

V. 遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究

第3回班会議

公開シンポジウム

「少子超高齢化社会を支える医療連携

～かかりつけ医と専門医をつなぐ～」

平成25年11月17日(日)

岩手医科大学 矢巾キャンパス 大堀記念講堂

# 目次

## 開催挨拶

## 開会挨拶

「岩手県の医療の歩みと岩手医大が提唱する新医療モデル」

岩手医科大学 学長 小川 彰

## 基調講演 1

「2025 年へのロードマップ～医療計画と医療連携最前線～」

国際医療福祉大学大学院 教授 武藤 正樹氏

岩手県の医療と介護の現状と将来

社会保障・税の一体改革

病床機能情報報告制度と次期医療計画見直し

2014 年診療報酬改定と入院病床の機能分化

医療計画見直しと在宅医療

地域包括ケア

## 基調講演 2

「地域医療再生計画にみる全国の施策と成功事例」

放送大学教養学部 教授 田城 孝雄氏

地域医療再生計画とは

Good Practice の紹介

遠隔医療と ICT 活用

地域医療再生と地域再生

岩手県の状況

震災復興

## 基調講演 3

「IT を活用した地域医療連携の実現に向けた運営主体のあり方」

秋田大学大学院医学系研究科医療情報学講座 教授 近藤 克幸氏

IT を活用した医療連携

紙から IT へ

運営主体のあり方と各医療機関との関係

共同利用という考え方

事業間連携について

## パネルディスカッション

「岩手県における地域医療ビジョンを見据えた医療連携のあるべき姿」

### 座長

岩手県医師会 副会長 岩動 孝氏

日本遠隔医療協会 理事長 長谷川 高志氏

### パネリスト

国際医療福祉大学大学院 教授 武藤 正樹氏

放送大学教養学部 教授 田城 孝雄氏

秋田大学大学院医学系研究科医療情報学講座 教授 近藤 克幸氏

岩手県立宮古病院 院長 佐藤 元昭氏

岩手県保健福祉部医療政策室 室長 野原 勝氏

### 閉会の挨拶

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

研究課題：遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究

（課題番号：H 25-医療-指定-049）

### 第 3 回班会議 公開シンポジウム

「少子超高齢社会を支える医療連携～かかりつけ医と専門医をつなぐ～」

#### 会議録

日時：平成 25 年 11 月 17 日（日）13：30－17：00

場所：岩手医科大学矢巾キャンパス大堀記念講堂

出席：小川、岩動、武藤、田城、近藤、野原、佐藤、遠藤、小山(敬称略) その他

小山

皆様、本日は大変ご多用の中お集まりいただきまして有り難うございます。

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金、地域医療基盤開発推進研究事業、遠隔医療を実施する拠点病院のあり方に関する研究、第 3 回班会議を開催させていただきます。私は、今日司会を担当させていただき岩手医科大学の小山と申します。どうぞよろしくお願いいたします。今回の班会議は「少子超高齢社会を支える医療連携～かかりつけ医と専門医をつなぐ～」と題しまして、公開シンポジウムのかたちをとらせていただいております。

それでは、開会にあたり研究代表者であります岩手医科大学理事長学長小川彰より、「岩手県の医療の歩みと岩手医科大学が提唱する新医療モデル」と題してご挨拶させていただきます。

#### 開会の挨拶

「岩手県の医療の歩みと岩手医大が提唱する新医療モデル」

岩手医科大学 学長 小川 彰

本日は、日曜日の良い時間にも関わらず、大変お忙しい先生方にご無理を申し上げて基調講演をお願いし、これだけたくさんの皆様にご参加いた

だき、感謝申し上げたいと思います。現在の矢巾キャンパスでございますが、この建物は災害時地域医療支援教育センターといたしまして、今年 4 月に運用を開始いたしました。免震重要棟ともいえるべき建物であります。免震構造で独自の非常用電源を備え、全県の医療情報のサーバー機能もっております。サーバーがあるものですから、瞬時停電にも対応しなくてはならないということで、この建物だけ独自の非常用電源をもっているということです。

岩手県が何故こういう岩手モデルを提唱したかということですが、岩手県は北海道に次いで広い自治体でございます。四国 4 県に匹敵する広大な県土を有しております。高度救命救急センターは、岩手医大、久慈の高次救命救急センター、県立大船渡病院の高次救命救急センター、そういう救命救急センターで運用しているわけです。盛岡は内陸部で、ほとんど震災の影響は現在、見えないうえでございます。盛岡から被災地までだいたいいく 3 時間、往復 6 時間、医師不足の県の中で、医師が移動にだけ時間をとられるということでは、到底いい医療はできないということです。

例えば、岩手県には9つの二次医療圏がございます。次の資料は、岩手県と東京都をセიმスケールで比較したのですが、ここに宮古医療圏がございます。宮古医療圏は、岩手県の9つの医療圏の中で最も面積の広い医療圏でございますけれども、この面積が東京都区部の面積の4.3倍、東京都全域の2.2倍。その中で病院は4つしかない、総合病院は1つしかないという状況でございます。東京の病院数は658でございますから、いかに違うか、過疎地であるかということがお分かりいただけるかと思えます。

こういうことで、岩手県では地域においてたらい回しはありません。たらい回しをするほど病院がありません。その病院に行くしかないということで、県立宮古病院の院長先生もいらっしゃっておりますが、宮古病院ですべての患者さんを受入れて、どうしてもなければ、岩手医大の高度救命救急センターまで連れてくると。その沿岸各地のほとんどが被災したというわけです。

このように岩手県の過疎地医療の特殊性というのは、広大な県土、医師不足の県であること、医師の移動に膨大な時間がかかり、3時間かけて医師を派遣したとしても、その割に患者さんがものすごくたくさんいるわけではないという過疎地の問題があります。そういう意味で、効率よい高度医療の提供には、これらと大学病院とを結んだ遠隔医療というキーワードが出てくるわけでございます。

いつでもどこでも高度医療が受けられるということの意味について。ICT遠隔医療を使つての診断・治療方針というのは、専門医のサジェスションが受けられる高度医療ですし、特に医師不足疾患の日常診療を、医師が現地に行かなくても医療ができるような状況にしたいということでもあります。当然、手術等、高度医療は基幹病院、大学病院でやらざるを得ないのですが、大学と病院、診療所、福祉の情報共有ということで、病診・病福

連携をシステム化しようというのが、岩手医療モデルの一つの意義でございます。

岩手版の医療情報連携システムについて、現在は小山先生が中心になって大変頑張つてやっただけでございますが、現時点におきましては、沿岸の基幹の県立病院と遠隔コンサルテーションによる医療連携、紹介状等、そして電子カルテの共有をしましようというようなことになっております。

病院ごとに医療情報管理をして、全体として維持可能なシステムであること。将来的には、岩手医大災害時地域医療支援教育センターの4階にございますサーバーに、全県の医療情報をストレージすることになっておりますが、これもやっとなんていうことで1回でできるものではございません。結局、拠点病院に患者が受診して、診察をしてコンサルテーションをして岩手医大を受診して、診察・検査、そして拠点病院にお戻しするというようなシステムでございます。そのセキュリティに関しましては、今日、専門家の先生方がたくさんいらっしゃいますので特に説明申し上げませんが、いずれ、拠点病院と岩手医科大学の間でセキュアな情報通信網を作つて、そして患者さんの利便を高めるということが当面の目的でございます。いずれ拠点病院、岩手医大、そしてその情報共有をだんだんとシステム化し、すべてを共有していくということになるわけでございます。最終的には病院、診療所を結んで岩手における医療の均てん化、災害の対策を実現するというステップまで進むわけでありまして、これも今、準備をしているということです。

現在までの遠隔医療というのは、あくまでも支援だけでございます。医師がいる病院で良い診療支援をする、これは専門医の診療支援というものが極めて重要ではございますけれども、遠隔医療というためには、独立して医療ができるということがどうしても必須になってきます。先ほどのように、岩手医大から片道3時間かけて医師を派遣

して、一日6時間移動のために時間を使って診療の時間が減るということでは、医師不足の岩手県で良い医療はできないわけです。

これは一例でございますが、皮膚科の遠隔医療の実証実験のプロジェクトでございます。岩手県医師会立高田診療所がございますが、ここと岩手医大を結んで皮膚科診療の診療を目指しているわけでありまして、この他にいくつかのプロジェクトが動いております。実は、その高田診療所において、遠隔医療システムで皮膚科の診療をしようとした。非常に簡単にできると思ったのですが、実は送信側と受診側で色調すら全然違うということで、画像のように設置の位置をマークして、LEDの照明を設定し、そして外の光を遮断してやらざるを得ないというような仕組みが続けられています。それから、目的に応じたカメラも様々用意してやっているわけです。結果、現地で診断したものと約200キロ離れている岩手医大との間で、同じ診断ができるということが実証されつつあるわけでございます。

「いつでもどこでも」というのは、診療所、基幹病院、介護福祉施設、大学病院の遠隔医療システムの間で、電子カルテの情報共有化、システム化をしようということと対面診療の弾力化ということでございます。

アクセス・クオリティ・コストを並立させて、被災地ではありますが、医師不足に対応した全国過疎地医療の新しいモデルとなるのではないかと思います。

岩手県の復興基本計画が3.11発災後、8月にできました。岩手医大を中心にしてシステムやドクターヘリが動いておりますし、基幹病院、二次保健医療圏、在宅ケア、診療所等、これらを遠隔医療で結ぶということでございます。

教育、人材育成の拠点として災害時地域医療支援教育センターができて運用が開始されておりますし、拠点病院の電力等、ライフラインに関しましては、1週間、全床規模の電力、水道、すべて

を賄うことができる次世代型のスマートエネルギーセンターを既に先行して用意することになっております。

問題は、遠隔医療をこれにちゃんと結びつけるということでございます。ドクターヘリの基地は既に完成し、運用されております。将来は、病院ができた時に着陸地点からたった1分で救急センターに入ることができるというロケーションで考えているわけでございます。まだ空地もありますが、最終的には6年後、画像のようなかたちにはなり、ドクターヘリの基地と高度救命救急センターが連動しているということです。

過疎地被災地型医療システムを構築する病病・病診・病福連携、遠隔医療システムの整備、それに対するロードマップが極めて重要なポジションを現在、占めているということになります。広域大災害に備えた病院整備は準備をしておりますし、既にスマートエネルギーセンターの設計が始まっております。そして、エネルギー自己完結型災害拠点病院整備ということで、大災害時医療連携の役割というものは極めて重いものがございますので、今日これから基調講演をいただく先生方の様々なアイデアを参考にさせていただいて、岩手過疎地被災地型の遠隔医療システムを整備することによって作っていかうということでありまして、どうもご清聴有り難うございます。

小山

小川先生有り難うございました。

それでは早速基調講演に移らせていただきます。今日の基調講演は3人の先生方をお願いしておりますが、座長を岩手県立釜石病院院長、遠藤先生をお願いしたいと思います。

遠藤

基調講演3題の座長を務めさせていただきます。遠藤と申します。

それでは基調講演1の「2025年へのロードマップ～医療計画と医療連携最前線～」と題しまして、武藤正樹先生にご講演をお願いいたします。簡単

にご略歴をご紹介します。先生は1974年に新潟大学医学部を卒業されまして、1978年に大学院を修了、その後、国立横浜病院にて外科医として勤務。ニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学されまして、1988年からは厚生省の関東信越地方の医務局指導課長を務められました。その後、1995年国立長野病院副院長、2006年からは国際医療福祉大学三田病院副院長、国際医療福祉総合研究所所長、同大学大学院教授、2007年には株式会社医療福祉経営審査機構 CEO、2011年には医療福祉総合研究所代表取締役社長ということになります。そして、国際医療福祉大学の大学院教授となつて、現在に至っております。所属学会は多数ございますけれども、日本医療マネジメント学会の副理事長、日本ジェネリック医薬品学会の代表理事等、多くの要職に就いていらっしゃいます。政府関係の仕事としては、入院医療等の調査評価分科会会長、それから、厚生労働省の医療計画見直し等検討会の座長など、様々な要職に就かれております。簡単ではございますけれどもご紹介いたします。

#### 基調講演 (1)

#### 「2025年へのロードマップ～医療計画と医療連携最前線」

国際医療福祉大学大学院  
教授 武藤 正樹氏

国際医療福祉大学大学院の武藤です。それでは今日のお話、「2025年ロードマップ～医療計画と医療連携最前線～」ということで進めていきたいと思つています。

せっかくの機会ですから、私ども国際医療福祉大学で一体何をやっているのかということをご紹介します。栃木の大田原というところに本校がありまして、薬剤師や看護師、いわゆる医療専門職を養成する大学の大学院で、全国に11の関連病院があります。タイトルバックは東京都内の関連病院の一つ、三田病院です。これは人口20万人の港区にあります。先ほど小川学長からもあり

ましたとおり、岩手とだいぶ違います。三田病院、近くに慈恵医大、虎の門病院等、急性期病院がごろごろしている大激戦区です。医者数が半端ではなくて、全国平均医師の数は人口10万人当たり約220人ですが、なんと1200人ですね。いずれにしても、まさに医師偏在です。三田病院はもと東京専売病院だったのですが、2005年に吸収いたしまして古くなってきて、新三田病院を作りました。この時、全館免震、屋上にガスタービン自家発電機、直下型の地震でも大丈夫という建物にしました。

今日の話はこういう順番でいきたいと思つています。まず、岩手県の医療と介護の現状と将来について。2番目以降は、国が進めている2025年への医療、介護をどうするかということで解説をしていき、社会保障・税一体改革、国民会議、それから病床機能情報報告制度、これが結構大きな課題です。それから、直近の課題としては診療報酬改定、入院病床の機能分化の話、さらに今日の話にももちろん関係しますが、医療計画の中の在宅医療、これを大きくクローズアップしてみました。最後に地域包括ケアシステム、これが今、最大の政策課題になりつつあります。

岩手県の医療と介護の現状と将来です。お手元の資料、スケールが小さくなりましたが、岩手県の人口は、2040年には約3割激減。これもご承知のように岩手県は9つの二次医療圏がございますけれども、盛岡に一極集中です。病院勤務医も57%集中してしまつて、その他の8医療圏は医療不足地域になっています。人口の36%が盛岡に集中しており、その他の地域は過疎型の地域となります。そして、これも医療資源が集中しているのですが、全身麻酔の6割が盛岡に集中しています。また病院勤務医の6割、看護師の6割が盛岡に集中しており、こうした人材の偏在が認められます。

ベッド数の資料です。全体で全国平均を下回ります。それから療養病床もやはり7医療圏で下回っており、回復期病床においても5医療圏で全国

平均を下回っています。特養に関しては、全国平均を下回るが、介護3施設はほぼ充足しています。一方で、ケア付きの高齢者住宅数はどの医療圏でも不足しているということが分かります。

次の資料は2035年の75歳以上の人口です。盛岡に関しましては60%増加、高齢者問題は盛岡に集中しております。そうしますと、総医療需要を見てみますと、岩手県全体では4%ぐらいです。若者が減っていますから医療需要は減っていきませんが、二戸では20%減少、それから、総介護需要は特に高齢化の激しい盛岡は52%。明らかに医療圏ごとに全部違います。医療圏ごとの対応を考えなくてはということになります。次の資料はまとめのようなものです。盛岡以外の医療圏に関しては、総介護と75歳以上の医療は増えますが、総医療は減ります。総介護は盛岡に関しては全国とほぼ似たようなパターンとなります。このデータに関しては岩手県保健医療計画、日医総研ワーキングペーパーNo.269から引用してきました。

こうした前置きを見ながら、ここからは国としての今後の政策を見ていきたいと思えます。まず押さえておかなければならないのは、社会保障・税一体改革と国民会議です。これに先立って去年8月に社会保障・税一体改革の中の消費税法案が前倒しになって成立しました。現在5%の税率を14年に8%、その後10%に増税するということがあります。その背景ですが、団塊の世代の高齢化、激増する社会保障給付費の問題が挙げられます。

次の資料は人口ピラミッドの変化です。ちなみに私は昭和24年生まれで団塊の世代です。来年、前期高齢者の一年生です。団塊シニアに属しています。私は子供が3人いますので、彼らは団塊ジュニアです。実は、団塊ジュニアが高齢化する2055年、この時が非常に大変な時期です。その前に我々団塊シニアが後期高齢者となる2030年、ここを乗り越ればなんとか大丈夫かなど。団塊の世代の高齢化は全国一律で起こるわけではなくて、まさに都市部で多いです。大都市とその周辺県で

起こり、岩手では盛岡。このように非常に地域性が明確な偏在が起これるといわれています。

そうするとどうなるか。社会保障給付金、これは年金、医療、福祉・介護の3本柱ですけれども、現状2012年度社会保障給付金は109.5兆円、GDP対比22.8%。これが、我々が後期高齢者になる2025年には149兆円。また後で付け加えた資料ですが、社会保障給付金の見通しですがこのような感じですが、2025年には148.9兆円です。その中で何が伸びているのか。伸び率、年金は1.12倍、医療は1.54倍、介護は2.34倍です。今度は消費増税分の使い道ですが、5%引き上げですので、だいたい14兆円です。でもそのほとんどが、社会保障の安定財源確保分に使われる予定です。4%です。たったの1%が社会保障の充実強化分で2.8兆円です。この2.8兆円を分解しますと、医療・介護の充実と重点化・効率化に使えるのはたったの1.5兆円程度。このような状況です。この1.5兆円をこれからどうしていくかということですが、社会保障・税一体改革2025年のおおまかな内容ですけれども、医療と介護があります。2011年度現在、一般病床107万床です。徹底的に機能分化しています。それから介護は居住系施設、外来・在宅医療は大幅増。簡単に言ってしましますと、病院の病床から地域へということになります。

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編、これもよく出ますね。一般病床を徹底的に機能分化して、在宅医療の充実を拡充していく。

次の資料は改革の方向性です。病気になったら、病院側は急性期1床あたりの人員を1.6~2倍にする。どこから看護師をもってくるのでしょうか。今でも不足している状態ですが。患者さんが退院しますと、地域によっては住まいを中心として医療、介護、生活支援・介護予防といった地域包括ケアシステムを構築する。人口1万人の場合、中学校区くらい、だいたい徒歩30分圏内でこのようなシステムを構築していくということになります。



社会保障制度、国民会議の最終報告書を見ていきたいと思えます。8月6日に清家会長から安倍首相に手渡されました。この改革案をざっと見ますと、医療、介護、年金、少子化となっていますけれども、ほとんど負担増の話ばかりです。今日のお話、医療提供体制の見直し、これが次回の通常国会で法案提出されます。国民会議最大の注目点、プログラム法案は2017年度まで次々に国会に提出されます。まずトップバッターとして、医療法改正を注目していきたいと思えます。

国民会議報告のポイントを4つ挙げました。1つ目は医療提供体制の見直しでは4つあります。病床機能情報報告制度の早期導入、病床機能の分化と連携の推進、在宅医療の推進、地域包括ケアシステムの推進であります。二つ目は都道府県の役割強化、権限強化。国民健康保険の運営業務の都道府県への移行、医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化、医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度の見直しの3つがあります。

国民会議のキーワードはいろいろな見方ありますが、「地域」ということが挙げられるかと思えます。まず、とにかく地域の実情を反映すべきということです。病床の機能分化を進めるうえで地域単位の需要供給のバランスを把握しながら進めていくことが必要ということです。それから地域包括ケアシステムの推進が必要です。

この2025年への道筋をちょっと見ていきますと、これを進めるにあたっての大きなエンジンは二つあります。一つは報酬改定です。もう一つは、医療計画と介護保険事業計画です。進行表を見ていきますと、報酬改定は2025年まで、来年の改定を含めて6回です。医療計画では、現在進行中の診療事業計画は3回。介護保険事業計画は6回。一番注目すべきは2018年です。何が起こるかという、介護保険事業計画と医療計画が同時改革。それから次の医療計画がスタート。それからたまたま、介護保険事業計画のスタートになります。

計算しますと、同時改革は30年に1回しかありません。これを逃してしまうと30年ないということです。ですから、すべてのプランにおいて大仕掛けができるこの年を目指しています。先ほどの医療法改正等のプログラム法案がすべて2017年までを目途に成立を図っていくということになります。是非とも、2018年に着目していただきたいと思えます。

では、病床機能情報報告制度と次期医療計画見直しです。病床機能情報報告制度は、来年の後半から始まるのですが、各病院の病棟ごとの病床機能を都道府県に報告して都道府県でそれを集めて、現在の需給状態、それから2025年の需給状態を目指しながら適切な地域医療ビジョンを形成するという制度です。報告制度と地域医療ビジョン。地域医療ビジョンは次の地域医療計画、2018年スタートの医療計画にこれを反映させるということになります。今、各病院関係者が注目しているのが病床機能区分。どういう区分ごとに報告したらいいか、検討会の中でも二転三転しています。最初の検討会の中では6区分でした。「急性期」、「亜急性期」、「回復期」等、それを検討会の中でいろいろな異論が出て、結局5区分、4区分。4区分では「急性期」、「検討中」、「回復期リハビリテーション」、「長期療養」。この中の「検討中」などは全然合意に至らなかったです。それはなぜかという、実は「亜急性期」があるからです。この「亜急性期」が最大の争点でした。厚生労働省が示す「亜急性期」の定義です。いわゆる「急性期」を経過した患者さん(ポストアキュート)、それから在宅・介護施設等からの救急患者であって症状の急性増悪した患者(サブアキュート)、それから在宅復帰に向けた医療を提供する機能と3つの機能を備えたものを「亜急性期」と定義したのですが、これに対して非常に異論が出まして、結果的に先ほどの報告制度で検討会では「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」と4区分で、来年度

の後半から各病院は県に病棟単位で報告することになっております。

次は、社会保障審議会医療保険部会で問題になっていることですが、どういうことが問題になっているかという、「診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等」をどうするかということです。これは中医協の中でも大問題になっています。

いずれにしても、報告制度に関して来年の通常国会で医療法が上程されますので、それを経て来年度の後半から報告制度、地域医療ビジョンが動き出すということです。そして、2018年の医療計画に反映させるということです。

次の資料 2025年へのロードマップと、診療報酬改定がリンクしています。報酬改定と医療計画は、常に2025年に向けての二つのエンジンであり、両方がリンクしていることとなります。

ここからは、診療報酬の話になります。入院病床の機能分化。今、中医協で来年度の報酬改定に向けて議論が進んでいますけれども、その中で一番着目されているのが、入院病床の機能分化の項目です。

次の資料は中医協の下部組織ですが、入院医療等の調査・評価分科会、この座長を私がさせていただいております。来年4月からの診療報酬改定に直結する話で、いろいろな意見が出ていますが、分科会としてこのように見直しました。一般病棟入院基本料に関して大幅に見直しました。もう一つは亜急性期入院医療管理料の見直しです。

いつも分科会で出てくる資料が次の資料です。療養病棟ごとの病床数を見ますと、一般病棟入院基本料7対1は35万床に近づいており、非常に肥大化しています。これを2025年のイメージでは、高度急性期には18万床くらいにしたいと。

次の資料は、病棟入院基本料7対1と10対1の届出病床数の割合と推移です。平成18年は6万床くらいでしたが、今は35万7千床と巨大化して、一般病棟入院基本料7対1の見直しが今回、大きな課題となりました。分科会の中で「複雑な

病態をもつ急性期の患者に対して、高度な医療を提供すること」を定義づけています。また、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外すこと、特定除外制度については、わりと安定している長期入院の患者さんは平均在院日数に入れてなかったものを入れますよ、13対1、15対1と同様の扱いとすることを提案しています。

次の資料は、DPCデータ提出病院における短期手術等に係る平均在院日数の影響をシミュレーションしたグラフですが、これによる短期間で退院可能な手術や検査の在院日数の対象から外すと約0.6日程度の差がおきます。

それから次の資料はどんな手術であったかということですが、ポリープ、ヘルニア、睡眠時無呼吸検査等でこれらを外します。

特定除外制度は、90日超えのある種の疾患に関しては、在院日数から除外してもいいという制度でしたが、これも入院基本料からさらに平均在院日数の計算対象に入れてはどうかということになっています。

90日超患者のうちの特定除外患者の割合ですが、7対1では3.7%、10対1では6.5%となっています。ここで問題になったのは、がん患者等の特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数ですが、7対1では1.5日、10対1では3.2日延長となります。

それから、重症度・看護必要度ですが、これも入院基本料の要件に入っています。これに対しても見直しが検討されています。これは複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点からの見直しということで、7対1にふさわしい項目について検討されました。その結果、時間尿測定及び血圧測定は削除、抗悪性腫瘍剤の内服等が追加になります。次の資料が削除項目、追加項目です。

そして、最大の争点が亜急性期入院医療です。急性期病床からの患者受入れ、在宅等にいる患者の緊急時の受入れ、在宅への復帰支援といった新

たな亜急性期の役割・機能をもった病床を病棟単位で拡充していこうと。そして、もし実現したら手厚い診療報酬をつけると。つまり、これから日本全体で3600万人の高齢者が出現する時に、亜急性期型の新たな病棟が必要だということで病床の創設を訴えております。

次に、中協総会において、入院医療等の調査・評価分科会の報告がなされました。その調査結果に基づいて、いろいろな意見が出され、12月に具体的な審議が始まります。

ここからは医療計画の見直しと在宅医療についてお話しします。医療計画はご承知のように都道府県が作る医療提供体制の基本計画で、5年に一度作っているのですが、多くの都道府県では2013年4月から新医療計画がスタートしています。この間、国は何をしていたかという、各都道府県へ向けてどういうふうに医療計画を進めていくかといったガイドラインを2010年暮れから作ってきました。2010年12月から1年間、これも座長を務めさせていただきまして、2010年から10回にわたってやりました。医療計画は一つ一つの項目が大きく、しかも2011年3月11日以来、全部の審議が2か月ほどストップしまして、再開された時に最初に出てきたのは災害医療に関する項目でした。

結局、新医療計画はこのようなかたちになりました。これまでの4疾患に精神疾患が加わり、災害医療、特に災害拠点病院の見直しにも繋がりました。それからこの5事業に合わせて、在宅医療を入れました。これについてもいろいろな議論がありましたが、ポイントは次のような感じです。指針の中に盛り込んだのは、在宅医療に関する医療提供体制の充実・強化について、介護保険事業支援計画との連携を考慮するということです。今後、在宅医療計画と地域包括ケア計画というような、新たなカテゴリーの計画が必要になってくると思います。

検討会でまとまった計画のキーワードです。24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携、看取りまで行える医療、認知症の在宅医療の推進、医療と介護の連携。これらは指針として示すのは簡単ですが、例えば24時間365日、患者の視点に立った医療提供体制を構築するのは大変です。

前回、2012年診療報酬改定の時に在宅医療について大きく見直されました。皆さんご承知のように、前回改定の時には医療と介護の役割分担、在宅医療の充実が大きな重点課題になりました。中でも在宅療養支援診療所・病院が大きく注目されました。例えば、在宅に特化した診療所が特に都市部で増えています。次の資料は神奈川県藤沢市にある湘南なぎさ診療所ですが、常勤医3名、非常勤医24名ほど。どのくらいの患者さんを在宅で診ているかという、2600件。全国で最大規模ではないかと思います。こうした診療所が都市部ではできてきています。ただ、都道府県によって随分違います。人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数は東京ではほぼ平均くらい。ただ、これから必要な埼玉、千葉、神奈川は平均以下、岩手も平均以下です。この支援診療所は、2008年の診療報酬改定で半径4km以内に診療所が存在しないなどの要件を満たせば病院でもできるようになりました。

2010年改定では4km制限を撤廃し、200床以下の病院であればどこでも在宅療養支援病院として取得可能になりました。これによって、すごい勢いで在宅療養支援病院が増加しました。現在、2012年段階で746病院です。次の資料は東京都で第1号の在宅療養支援病院で港区にある古川橋病院です。一般病床49床、介護老人保健施設40床の病院ですが、真っ先に取得しました。このあたりはお年寄りが多い地域ですが、お年寄りのちょっとした疾病、例えば肺炎、骨折等に関して、この手の病院がすごく小回りが利いて地域密着型です。三田病院はがん拠点病院ですから、やはりこ

うした病院が非常に重要です。ですから、今後はこのような在宅療養支援病院は、先ほどいった亜急性期病床のカテゴリーに非常に近いと思います。この在宅療養支援病院数を都道府県別にみてみますと、東京も岩手も非常に少ないです。石川、徳島などが多いです。ただ、課題も見えてきました。結局、在宅看取りが少ないことです。次の資料は在宅療養支援診療所数と在宅看取りの数に関するグラフですが、赤は在宅看取りをしない、青は在宅看取り1名以上となっておりまして、だいたい半分は在宅療養支援診療医が看取りをしていないです。結局、看取りができない理由は、たいいてい診療所は1人で対応していますから、看取りにとっても対応できないです。

それで、前回改定でこのように強化型診療所・病院を作りました。所属する常勤医3名以上、過去1年間の緊急往診実績5件以上、看取り実績2件以上と。ただ、一か所1人でできない場合は、複数の医療機関が連携してもよいということで、単独強化型、連携強化型に分けて、それぞれにいい点数をつけると。その結果、診療所に関して、単独強化型、連携強化型、だいたい1/4ぐらいに増えてきています。病院に関しては、だいたい半分に増えてきました。

次の医療法改定の大きな課題は、在宅医療に係る医療機関の機能の整理、医療法への書き込みです。来年の診療報酬改定ですが、強化型在宅療養支援病院・診療所の要件の厳格化が必須です。

最後に地域包括ケアシステムです。2012年の介護報酬改定で決まりました。地域包括ケアシステムの基盤評価、医療・介護の役割分担・連携強化。次の資料はよく見る図ですが、住宅、福祉、医療、介護を地域の中でサービスを提供していくということが決定しました。あくまでも住宅が中心だということです。今回、このために3つの新規サービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、サービス付高齢者向け住宅が入りました。定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、

地域の中にナースステーションを置いて取り組むということです。サービス例としては、平成21年度世田谷区のモデル事業があります。利用対象者にはケアコール端末を持っていただいて業者さんが随時訪問するという地域のナースコールですよ。それから複合型サービス。これは小規模多機能型居宅介護と訪問看護との組み合わせサービスです。小規模多機能というのは、認知症の方の面倒をみるのにすごくいいサービスです。泊りでも通いでもいいといった具合に柔軟なサービスに看護、介護を組み合わせた施設です。それから、今話題のサービス付高齢者向け住宅。これは改正高齢者住まい法によってできました。次の資料は、各国の介護施設・介護付き高齢者住宅の割合です。日本は諸外国に比べ圧倒的に少ないのがケア付住宅です。デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移です。高齢者・障害者住宅法の改正が始まりました。デンマークでは日本の特養に相当するプライエムという施設がもともと多かったのですが、住宅法を改正しましてケア付住宅を増やそうということで、最近は完全に逆転しています。それが、サービス付高齢者向け住宅の発想でして、床面積が25平米以上、バリアフリー、サービスとしては少なくとも安否確認、生活相談サービスを持ちあわせているということです。次の資料はサービス付高齢者専用賃貸住宅の事例ですが、併設事業所として、一層部分にデイサービス、ショートステイ、訪問介護があり、二層部分を住宅としては自立型住宅、介護型住宅にしています。国土交通省で、一戸当たり100万円という補助金と税制優遇で、10年間で60万戸を目指す。直近は12万戸に増えました。ただ、これを都道府県別に見ていくと岩手県は少ないです。

このサービス付高齢者向け住宅はどんな業者さんがやるかということ、介護系事業者、医療系事業者などです。今、医療系サ高住が伸びております。今後、入院在院日数がさらに短くなりますから、一般病床、療養病床、精神病床、在宅復帰強化型

老健からサ高住に移行と、中には特定除外者には慢性透析患者も含まれるので透析専用サ高住が人気になっています。これを街づくりに応用しようということで、千葉県柏市豊四季台団地を含む豊四季台地区の一面を東大の高齢社会総合研究機構が介入しまして、サ高住、訪問看護ステーションの整備をして団地の再生を図ろうという試みがあります。

地域包括ケアシステムの課題は、全国に1万以上のこうしたシステムが必要になるということです。地域包括ケアシステムは、住まいを拠点とした、或いは住民を視点とした発想でやっていかななくてはならないこと、そして、医療、介護にとどまらず地域づくり、街づくりの視点が必要だということです。各地域でそれぞれの事情が違いますから、個性的なスタイルでやっていってはどうか。全国1万人規模の地域システムを1万のスタイルを形作るということが期待されています。

今日のお話、2025年のロードマップ。4月に本を書きました。この中に随分盛り込んでいますので、是非参考にさせていただければと思います。日野原先生にもお読みいただいて、102歳の日野原先生でもよく分かりますとおっしゃっていますので間違いないと思います。

まとめでは今までの繰り返しですが、地域包括ケアシステム、これが最大の政策課題です。とにかく地域の実情にあった生活者目線、地域づくりの観点で進めていかなければならないと思っています。ウェブサイト、フェイスブックも参考にしてください。ご清聴ありがとうございました。

遠藤

武藤先生有り難うございました。岩手の医療、人口動態から始まりまして、来年の診療報酬改定、最後には地域包括ケアシステム、地域づくり街づくりにまでフォーカスした内容でした。この後、先生にはパネルディスカッションに参加していただきますが、ご質問等あれば、挙手をお願いいたします。よろしいでしょうか。

引き続きまして基調講演の2に移りたいと思います。演者は田城孝雄先生であります。放送大学の教養学部教授、順天堂大学保健看護学部客員教授であります。先生は発表の中に自己紹介が入っているということですので、紹介は省略させていただきます。

## 基調講演(2)

「地域医療再生計画にみる全国の施策と成功事例」

放送大学教養学部  
教授 田城 孝雄氏

有り難うございます。放送大学、順天堂大学の田城です。地域医療再生計画のお話をします。今日のメインテーマであります全国の中で優れたモデル、Good Practiceを5つ、遠隔医療の話、地域医療再生の委員をやっておりますので、地域再生、医療があっても地域に住民がいなければ成り立たない、逆に地域が成り立つためには医療が必要だという話、地域医療再生計画以外の震災復興でいろいろな課題がありますが、それらの話をします。

いつも時間が足りなくなりますので、最初に結論を言っていますけれども、基金方式が非常に優れていることです。それから順序が逆になりましたけれども、お手元にお配りしているスライドですが、本体が16MBぐらいあって、メールで送れなかったので特に写真を抜いた簡略版でお手元に届いております。大きいものは、ファイルを残しておきますので、必要な方はもらって下さい。それから、後で触れますけれども、このお配りした資料の一番後ろに横向きのスライドが4つありますが、これは地域再生推進委員会の資料です。それをもう一度触れます。

自己紹介ですが、生まれは八戸で幼稚園から高校まですべて盛岡です。途中、野辺地町に行きまして、ここも南部藩の藩領です。すべて南部藩で、母方は南部藩の家老の一族なので岩手県ということと、南部藩の出身ということで非常にプライドをもっております。そして、このあとパネルディ

スカッションで座長をしていただきます岩動先生のお兄様が私の東大の先輩で、私が東大に入った時に泌尿器科の講師をされておられました。そのあと、日本医師会の日医総研というところにおりましたので、医師会の先生方の立場に立ってものを考えるようにしています。東京大学附属病院では退院支援の仕事をしておりまして、この時に武藤先生に押し掛けるというかたちで、武藤先生を師匠と仰いでおります。その後、日医総研にいて地域を見ようということで公衆衛生の立場に立っておりました。少し行ったり来たりで申し訳ありません。子どもの頃、非常に体が弱くて、日赤等をはじめ、いろいろな病院のお世話になっておりますので、高校時代までは患者の立場で岩手県の医療を体験いたしました。現職ですが、地域再生推進委員会が政権交代で今の進藤大臣になって組織替えをしましたが、実は前の安倍内閣時代、つまり6年以上前から地方の人材ネットワーク、地方の現地再生委員ということもやっておりまして、これは増田総務大臣の頃からずっとこういった仕事をしておりました。この地域再生推進委員会で配られた資料が、お配りしている資料の一番後ろについております。これは、一言で言うと、人口の小さい地域ほど早く人口が減少していくという、非常に悲しいお話なのですが、将来、人が住まなくなるから医療をそこに提供することは投資の無駄だという議論がありますけれども、それは全く逆だと思います。過疎化を推進することになります。未来は変えることができるので、地域が崩壊しないために頑張ることが、私の今の一番の職務になっております。

地域再生基金についてはすべて補正予算になっておりまして、平成21年度は自民党政権、麻生政権の頃で、民主党になって、また自民党に戻っておりますが、政権が交代してもこのお金がついているということは、どちらの立場に立っても、これは世の中に必要だということになっております。そして、25年度で終わることになっておりましたが、

今年の24年度の補正ですから、今年の、実は2月についてのお金ですので、県庁の野原先生も非常に苦労されていると思いますけれども、今年の7月に公布されましたので、平成27年度、28年の3月まではこのお金が自由に使えるということになっています。いくら使ったのかというと、総額で6050億です。6000億円というお金が、県を通して地域の医療の充実のために使われております。その中でも、岩手県もそうですけれども、被災3県、それから委員の中に茨城県出身の方が1人おられますが、茨城県も被災県ということで一応途中から追加されておりますけれども、被災県に対しては別枠で1100億、それを含めて6000億円になります。

地域医療再生基金はどうものかということ、発端は奈良県の妊婦さんが脳出血を起こして救急車で運んだのですが、30軒近くたらい回しになって、母子ともに亡くなったことです。それと同じようなことが実は東京都墨田区でもおきまして、こういったことが日本中でも起きているということで、救急、産科、小児科を中心に、医療の崩壊で医師不足が原因ではないかということでお金がつきました。

そこで、地域に市立病院、県立病院、日赤、済生会、医療法人というように、似たような大きさの病院があるということで、それぞれに小児科の先生を1、2人と配置する。1人では当直もままならないというような時に、マグネットホスピタルというのですが、そこに集中して地域を支援するというようなことをしてはいかがかというようなことが発想となっております。

計画について、厚生労働省のインターネットから地域医療再生計画で検索をしますと厚生労働省のホームページが出てきます。皆さん見ることができますので、どういうものかは、先生方全員ご自分の目で確認することができます。

その次の地域再生特例交付金というものを作って、先ほどと違った観点で、今度は一つの県で、

北海道だけは三次医療圏が4つありますけれども、それぞれの三次医療圏、都府県一つに対して、15億円を基礎の金額としてさらに病院の再編成をするとか…。ベッド数を増やすと、そのためには病院の立て直しが必要なのですが、病院の立て直しのために数10億かかる、そういうお金を含めて120億まで積むことができるというようなものを作ると。病院の再編成に役立ててもらおうという観点でやりました。それも同じようなことです。この時までは、震災の直前ということなので地域再生計画なのですが、これを執行しようという時に3.11がありまして、被災3県復興計画というものになり、これに関しては、われわれは一切タッチしないと。減額をするとか、こういう使い方はどうのということは一切せずに自由に3県でやっていただくということになります。そして、民主党から自民党に政権が戻った後、平成24年補正予算、平成25年2月に補正予算で500億円積み増したと。これは47都道府県で割りますと、だいたい10億6000万くらい、岩手県も確か15億だと思いますけれども。それで特に災害対策、有名な南海、東南海等の南海トラフ巨大地震に対する対策、これは大阪府、高知県などが該当します。それから医師確保事業の継続。さらに在宅医療推進事業、これは武藤先生もお話されましたけれども、在宅医療連携拠点事業というものが先行していたのですが、それが民主党政権時代に仕分けにあって途絶えて、その事業を地域医療再生計画の中で引き継ぐということになっています。在宅医療の支援は平成27年度まで続きます。実際にどうしているかということ、人材確保、これは大学にいろいろなかたちでお金がかかることになっています。救急・周産期・小児の確保。公立・公的病院の再編、これは民間病院を巻き込んだ形の再編が全国何十か所かで見られます。医療連携・連携パス・連携会議の会議費等、だいたい1年あたり300万円くらいをすべての市町村に。

それでは今日のテーマのIT、電子カルテのところに入ります。地域医療再生計画のヒアリング・意見交換は平成25年度で終わるということになっており、第7回地域医療再生計画に係る有識者会議で現地調査をしました。実際に現地に行ったのは、愛知県と北海道です。これが今年の2月、2泊3日で愛知県、それから北海道に行って、例えば一つの病院に3億円ぐらいのお金が入っています。緩和ケア病棟を作ったり、ドクターヘリの基地を作ったりというようなことを実際に視察しました。すべての県を回ることはできないので、残りの県に関してはそのブロック単位で集まっていたいただいて、各都道府県90分ずつ、プレゼンとヒアリングをしました。かなり突っ込んだ辛辣な質問をさせていただきましたし、お金の使い方はどうなっているのか、隣の県では1500万でできるといっているのに、どうしてあなたの県では2500万円なのかというような聞き方もしました。その前に、先ほど言った今年度の補正の500億のお金、これは平均すると、一つの県に10億ぐらいなのですが、すべての県で15億で申請されておりますので、少なくとも2/3に相当する額、一番少ない県は最終的に半額になりましたけれども、2回にわたって47都道府県の方からヒアリングをすることがありました。私自身にとっても非常に勉強になります。すべての県のこういう方々のご意見を聞くことができ、いろいろな県の実情が分かりました。

岩手県はまあまあということですが、しかし、やはり何となく西の方が高いのかなというふうにはなっています。

次の資料からは、Good Practiceの紹介になります。病院統合のモデルとして結構有名なのが、京都府の舞鶴。舞鶴には4つの大きな公的病院があって、その再編成をしなければいけません。発端となったのは、舞鶴市民病院という、医学教育、研修医の中では大リーガー医のお医者さんがきてくれるということで若い医者にとっても人気があっ

たのですが、その副院長が市長と揉めて辞めた途端に内科医が20人単位でドンと抜けたというようなことが発端になりました。一度再生計画を出していただいたのですが、その後、首長選があって、市長が代わってもう一度やり直しになって、返上するよにとの話になったのですが、いろいろなことをしました。この舞鶴赤十字病院の隣には、舞鶴市民病院があります。市の東側から西側に引っ越してきて、ここの赤十字病院の隣の土地を市が買って、療養型の病床に作り変えて、しかも回復期リハビリテーション病院と渡り廊下で繋ぐというようなことまでして再編しているということで、評価が上がっています。それから、桑名市民病院というところは総合医療センターというものを作りましたが、山本病院というのは、民間病院です。市民病院がありますが、もう一つ市民病院分院というのがあります。これも、実は民間病院です。ですから、ここが民間病院と市立市民病院が合併して、さらに民間病院と合併する。それは並大抵のことではありません。医療法人の先生方は自分の財産を売るといいますか、活用することになります。完全に心の底から納得しているわけではないのですが、病院の建て替え資金を出すことはよくある話です。昭和20年代に診療所として立ち上げて、大きな病院に一代でした、それを市立病院の分院に売り込む、というように受け継ぐということがあります。ただし、再生基金のお金を使うことによってこういうものに建て直す。

それから、人材確保の話がありますが、一番有名なのはダヴィンチ(医療用ロボット)。3億5000万円ですが、若手医師の確保のためにはダヴィンチが必要だと。石川県は2台請求しましたがけれども、他に優先するものがあるのではということをお互いに申し上げておりますが、47都道府県かなりのところがダヴィンチを入れています。

医師の確保に関してはいろいろな県の取り組みがありますけれども、今日のテーマと少し違います

ので、これが参照していただくといいのですが、山形県はいろんな資金の組み合わせによって、多様な人材の確保に取り組んでいます。二つだけお話ししますが、静岡県。静岡県は横に長くて静岡市と浜松市は非常に仲が悪いことで有名なところですが、静岡と浜松のちょうど真ん中に二つの二次医療圏がありまして、ここは山間部ということで派遣医、1人で1.5次、もしかすると2次救急まで診ることができるようなグループ、医者を育成しよう。これはアメリカのミシガン大学の家庭医療学科の先生、奥様が日本人でバイリンガルです。日本語が理解できる医師にきてもらって、自治医大のグループと一緒にやっています。お金を使って自治体病院と家庭医療クリニックの二か所を作って、そこを拠点にして年に何回かミシガン大学のスタッフが来て、こういう家庭医療センターを作っています。これはある程度、岩手県に適用できるモデルではないかと思っています。それから、島根県。ここは地域再生に先進的な県で、そちらの例です。特定診療科、眼科、泌尿器科、腎臓内科、つまり透析、少なくとも東京のような都会では、眼科は非常に経営効率がいい。病院の経営からいうと眼科は稼ぎ頭です。それから透析もそうです。でも、島根県はその両方の医師が足りない。それから精神科、外科、麻酔科が足りないということがあります。これは僕らも若干、ショックでした。東京では非常に手数の多い科です。それから救急です。救急で人が足りない、お金が足りない、機械が足りない、設備が足りない、どんどんお金を使うのですが、そうではなくて患者さんの数を減らす。私の経験では、1人の患者が10年間で脳卒中や心筋梗塞を繰り返す、それを1回で止めてもらえれば見かけ上、患者は1/3に減る。患者の数が半分に減れば医者との患者の比率からいうと、医者が倍になったのと患者が半分に減ったのが同じ効果になるというようなことになり、こちらの努力が必要であろうと。救急患者を減らす方法はいろいろな方法がありますが、疾病



の二次予防は、開業医の医師会の先生方と病院の専門医と ICT で繋ぐ、電子カルテで繋ぐというところがこの期待される姿になっています。

また武藤先生のお話にもありました救命救急ですが、脳卒中、心筋梗塞、脳卒中の中核病院というところは、患者さんが来られたら 1 時間で結論を出して、血栓を溶かす薬を出さなければならない、心筋梗塞だと患者さんが来てから 30 分以内でカテーテルをはじめなければならないということが要求されております。そういうところに寝たきりの患者さんが熱中症になったとか、ノロウィルスで下痢が止まらないというような方が来られても…というようなことがあります。命としては等しい一人の命ですけれども、やはりそこは地域を支える病院、在宅医療支援病院のようなところと使い分けをするというようなことも大事だと思います。教育的な効果ということで、大学病院が引き受けていけないということではないのですが、そういったことも必要ではないかと思えます。

ICT のところでもう 1 回出てきますけれども、どうしても遠隔医療というと、専門病院のデータ、画像を見せてあげるとか、そういったことをやっていますけれども、ただ、双方向性の医療情報の共有化とさらに健康管理、疾病管理、疾病予防、さらに「治療方針の情報」の共有ではなく「治療方針」の共有というものが必要となってくると思えます。

遠隔医療と ICT の活用です。これからの 3 枚のスライド、最初は平成 22 年度の地域医療再生計画の会議の時に内閣の IT 本部の先生が来られてお話をされているものです。システムを導入するだけでなく、その前に人的なネットワークが必要ですと。それからお金のかからないようなウェブ型の電子カルテネットワークを使って下さいと。また専用回線を引くのではなく、インターネットを使ってくださいと。インターネット回線で専用回線風にするということもありますけれども。とに

かくできるだけ安いものにして下さいというお話があります。

これが今日のテーマである遠隔医療なのですが、私は今放送大学に出向中の身ですけれども、遠隔医療と遠隔教育、似ているところがあります。それは基本的に同時性・同所性があることです。遠隔医療は何種類かあるのですが、まず同時性・同所性。同時性・非同所性、これは救急コンサルテーションとか精神科の面接を遠隔医療で行うというものです。精神科の面接というのは、やはり表情を見なくてはならない。先生も数が少なくて、離島に精神科の患者さんが多いというような時にも使います。それから、非同時性・同所性は e-learning です。非同時性・非同所性はコンサルテーションになります。特に読影とかテレパソロジー、レントゲンとかいろんなものがあります。皮膚科もそうです。

地域医療再生計画、いろんな県の話を書きますと、大学の教員が職務としてやるのですが、それは本来業務と遠隔医療のけじめがつかなくなるということで、読影に関しては読影会社、今は国立大学も会社を作ることができますので、読影会社や NPO を作ったりして、アルバイトのかたちでそこに行って読影して、読影したところがそこにお金を払うというかたちをとっているところがあります。確かに、ワークライフバランスとか、裁量がなくなるということを防ぐという意味ではこれは適していると思えます。

それから ICT の活用といっても、いろいろなものがあります。電子カルテの連携、病病連携、病診連携、縦走型のクリニック、例えば ID-Link、サーバーが函館にある NEC がやっているものがあります。また Human Bridge、これは富士通がやっているものです。独自でやっているものでは、新潟県の佐渡のモデルが一番有名です。それから経済産業省、総務省助成のものなどいろいろなものがあります。これらは SS-MIX2 というシステムのサーバーだと全部繋ぐことができると。です

から、繋ぐことができるということは、全国のお話を聞いて技術的に可能ということが分かりました。さらに特殊性が高い画像診断。皮膚科の話もそうです。それとは別に、救命救急システムで多かったのは、救急隊、救急車に iPad が積んであるもの、それから周産母子は学会で作っているものがあり、周産母子専用の救急車にそのシステムが載っている。介護連携は iPod、iPad の類が多い、スマートフォン、これはアプリケーションの開発になっており、非常に数多く出ています。カナミックという神奈川県出身の会社が東大の辻哲夫先生の後押しで全国区になっていますし、富士通がやはり介護のシステムを作ってきています。

EMIS という広域災害・救急医療情報システムもあります。

Good Practice の紹介です。一つが島根。これもやはり SS-MIX2 によるものです。島根県は、島根県立中央病院というところが多額を投じて電子カルテシステムを作っていますし、島根大学はまた別の電子カルテシステムですが、これらを繋ぐことができるということになっています。そして、愛媛県の例があります。これは皆さん手元には配られておりませんが、VPN というのはインターネットを使って専用回線風にするというものです。最も参考になるのが三重県だと思います。三重大学は、真っ先に岩手医大に 3.11 東日本大震災の時に来られて、三重県の人々も岩手県に対する思い入れも強く、県の特性がよく似ているので是非協力したい、参考になるならば是非見に来て下さいとのお話をしていました。

次の資料のようなシステムが出ています。がん、災害、検診、臨床研究、治験等、複数入っています。さらに総合特区、今は国際戦略特区と呼ばれますけれども、どうしても大きなところが中心ですけれども、総合特区は少し中規模のところも入っています。三重県の場合は、治験、乳がん検診、画像診断の支援、安心ネットワーク、少なくとも 4 つ、別々のネットワークがバラバラにあります。

さらに、Mie Medical Complex というのは研修病院のネットワークです。基幹病院とその周辺で協力病院、2 年間の研修のうち産科だけとか、精神科だけ一か月お預かりするといった形でネットワークが既にできているというところに、さらに別件で乳がんの連携です。私の家内が乳がんになったので痛感するのですが、10 年間フォローアップしていても、結局乳がんになって気づいた時には 2 cm 3 cm になっているということがありますので、とても大事です。三重県に住んでいる人が同じところにかかっているのではなく、引っ越しをされても、別の医療機関に行ってもいいように共通の図表でやると。それから遠隔画像の診断はまた別に、ここにある病院の CT や MRI 等を三重大学の先生がコンサルテーション（読影）する。月に 200 件、多いところでは 600 件、700 件、これだけの読影を三重大学の放射線科の先生がされているということになります。このようなお金を使って、いろいろなことをしました。株式会社ケーブルコムネットという会社が、経済産業省のお金でローカルのケーブルテレビの光ファイバーを繋いだ高速ネットワークを作って、そこにいろんなものをもって行くと。各病院はケーブルテレビに繋がればそこから先は太い専用回線になる。これは若干特殊なものです。それで 4 つのネットワークが別々に回線をもつと回線料が 4 倍になる。それを 1 本でやれば、少なくとも回線料に関しては 1/4 で済みますよ、しかも早いですよというようなネットワークを構築されました。これとよく似たのが香川県です。香川県もやはり経済産業省です。おそらく何百億と使っていると思います。それを元にした安心ネットです。専用回線に関して、光ファイバーは非常に高いのですが、それ以外の部分では岩手県の参考になるモデルではないかと思っています。是非、岩手県のために三重大学は岩手医大に情報提供したいというお話でした。既に、長谷川先生のお力で遠隔の読影のシステムがある。そこに電子カルテネットワークを何らかのかたち

で繋ぐと。それにさらに別の省庁、内閣のお金がついたりするという事です。その中で、私が一番力を入れているのは、地域の診療所の先生方の月々の血圧のデータ、3か月に1回のコレステロール測定、要するに、脳卒中、心筋梗塞のガイドラインがありますよね、聖路加国際病院でも言っていますが、ああいった慢性疾患のガイドラインを守っている患者さんは3割4割らしいです。大学病院でもたぶんそうだと思います。それを守るのとはとても難しいのですが、そういうことにICTが使えて、病気になる人を減らすことができるのではないかと思います。それと在宅医療のお話で、在宅医療推進ということが言われておりますが、その前2年間に在宅医療連携拠点事業という全く別のものがありました。どういうことかという、最初の年は十か所。この十か所を決めたのは私と同じ盛岡一高の後輩で、たぶん厚生労働省の事務次官になると思われる武田さんです。今総務省に行き、救急の統括官をしていますけれども、彼が非常に優秀な人でエリートコースに乗っていますが、彼が作った病院在宅医療支援病院、診療所、民間の診療所、医師会、十か所で1年間2000万円が何ができるかということをやって、次の年に100か所にしました。岩手県で3か所、盛岡の木村先生がやっている釜石、200か所にする予定だったのがここで×になってその分、地域医療再生基金に回りました。

47都道府県全部に聞きましたけれども、県によってバラバラです。23年度24年度、そのまま継続しているところもあれば、一か所600万円にして継続しているところもあれば、すべての市区町村にお金を配るところもあれば、いろんなところがあります。事業をバラバラにして拠点を作らずに、薄く事業別にお金を出すところがあります。どういうことをするのかということはお配りしていますし、武藤先生の資料にもあります。これは5年前くらいに厚生労働省に提唱したものです。割とこれに近い感じかと思えます。Good Practice

で、鹿児島は3か所あって全国的に有名なカリスマ在宅医療医、オピニオンリーダーだった先生がいたのですが、何故かそこは選ばれずに医師会モデルというものが選ばれました。

スライドがないところもありますけれども、言っていたければ残しておきます。次の資料はホームページに出ているものですので、皆さん入手可能です。

言いたいことは、在宅医療連携拠点も個人の診療所がやるのではなく、公共性が高いので、医師会、市役所、その二人三脚でやるということが日本の共通モデルかと思えます。もちろん、個人の診療所でやってもかまわないのですが、それは市や、医師会の先生方と仲良くやるということが求められていると思います。

地域医療再生と地域再生ということで、過疎地域で問題となっている中で、6番目に医療提供体制の弱体化があります。弱体化しているところほど高齢化していますから、医療や介護が必要ですが、負のスパイラルに入ります。医療提供体制がないと人が住まない、人が住まないから医療提供体制が整わないと。しかしここから先は国土を守る、人が住まないとその地域は荒れ果ててしまいますので、採算性を度外視してでも、厚生労働省のお金ではなく、国土交通省、総務省等のお金を使ってでもこれは守らなければならないと思っております。

震災復興に関してはいくつかあります。岩手県の場合、特に岩手、福島がそうですが。震災の前からもともと医師が少なかったということがあります。次の資料は国際的なNGOの難民キャンプを知っているグループが人道援助の最低基準というものを作ったというものです。発展途上国の人道危機における支援最低基準です。それを見ると、被災集団1万人あたり1つの基本保健ユニットがあって、5万人あたり1つの保健センターがあって、25万人あたり1つの病院があつてと。臨床医は常に、一日当たり50人より多くの患者を診るこ

とは要求されない。もしかすると、今の日本はこれに当てはまっていないのではないかと。国際的な難民キャンプの水準よりも低い医療基準ではないのかと少し思えてしまうことがあります。

それから、環境未来都市ということがあります。これは前の野田政権の時に随分力を入れたもので、ありとあらゆる支援をするということです。その中に岩手県の釜石と陸前高田、住田、大船渡、ここは2市1町で1つとなっていますが、このモデルが陸前高田の場合には医師会の先生が頑張っ環境のことをやっていますし、釜石の場合には、東大とか、リステルという科学技術庁のお金など、ありとあらゆる支援が釜石に集中しています。また、いろんな人的ネットワークがあるということです。釜石で行われているシステム、これは武藤先生が先ほど柏市の豊四季台団地をやっています、あれと全く同じグループがやっています。生活を守る中で、東大の老年循環器の先生が血圧の管理を遠隔管理しています。彼が東大の老年病循環器、もともとここは老年科の循環器の教授だったのでその教え子ですけれども、飯島先生という方がここに出向して、平田地区の有名な避難住宅のところで高齢者を集めて説明会をしていて、自動血圧計がインターネットで繋がれていて、これらデータを東京にいる飯島先生が見て、血圧の薬はよした方がいいですよというような遠隔医療をします。このようなことは釜石で集中的にされています。

次に病院のあり方です。今、岩手県立の病院、県立中央病院、さらにその上に大学があります。こういう拠点を作って、僻地、地域の人々を支えていくような、地域包括ケアを含めて、こういう体制が必要ではないかと。一番小さな単位として、それを地域の県立病院がまとめて、それを県立中央病院、さらにその上にある岩手医大というようなネットワークがあるのでないかと。

それからお配りした資料の中で最後に1つだけ見てもらいたいの、後ろから3枚目に「市区町

村の人口規模別の人口減少率」というタイトルの部分です。人口規模の小さい市町村であればあるほど、人口の減少率の高さが顕著となっているという悲しい現実です。しかし、未来は変えることができますし、これを食い止めるためには医療・介護・地域包括ケアが必要であることは間違いない、人口が減るから病院を作らない、これも間違った考えだと思います。また、採算が合わなければ別の財源を国が用意いたしますので、そういうかたちで地域を守っていきましょう。有り難うございました。

遠藤

田城先生有り難うございました。地域医療再生計画の国の委員会の委員長などをされておりまして、Good Practiceについてお話していただきました。在宅医療推進拠点事業は釜石が取得して、チーム釜石ということでやっています。平成21年からの医療再生計画も釜石が採択されて、今年度が最終年で先生の前でプレゼンをしたと思いますが、うまく進んでいるかなとこちらでは思っているのですが。

田城

実は私は、釜石市民病院が閉院する直前に前市長さんに呼ばれて、先生の病院と合併をする前に呼んでいただいて、治療ワーキンググループ、或いは在宅医療をされている寺田先生、佐藤靖男先生がまだおられた時に訪問させていただいて、事情はだいぶ分かっております。

遠藤

スライドの中にも何度か出てまいりました、前の厚労省の事務次官である白井先生、飯島勝矢先生は今年の2月に県立病院の医学会の地域学術総会で特別講演をしていただきました。そういった関係で非常に親しくしていただいております。これから地域包括ケアというものが非常に大変な話題になるとは思いますけれども、おそらく日本全国で小規模の自治体では包括ケアが比較的うまく進んでいっていると思いますので、先ほど人