協議会参加を機関決定して 9 月に第一回設立協議会を開催しています。共同事業、構想区域、法人名、議決権の配分、について協議を行い、細目については実務者会議で検討して行きました。昨年 7 月に定款決定、10 月に当初の 5 法人に地区歯科医師会、薬剤師会、精神科単科病院の特定医療法人、など 4 法人が設立協議会に参加、本年 1 月に基本合意案を締結し、2 月に一般社団法人「日本海ヘルスケアネット」の設立登記、県医療審議会の承認を経て 4 月に知事による認可で正式にスタートしています。

地域医療連携推進法人、日本海ヘルスケアネットのイメージ図です。山形県酒田市病院機構を核として各参加法人がそれぞれの地域包括ケアにおける役割を明確にし、グループ内の機能分化、病床数適正化、業務調整を通じた経営支援などを行います。併せて患者、要介護者情報一元化、人材出向を通じて互いに不足を補いあい、共同で教育、キャリアパス構築、統一パス運用、在宅医療機関、介護事業所との更なる連携強化を目指します。

参加 9 法人の概要です。青色が当初からの参加 5 法人ですが、最終的には山形県酒田市病院機構の他に、酒田地区医師会、歯科医師会、薬剤師会が参加、これに健友会本間病院、精神科特定医療法人、1 医療法人、2 つの社会福祉法人が参加しています。9 法人の合計病床数は 2000 強、職員数は 2,381 名でスタートしますが、地域の三師会が参加する新法人となっています。

正確かどうかわかりませんが、2 次医療圏の医療需要額は平成 27 年の国保連合会事業年報、社保支払基金事業概要、後期高齢者医療費、一部自己負担、公費等を元に概算すると、約 935 億円ほどと思われます。当病院機構のシェアは 2 次医療圏全体で約 20%、北庄内に限ると 37%強と推計されます。他方、連携推進法人参加の 3 病院を合わせたシェアは 45%となります。地区医師会、歯科医師会が参加しているので事実上地域の全需要額を抱えており、このフレームだと地域包括ケアを強力に推進する中核組織を立ち上げられると考えました。

そこで、新法人設立協議会立ち上げの前に、参加法人の抱える基本的な課題、とくに業務、財務の問題について情報把握の必要があると考えました。提出して頂いた資料は施設の各職種別職員数、患者動態の他、財務諸表をすべて提出すること、その他、新法人の事業計画と業務調整に必要な全てのデータを提出して頂きました。このあたりで先に進めなくなる懸念がありましたが、予想に反して全参加法人がこれに同意し、全ての資料提出に応じてくれました。

各参加法人の課題についてまとめました。事業内容によって課題は多岐にわたりますが、共通しているのはいずれも経営持続性への不安と医療人材の確保です。

資料は医療法人健友会の運営する本間病院の概要です。健友会本間病院は昨年創立 60 周年を迎えた民医連系の病院です。介護事業でバランスは取れていて法人全体の経営は今のところ危機的とは言えませんが、わずかながら債務超過の状態にあり、病院事業単体でみると今後の診療報酬改定や地域の過疎化の進展次第では事業計画見直しが必要とされる可能性があります。連携推進法人への参加法人は原則持分を放棄することとしており、同院はこれに向けて現在出資者の会の解散と理事の持分放棄に向け作業を開始しています。酒田市内には一般病床を持つ病院は当院と本間病院だけであり、両病院の今後の連携は地域の医療提供体制に極めて重要です。

健友会本間病院とは新法人設立前に財務諸表から早急な支援措置が必要と判断し、業務調整会議を行いながら支援策を前倒しで協議しました。この中では民間医局からの日当直応援医師に係る費用が高額で、当院から出せばその費用を 1/3 近くに節約できることから、昨年 4 月から病院機構から応援を前倒しで出しています。また、維持透析安定期に入った患者は原則本間病院へ紹介し、日本海総合病院では高リスク、不安定な維持透析患者を受け持つこと、そのためには本間病院の透析稼働率を今より 5 割上げる必要があるが、これに要する所要スタッフを日本海総合病院から出向させることなどを開始しました。

上段の表は北庄内における新規維持透析のこの 8 年間の発生件数推移です。新規透析の殆どは日本海総合病院の腎、膠原病内科から出ていますが、高齢化に伴い件数は増える傾向にあるので、日本海総合病院の維持透析総数自体はあまり減少していません。下段の新規透析患者の転出動向をみると、業務調整で行われている本間病院への転出が平成 29 年以降から急に増えていることがお分かり頂けると思います。

前倒しで実施、あるいは準備をした事業についてまとめました。これまで話したように、現在参加法人、特に介護系施設の喫緊課題は看護師、介護士の確保が極めて困難なことから、昨年 4 月から病院機構職員の出向を開始しています。安定した維持透析の集約化についても昨年度から開始し、これにより健友会本間病院は維持透析部門の収益増により、昨年度から経営状況は好転し、今年度上半期は黒字転換しています。

看護職員の出向先法人と病院機構の給与差額です。機構給与の方がどうしても高くなるのですが、昨年 4 月から開始して現在 9 名の出向で、給与差額は年 1536 万ほどです。在籍出向として給与は病院機構が支払い、出向先法人は自法人の給与体系に応じた額を独法に入金してもらっただけで、差額の上乗せは求めないことにしています。

今後に向けて実施、あるいは計画中のものとして、服薬情報のクラウド管理とポリファーマシーの解消、薬剤の地域フォーミュラリーが計画されています。地域フォーミュラリーは参加法人で構成する策定委員会を立ち上げて作業を進め、今月から一部運用が開始されました。検体検査の地域での集約化についてですが、他施設からの検体検査受託は衛生検査所届出が必要、場所は部門として独立していることとか、いくつかハードルがあって、あまり簡単ではないようです。規制はあるにせよ当院は ISO15189 をこの 8 月に取得し、準備は進めています。

新法人設立の狙いをまとめます。地域医療構想、地域包括ケアを実現するにはそれぞれ各事業の経営が成り立たないとはいけません。このためには地域全体の黒字経営と連結費用管理を行うことが必要です。単に連携、機能分化を今までより強力に進めるだけだと、現行の診療報酬介護報酬の仕組み上、不利益を被る法人がどうしても出てきます。独立独法や社会福祉法人は上位法で出資や融資、債務保証が出来ませんので、業務調整をすることでこれに対応するしかありません、最終的には連携推進法人に医療介護報酬の地域における再配分機能を持たせられるような仕組みが出来ないかと考えています。

今後の方向性です。薬品、診材、委託業務等の共同交渉は我々のような地域でスケールメリットを出すことは困難で、優先順位は低いと考えています。検体検査ですが、当機構が2機導入した検体検査機器は1台、生化学だと1時間2000項目の処理能力があります。稼働率を工夫すれば地域のかんりの検査をカバーすることが出来ますが、価格の上では外部検査会社との競合は厳しいようです。また、我が国のCT、MR台数はOECD標準から懸け離れて多いことが知られていますが、庄内2次医療圏でもCT21台、MR13台が設置されています。基幹病院への設置台数はそれぞれ2台で、他は民間病院、それにクリニックがかなりの数を設置しています。人口100万当りに換算するとCTで78台、MRで48台となり我が国の平均設置台数に近く、設置過多が需要を作り出している側面は否定できません。他に、参加各法人の訪問看護ステーションを連携推進法人の事業として統合することも計画されています。また、日本海総合病院は16病床を減床する作業に入っていますが、本間病院へ慢性期患者受け入れのために5床融通を計画しており、手続きを進めているところです。

調剤情報共有システムの運用です。地域の調剤薬局の調剤情報をクラウド化して共有するもので、重複、禁忌、相互作用薬剤をリアルタイムに検知し、ポリファーマシーの解消や地域フォーミュラリーの推進に活用します。調剤情報を共有するためには、「名寄せ」の作業が必要で、従来ですと手作業になりますが、当地域ではマイナンバーカードを活用して患者の特定・認証を行い、自動的に「名寄せ」を行います。名寄せのマイナンバー活用は総務省の実証実験に採択されて進められておりましたが、それが終わったところでNTTからは継続使用に月額30万の費用計上を求められています。予算措置するかはまだ決めていません。調剤情報共有システム構築の費用は県の補助金で、運用費用は市・町の負担金で運用しています。

共同事業として現在進められている地域フォーミュラリーのイメージ図です。作成運営委員会が地域F素案を作り、協議会で承認を経て最終的には地域医療連携推進法人理事会で承認後に実際の運用にかかります。今月からPPIと α -GIについて運用が開始されており、1月にARBとスタチンについて運用開始される予定です。素案は地域F協議会に上げられ内容が承認されれば最終的に連携推進法人理事会で最終承認を受けて運営にかかります。処方箋のチェックボックスに医師の変更不可がなければ地域Fの推奨薬剤で調剤薬局は処方する仕組みです。一般名処方システムは1月から運用が開始される予定です。

この運営評価には保険者からのデータ提出が欠かせませんが、国保連と後期高齢者広域連合から協力を得られることになっています。協会健保の県支部からも前向きな回答は頂

いていますが、本部の決定を待っているところです。国保連、後期高齢者広域連合のデータは基本的に市町村に属するようで、各自治体の長に自分で趣旨説明をして賛同を頂きました。保険者と自治体で覚書を交換のうえ情報送信を行う手筈になっています。

人口減少時代の病院の在り方について、体験から私見を述べてみます。急性期医療の提供には多額の費用と多くの人材が必要で、従来型の限られた機能を分散するやり方は今や限界を迎えています。適切な集約化は費用の効率化を齎し、経営改善にも医療レベルの向上にもつながります。医師も特に若手医師は新専門医制度をはじめとしたキャリアパスに対応可能な基幹病院の整備がなされないと、地方には集まりません。そのためには人口推移、疾病構成の将来見通しを元に医療圏を再構成し、これに基づいて再編統合を含む基幹病院の再整備を行う必要があります。これによって生じる過疎地域の医療確保には、強力なハブ機能と責任を基幹病院に付与し、一体で医療提供体制の管理にあたるべきで、行政はアクセス整備に予算を投下したほうが、コストをはるかに効率的に運用できると思います。特に過疎化の進む地域ほど医療圏を見直して集約化を急がないと手遅れになる地域が今後続出すると考えます。

松山先生の論文によると、医療財源と提供体制の両方を地域全体で最適に使う判断基準と、これを学問的に裏付けする社会科学は日本にはまだ 1 つもないのだそうで、制度運営の社会科学を確立して提供体制を合理化すれば、相当なイノベーションが期待できると述べられています。地域全体の連結費用管理については現在野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー株式会社様へ相談して事業提案を頂き、今月の理事会で承認されたところで、これから具体的な作業を詰めていく予定です。以上です。地域で少しでも後世に良い仕事を残して行けたらと考えています。

大谷 泰夫（公立大学法人神奈川県立保健福祉大学 理事長）

神奈川県立保健福祉大学の大谷です。今年 4 月に大学の理事長に就任したのですが、最初に申し上げておくと、私は 40 年間厚生労働省で行政官をしていました。今は役所を離れましたので自由な意見を述べさせていただきます。本日は未病をテーマに少し雑駁な話をします。というのは 40 年間行政官の仕事をして、現在の社会保障制度の限界を知っていますし、反省もしていますので、保険や医療の将来の方向について述べたいと思っていますからです。

私が未病に関わるようになったのは 4 年前です。神奈川県黒岩知事はそれより 2 年前から未病を提唱しておられたので、わが国で未病が議論されるようになったのは 6 年前ということになります。電通の調査では、未病という言葉の社会の認知度は 52% ということですが、私が講演で未病の話をする際に聞いてみるとまだ知らなかった人が多いと感じています。また、悲しいかな、健保組合など医療保険の仕事に携わっている人たちが「知らない」と言います。そこで、今日は意識的に挑戦的な話をしていきたいと思います。

これまでの制度の考え方は、学校を出てから 40 年間くらい働いて引退、そして年金を 10 年くらいもらうというものでした。医療の方も前期高齢者という言葉がありますが、75 歳を超えた頃から病気がちになって亡くなるという制度設計でした。これは、もう完全に古いと言えます。人生 100 年時代が来たわけです。これに対応するには、制度設計を変える

というより人生の生き方、マインドを変える必要があるのです。

例えば、年金は受給開始から 10 年から 15 年に亡くなるから制度が成り立っているのあり、人生 100 歳ということになると老後が 40 年あるわけです。給付を調節しないと制度が回らないのです。医療もそうです。50 歳頃に生活習慣病になって薬を飲み始めたら薬を 50 年近く飲み続けることになるのです。だから制度設計のみならず人生モデルを変換する必要があります。そこで、黒岩知事が未病というコンセプトを提唱しておられるのです。

未病とは何か。漢方にも未病という言葉がありますが、それとは違います。今までは、健康だった人がある日突然病気になって医師の所に行く、そして医療を受けて健康に戻るという健康か病気かの 2 分法でした。しかし、ある日突然病気になるという病気は感染症です。老化や生活習慣病は、長い期間かけて進行してきてどこかで発病するのです。しかし、癌ですら発現して一発で死ぬことはない。治療しながら何年も生きることができる。脳梗塞により一発で死ぬ時代でもない。つまり、物事は連続している。しかも健康から病気の一方向ではなく、病気から健康に戻る方向もある。大企業の幹部たちの多くは、何らかの大病をした後、治って仕事に復帰しています。ということは、健康と病気の間には中間ゾーンがあり、それを未病と呼んでいる、未病とは 1 つの考え方なのです。医療の視点で理解するのではなく、生き方の変革につながる新しい考え方と理解することが大切です。

典型的事例として三浦雄一郎さんの話をよくします。冒険家としての目標を達成した後、生活が乱れて生活習慣病になった。しかし、一念発起して再び鍛錬しエベレストに登った。新聞によれば、次は南米かどこかにある山をスキーで滑降するのだそうです。主治医は心臓の心配をしています。しかし、実行しようとしています。また、最近亡くなった女優の樹木希林さんは末期の癌でした。しかし、亡くなる直前まで映画に出て、インタビューを受けて、そのわずか数週間後に亡くなったのです。このような生き方は、健康と病気の二分法では説明できない。健康と病気の間を行き来する未病の世界です。

未病の考え方には様々なイメージがあります。例えば、健診結果が悪かったので食生活や生活習慣を改善しよう、老化を防ぐためにスクワットして足腰を強くしよう、といったことです。これらは伝統的な考え方ですが、最近新しいものも現れています。職員の健康が維持、向上するのでなければ企業の業績も上がらないという考え方です。医師と話をすると「未病とは予防のことですね」と言われます。しかし、未病は予防と違います。人には、病気になる前、病気になってから治療を受ける期間、治ってからの社会復帰があります。病気と騙しだまし付き合いながら社会生活を行い、要介護状態になってから病気のレベルがあがっていくということもあります。未病で陥りやすい誤解に「医者いらず」、「薬を止める」というのがあります。未病は、病気と長い期間付き合うわけですから医師のサポートは必要です。薬を止めるわけでもありません。

大切なことは、「なぜ未病という考え方に変えるのか」ということです。政府は「医療費が増えると財政が大変なので医療費を削減しましょう」と言っていますが、「医療費を削減するために健康になろう」という個人はいません。人が健康向上のために努力する動機を考えた時に、「生きる楽しさ」といった身近なものが必要なのです。例えば、孫が結婚するまで生きていたいということがそうです。未病、つまり人が何らかの目標のために健康に努

力する動機が重要なのです。毎日豚カツを食べてビールを飲んで 50 代から高血圧の薬を飲む、薬を飲めば血圧は下がりますが、それは未病の人生マインドではない。食生活を改めて運動もして高血圧にならないようにすべきです。未病は、人が生まれる前、母親の胎内にいる時から、また子供の時の食生活にも影響を受けますので、ライフスパンの考え方が重要になります。

厚生労働省は健康向上のための運動を強調してきましたけれども、未病には社会参加も重要です。また、食生活改善の場合栄養のとりすぎがよく問題になっていますが、高齢者で問題になるのは低栄養です。「肉を食べなさい」というのがそれです。口腔衛生、口の中の衛生状態が高齢者の健康に大きな影響があるということは、多くの研究で結論づけられています。睡眠の影響も大きい。しかし、社会参加をせずに毎日家にこもってサプリメントを飲んでいても健康にはなりません。健康向上に努力したら、その努力を仲間と確認し合うことが大切なのです。人は、社会との関わりの中で健康を維持できるのです。地域包括ケアも社会参加がない状態でいくらケアを行っても効果が十分なものにはなりません。

従来のヘルスケアでは、医療の基本を厚生労働省が決め、医療保険を中心に考える人が多い。感染症にかからないようにとか、命に関わる病気に対処するのが保険医療だという考え方で制度が運営されてきました。未病の世界はその範囲がずっと広い。人生を豊かにするとか、健康食品の活用、運動習慣といったことは保健所の仕事ではない。人は薬を飲まなくても生活の環境改善はできる。データについては相当なものを企業サービスで収集、維持できる。健康リテラシーも重要です。人は単に知識があるだけでは行動変容しません。この点については後でもお話しします。それから、保険のきかない医療は **Nothing** ではなく、そこに多くの機会があると考えています。企業が健康向上に有効な方法を考えた。しかし、保険がきかないなら利用しない。そんなことでは何のために生きているのか分からない、ということです。自分の体に良いことであればやるのだ、というのが未病の考え方なのです。

従来、医療分野は非営利でなければならないという考え方が強かったわけですが、健康向上の分野には営利が入ってきてもかまわないと思います。未病の柱である生き方の問題を政府に決めてもらいたいでしょうか。生き方は自分で決めるべきです。自分の健康向上のために不足しているサービスを医師や健康保険組合に頼みに行くのですか。そうではないでしょう。今、様々なサービスが企業から提供されています。未病の世界では国や自治体は下支えの役割です。未病の主役はそのサービスを利用する個人なのです。

未病に関わる企業のサービスは多岐にわたるので、本日は説明を省かせて頂きますが、最近、生命保険会社が健康に努力した人の保険料を下げるという商品を出しました。病気になったら、死んだら保険金が出るというのではないのです。これまでは、厚労省が図を書く時には医療・介護施設が真ん中でした。この図では、医療・介護施設、薬局が右下隅に書かれています。未病では自分が真ん中なのです。その周囲に自分を支えてくれる財やサービスがあるのです。

現在、神奈川県と WHO が組んで「健康な高齢化のための公衆衛生の枠組みと機会」という課題に取り組んでいます。WHO は通常、国としか仕事をしません。しかし、WHO も、

病気になったら治すという従来の医療ではなく、人間が本来持っている健康維持能力に着目して高齢化に立ち向かうという考え方を表明しています。そこで、神奈川県の未病とWHOの高齢化対策が一体となって研究することになったのです。

最初は政府の会議で未病という言葉を政策に入れてもらうことが難しい状況でした。しかし、昨年の2月の「健康・医療戦略」報告書では未病の定義が明記されました。ここで重要なことは、未病を通じて「新しいヘルスケア産業が創出される」と書かれたことです。つまり、自動車とかITなどの産業に加えて高齢化が進む日本で高齢者をサポートする様々なサービスを産業化しアジア諸国にもっていく、という具合に未病が産業政策と位置付けられたのです。

未病に関わる財やサービスは、これまでは製薬会社やマスコミからはあまり評判がよくありませんでした。しかし、有望なものが育ちつつあります。一流企業は、もし何か有害な事象が起きたら大変ということで医療周辺分野に進出することを躊躇していました。しかし、製薬会社も考え方を変えたようです。活用されない巨額な金融資産を高齢者が持っているからです。その金融資産は1,000兆円から1,200兆円とされています。夫が亡くなると奥さんがそれを相続するのですが、奥さんは90歳まで生きる。しかし「老後のために使わない」という。その奥さんが亡くなった時に相続する子供たちは65歳から70歳です。彼らもまた「老後のためにとっておく」と言って使わない。一方で、70万円の豪華列車旅行とか、数百万円の豪華客船旅行にお金を使う人もいます。したがって、魅力的な健康サービスなど価値のあるものにもお金を使うはず。企業がこの分野での成功ビジネスモデルを日本で作れば、中国、インドネシアなどアジアに輸出できると思います。

最後に2つ宣伝をさせて頂きたいと思います。未病で一番大事なのは自分です。その自分が無知であることが一番危険です。無知な人間が危ない企業に引っ掛けられて効きもしない物を買わされる。宣伝にだまされる。これは、その企業だけでなく健康リテラシーがない本人にも問題があるのです。そこで健康リテラシーを高める仕組みを作ろうと考え、関係方面からも賛同を得ました。そして、漢検や英検に負けないような制度を作ることを目指して、2年前に一般社団法人日本健康生活推進協会を設立しました。この中で日本健康マスター検定を受けられた方がおられると大変うれしいのですが、この検定制度はこれまでに3万人以上が受験して既に2万人以上の有資格者がいます。証券会社の営業担当者はフィナンシャルプランナーの資格を持っています。生命保険の営業担当者は保険に関する資格を持っていません。健康保険組合の職員で健康に関して何か資格を持った人はほとんどいません。医療の世界では、医師や看護師は資格を持っていますが、そのマネジメント部門の人たちは内部の研修や自習はあっても、無資格なのです。また来年2月に試験を行いますので、是非ご参加下さい。

未病の普及を図るには人材の育成が必要です。未病ビジネスを起こすには医療知識のみならず起業ノウハウなど幅広い知識が必要です。幅広い分野に関する一定レベル以上の知識が求められます。そのために神奈川県が県立保健福祉大学に大学院としてヘルスイノベーション研究科を設置することになりました。以上、未病の概念、未病が新しい産業になりうること、健康リテラシーを高める検定制度、未病ビジネスの人材育成についてお話し

せて頂きました。

西村 周三（医療経済研究機構 所長）

西村でございます。私の専門は医療経済学です。医療経済学は英語で Health Economics ですから、医療経済学はまさに健康と病気だけでなくその間にある未病も対象にする学問です。そこで 5 年ほど前から大谷さんと未病の議論をさせて頂いています。松山さんが、Population Health の基本概念を説明し後半で Integration の重要性を説かれました。その後の御二方の講演も Integration でした。私の方からは、Population Health におけるデータ活用のお話をしますが、わが国の医療制度改革のためにはこの Integration が最重要課題です。そこで、本日私に与えられている課題のうち Population Health の説明は省略します。松山さんのスライドを復習して下さい。

私の話の柱は 3 つあります。1 つ目は、広島大学の森山先生が行った呉市の実験です。その内容については医療経済研究機構の 2014 年の月報に出ており、入手可能です。2 つ目は、Population Health と言っても個人の健康をどうやって引き上げるかが大切であることを強調します。これについてはアメリカの研究をご紹介します。これも医療経済研究機構の月報であるマンスリーIHEP の 2017 年 7 月号に出ています。そのタイトルが「医療・医療費の地域差研究」となっておりイメージが違ってしまうように思われますが、個人の健康を上げることが Population Health にとって如何に大事かが書かれています。私も予防という言葉を使いません。健康と病気の間にあるものが本当に大事だからです。大谷さんから未病のことを何度か伺って、その通りだと思っています。

では私たちは健康になるためにどうしたらよいのか。やや個人の努力が協調されすぎていると思います。自分が健康と思ったら健康であるという意味ではなく、健康を形成したり、維持したりするのは誰かという問題です。もちろん個人の努力は大切ですが、社会（地域や職域）の力も重要です。そして個人や社会が努力しても、及ばないこともあることを知ることも大切だということ強調しておきたい。

最近この問題で講演していたら「健保組合は何をしたらよいのか」という質問を受けました。健保組合は職域であり、職域も 1 つの集団です。この職域という集団の健康をどのように考えるかという時に色々な問題があります。最近、健保組合は、かつてと違って「健康は個人のものだろう」という発想に傾斜していた。「個人の健康に介入するのはおかしいのではないか」という発想があった。なぜこのような話をするかというと、私は経済学を学ぶにあたり若い時から「個人の選択の自由を尊重しましょう」と教えられてきました。一方、行動経済学というのは、個人は選択を誤ることやできなかったことが多々ある指摘としているのです。

ここで余談を申し上げますと、最近小児科の先生から大変面白い話を聞きました。お母さんが 5 歳の子供をつれて医者の方に来ました。インフルエンザが心配なのでタミフルを打つかどうか問題になっています。医師は「タミフルを注射すると時々子供が問題行動を起こすことがあります。しかし、インフルエンザの予防にはこれがよく効く。」と母親に告げた。そして「どうしますか」と尋ねた。すると母親は幼い子供に向かって「どうする」

と質問したのです。この小児科医は、このような事例を 10 件以上経験したそうです。選択ができない母親がたくさんいるのです。もう 1 つの驚きは、私がこの話をするとう「それを決めるのは医師でしょう」という人が多かったことです。結論を言うと、正しい対応は医師と母親がよく話し合って決める、シェアド・ディシジョン・メイキングです。シェアド・ディシジョン・メイキングをベースに **Population Health** を考えることが重要とりたいのです。

煙草を吸い始める時は、個人がその是非を真剣に考えて始めるわけではありません。周囲の人が吸っているからです。食生活や運動も個人の判断のみで決まっているわけではない。また、薬をたくさん処方する医師とそうでない医師がいますが、医師一人だけの判断で決まっているわけではない。このよう事象を解明しましょうというのが **Population Health** の考え方なのです。もう 1 つの事例として近藤先生の社会が健康を作るという考え方を表した「長生きできる町」という本が参考になります。

ビッグデータを使って個人一人ひとりの健康向上を目指すということも大切なのですが、現状から判断するとちょっと時期尚早であり、その前に地域の分析から入りましょうというのが、本日の私の提案です。

最近健保組合から重要な情報を得ました。それは母子保健のことです。昔は、多くの妊婦は実家のお母さんのところに行って出産していた。しかし、最近は働きながら出産する方が多い。妊婦の期間中の健康、子供を産んだ後の健康、先ほどのタミフルを打つかどうかを子供に決定させようとする親、この種の問題を一連の流れとして捉えて考える健康、という視点は希薄でした。健保組合によれば、働きながら子供を産む女性が増えた結果、低体重児が増えているというのです。残念ながら市町村のこの問題に対する体制は非常に貧しい状況にある。加えて、健保組合や協会けんぽが、医療費の問題を超えて虐待の問題などに取り組むことを私は期待したい。このような母子保健の課題は、**Population Health** の問題の一例です。

森山先生の解説によれば、**Population Health** とは、①集団全体が何らかの健康リスクを有ると考え、②将来的に医療コストを引き上げる集団を特定し、③費用対効果の高い方法的戦略を用いて予防し、短期・長期的な医療費の抑制を図るものである、ということです。

例えば、後期高齢者医療制度では、2 割の人が 8 割の医療費を使い、8 割の人が 2 割の医療費を使っています。ですから、若い時から人々が健康に留意するということは医療費抑制のために重要です。若くて元気なうちから病気にならない工夫をすることが後期高齢者になった時の医療費を節約することにつながる。ただし、先ほども指摘があったように健康寿命を延ばすことが生涯医療費の節約にもつながるかかどうかは検証が必要です。私は、大谷さんが話されたように、働くことと健康の関係も研究しています。元気だから働くことができる、元気でなければ働けない、これは正しい。一方、私のように高齢になると、「働いているから元気なのだ」という実感があります。働いていることが病気になることを防ぐかも知れない。実は、これを証明するのは意外に難しい。労災事故の発生確率は高齢者の方が若い人より高く、そこで医療費が増えます。しかし、働いている高齢者と働いていない高齢者を比較しなければならない。もしかすると、ボランティア活動をしている高齢

者の医療費が一番少ないかも知れない。

Population Health は、地域や職域を対象にしています。しかし、Population Health のキーワードとして「個別介入」が重要です。Population Health の研究では、一人ひとりの方の所に行って「どのような時に医者に行くのですか」ということを調べるのが大切。私たちは「情報を提供することが大切」ということを学んで来ました。これは当然のことです。しかし、これからは「情報収集の時代」なのです。つまり、一人ひとりが「自分は運動したいと思っているができない」というその理由を個別に聞いてあげる。すると「ついついお酒を飲みすぎる」といった反省の弁を引き出すこともできる。Population Health におけるこの個別介入を行う時に、PHR、Personal Health Record の活用が重要になってきます。最近面白いツールができています。患者、その家族、医師、看護師、薬剤師がラインでやりとりするのです。例えば、薬剤師が患者に「今日は薬をちゃんと飲みましたか」と聞く。患者が飲み忘れていたら「今日は運動しましたか、運動した後に血圧を測りましたか、その結果がよければ今日薬は飲まなくてもいいですよ」と言った会話ができる。つまり、患者が情報提供受けるだけではなく情報発信するのです。このように患者が発信した情報を解析することは始まったばかりです。

既に様々な大量のデータが収集されています。そして非数値データの収集も始まっています。それが AI に適用されることになると思います。ただし、当面は個人をどうするかという課題よりも、まず地域を対象にすべきだと考えています。米国には疫学研究の長い歴史があります。医師が必要のない薬を処方している、余計な手術をしている、色々な疑いがある、それを分析するために地域毎に年齢とか病気とか色々な指標の違いを標準化して比較した結果、それでも地域格差があることがわかった。そのため疫学研究者たちが臨床医師たちを批判してきました。医師が自分勝手な医療をしているのではないか、ということ。しかし、よく調べてみると、患者側の要望の影響が大きい。患者から「薬を下さい」と言われるとすぐに処方する医師もいれば、「薬は一切ださない」という医師もいます。私が理想とするのは「運動しないのであれば薬を飲むしかありませんね」と言う医師です。あるいは「自分で血糖値や血圧を測って薬を飲むかどうか決めることを進めます」と言う、つまり先に述べたシェアード・ディシジョン・メイキングを行うことが重要であることが分かってきた。

これと同時に、米国では Socio Economic Factors すなわち社会経済的要因が健康に重要な役割を果たしていることが注目されています。教育水準が高い人と低い人では薬に対する考え方が大きく異なる。このようなことが分かってきた結果、米国では County 単位で地域差研究が行われています。それをベースに医療制度のマネジメントを考えている。また、ニューヨークのブロンクス地区で、スマホを使って無料で自分の生活様式を報告するボランティア団体が発足したというニュースがありました。これは、格差と健康が密接につながっているという研究です。日本でも類似の研究がありますが、教育水準が高い人でも健康リテラシーが低い傾向にあるので、日米を単純に比較はできません。

日本では現在全国データベース、NDB をどうやって第三者に提供するかが課題になっています。間もなくガイドラインが提供される状況です。財務省は、一人あたり医療費の地

域格差が大きいことを問題視していますが、実はこの中には精神疾患医療の影響が大きい、精神疾患医療費の大きい地域ほど一人あたり医療費が大きい傾向にある。ただし、疾病ごとの分析をまだまだ行う必要がある。私が強調したいのは、病気ごとの地域差分析が大事ということ、医療費のマクロ分析の研究はたくさんあるのですが、やや粗い疾病毎の分析が大切と考えています。

【パネルディスカッション】

松山 幸弘（キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹）：

会場から頂いた 1 つ目の質問は、田中先生と栗谷先生に対するものです。効率的な提供体制を作るために都道府県がどのようなリーダーシップを果たしていくのか、どのようなリーダーシップを求めるのか、という問いです。田中先生のスライドの中に自治体のことが書かれていましたけれども、例えば大阪府や市の対応をどのように評価なさっておられるのか、また栗谷先生には、日本海ヘルスケアネットのような仕組みがなぜ山形県で実現できたのか、といった点にコメントをお願いします。

田中 肇（社会医療法人生長会・社会福祉法人悠人会 理事長）：

大阪府からデータはきちんとしたものを提供して頂いています。例えば、大阪府の地域医療構想を進める上で必要な病床調整に参考になるデータです。しかし、医療計画を自治体が強制力を持って進めているという形にはなっていません。あくまで自主性に任せるというスタンスです。大阪が難しい理由は、病院の 9 割が民間だからです。そこに行政が強制力を発揮させるのはやはり難しいのだと思います。

栗谷 義樹（地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット 代表理事）：

山形県立日本海総合病院と市立酒田病院が経営統合した 11 年前は、小泉政権の末期で構造改革旋風が吹き荒れていました。時代の流れに乗ったこと、それから当時の知事がきちんと決断したということが大きい。県の財政問題がある中で構造改革の流れに乗ったということです。やはり首長が決断できるか、それを支える正確なデータを現場が提供できるかが鍵だと思います。

松山：

栗谷先生のスライドにありましたけれども、近未来における危機に対する理解は、知事レベルでも相当進んでいたということですか。

栗谷：

公立病院の場合、見做し償却など特有の決算があり、したがって、経営の実態が分かるような財務分析を示すことが重要です。データが実態からかい離していれば、計画の立て様がありません。

松山：

都道府県のリーダーシップの現状について西村先生にもご意見を伺いたいと思います。というのは、ビッグデータなど情報の活用により医療提供体制の課題が明らかになり、保険者機能も都道府県に集約される方向にあります。しかしながら、これは医療情報活用分野

の権威である大学教授から聞いたのですけれども、都道府県からコンサルタントの依頼がくるようになったが、予算を聞くと50万円という回答が返ってくる。データ分析作業に1千万くらいかかるのでとても引き受けることができない、ということなのです。西村先生から見て都道府県の意識レベルをどのように評価していますか。

西村 周三（医療経済研究機構 所長）：

私も同じ数字を経験しました。50万円と1千万円です。それが一番のネックです。それから都道府県の人たちは、医療より介護の方がやり易いと思っているようで、まず介護のデータ収集に向う傾向にある。医療の方は担当者が「全体像を見ることができていない」と言われることが多い。それから、「自分の県は・・・」と言って自分の県だけ分析している。本来なら他の県のデータと比較して、他県で成功していることが当県でできていない理由は何か、といった問題解決思考ができていない。この分野のコンサルタント会社も増えてきているので、とりあえず勉強会に参加することから始めるのがよいのではないかと、思っています。医療は非常に難しいので、単にデータ分析をするのではなく現場を見にいかななくてはならない。私は、寝たきりの患者さんを見た時に現場の医師に対して「寝たきりの患者さんは幸せなのか」という疑問をぶつけました。そこから問題が広がっていくのです。介護もそうです。これは大谷さんの話に関係するのですが、「健康になって何かいいことがあるの」と疑問を呈する人が多い。国は要介護度を下げることが目標にしていますが、ある地域で調査すると、約2割の人が「要介護度を低い方に戻りたくない」と言っている。これは介護以外の他の要因を絡めて考える必要があることを意味している。住民が何を求めているかは普通のアンケートでは分からない。なぜこのようなことを言うかという、私は療養病床の医師と論争をしました。その医師は「国は在宅ケアの方がいいと言うが、在宅ケアをしている人からしかヒアリングしていない。療養病床の患者からも聴取すべきだ。」と主張します。しかし、療養病床の患者に聞けば「療養病床の方がいい」と回答します。これは、在宅に戻れば家族に迷惑をかけるという思いがあるからです。だから、アンケートする時に「何があったら在宅の方が幸せと考えるのか」といった質問をするという工夫が大切になる。日本では「お客様は神様です」ということがよく言われる。お客様と言われることは正しいという考え方です。介護を受けるかどうかの判断をする時も当事者は色々なことを考慮している。最近は情報収集のツールも発達してきたので、そのような情報を集めて、地域住民が本当に何に望んでいるかをつかむ必要がある。

松山：

大谷先生は厚労省で医療介護福祉行政をなさったことに加えて総務省で自治体病院担当の審議官をなさったので、都道府県のリーダーシップの問題でご意見があれば教えて下さい。加えて都道府県が何をなすべきかについてもご教示下さい。

大谷 泰夫（公立大学法人神奈川県立保健福祉大学 理事長）：

公立病院の再編を行う場合、色々な利害が対立します。公立病院の経営効率化は財政再建派の主張であって、地元からは「自分たちの病院がなくなるのか」という批判が出てきます。公立病院の統廃合は政治的には非常にデリケートな話になります。統廃合するかどうかの決断は自治体のトップが行うしかない。統廃合することが争点になった選挙で最も影

響を受けるのはその人だからです。日本の役所の世界では、数字積み上げて選択肢はこれしかないという案を役人が首長にギリギリ迫るということは難しく、忖度する傾向にある。このような忖度は企業の中でもあると思います。データを集めて真剣に検討すれば正しいと思われる方向は見えてくる。しかし、現状を変更するということは、利益を得る人と不利益を被る人が必ずいる。そして不利益を得る人たちが暴れる。国が医療関係の法律を少し変えるだけでも国会で大騒ぎして強行採決などしている。県議会でそのような激突が予想される時に、県の幹部の中にチャレンジする人がどのくらいいるのか、知事からは「止めといてくれ」と言われるかもしれない。市町村ではもっとシビアな状況です。それは、事態を理解できていないのではなく、先が見えすぎるのです。つまり、理論だけでは動けない状況にあると思います。しかし、だからと言って何もしないのが一番いけないのであって、データを揃えて「ここまではやる」といった決断が重要です。地域医療計画における病床調整も、従来はデータもなく困難だったのですが、今はデータがありますから前進していると思います。加えて、都道府県が医療財源の責任を負うことになりました。財政責任がない制度の下では無責任になりがちです。現在は、財政責任を持った自治体が意思決定しなければならない方向に向かっていると言えます。

松山：

今大谷先生の方から、地域医療構想を進める時に利益、不利益の問題が発生するとのお話がありました。それと関連する質問が栗谷先生宛にきています。日本海ヘルスケアネットが立ち上がったわけですが、将来志の異なる事業体が参加を希望してきた時にどのような判断基準でその是非を決めるのか、無制限に受け入れるのか、という質問です。今はスタートしたばかりですが、軌道にのれば周辺の公立病院も参加を希望してくると思われませんが、その時どうなさるのか。

栗谷：

地域医療連携推進法人の設立理念を最初に作っています。そこでは地域の共同事業である考え方を全面に出していますので、これに賛同できなければご遠慮下さいということです。

松山：

栗谷先生がプレゼンテーションの中で、例えば本間病院は現在は持分ありの私有財産の事業体ですがその持分を放棄する方向で動いているとのことだったのですが、他の参加希望の医療法人はどうなっているのでしょうか。

栗谷：

同じです。持分を放棄することは設立理念に明記していませんが規定に書いています。

松山：

有難うございます。実は、今の点が非常に重要でして、医療法改正の時は地域医療連携推進法人に参加する事業体の中心は持分あり医療法人とされていました。しかし、法律が施行される直前に医政局長通知がออกมาして、持分あり医療法人が地域医療連携推進法人に参加した後に、その持分あり医療法人の過去の利益の蓄積である剰余金の法人外流出が起きた場合除名される可能性が高いという解釈が示されたのです。持分あり医療法人にはその財産に対する所有権を持つ出資者がおり、出資者が死亡すれば相続人に剰余金の一部が必

ず支払われることとなります。その場合除名されるということは、持分あり医療法人は地域医療連携推進法人に参加できないということになるのです。先ほどの利益、不利益の問題と関係するのですが、地域医療連携推進法人が持分なし事業体のみで構成されていれば、私有財産絡みの利害対立はなくなりますので、地域の全体最適という判断基準の下、利害を調整し易いだろうという考えです。利益が特定個人にいく可能性をなくしておけば、信頼関係のみよる求心力を高めることもできると思います。これは、田中先生が紹介して下さった米国のセンタラヘルスケアの原則と同じです。センタラヘルスケアはお金ではなく信頼関係で結びついているのです。日本でこのような仕組みを創ることは、地方では可能ですが都市部では難しいと思います。都市部は医療機関の間の利害が錯綜しているからです。次の質問に移ります。これは、西村先生と私に対する質問です。日本の場合、保険者の数が多いので、医療機関の統合よりも保険者の統合を先に進めるべきではないか。それをどのように進めていくべきなのか。今の日本の医療保険制度の問題点について西村先生ご見解をお願いします。

西村：

保険者が多いということの意味ですが、確かに企業の健保組合はたくさんあるのですが、協会けんぽは1つですし、国保も一応都道府県に集約されましたので、多いという意味は。

松山：

例えば、奈良県が国保に関して現在県内統一標準保険料を目指して改革に乗り出していますが、市町村間の格差が大きく苦勞しています。また、健保組合が企業単位でありますけれども、仮に全国で県内統一標準保険料が整っていった場合に健保組合を残すのか、廃止するのか、といった質問の趣旨だと思います。

西村：

そこについてはメリット、デメリットの両方があるので回答は難しいと思います。制度運営の効率化という観点からは都道府県単位に統合がいいかも知れませんが、先ほど述べたように現場の声を収集するという点では市町村の役割が大きい。日本は米国に比べて受診頻度が10倍くらい多い。そして、医者が大好きで頻繁に受診する人もいればそうでない人もいる。受診習慣については地域差も大きい。受診頻度多い人や地域の方が健康度が高いかどうかといった検証も必要。いずれにせよ、この質問に対する回答はケースバイケースということになります。これは、市町村の首長によっても左右されます。現在、医療経済研究機構は、医療データと介護データをドッキングさせたプロジェクトを三重県で行っています。例えば、介護度を上げないための医療的治療のあり方、といった研究を行っています。医師は、介護度を将来あげないようにすることにはあまり関心を持たずに医療を提供している。しかし、治ったと思っていたら介護度が上がってしまった患者さんは本当に幸せなの、という問題が発生する。このような問題に対応できるのは現段階では市町村だと思います。だから本当にケースバイケースだと思います。

松山：

私の方から追加コメントさせていただきます。日本の国民健康保険は市町村単位であったこともあって、法律で定められた以上の補助金繰り入れを市町村の判断行ってきた経緯があり、

その金額は年間 2 千億円を超えています。そして、どの都道府県においても市町村の間で比べると一人あたり医療費や国保の保険料で大きな格差がある。それを奈良県が英断で 2024 年度までに県内で統一しようとしているのです。皆さんもご自分が住んでいる都道府県のホームページに行くと、県内で国保の保険料を標準化、統一した場合、市町村別に保険料がどのくらい上がるのか下がるのかという数字を見ることができます。平均値にするわけですから、どの都道府県でも半分の県民は保険料が上がり半分の県民は保険料が下がるというイメージです。そこに政治問題が発生するのです。しかし、奈良県のように知事が頑張っこの問題に取り組まないと、国保加入者数が少ない市町村では国保を維持できなくなる。次の質問は田中先生宛です。これから訪問看護ステーション、就労支援事業所などを作っていこうとしているのだが、どのようにしたら仲間が集まるのか、という質問です。田中先生のグループでは、傘下にある施設は全て社会医療法人生長会と社会福祉法人悠人会の所有ですよね。そこで、現場感覚として、将来グループ以外の事業体が参加させて欲しいと言ってきた時にどうなるのか、今想像できますか。

田中：

それは私たちが求めているところです。ビジョン 2025 を説明しましたが、大前提として、組む事業体とは同じ理念や思いが必要だと思います。少しでも仲間を増やすために、現在給食サービスを外部に提供したり、共同購買を行ったり、研修を地域で一緒に行ったりしています。やはり、顔の見える関係が重要で、このような信頼関係作りには行政にも参加してもらおうように努めています。

松山：

今お話し下さった共同購買には近隣の公立病院は参加しているのでしょうか。

田中：

参加しています。公立病院もコスト引き下げに熱心です。

松山：

続きまして大谷先生への質問です。未病の分野に出ている商品、サービスは玉石混交であり詐欺まがいのものもあるが、産業育成のためにどのように整理していけばよいのか。

大谷：

玉石混交であるがゆえに今までグレーゾーンという言葉が使われていて、その宣伝や広告においてマスコミが神経を使ってきました。マスコミが自主規制しながらやってきたという実態があります。ヒットアンドアウェイといって、派手な宣伝をして売りさばき、評判が悪くなるとすぐに撤退するという事例もあります。一番の対処方法は、買い手側の健康リテラシーを高めることだと思います。また、健康食品企業の社員の中に健康リテラシーの高い人がいれば誇大広告を内部から防ぐことができるかも知れません。そのような社会にならなければ、結局健康のことは全て行政による許認可に依存するということになってしまう。国や行政に枠をはめてくれる限りでは個人は自立できない。医療を産業化する時に一番大切なことは安全です。エビデンスについて考えると、その商品が効くか効かないかにはかなり幅がある。ローヤルゼリーが効く人もいれば効かない人もいる。玉ねぎを食べて元気になる人もいれば元気にならない人もいる。しかし、毎日玉ねぎを大

量に食べ続けければ病気になります。これは健康リテラシーの問題なのです。しかし、医師が処方するのではない健康食品、サービスの安全性だけは消費者行政が介入してチェックする必要があります。危ないものは絶対に出させないということが重要です。

松山：

今のお話の続きですが、大谷先生にもう 1 つ質問が来ていて、未病の中で漢方薬をどのように位置づけるのか。

大谷：

漢方の世界に未病という言葉があるので、漢方と未病に関係があるのは確かです。しかし、私どもが提唱している未病は物と関係しているのではなく、人が健康リテラシーを高めて健康と病気の間を行き来しつつ病気を治めることを目指すことなのです。ですから、未病の中心に漢方があると考えるのは間違いです。我々の未病は漢方を否定していないが、漢方を推進するものでもない。

松山：

次は栗谷先生の質問です。二次医療圏より狭い圏域で地域医療連携推進法人を作ろうとした時に何かアイデアがありますか。言い換えると、地域医療連携推進法人を作る時に最低規模などの条件があるかどうか、という質問だと思います。

栗谷：

規模については考えたことはありません。ただし、地域医療連携推進法人が効果を発揮するのは広域医療圏だと思います。特に我々の医療圏は過疎地ですので 5 年後、10 年後には市場がかなり縮小していると予想されます。ですから、発足時にどれくらいの規模でスタートするかは別にして、将来に関してどのような絵を描いておくかが大切です。人口減が続くわけですから、規模が小さいと財務的に維持困難になると思います。

松山：

ありがとうございました。私の意見としては、二次医療圏より小さい所で地域医療連携推進法人を作る時には、県に働きかけて、それよりも大きな地域医療連携推進法人を別途作ってもらって、経営の独立性を維持しながらそこと一体となって課題に取り組む、県から優先的に支援をしてもらおう、といった仕組みを作ることだと思います。それすらしてくれない県であれば全く期待できない県ということになります。まず県のリーダーシップの下、同じような理念を持った地域医療連携推進法人を幾つか作る、それらの経営が上手く回るようになればいずれ全体が経営統合する方向に行くと思います、その時県立病院に高度急性期を任せてそれ以外の医療や介護・福祉サービスは各地域の地域医療連携推進法人のメンバー事業体が担う、ということになると思います。ではここで会場から直接ご質問を頂きたいと思います。

参加者 1：

2 つ質問があります。1 つ目は、アメリカのような大規模な医療ネットワークを作ると高額な高度医療に走るようになってアフォーダブルな医療ではなくなるのではないかと、です。2 つ目は、未病では健康リテラシーを高める必要があるということですから、学校教育の中に健康リテラシーを入れるべきではないかと。

松山：

栗谷先生、今のご質問のネットワークの部分でコメントがあればお願いします。

栗谷：

質問の意味がよく分からなかったのですが、ネットワークを作って急性期医療を集約化した時の医療費の問題ということでしょうか。この問題はやっかいな整理が必要なことを抱えています。例えば、高齢化が進む中で高度急性期医療をどこまで提供すべきなのかという問題です。これを言うと世論から反発を受けるかもしれませんが、英国などでは3万ポンド以上かかる高度医療についてはその治療をすることで1年以上健康寿命が延びるという証拠を出さなければ実施されないのですよね。日本の場合、寝たきりの高齢者に骨粗しょう症治療薬を投与するとか、カテーテルを使う開胸手術をしています。この開胸手術の診療材料はワンセット477万円します。90歳近い高齢者でも安全に手術ができます。1回入院すると約56万点、560万円になる。これが正しい治療方法なのかどうか、やってみて疑問に思う。これをどんどん実施したら保険財政はパンクするかも知れない。高度急性期医療を集約化して医療の安全性を高めても、医療経済的に正しいのかどうか。この問いに私は答えることができません。

松山：

私の方から米国の Integrated Healthcare Network の仕組みについて説明させていただきます。米国には約500のIHNがありますが、地域における独占は認められていません。具体的には、ある広域医療圏で1つのIHNがシェアを6割くらいとると独占禁止法の観点から事業者が2つに分割させられます。また、ネットワークが大きくなるから急性期医療が増えるということはありません。なぜなら大規模なIHNの多くは保険子会社を持ち医療提供部門と医療保険部門が連結経営しているからです。そしてIHN事業者のガバナンスは地域住民が行っていますので、地域住民にとって最適な経営が行われているかどうかをチェックされているのです。できるだけコストをかけずに良い医療が提供されているかを評価される。地域住民は、自分たちに提供されている医療介護サービスがその時点の世界標準かどうかを見てくる。ですからネットワークの規模が大きい小さいかではなく経営理念の問題だと思います。山形の日本海ヘルスケアネットも地域住民の方々がガバナンスする形になっていくと思います。そのためには、ネットワーク全体の連結会計の情報を地域住民に開示して、自分たちのセーフティネット事業者が健全経営の下で成長していることを理解してもらうことが大切です。そのような地域社会の文化が醸成されるのであれば、日本の方がよりよいIHNになるのではないかと期待しています。実は、今年の4月にキヤノン戦略研究所の財政問題研究会メンバーで「財政破綻後」という本を出版しました。私は、4章で財政破綻したら医療介護福祉がどうなるかを書きました。そこで重要なことは、仮に国が財政破綻して医療介護福祉制度が機能しなくなったとしても、日本海ヘルスケアネットのような事業者が各地にあれば危機管理ができると考えています。財政破綻しても地方は比較的大丈夫だと思います。しかし、都市部は田中先生がご説明下さったように民間病院が多いので大混乱になると思います。なお、栗谷先生はこの後別の講演がありますので退席なさいます。栗谷先生に大きな拍手をお願いします。(会場から大きな拍手) それでは大谷先

生、健康リテラシーを学校教育の中に入れるという提案についてコメントをお願いします。

大谷：

先ほど未病の説明した時に、中高齢者の生活習慣病に焦点を当てているのではないと申し上げました。できれば、子供がお母さんのお腹にいる時からお母さんが何を食べるべきかから始まって健康のことを考える必要があるのですが、最近は母親がまな板ではなくハサミだけで食事の用意するケースが増えて惨憺たる状況のようです。レトルト食品とか食パンを夕食として出し、子供には学校の給食で栄養のバランスをとっている母親がいる。だから、子供の時から健康リテラシーを学ぶことが大切だと思います。神奈川県は、学校教育の中に取り入れることを既に始めています。健康マスター検定に合格した人たちが、家庭や職場で頑張ってもらいたいし、健保組合の職員たち全員が検定を受けてほしいと願っています。しかし、残念ながら健保組合の人たちは今のところ関心が薄い。健保組合の幹部たちの研修会で健康マスター検定制度の認知率を聞いたところ、一般市民より低かった。彼らは特定健診とか医療費には関心が高いが肝心な事には興味が薄い。健康マスター検定の合格者たちは、より健康になるために行動が変わったと聞いています。市町村の地域包括ケアの担当者や保健所の職員はほとんどが無資格者です。だから、彼らが健康マスターになることは意義が大きい。

松山：

今思いついた質問なのですが、私以前に健康経営を勉強しようと思った時に、都道府県に着目したのですね。というのは都道府県庁の職員数は数万人です。そこで、都道府県職員に対して健康リテラシーを高めるような教育を行って広めていくという方法があるのではないかと。そこで、今現在神奈川県はどういう状況なのでしょう。

大谷：

ヘルスイノベーション担当部局の職員は検定を受けてくれていますが、全職員という形になっていません。健康意識を高めることでも大変なので、試験を受けるというのはもう一段敷居が高い状況です。ただし、健康意識の高い人は受けてくれますし、県内の市町村の職員の中からも受験してくれるようになっていきます。

松山：

今現在、他の都道府県でより熱心に取り組んでいるところはあるのですか。

大谷：

未病というコンセプトが昨年 2 月に閣議決定されたので、少しは認知されていると思います。しかし、都道府県はプライドが高いので自分たちは未病という言葉を使わずに別の形でやるということになりがちです。また、未病のコンセプトを理解しているように見えても、今のところ医療費の節約の観点からしか考えていない自治体も少なくないように思われます。

参加者 2：

高齢者は死期が近づくと本能的に在宅に戻りたいと考えます。その方が幸せと思うからです。しかし、それを実現するには家族のあり方が重要になってくる。だから家族を対象に健康リテラシーの教育を行う必要があるのではないかと。そうすれば、国の医療費節約の目

標にも貢献するし介護産業にもプラスになると思います。

松山：

今のは質問というよりコメントということで宜しいですか。

参加者 2：

はい。

参加者 3：

2つ質問があります。1つ目は西村先生への質問です。このたび介護保険のデータが公開されて分析できるようになりましたけれども、西村先生の所でも色々な分析をなされるのでしょうか、という質問です。2つ目は田中先生への質問です。今年の4月から要支援1、2をまとめた総合事業のデイサービスに対する報酬が引き下げられた結果撤退する事業者が続出していますが、田中先生の事業体でも撤退を考えられているのでしょうか。

西村：

先ほど述べましたように、医療経済研究機構では三重県の介護データを頂いて、しかも医療データとドッキングしてどのような分析ができるのかを研究しています。ただし、その結果医療介護費が減りましたというだけではだめで、節約される金額がその研究費より大きいということを示すように求められています。介護の総合事業については何をやめて何をすれば効果があるのかないのかを調べていることが1つあります。同時に医療データとドッキングすることによって様々な知見が得られると思います。介護においても家族に関する情報が重要です。介護を受けている方お一人お一人がどのような生活をなさっているかの情報は非常に限られています。家族がその要介護者に対して尊敬の念をもって世話をしているのか、それともやや虐待に近い状態なのか、そのあたりのデータがとれれば研究の価値があがる。例えば、どこまでが介護事業者の役割かを把握し家族の役割との境界線を明らかにできる。そのあたりの情報を市町村が集めることができればいいと考えています。療養病床の患者のうち2割くらいの方が「家に戻りたくない」と言うわけです。これは「孤独」が背景にあると思われます。一人暮らしだから孤独というわけではなく、家族からも孤独にさせられているというケースがある。そのような話も含めた研究をする必要があるのですが、一方で研究費財源が乏しいという問題があり、家族関係にまで踏み込んだ研究はできていません。ご質問からはそれですが、人々に健康向上のための **Active Learning**、自分から学ぶように促すためには、「健康になったら何かいいことあるの」、「長生きしたらどんないいことがあるの」という問いに答える教育が重要と思います。もう1つ、2025年以降人口減少が加速します。すると人材確保問題がより深刻化します。医療需要が減少するという側面もありますが、医師、看護師などの確保が2025年頃に一気に厳しくなります。そうするとセルフケアが大切になります。簡単なことは自分で対処し、大事な時だけ介護者にお世話になるということが必要になる。国は、医療従事者間のタスクシェアリング、つまり、医師が行っている仕事を看護師に任せる、看護師の仕事を他の職種に任せるということです。薬剤師は豊富な専門知識を持っています。にもかかわらず「ちゃんと薬を飲んでますか」という指導しかしていません。もし薬剤師が患者の家庭に残薬がどのくらいあるかという情報をつかんで主治医と相談すれば、患者の服薬指導を高める

ことができる。例えば、薬剤師が患者に服薬カレンダーの使用をすすめた結果、患者がセルフケアをできるようになったという事例があります。このようなことは家族が全て行うべきだ、というのは絶対に違う。家族と介護者の分担は大事。加えて、これからは専門職と患者の役割分担も重要になると考えています。そうでないと人口減少に対応できない。

田中：

要支援 1、2 は収入がだいぶ減りました。そのため周辺の介護事業者は厳しい状況に置かれています。しかし、私共は介護サービス全体を提供することを使命としています。幸い、介護報酬は全体としては引き上げら増収となっていますので、一部のサービスを撤退することは考えていません。

西村：

政府はアウトカム重視の方向に動いています。つまり「元気にしてなんぼ」ということです。ケア提供側は「頑張りました」ではダメで、「元気にしてなんぼ」に徐々に変わっていく。その認識が重要と思います。

田中：

我々も健保組合を持っており、被保険者は 7 千名です。健保組合が持っているデータを分析することにより、例えば一人ひとりの年齢と健康年齢を比べてセルフケア意識を高めることはできると思います。まずはそれを行い、更にその先、我々の施設を利用している患者さんに対してもデータ分析した結果を説明することに取り組めば、今後の展開が見えてくるのではと考えています。そのための IT ソフトもかなり進んできたと感じています。

松山：

今 IT のお話が出ましたけれども、日本の医療介護福祉産業における IT 投資額は年間約 5,500 億円です。これは医療介護費の約 1.1% です。これに対して諸外国の IT 投資は 2% から 3% です。つまり、政府がビッグデータ活用とか PHR 構想を掲げていますが、先進諸国の中では医療介護福祉分野の IT 投資が一番少ない。しかし、今田中先生が言われたように、ICT 活用技術は非常に進んでいる。ツールがあるけれどもそれを普及させるためにどうしたらよいか。私は、ICT 活用のための投資財源は保険者が出すべきと考えています。そうでなければ、日本だけ ICT 利用がますます遅れていくと思います。9 月にマレーシアで開催された医療国際会議に出た時に台湾の方から次のように言われました。台湾は医療保険者が 1 つである。1 つの組織が人口 2,300 万人の診療データを保管しているので、分析と活用が容易である。IC チップが付いた健康保険証を普及させた成果を踏まえて、電子診療録情報の閲覧管理をクラウド方式にレベルアップした。つまり、国民は自分の診療録に何時でもアクセスできるようになったのです。日本がそのような状態になるのは 10 年以上先のように思います。私が知事であれば、医療介護福祉のセーフティネット事業体の構築を最優先政策にして、県に集約された保険者がその事業体の IT 投資財源を負担するというところを行います。なぜなら、ICT 活用で医療介護費を節約できた時に誰が経済的メリットを一番得るのかを考えた時に、それは保険者だからです。医療機関側は収入が減って損します。県民の健康向上のために予防に力を入れる時、医師は重要な役割を果たします。そこに節約された財源が戻ってくるような仕組みでないと予防に医師は協力してくれないと思

います。それでは、時間が残り少なくなりましたので、最後の質問を 1 つ会場から頂ければと存じます。

参加者 4 :

Population Health を進めるにあたり、患者自身が考える、医師と患者がコミュニケーションをとることが重要と教えて頂きましたが、その場合米国との違いは GP、General Practitioner 総合診療医がいるかどうかだと思います。田中さんの病院では総合診療センターを設置なさっておられるようですけれども、医師のキャリアパスをどのように考えておられるのか。また、大谷さんへの質問ですが、未病を進める上でも総合診断医の存在が重要と思いますが、行政はどのようにお考えになっているのか教えて下さい。

田中 :

医師の場合、特定の専門医を目指す人と総合診療医を選ぶ人と二手に分かれます。それは医師が自由にキャリアパスを選択できます。

大谷 :

未病が地域レベルで浸透していくには、地域の医師が未病の考え方を取り入れて診療を行うことが大切です。その意味で、かかりつけ医が総合診療機能を持つように仕向ける方がいいと思います。それを制度化する方向にあると思います。また、医師が患者を診て高血圧であると判定した、その時に食生活まで踏み込んで患者を指導する必要がある。そういったマインドを持った医師が増えることを期待していますが、今の診療報酬の下ではそれでは食えないのです。薬をバンバン投与するのではなく、未病という考え方を取り入れた診療を診療報酬でもっと評価するようになればと思います。歯科でもそうです。虫歯がたくさんある患者に対して虫歯を抜けば診療報酬が出ますが、これだけでその患者の口腔衛生が改善するわけではない。従来の制度は、何か治療行為をしたらお金が出るという仕組みです。未病の考え方を入れて制度のその部分を変えていく必要があると思います。

松山 :

それでは予定の時間になりましたので、これでシンポジウムを閉会させていただきます。最後にパネリストの先生方に大きな拍手をお願いします。ご参加大変有難うございました。

以上