

# 2016年10月7日 第3172回例会

於： 横須賀商工会議所



- <点鐘・開会> 12:30 谷 会長  
 <斉 唱> 「君が代」「奉仕の理想」  
 <唱 和> 「四つのテスト」  
 <ゲスト紹介> \*横須賀タワークリニック 院長 平田 文彦 様  
 \*米山奨学生 朴 熙泰 様  
 \*青少年留学生 Clement Lorrane 様

- <誕生月祝> ・鹿島 勇 (S. 22.10.7) ・吉田 清 (S. 27.10.11)  
 ・小林 康紀 (S. 24.10.16) ・高橋 秀行 (S. 4.10.20)  
 ・小沢 一彦 (S. 12.10.23) ・門井 宏二郎 (S. 39.10.23)  
 ・町田 竜五 (S. 28.10.24) ・山 〆 進 康 (S. 10.10.28) 各会員

- <入会月祝> ・太田 陽三 ・小佐野 圭三 ・渡辺 治夫 ・飯塚 進一郎  
 ・織茂 明彦 ・外木 祥司 ・根岸 文彦 ・物井 宏介  
 ・岡田 英城 ・平松 廣司 ・山田 晴史 ・鈴木 隆裕  
 ・中島 茂 ・竹田 大士 ・今野 成敏 各会員

- <会長報告> \*ガバナー事務所より  
 ・第5回アクターズミーティング開催のご案内について  
 10月8日(土) 14:00~17:00 アクターズミーティング  
 於：第一相澤ビル6F  
 ・2019~2020年度ガバナー・ノミネー選出の件について  
 ・2019~2020年度ガバナー・ノミネー候補者提案に関する告知について

- <委員長報告> \*淡路会員、軍司会員より新会員の集い 報告  
 \*職業奉仕委員会 岩瀬委員長より職場体験学習の依頼について  
 \*出席委員会 澤田委員長より9月分出席報告 9月平均出席率 66.49%

	会員数	出席対象者数	出席数	欠席数	メイクアップ数	出席率
9月2日	110名	99名	67名	32名	3名	71.00%
9日	110名	101名	67名	34名	2名	68.32%
16日	111名	98名	58名	40名	5名	63.00%
23日	111名	96名	57名	39名	4名	63.64%

- <幹事報告> \*公益財団法人ロータリー米山記念奨学会より Rotary Yoneyama 豆辞典 着

- <ワイン同好会> \*11月6日(日) 「山梨のワイナリー見学会」参加者募集のお知らせ

- <ゴルフ同好会> \*ゴルフコンペのインフォメーション  
 10月20日(木) NTTドコモ前 7:30出発  
 パーティー 観音崎京急ホテルにて19:00開始予定

- <出席報告> \*出席委員会 澤田委員長より10月7日の出席率

会員数	出席対象者数	出席数	欠席数	メイクアップ数	出席率
111名	102名	79名	23名	2名	79.41%

<ニコニコ報告>

- ・三 役 横須賀タワークリニック院長平田先生、本日卓話よろしくお願ひいたします。
- ・高橋(仁)、植田、渡辺(倫)、前川、信木、松村、井莉、岩瀬、鈴木(颯)、明野、上原(公)、大竹、高橋(倫)、山 〆、長坂、福西、前田、石田、根岸、鈴木(肇)、土田、勝間 各会員  
 横須賀タワークリニック平田院長、本日の卓話よろしくお願ひします。
- ・三 役 米山奨学生 朴 熙泰様、青少年交換学生 ロレヌ様ようこそお出でくださいました。

- ・渡辺 倫、藤 村、長 尾、澤 田、福 西、佐久間、上 林、齋藤 眞 各会員  
米山奨学生 朴 熙泰様、青少年交換学生 ロレヌ様ようこそお越し下さいました。
- ・鹿 島、吉田 備、小林 備、高橋 倫、小 沢、門 井、山 〆 各会員 誕生月祝いとして
- ・小佐野、渡辺 倫、織 茂、根 岸、物 井、山 田、鈴木 倫、竹 田 各会員 入会月祝いとして
- ・川 名 会員 誕生月（9月）として
- ・高橋 仁 会員 入会月（8月）として
- ・川 名 会員 「八十里、腰ぬけ武士の超す峠。河井継之助」愚生こと、とうとうこの九月十七日で八十才となりました。これからは後期高齢者として人生の下り坂を西行する次第です。
- ・加藤 備、軍 司、淡 路、新倉 倫 各会員 10月1日新会員の集い、ありがとうございます。  
様々な会員の方々との出会い、大変勉強になりました。
- ・1番テーブル小林マスター、勝見サブマスター 先日の1番テーブルミーティングに全員出席いただきましてありがとうございます。田中PG、佐野ガバナーにも参加いただき豪華なテーブルミーティングになりました。
- ・5番テーブル前田マスター、岡田サブマスター 9月23日に5番テーブルさよならまた会いましょうテーブルミーティングを開催いたしました。山下幹事、三宅さん、ご参加の皆様ありがとうございました。大変楽しいひと時を過ごすことが出来ました。
- ・植 田、瀬 戸、薦 野、澤 田、佐久間 各会員 6番テーブルミーティングを9月30日に谷会長、山下幹事、三宅さんに参加頂き、蕎麦処葉山鯉にて行ないました。新倉定治会員、会場の御手配ありがとうございました。前川会員、お土産おいしかったです。
- ・曾我ローターアクト委員長 先日のアクトピザ例会の際は、齋藤眞且会員には大変お世話になりました。またご参加いただきましたーケアン、三浦学苑の皆様、誠にありがとうございました。
- ・齋藤 眞 会員 ピザ例会でたくさんの方々において頂きありがとうございました。ついでに来月11月6日のワイナリーご参加お願いいたします。
- ・鈴木 倫、八 巻、高橋 倫、齋藤 倫、物 井 各会員 ローターアクトピザ窯例会、盛会で楽しくおいしいひと時でした。齋藤眞且会員、たいへんお世話になりました。
- ・高橋 仁 会員 休み間、多久さんの方御来店いただき感謝致しております。
- ・高橋 仁 会員 長い間お休みさせていただきすみませんでした。
- ・前 川 会員 長い間、お休みをいただきまして大変ありがとうございました。又、コツコツとやって参りたいと思います。宜しくお願い致します。
- ・加藤 倫、渡 邊、三 堀 各会員 クライマックスシリーズ巨人をぶっつぶせ！！ハマの番長よ永遠に！！
- ・大河原 会員 クライマックスシリーズ、DeNAなんて振り返ちだ！
- ・山 下、前 川、谷、徳 永、薦 野、澤 田 各会員 写真をいただいて

<卓 話> 「地域医療構想と病診・診診連携の将来像」  
—大規模診療所の存在意義—

医療法人三輝会 横須賀タワークリニック

ただいま、石田様からご紹介を預かりました横須賀タワークリニックの平田と申します。以前、横須賀ロータリーで、「飽和潜水」という非常に耳慣れない話をさせていただきました。本日は制服を脱ぎ、一民間人という立場から、“行政に物申したい”という思いで話をさせていただきます。

若い頃から、動脈硬化の臨床と研究をしていることから、高脂血症や生活習慣病全般を得意分野としています。さて、日本の少子高齢化は世界のトップを切っています。そのため、現状の医療システム、国民皆保険や医療機関へのフリーアクセス等は、近い将来間違いなく継続困難になっていきます。地域全体で高齢者の面倒を見て、自宅で死を迎えるための取り組みが始まっています。地域での医療完結を目指して医療機関の再編が促されています。そのためには、医療を受ける患者の病院、診療所、受療行動の変革、医療機関の機能分化等、病院と診療所また診療所と診療所の連携強化が必須となっています。このような内容について、すでに公表されているデータを基にお伝えしたいと思います。

世界の高齢者人口の比較ですが、日本、中国、ドイツ、イギリスと並んでいます。65歳以上の人口が、何年で7%、14%、21%に達したかという過去のデータを比較したものです。居並ぶ各国の中で、日本は2007年に21%を超えてしまいました。また、高齢者人口が7%から14%へと2倍になるのに、24年という比較的短い期間となっています。これは、比率からいっても数からいっても世界のトップです。皆さんもよく目にされる日本の人口ピラミッドですが、1960年は裾野の広い山の形をしていました。2010年には、だいぶ歪(いびつ)になってきました。赤い線がお年寄り、青い線が働き盛りの方、そして緑の線が子供達を示します。団塊の世代が後期高齢者になる2025年問題というのが囁かれています。その5年後の2030年の人口予測は、更に赤い線が膨らんでいきます。そして、少子高齢化が進みますと、全体の人口は次第に減少します。即ち、高齢化だけでなく総人口も減っていくこととなります。2060年の予測では、お年寄りが4割を占める社会になってまいります。東京、神奈川、大阪、埼玉、愛知、千葉、北海道、兵庫、福岡の各都道府県で、北海道を除きますと、大都市圏で、著しく高齢化が進みます。

一方で、地方の県では、以外とお年寄りの比率は増えていきません。いちばん大きな影響を被るのは大都市圏です。我々の神奈川県もここに含まれています。これは、現在の後期高齢者が“どの程度自立して日々の生活を送れるか”ということイメージとして表しています。これは男性の場合ですが、寝たきりを示す青い線、ある程度の介護が必要な赤い線、ピンピン元気の黒い線です。紫の布団を被っていらっしゃる方の年齢は、75から77歳というところですが、75歳、後期高齢者に入ったばかりだと寝たきりの方は2割弱です。ところが年齢が高くなりますと、何らかの介護が必要になります。80歳代ですと、わずか1割の方しか自立できていないのが今の日本の男性の現状です。紫色の線が死亡数を示す過去の実績値、青の線が今後の推計値になります。これを見ると亡くなる方の数は増えていきます。亡くなる方の数が増えるというのは大問題である一方、我々医療機関にとっては飯を食うネタがあるということになります。しかし、本当の大問題は死亡数が減っていくことであり、紫色の矢印で示すように2040年あたりが死亡数のピークと推計されています。ここから先、医療機関は自ずと再編を迫られるというか、潰れていく医療機関が当然ながら出てくることとなります。もう一つ大事なことは、ピークの167万人が死亡する段階で、日本全国の病床数は100万程度しかありません。今の数が維持されたとすると、67万人の方が病院で死ねないことになってまいります。今、病院で死ぬのが当たり前と思うかもしれませんが、過去の死亡場所の推移を見てみます。赤い線が自宅で亡くなられた方の数です。そして青の線が病院で亡くなられた方の数を示します。昭和26年の頃には8割を超える方が自宅で亡くなられていました。それがいつの頃から病院で最後を迎えるようになってきました。昭和50年頃には、2つの線がクロスし、今では逆転して8割程度の方は病院で、残りの方々が自宅や施設等で亡くなるという時代になってきています。しかし、平成52年の段階では、3分の1くらいの方は病院で死ねなくなり、自宅で最後を迎えなければなりません。あるいは病院に代わる場所を見つけなければならないことが予測されています。



今後、急激な高齢化がそれぞれの地域にもたらす影響について考えてみます。今もそうですが、一人住まいのお年寄りで80歳前後の方が非常に多くなっており、また、ご高齢のご夫婦だけで生活している世帯も増えてきています。この方々にはどうしても支援が必要です。高齢になりますと、昔とは違い保険問題も大きくなってきます。一人にしておくところに行ってしまうかわからない、この面倒見の負担が家族や地域に大きくなるのしかかってきます。そして、手厚い治療を施しても更なる延命寿命を望めない方々の最期を、誰がどのように看取るかが問題となってきます。その一方、終末医療病院や老人ホームのような医療機能付きの場所は急激に不足していきます。手がかかるから介護で何とかしようとしても、介護施設、介護職員、数、人手は全く足りていません。現在、この介護の方々に対する給与や処遇も社会問題になっています。実際に人生の幕引きをされる後期高齢者の方たちが、“迫ってきた死に対してどのようなことを感じているか”というアンケート結果があります。“自宅で死を迎えるとしたら何が心配か”に対する回答です。“家族に迷惑がかかる”がいちばん大きな比率になっています。自分の子供たち孫たちに迷惑をかけたくない。だから病院で死にたいんだということです。皆さんご存知のとおり、人口ピラミッドが先程示したような形になりますと、昔は大勢で1人のお年寄りを支えていれば良かった。それが近い将来、3、4人で、1人を支える状態から、2050年頃には1人が1人のお年寄りを支えるような状況になります。どう考えても年金制度が持つ訳ありません。このような社会になろうとしています。

近い将来の日本はどうか、人口の高齢化は否応なく進んでいきます。現在年間40兆円と言われている医療に関わる予算、これをいつまでも赤字国債で補えず、いずれ枯渇していきます。それぞれの健保組合の掛金や収支の状態も当然ながら赤字です。今のまま簡易保険が続けられるのか、介護に携わる人手もますます不足していくでしょう。お年寄り夫婦同士で面倒を見たり、ご近所でお年寄りがお年寄りの面倒を見るという老々介護の問題も出てまいります。独居高齢化世帯が増加してきます。年金制度も持たなくなりますと、お年寄りの生活基盤が脅かされることになります。暗い話ばかりです。厚生労働省は主に医療、介護に関してどんな認識を持っているのか。厚生労働省のお役人とよく話をしましたが、“日本は病院が多過ぎる”と必ず言います。特に急性期病床が過剰であると。突然の病気で救急車で病院に担ぎこまれて、集中的に検査したり、いろんな薬を点滴したり、呼吸器に繋がったりといったケアをする急性期の病床が多過ぎると申します。これは時間が長くなりますから割愛いたしますが、厚生労働省の施策ミス、誘導ミスでこういった結果を招いていると私は思っています。一方で、急場は凌いだけれども家に帰るためのリハビリや回復期のためのベッドが不足しています。“人生終末期の看取りは病院じゃなくてもいいんじゃないのか”とお役人は言います。

これらに対する解決策として、厚生労働省が唱えているのが各地域包括ケアというものです。地域包括ケアとは、中学校に通う学区の範囲の中でのお年寄りの住まい、生活支援、介護、医療等の看取り機能を意味します。生活支援は自己完結的に行う。要はみんなで助け合って頑張ってくださいと丸投げしている訳です。それは、地区によって状況が異なります。島根や鳥取などの田舎、地方の中核都市である横須賀三浦そして大都市圏、それぞれ事情が違います。つまり、それぞれの自治体が自発的にその態勢を整えてくれという訳です。真ん中にお年寄りがいて、それを支える人が病気になったら医療のほうに行きましょう、介護が必要になったら介護に、生活支援は地域で頑張らしましょうという概念です。この医療の部分抜き出し、地域包括ケアを支える概念が地域医療構想です。少子高齢化、核家族による高齢者面倒見機能の低下、国民皆保険維持のための財源不足、他にもいろいろあります。これらの中で、地域における医療機能の全体最適化を目指しましょうという発想です。細かいことは省略しますが、2025年頃にどれくらいのベッドの数が必要かを推計し、それに向けて病院や医療機関をあるべき姿と方向に誘導していくことです。ベッドは主に4つに分類されています。高度急性期と急性期、救急車で担ぎ込まれる集中治療室の病床です。病気や急場を凌いだ回復期そしてなかなか自宅に戻れない長期の寝たきり状態になる方の慢性期病床、このように4つに分けます。私に関わりました東京の状況を見ますと、私が勤めていた自衛隊中央病院は西南部という世田谷、目黒の医事保険区に属します。全部で13の区域が東京都にはあります。東京都全体の患者の動きを示す矢印ですが、高度急性期、即ち救急車で担ぎ込まれる心筋梗塞、脳卒中を思い浮かべてください。東京都のど真ん中、大学病院がたくさんあるような所に矢印が集まっています。その東京都全域あるいは千葉や埼玉、神奈川あたりからも、その大規模病院に同じような患者が集まっています。一方で、矢印が埼玉地方に向かっていきます。東京都の都心には急性期の病院ベッドはたくさんありますが、2カ月、3カ月と面倒を見るような寝たきりの方々のための病院はありません。東京都全体ではこのような患者の動きをしています。南部を見てみますと、先ほどと同じですが矢印が周りから入ってきます。世田谷、目黒、渋谷といった周りの区から患者さんが入ってきたり、あるいは外に出ていく方々も大勢います。

これは2025年高齢化の予想です。2025年、4区分それぞれの必要ベッド数を推計したものです。比率だけ読みましょう。高度急性期14.9、そして3つ目の回復期30.9という、ベッド数が変わらないという前提で推計しています。これは、各病院の病床機能報告から、自分たちの病院はこういう医療をやっていくんだという自己申告で数字を出しています。高度急性期15、急性期69.8、回復期7.2、慢性期16.8となっています。2025年でも、病院の経営者の方たちはこういう比率でベッドを持ちたいと言っています。しかし、厚労省の推計ではかなり異なります。急性期69.8%ベッドを持ちたいけど、2025年には、40%くらいしか必要ない、慢性期は16.8でいいよ、回復期は7.2でいいよといっているけど、厚労省は30%必要だと言っています。このギャップが大きな問題です。厚労省は行政の力を或いは財政の力を通じて、無理やりこの形に持っていかうと仕向けています。保険の報酬ですね、病院への支払い優遇、こういったことを通じてそのように誘導しようとしてきます。ただ東京都のお医者さんたちはこういうことを言っています。誰も困っていないのになぜ変える必要があるんだ。東京都の医師会の先生たちの考え方は、東京都は23区を全体で考えると既に現状が最適化されているので、これ以上のことはいらないということです。

一方で神奈川県から、地域医療構想の案が出ました。概念は同じですが、我々の神奈川、横須賀、三浦は9つある区域の1つです。先ほど、東京都でお話した病床のギャップは、高度急性期836床、92床上がります。慢性期112床足りません。回復期、左から3つ目ですけれども1400床不足するという推計です。横須賀三浦医療保険にあっても、自宅に帰るまでの面倒を見るベッドが全く足りない。一方、共済病院、うわまち病院等で現在行っている高度急性期の医療というのは、そんなにいらなくなるということが推計されています。神奈川県は、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病棟という、急場を凌いで家へ帰る前の医療機能をより強化しようと考えています。実際、横須賀はこれを取る形で様々な政策を打ってきました。衣笠病院あるいは横須賀市立市民病院には、地域包括ケア病棟や回復期病棟が開設されています。横須賀は在宅看取り率が全国トップです。これは、横須賀市医師会や地域の行政に先見の明があったと思いますが、横須賀市は高齢化率が全国でもトップクラスです。かつて、在宅看取り率は12.3%しかありませんでした。しかし、今は22.9%であり、在宅で人生の最期を迎える方が増えています。病診連携というのは、今までも推進してきましたし、今後も重要なキーワードであります。大病院といえども外来で診られる患者の数は限られています。全ての紹介患者に対して待ち時間を短くしていくのは非常に困難です。一人ひとりの患者さんを全人的に管理するためには、やはりかかりつけ医機能というのが大事になってきます。かかりつけ医の先生たちは必ずしも医療の全分野が詳しい訳ではありません。そこで司令塔として機能し、他の先生たちの専門性をうまくコントロールする必要があります。病診だけではなく、「診診」即ち診療所同士の連携というのが今後非常に大事になってくるかと思えます。そういった場合、私どものタワークリニックのような複数の医師が多様な専門性をもって診療したり、専門性を持った開業医の先生たちが協力して診療するような形態が、病院の混雑やオーバーワークを補助する有力な選択肢になるのではないかと考えています。

タワークリニックは中央のリドレ、タワーマンションの4階にあり、レントゲン、内視鏡、エコーなどを持っています。特徴は、一般内科、循環器内科、糖尿病内科、消化器内科、神経内科それぞれに専門医がいます。また、非常勤でありますけれども皮膚科、小児科にも対応しております。現在、常勤医師が私を含め5名、非常勤10名、予約中心で待ち時間も出来るだけ短くして患者さんに対応しています。昨年まで、葉山ハートセンターの循環器部長であった雨宮浩先生が循環器内科部長、また、一般内科部長のベテラン2名がおります。消化器内科2名が10月から常勤になり、2人とも内視鏡の専門医であり、常時内視鏡の出来る体制になりました。また、久里浜医療センターの水上先生、便秘で有名な先生ですが、ご夫婦で非常勤として来ていただいています。奥様は皮膚科の専門医です。河野先生は珍しい感染症の専門医で、海外に出かけるときの予防接種などやアレルギー疾患を専門としています。宮田先生は皮膚科の先生です。神経内科の深井先生は、パーキンソン病や認知症が専門です。糖尿病専門の小池先生などを抱えています。このようなタワークリニックは診療所同士の連携を重視してそれぞれの専門性を活かし、大病院の外来の患者集中を防ぐ受け皿として地域のお役に立てる存在となることを目指しています。本日はご静聴ありがとうございました。

<閉会・点鐘> 13:30 谷 会長

週報担当 鹿島 勇