

札幌市版医療計画(仮称)

策定専門委員会における検討

1 専門委員会開催に至る経緯

(1) 札幌市版医療計画の必要性：

現在、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いるため、札幌市で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った。

札幌市では、人口減少や少子高齢化等の社会構造の顕著な変化が進む中、市民の医療ニーズや医療現場の課題等を解決し、市民の健康と安心な暮らしを支えるためには、札幌市独自の医療提供体制の確立が必要と判断、その礎となる札幌市独自の医療計画を策定することとなった。

(2) 札幌の医療を考える会の開催：

「札幌市版医療計画(仮称)策定専門委員会」に先立ち札幌市では、平成 21 年 3 月から同 22 年 5 月にかけて医療関係者、有識者等に呼びかけ「札幌の医療を考える会」を開催した。

同会では、医療分野だけに議論を限定するのではなく、望ましい医療のあり方を基本としつつ、保健・医療・福祉の連携のあり方についても議論を展開し、平成 22 年 7 月に「札幌市版医療計画のあり方に関する提言」を札幌市長に提言した。

2 専門委員会の概要

(1) 委員会の目的：

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、札幌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するための「札幌市版医療計画(仮称)」の案を作成する。

(2) 委員会の位置づけ等：

- ・本委員会は、地域保健法・札幌市保健所運営協議会条例に基づく札幌市保健所運営協議会の専門委員会として設置された。
- ・本委員会は、「札幌の医療を考える会」が平成 22 年 7 月に取りまとめ、札幌市長に提出した「札幌市版医療計画のあり方に関する提言」を踏まえて計画素案の検討を進めた。

(3) 委員会の構成：

No.	氏名	役職
1	岩見 太市	NPO法人シーズネット理事長
2	内田 和男 (委員長)	北海道武蔵女子短期大学学長
3	川畑 いづみ	社団法人北海道看護協会副会長
4	出井 聡	札幌西円山病院経営管理部医療福祉課次長
5	徳田 禎久	特定非営利活動法人北海道病院協会理事長
6	長谷川 聡	北海道医療大学看護福祉学部准教授
7	星野 豊	医療法人社団豊生会理事長
8	松家 治道 (副委員長)	社団法人札幌市医師会副会長

行政委員

1	堀澤 純一	札幌市保健福祉部長
2	矢野 公一	札幌市保健所長

アドバイザー

1	熊川 寿郎	国立保健医療科学院 経営科学部長
---	-------	------------------

コーディネーター

1	山重 明	株式会社ノーザンクロス 代表取締役
---	------	-------------------

事務局

1	飯田 晃	札幌市保健所医療政策担当部長
2	石田 宗博	〃 医療政策課長
3	田原 伸一	〃 医療政策課医療企画係長

3 検討の経過

(1) 第1回専門委員会：

■日時：平成23年1月12日（水）18：30～20：30

■場所：WEST19 2階大会議室

■配布資料：

資料1：札幌市医療計画(仮称)の策定について（諮問書）

資料2：札幌市版医療計画(仮称)策定専門委員会 委員名簿

資料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

資料4：札幌市版医療計画(仮称)の基本フレームについて

資料5：札幌市及び北海道の関連計画について

資料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）

資料7：札幌の医療の現状・特性・課題等

■次第：

1. 開会・挨拶（札幌市保健所長 矢野 公一）
2. 委員紹介（資料2）
3. 委員長選出
4. 議事
 - (1) 専門委員会の進め方について（資料3）
 - (2) 札幌市版医療計画(仮称)の策定について（資料4・資料5）
 - (3) 「札幌市版医療計画のあり方に関する提言」について（資料6）
 - (4) 札幌の医療の現状と課題について（資料7）
 - (5) 第2回委員会の日程と議題等について
5. 閉会

■議事録：

(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

（資料3～6について事務局より資料説明の後、質疑応答。質疑なし）

(4) 札幌の医療の現状と課題について

（資料7について事務局より資料説明の後、意見交換）

○「札幌の医療を考える会」では情報、コミュニティー、連携がキーワードとされたが、この委員会でもたまた同じ検討をしても抽象的な議論になるので、札幌市の独自性と、どこまで具体的に検討するのか、（例えば予算の目途など）を踏まえて検討していきたい。

○計画のあり方については「具体的なものでなければいけない」という考え方と「あくまで計画である」という考え方があるが、どちらをとるかによってかなり変わってくる。具体的なものであることが望ましいが、そのためには実施した際に出てくるであろうさまざまな課題をクリアする方法まで踏み込まなければならない。それは、スケジュール的に難しいと思う。

○まず、医療計画がなかったことに驚いている。また、現在の医療体制はどういう原理で今に至ったのだろうか。現状が医療機関の経済効率、経営戦略の結果ということであり、誰かが計画した結果でないのであれば、今の医療体制が非常に偏っていることが納得できる。

札幌の地域医療の視点として、まず、北海道最大の中心都市として北海道全体の専門医療や高度医療、先端医療を担う体制を持たなければならない。また、大都市札幌の中での地域医療を考えることも必要。キーワードとして出てきた連携についても、連携の仕掛けをしっかりと考えないと偏在した医療体制になってしまう。

提言書に「例えば区単位の医療圏（生活医療圏）」とあるが、例えばあいの里の住民からすると、北区役所周辺は生活圏とは言えない。生活圏は小学校・中学校区くらいまで微視的に考えるべきである。

○「考える会」では「あり方」について検討したが、本委員会で実現性の高いものを作るとなると、まだまだ情報量が足りないと思う。

札幌は北海道全体から見るととても恵まれている。しかし、中に入ると、先ほどお話があったように決して効率的ではなかった。国の施策を含めた医療政策全体の弊害なのだろうと考える。

せっかく先進的な取り組みをするのだから、どのような疾病が札幌市でのどの地域でどれだけ発症しているのか、それに対して医療機関の分布がどうなって、対応できているのかどうか。何かをするときには優先順位を決めざるを得ないが、その優先順位の理由が問われるので、これらを一つ一つ検証しながら進めていくべきと思う。

○現在、在宅ケア連絡会という団体で活動をしている。約10年前に札幌各区で立ち上がった。1～3カ月に1回、保健・医療・福祉関係者が参加し、ジャンルにあまりとらわれず事例検討や新制度の学習、新たなサービスや連携の在り方などを模索してきた。収入は医師会と歯科医師会からの助成金だけで、全くの手弁当でやっている。

新しい地域の保健・医療・福祉を考える、あるいは実践する一つの形として、これからどう展開できるかが課題である。

○提言書を読み、こんなに恵まれているのに不満を感じている札幌市民がいることに驚きを感じた。それが、情報が行き届いていない、コミュニティーの崩壊などから感じられることがよくわかった。

北海道全域を見ると、医療従事者は札幌に集中している。また、看護師も札幌では病床数単位で考えると少ないが、北海道全域ではまったく足りていない。

これらを踏まえて、資料 4 に「北海道の広域医療拠点としての機能の強化」が掲げられていることは非常に評価できる。

○ただ、これは具体的に取り組むには非常に難しい部分である。最終的には道の役割になるので。

○これからは入院施設型でやっていくのは非常に難しくなるので、いかに在宅に向けていくかが課題である。そしてその際、札幌は家族機能も地域機能も弱いという特徴があるので、そういう中でどうしていくかという視点が必要である。

そういうことから 3 点の課題が挙げられる。1 点目は、ホームドクターを実現する体制づくりである。高齢者が困るのは、多くが複数の病気を持っている中、医療が縦割りであり高齢者の暮らしを総合的に見てアドバイス・調整をしてくれるホームドクターがいないことである。

2 点目は、保健・医療・福祉のワンストップ情報提供サービスをどうつくるかということである。現状は、各医療機関の特徴、何ができるかが全く伝わってこない。また、ドクターの良し悪しはなかなか表には出てこないが、市民側にとっては、そういった情報が重要である。

3 点目は、医療・介護、みとりの場を地域の中にどう作っていくかということである。例えば、マンションで暮らす単身高齢者が増えてくるが、マンションの中に介護病室を 1 室作ろうと提案している。そうすれば、要介護になっても、住む部屋は変わるが、住む地域は変わらずにマンション内の人間関係も継続できる。また、そこに往診、介護保険等のサービスが入ってくると新しい地域における介護の形ができる。

○具体的な「形」を作る手法として、一つは各地区で何が欠けているかを検証するということがある。もう一つは、地区における理想形を作り、それをある地区に当てはめたときに足りないものを埋めていくという手法がある。

私は札幌市の医療計画としては、前者の手法ではなく、札幌市を 30 万人くらいの地区に分け、そこにどのようなシステムがあるべきか、そして、札幌市はそれをどう運営していくべきかを考えた方がうまくいくと思う。

先ほど、どういう経緯で現在の医療制度ができたのかという話があったが、自由開業医制と、地域医療計画としてはせいぜいベッドの規制があるだけで行政は何もしなかった結果である。例えば、ベッドタウンを作る際も、どういった医療機関がどれだけ必要かを全く考えずにただ助成しただけである。全体的に、どういうものが必要か考え直す必要があ

る。

また「誰も計画してこなかった」という話があったが、札幌市医師会では、全国 2 番目に夜間急病センターを作った。また、市立札幌病院の地域連携室は、病院の高度医療機器をより広く使うためにパイロットスタディーとして設けたが、これを皮切りに現在、札幌市内に 38 の地域医療連携室がある。

情報に関しては、医師会ホームページに医療情報マップを設けている。ただ公平性があるので「どこがだめ、どこが良い」という情報を出すのは非常に難しい。

また、ホームドクター制度については、札幌市医師会には在宅医療支援委員会があり主治医名簿もあるので、連携してつくっていけると思う。

○行政の公衆衛生は本来「エビデンス・ベースド・パブリックヘルス (Evidence based public health)」であるはずだが、エビデンスに基づいていない、または、そのエビデンス自体もきちんと把握できていないのが現状である。さらには、その対語である「オピニオン・ベースド (Opinion based)」－社会的地位のある人の発言等、エビデンス以外の「外圧」で取り組みが動くこともよくある。

札幌市版医療計画を策定するに当たっては、エビデンス・ベースドで公衆衛生を作っていかなければならないと思う。

○介護保険制度に関して、地域全体で介護を支える体制が不十分であるという指摘をよく耳にする。具体的には、確かに家族の介護負担は軽減されているが、医療ニーズが高い人や、要介護者の高い人を地域で介護する場合に専門的なケア、夜間も含めた頻繁なケアが必要で、これらに応える体制ができていないということである。

一方、平成 19 年度に高齢者の意識調査を行ったのだが、高齢期の生活場所に関する設問では「住みなれた家や地域で暮らし続けたい」方が 52%、「住み替えても在宅で生活を続けたい」方が 13%である一方、施設入所を希望する方は 14%という結果であった。また、高齢期の生活のために必要なものは何かという設問では、「医療機関が身近にあること」という回答が 59%、「介護保険のサービスが利用できること」が 46%という結果だった。

ただ実際には、退院後の生活に不安があるため「施設から在宅へ」が進んでいない状況がある。

昨年 11 月に出された「社会保障審議会介護保険部会」の提言では「地域包括ケア」という方針を改めて打ち出している。おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域を「日常生活圏域」と定義し、その中で医療、介護、予防、住居、インフォーマルなものを含めたさまざまな生活支援サービスが切れ目なく有機的に、かつ一体的に提供される体制の整備の必要性が提言されていた。それを自発に任せるのではなく、改めて在宅ケア連絡会をシステムとして、どこに住んでいても同じサービスが受けられる体制を 10 区くまなく構築していく必要があると思っている。

そういう意味で、提言書の 11 ページ「保健・医療・福祉の専門家ネットワーク会議の形成」「在宅支援診療所の育成」「24 時間対応のかかりつけ医のグループ化」「後方支援ベッドの確保」「訪問介護サービスとの連携」はぜひ実現、充実してほしい。

また、在宅支援をしてくれる医療機関がどこにあるか、福祉の専門家でも知らないことがある。そういった「情報の共有化」も必要である。

○提言書は非常に優等生的にできているが「自分たちの医療計画」として、これで良いのだろうかという気がする。

国としては、平成 20 年度の第 5 次医療法改正で医療計画を都道府県の知事に任せてしまった。また一方では、保健所のあり方が現実のニーズと合っていないのではないかと、保健所を規定する地域保健法改定の検討が始まっている。

そのような中で、地域の医療計画の主体者である都道府県や政令都市は、ゼロベースで考えても良いのではないか。

居住環境についても、1982 年に建築法の改正があり、1985 年には厚労省のベッド規制が始まったので、これらの年に医療機関を含めて駆け込みで建物が建てられた。日本の病院の建て替え年数は大体 30 年なので、そろそろ建て替えしなければいけない状況である。そういった中、これからの望ましい居住環境のあり方は地域住民自身にしかわからない。厚労省やほかの地域の話聞いても当てにならない。比較するのであれば、同じ緯度の他国の似たような都市について学ぶべきである。

また、ゼロベースで創意工夫する中で札幌市の先進性、独自性が出てくるはずだ。

道と札幌市の関係で難しいという話があったが、他地域を顧みても政令市と県との整合性をどうとるかは非常に難しいと感じる。しかし、それを考える際の新しい切り口として、昨年 11 月 1 日に発効した社会的責任に関する世界規格 ISO26000 が考えられる。企業だけでなく、NPO・NGO、政府機関を含めて、あらゆる組織活動は社会的責任を担っていかなければいけないのだと高らかにうたっている。今後、道と市や、札幌市と周辺自治体の関係について議論する原点になる可能性がある。このあたりをうまく使っていくと良いのではないか。

それから「そもそも計画がなく医療の仕組みができていることに驚いた」という話があったが、戦後 60 数年、システムがないままきってしまったということである。そういったところで過去の歴史を紐解いても何も変わりようがないので、そういった意味でもゼロベースでエビデンスをつかまえていくことは非常に大事だという気がする。

また、公正・公平と、多様性のバランスをどうとらえるのかということは、サービス提供側のロジックだけではだめである。地域住民がどのように物事を考え、それを踏まえてどうやって多様性と、公正・公平のバランスを保っていくのかという議論は、21 世紀にいずれの国でもやっつけていかなければいけない。このコンセンサス・ビルディングは、これから非常に大きな課題になると思う。

そういう中で「具体的に何をやっていったらいいのか」という問題が投げかけられるの

は、そもそも「保健・医療・福祉ニーズの種類と量」が把握できていないということと、そのニーズに対してサービスを供給できるパワーがどのくらいあるのかということの突き合わせができていないということに原点があると思う。日本学術会議から厚労省に「日本版 CDC (Centers for Disease Control and Prevention、疾病管理予防センター) を作り、疾病管理をきちんとやるべき」という提言が出されたが、例えば先駆的に札幌市で、CDC のような形で、どこにどういう患者が何人いて、その地域にどういうサービスを提供できるパワーがどれだけあるのかを把握して、これらをリアルタイムにマッチングできる仕組みをつくる。そうすることで、問題を抽出でき、それら問題の優先順位はその重要度と緊急性から決まってくるが、優先順位が決まれば費用対便益の検討をすることで具体的な解決策になってくる。

こういった地域ケアの問題解決システムを医療計画の中に具体的に盛り込めると、他地域・他国にも「札幌モデル」として波及でき、札幌市にとっての情報発信にもなる。

札幌市が持っているパワーを考えると、もっと「チャレンジ」しても良いのではないか。

○札幌市の総合計画や部門別計画検討における最近のキーワードの一つが「マネジメント」である。保健、医療、福祉だけではなく、環境や孤独者へのサポート、コミュニティーに関しても、従来はパートごと、対象者ごとに分断されてきた。それらをつなげる仕組みづくりという意味での「マネジメント」がかなり重要になってきている。

もう一つは、医療だけではなく、経済、金融、産業活動などの機能の札幌への一極集中が顕著に進展している。それは、必ずしも札幌にとって将来を展望すると好ましい状態ではない。それは、北海道の価値や能力が、札幌が成り立つ基盤だからである。従来の札幌市の施策や計画は、当然ながら、札幌市域内のことを中心に構成されることが多かったが、最近の傾向としては、さまざまな分野において、札幌が北海道の地域とどう連携して、北海道における札幌の責任を果たしていくかが議論されている。

今回の医療計画でも、札幌の都市内部で抱えている問題に対してのアプローチと、北海道全体の地域力をサポートしていくための札幌の責務という両面の視点を具体的に示していく必要があると感じている。

○札幌市は過去にいろいろなことを先駆的にやってきたが、その後、それらを真似した都市はあまりない。その典型例は地下鉄をゴムタイヤにしたことだが、誰も後をついてこなかった。「画期的なもの」を考えるとときに、その対象だけを見ると良くないという例である。つまり、地下鉄は、バスや鉄道などとの連携が必要であり、旧国鉄にも地下鉄に乗り入れる構想があったのだが、タイヤにしたのでできなくなってしまった。「先駆的」というのは、リスクを伴うので十分な考察が必要である。

それは、その次をどうするかというステップを考えずに、理想を具現化しようとして飛躍してしまったのではないか。また「データを見て」という地についたところがなければならない。

もう一つは、情報につきまとう管理の問題である。疾病に関する個人情報、守秘義務がある医療関係者が管理しているうちは良いが、それが広くとれるようになったときに、その管理に関して一気に反対の声が出てくる可能性が高い。また「公」とはいえ、疾病情報を個人からとることは非常に難しい。病院から個人情報ではなく集計データとして受け取ることは可能だろうが、行き過ぎると住民の反発を買う可能性があるのではないか。

もう一つ大事なことは、病院と医療は別だということである。医療には公的な部分があるが、特に日本の場合、病院はほとんど私的なものになっており経営が成り立たなければならぬので、お上が誘導はできても、「病院をここに作りなさい」「病院をこうしなさい」と命令することは難しい。

また、社会的責任については、患者の方にも社会的責任があり、ホスピタルにだけ社会的責任を押しつけることはできないはずである。それをどう啓蒙していくかというところまで下りてしまうので、非常に難しいことがある。

また、具体的な話としては、少子高齢化が進展すれば小学校の統廃合が進むということがある。実は小学校は健診など、地域における公的な医療が集まるキーポイントとしての役割を果たしていたが、その場所を失いつつある。そういう中で、地域においてどういうケアをしていくか非常に難しい問題がある。50年後は人口も回復するかもしれないが、行政の計画の対象期間は長くて30年なので、その中で行く先を見ながら考えていくことが必要ではないか。

また、医療に関しては患者側のクレーム的な議論が非常に強く出てきてしまう。「こうなったらいい」という理想形が、供給サイドが金銭的、情動的、人的に成り立たないものであれば絵に描いた餅になってしまうので、供給サイドの体制がどうあるべきかを踏まえて検討しないといけない。そういう意味では、連携のベース、少なくとも出発点は病院同士の連携ではないかと思っている。

(2) 第2回専門委員会：

■日時：平成23年2月28日（水）18：30～20：30

■場所：WEST19 2階大会議室

■配布資料：

資料1：第1回札幌市医療計画策定専門委員会・議事録

資料2：札幌市医師会の取組について

資料3：札幌市版医療計画（仮称）の目標と重点について

資料4：各区の在宅ケア連絡会の取組

資料5：拓北あいの里ケア施設町内会の取組

資料6：札幌市が関与する医療・福祉・保健の拠点機能等

■次第：

1. 開会

2. 議事

(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

(4) 第3回委員会の日程と議題等について

3. 閉会

■議事録：

(1) 第1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) 札幌市医師会の取組について

(資料2-1～2-4について松家委員より説明。以下、資料の補足説明のみ記す)

札幌市医師会では「医療機関情報マップシステム」を平成16年6月に、また、急性期から亜急性期、回復期、療養、介護施設への入院患者の流れをスムーズにするための「入退院サポートシステム」を平成18年5月に構築した。

また、往診・訪問診療等に応じる主治医や専門医、後方支援施設などが検索できる「在宅療養支援システム」、さらに各医療機関においてインターネット上で受診・検査予約ができる「地域医療室連携システム」を平成20年11月に構築した。

「入退院サポートシステム」と「地域医療室連携システム」は会員専用でIDとパスワードが必要である。「医療機関情報マップシステム」と「在宅療養支援システム」は、オー

プンで誰でも利用できる。

資料 2-2 札幌市医師会入退院サポートシステムについて

このシステムの目的は、急性期病床から亜急性期、回復期、療養病床、介護保健施設という流れを、地域の医療資源、医療ニーズに合わせ、効率的に作ることである。

医療制度改革等による平均在院日数の制限や療養病床の再編等から、病床をより有効に活用する方策を求められ、札幌市における地域完結型医療の実現と地域医療機関サポートを念頭に、患者中心の一人一人の特性に合わせるために本システムを構築した。

本システムは、インターネットを使用し、転送側、受入側の双方からマッチングを行うシステムである。

転送側の医療機関は患者の情報を入力し、受入側医療機関で登録した情報とマッチングを行う。マッチングはどちらかが新しい情報を入れた瞬間に行われ、その結果はメールで関係医療機関に送られる。また、マッチングしなかった場合も、個別検索で条件に近い情報を得ることができる。マッチング後の医療機関間、医療機関と患者さん間のすり合わせはマンパワーで行うことになっている。

これを作ったときは、病院のベッドの需給状態がシビアだったのだが、現在は、介護療養病床や特養のホテルコストが全部個人負担になり、また、不景気で入院者も減っていることもあり、比較的需給状況は緩やかである。

資料 2-3 在宅療養支援システムについて

札幌市医師会にある「在宅療養支援委員会」では平成 12 年の介護保険開始時に在宅療養等支援協力医療機関名簿を作った。それを改善しインターネット上に載せたものでオープンで閲覧できるようになっている。

最初は紙の名簿だったのだが、その時点からケアマネジャー等から非常に重宝されていた。最初はケアマネジャーも医療機関への直接連絡を躊躇していたが、この名簿をもとに電話等でアポイントメントをとり連携するようになった。

資料 2-4 地域医療室連携システム

札幌市医師会の地域医療室は、パイロットスタディーとして会員医療機関と市立札幌病院との緊密な連携、機能分担促進、高度医療機器の効率的な活用を図るため、平成 7 年に市立病院の中に開設し、現在、多く利用されている。

市立病院以外の医療機関でもこの機能を利用していただきたい、見習っていただきたいということでこのシステムを作った。従来より、受診・検査予約はファックスで行っていたのだが、IT 普及に伴いインターネットを使った予約システムを作った。

ただ、地域医療室は 36 ほどできたのだが、インターネット上のシステムを使っている病院は今のところ 2 件である。非常に便利なので、なるべく皆さんに使っていただきたいと

思っている。

(質疑応答)

○3点質問がある。

最初に「医療機関情報マップシステム」の利用頻度について。

また、同システムにはそれぞれの医療機関の特徴や、ドクターの情報がないが、それらはどうなっているのか。

もう一つは「入退院サポートシステム」でマッチングされた場合の患者本人の意向はどうなるのかということである。

→松家委員 「医療機関情報マップシステム」の利用頻度だが、札幌市医師会のウェブサイトには毎日1,000件ほどのアクセスがあるが、その8割ほどがこのマップの閲覧によるものではないかと考えている。

医師の情報についてはまだ入っていない。現在、年に2回、各医療機関にアンケートをしているのだが、医師については異動もあるので診療科目だけを聞いている。

「入退院サポートシステム」によるマッチングだが、まず、患者さんにシステムがあること、個人情報漏れないことを説明し、使って良いか了解を得る。その上で送り手とマッチングされた受け手の医療機関、患者さん、患者さんの家族を交えて相談している。

○どのくらいの医療機関が会員になっているのか。

→松家委員 美容整形、コンタクトレンズ眼科以外、札幌市内の医療機関のほとんどが会員である。

○これらのシステムがどういうアウトカムを生んだのかという評価が必要。つまり、市民、患者さんとして、このシステムを使うことによって、自分たちは良い医療を受けられた、ケアに満足したという評価があるのか。あるいは、このシステムの内部顧客は評価をしているのか。

外部顧客、内部顧客の評価がないと、そのプロセスが良いアウトカムを生んだかどうかが見えない。そのあたりは、議論、評価をしているのか。

→松家委員 「医療機関情報マップシステム」に関しては、在宅医療支援委員会で定期的に行っている。また、アクセスがあることがある程度の評価だと思っているが、個々具体的には行っていない。

「在宅医療支援システム」に関しては、ケアマネジャーたちと年1回会議を開き利用の仕方や利便性について検討している。

「地域医療連携システム」も、各地域医療室の担当者に年1回集まっただき、改善点を話し合う会議を行っている。

「入退院サポートシステム」は、できて間もないので行っていないが、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労をしたが、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にお問い合わせするのは、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と。もっとシンプルに役割を整理し直した方がよい。

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々が「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かは、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ならないが、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に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。誰もやら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