高橋教授の

この人に会いたい

Vol.110

ゲスト

石川ベンジャミン光一 氏

国際医療福祉大学
大学院医学研究科教授

「急性期A」650病院は本当に必要か データで読み解く2040年の地域医療

日本の病院は多すぎるのか、それとも地域を支える病院が足りないのか。東大大学院時代の先輩・後輩で、現在は同僚でもある高橋泰教授と石川ベンジャミン光一教授が、30年以上にわたり蓄積してきたデータと現場経験から議論する。急性期病院A一般入院料を算定開始した約650病院、全国約5000の中小病院、そして85歳以上人口の増加…。2025年を越え、40年に向けて日本の医療提供体制をどう組み替えるべきかを読み解く。



地域医療構想の本質とは何か

高橋　新しい地域医療構想を考えるとき、私はまず、「急性期A」、つまり一般入院料に相当する病院が全国に650程度も必要なのか、というところから考えています。一方で、全国には約5000の中小病院がある。「日本には病院が多すぎる」とよく言われますが、単純に病院数を減らせばよいというものではない。この点、石川先生はどう見ていますか。

石川　新しい急性期Aに多くの病院の手上げがあったことは大きな成果です。ただ、都市部と過疎地では病院再編の意味が異なります。都市部では高度急性期に特化した病院を集約できても、医師不足地域では一つの病院が救急だけでなく、回復期、在宅、介護との接続まで支えている場合があります。

撮影＝関口宏紀

高橋　私もそこが重要だと思っています。似た機能の病院が多すぎる地域がある一方で、一つの病院も失えない地域もある。だから、全国一律に「何床減らすか」を決めるのではなく、「この地域には何が必要で、それを誰が担うのか」を考える必要があります。そのためには、47都道府県より細かな単位で患者の流れや医師、病床を見る必要がある。

石川　そうです。地域医療構想を全国一律の削減計画として扱うと、そこを見誤ります。特に高齢者救急の受け皿まで減らしてしまえば、地域全体が立ち行かなくなります。

県単位では地域医療は描けない

高橋　石川先生は東大大学院時代の私の後輩で、現在は同僚ですが、振り返ると私たちは30年以上前から「医療を数字で見る」ことに取り組んできました。1990年頃、恩師の開原先生から「病院評価の新しいKPIを作れ」と言われ、二人で40項目ほど考えましたね。

石川　振り返ると、当時から二人とも「医療を数字で見る」ことに取り組んでいたんですね。

高橋　ただ、その後の進み方はかなり違いました。石川先生は病院の中で行われる個別の診療データの世界へ深く入っていった。

石川　私は20世紀末の頃から、指標の元になるデータの重要性に気付き、国立がん研究センターでは、検査、処方、診療行為を「1項目1行」で蓄積できる病院情報システムを作りました。それが2001年から参加したDPCプロジェクトにおいて、一人ひとりの診療行為を詳細に記録するEFファイルの開発に深くかかわることにつながりました。

高橋　一人一人の患者、一つ一つの診療行為を積み上げ、そこから病院の姿を描いていったわけですね。私は逆に、次第に病院の外へ関心が向かいました。2010年頃、「47都道府県の数字だけでは2025年の医療提供体制は描けない」と考え、二次医療圏ごとに人口、高齢化、病床、医師、患者流動を比較できるデータベースを



データを共通言語に、各地域が自分たちの答えをつくる時代に入った

――石川

作りました。

石川　都道府県より細かな単位で、全国を同じ物差しで比較できるようにした意味は大きかったと思います。でも高橋先生は、データベースを作っただけでは終わらなかった。

高橋　数字だけでは地域医療は分からないと思い、そのデータを持って約5年かけ、全国の二次医療圏をほぼすべて回りました。そこで実感したのは、同じ病床数、同じ医師数でも、大都市、地方都市、過疎地では意味がまったく違うということです。地域を歩くと、数字の背景にある患者の流れや医師の配置、隣接地域との関係が見えてきました。

石川　そこは非常に重要ですね。「病院が金太郎飴のように似ているから、全国一律に統合すればよい」という話にはならない。データと現場の両方を見なければ、地域医療は理解できないわけです。

高橋　２０４０年を考えると、さらに「85歳以上問題」があります。単に高齢者が増えるのではなく、治療が終わっても自宅へ戻れない人が増える。急性期だけを見ていては、地域医療は設計できません。

石川　入院受療率の低下で需要が減ったという説明だけでは本質を捉えられません。これから大きな問題になるのは85歳以上、とりわけ単身女性を含む独居高齢者の増加です。身体治療が終わっても、認知症や独居のため自宅へ戻れない人が増える。これは医療病床だけの問題ではなく、介護や住まいを含めた「退院後の居場所」を社会全体でどう確保するかという問題です。

高橋　そこはＤＰＣデータの見方が生きてくるところですね。平均値だけでなく患者分布を見ると、「医療そのものが長いのか」「退院先がないために長いのか」を分けて考えられる。

石川　ＤＰＣデータでは平均値だけでなく、中央値や25パーセンタイルを見ることが重要です。同じ疾患でも25％の患者が早く退院できているなら、残りが長引く理由は何か。臨床パスの差なのか、院内リソースなのか、退院調整なのか、地域の受け皿なのかを分けて見ることができます。

病院を「個別の診療」から「地域」から眺める

高橋　病院内のデータを深く掘ると、最後には地域の問題に行き着く。私は反対に、地域全体を見ながら個々の病院の意味を考えてきました。今日話していて、二人の見方が30年以上たって出会ったような気がします。

　私は人口構造、患者流動、病院配置といった大きな構造から個々の病院を見る、やや演繹的な方向から医療を見てきた。一方、石川先生は一人一人の患者、一つ一つの診療行為を積み上げ、全体像を描く、帰納的な方向から見てきた。

石川　そうかもしれません。病院の中のデータだけを見ても地域医療全体は分からない。一方で、人口や病床数といった地域全体の数字だけを見ても、実際に患者に何が起きているのかは分からない。その二つを重ねて見ることが重要だと思います。

高橋　そう考えると、最初の「急性期Ａ６５０病院は本当に必要なのか」という問いにも、単純な数字では答えられないことが分かります。その病院がどこにあり、地域のどの患者を受け、何を提供し、その後どこにつないでいるのかまで見なければならない。

　病院経営者も、「自院の病床を何床守るか」ではなく、「地域全体の中で自院が何を担うのか」を考える必要があります。高度急性期なのか、高齢者救急なのか、回復期や在宅への橋渡しなのか。地域全体の中で役割を決める時代です。

石川　そうした意味では、地域患者について担当施設（できれば介護も含めて）と提供したケアの内容を経時的に写し取ったデータはとても重要です。

高橋　そのとき、データは病院を順位づけするためではなく、地域の関係者が同じ現実を見て話し合うための共通言語になる。

　30年前、私たちは「医療を数字で見る」ところから出発しました。石川先生は病院の中へ、私は地域全体へ進んだ。そして今、その二つを重ねて地域医療を議論できるようになった。

　これからの地域医療構想とは、「何床減らすか」を決める仕事ではない。「この地域で、誰が、どの機能を最後まで担うのか」を決める仕事です。データを共通言語にして、それぞれの地域が自分たちの答えをつくる。２０４０年に向けて、そういう段階に入ったのだと思います。

石川　そうですね。地域ごとにデータを見ながら、自分たちの答えをつくっていくことが重要だと思います。

高橋　本日はありがとうございました。

石川　ありがとうございました。

石川ベンジャミン光一
Benjamin Koichi Ishikawa
国際医療福祉大学大学院 医学研究科教授
いしかわ・べんじゃみん・こういち●東京大学医学部保健学科卒業、東京大学大学院医学系研究科保健学専攻修士課程修了、東京大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程修了、博士（保健学）。前国立がん研究センター社会と健康研究センター臨床経済研究室長。2018年4月より大学院医学研究科公衆衛生学専攻および赤坂心理・医療福祉マネジメント学部医療マネジメント学科教授



地域医療構想は、この地域で、誰が、どの機能を最後まで担うのかを決める業務

――高橋

高橋　泰
Tai Takahashi
国際医療福祉大学教授
たかはし・たい●1986年、金沢大学医学部卒業、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2016年9月より21年3月まで安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長を務めた