

「入退院サポートシステム」は、できて間もないので行ってないが、これから中と外できちんと評価していく形を作っていきたい。

- 「費用対便益」があらゆるところで求められているということで申しあげた。今後は、資源の投入に対してどれだけの便益を得ているのかを第三者に説明していかないと、良い仕組みであっても存続が非常に厳しくなるので。

札幌市医師会を含め、他地域にも医師会が主導し地域の仕組みを作っているところがあるが、医師会の人たちにとってはメリットがあるのだが、実際にそれを利用する住民や、それをサポートしている納税者の視点から見ると、ベストではないこともあり得る。サービス提供側、受ける側による数値評価を経時的に追いかけていかないと、説明責任のところで難しくなってくる気がする。

- これらはどういう順番で取り組んだのか。

→松家委員 「地域医療室連携システム」が最初である。「高度医療機器の共同利用」が話題になった次期に、札幌市立病院が平成7年に移転開業することになり、それを機に作った。

「在宅医療支援システム」は、平成12年に介護保険が始まった際に、医療機関との接点がなかったケアマネジャーさんたちへの情報提供のために作った。

最後にできたのが「入退院サポートシステム」で、特養や介護・療養病床が何カ月待ちということが問題になり、その出口の詰まりをなくすために作った。現在、受け手として40ぐらいの病院に登録していただいている。「うちの病院はこういう患者さんを受け入れられる。今、空きベッドがいくつある」ということを登録し、転院が必要になった患者さんが発生した送り手の病院がその患者さんの同意を得て、ここに載せると、受け入れる病院があるか機械的にスクリーニングされる。そこからは人間がする仕組みである。

当時は受入病院を探すのにかなり苦勞をしたが、その後、需給の関係が変わり、現在は利用率が落ちている。

- 「入退院サポートシステム」のデータ更新の頻度は。

→松家委員 ベッドがなくなったとか空いたとか、状況が変わったときである。ただ現在、更新は滞っている。それは、自分の病院でも空きベッドが見つかるようになり、利用の需要が落ちているためである。

- 北海道が「北海道周産期情報システム」を作ったが、それは各医療機関で毎日更新する方式だった。しかし、面倒だということで、データ更新がうまくいかなかったということがある。多分、今、そのシステムはうまく動いていないと思う。

例えば、札幌市で今やっている「産婦人科救急情報オペレーター」はオペレーターが毎日確認しているので日々更新されている。これを医療機関の先生方をお願いするのは、現

実的には難しいと思う。

→松家委員 「入退院サポートシステム」は、事務の方にドクターの指示で入れてもらう形でやってきた。やはり、更新がなければそれをまめに指摘するようにしないとうまくいかない。

あとは、皆が利用してくれるようになると良くなっていく。利用されないとどんどんしぼんでしまうので、それは注意しながらやっていきたい。

○「医療機関情報マップシステム」は患者さん用で、あとの3つは医師同士の連携のためということか。

→松家委員 「在宅療養支援システム」はケアマネジャーさん用だが、オープンになっており、患者さんなども使える。「地域医療室連携システム」と「入退院サポートシステム」がクローズドである。

### **(3) 札幌市版医療計画（仮称）の目標と重点について**

(資料3について事務局より説明。省略)

(①在宅ケア連絡会の取組について出井委員より説明。以下、要点と補足説明のみ記す)

平成6、7年ごろから「高齢化社会への対応」が言われ、札幌市医師会の「特に在宅医療の推進が必要である」という提言もあり、西区在宅ケア連絡会は第1回目の例会を介護保険施行に先立つ平成9年8月に開催した。

西区では毎月第2火曜日に例会を開催しており、その前の週の第1火曜日には幹事会を行い、例会の進め方、テーマ、内容の検討などを行っている。幹事はおおよそ20名で、医師、保健師、ケアマネ、ヘルパー、セラピストなど多職種で構成されている。

「顔が見える連携」を重視しており、会議でも必ず向き合って座るなど、それを具現化している。

各区連絡会は、西区、豊平区が平成9年に立ち上がり、2年半ぐらいで10区すべてに立ち上がった。そこで、区単位だけではなく、連絡会同士の活動を共有しようという話が出て「連絡会の連絡会」を作った。研修会や、新年の懇親会兼交流会を開催している。

西区在宅ケア連絡会では、坂本医院の坂本先生を中心として、患者の在宅、急性期、回復期、慢性期、介護保険の施設などへの遷移を表した「ぐるぐる図」を考案開発した。現在、医療政策課と一緒に脳卒中患者の追跡調査を行い「ぐるぐる図」に落とし込んで、連絡会などで参加者とともに分析しているところである。

厚労省による「在宅医療連携拠点事業」では「地域の医師、…社会福祉士などの多職種協働による在宅医療の支援体制を構築…」ということが謳われているが、これはケア連絡会が開設当初の十数年前から言っていることで、やっとな国も動いたかという感がある。

連絡会の活動について、何が得られ何が課題なのかという分析、評価がまだ十分ではな

いところがある。また、現在は関連職種のネットワークづくりが主体であり、地域住民の主体的な参加や、地域住民が主体的に活動する医療福祉の拠点づくりは今後の課題と考えている。

(②拓北あいの里ケア施設町内会の取組について長谷川委員より説明。以下、要点と補足説明のみ記す)

2週間前に「拓北あいの里ケア施設町内会」を立ち上げた。機能的な集団として町内会を作るのは、多分、日本にはまだない新しい動きである。

構想のきっかけは、昨年、隣の屯田地区でグループホームの火事があり、高齢の方が何人も亡くなったことである。ショックだったのは、人が死んだだけではなくそれを近所の人たちが助けに行かなかったということであるが、その理由は、そこがグループホームだと知らなかったということである。

町内会組織にしたのは、専門家を連合町内会に組み込むことで自助、互助をやろうと考えたからである。連合町内会の区域にある福祉・介護・医療事業所と、そこにいる専門家で単位町内会を作る。地区割の町内会との二重加入を認めるということで組織化した。この春に連合町内会に加入することが決まっている。

先ほど出井委員の発表にあったようなサロンを、地域住民も交えて作り、われわれも地域住民として関わるということである。企画しているのは、地元での人材育成で、地域住民向けの地元の介護福祉施設の人たちが講師となったヘルパー講座の段取りを進めている。将来的には、さらにいろいろと考えていきたい。

私は「連携」ではなく「連帯」と言っているが、施設町内会が、連合町内会や地区社協と共同で責任をきちんと担い、予算も一緒に使う、一歩進んだ組織として動いていくということである。

(資料6について事務局より説明。省略)

(意見交換)

○本医療計画では、生活圈、区、市などの圏域の役割分担の仕方を根本的に考え直そうという提案をしたい。

例えば、日本の行政の中では「中間的役割」という言葉がよく出てくるが、この「中間」が非常にあいまいで、住民側から見ても分かりにくい。それがあつために複雑化しており「連携」と言っているところがあるのではないか。もっとシンプルに役割を整理し直した方が良い。

例えば、北欧では「ホームドクター制」の意味合いがはっきりしており、まず、ホームドクターにかかり、専門医はその次の診察というシステムが確立されている。また、担当のホームドクターやソーシャルワーカーも、行政から住む地域の担当医師、ソーシャルワ

一カーのリストを渡され、その中から選ぶ仕掛けになっている。

そういう仕掛けまでしないと、資料3の「絵」は全く機能しない。そこまで医療の配置と受療行動のフローを見直すことも本計画ではやりたい。

ただ、日本では、保健、医療従事者は公務員ではなく、市立病院でさえ独立採算で市場経済原理の中で競争をしなければいけない。その中でホームドクター制をやるとしたら、何らかの手当や助成金を出す仕掛けや、診療点数を独自加算するなど、根本的に考えないといけない。そういった仕組みを考えていこうということを提案したい

○今の関連だが、いつも保健、医療、福祉に関して資料3にあるような図が描かれるが、このネットワークのコーディネートを実際に誰がやるのかということがない。まして、全市、区、生活エリアという異なるレベルを誰がつなぐのか。この辺をきちんとすることが絶対に必要。

例えば、介護保険に関して地域包括支援センターがあるが、札幌ではそのエリア設定がいいかげんである。全市的でもなく、生活レベルでもない。区に2カ所という地区割だが、実態に合っていない。こういったことも合わせて考える必要がある。

もう一つは、病気になり相談したいときに最初にどこへ行けば良いのか分からない。例えば、在宅ケア連絡会は専門家同士で勉強会や研修会をやっているとのことだが、それが市民にはつながっていない。

また、市民にとっては、やはりドクターの質は気になる。例えば、どんな手術を年間何件やったというデータが病院によっては出ているが「医療機関情報マップシステム」の次のステップでは、そういった判断材料になるものが欲しい。

最後に、病気になるというのは、市民にとっては医療だけの問題ではなく、暮らし全体の問題である。例えば「余命何カ月」という告知を受けたときに、医療だけではなく、精神的ケア、日々の生活のケアが必要だが、それは自助努力だけでできるものではない。ネットワークとも絡むが、そのあたりも計画に落とし込んでほしい。

○計画は実現しなくてはならないが、そのときに一番大事なポイントはお金、費用対効果である。

また、まず、実態を明らかにする必要がある。先ほど「市民には分からない」という話があったが、市民に分かってもらうためにも、疾病の発症状況や医療機関がマッピングされ可視化される必要がある。そこから何が足りないのかが見え、それを実現するときに、お金がどのぐらいかかるのか、となる。

計画を立てるときには「理想像の実現性はどのぐらいか」そして、お金との兼ね合いで「そのためにどこを優先してやるのか」という考え方が必要だが、そのためには「情報をきちんととる」ということ、ネットワークも含めた「リソースがあるのかどうか」が基本になる。これらを考えないと、計画書の文章はすごくきれいだが、結局、何もできないことになる。

あいの里で良い取り組みが始まったこともあり、この計画では、小さくても良いのでモデルをぜひつくりたい。

○データに関しては医療政策課にも質問したのだが、分かることと分からないことがある。例えば、有病率もよく分からない。

そこで教えてほしいのは、医師や医療機関の評価をしていたり、自治体レベルでの医療や疾病の実態調査、診療や医療体制の評価システムや、そのためのデータ収集の仕組みを作った事例ということ。

それらを参考にしつつ、医療の実態や、受療行動の分析をしていくことが、この委員会の最初のクォーターの仕事だと思う。

○本当のところ、どこにどういう患者さんが何人いるのか、地域にそれに対応できる医療資源がどれだけあるのか、事実に基づいてデータを集積したものはない。

これはこれまでの厚生労働行政の一番まずかったところだと思うが、これまで、そもそも現場で何が起きているのか実数として分からないのに、医療サービスの提供側の能力の評価だけで物事を決めてきた。つまり、医療システムを戦略的にマネジメントする、ざっくりばらんに言うと、PDCA サイクルを回していく仕組みが動いていないということである。

現場で何が起きていて、何が足りないのかが数値で正確に把握することができないので、ギャップの大きさ、あるいは重大さから優先順位を決めることもできない。これがやり直さなければいけないところである。

徳田委員が DPC (Diagnosis Procedure Combination、診断群分類) による分析をやられているが、DPC データは受療行動の結果に過ぎないので、地域の人が他にどうしようもなくその病院に行ったのか、他にも選択肢があったのかは分からない。「こういう患者さんはこういう病院や地域にたくさんいます」と言っているだけであって、現場における医療の質やアクセシビリティを説明するものではない。これはサービスを受ける側の視点でデータを突き合わせていかなければできないところである。

札幌市版医療計画で、いろいろな機関の方々が意見交換できる協力体制ができるのであれば、ぜひ全国に先駆けて、現場の患者さん、住民の具体的なニーズのデータをとれる仕組みをモデルとしてやってみてはどうか。

もちろん、DPC やレセプトデータが無意味だと言っているわけではない。ただ、それだけを見ていては、生活者からすれば、ずれた考え方しか出てこない。他地域で DPC データなどを使って受療行動分析をやっているところはいくつかあるが、それは単に結果を図示しただけで、そこに住民の声はないので、本当の意味での受療行動を説明できるものではない。コンサルタント系の人「医者や医療機関は選別の時代に入った」とよく言うが、それはほとんどどうそで、仕方なくそういう動きをしているということである。

○マッピング、メッシュ化による分析は可能である。現在、国土交通省のデータなどを使ったかなり正確な道路情報データがあり、実際の道路を使ってどれくらいの時間で移動で

きるか、ネットワークディスタンスという概念でアクセシビリティを測定できる。

○医療に関してよく北欧と比較されるが、制度が違うので仕方のないところがある。また、日本が皆保険制度と自由開業医制度という他にはない仕組みをうまく使って医療のクオリティを上げてきたことも事実である。そういった意味では、ゲートキーパー的なホームドクター制を日本の医療制度に入れていくのか、あるいは、日本が今まで培ってきた自由開業制の良さをもっと伸ばすことによって問題を解決するのは、これから議論していかなければいけない。

ただ、日本の医療は WHO による 2000 年の保健衛生システムの世界評価で総合第 1 位である。個人的には、自由開業制で競争原理が働く日本の医療は劣っているものではなく、改善していけば良いと思う。

○情報のメッシュ単位を細かくしていくと、医療機関の名称を消しても、それがどの診療所・病院を指すのかが、自ずと分かってしまう。匿名性も保ち、なおかつ、地域の需給バランスが分かる広さのメッシュを作る必要がある。

そのメッシュを色分けすることは技術的には可能であるし、札幌市程度の地域であれば、数百万円もあればリアルタイムで可視化できるプログラムは作れるのではないかな。

○資料 3 の 1 ページに「計画の目標」として「市民の健康と安心な暮らしを支える医療の提供体制の確立」としているが、目標の立て方がずれているのではないかな。「市民に対して健康や安心・安全な暮らしを提供する」ということが「アウトカム＝目標」で、そのアウトカムを達成するためには「何か＝アウトプット」を生み出さなければいけない、それが「新しい医療提供体制システム」となる。アウトカムとアウトプットが逆に書かれている印象を受ける。目標は、今よりもより良い状態にすることであり、そのための手段として、変えていく、新しいものを入れていくということである。

そのときに「では現在『札幌市民の安心・安全』に足りないものは何なのか」をあぶり出しておかないと「問題がこれだけ解決しました」ということを表現できないし、表現できたとしても、それは患者さん、家族のニーズ、ウォンツに合っていない札幌市役所の独りよがりになってしまう。

「お金をかけた医療提供体制が動いた」「連携ができた」ことも評価はできるが、それを評価するのではなくて「安心・安全な生活をどれだけ提供できたのか」をこそ評価しなければいけない。そのための評価軸をきちんと作っておき「費用対便益を考慮して最優先事項としたこの件についてはこういう形に変えた。その効果はこの数値で分かる」という説明の仕方をしなければいけない。

「評価システム」のためには、何を指すのかを明確にしなければいけないし、限られた時間と費用しかないので、優先順位を明確にし、そこから解決するという「計画」を立てなければいけない。総花的なものではなく、実際にやる計画としてはもっと絞り込まないといけない。そうしないと、住民の実感とずれたものになってしまう。

○基本的に医療は経済学で言う「情報の非対称性」が非常に大きい。つまり、専門家は知っているが、患者側は全く知らないところでサービスの売買をしている。その情報ギャップがとても大きいところで、先ほどから「その情報をどう提供するか」が議論されている。

そのため「何かをしよう」というときには理念的なことばかりになってしまう。実際にやるためには、病院にも民間企業と同じくらいのデータを提供してもらわなければだめだが、そのときに「医療機関は民間の利益団体とは異なる」という縛りがある。また「縛りを外したら本当に良くなるのか」という別の問題もある。

民間企業の場合は消費者が選択できるが、医療の場合は、伝染病などの問題もあり、どうしても公的な部分が入らざるを得ない。また、伝染病などの情報はきちんと提供される形になっていなければならないが、そういうところと医療サービスの売買は別な次元になる。そういう非常に難しい要素がある。

今まで「いろいろなデータがそろっている前提で、どうしたら良いかを考えよう」という議論がなされてきたが、そのデータは国が動かないとなかなか出てこないという気がする。また、そのデータも、隠しているのではなくて、もともと欲しいデータが作られていないということである。よって、そのデータをすぐに利用してこの計画で何かをするという考え方で進むのは難しいと思う。ただ、そういうものをどう整えていくか、どのようなやり方があるのかを考えていくことは可能である。以上が1つ目のポイントである。

2つ目は「連携」についてである。長谷川委員が取り組んでいるのも「連携」だが、そこは長谷川委員という中核となるコーディネーターがいるから成功している。ところが、資料3の図では、誰がコーディネーターになるかが全く分からない。

ネットワークが機能するためには結びつけるコーディネーターがいなければならない。よって、コーディネーターに誰がなるかが一番重要である。これが2番目のポイントである。

これまでの議論は、この2つの前提の上で構築されているので、この2つを根本的にどうしていくかが必要である。

○資料6を見ても分かるが、医療、福祉を含めいろいろなものが全部区役所にある。しかし、実は全くばらばらになっている。区役所はその地区の行政に携わるところだが、現在は単なる業務機関で、企画や調整を全くやらせてもらえていない。まして「センター」もいろいろあって本来は「中心」という意味だが、札幌市では末端機能であって、センター長と事務官しかいないくらいのものになっている。

そんな中で具体的にイメージできるのは「区保健センター」を「区保健所」に変えることである。

長谷川委員が「区レベルでは広すぎる」と発言されたが、やはり最初のステップとしては、区という行政区域の中で誰がコーディネーターをするかということである。誰もやろうとしないのであれば、やはり公的な部分がある程度担うことが必要である。

そこで、区役所を末端機能ではなくて、区の医療、福祉、介護の情報収集から全部主体

的にやれる機関として位置づける。これは、国に訴える必要もなく、やろうと思えば札幌市単体でできることである。具体的なコーディネーター役機関としては「区保健【センター】」ではなく「区【保健所】」が考えられるのではないか。

このように「個人の自己犠牲」などに依らない「仕組み」をどうするかが一番大事である。

○事務局 札幌市では、従来、区にあった保健所を 1 カ所に統合したという経緯がある。それを再び区に戻すのは難しい。

○私が言っているのは、実際的な意味である。「区【保健所】が実現ができない」のはそうかもしれないが、区がそのような機能を持つことは実現性があるのではないか。

最初から「難しい」ということでは実現不可能である。実際にやるには、お金と人と情報が必要である。最初から予算がついているのであれば簡単だが、そうではない中で実現させるためには、強い意志がなければならない。

「実現する形」にしたいが、その「形」は「理想的な形」ではない。「パワーを持った形」でないと意味がない。

○資料 3 で描かれた形は概ね同意されたものと思うが、次はその形にどうやって戦略的に近づけるかという話になる。その際に、在宅ケア連絡会やケア施設町内会、北海道病院協会などのフィールドがある。そういった自発的に動ける中でモデルを描いて、そのモデルによって想定される成果を道や国にアピールし、そこで必要な医療や介護に関する取り組みへの加点を提案することなども考えられる。

システムとしてはサステナビリティが必要だが、それには人手が必要である。医療計画はそこまで伸ばす形にしなければいけないが、それをうまくモデル化し、普遍化できることを加点など全国的な仕組みとして提案していけば良いと考える。

札幌市版医療計画は札幌市民にとって納得できる目標を立て、優先順位の高いものを具体的に示す形が分かりやすいと思う。そして、それが人や予算を呼び込むものになっていれば良い。

#### (4) 第 3 回委員会の日程と議題等について

○事務局 第 3 回委員会は 3 月 30 日（水）18:30 から開催する。

議題としては、資料 3 の目標と重点について、本日の議論も踏まえより深めていきたい。

また現在、受療行動に関するデータを北大病院地域医療指導医支援センター長・藤森先生のご協力を得て集めているところである。そのデータを加工しご提示したい。

○そういったデータは、できれば事前にいただきたい。



### **(3) 第3回専門委員会：**

■日時：平成23年3月30日（水）18：30～20：30

■場所：WEST19 2階大会議室

■配布資料：

資料1：第2回札幌市医療計画策定専門委員会・議事録

資料2：札幌市版医療計画の目標・方針・重点施策について

資料3：生活圏における住民の医療ニーズのデータ化について

資料4：札幌市の地域医療データの分析について

資料5：札幌市の医療機能のマッピングについて

追加資料：研究資料～ヘルスケアシステム評価に関して（熊川アドバイザーより）

■次第：

1. 開会
2. 議事
  - (1) 第2回委員会の論点の確認
  - (2) 札幌市版医療計画の目標・方針・重点施策について
  - (3) 札幌市の医療の現状に関する基礎的データについて
    - ①地域医療データの分析について
    - ②医療機能のマッピングについて
  - (4) 意見交換
  - (5) 第4回委員会の日程と議題等について
3. 閉会

■議事録：

**(1) 第2回委員会の論点の確認**

（資料1について事務局より説明。省略）

**(2) 札幌市版医療計画の目標・方針・重点施策について**

（資料2、3について事務局より説明。省略）

○原点に立ち返りたい。これは「医療」計画である。資料には「住民の医療ニーズ」という言葉が何度も出てくるが、この「医療ニーズ」をどうとらえるかが問題である。資料3では「アンケート」「インタビュー」でとられているが、そうではないと思う。それは、医療は「疾病がどうなっているか」が原点で、それに対してどういう医療提供体制を組むのか、それが理想とどう乖離しているのかなどを一つ一つ詰めていくことが必要だからである。このスタートラインを間違うと、3-6の図のように、まちづくりの中に医療を閉じ

込めてしまうことになる。

現実には医療機関が動かないとどうにもならないが、それは疾病の発生から考えた「ニーズ」による。そこだけは押さえておいてほしい。

- 病気の予防、急性期、慢性疾患などを資料 2 にあること 1 本でまとめるのはかなり無理がある気がする。まちセンの活用等は慢性的な疾患については役に立つ気がするが、急性期にこれでは全然解決しない。

私は、まず一つは全市的なワンストップサービス機関をつくる必要があると考える。例えば、今、病院はソーシャルワーカー機関を持っているが、病院ではなく行政もしくは NPO の機関としてつくる。

これからの高齢社会に向けて、まちセンすべてに保健師を配置し地域の慢性疾患をカバーする保健、医療、福祉の拠点化することには大賛成である。ただ、急性期はそこでは解決できないので、複数の仕組みが必要だと感じた。

- 今、予防的なことはむしろ後回しにしたい。前回から「エビデンスがない」と言っているのは、現在、札幌市でどういう病気があり、どういう人が何で困っているのかというデータがないことが一番問題だということである。「アセスメントできずに計画はあり得ない」という話だったと思う。今、札幌で急性期、慢性期、救急医療等に関して、一体何が起きているのか正確にデータで知りたい。そして、それを踏まえて医療体制や対策などについての話し合いをしたい。

- 資料 2 には「新たな専門職」など人材について書かれているが、これには、従来、保健師が行っていた内容がかなり含まれている。ただ現状では保健師の数が住民数に対してかなり少なく十分ではない。保健師の数がもっと充実しコーディネートができるようになれば、この部分はかなり改善できるのではないかと。

急性期、慢性期などそれぞれのステージに対しどうアプローチしていくか、この資料からは全く読めない。また、疾病後の「流れ」が見えてこない、地域内で医療が完結できるかわからない。そういったデータが必要ではないか。

- もし急性期と慢性期で分けるとしたら、並列的には分けられない。それは、慢性期はそこで生活する、急性期は治療・手術をするということで、同様には考えづらいからである。慢性期については、先ほどお話があったことも十分考えられる。

それから「連携」では物事は解決しない。特に慢性期については「合体」が必要。というのは、一人の人間は（医療の）患者であり、（介護の）利用者でもあるから。「連携」についてはもう少し考えるべきである。

もう一つ大きなニーズとして、急性期の不安がある。それに対するデータや情報提供は必要である。

- 「急性期」「慢性期」というのは、治療する専門家側の見方で、医療を受ける側からす

れば、最初にどこへ行けばいいのか、あるいはどこに連絡をすればいいのかという初動行動が問題である。その後は、患者・家族側からすれば、入院するのか、通院するのかという問題になる。

ここには専門家ばかりが集まっているため、専門家の視点になり話がちぐはぐになっている感じがする。われわれも何か違う視点でデータを検討し直さないと、今、札幌でどんな医療が必要とされているのかわからないのではないかと。

一つ医師の先生方に伺いたいのは、小児科はあるが、なぜ「老年科」はないのかということ。高齢者が、自分が行くべき病院が分からないということがあるので。「老年医学会」はあるので専門家はいると思うのだが。

○これは情報の問題だと思う。確かに、現状では医療提供者側が市民に対して情報を十分発信していないと思う。けれども、これはやろうと思えばできる話であり「専門」とは関係がない。やり方がまずかっただけだと思う。

私は「医療計画」と言うからには、まず、発生している疾病に十分対応できる施設等の整備がなされているかの検証からスタートしないといけないと思う。それから、各病期やその後の介護・福祉での対応を検証し、次に患者・住民側から見て理想形とつくったものがマッチしているかを検証する、という流れだと思う。患者・住民側のニーズをスタートラインにするのは違うのではないかとということである。こういう流れを頭に描けば、私の話と先ほどのご発言は食い違っていないと思う。

○前回議論に関する私の理解は「エビエンスがない状態で医療計画の検討は始まらない」ということである。「疾病状況に対して、実際にどんな医療・福祉・保健サービスが実施されているのかをとらえ、その上で何をすべきかを検討することが大事」という理解である。

資料 2 は概念としては良いと思うが、前回の議論を反映しているのは資料 3 だと思う。ある程度限定されたモデル地区での実際の住民の疾病状況と、医療・福祉サービスの現状を把握するところから進めていくのが良いと思う。

○了解した。議事（3）、資料 4、5 の説明に進んでください。

### **(3) 札幌市の医療の現状に関する基礎的データについて**

(資料 4、5 について事務局より説明。省略)

### **(4) 意見交換**

○やはりスタート地点はこういったデータだと思う。

また、資料 2 「医療計画の基本方針」は並列になっており非常にわかりにくいので、やる順序をきちんと書くということと、「情報」についてはまた別な位置付けになると思う。

そういうことを分かりやすく書きかえてほしい。

○区までで十分だと思う。極端な話、医療計画をつくったら放っておいても良いくらいである。なぜかと言うと、とにかく札幌に医療資源が集中しているが、住民向けのアンケート調査をすると、住民のニーズがいろいろ出てくるが、地方から見ると「まだ必要なのか」と言いたいくらいのところがある。住民・患者のニーズをくむことは必要だが、その考え方の順序を組み替えてほしい。

○単純な質問だが「通院」とされる期間の基準はあるのか。もう何カ月、何年も行っていないのにデータ上「通院」とされてしまうことはないのか。

○レセプトは1カ月単位なので、そのデータを何カ月とるかによる。

ただ、人間の行動はあまり差がないので期間を切っても傾向は分かる。また、期間を切らないとデータとして成り立たない。その期間については、統計的に比較できる形になっていれば良いと思う。

他の委員がおっしゃるように「医療計画」とうたう限りは、今の医療の現状を知ることが必要である。札幌市医師会でも20年ほど前に、各区の患者がどの病院に行っているのか調査をしたことがある。非常に大ざっぱで、その時点では評価できなかったのだが、今はかなりのデータが出ると思う。そういうデータがあり、次に患者・市民アンケートをとり不満などと突き合せれば、札幌市の医療のどこに欠点があるかが見えてくる。それから計画を立てるということだと思う。役に立つ計画をつくるためには、まず現状の把握が先ではないか。

○ドクターの評価にも関係するが、例えば、最初に行った診療所では「便秘」と診断されたが、次に行った医療機関ではがんが見つかるということがある。この場合、最初の診療所では「便秘」という病名がデータとして残るが、そんな事例がたくさんあるのではないか。

○医師の仲間うちに「後医は名医」という言葉があるように、診察過程を経るごとに正確な診断ができるということがある。だから、それをもって医師を評価するのは非常に難しい。それは置いても、データとしては必ず生きてくる。

ただ、レセプトデータ分析は、絞りこむとプライバシーの問題が出てくるので、区単位にしておいていただきたい。

○レセプトのデータだけだと疾患のことはわかるが、例えば訪問看護や在宅療養のためにどういう福祉制度を使ったのかまではわからないということになる。

○そういうデータが蓄積されると、例えば「北区ではこういう先生にかかり、その後、在宅ではこういう看護サービスや介護を受けることが可能」というモデルケースを示せ、北区の住民の安心感につながる。

縦割りではなく横のつながりをしっかり持ちデータを蓄積していただきたい。

○もっと違うデータもとれる。医師会の協力、市からの多少の費用援助が必要だが、それぞれの医療機関にどこから、どれくらいの年齢層の患者が来ているのか、地図上に示すことができる。微妙な情報なので、医療機関名は出せないと思うが。また、例えば、この地域には65歳以上の方々が非常に多いのに、受診値が低いということまでわかってしまう。

もう一つ、連携パスの話がたくさん出てきている。今は脳卒中、また、医療の部分に限られているが、IT化が進んだこともあり、やろうと思えばいろいろな疾病、また、介護や福祉まで含めることもできる。市がやることになれば、大きく進むと思う。

○行政側として一番気になるのが個人情報の扱いである。レセプトデータなどの解析に関して、例えば倫理審査委員会を経る必要性はないのだろうか。また、どのような対策を考えているのか。

○個人情報保護は大きな問題であるが、私はどんなことにも義務と権利があると考えている。つまり、情報を出してもらうことによりどれだけ市民にフィードバックできるか、どんな不安が解消できるかを啓発していかないといけない。

また、行政とやると必ず個人情報保護の問題に行きつくが、指を指されるのが嫌だから、「私の時代にはやらない。次に引き継ぎますから」となってしまう。それはなしにしてください。

○全く賛成である。行政委員、保健所医療政策課の皆さんがやると言うか、やらないと言うのか、その答えだけを聞きたい。やらないと言った場合には委員会を解散したいくらいである。

○今、おっしゃられたことは、国の考え方で「医療の提供体制をどうするのか」ということである。今までは、自由開業制で、病床規制が入るまでは民間はどんどんやっても良いという状況だった。それが、この時代になってどういう提供体制が必要か、多くの議論がなされているわけである。その情報が患者に伝わっていないことがあり、それをきちんとやるのが大事。それはかなり進んできていると思う。

例えば、これが良いと言っているのではないが、ある地区の住民の健康管理を地域の診療所に任せるやり方もある。そうすると、落ちこぼれる患者は生じないはずである。「社会保障カードをどうするか」という議論も関係するが、そういうものを使った落ちこぼれない仕組みを作りつつ、われわれ提供者側のシステムも考える。その両方がマッチすると、ご懸念のことは起こらないと思う。ただ、国がそういうことをきちんと考えた提供体制をつくってくれるかどうかである。2年ほど前に厚労省で相当議論がなされて、必要なお金を使えるプランができた。来年にまた診療報酬改定があるが、その中でも地域密着の新しい体制を導入しようというところまで来ている。そういうことも情報としてきちんとお伝えする必要がある。

○札幌市もかかりつけ医の推進をうたっており、ご心配される方向に医療を持っていこうとは札幌市の経営層も考えてはいない。

○情報の出し方は本当に難しい。われわれ（医療関係者）がやってこなかったことは「標準的な治療とは何か」をきちんと出すということで、それが最大のポイントである。そこをきちんとすれば、多分、ご懸念はなくなると思う。

○先ほどのご意見は重んじたい。医療はマンツーマンなので効率だけでは難しい。先程の人頭制に関しても、それが全部成立してからであれば良いが「行われる予定なので、これはやっても良い」ということにはならない。

○そうではなく、そういう考え方もあるという意味で紹介した。

○人頭制については、今、非常にいろいろな意見が出ているので、それがすべてではないということだけ言っておきたい。

○実は教育も同じで、初等教育のために引っ越しをする人もいるが、大方の人たちは、自分の住んでいる地域の小中学校に行き、義務教育が終わったところで大きな選択が起きている。これは「校区」が染みついているからである。結局「医療圏」と言っても、それは医療従事者とその周辺の人たちのもので、住民にとっては関係ないものになっているので、先ほどのようなご心配がある。

だから、先ほどおっしゃったことを心配するなら、制度的にどうするかなどの問題はあるとしても、医療計画で「校区」のようなイメージを提示すべきだと思う。

○レセプト分析では網羅できない部分があるかもしれない。例えば漢方薬を中心に治療しているところもある。ただ、矛盾して聞こえるかもしれないが、これからの医療を考えるとときにデータは絶対に必要である。

ただ、あくまでも選ぶのは市民なので提示の仕方は用心しなければならない。特に行政から出るデータに左右されるのは否めない。どうすれば良いかはわからないが、データを元に市民が選べる必要があると思う。

データを受ける市民がその分析について十分理解して判断するところまで、失礼な言い方だが、啓蒙しても、その準備段階まで行かないと思う。その意味で、それをどう情報として提示するかが大事だと思う。

○先ほどのレセプトデータ収集に戻らせていただきたい。

何が理想の医療なのかかわからないので、そのエビデンスを得るためにデータをとる。「それにはレセプトデータを使うのが効率的ではないか」という提案が出された。

しかし、例えば糖尿病に関するヘモグロビン A1c の値はその中には出てこない。そういった限定的なデータの解析が、札幌市の医療計画を考えるベースとなり得るのだろうか。

○レセプトが一番良いと思う。データベースとしてはそれしかないし、医療の本質の 80～90%を示しているものだと思う

○私が危惧するのは、レセプトデータからは、その背景にある利用者、患者の精神状態、悩みといった課題が出てこないのではないかということ。今回の計画にはそういうものをどう解決するかも入ってくるわけである。

例えば、患者は初期症状でどこの病院に行けばよいか悩むが、データからはそういう課題は出てこない。また、コーディネーターの必要性を説明するためにそのデータが役に立つのか。客観的データと、その際の市民の精神状況や背景などを、仮説を立ててマッチングしなければ生かされないのではないかと危惧する。

○行政として、個人情報取り扱い上、どこまで許されるのか、どこまで使えるのかは確認しておきたい。

○少なくとも、北大・藤森先生が扱っているレセプトデータは国の予算もついており全然問題ないと思う。

○日本にはこういうデータを使う際の法律がないので非常に迷う。だから、国民の理解を得ていないときにどこまでできるかは慎重にしなければいけない。

○今回、残念なことではあるが、大震災が起きたことで、医療のあり方を示すことが幾分容易になったと思う。

先ほど「全国平均はない」というお話があったが、調査をすれば「札幌はこんなに良いではないか」となると思う。しかし、こんなところに欠陥がある。では、どういう優先順序でその欠陥を埋めていくのか、という議論になる。うまく進めていくためにも、そこをきちんとやっておくことが必要である。

○重い話になったが、基本的に医療は軽々しく論じるわけにはいかない。また、市民が物すごく身近に感じる計画でもある。だから、市民全員にすっとんと理解されるわけではないが、納得はしてもらえる、またはこちら側として納得させる説明が可能になっている計画をつくりたい。ほんのちょっとした微妙なことでもこの問題は揺れてしまうので。

最終的に詰まらないものに見えてしまうかもしれないけれども、その基盤はかなり掘った上でつくっていて、計画を詰めていけばこういう理想像になると、皆が共通した認識を持てる形をつくりたい。

#### **(5) 第4回委員会の日程と議題等について**

○事務局 第4回委員会は6月1日(水)18:30からとする。

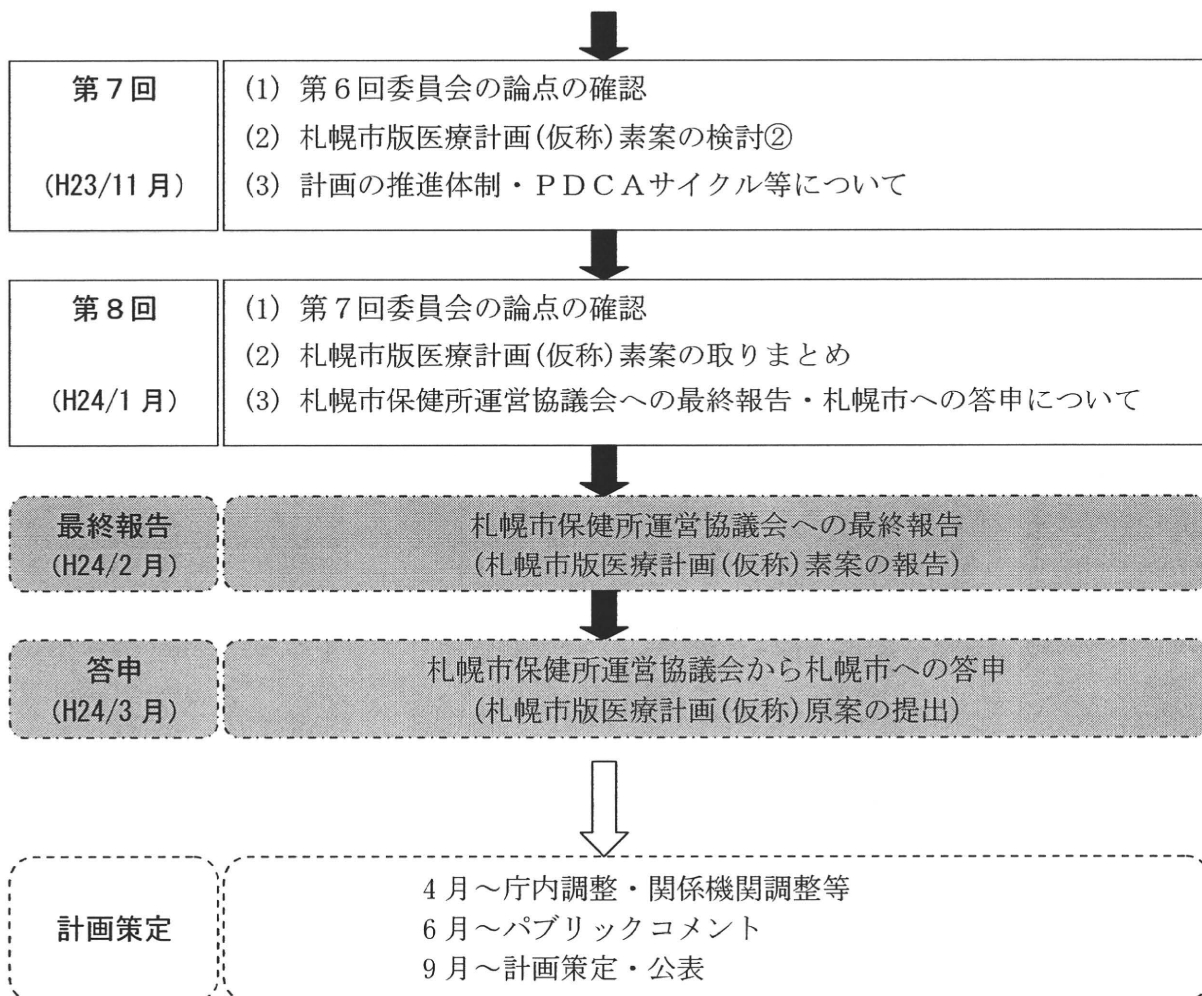
## 4 今後の予定

今後「札幌市版医療計画」（仮称）の検討は下記のスケジュールで進める予定である。

### <平成 22 年度>

第 1 回 (H23/1/12) 開催済	(1) 専門委員会の進め方について (2) 札幌市版医療計画(仮称)の策定について (3) 「札幌市版医療計画のあり方に関する提言」について (4) 札幌の医療の現状と課題について
第 2 回 (H23/2/28) 開催済	(1) 第 1 回委員会の論点の確認 (2) 札幌市医師会の取組について (3) 札幌市版医療計画（仮称）の目標と重点について
第 3 回 (H23/3/30) 開催済	(1) 第 2 回委員会の論点の確認 (2) 札幌市版医療計画の目標・方針・重点施策について (3) 札幌市の医療の現状に関する基礎的データについて ①地域医療データの分析について、②医療機能のマッピングについて
第 4 回 (H23/6/1)	(1) 第 3 回委員会の論点の確認 (2) 望ましい医療を実現するための具体的施策について① (3) 中間報告の骨子について
第 5 回 (H23/7 月)	(1) 第 4 回委員会の論点の確認 (2) 望ましい医療を実現するための具体的施策について② (3) 中間報告の取りまとめについて
中間報告 (H23/8 月)	札幌市保健所運営協議会への中間報告 (札幌市版医療計画(仮称)骨子案)
第 6 回 (H23/9 月)	(1) 第 5 回委員会の論点の確認 (2) 札幌市版医療計画(仮称)素案の検討① (3) 各主体（市民・医療・行政等）の役割と連携について





## **専門委員会配布資料**

---

### **(1) 第1回専門委員会：**

- 資料 1-1：札幌市医療計画(仮称)の策定について（諮問書）【省略】
- 資料 1-2：札幌市版医療計画(仮称)策定専門委員会 委員名簿【省略】
- 資料 1-3：札幌市版医療計画(仮称)策定専門委員会の進め方について【省略】
- 資料 1-4：札幌市版医療計画(仮称)の基本フレームについて ..... II - 31
- 資料 1-5：札幌市及び北海道の関連計画について【省略】
- 資料 1-6：「札幌市版医療計画のあり方に関する提言」（平成 22 年 7 月）【省略】
- 資料 1-7：札幌の医療の現状・特性・課題等..... II - 33

### **(2) 第2回専門委員会：**

- 資料 2-1：第1回札幌市医療計画策定専門委員会・議事録【省略】
- 資料 2-2：札幌市医師会の取組について【省略】
- 資料 2-3：札幌市版医療計画（仮称）の目標と重点について ..... II - 41
- 資料 2-4：各区の在宅ケア連絡会の取組【省略】
- 資料 2-5：拓北あいの里ケア施設町内会の取組【省略】
- 資料 2-6：札幌市が関与する医療・福祉・保健の拠点機能等【省略】

### **(3) 第3回専門委員会：**

- 資料 3-1：第2回札幌市医療計画策定専門委員会・議事録【省略】
- 資料 3-2：札幌市版医療計画の目標・方針・重点施策について..... II - 45
- 資料 3-3：生活圏における住民の医療ニーズのデータ化について..... II - 50
- 資料 3-4：札幌市の地域医療データの分析について..... II - 52
- 資料 3-5：札幌市の医療機能のマッピングについて..... II - 54
- 追加資料 3-6：研究資料～ヘルスケアシステム評価に関して（熊川アドバイザーより）【省略】

## 札幌市版医療計画(仮称)の策定について(案)

### 1. 計画策定の目的

- ・従来の医療計画は、医療法に基づき国が指針を示した上で、都道府県が策定することになっており、札幌市はこれまで独自の医療計画は策定しておらず、札幌市を含む札幌圏保健医療福祉圏の「地域推進方針」の一部として記載されているのみである。
- ・しかし、人口減少や少子高齢化等の社会構造の変化や、医療制度や介護制度の改革等が進展する中で、市民の健康と安心な暮らしを支える医療を確立していくためには、札幌市の医療の現状や特性等を認識し、市民の医療ニーズや医療現場の課題等を踏まえて、札幌市独自の望ましい医療提供体制のあり方(ビジョン)を構築し、その実現に向けた施策や取組を具体的に推進していくことが必要である。
- ・また、高度な医療機能が集積し、北海道全体の医療を支える拠点として、札幌市が果たすべき役割や機能のあり方を提示し、関係機関や自治体等との連携による広域医療体制の充実・強化に向けた取組を推進することが必要である。

### 2. 計画の位置づけ

- ・「札幌市版医療計画(仮称)」は第4次札幌市長期総合計画(平成12年度～平成31年度)に基づき、医療分野の施策を具体化する計画として位置づけられる。
- ・また、特に先行的・優先的に実施すべき施策や事業に関しては、平成23年度策定予定の短期実施計画(平成23年度～平成26年度)に盛り込む必要がある。

### 3. 計画の期間

- ・平成24年度～平成33年度(10年間)
- ・5年目(平成28年度)に計画の進捗状況・成果等に関する中間評価及び見直しを行う

### 4. 計画策定の経過と体制

- (1) 医療計画策定のための基礎調査の実施(平成20年度)
  - ・医療に関する市民意識調査
  - ・医療に関する医療従事者の意識調査
  - ・その他
- (2) 札幌の医療を考える会の設置(平成21年3月～平成22年5月)
  - ・都市政策、医療分野、福祉分野等の専門家7名で構成
  - ・札幌市版医療計画のあり方について計8回の検討を実施
  - ・平成22年7月、「札幌市版医療計画のあり方に関する提言」を取りまとめ市長に手交
- (3) 庁内の連携体制
  - ・「札幌の医療を考える会」と並行して、保健・医療・福祉の担当課の連絡会議を設置

- ・札幌市版医療計画における保健・医療・福祉の連携のあり方について協議を実施
- (4) 札幌市版医療計画策定委員会の設置(平成22年11月～平成24年3月)
  - ・札幌市から札幌市保健所運営協議会に対し、札幌市版医療計画の策定を諮問
  - ・札幌市保健所運営協議会の専門委員会として「札幌市版医療計画策定委員会」を設置

### 5. 計画の構成イメージ(案)

#### 【第1章】計画の策定にあたって

- 1-1 札幌市版医療計画の目的
- 1-2 計画の位置づけ
- 1-3 保健福祉部門計画との関係
- 1-4 計画の期間
- 1-5 計画策定の経過と体制

#### 【第2章】札幌の医療の現状と課題

- 2-1 札幌市の医療機能の現状と特性
- 2-2 社会構造の変化と市民の医療ニーズへの対応
- 2-3 医療の情報化と医療機能の連携
- 2-4 保健・医療・福祉の連携
- 2-5 北海道の医療拠点としての役割

#### 【第3章】札幌の望ましい医療のあり方

- 3-1 計画の目標～市民の健康と安心な暮らしを支える医療提供体制の確立
- 3-2 計画の重点
  - 1) 市民と医療をつなぐ医療情報・相談機能の充実
  - 2) 高度に集積した医療機能の連携による質の高い医療の提供
  - 3) 地域での安心な暮らしを支える保健・医療・福祉の連携

#### 【第4章】望ましい医療を実現するための施策

- 4-1 市民と医療をつなぐ医療情報・相談機能の充実
  - ①疾病調査・受療動向調査の推進
  - ②医療機能情報システムの整備
  - ③市民向けの医療情報の提供
  - ④医療相談機能の充実
  - ⑤患者情報のIT化の推進
- 4-1-2 高度に集積した医療機能の連携による質の高い医療の提供
  - ①地域の医療連携体制の整備(生活医療圏の形成)
  - ②地域連携クリティカルパスの推進
  - ③救急医療・周産期医療・小児医療体制の充実・強化
  - ④医療従事者の確保等の医療基盤の整備
- 4-1-3 地域での安心な暮らしを支える保健・医療・福祉の連携

- ①かかりつけ医や在宅医療の普及・育成
  - ②保健・医療・福祉の地域連携ネットワークの形成
  - ③保健・医療・福祉情報の一元化・共有化
  - ④市民への総合的な情報提供と相談機能の充実
  - ⑤市民による地域ケア活動の普及・育成
- 4-4 北海道の広域医療拠点としての機能の強化
- ①救急医療・災害時医療の拠点機能の強化
  - ②札幌二次医療圏・道央三次医療圏構成市町村との連携の推進
- 4-5 先行的・優先的に推進する施策や事業
- ①医療情報システム整備
  - ②地域連携モデル事業
  - ③医療人材活用事業

**【第5章】計画の推進に向けて**

- 5-1 市民・医療・行政の役割
- 5-2 関連計画や施策との連携
- 5-3 計画の進捗状況の点検評価と計画の見直し
- 5-4 二次医療圏・道央医療圏構成市町村との連携

**【資料編】(各種データ等)**