

第14回 地域医療フォーラム 2021

地域医療 with コロナ 2



メインテーマ

「地域医療 with コロナ 2」

開催日 令和3年10月10日（日）

主催 自治医科大学

開催形式 Web会議システム「Zoom」

実行委員 ◎松村 正巳（自治医科大学地域医療学センター長）
○前田 隆浩（長崎大学病院総合診療科教授）
○小谷 和彦（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門教授）
青山 泰子（自治医科大学総合教育部門准教授）
江角 伸吾（自治医科大学看護学部講師）
大河原 晋（自治医科大学附属さいたま医療センター総合医学Ⅰ教授）
金丸 吉昌（宮崎県美郷町地域包括医療局総院長）
鎌村 好孝（徳島県保健福祉部感染症・疾病予防統括監）
小池 創一（自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門教授）
里光やよい（自治医科大学看護学部教授）
中村 晃久（自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門助教）
中村 伸一（福井県おおい町国保名田庄診療所長）
春山 早苗（自治医科大学看護学部長）
藤本 幸男（青森県良医育成支援特別推進員）

（以上50音順、◎：委員長、○：副委員長）

オブザーバー

遠藤 俊輔（自治医科大学附属さいたま医療センター長）
大槻マミ太郎（自治医科大学副学長）
佐田 尚宏（自治医科大学附属病院長）

第14回 地域医療フォーラム2021

目 次

CONTENTS

○ 報告書の刊行にあたって	3
○ チラシ	4
○ 基調講演	6
○ 指定講演	10
○ 総合討論	17
○ 巻末参考資料	24



報告書の刊行にあたって



第14回地域医療フォーラム2021実行委員会

委員長 松村 正巳

(自治医科大学地域医療学センター長)

令和3年10月10日（日）、『地域医療 with コロナ 2』をテーマとして「第14回地域医療フォーラム2021」を開催いたしました。昨年度に引き続き新型コロナウイルス感染症をテーマとすることになりましたのは、8月には第6波がピークに達し、やはり新型コロナウイルス感染症が他のテーマを大きく上回る喫緊の課題だったからです。幸い10月には感染者数は減少傾向でしたが、議論する時期としては時宜に合った感がございました。昨年と同様に会議システムを用いての開催となりました。休日にもかかわらず全国各地から、診療所・病院に勤務する先生方や行政関係者など、256名もの方々の参加がございました。ご参加いただきました皆様には、厚く御礼申し上げます。

フォーラムでは、はじめに、「ウィズコロナ時代の医療と医学」と題して永井良三学長が基調講演をされました。次に、「次世代のための地域医療構想－大学病院と県庁の連携を試みて－」と題して千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター長の吉村健佑先生、ならびに、「コロナ時代における在宅医療と地域医療の最前線」と題して医療法人社団 悠翔会 理事長・診療部長の佐々木淳先生よりご講演をいただきました。その後の「総合討論」では、事前に募集した質問や、会議システムを通じて投稿された質問について、講演された3名の先生方にお答えをいただきながら議論を深めました。

不条理とも思える新型コロナウイルス感染症という難局を経験する中、これまでの地域医療フォーラムにおける議論を基に、これからの地域医療、持続性のある地域社会をどのように構築してゆくのかという大きな課題に対して多くの示唆が得られたと思います。他者との精神的な繋がりを大切にすること、グローバル公共哲学、これからの働き方改革と地域医療構想、急性期在宅医療と医療提供体制など、今後の地域医療を考える上で大変貴重な機会となりました。

いまだ収束の見えない新型コロナウイルス感染症に対して、今回のフォーラムが皆様の地域での生活と地域医療のこれからの役に立つことを願い、報告書を作成いたしました。参考になれば幸いです。今後も自治医科大学は地域医療と地域社会に資するフォーラムを目指してまいります。どうぞよろしくお願いいたします。

Web会議システム Zoomにて開催

第14回 地域医療フォーラム 2021

地域医療 with コロナ ②

① 開会挨拶

自治医科大学地域医療学センター長
松村 正巳(地域医療フォーラム実行委員長)

② 基調講演 「ウィズコロナ時代の医療と医学」

自治医科大学学長 永井 良三

③ 指定講演

演題①「次世代のための地域医療構想～大学病院と県庁の連携を試みて～」

千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター長 吉村 健佑

演題②「コロナ時代における在宅医療と地域医療の最前線」

医療法人社団 悠翔会 理事長・診療部長 佐々木 淳

休憩

④ 総合討論

⑤ 閉会挨拶

長崎大学病院総合診療科教授
前田 隆浩(地域医療フォーラム実行副委員長)

募集対象

医療関係者・行政関係者・
教育関係者の方限定

定員200名

参加無料

令和3年
10月10日(日)
13:30～16:30

□参加申込方法

お申し込み希望の方は下記事項を記載の上、zforum2021@jichi.ac.jp宛てにお申し込みください。

1. 職種(医師・看護師・保健師・事務等) 2. 所属・役職
3. 勤務区分①～⑤からお選びください(①医師会・診療所 ②教育 ③行政 ④病院 ⑤その他)
4. 氏名(フリガナ) 5. 勤務先住所 6. 当日の緊急連絡先(携帯番号・職場直通番号等)
7. 地域医療フォーラムへの参加回数について(①はじめて、②1回、③2回以上)
8. (質問のある方のみ)演者に聞いてみたいこと 9. (自治医科大学卒業生の方)出身都道府県と卒業期

□申込期限

令和3年9月24日(金)まで

主催:自治医科大学 お問い合わせ:自治医科大学 大学事務部 地域医療推進課 地域医療係
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1 TEL 0285-58-7054(直通) FAX 0285-44-6274 E-mail zforum2021@jichi.ac.jp

開会挨拶

はじめに、松村正巳フォーラム実行委員長、小谷和彦副実行委員長より、地域医療フォーラム開催にあたっての挨拶があった。

このフォーラムは、保健、医療、福祉、行政、大学などの多くの方々が地域医療における課題の解決に向け、立場を超えてディスカッションする場である。昨年度の地域医療フォーラムは「地域医療 with コロナ」と題し、開催とした。今年度も新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、「地域医療 with コロナ 2」と題し、昨年に引き続き開催で皆さんと議論させていただく。このフォーラムが、皆様の地域での生活、地域医療のこれからに役立つことを願っている。

基調講演

演題「ウィズコロナ時代の医療と医学」

永井 良三 先生（自治医科大学 学長）

地域医療フォーラム

令和3年10月10日

ウィズコロナ時代の医療と医学

自治医科大学 学長

永 井 良 三

1



講演では、少子高齢化による人口構成の変化の中で、ウィズコロナ時代においても地域医療構想を進めることの必要性について話された。また、「治す医療」から「癒し支える医療」へという流れの中で、病院医療と在宅医療の相互理解と連携が重要になってくること、ウィズコロナ時代における教育として、自らの能力や個性を生かしつつ自律的に判断し、社会貢献する人材育成の必要性について述べられた。多様な人とつながり合う共感する力・思いやりの心の育成も重要である。また自己犠牲ではなく「活私開公」の視点を医療人の教育に取り入れていく必要性について言及された。

新型コロナウイルスパンデミックで出てきた医学・医療上の課題の一つとして、研究上の課題がある。基礎研究、病態の研究、ワクチン開発、医薬品開発の分野でも日本の弱点が見えてきた。データの扱い方の課題もある。見え方、見せ方を含め、データ革命で日本は後れをとっている。医療機関の役割、分担の課題を含んだ保健医療体制の現場の苦勞も聞こえている。こうした点を踏まえての医学教育の在り方が問われている。さらに、PCRの試薬やワクチンの問題は科学技術外交の視点として重要である。

コロナ禍で加速された社会・医学・医療上の課題として、少子高齢化・経済への影響も大きかった。社会全体の持続性、SDGsの視点で社会保障制度、格差社会への対応も考えなくてはならない。データ革命への遅れや科学技術力の低下に対する課題もある。こうした問題には、医療者も今以上に議論に加わらなくてはならない。

この社会変動の中でいかに人材を育成するか、求められる教育的課題は多い。自らの能力と個性を生かしつつ、自律的に判断し、社会に貢献する人材を育成しなくてはならない。専門性と総合性のバランスをどうとるか、それ以前に人間として、医療者として、弱者に対する共感力の育成、自己犠牲ではなく「活私開公」の視点を教育の中に取り入れていかななくてはならない。

今回は医療のあり方の見直しをしたい。日本の医療の特質は、鶴翼の陣形である。日本は医療資源を広く薄く展開しており、アクセス、コスト、質のどれも崩すことなく展開することを目指している。一般的に、この三つのうちの一つを犠牲にしなくてはならないとされるが、日本はどれも犠牲にしないように努力してきた。ウィズコロナであっても地域医療構想は進めなくてはならない。高齢化の中で、「治す医療」から「癒し支える医療」へという潮流をふまえ、病院医療と在宅医療の相互理解と連携はますます重要になるであろう。在宅医療は、専門医の総合医の機能も果たすと考えられる。この点において総合医の役割を常に見直す必要がある。

2017年～2021年5月までの月別死亡者数を見ると、2020年の11月頃までは例年通りの経過をたどっているが、12月以降は異なる傾向を示している。特に2021年3月～5月を見ると、明らかに例年より死亡者数が増加している。これは、コロナだけではなく、他の疾患にも影響が出ていると考えられる。今後、感染症の流行のたびに、医療提供体制を合わせて作り直さなくてはならないという示唆にもなる。どういう疾患が増えたかという点、コロナ以外に、心疾患が明らかに増加しており、その他にも全般的に死亡者が増加していることがわかる。老衰も多い。感染症のほか、ケアが行き届かなかった可能性も考えられる。人口減少に関するデータからは、出生率の低下は明らかである。コロナの影響は少子化をいっそう加速した可能性がある。医療資源の配分を現場だけで行うのは困難だろう。やはり非常事態には、然るべき法律の整備や経済的な支援を考えて対応しなくてはならない。現場任せではなかなか解決できない。

年齢別人口構成をみると、少子高齢化による人口構成の変化、高齢者人口の増加、若年世代の減少が顕著である。日本経済は果たして持つのか、これは医療者も考えなくてはならない課題である。東日本大震災の被災県である岩手県は、2011年に多くの方が亡くなられ、大幅な自然減があった。しかしそれ以外の年も、自然減に加え、社会減は明確であり、この点は福島県も同様である。宮城県は、自然減には同様の傾向があるが、その後外国人の転入が増加している。外国人

の転入についてもっと顕著な傾向がわかるのは群馬県である。群馬県は、外国人の転入に加え、外国人の自然増が見られる。日本の人口減はますます進行している。これが30年続いた時にどのような社会になっているかを想像しないといけない。今後の医療提供体制をどうするのか、教育はどうするのか。2000年から2015年の15年間で東京圏以外の若者の人口は3割減少した。地方は今後どうなるのか。医師の不足が人口減を加速するという報道がある。医療は地方を支える要である。

医療費全体で見たとき患者の負担は11%、公費が38%である。必要な医療費は年齢が上がるにつれて増えるのは当然であるが、若い世代の保険料の負担がますます大きくなれば、世代間の不満が高まる懸念がある。政府予算の約4分の1は国債費である。この赤字国債をどうするのか、国がツケで生活しているままでは当然良くはならない。経済成長で税収を増やせるだろうか。これは簡単にはいかないだろう。赤字を減らして国民負担を増やすのが良いのかどうか。こうした点も医療者は考えていかななくてはならない。

地域医療構想調整会議の役割も重大である。病院と診療所の機能分担も課題である。地域差の縮減に向けて、何ができるか。都道府県の間で格差を是正するために多くの課題がある。データに基づいて医療システムを制御する方策を探ることになるだろう。国保保険料を市町村のレベルで見ると格差は3倍くらいある。医療資源の配置について、医療機関が多くなるとランニングコストは高くなる。これは単に他と同じにすればよいという簡単なものでもない。例えば、胃ろう、経管栄養のデータを見ると、和歌山県が突出している。これはなぜなのか、分析が必要である。現在の一般病棟入院基本料の病床数をみると、手厚い病床が多く回復期の病床が少ない、いわゆるウィングラス型になっている。これを釣鐘型へ移行することが地域医療構想の一つの目的であるが、診療報酬による誘導には限界がある。これを2025年に向けて、急性期を減らして回復期を増やすにはどうすれば良いか。高額医薬品も登場している。倫理の問題もある。今回のコロナで活躍したのは、まさに公的医療機関である。果たして、これを本当に削減して良いのかどうか。もう少しそれぞれの地域で考えなくてはならない。

欧米では救急を断れないが、実質その体制が事前にできていないと難しい。日本は鶴翼の陣形であり、医療資源を薄く広く展開している。欧米の体制を作るには、市民、自治体、医療施設、行政が合意しないとイケない。日本の医療提供体制は日本独自のもので、似た形態をとっている国はない。果たしてこの体制をいつまで維持できるのか。

国の医療提供体制にはそれぞれの課題がある。日本の医療費は高額と言っても高齢者数を考えるとそれほどでもないかもしれない。地域経済も医療費に関係する。都道府県毎のデータをみると、高齢者の就業率が高いほど、医療費は低く抑えられている。長野県の産業をみると、医療・福祉が地域の産業を支えている構造がわかる。1位が製造業、2位が卸売・小売業、3位が医療・福祉である。特に若い女性の就業先に注目すると、若い女性が他へ流出することは地域の活性化を困難にすると考えられる。学生に、医療と社会の関りを教育することが大事である。それに加えて、医療は共感・思いやり能力と体系化する能力を同時に育てるようにしなくてはならない。

欧米では医師を補助する人材が豊富である。日本はそれが決定的に不足しているために、医師1人当たり手術件数も圧倒的に少ない。専門医制度の問題もある。欧米と日本との違いをよく認識した上で、メディカルスタッフをどう増強すれば良いのか、考えなくてはならない。日本の専門医制度は欧米とは全く異なる。日本の現場は過労であり、働き方改革は果たしてどこまで効果的であるか。医師数を増やせば全て解決するというものではない。

医学研究においても日本が対応できない理由の一つが、アメリカにおけるイノベーションエコシステムに該当するものが、日本ではほとんどできていないことがある。ベンチャーに対する投資である。背景には、研究開発が大型化しているという問題がある。国の研究費補助だけでは研究の継続ができない。どうしてもベンチャーから研究費を融通してもらわなくてはならないが、日本はアメリカの50分の1、中国の20分の1という状況である。こうした状況下で、科学研究は社会、市民と一体になって進めなくてはならない。研究者は自分の業績を上げるためだけではなく、成果を還元できるような研究、発想が重要である。医療は社会的共通資本である。一人一人が地域に根差しながらグローバルに考える生き方が大切である。

指定講演

演題①「次世代のための地域医療構想—大学病院と県庁の連携を試みて—」
吉村 健佑 先生（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター長）

2021年10月10日14:20 – 14:50

第14回地域医療フォーラム2021

地域医療 with コロナ② 指定講演

次世代のための地域医療構想 -大学病院と県庁の連携を試みて-

吉村健佑

医師・公衆衛生修士・医学博士

千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任教授

千葉県健康福祉部医療整備課

1



地域医療構想を進める意義、そしてこの地域医療構想を進めるために重要な役割を担っている地域医療構想調整会議について話された。また、昨今、医師の働き方改革の施行が迫る中、医師の労働時間を配慮しつつ、地域医療構想を進める必要性についても言及された。

地域医療構想の必要性と受益者

そもそも何のために地域医療構想を進めるのか。日本は既に人口減少社会である。従来の医療提供体制はこれまでは良くても、今後は過剰提供となりうる。今後、急激な人口減少に合わせて、医療需要も減少する。今後はいかにコンパクトで効率的な医療提供体制を構築するかが重要。ただ減らすのではなく質も変容していかなければならない。医療機関ごとの経営というより2次医療圏単位での、地域での医療の経営という発想が必要である。地域医療構想調整会議が経営会議の役割を担っているがまだ不十分で、都道府県ごとの工夫が求められており、進展がみられる地域の例として新潟県、愛知県、兵庫県、奈良県などが挙げられる。

地域医療構想を推進する要因の一つは、医師の働き方改革である。医師の労働時間の上限規制であるが、その上限を超える医師がいると病院管理者に罰則が科せられる。医師の超勤に管理者の責任が問われるようになる。それが2年半後の2024年4月にやってくることになるが、この意味は医療全体の提供時間が限定されることである。現在、時間外労働の多い勤務医を順に並べると、上位10%は年間1,800時間を超える残業を行っている。いずれは960時間に圧縮されるとされるが、現時点では程遠い。この医師の働き方改革の影響は、大きな医療機関に限った話ではない。勤務先を掛け持ちしていても、トータルの勤務時間で考えるので、主たる勤務先以外でのアルバイトに入りにくくなる。結果として地域の病院は医師の派遣を受けにくくなるかもしれない。人口の変化からくる医療需要の変化をとらえると、がんなどの専門医療については徐々に需要が減っていくが、一方で肺炎などの一般的な疾患は後期高齢者の需要に応じて一時的に増加する。しかし、2030年以降は一般的な疾患の医療需要も減少してくる。そこで、医療の集約、効率化を進めなくてはならない。

医師の働き方改革が進むと、医師の配置が薄くなり、24時間体制が敷けなくなる地域や診療科が出始める。これを取りきるためにはどうすれば良いか。24時間体制を維持する医療機関を限定し、周りはそれをサポートするように役割を見直す、役割分担をすることになろう。言うのは易いが、急性期医療を行ってきた病院はサポートする側の医療機関にはなりたくないとも考えるかもしれないが、やるしかない現実がある。サポート医療機関になったら、職員の働き方や雇用も変わっていく。前述の通り、新潟は比較的進んでおり、兵庫県、愛知県もデータを分析により進めている。地域の各病院に魅力がないと地域全体から、若手医師は都心に流出していく。医師の働き方改革は労働法制であり、ある意味冷酷な改革であり、法令順守が絶対であって、医療崩壊より医師の健康を守ることを重視する施策と言える。現在の考え方では、各都道府県が自分たちで対策を考えながら進めなくてはならない。

新型コロナ対応の方向性

医療需要の変化が起き、医師の働き方改革によりマンパワー不足が起きる。さて、これまでの新型コロナの経過をみるに、厚労省研究班の調査によると第1波、第2波でコロナに対応して入院患者を受け入れたのは、国立大学法人、あるいは公立大学法人、日赤が中心であった。

なぜ日本では新型コロナ患者の入院病床が足りないかといえば、諸外国に比して病床に対する

医師・看護師の数が足りておらず、薄い人員配置がされていることが問題である。もう一つは通常の診療を特段制限していない（できない）点である。新型コロナ以外の疾患をどう診るかは現場の判断に任されるが現実に断るのは難しく、同時にコロナと非コロナの両方対応するのは大変である。行政府には各病院への命令権がなく、あくまで医療機関にお願いする形になる。各病院の経営権は各医療機関にあるので当然である。

今後は国と県の医療計画の中に新興感染症等を入れることが決まっている。「5疾病5事業」から「5疾病6事業」になる。どのような病態・疾患を想定するのか。接触感染だけでなく、空気感染を想定するかどうかだけでも平時の準備は全く違ってくる。ワクチン、治療薬の有無でも変わってくる。平時・有事の切り替えは誰が決断、指示するのか。果たして都道府県の資源とノウハウの中でそれは実施できるのか。議論すべき点は多々あるが、第8次医療計画は、働き方改革と同時期に動き出すことが決まっている。あまり時間は残されていない。

千葉県の取り組み

千葉県では地域医療構想を9つの医療圏に分けて進めている。医療資源の多寡は、地域によって差がある。その中で、例えば南房総の亀田総合病院などを中心とした地域医療連携推進法人の事例などが出てきて、進んでいる医療圏もある。

千葉大と千葉県との連携する目的でもある、当センターも2年前の2019年8月に設置されて、行政と大学病院とでチームを作って諸問題に対応している。救急科、小児科、産科、新生児科などの政策医療分野の専門家を含めた18名のチームを作っている。開設からは3年間は千葉県の予算上の支援を得た。2022年4月以降は県からの支援はなくなるものの、企業など別の外部資金を得て、今後も活動することが決まっている。当センターでやることは地域の医療のデータ分析と各ステークホルダーの合意形成で、政策情報分析部門と次世代医療構想部門とでそれぞれの役割を果たしている。ビックデータを扱えるようにし、都道府県が持っているデータをお借りして分析しお返しするということをしている。一貫しているのはデータを収集して、分析し、可視化するという活動である。個別に調査をすることもあり、キーパーソンにヒアリングを実施しており、約100名からのヒアリングを完了した。医療提供体制の変更に至るまでのさまざまな提案を行って、都道府県が動けるようにすることを目指している。地域医療構想を進めることこそが、パンデミックなどの有事に対応できる体制になる、という考えのもと今後も進めてゆきたいと思う。受益者である次世代に持続可能な医療提供体制を引き継いでゆきたい。

指定講演

演題②「コロナ時代における在宅医療と地域医療の最前線」

佐々木 淳 先生（医療法人社団 悠翔会 理事長・診療部長）



医療法人社団悠翔会は首都圏に17拠点、沖縄に1拠点あり、医師数は約100名で多数の在宅患者に現場対応している。新型コロナウイルスの流行時に求められたのは、かかりつけ医のない若中年層への往診であった。また、通常の訪問診療と新型コロナウイルスに関する診療を同時に行っていく必要があり、そのノウハウが紹介された。新型コロナウイルス感染症を通じて見えてきたのは、急性期在宅医療や格差社会に対する課題と述べられた。

医療法人社団 悠翔会は首都圏に17 拠点、沖縄1拠点あって、医師数は96名（常勤 40名）で6,000名を超える在宅患者に対応している。在宅看取りは年間1,300人ほどで、法人では最大である。主たるフィールドは首都圏になるが、われわれが直面しているのが救急搬送の急増という問題である。年齢層でみると75歳以上の高齢者の搬送が激増していて、それ以外の年齢層は増えていな

い。7割近くが軽症と中等症であり、重症患者は増えていない。世帯の中で支える人がいないから、救急車を呼ぶという実態であろう。特に都市部にこの傾向が顕著であると考えられる。

後期高齢者は入院を繰り返す傾向にある。在宅高齢者の緊急入院は、全体の50%が肺炎と骨折に関係している。要介護高齢者が肺炎で入院すると、3人に一人は入院中に亡くなれる。退院できた方は、入院中に要介護度が二つ下がる。入院による要介護度の悪化は、お金もかかる。肺炎の平均入院医療費は約120万円、骨折は130万円かかってしまう。大腿骨頸部骨折で、リハビリ病院に転院すると、合計400~500万円かかる。お金をかけるなど言いたいのではなく、高齢者にとっては入院がリスクになること、回復力が弱いから衰弱が進んでしまうことを伝えたい。高齢者は入院によって、身体機能、認知機能が低下する。すなわち入院関連機能障害が進行する。

入院中の栄養管理にも問題がある。誤嚥性肺炎のリスクから食事が止められる。最初は仕方ないにしても、2週間経っても食事が止められていることがある。1か月経っても経口栄養摂取は4割しかない。肺炎と闘っているのに、輸液だけではサルコペニアが進行して高齢者は弱ってしまう。

在宅医療と看取り

日本は最期の場所を選べない国である。理由の一つに、加齢による衰弱が生物の宿命であることをきちんと議論してこなかったことが挙げられる。主要な臓器機能は80歳で半減する。どこまでが病気で、どこまでが老化なのか。どこまで積極治療を行うのが、その患者にとって適切なのか、きちんと議論せずにリスク管理ばかり行っている現状があるのではないかと。日本では高齢化に伴って亡くなる方が増えている。増え続ける死亡者を受け入れていたのは医療機関だった。今後はわれわれのような在宅医療で対応していかななくてはならないが、全く追いついていない。看取り難民＝孤独死の現状がある。大阪のある自治体は在宅看取り率が25%だというが、内訳をみると、半数は警察による検案死だったという報告がある。死亡統計による死亡場所は、あくまで死亡場所統計である。最後が孤独死なのか、きちんと看取りをされたのか、日本の現状は厳しい。日本の高齢者は、救急搬送を繰り返し、入退院を繰り返し、病院で最期を迎える。これは誰も望んでいないはずで、現状の医療提供体制が地域住民のニーズに応えられていないからと考えられる。

われわれは、2006年から在宅医療に特化した診療を行っている。患者の多くは複数の慢性的な疾患を持っている。われわれは病気と共に残された時間をいかに有効に過ごすかということを重視し、医療計画を立てている。24時間体制で緊急コールに対応している。われわれが対応している患者からは、年間延べで約28,000件の緊急コールがあるが、これは東京消防庁の後期高齢者の救急搬送件数の約10%に相当する。このうちの約3分の1に緊急往診で対応しているが、この件数は東京都立6病院の救急車受け入れ件数の約3分の1に相当する。在宅医療の緊急往診は確実に救急病院の負担を軽減している。慢性期疾患だけでなく、急性期疾患に治療も行っていることになる。われわれは肺炎と臨床診断したうちの85%は在宅で治療している。なるべく入院させない。入院関連機能障害のリスクを考えると、在宅で治療を継続するリスクの方がむしろ小さいと考え

ている。緩和医療が自宅でできることになると、社会保障費の負担軽減にも有効であろう。

日本全体では8割弱の方が病院で亡くなっているが、われわれが診ている患者の場合は、病院で亡くなる方は28%で、看取り先進国のオランダと同じくらいになっている。高齢者の治療経過は若い人と同じではないので、できるだけ入退院せず、人生の最終段階を自宅で過ごせるようにできれば良い。医学モデルの考え方は、衰弱している心身の機能を最適にケアすることだが、生活モデルでは、最期まで納得できる人生を生き切れるようにすることである。それには、社会関係資本が大事である。

新型コロナウイルスと在宅医療

第1波～第2波の時は、未知のウイルスで地域医療は大混乱だった。発熱患者は診られないこともあったし、要介護高齢者は感染すると死亡するリスクが高いため、いかに感染から守るかを重視して、社会から接触制限をすることになった。自立支援だと言っていたわれわれが、人と人とのつながりを断ち切ることを患者に勧めなくてはならない厳しい時期だった。

第3波～第4波の時は、世界的にワクチンの開発が進み、合理的な治療法が見つかりつつあったが、感染者数が増えたので、第1波、第2波で守り切れていた介護施設でクラスターが多発した。それまで感染者が見つかり入院できていたものが、10人、20人単位で感染者が出てくると入院ができず、保健所との連携の中で、在宅ケアの継続のほか、介護施設内の全数調査、施設内のゾーニングなどを行うようになった。この頃はワクチン接種も終わっていなかったため、感染者の中には重症化して、中には自宅や施設で看取りをしたケースもあった。

第4波の頃から大きく変わったのは、要介護高齢者に優先的にワクチン接種を行ったことで、結果的に、第4波～第5波の時は、在宅医療のクライアントの中で重症化したケースはほとんどなかった。一方で、ワクチン接種を行っていない、地域の若い人たちが感染するケースが多くなり、在宅医が対応を求められるという事態になった。原則自宅隔離という方針が打ち出された7月頃、東京ではとにかく入院ができなかった。第1波～第2波の時には、ほとんどの方が24時間以内に入院できていたのが、第3波～第4波の時は、24時間以内に入院できた方は約7割に減り、第5波の時には約2割にまで落ち込んでいた。

新型コロナ診療で在宅医に求められたのは、とにかくすぐに自宅に行って処置をしてくれということだった。患者の中には食事ができなくなっている方やメンタルが弱っている方もいたので、それには多職種でかかわることになった。在宅医療で対応しきれない部分については、訪問看護や訪問調剤薬局にお願いすることもあった。われわれは都から正式に委託を受けて、都内23区のコロナのバックアップをした。通常はかかりつけ医にお願いするのだが、患者が若いと有する疾患がなく、かかりつけ医がいないため、在宅医療のセーフティネットとして取り組むことになった。実際には、想定より多くのコロナ対応をすることになった。当初、都内8クリニックで医師が20名いたため、各ルート2件までコロナ往診をするとして、1日あたり40件は対応可能とみていた。ところが、実際には往診依頼が特定の地域に偏在していて、3クリニックに1日30件の依頼があったため、この区に存在するクリニックは通常診療が全くできない状況になった。そこ

で、コロナ対応の専従ルートを確保することになった。

対応はかなり個別に求められることもあった。例えば、近所に知られたくないからという理由で、患者宅の前で防護服を着ることができず、中で防護服を着るような場合もあった。402人の在宅コロナ患者の重症度を見てみると、通常であれば中等症以上で入院できるはずだが、東京の場合は重症であっても入院できない状況があった。軽症が34%、中等症Ⅰが25%、在宅酸素が必要な中等症Ⅱが23%、重症患者が18%だった。実際に入院できたのは、本来の入院対象よりずっと少なかった。当時、在宅で使えたのは酸素とステロイドだけだった。軽症の人の6割は消化器系の症状が強く、下痢と嘔吐が目立っていた。3日間食事が全くできていないとなると点滴が必要なので、軽症でも往診することになった。402例のうち、ワクチン接種が2回終わっていた人は一人もいなかった。

新型コロナの医療は「災害医療」の位置づけで対応した。一人でも多くの人に必要最小限でも医療を届けることを重視した。原則オンラインで対応しようという方針の区もあったが、実際往診してみるとオンライン診療は無理だというケースがあった。在宅医療に慣れていない若い患者が多かったので、通常とは異なる環境下での個別対応が必要であった。酸素濃縮器も逼迫していた。酸素の回収から消毒などの一連の流れは、通常通り業者が1か月かけていたのでは間に合わないで、自前で行った。自分たちで回収し消毒して翌日には次のお宅に酸素を届けた。これをしてしないと全く間に合わない状況だった。電話対応も看護師の数人が1日中電話をかけ続ける状態になった。日本語も英語もできない外国人には民間の翻訳を入れながら対応した。ICTを使った情報共有を行った。具体的にはGoogleのスプレッドシートを活用した。クラウドファンディングも実施し、協力していただいた。日頃の協力関係の中で、訪問看護、訪問薬局の力も借りてなんとか地域を守った。新型コロナの在宅医療をまとめると、若年の重症者では肥満、もしくは耐糖能異常が多かった。若いからオンラインで完結できるだろうと考えるのではなく、しっかりと検査をしなくてはならない。中等症Ⅱでも半分は自宅療養だった。402名のケースのうち、1名の方を除き、入院まで、あるいは最後まで在宅で対応することができた。新型コロナ禍で見えてきた課題は、急性期在宅医療のニーズ、社会的弱者にしわ寄せが行く社会格差の問題、高齢者だけでなくさまざまな状況の地域住民のニーズに応える医療提供体制の整備であった。

総合討論

総合討論では、松村正巳実行委員長と小谷和彦副委員長の司会で、各方面からの質問をもとに演者の先生方を交えて議論を深めた。全体を通じて、新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえて、今後の日本の地域医療を支えるキーワードで締めくくられた。一つには、地域における自助や互助である。これらはこれまでのフォーラムでも語られてきたことである。もう一つには、医療従事者・行政・地域住民の垣根を超えて情報を共有し、議論を進めるといった連携である。医療は他者からの要請やニーズによって成り立っている。今後を見極めつつ、キーワードを認識しながらわれわれも変化していくことが重要であると参加者の間で共有された。

永井先生から吉村先生への質問：地域医療構想の中で大学病院はどう位置付けられるか。

吉村先生の答え：大事な視点だが、現時点で厚生労働省や文部科学省は明確にはしていないと思われる。私見として3点述べる。1点目は、地域の医療機関の一つのプレーヤーとしての役割である。具体的には、手術や高度救急について、地域の中でどの程度シェアを占めているのか、あるいは周囲の病院がどの程度の力をつけているのかを情報収集して、大学病院だからすべてをやるのではなくて重点化したものに特化していく必要がある。それ以外は例えば県のがんセンターに任せていくなど、大学病院が中心になって役割分担を進めていく必要がある。2点目は、データの収集と分析である。多くの専門家を有していることを活かすことである。地域医療の再編について、きちんと知見を出していくことになれば、関心の薄い医療者も自分の診療科にも関係するという自覚を持つのではないか。3点目は、大学病院が持っている医師の派遣機能である。現状は、各診療科の医局長や教授が各自の優先順位、観点で医師の配置を行っているが、それをなるべく整えていくこと。具体的には、県をまたいだ医師の配置計画などを見直すなど、県や国の施策の方針に時間をかけて、少しずつ沿って行く必要がある。優先順位として県内の医療をまず充実させるべきではないかなど、都道府県と医師派遣機能を持つ大学病院がもっと議論していくべきである。

永井先生から佐々木先生への質問：かかりつけ医制度を具体的にどのようにイメージしているか。

永井先生から吉村先生への質問：かかりつけ医制度をどう設計したらよいとお考えか。

佐々木先生の答え：かかりつけ医の言葉の定義がまだ共有されていないのではないかな。ある人は、慢性疾患の投薬のために定期的に通院している場合をかかりつけ医と考えるが、違う考え方の人もいる。われわれは、ふだんは在宅医療のみ行っているが、今回はかかりつけ医が誰もいないという住民にワクチン接種を行った。この点は、日本の健康保険制度に課題がある。慢性疾患に罹患してから、その治療のためなら開業医は協力的だが、慢性疾患を地域でどう予防していく

かということになると、この点には報酬がなく、動機づけが乏しい。予防的な健康管理に医師のコミットメントを評価する仕組みが必要である。日本の場合は病名がついて治療が開始されてはじめて点数がつく。英国のように家庭医として訓練を受けた人は日本では非常に少数である。例えば、プレ要介護の人への対応として、地域包括診療料のような形で点数がつき、医療の窓口を持たない若い人も含めて、国民のプライマリヘルスケアの観点で制度を作れたら良いのではないか。

吉村先生の答え：大きな問題である。現在の外来の課題は2点あり、フリーアクセスを国民に対して認めていることと、診療に対して出来高払いであること。これを両方改革していく必要がある。1点目のフリーアクセスについては、個人が指定医療機関を定めて、事前に登録しておくこと。まさにかかりつけ医を持つことである。例えば生活保護法に基づく医療扶助制度では以前から行われていることだが、これを少しずつ拡張していくことも必要かもしれない。諸外国では多かれ少なかれ、フリーアクセスを制限している事が多い。これは国民に与えた権利の制限を伴うので、国民からは一時的に不人気になるだろう。ただこれをやらないと、かかりつけ医制度が作れないと思われる。2点目は出来高払いの改善について、目指すべきは外来の包括払いだと思う。出来高払いを脱して、例えば合併症の管理は難しいが、シンプルに管理できる疾患の場合は包括払いで管理し、かかりつけ医であれば報酬を支払うという仕組みができれば良いのではないか。現在、厚労省で外来医療計画が議論されている。この点は議論しづらいが、進めなくてはならない。

吉村先生から永井先生への質問：地域医療構想における公的医療機関の役割について、コロナ対応を公的医療機関が行っていることに基づいて医療機関の役割を示されたが、実際には、コロナ対応は都道府県によってかなりの差があった。この場合、コロナ対応に消極的である公的医療機関の役割は何なのか。

永井先生の答え：改革は一律にはできず、必要なデータを見ながらの対応となる。もう一つは、緊急時の体制についての法的な整備がなされていなかったという問題がある。それを踏まえた上で、公的医療機関の感染症対策をどうするのかという議論になる。地域で一番対応していただきやすいのは公的医療機関なので、法的整備と併せて改革していく必要があるだろう。

佐々木先生から永井先生への質問：日本の専門医制度には問題があると指摘されたが、現在議論されている総合診療専門医は現状と乖離していないか。医療ニーズの変化に対応していると思われるか。

永井先生の答え：総合診療専門医の育成をする先生方と議論したことがあるが、そうした先生方の間でも随分異なるイメージを持っていた。例えばアメリカの家庭医、あるいは自治医科大学が目指してきた総合医などがある。総合診療専門医は少数精鋭で良いのだという考え方の先生もい

た。色々な考え方があるが、まだ議論が進んでいない印象である。私自身は、日本に適した総合診療専門医を育てるべきで、例えば若い時は何らかの専門領域を持っていたり、一定の年齢に達したら総合診療専門医に参加できるようにするなど、日本の実情に合った仕組みを考えるべきと思う。例えば、各学会が話し合って単位交換をできるようにするなど、日本に合った制度として育てることが重要である。

続いて、実行委員の先生方からそれぞれコメントや質問をいただいた。

前田隆浩先生から吉村先生への質問：地域医療構想、医師の偏在対策、医師の働き方改革、これが三位一体となって動くべきであるというお話をいただいた。まず、地域医療構想は1丁目1番地であると受け取ったが、それでよろしいか。また、都道府県が進めていかななくてはならないとお話されたが、「言うは易し」とおっしゃっていた。われわれのことを考えてみたが、都道府県側には手詰まり感があるように思う。例えば、最も重要な項目である病床機能転換について、急性期を減らして回復期を増やしていくようなことは、なかなか進まない。地域医療構想の真の推進エンジンは何なのか。各都道府県でパーツは揃っているかもしれないが、その組み立て方、進め方、背中への押し方が重要なのではないかと考えている。具体的な進め方を教えていただきたい。もう一つ、回復機能を期待されているものに地域包括ケア病棟がある。在宅復帰支援なども期待されている。回復期病棟は増えないのに、地域包括ケア病棟は増えている。機能は違うし、この整合性はどうとるのか。

吉村先生の答え：重要性と緊急性の二つの軸でこの三つは順番が変わると思う。重要性では、地域医療構想が間違いなく一番である。これは今行わないと、20年後、30年後に行き詰まってしまう。一方で緊急性では、働き方改革が一番である。これをしないと、医療が止まってしまう。地域医療構想は進めたいのだが、推進エンジンは何か。これはだれが受益者かを考えると、未来世代つまり生まれていない人たちである。この世代にフィットするものに変えなくてはならないが、現役世代からみれば利益が失われる部分もあるので、これをどう説得するか重要である。現役世代の利益を最大化するのであれば、変化させない方がいいことになる。例えば知事など行政トップから動かすのが一つのパターンだが、果たして県民にどう説明するか、納得していただくかを考えると、やはり難しい点もある。未来世代に対して、誰が責任を持って政策を発言するのかが大きな問いだと思っている。少し俯瞰すると未来世代に利益を与えようという考えの幹部がいる都道府県は進めている。志が高く、支持率が高い知事、副知事、部長級がいると突破できる可能性がある。病床機能転換については、現時点では救急医療に焦点を当てて再構築している。具体的には、全身麻酔を伴う手術の集約と救急車を取ってゆく医療機関が急性期医療機関と考える。この受け入れができる医療機関がなくなってしまうと成り立たない。この2点において資源を確保してから、回復期、慢性期、在宅、外来などを順に整えていくのがいいのではないかと追加で、都道府県医師会の存在も重要である。病院協会の都道府県支部、この充実度が都道府県に

よって異なる。プレーヤーを一つ一つ挙げていって、どう参加していただくか、グランドデザイン（全体像）を描く必要がある。この戦略を練るのは都道府県の仕事だと思っている。

鎌村好孝先生から吉村先生への質問：新型コロナの入院受け入れについては、徳島県では民間ではなく12の公的医療機関で対応している。併せて、宿泊療養、自宅健康観察においては、県医師会や民間医療機関の先生方、県の看護協会にも協力いただいている。地域医療構想調整会議自体はしばらく開催できていない。しかし、コロナ対応では高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療を含め、シームレスに行われなければならないので、こういった体制構築の中で、地域包括ケアの中で、多職種での連携が行われている。勿論まだ十分ではないので、ますます関係者間での情報共有、連携が必要と思っている。そこで、コロナ禍での都道府県の地域医療構想を進める上で、留意すべき点は何か。

吉村先生の答え：地域医療構想調整会議の進め方について、ポイントが3点ある。① 徹底的にデジタルトランスフォーメーションをやること。未だにオンライン会議をできていない所もあるが、少なくともオンライン会議に対応すべき。② コロナ禍における地域医療構想は、丁寧な説明をしながらも前進する必要がある。問題を先送りしても、未来世代が困るだけである。③ 地域医療構想調整会議に診療現場の人をいれてほしい。各組織のトップの人だけではなくて、現場で何が起きているか、具体的に何を困っているかを吸い上げる機会が必要である。

中村伸一先生より佐々木先生への質問：二つのキーワードについて伺いたい。急性期在宅医療と在宅入院についてである。急性期在宅医療について、私がこれまで在宅医療で想定していたのは慢性期、あるいは終末期だった。そのため、患者に起こることをある程度予測し動くことができた。しかし急性期の場合は、基礎疾患のない若い患者も含まれるため、想定外のことも起こりうる。現場の医療者はすぐに対応できるのか。順応できない人にはどうケアしているのか。在宅入院については、従来の診療報酬に枠がない。医療者であり経営者である先生に、診療報酬の現状はどのようなになっているのかご教示をお願いしたい。

佐々木先生の答え：われわれの元に在宅医療をやりたくて集まってくる医師の多くは、急性期医療より病気や障害と共に残された時間をより良く生きるという、患者の価値観を大事にする医療に関心を持つ人が多い。急性期は治癒を目的にしているので、役割はかなり異なってくる。しかし実際には、高齢者の急性増悪に対する対処などは、在宅医療の枠の中でやっているもので、従来から行ってきたことの延長線上にはある。なじみがないことだからやらないのではなく、新しいことにチャレンジしたい人の方が多かった。ただ、中には抵抗がある人もいたので、その方については、チームの中の役割分担で、例えば電話フォローや、薬局や訪問看護の連携業務にあたる人、往診に行く人などのように、皆なんらかの形でコミットしつつ、無理に参加することがないように工夫している。

在宅入院はすぐに認められそうにない。その代わり、暫定的に打ち出されたのが、診療報酬の加算である。新型コロナに関しては、通常の緊急往診加算に加えて、救急医療管理加算のような形で950点足していいいことになっていたが、さらに3倍になって、2,950点足していいいことになった。従って、コロナの患者の往診では、1回の診療で5万円の収入がある。だからお金が理由で行かないことにはならない。ただし、すぐには入院できないという状況下にあって大事なものは、往診に行くということだけではない。その後に医療計画を立てて、トリアージをして入院させるのかどうか、入院できないのであれば自宅でいかに安全に管理できるか。フォローアップでコストはかかってくる。この点については、訪問看護に加算がつくので、多職種が連携して組み合わせれば、持ち出しがなく対応できつつある。ただ将来的には、在宅療養1日あたりいくらというように報酬がついた方が管理しやすい。

参加者からの事前質問：続いて小谷先生から、フォーラム参加者から事前にいただいた質問を整理して、先生方に問うた。医療を含めた地域づくりにはたくさんのプレーヤーがかかわってくる。総合医の役割についてメッセージをいただきたい。また市民の役割として、今後できることは何か。

吉村先生の答え：専門医が自分の診療科領域しか診ないのは望ましくない。コロナ禍において医療の需要にも変化があった。何科の医師であれ、専門を理由に後ずさりをしていては、この国難に対応できない。柔軟性が必要である。自分の専門医に加えて、総合医資格持つ医師が出てきてもいいのではないか。新しい専門医制度の中では、診療科別、地域別に計画配置を行っている状況にある。総合診療の定員を広げて、各地域の中にそれを配分することは一案である。市民の方は上手に医療を受けることを学ぶチャンスである。コロナ禍とはいえ一切医療にかからないというのは短絡的である。とはいえ、困ったら毎日でも病院に行くというのも適切でない。かかりつけ医と話して必要な医療を見極めることが大事である。家族の中で、学校職場の中で上手な医療のかかり方の議論が進むと良い。

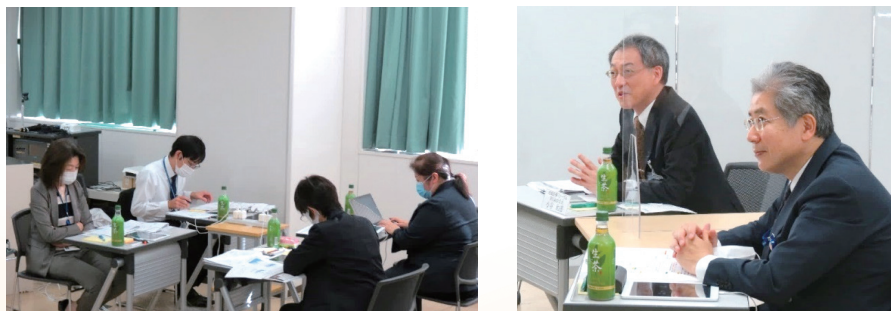
佐々木先生の答え：総合医の前に、医療ニーズの正確な把握が必要である。医療ニーズと思われるものの何割かは、本来は医療ニーズではないと思われる。社会の中でカバーできるものがないから、医療で対応しているものがある。健康とか病気に関するものを自分でマネジメントせず、病院に行ってしまう。病院に行けばなんとかしてくれると思っているのは良くない。あくまで管理するのは自分である。怪しい情報に惑わされずに、かかりつけ医の先生と相談することである。SNSなどで間違った情報がたくさん出回っている。きちんとした医療情報を伝えてくれる存在が大事である。真のニーズは、地域で、プライマリケアで、ほとんど対応できる。領域別ではなく、一人の総合医に納得して相談できることが大事である。住民に近い場で、プライマリケア医が対応できるような地域づくりが必要だろう。

松村実行委員長のコメント：ご講演いただいた先生方のお話には、それぞれ関連したキーワードがあった。コロナ禍に限らず、今後の日本の医療のために、われわれが進めていかなくてはならない課題がある。過去5年間の地域医療フォーラムで出された課題を見直してみると、毎年出てくる共通のキーワードがある（図）。まず、マインドとしての自助や互助の概念や、各々の垣根を超えること。情報共有を進めること。協議の場を設けつつ、効率よく必要な情報を共有して議論を進めること。永井先生が示された活私開公の立場で、自分のキャリアを考えること。医療は他者からの要請、需要によって成り立っている。今と将来の需要を見極めないと課題には応えられないだろう。

永井先生からのコメント：一人一人が利害を考えると話はまとまらない。立場は異なっても、それぞれの仕事を尊重することである。そのうえで情報を共有し、データを分析すること。現在、新しい時代の新しい医療システムを作ろうとしている。新しい制度を作っていくのであれば、立場を超えて共通の目標に向かう気概が必要だろう。特に医療を受ける人たちの意見と、社会の持続性がキーワードになるだろう。それに合わせて、教育も人材育成も変わっていく。



図：2017年からの地域医療フォーラムにおける共通のキーワード



本報告書は、2021年10月10日時点でのコロナの感染状況のもとで実施された内容に基づきます。

演題「ウィズコロナ時代の医療と医学」
永井 良三 先生（自治医科大学 学長）

地域医療フォーラム 令和3年10月10日

ウィズコロナ時代の医療と医学

自治医科大学 学長
永井良三

1

新型コロナウイルスパンデミックで出てきた 医学・医療上の課題

- 1 感染症研究
基礎研究、病態研究
- 2 開発研究
- 3 データ革命への対応
- 4 評価科学(有効性、有害作用の検証)
- 5 保健医療体制の課題
- 6 医学教育
- 7 科学技術外交

コロナ禍で加速された社会・医学・医療上の課題

- 1 少子高齢化と低経済成長
- 2 SDGs
持続性のある社会と社会保障制度
格差社会への対応
- 3 データ革命への遅れ
- 4 科学技術力の低下

求められる教育

- ・社会変動の中で、自らの能力と個性を生かしつつ、自律的に判断し、社会に貢献する人材
- ・専門性と総合性
- ・共感力の育成
- ・自己犠牲でなく、「活私開公」

2

医療のあり方の見直し

背景

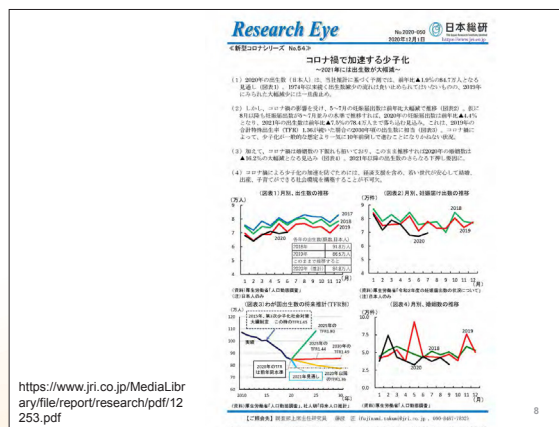
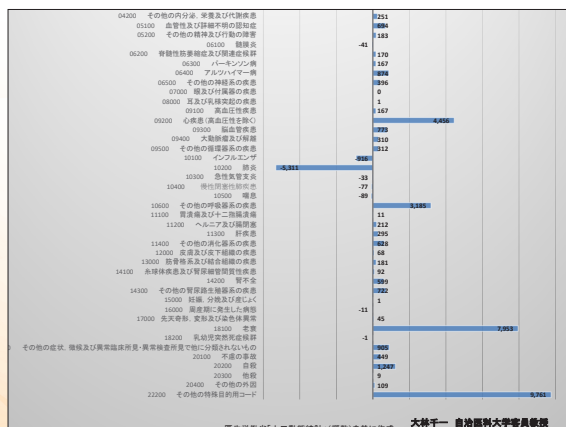
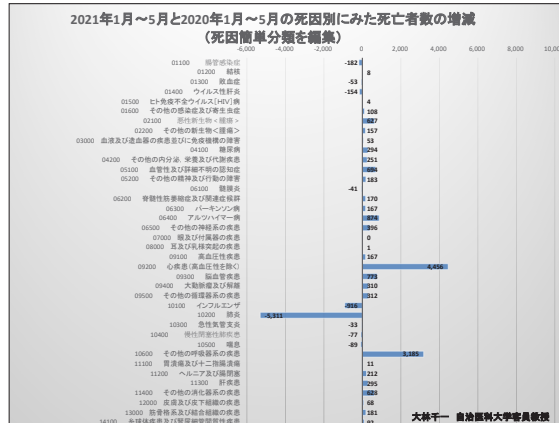
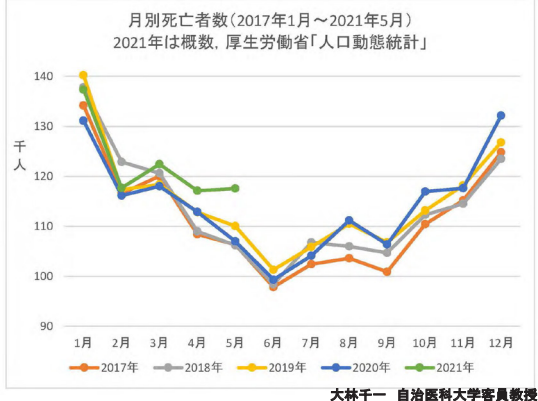
少子高齢化、低経済成長(財政難、膨大な赤字国債)

日本の医療の特質

鶴翼の陣形 アクセス、コスト、質の三者共存 地域医療構想

「治す医療」から「治し支える医療」へ

→病院医療と在宅医療の相互理解と連携
→在宅医療は、専門医の総合医化の機能も果たす

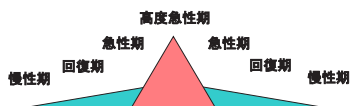


医療資源の配分

日本の医療提供体制(平時)



非常時に期待される体制



9

医療のあり方の見直し

背景

少子高齢化、低経済成長(財政難、膨大な赤字国債)

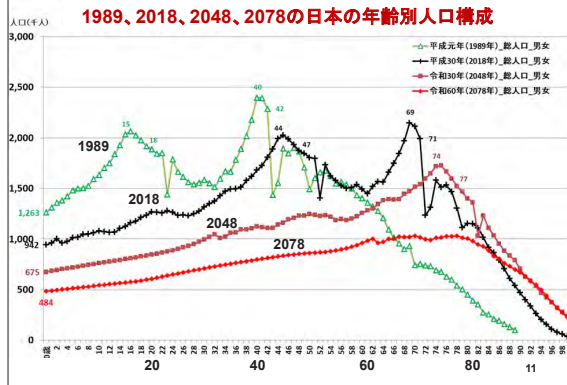
日本の医療の特質

鶴翼の陣形 アクセス、コスト、質の三者共存
地域医療構想

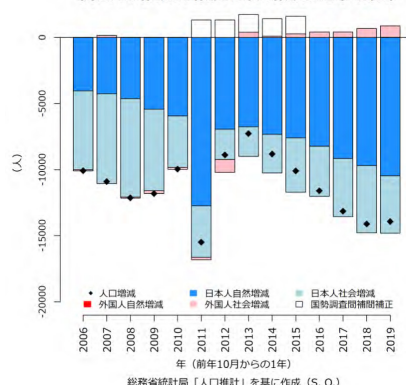
「治す医療」から「治し支える医療」へ

→病院医療と在宅医療の相互理解と連携
→在宅医療は、専門医の総合医化の機能も果たす¹⁰

1989、2018、2048、2078の日本の年齢別人口構成

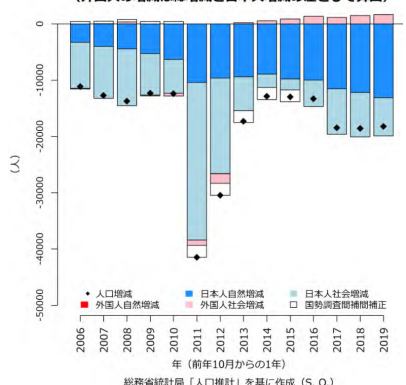


岩手県における各年の人口増減とその要因 (外国人の増減は総増減と日本人増減の差として算出)



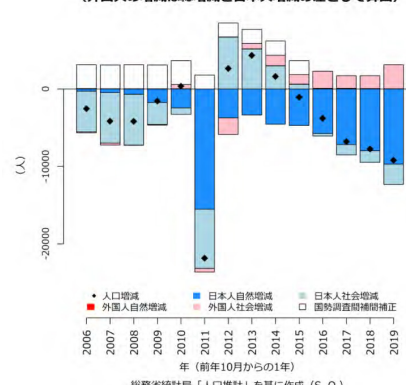
12

福島県における各年の人口増減とその要因 (外国人の増減は総増減と日本人増減の差として算出)



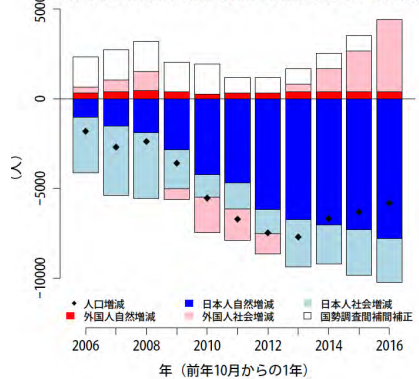
13

宮城県における各年の人口増減とその要因 (外国人の増減は総増減と日本人増減の差として算出)



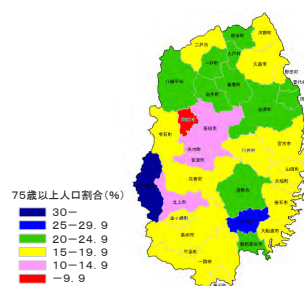
14

群馬県における各年の人口増減とその要因 (外国人の増減は総増減と日本人増減の差として算出)



15

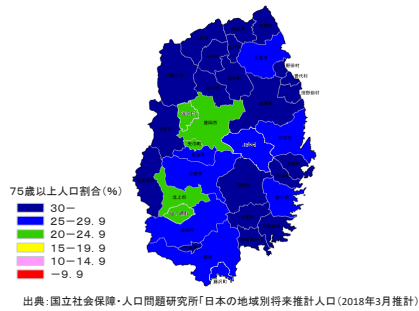
図：市区町村別75歳以上人口比率(岩手県：2015年)



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018年3月推計)」

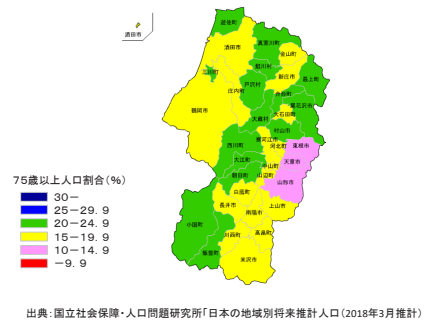
16

図：市区町村別75歳以上人口比率(岩手県：2045年)



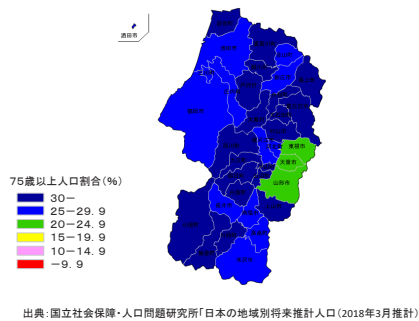
17

図：市区町村別75歳以上人口比率(山形県：2015年)



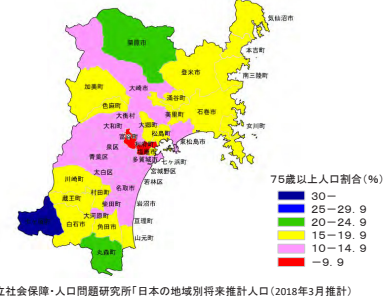
18

図：市区町村別75歳以上人口比率(山形県：2045年)



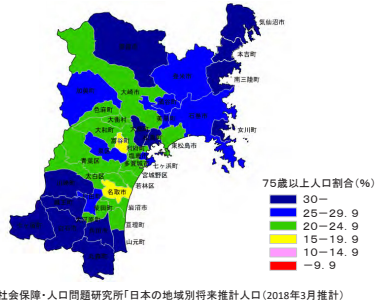
19

図：市区町村別75歳以上人口比率(宮城県：2015年)



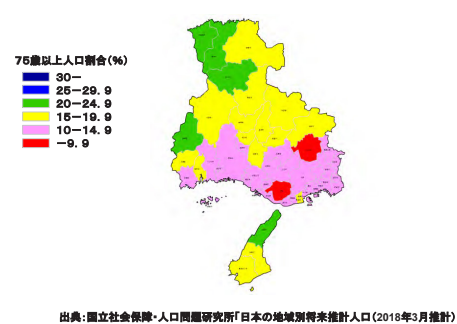
20

図：市区町村別75歳以上人口比率(宮城県：2045年)



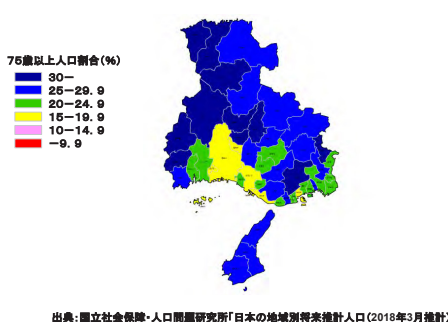
21

図：市区町村別75歳以上人口比率(兵庫県：2015年)



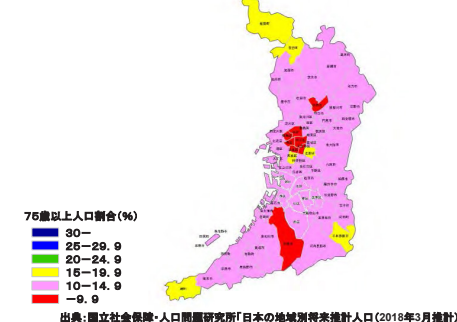
22

図：市区町村別75歳以上人口比率(兵庫県：2045年)



23

図：市区町村別75歳以上人口比率(大阪府：2015年)



24

75歳以上人口割合 (%)

- 30—
- 25—29.9
- 20—24.9
- 15—19.9
- 10—14.9
- 9.9

25

26

75歳以上人口割合 (%)

- 30—
- 25—29.9
- 20—24.9
- 15—19.9
- 10—14.9
- 9.9

27

◆2000年から2015年の15年間で、地方（東京圏以外）の若者人口（15～29歳）は、約3割（532万人）の大幅な減少。



出典：厚生労働省「人口動態統計」よりまち・ひと・しごと創生本部事務局にて作成

28

国名	平均在院 日数*	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	28.2 (16.2)	13. 1	18. 5	2. 4	86. 5	11. 3
ドイツ	8.9 (7.5)	8. 0	53. 1	4. 3	161. 6	12. 9
フランス	9.9 (5.6)	6. 0	52. 8	3. 2	175. 3	10. 5
イギリス	6.9 (5.9)	2. 5	110. 8	2. 8	308. 5	7. 8
アメリカ	6.1 (5.5)	2. 8	93. 5	2. 6	419. 9	11. 7

30

	推計額 (億円)	構成割合 (%)
国民医療費	433 949	100.0
公費	165 497	38.1
国庫	109 585	25.3
地方	55 912	12.9
保険料	214 279	49.4
事業主	92 023	21.2
被保険者	122 257	28.2
その他	54 173	12.5
患者負担	51 267	11.8

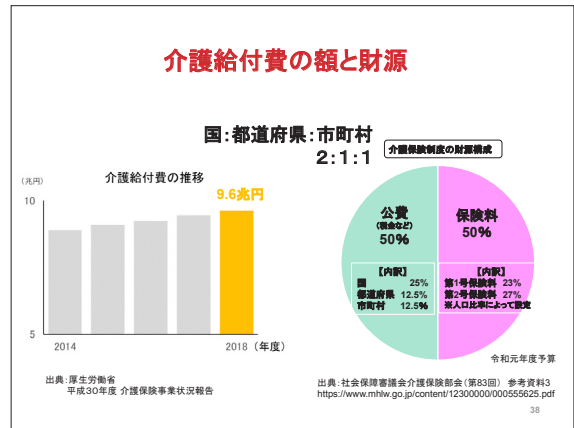
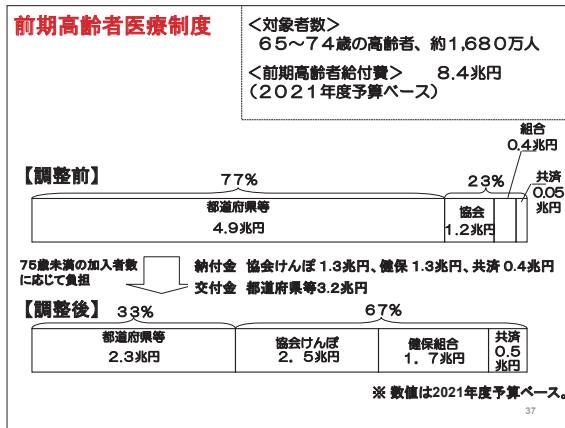
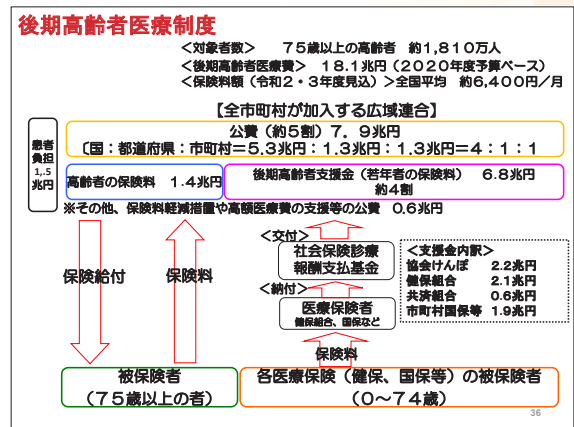
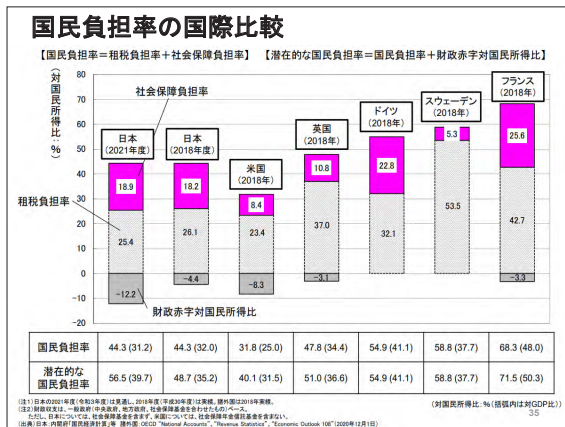
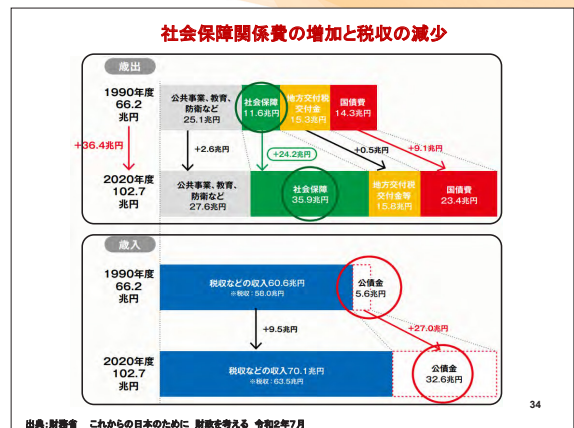
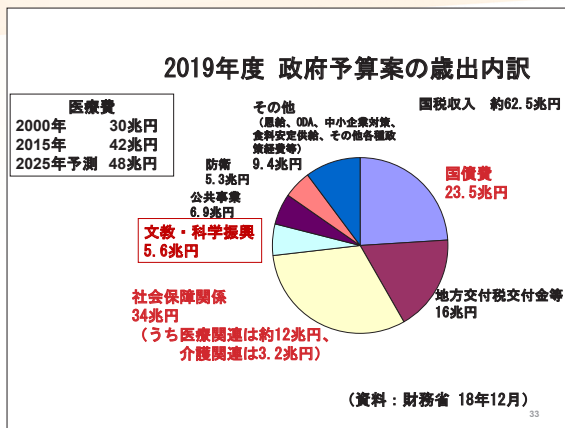
31

Figure 1 is a stacked bar chart titled 'Figure 1: Stacked bar chart showing the composition of medical expenses by insurance type (Social Insurance, Private Insurance, Out-of-Pocket) from 2016 to 2021'. The Y-axis represents 'Medical Expenses' in 10,000 Yuan, ranging from 0 to 140. The X-axis represents 'Year', ranging from 2016 to 2021. The legend indicates three categories: Social Insurance (blue), Private Insurance (green), and Out-of-Pocket (red/white striped). The chart shows a significant increase in total medical expenses over the period, with Social Insurance and Private Insurance contributing the majority of the costs. Out-of-Pocket expenses remain a smaller but growing portion of the total.

Year	Social Insurance (10,000 Yuan)	Private Insurance (10,000 Yuan)	Out-of-Pocket (10,000 Yuan)	Total (10,000 Yuan)
2016	22.7	3.2	2.8	28.7
2017	12.3	3.8	2.2	18.3
2018	9.2	3.6	2.2	15.0
2019	7.2	3.6	1.8	12.6
2020	7.4	11.8	9.4	28.6
2021	11.0	25.9	11.0	47.9
2022	12.3	25.9	12.3	50.5
2023	13.3	32.4	17.2	62.9
2024	12.9	36.8	17.2	66.9
2025	14.9	38.1	17.2	70.2
2026	21.8	36.0	17.2	75.0
2027	36.0	30.3	17.2	83.5
2028	45.4	23.3	17.2	85.9
2029	61.9	18.3	17.2	97.4
2030	77.7	13.9	17.2	108.8
2031	92.3	14.3	17.2	123.8
2032	103.1	14.6	17.2	134.9
2033	109.3	13.2	17.2	140.7
2034	116.7	12.5	17.2	146.4
2035	117.1	12.0	17.2	146.3

(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
2. 自己負担は、医療保険額における自己負担である。
3. 予算額(国)は670~74歳(の患者負担増減分)は自己負担に含まれている。
4. 1人当たりの保険料は、医療費(市町村負担)は等しく、国民健康保険料(専業主婦を含む)は、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
5. 医療保険の保険料は医療保険費(医療費と自己負担)と、国民健康保険料(専業主婦を含む)と、高齢者介護費(介護度別介護費と保険料)で割ったものである。

32



骨太の方針 2019

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的な対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的な対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中に対応方針の見直しを求める。

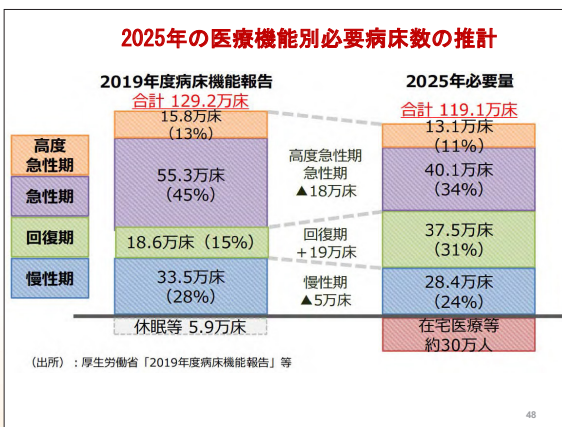
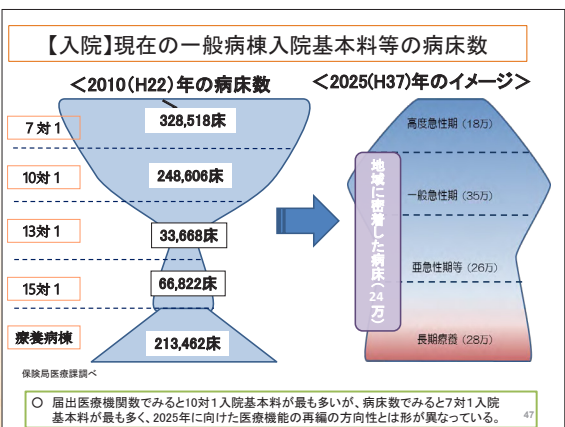
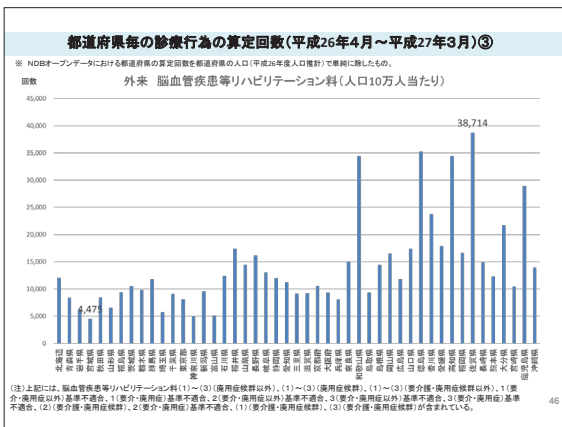
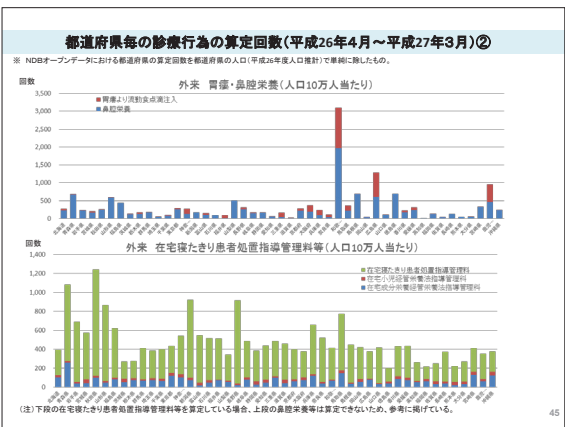
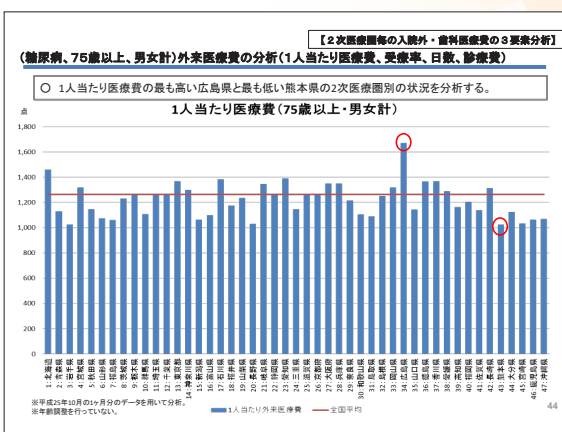
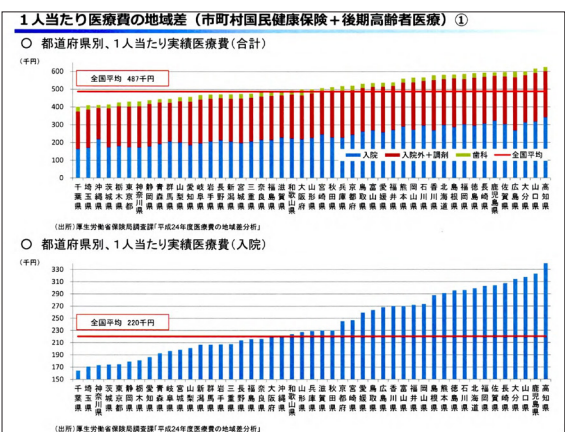
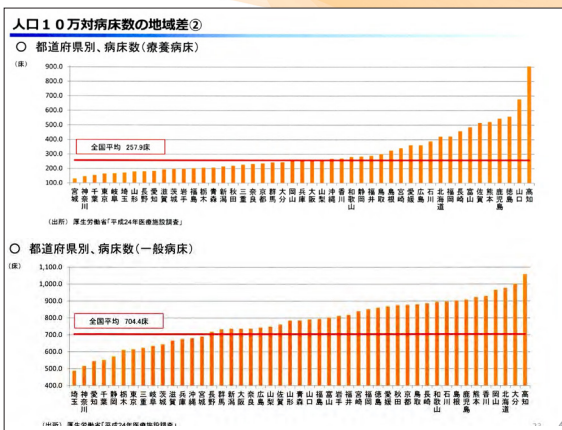
地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。

骨太の方針 2019

病院と診療所の機能分化・連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、医療機関へのかかり方への啓発を行う。高額医療機器の効率的な配置に係る方針を都道府県の医療計画において盛り込むとともに、配置状況の地域差縮減に向けて共同利用の向上等を図る。

(iii) 保険者機能の強化
一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行う。インセンティブの評価指標(例えば、糖尿病等の重症化予防事業)について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取組む保険者を重点的に評価する。

都道府県の標準化国保保険料					
順位	都道府県	標準化保険料算定額（年額）	順位	都道府県	標準化保険料算定額（年額）
1	埼玉県	102,533円	34	和歌山県	131,176円
2	神奈川県	103,669円	35	高知県	132,508円
3	愛知県	106,055円	36	長崎県	133,414円
4	東京都	107,388円	37	大阪府	134,219円
5	茨城県	108,861円	38	愛媛県	134,889円
6	千葉県	110,937円	39	青森県	134,932円
7	群馬県	113,813円	40	島根県	135,514円
8	静岡県	113,860円	41	宮崎県	138,231円
9	長野県	114,052円	42	山口県	138,807円
10	岩手県	114,921円	43	熊本県	139,049円
11	富山県	116,009円	44	大分県	141,562円
12	福島県	116,103円	45	山形県	142,577円
13	栃木県	117,011円	46	佐賀県	143,079円
	全国平均	117,195円	47	徳島県	145,629円



近年登場した高額医薬品

銘柄	収載年月	効能・効果	費用
オブジーボ点滴静注	2014.9	非小細胞肺癌 等	約3,500万円 (1年間の場合)
ハーボニー配合錠	2015.8	C型肝炎肝炎 等	約670万円 (12週間)
ステミラック注	2019.2	腎臓損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	2019.5	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,350万円 (1回投与)
ゾルゲンスマ点滴静注	2020.5	腎臓性筋萎縮症	約1億6,710万円 (1回投与)

(注) 費用は新規収載時のもの。

令和元年9.27 朝日総合3面



医療問題の日本人的特徴

快刀乱麻の解決策はない！

米国：市場原理。しかし救急は断らない

西欧・北欧

国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心。
救急は断らない。政府の強制力による改革

日本

アクセス、質、コストの鼎立をめざす

民間主体の医療提供、公的に医療費支払い

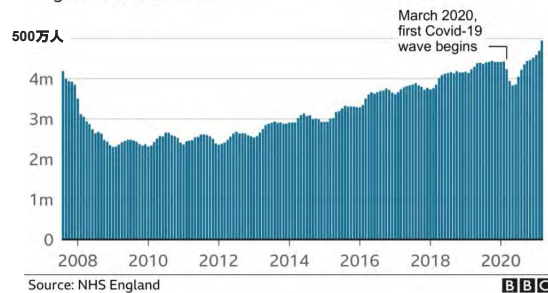
医師が医療法人を設立し、病院等を私的所有で整備、
国や自治体などの公立の医療施設は全体の14%、
病床で22%

互いの立場を尊重し、協議で打開

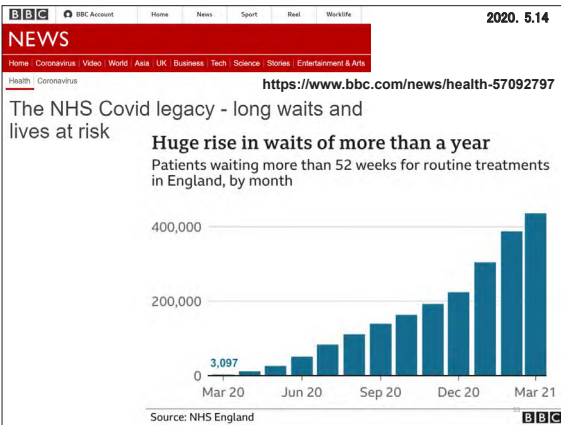
51

Record numbers waiting for treatment

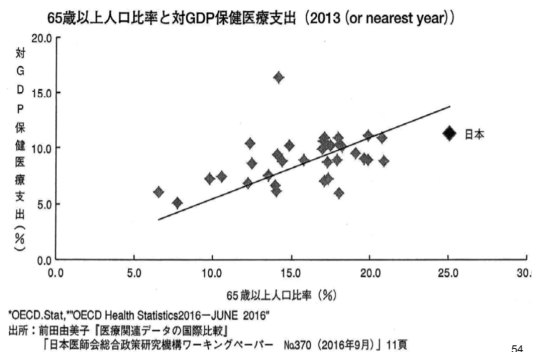
Total waiting for routine operations & procedures in England, Aug 2007 to Mar 2021



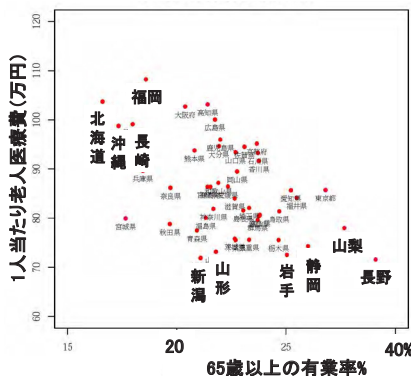
2020. 5.14



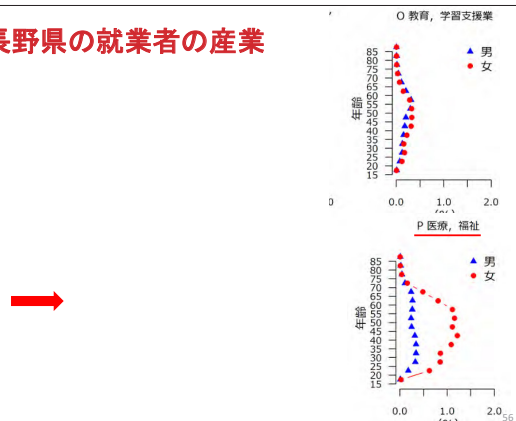
日本医師会医療政策会議 社会保障と国民経済 2018



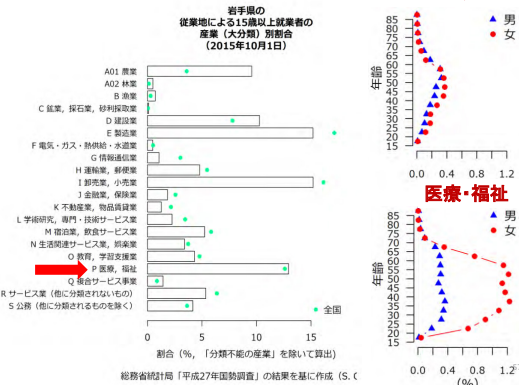
65歳以上の有業率が高い県は、1人当たり老人医療費が低い(2007年)



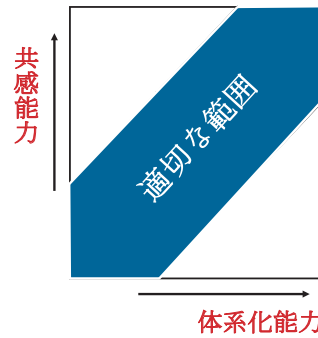
長野県の就業者の産業



岩手県における業種別就業者数



共感能力と体系化能力をバランスよく身につける



58

朝日新聞

朝日新聞 DIGITAL

トップ 社会 経済 政治 国際 スポーツ オピニオン IT・科学 文化・芸能

朝日新聞デジタル > 国際 > 朝日地球会議2021 > 記事

大学が格差を増幅、悪影響は勝者にも マイケル・サンデル教授の警告

有料会員記事

聞き手 ニューヨーク＝中井大助 2021年9月16日 11時00分 コメント3件

シェア ツイート フォロワー スクラップ メール 印刷

世界各国で格差が広がっている。原因はなにか、解消するにはどのような対策が必要なのか。近著の「実力も運のうち 能力主義は正義か？」が日本でもベストセラーとなった、米ハーバード大のマイケル・サンデル教授に聞いた。

朝日地球会議2021への参
加者：山田孝之、中井大助

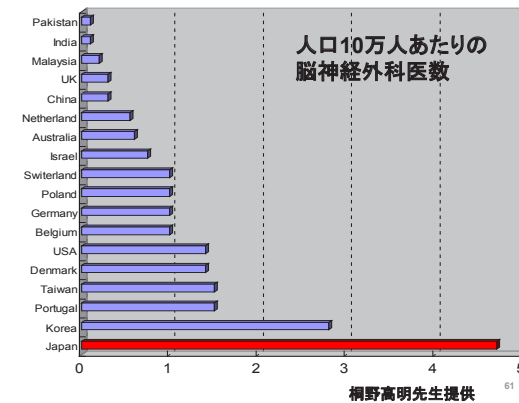
https://digital.asahi.com/articles/ASP924517P82ULFA021.html?ref=mor_mail_topix1

「教育は長く、『平等』につながるとされてきました。恵まれない家庭の人でも、努力すれば上昇することができるということが前提でした。ですが、実際には裕福な家庭の子どもが大学入試で有利という傾向は明らかです。現在の大学はむしろ、格差を増幅させています。格差解消のためには『大学に引きなさい』というだけでなく、対策を考え直す必要があります」

・「親として、自分の子どもがよい機会を得られるようにするのは、自然です。しかし、社会全体として大学の役割を下げようとするべきです。これは、様々な仕事の尊厳を改めて認識し、その大切さを考えることが出発点になると思います。私たちの社会は、学位を必要としない仕事に、十分な敬意を払ってきませんでした」

・「人工知能やロボットの進化で、大学を出ていない人の仕事が減るという心配もあります。しかし、どのようなテクノロジーに投資するのは、選択です。重視する分野として仕事を奪う技術を選ぶのか、仕事の生産性を上げる技術を選ぶのか、社会が問われています。これは、IT企業が集まるシリコンバレーの人たちに委ねるべき決定ではありません。社会全体に関わることであり、公的な課題として取り組むべきです」

https://digital.asahi.com/articles/ASP924517P82ULFA021.html?ref=mor_mail_topix1



外科医数と手術症例数

胸部外科				脳外科				
医師数		手術症例数		医師数		手術症例数		
全体	10万人当	全体	1医師当	全体	10万人当	全体	1医師当	
米	4737	1.6	26.6万	56.1	3500	1.2	217.1万	620.3
日	5745	4.5	10.5万	18.2	6880	5.4	19.1万	27.8

田林暁一先生提供 62

米国における医師補助士の活躍

コロンビア大学メディカルセンター心臓外科（成人）

外科医： 6人 フェロー： 5人

医師補助士（PA）： 30人以上

年間症例数： 1500例

手術日： 毎日 専用手術室： 3-5人

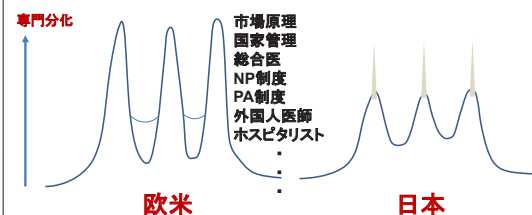
心臓外科ICUベッド：21床

心臓外科一般床： 30床以上



63

欧米と日本の専門分化



64

指定研修機関を指定する際の特定行為区分と区分に含まれる行為のイメージ	
※研修機関は、下記の特定行為区分を研修の最小単位として指定する。 ※特定行為の内容については、法令に基づき、医道審議会において検討した上で決定することとしており、以下の全てが特定行為に含まれることが決定しているわけではない。	
特定行為区分 (研修の最小単位)	特定行為区分に含まれる行為
呼吸器関連（気道確保に係る行為）	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節 経口・経鼻気管挿管の実施 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管
呼吸器関連（人工呼吸療法に係る行為）	人工呼吸器モードの設定条件の変更 人工呼吸管理下の鎮静管理 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施 NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）モード設定条件の変更 気管カニューレの交換
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血 桡骨動脈ラインの確保

欧米の専門医制度

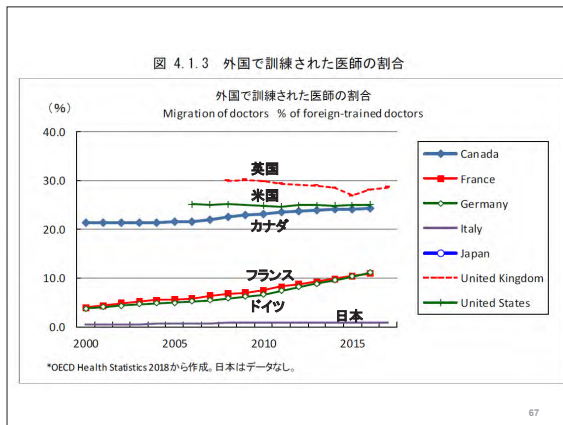
米国

州毎に定数。定員は市場原理で決まる
専門医を取得していないと、標榜できない
→保険会社と契約できない(診療できない)
ダブルボード可能なプログラムはあるが、
多くの専門医は引退

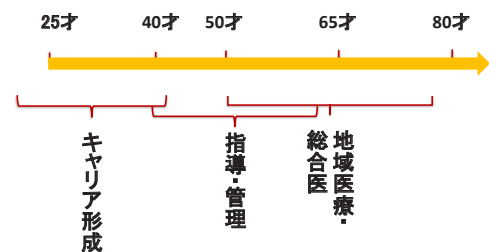
イギリス

専門医にならないと常勤医になれない
政府が専門医数を、NHSが上級医(コンサルタントと呼ばれる常勤医)のポスト数を地域毎に決定
専門医試験の競争率は数十倍
総合医が専門医資格を有することは可能
メスを置いた外科医は引退か外来医

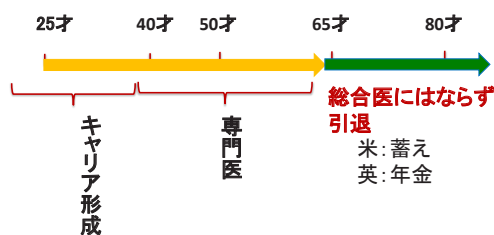
・欧米は海外から医師を導入:旧植民地、EU内、アジア諸国
・専門医から総合医への転身は少ない



日本の医師の一生

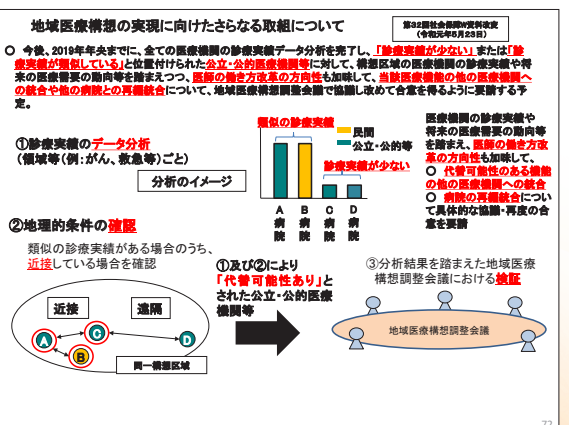
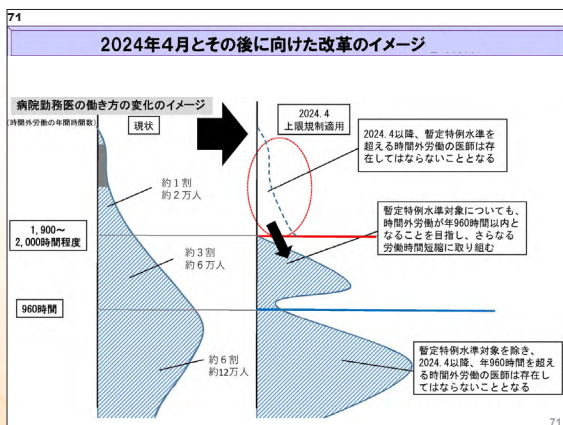


欧米の医師の一生



日本の病院勤務医の勤務時間

病院勤務医の通勤勤務時間の区別割合、医師の年間就業日数



米国のイノベーションエコシステム

米国では無形資産の特徴をうまく捉えたエコシステムが構築されている。大学発ベンチャーが多額の資金調達をもとにした研究開発で無形資産の価値を高め、更なる投資

エコシステム

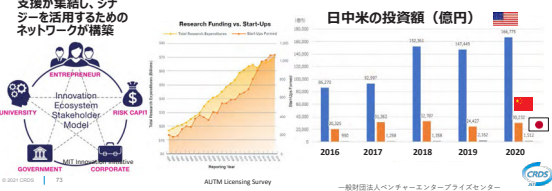
- ライフサイエンスの米国3大クラスターはボストン、ベイエリア（サンフランシスコ、パロアルト近郊）、サンディエゴ
- 世界トップレベルの大学、投資家、リスクキャピタル（VC）、大手製薬企業、政府からの支援が集結し、シナジーを活用するためのネットワークが構築

大学発ベンチャー

- 研究ファンドの増額に応じて大学発ベンチャーの設立数も増加
- 2019年には1,040社の大学発ベンチャーが設立

ベンチャー投資

- 米国ではベンチャー投資額が急激に増加、2020年には約17兆円に上る。
- うちバイオ分野への投資額は米国では361億ドル、日本では388億円で 日米の投資額には100倍の差

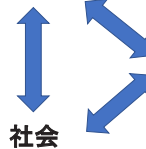


社会のデータを用いる研究の課題

研究費、データ収集、ヒト試料収集
研究の自由と国の規制の対立
データ至上主義の危うさ
AIにも倫理

市民には、自律的に生きるための合理性の保証として学術の成果を利用する権利があり、国はこれを保障する責任がある。
Hans-Heinrich Trute, 1994.

科学技術者



市民

「市民が研究成果を思想、信条、政治行動の判断資料として享受する権利」に貢献して初めて、学問の自由が保障される

グローバル公共哲学

総合医の役割

医療は「社会的共通資本」

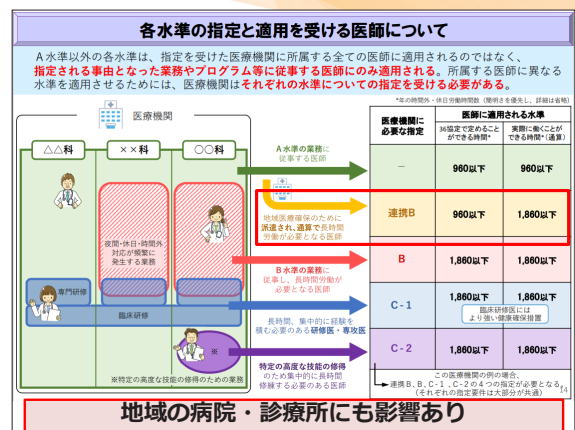
個人一人一人が「ローカリティ」に根ざしながら、グローバルかつローカルな公共的諸問題を考える。

山脇直司

個人的・経済的利益追求よりも、他者との精神的つながりを重視。無縁社会ではなく、他者への慈しみや集団への献身の精神を重視 今泉礼右

公共と「活私開公」（金泰昌）

「公共」とは「公」と「私」が、互いに益となるように媒介するための仕組み・活動。活私開公はその実践戦略。一般市民の対話・共働の実践活動に寄託



地域医療構想の必要性「その2」 ～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～

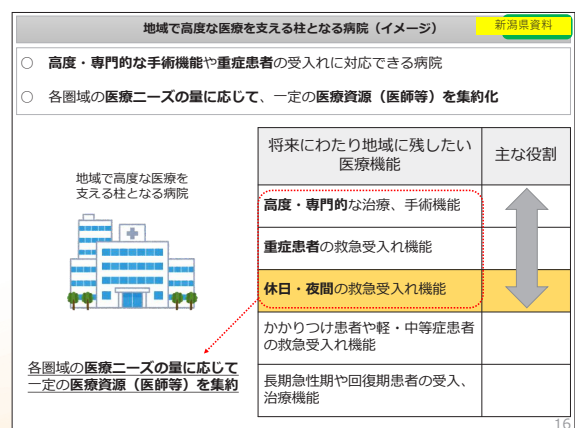
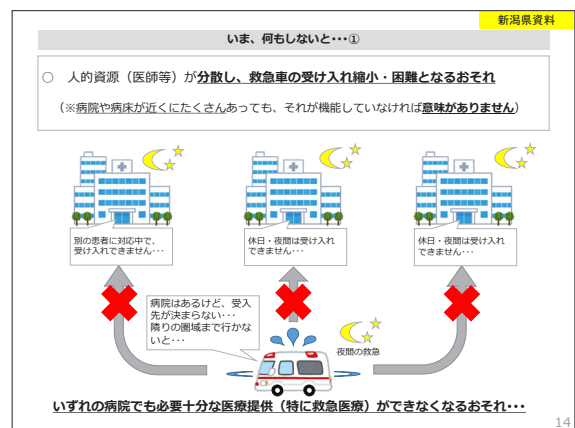
- 後期高齢者の増加に伴い、大きく増える疾患（肺炎、骨折等）
- 75歳未満の減少に伴い、増えない疾患
- それぞれ2つの「入院医療ニーズの変化」に対応する必要

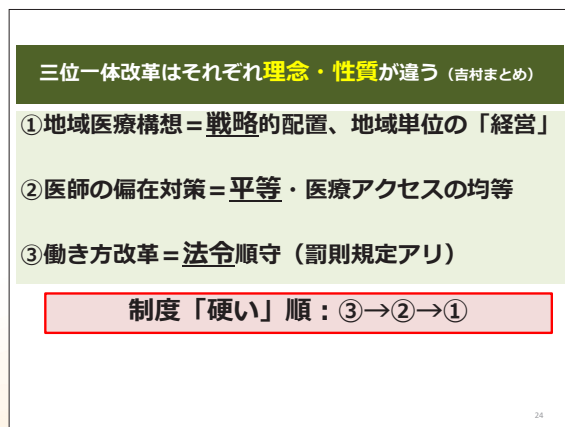
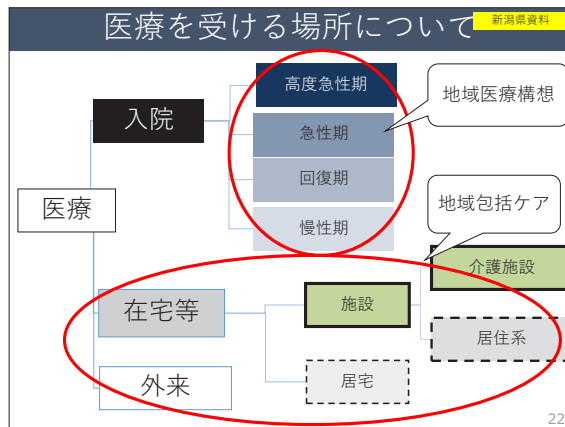
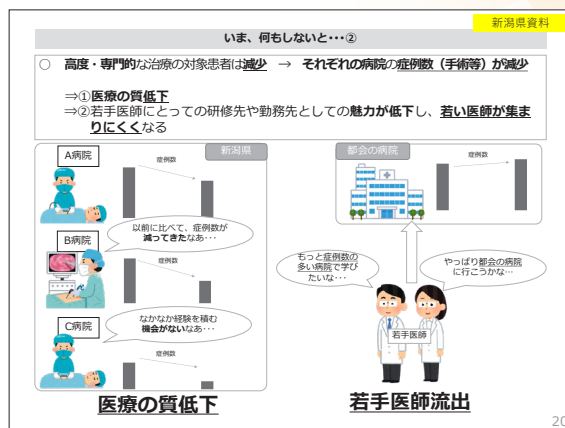
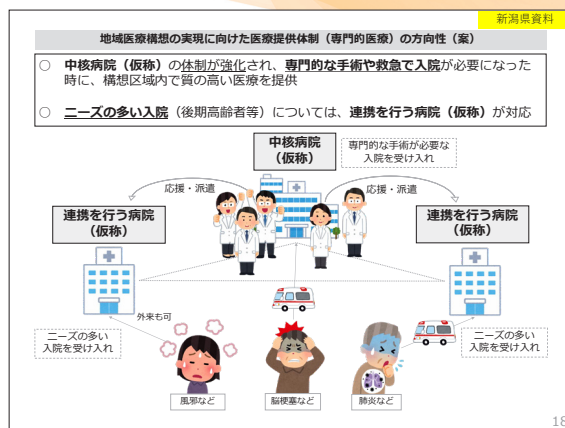
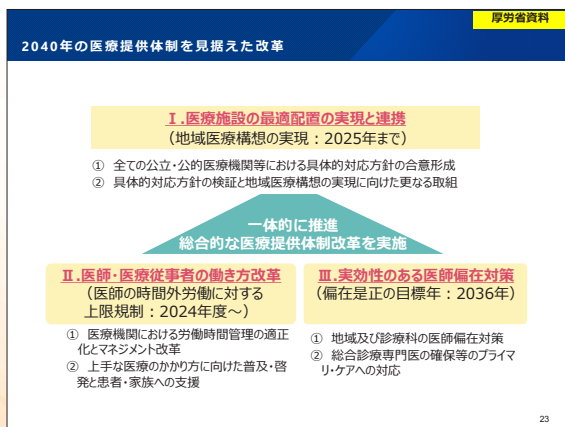
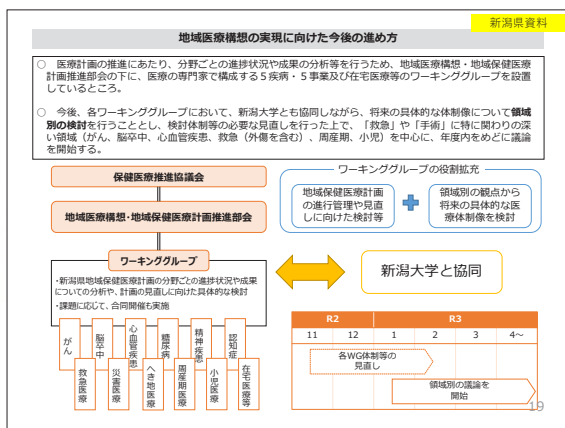
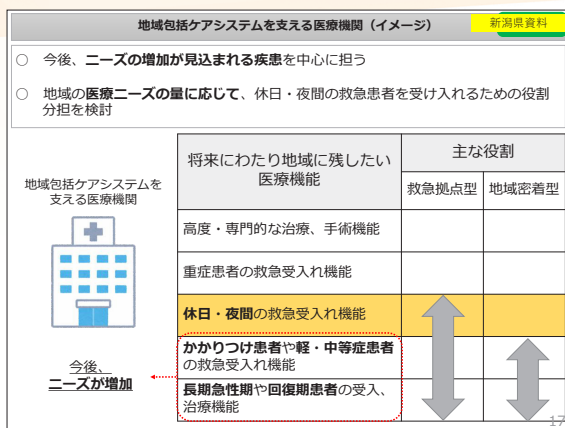
疾患別の一般病床入院患者数の増減率
(2015年を100とした場合)

Year	Pneumonia (肺炎等) (%)	Cancer (がん) (%)
2015	100	100
2020	105	102
2025	115	103
2030	120	102
2035	118	100
2040	115	95
2045	110	90

後期高齢者に多く見られる「肺炎」等の入院医療ニーズは大きく増える

一方、専門的な手術を要する「がん」など、それほど入院ニーズが増えず、減少していく疾患もある





「三位一体改革」と医療現場への影響

	① 医師の偏在対策	② 地域医療構想	③ 医師の働き方改革
総合病院	専門医研修病院・ 医師が少ない地域 ⇒医師数増加	病院のデータ開示 病院役割の見直し 救急医療 診療連携の重視	医師を確保する 人件費の削減 バイト医確保困難 労働時間の管理 タスクシフト
クリニック	研修病院でない・ 医師が多い地域 ⇒医師数増加なし	連携先の病院の見直し？	バイト医確保困難
勤務医（個人）	専門医資格の重要性がある 新規開業に制約	「割の悪い」勤務先の減少 業務の密度上がる	労働時間の短縮と収入減

地域の病院・診療所にも影響大

今後の医療を取り巻く状況と対応

〔ご注意〕 調査の用途を含んでおり、厚生労働省の公式発表とは異なる場合があります。

厚労省資料

- **高齢者の増加に伴う、医療需要の増大**
(高齢者が増加しない地域では、医療需要が減少)
- **少子高齢化・疾病構造の変化に伴う、医療ニーズの変化**
- **地域の状況は様々で、一律の対応が困難**
- **マンパワー不足が深刻で改善の見込みが薄い**

効率的な医療提供体制の構築が不可避

＜参考＞ 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

〔ご注意〕 調査の用途を含んでおり、厚生労働省の公式発表とは異なる場合があります。

厚労省資料

○ 2019年発表までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ抱えないものに重点化されているが、含められた具体的な対応方を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取組

○ 今後、2019年発表までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が顕著に多い**」と位置付けられた**公立・公的医療機関**に対して、構想地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえて、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、当該医療機関の他の医療機関との**連携や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るよう要請する予定。

分析のイメージ

① 診療実績のデータ分析
(領域等(例:がん、救急等)ごと)

② 地理的条件の確認

③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

具体的な対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け医政局長通知のポイント）

〔ご注意〕 調査の用途を含んでおり、厚生労働省の公式発表とは異なる場合があります。

厚労省資料

基本となる考え方

- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」を踏まえ、**地域医療構想調整会議**における地域の現状や将来像を踏まえた**議論を活性化させること**を目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施。
- 「A 診療実績が特に少ない」が9地域で、又は「B 類似かつ近接」が6地域全て（人口10万人以上の地域を除く。）となっている公立・公的医療機関等の最終的対応方針を再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得るよう求めるもの。
- 厚生労働省の分析結果は、公立・公的医療機関等の結果照らし合わせや、それに必要な病床数や病床の機能分化・連携等の方向性を機動的に決めるものではない。各公立・公的医療機関等の最終的対応方針については、地域医療構想調整会議において、当該分析に対しては判断し得ない地域の事情に資する知見をいながら、議論を尽くすこと。

再検証等に関する内容

（1）再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的な対応方針の再検証

以下①～④についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議すること。B6病院が所在する構想地域の調整会議では、④についても協議すること。A9病院が所在する構想地域の調整会議では、必要に応じて、④についても協議すること。

- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機能を取り巻く環境を踏まえ、2025年を算定した自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能移転等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別病床の変動
- ④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）

【構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証】

④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）

（2）一部の領域で「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」に該当する公立・公的医療機関等（A1～8・B1～5病院）への対応

調整会議において、A1～8・B1～5病院の具体的な対応方針について改めて議論すること。

今後の進め方及び議論の状況把握

- 当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めること。
- 今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の状況を把握し、2020年度から2025年までの具体的な進め方（スケジュール等）については、状況把握の結果と地方自治体の意見を踏まえ、整理の上改めて通知予定。

なぜ日本では「コロナ患者」の入院病床が足りないか？（吉村まとも）

- ① 病床が多いが、病床あたりの医師・看護師数が圧倒的に少ない
→ 薄く人材が配置。流動性なし。
- ② 通常の診療を制限していない
→ 「上乗せ」業務に対応できない。
→ すべての「順法」を求められる
- ③ 病院の「経営権」は各病院にある
→ 行政の指揮命令の範囲外

他) 病院規模小、外来診療が世界最多、大部屋多、感染症医・集中治療医少。病床確保補助金が高すぎる。
(→入院させない方が病院収入が上がる)

新型コロナウイルス感染症に備えた病床確保の取組

〔ご注意〕 調査の用途を含んでおり、厚生労働省の公式発表とは異なる場合があります。

厚労省資料

1. 病床確保のはじまり（R2年2月～春頃）
2. 病床確保計画の策定（R2年春頃）
3. 役割分担の明確化（R3年2月～R3年3月頃）
4. 計画の見直し（R3年春頃～現在）

地域における新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の役割分担のイメージ

〔ご注意〕 調査の用途を含んでおり、厚生労働省の公式発表とは異なる場合があります。

厚労省資料

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 令和3年2月16日付け事務連絡

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制（イメージ）

〔ご注意〕 調査の用途を含んでおり、厚生労働省の公式発表とは異なる場合があります。

厚労省資料

ヒアリングマラソンとの連携 「千葉県周産期医療体制に係る調査」への提案

①各病院の特色・特徴が分かる指標

- 機能別病床数（NICU等）、新生児科に従事する医師数、専門医数、麻酔科医数、看護師数等の新生児医療の機能に関する指標
- 新生児関連手術件数、疾患別新生児数等の診療実績に関する指標
- 研修医数等の教育研修に関する指標

②低出生体重児の受入れ数

- 他院から受入れた母体搬送のうち低出生体重児の数をカウントし、さらに分娩時体重を500gごとに区切り、評価に比重を加える

③医師・看護師の負担

- 分娩時体重別や週数別新生児数を常勤換算医師数・看護師数で割り、職員の負担を指標化する。（区分別に係数による重みづけが必要）

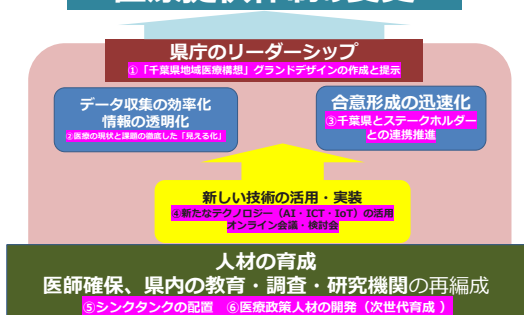
④受入れ時の患者状態

- 他院から受入れた時点の在胎週数をカウントし、通常分娩となった場合でも重症例として受入れから分娩までの期間を評価する

【成果】本提案は令和3年度の県調査へ反映されることとなった

「千葉県医療政策への提言2022」（仮）

医療提供体制の変更



個別ヒアリングから考えた

「働き方改革後」の新生児医療の再配置案について：案



コロナ後の地域医療構想実現に向けて

- ①主体的な情報収集・ネットワーキング
- ②地域医療構想調整会議の活性化
- ③医師の働き方改革は「義務」=重要な経営課題

変化する需要の中、必要な医療を残す

演題②「コロナ時代における在宅医療と地域医療の最前線」

佐々木 淳 先生（医療法人社団 悠翔会 理事長・診療部長）



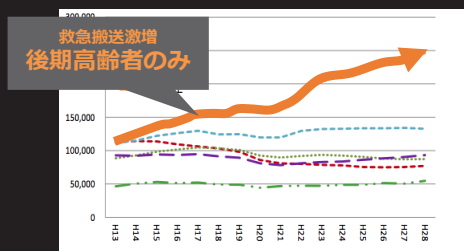
YUSHOUKAI HOME MEDICAL CARE

HOME MEDICAL CARE FOR ALL
コロナ時代における在宅医療と地域医療の最前線

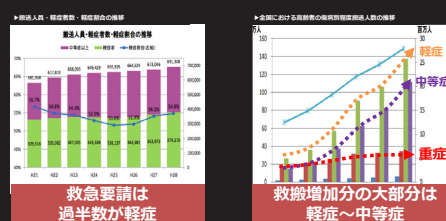
佐々木 淳
Jun Sasaki M.D.
医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長
Director/Chairman Yushoukai Medical Corp



▶ 高齢者の救急搬送は増加の一途



▶ 搬送される高齢者の重症度



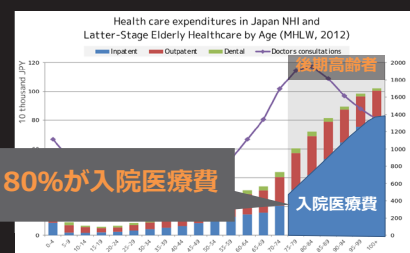
▶ 日本の標準世帯は「独居」「高齢二人」

出典 各年における日本の主な世帯構成と総世帯数に占めるシェア

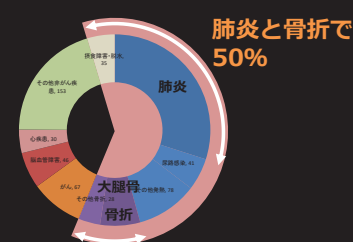
	1位	2位	3位
1974年 (昭和49年)	4人世帯・有業者数1人 14.56%	3人世帯・有業者数1人 10.95%	有業の1人世帯 9.42%
1988年 (昭和63年)	有業の1人世帯 15.78%	4人世帯・有業者数1人 9.67%	2人世帯・有業者数1人 9.00%
2017年 (平成29年)	無業の1人世帯 16.95%	有業の1人世帯 15.65%	2人世帯・有業者数0人 13.67%
			4人世帯・有業者数1人 4.60%

世帯構成は、世帯人員とその世帯の有業者数の組み合わせによって分類した。
(出所) 総務省（国・経産省）「国勢調査」および「総務省（国・経産省）「統計調査」をもとに大和総研統計

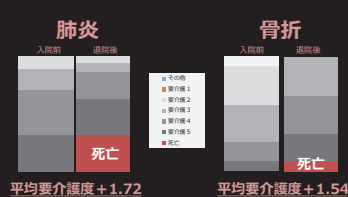
▶ 高齢者は入院を繰り返す



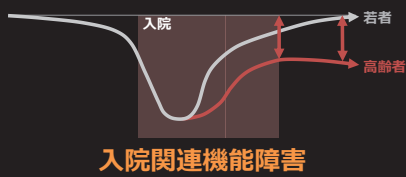
▶ 在宅高齢者の緊急入院



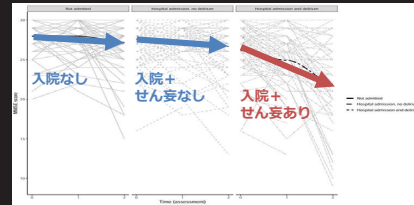
▶ 入院による要介護度の悪化



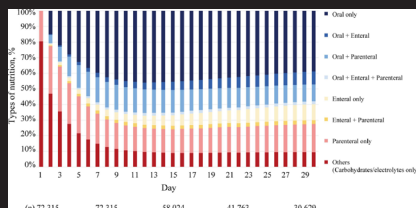
▶ 高齢者は入院がリスク



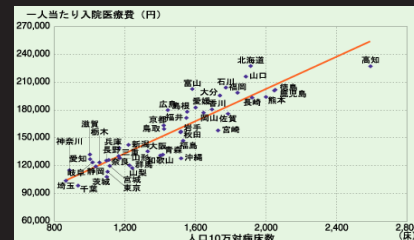
▶ せん妄 ▶ 認知機能低下 せん妄を放置するとMMSE -5点



▶ 残念な入院栄養管理 10日間の入院で7年分老化が進む



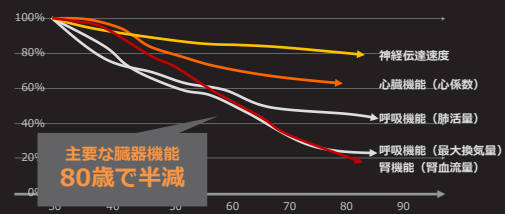
▶ それは医療二重なのか？



▶ 人生の最期を選べない現実



▶ 加齢による衰弱 = 生物の宿命

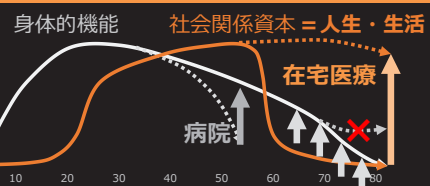


▶ 病院で対応できない死亡の増加

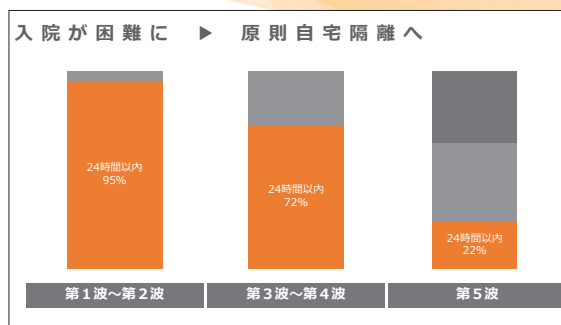
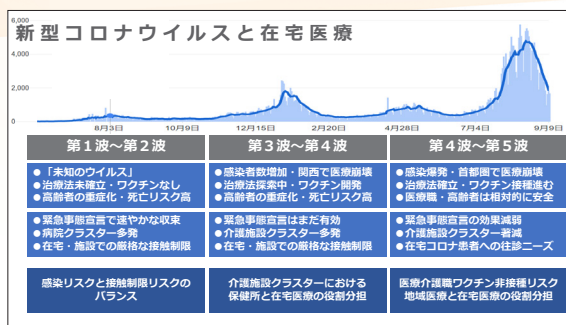
「看取り難民」
= 孤独死



生活モデル：
最期まで納得できる人生を生き切れる。



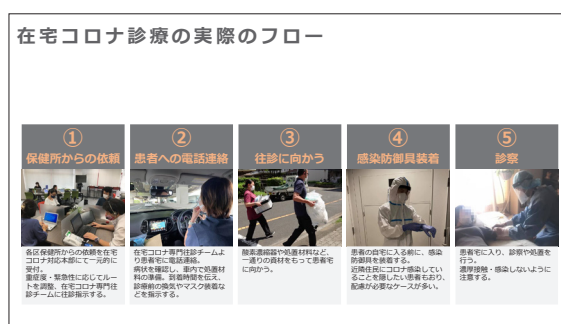
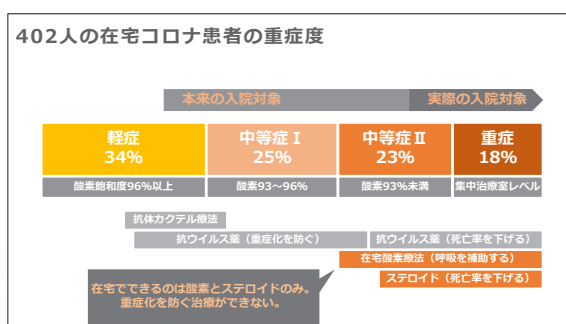
医学モデル：
衰弱していく心身の機能を最適にケアできる。



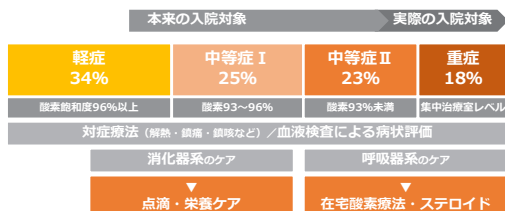
コロナ在宅療養者の医療支援

8月11日12:00スタート／平日の09:00～18:00

- 想定した対応体制
 - 都内8クリニック・医師20名が、通常診療と並行
 - 各ルート2件までコロナ往診対応＝40往診／日に対応可能
- 実際には・・・
 - 往診依頼が城東地区に偏在（3クリニックで1日30件！）
 - 専従ルート開設へ！



在宅コロナ患者の診療内容



コロナ軽症は「軽症」なのか

消化器コロナの対応が大変！

重症度の主たる評価対象は呼吸器症状（動脈血酸素飽和度）



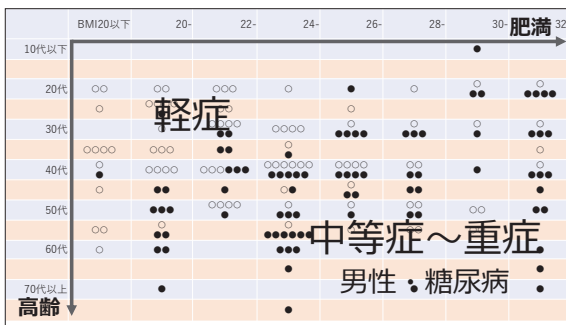
308例の経過

	軽症	中等症Ⅰ	中等症Ⅱ以上	合計
年齢 10歳以下	1	0	0	1
10代	3	0	1	4
20代	18	9	16	43
30代	25	7	37	69
40代	27	16	47	90
50代	18	14	37	69
60代	1	2	18	21
70代	1	0	8	9
80代以上	1	1	3	5
合計	95	49	164	308
平均年齢	39.7	44.3	47.2	(自宅死亡1名)
男性割合	61%	69%	69%	
平均BMI	24.3	23.7	27.3	
男性BMI	25.4	24.6	26.5	
女性BMI	22.5	20.4	28.7	
入院率	14%	18%	65%	

年齢	性別	軽症	中等症Ⅰ	中等症Ⅱ	重症	合計
10歳以下	男	1	0	0	0	1
10歳以下	女	0	0	0	0	0
10代	男	3	0	1	0	4
10代	女	0	0	0	0	0
20代	男	18	9	16	0	43
20代	女	0	0	0	0	0
30代	男	25	7	37	0	69
30代	女	0	0	0	0	0
40代	男	27	16	47	0	90
40代	女	0	0	0	0	0
50代	男	18	14	37	0	69
50代	女	0	0	0	0	0
60代	男	1	2	18	0	21
60代	女	0	0	0	0	0
70代	男	1	0	8	0	9
70代	女	0	0	0	0	0
80代以上	男	1	1	3	0	5
80代以上	女	0	0	0	0	0
合計	男	95	49	164	0	308
合計	女	0	0	0	0	0

採血を実施した41例
21例（51.2%）が
耐糖能異常

うち、約半数が
事前情報にて
基礎疾患なし



「必要最小限の医療」とは？

- 「災害医療」
- ▶「完成度の高い医療を少数の人に」＜「必要最小限の医療をより多くの人に」
- 「必要最小限の医療」とは？
- ▶ 大部分がメタボ男性！
- ▶ 基礎疾患なしとされていたケースの約半数が耐糖能以上（FBG400、HbA1c13.6のケースも！）
- ▶ 大容量ステロイド投与のリスク
- ▶ 重症化の予測
- ▶ 訪問看護との連携
- ▶ 血糖値のモニタリングとインスリン

オンライン診療だけで
完結は危険

患者さんは介護用ベッドに
寝ているわけではない。



在宅での酸素提供体制の確保



酸素濃縮器回収チーム

- 入院・回復した患者の自宅を回り、酸素濃縮器を回収
 - 回収した酸素濃縮器を消毒
 - 在宅で必要のない患者の家に酸素濃縮器を設置
- 消毒であれば酸素濃縮器のレンタル業者が集配するが、その場合、消毒・オーバーホールに約1か月を要する。酸素濃縮器が非常に不足していたため、自前で集配・消毒することになった。
- 現在、48台の酸素濃縮器を運用中。

在宅コロナ患者の24時間の安全管理



フォローアップチーム

- 入院・回復するまでの在宅での電話による安全管理
- 重症化に際しては継続的にフォロー
- 必要があれば再び往診へ
- 回復すれば退院解除へ



社会格差／社会的弱者ほど支援を求めている

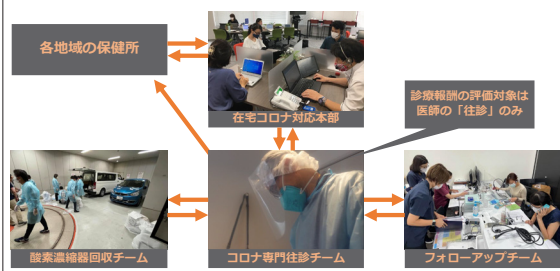


言葉が通じない
電話に出てくれない

日本語のできない外国人が25%
自閉症・精神疾患などにより
入院治療の継続が困難な事例も多数

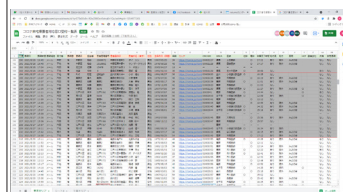
40代男性 中等症Ⅱ
セルフネグレクト

在宅コロナ専門往診ルートの運営体制



ICTによる情報共有

- ▶ スプレッドシートでリアルタイムの情報共有
- ▶ 電子カルテシステムによる時系列記録



多職種連携

訪問看護

- ▶ 点滴（自動努力が原則）
- ▶ 在宅酸素療法（酸素濃縮器の搬入とセッティング・指導）
- ▶ フォローアップ（実はこれが一番大変な仕事！）

訪問薬局

- ▶ 内服治療（薬剤のポストイン・服薬指導）



新型コロナの在宅医療－第5波の患者像

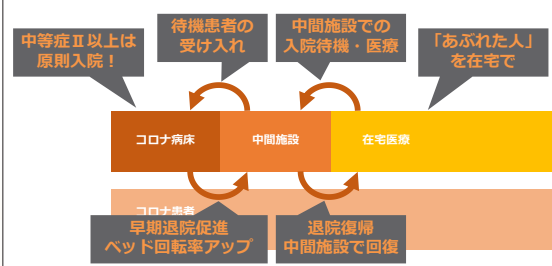
①若年者では、耐糖能異常が多い患者の割合が多かった。

自宅療養期間が長くなり在宅で治療を行うなら往診・採血は必須

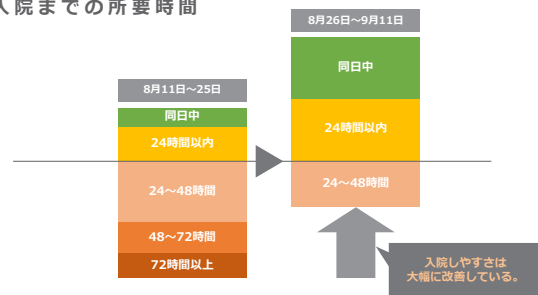
②在宅医療提供のインパクトは人命救助の意味で大きかった。

- ・ 酸素を使用した延べ人数 106人/1か月
- ・ 酸素なしでは死亡していたかもしれないケースが多く、1例で死亡例を経験した
- ・ 自宅で中等症Ⅱになっても入院相当で過ごした時間
 - ・ 入院者 81人/月（のべ87人・日）
 - ・ 非入院者 83人/月（※施設で転倒を把握していないケースもありうる）

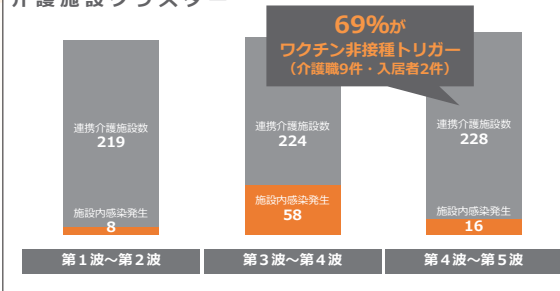
新型コロナの在宅医療の位置づけ



入院までの所要時間



介護施設クラスター



新型コロナの在宅医療—第6波に向けて

病院と在宅の合理的な機能分担が必要

▶病床が不足した場合（あるいは入院が適さない患者に対し）在宅医療が安全弁（緩衝帯）として機能できることが重要

- ①在宅医療を「往診」ではなく「在宅入院」として位置づける
24時間対応・フォローアップ機能の診療報酬上の評価／訪問看護とのタスクシェア促進
- ②在宅で重症化を防ぐ治療ができるようにする
入院すべき人ができない状況に限り、ウイルス薬の一部・抗体カクテル療法を在宅でも
- ③入院と在宅の中間施設を確保する
24時間体制の医療ケア▶コロナ病床回転率を改善できる・救急車を長時間拘束しない
- ④医療介護専門職の原則ワクチン義務化の議論を
患者数を増やさない／介護クラスターの多くが、非接種者による持ち込み

新型コロナ禍で見えてきた課題

①急性期在宅医療のニーズ

入院関連機能障害のリスクの大きい高齢者
発達障害など環境変化にデリケートな人
病院との役割分担

②社会格差

社会的弱者にシワ寄せがいく
社会的ニーズが、医療的ニーズとして表出されるケースがある
多様な言語・文化に対応できる体制

③医療提供体制

「かかりつけ医」が不在であることの不利（発熱・ワクチン・在宅コロナ）
ソロバクティスの限界（グループ診療・多職種とのタスクシェア）
地域のインフラとしてのプライマリケア



自治医科大学 地域医療フォーラム実行委員会

第14回地域医療フォーラム2021開催事務局
(自治医科大学地域医療学センター)
(自治医科大学地域医療推進課)

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL 0285-58-7394 (地域医療学センター)

0285-58-7054 (地域医療推進課)
